บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าตำรา เอกสาร วารสาร บทความ และงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยนำมาเสนอตามลำดับดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
   - 1.1 ทฤษฎีการสูงอายุ
   - 1.2 การเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ
   - 1.3 ผู้สูงอายุกับการเจ็บป่วยและภาวะพึ่งพา
   - 1.4 การประเมินภาวะพึ่งพา
   - 1.5 ความต้องการของผู้สูงอายุ
2. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว (Family caregiver)
   - 2.1 แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง
   - 2.2 ความหมาย
   - 2.3 ลักษณะของผู้ดูแลในครอบครัว
3. คุณภาพการดูแลผู้สูงอายุโดยครอบครัว
   - 3.1 แนวคิดเกี่ยวกับการดูแล
   - 3.2 แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพ
     - 3.2.1 ความหมาย
     - 3.2.2 การประเมินคุณภาพ
   - 3.3 แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุโดยครอบครัว
     - 3.3.1 แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง
     - 3.3.2 การดูแลผู้สูงอายุโดยครอบครัว
     - 3.3.3 บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของผู้ดูแลในครอบครัว
     - 3.3.4 กิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว
     - 3.3.5 การประเมินคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว
     - 3.3.6 ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

เป็นการยากลำบากที่จะกำหนดให้เป็นสากลว่า เมื่อใดบุคคลจะเข้าสู่วัยชรา หรือเข้าสู่ภาวะสูงอายุ จึงได้นับปีปฏิทินเป็นเกณฑ์ โดยทั่วไปกำหนดกันว่าอายุ ประมาณ 60-65 ปีเป็นช่วงเริ่มเข้าสู่วัยสูงอายุ (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2540) สำหรับประเทศไทยได้กำหนดว่าผู้สูงอายุคือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปตามเกณฑ์การเกษียณอายุราชการ ซึ่งตรงกับที่ประชุมสมัชชาโลกว่าด้วยเรื่องผู้สูงอายุที่กรุงเวียนนา ประเทศออสเตรีย ในปี 2525 ซึ่งได้ตกลงกันอย่างเป็นทางการโดยถือเอาเกณฑ์อายุ 60 ปี ในการกำหนดว่าบุคคลเข้าสู่วัยสูงอายุ (จันทนา รณฤทธิชัย, 2541)

การอธิบายกระบวนการของความชรานั้น มีความแตกต่างกันไป จึงมีกลไกหรือทฤษฎีมากมายที่ได้รับการเสนอว่าเป็นต้นเหตุแห่งความชรา หรือมีส่วนในกระบวนการของความชรา (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2542) ซึ่งจะได้กล่าวถึงต่อไปนี้

1.1 ทฤษฎีการสูงอายุ

การศึกษาเกี่ยวกับกระบวนการความชรานั้นได้มีการขยายตัวอย่างกว้างขวาง วิทยาการว่าด้วยความชราของมนุษย์ ประกอบด้วยศาสตร์หลายสาขา จึงมีทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุมากมายจากการทบทวนวรรณกรรมต่างๆ เกี่ยวกับการสูงอายุ ได้มีผู้แบ่งทฤษฎีการสูงอายุไว้เป็น 3 กลุ่มใหญ่ๆ คือ (จิราพร เกศพิชญวัฒนา, 2545; Ebersole and Hess, 1990)

1.1.1 ทฤษฎีการสูงอายุทางชีวภาพ (Biological theory of aging)

1.1.2 ทฤษฎีการสูงอายุทางสังคมวิทยา (Sociological theory of aging)

1.1.3 ทฤษฎีการสูงอายุทางจิตวิทยา (Psychological theory of aging)

1.1.1 ทฤษฎีการสูงอายุทางชีวภาพ

ทฤษฎีการสูงอายุทางชีวภาพ จะอธิบายถึง ผลของการเสื่อมของอวัยวะส่วนต่างๆ ทำให้การทำงานของอวัยวะต่างๆ ลดลง และเชื่อว่าทุกอวัยวะในร่างกายของสิ่งมีชีวิตจะแก่ หรือเสื่อมลงในอัตราที่แตกต่างกัน แม้จะเป็นสิ่งมีชีวิตประเภทเดียวกัน ทฤษฎีการสูงอายุ ทฤษฎีการสูงอายุทางชีวภาพสามารถแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ คือ

1.1.1.1 Stochastic theories : เป็นทฤษฎีการสูงอายุที่อธิบายถึงการสูงอายุว่าเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างไม่สม่ำเสมอเป็นช่วงๆ และการแก่หรือการเสื่อมก็จะสะสมมากขึ้นตามเวลาที่เพิ่มขึ้นเวลาที่เพิ่มขึ้น ทฤษฎีในกลุ่มนี้ได้แก่

1) ทฤษฎีความผิดพลาด (Error Theory) ทฤษฎีนี้มีแนวคิดว่าเกิด

การผิดพลาดในการสังเคราะห์โปรตีนของ DNA และจากการผิดพลาดดังกล่าวนำไปสู่ความผิดปกติของเซลล์ ส่งผลให้เกิดการแก่ตัว เสื่อมสภาพหรือเซลล์ตายในที่สุด ความผิดปกติของการสร้างเอนไซม์หรือโปรตีนจะทำให้เกิดการสร้างเซลล์ (exact copy) ที่ผิดแปลกไปจากเดิม การผิดพลาดจากการส่งรหัสพันธุกรรม (transcription) นี้จะเกิดซ้ำแล้วซ้ำอีก และเซลล์จะถูกเปลี่ยนไปจากเดิมทุกครั้งที่เกิดการผิดพลาด จนในที่สุดเซลล์ที่เกิดขึ้นมีความแตกต่างจากเซลล์ต้นแบบไป

โดย

สิ้นเชิง

2) ทฤษฎีอนุมูลอิสระ (Free Radical Theory) ตามทฤษฎีนี้เชื่อว่าสารอนุมูลอิสระ ซึ่งเป็นสารที่เป็นผลพลอยได้จากขบวนการเผาผลาญ (metabolic) ของร่างกายไม่ได้ถูกทำให้เป็นกลาง จึงทำให้อนุมูลอิสระไปจับเกาะกับโมเลกุลอื่น โดยเฉพาะในเซลล์ต่างๆ ของร่างกายทำให้เซลล์ไม่สามารถทำงานได้ดังเดิม เซลล์จึงเกิดความเสียหาย ทำให้เซลล์อาจบวมหรืออาจเหี่ยวแห้งขาดน้ำ (dehydrate) ส่งผลให้ภาวะสมดุลย์ (homeostasis) สูญเสียไปและในที่สุดทำให้เซลล์ตาย นอกจากนั้นตามทฤษฎีนี้ เชื่อว่าสารอนุมูลอิสระเหล่านี้ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงกลายพันธุ์ (mutation) ของ DNA-RNA transcription โดยเฉพาะในเนื้อเยื่อเซลล์ของกล้ามเนื้อและระบบประสาท ซึ่งมีการเกิดอนุมูลอิสระได้มาก จะเกิดสารที่เรียกว่า lipofuscin ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับกระบวนการชรา เนื่องจากพบว่าในเนื้อเยื่อของผู้สูงอายุ มีการสะสมของสาร ipofuscin มาก หรือเรียกโดยทั่วไปว่าการตกกระ

3) ทฤษฎีการเชื่อมไขว้ (Cross-Linkage Theory) ทฤษฎีนี้มีสมมติฐานเกี่ยวกับการสูงอายุว่าเกิดจากโปรตีนบางอย่างในร่างกายที่เพิ่มขึ้นและมีการเชื่อมไขว้จับตัวกันมากขึ้น ส่งผลให้ไปขัดขวางกระบวนการเมตาโบลิซึม ทั้งนี้เนื่องจากการเชื่อมไขว้ไปขัดขวางการได้รับอาหาร การขับของเสียจากเซลล์ทั้งในระดับภายในเซลล์ (intracellular) และนอกเซลล์ (extracellular) ทำให้การทำงานของเซลล์เนื่อเยื่อส่วนนั้นลดลงและส่งผลต่อโครงสร้างส่วนอื่นๆ ทฤษฎี Cross linkage เสนอว่าเมื่อคนอายุเพิ่มมากขึ้นระบบภูมิคุ้มกันจะทำงานมีประสิทธิภาพลดลง และระบบป้องกันร่างกายไม่สามารกำจัดสารที่เกิดจาก Cross linkage ได้ จึงถือได้ว่าเป็นสาเหตุเบื้องต้นของ anterosclerosis และการทำงานที่ลดลงของระบบภูมิคุ้มกัน รวมทั้งความยืดหยุ่นที่ลดลงของผิวหนัง

4) ทฤษฎีการเสื่อมสลาย (Wear and Tear Theory) ทฤษฎีนี้เสนอว่าเซลล์มีการเสื่อมสลาย หรือตายเมื่อมีการใช้งานอย่างต่อเนื่องระยะหนึ่ง โดยเชื่อว่าการตายเกิดจากผลของเนื้อเยื่อต่างๆ มีการเสื่อมสภาพ และไม่สามารถกลับคืนสู่สภาพดังเดิมได้ ทำให้เกิดการสูญเสียอย่างถาวร ทฤษฎีนี้เชื่อว่ากระบวนการสูงอายุจะถูกเร่ง หรือเกิดขึ้นได้มากขึ้นหากมี

ความเครียด มีการสะสมของการบาดเจ็บ หรือการได้รับอุบัติเหตุต่างๆ ซึ่งนำไปสู่การตายได้เนื่องจากมีการเสื่อมสภาพแล้วร่างกายไม่สามารถสร้างอวัยวะเนื่อเยื่อใหม่มาทดแทนได้

1.1.1.2 Nonstochastic Theories : เป็นทฤษฎีที่อธิบายถึงการสูงอายุว่าสามารถทำนายล่วงหน้าได้ เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นโดยมีเวลาเป็นตัวเงื่อนไขกำหนดทฤษฎีในกลุ่มนี้ได้แก่

1) ทฤษฎีโปรแกรม (Programmed Theory หรือ Hayflick Limit Theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า อายุของคนหรือสิ่งมีชีวิตจะถูกกำหนดไว้ตามแต่ชนิด ประเภทของสิ่งมีชีวิตนั้นๆ เมื่อเซลล์มีการแบ่งตัว จะสามารถทำได้จนถึงระดับหนึ่ง เหมือนมีการกำหนดโปรแกรมไว้ในเซลล์ตั้งแต่ต้นว่าเมื่อไรเซลล์จึงจะตาย โดยเชื่อว่ามนุษย์จะมีนาฬิกาชีวภาพ ซึ่งถูกกำหนดไว้ที่อายุ 110-120 ปี ทฤษฎีนี้บางครั้งจะเรียกว่าทฤษฎีนาฬิกาชีวภาพ (Biological clock) ทฤษฎี Cellular Aging หรือทฤษฎี Genetic Theory

2) ทฤษฎีภูมิคุ้มกัน (Immunity Theory) ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายมนุษย์ จะทำงานมีประสิทธิภาพลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น ซึ่งเรียกภาวะดังกล่าวว่า "immunosenescence" หรือความเสื่อมของร่างกายที่เกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ลดลง ในวัยสูงอายุพบว่าการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันโดยเฉพาะ T-cells จะลดลงอย่างชัดเจนทำให้การป้องกันสิ่งแปลกปลอม เชื้อโรค โรคต่างๆ ลดลง นอกจากนี้ยังพบว่าร่างกายมีการสร้างภูมิคุ้มกันต่อตนเอง (autoantibodies) เพิ่มขึ้น ก่อให้เกิดโรคที่ร่างกายต่อต้านตนเองต่างๆ เช่น โรคข้อรูมาตอยด์ การเปลี่ยนแปลงของระบบภูมิคุ้มกันนี้ ยังไม่สามารถอธิบายถึงกลไกที่ชัดเจนได้ แต่พบว่าการทำงานที่ผิดปกติของระบบภูมิคุ้มกันจะเพิ่มขึ้นตามอายุ รวมถึงมีการลดลงของระบบภูมิคุ้มกันต่อเซลล์มะเร็ง หรือต่อต้านทำลายเซลล์ที่ผิดปกติต่างๆ จะลดลงนำไปสู่การเกิดเนื้องอก มะเร็งได้มากขึ้น เมื่อวัยมากขึ้น

3) ทฤษฎีเกี่ยวกับการสูงอายุที่เพิ่งเกิดขึ้น (Emerging Theories) ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการสูงอายุที่เพิ่งเกิดขึ้นภายหลัง ได้แก่

3.1 Neuroendocrine Control or Pacemakar Theory แนวคิดทฤษฎีนี้จะเชื่อในความเกี่ยวพันระหว่างระบบฮอร์โมน และระบบประสาทที่ส่งผลต่อการสูงอายุของมนุษย์ โดยเชื่อว่าในเพศหญิงและชายจะมีฮอร์โมนที่เกี่ยวข้องกับระบบสืบพันธุ์ ที่มีส่วนกับกระบวนการสูงอายุ อันได้แก่ Dehydroepiandrosterone (DHEA) ผลิตจาก adrenal glands พบว่ามีปริมาณลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น และฮอร์โมนเมลาโตนิน (Melatonin) ผลิตจากต่อม Pineal ซึ่งเป็นฮอร์โมนอีกตัวหนึ่งที่ได้รับความสนใจว่าอาจมีความเกี่ยวข้องกับช่วงจังหวะเวลาชีวิตประจำวันของคน (biologic rhythms) โดยทั่วไปเมลาโตนินเป็นสารต้านอนุมูลอิสระและเพิ่มการ

ทำงานของภูมิคุ้มกันในร่างกายคน ดังนั้นจึงมีความเชื่อว่า เมลาโตนิน อาจเกี่ยวข้องกับกระบวนการสูงอายุในแง่ที่ช่วยเพิ่มการทำงานของระบบภูมิคุ้มกัน และต้านอนุมูลอิสระ

3.2) Metabolic Theory of Aging / Calorie Restriction ทฤษฎีนี้เสนอว่าทุกเซลล์หรือเนื้อเยื่อจะมีการกำหนด ที่แน่นอนถึงระยะ / ช่วงเวลาของกระบวนการเผาผลาญ (metabolic lifetime) ดังนั้นหากมีการเผาผลาญ อย่างรวดเร็วก็จะทำให้เซลล์เนื้อเยื่อสั้นลงด้วย

3.3) DNA-Related Research ปัจจุบันมีความพยายามและการศึกษาค้นคว้าอย่างจริงจังเกี่ยวกับพันธุกรรมของมนุษย์ บทบาทหน้าที่ของ DNA กระบวนการสูงอายุ เชื่อว่าอาจมียีนมากถึง 200 ตัวที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการสูงอายุของบุคคลนั้นๆ

1.1.2 ทฤษฎีการสูงอายุทางสังคม (Sociologic Theories Aging)

ทฤษฎีการสูงอายุทางสังคมจะให้ความสำคัญกับการเปลี่ยนแปลงในสัมพันธภาพและบทบาทระหว่างบุคคล นอกจากนี้ยังรวมถึงการปรับตัวทางสังคมของผู้สูงอายุในการดำรงชีวิต ในระยะเริ่มแรกของทฤษฎีการสูงอายุทางสังคม จะมุ่งเน้นให้ความสนใจกับการสูญเสียในวัยสูงอายุและการปรับตัวในบทบาทหรือกลุ่มสังคมของผู้สูงอายุ แต่ในระยะสิบปีที่ผ่านมาทฤษฎีนี้จะมองการสูงอายุในแง่มุมที่กว้างขึ้นในลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับลักษณะทางกายภาพ สิ่งแวดล้อม สังคม เศรษฐกิจ การเมืองที่ผู้สูงอายุนั้นอาศัยอยู่ ทฤษฎีการสูงอายุทางสังคมที่มีกล่าวถึง ได้แก่

1.1.2.1 ทฤษฎีการถดถอย (Disengagement Theory) ทฤษฎีนี้กล่าวว่าการสูงอายุเป็นลักษณะกิจกรรมที่มีการพัฒนาด้วยตัวของมันเอง มีรูปแบบลักษณะแบบแผนที่เป็นไปตามสังคมปกติ กล่าวคือเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ผู้สูงอายุก็จะมีการปรับพฤติกรรมให้เหมาะสมตามที่สังคมโดยทั่วไปยอมรับ เช่น มีการถอนตัวออกจากสังคม และลดบทบาทความสำคัญจากกิจกรรมต่างๆ เนื่องจากเข้าสู่วัยชรา ทั้งนี้เพื่อคงความสมดุลให้แก่สังคม ที่จะมีบุคคลอื่นเข้ามาแทนที่บทบาทของผู้สูงอายุที่ถอยตัวออกมา

1.1.2.2 ทฤษฎีกิจกรรม (Activity Theory หรือ Developmental Task Theory) เป็นทฤษฎีการสูงอายุในอีกมุมมองหนึ่งที่เสนอว่า ผู้สูงอายุยังคงต้องมีส่วนร่วมในกิจกรรมหรือมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมเพื่อเป็นผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ โดยมีมุมมองว่า กิจกรรมเป็นสิ่งจำเป็นในการดำรงไว้ซึ่งความพึงพอใจในชีวิตของบุคคล และการมีทัศนคติที่ดีต่อตนเอง ผู้สูงอายุที่ยังมีกิจกรรมสม่ำเสมอจะรู้สึกกระชุ่มกระชวย เป็นหนุ่มสาว ไม่ถอยหนีจากสังคม

1.1.2.3 ทฤษฎีความต่อเนื่อง (Continuity Theory) ทฤษฎีนี้มีความเชื่อว่า ไม่ว่าการมีชีวิตที่ยังตื่นตัวไม่อยู่นิ่ง การพยายามใช้ชีวิตให้ไม่ต่างจากเดิมในวัยกลางคน หรือการพยายามลดบทบาทหน้าที่ ความสำคัญในสังคม กิจกรรมต่างๆ ลดลง ไม่จำเป็นเสมอไปที่จะนำมาซึ่งความสุข แต่บุคคลสามารถจะใช้ชีวิตที่มีอยู่ต่อเนื่อง จากการดำรงชีวิตที่ผ่านมา วัยสูงอายุมิใช่วัยที่เป็นตอนสุดท้าย หรือตอนปลายของชีวิต ที่แยกออกมาอย่างชัดเจน แต่ชีวิตของมนุษย์จะมีความเชื่อมโยงต่อเนื่องกันมาตลอดตั้งแต่ในช่วงต้นของชีวิต

1.1.2.4 ทฤษฎีการแบ่งขั้นอายุ (Age stratification Theory) ทฤษฎีนี้ให้ความสำคัญกับค่านิยมทางสังคม การพึ่งพาซึ่งกันและกัน ระหว่างผู้สูงอายุกับสังคมโดยภาพรวม โดยมองว่าผู้สูงอายุเป็นองค์ประกอบหนึ่งของสังคม เป็นสมาชิกของกลุ่ม มีหมู่เหล่าและมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม การสูงอายุจะเป็นปฏิสัมพันธ์เกี่ยวเนื่องกันระหว่างบุคคล และสังคมอย่างต่อเนื่องและตลอดเวลา

1.1.2.5 ทฤษฎีความพอเหมาะระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อม (Person-Environment Fit Theory) ทฤษฎีนี้เสนอว่า สัมพันธภาพระหว่างกันของกลุ่มบุคคล ตัวผู้สูงอายุและสังคมสิ่งแวดล้อมเป็นสิ่งกำหนดถึงสมรรถนะในตัว (personal competence) ของบุคคลนั้นๆ ความสามารถในตัวบุคคลจะถูกหล่อหลอมมาตลอดอย่างต่อเนื่องชั่วชีวิต ซึ่งในที่นี้น่าจะรวมถึงความแกร่งของจิตใต้สำนึก ระดับของทักษะการทำงาน การเคลื่อนไหวต่างๆ สุขภาพร่างกาย ความนึกคิดเชาว์ปัญญา และความสามารถในการสัมผัส เมื่อบุคคลมีอายุเพิ่มขึ้น สมรรถนะในตนเหล่านี้อาจเปลี่ยนแปลงไปหรือลดลง ส่งผลต่อความสามารถของบุคคลในการอาศัยอยู่ในสิ่งแวดล้อม เชื่อว่ายิ่งอายุของบุคคลเพิ่มขึ้น สิ่งแวดล้อมจะยิ่งเพิ่มความรู้สึกคุกคาม กับบุคคล ทำให้บุคคลรู้สึกสูญเสียความสามารถในการเผชิญกับสิ่งแวดล้อม

1.1.3 ทฤษฎีการสูงอายุทางจิตวิทยา (Psychological Theory of Aging)

ทฤษฎีนี้มีแนวคิดพื้นฐาน จากความเชื่อที่ว่าการพัฒนาการของมนุษย์เป็นสิ่งที่ต่อเนื่อง ไม่มีการสิ้นสุด ทฤษฎีการสูงอายุทางจิตวิทยา จะเป็นการรวมทั้งทฤษฎีทางชีวภาพ และทางสังคมร่วมกันอธิบายกระบวนการสูงอายุ

เมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้น จะมีการเปลี่ยนแปลงในการปรับตัวที่หลากหลาย เพื่อช่วยในการเผชิญหน้า หรือยอมรับปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่เกิดขึ้น ดังนั้นการสูงอายุทางจิตวิทยา ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม รวมถึงพัฒนาการด้านต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับชีวิตของผู้สูงอายุ ทฤษฎีการสูงอายุทางจิตวิทยาจะมุ่งให้ความสนใจถึงพฤติกรรมของบุคคลที่มีการเปลี่ยนแปลงไปตามอายุ ซึ่งสามารถแบ่งเป็นกลุ่มได้ดังนี้

1.1.3.1 ทฤษฎีความต้องการของมนุษย์ตามขั้นของมาสโลว์ (Maslow is Hierachy of Human Needs Theory) มาสโลว์ กล่าวว่า บุคคลจะมีความต้องการภายในตามลำดับขั้นที่ส่งผลต่อพฤติกรรมของบุคคล เมื่อมนุษย์สามารถบรรลุวัตถุประสงค์ความต้องการในลำดับช่วงหนึ่งแล้ว ก็จะขยับความต้องการขึ้นไปอีกลำดับขั้น จนกระทั่งถึงขั้นสูงสุด

1.1.3.2 ทฤษฎีเอกัตบุคคลของจุง (Jung's Theory of Individualism) ทฤษฎีนี้เสนอว่า บุคลิกภาพจะมีทั้งลักษณะที่เปิดเผยต่อโลกภายนอก (extrovert) และลักษณะส่วนภายในของบุคคล (introvert) สมดุลย์ระหว่างทั้ง 2 ลักษณะนี้จะแสดงถึงความเป็นบุคคลนั้น ซึ่งสำคัญต่อสุขภาพจิตของบุคคล เมื่อบุคคลมีอายุเพิ่มมากขึ้น บุคลิกภาพจะเริ่มเปลี่ยนจากการมองภายนอก เป็นการมองเข้ามาภายในตน บุคคลจะเริ่มหาคำตอบโดยมองจากภายในตนเองมากขึ้น บุคคลที่จะมีลักษณะเป็นผู้สูงอายุประสบความสำเร็จตามแนวคิดของจุงนั้น จะมองเข้ามาภายในตนและเห็นคุณค่าของตนมากกว่าจะมองเห็นแต่ความสำคัญ หรือเสื่อมถอยของร่างกาย และจะต้องสามารถยอมรับได้ทั้งความสำเร็จ และข้อจำกัดที่เกิดขึ้น

1.1.3.3 ทฤษฎีระยะ 8 ขั้นของชีวิต (Eight stages of life theory) ทฤษฎีนี้ถูกเสนอโดย อีริคสัน ดังนั้นบางครั้งจึงถูกเรียกว่า ทฤษฎีของอีริคสัน (Erikson's Epigentic Theory) ซึ่งทฤษฎีนี้เสนอว่าขบวนการพัฒนาของชีวิตจะสะท้อนให้เห็นถึงอิทธิพลจากวัฒนธรรมและสังคม อีริคสัน ได้แบ่งช่วงชีวิตคนเป็น 8 ระยะ โดยระยะที่ 1-6 เป็นระยะตั้งแต่แรกเกิดจนถึงอายุ 40 ปี ระยะที่ 7 คือบุคคลในช่วงอายุ 40-60 ปี เป็นช่วงวัยกลางคน ที่บุคคลมีความเข้าใจ และยอมรับในตนเอง บุคคลในวัยนี้จะมีความทะเยอทะยาน มีความคิดสร้างสรรค์ มุ่งสร้างความสำเร็จในชีวิต ระยะที่ 8 เป็นช่วงอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป จะเป็นช่วงที่ผู้สูงอายุมีความเจริญมั่นคงในชีวิต มีการยอมรับ จากการประเมินตนเอง หรือจากการประเมินความสำเร็จในชีวิตที่ผ่านมา คุณค่าของบุคคลในวัยนี้อยู่ที่ภูมิปัญญา ซึ่งสั่งสมมาตลอดชีวิต หากผู้สูงอายุในระยะนี้ไม่ประสบผลสำเร็จหรือล้มเหลวในชีวิตจะเกิดความท้อแท้หมดหวัง รู้สึกว่าชีวิตไม่มีความหมาย

ทฤษฎีการสูงอายุทำให้ทราบและมีความเข้าใจถึงการเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยา อันจะทำให้ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการเกิดพยาธิสภาพ ความเจ็บป่วย โรคอันเกิดจากความเสื่อมของร่างกาย หรืออวัยวะต่างๆ ตลอดจนมีความเข้าใจถึง ค่านิยม ความเชื่อของผู้สูงอายุที่ทำให้ผู้สูงอายุแต่ละคนมีบุคลิกภาพที่ต่างกันไป ซึ่งจะทำให้สามารถเข้าใจและมองผู้สูงอายุได้อย่างครอบคลุม และนำไปสู่การให้การดูแลที่มีคุณภาพต่อไป

1.2 การเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ

เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ บุคคลจะต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้นทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม วัฒนธรรม เศรษฐกิจ ซึ่งพอจะสรุปการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้ดังนี้

1.2.1 การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย

1.2.2 การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์

1.2.3 การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมและวัฒนธรรม

1.2.1. การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย

การทำงานของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายจะมีการเปลี่ยนแปลงอย่างค่อยเป็นค่อยไป ในทุกๆ ระบบของร่างกาย พอรวบรวมได้ดังนี้ (ชูศักดิ์ เวชแพศย์, 2535; รุ่งโรจน์ พุ่มริ้ว, 2538; สุทธิชัย จิตตะพันธ์กุล, 2542)

ระบบประสาทรับความรู้สึก เมื่อมีอายุ 60 ปี ประสิทธิภาพการมองเห็นจะเสื่อมลง การได้ยินลดลง เมื่ออายุ 70 ปีขึ้นไป การได้กลิ่นจะลดลงประสาทรับความรู้สึกผิวหนังก็จะลดลงด้วย

ระบบกล้ามเนื้อ จะมีความยืดหยุ่นน้อยลง มีกำลังอ่อนแอลง เมื่ออายุ 60 ปีอวัยวะทุกส่วนจะทำงานช้าลง

ระบบกระดูก กระดูกจะกร่อนเมื่ออายุประมาณ 45 ปี ทำให้มีอาการปวด หลังจะโค้งงอมีกระดูกบางเปราะและแตกง่ายเนื่องจากมีปริมาณแคลเซียมลดลงมีข้อติดแข็งได้ง่าย

ผิวหนังและเนื้อเยื่อ ผิวหนังจะแห้ง เหี่ยวย่น ฉีกขาดและช้ำง่ายเมื่ออายุ 80 ปี ความยืดหยุ่นของผิวหนังจะลดลง ต่อมเหงื่อจะน้อยลง ทำให้การปรับอุณหภูมิร่างกายได้ไม่ดี

ระบบการย่อยอาหาร ผู้สูงอายุจะมีฟันโยกคลอนหลุดง่ายทำให้เคี้ยวอาหารไม่ละเอียด น้ำย่อยในกระเพาะอาหารลดลง การย่อยอาหารประเภทเนื้อสัตว์ไม่ดีอาจมีอาการท้องอืด การดูดซึมสารอาหารได้ลดลง อาจทำให้เกิดภาวะขาดอาหารได้ง่าย

ระบบประสาท มีการเปลี่ยนแปลงของสมอง สมองเสื่อม ความรู้สึกช้า การทำงานระหว่างสมองและกล้ามเนื้อเสียไป การทรงตัวลดลงมีอาการสั่นตามร่างกาย

ระบบทางเดินหายใจ เมื่อมีอายุ 75 ปีขึ้นไปการทำงานของปอดจะลดลง มีความยืดหยุ่นลดลง จึงทำให้มีการหายใจเร็ว เหนื่อยง่าย และการแลกเปลี่ยน ออกซิเจน จะลดลง

ระบบขับถ่าย ลำไส้เคลื่อนไหวน้อยลง เกิดอาการท้องผูก ท้องเดินง่าย

ระบบทางเดินปัสสาวะ เมื่ออายุ 75 ปีขึ้นไป ไตจะเสื่อมลง การกรองของเสียจากร่างกายลดลง แต่จะขับน้ำออกมากขึ้น ทำให้ถ่ายปัสสาวะบ่อย กล้ามเนื้อหูรูดที่กระเพาะปัสสาวะอาจยืดหย่อน ทำให้ถ่ายปัสสาวะกระปริบกระปรอย และถ่ายปัสสาวะไม่หมด และมีการติดเชื้อได้ง่าย

ระบบสืบพันธุ์ ชายเมื่ออายุ 50 ปี จะผลิตอสุจิลดลง และเมื่ออายุ 60 ปีฮอร์โมนเพศเทสโทสเตอร์โรนจะลดลงแต่ไม่มากนัก ส่วนเพศหญิงเมื่ออายุได้ 48-50 ปี ส่วนใหญ่จะหมดประจำเดือนฮอร์โมนเพศเอสโตรเจน และโปรเจสเตอร์โรนจะลดลงอย่างรวดเร็ว

ระบบการไหลเวียนโลหิต ผนังเส้นเลือดจะแข็งและขาดความยืดหยุ่นเนื่องจากมีไขมันเกาะตามผนังเส้นเลือด เมื่ออายุ 75 ปี หัวใจและลิ้นหัวใจจะมีความยืดหยุ่นลดลงเมื่ออายุ 90 ปี จะมีแรงสูบฉีดลดลง ปฏิกิริยาการต่อต้านภูมิคุ้มกันต่างๆ ก็จะลดลง ทำให้เจ็บป่วยง่ายและรุนแรง

ระดับสติปัญญา ความจำเสื่อมลง โดยเฉพาะความจำเหตุการณ์ปัจจุบัน (recent memory) ส่วนความจำในอดีต (remote memory) จะยังดีอยู่โดยความเสื่อมของระดับสติปัญญาจะเพิ่มขึ้นเมื่ออายุเพิ่มขึ้น

จากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายที่เกิดขึ้นในวัยสูงอายุ นำมาซึ่งภาวะสุขภาพ หรือเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองได้น้อยลงหรืออยู่ในภาวะทุพพลภาพ ต้องมีบุคคลอื่นคอยให้ความช่วยเหลือ หรือให้การดูแลมากขึ้น ซึ่งจากการศึกษาเกี่ยวกับภาวะสุขภาพผู้สูงอายุไทย ของ สุทธิชัย จิตตะพันธ์กุล และคณะ (2542) พบว่าผู้สูงอายุทุก 1 ใน 4 คน จะมีภาวะทุพพลภาพโดยที่ร้อยละ 76 ของผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพลภาพนั้น เป็นภาวะทุพพลภาพระยะยาว คือเป็นผู้สูงอายุที่ไม่สามารถเคลื่อนที่ และปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ ต้องมีผู้ให้การดูแลช่วยเหลือ

1.2.2. การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์

การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้สูงอายุจะสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและสังคม การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ อารมณ์ของผู้สูงอายุเป็นผลมาจากการสูญเสียต่างๆ ดังนี้ (สุรกุล เจนอบรม, 2534)

การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก เช่น คู่ชีวิต ญาติสนิท เพื่อนสนิท ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกถูกพัดพราก และก่อให้เกิดความซึมเศร้าได้

การสูญเสียสัมพันธภาพในครอบครัวในวัยสูงอายุ บุตรมักจะมีครอบครัวแยกย้ายกันไปอยู่ที่อื่น สภาพสังคมปัจจุบันมีแนวโน้มที่จะเปลี่ยนแปลงจากสภาพครอบครัวขยายมาเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น บทบาทในการดูแลและเป็นที่ปรึกษาของบุตรหลานของผู้สูงอายุลดลง ทำให้เกิดความเหงาว้าเหว่

การสูญเสียสถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจ เนื่องจากถึงวัยที่ต้องออกจากงาน ทำให้เกิดความรู้สึกสูญเสีย และมีผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจ ทำให้ความมั่นใจในความสามารถและ

คุณค่าของตนเองลดลงและยิ่งถ้าขาดผู้ดูแล จะทำให้เกิดความรู้สึกหมดแรงท้อแท้เพิ่มขึ้น (สุรกุล เจนอบรม, 2534)

1.2.3 การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมและวัฒนธรรม

นอกจากความเสื่อมของร่างกาย และความแปรปรวนทางด้านจิตใจแล้วการเปลี่ยนแปลงทางสังคมก็เป็นสาเหตุสำคัญอย่างหนึ่ง ที่ทำให้ผู้สูงอายุมีความยากลำบากในการปรับตัว และถ้าสภาพสังคมเน้นความสำคัญและความสำเร็จของคนหนุ่มสาวมากกว่า คนสูงอายุ ก็จะรู้สึกว่าตนเองไร้คุณค่าเป็นภาระแก่สังคม ในปัจจุบันสภาพสังคมเปลี่ยนแปลงเป็นครอบครัวเดี่ยวโดยเฉพาะในสังคมเมือง ทั้งนี้เพราะประเทศไทยกำลังก้าวไปสู่ประเทศอุตสาหกรรมใหม่ เงินจึงเป็นปัจจัยในการดำรงชีวิตที่สำคัญ สังคมชนบทเริ่มกลายเป็นสภาพสังคมเมืองมากขึ้น ทำให้ต้องดิ้นรนหารายได้มาเลี้ยงครอบครัว มีการแข่งขันสูง การพึ่งพาอาศัยกันน้อยลง ยึดถือความมีอิสระส่วนบุคคลสูง เกิดช่องว่างระหว่างคนรุ่นใหม่และผู้สูงอายุ ทำให้ขาดความเคารพ ขาดการยอมรับและดูแลเอาใจใส่จากบุตรหลาน อาจทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกเสียอำนาจและคิดว่าตนเองเป็นภาระของบุตรหลานที่ให้การดูแล การปลดเกษียณ และการเปลี่ยนแปลงฐานะทางสังคม เป็นการลดบทบาทการเกี่ยวข้องกับสังคม ทำให้กิจกรรมต่างๆ ทางสังคมลดลง ผู้สูงอายุที่เคยมีบทบาทในสังคมมาก่อนอาจเกิดความเครียดขึ้น (สุรกุล เจนอบรม, 2534)

ในผู้สูงอายุมักจะเกิดการเจ็บป่วยได้ง่าย เนื่องจากระบบการทำงานของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายเสื่อมลง ปัญหาสุขภาพที่พบได้เสมอในผู้สูงอายุ มี 3 ประการ (พรทิพย์ พุ่มไทรย์, 2532) ได้แก่

1. ปัญหาภาวะโรคเรื้อรัง หรือการเจ็บป่วยระยะยาว เช่น โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง หรือเบาหวาน เป็นต้น สาเหตุเนื่องมาจากมีความเสื่อมของระบบไหลเวียน การดูดซึมของยาและอาหารไม่ได้ผลเต็มที่

2. ภาวะแทรกซ้อน ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยมักจะเกิดโรคแทรกซ้อนได้ง่าย เพราะมีผลกระทบหลายด้าน โรคแทรกซ้อนที่มักเกิดขึ้นได้แก่ แผลกดทับ ปอดบวม หรือภาวะโลหิตจาง เนื่องจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง และได้รับอาหารไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย

3. ปัญหาทางอารมณ์และจิตใจ เนื่องจากผู้สูงอายุมักป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ถึงแม้ว่าไม่ใช่โรคที่รุนแรงก็ตาม แต่การดำเนินของโรคมักจะเป็นไปอย่างช้าๆ ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกเหมือนว่าเจ็บป่วยอยู่นาน ยากที่จะรักษาให้หาย

จะเห็นได้ว่าการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และวัฒนธรรม รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจ และปัญหาสุขภาพต่างๆที่พบในผู้สูงอายุ ก่อให้เกิดปัญหาที่

ตามมาก็คือผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ต้องพึ่งพาหรืออยู่ในการดูแลของบุคคลอื่นอย่างใกล้ชิด ซึ่งเป็นบุคคลหรือสมาชิกในครอบครัวเดียวกันกับผู้สูงอายุ โดยอาจจะเป็นคู่สมรส บุตร หลาน เป็นต้น ดังรายงานการศึกษาเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2543) พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 44 เป็นคู่สมรส และร้อยละ 23 เป็นบุตรสาว ซึ่งถือว่าเป็นบุคคลที่อยู่ในครอบครัวของผู้สูงอายุ และยังเป็นข้อสงสัยหรือถกเถียงกันอยู่ว่า การดูแลผู้สูงอายุโดยครอบครัวนั้น จะมีคุณภาพดีกว่า การดูแลโดยบุคลากรในทีมสุขภาพ หรือไม่ (Phillips, et al, 1995) จึงเป็นสิ่งที่น่าทำการศึกษาต่อไป

1.3 ผู้สูงอายุกับการเจ็บป่วยและภาวะพึ่งพา

โดยปกติตามธรรมชาติมนุษย์ต้องมีการดิ้นรนต่อสู้เพื่อความอยู่รอดของตน จึงต้องมีการริเริ่มและกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองเพื่อการรักษาชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพ อันจะนำมาซึ่งความผาสุกของตนเอง เมื่อเข้าสู่วัยชรา เกิดความเจ็บป่วย หรือมีการสูญเสียอวัยวะของร่างกาย บุคคลจะมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ลดลง (Orem, 1991) จึงทำให้เกิดภาวะพึ่งพาบุคคลอื่นขึ้น เพื่อให้ตนเองสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ การพึ่งพา จึงเป็นภาวะที่บุคคลต้องพึ่งพาอาศัยหรือต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น ในเรื่องความรัก ความห่วงใย การดูแล/เลี้ยงดู ความสุขสบาย ความปลอดภัย อาหาร ความอบอุ่น ที่พักอาศัย การปกป้องคุ้มครอง และความต้องการในด้านต่างๆ (Miller-Keane, 2000) อาจกล่าวได้ว่าภาวะพึ่งพาเป็นภาวะที่บุคคลต้องการ ความรัก ความอบอุ่น ความคุ้มครอง ความปลอดภัย จากบุคคลอื่น ตลอดจนความต้องการความช่วยเหลือในเรื่อง ความจำเป็นขั้นพื้นฐาน ปัจจัย 4 การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ในส่วนที่บุคคลไม่สามารถปฏิบัติเองได้อันเป็นผลเนื่องมาจากความบกพร่องทางด้านร่างกาย และจิตใจ

วัยสูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงที่ดำเนินไปสู่ความเสื่อมต่างๆทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ ตามธรรมชาติ สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุต้องพึ่งพาผู้อื่นมากกว่าปกติ และเมื่อเกิดความเจ็บป่วย โดยเฉพาะโรคเรื้อรัง จึงทำให้มีผลต่อการพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น (Tiden & Weinert, 1987) จากการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ นำมาซึ่งความเจ็บป่วยในวัยสูงอายุ พบว่าในช่วงอายุ 70-74 ปี ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีปัญหาในด้านสุขภาพ บรรลุ ศิริพานิช (2531) และโรคที่พบว่ามีความสัมพันธ์ต่อภาวะทุพพลภาพในประชากรผู้สูงอายุของไทยเรียงตามลำดับคือ อันดับที่ 1 โรคอัมพาตครึ่งซีก อันดับที่2 ปวดเข่า-เข่าอักเสบ และอันดับที่3 คืออุบัติเหตุ (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ, 2542)

ยุพาพิน ศิรโพธิ์งาม (2539) กล่าวถึงสาเหตุการเกิดภาวะพึ่งพาในผู้สูงอายุว่าเกิดจากสาเหตุ 3 ประการ คือ

1. ข้อจำกัดหรือข้อบกพร่องทางร่างกาย หรือการทำหน้าที่ของอวัยวะ (Physical of functional impairment) ข้อจำกัดดังกล่าวอาจเกิดจากกลุ่มอาการของโรคหลอดเลือดสมอง จากความพิการ หรือความเสื่อมของอวัยวะต่างๆ ของผู้ป่วย ซึ่งมีผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนเองไม่ว่าจะเป็นกิจกรรมขั้นพื้นฐาน (Activity of Daily Living) หรือกิจกรรมขั้นสูง (Instrumental Activity of Daily Living)

2. ปัญหาความบกพร่องทางความคิดสติปัญญา (Cognitive impairment) หรือความเบี่ยงเบนของพฤติกรรมที่เกิดขึ้น เช่น อาการหลงลืม ซึมเศร้า หวาดระแวงเป็นต้น ซึ่งอาจพบในผู้ป่วยสูงอายุหรือผู้ป่วยที่มีโรคสมองเสื่อม

3. การเปลี่ยนแปลงทางสภาวะอารมณ์ ความรู้สึก หรือความต้องการส่วนบุคคลในผู้สูงอายุ ซึ่งมีความแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล

สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, ภิรมย์ กมลรัตนกุล, ธัญลักษณ์ หอบรรลือกิจ, และสุชัย สุเทพารักษ์ (Jitapunkul, kamolratanakul, Horbunlerkit, & Suteparuk, 1995) ได้ทำการศึกษาปัจจัยของภาวะพึ่งพา ในผู้สูงอายุที่พำนักอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราธรรมปกรณ์ จังหวัดเชียงใหม่ โดยจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด 161 พบว่า มีผู้สูงอายุจำนวน 106 คนที่ได้รับการจัดว่าเป็นผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่ง ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะพึ่งพาพบว่า ผู้สูงอายุเหล่านี้มีอายุมากกว่า มีประวัติโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า และมีการใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือเช่นไม้เท้าในอัตราที่สูงกว่านอกจากนั้นยังพบว่ามีภาวะทุพพลภาพมากกว่า

จากการศึกษาของ Challis Davis และคณะ (Challis,D. et.al, 2000) ทำการศึกษาประชากรที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป จำนวน 308 คน ซึ่งเป็นผู้สูงอายุรายใหม่ใหม่ที่พักรักษาตัวในสถานดูแลผู้สูงอายุและสถานพยาบาลจำนวน 30 แห่ง ในประเทศอังกฤษ ผลการศึกษาวิจัยพบว่า ร้อยละ 50 ของผู้สูงอายุทั้งหมด อยู่ในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพาอยู่ในระดับต่ำ กลุ่มที่มีภาวะพึ่งพาต่ำจะมีฐานะทางเศรษฐกิจดีกว่ากลุ่มที่มีภาวะพึ่งพาอยู่ในระดับสูง และโรคที่พบในผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพาในอันดับแรกก็คือ โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด รองลงมาคือ โรคข้อเสื่อม โรคสมองเสื่อม และโรคหลอดเลือดสมอง

จะเห็นได้ว่า เมื่อผู้สูงอายุมีอายุมากขึ้น ผู้สูงอายุจะมีโอกาสที่จะพึ่งพาผู้อื่น หรืออยู่ในภาวะพึ่งพาสูงขึ้น เนื่องจากข้อจำกัดหรือข้อบกพร่องทางร่างกาย ความคิดสติปัญญา ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงทางสภาวะอารมณ์ ของผู้สูงอายุ เมื่อผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดภาวะพึ่งพามากขึ้น จึงทำให้ต้องได้รับการดูแลจากบุคคลอื่น เพิ่มมากขึ้นด้วย

1.4 การประเมินภาวะพึ่งพา

ในการประเมินภาวะการพึ่งพาของผู้สูงอายุสามารถแบ่งระดับการพึ่งพาของผู้สูงอายุได้เป็น 4 ระดับ (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2537) คือ

ระดับการพึ่งพาเล็กน้อย หมายถึง ผู้ที่มีความต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันน้อย โดยส่วนใหญ่จะสามารถปฏิบัติได้เอง

ระดับการพึ่งพาปานกลาง หมายถึง ผู้ที่มีความต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันปานกลาง

ระดับการพึ่งพามาก หมายถึง ผู้มีความต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันค่อนข้างมาก

ระดับการพึ่งพาโดยสมบูรณ์ หมายถึง ผู้มีความต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันทั้งหมด

การประเมินระดับการพึ่งพาในผู้สูงอายุสามารถประเมินได้จากความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมของร่างกายของบุคคล โดยประเมินจากส่วนสมรรถภาพที่ด้อยกว่าปกติ แต่เนื่องจากไม่สามารถกำหนดเกณฑ์ปกติของสมรรถภาพดังกล่าวได้ วิธีการประเมินที่ใช้ทั่วไปจึงประเมินว่าสามารถทำหรือได้ทำกิจกรรมที่กำหนดหรือไม่ กิจกรรมที่เลือกใช้จึงเป็นกิจกรรมที่ปฏิบัติอยู่ในชีวิตประจำวัน (activity of daily living: ADL) โดยแบ่งกิจกรรมเป็นเชิงปฏิบัติขั้นพื้นฐาน (basal activity of daily living) และกิจกรรมเชิงปฏิบัติเพื่อการดำรงชีวิต (instrumental activity of daily living: IADL) (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2537) มาโฮนีย์และบาร์เทล (Mahoney & Bathel) ได้สร้างเครื่องมือสำหรับใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยตรงมีชื่อว่า ดัชนีบาร์เทล (Barthel Index) ประกอบด้วย 10 กิจกรรม ได้แก่ การรับประทานอาหาร การหวีผม การลุกจากที่นอน การใช้ห้องสุขา การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ การอาบน้ำ การสวมใส่เสื้อผ้า การเคลื่อนที่ภายในบ้าน และการเดินขึ้นลงบันไดหนึ่งชั้น (Neal,1998) ซึ่งกิจกรรมที่ถูกเลือกมาใช้ในการประเมินภาวะพึ่งพา นี้อาจแตกต่างกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ว่าต้องการใช้ประเมินผู้ป่วยกลุ่มใด (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2537) และมีวัฒนธรรมอย่างไร (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2537) สุทธิชัย จิตะพันธ์กุลและคณะ จึงได้สร้างเครื่องมือสำหรับวัดภาวะทุพพลภาพหรือการพึ่งพาของผู้สูงอายุไทยขึ้นโดยใช้ชื่อว่า แบบประเมินสมรรถภาพในเชิงปฏิบัติ ซึ่งเป็นแบบวัดที่ประกอบไปด้วยสองส่วนคือ ส่วนที่เป็นกิจกรรมเชิงปฏิบัติขั้นพื้นฐาน แบบวัดส่วนนี้ได้ดัดแปลงมาจากดัชนีบาร์เทล จึงเรียกแบบประเมินส่วนนี้ว่า แบบประเมินสมรรถภาพในเชิงปฏิบัติขั้นพื้นฐาน (ดัชนีบาร์เทลเอดีแอล) ซึ่งประกอบด้วย 10 กิจกรรมเช่นเดียวกับดัชนีบาร์เทล แต่มีการให้คะแนนที่แตกต่างกัน ทั้งนี้เพื่อให้เหมาะสมกับลักษณะวัฒนธรรมและความเป็นอยู่ของคนไทยมากขึ้น

สำหรับแบบวัดส่วนที่เหลือเป็นกิจกรรมเชิงปฏิบัติเพื่อการดำรงชีวิต เรียกแบบประเมินส่วนนี้ว่า ดัชนีจุฬาเอดีเอล (Chula ADL Index) ซึ่งประกอบด้วย 5 กิจกรรม ได้แก่ การเดินหรือเคลื่อนที่ออกนอกบ้าน การทำหรือเตรียมอาหาร การทำความสะอาดบ้านหรือซักรีดเสื้อผ้า การทอนเงิน หรือการแลกเงินและการใช้บริการรถเมล์หรือรถสองแถว (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2537)

สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล ได้ดัดแปลง ดัชนีบาร์เทลเอดีแอล (Modified Barthel ADL Index: BAI) มาจากดัชนีบาร์เทลของมาร์โฮเนย์ และบาร์เทล ซึ่งลักษณะแบบวัดเป็นการประเมินจากความสามารถของบุคคลในกิจวัตรประจำวันว่ามีความสามารถมากน้อยเพียงไร ซึ่งประกอบไปด้วย 10 กิจกรรม ได้แก่ 1) การรับประทานอาหาร 2) การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด 3) การลุกจากที่นอนหรือเตียงไปยังเก้าอี้ 4) การใช้ห้องสุขา 5) การเคลื่อนที่ภายในหรือห้องหรือบ้าน 6) การสวมใส่เสื้อผ้า 7) การขึ้นลงบันไดหนึ่งชั้น 8) การอาบน้ำ 9) การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ 10) การควบคุมการถ่ายปัสสาวะ ซึ่งแต่ละเนื้อหามีการให้คะแนนดังนี้

การให้คะแนนเกี่ยวกับการล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด คือ

คะแนน 0 หมายถึง ต้องการความช่วยเหลือ

คะแนน 1 หมายถึง สามารถทำเองได้

กิจกรรมการลุกนั่งจากที่นอน การเคลื่อนที่ภายในบ้าน มีเกณฑ์ดังนี้

คะแนน 0 หมายถึง ไม่สามารถกระทำได้

คะแนน 1 หมายถึง ทำเองได้บ้าง แต่ต้องการความช่วยเหลืออย่างมาก

คะแนน 2 หมายถึง ต้องการความช่วยเหลือบ้างเล็กน้อย

คะแนน 3 หมายถึง สามารถทำได้เอง

กิจกรรมที่เหลือทั้งหมด แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ

คะแนน 0 หมายถึง ทำเองได้บ้าง แต่ต้องการความช่วยเหลืออย่างมาก

คะแนน 1 หมายถึง ต้องการความช่วยเหลือบ้างเล็กน้อย

คะแนน 2 หมายถึง สามารถทำได้เอง

เมื่อประเมินกิจกรรมทั้งหมดแล้วนำผลรวมของคะแนนมาแบ่งระดับการพึ่งพาได้ดังนี้

คะแนน 0-4 หมายถึง ต้องการการพึ่งพาทั้งหมด

คะแนน 5-8 หมายถึง ต้องการการพึ่งพาค่อนข้างมาก

คะแนน 9-11 หมายถึง ต้องการการพึ่งพาปานกลาง

คะแนน 12-19 หมายถึง ต้องพึ่งพาเล็กน้อย

คะแนน 20 หมายถึง ไม่พึ่งพา

การเกิดการเจ็บป่วยในผู้สูงอายุ จะทำให้เกิดผลต่างๆ ตามมาโดยเฉพาะจะทำให้เกิดภาวะพึ่งพาซึ่งถือว่าเป็นภาระต่อผู้ที่ต้องดูแลผู้สูงอายุ (Rockwood., et. al,1994) ในผู้ที่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง จะเกิดพฤติกรรมการต่อต้าน ในการให้การดูแล (resistence to care) (Potts, 1996) และ มีโอกาสเกิดการถูกละเลย หรือถูกกระทำทารุณได้มากกว่า (Fulmar & Ashley cited in Allender.J.,1998) ดังนั้นการที่ผู้สูงอายุมีภาวะการเจ็บป่วยและอยู่ในภาวะพึ่งพา ต้องมีผู้ให้การดูแล จึงอาจทำให้ผู้ดูแลรู้สึกว่าเป็นภาระ และอาจส่งผลต่อคุณภาพการดูแลตามมา

1.5 ความต้องการของผู้สูงอายุ

จากความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ ของ Maslow ซึ่งแสดงให้เห็นว่ามนุษย์ทุกคนมีความต้องการขั้นพื้นฐาน 5 ประการ อันได้แก่ ความต้องการทางด้านร่างกาย (Physiological need or Basic need) ความต้องการด้านความปลอดภัย (Safety and security need) ความต้องการที่จะเป็นเจ้าของและต้องการความรัก (Belonging need and love need) ความต้องการด้านความภูมิใจ (Esteem need) และความต้องการความสำเร็จในชีวิต (Need for self actualization) ดังที่กล่าวมาแล้ว Ebersole & Hess (1990: 149) ได้เสนอแนวคิดว่าในแต่ละขั้นของความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์สำหรับในวัยสูงอายุจะมีความต้องการเฉพาะหรือความต้องการพิเศษที่จะมีความแตกต่างไปจากวัยอื่นในแต่ละขั้นของความต้องการขั้นพื้นฐานดังแสดงในแผนภาพ (รูปที่ 1 หน้า 27)

ความต้องการของผู้สูงอายุ ตามที่ได้ใช้แนวคิดของมาสโลว์เป็นพื้นฐาน แบ่งระดับความต้องการของผู้สูงอายุได้เป็น 5 ระดับ Ebersole & Hess (1990) คือ

1. ความต้องการด้านสรีรวิทยา (Physiological or Biological need)
2. ความต้องการด้านความปลอดภัย และความมั่นคง (Safety and security needs)
3. ความต้องการความรักและความเป็นเจ้าของ (Belonging and Love need)
4. ความต้องการด้านความภูมิใจ (Esteem need)
5. ความต้องการความสำเร็จในชีวิต (Need for self actualization) ดังแสดงในรูปที่ 1 และมีรายละเอียดในแต่ละระดับขั้นของความต้องการดังนี้

1. **ความต้องการด้านสรีรวิทยา (Physiological or Biological need)**

1.1 ความต้องการความช่วยเหลือในการดำรงชีวิต (Life support need)

ในผู้สูงอายุนั้นจะมีความต้องการความช่วยเหลือในการดำรงชีวิตเช่นเดียวกับบุคคลในวัยอื่นๆ แต่เนื่องจากวัยสูงอายุ เป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงของระบบต่างๆ ในร่างกาย ทำให้ผู้สูงอายุต้องการการดูแลช่วยเหลือ เพื่อให้มีความเหมาะสมต่อการดำรงชีวิตในเรื่องต่างๆ ต่อไปนี้

รูปที่ 1 แสดงระดับขั้นความต้องการของผู้สูงอายุ ตามแนวคิดของมาสโลว์

ที่มา : Ebersole & Hess. Toward Healthy Aging Human need and Nursing Response. U.S.A., 1990: 149

1.1.1 อาหารและน้ำ ผู้สูงอายุควรได้รับอาหารครบทั้ง 5 หมู่ สำหรับอาหารที่มีปริมาณแคลอรี่สูง และอาหารที่มีไขมันมากเป็นสิ่งที่ควรลด หรือละเว้น นอกจากนี้ ควรเพิ่มการรับประทานอาหารที่มีกากใยสูง อาหารประเภทโปรตีนวิตามิน และเกลือแร่ต่างๆ จากการรับประทานอาหารประเภท ผัก ผลไม้ ถั่วชนิดต่างๆ โปรตีนจากปลา เป็นต้น นอกจากนี้ผู้สูงอายุควรดื่มน้ำอย่างน้อย 1000-1500 ซีซี ต่อวัน เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะร่างกายขาดน้ำ

1.1.2 การขับถ่าย ร่างกายของมนุษย์ต้องมีการกำจัดของเสีย สำหรับในวัยสูงอายุนั้น อาจพบปัญหาในเรื่องการขับถ่าย เช่น การกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ผู้สูงอายุบางคนต้องคาสายสวนปัสสาวะไว้ หรือการเกิดปัญหาท้องผูก ผู้สูงอายุจึงต้องการได้รับการช่วยเหลือหรือการดูแลในเรื่องนี้ โดย การดูแลในเรื่องผิวหนัง การดูแลในเรื่องความสะอาดเพื่อป้องกันการติดเชื้อ การรับประทานอาหารที่เหมาะสม เพื่อป้องกันการเกิดอาการท้องผูก การช่วยเหลือในเรื่องการขับถ่าย เป็นต้น

1.1.3 การพักผ่อน และการนอนหลับ (Rest and sleep) ในวัยสูงอายุอาจพบปัญหาในเรื่องการนอนหลับ-การพักผ่อน ซึ่งอาจเป็นผลเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ การเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อม ความเครียด ความวิตกกังวล และจากยาที่ผู้สูงอายุรับประทานเนื่องจากการมีโรคประจำตัวของผู้สูงอายุ ดังนั้นจึงทำให้ผู้สูงอายุต้องการการดูแลในเรื่องนี้ โดยการจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะ การจัดที่นอนของผู้สูงอายุให้เหมาะสม ช่วยทำให้เกิดการผ่อนคลาย โดยการนวด การจัดท่าทางในการนอน เพื่อลดความเจ็บปวด หรือความไม่สุขสบาย การงดรับประทานเครื่องดื่มพวกชา-กาแฟ เป็นต้น

1.1.4 การออกกำลังกายและการเคลื่อนไหว (Activity) การออกกำลังกายในวัยสูงอายุจะทำให้ช่วยเพิ่มความแข็งแรง ความยืดหยุ่น ของกล้ามเนื้อตลอดจนข้อต่อ เอ็นและกระดูก ก่อให้เกิดความสมดุลในการทำงานที่มีความประสานกันของระบบโครงสร้างของร่างกาย ซึ่งจะทำให้ช่วยลดความเสี่ยง และป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ ผู้สูงอายุจึงต้องการการดูแลในเรื่องนี้

1.2 ความต้องการการดูแลในส่วนที่มักจะละเลย (Maintenance need - Neglect area: Teeth, Feet and Integument) ส่วนของร่างกายโดยปกติคนส่วนใหญ่จะละเลยหรือมองข้ามไม่ให้การดูแล ก็คือ ฟัน ผิวหนัง และเท้า สำหรับในวัยสูงอายุถือว่าเป็นสิ่งสำคัญ

1.2.1 การดูแลสุขภาพฟัน โดยการ ดูแลทำความสะอาดปากฟัน สุขวิทยาในช่องปาก การตรวจสุขภาพฟัน

1.2.2 การดูแลสุขภาพเท้า ปัญหาที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ คือ การเกิดแผลที่เท้า ผิวหนังบริเวณเท้าแตก เท้าบวม การเกิดเชื้อราที่บริเวณเล็บเท้า ดังนั้นการดูแลความสะอาดของเท้า ไม่ให้เกิดการอับชื้น การดูแลเล็บให้สะอาด การเลือกรองเท้าที่เหมาะสม การป้องกันการเกิดแผล ตลอดจนการนวดเท้า

1.2.3 การดูแลผิวหนัง ผิวหนังเป็นส่วนที่ปกคลุมส่วนต่างๆ ของร่างกาย ในวัยสูงอายุ อาจพบปัญหาในเรื่องผิวหนังแห้ง การเกิดแผลกดทับ การป้องกันการเกิดปัญหาดังกล่าว สามารถทำได้โดย การทำให้ผิวหนังชุ่มชื้น โดยการใช้โลชั่นทาผิว การป้องกันการเกิดแผล

กดทับโดยการเปลี่ยนท่าทาง การช่วยพลิกตะแคงตัวในรายที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ การใช้สิ่งที่มีความนุ่มรองบริเวณปุ่มกระดูกต่างๆ การนวดปุ่มกระดูก

1.3 ความต้องการความสุขสบาย (Comfort need) ความสุขสบาย เป็นความสมดุลของร่างกาย อารมณ์ สังคม ตลอดจนจิตวิญญาณของแต่ละบุคคล ความสุขสบายเป็นสถานะที่ร่างกายมีการผ่อนคลาย มีความพึงพอใจ ปราศจากความเจ็บปวด และความวิตกกังวล สำหรับผู้สูงอายุอาจพบว่าเกิดความไม่สุขสบาย จากอาการเจ็บปวดของร่างกาย เช่น การปวดหลัง การปวดตามข้อต่างๆ การออกกำลังกาย-การเคลื่อนไหวร่างกาย เป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยลดปัญหาเหล่านี้ได้

1.4 การใช้ยา (Drug use) ในวัยสูงอายุมักพบว่ามีโรคประจำตัวต่างๆ จึงทำให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และเป็นเวลานาน ทำให้อาจพบปัญหาในเรื่องยาที่สำคัญก็คือ การใช้ผิดหรือการใช้ยาเกินขนาดซึ่งอาจทำให้เกิดผลข้างเคียงจากยา การไม่รับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ การปรับลด-เพิ่มขนาดยาที่รับประทานเอง การใช้ยาของผู้สูงอายุจึงเป็นเรื่องจำเป็นที่ผู้สูงอายุต้องการได้รับความดูแลช่วยเหลือ

2. **ความต้องการด้านความปลอดภัย และความมั่นคง** (Safety and security needs)

มนุษย์ทุกคนไม่ว่าจะอยู่ในช่วงวัยใด มนุษย์จะต้องการที่จะได้รับความช่วยเหลือเพื่อที่จะให้ได้รับความต้องการขั้นพื้นฐานมากที่สุด ความต้องการด้านความมั่นคงปลอดภัย เป็นความต้องการที่เกิดขึ้นร่วมกับความต้องการทางด้านร่างกาย ซึ่ง Maslow ได้กล่าวว่า ความต้องการด้านความมั่นคงปลอดภัยนี้ ประกอบไปด้วย ความปลอดภัย ความมั่นคง การพึ่งพาอาศัยผู้อื่น การปกป้องคุ้มครอง การปราศจากความกลัว ความวิตกกังวล และความสับสนวุ่นวาย ข้อกำหนด ระเบียบ กฎหมาย และข้อจำกัดต่างๆ

ในวัยสูงอายุความรู้สึกมั่นคงและปลอดภัยจะช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุอยู่ได้อย่างปกติ และมีความสุขสบายในการดำเนินชีวิต สำหรับผู้สูงอายุ การที่กล่าวถึงความปลอดภัยนั้นปัจจัยที่มีผลต่อความปลอดภัยที่จะนึกถึงเป็นสิ่งแรกคือ ความสามารถในการเคลื่อนไหวของผู้สูงอายุ ซึ่งสิ่งที่จะนำมาซึ่งความปลอดภัยก็คือปัจจัยที่มาจากสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้สูงอายุ และปัจจัยภายในตัวของผู้สูงอายุ เช่นความสามารถในการมองเห็น ความสามารถในการได้ยิน ซึ่งสามารถจำแนกความปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุได้ดังนี้

2.1 ความปลอดภัยในสิ่งแวดล้อม จากที่ได้กล่าวแล้วข้างต้นว่าสิ่งแวดล้อมเป็นปัจจัยสำคัญ สิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุนั้น ได้แก่ การมีพื้นที่ส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ (Personal space) การจัดบ้านที่อยู่อาศัยให้มีความเหมาะสมสำหรับการเคลื่อนไหว ของผู้สูงอายุ

เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ และเพื่อความสะดวกสบายของผู้สูงอายุในการเคลื่อนไหว เช่น พื้นบ้าน/พื้นห้องน้ำที่ไม่ลื่น พื้นบ้านที่ไม่ต่างระดับ การจัดทำราวจับในห้องน้ำ การจัดให้ผู้สูงอายุพักอยู่ด้านล่างของบ้าน มีการปรับปรุงบันไดให้เหมาะสม มีแสงสว่างเพียงพอ นอกจากนี้ต้องมีความปลอดภัยจากการโจรกรรมโดยประตูหน้าต่างมีกลอน หรือกุญแจสำหรับปิด มีการเลี้ยงสัตว์ เช่น สุนัขเพื่อป้องกันคนแปลกหน้าเข้าบ้าน

2.2 ความปลอดภัยในทางเศรษฐกิจการเงินและกฎหมาย เป็นการจัดการด้านการเงินที่มีความเหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ ค่าใช้จ่ายที่เพียงพอเหมาะสำหรับผู้สูงอายุ ทรัพย์สินเงินทองไม่ถูกของผู้สูงอายุไม่ถูกนำมาใช้โดยไม่ได้รับอนุญาต

2.3 ความปลอดภัยในการได้รับการดูแลจากผู้ให้การดูแล โดยการให้การดูแลที่เหมาะสม ไม่ถูกละเลยหรือทอดทิ้ง เช่นการไม่ผูกมัดผู้สูงอายุ การได้รับประทานยาที่ถูกต้อง เป็นต้น

3. **ความต้องการความรักและความเป็นเจ้าของ** (Belonging and Love need)

บุคคลต้องการความรู้สึกพิเศษ ต้องการความรัก และเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม การมีความสำคัญในกลุ่มและการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นๆ จะช่วยเพิ่มความรู้สึกเป็นเจ้าของ ในวัยผู้สูงอายุอาจเกิดความรู้สึกว่าขาดความรัก เกิดการสูญเสียไม่ว่าจะเป็นเพื่อน หรือคู่สมรส การพลัดพราก การย้ายถิ่นที่อยู่ สาเหตุดังกล่าวจะทำให้ผู้สูงอายุเกิดการแยกตัวเอง ความเหงา และความรู้สึกโดดเดี่ยว สิ่งที่ผู้สูงอายุต้องการจะได้รับก็คือ ความรัก การสัมผัส สัมพันธภาพ ความใกล้ชิดสนิทสนม ความต้องการเรื่องเพศ การมีเครือข่ายในสังคม ซึ่งอาจเป็นครอบครัว บุตรหลาน หรือเพื่อน ความเสมอภาคในสังคม การได้รับการยอมรับว่าผู้สูงอายุเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ไม่เป็นบุคคลที่ถูกทอดทิ้งหรือเป็นบุคคลที่สังคมลืม

3.1 การสัมผัส เป็นสิ่งสำคัญที่สุด สำหรับความรู้สึก และเป็นสิ่งที่บุคคลมักจะละเลย หรือคาดไม่ถึงว่าเป็นสิ่งที่ทุกคนต้องการ เนื่องจากการสัมผัสถือว่าเป็นระบบประสาทการรับรู้สิ่งแรกที่จะทำให้มนุษย์สามารถรับรู้ หรือเรียนรู้ในสิ่งต่างๆ นอกจากนี้การสัมผัสสามารถที่จะถ่ายทอดความรู้สึกจากบุคคลหนึ่งไปสู่อีกบุคคลหนึ่งได้ และในบางครั้งการสัมผัสก็สามารถทำให้ผู้ที่ถูกสัมผัสเกิดการผ่อนคลาย หรือบรรเทาความเจ็บปวดลงได้ การสัมผัสจึงเป็นสิ่งหนึ่งที่สำคัญซึ่งผู้สูงอายุต้องการ

3.2 การมีสัมพันธภาพ/เครือข่ายในสังคม เป็นการที่ผู้สูงอายุมีการติดต่อ หรือ

มีผู้ให้การช่วยเหลือ หรือสนับสนุนในสังคม ไม่ว่าจะเป็นคู่สมรส บุตร-หลาน บุคคลในครอบครัว หรือกลุ่มเพื่อน ซึ่งเป็นสิ่งที่จะทำให้ชีวิตของผู้สูงอายุมีความหมาย รู้สึกว่าไม่ได้อยู่โดยลำพัง หรือถูกทอดทิ้งจากสังคม

4. **ความต้องการด้านความภูมิใจ/การยอมรับนับถือ** (Self esteem need)

ความต้องการในด้านการยอมรับนับถือ/ความภาคภูมิใจ เป็นความรู้สึกภายในจิตใจของบุคคลที่มีความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า มีประโยชน์ และมีความสามารถ ในวัยสูงอายุสิ่งเหล่านี้พัฒนามาจากประสบการณ์ในอดีต ความสำเร็จที่ได้รับ หรือความสมบูรณ์หรือความเหมาะสมในชีวิตของแต่ละบุคคล การขาดซึ่งการยอมรับนับถือ ความภาคภูมิใจจะทำให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะเครียด และภาวะซึมเศร้าได้

4.1 การควบคุม (control) เป็นความสามารถในการที่จะควบคุมตนเองทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งผู้สูงอายุแต่ละคนจะมีความแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายด้าน เช่น เพศ เชื้อชาติ สถานะทางเศรษฐกิจ และการศึกษา สำหรับในผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ คือ ไม่สามารถจะควบคุมตนเองให้ปฏิบัติกิจกรรม หรือบทบาทหน้าที่ที่ตนเองต้องการปฏิบัติได้ ผู้ที่ให้การดูแลจะต้องทำหน้าที่เป็นผู้ให้การปกป้องคุ้มครอง ให้กำลังใจ และสร้างเสริมกำลังใจให้แก่ผู้สูงอายุ

4.2 บทบาทที่มีประโยชน์ในสังคม วัยสูงอายุเป็นวัยที่ต้องพัก หรือเกษียณจากการทำงาน ทำให้รู้สึกว่า ประโยชน์ในตนเองลดลง การได้รับการยอมรับจากบุคคลหรือสังคมว่าผู้สูงอายุยังเป็นผู้ที่มีประโยชน์ สามารถแสดงบทบาทที่เป็นประโยชน์ได้ โดยเป็นผู้ให้คำปรึกษาหรือให้คำแนะนำแก่คนรุ่นหลัง การเป็นบุคคลที่ควรเคารพนับถือ หรือเป็นแบบอย่างในการดำเนินชีวิต จะช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้รับการตอบสนองความต้องการในด้านนี้

4.3 การรับรู้/การมีสติสัมปชัญญะ ในวัยสูงอายุมักพบว่ามีความเสื่อมของร่างกาย และอวัยวะต่างๆ การทำงานของสมอง เป็นส่วนที่พบได้บ่อยว่ามีการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมลง ทำให้ผู้สูงอายุมีความผิดปกติในเรื่องความคิด ความจำ การให้การดูแลผู้สูงอายุในเรื่องนี้จึงเป็นสิ่งสำคัญ การจัดสิ่งแวดล้อมที่สร้างเสริมให้ผู้สูงอายุมีการรับรู้ เช่น การติดหรือแขวนปฏิทินไว้ภายในห้องผู้สูงอายุ การให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสพบกับเพื่อนวัยเดียวกัน และบุคคลอื่น การให้ผู้สูงอายุได้รับรู้ข่าวสาร หรือความเป็นต่างๆในสังคม การให้เวลาอยู่กับผู้สูงอายุมากขึ้น จึงเป็นสิ่งที่ควรปฏิบัติ

4.4 การสนับสนุนทางด้านวัฒนธรรม หรือกลุ่มคนที่อยู่ในวัยเดียวกัน การที่ผู้

สูงอายุๆ ได้พบกับบุคคลในวัยเดียวกัน จะทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น การปรึกษาปัญหาต่างๆ ที่มีความคล้ายคลึงกัน การได้ทำกิจกรรมด้านศาสนา หรือความเชื่อจะทำให้ผู้สูงอายุเกิดความภูมิใจและสบายใจ

5. **ความต้องการความสำเร็จในชีวิต** (Need for self actualization)

เป็นความต้องการขั้นสูงสุดของบุคคล ซึ่ง Maslow มีความเชื่อว่าบุคคลในวัยหนุ่มสาวยังไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการในขั้นนี้ เนื่องจากต้องใช้ระยะเวลา ความรอบคอบ การพัฒนาทางด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคม อย่างเหมาะสมที่จะเผชิญกับสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นในการดำเนินชีวิต สำหรับวัยสูงอายุเป็นวัยที่มีประสบการณ์ในการดำเนินชีวิตมาอย่างยาวนาน เมื่อถึงความต้องการในขั้นนี้ จะทำให้ผู้สูงอายุมีความสุข ใช้ชีวิตในบั้นปลายด้วยความเรียบง่าย และสงบ ไม่หวังสิ่งอื่นใดนอกจากความสบายใจ และสิ่งที่จะช่วยส่งเสริมทำให้ผู้สูงอายุได้รับความต้องการในขั้นนี้ก็คือ

5.1 การสร้างสรรค์ ในการสร้างสรรค์ผลงานต่างๆ ของผู้สูงอายุ เช่น งานศิลปะ การเขียนหนังสือ การแต่งกลอน การเล่นดนตรี การใช้อารมณ์ขัน

5.2 ความเชื่อในสิ่งที่อยู่เหนือธรรมชาติ ความเชื่อในสิ่งต่างๆเหล่านี้เกิดขึ้นได้ทั้งในขณะที่บุคคลอยู่ในภาวะรู้สติ หรืออยู่ในภาวะซึ่งไร้สติสัมปชัญญะ เป็นสิ่งที่ช่วยยึดเหนี่ยวจิตใจให้เกิดความสุข ความสงบ และเกิดความสบายใจ ซึ่งสิ่งที่เหมาะสมในการปฏิบัติสำหรับผู้สูงอายุ ได้แก่ การนั่งสมาธิ การสวดมนต์ การไหว้พระ การปฏิบัติศาสนกิจต่างๆ

5.3 การตายอย่างมีความหมาย การเกิด และการตายเป็นสิ่งที่เป็นวัฏจักร ความตายจะเกี่ยวข้องกับอายุเนื่องจากพบว่า 2 ใน 3 ของบุคคลที่ตาย จะมีอายุ 65 ปีขึ้นไป สำหรับบุคคลทุกคนการตายอย่างมีความหมาย คือ การตายที่ปราศจากความทุกทรมาน ตายหลังจากที่ได้ทำในสิ่งที่ตนเองต้องการ การตายในขณะที่มีบุคคลอันเป็นที่รักอยู่ใกล้ ทำให้เป็นการจากไป หรือการตายที่มีความหมาย

Phillips, Morrison & Chae (1990) ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับความต้องการของผู้สูงอายุโดยมีพื้นฐานมาจากความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ การกระทำทารุณในผู้สูงอายุ การพยาบาลอนามัยชุมชน และการพยาบาลผู้สูงอายุ ไว้ว่า ผู้สูงอายุมีความต้องการ 6 ด้าน คือ

1. **ความต้องการด้านสิ่งแวดล้อม** เป็นความต้องการของผู้สูงอายุที่จะได้รับการตอบสนองในเรื่องที่อยู่อาศัย เพื่อความสะดวกสบาย และความมั่นคงปลอดภัยในการดำรงชีวิต

1.1 ที่นอน มีความเป็นส่วนตัว ขนาดของที่นอนมีความเหมาะสมโดยมีขนาดอย่างน้อย 30 นิ้วสำหรับผู้สูงอายุที่นอนคนเดียว

1.2 ห้องนอน มีความสะดวกสบาย มีอากาศถ่ายเทสะดวก เหมาะสมกับผู้สูงอายุ เช่น อยู่บริเวณด้านล่างของบ้าน

1.3 บ้านที่พักอาศัย มีการปรับปรุงให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ได้แก่ การมีราวจับในห้องน้ำ บันได พื้นไม่มีความแตกต่างของระดับ พื้นไม่ลื่น

2. **ความต้องการด้านร่างกาย** เป็นความต้องการของผู้สูงอายุที่จะได้รับการตอบสนองในเพื่อที่จะดำรงชีวิตอยู่รอด การรักษาดุลยภาพของสรีรวิทยา และความสุขสบาย ประกอบด้วย

2.1 สุขวิทยาส่วนบุคคล ได้แก่ ความสะอาดของร่างกาย ปากฟัน ผม

2.2 การออกกำลังกาย และการเคลื่อนไหว

2.3 เสื้อผ้า -เครื่องนุ่งห่ม ได้แก่ เสื้อผ้าสวมใส่สบาย สวมใส่ได้สะดวก ความสะอาด รองเท้าที่เหมาะสม

2.4 อาหาร- น้ำ ได้แก่ รับประทานอาหารที่เหมาะสมกับวัยสูงอายุ ดื่มน้ำอย่างเพียงพอ ไม่มีภาวะขาดน้ำ

2.5 การดูแลผิวหนังไม่ให้อับชื้น หรือแตกแห้ง การดูแลเล็บมือ- เท้า

2.6 การขับถ่าย

3. **ความต้องการด้านการรักษาสุขภาพ** เป็นความต้องการของผู้สูงอายุที่จะได้รับการตอบสนองเพื่อดำรงไว้ซึ่งการมีสุขภาพดี สามารถปฏิบัติหน้าที่/บทบาทของตนได้ และการได้รับการช่วยเหลือเมื่อเกิดการเจ็บป่วย /เกิดอุบัติเหตุ ตลอดจนการป้องกันไม่ให้เกิดการเจ็บป่วย ได้แก่

3.1 อุปกรณ์เสริม/อุปกรณ์ช่วยเหลือ เพื่ออำนวยความสะดวกในการดำเนินชีวิต ได้แก่ ฟันปลอม แว่นตา

3.2 การไปตรวจสุขภาพร่างกาย/สุขภาพฟัน สม่ำเสมอ

3.3 การช่วยเหลือเบื้องต้นอย่างถูกต้อง เมื่อเกิดกรณีฉุกเฉิน หรือเกิดอุบัติเหตุ

3.4 เมื่อเกิดการเจ็บป่วยได้รับการดูแลรักษาจากแพทย์

4.**ความต้องการด้านจิตสังคม** เป็นความต้องการของผู้สูงอายุที่จะได้มีการติดต่อ/สื่อสาร/การได้มีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ความรัก ความใกล้ชิดสนิทสนม การเป็นที่ยอมรับเป็นที่เคารพนับถือการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การปฏิบัติกิจกรรมทางด้านศาสนา/ความเชื่อ ได้แก่

4.1 การติดต่อ/พบปะสังสรรค์กับบุคคลภายในครอบครัว และบุคคลอื่น

4.2 การรับรู้ความเป็นไปในสังคม

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

4.3 ความใกล้ชิดสนิทสนม

4.4 การแสดงบทบาทที่เป็นประโยชน์ในครอบครัว/สังคม

4.5 การได้รับความชื่นชมยินดี/การยกย่อง/เคารพนับถือ เนื่องจากเป็นบุคคลสำคัญ

4.6 ความภาคภูมิใจ

4.7 การมีโอกาสที่จะแสดงความคิดเห็นส่วนบุคคล

4.8 การได้รับการสนับสนุนทางด้านอารมณ์

4.9 ความมั่นคงปลอดภัย และได้รับความเคารพในสิ่งที่ต้องการ

5. **ความต้องการด้านสิทธิมนุษยชน** เป็นความต้องการของผู้สูงอายุที่จะได้รับการตอบสนองในสิทธิอันพึงมี/พึงได้หรือสิทธิอันชอบธรรม ที่มนุษย์ทุกคนควรได้รับ ได้แก่

5.1 ความเคารพคุณค่าในตัวผู้สูงอายุ

5.2 ความเป็นส่วนตัว/สิทธิส่วนบุคคล

5.3 ความเป็นตัวของตัวเอง

5.4 การปกป้องคุ้มครองในเรื่องความปลอดภัย ความเสี่ยง และความไม่สุขสบายต่างๆ

5.5 การยอมรับนับถือ

5.6 สิทธิในการแสดงความคิดเห็น/การแสดงออก

6. **ความต้องการด้านเศรษฐกิจ-การเงิน** เป็นความต้องการของผู้สูงอายุเกี่ยวกับการบริหารจัดการเกี่ยวกับการเงิน ทรัพย์สมบัติ ซึ่งมีความถูกต้อง ยุติธรรม เป็นไปตามความต้องการของผู้สูงอายุ ตลอดจนการได้รับการช่วยเหลือในด้านการเงินเพื่อนำมาเป็นค่าใช้จ่ายในการดำเนินชีวิต

6.1 การบริหารจัดการในเรื่องการเงิน ทรัพย์สินต่างๆ เป็นไปตามความต้องการของผู้สูงอายุ

6.2 การใช้ทรัพย์สินเงินทองที่มีความเหมาะสม /สมเหตุสมผล

6.3 การช่วยเหลือในการทำธุรกรรมด้านการเงิน/ทรัพย์สิน

6.4 การเก็บออมในการใช้จ่ายสำหรับผู้สูงอายุ

6.5 การได้รับการสนับสนุนเรื่องค่าใช้จ่ายในการดำเนินชีวิตจากครอบครัว

2. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว (Family caregiving)

2.1 แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดพื้นฐานที่สามารถอธิบายว่าทำไมคนจึงช่วยเหลือผู้อื่น อันนำไปสู่ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว ได้แก่ (ยุพาพิน ศิรโพธิ์งาม, 2539)

1. Bystander effect ปรากฏการณ์นี้หมายถึง การที่มีผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือแต่บุคคลรอบข้างจะดูเหมือนว่าไม่ได้เป็นภาระของใครคนใดคนหนึ่ง ที่จะลงมือช่วยเหลืออย่างจริงจังทั้งๆที่ความจริงอยากจะช่วยเหลืออยู่อย่างเต็มที่

2. ลักษณะของผู้ถูกช่วยเหลือ โดยทั่วไปผู้ที่มีโครงสร้างทางร่างกายที่ดึงดูดความสนใจจะได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้างเป็นอย่างดีมากกว่า

3. ความคล้ายคลึงกันในด้านต่างๆ เช่น ผู้ให้และผู้รับความช่วยเหลือ ที่เป็นบุคคลในครอบครัว เป็นญาติหรือเป็นพี่น้อง มีความเกี่ยวพันกันทางสายเลือด หรือเป็นบุคคลเชื้อชาติเดียวกันจะให้ความช่วยเหลือกันมากกว่า

4. แรงจูงใจในการให้ความช่วยเหลือ (Motive for helping) แบ่งเป็น 2 ประการคือ

4.1 Egoistic motivation เป็นแรงจูงใจที่เกิดขึ้นเพื่อให้การช่วยเหลือโดยคาดว่าจะได้รางวัล ค่าจ้าง การยอมรับจากสังคม คำชม หรือการป้องกันคำครหานินทา

4.2 Altruistic motivation เป็นแรงจูงใจที่เกิดจากความสงสาร เข้าใจ เห็นใจซึ่งมีพื้นฐานมาจากความเป็นญาติ ความสัมพันธ์ในอดีต ความคล้ายคลึงกันในด้านต่างๆ เช่น เชื้อชาติ ความเชื่อ ระหว่างผู้ให้และผู้รับการช่วยเหลือ

2.2 ความหมายของผู้ดูแลในครอบครัว

คำว่า Family caregiver หรือ Informal caregiver แปลความเป็นภาษาไทย ใช้คำว่า ญาติผู้ดูแล ผู้ดูแลที่บ้าน หรือผู้ดูแลในครอบครัว หมายถึง ญาติหรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือดูแลผู้ต้องการการดูแลที่บ้าน โดยมีลักษณะสำคัญดังนี้ (ยุพาพิน ศิรโพธิ์งาม, 2539)

1. ผู้ดูแลนั้นมีความสัมพันธ์โดยมีความเป็นญาติ หรือบุคคลที่มีความสำคัญในชีวิตของผู้รับการดูแล ซึ่งอาจเป็น คู่สมรส บิดา มารดา บุตร พี่น้อง หรือเพื่อน เป็นต้น

2. ผู้รับการดูแล (care receiver) ต้องเป็นบุคคลที่มีภาวะการเปลี่ยนแปลงเนื่องจากโรค ความพิการ หรือความเสื่อมถอยของสมรรถภาพด้านร่างกาย จิตใจ รวมทั้งอารมณ์และสติปัญญา การรู้คิดตัดสินใจต่างๆ ที่มีผลทำให้เกิดข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หรือก่อให้เกิดความต้องการการดูแล และบำบัดรักษาที่เฉพาะ ตลอดจนการแสดงบทบาทหน้าที่ และการ

I20974371

ปฏิสัมพันธ์ทางสังคม โดยความต้องการดังกล่าวต้องได้รับการตอบสนอง หรือดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องในช่วงระยะเวลาหนึ่ง หรือตลอดไป

2. มุ่งเน้นเฉพาะการให้ความดูแลช่วยเหลือ โดยไม่ได้รับการตอบแทนที่เป็นค่าจ้าง

3. สถานการณ์ในการให้ความช่วยเหลือดูแลเกิดขึ้นที่บ้าน หรือชุมชนแหล่งอาศัย

การให้ความหมายของผู้ดูแลในครอบครัว ยังอาจจำแนกได้ตามระดับขอบเขตความรับผิดชอบ ในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย และการให้เวลาในการดูแล (Horowitz, 1985 อ้างถึงในจอม สุวรรณโณ, 2541) ซึ่งประกอบด้วย

1. ผู้ดูแลหลัก (Primary caregiver) หมายถึง ผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลที่กระทำต่อผู้รับการดูแลโดยตรง (give direct care) มุ่งเน้นที่การกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย เช่น การอาบน้ำทำความสะอาดร่างกาย ดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล ช่วยแต่งตัว ป้อนอาหารหรือให้อาหารทางสายยาง ทำความสะอาดแผล ช่วยในการขับถ่าย จัดเตรียมให้ผู้รับการดูแลรับประทานยา เป็นต้น โดยให้เวลาในการดูแลอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่องมากกว่าคนอื่นๆ

2. ผู้ดูแลรอง (Secondary caregiver) หมายถึง บุคคลอื่นที่อยู่ในเครือข่ายของการดูแล มีหน้าที่จัดการด้านอื่นๆ ซึ่งไม่ใช่การดูแลที่กระทำต่อตัวผู้รับการดูแลโดยตรง (indirect care) เช่น เป็นธุระแทนในการติดต่อกับชุมชน หรืองานสังคม จัดการเกี่ยวกับการเดินทางในการตรวจรักษา เป็นต้น หรืออาจปฏิบัติกิจกรรมการดูแลต่อผู้รับการดูแลโดยตรงเป็นครั้งคราว เมื่อผู้ดูแลหลักไม่สามารถกระทำหน้าที่ได้ หรือคอยช่วยเหลือผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วย แต่ให้เวลาในการดูแลน้อยกว่า

สุดศิริ หิรัญชุณหะ (2541) ให้ความหมายของผู้ดูแลในครอบครัวว่าหมายถึง สมาชิกในครอบครัวที่มีสายสัมพันธ์ใกล้ชิด เช่น เป็นบิดา มารดา สามี ภรรยา หรือบุตร เป็นต้น โดยอาศัยอยู่ภายในบ้านเดียวกันกับผู้สูงอายุ หรือรับผิดชอบเป็นผู้ดูแลหลัก

เดวิส (Davis, 1992) กล่าวว่า ผู้ดูแลในครอบครัว หมายถึง บุคคลซึ่งให้ความช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดยไม่รับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัล อาจเป็นคู่สมรส บิดา มารดา บุตร ญาติพี่น้อง เพื่อน เพื่อนบ้าน หรือบุคคลสำคัญในชีวิต

National Family Caregiver Association (2000) ให้ความหมาย ผู้ดูแลผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่อยู่ภายในครอบครัว เพื่อน หรือเพื่อนบ้านที่ให้การดูแลช่วยเหลือด้วยความรักความผูกพัน ในผู้ป่วยเรื้อรังหรือผู้ที่มีความพิการ

จากความหมายและลักษณะของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ได้กล่าวมาแล้ว พบว่ามีความหมายหลากหลายกล่าวโดยสรุป ผู้ดูแลในครอบครัว หมายถึง ผู้ให้การดูแลแก่ผู้สูงอายุโดยมีความ

สัมพันธ์กับผู้สูงอายุในลักษณะเครือญาติ เป็นเพื่อน หรือบุคคลสำคัญในชีวิตของผู้สูงอายุ ที่ให้การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุมากที่สุด หรือรับผิดชอบเป็นผู้ดูแลหลัก โดยที่ไม่รับค่าจ้าง หรือรางวัลตอบแทน

บทบาทของผู้ดูแลในครอบครัวประกอบไปด้วย การทำกิจกรรมทดแทน การฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่อง ส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้อยู่ในความดูแล และ ช่วยเหลือ แก้ปัญหา หาแหล่งสนับสนุนที่มีประโยชน์ต่อผู้อยู่ในความดูแล และพัฒนาความสามารถในการดูแลอย่างต่อเนื่อง (สุดศิริ หิรัญชุณหะ, 2541)

2.3 ลักษณะของผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุจะมีลักษณะเฉพาะดังนี้

2.3.1 เพศ ผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงวัยกลางคน (อายุระหว่าง 40-59 ปี) สถานภาพโสด สมรส อาชีพเป็นแม่บ้าน หรือประกอบอาชีพนอกบ้าน (Shumacher, 1996; มาลินี วงษ์สิทธิ์ และศิริวรรณ ศิริบุญ, 2541) ที่เป็นเช่นนี้ เนื่องจากบทบาทภายในบ้าน หรือในครอบครัวนั้นจะถูกมองว่าเป็นเรื่องของผู้หญิง ซึ่งสังคมจะมองว่าผู้หญิงมีหน้าที่ให้การดูแลความเป็นอยู่ของบุคคลในบ้าน เช่นในเรื่องการประกอบอาหาร ดูแลความเรียบร้อยภายในบ้าน (วรรณา พาหุวัฒนากร, 2538) และนอกจากนี้ยังพบว่า ชาย มีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุในครัวเรือนน้อยกว่า (ระพีพรรณ พันธุรัตน์, 2542)

2.3.2 อายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีอายุอยู่ในวัยกลางคน (อายุระหว่าง 40-59 ปี) มีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับผู้สูงอายุโดยส่วนใหญ่จะเป็นบุตรของผู้สูงอายุ (สุดศิริ หิรัญชุณหะ, 2541) ทั้งนี้เพราะขั้นตอนของชีวิต ของผู้สูงอายุ และผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กันคือในวัยเยาว์ ผู้ดูแลส่วนซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นบุตรนั้นได้รับการดูแลเกื้อหนุนจากบิดามารดา เมื่อเติบโตขึ้นผู้ดูแลจะก้าวสู่ขั้นตอนของความเป็นผู้ใหญ่ และทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลบิดามารดาที่สูงวัย และด้วยวัย 40-59 ปี ผู้ดูแลอาจมีฐานะความมั่นคงเป็นปึกแผ่น หรือมีบุตรที่พึ่งพาทางเศรษฐกิจได้แล้ว ดังนั้นบุคคลในวัยนี้จึงเป็นกลุ่มบุคคลที่พร้อมจะเป็นหลักในการให้การดูแลผู้สูงอายุ (Knodel et al., 1991 อ้างในมาลินี วงษ์สิทธิ์ และศิริพรรณ ศิริบุญ, 2541)

2.3.3 ผู้ดูแลที่เป็นคู่สามีภรรยา จะมีความรู้สึกที่ขัดแย้งกัน ระหว่างความรู้สึกในการยอมรับตนเองกับ ไม่ยอมรับตนเอง และบางครั้ง อาจสับสนว่าสิ่งที่เกิดขึ้นมานั้นเป็นสิ่งที่ดี หรือเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดความรู้สึกที่สิ้นหวัง (Cook and Fontaine, 1991 in Given et al., 2000) ผู้ดูแลที่เป็นคู่สามีภรรยาอาจจะมีความไม่พอใจในการให้การดูแลและอาจมีการแยกตัวจากสังคม ซึ่งเกิดจากการต้องรอคอยให้การดูแลผู้ป่วยตลอดเวลา และหากผู้ดูแลรู้สึกว่าในการที่ให้การดูแลเป็น

ภาระแล้ว ในที่สุดก็อาจทำให้ผู้ดูแลสูญเสียการเคารพตนเอง (Given, 2001) จากการศึกษาการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในประเทศไทยพบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่ที่เป็นคู่สามีภรรยานั้นยอมรับว่าเบื่อหน่ายไม่อยากให้การดูแลเนื่องจากไม่สามารถรับพฤติกรรมการแสดงอารมณ์ของผู้ป่วยได้

2.3.4 ลักษณะเฉพาะทางด้านสังคมและทางด้านวัฒนธรรม จากการศึกษาของ Kespichayawattana (1999) พบว่า ปัจจัยทางด้านประเพณีวัฒนธรรม ในเรื่องของความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุ ซึ่งผู้ดูแลถือว่าผู้สูงอายุอยู่ในสถานะที่สูงกว่าจึงมีการเคารพ และเชื่อฟังผู้สูงอายุรวมทั้งมีคำสอนทางศาสนา ซึ่งเป็นความเชื่อที่สืบทอดกันมาให้บุตรมีหน้าที่เลี้ยงดูบุพการี ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของ แคฟฟรี (Caffrey, 1992) ที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับเหตุผลของการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลในครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย พบว่ามีสาเหตุของการเป็นผู้ดูแล นั้นเพื่อเป็นการแสดงความกตัญญูต่อบิดามารดา และเป็นการกระทำเพราะความรักที่มีต่อบิดามารดา

2.3.5 ค่านิยม ในการให้การดูแลผู้สูงอายุนั้นถือว่าเป็นค่านิยม โดยผู้ดูแลมีความเชื่อว่าบุตรนั้นเป็นหนี้บุญคุณบิดามารดา การได้ดูแลบิดามารดาเป็นการสร้างกุศล ซึ่งจะส่งผลให้มีชีวิตที่ดีกว่าในภายภาคหน้า (Caffrey, 1992) และจากการศึกษาของ Kespichayawattana (1999) พบว่า ในการให้การดูแลผู้สูงอายุสำหรับประเทศไทยนั้น ถือว่าเป็นค่านิยมของสังคมที่ปฏิบัติกันมา โดยบุตรหลานมีความรู้สึกว่าจะต้องมีความกตัญญู กตเวที ต่อบุพการี

3. คุณภาพการดูแลผู้สูงอายุโดยครอบครัว

3.1 แนวคิดเกี่ยวกับการดูแล

การดูแล เป็นคำที่ใช้สื่อความหมายในชีวิตประจำวันทั้งในภาษาพูดและภาษาเขียน เมื่อจะต้องให้การดูแลกับใครถือว่าต้องให้การดูแลด้วยจิตใจ ด้วยความเต็มใจ ด้วยความรักและความปรารถนาดี (ฟาริดา อิบราฮิม, 2539) ในแต่ละบุคคลจะได้รับการดูแลตั้งแต่แรกเกิด จนกระทั่งเมื่อถึงวัยผู้ใหญ่จะต้องเป็นผู้ให้การดูแล และเมื่อถึงวัยสูงอายุก็จะกลับมาเป็นผู้ได้รับการดูแลอีกเนื่องจากความบกพร่องในการทำงานของระบบต่างๆ ในร่างกายประกอบกับการมีโรคประจำตัว หรือโรคเรื้อรังทำให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการดูแลตนเองลดน้อยลงเรื่อยๆจนถึงระดับที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ จำเป็นต้องมีบุคคลเข้ามาดูแลช่วยเหลือในส่วนที่ตนเองไม่สามารถปฏิบัติได้ (สมฤดี สิทธิมงคล, 2541)

การดูแล ตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตสถาน พ.ศ. 2535 หมายถึง การเอาใจใส่ ปกปักรักษา ปกครอง

การดูแลเป็นการแสดงความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลต่อบุคคลตามบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบทางสังคมโดยมีความเมตตาความเอื้ออาทร ความสนใจ ความเอาใจใส่ เป็นพื้นฐานเพื่อการดำรงอยู่ของชีวิต และสรรพสิ่ง (พยอม อยู่สวัสดิ์, 2539)

วัทสัน กล่าวว่า การดูแลเป็นความสัมพันธ์ของบุคคล 2 คน ที่ปฏิบัติการดูแล (Watson, 1979; 1988 อ้างถึงใน พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2536) และได้อธิบายพฤติกรรมสำคัญของการดูแลไว้ 10 พฤติกรรม คือ

1) การมีค่านิยมที่พัฒนามาจาก การเห็นแก่ความเป็นมนุษย์ และเห็นแก่ประโยชน์ของผู้อื่น มีความพอใจที่จะให้

2) การมีสำนึกของความศรัทธา และความหวังเกี่ยวข้องกับค่านิยมเห็นแก่ความเป็นมนุษย์ เสริมสร้างความสุข และประโยชน์ของส่วนรวม ไม่ท้อแท้

3) ไวต่อการรับรู้ความรู้สึกของตนเองและผู้อื่น มีการกระทำที่จริงใจ

4) สร้างสัมพันธภาพเพื่อให้ช่วยเหลือในการดูแลมนุษย์ และไว้วางใจ จากการเข้ากันได้กับบุคคลโดยอยู่บนพื้นฐานของความจริง มีความซื่อสัตย์ มีความรู้สึกร่วมสามารถรับรู้ความรู้สึกของผู้อื่นได้ มีความอบอุ่นเปิดเผย และมีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

5) ยอมรับในการแสดงออกทั้งทางบวก และทางลบ มีความเข้าใจในสถานการณ์ที่แตกต่างกัน

6) ใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์ในการตัดสินใจแก้ปัญหาอย่างสร้างสรร

7) มีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล มีการเรียนรู้ กระตุ้นให้บุคคลมีการดูแลตนเอง มีการค้นหาความต้องการของตนเองและเติบโตได้ด้วยตนเอง

8) มีการประคับประคองสนับสนุน ปกป้อง และแก้ไขสิ่งแวดล้อมทั้งด้านกายภาพ จิตใจสังคม และจิตวิญญาณ

9) ให้ความช่วยเหลือเพื่อตอบสนองความต้องการของบุคคลด้วยความเต็มใจ ทั้งความต้องการทางด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคม ความต้องการระหว่างบุคคล ความต้องการด้านศาสนา การปฏิบัติกิจกรรม และความต้องการทางเพศ เป็นต้น

10) มีพลังในจิตวิญญาณที่มาจากประสบการณ์ตรงที่เป็นอยู่จริง และช่วยให้บุคคลค้นหาสิ่งที่ช่วยให้เข้าใจสิ่งที่เป็นไปในโลก เช่น ความเชื่อ ความหวัง ศาสนา ปรัชญา และความดีงามของชีวิต

Morse และคณะ (1990) ได้ทำการศึกษาเพื่ออธิบายแนวคิดเรื่องการดูแล โดยรวบรวมแนวคิดของนักวิชาการ 35 คน จากบทความวิชาการ และการวิจัย วิเคราะห์เนื้อหาของข้อมูลที่ได้มาทั้งหมด จากผลการวิจัย ได้แบ่งแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลไว้ 5 ทัศนะ ได้แก่

1) การดูแลเป็นลักษณะประจำของมนุษยชาติ เพื่อให้มนุษย์สามารถรักษาเผ่าพันธุ์ไว้ แต่จะแตกต่างกันตามศักยภาพของแต่ละบุคคล โดยขึ้นกับประสบการณ์ การได้รับการดูแลมาก่อน ลักษณะเฉพาะของตัวบุคคล และขนบธรรมเนียมประเพณีในสังคมนั้นๆ

2) การดูแลเป็นเรื่องของศีลธรรม จริยธรรม ตามค่านิยมพื้นฐานของบุคคล หรือสังคม การดูแลแสดงออกโดยพฤติกรรม ภาพลักษณ์และลักษณะทางอารมณ์ เช่น การแสดงความเห็นอกเห็นใจ ความอ่อนโยนให้กำลังใจ จะเห็นมากในผู้ดูแลในครอบครัวเดียวกัน

3) การดูแลเป็นการแสดงความสนใจห่วงใย การดูแลมีความเกี่ยวข้องกับอารมณ์ มีความรู้สึกเอาใจเขามาใส่ใจเรา สนใจ เป็นห่วง ต้องการปกป้องและอุทิศให้ การดูแลที่พัฒนาขึ้นในบุคคลมี 4 ระยะ คือ ความผูกพัน ความพยายามที่จะให้ ความใกล้ชิด และการแสดงยืนยันความห่วงใยถ้าการพัฒนาไม่ครบทั้ง 4 ระยะนี้ก็จะไม่ถือเป็นการดูแล

4) การดูแลเป็นการแสดงสัมพันธภาพระหว่างบุคคล จึงเป็นการดูแลที่เกิดขึ้นในครอบครัว ระหว่างคนใกล้ชิด

5) การดูแลเป็นการปฏิบัติการเพื่อการรักษาพยาบาล การอธิบายกิจกรรมที่ดูแลต้องใช้องค์ความรู้ทางวิทยาศาสตร์ การพยาบาล การแพทย์ และศาสตร์สาขาอื่น ผู้ดูแลในทัศนะนี้จะต้องมีความรู้ และทักษะในการนำความรู้ดังกล่าวมาใช้ เพื่อให้ผู้รับบริการคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี หรือพ้นจากความเจ็บป่วย ตลอดจนสามารถถ่ายทอดความรู้ ให้คำปรึกษาแก่บุคคล สามารถจัดการกับปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้น และมีความรู้ความเข้าใจในการประสานงานเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพได้

3.2 แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพ

3.2.1 ความหมาย

คุณภาพ เป็นคำที่ถูกนำมาใช้อย่างกว้างขวางในหลายความหมาย และหลายสาขาอาชีพ โดยมีผู้ให้ความหมายของคำว่า คุณภาพไว้หลากหลาย ดังนี้

คุณภาพ (quality) ตามพจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2530 ให้ความหมายว่า เป็นลักษณะความดี ลักษณะประจำบุคคลหรือสิ่งของ

Webster's New World Dictionary (1988) ให้ความหมาย Quality ไว้ว่า หมายถึง ลักษณะพิเศษเฉพาะ หรือ คุณสมบัติเฉพาะของสิ่งต่างๆ ที่ทำให้ทราบว่า สิ่งนั้นคืออะไร หรืออีกความหมายหนึ่ง คุณภาพ หมายถึง ลักษณะ/คุณลักษณะที่แสดงให้เห็นความดี หรือจุดเด่นของสิ่งนั้น และในอีกความหมายหนึ่ง คุณภาพ หมายถึง ระดับของความยอดเยี่ยม ความเหนือกว่า ความดีกว่า ของสิ่งนั้น

Donabedian (1988) ให้ความหมาย คุณภาพไว้ว่า คุณภาพ คือ สภาพที่เอื้อประโยชน์สูงสุดต่อสถานการณ์หนึ่ง อย่างมีประสิทธิภาพ

อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล (2541) กล่าวว่า คุณภาพ หมายถึง ระดับความเป็นเลิศ (excellence) ทั้งในด้านรูปธรรม และนามธรรม อาจประเมินได้จาก ชนิด และจำนวนเครื่องมือ อาคารสถานที่ จำนวนบุคลากร การฝึกอบรม ส่วนด้านนามธรรม อาจประเมินได้จากการรับรู้ความพึงพอใจ ของผู้ใช้บริการ

จากการทบทวนในเรื่องความหมายของคำว่า คุณภาพ จะเห็นได้ว่า คุณภาพนั้นเป็นคำที่ถูกนำมาใช้ เพื่อที่จะแสดงให้เห็นว่าสิ่งต่างๆเหล่านั้น เป็นสิ่งที่ดี มีประสิทธิภาพได้มาตรฐาน เป็นที่ยอมรับของบุคคลอื่นๆ คุณภาพ จึงเป็น สิ่งที่แสดงให้เห็น ลักษณะของความดี ความเหมาะสม ความมีประสิทธิภาพ เมื่อเปรียบเทียบกับมาตรฐานที่ได้กำหนดไว้

คุณภาพในมุมมองทางด้านสุขภาพนั้น ใช้คำว่า คุณภาพการดูแล (Quality of care) หรือคุณภาพการบริการ การให้ความหมายคำว่า คุณภาพ นั้นคุณภาพประกอบไปด้วยองค์ประกอบหรือปัจจัยหลายด้าน การอธิบายหรือให้ความหมายคำว่าคุณภาพจึงไม่สามารถที่จะอธิบายหรือตัดสินได้โดยปัจจัยใดปัจจัยหนึ่ง หรือองค์ประกอบใดองค์ประกอบหนึ่ง (Attree, 1996) โดยจะกล่าวถึงความหมายของ คุณภาพการดูแล ดังต่อไปนี้

คุณภาพการดูแล (Quality of care) หมายถึง คุณสมบัติ ความสมเหตุสมผล ความคุ้มค่า ความสมดุลระหว่างความมีประสิทธิภาพความเสี่ยงและค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัตินั้น (Donabedian, 1980 cited in Frost, 1992) โดยสามารถประเมินคุณภาพได้จากองค์ประกอบ 3 ด้าน ได้แก่ โครงสร้าง (structure) กระบวนการ (process) และ ผลลัพธ์ (outcome) (Donabedian, 1986 cited in Attree, 1996) หรือในอีกนัยหนึ่งตามแนวคิดของ Donabedian คุณภาพบริการด้านสุขภาพ คือ การใช้ความรู้ทางด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วย ในขณะเดียวกันก็มีการปรับสมดุลระหว่างประโยชน์ และผลเสียที่เกิดขึ้น จากการปฏิบัตินั้น (Gillies, 1994 อ้างถึงใน ดุษณีย์ ยศทอง, 2542)

Romess & Col (1991) กล่าวว่า คุณภาพการดูแล หมายถึง ความเหมาะสมในการดูแล

Wereham (1994) ให้ความหมายคุณภาพการดูแลว่าหมายถึง ความเป็นไปได้ในการเพิ่มระดับหรือผลลัพธ์ของการให้การดูแลสุขภาพ แก่บุคคล หรือชุมชน โดยใช้ความรู้ที่เป็นมาตรฐานเชิงวิชาชีพซึ่งเป็นที่ยอมรับทั่วไป

ส่วนคุณภาพในมุมมองทางด้านการพยาบาลนั้น มีผู้ให้ความหมาย คำว่า คุณภาพการพยาบาล หรือคุณภาพบริการพยาบาลไว้ดังนี้

ลออ หุตางกูร (2529 อ้างถึงใน สมพันธ์ หิญชีระนันท์และคนอื่นๆ, 2532) ให้ความหมายว่า คุณภาพการพยาบาล หมายถึง ลักษณะความดีของบริการการพยาบาล ซึ่งเกี่ยวข้อง สำคัญกับภาคโครงสร้าง (structure) ของบริการ กระบวนการ (process) ของการให้การพยาบาล และผล (outcome) ที่เกิดกับผู้รับบริการโดยมีเกณฑ์ลักษณะดีของแต่ละภาคให้ประเมินได้ว่าอยู่ในระดับมาตรฐาน

อุดมรัตน์ สงวนศิริธรรม (2541) กล่าวว่า คุณภาพการพยาบาล หมายถึง ลักษณะที่แสดงให้เห็นถึงผลของการปฏิบัติการพยาบาลที่ดีเลิศ โดยเปรียบเทียบกับเกณฑ์คือมาตรฐานการพยาบาลที่กำหนดไว้ซึ่งสามารถวัดได้

คุณภาพการดูแล ในมุมมองทางด้านสุขภาพนั้น ในแต่ละสาขาวิชาชีพจะได้มีการกำหนดมาตรฐาน เพื่อนำมาประเมินคุณภาพในสาขาวิชาชีพนั้นๆ โดยคุณภาพการดูแลนั้นจะต้องมีความสอดคล้องกับความต้องการของผู้รับการดูแล/ผู้รับบริการ หรือผู้ให้การดูแล/ผู้ให้บริการต้องมีความสามารถในการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการได้ ทำให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจ และรับรู้ได้ถึงการดูแล/การบริการนั้นว่าเป็นการบริการที่ดี

3.2.2 การประเมินคุณภาพ

เมื่อต้องการจะทราบว่าสิ่งของ การกระทำหรือการบริการต่างๆ นั้นมีประสิทธิภาพ มีความดีหรือมีความเหมาะสมหรือไม่นั้นจะต้องมีการประเมินคุณภาพเพื่อที่จะนำผลการประเมินที่ได้นั้นมาพัฒนาเป็นแนวทางที่จะพัฒนาสิ่งของ การกระทำ หรือการบริการนั้นๆ แนวคิดในการประเมินคุณภาพสามารถประเมินได้หลายแนวทาง แต่แนวคิดที่นิยมมาใช้ในการประเมินคุณภาพนั้นอยู่บนพื้นฐานของทฤษฎีระบบ (System theory) ซึ่งมีการนำมาใช้อย่างกว้างขวาง (จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และคณะ, 2544) จำแนกได้ 3 องค์ประกอบ คือโครงสร้าง (Structure) กระบวนการ (Process) และผลลัพธ์ (Outcome) (Donabedian, 1988)

1. โครงสร้าง คือ สิ่งที่สนับสนุนการบริการ ได้แก่ ทรัพยากรบุคคลที่มีคุณภาพ ทรัพยากร และวัตถุดิบ เช่น เครื่องมือ โครงสร้างขององค์กร รูปแบบการบริหารงาน และงบประมาณ

2. กระบวนการ คือ การปฏิบัติการดูแลที่เกิดขึ้นระหว่างผู้รับบริการ กับผู้ให้บริการ เป็นการตอบสนองความต้องการ หรือความคาดหวังของผู้รับบริการ Donabedian แบ่งกระบวนการเป็น 3 ด้าน คือ

2.1 ด้านเทคนิค (Technical) คือการที่ผู้ให้บริการมีความรู้และทักษะในการปฏิบัติการให้การดูแลที่เหมาะสม เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี

2.2 ด้านปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal) คือ การติดต่อสื่อสารกับผู้รับบริการ มีการให้ข้อมูลข่าวสารที่เหมาะสม มีการให้การดูแลแบบเฉพาะบุคคล (Individual) เป็นไปตามความคาดหวังของสังคม (Social expectations) และเป็นไปตามมาตรฐาน (Standard)

ส่วนมากผู้รับบริการจะสามารถรับรู้ได้ถึงการมีปฏิสัมพันธ์เท่านั้น การรับรู้ถึงความรู้ ทักษะในกระบวนการด้านเทคนิคนั้น ผู้รับบริการไม่สามารถประเมินได้ ฉะนั้นผู้รับบริการจะรับรู้ถึงคุณภาพที่ความพอใจในการติดต่อสื่อสารกับผู้ให้บริการเท่านั้น ความพึงพอใจของผู้รับบริการจึงสามารถวัดคุณภาพการให้บริการได้

3. ผลลัพธ์ คือผลของการให้การดูแลแก่ผู้รับบริการ เป็นการคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ เช่น การให้สุขศึกษา ผู้รับบริการมีความรู้ในการดูแลสุขภาพ สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ และมีความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ

Kane (1995) ได้นำแนวคิดในการประเมินคุณภาพ ของ Donabedian มาเป็นแนวทางในการประเมินคุณภาพ การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long term care) โดยกล่าวว่า ผลลัพธ์ของการดูแลที่ดี คือ การกระทำในสิ่งที่ดี และการกระทำในสิ่งมากกว่าความคาดหวัง โดยแยกเป็น 3 ด้าน คือ

1. โครงสร้าง คือ การมีสิ่งแวดล้อมที่มีความปลอดภัย มีบุคลากรที่เพียงพอ ได้รับการอบรมและ มีทัศนคติที่ดีในการดูแลผู้สูงอายุ

2. กระบวนการ ที่ทำให้เกิดคุณภาพการดูแลที่ดี คือ การทำในสิ่งที่ถูกต้อง และทำให้ดี (Doing the right thing and doing it well) โดยการดูแลที่เหมาะสม และมีทักษะในการดูแล ซึ่งการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวเป็นการดูแลที่เฉพาะ เนื่องจากผู้สูงอายุมีปัญหาหลายอย่างในคนคนเดียวทั้งทางร่างกาย และจิตใจ ฉะนั้นการดูแลผู้สูงอายุที่สำคัญต้องให้การดูแลด้วยจิตใจมากกว่าการใช้เทคโนโลยี (Low tech-high touch) เช่น การเอาใจใส่ การอุทิศตน และการให้การดูแลเยี่ยงปัจเจกชน

3. ผลลัพธ์ การประเมินผลลัพธ์ในการดูแลผู้สูงอายุ แบ่งเป็น 2 อย่าง คือ

3.1 การประเมินอย่างกว้าง (Global measure) ได้แก่ การประเมินโดยใช้อัตราการตาย ภาวะสุขภาพ คุณภาพชีวิต และความพึงพอใจของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นการประเมินอย่างกว้าง ในผู้สูงอายุนั้นจะมีปัจจัยหลายอย่างที่มีอิทธิพลกับผลลัพธ์ เนื่องจากผู้สูงอายุมีภาวะที่อ่อนแอ ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ (Frail) ตามสภาพของผู้สูงอายุอยู่แล้ว

3.2 การประเมินทางคลินิก (Clinical measure) จะมีความสัมพันธ์กับปัญหา

ที่ผู้สูงอายุมีอยู่แล้ว เช่น การประเมินน้ำตาลในเลือดในผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ความสามารถในการเดินของผู้สูงอายุที่กระดูกสะโพกหัก เป็นต้น

3.3 แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุโดยครอบครัว

3.3.1 แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

ฟิลิปส์ และริมปุเชสกี้ (Phillips & Rempusheski, 1986) ได้อธิบายแนวคิดกลไกในระบบการดูแลโดยครอบครัว กับสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุว่า ประกอบ ด้วย 4 ระยะ คือ

1. ระยะการวิเคราะห์สถานการณ์การดูแล (Defining the situation) เป็นระยะที่ผู้รับบทบาทเป็นผู้ดูแลเกิดการรับรู้ถึงสถานการณ์ ในการดูแลผู้สูงอายุ ถ้าสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุไม่ดี แสดงว่าผู้ดูแลรับรู้หรือยอมรับสภาพของผู้สูงอายุที่เปลี่ยนแปลง และสถานการณ์ที่ตนเองต้องมาเป็นผู้ดูแลไม่ได้ แต่ถ้าสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุดี แสดงว่าผู้ดูแลยอมรับในสถานการณ์ที่ตนเองต้องมาเป็นผู้ดูแลนั้นได้

2. ระยะการรับรู้เกี่ยวกับการดูแล (Cognitive process) เป็นความเชื่อเกี่ยวกับบทบาทในการดูแล เป็นมาตรฐาน ค่านิยมที่ผู้ดูแลยึดถือ และใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการดูแล ถ้าหากสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุดี จะเป็นผลให้เกิดความเชื่อเกี่ยวกับบทบาทการดูแลว่าเป็นพฤติกรรมการช่วยเหลือ ปกป้อง และกระทำกิจกรรมต่างๆ แทนผู้สูงอายุ หากสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุไม่ดีผู้ดูแลจะเกิดการรับรู้บทบาทว่าการดูแลนั้นเป็นการถูกทำโทษ เป็นการกระทำการดูแลเพียงเพื่อการยอมรับจากสังคมเท่านั้น

3. ระยะปฏิบัติการดูแล (Express process) เป็นการแสดงบทบาทการดูแลออกมา ซึ่งเป็นระยะที่ต่อเนื่องจากระยะที่ 2 ที่สะท้อนความเชื่อออกมาสู่การปฏิบัติ นั่นคือหากสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุดี จะก่อให้เกิดพฤติกรรมการดูแลที่ดีแต่หากสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุไม่ดีจะก่อให้เกิดพฤติกรรมการดูแลที่ไม่ดี

4. ระยะประเมินผล (Evaluation process) ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจะสะท้อนให้เห็นกลไกในการดูแลทั้ง 3 ระยะข้างต้น

ฟิลิปส์และคนอื่นๆ (Phillips, et al., 1995) ได้เสนอแนวคิดในการศึกษาคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุโดยครอบครัว โดยสร้าง Family Caregiving Dynamic Model ขึ้น เพื่อที่จะอธิบายปัจจัย และกระบวนการที่ส่งผลต่อคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุโดยครอบครัว ซึ่งได้ศึกษาวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการดูแล การกระทำทารุณกรรมในผู้สูงอายุ การกระทำทารุณ

กรรมในเด็ก การพยาบาลอนามัยชุมชน และจากการศึกษาคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุโดยครอบครัวในปี 1985 (Phillips & Rempusheski, 1986) ซึ่ง Family caregiving dynamic model จะกล่าวถึงปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพการดูแล ซึ่งประกอบไปด้วย ปัจจัยด้านผู้สูงอายุ ได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Activity of daily living) การรับรู้ทางเชาวน์ปัญญา (Cognitive) ส่วนปัจจัยด้านผู้ดูแล ได้แก่ ความเครียดของผู้ดูแล (Stress) และ แรงสนับสนุนทางสังคม (Social support) ซึ่งปัจจัยต่างๆ เหล่านี้ จะส่งผลให้ผู้ดูแลมีการประเมินสถานการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ ว่าจะให้การดูแลโดยใช้วิธีการดูแลผู้สูงอายุอย่างไร และประเมินว่าการดูแลนั้นเป็นภาระหรือไม่ ถ้าผู้ดูแลมีการมีการเลือกใช้แนวทางหรือวิธีในการดูแลที่ดี มีความเข้าใจในการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุ ผู้ดูแลก็จะประเมินว่าการดูแลนั้นไม่เป็นภาระ การดูแลที่ผู้สูงอายุได้รับจะมีคุณภาพ แต่ถ้าผู้ดูแลเลือกใช้แนวทางในการดูแลที่ไม่ถูกต้อง โดยใช้การควบคุม การบังคับ ไม่เข้าใจในการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุ ผู้ดูแลนั้นจะประเมินว่าการดูแลไม่เป็นภาระ ผู้สูงอายุจะได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ

ชู อาร์ชโบลด์ และไอเมิล (Shu, Archbold & Imle, 1998) กล่าวว่า การค้นหาความสมดุลระหว่างการให้การดูแลและชีวิตครอบครัวของผู้ดูแล จะทำให้เกิดการดูแลที่มีคุณภาพ ซึ่งความสมดุลดังกล่าวประกอบด้วย 3 องค์ประกอบคือ

1. การยอมรับถึงความต้องการ เป็นการยอมรับของผู้ดูแลถึงหน้าที่ ที่ต้องรับผิดชอบ ว่าและต้องปฏิบัติหรือทำไปพร้อมๆกันใน 2 หน้าที่ เช่น จะต้องทำงาน และต้องให้การดูแล ซึ่งแยกออกจากกันไม่ได้ จะต้องยอมรับ และทำอย่างไร หรือวางแผนอย่างไรไม่ให้หน้าที่ ทั้ง 2 หน้าที่นี้มีความบกพร่อง

2. มีการพิจารณาอย่างรอบคอบ ต้องมีการพิจารณาถึงผลดี ผลเสีย หรือต้องคาดคะเนเปรียบเทียบได้ว่าสิ่งที่ปฏิบัตินั้นจะเกิดผลดีและผลเสียอย่างไร ก่อนที่จะลงมือปฏิบัติ

3. การใช้แนวทางที่สมดุล เป็นแนวทางในการปฏิบัติที่ผู้ดูแลควรปฏิบัติ ซึ่งได้แก่ การจัดการ/ดำเนินการการปฏิบัติ ได้แก่ การปรับปรุงสิ่งแวดล้อมให้มีความเหมาะสม การกำหนดกิจกรรม หรือจัดหมายกำหนดการในการปฏิบัติกิจกรรม การเป็นผู้ประสานงาน การพัฒนาสิ่งใหม่ๆ มาสู่การดูแล

3.3.2 การดูแลผู้สูงอายุโดยครอบครัว

ครอบครัว เป็นกลุ่มของบุคคลที่สมาชิกมีความสัมพันธ์กันโดยสายเลือด หรือการรับเข้าเป็นบุตรบุญธรรม สมาชิกอยู่ร่วมในครัวเรือนเดียวกัน หรือบริเวณเดียวกัน มีความสัมพันธ์กันตามบทบาทหน้าที่ เช่น เป็นบิดา เป็นมารดา เป็นสามี เป็นภรรยา เป็นบุตร ฯลฯ ซึ่งบุคคลเหล่า

นี้มีกรอบวัฒนธรรมความเชื่อและขนบธรรมเนียมประเพณีของครอบครัวร่วมกัน (Burgess อ้างถึงใน รุจา ภู่ไพบูลย์, 2541)

รุจา ภู่ไพบูลย์ (2541) ให้ ความหมายครอบครัวว่า ครอบครัวต้องประกอบด้วยคุณลักษณะดังนี้คือ ประกอบด้วยคนมากกว่า 1 คนขึ้นไป สมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางสายโลหิต หรือทางกฎหมาย ความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัวมีลักษณะเฉพาะที่แตกต่างจากกลุ่มอื่นๆ และสมาชิกในครอบครัวจะมีบทบาทในครอบครัวตามที่สังคมให้ความหมาย เช่น บิดา มารดา บุตร สามี ภรรยา ฯลฯ ที่มีหน้าที่รับผิดชอบตามบทบาทของตน

วอคเกอร์ แพรท และเอดดี้ (Walker, Pratt & Eddy, 1995) กล่าวว่า การดูแลโดยครอบครัวเป็นการที่บุคคลในครอบครัวบุคคลใดบุคคลหนึ่ง หรือมากกว่า 1 คน ให้การดูแลช่วยเหลือสมาชิกในครอบครัวที่ต้องการความช่วยเหลือในการดำเนินชีวิตประจำวัน

ในฐานะที่ครอบครัวเป็นสถาบันทางสังคม จึงมีหน้าที่ความรับผิดชอบช่วยเหลือสมาชิกในครอบครัวในยามที่ประสบปัญหา หรือความเดือดร้อน ประกอบกับครอบครัวเป็นแหล่งการอบรม ขัดเกลา และถ่ายทอดระบบวัฒนธรรมต่างๆ รวมถึงแนวคิดและความรู้เกี่ยวกับการบำรุงรักษาสุขภาพ การป้องกันบำบัดโรค หรืออาการผิดปกติที่เกิดขึ้นของสมาชิกภายในครอบครัว (นิลรัตน์ วัชราภิชาติ, 2543) ดังนั้นครอบครัวจึงถือว่าเป็นศูนย์กลาง หรือเป็นตัวจักรที่สำคัญในการดูแลผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ มีปัญหาสุขภาพกาย-จิต หรือผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย (Phillps & Rempusheski, 1986) การดูแลผู้สูงอายุจะเริ่มขึ้นเมื่อผู้สูงอายุในครอบครัวต้องการความช่วยเหลือ เมื่อมีภาวะทุพพลภาพ มีปัญหาโรคเรื้อรัง มีปัญหาด้านร่างกาย มีความผิดปกติของสมอง ซึ่งจะนำมาซึ่งความผิดปกติในระยะยาว (Walker, Pratt & Eddy, 1995)

สำหรับในประเทศไทย การที่ครอบครัวจะนำผู้สูงอายุไปรับบริการ หรืออยู่ในความดูแลของสถานบริการให้การดูแลผู้สูงอายุไม่ใช่เรื่องปกติที่จะพบได้บ่อยนัก เนื่องจากการสถานให้บริการดูแลผู้สูงอายุดังกล่าวมักจะมีที่ตั้งอยู่ในเขตเมือง และต้องใช้ค่าใช้จ่ายสูง ส่วนใหญ่ผู้ที่มีฐานะเศรษฐกิจดีเท่านั้นจึงจะสามารถรับบริการได้ (Kespichayawattana, 1999) การดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่จึงเป็นหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัวเป็นผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งจากการศึกษาของ นภาพร ชโยวรรณ (2539) พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะอาศัยอยู่กับบุตรหลาน หรือญาติ และมีบุตรหลาน หรือญาติเป็นผู้ให้การดูแล

พฤติกรรมการให้การดูแลนั้น จะมีความแตกต่างกันไป ในแต่ละวัฒนธรรมประเพณี เนื่องจากมีความแตกต่างกันในเรื่องโครงสร้างของสังคม มุมมองหรือค่านิยมของบุคคลในสังคมนั้น (Leininger, 1991 cite in Shu, Archbold & Imle, 1998) นอกจากความแตกต่างทาง

ด้านวัฒนธรรมประเพณีจะทำให้พฤติกรรมการดูแลมีความแตกต่างกันไปแล้วความสามารถในการให้การดูแลของผู้ดูแลก็เป็นส่วนหนึ่งที่จะทำให้การดูแลมีความแตกต่างกัน

พยอม อยู่สวัสดิ์ (2539) กล่าวว่า การดูแลประกอบด้วยองค์ประกอบ 8 ประการ คือ 1) ผู้ให้การดูแลต้องมีความรู้เกี่ยวกับบุคคลที่จะให้การดูแล คือ รู้จักบุคคลนั้น และรู้วิธีการที่จะให้การช่วยเหลือ 2) ความจริงใจ ผู้ให้การดูแลมีความเต็มใจ และแสดงออกถึงความรู้สึกที่แท้จริงของตนที่จะให้การช่วยเหลือบุคคล 3) ผู้ให้การดูแลและบุคคลที่รับการดูแลนั้นจะต้องมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันมีความไว้วางใจ ซึ่งกันและกัน 4) ความรู้สึกอ่อนน้อม จะทำให้ผู้ดูแลเรียนรู้สิ่งต่างๆ จากผู้รับการดูแลอีกทั้งทำให้ไม่เกิดการใช้อำนาจกับผู้รับการดูแล 5) ผู้ให้การดูแลต้องมีความอดทนเพื่อเปิดโอกาสให้ผู้รับการดูแลได้คิดและตัดสินใจด้วยตนเอง ให้เขาได้พัฒนาศักยภาพของตนเอง 6) ความหวัง เป็นการมองไปในอนาคต เพื่อเป็นแรงกระตุ้นให้ผู้ดูแลมีการปฏิบัติอย่างมีเป้าหมายและต่อเนื่อง 7) ความกล้าหาญ เป็นการปฏิบัติบนพื้นฐานของจริยธรรม เพื่อปกป้องศักดิ์ศรีและสิทธิของบุคคล 8) การเลือกแนวทางการช่วยเหลือบุคคล ในการดูแลบุคคลต้องมีการมองปัญหาจากหลายแนวมีการประเมินผลการดูแลและปรับปรุงและเลือกวิธีการที่เหมาะสมอยู่เสมอ

วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิพานิช (2539) ให้แนวคิดว่า การดูแลที่เกิดจากสมาชิกในครอบครัวจะมีลักษณะและรูปแบบเฉพาะดังนี้

1. การดูแลจะทำเป็นประเพณีสืบทอดกันมาในครอบครัว เช่น การช่วยเหลือผู้เจ็บป่วยด้านการเตรียมอาหาร การทำความสะอาดร่างกาย เป็นต้น
2. การดูแลช่วยให้ผู้ป่วยมีการริเริ่มและคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพในสังคม
3. ในการดูแล ผู้ดูแลจะเป็นสื่อกลางระหว่างผู้ป่วย และบุคลากรในองค์การหรือหน่วยงานที่ให้การช่วยเหลือ
4. ผู้ดูแลที่เป็นชายส่วนใหญ่จะช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วยเรื่องการเงินและจัดหาผู้ดูแลจากหน่วยงานอื่นๆ ให้ ในขณะที่ผู้ดูแลเพศหญิงจะเป็นผู้ให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรง

3.3.3 บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของผู้ดูแลในครอบครัว

ฟิลิปส์ เรมปูเชสกี้ และ มอร์ริสัน (Phillips, Rempusheski & Morrison, 1989) กล่าวว่า บทบาทความรับผิดชอบของการเป็นผู้ดูแล ประกอบด้วย การควบคุม/จัดการ (Monitoring) การทดสอบ (Testing) การประเมิน/สนับสนุน (Assessing/Naturing) ซึ่งถ้าผู้ดูแลแสดงบทบาทในด้านการควบคุมมากไปจะก่อให้เกิดการกระทำทารุณกรรม (Abuse) กับผู้สูงอายุมากขึ้น

ฮอร์โรวิทซ์ (Horowitz, 1985 อ้างถึงใน จอม สุวรรณโณ, 2541) กล่าวว่า ผู้ดูแลในครอบครัวมีบทบาทในการให้การดูแล 6 ด้าน คือ ปฏิบัติกิจกรรมการดูแลโดยตรง ช่วยเหลือประคับประคองด้านอารมณ์ และจิตใจ ประสานงาน หรือติดต่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแล/บำบัดรักษาจากเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ ช่วยเหลือด้านการเงิน เป็นธุระติดต่อกับชุมชนให้กับผู้ที่อยู่ในความดูแล เช่นเดียวกับการศึกษาของ เครช และบรูคส์ (Krade & Brooks, 1995) ที่ศึกษาถึงหน้าที่ความรับผิดชอบของผู้ดูแลในครอบครัวทั้งที่บ้าน โรงพยาบาล และสถานพักฟื้น พบว่า หน้าที่ความรับผิดชอบของผู้ดูแล คือ อยู่เป็นเพื่อน จัดการด้านการเดินทาง การช่วยเหลือด้านการเงิน ให้การดูแลโดยตรง และดูแลจัดการให้ผู้ป่วยได้รับยา และการบำบัดรักษา

ชาน และชาง (Chan & Chang, 1999) กล่าวว่า หน้าที่ความรับผิดชอบของผู้ดูแลนั้นเป็นสิ่งที่ผู้ดูแลจะต้องปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน ซึ่งประกอบไปด้วย 3 องค์ประกอบคือ

1) การให้การดูแลโดยตรง ได้แก่ การดูแลเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวันและการช่วยเหลือในกิจกรรมที่สำคัญ หรือกิจกรรมที่ผู้อยู่ในความดูแลมีความต้องการให้ผู้ดูแลช่วยเหลือ

2) การให้การดูแลภายในบุคคลหรือการดูแลตนเองการให้การดูแลที่เกี่ยวข้องกับทางด้านจิตใจ ของตนอันเป็นผลมาจากการให้การดูแลได้แก่ การชดเชยเวลาให้กับตนเอง การลดความไม่แน่นอนการยอมรับถึงการพยากรณ์โรคที่ไม่ดีของผู้ป่วย

3) การให้การดูแลที่เกี่ยวกับงาน/กิจกรรมในครอบครัว หรือสังคม ได้แก่ การติดต่อ สัมพันธภาพกับบุคคลอื่นๆ และบุคลากรในทีมสุขภาพ

3.3.4 กิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว

การให้การดูแลผู้สูงอายุนั้นประกอบด้วยกิจกรรมในการให้การดูแลมากมาย จากการศึกษาของเคฟฟรีย์ (Caffery, 1992) พบว่ากิจกรรมการช่วยเหลือของผู้ดูแลในการให้การดูแลผู้สูงอายุในยามที่เจ็บป่วยประกอบด้วย

1) จัดการให้ได้รับการตรวจรักษาจากแพทย์ หรือติดต่อกับสถานบริการสุขภาพ

2) จัดหาซื้อยาจากโรงพยาบาล ร้านขายยา หรือยากลางบ้านรวมทั้งการช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุรับประทานยา

3) ให้การดูแลด้านร่างกาย ได้แก่ ช่วยเหลือด้านกิจวัตรประจำวัน เช่น

การอาบน้ำแต่งตัว ดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล พยุงเข้าห้องน้ำ ดูแลปัดกวาดที่นอน เตรียมอาหาร เป็นต้น การดูแลพิเศษ เช่น ทำแผล นอกจากนี้ยังช่วยดูแลด้านจิตใจ โดยอยู่เป็นเพื่อนคุย หรือคอยเป็นเพื่อนอยู่ใกล้ๆ

4) ให้การช่วยเหลือเพื่อตอบสนองความเชื่อทางด้านจิตวิญญาณ และพิธีกรรม เช่น ใช้หลักธรรมในการเยียวยา การเซ่นไหว้วิญญาณของบรรพบุรุษ เป็นต้น

สำหรับการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวไทยนั้น ผู้ดูแลจะต้องให้การดูแลผู้สูงอายุใน 3 ด้าน คือ 1) การดูแลด้านร่างกาย 2) การดูแลด้านจิตใจ 3) การดูแลด้านจิตวิญญาณ (Kespichayawattana, 1999)

1) การดูแลด้านร่างกาย เป็นการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ ระดับการให้การดูแลขึ้นอยู่กับ ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ระดับความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง กิจกรรมการดูแลด้านร่างกายนี้พบว่าเป็นกิจกรรมหลักในการให้การดูแล ประกอบด้วย

1.1 การช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน หมายถึง การให้การดูแลในการทำกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมที่ต้องใช้ความสามารถทางสติปัญญาร่วมด้วยซึ่งในการดูแลเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวันนั้นคือ การอาบน้ำ การแต่งตัว การพาเข้านอน การเตรียมอาหาร การเคลื่อนย้าย และงานบ้านอื่นๆ

1.1.1 กิจกรรมการอาบน้ำ รวมถึงการดูแลเช็ดตัวให้บนเตียงในกรณีที่ผู้สูงอายุอยู่ในภาวะพึ่งพา หรือในการจัดเตรียมเก้าอี้ให้ผู้สูงอายุนั่งอาบน้ำเอง

1.1.2 กิจกรรมการดูแลการเข้านอน คือ การเตรียมเครื่องนอนต่างๆ เช่น การจัดเตรียมที่นอน ผ้าห่ม การกางมุ้ง

1.1.3 กิจกรรมการดูแลเรื่องการแต่งตัว คือ การดูแลเกี่ยวกับการเปลี่ยนเสื้อผ้า การทำความสะอาดให้เมื่อเสื้อผ้าเปื้อน การช่วยติดกระดุม

1.1.4 กิจกรรมการดูแลเรื่องการขับถ่าย เป็นการช่วยเหลือผู้สูงอายุเข้าห้องน้ำ หรือการเตรียมหม้อนอนสำหรับให้ผู้สูงอายุขับถ่าย และการล้างทำความสะอาดให้ผู้สูงอายุ

1.1.5 การเตรียมอาหาร เป็นการเตรียมอาหารเพื่อการประกอบอาหารให้รวมถึงการทำอาหารเหลว ที่จะให้ทางสายให้อาหาร หรือการซื้ออาหารเตรียมไว้ให้

1.1.6 การเคลื่อนย้าย เป็นการช่วยเหลือผู้สูงอายุเมื่อมีปัญหา

ในการเคลื่อนไหว เช่น ในกรณีที่เป็นอัมพฤกษ์ อัมพาต เพื่อช่วยให้เคลื่อนย้ายจากที่หนึ่งไปยังอีกที่หนึ่ง

1.1.7 กิจกรรมงานบ้าน การซักรีดเสื้อผ้า การล้างจาน การทำความสะอาดบ้าน

1.2 การดูแลด้านการพยาบาล หมายถึง การให้การดูแล เกี่ยวกับกิจกรรมทางการพยาบาล และด้านการรักษาทางการแพทย์ ซึ่งเป็นเรื่องที่ต้องอาศัยความรู้และทักษะของผู้ดูแล จากการศึกษา พบว่า มีกิจกรรมดังนี้คือ กิจกรรมการให้ยา การให้อาหารทางสายยางให้อาหาร การให้การดูแลที่เตียง เมื่ออาการของผู้สูงอายุทรุดลง การทำแผล การดูแลท่อทางเดินหายใจ (Tracheostomy Tube)

1.3 การปรับปรุงสิ่งแวดล้อม หมายถึง การเปลี่ยนแปลงหรือจัดเตรียมสิ่งแวดล้อมให้มีความเหมาะสมกับสภาพร่างกายผู้สูงอายุ จากการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลในครอบครัวจะจัดเตรียมพื้นที่สำหรับให้ผู้สูงอายุพัก จัดหาสถานที่ที่มีการระบายอากาศเพียงพอและมีแสงสว่างเพียงพอ ส่วนใหญ่มักจัดให้อยู่ที่ห้องโถงกลางชั้นล่าง เหตุผลเพื่อความสะดวกในการเคลื่อนย้าย และในบ้านคนไทยโดยทั่วไปนั้น สมาชิกครอบครัวมักจะอยู่รวมกัน และร่วมทำกิจกรรมต่างๆ ที่ห้องโถงกลางชั้นล่างของบ้าน ซึ่งเป็นการง่ายที่สมาชิกในครอบครัวจะให้การสังเกตหรือทักทายผู้สูงอายุ

1.4 การแสวงหาความช่วยเหลือ หมายถึง การที่ผู้ดูแลได้รับคำปรึกษาหรือได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุจากทีมสุขภาพ เมื่อผู้ดูแลมีปัญหาในการให้การดูแล จากการศึกษาพบว่ามีผู้ดูแลรับการปรึกษาปัญหาที่เกี่ยวกับการให้การดูแลกับพยาบาลที่มาเยี่ยมบ้าน หรือบางรายมีการปรึกษาพูดคุยกับแพทย์หรือพยาบาลเมื่ออาการของผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลง

1.5 การหาแนวทาง/วิธีการรักษาโดยอาศัยแพทย์ทางเลือก หมายถึง ผู้ดูแลได้รวมเอาวิธีการทางการแพทย์ทางเลือกมาเป็นส่วนหนึ่งในการดูแลผู้สูงอายุ เช่น มีการใช้ยาสมุนไพร มีการรักษาโดยหมอจีน หรือพระภิกษุ หรือมีการใช้น้ำผึ้งให้ผู้สูงอายุรับประทาน มีการใช้พลังจักรวาลตามความเชื่อของผู้ดูแลมารักษาผู้สูงอายุ การรักษาโดยแพทย์ทางเลือกนี้เป็นวิถีทางความเชื่อซึ่งเป็นการเพิ่มไปจากที่ได้รับอยู่จากแพทย์แผนปัจจุบันซึ่งมักจะเกิดในภาวะที่ผู้สูงอายุอยู่ในสภาพของการมีโรคเรื้อรัง เช่น โรคมะเร็ง อัมพาต

2) การให้การดูแลทางด้านจิตใจ หมายถึง การให้การดูแลกิจกรรมที่ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกถึงความมีสัมพันธภาพที่ดีซึ่งมีต่อกัน และผ่อนคลาย โดยพบว่ามี 3 วิธี คือ การพูดคุยด้วย การอยู่เป็นเพื่อน การมีอารมณ์ขัน

2.1 การพูดคุยด้วย หมายถึง การสนทนาแบบสบายๆ กับผู้สูงอายุเพื่อเป็นการสื่อสารกับผู้สูงอายุเช่น ผู้ดูแลบางท่านจะพูดคุยถึงกิจกรรมที่เกิดขึ้นในบ้าน หรือคุยว่าทำอะไรให้ผู้สูงอายุบ้าง ซึ่งในบางคนก็พูดคุยกับผู้สูงอายุที่มีอาการค่อนข้างหนักเพื่อจะให้ผู้สูงอายุได้รู้ว่าผู้ดูแลอยู่ด้วย

2.2 การอยู่เป็นเพื่อน การที่ผู้ดูแลอยู่ใกล้ๆ กับผู้สูงอายุเพื่อสังเกตอาการหรือดูอาการที่คิดว่ามีปัญหา คอยดูแลผู้สูงอายุและทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกอบอุ่นใจที่ผู้ดูแลอยู่ใกล้ๆ เช่น ผู้ดูแลในการศึกษานี้จะอยู่ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุตลอดเวลา ทั้งเวลาที่ผู้สูงอายุอยู่ที่บ้าน หรือผู้สูงอายุเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล

2.3 การมีอารมณ์ขัน หมายถึง การมีอารมณ์ขันในการให้การดูแลที่ยุ่งยากอารมณ์ขันมักจะถูกใช้ในสถานการณ์ที่เป็นลบ ซึ่งจะเกิดในระหว่างกระบวนการดูแล มีผู้ดูแลบางรายกล่าวว่าอารมณ์ขันจะช่วยลดความเครียดที่เกิดจากการดูแล และช่วยลดความขัดแย้งทางอารมณ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุซึ่งสแตนโฮป และแลนคาสเตอร์ (Stanhope & Lancaster, 1992cited in Kespichayawattana, 1999) กล่าวไว้ว่า อารมณ์ขันจะช่วยให้ครอบครัวมีการเผชิญปัญหาในภาวะที่ให้การดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังได้

3) การดูแลทางด้านจิตวิญญาณ หมายถึง การให้การดูแลที่มีความเชื่อมโยงทางด้านความเชื่อทางด้านศาสนา หรือการปฏิบัติที่เป็นส่วนหนึ่งของประเพณีวัฒนธรรม การมีสิ่งยึดเหนี่ยวทางด้านจิตใจกับคนไทยนั้นมีความเกี่ยวข้องกันในชีวิตมาตลอดโดยเฉพาะความเชื่อทางด้านศาสนา เช่น การทำบุญให้ผู้สูงอายุเพราะมีความเชื่อว่าผลของการทำความดีนั้นจะทำให้อาการของผู้สูงอายุดีขึ้น หรือการสวดอธิษฐาน การบนบานขอให้อาการของผู้สูงอายุดีขึ้น

จะเห็นได้ว่าในสังคมไทย ครอบครัวเป็นแหล่งที่สำคัญในการที่จะให้การดูแลผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุจะต้องอาศัยอยู่กับครอบครัวหรือบุตรหลาน โดยบทบาทการดูแลของครอบครัวในการให้การดูแลแก่ผู้สูงอายุนั้นประกอบไปด้วย การดูแลด้านร่างกาย ด้านจิต-สังคม และการดูแลทางด้านจิตวิญญาณ

3.3.5 การประเมินคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุโดยครอบครัว

Phillips, Morrison & Chae ได้สร้างเครื่องมือเพื่อ ประเมินคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว เพื่อใช้ในการศึกษาการกระทำทารุณกรรมในผู้สูงอายุ (elder abuse) เพื่อให้บุคลากรทางด้านสุขภาพ ได้แก่ พยาบาลเป็นผู้ประเมิน (Phillips, Morrison & Chae, 1990) โดยทั่วไปเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินคุณภาพ ได้แก่ การประเมินคุณภาพการพยาบาล อาจประเมินที่กระบวนการ คือการดูแล และประเมินที่ผลลัพธ์ในการดูแล เครื่องมือที่ Phillips, Morrison &

Chae พัฒนาเพื่อประเมินคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุ เรียกว่า QUALCARE Scale พัฒนาขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์ ที่จะรายงานจำนวนการเกิดการกระทำทารุณกรรม โดยใช้ระดับคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวเป็นตัวกำหนด เพื่อเป็นการกระตุ้น ให้มีความตระหนักถึงปัญหาทางด้านจริยธรรม และปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดูแลซึ่งเกี่ยวข้องกับกิจกรรมการดูแลทุกด้านในผู้สูงอายุ

เครื่องมือนี้มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 53 ข้อ ประกอบด้วยคุณภาพการดูแลใน 6 ด้าน ได้แก่ ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านร่างกาย ด้านการดูแลรักษาสุขภาพ ด้านจิตใจ ด้านสิทธิมนุษยชน และด้านเศรษฐกิจ-การเงิน ลักษณะคำถามจะเป็น rating scale วิธีการใช้เครื่องมือนี้ผู้เก็บรวบรวมข้อมูลจะต้องเข้าไปสังเกต และสัมภาษณ์ โดยการสังเกตจะเข้าไปสังเกตพฤติกรรมของผู้ดูแลในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ตลอดจนการแสดงปฏิกิริยาต่างๆ ต่อผู้สูงอายุ ร่วมกับการสัมภาษณ์ ทั้งผู้สูงอายุและผู้ดูแล แนวคิดทฤษฎีที่นำมาใช้ในการสร้างเครื่องมือนั้น ได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับ คุณภาพการดูแล (Quality of care) การกระทำทารุณกรรมในผู้สูงอายุ (elder abuse) การพยาบาลอนามัยชุมชน และจากการทำวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับเรื่องการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน โดยเครื่องมือนี้มีค่าความตรงในเนื้อหา = 0.67 และค่าความเที่ยงความเชื่อมั่นของเครื่องมือ = 0.97

หยาง และคนอื่นๆ (Yang et. al, 1995 cited in Shyu, Lee & Chan, 1999) พัฒนาเครื่องมือเพื่อประเมินคุณภาพการดูแลของครอบครัว เรียกว่า Poor Family Care Index โดยให้บุคคลากรในทีมสุขภาพเป็นผู้ประเมินผู้ดูแลในครอบครัวที่ให้การดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย ประกอบด้วยการประเมินใน 6 ด้านคือ

1. อาหาร และโภชนาการ โดยประเมินที่ความเหมาะสม ความเพียงพอ และความตรงเวลา
2. การให้การช่วยเหลืออย่างเหมาะสมในการขับถ่ายของผู้สูงอายุ
3. ความสะอาดเรียบร้อยของเสื้อผ้าเครื่องนุ่งห่มที่ผู้สูงอายุสวมใส่
4. ความสะอาดของร่างกายผู้สูงอายุ
5. การให้ยาอย่างถูกต้องสำหรับผู้สูงอายุ
6. การดูแลรักษาผิวหนังของผู้สูงอายุ

ลิน และชิว (Lin &Chiou,1995 cited in Shyu, Lee & Chan, 1999) ได้พัฒนาปรับปรุงเครื่องมือ QUALCARE Scale เพื่อวัดผลลัพธ์การดูแลสำหรับผู้สูงอายุโดยการประเมินคุณภาพการดูแลของครอบครัวที่ให้การดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง โดยให้ความหมายการดูแลโดยครอบครัวว่าเป็น การบริหารจัดการความต้องการ โดยใช้ระดับความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ของ Maslow ประเมินระดับของการให้การดูแลของผู้ดูแลที่ให้การดูแลเพื่อตอบสนอง

ความต้องการของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย สุขวิทยาส่วนบุคคล การได้รับอาหารและน้ำ การขับถ่าย การเคลื่อนไหวของข้อ การดูแลผิวหนัง ความปลอดภัยของที่พักอาศัย อาการแสดงของการเกิดการกระทำทารุณ/การละเลยทอดทิ้งผู้สูงอายุ การสนับสนุนเรื่องการรักษาพยาบาล และ เศรษฐกิจ

จะเห็นได้ว่าการประเมินคุณภาพนั้นสามารถนำแนวทางในการประเมินคุณภาพอันประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ โครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ มาใช้เป็นแนวทางในการประเมินได้ และสำหรับวิธีที่จะใช้ในการประเมินนั้นจะมีความแตกต่างกันไป เช่นเดียวกับการประเมินคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุโดยครอบครัวที่ได้ใช้แนวคิดในการประเมินคุณภาพตามสากลนิยม โดยการประเมินจาก กระบวนการ คือกระบวนการในการให้การดูแล พฤติกรรมในการดูแล และการประเมินที่ ผลลัพธ์ คือผลจากการดูแลโดยการประเมินที่ตัวผู้สูงอายุซึ่งเป็นผู้ได้รับการดูแล และการกำหนดเกณฑ์มาตรฐาน ในการที่จะเปรียบเทียบประเมินคุณภาพ ได้ใช้เกณฑ์ความต้องการ/สิทธิพื้นฐานที่มนุษย์ควรได้รับมาเป็นเกณฑ์ในการประเมิน เนื่องจากการกำหนดเกณฑ์มาตรฐานในการให้การดูแลโดยครอบครัวนั้นไม่สามารถที่จะนำมาตรฐานของวิชาชีพมาใช้ได้ (Cromwell. et al., 1996)

3.3.6 ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุโดยครอบครัว

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพของการดูแลนั้น สามารถพิจารณาได้จาก

3.3.6.1 ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแล

3.3.6.2 ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจสังคม

3.3.6.3 ปัจจัยด้านผู้สูงอายุ

3.3.6.1 ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแล

1) **เพศ** ในสังคมทั่วไปพบว่าผู้ดูแลที่มีบทบาทในการดูแล นั้น พบเป็นหญิงต่อชาย อัตราเฉลี่ยประมาณ 3:1 เพศถือว่าเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพิจารณาเลือกผู้ดูแลหลัก ที่จะให้การดูแลผู้สูงอายุโดยเพศหญิงจะถูกเลือกขึ้นมาเป็นอันดับแรก ในทุกๆ ลำดับของเครือญาติ เพศชายจะเป็นผู้ดูแลเพราะความจำเป็นมากกว่าถูกเลือก เพศที่ต่างกันอาจมีความเชื่อเจตคติ ค่านิยมที่แตกต่างกัน กล่าวคือ ผู้ดูแลเพศหญิงได้ถูกอบรมเลี้ยงดูให้เป็นผู้ดูแลงานบ้านและช่วยดูแลสมาชิกในบ้าน ดังนั้นการเข้ารับบทบาทผู้ดูแลจะสามารถปรับตัวได้ง่ายกว่า ส่วนเพศชายถูกอบรมเลี้ยงดูให้เป็นผู้หารายได้มาสนับสนุนครอบครัว หากต้องรับบทบาท ของผู้ดูแลจะปรับตัวได้ยากกว่า (วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิพานิช, 2539) และ จากการศึกษาของสโตรคเกอร์ (Stroker, อ้างถึงใน จันทร์เพ็ญ แซ่หวุ่น, 2536) เกี่ยวกับผลกระทบของความพิการในผู้ป่วยโรค

หลอดเลือดสมองที่มีต่อครอบครัว พบว่าผู้ชายมีทัศนคติทางลบต่อผู้ป่วยมากกว่าเพศหญิง อันเนื่องมาจากความยากลำบากในการรับบทบาทการเป็นผู้ดูแล ซึ่งจากเหตุผลดังกล่าวเพศจึงอาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อคุณภาพในการให้การดูแลของผู้ดูแลในครอบครัว

2) **อายุ** เป็นปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์ต่อความสามารถในการดูแลตนเองและการดูแลผู้อื่นอายุอาจจะบอกได้ถึงความพร้อม เรี่ยวแรงในการประกอบกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุ อายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการดูแล (Horowitz,1985) โดยบุคคลที่มีอายุมากกว่ามีความอดทน ความพร้อมในการปรับตัวเข้ากับบทบาทที่ได้รับดีกว่าบุคคลที่มีอายุน้อย (เฉลิม วงษ์จันทรา, 2539) นอกจากนี้อายุยังมีความสัมพันธ์ในทางลบกับความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล (คมสันต์ แก้วระยะ, 2540) เนื่องจากอายุมากขึ้นจะมีการปรับตัว มีความรอบคอบในการแก้ไขปัญหา พิจารณาทางเลือกในการแก้ปัญหา มีผลต่อการเผชิญปัญหา และมีประสบการณ์ในการจัดการกับความเครียด ซึ่งจะส่งผลต่อคุณภาพในการให้การดูแล

3) **ระดับการศึกษา** ตามแนวคิดของ โอเร็ม (Orem, 1995) เชื่อว่าการศึกษาเป็นสิ่งสำคัญต่อการพัฒนาความรู้ ทักษะและการมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลบุคคลที่ต้องการการดูแล การศึกษาทำให้สามารถเรียนรู้ถึงความต้องการการดูแลของบุคคลที่ต้องการการดูแลในด้านทั่วไป และความต้องการการดูแลตามปัญหาสุขภาพได้ดี รู้จักใช้ความรู้ ทักษะที่เคยมีในการแก้ไขปัญหา และผู้ดูแลที่มีการศึกษาดี จะมีการใช้เหตุผลและวิธีการแก้ ปัญหาได้ดี รู้จักแสวงหาความช่วยเหลือจากแหล่งต่างๆ ได้มากขึ้น ซึ่งจากการศึกษาของ สกาวรัตน์ พวงจันทร์ (2538) พบว่าระดับการศึกษาของมารดาเด็กป่วยนั้น มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถของมารดาในการดูแลบุตรที่เจ็บป่วยเรื้อรัง และจากการศึกษาของบูลเกอร์ และคนอื่นๆ (Bulger, et al., 1993) พบว่า จำนวนปีการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาระการดูแล และมีความสัมพันธ์ทางลบกับความพอใจในการดูแล และความใกล้ชิดสนิทสนมระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย และ การศึกษาของ

วิภาวรรณ ชะอุ่ม (2536) พบว่าจำนวนปีการศึกษามีความสัมพันธ์ทางลบกับการใช้เวลาในการดูแล ความยากลำบากในการดูแลและภาระการดูแล จะเห็นได้ว่า การศึกษาอาจจะช่วยให้ผู้ดูแลสามารถเรียนรู้ พัฒนาทักษะในการดูแล มีความรู้ และความเข้าใจในการดูแล และทำให้ผู้ดูแลรู้สึกว่าไม่เป็นภาระต่อการดูแล ซึ่งจะส่งผลต่อคุณภาพการดูแลตามมา

4) **ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล** ปัญหาภาวะสุขภาพในที่นี้ได้รวมถึงการมีความสามารถที่ลดลง ซึ่งมักพบในผู้ดูแลที่อยู่ในวัยสูงอายุ ผู้ดูแลที่มีสุขภาพทรุดโทรม และรับรู้ว่าตนเองมีสุขภาพไม่ค่อยดี ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลจะมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระในการดูแลอาจบ่งบอกได้ว่าภาวะภาวะสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญที่บ่งชี้ถึงภาระในการดูแล (Bull, 1990) โดยที่ผู้ดูแลที่มี

สุขภาพดีจะทำให้รู้สึกว่าการดูแลว่าไม่เป็นภาระการดูแลก็จะมีคุณภาพแต่สำหรับผู้ดูแลที่มีสุขภาพไม่ดีจะรู้สึกว่าการดูแลนั้นเป็นภาระ จะส่งผลต่อความเครียดในการดูแลสูง และอาจส่งผลต่อคุณภาพการดูแลตามมา (Phillips. et al, 1995)

5) **ทักษะในการให้การดูแล** ทักษะของผู้ดูแลในการตอบสนองต่อความต้องการการดูแลที่เกิดขึ้น ซึ่งหากเป็นกิจกรรมที่ใหม่ต่อผู้ดูแลและต้องการการเรียนรู้เพื่อพัฒนาความสามารถในการดูแล อาจทำให้มีความเครียดมากกว่าปกติและมีความยากลำบากในการเผชิญความเครียดได้มากกว่าสิ่งที่ผู้ดูแลคุ้นเคย หรือเคยทำอยู่เป็นประจำ เนื่องจากประสบการณ์เดิมที่มีความสอดคล้องกับสถานการณ์ใหม่ จะช่วยให้เกิดการถ่ายโยงการเรียนรู้ไปสู่สถานการณ์ใหม่ (เอนกกุล กรีแสง, 2526 อ้างถึงใน จินนะรัตน์ ศรีภัทรภิญโญ, 2540)

6) **ความรู้เกี่ยวกับการดูแล** จากการศึกษาของ Burgerner & Shimer (1993) ซึ่งทำการศึกษาผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรค และการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม เป็นปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแล เนื่องจากการมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลทำให้ทราบแนวทางในการให้การดูแล ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการให้การดูแล และส่งผลที่ตามมาคือการดูแลที่มีคุณภาพ

7) **อาชีพ** ผู้ดูแลที่มีอาชีพหรืองานประจำที่สามารถดำเนินหรือประกอบกิจการได้อยู่ภายในครอบครัวหรือลักษณะอาชีพที่เป็นอิสระ เช่น ค้าขาย ธุรกิจส่วนตัว เป็นต้น จะมีความสะดวกมากกว่า สามารถละทิ้งหรือหยุดประกอบอาชีพชั่วคราว ในขณะที่มารับหน้าที่เป็นผู้ดูแล (สุดศิริ หิรัญชุณหะ, 2541) ส่วนผู้มีอาชีพที่มีบทบาทในสังคมที่ซับซ้อน จะมีการจัดสรรเวลาเพื่อการดูแลได้น้อยกว่า

8) **ระยะเวลาในการดูแล** เป็นสิ่งที่บ่งชี้ถึงประสบการณ์และทักษะในการดูแล มีผลต่อความชำนาญ และความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องการการดูแล การศึกษาของสายพิณ เกษมกิจวัฒนา (2536) พบว่า ระยะเวลาในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับความต้องการการดูแล หรือปริมาณเวลาที่ใช้ในการดูแล ชี้ให้เห็นว่าระยะเวลาการดูแลที่ยาวนานจะมีกิจกรรมการดูแลน้อยลง และจากการศึกษาของลินเกรน (Lindgren, 1990) พบว่าระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพามีความสัมพันธ์ทางลบกับความเหนื่อยหน่ายในการดูแล แสดงว่าระยะเวลาที่นานจะช่วยลดความเหนื่อยหน่ายลงได้ แต่ในขณะเดียวกันระยะเวลาการดูแลที่ยาวนานจะมีผลต่อสุขภาพของผู้ดูแล และยังอาจทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่าย และอาจเกิดความเครียดขึ้นได้ ซึ่งความเครียดในการดูแลดังกล่าวจะส่งผลต่อคุณภาพการดูแลตามมา

3.3.6.2 **ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ-สังคมของผู้ดูแล**

1) **รายได้** รายได้ของครอบครัวจะมีอิทธิพลในฐานะเป็นปัจจัยส่งเสริม

ทางบวกต่อคุณภาพการดูแล โดยเฉพาะอย่างยิ่งการดูแลที่ต้องใช้ระยะเวลายาวนาน ผู้ดูแลจำเป็นต้องมีค่าใช้จ่ายต่างๆ ในช่วงที่ต้องนำเวลาเพื่อแสวงหารายได้ มาใช้ในการให้การดูแล รายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับภาระในการดูแล (Montgomery, Gonyea & Hooyman, 1985) แสดงถึงว่าผู้ดูแลที่มีเศรษฐานะทางสังคมดีจะมีความรู้สึกในความเป็นภาระต่ำ และจากการศึกษาของ วิภาวรรณ ชอุ่ม (2536) พบว่าค่าใช้จ่ายในการดูแลจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อภาระในการดูแล ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพการดูแลตามมา

2) **ลักษณะความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ** ลักษณะความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์กับความเครียดในบทบาทของการเป็นผู้ดูแล (คมสันต์ แก้วระยะ, 2540) ถือ เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อความสนใจ และความเอาใจใส่ในการให้การดูแล ผู้ดูแลที่เต็มใจ และมุ่งมั่นที่จะดูแลเนื่องมาจากความรักใคร่ ผูกพัน ที่มีต่อผู้สูงอายุ ทำให้ความเครียดจากการให้การดูแลลดลง และส่งผลต่อคุณภาพในการดูแล

3.3.6.3 **ปัจจัยด้านผู้สูงอายุ**

1) **ภาวะพึ่งพาของผู้สูงอายุ** การที่ผู้สูงอายุมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หรือช่วยเหลือตนเองได้น้อยลง หรือไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เลย จึงเป็นหน้าที่ของผู้ดูแลที่จะต้องปฏิบัติกิจกรรมในการให้การดูแล ซึ่งถือว่าเป็นภาระของผู้ดูแล การมีระดับการพึ่งพาที่สูงขึ้นจะทำให้เป็นภาระในการดูแลมากขึ้น (เฟื่องลดา เคนไชยวงศ์, 2539) และส่งผลต่อคุณภาพการดูแล (Phillips. et al, 1995)

2) **ความต้องการการดูแล** ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพาเป็นบุคคลที่มีความต้องการในการดูแลสูง เนื่องจากไม่สามารถที่จะปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้ด้วยตนเอง การดูแลผู้สูงอายุกลุ่มนี้จึงทำให้เกิดความยากลำบากในการดูแล จากการศึกษาของ Kuei-Ru และคนอื่นๆ (1999) ซึ่งทำการศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ซึ่งถือว่าเป็นกลุ่มที่ต้องการการดูแลสูง พบว่า ความต้องการในการดูแล จะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาระการดูแล และการเผชิญปัญหาจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาระในการดูแล ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ความต้องการในการดูแลสูง จะทำให้ผู้ดูแลรู้สึกว่าการดูแลเป็นภาระ ซึ่งภาระในการดูแลนี้อาจส่งผลต่อคุณภาพการดูแลตามมา

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพาของผู้ดูแลในครอบครัว การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องจึงได้รวบรวมงานวิจัยเกี่ยวข้องกับ การดูแลผู้สูงอายุโดยผู้ดูแลในครอบครัว และ คุณภาพการดูแลผู้สูงอายุโดยครอบครัว ดังนี้

Bull (1990) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาระการดูแล และภาวะสุขภาพของผู้ดูแลในผู้ป่วยเรื้อรัง 55 ราย พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ ร้อยละ 73 รับรู้ว่าตนมีสุขภาพดี ถึงดีมาก ผู้ดูแลที่มีอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไป มีภาวะสุขภาพที่แย่กว่าผู้ดูแลที่มีอายุน้อย และพบว่า รายได้ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล และขนาดเครือข่ายทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระการดูแล ภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 2 สัปดาห์ และ 2 เดือน และพบว่า ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย และขนาดเครือข่ายทางสังคมสามารถทำนายภาระการดูแลได้ร้อยละ 53 โดยวัดหลังจากผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 2 สัปดาห์ และพบว่า รายได้ แชละความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสามารถทำนายภาระการดูแลได้ร้อยละ 50 วัดเมื่อผู้ป่วยจำหน่ายจากโรงพยาบาลได้ 2 เดือน

Wallhagen (1992) ศึกษาความยากลำบากและผลกระทบต่อความผาสุกของผู้ดูแลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังจำนวน 60 ราย โดยการสัมภาษณ์ พบว่ามีความยากลำบากในการดูแลเรื่องการปฏิบัติกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับกิจวัตรประจำวัน เช่น การจัดเตรียมมื้ออาหาร การดูแลให้รับประทานยา การทำภาระกิจอื่นๆ มากทำให้ผู้ดูแลมีแนวโน้มจะเกิดความเครียดได้

Bergerner & Shimer (1993) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในสถานพยาบาล โดยศึกษาในผู้ดูแล และผู้สูงอายุ จำนวน 58 คู่ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสังเกตพฤติกรรมในการให้การดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลทั้งพฤติกรรมที่แสดงออกโดยคำพูดและไม่แสดงออกโดยคำพูด การแสดงความเอาใจใส่ผู้สูงอายุที่อยู่ในความดูแล และ พฤติกรรมเกี่ยวกับด้านสังคม ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลอันได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคสมองเสื่อม ประสบการณ์การทำงานกับผู้ป่วยสมองเสื่อม จำนวนปีที่ได้รับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ดูแล

Schott-Barer (1993) ได้ศึกษาถึงภาวะพึ่งพา ภาระการดูแล และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง จำนวน 113 ราย โดยวัดจากภาระการดูแลในเชิงวัตถุวิสัย และเชิงจิตวิสัย พบว่าภาระการดูแลเชิงวัตถุวิสัยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอายุ แสดงว่าผู้ดูแลที่มีอายุมากต้องใช้เวลาในการทำกิจกรรมการดูแลที่นานขึ้น ในขณะที่ภาระการดูแลเชิงจิตวิสัยมีความสัมพันธ์ทางบวกับระยะเวลาที่ดูแล และมีความสัมพันธ์ทางลบกับอายุ นอกจากนี้ยังพบว่าความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระการดูแลเชิงจิตวิสัย แสดงว่าผู้ดูแลที่มีความสามารถในการดูแลตนเองได้ดีจะเกิดการรับรู้ภาระการดูแลเชิงจิตวิสัยน้อยลง

Sangboon (2002) ศึกษาอิทธิพลของรางวัลจากการดูแล ปัจจัยด้านผู้ดูแลต่อความเครียดของญาติระหว่างดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 140 ราย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60 อายุเฉลี่ย 43 ปี มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในฐานะ คู่สมรส และบุตร กลุ่มตัวอย่างได้รับรางวัลจากการดูแลในระดับสูง มีความเครียดจากการดูแลในระดับต่ำ มีความเครียดจากความวิตกกังวลระดับสูง และรางวัลจากการดูแลมีความสัมพันธ์กับความเครียดจากการดูแลโดยตรง ซึ่งความเครียดนี้อาจส่งผลต่อคุณภาพการดูแล

Perkdetch (2002) ศึกษาอิทธิพลของปริมาณการดูแล ปัญหาจากการสื่อสาร และ ปัจจัยด้านผู้ดูแลต่อความเครียดในบทบาทของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 100 ราย ผลการศึกษาพบว่า อายุ และระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในบทบาท และปริมาณการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเครียดในการดูแล และอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพการดูแล

ชนิตา มณีวรรณ และคณะ (2537) ศึกษาปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้ดูแลในครอบครัว จำนวนกลุ่มละ 110 ราย ในส่วนของผู้ดูแลพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ ร้อยละ 31.8 เป็นบุตรสาวต้องดูแลผู้ป่วย วันละ 10-24 ชั่วโมง พบว่ามีปัญหาทั้งด้าน ร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม เศรษฐกิจ และการดูแล ผู้ป่วยต้องการการสนับสนุนช่วยเหลือทางสังคมเศรษฐกิจและการดูแล ผู้ดูแลต้องการการสนับสนุนช่วยเหลือทางสังคมเศรษฐกิจ และต้องการความรู้ ความมั่นใจ ในการดูแลผู้ป่วยอย่างมาก

จันทร์เพ็ญ แซ่หวุ่น (2537) ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่ทำนายความเหนื่อยหน่ายของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผลการวิจัยสนับสนุนความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมและความเหนื่อยหน่ายของญาติผู้ดูแล โดยผู้ดูแลที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมจะทำให้มีความเหนื่อยหน่ายในการดูแลน้อย

วิภาวรรณ ชะอุ่ม (2537) ทำการศึกษาภาระในการดูแล และความผาสุกโดยทั่วไปของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาที่บ้าน โดยศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาที่บ้าน จำนวน 100 คน ผลการวิจัยพบว่า ภาระในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับความผาสุกโดยทั่วไปของผู้ดูแลในครอบครัว แหล่งประโยชน์ในการเผชิญความเครียด ด้านระยะเวลาในการศึกษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกโดยทั่วไป ปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ซึ่งเป็นผลเนื่องมาจากรายได้ของผู้ดูแล มีความสัมพันธ์ทางลบกับความผาสุกโดยทั่วไป และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาระในการดูแลความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระในการดูแล และความผาสุกโดยทั่วไป

เพียงใจ ติรไพรวงศ์ (2540) ศึกษาสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย และภาระการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 80 ราย พบว่าสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วยสามารถทำนายภาระในการดูแลได้ ร้อยละ 13 และเพศ จำนวนปีการศึกษา และระยะเวลาการดูแลของผู้ดูแลไม่สามารถร่วมกันทำนายภาระการดูแลของสมาชิกครอบครัวของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้

คมสัน แก้วระยะ (2540) ศึกษาความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุ และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ กับความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุ และหาปัจจัยที่ร่วมพยากรณ์ความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุจำนวน 210 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม ผลการวิจัยพบว่า เพศ รายได้ ระดับการศึกษาของผู้ดูแล มีความสัมพันธ์กับความเครียดในบทบาท อายุ ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ และสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ และอายุของผู้ดุแล สามารถร่วมกันพยากรณ์ความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สุดศิริ หิรัญชุณหะ (2541) ทำการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลหลักและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 15 ราย ใช้การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก การสังเกตแบบมีส่วนร่วม บันทึกภาคสนาม ถ่ายภาพ และใช้แบบประเมินความสามารถการดูแลของผู้ดูแล ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแล และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย

1. กระบวนการปรับเปลี่ยนการดูแลสุขภาพที่บ้าน ซึ่งพบว่ามี 4 ระยะ คือ ตั้งตัวไม่ติด/คิดไม่ออก หัวเลี้ยวหัวต่อ แสวงหา/ปรับวิธีการใหม่ และชีวิตที่ลงตัว

2. การส่งเสริมการดูแลที่บ้าน ประกอบด้วย การเตรียมความพร้อมผู้ดูแล พัฒนาความสามารถการดูแลและการจัดการตัวเอง พัฒนาความสามารถการดูแลด้วยตนเองและปรับบทบาท พัฒนาคุณภาพการดุแลอย่างยั่งยืนและปรับวิถีชีวิต

3. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแล ประกอบด้วย ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยที่โรงพยาบาล ครอบครัวร่วมรับรู้การเตรียมพร้อม ความหวัง การช่วยเหลือของครอบครัว ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ระดับความต้องการการดูแล แหล่งสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการดัดแปลง และปรับวิธีการดูแล และภาวะเศรษฐกิจ

จิราพร เกศพิชญวัฒนา (2542) ทำการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาความกตัญญูกตเวที และการดูแลบิดามารดาที่ต้องการการดูแลด้านสุขภาพจากข้อคิดเห็นของครอบครัวในเขตกรุงเทพมหานคร โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก และการสังเกตโดยการมีส่วนร่วมในกลุ่มที่ศึกษา กลุ่มตัวอย่างเป็นบุตรจำนวน 15 คน ที่ดูแลบิดามารดาที่เจ็บป่วยภายในครอบครัว การดูแลบิดามารดาสูงอายุในครอบครัวไทย จำแนกได้เป็น 3 ลักษณะ ได้แก่ การดูแลทางด้านร่างกาย การดูแลทางด้านจิตใจ และการดูแลทางด้านจิตวิญญาณ สิ่งยึดเหนี่ยวทางความสงบสุขทางจิตใจหรือศาสนา นอกจากนี้งานวิจัยยังพบว่า ปัจจัยทางด้านวัฒนธรรมและสังคมเศรษฐกิจมีบทบาทสำคัญและส่งผลต่อการดูแลบิดามารดาผู้สูงอายุในครอบครัว และทำให้ได้ความรู้พื้นฐานและเกิดความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ ที่เจ็บป่วยโดยเฉพาะบิดามารดาภายในครอบครัวของสังคมไทยในลักษณะภาพองค์รวม ลักษณะเฉพาะของสังคมวัฒนธรรมไทยที่มีผลต่อการดูแลบิดามารดาเพื่อทดแทนพระคุณ ถูกคาดหวังว่ายังจะคงอยู่และได้รับการยึดมั่นปฏิบัติต่อๆ ไปในสังคมไทย

ฟิลิปส์ และริมปุเซสกี้ (Phillips & Rempusheski, 1986) ทำการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ จำนวน 39 คน โดยใช้วิธีการประกาศรับสมัครผู้เข้าร่วมวิจัยทางหนังสือพิมพ์ ซึ่งมีวัตถุประสงค์ของการวิจัยเพื่อที่จะเสนอแนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัว โดยเน้นประเด็นสำคัญที่คุณภาพการดูแลที่ไม่ดี และอธิบายความสัมพันธ์ระหว่าง สภาวะแวดล้อม การรับรู้และพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปของผู้ดูแลในครอบครัว และผู้สูงอายุ ซึ่งผลการวิจัยทำให้ทราบถึงแนวคิด ทฤษฎีที่นำมาอธิบายคุณภาพในการให้การดูแลซึ่งผู้วิจัยใช้ทฤษฎี Symbolic interaction และ ทฤษฎี Social exchange theory ซึ่งจากทฤษฎีดังกล่าวทำให้อธิบายกระบวนการของการนำไปสู่คุณภาพในการให้การดูแล แบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอน คือ

1. การวิเคราะห์สถานการณ์ หรือสถานภาพ ได้แก่ ด้านผู้สูงอายุ ซึ่งประกอบด้วย บุคลิกภาพที่เด่นของผู้สูงอายุ การปรองดองกัน และด้านผู้ดูแล ประกอบด้วย ภาพพจน์ ความรู้สึกนึกคิดของญาติผู้ดูแล และความเข้าใจหรือยอมรับในสถานการณ์จริง

2. การรับรู้เกี่ยวกับการดูแล ซึ่งอธิบายว่า ผู้ดูแล มีความเชื่อต่อความเชื่อในบทบาทของผู้ดูแล

3. การปฏิบัติการดูแล อธิบายว่า พฤติกรรมของผู้ดูแลที่แสองออกโดยมีการจัดการ การวางแผน

4. การประเมินผล เป็นขั้นที่ผู้ดูแลมีการยอมรับและมีการตอบสนอง หรืออาจกล่าวได้ว่าเป็นสิ่งที่ผู้ดูแลแสดงออก

คาร์ทไวรท์ (Cartwright, J.C., 1994) ทำการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อสร้างแนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการของการเกิดความปลาบปลื้มปิติในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ซึ่งผู้วิจัยให้ความหมายของ

ความปลาบปลื้มปิติ หมายถึง ความรู้สึกของผู้ดูแลและผู้ที่อยู่ในความดูแลที่มีต่อการดูแลว่าเป็นสิ่งที่ทำแล้วเกิดความพึงพอใจซึ่งความปลาบปลื้มปิติใจนี้ถือว่าเป็นองค์ประกอบหนึ่งของคุณภาพการดูแลเนื่องจากเมื่อเกิดความปลาบปลื้ม หรือความพึงพอใจ จะส่งผลต่อสัมพันธภาพที่ดี ความสุขสบายของผู้ที่อยู่ในความดูแล และถือว่าผู้ดูแลได้รางวัลจากการดูแล

ฟิลิปส์และคนอื่นๆ (Phillips, L.R. et.al., 1995) ทำการศึกษาวิจัยเพื่อทดสอบแนวคิดเกี่ยวกับสถานการณ์ และกระบวนการมีปฏิสัมพันธ์ต่อคุณภาพการให้การดูแล โดยทำการศึกษาในผู้สูงอายุ และผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว จำนวน 209 คู่ ซึ่งคุณภาพในการให้การดูแลผู้สูงอายุใช้ Staged Theoretical Model โดยอธิบายว่าสถานการณ์ การมีปฏิสัมพันธ์ และภาระของผู้ดูแลมีผลต่อคุณภาพในการให้การดูแล ซึ่งผลการศึกษาพบว่า ตัวแปรที่สามารถทำนายภาระของผู้ดูแลได้สูง คือ ความเครียดของญาติผู้ดูแล ปฏิสัมพันธ์ต่อกันระหว่างผู้ดูแล และผู้สูงอายุ และตัวแปรที่ทำนายคุณภาพการดูแลได้สูงคือ ภาระของผู้ดูแล ซึ่งจะเห็นได้ว่า ผู้วิจัยได้มองคุณภาพเฉพาะในด้านลบ และได้นำเครื่องมือ QUALCARE Scale (Phillips,L.R., 1990) มาเป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินคุณภาพในการให้การดูแล และเกณฑ์ที่นำมาใช้เป็นมาตรฐานในการประเมินคุณภาพนั้นใช้แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์มาประเมินซึ่งต้องใช้การสัมภาษณ์ การสังเกต และการรายงานของญาติผู้ดูแล

แนนเรย์ (Nanley,B.L. et.al., 2000) ทำการศึกษาวิจัยเชิงพรรณา ในผู้สูงอายุจำนวน 37 ราย โดยการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่บ้าน ในการวิจัยนี้ ใช้ความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุมาอธิบายคุณภาพในการให้การดูซึ่งความผาสุกทางใจ ประกอบด้วย การไม่มีภาวะซึมเศร้า ความพึงพอใจในชีวิต และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งผลการวิจัยพบว่า 1. ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับขวัญและกำลังใจ ความพึงพอใจ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ 2. ขวัญและกำลังใจมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิต และคุณภาพชีวิต 3.ความพึงพอใจในชีวิตมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต และ 4. คุณภาพของความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ขวัญและกำลังใจ ความพึงพอใจในชีวิต และคุณภาพชีวิต ซึ่งจะเห็นได้ว่าอาจจะเกิดได้จากกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลนั้นมีจำนวนน้อย ทำให้ไม่ได้ผลตามที่ตั้งสมมติฐานไว้

ในการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการดูแล การดูแลผู้สูงอายุ และคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุโดยครอบครัว พบว่ามีผู้ทำการศึกษาคุณภาพทั้งในทางบวกและในทางลบ การให้ความหมาย หรือคำจำกัดความของคุณภาพมีความแตกต่างกันไป ซึ่งขึ้นอยู่กับแนวคิดของผู้ที่ทำการศึกษาวิจัยในแต่ละคน ในการประเมินคุณภาพนั้นสามารถที่จะประเมินได้จาก ผู้ดูแล

ผู้สูงอายุ หรือจากบุคลากรในทีมสุขภาพ และการประเมินคุณภาพนั้น อาจประเมินได้ จากการสังเกต การสัมภาษณ์ การรายงานของผู้ดูแล ซึ่งในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพนั้นทฤษฎี-แนวคิดที่นำมาใช้อธิบายการเปลี่ยนแปลงคุณภาพในการดูแล ส่วนใหญ่จะเป็นทฤษฎีทางด้านสังคมศาสตร์ ซึ่งผู้ศึกษาวิจัยนำมาสร้างและอธิบายกรอบแนวคิดทฤษฎีที่สร้างขึ้นมาจากการวิจัยเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์ทั้งผู้ดูแลและผู้สูงอายุ และหลังจากนั้นนำทฤษฎีหรือกรอบแนวคิดที่สร้างขึ้นมานี้ ด้วยการวิจัยเชิงบรรยาย โดยอาจใช้การหาความสัมพันธ์ หรือการประเมินคุณภาพในการให้การดูแล และนำสิ่งที่พบ หรือสิ่งที่คิดว่าเป็นปัญหา สาเหตุ หรือสิ่งที่มีผลกระทบต่อคุณภาพในการดูแล และนำมาสู่การปรับปรุงโดยการสร้างโปรแกรม หรือการปฏิบัติการพยาบาลหรือแนวทางในการแก้ปัญหาเพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัว หรือผู้ดูแลในครอบครัว สำหรับการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพการดูแลซึ่งถือว่าเป็นผลลัพธ์จากการดูแลควรให้ความสำคัญประเด็นด้านที่เป็นผลบวก คือคุณภาพการดูแล โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ดูแลที่เป็นผู้ดูแลซึ่งอยู่ในครอบครัวเนื่องจากเป็นผู้ดูแลที่มีความสำคัญ หรือเป็นกำลังที่สำคัญในการให้การดูแลผู้สูงอายุ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุโดยผู้ดูแลในครอบครัว เพื่อเป็นการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุโดยครอบครัวต่อไป

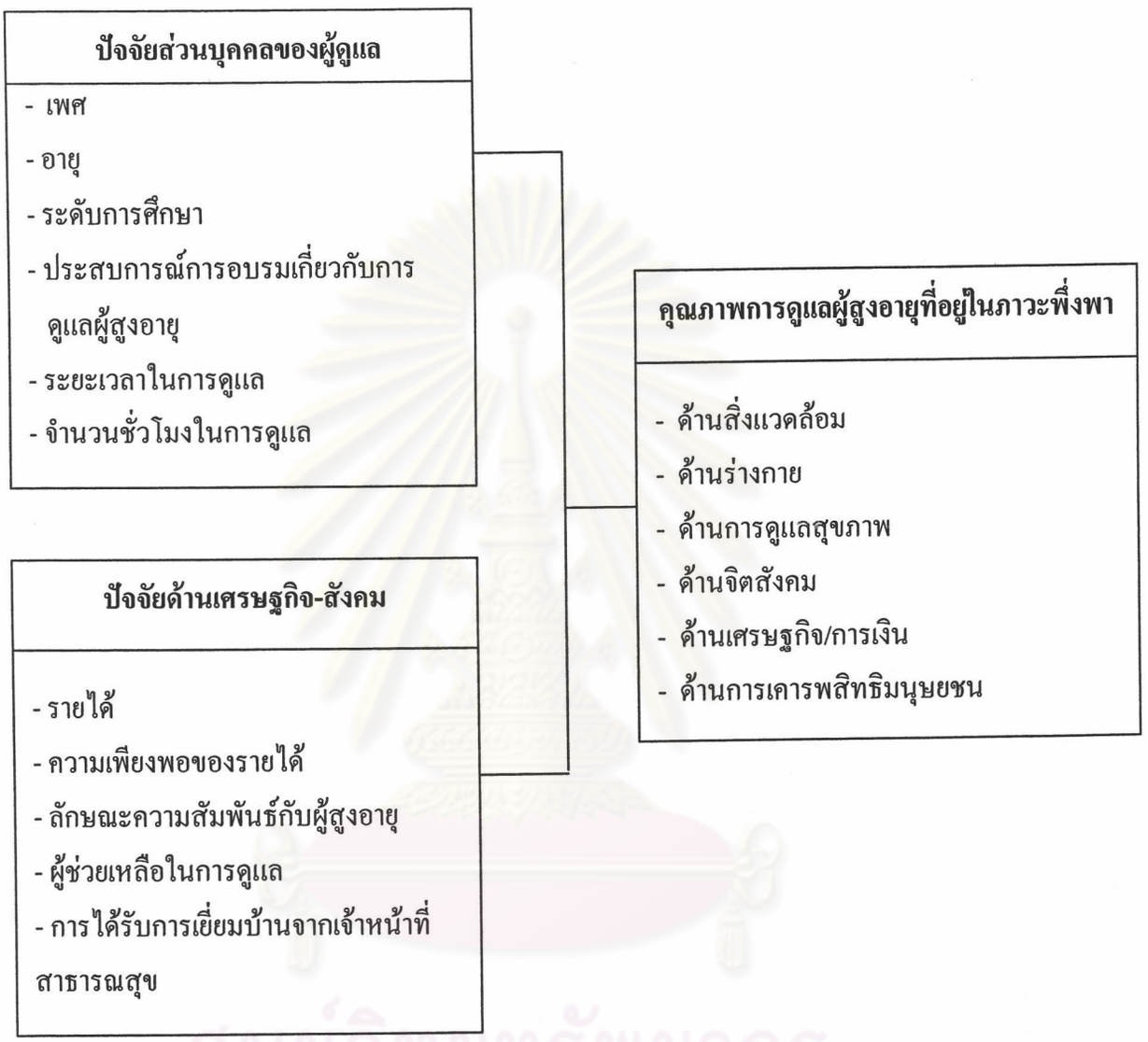
กรอบแนวคิดของการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยได้สรุปกรอบแนวคิดของการวิจัยดังนี้คือ

คุณภาพการดูแลผู้สูงอายุ หมายถึง ผลที่เกิดจากการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุ และวิธีการดูแลผู้สูงอายุ ที่ผู้ดูแลปฏิบัติซึ่งสามารถตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานที่ผู้สูงอายุควรได้รับ ประกอบด้วยการดูแล 6 ด้าน ได้แก่ ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านร่างกาย ด้านการดูแลสุขภาพ ด้านจิตสังคม ด้านเศรษฐกิจ/การเงิน และด้านสิทธิมนุษยชน

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการดูแล ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การอบรมเกี่ยวกับการดูแล ระยะเวลาในการดูแล จำนวนชั่วโมงในการดูแลผู้สูงอายุในแต่ละวัน และปัจจัยด้านเศรษฐกิจสังคม ได้แก่ รายได้ ความเพียงพอของรายได้ ลักษณะความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ ผู้ช่วยเหลือในการดูแล และ การได้รับการเยี่ยมบ้านจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ดังแสดงในภาพที่ 2

ภาพที่ 2 กรอบแนวคิดในการทำวิจัย



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย