

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาของปัญหา

การลดลงของภาวะการเกิดและการตายในช่วงกว่าสี่ทศวรรษที่ผ่านมา ได้ยังผลให้โครงสร้างประชากรในประเทศไทยเปลี่ยนแปลงไปเป็นประชากรผู้สูงอายุมากขึ้น กล่าวคือ ประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 5.0 ในปี พ.ศ. 2513 เป็นร้อยละ 6.0 7.0 10.0 ในปี พ.ศ. 2523 พ.ศ. 2533 ปี พ.ศ. 2549 ตามลำดับ และมีการคิดอีกว่าในปี พ.ศ. 2563 ผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 17.0 ของประชากรในประเทศไทย (ปัทมา ว่าพัฒนวนศ์, 2549) ยิ่งไปกว่านั้นผู้สูงอายุยังมีอายุคาดเฉลี่ยที่เพิ่มขึ้นอีกด้วย กล่าวคือ ในปี พ.ศ. 2490 - 2503 อายุคาดเฉลี่ยของผู้สูงอายุอยู่ที่ 63 ปี แต่ในปี พ.ศ. 2552 อายุคาดเฉลี่ยของผู้สูงอายุอยู่ที่ 68 ปี (ปราโมทย์ ประสาทกุล และปัทมา ว่าพัฒนวนศ์, 2553, หน้า 15-21) ดังนั้น จะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุไม่ได้มีแนวโน้มในจำนวนและสัดส่วนที่เพิ่มขึ้นเท่านั้น หากแต่บุคคลที่เข้าสู่วัยสูงอายุยังมีชีวิตที่ยืนยาวเพิ่มขึ้นด้วย (ปราโมทย์ ประสาทกุล, 2552, หน้า 38)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาได้ชี้ให้เห็นว่า ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มวัยที่มีปัญหาด้านสุขภาพมากที่สุด อันเนื่องมาจากร่างกายที่เสื่อมโทรมตามระยะเวลาการใช้งานที่ยาวนานของชีวิต ด้วยเหตุผลดังกล่าวผู้สูงอายุจึงเป็นวัยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่าง ๆ และหนึ่งในโรคที่ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงสูงมากกว่ากลุ่มประชากรในวัยอื่น ๆ คือ โรคอัลไซเมอร์ (Beuscher and Grando, 2009, p.583; Douglass and Fox, 1999, pp. 99-101; Sabat and Collins, 1999 p.11; Callahan, 1999, p.411) จากรายงานการศึกษาที่ผ่านมาของนันทิกา ทวิชชาติ (2553) พบว่า ในปี พ.ศ. 2552 ประเทศไทยมีผู้สูงอายุที่ตรวจพบว่าเป็นโรคอัลไซเมอร์และเข้ารับการรักษามากกว่า 200,000 ราย นอกจากนี้ ยังมีผู้สูงอายุอีกจำนวนมากที่ไม่ได้เข้ารับการรักษและไม่ทราบว่าตนเป็นโรคอัลไซเมอร์ มากไปกว่านั้น ยังมีการคาดการณ์ว่าประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2553 มีผู้ป่วยอัลไซเมอร์จำนวนมากกว่า 1 ล้านคน (นันทิกา ทวิชชาติ, 2552) ดังนั้น แนวโน้มในการเป็นสังคมผู้สูงอายุมากขึ้นของประเทศไทย ย่อมสะท้อนให้เห็นถึงโอกาสของผู้สูงอายุที่จะป่วยเป็นโรคอัลไซเมอร์มากขึ้นด้วยเช่นกัน

ผู้ที่ป่วยเป็นโรคอัลไซเมอร์จะสูญเสียความทรงจำและระบบความคิด ยังผลทำให้ผู้ป่วยมีความผิดปกติในพฤติกรรมที่แสดงออก มีความบกพร่องในการดูแลตนเอง ไม่สนใจคนรอบข้าง ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม มีปัญหาในการดำเนินชีวิตประจำวัน ไม่สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้ และ

มีอาการทางจิต โดยท้ายที่สุดของโรคนี้ผู้ป่วยจะนอนติดเตียง แขนขาเกร็งอ จนกระทั่งเสียชีวิต ซึ่งการเสียชีวิตของผู้ป่วยมักเกิดจากอาการแทรกซ้อน เช่น ปอดบวม และติดเชื้อจากแผลกดทับ เป็นต้น นอกจากนี้ โรคอัลไซเมอร์ยังเป็นโรคที่รักษาไม่หาย ทำได้เพียงชะลออาการของโรคเท่านั้น (วรพรรณ เสนาณรงค์, 2552, หน้า 9-11; รวิวรรณ นิวัตพันธุ์, 2551 หน้า 6-8; พันธ์ รัญญะกิจไพศาล, 2544, หน้า 33 – 34; Beuscher and Grando, 2009, p. 583)

ครอบครัว นับเป็นสถาบันทางสังคมที่มีความใกล้ชิดและผูกพันกับสมาชิกในครอบครัวมากที่สุด เป็นสถาบันที่ให้ความรักและการดูแลเอาใจใส่แก่สมาชิกในครอบครัวในทุกด้าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อยามเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง (Chronic Disease) ดังเช่นโรคอัลไซเมอร์ ที่อาจนำสู่ภาวะทุพพลภาพ ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ครอบครัวจะมีบทบาทและหน้าที่หลักในการดูแลสมาชิกผู้ป่วยดังกล่าว โดยอาจมีสมาชิกบางคนในครอบครัวต้องเสียสละลาออกจากหน้าที่การงานเพื่อมาดูแลอย่างใกล้ชิด ในขณะที่บางครอบครัวสมาชิกบางคนอาจมีการว่าจ้างบุคคลอื่นเพื่อมาดูแลแทนตน (สายใจ ชูปวา, 2545, หน้า 133-137; ลักษณะ สรวิวัฒน์, 2545, หน้า 142) ดังนั้นจะเห็นได้ว่า ครอบครัวมีบทบาทและความสำคัญอย่างยิ่งต่อการดูแลสมาชิกผู้ป่วยอัลไซเมอร์ในการที่จะทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุด แม้ว่าโรคดังกล่าวจะไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้

จากรายงานการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า สมาชิกในครอบครัวจะมีผู้ดูแลซึ่งทำหน้าที่หลักในการดูแลสมาชิกเมื่อยามเจ็บป่วยใน 3 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน และด้านจิตใจ ในด้านร่างกายนั้น ผู้ดูแลหลักจะดูแลผู้ป่วยในกิจวัตรประจำวันซึ่งผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองได้ เช่น การรับประทานอาหาร การอาบน้ำ การดูแลเรื่องความสะดวก การดูแลเรื่องการขับถ่าย การเคลื่อนไหวร่างกาย และการพักผ่อนนอนหลับ เป็นต้น นอกจากนี้ ผู้ดูแลหลักยังมีการดูแลเกี่ยวกับการป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่น การป้องกันการเกิดแผลกดทับ และการดูแลเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพ เป็นต้น ท้ายที่สุดผู้ดูแลหลักยังมีการดูแลระดับประครองด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวให้สามารถยอมรับความเป็นจริงที่เกิดขึ้น เช่น การป้องกันภาวะซึมเศร้า และการป้องกันความเครียด เป็นต้น (สุทธิชัย จิตตะพันธ์กุล, 2552, หน้า 4-6; วรพรรณ เสนาณรงค์, 2552, หน้า 11-12; รวิวรรณ นิวัตพันธุ์, 2552, หน้า 6-8; สมทรง จุไรทัศน์ย์, 2551, หน้า 3-9; ขวัญเรือน สิงห์กวาง, 2551, หน้า 25-29)

จากการที่ผู้ดูแลหลักต้องมีการะในการดูแลสมาชิกผู้ป่วยอัลไซเมอร์อย่างใกล้ชิด ได้ส่งผลกระทบต่อทั้งด้านจิตใจ ด้านร่างกาย ด้านสัมพันธภาพ และด้านสิ่งแวดล้อม กล่าวคือ การที่ผู้ดูแลหลักต้องดูแลผู้ป่วยตลอดเวลา รวมทั้งการที่ต้องพบเจอกับอาการและพฤติกรรมที่ผิดปกติของผู้ป่วยยังผลให้ผู้ดูแลหลักเกิดความเครียด ผิดหวัง เบื่อหน่าย โกรธ ท้อแท้ และวิตกกังวล

อันส่งผลต่อผู้ดูแลหลักทำให้ร่างกายอ่อนเพลียและเจ็บป่วยตามมา อีกทั้งการดูแลผู้ป่วยยังผลให้ผู้ดูแลหลักไม่มีเวลาเป็นของตัวเอง ไม่มีเวลาให้ครอบครัว นอกจากนี้ผู้ดูแลหลักต้องลาออกจากงานเพื่อมาดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ทำให้ผู้ดูแลหลักมีอาการหมดหวัง และอาจไม่สามารถควบคุมอารมณ์ของตนเองได้ ปัญหาเหล่านี้อาจส่งผลต่อสัมพันธภาพของผู้ดูแลหลักกับผู้ป่วย รวมถึงสัมพันธภาพของผู้ดูแลหลักกับครอบครัวโดยเกิดช่องว่างขึ้นระหว่างกัน นอกจากนี้ ค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยก็เป็นปัญหาของผู้ดูแลหลักที่ต้องพบอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ทำให้ผู้ดูแลหลักต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น กล่าวคือ ค่าใช้จ่ายสำหรับการดูแลรักษาผู้ป่วยในแต่ละวันอยู่ที่ประมาณ 300 บาท (ธีระวัฒน์ เหมะจุฑา, 2552) จึงนำไปสู่ปัญหาเศรษฐกิจในครอบครัวตามมา (สุทธิชัย จิตตะพันธ์กุล, 2552, หน้า 4-6; วรพรรณ เสนาณรงค์, 2552, หน้า 11-12; รวิวรรณ นิเวตพันธุ์, 2552, หน้า 6-8; สมทรง จุไรทัศน์ย์, 2551, หน้า 3-9)

จากสถานการณ์ดังกล่าวข้างต้น ผู้ดูแลหลักในครอบครัวสูงอายุอัลไซเมอร์ต้องมีการปรับตัว ซึ่งการปรับตัว (Adjustment) นั้นเป็นความพยายามเผชิญกับเหตุการณ์หรือสภาพปัญหา ความอึดอัดใจ ความคับข้องใจ ความเครียด ความทุกข์ใจ และความวิตกกังวล เพื่อให้สามารถอยู่ในสภาพแวดล้อมนั้น ๆ ได้ หากแต่ผู้ดูแลหลักปรับตัวแล้วยังคงมีความทุกข์และความวุ่นวายใจอยู่ทั้งนี้ ความรู้สึกดังกล่าวย่อมทำให้ผู้ดูแลหลักในครอบครัวผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคอัลไซเมอร์กลายเป็นบุคคลที่มีสุขภาพจิตที่ไม่ดี (วรภรณ์ ตระกูลสฤษดิ์, 2545, หน้า 3) เนื่องมาจากการปรับตัวที่ผิดปกติ (Adjustment Disorder) ซึ่งก่อให้เกิดความเครียดจนอาจมีอาการทางจิตหรือโรคจิตเภท (Schizophrenia) ที่เป็นโรคเรื้อรัง อันยังผลทำให้ผู้ดูแลหลักมีอาการผิดปกติ ในด้านความคิด พฤติกรรม อารมณ์ และการรับรู้ กล่าวคือ ผู้ดูแลหลักจะมีอาการหลงผิด หวาดระแวง พูดคนเดียว อารมณ์ไม่เหมาะสม หุนหัน และเห็นภาพหลอน ซึ่งอาการเหล่านี้จะเกิดขึ้นกับผู้ดูแลหลักอย่างช้า ๆ และค่อย ๆ ดำเนินอาการต่อเนื่องและเรื้อรังในที่สุด ยิ่งไปกว่านั้น การปรับตัวที่ผิดปกติของผู้ดูแลหลักอาจส่งผลทำให้มีอาการผิดปกติทางกาย ซึ่งเป็นผลมาจากจิตใจที่ผิดปกติ เช่น มีอาการปวดศีรษะ พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ตลอดจนอาจมีการฆ่าตัวตาย ซึ่งถือได้ว่าเป็นอาการขั้นร้ายแรงที่สุด (วรภรณ์ ตระกูลสฤษดิ์, 2545, หน้า 184 – 203; อุมพร ตรังคสมบัติ, 2544, หน้า 358-360)

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นจะเห็นได้ว่า กระบวนการปรับตัวของผู้ดูแลหลักในครอบครัวผู้สูงอายุอัลไซเมอร์มีความสำคัญที่ควรศึกษา เพราะหากผู้ดูแลหลักไม่สามารถปรับตัวกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ อาจส่งผลกระทบต่อทุนแรงด้านจิตใจกลับมายังครอบครัวและสังคมไทยมากขึ้น จนเกินเยียวยา ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงกระบวนการปรับตัวของผู้ดูแลหลัก

ในครอบครัวผู้สูงอายุอัลไซเมอร์ เพื่อเป็นแนวทางให้ครอบครัวผู้สูงอายุอัลไซเมอร์ปรับตัวและเผชิญกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม

### จุดมุ่งหมายของการวิจัย

เพื่อศึกษากระบวนการปรับตัวของผู้ดูแลหลักในครอบครัวผู้สูงอายุอัลไซเมอร์

### คำถามการวิจัย

กระบวนการปรับตัวของผู้ดูแลหลักในครอบครัวผู้สูงอายุอัลไซเมอร์เป็นอย่างไร

### ขอบเขตของการวิจัย

ผู้วิจัยศึกษากระบวนการปรับตัวของผู้ดูแลหลักในครอบครัวผู้สูงอายุอัลไซเมอร์ ใน 3 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 ขั้นเผชิญกับปัญหาและความเครียดจากการดูแลผู้สูงอายุอัลไซเมอร์ ขั้นตอนที่ 2 ขั้นการจัดการกับปัญหาและความเครียดโดยใช้กลไกทางจิต และขั้นตอนที่ 3 ผลของการจัดการกับปัญหาและความเครียด ซึ่งเป็นขั้นตอนที่บุคคลแสดงพฤติกรรมหลังจากจัดการกับความเครียด เช่น ผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ออกกำลังกาย เปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมเดิม ๆ แสวงหาที่พึ่งทางใจ นอนหลับพักผ่อน ดื่มเหล้า สูบบุหรี่ และการใช้สารเสพติด เป็นต้น ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาครอบคลุมประเด็นใน 4 ด้าน ได้แก่ ด้านบุคคล คือ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลา และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย ด้านสิ่งแวดล้อม คือ ขนาดของครัวเรือน ความสัมพันธ์ในครอบครัวของผู้ดูแล และการสนับสนุนทางสังคม ด้านผู้ป่วย คือ ระยะเวลาในการดำเนินของโรค และระดับความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวันของผู้ป่วย และด้านกระบวนการปรับตัวของครอบครัวผู้ดูแลผู้สูงอายุอัลไซเมอร์

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ คือ สมาชิกในครอบครัวซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักที่เข้าร่วมกิจกรรมกับสมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย มีความสัมพันธ์ในลักษณะเครือญาติกับผู้สูงอายุอัลไซเมอร์ ได้แก่ สามี ภรรยา บุตร และญาติ โดยอาศัยอยู่ภายในครัวเรือนเดียวกันกับผู้สูงอายุอัลไซเมอร์ โดยเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม ถึง 31 กรกฎาคม พ.ศ. 2554



## นิยามศัพท์เฉพาะ

**ผู้สูงอายุ** หมายถึง บุคคลสัญชาติไทยทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป

**โรคอัลไซเมอร์** หมายถึง โรคที่เกิดจากการเสื่อมของสมอง ซึ่งส่งผลกระทบต่อความทรงจำ และการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย

**ผู้สูงอายุอัลไซเมอร์** หมายถึง บุคคลสัญชาติไทยทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคอัลไซเมอร์

**ผู้ดูแลหลัก** หมายถึง สมาชิกในครอบครัวซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักและมีความสัมพันธ์ในลักษณะเครือญาติ ได้แก่ สามี ภรรยา บุตร และญาติ โดยอาศัยอยู่ภายในครัวเรือนเดียวกับผู้สูงอายุอัลไซเมอร์

**กระบวนการปรับตัว** หมายถึง ขั้นตอนของการปรับตัวเมื่อบุคคลพบกับสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด ซึ่งมีอยู่ 3 ขั้นตอน ได้แก่

ขั้นตอนที่ 1 ขึ้นเผชิญกับปัญหาและความเครียด เมื่อสมาชิกในครอบครัวเผชิญกับปัญหาและความเครียด

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นการจัดการกับปัญหาและความเครียดโดยใช้กลไกทางจิต บุคคลจะมีวิธีจัดการความเครียดโดยนำกลไกทางจิตมาช่วยในการปรับตัว เพื่อปกป้องตนเองจากความเครียดและความกังวลใจ ซึ่งกลไกดังกล่าวมีอยู่ 4 ลักษณะ ได้แก่ กลไกป้องกันที่บรรลุลุทธิภาวะ กลไกการป้องกันแบบโรคประสาท กลไกการป้องกันแบบไม่บรรลุลุทธิภาวะ และกลไกการป้องกันแบบโรคจิต ส่งผลให้บุคคลเกิดการตอบสนองทางจิตสรีรวิทยาที่รู้ตัวและไม่รู้ตัว ซึ่งก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจ ในด้านร่างกาย บุคคลจะมีอาการเหงื่อออก ปวดศีรษะ และกล้ามเนื้อตึงตัว ในด้านจิตใจ บุคคลจะมีอาการวิตกกังวล เครียด และซึมเศร้า

ขั้นตอนที่ 3 ผลของการจัดการกับปัญหาและความเครียด เป็นผลมาจากบุคคลใช้กลไกทางจิตจัดการความเครียดแล้วส่งผลให้บุคคลแสดงพฤติกรรมต่าง ๆ ในด้านบวก เช่น การผ่อนคลาย กล้ามเนื้อ การออกกำลังกาย และการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมเดิม ๆ เป็นต้น ซึ่งการแสดงพฤติกรรมดังกล่าวจะทำให้บุคคลเกิดการปรับตัวที่สมบูรณ์และสามารถเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ ทำให้บุคคลดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสมและมีความสุข ส่วนในด้านลบนั้นบุคคลจะแสดงพฤติกรรมที่ทำร้ายตนเอง เช่น ดื่มเหล้า สูบบุหรี่ และใช้สารเสพติด เป็นต้น ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้ส่งผลให้บุคคลยังมีภาวะเครียดอยู่ ดังนั้น บุคคลจะต้องนำกลไกทางจิตมาใช้ในการจัดการความเครียดใหม่อีกครั้ง เพื่อให้บุคคลมีการปรับตัวที่สมบูรณ์ หากแต่บุคคลใช้กลไกทางจิตบ่อยครั้งจนเกินไปหรือใช้กลไกทางจิตที่ไร้ประสิทธิภาพแล้ว ย่อมส่งผลให้บุคคลมีการปรับตัวแบบไม่สมบูรณ์ ดังนั้นบุคคลจึงเกิดความเครียด ความไม่สบายใจ และไม่สามารถเผชิญหน้ากับปัญหาได้ ความรู้สึกเช่นนี้ อาจทำให้สมาชิกในครอบครัวเป็นโรคจิตหรือโรคประสาทตามมาได้

## ประโยชน์ที่ได้รับ

เพื่อให้ผู้ดูแลหลักในครอบครัวผู้สูงอายุอัลไซเมอร์ได้เรียนรู้กระบวนการปรับตัว มีแนวทางในการจัดการกับปัญหาและความเครียด ตลอดจนเผชิญกับปัญหาและความเครียดที่เกิดขึ้นได้ และดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสมและมีความสุข

## ข้อจำกัดของการวิจัย

ในการศึกษานี้ เป็นการศึกษาเรื่องกระบวนการปรับตัวของผู้ดูแลหลักในครอบครัวผู้สูงอายุอัลไซเมอร์ โดยผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นกลุ่มที่เข้าร่วมกิจกรรมกับสมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย ซึ่งเป็นสมาคมที่จัดกิจกรรมเกี่ยวกับการให้ความรู้ การดำเนินของโรค แนวทางการรักษา และเทคนิคการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ตลอดจนวิธีการเผชิญและจัดการกับปัญหาและความเครียด รวมทั้งกิจกรรมสานสัมพันธ์ โดยเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมและบุคคลทั่วไปที่สนใจเข้าร่วมกิจกรรมได้อย่างกว้างขวาง ทุกวันอาทิตย์ที่ 4 ของเดือน กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักที่ใช้ในการศึกษานี้เป็นกลุ่มที่มีลักษณะงานอาชีพที่เอื้อต่อการเข้าร่วมกิจกรรมกับสมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมแห่งประเทศไทยได้อย่างต่อเนื่องโดยไม่เสียผลประโยชน์ในเชิงเศรษฐกิจ ซึ่งมักเป็นกลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่มีธุรกิจส่วนตัวสามารถมอบหมายงานที่ทำให้ผู้อื่นรับผิดชอบแทนได้ พนักงานบริษัทเอกชน ข้าราชการ และข้าราชการบำนาญ เป็นผู้ที่มีรายได้ประจำ ได้รับสวัสดิการและมีวันหยุดพักผ่อนตามกฎหมายจากหน่วยงานของตนเอง รวมทั้งแม่บ้านที่ได้รับค่าเลี้ยงดูจากคู่สมรสหรือบุตร และมีเวลาร่วมเพียงพอ ทั้งนี้ ในสภาพสังคมปัจจุบันนอกจากกลุ่มอาชีพดังกล่าวข้างต้นแล้วยังมีกลุ่มอาชีพอื่นที่ต้องทำมาหากินเพื่อหาเลี้ยงครอบครัวโดยไม่มีวันหยุด เป็นลักษณะหาเช้ากินค่ำ หากต้องหยุดทำงานจะเสียผลประโยชน์ในเชิงเศรษฐกิจ ขาดรายได้ ขาดเงินทุนหมุนเวียน จึงเป็นกลุ่มที่ขาดโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ทางสังคม ดังนั้น ข้อจำกัดในการศึกษานี้จึงเป็นกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักที่มีฐานะทางเศรษฐกิจค่อนข้างดี