



ปีที่ 18 ฉบับที่ 2 เดือนตุลาคม-เดือนธันวาคม 2564

# ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลสูงอายุ FACTORS AFFECTING THE QUALITY OF LIFE OF ELDERLY CAREGIVERS

ดวงเดือน ศาสตรภักดิ์ และคณะ\*  
Duangduen Satraphat, et al.\*

รองศาสตราจารย์ประจำคณะจิตวิทยา วิทยาลัยเซนต์หลุยส์, e-Mail: Duangduen@slc.ac.th  
Assoc. Prof., Faculty of Psychology, Saint Louis College, e-Mail: Duangduen@slc.ac.th  
(Received: 2021, July 13; Revised: 2021, September 17; Accepted: 2021, September 25)

## บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีลักษณะครอบครัว ฐานะของการดูแล และปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา และรายได้ แตกต่างกันไป และเพื่อหาอำนาจการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุตามตัวแปรความเครียด สัมพันธภาพในครอบครัว ความภาคภูมิใจในตน หลักคำสอนทางศาสนาที่ยึดเหนี่ยวทางจิตใจ ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตน เจตคติต่อผู้สูงอายุ เจตคติต่อการดูแลผู้สูงอายุ ความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้สูงอายุ และสุขภาพจิต พร้อมสมการทำนาย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 200 คน จาก 10 ชุมชน ที่อยู่ในเขตสาทร ได้มาจากการเจาะจงตามเกณฑ์คือ ต้องพักร่วมกับผู้สูงอายุ ซึ่งอาจเป็นญาติหรือจากการจ้าง และเต็มใจเป็นกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือมี 11 ชุด คือ 1) แบบวัดความเครียดและแบบวัดสุขภาพจิตของกรมสุขภาพจิต 2) คุณภาพชีวิต (WHO) และ 3) คณะผู้วิจัยพัฒนาขึ้น 8 ชุด คือ สัมพันธภาพในครอบครัว ความภาคภูมิใจในตน

\* 1) จิราภรณ์ โภชกปริทัศน์ อาจารย์ประจำคณะจิตวิทยา วิทยาลัยเซนต์หลุยส์, e-Mail: Jiraporn@slc.ac.th  
(Corresponding Author)

Jiraporn Pochakapiripan, Lecturer, Faculty of Psychology, Saint Louis College, e-Mail: Jiraporn@slc.ac.th  
(Corresponding Author)

2) สุวัลลี สัตยาอภิธาน อาจารย์ประจำคณะจิตวิทยา วิทยาลัยเซนต์หลุยส์, e-Mail: Suvallee@slc.ac.th

Suvallee Sattayaapithan, Lecturer, Faculty of Psychology, Saint Louis College, e-Mail: Suvallee@slc.ac.th

3) พันตำรวจเอกหญิงสุรีย์วรรณ ภูริปัญญาคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น,  
e-Mail: Sureewan@gmail.com

Pol. Col. Sureewan Pooripanyakun, Asst. Prof., Faculty of Nursing, Western University,  
e-Mail: Sureewan@gmail.com



หลักคำสอนทางศาสนาที่ยึดเหนี่ยวทางจิตใจ ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตน เจตคติต่อผู้สูงอายุ เจตคติต่อการดูแลผู้สูงอายุ และความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้สูงอายุ มีการหาคุณภาพของเครื่องมือทุกชุดยกเว้นชุดที่ 1 และ 2 เพราะเป็นเครื่องมือที่มีมาตรฐานอยู่แล้ว เครื่องมือทุกชุดยกเว้นชุดความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้สูงอายุ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้ค่า IOC = .67 หาค่าอำนาจจำแนกแบบสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม เลือกข้อที่มีค่าสหสัมพันธ์  $*p < .05$  ไปหาค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ดังนี้ สัมพันธภาพในครอบครัว = .845 ความภาคภูมิใจในตน = .896 หลักคำสอนทางศาสนาที่ยึดเหนี่ยวทางจิตใจ = .810 ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตน = .813 เจตคติต่อผู้สูงอายุ = .868 และเจตคติต่อการดูแลผู้สูงอายุ = .946 ส่วนแบบทดสอบชุดความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้สูงอายุ หาค่าอำนาจจำแนกรายข้อโดยการเปรียบเทียบสัดส่วนกลุ่มคะแนนสูงกับสัดส่วนกลุ่มคะแนนต่ำ เลือกค่าระหว่าง .33 ถึง 1.00 แล้วหาค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับด้วย Kuder-Richardson 20 (KR 20) ได้ค่า .98 พบว่า

1. ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีลักษณะครอบครัวเดียว มีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีลักษณะครอบครัวขยาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนฐานะของการดูแล พบว่าการเป็นญาติกับการรับจ้าง มีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา และรายได้ ที่แตกต่างกัน พบว่ามีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน

2. ตัวแปรที่เข้าทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุคือ ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตน ความเครียด สัมพันธภาพในครอบครัว หลักคำสอนทางศาสนาที่ยึดเหนี่ยวทางจิตใจ และสุขภาพจิต สมการทำนาย (คะแนนดิบ)  $Y = 196.10 - .97$  ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตน  $-.60$  ความเครียด  $-.65$  สัมพันธภาพในครอบครัว  $+.42$  หลักคำสอนทางศาสนาที่ยึดเหนี่ยวทางจิตใจ  $-.34$  สุขภาพจิต สมการทำนาย (คะแนนมาตรฐาน)  $Y' = -.35$  ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตน  $-.35$  ความเครียด  $-.22$  สัมพันธภาพในครอบครัว  $+.19$  หลักคำสอนทางศาสนาที่ยึดเหนี่ยวทางจิตใจ  $-.12$  สุขภาพจิต

**คำสำคัญ:** คุณภาพชีวิต, ผู้ดูแลผู้สูงอายุ

## ABSTRACT

This research is a descriptive research. The objectives were to compare the quality of life of the elderly caregivers with family characteristics, position of care and personal factors of caregivers such as age, education level and income were different and to determine the predictive power of quality



of life of elderly caregivers according to variables, stress, family relationships, self-esteem, religious doctrines based on mental, internal-external locus of control, attitude towards the elderly, attitude towards caring for the elderly, knowledge and understanding of elderly care and mental health with predictive equations. The sample was 200 elderly caregivers from 10 communities in Sathorn area. Derived from the specific criteria that must be shared with an elderly person who may be a relative or from hiring and willing to be a sample group. There were 11 tools in total: 1) Stress and Mental Health Scale of the Department of Mental Health, 2) Quality of Life (WHO), and 3) The research team created 8 sets, namely family relationship, self-esteem, religious doctrines based on mental, internal-external locus of control, attitude towards the elderly, attitude towards caring for the elderly and knowledge and understanding of elderly care. Quality of all tools except sets 1 and 2 were found because they were already standardized. All tools except a set of knowledge and understanding of elderly care were a questionnaire on a 5-level scale which find out the quality of the tool is content validity, and got the IOC = .67. Determine the correlation between individual scores and total scores. Choose an item that has a correlation.  $*p < .05$  to find the whole confidence value, Cronbach's alpha coefficient was obtained as follows: family relationship = .845, self-esteem = .896, religious doctrines based on mental = .810, internal-external locus of control = .813; attitude towards the elderly = .868 and attitude towards caring for the elderly = .946. As for the questionnaire on the knowledge and understanding of elderly care, the determination of discrimination to classify each item by comparing the proportion of the high score group and the proportion of the low score group. Choose a value between .33 and 1.00 and find reliability by using Kuder-Richardson 20 (KR 20) = .98. The results showed that:

1. Elderly caregivers who have single family, the quality of life was better than caregivers of the elderly with extended family characteristics



with statistical significance at the .01 level, there was no difference in quality of life of kinship and employment.

2. The variables that predicted the quality of life of the elderly caregivers were internal-external locus of control, stress, family relationships, religious doctrines based on mental and mental health. Predictive equation (raw score)  $Y = 196.10 - .97 \text{ internal-external locus of control} - .60 \text{ stress} - .65 \text{ family relationships} + .42 \text{ religious doctrines based on mental} - .34 \text{ mental health}$ . Predictive equation (standard score)  $Y' = -.35 \text{ internal-external locus of control}' - .35 \text{ stress}' - .22 \text{ family relationship}' + .19 \text{ religious doctrines based on mental}' - .12 \text{ mental health}$ .

**Keywords:** quality of life, elderly caregivers.

## บทนำ

คุณภาพชีวิต คือชีวิตที่มีคุณภาพ คือชีวิตที่มีความสุข ความสุขที่เกิดได้จาก 1) ความสุขทางกาย หมายถึง การที่เรามีความเป็นอยู่ที่ดี มีที่อยู่อาศัยที่ดี มีสุขภาพและการดูแลสุขภาพที่ดี มีสาธารณูปโภค เช่น การคมนาคมที่ดี มีสภาพแวดล้อมที่ดี มีอากาศบริสุทธิ์ และยังรวมถึงการพักผ่อนและสันทนาการที่ดีตามสมควรอีกด้วย 2) ความสุขทางใจได้มาจากรู้จักความพอดี ความพอใจในสภาพที่เป็นอยู่ การมีทัศนคติที่ดีต่อตนเองและผู้อื่น มีความรัก ความอบอุ่น ความผูกพันกันในครอบครัว และเพื่อนมนุษย์ มีความอดทน เสียสละ ทำประโยชน์ให้แก่สังคม (พัฒนา กิติพราภรณ์, 2531 หน้า 52) สำหรับผู้สูงอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป คงต้องการความสุข ตลอดระยะเวลาที่ทำงานมานานถึง 60 ปี ระยะเวลาจะเป็นเวลาที่ใช้ในการพักผ่อน นอกจากนี้ยังต้องการอิสรภาพที่จะไปไหน ๆ ได้ มีเสรีภาพในทุกด้าน แต่อย่างไรก็ตามปัญหาที่ตามมาพร้อมอายุที่มากขึ้นคือสุขภาพทางร่างกาย หลายคนที่ไม่เคยต้องเข้ารักษาพยาบาลก็เริ่มจะเข้ารักษา และอาจมีผู้สูงอายุบางท่านเป็นโรคเรื้อรังตามมา เช่น ความดัน เบาหวาน หัวใจ เป็นต้น ปัญหาเหล่านี้พบว่าผู้สูงอายุบางท่านช่วยเหลือตัวเองได้ แต่ก็มีอีกไม่น้อยที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ จำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดเพื่อป้องกันโรคร้ายไข้เจ็บและอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้นได้ในทุกขณะ และผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลคือ “ผู้ดูแลผู้สูงอายุ”

การดูแลผู้สูงอายุนับเป็นงานที่หนักมาก และบางคนต้องดูแลกันเป็นระยะเวลายาวนาน ซึ่งถ้าผู้สูงอายุพอช่วยเหลือตัวเองได้บ้างก็จะดีกว่าผู้สูงอายุที่นอนติดเตียง ผู้ดูแล



ไม่ว่าจะเป็นญาติหรือไม่ใช่ญาติก็ต้องเผชิญปัญหาทางด้านอารมณ์ของผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ และมีอาการเจ็บป่วยจากโรคอีกด้วย ผู้ดูแลผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่ต้องรับอารมณ์และรับปัญหาต่าง ๆ จากผู้สูงอายุโดยตรง ด้วยเหตุนี้จึงน่าเป็นห่วงสุขภาพจิต ตลอดจนคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุ เนื่องจากบุคคลมีคุณลักษณะแตกต่างกัน ไม่ว่าจะเป็นอายุ ระดับการศึกษา รายได้ ฐานะของการดูแลซึ่งอาจเป็นญาติหรือรับจ้าง และลักษณะครอบครัวของผู้ดูแล สิ่งเหล่านี้น่าจะมีผลกระทบต่อผู้ดูแลผู้สูงอายุนอกเหนือจากสุขภาพจิต และคุณภาพชีวิต และยังมีปัจจัยอื่นที่มีผลกระทบต่อผู้ดูแลผู้สูงอายุอีก ได้แก่ สัมพันธภาพในครอบครัว ความภาคภูมิใจในตนเอง ความเครียด ความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้สูงอายุ หลักคำสอนทางศาสนาที่ยึดเหนี่ยวทางจิตใจ ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตน เจตคติต่อผู้สูงอายุ ตลอดจนเจตคติต่อการดูแลผู้สูงอายุว่าเป็นอย่างไร และตัวแปรเหล่านี้ตัวไหนที่จะเข้าไปทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งจะเป็นการวิเคราะห์ในเชิงปริมาณ

จากที่กล่าวมาข้างต้นจึงเป็นเหตุผลที่จำเป็นต้องทำวิจัย แม้จะพบว่ามิงงานวิจัยที่ให้ข้อมูลอยู่บ้างแล้ว เช่น รินทร์ เกรย์ และสาลินี เทพสุวรรณ (2557) แต่ยังมีตัวแปรไม่มากพอที่จะมองเห็นภาพรวมของคุณภาพชีวิตได้ ประกอบกับยังไม่พบงานวิจัยเช่นนี้ในกรุงเทพมหานครซึ่งมีผู้สูงอายุอาศัยอยู่มาก การวิจัยนี้จึงรวบรวมตัวแปรต่าง ๆ ที่น่าจะเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุมาศึกษา คณะผู้วิจัยเชื่อว่าหากผู้ดูแลผู้สูงอายุอยู่ในสภาพที่ดีพร้อมทั้งทางร่างกายและจิตใจ และมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้สูงอายุแล้วพวกเขาจะดูแลผู้สูงอายุเป็นอย่างดี ประกอบกับงานวิจัยนี้ได้้นำเจตคติต่อผู้สูงอายุและเจตคติต่อการดูแลผู้สูงอายุมาศึกษาด้วย เนื่องจากเห็นว่าหากผู้ดูแลผู้สูงอายุมีเจตคติที่ไม่ดีต่อผู้สูงอายุและการดูแลผู้สูงอายุแล้ว น่าจะทำให้เกิดปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุ นอกจากนั้นยังต้องการทราบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้สูงอายุหรือไม่ และผู้ดูแลผู้สูงอายุได้ยึดหลักคำสอนทางศาสนาเป็นที่พึ่งหรือไม่เมื่อต้องเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ในการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อจะได้นำผลวิจัยมาใช้ในการเตรียมความพร้อมรับมือกับสังคมผู้สูงอายุ อันจะนำความสุขและความพึงพอใจมาให้กับทั้งผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุต่อไป

## วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีลักษณะครอบครัว ฐานะของการดูแล และปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา และรายได้แตกต่างกัน
2. เพื่อหาอำนาจการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุตามตัวแปร ความเครียด สัมพันธภาพในครอบครัว ความภาคภูมิใจในตน หลักคำสอนทางศาสนาที่ยึดเหนี่ยวทางจิตใจ



ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตน เจตคติต่อผู้สูงอายุ เจตคติต่อการดูแลผู้สูงอายุ ความรู้ ความเข้าใจในการดูแลผู้สูงอายุ และสุขภาพจิต พร้อมสมการทำนาย

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 200 คน จาก 10 ชุมชน ที่อาศัยอยู่ในบริเวณเขตสาทร ได้มาจากการเจาะจงตามเกณฑ์คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุจะต้องพักร่วมกับผู้สูงอายุ อาจเป็นญาติหรือผู้ที่ได้รับการจ้าง คณะผู้วิจัยได้ใช้การตรวจสอบจากเขตสาทรและการเดินทางตามบ้าน ซึ่งในระยะแรกได้เจ้าหน้าที่จากเขตและหัวหน้าชุมชนมาแนะนำ หากตรงตามเกณฑ์ก็จะขออนุญาตกลุ่มตัวอย่างโดยการแนะนำตัว วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และเต็มใจที่จะร่วมในการวิจัยตามหลักการพิทักษ์สิทธิ์

**การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง** งานวิจัยฉบับนี้ได้ผ่านการตรวจสอบจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ เลขที่ E.017/2562

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** มี 11 ชุด ได้แก่ 1) เครื่องมือของกรมสุขภาพจิต 2 ชุด คือ แบบวัดความเครียดและแบบวัดสุขภาพจิต 2) เครื่องมือขององค์การอนามัยโลก (WHO) 1 ชุด คือ คุณภาพชีวิต และ 3) เครื่องมือที่คณะผู้วิจัยพัฒนาขึ้น 8 ชุด คือ สัมพันธภาพในครอบครัว ความภาคภูมิใจในตน หลักคำสอนทางศาสนาที่ยึดเหนี่ยวทางจิตใจ ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตน เจตคติต่อผู้สูงอายุ เจตคติต่อการดูแลผู้สูงอายุ และความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้สูงอายุ

เครื่องมือทุกชุดยกเว้นความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้สูงอายุ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่มากที่สุดไปจนถึงน้อยที่สุด ส่วนชุดความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้สูงอายุ เป็นแบบเลือกตอบ 4 ตัวเลือก ถ้าถูกได้ 1 คะแนน ถ้าผิดได้ 0 คะแนน เครื่องมือของกรมสุขภาพจิตและองค์การอนามัยโลกไม่ได้หาค่าคุณภาพเนื่องจากเป็นเครื่องมือที่มีมาตรฐานอยู่แล้ว ส่วนเครื่องมือที่คณะผู้วิจัยพัฒนาขึ้นทุกฉบับได้หาค่าคุณภาพคือ ค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ได้ค่า IOC = .67 และหาค่าอำนาจจำแนกทุกชุด (ยกเว้นชุดความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้สูงอายุ) ด้วยการหาสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (item-total correlation) เลือกข้อที่มีค่าสหสัมพันธ์ที่มีค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ไว้ แล้วนำไปหาค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach alpha-coefficient) ดังนี้ สัมพันธภาพในครอบครัว = .845 ความภาคภูมิใจในตน = .896 หลักคำสอนทางศาสนาที่ยึดเหนี่ยวทางจิตใจ = .810 ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตน = .813 เจตคติต่อผู้สูงอายุ = .868 และเจตคติต่อการดูแล



ผู้สูงอายุ = .946 ส่วนแบบทดสอบชุดความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้สูงอายุ หาค่าอำนาจจำแนกรายข้อด้วยการเปรียบเทียบสัดส่วนกลุ่มคะแนนสูงกับสัดส่วนกลุ่มคะแนนต่ำ เลือกค่าระหว่าง .33 ถึง 1.00 แล้วหาค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับด้วยการหาค่า Kuder-Richardson 20 (KR 20) ได้ .98

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้  $t$  test แบบ Independent เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่กลุ่มตัวอย่างมี 2 กลุ่ม คือ ลักษณะครอบครัว และฐานะของการดูแล ใช้  $F$  test เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่กลุ่มตัวอย่างมีมากกว่า 2 กลุ่ม (อายุ ระดับการศึกษา และรายได้) และใช้ Multiple Regression แบบ Stepwise

## ผลการวิจัย

**วัตถุประสงค์ข้อ 1** เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีลักษณะครอบครัว ฐานะของการดูแล และปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา และรายได้ แตกต่างกัน

สมมติฐานการวิจัย: ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีลักษณะครอบครัว ฐานะของการดูแล และปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา และรายได้ แตกต่างกัน มีคุณภาพชีวิตต่างกัน

พบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีลักษณะครอบครัวเดี่ยว จำนวน 118 คน (ร้อยละ 59.00) มีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีลักษณะครอบครัวขยาย จำนวน 82 คน (ร้อยละ 41.00)  $**p < .01$  ส่วนฐานะของการดูแลคุณภาพชีวิตของการเป็นญาติ จำนวน 164 คน (ร้อยละ 82.00) กับการรับจ้าง จำนวน 36 คน (ร้อยละ 18.00) ไม่พบความแตกต่าง

สำหรับอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ มีอายุต่ำกว่า 40 ปีลงมา จำนวน 82 คน (ร้อยละ 41.00) อายุ 40-60 ปี จำนวน 90 คน (ร้อยละ 45.00) และอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 28 คน (ร้อยละ 14.00) พบว่ามีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน

ส่วนระดับการศึกษาของผู้ดูแลผู้สูงอายุใน 3 กลุ่ม คือ ต่ำกว่าประถมศึกษา จำนวน 68 คน (ร้อยละ 34.00) ระหว่างประถมศึกษาและมัธยมศึกษา จำนวน 101 คน (ร้อยละ 50.50) และระดับอุดมศึกษาขึ้นไป จำนวน 31 คน (ร้อยละ 15.50) ไม่พบความแตกต่างของคุณภาพชีวิต

ในด้านรายได้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ มีรายได้ต่ำกว่า 8,000 บาทลงมา จำนวน 64 คน (ร้อยละ 32.00) รายได้ระหว่าง 8,000-10,000 บาท จำนวน 95 คน (ร้อยละ 47.50) และรายได้สูงกว่า 10,000 บาทขึ้นไป จำนวน 41 คน (ร้อยละ 20.50) ไม่พบความแตกต่าง



ของคุณภาพชีวิต

**วัตถุประสงค์ข้อ 2** เพื่อหาอำนาจการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุตามตัวแปร ความเครียด สัมพันธภาพในครอบครัว ความภาคภูมิใจในตน หลักคำสอนทางศาสนาที่ยึดเหนี่ยวทางจิตใจ ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตน เจตคติต่อผู้สูงอายุ เจตคติต่อการดูแลผู้สูงอายุ ความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้สูงอายุ และสุขภาพจิต พร้อมสมการทำนาย

สมมติฐานการวิจัย: ความเครียด สัมพันธภาพในครอบครัว ความภาคภูมิใจในตน หลักคำสอนทางศาสนาที่ยึดเหนี่ยวทางจิตใจ ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตน เจตคติต่อผู้สูงอายุ เจตคติต่อการดูแลผู้สูงอายุ ความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้สูงอายุ และสุขภาพจิต สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุได้

ตารางที่ 1 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวทำนายในรูปคะแนนดิบ ( $B$ ) และคะแนนมาตรฐาน (Beta)

ตัวแปรตัวทำนาย	$B$	Beta	$t$	$p$
ค่าคงที่	196.10			
ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตน	-.97	-.35	-5.66**	.000
ความเครียด	-.60	-.35	-5.79**	.000
สัมพันธภาพในครอบครัว	-.65	-.22	-3.77**	.000
หลักคำสอนทางศาสนาที่ยึดเหนี่ยวทางจิตใจ	.42	.19	3.23**	.001
สุขภาพจิต	-.34	-.12	-2.06*	.041

\* $p < .05$ , \*\* $p < .01$

จากตารางที่ 1 พบว่าตัวแปรที่เข้ามาทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุเป็นตัวแรกคือ ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตน (\*\* $p < .01$ ,  $t = -5.66$ \*\*) ตัวที่สองที่เข้ามาทำนายร่วมกับตัวแรกคือ ความเครียด (\*\* $p < .01$ ,  $t = -5.79$ \*\*) ตัวที่สามคือ สัมพันธภาพในครอบครัว (\*\* $p < .01$ ,  $t = -3.77$ \*\*) ตัวที่สี่คือ หลักคำสอนทางศาสนาที่ยึดเหนี่ยวทางจิตใจ (\*\* $p < .01$ ,  $t = 3.23$ \*\*) และตัวที่ห้าคือ สุขภาพจิต ( $p < .05$ ,  $t = -2.06$ \*) โดยมีค่าคงที่ = 196.10 และ  $R^2 = .42$ , Adjusted  $R^2 = .41$ ,  $F = 28.27$ \*\* สามารถเขียนสมการทำนายได้ ดังนี้



สมการถดถอยพหุคูณที่ได้จากการคำนวณตามค่าคะแนนดิบ  $Y = 196.10 - .97$  ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตน  $-.60$  ความเครียด  $-.65$  สัมพันธภาพในครอบครัว  $+.42$  หลักคำสอนทางศาสนาที่ยึดเหนี่ยวทางจิตใจ  $-.34$  สุขภาพจิต

สมการถดถอยพหุคูณที่ได้จากการคำนวณตามค่าคะแนนมาตรฐาน  $Y' = -.35$  ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตน  $'-.35$  ความเครียด  $'-.22$  สัมพันธภาพในครอบครัว  $'+.19$  หลักคำสอนทางศาสนาที่ยึดเหนี่ยวทางจิตใจ  $'-.12$  สุขภาพจิต  $'$

## อภิปรายผล

การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุ พบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีเมื่ออยู่ในครอบครัวเดี่ยวมากกว่าที่จะอยู่ในครอบครัวขยาย ผลที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องจากผู้ดูแลผู้สูงอายุทำงานหนักมาทั้งวัน เมื่อเลิกงานจึงต้องการพักผ่อนไม่ต้องการวุ่นวายกับใคร ดังนั้นครอบครัวเดี่ยวน่าจะเหมาะเพราะมีเพียงพ่อแม่ลูก ส่วนคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลที่เป็นญาติกับการรับจ้างไม่ต่างกันนั้น อธิบายได้ว่าทั้งญาติและผู้ที่ย้ายมาต่างก็ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุเป็นอย่างดี เพราะความเป็นญาติจะดูแลด้วยความรักเอาใจใส่ ปฏิบัติด้วยความเคารพและกตัญญู สร้างความรู้สึกมีคุณค่าโดยให้กำลังใจ ส่วนผู้ที่ย้ายมาดูแลส่วนใหญ่ได้รับการอบรมในหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุมาแล้ว ดังนั้นจึงทำงานด้วยจรรยาบรรณในวิชาชีพ และปัจจุบันค่าดูแลผู้สูงอายุมีราคาค่อนข้างสูงทำให้อาชีพนี้อยู่ได้อย่างมั่นคงอาชีพหนึ่งจึงน่าจะทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลที่เป็นญาติและผู้ที่ย้ายมาไม่แตกต่างกัน ส่วนผลวิจัยที่พบว่า อายุ ระดับการศึกษา และรายได้ ที่แตกต่างกัน มีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกันนั้น สอดคล้องกับที่ นพวรรณ ดวงจันทร์, วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์ และนารีรัตน์ จิตรมนตรี (2560) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานบางประการ ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลรางวัลสำหรับการดูแล กับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า เพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการดูแล และรางวัลสำหรับการดูแล ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล ส่วนตัวแปรต้นที่เป็นสาเหตุเข้าไปทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุ พบว่า ตัวแปร ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตน เข้าไปทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุเป็นตัวแรก ตามด้วยความเครียด สัมพันธภาพในครอบครัว หลักคำสอนทางศาสนาที่ยึดเหนี่ยวทางจิตใจ และสุขภาพจิต เป็นตัวสุดท้ายที่เข้าไปร่วมทำนาย คณะผู้วิจัยขออภิปรายแต่ละตัวแปร ดังต่อไปนี้

การที่ผลวิจัยพบว่าความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตน และความเครียดเข้าไปทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยมีค่า (B) เป็นลบ แปลความได้ว่า ผู้ดูแล



ผู้สูงอายุมีความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตน 1 หน่วย จะทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุลดลง .97 หน่วย ( $B = -.97$ ) เมื่อตัวแปรอื่นที่เข้าสมการมีค่าคงที่ ส่วนตัวแปรความเครียดคือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความเครียด 1 หน่วย จะทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุลดลง .60 หน่วย ( $B = -.60$ ) คือเป็นความสัมพันธ์เชิงลบ สอดคล้องกับ สุวิมลรัตน์ รอบรู้เจน (2560) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี พบว่าความเครียดและความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตน ด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) และผลวิจัยนี้ยังสอดคล้องกับ Wilborn-Lee (Online, 2015) ที่เสนอว่า ให้ลดความเครียด ส่งเสริมและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ตัวแปร สัมพันธภาพในครอบครัว เข้าไปทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุโดยมีค่า ( $B$ ) เป็นลบ แปลความได้ว่า ถ้าผู้ดูแลผู้สูงอายุมีสัมพันธภาพในครอบครัว 1 หน่วย จะทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุลดลง .65 หน่วย ( $B = -.65$ ) นั่นคือ ยิ่งคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุสูง ความสัมพันธ์ในครอบครัวก็จะยิ่งต่ำ เพราะผู้ดูแลผู้สูงอายุใช้เวลาส่วนใหญ่ไปดูแลผู้สูงอายุ ไม่มีเวลาให้กับครอบครัวของตัวเอง หรือเมื่อกลับถึงบ้านก็หมดแรง สอดคล้องในบางส่วนกับ สามารถ ใจเตี้ย (2562) ที่ศึกษาการเสริมสร้างสุขภาพสังคมผู้สูงอายุในยุคไทยแลนด์ 4.0 พบว่าลักษณะของครอบครัวไทยเป็นแบบครอบครัวเดี่ยว มีสถานะทางสังคมและเศรษฐกิจที่ต้องทำให้ครอบครัว มุ่งหาเลี้ยงชีพจนมองข้ามความสัมพันธ์ของคนในครอบครัว ความรักความผูกพันในครอบครัวน้อยลง งานวิจัยของคณะผู้วิจัยไม่ได้มีปัญหาทางเศรษฐกิจ (ดังได้กล่าวมาข้างต้นว่าอาชีพนี้มีค่าตอบแทนสูง) แต่มีปัญหาในเรื่องเวลาที่จะให้กับครอบครัวของตนเอง และยังพบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุมีภาวะได้รับผลกระทบอย่างลึกซึ้งด้านสุขภาพ เกิดความเครียดที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านร่างกาย สังคม และอารมณ์ ความเครียดนี้ส่งผลเสียต่อชีวิตและการดูแลผู้สูงอายุ เนื่องจากการทำงานที่ต้องเดินทาง กิจกรรมการทำงานในบ้านและการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง ทำให้ไม่มีเวลาให้กับครอบครัว

ตัวแปรสุขภาพจิต เป็นอีกตัวแปรหนึ่งที่เข้าไปทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยมีค่า ( $B$ ) เป็นลบ แปลความได้ว่า ถ้าผู้ดูแลผู้สูงอายุมีสุขภาพจิต 1 หน่วย จะทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุลดลง .34 หน่วย ( $B = -.34$ ) เมื่อตัวแปรอื่นที่เข้าสมการมีค่าคงที่ นั่นคือยิ่งคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุสูง ก็จะทำให้สุขภาพจิตของผู้ดูแลยิ่งต่ำ เพราะงานดูแลผู้สูงอายุเป็นงานที่รับผิดชอบต่อชีวิตของผู้สูงอายุในองค์กรรวม ต้องคอยดูแลตลอดเวลา หาเวลาที่เป็นส่วนตัวได้น้อยมาก อีกทั้งยังพบว่าจำนวนชั่วโมงของการดูแล



สัมพันธ์กับสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้ดูแล และผลวิจัยนี้คล้ายกับการศึกษาของ Morimoto, Schreiner and Asano (2003) ที่พบว่า ภาระของผู้ดูแลที่เพิ่มขึ้น มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ลดลง โดยเฉพาะสุขภาพจิตที่เลวลง นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับ Arango-Lasprilla et al. (2010) ที่พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับบาดเจ็บทางสมอง มีคะแนนคุณภาพชีวิตของการทำงาน ร่างกาย บทบาททางกายภาพ ความเจ็บปวดทางร่างกาย สุขภาพทั่วไป ความมีชีวิตชีวา การทำงานทางสังคม สุขภาพจิต และบทบาทเกี่ยวกับอารมณ์ ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมคือกลุ่มที่มีสุขภาพดีอย่างมีนัยสำคัญ สรุปได้ว่า สุขภาพจิตมีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุ งานวิจัยนี้พบว่าตัวแปรเข้าไปทำนายเป็นเชิงลบเกือบทุกตัว เช่น ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตน ความเครียด สัมพันธภาพในครอบครัว และสุขภาพจิต หมายความว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุต้องได้รับผลกระทบทั้งความเครียด สัมพันธภาพในครอบครัว และสุขภาพจิต ส่วนความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตน มีความสัมพันธ์ทางลบ แปลความได้ว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความเชื่ออำนาจภายนอกตนสูง ในงานวิจัยนี้พบตัวแปรเพียงตัวเดียวคือ หลักคำสอนทางศาสนาที่ยึดเหนี่ยวทางจิตใจ ที่มีค่า (B) เป็นบวก ซึ่งหมายความว่า ยิ่งผู้ดูแลผู้สูงอายุใช้หลักคำสอนทางศาสนาเป็นที่ยึดเหนี่ยวทางจิตใจมาก ก็ยิ่งมีคุณภาพชีวิตดีมาก การที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความเชื่ออำนาจภายนอกตนและใช้หลักทางศาสนาเป็นที่พึ่งทางจิตใจ ชี้ให้เห็นว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุยึดหลักการปฏิบัติทางศาสนา โดยดูจากบริบทภายนอก เช่น การทำบุญที่วัด ฟังธรรม และนำหลักศาสนาไปปฏิบัติคือ ยึดหลักศีล สมาธิ ซึ่งจะก่อให้เกิดปัญญา อันจะช่วยให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีสุขภาพกายและจิตใจสงบเยือกเย็น ปัญญาที่เกิดขึ้นจะส่งให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุนำไปใช้กับผู้สูงอายุได้ คือมีความเข้าใจเมื่อผู้สูงอายุแสดงอารมณ์ จะสามารถระงับความโกรธได้ มีความมั่นคงทางอารมณ์ และมองปัญหาทั้งหลายในเชิงบวก มีเมตตา พยายามหาทางช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุมีความสุขกาย สบายใจ และมีความสุข

## ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. ควรนำหลักคำสอนทางศาสนามาใช้เป็นเครื่องยึดเหนี่ยวทางจิตใจให้กับตนเอง ฝึกสมาธิคลายความเครียด รักษาสุขภาพจิต และเป็นแบบอย่างให้กับผู้สูงอายุที่ดูแลอยู่
2. ควรหาเวลาว่างให้กับตนเองและครอบครัว เพื่อรักษาสัมพันธภาพที่ดีของครอบครัวให้มั่นคง
3. เรื่องของความเชื่อเป็นสิ่งที่เปลี่ยนแปลงได้ยาก แต่ผู้ดูแลผู้สูงอายุควรมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง



## ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาความสัมพันธ์ในครอบครัวของผู้ดูแลผู้สูงอายุในลักษณะงานวิจัยเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์สมาชิกในครอบครัวของผู้ดูแลผู้สูงอายุและตัวผู้สูงอายุ
2. ศึกษาปัญหา ความต้องการ และความพึงพอใจในอาชีพการดูแลผู้สูงอายุในลักษณะงานวิจัยเชิงคุณภาพ

## บรรณานุกรม

- นพวรรณ ดวงจันทร์, วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์ และนารีรัตน์ จิตรมนตรี. (2560). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานบางประการ ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูล รางวัลสำหรับการดูแล กับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารสภาการพยาบาล*, 32(2), หน้า 65-78.
- พัฒนิน กิติพราภรณ์. (2531). *คุณภาพชีวิตการทำงานของพนักงานระดับกลาง: กรณีศึกษาโรงงานอุตสาหกรรมเวลโกรว์ จังหวัดฉะเชิงเทรา*. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพัฒนาสังคม, บัณฑิตวิทยาลัย สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- รินทร์ เกรย์ และสาลินี เทพสุวรรณ. (2557). ปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุ. *วารสารสงขลานครินทร์ ฉบับสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์*, 20(1), หน้า 203-228.
- สามารถ ใจเตี้ย. (2562). การเสริมสร้างสุขภาพสังคมผู้สูงอายุในยุคไทยแลนด์ 4.0. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 28 (ฉบับเพิ่มเติม 2), หน้า s185-s194
- สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2557). *สถานการณ์และแนวโน้มสังคมผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2556-2573*. กรุงเทพฯ: ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร.
- สุวิมลรัตน์ รอบรู้เจน. (2560). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*, 9(3), หน้า 57-69.
- Arango-Lasprilla, Juan Carlos, et al. (2010). Family needs and psychosocial functioning of caregivers of individuals with spinal cord injury from Colombia, South America. *NeuroRehabilitation*, 27(1), pp. 83-93.
- Morimoto, Tomoko, Schreiner, Andrea S., & Asano, Hitoshi. (2003). Caregiver burden and health-related quality of life among Japanese stroke caregivers. *Age and Ageing*, 32(2), pp. 218-223.



Wilborn-Lee, Betty. (2015). *The effects of stress and burden on caregivers of individuals with a chronic illness* (Online). Available: <https://scholarworks.waldenu.edu/dissertations/1469> [2020, July 1].