

ภาวะสุขภาพ และการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุที่ดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียง



ณัฏฐา หลงผาสุข

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้สูงอายุ)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2561

Copyright by Mahidol University

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ภาวะสุขภาพ และการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุที่ดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียง

ณัฏฐา นนทาสกุล

นางสาวณัฏฐา นนทาสกุล

ผู้วิจัย

สมิทธิ์ พันคง

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สุปรียา มั่นคง,

Ph.D. (Gerontological Nursing)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

อนุพงศ์ อภิธรรม

รองศาสตราจารย์ ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม,

D.S.N. (Adult Health Nursing)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

ศาสตราจารย์ พชรวิไลศฤทธิ,

ท.บ., Ph.D. (Biochemistry)

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

สุภาพ อารีเอื้อ,

รองศาสตราจารย์ สุภาพ อารีเอื้อ,

Ph.D. (Nursing)

ประธานหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ภาวะสุขภาพ และการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุที่ดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียง

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้สูงอายุ)

วันที่ 20 มีนาคม พ.ศ. 2561

นัชศภา หลงผาสุข

นางสาวนัชศภา หลงผาสุข

ผู้วิจัย

พรคณ อดิ

รองศาสตราจารย์ ประคอง อินทรสมบัติ,
ค.ม. (การบริหารการศึกษา)
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

Ph.D. (Nursing)

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ขนิษฐา หาญประสิทธิ์คำ,
Ph.D. (Nursing)
ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ดร.ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม

รองศาสตราจารย์ ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม,
D.S.N. (Adult Health Nursing)
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

สุปรัดดา มั่นคง

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สุปรัดดา มั่นคง,
Ph.D. (Gerontological Nursing)
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ศาสตราจารย์ พิชัย ฤทธิกุล

ศาสตราจารย์ พิชัย ฤทธิกุล,
พ.บ., Ph.D. (Biochemistry)
คณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

นายแพทย์ ปิยะมิตร ศรีธรา

ศาสตราจารย์ นายแพทย์ ปิยะมิตร ศรีธรา, พ.บ.
ว.ว.อายุรศาสตร์ทั่วไป, อ.ว.อายุรศาสตร์โรคหัวใจ
คณบดีคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงลงได้ด้วยความรู้และความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุปริดา มั่นคง อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก รองศาสตราจารย์ ดร.ยุพาพิณ ศิริโพธิ์งาม อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่ให้คำชี้แนะจนกระทั่งวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี และผู้วิจัยขอขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ประคอง อินทรสมบัติ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนิดฐา หาญประสิทธิ์คำ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ให้คำชี้แนะในการปรับปรุงข้อบกพร่องต่างๆ เพื่อให้วิทยานิพนธ์มีความสมบูรณ์ที่สุด

ขอขอบพระคุณ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี ที่ให้ทุนสนับสนุนการโครงการวิจัย สถานการณ์ผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียง โดยผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุปริดา มั่นคง เป็นหัวหน้าโครงการวิจัย ซึ่งการศึกษาครั้งนี้เป็นโครงการย่อยในโครงการวิจัยสถานการณ์ผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียง

ขอขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการทำวิจัย

ขอขอบพระคุณ หัวหน้าพยาบาลหอผู้ป่วยอายุรกรรม อาคาร 1 หัวหน้าพยาบาลหน่วยบริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน โรงพยาบาลรามาธิบดี และหัวหน้าพยาบาลแผนกอายุรกรรม หน่วยบริการผู้ป่วยนอก ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตน์ รวมทั้งเจ้าหน้าที่พยาบาลทุกท่านที่อำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล และที่ขาดไม่ได้คือญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุทุกท่านที่สละเวลาในการพูดคุยซักถามและเอื้อเฟื้อในการให้ข้อมูลเป็นอย่างดี

ขอขอบคุณ เจ้าหน้าที่หลักสูตรปริญญาโท โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดีทุกท่าน และเพื่อนๆ นักศึกษาพยาบาลปริญญาโท รหัส 58 ที่คอยช่วยเหลือ สนับสนุน และให้กำลังใจในการทำวิทยานิพนธ์

สุดท้ายผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณมารดา และครอบครัวที่ให้การสนับสนุนทั้งในด้านกำลังใจ และทุนทรัพย์ในการศึกษา รวมทั้งขอขอบคุณ พี่ๆ เพื่อนๆ ทุกท่านที่ได้ให้กำลังใจที่ดีแก่ผู้วิจัยเสมอมา จนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี

ณัศพา หลงผาสุข

ภาวะสุขภาพ และการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุที่ดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียง

HEALTH STATE AND SELF-CARE ACTIVITIES OF OLDER CAREGIVERS FOR BED BOUND OLDER ADULTS.

ณัฏฐา หลงผาสุข 5837505 RAGN/M

พย.ม. (การพยาบาลผู้สูงอายุ)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ : สุปรีดา มั่นคง, Ph.D., ชุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, D.S.N.

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงบรรยายครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพและการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุที่ดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียง โดยนำทฤษฎีการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพิงของโอเร็ม มาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา กลุ่มตัวอย่างที่เป็นญาติผู้ดูแลทั้งเพศชายและหญิง มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียงในครอบครัว อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่จังหวัด กรุงเทพมหานคร จำนวน 50 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลเป็นระยะเวลา 4 เดือน ระหว่างเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2560 ถึงเดือน ตุลาคม พ.ศ. 2560 โดยผู้วิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์ตามแบบสอบถาม เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ และแบบวัดความสามารถในการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุ ข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติบรรยาย

ผลการศึกษาพบว่า ญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุประเมินว่าสุขภาพของตนเองอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ยของการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี หากพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า การดูแลตนเองที่จำเป็นตามพัฒนาการ และการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพอยู่ในระดับดี และด้านการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปที่มีคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง สำหรับกิจกรรมที่มีคะแนนสูงสุดคือ เรื่องการหาวิธีได้อยู่ในที่ที่มีอากาศถ่ายเทดี ได้รับอากาศบริสุทธิ์ และกิจกรรมการดูแลตนเองที่มีคะแนนน้อยสุด ได้แก่ การหาเวลาพักผ่อนหย่อนใจ ผลการวิจัยยังพบว่า ญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุต้องใช้ความพยายามในการดูแลตนเอง บางกิจกรรมเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับก่อนเข้ารับบทบาทเป็นญาติผู้ดูแล สำหรับกิจกรรมที่ญาติผู้ดูแลประเมินว่าต้องใช้ความพยายามในการดูแลตนเองมากขึ้นกว่าเดิมมากที่สุด คือ การจัดการกับความเครียดหรืออารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป และกิจกรรมการดูแลตนเองที่ลดลงมากที่สุด คือ การมีเวลาเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม

ผลการศึกษาสามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานที่บุคลากรทางสุขภาพควรจะแนะนำ หรือวางแผนช่วยเหลือสนับสนุนญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุที่ดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียงให้เห็นถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพ และรักษาสัมดุลระหว่างการดูแลตนเองกับการดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียงได้อย่างเหมาะสม

คำสำคัญ : ภาวะสุขภาพ / การดูแลตนเอง / ญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุ / ผู้สูงอายุที่ติดเตียง

HEALTH STATE AND SELF-CARE ACTIVITIES OF OLDER CAREGIVERS FOR BED BOUND OLDER ADULTS.

NATSALA LONGPHASUK 5837505 RAGN/M

M.N.S. (GERONTOLOGICAL NURSING)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: SUPREEDA MONKONG, Ph.D., YUPAPIN SIRAPO-NGAM, D.S.N.

ABSTRACT

This descriptive study aimed to explore health state and self-care activities of older caregivers for bed bound older adults. A theory of Dependent-Care (Orem, 2001) was used to guide this study. Fifty older caregivers for bed bound older adults in Bangkok Metropolitan were purposively recruited. Data were collected in a four-month period from July 2017 to October 2017. Semi-structure interviews were used. Instruments for screening and collecting data were Demographic Questionnaire, Perceive Health Status Assessment Questionnaire, and The Older Caregivers's Self-Care Activities Measurement Questionnaire. The quantitative data were analyzed using descriptive statistics.

The results showed that the mean scores of the older caregivers' health state were at a moderate level, and those of self-care activities were at a high level. Each subscale in the developmental self-care requisites and health deviation self-care requisites was at a high level, but subscale in universal self-care requisites was at a moderate level. Item analysis showed the highest score for fresh air maintenance, and the lowest score for seeking relaxing time for themselves. The older caregivers put more efforts on self-care than previous time, especially for stress and emotional management, but they have to spend less time for social activities.

Based on these finding, it is recommended that health care team advise or support older caregivers to maintain their own optimal health and balance their own self-care and their caregiving responsibility.

KEY WORDS: HEALTH STATE / SELF-CARE ACTIVITIES / OLDER CAREGIVERS / BED BOUND OLDER ADULTS

158 pages

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญตาราง	ช
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามการวิจัย	6
วัตถุประสงค์การวิจัย	7
กรอบแนวคิดในการวิจัย	7
นิยามศัพท์	9
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	9
ขอบเขตการวิจัย	10
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม	11
ผู้สูงอายุที่บ้านที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ	11
แนวคิดเกี่ยวกับญาติผู้ดูแล	16
ภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล	23
แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับการดูแลตนเองของโอเร็ม	28
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	34
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	34
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	36
การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัย	41
การเก็บรวบรวมข้อมูล	42
การวิเคราะห์ข้อมูล	43

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิจัย	45
ข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุและผู้สูงอายุที่ติดเตียง	45
ข้อมูลการดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียง	55
การรับรู้ภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุ	58
การดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุ	59
บทที่ 5 อภิปรายผลการวิจัย	65
บทที่ 6 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	79
สรุปผลการวิจัย	79
ข้อจำกัดในการทำวิจัย	84
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้	84
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาไทย	86
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาอังกฤษ	101
รายการอ้างอิง	117
ภาคผนวก	128
ประวัติผู้วิจัย	158

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
4.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุ	46
4.2 ข้อมูลด้านสุขภาพของญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุ	49
4.3 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่ติดเตียง	51
4.4 ข้อมูลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่ติดเตียง	54
4.5 บริบทการดูแลของญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุ	55
4.6 กิจกรรมการดูแลด้านร่างกาย	56
4.7 กิจกรรมการดูแลด้านจิตใจและอารมณ์	58
4.8 กิจกรรมการดูแลด้านสังคม	58
4.9 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานรายชื่อและรายด้านของการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุที่ดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียง	59
4.10 จำนวน และร้อยละของการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลเปรียบเทียบกับก่อนเข้ารับบทบาทเป็นผู้ดูแล	62

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สังคมโลกกำลังเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงด้านโครงสร้างประชากร อันเป็นผลมาจากความเจริญทางด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีทำให้ประชากรมีชีวิตยืนยาวขึ้น ตลอดจนรูปแบบการดำเนินชีวิตที่มีแนวโน้มแต่งงานช้าลง มีบุตรลดลง สภาวะการดังกล่าวล้วนส่งผลกระทบต่ออายุคนไทยที่ยืนยาวขึ้น และสัดส่วนของผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้น (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2559; สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และกนิษฐา บุญธรรมเจริญ, 2553) โดยประชากรสูงอายุมีจำนวนเพิ่มขึ้นจาก 7.02 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2553 (สรวิชัย บุญสุข, ถนอมรัตน์ ประสิทธิ์เมตต์, จินตนา พัฒนพงศ์, จารุภา จานงศักดิ์, และสุภาวดี เจตยานนท์, 2557) เป็น 11 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2559 และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเกินกว่า 14.4 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2564 ซึ่งประเทศไทยจะเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (complete aged society) และประชากรอายุมากขึ้นยิ่งเพิ่มเร็ว พบว่า ประชากรอายุ 80 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นด้วยอัตราสูงมากกว่าร้อยละ 6 ต่อปี (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2561) ซึ่งจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้นได้ส่งผลกระทบต่ออัตราส่วนพึ่งพิงวัยสูงอายุโดยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจากร้อยละ 10.7 ในปี 2537 เป็นร้อยละ 22.3 ในปี 2557 และอัตราส่วนเกื้อหนุนมีแนวโน้มลดต่ำลงอย่างต่อเนื่องจากร้อยละ 9.3 ในปี 2537 และในปี 2557 ลดลงเหลือร้อยละ 4.5 หมายความว่า มีคนที่อยู่ในวัยแรงงาน 4 คน ที่สามารถดูแลผู้สูงอายุได้ 1 คน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557) และคาดว่าอัตราส่วนนี้จะลดลงเหลือเพียง 2 คน ในอีก 25 ปีข้างหน้า (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2559)

ประเทศไทยกำลังอยู่ในช่วงเปลี่ยนผ่านของปัญหาสุขภาพ จากสัดส่วนและจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นเนื่องจากอายุขัยเฉลี่ยของประชากรเพิ่มขึ้น ปัญหาสุขภาพเปลี่ยนจากโรคติดต่อเฉียบพลันเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ร่วมกับการถดถอยของการทำงานของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายอันเนื่องจากความสูงวัย ซึ่งปัญหาสุขภาพดังกล่าวมักก่อให้เกิดภาวะทุพพลภาพตามมา (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และกนิษฐา บุญธรรมเจริญ, 2553) จึงเห็นได้ว่าผู้สูงอายุเป็นบุคคลกลุ่มหนึ่งที่ต้องการการพึ่งพิงจากผู้อื่น ถึงแม้ความสูงวัยจะเกิดขึ้นกับบุคคลทุกวัยอย่างค่อยเป็นค่อยไปก็ตาม แต่เมื่อถึงจุด

หนึ่งภายใต้ความเลื่อมลอมของร่างกายย่อมต้องการการดูแลจากบุคคลอื่น (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2551)

ปัญหาด้านสุขภาพในผู้สูงอายุจะพบได้บ่อย ทั้งนี้เนื่องจากวัยสูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ถดถอยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ และสังคม การศึกษาของนางลัษณ์ พะโกยะ (2552) พบว่า ผู้สูงอายุหนึ่งในสี่คนจะมีปัญหาสุขภาพด้านร่างกายทำให้ไม่สามารถทำกิจกรรมที่เคยทำได้ และมีประชากรผู้สูงอายุกว่าร้อยละ 70 ที่มีปัญหาภาวะโรคมากกว่า 1 โรค ซึ่งนอกจากปัญหาสุขภาพด้านร่างกายแล้วยังพบว่ามีปัญหาสุขภาพด้านจิตใจ คือ เหนงและซึมเศร้าจากการถูกทอดทิ้ง รู้สึกไร้ค่า และขาดหลักประกันความมั่นคงทางสังคมด้านต่างๆ โดยประมาณการว่ามากถึง 1 ใน 3 ของผู้สูงอายุมีรายได้ต่ำกว่าเส้นความยากจน (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2561) เช่นเดียวกับการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทย ปี 2556 พบว่า ปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่สูงเป็นอันดับแรก คือการเคลื่อนไหวร่างกาย (ร้อยละ 58) ตลอดจนปัญหาด้านจิตใจ (ร้อยละ 3) และการสำรวจเดียวกันนี้ยังพบว่า ผู้สูงอายุ ร้อยละ 2 อยู่ในสภาวะ “ติดเตียง” คือ ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ มีโรคเรื้อรังหลายโรคและมีภาวะแทรกซ้อน ต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว (วรรณ ศิริชัยรัตน์ และลัดดา คำการเลิศ, 2553) และ ร้อยละ 19 “ติดบ้าน” คือ มีปัญหาการเคลื่อนไหว ไม่สามารถออกจากบ้านได้โดยสะดวกเพียงลำพัง (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2557) และรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2559 แสดงให้เห็นว่ามีผู้สูงอายุจำนวนมากที่อยู่ในสภาวะเปราะบางและอยู่ในสภาวะพึ่งพิง ประมาณ 4 แสนคน (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2561) ซึ่งก่อให้เกิดความต้องการการดูแลระยะยาวที่เพิ่มสูงขึ้น

สภาวะพึ่งพิงระยะยาวของผู้สูงอายุภายใต้บริบทในประเทศไทยมี 4 สาเหตุ คือ โรคเรื้อรัง สภาวะสมองเสื่อม การหกล้ม และกระบวนการสูงอายุ (ศิริณี ศรีหาค, โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, และคณิศร เต็งรัง, 2556) ผู้สูงอายุเหล่านี้ต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในการดูแลตนเองบางส่วนหรือทั้งหมด ซึ่งบุคคลอื่นในที่นี้หมายถึงบุคคลในครอบครัวตามค่านิยมของสังคมไทย และถ้าภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังนำมาซึ่งความบกพร่องในการทำกิจวัตรจนทำให้เกิดข้อจำกัดในการดูแลตนเอง ย่อมส่งผลกระทบต่อผู้ที่เจ็บป่วยและครอบครัว ซึ่งการดูแลระยะยาว (long term care) เป็นบริการสุขภาพและสังคมที่มีทั้งรูปแบบที่เป็นทางการจากบุคลากรด้านสุขภาพและสังคม และไม่เป็นทางการจากครอบครัว เพื่อน เพื่อนบ้าน เพื่อตอบสนองความต้องการความช่วยเหลือของผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในชีวิตประจำวัน และส่งเสริมสุขภาพอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี (ศิริณี ศรีหาค และคณะ, 2556)

สังคมไทย สถาบันครอบครัวถือได้ว่าเป็นสถาบันหลักในการให้การดูแลระยะยาว และค่านิยมของสังคมไทย ในเรื่องการทดแทนบุญคุณบิดามารดา ถือเป็นมรดกทางวัฒนธรรมที่

สำคัญ ในการสนับสนุนการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และกนิษฐา บุญธรรมเจริญ, 2553) หน้าที่ของการดูแลผู้ป่วยเหล่านี้ ส่วนใหญ่เป็นสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยเอง หรือที่นิยมเรียกว่า ญาติผู้ดูแล (family caregiver) ซึ่งมักจะเป็นบทบาททางสังคมของผู้หญิง หรือคนโสด (วัจนา สิละพัฒนะ และสายพิน หัตถิรัตน์, 2559) เนื่องจากโครงสร้างประชากรเริ่มขยับไปสู่การมีประชากรสูงอายุมากขึ้นเรื่อยๆ และสภาพเศรษฐกิจสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้สมาชิกในครอบครัวต้องออกไปทำงานนอกบ้าน สัดส่วนของประชากรวัยทำงานที่จะทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุก็จะลดน้อยลงส่งผลให้ผู้สูงอายุขาดคนดูแล อีกทั้งสัดส่วนผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังมีแนวโน้มสูงขึ้น (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2561) ทำให้สถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลงไป คือเป็นวัยที่ผู้สูงอายุดูแลซึ่งกันและกันเอง ไม่ว่าจะเป็นรูปแบบของคู่สามีภรรยา บุตรวัยสูงอายุที่รับผิดชอบดูแลบิดามารดา หรือพี่น้องที่สูงอายุดูแลกันเอง จึงทำให้คาดได้ว่าในอนาคตเมื่อมีผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ผู้สูงอายุดูแลกันเอง ในที่สุดการให้การดูแลอาจส่งผลกระทบต่อชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นญาติผู้ดูแลมากกว่าญาติผู้ดูแลวัยอื่น

ญาติผู้ดูแลที่อยู่ในวัยสูงอายุมีความแตกต่างจากญาติผู้ดูแลในวัยอื่น ญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุต้องเผชิญกับความสูงวัยของตนเองและประเด็นปัญหาสุขภาพ อีกทั้งยังต้องเผชิญกับความรับผิดชอบในการดูแลบุคคลอื่นในครอบครัวเพิ่มเติม (Steiner, Pierce, Drahuschak, Nofziger, Buchman, & Szirony, 2008) จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า กลุ่มญาติผู้ดูแลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งเป็นผู้สูงอายุดูแลผู้สูงอายุด้วยกันเองจะมีมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งอายุ 60-64 ปี (นงลักษณ์ พะโกษะ, 2552) ญาติผู้ดูแลประมาณร้อยละ 10 ที่มีสถานภาพเป็นคู่สมรสของผู้สูงอายุ โดยส่วนใหญ่ ภรรยาดูแลสามี (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2552) อีกทั้งญาติผู้ดูแลหนึ่งในสามมีปัญหาโรคเรื้อรัง ส่วนใหญ่มีปัญหาภาวะสุขภาพและต้องการการพึ่งพิงด้านสุขภาพ (ศิริณี ศรีหาคาก และคณะ, 2556) ถึงแม้ว่ากลุ่มญาติผู้ดูแลที่เป็นผู้สูงวัยที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 65 ปี และเป็นกลุ่มของญาติผู้ดูแลที่พบได้จำนวนน้อยกว่าวัยอื่น แต่ดูเหมือนว่าจะเป็นกลุ่มที่ให้เวลาในการดูแลมากที่สุดเมื่อเทียบกับกลุ่มญาติผู้ดูแลในช่วงวัยอื่นๆ (Sinha, 2013) พบว่า ให้การดูแลเป็นระยะเวลามากกว่าหรือเท่ากับ 50 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ (Greenwood & Smith, 2016)

ญาติผู้ดูแลที่อยู่ในวัยสูงอายุต้องรับบทบาทเป็นทั้งผู้สูงอายุที่กระทำการดูแลตนเอง และต้องเป็นญาติผู้ดูแลให้การดูแลผู้ป่วยวัยสูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง เพื่อที่จะสามารถรับรู้และตอบสนองความต้องการการดูแลตนเอง กระทำและพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองทั้งในภาวะปกติและเมื่อเจ็บป่วย เพื่อกองระบบการดูแลตนเองของผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข กับความรับผิดชอบของบุคคลในการรับรู้และตอบสนองความต้องการให้แก่บุคคลอื่นเป็นบางส่วนหรือทั้งหมด และพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

เพื่อคงไว้ซึ่งระบบการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยติดเตียง นับเป็นภาระหนักเพิ่มขึ้นที่มีผลกระทบโดยตรงต่อภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุ

โดยทั่วไปงานที่ญาติผู้ดูแลต้องรับผิดชอบทำให้กับผู้ป่วยเกิดจากความต้องการการดูแลของผู้ป่วย โดยเกิดจากงานที่เกิดจากความบกพร่อง หรือข้อจำกัดทางร่างกายของผู้ป่วย ปัญหาความพร่องทางความคิด สติปัญญา หรือความผิดปกติของพฤติกรรม และการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ ความรู้สึกหรือความต้องการของผู้ป่วย (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม และคณะ, 2553) ลักษณะกิจกรรมการดูแล ได้แก่ กิจกรรมการดูแลกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานซึ่งมีความซับซ้อนของการทำน้อยที่สุด เช่น การทำความสะอาดร่างกาย ดูแลช่วยจัดหาอาหารและน้ำ ดูแลการขับถ่ายปัสสาวะ อุจจาระ การพยุงและช่วยจับเวลานั่ง ยืน เดิน เป็นต้น กิจกรรมการช่วยเหลือดูแลขั้นสูง เช่น ดูแลให้ได้รับยาตามเวลา เฝ้าระวังอาการ ป้องกันหรือดูแลรักษาภาวะแทรกซ้อน การดูแลเพื่อให้เกิดความสุขสบาย และการช่วยเหลือดูแลพิเศษ เช่น การนวด การให้อาหารทางสายยาง การดูแลผู้ป่วยที่คลาสาวยสวน ปัสสาวะ หรือ ดูแลผู้ป่วยที่มีทวารเทียมทางหน้าท้อง เป็นต้น (The National Alliance for Caregiving [NAC] and the AARP Public Policy Institute, 2015) การดูแลด้านจิตใจและจิตวิญญาณ เช่น สอบถามทุกข์สุข ให้ความรักเอาใจใส่ ปฏิบัติต่อผู้สูงอายุด้วยความเคารพ ตลอดจนสร้างความรู้สึกอบอุ่นใจและความมั่นคงปลอดภัยแก่ผู้สูงอายุ และด้านสังคม เช่น สนับสนุนให้ผู้สูงอายุพบปะเพื่อนบ้าน เข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน (กาญจนา ปัญญาธร, 2557; โรชินี อุปรา และคณะ, 2554; ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2552)

ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับญาติผู้ดูแลโดยทั่วไปนั้นมีทั้งผลกระทบทางบวกและทางลบ ซึ่งผลกระทบทางบวกจากการให้การดูแลบุคคลในครอบครัวที่สูงอายุและเจ็บป่วยเรื้อรัง เช่น มีความผูกพัน รักใคร่ มีความเข้าใจในความเปลี่ยนแปลงของวัยสูงอายุทำให้มีความเครียดอยู่ในระดับต่ำ (คมสัน แก้วระยะ, 2540) ได้ตอบแทนบุญคุณ แสดงความกตัญญู กตเวทิต์ (จิราพร เกศพิชญวัฒนา, 2542; Gray, Hahn, Thapsuwan, & Thongcharoenchupong, 2016) รู้สึกดีต่อตนเอง ทำให้ชีวิตมีคุณค่ามีความหมาย เกิดการเรียนรู้ทักษะการดูแลใหม่ๆ และมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น (Schulz & Sherwood, 2008) สำหรับผลกระทบทางด้านลบ ได้แก่ มีปัญหาทางสุขภาพที่เพิ่มขึ้น เนื่องด้วยภาระที่ต้องให้การดูแลผู้สูงอายุอยู่ตลอดเวลา ทำให้มีเวลาในการดูแลสุขภาพตนเองลดลง ไม่มีเวลาไปพบแพทย์ตามนัด รับประทานยาไม่เป็นเวลา รับประทานอาหารไม่เป็นเวลา พักผ่อนไม่เพียงพอ โรคประจำตัวที่เป็นอยู่แล้วก็มีอาการกำเริบมากขึ้น (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2551) เครียด มีปัญหาด้านเศรษฐกิจการเงิน วิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้ในการดูแล (Gray et al., 2016)

ญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุที่ทำหน้าที่รับผิดชอบให้การดูแลเป็นระยะเวลาที่ยาวนาน ส่วนใหญ่รู้สึกว่าจะต้องติดอยู่กับความรับผิดชอบในการให้การดูแล (Givens, Mezzacappa, Heeran, Yaffe,

& Fredman, 2014) รู้สึกว่าไม่มีเวลา หมดพลังในการดูแลตนเองและดูแลผู้อื่นที่เจ็บป่วย (Family Caregiver Alliance, 2016) รู้สึกซึมเศร้า ความอยากอาหารลดลง (Torres, McCabe, & Nowson, 2010) รู้สึกถึงความโดดเดี่ยว ขาดการติดต่อกับเครือข่ายทางสังคม (Ekwall, Sivberg, & Hallberg, 2005) ย่อมก่อให้เกิดความเหนื่อยล้า และนำไปสู่การจัดการกับความเครียดที่ไม่เหมาะสมและส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพทั้งทางร่างกาย และจิตใจ (Chen, Chen, & Chu, 2015) และพบว่ารุนแรงถึงขั้นพบว่ามีอัตราการเสียชีวิตสูงกว่าผู้ที่ไม่ได้ทำหน้าที่เป็นญาติผู้ดูแล (Family Caregiver Alliance, 2016) ดังนั้นภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลสูงอายุจึงมีความสำคัญ เพราะเมื่อญาติผู้ดูแลมีภาวะสุขภาพที่แย่ลง ก็จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในระยะยาวได้ อีกทั้งยังสะท้อนถึงคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลอีกด้วย

ด้วยการดูแลร่วมกับภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลที่มีการเปลี่ยนแปลง ย่อมเป็นสาเหตุที่ก่อให้เกิดผลเสียต่อภาวะสุขภาพกาย สุขภาพจิต และการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม ด้วยเหตุนี้ญาติผู้ดูแลจึงจำเป็นต้องตระหนักถึงสุขภาพของตนเอง การจะให้การดูแลผู้อื่นได้นั้น ญาติผู้ดูแลควรดูแลรักษาสุขภาพของตนเองให้ดีอยู่เสมอครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม สามารถปฏิบัติได้โดยเริ่มต้นที่การปรับเปลี่ยนความคิด ทักษะคิด มุมมอง ว่าการดูแลตนเองสามารถทำควบคู่ไปกับการให้การดูแลได้ และดูแลเอาใจใส่ตนเองในเรื่องที่ไม่ยุ่งยากสามารถทำได้ง่ายก่อน เช่น เลือกรับประทานอาหารที่มีคุณค่า รวมทั้งการดื่มน้ำที่สะอาด หาวเลาออกกำลังกาย นอนพักผ่อนให้เพียงพอ เป็นต้น เมื่อสามารถทำได้แล้วจึงตั้งเป้าหมายการดูแลตนเองที่สูงขึ้น เช่น สำรวจความเครียดของตนเองจากอาการต่างๆ และหาหนทางจัดการหรือป้องกันความเครียดนั้น โดยใช้วิธีการผ่อนคลายความเครียด ค้นหาแหล่งช่วยเหลือสนับสนุน ขอคำปรึกษา หรือยอมรับความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัวหรือบุคลากรจากทีมสุขภาพ เป็นต้น (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม และคณะ, 2553)

ญาติผู้ดูแลเป็นหัวใจสำคัญของการดูแลระยะยาว โดยทั่วไปญาติผู้ดูแลมักได้รับผลกระทบทางด้านสุขภาพจากการให้การดูแลบุคคลอื่น และมักถูกมองข้ามหรือให้ความสำคัญน้อยเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539) ภาระการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ต้องพึ่งพิงผู้ดูแลตลอดเวลาโดยเฉพะอย่างยิ่งการดูแลผู้ป่วยที่ติดเตียงเป็นงานที่เหน็ดเหนื่อย ใช้เวลา มาก และก่อให้เกิดความตึงเครียดสูง อีกทั้งตัวผู้ดูแลเองก็อาจมีปัญหามากมายของตนเองในหลายๆ ด้านไม่ว่าจะเป็นปัญหาสุขภาพเดิมก่อนให้การดูแล ชีวิตความเป็นอยู่ ฐานะการเงิน และชีวิตส่วนตัวของตนเอง (วัจนา ลีละพัฒนะ และสายพิน หัตถิรัตน์, 2559) และถ้าเป็นญาติผู้ดูแลสูงอายุที่ดูแลคนสูงอายุด้วยกันเองอาจจะมีปัญหาเพิ่มขึ้น เพราะขาดเครือข่ายในการดูแล (นงลักษณ์ พะโกยะ, 2552) การดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยระยะยาวที่บ้านที่ส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กันในครอบครัว ถือเป็นภาระ

ผูกพันการให้การดูแลระยะยาว ก่อให้เกิดผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ การติดตามเยี่ยมบ้านเป็นลักษณะของการติดตาม รับทราบข้อมูล ช่วยแก้ไขปัญหาของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังและญาติผู้ดูแล ช่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี พึ่งพิงตนเองได้ และช่วยให้ครอบครัวได้ดำเนินชีวิตไปได้อย่างปกติ

อย่างไรก็ตามจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาเกี่ยวกับผู้ดูแลที่บ้านส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเกี่ยวกับ คุณลักษณะของญาติผู้ดูแล (คมสัน แก้วระยะ, 2540) สัมพันธภาพ (คมสัน แก้วระยะ, 2540; ปิติพร สิริทิพากร และวีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2558) ความเครียด (คมสัน แก้วระยะ, 2540; บุญมาศ จันศิริมงคล, 2550) การเผชิญความเครียด (บุญมาศ จันศิริมงคล, 2550; Donprapeng, 2006) ภาระการดูแล (ธารินทร์ คุณยศยิ่ง, ลินจง โปธิบาล และทศพร คำผลศิริ, 2558; พารุณี เกตุกราย 2550; Donprapeng, 2006) การดูแลตนเอง (พารุณี เกตุกราย 2550) ทักษะที่เกิดจากการเรียนรู้ภายในตนเอง (ปิติพร สิริทิพากร และวีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2558) ความต้องการความช่วยเหลือ (พารุณี เกตุกราย 2550) แรงสนับสนุนทางสังคม (บุญมาศ จันศิริมงคล, 2550; ธารินทร์ คุณยศยิ่ง และคณะ, 2558) และคุณภาพชีวิต (บุญมาศ จันศิริมงคล, 2550; ธารินทร์ คุณยศยิ่ง และคณะ, 2558; ศิริพรรณ ปิติมานะอารี, 2550; Donprapeng, 2006) ซึ่งการศึกษาเกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลเป็นเรื่องสำคัญแต่มีอยู่จำกัด

นอกจากนี้การศึกษาที่ผ่านมาศึกษาในกลุ่มญาติผู้ดูแลโดยทั่วไป ส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ ซึ่งเป็นกลุ่มที่ไม่มีข้อจำกัดในการดูแลผู้ป่วย แต่หากเป็นญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุซึ่งมีข้อจำกัดด้านสภาพของร่างกาย จิตใจ และเครือข่ายทางสังคม การต้องให้การดูแลแก่ผู้ที่ติดเตียงที่เป็นผู้สูงอายุด้วยกัน อาจเกิดผลกระทบจากการให้การดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุที่ติดเตียง และมีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของตนเองที่ต้องการความช่วยเหลือจากบุคลากรทางสุขภาพขณะที่ให้การดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียงที่บ้าน ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาภาวะสุขภาพและการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุที่ให้การดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียงดังกล่าว เพื่อนำผลการศึกษาไปเป็นข้อมูลพื้นฐานทำให้เข้าใจบริบทของญาติผู้ดูแลที่เป็นผู้สูงอายุที่ให้การดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียงที่บ้าน และข้อมูลที่ได้เป็นข้อมูลที่สำคัญที่นำมาใช้เป็นแนวทางช่วยเหลือญาติผู้ดูแลที่อยู่ในวัยสูงอายุในการดูแลตนเอง และให้การดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียงให้เหมาะสม

คำถามการวิจัย

ภาวะสุขภาพและการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุที่ดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียงเป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพและการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุที่ดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

กรอบแนวคิดที่ใช้เป็นแนวทางในการศึกษาครั้งนี้ คือ ทฤษฎีการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพิงของโอเร็ม (A Theory of Dependent-Care) โดยโอเร็ม (1991, อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2544) กล่าวว่า การดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพิงเป็นการดูแลซึ่งกันและกันระหว่างบุคคลในครอบครัวและในเครือข่ายทางสังคม โดยกระทำการดูแลอย่างจงใจและมีเป้าหมาย ซึ่งในโมเดลบทบาทของผู้ดูแลที่โอเร็มเรียกว่า ผู้ดูแลบุคคลที่ต้องการพึ่งพิง (Dependent care agent) ได้ถูกอธิบายไว้ว่าเป็นบุคคลผู้รับผิดชอบดูแลบุคคลอื่นที่ต้องการการพึ่งพิง

ผู้ดูแลบุคคลที่ต้องการพึ่งพิง (Dependent care agent) ของ โอเร็ม (Orem, 2001) มีแนวคิดสำคัญ 2 ส่วน คือ 1) ความรับผิดชอบของบุคคลในการจัดการการดูแลสุขภาพของตนเอง (Self-care) โดยรับรู้และตอบสนองความต้องการการดูแลตนเอง กระทำและพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองทั้งในภาวะปกติและเมื่อเจ็บป่วย เพื่อคงระบบการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข และ 2) ความรับผิดชอบของบุคคลในการรับรู้และตอบสนองความต้องการให้แก่บุคคลอื่นที่ต้องพึ่งพิงเป็นบางส่วนหรือทั้งหมด และพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เพื่อคงไว้ซึ่งระบบการดูแลบุคคลในครอบครัว ทั้งสองส่วนที่กล่าวมาอยู่ภายใต้ปัจจัยเงื่อนไขที่สำคัญของบุคคลผู้ให้การดูแล ได้แก่ อายุ เพศ ระยะพัฒนาการ สังคม ขนบธรรมเนียมประเพณี สภาพที่อยู่อาศัย ระบบครอบครัว แบบแผนการดำเนินชีวิต ภาวะสุขภาพ ปัจจัยทางระบบสุขภาพ แหล่งประโยชน์ และประสบการณ์ที่สำคัญในชีวิต อันจะส่งผลกระทบต่อบุคคลที่ต้องพึ่งพิง

การศึกษานี้เป็นการศึกษาญาติผู้ดูแลที่อยู่ในวัยสูงอายุ ผู้สูงอายุโดยปกติมักมีโรคเรื้อรังหลายโรค และมีความเสื่อมถอยของความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน หรือการจัดการสุขภาพของตนเองเดิมอยู่แล้ว การช่วยเหลือเกื้อกูลกันภายในครอบครัวที่น้อยลงจากวัยทำงานที่ต้องออกไปประกอบอาชีพเพื่อหาเลี้ยงครอบครัว หรือสภาพครอบครัวจากที่เคยเป็นครอบครัวขยายเปลี่ยนเป็นครอบครัวเดี่ยวที่สมาชิกในครอบครัวน้อยลงไป ปัญหาสภาพแวดล้อมที่ไม่อำนวยความสะดวกต่อการใช้ชีวิตของผู้สูงอายุ ความเหลื่อมล้ำ ไม่เท่าเทียมกันในการเข้าถึงบริการสุขภาพอนามัย เนื่องมาจากข้อจำกัดในการเดินทาง และการรับรู้ข่าวสาร หรือสิทธิของผู้สูงอายุ (มูลนิธิ

สถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2561) ทำให้มีความสามารถในการดูแลตนเองลดลง และการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลโดยมีจุดมุ่งหมายในการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ติดเตียงผู้ซึ่งต้องการการดูแลเอาใจใส่ตลอดเวลา และใช้เวลาเป็นอย่างมากในการปฏิบัติกิจกรรมให้กับผู้สูงอายุที่ติดเตียงเนื่องจากกิจกรรมของการให้การดูแลมีขอบเขตที่กว้างขวาง เพราะต้องให้การดูแลและช่วยเหลือสนับสนุนตามความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุที่ติดเตียงตั้งแต่การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน เช่น อาบน้ำ แต่งตัว ไปจนถึงกิจกรรมการดูแลเฉพาะโรค เช่น การให้อาหารและยาทางสายยาง การดูแลให้ออกซิเจน เป็นต้น (Reinhard, Given, Petlick, & Bemis, 2008) และไม่เพียงแต่ดูแลทางด้านร่างกายเท่านั้น มีการดูแลด้านจิตใจ และสังคมด้วย เช่น ชวนพูดคุย พูดปลอบใจปลอบโยนให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ทำกิจกรรมที่ชื่นชอบร่วมกัน เป็นต้น (ณัฐฤทธา เขาวนัวรารักษ์ และรังสิมันต์ สุนทรไชยา, 2559)

การกระทำบทบาททั้งสองอย่างไปพร้อมกันอาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้ดูแลเอง เนื่องจากการะงานการดูแลมีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับความรุนแรงของการเจ็บป่วย ความยุ่งยากซับซ้อนของการดูแลรักษา ความทนทุกข์ทรมานของผู้ป่วย และคุณภาพของความสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแลและผู้ป่วย (Taylor, Renpenning, Geden, Neuman, & Hart, 2001) นับเป็นความต้องการการดูแลตนเองที่เพิ่มขึ้นในญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียง อย่างไรก็ตามการให้การดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียงที่บ้านประกอบกับกิจกรรมการดูแลที่มากขึ้น ซึ่งต้องบริหารจัดการเรื่องเวลาและภาระงานที่ย่างยากกรวกับการดูแลตัวเอง (Reinhard et al., 2008) ย่อมส่งผลกระทบต่อทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลประสบความเครียดเรื้อรังซึ่งจะส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลโดยตรง โดยเฉพาะญาติผู้ดูแลที่เป็นกลุ่มสมรสของผู้สูงอายุ และมีปัญหาสุขภาพอยู่เดิม (สายพิน เกษมกิจวัฒนา และปิยะภรณ์ ไพรสนธิ์, 2557)

ปัญหาที่พบบ่อยจากการให้การดูแล เช่น ได้รับการช่วยเหลือไม่เพียงพอจากความยากลำบากในการเข้ารับบริการสาธารณสุข (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และกนิษฐา บุญธรรมเจริญ, 2553) รู้สึกเหน็ดเหนื่อย กดดัน เครียด ถูกจำกัดกิจกรรม และขาดอิสรภาพในชีวิต (Perkins, 2011) นำมาซึ่งความรู้สึกเหนื่อยล้าและไม่สามารถจัดการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ ย่อมส่งผลให้ญาติผู้ดูแลไม่มีความสุขในชีวิต ไม่อยากให้การดูแลอีกต่อไป แต่หากญาติผู้ดูแลดูแลตนเองและสามารถปรับตัวเข้ากับบทบาทได้ดี มีความสามารถและทักษะในการดูแล ย่อมส่งผลต่อคุณภาพการดูแล ดังนั้นภาวะสุขภาพและการดูแลตนเองจึงเป็นสิ่งสำคัญ เพราะสะท้อนถึงคุณภาพชีวิตของทั้งญาติผู้ดูแลและผู้สูงอายุและผู้สูงอายุที่ติดเตียงในครอบครัว และการดูแลผู้อื่นได้ดีญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุควรต้องมีภาวะสุขภาพที่ดี ดูแลรักษาสุขภาพด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมของตนเองให้ดีอยู่เสมอ

การศึกษาภาวะสุขภาพและการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุจึงเป็นสิ่งสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียง

นิยามศัพท์

ภาวะสุขภาพ หมายถึง การรับรู้สภาวะของญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุครอบคลุมทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม เป็นการประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไปตามความรู้สึกของญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยเกณฑ์การให้คะแนนเป็น Visual Analog Scale เส้นตรงยาว 10 เซนติเมตร คะแนนมาก หมายถึง ภาวะสุขภาพดี

การดูแลตนเอง หมายถึง การกระทำที่จิตใจและมีเป้าหมายในการปฏิบัติกิจกรรมของญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุ เพื่อรักษาชีวิต สุขภาพ และความผาสุก ประเมินโดยใช้แบบวัดความสามารถในการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุ ซึ่งผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรม และดัดแปลงจากแบบวัดการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน ของพารุณี เกตุกราย (2550) โดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม ข้อคำถามครอบคลุมความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด คะแนนมาก หมายถึง ญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุมีการดูแลตนเองที่ดี

ญาติผู้ดูแลที่อยู่ในวัยสูงอายุ หมายถึง สมาชิกในครอบครัวทั้งเพศชายและหญิง ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีสายสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุที่ติดเตียง อาศัยภายในบ้านเดียวกัน ให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ติดเตียงในการปฏิบัติกิจกรรมขั้นพื้นฐานอย่างน้อย 3 กิจกรรม ดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุโดยไม่ได้รับค่าจ้างในการดูแล และให้การดูแลผู้สูงอายุติดเตียงมาแล้วไม่น้อยกว่า 1 เดือน

ผู้สูงอายุที่ติดเตียง หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ ต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว โดยประเมินจากแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีคะแนนอยู่ในช่วง 0-4 คะแนน จากคะแนนเต็ม 20 คะแนน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1) ได้ข้อมูลภาวะสุขภาพและการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุที่ดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียง

2) เป็นข้อมูลที่สำคัญในการวางแผนช่วยเหลือสนับสนุนญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุที่ดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียงในการดูแลตนเองให้เหมาะสม

ขอบเขตการวิจัย

งานวิจัยนี้ ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นญาติผู้ดูแลทั้งเพศชายและหญิง มีอายุ 60 ปีขึ้นไป
ที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียงในครอบครัว อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่จังหวัดกรุงเทพมหานคร



[Type here]

[Type here]

[Type here]



Copyright by Mahidol University

บทที่ 2

บททวนวรรณกรรม

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพและการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียง การศึกษานี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยเรื่อง การศึกษาสถานการณ์ผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียง ขอบเขตของการทบทวนวรรณกรรมประกอบด้วย

1. ผู้สูงอายุที่บ้านที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ
2. แนวคิดเกี่ยวกับญาติผู้ดูแล
3. ภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล
4. แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับการดูแลตนเองของโอริเอม

ผู้สูงอายุที่บ้านที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ

ประชากรของประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลง จากอดีตที่เคยเพิ่มประชากรเด็กและวัยรุ่น กลายมาเป็นการเพิ่มประชากรผู้สูงอายุเรื่อยๆ ย่อมส่งผลให้เกิดแนวโน้มที่ผู้ป่วยสูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้มีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปีไม่ว่าจะเกิดจากความเสื่อมตามวัยหรือเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ก่อให้เกิดความต้องการการดูแลช่วยเหลือจากบุคคลอื่นเพิ่มมากขึ้น และนำมาสู่ภาวะพึ่งพิงระยะยาวของผู้สูงอายุ

สถานการณ์ภาวะพึ่งพิงระยะยาวของผู้สูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรไทยที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วในช่วง 30-40 ปี ที่ผ่านมา ทำให้ประเทศไทยเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุ ตั้งแต่ประมาณปี 2543-2544 สาเหตุสำคัญของการเพิ่มสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว เนื่องมาจากปัจจัยสำคัญ 2 ประการ คือ การลดลงของภาวะเจริญพันธุ์ และการลดภาวะการตาย จากผลของความเจริญทางด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี การพัฒนาทางการแพทย์จึงทำให้มีการรักษาโรคที่ทันสมัยทำให้คนไทยมีอายุยืนยาวขึ้น (สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2557)

ขณะที่ประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้ว นอกจากจะส่งผลถึงอายุขัยเฉลี่ยของประชากรรวมและผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นเป็นลำดับ อีกทั้งยังเป็นช่วงเปลี่ยนผ่านของปัญหาสุขภาพ กล่าวคือ เปลี่ยนจากภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันด้วยโรคติดต่อไปยังการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และการบาดเจ็บ จากเหตุการณ์ดังกล่าวได้นำไปสู่ความจำเป็นด้านสุขภาพของคนไทยที่เปลี่ยนไป ซึ่งต้องการการดูแลที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม เช่น ความต้องการบริการดูแลที่มีความต่อเนื่อง เชื่อมโยงกันอย่างเป็นระบบ การดูแลระยะกลางและระยะยาวที่มากขึ้น (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และ กนิษฐา บุญธรรมเจริญ, 2553) การพึ่งพิงให้ผู้อื่นช่วยเหลือดูแลไม่ได้เกิดขึ้นเฉพาะกับผู้สูงอายุที่อยู่ในช่วงวัยปลายเท่านั้น ผู้สูงอายุในวัยต้นหรือผู้ที่อยู่ในช่วงวัยก่อนสูงอายุต่างก็มีโอกาสอยู่ในภาวะพึ่งพิงผู้อื่นได้เช่นกันหากขาดการดูแลสุขภาพที่ดีในวัยต้น (ชัยวุฒิ ศรีสุโข, 2559) เช่นเดียวกับการศึกษาอุบัติการณ์ภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุไทย พบ 1 ใน 4 ของผู้สูงอายุ อัตราความชุกเพิ่มขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น และพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล, 2542 อ้างใน ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2552) ในปี พ.ศ. 2552 มีผู้สูงอายุชายประมาณ 60,000 คน และหญิงประมาณ 80,000 คน ที่มีภาวะพึ่งพิงระดับรุนแรง ซึ่งต้องการผู้อื่นในการช่วยเหลือดูแล และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 100,000 คนในเพศชายและ 140,000 คนในเพศหญิง ในปี พ.ศ. 2562 (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และกนิษฐา บุญธรรมเจริญ, 2553)

ภาวะทุพพลภาพเป็นกระบวนการเกิดที่นำไปสู่ภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุมีความสลับซับซ้อนและพัฒนาต่อเนื่องจากภาวะพร่องหน้าที่ เกิดภาวะจำกัดในการทำหน้าที่ จนนำไปสู่การเกิดข้อจำกัดหรือข้อบกพร่องในการปฏิบัติกิจกรรมที่เคยทำเป็นประจำ ที่เรียกว่าภาวะพึ่งพิง จากการศึกษาผลกระทบและการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้วัฒนธรรมไทยพบว่าปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพพลภาพที่นำไปสู่การพึ่งพิงระยะยาวในผู้สูงอายุ มี 4 สาเหตุหลัก คือ โรคเรื้อรังหรืออาการเจ็บป่วย ภาวะสมองเสื่อม การหกล้ม และกระบวนการสูงอายุ (ศิริณี ศรีหาคาด และคณะ, 2556) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. โรคเรื้อรัง หรืออาการเจ็บป่วยทำให้ร่างกายเกิดพยาธิสภาพ เกิดการสูญเสียหน้าที่ตามระบบร่างกายที่เจ็บป่วย ส่งผลให้เกิดข้อจำกัดทางด้านร่างกาย และนำมาสู่การสูญเสียความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน จำนวนโรคเรื้อรังร่วมหลายโรคมีความสัมพันธ์สูงต่อการเกิดภาวะทุพพลภาพ จากข้อมูลการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทยปี 2557 พบว่า ผู้สูงอายุไทยเป็นโรคข้ออักเสบ/ ข้อเสื่อม ร้อยละ 23 โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ/ กล้ามเนื้อหัวใจตาย ร้อยละ 5 โรคถุงลมโป่งพอง/ หลอดลมปอดอุดกั้นเรื้อรัง ร้อยละ 2 และอัมพาต ร้อยละ 2 โดยผู้สูงอายุวัยปลายป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าผู้สูงอายุวัยกลางและวัยต้น และโรคเบาหวานส่วนมากพบในผู้สูงอายุวัยต้นและวัยกลาง (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2560)

2. ภาวะสมองเสื่อม ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงทางการรับรู้ ทางกระบวนการคิด การเรียนรู้และการจดจำ ซึ่งสันนิษฐานว่ากลไกการเกิดการสูญเสียการรับรู้ประกอบด้วย ข้อมูลที่อยู่ในกระบวนการ การทำหน้าที่เกี่ยวกับการจดจำของสมอง ข้อจำกัดในการทำหน้าที่ของสมอง และการทำหน้าที่ของประสาทรับรู้สัมผัส จากรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2559 พบว่ามีผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมประมาณ 6 แสนคน และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นในอีก 20 ปีข้างหน้าโดยคาดว่าจะเพิ่มเป็น 1.4 ล้านคน (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2561) โดยประมาณร้อยละ 50 เกิดจากโรคอัลไซเมอร์ (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ, 2542 อ้างใน ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2552)

3. การหกล้ม พบว่าในผู้สูงอายุระบบกระดูกและกล้ามเนื้อทั้งรูปร่างและโครงสร้างเปลี่ยนไป มวลกล้ามเนื้อลดลง โอกาสได้รับบาดเจ็บโดยเฉพาะการหกล้มมีสูง จากข้อมูลการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทยปี 2556 พบว่าปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่สูงเป็นอันดับแรก คือ การเคลื่อนไหวร่างกาย (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2559) และถ้าหากผู้สูงอายุเกิดความกลัวต่อการหกล้ม จะทำให้ผู้สูงอายุพยายามหลีกเลี่ยงการปฏิบัติกิจกรรม ทำให้เกิดการสูญเสียความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ จนนำมาสู่ความยากลำบากในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป การหกล้มเป็นปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะทุพพลภาพ

4. กระบวนการสูงอายุ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุมาก กระบวนการชราภาพจะทำให้เกิดการทำงานของระบบในร่างกายเสื่อมถอยลง จึงพบว่ายิ่งมีอายุเพิ่มขึ้นก็ยังมีโอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และไพบุลย์ สิริยะวงศ์ไพศาล, 2542 อ้างใน ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2552) ภาวะทุพพลภาพหรือช่วยเหลือตนเองไม่ได้เพิ่มมากขึ้น เป็นสาเหตุให้ความต้องการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุก็จะสูงขึ้นตามมา (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2557)

โดยทั่วไป ภาวะพึ่งพิง สามารถจำแนกตามความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน Activities of Daily Living (ADLs) เช่น การอาบน้ำ แต่งตัว การรับประทานอาหาร รวมไปถึงการกลืนปัสสาวะ อุจจาระ บ่งบอกถึงความต้องการการดูแล และการจัดบริการช่วยเหลือดูแลที่สังคมควรจัดให้มีขึ้น (นงลักษณ์ พะโกยะ, 2552) การศึกษาที่ผ่านมาของ ธิติพันธ์ ธานีรัตน์ (2554) ได้จัดกลุ่มผู้สูงอายุตามระดับสุขภาพและความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน ได้เป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

1. กลุ่มติดสังคม ได้แก่ ผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ดี อาจสามารถช่วยเหลือผู้อื่นและสังคมได้ด้วย

2. กลุ่มติดบ้าน ได้แก่ ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง จำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือบางอย่าง เช่น ไม่สามารถเดินตามลำพังได้ ต้องการให้มีคนคอยช่วยพยุง หรือใช้อุปกรณ์ช่วย ต้องการความช่วยเหลือในขณะรับประทานอาหาร เช่น ตัดแบ่งอาหารให้ หรือต้องการความช่วยเหลือในการพาไปห้องสุขาเพื่อขับถ่าย เป็นต้น

3. กลุ่มติดเตียง ได้แก่ ผู้สูงอายุที่ป่วยหรือไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ เช่น ไม่สามารถเคลื่อนย้ายตนเองได้เพียงลำพัง มีภาวะกลืนลำบาก แม้ผู้ดูแลจะป้อนอาหารให้ หรือจำเป็นต้องได้รับอาหารผ่านช่องทางอื่น เช่น สายยางให้อาหารต่อจากงูกลดสู่กระเพาะอาหารโดยตรง ต้องการการดูแลขณะขับถ่ายในท่านอนหรืออยู่บนเตียง หรือต้องสวมใส่ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ตลอด เป็นต้น นอกจากนั้น กนิษฐา บุญธรรมเจริญ (2552) ได้นำเสนอถึงภาวะพึ่งพิงของประชากรสูงอายุไทยไว้ 4 ด้าน คือ

1. ภาวะพึ่งพิงด้านความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน โดยทั่วไปใช้ตัวชี้วัด ADLs เป็นการวัดความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การอาบน้ำ แต่งตัว การรับประทานอาหาร การลุก-นั่ง การเคลื่อนที่ การใช้ส้วม และอาจรวมไปถึงการกลืนปัสสาวะ อุจจาระ ซึ่งเป็นตัวชี้วัดที่บอกให้ทราบถึงความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย (functional capacity)

2. ภาวะพึ่งพิงด้านเศรษฐกิจ พบว่ารายได้ส่วนใหญ่มาจากบุตร รองลงมาคือ จากของตนเองซึ่งได้มาในรูปแบบของการการทำงาน เงินบำนาญ เงินออม หรือเงินจากรัฐสวัสดิการ

3. ภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ จากการประเมินสุขภาพของตนเองว่าไม่ดีหรือไม่ดีมาก การต้องการความช่วยเหลือในการดูแลเมื่อเจ็บป่วย หรือพาไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล

4. ภาวะพึ่งพิงทางสังคมและจิตใจ เป็นภาวะที่ผู้สูงอายุต้องพึ่งพิงอาศัยลูกหลานมากยิ่งขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสถูกทอดทิ้งได้ง่าย อีกทั้งทางด้านจิตใจ คือ รู้สึกเหงา เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงของขนาด ความสัมพันธ์ของคนในครอบครัว ส่งผลต่อรูปแบบการดูแลเอาใจใส่ผู้สูงอายุ

เห็นได้ว่าข้อจำกัดในการดูแลตนเองตลอดจนความรุนแรงของโรคจะเป็นตัวกำหนดความต้องการความช่วยเหลือจากญาติผู้ดูแล และการตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองมักประกอบด้วย 3 หลักใหญ่ๆ คือด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคม และการดูแลผู้สูงอายุที่ติดบ้านติดเตียงถือได้ว่าเป็นการดูแลระยะยาว (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และกนิษฐา บุญธรรมเจริญ, 2553)

ความหมายและแนวคิดการดูแลระยะยาว

การดูแลระยะยาว (long term care) เป็นบริการสุขภาพและสังคมที่มีทั้งรูปแบบที่เป็นทางการ (บุคลากรด้านสุขภาพและสังคม) และไม่เป็นทางการ (ครอบครัว เพื่อน เพื่อนบ้าน) เพื่อตอบสนองความต้องการได้รับความช่วยเหลือของผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในชีวิตประจำวัน เนื่องจากภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง การประสบอุบัติเหตุ และหรือความพิการทุพพลภาพต่างๆ โดยไม่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลจากแพทย์โดยตรง แต่มุ่งเน้นด้านการบำบัดฟื้นฟูสภาพ

รวมถึงการส่งเสริมสุขภาพอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี (ศิริณี ศรีหาค และคณะ, 2556)

การดูแลเป็นหัวใจของการดูแลระยะยาว ซึ่งถูกนำมากล่าวถึงในการให้บริการด้านสุขภาพ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงด้านปัญหาสุขภาพที่ประชากรป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และมีอายุขัยเฉลี่ยที่สูงขึ้น จนกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุ การดูแลจึงเป็นพื้นฐานของความเป็นมนุษย์ ซึ่งเกี่ยวข้องกับปัจจัย 10 ประการ (Watson, 2008, 2009 อ้างใน ศิริณี ศรีหาค และคณะ, 2556) คือ

1. ปลูกฝังค่านิยมการเห็นประโยชน์ส่วนรวม มีความรักความเมตตาทั้งกับตนเองและผู้อื่น
2. สร้างความหวังและความศรัทธาที่เป็นไปได้และอยู่บนพื้นฐานความเป็นจริง
3. ปลูกฝังให้มีพฤติกรรมที่ไวต่อความรู้สึกของตนเองและผู้อื่น เพื่อให้ก้าวพ้นอันตรายแห่งตน
4. สร้างสัมพันธภาพในการช่วยเหลือและไว้วางใจซึ่งกันและกัน
5. ส่งเสริมให้มีการแสดงความรู้สึกทั้งทางบวกและทางลบ มีการแลกเปลี่ยนความรู้สึกเพื่อพัฒนาการรู้จักตนเอง
6. ใช้กระบวนการคิด ตัดสินใจอย่างเป็นระบบ เพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหา
7. ส่งเสริมการเรียนรู้ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน
8. เอื้ออำนวย สร้างสรรค์สภาพแวดล้อมเพื่อการบำบัดให้ครอบคลุมด้านกายภาพ จิตสังคม และจิตวิญญาณ
9. มีความพึงพอใจที่จะช่วยเหลือ ตอบสนองความต้องการของบุคคล
10. ยอมรับ หรือเปิดใจยอมรับสิ่งลึกลับและยังไม่มีคำอธิบายเกี่ยวกับการมีชีวิต ความตาย

สำหรับผู้สูงอายุนั้นที่พึงพิงสำคัญของผู้สูงอายุคือสมาชิกในครอบครัว ซึ่งนับว่าสมาชิกในครอบครัวเป็นเครือข่ายการดูแลที่สำคัญของผู้สูงอายุ การดูแลระยะยาวในครอบครัว จึงประกอบไปด้วยการดูแลทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม กล่าวได้ว่าการดูแลระยะยาวในครอบครัว จึงเป็นการดูแลทั้งการเจ็บป่วย (diseased approach) เพื่อแก้ไขปัญหของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังการดูแลเฉพาะราย (case approach) เพื่อส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันสุขภาพ บำบัดรักษา และการดูแลสมาชิกทั้งครอบครัว (the whole approach) เพื่อให้สามารถชีวิตอยู่ร่วมกันกับผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2552)

การดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว เป็นลักษณะกิจกรรมที่ให้ความช่วยเหลือ เกื้อหนุนและตอบสนองความต้องการทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม ตลอดจนเป็นการดูแลที่กระทำอย่าง

ต่อเนื่อง ดังนั้นการดูแลระยะยาว จึงถือได้ว่าเป็นการดูแลที่สำคัญส่วนหนึ่งของระบบบริการสุขภาพ และสังคม ดังนั้นญาติผู้ดูแลจึงเป็นหัวใจสำคัญของการดูแลระยะยาว

แนวคิดเกี่ยวกับญาติผู้ดูแล

ปัจจุบันทัศนคติและแนวคิดของสังคมเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงไป มีการให้ความสำคัญกับการดูแลผู้สูงอายุมากขึ้น โดยเน้นการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวที่บ้าน เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่ต้องดำเนินชีวิตประจำวันอยู่ที่บ้าน ผู้ดูแลจึงเป็นบุคคลในครอบครัวที่มีความสัมพันธ์กันโดยการสมรส ทางสายเลือด หรือการรับเลี้ยงเป็นบุตรบุญธรรม มีความผูกพันกันทางอารมณ์และจิตใจในการดำเนินชีวิตร่วมกัน

แนวคิดพื้นฐานที่นำไปสู่ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (ยูพาฟิ นศิริโพธิ์งาม, 2539) ได้แก่

1. Bystander effect เป็นสถานการณ์ที่มีผู้ป่วยสูงอายุที่ติดเตียงที่ต้องการความช่วยเหลือ แต่บุคคลในครอบครัวมองว่าไม่ได้เป็นภาระหน้าที่ของใครคนใดคนหนึ่งที่จะลงมือช่วยเหลือหรือทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลรับผิดชอบหลัก แต่ภาระหน้าที่การดูแลกระจายอยู่กับทุกคน

2. ลักษณะของผู้ถูกช่วยเหลือ โดยทั่วไปผู้ป่วยสูงอายุที่ติดเตียงมักมีลักษณะทางกายที่ ถดถอยตามวัย ร่วมกับพยาธิสภาพของโรคเรื้อรังทำให้แลดูน่าสงสาร น่าเห็นอกเห็นใจ จึงดึงดูดให้ ได้รับความสนใจหรือความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว

3. ความคล้ายคลึงกันในด้านต่างๆ เช่น มีความสัมพันธ์กันทางสายเลือดเป็นบุคคลใน ครอบครัวหรือญาติพี่น้อง หรือมีความสัมพันธ์กันทางกฎหมาย เช่น คู่สมรส จะยินดีและเต็มใจให้ ความช่วยเหลือกันมากกว่า

4. แรงจูงใจในการให้ความช่วยเหลือ (Motive for helping) แบ่งเป็น 2 ประการ คือ

4.1 Egoistic motivation เป็นแรงจูงใจภายนอกตัวที่มากระตุ้นให้เกิดขึ้น เพื่อให้การช่วยเหลือโดยคาดหวังว่าจะได้รับคำชื่นชม ทรัพย์สินรางวัล เป็นที่ยอมรับของบุคคลอื่น หรือป้องกันคำนิทาจากสังคม

4.2 Altruistic motivation เป็นแรงจูงใจภายในที่เกิดขึ้นจากความรัก ความ ผูกพัน สำนึกในบุญคุณหรือหน้าที่ ความสงสาร เข้าใจ เห็นอกเห็นใจ การช่วยเหลือเกื้อกูลกัน ซึ่งมี ปัจจัยอื่นเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย เช่น ความสัมพันธ์ทางการสมรส มีพื้นฐานมาจากความเป็นญาติ มีความสัมพันธ์อันดีในอดีต หรือเคยช่วยเหลือดูแลกันมาก่อน

ในสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการช่วยเหลือดูแลของญาติผู้ดูแลที่บ้านนั้นอาจมีแรงจูงใจในการให้การช่วยเหลือสลับสับเปลี่ยนกันไปในแต่ละระยะของการให้การดูแลผู้ป่วย

ความหมายของญาติผู้ดูแล

คำว่า “ญาติผู้ดูแล” หรือ “family caregiver” หมายถึง บุคคลผู้ให้การดูแลสำหรับบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลอื่นเป็นที่รักที่บ้าน และให้การดูแลโดยไม่ได้รับค่าตอบแทน (The National Alliance for Caregiving [NAC], 2010) คือผู้ที่รับผิดชอบดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพิง (dependent care agent) ตามแนวคิดของโอเรียม บุคคลที่ต้องพึ่งพิงเนื่องจากความเสื่อมถอยของสมรรถนะทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สติปัญญา และการรู้คิดตัดสินใจต่างๆ หรือมีการเปลี่ยนแปลงเนื่องจากพยาธิสภาพของโรค ทำให้มีความสามารถในการดูแลตนเองลดลงหรือมีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง จึงจำเป็นต้องมีบุคคลเข้ามาช่วยเหลือในส่วนที่ตนเองไม่สามารถปฏิบัติได้ ในบริบทสังคมไทยสมาชิกในครอบครัวเข้ามารับบทบาทใหม่ในฐานะญาติผู้ดูแล มีคำสำคัญที่ได้อธิบายลักษณะสำคัญของญาติผู้ดูแลไว้ดังนี้ (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539)

1. มีความสัมพันธ์กันทางสายเลือด หรือความสัมพันธ์กันโดยการสมรส หรือเป็นบุคคลอื่นเป็นที่รักที่มีความสัมพันธ์อันดีต่อกัน
2. ผู้รับการดูแลต้องเป็นบุคคลที่ไม่สามารถกระทำกิจวัตรประจำวันขึ้นพื้นฐาน กิจวัตรประจำวันที่ต้องเนื่องและซับซ้อน ตลอดจนการดูแลกิจกรรมเฉพาะโรคได้ด้วยตนเอง เนื่องจากภาวะสุขภาพที่เบี่ยงเบนไปจากปกติ ความพิการ หรือความเสื่อมถอยของสมรรถภาพตามวัยที่เพิ่มขึ้น ก่อให้เกิดความต้องการการดูแลที่ต้องได้รับการตอบสนองอย่างต่อเนื่อง
3. มีความปรารถนาให้ความช่วยเหลือดูแลโดยไม่หวังสิ่งตอบแทน
4. สถานที่ให้ความช่วยเหลือดูแลเป็นรูปแบบการดูแลอย่างไม่เป็นทางการ เช่น เกิดขึ้นที่บ้าน หรือชุมชนที่อยู่อาศัย

นอกจากนี้ ความหมายของญาติผู้ดูแลยังจำแนกตามระดับของขอบเขตความรับผิดชอบในการปฏิบัติกิจกรรมในการช่วยเหลือดูแล โดย โฮรวิทซ์ (Horowitz, 1985 อ้างใน ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2555) กล่าวคือ ญาติผู้ดูแลหลัก (primary caregiver) หมายถึง ผู้ที่รับผิดชอบในการให้การดูแลโดยตรงแก่ผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าผู้อื่น มักเริ่มจากสมาชิกภายในครอบครัว ได้แก่ คู่สมรส บุตร หลาน และญาติอื่นๆ ตามลำดับ ส่วนผู้อื่นที่ให้ความช่วยเหลือในการดูแล (secondary caregiver) หมายถึง บุคคลอื่นที่อยู่ในเครือข่ายของการให้การดูแล ซึ่งอาจช่วยทำกิจกรรมการดูแลบางอย่าง แต่ไม่ได้กระทำอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เช่น ให้การดูแลแทนเป็นครั้งคราวเมื่อผู้ดูแลหลักไม่อยู่ หรือเป็นผู้ช่วย ของผู้ดูแลหลักในบางกิจกรรมการดูแลเท่านั้น

คุณลักษณะโดยทั่วไปของญาติผู้ดูแล

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา มีข้อสนับสนุนสะท้อนถึงความคาดหวังทางสังคมต่อการรับบทบาทของบุคคลในฐานะญาติผู้ดูแล มีการศึกษาต่างๆ มากมายในสังคมไทย (กาญจนา ปัญญาธร, 2557; เยาวลักษณ์ โพธิธาดา, จีรัตน์ กอเจริญยศ, พัทธนี สมกำลัง และยุทธชัย ไชยสิทธิ์, 2557; Muangpaisan et al, 2010) พบว่าส่วนใหญ่ญาติผู้ดูแลเป็นเพศหญิง อยู่ในวัยผู้ใหญ่ สถานภาพสมรส นับถือศาสนาพุทธ มีความสัมพันธ์เป็นบุตร ทำงานหาเลี้ยงชีพ ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว

ในปัจจุบันสังคมไทยมีแนวโน้มของญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุเพิ่มมากขึ้น จากการเปลี่ยนแปลงขนาด โครงสร้าง ความสัมพันธ์ และระบบเกื้อหนุนกันในครอบครัวและชุมชน โดยครอบครัวมีขนาดเล็กลง จำนวนครอบครัวเดี่ยวเพิ่มขึ้น สมาชิกในครอบครัวออกไปทำงานนอกบ้าน ทำให้ความสามารถของครอบครัวในการสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงในครอบครัวลดลง (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และกนิษฐา บุญธรรมเจริญ, 2553) ทำให้ญาติผู้ดูแลในวัยผู้ใหญ่ลดลง จากการศึกษาที่ผ่านมาในบริบทสังคมไทย (นงลักษณ์ พะโกยะ, 2552; ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2552; ศิราณี ศรีหาภาค และคณะ, 2556; สายพิน เกษมกิจวัฒนา และปิยะภรณ์ ไพรสนธิ์, 2557) พบว่า กลุ่มญาติผู้ดูแลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งเป็นผู้สูงอายุดูแลผู้สูงอายุด้วยตนเองจะมีมากขึ้น โดยเฉพาะผู้สูงอายุตอนต้นที่มีอายุ 60-64 ปี มีสถานภาพเป็นคู่สมรสของผู้สูงอายุ โดยส่วนใหญ่ภรรยารับการดูแลสามี (ณัฐกฤตา เขาวนัรวารักษ์ และรังสิมันต์ สุนทรไชยา, 2560; ธารินทร์ คุณยชยิ่ง, ลินจง โพธิบาล, และทศพร คำผลศิริ, 2558) ผู้สูงอายุที่เป็นญาติผู้ดูแลมีปัญหาภาวะสุขภาพอยู่เดิมและต้องการการพึ่งพิงด้านสุขภาพ จากการต้องรับบทบาทเป็นทั้งผู้สูงอายุที่กระทำการดูแลตนเอง และต้องเป็นญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุ จึงมีคำเรียกการแสดงบทบาทเหล่านี้ว่าเป็นผู้รับผิดชอบดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพิง (Dual roles of dependent-care agents) (Orem, 2001)

นอกจากนี้การศึกษาในต่างประเทศเกี่ยวกับญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุ พบว่าส่วนใหญ่เพศหญิงทำหน้าที่เป็นผู้ดูแล (Loucks-Atkinson, Kleiber, & Williamson, 2006; Carter, Lyons, Stewart, Archbold, & Scobee, 2010; Chen et al., 2015; Torres, McCarbe, & Nowson, 2010; Fitzpatrick, & Vacha-Haase, 2010; Fredman, Gordon, Heeren, & Stuver, 2014; Koyama et al., 2017) อยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุวัยต้นและวัยกลาง (อายุ 65 – 75 ปี) (Carter et al., 2010; Chen et al., 2015; Fitzpatrick & Vacha-Haase, 2010; Torres, McCarbe, & Nowson, 2010; Fredman et al., 2014) เมื่อเทียบสัดส่วนของช่วงอายุพบว่าผู้สูงอายุวัยต้น (น้อยกว่า 65 ปี) ร้อยละ 80 มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยคือเป็นบุตรสาว และผู้สูงอายุวัยกลางมากกว่าร้อยละ 90 คือคู่สามีภรรยา (Koyama et al., 2017)

ความต้องการการดูแลของบุคคลที่ต้องพึ่งพิงและภาระงานที่ญาติผู้ดูแลต้องรับผิดชอบ

การเข้ารับบทบาทของญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุนั้น ถือได้ว่าเป็นการกระทำกิจกรรมต่างๆ ที่ปฏิบัติอยู่เพิ่มขึ้นจากเดิมที่ผู้ดูแลปฏิบัติเพื่อตนเองในชีวิตประจำวัน เนื่องจากเป็นบทบาทที่ถูกเพิ่มเติมเข้ามา ทำให้ญาติผู้ดูแลต้องเรียนรู้ที่จะปรับตัว โดยประเมินสถานการณ์ตามที่เผชิญ ปรับตนเองให้เข้ากับสถานการณ์ ตลอดจนแก้ไขปัญหา (Meesuk, 2005) ซึ่งกิจกรรมการดูแลบุคคลที่ต้องการการพึ่งพิงที่มีความแตกต่างกัน ญาติผู้ดูแลย่อมต้องตอบสนองต่อความต้องการของบุคคลที่ต้องการพึ่งพิงให้ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง เมื่อพิจารณาถึงความต้องการการดูแลของผู้ป่วย (caregiving demands) พบว่า งานที่ผู้ดูแลต้องรับผิดชอบทำให้กับผู้ป่วยมีผลมาจากสาเหตุ 3 ประการ (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม และคณะ, 2553) คือ

1. งานที่เกิดจากข้อจำกัดทางร่างกายของผู้ป่วย ข้อจำกัดดังกล่าวอาจเกิดจากโรค ความพิการ หรือความเสื่อมของอวัยวะต่างๆ ของผู้ป่วยที่มีผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง ไม่ว่าจะเป็นกิจกรรมพื้นฐานในการดำรงชีวิต หรือกิจกรรมที่ผู้ป่วยต้องใช้ชีวิตในสังคมภายนอกบ้าน นอกจากนี้การดูแลรักษาที่เฉพาะเจาะจงของแต่ละโรค เช่น การทำแผล การดูดเสมหะ เพื่อไม่ให้ติดเชื้อเหล่านี้ล้วนเป็นงานหรือกิจกรรมที่ญาติผู้ดูแลต้องรับผิดชอบทำให้กับผู้ป่วย แต่เป็นงานที่สามารถคาดการณ์ และจัดเวลาล่วงหน้าไว้ได้ว่าจะทำอะไรเมื่อใด

2. งานที่เกิดจากปัญหาความผิดปกติทางความคิด สติปัญญา หรือพฤติกรรมที่เกิดขึ้น เช่น อาการหลงลืม ซึมเศร้า หวาดระแวง เป็นต้น ซึ่งพบในผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม หรือความผิดปกติทางารรู้คิด การดูแลปัญหาเหล่านี้โดยมากจะเกิดขึ้นโดยไม่สามารถคาดคะเนล่วงหน้าได้ว่าอาการดังกล่าวจะเกิดขึ้นเมื่อใด

3. งานที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ ความรู้สึกหรือความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย การดูแลประเภทนี้มักเกิดขึ้นเกือบจะตลอดเวลาขึ้นอยู่กับลักษณะนิสัยส่วนตัวของผู้ป่วยและผลกระทบจากโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่

การวิจัย เรื่อง การให้การดูแลในแถบอเมริกา (The National Alliance for Caregiving (NAC) and the AARP Public Policy Institute, 2015) โดยพบว่ามีลักษณะกิจกรรมการดูแล ได้แก่ กิจกรรมการดูแลกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน เช่น การทำความสะอาดร่างกาย ดูแลช่วยจัดหาอาหาร และน้ำ ดูแลการขับถ่ายปัสสาวะ อุจจาระ การพยุงและช่วยจับเวลานั่ง ยืน เดิน เป็นต้น กิจกรรมการช่วยเหลือดูแลขั้นสูง เช่น การดูแลเพื่อให้ได้รับยาตามเวลา เฝ้าระวังอาการ ป้องกันภาวะแทรกซ้อน การดูแลเพื่อให้เกิดความสุขสบาย และการช่วยเหลือดูแลพิเศษ เช่น การนวด การให้อาหารทางสายยาง การดูแลผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะ หรือ ดูแลผู้ป่วยที่มีทวารทางหน้าท้อง เป็นต้น

ปัญหาความต้องการการดูแลของผู้ป่วยดังกล่าวข้างต้น ส่งผลให้นำไปสู่กิจกรรมหรือภาระงานที่ญาติผู้ดูแลต้องกระทำให้กับผู้ป่วย ดังนั้นกิจกรรมต่างๆ ที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับการดูแลจึงเป็นภาระที่ต้องรับผิดชอบเพิ่มขึ้นจากบทบาทหน้าที่ตามปกติ ซึ่งพอจะสรุปได้ดังนี้ (Horowitz, 1985 อ้างใน ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2555) 1) การให้การดูแลโดยตรง (direct care service) เช่น การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ได้แก่ การอาบน้ำ ป้อนอาหาร ดูแลการขับถ่าย รวมถึงงานบ้าน การเดินทาง การพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ 2) ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจะต้องให้การสนับสนุนทางด้านอารมณ์และจิตใจ (emotion and psychological support) เช่น ประเมินความรู้สึก และหลีกเลี่ยงเหตุการณ์ที่จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง 3) การเป็นสื่อกลางในการติดต่อกับสถาบันบริการทางสุขภาพ (meditating with formal organization) เช่น ติดต่อ เจริญ กับบุคลากร หรือองค์กรทางสุขภาพในการรักษาพยาบาล และ 4) ญาติผู้ดูแลอาจจะต้องให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยทางการเงินอีกด้วย (financial assistance)

นอกจากนี้ยังพบว่าในการดูแลในแถบอเมริกา 1 ใน 4 ของญาติผู้ดูแลที่ใช้เวลาในการดูแลมากถึง 41 ชั่วโมงหรือมากกว่านั้นต่อสัปดาห์ ยิ่งไปกว่านั้นการดูแลที่ต้องทุ่มเทเวลาให้อย่างใกล้ชิดคือการดูแลผู้ป่วย หรือคู่สามี-ภรรยา ใช้ระยะเวลาโดยเฉลี่ยถึง 44 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ส่วนใหญ่ญาติผู้ดูแลจะให้การช่วยเหลือบุคคลในครอบครัวอย่างน้อยหนึ่งกิจกรรมของการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขึ้นพื้นฐาน ซึ่งกิจกรรมที่พบว่ายากที่สุดคือเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการดูแลส่วนบุคคล เช่น การเปลี่ยนผ้าอ้อมผู้ป่วย รองลงมาคือ การช่วยเหลือเข้า-ออกจากห้องน้ำ และการช่วยเหลือขณะอาบน้ำ ตามลำดับ ส่วนการช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันที่ต้องเนื่องซับซ้อน เฉลี่ย 4 กิจกรรม จาก 7 กิจกรรม โดยแต่ละกิจกรรมใช้เวลาในการช่วยเหลือดูแลเท่าๆ กัน นอกเหนือจากนั้นยังมีงานที่ต้องรับผิดชอบนอกเหนือจากการช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน โดย 2 ใน 3 ของญาติผู้ดูแลต้องคอยสังเกตเฝ้าระวังอาการที่เปลี่ยนแปลงเพื่อปรับแผนการดูแลให้เหมาะสม เป็นสื่อกลางในการติดต่อสื่อสารกับเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ และพิทักษ์สิทธิ์ให้กับผู้ถูกดูแล และการช่วยเหลือด้านกิจกรรมการพยาบาล ทำให้ญาติผู้ดูแลรู้สึกว่าเป็นงานที่ซับซ้อน และต้องใช้เวลาเป็นอย่างมากในการทำกิจกรรม (The National Alliance for Caregiving (NAC) and the AARP Public Policy Institute, 2015)

ด้านการดูแลทางด้านจิตใจ และด้านสังคม (ณัฐฤทธา เขาวนัรารักษ์ และรังสิมันต์ สุนทรไชยา, 2559; อรวีฐ กาญจนจรี, ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, และ สุปริดา มั่นคง, 2560) เช่น การแสดง ความห่วงใยโดยกล่าวกระตุ้นเตือนในรูปแบบของการชวนพูดคุย การพูดปลอบใจ ปลอบโยน การให้กำลังใจซึ่งกันและกัน โดยชวนทำกิจกรรมที่ชื่นชอบร่วมกัน การช่วยให้ผู้ป่วยทำจิตใจให้สงบ การให้ความรัก และช่วยติดต่อประสานให้ผู้ป่วยได้พบกับบุคคลที่มีความสำคัญ และต้องการพบ รวมถึงหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่อาจก่อให้เกิดความขัดแย้งกับผู้ป่วย

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา มีข้อมูลที่สะท้อนถึงบทบาทและกิจกรรมในการให้การดูแล พบว่า การดำรงบทบาทหน้าที่การดูแลบุคคลในครอบครัว หรือมีความเกี่ยวพันทางเครือญาติ มักตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุครอบคลุมทั้ง 3 ด้าน (กาญจนา ปัญญาธร, 2557; โรชินี อุปรา และคณะ, 2554; ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2551) คือ 1) ด้านร่างกาย ทั้งภาวะปกติและเจ็บป่วย กล่าวคือ ในภาวะปกติให้การดูแลการดำรงชีวิตประจำวันทั่วไป เช่น ดูแลด้านอนามัยส่วนบุคคล ดูแลจัดหาอาหาร เครื่องนุ่งห่มเครื่องใช้ จัดที่อยู่อาศัยให้เหมาะสม ส่วนการดูแลเมื่อเจ็บป่วย เช่น อำนวยความสะดวกเรื่องพาหนะเดินทาง การดูแลเฉพาะโรค 2) ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ เช่น สอบถามทุกข์สุข ให้ความรักเอาใจใส่ ปฏิบัติต่อผู้สูงอายุด้วยความเคารพ ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา และตามความเชื่อ ตลอดจนสร้างความรู้สึกรอบอุ่นใจและความมั่นคงปลอดภัยแก่ผู้สูงอายุ และ 3) ด้านสังคม เช่น สนับสนุนให้ผู้สูงอายุพบปะเพื่อนบ้าน เข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน เช่นเดียวกับ การศึกษาของจันทร์ฉาย โยธาใหญ่ (Yothayai, 2004) ที่นำกรอบแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของ โอเร็มมาศึกษา พบว่า ญาติผู้ดูแลปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุหลังการผ่าตัดทางออร์โธปิดิกส์ ครอบคลุมความต้องการการดูแลที่จำเป็นโดยทั่วไป ความต้องการการดูแลตามพัฒนาการ และความต้องการการดูแลเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพ โดยใช้เวลาในการปฏิบัติกิจกรรมที่เกี่ยวกับความต้องการการดูแลที่จำเป็นโดยทั่วไปมากที่สุด ประกอบด้วยเรื่องการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล การดูแลให้รับประทานอาหาร การทำความสะอาดเสื้อผ้า การให้ความช่วยเหลือในการเคลื่อนที่ และการอยู่เป็นเพื่อน

งานวิจัยเรื่องความต้องการการดูแล ความเครียด และการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ของ ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, พรรณวดี พุทวัฒน์ และสุวลักษณ์ วงศ์จรรโลงศีล (Sirapo-ngam, Putwatana, & Wongjunlongsin, 2000) ศึกษาความต้องการการดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากความพร้อมความสามารถในการทำกิจกรรมทางกาย และจากปัญหาพฤติกรรมของผู้ป่วย พบว่า ญาติผู้ดูแลต้องให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจกรรมเชิงปฏิบัติขั้นพื้นฐานโดยเฉลี่ย 6.7 กิจกรรม (เต็ม 10 กิจกรรม) กิจกรรมในการดำรงชีวิต 4.6 กิจกรรม (เต็ม 5 กิจกรรม) และการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาโดยเฉลี่ย 12.4 ปัญหา (เต็ม 30 ปัญหา) และปริมาณกิจกรรมการดูแลมีอิทธิพลโดยตรงทางบวกต่อความเครียดในบทบาทผู้ดูแล และมีอิทธิพลโดยตรงทางลบต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล (Samarakit, Kasemkitvattana, Thosingha, & Vorapongsathorn, 2010) และการศึกษาของ ญัฐฤทธา เขาวนักรักษ์ และ รังสิมันต์ สุนทรไชยา (2559) เรื่องประสบการณ์ของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ โรคซึมเศร้า พบว่า นอกจากการดูแลทางด้านร่างกายและความเป็นอยู่ในแต่ละวันแล้ว การให้กำลังใจซึ่งกันและกันก็สิ่งสำคัญ โดยทำกิจกรรมที่ชื่นชอบร่วมกัน เพื่อให้ผ่อนคลายเกิดความเพลิดเพลิน และการ

แสดงความห่วงใยโดยกล่าวกระตุ้นเตือนด้วยความห่วงใย การชวนพูดคุย การพูดปลอบใจ ปลอบโยน เพื่อให้ผู้ป่วยลดความวิตกกังวล ลดความตึงเครียด

เห็นได้ว่าการดูแลผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดทั้งทางร่างกาย และมีปัญหาทางด้านความคิด สติปัญญา หรือการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ เป็นงานที่ไม่สามารถคาดคะเนล่วงหน้าได้ว่าอาการ หรือพฤติกรรมดังกล่าวจะเกิดขึ้นเมื่อใด ทำให้ญาติผู้ดูแลรู้สึกที่ต้องติดอยู่กับความรับผิดชอบในการให้การดูแล (Givens et al., 2014) ต้องทุ่มเทกำลังกายและกำลังใจในการดูแล เพราะงานที่ญาติผู้ดูแลรับผิดชอบต้องตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม หากญาติผู้ดูแลที่ทำหน้าที่รับผิดชอบให้การดูแลเป็นระยะเวลาที่ยาวนานย่อมเกิดความเหนื่อยล้าขึ้นและอาจนำไปสู่การจัดการกับความเครียดที่ไม่เหมาะสมและส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพได้ (Chen, Chen, & Chu, 2015)

นอกจากนั้นมีการศึกษาในต่างประเทศเกี่ยวกับญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุ เรื่องการศึกษา ประสิทธิภาพของหญิงวัยสูงอายุที่ให้การดูแลและอาศัยร่วมกับคู่ชีวิตที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ของเฮดสตรอมและอีวานอฟ (Hedstrom & Ivanoff, 2012) พบว่า ระยะเวลาให้การดูแลตั้งแต่ 2 ถึง 15 ปี เฉลี่ย 7 ปี 5 เดือน ให้มุมมองจากการเป็นผู้ให้การดูแลว่าเป็นความรู้สึกไม่แน่นอนไม่สามารถทำนายว่าจะเกิดอะไรขึ้นในอนาคต เสมือนการอาศัยอยู่ร่วมกับชายแปลกหน้า กล่าวหาเหตุการณ์เจ็บป่วยจะเกิดขึ้นซ้ำ และต้องกระทำการเป็นผู้เจรจาต่อรองทั้งต่อผู้ป่วย ต่อตนเองและเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ เป็นผลให้ตนเองรู้สึกเหนื่อยล้ากับการต้องเตรียมตัวให้พร้อมตลอดเวลาที่จะช่วยเหลือสามี จึงมีความต้องการเวลาพักเป็นการส่วนตัว ต้องการข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และการได้รับความช่วยเหลือสนับสนุนอย่างต่อเนื่องจากเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ หากการเข้ารับบทบาทการเป็นญาติผู้ดูแลด้วยความรู้สึกว่าไม่มีทางเลือกยิ่งพบว่ามีความสัมพันธ์กับความเครียดทางด้านอารมณ์ในระดับสูง และมีความตึงเครียดทางร่างกาย ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพทางด้านลบ (Schulz et al., 2012)

กล่าวได้ว่ากิจกรรมการดูแลนั้นต้องสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ไม่ว่าจะเป็นปัญหาทางด้านร่างกายจากโรค หรือข้อจำกัดทางร่างกายของผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ที่ญาติผู้ดูแลต้องให้การช่วยเหลือดูแลตั้งแต่กิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน กิจวัตรประจำวัน ที่ต่อเนื่องและซับซ้อน และการดูแลรักษาที่เฉพาะเจาะจงของแต่ละโรค ตลอดจนให้การดูแลปัญหาด้านจิตใจ และด้านสังคมต่อผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ซึ่งเป็นผลกระทบโดยตรงจากโรค หรือผลกระทบจากการเจ็บป่วยที่ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกต่อตนเองในด้านลบ ดังนั้นเป้าหมายการดูแลของญาติผู้ดูแลที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง คือ เพื่อให้ผู้ได้รับการดูแลบรรลุถึงปัจจัยพื้นฐานของการดำรงชีวิต และได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและเชื่อมโยงกันอย่างเป็นองค์รวม มีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุด

เท่าที่จะกระทำได้ ในขณะที่วัยกันญาติผู้ดูแลต้องดูแลตนเอง ใส่ใจในการเข้าร่วมวิธีการดำเนินชีวิตให้แข็งแรงสมบูรณ์เพื่อพัฒนาสุขภาพและป้องกันหรือลดความเหนื่อยล้าในการเป็นผู้ดูแล เพื่อให้มีภาวะสุขภาพที่ดี สามารถตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง

ภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล

องค์การอนามัยโลก ได้บัญญัติคำจำกัดความของคำว่า สุขภาพ ไว้ว่า สุขภาพ หมายถึง ภาวะที่สมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม ประกอบกัน ไม่ใช่แค่เพียงการปราศจากโรคภัยไข้เจ็บหรือความพิการเท่านั้น (World Health Organization, 1948) พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ได้ให้ความหมายของคำว่า สุขภาพ (Health) ไว้ว่า สุขภาพ หมายถึง ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญา และทางสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล (พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550)

โอเร็ม (Orem, 2001) ได้ให้ความหมายของภาวะสุขภาพว่า เป็นภาวะที่มีความสมบูรณ์แข็งแรง คือคนที่มีโครงสร้างที่สมบูรณ์และการทำหน้าที่ของตนได้ ภาวะสุขภาพประกอบด้วยด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ประกอบกัน นอกจากนั้นได้มีการกล่าวถึงความผาสุก (Orem, 2001) ก็คือเป็นภาวะของการรับรู้ถึงการปรากฏอยู่ของตนเอง แสดงออกด้วยความพึงพอใจ ความสุข ความยินดี โดยผ่านประสบการณ์ทางจิตวิญญาณและผ่านทางการรับรู้ส่วนบุคคล

ดังนั้นสุขภาพ หมายถึง การดำรงชีวิตที่มีความสมบูรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล ซึ่งตัวกำหนดภาวะสุขภาพของแต่ละบุคคลจะมีการเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ โดยสาเหตุการเปลี่ยนแปลงอาจมีความแตกต่างกันไป เช่น เปลี่ยนแปลงจากการเรียนรู้ตามวุฒิภาวะหรือวิธีการดำรงชีวิต ความเชื่อ พฤติกรรม สภาพความเป็นอยู่ (Orem, 2001) การทบทวนวรรณกรรมภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลพบว่า การดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยติดเตียง ทำให้ญาติผู้ดูแลมีบทบาทหน้าที่เพิ่มขึ้นหลายด้าน มีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการดำเนินชีวิตประจำวัน ต้องทำหลายบทบาทพร้อมกันก่อให้เกิดความกดดัน ส่งผลให้เกิดความเครียดและรู้สึกเหนื่อยล้า (สมทรง จุไรทัศน์ย์, 2555)

ในปัจจุบันมีผู้เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง พิกัด หรือมีข้อจำกัดในการดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้น ประกอบกับจำนวนเตียงไม่เพียงพอในการรองรับผู้ป่วย เมื่อพ้นจากภาวะวิกฤติหรือฉุกเฉินจึงต้องกลับไปดูแลรักษาต่อที่บ้าน ทำให้ญาติผู้ดูแลต้องทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านทั้งที่รู้สึกว่ายังไม่ได้รับการเตรียมความพร้อมที่จะให้การดูแล ขาดความรู้ในการให้การดูแลที่เหมาะสม และได้รับคำแนะนำเพียงเล็กน้อยจากทีมสุขภาพ (Reinhard et al., 2008) อีกทั้งเป็นงานที่ทำตั้งแต่เช้าจรดเย็น

และไม่เว้นแม้แต่กลางคืน เพราะผู้ป่วยโรคเรื้อรังต้องการความช่วยเหลือตลอดเวลา (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม และคณะ, 2553) จากกิจกรรมการให้การช่วยเหลือผู้ป่วยทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ การดูแลทางด้านร่างกาย การสนับสนุนทางอารมณ์และจิตใจ การเป็นสื่อกลางระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ และทางด้านการเงิน ญาติผู้ดูแลย่อมได้รับผลกระทบทางด้านลบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลประสบความเครียดเรื้อรังซึ่งจะส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลโดยตรง โดยเฉพาะญาติผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสที่มีปัญหาสุขภาพอยู่เดิมและเป็นผู้สูงอายุด้วยกันทั้งคู่ ด้วยภาระงานการดูแลผู้ป่วยที่ญาติผู้ดูแลจะต้องรับผิดชอบมีมากมาย รวมทั้งการดูแลที่ยาวนานรวมกับปัญหาของญาติผู้ดูแลโดยตรง และจากปัจจัยเงื่อนไขที่สำคัญ ได้แก่ อายุ เพศ ระยะเวลาการสังคมชนบทธรรมเนียมประเพณี สภาพที่อยู่อาศัย ระบบครอบครัว แบบแผนการดำเนินชีวิต ภาวะสุขภาพปัจจัยทางระบบสุขภาพ แหล่งประโยชน์ และประสบการณ์ที่สำคัญในชีวิต ที่ส่งผลกระทบต่อ การดูแล ทำให้ญาติผู้ดูแลมีภาระเพิ่มขึ้น และเหน็ดเหนื่อย ท้อแท้ จนเกิดเป็นความรู้สึก อ่อนล้า (สมทรง จุไรทัศน์ย์, 2555)

การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว ก่อให้เกิดความรู้สึกถึงภาระในการดูแลซึ่ง เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นโดยไม่พึงปรารถนา และก่อให้เกิดความรู้สึกยากลำบากในการดูแล มอนโกเมอรี และคณะ (Montgomery, Stull, & Borgatta, 1985) แบ่งออกได้เป็น 1) ภาระเชิงอัตนัย (subjective burden) หมายถึง อารมณ์ ความรู้สึก ทศนคติของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับการตอบสนองต่อประสบการณ์หรือสถานการณ์จากการให้การดูแล และ 2) ภาระเชิงปรนัย (objective burden) เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นมากจากภาระหน้าที่ ความรับผิดชอบ เกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลโดยตรง เช่น ทำให้ความ เป็นส่วนตัว ความมีอิสระ การเข้าสังคมลดลง และมีการศึกษาวิเคราะห์โน้ตสนธิ์เรื่องภาระการดูแล ของญาติผู้ดูแล ประกอบด้วย 4 มิติ (Chou, 2000) ได้แก่ 1) ภาระของญาติผู้ดูแลเป็นการรับรู้ส่วนบุคคล (subjective perception) ในกระบวนการประเมินหรือตัดสินสถานการณ์ขึ้นอยู่ กับประสบการณ์ การรับรู้ รวมถึงระดับความรุนแรงของความเจ็บป่วยของผู้รับการดูแล 2) ภาระของ ญาติผู้ดูแลเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นหลายมิติ (multidimensional phenomena) ซึ่งครอบคลุมทั้งด้าน ร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ 3) ภาระของญาติผู้ดูแลเป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นตลอดเวลา (dynamic change) เนื่องจากการเพิ่มขึ้นของความยากลำบากในการดูแลตนเองของผู้รับการดูแลและ ความคาดหวังของครอบครัว และ 4) ภาระของญาติผู้ดูแลจะเพิ่มขึ้นได้เสมอ (overload) ซึ่งเป็นผล จากความไม่สมดุลของความต้องการและแหล่งช่วยเหลือสนับสนุนที่มีอยู่

มีงานวิจัยที่ศึกษาการรับรู้ถึงภาระการดูแลเชิงอัตนัยในญาติผู้ดูแลที่ให้การดูแลที่บ้าน ของริงเกอร์และคณะ (Ringer et al., 2016) พบว่าความรู้สึกถึงภาระการดูแลเชิงอัตนัยสูงขึ้นในญาติ ผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เปราะบาง เช่นเดียวกับการศึกษาของโอเดนแคมป์และคณะ

(Oldenkamp et al., 2016) ศึกษาเปรียบเทียบภาระการดูแลเชิงอัตนัยระหว่างญาติผู้ดูแลที่เป็นคู่สามีภรรยาที่อยู่ในวัยสูงอายุและบุตรที่ทำหน้าที่ดูแลบิดามารดาที่อยู่ในวัยสูงอายุ พบว่า ญาติผู้ดูแลที่เป็นคู่สามีภรรยาที่อยู่ในวัยสูงอายุรับรู้ถึงภาระการดูแลเชิงอัตนัยสูงกว่าจากการให้การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพที่แย่ลง และพบว่าญาติผู้ดูแลที่เป็นคู่สามีภรรยามีปัญหาสุขภาพทางจิตใจ สุขภาพทางร่างกาย ปัญหาความยุ่งยากในการทำกิจวัตรประจำวัน และขาดแหล่งช่วยเหลือสนับสนุนในการดูแลเมื่อเปรียบเทียบกับบุตรที่ทำหน้าที่ดูแลบิดามารดาที่อยู่ในวัยสูงอายุ

งานวิจัยส่วนใหญ่ชี้ให้เห็นว่าผลกระทบต่อญาติผู้ดูแลมีทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม เป็นต้นว่า มีความเหน็ดเหนื่อยจากการดูแล รับรู้ถึงภาระของญาติผู้ดูแล (ปีติพร สิริทิพากร และวิรัชศักดิ์ เมืองไพศาล, 2558) ภาวะสุขภาพที่ทรุดโทรมลง มีอาการปวดศีรษะ ปวดเมื่อยร่างกาย วิดกกังวล น้ำหนักลด มีความเครียด (วารุณี พลิกบัว, สายพิน เกษมกิจวัฒนา, รุ่งนภา ผาณิตรัตน์ และสุรชาติ จักรภีศิริสุข, 2549; Ritteeveerakul, 2005) นอนไม่หลับ (วารุณี พลิกบัว และคณะ, 2549; Fredman et al., 2014) รู้สึกท้อแท้ โดดเดี่ยว (Ekwall, Sivberg, & Hallberg, 2005) กัดฟัน เบื่อหน่าย ซึมเศร้าจากอาการและพฤติกรรมของผู้ป่วยที่รบกวนสุขภาพจิตใจ (Givens et al., 2014) หากผลกระทบที่เกิดขึ้นไม่ได้รับความสนใจและปล่อยให้ดำเนินต่อไปจนนำไปสู่การจัดการกับความเครียดที่ไม่เหมาะสม (Chen et al., 2015) จะมีผลต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง (จิราพร ทองดี, ดาราวรรณ รองเมือง, และนันทนา นาคฉัตรีย์, 2555) ทำให้มีความจำกัดในการดูแลและอาจไม่สามารถรับภาระในการดูแลได้อีกต่อไป (วารุณี พลิกบัว และคณะ, 2549) นอกจากนี้ญาติผู้ดูแลยังต้องปรับบทบาทหน้าที่ให้เข้ากับสถานการณ์ซึ่งรวมถึงภาระค่าใช้จ่ายที่เพิ่มมากขึ้นจากค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วย และในญาติผู้ดูแลบางรายอาจต้องลางาน/หยุดงานชั่วคราว ลาออกจากงานประจำ หรือเปลี่ยนงานเพื่อมาให้การดูแลผู้ป่วยอย่างเต็มที่ (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม และคณะ, 2543; โรชนี อุปรา และคณะ, 2554; อรวิฐ กาญจนจारी และคณะ, 2560; Ho, Chan, Woo, Chong, & Sham, 2009) แต่ถึงอย่างไรก็มีผลดีจากการเป็นญาติผู้ดูแล เช่น รู้สึกเป็นสุข ภูมิใจ มีปฏิสัมพันธ์ดีขึ้นกับผู้รับการดูแล ได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว ญาติ เพื่อน และเพื่อนบ้านเพิ่มขึ้น (Yothayai, 2004) อีกทั้งยังรู้สึกถึงความพึงพอใจในชีวิต (Givens et al., 2014)

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลวัยผู้ใหญ่ตอนปลายถึงวัยสูงอายุ พบว่า ส่วนใหญ่ญาติผู้ดูแลอยู่ในวัยผู้ใหญ่ แต่ก็มีถึงร้อยละ 15 ที่อยู่ในวัยสูงอายุ (มากกว่า 65 ปี) ภาวะสุขภาพทางกายและภาวะสุขภาพทางจิตได้รับผลกระทบมาจากความแตกต่างด้าน เพศ และระยะเวลาในการให้การดูแล ความเปลี่ยนแปลงทั้งในด้านภาวะสุขภาพร่างกายและภาวะสุขภาพทางจิตใจเริ่มถดถอยลงในเพศหญิงหลังจากให้การดูแลเป็นระยะเวลา 2 ปี ส่วนความเปลี่ยนแปลง

ด้านภาวะสุขภาพทางจิตใจเริ่มถดถอยแย่ลงในเพศชายหลังจากให้การดูแลเป็นระยะเวลา 4 ปี (Kenny, King, & Hall, 2014) เช่นเดียวกับ พอร์ล และคณะ (Pawl, Lee, Clark, & Sherwood, 2013) ที่ศึกษาเรื่องการนอนหลับและผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งสมองปฐมภูมิ พบว่า โรคประจำตัว และเพศ เป็นตัวแปรอิสระที่ช่วยทำนายภาวะสุขภาพด้านร่างกาย เนื่องจากตัวชี้วัดทางภูมิคุ้มกัน (immune biomarker) ลดลงจึงทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ส่วนคุณภาพการนอนหลับและเพศหญิงเป็นปัจจัยสำคัญในการทำนายคุณภาพชีวิต อาการซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลและการสูบบุหรี่ และแหล่งช่วยเหลือสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพการนอนหลับ และการศึกษาของ มูนและแอนเดอร์สัน (Moon & Anderson, 2015) ศึกษาญาติผู้ดูแลรุ่นเบบี้บูมเมอร์ (Baby boomer caregivers) ที่ให้การดูแลที่มีปัญหาความจำเสื่อม พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมีอายุ 47-65 ปี อายุเฉลี่ย 57 ปี ภาวะสุขภาพโดยทั่วไปอยู่ในระดับที่แย่กว่าญาติผู้ดูแลที่อายุน้อยกว่า (Younger baby boomer caregivers) โดยผลกระทบต่อญาติผู้ดูแลทางด้านร่างกาย เช่น รู้สึกว่าการนอนหลับถูกรบกวน เนื่องจากให้การดูแลช่วยเหลือด้านกิจวัตรประจำวันเป็นจำนวนมาก ผลกระทบทางด้านจิตใจ เช่น รู้สึกท้อแท้ ซึมเศร้า หงุดหงิด ขี้ใจร้อน เป็นต้น ผลกระทบทางด้านสังคม เช่น ลดโอกาสในการพบปะสังสรรค์ เข้ากิจกรรมทางสังคม หรือใช้เวลาตนเองในการทำกิจกรรมเพื่อพักผ่อนจิตใจ เป็นต้น

นอกจากนี้มีการศึกษาในต่างประเทศพบว่า ญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุประสบกับปัญหา โดยรู้สึกว่าการดูแลตัวเองเปราะบาง เจ็บป่วยง่าย สุขภาพตนเองแย่ลง (Administration on Aging [AOA], 2014) สภาพจิตใจและอารมณ์ไม่มั่นคง รู้สึกซึมเศร้า วิตกกังวล กัดดัน เครียด ประสิทธิภาพการนอนหลับลดลง (Family Caregiver Alliance, 2016) ไม่มีเวลาออกกำลังกาย ไม่มีเวลาหยุดพักเมื่อเจ็บป่วย และล้มรับประทานยาประจำตัว (Reinhard, Given, Petlick, & Bemis, 2008) เช่นเดียวกับการศึกษาการให้การดูแลของญาติผู้ดูแลในประเทศอเมริกา พบว่า ญาติผู้ดูแลที่เปราะบางต่อปัญหาสุขภาพเป็นผู้ที่ให้การดูแลหลายชั่วโมงต่อวัน รองลงมา คือ ให้การดูแลผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพจิต อาศัยอยู่ร่วมกับผู้ป่วย ให้การช่วยเหลือดูแลงานด้านการรักษาพยาบาล และทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักตามลำดับ (The National Alliance for Caregiving [NAC] and the AARP Public Policy Institute, 2015) ปัญหาจากภาระงานของญาติผู้ดูแลเหล่านี้ถ้าไม่ได้รับการช่วยเหลือหรือส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลดูแลสุขภาพตนเอง จะก่อให้เกิดปัญหาคุณภาพการดูแลและส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของทั้งผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลเองได้

งานวิจัยในญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุ ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ หรือส่งผลต่อภาวะสุขภาพ วิลเลตต์ และคณะ (Willette-Murphy, Todero & Yeaworth, 2006) ศึกษาภาวะ

สุขภาพจิตและการนอนหลับของญาติผู้ดูแลที่เป็นภรรยาผู้สูงอายุที่ดูแลสามีป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม พบว่า ภาวะสุขภาพจิตและคุณภาพการนอนหลับอยู่ในระดับต่ำ การให้การดูแลและการประเมินความเหนื่อยล้าจากการให้การดูแลเป็นตัวแปรที่ส่งผลกระทบต่อทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อภาวะสุขภาพจิต (Koyama et al., 2017) การนอนหลับที่มีประสิทธิภาพเป็นปัจจัยทำนายที่ดีต่อภาวะสุขภาพจิต อีกทั้งพบความชุกของปัญหาคุณภาพการนอนหลับถึงร้อยละ 20 ที่ไม่พึงพอใจในการนอนหลับของญาติผู้ดูแล โดยประเมินจากความรู้สึกเหนื่อยล้าและความรู้สึกหมดแรงเกือบตลอดเวลาในช่วงระยะเวลา 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา (Gibson, Gander, Alpass, & Stephens, 2015) ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะสุขภาพทางด้านร่างกายและจิตใจ (Chen et al., 2015) ลิตวิน และคณะ (Litwin, Stoeckel, & Roll, 2014) ศึกษาสัมพันธภาพและอาการซึมเศร้าในญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อาศัยร่วมกับผู้รับการดูแล พบว่าการให้การดูแลโดยบุคคลในครอบครัวก่อให้เกิดผลกระทบต่อภาวะสุขภาพทางด้านจิตใจ เช่น ความตึงเครียดและรับรู้ได้ถึงอาการซึมเศร้า และโดยเฉพาะอย่างยิ่งญาติผู้ดูแลที่รับรู้ถึงความตึงเครียดมีความเสี่ยงที่จะเสียชีวิตสูงถึง 63% (Schulz & Beach, 1999) แต่ถึงอย่างไร ประเภทและความใกล้ชิดของสัมพันธภาพระหว่างญาติผู้ดูแลและผู้รับการดูแลสามารถลดอาการซึมเศร้าลงในญาติผู้ดูแลได้ โดยเมื่อญาติผู้ดูแลให้การดูแลด้วยความมั่นใจ และมีความรู้สึกผูกพัน สัมพันธภาพที่ดีจึงช่วยลดอาการซึมเศร้าได้

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าบางการศึกษาที่ไม่ได้เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพโดยตรง เช่น การศึกษาของ กัวเร่ และคณะ (Guere, Figueiredo, Patrao, & Sousa, 2016) เรื่อง ความสมบูรณ์ของครอบครัวที่มีญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุดูแลบุคคลที่ป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม พบว่า ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่รับรู้ถึงความสมบูรณ์ของครอบครัวมีแนวโน้มที่ยอมรับและรับมือกับบทบาทใหม่ในการให้การดูแลได้ดี มีความพึงพอใจในชีวิตและมีความสัมพันธ์ที่ดีกับสมาชิกในครอบครัว เนื่องจากได้รับการช่วยเหลือในการดูแล (Givens et al., 2014) แตกต่างกับอีกสองกลุ่มที่รับรู้ถึงผลลัพธ์ในด้านลบจากการดูแล คือ กลุ่มที่รู้สึกไม่มีความพึงพอใจในการให้การดูแลจะยึดถือเป้าหมาย และแนวความคิดของตัวเองเป็นหลัก อีกกลุ่ม คือ รู้สึกมีความบาคหมาง เหน็ดเหนื่อยจากครอบครัว จะรู้สึกสิ้นหวัง ขาดการช่วยเหลือ ฟิชแพทริกและวาซ-ฮาเซ (Fitzpatrick, & Vacha-Haase, 2010) ศึกษาเรื่องความพึงพอใจในชีวิตสมรสและความยืดหยุ่นของญาติผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม พบว่า การรับรู้ถึงความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลส่งผลให้ความพึงพอใจในชีวิตสมรสอยู่ในระดับต่ำ อันเนื่องมาจากการดูแลที่มากมาย ทำให้ไม่รู้สึกถึงความพึงพอใจและการมีความสุขของการใช้ชีวิตคู่ อีกทั้งจำนวนภาระงานที่ให้การดูแลและประเด็นทางด้านจิตใจ

ที่รวมถึงเป้าหมายในชีวิต ความรู้สึกเหนื่อยล้า และคุณภาพชีวิตส่วนบุคคลช่วยทำนายภาวะซึมเศร้าในญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุได้ถึงร้อยละ 56 (Chow & Ho, 2012)

การรับบทบาทเป็นญาติผู้ดูแลโดยทั่วไปไม่ว่าจะอยู่ในวัยผู้ใหญ่ หรือวัยสูงอายุล้วนได้รับผลกระทบทั้งทางบวกและทางลบจากการเป็นญาติผู้ดูแล แต่สิ่งหนึ่งที่ญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุแตกต่างจากญาติผู้ดูแลวัยผู้ใหญ่ คือ ความเปราะบางที่ต้องเผชิญกับความสูงวัย ความเสื่อมถอยของสมรรถภาพทางร่างกายและจิตใจของตนเอง และประเด็นปัญหาสุขภาพ อีกทั้งยังต้องเผชิญกับความรับผิดชอบในการดูแลบุคคลอื่นในครอบครัวที่อยู่ในวัยสูงอายุเช่นเดียวกัน (Steiner et al., 2008) เนื่องจากกิจกรรมการดูแลเป็นงานที่หนัก และมีความซับซ้อนมากขึ้นในผู้สูงอายุที่มีความเจ็บป่วยรุนแรง และพึ่งพาตนเองได้น้อย (ณัฐรฤกฤดา เขาวนักรักษ์ และรังสิมันต์ สุนทรไชยา, 2560) จึงมีผลให้ภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุแย่ลง และสะท้อนให้เห็นถึงคุณภาพชีวิตที่ลดลงได้

ภาวะสุขภาพเป็นการรับรู้ส่วนบุคคล สามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลาขึ้นกับปัจจัยต่างๆ การให้การดูแลบุคคลอื่นถือเป็นบทบาทที่เพิ่มเติมมาอีกบทบาทหนึ่งของญาติผู้ดูแล นอกเหนือจากการดูแลตนเอง การให้การดูแลผู้ที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง หรือช่วยเหลือตนเองได้น้อย หรือต้องดูแลทำกิจกรรมการพยาบาลให้ ทำให้ญาติผู้ดูแลรู้สึกถึงความเครียดเรื้อรัง รู้สึกถึงความเหนื่อยล้า และไม่สามารถคาดการณ์ได้ว่าบทบาทนี้จะสิ้นสุดเมื่อใด จึงส่งผลกระทบต่อสุขภาพของญาติผู้ดูแลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม การสร้างเสริมสุขภาพให้ญาติผู้ดูแลสนใจและตระหนักถึงการดูแลตนเองจึงมีส่วนสำคัญ เพื่อที่ญาติผู้ดูแลรับรู้ถึงการมีคุณค่า เป็นประโยชน์ เป็นที่ต้องการ และสามารถทำหน้าที่ผู้ดูแลได้อย่างดีต่อไป

แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับการดูแลตนเองของโอเร็ม

การดูแลตนเอง

โอเร็ม (Orem, 2001) ได้ให้ความหมายของการดูแลตนเองไว้ว่าเป็นการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ที่บุคคลริเริ่มกระทำด้วยตนเองเพื่อให้เกิดประโยชน์ในการดำเนินชีวิต สุขภาพ และความ เป็นอยู่ที่ดี รวมถึงการหลีกเลี่ยงจากโรคร้าย หรือภัยอันตรายต่างๆ ที่คุกคามชีวิต การดูแลตนเองเป็น การกระทำของบุคคลที่ตั้งใจ และมีเป้าหมาย ซึ่งแต่ละบุคคลจะมีศักยภาพและความสามารถในการดูแลตนเองที่แตกต่างกัน

โอเร็ม (Orem, 2001) แบ่งความต้องการในการดูแลตนเองที่จำเป็น (Self-care requisite) ออกเป็น 3 ด้าน ดังนี้

1. การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (Universal self-care requisite) เป็นพื้นฐานในการดูแลตนเองของมนุษย์ทุกคนตลอดทั้งชีวิตตามอายุ พัฒนาการ สิ่งแวดล้อมและปัจจัยอื่นๆ เพื่อคงไว้ซึ่งโครงสร้างหน้าที่ และการทำงานของร่างกาย ซึ่งมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล กิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป ได้แก่

1.1 การคงไว้ซึ่งอากาศ น้ำ และอาหารที่เพียงพอ ในแต่ละวัน ญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุควรดื่มน้ำเปล่าอย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว ความต้องการพลังงานในแต่ละวัน ประมาณ 1,850-2,000 กิโลแคลอรี (ไกรสิทธิ์ ตันติศิริพันธ์ และอุรวรรณ แยมบริสุทธิ, 2559) โดยเลือกรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม และคณะ, 2553) และหลากหลาย อาจแบ่งมื้ออาหารเป็น 4-5 มื้อ โดยมื้อหลักเป็นมื้อกลางวัน และเพิ่มมื้อสาย และบ่าย

1.2 การคงไว้ซึ่งการขับถ่ายและการระบายให้เป็นไปตามปกติ ดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคลและสิ่งแวดล้อมให้ถูกสุขลักษณะ โดยญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุควรเลือกรับประทานอาหารที่มีกากใย หรือฝึกการขับถ่ายให้เป็นเวลา

1.3 การคงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการทำกิจกรรมและการพักผ่อน ในญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุควรนอนหลับให้เพียงพอ หมั่นออกกำลังกายโดยเลือกวิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับวัยและสภาพร่างกายของตนเอง หรือหากิจกรรมที่ทำให้ตนเองได้พักผ่อนหย่อนใจ

1.4 การคงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างความเป็นส่วนตัวและการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม โดยญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุเปิดใจยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งของตนเอง ยอมรับความคิดเห็นของสมาชิกในครอบครัวมากขึ้น ไม่เก็บตัวหรือแยกตัวเองออกจากครอบครัว หรือสังคม พยายามเข้าไปมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมต่างๆ ของครอบครัว ชุมชนหรือสังคม

1.5 การป้องกันอันตรายต่างๆ ต่อชีวิต การทำหน้าที่ และความผาสุก ในญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุควรดูแลตนเองโดยการรับประทานยาสม่ำเสมอในผู้ที่มีโรคประจำตัว หาวเวลาไปพบแพทย์ตามนัด หมั่นสังเกตอาการผิดปกติต่างๆ ของร่างกาย จัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัยเพื่อป้องกันอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้น

1.6 ส่งเสริมการทำหน้าที่และพัฒนาการในสังคม ตลอดจนค้นหา ใฝ่ใจในความผิดปกติที่เกิดขึ้นในเบื้องต้น โดยญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุมีความยืดหยุ่นในเรื่องต่างๆ พยายามช่วยเหลือตนเองให้มากที่สุด และขอรับความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว หรือบุคคลรอบข้าง

2. การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ (Developmental self-care requisite) เป็นความเกี่ยวข้องกับมิติของพัฒนาการของมนุษย์ซึ่งมีความซับซ้อน เนื่องจากแต่ละบุคคลเติบโต

มาด้วยความแตกต่าง ทำให้มีความเป็นปัจเจกบุคคล ตามสภาวะเงื่อนไขและแหล่งช่วยเหลือสนับสนุน รวมถึงความหลากหลายของครอบครัว ชุมชน สังคม และการสูญเสียจากเหตุการณ์ที่มีผลเสียหรือเป็นอุปสรรคต่างๆ สามารถส่งผลกระทบต่อพัฒนาการของบุคคล การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการประกอบด้วย 1) การพัฒนาความสามารถที่ช่วยส่งเสริม สนับสนุนพฤติกรรมที่ช่วยป้องกันเหตุการณ์ที่เป็นอันตรายต่อชีวิตและระยะพัฒนาการที่ช่วยให้บุคคลเจริญเข้าสู่วุฒิภาวะในวัยต่างๆ เช่น การดูแลตนเองที่จำเป็นสำหรับญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุให้ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพและการดูแลตนเองที่ดี และ 2) การพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง สนับสนุน ส่งเสริมให้มีประสบการณ์เพื่อลดหรือฟื้นฟาคือเหตุการณ์ที่คุกคาม ซึ่งส่งผลเสียต่อชีวิตและพัฒนาการ โดยในญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุอาจได้รับผลกระทบจากการให้การดูแลผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ดังนั้นความสามารถในการดูแลตนเองอาจไม่เพียงพอกับความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด จึงจำเป็นต้องขอรับคำปรึกษา ขอความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว ญาติ เพื่อนสนิท หรือบุคลากรทีมสุขภาพเพื่อให้สามารถพึ่งพิงและดูแลตนเองได้

3. การดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ (Health deviation self-care requisite) เกิดขึ้นเนื่องจากการเจ็บป่วยหรือการได้รับบาดเจ็บตามลักษณะของพยาธิสภาพรวมถึงความผิดปกติของโครงสร้าง หรือความพิการของร่างกาย และโรคหรือความเจ็บป่วยจากการได้รับการวินิจฉัย และการรักษาของแพทย์ เมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงต่อภาวะสุขภาพที่ก่อให้เกิดการพึ่งพิงอาจจะบางส่วนหรือทั้งหมดเพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิตและสวัสดิภาพของตน สถานะของบุคคลจึงมีการเปลี่ยนแปลงจากผู้ดูแลตนเองกลายเป็นผู้รับการดูแล เมื่อมีความต้องการการดูแลเกิดขึ้น ย่อมเกิดกิจกรรมการดูแลจากญาติผู้ดูแลตามมา และเมื่อผู้ให้การดูแลเป็นสมาชิกในครอบครัวที่อยู่ในวัยสูงอายุควรได้รับการดูแลเอาใจใส่ตนเองมากขึ้น เช่น เมื่อรู้สึกไม่ค่อยสบาย หรือสงสัยว่าจะมีอาการผิดปกติบางอย่าง สามารถดูแลตนเองในเบื้องต้นได้เพื่อบรรเทาอาการไม่สบายที่เกิดขึ้น แต่หากมีโรคประจำตัว หรือมีอาการเจ็บป่วยที่รุนแรง จึงแสวงหาการดูแลรักษาที่เหมาะสมจากแพทย์ ตั้งใจปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ มาพบแพทย์ตามนัด ยอมรับด้านอัตมโนทัศน์ต่อความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น และเรียนรู้ที่จะมีชีวิตร่วมอยู่กับผลของพยาธิสภาพ แผนการรักษา ตลอดจนจัดรูปแบบการดำเนินชีวิตเพื่อส่งเสริมให้สามารถพัฒนาตนเองได้อย่างต่อเนื่องตามความสามารถที่เหลืออยู่

ด้วยการดูแลที่ต้องใช้ความพยายาม ความอดทน เนื่องจากความเจ็บป่วยที่เปลี่ยนแปลงทำให้ต้องมีการจัดการแก้ไขปัญหามาในทุกวัน ผวนกับผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ

ของญาติผู้ดูแลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ญาติผู้ดูแลควรได้รับการส่งเสริมสุขภาพในการดูแลตนเอง เพื่อลดความเหนื่อยล้าจากการให้การดูแล อีกทั้งเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพ คุณภาพชีวิตของบุคคลที่ได้รับการดูแล (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม และคณะ, 2553) สามารถปฏิบัติได้ดังนี้

ขั้นแรก เป็นการปรับความคิด หรือทัศนคติของญาติผู้ดูแลว่าการแบ่งเวลาเพื่อมาดูแลตนเองนั้นไม่ใช่การเห็นแก่ตัว

ขั้นที่สอง ญาติผู้ดูแลควรสำรวจความเครียดของตนเอง และหาหนทางป้องกันหรือจัดการกับความเครียด

ขั้นที่สาม ตั้งเป้าหมายในการดูแลโดยเริ่มจากเรื่องที่สามารถทำได้ง่ายก่อน แล้วค่อยๆ ตั้งเป้าหมายที่สูงขึ้น

ขั้นที่สี่ ดูแลเอาใจใส่ตนเองตลอดจนหาแหล่งช่วยเหลือ สนับสนุนควบคู่กันไป ดังนี้

- 1) ด้านร่างกาย โดย รับประทานอาหารที่มีคุณค่า ครบ 5 หมู่ รวมทั้งการดื่มน้ำที่สะอาด หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ หรือการสูบบุหรี่ นอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ 6-8 ชั่วโมงต่อคืน หรือหาเวลาผ่อนคลายสั้นๆ 10-30 นาที ในแต่ละวัน ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อยครั้งละ 20-30 นาที 3 ครั้งต่อสัปดาห์ หรือใส่กิจกรรมการออกกำลังกายไปในกิจวัตรประจำวันของตนเอง ทำหลายกิจกรรมไปพร้อมกันในเวลาเดียว และจัดลำดับกิจกรรมที่สามารถทำต่อเนื่องกันไปได้ด้วยตนเอง เพื่อจะได้มีช่วงเวลาดูแลตัวเองสั้นๆ หากกิจกรรมใดที่เกินความสามารถก็ควรขอหรือขอความช่วยเหลือจากสมาชิกคนอื่นในครอบครัว
- 2) ด้านจิตใจ เช่น ให้กำลังใจแก่ตัวเอง เช่น ชื่นชมตัวเองอย่างสม่ำเสมอ มองโลกในหลายๆ มุม คิดบวก มีอารมณ์ขันอยู่เสมอ เป็นต้น หรือขอคำปรึกษาหารือจากสมาชิกในครอบครัว หรือเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ และ
- 3) ด้านสังคม เช่น ควรมีการพบปะสนทนา แลกเปลี่ยนข้อมูล ความคิดเห็นซึ่งกันและกันกับญาติผู้ดูแลที่มีประสบการณ์เช่นเดียวกัน เป็นต้น

ความสามารถของบุคคลที่ดูแลบุคคลที่ต้องการพึ่งพิง (Dependent care agency)

ปัจจุบันการดูแลบุคคลที่ต้องการการพึ่งพิงมีความสำคัญมากขึ้นในสังคม เนื่องจากมีการเพิ่มจำนวนของผู้สูงอายุ ผู้เจ็บป่วยเรื้อรัง ผู้ที่ทุพพลภาพ และผู้ที่มีความต้องการการดูแลที่ยุ่งยากซับซ้อนจนเกินขีดความสามารถที่จะตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเองได้เพียงลำพัง บุคคลในครอบครัวหรือญาติผู้ดูแลจึงเข้ามามีบทบาทเพิ่มมากขึ้น ผู้ให้การดูแลบุคคลที่ต้องการพึ่งพิง (Dependent care agent) ของ โอเร็ม (Orem, 2001) มีแนวคิดสำคัญ 2 ส่วน คือ 1) ความรับผิดชอบของบุคคลในการจัดการดูแลสุขภาพของตนเอง (Self-care) เป็นความพยายามของแต่ละบุคคล

เป็นพฤติกรรมการเรียนรู้ ซึ่งมีลักษณะของการกระทำที่จิตใจโดยรับรู้และตอบสนองความต้องการ การดูแลตนเอง กระทำและพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองทั้งในภาวะปกติและเมื่อเจ็บป่วย เพื่อกระบบการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข และ 2) ความรับผิดชอบของบุคคลในการรับรู้และตอบสนองความต้องการให้แก่บุคคลอื่นที่ต้องพึ่งพิงเป็นบางส่วนหรือทั้งหมด และพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เพื่อคงไว้ซึ่งระบบการดูแลบุคคลในครอบครัว ทั้งสองส่วนที่กล่าวมาอยู่ภายใต้ปัจจัยเงื่อนไขที่สำคัญของบุคคลผู้ให้การดูแล ได้แก่ อายุ เพศ ระยะพัฒนาการ สังคมชนบธรรมเนียมประเพณี สภาพที่อยู่อาศัย ระบบครอบครัว แบบแผนการดำเนินชีวิต ภาวะสุขภาพปัจจัยทางระบบสุขภาพ แหล่งประโยชน์ และประสบการณ์ที่สำคัญในชีวิต อันจะส่งผลกระทบต่อบุคคลอื่นที่ต้องพึ่งพิง แนวคิดเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องการการพึ่งพิงนั้น มีลักษณะคล้ายกับแนวคิดของความสามารถในการดูแลตนเอง ได้แก่ ความสามารถในการคาดการณ์ (Estimative) ปรับเปลี่ยน (Transitional) และลงมือปฏิบัติ (Productive operation) เพื่อที่จะทราบและสนองตอบต่อความต้องการการดูแลทั้งหมดของบุคคลอื่น (สมจิต หนูเจริญกุล, 2544)

จากการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุ ในการศึกษาของลี (Lee, 2009) เรื่องการเปรียบเทียบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของญาติผู้ดูแลที่เป็นภรรยาที่ดูแลสามีที่อาศัยอยู่ในชุมชนเขตเมืองและชนบท พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 53) มีเวลาในการดูแลตนเองน้อยกว่าหรือเท่ากับ 2 ชั่วโมงต่อวัน และจากการตอบแบบสอบถาม พบว่าการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ปฏิบัติเป็นประจำส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การดูแลด้านจิตวิญญาณ และการจัดการความเครียด ส่วนการปฏิบัติด้านการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่กระทำน้อยที่สุด คือด้านการออกกำลังกาย และภาวะโภชนาการ ส่วนการศึกษาของบราวน์ และคณะ (Brown, Chen, Mitchell, & Province, 2007) เรื่องการมองหาความช่วยเหลือโดยสามีวัยสูงอายุที่ให้การดูแลภรรยาที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยการสัมภาษณ์ผู้ดูแลที่รับบทบาทเป็นสามี จำนวน 9 คน พบว่า การหามาได้ซึ่งแหล่งช่วยเหลือที่ไม่เป็นทางการ เช่น ลูกสาวที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกัน ญาติพี่น้อง เพื่อน เพื่อนบ้าน หรือแหล่งช่วยเหลือที่เป็นทางการ ไม่ว่าจะเป็น การบริการช่วยเหลืองานบ้าน สถานดูแลชั่วคราว ซึ่งจากการใช้บริการและได้รับความช่วยเหลือสนับสนุนเหล่านี้มีส่วนให้ญาติผู้ดูแลที่เป็นเพศชาย มีระดับความซึมเศร้า ความเครียด และความเหนื่อยล้าจากการดูแลน้อยกว่าเพศหญิง

งานวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ หรือความสามารถในการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลวัยผู้ใหญ่ตอนปลายถึงวัยสูงอายุ พบว่า ความต้องการการดูแลจำนวนมากส่งผลให้ญาติผู้ดูแลรู้สึกเหนื่อยล้าและไม่สามารถจัดการกับปัญหาได้ แต่หากญาติผู้ดูแลมีการรับรู้ต่อความสามารถของ

ตนเองเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดี สามารถหาแนวทางแก้ไขเพื่อลดการรับรู้ถึงความรู้สึกเหนื่อยล้า ย่อมส่งผลดีต่อสุขภาพทางจิตไปในทิศทางที่ดีขึ้น (Duggleby et al., 2016) เช่นเดียวกับการศึกษาของ สุภาพร แนวบุตร(2558) เรื่อง ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยในครอบครัว พบว่า หลังจากญาติผู้ดูแลเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยการให้ค้นพบสภาพการณ์จริง การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (การตระหนักถึงคุณค่าในตนเองของผู้ดูแล) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง และการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ เป็นระยะเวลา 16 สัปดาห์ ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยในครอบครัวมีความสามารถในการดูแลตนเองดีขึ้นทั้งด้านโภชนาการ การออกกำลังกาย ด้านสังคม ด้านจิตใจ ด้านจิตวิญญาณ และความรับผิดชอบต่อสุขภาพ

ญาติผู้ดูแลอาจได้รับผลกระทบจากการดูแลต่อสุขภาพกาย และสุขภาพจิต ดังนั้นในฐานะญาติผู้ดูแลนอกจากจะรับผิดชอบต่อผู้ป่วยเรียบร้อยแล้ว ควรใส่ใจแบ่งปันเวลามาดูแลสุขภาพของตนเองเช่นกัน เพื่อจะได้สามารถปรับตัวให้มีความสุขกับบทบาทหน้าผู้ดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ก่อให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งผู้ป่วยเรื้อรังและญาติผู้ดูแล

สรุปสิ่งที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม

ประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างชัดเจน จำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นพร้อมกับจำนวนผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเนื่องจากความเสื่อมตามวัย ทำให้รูปแบบการดูแลด้านสุขภาพเปลี่ยนแปลงไป คือ ต้องการการดูแลที่ต่อเนื่องเชื่อมโยงกันเป็นระบบในระยะยาวที่มากขึ้น ผู้สูงอายุเป็นบุคคลกลุ่มหนึ่งที่ต้องการการพึ่งพิงจากผู้อื่นและหากว่ามีโรคเรื้อรัง มีความบกพร่องหรือข้อจำกัดในการดูแลตัวเอง ย่อมต้องการการดูแล ครอบครัวจึงถือได้ว่าเป็นเครือข่ายการดูแลที่สำคัญของผู้สูงอายุ แต่เนื่องจากการลดลงของศักยภาพในการดูแลครอบครัวทำให้ในปัจจุบันแนวโน้มของผู้ดูแลเป็นวัยสูงอายุเพิ่มมากขึ้น สมาชิกในครอบครัวผู้เข้ามารับบทบาทเป็นญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุต้องให้การดูแลแก่ผู้สูงอายุที่ติดเตียง โดยเริ่มจากการดูแลกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน การดูแลกิจวัตรประจำวันต่อเนื่องซับซ้อน ยิ่งไปกว่านั้นอาจต้องให้การดูแลที่เฉพาะซึ่งเป็นกิจกรรมทางการแพทย์ และยังต้องช่วยสนับสนุนดูแลทางด้านจิตใจ และสังคมไปพร้อมๆ กัน ญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุย่อมได้รับผลกระทบจากการให้การดูแลอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ซึ่งมีทั้งผลกระทบทางด้านบวกและด้านลบ ต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม อันนำมาสู่การเปลี่ยนแปลงรูปแบบการดูแลตนเองและการดำเนินชีวิต ซึ่งส่งผลต่อภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุในอนาคต



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพและการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียง การศึกษาครั้งนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยเรื่อง การศึกษาสถานการณ์ผู้ดูแลที่ทำให้การดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากร คือ ญาติผู้ดูแลทั้งเพศชาย และหญิงที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ให้การดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียง ที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ คือ สมาชิกในครอบครัวทั้งเพศชายและหญิงที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ให้การดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียงที่บ้านมาแล้วไม่น้อยกว่า 1 เดือน เป็นรายที่ได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลรามาริบัติ หรือมาตรวจตามแพทย์นัดที่โรงพยาบาลรามาริบัติ และอาศัยอยู่ในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร

การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง

การคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยคิดจากร้อยละ 25 ของประชากรที่มีจำนวนตัวอย่างเป็นร้อย (ประกอบ กรรณสูตร, 2524 อ้างในยุวดี ภาษา และคณะ, 2540) คำนวณจากจำนวนญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุย้อนหลัง 3 ปี จากข้อมูลการเยี่ยมบ้าน ของหน่วยบริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน โรงพยาบาลรามาริบัติ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557 ถึง พ.ศ. 2559 โดยมีจำนวนญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุจำนวน 236 ราย 137

ราย และ 167 ราย ตามลำดับ รวมจำนวนญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุ 540 ราย เหลือมีจำนวน 180 รายต่อปี เมื่อคำนวณร้อยละ 25 ของจำนวนญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุต่อปีจะได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 45 ราย

จากการคำนวณได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ 45 ราย ผู้วิจัยเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 ในกรณีได้ข้อมูลไม่ครบถ้วน ในการศึกษาครั้งนี้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 50 ราย

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยมีเกณฑ์ การคัดเลือก (Inclusion criteria) กลุ่มตัวอย่างดังต่อไปนี้

ญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุ

1. มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป
2. มีสายสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุที่ติดเตียง เช่น บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร พี่น้อง หรือญาติที่ใช้ชีวิตอยู่ร่วมกัน อาศัยภายในบ้านเดียวกัน และเป็นผู้รับผิดชอบดูแลหลัก ซึ่งผู้สูงอายุติดเตียงประเมินจากเครื่องมือ Barthel ADL index ได้คะแนน 0 – 4 คะแนน
3. ช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ติดเตียงในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานอย่างน้อย 3 กิจกรรม และให้การดูแลด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์ และสังคม โดยไม่ได้รับค่าจ้างในการดูแล และให้การดูแลไม่น้อยกว่า 1 เดือน
4. มีการรับรู้ปกติ ประเมินจากแบบทดสอบหมวดหมู่ (the Set Test) ได้คะแนนเท่ากับ หรือมากกว่า 25 คะแนน

สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูล

สถานที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือบ้านพักที่ญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุใช้เป็นสถานที่ในการดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียง โดยผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในสถานที่เป็นส่วนตัวที่ญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุสะดวกให้ข้อมูล เป็นสถานที่เงียบสงบ ไม่เผชิญหน้ากับผู้สูงอายุที่ติดเตียง และในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ค้นหากลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่จังหวัดกรุงเทพมหานครที่ได้รับการดูแลจากโรงพยาบาลรามาธิบดี ทั้งจากแผนกหอผู้ป่วยอายุรกรรม อาคาร 1 หน่วยบริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน โรงพยาบาลรามาธิบดี และหน่วยบริการผู้ป่วยนอก แผนกอายุรกรรม ศูนย์การแพทย์

สมเด็จพระเทพรัตน การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างมี 3 กรณี ดังนี้ 1) ติดตามเจ้าหน้าที่พยาบาลของหน่วยบริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน โรงพยาบาลรามาธิบดีไปยังแผนกหอผู้ป่วยอายุรกรรมเพื่อเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและญาติเมื่อมีแผนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกรณีเป็นผู้ป่วยรายใหม่และติดตามไปเยี่ยมบ้านในภายหลัง 2) ติดตามเจ้าหน้าที่พยาบาลของหน่วยบริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน โรงพยาบาล รามาธิบดีไปเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน (home visit) ในกรณีเป็นผู้ป่วยรายเดิมที่เคยได้รับการเยี่ยมบ้านมาก่อนแล้ว และ 3) ออกไปสำรวจ สอบถามจากญาติผู้ดูแลที่ติดตามพาผู้สูงอายุมาพบแพทย์ตามนัดที่ หน่วยบริการผู้ป่วยนอก แผนกอายุรกรรม ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้คัดกรอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองตัวอย่าง มีจำนวน 2 ชุด ประกอบด้วย

1.1 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เพื่อประเมินระดับการ พึ่งพาของผู้สูงอายุที่ติดเตียง ซึ่งสร้างขึ้นโดยคอลลินและคณะ (Collin, Wade, Davies, & Home, 1988) แปลและดัดแปลงเป็นภาษาไทยโดยสุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล (2537) (อ้างใน ภาวิณี พรหมบุตร, นพวรรณ เปียชื่อ, และสมนึก สกุลหงส์โสภณ, 2557) แบบสอบถามมีจำนวน 10 ข้อ ได้แก่ การรับประทานอาหาร สุขวิทยาส่วนบุคคล เช่น การล้างหน้า แปรงฟัน หวีผม หรือโกนหนวด การลุกนั่ง การใช้ห้องน้ำ การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน การสวมใส่เสื้อผ้า การขึ้นลงบันได 1 ชั้น การอาบน้ำ การควบคุมการถ่ายอุจจาระ และการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ โดยให้ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุประเมินความสามารถของผู้สูงอายุที่ติดเตียงตามความเป็นจริง ซึ่งแต่ละข้อให้คะแนนไม่เท่ากัน คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-20 คะแนน โดยมีเกณฑ์ในการให้คะแนนดังนี้

12-20 คะแนน หมายถึง มีการพึ่งพาระดับเล็กน้อย

9-11 คะแนน หมายถึง มีการพึ่งพาระดับปานกลาง

5-8 คะแนน หมายถึง มีการพึ่งพาระดับสูง

0-4 คะแนน หมายถึง มีการพึ่งพาระดับสูงมากซึ่งต้องการการ

ช่วยเหลือทั้งหมด

สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล และคณะ (Jitapunkul, Kamolratanakul, Chandrapresert, & Bunnag, 1994) ได้นำไปทดสอบกับผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนแออัดคลองเตย

จำนวน 703 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .79 เพ็ญศิริ สันตโยภาส (2542) ใช้ประเมินในผู้สูงอายุสตรีอายุ 60 ปีขึ้นไปจำนวน 720 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .81 ภาวิณี พรหมบุตร (2557) ได้ใช้ประเมินในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านจำนวน 199 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .94

ความเที่ยงของการสังเกตของแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตร ประจำวัน ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปใช้กับญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุ โดยใช้ผู้สูงอายุที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย ผู้วิจัยได้ทำการสังเกต 2 คน แล้วนำผลที่ได้มาทดสอบหาค่าความเที่ยงของการสังเกต ได้เท่ากับ 1

1.2 แบบทดสอบหมวดหมู่ (the Set Test) เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองญาติผู้ดูแลที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ที่มีความสามารถในการรับรู้ปกติ (normal cognitive status) เพื่อเข้าร่วมการวิจัยซึ่งสร้างขึ้นโดยไอแซคส์ และ อักฮาร์ท (Isaacs & Akhtar, 1972 cited in Isaacs & Kennie, 1973 อ้างใน ศิริพรรณ ปีติมานะอารี, 2550) โดยให้ญาติผู้ดูแลบอกชื่อ สี สัตว์ ผลไม้ และจังหวัด หมวดละ 10 ชื่อ มีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ให้ 1 คะแนน สำหรับคำตอบที่ถูกต้องแต่ละคำตอบ คะแนนสูงสุดในแต่ละหมวดเท่ากับ 10 คะแนน คะแนนสูงสุดในการทดสอบเท่ากับ 40 คะแนน ผู้ที่ได้คะแนนเท่ากับหรือมากกว่า 25 คะแนน เป็นผู้ที่มีความสามารถในการรับรู้ปกติ

อรุณี นาคะพงศ์ (2539) สุมณา แสนมาโนช (2541) และสุทธิดา พงษ์พันธ์งาม (Phongphanngam, 2003) ได้ใช้เครื่องมือนี้ในการประเมินเพื่อคัดกรองผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป พบว่า ผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไปใช้เวลาทำแบบทดสอบสั้นๆ ไม่เกิน 5 นาที โดยผู้สูงอายุส่วนใหญ่ใช้เวลาทำเพียง 2 นาที

ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือนี้ในการประเมินเพื่อคัดกรองญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุ พบว่า ญาติผู้ดูแลที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ใช้เวลาตอบแบบทดสอบไม่เกิน 5 นาที จากกลุ่มตัวอย่างจริงจำนวน 50 ราย ใช้เวลาเฉลี่ย 2.24 วินาที

2. เครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

2.1.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุ ที่

ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ภูมิลำเนา ศาสนา สถานภาพสมรส จำนวนบุตร ระดับการศึกษา รายได้ แหล่งที่มาของรายได้ จำนวนสมาชิกในครอบครัว ความสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วย ระยะเวลาที่ดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียง บุคคลอื่นที่ต้องให้การดูแล และจำนวนชั่วโมงที่ดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียงต่อวัน ข้อมูลด้านสุขภาพ ได้แก่ โรคประจำตัว ยาที่

รับประทานประจำ ยาที่ซื้อมารับประทานเอง และสุขภาพก่อน-หลังให้การดูแล ข้อมูลด้านบริบทของการดูแล ได้แก่ จำนวนชั่วโมงที่ญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุดูแลตัวเองต่อวัน การมีผู้ช่วยเหลือในการดูแล และสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นที่ให้การช่วยเหลือดูแลหรือบุคคลในครอบครัว

2.1.2 แบบสอบถามกิจกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียง
ประกอบไปด้วย กิจกรรมการดูแลการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน และกิจกรรมการดูแลเฉพาะทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจและอารมณ์ และด้านสังคม

2.1.3 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุที่ติดเตียง
ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ศาสนา สถานภาพสมรส จำนวนบุตร ระดับการศึกษา บุคคลในครอบครัวผู้รับผิดชอบในการดูแลหลัก ผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่าย ผู้ที่ตัดสินใจเกี่ยวกับการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุ และสิทธิในการเบิกจ่ายค่ารักษาของผู้ป่วย ข้อมูลด้านสุขภาพ ได้แก่ การวินิจฉัยโรคที่ทำให้ผู้สูงอายุติดเตียง ระยะเวลาที่นอนติดเตียง โดยสอบถามจากญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุ

2.2 แบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ เป็นการประเมินภาวะสุขภาพโดยทั่วไปตาม ความรู้สึกของญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยเกณฑ์การให้คะแนนเป็นมาตรวัดการรับรู้ภาวะสุขภาพด้วยสายตา (Visual Analog Scale) โดยใช้เส้นตรงแนวนอนยาว 10 เซนติเมตร ปลายเส้นตรงทางซ้ายมือมีเลข 0 กำกับซึ่งหมายถึงสุขภาพแย่ที่สุด และปลายเส้นตรงทางขวามือมีเลข 10 กำกับซึ่งหมายถึงสุขภาพดีมากที่สุด คะแนนตั้งแต่ 0 จนถึง 10 คะแนน การประเมินโดยให้ญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุขีดเส้นตรงแนวดังลงบนเส้นตรงแนวนอน และผู้วิจัยประเมินภาวะสุขภาพจากการใช้ไม้บรรทัดวัดความยาวจากปลายเส้นตรงทางซ้ายมือสุดจนถึงตำแหน่งที่ญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุขีดเส้น ความยาวที่วัดได้ หมายถึง ระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพ คะแนนมาก หมายถึง ภาวะสุขภาพดี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การศึกษานี้ ผู้วิจัยจะนำแบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพเสนอผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งเป็นอาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญทางด้านทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มจำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลผู้สูงอายุจำนวน 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญทางด้านญาติผู้ดูแล จำนวน 1 ท่าน ก่อนนำไปใช้ในการศึกษานี้

2.3 แบบวัดความสามารถในการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุ เป็นเครื่องมือเพื่อประเมินการดูแลตนเองจากระดับความพยายามในการปฏิบัติกิจกรรม ณ ปัจจุบัน ผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับญาติผู้ดูแล และปรับจากแบบวัดการรับรู้

ความสามารถในการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้านที่สร้างขึ้นโดย พารุณี เกตุกราย (2550) พัฒนามาจากกรอบแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม ลักษณะของข้อความเป็นประโยชน์บอกเล่า มีจำนวนทั้งหมด 26 ข้อ ครอบคลุมความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ประกอบด้วย การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป จำนวน 13 ข้อ การดูแลตนเองที่จำเป็นตามพัฒนาการ จำนวน 9 ข้อ และการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีภาวะเปี่ยงเบนทางสุขภาพ จำนวน 4 ข้อ ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยคัดเลือกรายละเอียดของเนื้อหาข้อคำถามในรายชื่อ 1, 2, 3, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 18, 19, 21 และ 22 เพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของเรื่องการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียง

การให้คะแนน เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ในลักษณะของระดับความพยายามในการปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ ดังนี้

- | | |
|---|---|
| 1 | หมายถึง ไม่ต้องใช้ความพยายามในการปฏิบัติกิจกรรมตามข้อความนั้นๆ |
| 2 | หมายถึง ต้องใช้ความพยายามในการปฏิบัติกิจกรรมตามข้อความนั้นๆ เล็กน้อย |
| 3 | หมายถึง ต้องใช้ความพยายามในการปฏิบัติกิจกรรมตามข้อความนั้นๆ ปานกลาง |
| 4 | หมายถึง ต้องใช้ความพยายามในการปฏิบัติกิจกรรมตามข้อความนั้นๆ มาก |
| 5 | หมายถึง ต้องใช้ความพยายามในการปฏิบัติกิจกรรมตามข้อความนั้นๆ มากที่สุด |

การแปลผลคะแนนที่ได้จากแบบวัดความสามารถในการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุ เป็นคะแนนของความพยายามในการปฏิบัติกิจกรรม ซึ่งหากคะแนนสูงหมายถึงญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุต้องใช้ความพยายามในการปฏิบัติกิจกรรมมากขึ้น ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุมีการดูแลตนเองได้ไม่ดี เพราะต้องใช้ความพยายามอย่างมากในการดูแลตนเองขณะที่ต้องดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียง และคะแนนต่ำหมายถึงญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุไม่จำเป็นต้องใช้ความพยายามหรือใช้ความพยายามเพียง เล็กน้อยในการปฏิบัติกิจกรรม ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุมีการดูแลตนเองที่ดี ดังนั้นเพื่อให้การแปลผลเกิดความเข้าใจได้ง่าย จึงต้องทำการกลับคะแนนของระดับความพยายามในการปฏิบัติ กิจกรรมนั้นๆ จากมากไปน้อยและจากน้อยไปมาก คะแนนการดูแลมีค่าระหว่าง 26-130 คะแนน ทำให้คะแนนการดูแลตนเองที่มีคะแนนมากหมายถึงมีการดูแลตนเองที่ดี และคะแนนน้อยหมายถึงมีการดูแลตนเองน้อย

กำหนดเกณฑ์ประเมินคะแนนในภาพรวม โดยคำนวณค่าร้อยละของคะแนนเฉลี่ยโดยเทียบจากคะแนนเต็ม (Mean%) ดังนี้ คะแนนเต็ม 130 คะแนน หากมีการดูแลตนเองดี หมายถึง ได้คะแนนเฉลี่ย 104 คะแนนขึ้นไป ($\geq$ ร้อยละ 80) มีการดูแลตนเองระดับปานกลาง หมายถึง ได้คะแนนเฉลี่ย 78 – 103.99 คะแนน (ร้อยละ 60 - 79) และมีการดูแลตนเองน้อย หมายถึง ได้คะแนน เฉลี่ยน้อยกว่า 78 คะแนน ($<$ ร้อยละ 60 ของคะแนนเต็ม)

ในแต่ละข้อคำถาม ผู้วิจัยสอบถามญาติผู้ดูแลให้เปรียบเทียบความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมตามข้อความนั้นๆ กับก่อนเข้ารับบทบาทการเป็นญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุ จำแนกออกเป็น 3 ระดับ คือ น้อยลง คงเดิม หรือมากขึ้น และมีคำถามปลายเปิด จำนวน 1 ข้อ โดยข้อคำถามเป็นคำถามเกี่ยวกับการดูแลตนเองในด้านอื่นๆ เมื่อรับบทบาทเป็นญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุ ซึ่งคำถามปลายเปิดนี้ไม่นำมาคิดคะแนน แต่นำมาใช้เป็นแนวทางในการอภิปรายและวิเคราะห์ความถี่ของคำตอบ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยนำแบบวัดความสามารถในการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุที่ดัดแปลงรายละเอียดไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ซึ่งเป็นอาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญทางด้านทฤษฎีการพยาบาลของไอเร็มจำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลผู้สูงอายุจำนวน 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญทางด้านญาติผู้ดูแล จำนวน 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหา ความสอดคล้องของข้อคำถามกับตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย และความเข้าใจของภาษาที่ใช้ โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน พิจารณาความสอดคล้องระหว่างคำถามนิยามตัวแปร และกรอบทฤษฎี โดยกำหนดระดับการแสดงความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ คือ 1) คำถามไม่สอดคล้อง 2) ไม่สามารถประเมินได้ถ้าไม่ปรับแก้ หรือคำถามมีความสอดคล้องน้อย 3) คำถามมีความสอดคล้องแต่ต้องมีการปรับแก้ หรือคำถามมีความสอดคล้องปานกลาง และ 4) คำถามมีความสอดคล้องอยู่มาก โดยเลือกข้อที่ผู้เชี่ยวชาญทุกท่านให้ความเห็นในระดับ 3 และ 4 มาคำนวณโดยนำมาหาค่าความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ซึ่งค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาที่ยอมรับได้คือ .80 ขึ้นไป (Davis, 1992 อ้างใน วิจิตร ศรีสุพรรณ, 2547) ผู้วิจัยนำระดับคะแนนของผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณหาค่า CVI ของแบบวัดความสามารถในการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุ ได้ค่า CVI เท่ากับ .88 โดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาปรับปรุงและแก้ไขให้เหมาะสมทั้งด้านความถูกต้องในเนื้อหา ด้านภาษา ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิและอาจารย์ที่ปรึกษาอีกครั้ง

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบวัดความสามารถในการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุ ไปทดลองกับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่จังหวัดกรุงเทพมหานคร จำนวน 10 ราย แล้วนำมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงโดยคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคอัลฟาเท่ากับ .91 และในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 50 ราย ได้เท่ากับ .85

การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัย

การวิจัยนี้ดำเนินการภายใต้โครงการวิจัยเรื่อง การศึกษาสถานการณ์ผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียง หลังจากการวิจัยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการทำวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ 2560/155 ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลรามาธิบดีเพื่อชี้แจงรายละเอียดและขออนุญาตค้นหากกลุ่มตัวอย่างในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแผนกหอผู้ป่วยอายุรกรรมในอาคาร 1 หน่วยบริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน โรงพยาบาลรามาธิบดี และหน่วยบริการผู้ป่วยนอก แผนกอายุรกรรม ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตน์ เพื่อดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลที่บ้าน เมื่อได้รับอนุญาตผู้วิจัยได้แนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่างว่าเป็นนักศึกษาปริญญาโท ที่สนใจศึกษาเรื่อง ภาวะสุขภาพและการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียง โดยผู้วิจัยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดทราบถึงวัตถุประสงค์ กระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิที่เข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัย โดยเข้ามามีส่วนร่วมในการวิจัยนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยได้ แม้ว่าจะได้ตอบรับการเข้าร่วมไปแล้วก็ตาม และสามารถยุติการตอบแบบสอบถามทันทีที่กลุ่มตัวอย่างรู้สึกไม่สบายใจจากข้อคำถามในแบบสอบถาม ข้อมูลทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยเก็บเป็นความลับและมีการใช้รหัสแทนชื่อ-นามสกุลจริงของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อปกป้องความเป็นส่วนตัว ข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถาม และการสัมภาษณ์จะถูกเก็บรักษาไว้เป็นความลับ หลังจากกลุ่มตัวอย่างตอบตกลงเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัยในหนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ (inform consent form) กรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถเซ็นชื่อได้หรือเขียนหนังสือไม่ได้ ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างพิมพ์ลายนิ้วมือลงในใบยินยอมแทน ส่วนในรายที่ผู้สูงอายุไม่เซ็นชื่อยินยอมในหนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ แต่ยินยอมด้วยวาจาในการยินดีตอบคำถามและคืนแบบสอบถามให้ผู้วิจัยถือว่ายินยอม เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างเลือกสถานที่ที่สะดวกในการให้ข้อมูล และไม่เป็นการเผชิญหน้ากับผู้สูงอายุที่ติดเตียง

ไม่ละเมิดสิทธิส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้ระบายความรู้สึก ซักถามข้อสงสัย ผลการวิจัยถูกนำเสนอในภาพรวมไม่มีการเปิดเผยรายชื่อกลุ่มตัวอย่าง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการรวบรวมข้อมูลโดย

1. ผู้วิจัยทำหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย และคณะกรรมการจริยธรรมการ ทำวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี เพื่อขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อ ได้รับการอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยนำหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ถึง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลรามาธิบดี เพื่ออธิบายถึงวัตถุประสงค์ในการวิจัย และขอเก็บข้อมูลสำหรับการ วิจัย

2. ผู้วิจัยนำหนังสือที่ได้รับอนุมัติเข้าพบหัวหน้าพยาบาลหอผู้ป่วยอายุรกรรม อาคาร 1 หัวหน้าพยาบาลหน่วยบริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน โรงพยาบาลรามาธิบดี และหัวหน้าพยาบาล หน่วยบริการผู้ป่วยนอก แผนกอายุรกรรม ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตน์ เพื่อชี้แจงรายละเอียด และขอความร่วมมือในการทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้

3. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจาก 3 แหล่งข้อมูล ดังนี้

3.1 หน่วยบริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน โรงพยาบาลรามาธิบดี โดยศึกษา ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจากฐานข้อมูลหรือแฟ้มประวัติข้อมูล กรณีเป็นผู้ป่วยรายเดิมที่เคยได้รับการ เยี่ยมบ้านมาก่อนแล้ว

3.2 หอผู้ป่วยอายุรกรรม อาคาร 1 โรงพยาบาลรามาธิบดี โดยติดตาม พยาบาลหน่วยบริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านไปเยี่ยมผู้ป่วยและญาติ กรณีเป็นผู้ป่วยรายใหม่ที่มีการ วางแผนให้กลับบ้าน เพื่อสร้างสัมพันธภาพก่อนขอติดตามไปเก็บรวบรวมข้อมูลที่บ้านในภายหลัง

3.3 หน่วยบริการผู้ป่วยนอก แผนกอายุรกรรม ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระ เทพรัตน์ โดยมีเจ้าหน้าที่คอยประสานงานในการเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยออกไปสำรวจ สอบถามจากญาติผู้ดูแลที่ติดตามพาผู้สูงอายุมาพบแพทย์ตามนัด หากมีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์การ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ได้ทำการสร้างสัมพันธภาพและขอติดตามไปเก็บรวบรวมข้อมูลที่บ้านใน ภายหลัง

4. ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด เพื่อแนะนำตนเองและ ชี้แจงวัตถุประสงค์ อธิบายถึงวิธีการวิจัย ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น และประโยชน์ที่ได้จากการทำวิจัย

พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการทำวิจัย อธิบายการพิทักษ์สิทธิส่วนบุคคล หลังจากกลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลต่างๆเหล่านี้แล้ว ผู้ที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ให้ความยินยอมโดยลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย

5. ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลที่บ้านพักของญาติผู้ดูแล ผู้วิจัยเดินทางไปพร้อมกับหน่วยบริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน ในกรณีเป็นผู้สูงอายุที่พยาบาลหน่วยบริการผู้ป่วยที่บ้านมีการวางแผนจะไปเยี่ยมบ้าน หรือกำหนดตามวันและเวลาที่ญาติผู้ดูแลสะดวก และผู้วิจัยเดินทางไปที่พักของญาติผู้ดูแลด้วยสูงอายุด้วยตนเอง ในกรณีเป็นผู้สูงอายุที่พยาบาลหน่วยบริการผู้ป่วยที่บ้านไม่ได้เยี่ยมบ้านแล้ว และเป็นกลุ่มตัวอย่างรายใหม่ที่หน่วยบริการผู้ป่วยนอก แผนกอายุรกรรม ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตน์

6. ผู้วิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์ตามแบบสอบถามชุดที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ดูแลสูงอายุและผู้สูงอายุที่ติดเตียง และชุดที่ 3 แบบวัดความสามารถในการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลสูงอายุ ให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยฟัง โดยให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นผู้บอกคำตอบ และผู้วิจัยเขียนคำตอบลงในแบบสอบถาม ส่วนชุดที่ 2 คือ แบบประเมินภาวะสุขภาพโดยทั่วไป ให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยเขียนด้วยตนเองภายหลังจากที่ผู้วิจัยอธิบายคำชี้แจง ระหว่างที่ทำการสัมภาษณ์มีผู้ช่วยวิจัย 1 ราย คอยให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ติดเตียง

ผู้วิจัยใช้ระยะเวลาในการสัมภาษณ์และตอบแบบสอบถามทั้งหมดประมาณ 60 นาที ผู้วิจัยตระหนักว่าระยะเวลาในการสัมภาษณ์และตอบแบบสอบถามค่อนข้างนาน ความเหนื่อยล้าจากการตอบข้อคำถามอาจส่งผลต่อคำตอบได้ ดังนั้นเมื่อการตอบแบบสอบถามในแต่ละชุดสิ้นสุดลง ผู้วิจัย ให้ญาติผู้ดูแลสูงอายุได้พักประมาณ 5 นาที ก่อนการตอบแบบสอบถามชุดต่อไป ในกรณีที่ญาติผู้ดูแลสูงอายุไม่พร้อมที่จะให้ข้อมูลในวันนั้น ผู้วิจัยนัดวันและสถานที่ที่ญาติผู้ดูแลสูงอายุสะดวกในการให้ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยกำหนดรหัสข้อมูลและจัดทำคู่มือลงรหัสของแบบสอบถามแต่ละชุด จากนั้นนำข้อมูลที่ได้อาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป มีขั้นตอนการวิเคราะห์ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแลสูงอายุ และผู้สูงอายุที่ติดเตียง วิเคราะห์โดยใช้สถิติบรรยาย (การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าพิสัย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)
2. การรับรู้ภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลสูงอายุ วิเคราะห์โดยใช้สถิติบรรยาย (ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)

3. การดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุ วิเคราะห์โดยใช้ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าร้อยละของคะแนนเฉลี่ยโดยเทียบจากคะแนนเต็ม (Mean%) และวิเคราะห์การเปรียบเทียบความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมรายข้อโดยแจกแจงความถี่ และร้อยละ
4. ข้อมูลการดูแลตนเองในด้านอื่นๆ เมื่อรับบทบาทเป็นญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุ วิเคราะห์โดยแจกแจงความถี่และร้อยละของคำตอบ



บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพและการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียง การศึกษาครั้งนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยเรื่อง การศึกษาสถานการณ์ผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียง ผลการศึกษานำเสนอตามลำดับดังนี้คือ ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุที่ติดเตียง ข้อมูลการดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียง การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุ และการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้สูงอายุและผู้สูงอายุที่ติดเตียง

ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้สูงอายุประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลด้านสุขภาพ และข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุที่ติดเตียงประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลด้านสุขภาพ

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุมีจำนวนทั้งหมด 50 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 37 ราย คิดเป็นร้อยละ 74 มีอายุตั้งแต่ 60 – 79 ปี อายุเฉลี่ย 65.44 ปี ($SD = 4.66$) ส่วนใหญ่ร้อยละ 78 มีภูมิลำเนาอยู่ในภาคกลาง เกือบทั้งหมดร้อยละ 98 นับถือศาสนาพุทธ มีสถานภาพสมรสอยู่ ร้อยละ 60 และมีบุตรร้อยละ 64 เฉลี่ยบุตร 1.4 ราย ($SD = 1.28$) ประมาณ 3 ใน 4 (ร้อยละ 76) จบการศึกษาสูงกว่าระดับมัธยมศึกษา ส่วนใหญ่ร้อยละ 38 มีรายได้มากกว่า 20,000 บาทต่อเดือน (Median = 20,000) ร้อยละ 58 มีรายได้เพียงพอในการใช้จ่าย รองลงมาร้อยละ 28 มีรายได้เหลือเก็บ ส่วนใหญ่แหล่งที่มาของรายได้คือการช่วยเหลือ (ครอบครัว/เงินสงเคราะห์/บำนาญ บำนาญ) ร้อยละ 58.2 มีสมาชิกในครอบครัวที่อาศัยอยู่รวมกันมากที่สุด 3 – 5 คน คิดเป็นร้อยละ 64 โดยมีตั้งแต่ 2 – 9 คน เฉลี่ย 4.6 คน ($SD = 1.78$) ส่วนใหญ่ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุที่ติดเตียงโดยเป็นบุตรร้อยละ 46 รองลงมาคือคู่สมสร้อยละ 42 ระยะเวลาในการดูแล 1 เดือน ถึง 15 ปี เฉลี่ย 27.40 เดือน ($SD =$

39.90) ร้อยละ 54 มีระยะเวลาในการดูแลน้อยกว่า 1 ปี จำนวนชั่วโมงที่ให้การดูแลในช่วงเวลา กลางวันตั้งแต่ 3 – 9 ชั่วโมง เฉลี่ย 6.42 ชั่วโมง (SD = 1.33) และกลางคืนตั้งแต่ 2 – 8 ชั่วโมง เฉลี่ย 3.64 ชั่วโมง (SD = 1.48) รวมจำนวนชั่วโมงที่ให้การดูแลทั้งวันตั้งแต่ 6 – 16 ชั่วโมง เฉลี่ย 10.06 ชั่วโมง (SD = 2.04) และญาติผู้ดูแล 2 ราย ที่ให้การดูแลผู้อื่นนอกเหนือจากผู้สูงอายุที่ติดเตียงที่ให้การช่วยเหลือเป็นประจำ รายแรกให้การดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียงและน้องสาวในด้านการช่วยทำ ภายภาพบำบัด และรายที่สองดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียงและบิดาที่ชรามากด้านการช่วยเหลือกิจวัตร ประจำวันขั้นพื้นฐาน ดังแสดงในตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุ (N = 50)

ข้อมูลส่วนบุคคล		จำนวน	ร้อยละ
เพศ	หญิง	37	74
	ชาย	13	26
อายุ	60 – 69 ปี	39	78
	70 – 79 ปี	11	22
ภูมิลำเนา	ภาคกลาง	39	78
	ภาคเหนือ	5	10
	ภาคอีสาน	3	6
	ภาคใต้	3	6
ศาสนา	พุทธ	49	98
	อิสลาม	1	2
สถานภาพสมรส	โสด	12	24
	แต่งงาน	30	60
	แยกกันอยู่ หย่า หม้าย	8	16

ตารางที่ 4.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุ (N = 50) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
การมีบุตร		
ไม่มี	18	36
มี	32	64
จำนวนบุตร		
1 คน	7	21.87
2 คน	15	46.88
3 คน	7	21.87
4 คน	3	9.38
ระดับการศึกษาสูงสุด		
อ่านออกเขียนได้	1	2
ประถมศึกษา	11	22
มัธยมศึกษา/ อนุปริญญา	16	32
ปริญญาตรี หรือสูงกว่า	22	44
รายได้ (บาท)		
< 5,000	9	18
5,001 – 10,000	6	12
10,001 – 15,000	3	6
15,001 – 20,000	13	26
> 20,000	19	38
ความเพียงพอของรายได้		
พอใช้	29	58
เหลือเก็บ	14	28
ไม่พอใช้	6	12
มีหนี้สิน	1	2
แหล่งที่มาของรายได้ *		
การทำงาน (ค่าจ้าง/เงินเดือน)	9	13.4
ทรัพย์สิน (ค่าเช่า/ดอกเบี้ย/เงินปันผล)	12	17.9

*ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ตารางที่ 4.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุ (N = 50) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
แหล่งที่มาของรายได้ * (ต่อ)		
การช่วยเหลือ (ครอบครัว/เงินสงเคราะห์/บำเหน็จบำนาญ)	39	58.2
อื่นๆ	7	10.4
จำนวนสมาชิกในครอบครัว (รวมบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วย)		
≤ 2 คน	4	8
3 – 5 คน	32	64
6 – 9 คน	14	28
ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุที่นอนติดเตียง		
บุตร	23	46
คู่สมรส	21	42
หลาน	1	2
พี่น้อง	2	4
อื่นๆ	3	6
ระยะเวลาที่ดูแลผู้สูงอายุที่นอนติดเตียง		
1 เดือน – 1 ปี	27	54
> 1 ปี – 5 ปี	17	34
> 5 ปี – 10 ปี	4	8
> 10 ปี – 15 ปี	2	4
บุคคลอื่นในครอบครัวที่ต้องให้การดูแลนอกเหนือจากผู้สูงอายุที่นอนติดเตียง		
ไม่มี	48	96
มี	2	4

*ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ข้อมูลด้านสุขภาพของญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุ

ภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุประกอบด้วย โรคประจำตัว ยาที่รับประทานประจำ ยาที่ซื้อมารับประทานเอง และสุขภาพก่อน-หลังให้การดูแล พบว่า ญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุมีโรคประจำตัวร้อยละ 94 ส่วนใหญ่ร้อยละ 64 มีโรคประจำตัวมากกว่า 2 โรค โดยพบว่าไม่มีโรคประจำตัว จนถึงมีมากที่สุด 5 โรค เฉลี่ย 2.04 โรค (SD = 1.21) พบว่าเป็นโรคไข้มันในเลือดสูงมาก

ที่สุทธีย้อยละ 65.96 รองลงมาคือโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานร้อยละ 57.45 และ 23.40 ตามลำดับ ส่วนใหญ่ร้อยละ 92 มียาที่ต้องรับประทานประจำ จากโรคที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ จำนวนยาที่รับประทานประจำตั้งแต่ 0 – 9 เม็ด เฉลี่ย 3.46 เม็ด (SD = 2.64) กว่าร้อยละ 42 ซึ่ยอมมา รับประทานเองเพื่อบรรเทาอาการ ส่วนใหญ่ร้อยละ 38.10 ยาที่ซื้อมาเป็นกลุ่มยาบรรเทาอาการหวัด คัดจมูก แก้แพ้ หลังให้การรักษาสุขภาพของตนเองส่วนใหญ่ร้อยละ 52 มีอาการเปลี่ยนแปลงไป ในทางแย่ลง โดยพบว่ามีอาการทางด้านร่างกายมากที่สุดร้อยละ 88.46 โดยอาการที่ พบส่วนใหญ่คือ เหนื่อย เมื่อยล้า อ่อนเพลีย (ร้อยละ 32.3) รองลงมาคือ นอนน้อย และปวดตามร่างกาย (ร้อยละ 29 และ ร้อยละ 25.8 ตามลำดับ) อาการทางด้าน จิตใจที่พบส่วนใหญ่คือเครียด (ร้อยละ 41.7) รองลงมา คือวิตกกังวล และหงุดหงิด (ร้อยละ 33.3 และร้อยละ 16.7 ตามลำดับ) และอาการทางด้านจิตสังคม พบเพียงด้านเดียวคือ แยกตัว (ร้อยละ 2) ดังแสดงในตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.2 ข้อมูลด้านสุขภาพของญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุ (N = 50)

ข้อมูลด้านสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
การมีโรคประจำตัว		
ไม่มี	3	6
มี	47	94
จำนวนโรคประจำตัว		
1 โรค	15	30
2 โรค	17	34
3 โรค	10	20
4 โรค	2	4
≥ 5 โรค	3	6
โรคประจำตัว*		
ไขมันในเลือดสูง	31	65.96
ความดันโลหิตสูง	27	57.45
เบาหวาน	11	23.40
กระดูกเสื่อม กระดูกพรุน ข้ออักเสบ	10	21.28
ภูมิแพ้ หอบหืด	7	14.90
ไทรอยด์	4	8.51

*ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ตารางที่ 4.2 ข้อมูลด้านสุขภาพของญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุ (N = 50) (ต่อ)

ข้อมูลด้านสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
โรคประจำตัว* (ต่อ)		
ต่อมลูกหมากโต	3	6.38
ต้อกระจก	2	4.26
โรคหัวใจ	1	2.13
ตับแข็ง	1	2.13
พาร์กินสัน	1	2.13
หลอดเลือดดำที่ขาอุดตัน	1	2.13
ท้องผูก	1	2.13
ยาที่รับประทานประจำจากโรคที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์		
ไม่มี	4	8
มี	46	92
จำนวนยาที่รับประทานประจำ		
1 – 2 เม็ด	16	32
3 – 4 เม็ด	11	22
≥ 5 เม็ด	17	34
ยาที่รับประทานเพื่อรักษาตามอาการโดยซื้อมารับประทานเอง		
ไม่มี	29	58
มี*	21	42
กลุ่มยาบรรเทาอาการปวด คัดจมูก แก้แพ้	8	38.10
กลุ่มยาบรรเทาอาการปวดท้อง ท้องเสีย	6	28.57
ลดกรด		
กลุ่มยาลดปวด ลดไข้	5	23.81
กลุ่มยาบรรเทาอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ	2	9.52
ยาแผนจีน/ ยาชุด	2	9.52
การเปลี่ยนแปลงสุขภาพของท่านหลังให้การดูแลผู้ป่วย		
ดี	3	6
คงเดิม	21	42

*ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ตารางที่ 4.2 ข้อมูลด้านสุขภาพของญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุ (N = 50) (ต่อ)

ข้อมูลด้านสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
การเปลี่ยนแปลงสุขภาพของท่านหลังให้การดูแลผู้ป่วย (ต่อ)		
แย่ลง*	26	52
ด้านร่างกาย	23	88.46
ด้านจิตใจ อารมณ์	10	38.46
ด้านสังคม เศรษฐกิจ	1	3.85

*ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่ติดเตียง

ผู้สูงอายุที่ติดเตียงมีจำนวน 50 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 66 มีอายุตั้งแต่ 61 – 100 ปี อายุเฉลี่ย = 80.66 ปี (SD = 10.84) ส่วนมากร้อยละ 62 เป็นผู้สูงอายุวัยปลาย (80 ปีขึ้นไป) เกือบทั้งหมดร้อยละ 98 นับถือศาสนาพุทธ มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 50 มีบุตรร้อยละ 96 มีบุตรตั้งแต่ 0 – 11 คน เฉลี่ยบุตร 4.36 ราย (SD = 2.72) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ร้อยละ 84 อยู่ในระดับประถมศึกษาขึ้นไป ส่วนใหญ่ร้อยละ 46 ของผู้สูงอายุที่ติดเตียงมีความสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัวที่ให้การดูแลหลักคือเป็นบิดา มารดา สิทธิในการเบิกจ่ายค่ารักษาส่วนใหญ่ได้มาจากสิทธิกรมบัญชีกลาง ร้อยละ 78 ส่วนใหญ่ร้อยละ 68 ผู้สูงอายุที่ติดเตียงไม่ต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการดูแลซึ่งมีญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุและบุคคลในครอบครัวเป็นผู้รับผิดชอบ และบุคคลที่ตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่ติดเตียงกว่าครึ่งหนึ่งคือญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุเพียงคนเดียว คิดเป็นร้อยละ 54 รองลงมาคือญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุร่วมกับบุคคลอื่นในครอบครัว ร้อยละ 24 ดังแสดงในตารางที่ 4.3

ตารางที่ 4.3 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่ติดเตียง (N = 50)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	33	66
ชาย	17	34

ตารางที่ 4.3 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่ติดเตียง (N = 50) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ		
60 – 69 ปี	12	24
70 – 79 ปี	7	14
> 80 ปีขึ้นไป	31	62
ศาสนา		
พุทธ	49	98
อิสลาม	1	2
สถานภาพสมรส		
โสด	1	2
แต่งงาน	25	50
แยกกันอยู่ หย่า หม้าย	24	48
การมีบุตร		
ไม่มี	2	4
มี	48	96
จำนวนบุตร		
1 – 2 คน	13	26
3 – 4 คน	14	28
≥ 5 คน	23	46
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ไม่ได้เรียน	6	12
อ่านออกเขียนได้	2	4
ประถมศึกษา	19	38
มัธยมศึกษา/ อนุปริญญา	12	24
ปริญญาตรี หรือสูงกว่า	11	22
ความสัมพันธ์กับญาติผู้ดูแล		
บิดา/มารดา	23	46
คู่สมรส	21	44
ลูกพี่/น้อง	1	2

ตารางที่ 4.3 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่ติดเตียง (N = 50) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ความสัมพันธ์กับญาติผู้ดูแล (ต่อ)		
พี่น้อง	2	4
อื่นๆ	3	6
สิทธิการเบิกจ่ายค่ารักษาของผู้สูงอายุ		
สิทธิกรมบัญชีกลาง	39	78
สิทธิประกันสุขภาพ	3	6
เบิกได้จากหน่วยงานรัฐวิสาหกิจ	1	2
อื่นๆ (สิทธิผู้พิการ, เงินสด)	7	14
ผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการดูแล		
ญาติผู้ดูแล	7	14
ญาติผู้ดูแลและบุคคลอื่นในครอบครัว	9	18
บุคคลอื่นในครอบครัว	18	36
ผู้สูงอายุที่ติดเตียง	2	4
ผู้สูงอายุที่ติดเตียงและบุคคลอื่นในครอบครัว	14	28
บุคคลที่ตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่ติดเตียง		
ญาติผู้ดูแล	27	54
ญาติผู้ดูแลและบุคคลอื่นในครอบครัว	12	24
บุคคลอื่นในครอบครัว	10	20
ผู้สูงอายุที่ติดเตียง	1	2

ข้อมูลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่ติดเตียง

การวินิจฉัยโรคของผู้สูงอายุติดเตียงเป็นอันดับหนึ่ง คือโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 16 ราย คิดเป็นร้อยละ 32 รองลงมาคือภาวะสมองเสื่อม และหกล้ม จำนวน 7 ราย (ร้อยละ 14) และ 5 ราย (ร้อยละ 10) ตามลำดับ ระยะเวลาในการนอนติดเตียงมีตั้งแต่ 1 เดือนถึง 15 ปี เฉลี่ย 27.42 เดือน (SD = 39.88) ส่วนใหญ่น้อยกว่า 1 ปี คิดเป็นร้อยละ 54 ดังแสดงในตารางที่ 4.4

ตารางที่ 4.4 ข้อมูลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่ติดเตียง (N = 50)

ข้อมูลด้านสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
การวินิจฉัยโรค		
โรคหลอดเลือดสมอง	16	32
ภาวะสมองเสื่อม	7	14
หกล้ม	5	10
โรคพาร์กินสัน	3	6
ก้อนเนื้องอกในสมอง	3	6
ไข้/ ติดเชื้อ	3	6
ปอดอักเสบ	3	6
ภาวะหัวใจหยุดเต้น	1	2
โรคหัวใจล้มเหลว	1	2
ภาวะโพรงสมองคั่งน้ำชนิดความดันปกติ	1	2
โรคเนื้องอกที่เส้นประสาทสมอง	1	2
โรคหมอนรองกระดูกทับเส้นประสาท	1	2
มะเร็งปากช่องคลอด	1	2
มะเร็งต่อมน้ำเหลือง	1	2
โรคกระเพาะหรือลำไส้อุดตัน	1	2
โรคกระดูกพรุน	1	2
ภาวะหลอดเลือดดำขาอุดตัน	1	2
ระยะเวลาที่ผู้สูงอายุนอนติดเตียง		
1 เดือน – 1 ปี	27	54
> 1 ปี – 5 ปี	17	34
> 5 ปี – 10 ปี	4	8
> 10 ปี – 15 ปี	2	4

ข้อมูลการดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียง

ข้อมูลการดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียงประกอบด้วยบริบทการดูแล และกิจกรรมการดูแลที่ญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุให้การดูแล

บริบทการดูแล

ในการศึกษาคั้งนี้บริบทการดูแลประกอบด้วย จำนวนชั่วโมงที่ญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุดูแลตัวเองต่อวัน การมีผู้ช่วยเหลือในการดูแล และสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นที่ให้การช่วยเหลือดูแลหรือบุคคลในครอบครัว จากการศึกษา พบว่าญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุใช้เวลาในการดูแลตนเองเฉลี่ย 10.74 ชั่วโมง (SD = 2.10) ส่วนใหญ่จำนวน 47 ราย (ร้อยละ 94) มีผู้ช่วยญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุในการช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียง ลักษณะการช่วยเหลือดูแลของญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุส่วนใหญ่คือช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันขึ้นพื้นฐานร้อยละ 43 รองลงมาคือช่วยเหลือกิจกรรมที่เฉพาะของแต่ละโรคร้อยละ 29.9 เมื่อพิจารณาถึงสัมพันธภาพกับบุคคลผู้ให้การช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียงกรณีเป็นเครือญาติส่วนใหญ่ร้อยละ 67.8 มีความคิดเห็นว่ามีน้ำใจ และให้การช่วยเหลือกันดี รองลงมาร้อยละ 30.5 มีความรู้สึกรักใคร่ ห่วงใย ดูแลซึ่งกันและกัน และเมื่อเป็นผู้ดูแลที่ได้รับการว่าจ้างส่วนใหญ่ร้อยละ 77.8 มีความรู้สึกไว้วางใจ ช่วยเหลือในการดูแลดี และสัมพันธภาพกับบุคคลในครอบครัวส่วนใหญ่จะให้การช่วยเหลือสนับสนุนด้านอื่นๆ เช่น เงินทอง ของใช้ ร้อยละ 51 และเป็นส่วนน้อยร้อยละ 5.9 มีความคิดเห็นว่ามีความขัดแย้ง รู้สึกน้อยใจ ไม่ค่อยติดต่อหรือมาเยี่ยม ดังแสดงในตารางที่ 4.5

ตารางที่ 4.5 บริบทการดูแลของญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุ (N = 50)

บริบทการดูแล	จำนวน	ร้อยละ
มีบุคคลอื่นที่ให้ความช่วยเหลือในการดูแล		
ไม่มี	3	6
มี	47	94
จำนวนบุคคลอื่นที่ให้ความช่วยเหลือในการดูแล		
1 คน	18	36
2 คน	20	40
3 คน	5	10
4 คน	3	6
≥ 5	1	2
ลักษณะการช่วยเหลือ/ดูแล*		
ช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันขึ้นพื้นฐาน	46	43.0
ช่วยเหลือกิจกรรมที่เฉพาะของแต่ละโรค	32	29.9

*ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ตารางที่ 4.5 บริบทการดูแลของญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุ (N = 50) (ต่อ)

บริบทการดูแล	จำนวน	ร้อยละ
ลักษณะการช่วยเหลือ/ดูแล* (ต่อ)		
อยู่เป็นเพื่อน หรือดูแลแทนชั่วคราว	18	16.8
อื่นๆ (ทำความสะอาดอุปกรณ์ของใช้หรือทำงานบ้าน)	11	10.3

กิจกรรมการดูแลที่ญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุให้การดูแล

ผู้สูงอายุที่ติดเตียง ได้รับการประเมินจากแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีคะแนนอยู่ในช่วง 0-4 คะแนน จากคะแนนเต็ม 20 คะแนน ซึ่งอยู่ในภาวะพึ่งพิงไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ จำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว โดยญาติผู้ดูแลต้องตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุที่ติดเตียงให้ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม แบ่งเป็นกิจกรรมการดูแลด้านร่างกาย ประกอบด้วย การดูแลกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานและกิจกรรมการดูแลเฉพาะ กิจกรรมการดูแลด้านจิตใจและอารมณ์ และกิจกรรมการดูแลด้านสังคม

กิจกรรมการดูแลด้านร่างกาย

ญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุต้องให้การช่วยเหลือดูแลการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานให้กับผู้สูงอายุที่ติดเตียงเฉลี่ย 6 ใน 10 กิจกรรม (Mean = 6.02, SD = 1.22) โดยพบว่ากิจกรรมที่ทำให้มากที่สุดคือ เรื่องการรับประทานอาหาร การลุกนั่งจากที่นอนหรือเตียงไปเก้าอี้หรือช่วยพลิกตะแคงตัวบนเตียง และการขับถ่าย (เปลี่ยนผ้าหรือผ้าอ้อม) ร้อยละ 96 สำหรับกิจกรรมการดูแลเฉพาะ พบว่า กิจกรรมที่ดูแลสูงที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ การพาไปตรวจ (ร้อยละ 98) รองลงมาคือการบริหารยา (ร้อยละ 92) และการให้อาหารทางสายยาง (ร้อยละ 54) ดังแสดงในตารางที่ 4.6

ตารางที่ 4.6 กิจกรรมการดูแลด้านร่างกาย (N = 50)

กิจกรรม	จำนวน	ร้อยละ
การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน		
การรับประทานอาหาร	48	96
การลุกนั่งจากที่นอนหรือเตียงไปเก้าอี้/ พลิกตะแคงตัวบนเตียง	48	96
การขับถ่าย (เปลี่ยนผ้าหรือผ้าอ้อม)	48	96
การอาบน้ำ	41	82

ตารางที่ 4.6 กิจกรรมการดูแลด้านร่างกาย (N = 50) (ต่อ)

กิจกรรม	จำนวน	ร้อยละ
การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (ต่อ)		
การสวมใส่เสื้อผ้า	41	82
การล้างหน้า แปรงฟัน หวีผม โกนหนวด	40	80
การเคลื่อนที่ หรือใช้รถเข็น	25	50
การกลืนปัสสาวะ	9	18
การขยับถ่ายอุจจาระ หรือสวนอุจจาระ	1	2
การขึ้นลงบันได	0	0
การดูแลเฉพาะ*		
การพาไปตรวจ	49	98
การบริหารยา	46	92
การให้อาหารทางสายยาง	27	54
การจัดการความปวด	23	46
การดูแลทางระบบหายใจ	20	40
การฟื้นฟูสภาพร่างกาย	18	36
การทำแผล	16	32
การขยับถ่าย	10	20
อื่นๆ (เจาะ DTX, พาไปฟอกไต, จัดยาไว้ให้ผู้ดูแลที่ได้รับการว่าจ้าง)	5	10

*ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

กิจกรรมการดูแลด้านจิตใจและอารมณ์

เมื่อพิจารณาถึงกิจกรรมการดูแลทางด้านจิตใจและอารมณ์ กิจกรรมที่ปฏิบัติมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ การประเมินความรู้สึกของผู้สูงอายุที่ติดเตียง (ร้อยละ 100) รองลงมาคือ อยู่เป็นเพื่อน รับฟังความรู้สึก (ร้อยละ 98) และสอบถามความต้องการของผู้สูงอายุที่ติดเตียง (ร้อยละ 90) ดังแสดงในตารางที่ 4.7

ตารางที่ 4.7 กิจกรรมการดูแลด้านจิตใจและอารมณ์ (N = 50)

กิจกรรม	จำนวน	ร้อยละ
ด้านจิตใจและอารมณ์*		
ประเมินความรู้สึกของผู้สูงอายุ	50	100
อยู่เป็นเพื่อน รับฟังความรู้สึก	49	98
สอบถามความต้องการ	45	90
ชวนพูดคุยให้เพลิดเพลิน	44	88
ให้กำลังใจและประคับประคองจิตใจ	41	82
อื่นๆ (เปิดโทรทัศน์, เปิดธรรมะ, ร้องเพลงให้ฟัง)	20	40
เปิดเพลงให้ฟังหรือดูรูปในอดีต	18	36
ทำกิจกรรมร่วมกับญาติผู้ดูแลหรือสมาชิกในครอบครัว	2	4

*ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

กิจกรรมการดูแลด้านสังคม

สำหรับกิจกรรมการดูแลทางด้านสังคมที่ปฏิบัติมากที่สุดคือ การพาสมาชิกในครอบครัวเข้ามาพบปะพูดคุย (ร้อยละ 90) ดังแสดงในตารางที่ 4.8

ตารางที่ 4.8 กิจกรรมการดูแลด้านสังคม (N = 50)

กิจกรรม	จำนวน	ร้อยละ
ด้านสังคม*		
พาสมาชิกในครอบครัวเข้ามาพบปะพูดคุย	45	90
พาคนรู้จักมาพูดคุย/ แลกเปลี่ยนความคิดเห็น	23	46
พาลงจากเตียง/ นั่งรถเข็นเพื่อเข้าร่วมกิจกรรมในครอบครัว	20	40

*ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

การรับรู้ภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุ

คะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุประเมิน พบว่า มีค่าคะแนนเฉลี่ย 6.49 คะแนน (SD = 2.05) จากคะแนนเต็ม 10 คะแนน อยู่ในระดับปานกลาง โดยมีญาติผู้ดูแลวัย

สูงอายุจำนวน 30 ราย (ร้อยละ 60) ที่มีค่าคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพสูงกว่าค่าคะแนนเฉลี่ยของการศึกษาในครั้งนี้

การดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุ

ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยของการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี มีค่าเฉลี่ย 105.88 คะแนน ($SD = 12.06$) คิดเป็นร้อยละ 81.45 ของคะแนนเต็ม และเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่ากิจกรรมที่มีคะแนนสูงสุด 3 อันดับแรก คือ การหาวิธีได้อยู่ในที่ที่มีอากาศถ่ายเทดี ได้รับอากาศบริสุทธิ์ โดยมีค่าเฉลี่ย 4.92 คะแนน ($SD = .56$) รองลงมา คือ การดูแลตนเองเมื่อไม่สบาย ($M = 4.84$, $SD = .55$) และ การดูแลให้ได้ขับถ่ายปัสสาวะ/อุจจาระตามกิจวัตรปกติ ($M = 4.78$, $SD = .62$) สำหรับกิจกรรมการดูแลตนเองที่มีคะแนนน้อยสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ การหาเวลาพักผ่อนหย่อนใจ ($M = 2.52$, $SD = 1.20$) รองลงมา คือ การหาเวลาทำกิจกรรมร่วมกับสมาชิกในครอบครัว ($M = 2.66$, $SD = 1.21$) และ การมีเวลาเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ($M = 2.80$, $SD = 1.20$) ตามลำดับ

เมื่อพิจารณาคะแนนรายด้านของการดูแลตนเอง ประกอบไปด้วย การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป การดูแลตนเองที่จำเป็นตามพัฒนาการ และการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ พบว่ามีคะแนนด้านการดูแลตนเองที่จำเป็นตามพัฒนาการ และการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพอยู่ในระดับดี คือด้านการดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการมีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 4.06 คะแนน ($SD = .55$) และด้านการดูแลตนเองที่จำเป็นตามการเบี่ยงเบนของภาวะสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 4.42 คะแนน ($SD = .55$) ส่วนด้านการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปที่มีคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ย 3.97 คะแนน ($SD = .52$) ดังแสดงในตารางที่ 4.9

ตารางที่ 4.9 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานรายข้อและรายด้านของการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุที่ดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียง ($N = 50$)

การดูแลตนเอง	M	SD
ด้านการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป	3.97	.52
1. หาวิธีให้ได้อยู่ในที่ที่มีอากาศถ่ายเทดี ได้รับอากาศบริสุทธิ์	4.92	.56
2. ดูแลให้ได้ขับถ่ายปัสสาวะ/อุจจาระ ตามกิจวัตรปกติ	4.78	.62

ตารางที่ 4.9 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานรายข้อและรายด้านของการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุที่ดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียง (N = 50) (ต่อ)

การดูแลตนเอง	M	SD
ด้านการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป	3.97	.52
3. ดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล เช่น อาบน้ำ แปรงฟัน ทุกวัน วันละ 2 ครั้ง	4.74	.72
4. ดื่มน้ำสะอาดเพียงพอ อย่างน้อย 6-8 แก้วทุกวัน (หากไม่มีข้อห้าม)	4.66	.77
5. รับประทานอาหารประเภทข้าว/แป้ง นม/เนื้อสัตว์/ถั่ว ผักและผลไม้ทุกวัน	4.46	1.03
6. เมื่อรู้สึกไม่สบายใจ จะหาวิธีบรรเทาความไม่สบายใจด้วยวิธีต่างๆ	4.22	.76
7. ตรวจสอบสภาพตามแพทย์นัด หรือตรวจสอบสภาพอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	4.22	.82
8. รับการนัดวัคซีนตามข้อเสนอแนะของแพทย์	4.08	1.05
9. รับประทานอาหารตรงเวลาทุกมื้อในแต่ละวัน	3.72	1.39
10. ดูแลให้ได้นอนหลับอย่างเพียงพอวันละ 6-8 ชั่วโมง	3.48	1.50
11. จัดการให้ได้ออกกำลังกายสัปดาห์ละ 3 วันๆ ละ 20-30 นาที หรือทำงานบ้านในแต่ละวัน รวมแล้วได้วันละ 20-30 นาที	3.04	1.47
12. หาเวลาเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม เช่น ทำบุญตักบาตร ไปวัด ไปงานแต่งงาน งานขึ้นบ้านใหม่ เป็นต้น	2.80	1.20
13. หาเวลาพักผ่อนหย่อนใจ เช่น พบปะเพื่อนฝูง หรือไปเยี่ยมบุตรหลานญาติพี่น้อง เป็นต้น	2.52	1.20
ด้านการดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ	4.06	.55
1. รักษาสัมพันธภาพในครอบครัว โดยวิธีการต่างๆ เช่น แสดงสีหน้ายิ้มแย้ม ทำจิตใจให้ร่าเริงแจ่มใส เป็นต้น	4.70	.81
2. จัดการภาระในความรับผิดชอบต่างๆ เช่น ดูแลงานบ้าน เป็นที่ปรึกษาให้บุตรหลาน เป็นต้น	4.54	.86
3. หาวิธีป้องกันหรือลดความเครียดจากการให้การดูแลผู้อื่น	4.54	.71
4. รักษาสัมพันธภาพกับคนรอบข้าง เช่น เพื่อนบ้านในการพบปะพูดคุยหรือเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน	4.40	1.01
5. ศึกษาวิธีการ หรือจัดการดูแลตนเองเมื่อมีปัญหาสุขภาพ	4.24	1.17

ตารางที่ 4.9 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานรายข้อและรายด้านของการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุที่ดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียง (N = 50) (ต่อ)

การดูแลตนเอง	M	SD
ด้านการดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ (ต่อ)	4.06	.55
6. ดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเจ็บป่วย หรือไม่ให้อาการที่เป็นอยู่กำเริบ เช่น รับประทานยาตามเวลาตามปริมาณที่แพทย์แนะนำ	4.18	1.16
7. จัดการกับความเครียดหรืออารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปได้	4.08	.85
8. หาเวลาว่างเพื่อทำกิจกรรมที่ตนเองชอบ	3.24	1.33
9. หาเวลาทำกิจกรรมร่วมกับสมาชิกในครอบครัว	2.66	1.21
ด้านการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ	4.42	.55
1. ดูแลตนเองเมื่อไม่สบาย เช่น รับประทานยาบรรเทาอาการไม่สบายต่างๆ เช่น ยาแก้ปวด เป็นต้น	4.84	.55
2. หาข้อมูลในการดูแลตนเองและบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยจากแหล่งต่างๆ เช่น โทรศัพท์ วิทยุ หนังสือพิมพ์ อินเทอร์เน็ต เป็นต้น	4.46	1.07
3. หาเวลาไปพบแพทย์เมื่อเจ็บป่วย	4.30	.71
4. ปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ทางด้านสุขภาพเมื่อไม่สบาย	4.06	1.02

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม พบว่าญาติผู้ดูแลใช้ความพยายามในการดูแลตนเองบางกิจกรรมเพิ่มมากขึ้นเมื่อเทียบกับก่อนเข้ารับบทบาทเป็นญาติผู้ดูแล สำหรับกิจกรรมที่ญาติผู้ดูแลประเมินว่าใช้ความพยายามในการดูแลตนเองมากขึ้นกว่าเดิมมากที่สุดคือ การจัดการกับความเครียดหรืออารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป (ร้อยละ 36) กิจกรรมที่ญาติผู้ดูแลประเมินว่าทำได้คงเดิม คือ หาเวลาไปพบแพทย์เมื่อเจ็บป่วย (ร้อยละ 100) สำหรับกิจกรรมการดูแลตนเองที่ลดลง 5 อันดับแรก ได้แก่ การมีเวลาเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม (ทำบุญตักบาตร ไปวัด ไปงานแต่งงาน งานขึ้นบ้านใหม่ เป็นต้น) การมีเวลาพักผ่อนหย่อนใจ การหาเวลาทำกิจกรรมร่วมกับสมาชิกในครอบครัว การออกกำลังกาย และการมีเวลาว่างทำกิจกรรมที่ตนเองชอบ โดยกิจกรรมการดูแลตนเองลดลงอยู่ระหว่างร้อยละ 50 – 88 ดังแสดงในตารางที่ 4.10

ตารางที่ 4.10 จำนวน และร้อยละของการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลเปรียบเทียบกับก่อนเข้ารับ
บทบาทเป็นผู้ดูแล (N = 50)

การดูแลตนเอง	จำนวน (ร้อยละ)		
	ลดลง	คงเดิม	เพิ่มขึ้น
1. รับประทานอาหารตรงเวลาทุกมื้อในแต่ละวัน	17 (34)	28 (56)	5 (10)
2. รับประทานอาหารประเภทข้าว/แป้ง นม/เนื้อสัตว์/ ถั่ว ผักและผลไม้ทุกวัน	6 (12)	40 (80)	4 (8)
3. ดื่มน้ำสะอาดเพียงพอ อย่างน้อย 6-8 แก้วทุกวัน (หากไม่มีข้อห้าม)	5 (10)	45 (90)	0
4. หาวิธีให้ได้อยู่ในที่มีอากาศถ่ายเทดี ได้รับอากาศ บริสุทธิ์	1 (2)	48 (96)	1 (2)
5. ดูแลให้ขับถ่ายปัสสาวะ/อุจจาระ ตามกิจวัตรปกติ	3 (6)	47 (94)	0
6. ดูแลให้ได้นอนหลับอย่างเพียงพอคืนละ 6-8 ชั่วโมง	24 (48)	24 (48)	2 (4)
7. เมื่อรู้สึกไม่สบายใจ จะหาวิธีบรรเทาความไม่สบาย ใจด้วยวิธีต่างๆ	1 (2)	44 (88)	5 (10)
8. จัดการให้ได้ออกกำลังกายสัปดาห์ละ 3 วันๆ ละ 20- 30 นาที หรือทำงานบ้านในแต่ละวัน รวมแล้วได้วัน ละ 20-30 นาที	25 (50)	19 (38)	6 (12)
9. หาเวลาเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม เช่น ทำบุญ ตักบาตร ไปวัด ไปงานแต่งงาน งานขึ้นบ้านใหม่ เป็นต้น	44 (88)	6 (12)	0
10. ดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล เช่น อาบน้ำ แปรงฟัน ทุกวัน วันละ 2 ครั้ง	6 (12)	44 (88)	0
11. ตรวจสอบสุขภาพตามแพทย์นัด หรือตรวจสอบสุขภาพอย่าง น้อยปีละ 1 ครั้ง	2 (4)	47 (94)	1 (2)
12. รับการฉีดวัคซีนตามข้อเสนอแนะของแพทย์	8 (16)	41 (82)	1 (2)
13. หาเวลาพักผ่อนหย่อนใจ เช่น พบปะเพื่อนฝูง หรือ ไปเยี่ยมบุตรหลาน ญาติพี่น้อง เป็นต้น	41 (82)	9 (18)	0
14. จัดการภาระในความรับผิดชอบต่างๆ เช่น ดูแลงาน บ้าน เป็นที่ปรึกษาให้บุตรหลาน เป็นต้น	5 (10)	44 (88)	1 (2)

ตารางที่ 4.10 จำนวน และร้อยละของการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลเปรียบเทียบกับก่อนเข้ารับ
บทบาทเป็นผู้ดูแล (N = 50) (ต่อ)

การดูแลตนเอง	จำนวน (ร้อยละ)		
	ลดลง	คงเดิม	เพิ่มขึ้น
15. รักษาสัมพันธภาพในครอบครัว โดยวิธีการต่างๆ เช่น แสดงสีหน้ายิ้มแย้ม ทำจิตใจให้ร่าเริงแจ่มใส เป็นต้น	4 (8)	46 (92)	0
16. รักษาสัมพันธภาพกับคนรอบข้าง เช่น เพื่อนบ้านใน การพบปะพูดคุยหรือเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน	16 (32)	34 (68)	0
17. หาเวลาทำกิจกรรมร่วมกับสมาชิกในครอบครัว	40 (80)	10 (20)	0
18. ศึกษาวิธีการ หรือจัดการดูแลตนเองเมื่อมีปัญหา สุขภาพ	6 (12)	37 (74)	7 (14)
19. หาวิธีป้องกันหรือลดความเครียดจากการให้การ ดูแลผู้อื่น	2 (4)	45 (90)	3 (6)
20. จัดการกับความเครียดหรืออารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป ได้	2 (4)	30 (60)	18 (36)
21. หาเวลาว่างเพื่อทำกิจกรรมที่ตนเองชอบ	36 (72)	13 (26)	1 (2)
22. ดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเจ็บป่วย หรือไม่ให้ อาการที่เป็นอยู่กำเริบ เช่น รับประทานยาตามเวลา ตามปริมาณที่แพทย์แนะนำ	16 (32)	34 (68)	0
23. ดูแลตนเองเมื่อไม่สบาย เช่น รับประทานยาบรรเทา อาการไม่สบายต่างๆ เช่น ยาแก้ปวด เป็นต้น	2 (4)	48 (96)	0
24. หาเวลาไปพบแพทย์เมื่อเจ็บป่วย	0	50 (100)	0
25. ปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ทางด้านสุขภาพ เมื่อไม่สบาย	8 (16)	42 (84)	0
26. หาข้อมูลในการดูแลตนเองและบุคคลในครอบครัว ที่เจ็บป่วยจากแหล่งต่างๆ เช่น โทรทัศน์ วิทยุ หนังสือพิมพ์ อินเทอร์เน็ต เป็นต้น	5 (10)	31 (62)	14 (28)

การดูแลตนเองด้านอื่นๆ ในฐานะที่รับบทบาทเป็นญาติผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียง

จากคำถามปลายเปิดเรื่องการดูแลตนเองในด้านอื่นๆ นอกเหนือจากข้อความในแบบวัดความสามารถในการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุจำนวนทั้งสิ้น 18 ราย จากจำนวนทั้งหมด 50 ราย คิดเป็นร้อยละ 36 โดยส่วนใหญ่จำนวน 9 ราย บอกว่าดูแลตนเองในด้านร่างกาย ได้แก่ การนำสมุนไพรที่ปลูกในบ้านมาทำเป็นเครื่องต้ม เช่น น้ำจิง น้ำใบย่านาง น้ำอบเชย หรือนำสมุนไพรมาทำเป็นของใช้ เช่น สบู่ ยาสระผม ยากันยุง นอกจากนั้นยังนำสมุนไพรมาเป็นส่วนประกอบในการปรุงอาหารเน้นการรับประทานผัก สมุนไพร การดูแลตนเองด้านจิตใจจำนวน 8 ราย คือ เป็นการสวดมนต์ ไหว้พระ นั่งสมาธิที่บ้าน หรือไปปฏิบัติธรรมที่วัดตามโอกาสต่างๆ และการอยู่กับธรรมชาติ คือ ปลูกต้นไม้ ดอกไม้ และการดูแลตนเองด้านสังคมพบเพียงจำนวน 1 ราย คือ ออกไปห้องสมุดประชาชน

บทที่ 5

อภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพและการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียง การศึกษาครั้งนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยเรื่อง การศึกษาสถานการณ์ผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียง โดยอภิปรายผลตามลำดับดังนี้คือ ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุที่ติดเตียง ข้อมูลการดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียง การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุ และการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้สูงอายุและผู้สูงอายุที่ติดเตียง

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียง มีจำนวนทั้งหมด 50 ราย อยู่ในวัยผู้สูงอายุตอนต้น ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง สถานภาพสมรสคู่ นับถือศาสนาพุทธ มีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุที่ติดเตียงโดยเกี่ยวข้องเป็นบุตร สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับญาติผู้ดูแลในประเทศไทย ที่พบว่าผู้ที่รับบทบาทเป็นผู้ดูแลหลักสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง ส่วนใหญ่เป็นสมาชิกในครอบครัวที่มีความเกี่ยวพันใกล้ชิดกันทางสายเลือดมักเกี่ยวข้องเป็นบุตร นับถือศาสนาพุทธ และเป็นเพศหญิง (กาญจนา ปัญญาธร, 2557; เขียวลักษณ์ โพธิธาดา และคณะ, 2557; Muangpaisan et al, 2010) ทั้งนี้การทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลนั้นอาจเป็นบทบาทที่ถูกกำหนดไว้สำหรับเพศหญิง เนื่องจากพื้นฐานความเชื่อทางสังคม การปลูกฝังค่านิยมวัฒนธรรมที่มักคาดหวังให้สมาชิกเพศหญิงในครอบครัวต้องทำหน้าที่ในการดูแล (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2552) แต่จากผลการศึกษาในครั้งนี้ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุที่ติดเตียงโดยเกี่ยวข้องเป็นคู่สมรสมีจำนวนใกล้เคียงกับความเป็นบุตร (ร้อยละ 42 และ 46 ตามลำดับ) เนื่องจากต่างก็อยู่ในวัยสูงอายุที่ใช้ชีวิตอยู่ด้วยกันมา ทำให้อยู่ดูแลช่วยเหลือกันไป (Duggleby et al., 2016; Greenwood & Smith, 2016; Oldenkamp et al., 2016; Stensletten, Bruvik, Espehaug, & Drageset, 2016) และสอดคล้องกับงานวิจัยในต่างประเทศ

(Koyama et al., 2017) ที่พบว่าผู้สูงอายุวัยต้น (อายุน้อยกว่า 65 ปี) ร้อยละ 80 มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยคือเป็นบุตรสาว และผู้สูงอายุวัยกลางมากกว่าร้อยละ 90 คือคู่สามีภรรยา และยิ่งในกลุ่มผู้ดูแลที่มีอายุเพิ่มขึ้นยิ่งพบว่าปัจจัยทางด้านเพศที่ให้การดูแลมีการเปลี่ยนแปลงเช่นกัน (Milligan & Morbey, 2016) สอดคล้องกับผลการศึกษารุ่นนี้ที่พบว่ามีญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุเพศชายจำนวน 13 ราย (ร้อยละ 26) ซึ่งประกอบด้วย สามี 9 ราย บุตรชาย 3 ราย และบุตรเขย 1 ราย

ด้านลักษณะครอบครัว ส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาอยู่ในภาคกลาง สมาชิกในครอบครัวที่อาศัยอยู่รวมกันมากที่สุด 3 – 5 คน เฉลี่ยมีบุตร 1.4 รายต่อครอบครัว ในส่วนนี้สามารถอธิบายได้ว่ารูปแบบการอยู่อาศัยของคนไทยในบริบทชุมชนเขตเมืองที่ส่วนใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยว มีประชากรในครัวเรือนขนาดเล็กลงจาก 5 คนเมื่อประมาณ 30 ปีก่อน เหลือ 4 คน ในปี พ.ศ. 2543 และเหลือเฉลี่ยเพียง 3 คน ในปี พ.ศ. 2557 (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2559)

ด้านระดับการศึกษา จากการศึกษารุ่นนี้พบว่า ส่วนใหญ่ญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุจบการศึกษาสูงกว่าระดับมัธยมศึกษา สอดคล้องกับงานวิจัยของ สเตนเล็ทเทน และคณะ (Stensletten, Bruvik, Espehaug, & Drageset, 2016) ที่ศึกษาญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ดูแลผู้ป่วยวัยสูงอายุที่มีอาการสมองเสื่อม พบว่า ญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุส่วนใหญ่ ระดับการศึกษาสูงกว่ามัธยม ถึงร้อยละ 51 ดักเกิลบี้ และคณะ (Duggleby et al., 2016) ที่ศึกษาในญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะโรคเรื้อรังหลายโรค พบว่า ญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาชั้นเตรียมอุดมหรืออนุปริญญาถึงร้อยละ 71 แตกต่างจากงานวิจัยในประเทศไทยของ ธารินทร์ คุณยศยิ่ง และคณะ (2558) ที่ผ่านมาก็พบว่าระดับการศึกษาของญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุที่พาผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ ส่วนใหญ่จบระดับประถมศึกษา ทั้งนี้อาจเป็นเพราะจากการศึกษานี้ศึกษาในเขตกรุงเทพมหานคร เป็นบริบทชุมชนเมือง ซึ่งเป็นเมืองหลวงของประเทศไทย ที่ทำให้การเข้าถึงการได้รับการศึกษาตามเกณฑ์มากกว่า (สมชัย ฤชุพันธุ์, 2560) ทำให้ใช้การศึกษาในการเข้าถึงแหล่งข้อมูล หรือมองหาแหล่งประโยชน์ต่างๆ จึงพอสรุปได้ว่าภายใต้ในสถานการณ์เดียวกันญาติผู้ดูแลที่ได้รับการศึกษาดี จะนำความรู้และใช้ทักษะเพื่อแก้ไขปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ด้านรายได้ที่ได้รับต่อเดือน ส่วนใหญ่มีรายได้มากกว่า 20,000 บาทต่อเดือน แหล่งที่มาของรายได้คือการช่วยเหลือจากครอบครัว เงินสงเคราะห์ (เบี้ยยังชีพจากทางราชการ) และเงินบำนาญ ครึ่งหนึ่งมีรายได้เพียงพอในการใช้จ่าย และร้อยละ 28 มีรายได้เหลือเก็บ ซึ่งหากพิจารณาจากรายได้ต่ำกว่าเส้นความยากจนของผู้สูงอายุในปี พ.ศ. 2558 เท่ากับ 2,674 บาทต่อเดือน (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2561) จึงทำให้ประเมินได้ว่าไม่มีปัญหาค่าใช้จ่ายและความพร้อมในการเป็นญาติผู้ดูแล สอดคล้องกับ ปิติพร สิริทิพากร และวิรัชศักดิ์ เมืองไพศาล (2558) ที่

ศึกษาในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่กล่าวว่าร้อยละ 94.3 ของญาติผู้ดูแลมีรายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่าย

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่ติดเตียง

ผู้สูงอายุที่ติดเตียงมีจำนวน 50 ราย ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุวัยปลาย เพศหญิง นับถือศาสนาพุทธ ครึ่งหนึ่งมีสถานภาพสมรสคู่ เหลือมีบุตร 4.36 รายต่อครอบครัว ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาประถมศึกษาขึ้นไป เกือบครึ่งหนึ่งมีความสัมพันธ์กับญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุถือเป็นบิดามารดา สิทธิในการเบิกจ่ายค่ารักษาส่วนใหญ่ได้มาจากสิทธิกรมบัญชีกลาง ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุที่ติดเตียงไม่ต้องรับผิชอบค่าใช้จ่ายในการดูแล เนื่องจากมีญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุและบุคคลในครอบครัวรับผิดชอบ และผู้ที่ตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่ติดเตียงกว่าครึ่งหนึ่งคือญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุแต่เพียงผู้เดียว ซึ่งอาจเนื่องจากแนวโน้มของประชากรผู้สูงอายุที่มีชีวิตยืนยาวขึ้น ก็ยังมีโอกาสต่อการเจ็บป่วย พิกัด หรือช่วยเหลือตัวเองไม่ได้เพิ่มมากขึ้น เนื่องจากผู้หญิงมีอายุยืนกว่าผู้ชาย ในกลุ่มประชากรวัยสูงอายุขึ้นยิ่งพบว่ามีความถี่ของผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2559) และจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้นได้ส่งผลกระทบต่ออัตราส่วนพึ่งพิงวัยสูงอายุโดยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557) เมื่อผู้สูงอายุไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ มีโรคเรื้อรังหลายโรคและมีภาวะแทรกซ้อน หรืออยู่ในสถานะ “ติดเตียง” (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2557) คือ มีคะแนน ADL ระหว่าง 0-4 คะแนน หมายถึง มีการพึ่งพาในระดับสูงมากซึ่งต้องการการช่วยเหลือทั้งหมด ก่อให้เกิดภาวะพึ่งพิงและความต้องการการดูแลระยะยาวที่เพิ่มสูงขึ้น แมทธิว และคณะ (Matthews, Dunbar-Jacob, Sereika, Schulz, & McDowell, 2004) ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันสุขภาพในญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุพบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุเพศหญิง มีอายุมากกว่าญาติผู้ดูแล และมีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค ชารินทร์ คุณยศยิ่ง และคณะ (2558) ศึกษาในญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุที่เป็นบุคคลในครอบครัวของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ระดับการพึ่งพาจะมากขึ้นตามช่วงอายุและพวงเพ็ญ เพื่อกสวัสดี้, นิสาชล นาคกุล, และวิษญา โรจนรักษ์ (2559) ศึกษาสถานการณ์ ปัญหาและความต้องการการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดบ้านติดเตียง พบว่า ส่วนใหญ่อ้อยละ 70.19 ของผู้ป่วยเรื้อรังมีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมอยู่ในระดับพึ่งพาสูงมาก ซึ่งต้องการการช่วยเหลือดูแลทั้งหมด

การดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียง

ข้อมูลการดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียงประกอบด้วยบริบทการดูแล ความต้องการการดูแล และกิจกรรมการดูแลที่ญาติผู้ดูแล้วยสูงอายุให้การดูแล

บริบทการดูแล

การให้การดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียงในระยะยาว สมาชิกในครอบครัวถือว่าเป็นเครือข่ายการดูแลที่สำคัญ เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ร่วมกันกับผู้สูงอายุที่ติดเตียงได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี ในการศึกษาครั้งนี้บริบทการดูแลประกอบด้วย จำนวนชั่วโมงที่ญาติผู้ดูแล้วยสูงอายุดูแลตัวเอง ต่อวัน การมีผู้ช่วยเหลือในการดูแล และสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นที่ให้การช่วยเหลือดูแลหรือบุคคลในครอบครัว

จากการศึกษา พบว่าญาติผู้ดูแล้วยสูงอายุใช้เวลาในการดูแลตนเองเฉลี่ย 10.74 ชั่วโมง ส่วนใหญ่จำนวน 47 ราย มีผู้ช่วยญาติผู้ดูแล้วยสูงอายุในการช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียง (เป็นผู้ดูแลที่ได้รับการว่าจ้าง 9 ราย เป็นบุคคลในครอบครัว 38 ราย) ส่วนใหญ่มีบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือในการดูแลจำนวน 2 คนมากที่สุด ลักษณะการช่วยเหลือดูแลส่วนใหญ่คือช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน รองลงมาคือช่วยเหลือกิจกรรมที่เฉพาะของแต่ละโรค สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศ เอ็กวอลล์ และคณะ (Ekwall et al., 2005) พบว่าญาติผู้ดูแล้วยสูงอายุมีผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย จำนวน 1 – 2 คน และ 3 – 5 คน ในอัตราส่วนเท่ากันคือร้อยละ 41.6 กิฟเวนส์ และคณะ (Givens et al., 2014) ที่พบว่าญาติผู้ดูแล้วยสูงอายุที่ให้การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมจำนวนกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 52) ได้รับการช่วยเหลือในการดูแลจากบุคคลอื่น และมีเวลาพักผ่อน จากการให้การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ร้อยละ 77

เมื่อพิจารณาถึงสัมพันธภาพกับบุคคลผู้ให้การช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียงกรณีเป็นเครือญาติส่วนใหญ่มองว่ามีน้ำใจ และให้การช่วยเหลือกันดี รองลงมาคือ มีความรู้สึกรักใคร่ห่วงใย ดูแลซึ่งกันและกัน และเมื่อเป็นผู้ดูแลที่ได้รับการว่าจ้างส่วนใหญ่มีความรู้สึกไว้วางใจช่วยเหลือในการดูแลดี และสัมพันธภาพกับบุคคลในครอบครัวส่วนใหญ่จะให้การช่วยเหลือสนับสนุนด้านอื่นๆ เช่น เงินทอง ของใช้ และเป็นส่วนน้อย ที่มองว่ามีความขัดแย้ง รู้สึกน้อยใจ ไม่ค่อยติดต่อหรือมาเยี่ยม แตกต่างจากการศึกษาในประเทศไทยของ ชารินทร์ คุณยศยิ่ง และคณะ (2558) ที่พบว่าส่วนใหญ่ร้อยละ 71.1 ได้รับความช่วยเหลือด้านต่างๆ อยู่ในระดับต่ำ ซึ่งอาจเป็นเพราะการศึกษาที่สถานที่แตกต่างสถานที่กัน โดยที่การศึกษาข้างต้นเป็นการศึกษาที่เชิงใหม่ และกลุ่มตัวอย่างมีระดับการศึกษาระดับประถมศึกษา ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม ทำให้โอกาสการเข้าถึงแหล่งประโยชน์ต่างกัน แต่การศึกษากครั้งนี้ศึกษาในกรุงเทพมหานคร ซึ่งในกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้

มีการศึกษาและเศรษฐานะดี สามารถว่าจ้างคนมาช่วยดูแล เพื่อทดแทนพลังสำรองที่ลดลงในวัยสูงอายุ

ความต้องการการดูแล

โรคที่ได้รับการวินิจฉัยที่ทำให้ผู้สูงอายุติดเตียงเป็นอันดับหนึ่ง คือโรคหลอดเลือดสมอง คิดเป็นร้อยละ 32 รองลงมาคือภาวะสมองเสื่อม และหกล้ม คิดเป็นร้อยละ 14 และ 10 ตามลำดับ ระยะเวลาในการนอนติดเตียงมีตั้งแต่ 1 เดือนถึง 15 ปี เฉลี่ย 27.42 เดือน สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทยของ ศิราณี ศรีหาคาศ และคณะ (2556) เรื่องผลกระทบและการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้วัฒนธรรมไทย พบว่าปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพพลภาพที่นำไปสู่การพึ่งพิงระยะยาวในผู้สูงอายุ มี 4 สาเหตุหลัก คือ โรคเรื้อรังหรืออาการเจ็บป่วย ภาวะสมองเสื่อม การหกล้ม และกระบวนการสูงอายุ ชารินทร์ คุณยศยิ่ง และคณะ (2558) ศึกษาในญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุที่เป็นบุคคลในครอบครัวของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าระดับการพึ่งพิงจะมากขึ้นตามช่วงอายุ และกลุ่มผู้สูงอายุตอนปลายที่มีอายุตั้งแต่ 80 ปี ขึ้นไป ส่วนใหญ่ร้อยละ 73.33 มีการพึ่งพิงทั้งหมด

การศึกษากลับนี้พบว่า ส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการดูแลน้อยกว่า 1 ปี จำนวนชั่วโมงที่ให้การดูแลตั้งแต่ 6 – 16 ชั่วโมงต่อวัน เฉลี่ย 10.06 ชั่วโมงต่อวัน และนอกเหนือจากผู้สูงอายุที่ติดเตียงที่ให้การช่วยเหลือ เป็นประจำยังมีบุคคลอื่นอีก 2 ราย ที่ญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุต้องให้การช่วยเหลือดูแล รายแรกให้การดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียงและน้องสาวในด้านการช่วยทำกายภาพบำบัด และรายที่สองดูแลผู้สูงอายุที่ ติดเตียงและบิดาที่ชรามากด้านการช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันขึ้นพื้นฐาน สอดคล้องกับการศึกษาของ ชารินทร์ คุณยศยิ่ง และคณะ (2558) ที่พบว่าส่วนใหญ่ญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุที่ให้การดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองช่วงที่ทำการศึกษามีระยะเวลาในการดูแลอยู่ในช่วง 6 – 12 เดือนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 56.67 และจำนวนชั่วโมงในการดูแล สอดคล้องกับงานวิจัยในต่างประเทศของกรีนวูดและสมิธ (Greenwood & Smith, 2016) ที่พบว่าญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุใช้เวลาในการดูแลมากกว่าหรือเท่ากับ 50 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ และยิ่งอายุยืนขึ้นยิ่งใช้เวลาในการดูแลมากขึ้นตามลำดับ องค์การทางด้านผู้ดูแลในแถบอเมริกา (The National Alliance for Caregiving [NAC] and the AARP Public Policy Institute, 2015) พบว่า ญาติผู้ดูแลใช้เวลาในการดูแลมากถึง 41 ชั่วโมงหรือมากกว่านั้นต่อสัปดาห์ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุมีเวลาในการดูแลผู้ป่วยอย่างเต็มที่ และผู้สูงอายุที่ติดเตียงมีคะแนนการพึ่งพิงในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขึ้นพื้นฐานอยู่ในระดับสูงมาก ซึ่งต้องการการช่วยเหลือทั้งหมด

กิจกรรมการดูแลที่ญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุให้การดูแล

กิจกรรมการดูแลที่ญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุให้การดูแล ประกอบด้วย การดูแลด้านร่างกาย (การดูแลกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน และการดูแลเฉพาะ) ด้านจิตใจและอารมณ์ และด้านสังคม

กิจกรรมการดูแลด้านร่างกาย

จากผลการวิจัย ญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุต้องให้การช่วยเหลือดูแลการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานให้กับผู้สูงอายุที่ติดเตียงมากถึง 8 ใน 10 กิจกรรม สอดคล้องกับความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุที่ติดเตียง ซึ่งอยู่ในภาวะพึ่งพิงไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ โดยพบว่ากิจกรรมที่ทำให้มากที่สุดถึงร้อยละ 96 คือ เรื่องการรับประทานอาหาร การลุกนั่งจากที่นอนหรือ เติงไปเก้าอี้หรือช่วยพลิกตะแคงตัวบนเตียง และเรื่อง การขับถ่าย (เปลี่ยนผ้าหรือผ้าอ้อม) สำหรับกิจกรรมการดูแลเฉพาะที่ปฏิบัติสูงที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ การพาไปตรวจ รองลงมาคือ การบริหารยา และการให้อาหารทางสายยาง

กิจกรรมการดูแลด้านจิตใจและอารมณ์

เมื่อพิจารณาถึงกิจกรรมการดูแลด้านจิตใจและอารมณ์ กิจกรรมที่ปฏิบัติมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ การประเมินความรู้สึกของผู้สูงอายุที่ติดเตียง รองลงมาคือ อยู่เป็นเพื่อน รับฟังความรู้สึก และสอบถามความต้องการของผู้สูงอายุที่ติดเตียง

กิจกรรมการดูแลด้านสังคม

กิจกรรมการดูแลทางด้านสังคมที่ปฏิบัติมากที่สุดคือ การพาสมาชิกในครอบครัวเข้ามาพบปะพูดคุย

เห็นได้ว่าการดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียงที่มีระดับการพึ่งพิงมาก ย่อมมีความต้องการการดูแลมากตามลำดับ แสดงถึงภาระงานที่หนัก และต้องให้การดูแลอย่างใกล้ชิด แต่ญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุตอบสนองได้ไม่ครบทุกด้าน จึงจำเป็นต้องมีผู้อื่นเข้ามาช่วยเหลือดูแล เพื่อให้สามารถตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุครอบคลุมทั้ง 3 ด้าน (กาญจนา ปัญญาธร, 2557; โรชนี อุปรา และคณะ, 2554) คือ 1) ด้านร่างกาย เป็นการปฏิบัติกิจกรรมทางกายทั้งกิจกรรมการดูแลกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานกิจกรรมการช่วยเหลือดูแลขั้นสูง และการช่วยเหลือดูแลพิเศษหรืองานพยาบาล 2) ด้านการสนับสนุนทางอารมณ์และจิตใจ เช่น อยู่เป็นเพื่อน หรือนอนเฝ้าเวลากลางคืน เพื่อสร้างความรู้สึกอบอุ่นใจและความมั่นคงปลอดภัยแก่ผู้สูงอายุที่ติดเตียง (ชวลิต สวัสดิ์ผล และคณะ, 2560) และ 3) ด้านสังคม เป็นลักษณะของการเกื้อกูลและสนับสนุนให้ได้พบสมาชิกในครอบครัว เพื่อน

เพื่อนบ้าน เพื่อให้ผู้สูงอายุรับรู้ถึงการมีส่วนร่วม และเป็นส่วนหนึ่งในกิจกรรมของครอบครัว (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2552)

ภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุ

ภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุประกอบด้วย ข้อมูลด้านสุขภาพโดยทั่วไป สุขภาพหลังให้การดูแล และการรับรู้ภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล

สุขภาพโดยทั่วไปของญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุ

ผลการวิจัยพบว่า ญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุมีโรคประจำตัวถึงร้อยละ 94 ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวมากกว่า 2 โรค โดยพบว่าเป็นโรคไขมันในเลือดสูงมากที่สุด รองลงมาคือโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ส่วนใหญ่มีโรคที่ต้องรับประทานประจำจากโรคที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ จำนวนยาที่รับประทานประจำมากกว่า 1 ใน 3 (ร้อยละ 56) คือรับประทานมากกว่า 2 เม็ดขึ้นไป กว่าร้อยละ 42 ซ้ำยามารับประทานเองเพื่อบรรเทาอาการ ทั้งนี้เมื่อเปรียบเทียบกับญาติผู้ดูแลที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาสุขภาพก่อนให้การดูแล (ปิณฑร สิริทิพากร และวิรัชศักดิ์ เมืองไพศาล, 2558; พารุณี เกตุกราย 2550; อนุสรณ์ แนนอุดร, รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์, และพรนภา หอมสินธุ์, 2559; Ritteeveerakul, 2005; Yothayai, 2004) ในส่วนนี้สามารถอธิบายได้ว่าญาติผู้ดูแลก็คือผู้สูงอายุคนหนึ่งที่ต้องเผชิญกับความสูงวัยของตนเองและประเด็นปัญหาสุขภาพ อีกทั้งยังต้องเข้ามารับผิดชอบในการช่วยเหลือดูแลบุคคลอื่นในครอบครัว (Steiner et al., 2008) สอดคล้องกับงานวิจัยในต่างประเทศ เฟร็ดแมน และคณะ (Fredman et al., 2013) และ กิฟเวนส์ และคณะ (Givens et al., 2014) ที่พบว่า ญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุมีโรคประจำตัวอย่างน้อย 2 โรค มูซิช และคณะ (Musich, Wang, Kraemer, Hawkins, & Wicker, 2017) ที่ศึกษาในญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุที่อาศัยร่วมกับผู้ป่วยที่บ้าน พบว่า ส่วนใหญ่ยาที่รับประทานประจำ 1-3 เม็ด คิดเป็นร้อยละ 40.9

สุขภาพหลังให้การดูแล

หลังให้การดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียง ญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุประเมินสุขภาพของตนเองพบว่า ส่วนใหญ่มีอาการเปลี่ยนแปลงไปในทางแย่ลง โดยพบว่ามีอาการทางด้านร่างกายมากที่สุด โดยอาการที่พบส่วนใหญ่คือ เหนื่อย เมื่อยล้า อ่อนเพลีย รองลงมาคือ นอนน้อย และปวดตามร่างกาย อาการทางด้านจิตใจที่พบส่วนใหญ่คือ เครียด รองลงมาคือวิตกกังวล และหงุดหงิด และอาการทางด้านจิตสังคมพบเพียงด้านเดียวคือ แยกตัว เช่นเดียวกับ Chen และคณะ (2015) ศึกษาในญาติ

ผู้ดูแลวัยสูงอายุ พบว่า ผลกระทบจากการให้การดูแลก่อให้เกิดความเหนื่อยล้า และนำไปสู่การจัดการกับความเครียดที่ไม่เหมาะสม โอลเด็นแคมป์ และคณะ (Oldenkamp et al., 2016) พบว่าญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีภรรยา รับรู้ถึงภาระการดูแลเชิงอัตนัย (subjective burden) ทั้งด้านจิตใจ ร่างกาย สูงกว่าญาติผู้ดูแลวัยผู้ใหญ่ เนื่องจากปัญหาสุขภาพที่แย่งของคู่สามีภรรยาที่ให้การดูแล และการใช้เวลาอยู่ร่วมกันยาวนานมากกว่าญาติผู้ดูแลวัยผู้ใหญ่ ทำให้รู้สึกว่ามีปัญหาในการจัดการกับชีวิตประจำวันของตนเอง และได้รับการช่วยเหลือที่ไม่เพียงพอ

ภาวะความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นหลังเข้ารับบทบาทเป็นผู้ดูแลที่อยู่ในวัยผู้สูงอายุในงานวิจัยนี้ เกิดขึ้นเช่นเดียวกับญาติผู้ดูแลที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ โดยภาวะเจ็บป่วยที่พบ ได้แก่ ความเครียด ความวิตกกังวล ปวดเมื่อยร่างกาย (รัชนิพร ภัทรปกรณ์, จงจิต เสน่หา, วิมลรัตน์ ภูวราวุฒิปาณิช, และ ยงชัย นิละนนท์, 2557; Ritteveerakul, 2005) แต่ในวัยสูงอายุ อวัยวะทุกส่วนมีความเสื่อม พลังสำรองค่อยๆ ลดลง ในการกระทำการดูแลตนเองและดูแลผู้อื่นไปพร้อมกัน ย่อมส่งผลให้การปรับสภาพสมดุลลดลง ทำให้เกิดภาวะเจ็บป่วยไม่สุขสบายได้ง่าย (Elderwise, 2010)

การรับรู้ภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุ

ผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งแตกต่างจากผลการศึกษาของ เซน และคณะ (Chen et al., 2015) พบว่า ญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพด้านร่างกายและภาวะสุขภาพด้านจิตใจ 49 และ 43.08 คะแนน ตามลำดับ จากคะแนนเต็ม 100 คะแนน ซึ่งอยู่ในระดับต่ำ โกยาม่า และคณะ (Koyama et al., 2017) และ วิลเลตต์-เมอร์ฟี และคณะ (Willette-Murphy, Todero, & Yeaworth, 2006) ที่ศึกษาภาวะสุขภาพด้านจิตใจในญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมและอัลไซเมอร์ พบว่า ภาวะสุขภาพด้านจิตใจมีคะแนนอยู่ในระดับต่ำ เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมต้องให้การดูแลทั้งด้านร่างกาย และจัดการกับปัญหาความคิด หรือพฤติกรรมที่เกิดขึ้นโดยไม่สามารถคาดคะเนล่วงหน้าได้ (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม และคณะ, 2553) แต่ในการศึกษานี้อาจเป็นเพราะว่า ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุวัยต้น ซึ่งยังเป็นช่วงที่มีพลังช่วยเหลือตนเองและคนอื่นได้ และมีบุคคลอื่นที่ให้ความช่วยเหลือในการดูแล รวมถึงได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากครอบครัว ญาติพี่น้อง และมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันทำให้ ญาติผู้ดูแลพอมีเวลาว่างสำหรับดูแลตนเอง นอกจากนี้ระดับการศึกษาของญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่อยู่ในระดับปริญญาตรีขึ้นไป ทำให้ญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุมีทักษะในการหาแนวทางขอความช่วยเหลือ สามารถเลือกใช้แหล่งประโยชน์จากบุคคลในครอบครัว เพื่อนบ้าน บริการทางสุขภาพอย่างเหมาะสม ดังนั้นญาติผู้ดูแลจึงพอมีเวลาในการดูแลภาวะสุขภาพของตนเองควบคู่ไปกับการดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียง

การประเมินภาวะสุขภาพโดยรวมในญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุในงานวิจัยนี้ พบว่า อยู่ในระดับปานกลาง มีความแตกต่างกับญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่ที่ประเมินภาวะสุขภาพโดยรวมส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี (ปิติพร สิริทิพากร และวีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2558; รัชนิพร ภัทรปกรณ์ และคณะ, 2557) อาจเป็นเพราะพลังสำรองที่ค่อยๆ ลดลงในวัยสูงอายุ และต้องบริหารจัดการเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุที่คิดเพียงให้ครอบคลุม ส่งผลให้ร่างกายและจิตใจต้องมีการปรับสมดุลอย่างมาก แต่ประเด็นที่พบที่มีความคล้ายคลึงกันนั้นคือ การมีบุคคลอื่นที่ให้ความช่วยเหลือในการดูแลเช่นเดียวกับญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุ (ปิติพร สิริทิพากร และวีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2558; พารุณี เกตุกราย, 2550; ไพรินทร์ พัสสุ, ศุภร วงศ์วิญญู, และยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2556; รัชนิพร ภัทรปกรณ์ และคณะ, 2557; Ritteeveerakul, 2005; Yothayai, 2004)

การดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุ

ผลการวิจัยพบว่า คะแนนการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี และคะแนนเฉลี่ยรายด้านของการดูแลทั้ง 3 ส่วน พบว่า การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป อยู่ในระดับปานกลาง การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ และการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีภาวะเปี่ยงเบนทางสุขภาพ อยู่ในระดับดี หากพิจารณากิจกรรมการดูแลตนเองรายข้อพบว่า กิจกรรมที่ญาติผู้ดูแลมีการดูแลตนเองที่มีคะแนนมากที่สุด 3 อันดับแรกได้แก่ การหาวิธีได้อยู่ในที่ที่มีอากาศถ่ายเทดี ได้รับอากาศบริสุทธิ์ รongลงมา คือ การดูแลตนเองเมื่อไม่สบาย และการดูแลให้ได้ขับถ่ายปัสสาวะ/อุจจาระตามกิจวัตรปกติ ส่วนกิจกรรมการดูแลตนเองที่ญาติผู้ดูแลมีการดูแลตนเองที่น้อย โดยมีคะแนนการดูแลตนเองน้อยที่สุด 3 อันดับท้าย ได้แก่ กิจกรรมการหาเวลาพักผ่อนหย่อนใจ รongลงมาคือ กิจกรรมการหาเวลาทำกิจกรรมร่วมกับสมาชิกในครอบครัว และการมีเวลาเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมซึ่งเป็นการรับรู้ถึงภาระเชิงปรณัย (objective burden) ที่เข้ามากระทบทบทญาติผู้ดูแล เป็นสิ่งที่เกิดจากหน้าที่ความรับผิดชอบเกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลโดยตรง เป็นความความยากลำบากในการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแล (Montgomery et al., 1985) เช่น รู้สึกขาดอิสระ ความเป็นส่วนตัว การมีเวลาเข้าสังคมลดลง เนื่องจากต้องอยู่ใกล้ชิดให้การช่วยเหลือดูแลตลอดเวลา ซึ่งสอดคล้องกับปริมาณงานการดูแลผู้สูงอายุที่คิดเพียงในการศึกษารั้งนี้

หากพิจารณาการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุตามทฤษฎีการดูแลตนเอง จากผลการวิจัยดังกล่าวข้างต้นพบว่า มีการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี อาจเป็นผลมาจาก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อยู่ในวัยสูงอายุตอนต้น มีสถานภาพสมรสคู่ นับถือศาสนาพุทธ มีระดับการศึกษาสูงกว่าระดับมัธยมศึกษา มีเศรษฐกิจดี และมีผู้ให้ความช่วยเหลือในการดูแล โดยโอเร็ม (Orem,

2001) กล่าวว่า ปัจจัยเงื่อนไขพื้นฐานส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดูแลตนเองและความสามารถในการดูแลตนเองถูกพัฒนาขึ้นจากการได้รับการพิจารณาของแต่ละบุคคล สอดคล้องกับการศึกษาของ เซน และคณะ (Chen et al., 2015) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุ และแหล่งทักษะภายในตนเองของญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุจำนวน 108 ราย พบว่าญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุที่มีคะแนนภาวะสุขภาพด้านร่างกายและจิตใจอยู่ในระดับดีมีความสัมพันธ์ทางบวกกับแหล่งทักษะภายในตนเอง และการศึกษาของ เรบินโนวิทซ์ และแกลเลเกอร์-ทอมป์สัน (Rabinowitz & Gallagher-Thompson, 2007) ที่ทำการศึกษาภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในญาติผู้ดูแลเพศหญิงที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมจำนวน 256 ราย พบว่า ญาติผู้ดูแลรับรู้ว่าคุณสมบัติภาวะสุขภาพอยู่ในระดับดีถึงดีมาก และไม่มีพฤติกรรมเสี่ยง โดยส่วนใหญ่ร้อยละ 92.8 ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 98.86 ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ และมากกว่าร้อยละ 30 เข้าร่วมออกกำลังกายเป็นประจำอย่างน้อยอาทิตย์ละ 2 ครั้ง จากคุณสมบัติของปัจจัยเงื่อนไขพื้นฐานที่กล่าวมาข้างต้นอาจส่งผลให้ญาติผู้ดูแลมีเวลาดูแลตนเองในขณะที่ต้องให้การดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียง ทำให้รับรู้ว่าการดูแลตนเองอยู่ในระดับดีได้

เมื่อพิจารณาการดูแลตนเองรายด้านพบว่ามีความเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลางในการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป โอเร็ม (Orem, 2001) กล่าวว่า การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปเป็นพื้นฐานในการดูแลตนเองของมนุษย์ทุกคนตลอดทั้งชีวิตตามอายุ พัฒนาการ สิ่งแวดล้อมและปัจจัยอื่นๆ เพื่อคงไว้ซึ่งโครงสร้างหน้าที่ และการทำงานของร่างกาย ซึ่งมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล โดยมีกิจกรรมการดูแลตนเองในส่วนของการหาวิธีได้อยู่ในที่ที่มีอากาศถ่ายเท ได้รับอากาศบริสุทธิ์ เป็นกิจกรรมที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด อาจเนื่องจากเป็นกิจกรรมที่ไม่ต้องปรับเปลี่ยนสิ่งใดมากมาย เป็นสิ่งจำเป็นในการดำรงชีวิต แต่หากพิจารณาการดูแลตนเองในด้านนี้ พบว่ากิจกรรมการดูแลตนเองในเรื่องของการหาเวลาพักผ่อนหย่อนใจ เป็นกิจกรรมที่ญาติผู้ดูแลประเมินน้อยที่สุดในการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป สะท้อนให้เห็นว่ากิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียงเป็นงานที่หนัก และซับซ้อนมากขึ้นในผู้ที่ต้องพึ่งพาการดูแลทั้งหมด และใช้เวลาส่วนใหญ่ในการดูแลผู้ป่วย นอกจากนั้นผลที่ตามมาจากการให้การดูแลของญาติผู้ดูแล เช่น เวลาสำหรับดูแลรับผิดชอบชีวิตของตนเองลดลง การเข้าสังคมลดลง ก่อให้เกิดความเครียดได้อีกทางหนึ่งด้วย (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539)

เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนเข้ารับบทบาทเป็นญาติผู้ดูแล สำหรับกิจกรรมที่ญาติผู้ดูแลประเมินว่าสามารถทำได้ลดลงในด้านการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป 3 อันดับแรก ได้แก่ การมีเวลาเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม (ทำบุญตักบาตร ไปวัด ไปงานแต่งงาน งานขึ้นบ้านใหม่ เป็นต้น) การมีเวลาพักผ่อนหย่อนใจ และการออกกำลังกาย สอดคล้องกับงานวิจัยของ เสตตรอมและ

อีวานอฟ (Hedstrom & Ivanoff, 2012) ที่ศึกษาประสบการณ์ของหญิงวัยสูงอายุที่ให้การดูแลและอาศัยร่วมกับคู่ชีวิตที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า มุมมองจากการเป็นผู้ให้การดูแลแล้วเป็นความรู้สึกไม่แน่นอน ไม่สามารถทำนายได้ว่าจะเกิดอะไรขึ้นในอนาคต กลัวว่าเหตุการณ์เจ็บป่วยจะเกิดขึ้นซ้ำ และต้องกระทำการเป็นผู้เจรจาต่อรองทั้งต่อผู้ป่วย ต่อตนเองและเจ้าหน้าที่ที่มึนสุขภาพ เป็นผลให้ตนเองรู้สึกวุ่นวายเกี่ยวกับการต้องเตรียมตัวให้พร้อมตลอดเวลาที่จะช่วยเหลือสามี จึงมีความต้องการเวลาพักเป็นการส่วนตัว และ กิฟเวนส์ และคณะ (Givens et al., 2014) พบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมส่วนใหญ่รู้สึกว่าต้องติดอยู่กับความรับผิดชอบในการให้การดูแล โดยเฉพาะอย่างยิ่งกับการให้การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรม และต้องได้รับการช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันที่มากขึ้น อันเนื่องมาจากการเป็นผู้ให้การดูแลหลักแก่บุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วย และรับรู้ว่าการดูแลเป็นภาระหน้าที่ที่เป็นเสมือนส่วนหนึ่งของชีวิต (Koyama et al., 2017) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาในญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุครั้งนี้ที่พบว่า กิจกรรมที่ต้องมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลหรือสิ่งแวดล้อมอื่น คือ การหาเวลาเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม หรือ การมีเวลาพักผ่อนหย่อนใจ เป็นกิจกรรมที่ญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุปฏิบัติได้ลดลง เนื่องจากเป็นความต้องการดูแลตนเองทั่วไปในภาวะปกติแต่เมื่อต้องให้การดูแลผู้สูงอายุที่คิดเพียงเพิ่มขึ้นมาทำให้ญาติผู้ดูแลต้องแบ่งเวลาในการดูแลตนเองเพื่อมาดูแลอีกบุคคลหนึ่ง ทำให้มีเวลาเพื่อไปประกอบกิจกรรมการดูแลตนเองซึ่งเป็นพื้นฐานในการดำรงชีวิตได้ลดลง สอดคล้องกับการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลวัยผู้ใหญ่อานการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป คือ มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากไม่ค่อยมีเวลาส่วนตัว เพราะนอกจากจะทำงานประกอบอาชีพแล้วต้องกลับมาให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (พารุณี เกตุกราย, 2550) มีเวลาในการพักผ่อนลดน้อยลง (วิภาวรรณ ชะอุ่ม, 2536)

คะแนนเฉลี่ยของการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปตามระยะพัฒนาการ พบว่าอยู่ในระดับดี หากพิจารณากิจกรรมการดูแลตนเองรายชื่อของการดูแลตนเองด้านนี้ พบว่าข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดได้แก่ กิจกรรมรักษาสัมพันธภาพในครอบครัว (เช่น แสดงสีหน้ายิ้มแย้ม ทำจิตใจให้ร่าเริง) อาจเป็นเพราะผู้สูงอายุยังมีความสุขที่ได้อาศัยอยู่ร่วมกับบุคคลในครอบครัว ซึ่งเป็นไปตามการศึกษาความสุขของผู้สูงอายุ พบว่า ปัจจัยด้านที่อยู่อาศัยเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อการรับรู้ถึงความสุขของผู้สูงอายุ (Gray, Rukumnuaykit, Kittisuksathit, & Thongthai, 2008) นอกจากนี้กิจกรรมการดูแลตนเองในเรื่องการหาเวลาทำกิจกรรมร่วมกับสมาชิกในครอบครัว เป็นส่วนที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดอยู่ในด้านการดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ ทั้งนี้อาจเนื่องจากการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลโดยมีจุดมุ่งหมายในการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่คิดเพียงผู้ซึ่งต้องการการดูแลเอาใจใส่ตลอดเวลา และใช้เวลาเป็นอย่างมากในการปฏิบัติกิจกรรมให้กับผู้สูงอายุที่คิดเพียง เนื่องจากกิจกรรมของการให้การดูแลมีขอบเขตที่กว้างขวาง เพราะต้องให้การดูแลและช่วยเหลือสนับสนุน

ตามความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุที่คิดเพียงตั้งแต่การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขึ้นพื้นฐาน ไปจนถึงกิจกรรมการดูแลเฉพาะโรค (Reinhard et al., 2008) สอดคล้องกับโอเร็ม (2001) กล่าวว่า การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการเป็นการดูแลตนเองที่ถูกพัฒนามาตั้งแต่วัยเด็กตลอดจนกระทั่งวัยสูงอายุ ซึ่งแตกต่างกันตาม ภาวะสุขภาพ ปัจจัยที่มีผลต่อการเรียนรู้ รูปแบบสังคม วัฒนธรรม การเข้าถึงแหล่งประโยชน์ และประสบการณ์ชีวิตที่ได้รับ ซึ่งแตกต่างกันไปตามระยะพัฒนาการของชีวิต

เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนเข้ารับบทบาทเป็นญาติผู้ดูแล กิจกรรมที่ญาติผู้ดูแลประเมินว่าสามารถทำได้มากขึ้นกว่าเดิมมากที่สุดในด้านการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปตามระยะพัฒนาการคือการจัดการกับความเครียดหรืออารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป เนื่องจากผลการวิจัยพบว่า อายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 65.44 ปี ซึ่งเป็นวัยสูงอายุตอนต้นเป็นช่วงวัยที่มีแนวโน้มที่จะมีสุขภาพหรือความสามารถในการประกอบกิจกรรมต่างๆ ทั้งทางกายภาพและทางจิตใจที่ดีกว่าประชากรสูงอายุช่วงวัยอื่นๆ (รศรินทร์ เกรย์, อุมารณณ์ ภัทรวาณิชย์, เฉลิมพล แจ่มจันทร์, และเรวดี สุวรรณพเก้า, 2556) ร่วมกับมีประสบการณ์ในชีวิตที่มากขึ้น ซึ่งมีผลต่อความสามารถในการเข้าใจหรือตัดสินใจในสถานการณ์ต่างๆ ช่วยให้เกิดความรอบคอบในการพิจารณาทางเลือก และสามารถเผชิญปัญหาต่างๆ ได้ดี (ธารินทร์ คุณยศยิ่ง และคณะ, 2558; รศรินทร์ เกรย์, สาสินี เทพสุวรรณ, ณัฐจิรา ทองเจริญพงศ์, และภูวนัย พุ่มไทรทอง, 2556) ซึ่งการจัดการกับความเครียดหรืออารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปที่สามารถทำได้มากขึ้นกว่าเดิมของญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุในงานวิจัยนี้ สอดคล้องกับญาติผู้ดูแลวัยผู้ใหญ่ที่ประเมินว่าการจัดการกับความเครียดหรืออารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปสามารถทำได้มากขึ้นกว่าเดิม (พารุณี เกตุกราย, 2550) แต่เมื่อพิจารณาถึงการเผชิญความเครียดในญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุจะใช้วิธีบรรเทาความเครียดเป็นส่วนใหญ่ เช่น ปล่อยให้อารมณ์เย็นลง ไม่ตอบโต้ เป็นฝ่ายยอมผู้ป่วย (ณัฐภัฏดา เขาวนารักษ์ และ รังสิมันต์ สุนทรไชยา, 2560) ปล่อยวางความคิด มองถึงความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย เพื่อให้ได้อยู่ร่วมกันได้อย่างมีความสุข (Blair, 2005) แตกต่างจากเผชิญความเครียดในญาติผู้ดูแลวัยผู้ใหญ่ที่ส่วนใหญ่มักจะใช้การเผชิญหน้ากับปัญหามากที่สุด (บุญมาศ จันศิริมงคล, 2550; ไพรินทร์ พัสตุ และคณะ, 2556)

คะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพอยู่ในระดับดี หากพิจารณากิจกรรมการดูแลตนเองรายข้อของการดูแลตนเองด้านนี้ พบว่าข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดได้แก่ กิจกรรมการดูแลตนเองเมื่อไม่สบาย เช่น รับประทานยาบรรเทาอาการไม่สุขสบายต่างๆ อาจเป็นเพราะญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุประเมินว่าเป็นการเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อย สามารถบรรเทาความเจ็บป่วยนั้นได้ด้วยตนเองโดยไม่ต้องไปพบแพทย์ ประกอบกับมีโรคประจำตัวอยู่เดิมและต้องรับประทานยาที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เป็นประจำอยู่แล้ว เมื่อเวลาไปพบแพทย์ตามนัดจึงได้

บอกเล่าอาการและขอยามาเพื่อไว้ในกรณีที่เจ็บป่วยเล็กน้อย เพื่อที่จะมีสุขภาพดี และสามารถให้การดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียงดำเนินต่อไปได้ จึงทำให้ประเมินกิจกรรมการดูแลตนเองดังผลวิจัยข้างต้น ซึ่งแตกต่างจากงานวิจัยของ ลี (Lee, 2009) ที่ศึกษาพฤติกรรมของญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุที่เป็นภรรยาดูแลสามีที่อาศัยอยู่ในชุมชนเขตเมืองและชนบท พบว่า พฤติกรรมสุขภาพที่ปฏิบัติเป็นประจำส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การดูแลด้านจิตวิญญาณ และการจัดการกับความเครียด และ บราวน์ และคณะ (Brown et al., 2007) ศึกษาการมองหาความช่วยเหลือโดยสามีวัยสูงอายุที่ให้การดูแลภรรยาที่มีภาวะสมองเสื่อม พบว่า เมื่อรับรู้ว่าคุณเองมีการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพและต้องการได้รับความช่วยเหลือ เพื่อให้ได้มีเวลาพักผ่อน การหามาได้ซึ่งแหล่งช่วยเหลือที่ไม่เป็นทางการ เช่น ลูกสาวที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกัน ญาติพี่น้อง เพื่อน เพื่อนบ้าน หรือแหล่งช่วยเหลือที่เป็นทางการ เช่น การบริการช่วยเหลืองานบ้าน สถานรับดูแลชั่วคราว

เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนเข้ารับบทบาทเป็นญาติผู้ดูแล กิจกรรมที่ญาติผู้ดูแลประเมินว่าสามารถทำได้คงเดิมมากที่สุด (ร้อยละ 100) ในด้านการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีภาวะเปี่ยงเบนทางสุขภาพ คือ หาเวลาไปพบแพทย์เมื่อเจ็บป่วย อาจเป็นเพราะญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ล้วนมีโรคประจำตัว และรับรู้ว่าคุณดูแลตนเองได้ลดลงและมีปัญหาสุขภาพเพิ่มขึ้น ย่อมส่งผลกระทบต่อคุณดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียงอย่างแน่นอน ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ เบอร์ตันและคณะ (Burton, Newsom, Schulz, Hirsch, & German, 1997) ที่พบว่า ญาติผู้ดูแลมีความวิตกกังวลต่อภาวะสุขภาพของตนเอง ล้มรับประทานยาประจำตัวเป็นประจำ และ ไม่มีเวลาพักผ่อนเมื่อไม่สบาย (Reinhard et al., 2008) ซึ่งกิจกรรมการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุในงานวิจัยนี้แตกต่างกับการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลวัยผู้ใหญ่ในด้านการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีภาวะเปี่ยงเบนทางสุขภาพ ซึ่งมีคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง กิจกรรมการดูแลตนเองเมื่อไม่สบายเป็นกิจกรรมที่มีคะแนนน้อยที่สุดและต้องใช้ความพยายามในการปฏิบัติกิจกรรมเพิ่มขึ้น (พารุณี เกตุกราย, 2550) อาจเป็นเพราะญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวและมียาที่ต้องรับประทานประจำ อีกทั้งต้องให้การดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียง ทำให้ตระหนักว่าหากตนเองเจ็บป่วยจะไม่มีใครมาให้การดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียง จึงใส่ใจดูแลตนเองในด้านนี้เป็นอย่างดีเพื่อที่จะสามารถให้การดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียงต่อไปได้

ในการศึกษาครั้งนี้ยังพบว่า ญาติผู้ดูแลเลือกสรรอาหารมาบำรุงสุขภาพ และดูแลทางด้านจิตใจ เพื่อตอบสนองความต้องการของตนเองที่อยู่ในวัยสูงอายุ และต้องดูแลบุคคลอื่น ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่เรียนรู้จากสิ่งแวดล้อมที่ได้มีส่วนร่วมในการติดต่อและมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เพื่อที่จะได้รู้จักจัดการกับการดูแลตนเองและสิ่งแวดล้อมที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2544)

กล่าวโดยสรุป จากผลการวิจัยเกี่ยวกับการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแล เห็นได้ว่า ญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุ ประเมินการดูแลตนเองในด้านการดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ และการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่าการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป อาจ เป็นเพราะญาติผู้ดูแลเป็นผู้ที่อยู่ในวัยสูงอายุ ซึ่งมีพลังความสามารถทางร่างกายที่ลดน้อยลง เมื่อต้องปรับเปลี่ยนบทบาทจากการดูแลตนเองในวัยสูงอายุมาเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุอีกบทบาทหนึ่ง ถือได้ว่าเป็นงานที่หนัก ใช้เวลา และพลังเป็นอย่างมาก ทำให้มีเวลาในการดูแลตนเองเพื่อดำรงชีวิตประจำวันลดลง และมีเวลาเข้าร่วมกิจกรรมกิจกรรม หรือหาเวลาพักผ่อนหย่อนใจได้น้อยลง แต่เนื่องจากญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุมีการศึกษาที่ดี มีเศรษฐกิจที่ดี ทำให้สามารถหาได้ซึ่งแหล่งช่วยเหลือ เช่น จ้างผู้ดูแล และด้วยอายุที่เพิ่มขึ้นทำให้มีประสบการณ์ในชีวิตที่มากขึ้น มีผลต่อการปรับตัว สามารถเผชิญปัญหาต่างๆ ได้ดี อีกทั้งสามารถหาวิธีการดูแลตนเองเพิ่มเติมจากแหล่งต่างๆ เสมือนเป็นการได้พักผ่อนและลดความเครียดลงไป เพื่อคงไว้ซึ่งความสามารถในการดูแลตนเอง ระบบการดูแลบุคคลที่เจ็บป่วยในครอบครัวได้อย่างสมบูรณ์และมีประสิทธิภาพ จึงเป็นประเด็นที่พยาบาลและเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพควรให้ความสนใจในการประเมินภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุ เพื่อที่จะเตรียมความพร้อมในการพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วย และดูแลภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุไปพร้อมกัน

บทที่ 6

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพและการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียง โดยใช้ทฤษฎีการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพิงของโอเร็ม (Orem, 2001) เป็นแนวทางในการวิจัย กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียง จำนวน 50 ราย ที่ได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลรามาริบัติ หรือพาผู้ป่วยมาตรวจตามแพทย์นัดที่โรงพยาบาลรามาริบัติ และอาศัยอยู่ในเขตพื้นที่จังหวัดกรุงเทพมหานคร ดำเนินการเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2560 ถึง เดือนตุลาคม พ.ศ. 2560 โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยกำหนดคุณสมบัติของญาติผู้ดูแล ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา (Inclusion criteria)

1. มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป
2. มีสายสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุที่ติดเตียง เช่น บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร พี่น้อง หรือญาติที่ใช้ชีวิตอยู่ร่วมกัน อาศัยภายในบ้านเดียวกัน และเป็นผู้รับผิดชอบดูแลหลัก ซึ่งผู้สูงอายุที่ติดเตียงประเมินจากเครื่องมือ Barthel ADL index ได้คะแนน 0 – 4 คะแนน
3. ช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ติดเตียงในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานอย่างน้อย 3 กิจกรรม และให้การดูแลด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์ และสังคม โดยไม่ได้รับค่าจ้างในการดูแล และให้การดูแลไม่น้อยกว่า 1 เดือน
4. มีการรับรู้ปกติ ประเมินจากแบบทดสอบหมวดหมู่ (the Set Test) ได้คะแนนเท่ากับหรือมากกว่า 25 คะแนน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้เครื่องมือซึ่งประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองตัวอย่าง มีจำนวน 2 ชุด ประกอบด้วย

1.1 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน สำหรับผู้สูงอายุที่ติดเตียง

1.2 แบบทดสอบหมวดหมู่ (the Set Test) สำหรับญาติผู้ดูแล

2. เครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

2.1.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุ

ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ภูมิลำเนา ศาสนา สถานภาพสมรส จำนวนบุตร ระดับการศึกษา รายได้ แหล่งที่มาของรายได้ จำนวนสมาชิกในครอบครัว ความสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วย ระยะเวลาที่ดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียง บุคคลอื่นที่ต้องให้การดูแล และจำนวนชั่วโมงที่ดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียงต่อวัน ข้อมูลด้านสุขภาพ ได้แก่ โรคประจำตัว ยาที่รับประทานประจำ ยาที่ซื้อมารับประทานเอง และสุขภาพก่อน-หลังให้การดูแล ข้อมูลด้านบริบทของการดูแล ได้แก่ จำนวนชั่วโมงที่ญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุดูแลตัวเองต่อวัน การมีผู้ช่วยเหลือในการดูแล และสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นที่ให้การช่วยเหลือดูแลหรือบุคคลในครอบครัว

2.1.2 แบบสอบถามกิจกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียง

ประกอบไปด้วย กิจกรรมการดูแลการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน และกิจกรรมการดูแลเฉพาะทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจและอารมณ์ และด้านสังคม

2.1.3 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุที่ติดเตียง

ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ศาสนา สถานภาพสมรส จำนวนบุตร ระดับการศึกษา บุคคลในครอบครัวผู้รับผิดชอบในการดูแลหลัก ผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่าย ผู้ที่ตัดสินใจเกี่ยวกับการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุ และสิทธิในการเบิกจ่ายค่ารักษาของผู้ป่วย ข้อมูลด้านสุขภาพ ได้แก่ การวินิจฉัยโรคที่ทำให้ผู้สูงอายุติดเตียง ระยะเวลาที่นอนติดเตียง โดยสอบถามจากญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุ

2.2 แบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ เป็นการประเมินภาวะสุขภาพ

โดยทั่วไปตาม ความรู้สึกของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยเกณฑ์การให้คะแนนเป็นมาตรวัดการรับรู้ภาวะสุขภาพด้วยสายตา (Visual Analog Scale) โดยใช้เส้นตรงแนวนอนยาว 10 เซนติเมตร

2.3 แบบวัดความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ดูแลวัยสูงอายุ เป็น

เครื่องมือเพื่อประเมินการดูแลตนเองจากระดับความพยายามในการปฏิบัติกิจกรรม ณ ปัจจุบัน ผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับญาติผู้ดูแล และปรับจากแบบวัดการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้านที่สร้างขึ้นโดย พารุณี เกตุกราย (2550) ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้วยการหาความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน นำไปทดลองกับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่จังหวัดกรุงเทพมหานคร จำนวน 10 ราย ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือแบบวัดความสามารถใน

การดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุ โดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อันดับอัลฟาเท่ากับ .91 และในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 50 ราย ได้เท่ากับ .85

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป สำหรับวิเคราะห์สถิติเชิงบรรยาย

สรุปผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุ

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุ

ญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุมีจำนวนทั้งหมด 50 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 37 ราย คิดเป็น ร้อยละ 74 อายุเฉลี่ย 65.44 ปี ($SD = 4.66$) โดยมีอายุตั้งแต่ 60 – 79 ปี ร้อยละ 78 มีภูมิลำเนาอยู่ในภาคกลาง ร้อยละ 98 นับถือศาสนาพุทธ มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 60 และมีบุตร ร้อยละ 64 ร้อยละ 76 จบการศึกษาสูงกว่าระดับมัธยมศึกษา ส่วนใหญ่อ้อยละ 38 มีรายได้มากกว่า 20,000 บาทต่อเดือน ($Median = 20,000$) ร้อยละ 58 มีรายได้เพียงพอในการใช้จ่าย ญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุมีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุที่ติดเตียงโดยเป็นบุตรร้อยละ 46 ระยะเวลาในการดูแลเฉลี่ย 27.40 เดือน ($SD = 39.90$) โดยมีระยะเวลาในการดูแลตั้งแต่ 1 เดือน ถึง 15 ปี มีจำนวนชั่วโมงที่ให้การดูแลทั้งวันเฉลี่ย 10.06 ชั่วโมง ($SD = 2.04$) และญาติผู้ดูแล 2 ราย ให้การดูแลผู้อื่นนอกเหนือจากผู้สูงอายุที่ติดเตียงที่ให้การช่วยเหลือเป็นประจำ

1.2 ข้อมูลด้านสุขภาพของญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุ

จากการศึกษา พบว่า ญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุมีโรคประจำตัวร้อยละ 94 ส่วนใหญ่ร้อยละ 64 มีโรคประจำตัวมากกว่า 2 โรค พบว่าเป็นโรคไขมันในเลือดสูงมากที่สุดร้อยละ 65.96 รองลงมาคือโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานร้อยละ 57.45 และ 23.40 ตามลำดับ ส่วนใหญ่ร้อยละ 92 มียาที่ต้องรับประทานประจำจากโรคที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ จำนวนยาที่รับประทานประจำเฉลี่ย 3.46 เม็ด ($SD = 2.64$) กลุ่มตัวอย่าง 21 ราย (ร้อยละ 42) ซ้อมารับประทานเองเพื่อบรรเทาอาการ ยาที่ซื้อส่วนใหญ่มักเป็นกลุ่มยาบรรเทาอาการหวัด คัดจมูก แก้แพ้ ส่วนใหญ่ร้อยละ 52 พบว่า สุขภาพของตนเองมีอาการเปลี่ยนแปลงไปในทางแย่ลงหลังเข้ารับบทบาทเป็นญาติผู้ดูแล โดยพบว่ามีการทางด้านร่างกายมากที่สุดร้อยละ 88.46 โดยอาการที่พบส่วนใหญ่มักคือเหนื่อย เมื่อยล้า อ่อนเพลีย (ร้อยละ 32.3) รองลงมาคือ นอนน้อย และปวดตามร่างกาย (ร้อยละ 29

และ ร้อยละ 25.8 ตามลำดับ) อาการทางด้าน จิตใจที่พบส่วนใหญ่คือ เครียด (ร้อยละ 41.7) รองลงมา คือ วิตกกังวล และ หงุดหงิด (ร้อยละ 33.3 และ ร้อยละ 16.7 ตามลำดับ) และอาการทางด้านจิตสังคม พบเพียงด้านเดียวคือ แยกตัว (ร้อยละ 2)

2. ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุที่ติดเตียง

2.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่ติดเตียง

ผู้สูงอายุที่ติดเตียงมีจำนวน 50 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 66 อายุเฉลี่ย = 80.66 ปี (SD = 10.84) โดยมีอายุตั้งแต่ 61 – 100 ปี ร้อยละ 98 นับถือศาสนาพุทธ มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 50 มีบุตร ร้อยละ 96 มีบุตร ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ร้อยละ 84 อยู่ในระดับประถมศึกษาขึ้นไป ส่วนใหญ่ร้อยละ 46 ของผู้สูงอายุที่ติดเตียงมีความสัมพันธ์กับญาติผู้ดูแล คือเป็น บิดา มารดา สิทธิในการเบิกจ่ายค่ารักษาส่วนใหญ่ร้อยละ 78 ได้มาจากสิทธิกรมบัญชีกลาง ส่วนใหญ่ ร้อยละ 68 ผู้สูงอายุที่ติดเตียงไม่ต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการดูแลซึ่งมีญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุและ บุคคลในครอบครัวเป็นผู้รับผิดชอบ และบุคคลที่ตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่ติด เตียงส่วนใหญ่ คือญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุเพียงคนเดียว คิดเป็นร้อยละ 54

2.2 ข้อมูลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่ติดเตียง

จากการศึกษาพบว่า โรคที่ได้รับการวินิจฉัยที่ทำให้ผู้สูงอายุติดเตียงเป็น อันดับหนึ่ง คือโรคหลอดเลือดสมอง คิดเป็นร้อยละ 32 รองลงมาคือภาวะสมองเสื่อม และ หกล้ม คิด เป็นร้อยละ 14 และ 10 ตามลำดับ ระยะเวลาในการนอนติดเตียงมีตั้งแต่ 1 เดือนถึง 15 ปี เฉลี่ย 27.42 เดือน (SD = 39.88)

3. ข้อมูลการดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียง

3.1 บริบทการดูแล

จากการศึกษา พบว่าญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุใช้เวลาในการดูแลตนเองเฉลี่ย 10.74 ชั่วโมง (SD = 2.10) ส่วนใหญ่จำนวน 47 ราย (ร้อยละ 94) มีผู้ช่วยญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุในการ ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียง ลักษณะการช่วยเหลือดูแลของญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุส่วนใหญ่คือ ช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานร้อยละ 43 รองลงมาคือช่วยเหลือกิจกรรมที่เฉพาะของแต่ละ โรคร้อยละ 29.9 เมื่อพิจารณาถึงสัมพันธภาพกับบุคคลผู้ให้การช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียงกรณี เป็นเครือญาติส่วนใหญ่ร้อยละ 67.8 มีความคิดเห็นว่ามีน้ำใจ และให้การช่วยเหลือกันดี และเมื่อเป็น ผู้ดูแลที่ได้รับการว่าจ้างส่วนใหญ่ร้อยละ 77.8 มีความรู้สึกไว้วางใจ ช่วยเหลือในการดูแลดี และ สัมพันธภาพกับบุคคลในครอบครัวส่วนใหญ่จะให้การช่วยเหลือสนับสนุนด้านอื่นๆ เช่น เงินทอง

ของใช้ ร้อยละ 51 และเป็นส่วนน้อยร้อยละ 5.9 มีความคิดเห็นว่ามีความขัดแย้ง รู้สึกน้อยใจ ไม่ค่อยติดต่อกับหรือมาเยี่ยม

3.2 กิจกรรมการดูแลที่ญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุให้การดูแล

3.2.1 กิจกรรมการดูแลด้านร่างกาย ญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุ

ต้องให้การช่วยเหลือดูแลการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน ให้กับผู้สูงอายุที่ติดเตียงเฉลี่ย 6 ใน 10 กิจกรรม (Mean = 6.02, SD = 1.22) โดยพบว่ากิจกรรมที่ทำให้มากที่สุดคือ เรื่องการรับประทานอาหาร การลุกนั่งจากที่นอนหรือเตียงไปเก้าอี้หรือช่วยพลิก ตะแคงตัวบนเตียง และการจับถ่าย (เปลี่ยนผ้าหรือผ้าอ้อม) ร้อยละ 96 สำหรับกิจกรรมการดูแลเฉพาะ พบว่า กิจกรรมที่ดูแลสูงที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ การพาไปตรวจ (ร้อยละ 98) รองลงมาคือ การบริหารยา (ร้อยละ 92) และการให้อาหารทางสายยาง (ร้อยละ 54)

3.2.2 กิจกรรมการดูแลด้านจิตใจและอารมณ์ เมื่อพิจารณา

ถึงกิจกรรมการดูแลทางด้านจิตใจและอารมณ์ กิจกรรมที่ปฏิบัติมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ การประเมินความรู้สึกของผู้สูงอายุที่ติดเตียง (ร้อยละ 100) รองลงมาคือ อยู่เป็นเพื่อน รับฟังความรู้สึก (ร้อยละ 98) และสอบถามความต้องการของผู้สูงอายุที่ติดเตียง (ร้อยละ 90)

3.2.3 กิจกรรมการดูแลด้านสังคม สำหรับกิจกรรมการดูแล

ทางด้านสังคมที่ปฏิบัติมากที่สุดคือ การพาสมาชิกในครอบครัวเข้ามาพบปะพูดคุย (ร้อยละ 90)

4. การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลวัยสูงอายุ

คะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุประเมิน พบว่า มีค่าคะแนนเฉลี่ย 6.49 คะแนน (SD = 2.05) จากคะแนนเต็ม 10 คะแนน อยู่ในระดับปานกลาง โดยมีญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุจำนวน 30 ราย (ร้อยละ 60) ที่มีค่าคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพสูงกว่าค่าคะแนนเฉลี่ยของการศึกษาในครั้งนี้

5. การดูแลตนเองของผู้ดูแลวัยสูงอายุ

คะแนนเฉลี่ยของการดูแลตนเองของผู้ดูแลวัยสูงอายุส่วนใหญ่ อยู่ในระดับดี มีค่าเฉลี่ย 105.88 คะแนน (SD = 12.06) คิดเป็นร้อยละ 81.45 ของคะแนนเต็ม เมื่อพิจารณาคะแนนรายด้านของการดูแลตนเอง พบว่าคะแนนด้านการดูแลตนเองที่จำเป็นตามพัฒนาการ และการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพอยู่ในระดับดี คือด้านการดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการมีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 4.06 คะแนน (SD = .55) และด้านการดูแลตนเองที่จำเป็นตาม

การเบี่ยงเบนของภาวะสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 4.42 คะแนน (SD = .55) ส่วนด้านการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปที่มีคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ย 3.97 คะแนน (SD = .52)

ข้อจำกัดในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติของญาติผู้ดูแลในการคัดเลือกเข้าศึกษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิเท่านั้น และข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ขึ้นอยู่กับสภาพอารมณ์ ความเหนื่อยล้าตามวัยผู้สูงอายุ จึงอาจมีข้อจำกัดในการนำผลการวิจัยไปใช้ในการอภิปรายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นกับญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุที่ดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียงในบริบทอื่นๆ ได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ข้อเสนอแนะสำหรับการปฏิบัติการพยาบาล

1. พยาบาลและเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพควรประเมินภาวะสุขภาพ และการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุที่ดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียง เพื่อให้คำแนะนำหรือวางแผนที่จะลดความเสี่ยงหรือป้องกันปัญหาสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างให้การดูแล โดยเฉพาะอย่างยิ่งในญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุที่มีโรคประจำตัวหรือมีปัญหาสุขภาพ
2. มีการจัดบริการตรวจสุขภาพหรือประเมินสุขภาพของญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุ ในวันที่พาผู้สูงอายุที่ติดเตียงมาติดตามการรักษาที่โรงพยาบาลตามแพทย์นัด หรือมาพบแพทย์เพื่อรับยาแทนผู้ป่วย เพื่อรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพและให้คำแนะนำในแต่ละราย
3. วางแผนการให้ความช่วยเหลือแก่ญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุที่ดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียง เพื่อพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ส่งเสริมภาวะสุขภาพและการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลได้อย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ และการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุที่ดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียง ซึ่งเป็นการกำหนดคุณลักษณะของญาติผู้ดูแลที่เฉพาะเจาะจง ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป ดังนี้

1. ศึกษาวิจัยภาวะสุขภาพ และการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุที่ดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียง โดยการเปรียบเทียบพื้นที่การศึกษาระหว่างชุมชนเมือง และชุมชนชนบท
2. ศึกษาวิจัยหาความสัมพันธ์ หรือปัจจัยทำนายภาวะสุขภาพ และการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุที่ดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียง กับตัวแปรอื่นๆ เช่น ความเครียด คุณภาพชีวิต แหล่งสนับสนุนทางสังคม



ภาวะสุขภาพ และการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุที่ดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียง
HEALTH STATE AND SELF-CARE ACTIVITIES OF OLDER CAREGIVERS FOR BED
BOUND OLDER ADULTS.

นัชศพา หลงผาสุข 5837505 RAGN/M

พย.ม. (การพยาบาลผู้สูงอายุ)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ : สุปรัดดา มั่นคง, Ph.D. ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, D.S.N.

บทสรุปแบบสมบูรณั

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สังคมโลกกำลังเปลี่ยนแปลงด้านโครงสร้างประชากร สอดคล้องกับอัตราของประชากรผู้สูงอายุไทยที่มีสัดส่วนเพิ่มขึ้นอย่างก้าวกระโดด ในปี พ.ศ. 2553 มีผู้สูงอายุจำนวน 7.02 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 10.7 (สรารุณี บุญสุข, ถนอมรัตน์ ประสิทธิ์เมตต์, จินตนา พัฒนพงศ์ธร, จารุภา จานงศักดิ์, และสุภาวดี เจริยานนท์, 2557) ในปี พ.ศ. 2559 มีผู้สูงอายุจำนวน 11 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 16.5 และคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2564 ประเทศไทยจะมีจำนวนผู้สูงอายุเกินกว่า 14.4 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 20 ซึ่งประเทศไทยจะเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (complete aged society)

จำนวนประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้นได้ส่งผลต่ออัตราส่วนพึ่งพิงวัยสูงอายุโดยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และปัญหาสุขภาพที่เปลี่ยนจากโรคติดต่อเฉียบพลันเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ร่วมกับการถดถอยของการทำงานของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายอันเนื่องจากความสูงวัย (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และกนิษฐา บุญธรรมเจริญ, 2553) มีผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะเปราะบางและอยู่ในภาวะพึ่งพิง ประมาณ 4 แสนคน (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2561) การศึกษาของนางลักษณ์ พะโกยะ (2552) พบว่า ผู้สูงอายุหนึ่งในสี่คนจะมีปัญหาสุขภาพด้านร่างกายทำให้ไม่สามารถทำกิจกรรมที่เคยทำได้ และมีประชากรผู้สูงอายุกว่าร้อยละ 70 ที่มีปัญหาภาวะโรคมากกว่า 1 โรค จากการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทย ปี 2556 พบว่า ผู้สูงอายุ ร้อยละ 2 อยู่ในสภาวะ “ติดเตียง” คือ ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ มีโรคเรื้อรังหลายโรคและมี

ภาวะแทรกซ้อน ต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว (วรรณมา ศรีชัยรัตน์ และลัดดา คำริการเลิศ, 2553) ซึ่งปัญหาสุขภาพดังกล่าวก่อให้เกิดความต้องการการดูแลระยะยาวที่เพิ่มขึ้น

สังคมไทย สถาบันครอบครัวถือได้ว่าเป็นสถาบันหลักในการให้การดูแลระยะยาว (long term care) (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และกนิษฐา บุญธรรมเจริญ, 2553) หน้าที่ของการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ส่วนใหญ่เป็นสมาชิกในครอบครัวของผู้สูงอายุเอง หรือที่นิยมเรียกว่า ญาติผู้ดูแล (family caregiver) ซึ่งเป็นบทบาททางสังคมของผู้หญิง หรือคนโสด (วัจนา ลีละพัฒนะ และสายพิน หัตถิรัตน์, 2559) เนื่องจากสภาพเศรษฐกิจสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้สมาชิกในครอบครัวต้องออกไปทำงานนอกบ้าน สัดส่วนของประชากรวัยทำงานที่จะทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุก็จะลดน้อยลงส่งผลให้ผู้สูงอายุขาดคนดูแล ทำให้สถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลงไป คือเป็นวัยที่ผู้สูงอายุดูแลซึ่งกันและกันเอง ไม่ว่าจะเป็นรูปแบบของคู่สามีภรรยา บุตรวัยสูงอายุที่รับผิดชอบดูแลบิดามารดา หรือพี่น้องที่สูงอายุดูแลกันเอง จึงทำให้คาดได้ว่าในอนาคตเมื่อมีผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ผู้สูงอายุดูแลกันเอง ในที่สุดการให้การดูแลอาจส่งผลกระทบต่อชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นญาติผู้ดูแลมากกว่าญาติผู้ดูแลวัยอื่น

ญาติผู้ดูแลที่อยู่ในวัยสูงอายุมีความแตกต่างจากญาติผู้ดูแลในวัยอื่น ญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุต้องเผชิญกับความสูงวัยของตนเองและประเด็นปัญหาสุขภาพอื่นทั้งยังต้องเผชิญกับความรับผิดชอบในการดูแลบุคคลอื่นในครอบครัวเพิ่มเติม (Steiner, Pierce, Drahuschak, Nofziger, Buchman, & Szirony, 2008) จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ญาติผู้ดูแลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งเป็นผู้สูงอายุดูแลผู้สูงอายุด้วยกันเองจะมีมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งอายุ 60-64 ปี (นงลักษณ์ พะโกยะ, 2552) ญาติผู้ดูแลประมาณร้อยละ 10 ที่มีสถานภาพเป็นคู่สมรสของผู้สูงอายุ โดยส่วนใหญ่ภรรยาดูแลสามี (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2552) อีกทั้งญาติผู้ดูแลหนึ่งในสามมีปัญหาโรคเรื้อรัง ส่วนใหญ่มีปัญหาภาวะสุขภาพและต้องการการพึ่งพิงด้านสุขภาพ (สิราณี ศรีหาคาศ และคณะ, 2556) ถึงแม้ว่าญาติผู้ดูแลที่เป็นผู้สูงวัย และเป็นกลุ่มของญาติผู้ดูแลที่พบได้จำนวนน้อยกว่าวัยอื่น แต่ดูเหมือนว่าจะเป็นกลุ่มที่ให้เวลาในการดูแลผู้ป่วยมากที่สุดเมื่อเทียบกับกลุ่มญาติผู้ดูแลในช่วงวัยอื่นๆ (The National Alliance for Caregiving [NAC] and the AARP Public Policy Institute, 2015) พบว่าให้การดูแลเป็นระยะเวลามากกว่าหรือเท่ากับ 50 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ (Greenwood & Smith, 2016)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาเกี่ยวกับญาติผู้ดูแลที่บ้าน พบว่าเรื่องภาวะสุขภาพและการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลเป็นเรื่องสำคัญแต่มีอยู่จำกัด แต่หากเป็นญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุซึ่งมีข้อจำกัดด้านสภาพของร่างกาย จิตใจ และเครือข่ายทางสังคม การต้องให้การดูแลแก่ผู้ที่ติดเตียงที่เป็นผู้สูงอายุด้วยกัน อาจเกิดผลกระทบจากการให้การดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุที่ติดเตียง และมีผลต่อภาวะสุขภาพของตนเองที่ต้องการความช่วยเหลือจาก

บุคลากรทางสุขภาพขณะทีให้การดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียงที่บ้าน ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาภาวะสุขภาพและการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแล้วยสูงอายุทีให้การดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียงดังกล่าว เพื่อนำผลการศึกษาไปเป็นข้อมูลพื้นฐานทำให้เข้าใจบริบทของญาติผู้ดูแลที่เป็นผู้สูงอายุทีให้การดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียงที่บ้าน และข้อมูลที่ได้เป็นข้อมูลที่สำคัญที่นำมาใช้เป็นแนวทางช่วยเหลือญาติผู้ดูแลที่อยู่ในวัยสูงอายุในการดูแลตนเอง และให้การดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียงให้เหมาะสม

คำถามการวิจัย

ภาวะสุขภาพและการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแล้วยสูงอายุที่ดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียงเป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพและการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแล้วยสูงอายุที่ดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

กรอบแนวคิดที่ใช้เป็นแนวทางในการศึกษาครั้งนี้ คือ ทฤษฎีการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพิงของโอเร็ม (A Theory of Dependent-Care) (Orem, 2001) ผู้ดูแลบุคคลที่ต้องการพึ่งพิง (Dependent care agent) มีแนวคิดสำคัญ 2 ส่วน คือ 1) ความรับผิดชอบของบุคคลในการจัดการการดูแลสุขภาพของตนเอง (Self-care) โดยรับรู้และตอบสนองความต้องการการดูแลตนเอง กระทำและพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองทั้งในภาวะปกติและเมื่อเจ็บป่วย เพื่อคงระบบการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข และ 2) ความรับผิดชอบของบุคคลในการรับรู้และตอบสนองความต้องการให้แก่บุคคลอื่นที่ต้องพึ่งพิงเป็นบางส่วนหรือทั้งหมด และพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เพื่อคงไว้ซึ่งระบบการดูแลบุคคลในครอบครัว ทั้งสองส่วนที่กล่าวมาอยู่ ภายใต้ปัจจัยเงื่อนไขที่สำคัญของบุคคลผู้ให้การดูแล ได้แก่ อายุ เพศ ระยะเวลาพัฒนาการ สังคมขนบธรรมเนียมประเพณี สภาพที่อยู่อาศัย ระบบครอบครัว แบบแผนการดำเนินชีวิต ภาวะสุขภาพปัจจัยทางระบบสุขภาพ แหล่งประโยชน์ และประสบการณ์ที่สำคัญในชีวิต อันจะส่งผลกระทบต่อบุคคลที่ต้องพึ่งพิง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาญาติผู้ดูแลที่อยู่ในวัยสูงอายุ ผู้สูงอายุโดยปกติมักมีโรคเรื้อรังหลายโรค และมีความเสื่อมถอยของความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน หรือการจัดการสุขภาพของตนเองเดิมอยู่แล้ว ทำให้มีความสามารถในการดูแลตนเองลดลง การกระทำบทบาททั้งดูแลตนเองและให้การดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียงไปพร้อมกันอาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อญาติผู้ดูแลเอง เนื่องจากการะงานการดูแลมีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับความรุนแรงของการเจ็บป่วย ความยุ่งยากซับซ้อนของการดูแลรักษา ความทนทุกข์ทรมานของผู้ป่วย และคุณภาพของความสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแลและผู้ป่วย (Taylor, Renpenning, Geden, Neuman, & Hart, 2001) นับเป็นความต้องการการดูแลที่เพิ่มขึ้นในญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุที่ดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียง อย่างไรก็ตามการให้การดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียงที่บ้านประกอบกับกิจกรรมการดูแลที่มากขึ้น (Reinhard et al., 2008) ย่อมส่งผลกระทบต่อทั้งด้าน ร่างกาย จิตใจและสังคม ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลประสบความเครียดเรื้อรังซึ่งจะส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลโดยตรง (สายพิน เกษมกิจวัฒนา และปิยะภรณ์ ไพโรสนธิ์, 2557)

นิยามศัพท์

ภาวะสุขภาพ หมายถึง การรับรู้สภาวะของญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุครอบคลุมทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม เป็นการประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไปตามความรู้สึกของญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยเกณฑ์การให้คะแนนเป็น Visual Analog Scale เส้นตรงยาว 10 เซนติเมตร คะแนนมาก หมายถึง ภาวะสุขภาพดี

การดูแลตนเอง หมายถึง การกระทำที่จิตใจและมีเป้าหมายในการปฏิบัติกิจกรรมของญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุ เพื่อรักษาชีวิต สุขภาพ และความผาสุก ประเมินโดยใช้แบบวัดความสามารถในการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุ ซึ่งผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรม และดัดแปลงจากแบบวัดการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน ของพารุณี เกตุกราย (2550) โดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม ข้อคำถามครอบคลุมความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด คะแนนมาก หมายถึง ญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุมีการดูแลตนเองที่ดี

ญาติผู้ดูแลที่อยู่ในวัยสูงอายุ หมายถึง สมาชิกในครอบครัวทั้งเพศชายและหญิง ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีสายสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุที่ติดเตียง อาศัยภายในบ้านเดียวกัน ให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ติดเตียงในการปฏิบัติกิจกรรมขั้นพื้นฐานอย่างน้อย 3 กิจกรรม ดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุโดยไม่ได้รับค่าจ้างในการดูแล และให้การดูแลผู้สูงอายุติดเตียงมาแล้วไม่น้อยกว่า 1 เดือน

ผู้สูงอายุที่ติดเตียง หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ ต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว โดย

ประเมินจากแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีคะแนนอยู่ในช่วง 0-4 คะแนน จากคะแนนเต็ม 20 คะแนน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

- 1) ได้ข้อมูลภาวะสุขภาพและการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุที่ดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียง
- 2) เป็นข้อมูลที่สำคัญในการวางแผนช่วยเหลือสนับสนุนญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุที่ดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียงในการดูแลตนเองให้เหมาะสม

ขอบเขตการวิจัย

งานวิจัยนี้ ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นญาติผู้ดูแลทั้งเพศชายและหญิง มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียงในครอบครัว อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่จังหวัดกรุงเทพมหานคร ระหว่างเดือน กรกฎาคม 2560 ถึงเดือนตุลาคม 2560

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพและการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุที่ดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียง การศึกษาครั้งนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยเรื่อง การศึกษาสถานการณ์ผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ญาติผู้ดูแลทั้งเพศชาย และหญิงที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ให้การดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียง ที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่จังหวัดกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ คือ สมาชิกในครอบครัวทั้งเพศชายและหญิงที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ให้การดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียงที่บ้านมาแล้วไม่น้อยกว่า 1 เดือน เป็นรายที่ได้รับการ

จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลรามาริบัติ หรือมาตรวจตามแพทย์นัดที่โรงพยาบาลรามาริบัติ และอาศัยอยู่ในเขตพื้นที่จังหวัดกรุงเทพมหานคร

เกณฑ์การคัดเข้าศึกษา

1. มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป
2. มีสายสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุที่ติดเตียง เช่น บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร พี่น้อง หรือญาติ อาศัยอยู่บ้านเดียวกัน และเป็นผู้รับผิดชอบดูแลหลัก ซึ่งผู้สูงอายุติดเตียงประเมินจากเครื่องมือ Barthel ADL index ได้คะแนน 0 – 4 คะแนน)
3. ช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ติดเตียงในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานอย่างน้อย 3 กิจกรรม และให้การดูแลด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์ และสังคม โดยไม่ได้รับค่าจ้างในการดูแล และให้การดูแลไม่น้อยกว่า 1 เดือน
4. มีการรับรู้ปกติ ประเมินจากแบบทดสอบหมวดหมู่ (the Set Test) ได้คะแนนเท่ากับหรือมากกว่า 25 คะแนน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้คัดกรอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองตัวอย่าง ประกอบด้วย แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสำหรับผู้สูงอายุที่ติดเตียง และแบบทดสอบหมวดหมู่ (the Set Test) สำหรับญาติผู้ดูแล
2. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ผู้วิจัยเป็นผู้พัฒนา ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุและผู้สูงอายุที่ติดเตียง และแบบสอบถามกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียง
3. แบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ เป็นการประเมินภาวะสุขภาพโดยทั่วไปตามความรู้สึทักของญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุที่สร้างขึ้นโดยผู้วิจัยโดยเกณฑ์การให้คะแนนเป็นมาตรวัดการรับรู้ภาวะสุขภาพด้วยสายตา (Visual Analog Scale) โดยใช้เส้นตรงแนวนอนยาว 10 เซนติเมตร ปลายเส้นตรงทางซ้ายมือมีเลข 0 กำกับซึ่งหมายถึงสุขภาพแย่มากที่สุด และปลายเส้นตรงทางขวามือมีเลข 10 กำกับซึ่งหมายถึงสุขภาพดีมากที่สุด คะแนนตั้งแต่ 0 จนถึง 10 คะแนน การประเมินโดยให้

ญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุจัดเส้นตรงแนวดิ่งลงบนเส้นตรงแนวนอน และผู้วิจัยประเมินภาวะสุขภาพจากการใช้ไม้บรรทัดวัดความยาวจากปลายเส้นตรงทางซ้ายมือสุดจนถึงตำแหน่งที่ญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุจัดเส้นความยาวที่วัดได้ หมายถึง ระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพ คะแนนมาก หมายถึง ภาวะสุขภาพดี

4. แบบวัดความสามารถในการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุ เป็นเครื่องมือเพื่อประเมินการดูแลตนเองจากระดับความพยายามในการปฏิบัติกิจกรรม ณ ปัจจุบัน ผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับญาติผู้ดูแลและปรับจากแบบวัดการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้านที่สร้างขึ้นโดย พารุณี เกตุกราย (2550) พัฒนามาจากกรอบแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม ลักษณะของข้อความเป็นประโยคบอกเล่า มีจำนวนทั้งหมด 26 ข้อ ครอบคลุมความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ประกอบด้วยการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป จำนวน 13 ข้อ การดูแลตนเองที่จำเป็นตามพัฒนาการ จำนวน 9 ข้อ การดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีภาวะเป็ยงเบนทางสุขภาพ จำนวน 4 ข้อ และการดูแลตนเองด้านอื่นๆ ซึ่งเป็นคำถามปลายเปิด การให้คะแนน เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ คือ 1 ไม่ต้องใช้ความพยายามในการปฏิบัติกิจกรรมตามข้อความนั้น ถึง 5 ต้องใช้ความพยายามในการปฏิบัติกิจกรรมตามข้อความนั้นมากที่สุด

ในการแปลผลเพื่อให้เกิดความเข้าใจได้ง่าย จึงต้องกลับคะแนนของระดับความพยายามในการปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ จากมากไปน้อยและจากน้อยไปมาก คะแนนการดูแลมีค่าระหว่าง 26-130 คะแนน กำหนดเกณฑ์ประเมินโดยใช้ค่าร้อยละของคะแนนเฉลี่ยโดยเทียบจากคะแนนเต็ม (Mean%) คะแนนมากหมายถึงมีการดูแลตนเองที่ดี และคะแนนน้อยหมายถึงมีการดูแลตนเองน้อย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านตรวจสอบโดยค่าคะแนน CVI ของแบบวัดความสามารถในการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุ ได้ค่า CVI เท่ากับ .88

ความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบวัดความสามารถในการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุ ไปทดลองกับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย คำนวนหาค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคอัลฟาเท่ากับ .91 และในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 50 ราย ได้เท่ากับ .85

การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการทำวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ 2560/155 ดำเนินการภายใต้โครงการวิจัยเรื่อง การศึกษาสถานการณ์ผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียง และได้รับอนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลรามาธิบดีในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษได้แล้ว ผู้วิจัยแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล และสิทธิที่เข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัย กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยได้ แม้ว่าจะได้ตอบรับการเข้าร่วมไปแล้ว หลังจากกลุ่มตัวอย่างตอบตกลงเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะเป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยชื่อผู้ให้ข้อมูล และการเผยแพร่ข้อมูลอยู่ในรูปของการสรุปผลการศึกษา โดยภาพรวม และเพื่อประโยชน์ในทางวิชาการเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการรวบรวมข้อมูลโดย

1. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจาก 3 แหล่งข้อมูล

1.1 หน่วยบริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน โรงพยาบาลรามาธิบดี โดยศึกษาข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจากฐานข้อมูลหรือแฟ้มประวัติข้อมูล กรณีเป็นผู้ป่วยรายเดิมที่เคยได้รับการเยี่ยมบ้านมาก่อนแล้ว

1.2 หอผู้ป่วยอายุรกรรม อาคาร 1 โรงพยาบาลรามาธิบดี โดยติดตามพยาบาลหน่วยบริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน ไปเยี่ยมผู้ป่วยและญาติ กรณีเป็นผู้ป่วยรายใหม่ที่มีการวางแผนให้กลับบ้าน เพื่อสร้างสัมพันธภาพก่อนขอติดตามไปเก็บรวบรวมข้อมูลที่บ้านในภายหลัง

1.3 หน่วยบริการผู้ป่วยนอก แผนกอายุรกรรม ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตน์ โดยมีเจ้าหน้าที่คอยประสานงานในการเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยออกไปสำรวจสอบถามจากญาติผู้ดูแลที่ติดตามพาผู้สูงอายุมาพบแพทย์ตามนัด หากมีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ได้ทำการสร้างสัมพันธภาพและขอติดตามไปเก็บรวบรวมข้อมูลที่บ้านในภายหลัง

2. ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด เพื่อแนะนำตนเองและชี้แจงวัตถุประสงค์ อธิบายถึงวิธีการวิจัย และประโยชน์ที่ได้จากการทำวิจัย หลังจากกลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลต่างๆ เหล่านี้แล้ว ผู้ที่สนใจเข้าร่วมการวิจัยให้ความยินยอมโดยลงนามในหนังสือ

แสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย

3. ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลที่บ้านพักของญาติผู้ดูแล ผู้วิจัยเดินทางไปพร้อมกับหน่วยบริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน ในกรณีเป็นผู้สูงอายุที่พยาบาลหน่วยบริการผู้ป่วยที่บ้านมีการวางแผนจะไปเยี่ยมบ้าน หรือกำหนดตามวันและเวลาที่ญาติผู้ดูแลสะดวก และผู้วิจัยเดินทางไปที่พักของญาติผู้ดูแลด้วยสูงอายุด้วยตนเอง ในกรณีเป็นผู้สูงอายุที่พยาบาลหน่วยบริการผู้ป่วยที่บ้านไม่ได้เยี่ยมบ้านแล้ว และเป็นกลุ่มตัวอย่างรายใหม่ที่หน่วยบริการผู้ป่วยนอก แผนกอายุรกรรม ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตน์

4. ผู้วิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์ตามแบบสอบถามแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ดูแลด้วยสูงอายุและผู้สูงอายุที่คิดเตียง และ แบบวัดความสามารถในการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลด้วยสูงอายุ ส่วนแบบประเมินภาวะสุขภาพโดยทั่วไป ให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยเขียนตอบด้วยตนเองภายหลังจากที่ผู้วิจัยอธิบายคำชี้แจง ใช้ระยะเวลาในการสัมภาษณ์และตอบแบบสอบถามทั้งหมดประมาณ 60 นาที ระหว่างที่ทำการสัมภาษณ์มีผู้ช่วยวิจัย 1 ราย คอยให้การช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่คิดเตียง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยกำหนดรหัสข้อมูลและจัดทำคู่มือลงรหัสของแบบสอบถามแต่ละชุด จากนั้นนำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป มีขั้นตอนการวิเคราะห์ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแลด้วยสูงอายุ และผู้สูงอายุที่คิดเตียง วิเคราะห์โดยใช้สถิติบรรยาย (การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าพิสัย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)
2. การรับรู้ภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลด้วยสูงอายุ วิเคราะห์โดยใช้สถิติบรรยาย (ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)
3. การดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลด้วยสูงอายุ วิเคราะห์โดยใช้ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าร้อยละของคะแนนเฉลี่ยโดยเทียบจากคะแนนเต็ม (Mean%) และวิเคราะห์การเปรียบเทียบความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมรายข้อโดยแจกแจงความถี่ และร้อยละ
4. ข้อมูลการดูแลตนเองในด้านอื่นๆ เมื่อรับบทบาทเป็นญาติผู้ดูแลด้วยสูงอายุ วิเคราะห์โดยแจกแจงความถี่และร้อยละของคำตอบ

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุ

ญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุทั้งหมด 50 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 37 ราย คิดเป็น ร้อยละ 74 มีอายุตั้งแต่ 60 – 79 ปี อายุเฉลี่ย 65.44 ปี ($SD = 4.66$) ร้อยละ 98 นับถือศาสนาพุทธ มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 60 และมีบุตร เฉลี่ย 1.4 ราย ($SD = 1.28$) ประมาณ 3 ใน 4 (ร้อยละ 76) จบการศึกษามากกว่าระดับมัธยมศึกษา ส่วนใหญ่ร้อยละ 38 มีรายได้มากกว่า 20,000 บาทต่อเดือน (Median = 20,000) มีสมาชิกในครอบครัวที่อาศัยอยู่รวมกันมากที่สุด 3 – 5 คน คิดเป็นร้อยละ 64 ส่วนใหญ่ญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุมีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุที่ติดเตียงโดยเป็นบุตรร้อยละ 46

ข้อมูลด้านสุขภาพของญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุ

ญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุมีโรคประจำตัวร้อยละ 94 ร้อยละ 64 มีโรคประจำตัวมากกว่า 2 โรค พบว่าเป็นโรคไขมันในเลือดสูงมากที่สุดร้อยละ 65.96 รองลงมาคือโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานร้อยละ 57.45 และ 23.40 ตามลำดับ ร้อยละ 92 มียาที่ต้องรับประทานประจำจากโรคที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ จำนวนยาที่รับประทานประจำเฉลี่ย 3.46 เม็ด ($SD = 2.64$) กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 42 ซื่อยามารับประทานเองเพื่อบรรเทาอาการ ยาที่ซื้อมาส่วนใหญ่เป็นกลุ่มยาบรรเทาอาการหวัด คัดจมูก แก้แพ้ ส่วนใหญ่ร้อยละ 52 พบว่า สุขภาพของตนเองมีอาการเปลี่ยนแปลงไปในทางแย่ลงหลังเข้ารับบทบาทเป็นญาติผู้ดูแล โดยพบว่ามีอาการทางด้านร่างกายมากที่สุดร้อยละ 88.46

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่ติดเตียง

ผู้สูงอายุที่ติดเตียงมีจำนวน 50 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 66 มีอายุตั้งแต่ 61 – 100 ปี อายุเฉลี่ย = 80.66 ปี ($SD = 10.84$) ร้อยละ 62 เป็นผู้สูงอายุวัยปลาย (80 ปีขึ้นไป) ร้อยละ 98 นับถือศาสนาพุทธ มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 50 มีบุตร ร้อยละ 96 มีบุตร เฉลี่ย 4.36 ราย ($SD = 2.72$) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ร้อยละ 84 อยู่ในระดับประถมศึกษาขึ้นไป

ข้อมูลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่ติดเตียง

การวินิจฉัยโรคของผู้สูงอายุติดเตียงเป็นอันดับหนึ่ง คือโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 16 ราย คิดเป็นร้อยละ 32 รองลงมาคือภาวะสมองเสื่อม และหกล้ม จำนวน 7 ราย (ร้อยละ 14) และ 5 ราย (ร้อยละ 10) ตามลำดับ ระยะเวลาในการนอนติดเตียงตั้งแต่ 1 เดือนถึง 15 ปี เฉลี่ย 27.42 เดือน ($SD = 39.88$)

ข้อมูลการดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียง

ระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียงเฉลี่ย 27.40 เดือน ($SD = 39.90$) จำนวนชั่วโมงที่ทำให้การดูแลทั้งวันตั้งแต่ 6 – 16 ชั่วโมง เฉลี่ย 10.06 ชั่วโมง ($SD = 2.04$) ญาติผู้ดูแล้วยสูงอายุใช้เวลาในการดูแลตนเองเฉลี่ย 10.74 ชั่วโมง ($SD = 2.10$) ส่วนใหญ่จำนวน 47 ราย (ร้อยละ 94) มีผู้ช่วยญาติผู้ดูแล้วยสูงอายุในการช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียง โดยญาติผู้ดูแล้วยสูงอายุต้องให้การช่วยเหลือดูแลกิจกรรมด้านร่างกายในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขึ้นพื้นฐานให้กับผู้สูงอายุที่ติดเตียงเฉลี่ย 6 ใน 10 กิจกรรม (Mean = 6.02, $SD = 1.22$) สำหรับกิจกรรมเฉพาะที่ปฏิบัติสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ การพาไปตรวจ (ร้อยละ 98) รองลงมาคือ การบริหารยา (ร้อยละ 92) และการให้อาหารทางสายยาง (ร้อยละ 54) กิจกรรมการดูแลทางด้านจิตใจและอารมณ์ กิจกรรมที่ปฏิบัติมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ การประเมินความรู้สึกของผู้สูงอายุที่ติดเตียง (ร้อยละ 100) รองลงมาคือ อยู่เป็นเพื่อน รับฟังความรู้สึก (ร้อยละ 98) และสอบถามความต้องการของผู้สูงอายุที่ติดเตียง (ร้อยละ 90) และกิจกรรมการดูแลทางด้านสังคมที่ปฏิบัติมากที่สุดคือ การพาสมาชิกในครอบครัวเข้ามาพบปะพูดคุย (ร้อยละ 90)

การรับรู้ภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล้วยสูงอายุ

คะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ญาติผู้ดูแล้วยสูงอายุประเมิน พบว่า มีค่าคะแนนเฉลี่ย 6.49 คะแนน ($SD = 2.05$) จากคะแนนเต็ม 10 คะแนน อยู่ในระดับปานกลาง โดยมีญาติผู้ดูแล้วยสูงอายุจำนวน 30 ราย (ร้อยละ 60) ที่มีค่าคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพสูงกว่าค่าคะแนนเฉลี่ยของการศึกษาในครั้งนี้

การดูแลตนเองของญาติผู้ดูแล้วยสูงอายุ

คะแนนเฉลี่ยของการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแล้วยสูงอายุค่าเฉลี่ย 105.88 คะแนน ($SD = 12.06$) คิดเป็นร้อยละ 81.45 ของคะแนนเต็ม อยู่ในระดับดี หากพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า การดูแลตนเองที่จำเป็นตามพัฒนาการ และการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีภาวะเปี่ยงเบนทางสุขภาพอยู่ในระดับดี และด้านการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปที่มีคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง ผลการวิจัยรายข้อพบว่า กิจกรรมที่มีคะแนนสูงที่สุดคือเรื่องการหาวิธีได้อยู่ในที่ที่มีอากาศถ่ายเทดี ได้รับอากาศบริสุทธิ์ ($M = 4.92$, $SD = .56$) สำหรับกิจกรรมการดูแลตนเองที่มีคะแนนน้อยสุด ได้แก่ การหาเวลาพักผ่อนหย่อนใจ ($M = 2.52$, $SD = 1.20$) ผลการวิจัยยังพบว่า กิจกรรมที่ญาติผู้ดูแล้วยสูงอายุต้องใช้ความพยายามในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับก่อนเข้ารับบทบาทเป็นญาติผู้ดูแล คือ การ

จัดการกับความเครียดหรือ อารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป (ร้อยละ 36) สำหรับกิจกรรมที่ปฏิบัติได้ลดลง ได้แก่ การมีเวลาเข้าร่วม กิจกรรมทางสังคม (ร้อยละ 88)

จากคำถามปลายเปิดเรื่องการดูแลตนเองในด้านอื่นๆ พบว่า โดยส่วนใหญ่ผู้ดูแลตนเองในด้านร่างกาย ได้แก่ การนำสมุนไพรที่ปลูกในบ้านมาทำเป็นเครื่องคั้น เครื่องปรุงอาหาร หรือทำเป็นของใช้ และเน้นการรับประทานผัก สำหรับการดูแลตนเองด้านจิตใจ คือ เป็นการสวดมนต์ ไหว้พระ นั่งสมาธิที่บ้าน หรือ ไปปฏิบัติธรรมที่วัดตามโอกาสต่างๆ และการอยู่กับธรรมชาติ คือ ปลูกต้นไม้ ดอกไม้ และการดูแลตนเองด้านสังคม คือ ออกไปห้องสมุดประชาชน

การอภิปรายผล

กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุที่ดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียง ทั้งหมด 50 ราย อยู่ในวัยผู้สูงอายุตอนต้น ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง สถานภาพสมรสคู่ นับถือศาสนาพุทธ มีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุที่ติดเตียงโดยเกี่ยวข้องเป็นบุตร สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับญาติผู้ดูแลในประเทศไทย ที่พบว่าผู้ที่รับบทบาทเป็นผู้ดูแลหลักสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง ส่วนใหญ่เป็นสมาชิกในครอบครัวที่มีความเกี่ยวพันใกล้ชิดกันทางสายเลือดมักเกี่ยวข้องเป็นบุตร นับถือศาสนาพุทธ และเป็นเพศหญิง (กาญจนา ปัญญาธร, 2557; เขียวลักษณ์ โพธิธาดา และคณะ, 2557; Muangpaisan et al., 2010) ทั้งนี้การทำหน้าที่เป็นญาติผู้ดูแลนั้นอาจเป็นบทบาทที่ถูกกำหนดไว้สำหรับเพศหญิง เนื่องจากพื้นฐานความเชื่อทางสังคม การปลูกฝังค่านิยมวัฒนธรรมที่มักคาดหวังให้สมาชิกเพศหญิงในครอบครัวต้องทำหน้าที่ในการดูแล (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2552) แต่จากผลการศึกษานี้ครั้งนี้ ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุที่ติดเตียงโดยเกี่ยวข้องเป็นคู่สมรสมีจำนวนใกล้เคียงกับความเป็นบุตร (ร้อยละ 42 และ 46 ตามลำดับ) เนื่องจากต่างก็อยู่ในวัยสูงอายุที่ใช้ชีวิตอยู่ด้วยกันมา ทำให้อยู่ดูแลช่วยเหลือกันไป (Duggleby et al., 2016; Greenwood & Smith, 2016; Oldenkamp et al., 2016; Stensletten et al., 2016) และสอดคล้องกับงานวิจัยในต่างประเทศ (Koyama et al., 2017) ที่พบว่าผู้สูงอายุวัยต้น (อายุน้อยกว่า 65 ปี) ร้อยละ 80 มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยคือเป็นบุตรสาว และผู้สูงอายุวัยกลางมากกว่าร้อยละ 90 คือคู่สามีภรรยา และยิ่งในกลุ่มผู้ดูแลที่มีอายุเพิ่มขึ้นยิ่งพบว่าปัจจัยทางด้านเพศที่ให้การดูแลมีการเปลี่ยนแปลงเช่นกัน (Milligan & Morbey, 2016) สอดคล้องกับผลการศึกษาครั้งนี้ที่พบว่ามีญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุเพศชายจำนวน 13 ราย (ร้อยละ 26) ซึ่งประกอบด้วยสามี 9 ราย บุตรชาย 3 ราย และบุตรเขย 1 ราย

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งแตกต่างจากผลการศึกษาของ เชน และคณะ (Chen et al., 2015) พบว่า ญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุมักมีคะแนนเฉลี่ยภาวะ

สุขภาพด้านร่างกายและภาวะสุขภาพด้านจิตใจ 49 และ 43.08 คะแนนตามลำดับ จากคะแนนเต็ม 100 คะแนน ซึ่งอยู่ในระดับต่ำ แต่ในการศึกษานี้อาจเป็นเพราะว่า ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุวัยต้น ซึ่งยังเป็นช่วงที่มีพลังช่วยเหลือตนเองและคนอื่นได้ ระดับการศึกษาของญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่อยู่ในระดับปริญญาตรีขึ้นไป มีเศรษฐฐานะที่ดีในการเข้าถึงแหล่งช่วยเหลือ รวมถึงส่วนใหญ่มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันในครอบครัว ญาติพี่น้อง ทำให้ญาติผู้ดูแลพอมีเวลาว่างสำหรับดูแลตนเองควบคู่ไปกับการดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียง

ญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุประเมินสุขภาพของตนเองภายหลังให้การดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียงส่วนใหญ่มีอาการเปลี่ยนแปลงไปในทางแย่ง โดยพบว่ามีอาการทางด้านร่างกายมากที่สุด โดยอาการที่พบส่วนใหญ่คือ เหนื่อย เมื่อยล้า อ่อนเพลีย รองลงมาคือ นอนน้อย และปวดตามร่างกาย อาการทางด้านจิตใจที่พบส่วนใหญ่คือ เครียด รองลงมาคือวิตกกังวล และหงุดหงิด และอาการทางด้านจิตสังคมพบเพียงด้านเดียวคือ แยกตัว สอดคล้องกับ เซน และคณะ (Chen et al., 2015) ศึกษาในญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุ พบว่า ผลกระทบจากการให้การดูแลก่อให้เกิดความเหนื่อยล้า และนำไปสู่การจัดการกับความเครียดที่ไม่เหมาะสม จากการศึกษาของ โอลเด็นแคมป์ และคณะ (Oldenkamp et al., 2016) พบว่าญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุที่ให้การดูแลคู่สามีภรรยา รับรู้ถึงภาระการดูแลเชิงอัตนัย (subjective burden) ทั้งด้าน จิตใจ ร่างกาย สูงกว่าญาติผู้ดูแลวัยผู้ใหญ่ เนื่องจากปัญหาสุขภาพที่แย่งของคู่สามีภรรยาที่ให้การดูแล และการใช้เวลาอยู่ร่วมกันยาวนานมากกว่าญาติผู้ดูแลวัยผู้ใหญ่ ทำให้รู้สึกว่ามีปัญหาในการจัดการกับชีวิตประจำวันของตนเอง และได้รับการช่วยเหลือที่ไม่เพียงพอ

การดูแลตนเองอยู่ในระดับดี และคะแนนเฉลี่ยรายด้านของการดูแลทั้ง 3 ส่วน พบว่าการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป อยู่ในระดับปานกลาง การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการและการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ อยู่ในระดับดี หากพิจารณากิจกรรมการดูแลตนเองรายข้อพบว่า กิจกรรมที่ญาติผู้ดูแลมีการดูแลตนเองที่มีคะแนนมากที่สุดได้แก่ การหาวิธีได้อยู่ในที่ที่มีอากาศถ่ายเท ได้รับอากาศบริสุทธิ์ ส่วนกิจกรรมการดูแลตนเองที่ญาติผู้ดูแลมีการดูแลตนเองที่น้อย โดยมีคะแนนการดูแลตนเองน้อยที่สุด ได้แก่ กิจกรรมการหาเวลาพักผ่อนหย่อนใจ ซึ่งเป็นการรับรู้ถึงภาระเชิงปรนัย (objective burden) ที่เข้ามากระทบาญาติผู้ดูแล เป็นสิ่งที่เกิดจากหน้าที่ ความรับผิดชอบเกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลโดยตรง เป็นความความยากลำบากในการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแล (Montgomery et al., 1985) เช่น รู้สึกขาดอิสระ ความเป็นส่วนตัว การมีเวลาเข้าสังคมลดลง เนื่องจากต้องอยู่ใกล้ชิดทำให้การช่วยเหลือดูแลตลอดเวลา ซึ่งสอดคล้องกับปริมาณงานการดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียงในการศึกษาครั้งนี้

สำหรับกิจกรรมที่ญาติผู้ดูแลประเมินว่าสามารถทำได้มากขึ้นกว่าเดิมมากที่สุด คือ การจัดการกับความเครียดหรืออารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป เนื่องจากผลการวิจัยพบว่า ญาติผู้สูงอายุตอนต้นเป็นช่วงวัยที่มีแนวโน้มที่จะมีสุขภาพหรือความสามารถในการประกอบกิจกรรมต่างๆ ทั้งทางกายภาพและทางจิตใจที่ดีกว่าประชากรสูงอายุช่วงวัยอื่นๆ (รศรินทร์ เกรย์, อุมารณ ภัทรวานิชย์, เณิมพล แจ่มจันทร์, และเรวดี สุวรรณพเก้า, 2556) ร่วมกับมีประสบการณ์ในชีวิตที่มากขึ้น ซึ่งมีผลต่อความสามารถในการเข้าใจหรือตัดสินใจในสถานการณ์ต่างๆ ช่วยให้เกิดความรอบคอบในการพิจารณาทางเลือก และสามารถเผชิญปัญหาต่างๆ ได้ดี (ธารินทร์ คุณยศยิ่ง และคณะ, 2558; รศรินทร์ เกรย์, สาสินี เทพสุวรรณ, ณัฐจิรา ทองเจริญพงศ์, และ ภูวไนย พุ่มไทรทอง, 2556) ซึ่งการจัดการกับความเครียดหรืออารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปที่สามารถทำได้มากขึ้นกว่าเดิมของญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุในงานวิจัยนี้ สอดคล้องกับญาติผู้ดูแลวัยผู้ใหญ่ที่ประเมินว่าการจัดการกับความเครียดหรืออารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปสามารถทำได้มากขึ้นกว่าเดิม (พารุณี เกตุกราย, 2550) แต่เมื่อพิจารณาถึงการเผชิญความเครียดในญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุจะใช้วิธีบรรเทาความเครียดเป็นส่วนใหญ่ เช่น ปล่อยให้อารมณ์เย็นลง ไม่ตอบโต้ เป็นฝ่ายยอมผู้ป่วย (ณัฐกฤตา เขาวนัรารักษ์ และรังสิมันต์ สุนทรไชยา, 2560) ปล่อยวางความคิด มองถึงความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย เพื่อให้อยู่ร่วมกันได้อย่างมีความสุข (Blair, 2005) แตกต่างจากเผชิญความเครียดในญาติผู้ดูแลวัยผู้ใหญ่ที่ส่วนใหญ่จะจัดการเผชิญหน้ากับปัญหามากที่สุด (บุญมาศ จัน ศิริมงคล, 2550; ไพรินทร์ พัสตุ และคณะ, 2556)

กล่าวโดยสรุป จากผลการวิจัยเกี่ยวกับการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแล เห็นได้ว่า ญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุ ประเมินการดูแลตนเองในด้านการดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ และการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่าการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป อาจ เป็นเพราะญาติผู้ดูแลเป็นผู้ที่อยู่ในวัยสูงอายุ ซึ่งมีพลังความสามารถทางร่างกายที่ลดน้อยลง เมื่อต้องปรับเปลี่ยนบทบาทจากการดูแลตนเองในวัยสูงอายุมาเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุอีกบทบาทหนึ่ง ถือได้ว่าเป็นงานที่หนัก ใช้เวลา และพลังเป็นอย่างมาก ทำให้มีเวลาในการดูแลตนเองเพื่อดำรงชีวิตประจำวันลดลง และมีเวลาเข้าร่วมกิจกรรมกิจกรรม หรือหาเวลาพักผ่อนหย่อนใจได้ลดน้อยลง แต่เนื่องจากญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุมีการศึกษาที่ดี มีเศรษฐกิจที่ดี ทำให้สามารถหามาได้ซึ่งแหล่งช่วยเหลือ เช่น จ้างผู้ดูแล และด้วยอายุที่เพิ่มขึ้นทำให้มีประสบการณ์ในชีวิตที่มากขึ้น มีผลต่อการปรับตัว สามารถเผชิญปัญหาต่างๆ ได้ดี อีกทั้งสามารถหาวิธีการดูแลตนเองเพิ่มเติมจากแหล่งต่างๆ เสมือนเป็นการได้พักผ่อนและลดความเครียดลงไป เพื่อคงไว้ซึ่งความสามารถในการดูแลตนเอง ระบบการดูแลบุคคลที่เจ็บป่วยในครอบครัวได้อย่างสมบูรณ์และมีประสิทธิภาพ จึงเป็นประเด็นที่พยาบาลและเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพควรให้ความสนใจในการประเมินภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลวัย

สูงอายุ เพื่อที่จะเตรียมความพร้อมในการพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วย และดูแลภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุไปพร้อมกัน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ข้อเสนอแนะสำหรับการปฏิบัติการพยาบาล

1. พยาบาลและเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพควรประเมินภาวะสุขภาพ และการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุที่ดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียง เพื่อให้คำแนะนำหรือวางแผนที่จะลดความเสี่ยงหรือป้องกันปัญหาสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างให้การดูแล โดยเฉพาะอย่างยิ่งในญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุที่มีโรคประจำตัวหรือมีปัญหาสุขภาพ
2. มีการจัดบริการตรวจสุขภาพหรือประเมินสุขภาพของญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุ ในวันที่พาผู้สูงอายุที่ติดเตียงมาติดตามการรักษาที่โรงพยาบาลตามแพทย์นัด หรือมาพบแพทย์เพื่อรับยาแทนผู้ป่วย เพื่อรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพและให้คำแนะนำในแต่ละราย
3. วางแผนการให้ความช่วยเหลือแก่ญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุที่ดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียง เพื่อพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ส่งเสริมภาวะสุขภาพและการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลได้อย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ และการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุที่ดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียง ซึ่งเป็นการกำหนดคุณลักษณะของญาติผู้ดูแลที่เฉพาะเจาะจง ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป ดังนี้

1. ศึกษาวิจัยภาวะสุขภาพ และการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุที่ดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียง โดยการเปรียบเทียบพื้นที่การศึกษาระหว่างชุมชนเมือง และชุมชนชนบท
2. ศึกษาวิจัยหาความสัมพันธ์ หรือปัจจัยทำนายภาวะสุขภาพ และการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุที่ดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียง กับตัวแปรอื่นๆ เช่น ความเครียด คุณภาพชีวิต แหล่งสนับสนุนทางสังคม

HEALTH STATE AND SELF-CARE ACTIVITIES OF OLDER CAREGIVERS
FOR BED BOUND OLDER ADULTS.

NATSALA LONGPHASUK 5837505 RAGN/M

M.N.S. (GERONTOLOGICAL NURSING)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: SUPREEDA MONKONG, Ph.D., YUPAPIN
SIRAPO-NGAM, D.S.N.

EXTENDED SUMMARY

Introductions

The population structure is currently changing worldwide, which is in accordance with the significant increase in number of older adults in Thailand. In 2010, Thailand has 7.01 million older adults, making up 10.7 % of the Thai population, and the number increased to 11 million (16.5%) in 2016. The number of elderly population is predicted to be higher than 14.4 million, which will account for 20% of the Thai population. As such the population structure in Thailand will become the complete aged society (Sarawut BoonSuk, Thanomrat Prasiththimet, Jintana Pattanaphongthon, Jarupa Janongsak, & Supawadee Jetiyanon, B.E. 2557).

The increase in the number of older adults have an influence the continuously increasing dependency ratio. It also leads to health problems, with a change from acute infectious diseases to non-communicable diseases (NCDs) associated with regression of the body system caused by senility (Samrit Srithamrongsawat & Kanitta Boonthamcharoen, B.E. 2553) . It has been recently reported that there are approximately 400,000 older adults who are vulnerable and have dependent living (Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute, B.E. 2561). The study conducted by Nonglak Pagaiya (2009) has shown that 25 % of

older adults have health problems and cannot do activities of daily living, and over 70% of the older adults have more than one disease. In addition, an observation of well-being of Thai older adults in 2013 has reported that 2% of older adults are bedridden, which means they are unable to do activities of daily living, and those older adults have chronic diseases with complications and need family caregiving. In short, older adults with health problems require increasing long term care (Wanna Sritanyarat & Ladda Damrikarnlerd, B.E. 2553).

In Thai society, the family is the major provider of long-term care (Samrit Srithamrongsawat & Kanitta Boonthamcharoen, B.E. 2553). The care of dependent older adults is mostly done by the members in the family called family caregivers. In society, this role is defined as a duty for women or single persons (Wajana Leelapattana & Saipin Hathirat, B.E. 2559). Because of the alteration of the social economy at present, family members have to work outside the home, so the proportion of people in their working age who can be a caregiver has decreased, resulting in a lack of a caregiver for older adults. That situation changes the status of older adults care; that is, older adults must be caregivers other older adults, and the relationship could be husband and wife, older adult children and parents, or older siblings. Therefore, the care of dependent older adults by older caregivers might affect quality of life of older caregivers in the family more than other age groups.

The differences between older caregivers and family caregivers in other age groups lie in the fact that older adults themselves often have health problems, and they must also be responsible for the care of other members in the family (Steiner, Pierce, Drahuschak, Nofziger, Buchman, & Szirony, 2008). A previous study has revealed, that there is an increase in the care of dependent older adults by older caregivers who are over 60 years old, especially those in the age range of 60-64 years old (Nonglak Pagaiya, B.E. 2552). About 10% of older caregivers are the spouse of dependent older adults, mostly the wives who look after the husbands (Sasipat Yodphet, B.E. 2552). Moreover, one-third of family caregivers have chronic health problems and also are health dependent (Siranee Sihapark et al., B.E. 2556). Although family caregivers are older adults themselves, and the proportion of that age is the least compared to other age groups, they seem to be able to dedicate their time to take care of the dependent (The National Alliance for Caregiving [NAC] and the AARP Public Policy Institute,

2015). It has been reported that the older caregivers can look after the dependent older adults for greater than or equal to 50 hours per week (Greenwood & Smith, 2016).

An extensive literature review has shown that, the health status and self-care of family caregivers are important issues, but these issues do not receive much attention. However, if family caregivers have limitations in terms of their physical health, mental health, and social networks, the responsibility for care of bed bound older adults might affect the well-being of the older caregivers who probably also need health services as they look after bed bound older adults at home.

In this study, we are interested to study health status and self-care of older caregivers who look after bed bound older adults at home. The results of this study will provide the significant data for better understanding of the context of older caregivers of bed bound older adults, and for further development of a suitable guideline for self-care of older caregivers as well as appropriate ways to take care of bed bound older adults.

Research Question

What are the health status and self-care of older caregivers who look after bed bound older adults?

Objectives

To investigate the health status and self-care of older caregivers who look after bed bound older adults.

Conceptual Framework of the Study

The conceptual framework of this study is a Theory of Dependent Care (Orem, 2001). There are two major concepts of dependent care agents, which are 1) the personal responsibility for self-care which consists of the perception and responsiveness of the desire of self-care and doing and developing the ability of self-care in both the

healthy and sickness to sustain self-care resulting in living with well-being, and 2) the personal responsibility for the perception and responsiveness for the desire of partial or total dependent persons and the development of ability for patient-care to sustain the care system in the family. Both concepts are in considered important conditional factors for caregivers including age, sex, developmental stage, culture norm, living conditions, family structures, living patterns, health status, beneficial resources and life experience, all of which have an influence on dependent persons.

This research was a study of older caregivers. Usually, elderly people have chronic diseases and encounter regression of the ability to do activities in daily living or health management of themselves, which lead to reduction in the capacity of self-care. The responsibility for both self-care and care for bed bound older adults at the same time may affect family caregivers because the duty involves being in charge of care of severe sickness, complications of medicine treatments, sufferings of patients, and the relationship between caregivers and patients (Taylor, Renpenning, Geden, Neuman, & Hart, 2001). Therefore, older caregivers of bed bound older adults need more self-care. In other words, the care of bed bound older adults and caregiving burden definitely affect physical health, mental health, and social well-being resulting in chronic stress that directly impacts the well-being of family caregivers (Reinhard et al., 2008; Saipin Kasemkitwattana & Piyaporn Praisorn, B.E. 2557).

Definition of Terms

Health state refers to the perception of well-being of older caregivers including physical health, mental health, and social condition. This is an evaluation of the perception of general well-being according to the perception of older caregivers. In this study, the evaluation of health state was created by the researcher in the form of a visual analog scale which was a 10 centimeter line. As for scoring, high scores represented better well-being.

Self-care refers to the activities with intention and goal that older caregivers do to maintain a good life, good health, and good well-being. In this study, self-care was evaluated in terms of self-care capacity of older caregivers which was adapted from the evaluation of the perception of self-care capacity of family caregivers working outside

(Parunee Keatkrai, B.E. 2550) base on a Theory of Self-Care (Orem, 2001). The questionnaire covered the desire of self-care, and higher scores represented better self-care of older caregivers.

Older caregiver refers to members of the family, males and females, who are older than 60 years old. They should have close relationship with bed bound older adults, live together in the same house, and look after bed bound older adults without monetary rewards. Moreover, they have to look after bed bound older adults for at least one month.

Bed bound older adults refers to the persons with age over 60 years and in a dependent condition. They are unable to do activities in daily living and need the assistance from their family members. In this study, the evaluation was performed by evaluating the ability to do activities of daily living, measured in a four-point Likert scale, ranging from 0 to 4, totaling 20 items.

Expected Outcomes and Benefits

- 1) This study provided the information of health status and self-care of older caregivers.
- 2) The data from the study would be important for provision of support and promotion of appropriate self-care of older caregivers who look after bed bound older adults.

Scope of the Study

This research was carried out with the sample group that contained both males and females aged over 60 years old who are family caregivers responsible for taking care of bed bound older adults in the family. The subjects lived in Bangkok from July to October 2016.

Research Methodology

This descriptive research investigated the health state and self-care of older caregivers who looked after bed bound older adults. This study was a part of the research of the situation of caregivers of bed bound older adults.

Population and Sample

The population was composed of family caregivers including both males and females whose age was over 60 years and lived in Bangkok.

The sample consisted of family members, both males and females aged over 60 years, lived in Bangkok and had been looking after bed bound older adults for at least one month. The bed bound older adults were discharged or had a follow-up at Ramathibodi Hospital in Bangkok.

Inclusion Criteria

1. They are older than 60 years old.
2. They were family members who had a close relationship with bed bound older adults such as parents, spouse, children, siblings or relatives, and they lived with bed bound older adults and were responsible for taking care of bed bound older adults. The selection criterion of bed bound older adults was the scores of the Barthel ADL Index, ranging from 0 to 4 points.
3. They were family members who provided care to bed bound older adults for at least three care activities of daily living. They helped and took care of bed bound older adults; they looked after about bed bound older adults' physical health, mental health, emotional well-being, and social well-being without any monetary returns; and they had been providing care to bed bound older adults for at least one month.
4. They had normal cognitive perception as evaluated with the Set Test, with the scores equal to or higher than 25 points.

Research Instruments

The instruments used in this study could be divided into two categories: the subject screening instruments and data collection instruments.

1. The screening instruments were the evaluation of the ability to do activities of daily living for bed bound older adults and the Set Test for family caregivers.

2. The data collection instruments were as follows: The demographic characteristics questionnaire was developed by the research to elicit data regarding demographic characteristics of older caregivers and bed bound older adults as well as data regarding caregiving activities provided to bed bound older adults.

3. The Perceived Health Status Assessment Questionnaire was employed to evaluate the health state according to the perception of older caregivers. This evaluation form was developed in this study in the form of a visual analog scale which was a horizontal line 10 centimeters in length, with the number 0 specified at the left end to indicate worst health status and the number 10 at the right end to reflect best health status. The evaluation was performed by asking the older caregivers to draw a vertical line on the horizontal line and the interpretation was made by measuring the length from the number 0 to the position of the vertical line, so the length represented the level of health perception, with higher scores meaning better health status.

4. The Older Caregivers' Self-Care Activities Measurement Questionnaire was used to evaluate the self-care related to the effort in doing care activities. In this study, the questionnaire was developed and adapted from The Working Caregivers' Self-Care Activity Measurement Form (Parunee Keatkrai, B.E. 2550) and the Theory of Self-Care (Orem, 2001). The form contained 26 closed-ended items of self-care which could be further divided into universal self-care (13 items), developmental self-care (9 items), health-deviation self-care (4 items), and open-ended items for other aspects of self-care. The items were arranged in a five point rating scale, ranging from 1 to 5, with 1 meaning no effort in doing the activity and 5 meaning using the highest effort in doing the activity. As for interpretation of scores, the percentage of means was used, and higher scores referred to better self-care and vice versa.

Validation of Research Instruments

As for content validity (CVI), the instrument to assess self-care capacity of older caregivers was verified by the three professionals, and the CVI score was .88

Regarding reliability, the self-care capacity of older caregivers questionnaire was tried out with 10 participants whose demographic characteristics were similar to those of the participants in the main study. Cronbach's alpha revealed that the reliability of the instrument was equal to .85 and the main study was equal to .91, respectively.

The Protection of Research Participants

This study was approved by The Ethical Review Committee for Research in Human Subjects, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University (Approval number 2560/155). This research was conducted with adherence to the codes of conduct regarding caregivers of bed bound older adults after permission to collect data was granted by the director of Ramathibodi Hospital. The researcher met the prospective participants to introduce herself and explain the study objective and data collection procedures. The prospective participants were informed that their participation in the study was based solely on a voluntary basis and they had the right to withdrawal from the project at any time if they wished without any effects on the treatment and care they would receive from the hospital. They were also assured that the data collected from them would be kept strictly confidential, would be reported only as group data, and would be used only for academic purposes. Once they agreed to participate in the research project, they were asked to sign the informed consent form to indicate their willingness.

Data Collection

The data collection was performed as follows:

1. Sample selection from three sources

1.1 Home Health Care Nursing, Ramathibodi Hospital

The data of the samples were retrieved from the existing database or medical records.

1.2 Inpatient Medicine Building (Building 1), Ramathibodi Hospital

For the cases that would be discharged, the researcher would visit the patients and their family with Home Health Care Nursing in order to build the relationship prior to collecting data.

1.3 Outpatient Service Unit, Department of Medicine, Somdech Phra Debaratana Medical Center

There were staffs who assisted to liaise the meeting with the prospective participants. The researcher would observe and contact the persons who accompanied the patients to the hospital. If they met the inclusion criteria, the researcher would approach them and ask them to participate in the study.

2. The researcher met the prospective participants who met inclusion criteria, introduced herself, and explain the study objective, data collecting procedures, and expected outcomes and benefits of this study. After the explanation, if the prospective participants volunteered to participate in the research project, they were ask to sign the informed consent form.

3. The researcher collected the information at the home of the family caregivers. The researcher went to the patient's house with the Home Health Care Nursing team if they had a plan to visit the patients. Otherwise, the researcher made an appointment with family caregivers to go to collect data at their houses.

4. The researcher interviewed the older caregivers using the demographic characteristics questionnaires older caregivers and bed bound older adults and The Older Caregivers' Self-Care Activities Measurement Questionnaire. As for the Perceived Health Status Assessment Questionnaire, the participants answered the questionnaire by themselves after the researcher explained the details. The duration of interviewing and answering the questionnaire was approximately 60 minutes. During data collection from family caregivers, an assistant researcher looked after bed bound older adults.

Data analysis

Each questionnaire was coded and analyzed using a computer program.

1. The data regarding demographic characteristics of older caregivers were analyzed by means of descriptive statistics (frequency distribution, percentage, mean, range, and standard deviation).
2. The data regarding health perception of older caregivers were analyzed by means of descriptive statistics (percentage, mean, and standard deviation).
3. The data regarding self-care of older caregivers were analyzed in terms of mean, standard deviation, and the percentage of mean compared to the full marks. The assessment of self-care capacity of older caregivers was analyzed in terms of frequency distribution and percentage.
4. The other self-care information of older caregivers was analyzed using frequency distribution and percentage.

Results

Demographic characteristic of older caregivers

There were 50 older caregivers including 37 females and 13 males, making up 74% and 26% of the total, respectively. They ranged in age from 60 to 79 years old, which the average age of 65.44 years old (SD=4.66). Almost all of them, or 98%, were Buddhists, and 60% had been married and had children with the average number of 1.4 children (SD=1.28). Moreover, about three quarters, or 76%, of the participants graduated with a degree higher than the high-school diploma. As regarding income, more than one-third, or 38%, earned over 20,000 THB per month (Median=20,000). In addition, there were three to five family members in 64% of the participants' family. Finally, nearly half, or 46% of the caregivers were the adult children of bed bound older adults.

Clinical characteristics of older caregivers

It was found that almost all of the older caregivers, or 94% had congenital diseases, and nearly two-thirds, or 64%, had more than two diseases. The most common

congenital disease was dyslipidemia at 65.96%, followed by hypertension and diabetes at 57.45% and 23.40%, respectively. Furthermore, 92% of older caregivers had to routinely take prescribed medication, with the average number of drugs of 3.46 tablets ($SD=2.64$). Also, 42% of the participants took medication without the prescription, most of which were cold medication or anti-allergy medication. Finally, more than half, or 52%, thought their health status was worse after becoming family caregivers, and the role mostly affected their physical well-being (88.46%).

Demographic characteristic of bed bound older adults

There were 50 bed bound older adults, 66% of whom were female. The average age was 80.66 years old ($SD=10.84$), with the minimum age of 61 and the maximum age of 100 years old, and with 62% being older than 80 years old. Almost all, or 98%, were Buddhists, and 50% of the participants were married. Moreover, 96% had children with the average number of 4.63 children ($SD=2.72$). As regards their educational background, almost all of them completed primary school.

Clinical characteristics of bed bound older adults

The most commonly found disease among bed bound older adults was ischemic stroke, with 16 participants (32%) having this disease. The second most common disease was dementia and complications of accidental falls, accounting for 14% (seven participants) and 10% (five participants), respectively. The duration of being a bed bound patient was 27.42 months on average ($SD=39.88$), and the range was from one month to 15 years.

Health care of bed bound older adults

The duration of care of bed bound older adults was 27.40 months on average ($SD=39.90$). The average number of hours providing care to bed bound older adults was 10.06 hours per day ($SD=2.04$), with a range of 6 to 16 hours. It was also found that older caregivers spent 10.74 hours on self-care on average ($SD=2.10$). In addition there were 47 participants (94%) who had an assistant to help take care of bed bound older adults. From the observation, it could be seen that older caregivers helped the bed bound older adults do six out of ten daily living activities (Mean=6.02),

SD=1.22). Furthermore, the top three activities that were done by family caregivers to take care of the physical health of bed bound older adults were taking the bed bound older adults to a follow-up (98%), administering medication (92%), and tube feeding (54%). On the other hand, the top three activities to care for mental health of bed bound older adults were observing emotional well-being of bed bound older adults (100%), staying bedside and having a conversation with bed bound older adults (98%), and paying attention to serve the needs to bed bound older adults (90%). Finally, as for social care, the care was mostly performed to ensure that the bed bound older adults had a chance to meet and spend time with family members (90%).

Health perceptions of older caregivers

The results of the present study showed that the mean score of health perception was 6.49 (SD=2.05) out of the full 10, or at the moderate level. It is also worth noting that there were 30 older caregivers (60%) whose scores were higher than the mean score.

Self-care of older caregivers

The findings revealed that the average score of self-care of older caregivers was 105.88 (SD=12.06), or 81.45% of the full score, referring to a good level. As regards the scores of each domain of self-care, it was found that mean scores of the developmental self-care and health-deviation self-care were at a good level, while the mean score of the universal self-care domain was at a moderate level. When considering the results regarding the older caregivers' self-care evaluation, it could be seen that the activity with the highest mean score was maintaining fresh air (M=4.92, SD=0.56.), whereas the activity with the lowest mean score was seeking relaxation time for themselves (M= 2.52, SD=1.20). Moreover, this findings indicated that management of stress and unstable emotion was the self-care activity that the older caregivers needed more effort to do after becoming family caregivers of bed bound older adults (36%), and the activity that they were able to perform rarely after being family caregivers was participating in social activities (88%).

The results from the open-ended questions for other aspects of self-care showed that most family caregivers were able to perform self-care to ensure their

physical health such as eating healthy food including eating herbs and vegetables and their mental health including praying, meditation, and having activities which allowed them to spend time in nature such as growing trees and flowers. Finally, as for the aspect of social participation, the older caregivers chose to go to a public library to read.

Discussion

The 50 participants in this study were older caregivers who looked after bed bound older adults, and they were in their early old age, mostly female, married, Buddhist, and a child of bed bound older adults. Such demographic characteristics were in congruence with the findings of previous studies carried out with family caregivers in Thailand which, have reported that the majority of family caregivers are mostly a close relative of patients such as a child of the patients and Buddhist and female (Kanchana Panyathorn, B.E, 2557; Muangpaisan et al., 2010; Yoawaluk Phothidara et al., B.E. 2557). This may have been because, according to the Thai culture, it is generally believed that a family caregiver is a role of female family members who are expected to take care of other family members both in sickness and on health (Sasipat Yodphet, B.E. 2552). Regarding the relationship between caregivers and bed bound older adults, it was found in this study that the proportions of the spouse and older adult children of bed bound older adults were rather similar, making up 42% and 46%, respectively. One plausible explanation is that caregivers who are the spouse or older adult children of the bed bound older adults have been living their life with the patients for a long time, so they are willing to help bed bound older adults when they have a health problem (Duggleby et al., 2016; Greenwood & Smith, 2016; Oldenkamp et al., 2016; Stensletten et al., 2016). Likewise, a previous study has reported that 80% of early older adults (younger than 65 years old) are a daughter of the patients, and 90% of middle older adults are spouses (Koyama et al., 2017). However, a number of older caregivers can be male family members. Similar to a study conducted by Milligan and Morbey (2016), in the present study, it was found that there were 13 male older caregivers (26%), including nine husbands, three sons, and one son-in-law.

As regards health perception of older caregivers, it was found that their mean score was at a moderate level. Such a finding was not consistent with the finding

of a previous study conducted by Chen and colleagues (Chen et al., 2015) which has reported that older caregivers' average scores of physical health and mental health status were 49 and 43.08, respectively, out of the total score of 100, which were at a low level. Such a discrepancy may have resulted from the fact that most of the family caregivers in this study were still in their early old-age, so they still had the ability to perform self-care and look after other family members. Moreover, their educational background was higher than Bachelor's degree, they had a capacity to access the help resources, and they had a good relationship with the family.

According to the study findings, the health status of older caregivers became worsened after they took on the caregivers' role, especially their physical health. The symptoms they had been experiencing were mostly fatigue and exhaustion, and some of them suffered from insomnia, pain, and aching. As for their mental health, most of the participants developed stress, anxiety, and moodiness. Furthermore, in term of social well-being, it was found that the older caregivers suffered from social isolation after taking care of bed bound older adults. Such results were consistent with the result of a previous study that has reported that the effect of caregiving which is fatigue leads to unmanageable stress (Chen et al., 2015). Likewise, Oldenkamp and colleagues, have found that the older caregivers who are the spouse can have a higher perception of subjective burdens including physical health and mental health than other adult family caregivers (Oldenkamp et al., 2016). It may have been because when older caregivers have to live with bed bound older adults for a long time, they feel that their daily routines become unmanageable and need more assistance.

However, the self-care of older caregivers in this study was found to be at a good level, and the average score of the three domains of self-care were at a moderate level, including universal self-care, developmental self-care, and health-deviation self-care. When considering each aspect of these self-care domain, it could be seen that the aspect that had the highest mean score was maintaining fresh air, while the aspect that received the lowest mean score was seeking relaxation time for themselves. Such results are associated with the perception of objective burden that occurs after becoming family caregivers. The responsibility of caregiving makes it difficult for older caregivers to perform self-care because they have to spend most of their time looking after the

patients, leading to a lack of free time for personal relaxation and privacy (Montgomery et al., 1985).

In this study, it was found that the activity that the family caregivers were more able to perform was management of stress and unstable emotions. A previous study has found that older adults in their early old age have more potential to be better in physical health as well as mental health as well as having more capacity to do activities than those who are (Rossarin Gray, Umaporn Pattaravanich, Chalernpol Chamchan, & Rewadee Suwannoppakoa, B.E. 2556). Moreover, older adults generally have more life experiences that enable them to better understand problems and find appropriate solutions to any problems (Rossarin Gray, Sasinee Thapsuwan, Natjera Thongcharoenchupong, & Poowanai Pumsaithong, B.E. 2556; Tarin Kunyodying et al., B.E. 2558). In other words, older caregivers are better able to manage stress and unstable emotions (Parunee Keatkrai, B.E. 2550). It has been documented that most of the older caregivers are able to manage or relieve their stress. For example, instead of being mad at the patients, they just calm themselves down (Natkritta Chaowararak & Rangsiman Soonthornchaiya, B.E. 2560). Also, they are not thinking too much but focus on the misery of the patients, while trying to find ways to live together with the patients more harmoniously (Blair, 2005), which is totally different from what younger family caregivers do, as they often deal with the stress by facing the problems (Boonmas Chansirimonkol, B.E. 2550; Pairin Patsadu, B.E. 2556).

In conclusion, the self-care evaluation of elderly family caregivers showed that they had higher mean scores of developmental self-care and health-deviation self-care than universal self-care. This may have been due to their degenerative physical health. Put another way, older caregivers have to take care of not only their own health but also the health of bed bound older adults; therefore they encounter hard work that requires a lot of time and efforts on their part. For this reason, older caregivers tend to lack free time for self-care and relaxation. However, the older caregivers who are well-off can find the assistance for elderly caregiving such as hiring secondary caregivers. Moreover, with old age, they also have a lot of life experiences that enable them to find appropriate ways to manage problems and stress. Besides this, they can search and utilize other methods of self-care that allow them to relieve and reduce stress. Finally, the older caregivers who have good self-care can efficiently manage the caregiving

system in the family. For this reason, the health care team members should not overlook the significance of health assessment of older caregivers in order to improve patient-care and to balance their own self-care and their caregiving responsibility.

Recommendations

For nursing care practices

1. Nurses and healthcare team members should evaluate self-care of older caregivers who look after bed bound older adults and give a suggestion or devise a caregiving plan that can help reduce the risks of health problems in older caregivers, especially for those with congenital diseases.
2. To more appropriately give suggestions, the health care team members should perform the health check service for older caregivers when they come to follow-ups at the hospital with bed bound older adults to elicit better understanding of the health state of older caregivers.
3. Nurses and healthcare team members should support older caregivers to develop patient-care ability and promote their own optimal health and self-care.

For further research

The results of this study yielded baseline data on health state and self-care of older caregivers of bed bound older adults which could be utilized to define the attribute of family caregivers for further studies.

1. Studies should be conducted to explore health state and self-care of older caregivers of bed bound older adults by comparing and contrasting older caregivers who live in an urban area and a rural area.
2. Studies also be undertaken to explore the relationship between predicted factors of health state and self-care of older caregivers of bed bound older adults with other variables such as stress, living quality, and social support.

รายการอ้างอิง

- กนิษฐา บุญธรรมเจริญ. (2552). ภาวะพึ่งพิงของประชากรสูงอายุไทย. ใน ชื่นตา วิชชาวุธ และ สติต พงศ์ ฐนวิริยะกุล (บก.), ระบบการดูแลและกำลังคนในการดูแลผู้สูงอายุ: ทิศทางประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร, มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุ.
- กาญจนา ปัญญาธร. (2557). การดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลในครอบครัวบ้านหนองตะไก่อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 32(4), 33-39.
- ไกรสิทธิ์ ตันติศิริพันธ์ และอรุวรรณ แยมบริสุทธิ์. (2559). โฆษณาการกับสุขภาพของผู้สูงอายุ. สืบค้นวันที่ 22 พฤศจิกายน 2559, จาก Web site: http://advisor.anamai.moph.go.th/main.php?filename=JHealthVol20No2_03
- คมสัน แก้วระยะ. (2540). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุกับความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองจังหวัดเพชรบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จิราพร เกศพิชญวัฒนา. (2542). ความกตัญญูทดแทน และการดูแลบิดามารดาที่เจ็บป่วยสูงอายุในครอบครัวไทย ในเขตกรุงเทพมหานคร. วารสารพยาบาลศาสตร์, 15(1), 51-64.
- จิราพร ทองดี, ดารารวรรณ รองเมือง, และนันทนา นาคฉัตรีย์. (2555). ภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดชายแดนภาคใต้. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 22(3), 88-99.
- ชลิต ศาสตร์ผล, รัชชัย เฟื่องพินิจ, อัครเดช เสนานิกรณ์, และวารี ศรีสุรพล. (2560). การดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือของไทย. วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์ มจร, 5 (ฉบับพิเศษ), 387 – 405.
- ชญาวลี ศรีสุโข. (2559). ปัจจัยที่เอื้ออำนวยให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะยาวประสบความสำเร็จ. สืบค้นวันที่ 29 มิถุนายน 2559, จาก Web site: <https://www.hfocus.org/content/2016/02/11666>

- ณัฐกฤตา เขานั้วรารักษ์ และรังสิมันต์ สุนทรไชยา. (2560). ประสบการณ์ของผู้ดูแลวัยสูงอายุในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 30(1), 110-122.
- ธารินทร์ คุณยศยิ่ง, ถินจง โพธิบาล, และทศพร คำผลศิริ. (2558). การพึ่งพาของผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง ภาระการดูแล การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลวัยสูงอายุ. *พยาบาลสาร*, 42, 107-117.
- ธิดิพันธ์ ธานีรัตน์. (2554). *ดูแลผู้สูงวัยแบบใจไม่ป่วย*. สืบค้นวันที่ 6 พฤษภาคม 2559, จาก Web site: http://223.25.195.228/suan_pdf/research_center/17-12-55_research12.pdf
- นงลักษณ์ พะโกยะ. (2552). ความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุ. ใน ชื่นตา วิชชาวุธ และสถิตพงศ์ ธนวิริยะกุล (บก.), *ระบบการดูแลและกำลังคนในการดูแลผู้สูงอายุ: ทิศทางประเทศไทย*. กรุงเทพมหานคร, มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุ.
- บุญมาศ จันศิริมงคล. (2550). *ความเครียด การเผชิญความเครียด แรงสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลที่เป็นมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปิติพร สิริทิพากร และวิรัชศักดิ์ เมืองไพศาล. (2558). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกละอายของผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลศิริราช. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 38(2), 54-64.
- พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550. (2550). *พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550*. สืบค้นวันที่ 8 กันยายน 2559, จาก Web site: http://www.acfs.go.th/km/download/act_healthy_2550.pdf
- พารุณี เกตุกราย. (2550). *ความสัมพันธ์ระหว่างภาระการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วย การดูแลตนเอง และความต้องการความช่วยเหลือของผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เพ็ญศิริ สันตโยภาส. (2542). *ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและวิธีการจัดการกับตนเองต่อภาวะกลืนไม่เข้าคายไม่ออกของผู้สูงอายุสตรีไทยในชุมชน*. ปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

- พวงเพ็ญ เพื่อกสวัสดิ, นิสาชล นาคกุล, และวิษญา โรจนรักษ์. (2559). สถานการณ์ ปัญหา และความต้องการการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดบ้านติดเตียงในชุมชนเขตเทศบาลนครสุราษฎร์ธานี. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 26(2), 54 – 64.
- ไพรินทร์ พัสดู, ศุภกร วงศ์วาทัญญ, และยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. (2556). ความเครียด การเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแล และการจัดการกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บที่ศีรษะ. *วารสารการพยาบาล*, 15(1), 47-57
- ภาวิณี พรหมบุตร, นพวรรณ เปียชื่อ, และสมนึก สกุลหงส์โสภณ. (2557). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน. *รามาริบดีพยาบาลสาร*, 20(1), 82-96.
- มานี หาทรัพย์, มงคลชัย หาทรัพย์, และทัศนีย์ นะแสง. (2557). ความรู้ ความสามารถของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัด โรงพยาบาลสงขลา นครินทร์. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 34(2), 53-66.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2559). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทยประจำปี พ.ศ. ๒๕๕๙*. สืบค้นวันที่ 29 กุมภาพันธ์ 2559, จาก Web site: <http://thaitgri.org/?p=36746>
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2560). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทยประจำปี พ.ศ. ๒๕๕๘*. สืบค้นวันที่ 10 กุมภาพันธ์ 2561, จาก Web site: <http://thaitgri.org/?p=37841>
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2561). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทยประจำปี พ.ศ. ๒๕๕๕*. สืบค้นวันที่ 10 กุมภาพันธ์ 2561, จาก Web site: <http://thaitgri.org/?p=38427>
- ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. (2539). ญาติผู้ดูแลที่บ้าน: แนวคิดและปัญหาในการวิจัย. *รามาริบดีพยาบาลสาร*, 2(1), 84-93.
- ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, สุปริดา มั่นคง, ศุภกร วงศ์วาทัญญ, สมทรง จุไรทัศนีย์, สุจินดา จารุพัฒน์ มารูโอ, วรรณ ประไพพานิช, และสุลลภณ วงศ์ธีรภัค. (2553). พิมพ์ครั้งที่ 1. *คู่มือการดูแลตนเองและการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง*. โครงการพัฒนาศักยภาพประชากรไทย คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ยุวดี ภาฯ และคณะ. (2540). *วิจัยทางการพยาบาล*. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: โครงการตำราภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เยาวลักษณ์ โพธิ์ธาดา, จุริรัตน์ กอเจริญยศ, พัทธน์ สมกำลัง และยุทธชัย ไชยสิทธิ์. (2557). ปัจจัยที่มีผลต่อความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 37(3), 46-55.

- รชนีพร ภัทรปรกรณ์, จงจิต เสน่หา, วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช, และขงชัย นิละนนท์. (2557). อิทธิพลของความวิตกกังวล การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 32(2), 52-61.
- โรชนี อุปรา, ชลธิชา เรือนคำ, เจนนารา วงศ์ปาลี, และเอกชัย กันธะวงศ์. (2554). ประสบการณ์ของ ผู้ให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน. *วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูล สงคราม*, 12(2), 50-59.
- รสคุณธ์ เจืออุปถัมภ์. (2553). *ความต้องการของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน. วิทยานิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติ ชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยคริสเตียน.*
- รศรินทร์ เกรย์, สาสินี เทพสุวรรณ, ณัฐจิรา ทองเจริญชูพงศ์, และภูวไนย พุ่มไทรทอง. (2556) *การดูแลผู้สูงอายุ: ความสุข และความเครียด. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.*
- รศรินทร์ เกรย์, อุมารณ์ ภัทรวาณิชย์, เฉลิมพล แจ่มจันทร์, และเรวดี สุวรรณพเก้า. (2556). *มโนทัศน์ใหม่ของนิยามผู้สูงอายุ: มุมมองเชิงจิตวิทยาสังคมและสุขภาพ. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.*
- วรรณ ศิริชัยรัตน์ และลัดดา คำภิรณเลิศ. (2553). *การจัดการความรู้และสังเคราะห์แนวทางปฏิบัติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล: แนวปฏิบัติในการบริการผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: สหมิตรพรินติ้งแอนด์พับลิชชิง.*
- วจนา ลีละพัฒน และสายพิน หัตถิรัตน์. (2559). *เมื่อผู้ดูแลทำไม่ไหวแล้ว. สืบค้นวันที่ 12 มิถุนายน 2559, จาก Web site: http://med.mahidol.ac.th/fammed/th/article/postgrad/article_4*
- วารุณี พลิกบัว, สายพิน เกษมกิจวัฒนา, รุ่งนภา ผาณิตรัตน์, และสุรชาติ จักรภีศิริสุข. (2549). ปัจจัยทำนายภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด. *วารสารสภาการพยาบาล*, 21(4), 44-55.
- วิจิตร ศรีสุพรรณ. (2547). *การวิจัยทางการพยาบาล: หลักการและแนวปฏิบัติ (พิมพ์ครั้งที่ 3). เชียงใหม่: โครงการตำรา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.*
- วิภาวรรณ ชะอุ่ม. (2536). *ภาระในการดูแล และความผาสุกโดยทั่วไปของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพา. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.*

- วิไลวรรณ ทองเจริญ, ถนอมขวัญ ทวีบุรณ์, นิตยา ภาสุนันท์, วินัส ลิฬหกุล, และสมจินต์ เพชรพันธุ์ศรี. (2540). *ภาวะสุขภาพและภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ*. โครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2552). ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว. ใน *ชีนดา วิชชาวุธ และสถิตพงศ์ ชนวิริยะกุล (บก.), ระบบการดูแลและกำลังคนในการดูแลผู้สูงอายุ: ทิศทางประเทศไทย*. กรุงเทพมหานคร, มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุ.
- ศิริณี ศรีหาภา, โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, และณิศร เต็งรัง. (2556). *ผลกระทบและภาระการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้วัฒนธรรมไทย*. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.), มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.), สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข.
- ศิริพันธุ์ สาสัตย์. (2552). การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในสถานบริการ. ใน *ชีนดา วิชชาวุธ และสถิตพงศ์ ชนวิริยะกุล (บก.), ระบบการดูแลและกำลังคนในการดูแลผู้สูงอายุ: ทิศทางประเทศไทย*. กรุงเทพมหานคร, มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุ.
- ศิริพรรณ ปิติมานะอารี. (2550). *ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สราวุธ บุญสุข, ถนอมรัตน์ ประสิทธิ์เมตต์, จินตนา พัฒนพงศ์ศรี, จารุภา จานงศักดิ์, และสุภาวดี เจติยานนท์. (2557). *แผนยุทธศาสตร์สุขภาพกระทรวงสาธารณสุขด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ปีงบประมาณ พ.ศ.2557 (5 Flagship Projects)*. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- สายพิน เกษมกิจวัฒนา และ ปิยะภรณ์ ไพรสนธิ์. (2557). ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง: กลุ่มเสี่ยงที่ไม่ควรมองข้าม. *วารสารสภาการพยาบาล*, 29(4), 22-31.
- สุภาพร แนวนุตร. (2558). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยในครอบครัว. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 8(4), 30-40.
- สุนา แสนมาโนช. (2541). *ผลของการส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด ความวิตกกังวลของญาติและความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2544). *การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาล (พิมพ์ครั้งที่ 6)*. กรุงเทพมหานคร: วิ.เจ.พรินต์.

- สมชัย ฤชุพันธุ์. (2560). ความเหลื่อมล้ำแบบพทพว บทที่ 3 ความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิและโอกาส. สืบค้นวันที่ 6 กุมภาพันธ์ 2561, จาก Web site: <http://thai-inequality.org/pages/solverighttop>
- สมทรง จุไรทัศน์ย์. (2555). *Family caregiver support group: ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม*. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ เรื่อง การดูแลญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง. วันที่ 18-20 กรกฎาคม 2555 เวลา 08.00-16.00 น. ณ โรงแรมตะวันนา กรุงเทพมหานคร.
- สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และกนิษฐา บุญธรรมเจริญ. (2553). *รายงานการสังเคราะห์ระบบการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวสำหรับประเทศไทย*. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย
- สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2557). *ประชากรสูงอายุไทย: ปัจจุบันและอนาคต*. สืบค้นวันที่ 17 สิงหาคม 2559 2559, จาก Web site: https://www.m-society.go.th/article_attach/13225/17347.pdf
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2557). *การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2557*. กรุงเทพมหานคร: เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น.
- อนุสรณ์ แนนอุดร, รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์, และพรนภา หอมสินธุ์. (2559). ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาด้านการสื่อสาร. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 30(1), 47-61.
- อรุณี นาคะพงศ์. (2539). *ภาวะทางกาย ภาวะซึมเศร้า การดูแลตนเองด้านโภชนาการ และภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุในชุมชน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อรวีรุท กาญจนจารี, ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, และสุปริดา มั่นคง. (2560). บทบาทและความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในสถานบริการที่มีการดูแลแบบประคับประคอง. *รวมวิชาชีพพยาบาลสาร*, 23(3), 328-343.
- Administration on Aging (AOA). (2016). *National family caregiver support program*. Retrieved 15 January 2016, from Web site: http://www.aoa.acl.gov/AoA_Programs/HCLTC/Caregiver/
- Blair, M. (2005). Family caregiving and compassion fatigue: A literature review. *Perspective*, 39(2), 14-19.
- Burton, L.C., Newsom, J.T., Schulz, R., Hirsch, C.H., & German, P.S. (1997). Preventive health behaviors among spousal caregivers. *Preventive Medicine*, 26(2), 162-169.

- Brown, J. W., Chen, S. L., Mitchell, C., & Province, A. (2007) Help-seeking by older husbands caring for wives with dementia. *Journal of Advanced Nursing*, 59(4), 352–360.
- Chen, M., Chen, K., & Chu, T. (2015). Caregiver burden, health status, and learned resourcefulness of older caregivers. *Western Journal of Nursing Research*, 37(6), 767–780.
- Collin, C., Wade, D. T., Davies, S., & Horne, V. (1988). The Barthel ADL index: A reliability study. *International Disability Studies*, 10(2), 61-63.
- Chou, K. R. (2000). Caregiver burden: A concept analysis. *Journal of Pediatric Nursing*, 15(6), 398-407.
- Chow, E. O. & Ho, H. C. Y. (2012). The relationship between psychological resources, social resources, and depression: result from older spousal caregivers in Hong Kong. *Aging & Mental Health*, 16(8), 1016-1027.
- Donprapeng, B. (2006). *The relationship among caregiver burden, coping resources and quality of life of dependent older adults' caregivers*. Unpublished Master thesis, Master of Nursing Science (Adult Nursing), Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.
- Duggleby, W., Williams, A., Ghosh, S., Moquin, H., Ploeg, J., Markle-Reid, M., et al. (2016). Factors influencing changes in health related quality of life of caregivers of persons with multiple chronic conditions. *Health and Quality of Life Outcomes*, 14(81), 1-9.
- Elderwise. (2010). *Older caregivers face extra risk*. Retrieved 8 April 2018, from Web site: <https://elderwise.ca/older-caregivers-face-extra-risk/>
- Ekwall, A. K., Sivberg, B., & Hallberg, I. R. (2005). Loneliness as a predictor of quality of life among older caregivers. *Journal of Advanced Nursing*, 49(1), 23–32.
- Family Caregiver Alliance. (2016). *Caregiver health*. Retrieved 15 January 2016, from Web site: <https://www.caregiver.org/caregiver-health>
- Fredman, L., Gordon, S. A., Heeran, T., & Stuver, S. O. (2014). Positive affect is associated with fewer sleep problems in older caregivers but not noncaregivers. *The Gerontologist*, 54(4), 559–569.
- Fitzpatrick, K. E., & Vacha-Haase, T. (2010). Marital satisfaction and resilience in caregivers of spouses with dementia. *Clinical Gerontologist*, 33, 165-180.
- Gray, R. S., Rukumnuaykit, P., Kittisuksathit, S., & Thongthai, V. (2008). Inner happiness among Thai elderly. *The Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 23, 211–224.

- Greenwood, N., & Smith, R. (2016). The oldest carers: A narrative review and synthesis of the experiences of carers aged over 75 years. *Maturitas*, 94, 161-172.
- Gibson, R., Gander, P., Alpass, F., & Stephens, C. (2015). Effect of caregiving status on the sleep of older New Zealanders. *Australasian Journal on Aging*, 34(3), 155-159.
- Givens, J. L., Mezzacappa, C., Heeran, T., Yaffe, K., & Fredman, L. (2014). Depressive symptoms among dementia caregivers: The role of mediating factors. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 22(5), 481–488.
- Guere, G., Figueiredo, D., Patrao, M., & Sousa, L. (2016). Family integrity among older caregivers of relatives with Dementia. *Paideia*, 26(63), 15-23.
- Hedstrom, G. G. & Ivanoff, S. D. (2012). Mastering an unpredictable everyday life after stroke’ – older women’s experiences of caring and living with their partners. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26, 587–597.
- Ho, S. C., Chan, A., Woo, J., Chong, P., & Sham, A. (2009). Impact of caregiving on health and quality of life: A comparative population-based study of caregivers for elderly persons and noncaregivers. *Journal of Gerontology*, 64(8), 873–879.
- Jitapunkul, S., Kamolratanakul, P., Chandrapresert, S., & Bunnag, S. (1994). Disability among Thai elderly living in Klong Toey Slum. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 77(5), 231-238.
- Kenny, P., King, M. T., & Hall, J. (2014). The physical functioning and mental health of informal carers: Evidence of care-giving impacts from an Australian population-based cohort. *Health and Social Care in the Community*, 22(6), 646-659.
- Koyama, A., Matsushita, M., Hashimoto, M., Fujise, N., Ishikawa, T., Tanaka, H., et al. (2017). Mental health among younger and older caregivers of dementia patients. *Psychogeriatrics*, 17, 108–114.
- Lee, C. J. (2009). A comparison of health promotion behaviors in rural and urban community-dwelling spousal caregivers. *Journal of Gerontological Nursing*. 35(5), 34-40.
- Litwin, H., Stoeckel, K. J., & Roll, A. (2014). Relationship status and depressive symptoms among older co-resident caregivers. *Aging & Mental Health*, 18(2), 225-231.

- Loucks-Atkinson, A., Kleiber, D. A., & Williamson, G. M. (2006). Activity restriction and well-being in middle-aged and older Caregivers. *Topics in Geriatric Rehabilitation*, 22(4), 269-282.
- Matthews, J.T., Dunbar-Jacob, J., Sereika, S., Schulz, R., & McDowell, B.J. (2004). Preventive health practices: Comparison of family caregivers 50 and older. *Journal of Gerontological Nursing*, 2004, 30(2), 46-54.
- Meesuk, W. (2005). *The factors predicting health status of caregivers of stroke patients*. Unpublished Master thesis, Master of Nursing Science (Adult Nursing), Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.
- Meleis, A. I. (2012). *Theoretical nursing development and progress* (5th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Milligan, C., & Morbey, H. (2016). Care, coping and identity: Older men's experiences of spousal care-giving. *Journal of Aging Studies*, 38, 105-144.
- Montgomery, R. J. V., Stull, D. E., & Borgatta, E. F. (1985). Measurement and the analysis of burden. *Research on Aging*, 7(1), 137-152.
- Moon, H. & Anderson, P. (2015). Baby boomer caregiver and dementia caregiving: Finding from the Nation Study of Caregiving. *Age and aging*, 44, 300-306.
- Musich, S., Wang, S. S., Kraemer, S., Hawkins, K., & Wicker, E. (2017). Caregivers for older adults: Prevalence, characteristics, and health care utilization and expenditures. *Geriatric Nursing*, 38, 9-16.
- Muangpaisan, W., Praditsuwan, R., Assanasen, J., Srinonprasert, V., Assantachai, P., Intalapaporn, S. et al. (2010). Caregiver burden and needs of dementia caregivers in Thailand: A cross-sectional study. *Journal of Medical Association of Thailand*, 9(5), 601-607.
- Oldenkamp, M., Hagedoorn, M., Slaets, J., Stolk, R., Wittek, R., & Smidt, N. (2016). Subjective burden among spousal and adult-child informal caregivers of older adults: results from a longitudinal cohort study. *BMC Geriatrics*, 16(208), 1-11.
- Orem, D. E. (2001). *Nursing concepts of practice* (6th ed.). St. Louis, Missouri: Mosby.
- Pawl, J. D., Lee, S., Clark, P. C., & Sherwood, P. R. (2013). Sleep loss and its effects on health of family caregivers of individuals with primary malignant brain tumors. *Research in Nursing & Health*, 36, 386-399.

- Phongphanngam, S. (2003). *Effect of a home-based management intervention program for family caregivers of elderly patients undergoing hip arthroplasty on caregivers' adaptation, and satisfaction*. Unpublished Master thesis, Master of Nursing Science (Adult Nursing), Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.
- Perkins, E. A. (2011). *Compound caregivers: Overlooked and overburdened*. Retrieved 3 January 2017, from Web site: http://flfcic.fmhi.usf.edu/docs/FCIC_CompoundCaregivers_070811.pdf
- Rabinowitz, Y. G., & Gallagher-Thompson, D. (2007). Health and health behaviors among female caregivers of elderly relatives with Dementia: The role of ethnicity and kinship status. *Clinical Gerontologist*, 31(2), 1-15.
- Reinhard, S. C., Given, B., Petlick, N. H., & Bemis, A. (2008). Supporting family caregivers in providing care. In Hughes, R. G. (Ed.), *Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses*. U.S. Department of Health and Human Services.
- Ringer, T. J., Hazzan, A. A., Kennedy, C. C., Karampatos, S, Patterson, C., Marr, S., et al. (2016). Care recipients' physical frailty is independently associated with subjective burden in informal caregivers in the community setting: A cross-sectional study. *BMC Geriatrics*, 16(186), 1-5.
- Ritteeveerakul, N. (2005). *Factors predicting health status on family caregivers of demented elderly patients*. Unpublished Master thesis, Master of Nursing Science (Adult Nursing), Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.
- Stensletten, K., Bruvik, F., Espehaug, B., & Drageset, J. (2016). Burden of care, social support, and sense of coherence in elderly caregivers living with individuals with symptoms of dementia. *Dementia*, 15(6), 1422-1435.
- Steiner, V., Pierce, L., Drahuschak, S., Nofziger, E., Buchman, D., & Szirony, T. (2008). Emotional support, physical help, and health of caregivers of stroke survivors. *The Journal of Neuroscience Nursing*, 40(1), 48-54.
- Samartkit, N., Kasemkitvattana, S., Thosingha, O., & Vorapongsathorn, T. (2010). Caregiver role strain and rewards: Caring for Thais with a traumatic brain injury. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 14(4), 297-314.

- Sirapo-ngam, Y., Putwatana, P., & Wongjunlongsin, S. (2000). Caregiving demands, stress, and coping of family caregivers of patients with cerebrovascular disease. *Thai Journal of Nursing Research*, 4(1), 2-19.
- Sinha, M. (2013). *Portrait of caregivers, 2012*. Canada: Statistics Canada.
- Schulz, R. & Beach, S. R. (1999). Caregiving as a risk factor for mortality. *JAMA*, 282(23), 2215-2219.
- Schulz, R. & Sherwood, P. R. (2008). Physical and mental health effects of family caregiving. *American Journal of Nursing*, 108(9), 23-27.
- The National Alliance for Caregiving (NAC). (2010). *Care for the family caregiver: A place to start*. Retrieved 17 June 2016, from Web site: http://www.caregiving.org/data/Emblem_CfC10_Final2.pdf
- The National Alliance for Caregiving (NAC) and the AARP Public Policy Institute. (2015). *Caregiving in the U.S. 2015*. Retrieved 17 June 2016, from Web site: http://www.caregiving.org/wp-content/uploads/2015/05/2015_CaregivingintheUS_Final-Report-June-4_WEB.pdf
- Taylor, S. G., Renpenning, K. E., Geden, E. A., Neuman, B. M., & Hart, M. A. (2001). A theory of dependent-care: A corollary theory to Orem's theory of self-care. *Nursing Science Quarterly*, 14(1), 39-47.
- Torres, S. J., McCabe, M., & Nowson, C. A. (2010). Depression, nutritional risk and eating behavior in older caregiver. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 14(6), 442-448.
- Willette-Murphy, K., Toderro, C., & Yeaworth, R. (2006). Mental health and sleep of older wife caregivers for spouses with Alzheimer's disease and related disorders. *Mental Health Nursing*, 27, 837-852.
- World Health Organization. (1948). *WHO definition of Health*. Retrieved 15 January 2016, from Web site: <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>
- Yothayai, C. (2004). *Care activities, family caregivers' needs, and consequences of being a caregiver of elderly patients with orthopedic surgery*. Unpublished Master thesis, Master of Nursing Science (Adult Nursing), Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.





ภาคผนวก ก

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้คัดกรอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรอง

1.1 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

1.2 แบบทดสอบหมวดหมู่ (the Set Test)

2. เครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

2.1.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุ

2.1.2 แบบสอบถามกิจกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียง

2.1.3 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุที่ติดเตียง

2.2 แบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ

2.3 แบบวัดความสามารถในการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุ

เลขที่.....

แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

คำชี้แจง ส่วนที่ 1 ข้อความต่อไปนี้เป็นความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่
คิดเพียง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ หน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงของผู้สูงอายุที่
คิดเพียงมากที่สุด

ส่วนที่ 2 หากกิจกรรมใด ผู้สูงอายุไม่สามารถทำได้ด้วยตนเอง ญาติผู้ดูแลหรือผู้ดูแลที่
ได้รับการว่าจ้างเป็นผู้ทำกิจกรรมให้ โดยทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องผู้ให้การดูแล

การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน		ผู้ให้การดูแล	
		ญาติผู้ดูแล	ผู้ดูแลที่ได้รับการว่าจ้าง
1. Feeding (รับประทานอาหารเมื่อเตรียมถ้วยไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า)			
☐	0 คะแนน ไม่สามารถดักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนให้		
☐	1 คะแนน ดักอาหารเองได้แต่ต้องมีคนช่วยเช่น ช่วยใช้ช้อนดักเตรียมไว้ให้ หรือตัดเป็นคำเล็กๆ ไว้ล่วงหน้า		
☐	2 คะแนน ดักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ		
2. Grooming (ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะเวลา 24- 28 ชั่วโมงที่ผ่านมา)			
☐	0 คะแนน ต้องการความช่วยเหลือ		
☐	1 คะแนน ทำเองได้ (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)		
3. Transfer (ลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้)			
☐	0 คะแนน ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คนสองคนช่วยกันยกขึ้น		
☐	1 คะแนน ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คน หรือใช้คนทั่วไป 2 คนพยุงหรือดันขึ้นมาจึงจะนั่งอยู่ได้		
☐	2 คะแนน ต้องการความช่วยเหลือบ้างเช่น บอกให้ทำตามหรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย		
☐	3 คะแนน ทำได้เอง		

การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน		ผู้ให้การดูแล	
		ญาติ ผู้ดูแล	ผู้ดูแลที่ ได้รับการ ว่าจ้าง
4. Toilet use (ใช้ห้องน้ำ)			
☐	0 คะแนน ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้		
☐	1 คะแนน ทำเองได้บ้าง(อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้หลังจากเสร็จธุระ) แต่ต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่ง		
☐	2 คะแนน ช่วยเหลือตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมเองได้ ทำความสะอาดได้เรียบร้อยหลังจากเสร็จธุระ ถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)		
5. Mobility (การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน)			
☐	0 คะแนน เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้		
☐	1 คะแนน ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และจะต้องเข้าออกมุมห้องหรือประตูได้		
☐	2 คะแนน เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วยเช่น พยุงหรือบอกให้ทำตาม หรือต้องให้ความสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย		
☐	3 คะแนน เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง		
6. Dressing (การสวมใส่เสื้อผ้า)			
☐	0 คะแนน ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองแทบไม่ได้หรือน้อย		
☐	1 คะแนน ช่วยตัวเองได้ประมาณร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย		
☐	2 คะแนน ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใช้เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)		
7. Stairs (การขึ้นลงบันได 1 ชั้น)			
☐	0 คะแนน ไม่สามารถทำได้		
☐	1 คะแนน ต้องการคนช่วย		
☐	2 คะแนน ขึ้นลงได้เอง(ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น walker จะต้องเอาขึ้นลงได้ด้วย)		

การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน		ผู้ให้การดูแล	
		ญาติ ผู้ดูแล	ผู้ดูแลที่ ได้รับการ ว่าจ้าง
8. Bathing (การอาบน้ำ)			
☐	0 คะแนน ต้องมีคนช่วยหรือทำให้		
☐	1 คะแนน อาบน้ำเองได้		
9. Bowels (การกลั่นการถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา)			
☐	0 คะแนน กลั่นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ		
☐	1 คะแนน กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์)		
☐	2 คะแนน กลั่นได้เป็นปกติ		
10. Bladder (การกลั่นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา)			
☐	0 คะแนน กลั่นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลเองได้		
☐	1 คะแนน กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง)		
☐	2 คะแนน กลั่นได้เป็นปกติ		
ผลรวมคะแนน เท่ากับ คะแนน			

เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองญาติผู้ดูแลที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป

แบบทดสอบหมวดหมู่ (the Set Test)

คำชี้แจง ให้ญาติผู้ดูแลบอกชื่อ สี สัตว์ ผลไม้ และจังหวัด หมวดละ 10 ชื่อ

สี	1.	สัตว์	1.
	2.		2.
	3.		3.
	4.		4.
	5.		5.
	6.		6.
	7.		7.
	8.		8.
	9.		9.
	10.		10.

คะแนน

คะแนน

ผลไม้	1.	จังหวัด	1.
	2.		2.
	3.		3.
	4.		4.
	5.		5.
	6.		6.
	7.		7.
	8.		8.
	9.		9.
	10.		10.

คะแนน

คะแนน

คะแนนรวม.....คะแนน

แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปสำหรับผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง ให้ผู้สัมภาษณ์ถามผู้สูงอายุแต่ละข้อเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล และโปรดทำเครื่องหมาย ✓ ใน ☐ หรือเติมคำในช่องว่าง ตามที่ผู้สูงอายุตอบแบบสัมภาษณ์ตรงกับความเป็นจริง

1. อายุ.....ปี..... เดือน
2. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
3. ภูมิลำเนาจังหวัด.....
4. ศาสนา
☐ พุทธ ☐ คริสต์ ☐ อิสลาม ☐ อื่นๆ
☐ ไม่มีศาสนา ☐ อื่นๆ (โปรดระบุ).....
5. สถานภาพสมรสในปัจจุบัน
☐ โสด ☐ แต่งงาน ☐ แยกกันอยู่ ☐ หย่า
☐ หม้าย ☐ อื่นๆ (โปรดระบุ).....
6. จำนวนบุตร
☐ ไม่มี ☐ มี จำนวน..... คน บุตรสาว.....คน บุตรชาย.....คน
7. ระดับการศึกษาสูงสุด
☐ ไม่ได้เรียน ☐ อ่านออกเขียนได้ ☐ ประถมศึกษา
☐ มัธยมศึกษาตอนต้น ☐ มัธยมศึกษาตอนปลาย ☐ อนุปริญญา
☐ ปริญญาตรี ☐ ปริญญาโท ☐ ปริญญาเอก
☐ อื่นๆ (โปรดระบุ).....
8. รายได้ที่ได้รับต่อเดือน.....บาท ☐ พอใช้ ☐ เหลือเก็บ
☐ ไม่พอใช้ ☐ มีหนี้สิน
9. แหล่งที่มาของรายได้ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
☐ การทำงาน (ค่าจ้าง/เงินเดือน)
☐ ทรัพย์สิน (ค่าเช่า/ดอกเบี้ย/เงินปันผล)
☐ การช่วยเหลือ (ครอบครัว/เงินสงเคราะห์/บำนาญ บำนาญ)
☐ อื่นๆ (โปรดระบุ).....
10. จำนวนสมาชิกในครอบครัว.....คน (รวมบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วย)
11. ท่านให้การดูแลผู้สูงอายุที่นอนติดเตียงเป็นเวลานาน.....ปี เดือน

12. ท่านเกี่ยวข้องกับบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยอย่างไร

- ☐ บิดา / มารดา
- ☐ คู่สมรส
- ☐ บุตร
- ☐ หลาน
- ☐ ลูกพี่ / น้อง
- ☐ พี่น้อง
- ☐ อื่นๆ (โปรดระบุ).....

13. นอกเหนือจากผู้สูงอายุที่ติดเตียงที่ท่านให้การช่วยเหลือเป็นประจำ มีบุคคลอื่นที่ท่านต้องดูแลอีกหรือไม่

- ☐ ไม่มี
- ☐ มี จำนวน.....คน
ลักษณะการช่วยเหลือ/ดูแล.....

14. ใน 1 วัน (24 ชั่วโมง) ท่านใช้เวลาในการดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียงนานเท่าไร

- เวลากลางวัน.....ชั่วโมง
- เวลากลางคืน.....ชั่วโมง
- รวม.....ชั่วโมง

15. โรคประจำตัวหรือปัญหาสุขภาพของท่าน

- ☐ ไม่มี
- ☐ มี ระบุโรค.....

16. ท่านมียาที่ต้องรับประทานประจำจากโรคที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์

- ☐ ไม่มี
- ☐ มี ระบุ.....

17. ท่านมียาที่รับประทานเพื่อรักษาตามอาการโดยซื้อมารับประทานเองหรือไม่

- ☐ ไม่มี
- ☐ มี ระบุ.....

18. หลังให้การดูแลผู้ป่วย สุขภาพของท่านมีอาการเปลี่ยนแปลงอย่างไรบ้าง

- ☐ ดี
- ☐ คงเดิม
- ☐ แย่ลง (โปรดระบุ.....)

19. ใน 1 วัน (24 ชั่วโมง) ท่านมีเวลาว่างดูแลตัวเอง ชั่วโมง

20. นอกเหนือจากท่านที่ให้การดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยในครอบครัวแล้ว มีบุคคลอื่นให้ความช่วยเหลือในการ ดูแลหรือไม่

☐ ไม่มี ☐ มี จำนวน..... คน

ลักษณะการช่วยเหลือ/ดูแล.....

21. สัมพันธภาพระหว่างท่านและบุคคลอื่นที่ให้ความช่วยเหลือในการดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียงเป็นอย่างไร

.....

.....

.....

.....

22. สัมพันธภาพระหว่างท่านและบุคคลในครอบครัวเป็นอย่างไร

.....

.....

.....

.....

แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ (ต่อ)

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์กิจกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียงของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

คำชี้แจง ให้ผู้สัมภาษณ์ถามผู้ดูแลผู้สูงอายุแต่ละข้อเกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลด้านร่างกาย

ด้านจิตใจอารมณ์ และด้านสังคมของผู้สูงอายุที่ติดเตียง และโปรดทำเครื่องหมาย ✓ ใน

☐ หรือเติมคำในช่องว่าง ตามที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุตอบแบบสัมภาษณ์ตามความเป็นจริง

1. กิจกรรมการดูแลด้านร่างกาย

1.1 กิจกรรมการดูแลการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน

- ☐ การรับประทานอาหาร
- ☐ การล้างหน้า แปรงฟัน หวีผม โกนหนวด
- ☐ การอาบน้ำ
- ☐
- ☐
- ☐
- ☐
- ☐ การขยับถ่าย (เปลี่ยนผ้าหรือผ้าอ้อม)
- ☐ การขยับถ่ายอุจจาระ หรือสวนอุจจาระ
- ☐ การกลั้นปัสสาวะ

1.2 กิจกรรมการดูแลเฉพาะ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

1.2.1 การหายใจ ☐ ไม่มี ☐ มี

☐ ท่อเจาะคอ

- ☐ ท่อเหล็ก
- ☐ Shiley Tube
- ☐ อื่นๆ

☐ เครื่องช่วยหายใจ

- ☐
- ☐

☐

- ☐
- ☐

Copyright by Mahidol University

1.2.2 การรบัประทานอาหาร ☐ ไมม่ ☐ มี

☐ การให้อาหารทางสายยาง (NG tube)

- ☐ นมชง ☐ ทำเอง ☐ ชื้อจากโรงพยาบาล
☐ อาหารป่น (BD) ☐ ทำเอง ☐ ชื้อจากโรงพยาบาล
☐ อื่นๆ

☐ การให้อาหารทางหน้าท้อง (PEG)

- ☐
☐

☐

- ☐
☐

1.2.3 การขับถ่าย ☐ ไมม่ ☐ มี

☐ การคาสายสวนปัสสาวะ (Foley's cath)

การดูแล

☐ การสวนปัสสาวะเป็นครั้งคราว (CIC)

- ☐
☐

☐

- ☐
☐

1.2.4 ความปวด ☐ ไมม่ ☐ มี

☐ บริเวณที่ปวด.....

☐ การจัดการความปวด.....

2.1.5 การทำแผล ☐ ไมม่ ☐ มี

☐ ชนิดของแผล

- ☐ แผล Tracheostomy tube
☐ ความถี่ของการทำแผล ครั้ง/วัน
☐ การดูแล
☐ แผล bed sore
☐

1.2.6 การให้ยา

☐ ไม่มี

☐ มี

☐ ยารับประทาน

☐ ทางปาก.....มื้อ/วัน

☐ ทางสายยาง.....มื้อ/วัน

☐ ยาฉีด

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐ ยาหยอดตา

☐

1.2.7 การฟื้นฟูสภาพร่างกาย

☐ ไม่มี

☐ มี

☐ ชนิด/รูปแบบ.....

☐

1.2.8 การพาไปตรวจ

☐ ไม่มี

☐ มี

☐ พาไปตรวจตามแพทย์นัด

☐

☐

1.2.9 เรื่องอื่นๆ

☐ ไม่มี

☐ มี

ระบุ.....

2. กิจกรรมการดูแลด้านจิตใจและอารมณ์ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

☐ ประเมินความรู้สึกของผู้สูงอายุ

☐ อยู่เป็นเพื่อน รับฟังความรู้สึก

☐

☐

☐

☐

☐ อื่นๆ

3. กิจกรรมการดูแลด้านสังคม (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ☐ พาสมาชิกในครอบครัวเข้ามาพบปะ พูดคุย
- ☐
- ☐
- ☐ อื่นๆ



แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปสำหรับผู้สูงอายุที่ติดเตียง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง ให้ผู้สัมภาษณ์ถามข้อมูลส่วนบุคคลแต่ละข้อสำหรับผู้สูงอายุที่ติดเตียงจากญาติผู้ดูแล

ผู้สูงอายุ โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ใน ☐ หรือเติมคำในช่องว่าง ตามที่ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุ
ตอบแบบสัมภาษณ์ตรงกับความจริง

1. อายุ.....ปี.....เดือน
2. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
3. ศาสนา
☐ พุทธ ☐ คริสต์ ☐ อิสลาม ☐ อื่นๆ
☐ ไม่มีศาสนา ☐ อื่นๆ (โปรดระบุ).....
4. สถานภาพสมรสในปัจจุบัน
☐ โสด ☐ แต่งงาน ☐ แยกกันอยู่ ☐ หย่า
☐ หม้าย ☐ อื่นๆ (โปรดระบุ).....
5. จำนวนบุตร
☐ ไม่มี ☐ มี จำนวน.....คน บุตรสาว.....คน บุตรชาย.....คน
6. ระดับการศึกษาสูงสุด
☐ ไม่ได้เรียน ☐ อ่านออกเขียนได้ ☐ ประถมศึกษา
☐ มัธยมศึกษาตอนต้น ☐ มัธยมศึกษาตอนปลาย ☐ อนุปริญญา
☐ ปริญญาตรี ☐ ปริญญาโท ☐ ปริญญาเอก
☐ อื่นๆ (โปรดระบุ)
7. การวินิจฉัยโรคที่ทำให้ผู้สูงอายุติดเตียง.....
8. ระยะเวลาที่ผู้สูงอายุนอนติดเตียงมานาน ปี.....เดือน
9. บุคคลในครอบครัวผู้รับผิดชอบในการดูแลหลัก.....
10. ท่านต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการดูแลหรือไม่
☐ ไม่ใช่ ☐ ใช่
11. มีผู้อื่นช่วยรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการดูแลหรือไม่ (กรณีตอบ ‘ใช่’ ข้อ.11)
☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ
12. ผู้ที่สามารถตัดสินใจเกี่ยวกับการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุ.....

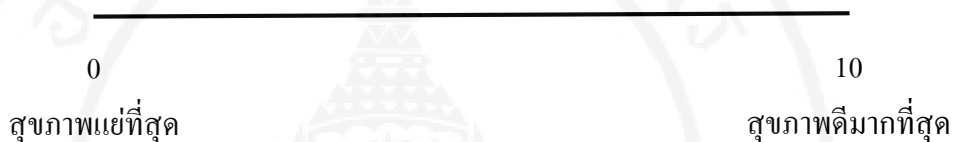
13. สิทธิในการเบิกจ่ายค่ารักษาของผู้สูงอายุ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ☐ เบิกได้จากหน่วยงานราชการ/บ้านานู
- ☐ เบิกได้จากหน่วยงานรัฐวิสาหกิจ
- ☐ ประกันสังคม
- ☐ สิทธิประกันสุขภาพ
- ☐ บริษัทประกันสุขภาพ
- ☐ อื่นๆ (โปรดระบุ).....

แบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ

คำชี้แจง ข้อความต่อไปนี้เป็นการประเมินภาวะสุขภาพโดยทั่วไปตามความรู้สึกของท่าน โดยให้บอกความรู้สึกเป็นคะแนนบนเส้นตรง ตั้งแต่ 0-10 คะแนน ให้ขีดเครื่องหมาย | ลงบนเส้นตรงแนวนอน ตรงจุดที่บอกถึงความรู้สึกของท่านจริงๆ

ขณะนี้ท่านคิดว่าสุขภาพท่านดีเพียงใด



แบบวัดความสามารถในการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุ

คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์นี้มีทั้งหมด 26 ข้อ เพื่อวัดความพยายามในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองของท่าน ณ ปัจจุบันและเปรียบเทียบกับก่อนเข้ารับบทบาทเป็นญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุ โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงตามที่ญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุตอบแบบสัมภาษณ์

ระดับความพยายามในการปฏิบัติในปัจจุบัน

- ระดับ 1 หมายถึง ไม่ต้องใช้ความพยายามในการปฏิบัติกิจกรรมตามข้อความนั้นๆ
 ระดับ 2 หมายถึง ต้องใช้ความพยายามในการปฏิบัติกิจกรรมตามข้อความนั้นๆ เล็กน้อย
 ระดับ 3 หมายถึง ต้องใช้ความพยายามในการปฏิบัติกิจกรรมตามข้อความนั้นๆ ปานกลาง
 ระดับ 4 หมายถึง ต้องใช้ความพยายามในการปฏิบัติกิจกรรมตามข้อความนั้นๆ มาก
 ระดับ 5 หมายถึง ต้องใช้ความพยายามในการปฏิบัติกิจกรรมตามข้อความนั้นๆ มากที่สุด

เปรียบเทียบกับก่อนเข้ารับบทบาทเป็นญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุ

- น้อยลง หมายถึง สามารถปฏิบัติกิจกรรมตามข้อความนั้นๆ ลดน้อยลงเมื่อเทียบกับก่อนเข้ารับบทบาทเป็นญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุ
 คงเดิม หมายถึง สามารถปฏิบัติกิจกรรมตามข้อความนั้นๆ ไม่เปลี่ยนแปลงเมื่อเทียบกับก่อนเข้ารับบทบาทเป็นญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุ
 มากขึ้น หมายถึง สามารถปฏิบัติกิจกรรมตามข้อความนั้นๆ เพิ่มมากขึ้นเมื่อเทียบกับก่อนเข้ารับบทบาทเป็นญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุ

การดูแลตนเอง	ระดับความพยายามในการปฏิบัติ ณ ปัจจุบัน					เปรียบเทียบกับก่อนเข้ารับ บทบาทเป็นผู้ดูแล		
	1	2	3	4	5	น้อยลง	คงเดิม	มากขึ้น
1. รับประทานอาหารตรงเวลาทุกมื้อในแต่ละวัน								
2. รับประทานอาหารประเภทข้าว/แป้ง นม/เนื้อสัตว์/ถั่ว ผักและผลไม้ทุกวัน								
3. ดื่มน้ำสะอาดเพียงพอ อย่างน้อย 6-8 แก้วทุกวัน (หากไม่มีข้อห้าม)								
.....								

การดูแลตนเอง	ระดับความพยายามใน การปฏิบัติ ณ ปัจจุบัน					เปรียบเทียบกับก่อนเข้ารับ บทบาทเป็นผู้ดูแล		
	1	2	3	4	5	น้อยลง	คงเดิม	มากขึ้น
.....								
.....								
24. หาเวลาไปพบแพทย์เมื่อเจ็บป่วย								
25. ปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ ทางด้านสุขภาพเมื่อไม่สบาย								
26. หาข้อมูลในการดูแลตนเองและบุคคล ในครอบครัวที่เจ็บป่วยจากแหล่งต่างๆ เช่น โทรทัศน์ วิทยุ หนังสือพิมพ์ อินเทอร์เน็ต เป็นต้น								

คำถาม นอกเหนือจากข้อความข้างต้นนี้ ในฐานะที่รับบทบาทเป็นญาติผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุที่
ติดเตียง ท่านดูแลตนเองในด้านอื่นๆ อีกหรือไม่

.....

.....

.....

.....

.....

ภาคผนวก ข
เอกสารชี้แจงพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย

เอกสารแสดงการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย และการรับรองจากคณะกรรมการ
จริยธรรมการวิจัยในคนประกอบด้วย

1. เอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์
โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
2. เอกสารชี้แจงข้อมูล/คำแนะนำแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย
3. หนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ
4. เอกสารการขออนุญาตใช้เครื่องในการมื่อวิจัย

เอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล



คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
๒๗๐ ถนนพระราม ๖ แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กทม. ๑๐๔๐๐
โทร. (๐๒) ๒๐๑-๑๐๐๐

Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University.
270 Rama VI Road, Ratchathewi, Bangkok 10400, Thailand
Tel. (662) 201-1000

เอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

เลขที่ ๒๕๖๐/๑๕๕

ชื่อโครงการ	การศึกษาศถานการณ์ผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียง
เลขที่โครงการ/รหัส	ID ๐๒-๖๐-๗๗ ย
ชื่อหัวหน้าโครงการ	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุปรียา มั่นคง
ที่ทำงาน	โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
ชื่อโครงการย่อย เรื่องที่ ๑ (วันอนุมัติ ๒๑ มีนาคม ๒๕๖๐)	ภาวะสุขภาพ และการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุที่ดูแลผู้สูงอายุ ที่ติดเตียง
ชื่อหัวหน้าโครงการย่อย เรื่องที่ ๑	นางสาวณัฏฐา หลงผาสุข
ชื่อโครงการย่อย เรื่องที่ ๒ (วันอนุมัติ ๒๑ มีนาคม ๒๕๖๐)	กิจกรรมการดูแล แรงจูงใจในการดูแล และความพึงพอใจในงานของผู้ดูแล ที่ได้รับการว่าจ้างในการดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียง
ชื่อหัวหน้าโครงการย่อย เรื่องที่ ๒	นางสาวณปภัช สิงห์เถื่อน

ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยสอดคล้องกับแนวปฎิญญา เสนอซึ่ง
จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

ลงนาม

ประธานกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์ชูศักดิ์ โอภาศเจริญ)

วันที่รับรอง

๒๑ มีนาคม ๒๕๖๐

ระยะเวลาในการศึกษา

๑๒ เดือน



เอกสารชี้แจงข้อมูล/คำแนะนำแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย

(Patient/Participant Information Sheet)

ชื่อโครงการ ภาวะสุขภาพ และการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุที่ดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียง
ชื่อผู้วิจัย นางสาวนัชศพา หลงผาสุข นักศึกษาปริญญาโท สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ
สถานที่วิจัย บ้านพักที่ญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุใช้เป็นสถานที่ในการดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียง ที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของหน่วยบริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน โรงพยาบาลรามาริบดี จังหวัดกรุงเทพมหานคร

บุคคลและวิธีการติดต่อเมื่อมีเหตุฉุกเฉินหรือความผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

ชื่อ/นามสกุล นางสาวนัชศพา หลงผาสุข

ที่อยู่ 6/3 ซอย 27 ถนน พิชัยธรรมรังค์สงคราม ตำบลปากเพรียว อำเภอเมือง
 จังหวัด สระบุรี 18000 โทรศัพท์: 085-3813339
 E-mail address: l.natsala@hotmail.com

ชื่อ/นามสกุล ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุปริดา มั่นคง (อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก)

ที่อยู่ โรงเรียนพยาบาลรามาริบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบดี
 มหาวิทยาลัยมหิดล โทรศัพท์ 02-2010609

ชื่อ/นามสกุล รองศาสตราจารย์ ดร.ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม (อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม)

ที่อยู่ โรงเรียนพยาบาลรามาริบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบดี
 มหาวิทยาลัยมหิดล โทรศัพท์ 02-2010697

ผู้สนับสนุนการวิจัย โครงการวิจัยเรื่อง การศึกษาสถานการณ์ผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียง

ความเป็นมาของปัญหา

เมื่อสังคมโลกกำลังเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงด้านโครงสร้างประชากร ร่วมกับความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์การแพทย์และเทคโนโลยีช่วยให้รักษาโรคได้มากและรอดชีวิตเพิ่มขึ้น ทำให้ประชากรมีชีวิตยืนยาวขึ้น ส่งผลกระทบต่อสัดส่วนของผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้น นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงปัญหาสุขภาพ คือ เปลี่ยนจากโรคติดต่อเฉียบพลันเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง รวมถึงการถดถอยของการทำงานของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายอันเนื่องจากชราภาพมักก่อให้เกิดภาวะทุพพลภาพตามมา นำมาซึ่งความบกพร่องในการทำกิจวัตรจนทำให้เกิดข้อจำกัดในการดูแลตนเอง ย่อมส่งผลกระทบต่อผู้ที่เจ็บป่วยและครอบครัวในการดูแลระยะยาว จึงจำเป็นต้องมีบุคคลในครอบครัวหรือญาติคอยให้การดูแลช่วยเหลือ แต่เนื่องจากสภาพเศรษฐกิจสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้สมาชิกในครอบครัวต้องออกไปทำงานนอกบ้าน สัดส่วนของประชากรวัยทำงานที่จะทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุก็จะลดน้อยลงส่งผลให้ผู้สูงอายุขาดคนดูแล ทำให้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลงไป คือเป็นวัยที่ผู้สูงอายุดูแลซึ่งกันและกันเอง ไม่ว่าจะเป็นรูปแบบของคู่สามีภรรยา บุตรวัยสูงอายุที่รับผิดชอบดูแลบิดามารดา หรือพี่น้องที่สูงอายุดูแลกันเอง ซึ่งส่วนใหญ่มีปัญหาภาวะสุขภาพและต้องการการพึ่งพิงด้านสุขภาพเช่นเดียวกัน ญาติผู้ดูแลที่อยู่ในวัยสูงอายุต้องรับบทบาทเป็นทั้งผู้สูงอายุที่กระทำการดูแลตนเอง และต้องเป็นญาติผู้ดูแลให้การดูแลผู้ป่วยวัยสูงอายุ ย่อมส่งผลกระทบต่อที่เกิดขึ้นกับญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุทั้งทางบวกและทางลบ นับเป็นภาระหนักเพิ่มขึ้นที่มีผลกระทบโดยตรงต่อภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุในการดูแลตนเอง หากได้ทราบรายละเอียดเหล่านี้จะช่วยให้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการออกแบบการช่วยเหลือสนับสนุนญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุที่ดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียงในการดูแลตนเองให้เหมาะสม ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาในครั้งนี้

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพและการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุที่ดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียง

รายละเอียดที่จะปฏิบัติต่อผู้เข้าร่วมการศึกษาวิจัย

คณะผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด เพื่อแนะนำตนเองและชี้แจงวัตถุประสงค์ อธิบายถึงวิธีการวิจัย ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น และประโยชน์ที่ได้จากการทำวิจัยพร้อมทั้งขอความร่วมมือในการทำวิจัย อธิบายการพิทักษ์สิทธิส่วนบุคคล หลังจากกลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลต่างๆเหล่านี้แล้ว ผู้ที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ให้ความยินยอมโดยลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2. ผู้วิจัยเป็นผู้อ่านคำถามตามแบบสอบถามชุดที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของญาติ ผู้ดูแล้วยุสูงอายุและผู้สูงอายุที่ติดเตียง และชุดที่ 3 แบบวัดความสามารถในการดูแลตนเองของญาติ ผู้ดูแล้วยุสูงอายุ ให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยฟัง โดยให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นผู้บอกคำตอบ และผู้วิจัยเขียนคำตอบลงในแบบสอบถาม ส่วนชุดที่ 2 คือ แบบประเมินภาวะสุขภาพโดยทั่วไป ให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยเขียนด้วยตนเองภายหลังจากที่ผู้วิจัยอธิบายคำชี้แจง โดยใช้เวลาประมาณ 60 นาที

3. ระยะเวลาในการสัมภาษณ์และตอบแบบสอบถามค่อนข้างนาน ความเหนื่อยล้าจากการตอบข้อคำถามอาจส่งผลต่อคำตอบได้ ดังนั้นเมื่อการตอบแบบสอบถามในแต่ละชุดสิ้นสุดลง ผู้วิจัยให้ญาติผู้ดูแล้วยุสูงอายุได้พักประมาณ 5 นาที ก่อนการตอบแบบสอบถามชุดต่อไป

4. ผู้วิจัยมอบของที่ระลึกและกล่าวขอบคุณให้แก่กลุ่มตัวอย่าง ภายหลังจากที่ได้ดำเนินการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างเสร็จสิ้นตามที่ได้นัดหมายและได้ข้อมูลที่สนใจศึกษาครบถ้วนสมบูรณ์

ประโยชน์และผลข้างเคียงที่จะเกิดแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย

ผลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้สามารถทำให้องค์กรที่เกี่ยวข้องกับผู้รับบทบาทเป็นญาติ ผู้ดูแล้วยุสูงอายุนำไปใช้ประโยชน์ถึงข้อมูลภาวะสุขภาพและการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแล้วยุสูงอายุที่ดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียง และเป็นข้อมูลพื้นฐานในการออกแบบการช่วยเหลือสนับสนุนญาติผู้ดูแล้วยุสูงอายุที่ดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียงในการดูแลตนเองให้เหมาะสม

การเก็บข้อมูลเป็นความลับ

ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลไว้เป็นความลับ และข้อมูลที่เก็บรวบรวมมาได้ทั้งหมดจะเปิดเผยเฉพาะในรูปที่เป็นสรุปผลการวิจัย ทั้งนี้ด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น และผู้ที่จะสามารถรับรู้ข้อมูลเหล่านั้นนอกจากคณะผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาแล้ว ต้องได้รับความยินยอมจากผู้เข้าร่วมการวิจัยก่อน

ถ้าท่านมีปัญหาข้อข้องใจหรือรู้สึกกังวลใจกับการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถติดต่อกับ
ประธานกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี หน่วย
จริยธรรมการวิจัยในคน ชั้น 3 สำนักงานวิจัยคณะฯ อาคารวิจัยและสวัสดิการ

โทรศัพท์ 02-2011544 ในเวลาราชการ



หนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ (Informed Consent Form)

ชื่อโครงการ ภาวะสุขภาพ และการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียง

ชื่อผู้วิจัย นางสาวณัฏฐา หลงผาสุข

*ชื่อผู้เข้าร่วมการวิจัย..... อายุ.....

คำยินยอมของผู้เข้าร่วมการวิจัย

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว ได้ทราบ รายละเอียดของ โครงการวิจัย ตลอดจนประโยชน์ และข้อเสียที่จะเกิดขึ้นต่อข้าพเจ้าจากผู้วิจัยแล้วอย่างชัดเจน ไม่มีสิ่งใดปิดบัง ช้อนเร้นและยินยอมให้ทำการวิจัยในโครงการที่มีข้อข้างต้น และข้าพเจ้ารู้ว่าถ้ามี ปัญหาหรือข้อสงสัยเกิดขึ้นข้าพเจ้า สามารถสอบถามผู้วิจัยได้ และข้าพเจ้าสามารถไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อตัวข้าพเจ้า นอกจากนี้ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็น ความลับและจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปที่เป็นสรุป ผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง กระทำได้เฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

ลงชื่อ.....(ผู้เข้าร่วมการวิจัย)

.....(พยาน)

.....(พยาน)

วันที่

คำอธิบายของแพทย์หรือผู้วิจัย

ข้าพเจ้าได้อธิบายรายละเอียดของโครงการ ตลอดจนประโยชน์ของการวิจัย รวมทั้งข้อเสียที่อาจจะเกิดขึ้น แก่ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบแล้วอย่างชัดเจนโดยไม่มีสิ่งใดปิดบังซ่อนเร้น

ลงชื่อ.....(แพทย์หรือผู้วิจัย)

วันที่.....

หมายเหตุ:กรณีผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่สามารถอ่านหนังสือได้ให้ผู้วิจัยอ่านข้อความในใบยินยอมฯ นี้ให้แก่ผู้เข้าร่วมการวิจัยฟังจนเข้าใจดีแล้ว และให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยลงนามหรือพิมพ์ลายนิ้วหัวแม่มือรับทราบในการให้ความยินยอมดังกล่าวข้างต้นไว้ด้วย

* ผู้เข้าร่วมการวิจัย หมายถึง ผู้ยินยอมตนให้ทำวิจัย

เอกสารขออนุญาตใช้เครื่องในการมีวิจัย



โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

๒๗๐ ถนนพระรามที่ ๖ เขตราชเทวี กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐
โทรศัพท์ ๐-๒๒๐๑-๒๐๑๔ โทรสาร ๐-๒๒๐๑-๑๖๗๓

ที่ ศธ.๐๕๑๗.๐๖๗/ ๐๑๕๐

วันที่ ๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐

เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน หัวหน้าภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ด้วย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุปรัดดา มั่นคง ตำแหน่งอาจารย์พยาบาล สังกัดโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เป็นหัวหน้าโครงการวิจัยชุดเรื่อง "การศึกษาสถานการณ์ผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียง" โดยมีโครงการวิจัยย่อยภายใต้โครงการวิจัยชุด ได้แก่

โครงการวิจัยย่อยที่ ๑ เรื่อง "กิจกรรมการดูแล แรงจูงใจในการดูแล และความพึงพอใจในงานของผู้ดูแลที่ได้รับการว่าจ้างในการดูแล ผู้สูงอายุที่ติดเตียง" รับผิดชอบโครงการวิจัยโดย นางสาวณภัฏ สิงห์เกื้อ ตำแหน่ง นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุปรัดดา มั่นคง เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

โครงการวิจัยย่อยที่ ๒ เรื่อง "ภาวะสุขภาพและการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียง" รับผิดชอบโครงการวิจัยโดย นางสาวนัชศพา หลงผาสุ ตำแหน่ง นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุปรัดดา มั่นคง เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

มีความประสงค์ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัยของ ศาสตราจารย์ นายแพทย์สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล และ ศาสตราจารย์กิตติคุณ นายแพทย์ ภิรมย์ กมลรัตนกุลและคณะ ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เครื่องมือชื่อ "แบบประเมินความสามารถเชิงปฏิบัติดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index, BAI) จากงานวิจัยเรื่อง "The Meaning of Activities of Daily Living in a Thai Elderly Population: Development of a New Index" วารสาร Age and Ageing ปี ค.ศ. ๑๙๙๔ ฉบับที่ ๒๓ เล่มที่ ๒

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าว และขอขอบพระคุณมาในโอกาสนี้

เรียน หัวหน้าภาควิชาอายุรศาสตร์
☐ ไม่ทราบ
☒ ส่งพิจารณาไปยังอธิการบดี

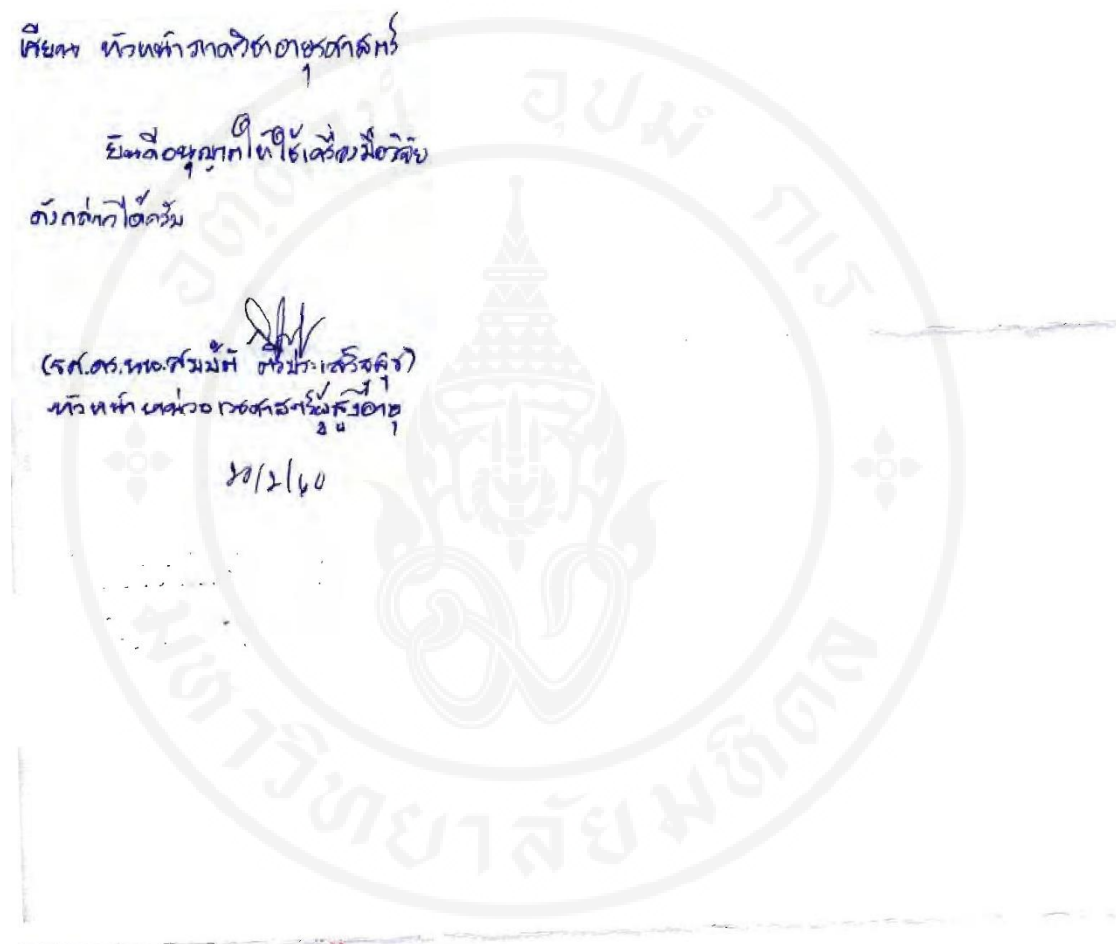
อธิการบดี

ศาสตราจารย์ ดร.สุปรัดดา มั่นคง
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
16 ก.พ. ๒๕๖๐

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.เรณู พุกบุญมี)
ผู้อำนวยการโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี

มุ่งเรียนรู้ คู่คุณธรรม ใฝ่คุณภาพ ร่วมสานภารกิจ คิดนอกกรอบ รับผิดชอบต่อสังคม





โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี ปี 1177/60
ครั้งที่ 1 11 ม.ย. 2560 เวลา 15.00
ครั้งที่ 2 เวลา
ครั้งที่ 3 เวลา

๕

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

๒๕/๒๕๖๖ พุทธมณฑลสาย ๔ ศาลายา นครปฐม ๗๓๑๗๐
โทร. ๐-๒๕๕๑-๕๑๒๕ ต่อ ๑๐๙-๑๑๑ โทรสาร ๐-๒๕๕๑-๙๙๓๔

ที่ ศธ.๐๕๑๗.๐๒/๐๑๑๕๗
วันที่ ๑๗ เมษายน ๒๕๖๐
เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

ตามหนังสือที่ ศธ.๐๕๑๗.๐๒/๒๕๐๔ ลงวันที่ ๒๔ มีนาคม ๒๕๖๐ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี แจ้งว่า

ผู้ขอใช้เครื่องมือวิจัย: นางสาวณัชชา หลงผาสุข นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

งานวิจัยของผู้ขอใช้เครื่องมือ: "การศึกษาด้านการดูแลผู้ดูแล ที่ให้การดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียง"
โดยมี ผศ.ดร.สุปรียา มั่นคง เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

เครื่องมือวิจัยที่ขอใช้: แบบทดสอบหมวดหมู่ (The Set Test)

เครื่องมือวิจัยนี้พัฒนาโดย: นางสาวอรุณี นาคะพงศ์ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์หลักสูตร
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์
โรงพยาบาลรามาธิบดี พ.ศ. ๒๕๓๙ เรื่อง "ภาวะทางร่างกาย ภาวะซึมเศร้าการดูแลตนเองด้านโภชนาการ
และภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุในชุมชน (PHYSICAL STATUS, DEPRESSION, NUTRITIONAL
SELF-CARE, AND NUTRITIONAL STATUS OF THE COMMUNITY DWELLING ELDERLY)." โดยมี
ผศ.ดร.พรรณวดี พุทธิวนะ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ได้พิจารณาแล้ว ยินดีอนุญาตให้ นางสาวณัชชา หลงผาสุข
ใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าวได้ เนื่องจากเป็นการศึกษาวิจัยทางด้านวิชาการ แต่ทั้งนี้ขอได้โปรดระบุให้ชัดเจน
ด้วยว่าเครื่องมือวิจัยดังกล่าวมาจากวิทยานิพนธ์ของนักศึกษาบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล และมีอาจารย์
ท่านใดทำหน้าที่อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และดำเนินการต่อไปด้วย จักขอบพระคุณยิ่ง

เรียน ร.๑๐๙ นันทิศึกษาและวิจัย

☐ เพื่อพิจารณา
☒ เพื่อพิจารณา ☐ เพื่อพิจารณา
☒ เพื่อพิจารณา ☐ เพื่อพิจารณา

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรภรณ์ อัครปทุมวงศ์)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติงานแทน คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

(รองศาสตราจารย์ ดร.เรณู หูกบุญธรรม)
ผู้อำนวยการโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี
12 ม.ย. 2560

๕



เรียน ประธานหลักสูตร สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ

- | | |
|---|---|
| ☐ เพื่อพิจารณา | ☐ เพื่อแจ้งผู้เกี่ยวข้อง |
| ☐ เพื่อดำเนินการ | ☐ เพื่อขอคืน..... |
| ☒ เพื่อทราบ | |


(รองศาสตราจารย์ ดร.พัชรินทร์ นันทงัณฑ์)
รองผู้อำนวยการโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี
ฝ่ายบัณฑิตศึกษาและวิจัย

สำเนา ๑๓๓, หลักฐาน, 18/11/2560,

เรียนประธานหลักสูตร สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ

- ☐ เพื่อพิจารณา ☐ เพื่อแจ้งผู้เกี่ยวข้อง
☐ เพื่อดำเนินการ ☐ เพื่อขอคืน.....
☒ เพื่อทราบ



โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี ที่ 0362/60

ครั้งที่ 3 ก.พ. 2559 (3 น.)

ครั้งที่ 2.....เวลา.....

ครั้งที่ 3.....เวลา.....

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

๒๕/๒๕ ๖.พุทธมณฑลสาย ๔ ศาลายา นครปฐม ๗๓๑๗๐

โทร. ๐-๒๕๔๑-๔๑๒๕ ต่อ ๑๐๙-๑๑๑ โทรสาร ๐-๒๕๔๑-๙๙๓๔

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นัชศพา หลงผาสุ)

รองผู้อำนวยการโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี

ฝ่ายบัณฑิตศึกษาและวิจัย

- 7 ก.พ. 2559 ศธ. ๐๕๑๗.๐๒ / ๐๐๙๖๒

สำเนา ๑๓๖

วันที่ ๑๗ มกราคม ๒๕๖๐

แจ้งนส.

เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

อ้างถึงหนังสือที่ ศธ.๐๕๑๗.๐๒/๓ ลงวันที่ ๔ มกราคม ๒๕๖๐

ตามหนังสือที่อ้างถึง โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี แจ้งว่า

ผู้ขอใช้เครื่องมือวิจัย: นางสาวนัชศพา หลงผาสุ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

งานวิจัยของผู้ขอใช้เครื่องมือ: "ภาวะสุขภาพและการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ดูแล

ผู้สูงอายุที่ติดเตียง" โดยมี ผศ.ดร.สุปรียา มั่นคง เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

เครื่องมือวิจัยที่ขอใช้: แบบวัดการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลที่ทำงาน

นอกบ้าน

เครื่องมือวิจัยนี้พัฒนาโดย: นางสาวพารุณี เกตุกราย ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์หลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล

รามาธิบดี พ.ศ. ๒๕๕๐ เรื่อง "ความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วย การดูแลตนเองและ

ความต้องการช่วยเหลือของญาติผู้ดูแล ที่ทำงานนอกบ้าน" ซึ่งมี รศ.ดร.ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา

วิทยานิพนธ์หลัก

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ได้พิจารณาแล้ว ยินดีอนุญาตให้ นางสาวนัชศพา หลงผาสุ

ใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าวได้ เนื่องจากเป็นนักศึกษาวิจัยทางด้านวิชาการ แต่ทั้งนี้ขอได้โปรดระบุให้ชัดเจน

ด้วยว่าเครื่องมือวิจัยดังกล่าวมาจากวิทยานิพนธ์ของนักศึกษามหาวิทยาลัยบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล และมี

อาจารย์ท่านใดทำหน้าที่อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และดำเนินการต่อไปด้วย จักขอบพระคุณยิ่ง

เรียน รองผู้อำนวยการบัณฑิตวิทยาลัย

- ☐ เพื่อพิจารณา ☐ เพื่อแจ้งผู้เกี่ยวข้อง
☒ เพื่อดำเนินการ ☐ เพื่อขอคืน.....
☐ เพื่อทราบ ☐ เพื่อขอคืน.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.เรณู พุกนาค)

ผู้อำนวยการโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี

- 6 ก.พ. 2559

(รองศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ อัครปฐมวงศ์)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติงานแทน คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

พ.ศ. ๒๕๕๙ ๒๕๖๐
 10.00
 1-6 ก.พ. 2559

ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรทิพย์ มาลาธรรม

วท.บ.(พยาบาลและผดุงครรภ์) ค.ม.(บริหารการพยาบาล) Ph.D.(Nursing)

อาจารย์พยาบาล ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

รองศาสตราจารย์ ดร.มณี อภานันท์กุล

วท.บ.(พยาบาลและผดุงครรภ์) วท.ม.(พยาบาล) Ph.D.(Nursing)

อาจารย์พยาบาล ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

อาจารย์สมทรง จุไรทัศน์ย์

ส.บ.(พยาบาลสาธารณสุข) วท.ม.(สาธารณสุขศาสตร์)

อาจารย์พยาบาล ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล



ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ – สกุล

นางสาวนัชศพา หลงผาสุข

วัน เดือน ปีเกิด

13 ตุลาคม พ.ศ. 2532

สถานที่เกิด

จังหวัดยะลา ประเทศไทย

ประวัติการศึกษา

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี สมทบ

มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2551 – 2555

พยาบาลศาสตรบัณฑิต

มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2558 – 2561

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้สูงอายุ)

พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

ตำแหน่ง

ที่อยู่ปัจจุบัน

6/3 ซอย 27 ถนน พิชัยณรงค์สงคราม ตำบล ปากเพรียว

อำเภอเมือง จังหวัด สระบุรี 18000

โทรศัพท์ : 085-3813339 E-mail : l.natsala@hotmail.com