

ปัจจัยทำนายการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง  
ของปัจจัยพลังอำนาจในการดูแลสมาชิกที่ป่วย การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วย  
และการสนับสนุนทางสังคม

**Predicting Factors of Adaptation among Family Caregivers of  
Patients with Chronic Illnesses by the Empowerment in Patient  
Care, the Caregivers' Perception in Patient's Health Status and  
Social Support**

สุวรรณี ละออบปักซิณ, กศ.ด., *Suwannee Laoopugsin, Ed.D.*<sup>1</sup>

สุปราณี มณีวงศ์, พย.ม., *Supranee Maneewong, M.N.S.*<sup>2\*</sup>

ชัยณรงค์ นาคเทศ, พย.ม., *Chainarong Nakes, M.N.S.*<sup>2</sup>

<sup>1</sup>รองศาสตราจารย์ ดร. กลุ่มวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน

คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์กรุงเทพมหานคร

*Assistant Professor, Ed.D. Community Health Nursing,*

*Saint Louis College, South Sathorn Rd, Yannawa, Bangkok*

<sup>2</sup>อาจารย์ กลุ่มวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ กรุงเทพมหานคร

*Lecturer Community Health Nursing, Saint Louis College, South Sathorn Rd, Yannawa, Bangkok*

*\*Corresponding Author Email: [suparnee@slc.ac.th](mailto:suparnee@slc.ac.th)*

Received: January 30, 2022

Revised: April 22, 2022

Accepted: May 22, 2022

### บทคัดย่อ

วิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนเขตสาทร จำนวน 198 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการถดถอยพหุ ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 65.2) มีช่วงอายุระหว่าง 29-67 ปี อายุเฉลี่ย 55.1 ปี ร้อยละ 42.4 เป็นคู่สมรสของผู้ป่วย และร้อยละ 86.4 มีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคทางกระดูกและกล้ามเนื้อ ความดันโลหิตสูง ไชมันในเลือดสูง เบาหวาน และมะเร็ง ปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ พลังอำนาจในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล และการสนับสนุนทางสังคม

ที่ผู้ดูแลได้รับ โดยสามารถทำนายความแปรปรวนของ การปรับตัวได้ร้อยละ 57.5 มีสมการการทำนาย คือ การปรับตัวของผู้ดูแล =  $0.909 - 0.471$  ความสามารถในการดูแลผู้ป่วย -  $0.306$  การสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ดูแลได้รับ + ความคลาดเคลื่อน

จากผลการวิจัย ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะว่า ในการส่งเสริมการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พยาบาลต้องให้คำแนะนำที่ถูกต้องในวิธีการดูแลผู้ป่วย สร้างความมั่นใจในการดูแล ติดตามและให้คำปรึกษาผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับการแสวงหาแหล่งทรัพยากรที่จำเป็นเพื่อช่วยสนับสนุนผู้ดูแลตลอดกระบวนการดูแล โดยเฉพาะในช่วงเวลา 3 เดือนแรกของการเจ็บป่วยที่ผู้ดูแลผู้ป่วยเริ่มปรับตัว

**คำสำคัญ:** การปรับตัวของผู้ดูแล การรับรู้ภาวะสุขภาพผู้ป่วย การสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ดูแลได้รับ  
พลังอำนาจในการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแล

## Abstract

This research aimed at exploring predicting factors of adaptation among family caregivers of patients with chronic illnesses. The sample comprised 198 family caregivers who residing in Sathorn, the urban community in Bangkok. Data were collected by the questionnaires and were analyzed by descriptive and Linear Regression statistics. The results of the study revealed that the majority of the sample were female (65.2%) whose age ranged from 29-67 with the mean age of 55.1. About 42 % of the sample were the patients' spouse while majority (86.4%) had chronic diseases including musculoskeletal diseases, hypertension, hyperlipidemia, diabetes and cancer. Predicting factors of family caregivers' adaptation were caregiving ability and social support. Both of these factors can co-predict the variance of adaptation for 57.5%. The predictive model can be composed as follow; Family caregivers' adaptation =  $0.909 - 0.471$  caregiving ability -  $0.306$  social support + error. From the results of this study, it is recommended that, in order to promote family caregivers' adaptation, nurses should provide them with proper caregiving information for patients with chronic illnesses. The family caregivers should be encouraged to ensure their confidence in performing patients' care. Moreover, supports from necessary resources should be provided throughout the caregiving process. In particular, during the first 3 months while the family caregivers are in the early phase of adaptation

**Keywords:** *Adaptation, Perceived patient health status, social support, Empowerment in patient caring, Caregiver*

## บทนำ

องค์การอนามัยโลกได้กำหนดปี พ.ศ. 2553 เป็น “ปีแห่งความเป็นเมืองสุขภาพ” (สำนักยุทธศาสตร์และประเมินผล กรุงเทพมหานคร, 2553) ด้วยบริบทความเป็นเมือง ทำให้วิถีชีวิตของคนเปลี่ยนแปลง ทั้งด้านการบริโภคและการทำกิจกรรม การเจ็บป่วยส่วนใหญ่ที่พบได้มากที่สุด คือ การเกิดโรคเรื้อรังจากพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะ 4 โรคที่สำคัญ คือ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมอง กลายเป็นปัญหาสาธารณสุขทั่วโลก โดยพบว่าอัตราการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องโดยระหว่างปี พ.ศ. 2557-2561 พบ โรคความดันโลหิตสูงมีอัตราเพิ่มขึ้นจาก 1,710.89 เป็น 1,894.46, 1,714.04, 1,809.74 และ 2,021.66 คนต่อแสนประชากร ตามลำดับ ขณะที่โรคเบาหวานมีอัตราเพิ่มขึ้นจาก 1,032.50 เป็น 1,233.35, 960.18, 1,010.15 และ 1,125.90 คนต่อแสนประชากร ตามลำดับ (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2563) ซึ่งทั้ง 2 โรคเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยพบอัตราป่วยในช่วงเวลาเดียวกัน คือ 352.30, 425.24, 399.88, 423.27 และ 471.72 คนต่อแสนประชากร ตามลำดับ และทำให้อัตราการตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองในปี พ.ศ. 2558-2562 เป็น 43.3, 48.7, 47.8, 47.1 และ 53.0 ตามลำดับ (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2563)

จากปัญหาโรคเรื้อรังดังกล่าว ส่งผลกระทบตามมาในระยะยาว เนื่องจากโรคเรื้อรังมีพยาธิสภาพที่ไม่สามารถกลับคืนสู่สภาพปกติ และเป็นมูลเหตุความเครียดแก่ครอบครัว จากงานวิจัยของ Holmes and Rahe (Holmes and Rahe, 1967 อ้างถึงใน Seaward, 2006) พบว่า การตายของสมาชิกในครอบครัว และการเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บของบุคคลใกล้ชิด เป็นเหตุการณ์ที่

ทำให้บุคคลเกิดความเครียดในระดับ 5 และ 6 ตามลำดับ ดังนั้นเมื่อคนในครอบครัวเกิดการเจ็บป่วย โดยเฉพาะโรคที่รักษาไม่หายและมีความรุนแรง จนถึงขั้นเสียชีวิตได้ สมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะผู้ดูแลผู้ป่วยจะมีความเครียดอย่างสูง ส่งผลเสียต่อผู้ป่วยและครอบครัว (Liu et al., 2020) ดังนั้น หากสามารถช่วยเหลือประคับประคองผู้ดูแลให้สามารถปรับตัวต่อการดูแลผู้ป่วย จะช่วยให้เกิดความสมดุล และการทำหน้าที่ของครอบครัวต่อไปได้

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้ป่วยในครอบครัว พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีความเหนื่อยล้า ไม่สามารถทำงานนอกบ้าน ส่วนใหญ่ไม่ได้สนใจดูแลตนเอง ไม่รู้วิธีที่จะจัดการดูแลตนเองอย่างไร ใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วย ช่วยเหลือผู้ป่วยในกิจวัตรประจำวัน ในผู้ป่วยบางรายที่พึ่งพาตนเองไม่ได้ ผู้ดูแลต้องใช้เวลาในการดูแลเฉลี่ยวันละ 9 ชั่วโมง และเกือบร้อยละ 50.0 ต้องดูแลผู้ป่วยทั้งกลางวันและกลางคืน ทำให้เวลาพักผ่อน หรือเวลาในการทำกิจกรรมอื่น ๆ ของผู้ดูแลลดลง หรือแทบไม่มีเวลาเป็นส่วนตัวเลย ผู้ดูแลส่วนใหญ่จึงเกิดความเครียด เพราะต้องปรับตัวให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย ที่ตนเองต้องรับผิดชอบในครอบครัว (ศิริอร สิ้นธุ และคณะ, 2563) จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ในระยะสามเดือนแรกของการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแล มักเกิดความเครียดสูง เพราะยังขาดความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยในกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ญาติผู้ป่วยบางคนต้องละทิ้งงานหรือหน้าที่ประจำ หรือทำหน้าที่ประจำของตนเองได้ลดน้อยลง มีผลต่อรายได้ที่ลดลง (สุวรรณี ละออปภิชณ, 2562) นอกจากนั้นยังพบว่า ผู้ดูแล ซึ่งส่วนใหญ่เป็นคู่สมรสหรือบุตรของผู้ป่วยมักเกิดปัญหาทางสุขภาพซึ่งเป็นผลจากความตรากตรำในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง อาการของผู้ดูแลที่พบได้บ่อยคือ อาการปวดหลัง ปวดศีรษะ นอนไม่หลับ บางรายมีโรคเรื้อรังประจำตัวอยู่แล้ว ยิ่งทำให้อาการต่าง ๆ มีความรุนแรงมากขึ้น ครอบคลุมการ

ใช้ชีวิตประจำวันและคุณภาพชีวิต (สุปริดา มั่นคง และคณะ, 2559) การได้รับข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติ เช่น การให้อาหารทางสายให้อาหาร การดูดเสมหะ การพลิกตะแคงตัว การทำความสะอาดร่างกายผู้ป่วย การป้องกันการเกิดแผลกดทับ (สุวรรณี ละออปกษิม, 2562) ความรุนแรงของความเจ็บป่วยของผู้ป่วยเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญต่อการปรับตัวของผู้ดูแล ผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพรุนแรงมากย่อมต้องการเวลาในการดูแลมากกว่าผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพรุนแรงน้อยกว่า โดยเฉพาะหากผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ผู้ดูแลต้องมีการระมัดระวัง เพราะต้องการการพิงพิงมากขึ้น ผู้วิจัยจึงต้องการวิเคราะห์อำนาจในการทำนายของตัวแปร ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วย การได้รับการสนับสนุนทางสังคม และพลังอำนาจของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย ต่อการปรับตัวของผู้ดูแล ทั้งนี้เพื่อหาแนวทางในการส่งเสริมการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพ

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพผู้ป่วยของผู้ดูแล ระดับการสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ดูแลได้รับ และระดับพลังอำนาจในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล
2. เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วย ของปัจจัยการรับรู้ภาวะสุขภาพผู้ป่วยของผู้ดูแล การสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ดูแลได้รับ และพลังอำนาจในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล

### สมมุติฐานการวิจัย

พลังอำนาจในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล การรับรู้ภาวะสุขภาพผู้ป่วยของผู้ดูแล และการสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ดูแลได้รับ สามารถร่วมกันทำนายการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยได้

### นิยามศัพท์

1. ผู้ดูแล หมายถึง บุคคลในครอบครัวที่มีสมาชิกป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และได้รับการมอบหมายจากครอบครัวให้ทำหน้าที่หลักในการดูแลสมาชิกที่เจ็บป่วยของครอบครัว
2. โรคเรื้อรังและมีภาวะแทรกซ้อน หมายถึง โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ ที่มีภาวะอื่นตามมา ได้แก่ ภาวะเส้นเลือดสมองแตก ตีบ หรือตัน หรือมีการสูญเสียอวัยวะ เช่น ถูกตัดขา ตาบอด หรือเกิดภาวะอัมพาต อัมพฤกษ์ ไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้
3. พลังอำนาจในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล หมายถึง ความสามารถของผู้ดูแลในการจัดการ ให้ผู้ป่วยในครอบครัวได้รับการดูแล ประกอบด้วย 1) การรับรู้ว่าตนควบคุมภาวะเจ็บป่วยของผู้ป่วยได้ 2) การยอมรับในสมรรถนะตนเอง 3) การรับรู้ความรับผิดชอบของตนในการดูแลผู้ป่วย 4) ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการจัดการการเปลี่ยนแปลงในอาการและอาการแสดงของผู้ป่วย โดยประยุกต์ใช้โครงสร้างการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านจิตใจของสปริตเซอร์ (Spreitzer, 1995)
4. การรับรู้ภาวะสุขภาพผู้ป่วยของผู้ดูแล หมายถึง ความคิดเห็น ความเชื่อของผู้ดูแลต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ในด้าน 1) ความรุนแรงของโรค 2) โอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน 3) ประโยชน์ในการดูแลเมื่อเทียบกับอุปสรรคจากการดูแลตามคำแนะนำ
5. การสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ดูแลได้รับ หมายถึง การที่ผู้ดูแลได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัว และนอกครอบครัว ในด้านที่สัมพันธ์กับการดูแลผู้ป่วย และความสมดุลของครอบครัว ประกอบด้วย การสนับสนุนในด้าน 1) ด้านอารมณ์ ได้แก่ การแสดงความยอมรับนับถือ การแสดงถึงความห่วงใย เห็นอกเห็นใจผู้ดูแล 2) ด้านการสะท้อนคิด คือ การให้ข้อมูลป้อนกลับผลการดูแลสมาชิกที่ป่วย หรือ

การบอกให้ทราบถึงผลลัพธ์ของการดูแล 3) ด้านข้อมูล  
ที่ผู้ดูแลต้องการ คือข้อมูลที่สัมพันธ์กับการดูแลผู้ป่วย  
ที่ช่วยทำให้ความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลจากความไม่รู้  
ลดน้อยลง ได้แก่ข้อมูลต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นที่ไม่ได้รับการ  
อธิบายภายหลังออกจากโรงพยาบาล 4) ด้านเครื่องมือ  
อุปกรณ์ คือ การให้ความช่วยเหลือด้านสิ่งของ หรือการ  
ให้บริการ การกระทำเพื่อช่วยเหลือให้เกิดแรงงาน เงิน  
เวลาแก่ผู้ดูแล เป็นต้น (House, 2001)

6. การปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วย หมายถึง  
ความสามารถของผู้ดูแลในการจัดการผลกระทบของ  
การมีผู้ป่วยเรื้อรังในครอบครัวเพื่อให้รู้สึกว่าดูแล  
ผู้ป่วยเป็นภาระน้อยที่สุด โดยมีเป้าหมายเพื่อควบคุม  
ให้การทำหน้าที่ของผู้ดูแลสามารถดำเนินไปได้  
วัดโดยการประยุกต์แบบประเมินการรับรู้ภาระการเป็น

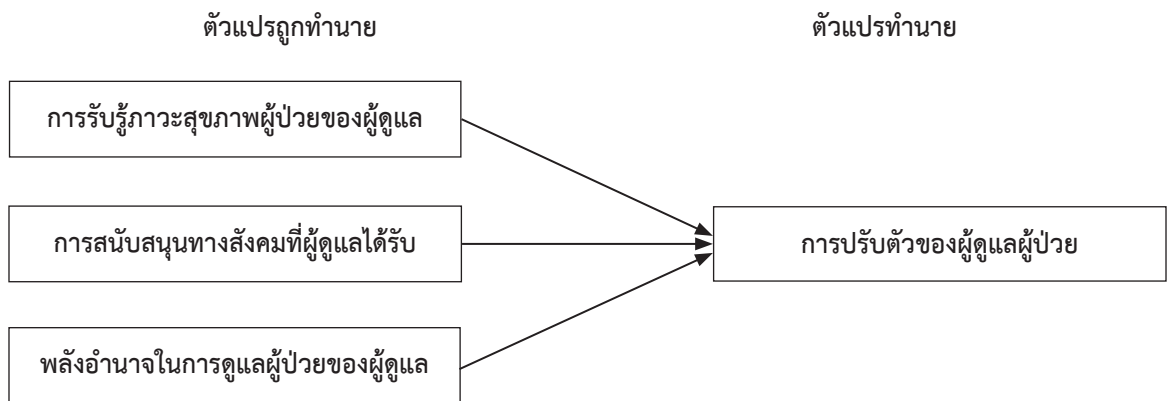
ผู้ดูแลของซาริตและคณะ (Zarit and et al., 1986)  
ประกอบด้วยองค์ประกอบ 4 ด้าน คือ 1) ด้านความ  
ตึงเครียดส่วนบุคคล 2) ด้านความขัดแย้งในตนเอง  
3) ด้านความรู้สึกผิด และ 4) ด้านเจตคติที่ไม่แน่นอน  
ถ้าผู้ดูแลสามารถปรับตัวในการที่ต้องมาดูแลผู้ป่วยได้  
ความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลจะน้อยลง

### กรอบแนวคิดการวิจัย

ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย

1. ตัวแปรทำนาย ได้แก่ 1) พลังอำนาจในการ  
ดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล 2) การรับรู้ภาวะสุขภาพผู้ป่วยของ  
ผู้ดูแล 3) การสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ดูแลได้รับ

2. ตัวแปรถูกทำนาย คือ การปรับตัวของผู้ดูแล  
ผู้ป่วย (ดังภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

## วิธีดำเนินการวิจัย

### 1. รูปแบบการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive Correlational Research Design) การปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

### 2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนในครอบครัวที่อาศัยอยู่ในชุมชน เขตสาทร กรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนในครอบครัวที่อาศัยอยู่ในชุมชนเขตสาทร โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้ 1) ครอบครัวมีสมาชิกอย่างน้อย 1 คน ป่วยด้วยโรคเรื้อรังและมีภาวะแทรกซ้อนที่ต้องพึ่งพิง 2) ผู้ดูแลต้องเป็นสมาชิกในครอบครัว 3) ผู้ดูแลต้องมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยอย่างน้อย 1 ปี เพราะผู้ดูแลควรอยู่ในระยะใกล้เคียงกัน คือ ผ่านระยะวิกฤตกังวล ปฏิเสธ โกรธ เสียใจ และกลับสู่สภาพเดิม 4) ยินดีให้ข้อมูล เมื่อกำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G\*Power กำหนด effect size ( $f^2$ ) ขนาดเล็ก = 0.1 ตามหลักการของ Cohen (Cohen, 1997) ค่า  $\alpha = 0.05$  Power = 0.95 โดยมีตัวทำนาย 3 ตัว และโปรแกรมคำนวณแบบ Linear multiple regression: Fixed Model,  $R_2$  deviation from zero ได้จำนวนตัวอย่าง 176 คน แต่ด้วยการเก็บข้อมูลกำหนดเก็บ 3 รอบ เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลหรือผู้ดูแลส่วนหนึ่งเป็นผู้สูงอายุ การให้ตอบคำถามนาน ๆ อาจจะทำให้ข้อมูลคลาดเคลื่อน ร่วมกับการต้องการข้อมูลเชิงคุณภาพและเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างจึงได้เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 รวมเป็น 198 คน

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสอบถาม ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล มีจำนวน 7 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ การศึกษา ระยะเวลาดูแลผู้ป่วย รายได้/เดือน ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และโรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 การปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วย ประยุกต์แบบประเมินการรับรู้ภาวะการเป็นผู้ดูแลของ ซาริตและคณะ (Zarit and et al., 1986) ด้านละ 5 ข้อ รวม 20 ข้อ ลักษณะของข้อคำถามเป็นมาตราวัดประมาณค่า 5 ระดับ คือ 0, 1, 2, 3 และ 4 หมายถึง ไม่เคยเลย รู้สึกบ้าง รู้สึกปานกลาง รู้สึกค่อนข้างบ่อย และรู้สึกแทบทุกครั้ง ตามลำดับ ซึ่งคะแนนรวมแบ่งเป็น  $\leq 20$  คะแนน, 21-40 คะแนน, 41-60 คะแนน และ 61 คะแนนขึ้นไป หมายถึง ผู้ดูแลรู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยไม่เป็นภาระเลย เป็นภาระในระดับเล็กน้อย ค่อนข้างเป็นภาระ และเป็นภาระในระดับสูง ตามลำดับ

ส่วนที่ 3 การรับรู้ภาวะสุขภาพผู้ป่วยของผู้ดูแล ประกอบด้วย 3 ด้าน จำนวนรวม 15 ข้อ

ส่วนที่ 4 พลังอำนาจในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล จำนวน 20 ข้อ

ส่วนที่ 5 การสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ดูแลได้รับ จำนวน 20 ข้อ

เครื่องมือส่วนที่ 3-5 สร้างโดยทีมวิจัยที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมและยึดตามโครงสร้างที่กำหนดในคำจำกัดความเชิงปฏิบัติการ เป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ มีค่าคะแนนแบ่งเป็น 1-1.8, 1.9-2.6, 2.7-3.4, 3.5-4.2 และ 4.3 ขึ้นไป หมายถึง ผู้ดูแลมีระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพผู้ป่วยของผู้ดูแล พลังอำนาจในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล และการสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ดูแลได้รับอยู่ในระดับ น้อย ค่อนข้างน้อย ปานกลาง ค่อนข้างมาก และมาก ตามลำดับ

### 4. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

4.1 ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา

(Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน คือ อาจารย์กลุ่มวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน 1 ท่าน พยาบาลอนามัยชุมชนประจำศูนย์บริการสาธารณสุข 1 ท่าน และอาจารย์กลุ่มการศึกษาทั่วไปที่มีคุณวุฒิด้านการวัดและประเมินผล 1 ท่าน พิจารณาความตรงเชิงเนื้อหาและการใช้ภาษาของเครื่องมือส่วนที่ 2-5 มีค่า S-CVI/Ave = .88, .90, .88 และ .87 ตามลำดับ

4.2 ตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยการทดลองใช้แบบสอบถามกับผู้ดูแล ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ชุมชนบ่อนไก่ จำนวน 32 คน เครื่องมือส่วนที่ 2-5 วิเคราะห์ความเที่ยงด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค มีค่าเท่ากับ .81, .89, .79 และ .85 ตามลำดับ

### 5. การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ เลขที่ E.002/2560 โดยที่กลุ่มตัวอย่างทั้งผู้ดูแล และครอบครัวได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ และการนำเสนอข้อมูล รวมทั้งสิทธิในการขอยกเลิกการให้ข้อมูลทุกกรณี การปฏิเสธในการให้ข้อมูลไม่ได้มีผลใด ๆ แก่ผู้ดูแลและผู้ป่วย ข้อมูลส่วนบุคคล คำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับ และนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น

### 6. การเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการโดย

6.1 ประสานงานและสร้างสัมพันธ์ภาพกับครอบครัวที่มีสมาชิกป่วยตามเกณฑ์คัดเข้าของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ฐานข้อมูลครอบครัวในโครงการสนับสนุน

การช่วยเหลือตนเองของครอบครัว ที่มีสมาชิกป่วยเรื้อรัง (สุวรรณณี ละออบปักซิณ, 2562) เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการ ขั้นตอน และจำนวนครั้งในการเก็บข้อมูล กรณีที่ครอบครัวยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จึงทำการนัดหมายวันเวลาที่ครอบครัวสะดวก

6.2 สัมภาษณ์ข้อมูลจากผู้ดูแลตามแบบสอบถามที่กำหนด บันทึกเหตุผล หรือข้อมูลเชิงคุณภาพที่สำคัญ สังเกตการปฏิบัติของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วย โดยที่วิจัยรวม 3 ครั้ง ห่างกันครั้งละ 1 สัปดาห์

### 7. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ประกอบด้วย

7.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล ระดับการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วย ระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพผู้ป่วยของผู้ดูแล ระดับการสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ดูแลได้รับ และระดับพลังอำนาจในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

7.2 ทำนายการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วย โดยใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุ (stepwise method)

### ผลการวิจัย

#### 1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล

ผู้ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 51-60 ปี มากที่สุด เกือบครึ่งมีการศึกษาระดับประถมศึกษา มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 3-5 ปีมากที่สุด ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลและผู้ป่วย เกือบครึ่งเป็นคู่สมรส ผู้ดูแลมีโรคประจำตัวที่รบกวนชีวิตประจำวัน คือ กระดูกและข้อสูงที่สุด และผู้ดูแลแต่ละคนมีโรคมามากกว่า 1 โรค (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล (n=198)

|  | ข้อมูลส่วนบุคคล   | จำนวน | ร้อยละ |
|--|-------------------|-------|--------|
| เพศ  | ชาย               | 69    | 34.8   |
|  | หญิง              | 129   | 65.2   |
| อายุ<br>$\bar{x}$ = 55.1 SD. = 8.4<br>Min = 29 Max = 67                            | ≤30 ปี            | 2     | 1.5    |
|  | 31-40 ปี          | 17    | 14.1   |
|  | 41-50 ปี          | 63    | 27.8   |
|  | 51-60 ปี          | 77    | 32.3   |
|  | > 60 ขึ้นไป       | 39    | 24.2   |
| การศึกษา   | ไม่ได้รับการศึกษา | 68    | 34.3   |
|  | ประถมศึกษา        | 87    | 43.9   |
|  | มัธยมศึกษา        | 19    | 9.6    |
|  | ปวช/ปวส           | 12    | 6.1    |
|  | ปริญญาตรี         | 10    | 5.1    |
|  | สูงกว่าปริญญาตรี  | 2     | 1.0    |
| ระยะเวลาดูแลผู้ป่วย<br>$\bar{x}$ = 3.8 SD. = 2.1<br>Min = 2 Max = 9                | < 3 ปี            | 69    | 34.8   |
|  | 3-5 ปี            | 117   | 59.1   |
|  | > 5 ปี            | 12    | 6.1    |
| รายได้/เดือน<br>$\bar{x}$ = 6,500.00 SD. = 5,122.9<br>Min = 1,150.0 Max = 31,000.0 | ≤ 5,000 บาท       | 131   | 66.2   |
|  | 5,001-10,000 บาท  | 31    | 15.7   |
|  | 10,001-15,000 บาท | 22    | 11.1   |
|  | 15,001-20,000 บาท | 11    | 5.6    |
|  | 20,001 บาทขึ้นไป  | 3     | 1.5    |
| ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย   | คู่สมรส           | 84    | 42.4   |
|  | ลูก/สะใภ้/เขย     | 64    | 32.3   |
|  | พี่น้อง           | 33    | 16.7   |
|  | พ่อ/แม่           | 17    | 8.6    |
| โรคประจำตัว  | กระดูกและข้อ      | 122   | 61.6   |
|  | ความดันโลหิตสูง   | 88    | 31.8   |
|  | ไขมันในเลือดสูง   | 69    | 34.8   |
|  | เบาหวาน           | 62    | 31.3   |
|  | มะเร็ง            | 17    | 8.6    |
|  | ไม่มี             | 27    | 13.6   |



2. ผลการศึกษาระดับการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วย ระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพผู้ป่วยของผู้ดูแล ระดับการสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ดูแลได้รับ และระดับพลังอำนาจในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล

2.1 ตัวแปรถูกทำนาย คือ การปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วย ประเมินโดยการรับรู้ภาวะการดูแล พบว่า

ผู้ดูแลรับรู้ภาวะการดูแลผู้ป่วยในระดับ น้อย ค่อนข้างน้อย ค่อนข้างมาก และมาก จำนวน 42, 66, 40 และ 50 คน คิดเป็นร้อยละ 21.2, 33.3, 20.2 และ 25.3 ตามลำดับ ค่าเฉลี่ยรวม ( $\bar{X}$ ) = 40.8 ซึ่งแปลว่าผู้ดูแลผู้ป่วยมีความรู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยค่อนข้างเป็นภาระ (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 การปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจำแนกตามระดับคะแนน จำนวน ร้อยละ และความหมายของคะแนน

| ระดับคะแนน | จำนวน | ร้อยละ | ความหมายของคะแนน                     |                                    |
|------------|-------|--------|--------------------------------------|------------------------------------|
| ≤ 20       | 42    | 21.2   | ไม่รู้สึกว่าดูแลผู้ป่วยเป็นภาระ      | ( $\bar{X}$ ) = 40.8<br>SD.=17.966 |
| > 20-40    | 66    | 33.3   | รู้สึกว่าดูแลผู้ป่วยเป็นภาระเล็กน้อย |                                    |
| > 40-60    | 40    | 20.2   | รู้สึกว่าดูแลผู้ป่วยค่อนข้างเป็นภาระ |                                    |
| > 60       | 50    | 25.3   | รู้สึกว่าดูแลผู้ป่วยเป็นภาระมาก      |                                    |

2.2 ตัวแปรทำนาย และ รายด้านของทุกตัวแปร ต้องการอยู่ในระดับดี (ดังตารางที่ 3) ทำนาย อยู่ในระดับค่อนข้างดี ยกเว้นด้านข้อมูลที่ผู้ดูแล

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและความหมายของตัวแปรทำนาย

| ตัวแปร  | ค่าเฉลี่ย | ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน | ความหมาย   |
|---|-----------|----------------------|------------|
| การรับรู้ภาวะสุขภาพผู้ป่วยของผู้ดูแล                | 3.82      | .449                 | ค่อนข้างดี |
| ด้านความรุนแรงของโรค                                | 3.35      | .451                 | ค่อนข้างดี |
| ด้านโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน                           | 4.01      | .297                 | ค่อนข้างดี |
| ด้านประโยชน์ในการดูแลเมื่อเทียบกับอุปสรรคจากการดูแล | 4.09      | .335                 | ค่อนข้างดี |
| การสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ดูแลได้รับ                 | 3.96      | .647                 | ค่อนข้างดี |
| ด้านข้อมูลที่ผู้ดูแลต้องการ                         | 4.14      | .555                 | ดี         |
| ด้านเครื่องมืออุปกรณ์                               | 3.88      | .465                 | ค่อนข้างดี |
| ด้านการสะท้อนคิด                                    | 4.05      | .564                 | ค่อนข้างดี |
| ด้านอารมณ์  | 3.78      | .379                 | ค่อนข้างดี |
| พลังอำนาจในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล                 | 4.10      | .479                 | ค่อนข้างดี |
| ด้านการรับรู้ว่าตนควบคุมภาวะเจ็บป่วยของผู้ป่วยได้   | 4.01      | .454                 | ค่อนข้างดี |
| ด้านการยอมรับในสมรรถนะตนเอง                         | 4.11      | .388                 | ค่อนข้างดี |
| ด้านความเชื่อมั่นในการจัดการการเปลี่ยนแปลง          | 4.11      | .299                 | ค่อนข้างดี |
| ด้านการรับรู้ความรับผิดชอบของตนในการดูแลผู้ป่วย     | 4.18      | .301                 | ค่อนข้างดี |

**3. ผลการศึกษาอำนาจการทำนายการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยของปัจจัยการรับรู้ภาวะสุขภาพผู้ป่วยของผู้ดูแล การสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ดูแลได้รับ และพลังอำนาจในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล**

เพื่อให้เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นในการใช้สถิติถดถอยพหุ ข้อมูลได้รับการวิเคราะห์ก่อนใช้สถิติพบว่า ชุดข้อมูลไม่มีการละเมิดข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ คือ 1) ตัวแปรทำนายแต่ละตัวมีความสัมพันธ์เชิง

เส้นตรงกับตัวแปรถูกทำนาย 2) ระดับความสัมพันธ์ของตัวแปรทำนายด้วยกันไม่เกิน 0.7 และ 3) การแจกแจงของตัวแปรเป็นแบบโค้งปกติ (Normal Distribution) ผลการวิเคราะห์ สามารถกำหนดสมการทำนายได้ว่าการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วย =  $.909 - 0.471$  พลังอำนาจในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล  $- 0.306$  การสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ดูแลได้รับ + ความคลาดเคลื่อน (ดังตารางที่ 4-5)

**ตารางที่ 4** ค่าสถิติการทำนายของตัวแปรทำนายการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วย

| ตัวแปร                              | R     | R <sup>2</sup> | R <sup>2</sup> change | F       | p-value |
|-------------------------------------|-------|----------------|-----------------------|---------|---------|
| พลังอำนาจในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล | -.673 | .453           | -                     |         |         |
| การสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ดูแลได้รับ | -.758 | .575           | .117                  | 102.815 | .000    |

**ตารางที่ 5** ค่าสถิติการทำนายของตัวแปรทำนาย

| ตัวทำนาย                            | สัมประสิทธิ์ b | t      | p-value |
|-------------------------------------|----------------|--------|---------|
| ค่าคงที่                            | .909           | 5.101  | .025    |
| พลังอำนาจในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล | -.471          | 10.617 | .001    |
| การสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ดูแลได้รับ | -.306          | 10.171 | .003    |

**อภิปรายผลการวิจัย**

**1. ผลการศึกษาตัวแปรทั้ง 4 ตัว**

ตัวแปรที่ 1 การปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วย ประเมินจากระดับความรู้สึกเป็นภาระพบว่าอยู่ในระดับค่อนข้างเป็นภาระ ร้อยละ 40.8 ซึ่งมีค่าใกล้เคียงงานวิจัยอื่น เช่น นิรชา ภูธนรักษ์ และภักวีร์ นาคะ วิโร (2563) ที่พบร้อยละ 40.9 และมีความสอดคล้องในประเด็นย่อย คือ ยิ่งเป็นผู้ดูแลนานจะยิ่งมีความรู้สึกโดดเดี่ยวจากสมาชิกในครอบครัวไม่ได้ช่วยเหลืออย่างจริงจัง บางครั้งอยากจะยกเลิกหน้าที่การดูแล สอดคล้องกับวังนา ลีละพัฒนา และ สายพิน หัตถ์รัตน (2559) ที่พบว่า ผู้ดูแลที่แสดงอาการไม่ไหวคือ อยากจะหนีไปให้พ้นความรับผิดชอบ

ที่ดูเหมือนกันมากขึ้นทุกที ในการแก้ไขความรู้สึกเป็นภาระและช่วยให้ผู้ดูแลสามารถปรับตัวได้ดีขึ้นโดยควรให้ความสำคัญกับการสนับสนุนให้สมาชิกครอบครัวทำงานเป็นทีมในการดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้พบว่า 2 ใน 3 ของผู้ดูแลเป็นเพศหญิงสอดคล้องกับธีรนนท์ วรณศิริ (2562) เพราะครอบครัวคาดหวังให้ผู้หญิงเป็นผู้ดูแล เนื่องจากเชื่อว่าหน้าที่การดูแลควรเป็นหน้าที่ของผู้หญิงตามวัฒนธรรมไทย ปัจจัยการสนับสนุนทางสังคมมีค่าสูงในด้านการสะท้อนคิด ซึ่งจากข้อมูลเชิงคุณภาพพบว่า ผู้ดูแลยื่นขอรับการที่พยาบาลเยี่ยมบ้าน และการที่โครงการสนับสนุนการดูแลตนเองของครอบครัวที่มีสมาชิกป่วยเรื้อรัง (สุวรรณณี ละออบปักฉิม, 2562) มีการ

เยี่ยมบ้าน และให้การประเมินผล สะท้อนการดูแลผู้ป่วย อธิบาย แก่ไข้อย่างเป็นรูปธรรมตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้อึ้ง และเกิดความมั่นใจในการดูแล ผู้ป่วยมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของอรุณี ชุมหบดี และคณะ (2556) ที่พบว่าผู้ดูแลต้องการความรู้ที่สามารถ ปฏิบัติได้จริง ภายใต้อุปสรรคหนึ่ง ๆ และสอดคล้องกับ แนวคิดทันกาล (Cameron & Gignac, 2013) ว่าผู้ดูแล มีความต้องการการสนับสนุนแตกต่างกันไปตามระยะเวลาการดูแล เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยรายด้าน พบว่าค่า เฉลี่ยที่เป็นภาระสูงสุด 3 อันดับ คือ 1) ไม่มีเวลาเพียงพอ สำหรับตัวเอง 2) สุขภาพไม่ค่อยดีเนื่องมาจากการดูแล ผู้ป่วย 3) ควรจะได้รับการดูแลจากญาติคนอื่น หรือ ถูกคาดหวังในการดูแลผู้ป่วยจากสมาชิกในครอบครัว เสมือนมีคนเดียวเท่านั้นที่พึ่งพาได้ ซึ่งอธิบายได้ว่า สาเหตุส่วนหนึ่งมาจากการที่ผู้ดูแลเป็นคู่สมรสเกือบ ครึ่ง (ร้อยละ 42.4) ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวอยู่แล้ว และร้อยละ 33.0 ต้องทำงานอิสระที่บ้านควบคู่ไปด้วย เช่น โปรแกรมเมอร์ ขายของ online ขายของมือสอง หน้าบ้าน ร้อยดอกไม้ ทำอาหารส่ง งานเย็บปัก เป็นต้น ทำให้เกิดปัญหาบทบาท (role conflict) ในผู้ดูแลบางคน (Gordon et al., 2012)

ตัวแปรที่ 2 การรับรู้ภาวะสุขภาพผู้ป่วยของผู้ดูแล พบว่า ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคต่ำที่สุด เนื่องจากผู้ดูแลได้รับข้อมูลก่อนรับผู้ป่วยกลับมาดูแลต่อ ในครอบครัว ซึ่งผู้ป่วยจะมีพยาธิสภาพที่ไม่สามารถกลับมา เหมือนเดิมและอาจเกิดภาวะแทรกซ้อน ซึ่งข้อมูลที่ได้ พบว่าผู้ดูแลให้ความพยายามในการปฏิบัติตามคำแนะนำ ในเรื่องการทากายภาพบำบัด เรื่องข้อติดแข็ง แต่เมื่อทำ กายภาพไปสักระยะหนึ่งไม่เห็นถึงความก้าวหน้าในทาง ที่ดีขึ้นของปัญหาข้อติดแข็งในผู้ป่วย เพราะจากพยาธิ สภาพเรื่องข้อติดแข็งต้องใช้ระยะเวลาที่นานจึงจะเห็น ผลเมื่อเปรียบเทียบกับปัญหาด้านอื่น ๆ ผู้ดูแลจึงให้ความสำคัญในเรื่องข้อติดแข็งไม่เท่ากับเรื่องการให้อาหารและ

ยา นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ดูแลมีปัญหาด้านสุขภาพ เช่น อาการปวดหลัง ปวดขา ทำให้เมื่อเวลาผ่านไปผู้ดูแลจะลด ความกังวลหรือเคร่งครัดในการปฏิบัติตามคำแนะนำลด ตัวแปรที่ 3 การสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ดูแล ได้รับ พบว่าอยู่ในระดับค่อนข้างดีเท่านั้น ( $\bar{X} = 3.96$ ) โดยด้านข้อมูลที่ผู้ดูแลต้องการ ได้คะแนนเฉลี่ยสูงสุด ( $\bar{X} = 4.14$ ) ตามด้วยด้านการสะท้อนคิด ( $\bar{X} = 4.05$ ) ส่วนด้านอารมณ์มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด ( $\bar{X} = 3.78$ ) และผู้ดูแล ผู้ป่วยเกือบครึ่ง (ร้อยละ 42.4) เป็นคู่ชีวิต ซึ่งจากข้อมูลเชิง คุณภาพพบว่าคู่ชีวิตหลายรายมีสัมพันธ์ภาพที่ค่อนข้าง ไม่ดีมาก่อน เช่นพูดว่า “มึงรู้มียว่า ภูเหน้อย ตอนดึกก็มันน้อย” บางรายก็มีสัมพันธ์ภาพที่ดี เช่น “คุณพี่เป็นคนสุภาพ พูด เพราะ ปากก็ต้องดูแลให้ดี” สอดคล้องกับการศึกษาของ Rohrbach (2021) ที่ระบุว่า การที่ผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส ของผู้ป่วยจะสามารถปรับตัวได้ดีนั้น ขึ้นอยู่กับมุมมอง ต่อการใช้ชีวิตอยู่กับโรค มองว่าโรคที่เกิดขึ้นเป็นสิ่งที่ เกิดขึ้นและกระทบต่อทั้งตัวผู้ป่วยและผู้ดูแลซึ่งเป็น คู่สมรส จะช่วยให้การปรับตัวให้เข้ากับพยาธิสภาพ และ การรักษาเป็นไปได้อย่างราบรื่น รวมทั้งสอดคล้องกับ แนวคิดของ Gottlieb (Gottlieb, 1985) ซึ่งแบ่งระดับของ การสนับสนุนทางสังคมเป็นระดับกว้าง ระดับเครือข่าย และระดับแคบ ซึ่งความสัมพันธ์ในระดับแคบ ได้แก่ สามีภรรยา และสมาชิกในครอบครัว ซึ่งมีความใกล้ชิด ทางอารมณ์ การสนับสนุนทางจิตใจ และแสดงความรัก และห่วงใยต่อกันและกันเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ดูแล มีขวัญและกำลังใจ

ตัวแปรที่ 4 พลังอำนาจในการดูแลผู้ป่วย ของผู้ดูแล พบว่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงกว่าอีก 2 ตัวแปรทำนาย โดยพบว่าด้านการรับรู้ความรับผิดชอบ ของตนในการดูแลผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ( $\bar{X} = 4.18$ ) สอดคล้องกับวัฒนธรรมไทยที่มักเชื่อว่าลูกต้องมีความ กตัญญู หรือคู่สมรสต้องร่วมทุกข์สุข ทำให้ทั้งผู้ดูแล ที่เป็นลูก และคู่สมรสรับรู้ว่าเป็นหน้าที่ของตนในการ

ดูแลผู้ป่วย ซึ่งงานวิจัยพบร้อยละ 29.8 และ 42.4 ตามลำดับ และส่วนใหญ่ (ร้อยละ 65.2) มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยมากกว่า 3 ปีขึ้นไป ซึ่งผ่านการเรียนรู้การดูแลจากพยาบาลเยี่ยมบ้าน และทีมของวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ (สุวรรณณี ละออบปักฉิม, 2562)

## 2. ผลการศึกษาอำนาจการทำนาย

พบว่า มีเพียง 2 ตัวแปรที่สามารถทำนายได้คือพลังอำนาจในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล และการสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ดูแลได้รับ ส่วนปัจจัยการรับรู้ภาวะสุขภาพผู้ป่วยของผู้ดูแล ไม่สามารถทำนายการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วย ดังนั้น ผลการศึกษาเป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัยเพียงบางส่วน ซึ่งไม่สอดคล้องการทบทวนวรรณกรรมที่พบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปรับตัวของบุคคลประกอบด้วย 1) การรับรู้ (perception) ต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น 2) ระบบสนับสนุน (social or situational support system) 3) coping techniques และ problem-solving skills ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับพลังอำนาจในการจัดการภาวะวิกฤติ (Aguilera & Messick, 1982; ภาวิณี พรหมบุตร และคณะ, 2563; ยุซรอ เล้าแม่ และคณะ, 2559) สามารถอธิบายได้จากข้อมูลที่ได้จากการสอบถามและการสังเกตระหว่างเก็บข้อมูล พบว่า ผู้ดูแลเกือบทั้งหมดสามารถรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย โดยเฉพาะในช่วงแรกของการนำส่งโรงพยาบาล ซึ่งผู้ดูแลพบเห็นผู้ป่วยมีอาการเกร็ง หดสติ ไม่รู้สึกตัว ถือเป็นความรุนแรงที่ผู้ดูแลต้องเผชิญ และภายหลังรับผู้ป่วยกลับบ้าน ถึงแม้ว่าอาการจะคงที่หรือดีขึ้น ผู้ป่วยอยู่ในระยะพึงพิงต้องเป็นภาระการดูแลของบุคคลในครอบครัว และในระยะยาวผู้ดูแลสามารถรับรู้ได้ว่าผู้ป่วยอาจไม่สามารถกลับมาเป็นปกติเหมือนเดิมได้ ซึ่งคะแนนการประเมินการรับรู้ภาระการดูแลของผู้ดูแล มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด (3.35) สอดคล้องกับข้อเสนอที่ว่าเมื่อเวลาผ่านไปความรู้สึกวิกฤติของผู้ดูแลจะน้อยลง (สันติชัย ฉัจฉิตราชัน, 2558)

ปัจจัยพลังอำนาจในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลสามารถทำนายการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยได้สูงที่สุดซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐาน สอดคล้องกับการศึกษาของ Dixey (2013) ที่พบว่า เมื่อบุคคลมีความรู้และความสามารถในการดูแล จะเป็นพลังอำนาจที่ช่วยสนับสนุนการปรับตัวของบุคคลให้สามารถกำหนดชีวิตตนเองและสามารถควบคุมสถานการณ์วิกฤติที่เกิดขึ้นได้ และสอดคล้องกับการศึกษาของ จุฑารัตน์ รัชชาและคณะ (2559) สุภาพร แนวบุตร (2558) และ วิภา เพ็งเสงี่ยม (2560) ซึ่งศึกษาโปรแกรมเสริมพลังอำนาจของผู้ดูแลด้วยโปรแกรมต่าง ๆ พบว่า พลังอำนาจของผู้ดูแลที่ได้รับการสร้างเสริมนี้ช่วยให้ผู้ดูแล ควบคุมหรือจัดการสถานการณ์ต่าง ๆ ที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานได้ มีความสามารถในการดูแลตนเองดีขึ้นทั้งด้านโภชนาการ การออกกำลังกาย สังคม จิตใจ จิตวิญญาณ และ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพและพฤติกรรมปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงดีขึ้น

สำหรับปัจจัยการสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ดูแลได้รับสามารถทำนายการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นลำดับที่สอง อธิบายได้ว่า ทูทางสังคมก่อให้เกิดประโยชน์ คือ ช่วยให้เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของ ก่อให้เกิดความสัมพันธ์ที่ไว้วางใจ และมีความอดทนต่อกันของผู้ป่วย ครอบครัวและผู้ดูแล เป็นต้นทุนทางสังคมที่ดีจะช่วยให้สามารถปรับตัวได้ดีกว่าบุคคลอื่น (Ryan & McKenna, 2013) และการสนับสนุนทางสังคมจากแหล่งต่าง ๆ สามารถลดปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดและมีผลช่วยให้เกิดสุขภาวะแก่ผู้ดูแล (Kim and et al., 2010; Maurer and Smith, 2013; Lundy & Janes, 2016; Gordon et al., 2012; Liu et al., 2020) และจากการสอบถามข้อมูลจากผู้ดูแล สะท้อนให้เห็นว่าความแน่นแฟ้นของผู้ป่วยและผู้ดูแล เช่น สามีกับภรรยา หรือพ่อ-แม่กับลูก เป็นทุนตั้งต้นที่สำคัญมากในการที่ผู้ดูแลจะไม่รู้สึกว่าการป่วยเป็นภาระ และพร้อมจะชวนหาหาความรู้ ฝึกฝน

ทักษะการดูแลให้มากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของคิม (Kim et al., 2010) พบว่า คุณภาพของการสนับสนุนทางสังคมสัมพันธ์กับกลยุทธ์การปรับตัวของผู้ดูแล รวมทั้งสอดคล้องกับแนวคิดระบบครอบครัว ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของปัจจัยขั้นพื้นฐานที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการที่ผู้ดูแลจะตอบสนองผู้ที่พึ่งพิงตนเองอยู่ (Orem, 1980) การสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ดูแลได้รับจากสมาชิกคนอื่นในครอบครัว เช่น การช่วยนำผู้ป่วยที่มีอุปสรรคช่วยเหลือไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล ซึ่งเป็นเรื่องที่ยากลำบากเมื่อต้องเดินทางด้วยรถสาธารณะ การได้รับกำลังใจ หรือคำชมเชยจากญาติพี่น้อง เพื่อน และการสนับสนุนด้านการเงินจากบุคคลอื่นในครอบครัวถือเป็นส่วนสำคัญที่ช่วยให้ผู้ดูแลมีความกดดันในการดูแลผู้ป่วยลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ บุชยมาส บุชยาร์ตมี (2561) ที่พบว่าผู้ดูแลมีความต้องการการสนับสนุนด้านการเงินและด้านข้อมูลข่าวสารอยู่ในระดับมาก โดยเฉพาะช่องทางติดต่อขอรับคำปรึกษา ซึ่งในงานวิจัยนี้ พบว่าประเด็นที่ต้องการข้อมูล คือ การทำหัตถการต่าง ๆ รวมทั้งการจัดการอย่างเข้าใจในอาการแปรปรวนอื่น ๆ สอดคล้องกับทฤษฎี crisis intervention (Aguilera & Messick, 1982) ที่อธิบายว่า การรับมือกับภาวะวิกฤติในชีวิต ขึ้นกับระบบสนับสนุน และทักษะการแก้ปัญหา ซึ่งเป็นองค์ประกอบของพลังอำนาจในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล หมายความว่า การรับมือกับภาวะวิกฤติต้องมีทั้งสองส่วน คือ การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยร่วมกับการสนับสนุนและการดูแลด้านจิตใจ เพื่อให้ผู้ดูแลเกิดทักษะและความเชื่อมั่นในตนเอง รวมทั้งลดภาวะความตึงเครียดของบทบาท เพราะการสนับสนุนข้อมูลจะช่วยให้ผู้ดูแลลดภาวะตึงเครียดในการแสดงบทบาทที่คลุมเครือ (role ambiguity) นอกเหนือจากความขัดแย้งในบทบาท (role conflict) และบทบาทที่มากเกินไป (role overload) ได้ (Nickerson, 2021)

## สรุปและข้อเสนอแนะ

งานวิจัยนี้เป็นการวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบหาอำนาจการทำนายการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อน พบว่า ตัวแปรที่สามารถทำนายได้คือ พลังอำนาจในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล และการสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ดูแลได้รับ โดยร่วมกันทำนายได้ร้อยละ 57.5 สมการการทำนายคือ ความสามารถในการปรับตัวของผู้ดูแล =  $0.909 - 0.414$  พลังอำนาจในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล -  $0.306$  การสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ดูแลได้รับ + ความคลาดเคลื่อน

### 1. ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลอนามัยชุมชนที่เยี่ยมบ้านในครอบครัวที่มีสมาชิกป่วยโรคเรื้อรังโดยเฉพาะโรคหลอดเลือดสมองที่ผ่านพ้นจุดวิกฤติ ควรมีการเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลผู้ป่วยแก่ผู้ดูแล ซึ่งทำได้โดยการมีช่องทางให้ผู้ดูแลได้ติดต่อกับพยาบาลประจำครอบครัว เช่น line เบอร์โทรศัพท์ เพื่อเพิ่มความมั่นใจของผู้ดูแลว่าจะสามารถให้การดูแลอย่างดีได้ในทุกสภาวะ และควรมีการประชุมสมาชิกครอบครัว เพื่อร่วมวางแผนการดูแลบทบาทของสมาชิกครอบครัว ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ดูแลได้รับการสนับสนุน มากขึ้น เช่น เวลาและเงินช่วยเหลือจากสมาชิกอื่น ๆ ในครอบครัว รวมถึงควรให้การสนับสนุนทางสังคมในการช่วยให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยได้ โดยสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ดูแลในด้านอารมณ์ ด้านเครื่องมืออุปกรณ์ และด้านการสะท้อนคิด

### 2. ข้อเสนอแนะการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 การวิจัยเพื่อเพิ่มการมีสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างกันของสมาชิก โดยเฉพาะสามีภรรยา เพราะเป็นพื้นฐานที่สำคัญในการดูแลกันและกันในช่วงวัยผู้สูงอายุของชีวิตคู่

2.2 การวิจัยเกี่ยวกับการช่วยเหลือผู้ดูแลที่ยังต้องทำงานเพื่อหาเลี้ยงครอบครัว เนื่องจากข้อมูลนี้

ได้จากการสัมภาษณ์ในงานวิจัย พบว่า โดยเฉพาะผู้ดูแลที่เป็นบุตร จะมีปัญหาด้าน Role conflict ได้

2.3 การทำนายที่พบจากงานวิจัยนี้มีร้อยละ 57.5 จึงควรศึกษาเพิ่มเติมเพื่อหาตัวแปรที่สามารถทำนายได้มากขึ้น ซึ่งจากข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้วิจัยคิดว่า 2 ตัวแปรที่พบยังต้องการ การขยายความองค์ความรู้ที่แฝงอยู่ให้มากขึ้น เพราะการสนับสนุนทางสังคม มีแนวคิดและมืองค์ประกอบที่หลากหลาย และยังต้องการยกระดับนโยบายเข้ามาเกี่ยวข้อง เนื่องจากการสนับสนุนด้านเงิน ด้านอุปกรณ์ที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วย เช่น ยา ฝักรองเปื้อน อุปกรณ์ช่วยชีวิตอื่น ๆ รวมทั้งการสนับสนุนโดยตรงที่ผู้ดูแล โดยเฉพาะเงิน จำเป็นต้องเป็นการดำเนินการในระดับประเทศที่ต้องมีกลไกของการช่วยเหลือ ไม่ใช่ดำเนินการแบบตามมีตามเกิด คือ ถ้ามีการบริจาคจึงจะได้รับการสนับสนุน หรือสร้างแรงจูงใจให้สมาชิกในครอบครัวช่วยเหลือผู้ดูแล

ในด้านการเงิน เช่น เป็นมาตรการด้านภาษี นำใบเสร็จ หรือค่าใช้จ่าย ไปหักลดหย่อนภาษีได้ เป็นต้น ดังนั้น ควรมีการศึกษาวิจัยระดับนโยบายในบริบทประเทศ โดยเฉพาะการมีผู้ดูแลในระบบสาธารณสุข (ผู้ดูแลที่เป็นทางการ) เข้ามาช่วยเหลือครอบครัว

2.4 ศึกษาเกี่ยวกับระบบ และกลไกในการช่วยเหลือในการให้คำปรึกษา เช่น รูปแบบพยาบาลครอบครัว หรือเทคโนโลยี AI ที่ช่วยตอบคำถามเบื้องต้นแก่ผู้ดูแลสายด่วนเพื่อสนับสนุนผู้ดูแล เป็นต้น ซึ่งนอกจากจะสอดคล้องกับความต้องการของผู้ดูแล ที่พบว่า ภาระการดูแลที่เกิดจากความไม่แน่นอนในการดูแล หรือเกิดการเปลี่ยนแปลงของอาการในระยะท้ายของโรคทำให้เกิดความเครียดอย่างมากแก่ผู้ดูแล นอกจากนี้ระบบดังกล่าว ยังเหมาะสมกับสถานการณ์ที่ไม่ปกติ ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการเยี่ยมบ้าน เช่น การระบาดของโรคโควิด 19

## เอกสารอ้างอิง

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2563). *สถิติสาธารณสุข 2562*. [ออนไลน์]. สืบค้นจาก <https://dohdatacenter.anamai.moph.go.th/coverpage/fb2723a02584215397a686fd4f49b39a.pdf>

จุฑารัตน์ รัชชา, ยุติ รัตจากภัย และไพบุลย์ พงษ์แสงพันธ์. (2559). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลและผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 31(6), 377-383.

ธีรนนท์ วรรณศิริ. (2562). พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานในครอบครัว. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 33(2), 76-95.

นิรชา ภูธนารักษ์ และภักวีร์ นาคะวีโร. (2563). ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย*, 10(1), 1-11.

บุษยมาศ บุศยารัตน์. (2561). ความต้องการการดูแลโดยทีมหมอครอบครัวของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตเทศบาลนครนครปฐม. *วารสารแพทย์เขต 4-5*, 37(2), 192-200.

ภาวิณี พรหมบุตร, นพวรรณ เปี้ยเชื้อ และสมนึก สกุลหงส์โสภณ. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน. *รามาชิปติพยาบาลสาร*, 20(1), 82-96.

- ยุทธอ เล้าแม่, วันธนี วิรุฬห์พานิช และพิสมัย วัฒนสิทธิ์. (2559). ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะการดูแล แรงสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของมารดาที่มีเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด. *วารสารวิจัยการพยาบาลและสุขภาพ*, 17(2), 27-42.
- ัจฉนา ถีละพัฒน และ สายพิณ หัตถิรัตน์. (2559). สำนักข่าว Hfocus เจาะลึกระบบสุขภาพ “เมื่อผู้ดูแลทำไม่ไหวแล้ว (Working with caregiver burnout)”. สืบค้นจาก <https://www.hfocus.org/content/2016/06/12274#comment-0>.
- วิภา เพ็งเสงี่ยม. (2560). การพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชน. *วารสารการพยาบาลการสาธารณสุขและการศึกษา*, 18(3), 83-95.
- ศิริอร สีนรุ, ปทุมทิพย์ อุดลวัฒน์ศิริ, เกศรินทร์ อุทริยะ ประสิทธิ์, รามพร คงกำเนิด และวรรณวลี ศุขสวัสดิ์. (2563). *การสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบายในการพัฒนารูปแบบบริการปฐมภูมิเพื่อดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง: กรุงเทพมหานคร*. สืบค้น จาก <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/5180?locale-attribute=th>.
- สุภาพร แนวบุตร. (2558). ผลของโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยในครอบครัว. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 8(4), 30-40.
- สุปรีดา มั่นคง, ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม และศุภกร วงศ์วัณญ. (2559). บทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับ การดูแลแบบประคับประคอง: การศึกษาเบื้องต้นเชิงคุณภาพ. *วารสารสภาการพยาบาล*, 31(4), 104-121.
- สุวรรณณี ละออปกษิณ. (2562). *รายงานโครงการบริการวิชาการสู่สังคม 7 ปี การสนับสนุนการช่วยเหลือตนเองของครอบครัวที่มีปัญหาโรคเรื้อรัง*. วิทยาลัยเซนต์หลุยส์: กรุงเทพฯ.
- สันติชัย ฉำจิตรชื่น. (2558). “Crisis Intervention”. สืบค้น จาก <https://med.mahidol.ac.th/ramamental/sites/default/files/public/pdf/Crisis%20Intervention.pdf>
- สำนักยุทธศาสตร์และประเมินผล กรุงเทพมหานคร. (2553). *แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพคนเมืองกรุงเทพมหานคร 2553-2556*. กรุงเทพฯ: สำนักยุทธศาสตร์และประเมินผล กรุงเทพมหานคร.
- อรุณี ชุณหบดี, ธิติรัตน์ สภานันท์, โรชนี อุปรา และสุนารีภรณ์ ทองไสย. (2556). ความเครียดและความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า*. 21(1), 1-9.
- Aguilera D.C., and Messick J.M. (1982). *Crisis Intervention theory and methodology*. Missouri: The C.V. Mosby Company.
- Cameron, J.I., Naglie, G., Silver, F. L., & Gignac, M. A. (2013). Stroke family caregivers' support needs change across the care continuum: A qualitative study using the timing it right framework. *Disability & Rehabilitation*, 35,315-324. doi:10.3109/09638288.2012.691937.

- Cohen J. (1997). *Statistical power for the behavioral sciences*. (2nd ed). NY: Academic Press.
- Dixey, R. (2013). *Health promotion: global principles and practice*. Wallingford, Oxfordshire: CABI.
- Gordon, JR., Pruchno, RA., Wilson-Genderson, M., Murphy, WM., and Rose, M. (2012). Balancing Caregiving and Work: Role Conflict and Role Strain Dynamics. *J Fam Issues*. 33(5), 662-689.
- Gottlieb, JL. (1985). *Social participation of individuals in four rural community of the northeast: rural sociology*. 4th ed. Columbia: University Missouri Press.
- House, JS. (2001). Social isolation kills-but how and why. *Psycho Med*, 63, 273-274.
- Jaracz, K., Grabowska-Fudala, B., Gorna, K., Jaracz, J., Moczko, J. & Kozubski, W. (2015). Burden in Caregivers of Long-Term Stroke Survivors: Prevalence and Determinants at 6 months and 5 Years After Stroke. *Patient Counselling and Health Education*, 98(8), 1011-1016.
- Kim, J., Han, Jeong Y., Shaw, BR., McTavish, FM., Gustafson DH. (2010). The Roles of Social Support and Coping Strategies in Predicting Breast Cancer Patients' Emotional Well-being: Testing Mediation and Moderation Models. *J Health Psycho*, 15(4): 543-552.
- Liu, Z., Heffernan, C., Tan, J. (2020). Caregiver burden: A concept analysis. *International Journal of Nursing Sciences*. 7(4): 438-445.
- Lundy, KS., & Janes, S. (2016). *Community Health Nursing: Caring for the Public's Health*. (3rd ed.). Massachusetts: Jones & Bartlett Learning.
- Maurer, FA., & Smith, CM. (2013). *Community/public health nursing practice: health for families and populations* (5th ed.). St. Louis, Mo.: Elsevier/Saunders.
- Nickerson, C. (2021). *What is role strain? definition and examples*. Simply Psychology. Retrieved from: [www.simplypsychology.org/what-is-role-strain-in-sociology.html](http://www.simplypsychology.org/what-is-role-strain-in-sociology.html).
- Orem DE. (1980). *Nursing: concepts of practice (2nd ed)*. New York: McGraw-Hill.
- Rohrbaugh, M. J. (2021). Constructing We-ness: A communal Coping Intervention for Couples Facing Chronic Illness. *Famjly Process*. 61(1), 17-31.
- Ryan & McKenna, H. (2013). Familiarity as a key factor influencing rural family cares' experience of nursing home placement of an older relative: a qualitative study. Retrieved from <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-13-252>.



- Seaward, BL. (2006). *Managing Stress: Principles and Strategies for Health and Wellbeing*. Portland, OR: Book News, Inc.
- Spreitzer, G. M. (1995). Psychological empowerment in the workplace: Dimensions, measurement, and validation. *Academy of Management Journal*, 38(5): 1442-1465.
- Zarit, SH., Todd, PA., & Zarit, JM. (1986) Subjective Burden of Husbands and Wives as Caregivers: A Longitudinal Study. *Gerontologist*, 26, 260-266.

