



การรับรู้ความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ในจังหวัดเชียงใหม่

พร้อมพงศ์ รัตนสุภาชัย*โสภิตา อภิชัย*

บทคัดย่อ

ปัจจุบันปัญหาสุขภาพที่สำคัญของคนไทยคือการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังซึ่งทำให้เกิดความพิการและทุพพลภาพอันนำไปสู่การเป็นผู้ป่วยติดเตียง สมาชิกในครอบครัวเป็นผู้ที่มีบทบาทหลักในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดอันเนื่องด้วยปัจจัยหลายอย่าง ดังนั้นการรับรู้ความเครียดจึงเป็นจุดเริ่มต้นไปสู่การจัดการความเครียด การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้ความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงในจังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 30 คน โดยใช้แบบวัดความรู้สึกละเครียดภาษาไทย ฉบับ 10 ข้อ (The Thai version of the 10-item Perceived Stress Scale: T-PSS-10) นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงส่วนใหญ่มีความเครียดระดับปานกลาง จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 73.33 รองลงมาที่มีความเครียดระดับต่ำ จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 20.00 และมีความเครียดระดับสูงจำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 6.67 ผลการศึกษาที่ได้จะใช้เป็นแนวทางในการประยุกต์ใช้ในงานกิจกรรมบำบัด เพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการรับรู้ความเครียดอันนำไปสู่วิธีการจัดการความเครียด

คำสำคัญ: ความเครียด การรับรู้ความเครียด ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง

Abstract

Nowadays, chronic illnesses are increasingly prevalent among the Thai population, often resulting in disability and ultimately leading to bedridden patients. Consequently, family members are compelled to assume the responsibility of caring for these patients, thereby facing various stressors. Perceived stress emerges as a critical starting point for stress management among bedridden caregivers. The purpose of this research study was to investigate the perceived stress level among 30 bedridden caregivers in Chiang Mai Province, utilizing the 10-item Perceived Stress Scale (T-PSS-10). Data analysis was conducted by using descriptive statistics. The study found that most of the bedridden caregivers experienced moderate levels of stress, with 22 individuals (73.33%). Additionally, 6 individuals (20.00%) reported low levels of stress, while 2 individuals (6.67%) reported high levels of stress. The study results can serve as a guideline for application in occupational therapy, promoting knowledge and understanding among bedridden caregivers regarding stress perception and stress management methods.

Keywords: Stress, Perceived stress, Bedridden caregivers

บทนำ

ปัจจุบันปัญหาสุขภาพที่สำคัญของคนไทยคือการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่ทำให้เกิดความพิการและทุพพลภาพอันนำไปสู่การเป็นผู้ป่วยติดเตียง โดยภายหลังจากผู้ป่วยได้รับการรักษาและแก้ไขปัญหาภาวะเจ็บป่วยวิกฤติหรือเฉียบพลันนั้นแล้ว ผู้ป่วยโรคเรื้อรังจะต้องกลับไปพักรักษาตัวเองที่บ้านภายใต้การดูแลของครอบครัว ดังนั้นสมาชิกในครอบครัว ซึ่งมักจะถูกเรียกว่า “ญาติผู้ดูแล” จึงต้องทำหน้าที่ให้การดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยเรื้อรังที่ต้องนอนติดเตียงส่วนใหญ่จะมีขีดความสามารถในการดูแลตนเองน้อยมาก ดังนั้นญาติผู้ดูแลจึงมีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่ติดเตียงที่บ้าน¹

การดูแลผู้ป่วยติดเตียงเป็นภาระหน้าที่ที่ต้องใช้ความอดทนเป็นอย่างมาก เพราะผู้ดูแลต้องใช้เวลาส่วนใหญ่ในแต่ละวันในการดูแลกิจวัตรต่าง ๆ ให้แก่ผู้ป่วย ตั้งแต่เข้าจนกระทั่งผู้ป่วยนอนหลับ ทำให้ผู้ดูแลไม่มีเวลาในการดูแลตนเอง รวมทั้งการดูแลผู้ป่วยยังก่อให้เกิดความเครียดกับผู้ดูแลในระดับสูง โดยเฉพาะด้านการปรับตัวรองลงมาคือ การเปลี่ยนแปลงการทำงาน และการไม่มีเวลาทำงานอย่างอื่นตามลำดับ² นอกจากนี้ ความเครียดที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลยังมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลกับครอบครัว และแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว³ จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่าการรับรู้ความเครียดของผู้ดูแลมีความสำคัญ เนื่องจากผู้ดูแลบางคนอาจไม่ได้ให้ความสำคัญกับความเครียดของตน ซึ่งอาจก่อให้เกิดความเครียดสะสม ร่วมกับการที่ผู้ดูแลไม่ทราบวิธีการจัดการกับความเครียดของตนเอง ส่งผลทำให้เกิดปัญหาหลาย ๆ ด้านตามมา ไม่ว่าจะเป็นด้านการปรับตัว การงาน หน้าที่ประจำ กิจกรรมยามว่างและอาจส่งผลถึงปัญหาการมีสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล ซึ่งการรับรู้ความเครียดเป็นจุดเริ่มต้นของการนำไปสู่การจัด การความเครียด ถ้าไม่รับรู้ความเครียด ก็จะไม่ตระหนักถึงความสำคัญของความเครียดและไม่สามารถหาวิธีการจัดการกับความเครียดที่เหมาะสมได้ ดังนั้นการประเมินการรับรู้ความเครียดจึงเป็นสิ่งที่สำคัญ

จากการศึกษาในต่างประเทศที่ผ่านมาพบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ความเครียดและความต้องการการสนับสนุนทางสังคมของญาติซึ่งเป็นผู้ดูแลหลัก (Primary family caregivers) ของผู้ป่วยอาการหนัก (Intensive Care Unit: ICU) ในไต้หวัน โดยใช้แบบวัดความรู้สึกละเครียดฉบับ 10 ข้อ (Perceived Stress Scale 10: PSS 10) แบบวัดผลกระทบของเหตุการณ์แบบแก้ไขมาตราส่วน (IES-R) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของ Norbeck (NSSQ) และการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างเพื่อสำรวจการรับรู้ความเครียดและความต้องการการสนับสนุนทางสังคมของญาติซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในห้อง ICU ชาวไต้หวัน ผลการศึกษาพบว่าญาติซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักรับรู้ถึงการสนับสนุนทางสังคมอย่างมาก แต่พวกเขายังคงมีความเครียดสูง ผู้ดูแลส่วนใหญ่ต้องการการสนับสนุนเพิ่มเติม⁴ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาเกี่ยวกับอาการทางจิตของเด็กภายหลังการระบาดของโควิด-19 และการรับรู้ถึงความเครียดของผู้ดูแลในประเทศตุรกี โดยใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับสังคมประชากรศาสตร์และชีวิตประจำวันในช่วงที่มีการระบาดของโควิด-19 (Sociodemographic and daily life during pandemic questionnaire) คู่มือการวินิจฉัยและสถิติสำหรับความผิดปกติทางจิต (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM) และแบบวัด



ความรู้สึกละเครียดฉบับ 14 ข้อ (Perceived Stress Scale 14: PSS 14) การศึกษาพบว่า คะแนนการรับรู้ความเครียดของผู้ดูแลซึ่งเป็นมารดาสูงกว่าบิดา พบความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนการรับรู้ความเครียดของผู้ดูแลและอาการทางจิต โดยความรู้สึกละเครียดสามารถพบเห็นได้บ่อยกว่าอาการอื่น ๆ โดยระดับการศึกษาที่ต่ำกว่าของบิดา รายได้ของครอบครัวที่ลดลง การมีลูกที่เป็นโรคทางจิตเวช ความสัมพันธ์ของพี่น้องที่บกพร่องและความสามารถในการทำงานที่บ้านบกพร่อง เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้คะแนนการรับรู้ความเครียดของผู้ดูแลสูงขึ้น⁵ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาการรับรู้ความเครียดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ความเครียดในกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยใช้แบบวัดความรู้สึกละเครียดฉบับ 14 ข้อ จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้สูงอายุมีคะแนนการรับรู้ความเครียดเฉลี่ยเท่ากับ 18.5 ± 9.9 พบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภายนอกและปัจจัยภายในของผู้ดูแลกับการรับรู้ความเครียดที่เพิ่มขึ้น⁶ และมีการศึกษาผลของการบำบัดในบ้านโดยอาศัยพ่อเป็นหลักต่อการรับรู้ความเครียดและพลวัตของครอบครัวในผู้ปกครองของเด็กออทิสติก การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจความแตกต่างของความเครียดของผู้ปกครองทั้งบิดาและมารดาของเด็กออทิสติกก่อนและหลังโปรแกรมการฝึกอบรม โดยใช้แบบวัดความเครียดผู้ปกครองฉบับสั้น (The Parenting Stress Index-Short Form: PSI) และแบบประเมินความผูกพันและการปรับตัวของครอบครัว (The Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales II: FACES II) พบว่าทั้งบิดาและมารดามีระดับความเครียดก่อนการบำบัดที่สูง แต่หลังจากการบำบัดความเครียดของบิดาลดลงแต่ไม่มีนัยสำคัญ ส่วนคะแนนความเครียดของมารดาลดลงอย่างมีนัยสำคัญ⁷

ในประเทศไทย Pinyopornpanish et al.⁸ ได้ทำการศึกษารับรู้ความเครียดและอาการซึมเศร้าที่ไม่ใช่อาการทางประสาทจิตเวชเพื่อทำนายภาระของผู้ดูแลในโรคอัลไซเมอร์ ในจังหวัดเชียงใหม่ เครื่องมือในการประเมินประกอบด้วยแบบวัดความรู้สึกละเครียดภาษาไทย ฉบับ 10 ข้อ แบบประเมินอาการทางจิตประสาทของผู้ป่วยสมองเสื่อม (Neuropsychiatric Inventory Questionnaires: NPI-Q) แบบประเมินกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities Daily Living Index: ADL) แบบประเมินสมองเสื่อม (Clinical Dementia Rating: CDR) แบบทดสอบภาวะซึมเศร้า (Patient Health Questionnaire-9: PHQ-9) และแบบประเมินภาระการดูแล ภาษาไทย ฉบับ 12 ข้อ (The 12-item Zarit Burden Interview: ZBI-12) ผลการศึกษาพบว่าภาระของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับอาการทางประสาทจิตเวชของผู้ป่วยทางอ้อมผ่านอาการซึมเศร้าและการรับรู้ความเครียดของผู้ดูแล อย่างไรก็ตามยังไม่มีการศึกษาใดทำการศึกษารับรู้ความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงในจังหวัดเชียงใหม่

แบบจำลองมนุษย์สิ่งแวดล้อมและความสามารถในการประกอบกิจกรรมการดำเนินชีวิต (Person-Environment-Occupational Performance Model: PEOP) เป็นแบบจำลองทางกิจกรรมบำบัดที่มองว่าปัจจัยส่วนบุคคล (Person) สิ่งแวดล้อม (Environment) กิจกรรมการดำเนินชีวิต (Occupation) และความสามารถ (Performance) มีความสอดคล้องกัน ไม่สามารถที่จะแยกออกจากกันได้⁹ ดังนั้น หากบุคคลไม่รับรู้ความเครียด เราก็จะไม่ตระหนักถึงความสำคัญของความเครียดและไม่สามารถหาวิธีการจัดการกับความเครียดที่เหมาะสมได้ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อความสามารถในการทำกิจกรรมการดำเนินชีวิต นักกิจกรรมบำบัดจึง

ควรส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงเห็นถึงความสำคัญของการรับรู้ความเครียด เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงสามารถทำกิจกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีประสิทธิภาพ

ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาการรับรู้ความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ในจังหวัดเชียงใหม่ โดยใช้แบบวัดความรู้สึกเครียดภาษาไทย ฉบับ 10 ข้อ (The Thai version of the 10-item Perceived Stress Scale: T-PSS-10)¹⁰ เพื่อทราบถึงการรับรู้ความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นงานวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) เป็นการศึกษาสำรวจ เพื่อศึกษาการรับรู้ความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงในจังหวัดเชียงใหม่ ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 30 คน โดยกลุ่มตัวอย่างต้องมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้ (1) เป็นผู้ดูแลหลัก และเป็นบุคคลในครอบครัวของผู้ป่วยติดเตียง (2) อายุ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป (3) เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงมาแล้วไม่น้อยกว่า 1 เดือน (4) เป็นผู้ที่อ่านและเข้าใจความหมายของภาษาไทย และ (5) ยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

(1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง เก็บข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ ที่อยู่ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส รายได้ครอบครัวต่อเดือน ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่ต้องดูแลนอกจากผู้ป่วย ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย

(2) แบบวัดความรู้สึกเครียดภาษาไทย ฉบับ 10 ข้อ ซึ่งถูกพัฒนาโดย ศ.พญ.ณัททัย วงศ์ปการันย์ และ ศ.นพ.ทินกร วงศ์ปการันย์ ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับความรู้สึกของผู้ป่วยใน 1 เดือนที่ผ่านมา ซึ่งถูกนำมาปรับปรุงเป็นภาษาไทยและมีการทดสอบความเชื่อมั่น มีค่า 0.84 (Wongpakaran, Wongpakaran, 2010) โดยการให้คะแนนแบ่งเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) มี 5 อันดับ ให้คะแนนตามความบ่อยครั้งของความรู้สึก คือ ไม่เลย แทบจะไม่มี มีบางครั้ง ค่อนข้างบ่อย บ่อยมาก โดยข้อ 4, 5, 7 และ 8 เป็นคำถามทางบวก ส่วนอีก 6 ข้อที่เหลือเป็นคำถามทางลบ โดยกำหนดคะแนนดังนี้



คำตอบ	ลักษณะข้อคำถาม	
	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
ไม่เลย	ได้ 4 คะแนน	ได้ 0 คะแนน
แทบจะไม่มี	ได้ 3 คะแนน	ได้ 1 คะแนน
มีบางครั้ง	ได้ 2 คะแนน	ได้ 2 คะแนน
ค่อนข้างบ่อย	ได้ 1 คะแนน	ได้ 3 คะแนน
บ่อยมาก	ได้ 0 คะแนน	ได้ 4 คะแนน

คะแนนรวมมีค่าอยู่ระหว่าง 0-40 คะแนน ช่วงคะแนน 0-13 หมายถึง มีความเครียดระดับต่ำ ช่วงคะแนน 14-26 หมายถึง มีความเครียดระดับปานกลาง ช่วงคะแนน 27-40 หมายถึง มีความเครียดระดับสูง

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยคณะเทคนิคการแพทย์อนุมัติให้ทำการวิจัย (481/2566) ผู้วิจัยส่งหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูล จากนั้นทำการประชาสัมพันธ์เพื่อหาอาสาสมัครเข้าร่วมงานวิจัยโดยการติดประกาศที่บอร์ดประชาสัมพันธ์ หากมีผู้สนใจเป็นอาสาสมัคร สามารถติดต่อผู้วิจัยได้ที่เบอร์โทรศัพท์ แอปพลิเคชันไลน์ หรืออีเมลของผู้วิจัย รวมทั้งสามารถติดต่อลงชื่อและที่อยู่ได้ที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จากนั้นผู้วิจัยทำการชี้แจงรายละเอียดงานวิจัยให้กับผู้สนใจเป็นอาสาสมัคร ทำการคัดเลือกอาสาสมัครแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์การคัดเลือก ให้เวลาผู้สนใจตัดสินใจและแจ้งความจำนงค์เข้าร่วมการวิจัยภายในเวลา 1 สัปดาห์ ผู้วิจัยทำการติดต่อนัดหมายอาสาสมัครที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือก เพื่อลงนามยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล โดยกลุ่มตัวอย่างสามารถบันทึกข้อมูลด้วยตนเองหรือให้ผู้วิจัยบันทึกข้อมูลให้ จากนั้นวิเคราะห์ข้อมูลและแปลผล ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) โดยแจกแจงเป็นความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาการรับรู้ความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ในจังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 30 คน โดยใช้แบบวัดความรู้สึกเครียดภาษาไทย ฉบับ 10 ข้อ ได้รับแบบสอบถามคืนมาจำนวน 30 ชุด คิดเป็นร้อยละ 100 นำเสนอผลการศึกษาในรูปแบบตารางดังต่อไปนี้



ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n=30)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	9	30.00
หญิง	21	70.00
อายุ (ปี) (mean $\pm$ S.D.=54.43 $\pm$ 21.92, min=31, max=81)		
30-40	9	30.00
41-50	6	20.00
51-60	4	13.33
61-70	8	26.67
71-80	2	6.67
81-90	1	3.33
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	0	0.00
ประถมศึกษา	9	30.00
มัธยมศึกษา	5	16.67
ปริญญาตรีและสูงกว่า	14	46.67
ไม่ระบุ	1	3.33
อื่น ๆ เช่น อนุปริญญาตรี	1	3.33
สถานภาพสมรส		
โสด	6	20.00
สมรส/คู่	17	56.67
หม้าย	3	10.00
หย่าร้าง	2	6.67
ไม่ระบุ	2	6.66
อาชีพ		
เกษตรกร	1	3.33
รับจ้าง	6	20.00
ค้าขาย/ธุรกิจ	9	30.00
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	1	3.33
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	4	13.34
อื่น ๆ เช่น พนักงานบริษัท พนักงานประจำ แม่บ้าน	6	20.00
ไม่ระบุ	3	10.00

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
รายได้ครอบครัวต่อเดือน (บาท)		
1000-5000	8	26.67
5000-10000	3	10.00
10000-15000	9	30.00
15000-20000	1	3.33
20000-25000	6	20.00
มากกว่า 25000	3	10.00
รายได้ครอบครัวต่อเดือนเพียงพอหรือไม่		
เพียงพอ	13	43.33
ไม่เพียงพอ	17	56.67
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย		
บิดา/มารดา	10	33.33
พี่/น้อง	0	0.00
สามี/ภรรยา	5	16.67
บุตร	5	16.67
อื่น ๆ ป้า หลาน ลูกสะใภ้ ปู่ เหลน ยาย	7	23.33
ไม่ระบุ	3	10.00
จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่ต้องดูแลผู้ป่วย (คน)		
ไม่มี	1	3.33
1	8	26.68
2	9	30.00
3	4	13.33
4	1	3.33
มากกว่า 4	4	13.33
ไม่ระบุ	3	10.00



ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยต่อ 1 วัน (ชั่วโมง)		
ไม่แน่นอน	1	3.33
1-3	3	10.00
3-5	2	6.67
5-7	0	0.00
7-10	11	36.67
10-13	1	3.33
ตลอด 24 ชั่วโมง	8	26.67
อื่น ๆ เช่น ไม่แน่นอน	1	3.33
ไม่ระบุ	3	10.00

จากตารางที่ 1 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 70) อายุ 30-40 ปี (ร้อยละ 30) จบการศึกษาระดับปริญญาตรีและสูงกว่า (ร้อยละ 46.67) สถานภาพสมรส/คู่ (ร้อยละ 56.67) ประกอบอาชีพค้าขาย/ธุรกิจ (ร้อยละ 30) รายได้ต่อครอบครัว 10000-15000 บาท (ร้อยละ 30) ส่วนใหญ่ระบุว่ารายได้ครอบครัวต่อเดือนไม่เพียงพอ (ร้อยละ 56.67) ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็น บิดา/มารดา ร้อยละ (33.33) จำนวนสมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่อยู่ที่ 2 คน (ร้อยละ 30) และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยต่อ 1 วันส่วนมากอยู่ที่ 7-10 ชั่วโมง คิดเป็นร้อยละ 36.67

ตารางที่ 2 ระดับการรับรู้ความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง (n=30)

ระดับการรับรู้ความเครียด	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ความเครียดระดับต่ำ	6	20.00
ความเครียดระดับปานกลาง	22	73.33
ความเครียดระดับสูง	2	6.67

จากตารางที่ 2 พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงส่วนใหญ่มีความเครียดระดับปานกลาง จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 73.33 รองลงมาที่มีความเครียดระดับต่ำ จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 20.00 และมีความเครียดระดับสูง จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 6.67

บทวิจารณ์

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้ความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ในจังหวัดเชียงใหม่ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบวัดความรู้สึกเครียดภาษาไทย ฉบับ 10 ข้อ จากการศึกษาพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ส่วนใหญ่มีความเครียดระดับปานกลาง (ตารางที่ 2) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกัญนิภา อยู่สำราญ และคณะ¹¹ ที่ศึกษาเรื่องความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา พบว่าผู้ดูแลมีความเครียดระดับปานกลาง และสอดคล้องกับการศึกษาของ ลินจง โปธิบาล และคณะ¹² ที่ศึกษาเรื่องความเครียดและการเผชิญความเครียดในผู้ดูแลผู้สูงอายุ โรคพาร์กินสัน พบว่ามีค่าเฉลี่ยความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งการศึกษานี้ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Chang และคณะ⁴ ที่ศึกษาการรับรู้ความเครียดและความต้องการการสนับสนุนทางสังคมของญาติซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วย อาการหนักในไต้หวัน พบว่าญาติซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักมีความเครียดระดับสูง เนื่องจากความเครียดในชีวิตประจำวันหรือความเครียดจากเหตุการณ์ในห้องดูแลผู้ป่วยอาการหนัก ส่งผลให้ญาติซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยอาการหนักในไต้หวันมีความเครียดระดับสูง และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Akturan และคณะ¹³ ที่ศึกษาระดับการรับรู้ความเครียดและปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดของญาติผู้ดูแล ซึ่งพบว่าสมาชิกในครอบครัวที่เคยดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแบบประคับประคองมีความเครียดระดับสูง เนื่องจากจำนวนโรคเรื้อรังของผู้ดูแลที่มีมาก ไม่สามารถควบคุมอาการเหล่านั้นได้ และปัญหาต่าง ๆ ในกระบวนการดูแลผู้ป่วย เช่น การเปลี่ยนแผ่นรองขับถ่ายบ่อยครั้ง การอาบน้ำ เป็นต้น

สาเหตุที่คาดว่าจะทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงในจังหวัดเชียงใหม่ส่วนใหญ่มีความเครียดระดับปานกลาง น่าจะเกี่ยวข้องกับการที่ผู้ดูแลส่วนใหญ่ต้องดูแลผู้ป่วยมากกว่า 7 ชั่วโมงต่อวัน (ร้อยละ 66.67) (ตารางที่ 1) ชูทิติย์ ปานปรีชา¹⁴ กล่าวว่า ความเมื่อยล้าทางร่างกาย การพักผ่อนไม่เพียงพอ เป็นภาวะที่ทำให้เกิดความเครียดได้ ดังนั้นการที่ผู้ดูแลส่วนใหญ่ต้องดูแลผู้ป่วยมากกว่า 7 ชั่วโมงต่อวันจึงน่าจะเป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด นอกจากนั้นชูทิติย์ ปานปรีชา ยังได้กล่าวว่างานที่ต้องรับผิดชอบมาก งานที่มีปัญหาการทำงานหลายหน้าที่หรือหลายแห่ง รวมทั้งความยากจนเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียดได้ สอดคล้องกับการศึกษานี้ที่พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่ประกอบอาชีพค้าขาย/ธุรกิจ (ร้อยละ 30.00) (ตารางที่ 1) ซึ่งเป็นงานที่ต้องรับผิดชอบมาก จะต้องวางแผนรับมือกับอุปสรรคต่าง ๆ อยู่เสมอ นอกจากนี้ผู้ดูแลส่วนใหญ่ยังต้องประกอบอาชีพอื่นนอกเหนือจากการดูแลผู้ป่วย ซึ่งการทำงานที่ต้องรับผิดชอบมาก ทำงานหลายหน้าที่หรือหลายแห่ง ย่อมส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดได้ นอกจากนั้นการที่ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีรายได้ครอบครัวต่อเดือนไม่เพียงพอ (ร้อยละ 56.67) (ตารางที่ 1) ย่อมส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดได้เช่นเดียวกัน

จากผลการศึกษานี้เมื่อพิจารณาผ่านแบบจำลองมนุษย์ สิ่งแวดล้อม และความสามารถในการประกอบกิจกรรมการดำเนินชีวิต (PEOP) สิ่งที่เป็นสาเหตุหลักที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเครียดในระดับปานกลางคือ ปัจจัยส่วนบุคคล ไม่ว่าจะเป็นความเมื่อยล้าทางร่างกาย การพักผ่อนไม่เพียงพอ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม คือเศรษฐกิจของครอบครัว และปัจจัยด้านการประกอบกิจกรรมในชีวิตประจำวัน ไม่ว่าจะเป็น

อาชีพหรือบทบาทในแต่ละคนซึ่งมีความแตกต่างกัน ซึ่งสิ่งเหล่านี้มีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันและส่งผลกระทบต่อความสามารถในการจัดการหรือดูแลผู้ป่วยได้ เช่น หากบุคคลหนึ่งมีบุคคลในครอบครัวเป็นผู้ป่วยติดเตียง บุคคลนั้นอาจต้องคำนึงถึงปัจจัยหลายอย่างในการดูแลผู้ป่วยไม่ว่าจะเป็น การเงิน อุปกรณ์ช่วยเหลือ สิ่งเหล่านี้จะส่งผลทำให้บุคคลที่ได้รับหน้าที่ดูแลผู้ป่วยต้องปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตของตนไม่ว่าจะเป็น การงาน หน้าที่ บทบาท เวลาพักผ่อนทางร่างกายและจิตใจ ซึ่งทั้งหมดนี้มีผลต่อประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยติดเตียง หากผู้ดูแลมีปัญหาการพักผ่อนทั้งทางร่างกายและจิตใจ เนื่องด้วยสาเหตุต้องดูแลผู้ป่วยทั้งวันและไม่มีเวลาพักผ่อนให้ตัวเอง อาจส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจของผู้ดูแลให้แย่ลง มีความเครียดมากขึ้น ส่งผลต่อหน้าที่การงานหรืองานที่ต้องทำเป็นประจำเพื่อหารายได้ให้ครอบครัว เมื่อประสิทธิภาพการทำงานเพื่อหารายได้ให้ครอบครัวลดลงจะส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพในการเลี้ยงดูผู้ป่วยด้วยเช่นกัน

นักกิจกรรมบำบัดมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพจิตที่ดีและป้องกันความบกพร่องของจิตใจ นักกิจกรรมบำบัดจึงควรส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงเห็นถึงความสำคัญของการรับรู้ความเครียด โดยเริ่มจากการตั้งเป้าหมายการบำบัดร่วมกับผู้ดูแล ในขั้นตอนแรกนักกิจกรรมบำบัดจะต้องสัมภาษณ์ประวัติของผู้ดูแล (Person) ในประเด็นเกี่ยวกับประวัติความเจ็บป่วยในอดีตและปัจจุบัน ข้อจำกัดและความสามารถสูงสุดของร่างกายผู้ดูแล การวัดความเครียด เพื่อที่จะกำหนดหรือวางขอบเขตของการบำบัด สอบถามเกี่ยวกับสภาพแวดล้อม (Environment) เช่น สภาพที่อยู่อาศัย สภาพเศรษฐกิจทางการเงินของครอบครัว อุปกรณ์ หรือสิ่งอำนวยความสะดวก สิ่งสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น สอบถามบทบาทหรือหน้าที่ของผู้ดูแล (Occupation) เช่น อาชีพ บทบาทของผู้ดูแล เป็นต้น หลังจากที่ได้ข้อมูลข้อจำกัดและสิ่งสนับสนุนแล้วจึงเริ่มวางแผนร่วมกับผู้ดูแลในการตั้งเป้าประสงค์ระยะสั้น ซึ่งอาจจะเกี่ยวข้องกับปัจจัยภายในที่อาจส่งผลไปยังต่อความสามารถของผู้ดูแล และเป้าประสงค์ระยะยาว ซึ่งอาจจะเกี่ยวข้องกับความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวัน ในการทำกิจกรรมที่ส่งเสริมการมีสุขภาวะทางจิตที่ดี โดยนักกิจกรรมบำบัดอาจช่วยค้นหา กิจกรรมที่ผู้ดูแลสนใจโดยใช้แบบสอบถามการทำกิจกรรมตามความสนใจ การหากิจกรรมผ่อนคลาย ความเครียด เช่น การลองทำกิจกรรมที่ไม่เคยทำ การทำกิจกรรมที่ผู้ดูแลให้ความสำคัญและมีความหมาย เป็นต้น การแนะนำอาชีพเสริม หรือการแนะนำการจัดตารางชีวิตประจำวัน โดยในกระบวนการทั้งหมดนี้ ผู้ดูแลจะต้องมีส่วนร่วมในการวางแผน คิด และตัดสินใจ เน้นความต้องการของผู้ดูแลมากกว่าการมองเป็นข้อจำกัดภายใต้บริบทที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน ถ้าหากผู้ดูแลสามารถค้นหาปัญหาของตนเอง วางแผนและแก้ไขปัญหาในจุดนั้นได้ไม่ว่าจะเป็นปัญหาจากปัจจัยส่วนตัว สิ่งแวดล้อม หรือการดำเนินชีวิต จะส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่ติดมากขึ้น อย่างไรก็ตามการศึกษานี้ยังเป็นการศึกษานำร่องเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน จึงไม่สามารถนำผลการศึกษาไปใช้อ้างอิงในประชากรกลุ่มใหญ่ได้ ในการศึกษาครั้งต่อไปจึงควรเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้น นอกจากนั้นยังควรศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับสุขภาพทางกายและอาการทางจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงและผู้ป่วย รวมทั้งระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง เพื่อที่จะได้เข้าใจสาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียดในกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงมากยิ่งขึ้น



สรุปผลการศึกษา

ผลการศึกษาสรุปได้ว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงในจังหวัดเชียงใหม่ส่วนใหญ่มีความเครียดระดับปานกลาง (ร้อยละ 73.33) รองลงมา มีความเครียดระดับต่ำ (ร้อยละ 20.00) และมีความเครียดระดับสูง (ร้อยละ 6.67) ตามลำดับ

เอกสารอ้างอิง

1. สุริยา พงเกิด, สุนันท์ สินเชื้อสัตย์กุล, สืบตระกูล ตันตลานุกร. บทบาทพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในการดูแลญาติผู้ป่วยติดเตียง. วารสารพยาบาลทหารบก. 2563;21(1):47.
2. ขวัญตา บุญวาศ, ธีรรัตน์ สุภานันท์, อรุณี ชุนหบดี, นิมิตฺตฺรา แว. ความเครียดและความต้องการของผู้ดูแลผู้พิการติดเตียง. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 2560;4(1):205-16. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/scnet/article/view/81623>
3. ภาวิณี พรหมบุตร, นพวรรณ เปียชื่อ, สมนึก สกุลหงส์โสภณ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน. รามาธิบดีพยาบาลสาร. 2557;20(1):82-96. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RNJ/article/view/19198>
4. Chang PY, Chang TH, Yu JM. Perceived stress and social support needs among primary family caregivers of ICU patients in Taiwan. J Cardiopulm Acute Care. 2021;50(4):491-8. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2021.03.001>
5. Büber A, Terzioğlu MA. Caregiver's reports of their children's psychological symptoms after the start of the COVID-19 pandemic and caregiver's perceived stress in Turkey. Nord J Psychiatry. 2022;76(3):245-54.
6. Luchesi ML, Souza ÉN, Gratao ACM, Gomes GAO, Inouye K, Alexandre TS, et al. The evaluation of perceived stress and associated factors in elderly caregivers. Arch Gerontol Geriatr. 2016;67(1):7-13. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.archger.2016.06.017>
7. Bendixen RM, Elder HE, Donaldson S, Kairalla JA, Valcante G, Ferdig RE. Effects of a father-based in-home intervention on perceived stress and family dynamics in parents of children with autism. Am J Occup Ther. 2011;65(6):679-87. Available from: <https://doi.org/10.5014/ajot.2011.001271>



8. Pinyopornpanish M, Pinyopornpanish K, Soontornpun A, Tanprawate S, Nadsasarn A, Wongpakaran N, et al. Perceived stress and depressive symptoms not neuropsychiatric symptoms predict caregiver burden in Alzheimer's disease: A cross-sectional study. *BMC Geriatr.* 2021;21(180):1-10. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02136-7>
9. Baum CM, Christiansen CH, Bass JD. The Person-Environment-Occupation-Performance (PEOP) model. In: Christiansen CH, Baum CM, Bass JD, editors. *Occupational therapy: Performance, participation, and well-being.* 4th ed. Thorofare, NJ: SLACK Incorporated; 2015. p.49-56.
10. Wongpakaran N, Wongpakaran T. The Thai version of the PSS-10: An investigation of its psychometric properties. *BioPsychoSoc Med.* 2010;4(6):2-6. Available from: <https://doi.org/10.1186/1751-0759-4-6>
11. กัญนิกา อยู่สำราญ, ศรีสกุล ชนะพันธ์, พานิช แก่นกาญจน์. ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9.* 2565;16(1):1-16. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RHPC9Journal/article/view/253495>
12. ลินจง โปธิบาล, ทศพร คำผลศิริ, นรัชพร ศศิวงศากุล. ความเครียดและการเผชิญความเครียดในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน. *วารสารสภาการพยาบาล.* 2562;34(2):62-75.
13. Akturan S, Yilmaz C, Çiltaş N, Kumlu G. Perceived stress levels and influencing factors of stress in family caregivers: A cross-sectional study. *Anatolian J Fam Med.* 2021;4(2):134-40.
14. ชูทิพย์ ปานปรีชา. จิตวิทยาทั่วไป. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2529.