บทที่ 4

ผลการวิจัยและอภิปรายผล

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive study) เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาล ได้แก่ ปัจจัยด้านผู้ดูแล คือ อายุ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ และทัศนคติของผู้ดูแลต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาล ปัจจัยด้านผู้ป่วย คือ ความรุนแรงของภาวะเจ็บป่วย ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ และปัจจัยด้านสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยสามัญทางอายุรกรรม โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ จำนวน 105 คน โดยใช้วิธีเลือกตามคุณสมบัติที่กำหนด เก็บรวบรวมข้อมูลโดยแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากกรอบแนวคิดของการมีส่วนร่วม (Brownlea, 1987 cited by Cahill, 1998) กระบวนการพยาบาล (Dillon, 2003 ; Rosdahl & Kowalski, 2003) และการศึกษาปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุ นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Windows ใช้การวิเคราะห์ความถดถอยและสหสัมพันธ์เชิงซ้อนแบบขั้นตอน (stepwise multiple regression) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ผลจากการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอด้วยตารางประกอบการบรรยายดังนี้

ส่วนที่1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่2 แสดงการกระจายของข้อมูล ด้านความรุนแรงของภาวะเจ็บป่วย ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ทัศนคติของผู้ดูแลต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาล สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับพยาบาล และการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาล

ส่วนที่3 แสดงความสามารถในการทำนายการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาล

1. เมตริกซ์สหสัมพันธ์ของปัจจัยทำนายการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาล

2. ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงซ้อนแบบขั้นตอนของปัจจัยทำนายกับการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาล

มีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่1 ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 71.4 มีเพียงร้อยละ 28.6 เป็นเพศชาย มีอายุอยู่ในช่วง 41 - 50 ปี คิดเป็นร้อยละ 32.4 รองลงมามีอายุอยู่ในช่วง 31 - 40 ปี คิดเป็นร้อยละ 30.5 ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธคิดเป็นร้อยละ 91.4 มีเพียงร้อยละ 8.6 นับถือศาสนาอิสลาม มีสถานภาพคู่ คิดเป็นร้อยละ 69.5 รองลงมามีสถานภาพโสด คิดเป็นร้อยละ 26.7 มีการศึกษาระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 33.3 รองลงมาชั้นประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ24.8 มีอาชีพรับราชการหรือรัฐวิสาหกิจคิดเป็นร้อยละ 30.5 รองลงมาร้อยละ 20.0 มีอาชีพค้าขาย และมีรายได้น้อยกว่าหรือเท่ากับ5,000 บาทมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 32.4 ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ68.6 ในการจ่ายค่ารักษาพยาบาล ส่วนใหญ่สามารถเบิกได้จากหน่วยงานราชการหรือรัฐวิสาหกิจ คิดเป็นร้อยละ 70.4 รองลงมาสามารถเบิกได้จากบัตรประกันสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ 21.9 ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบุตรของผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 69.5 รองลงมาเป็นคู่สมรส คิดเป็นร้อยละ10.5 และมีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาลมาก่อน คิดเป็นร้อยละ 64.8 มีเพียงร้อยละ 35.2 ที่ยังไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาล (ตาราง 1)

ตาราง 1

แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n = 105)

ข้อมูลทั่วไป		จำนวน	ร้อยละ
เพศ			
	หญิง	75	71.4
	ชาย	30	28.6
อายุ (ปี)			
	20 - 30	17	16.2
	31 - 40	32	30.5
	41 - 50	34	32.4
	51 - 60	14	13.3
	มากกว่า 60	8	7.6
ศาสนา			
	พุทธ	96	91.4
	อิสลาม	9	8.6
สถานภาพ			
	โสด	28	26.7
	คู่	73	69.5
	หย่า/ หม้าย	4	3.8
ระดับการศึกษา			
	ไม่ได้รับการศึกษา	1	1.0
	ประถมศึกษา	26	24.8
	มัธยมศึกษาตอนต้น	7	6.7
	มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช	21	20.0
	อนุปริญญา/ปวส	14	13.3
	ปริญญาตรี	35	33.3
	สูงกว่าปริญญาตรี	1	1.0

ตาราง 1

แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
รายได้ของผู้ดูแลต่อเดือน (บาท)		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ5,000	34	32.4
5,001 - 10,000	30	28.6
10,001 - 15,000	21	21.0
15,001 - 20,000	10	9.5
มากกว่า 20,000	10	9.5
ความเพียงพอของรายได้		
เพียงพอ	72	68.6
ไม่เพียงพอ	33	31.4
อาชีพ		
รับจ้าง	20	19.0
ค้าขาย	21	20.0
เกษตรกร	17	16.2
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	32	30.5
นักศึกษา	6	5.7
ว่างงาน	9	8.6
การจ่ายค่ารักษาพยาบาล		
จ่ายเอง	7	6.7
เบิกจากหน่วยงานราชการ/รัฐวิสาหกิจ	74	70.4
ประกันสังคม	1	1.0
บัตรประกันสุขภาพ	23	21.9
ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ		
คู่สมรส	11	10.5
บุตร	73	69.5
หลาน	10	9.5
พี่/น้อง	3	2.9
สะไภ้/เขย	8	7.6

ตาราง 1

แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาล		
มี	68	64.8
ไม่มี	37	35.2

ส่วนที่2 แสดงการกระจายของข้อมูล ด้านความรุนแรงของภาวะเจ็บป่วย ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ทัศนคติของผู้ดูแลต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาล สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับพยาบาล และการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาล

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาประเมินระดับความรุนแรงของภาวะเจ็บป่วยของผู้สูงอายุในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 7.28 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.21 ระดับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุอยู่ในระดับต้องพึ่งพาเกือบทั้งหมด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 6.99 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 6.27 ทัศนคติของผู้ดูแลต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาล ผู้ดูแลมีทัศนคติที่ดีต่อการมีส่วนร่วมในระดับสูงมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 67.60 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 7.97 สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับพยาบาลอยู่ในระดับสูง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 56.90 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 15.98 สำหรับการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาลอยู่ในระดับสูงมากโดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 93.41 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 13.67 (ตาราง 2)

ตาราง 2

แสดงช่วงคะแนน ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าความเบ้ และระดับของความรุนแรงของภาวะเจ็บป่วย ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ทัศนคติของผู้ดูแลต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาล สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับพยาบาล และการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาลของกลุ่มตัวอย่าง

ตัวแปร	ช่วงคะแนน	พิสัย	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่าความเบ้	ระดับ
ความรุนแรงฯ	0 -10	10	7.28	2.21	-.683	มาก
ความสามารถฯ	0 - 18	18	6.99	6.27	.421	ต้องพึ่งพาเกือบทั้งหมด
ทัศนคติของผู้ดูแลฯ	23 – 80	57	67.60	7.97	-1.684	มีทัศนคติที่ดีสูงมาก
สัมพันธภาพฯ	0 - 80	80	56.90	15.98	-.765	ระดับสูง
การมีส่วนร่วมฯ	63 -120	57	93.41	13.67	-.093	มีส่วนร่วมสูงมาก

ในการศึกษาถึงปัจจัยทำนายการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาล โดยใช้การวิเคราะห์ความถดถอยและสหสัมพันธ์เชิงซ้อน ซึ่งมีข้อตกลงเบื้องต้นคือ ความคาดเคลื่อนเป็นตัวแปรที่มีการแจกแจงแบบปกติ ค่าเฉลี่ยของความคลาดเคลื่อนเป็นศูนย์ ค่าแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนเป็นค่าคงที่ที่ไม่ทราบค่า ค่าความคลาดเคลื่อนเป็นอิสระต่อกัน และตัวแปรอิสระจะต้องเป็นอิสระจากกันไม่มีความสัมพันธ์ด้วยกันเอง (multicollinearity) (กัลยา, 2546) ซึ่งความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระแต่ละตัวนั้นจะต้องต่ำกว่า 0.8 (เพชรน้อย, 2546) ในการศึกษาครั้งนี้มีตัวแปรอิสระคือ ปัจจัยด้านผู้ดูแล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ทัศนคติของผู้ดูแลต่อการมีส่วนร่วมดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาล ปัจจัยด้านผู้ป่วย ได้แก่ ความรุนแรงของภาวะเจ็บป่วย ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ และ ปัจจัยสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับพยาบาล ตัวแปรตาม คือ การมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาล

ตาราง 3

แสดงเมตริกซ์สหสัมพันธ์ของปัจจัยทำนายการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาล

ตัวแปร	การมีส่วนร่วมฯ	เพศ	อายุ	ระดับการศึกษา	รายได้	ความรุนแรงฯ	ความสามารถฯ	ทัศนคติฯ
เพศ	-.216*							
อายุ	-.085	.205*						
ระดับการศึกษา	.093	.013	-.344***					
รายได้	.030	.139	.185*	.473***				
ความรุนแรงฯ	.081	.045	.036	-.057	-.086			
ความสามารถฯ	-.017	-.252**	-.077	-.088	-.054	-.416***		
ทัศนคติฯ	.437***	-.207*	-.023	.155	.058	.283**	-.064	
สัมพันธภาพฯ	.243**	-.011	.041	-.046	-.020	.073	.098	.071

***p < .001 **p < .01 *p < .05

จากตาราง 3 ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธ์สหสัมพันธ์ของตัวแปรต่างๆ พบว่า เพศของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับตัวแปรต่อไปนี้ คือ มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาลในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .216, p < .05) มีความสัมพันธ์กับอายุในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .205, p < .05) มีความสัมพันธ์กับทัศนคติของผู้ดูแลต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาลในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = -.207, p < .05) และมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นเดียวกัน (r = -.252, p < .01) ปัจจัยด้านสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาล (r = .243, p < .01) และสุดท้ายปัจจัยด้านทัศนคติของผู้ดูแลต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับ ปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาล (r = .473, p < .001)

เมื่อพิจารณาตามข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ความถดถอยและสหสัมพันธ์เชิงซ้อน พบว่า ปัจจัยด้านทัศนคติของผู้ดูแลต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาล และปัจจัยด้านสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับพยาบาลสามารถนำเข้าสมการได้ ส่วนปัจจัยด้านเพศ

ของผู้ดูแลไม่สามารถนำเข้าสมการได้เนื่องจากมีความสัมพันธ์กับตัวแปรอิสระอื่นที่เข้าสมการทำนาย

ตาราง 4

แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงซ้อนแบบขั้นตอนของปัจจัยทำนายกับการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาล

ขั้นตอน	ตัวทำนาย	R	R^2	R^2 Change	B	Beta	F change	t	p-value
1.	ทัศนคติฯ	.437	.191	.191	.750	.437	24.287	4.928	.000**
2.	ทัศนคติฯ	.486	.236	.045	.724	.422	6.036	4.860	.000**
	สัมพันธภาพฯ				.182	.213		2.457	.016*

*p < .05 **p < .001

Constant (a) = 34.123 SEE (Std. Error of the Estimate) = 12.06

จากตาราง 4 พบว่า ในขั้นตอนที่1 ของการวิเคราะห์ความถดถอยและสหสัมพันธ์เชิงซ้อนแบบขั้นตอน ตัวทำนายที่ได้รับการคัดเลือก คือ ทัศนคติของผู้ดูแลต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาล เนื่องจากมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาลมากที่สุด ($r = .473$, $p < .001$) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ในการทำนาย (R^2) เท่ากับ .191 แสดงว่า ทัศนคติของผู้ดูแลต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาล สามารถทำนายการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาลได้ร้อยละ 19.1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 สำหรับในการวิเคราะห์ขั้นที่2 ตัวทำนายที่ได้รับ การคัดเลือกเข้าพิจารณา คือ สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับพยาบาล พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์ ในการทำนาย (R^2) เพิ่มขึ้นเป็น .045 ซึ่งสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับพยาบาลกับทัศนคติของผู้ดูแลต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาล สามารถร่วมทำนายการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาลได้ร้อยละ 23.6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า ในการทำนายการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาลนั้น ทัศนคติของผู้ดูแลต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาล และ

สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับพยาบาลมีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยผู้ดูแลที่มีทัศนคติที่ดีต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาลและมีสัมพันธภาพที่ดีกับพยาบาล ย่อมส่งผลให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาลมากขึ้น

จึงสามารถสรุปผลจากการวิเคราะห์ความถดถอยและสหสัมพันธ์เชิงซ้อนแบบขั้นตอนเพื่อหาปัจจัยทำนายการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาล โดยสร้างสมการการทำนายการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาล ดังนี้

$$y = 34.123 + 0.724X_1 + 0.182X_2$$

โดยกำหนดให้

y	หมายถึง	การมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาล
X_1	หมายถึง	ทัศนคติของผู้ดูแลต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาล
X_2	หมายถึง	สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับพยาบาล

อภิปรายผล

จากผลการศึกษา ผู้วิจัยอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์และสมมติฐานการวิจัย ตามลำดับดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล

ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้ดูแลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 71.4 และมีความสัมพันธ์เป็นบุตรของผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจอม (2541) และการศึกษาของขวัญตา, สาลี, ลัพณา และศิริวรรณ (2546) พบว่าผู้ดูแลมักจะเป็น เพศหญิง และเป็นบุตรของผู้ป่วย ทั้งนี้เนื่องมาจากโดยภาพลักษณ์ของผู้หญิงไทยเพศหญิงเปรียบเสมือนผู้เป็นแม่ซึ่งต้องคอยดูแลบุตร ทำให้ผู้หญิงยอมรับบทบาทผู้ดูแลได้ง่ายกว่าผู้ชาย และผู้ชายจะมีข้อจำกัดในการดูแลโดยลักษณะโครงสร้างทางวัฒนธรรมและความสัมพันธ์ทางสังคม เช่นเกี่ยวกับการยอมรับการเปิดเผยร่างกายเพศหญิงและเพศชาย ซึ่งบุคคลในสังคมจะยอมรับการเปิดเผยร่างกายผู้ชายมากกว่าผู้หญิง ผู้หญิงจึงไม่ควรเปิดเผยร่างกายให้ผู้อื่นได้เห็นยกเว้นผู้เป็นสามีหรือญาติผู้หญิงด้วยกัน จึงทำให้ผู้ชายมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลบางอย่าง เพศหญิงจึงเหมาะสมกับการรับบทบาทเป็นผู้ดูแล (Nilmanat, 2001)

ครอบครัวเป็นสถาบันพื้นฐานที่มีความสำคัญต่อบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุในสังคมไทย ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีความต้องการการดูแลและต้องการสัมพันธภาพที่ใกล้ชิดกับบุตรหลาน ด้วยสัมพันธภาพที่ใกล้ชิดและสายใยที่มีต่อกันระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย และด้วยพื้นฐานแห่งความรักความห่วงใยต่อกัน จะเป็นแรงจูงใจสำคัญที่ทำให้บุคคลหนึ่งตัดสินใจเป็นผู้ดูแล (Musoff, 1991 อ้างตามสุดศิริ, 2541) นอกจากนี้การยอมรับบทบาทผู้ดูแลของบุตร อาจจะสืบเนื่องมาจากอิทธิพลของการยอมรับในเรื่องศีลธรรมอันดีงามที่บุคคลในครอบครัวจะต้องรับผิดชอบดูแลสมาชิกที่เจ็บป่วย หรือความกลัวที่จะถูกตำหนิจากบุคคลในสังคม และเป็นเรื่องของการตอบแทนบุญคุณ (Nilmanat, 2001) จากการศึกษานอกจากจะพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิงและเป็นบุตรของผู้สูงอายุแล้ว ยังพบว่าส่วนใหญ่มีอายุในช่วง 31 – 50 ปี ซึ่งเป็นวัยผู้ใหญ่ วัยผู้ใหญ่เป็นวัยที่มีภาวะสุขภาพดี มีวุฒิภาวะทางอารมณ์ และมีการงานที่มั่นคง ทำให้มีความพร้อมในการดูแล (ขวัญตา และคณะ, 2546)

จากผลการศึกษายังพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่จะมีการศึกษาระดับปริญญาตรี และมีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาลมาก่อน ซึ่งผู้ดูแลที่มีระดับการศึกษาดี มีประสบการณ์ จะมีความสามารถในการแสวงหาข้อมูล เข้าใจในแผนการดูแลและแสวงหาความช่วยเหลือได้ง่าย นอกจากนี้ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีรายได้น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท

แต่พบว่ามีความเพียงพอของรายได้ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากมีแหล่งสนับสนุนด้านการเงิน ไม่ต้องรับผิดชอบค่ารักษาพยาบาล ส่วนใหญ่สามารถเบิกได้จากหน่วยงานราชการหรือรัฐวิสาหกิจ ประกันสังคม และบัตรประกันสุขภาพ

2. ปัจจัยที่สามารถทำนายการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ทัศนคติของผู้ดูแลต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาล และสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับพยาบาล สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

2.1 ทัศนคติของผู้ดูแลต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาล

ทัศนคติของผู้ดูแลต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาลเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในทางบวกในระดับปานกลางกับการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาล ($r = .473$, $p < .001$) (ตาราง 3) และสามารถทำนายการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาลได้ร้อยละ 19.1อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (ตาราง 4) แสดงให้เห็นว่าทัศนคติในทางบวกต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาลส่งผลให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากทัศนคติเป็นความรู้สึกนึกคิดของบุคคลต่อสิ่งต่างๆที่เกิดจากการเรียนรู้และประสบการณ์ สามารถเปลี่ยนแปลงได้จากประสบการณ์และการเรียนรู้ ซึ่งจะส่งผลต่อการแสดงออกถึงพฤติกรรมต่างๆ ทัศนคติจึงประกอบด้วย 3 องค์ประกอบที่สำคัญ คือ องค์ประกอบของความนึกคิดความเข้าใจ องค์ประกอบด้านอารมณ์ความรู้สึก และองค์ประกอบด้านพฤติกรรม (Gazzaniga & Heatherton, 2003) โดยทัศนคติที่ดีหรือทัศนคติในทางบวกจะมีแนวโน้มให้บุคคลเข้าหาสิ่งเร้าหรือสถานการณ์นั้น เนื่องจากชื่นชอบหรือพึงพอใจในขณะที่ทัศนคติในทางลบหรือทัศนคติที่ไม่ดี จะมีแนวโน้มให้บุคคลถอยหนีจากสิ่งเร้าหรือสถานการณ์นั้นเนื่องจากไม่ชอบหรือไม่พึงพอใจ (กมลรัตน์, 2524 อ้างตาม พรพรรณ, 2543)

ดังนั้นผู้ดูแลที่มีทัศนคติที่ดีต่อการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยจะส่งผลให้ผู้ดูแลมีพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการดูแลมากขึ้น (Laitinen & Isola, 1996) เช่นเดียวกับการศึกษาถึงทัศนคติต่อการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของญาติในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง (Haggmark, 1990) พบว่าหลังจากทดลองใช้โปรแกรมการส่งเสริมทัศนคติต่อการดูแลแก่ญาติ ส่งผลให้ญาติมีความปรารถนาที่จะมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย โดยมีระยะเวลาที่อยู่ดูแลและความถี่ของการมาเยี่ยมมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาลและการประเมินคุณภาพการดูแลที่ได้รับ (Laitinen, 1993) พบว่า ผู้ดูแลมีทัศนคติที่ดีต่อการมีส่วนร่วมใน

การดูแลผู้สูงอายุ โดยคิดว่า เป็นหน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบ เป็นการทดแทนบุญคุณ เช่นเดียวกับการศึกษาของเอสติด์ท-เคอคิ และคณะ (Astedt-Kurki et al., 1997) เกี่ยวกับประสบการณ์ของญาติต่อบทบาทในการเป็นผู้ดูแลในโรงพยาบาล พบว่า ญาติมีทัศนคติที่ดีต่อการมีส่วนร่วมใน การดูแลโดยเชื่อว่าตนเองสามารถให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุได้ และจากการศึกษาถึงประสบการณ์ของสมาชิกครอบครัวที่อยู่เฝ้าผู้ป่วยในโรงพยาบาลของนิวแมน (Newman, 1997) พบว่า ผู้ดูแลมีทัศนคติในทางบวกต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย โดยคิดว่าตนเองสามารถปกป้องผู้ป่วยจากการถูกคุกคามจากภาวะเจ็บป่วย ช่วยเหลือผู้ป่วยให้รู้สึกดีขึ้น เป็นการให้ความรัก ความห่วงใย และเป็นความรับผิดชอบที่จะต้องมีหน้าที่ร่วมดูแลผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ นอกจากนี้จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของญาติกับพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาล (Bauer & Nay, 2003) พบว่า ในประเด็นการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลนั้น ผู้ดูแลที่เป็นบุตรของผู้สูงอายุคิดว่าการมีส่วนร่วมในการดูแลเป็นความผูกพันตามกฎหมายที่บุตรจะต้องคอยดูแลสนับสนุนและให้ความมั่นคงกับพ่อแม่ ผู้ดูแลที่มีทัศนคติในแง่บวกต่อการมีส่วนร่วมใน การดูแลผู้ป่วย จะให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมในการดูแลและมีมุมมองด้านบวกต่อผลกระทบ ที่เกิดขึ้น เช่นเดียวกับการศึกษาเกี่ยวกับทัศนคติของผู้ดูแลต่อผู้สูงอายุและการเข้าดูแล ในสถานพยาบาล (Courts, Barba & Tesh, 2001) พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่ยังคงมีส่วนร่วมใน การดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง เพราะให้ความสำคัญกับการดูแลผู้สูงอายุและไม่เกิดความรู้สึกว่าการมีส่วนร่วมในการดูแลจะทำให้เกิดผลกระทบกับตนเอง

ทัศนคติในการยอมรับบทบาทผู้ดูแลของสมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้สูงอายุขณะเจ็บป่วย โดยลักษณะโครงสร้างทางวัฒนธรรมและสังคมไทยนั้น อาจสืบเนื่องมาจากทัศนคติต่อการยอมรับในเรื่องศีลธรรมอันดีงามที่บุคคลในครอบครัวจะต้องรับผิดชอบดูแลสมาชิกที่เจ็บป่วย หรือความกลัวที่จะถูกตำหนิ และต้องการการยอมรับจากบุคคลในสังคม หรือเป็นเรื่องของการตอบแทนบุญคุณกับผู้มีพระคุณ (Nilmanat, 2001) ทั้งนี้ความกตัญญูรู้คุณ จะเป็นแรงจูงใจที่ส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลมีความพยายามเรียนรู้เกี่ยวกับการดูแลด้วยความตั้งใจ และรับรู้ว่าเป็นโอกาสดีที่ได้ทดแทนพระคุณ และต้องปฏิบัติต่อผู้ป่วยให้ดีที่สุดจึงจะได้รับบุญกุศล (จอม, 2541) เช่นเดียวกับการศึกษาครั้งนี้ เมื่อได้จำแนกทัศนคติต่อการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลรายข้อ พบว่า ทัศนคติต่อการมีส่วนร่วมที่ผู้ดูแลให้คะแนนสูงสุด คือ เป็นหน้าที่ที่ต้องดูแลเพราะเป็นการทดแทนบุญคุณ ให้ความรัก หรือระลึกถึงความดีที่มีต่อกัน ซึ่งกิจกรรมการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลเกี่ยวกับการดูแลเพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการตอบสนองด้านจิตใจ เช่น คอยรับฟังผู้สูงอายุระบายความรู้สึก หรืออยู่เป็นเพื่อนเพื่อความอบอุ่นใจ ให้กำลังใจผู้สูงอายุ และสังเกตความต้องการความ

รักและการเอาใจใส่จากญาติ เป็นกิจกรรมที่ผู้ดูแลมีส่วนร่วมมากและให้คะแนนสูงสุดติด 1 ใน 3 อันดับของกิจกรรมทั้งหมด (ภาคผนวก ข)

สำหรับผู้ดูแลที่มีทัศนคติในแง่ลบต่อการมีส่วนร่วมในการดูแล จะส่งผลให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยลดลง และคาดหวังว่าการดูแลผู้ป่วยเป็นหน้าที่ของผู้ที่มีความรู้ และมีความเชี่ยวชาญด้านสุขภาพเท่านั้น (Lee & Craft-Rosenberg, 2002) ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้เมื่อได้จำแนกทัศนคติต่อการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลรายข้อ พบว่า ทัศนคติต่อการมีส่วนร่วมที่ผู้ดูแลให้คะแนนต่ำสุด ได้แก่ การมีสิทธิที่จะเสนอแนะข้อคิดเห็นเกี่ยวกับการดูแลรักษาแก่แพทย์หรือพยาบาล การมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลกับแพทย์และพยาบาล ในขณะที่กิจกรรมการมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายในการดูแลรักษากับแพทย์หรือพยาบาล ผู้ดูแลมีส่วนร่วมน้อย ซึ่งจากการจำแนกรายข้อพบว่ามีคะแนนต่ำติด 1 ใน 3 ของกิจกรรมที่มีคะแนนต่ำสุด (ภาคผนวก ข) ทั้งนี้อาจสืบเนื่องมาจากโดยลักษณะของคนไทยซึ่งมีความแตกต่างกับชาติตะวันตกในแง่ของความกล้าที่จะแสดงความคิดเห็น โดยเฉพาะเมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้ดูแลหรือผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่กล้าแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการดูแลรักษาแก่แพทย์และพยาบาลเนื่องจากตนเองขาดความรู้เกี่ยวกับปัญหาที่เกิดขึ้นและการยอมรับในความรู้ความสามารถของแพทย์และพยาบาล ซึ่งเป็นผู้ที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลสุขภาพ หรือมีผลจากความเกรงใจ ทำให้ไม่กล้าที่จะซักถามหรือแสดงความคิดเห็น เพราะกลัวว่าจะเป็นการรบกวนและขัดขวางงานประจำที่พยาบาลทำอยู่ นอกจากนี้ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลซึ่งดัดแปลงมาจากการศึกษาในต่างประเทศ ผลที่ได้จึงมีความแตกต่างทั้งในด้านทัศนคติและการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล อันเนื่องมาจากปัจจัยด้านวัฒนธรรมดังที่กล่าวมาข้างต้น

2.2 สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับพยาบาล

สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาล ($r = .243$, $p < .01$) (ตาราง 3) และสามารถร่วมทำนายการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาลได้ แสดงให้เห็นว่า สัมพันธภาพที่ดีระหว่าง ผู้ดูแลกับพยาบาล จะส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาลมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของไลทิเนน และไอโซลา (Laitinen & Isola, 1996) พบว่า สัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ดูแลกับพยาบาลเป็นปัจจัยส่งเสริมให้ผู้ดูแล มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ในขณะที่สัมพันธภาพที่ไม่ดีระหว่างผู้ดูแลกับพยาบาลจะเป็นปัจจัยยับยั้งให้การมีส่วนร่วมของผู้ดูแลลดลง สัมพันธภาพที่ดีของพยาบาลจะช่วยประคับประคอง การมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยให้มีอย่างต่อเนื่อง (Kellett, 1999) โดยสัมพันธภาพที่ดีจะเปิด

โอกาสให้ผู้ดูแลกล้าบอกปัญหา อุปสรรค และสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย ซึ่งผู้ดูแลต้องการแสดงความคิดเห็น ต้องการข้อมูลและคำแนะนำ ตลอดจนการสนับสนุนและไว้วางใจจากพยาบาล (Laitinen & Isola, 1996) จากการศึกษาของเจนเซน (Janzen, 2001) เกี่ยวกับบทบาทของญาติต่อการดูแลผู้สูงอายุในสถานพักฟื้นผู้ป่วยเรื้อรัง พบว่าผู้ดูแลที่ได้รับคำแนะนำหรือข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยจากพยาบาลจะมีส่วนร่วมในการดูแลดีขึ้นและสามารถประสานงานกับพยาบาลในการแก้ปัญหาได้ ในขณะผู้ดูแลที่ไม่ได้รับคำแนะนำหรือรับรู้ข้อมูลต่างๆ จะมีปัญหาในการดูแลและไม่มีความต้องการที่จะร่วมดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้สัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ดูแลกับพยาบาลยังเป็นการช่วยเหลือและสนับสนุนให้ผู้ดูแลเกิดความไว้วางใจ (Hertzberg & Ekman, 2000) เช่นเดียวกับการศึกษาเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของญาติในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย (Andershed & Ternestedt, 1998) พบว่า การมีส่วนร่วมในการดูแลของญาติภายใต้การรับรู้สถานการณ์และวางแผนการดูแลร่วมกัน ขึ้นอยู่กับสัมพันธภาพที่ไว้วางใจระหว่างญาติกับพยาบาล

สัมพันธภาพในเชิงการช่วยเหลือและไว้วางใจเป็นพื้นฐานในการดูแลที่มีคุณภาพ ประกอบด้วยลักษณะสำคัญ 3 ประการ คือ ความจริงใจอย่างถ่องแท้ เป็นลักษณะของความจริงใจโดยปราศจากสิ่งแอบแฝง มีความซื่อสัตย์และเชื่อถือได้ปราศจากการเสแสร้ง ความรู้สึกเข้าใจเห็นอกเห็นใจ เป็นการรับรู้ถึงความรู้สึกและโลกส่วนตัวของแต่ละบุคคล ซึ่งการสื่อสารที่ดี จะช่วยให้พยาบาลรับรู้ถึงความรู้สึกของบุคคลอื่น การเข้าใจเห็นอกเห็นใจนั้น พยาบาลต้องยอมรับความรู้สึกนึกคิดของบุคคลอื่นโดยปราศจากความขัดแย้ง และประการสุดท้ายการแสดงออกด้วยความอบอุ่น จะเป็นสิ่งที่ช่วยประสานให้บุคคลมีสัมพันธภาพที่ดี โดยสามารถแสดงออกได้ทั้งภาษาและท่าทาง (Watson, 1985) สอดคล้องกับการศึกษาของมาร์ควิส, ฟรีกแลนด์, และ ฮูกแลนด์ (Marquis, Freegland & Hoogland, 2004) ที่ได้ศึกษาถึงปัจจัยทางบวกต่อการมีส่วนร่วมของญาติในการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาล พบว่า สิ่งสำคัญในการพัฒนาสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับพยาบาลเพื่อส่งเสริมให้มีส่วนร่วมในการดูแล พยาบาลจะต้องมีลักษณะเปิดเผย มีความเมตตา เห็นอกเห็นใจ เต็มใจ เป็นมิตร และเข้าใจปัญหาของญาติ ยอมรับญาติของผู้ป่วย เป็นส่วนหนึ่งของทีมดูแล ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้เมื่อได้จำแนกสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับพยาบาลเป็นรายข้อ พบว่า 3 อันดับที่ผู้ดูแลให้คะแนนสัมพันธภาพต่ำสุด ได้แก่ การแสดงถึงความห่วงใยต่อผู้ดูแล การรับรู้ถึงความคิดและความรู้สึกของผู้ดูแล และการแสดงความชื่นชมหรือให้กำลังใจแก่ผู้ดูแลจากพยาบาล (ภาคผนวก ข) ซึ่งจัดเป็นบทบาทของพยาบาลต่อการสนับสนุนด้านจิตใจ และอารมณ์ต่อผู้ดูแลเพื่อให้ผู้ดูแลสามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ พยาบาลควรมีความกระตือรือร้นต่อการแสดงบทบาทนี้ เนื่องจากเป็นสิ่งสำคัญที่จะสนับสนุนต่อความพร้อมด้านจิตใจ

ของผู้ดูแล ให้สามารถเข้ามีส่วนร่วมในการดูแลได้ ซึ่งจากการศึกษาถึงความต้องการของญาติในฐานะผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุ (อนงค์ และ ชวนพิศ, 2542) พบว่า ผู้ดูแลมีความต้องการสนับสนุนด้านจิตใจ อารมณ์สูงสุด เนื่องจากภาวะเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่เกิดขึ้นจัดเป็นภาวะวิกฤตของผู้ดูแล การได้รับความห่วงใย ความช่วยเหลือในการแก้ปัญหาจะทำให้ผู้ดูแลรู้สึกว่าไม่ถูกทอดทิ้งและได้รับการยอมรับจากทีมสุขภาพ

จากสมมติฐานการวิจัย สามารถสรุปได้ว่า ปัจจัยด้านทัศนคติของผู้ดูแลต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาล และปัจจัยด้านสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับพยาบาล สามารถร่วมทำนายการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาลร้อยละ 23.6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 นอกจากนี้ส่วนที่เหลืออีกร้อยละ 76.4 อาจจะมีผลมาจากปัจจัยอื่นๆ เช่น ปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรม ภาวะโรคของผู้สูงอายุ บุคลิกภาพและลักษณะนิสัยของผู้สูงอายุ ความพร้อมของผู้ดูแล เช่น ความพร้อมด้านจิตใจและอารมณ์ ความพร้อมด้านภาวะสุขภาพ บุคลิกภาพหรือลักษณะนิสัยของผู้ดูแล และความหวังของผู้ดูแล

โดยลักษณะสังคมและวัฒนธรรมไทย ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังคงอาศัยอยู่กับบุตรหลาน และมีความต้องการการเอาใจใส่ดูแลจากบุตรหลานหรือบุคคลอื่นในครอบครัว จากความผูกพัน ความเอื้ออาทรช่วยเหลือซึ่งกันและกันที่มีในหมู่เครือญาติ การแสดงออกถึงความกตัญญูต่อผู้มีพระคุณเมื่อผู้สูงอายุเกิดเจ็บป่วย สมาชิกในครอบครัวจึงยอมรับบทบาทผู้ดูแล ซึ่งมีความแตกต่างกับสังคมวัฒนธรรมตะวันตก โดยผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะแยกอาศัยเป็นครอบครัวเดี่ยวและมีความต้องการพึ่งพาตนเองให้มากที่สุด แทนการพึ่งพาบุตรหลาน นอกจากนี้การมีส่วนร่วมของผู้ดูแลขณะที่ผู้สูงอายุเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในสังคมไทยอาจมีผลมาจากการรับรู้บทบาทต่อการดูแลผู้ดูแลอาจจะมองว่าเป็นหน้าที่ของแพทย์และพยาบาลที่จะต้องดูแลผู้ป่วย แทนที่ตนเองจะมีส่วนร่วมในการดูแล

ภาวะโรค บุคลิกภาพและลักษณะนิสัยของผู้สูงอายุ จัดเป็นปัจจัยหนึ่งที่อาจจะมีผลต่อการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยไม่ได้จำแนกผู้สูงอายุเป็นภาวะโรคต่างๆ ทั้งนี้การเจ็บป่วยด้วยโรคที่แตกต่างกันอาจจะมีผลต่อความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะการเจ็บป่วยด้วยโรคทางสมอง ซึ่งจะมีผลกระทบต่อพฤติกรรม การรับรู้ของผู้สูงอายุมากกว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคทางกายอื่นๆ ทำให้ผู้ดูแลต้องรับภาระในการดูแลมากขึ้น ผู้ดูแลอาจเกิดความเครียด และหลีกเลี่ยงการมีส่วนร่วมในการดูแลได้ นอกจากนี้บุคลิกภาพและลักษณะนิสัยของผู้สูงอายุ เป็นปัจจัยหนึ่งซึ่งอาจจะส่งเสริมหรือเป็นอุปสรรคต่อการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล โดยผู้สูงอายุที่มีบุคลิกภาพหรือลักษณะนิสัยที่เป็นมิตร ใจดี ผู้ดูแลอาจจะต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลมากกว่าผู้สูงอายุที่มีนิสัยก้าวร้าว หรือหงุดหงิดง่าย

สำหรับปัจจัยอื่นๆด้านผู้ดูแล ได้แก่ ความพร้อมของผู้ดูแล เช่น ความพร้อมด้านจิตใจและอารมณ์ ความพร้อมด้านภาวะสุขภาพ ลักษณะนิสัยหรือบุคลิกภาพของผู้ดูแล ผู้ดูแลที่สามารถปรับตัวต่อความเครียดหรือความวิตกกังวลได้ หรือมีภาวะสุขภาพที่แข็งแรงไม่มีโรคประจำตัว และมีลักษณะนิสัยหรือบุคลิกภาพที่มีความเข้มแข็งอดทน จะเป็นปัจจัยส่งเสริมให้ผู้ดูแลสามารถให้การดูแลผู้สูงอายุได้ดีขึ้น นอกจากนี้ความหวังของผู้ดูแลที่จะให้ผู้ป่วยกลับมาเป็นปกติ หรือมีสภาพร่างกายดีขึ้นกว่าที่เป็นอยู่ ก็จะทำให้ผู้ดูแลมีกำลังใจที่เข้มแข็งมีความสนใจ เอาใจใส่ในการดูแลและพร้อมจะเผชิญปัญหาต่างๆโดยไม่รู้สึกเบื่อหน่าย (สุดศิริ,2541)

3. ปัจจัยที่ไม่สามารถทำนายการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เพศของผู้ดูแล อายุของผู้ดูแล ระดับการศึกษาของผู้ดูแล รายได้ของผู้ดูแล ความรุนแรงของภาวะเจ็บป่วย และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

3.1 เพศของผู้ดูแล

เพศของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาลในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.216$, $p < .05$) (ตาราง 3) แต่จากการศึกษาครั้งนี้เพศของผู้ดูแลไม่สามารถทำนายการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาลเนื่องจากเพศของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับตัวแปรอิสระอื่นๆ จึงไม่สามารถนำเข้าสมการทำนายได้ ซึ่งเพศของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาล เพศเป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดความแตกต่างในบทบาท ตามความเชื่อ เจตคติ และค่านิยมของบุคคล เพศหญิงจะถูกสังคมคาดหวังให้เป็นผู้ดูแลมากกว่าเพศชาย (วิมลรัตน์, 2537) ผู้หญิงจึงเปรียบเสมือนผู้ที่ต้องรับหน้าที่ในการดูแลบุคคลในครอบครัวเมื่อเจ็บป่วย เช่นเดียวกับการทบทวนองค์ความรู้งานวิจัยทางการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับผู้ดูแลผู้ป่วยระบบประสาทและ ไขสันหลังในประเทศไทย ระหว่างปีพ.ศ. 2534 - พ.ศ. 2543 (ขวัญตา และคณะ, 2546) พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จึงทำให้ ผู้ดูแลเพศหญิงมีโอกาสเข้ามีส่วนร่วมในการดูแลได้มากกว่าเพศชาย สอดคล้องกับการศึกษาถึงความต่อเนื่องของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุเมื่อเข้ารับ การรักษาในโรงพยาบาล (Keefe & Fancey, 2000) พบว่าผู้ดูแลเพศหญิงมีความต่อเนื่องและ มีส่วนร่วมดูแลมากขึ้นเมื่อผู้สูงอายุเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เช่นเดียวกับการศึกษาเกี่ยวกับการดูแลของญาติผู้ป่วยและประสบการณ์ที่แตกต่างกันระหว่างเพศของผู้ดูแล (Navaie-Waliser, Spriggs & Feldman, 2002) พบว่า ผู้หญิงสนใจดูแลและให้การดูแลที่ซับซ้อนมากกว่าผู้ชาย แต่ขัดแย้งกับการศึกษาของมิลเลอร์และคาฟาสโซ (Miller & Cafasso, 1992) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความแตก

ต่างด้านเพศของผู้ดูแลในกิจกรรมการดูแล พบว่า การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการดูแลตนเองลดลงโดยภาพรวมไม่มีความแตกต่างกันระหว่างผู้ดูแลเพศหญิงหรือเพศชาย เช่นเดียวกับการศึกษาของโควอร์ดและดไวเออร์ (Coward & Dwyer, 1990 cited by Loukissa, 1995) ซึ่งได้ศึกษาเกี่ยวกับเพศของผู้ดูแลกับการดูแลพ่อแม่ที่เจ็บป่วย โดยศึกษาในครอบครัวที่มีบุตรคนเดียวเป็นเพศหญิงหรือเพศชาย พบว่า ทั้งบุตรหญิงหรือบุตรชายให้การดูแลพ่อแม่ที่เจ็บป่วยไม่แตกต่างกัน

3.2 อายุของผู้ดูแล

จากผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า อายุของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาลอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (ตาราง 3) จึงไม่สามารถใช้ทำนาย การมีส่วนร่วมของผู้ดูแลได้ นั่นคือผู้ดูแลไม่ว่ามีอายุมากหรือน้อยจะมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาลไม่แตกต่างกัน ผลการศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับแนวความคิดของโอเรม (Orem, 1991 อ้างตาม สุรีรัตน์, 2541) ที่กล่าวว่าอายุมีอิทธิพลต่อวิธีการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลของตนเองและการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา โดยอายุเป็นปัจจัย ที่ส่งผลให้บุคคลมีความแตกต่างในเรื่องความคิดพฤติกรรมประสบการณ์ชีวิต (จุรีรัตน์, 2543) และเป็นปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคลที่บ่งชี้ถึงระดับพัฒนาการ ภาวะสุขภาพและความสมบูรณ์ทางวุฒิภาวะ (ขวัญตา และคณะ, 2546) บุคคลที่มีอายุมากจะมีประสบการณ์หรือผ่านเหตุการณ์ต่างๆมามาก ทำให้มีความสามารถในการแก้ปัญหาและการปรับตัวได้ดีกว่าบุคคลที่มีอายุน้อย ซึ่งการศึกษาของชูชื่น (2541) พบว่า ผู้ดูแลที่มีอายุมากมีแนวโน้มปรับตัวได้ดีกว่า เนื่องจากมีประสบการณ์และพัฒนาการเพิ่มขึ้นทำให้สามารถทนต่อสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดและสามารถพิจารณาเหตุการณ์ได้อย่างรอบคอบ จากที่กล่าวมาอายุของผู้ดูแลจึงมีแนวโน้มที่จะสามารถทำนายการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุเมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้ แต่ผลจากการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของไฟรด์แมนน์และคณะ (Friedemann et al., 1999) ที่พบว่าอายุของผู้ดูแลไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุในสถานพยาบาล ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่ เป็นผู้ดูแลที่เกี่ยวข้องเป็นบุคคลในครอบครัวของผู้สูงอายุ เช่น บุตร คู่สมรส หรือพี่น้อง จัดเป็นกลุ่มที่มีสัมพันธภาพใกล้ชิดกัน ซึ่งการมี สัมพันธภาพที่ใกล้ชิด จะส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความพึงพอใจ ต่อความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยและถือเป็นบทบาทหน้าที่ที่พึงปฏิบัติ (ทิตยา, 2543 อ้างตามขวัญตา และคณะ, 2546) สอดคล้องกับการศึกษาของประเทือง (2541) พบว่า สัมพันธภาพที่ใกล้ชิดระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลเป็นแรงผลักดันและสนับสนุนทางจิตใจต่อญาติผู้ดูแลให้มีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยอยู่ในระดับดี นอกจากนี้ ใน

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเก็บข้อมูลกับผู้ดูแลที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาล โดยไม่ได้ระบุถึงผู้ดูแลหลักที่มีความต่อเนื่องในบทบาทการดูแลตั้งแต่อยู่ที่บ้าน ดังนั้นผู้ดูแลที่ศึกษาจึงอาจจะไม่ใช่ผู้ดูแลหลักที่มีสัมพันธภาพที่ใกล้ชิด ผู้ดูแลที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อาจจะมีเหตุผลอื่นๆที่ส่งผลให้ผู้ดูแลเข้ามีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ เช่น ผลตอบแทนจากมรดกที่จะได้รับ หรือเป็นบุตรที่ไม่ได้อยู่กับพ่อแม่ แต่เมื่อพ่อแม่ไม่สบายสามารถลางานมาเฝ้าได้ ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ ระดับการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลอยู่ในระดับ สูงมาก โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 93.41 (ตาราง 2)

3.3 ระดับการศึกษาของผู้ดูแล

จากการศึกษาครั้งนี้ผลการศึกษาพบว่า ระดับการศึกษาของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาลอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (ตาราง 3) จึงไม่สามารถทำนายการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลได้ หมายความว่า ผู้ดูแลที่มีระดับการศึกษาสูงหรือมีระดับการศึกษาต่ำจะมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลไม่แตกต่างกัน ซึ่งขัดแย้งกับคำกล่าวที่ว่าบุคคลที่มีการศึกษาสูงจะสามารถประยุกต์ความรู้สำหรับการดูแลมาใช้ได้ง่าย มีทักษะและความสามารถในการแสวงหาข้อมูล ตลอดจนรู้จักใช้แหล่งประโยชน์ต่างๆได้มาก ผู้ดูแลที่มีระดับการศึกษาสูงจึงมีแนวโน้มที่จะมี ส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยได้ง่ายกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าซึ่งจากการศึกษาของทอมสัน (Thompson et al., 1992 cited by Cahill, 1998) พบว่า ระดับการศึกษาสามารถทำนายการมีส่วนร่วมได้ โดยผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงจะต้องการมีส่วนร่วมมากกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า แต่จากการศึกษาครั้งนี้ ระดับการศึกษาของผู้ดูแลไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาลได้ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่ มีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาลมาก่อน คิดเป็นร้อยละ 68 ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำปัจจัยด้านประสบการณ์ของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุ มาหาความสัมพันธ์กับ การมีส่วนร่วมของผู้ดูแล พบว่า มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .17$, $p < .05$) แต่ประสบการณ์ของผู้ดูแลไม่สามารถทำนายการมี ส่วนร่วมของผู้ดูแลได้ เนื่องจากมีความสัมพันธ์กับตัวแปรอิสระอื่นๆ ซึ่งจากผลที่ได้ สามารถอธิบายได้ว่าการที่ผู้ดูแลมีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุมาก่อน ผู้ดูแลจะมีการเรียนรู้ ทำให้เกิดความมั่นใจและรับรู้ต่อความสามารถของตนเองสูงขึ้นและเกิดความกล้าที่จะมีส่วนร่วมใน การดูแล สอดคล้องกับการศึกษาของยามาโมโตะ-มิตานิ และคณะ (Yamamoto-Mitani et al.,2003) ที่ศึกษาถึงปัจจัยด้านการประเมินการดูแลในทางบวกของผู้ดูแลชาวญี่ปุ่น พบว่า ผู้ที่มีประสบการณ์ในการดู

แลเป็นระยะเวลานานจะมีความเชื่อมั่นในบทบาทผู้ดูแลในระดับสูง ทำให้มีส่วนร่วมในการดูแลได้มากขึ้น นอกจากนี้อาจกล่าวได้ว่า โดยรูปแบบในการให้บริการที่เน้นผู้รับบริการเป็นจุดศูนย์กลางของหอผู้ป่วยที่ศึกษา ซึ่งประกอบด้วยการให้ข้อมูลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยและผู้ดูแล ประกอบกับการเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกเข้ารับการรักษา และจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ทำให้ผู้ดูแลได้รับความรู้และพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วย จึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยไม่แตกต่างกัน

3.4 รายได้ของผู้ดูแล

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาลอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (ตาราง 3) จึงไม่สามารถทำนายการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาลได้ หมายความว่าผู้ดูแลที่มีรายได้สูงหรือต่ำจะมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาลไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ความสัมพันธ์เพิ่มเติมในส่วนของปัจจัยด้านความเพียงพอของรายได้กับการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล พบว่าความเพียงพอของรายได้มีความสัมพันธ์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .01$, $p > .05$) ซึ่งผลจากการศึกษาไม่สอดคล้องกับแนวคิดที่ว่า รายได้เป็นปัจจัยสำคัญในการส่งเสริมการดูแล เนื่องจากผู้ดูแลที่มีรายได้สูงจะสามารถจัดหาสิ่งอำนวยความสะดวกในการดูแลผู้ป่วยได้ ขณะผู้ดูแลที่มีรายได้ต่ำจะต้องทำงานหาเลี้ยงชีพทำให้ไม่มีเวลาดูแลผู้ป่วย (จารุวรรณ, 2544) สอดคล้องกับการศึกษาของทัศนีย์ (2538) พบว่า ญาติที่มีรายได้น้อยจะมีข้อจำกัดต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาล ในขณะที่การศึกษาของวิลล์เลียมส์ และคณะ (Williams et al., 2003) พบว่า กลุ่มผู้ดูแลที่มีรายได้น้อยมีเวลาในการดูแลผู้ป่วยมากกว่าผู้ดูแลที่มีรายได้สูงกว่า เนื่องผู้ดูแลที่มีรายได้สูงจะประกอบอาชีพและต้องทำงานทำให้มีเวลาในการดูแลผู้ป่วยน้อยลง แต่จากการศึกษาครั้งนี้รายได้ของผู้ดูแลไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ทั้งนี้เนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่ ไม่ต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง สามารถเบิกได้จากหน่วยงานราชการ/รัฐวิสาหกิจ ประกันสังคมและบัตรประกันสุขภาพ คิดเป็น ร้อยละ 93.3 ผู้ดูแลไม่ต้องรับภาระจ่ายค่ารักษาพยาบาล ทำให้มีปัญหาในเรื่องค่าใช้จ่ายน้อยลง จึงมีเวลาอยู่ดูแลผู้ป่วยมากขึ้น เนื่องจากไม่ต้องทำงานหาเงิน เพื่อมาใช้จ่ายเพิ่มเติม ซึ่งการได้รับความช่วยเหลือด้านค่าใช้จ่ายจากหน่วยงานราชการ/รัฐวิสาหกิจ ประกันสังคม และบัตรประกันสุขภาพ จัดเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมด้านการเงินสำหรับผู้ดูแล ที่ช่วยให้ผู้ดูแลสามารถปรับตัวจากภาวะความตึงเครียดในการดูแลผู้ป่วยได้ เช่นเดียวกับการศึกษาของก้านจิต (2541) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของมารดาในการดูแลเด็กป่วย ช่วยให้มารดาปรับตัว

ได้ดีขึ้น ดังนั้นจากเหตุผลที่กล่าวมาผู้ดูแลที่มีรายได้แตกต่างกันจึงมีส่วนร่วมในการดูแลที่ไม่แตกต่างกัน

3.5 ความรุนแรงของภาวะเจ็บป่วย

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าระดับความรุนแรงของภาวะเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาลอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (ตาราง 3) จึงไม่สามารถทำนายการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลได้ ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของลี และคราฟ์ท-โรเซนเบอร์ก (Lee & Craft-Rosenberg, 2002) พบว่า ภาวะสุขภาพหรือระดับความรุนแรงของภาวะเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล โดยระดับความรุนแรงของภาวะเจ็บป่วยที่สูงขึ้นทำให้การดูแลมีความยุ่งยากซับซ้อน ผู้ดูแลขาดความมั่นใจและตกอยู่ในภาวะพึ่งพา ส่งผลต่อความล้มเหลวต่อการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลขณะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและมอบภาระผู้ดูแลให้เป็นหน้าที่ของผู้ที่มีความรู้ความสามารถหรือผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพดูแลแทน แต่ในการศึกษาครั้งนี้ไม่ว่าผู้ป่วยจะมีระดับความรุนแรงของภาวะเจ็บป่วยอยู่ในระดับใด การมีส่วนร่วมของผู้ดูแลไม่มีความแตกต่างกัน ทั้งนี้อาจจะเนื่องมาจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรงของภาวะเจ็บป่วยอยู่ในระดับมาก (mean = 7.28) ซึ่งมีความรุนแรงใกล้เคียงกันเนื่องจากเป็นโรงพยาบาลของมหาวิทยาลัยที่ให้บริการในระดับตติยภูมิ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่เข้ารับการรักษาจะได้รับการส่งต่อมาจากแหล่งอื่น จึงมีความรุนแรงในระดับมาก นอกจากนี้ นโยบายเกี่ยวกับการให้บริการที่เน้นผู้ป่วยและครอบครัวเป็นจุดศูนย์กลางของหน่วยงานที่เก็บข้อมูล โดยทีมสุขภาพจะมีการให้ข้อมูลแก่ญาติถึงสภาวะโรคและการดูแลผู้ป่วยตลอดจนแผนการรักษาของแพทย์ที่ผู้ป่วยได้รับ หรือเปิดโอกาสให้ญาติได้พูดคุยกับแพทย์ผู้รักษาหรือพยาบาลที่ดูแล และให้โอกาสมีส่วนร่วมในการดูแลและตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษา การมีส่วนร่วมของญาติในการดูแลผู้ป่วยนั้น ส่วนใหญ่จะเริ่มด้วยกิจกรรมการดูแลที่ง่ายๆไม่ซับซ้อน เช่น การดูแลกิจวัตรประจำวัน ซึ่งรูปแบบการดูแลที่เปิดโอกาสให้ญาติได้มีส่วนร่วมในการดูแลนั้นจะช่วยลดความเครียดและความวิตกกังวล เพราะญาติได้ผ่านขั้นตอนทดลองปฏิบัติทำให้ค่อยๆซึมซับและปรับใจให้ยอมรับภาระการดูแลผู้ป่วยต่อไปได้ (ทัศนีย์, 2540) เช่นเดียวกับการศึกษาของเชปป์ (Schepp, 1991 อ้างตามณิชกานต์, 2545) ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยส่งเสริมการปรับตัวอย่างมีประสิทธิภาพของมารดาเด็กป่วยในโรงพยาบาล พบว่า มารดาที่มีความวิตกกังวลลดลงจะมีส่วนร่วมในการดูแลบุตรมากขึ้น และจากการศึกษาของปาล์เมอ (Palmer, 1993) พบว่า ผู้ปกครองไม่ปรารถนามีส่วนร่วมในการดูแลบุตรที่เจ็บป่วยขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากมีความเครียดต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น การที่ผู้ดูแลได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการดูแล ได้รับความช่วยเหลือจากพยาบาล

เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมให้ผู้ดูแลได้พัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วย เนื่องจากผู้ดูแลได้มีโอกาสเรียนรู้และลงมือปฏิบัติ (จอม, 2540) ดังนั้นไม่ว่าผู้ป่วยจะมีระดับความรุนแรงในระดับใด หากพยาบาลได้สนับสนุนให้ผู้ดูแลได้มีส่วนร่วมในการดูแลตั้งแต่แรกรับเข้ารักษาในโรงพยาบาล ระดับการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจะไม่มีความแตกต่างกัน

3.6 ระดับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ระดับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาลอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (ตาราง 3) จึงไม่สามารถทำนายการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลได้ ขัดแย้งกับคำกล่าวที่ว่าความสามารถในการดูแลตนเองมีความสำคัญต่อการการพึ่งพาบุคคลอื่น บุคคลที่มีระดับ การพึ่งพาบุคคลอื่นสูงจะต้องการการดูแลจากผู้ดูแลมากขึ้น (Eliopoulos, 2001) ซึ่งการศึกษาของชูมาเชอร์ (Schumacher, 1996) พบว่า การมีส่วนร่วมของผู้ดูแลจะเปลี่ยนแปลงตามความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ผู้ป่วยที่มีความสามารถในการดูแลตนเองได้ดี การมีส่วนร่วมของญาติจะลดลง เมื่อผู้ป่วยมีระดับความสามารถในการดูแลตนเองลดลง การมีส่วนร่วมของญาติจะมากขึ้นหรือให้การดูแลทั้งหมด เช่นเดียวกับการศึกษาของไฟรด์แมนน์และ คณะ (Friedemann et al., 1999) พบว่า ระดับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์ในทางลบต่อการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุขณะเข้ารับการรักษา ในสถานพยาบาล แต่ผลจากการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของฮาสฮิม (Hashim, 2004) ที่ศึกษาเกี่ยวกับระดับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ความคาดหวังของพยาบาล และการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล พบว่าความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล หมายความว่า ถึงแม้ผู้ป่วยมีระดับความสามารถในการดูแตนเองแตกต่างกันแต่การมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลไม่แตกต่างกัน จากการศึกษาครั้งนี้เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลในหอผู้ป่วยที่มีกฎระเบียบในการเข้าเยี่ยมโดยกำหนดเป็นช่วงเวลาและไม่อนุญาตให้ญาติอยู่เฝ้าในโรงพยาบาล จึงทำให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยในช่วงสั้นๆ ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นญาติของผู้สูงอายุที่เพิ่งเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ญาติอาจจะไม่เกิดความเหนื่อยล้าหรือรับรู้ว่าเป็นภาวะมากเกินไป เนื่องจากมีเวลาพักผ่อนอย่างเต็มที่ จึงทำให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในกิจกรรมการดูแลต่างๆได้มากขึ้น สอดคล้อง กับการศึกษาของกัญญารัตน์ (2539) พบว่า จำนวนชั่วโมงที่ดูแลผู้ป่วยต่อวันมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเหนื่อยล้าของผู้ดูแล หากผู้ดูแลใช้ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยมาก ผู้ดูแลจะเกิดความ

เหนื่อยล้าและดูแลผู้ป่วยลดลง และสอดคล้องกับการศึกษาของไลทิเนน (Laitinen, 1993) ที่พบว่าความถี่ของการมาเยี่ยมและการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลจะลดลงตามระยะเวลาที่ผู้สูงอายุนอนโรงพยาบาล