

ปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดและความสุขของการดูแลผู้สูงอายุ

สาลินี เทพสุวรรณ ณิชวีรา ทองเจริญพงศ์ และรศรินทร์ เกรย์

บทนำ

ปัจจุบันประเทศไทยเป็นสังคมผู้สูงอายุแล้ว เนื่องมาจากการที่ภาวะเจริญพันธุ์ลดลง และประชากรไทยมีอายุที่ยืนยาวขึ้น แต่อย่างไรก็ตาม เมื่อถึงระยะหนึ่งของชีวิต ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับปัญหาทางด้านสุขภาพ และต้องได้รับการดูแลจากผู้อื่นในการดำเนินชีวิตประจำวัน ผู้ที่มีหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุ เรียกว่า ผู้ดูแล เป็นผู้ที่มิบทบาทในการให้ความช่วยเหลือและดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาในด้านสุขภาพจนไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้บางส่วนหรือทั้งหมด ในประเทศไทย ผู้ดูแลมักเป็นบุคคลที่อยู่ภายในครอบครัวเดียวกัน หรือ ผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ (Informal caregiver) ซึ่งส่วนใหญ่เป็นคนในครอบครัว (Family caregiver) เป็นเพศหญิง เช่น ลูกสาว ภรรยา หรือลูกสะใภ้ (Knodel & Chayovan 2008)

การที่ผู้สูงอายุเริ่มมีปัญหาสุขภาพมากขึ้นกลายเป็นบุคคลที่ต้องได้รับการพึ่งพาจากครอบครัว ทำให้สมาชิกในครอบครัวที่กลายมาเป็นผู้ดูแลต้องมีการเปลี่ยนบทบาทและวิถีชีวิตไปอย่างมาก (Enterlante & Kern 1995) ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเหนื่อยล้า (Matthis 1991) มีความรู้สึกเหน็ดเหนื่อย อ่อนเพลีย (McLean; Roper-Hall, Mayer & Main 1991) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ดูแลยังถูกจำกัดทางสังคม มีเวลาที่เป็นอิสระส่วนตัว และออกไปติดต่อกับผู้อื่นลดลง (Robinson-Smith & Mahoney 1995) และยังได้รับผลกระทบจากปัญหาด้านจิตใจและอารมณ์ร่วมด้วย (พรชัย และยุพิน 2544) ซึ่งอาจเป็นสาเหตุให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด (Matson 1994) ทั้งยังกระทบต่อความผาสุกและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลด้วย (Lazarus & Folkman 1984)

โดยทั่วไปแล้วเมื่อบุคคลต้องเผชิญกับความเครียดก็มักจะแสดงพฤติกรรมต่างๆ ออกมาเพื่อรับมือกับสิ่งที่เกิดขึ้น และพยายามทำให้ความเครียดนั้นทุเลาลง แต่อย่างไรก็ตามหากผู้ดูแลเลือกใช้วิธีการจัดการกับความเครียดที่ไม่เหมาะสมและไม่มีประสิทธิภาพ ก็อาจก่อให้เกิดปัญหาจากความเครียดมากขึ้นได้ และส่งผลกระทบต่อคุณภาพการดูแล (Quality of care) ผู้สูงอายุด้วย (ดุสิต และคณะ 2554; Kramer 1997)

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

ค้นหาปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับความเครียดและความสุขของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นคนในครอบครัว โดยศึกษาจากปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแล (Personal characteristics) ปัจจัยสาเหตุของความเครียด (Stressors) ปัจจัยสนับสนุนทางสังคม (Social support) ได้แก่ การมีเพื่อนหรือคนในสังคมคอยช่วยเหลือในยามที่ต้องการ และการมีความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยเมื่ออยู่ในครอบครัว และปัจจัยการจัดการกับความเครียด (Coping strategies)

ปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดและความสุขของผู้ดูแล

ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดและความสุขของผู้ดูแลย่อมแตกต่างกันไปตามคุณลักษณะต่างๆ ของผู้ดูแล ได้แก่ อายุ เพศ ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ ระยะเวลาในการดูแล และสุขภาพ นอกจากนี้ยังมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดและความสุขอื่นๆ เช่น แรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การมีผู้ช่วยดูแล ครอบครัว เพื่อน และชุมชน ตลอดจนการจัดการกับความเครียด

อายุเป็นปัจจัยประการหนึ่งที่มีผลต่อความเครียดและความสุขของผู้ดูแล เนื่องจากอายุบ่งบอกถึงวุฒิภาวะทางด้านจิตใจ (สุखा 2536) แต่หากว่าผู้ดูแลมีอายุมากขึ้นย่อมส่งผลให้สุขภาพเสื่อมลงไปตามวัยทำให้การดูแลเริ่มเป็นภาระเมื่อต้องดูแลผู้สูงอายุในระยะยาว (Pinquart & Sorensen 2007) และต้องการผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้สูงอายุมากกว่าผู้ที่มีอายุน้อย (วิมลรัตน์ 2537)

บทบาทในการดูแลงานบ้านและดูแลสมาชิกในครอบครัวมักเป็นของผู้หญิง เนื่องจากเพศหญิงแสดงถึงความอ่อนโยนเอาใจใส่ต่อบุคคลอื่น ดังนั้นผู้หญิงมักจะถูกคาดหวังจากสังคมให้มีบทบาทในการดูแล (รุจา 2541; เสาวลักษณ์ 2545) นอกจากนี้ผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสมักมีความเสี่ยงต่อการเกิดความเครียดได้มากกว่าผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์อื่น (Hazan & Shaver 1987) เนื่องจากคู่สมรสมีระดับความใกล้ชิดมากกว่าผู้ดูแลอื่น (Cantor 1983) นอกจากนี้คู่สมรสยังต้องเป็นผู้ที่อาศัยอยู่กับผู้สูงอายุ ซึ่งทำให้ต้องมีระยะเวลาในการดูแลมากกว่าผู้ดูแลอื่น (Tennstedt, Crawford & McKinlay 1993) แต่ในสังคมไทย หน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุมักจะเป็นบุตร โดยเฉพาะบุตรหญิงที่มีหน้าที่

รับผิดชอบในการดูแลผู้สูงอายุมากกว่าบุตรชาย (Merrill 1993) ซึ่งตรงกับบรรทัดฐานทางสังคมที่สอนให้บุตรมีความกตัญญูต่อบุพการี และทดแทนบุญคุณบิดามารดา (คมสัน 2540) และผู้ดูแลหญิงมักจะมี ความเครียดสูงกว่าผู้ดูแลชาย (Pinquart & Sorensen 2006) อย่างไรก็ตาม ผู้ดูแลที่เป็นบุตรจะมีความรู้สึกทั้งเชิงบวกและลบต่อการเป็นผู้ดูแล เนื่องจากความรับผิดชอบและบทบาทของการเป็นผู้ดูแลเป็นภาระที่หนัก อาจทำให้เกิดความรู้สึกเหนื่อยล้า และเครียด แต่ในทางตรงกันข้ามก็ทำให้รู้สึกมีความสุข เพราะได้ตอบแทนพระคุณของบิดามารดา ได้รับการยกย่องชมเชย และได้รับประสบการณ์ที่ดี (จิราพร 2548)

ปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดของผู้ดูแลนอกเหนือจากคุณลักษณะทั่วไปของผู้ดูแลแล้ว ยังมีปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น แรงสนับสนุนทางสังคม (Social support) จากทั้งครอบครัวและเพื่อน เพื่อนบ้าน ทำให้บุคคลเชื่อว่าตนเองมีคนรัก เอาใจใส่ เห็นคุณค่า ยกย่อง และยอมรับนับถือ ซึ่งการได้รับแรงสนับสนุนนี้ส่งผลให้บุคคลมีความเครียดลดลง (บุญเยี่ยม 2528) ในสังคมพุทธศาสนามีความเชื่อว่าลูกหลานถูกคาดหวังให้ดูแลพ่อแม่ในยามแก่ชรา ทำให้ไม่ได้รับความสนใจหรือขาดการช่วยเหลือ และสนับสนุนการดูแลในชุมชนจากภาครัฐ จึงทำให้ครอบครัวและผู้ดูแลต้องรับภาระหนักในการดูแล และส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตทั้งของผู้สูงอายุและผู้ดูแล (วิไลวรรณ ลีวรรณ และสมจินต์ 2545)

การดูแลผู้สูงอายุย่อมก่อให้เกิดความเครียด ผู้ดูแลจำเป็นต้องมีการจัดการกับความเครียดของตนเองอยู่ตลอดเวลา หากผู้ดูแลใช้วิธีการจัดการกับความเครียดอย่างเหมาะสมก็จะทำให้ปัญหาและความเครียดหมดไป แต่ถ้าหากใช้วิธีการแก้ไขปัญหายังไม่เหมาะสมก็อาจจะทำให้ปัญหาที่มีอยู่ร้ายแรงขึ้น (จิราพร 2551) การจัดการกับความเครียดทั้งทางด้านความคิดและการกระทำเป็นความพยายามที่จะจัดการกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด (พรชัย และยุพิน 2544) การจัดการกับความเครียดตามแนวคิดของแมคคานิค (อ้างใน อังคินันท์ 2551) กล่าวถึงการเผชิญความเครียดแบบด้อยประสิทธิภาพ คือ วิธีการเผชิญปัญหาด้วยการปฏิเสธและการระบายอารมณ์ ซึ่งการจัดการกับความเครียดที่มุ่งเน้นอารมณ์นั้นไม่ส่งผลการแก้ไขปัญหานอกจากนี้ยังพบว่า การเผชิญความเครียดแบบมุ่งเน้นอารมณ์มีความสัมพันธ์เชิงบวกสูงกับความทุกข์ เมื่อเปรียบเทียบกับวิธีการเผชิญปัญหาด้วยวิธีการอื่นๆ (Hasida 2005)

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาในเชิงปริมาณ (Quantitative Research) จากข้อมูลโครงการ “การเฝ้าระวังทางประชากร เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม และการดูแลระยะยาว เพื่อเสริมสร้างสุขภาพของผู้สูงอายุไทย ในจังหวัดกาญจนบุรี ปีพ.ศ. 2553” ใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified systematic) เพื่อเลือกหมู่บ้านในพื้นที่ชนบทและบล็อกการสำมะโนประชากรในพื้นที่เมือง ซึ่งมีจำนวนครัวเรือนที่ถูกเลือกทั้งหมด 10,837 ครัวเรือน โดยมีจำนวนประชากรอายุ 50 ปีขึ้นไป 11,673 คน แบ่งเป็นประชากรในเขตเมืองร้อยละ 20 และในชนบทร้อยละ 80

ผู้ดูแลถูกคัดเลือกมาจากคำถามเกี่ยวกับการทบทวนสุขภาพของผู้สูงอายุ หากผู้สูงอายุคนใดไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันขึ้นพื้นฐาน (Activity of daily living: ADL) (Katz, Ford, Moskowitz, Jackson, & Jaffe 1963) ได้อย่างน้อย 1 กิจกรรม หรือไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันอื่นๆ (instrumental activities of daily living: IADL) (Lawton & Brody 1969) ได้อย่างน้อย 2 กิจกรรม จะถือว่าต้องมีผู้ดูแล และหากผู้สูงอายุมีผู้ดูแลมากกว่า 1 คน จะเก็บข้อมูลจากผู้ดูแลหลัก หรือผู้ที่ใช้เวลาในการดูแลผู้สูงอายุมากกว่าคนอื่นๆ ซึ่งมีจำนวนทั้งสิ้น 439 คน (ทั้งผู้ดูแลที่เป็นครอบครัว ไม่ใช่ครอบครัว และถูกจ้างมา) ในจำนวนนี้ เป็นผู้ดูแลที่เป็นคนในครอบครัว 348 คน และอาศัยอยู่กับผู้สูงอายุในครัวเรือนเดียวกัน และมีจำนวน 64 ตัวอย่าง ที่ไม่ได้ถูกนำมาวิเคราะห์เพราะไม่ตอบคำถามจำนวนชั่วโมงในการดูแลต่อวัน ดังนั้น จึงเหลือกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลทั้งสิ้น 284 คน ซึ่งประมาณร้อยละ 90 ของผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลมีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป นอกจากนี้จะมีอายุ 50-59 ปี

การวัดระดับความเครียด ได้จากข้อมูลแบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเองของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (กรมสุขภาพจิต 2555) ซึ่งให้ผู้ดูแลประเมินตนเองว่า ในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีอาการ พฤติกรรม หรือมีความรู้สึกต่อไปนี้มากน้อยเพียงใด โดยมีข้อคำถาม 20 ข้อ ดังนี้ 1) นอนไม่หลับเพราะคิดมากหรือกังวลใจ 2) รู้สึกหงุดหงิด รำคาญใจ 3) ทำอะไรไม่ได้เลยเพราะประสาทตึงเครียด 4) มีความวุ่นวายใจ 5) ไม่อยากพบปะผู้คน 6) ปวดศีรษะข้างเดียว หรือปวดบริเวณขมับทั้งสองข้าง 7) รู้สึกไม่มีความสุขและเศร้าหมอง 8) รู้สึกหมดหวังในชีวิต 9) รู้สึกว่าชีวิต

ตนเองไม่มีค่า 10) ภาวะกระดูกงออยู่ตลอดเวลา 11) รู้สึกว่าตนเองไม่มีสมาธิ 12) รู้สึกเพื่อยจนไม่มีแรงจะทำอะไร 13) รู้สึกเหนื่อยหน่ายไม่ยอมทำอะไร 14) มีอาการหัวใจเต้นแรง 15) เสียงสั่น ปากสั่น หรือมือสั่นเวลาไม่พอใจ 16) รู้สึกกลัวผิดพลาดในการทำสิ่งต่าง ๆ 17) ปวดหรือเกร็งกล้ามเนื้อบริเวณท้ายทอย หลังหรือไหล่ 18) ตื่นตื่นง่ายกับเหตุการณ์ที่ไม่คุ้นเคย 19) มึนงง หรือเวียนศีรษะ และ 20) ความสุขทางเพศลดลง โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ ตอบว่า “ไม่เคยเลย” เท่ากับ 0 คะแนน ตอบว่า “เป็นครั้งคราว” เท่ากับ 1 คะแนน ตอบว่า “เป็นบ่อย” เท่ากับ 2 คะแนน และตอบว่า “เป็นประจำ” เท่ากับ 3 คะแนน ซึ่งจะมีคะแนนเต็มทั้งหมด 60 คะแนน โดยผู้ที่มีคะแนนสูงขึ้นเท่าไรหมายถึงว่ามีระดับความเครียดมากขึ้นเท่านั้น

การวัดระดับความสุข ได้จากการถามคำถามเดียวซึ่งเป็นคำถามสากล (George 2010) ว่า “ในภาพรวมแล้ว ท่านรู้สึกมีความสุขอยู่ในระดับใด” มีคำตอบเป็นคะแนนตั้งแต่ 0-10 โดยคะแนน 0 หมายถึง ไม่มีความสุขเลย และคะแนน 10 หมายถึง มีความสุขที่สุด

ปัจจัยที่คาดว่าจะมีอิทธิพลต่อระดับความเครียดและความสุขของผู้ดูแล แบ่งเป็น 4 ด้าน คือ 1) ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแล (Personal characteristics) ได้แก่ เพศ อายุ ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ การทำงาน และการประเมินสุขภาพร่างกายของตนเอง 2) ปัจจัยสาเหตุของความเครียด (Stressors) ได้แก่ การมีผู้ช่วยดูแล ระยะเวลาในการดูแล ระยะเวลาในการดูแลต่อวัน และปัญหาในการเคลื่อนไหวของผู้สูงอายุที่ดูแล 3) ปัจจัยสนับสนุนทางสังคม (Social support) ได้แก่ การมีเพื่อนหรือคนในสังคมคอยช่วยเหลือในยามที่ต้องการ และการมีความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยเมื่ออยู่ในครอบครัว และ 4) ปัจจัยการจัดการกับความเครียด (Coping strategies) ได้แก่ ร้องไห้ กรีดร้อง/ตะโกน ออกมาดังๆ และระบายอารมณ์กับสิ่งของ/ทูบข้าวของ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ และตารางไขว้ (Crosstab) เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยคุณลักษณะของผู้ดูแล ปัจจัยการจัดการกับความเครียดของผู้ดูแล ระดับความเครียด และระดับความสุขของผู้ดูแล

2. ใช้การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression) เพื่อวิเคราะห์อิทธิพลของปัจจัยที่มีผลต่อระดับความเครียดและความสุขของผู้ดูแล

ผลการศึกษา

ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 76.1) ผู้ดูแลชายมีอายุเฉลี่ยสูงกว่าผู้ดูแลหญิง (55.59 ปี และ 49.20 ปี ตามลำดับ) ประมาณร้อยละ 60 ของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์เป็นลูกของผู้สูงอายุ โดยผู้ดูแลชายมีความสัมพันธ์เป็นคู่สมรสมากกว่า (ร้อยละ 46.4 และ 27.5) ในขณะที่ผู้ดูแลหญิงมีความสัมพันธ์เป็นลูกมากกว่า (ร้อยละ 63.5 และ 50.0) ส่วนใหญ่ยังคงทำงานอยู่ และเห็นว่าสุขภาพร่างกายของตนเองยังอยู่ในระดับดี แต่ผู้ดูแลหญิงจะประเมินสุขภาพร่างกายของตนเองว่าไม่ดีมากกว่าผู้ดูแลชาย (ร้อยละ 24.2 และ 10.7)

ตาราง 1 ร้อยละของปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแล จำแนกตามเพศ

ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแล	ร้อยละ		
	รวม	ชาย	หญิง
กลุ่มอายุ (ปี)			
ต่ำกว่า 40 ปี	21.8	17.9	23.0
40-49 ปี	30.4	25.0	32.0
50-59 ปี	22.2	17.9	23.6
60 ปีขึ้นไป	25.6	39.3	21.4
อายุเฉลี่ย	50.73	55.59	49.20
ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ			
คู่สมรส	32.0	46.4	27.5
ลูก	60.3	50.0	63.5
ลูกเขย/ลูกสะใภ้	7.7	3.6	9.0
การทำงาน			
ทำ	72.2	76.8	70.8
ไม่ทำ	27.8	23.2	29.2

ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแล	ร้อยละ		
	รวม	ชาย	หญิง
การประเมินสุขภาพร่างกายของตนเอง			
ไม่ดี	21.0	10.7	24.2
ดี	67.5	75.0	65.2
ดีมาก	11.5	14.3	10.6
รวม	100.0	100.0	100.0
จำนวน	234	56	178

กว่าร้อยละ 40 ของผู้ดูแลหญิงไม่มีผู้ช่วยดูแล ส่วนผู้ดูแลชายประมาณร้อยละ 45 มีผู้ช่วยดูแล 1 คน ระยะเวลาในดูแลเฉลี่ยของผู้ดูแลชายดูแลนานกว่าผู้ดูแลหญิง (4.48 ปี และ 4.20 ปี ตามลำดับ) ในขณะที่ระยะเวลาในดูแลเฉลี่ยต่อวัน ผู้ดูแลหญิงดูแลนานกว่าผู้ดูแลชาย (6.60 ชั่วโมง และ 4.86 ชั่วโมง ตามลำดับ) และผู้ดูแลชายที่ได้ดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาในการเคลื่อนไหวรุนแรง/รุนแรงมาก สูงกว่าผู้ดูแลหญิง (ร้อยละ 28.6 และ 22.5)

ตาราง 2 ร้อยละของปัจจัยสาเหตุของความเครียดของผู้ดูแล จำแนกตามเพศ

ปัจจัยสาเหตุของความเครียด	ร้อยละ		
	รวม	ชาย	หญิง
จำนวนผู้ช่วยดูแล			
ไม่มีเลย	39.8	33.9	41.6
1 คน	37.6	44.7	35.4
2 คนขึ้นไป	22.6	21.4	23.0
ระยะเวลาในการดูแล (ปี)			
ไม่เกิน 2 ปี	43.2	39.2	44.4
3-4 ปี	23.9	30.4	21.9
ตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป	32.9	30.4	33.7
ระยะเวลาในการดูแลเฉลี่ย (ปี)	4.26	4.48	4.20

ปัจจัยสาเหตุของความเครียด	ร้อยละ		
	รวม	ชาย	หญิง
ระยะเวลาในการดูแลต่อวัน (ชั่วโมง)			
1-4 ชั่วโมง	56.5	60.7	55.1
5-9 ชั่วโมง	17.9	21.4	16.8
10 ชั่วโมงขึ้นไป	25.6	17.9	28.1
<i>ระยะเวลาในการดูแลเฉลี่ยต่อวัน (ชั่วโมง)</i>	<i>6.18</i>	<i>4.86</i>	<i>6.60</i>
ปัญหาในการเคลื่อนไหวของผู้สูงอายุ			
น้อย	44.4	39.3	46.1
ปานกลาง	31.6	32.1	31.4
รุนแรง	17.5	25.0	15.2
รุนแรงมาก	6.5	3.6	7.3
รวม	100.0	100.0	100.0
จำนวน	234	56	178

กว่าครึ่งหนึ่งของผู้ดูแลทั้งชายและหญิงได้รับปัจจัยสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนและคนอื่นในยามที่ต้องการในระดับมากและมากที่สุด โดยผู้ดูแลชายได้รับมากกว่าผู้ดูแลหญิงเล็กน้อย (ร้อยละ 59.0 และ 57.9 ตามลำดับ) ส่วนปัจจัยสนับสนุนทางสังคมจากรู้สึกมั่นคงปลอดภัยเมื่ออยู่ในครอบครัว พบว่า ส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนในระดับมากและมากที่สุดทั้งผู้ดูแลชายและผู้ดูแลหญิง (ร้อยละ 91.1 และ 92.7)

ตาราง 3 ร้อยละของปัจจัยสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล จำแนกตามเพศ

ปัจจัยสนับสนุนทางสังคม	ร้อยละ		
	รวม	ชาย	หญิง
ท่านมีเพื่อนหรือคนอื่นในสังคมคอยช่วยเหลือท่าน			
ในยามที่ท่านต้องการ			
ไม่เลย	11.1	8.9	11.8
เล็กน้อย	30.8	32.1	30.3
มาก	46.6	42.9	47.8
มากที่สุด	11.5	16.1	10.1

ปัจจัยสนับสนุนทางสังคม	ร้อยละ		
	รวม	ชาย	หญิง
ท่านรู้สึกมั่นคงปลอดภัยเมื่ออยู่ในครอบครัว			
ไม่เลย	0.4	0.0	0.6
เล็กน้อย	7.3	8.9	6.7
มาก	57.3	51.8	59.0
มากที่สุด	35.0	39.3	33.7
รวม	100.0	100.0	100.0
จำนวน	234	56	178

การจัดการกับความเครียดในทางลบของผู้ดูแลโดยใช้วิธีร้องไห้ พบว่า ประมาณ 1 ใน 3 ของผู้ดูแลทำเมื่อตนเองรู้สึกเครียด โดยผู้ดูแลหญิงเลือกใช้วิธีนี้มากกว่าผู้ดูแลชาย อย่างชัดเจน (ร้อยละ 39.9 และ 5.4) ผู้ดูแลร้อยละ 9 เลือกใช้วิธีการกรีดร้อง/ตะโกน ดังๆ เมื่อผู้ดูแลรู้สึกเครียด โดยผู้ดูแลหญิงเลือกใช้มากกว่าผู้ดูแลชาย (ร้อยละ 9.6 และ 7.1 ตามลำดับ) และผู้ดูแลประมาณร้อยละ 5 เลือกใช้วิธีการระบายอารมณ์กับสิ่งของ/ ทุบข้าวของ โดยผู้ดูแลหญิงเลือกทำมากกว่าผู้ดูแลชาย (ร้อยละ 5.6 และ 1.8 ตามลำดับ)

ตาราง 4 ร้อยละของการจัดการกับความเครียดของผู้ดูแล จำแนกตามเพศ

การจัดการกับความเครียด	ร้อยละ		
	รวม	ชาย	หญิง
ร้องไห้			
ทำ	31.6	5.4	39.9
ไม่ทำ	68.4	94.6	60.1
กรีดร้อง/ตะโกนดังๆ			
ทำ	9.0	7.1	9.6
ไม่ทำ	91.0	92.9	90.4
ระบายอารมณ์กับสิ่งของ/ทุบข้าวของ			
ทำ	4.7	1.8	5.6
ไม่ทำ	95.3	98.2	94.4
รวม	100.0	100.0	100.0
จำนวน	234	56	178

ระดับความเครียดเฉลี่ยของผู้ดูแลหญิงสูงกว่าผู้ดูแลชาย (11.39 และ 6.21 ตามลำดับ) ประมาณร้อยละ 8 ของผู้ดูแลหญิงมีระดับความเครียดมาก สำหรับระดับความสุขของผู้ดูแลทั้งชายและหญิงใกล้เคียงกัน โดยผู้ดูแลชายมีความสุขมากกว่าผู้ดูแลหญิง (7.79 และ 7.49 ตามลำดับ)

ตาราง 5 ระดับความเครียดและความสุขของผู้ดูแล จำแนกตามเพศ

ระดับความเครียด	ร้อยละ		
	รวม	ชาย	หญิง
ผู้ตอบไม่จริงใจ ไม่แน่ใจในคำถาม (0-5 คะแนน)	40.6	58.9	34.8
ปกติ/ไม่เครียด (6-17 คะแนน)	41.5	35.7	43.3
เครียดสูงกว่าปกติเล็กน้อย (18-25 คะแนน)	9.4	3.6	11.2
เครียดปานกลาง (26-29 คะแนน)	2.6	1.8	2.8
เครียดมาก (30 คะแนน)	6.0	0.0	7.9
คะแนนเฉลี่ยความเครียด (เต็ม 60 คะแนน)	10.15	6.21	11.39
ระดับความสุข	ร้อยละ		
	รวม	ชาย	หญิง
0 คะแนน (ไม่มีความสุขเลย)	0.4	0.0	0.6
1-4 คะแนน	2.6	1.8	2.8
5 คะแนน	19.2	12.5	21.3
6-9 คะแนน	49.6	57.1	47.2
10 คะแนน (มีความสุขที่สุด)	28.2	28.6	28.1
คะแนนเฉลี่ยความสุข (เต็ม 10 คะแนน)	7.56	7.79	7.49
รวม	100.0	100.0	100.0
จำนวน	234	56	178

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแล ปัจจัยสาเหตุของความเครียด ปัจจัยสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยการจัดการความเครียด ที่มีต่อระดับความเครียดและความสุขของผู้ดูแล

จากตาราง 6 ได้แบ่งการศึกษาออกเป็น 2 สมการ คือ 1) ปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดของผู้ดูแล และ 2) ปัจจัยที่มีผลต่อความสุขของผู้ดูแล พบว่า สมการที่ 1 สามารถอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆ กับระดับความเครียดของผู้ดูแลได้

ประมาณร้อยละ 44 ($R^2 = 0.441$) โดยปัจจัยที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การประเมินสุขภาพตนเองดี/ดีมาก ซึ่งส่งผลให้มีโอกาสที่จะมีความเครียดน้อยกว่าผู้ที่ประเมินสุขภาพตนเองว่าไม่ดี/ไม่ดีมาก ๆ การมีผู้ช่วยดูแล 2 คนขึ้นไปส่งผลให้มีระดับความเครียดลดลงกว่าผู้ที่ไม่มียุช่วยดูแล การมีความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยเมื่ออยู่ในครอบครัวมาก ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกลดระดับความเครียดลงไปได้ ในทางตรงกันข้าม ปัจจัยการจัดการความเครียดของผู้ดูแล โดยแบ่งออกเป็น 3 ตัวแปร ได้แก่ ร้องไห้ กรีดร้อง/ตะโกนดังๆ และระบายอารมณ์กับสิ่งของ/ทูปข้าวของ ซึ่งเป็นการจัดการที่ไม่เหมาะสม กลับส่งผลให้ผู้ดูแลมีความเครียดเพิ่มมากขึ้น สำหรับปัจจัยที่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เพศ อายุ ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ การทำงาน ระยะเวลาในการดูแล(ปี) ระยะเวลาในการดูแลต่อวัน (ชั่วโมง) การมีเพื่อนหรือคนอื่นในสังคมคอยช่วยเหลือ และปัญหาในการเคลื่อนไหวของผู้สูงอายุ

จากสมการที่ 2 ปัจจัยที่มีผลต่อความสุขของผู้ดูแล พบว่า สามารถอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆ กับระดับความสุขของผู้ดูแลได้ประมาณร้อยละ 22 ($R^2 = 0.223$) โดยปัจจัยที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ ซึ่งเมื่อผู้ดูแลมีอายุเพิ่มขึ้นส่งผลให้ผู้ดูแลมีความสุขมากขึ้นตามไปด้วย การมีผู้ช่วยดูแล 1 คน ก็ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกมีความสุขมากกว่าผู้ที่ไม่มียุช่วยดูแลเลย ระยะเวลาในการดูแล (ปี) พบว่า หากผู้ดูแลได้ดูแลผู้สูงอายุนานขึ้นก็มีโอกาสที่ผู้ดูแลจะมีความสุขมากขึ้น การมีเพื่อนหรือคนอื่นในสังคมคอยช่วยเหลือมาก ทำให้ผู้ดูแลมีความสุขมากกว่าผู้ดูแลที่ไม่มีเพื่อนหรือคนอื่นในสังคมคอยช่วยเหลือเลย เช่นเดียวกับความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยเมื่ออยู่ในครอบครัวมาก/มากที่สุด ก็ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความสุขมากกว่า ในทางตรงกันข้าม การจัดการกับความเครียดที่ไม่เหมาะสม โดยการใช้วิธีการร้องไห้ ก็ส่งผลต่อการลดความสุขของผู้ดูแลด้วย สำหรับปัจจัยที่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เพศ ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ การทำงาน การประเมินสุขภาพตนเอง ระยะเวลาในการดูแลต่อวัน (ชั่วโมง) และปัญหาในการเคลื่อนไหวของผู้สูงอายุ

ตาราง 6 วิเคราะห์ผลของระดับความเครียดและความสุขของผู้ดูแลด้วย Multiple Regression

ปัจจัยผู้ดูแล สาเหตุความเครียด การสนับสนุนทางสังคม และการจัดการความเครียด	ความเครียด		ความสุข	
	b	Beta	b	Beta
ผู้ดูแลหญิง (กลุ่มอ้างอิง: ผู้ดูแลชาย)	1.301	0.056	0.225	0.047
อายุ	-0.013	-0.018	0.025	0.163 +
ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ (กลุ่มอ้างอิง: ลูกเขย/ลูกสะใภ้)				
- คู่สมรส	-0.506	-0.024	0.035	0.008
- ลูก	-0.921	-0.045	0.322	0.077
ทำงาน (กลุ่มอ้างอิง: ไม่ได้ทำงาน)	-0.598	-0.027	0.158	0.034
ประเมินสุขภาพตนเอง (กลุ่มอ้างอิง: ไม่ดี, ไม่ดีมาก ๆ)				
- ดี	-4.423	-0.207 **	0.093	0.021
- ดีมาก	-3.861	-0.124 *	0.212	0.033
มีผู้ช่วยดูแล (กลุ่มอ้างอิง: ไม่มี)				
- 1 คน	-1.598	-0.078	0.600	0.141 *
- 2 คนขึ้นไป	-2.579	-0.108 +	0.510	0.104
ระยะเวลาในการดูแล (ปี)	-0.046	-0.022	0.044	0.104 +
ระยะเวลาในการดูแลต่อวัน (ชั่วโมง)	-0.045	-0.027	0.017	0.049
ปัญหาในการเคลื่อนไหวของผู้สูงอายุ (กลุ่มอ้างอิง: น้อย, ปานกลาง)				
- รุนแรง	0.611	0.023	-0.353	-0.065
- รุนแรงมาก	2.077	0.051	-0.191	-0.023
มีเพื่อนหรือคนอื่นในสังคมคอยช่วยเหลือในยามที่ต้องการ (กลุ่มอ้างอิง: ไม่เลย, เล็กน้อย)				
- มาก	1.628	0.081	0.202	0.049
- มากที่สุด	2.054	0.066	0.978	0.152 *
มีความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยเมื่ออยู่ในครอบครัว (กลุ่มอ้างอิง: ไม่เลย, เล็กน้อย)				
- มาก	-6.424	-0.171 **	1.442	0.187 **
- มากที่สุด	-0.494	-0.024	1.187	0.275 **
การจัดการกับความเครียด (กลุ่มอ้างอิง: ไม่ทำ)				
- ร้องไห้	8.188	0.381 ***	-0.759	-0.172 *
- กรีดร้อง/ตะโกนดังๆ	7.841	0.224 ***	-0.442	-0.061
- ระบายอารมณ์กับสิ่งของ/ทูปข้าวของ	6.595	0.140 *	-0.202	-0.021
Constant	17.318		3.508	
Adjust R ²	0.441		0.223	

+p<0.1, *p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

อภิปรายผลการศึกษา

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 76.1) มีอายุเฉลี่ย 50.73 ปี และมีระยะเวลาในการดูแลเฉลี่ย 4.26 ปี ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์เป็นบุตร (ร้อยละ 60.3) รองลงมาเป็นคู่สมรส (ร้อยละ 32.0) ซึ่งสอดคล้องกับสังคมไทยว่าหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุมักจะเป็นบุตร โดยเฉพาะบุตรหญิงที่มีหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลผู้สูงอายุมากกว่าบุตรชาย (Merrill 1993) ผู้ดูแลประมาณร้อยละ 60 มีผู้ช่วยดูแล ผู้ดูแลส่วนใหญ่ยังทำงานอยู่ (ร้อยละ 72.2) และมีการประเมินสุขภาพร่างกายของตนเองในระดับดี (ร้อยละ 67.5)

จากการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression) พบว่า เมื่อผู้ดูแลมีอายุมากขึ้นจะส่งผลให้มีความสุขเพิ่มขึ้นเช่นเดียวกันเมื่อควบคุมด้วยตัวแปรด้านสุขภาพแล้ว ผลการศึกษานี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Pinguart และ Sorensen (2007) ที่พบว่าผู้ดูแลมีอายุมากขึ้นย่อมส่งผลให้สุขภาพเสื่อมลงและทำให้รู้สึกว่าการดูแลเริ่มเป็นภาระ แต่ข้อค้นพบจากการศึกษานี้อาจเนื่องจากการดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่ในบริบทสังคมไทยมักเป็นผู้ดูแลที่เป็นคนในครอบครัว เช่น บุตร และบรรพบุรุษทางสังคมไทยที่สอนให้บุตรมีความกตัญญูต่อบุพการีและทดแทนบุญคุณบิดามารดา (คมสัน 2540) ทำให้เกิดความรู้สึกยอมรับในภาระที่เกิดขึ้น ไม่ว่าจะเป็นสถานการณ์ในแง่ลบหรือกระทบกับจิตใจเมื่อมีอายุมากขึ้นย่อมมีวุฒิภาวะทางอารมณ์สูงขึ้น และถ้าทำใจยอมรับในสถานการณ์ของตนเองได้ก็ทำให้มีความสุข (จครินทร์ และคณะ 2555)

นอกจากนี้ยังพบว่า และการมีผู้ช่วยดูแล 1 คนขึ้นไป ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความสุขเพิ่มขึ้น และในทางตรงกันข้ามก็ทำให้ความเครียดลดลง สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่สาเหตุของความเครียดเกิดจากการดูแลที่ไม่มีผู้ช่วยเหลือทำให้รู้สึกเป็นภาระหนัก เนื่องจากผู้ดูแลต้องทุ่มเทเสียสละพลังงานทั้งกายและใจที่สูงมาก ทำให้ผู้ดูแลเหล่านี้มีความรู้สึกเหนื่อยล้า เครียด รู้สึกว่าตนเองต้องมีภาระรับผิดชอบ (Matthis 1991; McLean, Roper-Hall, Meyer & Main 1991; Matson 1994) โดยเฉพาะในกรณีที่ไม่ได้ได้รับความช่วยเหลือจากญาติพี่น้อง (ชรัตน์ 2550)

แรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การมีเพื่อนหรือคนในสังคมคอยช่วยเหลือในยามที่ต้องการ และการมีความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยเมื่ออยู่ในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับความ สุขและความเครียด โดยพบว่า หากผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากจะยิ่งส่งผล ต่อระดับความสุขที่เพิ่มขึ้น และทำให้ความเครียดลดลง สอดคล้องกับงานของ บุญเยี่ยม ตระกูลวงศ์ (2528) ที่พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support) จากทั้งครอบครัว และเพื่อน เพื่อนบ้าน ทำให้ผู้ดูแลเชื่อว่ามีคนรัก เอาใจใส่ เห็นคุณค่า และยอมรับนับถือ ซึ่งการได้รับแรงสนับสนุนนี้ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความเครียดลดลง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การสนับสนุนจากครอบครัวมีความสำคัญมากสำหรับสังคมไทย (Thanakwang et al. 2012) ในทางกลับกันหากผู้ดูแลขาดการช่วยเหลือและสนับสนุนจากในชุมชนและจากภาครัฐ จะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตทั้งผู้สูงอายุและผู้ดูแล (วิไลวรรณ ลีวรรณ และสมจินต์ 2545)

การจัดการกับความเครียดของผู้ดูแลในการศึกษานี้ วัดจากวิธีในการแก้ปัญหา เมื่อรู้สึกเครียด ได้แก่ การร้องไห้ การกรีดร้อง/ตะโกนดังๆ และการระบายอารมณ์ กับสิ่งของ/ทพู่ข้าวของ พบว่า การจัดการความเครียดโดยวิธีมุ่งเน้นอารมณ์ในทางลบ ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความเครียดเพิ่มขึ้น และมีความสุขลดลง สอดคล้องกับการศึกษาอื่นๆ ทั้งในต่างประเทศ (Lopez et al 2005) และการศึกษาในประเทศที่พบว่า หากใช้วิธีการแก้ไขปัญหอย่างไม่เหมาะสมอาจทำให้ปัญหาที่มีอยู่ร้ายแรงขึ้น (จิราพร 2551) และ การจัดการกับความเครียดที่มุ่งเน้นอารมณ์นั้นไม่ส่งผลต่อการแก้ไขปัญหาแล้ว ยังพบว่า การเผชิญความเครียดแบบมุ่งเน้นอารมณ์ในทางลบมีความสัมพันธ์ในเชิงบวกสูงกับความ ทุกข์ เมื่อเปรียบเทียบกับวิธีการเผชิญปัญหาด้วยวิธีการอื่นๆ (Hasida 2005)

ข้อเสนอแนะของการศึกษานี้ จะเห็นว่าสิ่งที่สามารถเพิ่มความสุขและลดความเครียด ให้แก่ผู้ดูแลได้ คือการที่ผู้ดูแลได้รับความรักความอบอุ่นจากครอบครัว ไม่ให้การดูแล ตกอยู่กับผู้ใดผู้หนึ่ง แต่ควรมีการช่วยเหลือซึ่งกันและกันระหว่างบุคคลในครอบครัวในการ ดูแลผู้สูงอายุ และผู้ดูแลควรรักษาสุขภาพร่างกายของตนเองให้ดี นอกจากนี้ เนื่องจากการดูแลผู้สูงอายุไม่อาจจะหลีกเลี่ยงความเครียดได้ ดังนั้น ผู้ดูแลควรมีวิธีการจัดการ กับความเครียดอย่างเหมาะสมด้วย

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. 2555. แบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง. สืบค้นเมื่อ 22 พฤศจิกายน 2555, สืบค้นจาก <http://www.dmh.go.th/ebook/view.asp?id=134>.
- คมสัน แก้วระยะ. 2540." ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ กับความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุ เขตเทศบาลเมือง จังหวัดเพชรบุรี". วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.
- จิราพร เกศพิชญวัฒนา. 2548. ความกตัญญูทเวทและการดูแลบิดามารดาที่เจ็บป่วยสูงอายุในครอบครัวไทยในเขตกรุงเทพมหานคร. สืบค้นเมื่อ 11 มกราคม 2555, สืบค้นจาก http://www.research.chula.ac.th/Prize_Research/rsPaper/example/ex43_1.htm.
- จิราพร หินทอง. 2551. การจัดการกับความเครียด. สำนักบริหารและรับรองห้องปฏิบัติการกรมวิทยาศาสตร์บริการ.
- ขรัตน์ ตันติอำนาจ. 2550. "ประสบการณ์และความต้องการของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า". วิทยานิพนธ์ปริญญา พยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- ดุสิต จันทยานนท์ และคณะ. 2554. "ทัศนคติและผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแลในอำเภอพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา". วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย. 1 (1), 58-65.
- บุญเยี่ยม ตระกูลวงศ์. 2528. จิตวิทยาสังคมกับการสาธารณสุข: การใช้แรงสนับสนุนทางสังคมแก้ปัญหาสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: สามดีการพิมพ์.
- รุจา ภูไพบูลย์. 2541. การพยาบาลครอบครัว: แนวคิด ทฤษฎีและการนำไปใช้. พิมพ์ครั้งที่ 3 กรุงเทพฯ: วี เจพริ้นติ้ง.
- รศรินทร์ เกรย์ และคณะ. 2555. ความสุขที่สร้างได้. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

- พรชัย จุลเมตต์ และยุพิน ถนัดวนิชย์. 2544. "ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง". วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 9 (1), 32-46.
- วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒนิพานิช. 2537. "การส่งเสริมบทบาทของสมาชิกในครอบครัวในฐานะผู้ดูแล". วารสารพยาบาลศาสตร์, 12 (4), 33-38.
- วิไลวรรณ ทองเจริญ ลิวรรณ อุนาภิรักษ์ และสมจินต์ เพชรพันธุ์ศรี. 2545. ประชุมประจำปี พ.ศ. 2545 สมาคมพุดชาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุชา จันทร์อม. 2536. จิตวิทยาทั่วไป (ฉบับแก้ไขเพิ่มเติม). กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิช.
- เสาวลักษณ์ เนตรขัง. 2545. "การศึกษาอิทธิพลของความเครียดในบทบาทผู้ดูแลความวิตกกังวลจากการดูแลและปัจจัยด้านผู้ดูแลต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง". วิทยาศาสตร์ปริญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อังศินันท์ อินทรกำแหง. 2549. "การวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงเหตุและดัชนีวัดภาวะวิกฤตชีวิตสตรีไทยสมรสวัยกลางคนที่ทำงานนอกร้านในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล". วารสารพฤติกรรมศาสตร์, 12 (1), 70-89.
- Cantor, M. 1983. "Strain among caregivers: A study of experience in the United States". *The Gerontologist*, 23, 597-604.
- Enterlante, T. M., & Kern, J. M. 1995. "Wives reported role changes following a husbands stroke: A pilot study". *Rehabilitation Nursing*, 20, 155-160.
- Hasida, B. Z. 2005. "Coping distress and life events in a community sample". *International Journal of Stress Management*, 12 (2), 188-196.
- Hazan, C. & Shaver, P. 1987. "Romantic love conceptualized as an attachment process". *Journal of Personality and Social Psychology*, 52 (3), 511-524.

- Katz, S., Ford, A. B., Moskowitz, R. W., Jackson, B. A., & Jaffe, M. W. (1963). Studies of illness in the aged. The index of adl: A standardized measure of biological and psychosocial function. *The Journal of the American Medical Association*, 185, 914-919. doi:10.1001/jama.1963.03060120024016
- Knodel, J. & Chayovan, N. 2008. Population Ageing and the Well-Being of Older Persons in Thailand: Past Trends, Current Situation and Future Challenges. UNFPA Thailand and Asia and the Pacific Regional Office, Bangkok, Thailand.
- Kramer, B. J. 1997. "Gain in the Caregiving Experience: Where are We?". *Gerontologist*. 37, 218-232.
- Lawton, M. P., & Brody, E. M. (1969). Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*, 9(3 Part 1), 179-186. 10.1093/geront/9.3_Part_1.179
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. 1984. *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer Publishing.
- Lopez, J., Lopez-Arrieta, J. & Crespo, M. 2005. Factors associated with the positive impact of caring for elderly and dependent relatives. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 41: 81-94.
- Matthis, E. J. 1991. "Top 20 educational wants of current family caregivers of disabled adults". *Home Healthcare Nursing*, 9 (3), 23-25.
- Matson, N. 1994. "Coping caring and stress: A study of stroke carers and carers of older confused people". *British Journal of Clinical Psychology*, 33, 333-344.
- McLean, J., Roper-Hall, A., Mayer, P., Main, A. 1991. "Service needs of stroke survivors and their informal carers: A pilot study". *Journal of Advanced Nursing*, 16, 559-564.

- Merrill, D. M. 1993. "Daughter-in-Law as caregivers to the elderly: Defining the in-law relationship". *Research on Aging*, 15 (1), 70-91.
- Robinson-Smith, G., & Mahoney, C. 1995. "Coping and marital equilibrium after stroke". *Journal of Neuroscience Nursing*, 27, 83-89.
- Pinguart, M. & Sorensen, S. 2006. "Gender Differences in Caregiver Stressors, Social Resources, and Health: An Updated Meta-analysis". *Journal of Gerontology, Series B. Psychosocial Sciences and Social Sciences*, 61 (1), 33-45.
- Pinguart, M. & Sorensen, S. 2007. "Correlates of Physical Health of Informal Caregivers: A Meta-analysis". *Journal of Gerontology, Series B. Psychosocial Sciences and Social Sciences*, 62 (2), 126-137.
- Tennstedt, S. L., Crawford, S., & McKinlay, J. B. 1993. "Determining the pattern of community care: is coresidence more important than caregiver relationship?". *Journal of Gerontology*, 48 (2), 74-83.
- Thanakwang, K., Ingersoll-Dayton, B. & Soonthorndhada, K. 2012. The relationships among family, friends, and psychological well-being for Thai elderly, *Aging & Mental Health*, 16(8), 993-1003.