

Factors Affecting on Stress of Caregivers to Older Persons

Rossarin Gray¹ and Sasinee Thapsuwan²

¹Ph.D (Demography), Associate Professor,

E-mail: rossarin.gra@mahidol.ac.th

²M.A. (Population and Social Research)

Institute for Population and Social Research (IPSR),

Mahidol University

Abstract

Thailand has become an ageing society. The proportion and number of older persons increase rapidly. They usually have health problem and need caregivers in daily life. Family caregivers do not receive payment, not only spend a lot of time and energy in care work but also need to adjust to changes in their roles. These often lead to stress and consequently affect the quality of both care providers and care receivers. This study aimed to explore factors affecting family caregivers' stress. Survey on the Elderly in 2007 by the National Statistical Office is used. The sample consisted of 859 family caregivers. The results showed that most of them were women and wives, followed by children. The multiple regression revealed that factors relating to expectation from society, multiple roles, perceived health and economics of caregivers

and financial preparation before old age of care recipients affected stress of caregivers statistically significantly.

Keywords: family caregivers, older persons, stress

ปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียด ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

รศรินทร์ เกรย์¹ และสาลินี เทพสุวรรณ²

¹ประชากรศาสตร์ดุสิตบัณฑิต, รองศาสตราจารย์,

E-mail: rossarin.gra@mahidol.ac.th

²ศศ.ม. (สาขาวิจัยประชากรและสังคม),

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

บทคัดย่อ

ปัจจุบันประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ มีการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของประชากรผู้สูงอายุซึ่งมักมีปัญหาทางด้านสุขภาพ จึงต้องการผู้ดูแลในการดำเนินชีวิตประจำวัน ทั้งนี้การดูแลผู้สูงอายุโดยสมาชิกในครอบครัว ไม่เพียงแต่ไม่ได้รับค่าตอบแทน และใช้เวลา และแรงงานมาก อีกทั้งการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด และส่งผลต่อเนื่องถึงคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลและผู้สูงอายุด้วยเช่นกัน วัตถุประสงค์ในการวิจัยครั้งนี้ คือ การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกในครอบครัว โดยใช้ข้อมูลจากโครงการสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2550 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ มีจำนวนตัวอย่างผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัวทั้งสิ้น 859 คน ผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นหญิง และเป็นคู่สมรส รองลงมาคือบุตร เมื่อวิเคราะห์โดยสมการถดถอยแบบพหุพบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ปัจจัยเกี่ยวกับความคาดหวังจาก

205

ปีที่ 20
ฉบับที่ 1
ม.ค.
-
มี.ค.
2557

สังคม บทบาทที่หลากหลาย เศรษฐกิจ และสุขภาพของ
ผู้ดูแล และปัจจัยทางด้านการเตรียมพร้อมทาง
เศรษฐกิจก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุของผู้สูงอายุที่ได้รับการ
ดูแล

คำสำคัญ: ความเครียด, ผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกใน
ครอบครัว, ผู้สูงอายุ

บทนำ

ภาวะเจริญพันธุ์ที่ลดลงและประชากรมีอายุยืนยาวขึ้นอย่างต่อเนื่องของประเทศไทยส่งผลให้สัดส่วนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ปัจจุบันประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ คือมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 10 จากการสำรวจประชากรสูงอายุปี พ.ศ. 2550 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติพบว่า ประเทศไทยมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 10.7 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2551) และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยทั่วไปประชากรสูงอายุจะพบปัญหาทางด้านสุขภาพ และในที่สุดต้องพึ่งพาผู้อื่นหรือผู้ดูแลในการดำเนินชีวิตประจำวัน สำหรับในประเทศไทย ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ (Informal caregiver) หรือคนในครอบครัว (Family caregiver) ได้แก่ ลูกสาว หรือภรรยา ที่อยู่ในครัวเรือนเดียวกับผู้สูงอายุ (Knodel and Chayovan, 2008)

ผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ ทำงานโดยไม่ได้รับค่าตอบแทน ต้องใช้เวลาและแรงงานในการดูแลผู้สูงอายุ ส่งผลให้ต้องมีการเปลี่ยนแปลงแบบแผนในการดำเนินชีวิต และบทบาทหน้าที่ของผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเหนื่อยล้า รู้สึกเหน็ดเหนื่อย อ่อนเพลีย ซึ่งสามารถส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจ อารมณ์ และความเครียดได้ (พรชัย จุลเมตต์ และยุพิน ถนอมวิชัย, 2544) ระดับความเครียดของผู้ดูแลมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับปัจจัยทางด้านประชากร เศรษฐกิจ สังคมวัฒนธรรมของผู้ดูแล (วาริ กังใจ, 2555; Dilworth-Anderson et al., 2004) และสุขภาพของผู้ดูแล (Lee and Ferran, 2004) นอกจากนี้ คุณลักษณะของผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลก็มีผลต่อระดับความเครียดของผู้ดูแลด้วย เช่น ระดับการพึ่งพิงผู้อื่น หรือการเตรียมพร้อมในด้านต่างๆ ก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ (เล็ก สมบัติ, 2549) การศึกษาเกี่ยวกับผู้ดูแลที่เป็นคนในครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเด็นความเครียดนั้นว่ามีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากนโยบายผู้สูงอายุแห่งชาติของไทย สนับสนุนและส่งเสริมให้คนในครอบครัวเป็นผู้ดูแล รับผิดชอบผู้สูงอายุ (Gray and Chamrathirithong, 2009) และงานวิจัยพบอย่างชัดเจนว่า การดูแลส่งผลด้านลบต่อผู้ดูแล เช่น

ความเครียด และการเป็นภาระเนื่องจากบทบาทที่หลากหลาย (Pinquart and Sorensen, 2006, 2007) นอกจากนี้ ความเครียดของผู้ดูแลยังส่งผลต่อคุณภาพการดูแล (Quality of care) ผู้สูงอายุด้วย (ดูลิต จันทยานนท์ และคณะ 2554; Kramer, 1997)

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อค้นหาปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นคนในครอบครัว โดยศึกษาปัจจัยที่เป็นคุณลักษณะของผู้ดูแล และคุณลักษณะของผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแล

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

คุณลักษณะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ที่มีความแตกต่างกันย่อมส่งผลต่อความเครียดจากการดูแลผู้สูงอายุ คุณลักษณะเหล่านี้ ได้แก่ อายุ เพศ ความเกี่ยวพันระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ และรายได้

อายุเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแล เนื่องจากอายุบ่งบอกถึงวุฒิภาวะทางด้านจิตใจ (สุชา จันท์ธอม, 2536) ความสามารถในการเข้าใจหรือตัดสินใจในการกระทำพฤติกรรมต่างๆ ในสถานการณ์ต่างๆ และการเผชิญปัญหา (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2547) อย่างไรก็ตาม การที่ผู้ดูแลมีอายุมาก สุขภาพจะมีความเสื่อมตามวัยทำให้การดูแลเริ่มเป็นภาระหนักจึงต้องการผู้ช่วยเหลือด้านแรงงานมากกว่าผู้ที่มีอายุน้อย (วิมลรัตน์ ภูวราชูพิพานิช, 2537) ผู้ดูแลที่มีอายุมากน่าจะมีความเครียดสูงกว่าผู้ดูแลที่มีอายุน้อย

บทบาททางเพศและความเกี่ยวพันกับผู้สูงอายุ เป็นตัวแปรสำคัญที่แสดงให้เห็นถึงการดูแลบุคคลในครอบครัว เพศหญิงเป็นเพศที่แสดงถึงความอ่อนโยนเอาใจใส่ต่อบุคคลอื่น ดังนั้นบทบาทของผู้หญิง คือ การที่สังคมมอบหมายให้เป็นผู้ดูแลงานบ้านและช่วยดูแลสมาชิกในครอบครัว ผู้หญิงมักจะถูกคาดหวังจากสังคมให้ได้รับบทบาทการดูแล (รญา ภูไพบูลย์,

2541; เสาวลักษณ์ เนตรชัง, 2545) นอกจากนี้ยังพบว่า บุตรหญิงมักมีหน้าที่รับผิดชอบและผู้สูงอายุมากกว่าบุตรชาย ทั้งนี้อาจเกิดจากค่านิยมทางสังคมที่นิยมให้บุตรหญิงรับผิดชอบงานบ้านมากกว่าบุตรชาย รวมทั้งสอดคล้องกับบรรทัดฐานทางสังคมที่สอนให้บุตรมีความกตัญญูต่อบุพการีทดแทนบุญคุณบิดามารดา ส่วนใหญ่เมื่อสมรสฝ่ายชายจะย้ายเข้าบ้านฝ่ายหญิง ดังนั้นบุตรหญิงที่สมรสแล้วและอยู่บ้าน เป็นผู้ที่รับหน้าที่ในการดูแลบิดามารดาที่สูงอายุ (คมสัน แก้วระยะ, 2540) ส่วนบทบาทของผู้ชาย คือ การทำงานนอกบ้าน เป็นผู้หารายได้เข้าสู่บ้าน เป็นผลมาจากความต้องการความสนใจ ทักษะ วิถีชีวิตระหว่างหญิงชายที่แตกต่างกัน (สำนักงานกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว มปป.) ถ้าบิดามารดาเจ็บป่วยอาศัยอยู่กับบุตรชาย ผู้รับหน้าที่ดูแลก็มักจะเป็นบุตรสะใภ้ แต่ถ้าบุตรชายยังไม่มีครอบครัว และไม่มีบุตรสาว ส่วนมากจะจ้างผู้ดูแลซึ่งเป็นหญิงจากศูนย์ต่าง ๆ เพื่อดูแลบทบาทของผู้ชายจะเป็นลักษณะให้ความช่วยเหลือในด้านการเงินและการอำนวยความสะดวกในการเดินทาง (วิมลรัตน์ ภูวราวุฒิปานิช, 2537; กุลธิดา พานิชกุล, 2536) การรับรู้บทบาทของตนเองของเพศหญิง อาจทำให้มีการปรับตัวได้ดีในทางกลับกัน จากการคาดหวังของสังคมว่าเพศหญิงเหมาะสมที่จะเป็นผู้ดูแล อาจทำให้เพศหญิงมีความเครียดสูงกว่าชาย

ถึงแม้ว่าปัจจัยทางด้านสังคมวัฒนธรรมอันได้แก่ ค่านิยมความเชื่อเรื่องการทดแทนบุญคุณบิดามารดา ซึ่งสะท้อนถึงหน้าที่ความรับผิดชอบที่บุตรหลานที่ดีพึงมีต่อบุพการีหรือผู้มีพระคุณ จากการศึกษาเชิงคุณภาพของจิราพร เกศพิชญพัฒนา (2548) พบว่าผู้ดูแลซึ่งเป็นบุตรมีความรู้สึกทั้งเชิงบวกและลบในการเป็นผู้ดูแล เนื่องจากความรับผิดชอบและบทบาทของการเป็นผู้ดูแลเป็นภาระงานที่หนัก ต้องทุ่มเทเสียสละพลังงานทั้งกายและใจที่สูงมาก ผู้ดูแลเหล่านี้จึงอาจมีความรู้สึกเหนื่อยล้า เครียด รู้สึกว่าตนเองต้องมีการรับผิดชอบ มีความรู้สึกขัดแย้งในใจกับพี่น้อง ในกรณีที่พี่น้องไม่ให้ความช่วยเหลือ สุขภาพตนเองทรุดโทรม ในทางตรงกันข้ามการเป็นผู้ดูแลก็ทำให้เกิดความรู้สึกเชิงบวกแก่ผู้ดูแลด้วยเช่นกัน เช่น มีความรู้สึก

เป็นสุข รู้สึกได้บุญ ได้รับการยกย่องชมเชยจากผู้อื่น และประสบกับสิ่งที่ดีในชีวิต เป็นต้น

รายได้ของครอบครัว นับว่าเป็นปัจจัยหลักที่มีผลต่อการดูแล เนื่องจากผู้ที่มีรายได้สูงมีโอกาที่จะแสวงหาสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพได้มาก เช่น การจัดหาอาหารที่มีคุณค่า รวมทั้งการใช้บริการสุขภาพอย่างเหมาะสม ผู้ดูแลที่มีรายได้น้อยจะมีภาระการดูแลมากกว่าผู้ที่มีรายได้มาก ผู้ดูแลมักมีปัญหาด้านการเงิน เนื่องจากผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ต้องออกจากงานมาดูแลผู้สูงอายุอยู่กับบ้าน หรือมีภาระค่าใช้จ่ายด้านอื่นๆ เพิ่มขึ้น (สุดศิริ หิรัญขุนหะ, 2541) ผู้ดูแลผู้สูงอายุบางคน นอกจากต้องประกอบอาชีพเพื่อเลี้ยงตนเองและครอบครัวแล้วยังต้องมีภาระที่ต้องเลี้ยงดูผู้สูงอายุ และต้องชดเชยเวลาที่ต้องใช้ไปในการดูแลผู้สูงอายุ (มลินี วงษ์สิทธิ์ และศิริวรรณ ศิริบุญ, 2541)

ปัจจัยของผู้สูงอายุที่ส่งผลต่อความเครียดของผู้ดูแล ได้แก่ ความเสื่อมของสุขภาพร่างกายของผู้สูงอายุเอง และสิ่งสำคัญอีกประการหนึ่งของการดูแลผู้สูงอายุ คือ ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจของตัวผู้สูงอายุเอง การดูแลผู้สูงอายุจำเป็นต้องใช้เงินในระดับหนึ่งเพื่อสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีให้ผู้สูงอายุ ถ้าผู้ที่อยู่ในวัยทำงานไม่เตรียมความพร้อมด้านการเงินไว้ดูแลตนเองเมื่อยามสูงอายุ ภาระหน้าที่การหาเงินเพื่อมาดูแลผู้สูงอายุจึงตกอยู่กับผู้ดูแล ซึ่งจะต้องมีภาระในการหารายได้และดูแลผู้สูงอายุไปพร้อมๆ กัน ความกดดันทางด้านเศรษฐกิจนี้มีหลายประการ เช่น ค่าหมอ ค่ายา ค่ารักษาพยาบาล เป็นต้น ถ้าผู้ดูแลมีข้อจำกัดทางการเงินย่อมส่งผลความเครียดของผู้ดูแลได้ (Seniormag, 2012) การเตรียมพร้อมด้านอื่นๆ ก็มีความสำคัญเช่นเดียวกัน เช่น การเตรียมพร้อมด้านผู้ดูแล ถ้าไม่มีการเตรียมไว้ก่อนอาจส่งผลต่อความเครียดของผู้ดูแลได้ จากการศึกษาของ ศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2547) พบว่า การที่บุตรของผู้สูงอายุรู้ตัวตนเองจะต้องกลายเป็นผู้ดูแล เพราะเป็นสิ่งจำเป็นที่ต้องตอบแทนคุณบิดามารดาที่เลี้ยงตนเองมา และรู้สึกว่าเป็นพันธะที่ต้องดูแล ทำให้ตนเองรับบทบาทล่วงหน้าและสามารถปรับตัวให้เข้า

กับการเปลี่ยนแปลงนี้ได้ ซึ่งส่งผลการลดลงของความเครียดที่จะเกิดขึ้น

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาในเชิงปริมาณ (Quantitative Research) ใช้ข้อมูลจากการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2550 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ มีจำนวนตัวอย่างผู้ดูแลในครอบครัวอายุ 50 ปีขึ้นไปทั้งสิ้น 859 คน แบ่งเป็นชาย 151 คน เป็นหญิง 708 คน (เก็บข้อมูลเฉพาะผู้มีอายุ 50 ปีขึ้นไปเท่านั้น) โดยได้มาจากคำถามว่า “ปัจจุบันใครเป็นผู้ดูแลปรนนิบัติท่านในการทำกิจวัตรประจำวันมากที่สุด” ซึ่งดูแลผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีที่อยู่ในครัวเรือนเดียวกับผู้ดูแลเป็นชาย 429 คน เป็นหญิง 430 คน

การวัดระดับความเครียด ได้จากข้อคำถามเรื่องความรู้สึก 7 ข้อ ดังนี้

1) ความอยากอาหารลดลง 2) คิดมากหรือมีความวิตกกังวล 3) รู้สึกหงุดหงิด-รำคาญใจ 4) รู้สึกหมดหวังในชีวิต 5) รู้สึกว่าชีวิตไม่มีคุณค่า 6) รู้สึกไม่มีความสุขและเศร้าหมอง และ 7) รู้สึกเหงา โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ ตอบว่า “ไม่เคย” เท่ากับ 0 คะแนน ตอบว่า “เป็นบางครั้ง” เท่ากับ 1 คะแนน และตอบว่า “เป็นประจำ” เท่ากับ 2 คะแนน มีคะแนนเต็มทั้งหมด 14 คะแนน โดยผู้ที่มีคะแนนยิ่งสูงขึ้นเท่าไรหมายความว่ามีความระดับความเครียดมากขึ้นเท่านั้น

ปัจจัยที่คาดว่าจะมีอิทธิพลต่อระดับความเครียดของผู้ดูแล แบ่งเป็น 3 ด้าน คือ 1) ปัจจัยของตัวผู้ดูแลเอง ได้แก่ เพศ อายุ ความเกี่ยวพันกับผู้สูงอายุ การทำงาน ความพอเพียงของรายได้ และการประเมินภาวะสุขภาพกาย 2) ปัจจัยที่เกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแล ได้แก่ การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมพื้นฐานประจำวัน (Activities of Daily Living: ADL) โดยวัดจากการกินอาหาร การใส่เสื้อผ้า และการอาบน้ำ/ล้างหน้า/แปรงฟัน/เข้าห้องสุขา ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันที่ซับซ้อน (Instrumental Activities of Daily Living : IADL) ได้แก่ การเดินทางโดยขึ้นรถหรือลงเรือคนเดียว และการนับเงินทอน และ

กิจกรรมอื่นๆ (Nagi activities) ได้แก่ การนั่งยองๆ การยกของหนัก การเดินระยะ 200-300 เมตร และการเดินขึ้นบันได 2-3 ชั้น (Ofstedal et al., 2007) ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ ตอบว่า “ทำเองไม่ได้เลย” เท่ากับ 0 คะแนน “ทำเองได้บ้างโดยมีคน/อุปกรณ์ช่วย” เท่ากับ 1 คะแนน และ “ทำได้ด้วยตนเอง” เท่ากับ 2 คะแนน ซึ่งความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมพื้นฐานประจำวัน จะมีคะแนนตั้งแต่ 0-6 คะแนน โดย 0 คะแนน หมายถึง ไม่สามารถทำกิจวัตรได้ด้วยตนเองเลย และคะแนน 6 หมายถึง ทำได้ด้วยตนเองทั้งหมด และความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันที่ซับซ้อนและกิจกรรมอื่นๆ ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนนเช่นเดียวกับกิจกรรมพื้นฐานประจำวัน โดยถ้าคะแนนรวมได้ 0 คะแนน หมายถึง ไม่สามารถทำกิจวัตรได้ด้วยตนเองเลย และ 12 คะแนน หมายถึง ทำได้ด้วยตนเองทั้งหมด และ

3) การเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุของผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแล แบ่งเป็น การเตรียมความพร้อมด้านผู้ดูแลและการเตรียมความพร้อมด้านการเงิน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ และตารางไขว้ (Crosstab) เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยของผู้ดูแล ปัจจัยของผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแล และระดับความเครียดของผู้ดูแล
2. ใช้ Multiple Regression เพื่อวิเคราะห์อิทธิพลของปัจจัยที่มีผลต่อระดับความเครียดของผู้ดูแล

ผลการศึกษา

ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 82.4) ผู้ดูแลชายมีอายุเฉลี่ยสูงกว่าผู้ดูแลหญิง (68.2 ปี และ 60.1 ปี ตามลำดับ) (ตารางที่ 1) ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นคู่สมรส (ร้อยละ 78 ของผู้ดูแลชาย และครึ่งหนึ่งของผู้ดูแลหญิง มีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุเป็นคู่สมรส) รองลงมาคือ บุตร ส่วนใหญ่ไม่ได้

ทำงาน ในส่วนของสถานภาพทางการเงินของผู้ดูแล พบว่า ส่วนใหญ่ของผู้ดูแลชายและหญิงรู้สึกว่าตนเองมีรายได้เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 73.8 และร้อยละ 74.3 ตามลำดับ สำหรับการประเมินภาวะสุขภาพกายของผู้ดูแลพบว่า ผู้ดูแลชายประมาณร้อยละ 40 คิดว่าสุขภาพของตนเองอยู่ในระดับปานกลาง รองลงมาคิดว่าตนเองมีสุขภาพดีและดีมาก คิดเป็นร้อยละ 35.8 และกว่าร้อยละ 23 คิดว่าตนเองสุขภาพไม่ดีและไม่ดีมาก ๆ ในขณะที่ผู้ดูแลหญิงคิดว่าตนเองมีสุขภาพกายดี/ดีมากสูงถึงร้อยละ 59.8 และคิดว่าตนเองสุขภาพไม่ดี/ไม่ดีมาก ๆ ร้อยละ 13.5 ในส่วนของระดับคะแนนความเครียดเฉลี่ยของผู้ดูแลชายกลับมีมากกว่าคะแนนความเครียดเฉลี่ยของผู้ดูแลหญิง คิดเป็นร้อยละ 2.80 และร้อยละ 2.70 คะแนน ตามลำดับ

ตาราง 1 ความถี่และร้อยละของปัจจัยผู้ดูแล จำแนกตามเพศ

ปัจจัยผู้ดูแล	ร้อยละ		
	รวม	ชาย	หญิง
อายุ (ปี)			
50 – 59 ปี	46.2	19.9	51.8
60 – 69 ปี	33.5	25.8	35.1
70 – 79 ปี	18.2	48.3	11.7
80 ปีขึ้นไป	2.1	6.0	1.4
อายุเฉลี่ย (Mean) (ปี)	61.52	68.19	60.11
ความเกี่ยวพันกับผู้สูงอายุ			
คู่สมรส	55.0	78.2	50.0
ลูกแต่งงาน	12.2	9.3	12.8
ลูกหม้าย/หย่า/แยก	13.4	2.9	15.6
ลูกโสด	8.7	6.0	9.3
ญาติ*	10.7	3.6	12.3

*ญาติ หมายถึง ลูกเขย ลูกสะใภ้ พี่ น้อง และญาติอื่นๆ

ตาราง 1 ความถี่และร้อยละของปัจจัยผู้ดูแล จำแนกตามเพศ (ต่อ)

ปัจจัยผู้ดูแล	ร้อยละ		
	รวม	ชาย	หญิง
การทำงาน			
ทำงาน	39.0	32.4	40.4
ไม่ได้ทำงาน	61.0	67.6	59.6
การประเมินความเพียงพอของรายได้			
เกินเพียงพอ	1.9	2.1	1.9
เพียงพอ	74.2	73.8	74.3
ไม่เพียงพอ	23.9	24.1	23.8
การประเมินภาวะสุขภาพกาย			
ดีมาก/ดี	55.6	35.8	59.8
ปานกลาง	29.1	40.5	26.7
ไม่ดี/ไม่ดีมากๆ	15.3	23.7	13.5
คะแนนความเครียดของผู้ดูแล			
0 คะแนน (ไม่เครียดเลย)	31.9	30.0	32.5
1 – 5 คะแนน	48.2	50.7	47.7
6 – 10 คะแนน	18.4	17.3	18.6
11 – 13 คะแนน	0.9	2.0	0.6
14 คะแนน (เครียดที่สุด)	0.5	0.0	0.6
คะแนนความเครียดเฉลี่ย (Mean)	2.72	2.80	2.70
รวม	100.0	100.0	100.0
จำนวน	859	151	708

ตาราง 2 ความถี่และร้อยละของปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแล จำแนกตามเพศ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้สูงอายุ	ร้อยละ		
	รวม	ชาย	หญิง
คะแนนการปฏิบัติกิจกรรมพื้นฐาน			
0 คะแนน (ความสามารถน้อยที่สุด)	12.5	8.0	17.1
1 – 3 คะแนน	13.9	12.1	15.6
4 – 5 คะแนน	11.2	10.3	12.1
6 คะแนน (ความสามารถมากที่สุด)	62.4	69.6	55.2
คะแนนเฉลี่ย (Mean)	4.57	4.90	4.24
คะแนนการปฏิบัติกิจกรรมซับซ้อนและอื่นๆ			
0 คะแนน (ความสามารถน้อยที่สุด)	21.0	15.3	26.6
1 – 5 คะแนน	32.5	23.2	41.8
6 – 11 คะแนน	29.8	35.2	24.4
12 คะแนน (ความสามารถมากที่สุด)	16.8	26.3	7.2
คะแนนเฉลี่ย (Mean)	5.52	6.93	4.12
รวม	100.0	100.0	100.0
จำนวน	859	429	430

จากตาราง 2 พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลเกินกว่าครึ่งหนึ่งรายงานว่าป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะผู้สูงอายุชายที่ป่วยมากกว่าผู้สูงอายุหญิง คิดเป็นร้อยละ 61.1 ในผู้สูงอายุชาย และร้อยละ 57.2 ในผู้สูงอายุหญิง ในขณะที่คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมพื้นฐานประจำวัน ผู้สูงอายุชายมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าผู้สูงอายุหญิง (เท่ากับร้อยละ 4.90 และร้อยละ 4.24 ตามลำดับ) เช่นเดียวกับคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันที่ซับซ้อนและอื่นๆ ผู้สูงอายุชายก็มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าผู้สูงอายุหญิงอย่างมาก (เท่ากับร้อยละ 6.93 และร้อยละ 4.12 ตามลำดับ)

**ตาราง 3 ความถี่และร้อยละของการเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุ
ที่ได้รับการดูแล จำแนกตามเพศ**

การเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุ	ร้อยละ		
	รวม	ชาย	หญิง
การเตรียมความพร้อมด้านการเงิน			
เตรียม	47.5	49.4	45.6
ไม่เตรียม	52.5	50.6	54.4
การเตรียมความพร้อมด้านผู้ดูแล			
เตรียม	48.1	41.7	54.5
ไม่เตรียม	51.9	58.3	45.5
รวม	100.0	100.0	100.0
จำนวน	859	429	430

จากตาราง 3 พบว่า ผู้สูงอายุชายมีการเตรียมความพร้อมทางด้านการเงินมากกว่าผู้สูงอายุหญิง คิดเป็นร้อยละ 49.4 และร้อยละ 45.6 ตามลำดับ ในขณะที่การเตรียมความพร้อมด้านผู้ดูแลกลับพบว่า ผู้สูงอายุหญิงมีร้อยละของผู้ที่เตรียมการมากกว่าผู้สูงอายุชาย คิดเป็นร้อยละ 54.5 และร้อยละ 41.7 ตามลำดับ

**ตาราง 4 คะแนนความเครียดเฉลี่ยของผู้ดูแล จำแนกตามความสัมพันธ์
กับผู้สูงอายุและเพศ**

ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ	คะแนนความเครียดเฉลี่ยของผู้ดูแล		
	รวม	ชาย	หญิง
คู่สมรส	2.79	3.05	2.71
ลูกแต่งงาน	3.62	2.49	3.79
ลูกหม้าย/หย่า/แยก	3.01	0.85	3.09
ลูกโสด	1.96	2.31	1.91
ญาติ*	1.56	0.67	1.61
รวม	2.72	2.80***	2.70***

*ญาติ หมายถึง ลูกเขย ลูกสะใภ้ พี่ น้อง และญาติอื่นๆ

*** t-test นัยสำคัญที่ 0.000

จากตาราง 4 พบว่า คะแนนความเครียดเฉลี่ยของผู้ดูแลระหว่างเพศชายและหญิงมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ 0.000 โดยผู้ดูแลชายมีระดับความเครียดสูงกว่าผู้ดูแลหญิง (2.80 และ 2.70 ตามลำดับ) และผู้ดูแลที่เป็นลูกสาวที่แต่งงานแล้วจะมีระดับความเครียดสูงสุด คิดเป็น 3.79 รองลงมา คือ ลูกสาวที่หม้าย/หย่า/แยก คิดเป็น 3.09

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานทางประชากรของผู้ดูแล ปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้สูงอายุ ที่มีต่อระดับความเครียดของผู้ดูแล

จากตาราง 5 พบว่า สมการนี้สามารถอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆกับระดับความเครียดของผู้ดูแลได้ประมาณร้อยละ 18 ($R^2 = 0.177$) โดยปัจจัยที่มีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ ผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสและบุตรของผู้สูงอายุ โดยที่บุตรที่แต่งงานมีความเครียดสูงสุด รองลงมาคือบุตรที่เป็นหม้าย หย่า และแยกกันอยู่ และคู่สมรส ตามลำดับ รายได้ของผู้ดูแลยิ่งมากหรือเกินเพียงพอ ยิ่งทำให้ระดับความเครียดลดลง ในทำนองเดียวกันผู้ดูแลที่ประเมินสุขภาพตนเองว่าอยู่ในระดับดี มีโอกาสที่จะมีความเครียดน้อยกว่าผู้ที่ประเมินสุขภาพตนเองว่าไม่ดี ปัจจัยของผู้ดูแลที่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ อายุ เพศ และการทำงาน

สำหรับปัจจัยของผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุที่มีการเตรียมพร้อมทางด้านการเงินมีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือมีระดับความเครียดน้อยกว่าผู้ที่ไม่ได้เตรียมพร้อมทางด้านการเงิน ปัจจัยของผู้สูงอายุที่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ การเป็นโรคเรื้อรัง ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมพื้นฐานประจำวัน ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันที่ซับซ้อนและอื่นๆ และการเตรียมพร้อมด้านผู้ดูแล

ตาราง 5 วิเคราะห์ผลของระดับความเครียดของผู้ดูแลด้วย **Multiple Regression**

ปัจจัยผู้ดูแล และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง กับผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแล	b	SEB	Beta
เพศผู้ดูแล (กลุ่มอ้างอิง: หญิง)			
ชาย	-0.018	0.251	-0.002
อายุผู้ดูแล	0.012	0.014	0.035
ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ (กลุ่มอ้างอิง: ญาติอื่นๆ)			
คู่สมรส	0.737	0.321	0.130*
ลูกแต่งงาน	1.884	0.376	0.219***
ลูกหม้าย/หย่า/แยก	0.982	0.364	0.119**
ลูกโสด	0.490	0.404	0.049
การทำงานของผู้ดูแล (กลุ่มอ้างอิง: ทำงาน)			
ไม่ทำงาน	-0.047	0.199	-0.008
ความเพียงพอของรายได้ของผู้ดูแล (กลุ่มอ้างอิง: ไม่เพียงพอ)			
รายได้เกินเพียงพอ	-1.490	0.650	-0.074*
รายได้เพียงพอ	1.179	0.193	-0.210***
การประเมินภาวะสุขภาพกายของตนเองของผู้ดูแล (กลุ่มอ้างอิง: ไม่ดี)			
ดี	-1.532	0.270	-0.271***
ปานกลาง	-1.240	0.281	-0.201***
การป่วยด้วยโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุ (กลุ่มอ้างอิง: ป่วย)			
ไม่ป่วย	-0.289	0.196	-0.048
ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมพื้นฐานประจำวันของผู้สูงอายุ	0.032	0.058	0.025
ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมที่ซับซ้อนและอื่น ๆ ของผู้สูงอายุ	0.028	0.029	0.045

ตาราง 5 วิเคราะห์ผลของระดับความเครียดของผู้ดูแลด้วย Multiple Regression (ต่อ)

ปัจจัยผู้ดูแล และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง กับผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแล	b	SEB	Beta
การเตรียมความพร้อมด้านการเงินของ ผู้สูงอายุ (กลุ่มอ้างอิง: ไม่ได้เตรียม) เตรียม	-0.924	0.195	-0.164***
การเตรียมความพร้อมด้านผู้ดูแลของ ผู้สูงอายุ (กลุ่มอ้างอิง: ไม่ได้เตรียม) เตรียม	-0.151	0.190	-0.027
Constant			3.347
R ²			0.177

SEB หมายถึง ค่าความคาดเคลื่อนมาตรฐานของค่าสัมประสิทธิ์ความถดถอย (b)
ญาติ หมายถึง ลูกเขย ลูกสะใภ้ พี่ น้อง และญาติอื่นๆ
*p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

การอภิปรายผลการศึกษา

จากการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า ผู้ดูแลที่เป็นคนในครอบครัว มีอายุเฉลี่ย ร้อยละ 61.52 ปี ส่วนใหญ่เป็นหญิง (ร้อยละ 82.5) และเป็นคู่สมรส (ร้อยละ 55.0) รองลงมาคือบุตร (ร้อยละ 34.3) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อัจฉรา เอ็นซ์ และปรียา รุ่งโสภาคกุล (2541) ที่พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็น หญิง แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบุตร อาจ เนื่องมาจากสภาพเศรษฐกิจและสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป คนไทยมีบุตร น้อยลง และบุตรย้ายถิ่นไปทำงานที่อื่นมากขึ้น จะเห็นได้จากการที่สัดส่วน ของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับบุตรลดลง และคู่สมรสอยู่ด้วยกันเองเพิ่มขึ้นอย่าง ต่อเนื่อง (Knodel and Chayovan, 2008) ผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงาน (ร้อยละ 61.0) มีรายได้เพียงพอ (ร้อยละ 76.1) และประเมินสุขภาพตนเอง

ในระดับดี (ร้อยละ 55.4) ผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลมีอายุเฉลี่ยร้อยละ 76.06 ปี ส่วนใหญ่เป็นโรคเรื้อรัง ความสามารถในการปฏิบัติการกิจพื้นฐานในชีวิตประจำวันได้คะแนนร้อยละ 4.57 จากคะแนนเต็ม 6 คะแนน ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมที่ซับซ้อนและอื่นๆ ได้คะแนนเฉลี่ยร้อยละ 5.52 จากคะแนนเต็ม 12

ระดับความเครียดของผู้ดูแลเมื่อพิจารณาเฉพาะความแตกต่างทางเพศ มีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ แต่เมื่อควบคุมตัวแปรที่เกี่ยวข้องตัวอื่นๆ เข้าไป พบว่า ความแตกต่างทางเพศไม่ได้ส่งผลต่อระดับความเครียดของผู้ดูแล ทว่าตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อระดับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การมีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุเป็นคู่สมรส บุตรที่แต่งงานแล้ว และบุตรที่มีสถานภาพหม้าย/หย่า/แยก ความเพียงพอของรายได้ของผู้ดูแล การประเมินภาวะสุขภาพของผู้ดูแล และการเตรียมความพร้อมด้านการเงินของผู้สูงอายุ ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้

ระดับความเครียดของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับความเกี่ยวพันกับผู้สูงอายุเมื่อควบคุมด้วยปัจจัยทางประชากร เศรษฐกิจ และสังคมแล้ว ผู้ดูแลที่เป็นบุตรที่แต่งงานมีความเครียดสูงที่สุด รองลงมา คือบุตรที่มีสถานภาพสมรสเป็นหม้าย หย่า หรือแยกกันอยู่ และคู่สมรส ซึ่งเป็นไปตามวัฒนธรรมประเพณี และหน้าที่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งความกตัญญูรู้คุณต่อบิดามารดา ซึ่งสังคมคาดหวังให้บุตรเป็นผู้ดูแลบิดามารดา ความคาดหวังจากสังคมอาจทำให้บุตรเกรงว่าจะดูแลบิดามารดาไม่ได้ดีอย่างที่สังคมหรือชุมชนคาดหวัง นอกจากนั้นบุตรที่สมรสแล้วย่อมมีบทบาทอื่นด้วย กล่าวคือถ้ามีการงานอื่นทำที่นอกเหนือจากการดูแลเหมือนกับบุตรที่มีสถานภาพสมรสอื่นๆ บุตรที่สมรสต้องมีบทบาทหน้าที่ดูแลครอบครัวของตนเอง เช่น คู่สมรส และลูกหลาน พร้อมทั้งการดูแลบิดามารดาตนเอง

ปัจจัยทางเศรษฐกิจที่ดีของตัวผู้ดูแลเอง มีผลต่อการลดความเครียดของผู้ดูแล เนื่องจากการดูแลผู้สูงอายุ มีความจำเป็นต้องใช้เงิน นอกจากนี้

การเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุของผู้สูงอายุในด้านการเงิน ก็มีผลต่อระดับความเครียดของผู้ดูแลเช่นเดียวกัน นั่นคือถ้าได้มีการเตรียมพร้อมจะทำให้ความเครียดของผู้ดูแลลดลง เป็นการพึ่งพากันและกันระหว่างผู้สูงอายุและผู้ดูแล ข้อค้นพบเหล่านี้สอดคล้องกับข้อค้นพบของ Mehta (2005) ที่พบว่าบทบาทที่มากเกินไป และทรัพยากรที่มีอยู่ เป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการดูแลผู้สูงอายุ

นอกจากนี้ การประเมินภาวะสุขภาพกายของตนเองก็เป็นตัวชี้วัดที่ดี และมีประสิทธิภาพในการสะท้อนสุขภาพองค์รวม และภาวะการตาย (Idler and Benyami, 1997) ผู้ดูแลที่ประเมินว่าตนเองมีสุขภาพดีจะส่งผลให้มีระดับความเครียดลดลงอย่างมาก ซึ่งอาจอธิบายได้สองทางคือ ถ้าสุขภาพของผู้ดูแลไม่ดีเมื่อต้องมาดูแลผู้สูงอายุ ย่อมทำให้ตนเองมีความเครียดเพิ่มขึ้น หรือในทางกลับกัน ซึ่งตรงกับการศึกษาที่พบว่า ความเครียดของผู้ดูแล ส่งผลให้ระดับสุขภาพตนเองแย่ลง โดยเฉพาะผู้ดูแลที่มีอายุมากมีความเสี่ยงต่อการตายมากกว่าผู้ที่ไม่ได้เป็นผู้ดูแล (Schulz and Beach, 1999)

ข้อเสนอแนะ, การกำหนดนโยบายควรให้ผู้ดูแลตระหนักถึงวิธีการลดความเครียด ดูแลสุขภาพของตนเอง การปรับบทบาทให้เหมาะสมของบุตรที่ต้องทำหน้าที่หลายบทบาท นอกจากนี้การสนับสนุนให้ประชาชนเตรียมพร้อมทางด้านการเงินก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุนับเป็นเรื่องสำคัญ เพราะจะทำให้ผู้สูงอายุ และผู้ดูแลในอนาคตมีคุณภาพชีวิตที่ดี

กิตติกรรมประกาศ

บทความนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา(สกอ.) ภายใต้ โครงการมหาวิทยาลัยวิจัยแห่งชาติ

เอกสารอ้างอิง

กุลธิดา พานิชกุล. (2536). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ การ
สนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อ
หัวใจตาย. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาล
ศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

Panidchakul K. (1993). **The Relationship between Selected Factors,
Social Support and Adaptation of Myocardial Infarction
Patients.** A Thesis for the Degree of Master of Nursing Science,
Mahidol University. (in Thai).

คมสัน แก้วระยะ. (2540). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความ
สามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ สัมพันธภาพ
ระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ กับความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล
ผู้สูงอายุ เขตเทศบาลเมือง จังหวัดเพชรบุรี. วิทยานิพนธ์วิทยา
ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

Kaewraya K. (1997). **Relationships between Personal Factors, Ability
of Elderly to Perform Daily Living Activities, Elderly and
Elderly Caregiver Relationships and Role Stress of Caregiver
of the Elderly in Petchaburi Municipality, Petchaburi
Province.** A Thesis for the Degree of Master of Nursing Science,
Chulalongkorn University. (in Thai).

คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ. (2552). **สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2552.**
มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.

National Committee on the Elderly. (2009). **Situation of the Thai Elderly
2009.** Foundation of Thai Gerontology Research and
Development Institute. (in Thai).

- จิราพร เกศพิชญพัฒนา. (2548). ความมกตัญญูทเวที และการดูแลบิดา มารดาที่เจ็บป่วยสูงอายุในครอบครัวไทยในเขตกรุงเทพมหานคร. สืบค้นเมื่อ 11 มกราคม 2555, สืบค้นจาก http://www.research.chula.ac.th/Prize_Research/rsPaper/example/ex43_1.htm.
- Kespichayawattana J. (2005). **“Katanyu Katavedi” and Caregiving for Frail Elderly Parents: The Perspectives of Thai Families in Metropolitan Bangkok, Thailand.** Retrieved January 11, 2012, from http://www.research.chula.ac.th/Prize_Research/rsPaper/example/ex43_1.htm. (in Thai).
- ดุสิต จันทยานนท์ และคณะ. (2554). ทศนคติและผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแลในอำเภพระนครศรีอยุธยา จังหวัด พระนครศรีอยุธยา. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย. 1(1), 58-65
- Janthayanont D. and others. (2011). Attitude and Caregiver Burden from Taking Care of Stroke Patients in Phra Nakhon Si Ayutthaya District Phra Nakhon Si Ayutthaya Province. **Journal of Preventive Medicine Association of Thailand**, 1(1), 58-65. (in Thai).
- พรชัย จุลเมตต์ และยุพิน ถนนวนิชย์. (2544). ความเครียดและการเผชิญ ความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารคณะ พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 9(1), 32-46.
- Jullanmate P. and Thanatwanich Y. (2001). Stress and Coping of Caregivers of Stroke Patients. **The Journal of Faculty of Nursing Burapha University**, 9(1), 32-46. (in Thai).
- มาลินี วงษ์สิทธิ์ และศิริวรรณ ศิริบุญ. (2541). ครอบครัวและผู้สูงอายุ: ศึกษา การณ์กรุงเทพมหานครและจังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วิทยาลัย ประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

Wongsith M. and Siriboon S. (1998). **Family and Older Persons: A Case Study in Bangkok and Phra Nakhon Si Ayutthaya Province.** College of Population Studies, Chulalongkorn University. (in Thai).

รุจา ภูไพบูลย์. (2541). การพยาบาลครอบครัว: แนวคิด ทฤษฎีและการนำไปใช้. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: วีเจพริ้นติ้ง.

Phuphibul R. (1998). **Family Nursing: Theoretical Perspective and Application.** (3rd ed.). Bangkok: VJ Printing. (in Thai).

เล็ก สมบัติ. (2549). รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์ โครงการภาวะดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวในปัจจุบัน. ชุดโครงการระบบการดูแลระยะยาวในครอบครัวสำหรับผู้สูงอายุ. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย.

Sombat L. (2006). **Completed Research Report on Family Caregiving to Older Persons. Program on Family Long Term Care of Older Persons.** The Thailand Research Fund. (in Thai).

วาริ กังใจ. (2555). ความเครียดในผู้ดูแล (ตอนที่ 1). สืบค้นเมื่อ 21 มิถุนายน 2555, สืบค้นจาก <http://www.eldercarethailand.com/content/view/159/80/>.

Kangchai W. (2012). **Stress among Caregivers (Part 1).** Retrieved June 21, 2012, from <http://www.eldercarethailand.com/content/view/159/80/>. (in Thai).

วิมลรัตน์ ภูวราวุฒิปานิช. (2537). การส่งเสริมบทบาทของสมาชิกในครอบครัวในฐานะผู้ดูแล. วารสารพยาบาลศาสตร์, 12(4), 33-38.

Puwarawuttipanit W. (1994). Promotion of Family Member in Caregiver Role. **Journal of Nursing**, 12(4), 33-38. (in Thai).

สุชา จันทรเอม. (2536). จิตวิทยาทั่วไป (ฉบับแก้ไขเพิ่มเติม). กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิช.

Chan-Ame S. (1993). **General Psychology (Revision Issue)**. Bangkok: Thai Watanapanich. (in Thai).

สุดศิริ หิรัญชนะ. (2541). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยาศาสตร์ปริญาวิทยา ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

Hirunchunha S. (1998). **Development of a Care Model for the Caregivers of Stroke Patients at Home. A Thesis for the Degree of Master of Nursing Science**. Mahidol University. (in Thai).

เสาวลักษณ์ เนตรชัง. (2545). การศึกษาอิทธิพลของความเครียดในบทบาทผู้ดูแล ความวิตกกังวลจากการดูแลและปัจจัยด้านผู้ดูแล ต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยาศาสตร์ปริญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

Natechang S. (2002). **The Study on Influencing of Caregiver Role Strain, Worry from Caring, and Caregivers Factors on Health Status of Caregivers of Stroke Patients**. A Thesis for the Degree of Master of Nursing Science. Mahidol University. (in Thai.)

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2551). รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2550. กรุงเทพฯ: ธนาเพรส.

National Statistical Office. (2008). **Report of Survey of the Elderly in Thailand, 2007**. Bangkok: Thanapress.

สำนักงานกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว. (ม.ป.ป). การวิเคราะห์เชิงสถิติหญิงชาย. กรุงเทพฯ: กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.

Office of Women's Affair and Family Development. (n.d.). **Gender Analysis**. Bangkok: Ministry of Social Development and Human Security. (in Thai).

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2547). **ผู้ดูแลผู้สูงอายุ**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

Yodpet Y. (2004). **Caregivers to Older Persons**. Bangkok: Thammasat Printing House. (in Thai).

อัจฉรา เอ็นซ์ และปรียา รุ่งโสภาคกุล. (2541). **การศึกษามหาชนของผู้ดูแลผู้สูงอายุกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุของไทย**. วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

Entz A. and Rungsopasakul, P. (1998). **The Role of Caregivers in Thai Elderly Health Care**. College of Population Studies, Chulalongkorn University. (in Thai).

Dilworth-Anderson, P., Goodwin, P. Y. and Williams, S. W. (2004). Can Culture Help Explain the Physical Health Effects of Caregiving Over Time Among African American Caregivers? **Journal of Gerontology: Social Sciences** 59B(3), 138-145.

Gray, R.S. and Chamratrithirong, A. (2009). Thailand. In Erdman B. Palmore, Frank Whittington and Suzanne Kunkel. (Eds.), **The International Handbook on Aging Current Research and Developments**, 563-578. ABC-CLIO, LLC.

Idler, Ellen L. and Benyami, Y. (1997). Self-Rates Health and Mortality: A Review of Twenty-Seven Community Studies. **Journal of Health and Social Behaviour**, 36, 21-37.

Knodel, J. and Chayovan, N. (2008). **Population Ageing and the Well-Being of Older Persons in Thailand: Past Trends, Current**

- Situation and Future Challenges.** UNFPA Thailand and Asia and the Pacific Regional Office, Bangkok, Thailand.
- Kramer, B. J. (1997). Gain in the Caregiving Experience: Where are We? **Gerontologist**, 37, 218-232.
- Lee, E. E., and Farran, C. J. (2004). Depression Among Korean, Korean American, and Caucasian American Family Caregivers. **Journal of Transcultural Nursing**, 15, 18-25.
- Mehta, K K. (2005). **Stress among Family Caregivers of Older Persons in Singapore.** **Journal of Cross Cultural Gerontology**, 20, 319-334. DOI 10.1007/s10823-006-9009-z.
- Ofstedal, M. B., Zimmer, Z., Hermalin, Al., Chan, A., Chuang, Y. Natividad, J. and Tang, Z. (2007). Short-Term Trends in Functional Limitation and Disability Among Older Asians: A Comparison of Five Asian Settings. **Journal of Cross Cultural Gerontology**, 22, 243-261. DOI 10.1007/s10823-006-9025-z.
- Pinguart, M. and Sorensen, S. (2006). Gender Differences in Caregiver Stressors, Social Resources, and Health: An Updated Meta-analysis. **Journal of Gerontology, Series B. Psychosocial Sciences and Social Sciences**, 61(1), 33-45.
- Pinguart, M. and Sorensen, S. (2007). Correlates of Physical Health of Informal Caregivers: A Meta-analysis. **Journal of Gerontology, Series B. Psychosocial Sciences and Social Sciences**, 62(2), 126-137.
- Schulz, R. and Beach, S. R. (1999). Caregiving as a Risk Factor for Mortality: the Caregiving Effects Study. **JAMA**, December 15, 282(23), 2215-2219.

Seniormag. (2012). **Caregiver's Handbook**. Retrieved April 22, 2012,
from <http://www.seniormag.com/caregiver-handbook.pdf>.