ประสบการณ์การได้รับการดูแลของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา โดยผู้ดูแลในครอบครัว

นางสาวพัชรินทร์ คำอินทร์

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2548
ISBN: 974-14-2492-2
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

EXPERIENCES OF CARE RECEIVING OF DEPENDENT ELDERLY BY FAMILY CAREGIVERS

Miss Putcharin Comin

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements

for the Degree of Master of Nursing Science in Nursing Science

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2005

ISBN: 974-14-2492-2

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ประสบการณ์การได้รับการดูแลของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา โดยผู้ดูแลในครอบครัว
โดย	นางสาวพัชรินทร์ คำอินทร์
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้นับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญามหาบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิงยุพิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์)

.....อาจารย์ที่ปรึกษา
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)

.....กรรมการ
(พันตรีหญิง ดร. วาสนา นัยพัฒน์)

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

นางสาวพัชรินทร์ คำอินทร์: ประสบการณ์การได้รับการดูแลของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา โดยผู้ดูแลในครอบครัว (EXPERIENCES OF CARE RECEIVING OF DEPENDENT ELDERLY BY FAMILY CAREGIVERS) อาจารย์ที่ปรึกษา: ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา, 133 หน้า. ISBN: 974-14-2492-2

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความหมายการได้รับการดูแลโดยผู้ดูแลในครอบครัว จากมุมมองของผู้สูงอายุ และเพื่อศึกษาประสบการณ์การได้รับการดูแลโดยผู้ดูแลในครอบครัว ของผู้สูงอายุอยู่ในภาวะพึ่งพาที่อาศัยอยู่ที่บ้าน โดยใช้รูปแบบการศึกษาตามแนวคิดปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenological Study) แบบวิธีของ Husserl (Streubert and Carpenter, 1995) ผู้ให้ข้อมูลหลักในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา จำนวน 12 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) และการบันทึกเทป นำข้อมูลที่ได้ มาถอดความแบบคำต่อคำ วิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการของโคไลซี่ (Colaizzi, 1978 cited in Holloway and Wheeler, 1996)

ผลการศึกษาสรุปได้ดังนี้ คือ ความหมายการได้รับการดูแลโดยผู้ดูแลในครอบครัว จากมุมมองของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพาที่อาศัยอยู่ที่บ้าน สรุปได้ 4 ประเด็นหลัก คือ 1) การปฏิบัติดูแลด้วยความเข้าใจผู้สูงอายุ 2) การปฏิบัติการดูแลด้วยความเต็มใจ 3) การปฏิบัติดูแลด้วยการพูดคุยที่ดี และ 4) การปฏิบัติดูแลด้วยความเคารพรักและผูกพัน

สำหรับประสบการณ์การได้รับการดูแลโดยผู้ดูแลในครอบครัว ของผู้สูงอายุอยู่ในภาวะพึ่งพาที่อาศัยอยู่ที่บ้าน สรุปได้ 4 ประเด็นหลัก คือ 1) อารมณ์ในสภาพพึ่งพา 2) การรับรู้ว่าต้องพึ่งพาการดูแล 3) การปรับตัว และ 4) การรับรู้คุณค่าการดูแล

ผลการวิจัยในครั้งนี้ ทำให้เข้าใจความหมายการได้รับการดูแลโดยผู้ดูแลในครอบครัวจากมุมมองของผู้สูงอายุและประสบการณ์การได้รับการดูแลโดยผู้ดูแลในครอบครัวมากขึ้น สามารถนำความรู้ที่ได้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับพยาบาลในการให้ความรู้และคำปรึกษาแก่ผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ และนำความรู้ไปใช้ในการวิจัยทางการพยาบาลต่อไป

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สาขาวิชา.....พยาบาลศาสตร์..... ลายมือชื่อนิสิต.....พัชรินทร์ คำอินทร์.....

ปีการศึกษา.....2548..... ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....

4577593136: MAJOR NURSING SCIENCE

KEY WORD: EXPERIENCES / CARE RECEIVING / DEPENDENT ELDERLY / FAMILY CAREGIVERS

PUTCHARIN COMIN: EXPERIENCES OF CARE RECEIVING OF DEPENDENT ELDERLY BY FAMILY CAREGIVERS

THE THESIS ADVISOR: ASST. PROF. JIRAPORN KESPICHAYAWATTANA, Ph.D.

133 pp. ISBN 974-14-2492-2

The purposes of this study were to identify the meaning of care receiving and to study the care receiving experiences from perspectives of dependent elderly. A qualitative research method of Husserl Phenomenology (Streubert and Carpenter, 1995) was applied as a methodology of this study. The key informants were 12 dependent elderly, who received caregiving from their family caregivers. Data were collected by in-depth interviews. The interviews were tape-recorded and transcribed verbatim. The Colaizzi's (Colaizzi, 1978 cite in Hollway and Wheeler 1996) method was applied for data analysis.

Meaning of care receiving from perspectives of dependent elderly could be divided into four major themes, which were 1) Caring with understanding, 2) Caring with willingness, 3) Caring with good talk, and 4) Caring with respect and love.

Experiences of the dependent elderly received care from family caregivers consisted of four major themes, including 1) Emotion of being dependent, 2) Perception of needs to be cared for, 3) Adaptation, and 4) Valuing the caregiving.

The results of this study provided better understanding of the meaning of care receiving and experiences of dependent elderly receiving care from family caregivers. In addition, this study provided useful knowledge for nurses in educating and giving consultation to family caregivers who care for the frail elderly. The knowledge will be useful for nursing research in the future.

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Field of study.....Nursing Science.....

Academic year.....2005.....

Student's signature.....Putcharin Comin.....

Advisor's signature.....Jiraporn K. Watla.....

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณายิ่งของ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำแนะนำ ให้ข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะ ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆด้วยความรัก ความห่วงใย และความเอาใจใส่เป็นอย่างดีเสมอมา ผู้วิจัยซาบซึ้งและกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

กราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ ประธานสอบวิทยานิพนธ์ พันตรีหญิง ดร. วาสนา นัยพัฒน์ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ และคำแนะนำเกี่ยวกับระเบียบวิธีวิจัย จนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่าน ที่ช่วยประสิทธิ์ประสาทความรู้อบรมสั่งสอนและชี้แนวทางที่ถูกต้อง ตลอดระยะเวลาของการศึกษา ด้วยความเมตตากรุณาเป็นอย่างยิ่ง

กราบขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน สถาบันประสาทวิทยา และศูนย์บริการสาธารณสุข 27 จันทร์ฉิมไพบูลย์ ตลอดเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทุกท่าน ที่ให้ความอนุเคราะห์และช่วยอำนวยความสะดวก ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยเป็นอย่างดี

กราบขอบพระคุณ ผู้สูงอายุทั้ง 12 ท่าน ที่กรุณาเสียสละเวลาอันมีค่าและให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ มีคุณค่า ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ หากปราศจากท่านเหล่านี้ วิทยานิพนธ์ฉบับนี้คงไม่อาจสำเร็จลุล่วงได้

ขอขอบคุณ คุณเพ็ญพโยม เชยสมบัติ รวมทั้งเพื่อนๆพี่ๆน้องๆร่วมรุ่น ที่ดูแลเอาใจใส่ช่วยเหลือและเป็นกำลังใจตลอดเวลาที่ศึกษา

สุดท้ายนี้ขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อ คุณแม่ พี่สาว พี่ชาย ที่เป็นแรงผลักดันและเป็นกำลังใจในการศึกษา จนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....จ
กิตติกรรมประกาศ.....ฉ
สารบัญ.....ช
สารบัญตาราง.....ฌ
บทที่
1 **บทนำ**
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....4
ขอบเขตของการวิจัย.....5
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....6
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากงานวิจัย.....6
2 **เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง**.....7
แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ.....8
ความหมายของความผู้สูงอายุ.....8
การเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ.....8
แนวคิดผู้สูงอายุกับภาวะพึ่งพา.....13
ความหมายของภาวะพึ่งพา.....13
สาเหตุของการเกิดภาวะพึ่งพาในวัยสูงอายุ.....13
ความต้องการของผู้สูงอายุ.....14
การประเมินภาวะพึ่งพา.....18
แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุโดยครอบครัว.....19
ความหมายและแนวคิดเกี่ยวกับการดูแล.....19
ความหมายผู้ดูแลในครอบครัว.....21
ลักษณะของผู้ดูแลผู้สูงอายุโดยครอบครัว.....22
กิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุโดยครอบครัว.....23
บทบาทของพยาบาลในการพยาบาลผู้สูงอายุ.....25
บทบาทพยาบาลเยี่ยมบ้านในการดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพา.....25

บทที่ **หน้า**

บทบาทของพยาบาลประจำการกับการเตรียมสมาชิกในครอบครัว.....26
แนวคิดการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา.....28
ความหมายของปรากฏการณ์วิทยา.....28
หลักการและแนวคิดของปรากฏการณ์วิทยาของ Husserl.....29
ระเบียบวิธีการศึกษาปรากฏการณ์วิทยา.....30
การวิจัยปรากฏการณ์วิทยากับการพัฒนาการพยาบาล.....32
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....33
สรุปการทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....39
3 วิธีกาดำเนินการวิจัย.....41
ขั้นการเตรียมตัวก่อนลงสนาม 41
ขั้นการดำเนินการภาคสนาม.....43
ขั้นการวิเคราะห์ข้อมูล 46
การพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ให้ข้อมูล.....47
ความน่าเชื่อถือของการวิจัย..... .48
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลและสรุปผลการวิจัย.....50
5 การอภิปรายผลและข้อเสนอแนะ.....98
การอภิปรายผล.....98
ข้อเสนอแนะ.....110
รายการอ้างอิง.....112
ภาคผนวก.....
ภาคผนวก ก ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล.....120
ภาคผนวก ข แบบทดสอบสภาพจิตจุฬา.....122
ภาคผนวก ค แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล.....124
ภาคผนวก ง แนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์.....125
ภาคผนวก จ ใบหนังสือยินยอมเข้าร่วมวิจัย.....127
ภาคผนวก ฉ บันทึกภาคสนาม.....130
ภาคผนวก ช แบบบันทึกการถอดเทปและการให้รหัสเบื้องต้น.....131
ภาคผนวก ญ แบบบันทึกเชิงปฏิบัติการ.....132
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....133

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล	51
2	ระยะเวลาพึ่งพา และระดับเชาว์ปัญญา	52

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

ความสำคัญและความเป็นมาของปัญหา

จากแนวโน้มประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นและมีอายุยืนยาวมากขึ้น กระทั่งกล่าวได้ว่าประเทศไทยเข้าสู่ภาวะประชากรผู้สูงอายุ (Population Aging) ในปี พ.ศ. 2547-2548 โดยประมาณว่าปี พ.ศ. 2553 ประชากรผู้สูงอายุจะมีสัดส่วนของประชากรเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 11 (คณะกรรมการส่งเสริมประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ, 2545) ทั้งนี้อายุถือเป็นปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรค ทั้งโรคติดต่อและไม่ติดต่อ ยิ่งมีอายุสูงขึ้น อัตราการเกิดโรคมากกว่าหนึ่งโรคจะสูงขึ้นตามลำดับ (ศรีจิตรา บุญนาค และสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2542) ควบคู่ไปกับวัยสูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งร่างกายและจิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ อาจเกิดภาวะเจ็บป่วยทำให้ผู้สูงอายุต้องพึ่งพาผู้อื่นมากกว่าปกติ โดยเฉพาะโรคเรื้อรังส่งผลให้ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น (Tiden and Weinert, 1987)

จากการศึกษาในประเทศไทยเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุไทยในปี พ.ศ. 2540 พบว่าร้อยละ 73 ของกลุ่มตัวอย่าง 4,048 คน มีภาวะทุพพลภาพ ภาวะสมองเสื่อม หรือความผิดปกติเรื้อรังอย่างใดอย่างหนึ่ง ซึ่งจัดว่าเป็นผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา ทั้งนี้พบว่าร้อยละ 2.1 ของประชากรผู้สูงอายุไทย มีภาวะพึ่งพาในระดับสูง คือเป็นผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในการปฏิบัติกิจกรรม หรือบทบาทที่ในสภาพแวดล้อมปกติไม่สามารถกระทำด้วยตนเอง (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2542) ในสองทศวรรษหน้ามีแนวโน้มชัดเจนว่าภาวะพึ่งพาจากผู้สูงอายุโดยรวมจะเพิ่มขึ้น ตามจำนวนประชากรที่เพิ่มขึ้น (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2537) ซึ่งประเด็นสำคัญที่เป็นผลตามมาจากการที่ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพาจำนวนมากขึ้น คือ เป็นบุคคลที่ต้องการการดูแลระยะยาว (Long Term Care) ไม่สามารถดำรงอยู่ในชุมชนโดยมีคุณภาพชีวิตที่เหมาะสม จนอาจกล่าวได้ว่ามีการทอดทิ้งละเลย ส่งผลให้เกิดอันตรายจากการดูแลที่ไม่เหมาะสมและเสี่ยงต่อชีวิต

สำหรับในสังคมไทยการดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ส่วนใหญ่เป็นการดูแลภายในบ้าน และเป็นการดูแลโดยสมาชิกในครอบครัว ทั้งนี้จากการศึกษาของขวัญใจ อำนาจสัตย์ซื่อ (2545) พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยอยู่ที่บ้านกับครอบครัว ร้อยละ 84.2 % ผู้สูงอายุในชุมชนที่เจ็บป่วยเรื้อรัง เช่นเป็นอัมพาตช่วยเหลือตนเองไม่ได้ การดูแลส่วนใหญ่เป็นการดูแลโดยครอบครัว ซึ่งเป็นเรื่องที่ดีและเป็นจุดเด่นของสังคมไทย เพราะการสร้างที่พักอาศัยให้ผู้สูงอายุอยู่ต่างหากแยกจากครอบครัว ทำให้เสียค่าใช้จ่ายสูงมาก และขาดความผูกพันกับครอบครัว (นันทวรรณ สุวรรณรูป, 2544) องค์การอนามัยโลกเน้นย้ำถึงการดูแลผู้สูงอายุในอนาคตที่ปรับเปลี่ยนจากการดูแลใน

สถานบริการ (Institution) เป็นการดูแลที่บ้านและชุมชน ซึ่งเป็นรูปแบบที่เป็นที่ยอมรับ และเห็นพ้องต้องกันในหมู่นักวิชาการว่าเป็นสิ่งจำเป็น (จิราพร เกศพิชญวัฒนา, 2545) นโยบายทางด้านสาธารณสุขและสังคมได้ส่งเสริมให้มีการดูแลในชุมชนโดยชุมชน (Care in the Community by the Community) (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2544) โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (Community-based Care) มากขึ้น (Staab and Hodges,1996) เพื่อให้ผู้ป่วยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ตนคุ้นเคย ลดการย้ายเข้าไปอยู่ในสถานพยาบาลและเพื่อลดต้นทุนในการบริการ เน้นที่การพึ่งตนเอง การพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกันในครอบครัว (ศรีจิตรา บุญนาค และสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2542) การพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังและทุพลภาพ คือส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงอยู่กับครอบครัวในชุมชนให้นานที่สุด (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2543) โดยมีบุคลากรสาธารณสุขให้การช่วยเหลือสนับสนุน อำนวยความสะดวก เพื่อยกระดับคุณภาพการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัว นั่นเป็นบทบาทสำคัญประการหนึ่งของบุคลากรทางสุขภาพโดยเฉพาะพยาบาลที่ปฏิบัติงานในชุมชน

การดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพาที่บ้านที่ดี เป็นการช่วยป้องกันและลดภาวะแทรกซ้อน เกิดผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ เป็นการปฏิบัติอย่างมีคุณธรรมจริยธรรม และลดจำนวนวันที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล (ประคอง อินทรสมบัติ, 2546) การได้รับการดูแลที่ดีมี จุดประสงค์เพื่อคงไว้ซึ่งระดับที่ดีที่สุดของการทำงานด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม เพื่อให้ผู้สูงอายุดำรงชีวิตด้วยความผาสุก (Harrington et al., 2000) และมีคุณภาพชีวิต (Glick and Swanson, 1995) เพราะหากการดูแลไม่ดีพอ หรือผู้ดูแลขาดความรู้ความเข้าใจและทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับผู้สูงอายุแล้ว (ปาหนัน บุญ-หลง, 2542) อาจทำให้มีโอกาสเสี่ยงสูงในการกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาล จากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น แผลกดทับ การติดเชื้อในระบบต่างๆ เป็นเหตุให้ผู้สูงอายุไม่สามารถดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพได้ (Harrington et al., 2000) การดูแลที่ผู้สูงอายุควรได้รับจากผู้ดูแลในครอบครัวเพื่อนำไปสู่การดูแลอย่างมีคุณภาพหรือคุณภาพการดูแล จึงได้เป็นประเด็นที่ได้รับความสนใจ และมีสนใจศึกษาทั้งในต่างประเทศและในประเทศ

Phillips, Morrison และ Chae (1990) ได้กล่าวถึงการดูแลที่ผู้สูงอายุพึงได้รับจากผู้ดูแลในครอบครัว โดยได้เสนอแนวคิดว่า หมายถึง ระดับของกิจกรรม และกระบวนการในการดูแลผู้สูงอายุโดยที่ผู้ดูแลปฏิบัติตามหรือเหมาะสมกับความต้องการขั้นพื้นฐานที่ผู้สูงอายุควรได้รับตามความต้องการขั้นพื้นฐาน 6 ด้าน ได้แก่ ความต้องการด้านสิ่งแวดล้อม ความต้องการด้านร่างกาย ความต้องการด้านการดูแลสุขภาพ ความต้องการด้านจิตสังคม ความต้องการด้านเศรษฐกิจ/การเงิน และความต้องการด้านสิทธิมนุษยชน โดยเน้นที่ด้านเศรษฐกิจ/การเงิน และด้านสิทธิมนุษยธรรม ทั้งนี้คุณภาพการดูแลผู้สูงอายุที่กำหนดดังกล่าว มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นการควบคุม เฝ้าระวัง และรายงานจำนวนการเกิดการกระทำทารุณกรรมในผู้สูงอายุ (Elder Abuse)

โดยใช้ระดับคุณภาพการดูแลเป็นตัวกำหนด รวมทั้งเป็นการกระตุ้นให้ตระหนัก ถึงปัญหาด้านจริยธรรม และปัญหาที่เกิดจากการดูแลซึ่งเกี่ยวข้องกับกิจกรรมการดูแลทุกด้านในผู้สูงอายุ

เพ็ญแข ชีวยะพันธ์ (2545) ได้ศึกษาการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพาในเขตอำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี โดยเป็นแนวคิด การดูแลผู้สูงอายุที่มีคุณภาพว่าหมายถึง ผลที่เกิดจากการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุ และวิธีการดูแลผู้สูงอายุ ที่ผู้ดูแลปฏิบัติโดยสามารถตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานที่ผู้สูงอายุควรได้รับ ประกอบด้วยการดูแล 6 ด้าน ได้แก่ ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านร่างกาย ด้านการดูแลสุขภาพ ด้านจิตสังคม ด้านเศรษฐกิจ/การเงิน และด้านสิทธิมนุษยชน ได้อย่างเพียงพอ เหมาะสม สะอาด ปลอดภัย และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน สำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นการดูแลผู้สูงอายุที่ควรจะเป็นตามมุมมองของผู้ให้การดูแล โดยใช้กรอบแนวคิดของ Phillip, Morrison และ Chae (1990) Ebersole และ Hess (1990) ร่วมกับแนวคิดของ Donabedian (1988)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการศึกษาถึงการได้รับการดูแลที่ผู้สูงอายุพึงได้รับ ในประเทศไทยในปัจจุบัน มีเฉพาะความหมายจากมุมมองของผู้ให้บริการ ที่ปฏิบัติงานในสถานบริการด้านสุขภาพเป็นส่วนใหญ่ และเป็นการศึกษาในภาพรวมในผู้รับบริการทุกกลุ่ม ยังไม่มีการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุซึ่งเป็นกลุ่มที่เฉพาะ (พรทิพย์ มาลาธรรม, 2546) สำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพาที่อาศัยอยู่ที่บ้าน โดยมีผู้ดูแลเป็นสมาชิกในครอบครัวเป็นอีกกลุ่มหนึ่ง ที่ยังไม่เคยมีการศึกษาถึงความหมายการได้รับการดูแลอันเป็นความคาดหวังหรือความต้องการ จากมุมมองของตัวผู้สูงอายุเอง ทั้งที่การดูแลในชุมชนส่วนใหญ่ที่ผู้สูงอายุได้รับ เป็นการดูแลโดยผู้ดูแลในครอบครัว รวมทั้งยังไม่มีการศึกษาประสบการณ์การได้รับการดูแลโดยผู้ดูแลในครอบครัว ของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา

การให้ความหมายการได้รับการดูแลโดยครอบครัว ที่เป็นความคาดหวังหรือความต้องการในการดูแลที่ผู้สูงอายุอยู่ในภาวะพึ่งพาควรได้รับ สำหรับผู้ที่อยู่ในบริบทเหตุการณ์สถานการณ์จริงย่อมมีความแตกต่าง จากมุมมองของนักวิชาการ หรือผู้เชี่ยวชาญทางด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ พยาบาลเยี่ยมบ้าน หรือแม่แต่ผู้ดูแลในครอบครัว อย่างไรก็ตาม ในปัจจุบันพบว่ามุมมองของผู้ได้รับการดูแล หรือผู้เกี่ยวข้องในสถานการณ์เป็นส่วนสำคัญที่ไม่อาจมองข้ามได้ (Ware and Shubourn, 1992; Rubin et al., 1993; Gerteis et al., 1993 อ้างถึงใน อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล และจิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, 2543) การตอบสนองต่อความคาดหวังและค่านิยมของผู้รับการดูแลถือเป็นเป้าหมายของการดูแล (Mulley, 1995) ดังนั้นความคิดเห็นของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพาจึงเป็นบุคคลสำคัญ ในการให้ความหมายการได้รับการดูแลโดยครอบครัว เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นผู้รับทราบถึงผลของการดูแล และเป็นบุคคลที่รับรู้ถึงการดูแลที่ตนเองได้รับหรือพึงได้รับจากการดูแล

การเข้าใจความหมายการได้รับการดูแล และการศึกษาประสบการณ์การได้รับการดูแลโดยครอบครัวจากมุมมองของผู้สูงอายุ จะทำให้เข้าใจความคาดหวังของผู้สูงอายุ และสามารถนำไปใช้ในการตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ รวมทั้งเป็นข้อมูลเบื้องต้น สำหรับพยาบาลเยี่ยมบ้าน ซึ่งเป็นกำลังสำคัญในการดูแลสุขภาพชุมชน (ประเวศ วะสี, 2543) เป็นบุคลากรวิชาชีพสุขภาพที่มีศักยภาพ ในการทำให้การดูแลที่บ้านมีคุณภาพ และอยู่ใกล้ชิดให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลกับครอบครัวผู้สูงอายุ (Jiraporn Kespichayawattana, 1999) ความรู้ดังกล่าวนี้สามารถนำไปเป็นประโยชน์แก่พยาบาลเยี่ยมบ้าน ในการให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแลในครอบครัวของผู้สูงอายุอยู่ในภาวะพึ่งพาที่อาศัยอยู่ที่บ้าน เพื่อให้ผู้ดูแลในครอบครัวให้การดูแลที่เหมาะสม และมีคุณภาพสอดคล้องกับความต้องการ (สุภาณี อ่อนชื่นจิตร และฤทัยพร ตรีตรง, 2544) และตรงตามความคาดหวังของผู้สูงอายุ

ดังนั้นเพื่อที่จะศึกษาถึงความหมาย (Meaning) ของการได้รับการดูแลโดยครอบครัว และประสบการณ์การได้รับการดูแลโดยผู้ดูแลในครอบครัว จากประสบการณ์ตรงของผู้สูงอายุอยู่ในภาวะพึ่งพาที่อาศัยอยู่ที่บ้าน ผู้วิจัยจึงได้เลือกวิธีการศึกษาโดยใช้รูปแบบการศึกษาตามแนวคิดปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenological Study) ด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) จากข้อมูลการรับรู้ของบุคคล ซึ่งได้แก่ ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพาเป็นแหล่งข้อมูล (จอนผะจง เพ็งจาด, 2545) ด้วยวิธีการดังกล่าว ผู้วิจัยและผู้สูงอายุสามารถโต้ตอบ อธิบายจนเกิดความชัดเจน ซักถามจนเกิดความกระจ่าง เพื่อให้ได้มาซึ่งความหมายการได้รับการดูแลโดยครอบครัว และประสบการณ์การได้รับการดูแลที่ลึกซึ้งและสมบูรณ์ในแง่มุมต่างๆ (นิศา ชูโต, 2545) อันจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาองค์ความรู้ทางการพยาบาล และนำไปเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการดูแลของผู้สูงอายุอยู่ในภาวะพึ่งพาที่อาศัยอยู่ที่บ้านต่อไป

วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

1. เพื่อศึกษาความหมายของการได้รับการดูแลโดยผู้ดูแลในครอบครัว ของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพาที่อาศัยอยู่ที่บ้าน

2. เพื่อศึกษาประสบการณ์การได้รับการดูแลของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา โดยผู้ดูแลในครอบครัว

คำถามการวิจัย

1. ความหมายของการได้รับการดูแลของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพาที่อาศัยอยู่ที่บ้าน โดยผู้ดูแลในครอบครัว ในบริบทสังคมไทย คืออะไร

2. ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพาที่อาศัยอยู่ที่บ้าน มีประสบการณ์การได้รับการดูแลโดยผู้ดูแลในครอบครัวเป็นอย่างไร

แนวคิดเบื้องต้น(Preconceived notion)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา พบว่าการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา ซึ่งในที่นี้จะเป็นการดูแลที่มีคุณภาพหรือการดูแลตามที่คาดหวัง มีแนวคิดหลายแนวคิดที่ได้กล่าวอธิบายหรือสร้างเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยการศึกษาได้แก่ แนวคิดของ Phillip, Morrison และ Chae (1990) Ebersole และ Hess (1990) อย่างไรก็ตาม เนื่องจากการศึกษาความหมายยังมิได้มีการศึกษาในประเทศไทย ดังนั้นในการวิจัยนี้จึงทำการทบทวนวรรณกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องในลักษณะที่เป็นแนวคิดเบื้องต้น (Preconceived Notion) เพื่อเป็นแนวทางสำหรับผู้วิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้อย่างครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย และสามารถวางแผนการวิจัยได้อย่างถูกต้องแต่มิได้หมายความว่าจะเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ทั้งนี้แนวคิดเบื้องตนที่ได้ทบทวนมา ประกอบด้วยแนวคิดต่างๆดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลที่มีคุณภาพของ Phillip, Morrison และ Chae (1990) กล่าวว่า การดูแลผู้สูงอายุที่มีคุณภาพนั้น ขึ้นอยู่ว่าผู้สูงอายุได้รับการตอบสนองตามความต้องการหรือไม่ ซึ่งความต้องการขั้นพื้นฐานของผู้สูงอายุที่ควรได้รับเมื่ออยู่กับครอบครัว ประกอบด้วย ความต้องการ 6 ด้าน คือ ความต้องการด้านสิ่งแวดล้อม ความต้องการด้านร่างกาย ความต้องการด้านการรักษาสุขภาพ ความต้องการด้านจิตสังคม ความต้องการด้านสิทธิมนุษยชน ความต้องการด้านเศรษฐกิจ/การเงิน

2. แนวคิดความต้องการของผู้สูงอายุที่เสนอโดย Ebersole และ Hess (1990) ได้เสนอโดยใช้แนวคิดของมาสโลว์เป็นพื้นฐาน แบ่งระดับความต้องการของผู้สูงอายุได้เป็น 5 ระดับ คือ ความต้องการด้านสรีรวิทยา ความต้องการด้านความปลอดภัยและความมั่นคง ความต้องการความรักและความเป็นเจ้าของ ความต้องการด้านความภูมิใจ ความต้องการความสำเร็จในชีวิต

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยใช้รูปแบบการศึกษาตามแนวคิดปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenological Study) ของ Husserl (Streubert and Carpenter, 1995) เพื่อค้นหาความหมาย (Meaning) เกี่ยวกับการได้รับการดูแลโดยครอบครัว และศึกษาประสบการณ์การได้รับการดูแลโดยผู้ดูแลในครอบครัว ของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพาที่อาศัยอยู่ที่บ้านในบริบทสังคมไทย ทั้งนี้ได้เลือกศึกษาจากมุมมองของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา เนื่องจากเป็นบุคคลที่มีประสบการณ์ในการได้รับการดูแลโดยตรง รวมทั้งเป็นผู้รับทราบถึงผลของการดูแล และเป็นผู้ที่รับรู้ถึงการดูแลที่ตนเองได้รับหรือพึงได้รับจากการดูแล

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

การได้รับการดูแลโดยผู้ดูแลในครอบครัว หมายถึง การรับรู้เหตุการณ์ การบอกกล่าวถึงความรู้สึกเกี่ยวกับ การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลโดยบุคคลในครอบครัว ที่ผู้สูงอายุคาดหวังหรือผู้สูงอายุต้องการ ซึ่งในการวิจัยนี้ ได้แก่ การดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพาที่อาศัยกับครอบครัว ทั้งนี้ เป็นการให้ความหมายในมุมมองของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพาที่บ้าน

ประสบการณ์ หมายถึง การรับรู้ถึงเหตุการณ์เรื่องราวที่ประสบมา ซึ่งครอบคลุมถึงการบอกเล่าถึงความรู้สึก การรับรู้ต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นของผู้สูงอายุจากการได้รับการดูแลจากผู้ดูแลในครอบครัว

ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา หมายถึง ผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ซึ่งเป็นผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หรือบทบาทในบางกิจกรรมที่ไม่สามารถปฏิบัติด้วยตนเองได้ ซึ่งในที่นี้นั้นจะประเมินภาวะพึ่งพาจากดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index) (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ, 2542) ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมขั้นพื้นฐาน 10 กิจกรรม ได้แก่ การลุกจากที่นอน การดูแลความสะอาดของร่างกายทั่วไป การใช้ห้องสุขา การอาบน้ำ การแต่งตัว การขึ้นลงบันได การเคลื่อนที่ การรับประทานอาหาร การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ ซึ่งผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพาในการวิจัยนี้ มีค่าคะแนนจากการประเมินอยู่ระหว่าง 0 - 11 คะแนน อันหมายถึง ผู้สูงอายุอยู่ในภาวะพึ่งพา ต้องได้รับการดูแลจากบุคคลอื่น

ผู้ดูแลในครอบครัว หมายถึง บุคคลที่เป็นสมาชิกในครอบครัวอาศัยอยู่ในครัวเรือนเดียวกันหรือต่างครัวเรือน แต่อยู่ในบริเวณเดียวกันกับผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์ในลักษณะเครือญาติกับผู้สูงอายุ หรือเป็นบุคคลที่มีความสำคัญในชีวิต ได้แก่ คู่สมรส บุตรหลาน ญาติ หรือบุคคลที่มีนัยสำคัญอื่นๆ เป็นผู้รับผิดชอบหลักในการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ หรือประกอบกิจกรรมต่างๆ ในการดูแลผู้สูงอายุโดยไม่ได้รับค่าตอบแทนใดๆ โดยสถานการณ์ในการดูแลเกิดขึ้นที่บ้าน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากงานวิจัย

1. พยาบาล บุคลากรสุขภาพ เข้าใจเกี่ยวกับการได้รับการดูแลโดยผู้ดูแลในครอบครัว และประสบการณ์การได้รับการดูแลโดยผู้ดูแลในครอบครัว ของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา
2. เป็นแนวทางในการทำการศึกษาวิจัย เพื่อพัฒนาและปรับปรุงการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวในการให้การดูแลผู้สูงอายุอยู่ในภาวะพึ่งพาที่อาศัยอยู่ที่บ้านต่อไป

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยในครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยใช้แนวคิดเชิงปรากฏการณ์วิทยาของ Husserl (Streubert and Carpenter, 1995) เพื่อศึกษาถึงความหมายการได้รับการดูแลโดยครอบครัว จากมุมมองของผู้สูงอายุ และศึกษาประสบการณ์การได้รับการดูแลโดยผู้ดูแลในครอบครัว ของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพาที่อาศัยอยู่ที่บ้าน ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าตำรา วารสาร บทความและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยนำมาเสนอตามลำดับดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
    1.1 ความหมายของความผู้สูงอายุ
    1.2 การเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ
2. แนวคิดผู้สูงอายุกับภาวะพึ่งพา
    2.1 ความหมายของภาวะพึ่งพา
    2.2 สาเหตุของการเกิดภาวะพึ่งพาในวัยสูงอายุ
    2.3 ความต้องการของผู้สูงอายุ
    2.4 การประเมินภาวะพึ่งพา
3. แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุโดยครอบครัว
    3.1 ความหมายและแนวคิดเกี่ยวกับการดูแล
    3.2 ความหมายผู้ดูแลในครอบครัว
    3.3 ลักษณะของผู้ดูแลผู้สูงอายุโดยครอบครัว
    3.4 กิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุโดยครอบครัว
4. บทบาทพยาบาลในการพยาบาลผู้สูงอายุ
    4.1 บทบาทพยาบาลเยี่ยมบ้านในการดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพา
    4.2 บทบาทของพยาบาลประจำการกับการเตรียมสมาชิกในครอบครัว
5.แนวคิดการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา
    5.1 ความหมายของปรากฏการณ์วิทยา
    5.2 หลักการและแนวคิดของปรากฏการณ์วิทยาของ Husserl
    5.3 ระเบียบวิธีการศึกษาปรากฏการณ์วิทยา
    5.4 การวิจัยปรากฏการณ์วิทยากับการพัฒนาการพยาบาล

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

7. สรุปการทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

1.1 ความหมายของความผู้สูงอายุ

การกำหนดว่าบุคคลใด เรียกว่าเป็น "ผู้สูงอายุ" นั้น มีความแตกต่างกันในแต่ละประเทศขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายด้าน เช่น สภาพสังคมและเศรษฐกิจ โดยประเทศสหรัฐอเมริกา แคนาดา ถือเอาอายุ 65 ปีเป็นผู้สูงอายุ โดยกำหนดให้บุคคลเกษียณอายุการทำงาน เนื่องจากเห็นว่าเป็นช่วงอายุที่สมควรได้รับผลตอบแทนจากเงินบำนาญและสิทธิประโยชน์อื่น (จันทนา รณฤทธิชัย และวิไลวรรณ ทองเจริญ, 2545) ประเทศนอร์เวย์ถือว่า 70 ปีเป็นผู้สูงอายุ ประเทศอินโดนีเซียและมาเลเซีย ถือว่าอายุ 55 ปีเป็นวัยผู้สูงอายุ

สำหรับการแบ่งระดับวัยสูงอายุนั้น องค์การอนามัยโลก (พิชญาภรณ์ มูลศิลป์, 2539) ได้แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 อายุ 60 – 74 ปี เรียกว่า ผู้สูงอายุ (Elderly)

กลุ่มที่ 2 อายุ 75 – 90 ปี เรียกว่า คนชรา (Old)

กลุ่มที่ 3 อายุ 91 ปีขึ้นไป เรียกว่า คนชรามาก (Very Old)

นอกจากนี้ สมาคมพยาบาลแห่งสหรัฐอเมริกา (American Nurse Association: ANA) ได้แบ่งระดับวัยสูงอายุ (Leucknotte, 1996) คือ

ผู้สูงอายุตอนต้น อายุระหว่าง 65 – 74 ปี

ผู้สูงอายุตอนกลาง อายุระหว่าง 75 – 84 ปี

ผู้สูงอายุตอนปลาย อายุ 85 ปี ขึ้นไป

สำหรับประเทศไทย ในอดีตได้กำหนดว่าผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ตามเกณฑ์การเกษียณอายุราชการ ซึ่งสอดคล้องกับที่ประชุมสมัชชาโลกว่าด้วยเรื่องผู้สูงอายุที่กรุงเวียนนา ประเทศออสเตรีย ในปี พ.ศ. 2525 (จันทนา รณฤทธิชัย และ วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2545) แต่ปัจจุบัน พระราชบัญญัติผู้สูงอายุแห่งชาติ พ.ศ. 2546 ได้กำหนดให้ผู้สูงอายุ คือ ผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป

1.2 การเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ

เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ บุคคลจะต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงต่างๆที่เกิดขึ้น ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม วัฒนธรรม เศรษฐกิจ โดยลักษณะการเปลี่ยนแปลงจะเป็นไปในทางที่เสื่อมลง ซึ่งพอจะสรุปการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้ดังนี้

1.2.1 การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ร่างกายเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างหน้าที่ของเซลล์เนื้อเยื่อ ความเจริญของร่างกายลดลง การปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปทำได้ยากขึ้น ซึ่งแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล สามารถจำแนกการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายของผู้สูงอายุตามระบบต่างๆได้ดังนี้

1) ระบบผิวหนัง ในผู้สูงอายุจะมีผิวหนังบางเพราะความหนาของไขมันใต้ผิวหนังลดลง ความชุ่มชื้นของผิวหนังลดลง ความเหนียวของผิวหนังเพิ่มขึ้น เซลล์ผิวหนังมีจำนวนลดลง อัตราการสร้างเซลล์ใหม่ขึ้นมาทดแทนเซลล์เก่าลดลงถึง 50 % (Carmevali and Patrick, 1993) ทำให้การหายของแผลช้าลง เส้นใยอีลาสตินขนาดใหญ่ มีจำนวนลดลง และแข็งตัวมากขึ้น จึงทำให้ความยืดหยุ่นของผิวหนังไม่ดี ทำให้เกิดริ้วรอยและความเหี่ยวย่นมากขึ้น นอกจากนี้ จำนวนต่อมเหงื่อที่ลดลงในผู้สูงอายุ ทำให้ปรับอุณหภูมิร่างกายได้ไม่ดี การรับความรู้สึกต่ออุณหภูมิ การสั่นสะเทือนและความเจ็บปวดที่ผิวหนังลดลง ทำให้เกิดแผลและอุบัติเหตุได้ง่าย เซลล์ที่สร้างเม็ดสีลดลง ทำให้เกิดผมหงอกขาว เส้นผมร่วงและแห้งง่าย เนื่องจากมีการไหลเวียนของเลือดบริเวณหนังศีรษะลดลง

2) ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก กล้ามเนื้อจะลีบเล็กลง ความตึงตัวและกำลังหดตัวของกล้ามเนื้อลดลง เซลล์ของกล้ามเนื้อถูกแทนที่ด้วยเซลล์ไขมัน ทำให้กล้ามเนื้อหย่อนยาน (Ellis and Nowlis, 1994) อัตราการเสื่อมของกระดูกมากกว่าอัตราการสร้าง แคลเซียมสลายออกจากกระดูกมากขึ้น ทำให้กระดูกเปราะหักง่ายและติดช้า ความยาวของกระดูกสันหลังลดลง เพราะหมอนรองกระดูกบางลงทำให้หลังค่อม ทรงตัวไม่ดี การเคลื่อนไหวช้า ไม่กระฉับกระเฉง กระดูกอ่อนบริเวณข้อต่างๆเสื่อมมากขึ้นตามอายุ ปริมาณน้ำไขข้อลดลง ทำให้กระดูกสัมผัสกันมากขึ้นขณะที่มีการเคลื่อนที่ ทำให้เกิดการเสื่อมของข้อ

3) ระบบหัวใจและการไหลเวียน ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจลดลง อัตราการเต้นของหัวใจและความไวต่อสิ่งเร้าของกล้ามเนื้อหัวใจลดลง ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจในหนึ่งนาทีลดลง ลิ้นหัวใจแข็งและหนา ทำให้การเปิดปิดของลิ้นหัวใจไม่ดี เกิดภาวะลิ้นหัวใจรั่วและตีบได้ ผนังของหลอดเลือดในคนสูงอายุจะขรุขระ และเส้นผ่าศูนย์กลางของหลอดเลือดแดงลดลง อันเป็นผลมาจากการหนาตัวของเนื้อเยื่อของเส้นเลือด Elastin ซึ่งเป็นส่วนที่ทำให้เส้นเลือดมีความยืดหยุ่น ทำให้เส้นเลือดเปราะ และมีแคลเซียมมาเกาะ ทำให้เส้นเลือดแข็ง ซึ่งนำไปสู่ภาวะความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นโรคที่พบบ่อยในคนสูงอายุ (บรรลุ ศิริพานิช, 2542) นอกจากนี้ จำนวนเม็ดเลือดแดงและระดับฮีโมโกลบินลดลง ทำให้เกิดภาวะโลหิตจาง หน้ามืดเป็นลมได้บ่อย

4) ระบบหายใจ มีการเปลี่ยนแปลงของปริมาตรปอด เนื่องจากความยืดหยุ่นของปอดและทรวงอกน้อยลง หลอดลมมีพังผืดเพิ่มขึ้น แข็งตัวมากขึ้น การระบายอากาศภายในปอดไม่สม่ำเสมอ เนื่องจากความยืดหยุ่นและการขยายตัวของปอดลดลง Cillia ในระบบทางเดินหายใจ

ลดลง (Fretwell, 1993) กลไกการไอ ประสิทธิภาพการไอ และขับเสมหะลดลง ทำให้มีการสะสมของเสมหะมากขึ้น เกิดการติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจได้ง่าย

5) ระบบขับถ่ายปัสสาวะ ขนาดและน้ำหนักของไตในผู้สูงอายุลดลง ผนังหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงไตแข็งตัว ทำให้การไหลเวียนเลือดในไตและอัตราการกรองของไตลดลงประมาณ 50 เปอร์เซ็นต์ (Eliopoulos, 1997) การดูดกลับของสารต่างๆน้อยลง ร่างกายเกิดการสูญเสียน้ำและเกลือแร่ได้ เกิดภาวะขาดน้ำ (Dehydrate) ได้ง่าย ความจุของกระเพาะปัสสาวะลดลงจาก 500 มิลลิลิตร เหลือเพียง 250 มิลลิลิตร ดังนั้นผู้สูงอายุจึงปัสสาวะบ่อย ในผู้หญิงอาจมีอาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่จากกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานหย่อนตัว และกล้ามเนื้อหูรูดของท่อปัสสาวะหย่อนยาน ผู้ชายอาจมีปัสสาวะขัดจากต่อมลูกหมากโต

6) ระบบสืบพันธุ์ ผู้สูงอายุชายอวัยวะเพศแข็งตัวช้า อัณฑะเหี่ยวเล็กลง และผลิตเชื้ออสุจิได้น้อย (Eliopoulos, 1997) ส่วนผู้สูงอายุหญิง รังไข่จะฝ่อเล็กลง ขนาดมดลูกเล็กลง เยื่อบุภายในมดลูกบางลง มีเนื้อเยื่อพังผืดมากขึ้น เยื่อบุช่องคลอดบางลง

7) ระบบทางเดินอาหาร มีการเสื่อมของเยื่อบุทางเดินอาหารต่อมน้ำลายผลิตน้ำลายและเอมไซม์ลดลง การย่อยแป้งและน้ำตาลในปากลดลง การย่อยและการดูดซึมอาหารไม่ดี มีการเคลื่อนไหวของลำไส้น้อยลง ทำให้อาหารไม่ย่อย ท้องอืด แน่นท้อง ท้องผูกได้ง่าย ซึ่งอาการท้องผูกของผู้สูงอายุพบว่า จะสูงขึ้นตามอายุที่เพิ่มมากขึ้น (Wong et al., 1999) หลอดอาหารมีขนาดกว้างขึ้น กล้ามเนื้อของหลอดอาหารและคอหอยอ่อนกำลังลง ทำให้ระยะเวลาที่อาหารผ่านหลอดอาหารช้าลง กล้ามเนื้อหูรูดบริเวณปลายหลอดอาหารหย่อนตัวและทำงานช้าลง เป็นเหตุให้อาหารในกระเพาะอาหารสามารถย้อนกลับขึ้นมาในหลอดอาหารได้ง่าย เกิดความรู้สึกแสบยอดอก (Heart Burn)

8) ระบบต่อมไร้ท่อ ต่อมใต้สมองมีน้ำหนักลดลง การไหลเวียนเลือดที่ต่อมใต้สมองลดลง ต่อมไทรอยด์มีการสะสมของเนื้อเยื่อพังผืดมากขึ้น ปริมาณของฮอร์โมนที่สร้างจากต่อมไทรอยด์ลดลง ทำให้อัตราการเผาผลาญของร่างกายจึงลดลงด้วย (Wold, 1993) และมักเกิดภาวะ hypothyroidism ซึ่งพบในผู้หญิงมากกว่าชาย ทำให้มีอาการอ่อนเพลีย เบื่ออาหารและน้ำหนักลดได้ ตับอ่อนมีการหลั่งอินซูลินน้อยลง เนื้อเยื่อต่างๆภายในร่างกายตอบสนองต่ออินซูลินน้อยกว่าปกติ จึงทำให้เกิดเบาหวานในผู้สูงอายุได้ง่าย โดยเฉพาะในรายมีประวัติที่มีประวัติบิดามารดาเป็นเบาหวาน ในผู้สูงอายุหญิงจึงมีระดับฮอร์โมนเอสโตรเจนลดลงอย่างมากจากรังไข่หยุดทำงาน ทำให้ไม่มีประจำเดือน และฮอร์โมนนี้มีความสำคัญอย่างมากในการควบคุมความหนาแน่นของกระดูก ซึ่งในช่วงนี้อาจนำไปสู่ภาวะกระดูกพรุน

9) ระบบประสาทและประสาทสัมผัส เซลล์ประสาทและเซลล์สมองจะมีจำนวนลดลง ปริมาตรของสมองลดลงเรื่อยๆ ประสิทธิภาพการทำงานของสมองและความเร็วในการส่งสัญญาณประสาทลดลง (Fretwell, 1993) ทำให้ความไวในการตอบสนองต่อปฏิกิริยาต่างๆช้า จนบางครั้งอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหวอาจทำงานไม่สัมพันธ์กัน ทำให้เกิดอุบัติเหตุได้ง่าย ความสามารถในการเรียนรู้เรื่องใหม่ๆลดลง แต่สามารถจำเรื่องราวในอดีตได้ดี สายตายาวขึ้น ลานสายตาแคบลง ทำให้เกิดปัญหาในการมองเห็น น้ำหล่อเลี้ยงลูกตาเพิ่มขึ้น การดูดซึมในลูกตาลดลง เลนส์ตาขุ่น ความดันในลูกตาสูงขึ้น เกิดต้อหินและต้อกระจกได้ง่าย การได้ยินลดลง มีอาการหูตึง รับเสียงความถี่ต่ำดีกว่าความถี่สูง

1.2.2 การเปลี่ยนแปลงการทำหน้าที่และความผาสุกทางกาย ความเสื่อมถอยของร่างกายที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงจากการสูงอายุ ทำให้ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลง ซึ่งการเปลี่ยนแปลงของร่างกายมีผลต่อความสามารถในการทำหน้าที่ทางกายมีดังนี้

1) กิจกรรมทางกาย จากการเปลี่ยนแปลงโดยเฉพาะระบบกล้ามเนื้อและกระดูก ส่งผลให้ความสามารถในการดำรงชีวิตประจำวันลดลง ผู้สูงอายุต้องการพึ่งพาช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544; Atchley, 1980) จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้น จะมีการเสื่อมถอยของสภาพร่างกายมากขึ้น มีภาวะพึ่งพาในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และต้องการการดูแลจากครอบครัว (Vetter, Lewis, and Lewellyn, 1992; Krach et al., 1996) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุมักมีข้อจำกัดในการเคลื่อนที่ เนื่องจากเมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ ความแข็งแรงและระยะเวลาในการตอบสนองของกล้ามเนื้อลดลง และประกอบกับผู้สูงอายุมักมีความกลัวการบาดเจ็บหรืออุบัติเหตุจากการเคลื่อนที่ ทำให้ผู้สูงอายุมักต้องการความช่วยเหลือในการเคลื่อนที่มากกว่าวัยอื่น (Burke and Walsh, 1992)

2) ความปวด อาการปวดเป็นปัญหาสืบเนื่องจากความเสื่อมของร่างกาย และความเจ็บป่วยในวัยสูงอายุ พบได้ทั้งชนิดเฉียบพลันจากการผ่าตัด การอักเสบ อุบัติเหตุ และชนิดเรื้อรัง (McGuire and Graffam, 1995) ซึ่งอุบัติการณ์การเกิดความเจ็บปวดเรื้อรังพบ ร้อยละ 40-50 ของผู้สูงอายุ โรคที่เป็นสาเหตุทำให้เกิดความเจ็บปวดเรื้อรังในผู้สูงอายุได้แก่โรคข้ออักเสบ โรคข้อเสื่อม โรคเก๊าท์ โรคหลอดเลือดส่วนปลาย โรคหัวใจ และโรคมะเร็ง เป็นต้น ความเจ็บปวดที่เกิดขึ้น ก่อให้เกิดความไม่สุขสบาย รบกวนการนอนหลับในผู้สูงอายุ ทำให้อ่อนเพลียหงุดหงิด ซึมเศร้า

3) การนอนหลับ แบบแผนการนอนหลับของผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลง ปริมาณและคุณภาพของการนอนหลับจะลดลง โดยผู้สูงอายุมักใช้เวลานอนบนเตียงนานกว่าจะนอนหลับ (Sleep Latency เพิ่มขึ้น) และนอนหลับได้เพียงร้อยละ 70 ถึงร้อยละ 80 ของเวลาที่ใช้บนที่นอน

ตื่นกลางดึกบ่อยๆ เมื่อตื่นแล้วก็ใช้เวลานานกว่าจะหลับได้อีก (พิเชษฐ อุดมรัตน์, 2543; Ferri, 1994) ส่งผลให้เกิดอาการง่วงนอนในช่วงกลางวัน ทำให้ต้องงีบหลับตอนกลางวัน

1.2.3 **การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจและอารมณ์** การเปลี่ยนแปลงทางกาย อันได้แก่ สภาพร่างกายเป็นไปในทางถดถอย ภาวะโรคเรื้อรังทางกาย โดยเฉพาะเมื่อมีผลกระทบต่อความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง ย่อมส่งผลต่อการปรับตัวในผู้สูงอายุ (Murphy, 1982) นอกจากนี้การสูญเสียสถานภาพทางสังคมในวัยสูงอายุ ได้แก่ การเกษียณอายุจากงานประจำ การเคยเป็นที่ยอมรับในสังคม มีผู้ใต้บังคับบัญชา นับเป็นการสูญเสียที่สำคัญ ยิ่งไปกว่านั้น ผู้สูงอายุบางรายต้องปรับใจมากกับบางเหตุการณ์ เช่น การพลัดพรากจากสิ่งที่รัก การแยกครอบครัวของบุตร การเสียชีวิตของเพื่อนหรือคู่ชีวิต (Linn, Hunter, and Harris, 1980) การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ ส่งผลต่ออารมณ์และสภาพจิตใจของผู้สูงอายุ ดังนี้

1) ภาวะซึมเศร้า ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาที่พบได้บ่อย เป็นสาเหตุถึงสองในสามของการฆ่าตัวตายในวัยสูงอายุ (สุดสบาย จุลกทัพพะ, 2536) ซึ่งภาวะซึมเศร้าเกิดจากความเสียใจ การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย การพบกับความสูญเสียในชีวิต การติดสุรา การใช้ยาและปัจจัยอื่นที่มากระทบต่อชีวิต (Hey et al., 1998)

2) ความวิตกกังวล เป็นอาการที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ และอาจทำให้เกิดอาการผิดปกติทางกายเมื่อมีความวิตกกังวลเกิดขึ้น อาการที่พบเช่น ฝันร้าย ปัสสาวะบ่อย หวาดกลัว ใจสั่น ขาดความมั่นใจอย่างรุนแรง (Eliopoulos, 1997)

3) ความเหงา ความว้าเหว่ เป็นปัญหาทางด้านจิตใจที่พบได้ในผู้สูงอายุ ซึ่งอาจเกิดความรู้สึกอ้างว้าง ขาดที่พึ่ง การสูญเสียสัมพันธภาพในครอบครัวในวัยสูงอายุ

1.2.3 **การเปลี่ยนแปลงทางสังคมและวัฒนธรรม** สังคมของผู้สูงอายุจะลดลง และแยกตัวจากสังคมมากขึ้น ซึ่งเป็นไปตามธรรมชาติของวัยสูงอายุ และการมีข้อจำกัดทางร่างกาย รวมทั้งจากการลดบทบาททางสังคมเมื่อผู้สูงอายุอายุมากขึ้น นอกจากนี้ในปัจจุบันสภาพสังคมเปลี่ยนแปลงเป็นครอบครัวเดี่ยว โดยเฉพาะสังคมเมือง เงินเป็นปัจจัยสำคัญในการดำรงชีวิตที่สำคัญ สังคมชนบทเริ่มกลายเป็นสภาพสังคมเมืองมากขึ้น ทำให้ต้องดิ้นรนหารายได้มาเลี้ยงครอบครัว มีการแข่งขันสูง การพึ่งพาอาศัยน้อยลง ยึดถือความมีอิสระส่วนบุคคลสูง เกิดช่องว่างระหว่างคนรุ่นใหม่และผู้สูงอายุ ขาดการยอมรับและดูแลเอาใส่จากบุตรหลาน ทำให้สัมพันธภาพของสมาชิกครอบครัวกับผู้สูงอายุเหินห่าง ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกเหงาและว้าเหว่ ขาดที่พึ่ง (ฤดี ดาว ช่างสาน, 2542)

2. แนวคิดผู้สูงอายุกับภาวะพึ่งพา

2.1 ความหมายของภาวะพึ่งพา

Tiden และ Weinert (1987) ให้ความหมายของภาวะพึ่งพาว่า หมายถึง ความต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหรือกิจกรรมอื่นๆ เพื่อตอบสนองความต้องการในส่วนที่ตนไม่สามารถปฏิบัติได้

Matterson และ Connell (1988) ให้ความหมายของภาวะพึ่งพาว่า หมายถึง ความต้องการความช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวันด้านใดด้านหนึ่ง หรือมากกว่านั้น อันเป็นผลสืบเนื่องมาจากความบกพร่องของร่างกายและจิตใจ ซึ่งกิจวัตรประจำวันที่ต้องการความช่วยเหลือแบ่งออกเป็น กิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การอาบน้ำ การสวมเสื้อผ้า การขับถ่าย เป็นต้น และกิจวัตรประจำวันด้านอื่นๆเพื่อการดำรงชีวิต ได้แก่ การทำความสะอาดบ้าน การจับจ่ายซื้อของ การเตรียมอาหาร การใช้โทรศัพท์ การติดต่อสื่อสาร การจัดการทางด้านการเงิน

Milli – Keane (2000) ให้ความหมายของภาวะพึ่งพาว่า เป็นภาวะที่บุคคลต้องพึ่งพาอาศัย หรือต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น ในเรื่องความรัก ความห่วงใย การดูแล/เลี้ยงดู ความสุขสบาย ความปลอดภัย อาหาร ความอบอุ่น ที่พักอาศัย การปกป้องคุ้มครอง และความต้องการในด้านต่างๆ

สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (2542) ให้ความหมายของภาวะพึ่งพาในวัยสูงอายุว่า หมายถึง ภาวะที่ผู้สูงอายุไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมอย่างเป็นอิสระ ต้องการความช่วยเหลือหรือการเฝ้าระวังดูแลจากบุคคลอื่น

กล่าวโดยสรุปได้ว่า ภาวะพึ่งพาในวัยสูงอายุ หมายถึง ภาวะที่ผู้สูงอายุต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหรือกิจกรรมต่างๆ เพื่อช่วยตอบสนองความต้องการ ในส่วนที่ตนเองไม่สามารถปฏิบัติได้ รวมทั้งความต้องการความรัก ความอบอุ่น และความปลอดภัย

2.2 สาเหตุของการเกิดภาวะพึ่งพาในวัยสูงอายุ

ยุพาพิน ศิรโพธ์งาม (2539) ได้เสนอไว้ 3 ประการ ดังนี้

1) ข้อจำกัดหรือข้อบกพร่องของร่างกาย หรือการทำหน้าที่ของอวัยวะ(Physical of Functional Impairment) ข้อจำกัดดังกล่าวอาจเกิดจากกลุ่มอาการของโรคหลอดเลือดสมอง จากความพิการ หรือความเสี่ยงของอวัยวะต่างๆของผู้ป่วย ซึ่งมีผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของ

ตนเอง ไม่ว่าจะเป็นกิจกรรมขั้นพื้นฐาน (Activity of Daily Living) หรือกิจกรรมขั้นสูง (Instrumental Activities of Daily Living) เช่น การดูแลรักษาที่เฉพาะเจาะจงของแต่ละโรค

2) ปัญหาความบกพร่องของสติปัญญา (Cognitive Impairment) หรือความเบี่ยงเบนของพฤติกรรมที่เกิดขึ้น เช่น อาการหลงลืม ซึมเศร้า หวาดระแวง เป็นต้น ซึ่งอาจพบในผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยที่มีโรคสมองเสื่อม ความต้องการการดูแลจากปัญหาเหล่านี้ โดยมากจะเกิดขึ้นโดยไม่สามารถคาดคะเนล่วงหน้าได้

3) การเปลี่ยนแปลงทางสภาวะอารมณ์ ความรู้สึก หรือความต้องการส่วนบุคคลในผู้ป่วยแต่ละราย ความต้องการการดูแลประเภทนี้ มักเกิดขึ้นเกือบตลอดเวลา ซึ่งขึ้นอยู่กับคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยและผลกระทบจากโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่

ปรีชา อุปโยคิน และคณะ (2541) ได้ศึกษาความคิดเห็นของผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตภาคกลางต่อการพึ่งตนเอง และการเป็นภาระต่อครอบครัว ชุมชนและสังคม พบว่า ผู้สูงอายุเชื่อว่าเมื่อช่วยเหลือตนเองไม่ได้ จะทำให้เป็นภาระต้องพึ่งพาครอบครัว เหตุผลที่เป็นภาระครอบครัวมีสาเหตุหลัก 3 ประการ คือ

1) ปัญหาสุขภาพ เมื่ออายุมากขึ้นร่างกายจะเสื่อมถอยลง สาเหตุมาจากความเจ็บป่วยและความชรา ทำให้เป็นภาระกับลูกหลาน ต้องเสียเงินในการดูแลรักษา โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว หรือเป็นอัมพาตช่วยเหลือตนเองไม่ได้ จะส่งผลให้ครอบครัวต้องเสียเวลาในการคอยปรนนิบัติดูแลเอาใจใส่

2) ปัญหาด้านการดูแล แม้ครอบครัวไม่ทอดทิ้งในยามที่ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ก็ยังอาจมีปัญหาในการดูแล เช่น ทำให้สมาชิกในครอบครัวเป็นห่วง การสูญเสียเวลาในการคอยดูแลเอาใจใส่ กระทบต่อการทำมาหากิน และสูญเสียเวลาในการดูแลครอบครัวของตัวเอง

3) ปัญหาด้านการเงิน เมื่อไม่สามารถทำงานได้จากการเจ็บป่วย ทำให้ผู้สูงอายุต้องอาศัยครอบครัวในการรับภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาการเจ็บป่วย และค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีฐานะยากจน

จากที่กล่าวมาพบว่ามีความสอดคล้องกับ Tiden และ Weinert (1987) ที่กล่าวว่า โดยปกติ วัยสูงอายุ เป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงในทางที่เสื่อมลง ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ ซึ่งสิ่งเหล่านี้ส่งผลให้ผู้สูงอายุต้องพึ่งพาบุคคลอื่นมากกว่าปกติ

2.3 ความต้องการของผู้สูงอายุ

Ebersole และ Hess (1990) ได้เสนอแนวคิดความต้องการของผู้สูงอายุ โดยใช้แนวคิดของมาสโลว์เป็นพื้นฐาน แบ่งระดับความต้องการออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่

1. ความต้องการด้านสรีระวิทยา (Physiological Needs) ประกอบด้วย

1) ความต้องการความช่วยเหลือในการดำรงชีวิต (Life Support Need) ได้แก่ อาหารและน้ำ การขับถ่าย การพักผ่อนและการนอนหลับ การออกกำลังกาย และการเคลื่อนไหว

2) ความต้องการการดูแลในส่วนที่มักจะถูกละเลย (Maintenance Need – Neglect Area) คือ ส่วนของร่างกายที่คนส่วนใหญ่จะละเลยหรือมองข้ามไม่ให้การดูแล ได้แก่ ฟัน ผิวหนัง เท้า ความสุขสบาย การใช้ยา

2. ความต้องการด้านความปลอดภัยและความมั่นคง (Safety and Security Needs) ประกอบด้วย

1) ความปลอดภัยในสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ได้แก่ การมีพื้นที่ส่วนบุคคล การจัดบ้านที่อาศัยให้มีความเหมาะสมสำหรับการเคลื่อนไหวเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ และเพื่อความสะดวกสบายของผู้สูงอายุในการเคลื่อนไหว

2) ความปลอดภัยในทางเศรษฐกิจการเงิน และกฎหมาย เป็นการจัดการด้านการเงินที่มีความเหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ ค่าใช้จ่ายที่เพียงพอเหมาะสำหรับผู้สูงอายุ

3) ความปลอดภัยในการได้รับการดูแลจากผู้ให้การดูแล โดยการดูแลที่เหมาะสม ไม่ถูกละเลยหรือทอดทิ้ง

3. ความต้องการความรักและความเป็นเจ้าของ (Belonging and Love Needs) ได้แก่

1) การสัมผัส เป็นสิ่งสำคัญที่สุด สำหรับความรู้สึก และเป็นสิ่งที่บุคคลมักจะละเลยหรือคาดไม่ถึงว่าเป็นสิ่งที่ทุกคนต้องการ บางครั้งสามารถทำให้ผู้ถูกสัมผัสรู้สึกผ่อนคลาย หรือบรรเทาความเจ็บปวดลงได้ การสัมผัสจึงเป็นสิ่งหนึ่งที่สำคัญที่ผู้สูงอายุต้องการ

2) การมีสัมพันธภาพ/เครือข่ายในสังคม เป็นการที่ผู้สูงอายุมีการติดต่อ หรือมีผู้ให้การช่วยเหลือ หรือสนับสนุนในสังคม ไม่ว่าจะเป็นคู่สมรส บุตรหลาน บุคคลในครอบครัว

4. ความต้องการด้านความภูมิใจ (Esteem Needs) ประกอบไปด้วย

1) การควบคุม เป็นความสามารถในการที่จะควบคุมตนเองทั้งทางร่างกายและจิตใจ ซึ่งมีความแตกต่างกันไป สำหรับผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ผู้ให้การดูแลจะต้องทำหน้าที่เป็นผู้ให้การปกป้องคุ้มครอง ให้กำลังใจ และสร้างเสริมกำลังใจให้กับผู้สูงอายุ

2) บทบาทที่มีประโยชน์ในสังคม บทบาทที่เป็นประโยชน์โดยเป็นผู้ให้คำปรึกษา หรือให้คำแนะนำแก่ชนรุ่นหลัง การเป็นบุคคลที่ควรเคารพนับถือ หรือเป็นแบบอย่างในการดำเนินชีวิต จะช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้รับการตอบสนองความต้องการในด้านนี้

3) การรับรู้/การมีสติสัมปชัญญะ การให้การดูแลผู้สูงอายุในเรื่องนี้เป็นสิ่งสำคัญ

การจัดสิ่งแวดล้อมที่สร้างเสริมให้ผู้สูงอายุมีการรับรู้ เช่น การติดหรือแขวนปฏิทินไว้ในห้องผู้สูงอายุ การให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสพบกับเพื่อนวัยเดียวกัน การได้รับรู้ข่าวสารหรือความเป็นไปต่างๆในสังคม

4) การสนับสนุนทางด้านวัฒนธรรมหรือกลุ่มคนในวัยเดียวกัน การพบปะบุคคลในวัยเดียวกัน ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น การปรึกษาปัญหาต่างๆ การทำกิจกรรมด้านศาสนา ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความภาคภูมิใจและสบายใจ

5. ความต้องการด้านความสำเร็จในชีวิต (Need for Self Actualization) สิ่งที่จะช่วยเสริมให้ผู้สูงอายุได้รับความต้องการด้านนี้ ได้แก่

1) การสร้างสรรค์ การสร้างสรรค์ผลงานต่างๆของผู้สูงอายุ เช่น การเขียนหนังสือ งานศิลปะ การแต่งกลอน การใช้อารมณ์ขัน

2) ความเชื่อในสิ่งที่อยู่เหนือธรรมชาติ เป็นสิ่งที่ช่วยยึดเหนี่ยวจิตใจ ให้เกิดความสุข ความสงบ และเกิดความสบายใจ ซึ่งสิ่งที่เหมาะสมในการปฏิบัติสำหรับผู้สูงอายุ ได้แก่ การนั่งสมาธิ การสวดมนต์ การไหว้พระ การปฏิบัติศาสนกิจต่างๆ

3) การตายอย่างมีความหมาย คือ การตายที่ปราศจากความทุกทรมาน ตายหลังจากที่ได้ทำในสิ่งที่ตนเองต้องการ การตายในขณะที่มีบุคคลอันเป็นที่รักอยู่ใกล้ๆ ทำให้เป็นการจากไป หรือการตายอย่างมีความหมาย

Phillips, Morrison และ Chae (1990) ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับความต้องการผู้สูงอายุ โดยมีพื้นฐานมาจากความต้องการขั้นพื้นฐานของผู้สูงอายุ การกระทำทารุณกรรมในผู้สูงอายุ การพยาบาลอนามัยชุมชน และการพยาบาลผู้สูงอายุ ไว้ว่า ผู้สูงอายุมีความต้องการ 6 ด้าน ดังนี้

1. ความต้องการด้านสิ่งแวดล้อม เป็นความต้องการของผู้สูงอายุเพื่อตอบสนองความต้องการในด้านที่พักอาศัย เพื่อความสะดวกสบาย ความเหมาะสม และความมั่นคงปลอดภัยในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ ได้แก่

1) ที่นอนและห้องนอนของผู้สูงอายุ ได้แก่ ความสะอาด ความเป็นส่วนตัว ความเหมาะสม ความเพียงพอ ความปลอดภัย

2) บ้านที่พักอาศัย ได้แก่ ความสะอาด การระบายอากาศ แสงสว่าง ความปลอดภัย การปรับปรุงที่พักอาศัยให้มีความเหมาะสมกับผู้สูงอายุ

2. ความต้องการด้านร่างกาย เป็นความต้องการของผู้สูงอายุที่จะได้รับการตอบสนองเพื่อการมีชีวิตอยู่รอด การรักษาดุลยภาพของสรีรวิทยา และความสุขสบายของผู้สูงอายุ ซึ่งได้แก่

1) การดูแลด้านสุขวิทยาส่วนบุคคล ได้แก่ การทำความสะอาดร่างกาย ปากฟัน ผม

2) การดูแลผิวหนัง ไม่ให้อับชื้น หรือแตกแห้ง การดูแลเล็บมือเล็บเท้า

3) เสื้อผ้า - เครื่องนุ่งห่ม ได้แก่ เสื้อผ้าสวมใส่สบาย สวมใส่ได้สะดวก ความสะอาด

รองเท้าที่เหมาะสม

4) การดูแลเรื่องอาหารและน้ำ ได้แก่ การจัดอาหารที่เหมาะสมเพียงพอกับความต้องการของผู้สูงอายุ ดื่มน้ำอย่างเพียงพอ ไม่มีภาวะขาดน้ำ

5) การดูแลในเรื่องการออกกำลังกายและการเคลื่อนไหว ได้แก่ การช่วยเหลือผู้สูงอายุในการออกกำลังกาย การเคลื่อนไหวข้อต่างๆ

6) การดูแลเรื่องการขับถ่าย ได้แก่ การจัดการเกี่ยวกับเรื่องการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ ให้เป็นไปอย่างเหมาะสม เป็นเวลา

3. ความต้องการด้านการรักษาสุขภาพ เป็นความต้องการของผู้สูงอายุ ที่จะได้รับการตอบสนอง เพื่อดำรงไว้ซึ่งการมีสุขภาพดีของผู้สูงอายุ รวมถึงการได้รับการช่วยเหลือ เมื่อเกิดการเจ็บป่วย ตลอดจนการป้องกันไม่ให้เกิดการเจ็บป่วย ได้แก่

1) การจัดหาอุปกรณ์เสริมหรืออุปกรณ์ช่วยเหลือ เพื่ออำนวยความสะดวกสบายในการดำเนินชีวิต เช่น ฟันปลอม แว่นตา

2) การตรวจสุขภาพร่างกาย/การตรวจสุขภาพฟันอย่างสม่ำเสมอ

3) การช่วยเหลือผู้สูงอายุเบื้องต้นในกรณีเกิดเหตุการณ์ฉุกเฉิน หรือเกิดอุบัติเหตุ

4) การนำผู้สูงอายุไปพบแพทย์เมื่อยามเจ็บป่วย

4. ความต้องการด้านจิตสังคม เป็นความต้องการของผู้สูงอายุที่จะได้มีการติดต่อ/พบปะสังสรรค์กับบุคคลอื่น การต้องการความรัก ความใกล้ชิด สนิทสนม การเป็นที่เคารพนับถือของบุคคลในสังคม การปฏิบัติกิจกรรมในด้านศาสนา/ความเชื่อ ได้แก่

1) การติดต่อ/พบปะสังสรรค์กับบุคคลในครอบครัว และบุคคลอื่นๆ

2) การรับรู้ความเป็นไปในสังคม

3) ความใกล้ชิดสนิทสนม

4) การแสดงบทบาทที่เป็นประโยชน์ในครอบครัว/สังคม

5) ความได้รับการชื่นชมยินดี/การยกย่อง/เคารพนับถือ

6) ความภาคภูมิใจ

7) การมีโอกาสที่จะแสดงความคิดเห็นส่วนบุคคล

8) การได้รับการสนับสนุนทางด้านอารมณ์

9) ความมั่นคงปลอดภัย และได้รับความเคารพในสิ่งที่ต้องการ

5. ความต้องการด้านสิทธิมนุษย์ชน เป็นความต้องการของผู้สูงอายุที่จะได้รับการตอบสนองในสิทธิอันพึงมี/พึงได้หรือสิทธิอันชอบธรรม ที่มนุษย์ทุกคนควรได้รับ ได้แก่

1) ความเคารพคุณค่าในตัวผู้สูงอายุ

2) ความเป็นส่วนตัว/สิทธิส่วนบุคคล

3) ความเป็นตัวของตัวเอง

4) การปกป้องคุ้มครองในเรื่องความปลอดภัย ความเสี่ยง และความไม่สุขสบายต่างๆ

5) การยอมรับนับถือ

6) สิทธิในการแสดงความคิดเห็น/การแสดงออก

6. การต้องการด้านเศรษฐกิจ/การเงิน เป็นความต้องการของผู้สูงอายุเกี่ยวกับการบริหารจัดการด้านการเงิน ทรัพย์สินของผู้สูงอายุ ให้มีความถูกต้อง ยุติธรรม เป็นไปตามความต้องการของผู้สูงอายุ ตลอดจนการได้รับการช่วยเหลือในด้านการเงินเพื่อนำมาเป็นค่าใช้จ่ายในการดำเนินชีวิต ได้แก่

1) การบริหารจัดการเกี่ยวกับเรื่องการเงินทรัพย์สินต่างๆให้เป็นไปตามความต้องการของผู้สูงอายุ

2) การใช้ทรัพย์สินเงินทองที่มีความเหมาะสม/สมเหตุสมผล

3) การช่วยเหลือในการทำธุรกรรมด้านการเงิน/ทรัพย์สิน

4) การเก็บออมในการใช้จ่ายสำหรับผู้สูงอายุ

5) การได้รับการสนับสนุนเรื่องค่าใช้จ่ายของผู้สูงอายุจากครอบครัว

2.4 การประเมินภาวะพึ่งพา

การประเมินภาวะพึ่งพาในผู้สูงอายุ โดยทั่วไป ประเมินได้จากความสามารถในการทำหรือได้ทำกิจกรรมที่กำหนดหรือไม่ เป็นกิจกรรมที่บุคคลสุขภาพปกติปฏิบัติอยู่โดยทั่วไป ดังนั้นกิจกรรมที่ถูกเลือกมาใช้ในการประเมินภาวะพึ่งพาจึงเป็นกิจกรรมที่ปฏิบัติอยู่ในชีวิตประจำวัน (Activity of Daily Living) ซึ่งแบ่งออกเป็นกิจกรรมเชิงปฏิบัติขั้นพื้นฐาน (Basal Activity of Daily Living) และกิจกรรมเชิงปฏิบัติเพื่อการดำรงชีวิต (Instrumental Activity of Daily Living) โดยกิจกรรมที่ถูกเลือกมาใช้ แตกต่างกันขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของการสร้างเครื่องมือ ว่าต้องการประเมินภาวะพึ่งพา กลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มใด และมีวัฒนธรรมอย่างไร (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2537) ดังเช่นเครื่องมือประเมินภาวะพึ่งพาของผู้สูงอายุเจ็บป่วยเรื้อรัง ซึ่งได้แก่ Kalz ADL Scale, Kenney Index of ADL, Klein Bell ADL Scale

สำหรับเครื่องมือดัชนีบาร์เทล (Barthel Index) สร้างขึ้นโดย Barthel และ Mahoney ใช้ประเมินภาวะพึ่งพาของผู้ป่วยหลอดเลือดสมองโดยตรง ประกอบด้วยกิจกรรม 10 กิจกรรม ได้แก่ การรับประทานอาหาร การหวีผม การลุกจากที่นอน การใช้ห้องสุขา การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ การอาบน้ำ การสวมใส่เสื้อผ้า การเคลื่อนที่ภายในบ้าน การขึ้นลงบันไดหนึ่งชั้น (Jitapunkul, Kamolratanakul and Ebrahim, 1994) แต่เนื่องจาก

เครื่องมือดังกล่าวสร้างและใช้สำหรับผู้ป่วย และปรับใช้กับวัฒนธรรมตะวันตก จึงอาจไม่เหมาะสมกับสภาพสังคมและวัฒนธรรมไทย (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2537)

สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (2542) จึงสร้างเครื่องมือวัดภาวะพึ่งพาของผู้สูงอายุไทยขึ้น โดยใช้ชื่อว่า แบบประเมินสมรรถภาพในเชิงปฏิบัติ ซึ่งในแบบวัดนี้ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1) ส่วนที่เป็นกิจกรรมเชิงปฏิบัติขั้นพื้นฐาน แบบวัดส่วนนี้ได้ดัดแปลงมาจาก ดัชนีบาร์เทล (Barthel Index) ของ Barthel และ Mahoney จึงเรียกแบบวัดส่วนนี้ว่า ดัชนีบาร์เทลเอดีแอล (Modified Barthel ADL Index: BAI) ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมเช่นเดียวกับของเดิม แต่มีเกณฑ์การให้คะแนนต่างกัน ทั้งนี้เพื่อให้เหมาะสมกับสภาพสังคมและวัฒนธรรมไทย 2) ส่วนที่เป็นกิจกรรมเชิงปฏิบัติในการดำรงชีวิต ได้สร้างขึ้นมาใช้กับผู้สูงอายุไทยโดยเฉพาะมีชื่อว่า ดัชนีจุฬาเอดีแอล (Chula ADL Index : CAI) ซึ่งประกอบด้วย 5 กิจกรรมได้แก่ การเดินหรือการเคลื่อนที่นอกบ้าน การทำหรือเตรียมอาหาร การทำความสะอาดบ้านหรือซักรีดเสื้อผ้า การถอนเงินหรือแลกเงิน และการใช้รถเมล์หรือรถสองแถว

การแบ่งระดับการพึ่งพาของผู้สูงอายุ สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (2537) ได้แบ่งออกเป็น 4 ระดับ คือ

ระดับการพึ่งพาเล็กน้อย หมายถึง ผู้ที่มีความต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันน้อย โดยส่วนใหญ่จะสามารถปฏิบัติได้เอง

ระดับการพึ่งพาปานกลาง หมายถึง ผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันปานกลาง

ระดับการพึ่งพามาก หมายถึง ผู้ที่มีความต้องการการช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันค่อนข้างมาก

ระดับการพึ่งพาโดยสมบูรณ์ หมายถึง ผู้มีความต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันทั้งหมด

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

3. แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุโดยครอบครัว

3.1 ความหมายและแนวคิดเกี่ยวกับการดูแล

ฟาริดา อิบราฮิม (2539) กล่าวว่า การดูแล เป็นคำที่ใช้สื่อความหมายในชีวิตประจำวันทั้งในภาษาพูดและภาษาเขียน เมื่อจะต้องให้การดูแลกับใครถือว่าต้องให้การดูแลด้วยจิตใจ ด้วยความเต็มใจ ด้วยความรักและความปรารถนาดี

การดูแล ตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตสถาน พ.ศ. 2535 หมายถึง การเอาใจใส่ ปกปักรักษา ปกครอง

การดูแล เป็นการแสดงความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลต่อบุคคล ตามบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบทางสังคม โดยมีความเมตตาความเอื้ออาทร ความสนใจ ความเอาใจใส่ เป็นพื้นฐานเพื่อการดำรงอยู่ของชีวิตและสรรพสิ่ง (พะยอม อยู่สวัสดิ์, 2539)

Morse et al. (1990) ได้ทำการศึกษาเพื่ออธิบายแนวคิดเรื่องการดูแล โดยรวบรวมแนวคิดของนักวิชาการ 35 คน จากบทความวิชาการ และการวิจัย วิเคราะห์เนื้อหาของข้อมูลที่ได้มาทั้งหมด จากผลการวิจัย ได้แบ่งแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลไว้ 4 ทัศนะ ดังนี้

1) การดูแลเป็นลักษณะประจำของมนุษยชาติ เพื่อให้มนุษย์สามารถรักษาเผ่าพันธุ์ แต่จะแตกต่างกันตามศักยภาพของแต่ละบุคคล โดยขึ้นอยู่กับประสบการณ์ การได้รับการดูแลมาก่อน ลักษณะเฉพาะของตัวบุคคล และขนบธรรมเนียมประเพณีในสังคมนั้นๆ

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

3) การดูแลเป็นการแสดงความสนใจห่วงใย การดูแลมีความเกี่ยวข้องกับอารมณ์ มีความรู้สึกเอาใจเขามาใส่ใจเรา สนใจ เป็นห่วง ต้องการการปกป้องและอุทิศให้ การดูแลที่พัฒนาขึ้นในบุคคลมี 4 ระยะ คือ ความผูกพัน ความพยายามที่จะให้ ความใกล้ชิด และการแสดงยืนยันความห่วงใย ถ้าการพัฒนาไม่ครบทั้ง 4 ระยะนี้ก็จะไม่ถือเป็นการดูแล

4) การดูแลเป็นการแสดงสัมพันธภาพระหว่างบุคคล จึงเป็นการดูแลที่เกิดขึ้นในครอบครัวระหว่างคนใกล้ชิด การดูแลเป็นการปฏิบัติการเพื่อการรักษาพยาบาล การอธิบายกิจกรรมที่ดูแลต้องใช้องค์ความรู้ทางวิทยาศาสตร์ การพยาบาล การแพทย์ และศาสตร์สาขาอื่น ผู้ดูแลในทัศนะนี้จะต้องมีความรู้ และทักษะในการนำความรู้ดังกล่าวมาใช้ ให้คำปรึกษาแก่บุคคลสามารถจัดการกับปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้น และมีความรู้ความเข้าใจในการประสานงานเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพได้

พะยอม อยู่สวัสดิ์ (2539) กล่าวว่า การดูแลประกอบด้วยองค์ประกอบ 8 ประการ คือ

1) ผู้ให้การดูแลต้องมีความรู้เกี่ยวกับบุคคลที่จะให้การดูแล คือ รู้จักบุคคลนั้นและรู้วิธีการที่จะให้การช่วยเหลือ

2) ความจริงใจ ผู้ให้การดูแลมีความเต็มใจ และแสดงออกถึงความรู้สึกที่แท้จริงของตนที่จะให้ที่จะให้การช่วยเหลือบุคคล

3) ผู้ให้การดูแลและบุคคลที่รับการดูแลนั้นจะต้องมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันมีความไว้วางใจ ซึ่งกันและกัน

4) ความรู้สึกอ่อนน้อม จะทำให้ผู้ดูแลเรียนรู้สิ่งต่างๆ จากผู้รับการดูแล อีกทั้งทำให้ไม่เกิดการใช้อำนาจกับผู้รับการดูแล

5) ผู้ให้การดูแลต้องมีความอดทนเพื่อเปิดโอกาสให้ผู้รับการดูแลได้คิดและตัดสินใจด้วยตนเอง ให้เขาได้พัฒนาศักยภาพของตนเอง

6) ความหวัง เป็นการมองในอนาคต เพื่อเป็นแรงกระตุ้นให้ผู้ดูแลมีการปฏิบัติอย่างมีเป้าหมายและต่อเนื่อง

7) ความกล้าหาญ เป็นการปฏิบัติบนพื้นฐานของจริธรรม เพื่อปกป้องศักดิ์และสิทธิของบุคคล

8) การเลือกแนวทางการช่วยเหลือบุคคล ในการดูแลบุคคลต้องมีการมองปัญหาจากหลายแนว มีการประเมินผลการดูแลและปรับปรุง และเลือกวิธีการที่เหมาะสมอยู่เสมอ

3.2 ความหมายผู้ดูแลในครอบครัว

ผู้ดูแลในครอบครัว ญาติผู้ดูแล หรือผู้ดูแลที่บ้าน เป็นคำที่เรียกใช้ ญาติหรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือดูแล ผู้ต้องการการดูแลที่บ้าน (Davis, 1992) ตรงกับคำในภาษาอังกฤษว่า “Family Caregiver” หรือ “Informal Caregiver” ได้มีผู้ให้ความหมายต่างๆมากมายดังนี้

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

National Family Caregiver Association (2000) ให้ความหมาย ผู้ดูแลผู้สูงอายุว่า หมายถึง บุคคลที่อยู่ภายในครอบครัว เพื่อน หรือเพื่อนบ้านที่ให้การดูแลช่วยเหลือด้วยความรัก ความผูกพัน ในผู้ป่วยเรื้อรังหรือผู้ที่มีความพิการ

การให้ความหมายของผู้ดูแลในครอบครัวยังอาจจำแนกได้ตามระดับของเขตความรับผิดชอบในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย และการให้เวลาในการดูแล (Horowitz, 1985) ซึ่งประกอบด้วย

1) ผู้ดูแลหลัก (Primary Caregiver) หมายถึง ผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลที่กระทำต่อผู้รับการดูแลโดยตรง (Give Direct Care) มุ่งเน้นที่การกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย เช่น การอาบน้ำทำความสะอาดร่างกาย การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล การช่วยแต่งตัวป้อนอาหารหรือให้อาหารทางสายยาง การทำความสะอาดแผล การช่วยในการขับถ่าย การจัดเตรียมให้ผู้รับการดูแลรับประทานยา เป็นต้น โดยให้เวลาในการดูแลอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่องมากกว่าคนอื่นๆ

2) ผู้ดูแลรอง (Secondary Caregiver) หมายถึง บุคคลอื่นที่อยู่ในเครือข่ายของการดูแลมีหน้าที่จัดการด้านอื่นๆซึ่งไม่ใช่การดูแลที่กระทำต่อตัวผู้รับการดูแลโดยตรง (Indirect Care) เช่น เป็นธุระแทนในการติดต่อกับชุมชน หรืองานสังคม จัดการเกี่ยวกับการเดินทางในการ

ตรวจรักษา เป็นต้น หรืออาจปฏิบัติกิจกรรมการดูแลต่อผู้รับการดูแลโดยตรงเป็นครั้งคราว เมื่อผู้ดูแลหลักไม่สามารถกระทำหน้าที่ได้ หรือคอยช่วยเหลือผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วย แต่ให้เวลาในการดูแลน้อยกว่า

จากการทบทวนความหมายผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวที่ได้กล่าวมาแล้ว กล่าวโดยสรุปได้ว่า ผู้ดูแลในครอบครัว หมายถึง ผู้ให้การดูแลแก่ผู้สูงอายุโดยมีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุในลักษณะเครือญาติ เป็นเพื่อนหรือบุคคลสำคัญในชีวิตผู้สูงอายุ ที่ให้การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุมากที่สุด หรือรับผิดชอบเป็นผู้ดูแลหลัก โดยที่ไม่รับค่าจ้างหรือรางวัลตอบแทน

3.3 ลักษณะของผู้ดูแลผู้สูงอายุโดยครอบครัว

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวมีลักษณะเฉพาะดังนี้

3.3.1 เพศ ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง สถานภาพสมรสโสด อาชีพแม่บ้าน หรือประกอบอาชีพนอกบ้าน (มาลินี วงษ์สิทธิ์ และศิริวรรณ ศิริบุญ, 2541; Schumacher, 1996) ลักษณะดังกล่าววิเคราะห์ได้ว่า เนื่องจากบทบาทในบ้าน หรือในครอบครัวนั้นจะถูกมองว่าเป็นเรื่องของผู้หญิง ซึ่งสังคมจะมองว่าผู้หญิงมีหน้าที่ในการให้การดูแลความเป็นอยู่ของบุคคลภายในบ้าน เช่น เรื่อง การประกอบอาหาร การดูแลความเรียบร้อยภายในบ้าน (วรรณณา พาหุวัฒนากร, 2538) และจากการศึกษาของระพีพรรณ พันธุรัตน์ (2542) พบว่า โดยรวมแล้วชายมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุน้อยกว่า

3.3.2 อายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีอายุอยู่ในวัยกลางคน (อายุระหว่าง 40-59 ปี) เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุโดยส่วนใหญ่เป็นบุตรของผู้สูงอายุ(สุดศิริ หิรัญชุณหะ, 2541) ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุและผู้ดูแล มีขั้นตอนชีวิตที่มีความสัมพันธ์กัน กล่าวคือ ในวัยเยาว์ ผู้ดูแลส่วนใหญ่จะเป็นบุตรของผู้สูงอายุได้รับการดูแลเกื้อหนุนจากบิดามารดา เมื่อเติบโตสู่ความเป็นผู้ใหญ่ ผู้ดูแลทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลบิดามารดาที่สูงวัย และด้วยวัย 40-59 ปี ผู้ดูแลอาจมีฐานะมั่นคง หรือมีบุตรที่พึ่งพาทางเศรษฐกิจได้แล้ว (Knodel et al., 1991 อ้างถึงในมาลินี วงษ์สิทธิ์ และศิริวรรณ ศิริบุญ, 2541)

3.3.3 ผู้ดูแลที่เป็นคู่สามีภรรยา จะมีความรู้สึกขัดแย้ง ระหว่างความรู้สึกในการยอมรับหรือไม่ยอมรับตนเองในบทบาทการเป็นผู้ดูแล และบางครั้งอาจสับสนว่าสิ่งที่เกิดขึ้นมานั้นเป็นสิ่งที่ดีหรือเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดความรู้สึกสิ้นหวัง (Cook and Fontaine, 1991 cited in Given et al., 2001) ผู้ดูแลที่เป็นคู่สามีภรรยาที่เป็นผู้ดูแลอาจมีความไม่พอใจในการให้การดูแล และอาจมีการแยกตัวจากสังคม ซึ่งเกิดจากการต้องคอยให้การดูแลผู้ป่วยตลอดเวลา และหากผู้ดูแลรู้สึกว่าในการให้การดูแลเป็นภาระแล้ว ในที่สุดก็อาจทำให้ผู้ดูแลสูญเสียความเคารพตนเอง (Given et al., 2001)

3.3.4 ลักษณะเฉพาะทางด้านสังคมและด้านวัฒนธรรม จากการศึกษาในปี ค.ศ.1999 ของ Jiraporn Kespichayawattana พบว่ามีปัจจัยทางด้านประเพณีวัฒนธรรม ในเรื่องของความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุ โดยผู้ดูแลถือว่าผู้สูงอายุอยู่ในสถานะที่สูงกว่า จึงมีการเคารพและเชื่อฟังผู้สูงอายุ นอกจากนี้คำสอนทางศาสนาที่สืบทอดกันมา สอนให้บุตรมีหน้าที่เลี้ยงดูแลบุพการี

3.3.5 ค่านิยม ในการให้การดูแลผู้สูงอายุนั้นถือว่าเป็นค่านิยม จากการศึกษาของ Jiraporn Kespichayawattana (1999) พบว่า ในการให้การดูแลผู้สูงอายุสำหรับในประเทศไทยนั้น ถือว่าเป็นค่านิยมของสังคมที่ปฏิบัติกันมา โดยบุตรหลานมีความรู้สึกว่าจะต้องมีความกตัญญูกตเวทีต่อบุพการี และโดยผู้ดูแลมีความเชื่อว่าบุตรนั้นเป็นหนี้บุญคุณบิดามารดา การได้ดูแลบิดามารดาเป็นการสร้างกุศล ซึ่งจะส่งผลให้มีชีวิตที่ดีกว่าในภายภาคหน้า (Caffrey, 1992)

3.4 กิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุโดยครอบครัว

กิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุโดยครอบครัวนั้นประกอบไปด้วยกิจกรรมต่างๆมากมาย และได้มีการศึกษาไว้ ดังต่อไปนี้

Archbold et al. (1986 cited in Archbold and Stewart, 1993) ได้กล่าวอธิบายถึงกิจกรรมการดูแลที่ผู้ดูแลปฏิบัติต่อผู้สูงอายุโดยตรง (Direct Care) การจัดการเกี่ยวกับกิจกรรมและภาระหน้าที่ต่างๆ ซึ่งได้แก่ การดูแลส่วนบุคคล (Personal Care Tasks) การช่วยทำงานบ้าน (Housekeeping Tasks) การปกป้อง (Protection Tasks) การเคลื่อนย้าย (Transportation Tasks) การดูแลด้านเศรษฐกิจ (Financial Tasks) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการให้การรักษา (Medically-Related Tasks)

Caffrey (1992) พบว่ากิจกรรมการช่วยเหลือของผู้ดูแลในการให้การดูแลผู้สูงอายุในยามที่เจ็บป่วย ประกอบด้วย

1. การจัดการให้ได้รับการตรวจรักษาจากแพทย์ หรือติดต่อกับสถานบริการสุขภาพ

2. การจัดหาซื้อยาจากโรงพยาบาล ร้านขายยา หรือยากลางบ้าน รวมทั้งการช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุรับประทานยา

3. ให้การดูแลด้านร่างกาย ได้แก่ การช่วยเหลือด้านกิจวัตรประจำวัน เช่น การอาบน้ำแต่งตัว ดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล พยุงเข้าห้องน้ำ ดูแลปัดกวาดที่นอน เตรียมอาหาร เป็นต้น กาดูแลพิเศษ เช่น การทำแผล นอกจากนี้ยังช่วยดูแลด้านจิตใจ โดยอยู่เป็นเพื่อนคุย หรือคอยเป็นเพื่อนอยู่ใกล้ๆ

4. ให้การช่วยเหลือเพื่อตอบสนองความเชื่อทางด้านจิตวิญญาณ และพิธีกรรม

เช่น การใช้หลักธรรมในการเยียวยา การเซ่นไหว้วิญญาณของบรรพบุรุษ หรือผีฟ้าหลวง

Jiraporn Kespichayawattana (1999) ศึกษาวิจัยผู้ดูแลผู้สูงอายุไทยที่อยู่ในภาวะพึ่งพา พบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุไทยมีบทบาทในการให้การดูแลทั้ง 3 ด้าน ดังนี้

1. การดูแลด้านร่างกาย หมายถึง การทำกิจกรรมการดูแลตามความต้องการทางด้านร่างกายให้กับผู้สูงอายุ โดยระดับของการให้การดูแลด้านร่างกายนี้จะขึ้นอยู่กับสภาวะทางด้านสุขภาพที่เสื่อมถอยของผู้สูงอายุ กิจกรรมการดูแลด้านร่างกายนี้ แบ่งออกเป็น 5 ชนิด คือ

1.1 การดูแลเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวัน คือ การให้การดูแลในการทำกิจวัตรประจำวัน และกิจกรรมที่ต้องใช้ความสามารถทางสติปัญญาร่วมด้วย ได้แก่ การอาบน้ำ การพาเข้านอน การแต่งตัว การดูแลเรื่องการขับถ่าย การเตรียมอาหารและการป้อนอาหาร การเคลื่อนย้าย และงานบ้านอื่นๆ

1.2 กิจกรรมเกี่ยวกับการพยาบาล คือ การดูแลเกี่ยวกับกิจกรรมทางการพยาบาล และด้านการรักษา ซึ่งต้องอาศัยความรู้และทักษะของผู้ดูแล กิจกรรมดังกล่าว ได้แก่ กิจกรรมการให้ยา กิจกรรมการให้อาหารทางสายยางให้อาหาร การให้การดูแลที่เตียง เมื่ออาการของผู้สูงอายุทรุดลง การทำแผล การดูแลท่อทางเดินหายใจ (Tracheotomy Tube)

1.3 การดูแลปรับปรุงด้านสิ่งแวดล้อม หมายถึง การเปลี่ยนแปลงหรือจัดเตรียมสิ่งแวดล้อมให้มีความเหมาะสมกับสภาพร่างกายผู้สูงอายุ จากการศึกษาพบว่าทุกครอบครัว จะจัดเตรียมพื้นที่ให้สำหรับให้ผู้ป่วยพัก จัดหาสถานที่ให้มีการระบายอากาศเพียงพอและมีแสงสว่างเพียงพอ ส่วนใหญ่มักจัดให้อยู่ห้องโถงกลางชั้นล่าง เพื่อความสะดวกในการเคลื่อนย้าย และส่วนใหญ่สมาชิกครอบครัวของคนไทยมักร่วมทำกิจกรรมต่างๆที่ห้องโถงชั้นล่าง ซึ่งเป็นการง่ายที่จะสังเกตหรือทักทายผู้สูงอายุ

1.4 การแสวงหาแหล่งช่วยเหลือ หมายถึง การที่ผู้ดูแลได้รับคำปรึกษาหรือได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพผู้สูงอายุจากทีมสุขภาพ ซึ่งจากการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลมักปรึกษาเกี่ยวกับการให้การดูแลกับพยาบาลที่มาเยี่ยมบ้าน

1.5 การหาวิธีการรักษาโดยอาศัยการแพทย์ทางเลือก หมายถึง ผู้ดูแลได้นำการแพทย์ทางเลือกมาเป็นส่วนหนึ่งในการดูแลผู้สูงอายุ เช่น การใช้ยาสมุนไพร มีการรักษาโดยหมอจีน หรือโดยพระภิกษุ การใช้พลังจักรวาล ตามวิถีทางความเชื่อของครอบครัว

2. การดูแลด้านจิตใจ หมายถึง การให้การดูแลกิจกรรมที่ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกถึงสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน และผ่อนคลาย ซึ่งพบว่ามี 3 วิธี คือ การพูดคุย การอยู่เป็นเพื่อน และการมีอารมณ์ขัน

3. การดูแลด้านสิ่งยึดเหนี่ยวด้านจิตใจ หมายถึง การให้การดูแลที่มีความ

เชื่อมโยงทางด้านความเชื่อทางศาสนาหรือการปฏิบัติที่เป็นส่วนหนึ่งของประเพณีวัฒนธรรม การยึดเหนี่ยวทางจิตใจกับคนไทยนั้น มีความเกี่ยวข้องกันในชีวิตมาตลอด โดยเฉพาะความเชื่อทางด้านศาสนา เช่น การทำบุญให้ผู้สูงอายุ เพราะมีความเชื่อว่าผลของการทำความดีนั้นจะทำให้อาการของผู้สูงอายุดีขึ้น หรือการสวดอธิฏฐาน การบนบานขอให้อาการของผู้สูงอายุดีขึ้น เป็นความเชื่อทางศาสนาที่จะสื่อกับสิ่งศักดิ์สิทธิ์ หรือการบูชา การบวงสรวง เพื่อให้อาการของผู้สูงอายุดีขึ้น โดยมีความคิดว่าการทำเช่นนี้จะช่วยให้พบกับชีวิตที่ยืนยาว หรือเป็นการป้องกันผู้สูงอายุจากอันตราย

Phillips และ Rempusheski (1986) ได้อธิบายแนวคิดกลไกในระบบการดูแลโดยครอบครัว กับสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุว่า ประกอบด้วย 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 หากสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุไม่ดี ผู้ดูแลจะเกิดการรับรู้บทบาทว่าการดูแลนั้นเป็นการถูกทำโทษ เป็นการกระทำการดูแลเพียงเพื่อการยอมรับจากสังคมเท่านั้น

3) ระยะปฏิบัติการดูแล (Express Process) เป็นการแสดงบทบาทการดูแลออกมา ซึ่งเป็นระยะที่ต่อเนื่องจากระยะที่ 2 ที่สะท้อนความเชื่อออกมาสู่การปฏิบัติ นั่นคือ หากสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุดี จะก่อให้เกิดพฤติกรรมการดูแลที่ดีแต่หากสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุไม่ดีจะก่อให้เกิดพฤติกรรมการดูแลที่ไม่ดี

4) ระยะประเมินผล (Evaluation Process) ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจะสะท้อนให้เห็นกลไกในการดูแลทั้ง 3 ระยะข้างต้น

4. บทบาทของพยาบาลในการพยาบาลผู้สูงอายุ

4.1 บทบาทพยาบาลเยี่ยมบ้านในการดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพา

ผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังอยู่ในชุมชน ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง

ตามปกติเนื่องจากการเจ็บป่วยและความสามารถในการทำงานของร่างกายเสื่อมลง ต้องพึ่งพาผู้ดูแลบางส่วนหรือทั้งหมด เพื่อการฟื้นคืนสภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจ พยาบาลเยี่ยมบ้านมีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุ ดังนี้ (คณะกรรมการกลุ่มผลิตชุดวิชาพยาบาลศาสตร์, 2545)

4.1.1 การเตรียมครอบครัวให้พร้อมที่จะรับผู้สูงอายุที่มีความเจ็บป่วยไปดูแลต่อที่บ้าน โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1) สร้างทัศนคติที่ดีต่อครอบครัวในการยอมรับสภาพการเจ็บป่วย

2) เตรียมสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วย เช่น ห้องนอน เตียงนอน อุปกรณ์ต่างๆ ที่จะช่วยเหลือผู้ป่วย ฯลฯ

3) ชี้แนะให้ครอบครัวหาผู้ดูแลประจำ อาจจะเป็นสมาชิกในครอบครัว ญาติ หรือจ้างผู้ดูแลมาเป็นพิเศษ

4.1.2 ประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย ร่วมกับผู้ดูแล โดยใช้เครื่องมือประเมินสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย ทั้งในเรื่องความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การรับรู้ และความจำของผู้สูงอายุ

4.1.3 การให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุในรายที่สามารถรับรู้ได้ดี ครอบครัวผู้สูงอายุ และผู้ดูแลในเรื่องเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ ในเรื่องสาเหตุ อาการของโรค การรักษาโรค การแทรกซ้อนของโรค การดูแล และการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย

4.1.4 ประสานงานระหว่างบุคลากรในทีสุขภาพ และนอกทีมสุขภาพ เพื่อหาแหล่งประโยชน์ที่เหมาะสมกับผู้ป่วย และมีการส่งต่อ

4.1.5 ประเมินผล ติดตามประเมินผลการฟื้นฟูสภาพ ครอบครัวหรือผู้ดูแล การปฏิบัติตามที่สอน พบข้อบกพร่องอะไรบ้าง เพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไขให้ดีขึ้น

4.2 บทบาทของพยาบาลประจำการกับการเตรียมสมาชิกในครอบครัว

การเตรียมสมาชิกในครอบครัว เพื่อให้สามารถดูแลผู้ที่เจ็บป่วยเรื้อรังอย่างต่อเนื่องที่บ้านเป็นคุณลักษณะหนึ่งของการให้บริการทางสุขภาพ โดยถือเป็นหน้าที่ของบุคลากรที่เกี่ยวข้องในทีมสุขภาพ ซึ่งพยาบาลเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการเตรียมสมาชิกในครอบครัว และคอยให้คำปรึกษาช่วยเหลือ เนื่องจากเป็นบุคลากรหลัก และสามารถดำเนินการได้ตลอด 24 ชั่วโมง (สุภาณี อ่อนชื่นจิต และฤทัยพร ตรีตรง, 2544) กิจกรรมการวางแผนจำหน่ายจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งโดยเฉพาะในผู้ป่วยสูงอายุที่ตกอยู่ในภาวะพึ่งพา ในการเตรียมสมาชิกในครอบครัวเป็นการรับรองว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวในการตัดสินใจเลือกแนวทางแก้ไขปัญหาสุขภาพ (Chaska, 1990) พยาบาลประจำการจะต้องประเมินและวิเคราะห์ข้อมูลของผู้ป่วยและ

ครอบครัว จัดการสอน สาธิต เพื่อเตรียมความพร้อมของครอบครัวในการปรับตัวเพื่อการดูแลต่อที่บ้าน ดังจะกล่าวต่อไปนี้

4.2.1 บทบาทและหน้าที่ของพยาบาลในการวางแผนจำหน่าย พยาบาลประจำการเป็นบุคลากรหลักในการให้บริการในหอผู้ป่วย มีบทบาทและหน้าที่ในการดำเนินงานวางแผนจำหน่าย มีดังนี้

1) ผู้ให้บริการ (Care Provider) พยาบาลควรประเมินผู้รับบริการ และครอบครัว วิเคราะห์ข้อมูล จัดทำแผนการพยาบาล (Care MAP) ให้บริการตามแผน กำหนดการสอน สาธิต และการฝึกปฏิบัติพยาบาล ซึ่งครอบครัวจะต้องกลับไปปฏิบัติเองในกรณีที่เป็นการเจ็บป่วยเรื้อรัง

2) ผู้ประสานงาน (Coordinator) พยาบาลประจำการจะประสานงานกับทีมสุขภาพในการดูแล ขณะผู้รับบริการพักรักษาตัวในโรงพยาบาล เพื่อให้บริการตามแผนการดูแล ให้คำแนะนำในการจัดสิ่งแวดล้อมหรือปรับปรุงสิ่งแวดล้อมในบ้านให้เหมาะสมกับผู้ป่วย ในกรณีการเจ็บป่วยเรื้อรังต้องใช้เวลาในการดูแลระยะเวลายาว และอาจต้องประสานงานกับสถาบันอื่นๆในชุมชน

3) ผู้จัดการเฉพาะราย (Care Manager) เป็นผู้ดูแลปัญหาของผู้รับบริการ และครอบครัวทุกปัญหา จัดบริการอย่างมีประสิทธิภาพ โดยคำนึงถึงค่าใช้จ่ายของผู้รับบริการ ครอบครัวและหน่วยงาน ติดต่อประสานงาน เพื่อให้ได้รับบริการตาสิทธิขั้นพื้นฐานตามระบบสวัสดิการของรัฐ

4) ผู้พิทักษ์ผู้รับบริการ (Advocate) ให้การดูแลเพื่อให้ได้รับบริการตามสิทธิ และมีคุณภาพตามระบบสวัสดิการของรัฐ ให้การดูแลตามโครงการเฉพาะกิจของรัฐที่จัดให้

5) นักวิจัย (Researcher) พยาบาลต้องจัดระบบข้อมูลให้เป็นระบบข้อมูลทันสมัย ปรับปรุงอย่างสม่ำเสมอ ตามการเปลี่ยนแปลง อาการของผู้รับบริการ ถูกต้องและตรงกับความเป็นจริง เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานวิจัย และประเมินผลการบริการของตน ซึ่งพยาบาลจะเป็นผู้ดำเนินงานวิจัยเอง หรือจัดระบบข้อมูลเพื่อสนับสนุนการวิจัยของหน่วยงานได้

4.2.2 วัตถุประสงค์การพยาบาลในการวางแผนจำหน่าย กิจกรรมการพยาบาลในแผนการพยาบาลเพื่อจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน มีวัตถุประสงค์ในการดำเนินการ ดังนี้

1) เพื่อเตรียมผู้รับบริการ ครอบครัว ผู้ดูแลในด้านร่างกายและจิตใจ ให้พร้อมก่อนการย้ายผู้ป่วยกลับไปรักษาพยาบาลต่อที่บ้าน

2) เพื่อเตรียมผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแล ให้มีความพร้อมในการดูแลตนเอง ปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม สามารถดูแลสมาชิกของตนได้เป็นอย่างดี

3) เพื่อเตรียมความพร้อมในการเดินทางกลับบ้านของผู้ป่วยอย่างราบรื่น และรับประกันว่าผู้รับบริการ จะได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจากหน่วยงานบริการสุขภาพ

5) เพื่อกำหนดบทบาทหน้าที่ของผู้รับบริการและครอบครัวในการดูแลตนเอง และบทบาทหน้าที่ของพยาบาลหรือหน่วยงานที่รับผิดชอบ ซึ่งทั้ง 2 ฝ่ายเข้าใจตรงกัน

6) เพื่อจัดระบบการติดต่อสื่อสาร ระหว่างบ้านและโรงพยาบาล หรือหน่วยงานสุขภาพ ที่ตรงกันและต่อเนื่อง

5. แนวคิดเกี่ยวกับการศึกษาปรากฏการณ์

การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา(Phenomenology) มีพื้นฐานมาจากศาสตร์สาขาปรัชญา สังคมวิทยา และจิตวิทยา เพื่อศึกษาประสบการณ์ชีวิต (Lived Experience) ตามการรับรู้ในปรากฏการณ์ธรรมชาติ (Streubert and Carpenter, 1995) นักปรากฏการณ์วิทยาเชื่อว่า ความรู้คือสิ่งที่เป็นจริง(Knowledge is that the reality) เกิดจากการให้ความหมายต่อโลก(gives meaning to the world) ของบุคคลผู้มีประสบการณ์ ไม่สามารถศึกษาโดยแยกบุคคลออกจากประสบการณ์ได้ (Omery and Mark, 1995) เป็นวิธีการศึกษาที่มีเป้าหมายเพื่อค้นหาวิเคราะห์และอธิบายประสบการณ์ โดยปราศจากการคิดล่วงหน้า เพื่อรับรู้สิ่งที่เป็นจริงมากที่สุด ตามการรับรู้ของผู้มีประสบการณ์ โดยไม่วิพากษ์วิจารณ์ ประเมิน หรือให้ความเห็นที่คิดว่าถูกต้อง และอธิบายปรากฏการณ์เสมือนเป็นการอธิบายของผู้มีประสบการณ์เอง

5.1 ความหมายของปรากฏการณ์วิทยา

Husserl (cites in Holloway and Wheeler, 1996) กล่าวว่าปรากฏการณ์วิทยา คือการศึกษาเพื่ออธิบายประสบการณ์ชีวิตโดยปราศจากการคิดไตร่ตรองไว้ก่อน เกี่ยวกับความจริงของสิ่งรอบตัว (Objective Reality) ของประสบการณ์นั้น

ปรากฏการณ์วิทยา หมายถึง ศาสตร์ที่มีจุดประสงค์อธิบายปรากฏการณ์ธรรมชาติที่มีความเฉพาะเจาะจง หรือลักษณะที่ปรากฏของสิ่งใดๆ ในลักษณะประสบการณ์ชีวิต(Lived xperience) (Streubert and Carpenter, 1995)

Merleau-Ponty (1962 cited in Streubert and Carpenter, 1995) กล่าวว่า ปรากฏการณ์วิทยา หมายถึง การศึกษาองค์ประกอบสำคัญ (Essences) และสิ่งที่เกี่ยวข้อง เพื่อหาความหมายขององค์ประกอบตามการรับรู้ (Perception) หรือความมีสติ (Consciousness) เป็นปรัชญาที่ศึกษาองค์ประกอบที่เป็นอยู่เพื่อเข้าใจมนุษย์ (Man) และโลก (World) ตามความเป็นจริง (Facticity) ของเขาเอง

Omery (1983) ให้ความหมายปรากฏการณ์วิทยาว่า หมายถึง การค้นหาและอธิบายปรากฏการณ์ประสบการณ์ของมนุษย์ตามที่เกิดขึ้นจริง ตามการให้ความหมายของผู้มีระสบการณ์

Jasper (1994) กล่าวว่า ปรากฏการณ์วิทยา เป็นการศึกษาความหมายที่แท้จริงของปรากฏการณ์ได้จากการอธิบายของผู้มีประสบการณ์ในบริบทนั้นเท่านั้น

Holloway และ Wheeler (1996) ให้ความหมายปรากฏการณ์วิทยา คือ การศึกษาสิ่งที่มีอยู่ในธรรมชาติ โดยมีคำถามคือ สิ่งที่ปรากฏอยู่คืออะไร (What is being)

กล่าวโดยสรุป การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา เป็นการศึกษาความหมายที่แท้จริงของปรากฏการณ์ จากการอธิบาย ตามการรับรู้และความรู้ตนของผู้มีประสบการณ์ ทั้งนี้ผู้ศึกษาสืบค้น วิเคราะห์ ให้ความหมายหรือตีความ และอธิบายประสบการณ์โดยปราศจากอคติ หรือการคิดล่วงหน้า ทั้งนี้การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบ่งออกเป็นหลายแนวคิด ในที่นี้ขอทบทวนแนวคิดการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาของ Husserl ซึ่งเป็นแนวคิดและระเบียบวิจัยที่เหมาะสมกับการศึกษาวิจัยนี้

5.2 หลักการและแนวคิดของปรากฏการณ์วิทยาของ Husserl

Edmund Husserl (1857-1938) ได้รับการยกย่องว่าเป็นผู้ให้กำเนิดแนวคิดการศึกษาปรากฏการณ์วิทยา ในระยะ German phase เป็นนักปรัชญาและนักคณิตศาสตร์ชาวเยอรมัน มีมุมมองบนพื้นฐาน Cartesian (Koch, 1995) ว่าบุคคลไม่สามารแยกร่างกายและจิตออกจากกันได้ (Dualism) แต่มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน จึงศึกษาเพื่ออธิบายว่าจิตใจกระทำอย่างไร (Relationship) โดยเน้นการให้ความหมายด้วยตนเองของบุคคลที่มีประสบการณ์ต่อสิ่งนั้นๆ (To the things themselves) (Drew, 1993) การพัฒนาความรู้เน้นการค้นหาความจริง (Essences) ที่ปรากฏอยู่ โดยทำความเข้าใจ (Intuition) ปรากฏการณ์ที่ศึกษาโดยการปราศจากอคติ โดยใช้กระบวนการจัดกรอบความคิด (Bracketing) กำจัดความคิดล่วงหน้าที่มีอยู่เดิม เพื่อให้รับรู้ข้อเท็จจริงได้ตามความเป็นจริงมากที่สุด (Streubert and Carpenter, 1995)

Husserl เน้นการศึกษาความรู้ในธรรมชาติ โดยปราศจากการเข้าไปกระทำกับข้อมูลของผู้ศึกษาอย่างเข้มงวด(rigorous) (Omery and Mack, 1995) ดังนั้น กระบวนการวิจัยปรากฏการณ์วิทยาของ Husserl ประกอบด้วยวิธีการสำคัญที่นิยมใช้ 3 ประการ คือ

1. การพรรณนา (Descriptive Phenomenology) ซึ่งเกี่ยวข้องกับการสืบค้น (Direct Exploration) การวิเคราะห์ (Analysis) และการบรรยาย (Description) โดยปราศจากการคาดเดาเพื่อให้เกิดความเข้าใจอย่างแท้จริง โดยเน้นที่ความสมบูรณ์ของข้อมูล (Richness) รายละเอียด (Fullness) และความลึกซึ้ง (Depth) ซึ่งประกอบด้วยกระบวนการสำคัญ 3 ประการ คือ

1.1 การหยั่งรู้ (Intuiting) เป็นการศึกษาแปลความหมายของปรากฏการณ์ที่

ศึกษาเท่าที่จะเป็นไปได้จากข้อมูล จนกว่าจะเข้าใจปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างแท้จริง ซึ่งการหยั่งรู้จะเกิดขึ้นได้โดยผู้วิจัยอ่านทบทวนข้อมูลที่ได้หลายๆครั้ง เพื่อให้เกิดความเข้าใจในปรากฏการณ์ที่ต้องการศึกษา

1.2 การวิเคราะห์ (Analysis) เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้มา เพื่อให้เกิดความสัมพันธ์ส่วนต่างๆที่เกี่ยวข้อง หรือเป็นแก่นความรู้ที่เป็นจริง (Essences)

1.3 การบรรยาย (Describing) ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการสื่อสาร บรรยาย หรือเปรียบเทียบให้ผู้อ่านสามารถเข้าใจเรื่องราวที่ต้องการนำเสนอ

2. การศึกษาแก่นความรู้ (Study of Essences) เป็นการสืบค้น ข้อมูลแบบเจาะลึก เพื่อหาประเด็นที่พบบ่อยในประสบการณ์ชีวิตของผู้ให้ข้อมูล

3. การลดทอนความคิด (Reductive) เป็นกระบวนการที่ผู้วิจัยลดอคติในการศึกษา โดยการจัดกรอบ (Bracketing) ความคิด การคาดคะเน ความเชื่อของตนเองเกี่ยวกับเรื่องที่ต้องการศึกษา เพื่อให้เข้าใจปรากฏการณ์นั้นตามความเป็นจริง

5.3 ระเบียบวิธีการศึกษาปรากฏการณ์วิทยา

กระบวนการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา (Streubert and Carpenter, 1995) สรุปหลักสำคัญได้ ดังนี้

1) เลือกประสบการณ์ที่ต้องการศึกษา (Descriptive Phenomenology) โดยผู้วิจัยตั้งคำถามการวิจัยที่เหมาะสมที่จะศึกษาด้วยวิธีนี้ เพื่อให้เข้าใจความเป็นจริงที่เกิดขึ้นของมนุษย์ (Omery, 1983) ตั้งเป้าหมายที่ต้องการค้นหา วิเคราะห์ และอธิบายปรากฏการณ์โดยปราศจากการคิดล่วงหน้า เพื่อรับรู้สิ่งที่เป็นจริงตามการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูล (Participants) โดยไม่วิพากษ์วิจารณ์ ประเมินหรือให้ความเห็นที่คิดว่าถูกต้อง

2) การเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยต้องกำหนดคุณสมบัติคือ มีประสบการณ์ มีความรู้ในประสบการณ์ที่ผู้วิจัยต้องการศึกษา สามารถสื่อสารภาษากับผู้วิจัยได้ ผู้วิจัยสามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัยได้ และสมัครใจให้ข้อมูล

3) ผู้วิจัยเป็นเครื่องมือของการศึกษาเชิงปรากฏการณ์ (Researcher as Instrument) ต้องมีความตระหนักในการรับรู้ข้อมูลที่เป็นจริง จึงต้องมีทักษะที่ช่วยให้ผู้ให้ข้อมูลระลึกถึงความรู้สึกและเล่าสิ่งที่เป็นจริง มีรายละเอียดมากที่สุด (Drew, 1993) โดยการสร้างสัมพันธภาพ ทักษะการสนทนาเชิงแลกเปลี่ยนไม่วิพากษ์วิจารณ์ การสร้างความไว้วางใจและความสนิทสนม การติดต่อสื่อสารและนัดหมาย เป็นผู้เคารพในสิทธิและความเป็นมนุษย์ของผู้ให้ข้อมูล

ผู้วิจัยต้องเป็นผู้ไวต่อความรู้สึก มีความยืดหยุ่นตามสถานการณ์ มีความรู้ในเรื่องที่ทำการศึกษาเป็นอย่างดี เน้นความสัมพันธ์เชิงแลกเปลี่ยนมากกว่ามุ่งควบคุมปฏิสัมพันธ์ของการ

สนทนา (Benolial, 1988 cited in Streubert and Carpenter, 1995) การสัมภาษณ์ควรเอื้อให้ผู้ให้ข้อมูลตอบโดยไม่ชี้นำหรืออภิปราย โดยใช้คำถามปลายเปิด และคำถามเพื่อความกระจ่าง (Clarifying Questions) สังเกตท่าทีของผู้ให้ข้อมูล ควรหยุดการสัมภาษณ์หากผู้ให้ข้อมูลเหนื่อยเกินไป ควรอธิบายให้ผู้ให้ข้อมูลเข้าใจกระบวนการสัมภาษณ์ถูกต้องตรงกับผู้วิจัย เพราะจะทำให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องเชื่อถือได้ เป็นผู้ฟังอย่างตั้งใจ (Listen Attentively) ไม่ถามคำถามในลักษณะซักไซ้ แต่ควรเป็นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ปฏิบัติต่อผู้ให้ข้อมูลด้วยความเคารพ จริงใจ และสนใจอย่างแท้จริง (Streubert and Carpenter, 1995)

4) วิธีการเก็บข้อมูล มีหลายวิธี เช่น การสัมภาษณ์ การสังเกต การบันทึกภาคสนาม แต่วิธีหลักที่นิยมใช้คือ การสัมภาษณ์ เมื่อได้ข้อมูลต้องอ่านบทสนทนาซ้ำหลายๆ ครั้ง เพื่อทำความเข้าใจ วิเคราะห์องค์ประกอบที่ได้ อาจต้องสัมภาษณ์หลายครั้งเพื่อช่วยขยาย ตรวจสอบและเพิ่มเติมข้อมูลที่ขาดหายไป โดยก่อนสัมภาษณ์ครั้งที่ 2 ผู้วิจัยควรฟังเทปซ้ำ ทำความเข้าใจและเตรียมคำถามประเด็นที่ต้องการข้อมูลเพิ่มเติม

ผู้วิจัยเป็นผู้บอกได้ว่าเมื่อใดที่ได้ข้อมูลเพียงพอ ข้อมูลอิ่มตัวแล้ว (Saturation) คือ ไม่มีองค์ประกอบสำคัญเกิดขึ้น และข้อมูลเริ่มซ้ำ ทั้งนี้จะไม่ใช้ระยะเวลานานเกินไป เพราะข้อมูลอิ่มตัวได้จากกลุ่มผู้ให้ข้อมูลส่วนหนึ่งและช่วงเวลาหนึ่งเท่านั้น เมื่อเวลาผ่านไปมีการเปลี่ยนแปลงภูมิหลัง อายุ สิ่งแวดล้อม ที่มีผลต่อประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูล

5) การจัดกระทำกับข้อมูล (Data Treatment) วิธีที่ดีและควรเลือกใช้ คือเทคนิคการสัมภาษณ์ด้วยคำถามปลายเปิด บันทึกเทป และถอดเทปคำสนทนาแบบคำต่อคำ (Verbatim Transcriptions) ร่วมกับการบันทึกสนาม และบันทึกความคิด ความรู้สึกของผู้วิจัยขณะเก็บข้อมูลเพื่อนำมาร่วมวิเคราะห์ข้อมูล

6) วิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis) วิธีการศึกษาเชิงปรากฏการณ์มีรูปแบบการวิเคราะห์เพื่อให้ได้ข้อมูลแตกต่างกัน Van Kaam จะกำหนดประสบการณ์กว้างๆ ทำการสัมภาษณ์ให้ได้ข้อมูลก่อน แล้วจึงให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ เลือกประเด็นที่สำคัญในกลุ่มผู้ให้ข้อมูลนั้น ส่วน Giorgi จะให้ความหมายประสบการณ์ที่ต้องการศึกษาง่ายๆ แล้วเลือกผู้ให้ข้อมูลที่มีประสบการณ์ที่ต้องการศึกษา จึงสัมภาษณ์ และวิธีของ Colaizzi เน้นที่ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลร่วมกับการวิเคราะห์ข้อมูล และอาจใช้การสังเกต การบันทึกสนามร่วมด้วย วิธีของ Colaizzi อาจยืดหยุ่นได้ เช่น อาจให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบก่อนและระหว่างเก็บข้อมูล แทนที่จะรอข้อมูลทั้งหมดก่อนไปให้ตรวจโครงสร้างองค์ประกอบ เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลให้ความเห็นและความมั่นใจของข้อมูล การเลือกใช้วิธีวิเคราะห์ข้อมูลแบบใด ขึ้นอยู่กับผู้วิจัยที่คิดว่าวิธีใดเหมาะสมกับการวิจัยของตนเองมากที่สุด

ข้อมูลที่ได้จากกระบวนการสัมภาษณ์นำมาวิเคราะห์อย่างละเอียด เพื่อแยกองค์ประกอบที่ปรากฏ หาความสัมพันธ์ และการเชื่อมโยงขององค์ประกอบกับสิ่งแวดล้อมหรือปรากฏการณ์ โดยต้องศึกษาข้อมูลอย่างลึกซึ้ง (Dwelling) จนแน่ใจว่าได้ข้อมูลที่ถูกต้องแน่นอน

7) ความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูล (Trustworthiness) ขึ้นอยู่กับการถามคำถามผู้ให้ข้อมูล ความถูกต้องของระเบียบวิจัย การทอนความคิดของผู้วิจัย การยืนยันความถูกต้อง ความครบถ้วนของความหมายโดยผู้ให้ข้อมูลและปรับแก้ไขเพิ่มหรือลดตามที่ผู้ให้ข้อมูลบอก (Streubert and Carpenter, 1995) ซึ่งได้มาจากความสัมพันธ์ของผู้ให้ข้อมูลกับผู้วิจัย และการยึดถือว่าผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้รู้จริงในประสบการณ์นั้น มีการวิเคราะห์ข้อมูลร่วมกันเป็นทีมเพื่อป้องกันการจัดกระทำข้อมูล และเกิดการแปลความที่หลากหลาย ป้องกันการเกิดอคติของผู้วิจัย และอยู่บนข้อตกลงพื้นฐานว่าข้อมูลที่ได้มาเป็นความจริงตามการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูลจึงเชื่อถือได้ และการตรวจสอบโดยผู้ให้ข้อมูล (Participant Validation) (Jasper, 1994)

ผู้วิจัยป้องกันการเกิดอคติในการวิเคราะห์ข้อมูลโดยแยกประสบการณ์ อคติ หรือการตัดสินใจล่วงหน้าของตนออกหรือเก็บไว้ ผู้ให้ความหมายของประสบการณ์ที่ดีที่สุดคือ ผู้ให้ข้อมูล ความเชื่อถือได้ของข้อมูลจะบอกได้ด้วยตัวของข้อมูลที่ปรากฏให้เห็นได้เอง การให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบความถูกต้อง และการวิเคราะห์ข้อมูลของผู้วิจัย (Walters, 1995)

8) ผลการศึกษาเชิงปรากฏการณ์ไม่สามารถอ้างอิงไปยังประชากรได้ แต่สามารถถ่ายโอนหรือปรับใช้บริบทที่ใกล้เคียงกัน ขึ้นกับความต้องการนำผลการวิจัยไปใช้ในกลุ่มอื่นๆของผู้อ่านผลการวิจัย (Jasper, 1994)

5.4 การวิจัยปรากฏการณ์วิทยากับการพัฒนาการพยาบาล (Phenomenological Research and Nursing Development)

การวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาเริ่มเป็นที่แพร่หลายและใช้เป็นกลวิธีการวิจัยเพื่อตอบปัญหาการวิจัยทางการพยาบาลในราว ค.ศ.1970 (Anderson, 1989 cited in Morse and Field, 1995)ได้รับการยอมรับว่าเป็นระเบียบวิธีหนึ่งที่มีความสำคัญ ในการสร้างศาสตร์ทางการพยาบาลและ/หรือทฤษฎีทางการพยาบาลที่สำคัญ (จอนผจง เพ็งจาด, 2546) เนื่องจากการปฏิบัติทางการพยาบาล เกี่ยวข้องกับประสบการณ์ชีวิตของมนุษย์ วิธีการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา จึงเป็นวิธีที่เหมาะสมในการค้นหาปรากฏการณ์ที่สำคัญทางการพยาบาล (Streubert and Carpenter, 1995) ความรู้ที่ได้สามารถนำไปใช้พัฒนาองค์ความรู้และนำไปสู่การสร้างความรู้ทางการพยาบาลเพิ่มขึ้น ในส่วนของงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลผู้สูงอายุ ในปัจจุบันได้มีการเห็นคุณค่าของงานวิจัยเชิงปรากฏการณ์ ได้รับการยอมรับ และแพร่หลายมากขึ้น (จิราพร เกศพิชญวัฒนา, 2545) การ

วิจัยโดยการศึกษาปรากฏการณ์ ทำให้เกิดการพัฒนาการพยาบาลอย่างมาก (จอนผจง เพ็งจาด, 2546) สรุปได้ดังนี้

1) การพัฒนาทฤษฎีการพยาบาล ปรัชญาปรากฏการณ์วิทยาถูกนำมาใช้เป็นปรัชญาพื้นฐานในทฤษฎีการพยาบาล 3 ทฤษฎี คือ Parse's Theory (1981) of Man-Living Health, Paterson and Zdera' s theory (1976) of Humanistic Nursing และ Watson's Theory of Caring (1985) นอกจากนี้ ยังเป็นวิธีเหมาะสมในการทอสอบทฤษฎีการพยาบาลดังกล่าว นอกจากนี้ยังเหมาะในการใช้พัฒนาแนวคิดหรือรูปแบบการพยาบาลเพื่อการพัฒนาทฤษฎีการพยาบาลต่อไป (Jasper, 1994)

2) การวิจัยปรากฏการณ์วิทยาทำให้เกิดความเข้าใจประสบการณชีวิตของบุคคล ที่เป็นประสบการณ์ทั่วไปที่เกิดขึ้น สามารถใช้เป็นตัวอย่างสำหรับพยาบาลในการทำความเข้าใจบุคคล ซึ่งเป็นประโยชน์ในการพยาบาลที่อยู่บนพื้นฐานของความเข้าใจ ดังนั้นการวิจัยปรากฏการณ์วิทยาสามารถใช้เป็นการวิจัย เพื่อการพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาล (Research-based Practice) (Jasper, 1994)

3) การพัฒนาองค์ความรู้ทางการพยาบาลในหลายสาขา เช่น การศึกษาพยาบาล การบริหารการพยาบาล และการปฏิบัติพยาบาล

4) การวิจัยปรากฏการณ์วิทยา ทำให้เกิดความรู้เกี่ยวกับความต้องการของผู้รับบริการ ได้ข้อมูลที่สำคัญในการนำมาใช้ในการวางแผนการพยาบาลที่มีคุณภาพ(High-quality Nursing Care) และการประเมินคุณภาพการพยาบาลที่ให้แก่ผู้รับบริการ (Jasper, 1994)

5) การวิจัยปรากฏการณ์วิทยาเป็นการวิจัยที่ค้นหาคำตอบโดยวิธีการศึกษาแบบองค์รวมทำให้ได้ข้อมูลที่สามารถนำมาใช้ในการพยาบาลแบบองค์รวม

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

Marini (1995) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับความต้องการความช่วยเหลือดูแลในกิจวัตรประจำวันตามการรับรู้ของผู้สูงอายุ ที่ต้องการการดูแลระยะยาว พบว่าผู้สูงอายุต้องการได้รับการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกาย ตามที่ผู้สูงอายุต้องการ และต้องการการดูแลรักษาที่ยอมรับความเป็นบุคคล และตามลักษณะเฉพาะของบุคคล ความสามารถในการติดต่อสื่อสาร และการให้เกียรติแก่ผู้สูงอายุ

สุดศิริ หิรัญชุณหะ (2541) ทำการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลหลัก และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 15 ราย ใช้การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก การสังเกตแบบมีส่วนร่วม บันทึก

ภาคสนาม ถ่ายภาพ และใช้แบบประเมินความสามารถดูแลของผู้ดูแล ผลการวิจัยพบว่ารูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแล และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย

1) กระบวนการปรับเปลี่ยนการดูแลสุขภาพที่บ้าน พบว่ามี 4 ระยะคือ ตั้งตัวไม่ติด/คิดไม่ออก หัวเลี้ยวหัวต่อ แสวงหา/ปรับวิธีการใหม่ และชีวิตที่ลงตัว

2) การส่งเสริมการดูแลที่บ้าน ประกอบด้วย การเตรียมความพร้อมผู้ดูแล พัฒนาความสามารถการดูแลและการจัดการตัวเอง พัฒนาความสามารถการดูแลด้วยตนเองและปรับบทบาท พัฒนาคุณภาพการดูแลอย่างยั่งยืนและปรับวิถีชีวิต

3) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแล ประกอบด้วย ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยที่โรงพยาบาล ครอบครัวร่วมรับรู้การเตรียมพร้อม ความหวัง การช่วยเหลือของครอบครัว ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ระดับความต้องการการดูแล แหล่งสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการดัดแปลงและปรับวิธีการดูแล และภาวะเศรษฐกิจ

จิราพร เกศพิชญวัฒนา (2542) ทำการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาความกตัญญูกตเวที และการดูแลบิดามารดาที่ต้องการการดูด้านสุขภาพ จากข้อคิดเห็นของครอบครัวในเขตกรุงเทพมหานคร โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก และการสังเกตโดยการมีส่วนร่วม กลุ่มตัวอย่างเป็นบุตร จำนวน 15 คน ที่ดูแลบิดามารดาที่เจ็บป่วยภายในครอบครัว การดูแลบิดามารดาที่สูงอายุในสังคมไทย จำแนกได้เป็น 3 ลักษณะ ได้แก่ การดูแลทางด้านร่างกาย การดูแลทางด้านจิตใจ และการดูแลทางด้านความเชื่อ สิ่งยึดเหนี่ยวทางความสงบสุขทางด้านจิตใจ หรือศาสนา งานวิจัยยังพบว่า ปัจจัยทางด้านวัฒนธรรมสังคม และเศรษฐกิจมีบทบาทสำคัญ ส่งผลต่อการดูแลบิดามารดาผู้สูงอายุในครอบครัว ได้ความรู้ขั้นพื้นฐานและเกิดความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยภายในครอบครัวของสังคมไทยในลักษณะภาพองค์รวม โดยเฉพาะการดูแลบิดามารดา ลักษณะเฉพาะของสังคมไทยมีผลต่อการดูแลบิดามารดา ซึ่งการทดแทนพระคุณถูกคาดหวังว่าจะยังคงอยู่ และได้รับการยึดมั่นปฏิบัติต่อๆกันไปในสังคมไทย

The Nation Citizens' Coalition for Nursing Home Reform (1982 cited in Barbara,1999) ได้ศึกษาถึงการดูแลที่มีคุณภาพในสถานพยาบาลในมุมมองของผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลในระยะยาวโดยใช้การสนทนากลุ่ม พบว่า การดูแลที่ดีมีคุณภาพ ประกอบด้วย การให้ทางเลือกในการปฏิบัติกิจวัตประจำวันด้วยตนเอง การให้เกียรติ เคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และทัศนคติที่ดีของบุคลากร

Willium (1998) สำรวจการให้การดูแลในมุมมองของผู้รับบริการ 94 คน พบว่า มุมมองการดูแลที่พึงได้รับ อันหมายถึงคุณภาพการดูแลของผู้รับบริการและผู้ให้บริการมีความแตกต่างกันไป โดยผู้รับบริการจะมองคุณภาพการดูแล คือ การดูแลที่ได้รับ การมีปฏิสัมพันธ์/ความสัมพันธ์

ระหว่างผู้รับบริการและผู้ให้บริการ ทำให้สามารถรับรู้ได้ว่ามีคุณภาพการดูแลที่ดี และมีความพึงพอใจในการรับบริการ

Oermann and Templin (2000) ทำการวิจัยเชิงบรรยาย ศึกษาคุณลักษณะที่สำคัญของคุณภาพการบริการด้านสุขภาพในมุมมองของผู้รับบริการ เพื่อชี้ให้เห็นถึงคุณลักษณะที่สำคัญของคุณภาพการบริการ และคุณภาพการพยาบาล และเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างมุมมองของผู้รับบริการเกี่ยวกับสถานะของสุขภาพ กับปัจจัยส่วนบุคคลที่คัดสรร กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้รับบริการของโรงพยาบาลจำนวน 239 คน ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยสำคัญที่ทำให้คุณภาพการพยาบาลอยู่ในระดับสูงในมุมมองของผู้รับบริการ คือ การได้รับการบริการจากพยาบาลที่มีความทันสมัยและทันต่อเหตุการณ์ และให้คำแนะนำที่ดี ความสามารถในการติดต่อสื่อสารกับพยาบาล เวลาที่พยาบาลให้กับผู้รับบริการมีความเพียงพอ การได้รับความรู้จากพยาบาลเกี่ยวกับ การเจ็บป่วย ยา การรักษาและการรักษาสุขภาพ การสามารถที่จะสอบถามและปรึกษาปัญหาสุขภาพจากพยาบาล

Radwin (2000) ทำการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อศึกษาองค์ประกอบ การดูแลของพยาบาลอันเป็นความต้องการที่ผู้รับบริการคาดหวังจะได้รับ ในมุมมองของผู้ป่วยมะเร็ง พบว่า การดูแลที่มีคุณภาพที่ผู้ป่วยมะเร็งต้องการประกอบด้วย 8 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ความรู้ในเชิงวิชาชีพ ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาล ทักษะการพยาบาล 2) ความต่อเนื่องในการดูแล ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีความปลอดภัย 3) ความเอาใจใส่ ความห่วงใยของพยาบาล 3) ความร่วมมือกัน โดยมีการทำงานเป็นทีม 5) การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการักษาพยาบาล 6) ความเป็นส่วนตัว มีลักษณะเฉพาะบุคคล 7) ความมีไมตรีจิต ความใกล้ชิดสนิทสนม 8) การให้การดูแลด้วยใจ

Deutschman (2001) ศึกษาเกี่ยวกับความดีเยี่ยม (Excellence) ในสถานพยาบาลหรือการดูแลที่มีคุณภาพของสถานพยาบาลโดยใช้การทำสนทนากลุ่ม (Focus Group) ประกอบด้วยผู้เข้าร่วมจำนวน 7 กลุ่ม ซึ่งได้ให้ความหมายคำว่าการดูแลอย่างมีคุณภาพหรือคุณภาพการดูแลในมุมมองที่ต่างกันออกไป ได้แก่

1. ผู้บริหารสถานพยาบาล ให้ความหมายของคุณภาพว่า อะไรก็ได้ที่อำนวยการของรัฐบอกว่านั่นคือคุณภาพ โดยเน้นที่การบริการขั้นพื้นฐานที่ขาดไป

2. ผู้อำนวยการพยาบาล ให้ความหมายว่า คุณภาพคือปรัชญาที่ว่าด้วยสิ่งที่ต้องปฏิบัติ หรือมีมาตรฐาน

3. ผู้ช่วยพยาบาล ให้ความหมายว่า การอุทิศตนในการทำงานและการสื่อสารที่ดีภายในองค์กร

4. นักสังคมสงเคราะห์ ให้ความหมายของคุณภาพว่า คือการกระทำที่ดีที่สุดให้แก่ผู้พักอาศัย การเป็นฝ่ายเดียวกับผู้พักอาศัย การดูแลและการดูแลและการมีสิ่งมีชีวิตที่เหมือนบ้าน

5. สมาชิกครอบครัว ให้ความหมายว่า คุณภาพเกี่ยวข้องกับ บุคลากรต้องมีทัศนะคติที่ดี อบรมดีและเพียงพอ

6. ผู้ตรวจการ ให้ความหมายคุณภาพว่าเป็นความพึงพอใจของผู้พักอาศัย การให้ความเคารพและให้เกียรติ

7. ผู้พักอาศัยในสถานพยาบาล ให้ความหมายคุณภาพว่า เป็นการตอบสนองความต้องการของตนเอง ความเห็นอกเห็นใจ การดูแล และทัศนคติที่ดีของเจ้าหน้าที่

วิภาดา คุณาวิกติกุล และคณะ (2543) ได้ศึกษาการให้การดูแลของพยาบาล โดยการค้นหาความหมายของคุณภาพการพยาบาล จากการสัมภาษณ์และการทำสนทนากลุ่มในผู้รับบริการ ผู้ให้บริการ และผู้บริหารของโรงพยาบาลในระดับตติยภูมิ ทุติยภูมิ และโรงพยาบาลชุมชน มีการให้คำจำกัดความคุณภาพการพยาบาล (quality of nursing care) ที่ต่างกัน โดยพบว่า 1) ผู้บริหารการพบาลและทีมพยาบาลให้คำจำกัดความคล้ายกัน คือ คุณภาพการพยาบาลเป็นการปฏิบัติการพยาบาลที่อยู่บนพื้นฐานของมาตรฐานการพยาบาลในการให้ความปลอดภัยและความพึงพอใจกับผู้ป่วย 2) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลให้คำจำกัดความว่าคุณภาพการพยาบาลขึ้นอยู่กับมาตรฐานที่รวดเร็วมีประสิทธิภาพการบริการและความพึงพอใจของผู้ป่วยกับการให้การบริการ 3) ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ กล่าวว่า คุณภาพการพยาบาลคือ การปฏิบัติการพยาบาลของแต่ละคน เกี่ยวกับพฤติกรรมการบริการที่ดี เช่น พฤติกรรมการดูแลและการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย จากการวิเคราะห์และสรุปเป็นคำจำกัดความทั้งหมด ผู้วิจัยได้ให้คำจำกัดความ คุณภาพการพยาบาลหมายถึง การปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานที่กำหนดไว้อย่างเป็นองค์รวมเพื่อตอบสนองต่อความต้องการทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วย

อังคณา ตัณฑ์เอกคุณ (2545) ทำการวิจัยเพื่อศึกษาการดูแลตามความคาดหวังของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานสงเคราะห์คนชรา ใช้วิธีวิจัยเชิงคุณภาพ โดยเทคนิคการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานสงเคราะห์คนชราประเภทสามัญ จำนวน 7 แห่ง ผลการวิจัยพบว่าการดูแลตามความคาดหวังของผู้สูงอายุที่พักในสถานสงเคราะห์คนชรา อันหมายถึงการดูแลที่มีคุณภาพ มี 4 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) อาหาร โดยผู้สูงอายุมีความคาดหวังว่า อาหารมีรสชาติถูกปาก มีอาหารเฉพาะโรค อาหารพิเศษ หรืออาหารว่างตามสมควรและมีลักษณะอาหารที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ 2) การดูแลผู้สูงอายุจะมีความคาดหวังเรื่องการดูแลช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน มีการจัดกิจกรรมให้ตามความเหมาะสมมีความปลอดภัยในชีวิต และทรัพย์สิน มีผู้ดูแลยามเจ็บป่วย และเมื่อเสียชีวิต ก็จะมีผู้จัดงานฌาปนกิจให้ 3) สิ่งแวดล้อมตามความคาดหวังของผู้สูงอายุ คือ สถานสงเคราะห์ที่มีความสงบ ร่มรื่นมีบรรยากาศที่ดีในการอยู่ร่วมกันของผู้สูงอายุ สถานที่สะอาด ปลอดภัย มีพื้นที่ใช้สอยเพียงพอ และมีสิ่งอำนวยความ

สะดวกให้แก่ผู้สูงอายุ และ 4) บุคลากร ควรมีการพูดที่ดีกับผู้สูงอายุ มีความเป็นกันเอง ให้เกียรติผู้สูงอายุ มีความโอบอ้อมอารี มีน้ำใจ เมตตากรุณา ติดตามดูแล เอาใจใส่ ห่วงใย ให้กำลังใจ มีลักษณะเฉพาะของแต่ละวิชาชีพ และมีบุคลากรที่เพียงพอในการดูแลผู้สูงอายุ

Phillips และ Rempusheski (1986) ทำการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ ในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ จำนวน 39 คน โดยใช้วิธีการประกาศรับสมัครผู้เข้าร่วมวิจัยทางหนังสือพิมพ์ ซึ่งมีวัตถุประสงค์ของการวิจัยเพื่อที่จะเสนอแนวคิด เกี่ยวกับการดูแลที่มีคุณภาพของผู้ดูแลในครอบครัว โดยเน้นประเด็นสำคัญที่การดูแลที่ไม่ดี และอธิบายความสัมพันธ์ระหว่าง สภาวะแวดล้อม การรับรู้และพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปของญาติผู้ดูแลและผู้สูงอายุ ซึ่งผลการวิจัยทำให้ทราบถึงแนวคิด ทฤษฎีที่นำมาอธิบายคุณภาพในการให้การดูแล ซึ่งผู้วิจัยใช้ทฤษฎี Symbolic interaction และทฤษฎี Social exchange theory จากทฤษฎีดังกล่าวทำให้การวิเคราะห์สถานการณ์หรือสถานภาพได้คือ ด้านผู้สูงอายุประกอบด้วย บุคลิกภาพที่เด่นของผู้สูงอายุ การปรองดองกัน และด้านผู้ดูแลประกอบด้วย ภาพพจน์ ความรู้สึกนึกคิดของญาติผู้ดูแล และความเข้าใจหรือยอมรับในสถานการณ์จริง

1) การรับรู้เกี่ยวกับการดูแล ซึ่งอธิบายว่า ผู้ดูแล มีความเชื่อต่อความเชื่อในบทบาทของผู้ดูแล

2) การปฏิบัติการดูแล อธิบายว่า พฤติกรรมของผู้ดูและที่แสดงออกโดยมีการจัดการ รวมทั้งการวางแผน

3) การประเมินผล เป็นขั้นที่ผู้ดูแลมีการยอมรับและมีการตอบสนอง หรืออาจกล่าวได้ว่าเป็นสิ่งที่ผู้ดูแลแสดงออก

การวิจัยเชิงคุณภาพนี้ทำให้สามารถอธิบายกระบวนการของการเกิดคุณภาพในการให้การดูแล แต่ในการอธิบายถึงคุณภาพในการให้การดูแลนั้นยังไม่ชัดเจน และมองคุณภาพเฉพาะในทางลบเท่านั้น

Phillips et al. (1995) ทำการศึกษาวิจัยเพื่อทดสอบแนวคิดเกี่ยวกับสถานการณ์ และกระบวนการมีปฏิสัมพันธ์ต่อการให้การดูแลที่มีคุณภาพ โดยทำการศึกษาในผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว จำนวน 209 คู่ ซึ่งคุณภาพการให้การดูแลผู้สูงอายุใช้ Staged Theoretical Model โดยอธิบายว่าสถานการณ์ การมีปฏิสัมพันธ์ และภาระของผู้ดูแลมีผลต่อคุณภาพในการให้การดูแล ซึ่งผลการศึกษาพบว่า ตัวแปรที่สามารถทำนายภาระของผู้ดูแลได้สูง คือ ความเครียดของญาติผู้ดูแล ปฏิสัมพันธ์ต่อกันระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุ และตัวแปรที่ทำนายคุณภาพการดูแลได้สูง คือ ภาระของผู้ดูแล ซึ่งจะเห็นได้ว่า ผู้วิจัยได้มองคุณภาพเฉพาะด้านลบ และได้นำเครื่องมือ QUALICARE Scale (Phillips, L.P., 1990) มาเป็นเครื่องมือในการประเมินคุณภาพในการให้การดูแล และเกณฑ์ที่นำมาใช้เป็นมาตรฐาน ในการประเมินคุณภาพนั้นใช้แนวคิดทฤษฎี

เกี่ยวกับความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์มาประเมินซึ่งต้องใช้การสัมภาษณ์ การสังเกต และการรายงานของญาติผู้ดูแล

Nunley, Hall และ Rowles (2000) ทำการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา ในผู้สูงอายุจำนวน 37 ราย โดยการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่บ้าน ในการวิจัยนี้ ใช้ความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุมาอธิบายการให้การดูแลอย่างมีคุณภาพ ซึ่งความผาสุกทางใจ ประกอบด้วย การไม่มีภาวะซึมเศร้า ความพึงพอใจในชีวิต และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งผลการวิจัยพบว่า 1) ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับขวัญและกำลังใจ ความพึงพอใจ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ 2) ขวัญและกำลังใจมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิต และคุณภาพชีวิต 3) ความพึงพอใจในชีวิตมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต และ 4) คุณภาพของความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแลไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ขวัญและกำลังใจ ความพึงพอใจในชีวิต และคุณภาพชีวิต ซึ่งจะเห็นได้ว่าอาจจะเกิดได้จากกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลนั้นมีจำนวนน้อย ทำให้ไม่ได้ผลตามที่ตั้งสมมติฐานไว้

เพ็ญแข ชีวยะพันธ์ (2545) ได้ศึกษากิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพาในเขตอำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี โดยเป็นแนวคิดการดูแลที่มีคุณภาพ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุในเขตอำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี ที่อยู่ในโครงการสุขภาพดีที่บ้านของโรงพยาบาลโพธาราม จังหวัดราชบุรี จำนวน 102 ครอบครัว เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบประเมินคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุ และแนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก ผลการวิจัยพบว่า 1) คุณภาพการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพาโดยรวมอยู่ในระดับดี 2) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการดูแล ประกอบด้วย การมีความรับผิดชอบในด้านอื่นของผู้ดูแล สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุ ระบบสนับสนุน ทัศนคติในการดูแล ปัจจัยจากตัวผู้ดูแล และ 3) ปัญหาอุปสรรคในการให้การดูแลผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ปัญหาอุปสรรคด้านผู้สูงอายุ ได้แก่ การไม่ให้ความร่วมมือในการดูแลและการที่ผู้สูงอายุไม่โกรธง่าย เอาแต่ใจตนเอง รวมทั้งความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุ ปัญหาอุปสรรคด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ การมีรายได้ไม่พอกับค่าใช้จ่าย และสิ่งอำนวยความสะดวกในการดูแล ได้แก่ การขาดอุปกรณ์เสริมที่ช่วยในการดูแล การขาดพาหนะในการเดินทาง

ในการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ พบว่าเป็นการศึกษาถึงการดูแลที่ผู้สูงอายุได้รับจากผู้ดูแล ตามความคาดหวังหรือความต้องการของผู้ให้การดูแล ซึ่งเป็นบุคลากรทางสุขภาพ โดยมองว่าผู้สูงอายุควรได้รับการดูแลในด้านต่างๆ อันหมายถึงการดูแลอย่างมีคุณภาพ ซึ่งจากการทบทวนยังไม่มีการศึกษาความหมายการได้รับการดูแลโดยผู้ดูแลในครอบครัวที่เป็นความคาดหวังหรือความต้องการของผู้สูงอายุอยู่ในภาวะพึ่งพาที่อาศัยอยู่ที่บ้าน ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาความหมายการได้รับการดูแลโดยผู้ดูแลในครอบครัว รวมถึงประสบการณ์

การได้รับการดูแลโดยครอบครัว เพื่อนำความเข้าใจความหมายเกี่ยวกับการได้รับการดูแลโดยครอบครัว อันเป็นความคาดหวังหรือความต้องการของผู้สูงอายุ และประสบการณ์การได้รับการดูแลโดยผู้ดูแลในครอบครัว เพื่อนำความรู้ที่ได้มาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการประเมินและปรับปรุงการดูแลผู้สูงอายุต่อไป

7. **สรุปการทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง**

การศึกษาค้นคว้าแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาครั้งนี้ สรุปได้ดังนี้

การกำหนดความหมายของผู้สูงอายุในแต่ละประเทศมีความแตกต่างกันไป สำหรับในประเทศไทยกำหนดว่าผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ตามเกณฑ์การเกษียณอายุราชการ ในวัยสูงอายุบุคคลจะมีการเปลี่ยนแปลงต่างๆเกิดขึ้น ทั้งการเปลี่ยนแปลงทางกาย การเปลี่ยนแปลงการทำหน้าที่และความผาสุกทางกาย การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจและอารมณ์ การเปลี่ยนแปลงทางสังคมและวัฒนธรรม ซึ่งลักษณะการเปลี่ยนเหล่านี้เป็นไปในทางเสื่อมลง

แนวคิดผู้สูงอายุกับภาวะพึ่งพา ได้มีนักวิชาการนิยามความหมายภาวะพึ่งพาในวัยสูงอายุไว้หลายท่าน โดยสรุปหมายถึงภาวะที่ผู้สูงอายุต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหรือกิจกรรมต่างๆเพื่อช่วยสนองความต้องการ ในส่วนที่ตนเองไม่สามารถปฏิบัติได้ สาเหตุของการเกิดภาวะพึ่งพาในวัยสูงอายุ มาจากข้อจำกัดหรือข้อบกพร่องของร่างกาย ความบกพร่องของสติปัญญา และการเปลี่ยนแปลงทางภาวะอารมณ์ความรู้สึกหรือความต้องการส่วนบุคคล สำหรับการประเมินภาวะพึ่งพาในผู้สูงอายุ สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (2542) ได้สร้างเครื่องมือวัดภาวะพึ่งพาของผู้สูงอายุไทยขึ้น ใช้ชื่อว่า แบบประเมินสมรรถภาพในเชิงปฏิบัติ โดยได้ดัดแปลงมาจากดัชนีบาร์เทล (Barthel Index) ของ Barthel และ Mahoney ทั้งนี้เพื่อให้เหมาะสมกับสภาพสังคมและวัฒนธรรมไทย ในส่วนของความต้องการในวัยสูงอายุ Ebersole และ Hess (1990) ได้เสนอแนวคิดความต้องการของผู้สูงอายุ โดยใช้แนวคิดของมาสโลว์เป็นพื้นฐาน ประกอบด้วย ความต้องการด้านสรีระวิทยา ความต้องการด้านความปลอดภัยและความมั่นคง ความต้องการความรักและความเป็นเจ้าของ ความต้องการด้านความภูมิใจ ความต้องการด้านความสำเร็จในชีวิต Phillips, Morrison และ Chae (1990) ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับความต้องการผู้สูงอายุโดยมีพื้นฐานมาจากความต้องการขั้นพื้นฐานของผู้สูงอายุ ซึ่งประกอบด้วยความต้องการ 6 ด้าน คือ ความต้องการด้านสิ่งแวดล้อม ด้านร่างกาย ด้านการดูแลสุขภาพ ด้านจิตสังคม ด้านสิทธิมนุษยชน และด้านเศรษฐกิจ/การเงิน

แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุโดยครอบครัว ได้มีการให้ความหมายผู้ดูแลในครอบครัว รวมถึงมีการศึกษาลักษณะต่างๆของผู้ดูแลผู้สูงอายุโดยครอบครัวไว้หลายแนวคิด สำหรับกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุโดยครอบครัวในประเทศไทย Jiraporn Kespichayawattana (1999) ศึกษาวิจัยพบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุไทยมีบทบาทในการให้การดูแลด้านร่างกาย การดูแลด้านจิตใจ การดูแลด้านสิ่งยึดเหนี่ยวด้านจิตใจ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา มีทั้งการศึกษาในเชิงคุณภาพและปริมาณ ตัวอย่างงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เช่น เพ็ญแข ชีวยะพันธ์ (2545) ได้ศึกษาการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา กรณีศึกษาในเขตอำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี โดยเป็นแนวคิดคุณภาพการดูแล เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบประเมินคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุ และแนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก ผลการวิจัยทำให้พบว่าคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพาโดยรวมอยู่ในระดับดี นอกจากนี้ยังทำให้ทราบถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการดูแล และปัญหาอุปสรรคในการให้การดูแลผู้สูงอายุ การศึกษาดังกล่าวเป็นแนวคิดการดูแลที่ผู้สูงอายุพึงได้รับ ในมุมมองของผู้ให้การดูแล สำหรับงานวิจัยที่การศึกษาความหมายของการได้รับดูแลโดยผู้ดูแลในครอบครัว ในมุมมองผู้สูงอายุซึ่งเป็นผู้รับการดูแล และการศึกษาประสบการณ์การได้รับการดูแล ยังไม่พบว่ามีการศึกษา

แนวคิดการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา เป็นการศึกษาความหมายที่แท้จริงของปรากฏการณ์ จากการอธิบายตามการรับรู้และความรู้ของผู้มีประสบการณ์ โดยปราศจากการคิดล่วงหน้า เพื่อรับรู้สิ่งที่เป็นจริงมากที่สุด การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบ่งออกเป็นหลายแนวคิด ก่อนการดำเนินการวิจัยผู้วิจัยจำเป็นต้องศึกษาและทำเข้าใจ เพื่อเลือกแนวคิดที่เหมาะสมกับงานวิจัยของตน พร้อมทั้งเลือกการวิเคราะห์ข้อมูลที่เหมาะสมกับแนวคิดนั้นๆ ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกการวิจัยโดยใช้แนวคิดเชิงปรากฏการณ์วิทยาของ Husserl(Streubert and Carpenter, 1995) เน้นการให้ความหมายของผู้ให้ข้อมูลโดยปราศจากการตีความของผู้วิจัย เพื่อศึกษาถึงความหมายการได้รับการดูแลโดยครอบครัว จากมุมมองของผู้สูงอายุ และศึกษาประสบการณ์การได้รับการดูแลของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพาที่อาศัยอยู่ที่บ้าน โดยผู้ดูแลในครอบครัว สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยเลือกการวิเคราะห์ตามแบบโคไลซี่ (Colaizzi, 1978 cited in Holloway and Wheeler, 1996) เน้นการเก็บข้อมูลร่วมกับการวิเคราะห์ข้อมูล พร้อมทั้งใช้การสังเกตและการบันทึกภาคสนามร่วมด้วย ซึ่งผู้วิจัยคิดว่าเหมาะสมกับงานวิจัยของตนมากที่สุด

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยใช้รูปแบบการศึกษาตามแนวคิดปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenological study) แบบวิธีของ Husserl (Streubert and Carpenter, 1995) โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) สังเกต และบันทึกภาคสนาม มีจุดประสงค์เพื่อศึกษาความหมาย (Meaning) เกี่ยวกับการได้รับการดูแลโดยผู้ดูแลในครอบครัว จากมุมมองของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา และเพื่อศึกษาประสบการณ์การได้รับการดูแลของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา โดยผู้ดูแลในครอบครัว ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. ขั้นการเตรียมตัวก่อนลงสนาม แบ่งเป็น 2 ส่วน ส่วนแรกเป็นการศึกษาความรู้ที่จำเป็นสำหรับใช้ในการวิจัยอันได้แก่ ความรู้การวิจัยเชิงคุณภาพ แนวคิดต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย ส่วนที่สองเป็นการเตรียมอุปกรณ์และเอกสารที่จำเป็นต้องใช้ในภาคสนาม ได้แก่ เอกสารต่างๆ บันทึกภาคสนาม เครื่องบันทึกเทป เทป
2. ขั้นการดำเนินการภาคสนาม โดยเริ่มจากขั้นตอน การค้นหาผู้ให้ข้อมูลหลัก ไปจนถึงการดำเนินการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก การวิเคราะห์เบื้องต้น รวมถึงการสิ้นสุดการสัมภาษณ์
3. ขั้นการวิเคราะห์ข้อมูล
4. การพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ให้ข้อมูล
5. ความน่าเชื่อถือของการวิจัย (Trustworthiness)

1. ขั้นการเตรียมตัวก่อนลงสนาม

ก่อนลงภาคสนามจริง ผู้วิจัยได้มีการเตรียมตัวล่วงหน้า เพื่อให้การดำเนินการวิจัยเป็นไปอย่างถูกต้อง ราบรื่น ดังแสดงต่อไปนี้

1.1 การเตรียมความรู้ของผู้วิจัย เนื่องจากการวิจัยเชิงคุณภาพผู้วิจัยเป็นเครื่องมือในการวิจัย การเตรียมความรู้ของผู้วิจัยมีผลต่อความน่าเชื่อถือของการวิจัย ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงได้มีการเตรียมความรู้ใน 2 ส่วน ดังต่อไปนี้

1.1.1 ผู้วิจัยเป็นนิสิตสาขาพยาบาลศาสตร์ ที่ได้ผ่านการเรียนในวิชาทฤษฎี และปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุ และศึกษาระเบียบวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพวิธีวิจัยเชิงปรากฏการณ์โดยการลงทะเบียนเรียนในรายวิชาการวิจัยเชิงคุณภาพทางการพยาบาล (QUAL RES NUR

3600626) ในระดับปริญญาโททางการพยาบาล ที่คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมกับผู้วิจัยศึกษาด้วยตนเองจากการอ่านตำรา เอกสาร งานวิจัยเกี่ยวกับการวิจัยเชิงคุณภาพ รวมถึงจากการแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษา

1.1.2 การศึกษาแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับเรื่องที่ศึกษา เพื่อใช้เป็นแนวคิดเบื้องต้น (Preconceived notion) ในการสร้างแนวคำถาม (Interview Guideline) วางแผนการวิจัยได้อย่างถูกต้อง และสามารถเก็บรวบรวมข้อมูลได้อย่างครอบคลุม ซึ่งได้แก่ แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ แนวคิดผู้สูงอายุกับภาวะพึ่งพา แนวคิดการดูแลผู้สูงอายุโดยครอบครัว

1.1.3 ผู้วิจัยมีความตระหนักรู้ (Awareness) ว่าตนเองเป็นผู้วิจัย เข้าสนามเพื่อรับรู้ข้อมูลที่เป็นจริงจากผู้ให้ข้อมูล โดยคำนึงถึงการป้องกันและลดความอคติจากการคาดเดา หรือมีแนวคิดล่วงหน้า เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นจริงตามประสบการณ์จริงของผู้ให้ข้อมูล ตามหลักการวิจัยแบบปรากฏการณ์วิทยาตามแนวคิดของ Husserl ที่เน้นการให้ความหมายโดยผู้ให้ข้อมูล โดยปราศจากการตีความของผู้วิจัย โดยผู้วิจัยไม่มีการคิดล่วงหน้า หรือถ้ามีผู้วิจัยต้องเก็บความคิดความเชื่อนั้นไว้ (Bracketing) (Koch, 1995) ทั้งนี้ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมในเทคนิคการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก ตลอดระยะเวลาของการทำการวิจัย

1.2 การเตรียมอุปกรณ์และเอกสารต่าง ๆ มีการจัดเตรียมดังนี้

1.2.1 เครื่องบันทึกเสียง เทปบันทึกเสียง ผู้วิจัยจัดเตรียมให้มีความพร้อมใช้งานก่อนลงไปทำการสัมภาษณ์ทุกครั้ง เพื่อป้องกันความผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้นได้

1.2.2 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับอายุ เพศ สถานภาพสมรส ศาสนา รายได้ของครอบครัวต่อเดือน ประวัติการเจ็บป่วย ระยะเวลาที่อยู่ในภาวะพึ่งพา ผู้ดูแลหลัก ระดับการศึกษาของผู้ดูแลหลัก (ภาคผนวก ค)

1.2.3 แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก (Interview Guideline) เกี่ยวกับความหมายการได้รับการดูแลโดยผู้ดูแลในครอบครัว และประสบการการณ์การได้รับการดูแลของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา (ภาคผนวก ง)

1.2.4 แนวทางการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ทั้งนี้เพื่อเลือกผู้มีประสบการณ์ หรือผู้มีความรู้ในเรื่องที่ต้องการศึกษา เป็นผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key Informant) คือ มีประสบการณ์หรือเกี่ยวข้องโดยตรงกับปรากฏการณ์ในประเด็นที่สนใจศึกษาซึ่งในการวิจัยนี้ได้แก่ผู้สูงอายุ โดยกำหนดเกณฑ์คุณสมบัติดังนี้

1) ผู้สูงอายุเพศ ชาย หรือหญิง ที่มีอายุเท่ากับหรือมากกว่า 60 ปีขึ้นไป เป็นผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพา คือ ต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หรือบทบาทในบางกิจกรรมที่ไม่สามารถปฏิบัติด้วยตนเองได้ ซึ่งในที่นี้นั้นจะประเมินภาวะพึ่งพาจาก

ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index) (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ, 2542) ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมขั้นพื้นฐาน 10 กิจกรรม ได้แก่ การลุกจากที่นอน การดูแลความสะอาดของร่างกายทั่วไป การใช้ห้องสุขา การอาบน้ำ การแต่งตัว การขึ้นลงบันได การเคลื่อนที่ การรับประทานอาหาร การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ ซึ่งผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพาในการวิจัยนี้ มีค่าคะแนนจากการประเมินอยู่ระหว่าง 0 - 11 คะแนน ซึ่งหมายถึง ผู้สูงอายุอยู่ในภาวะพึ่งพา ต้องได้รับการดูแลจากบุคคลอื่น (ภาคผนวก ก)

2) ผู้สูงอายุ มีผู้ดูแลหลัก มีความสัมพันธ์ในลักษณะเครือญาติ หรือเป็นบุคคลที่มีความสำคัญในชีวิต เช่น คู่สมรส บุตรหลาน ญาติหรือบุคคลที่มีนัยสำคัญอื่นๆ ให้การดูแลผู้สูงอายุมากที่สุด โดยไม่ได้รับค่าจ้าง รางวัลตอบแทน

3) เป็นผู้ที่ไม่มีความผิดปกติทางเชาว์ปัญญา (Cognitive Function) โดยการประเมินภาวะสมองเสื่อม โดยใช้แบบทดสอบสภาพจิตจุฬา(Chula Mental Test: CMT) มีคะแนนมากกว่า 15 คะแนน (ภาคผนวก ข)

4) ผู้สูงอายุมีความสมัครใจและยินดีที่จะให้ความร่วมมือในการสัมภาษณ์ตามแบบใบหนังสือยินยอมเข้าร่วมวิจัย และคำให้การคุ้มครองสิทธิ์ (ภาคผนวก จ)

5) ผู้สูงอายุสามารถสื่อสาร และโต้ตอบกับผู้วิจัยได้ดี โดยไม่มีปัญหาด้านการพูด หรือการได้ยิน

2. ขั้นการดำเนินการภาคสนาม

การดำเนินการในขั้นนี้ กล่าวได้เป็น 2 ส่วน ดังนี้

2.1 การได้มาซึ่งผู้ให้ข้อมูลหลัก ในการวิจัยนี้ผู้วิจัยขอความร่วมมือในการดำเนินการค้นหาผู้สูงอายุจากหน่วยงาน 3 แห่ง คือ โรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน สถาบันประสาทวิทยา และศูนย์บริการสาธารณสุข 27 จันทร์ฉิมไพบูลย์ โดยผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อขออนุญาตหน่วยงานดังกล่าว ในการหาผู้มีคุณสมบัติ เข้าข่ายที่จะเป็นผู้ให้ข้อมูลหลัก เมื่อได้รับการอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยขอเข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรม ศัลยกรรม หัวหน้าพยาบาลหน่วยเวชกรรมฟื้นฟู หัวหน้าฝ่ายการพยาบาลศูนย์บริการสาธารณสุข 27 จันทร์ฉิมไพบูลย์ เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงรายละเอียดของงานวิจัย วัตถุประสงค์ วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นผู้วิจัยดำเนินการค้นหาผู้ให้ข้อมูลหลักโดยใช้วิธีการดังต่อไปนี้

2.1.1 ค้นหาโดยตัวผู้วิจัยเอง ในโรงพยาบาลที่ปฏิบัติงานอยู่ ซึ่งเป็นแผนกผู้ป่วยใน

โรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน เนื่องจากผู้วิจัยตระหนักว่าการที่ผู้สูงอายุรู้จัก เห็นการทำงาน และมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้วิจัยอยู่ก่อนแล้ว ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความไว้วางใจ อันจะนำสู่การให้ข้อมูลที่เป็นจริงและลึกซึ้ง ผู้วิจัยใช้เวลาที่ผู้สูงอายุว่างจากกิจกรรม เข้าไปพูดคุยถึงการวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัย ประโยชน์ของการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ หากพบว่าผู้สูงอายุมีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยถามความสมัครใจในการเป็นผู้ให้ข้อมูลหลัก

2.1.2 ค้นหาโดยการขอความร่วมมือ จากพยาบาลประจำหอผู้ป่วยในแผนกอายุรกรรม ศัลยกรรม และเจ้าหน้าที่กายภาพบำบัดประจำหน่วยเวชศาสตร์ฟื้นฟู สถาบันประสาทวิทยา ในการช่วยค้นหาผู้สูงอายุที่พบว่ามีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยขอความร่วมมือให้พยาบาลประจำหอผู้ป่วย หรือเจ้าหน้าที่กายภาพบำบัด ถามความสนใจของผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติที่จะเป็นผู้ให้ข้อมูลหลักได้เกี่ยวกับความร่วมมือในการทำวิจัย หากผู้สูงอายุยินดีหรือสนใจเข้าร่วมงานวิจัย พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่กายภาพจะขออนุญาตผู้สูงอายุแจ้งให้ผู้วิจัยทราบ พร้อมทั้งแนะนำผู้วิจัยกับผู้สูงอายุและครอบครัว ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการและประโยชน์ของการทำวิจัย พร้อมทั้งสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยกับผู้สูงอายุ จากนั้นผู้วิจัยถามความสมัครใจในการเป็นผู้ให้ข้อมูลหลัก

2.1.3 ผู้วิจัยค้นหาผู้ให้ข้อมูลหลักโดยการขอความร่วมมือจากพยาบาลเยี่ยมบ้าน ศูนย์บริการสาธารณสุข 27 จันทร์ฉิมไพบูลย์ ในการค้นหาผู้ให้ข้อมูลหลัก โดยพยาบาลเยี่ยมบ้านตรวจสอบคุณสมบัติของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ที่บ้าน เมื่อพบว่าอาจมีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ที่กำหนด พยาบาลเยี่ยมบ้านแจ้งให้ผู้วิจัยทราบ ผู้วิจัยออกเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุพร้อมกับพยาบาลเยี่ยมบ้าน เมื่อไปถึงพยาบาลเยี่ยมบ้านแนะนำผู้วิจัยกับผู้สูงอายุและครอบครัว ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพ ขออนุญาตตรวจสอบคุณสมบัติผู้สูงอายุ เมื่อพบว่าตรงตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัย ประโยชน์ของการวิจัย พร้อมทั้งสิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยถามความสมัครใจในการเป็นผู้ให้ข้อมูลหลักในการทำวิจัย

หลังจากผู้สูงอายุสมัครใจเป็นผู้ให้ข้อมูลหลัก ผู้วิจัยขอเบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้เพื่อนัดทำการสัมภาษณ์ ตามวัน เวลา ที่ผู้ให้ข้อมูลหลักสะดวกให้การให้สัมภาษณ์ จากการค้นหาผู้ให้ข้อมูลหลักทั้ง 3 วิธี สรุปได้ว่า 1) ผู้วิจัยค้นหาผู้ให้ข้อมูลด้วยตนเองในโรงพยาบาลที่ปฏิบัติงานอยู่มีจำนวน 1 ราย 2) ค้นหาโดยขอความร่วมมือจากพยาบาลและเจ้าหน้าที่กายภาพที่สถาบันประสาทวิทยา พบว่า มีจำนวนมากที่สุด คือ 8 ราย และ 3) ค้นหาโดยขอความร่วมมือจากพยาบาลเยี่ยมบ้าน พบว่ามีจำนวน 3 ราย ทั้งนี้จำนวนผู้ให้ข้อมูลหลักที่ผู้วิจัยสัมภาษณ์ มีจำนวนรวมทั้งสิ้น 12 ราย โดยผู้วิจัยหยุดการสัมภาษณ์จากการพิจารณาความอิ่มตัวของข้อมูล (Saturation) คือข้อมูลที่ได้เริ่มเป็นประเด็นที่ซ้ำๆ ไม่มีองค์ประกอบสำคัญใหม่ๆเกิดขึ้น (Morse,1989) ซึ่งผู้วิจัยได้เริ่ม

ดำเนินการเก็บข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูลอย่างต่อเนื่องรวมระยะเวลา 1 ปี คือ ตั้งแต่เดือนสิงหาคม พ.ศ.2547 ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ.2548

2.2 การเก็บรวบรวมข้อมูล การเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นขั้นตอนที่สำคัญในการลงภาคสนาม ผู้วิจัยแบ่งขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็น 4 ขั้นตอน ดังมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

2.2.1 การเตรียมตัวก่อนสัมภาษณ์ การเตรียมตัวก่อนสัมภาษณ์แยกเป็น 2 กรณี คือ การสัมภาษณ์ครั้งแรก และการสัมภาษณ์ครั้งต่อมา ในการเตรียมตัวสัมภาษณ์ครั้งแรก ผู้วิจัยทำความเข้าใจประเด็นคำถามและจุดมุ่งหมายของคำถาม พร้อมทั้งทบทวนข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูลหลัก เพื่อช่วยให้การสัมภาษณ์อยู่ในประเด็นที่ต้องการศึกษา นอกจากนี้ผู้วิจัยทบทวนกระบวนการสัมภาษณ์ การแก้ไขอุปสรรคปัญหาระหว่างการสัมภาษณ์หากมี เพื่อให้การสัมภาษณ์เป็นไปอย่างราบรื่น ทั้งนี้การทบทวนกระบวนการสัมภาษณ์ทำในการสัมภาษณ์รายแรกๆ ที่ผู้วิจัยยังไม่มีทักษะในกระบวนการสัมภาษณ์ ส่วนการเตรียมตัวสัมภาษณ์ในครั้งต่อมา เป็นการที่ผู้วิจัยเตรียมประเด็นคำถามที่ยังต้องการข้อมูลเพิ่มเติม และประเด็นคำถามที่ต้องการความกระจ่างยิ่งขึ้น อันเกิดจากนำข้อมูลมาวิเคราะห์เบื้องต้น

2.2.2 การสัมภาษณ์ ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์ที่บ้านผู้ให้ข้อมูลหลัก ซึ่งทุกรายได้เลือกสถานที่เอง หลังจากกล่าวทักทาย ผู้วิจัยจะพูดคุยสนทนากับผู้ให้ข้อมูลหลักและครอบครัว ในเรื่องทั่วไปก่อนเพื่อสร้างบรรยากาศที่เป็นกันเอง และไม่ให้เกิดความเครียด โดยส่วนใหญ่เป็นเรื่องสภาพแวดล้อมบ้านพักอาศัย และอาการเจ็บป่วยหรือภาวะสุขภาพในปัจจุบัน

หลังจากผู้วิจัยเห็นว่า บรรยากาศพร้อมในการสัมภาษณ์ คือ ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกผ่อนคลาย ผู้วิจัยเข้าสู่ประเด็นการสัมภาษณ์ โดยไม่ลืมขออนุญาตบันทึกเทปอีกครั้ง การสัมภาษณ์เริ่มจากคำถามอุ่นเครื่อง จากนั้นเข้าสู่คำถามเจาะลึก ตามแนวการสัมภาษณ์ที่เตรียมไว้แล้ว คำถามมีลักษณะปลายเปิด และมีความยืดหยุ่นตามการสนทนา ไม่ได้กำหนดลำดับคำถามและไม่จำกัดจำนวน เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกและครอบคลุมตรงตามประเด็นที่ต้องการศึกษา ระหว่างการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยใช้เทคนิคการฟังโดยแสดงถึงการตั้งใจรับฟัง ความเข้าอกเข้าใจ ความใส่ใจ และใช้เทคนิคการสบตา พยักหน้า รวมถึงการทวนความหรือกล่าวคำพูดของผู้ให้ข้อมูลซ้ำ เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลสำรวจความคิดเห็นของตัวเองและเป็นการติดตามความคิดของผู้วิจัย รวมถึงผู้วิจัยพยายามสังเกตสีหน้าท่าทาง การแสดงออก การตอบคำถาม เพื่อประเมินอารมณ์ของผู้ให้ข้อมูล เนื่องจากอาจมีความสะเทือนใจ เมื่อกล่าวถึงความรู้สึกต่างๆเมื่อตกอยู่ในภาวะพึ่งพา

ระหว่างการสัมภาษณ์ในการวิจัยนี้ พบผู้ให้ข้อมูล 2 ราย มีอารมณ์โศกเศร้า ร้องไห้น้ำตาคลอนิ่งเงียบไม่พูดต่อ เมื่อเล่าถึงประสบการณ์ที่ตกอยู่ในภาวะช่วยเหลือตนเองไม่ได้ กรณีนี้ผู้วิจัยยุติการสนทนาชั่วคราว ใช้เทคนิคเงียบ เปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลระบายความรู้สึก พร้อมทั้ง

ผู้วิจัยชวนพูดคุยในประเด็นอื่นเมื่อเห็นว่าผู้ให้ข้อมูลคลายจากอารมณ์โศกเศร้าลง จากนั้นเมื่อสังเกตเห็นว่าผู้ให้ข้อมูลมีความพร้อมในการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยจึงย้อนกลับมาถามประเด็นที่ค้างอยู่อีกครั้ง พบว่า ผู้ให้ข้อมูล 1 ใน 2 รายนี้ มีความสะเทือนใจ ไม่สามารถระงับอารมณ์ได้ ผู้วิจัยจึงตัดสินใจยุติการสัมภาษณ์ แต่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่ามีความยินดีการให้สัมภาษณ์ต่อ ผู้วิจัยจึงนัดสัมภาษณ์อีกครั้ง ในการสัมภาษณ์ครั้งต่อมา พบว่าผู้ให้ข้อมูลสามารถตอบคำถามในประเด็นเดิมได้ดีขึ้น

สำหรับการยุติการสัมภาษณ์ก่อนเวลาที่กำหนดไว้ พบในอีก 1 ราย เนื่องจากมีแขกมาเยี่ยมผู้ให้ข้อมูลโดยไม่ได้นัดหมาย ผู้วิจัยจึงยุติการสัมภาษณ์ เพื่อลดความลำบากใจของผู้ให้ข้อมูล พร้อมทั้งนัดสัมภาษณ์ใหม่อีกครั้ง สำหรับการยุติการสัมภาษณ์ในรายอื่นเป็นไปตามเวลาอันควร

เวลาการสัมภาษณ์แต่ละรายไม่เท่ากัน ขึ้นอยู่กับความสามารถในการพูดขยายความ อุปสรรคในการให้สัมภาษณ์ และข้อมูลการสัมภาษณ์ ทั้งนี้จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลักทั้ง 12 ราย ใช้เวลาในการสัมภาษณ์อยู่ในระหว่าง 1 - 2.30 ชม. ในรายที่ผู้วิจัยพิจารณาเห็นว่าเนื้อหาไม่ครบถ้วนในประเด็นที่ต้องการหรือไม่กระจ่าง ผู้วิจัยขอนัดสัมภาษณ์เพิ่มเติม โดยสัมภาษณ์รายละ 1 - 3 ครั้ง

2.2.3 การวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์เบื้องต้นในช่วงระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการคิดวิเคราะห์ไปพร้อมกันระหว่างการสัมภาษณ์ และหลังจากได้ข้อมูลมาแล้ว ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้วิจัยจะทำการถอดข้อความ (Transcribe) จากแถบบันทึกเสียงด้วยตนเองหลังการเก็บข้อมูลแต่ละครั้ง ตรวจสอบความถูกต้องชัดเจนโดยอ่านบทสนทนาร่วมกับฟังเทปซ้ำ ความครบถ้วนของข้อมูลในประเด็นที่ศึกษา หากพบประเด็นที่ไม่ชัดเจนหรือไม่ครอบคลุม ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์และสรุปประเด็นปัญหา พร้อมทั้งปรับข้อคำถามก่อนการสัมภาษณ์ครั้งต่อไป

2.2.4 การสิ้นสุดการสัมภาษณ์ การสิ้นสุดการสัมภาษณ์ ในแต่ละราย พิจารณาจากความครอบคลุมและความกระจ่างของข้อมูลในประเด็นที่ศึกษา ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณ และแสดงออกถึงความยินดีให้คำปรึกษาและช่วยเหลือในเรื่องที่สามารถช่วยได้ เป็นการแสดงถึงความเอื้อเฟื้อ ไม่เพียงแต่ต้องการข้อมูลในเชิงวิจัยเพียงประการเดียว

3. ขั้นการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลการสัมภาษณ์เชิงลึก ด้วยวิธีการวิเคราะห์ตามวิธีของโคไลซี่ (Colaizzi, 1978 cited in Holloway and Wheeler, 1996) โดยมีขั้นตอนดังนี้

3.1 อ่านบทสนทนา หรือข้อมูลทั้งหมดร่วมกับบันทึกภาคสนามของผู้ให้ข้อมูลหลายๆ ครั้ง เพื่อให้เข้าใจ (Make sense) ในเนื้อหาหรือปรากฏการณ์ที่สำคัญ

3.2 ดึงข้อความหรือประโยคสำคัญที่เกี่ยวข้องกับความหมายการได้รับการดูแลโดยผู้ดูแลในครอบครัว และประสบการณ์การได้รับการดูแลของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา โดยผู้แลในครอบครัว โดยขีดเส้นใต้ หรือแยกคำหรือข้อความสำคัญนั้นไว้

3.3 นำข้อความหรือประโยคสำคัญๆนั้น มากำหนดความหมายในแต่ละประโยค

3.4 นำข้อความหรือประโยคที่สำคัญที่กำหนดความหมายแล้ว นำมาจัดรวมเป็นกลุ่มประเด็น (Themes) ต่างๆ

3.5 นำผลการวิเคราะห์ที่ได้มาเขียนอธิบายปรากฏการณ์ที่ได้ของผู้ให้ข้อมูลอย่างละเอียดครบถ้วน โดยเขียนในรูปแบบการบรรยายที่มีความต่อเนื่องกัน กลมกลืนกันระหว่างข้อความหรือประโยคและหัวข้อต่างๆ ซึ่งในขั้นตอนนี้ ผู้วิจัยพยายามตัดข้อมูลหรือหัวข้อที่ไม่จำเป็นออกไป

3.6 ตรวจสอบข้อสรุปความตรงของปรากฏการณ์ โดยนำข้อสรุปของปรากฏการณ์ไปให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบ (Member Checking) ว่ามีความเป็นจริงตามที่บรรยาย และอธิบายไว้หรือไม่ เพื่อให้เป็นข้อความที่ได้จากประสบการณ์จริงของผู้ให้ข้อมูล ในการวิจัยนี้ผู้วิจัยได้คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักที่เหมาะสมในการตรวจสอบจำนวน 2 ราย

3.7 กลับมาแก้ไขตามที่ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบ เขียนประเด็นข้อมูล และการแปลความหมาย เพื่อให้ได้ข้อสรุปสุดท้ายที่สมบูรณ์

ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ตามขั้นตอนการวิเคราะห์ข้างต้น ทั้งการวิเคราะห์ในแต่ละรายและการวิเคราะห์ในภาพรวมของข้อมูลทั้งหมด ข้อมูลเริ่มแสดงให้เห็นประเด็นต่างๆเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ตามจำนวนการสัมภาษณ์และจำนวนผู้ให้ข้อมูล ข้อมูลเริ่มมีแบบแผนที่ซ้ำๆกัน เป็นประเด็นที่ชัดเจนมากขึ้น จนกระทั่งไม่พบประเด็นใหม่ๆเกิดขึ้น ผู้วิจัยได้ประเด็นที่เป็นข้อสรุปที่สมบูรณ์นำเสนอข้อมูลกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และยุติการเก็บรวบรวมข้อมูล มีจำนวนทั้งสิ้น 12 ราย

4. การพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูลตั้งแต่เริ่มต้นกระบวนการเก็บข้อมูลจนกระทั่งเสนอผลงาน โดยมีขั้นตอนดังนี้

4.1 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังได้รับการอนุมัติ จากคณะกรรมการพิจารณาหัวข้อวิทยานิพนธ์ คณะกรรมการพิจารณาการดำเนินการวิจัยของภาคสนามการวิจัย และ

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และการใช้สัตว์ทดลองในการวิจัยกลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยและของสนามการวิจัย

4.2 ในการคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัยตามความสมัครใจยินยอมของผู้ให้ข้อมูลและครอบครัว

4.3 ผู้เข้าร่วมวิจัยทุกรายได้รับการชี้แจงรายละเอียด เกี่ยวกับโครงการวิจัยอย่างละเอียดในดังรายละเอียดต่อไปนี้

4.3.1 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ กล่าวคือ เป็นการศึกษาเกี่ยวกับความคาดหวังรวมถึงวิธีการดูแลที่พึงประสงค์ในมุมมองของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาในระดับปริญญาพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต ข้อมูลที่ได้จากการศึกษานี้จะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาความรู้เกี่ยวกับองค์ความรู้ทางการพยาบาลและนำไปสู่การดูแลที่มีคุณภาพต่อไป

4.3.2 ผู้วิจัยบอกขั้นตอนการเก็บข้อมูล พร้อมทั้งบอกเกี่ยวกับลักษณะการสัมภาษณ์เชิงลึก(In-depth Interview) การขออนุญาตบันทึกเสียงขณะสนทนา การจดบันทึก ระยะเวลาที่คาดว่าจะใช้ในการเก็บข้อมูล

4.3.3 อธิบายให้ทราบว่าการนำข้อมูลไปอภิปราย หรือพิมพ์เผยแพร่จะกระทำในภาพรวมเฉพาะการนำเสนอเชิงวิชาการ โดยข้อมูลทั้งหมดของผู้ให้ข้อมูลจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ เทปบันทึกการสัมภาษณ์ถูกทำลายทันทีที่การวิจัยครั้งนี้สิ้นสุดลง

4.3.4 ในระหว่างการสัมภาษณ์ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีสิทธิที่ไม่ตอบในข้อคำถามที่ไม่สะดวกใจที่จะตอบ รวมทั้งสามารถบอกยุติการให้ความร่วมมือทุกในขั้นตอนของการวิจัย และขอข้อมูลกลับคืนได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องบอกเหตุผล ซึ่งผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยซักถามข้อข้องใจเพิ่มเติมได้ตลอดการสัมภาษณ์และการสนทนาจนมีความกระจ่าง และให้โอกาสในการทบทวนการเข้าร่วมงานวิจัยด้วยความสมัครใจของผู้เข้าร่วมงานวิจัยเอง

5. ความน่าเชื่อถือของการวิจัย (Trustworthiness)

ความน่าเชื่อถือในการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยใช้รูปแบบการศึกษาตามแนวคิดปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenological Study) แบบวิธีการหาความหมายของ Husserl (Streubert and Carpenter, 1995) ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่

5.1 การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เฉพาะเจาะจง ตามคุณสมบัติของผู้ให้ข้อมูล

5.2 ความน่าเชื่อถือได้ (Credibility) เพื่อให้ข้อมูลมีความถูกต้อง และเชื่อถือได้ของข้อมูล ผู้วิจัยได้ดำเนินการดังนี้

5.2.1 การตรวจสอบข้อมูลโดยผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยหรือผู้ให้ข้อมูล (Member

checking) เพื่อให้บุคคลที่อยู่ในปรากฏการณ์รับรองความถูกต้อง พร้อมทั้งให้ข้อคิดเห็นเพิ่มเติม ทักท้วงและยอมรับข้อมูลที่นำเสนอ โดยในการวิจัยนี้ทั้งนี้ผู้วิจัยได้นำผลการวิเคราะห์ในส่วนที่นักวิจัยได้วิเคราะห์ตีความแล้วนำไปให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบ จำนวน 2 ราย โดยคำนึงถึงความสามารถในการอ่าน ภาวะสุขภาพ และความสามารถในการคิดวิเคราะห์ของผู้ให้ข้อมูล ซึ่งเป็นผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา

5.2.2 ผู้วิจัยตรวจสอบผลการวิเคราะห์ข้อมูลร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

5.2.3 การให้พยาบาลที่มีความรู้และประสบการณ์ในการทำวิจัยเชิงคุณภาพร่วมสะท้อนความคิดเห็น (Peer debriefing) โดยผู้วิจัยทำการตรวจสอบการวิเคราะห์ข้อมูลกับพยาบาล 1 ราย

5.3 การยืนยันผลการวิจัย (Conformability) ประกอบด้วย

5.3.1 ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลและบันทึกข้อมูลอย่างเป็นระบบในแบบบันทึกภาคสนามสามารถตรวจสอบได้ (Audit trail) ทั้งการบันทึกเทป การถอดเทปการสัมภาษณ์แบบคำต่อคำ (Verbatim) รวมทั้งผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วนของข้อมูลโดยการฟังเทปซ้ำ

5.3.2 ผู้วิจัยนำเสนอข้อมูลโดยการอ้างคำพูด (Direct Quotes) ของผู้ให้ข้อมูล รวมถึงมีความสอดคล้องของคำพูดในการนำเสนอประเด็นต่างๆ ในการวิเคราะห์แปลความหมายข้อมูลอย่างชัดเจน

5.3.3 ผู้วิจัยนำภาพสรุปของประเด็น (Theme) การจัดกลุ่มข้อมูล (Category) การให้รหัสข้อมูล (Coding) มาปรึกษาทบทวนกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

5.4 การโอนถ่ายข้อมูล (Transferability) ผลการวิจัยนี้นำไปใช้อ้างอิง ในกลุ่มที่มีลักษณะเดียวกันในบริบทสังคมไทย ในที่นี้คือผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพาที่อาศัยอยู่ที่บ้าน ได้รับการดูแลโดยผู้ดูแลในครอบครัว

5.5 การใช้เกณฑ์พึ่งพาอื่นๆ (Dependability) ผู้วิจัยได้นำเสนอข้อมูลที่ละเอียดถูกต้องครอบคลุม ผู้อ่านสามารถติดตามกระบวนการได้ ประเด็นหลักและรายละเอียดการวิเคราะห์ได้รับการตรวจสอบจากอาจารย์ที่ปรึกษา

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลและสรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology) ตามแนวคิดของ Husserl (Streubert and Carpenter, 1995) เพื่อศึกษาถึงความหมายการได้รับการดูแลโดยผู้ดูแลในครอบครัว จากมุมมองของผู้สูงอายุ และศึกษาประสบการณ์การได้รับการดูแลของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพาที่อาศัยอยู่ที่บ้าน โดยผู้ดูแลในครอบครัว ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป อยู่ในภาวะพึ่งพา ทั้งเพศชายและหญิง จำนวน 12 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth Interview) และทำการวิเคราะห์ตามขั้นตอนของโคไลซี่ย์ (Colaizzi, 1978 cited in Holloway and Wheeler, 1996) ผลการวิจัยมีลำดับดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 ความหมายการได้รับการดูแลโดยผู้ดูแลในครอบครัว ของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพาที่อาศัยอยู่ที่บ้าน

ส่วนที่ 3 ประสบการณ์การได้รับการดูแลของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพาที่อาศัยอยู่ที่บ้านโดยผู้ดูแลในครอบครัว

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1: ข้อมูลส่วนบุคคล

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลมีจำนวนทั้งสิ้น 12 ราย โดยมีข้อมูลส่วนบุคคล จำแนกตามอายุ เพศ สถานภาพสมรส ศาสนา รายได้ของครอบครัวต่อเดือน โรคประจำตัว ผู้ดูแลหลัก ระดับการศึกษาของผู้ดูแลหลัก ระยะเวลาพึ่งพา ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index) แบบทดสอบสภาพจิตจุฬา (Chula Mental Test: CMT) ดังแสดงในตารางที่1 และ 2

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่1: ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูล	อายุ(ปี)	เพศ	สถานภาพสมรส	ศาสนา	รายได้ของครอบครัวต่อเดือน(บาท)	โรคประจำตัว	ผู้ดูแลหลัก	ระดับการศึกษาของผู้ดูแลหลัก
รายที่ 1	62	ช	คู่	พุทธ	30,000	โรครูมาตอยด์	ภรรยา	ประถมศึกษา
รายที่ 2	80	ช	คู่	อิสลาม	20,000	เบาหวาน	บุตร	ปริญญาตรี
รายที่ 3	78	ญ	คู่	พุทธ	2,0000	เบาหวาน, ความดันโลหิตสูง	สามี	ประถมศึกษา
รายที่ 4	64	ญ	คู่	พุทธ	10,000^{+}	โรคหลอดเลือดสมอง	บุตร	ปริญญาตรี
รายที่ 5	84	ช	คู่	พุทธ	9,000	โรคหลอดเลือดสมอง	บุตรา	มัธยมศึกษา
รายที่ 6	63	ช	คู่	พุทธ	25,000	เบาหวาน, ความดันโลหิตสูง	ภรรยา	มัธยมศึกษา
รายที่ 7	77	ญ	หม้าย	พุทธ	30,000 - 40,000	ปวดข้อเข่า	บุตร	มัธยมศึกษา
รายที่ 8	81	ญ	หม้าย	พุทธ	40,000	สมองขาดเลือด	บุตร	อนุปริญญา
รายที่ 9	74	ช	คู่	อิสลาม	40,000	ความดันโลหิตสูง	บุตร	ปริญญาตรี
รายที่ 10	67	ช	คู่	พุทธ	10,000^{+}	สมองขาดเลือด	ภรรยา	ประถมศึกษา
รายที่ 11	71	ช	คู่	พุทธ	45,000	กระดูกทับเส้นประสาท	ภรรยา	ปริญญาตรี
รายที่ 12	65	ช	คู่	พุทธ	40,000	โรคหลอดเลือดสมอง	ภรรยา	มัธยมศึกษา

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

จากตารางที่ 1 ผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด จำนวน 12 ราย เป็นชาย 8 ราย หญิง 4 ราย อายุระหว่าง 62-81 ปี สถานภาพสมรสคู่ 10 ราย หม้าย 2 ราย รายได้ของครอบครัวอยู่ระหว่าง 12,000-45,000 บาท/เดือน ระดับการศึกษาของผู้ดูแลหลักอยู่ในระดับชั้นประถม 3 ราย อนุปริญญา 1 ราย มัธยมศึกษา 4 ราย และปริญญาตรี 4 ราย ผู้ดูแลหลักเป็นคู่สมรส 6 ราย บุตร 6 ราย

ตารางที่ 2: ระยะเวลาพึ่งพา และระดับเชาว์ปัญญา

ผู้ให้ข้อมูล	ระยะเวลาพึ่งพา	ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index: BAI)	ระดับภาวะพึ่งพา	แบบทดสอบสภาพจิตจุฬา (Chula Mental Test :CMT)
รายที่ 1	**24 ด**	11	**ปานกลาง**	19
รายที่ 2	**36-48 ด**	1	**ทั้งหมด**	17
รายที่ 3	**24 ด**	11	**ปานกลาง**	19
รายที่ 4	**24 ด**	2	**ทั้งหมด**	18
รายที่ 5	**2 ด**	10	**ปานกลาง**	17
รายที่ 6	**3 ด**	3	**ทั้งหมด**	19
รายที่ 7	**1 ด**	7	**ค่อนข้างมาก**	15
รายที่ 8	**2 ด**	10	**ปานกลาง**	15
รายที่ 9	**4 ด**	8	**ค่อนข้างมาก**	17
รายที่ 10	**5 ด**	9	**ปานกลาง**	19
รายที่ 11	**5 ด**	7	**ค่อนข้างมาก**	19
รายที่ 12	**12 ด**	11	**ปานกลาง**	19

จากตารางที่ 2 พบว่า ระยะเวลาของการอยู่ในภาวะพึ่งพาของผู้สูงอายุอยู่ในช่วงระหว่าง 1 – 48 เดือน ระดับภาวะพึ่งพาโดยสมบูรณ์ 3 ราย ระดับภาวะพึ่งพามาก 3 ราย ระดับภาวะพึ่งพาปานกลาง 6 ราย ระดับเชาว์ปัญญาปกติทุกราย

ส่วนที่ 2: การให้ความหมายการได้รับการดูแลโดยผู้ดูแลในครอบครัว ของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา

ความหมายการได้รับการดูแลโดยผู้ดูแลในครอบครัว เป็นการบอกกล่าวถึงการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลโดยผู้ดูแลในครอบครัว ที่ผู้สูงอายุคาดหวังหรือผู้สูงอายุต้องการ ตามความรู้สึกและการรับรู้เหตุการณ์ของผู้สูงอายุโดยการศึกษาผ่านประสบการณ์การได้รับการดูแลของผู้สูงอายุ จากการศึกษา พบว่าผู้สูงอายุให้ความหมายการได้รับการดูแลโดยผู้ดูแลในครอบครัว แบ่งเป็น 4 ประเด็นใหญ่ ได้แก่ 1) การปฏิบัติดูแลด้วยความเข้าใจผู้สูงอายุ ประกอบด้วยประเด็นย่อย คือ การเข้าใจและยอมรับผู้สูงอายุ และการรู้ใจ 2) การปฏิบัติการดูแลด้วยความเต็มใจ คือ การดูแลที่ผู้ดูแลปฏิบัติต่อผู้สูงอายุด้วย การไม่รังเกียจ การเอาใจใส่ในกิจกรรมดูแล และการตอบสนองความต้องการทันที 3) การปฏิบัติดูแลด้วยการพูดคุยที่ดี ได้แก่ การไม่พูดในเชิงลบ การพูดในสิ่งที่ดี 4) การดูแลด้วยความเคารพรักและผูกพัน ประกอบด้วย การดูแลที่ตอบแทนพระคุณของผู้สูงอายุ การดูแลด้วยความรักและห่วงใย ดังรายละเอียดดังนี้

1. การปฏิบัติดูแลด้วยความเข้าใจผู้สูงอายุ

การที่ผู้ดูแลในครอบครัวให้การดูแลผู้สูงอายุได้ดี สามารถตอบสนองตรงตามความต้องการของผู้สูงอายุได้นั้น ผู้สูงอายุเห็นว่าผู้ดูแลในครอบครัวควรปฏิบัติดูแลด้วยความเข้าใจ จากการสัมภาษณ์พบว่าการดูแลด้วยความเข้าใจ ประกอบด้วย การเข้าใจและยอมรับผู้สูงอายุ และการรู้ใจ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1.1 การเข้าใจและยอมรับผู้สูงอายุ

หมายถึง การที่ผู้ดูแลรู้และเข้าใจความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุ ว่าผู้สูงอายุมีความต้องการในเรื่องใดบ้าง ซึ่งอาจกล่าวได้ว่าเป็นความรู้ในเบื้องต้นที่ผู้ดูแลควรทราบ และนับเป็นสิ่งที่มีความสำคัญสำหรับการดูแล ผู้สูงอายุให้ความเห็นว่าผู้ดูแลควรมีวิจารญาณที่ดี ในการรู้ความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุ สามารถจัดหาสิ่งที่ผู้สูงอายุต้องการโดยผู้สูงอายุไม่ต้องบอก รวมถึงควรรู้ขั้นตอนในการดูแลต่างๆ ซึ่งผู้ดูแลสามารถทำความเข้าใจได้จากประสบการณ์ให้การดูแลที่ทำทุกวัน ดังคำกล่าวต่อไปนี้

> *“พูดง่ายๆว่า ใจเราคิดยังไงมันก็อยู่กับเขาเหมือนกัน คือ เค้าก็จะคิดว่า เออ เราจะทำอะไร เราจะต้องการอะไร เค้าอ่านบางครั้งเค้ารู้ เค้าก็จะจัดการให้เรา”(รายที่ 1/1)*
>
> *“คือว่าไอ้ที่เข้าใจ ผมยกตัวอย่างว่า หลังจากทานอาหารเสร็จ เราก็จะนอนพักผ่อน เขาก็จะถามว่าพี่ ทีวี เขาก็กดทีวี ทีวีช่องนั้นไม่ดี เขาก็จัดการว่าเราชอบ*

ซ่องไหน เนี่ยคือถึงเรียกว่าคนรู้ใจ มันต้อง คือบางทีเขาไม่ต้องถามหรอก เพราะเขารู้ เขาไม่ต้องถามหรอก เค้าจะรู้เองของเขา เค้าจะต้องดูไอ้นี่มันเบื่อๆเดี๋ยวเค้าเปลี่ยนให้เอง...เค้ารู้ว่า ตอนนี้ ตอนนี้ จะต้องการอะไร ต้องมีคนเข้าใจ"(รายที่ 6/1)

"พูดง่ายๆ ไอ้คน คนป่วยที่จะใช้เค้าบ่อยๆ มันก็ไม่ได้นะ มันก็เกรงใจใช่ไหม แต่ว่าเราไม่ต้องใช้เค้าดีกว่า เค้ารู้เค้า เค้ารู้ของเค้าแล้ว เหมือนตัวเค้าก็เหมือนกัน ตัวเค้าจะทำโน้น เกิดเค้าทำให้แล้ว ปรากฏว่าเราไม่พอใจ แล้วคนที่เขาปฏิบัติต่อเราเค้าจะอยากไหม เขาเกิดความเบื่อเหมือนกันนะ ไม่ใช่ไม่เบื่อนะ อันนี้มันเรื่องปกติ ธรรมดาๆ ต้องมีวิจารณญาณที่ดีเลย"(รายที่ 6/1)

"อยากได้อะไรก็หามาให้ ไอ้พวกเสื้อผ้าพวกอะไรหามาให้หมด บางทีไม่ได้บอกให้เขาซื้อเค้าก็ซื้อมาให้ รู้ว่าเค้าดี"(รายที่ 7/2)

"จากการทำทุกวัน รู้จากประสบการณ์ จากพฤติกรรมทุกอย่าง รู้ทุกอย่าง อย่างหยอดตา การกินอยู่ คุณป้าทำหมด ไม่ต้องไปบอกเค้าหรอก การกินอยู่ของเราเป็นยังไง อาหารทุกอย่าง"(รายที่ 11/1)

"เค้า(ภรรยา)ต้องมีความเข้าใจคนไข้พอสมควรครับ คนไข้เค้าต้องการอะไร "(รายที่ 12/1)

นอกจากเข้าใจความต้องการของผู้สูงอายุแล้ว ผู้สูงอายุยังต้องการให้ผู้ดูแลในครอบครัวยอมรับว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา มักมีอารมณ์แปรปรวนง่าย โมโหฉุนเฉียว ขี้บ่นเป็นธรรมดา ผู้สูงอายุเองรู้ตัวว่าตนเองทำไม่ถูกต้อง แต่บางครั้งผู้สูงอายุไม่สามารถควบคุมอารมณ์ของตัวเองได้ จึงต้องการให้ผู้ดูแลยอมรับว่าอารมณ์แปรปรวนเหล่านี้มีสาเหตุมาจากการเจ็บป่วย เพื่อที่ว่าผู้ดูแลจะได้ไม่ถือสาหรือตอบโต้กับการแสดงอารมณ์นั้นๆ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

"เราก็อยากจะขอร้องเขาว่า ให้เค้าดูแลให้มันเรียบร้อยหน่อย...คือ บางทีพูดมากไง บางทีก็ว่าโน้นว่านี่ บางคนเค้าก็ไม่พอใจ ให้แต่ละคนเอาสมองคิดบ้างว่า อย่าไปถือสาเลยคนสูงอายุนี้ บ้างทีนี้จิตใจเค้าจะไม่ คล้ายๆเค้าจะคิดมากอยู่แล้ว อาจจะพูดอะไรออกมาโดยไม่ได้คิด โดยไม่ได้ตั้งใจที่จะพูด แต่ก็พูดออกมาแล้ว บางครอบครัว ลูกหลานหรืออะไรอย่างนี้ มาดูแลพ่อแม่ พ่ออาจเป็นคนอารมณ์

ร้อน บางทีก็ว่าโน้นด่านี่ อะไรงี้ ก็ให้เค้าคิดหน่อยว่าเออ อย่าไปถือสา ให้อภัยเค้าด้วย"(รายที่1/2)

"คนไข้ มีความน้อยเนื้อต่ำใจง่าย ต้องเข้าใจ อโหสิให้เค้า คนไข้บางคนหงุดหงิดง่าย ญาติคนปฏิบัติ คนไม่ป่วยนะ คนไข้ป่วยพูดอะไรเกินเลยก็อย่าถือสา(รายที่10/1) คนป่วยเป็นคนที่น่าสงสาร อย่าไปมีอารมณ์ต่อเค้า เค้าว่าก็ต้องทนหน่อย อภัยให้เค้า เค้าเป็นคนป่วย เวลาป่วยเค้าไม่ใช่คนแบบนี้หรอก เค้ารู้จักผมดี... หน้ามือเป็นหลังมือ เคยเป็นคนใจเย็น กลายเป็นคนขี้บ่น ดูแลต้องมีความเมตตาถึงจะดูแลคนป่วยได้ คือสงสารต้องมีความอดทนสูงมาก"(รายที่10/3)

"โมโหอะไรบ้าง ก็ไม่ถือสา ต้องมีโมโหบ้าง มันไม่ถึงใจเค้าหรอก บางครั้งก็มีโกรธมันก็มี (หัวเราะ)"(รายที่12/1)

1.2 การรู้ใจ

ผู้สูงอายุมีความคิดว่าการที่ผู้ดูแลในครอบครัวสามารถให้การดูแลได้ถูกใจ และตรงตามความต้องการของผู้สูงอายุได้โดยที่ผู้สูงอายุไม่ต้องพูดบอกมากนักนั้น เกิดจากการที่ผู้ดูแลรู้ใจผู้สูงอายุ ทั้งนี้การรู้ใจเกิดจากการเข้าใจลักษณะนิสัยของผู้สูงอายุ จากการอยู่ร่วมกันมานานในฐานะบุคคลในครอบครัวเดียวกัน จนกระทั่งผู้ดูแลในครอบครัว รู้ถึงลักษณะเฉพาะตัวของผู้สูงอายุอยู่ก่อน โดยเรื่องที่ผู้ดูแลรู้ใจผู้สูงอายุ ได้แก่เรื่อง รสนิยมในเรื่องของกินของใช้ การชอบหรือไม่ชอบสิ่งใด มีนิสัยการพูดอย่างไร ชอบให้ผู้ดูแลพูดอย่างไร หรือชอบการดูแลแบบใด ดังคำกล่าวนี้

"คือตอนแรกมันยังปวดอยู่ อยากจะขอ(ให้หมอฉีดยาให้ตาย) ทั้งขอด้วย ทำนองกระเช้าเย้าแหย่หมอเล่น...เค้า(ภรรยาและลูก)ก็ไม่ได้พูดอะไร เค้ารู้ว่าปากเรามันเป็นคนชอบพูดเล่นอยู่เรื่อย(รายที่1/1)...เค้า(ลูก)ก็ไม่ได้พูดอะไร เพราะว่าเค้าก็รู้นิสัยเราอยู่แล้ว เพราะว่าเราก็ไม่ชอบฟัง(พูดให้กำลังใจ)อะไรมาก ใครจะพูดยังไงก็ช่าง เราไม่เคยคิดสนใจสักที เค้าก็ไม่คิดจะพูดอะไรกับเรา(หัวเราะ)..ไม่เคยๆพูดคือแล้วแต่ เค้า(ภรรยาและลูก)จะเห็นเอง แล้วเค้าจะรู้เองว่าเราชอบอะไร นิสัยเราเค้าก็รู้อยู่แล้ว ไม่ต้องพูดมาก..ก็เรียกว่ามันก็ดีฮะ เราในครอบครัว เราก็ไม่ต้องพูดกันมาก คือเข้าใจซึ่งกันและกันอยู่แล้ว"(รายที่1/2)

"คือว่า อีกอย่างหนึ่งเค้าเป็นลูกเรา เป็นแฟนเรา เค้ารู้นิสัยเรา เค้าก็ปฏิบัติให้เราก็ถูกใจของเราอยู่แล้ว (รายที่1/1)เค้าก็รู้นิสัยของเราอยู่แล้ว เพราะว่าอีกอย่างหนึ่ง เค้าก็รู้ว่า เราไม่ค่อยชอบพูดมากอยู่แล้ว เค้าจะทำอะไร เค้าซื้ออะไร เค้าก็

อยู่กับเรามาตั้งแต่เด็กอยู่แล้ว เค้าก็รู้นิสัยอ่านเรามาตลอด เค้าก็รู้ว่าพ่อเค้าชอบอะไรต่ออะไร เค้าก็รู้อยู่แล้ว โดยไม่ต้องพูดมากกัน "(รายที่1/2)

"คือภรรยา ดูแลทุกข์สุขทุกอย่าง โดยเนื้อแท้ของการเจ็บป่วย มันจะต้องเช็ดขี้เช็ดเยี่ยว ทุกสิ่งทุกอย่าง ถึงลูกจะทำได้ โดยในจิตใจเนื้อแท้เค้าอาจจะทำไม่สนิท... เราจะพึ่งพาอาศัย คือ ภรรยา แม้กระทั่งลูก ลูกตัวเราเอง พูดง่ายๆยังไม่ค่อยเข้าใจเท่ากับภรรยา...การปฏิบัติหมายถึงว่า เค้าต้องเข้าใจว่า นอกจากเค้าเอาใจใส่เราแล้ว ยังมีความเข้าใจลึกซึ้งว่า ถ้าเราทำอย่างนี้ ก็ต้องมีความคิดว่า เออ อย่างนี้คนไข้ชอบ"(รายที่6/1)

"อยากให้ลูกเข้าใจพ่อ รู้ว่าพ่อชอบอะไรไม่ชอบอะไร สิ่งไหนดีสิ่งไหนไม่ดี"(รายที่12/1)

2. การปฏิบัติดูแลด้วยความเต็มใจ

ในการปฏิบัติดูแลกิจวัตรประจำวันต่างๆนอกจากจะเป็นการดูแลด้านร่างกายแล้ว พบว่ายังส่งผลเป็นการดูแลด้านจิตใจได้ด้วย หากการปฏิบัติดูแลของผู้ดูแลแสดงออกถึงความเต็มใจ ผู้สูงอายุรับรู้ความเต็มใจดูแลของผู้ดูแลในครอบครัว จากกิริยาและน้ำเสียงการพูดคุยที่ประกอบอยู่ในการดูแล ทั้งนี้พบว่าการปฏิบัติดูแลด้วยความเต็มใจของผู้ดูแล ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกพอใจ สบายใจ ส่วนการดูแลที่ให้ด้วยความไม่เต็มใจ ดูแลด้วยความจำยอม ผู้สูงอายุจะรู้สึกกังวล หดหู่ ไม่สบายใจ จากการสัมภาษณ์พบว่า การปฏิบัติดูแลที่ทำด้วยความเต็มใจ ประกอบด้วย การไม่รังเกียจ การเอาใจใส่ในกิจกรรมการดูแล การตอบสนองความต้องการทันที ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.1 การไม่รังเกียจ

สำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา การดูแลเรื่องอุจจาระปัสสาวะโดยการช่วยเช็ดอุจจาระปัสสาวะ การนำไปชำระล้าง การดูแลความสะอาดร่างกาย เป็นการดูแลสิ่งสกปรกอันเป็นสิ่งที่น่ารังเกียจ ผู้สูงอายุเห็นว่าผู้ดูแลในครอบครัวที่ดีไม่ควรแสดงอาการรังเกียจการดูแลสิ่งสกปรกเหล่านี้ การดูแลจัดการด้วยการไม่แสดงอาการรังเกียจ มีผลให้ผู้สูงอายุรู้สึกสบายใจ สะดวกใจในการเอ่ยขอความช่วยเหลือ ในทางตรงข้ามหากผู้ดูแลแสดงอาการรังเกียจ ผู้สูงอายุจะรู้สึกเสียใจไม่อยากขอความช่วยเหลือ สูญเสียความภูมิใจในลูกหลาน รวมถึงความภูมิในตนเอง เนื่องจากคิดว่าตนเองสอนลูกหลานได้ไม่ดี ดังคำกล่าวต่อไปนี้

"คือพูดง่ายๆว่า ขับถ่ายเขาก็ไม่รังเกียจ เขาก็ช่วยเรา การเช็ดล้าง อะไรพวกนี้เขาก็ช่วยเรา เขาไม่คิดรังเกียจอะไรเลย(1/1) เค้า(ภรรยาและลูก)ไม่รังเกียจ เพราะว่าเด็กบางคนถ้าเราขับถ่าย เค้าไม่ค่อยชอบแล้ว ขับถ่ายเสร็จต้องเอาของเสียไปเท เค้าก็ไม่เอาแล้ว บางคนนะ บางคนเค้าขับถ่าย ไปทำเอง แต่นี่เค้าไม่เคยรังเกียจ คือเค้าจัดการให้เรา แม้แต่ก่อนที่เค้าจะไปทำงาน เราขับถ่ายเสร็จ เค้ายังอุตส่าห์เอาไปเทให้ ก่อนที่จะออกไปทำงาน ถ้าเด็กบางคนเค้าจะไม่คิดอย่างงั้น พูดหยาบๆเรียกว่าเรื่องมึง กูไปทำงานดีกว่า(หัวเราะ)"(รายที่1/2)

"ลูกเองก็รังเกียจบางคน ไม่ใช่ดีทุกคน ใจคอไม่ใช่เหมือนกันทุกคน บางคนก็ดี บางคนก็รังเกียจ มีย่าคนเดียวไม่รังเกียจเลย พอขี้ก็เททันที พาไปเททันที ว่าๆลูกสาวนี่ก็ยังเมินๆ ขี้ตั้งพักๆ ก็บางที ถ้าไม่มีใครมาเอา (ไปทิ้ง)ถ้าย่ามาเอา มันก็สบายไปเลย (หัวเราะ) ไม่มีใครชอบ...ถ้าเขารังเกียจ เราก็รู้สึกว่า เราก็พลอยเบื่อเขาไปด้วย ถ้างานอะไรเขาไม่ค่อยอยากทำ เราก็พลอยเบื่อเขาไปด้วย เขาก็ไม่อยากใช้เขา ไม่ภูมิใจ ไม่อยากทำ ไม่อยากใช้ แต่ถ้าคนไหนใช้ง่าย อยากใช้ประจำ แต่ย่าใช้ไม่ว่า"(รายที่5/1)

"และอีกอย่างหนึ่ง คือ คนที่เค้าจะมาทำให้กับคนไข้ พูดง่ายๆ เค้าจะต้องไม่รังเกียจ เค้าจะต้องไม่รังเกียจทุกสิ่งทุกอย่าง ที่เป็นคนไข้ ไม่งั้นเค้าจะทำให้ได้ยังไง"(รายที่6/1)

"เค้าไม่รังเกียจเรา เค้าทำขี้เยี่ยวเค้าทำได้ เค้าไม่รังเกียจเรา บางคนไปจับแล้วแอ้ๆ นั่นแหละคนทำไม่เป็น เค้าไม่รู้ใจว่าเราเป็นยังไงหรอก คนแอ้ๆ" (รายที่7/1)

"ดีหมดแหละ ก็ให้ทำอะไร มันก็ทำเสร็จ มันทำให้เสร็จ ไม่รังเกียจ บางคนมันก็อึลง มันก็ ไม่ทำให้เราอีก เราก็ ดีทุกคนนะลูก ทำให้หมดทุกอย่าง มันทำให้เสร็จล้างตูดล้างก้นมันก็ล้างให้ทุกคน ไม่รังเกียจแม่หรอก เค้าทำให้"(รายที่8/1)

"ทำอะไรเค้า (ภรรยา)ก็ทำให้ทุกอย่าง เราต้องการเช็ดตัว เค้าก็เอามาเช็ดตัวให้ เอาน้ำอุ่นเช็ด สะอาด ถ้าเป็นคนอื่นเค้ารังเกียจไปแล้ว"(รายที่10/1)มีมากเลย ถ้าเค้ารังเกียจเรา เราเสียใจมากตัวเราเอง สอนคนไม่ดี มีลูกก็รังเกียจเรา ได้ลูกไม่ดีมา ไม่มีวาสนาได้ลูกดีๆมา"(รายที่10/2)

2.2 การเอาใจใส่ในกิจกรรมการดูแล

เป็นการที่ผู้ดูแลในครอบครัวให้การดูแลช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันหรือการช่วยเหลือด้านอื่น ด้วยความใส่ใจ โดยผู้สูงอายุไม่ต้องตักเตือนหรือบอกกล่าวให้ทำ ซึ่งเป็นการแสดงถึงเต็มใจในการปฏิบัติดูแลประการหนึ่ง จากการสัมภาษณ์พบว่าลักษณะการดูแลที่เอาใจใส่ ในกิจกรรมการดูแลเป็นลักษณะการดูแลที่ถูกใจผู้สูงอายุ บางรายบอกว่าเป็นสิ่งที่ดีที่สุดในการดูแล เนื่องจากผู้สูงอายุรู้สึกอึดอัดใจ และเบื่อหน่าย หากต้องเอ่ยปากบอกให้ทำหรือเอ่ยปากขอความช่วยเหลือ ดังคำกล่าวต่อไปนี้

"คือว่าเค้าทำอะไรมา มันก็ถูกใจเราอยู่แล้ว แล้วเราไม่ต้องไปบอกเค้าว่าเออ จะต้องทำอย่างนี้ให้เรานะ จะต้องทำอย่างนี้ให้เรานะ ไม่เคยฮะ ไม่ต้องบอกเค้าจัดการให้เอง แม้แต่ลูกกับเมียเหมือนกัน เค้าก็จัดการให้เราทุกอย่าง(รายที่1/1) เค้าดูแลก็ดีฮะ คือ ดีเพราะว่า เราไม่ต้องไปจ้ำจี้กับเค้ามาก เค้าก็รู้ว่าเราต้องการอะไรทำยังไง..."(รายที่1/2)

"ก็ไม่มีอะไรแล้ว เขาที่ทำมาดีอยู่แล้วก็ไม่ต้องตักต้องเตือนเขา เขาทำดีอยู่แล้วทุกอย่าง เช่นว่า ต้องการจะไปเดิน ต้องการจะไปอาบน้ำ หรือว่า ขี้เยี่ยวไว้ เขาก็มาเอาไปเขา เราไม่ต้องตักต้องเตือนเขา...ถึงเวลากินข้าวกินน้ำก็ ได้เวลาเขาก็ กินข้าวมั้ย บอก เอ้า กินก็กิน ไม่ต้องเตือนอะไรเขา ไม่ต้องเตือนเขา มันพอใจ อยู่พอดี พอดีอยู่แล้ว เขาทำพอดีอยู่แล้ว เพราะว่าถูกใจอยู่แล้ว" (รายที่5/1)

"คือว่า เขารู้เดียงสา เขารู้จักเอาเนื้อเอาใจปู่...เอาเนื้อเอาใจ คือว่า จะมีอะไรต้องใช้ต้องทำ เช่นว่า กระโถนเยี่ยว ไม่ได้เท เราก็ไม่ต้องเตือน เขามาเอาไปเททำเองเขา ที่จริงกระโถนขี้ เลือกคนนะ จะเอาไปเทให้" (รายที่5/1)

"ไอ้ความที่เขาเอาใจใส่ สนใจในตัวเรา ในๆกิจกรรมที่เขาทำมาทุกอย่าง ทำไปๆมันเหมือนอัตโนมัติ ถูกไหม เวลานั้น อ้าวเวลานั้น เราจะทำโน้น เวลานี้ เราจะทำนี่ เขาจะคอยสังเกตให้ หรือบางที ยกตัวอย่างว่า ยานี่จัดๆไว้ เขาจะคอยสังเกตให้ เอ้า พอทานข้าวเสร็จแล้ว ยาตอนเช้า ผมจัดเป็นกองๆไว้ นี่กลางวัน ไอ้นี่เย็น เขาก็เออ เอาน้ำมาให้ แล้วเขาก็หยิบยาให้เรา(รายที่6/1)ถ้าพูดถึงว่า คนที่มาดูแลเขาเข้าใจตลอด โดยที่คนไข้ไม่ต้องบอกโน้นไม่ต้องบอกนี่ พอถึงเวลาเขาทำให้ สิ่งอันนี้ประเสริฐที่สุด เหมือนกันเลย ประเสริฐที่สุด" (รายที่6/1)

“ลูกเค้ารู้ รู้ว่าเรา เป็นอะไร เค้าก็เข้ามาช่วยเรา เวลากินข้าว เค้าก็หามาให้กิน ตักน้ำตักอะไรมาให้(รายที่7/2) เป็นบางคน คนบางคนเค้าทำให้ดี เค้าทำให้เราเห็น เราจึงว่าเขาดี อันนั้นเค้าก็เก็บ อันนี้เค้าก็เก็บ ทำให้เราเห็น เค้าคนทำดี หุงข้าวหุงปลา ซักผ้า ตากผ้า เขาเก็บให้เรียบร้อย เค้าเรียกว่าทำดี บางคนเค้านั่งเฉย หม้อข้าวยังไม่ได้หุงเลย ผ้ายังเต็ม นี่เค้าไม่เก็บซักที เค้าเรียกว่าทำไม่ดีต่างกัน ”(รายที่7/1)

2.3 การตอบสนองตามความต้องการทันที

เป็นการที่ผู้สูงอายุบอกกล่าวความต้องการกับผู้ดูแล ผู้ดูแลให้การตอบสนองทันทีที่เรียกหาหรือเรียกใช้สอย กระตือรือร้นรีบทำให้ตามความต้องการทันทีโดยไม่ต้องบอกหลายครั้งและไม่ต้องรอนาน เป็นการตอบสอบความต้องการทันที ซึ่งเป็นการแสดงถึงความเต็มใจในการดูแลของผู้ดูแล ทำให้ผู้สูงอายุพอใจ สบายใจที่ผู้ดูแลในครอบครัวยังไม่เบื่อในดูแลผู้สูงอายุ ดังคำกล่าวนี้

“ไม่บอกหลายที บอกทีเดียวก็ทำไปเลย ถูกใจ ถ้าบอกแล้วเขาไม่ทำ ไม่ถูกใจ(รายที่7/1) ลูกสาวคนเล็ก มันช้า มันไม่ได้อย่างใจ ทำได้ดังใจเราบอก อันนั้นนะ อันนี้นะ เค้าไปเลย คนๆนี้เป็นคนใจร้อน ทำอะไรเค้าไปแป๊บๆเลย ทำอะไรไว”(รายที่7/1)

“ชอบเรื่องที่ตามใจ เรื่องเรียกแล้วมาทันที เรียกแล้วมาหาทันที เรียกปับแล้วก็รีบมา…ก็คอยดูแลเรา เวลาเราเรียกเค้าก็มา ถ้าเราเรียกแล้วเค้า ไม่มา มันไม่สบายใจ เพราะไม่สบายเราไม่เหมือนก่อน เบื่อเรา เราก็คิดว่าเค้าคงเค้าคงเบื่อเค้า… เราต้องการอะไรให้รีบมา เอามาให้ เช่นอยากกินน้ำ ก็เอามาให้ ให้เช็ดตัวก็ให้เช็ดให้ เช่นบอกเอาน้ำอุ่นนะ ห้ามเอาน้ำเย็นมาเช็ด เท่านี้ พอใจ คนป่วยไม่ชอบคนขัดใจ ตามใจเราเราก็สบายใจครับ ว่าคนเค้ายังไม่เบื่อหน่าย”(รายที่10/2)

3. การปฏิบัติดูแลด้วยการพูดคุยที่ดี

การสื่อสารกันด้วยการพูดเป็นส่วนประกอบสำคัญและจำเป็นในการดูแล เนื่องจากการสื่อสารที่ดีทำให้การดูแลผ่านไปด้วยความราบรื่น นอกจากนี้การสื่อสารที่ดียังมีผลให้เกิดความสบายใจทั้งตัวผู้สูงอายุและผู้ดูแล ส่งผลต่อการฟื้นคืนของสภาพร่างกาย การพูดคุยที่ดีของผู้ดูแลทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกสบายใจ และรับรู้ถึงเจตนาดีที่มีต่อผู้สูงอายุ จากสัมภาษณ์พบว่าลักษณะการพูดคุยที่ดี ประกอบด้วยลักษณะการพูด 2 ลักษณะ คือ การไม่พูดในเชิงลบ และการพูดในสิ่งที่ดี ดังรายละเอียดต่อไปนี้

3.1 การไม่พูดในเชิงลบ

เป็นการที่ผู้สูงอายุต้องการให้ผู้ดูแลเว้นการพูดในลักษณะที่ทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกเชิงลบ คือ ความรู้สึกเสียใจ ไม่สบายใจ โมโห น้อยใจ ลำบากใจ กลุ้มใจ จากการสัมภาษณ์พบว่าลักษณะการพูดที่ทำให้เกิดความรู้สึกเชิงลบ ได้แก่ การพูดต่อว่า การบ่นในลักษณะผู้สูงอายุพูดไม่ดี เรื่องมาก การพูดในลักษณะดังกล่าวทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าผู้ดูแลไม่เต็มใจดูแล ทั้งนี้ลักษณะการพูดเหล่านี้ มักพบในสถานการณ์ที่ผู้ดูแลให้การดูแล ดังคำกล่าวต่อไปนี้

".ก็เพียงแต่บอกว่า ให้ใจเย็นๆลง ดูแลคนไข้อย่าใช้อารมณ์ ใช้อารมณ์แล้วมันก็ต่างฝ่ายต่างอยู่กันไม่ได้...คือใช้อารมณ์นี่ บางทีคนไข้เค้าจะพูดขึ้น คือพูดออกมาแบบไม่ตั้งใจ แต่คนฟังนี่บางที โอ้ยนี่ปากมันไม่ดีอย่างนั้นอย่างนี้ มันจะคิด ก็จะทำให้มีอารมณ์ต่อว่า ถ้าต่อว่ามา คนไข้มันก็ เอ๊ะ ทำไมมันต้องอย่างนั้นอย่างนี้ เราก็ยิ่งทะเลาะกันใหญ่...ไม่ต้องต่อว่า ไม่ต้องอะไรกันมาก เราเพียงแต่ใช้สมองคิดเอา ว่าเออเค้าเป็นอย่างงั้น ปล่อยให้เค้าไปอย่างงั้น ก็ไม่มีอะไร..."(รายที่1/2)

"อย่าไปว่าเค้า เอ็ดเค้า คนป่วยมันก็เสียใจ อย่าไปด่าเค้า เค้าป่วยเค้าก็ลำบากใจ...ก็รู้สึกว่าเราไม่สบายแล้วยังมาตะคอก เราก็กลุ้มใจ ไม่อยากเป็นคนแล้ว คิดแล้วไม่อยากเป็นคนแล้ว"(รายที่3/3)

"คนเราที่เป็นคนไข้ ในด้านของจิตใจมันก็ไม่เหมือนธรรมดา เพียงแต่ว่าไม่ต้องการปฏิบัติหรอก เพียงแต่คำพูดเท่านั้น พูดให้คนไข้เกิดมีความคิด คล้ายกับว่าคนดูแลรังเกียจ พูดให้คนไข้คิดมาก มันก็ทำให้คนไข้ ไม่สบายใจได้"(รายที่6/1)

"พูดเค้าไม่เถียงไม่อะไร เค้าไม่ด่าไม่อะไรเรา เราก็ดีใจแล้ว คนไหนตอบเรามา ถ้าเราบอกอะไรไป เขารุนแรงขึ้น พาให้โมโห น้อยใจคนเป็นแม่... ดีใจกับความสุข เหมือนกันแหละ ถ้าเราบอกเค้าไป เค้าเถียงเราอันโน้นอันนี้ เราไม่มีความสุขหรอก"(รายที่7/2)

"ควรจะเอาใจใส่หน่อย คนที่จะดูแล ควรจะมีขันติ รู้ว่าไม่สมบูรณ์ เค้าเป็นไข้ อย่าใช้อารมณ์กับเค้า (10/1)ก็ไม่มีอะไร ให้เค้าคิดว่าเออเค้าเป็นคนป่วย อย่าไปว่าเค้าเป็นอันขาด เรื่องที่เค้าทำอย่างนี้ เรื่องมากอะไรมาก อย่าพูดให้

กระทบใจ จู้จี้พูดง่ายๆ... เรื่องมาก อย่าว่าเค้าเป็นอันขาด ยิ่งเค้าเป็นคนป่วยแย่กว่าคนไม่ป่วย หันหลัง อย่าปล่อยให้เค้ารู้ ง่วงนอนบ้างเบื่อจะตายมั่งอย่าไปพูดอย่าไปบ่น"(รายที่10/2)

"แน่นอน เค้ารู้ว่าเราคนป่วย เราก็มีสติยังดีอยู่ อันไหนที่ควรพูดไม่ควรพูด ควรแสดงอารมณ์ไม่ควรแสดงอารมณ์"(รายที่11/1)

3.2 การพูดในสิ่งที่ดี

เป็นการที่ผู้สูงอายุต้องการให้ผู้ดูแลพูดกับผู้สูงอายุด้วยถ้อยคำที่ฟังแล้วรู้สึกสบายใจ ซึ่งได้แก่ คำพูดในลักษณะให้ความเชื่อมั่นว่าผู้สูงอายุสามารถหายกลับเป็นปกติดังเดิมได้ คำพูดที่ฟังแล้วเกิดมีกำลังใจ อุ่นใจ รวมถึงการพูดด้วยถ้อยคำที่ฟังไพเราะ ดังคำกล่าวต่อไปนี้

"พูดดีๆ คนเราไม่สบาย พูดดีกำลังใจก็มี พูดเพราะๆ...เอาอาบน้ำอาบท่า เอาใจพูดดีๆ พูดดีเราก็พอใจแล้ว"(รายที่4/2)

"เค้าพูดดีก็อุ่นใจ เค้าไม่ร้ายไม่ด่า ไม่อะไร บางคนเค้าด่าเราอันนั้นอันนี้ เค้าไม่เป็น เค้าก็ดีถึงว่าเค้าดี(รายที่7/1)

" มันก็ดี ดี คำพูดอะไรของเค้า ทำให้ผมรู้สึกสบายใจอะไรต่ออะไร คือ เค้าพูดมาบอก พ่ออย่าคิดอะไรมากนะ เฉยๆเดี๋ยวมันก็หาย ไอ้เราก็ต้องช่วยตัวเอง สิ่งที่เราทำได้ ก็ทำไป...ต้องเอาใจใส่เค้า พูดกับเค้าดีๆ พูดอะไรกับเค้าอย่าไปว่าเค้า ทำใจสบายๆ บางทีต้องบอกเค้า บอกให้หายให้หายแล้วกันนะ"(รายที่9/1)

"อย่าว่าเค้า เค้าป่วยอยู่ คนป่วยก็เป็นอย่างงี้ ก่อนป่วยเค้าเป็นคนยังไง ควรพูด ควรถนอมใจคนไข้มากๆหน่อย อย่าติเตียนคนไข้ พูดเป็นเชิงที่ให้กำลังใจเค้า เมื่อเป็นได้มันก็หายได้ทำนองนี้"(รายที่10/1)

"ก็เป็นเรื่องของคุณธรรม มีหลักธรรม มีธรรมะในใจ อยู่กันด้วยความเป็นญาติ มีความเอื้อเฟื้อช่วยเหลือกัน พรหมวิหารสี่ พูดจา ปิยวาจา เป็นการแสดงออกจิตใจ กรรมแสดงเจตนา ว่าดีหรือร้าย"(รายที่11/1)

4. การดูแลด้วยความเคารพรักและผูกพัน

การที่ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้น้อย ต้องพึ่งพาผู้อื่นในหลายกิจกรรม ผู้สูงอายุมีความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าน้อยลง ทำให้จิตใจหดหู่ ขาดความภูมิใจในตนเอง การปฏิบัติดูแลที่ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่ายังเป็นบุคคลสำคัญเป็นที่เคารพนับถือของคนในครอบครัว และผู้สูงอายุไม่ได้ถูกทอดทิ้งยามเจ็บป่วย บุตรหลาน เครือญาติ และเพื่อนฝูงยังคงมีความรักและผูกพันกับผู้สูงอายุ เป็นการปฏิบัติดูแลในลักษณะส่งเสริมคุณค่า ผลของการดูแลผู้สูงอายุด้วยความเคารพรักและผูกพัน ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกเบิกบาน สบายใจ ภาคภูมิใจในตนเอง ทั้งนี้ผู้สูงอายุรับรู้ได้จากการมีน้ำใจหยิบยื่นช่วยเหลือ การให้ระลึกถึงอยู่เสมอโดยการมาเยี่ยมเยียน รวมถึงการแสดงความเคารพนับถือจากคนในครอบครัว จากการสัมภาษณ์พบว่าการดูแลที่ทำด้วยความเคารพรักและผูกพัน ประกอบด้วย การดูแลที่ตอบแทนพระคุณของผู้สูงอายุ และการดูแลด้วยความรักและห่วงใย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

4.1 การดูแลที่ตอบแทนพระคุณของผู้สูงอายุ

เป็นการที่ผู้สูงอายุต้องการให้ ผู้ดูแลในครอบครัวปฏิบัติดูแลด้วยสำนึกในการตอบแทนคุณ คือ ตระหนักว่าการดูแลในยามที่ผู้สูงอายุเจ็บป่วยช่วยเหลือตนเองไม่ได้ เป็นการกระทำเพื่อตอบแทนบุพการีซึ่งได้เลี้ยงดูให้เติบโตมา โดยผู้สูงอายุเห็นว่าหากผู้ดูแลดูแลด้วยสำนึกในความกตัญญูรู้คุณ ผู้ดูแลจะให้การดูแลด้วยความเมตตา สงสาร ไม่ทอดทิ้งในยามเจ็บป่วย และยังให้ความเคารพนับถือบุพการี ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกปลื้มใจ สุขใจ และอุ่นใจ ดังคำกล่าวนี้

“ก็ถ้าเกิดลูกหลานไม่เคารพนี่ เราก็รู้สึกว่าน้อยใจมาก ว่าเราเลี้ยงเขามาไม่ดี ทำให้เขาไม่เคารพเรา เราก็ไม่สบายใจ…เขาก็ดีกับผมทุกอย่าง ให้ความเคารพ เราก็เลยสบายใจฮะ”(รายที่1/1)

“คอยดูคอยแลเขา อย่าให้ขาดตกบกพร่อง ต้องเตือนอย่างนั้นแหละ อาบน้ำอาบท่าให้เขา อย่าให้เขา เหนื่อยเนื้อเหนื่อยใจ เรากตัญญูกตเวที ผู้บุปผการี เขาเลี้ยงเรามา เราเลี้ยงเขาตอบ”(รายที่5/1)

“เค้าไม่ทิ้ง มีอะไรเค้าก็หามาให้กิน ลูกคนอื่นเค้าไม่หาอะไรมาให้กินนะ ที่เคยเห็นมา… แต่ก่อนเลี้ยงมาก็เลี้ยงมาได้ ทำมาหาเลี้ยงให้กิน โตมาก็มาเลี้ยงแม่”(รายที่7/2)

“หาไม่ได้แล้ว ลูกสาวไม่ทิ้งพ่อทิ้งแม่ สบายใจ มีกำลังใจที่จะสู้ต่อไป บางทีท้อแท้อยากจะตาย ก็ ไม่อยากตาย…บางทีเค้าก็บอกมีพ่อคนเดียวเค้าก็ต้องช่วย รู้สึก

ปลื้มใจ ลูกบอกทุกคนเอาอะไรให้บอกนะ มีกำลังใจว่าเรามีลูกดี(ทำท่าเหมือนจะร้องไห้) มีความกตัญญู..."(รายที่10/3)

"เมตตามีความสงสาร สงสารผู้มีพระคุณทุกสิ่งทุกอย่าง... มีน้ำใจที่ประเสริฐ ต้องมีความเห็นใจ ผู้มีพระคุณ ลูกเต้าเราเลี้ยงเค้า เค้าเลี้ยงเราตอบแทน เค้าต้องมีความกตัญญู..มันต้องมีผลดีที่สุด มันตอบแทนกัน มันก็เป็นของที่ดีที่สุด มีความอบอุ่นใจ เราก็มีความสุขใจ สบายใจ ไม่ต้องเป็นห่วง"(รายที่12/1)

3.3 การดูแลด้วยความรักและห่วงใย

เป็นการปฏิบัติดูแลที่ทำให้ ผู้สูงอายุรู้สึกว่ายังเป็นบุคคลสำคัญเป็นที่รักและห่วงใยของคนในครอบครัว การแสดงที่ทำให้ผู้สูงอายุรับรู้ คือ การแสดงห่วงใยไม่ทอดทิ้งให้อยู่คนเดียว คอยเสนอความช่วยเหลือ และเยี่ยมเยียนให้กำลังใจอยู่เสมอด้วยความเสมอต้นเสมอปลาย การกระทำเหล่านี้แสดงถึงความรักผูกพันที่มีต่อผู้สูงอายุ ความรักและห่วงใยที่ผู้สูงอายุได้รับนี้ทำให้ผู้สูงอายุไม่อ้างว้างว้าเหว่ มีความสุขสบายใจ และมีกำลังใจเพิ่มขึ้น ดังคำกล่าวนี้

"อยากให้มา ลูกสะใภ้ก็อยากให้เขามา รู้สึกดีใจว่าจะมีคนมาพูดคุย คือว่าอยากให้ลูกหลานอยู่ใกล้ๆตัว ลูกสะใภ้ ลูกชาย อยากได้ลูกหลายคนอยู่ข้างๆ เราก็รู้สึกว่าอบอุ่นใจ เรามีหลานมาอยู่ข้างๆ...ให้ลูกๆมาเยี่ยม มันเหงา บางทีนั่งคนเดียวมันก็เหงา...ก็มีลูกหญิงลูกชายมาเยี่ยมตลอด เค้าบอกลื้อทำใจให้ดีๆ ไม่ต้องกลัวอะไร ก็เพราะลูกสามี ให้กำลังใจ เลยมีกำลังใจขึ้นมา"(รายที่3/2)

"คนที่เป็นลูกเรา แล้วมาเยี่ยมพ่อ แล้วเห็นพ่อว่า พ่ออายุมากแล้ว ถึงจะมีเงินมีทองก็จริง แต่เค้า เค้ามีน้ำใจว่า ถึงพ่อจะมีเงินก็จริง แต่ว่ามันยินดีจะออกให้ เราก็เป็นความภูมิใจในตัว เออไอ้นี่ดีเว้ย มันยังเป็นห่วงพ่อรักพ่อ แต่จริงๆในความจำเป็นของอา อาบอก อาไม่ค่อยต้องการ"(รายที่6/1)

"เค้าปรนนิบัติดีก็ว่าเค้าดี เค้าไม่ได้ปล่อยเราทิ้ง เค้าจะไปตลาดชั่วคราว เค้าก็ฝากคนไว้ให้คนน้องมาเฝ้าไว้ เค้าเปลี่ยนกัน เค้าห่วงเรา เค้าไม่ปล่อยทิ้ง...เค้าจะลงไปไหนเค้าก็ห่วง เค้าจะไปเที่ยวไปอะไรกันอย่างนี้ เค้าไม่ปล่อยไปคนเดียวหรอก เค้ากลัวตายอยู่คนเดียว"(รายที่7/2)

"เรื่องมาเยี่ยมกัน มันก็พอใจ มาทีเดียว เค้าก็มาไม่ได้อีกเค้าอยู่ไกล อยากให้เค้ามาเค้าก็มาไม่ได้เค้าก็ทำกินทำอยากเขาอีก"(รายที่7/1)

“เอาใจใส่ คนเราดูแลผู้สูงอายุนะ ต้องพยายามคอยดูว่าเค้าลักษณะยังไงบ้าง ก็ดูจิตใจของเค้า เราอย่าปล่อยให้เค้าอ้างว้าง”(รายที่9/1)

“ไปมาหาสู่เป็นประจำ เพราะทำอะไรทำให้มันเสมอต้นเสมอปลาย เราก็มีความสุข เมื่อมีความสุขเราตื่นขึ้นมาเราก็ไม่กลัวตาย(เสียงเครือ) ไม่มาก็บอก ไปเนี่ยไปไหน(เสียงเครือจะร้องไห้)...ไปถึงไหน กลับมาถึงเช้า สบายใจกลับมาถึงบ้านแล้วเราก็สบายใจ ลูกผู้หญิงคนที่เรียนโท กลับบ้านแฟนเค้าไปรับ เค้ากลับมาบ้านแล้ว เออสบายใจ เค้าเข้าห้องไป”(รายที่10/2)

“หนึ่ง คือ มองในแง่ความอบอุ่นในครอบครัว ในผู้ป่วย คือเราเป็นสามี เค้าอยู่ด้วยตลอด เค้าช่วยหาม บำบัดไป กินยาของโรงพยาบาลไป เราได้มีความหวังต้องหาย...ดี เรามีกำลังใจมีความสดชื่น มีความมั่นใจ มีความสุขในชีวิต ไม่ว้าเหว่ “(รายที่11/1)

“การแสดงน้ำใจต่อกันดีที่สุด มันต้องน้ำพึ่งเรือเสือพึ่งป่า การเข้าใจต้องเข้าใจซึ่งกันและกัน...มีความสำคัญกับคนไข้มากที่สุด เพราะความรักลูกกับพ่อ เค้ามีความห่วงใยซึ่งกันและกัน มันให้กำลังใจบ้างอะไรบ้างนะ คนป่วยเค้ามีกำลังใจคนเราใจอยู่เหนือสิ่งอื่นใด ”(รายที่12/1)

จากผลการศึกษาครั้งนี้ การให้ความหมายการได้รับการดูแลโดยผู้ดูแลในครอบครัว ในมุมมองของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา ได้สรุปเป็นประเด็นใหญ่ 4 ประเด็น และมีประเด็นย่อยต่างๆ ดังนี้

ประเด็น 1 การปฏิบัติดูแลด้วยความเข้าใจผู้สูงอายุ

1.1 การเข้าใจและยอมรับผู้สูงอายุ

1.2 การรู้ใจ

ประเด็น 2 การปฏิบัติดูแลด้วยความเต็มใจ

2.1 การไม่รังเกียจ

2.2 การเอาใจใส่ในกิจกรรมการดูแล

2.3 การตอบสนองตามความต้องการทันที

ประเด็น 3 การปฏิบัติดูแลด้วยการพูดคุยที่ดี

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

3.1 การไม่พูดเชิงลบ

3.2 การพูดในสิ่งที่ดี

ประเด็น 4 การปฏิบัติดูแลด้วยความเคารพรักและผูกพัน

4.1 การดูแลที่ตอบแทนพระคุณของผู้สูงอายุ

4.2 การดูแลด้วยความรักและห่วงใย

ส่วนที่ 3: ประสบการณ์การได้รับการดูแลของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา โดยผู้ดูแลในครอบครัว

ผลการศึกษาประสบการณ์การได้รับการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา โดยผู้ดูแลในครอบครัว จากการศึกษาผู้วิจัยได้สรุปเป็นประเด็นใหญ่ 4 ประเด็น และมีประเด็นย่อยๆ ได้แก่ 1) อารมณ์ในสภาพพึ่งพา ประกอบด้วย เบื่อหน่ายท้อแท้ รู้สึกว่าตนเองเป็นภาระ หงุดหงิดโมโห เกรงใจผู้ดูแล สงสารผู้ดูแล และรู้สึกผิด 2) การรับรู้ว่าต้องพึ่งพาการดูแล ประกอบด้วย การพึ่งพาทางด้านร่างกาย จิตสังคม สิ่งแวดล้อม และการเงิน 3) การปรับตัว ประกอบด้วย การยอมปรับเปลี่ยน การทำใจยอมรับ การพยายามพึ่งพาตนเอง การทำกิจกรรมอื่นเบี่ยงเบน 4) การรับรู้คุณค่าการดูแล ประกอบด้วย การรับรู้ความสำคัญของผู้ดูแล การชื่นชมในการช่วยเหลือ การรับรู้ความห่วงใย ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

1. อารมณ์ในสภาพพึ่งพา

ในสภาพที่ตกอยู่ในภาวะพึ่งพา ก่อให้เกิดอารมณ์ความรู้สึกหลายอย่างในตัวสูงอายุ ซึ่งเป็นผลเกี่ยวเนื่องจากสภาพไม่สามารถช่วยเหลือตนเองทางกายได้ และการตกอยู่ในฐานะผู้รับการดูแลจากผู้ดูแลในครอบครัว จากการสัมภาษณ์พบว่า สภาพอารมณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ ได้แก่ เบื่อหน่ายท้อแท้ รู้สึกว่าตนเองเป็นภาระ หงุดหงิดโมโห เกรงใจผู้ดูแล สงสารผู้ดูแล และรู้สึกผิด ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1.1 เบื่อหน่ายท้อแท้

เป็นประสบการณ์ที่ผู้สูงอายุเหนื่อยหน่ายสภาพร่างกายของตนเองที่ไม่สามารถตอบสนองความต้องการของตนเองได้ ต้องคอยพึ่งพาผู้ดูแลในครอบครัว เกิดความรู้สึกท้อแท้เบื่อหน่าย เนื่องจากรู้สึกว่าไม่หายเป็นปกติเสียที หมดกำลังใจ บางครั้งไม่อยากพูดคุยกับใคร ดังคำกล่าวต่อไปนี้

“หมดกำลังใจ แต่ไม่อยากพูด ไม่ทำอะไรเลย นอนเฉยๆ แต่ก็ไม่พูดอะไร ถึงเวลาก็นอน ถึงเวลาก็ตื่น ท้อแท้ใจ แต่ไม่รู้จะพูดกับใคร ” (รายที่ 4/2)

“เบื่อตัวเองบางทีจะเอาน้ำ บางทีจะเอานี่ ต้องคอยใช้เค้า ใช้เค้ามาก มันคล้ายๆกับเกรงใจเขานะ ไม่ทันใจ บางทีก็นั่งขยับไป ตอนใหม่ๆ ใช้เค้ามันนาน”(รายที่7/2)

“มีเบื่อ เราไม่ใช่คนป่วย ร่างกายเราไม่ได้เป็นโรคสมองตีบตัน เหมือนไม่ได้ป่วย ก็เลยรำคาญ” (รายที่11/1)

“ก็บางครั้งก็เบื่อครับ บางครั้งก็ว่าตัวเองจะไม่หายขาด” (รายที่12/1)

1.2 รู้สึกว่าตนเองเป็นภาระ

การที่ผู้สูงอายุต้องพึ่งพาผู้ดูแลในครอบครัว ทำให้ผู้ดูแลต้องรับภาระในการช่วยเหลือด้านต่างๆ ต้องคอยเฝ้าคอยดู และเป็นห่วงเป็นใย ทำให้ผู้สูงอายุคิดว่าตนเองเป็นภาระกับผู้ดูแล รู้สึกอยากแบ่งเบาภาระผู้ดูแลในครอบครัว ผู้สูงอายุบางรายรู้สึกว่าเป็นภาระรบกวนมาก รู้สึกเหมือนตนเองเป็นตัวถ่วงความสบายของผู้ดูแล บางครั้งคิดว่าหากตายไปอาจดีกว่าสภาพที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน ดังคำกล่าวต่อไปนี้

“ไปไหนก็ไม่ได้ ต้องคอยเฝ้า คอยดูแม่ บางทีจะไปติดต่องานไปไม่ได้ ไปส่งงานก็ให้คนงานทำ นานๆเดินมาดูที บางทีก็ให้คนงานเอาข้าวให้กิน...ลำบาก เค้าต้องมาห่วงเรานะ เค้าจะทำอะไรก็ทำไม่ได้ห่วงเรา สู้เราไปเสียดีกว่า ” (รายที่ 4/2)

“ทำขนาดนี้ อาก็ว่า เค้าก็มีภาระกับอามากพอสมควรอยู่แล้ว... ในหลักความจริงมีทุกคน มันต้องมี คือเราเห็นเค้ามาพยาบาลเรา ทำให้ทุกสิ่งทุกอย่าง ที่จริงแล้วในใจเราเราก็ไม่อยากให้เค้ามาลำบากถึงขั้นนี้หรอก ใจจริงเราในส่วนที่เราทำอะไรได้เราก็อยากจะทำ เพราะว่าได้แบ่งเบาภาระเค้า.. ” (รายที่ 6/1)

“เค้า(ลูก)แบบนี้ก็พอแล้ว แต่เค้าทำทุกอย่าง เช็ดเยี่ยวเปลี่ยนเยี่ยวอะไร เปลี่ยนขี้เช็ดตัวให้ก็พอแล้ว รบกวนเค้ามากมายพอแล้ว”(รายที่2/1)

“อยากให้เค้ามีผัวใหม่ไปเลย ให้พ้นจากเราไป ให้เราตายไปจะอีกกว่า ให้เค้ากลับบ้านไปเลย เป็นตัวถ่วง…ถ้าไม่มีเราเค้าจะสบายมากเลย อยากให้ตายแต่ไม่ตายสักทีจะคิดมาก เรื่องไม่เหมือนเดิม ยังอยู่ก็เหมือนเป็นตัวถ่วง” (รายที่ 10/2)

1.3 หงุดหงิดโมโห

เป็นประสบการณ์ที่ผู้สูงอายุรู้สึกโกธรไม่พอใจกับสภาพช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ไม่สามารถทำงานอย่างที่เคยทำในอดีต แม้แต่เดินด้วยตนเองยังไม่สามารถทำได้ จึงรู้สึกหงุดหงิดกับสภาพตนเอง จนกระทั่งบางครั้งคิดอยากตายให้พ้นๆไป ดังคำกล่าวนี้

"ก็รู้สึกหงุดหงิด แหม อยากจะตายโว้ย หงุดหงิดจริง ทำอะไรก็ไม่ได้ ใครๆเขาทำ เราทำไม่ได้...มันรู้สึกหงุดหงิด ไม่ได้ทำงาน คนเราไม่ทำงาน ก็รู้สึกหงุดหงิด ก่อนเราทำอะไรๆก็ทำได้" (รายที่3/2)

"โมโหตัวเองด้วย ทำไงมันไปไม่ได้ เดินไม่ได้ตายแม่มันดีกว่ามั้ง คิดในใจ หงุดหงิดด้วย อยากจะไป"(รายที่ 8/1)

นอกจากสาเหตุมาจากความอึดอัดคับข้องใจกับสภาพของตนแล้ว ความรู้สึกหงุดหงิดโมโหที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ ยังพบได้ในสถานการณ์ของการดูแล ซึ่งเกิดจากการที่ผู้สูงอายุไม่ชอบใจลักษณะการดูแลของผู้ดูแล เช่น เห็นว่าทำได้ไม่เรียบร้อย ไม่ตั้งใจช่วยเหลือจริง ดังคำกล่าวนี้

"มัน(ลูกชาย)ก็ดี แต่ไม่ชอบลูกสะใภ้ พูดมาก อาบน้ำ ล้างก้น ก็พูดมาก เค้าบอกขี้เลอะเทอะ อย่างงั้นอย่างงี้ โมโห ไม่อยากพูด เพราะพูดแล้วขี้เกียจพูด พูดแล้วโมโหไม่พูดกว่า"(รายที่ 4/2)

"เค้า(ลูกคนเล็ก)เป็นคนไม่เรียบร้อย ฝากเค้าทำอันนั้นทำอันนี้ เค้าไม่เรียบร้อย มันก็โมโห มันยังเจ็บอยู่ (หัวเราะ) ทาๆ(ยา)แล้ว พอคนนั้น(ลูกสาวอีกคน)ออกมาแล้วบอกมาทำให้หน่อย"(รายที่ 7/2)

1.4 เกรงใจผู้ดูแล

เป็นประสบการณ์ที่เกิดกับผู้สูงอายุทุกราย สาเหตุอันนำมาสู่ความเกรงใจในผู้สูงอายุ คือ การเห็นว่าผู้ดูแลในครอบครัวเหน็ดเหนื่อยจากภาระงานประจำ การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุจึงเป็นการเพิ่มภาระงานให้กับผู้ดูแล อีกทั้งกิจกรรมการช่วยเหลือค่อนข้างหนักโดยเฉพาะการช่วยเหลือในการเคลื่อนไหวจากที่หนึ่งเป็นที่หนึ่ง รวมถึงผู้ดูแลต้องคอยอยู่ด้วยตลอดเวลาทำให้ไปไหนไม่ได้ เหล่านี้เป็นสาเหตุให้ผู้สูงอายุรู้สึกเกรงใจ อย่างไรก็ตามแม้รู้สึกเกรงใจแต่ผู้สูงอายุก็จำเป็นต้องขอ

ความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นอย่างเลี่ยงไม่ได้ ดังนั้นผู้สูงอายุจึงพิจารณาขอความช่วยเหลือเฉพาะในกิจกรรมที่จำเป็นเท่านั้น ดังคำกล่าวต่อไปนี้

"ไอ้คำว่าเกรงใจนี่ เราก็คิดอีกอย่างว่า หนึ่งเขาก็เป็นลูก เขาก็ต้องเอ่อ ทำให้เราได้ แต่ว่าความเกรงใจมันก็มีมั่งนิดหน่อยใช่ไหมฮะ เพราะว่าเกรงใจหนึ่ง เราก็บางทีดูแล้วเอองานของเขา เขาก็ต้องทำ ถ้าเรามัวแต่มาเรียก เรียกมาทำงานของเรา ให้เราอยู่เรื่อยๆ งานของเขาก็ทำไม่เสร็จซะที เราก็อาจจะเกรงใจเขาช่วงนี้" (รายที่1/1)

"ทำ (สระผม)ทุกวันๆไม่ไหว เกรงใจเขา ซัก 2 หน ก็ยังดี แต่เกรงใจเขา ไม่มีใครอุ้ม... พอแล้ว คนเล็กเขาช่วยพอแล้ว ไปรบกวนเขาเปล่าๆ...มันเกรงใจลูกเค้า ให้ลูกเค้าอุ้มไปอะไรไป ขึ้นรถขึ้นรา ต้องเสียเวลาเข็นไป...ก็อยากจะออกไป เกรงใจเขา ไม่มีใคร มีแต่คนเล็กเข็นไป อุ้มด้วยเข็นด้วย เกรงใจเขา เขาต้องทำงานหลายอย่าง..."(รายที่ 2/1)

"ก็เกรงใจเหมือนกัน ดูซิมาพยาบาลเรา ทุกวัน กินนอนอะไร เค้าก็คอยระวังให้อยู่เรื่อย...เค้าก็ทำอะไรให้เรามากที่สุด คือเค้าก็ทำอะไรให้เราทุกอย่าง เราก็เกรงใจ" (รายที่3/2)

"เกรงใจมากๆ คิดถึงใจเค้าใจเรา แต่บางครั้งมันก็ไม่ได้เหมือนกัน (หัวเราะ) ลุงจะดูซิว่า มัน อะไรที่จะเป็นเรื่องที่กวนเค้ามากเกินไป เราก็ไม่กวน อย่างเรื่องฉี่เนี่ย บ่อยนักป้าก็นอนไม่เต็มที่เหมือนกัน บางทีเราก็กักๆไว้บ้าง ให้เวลามันห่างๆกันหน่อย" (รายที่ 11/1)

1.5 สงสารผู้ดูแล

เป็นการที่ผู้สูงอายุเห็นใจในความลำบากของผู้ดูแลในครอบครัวจากการรับภาระดูแลผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุมักจะเกิดความรู้สึกสงสารผู้ดูแลในครอบครัว ในสถานการณ์ที่ผู้ดูแลต้องใช้ความอดทนสูงในการดูแล เช่น การใช้แรงกำลังยกหรืออุ้ม การที่ต้องอยู่กับผู้สูงอายุตลอดเวลาทำให้ไม่สามารถทำกิจกรรมอย่างอื่นได้ การตื่นนอนในตอนกลางคืนเพื่อดูแลผู้สูงอายุ และการเหน็ดเหนื่อยจากการรับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุไปพร้อมกับการทำงานหารายได้ ดังคำกล่าวต่อไปนี้

"งานเค้าเยอะอยู่ เค้าต้องเอากลับมาทำที่บ้านต่อ บางครั้งบางคราวเราก็สงสารเค้าเหมือนกัน เออ งานเค้าก็ล้นมือเหมือนกัน"(รายที่1/2)

"ไม่รู้จะไปยังไง เดินไม่ไหว นั่งไปก็ต้องไปยกขึ้น ลำบากเค้า ไม่ได้หรอก ไปไม่ได้หรอก ไปถึงสุเหร่าก็ต้องไปยกไปหาม ทำไม่ได้ขาแขนยืนไม่ได้ ไม่เอา ไปยืนลำบากทำอะไรไม่ได้ ไปกวนเค้า ไปยืนไปลุกไปยืนนั่ง...เค้าแบบนี้ก็พอแล้ว แต่เค้าทำทุกอย่าง เช็ดเยี่ยวเปลี่ยนเยี่ยวอะไร เปลี่ยนขี้ เช็ดตัวให้ก็พอแล้ว รบกวนเค้ามากมายพอแล้ (รายที่2/1) มันไม่อยากให้เขาทำ รบกวนเขาบ่อยๆ เขาก็อุ้มไป อย่างลูกคนนี้ต้องอุ้มลงไป ลำบาก ให้เขาบ่อยๆ ลำบากเขา สงสารเขา เขามาอุ้มเรา ลงไปข้างล่างต้องสองคนช่วย คนเดียวไม่ไหว"(รายที่2/2)

" เค้าทำงานเค้าเหนื่อยแล้ว เราให้เค้าพักผ่อนมั่ง เราต้องดูในชีวิตตัวเอง ไม่ดูตัวเองเราก็ ไปหวังลำบาก อยู่ที่ใจคนเรา เมตตาความสงสารเมตตาเค้า...ช่วยมายกรถ เค้ายกรถเข้าห้องน้ำ รถหนักนะ โฮ ยกทีผมสงสาร"(รายที่9/1)

"สงสารเค้า ผมสงสารเค้ามาก เพราะเค้าต้องนั่งแก่ว ถ้าเป็นคนอื่น ใครๆเค้าไม่อยู่แล้ว คนพิการ เค้าพูดต้องหาย...สงสารที่เค้าอยู่ต้องอยู่กับคนแก่ ต้องมานั่งแก่วอยู่"(รายที่10/3))

"ก็เห็นใจเค้าเหมือนกัน เค้ามีความอดทน แล้วก็ดูแลเรามีความสุข ทุกสิ่งทุกอย่าง... กลัวเค้าลำบากเพราะเรา คนป่วยเค้ารำคาญบ้างอะไรบ้าง เราคิดในใจเราหรอกนะ มันน่าเห็นใจเค้า เวลาเราไม่สบายเค้าอดตาหลับขับตานอน "(รายที่ 12/1)

1.6 รู้สึกผิด

เมื่อผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพามีอารมณ์หงุดหงิดจากข้อจำกัดทางกายต่างๆ ยังไม่สามารถปรับตัวได้ ผู้สูงอายุจะระบายความอึดอัดใจโดยการหาเรื่องบ่นว่าผู้ดูแล หรือบางครั้งเมื่อผู้ดูแลให้การดูแลไม่ทันใจหรือไม่ได้ดังใจ ผู้สูงอายุจะแสดงอารมณ์โกธรไม่พอใจกับผู้ดูแล หลังจากเวลาผ่านไปอารมณ์โกธรหงุดหงิดลดลง ผู้สูงอายุกลับมาคิดพิจารณาไตร่ตรองการกระทำของตนเอง และพบว่าตนเองได้กระทำสิ่งที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม ทำให้ผู้สูงอายุ "รู้สึกผิด" กับผู้ดูแลในครอบครัว และความรู้สึกผิดจะชัดเจนยิ่งขึ้น หากผู้ดูแลไม่ตอบโต้การแสดงอารมณ์โกธรของผู้สูงอายุ ดังคำกล่าวต่อไปนี้

“แกก็ดี ไม่เคยบ่นด่า แต่เราซิอารมณ์ไม่ดีใส่เค้า ก็รู้สึกว่าตัวเราผิด ชอบหาเรื่องใส่เค้า เค้าก็ไม่ว่า เค้าก็เฉย...บอกเขาฉันลืมไป ฉันงงไป ลืมไป อารมณ์มันขึ้น แล้วก็ลืมตัว”(รายที่3/3)

“บางครั้งโมโหง่าย ลูกสาวให้เงินยังว่าอีก เค้าก็ไม่ว่า อารมณ์เย็น รู้สึกผิดมาก คือเค้าทำดี เราไม่ได้ดังใจ เราก็โมโหกลับไป เช่นเรื่องสั่งแล้วไม่ทำ ผิดเวลา ไม่ควรไปโมโหเขา เพราะเค้าทำดีแล้ว เพราะอะไรไม่รู้มันโมโหในตัวของมันเอง” (รายที่10/2)

2. การรับรู้ว่าต้องพึ่งพาการดูแล

การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ เมื่อตกอยู่ในภาวะพึ่งพา ส่งผลให้ผู้สูงอายุรับรู้ว่าต้องการดำเนินชีวิตอยู่โดยการพึ่งพาการดูแลจากผู้อื่น จากการศึกษาพบว่าเมื่อได้รับดูแลในระยะหนึ่ง ผู้สูงอายุได้รับประสบการณ์ว่าต้องพึ่งพาการดูแลจากผู้ดูแลในครอบครัวในเรื่องต่างๆ ได้แก่ การพึ่งพาทางกาย การพึ่งพาทางจิตสังคม การพึ่งพาทางสิ่งแวดล้อม การพึ่งพาทางการเงิน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.1 การพึ่งพาทางกาย

เนื่องจากผู้สูงอายุอยู่ในภาวะพึ่งพา ย่อมมีการพึ่งพาการดูแลผู้อื่นทางด้านร่างกายอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ อาจมากหรือน้อยต่างกันตามระดับการพึ่งพา ในที่นี้การพึ่งพาทางกายหมายถึงการดูแลในเรื่องกิจวัตรประจำวัน ตั้งแต่ตื่นนอนจนกระทั่งถึงช่วงเวลานอน ซึ่งได้แก่ สุขวิทยาส่วนบุคคล การรับประทานอาหาร การรับประทานยา การขับถ่าย การเคลื่อนไหว การฟื้นฟูสภาพร่างกาย การนอนหลับพักผ่อน รวมถึงการดูแลในเรื่องอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับร่างกาย ซึ่งจากการสัมภาษณ์แบ่งลักษณะการดูแลช่วยเหลือเป็น 4 แบบ คือ การช่วยทำกิจวัตรประจำวันแทนทั้งหมด การช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันบางส่วน การช่วยเหลือทางการรักษา การระมัดระวังอุบัติเหตุ ดังจะกล่าวต่อไปนี้

2.1.1 การช่วยทำกิจวัตรประจำวันแทนทั้งหมด เป็นประสบการณ์ที่ผู้สูงอายุได้รับการการช่วยเหลือกิจกรรมในชีวิตประจำวันในลักษณะทำให้ทั้งหมดจากผู้ดูแลในครอบครัว โดยส่วนใหญ่เกิดในช่วงแรกๆของการเจ็บป่วย และเกิดในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพามาก เนื่องจากไม่สามารถทำกิจกรรมเองได้เลย กิจกรรมที่พบได้แก่ การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล การช่วยในการเคลื่อนไหวร่างกาย เป็นต้น ดังคำกล่าวต่อไปนี้

“เรื่องความสะอาด ช่วงที่เราช่วยอะไรไม่ได้ เขา(ลูก)ก็สระ(ผม)ให้เรา สระเราก็นอนอยู่บนเตียง เอาห้อยหัวลงมา แล้วเอาผ้ายางลงมาคลุมอีกที ก็ลูกเขาทำเอง …เล็บนี่ผมก็แบบ ลูกเขาก็ตัดให้…แปรงฟันก็แปรงให้เหมือนกัน ก็ใช้ยา ก็แปรงเอาขัน(น้ำ)มาไว้อยู่ใกล้ตัว แล้วแปรงแล้วเราก็บ้วนปาก ตอนนั้นกำลังมือก็ไม่ค่อยมี”(รายที่1/2)

“เดือนตัด(ผม)ที ให้ช่างเค้าตัด ร้านตัดผมนี่ จ้างเค้ามา ลูกเค้ายกไปนั่งข้างล่าง เอาไปตัด แม่เค้าสระ(ผม) เค้าตัดผมเสร็จแล้วเค้าสระ …แม่เค้าตัด(เล็บ)ให้ แม่เค้าคนดูเล็บ ยาวเค้าก็ตัด โกนหนวดโกนเครา เอามีดโกน โกน…เขาบอกให้ออกกำลังกายเหยียดขา ลูกต้องช่วยดึง ไม่ไหว คนเดียวไม่ไหว เจ็บ เขาดึง ดึงเข้าดึงออกฮะ..ให้ทำบ่อย เดี๋ยวก็ทำเดี๋ยวก็ทำเดี๋ยวเขาก็มาทำๆให้ 2-3 รอบบ้าง แล้วแต่เขาว่าง เขาไม่มีอะไรเขาก็มา(รายที่2/1) เค้า(ลูกชาย)คอยดู(ปัสสาวะ) พอเต็มเค้ามาเปลี่ยน บางทีก็เต็มถุง บางทีก็ครึ่งถุง (รายที่2/2)

“ลุกขึ้นมั่งนอนมั่ง เขาอุ้มลุก ลูกชาย อุ้มอุ้มลุกขึ้น แล้วก็อุ้มมาใส่รถ บางครั้งก็ช่วย ช่วยพลิกให้อะไรให้”(รายที่4/1)

“บางทีก็ช่วยดึงรถให้ ช่วยดึงยกรถให้ ไปห้องน้ำ บางวันอาบน้ำให้ เค้า(หลาน)ก็แต่งตัวผม กางเกงกางเกงก็เปลี่ยนให้หมด…บางทีเค้าบำบัดขาผม ทำให้ตอนเย็นๆ ผมอาบน้ำเสร็จแล้ว เค้าก็ทำให้… บางทีดึงมือมาโยกมาอย่างนี้ โยกไปข้างซ้าย โยกมา บางทีก็บีบให้บีบ”(รายที่9/1)

“เขา(ลูกหลาน)อาบน้ำให้ ถูสบู่ให้ แล้วก็ผลัดผ้า เช็ดตัวเช็ดร่างให้แล้วก็ผลัดผ้าให้เรียบร้อย แล้วก็พาเดินมานี่ ก็มาเปลี่ยนผ้าเปียกออก เอาผ้าแห้งใส่”(รายที่5/1)

“ตอนนั่งไม่มีปัญหา นั่งแล้วไม่มีปัญหา จะขึ้นนั่งมีปัญหา คือต้องเอาคนยก ช่วยยก ยกลง อุ้มลง อุ้มขึ้น ขึ้นเตียง ลุกนั่ง ใช้หลักของการยกตัว..”(รายที่11/1)

2.1.2 **การช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันบางส่วน** เป็นประสบการณ์ที่ผู้สูงอายุได้รับการให้ช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันไม่ทั้งหมด เป็นการที่ผู้ดูแลในครอบครัวช่วยเหลือผู้สูงอายุเพียงบางส่วนของกิจกรรมเนื่องจากผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตนเองได้บ้าง ส่วนใหญ่เป็นการอำนวย

ความสะดวกในการทำกิจกรรม การจัดหา รวมถึงการจัดเตรียมอุปกรณ์ให้พร้อมใช้ในการทำกิจกรรมต่างๆของผู้สูงอายุ เช่น การจัดเตรียมอาหารและน้ำ การเก็บล้าง การจัดเตรียมที่นอน เป็นต้น ดังคำกล่าวต่อไปนี้

"ใช้ pampers คะ กลางคืน เปียกแล้วก็เปลี่ยน เค้าเป็นคนเปลี่ยนให้ บางทีตีหนึ่งตีสอง เค้าก็เปลี่ยนให้ บางทีถึงเช้าเลย" (รายที่3/2)

"ป้านอน 2 ทุ่มกว่า ลูกก็หยิบของเตรียมไว้ให้ ยาหม่องอะไรเตรียมไว้ให้ น้ำท่าเตรียมไว้ให้ อุ้มขึ้นเตียงเลย อุ้มจากรถขึ้นเตียง...เขาปูให้ดี ที่นอนบางๆปูกับเตียง" (รายที่4/1)

"ช่วยทำอาหาร พอทำอาหารเสร็จแล้ว ก็ถึงเวลากิน เขาตักให้ ตักแกง ตักข้าวทำให้เรียบร้อย พอกินเสร็จเขาก็เก็บไปยก เขาก็เก็บไปล้าง...พอถ่ายเสร็จแล้ว ก็ยายก็มีน้ำมีอะไรไว้ให้ เหมือนกัน ขวดเล็กๆ 2 ขวด ล้างเองเรียบร้อย แล้วก็บอกเขาเนี้ยถ่ายไว้แล้วโว้ย เรียกก็ค่อยมา เอาไปเทเรียบร้อย แต่ถ้ากลางคืน ถ่ายแล้วเขาพา(กระโถน)ไปแล้ว เขาไม่ไว้ให้เหม็น..." (รายที่5/1)

" เค้าปูที่นอนให้ แล้วก็นอนใครนอนมัน ไม่ได้เอาลงนอนแล้ว นอนเองได้ มีแต่ว่าเราปวดฉี่ปวดอะไร ก็ปลุกเขา...เขาก็พาไปเข้าห้องน้ำ สองครั้ง ใกล้แจ้งครั้งหนึ่งตอนเที่ยงคืนครั้งหนึ่ง สองครั้ง"(รายที่7/1)

"เค้าก็ผูกผ้าปูที่นอน เอาหมอนมา จัดให้ผมนอนสบายๆ มีอย่างนี้ บางทีกลางคืนเค้าถามพ่อกินน้ำเดี๋ยวเค้าก็เอาน้ำมาให้ผมทาน น้ำกลั่นใส่ขวด ผมกินเรื่อยทานเรื่อย"(รายที่9/1)

การอำนวยความสะดวกอีกประการหนึ่งที่พบเสมอ คือ การตอบสนองการเรียกใช้สอยของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นการใช้สอยเรื่องจิปาถะเล็กๆน้อยๆ ผู้ดูแลจะอยู่ใกล้ๆกับผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุเรียกใช้ได้สะดวกรวดเร็ว ส่วนใหญ่เป็นการหยิบของให้ตามความต้องการ ดังคำกล่าวนี้

"เขาอยู่บ้านบางที เราจะเอาอะไรเราก็เรียกเขา ให้เขาหยิบโน่นหยิบนี่อะไรให้" (รายที่1/1)

“ข้าวเช้ากินโจ๊ก บางทีก็ 6 โมง หกโมงกว่า ลูกคนเล็ก ป้อนโจ๊กก่อน บอกเขาไปว่า วันนี้เอาโจ๊กนะ แล้วเขาก็ไปซื้อที่ร้านมา” (รายที่2/1)

“หยิบโน่นหยิบนี่ก็สามีบางทีเราทานข้าวบอกกับข้าวอย่างโน้นนะ อย่างนี้นะเค้าก็ไปซื้อมาให้ทาน” (รายที่3/2)

“นอนอยู่ห้องเดียวกันแต่เค้านอนอยู่ข้างล่าง นอนเฝ้า ผมจะเอาอะไรเรียกเค้า (ภรรยา) ตอนนี้นอนห้องนี้ นอนห้องนี้ดี เค้าไม่นอนห้องบน คือนอนเฝ้าคนไข้ บางทีลูกสาวมานอน ผมเรียกขากน้ำลาย ผ้าเพ่ออยู่ไหน เค้าเตรียมพร้อม ” (รายที่10/2)

2.1.3 **การช่วยเหลือทางการรักษา** เป็นประสบการณ์ที่ผู้สูงอายุกล่าวถึงการได้รับการปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ อันเป็นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุฟื้นสภาพเจ็บป่วยได้เร็วขึ้น โดยผู้ดูแลในครอบครัวเป็นผู้กระตุ้นเตือน คอยตรวจดูถามไถ่ หรือบางครั้งทำให้ กิจกรรมที่พบ คือ การรับประทานยา การทำกายภาพบำบัด การเคลื่อนไหวให้ถูกวิธี ดังคำกล่าวต่อไปนี้

“พวกยาพวกนี้เขาถาม กินหรือยังอะไรอย่างนั้น เขาก็เป็นห่วง ว่าเราจะกินไม่เป็นเวลา คอยตักคอยเตือน(รายที่1/1) กายภาพก็ไม่มีอะไร เพียงแต่ว่า ลูกเค้าอยากให้เราลุกออกมาเดินอะไรต่ออะไรมั่ง คือให้ขาเราแข็งแรงจะไปไหนมาไหนก็สะดวกหน่อย ไม่ต้องมาใช้รถใช้ไม้ แบบคล้ายๆกระตุ้น ให้เรารู้ว่า ถ้าเราพยายามหมั่นฝึกเดิน ก็จะหายเร็วหน่อย”(รายที่1/2)

“คือแม่บ้านเนี่ย เค้าก็ไปเอา หนังสือจากโรงพยาบาลมา เค้า (เจ้าหน้าที่)ก็บอกว่า กลับบ้านแล้วจะต้องปฏิบัติตัวอย่างไรบ้าง เค้าก็ดูในนี้นะ…เค้าดูในข้อปฏิบัติช่วยปฏิบัติ หมายถึงว่า ขึ้นเตียง ลงเตียง มันต้องมีลักษณะ ค่อมตัว ลักษณะก้มโค้ง เค้าไม่ให้เรางอหลัง ก็ต้องไม่งอ ช่วยเตือน เค้าเห็นเราลงเร็วเกินไป ขึ้นเร็วเกินไป เดี๋ยวเค้าก็เตือนแล้ว”(รายที่ 6/1)

“เรื่องยาเค้า (ลูกสาวคนโต)เก็บให้ ยาหมอเค้าบอกมา เค้าเป็นคนจัดให้ เช้าเค้าไปทำงานเค้าจัดให้ พ่อต้องกินนี้นะ กินข้าวแล้วต้องกินนี้ ตอนเที่ยง ตอนเย็นกินสองเม็ด…เค้าดูเราเป็นอย่างนี้ เค้าก็ต้องดูด้วย พ่อเป็นอะไรมั่งเค้าก็เป็นห่วงให้กินยาเวลาไหนไม่กินยาก็ไม่ได้ บางทีผมลืมสมองมันไม่ค่อยทำงาน”(รายที่9/1)

“(ภรรยา) มองว่าจังหวะ (การทำกายภาพ)ถูกดีเค้าก็ชมเดินๆ ขาซ้ายก้าวไม่ออก เค้าก็บอก เค้าให้สัญญาณ ให้เดิน ก้มตัว ยืดตัวตรง สูดลมหายใจเข้าปอด ก้าวเท้าซ้ายอย่างนี้ เค้าคอยให้จังหวะ ผมก็ทำตามที่เค้าบอก เค้าเป็นครูผมคนหนึ่งเหมือนกัน... มีเวลาว่างก็ให้ทำ อยู่ไปนอนเฉยๆไม่มีประโยชน์อะไร เขาบอก ทำใจสบายๆไม่ต้องคิดอะไรทั้งสิ้น หมอเค้าแนะนำมา เค้าจะเคร่งครัดนะ ใครบอกอะไรเค้าจะเคร่งครัดมาก มีระเบียบวินัย ความมุ่งมั่นสูง” (รายที่10/2)

นอกจากนี้ยังพบว่า ส่วนหนึ่งของแผนการรักษา เป็นการที่ผู้สูงอายุได้รับการช่วยเหลือในการพาไปพบแพทย์เพื่อทำการตรวจรักษา ซึ่งเป็นกิจกรรมสำคัญที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วย โดยเริ่มตั้งแต่การช่วยตัดสินใจเลือกสถานพยาบาล การติดต่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่ การปรึกษาหารือกับแพทย์ และการพาไปตรวจตามแพทย์นัด ซึ่งระยะเวลาในการนัดขึ้นอยู่กับภาวะเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ ดังคำกล่าวต่อไปนี้

“พาไปพบแพทย์ มีลูกชายพาไป ผมไปพบแพทย์ทีหนึง ก็ 2 เดือน ไปครั้งหนึง เค้าก็พาเราไป ก็นั่งรถของเค้าไป นั่งรถไปโรงพยาบาล ก็ไปเจาะเลือดไปตรวจ ” (รายที่1/2)

“คือดูว่า โรคอย่างนี้มันควรจะหนักหนาสากัน หรือว่าไม่หนักเท่าไร คือเค้าพิจารณา...เค้าช่วย คือในการรักษา เค้าก็มาช่วยดู แล้วในขณะที่เค้ามา ถ้าเค้าพูดกับนายแพทย์ได้ เค้าก็จะสอบถามว่าด้วยความสงสัยของเค้า เค้าสงสัยถูกไหม หรือว่าในทางแก้ไขเป็นไปในทางใด เค้าจะถามว่ามันจะต้องใช้เวลานานไหม ถ้ากลับไปอยู่บ้านมันจะปกติไหม ถ้าไม่ปกติมันก็เป็นเรื่องของคนชรา..ถ้าจะให้ยกตัวอย่างแทบทุกด้าน เช่น ตั้งแต่เริ่มแรก วันที่ไปโรงพยาบาล เราเดินไม่ได้ เพราะงั้นตัวเค้าจะทำแทนเราทุกอย่าง ไม่ว่าจะทำบัตรหรือว่าจะทำอะไรทุกอย่างที่โรงพยาบาล ก่อนที่เราจะขึ้นไปถึงห้อง” (รายที่6/1)

“ก็คุยกับลูกๆบางครั้ง เอาพ่อไปรักษาสักแห่งเถิด ในสถานที่ๆมันจะหาย ลูกก็สนับสนุน ให้ส่งมารักษาที่กรุงเทพฯบ้าง บางแห่งที่ว่ามันดีที่สุดครับ...ก็ไปตรวจที่โคราช ด่านซ้ายทุกเดือนครับ ตามคำแนะนำของหมอ กายภาพบำบัด นวด

เบาหวาน ที่หมดนัดทุกครั้ง บางครั้งก็ที่บ้านพาไป ลูกหลานพาไปครับ" (รายที่ 12/1)

นอกจากการรักษาแพทย์แผนปัจจุบัน การใช้แพทย์ทางเลือกได้ถูกนำแพทย์มาใช้ประกอบการรักษากับแพทย์แผนปัจจุบัน ได้แก่ การฝังเข็ม การใช้สมุนไพรประคบ การนวดแผนไทย รวมไปถึงการไปรักษากับหมอพระ โดยส่วนใหญ่ผู้สูงอายุผ่านการทดลองใช้มาแล้ว บางรายได้ผลเป็นความเปลี่ยนแปลงในทางดีขึ้นเป็นที่พอใจ บางรายบอกว่ามีผลเท่าเดิม ดังคำกล่าวต่อไปนี้

"(ลูกสาว) มีแต่จ้างหมอมานวด ประคบ วันละ 350 บาท ให้ไปจ้างมาเอง หมอประคบ นวด ประคบให้ 4 วันซ้อน วันละ 350 บาท ฉันให้เอง"(รายที่4/2)

"ก่อนออกจากสมุทรสาครไปที่แม่กลองดูอีก เขาบอกว่า หมอที่วัดนั้นดี ไปถึงเอายามากิน สี่ถึงห้าวัน ก็ไม่ได้ผล เลิก เลิกแล้ว เขาบอกว่าที่ราชบุรีมีดี อีกล่ะ ลูกชายมาพาไป"(รายที่5/1)

"ประคบหมดเลย ทั้งตัวเลย ทั้งขาทั้งหัว ลูกสะใภ้ประคบหัวเรื่อย อาบน้ำเสร็จ.. ช่วยเส้นยึด เส้นสาย ไพรมันเข้า เกลือมันเข้าไป ใบมะขามมั่ง ย่างไฟ เอาใบพลับพลึงรอง ทำลูกประคบ 3 ลูก ตีนประคบหมด ท้องไส้ประคบหมด พอเค้าประคบเสร็จแล้ว มันร้อนพลึบๆ พอหายร้อนเราก็อาบน้ำ.. รู้สึกว่าดี ไม่ค่อยปวด"(รายที่8/1)

"หมอให้ทำอะไรฝังขงฝังเข็ม เค้า(ภรรยา)อยู่ใกล้ชิดตลอดเวลา บางทีหมอฝังเข็มเค้าจะช่วยหมอ ถอนเข็มออก เค้าก็ทำ(รายที่10/1) ประคบตามหัวเข่า ประคบของโบราณ เดินทนมาก เวลาไม่ไหวล่ะ เข่ามันอ่อน เช้าครั้ง เย็นครั้งหนึ่ง ประคบตามข้อ ข้อเข่า เวลาปวดๆ ก็แก้ปวด"(รายที่10/2)

2.1.4 **การระมัดระวังอุบัติเหตุ** เป็นการที่ผู้สูงอายุได้รับการป้องกันการพลัดตกหกล้มจากผู้ดูแลในครอบครัว จากสภาพความผิดปกติในการทรงตัวและการเคลื่อนไหวของผู้สูงอายุทำให้ผู้ดูแลตระหนักรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มที่อาจเกิดขึ้น นอกจากนี้ผู้ดูแลยังกลัวอันตรายที่เกิดอาจเกิดตามมาจากการหกล้มจึงให้ความสำคัญกับการระมัดระวังอุบัติเหตุ ดังนั้น

ผู้สูงอายุจึงได้รับการกระตุ้นเตือน การคอยสังเกตดู ช่วยเหลือประคับประคองในกิจกรรมที่ต้องเคลื่อนไหวจากผู้ดูแลในครอบครัว ดังคำกล่าวต่อไปนี้

> *"เกิดเราจะเข้าห้องน้ำ ธรรมดาเค้า (ภรรยา) ต้องประคองเรา ถ้าเรามีไม้เท้า เค้าไม่ต้องถึงขั้นประคองเรา แต่ว่าเวลาลักษณะที่เราเดิน เค้าเดินไปติดๆ กับเรา ถ้าเกิดมันพลาดพลั้ง เค้าได้คว้าตัวเราได้ แต่เค้าไม่จำเป็นต้องโดนตัวเรา เข้าห้องน้ำออกจากห้องน้ำได้... คอยดู คนเราถ้าเป็นโรคนี้เกิดล้ม เป็นอะไรขึ้นมามันลำบากใช่เปล่า"(รายที่6/1)*

> *"เค้าห้าม บอกว่าอย่าลุกอย่าเดินนะเดี๋ยวจะล้ม เดี๋ยวลำบากนะ ลำบากฉันเองเขาพูดไปอย่างนี้ เขาก็พูดไป"(รายที่7/1)*

> *"เค้ากลัวเซ กลัวเซอย่างเดียว เค้าก็ ถ้าเราเซเค้าก็ประคองไว้ไม่ให้เซ (รายที่10/1) เค้าไม่ให้เราลุกไปเอง เค้าเตือนเรา เค้ากลัวล้ม"(รายที่10/3)*

> *"บางครั้งเค้าก็เข้าห้องน้ำ เค้าก็กลัวล้ม ทุกสิ่งทุกอย่าง บางครั้งเค้าก็คอยจูงไปไหน กลัวล้มน่ะ กลัวพลาดพลั้ง ล้มแล้วมันลำบากครับ ล้มแล้วจะเป็นหนักกว่าเก่า" (รายที่12/1)*

2.2 การพึ่งพาทางจิตสังคม

เนื่องจากกายและใจมีความสัมพันธ์กันไม่อาจแยกจากกันได้ เมื่อมีการเจ็บป่วยทางกายย่อมส่งผลต่อจิตใจและอารมณ์ การที่ในอดีตผู้สูงอายุเคยช่วยเหลือตนเองได้ ต่อมาต้องอยู่ในสภาพพึ่งพาผู้อื่นในการทำกิจกรรมต่างๆ จึงทำให้ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพามักจะมีความแปรปรวนทางอารมณ์ รู้สึกท้อแท้ ขาดกำลังใจไม่อยากมีชีวิตอยู่ต่อ บางรายหงุดหงิด โกรธ วิตกกังวล น้อยใจ ซึ่งผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะแสดงออกโดยการพูดคุย และแสดงสีหน้าท่าทาง ทั้งนี้พบว่าวิธีการดูแลช่วยเหลือในการตอบสนองความต้องการพึ่งพาทางจิตใจที่ผู้สูงอายุได้รับ ได้แก่ การให้กำลังใจ การช่วยผ่อนคลายความเครียด ในทางสังคมแม้ตกอยู่ในภาวะพึ่งพาทำให้ไม่สามารถออกไปมีกิจกรรมทางสังคมภายนอกได้ ผู้สูงอายุยังคงได้รับการตอบสนองความต้องการทางสังคมจากการเยี่ยมเยียนของบุคคลในครอบครัว ญาติ และเพื่อนฝูง ส่วนการออกไปทำกิจกรรมพบปะสังคมภายนอกบ้านพบน้อยรายและทำนานๆครั้ง สรุปได้ว่าเมื่อตกอยู่ในภาวะพึ่งพา ผู้สูงอายุได้รับประสบการณ์การพึ่งพาจิตสังคม 2 แบบ คือ การตอบสนองทางจิตใจและอารมณ์ และการตอบสนองทางสังคม ดังแสดงรายละเอียดต่อไปนี้

2.2.3 **การตอบสนองทางจิตใจและอารมณ์** ประสบการณ์การพึ่งพาทางใจที่ผู้สูงอายุได้รับที่เด่นชัดตามการบอกเล่าของผู้สูงอายุ ได้แก่ การพึ่งพาในเรื่อง กำลังใจจากผู้ดูแลในครอบครัว เมื่อผู้สูงอายุท้อแท้ หมดกำลังใจในการดำเนินชีวิต ซึ่งมักพบเสมอโดยเฉพาะช่วงแรกของการเจ็บป่วย นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังได้รับการช่วยเหลือดูแลจากผู้ดูแลโดยการช่วยผ่อนคลายความเครียด เมื่อมีอารมณ์หงุดหงิด โกรธ น้อยใจ วิตกกังวลในอาการเจ็บป่วย ดังจะกล่าวต่อไปนี้

ก) การให้กำลังใจ เป็นการที่ผู้สูงอายุได้รับการพูดคุยให้เกิดกำลังใจจากผู้ดูแลในครอบครัว โดยการพูดให้ข้อคิด ให้ความหวัง แนะนำให้อดทนและมองโลกในแง่ดี จากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุกล่าวว่า หลังจากผู้สูงอายุได้รับฟังจะรู้สึกสบายใจ จิตใจสงบ มีความหวังและความมานะพยายามดูแลฟื้นฟูสภาพตนเองเพิ่มขึ้น ดังคำกล่าวต่อไปนี้

“คือบางครั้งนะเราก็ ที่เขา (ลูก)พูดขึ้นมา บางทีเราเอามาคิด เออ มันก็ถูกของมันใช่มั้ยฮะ ให้เราคิดขึ้นมาเราก็เออ เขาก็พูดของเขาถูกเหตุผลของเค้า เราก็จะมีกำลังใจขึ้นมาอีก”(รายที่1/1)

“ก็สามี แล้วก็ลูกๆค่ะ เค้ามาให้กำลังใจเรื่อย แม่ทำใจให้เข้มแข็งนะ แม่ไม่ต้องกลัวอะไร ในโลกนี้ไม่มีอะไรน่ากลัว เค้า(ลูก)เป็นหมออยู่...เค้าพูดว่าทุกคนก็ต้องมีเจ็บมีไข้ แต่แม่ยังดี ยังเดินได้ ยังพูดรู้เรื่อง บางคนเค้าพูดไม่รู้เรื่องเลย ก็ทำให้ดีแล้วมันจะค่อยๆหายไป...มีลูกหญิงลูกชายมาเยี่ยมตลอด เค้าบอกลื้อทำใจให้ดีๆ ไม่ต้องกลัวอะไร ก็เพราะลูกสามี ให้กำลังใจ เลยมีกำลังใจขึ้นมา...อยากให้หายหลานจะได้ดีใจ อาม่าหาย เค้าว่าอาม่าหายเร็วๆ เมื่อไรจะหายสักที อาม่าใจเย็นๆ เค้าช่างพูด เค้าว่า ใครๆก็ไม่อยากเป็น แต่มันเป็นแล้วก็ต้องทนไปซิ ทนไปอีกหน่อยก็ค่อยๆหาย”(รายที่3/2)

“(ญาติ) มาเยี่ยมยามถามข่าว เป็นยังไงหายหรือยัง เดี๋ยวก็หายหรอก อย่างนั้นอย่างนี้ ก็พูดไปอย่างนี้ ให้กำลังใจเรา”(รายที่7/1)

“ลูกสาวคนหนึ่งอยู่ศรีนครินทร์ ไม่ได้มาดูหรอก มาให้กำลังใจตอนที่ว่ารับลูกเรียนหนังสือ แล้วก็แวะมา แล้วมาคุยให้กำลังใจพ่อ...ป๋า ให้กำลังใจ เราก็ต้องใช้ความอดทน ใช้ความพยายาม เราก็เข้าใจ (รายที่10/1) เกิดจากกำลังใจจากลูกหลาน เราไม่มีปัญญาแล้ว ได้กำลังใจจากพวกเค้า”(รายที่10/3)

"ให้กำลังใจสักวันหนึ่งจะหายได้ ให้ตลอดลูกเมียครับ พาไปเที่ยวที่สวนบ้าง เที่ยวปลูกผักปลูกส้ม ปลูกกล้วยแล้วก็ขนุน ลำไย ชมพู่ " (รายที่12/1)

ข) การปลอบโยน เป็นประสบการณ์ที่ผู้สูงอายุได้รับการพูดคุยจากผู้ดูแลในครอบครัว เพื่อช่วยผ่อนคลายความเครียด วิธีการที่ใช้ ได้แก่ วิธีการเปรียบเทียบตัวผู้สูงอายุกับผู้อื่นที่อาการหนักกว่า เพื่อให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าอยู่ในภาวะที่ดีกว่าผู้อื่น การพูดให้ความเชื่อมั่นว่าผู้สูงอายุสามารถหายได้ รวมทั้งการพูดให้ผู้สูงอายุตระหนักถึงผลเสียของภาวะอารมณ์ดังกล่าวต่อการหายจากการเจ็บป่วย ดังคำกล่าวต่อไปนี้

"ทีแรกก็หงุดหงิดน่าดู หงุดหงิด หงุดหงิด อยากจะทำไอ้โน้น มีคนมาปลอบบ้างอะไรบ้าง หายไป... พูดกับลูกชายคนเล็ก บอกแม่ หงุดหงิดใจจริง ไม่รู้จะไปทำอะไร เขาบอกแม่ แม่อายุมากแล้ว แม่จะทำอะไร แม่นั่งดูลูกหลานเถอะ มองหลานตัวเล็กๆ จะโตขึ้นทุกวัน" (รายที่3/2)

"เดี๋ยวก็หายไปเอง มีลูกชาย เขาให้กำลังใจหน่อย พูดถึง ให้เข้มแข็ง อย่างนี้นะ อย่างนี้นะ พูดด้วยเหตุผลให้ฟัง โมโห ก็เขาพูดดีๆก็หาย "(รายที่4/1)

"(ภรรยา)ก็พูดในลักษณะที่ว่า เมื่ออยู่โรงพยาบาล พี่ต้องพยายามทำใจ ความทุกข์กังวลต่างๆอย่าไปคิด เพราะยังมีความทุกข์กังวล ยิ่งเจ็บป่วย อาการแทนที่จะเบามันกลับหนัก เพราะคนเรามันอยู่ที่จิตใจ ถ้าจิตใจสบายอย่างอื่นมันก็จะสบายไปด้วย แต่ว่าถ้าจิตใจมันทุกข์อันอื่นก็ทุกด้วยทุกสิ่งทุกอย่าง"(รายที่6/1)

"เค้า(หลาน)ห่วงมั่ง เค้ากลัวไปไม่ไหว กลัวลำบากหัวใจ เค้าก็มาปลอบใจเราอยู่เรื่อย"(รายที่7/1)

"บอกพ่อ ทำตัว(กายภาพ)บ่อยๆเดี๋ยวมันก็หาย เพราะพ่อเป็นข้างซ้ายไม่เป็นไรไม่เป็นทางขวา ทางซ้ายหายเร็ว เราอย่าไปเครียดเราทำใจสบายตัวเอง ถ้าเครียดมันทำให้เรากลุ้มใจ"(รายที่9/1)

นอกจากนี้ความห่วงกังวลยังเป็นที่มาของความคิดกังวล พบว่าผู้สูงอายุมักมีความห่วงกังวลเกี่ยวกับลูกหลาน ในเรื่องความเป็นอยู่ ความปลอดภัย และการสร้างฐานะในอนาคตของลูกหลาน รวมไปถึงเรื่องที่เป็นความต้องการในอดีตของผู้สูงอายุก่อนอยู่ในภาวะพึ่งพา

จากการสัมภาษณ์พบว่าผู้สูงอายุได้รับการดูแลจากผู้ดูแลในครอบครัวโดยการประพฤติตัวให้ผู้สูงอายุหายห่วง การช่วยเป็นธุระจัดการสิ่งต่างๆ เพื่อให้ผู้สูงอายุคลายความห่วงกังวล ดังคำกล่าวต่อไปนี้

"สบายใจว่าเค้าจะไม่ไปเกเรที่ไหน เค้าไม่ไปเที่ยวไม่ไปที่ไหน ถึงเวลาเค้าก็ดูแลเรา ถึงเวลางานเค้าก็ไป พอว่างงานเค้าก็มาดูแลเรา เราก็สบายใจ คิดว่าเค้าดูแลเราเรียบร้อยแล้ว มีแต่ว่าตั้งศาลพระภูมิ ศาลพระภูมิของเก่าเราดูแล้วมันเก่าแล้ว ใจจริงเราก็อยากจะเปลี่ยน ซ่อมบ้านเสร็จขึ้นมา เค้าก็เอาหอมาตั้งให้ เปลี่ยนศาลนี้ใหม่ ลูกสาวเค้าเป็นคนจัดการ เป็นคนออก ทุกอย่าง พอตั้งขึ้นมามันก็ดีกับครอบครัวเราด้วย เราก็แบบสบายใจไปด้วย อยู่เย็นเป็นสุขดี " (รายที่1/2)

"ก็บอก ไม่มาหลายวันแม่เป็นห่วงนะ ทีหลังไม่มาโทรศัพท์มานะ เค้าก็โทรมา ก็หายห่วง กลัวลูกเค้ากำลังเรียนอยู่ คิดไปเรื่อย " (รายที่3/2)

" บ้านช่องเค้าดูแลหมด รถราเค้าดูแลหมดสบายใจ ไม่ห่วงใยอะไรแล้ว"(รายที่11/1)

"อยากให้ลูกเมียมีมานะอดทนสู้ทุกสิ่งทุกอย่าง มันอดเป็นห่วงเค้าไม่ได้ เค้าก็รับปากว่าจะทำดีที่สุดสำหรับเค้า รับปากกับผมจะทำดีที่สุด เรื่องเก็บหอมรอมริบก็ดีขึ้นมีกำลังใจทุกสิ่งทุกอย่าง" (รายที่12/1)

2.2.2 **การตอบสนองทางสังคม** เป็นประสบการณ์ที่ผู้สูงอายุได้รับการตอบสนองในการพบปะติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่น ซึ่งพบว่านอกเหนือจากการที่ผู้สูงอายุพูดคุยกับบุคคลภายในบ้านแล้ว ยังได้พบปะพูดคุยกับบุคคลอื่นจากการเยี่ยมเยียนของบุตรหลาน บุคคลในเครือญาติ และเพื่อนฝูง ซึ่งผู้สูงอายุได้ให้ความเห็นว่าสิ่งที่ได้รับจากการเยี่ยมเยียน ได้แก่ กำลังใจ ความสบายใจ ความรู้สึกพอใจจากการได้รับความรักความสำคัญ และการยกย่องให้เกียรติจากบุคคลที่มาเยี่ยม สำหรับการออกไปร่วมกิจกรรมทางสังคมพบปะบุคคลอื่นนอกบ้าน ส่วนใหญ่เป็นการเข้าร่วมกิจกรรมงานบุญทางศาสนา ดังคำกล่าวต่อไปนี้

“พวกเพื่อนฝูงของลูกเขามาเยี่ยม เราก็ ดูแล้วสบายใจดี เพราะว่าลูกเขาทำงานอยู่บริษัทอย่างนี้ แล้วคนบริษัทมาเยี่ยมอย่างนี้ เราก็เห็นว่าสบายใจดี...คือว่าเขาพูดง่ายๆว่าเขาให้เกียรติเราด้วยนะ เพื่อนของลูก หรือว่าลูกน้องของลูกนี่แหละ เพราะทุกวันนี้ลูกเขาเป็นหัวหน้าอยู่ในบริษัท เขาก็มาเยี่ยม เราก็พอใจมาก...ก็ดีฮะมันก็สนุกดี เพราะว่าอีกอย่างหนึ่ง พี่น้องมาเยี่ยมเขาก็ยังเห็น เห็นกะเรานะ คือพูดง่ายๆก็ให้เกียรติเราใช่ไหมฮะ เพราะยังไงเขาก็ยังเห็นว่าเราก็ยังเป็นพี่เป็นน้อง เขาก็ยังมาเยี่ยมเยียน... ตอนนั้นเพื่อนรุ่นน้องเขาอยู่ที่โน้น เขาบวชอยู่ที่โน้น (อุตรดิตถ์) เขาไปบวชแล้วก็เรียกผมไป แล้วผมก็ไปรู้จักเจ้าอาวาส ก็ไปดูพระอะไร เพราะว่าเขาสร้างพระ บูชาขายให้เช่าไง” (รายที่1/1)

“คือ ก็ไม่อยากทำอะไร คือก็ ให้มาหาบ่อยๆ แค่นี้แหละ ให้มาหาบ่อยๆ ให้หลานเล่น พามาเยอะๆ เพราะหลานมันน่ารัก พูดเก่ง มาถึงก็กอดจูบอาม่า มันน่ารัก... ให้เราสบายใจ มันพูดให้เราสบายใจ เออ มันช่างพูด ตัวเล็กไม่เกิน 3 ขวบ มันน่ารัก...ก็อยากให้ลูกมาบ่อยๆ ลูกชายคนโต ที่วันนี้คุยกัน นั่นเขามาทุกวัน มาซื้อของให้กินแล้วเขาก็ๆไปทำงาน เขาต้องมาทุกวัน...เค้าพูดแล้ว เราก็มีกำลังใจขึ้น ถ้าวันไหนไม่สบายมากๆ เค้ามาเราก็ดีใจว่าลูกมาแล้ว มีตั้งแปดคน...ดีใจตอนลูกมาเยี่ยม ลูกคนไหนมาเยี่ยมเราก็ดีใจ มาถึงเค้าก็กอดแม่ไว้ก่อนแล้วก็คุยกับแม่ แม่อย่าไปคิดมากนะ แม่ทำใจเฉยๆ ไม่ต้องคิดมาก คนเราไม่อยู่ค้ำฟ้า”(รายที่3/2)

“ญาติพี่น้องให้กำลังใจว่า มาเยี่ยมในฐานะเป็นน้อง มาเยี่ยมถึงโรงพยาบาล บางคนอยู่ต่างจังหวัดยังมา รู้ว่าเราเจ็บป่วยยังมา มาดู มาให้กำลังใจ เฮ้ย เรื่องเล็กโว้ย เรื่องการเจ็บป่วยเป็นเรื่องธรรมดา ของคนอายุมาก เค้าก็มาให้กำลังใจ ... คนที่เค้ามาเยี่ยมเยียน หรือเป็นลูกเป็นหลาน พูดง่ายๆเขาไม่ได้มีเวลา อยู่กับเราทั้งวี่ทั้งวัน เค้ามีเวลากับเราเพียงชั่วครู่ชั่วยาม เขามาเยี่ยม เอาของมาฝาก ให้กำลังใจ คุยให้กำลังใจกัน ในสิ่งที่เค้ามาแค่นี้ อาว่าคนไข้รับแค่นี้ก็พอใจแล้ว... คือได้กำลังใจ ในการเยี่ยมเยียน ลูกชายเค้าอายุเยอะแล้ว ตัวเขาเป็นผู้ใหญ่แล้ว เวลาเค้ามาเค้าดูพ่อแม่ในฐานะเป็นผู้ใหญ่” (รายที่ 6/1)

“ก็รู้สึกดีใจ สบายใจ ทำบุญทำทานก็นึกดีใจ ลูกพาไป”(รายที่ 7/2)
“มีความหวังอยู่ ป้าเค้าบ้าง พี่น้องเค้าบ้าง มาเยี่ยม เค้าก็ เอออดทนเอาหน่อยเดี๋ยวก็หาย เค้าก็ให้กำลังใจนะ น้องที่อยู่อเมริกาเค้าก็โทรมาเมื่อวาน พี่อดทนเอา

นะใจเย็นๆ โรคหายแน่ หายแน่ละ เชื่อตามหมอ ทำตามหมอ ใจเย็นๆ"(รายที่ 10/1)

จากการสัมภาษณ์ยังพบว่าผู้สูงอายุบางราย ก่อนอยู่ในภาวะพึ่งพามีนิสัยเคยชินและชอบอยู่บ้านคนเดียว ไม่ชอบออกไปพบปะพูดคุยกับใคร ดังนั้นหลังตกอยู่ในภาวะพึ่งพา ผู้สูงอายุจึงไม่ต้องการพบปะพูดคุยกับบุคคลอื่น นอกจากบุตรหลาน และเครือญาติของตนเอง ดังคำกล่าวต่อไปนี้

"เขาอยากพาออกไปเหมือนกัน แต่ยายไม่อยากไป ยายอยากอยู่เงียบคนเดียว ยายไม่ชอบคนเอะอะ" (รายที่ 7/1)

"ฉันไม่อยากออกไปคุยกับใคร อยู่ดีๆ(ก่อนอยู่ในภาวะพึ่งพา)ฉันก็ไม่เคยไปคุยบ้านใครเลย ไม่เคยออกไปคุย เดือนๆหนึงฉันไปได้ ฉันก็ไม่ไป ก็ไม่เคยไปคุยบ้านโน้นบ้านนี้ ไปไม่เคยเลยอยู่ดีๆก็ไม่เคย เราก็นอนอยู่บ้านเรา"(รายที่ 8/1)

นอกจากนี้ยังพบว่า มีผู้สูงอายุสามราย ปฏิเสธที่การออกไปพบปะทำกิจกรรมกับบุคคลภายนอก ทั้งที่ผู้ดูแลในครอบครัวยินดีสนับสนุน เนื่องจากผู้สูงอายุเกรงใจลูกหลาน ซึ่งต้องลำบากในการอุ้มขึ้นลง รวมถึงความไม่ต้องการของผู้สูงอายุเอง เนื่องจากความทุกข์จากอาการเจ็บปวดและกลัวเกิดอุบัติเหตุจากการพลัดตกหกล้ม ดังคำกล่าวนี้

"นั่งไปก็ต้องไปยกขึ้น ลำบากเค้า ไม่ไปหรอก ไปถึงสุเหร่าก็ต้องไปยกไปหาม ทำไม่ได้ขาแขนยืนไม่ได้ ไม่เอา ไปยืนลำบาก ทำอะไรไม่ได้ ไปกวนเค้า ไปยืนไปลุกไปยืนนั่ง" (รายที่ 2/2)

*"วัดมันอยู่ไกล ไปถ้าเดินได้นะ ถ้าเดินไม่ได้อย่างนี้ ไปไม่สะดวก ไม่เอา จะไปนั่งฟังพระเทศน์ โอ้ยมันปวดหมด ถึงไม่อยากไป แต่ก่อนนี้ไปเก่ง...*ไปไม่สะดวกไม่อยากไปแล้ว มันเมื่อยหัวใจเรา มันเจ็บมันปวดมาก็นึก เค้าจับใส่รถไปมันไม่เจ็บไม่ปวด ก็เดินไป นั่นเข้าเรียกว่าไปสะดวก" *(รายที่ 7/1)*

"มันออกเดินไม่ได้ มันไม่อยากอะไร... อยาก อยากเที่ยว โน้นอยากไปดูบ่อปลาวันเสาร์วันอาทิตย์คนเต็มหมด ตกปลากัน อยากไป ไปได้ไง ออกไปบ้านนี้ยังไม่กล้าไป ถ้าไปต้องจูง แต่ไม่กล้าไป เพราะทางที่มันไม่เสมอ ไม่เหมือนกับปูน ถ้า

เดี๋ยวไปสะดุดอะไรก็ลื่นล้ม ญาติช่วยก็ ถ้าเผื่อเซไปแล้ว ญาติมันไม่ดึงอยู่"(รายที่ 5/1)

2.2 การพึ่งพาทางสิ่งแวดล้อม

เมื่อผู้สูงอายุตกอยู่ในภาวะที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ผู้สูงอายุไม่สามารถจัดสิ่งแวดล้อมต่างๆภายในบ้าน เพื่อความเหมาะสมกับสภาพร่างกายและความสุขสบายสำหรับตัวผู้สูงอายุเองได้ ทำให้ต้องพึ่งพาผู้ดูแลในครอบครัว จากการสัมภาษณ์พบว่าผู้สูงอายุได้รับการดูแลในเรื่องสิ่งแวดล้อมภายในบ้านจากผู้ดูแลในครอบครัว โดยการดูแลให้อากาศถ่ายสะดวก การติดตั้งเครื่องปรับอากาศ นอกจากนี้ยังมีการจัดพื้นที่ภายในบ้านเพื่ออำนวยความสะดวกในการทำกิจกรรมต่างๆ เช่น การจัดให้ผู้สูงอายุอยู่ชั้นล่างเพื่อความสะดวกในการทำกิจกรรม การจัดให้มีทางสำหรับรถเข็น และบางรายติดตั้งราวเกาะในบ้าน ดังคำกล่าวต่อไปนี้

"ลูกเค้าซื้อมา (เตียงนอนแบบโรงพยาบาล) เค้าบอกให้ป้านอนสบาย เปลี่ยนฝ้า (เพดาน)เปลี่ยนอะไร กลับมากลัวร้อน กลัวเราจะนอนร้อน ลูกสาวแอร์ติดให้"(รายที่2/1)

"เข้าห้องน้ำได้ ค่อยๆเดิน พอถึงข้างๆส้วมแล้วก็มีราวเกาะอีกทีเกาะนั่ง" (รายที่ 3/1)

"(ลูกชาย)ทำอะไรให้เราสะดวก ต่อนี่ (ทางรถเข็น) ห้องน้ำ ทำที่จับราว ขยับขยายตู้ อะไรที่ขวางเขาก็ทำให้ ไม่ให้อะไรเกะกะ"(รายที่4/1)

"ทำเอง ใช้ลูกเขยไปต่อให้ (นำม้านั่งมาต่อกันเว้นช่องตรงกลาง) เอากระโถนใส่ทางใต้ แล้วรั้ง รั้งมาประชิดกับตรงเนี้ย ลงนั่ง ถ่ายสบาย ถ้าไม่ทำอย่างนั้นนั่งไม่ได้"(รายที่5/1)

"ลูกเค้าปรึกษากับหมอ หมอบอกให้นอนเตียง เค้าไม่เข้าใจ เค้าไปปรึกษากับหมอ เค้าแนะนำให้เป็นอย่างงี้...เค้าก็เปิดอะไรต่ออะไรให้อากาศเข้ามา" (9/1)

"เตียงซื้อมาใหม่ ห้องน้ำ มีที่เกาะ สะดวกมาก ซื้อมาให้ นี่ที่กันแผลกดทับซื้อมาหมื่นหนึ่งครับ "(รายที่10/2)

2.4 การพึ่งพาทางการเงิน

การมีข้อจำกัดทางร่างกายในผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพาทำให้ผู้สูงอายุจำเป็นต้องพึ่งพาบุตรหลานในเรื่องเศรษฐกิจการเงิน เนื่องจากไม่สามารถหารายได้ได้ด้วยตนเอง จากการสัมภาษณ์พบว่าผู้สูงอายุรับรู้ว่าตนเองต้องพึ่งพาผู้ดูแลในครอบครัวด้านการเงิน ในเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และค่าใช้จ่ายในการดำรงชีวิต สำหรับผู้สูงอายุที่เป็นข้าราชการบำนาญมีเงินเดือนเป็นของตนเองโดยไม่ต้องพึ่งพาบุตรหลาน พบว่าการพึ่งพาอยู่ในลักษณะการทำธุรกรรมทางการเงิน ซึ่งพอสรุปการพึ่งพาทางการเงินได้เป็น 2 ลักษณะ คือ การดูแลออกค่าใช้จ่ายและการทำธุระทางการเงินให้ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.4.1 การดูแลออกค่าใช้จ่าย ผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาเงินทองจากบุตรหลานเนื่องจากไม่มีรายได้เป็นของตัวเอง พบว่าได้รับการช่วยเหลือจากคนในครอบครัวในการออกค่าใช้จ่ายต่างๆ ได้แก่ ค่าใช้จ่ายในการรักษา เช่น ค่ารักษาพยาบาล ค่ายานพาหนะไปโรงพยาบาล นอกจากนี้ยังออกค่าใช้จ่ายในการดำรงชีวิต ได้แก่ ค่าอาหาร ของใช้ และเครื่องนุ่งห่ม ดังคำกล่าวต่อไปนี้

“(ลูก) ให้ทุกเดือนให้ใช้จ่าย ในครอบครัว ว่าซื้อกับข้าว ซื้ออะไรต่ออะไร ค่าโน่นค่านี่ อะไรจิปาถะ ค่าน้ำค่าไฟบ้าง ค่าเช่าบ้าง อะไรแล้วแต่(รายที่1/1)เค้า(ลูก)ก็ออกให้เราทุกอย่างอยู่แล้ว ไปหาหมอเค้าก็ควักให้เรา”(รายที่1/2)

“เค้า (ลูก)ก็มี เดือนๆให้ตังค์ใช้ พอแล้ว ไม่รบกวนเค้ามาก ค่ารักษาค่าอะไร ค่าใช้จ่าย ก็เยอะเหมือนกัน มีค่าทำแผล ค่าปิดพลาสเตอร์อะไรเนี่ย ซื้อ 500 ถุงมือมั่ง หลายตังค์”(รายที่2/1)

“คือค่าใช้จ่ายเค้า (ลูก)ไม่ค่อยเป็นห่วง เนื่องจากอาเป็นข้าราชการ เค้าก็รู้ต้นสังกัดอา เค้าก็เลยไม่เป็นห่วง แต่ว่าเวลาเค้ามาเค้าจะทิ้งเงินไว้จำนวนหนึ่งเอาไว้ให้เป็นค่าใช้จ่าย ถ้าเกิดมันหนักหนาสากัน จะต้องเสียค่าใช้จ่ายรุนแรง ก็ให้โทรศัพท์ทางไกลไปหาเค้าได้เลย เค้าจะมา ”(รายที่6/1)

“…ไม่พอลูกผมต้องออกให้ ส่วนนี้เค้าต้องดูแล ต้องออกให้ หลายอย่าง ค่าแฟ้บสบู่มั่ง แป้งมั่ง pampers มั่ง เค้าก็บางทีเค้าก็ซื้อมา”(รายที่7/1)

“ค่าใช้จ่ายเล็กน้อยๆ เค้า (ลูกสาวคนโต) จ่ายค่าแทกซี่อย่างนี้ ไปแทกซี่แพงนะ

ไปที่โรงพยาบาลประสาท มีอะไรต้องไป ไปทีสองเที่ยวแปดร้อย...ค่าใช้จ่ายยาเยอ เราต้องออกไปก่อน เค้าก็เบิกได้พอสมควร ลูกคนเล็กก็เบิกได้ แต่ก็ลำบาก" (รายที่9/1)

2.4.2 **การทำธุระทางการเงินให้** เนื่องจากมีข้อจำกัดทางกาย แม้ผู้สูงอายุที่มีรายได้ของตนเอง แต่ก็ไม่สามารถเดินไปทำธุระทางการเงินด้วยตนเองได้ ดังนั้นผู้สูงอายุจึงได้รับการดูแลช่วยเหลือจากผู้ดูแลในครอบครัว ในการทำธุระทางการเงินแทน ซึ่งได้แก่ การเบิกเงิน การจ่ายเงิน การเก็บเงินให้ ดังคำกล่าวต่อไปนี้

"เตี่ยเค้าเป็นคนจัดการ เงินทองเค้าก็ให้เราใช้ เราจะใช้อะไรเค้าก็ให้เรามา เค้าเอามาให้เอง ถึงเดือนเค้าก็มาส่งให้"(รายที่3/2)

"(ภรรยา) ช่วยเรื่องเบิกจ่ายเงิน เอาเงินไปจ่ายคนสวน เอาอาหารไปให้คนสวนบ้าง" (รายที่11/1)

"ลูกชายไปเบิกเงินครับ เป็นธุระให้ เบิกเงินถอนเงินก็ลูกชาย มาให้ป้า(ภรรยา)ครับ"(รายที่12/1)

3. การปรับตัว

เมื่อเผชิญกับภาวะพึ่งพาอันเป็นการที่เปลี่ยนแปลงของชีวิต ผู้สูงอายุมีการปรับตัวในด้านต่างๆมากมาย เพื่อให้การดำเนินชีวิตเกิดความสมดุลทั้งต่อตัวผู้สูงอายุเอง และการอยู่ร่วมกับผู้ดูแลในครอบครัวในบทบาทใหม่ ในการปรับตัวภายใต้การดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวนั้น ผู้สูงอายุได้มีการ ปรับความรู้สึก อันเนื่องมาจากการตกอยู่ในสภาพพึ่งพาผู้ดูแล รวมไปถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองภายใต้การดูแล เพื่อให้การดูแลเป็นไปอย่างราบรื่น ซึ่งจากการสัมภาษณ์พบว่า ผู้สูงอายุได้มีการปรับตัวดังนี้ คือ การยอมปรับเปลี่ยน การทำใจยอมรับ การพยายามพึ่งพาตนเอง การทำกิจกรรมอื่นเบี่ยงเบน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

3.1 การยอมปรับเปลี่ยน

เป็นประสบการณ์ที่ผู้สูงอายุยอมรับ บทบาทผู้รับการดูแลอันเป็นบทบาทใหม่ในชีวิต ซึ่งในการยอมรับนั้น ผู้สูงอายุได้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง เพื่อให้การทำกิจกรรมการดูแลระหว่างผู้สูงอายุกับผู้ดูแลในครอบครัวเป็นไปอย่างราบรื่น รวมถึงเพื่อถนอมน้ำใจผู้ดูแลเนื่องจาก

เห็นว่าตนเองต้องพึ่งพาผู้ดูแล ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าพฤติกรรมที่ผู้สูงอายุปรับเปลี่ยน ได้แก่ การไม่พูดต่อปากต่อคำ การใช้คำพูดที่เหมาะสม ดังจะกล่าวต่อไปนี้

3.1.1 **การไม่พูดต่อปากต่อคำ** เป็นการที่ผู้สูงอายุใช้การไม่พูดในการจัดการกับสถานการณ์อันอาจก่อหรือก่อความไม่สบายใจ ความไม่ราบรื่นในการอยู่ร่วมกันมากขึ้นระหว่างผู้สูงอายุและผู้ดูแลในครอบครัว โดยผู้สูงอายุเห็นว่าการพูดคุยต่อ อาจทำให้เกิดการโต้เถียง การทะเลาะเบาะแว้ง และความไม่พอใจ นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังเห็นว่าการไม่พูดต่อปากต่อคำรวมถึงไม่พูดก้าวก่ายในเรื่องการดูแล เป็นการรักษาน้ำใจผู้ดูแลและป้องกันความไม่พอใจที่อาจเกิดขึ้น ดังคำกล่าวต่อไปนี้

"ผมไม่เคยคิดว่า จะทำอะไร หรือว่าอะไรก็แล้วแต่ คือว่าเค้าทำให้เราทุกอย่างมันก็ถูกของเค้าอยู่แล้ว อีกอย่างหนึ่งแบบเค้าทำของเค้า เค้าก็คิดว่าเค้าทำ เราอาจจะคิดว่าเค้าก็ทำถูกของเค้า ต่างคนก็ต่างคิดว่าเออเค้าก็ทำถูก เราก็ไม่ต้องไปก้าวก่ายหน้าที่ของเค้ามาก เดี๋ยวเค้าก็ปฏิบัติให้เราเอง เราไม่ต้องไปพูดไม่ต้องไปเรียก ไม่ต้องไปอะไรหรอกเดี๋ยวเค้าก็จัดการเอง...เราคิดแต่อยู่ในใจเราไม่เคยพูดกับเค้า ไม่เคยถามด้วย ถ้าพูดถึง เค้ามีปัญญาจ่าย(เงินค่ารักษาพยาบาล) เค้าก็ไม่พูดอะไรมาก เค้าก็เอามาจ่ายเรียบร้อย โดยที่ไม่ต้องถามอะไร เราไม่ต้องไปถามเค้าว่าอย่างโน้นอย่างนี้ ไม่ต้องไปพูดมากกับเค้า เดี๋ยวเค้าจัดการเอง..."(รายที่1/2)

"มัน(ลูกชาย)ก็ดี แต่ไม่ชอบลูกสะใภ้ พูดมาก อาบน้ำ ล้างก้น ก็พูดมาก เค้าบอกขี้เลอะเทอะ อย่างงั้นอย่างงี้ โมโห ไม่อยากพูด เพราะพูดแล้วขี้เกียจพูด พูดแล้วโมโหไม่พูดดีกว่า...ไม่พูดเลย เราอาศัยเค้า ไม่พูดดีกว่า ไม่อยากพูดกลัวลูกชายโมโห ไม่อยากมีเรื่องกลัวขัดใจลูกชาย กลัวลูกชายไปว่าเค้า เค้าก็โมโห" (รายที่4/2)

"มีบ้าง แต่ว่าไม่หนักหนา ถ้าเราไปเข้าห้องน้ำ เราปัสสาวะ เมื่อปัสสาวะเสร็จแล้วตามธรรมดาเราจะต้องตักน้ำราด ให้หมดกลิ่นหมดคาว แต่เนื่องจากเราเจ็บป่วยเราจะทำถึงขั้นนั้นเราทำไม่ได้หรอก แต่ที่นี้พอเราออกจากห้องน้ำมาแล้ว เค้าเข้าอีก ปัสสาวะที่เราเอาน้ำราดไปมันก็ยังมีกลิ่นอยู่ เค้าก็อาจจะออกมาบ่นบ้าง พี่เข้าห้องน้ำคราวหลังพี่ราดน้ำให้หมดหน่อยนะ คนที่เข้าต่อจากพี่มันยังมีกลิ่นอยู่มันก็จะต้องทำให้คนไข้เกิดมีความคิด เอ้ย กูไม่ใช่คนปกตินะโว้ย มึงก็ต้องมีความคิดด้วยเหมือนกัน แต่พูดกันในหลักความจริงแล้ว เราไม่สามารถพูดได้

เพราะถ้าเราไปพูด มันเกิดการกระทบจิตใจซึ่งกันและกัน เรื่องจริงนะ เดี๋ยวก็ทะเลาะกัน คือในสิ่งอันไหนที่มันจะถนอมจิตใจกันได้มันต้องทำ อย่าไปให้คนที่ดีอย่าไปทำให้คนที่ดีเขาเจ็บป่วยทางใจขึ้นมาอีกคน ถ้าเราไปต่อคำพูดมันก็เรื่องมาก ทำให้เคืองกันไปเปล่าๆ"(รายที่ 6/2)

"นอนอยู่เฉยๆ ถ้าพูดไปมาก เดี๋ยวเค้าจะว่าปากเก่ง (หัวเราะ) เลยนอนอยู่เฉยๆ ไป...กลัวเขาดุเขาด่าเอา (หัวเราะ) เราบอกเขามาก เดี๋ยวเค้าดุเราอีก คนไหนดีมันก็ไม่ดุหรอก...เขาดุเขาด่า เราก็โมโหไม่อยากบอกเขา โมโหนะถ้าบอกเขาไปเขาดุเรามา เราโมโห พาให้โกรธให้เคืองไป เป็นอย่างนั้นทุกวันนี้ เลยไม่อยากพูด"(รายที่ 7/2)

"...เคี่ยวเข็ญเค้า (ลูกหลาน)ไม่ได้ เค้าก็ต้องทำงาน เดี๋ยวเค้าทำให้ นั่งเฉยๆเดี๋ยวเค้าก็ทำให้ คนเราเค้ามีความคิดอยู่แล้ว พ่อกับลูกทิ้งกันไม่ได้ ยังไงยังไงก็นั่น"(รายที่9/1)

3.1.2 **การใช้คำพูดที่เหมาะสม** เป็นการที่ผู้สูงอายุยอมรับว่าตนเองต้องปรับการพูดกับผู้ดูแล โดยใช้ลักษณะการพูดที่ป้องกันความขัดแย้งในเรื่องความคิดเห็นไม่ตรงกันเรื่องกิจกรรมการดูแล นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังได้เรียนรู้ว่าผู้ดูแลในครอบครัวเองก็ต้องการการพูดที่ดีจากผู้สูงอายุเช่นกัน จึงควรใช้คำพูดที่ดีเหมาะสมกับผู้ดูแล โดยพบว่าผู้สูงอายุได้ใช้การพูดในลักษณะปรึกษาหารือ การพูดด้วยเหตุผล และการพูดด้วยถ้อยคำที่ไพเราะ ดังคำกล่าวนี้

" ก่อนออกจากโรงพยาบาล เราคิดแล้วว่าเราต้องทำอะไรบ้าง เมื่อกลับมาบ้านเราก็ต้องบอกภรรยาของเราก่อนว่า เออ ในสิ่งอย่างนี้ เธอไม่ต้องทำให้ฉันนะ เดี๋ยวฉันทำของฉันเอง ต้องพูดกัน...เรื่องที่ต้องนำมาพูด เป็นเรื่องจำเป็นต้องปฏิบัติทุกวัน ยกตัวอย่าง หลังจากตื่นเช้า หลังจากอาบน้ำแปรงฟัน เค้าจะต้องดูแลเรื่องสำรับอาหาร ขั้นต่อไปคือรับประทานยา คนดีกับคนป่วยผิดกัน คือคนป่วยเค้าจะรู้ว่า หลังจากรับประทานอะไรบ้าง เราก็ต้องพูดกับภรรยาว่า ยาตัวนี้มันเป็นยาหลังอาหารนะ เพราะงั้นยาตัวไหนที่มันจะสามารถรวมกันได้ เพราะงั้นคนป่วย ยาเป็นสิ่งสำคัญต้องพูดต้องคุย"(รายที่ 6/2)

"คิดอะไรมากมาย เราพูดมากประเดี๋ยวเค้าบ่นให้ฟัง ต้องๆพูดนิดๆต้องพูดไม่มาก มันอย่างนี้ใครๆเค้าก็นั่นแล้ว ใครๆก็ไม่อยากจะได้แล้วใช่ไหม เค้าต้อง

ลำบากเค้า ผมก็รู้ตัว ผมก็รู้ ชีวิตมันเป็นมันมา เอาแน่นอนไม่ได้ เอาสิ่งแน่นอนไม่ได้...มันก็ช่วย เรียกเค้า(หลาน)เอานี่ เอาโน้นเอานี่ เอาโน้นมาหน่อยซิ เอานี่มาหน่อยซิ เก็บ พูดดีๆงี้ พอเราจะใช้เค้าเราต้องพูดดีๆ...จะเอาโน้นเอานี่ เช็ดหน้า เค้าทำให้เรื่อย ตอนนี้ปวด ใกล้แล้ว มันต้องบอกคนที่อยู่กับเราเนี่ย เราอย่าไปว่าเค้า จะใช้เค้าต้องพูดดีๆ"(รายที่ 9/1)

"มาวิเคราะห์ว่า คนเราจะพูดจาอะไรต้องระวังปาก ระวังอารมณ์เหมือนกัน ไม่แต่ตัวเราเองคนเราก็ชอบเสียงเพราะ ชอบวาจาไพเราะ ชอบที่ดีงาม บางคนคนป่วยอาละวาดนะ ไม่พอใจอาหารบ้าง ไม่พอใจคนดูแลบ้าง แต่ลุงไม่มี...ป้าหมุนอยู่นั่นแหละ เพราะว่า ไปไม่ถูก ต้องบอกเพื่อให้ป้ารู้ว่า next ป้าบอกว่าเราเอาแต่ใจไม่ใช่ เราเพียงแต่บอกว่า ทำไปตามขั้นตอนจะได้เสร็จเร็ว บอกให้รู้ว่าเสร็จตรงนี้จะทำยังไง .."(รายที่11/1)

"เราต้องบอกเค้า พ่อชอบอย่างนั้นอย่างนี้ เค้าก็เข้าใจ..ต้องเตือนต้องบอกเค้าบอกด้วยปาก มันก็รู้เองหรอกครับ ลูกเค้าไม่รู้บางครั้งต้องบอกอย่างนั้นอย่างนี้บอกให้ลูกเข้าใจมันถึงจะรู้"(รายที่12/1)

3.2 การทำใจยอมรับ

ผู้สูงอายุได้มีความพยายามทำใจยอมรับสภาพที่ตัวเองจำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่น โดยการเปรียบเทียบตนเองกับผู้ที่มีสภาพพึ่งพามากกว่าตนเอง การพยายามคิดในแง่ให้เกิดการยอมรับสภาพมากขึ้น เช่น การนำประสบการณ์ ความรู้ ข้อคิดที่สั่งสมในอดีตมาใช้ เพื่อทำให้ตนเองปล่อยวางจากอารมณ์ที่ไม่สบายใจต่างๆ ซึ่งผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้นำแนวคิดของธรรมะมาใช้ โดยเฉพาะการใช้ความเชื่อเรื่องกฎแห่งกรรมเพื่ออธิบายเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเอง ดังคำกล่าวต่อไปนี้

"ก็ไม่ได้คิดอะไร เห็นคนอื่นเขายิ่งหนักกว่าเรา ลุกไม่ได้ นั่งไม่ได้ กินไม่ได้ ต้องป้อน นี่ก็ยังไม่ถึงขนาดนั้น ยังพอลุกได้ ทานได้เองอะไรได้เอง (รายที่3/2) ...ก็รู้สึกกลัวเหมือนกัน เพราะเราป่วยออดๆแอดๆ คิดว่าเป็นกรรมที่เราทำมา " (รายที่ 3/3)

"เราต้องช่วยตัว ถ้าเราคิดมากเราจะไม่สบายใจ แต่ใครว่าไม่คิดไม่ได้หรอก คิด คิดแล้วก็หายไป" (รายที่ 4/1)

"บางทีเอาแต่บุญแต่กรรมมัน เถอะถึงไหนก็ มันไม่ถึงร้อยก็ช่างมันเถอะ เราทำบุญแค่ไหนก็ไปแค่นั้น จะไปก็ตามเรื่องมันแหละ นึกอีกที ทำอะไรไม่ได้ ตายแม่ไปดีกว่ามั้ง นึกเหมือนกัน "(รายที่ 8/1)

"ก็ปลง ก็คิดไปเป็นเรื่องของธรรมะ ธรรมชาติของชีวิต มีแค่นี้ มันไม่มีอะไรเป็นของยั่งยืน มันไม่มีอะไรเป็นของเรา เป็นของธรรมชาติ มันเดือดร้อนเพราะเรากิเลส ความโลภ โทสะ โมหะ เราเอาหลักพระพุทธเจ้ามาคิด ชีวิตเรามีแค่นี้แหละ จะไปโมโหโทโสอะไรกับผู้คน กับสังคม มองในแง่ดี ใช่ไหม ลืมไป คือเราทำใจ...มีท้อแท้ แต่เรารู้ว่าเราเป็นโรคไม่เหมือนใคร มันหนัก เราก็คิดว่าเป็นกฎแห่งกรรม เราไม่ได้ไปประมาทอะไร"(รายที่ 11/1)

"บางครั้งก็ใจไม่ดีว่าตัวเองจะไม่หาย บางครั้งก็ นึกคิดว่าแล้วแต่เวรแต่กรรมครับ" (รายที่12/1)

3.3 การพยายามพึ่งพาตนเอง

ผู้สูงอายุทุกรายหวังที่จะหายเป็นปกติหรือมีสภาพที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้มากยิ่งขึ้น สภาพที่ไม่สามารถทำกิจกรรมต่างๆด้วยตนเองได้ ทำให้ผู้สูงอายุหงุดหงิดไม่พอใจกับสภาพของตนเอง อยากพ้นจากสภาพที่เป็นอยู่และกลับไปทำงานดังเดิม ดังนั้นผู้สูงอายุจึงพยายามช่วยเหลือตนเองทางกายเพิ่มขึ้น ดังคำกล่าวต่อไปนี้

"ถ้าพูดถึงดีขึ้นจากอะไร มันก็อยู่ที่กำลังใจๆเรา เพราะว่ากำลังใจเรา แบบบางทีคือเราคอยให้เขาช่วยอยู่ตลอดนี่ เราก็ดูแล้ว มันกะไรอยู่ เราก็สิ่งไหนที่เราพอช่วยตัวเองได้ เราก็ช่วยตัวเอง ถ้าเราช่วยตัวเองได้มันก็สะดวกกับเราด้วย ใช่ไหม ถ้ามัวแต่ให้เขามาช่วยเราอยู่เรื่อยๆมันก็ไม่สะดวก" (รายที่1/1)

"เราคิดว่าถ้าเราทำได้ เราทำเองนะ กับข้าว ทำเอง เพราะเราถนัดข้างนี้ บางทีเขาก็ให้ท " (รายที่3/1)

"ภาวนาให้เดินได้อะไรได้ แข้งขาดีๆ อยากจะหายจะตาย อยากทำมาหากินเอง ...หวังว่าจะเดินได้ เดินได้กระเถิบกระเถิบก็ยังดี" (รายที่4/2)

“เป็นที่ใจเรา เราเป็นคนใจร้อน ไม่อยากใช้คนด้วย ทำได้จะไม่ใช้ใครเลยนะ ทำอะไรเองได้ ทำเองเลย” (รายที่7/1)

จากการสัมภาษณ์พบว่าแรงผลักดันสำคัญอีกประการหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุต้องการพ้นจากสภาพพึ่งพา คือการมองเห็นความลำบากในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัว และเห็นความเหน็ดเหนื่อยจากการรับภาระถึงสองบทบาท ความเกรงใจและความสงสารผู้ดูแลในครอบครัว ทำให้ผู้สูงอายุต้องการลดภาระของผู้ดูแล โดยการพยายามช่วยเหลือตนเองให้มากที่สุด และขอความช่วยเหลือเท่าที่จำเป็นเท่านั้น เช่น การพยายามทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองเองให้มากที่สุด การพยายามทำกายภาพเพิ่มบ่อยขึ้นเพื่อการฟื้นคืนสภาพ ดังคำกล่าวต่อไปนี้

“มีความรู้สึกว่าบางอย่างที่เราทำได้ เราก็อยากจะทำเอง เพราะว่าเราก็เกรงใจเค้า (ภรรยาและลูก) เราก็ไม่อยากให้เค้า บางทีกลางค่ำกลางคืนนี่เราจะขับถ่ายอะไรอย่างงี้ เราต้องมาเรียกเค้า เราก็ลำบาก เค้าก็จะหลับจะนอน เราก็เกรงใจเค้า เพราะว่าเช้าตื่นขึ้นมาเค้าก็ต้องมาทำงานอีก แล้วเราอยู่กับเตียงงี้ ถ้าเราช่วยเหลือตัวเองได้ เราก็ต้องช่วย…ก็ทุกอย่างที่เรา พอจะทำได้ เราก็ทำ แม้แต่การขับถ่าย เมื่อก่อนนี้ กระโถนอะไรพวกนี้ ก็จะไว้อยู่ปลายเตียง ถ้าเราหยิบไม่ได้ เราก็จะเรียกเค้า แต่ถ้าเราหยิบได้ เราก็จะหยิบมาขับถ่ายเอง แล้วบางครั้งบางคราวนี่ เรารู้สึกว่าเราเดินได้เราก็จะเดินเข้าห้องน้ำเอง ไม่ต้องเรียกเค้า”(รายที่1/2)

“เราต้องมีการคิดนะว่า ในสิ่งตัวไหนที่เราช่วยตัวเองได้ เราก็ไม่อยากไปพึ่งพาเค้า (ภรรยา) เพราะตามหลักธรรมดา หนูก็ต้องมีความเข้าใจ คนเราไม่ใช่อยู่ด้วยกันแล้ว ทุกสิ่งทุกอย่างจะเห็นเค้าเป็นขี้ข้าหมด..คือไม่ใช่ไม่อยากพึ่งพา ในส่วนใดที่เราจำเป็นต้องพึ่งพาเราก็ต้องพึ่งพา เพราะเราเจ็บป่วย ในสิ่งที่เราทำไม่ได้ แต่ในส่วนที่เราทำได้ ยกตัวอย่าง ถ้าเรานอนอยู่โรงพยาบาลได้ประมาณ 3 วันแล้ว พอจะลุกเขยิบตัวได้แล้ว พอจะลุกก้าวขาได้แล้ว เราก็มีความคิดว่าไอ้ส่วนที่เค้า (ภรรยา)เช็ดตัวอาบน้ำให้เรา เราพอเดินได้แล้ว ไม่ต้องให้เธอทำแล้ว เดินเหิน มีไม้เท้า เข้าห้องน้ำเองได้แล้ว เราก็พยายาม(รายที่6/1) เกรงใจในเรื่องที่ว่า คล้ายกับว่าเมื่อเราอยู่ที่บ้าน ถ้าพูดถึงความแข็งแรง 100 % เรามีอยู่ในร่างกาย 70 % เราก็สามารถช่วยเหลือตัวเองอะไรได้บ้างแล้ว ในสิ่งที่เราไม่จำเป็นต้องให้เค้าทำ เราก็ไม่อยากให้เค้าทำ”(รายที่6/1)

"ผมไม่อยากให้เค้า(ลูกสาว)ช่วย มันลำบาก ผมช่วยตัวเองดีกว่ามันสบายใจ ไอ้โรคอย่างนี้ใครๆเค้ารังเกียจเยอะนะ มันเป็นสิ่งที่ลำบากมาก... เช้าๆผมก็ออกกำลังแล้ว ออกแล้ว เค้าพูดบอกว่า พ่อว่างๆก็ออกกำลังพ่อ ต้องช่วยตัวเองมั่ง ไอ้คำพูดบอกให้ช่วยตัวเองเรา ก็ต้องช่วยตัวเองมั่งล่ะ เดี๋ยวเค้าบอกทำอะไรๆก็ไม่ได้ อะไรก็ไม่ได้ มันก็ไม่ดี"(รายที่9/1)

3.4 การทำกิจกรรมอื่นเบี่ยงเบน

การทำกิจกรรมเป็นวิธีการปรับตัวอีกประการหนึ่งในการเบี่ยงเบนความสนใจ จากความไม่สุขสบายทางกายและความทุกข์ทางใจจากการช่วยเหลือตนเองไม่ได้ เป็นการหันเหความสนใจสภาพของตนเอง ไปสนใจกิจกรรมภายนอกที่ให้ความเพลิดเพลินสนุกสนาน ลดความคิดหมกมุ่นวิตกกังวลกับสภาพปัญหาทางสุขภาพที่เป็นอยู่ จากการสัมภาษณ์พบว่า กิจกรรมที่ใช้ในการเบี่ยงเบน ได้แก่ กิจกรรมภายในบ้าน ที่ให้ความเพลิดเพลิน เบิกบานแจ่มใส รวมถึงการได้รับรู้ข่าวสารบ้านเมือง นอกจากนี้ยังมีกิจกรรมเพลิดเพลินนอกบ้าน ซึ่งช่วยให้ผู้สูงอายุมีอารมณ์เบิกบานแจ่มใส ป้องกันการเกิดอารมณ์เงียบเหงาเบื่อหน่าย จากการอยู่ในบรรยากาศที่จำเจภายในบ้าน กิจกรรมที่พบอีกประการหนึ่ง คือ กิจกรรมที่เป็นสิ่งยึดเหนี่ยวใจ ซึ่งเป็นกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับศาสนา และความเชื่อ ผู้สูงอายุกล่าวว่าช่วยทำให้เกิดกำลังใจ ลดความวิตกกังวล ได้ความสบายใจจากการปฏิบัติตามหลักคำสอน และอาจส่งผลช่วยให้การเจ็บป่วยดีขึ้น ดังจะกล่าวต่อไปนี้

3.4.1 **กิจกรรมในบ้าน** เป็นการที่ผู้สูงอายุมีประสบการณ์ในการได้รับการส่งเสริมสนับสนุนให้ทำกิจกรรมยามว่าง ในที่นี้พบว่าคือการดูรายการโทรทัศน์ต่างๆตามที่ผู้สูงอายุชอบ ได้แก่ รายการข่าว สารคดี รายการบันเทิงต่างๆ ทั้งนี้พบว่าการดูรายการโทรทัศน์เป็นกิจกรรมยามว่างที่พบเกือบทุกรายยกเว้น หนึ่งรายไม่ชอบดูโทรทัศน์แต่ชอบฟังข่าวจากวิทยุ ดังคำกล่าวต่อไปนี้

"ผมก็ดูโทรทัศน์ของผมไปเรื่อยเปื่อย ก็ส่วนมากถ้าผมดูก็ ถ้าไม่ข่าวก็พวกหนังจีน ...ก็ทีวีอะไรพวกนี้ คือมันก็แบบเรียกทำให้เราเพลิดเพลินไปพัก...ถ้าไม่มีทีวี ถ้ามีวิทยุเราก็อาจจะเปิดวิทยุ ฟังเพลงอะไรบ้างนิดหน่อยใช่ไหมฮะ คือแบบคลายอารมณ์ จูงใจให้เรานิดหน่อย เปิดคลายอารมณ์ของเรานิดหน่อย" (รายที่1/1)

"ก็ฟังข่าวนิดหน่อยก็พอแล้ว บางทีบางครั้งก็เปิดฟังข่าวอะไรบ้าง ไม่รู้ตอนไหนนึกอยากจะดูก็ดู ฟังข่าว ข่าวมีตอนไหนก็เปิด" (รายที่2/1)

"ถ้าเราดูละคร หรือดูคณะตลก มาเล่นให้เราดู ถ้าเรามีจิตใจๆเบิกบาน แจ่มใส เราหัวเราะ ร้องไห้ มันเป็นเรื่องที่ดีกับร่างกายเรา ดีกว่าว่า เราไปดูว่า ละครอะไรที่มันเครียดๆ... มันมีผลมากเลย ถ้าเรานอนอยู่เฉยๆแล้ว ไม่มีคนอยู่ข้างๆเรา เราจะคุยกับใคร เราก็อยากพูดคุย แต่ว่าถ้าเกิดดูโทรทัศน์ มันเล่นแล้วมีละครให้เราดูอย่างโง้นอย่างนี้ เรายังโวกว๊ากได้ เรายังพูดได้ตลอด อารมณ์ผ่องใสดีขึ้น" (รายที่ 6/1)

"ผมดูข่าว ข่าวที่ปักใต้ เค้า (ลูกหลาน)เปิด กลัวผมจะเหงา กลัวจะเหงา ไม่ได้ดูอะไร"(รายที่9/1)

"ล้างหน้าแปรงฟัน กินอะไรเรียบร้อยแล้ว ดูข่าว ภรรยาเปิดข่าวให้ดู ส่วนมากละครหนังไม่ได้ดู ดูข่าวประเทศไทย ทางอิรัก ทางอะไรของโลก ชอบดู" (รายที่ 10/1)

3.4.1 **กิจกรรมเพลิดเพลินนอกบ้าน** เป็นการที่ผู้สูงอายุมีประสบการณ์ได้รับการดูแลช่วยเหลือให้ได้ออกไปมีกิจกรรมนอกบ้าน เช่น การขับรถออกไปต่างจังหวัด หรือการไปสวนสาธารณะเพื่อดูวิวทิวทัศน์ การรับประทานอาหารนอกบ้าน ดังคำกล่าวต่อไปนี้

"อีกอย่างหนึ่งบางทีเค้าเห็นเราเหงาๆอยากจะพาไปโน้นมานี่ แบบเรียกไปนั่งรถเที่ยวอะไรงั้น เค้าก็รู้ว่าเออ บางครั้งเรา อยู่บ้านเงียบเหงาอะไรงั้น เค้าก็อยากจะให้เราไป ไปสนุกสนานเฮฮา แบบเรียกคล้ายๆว่า อยากให้เราไม่ให้เหงามาก อยากให้เราไปดู ไปออกรถไปดูเส้นทางไปดูวิวทิวทัศน์อะไรต่ออะไรเรื่อยเปื่อย... พยายามช่วยเราเต็มที่ ก็ แบบว่าอยู่บ้านมันเงียบเหงา อะไรอย่างงี้ เค้าก็อยากให้เราออกไปโน้นไปนี่" (รายที่1/2)

"เค้า (ลูกสาว)ก็เป็นห่วง อยากไปวัดไปอะไร เค้าก็พาไป เค้าก็พูดว่าเวลาตายจะไม่ได้เห็นวัด(หัวเราะ) ก็เลยไปกับเขา ไปตอนสงกรานต์นี่แหละ"(รายที่7/2)

"ลูกสาวพยายามพาพ่อไปทานอาหาร ดูในโทรทัศน์อยากพาพ่อไปกิน พาไปเรื่อยแหละครับ ตั้งแต่ป่วยมา (รายที่10/1) เค้าพาไปเที่ยว ไปหัวหินบ้าง ไปนายร้อย จปร. ต้องการอะไรขอให้บอก"(รายที่10/3)

“ก็บางทีเดินออกกำลังกายบ้างบางครั้ง บางทีก็พาออกไปเที่ยวในสวนสาธารณะข้างบ้านครับ ก็กำลังกายเข้มแข็งขึ้น จิตใจก็เบิกบานแจ่มใส” (รายที่12/1)

3.4.2 **กิจกรรมที่เป็นสิ่งยึดเหนี่ยวใจ** เป็นการที่ผู้สูงอายุได้รับการส่งเสริมสนับสนุนจากผู้ดูแลในครอบครัว ให้มีสิ่งยึดเหนี่ยวใจเพื่อเป็นที่พึ่งทางจิตใจ ซึ่งส่งผลต่อการปรับสมดุลทางใจทำให้เกิดความรู้สึกสงบ และความดีงามทางใจ พบว่าเป็นกิจกรรมเกี่ยวข้องกับ ศาสนาและความเชื่อของแต่ละบุคคล กิจกรรมที่ทำได้แก่ การสวดมนต์ การทำบุญ การบนบาน การไหว้เจ้าที่สิ่งศักดิ์สิทธิตามความเชื่อ สำหรับผู้สูงอายุที่ไม่สามารถทำเองได้ ผู้ดูแลในครอบครัวได้ตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุโดยการช่วยทำแทน ดังคำกล่าวต่อไปนี้

“คือการทำบุญ หรือไหว้พระไหว้เจ้า ผมก็ทำทุกวันพระอยู่แล้ว แฟนเค้าบางทีไปซื้อผลไม้มั่ง ลูกสาว บางทีไปซื้อขนมมั่ง พอมาไหว้ ทั้งหิ้งพระ เสาปูน เจ้าที่ ทั้งหน้าบ้าน ทั้งพญานาคอะไร ผมก็จุดธูปไหว้ แล้วก็ให้เค้าเอาไปปัก คือเราจะเดินไม่ค่อยสะดวก เราไหว้เสร็จแล้ว เราให้เค้าไปปักให้ ”(รายที่1/2)

“เพื่อนเขาเอามาให้ ชอบอ่าน บางทีก็สวด บางทีก็ไม่สวด แล้วแต่อารมณ์ อยากสวดก็สวด...มันก็ดีบางทีเราก็ทำอะไรดี คิดอะไรได้ สิ่งไม่ดี เราก็คิด ถ้าสิ่งที่ทำไปเป็นบาป สิ่งที่ทำไปไม่ดี เราก็อ่าน.. บางทีก็อ่านหนังสือ ดูทีวี สวดมนต์ บางทีก็สวดภาษาไทย บางทีก็สวดภาษาจีน สามีเค้าบอกสวดแล้วดี(รายที่ 3/1) เค้า(สามี)ก็บอกสวด(มนต์)ไปเถิดแล้วจะดีเอง จิตใจดี เค้าเอาหนังสือธรรมะมาให้อ่าน คือว่าโรคภัยจะหาย ”(รายที่3/2)

“ไม่ได้จุด (ธูป) แล้ว เจ็บงี้ไปจุดไง ลุกก็ไม่ได้ บุญก็ไม่ได้ไปทำ ลูกสาวไปก็ฝากเค้าไปยี่สิบวันพระใหญ่ๆ ไปไม่ไหว ใส่บาตรให้ตลอด”(รายที่8/1)

“สวดขอพรท่าน คาถาชินบัญชรแล้วขอพรท่าน ถ้าเรานอนไม่หลับ บอกให้สวดมนต์ไป อะไรไปอย่างนี้ ให้หลับ ช่วยได้บ้างเป็นบางครั้งบางคราว ก็แก้เครียดไปได้ครับ” (รายที่10/2)

“ป้าเค้าไปบน เจ้าพ่อ โรงพยาบาลพระมงกุฎ ราหู ป้าเค้าไปบน ด้วยไข่ร้อยฟอง ท่านไม่ทานเนื้อสัตว์ ท่านเป็นอิสลาม ก็ได้อธิษฐานส่งจิตส่งใจ มันก็เป็นเรื่องกำลังใจนะ แล้วแต่นะ ถ้าคิดว่าดี เป็นสิ่งที่ดี ” (รายที่11/1))

“ทำบุญถวายสังฆทาน อธิฐานเอา (หัวเราะ) ให้หายป่วย ลูกเมียไปพร้อมกัน กับลูกกับเมียนั่นแหละ อันไหนจะดีจะงามก็อธิฐานเอา ให้หายขาด…ทำบุญตักบาตร บ้านอยู่ถนนใหญ่ ตีสี่ตื่นแล้วขายของ เค้าก็ซื้อข้าวต้มขนมตักบาตรทุกวันๆ บางครั้งก็ผมบางครั้งก็เค้า..ทำให้เบิกบานใจ ทำบุญตักบาตรแล้วก็สบายใจดี อันไหนมันดีมันงามก็อธิฐานเอา ให้ข้าพเจ้าหายขาดจากโรคภัยทั้งปวง ” (รายที่ 12/1)

4. การรับรู้คุณค่าการดูแล

การดูแลเอาใจใส่ที่ผู้ดูแลในครอบครัวให้กับผู้สูงอายุระหว่างการเจ็บป่วยอยู่ในภาวะพึ่งพานั้น ทำให้ผู้สูงอายุรับรู้และเกิดมุมมองใหม่ๆเกี่ยวกับผู้ดูแล เป็นมุมมองในแง่รับรู้ความเอื้ออาธรช่วยเหลือที่ผู้ดูแลในครอบครัวมีให้ กล่าวได้ว่าเป็นแง่มุมที่ทำให้ผู้สูงอายุรับรู้ถึงคุณค่าของผู้ดูแล ซึ่งได้แก่ การรับรู้ความสำคัญของผู้ดูแล การชื่นชมในการช่วยเหลือ การรับรู้ความห่วงใย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

4.1 การรับรู้ความสำคัญของผู้ดูแล

เป็นความรู้สึกที่ผู้สูงอายุรับรู้ได้ว่าหากไม่ได้รับการช่วยเหลือให้การดูแลจากผู้ดูแลในครอบครัว ในภาวะที่ตนเองช่วยเหลือตนเองได้ไม่เต็มที่ ผู้สูงอายุจะได้รับความยากลำบากในการดำรงชีวิต ผู้ดูแลทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกเบาใจและอุ่นใจ ดังนั้นผู้สูงอายุจึงเห็นความสำคัญของผู้ดูแลในครอบครัวที่มีต่อตัวผู้สูงอายุ ดังคำกล่าวต่อไปนี้

“ถ้าเราช่วยเหลือตนเองไม่เต็มที่ มันมีคนมาช่วยเราอยู่เรื่อยก็ดีใช่ไหมฮะ แต่ถ้าหากว่า เขาไม่มาช่วย เราทำไม่ได้เลย เราก็ลำบาก ไม่รู้จะทำอะไร ช่วงที่เราทำอะไรไม่ได้หยิบโน้นก็ไม่ได้หยิบนี่ก็ไม่ได้ จะเดินไปไหนก็เดินไม่ได้” (รายที่1/1)

“เบา เบาใจ เรามีความคิดว่า ถ้าเราไม่ได้เขา ไม่ได้ภรรยาที่ดี ลูกเราก็อยู่ต่างจังหวัด ถ้าเราไม่ได้ภรรยาเราคงลำบาก ไม่ใช่คง ลำบากมาก…ก็เคยพูดกับเขา ถ้าฉันไม่ได้เธอ ฉันก็คงจะลำบาก” (รายที่6/1)

"...มานอนเฝ้า ไม่ได้ไปไหนเลย ก็เห็นเจตนาแล้วว่าป้าเป็นคู่ชีวิต เป็นกำลังใจส่วนหนึ่งให้เราหาย ไม่ท้อแท้ นอนนี่ทุกคืน ทั้งอาหารการกิน อันนี้เราก็สดชื่นขึ้นแล้ว ป้านอนอยู่ข้างเรา ครอบครัวก็อบอุ่น ของกินของอยู่ป้าเค้าดูแล"(รายที่11/1)

4.2 การชื่นชมในการช่วยเหลือ

หลังจากตกอยู่ในภาวะพึ่งพา ผู้สูงอายุพบว่า หากไม่ได้รับการปรนนิบัติดูแลจากผู้ดูแลในครอบครัว ผู้สูงอายุจะต้องประสบกับความยุ่งยากลำบากในการมีชีวิตอยู่ ดังนั้นผู้สูงอายุจึงรู้สึกซาบซึ้งในความดีและความเสียสละ อยากตอบแทนความมีน้ำใจเสียสละดูแลของผู้ดูแลในครอบครัว อย่างไรก็ตามภาวะการเจ็บป่วยอยู่ในภาวะพึ่งพา ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถทำได้ จึงทำได้แต่เพียงคิดเท่านั้น ดังคำกล่าวต่อไปนี้

"เพราะว่าอย่างไรเขาก็เป็นลูกเป็นเมียของเรา ถ้าเขาช่วยเราอย่างนี้เราก็พอใจมากเลย (รายที่1/1)ความรู้สึกของผมไม่มีอะไร เพียงแต่ว่าเราเห็น เห็นเค้าความดูแลอะไรต่ออะไร เราก็ขอบคุณเค้ามาก อะไรมากอะไรยังงี้ (รายที่1/2)

" ตอบแทนน้ำใจ คือว่า เราทำได้ เราก็อยากทำ แต่เราทำไม่ได้(รายที่3/1) เกิดความรู้สึกสงสารเค้าเหมือนกัน อยากจะตอบแทนอะไรเค้าบ้าง แต่เราก็ทำไม่ได้ ได้แต่คิด(รายที่3/2) รู้สึกว่า เค้าทำกับเราอย่างงี้ เราต้องหาทางตอบแทนเค้ามั่ง เราก็ทำอะไรไม่ได้ อยากจะทำอะไรๆให้เค้า"(รายที่3/3)

"รู้สึกดีใจเหมือนกัน ดีใจว่า พูดว่า อยากให้แม่ลุก เดี๋ยวจะล้มจะอะไรเค้าก็พูดไปลำบาก เวลาล้มมาแล้วจะลำบาก (รายที่7/1)รู้สึกดีใจว่าลูกทำให้ เพราะลูกปรนนิบัติเราดี คนอื่นไม่มาปรนนิบัติหรอก เค้ามาดูเค้าก็มาดูเฉย"(รายที่7/2)

"เค้าไม่มีลูกชาย ผมพูดด้วยวาจาว่าจะบวชให้เค้า เค้ายึดมั่นในสิ่งศักดิ์สิทธิ ผมเข้าใจ ผมถูกรอตเตอร์รี่ 5 ใบ ผมให้เค้า สิ่งที่มี จะเอาอะไร ผมให้เค้าทุกอย่าง" (รายที่10/3)

"รู้สึกว่าขอบคุณทุกคนครับที่เป็นห่วงครับ...เค้าก็ให้เงินให้ทองมารักษาเรา ก็เป็นความดีของเค้าอยู่พอสมควร...บูชาจิตใจลูกทุกคน เค้าเป็นห่วงเรา กลัวเราไม่หายอะไรทุกอย่าง" (รายที่12/1)

4.3 การรับรู้ความห่วงใย

เป็นการที่ผู้สูงอายุรับรู้ว่าผู้ดูแลในครอบครัวมีความพะวงห่วงใยเกี่ยวกับตัวผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุมักจะกล่าวถึงการรับรู้ว่าผู้ดูแลมีความห่วงใย ส่วนใหญ่ความห่วงใยของผู้ดูแลสามารถเห็นได้ในกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการรักษา การใส่ใจให้ผู้สูงอายุปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ การสนใจถามไถ่อาการอยู่เสมอ การระมัดระวังไม่ให้มีการเจ็บป่วยเพิ่ม เช่น การพลัดตกหกล้ม ดังคำกล่าวต่อไปนี้

"คือว่าอดีตเรากินเหล้าอยู่ทุกวัน แล้วมาพอไม่สบาย ลูกก็ไม่อยากให้เรากิน เรากินยาอยู่ด้วย เค้าก็อยากให้เรางดเหล้าไว้ เพราะว่าถ้าเรากินเหล้าไปเรื่อย เค้าก็ไม่ค่อยสบายใจ กลัวเราจะเจ็บไข้ กลัวเราจะต้องไปอยู่โรงพยาบาลอีก เป็นห่วงเรา (รายที่1/1) เราก็เข้าใจเค้า เค้าหวังดีกับเราอยู่เรื่อย อยากจะให้เราหายเร็วๆ แต่มันก็ยังไงไม่รู้ มันแบบนี้ เราก็อุตส่าห์กินยาตลอด มันก็ไม่หายสักที"(รายที่1/2)

"เค้าเป็นห่วง ตอนระยะที่มาหาอา อายังนอนอยู่โรงพยาบาล เค้าจะถามว่าอาจะอยู่ที่โรงพยาบาลนานไหม แล้วการรักษา หลังการผ่าตัดดีขึ้นไหม ก่อนเข้ากับหลังเข้าต่างกันไหม ถามทั้งลุงถามทั้งหมอ... คือความห่วงใย เค้าได้รับคำตอบจากแพทย์แล้ว เค้าได้รับคำตอบที่พอใจแล้ว เค้าหมดความกังวลเป็นห่วงไป เค้าก็เลยคิดว่าเป็นโรคปกติของคนชรา" (รายที่6/1)

"รู้สึกดีใจเหมือนกัน ดีใจว่า พูดว่า อยากให้แม่ลุก แต่เดี๋ยวจะล้มจะอะไรเค้าก็พูดไป ลำบาก เวลาล้มมาแล้วจะลำบาก เค้าก็บอกให้เราอย่าให้ล้มอย่าให้อะไร เป็นห่วงเป็นใยเราชิ"(รายที่7/1)

"มีแต่ซื้ออะไรมาให้ผมทาน ซื้อโน้นซื้อนี่ เค้าเป็นห่วงเรื่องขนมบ้างอะไรบ้าง บางทีก็ซื้อสบู่บ้างอะไรต่ออะไร ลูกสาวเค้าซื้อด้วย...มีบางทีเค้า เข้ามาเค้ามาเค้าก็ยิ้ม เราก็ดีใจแล้ว เข้ามาเค้าเจอผม เค้ายังนึก ยังนึกถึงความเมตตาของเค้า เราอยู่กับเค้าความสงสารเมตตาอย่างนี้ มีอยู่ในใจเค้า แค่นี้ชื่นใจแล้วไม่ต้องอะไร เราต้องช่วยตัวเองบ้างอะไรบ้าง ทำได้ก็ทำไป "(รายที่9/1)

"รู้ว่าเค้ารักเรา ห่วงใยเรา ให้เกียรติ ให้ความรัก" (รายที่11/1)

จากผลการศึกษา ผู้วิจัยสรุปประสบการณ์การได้รับการดูแลโดยผู้ดูแลในครอบครัว ของผู้สูงอายุที่อยู่ใน แบ่งเป็น 4 ประเด็นใหญ่ และมีประเด็นย่อย ดังนี้

ประเด็นที่ 1 อารมณ์ในสภาพพึ่งพา

1.1 เบื่อหน่ายท้อแท้

1.2 รู้สึกว่าตนเองเป็นภาระ

1.3 หงุดหงิดโมโห

1.4 เกรงใจผู้ดูแล

1.5 สงสารผู้ดูแล

1.6 รู้สึกผิด

ประเด็นที่ 2 การรับรู้ว่าต้องพึ่งพาการดูแล

2.1 การพึ่งพาทางกาย

2.1.1 การช่วยทำกิจวัตรประจำวันแทนทั้งหมด

2.1.2 การช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันบางส่วน

2.1.3 การช่วยเหลือทางการรักษา

2.1.4 การระมัดระวังอุบัติเหตุ

2.2 การพึ่งพาทางจิตสังคม

2.2.1 การตอบสนองทางจิตใจและอารมณ์

ก) การให้กำลังใจ

ข) การปลอบโยน

2.2.2 การตอบสนองทางสังคม

2.3 การพึ่งพาทางสิ่งแวดล้อม

2.4 การพึ่งพาทางการเงิน

2.4.1 การดูแลออกค่าใช้จ่าย

2.4.2 การทำธุระทางการเงินให้

ประเด็นที่ 3 การปรับตัว

3.1 การยอมปรับเปลี่ยน

3.2 การทำใจยอมรับ

3.3 การพยายามพึ่งพาตนเอง

3.4 การทำกิจกรรมอื่นเบี่ยงเบน

3.4.1 กิจกรรมในบ้าน

3.4.2 กิจกรรมเพลิดเพลินนอกบ้าน

3.4.3 กิจกรรมที่เป็นสิ่งยึดเหนี่ยวใจ

ประเด็นที่ 4 การรับรู้คุณค่าการดูแล

4.1 การรับรู้ความสำคัญของผู้ดูแล

4.2 การชื่นชมในการช่วยเหลือ

4.3 การรับรู้ความห่วงใย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 5

การอภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้มีจุดประสงค์เพื่อค้นหาความหมาย (Meaning) เกี่ยวกับได้รับการดูแลโดยผู้ดูแลในครอบครัว และศึกษาประสบการณ์การได้รับการดูแลโดยผู้ดูแลในครอบครัว ของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพาที่อาศัยอยู่ที่บ้าน ในบริบทสังคมไทย เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยใช้รูปแบบการศึกษาตามแนวคิดปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenological Study) ของ Husserl (Streubert and Carpenter, 1995) ทั้งนี้ ได้เลือกศึกษาจากมุมมองของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา เนื่องจากเป็นบุคคลที่มีประสบการณ์ในการได้รับการดูแลโดยตรง รวมทั้งเป็นผู้รับทราบถึงผลของการดูแลและเป็นผู้ที่รับรู้ถึงการได้รับการดูแลที่ตนเองได้รับหรือพึงได้รับจากการดูแล การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง จำนวนผู้ให้ข้อมูลทั้งสิ้น 12 ราย โดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth Interview) ข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์เนื้อหาตามขั้นตอนของโคไลซี่ (Colaizzi, 1978 cited in Holloway and Wheeler, 1996) ผลการวิจัยสรุป ดังนี้

ความหมายการได้รับการดูแลโดยผู้ดูแลในครอบครัว ของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา ประกอบด้วย 4 ประเด็นใหญ่ คือ 1) การปฏิบัติดูแลด้วยความเข้าใจผู้สูงอายุ 2) การปฏิบัติดูแลด้วยความเต็มใจ 3) การปฏิบัติดูแลด้วยการพูดคุยที่ดี และ 4) การดูแลด้วยความเคารพรักและผูกพัน

ประสบการณ์การได้รับการดูแลของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา โดยผู้ดูแลในครอบครัว สรุปได้เป็น 4 ประเด็นใหญ่ คือ1) อารมณ์ในสภาพพึ่งพา 2) การรับรู้ว่าต้องพึ่งพาการดูแล 3) การปรับตัว และ 4) การรับรู้คุณค่าการดูแล

การอภิปรายผลการวิจัย

1. ความหมายการได้รับการดูแลโดยผู้ดูแลในครอบครัว ของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา

ประเด็นที่ 1 การปฏิบัติดูแลด้วยความเข้าใจผู้สูงอายุ

การที่ผู้ดูแลในครอบครัวให้การดูแลผู้สูงอายุได้ดี สามารถตอบสนองตรงตามความต้องการของผู้สูงอายุได้นั้น ผู้สูงอายุเห็นว่าผู้ดูแลในครอบครัวควรปฏิบัติดูแลด้วยความเข้าใจ จากการสัมภาษณ์พบว่าการดูแลด้วยความเข้าใจ ประกอบด้วย การเข้าใจและยอมรับผู้สูงอายุ และการรู้ใจ

ผู้สูงอายุเห็นว่าการที่ผู้ดูแลในครอบครัวให้การดูแลผู้สูงอายุได้ตอบสนองตรงตามความต้องการของผู้สูงอายุได้นั้น สิ่งสำคัญในเบื้องต้นสำหรับการดูแล ผู้ดูแลในครอบครัวควรปฏิบัติดูแลด้วยความเข้าใจผู้สูงอายุ ซึ่งหมายถึง ผู้ดูแลควรมีวิจารญาณที่ดีในการรู้ความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุ รู้ขั้นตอนในการดูแลต่างๆ ซึ่งพบว่าสอดคล้องกับแนวคิดในการศึกษาคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุผู้สูงอายุในครอบครัวของ Phillips et al. (1995) โดยได้สร้าง Family Caregiving Dynamic Model ขึ้น เพื่อที่จะอธิบายปัจจัย และกระบวนการที่ส่งผลต่อคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุโดยครอบครัว พบว่าถ้าผู้ดูแลมีการใช้แนวทางหรือวิธีการดูแลที่ดี มีความเข้าใจการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ จะทำให้การดูแลที่ผู้สูงอายุได้รับมีคุณภาพ แต่หากผู้ดูแลใช้การควบคุม บังคับ ไม่เข้าใจในการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ผู้สูงอายุจะได้รับการดูแลที่ไม่มีคุณภาพ

นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังต้องการให้ผู้ดูแลยอมรับอารมณ์แปรปรวนในผู้สูงอายุ โดยเข้าใจอารมณ์ที่เกิดขึ้นมีสาเหตุมาจากการเจ็บป่วย ไม่ควรถือสาหรือตอบโต้กับการแสดงอารมณ์นั้นๆ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Marini (1995) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับความต้องการความช่วยเหลือดูแลในกิจวัตรประจำวันตามการรับรู้ของผู้สูงอายุ ที่ต้องการการดูแลระยะยาว พบว่าผู้สูงอายุต้องการได้รับการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกาย ตามที่ผู้สูงอายุต้องการ และต้องการการดูแลรักษาที่มีลักษณะยอมรับความเป็นบุคคล ตามลักษณะเฉพาะของบุคคล

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้สูงอายุยังให้ความเห็นว่าการเข้าใจลักษณะนิสัยของผู้สูงอายุซึ่งอยู่ร่วมกันมานานในฐานะบุคคลในครอบครัวเดียวกัน จนกระทั่งผู้ดูแลในครอบครัวรู้ถึงลักษณะเฉพาะตัวของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้ดูแลรู้ใจผู้สูงอายุ ส่งผลทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวสามารถให้การดูแลได้ถูกใจและตรงตามความต้องการของผู้สูงอายุได้ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการรู้ใจที่เกิดจากความใกล้ชิดสนิทสนมภายในครอบครัวเป็นความต้องการของผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องการศึกษาของอัจฉรา เอ็นซ์และปรียา รุ่งโสภาสกุล (2541) เกี่ยวกับการศึกษาบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุกับการดูแลรักษาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย พบว่าผู้สูงอายุต้องการให้บุตรเป็นผู้ดูแลมากที่สุด เพราะมีความใกล้ชิดสนิทสนมเข้าใจกันดี

ประเด็นที่ 2 การปฏิบัติดูแลที่ทำด้วยความเต็มใจ

ในการปฏิบัติดูแลกิจวัตรประจำวัน หากผู้ดูแลในครอบครัวด้วยความเต็มใจ พบว่าส่งผลเป็นการดูแลด้านจิตใจด้วย เนื่องจากทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกสบายใจ พอใจ ลักษณะการเต็มใจคือ ผู้ดูแลให้ปฏิบัติดูแลด้วย การไม่รังเกียจในการดูแลสิ่งสกปรกอันเป็นของน่ารังเกียจ การเอาใจใส่ในกิจกรรมการดูแลด้วยความใส่ใจ การตอบสนองความต้องการทันที จากการศึกษานี้พบว่าสอดคล้องกับ Crosby ที่ให้ความหมายของคำว่าคุณภาพ คือ “ความสอดคล้องกับความต้องการ” ซึ่งหมายถึงว่าการจะบรรลุถึงคุณภาพได้นั้นจะเกิดขึ้นเมื่อได้ทำให้สอดคล้องกับความต้องการที่

ระบุไว้แล้ว (Conformance to requirement) (จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, 2543) และสอดคล้องกับการศึกษาประสบการชีวิตของผู้สูงอายุไทยที่เป็นโรคเอดส์ของสุทธิดา ยศหลวงฝั้น (2546) พบว่าผู้สูงอายุรับรู้ว่าเป็นโรคสังคมรังเกียจ สภาพร่างกายเสื่อมถอย และต้องพึ่งพาผู้อื่น ผู้สูงอายุกล่าวถึงความต้องการเกี่ยวกับการดูแลจากผู้ดูแลในครอบครัวดูแลว่า ต้องการการดูแลเอาใจใส่และไม่แสดงการรังเกียจ

จากการศึกษาของ Cartwright et al. (1994) เกี่ยวกับกระบวนการของการเกิดความปลาบปลื้มติ (Enrichment) ความรู้สึกมีคุณค่าของผู้ดูแลในครอบครัว พบว่าความปลาบปลื้มปิติใจนี้ถือเป็นองประกอบหนึ่งของการดูแลที่มีคุณภาพ เนื่องจากเมื่อเกิดความปลาบปลื้ม หรือความพึงพอใจ จะส่งผลต่อสัมพันธภาพ ความสุขสบายของผู้ที่อยู่ในความดูแล ซึ่งความรู้สึกปลาบปลื้มใจ หมายถึง ความรู้สึกของผู้ดูแลที่มีต่อการดูแลว่าเป็นการกระทำที่มีคุณค่า หรือยินดีเต็มใจที่ได้ปฏิบัติตนเป็นผู้ให้การดูแล (Archbold et al., 1997 cited in schumacher et al., 1998) นั่นคือความรู้สึกปลาบปลื้มหรือความพอใจ หรือความยินดีเต็มใจในการเป็นผู้ให้การดูแล ผู้ดูแลในครอบครัวเห็นว่าเป็นองค์ประกอบหนึ่งของการดูแลที่ดีมีคุณภาพ ซึ่งพบว่าสอดคล้องกับความเห็นของผู้สูงอายุที่เห็นว่าลักษณะการดูแลที่ทำด้วยความเต็มใจของผู้ดูแล เป็นการดูแลที่ผู้สูงอายุคาดหวังหรือต้องการได้รับจากผู้ดูแล เนื่องจากส่งผลดีทั้งในแง่การให้การปฏิบัติดูแลที่ให้กับผู้สูงอายุ และมีผลให้เกิดความสบายใจต่อผู้สูงอายุ

ประเด็นที่ 3 การพูดคุยที่ดี

การสื่อสารกันด้วยการพูดเป็นส่วนประกอบสำคัญและจำเป็นในการดูแล เนื่องจากการสื่อสารที่ดีทำให้การดูแลผ่านไปด้วยความราบรื่น และก่อให้เกิดความสบายใจทั้งตัวผู้สูงอายุและผู้ดูแล การพูดคุยที่ดีของผู้ดูแล ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกสบายใจ และรับรู้ถึงเจตนาดีที่มีต่อผู้สูงอายุ จากสัมภาษณ์พบว่าลักษณะการพูดคุยที่ดี ประกอบด้วยลักษณะการพูด 2 ลักษณะ คือ การไม่พูดเชิงในลบ ลักษณะการพูดอีกลักษณะหนึ่ง ได้แก่ การพูดในสิ่งที่ดี คือ ผู้ดูแลพูดกับผู้สูงอายุด้วยถ้อยคำที่ฟังแล้วรู้สึกสบายใจ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาความต้องการของผู้สูงอายุของ Marini (1995) ที่ต้องการให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการติดต่อ สื่อสารที่ดี และให้เกียรติแก่ผู้สูงอายุ และสอดคล้องกับการศึกษาของ อังคณา ตัณฑ์เอกคุณ (2545) ทำการวิจัยเพื่อศึกษาคุณภาพการดูแล ตามความคาดหวังของผู้สูงอายุที่พักอาศัย ในสถานสงเคราะห์คนชรา โดยผู้สูงอายุกล่าวว่าบุคลากรซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุควรมีการพูดที่ดีกับผู้สูงอายุ มีความเป็นกันเอง ให้เกียรติผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังพบว่าสอดคล้องกับการศึกษาของ Oermann และ Templin (2000) ทำการวิจัยเชิงบรรยาย ศึกษาคุณลักษณะที่สำคัญของคุณภาพการบริการด้านสุขภาพ ในมุมมองของผู้รับบริการ

พบว่า ปัจจัยหนึ่งที่สำคัญที่ทำให้คุณภาพการพยาบาลอยู่ในระดับสูงในมุมมองของผู้รับบริการคือ ความสามารถในการติดต่อสื่อสารกับพยาบาล

ประเด็นที่ 4 การดูแลที่ทำด้วยความเคารพรักและผูกพัน

ผู้สูงอายุให้ความคิดเห็นว่าการดูแลที่ผู้สูงอายุต้องการจากบุตรหลาน คือการปฏิบัติดูแลที่ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่ายังเป็นบุคคลสำคัญเป็นที่เคารพของคนในครอบครัว ไม่ได้ถูกทอดทิ้งยามเจ็บป่วย บุตรหลาน เครือญาติ และเพื่อนฝูงยังคงมีความรักและผูกพันกับผู้สูงอายุ ในที่นี้เป็นการดูแลที่ตอบแทนพระคุณของผู้สูงอายุ คือตระหนักว่าการดูแลในยามที่ผู้สูงอายุเจ็บป่วยช่วยเหลือตนเองไม่ได้ เป็นการกระทำเพื่อตอบแทนบุพการีซึ่งได้เลี้ยงดูให้เติบโตมา

ผู้สูงอายุกล่าวถึงการดูแลที่ผู้สูงอายุคาดหวังหรือต้องการว่า ผู้ดูแลในครอบครัวควรมีทัศนคติว่าการให้การดูแลในยามผู้สูงอายุเจ็บป่วยช่วยเหลือตนเองไม่ได้ เป็นการกระทำเพื่อตอบแทนบุพการีที่ได้เลี้ยงดูให้เติบโตมา เนื่องจากการตระหนักในการตอบแทนคุณ ผู้สูงอายุมีความคิดว่าทัศนคติดังกล่าวทำให้การดูแลเป็นไปในลักษณะเคารพ เมตตาสงสาร ไม่ทอดทิ้ง และส่งผลให้ผู้สูงอายุรู้สึกปลื้มใจ และอบอุ่นใจ สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับสถานภาพและบทบาทผู้สูงอายุไทยของ ปรีชา อุปโยคิน และคณะ (2541) พบว่าเป็นหน้าที่ของลูกหลานที่ต้องปรนนิบัติผู้สูงอายุตามที่สังคมและวัฒนธรรมกำหนดมา คือ เป็นการตอบแทนบุญคุณที่พ่อแม่เลี้ยงลูกหลานจนเติบใหญ่ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความคาดหวัง ต้องการให้ลูกหลานมาเยี่ยม มาอยู่ใกล้ๆ ในยามเจ็บป่วย รู้สึกคิดถึงอยากให้มาอยู่ใกล้ๆจะได้พึ่งพาและอบอุ่นใจ

นอกจากนี้จากการศึกษาของ เพ็ญแข ชีวะพันธ์ (2545) ในการสัมภาษณ์เชิงลึกในผู้ดูแลในครอบครัว เกี่ยวกับปัจจัยที่ช่วยสนับสนุน หรือส่งเสริมให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพาได้ดี พบว่า การมีแนวคิดว่าการดูแลเป็นสิ่งที่ควรปฏิบัติเพื่อตอบแทนบุญคุณ เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้ดูแลให้การดูแลอย่างมีคุณภาพ จากข้อมูลประเด็นนี้แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุและผู้ดูแลมีความคิดเห็นสอดคล้องกันว่า ความกตัญญูกตเวที เป็นส่วนหนึ่งของการดูแลที่ดีมีคุณภาพ โดยเป็นทั้งความหมาย และเป็นปัจจัยให้เกิดคุณภาพการดูแล สะท้อนให้เห็นว่าคุณภาพการดูแล ขึ้นอยู่กับวัฒนธรรมและค่านิยมของแต่ละสังคมด้วย ซึ่งในประเทศไทย พบว่า ความกตัญญูกตเวทีเป็นค่านิยม ที่ครอบครัวสังคมไทยให้การยอมรับและเป็นสิ่งจรรโลงใจให้เกิดการดูแลบิดามารดาบุพการีในสังคมไทย (จิราพร เกศพิชญวัฒนา, 2542)

นอกจากการดูแลที่ตอบแทนพระคุณของผู้สูงอายุแล้ว ผู้สูงอายุเห็นว่าการดูแลผู้สูงอายุด้วยความเคารพรักและผูกพัน ยังควรเป็นการดูแลด้วยความรักและห่วงใย นั่นคือ การปฏิบัติดูแลที่ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่ายังเป็นบุคคลสำคัญเป็นที่รักและห่วงใยของคนในครอบครัว โดยการแสดง

ห่วงใยไม่ทอดทิ้งให้อยู่คนเดียว คอยเสนอความช่วยเหลือ และเยี่ยมเยียนให้กำลังใจอยู่เสมอด้วยความเสมอต้นเสมอปลาย ซึ่งส่งผลให้ผู้สูงอายุรู้สึกปลื้มใจ สุขใจ และความอุ่นใจ สอดคล้องกับแนวคิดความต้องการของผู้สูงอายุของ Ebersole และ Hess (1990) ในเรื่องของความต้องการด้านความรักและการเป็นเจ้าของ โดยผู้สูงอายุต้องการได้รับความรัก การสัมผัส สัมพันธภาพความใกล้ชิดสนิทสนม การมีเครือข่ายในสังคมซึ่งอาจมาจากครอบครัว บุตรหลาน หรือเพื่อน การได้รับการยอมรับว่าเป็นบุคคลหนึ่งของสังคม ไม่เป็นบุคคลที่ถูกทอดทิ้ง

นอกจากนี้ความต้องการการดูแลด้วยความเคารพรักและผูกพันยังสอดคล้องกับการศึกษาความต้องการการดูแลและการรับรู้การดูแลที่ได้รับจากครอบครัวของผู้สูงอายุในชนบทของโสภา หอยสังฆ์ (2541) พบว่า ผู้สูงอายุเป็นวัยที่ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลง และการสูญเสียตามวัย ผู้สูงอายุจึงต้องการได้รับความรัก ความเอาใจใส่ ความอบอุ่นใจ ความเคารพนับถือ และการไม่ถูกทอดทิ้งจากบุตรหลาน และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ อัจฉรา เอ็นซ์ และปรียา รุ่งโสภาสกุล (2541) เกี่ยวกับการศึกษาบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุกับการดูแลรักษาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความคาดหวังจากบุตรว่าในยามเจ็บป่วยผู้สูงอายุต้องการให้บุตรมาเยี่ยมเยียนและให้กำลังใจ

2. ประสบการณ์การได้รับการดูแลของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา โดยผู้ดูแลในครอบครัว

ประเด็นที่ 1 อารมณ์ในสภาพพึ่งพา

ในสภาพที่ตกอยู่ในภาวะพึ่งพา ก่อให้เกิดอารมณ์ความรู้สึกหลายอย่างในตัวสูงอายุ ซึ่งเป็นผลเกี่ยวเนื่องจากสภาพไม่สามารถช่วยเหลือตนเองทางกายได้ และการตกอยู่ในฐานะผู้รับการดูแลจากผู้ดูแลในครอบครัว จากการศึกษาพบว่า สภาพอารมณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ ได้แก่ เบื่อหน่ายท้อแท้สภาพร่างกายของตนเองที่ไม่สามารถตอบสนองความต้องการของตนเองได้ต้องคอยพึ่งพาผู้อื่น รู้สึกว่าตนเองเป็นภาระกับผู้ดูแลที่ต้องรับภาระในการช่วยเหลือด้านต่างๆ หงุดหงิดโมโหไม่พอใจกับสภาพช่วยเหลือตนเองไม่ได้ นอกจากนี้ในสถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุมีความรู้สึกต่างๆอันเนื่องจากผู้ดูแล ได้แก่ เกรงใจ สงสาร และรู้สึกผิดต่อผู้ดูแล

การที่ผู้สูงอายุสามารถประกอบกิจกรรมต่างๆได้ด้วยตนเอง รู้สึกว่าตนเองไม่ตกเป็นภาระแก่ครอบครัว ย่อมก่อให้เกิดความพึงพอใจในชีวิต แต่หากผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองตนเองไม่สามารถทำกิจกรรมต่างๆได้ด้วยตนเอง หรือทำได้น้อยลง จำเป็นต้องพึ่งบุตรหลานหรือบุคคลอื่น อาจทำให้ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในชีวิตต่ำได้ ทั้งนี้เนื่องจากการพึ่งพาผู้อื่นเป็นการเปลี่ยนแปลงบทบาทที่น่ากลัวสำหรับผู้สูงอายุ กล่าวคือ เป็นการเปลี่ยนแปลงบทบาทจากผู้ที่มีอิสระในการทำกิจกรรม

ต่างๆ ตามความต้องการของตนเอง มาเป็นผู้ที่คอยรับความช่วยเหลือจากผู้อื่น ซึ่งเป็นบทบาทที่ยากจะยอมรับได้ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกอับอายคิดว่าตนเองเป็นตัวปัญหาหรือเป็นภาระแก่ผู้อื่น(ปรีชา อุปโยคิน และคณะ, 2541; Atchly, 1980) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในครั้งนี้ พบว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพาเห็นว่าการที่ต้องพึ่งพาผู้ดูแลในครอบครัว ทำให้ผู้ดูแลต้องรับภาระช่วยเหลือในการทำกิจกรรมด้านต่างๆ ต้องคอยเฝ้าคอยดู และเป็นห่วงเป็นใย ส่งผลให้ผู้สูงอายุคิดว่าตนเองเป็นภาระกับผู้ดูแล รู้สึกเหมือนเป็นตัวถ่วงความสบายของผู้ดูแล ทำให้รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า จนกระทั่งบางครั้งคิดว่าหากตายไปอาจดีกว่าสภาพที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน

ในการศึกษาครั้งนี้นอกจากผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองเป็นภาระแล้วยังพบว่าภายใต้สถานการณ์การได้รับการดูแล ผู้สูงอายุทุกรายจะรู้สึกว่าเกรงใจผู้ดูแล เนื่องจากเห็นว่าการดูแลช่วยเหลือเป็นการเพิ่มภาระงานจากภาระงานประจำให้กับผู้ดูแล เห็นความเหน็ดเหนื่อยจากกิจกรรมการดูแลที่ค่อนข้างหนัก รวมทั้งการขาดอิสระจากการไปไหนไม่ได้ ต้องคอยอยู่ด้วยตลอด สภาพการณ์ดังกล่าวยังส่งผลให้เกิดความรู้สึกสงสารผู้ดูแล และบางครั้งเบื่อหน่ายท้อแท้กับสภาพร่างกายตนเองที่ไม่หายเป็นปกติเสียที โมโหหงุดหงิดที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ จนกระทั่งบางครั้งผู้สูงอายุจะระบายความอึดอัดใจโดยแสดงอารมณ์โกรธไม่พอใจกับผู้ดูแล ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกผิดตามมา

จากข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าเมื่อตกอยู่ในภาวะพึ่งพา พบว่าผู้สูงอายุมีความรู้สึกและอารมณ์ด้านลบ อันเนื่องจากสภาพไม่สามารถช่วยเหลือตนเองทางกายได้ และการตกอยู่ในฐานะผู้รับการดูแลจากผู้ดูแลในครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาของปรีชา อุปโยคิน และคณะ (2541) เกี่ยวกับสถานภาพและบทบาทผู้สูงอายุไทย ซึ่งผู้สูงอายุกล่าวว่า แม้บุตรหลานไม่ทอดทิ้งตน แต่การต้องมาดูแลผู้สูงอายุนั้น ถือว่าเป็นภาระกับผู้ดูแล แม้จะเชื่อว่าเป็นหน้าที่ แต่ส่วนใหญ่มีความรู้สึกเกรงใจ และคิดว่าตนเองสร้างความลำบากให้กับครอบครัว และผู้สูงอายุเองคิดว่าการดูแลคนแก่เป็นภาระที่น่าเบื่อหน่าย คนรังเกียจ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ไม่สามารถไปไหนมาไหนไม่ได้ ต้องเป็นภาระในการให้การช่วยเหลือ บางคนเสียใจลูกหลานต้องคอยดูแลไม่ทอดทิ้ง จึงเป็นภาระให้ลำบาก และเสียเวลาทำมาหากิน และสอดคล้องกับการศึกษาของ เยาวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์ (2539) ในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางกาย จิตสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมืองจังหวัดสระบุรี พบว่าผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่จะมีความรู้สึกว่าคุณค่าในตนเองลดลงจากการต้องพึ่งพาผู้อื่น อาจทำให้รู้สึกหดหู่ เศร้าใจ สิ้นหวัง แยกตัว เกิดความรู้สึกไม่มั่นใจ ขาดเสถียรภาพความมั่งคงทางจิตใจ ทำให้ผู้สูงอายุมีอารมณ์ที่แปรปรวน หงุดหงิดง่าย ใจน้อย โกรธง่าย นำไปสู่ความขัดแย้งกับบุตรได้

ประเด็นที่ 2 การรับรู้ว่าต้องพึ่งพาการดูแล

การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุเมื่อตกอยู่ในภาวะพึ่งพา ส่งผลให้ผู้สูงอายุรับรู้ว่าต้องการดำเนินชีวิตอยู่โดยการพึ่งพาการดูแลจากผู้อื่น จากการศึกษาพบว่าเมื่อได้รับดูแลในระยะหนึ่ง ผู้สูงอายุได้รับประสบการณ์ว่าต้องพึ่งพาการดูแลจากผู้ดูแลในครอบครัวในเรื่องต่างๆ ได้แก่ การพึ่งพาทางกาย การพึ่งพาทางจิตสังคม การพึ่งพาทางสิ่งแวดล้อม การพึ่งพาทางการเงิน

การพึ่งพาทางกาย เป็นการพึ่งพาการดูแลผู้อื่นทางด้านร่างกาย ในที่นี้เป็นการดูแลในเรื่องกิจวัตรประจำวัน ตั้งแต่ตื่นนอนจนกระทั่งถึงช่วงเวลานอน ลักษณะการดูแลช่วยเหลือแบ่งเป็น การช่วยทำกิจวัตรประจำวันแทนทั้งหมด การช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันบางส่วน การช่วยเหลือทางการรักษา การระมัดระวังอุบัติเหตุ

เนื่องจากในการศึกษาครั้งนี้คัดเลือกผู้สูงอายุที่อยู่ในเกณฑ์คุณสมบัติเป็นผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพาระดับปานกลางถึงทั้งหมด ซึ่งหมายถึงการเป็นผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันปานกลางถึงทั้งหมด ด้วยเหตุนี้ผู้สูงอายุทุกรายจึงอยู่ในภาวะได้รับการช่วยเหลือทางด้านร่างกายจากผู้ดูแลในครอบครัว โดยในรายที่อยู่ในภาวะพึ่งพาปานกลางผู้สูงอายุจะมีประสบการณ์ว่าได้รับการช่วยเหลือเพียงบางส่วน ส่วนรายที่อยู่ในภาวะพึ่งพามากผู้สูงอายุก็จะรับรู้ว่าต้องพึ่งพาการดูแลทั้งหมด ดังนั้นผลการศึกษาจึงพบว่าการรับรู้ว่าต้องพึ่งพาการดูแลทางกายจากผู้ดูแลในครอบครัว เป็นเรื่องที่ผู้สูงอายุทุกรายรับรู้ในเบื้องต้นและรับรู้ตลอดระยะเวลาที่ตกอยู่ในภาวะพึ่งพา การพึ่งพาการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่ผู้สูงอายุได้รับจากผู้ดูแลในครอบครัว ได้แก่ การอาบน้ำ การแต่งตัว การดูแลเรื่องการขับถ่าย การเตรียมอาหารและการป้อนอาหาร และการเคลื่อนย้าย

ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายเป็นไปในทางเสื่อมถอยทำให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักมีปัญหาสุขภาพ ผู้สูงอายุจึงต้องการการดูแลด้านการดูแลสุขภาพ เพื่อดำรงไว้ซึ่งการมีสุขภาพดีของผู้สูงอายุ รวมถึงการได้รับการช่วยเหลือเมื่อเกิดการเจ็บป่วย (Phillips, Merison and Chae, 1990; Caffrey, 1992) ในการวิจัยครั้งนี้ภาวะพึ่งพาในผู้สูงอายุมีผลมาจากการเจ็บป่วย และอยู่ในช่วยที่ต้องได้รับการดูแลรักษาที่ต่อเนื่อง จึงพบว่าผู้สูงอายุทุกรายรับรู้ถึงการพึ่งพาจากผู้ดูแล ในการช่วยเหลือทางการรักษาเพื่อการนำไปสู่การฟื้นคืนสภาพและการหายเป็นปกติ ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุรับรู้ว่าผู้สูงอายุไม่สามารถทำกิจกรรมได้เอง ต้องพึ่งพาผู้อื่น ซึ่งได้แก่ การปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ การพาไปพบแพทย์ นอกจากนี้ยังพบว่าส่วนใหญ่ผู้สูงอายุผ่านการใช้แพทย์ทางเลือกประกอบกับการรักษากับแผนปัจจุบัน ได้แก่ การฝังเข็ม การใช้สมุนไพรประคบ การนวดแผนไทย รวมไปถึงการไปรักษากับหมอพระ สอดคล้องกับการศึกษาของ Jiraporn Kespichayawattana (1999) ศึกษาวิจัยผู้ดูแลผู้สูงอายุไทยที่อยู่ในภาวะพึ่งพาพบว่า

ผู้ดูแลผู้สูงอายุไทยมีบทบาทในการหาวิธีการรักษาโดยอาศัยการแพทย์ทางเลือก มาเป็นส่วนหนึ่งในการดูแลผู้สูงอายุ ตามวิถีทางความเชื่อของครอบครัว

การพึ่งพาทางจิตสังคม เป็นการตอบสนองทางจิตใจและอารมณ์ ประสบการณ์การพึ่งพาทางใจที่ผู้สูงอายุได้รับที่เด่นชัดตามการบอกเล่าของผู้สูงอายุ ได้แก่ การพึ่งพาในเรื่อง กำลังใจจากผู้ดูแลในครอบครัว เมื่อผู้สูงอายุท้อแท้ หมดกำลังใจในการดำเนินชีวิต การช่วยผ่อนคลายความเครียด เมื่อมีอารมณ์หงุดหงิด โกรธ น้อยใจ วิตกกังวลในอาการเจ็บป่วย นอกจากนี้ความห่วงกังวลยังเป็นที่มาของความคิดกังวล ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุมักมีความห่วงกังวลเกี่ยวกับลูกหลาน จากผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่าการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้านการประคับประคองด้านอารมณ์ของผู้ป่วยที่มีอยู่โดยทั่วไป (Horowitz, 1982 cited in Devis, 1992) มีความสอดคล้องกับความต้องการการตอบสนองทางจิตใจและอารมณ์ของผู้สูงอายุในการวิจัยครั้งนี้ ทั้งนี้การประคับประคองด้านอารมณ์ดังกล่าว ได้แก่ การรับฟังเมื่อผู้ป่วยระบายความทุกข์ให้ฟัง ปลอบโยนให้ผู้ป่วยมีจิตใจเข้มแข็งไม่ย่อท้อต่อปัญหาที่เกิดขึ้น พูดคุยกับผู้ป่วยในเรื่องที่ทำให้สบายใจ กระตุ้นให้ผู้ป่วยหาสิ่งยึดเหนี่ยวใจเพื่อป้องกันอารมณ์ผิดปกติ เช่น ศาสนา การป้องกันภาวะเครียด เช่น หลีกเลี่ยงปัญหาที่ทำให้ผู้ป่วยเครียด

การตอบสนองทางสังคม เป็นประสบการณ์ที่ผู้สูงอายุได้รับการตอบสนองในการพบปะติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่น จากการเยี่ยมเยียนของบุตรหลาน บุคคลในเครือญาติ และเพื่อนฝูง ซึ่งทำให้ได้รับกำลังใจ ความสบายใจ ความรักความสำคัญ และการยกย่องให้เกียรติ การออกไปร่วมกิจกรรมทางสังคมพบปะบุคคลอื่นนอกบ้านนอกบ้าน ส่วนใหญ่เป็นการเข้าร่วมกิจกรรมงานบุญทางศาสนา นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุบางราย ไม่ต้องการพบปะพูดคุยกับบุคคลอื่น เนื่องจากก่อนอยู่ในภาวะพึ่งพามีนิสัยเคยชินและชอบอยู่บ้านคนเดียว ไม่ชอบออกไปพบปะพูดคุยกับใคร

จากข้อมูลชี้ให้เห็นว่าในการตอบสนองทางสังคม ผู้สูงอายุทุกรายต้องการการเยี่ยมเยียนพบปะพูดคุยกับบุตรหลาน บุคคลในเครือญาติ และเพื่อนฝูง ส่วนการออกไปร่วมกิจกรรมทางสังคมพบปะบุคคลอื่นนอกบ้าน ผู้สูงอายุมีความต้องการแตกต่างกันไป ผู้สูงอายุบางรายไม่ต้องการพบปะพูดคุยกับบุคคลอื่นเนื่องจากมีนิสัยเคยชินและชอบอยู่บ้านคนเดียวอยู่ก่อน ผู้สูงอายุบางรายพอใจกับการออกไปร่วมกิจกรรมทางสังคมพบปะบุคคลอื่นนอกบ้าน เช่น งานบุญทางศาสนา ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีความต่อเนื่อง (Continuity Theory) ของ Newgarten ปี 1964 ซึ่งเป็นทฤษฎีความสูงอายุเชิงจิตสังคม พบว่า การที่ผู้สูงอายุจะเข้าร่วมกิจกรรมหรือถดถอยออกจากสังคม ขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพ และแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ผ่านมาของผู้สูงอายุ ซึ่งควรส่งเสริมกิจกรรมให้เกิดความต่อเนื่อง ผู้สูงอายุกลุ่มแรกควรสนับสนุนกิจกรรมตามความสนใจ เช่น ปลูกต้นไม้ เป็นต้น ส่วนกลุ่มที่สองสนับสนุนให้เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ จากการศึกษานี้พบว่าผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนจากผู้ดูแลในครอบครัวให้ผู้สูงอายุทำกิจกรรมตามความพอใจ นอกจากนี้จาก

การศึกษานี้ยังพบว่า เหตุผลของการไม่เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม สำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา มีเหตุผลอื่นที่ไม่เกี่ยวกับบุคลิกภาพ นั่นคือ ผู้สูงอายุปฏิเสธที่การออกไปพบปะทำกิจกรรมกับบุคคลภายนอกทั้งที่ผู้ดูแลในครอบครัวยินดีสนับสนุน ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุเกรงใจลูกหลาน รวมถึงความไม่ต้องการของผู้สูงอายุเอง เนื่องจากความทุกข์จากอาการเจ็บปวดและกลัวการเกิดอุบัติเหตุจากการพลัดตกหกล้ม

การพึ่งพาทางสิ่งแวดล้อม เป็นการที่ผู้สูงอายุพึ่งพาการดูแลด้านสิ่งแวดล้อม เพื่อความเหมาะสมกับสภาพร่างกาย และความสุขสบายสำหรับตัวผู้สูงอายุเองจากผู้ดูแลในครอบครัว โดยเป็นการดูแลเพื่อให้อากาศถ่ายสะดวก การติดตั้งเครื่องปรับอากาศ การจัดพื้นที่ภายในบ้านเพื่ออำนวยความสะดวกในการทำกิจกรรมต่างๆ ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับแนวคิดเกี่ยวกับความต้องการผู้สูงอายุของ Phillips, Morrison and Chae (1990) ในด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นความต้องการของผู้สูงอายุเพื่อตอบสนองความต้องการในด้านที่พักอาศัย เพื่อความสะดวกสบาย ความเหมาะสม และความมั่นคงปลอดภัยในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ แต่เนื่องจากผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพาไม่สามารถตอบสนองความต้องการของตนเองในส่วนนี้ได้ ดังนั้นจึงต้องพึ่งพาผู้ดูแลในครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Jiraporn Kespichayawattana (1999) เกี่ยวกับผู้ดูแลผู้สูงอายุไทยที่อยู่ในภาวะพึ่งพา พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุไทยมีบทบาทในการให้การดูแลการดูแลปรับปรุงด้านสิ่งแวดล้อม โดยการเปลี่ยนแปลง หรือจัดเตรียมสิ่งแวดล้อมให้มีความเหมาะสมกับสภาพร่างกายผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นบทบาทหนึ่งที่สำคัญที่ผู้ดูแลโดยครอบครัวต้องคำนึงถึง

การพึ่งพาทางการเงิน การมีข้อจำกัดทางร่างกายในผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา ทำให้ผู้สูงอายุจำเป็นต้องพึ่งพาบุตรหลานในเรื่องค่าใช้จ่ายต่างๆในการรักษาพยาบาล และค่าใช้จ่ายในการดำรงชีวิต ในรายที่ไม่มีรายได้ได้ด้วยตนเอง สำหรับผู้สูงอายุที่เป็นข้าราชการบำนาญมีเงินเดือนเป็นของตนเองโดยไม่ต้องพึ่งพาบุตรหลาน พบว่าเป็นการพึ่งพาในลักษณะการทำธุรกรรมทางการเงินให้ ผลการวิจัยสอดคล้องกับกับแนวคิดเกี่ยวกับความต้องการผู้สูงอายุของ Phillips, Morrison and Chae (1990) ในด้านเศรษฐกิจ/การเงิน ซึ่งเป็นความต้องการเกี่ยวกับการบริหารจัดการเกี่ยวกับการเงินตลอดจนการได้รับการช่วยเหลือด้านการเงินเพื่อนำมาเป็นค่าใช้จ่ายในการดำเนินชีวิต นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ นภาพร ชโยวรรณ (2542) และมาลินี วงษ์สิทธิ์ และศิริวรรณ ศิริบุญ (2544) พบว่า ครอบครัวมีส่วนสำคัญสำหรับการพึ่งพาด้านเศรษฐกิจในผู้สูงอายุไทย เพราะผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังต้องการการพึ่งพาครอบครัวในด้านการเงิน

ประเด็นที่ 3 การปรับตัว

ในการเผชิญกับภาวะพึ่งพา ผู้สูงอายุมีการปรับตัวในด้านต่างๆมากมาย เพื่อให้การดำเนิน

ชีวิตเกิดความสมดุลทั้งต่อตัวผู้สูงอายุเอง และการอยู่ร่วมกับผู้ดูแลในครอบครัวในบทบาทใหม่ ในการปรับตัวภายใต้การดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวนั้น ผู้สูงอายุได้มีการปรับความรู้สึก รวมไปถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองภายใต้การดูแล เพื่อให้การดูแลเป็นไปอย่างราบรื่น ซึ่งผู้สูงอายุได้มีการปรับตัวดังนี้ คือ การยอมปรับเปลี่ยน การทำใจยอมรับ การพยายามพึ่งพาตนเอง การทำกิจกรรมอื่นเบี่ยงเบน

การยอมปรับเปลี่ยน เป็นประสบการณ์ที่ผู้สูงอายุยอมรับบทบาทผู้รับการดูแล ซึ่งเป็นบทบาทใหม่ในชีวิต ในการยอมรับผู้สูงอายุได้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง เพื่อให้การทำกิจกรรมการดูแลระหว่างผู้สูงอายุกับผู้ดูแลในครอบครัวเป็นไปอย่างราบรื่น รวมถึงเพื่อเป็นการถนอมน้ำใจผู้ดูแลเนื่องจากเห็นว่าตนเองต้องพึ่งพาผู้ดูแล ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าพฤติกรรมที่ผู้สูงอายุปรับเปลี่ยน ได้แก่ การไม่พูดต่อปากต่อคำ การใช้คำพูดที่เหมาะสม

จากข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า ผู้สูงอายุรับรู้ถึงความสำคัญของสัมพันธภาพระหว่างตัวผู้สูงอายุและผู้ดูแล และเห็นว่าการมีสัมพันธภาพที่ดี จะทำให้การทำกิจกรรมการดูแลระหว่างผู้สูงอายุกับผู้ดูแลในครอบครัวเป็นไปอย่างราบรื่น ในทางตรงข้าม หากสัมพันธภาพไม่ดีจะเป็นอุปสรรคในการดูแล ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Phillips และ Rempusheski (1986) ได้อธิบายแนวคิดกลไกในระบบการดูแลโดยครอบครัวกับสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุว่า การมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้สูงอายุและผู้ดูแล แสดงถึงว่าผู้ดูแลสามารถยอมรับในสถานการณ์ในการเป็นผู้ดูแล เป็นผลให้เกิดความเชื่อเกี่ยวกับบทบาทการดูแลว่าเป็นพฤติกรรมการช่วยเหลือปกป้อง ก่อให้เกิดพฤติกรรมการดูแลที่ดี ซึ่งในที่นี้ผู้สูงอายุเห็นว่าการพูดมีผลต่อสัมพันธภาพระหว่างผู้สูงอายุและผู้ดูแล จึงยอมรับการปรับเปลี่ยนการพูดของตนเอง ซึ่งเป็นการจัดการกับสถานการณ์อันอาจก่อหรือก่อความไม่สบายใจ และความไม่ราบรื่นในการอยู่ร่วมกัน โดยการที่ไม่พูดต่อปากต่อคำ การไม่พูดก้าวก่ายในเรื่องการดูแล รวมทั้งการใช้คำพูดที่เหมาะสมเพื่อป้องกันความขัดแย้งในเรื่องความคิดเห็นไม่ตรงกันในเรื่องกิจกรรมการดูแล เช่น การพูดลักษณะปรึกษาหารือ การพูดด้วยถ้อยคำที่ไพเราะ เป็นต้น ทั้งนี้เพื่อเป็นการรักษาน้ำใจผู้ดูแล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ปรีชา อุปโยคิน และคณะ (2541) เกี่ยวกับสถานภาพและบทบาทผู้สูงอายุไทยในเรื่องผู้สูงอายุปรับตัวจากวัยแรงงานไปสู่วัยสูงอายุ พบว่าเมื่อต้องอาศัยลูกหลานคอยดูแล ผู้สูงอายุจะพยายามปรับตัวโดยการทำตัวให้เหมาะสม ไม่พูดมาก สิ่งไหนสมควรพูดไม่สมควรพูด ต้องคิดก่อน ทำให้ไม่เกิดความขัดแย้งกับใคร

สำหรับการปรับตัวโดยการทำใจยอมรับ ผู้สูงอายุได้มีความพยายามทำใจยอมรับสภาพตัวเองที่จำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่น โดยการพยายามคิดในแง่ให้เกิดการยอมรับสภาพมากขึ้น เช่น การนำประสบการณ์ ความรู้ ข้อคิดที่สั่งสมในอดีตมาใช้ เพื่อทำให้ตนเองปล่อยวางจากอารมณ์ที่ไม่สบายใจต่างๆ ซึ่งผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้นำแนวคิดของธรรมะมาใช้ โดยเฉพาะการใช้ความเชื่อเรื่อง

กฎแห่งกรรมเพื่ออธิบายเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ปรีชา อุปโยคิน และคณะ (2541) เกี่ยวกับสถานภาพและบทบาทผู้สูงอายุไทย พบว่าผู้สูงอายุปรับตัวจากวัยแรงงานไปสู่วัยสูงอายุ โดยการปรับตัวทางด้านจิตใจ โดยการฝึกการควบคุมระบบความคิด ไม่ฟุ้งซ่าน พยายามปล่อยวางไม่ยึดถือว่าตนเองทำได้ เมื่อรู้สึกอึดอัดที่ทำไม่ได้ดังใจ การทำใจของผู้สูงอายุนั้น คือ การพยายามลดความโกรธ ไม่ฟุ้งซ่าน และไม่โลภ นอกจากนี้ความเชื่อเรื่องกรรมทำให้ผู้สูงอายุยอมรับสภาพตนเองได้ โดยเชื่อว่าสิ่งที่เกิดขึ้นเป็นเพราะกรรม และยอมรับความจริงของสังขารว่าเกิด แก่ เจ็บ ตาย เป็นเรื่องปกติธรรมดา

การปรับตัวโดยการพยายามพึ่งพาตนเอง เป็นการพยายามช่วยเหลือตนเองทางกายเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุ เนื่องจากทุกรายหวังที่จะหายเป็นปกติหรือมีสภาพที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้มากยิ่งขึ้น แรงผลักดันสำคัญอีกประการหนึ่งในการพยายามช่วยเหลือตนเอง คือการรับรู้ถึงความลำบากในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัว และการรับภาระถึงสองบทบาท ทำให้ผู้สูงอายุต้องการลดภาระของผู้ดูแล โดยการพยายามช่วยเหลือตนเองให้มากที่สุด จากการศึกษาชี้ให้เห็นว่าเมื่อผู้สูงอายุได้รับการดูแลจากผู้ดูแลแลในครอบครัว ความรู้สึกสงสารเห็นใจ จากการได้เห็นถึงความยากลำบากในการดูแลของคนในครอบครัว ทำให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองมากขึ้น ดังนั้นการที่ผู้สูงอายุในภาพพึ่งพาที่อาศัยอยู่กับครอบครัว น่าจะมีแนวโน้มทางสุขภาพที่ดีกว่าการอยู่กับผู้อื่นเนื่องจากได้แรงผลักดันจากครอบครัวช่วยเสริมอีกทางหนึ่ง

การทำกิจกรรมอื่นเพื่อเบี่ยงเบนความสนใจ เป็นวิธีการปรับตัวอีกประการหนึ่งที่ผู้สูงอายุใช้ในการเบี่ยงเบนความสนใจในความไม่สุขสบายทางกายและทางใจ จากภาวะช่วยเหลือตนเองไม่ได้ เป็นการหันเหความสนใจสภาพของตนเอง ไปสนใจกิจกรรมภายนอกที่ให้ความเพลิดเพลินสนุกสนาน ลดความคิดหมกมุ่นวิตกกังวลกับสภาพปัญหาทางสุขภาพที่เป็นอยู่ กิจกรรมที่ใช้ในการเบี่ยงเบน ได้แก่ กิจกรรมภายในบ้าน กิจกรรมเพลิดเพลินนอกบ้าน กิจกรรมที่เป็นสิ่งยึดเหนี่ยวใจ

ผลการศึกษาในการวิจัยนี้ พบว่า สอดคล้องกับทฤษฎีกิจกรรมร่วมกัน (Maddox, 1968 cited in Ebersole and Hess, 1990) ซึ่งเชื่อว่าผู้สูงอายุมีกิจกรรมสูงจะมีการปรับตัวได้ดีทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม และทฤษฎีกิจกรรมยังทำนายว่าบุคคลที่สามารถดำรงกิจกรรมทางสังคมได้จะเป็นผู้ที่มีความพึงพอใจในชีวิตสูง ผู้สูงอายุที่รับรู้ว่าตนเองยังคงสามารถรักษาระดับกิจกรรมได้มากหรือทำได้อย่างสม่ำเสมอเป็นประจำ ย่อมแสดงถึงผู้สูงอายุมองตนเองอย่างมีคุณค่ามีประโยชน์ต่อครอบครัวและสังคม จากการศึกษาของ วาสนา เถื่อนวงษ์ (2540) พบว่าอัตมโนทัศน์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุ คือ ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมมากจะมีอัตมโนทัศน์ต่อตนเองในแง่ดีมากกว่าผู้สูงอายุที่เข้าร่วมในสังคมน้อย สำหรับความสุขและการมีส่วนร่วมในสังคมของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุมีความสุขมากจะมีความสัมพันธ์

กับกิจกรรมทางสังคมที่เพิ่มขึ้น และผู้สูงอายุที่มีความสุขมากจะมีความพึงพอใจและมีความสุขในชีวิต ดังนั้นควรมีการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีกิจกรรมและเข้าร่วมในสังคม ครอบครัวควรมีการดูแลไม่ปล่อยให้ผู้สูงอายุอยู่เพียงผู้เดียว เมื่อมีโอกาสบุตรหลานควรผลัดเปลี่ยนมาเยี่ยม พาออกนอกบ้านไปเยี่ยมเพื่อน บุตรหลาน ญาติสนิท ไปวัด ไปชมรมผู้สูงอายุ เป็นต้น เพราะเป็นการเปลี่ยนบรรยากาศ จะทำให้ผู้สูงอายุมีความเพลิดเพลิน ความสุขใจในชีวิต(ปราณี จาติเกตุ, 2536)

นอกจากนี้ผู้สูงอายุได้มีการปรับตัวโดยใช้กิจกรรมที่เป็นสิ่งยึดเหนี่ยวใจเพื่อปรับสมดุลทางใจทำให้เกิดความรู้สึกสงบ และความดีงามทางใจ พบว่าเป็นกิจกรรมเกี่ยวข้องกับ ศาสนา และความเชื่อ ของแต่ละบุคคล ได้แก่ การสวดมนต์ การทำบุญการบนบาน การไหว้เจ้าที่สิ่งศักดิ์สิทธิตามความเชื่อ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ปรีชา อุปโยคินและคณะ (2541) เกี่ยวกับสถานภาพและบทบาทผู้สูงอายุไทย พบว่าการเข้าวัดฟังธรรมเป็นแนวทางหนึ่งที่ได้ปฏิบัติเมื่อเริ่มเป็นผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุต่างมีความเชื่อว่าการยึดเอาศาสนาเป็นแนวทางในการปฏิบัติ จะทำให้จิตใจสบายปลอดโปร่ง โดยเฉพาะสมาธิทำให้เกิดความสงบ ไม่วุ่นวาย ผู้สูงอายุบางคนที่ร่างกายไม่แข็งแรงและไม่ได้ไปวัดจะสวดมนต์ไหว้พระและอ่านหนังสือธรรมที่บ้าน

ประเด็นที่ 4 การรับรู้คุณค่าการดูแล

การดูแลเอาใจใส่ที่ผู้ดูแลในครอบครัวให้กับผู้สูงอายุระหว่างการเจ็บป่วยอยู่ในภาวะพึ่งพานั้น ทำให้ผู้สูงอายุรับรู้และเกิดมุมมองใหม่ๆเกี่ยวกับผู้ดูแล เป็นมุมมองในแง่รับรู้ความเอื้ออาทรช่วยเหลือที่ผู้ดูแลในครอบครัวมีให้ กล่าวได้ว่าเป็นแง่มุมที่ทำให้ผู้สูงอายุรับรู้ถึงคุณค่าของผู้ดูแล ซึ่งได้แก่ การรับรู้ความสำคัญของผู้ดูแล การชื่นชมในการช่วยเหลือ การรับรู้ความห่วงใย ซึ่งพบว่าการค้นพบในประเด็นนี้ยังไม่พบการศึกษา อาจเนื่องมากจากส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเฉพาะแง่มุมของผู้ให้การดูแลเท่านั้น

จากผลการศึกษาความหมายการได้รับการดูแลโดยผู้ดูแลในครอบครัว และประสบการณ์การได้รับการดูแลของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพาที่ได้นำเสนอมาทั้งหมด ทำให้ทราบถึงความคาดหวังหรือความต้องการของผู้สูงอายุจากผู้ดูแลในครอบคัว ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าผู้สูงอายุคาดหวังหรือให้ความสำคัญกับการดูแลที่ส่งผลทางจิตใจ นอกจากนี้ผลการศึกษาประสบการณ์การได้รับการดูแลโดยผู้ดูแลในครอบครัว ทำให้เข้าใจถึงประสบการณ์ทางด้านอารมณ์ในสภาพพึ่งพา การรับรู้ว่าต้องพึ่งพาการดูแล การปรับตัว และการรับรู้คุณค่าการดูแลของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา ดังนั้นพยาบาลผู้มีบทบาทหน้าที่ผู้เตรียมความพร้อมของสมาชิกในครอบครัวเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ควรนำผลการวิจัยในการวิจัยครั้งนี้ไปให้ความรู้ คำแนะนำ ให้คำปรึกษา

รวมถึงสร้างทัศนคติที่ดีในการดูแลต่อผู้ดูแลในครอบครัว เพื่อให้สามารถปฏิบัติดูแลได้ตรงตามความคาดหวังหรือความต้องการของผู้สูงอายุ บนพื้นฐานความรู้และเข้าใจ โดยเริ่มตั้งแต่ผู้สูงอายุพักอยู่ในโรงพยาบาล ซึ่งเป็นบทบาทของพยาบาลประจำการ ในขั้นตอนการวางแผนจำหน่ายกระทั่งผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพากลับไปอาศัยอยู่ในชุมชน โดยอยู่ในบทบาทหน้าที่ของพยาบาลเยี่ยมบ้าน (คณะกรรมการกลุ่มผลิตชุดวิชาพยาบาลศาสตร์, 2545; สุภาณี อ่อนชื่นจิต และฤทัยพร ตรีตรง, 2544) ซึ่งจากการศึกษาผู้ดูแลในครอบครัวมักปรึกษาเกี่ยวกับการให้การดูแลกับพยาบาลที่มาเยี่ยมบ้าน (Jiraporn Kespichayawattana, 1999) เพื่อให้สามารถให้การดูแลผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพการดูแล

2. ข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเพื่อให้เกิดความเข้าใจความหมายคุณภาพการดูแลโดยครอบครัว และศึกษาประสบการณ์การได้รับการดูแลโดยผู้ดูแลในครอบครัว ของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพาที่อาศัยอยู่ที่บ้าน ในบริบทสังคมไทย ผลการวิจัยสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการพยาบาลดังนี้

1. ด้านการปฏิบัติพยาบาล

1.1 พยาบาลและบุคลากรทางสุขภาพ นำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางให้แก่บุคลากรทางสุขภาพในการให้คำแนะนำปรึกษาให้กับครอบครัวผู้สูงอายุ เพื่อให้ครอบครัวเข้าใจผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพาและทราบถึงการดูแลที่ผู้สูงอายุคาดหวัง นำไปสู่การดูแลสามารถตอบสนองได้ตรงตามความต้องการของผู้สูงอายุ

1.2 พยาบาลเยี่ยมบ้านหรือบุคลากรทางสุขภาพ สามารถนำความรู้ที่ได้จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ไปเป็นข้อมูลพื้นฐาน ในการประเมินคุณภาพการดูแลโดยครอบครัว ซึ่งเป็นความคาดหวังหรือความต้องการของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพาที่อยู่ที่บ้าน เพื่อให้การประเมินครอบคลุมมิติของผู้สูงอายุ และนำข้อมูลมาใช้ในการวางแผนการดูแลร่วมครอบครัวผู้สูงอายุต่อไป

2. ด้านการวิจัยทางการพยาบาล

2.1 ควรมีการศึกษาวิจัยความหมายการได้รับการดูแลโดยครอบครัวในมุมมองของผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลอื่นๆ เพื่อให้ทราบความคาดหวังในการดูแลในมุมมองอื่นๆ เช่น มุมมองของครอบครัว บุคลากรสุขภาพ เพื่อเป็นความรู้พื้นฐานในการปรับปรุงการดูแลผู้สูงอายุที่ดียิ่งขึ้น

2.2 นำผลการวิจัยที่ได้ไปใช้แนวทางการสร้างและพัฒนาเครื่องมือวัดคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา โดยมีผู้ดูแลเป็นผู้ดูแลในครอบครัว เพื่อที่จะได้เครื่องมือวัดคุณภาพการดูแลที่เที่ยงครอบคลุม และมีประสิทธิภาพ

2.3 ผลการวิจัยที่ได้เป็นการให้ความหมายการได้รับดูแลโดยผู้ดูแลในครอบครัว อันเป็นความคาดหวังหรือความต้องการของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา ในสังคมไทย ดังนั้นควรมีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างผลการวิจัยครั้งนี้กับคุณภาพการดูแล เพื่อเป็นความรู้พื้นฐานในการศึกษาวิจัยต่อไป

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

ขวัญใจ อำนาจสัตย์ซื่อ. การวัดสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุไทย. ดุษฎีนิพนธ์ The university of North Carolina at Chapel HILL. 2545.

คณะกรรมการส่งเสริมประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี. แผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564). กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์คุรุสภาลาดพร้าว, 2545.

คณะกรรมการกลุ่มผลิตชุดวิชาพยาบาลศาสตร์. เอกสารการสอนชุดวิชาการพยาบาลชุมชนและการรักษาพยาบาลเบื้องต้น. กรุงเทพฯ:สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2545.

จอนผะจง เพ็งจาด. ระเบียบวิธีวิจัย : การวิจัยปรากฏการณ์วิทยาเชิงพรรณนา. วารสารพยาบาลจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 15 (พฤษภาคม-สิงหาคม 2546) : 4 - 10.

จิราพร เกศพิชญวัฒนา. การพยาบาลและสุขภาพผู้สูงอายุ : มุมมองจากการประชุมการพยาบาลนานาชาติ. วารสารพยาบาล 51 (เมษายน-มิถุนายน 2545) : 75-80.

จิราพร เกศพิชญวัฒนา. Katanyu Katavedi and Caregiving for frail elderly. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (กันยายน - ธันวาคม 2542) : 51 - 64.

จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์. ประสิทธิภาพในระบบสุขภาพ. นนทบุรี : บริษัท ดีไซร์ จำกัด, 2543.

จันทนา รณฤทธิชัย และวิไลวรรณ ทองเจริญ. หลักการพยาบาลผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร : บุญศิริการพิมพ์, 2545.

บรรลุ ศิริพานิช. ผู้สูงอายุไทย : ผู้สูงอายุเป็นทรัพยากรสังคม. พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพมหานคร : พิมพ์ดี, 2542.

ปราณี จาติเกตุ. การเตรียมตัวรับภาวะสุดท้ายของชีวิต. ในจรัสวรรณ เทียนประภาส และพัชรี ตันศิริ(บรรณาธิการ), การพยาบาลผู้สูงอายุ, กรุงเทพมหานคร : รุ่งเรืองธรรม, 2536.

ปาหนัน บุญ-หลง. พยาบาลกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุไทย. เอกสารประกอบการอบบรรยายการประชุมวิชาการแห่งชาติว่าด้วยผู้สูงอายุ : สู่วัยสูงอายุด้วยคุณภาพ, หน้า 134- 137. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2542.

ประคอง อินทรสมบัติ. มาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุ. เอกสารประกอบการบรรยายการอบรมวิชาการประจำปี 2546: การดูแลผู้สูงอายุ คุณภาพที่คาดหวัง, กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2546. (เอกสารอัดสำเนา)

ประเวศ วะสี. การปฏิรูประบบสุขภาพ. เอกสารประกอบการประชุม เรื่อง “การปฏิรูประบบสุขภาพ: ทิศทางและบทบาทพยาบาล, กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2543.

ปรีชา อุปโยคิน และคณะ. ไม้ใกล้ฝั่ง : สถานภาพและบทบาทผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพมหานคร : เจริญดีการพิมพ์, 2541.

นภาพร ชโยวรรณ. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทยในปัจจุบัน. เอกสารประกอบการอบบรรยายการประชุมวิชาการแห่งชาติว่าด้วยผู้สูงอายุ : สู่วัยสูงอายุด้วยคุณภาพ, หน้า 54 - 73. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2542.

นิศา ชูโต. การวิจัยเชิงคุณภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : บริษัท แม็ทส์ปอยท์ จำกัด, 2545.

นันทวรรณ สุวรรณรูป. อุปสรรคและปัญหา การบริการพยาบาลผู้สูงอายุในชุมชน. วารสารพฤฒาวิทยาและเวศศาสตร์ผู้สูงอายุ 4 (ตุลาคม - ธันวาคม 2544) : 36 - 41.

พะยอม อยู่สวัสดิ์. การดูแล : แนวคิดและทฤษฎีการพยาบาลเชิงมนุษยธรรมนิยม. วารสารพยาบาลศาสตร์ 14 (มกราคม – มีนาคม 2539) : 25 - 34.

พรทิพย์ มาลาธรรม. การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุ. เอกสารประกอบการบรรยายการอบรมวิชาการประจำปี 2546: การดูแลผู้สูงอายุ คุณภาพที่คาดหวัง, หน้า 111 - 115. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2546.

พิชญาภรณ์ มูลศิลป์. การพยาบาลผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2539. (เอกสารอัดสำเนา)

พิเชษฐ อุดมรัตน์. การดูแลผู้สูงอายุที่นอนไม่หลับ. หนังสือประกอบการอบรมและประชุมวิชาการด้านผู้สูงอายุและความชรา, หน้า 146 – 147. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2543.

เพ็ญแข ชีวยะพันธ์. คุณภาพการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา : กรณีศึกษาในเขตอำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2545.

ฟาริดา อิบบราฮิม. ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกและการดูแล. กรุงเทพมหานคร : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2539.

มาลินี วงษ์สิทธิ์ และศิริวรรณ ศิริบุญ. ครอบครัวและผู้สูงอายุ: กรณีศึกษากรุงเทพมหานคร และจังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2541.

ยุพาพิน ศิรโพธิ์งาม. ญาติผู้ดูแลที่บ้าน แนวคิดและปัญหาในการวิจัย. รามาธิบดีสาร 2 (มกราคม 2539) : 84 - 93.

เยาวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางกายจิตสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมืองจังหวัดสระบุรี. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2539.

ระพีพรรณ พันธุรัตน์. การมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมในครัวเรือนของชายไทย. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาประชากรศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2542.

ราชบัณฑิตสถาน. พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2535. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร : บริษัทอักษรเจริญทัศน์ อจท. จำกัด, 2539.

ฤดีดาว ช่างสาน. ภาวะสุขภาพผู้สูงอายุที่ย้ายถิ่นและไม่ย้ายถิ่น : กรณีศึกษาเทศบาลนครหาดใหญ่. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 2542.

วรรณณา พาหุวัฒนากร. ภาระงานสตรีมีมากแค่ไหน?. วารสารพยาบาลศาสตร์ (ตุลาคม 2538) : 50 - 56.

วาสนา เถื่อนวงษ์. พฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2540.

วิภาดา คุณาวิกติกุล และคณะ. การพัฒนาคุณภาพการพยาบาล. รายงานการวิจัยคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2543.

ศิริพันธุ์ สาสัตย์. ทุกขภาระของผู้ดูแล. การประชุมวิชาการประจำปี พ.ศ. 2544. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2544.

ศรีจิตรา บุญนาค และสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. สถานการณ์ของผู้สูงอายุไทยในปัจจุบัน ปัญหาสุขภาพ ภาวะพึ่งพา และแนวนโยบายทางการแพทย์และการสาธารณสุข. เอกสารประกอบการอบบรรยายการประชุมวิชาการแห่งชาติว่าด้วยผู้สูงอายุ : สู่วัยสูงอายุด้วยคุณภาพ, หน้า 23 - 52. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2542.

สุทธิดา ยศหลวงฝั้น. ประสบการณ์ชีวิตของผู้สูงอายุไทยที่เป็นโรคเอดส์. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2546.

สุดสบาย จุลกทัพพะ. การสำรวจภาวะฆ่าตัวตายในประเทศไทย 2533. สารศิริราช 45 (2536) : 55 - 246.

สุดศิริ หิรัญชุณหะ. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2541.

สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. ปรัชญาและแผนกลยุทธ์ของการให้บริการแก่ผู้สูงอายุในประเทศไทย. วารสารจุฬาลงกรณ์เวชสาร 38 (2537) : 377 - 381.

สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. "การขยายตัวของโรงเรื้อรังและภาวะทุพพลภาพในประชากรไทย": สมมติฐานที่เริ่มจากข้อมูลงานวิจัยในประชากรสูงอายุ. วารสารพฤฒาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 1(มกราคม-มีนาคม 2543) : 42 - 50.

สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2544.

สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ. ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพมหานคร : โฮลิสติกพับลิชชิ่ง, 2542.

โสภา หอยสังฆ์. ความต้องการการดูแลและการรับรู้การดูแลที่ได้รับจากครอบครัวของผู้สูงอายุในชนบท. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 2541.

สุภาณี อ่อนชื่นจิตร และฤทัยพร ตรีตรง. การบริการสุขภาพที่บ้าน. กรุงเทพมหานคร : ชานเมืองการพิมพ์, 2544.

อังคณา ตัณฑ์เอกคุณ. คุณภาพการดูแลตามความคาดหวังของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานสงเคราะห์คนชรา. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2545.

อัจฉรา เอ๊นซ์ และปรียา รุ่งโสภาสกุล. การศึกษาบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุกับการดูแลรักษาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย. สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2541.

อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล และจิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์. คุณภาพของระบบสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร : บริษัทดีไซร์ จำกัด, 2543.

ภาษาอังกฤษ

Archbold, P.G., and Stewart, B.J. The caregiver's view. Portland, OR: Oregon Health Sciences University, School of Nursing, 1993.

Atchley, R.C. The social force in later life. California : Wadworth Publishing Company, 1980.

Barbara, M. Institutionalize older adults' perceptions of nursing caring behavior. Journal of Gerontological Nursing 25 (May 1999) : 11-16.

Burke, M.M., and Walsh, M.B. Gerontologic Nursing: Care of the frail elderly. St. Louis : Mosby Year Book, 1992.

Caffery, R.A. Family Caregiving to the Elderly in Northern Thailand : Change pattern. Dissertation of Doctor for Philosophy Department of Anthology. Oregon University, 1992.

Carmevali, D.L., and Patrick, M. Nursing Management for the Elderly. Philadelphia : J.B. Lippincott Company, 1993.

Cartwright, J.C., et al. Enrichment process in family caregiving to frail elderly. Journal of Advances in Nursing Science 17(1/1994) : 31 - 43.

Chaska, N.L. The Nursing Profession: Turning Points. St. Louis : The C.V. Mosby Company, 1990.

Davis, L.L. Instrument review: Getting the most from a panel of model. Family & Communicaty Health 18 (4 1992), 58 - 66.

Deutschman, M. Excellence in the nursing home culture. Journal of Gerontological Nursing 27 (August 2001) : 29-36.

Donabedian, A. The Quality of Care. How can it be assessed ? JAMA 260 (12/1988) : 23-30.

Drew, N. Reenacment Interviewing : A Methadology for Phenomenological Research. Journal of Nursing Scholarship 25(4 1993) : 345 - 351.

Ebersole, P.,and Hess, P. Toward Healthy aging: Human needs and nursing responses. St. Louis: Mosby,1990.

Ellis, J.K., and Nowlis, E.A. Nursing: A human needs approach. Philadelphia : J.B. Lippincott Company, 1994.

Eliopoulos, C. Gerontological Nursing. New York : J.B. Lippincott Company, 1997.

Ferri, R.S. Care Planning for The Older Adult Nursing Diagnosis in Long-Term Care. Philadelphia, 1994.

Fretwell, M.D. Aging Changes in Structure and Function. In D.L. Carnevali and M. Patrick (Eds), Nursing Management for the Elderly. 3rd ed. Philadelphia : J.B. Lippincott, 1993.

Given, A.B., et al. Caregiving Role Strain. Nursing Care of Older Adults: Diagnosis, Outcom & Interventions. St. Louis Missoure : A Harcourt Health Sciences company, 2001.

Glick, O.J., and Swanson, E.A. Motor Performance Correlates of Functional Dependence In Long-Term Care Residents. Nursing Research 44 (1/1996).

Harrington, C., et al. Expert recommend minimum nurse staffing standards for nursing facilities in United State. The Gerontologist 40 (2000) : 5 - 16.

Hey, D.P., et al. Depression. In Duthie, E.H.& Katz, P.R. (Eds.). Practice of Geriatrics, Philadelphia : W.B.Saunders Company, 1998.

Holloway, I., and Wheeler, S. Quality research for nursing. Great Britian : Brackwell Science, 1996.

Horowitz, A. Sons and daughter as caregivers to older parents: Difference in role performance and consequences. The Gerontologist 25 (1985) : 612 - 617.

Jasper, M.A. Issues in phenomenology of researchers of nursing. Journal of Advanced Nursing 19(1994) : 309 - 314.

Jitapunkul, S., Kamolratanakul, P., and Ebrahim, S. Themeaning of activity of daily livingin a Thai elderly population: development of a new index. Age and Ageing 23(1994) : 97 - 101.

Kespichayawattan, J. “Katanyu Katavedi” and Caregiving for Frail Elderly parents: The Perspective of Thai Families in Metropoltan Bangkok Thailand. The degree of Doctoral of Philosophy, Oregon Health Sciences University.1999.

Koch, T. Interpretive approaches in nursing research : the influence of Husserl and Heidegger. Journal of Advance Nursing 21(1995): 827-836.

Krach, P., et al. Functional Status of the oldest-old in a home setting. Journal of Advanced Nursing, Vol24(1996): 456-464.

Leucknotte, A.G. Gerontological Nsg. St. Louis : Mosby, 1996.

Linn, M.W., Hunter, K., and Harris, R. Symptoms of depression and recent life events in the community elderly. Journal Clinical Psychological 36(1980) : 82 - 675.

Matterson, M., and Connell, E. Gerontological nursing concepts and practice. USA WB: Saunders company, 1988.

McGuire, L., and Graffam, S. Pain in the elderly. In M. Stanley & G.P. Beare (Eds), Gerontological Nursing, Philadelphia : F.A. Davis Company, 1995.

Milli – Keane. Medical Dictionary. Available from : http://www.msn.com[2000, Jan 10].

Marini, B. Institutional Older Adults' perception of nursing caring behaviors. Journal of Gerontolocal Nursing 25 (5 1995) : 11 - 16.

Morse, J.M. Qualitative Nursing Research. California : Stage Publications, 1989.

Morse, J.M., et al. Concepts of caring and caring as a concept. Advanced in Nursing Science 13 (1990) : 1 - 14.

Morse, J.M., and Field, P.A. Qualitative research methods for health professionals. London : Sage, 1995.

Mulley, A.G. Industrial quality management science and outcome research : Responses to unwanted variation on health outcome and decision. In: Blumental D, Schech., Ac., eds, Improving Clinical Practice: total quality management and the physician, San Francisco :Jossey-Bass, 1995.

Murphy, E. Social origin of depression in old age. Br J Psychiatry 141(1982) : 42 - 135.

National Family Caregiver Association. What is Caregiver Support Programs. USA: Available from: http:www.NFCA.com [2000, March 4]

Newgarten, L. Personality in middle and late life. New York : Atherton Press, 1964.

Nunley, B.L.,Hall, L.A., and Rowles,G.D. Effects of the Quality of Dyadic Relationships on the Psychological Well-Being of Elderly Care-Recipients. Journal of Gerontological Nursing 26 (12 2000) : 23 – 31.

Oermann, M.H., and Templin, T. Important attribution of quality health care : consumer perspectives. Journal of Nursing scholarship 32 (2/2000) : 167 - 172.

Omery, A. Phenomenology : a method for nursing research. Advance in Nursing Science 5(2/1983) : 49 - 62.

Omery, A., and Mark, C. Phenomenology and Science. In Omery, A., Kasper, C. and Page, Research of Nursing Science. Thousand Oaks : Sage, 1995.

Phillips,L.R., et al. Effects of the Situational Context and Interactional Process on the Quality of Family Caregivng. Research in Nursing and Health 18 (1995) : 205 - 216.

Phillips,L.R.,Morrison, E.F., and Chae,Y.M. The QUALCARE Scale: Developing on instrument to measure quality of home care. International Journal of Nursing Studies 27(1990) : 61 - 75.

Phillips,L.R., and Rempusheski, V.F. Caring for the frail elderly at home : Toward a Theoritical Explanation of the dynamic of poor quality family caregiving. Advanced in Nursing Science 8(July 1986) : 62 - 76.

Radwin, L. Oncology patients'perceptions of quality nursing care. Research in Nursing & Health 23 (June 2000) : 179 – 190.

Shumacher, K.L. Reconceptualizing family caregiving: Family-based illness are during chemotherapy. Research in Nursing and Health 19(4 1996) : 261-271.

Schumacher, K.L., Stewart, B.J., and Archbold, P.G. conceptualization and measurement of doing family caregiving well. Journal of Nursing Scholarship 30 (1/1998) : 63 - 69.

Staab, A.S., and Hodges, L.C. Essentials of genrontological nursing, New York : J.B. Lipplncott Company, 1996.

Streubert, H.J., and Carpenter, D.R. Qualitative Research in Nursing. Philadelphia : J.B. Lippincott Company, 1995.

Tiden, V.P., and Weinert, C. Social Support and The Chronically individual. Nursing Clinic of North America 22 (1987) : 613 - 620.

Vetter, N.J., Lewis, P.A., and Lewellyn, L. Supporting elderly dependent people at home. BMJ 344(1992) : 1290 - 1292.

Walters, A.J. The phenomenological movement: Implications for nursing research. Journal of Advanced Nursing 22(1995) : 791-799.

Willium, S.A. Quality and care: Patients' perspections. Journal of Nursing Care Quality 12 (1998) : 18 - 25.

Wold, G. Basic Geriatric Nursing. St. Louis : Mosby, 1993.

Wong, M.L., et al. Sociodemographic and lifestyle factor associated with constipation in an elderly Asian community. American Journal of Gastroenterology 94 (5/1999) : 1283 - 1291.

ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ก ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index)

1. Feeding (รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้เรียบร้อยต่อหน้า)
    0. ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนให้
    1. ตักอาหารเองได้ แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนตักเตรียมไว้ให้ หรือตัดให้เป็นชิ้นเล็กๆไว้ล่วงหน้า
    2. ตักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ
2. Grooming (ล้างหน้า, หวีผม, แปรงฟัน, โกนหนวด ในระยะ 24-48 ชั่วโมงที่ผ่านมา)
    0. ต้องการความช่วยเหลือ
    1. ทำได้เอง (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)
3. Transfer (ลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้)
    0. ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คนช่วยกันยกขึ้น
    1. ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คนหรือใช้คนทั่วไป 2 คนพยุง หรือดันขึ้นมาจึงจะนั่งได้
    2. ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตาม หรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย
    3. ทำได้เอง
4. Toilet (ใช้ห้องน้ำ)
    0. ช่วยตนเองไม่ได้
    1. ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตนเองได้หลังจากเสร็จธุระ) แต่ต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่ง
    2. ช่วยตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมได้เอง ทำความสะอาดได้เรียบร้อย หลังจากเสร็จธุระ ถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย
5. Mobility (การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน)
    0. เคลื่อนที่ไปไหนมาไหนไม่ได้
    1. ต้องใช้รถเข็ญช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนมาเข็ญให้) และจะต้องเข้าออกมุมห้องหรือประตูได้
    2. เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุง หรือบอกให้ทำตาม หรือต้องให้ความสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย
    3. เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง

6. Dressing (การสวมใส่เสื้อผ้า)
    0. ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองไม่ได้หรือได้น้อย
    1. ช่วยตัวเองได้รวมร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย
    2. ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิบ หรือใส่เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)
7. Stairs (การขึ้นลงบันได 1 ขั้น)
    0. ไม่สามารถทำได้
    1. ต้องการคนช่วย
    2. ขึ้นลงได้เอง (ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น walker จะต้องเอาขึ้นลงได้ด้วย)
8. Bathing (การอาบน้ำ)
    0. ต้องมีคนช่วย หรือทำได้
    1. อาบน้ำได้เอง
9. Bowels (การกลั้นการถ่ายการถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา)
    0. กลั้นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ
    1. กลั้นไม่ได้เป็นบางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้ง ต่อสัปดาห์)
    2. กลั้นได้ปกติ
10. Bladder (การกลั้นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา)
    0. กลั้นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลเองได้
    1. กลั้นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง)
    2. กลั้นได้เป็นปกติ

0-4	หมายถึง	ต้องการการพึ่งพาทั้งหมด
5-8	หมายถึง	ต้องการการพึ่งพาค่อนข้างมาก
9-11	หมายถึง	ต้องการการพึ่งพาปานกลาง
12-19	หมายถึง	ต้องพึ่งพาเล็กน้อย
20	หมายถึง	ไม่พึ่งพา

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ข แบบทดสอบสภาพจิตจุฬา(Chula Mental Test : CMT)

คำถาม	คำตอบ	คะแนน
1. ปีนี้คุณอายุเท่าไร		1/0
2. ขณะนี้กี่โมง ? (อาจตอบคลาดเคลื่อนได้ 1 ชั่วโมง)		1/0
3. พูดคำว่า “ร่ม กระทะ ประตู” ให้ฟังช้าๆชัดๆ 2 ครั้ง	“ร่ม”	1/0
แล้วบอกให้ผู้ถูกทดสอบทวนชื่อทั้งสามดังกล่าวทันที	“กระทะ”	1/0
(ชื่อที่ถูก 1 ชื่อ = 1 คะแนน)	”ประตู”	1/0
4. เดือนนี้เดือนอะไร ?		1/0
5. คนนั้นเป็นใคร ?	บุคคลที่ 1	1/0
(ให้ถามถึงบุคคล 2 คน เช่น แพทย์ พยาบาล	บุคคลที่ 2	1/0
หรือบุคคลใกล้เคียง)		
6. ข้าว 1 ถัง มีกี่ลิตร/กี่กิโลกรัม	20 ลิตร/15 กก.	1/0
7. ให้ผู้ถูกทดสอบทำตามคำสั่ง ที่จะบอกต่อไปนี้		1/0
“ให้ตบมือสามทีแล้วกอดอก”		
(ให้ 1 คะแนน ถ้าทำได้ถูกต้องครบทุกขั้นตอน)		
8. จงบอกความหมายของสุภาษิตต่อไปนี้ “หนีเสือปะจระเข้”		1/0
<u>ตัวอย่างคำตอบที่ถูกต้อง</u>		
1. หนีจากสิ่งที่ไม่ดีไปพบสิ่งที่ไม่ดีอีก		
2. หนีจากสถานการณ์หรือบุคคลที่ไม่เป็นอันตรายไปพบสถานการณ์หรือบุคคลที่เป็นอันตราย		
3. หนีจากสิ่งเลวร้ายไปพบสิ่งที่เลวร้ายกว่าเดิม		
9. บอกผู้ถูกทดสอบว่าจงฟังประโยคต่อไปนี้ให้ดี		1/0
เมื่อฟังจบแล้วให้พูดตามทันที		
“ฉันชอบดอกไม้ เสียงเพลง แต่ไม่ชอบหมา”		
(ให้ 1 คะแนน ถ้าพูดได้ถูกต้องตามลำดับทั้งประโยค)		

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คำถาม	คำตอบ	คะแนน

10. ถามผู้ถูกทดสอบว่า “ถ้าลืมกุญแจบ้านจะทำอย่างไร” 1/0

(ให้ 1 คะแนน ถ้าคำตอบมีเหตุผลเหมาะสม
โดยที่คำตอบนั้นแสดงถึงความพยายามที่จะแก้ไขปัญหา
ด้วยความเป็นไปได้และไม่ก่อให้เกิดความเสียหายมาก)

<u>ตัวอย่างคำตอบที่ได้คะแนน</u>

1. ทดลองนำกุญแจอันอื่นหรือวัสดุที่ใช้แทนได้ที่มีอยู่ใน
   บริเวณใกล้เคียงมาลองไขกุญแจ
2. ตามช่างทำกุญแจ (ถ้าอยู่ไม่ไกลนัก)
3. ไปขอกุญแจที่ผู้อื่นมีเก็บไว้ (เช่น ญาติ) ในกรณีที่
   อยู่ไม่ไกลจากบ้าน
4. หาทางเข้าบ้าน (ถ้าสามารถทำได้) หรือขอความช่วยเหลือ
   จากผู้อยู่ใกล้เคียง เช่น ปีนหน้าต่าง งัดช่องลม

<u>ตัวอย่างคำตอบที่ได้คะแนน</u>

1. ไม่รู้จะทำอย่างไร นั่งรอจนกว่าจะมีคนอื่นกลับมา
2. พังประตูเข้าไป
3. ไปเอากุญแจที่บุคคลอื่นในบ้านเก็บไว้แต่อยู่ไกลมาก
   เช่น อยู่ต่างจังหวัดหรือใช้เวลาเดินทางนานมาก

11. บอกให้ผู้ถูกทดสอบนับเลขจาก 10-20 1/0

(ให้ 1 คะแนน ถ้าสามารถนับได้ถูกต้องตามลำดับทั้งหมด)

12. ชี้ไปที่ <u>นาฬิกา</u> แล้วถามว่าคืออะไร ? / เรียกว่าอะไร ? 1/0

ชี้ไปที่ <u>ปากกา</u> แล้วถามว่าคืออะไร ? / เรียกว่าอะไร ? 1/0

13. บอกให้ผู้ถูกทดสอบลบเลขทีละ 3 จาก 20 ทั้งหมด 3 ครั้ง

20 - 3 = a	a = 17	1/0
17 - 3 = b	b = 14	1/0
14 -3 = c	c = 11	1/0

(ให้คะแนนตามจำนวนเลขที่ลบได้ถูกต้อง ครั้งละ 1 คะแนน)

คะแนน <15 แสดงว่าน่าจะมีความผิดปกติทางเชาว์ปัญญา (Cognitive Function)

คะแนน >15 หมายถึง เป็นผู้ไม่มีความผิดปกติทางเชาว์ปัญญา (Cognitive Function)

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ค แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

หมายเลขผู้ให้ข้อมูล.....

เพศ.....อายุ.....

สถานภาพสมรส.....ระดับการศึกษา.....

ศาสนา.....อาชีพเดิม.....

สมาชิกในครอบครัว.....รายได้ต่อครอบครัว.....

ผู้ดูแลหลัก.....ระดับการศึกษาของผู้ดูแลหลัก.....

ประวัติการเจ็บป่วย

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ระดับภาวะพึ่งพา.....คะแนน.....

ระดับเชาว์ปัญญา.....คะแนน.....

แผนที่บ้านโดยสังเขป

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ง แนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์

แนวคำถามในการเก็บข้อมูลสร้างจากวัตถุประสงค์และแนวคิด เป็นคำถามกว้าง สามารถปรับได้ตามสถานการณ์ มีแนวคำถามดังต่อไปนี้

1. **ขั้นเริ่มการสัมภาษณ์** : พูดคุยและซักถามเรื่องทั่วไปและสร้างสัมพันธภาพบรรยากาศและความรู้สึกที่ดีในการสัมภาษณ์ อธิบายวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่จะได้รับ กระบวนการสัมภาษณ์และสิทธิของผู้ให้ข้อมูล

- คำถามอุ่นเครื่อง
  - การป่วยครั้งนี้คุณป่วยมานานแค่ไหน
  - กรุณาเล่าให้ฟังตอนนี้คุณมีอาการอย่างไรบ้าง สามารถช่วยเหลือตนเองอย่างไรบ้าง
  - คุณไปหาหมอที่โรงพยาบาลบ่อยครั้งไหม ครั้งล่าสุดไปทำอะไรบ้าง
  - กรุณาเล่าถึงสาเหตุอาการป่วย จนต้องมีผู้ดูแลในครอบครัว
  - คุณเริ่มได้รับการดูแลจากผู้ดูแลในครอบครัวนานเพียงไร

2. **ขั้นเข้าสู่ประเด็นการสัมภาษณ์**

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาโยงเข้าสู่ประเด็นที่ต้องการศึกษา มีแนวคำถามดังนี้

- แนวคำถามเจาะลึก
  - เมื่อคุณเจ็บป่วยจนต้องมีผู้ดูแลคอยช่วยเหลือ ใครเป็นผู้ดูแลท่าน และเกี่ยวข้องกับท่านอย่างไร มีการแบ่งหน้าที่กันอย่างไรบ้าง
  - กรุณาเล่าให้ฟังถึงการดูแลที่ท่านได้รับ ผู้ดูแลในครอบครัวของท่าน มีกิจกรรมดูแลช่วยเหลือหรือทำอะไรให้ท่านบ้าง ในรอบ 1 วัน
  - กรุณาเล่าให้ฟังถึงความรู้สึก เกี่ยวกับการที่ต้องมีผู้ดูแลในครอบครัวมาช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่างๆ ..... เพราะอะไรจึงคิดอย่างนั้น
  - ในปัจจุบันคุณคิดว่าคุณได้รับการดูแลที่ดีจากผู้ดูแลในครอบครัว ในเรื่องใดบ้าง
  - กรุณาเล่าให้ฟังถึงการดูแลเรื่อง (ร่างกาย จิตใจ สังคม การเงิน.....) ที่คุณคิดว่าเป็นการดูแลที่ดี และที่คุณพอใจ หมายถึงให้การดูแลอย่างไร ช่วยอธิบายให้ฟังเพิ่มเติม
  - คุณคาดหวังว่าควรได้รับการดูแลในเรื่องใดบ้าง จากผู้ดูแลในครอบครัว
  - คุณช่วยกรุณาอธิบายเพิ่มเติมเกี่ยวกับ (ประเด็นที่ต้องการ)…….. หมายถึงอย่างไร

3. **ขั้นปิดการสนทนา** : เมื่อเห็นว่าได้เวลาที่เหมาะสมตามที่ตกลงไว้กับผู้ให้ข้อมูล โดยผู้วิจัยเริ่มด้วยการค่อยๆเปลี่ยนหัวข้อการสนทนาเป็นเรื่องทั่วๆไป เพื่อให้อารมณ์และความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูลผ่อนคลาย ผู้วิจัยสอบถามผู้ให้ข้อมูล ถึงความต้องการในการกล่าวถึงสิ่งอื่นๆ ที่ผู้วิจัยยังไม่ได้ซักถาม หรือสิ่งที่ผู้ให้ข้อมูลต้องการซักถามผู้วิจัย ตัวอย่างคำถามได้แก่

- ท่านมีเรื่องอื่นๆอยากเล่าเพิ่มเติมอีกไหม เกี่ยวกับการดูแลที่ดี หรือที่ท่านคาดหวัง
- ท่านต้องการกล่าวถึงสิ่งอื่นๆที่ผู้วิจัยไม่ได้ถามหรือไม่ หรือท่านต้องการซักถามผู้วิจัยหรือไม่

ผู้วิจัยบอกย้ำเกี่ยวกับการรักษาความลับ กล่าวขอบคุณในการเสียสละเวลาของผู้ให้ข้อมูล ขออนุญาตผู้ให้ข้อมูลในการกลับมาหาผู้ให้ข้อมูลอีกครั้งเพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลและการแปลความหมายของผู้วิจัย รวมทั้งหากข้อมูลในยังไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ผู้วิจัยอาจขอนัดสัมภาษณ์ซ้ำ จากนั้นจึงบอกผู้ให้ข้อมูลหลักถึงการปิดการสัมภาษณ์

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก จ : ใบหนังสือยินยอมเข้าร่วมวิจัย (Information Consent Form)

ชื่อโครงการวิจัย ประสบการณ์การได้รับการดูแลของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา โดยผู้ดูแลในครอบครัว

เลขที่ผู้ให้ข้อมูล.....

ชื่อผู้วิจัย นางสาวพัชรินทร์ คำอินทร์ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่อยู่ หอป่วยพิเศษ 11 โรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน 420/6 ถนนราชวิถี แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี จ. กรุงเทพฯ 10400 หมายเลขโทรศัพท์ 02-8982428 กด 2

ชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา(วิทยานิพนธ์) ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา

ข้าพเจ้า ผู้ให้ข้อมูลเลขที่.....ได้รับทราบรายละเอียดของโครงการวิจัยในเรื่องต่างๆดังต่อไปนี้

1. ข้าพเจ้าได้รับทราบ วัตถุประสงค์ วิธีการวิจัย ประโยชน์ ผลกระทบข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นโดยละเอียด และผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่างๆที่ข้าพเจ้าถามด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง ซ่อนเร้น จนข้าพเจ้าพอใจ

2. ข้าพเจ้าได้รับทราบว่าผู้วิจัยจะทำการเก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์ข้าพเจ้าไว้เป็นความลับ และการนำเสนอในภาพรวมที่ได้จากผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด โดยที่ไม่มีการเปิดเผยชื่อของผู้ให้ข้อมูลในการนำเสนอผลการวิจัย

3. ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะถอนตัวจากการเข้าร่วมศึกษานี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล โดยไม่มีผลต่อบริการ/การรักษา ที่ข้าพเจ้าพึงได้รับ

ข้าพเจ้ารับทราบรายละเอียดข้างต้นจนมีความเข้าใจดีทุกประการ และยินดีเข้าร่วมการศึกษาวิจัยนี้

.....	.....
สถานที่ / วันที่	ผู้ให้ข้อมูล
.....	.....
สถานที่ / วันที่	ลงนามผู้วิจัยหลัก
.....	.....
สถานที่ / วันที่	ลงนามพยาน

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Patient/Participant Information Sheet)

1. ชื่อโครงการวิจัย ประสบการณ์การได้รับการดูแลของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา โดยผู้ดูแลในครอบครัว

2. ชื่อผู้วิจัย นางสาวพัชรินทร์ คำอินทร์ นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

3. สถานที่ติดต่อกับผู้วิจัย หอผู้ป่วยพิเศษ 11 โรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน 420/6 ถนนราชวิถี แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี จ. กรุงเทพฯ 10400 หมายเลขโทรศัพท์ 02-35499100-119 ต่อ 1440

4. ข้อมูลประกอบการให้ความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย

4.1 โครงการนี้เกี่ยวข้องกับ การศึกษาประสบการณ์การได้รับการดูแลของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา โดยผู้ดูแลในครอบครัว

4.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

4.2.1 เพื่อศึกษาความหมายการได้รับการดูแลผู้สูงอายุอยู่ในภาวะพึ่งพาที่อาศัยอยู่ที่บ้าน โดยผู้ดูแลในครอบครัว ในมุมมองของผู้สูงอายุ

4.2.2 เพื่อศึกษาประสบการณ์การได้รับการดูแลของผู้สูงอายุอยู่ในภาวะพึ่งพาที่อาศัยอยู่ที่บ้าน โดยผู้ดูแลในครอบครัว

4.3 ผู้วิจัยคาดว่าการวิจัยครั้งนี้จะไม่ก่อให้เกิดความเสี่ยงใดๆต่อข้าพเจ้า

4.4 ข้าพเจ้าจะได้รับการสัมภาษณ์ครั้งละ 45 -60 นาที จำนวนครั้งที่สัมภาษณ์ขึ้นอยู่กับความสมบูรณ์ของข้อมูลที่ได้

4.5 การติดต่อกับผู้วิจัยในกรณีมีปัญหา (ตลอด 24 ชั่วโมง) สามารถติดต่อผู้วิจัยคือ นางสาวพัชรินทร์ คำอินทร์ โทรศัพท์ PCT 02-8982428 กด 2

4.6 หากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมทั้งทางด้านประโยชน์และโทษที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้ข้าพเจ้าทราบอย่างรวดเร็ว

4.7 ข้าพเจ้าได้ทราบข้อมูลของโครงการข้างต้น ตลอดจนข้อดี ข้อเสีย ที่ได้จากการเข้าร่วมโครงการนี้ และข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมโครงการดังกล่าว

4.8 ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะปฏิเสธการเข้าร่วมหรือสามารถถอนตัวจากโครงการวิจัยได้ทุกขณะ โดยการปฏิเสธที่จะเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีผลต่อการได้รับบริการหรือการรักษาของข้าพเจ้าหรือบุคคลที่เกี่ยวข้องแต่ประการใด

4.9 ไม่มีการจ่ายเงินตอบแทนให้แก่ข้าพเจ้าในการเข้าร่วมการวิจัย

4.10 ข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้า จะถูกแยกออกจากข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เพื่อป้องกันการระบุถึงบุคคลผู้ให้สัมภาษณ์ และเก็บไว้กับผู้วิจัยเพียงผู้เดียว ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม ส่วนชื่อและที่อยู่ของข้าพเจ้าจะได้รับการปกปิดอยู่เสมอ ยกเว้นว่าได้รับคำ

ยินยอมไว้ โดยกฎระเบียบและกฎหมายที่เกี่ยวข้องเท่านั้น จึงจะเปิดเผยข้อมูลแก่สาธารณชน ในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์

4.11 จำนวนของประชากรกลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยโดยประมาณที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ขึ้นอยู่กับความอิ่มตัวของข้อมูล

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ฉ บันทึกภาคสนาม

หมายเลขผู้ให้ข้อมูล.....

การสัมภาษณ์ครั้งที่.....วันที่...../...../..... เวลา.....ถึง.....น. รวมเวลา.....นาที

เหตุการณ์ ปัญหา การแก้ไข ความคิด ความรู้สึก

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

บันทึก

เมื่อ...../...../.....

เวลา.....

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ช แบบบันทึกการถอดเทปและการให้รหัสเบื้องต้น

รหัสผู้ให้ข้อมูล.....

ถอดเทปการสัมภาษณ์ครั้งที่.....

วันที่สัมภาษณ์.....เริ่มสัมภาษณ์เวลา.....ถึง.....น.

บรรทัด	ข้อความ	การถอดรหัส

ภาคผนวก ญ ใบแบบบันทึกเชิงปฏิบัติการ

รหัสผู้ให้ข้อมูล……

สัมภาษณ์ครั้งที่.....วันที่...../……./……..

สิ่งที่ต้องการเพิ่มเติม

1. ……
2. ……
3. ……
4. ……..
5. …….

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวพัชรินทร์ คำอินทร์ เกิดเมื่อวันที่ 11 พฤษภาคม พ.ศ. 2515 ที่จังหวัดอุบลราชธานี ปี พ.ศ. 2537 สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาลัยมหิดล ปี พ.ศ. 2545 เข้าศึกษาในหลักสูตร พยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปัจจุบันดำรงตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ 6 โรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล จังหวัดกรุงเทพมหานคร

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย