



เรียนรู้เพื่อรับใช้สังคม

ประสบการณ์การดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง

THE SELF – HEALTH CARE EXPERIENCES OF CAREGIVER'S  
OLDER ADULTS WITH BEDRIDDEN PATIENTS

สุรียา ฟองเกิด

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

พ.ศ. 2561

ลิขสิทธิ์ของบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

ประสบการณ์การดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง  
THE SELF – HEALTH CARE EXPERIENCES OF CAREGIVER’S OLDER ADULTS  
WITH BEDRIDDEN PATIENTS

สุรียา ฟองเกิด

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ตรวจสอบและอนุมัติให้  
วิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา  
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)  
เมื่อวันที่ 18 ตุลาคม พ.ศ. 2561

รองศาสตราจารย์ ดร.สายพิน เกษมกิจวัฒนา  
ประธานกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กมลทิพย์ ชลิ่งธรรมเนียม  
อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

รองศาสตราจารย์ ดร.จริยาวัตร คมพัยค์ม์  
กรรมการ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กนกพร นทีชนสมบัติ  
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กมลทิพย์ ชลิ่งธรรมเนียม  
กรรมการ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กนกพร นทีชนสมบัติ  
กรรมการ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทวีศักดิ์ กลีผล  
ประธานหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
(การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

รองศาสตราจารย์อิสยา จันทร์วิทยานุชิต  
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

รองศาสตราจารย์ ดร.จริยาวัตร คมพัยค์ม์  
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

## ประสบการณ์การดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง

สุรียา ฟองเกิด 596060

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: กมลทิพย์ ขลังธรรมเนียม, ประ.ด. (การพยาบาล)

กนกพร นทีธสมบัติ, พย.ด. (พยาบาลศาสตร์)

### บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพนี้เพื่อศึกษาประสบการณ์การดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง ผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ ผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ ภรรยา บุตร หลาน และเหลน ที่อาศัยอยู่ในตำบลบางทราย อำเภอมือง จังหวัดชลบุรี จำนวน 12 คน โดยผู้วิจัยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง รวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า ประสบการณ์การดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง จำแนกได้เป็น 3 ประเด็น ได้แก่

ประเด็นที่ 1 ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง คือ 1) ภาวะสุขภาพด้านร่างกาย จำแนกได้เป็น 2 ประเภท คือ 1.1) ตามภาวะสุขภาพ ได้แก่ กลุ่มที่ไม่มีโรคประจำตัว พบว่า มีการเสื่อมของร่างกายเพิ่มขึ้นก่อนที่จะมาดูแล และกลุ่มที่มีโรคประจำตัว พบว่า อาการของโรคเดิมกำเริบ 1.2) ตามกลุ่มอายุ ได้แก่ กลุ่มที่มีอายุมากจะมีอาการเสื่อมของร่างกายเพิ่มขึ้น เช่น เข้าเสื่อม หลังเสื่อม ปวดเมื่อยตามเนื้อตัว และกลุ่มที่มีอายุน้อย พบว่า มีอาการเจ็บปวด ๆ แอด ๆ และ 2) ภาวะสุขภาพด้านจิตใจ คือ ผู้ดูแลมีภาวะเครียด 2.1) ภาระในการดูแล 2.2) ห่วงกังวลกับสุขภาพของผู้ป่วย และ 2.3) ความมั่นคงทางเศรษฐกิจ

ประเด็นที่ 2 การดูแลตนเองด้านสุขภาพ พบว่า มี 2 ประเด็น คือ 1) การดูแลสุขภาพทางกาย ประกอบด้วย การดูแลสุขภาพทั่วไปในภาวะปกติ ได้แก่ การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ และการออกกำลังกาย และการดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย ได้แก่ การหายมารับประทานเพื่อบรรเทาอาการเจ็บป่วย การนอนพักผ่อน ทำกายบริหาร ยืดเหยียดด้วยตนเอง การนวดด้วยตนเอง และ 2) การดูแลสุขภาพทางจิตใจ คือ การจัดการความเครียด ได้แก่ การละวางจากการดูแลและเลี้ยงที่จะปะทะกับผู้ป่วย

ประเด็นที่ 3 ความต้องการการดูแลสุขภาพ พบว่า มี 2 ประเด็น คือ 1) ความต้องการด้านสุขภาพทางกาย ได้แก่ ต้องการให้บุคลากรทางสุขภาพมาเยี่ยม ดูแล และให้คำแนะนำด้านสุขภาพ 2) ความต้องการด้านสุขภาพทางจิตใจ ได้แก่ ต้องการให้บุคคลในครอบครัวและบุคคลรอบข้างเข้าใจและให้กำลังใจ

การศึกษานี้มีข้อเสนอแนะว่า ผู้ดูแลที่มีอายุมากจะมีความเสื่อมของร่างกาย ปวดเมื่อยตามเนื้อตามตัว อ่อนเพลีย พยาบาลควรจัดกิจกรรมการเยี่ยมบ้านโดยมุ่งเน้นการสร้างเสริมสุขภาพทางกาย เช่น การออกกำลังกายให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงเพื่อป้องกันการปัญหาสุขภาพที่รุนแรงมากยิ่งขึ้น ผู้ดูแลที่ความเครียดจากความไม่มั่นคงทางเศรษฐกิจ พยาบาลควรประสานงานกับองค์กรท้องถิ่นที่เกี่ยวข้องเพื่อช่วยเหลือเรื่องสวัสดิการทางสังคมของผู้ดูแล และจัดกิจกรรมเพื่อจัดการความเครียดให้กับผู้ดูแล

**คำสำคัญ:** ประสบการณ์ การดูแลตนเองด้านสุขภาพ ผู้ดูแล ผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง

**THE SELF – HEALTH CARE EXPERIENCES OF CAREGIVER’S OLDER ADULT  
WITH BEDRIDDEN PATIENTS**

SURIYA FONGKERD 596060

MASTER OF NURSING SCIENCE (COMMUNITY NURSE PRACTITIONER)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: KAMONTIP KHUNGTUMNEUM, Ph.D. (NURSING)

KANOKPORN NATEETANASOMBAT, Ph.D. (NURSING)

**ABSTRACT**

This qualitative research is aimed to investigate the self-care experiences of the caregivers of older adult with bedridden patients. The informants of this study, which were selected with purposive sampling, included 12 caregivers of older adult with bedridden patients. The data collection was carried out with in-depth interview, observation, and content analysis.

The findings of this study revealed that the self-care experiences of the caregivers of older adult with bedridden patients can be discussed in three aspects.

The first aspect was the health status covering the physical health status and mental health status. The findings were as follows: 1) Physical health status showed that caregivers without disease had including increasing degenerative conditions of body, and caregivers with recurrent disease will have the exacerbation. The older adult caregivers are also more likely to have including increasing degenerative conditions of body too, but caregivers at the youngest had mild illness. 2) The mental health condition was that caregivers were stressed from the burden of care Concerned about patient health and economic security.

The second aspect was self health caring which also included the physical and mental sides. 1) Physical health care includes regular health care, including healthy eating, exercise, health care when sick, including medication to relieve illness, sleep, physical therapy stretch themselves and massage. 2) mental health care includes stress management, such as relaxation, massage, go to the temple, merit making, calm and go out to friends to relax, avoid to clash with the patient by walking away.

The third aspect was the needs with respect to health care. It was found that: 1) Physical health needs include access to health care and health advice. 2) mental health needs includes people around understand and encourage.

This study suggested that older adult with bedridden patients would have a deterioration of the body. The nurse should arrange a visit to the home by focusing on physical health. Exercise to caregivers older adult with bedridden patients to prevent more severe health problems. Caregivers who are stressed out of economic insecurity. Nurses should coordinate with the relevant local organizations to assist with the welfare of the caregiver and organize stress management activities for caregivers.

**Keywords:** Experiences, Self – health care, Caregiver’s, Older adult with bedridden patients

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี ได้รับความกรุณาจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กมลทิพย์ ขลังธรรมเนียม อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กนกพร นทีธนสมบัติ อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ที่ให้การช่วยเหลือให้คำปรึกษา และชี้แนะแนวทางด้วยความปรารถนาดีอย่างสม่ำเสมอ ให้ความเมตตา รวมทั้งให้กำลังใจตลอดมา ทำให้ผู้วิจัยได้ทราบแนวทางในการศึกษาค้นคว้าหาความรู้ และประสบการณ์ต่าง ๆ ในการทำวิทยานิพนธ์ ผู้วิจัยรู้สึกประทับใจและขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.สายพิณ เกษมกิจวัฒนา ประธานกรรมการ ผู้ทรงคุณวุฒิสอบป้องกันวิทยานิพนธ์ และรองศาสตราจารย์ ดร.จริยาวัตร คมพัยค์์ กรรมการสอบ ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการปรับปรุงแก้ไขทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.สายพิณ เกษมกิจวัฒนา รองศาสตราจารย์ ดร.จริยาวัตร คมพัยค์์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.หทัยชนก บัวเจริญ ที่กรุณาเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา และความตรงเชิงภาษาของแนวคำถามในการสัมภาษณ์เชิงลึก และให้คำแนะนำในการปรับปรุงแก้ไขแนวคำถามที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้

ขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางทราย พยาบาลวิชาชีพ และเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่ช่วยเหลือในการติดต่อประสานงานกับผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง และอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยด้วยดี และที่สำคัญที่สุดผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณผู้ให้ข้อมูลทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้

ท้ายที่สุดนี้ ผู้วิจัยขอกราบระลึกถึงพระคุณของคุณพ่อสุพัฒน์ คุณแม่บุญมี ฟองเกิด ที่คอยสนับสนุน และเป็นกำลังใจ รวมทั้งให้ความช่วยเหลือมาโดยตลอด ขอกราบขอบพระคุณ อาจารย์ ดร.กมลรัตน์ เทอร์เนอร์ ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี อาจารย์สรวงทิพย์ ภู่กฤษณา รองผู้อำนวยการ กลุ่มงานอำนวยการ และคณาจารย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีชลบุรี ทุกท่านที่ให้โอกาสในการศึกษาครั้งนี้ ขอขอบคุณเพื่อนร่วมหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) ทุกท่านที่มีส่วนช่วยเหลือ เอื้ออาทร และให้กำลังใจด้วยดีตลอดการศึกษา ขอขอบคุณพี่ ๆ น้อง ๆ และกัลยาณมิตรทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือและให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยมาโดยตลอด นอกจากนี้ ยังมีผู้เกี่ยวข้องอีกหลายท่านที่ผู้วิจัยไม่ได้กล่าวถึง ณ ที่นี้ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณด้วยความรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาของทุกท่านเป็นอย่างยิ่ง

สุรียา ฟองเกิด

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ข
กิตติกรรมประกาศ	ค
สารบัญ	ง
สารบัญตาราง	ฉ
<b>บทที่ 1    บทนำ</b>	
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 วัตถุประสงค์การวิจัย	4
1.3 คำถามการวิจัย	4
1.4 ขอบเขตการวิจัย	4
1.5 คำนิยามศัพท์	4
<b>บทที่ 2    แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง</b>	
2.1 ผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง	6
2.2 ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง	13
2.3 บทบาทพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง	22
2.4 การวิจัยเชิงคุณภาพ	23
2.5 บริบทของชุมชนตำบลบางทราย อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี	25
<b>บทที่ 3    ระเบียบวิธีการวิจัย</b>	
3.1 ประชากรและผู้ให้ข้อมูล	28
3.2 เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล	28
3.3 ความน่าเชื่อถือของงานวิจัย	29
3.4 การพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูล	32
3.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล	33
3.6 จริยธรรมในการวิจัย	35
3.7 การวิเคราะห์ข้อมูล	36
3.8 ระยะเวลาที่ใช้ในการวิจัย	37

## สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
<b>บทที่ 4 ผลการวิจัย</b>	
4.1 ลักษณะส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง	38
4.2 ลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง	40
4.3 ประสิทธิภาพการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง	42
<b>บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ</b>	
5.1 สรุปผลการวิจัย	57
5.2 อภิปรายผล	59
5.3 ข้อเสนอแนะ	69
บรรณานุกรม	71
ภาคผนวก	
ภาคผนวก ก เอกสารรับรองคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย	79
ภาคผนวก ข รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจประเมินความตรงเชิงเนื้อหา ของแนวคำถามในการสัมภาษณ์เชิงลึก	80
ภาคผนวก ค ใบข้อมูลสำหรับผู้ให้ข้อมูลที่เข้าร่วมในการวิจัย (สัมภาษณ์แบบเจาะลึกเป็นรายบุคคล)	81
ภาคผนวก ง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล	85
ประวัติผู้เขียน	92

## สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	ดัชนีชี้วัดภาวะพึ่งพาของผู้สูงอายุ	11
2	ลักษณะส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง (n=12)	39
3	ลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง (n=12)	41
4	ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง	55
5	การดูแลสุขภาพตนเองของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง	55
6	ความต้องการการดูแลสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง	56





## บทที่ 1

### บทนำ

#### 1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความเจริญก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุขส่งผลให้มนุษย์มีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น ปัจจุบันประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก รวมถึงประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างชัดเจนทำให้มีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จากร้อยละ 8 ในปี 1950 เป็นร้อยละ 11 ในปี 2009 และองค์การอนามัยโลก (World Health Organization) คาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2593 (ค.ศ. 2050) จำนวนประชากรของผู้สูงอายุทั่วโลกที่มีอายุ 65 ขึ้นไป จะเพิ่มสัดส่วนเป็นเท่าตัวจาก 605 ล้านคน หรือร้อยละ 11 ของจำนวนประชากรโลกทั้งหมด เป็น 2 พันล้านคน หรือร้อยละ 22 กล่าวโดยสรุป คือ 1 ใน 5 ของประชากรโลกจะมีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป (United Nations Population Fund : UNFPA. 2017) ขณะเดียวกัน สถานการณ์ผู้สูงอายุไทยซึ่งเป็นประเทศที่กำลังพัฒนามีแนวโน้มของจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จากปี พ.ศ. 2503 มีจำนวนผู้สูงอายุ ร้อยละ 5.4 ของประชากร และเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 11.5 ในปี พ.ศ. 2552 และคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2568 จำนวนผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 17.8 (สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์. 2554)

สถานการณ์ผู้สูงอายุติดเตียงเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของหลายประเทศ (พวงเพ็ญ เผือกสวัสดิ์, นิสาชล นาคกุล และวิชญา โรจนรักษ์. 2559 : 54-64) ที่พบว่า มีอุบัติการณ์ผู้สูงอายุเจ็บป่วยเรื้อรังจนต้องเกิดภาวะทุพพลภาพเพิ่มมากขึ้นทุกปี สำหรับประเทศไทยมีรายงานจากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2556 ว่าพบ ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุส่วนใหญ่ คือ โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไตวาย ข้อเข่าเสื่อม เป็นผู้พิการซึมเศร้าและผู้ป่วยติดเตียง (สำนักงานส่งเสริมสุขภาพ. 2557) และจากสถิติอัตราการเป็นภาระของผู้สูงอายุต่อวัยแรงงาน พบว่า อัตราการเป็นภาระของผู้สูงอายุต่อวัยแรงงานในปี 2558 ร้อยละ 24.09 ปี 2559 ร้อยละ 25.14 และ ปี 2560 ร้อยละ 26.23 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2561) จะเห็นว่าสถิติ การเป็นภาระของผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้นทุกปีเช่นเดียวกับสถิติของผู้ป่วยติดเตียง ซึ่งพบว่า ในปี 2557 มีผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง 1,023,000 คน นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง จำนวน 960,000 คน เป็นผู้สูงอายุติดเตียงที่ช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วน ที่เหลืออีก 63,000 คน ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้เลย (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. 2560) และในปี 2558 พบว่า มีผู้สูงอายุป่วยติดเตียงเพิ่มขึ้นเป็น 1.3 ล้านคน (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. 2560)

จากรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุติดเตียงในจังหวัดชลบุรี พบว่า ปี 2559 มีผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง จำนวน 398 คน ปี 2560 จำนวน 620 คน และปี 2561 จำนวน 987 คน คิดเป็นร้อยละ 0.58 จากจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด 169,037 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี. 2561) จากสถิติ

ดังกล่าวจะเห็นว่า จังหวัดชลบุรี มีจำนวนผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงเพิ่มขึ้นทุกปีเช่นเดียวกับสถิติผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงในตำบลบางทราย อำเภอมือเมือง จังหวัดชลบุรี พบว่า ในปี 2559 มีผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงจำนวน 8 คน ปี 2560 จำนวน 16 คน และปี 2561 จำนวน 17 คน (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางทราย. 2561)

ผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลอย่างมากเพราะผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ต้องมีผู้ดูแลตลอดเวลาเพื่อทำกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย ซึ่งจัดเป็นภาระหนักของผู้ดูแลหลักในครอบครัว ผู้ดูแลต้องมีการปรับเปลี่ยนบทบาทการเป็นผู้ดูแลหลักเพื่อให้เวลากับการดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง ทำให้การดำเนินชีวิตของตนเองเปลี่ยนไปหลายประการโดยเฉพาะความไม่สะดวกในการดำเนินชีวิต (อรุณี ชุนหบดี และคณะ. 2556 : 53-63) นอกจากนี้ความไม่สะดวกสบายเกิดขึ้นแล้ว ยังพบว่า ผู้ดูแลจะประสบกับการแบกรับภาระเพิ่มขึ้นอีก เช่น ภาระงานที่เพิ่มขึ้น ค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้น หากมีการดูแลเป็นระยะเวลาอันยาวนานแล้วจะทำให้เกิดปัญหาความไม่สมดุลด้านต่าง ๆ ของระบบภายในครอบครัว (จันทร์เพ็ญ นพพรพรหม. 2550) ได้แก่ ผู้ดูแลไม่มีวันหยุด ไม่มีเวลาเป็นส่วนตัว ขาดความอิสระในครอบครัว มีความกังวลและกลัวเกี่ยวกับความผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยติดเตียง และต้องลดละ เลิก กิจกรรมทางสังคมที่เคยกระทำมา (Allison, S et al. 2008 : 368-372 อ้างถึงใน สายพิน เกษมกิจวัฒนา และปิยะภรณ์ ไพรสนธิ์. 2557 : 22-31) นอกจากนี้ ผู้ดูแลยังมีความทุกข์ทรมานใจเมื่อไม่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยติดเตียงมีอาการดีขึ้นได้ เพราะเกิดความรู้สึกรู้สึกผิดและรู้สึกหมดหนทางช่วยเหลือ (Helplessness) เมื่อผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงมีอาการเลวลง (Jean-Philippe, Ranjit & Christopher. 2012 : 214-219 อ้างถึงใน สายพิน เกษมกิจวัฒนา และปิยะภรณ์ ไพรสนธิ์. 2557 : 22-31) และยังพบว่า สภาพอารมณ์ของผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงแต่ละรายมีความแตกต่างกันไป เช่น โกรธ โมโห หงุดหงิด ไม่ทำตามผู้ดูแล ไม่ให้ความร่วมมือในการดูแล ซึ่งอารมณ์เหล่านี้มักจะมีผลกระทบต่อผู้ดูแลโดยตรงโดยเฉพาะผู้ดูแลที่เป็นภรรยา ผู้ดูแลจะเกิดความทุกข์ทรมานใจมากขึ้น (Berg. 2002 : 613 – 621) อีกทั้งผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงที่มีอาการรุนแรงและต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง ผู้ดูแลจะต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ค่ารักษาเพิ่มขึ้นจนนำไปสู่ความเครียดของผู้ดูแลและผู้ดูแลจะวิตกกังวลถึงเหตุการณ์ที่ยังมาไม่ถึงในอนาคตข้างหน้า (Smith, C.E et al. 2012 : 393-414) จนเป็นสาเหตุทำให้ผู้ดูแลต้องลาออกจากงานเพื่อดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงแบบเต็มเวลา ส่วนผู้ดูแลที่ยังคงทำงานอยู่ต้องลางาน ขาดงานบ่อยขึ้น มาทำงานสายและกลับบ้านเร็วขึ้น (Jung-Won, L. & Zebrack, B. 2012 : 147-156 อ้างถึงใน สายพิน เกษมกิจวัฒนา และปิยะภรณ์ ไพรสนธิ์. 2557 : 22-31)

ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่จะมีอาการเหนื่อยล้า (Fatigue) ไม่มีสมาธิ (Lack of concentration) พักผ่อนไม่เพียงพอ นอนหลับยาก การรับรู้คุณค่าในตนเองต่ำ (Poor self-esteem) และต้องลดทอนบทบาททางสังคมลง (Shiouh-Chu, Hengh-Sin

& Shu-Yuan. 2012 : 223-231 อ้างถึงใน สายพิณ เกษมกิจวัฒนา และปิยะภรณ์ ไพรสนธิ์. 2557 : 22-31) การดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงตลอดเวลานั้น เป็นภาระหนักที่ก่อให้เกิดความเหน็ดเหนื่อย ความตึงเครียด ซึ่งอาจนำไปสู่ปัญหาสุขภาพของผู้ดูแล วิถีชีวิตเปลี่ยนไปจากเดิม มีปัญหาการเงินและปัญหาชีวิตส่วนตัว เมื่อเวลาผ่านไปถ้าผู้ดูแลไม่ได้รับความช่วยเหลือจะเกิดความเหนื่อยล้า (Caregiver burden) (สายพิณ เกษมกิจวัฒนา และปิยะภรณ์ ไพรสนธิ์. 2557 : 22-31)

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวจะเห็นว่าม้งงานวิจัยเกี่ยวกับผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงและผู้ดูแลอยู่เป็นจำนวนมาก ส่วนใหญ่เน้นการศึกษาเฉพาะปัญหาของผู้ป่วยติดเตียง แต่ปัญหาสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงยังมีการศึกษาอยู่ค่อนข้างน้อย และเป็นการศึกษาเชิงปริมาณเป็นส่วนใหญ่ ทำให้ได้ข้อมูลตามกรอบแนวคิดและทฤษฎีที่ผู้วิจัยกำหนด ยังขาดการทำความเข้าใจในบริบทที่แท้จริงของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง ทำให้บุคลากรทางสุขภาพโดยเฉพาะพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนที่ให้การพยาบาลแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงยังไม่ตรงตามความต้องการของผู้ดูแล ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษางานวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงในตำบลบางทราย อำเภอมะนัง จังหวัดชลบุรี ซึ่งเป็นแหล่งฝึกปฏิบัติของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช ที่ผู้วิจัยปฏิบัติงานอยู่และกลุ่มเป้าหมายเป็นกลุ่มที่อาศัยอยู่ในชุมชนที่เป็นเขตกึ่งเมืองกึ่งชนบท มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม ประชากรอยู่ค่อนข้างหนาแน่น ทำให้พยาบาลที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงเข้าถึงได้ยาก และการดูแลจะเน้นที่ผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงเท่านั้นยังไม่ครอบคลุมถึงผู้ดูแลที่อาจจะมีความเจ็บป่วยร่วมด้วย หากผู้ดูแลได้รับผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงทั้งทางกายและจิตใจอาจทำให้ผู้ดูแลเกิดความเจ็บป่วยที่เรื้อรังตามมาจนไม่สามารถที่จะดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงต่อไปได้ ดังนั้น การสร้างเสริมสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงจึงมีความจำเป็นอย่างมาก เพราะว่าหากผู้ดูแลมีความเจ็บป่วยเกิดขึ้นจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงทันที เนื่องจากผู้ดูแลให้การดูแลผู้ป่วยได้ไม่เต็มที่และอาจทำให้ขาดคนมาดูแลผู้ป่วยติดเตียงและจะเกิดปัญหาสุขภาพกับผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงในที่สุด ซึ่งในบทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนนั้น สภาการพยาบาลได้มีการกำหนดสมรรถนะของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนไว้หลายสมรรถนะแต่มีสมรรถนะที่สอดคล้องกับการดูแลสุขภาพของผู้รับบริการ คือ สมรรถนะที่ 2 มีความสามารถในการดูแลและให้การพยาบาลกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยพิการ วัยรุ่น ผู้สูงอายุ มารดาและทารก และกลุ่มอื่นในชุมชนที่มีปัญหาซับซ้อน (Direct care) โดยการปฏิบัติที่พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนแสดงถึงสมรรถนะด้านนี้ต่อผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง คือ ประเมินภาวะสุขภาพและปัญหาที่ซับซ้อนให้ครอบคลุมทุกมิติ วินิจฉัยปัญหาเฉพาะกลุ่มโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์และความรู้ความสามารถทางการพยาบาลเวชปฏิบัติ ให้การดูแลโดยครอบคลุมทั้งบุคคล ครอบครัว กลุ่มคน และชุมชน ติดตามผู้รับบริการที่ต้องการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน ประเมินผลการปฏิบัติงานตามมาตรฐานวิชาชีพ และเสริมพลังกลุ่มเสี่ยงให้สามารถสร้างเสริมสุขภาพให้สามารถพึ่งตนเองด้านสุขภาพได้ (สภาการพยาบาล. 2553)

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจเกี่ยวกับประสบการณ์การดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงเพราะว่ากลุ่มผู้ดูแลถือว่าเป็นกลุ่มผู้ป่วยซ่อนเร้นที่มักจะถูกมองข้ามการดูแลเสมอ (สายพิน เกษมกิจวัฒนา และปิยะภรณ์ ไพรสนธิ์. 2557 : 22-31) ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้จึงมีความประสงค์ที่จะทำความเข้าใจในมุมมองของผู้ให้ข้อมูล เพื่อสามารถนำความรู้ที่ได้มาพัฒนาแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงให้ปราศจากความทุกข์และความเจ็บป่วยทางกาย จิตใจ และสังคม อันจะส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงจะได้ดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

## 1.2 วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง
2. เพื่อศึกษาวิธีการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง
3. เพื่อศึกษาความต้องการการช่วยเหลือด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง

## 1.3 คำถามการวิจัย

1. ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงเป็นอย่างไร
2. ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงมีวิธีการดูแลสุขภาพตนเองอย่างไรบ้าง
3. ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงมีความต้องการการช่วยเหลือด้านสุขภาพหรือไม่อย่างไร

## 1.4 ขอบเขตการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ มุ่งศึกษาประสบการณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงประกอบไปด้วย 3 ประเด็น ได้แก่ 1) ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล 2) วิธีการดูแลสุขภาพตนเอง และ 3) ความต้องการการช่วยเหลือด้านสุขภาพ โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกแบบมีโครงสร้างกับผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงในตำบลบางทราย อำเภอมะนัง จังหวัดชลบุรี โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ซึ่งผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ ผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง ทำการศึกษาตั้งแต่เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2561 ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2561

## 1.5 คำนิยามศัพท์

**ประสบการณ์การดูแลตนเองด้านสุขภาพ** หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด และการกระทำที่เกิดขึ้นในการดูแลสุขภาพตนเอง ทั้งสุขภาพด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง ในตำบลบางทราย อำเภอมะนัง จังหวัดชลบุรี

**ผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง** หมายถึง ผู้ชายและผู้หญิงที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในตำบลบางทราย อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ซึ่งมีภาวะเจ็บป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ต้องนอนติดเตียงอยู่ที่บ้าน และต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือแบบทดแทนทั้งหมดจากผู้ดูแล และมี ADL Barthel Index ตั้งแต่ 0-4 คะแนน

**ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง** หมายถึง ผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง ได้แก่ ภรรยา บุตร บุตรสะใภ้ หลาน และเหลน ซึ่งอาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกัน และทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 1 ปี

**ภาวะสุขภาพ** หมายถึง สุขภาพทางร่างกายและจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง ทั้งที่เป็นภาวะสุขภาพดีและเจ็บป่วย ภายหลังให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 1 ปี

**การดูแลสุขภาพตนเอง** หมายถึง การจัดการกับสุขภาพของตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงเกี่ยวกับการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยเพื่อขจัดปัญหาสุขภาพของตนเองให้หมดไปและการดูแลเพื่อสร้างเสริมสุขภาพให้กับตนเอง

**ความต้องการการช่วยเหลือด้านสุขภาพ** หมายถึง ความรู้สึกหรือการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงเกี่ยวกับความต้องการให้บุคคล หรือองค์กรทางสุขภาพให้การช่วยเหลือเพื่อดูแลสุขภาพตนเองทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ

## บทที่ 2

### แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาศาสนาการณีสุขภาพ วิธีการดูแลสุภาพตนเอง และความต้องการ การช่วยเหลือด้านสุภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง ผู้วิจัยจึงกำหนดขอบเขตการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในหัวข้อตามลำดับดังต่อไปนี้

- 2.1 ผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง
- 2.2 ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง
  - 2.2.1 ภาวะสุภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง
  - 2.2.2 การดูแลสุภาพตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง
  - 2.2.3 ความต้องการการช่วยเหลือด้านสุภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง
- 2.3 บทบาทพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง
- 2.4 การวิจัยเชิงคุณภาพ
- 2.5 บริบทของชุมชนตำบลบางทราย อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี

#### 2.1 ผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง

##### 2.1.1 ความหมายของผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความหมายของผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง พบว่า มีนักวิชาการหลายท่านได้ให้ความหมายของผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงไว้ดังนี้

ญาติกา อีระเวช และคณะ (2559 : 26-27) ให้ความหมายไว้ว่า ผู้ป่วยสูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ หรือช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน มีความพิการ หรือทุพพลภาพ มีผลรวมคะแนนดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) 0-4 คะแนน จากคะแนนเต็ม 20 และเป็นผู้ป่วยติดเตียงอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป

ชวลิต สวัสดิ์ผล และคณะ (2560 : 392) ให้ความหมายไว้ว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง โดยมีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมขั้นพื้นฐานในการดูแลตนเอง ซึ่งประเมินจากแบบประเมินคัดกรองความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Activities of Daily Living : ADL) ในกลุ่มที่ 2 (5-11 คะแนน) และกลุ่มที่ 3 (น้อยกว่า 4 คะแนน)

ยูวดี รอดจากภัย และคณะ (2557 : 7) ให้ความหมายไว้ว่า ผู้สูงอายุที่ป่วยและช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิกัด/ทุพพลภาพไม่สามารถย้ายตนเองขณะนั่งได้ ไม่สามารถหยิบได้ในทำนอง การรับประทานอาหารกลืนลำบาก แม้ว่าผู้ดูแลจะป้อนอาหารให้ ต้องซบถ่ายในท่านอนหรืออยู่บนเตียง สวมใส่ผ้าอ้อมตลอดเวลาต้องเปลี่ยนผ้าอ้อมเป็นประจำ

ขณิษฐา ชงโคสันติสุข (2560 : 5) ให้ความหมายไว้ว่า ประชาชนทั้งเพศหญิงและชาย ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่เป็นกลุ่มผู้ป่วยติดเตียงโดยประเมินจากความสามารถในการทำกิจกรรมตามแบบประเมินสมรรถภาพในเชิงปฏิบัติการช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวัน ขั้นพื้นฐาน (Activity Daily Living : ADL) ที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจนไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้อย่างปกติทำให้ต้องนอนติดเตียงและต้องได้รับการดูแลจากบุคคลในครอบครัว และชุมชน

Forbes (2009 : 64) ให้ความหมายไว้ว่า ผู้สูงอายุที่ล้มป่วยหนักหรือมีความพิการอย่างรุนแรงจนไม่สามารถลุกออกจากเตียงได้และไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ต้องได้รับความช่วยเหลือจากผู้อื่น

สรุปได้ว่า ผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง คือ กลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป และไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ โดยประเมินจากคะแนน ADL Barthel Index ซึ่งผู้ป่วยจะต้องมีคะแนน 0-4 คะแนน ทุกราย ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่ทำให้เกิดความพิการ และจำกัดความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง หรือมีอุปกรณ์ทางการแพทย์ติดตัวกลับบ้าน จำเป็นต้องมีผู้ดูแลช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน มีการดูแลต่อเนื่องระยะยาวของช่วงชีวิต

### 2.1.2 สถานการณ์ผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง

ปัจจุบันโครงสร้างประชากรโลกมีการเปลี่ยนแปลงจำนวนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มจำนวนขึ้นอย่างรวดเร็ว องค์การสหประชาชาติ (UN) มองว่า ช่วงระหว่าง ปี พ.ศ. 2544–2643 เป็นช่วงศตวรรษแห่งผู้สูงอายุ ซึ่งจะมีผู้สูงอายุมากกว่า ร้อยละ 10 ของประชากรรวมทั่วโลก และมีแนวโน้มว่าประชากรผู้สูงอายุเหล่านี้จะมีฐานะยากจน สำหรับประเทศไทย สำนักงานสถิติแห่งชาติ ระบุว่าประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมสูงอายุมาตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2548 โดยมีผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 10.5 ของประชากรทั้งหมด นอกจากนี้ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ มองว่า ประเทศไทยจะก้าวสู่สังคมสูงอายุสมบูรณ์แบบในระหว่าง ปี พ.ศ. 2551–2571 โดยสัดส่วนของผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป จะเพิ่มจาก ร้อยละ 11.1 เป็นร้อยละ 23.5 หรือ 1 ใน 4 ของประชากรทั้งประเทศ ซึ่งการเพิ่มจำนวนและสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุเป็นกลุ่มประชากรที่มีความต้องการพึ่งพิงที่เพิ่มสูงขึ้น ส่งผลกระทบต่อสังคมและระบบเศรษฐกิจรวมถึงการจัดสรรทรัพยากรของประเทศในอนาคต หากไม่มีแผนปฏิบัติการหรือนโยบายที่เหมาะสมรองรับ (ศูนย์ประสานงานโครงการวิจัยเชิงนโยบาย สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ. 2555)

ส่วนจำนวนผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง พบว่า ในปี 2552 มีจำนวนผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงจำนวน 140,000 คน และคาดว่าจะเพิ่มเป็นสองเท่า หรือ 280,000 คน ในปี 2567 ในขณะที่ครัวเรือนมีศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุลดลง เป็นผลจากขนาดครอบครัวที่เล็กลง การเคลื่อนย้ายแรงงานเข้าสู่เมืองและการเข้าสู่ระบบเศรษฐกิจนอกบ้านของสตรี (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. 2559)

แต่จะเห็นว่าสถิติของผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง ในปี 2557 มีผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง สูงถึง 1,023,000 คน นอกจากนี้ ยังพบว่า ผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง จำนวน 960,000 คน เป็นผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงที่ช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วน ที่เหลืออีก 63,000 คน ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้เลย (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. 2560) และในปี 2558 พบว่า มีผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงเพิ่มขึ้นเป็น 1.3 ล้านคน (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. 2560)

จากรายงานสถานการณ์ผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงในจังหวัดชลบุรี พบว่า ปี 2559 มีผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง จำนวน 398 คน ปี 2560 จำนวน 620 คน และปี 2561 จำนวน 987 คน คิดเป็นร้อยละ 0.58 จากจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด 169,037 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี. 2561) จากสถิติดังกล่าวจะเห็นว่า จังหวัดชลบุรี มีจำนวนผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงเพิ่มขึ้นทุกปีเช่นเดียวกับสถิติผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงในตำบลบางทราย อำเภอมะนัง จังหวัดชลบุรี พบว่า ในปี 2559 มีผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง จำนวน 8 คน ปี 2560 จำนวน 16 คน และปี 2561 จำนวน 17 คน (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางทราย. 2561)

แนวโน้มกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงมีความต้องการบริการด้านสุขภาพสูงขึ้น เนื่องจากภาวะถดถอยด้านสุขภาพอันเนื่องมาจากการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายที่เสื่อมลงตามอายุ ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุเข้าถึงบริการสาธารณสุขยากลำบาก และการสำรวจสุขภาพของผู้สูงอายุไทย ปี 2556 ภายใต้งานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการ ได้สำรวจสถานการณ์ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุในประเทศไทย ติดตามผลการดำเนินงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 13,642 คน จาก 28 จังหวัด ซึ่งเป็นตัวแทนครอบคลุม 12 เครือข่ายบริการสุขภาพ/ศูนย์อนามัยเขต จากการสำรวจดังกล่าว พบว่า ผู้สูงอายุประมาณ ร้อยละ 1.5 อยู่ในสภาวะติดเตียง ผู้สูงอายุเกือบหนึ่งในห้า ร้อยละ 19 อยู่ในสภาวะติดบ้าน และผู้สูงอายุส่วนมาก ร้อยละ 79.5 เป็นผู้สูงอายุที่อยู่ในสภาวะติดสังคม และปี พ.ศ. 2558 กระทรวงสาธารณสุข ดำเนินการประเมินคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 6,394,022 คน พบว่า เป็นกลุ่มติดสังคม ประมาณ 5 ล้านคน หรือร้อยละ 79 และเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง กลุ่มติดบ้านติดเตียง จำเป็นต้องได้รับบริการด้านสุขภาพและสังคม ประมาณ 1.3 ล้านคน หรือร้อยละ 21 (สำนักงานหลักประกันสุขภาพ. 2560)

อย่างไรก็ตาม ได้มีประมาณการจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระดับต่าง ๆ ระหว่างปี 2557-2561 เพื่อประมาณการค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุตามระดับการพึ่งพิง โดยพบว่า ผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะพึ่งพิงเลย มีร้อยละ 80 มีภาวะพึ่งพิงเล็กน้อย ร้อยละ 12 มีภาวะพึ่งพิงปานกลาง ร้อยละ 6 และมีระดับการพึ่งพิงมาก และพึ่งพิงทั้งหมด ร้อยละ 1

ดังนั้นสรุปได้ว่า สถานการณ์ผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงของประเทศไทยที่ประเมินจากคะแนน ADL Barthel Index มีแนวโน้มที่เพิ่มจำนวนขึ้น และเป็นกลุ่มที่ต้องได้รับการดูแลจากผู้อื่น



ทำให้เกิดภาวะพึ่งพิงระยะยาวจำเป็นต้องได้รับการดูแลในทุกมิติจากครอบครัว ชุมชนท้องถิ่น และสถานพยาบาลที่เกี่ยวข้องให้ผู้สูงอายุติดเตียงมีคุณภาพชีวิตที่ดี และมีชีวิตที่ยืนยาวต่อไป

### 2.1.3 การดูแลผู้สูงอายุติดเตียง

การดูแลผู้สูงอายุติดเตียงยังเป็นบทบาทสำคัญของครอบครัวและเครือญาติ แต่จากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของขนาดครัวเรือนจาก 6 คน ในปี 2503 เหลือ 3 คน ในปี 2553 และมีแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของผู้ที่อยู่คนเดียวสูงขึ้น (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม. 2557) ย่อมส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงของครอบครัวไทยยิ่งขึ้น ขณะที่การดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชนของภาครัฐยังทำได้จำกัด ถึงแม้รัฐบาลจะได้กำหนดนโยบายในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงให้ได้รับบริการอย่างทั่วถึง โดยเฉพาะกระทรวงสาธารณสุขได้มีการขยายบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุติดเตียงลงในระดับชุมชน ทั้งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โครงการจัดส่งเสริมสุขภาพการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home health care) ที่มีทีมแพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักกายภาพบำบัดไปให้บริการถึงบ้าน รวมทั้งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อให้คำแนะนำ ปรึกษาเฉพาะหน้า และส่งเสริมสุขภาพเบื้องต้นสำหรับผู้สูงอายุติดเตียง ซึ่งจะเป็นการช่วยให้ผู้สูงอายุติดเตียงมีสภาพร่างกายและจิตใจดีขึ้น แต่การให้บริการสุขภาพในระดับชุมชนส่วนใหญ่ยังไม่สามารถให้บริการที่ครอบคลุมทุกกลุ่มเป้าหมายเนื่องจากบุคลากรด้านสาธารณสุขที่มีอยู่อย่างจำกัด อีกทั้งส่วนใหญ่ยังขาดองค์ความรู้ทางด้านสหสาขาวิชาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุทำให้ไม่สามารถถ่ายทอดองค์ความรู้แก่ครอบครัวและญาติ เพื่อให้ผู้สูงอายุติดเตียงได้รับการดูแลรักษาสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจได้อย่างถูกต้องเหมาะสม (ชนิษฐา ชงโคสันติสุข. 2560) สำหรับบริการทางสังคมที่เป็นภารกิจของกระทรวงมหาดไทย และกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ที่มีอยู่ในปัจจุบันเป็นการให้บริการโดยอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชน (อผส.) ซึ่งให้บริการเยี่ยมเยียนให้คำแนะนำ และช่วยเหลือผู้สูงอายุติดเตียงในเบื้องต้น (กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. 2558)

ศักยภาพและการดำเนินการของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงชุมชนท้องถิ่นจำนวนมากมีการตื่นตัวในเรื่องการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง โดยมีการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ได้แก่ อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) โครงการเพื่อนช่วยเพื่อนหรือบางพื้นที่เป็นการทำงานระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับภาคประชาชนโดยใช้ประโยชน์จากกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลที่มาจากเงินสมทบของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และในบางพื้นที่มีเงินสมทบจากชุมชนด้วย อีกทั้งยังมีกองทุนสวัสดิการชุมชนซึ่งจัดบริการดูแลระยะยาวโดยการบริหารจัดการอย่างมีส่วนร่วมของชุมชน เช่น มีอาสาสมัครเยี่ยมบ้านดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยที่ออกจากบ้านไม่ได้ มีบริการรถรับ – ส่ง มีศูนย์ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ศูนย์เอนกประสงค์ผู้สูงอายุหรือศูนย์ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ (สมถุทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และกนิษฐา บุญธรรมเจริญ. 2553 : 38-39)

สรุปได้ว่า ปัจจุบันสังคมไทยเริ่มมีการให้ความสนใจในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ดังจะเห็นได้จากนโยบายในการพัฒนาประเทศ ซึ่งมุ่งจัดสรรงบประมาณให้กับสำนักงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (สปสช.) ได้กระจายงบประมาณลงสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้มีการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง และนอกจากนี้ ยังปรากฏเห็นงานวิจัยหลาย ๆ งานที่มุ่งศึกษาเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุติดเตียง เช่น การศึกษาของ พิศสมัย บุญเลิศ, เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์ และศุภวดี แถวเพ็ญ (2559 : 79–87) ได้ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงมัน ตำบลสิงห์โคก อำเภอกษัตริย์ จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง มีการพัฒนาแนวทางการดูแลอย่างเป็นระบบ มีระบบติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ทีมเจ้าหน้าที่ และทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับการพัฒนาแนวทางสนับสนุนการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง พัฒนาช่องทางการส่งต่อและเชื่อมโยงกับเครือข่าย และรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง แต่อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุติดเตียงนั้นก็ยังไม่สามารถพึ่งพิงกลับมาช่วยเหลือตนเองได้ ยังต้องได้รับการช่วยเหลือดูแลอย่างต่อเนื่องจากผู้ดูแลและยังคงเป็นภาระหนักของผู้ดูแลในครอบครัวอยู่

#### 2.1.4 การประเมินภาวะติดเตียง

การประเมินภาวะติดเตียงของผู้สูงอายุ ประเมินจากความสามารถในการทำหรือได้ทำกิจกรรมที่กำหนดหรือไม่ตามที่บุคคลสุขภาพปกติสามารถปฏิบัติได้ ดังนั้น กิจกรรมที่ถูกเลือกใช้จึงเป็นกิจกรรมที่ปฏิบัติในกิจวัตรประจำวันซึ่งมีผู้สร้างเครื่องมือที่ใช้สำหรับการประเมินแตกต่างกันไปตามวัตถุประสงค์การวัด เช่น ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index) ดัชนีจุฬาเอดีแอล (Chula ADL Index) เป็นต้น ซึ่งแต่ละวิธีมีดัชนีวัดที่ใกล้เคียงกัน กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมอนามัยได้ประยุกต์จากเกณฑ์การประเมินในการประกอบกิจวัตรประจำวันดัชนีบาร์เธล เอดีแอล ในการจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุเพื่อให้เหมาะสมกับการดำเนินงานดูแลส่งเสริม (กรมอนามัย. 2559) โดยแบ่งผู้สูงอายุ ออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชน และสังคมได้ (กลุ่มติดสังคม) มีผลรวมคะแนน ADL ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 2 ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (กลุ่มติดบ้าน) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วงคะแนน 5–11 คะแนน

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 3 ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิการ หรือทุพพลภาพ (กลุ่มติดเตียง) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 0–4 คะแนน

สรุปได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาอยู่ในกลุ่มที่ 3 ถือว่าเป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิการ หรือทุพพลภาพ มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 0–4 คะแนน ซึ่งเกณฑ์นี้

ใช้ในการประเมินภาวะพึ่งพาของผู้สูงอายุในพื้นที่ศึกษาวิจัยในครั้งนี้ด้วย และมีดัชนีชี้วัดภาวะพึ่งพาของผู้สูงอายุ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ดัชนีชี้วัดภาวะพึ่งพาของผู้สูงอายุ

ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index)	กิจกรรมที่ประเมิน
1. การรับประทานอาหารเมื่อเตรียม สำหรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า (Feeding)	0 คะแนน คือ ผู้สูงอายุไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนใส่ปากให้รับประทาน  1 คะแนน คือ ผู้สูงอายุสามารถตักอาหารเองได้ แต่ ต้องมีคนช่วย เช่น ผู้ดูแลช่วยใช้ช้อนตักเตรียมไว้ให้ หรือ ตัดให้เป็นชิ้น เล็ก ๆ ไว้ล่วงหน้า  2 คะแนน คือ ผู้สูงอายุสามารถตักอาหารใส่ปากได้ และช่วยตนเองได้เป็นปกติ
2. การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะ 24 – 48 ชั่วโมง ที่ผ่านมา (Grooming)	0 คะแนน คือ ผู้สูงอายุต้องการความช่วยเหลือ ทดแทนทั้งหมด  1 คะแนน คือ ผู้สูงอายุไม่ต้องการความช่วยเหลือและ สามารถช่วยตนเองได้เป็นปกติ นั่งอยู่ได้  2 คะแนน คือ ผู้สูงอายุต้องการความช่วยเหลือได้บ้าง เช่น บอกให้ทำตามหรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคน ดูแล เพื่อความปลอดภัย  3 คะแนน คือ ผู้สูงอายุสามารถทำได้เองไม่ต้องการ ความช่วยเหลือ
3. ใช้ห้องสุขา (Toilet Use)	0 คะแนน คือ ผู้สูงอายุช่วยตัวเองไม่ได้เลย  1 คะแนน คือ ผู้สูงอายุทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำ ความสะอาดตัวเองได้หลังจากเสร็จธุระ) แต่ต้องการ ความช่วยเหลือในบางสิ่ง
4. การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน (Mobility)	0 คะแนน คือ ผู้สูงอายุเคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้เลย  1 คะแนน คือ ผู้สูงอายุต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้ เคลื่อนที่ได้เอง และจะต้องเข้าออกมุมห้อง หรือประตูได้

## ตารางที่ 1 (ต่อ)

ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index)	กิจกรรมที่ประเมิน
	<p>2 คะแนน คือ ผู้สูงอายุเดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุง หรือบอกให้ทำตาม หรือต้องให้ความสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย</p> <p>3 คะแนน คือ ผู้สูงอายุเดินหรือเคลื่อนที่ได้เองเป็นปกติ</p>
5. การสวมใส่เสื้อผ้า (Dressing)	<p>0 คะแนน คือ ผู้สูงอายุต้องมีคนสวมใส่ ช่วยตัวเองแทนไม่ได้หรือได้น้อย</p> <p>1 คะแนน คือ ผู้สูงอายุช่วยตัวเองได้ราว ร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย</p> <p>2 คะแนน คือ ผู้สูงอายุช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใช้เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)</p>
6. การขึ้นลงบันได 1 ชั้น (Stairs)	<p>0 คะแนน คือ ผู้สูงอายุไม่สามารถกระทำได้</p> <p>1 คะแนน คือ ผู้สูงอายุต้องการคนช่วย</p> <p>2 คะแนน คือ ผู้สูงอายุขึ้นลงได้เอง (ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น Walker จะต้องขึ้นลงได้ด้วย)</p>
7. การอาบน้ำ (Bathing)	<p>0 คะแนน คือ ผู้สูงอายุต้องมีคนช่วย หรือทำให้</p> <p>1 คะแนน คือ ผู้สูงอายุอาบน้ำได้เอง</p>
8. การกลั้นการถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (Bowels)	<p>0 คะแนน คือ ผู้สูงอายุกลั้นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ</p> <p>1 คะแนน คือ ผู้สูงอายุกลั้นไม่ได้เป็นบางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์)</p> <p>2 คะแนน คือ ผู้สูงอายุกลั้นได้เป็นปกติ</p>
9. การกลั้นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (Bladder)	<p>0 คะแนน คือ ผู้สูงอายุกลั้นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลได้</p> <p>1 คะแนน คือ ผู้สูงอายุกลั้นไม่ได้เป็นบางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์)</p> <p>2 คะแนน คือ ผู้สูงอายุกลั้นได้เป็นปกติ</p>

ที่มา: กรมอนามัย. 2559

## 2.2 ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง

ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงจะมีบทบาทคล้ายกับบทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคอง ทำหน้าที่ให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงโดยตรง บริหารจัดการอาการของผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง ให้กำลังใจ จัดการภายในครอบครัว และการเตรียมตัวสำหรับระยะสุดท้ายของผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง (สุปรีดา มั่นคง, ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม และศุภร วงศ์ทัตญญ. 2559 : 104-121) โดยมีบทบาท ดังนี้ 1) เป็นผู้ให้การดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง 2) เป็นผู้ประสานงานการจัดการภายในครอบครัว และ 3) เป็นผู้ตัดสินใจเตรียมพร้อมสำหรับความตาย ซึ่งทั้ง 3 บทบาทของผู้ดูแลมีรายละเอียดดังนี้

1. เป็นผู้ให้การดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ผู้ดูแลให้การดูแลแบบองค์รวมดังนี้

1.1) ให้การดูแลทางด้านร่างกาย ได้แก่ การดูแลด้านกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน และการจัดการกับอาการที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สุขสบายเกิดความทุกข์ทรมานจากตัวโรคหรือบรรเทาอาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจากการรักษา

1.2) การดูแลทางด้านจิตใจ ผู้ดูแลให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงโดยการพูดปลอบโยน จิตใจ ให้กำลังใจ ให้ผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงได้พูดคุยระบายความรู้สึกและคอยอยู่เคียงข้างไม่ทิ้งผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยเครียด วิตกกังวล รู้สึกท้อแท้ หมดหวัง ไม่มีกำลังใจในการรักษา กลัวถูกทอดทิ้งไม่มีใครดูแล กลัวความทุกข์ทรมานจากความตายที่ยังมาไม่ถึง

1.3) การดูแลทางสังคม จากภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไปของผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง ผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงจะไม่สามารถออกสู่สังคมภายนอกเนื่องจากข้อจำกัดดังกล่าว ผู้ดูแลจึงต้องมีบทบาทในการนำสังคมกลับเข้าสู่ชีวิตผู้ป่วย ซึ่งรวมถึงคนในครอบครัว ญาติใกล้ชิด เพื่อนเก่า มีการวางแผน และประสานงานให้คนในครอบครัวได้มาอยู่กับผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง ดูแลให้ผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงได้มีโอกาสพูดคุยกับเพื่อนหรือบุคคลที่มีความสำคัญในชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง พาออกมาร่วมกิจกรรม อยู่กับธรรมชาติ เปลี่ยนบรรยากาศออกข้างนอกเพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงได้มีความสุข

1.4) การดูแลทางด้านจิตวิญญาณ ผู้ดูแลกล่าวถึงบทบาทในการตอบสนองความหวัง ความปรารถนา คุณค่า ศาสนา ความเชื่อ สิ่งที่เราพนันถือของผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงเช่น ชื้อสังฆทาน ให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสทำบุญตักบาตรทุกเช้า ในบางรายผู้ดูแลสวดมนต์ภาวนาทำบุญให้เจ้ากรรมนายเวร ของผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง บอกให้ผู้ป่วยรับทราบทุกครั้งที่ทำหรือทำแทนผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง เช่น การสวดมนต์ นั่งสมาธิ เตรียมของใส่บาตรเพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงได้บุญมากที่สุดจิตใจผู้ป่วยจะได้สงบ

2. เป็นผู้ประสานงานการจัดการภายในครอบครัว ผู้ดูแลได้สะท้อนให้เห็นถึงบทบาทการจัดการคนในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงจนถึงระยะท้าย จัดการให้บุคคลในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง คนในครอบครัวพลัดกันมาดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง เช่น

ลูก หลาน พี่ น้อง ในบางครอบครัวมีการแบ่งหน้าที่กันรับผิดชอบ จัดเวรในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง การจัดการในบางครั้งอยู่บนพื้นฐานของความไม่แน่นอน การพูดคุย บริหารจัดการกับคนในครอบครัว ในกรณีที่มีการตัดสินใจของคนในครอบครัวไม่ตรงกัน มีความคิดเห็นแตกต่างกัน ต้องมีการประสานงานพูดคุยกัน ซึ่งบางครอบครัวอาจเกิดการขัดแย้งขึ้นในครอบครัว ซึ่งผู้ดูแลต้องคอยประสานงานเพื่อให้เกิดการดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงที่ดีที่สุด

3. เป็นผู้ตัดสินใจเตรียมพร้อมสำหรับความตาย ผู้ดูแลมีการวางแผนเตรียมผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงเพื่อรับสภาวะในระยะท้ายของผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงโดยมีความหวังว่าอยากให้ผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงตายอย่างสงบไม่ทุกข์ทรมาน ตัดสินใจในการดูแลในช่วงวาระสุดท้ายของผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง ซึ่งผู้ดูแลเตรียมรับสภาวะในระยะท้ายของผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงโดยเฉพาะช่วงใกล้เสียชีวิต ควรทำอะไรบ้าง

สรุปได้ว่า บทบาทของผู้ดูแลมีบทบาทตามสถานภาพของตนเป็นบทบาทที่มีความเกี่ยวพันทางเครือญาติ ซึ่งบทบาทการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุต้องสอดคล้องกับเป้าหมายและความคาดหวังของครอบครัวและสังคมว่า สามารถตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุได้มากน้อยเพียงใด บทบาทที่ถูกกำหนดและคาดหวังของผู้ดูแลจึงทำให้เกิดหน้าที่การดูแลผู้ป่วยสูงอายุในครอบครัวที่ครอบคลุมการดำเนินชีวิตทั้งหมดของผู้สูงอายุ โดยมีบทบาทหน้าที่ในการดูแล คือ 1) เป็นผู้ให้การดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง 2) ผู้เป็นประสานงานการจัดการภายในครอบครัว และ 3) เป็นผู้ตัดสินใจเตรียมพร้อมสำหรับความตาย ซึ่งพบว่า ภายหลังจากการดูแลผู้ป่วยแล้วผู้ดูแลมักจะมีปัญหาสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจตามมา

### 2.2.1 ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง

สุขภาพของบุคคลเป็นรากฐานที่สำคัญต่อการดำรงชีวิตของมนุษย์นับตั้งแต่ปฏิสนธิในครรภ์มารดาจนกระทั่งหมดลมหายใจหรือสิ้นอายุขัย การมีสุขภาพดีจึงเป็นสิทธิ์ขั้นพื้นฐานของมนุษย์ที่พึงได้ ดังนั้น ประชาชนทุกคนต้องได้รับบริการด้านสุขภาพที่จำเป็นโดยเฉพาะบริการที่สามารถลดการเกิดโรคและสร้างเสริมการมีสุขภาพดี เพราะการมีสุขภาพดีเป็นตัวบ่งชี้ที่สำคัญสำหรับการพัฒนาประเทศ ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงก็เช่นเดียวกัน ผู้ดูแลมีความสำคัญมากหากมีสุขภาพที่ไม่ดีทั้งสุขภาพกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ จะส่งผลถึงคุณภาพการดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงไม่ดีด้วยเช่นกัน (วรวิระ ลุวิระ. 2556 : 266-70) หากมีการดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงต่อเนื่อง จะส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาผลกระทบด้านลบมากกว่าด้านบวก โดยผลกระทบที่ชัดเจนมี 3 ด้าน ได้แก่ ผลกระทบด้านจิตใจและอารมณ์ ผลกระทบทางด้านร่างกาย และผลกระทบทางด้านสังคม เศรษฐกิจ (สายพิณ หัตถิรัตน์ และคณะ. 2553) ได้แก่

1) ผลกระทบทางจิตใจและอารมณ์ การดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงถือว่าเป็นภารกิจที่มีความรับผิดชอบสูง เป็นงานหนักที่ต้องใช้เวลา กำลังกาย ความรู้และการเสียสละอย่างมาก ดังนั้นจึงก่อให้เกิดปัญหาต่อผู้ดูแลในหลายประการโดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาด้านอารมณ์และจิตใจ สภาพปัญหาดังกล่าวนำไปสู่ความเครียดของผู้ดูแลซึ่งเป็นความรู้สึกอันเนื่องมาจากความกังวลใจ ความรู้สึกสับสน ความไม่แน่ใจ ความเบื่อหน่าย หรือความลำบากในการรับบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง สอดคล้องกับการศึกษาของ ศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2551) ที่พบว่า ปัญหาด้านอารมณ์และจิตใจของผู้ดูแลที่พบมาก ได้แก่ ความคลุมเครือในบทบาท เป็นภาวะความคาดหวังของสังคมที่มีต่อบทบาทอย่างใดอย่างหนึ่งไม่ชัดเจน ไม่มีข้อตกลงที่เป็นเสียงเดียวกัน การให้คำนิยามไว้เลื่อนลอยทำให้ผู้ดำรงบทบาทไม่ทราบว่าตนจะปฏิบัติอย่างไรจึงจะถูกต้องเหมาะสม นอกจากนี้ รวมถึงการขาดความรู้ที่เฉพาะเจาะจงเกี่ยวกับบทบาทที่คาดหวัง ความสับสนที่เกิดขึ้นจากความคลุมเครือในบทบาทนี้สามารถสร้างความตึงเครียดให้กับผู้ดูแลได้ อาจกล่าวได้ว่า ความเครียดด้านความคลุมเครือในบทบาท หมายถึง ความรู้สึกของผู้ดูแลที่ไม่แน่ใจว่าตนเองจะมีความสามารถพอที่จะดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงได้ ความคลุมเครือในบทบาทนี้เป็นสิ่งสำคัญในการรับบทบาทเป็นผู้ดูแล เพราะถ้าหากผู้ดูแลขาดความรู้และความเชี่ยวชาญในการปฏิบัติบทบาทหน้าที่ หรือไม่ทราบว่าจะปฏิบัติบทบาทของตนเองอย่างไร ย่อมส่งผลถึงคุณภาพการดูแล และทำให้ผู้ดำรงบทบาทนั้นเกิดความเครียด นอกจากนี้ ยังรวมถึงบทบาทที่ซับซ้อนและการที่บุคคลขาดทรัพยากรที่เพียงพอในการที่จะกระทำตามความคาดหวังของบทบาท อาจจะเป็นทรัพยากรทางด้านร่างกาย สติปัญญา อารมณ์หรือเศรษฐกิจที่มาสนับสนุนการดูแลให้ดีขึ้น นอกจากนั้น ภาระงานที่ต้องดูแลผู้ป่วยสูงอายุนั้นที่ตนเองไม่ได้หรือผู้ที่ต้องการดูแลบางประเภท เป็นการเพิ่มภาระงานให้กับสมาชิกในครอบครัว นอกเหนือจากภาระหน้าที่เดิมที่มีอยู่ ผู้ดูแลบางรายต้องรับบทบาททั้งเป็นผู้หาเลี้ยงครอบครัวผู้ทำงานบ้านและผู้ดูแลผู้สูงอายุในเวลาเดียวกันทำให้บทบาทบางอย่างบกพร่องหรือทำได้ไม่เต็มที่ขณะเดียวกันก่อให้เกิดปัญหาด้านอารมณ์และจิตใจตามมาได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Bevans & Sternberg (2012 : 398-403) พบว่า ประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ดูแลผู้ป่วยจะมีความเครียดทางอารมณ์ เช่น กังวล นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร ซึมเศร้า เป็นต้น จากการศึกษาในประเทศญี่ปุ่นพบว่า เมื่อเปรียบเทียบความกังวลระหว่างผู้ดูแลผู้ป่วยกับประชากรทั่วไป พบว่า ผู้ดูแลมีภาวะกังวล นอกจากนี้ยังพบอีกว่า ผู้ดูแลมีภาวะซึมเศร้าสูงเช่นกัน โดยผู้ดูแลที่มีภาวะซึมเศร้ามีความเหนื่อยล้าจากการดูแลในระดับสูง และพบว่า มีการใช้ยาทางจิตเวชมากขึ้นในกลุ่มผู้ดูแล (Sakakibara, Kabayama & Ito. 2015 : 1-11)

อย่างไรก็ตาม การดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงที่มีผลกระทบต่อจิตใจทางลบแล้ว ยังพบว่า มีผลกระทบด้านจิตใจเชิงบวกที่ปรากฏ คือ การได้รับรางวัลจากการเป็นผู้ดูแลนั้น ผู้ดูแลให้ความเห็นด้านคำนิยามทางสังคมสูงกว่าด้านอื่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งความรู้สึกที่ว่า การได้ดูแลผู้สูงอายุเป็นการตอบแทนบุญคุณผู้สูงอายุเช่นเดียวกับความรู้สึกที่ว่า การได้ดูแล/การช่วยผู้สูงอายุเป็นการทำในสิ่งสำคัญ

ค่านิยมทางสังคมด้านความกตัญญูยังคงมีอิทธิพลต่อความรู้สึกนึกคิดของผู้ดูแล ซึ่งความรู้สึกเชิงบวกนี้อาจเป็นเสมือนแรงจูงใจให้เกิดการดูแลผู้สูงอายุ (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. 2551) โดยผลการศึกษายังพบว่า ภาวะอารมณ์จิตใจมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกต่อรางวัลที่ได้รับของผู้ดูแล ด้วยเหตุนี้ การเสริมแรงด้านค่านิยมทางสังคมที่น่าจะเป็นสิ่งที่พึงส่งเสริมให้เกิดขึ้นต่อไป (วริศรา ลุวีระ. 2556 : 266-70)

2) ผลกระทบทางด้านร่างกาย (Physiological problem) ผู้ดูแลส่วนใหญ่มักจะทำหน้าที่เพียงคนเดียวมิได้มีการสลับเปลี่ยนทำให้เกิดความอ่อนเพลียไม่มีแรงและบางครั้งพักผ่อนไม่เพียงพออาจทำให้เจ็บป่วยได้ อีกทั้งส่วนใหญ่ผู้ดูแลมักเป็นเพศหญิง ซึ่งเมื่อต้องออกแรงเกินกำลังในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยที่มีร่างกายใหญ่โตอาจทำให้เกิดอาการปวดเมื่อยตามร่างกายได้ (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. 2551) โดยลักษณะปัญหาจำแนกได้ดังนี้

2.1) ปวดหลัง (Backache) ปวดต้นคอ ผู้ดูแลส่วนใหญ่มักบ่นว่ามีอาการปวดหลัง ปวดต้นคอ ปวดเมื่อยตามร่างกาย อันเนื่องมาจากการยกและการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยโดยวิธีที่ไม่ถูกต้อง และเกินกำลังตัวเอง ปัญหาปวดหลังยังบ่งบอกถึงอาการที่มาจากภาวะจิตใจที่มีสาเหตุมาจากภาวะเครียดที่จะสื่อให้ทราบว่าภาวะที่ผู้ดูแลรับไว้นั้นนับวันยิ่งเพิ่มมากขึ้นและเป็นอาการเตือนที่บ่งชี้ว่าผู้ดูแลต้องการหยุดพักจากภาวะนั้น ๆ สอดคล้องกับการศึกษาของ สายพิน เกษมกิจวัฒนา และปิยะภรณ์ ไพรสนธิ์ (2557 : 22-31) ที่พบว่า ผู้ดูแลมักมีอาการเหนื่อยล้า (Fatigue)

2.2) อ่อนเพลียไม่มีแรง เนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาในการนอนไม่หลับ ทำให้ผู้ดูแลได้รับการพักผ่อนไม่เพียงพอ มีร่างกายอ่อนเพลียไม่มีแรง เกิดโรคแทรกซ้อนได้และยังทำให้ผู้ดูแลอารมณ์หงุดหงิดโมโหง่ายส่งผลกระทบต่อการใช้การดูแลโดยตรงได้เช่นกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ สายพิน เกษมกิจวัฒนา และปิยะภรณ์ ไพรสนธิ์ (2557 : 22-31) ที่พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่จะมีอาการเหนื่อยล้า (Fatigue) ไม่มีสมาธิ (Lack of concentration) พักผ่อนไม่เพียงพอ นอนหลับยาก การรับรู้คุณค่าในตนเองต่ำ (Poor self-esteem)

2.3) มีปัญหาทางสุขภาพที่เพิ่มขึ้น (Increase health problem) ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นสามีหรือภรรยาซึ่งเป็นผู้สูงอายุด้วยกันทั้งคู่และมักมีโรคประจำตัวอยู่แล้วด้วยภาวะที่ต้องให้การดูแลผู้สูงอายุอยู่ตลอดเวลา ทำให้มีเวลาดูแลสุขภาพตนเองลดลง ไม่มีเวลาไปพบแพทย์ตามนัด ทานยาไม่เป็นเวลา ทานอาหารไม่เป็นเวลา พักผ่อนไม่เพียงพอ โรคประจำตัวที่เป็นอยู่แล้วก็มีอาการกำเริบมากขึ้นและอาจมีสุขภาพอื่น ๆ ตามมาอีก

3) ผลกระทบทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ (Socio-Economic problem)

3.1) การเปลี่ยนแปลงทางด้านรูปแบบการทำงาน มีผู้ดูแลหลายรายที่ต้องปรับลักษณะการทำงานของตนให้เข้ากับภาระในการดูแลผู้ป่วย เช่น อาจเปลี่ยนจากการทำงานเต็มเวลาเป็นทำงานบางเวลา หรือบางรายอาจต้องออกจากงานเพื่อมาดูแลผู้สูงอายุเต็มเวลา ผู้ดูแลส่วนหนึ่งต้องลาออกจากงานเพื่อรับหน้าที่ดูแล ส่วนผู้ดูแลที่ยังคงทำงานอยู่จะส่งผลกระทบต่องานโดยต้องลางานบ่อยขึ้น



ใช้เวลาเดินทางไปทำธุระส่วนตัวมากขึ้น มาทำงานสายหรือกลับบ้านเร็วขึ้น (Jung-Won & Zebrack. 2012 : 147-156 อ้างถึงใน สายพิณ เกษมกิจวัฒนา และปิยะภรณ์ ไพรสนธิ์. 2557 : 22-31) และต้องลดทอนบทบาททางสังคม (Shiouh-Chu, Hengh-Sin & Shu-Yuan. 2012 : 223-231 อ้างถึงใน สายพิณ เกษมกิจวัฒนา และปิยะภรณ์ ไพรสนธิ์. 2557 : 22-31) (Withdraw of family or friends) ส่งผลให้ขาดแหล่งและการสนับสนุนทางสังคม นอกจากนี้ ยังพบอีกว่า การดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงที่บ้านโดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีปัญหาที่ซับซ้อน นับว่าเป็นภาระที่หนัก เนื่องจากเป็นงานที่จำเจ ไม่มีวันหยุด ไม่มีเวลาเป็นของตัวเอง ไม่สามารถไปไหนได้อย่างอิสระ ถ้าจำเป็นจะต้องไปไหนก็มี ความกังวลและกลัวว่าผู้ป่วยติดเตียงจะเป็นอะไรไปในช่วงที่ตนไม่อยู่ จำเป็นต้องละเลิกกิจกรรมทางสังคม (Allison et al. 2008 : 368-372 อ้างถึงใน สายพิณ เกษมกิจวัฒนา และปิยะภรณ์ ไพรสนธิ์. 2557 : 22-31)

3.2) รายได้ลดลงและไม่เพียงพอต่อค่าใช้จ่าย ถ้าผู้ดูแลมีการปรับลักษณะการทำงานหรือต้องลาออกจากการงานเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยแล้วย่อมมีการสูญเสียรายได้ และบางรายอาจมีหนี้สินเพิ่มขึ้นด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ จันทรเพ็ญ นพพรพรหม (2550) พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงจะต้องปรับตัวกับภาระในด้านภาระค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น ทำให้มีปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยติดเตียงระยะยาวจึงเป็นที่มาของความต้องการด้านต่าง ๆ ของผู้ดูแล และผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงบางรายที่ไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ จำเป็นต้องเข้าออกโรงพยาบาลบ่อยครั้ง ส่งผลกระทบต่อฐานะเศรษฐกิจของครอบครัวซึ่งเป็นการเพิ่มความเครียดให้กับญาติผู้ดูแล และส่งผลให้มีความกังวลถึงอนาคตข้างหน้า (Smith, C.E et al. 2012 : 393-414 อ้างถึงใน สายพิณ เกษมกิจวัฒนา และปิยะภรณ์ ไพรสนธิ์. 2557 : 22-31) บางครอบครัวรายได้ไม่เพียงพอต่อค่าใช้จ่ายและมีผู้สูงอายุเพียงบางส่วนเท่านั้นที่ได้รับสวัสดิการด้านเงินสงเคราะห์สำหรับผู้สูงอายุและเงินที่ได้รับก็เป็นเพียงจำนวนน้อย ในขณะที่ครอบครัวมีภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นมาก (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. 2551)

3.3) ความขัดแย้งภายในครอบครัว การดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่บ้านหากปราศจากการบริหารจัดการที่ดีแล้วนำมาซึ่งปัญหาความสัมพันธ์ภายในครอบครัวอาจมีการผลักระการดูแลและค่าใช้จ่ายระหว่างสมาชิกในครอบครัวได้หรือในรายที่ผู้ดูแลมีครอบครัวเป็นของตนเองแล้วอาจเกิดปัญหาที่ไม่มีเวลาให้ครอบครัว จากการศึกษาของ สุภาพ เหมือนชู และคณะ (2560 : 140-148) พบว่า ความเครียดกับบทบาทใหม่หรือบทบาทที่เปลี่ยนแปลงไปที่ต้องรับภาระในการจัดการเรื่อง ต่าง ๆ ทำให้มีการผลักระการดูแลและค่าใช้จ่ายในการดูแลระหว่างสมาชิกในครอบครัวส่งผลให้เกิดความขัดแย้งในครอบครัวรวมทั้งความขัดแย้งระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยและผู้ดูแลที่มีความรู้สึกเหนื่อยหรือความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยในระดับที่สูงขึ้นอารมณ์เศร้ามากขึ้นและคุณภาพชีวิตลดลงมีผลทำให้เกิดความขัดแย้งในครอบครัวและสัมพันธ์ภายในครอบครัวลดลงด้วย (O'Hara, R.E et al. 2010 : 395-404)

จากผลกระทบดังกล่าวนี้ เห็นว่าเป็นเรื่องที่สามารถแก้ไขให้บรรลุผลได้โดยพิจารณาจากความต้องการของผู้ดูแลเป็นหลักเพื่อหาทางตอบสนองความต้องการเหล่านั้นซึ่งบุคลากรทางสุขภาพควรให้ความสนใจในปัญหาและความต้องการของผู้ดูแล เพื่อตระหนักถึงความสำคัญของการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแล ซึ่งทำหน้าที่เป็นผู้ที่ให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงที่บ้าน

สรุปได้ว่า ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงนั้นมีมากมายทั้งด้านจิตใจและอารมณ์ ด้านร่างกาย และด้านสังคมและเศรษฐกิจ ซึ่งผลกระทบดังกล่าวหากเกิดการสะสมไว้เป็นเวลานานจะทำให้ผู้ดูแลเกิดความเหนื่อยล้า เครียด ถอยตัวออกจากสังคม เกิดความขัดแย้งเกิดขึ้นในครอบครัวอันเนื่องมาจากปัญหาหลายอย่างโดยเฉพาะปัญหาด้านเศรษฐกิจของครอบครัว หากค่าใช้จ่ายไม่เพียงพอก็จะเกิดผลกระทบอื่นทั้งต่อผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงเอง สมาชิกในครอบครัวและผู้ดูแล พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนจะต้องประเมินปัญหาต่างๆของผู้ดูแล เข้าใจในบริบทและปัญหาของผู้ดูแลเพื่อจะได้ให้การแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้อย่างถูกต้องเหมาะสมที่สุด

## 2.2.2 การดูแลสุขภาพตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง

การดูแลสุขภาพตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงเป็นสิ่งสำคัญประการแรกที่ทุกคนต้องดูแลสุขภาพของตนเอง โดยเฉพาะผู้ดูแลที่เข้าสู่วัยผู้สูงอายุหรือมีโรคประจำตัวเพราะร่างกายมีแต่จะเสื่อมลงจนทำให้ประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงลดน้อยลงด้วย หากผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงได้รับการสร้างเสริมพลังอำนาจในการดูแลสุขภาพตนเองอย่างต่อเนื่องจะทำให้ผู้ดูแลมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองดี (สุภาพร แนวบุตร. 2558 : 30-40) ทั้งนี้ องค์การอนามัยโลกประกาศว่าสุขภาพดีนั้นมิใช่เพียงการไม่มีโรคเท่านั้น แต่ต้องครอบคลุมการดูแลสุขภาพทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ 1) ร่างกาย 2) จิตใจ 3) สังคมสิ่งแวดล้อม และ 4) จิตวิญญาณ ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงทุกคนต้องการที่จะดูแลตนเองให้มีสุขภาพดีอยู่เสมอ (WHO. 2010 : Online) ดังนั้น จึงกล่าวได้ว่า “การดูแลสุขภาพตนเองเป็นกิจกรรมที่ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงแต่ละคนปฏิบัติเพื่อให้มีสุขภาพที่ดีและมีพลังในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากสมาชิกในครอบครัวหากผู้ดูแลเกิดความเครียดอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วยทางด้านร่างกายและอารมณ์ก็จะทำให้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงลดลงด้วยเช่นกัน และถูกมองว่าเป็นตราบาป (Smith, RD. 2000 : 79-86) ดังนั้น การคงสุขภาพที่ดีของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงจึงเป็นเรื่องจำเป็นและยึดเป็นแบบแผนในการปฏิบัติเพื่อให้มีสุขภาพดี” อาจแบ่งขอบเขตการดูแลสุขภาพตนเอง เป็น 2 ลักษณะ ได้แก่

1) การดูแลสุขภาพตนเองในสภาวะปกติ เป็นการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงให้มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรงอยู่เสมอ (Pender. 2011) ได้แก่

1.1) การส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง เพื่อให้สุขภาพแข็งแรงสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงสามารถส่งเสริมสุขภาพตนเองตามแนวคิด

ทฤษฎีแบบแผนการจำลองการส่งเสริมสุขภาพของ เพนเดอร์ (Pender. 2011) ด้านความรับผิดชอบ ต่อสุขภาพ ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านการออกกำลังกาย ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการผ่อนคลายความเครียด และด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ โดยมีกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพดังนี้

(1) ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงจะต้องมีพฤติกรรมที่แสดงออกถึงความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ได้แก่ การเอาใจใส่ในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง โดยมีการดูแลสุขภาพและสังเกตความผิดปกติต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงรวมถึงมีการค้นหาความรู้ข้อมูลทางสุขภาพอันเป็นประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ดูแลและหลีกเลี่ยงสารเสพติดที่จะก่อให้เกิดความเมินเมา เพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลพ้นจากภัยที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ

(2) ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงจะต้องมีพฤติกรรมที่แสดงออกถึงความสามารถในการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เช่น สมาชิกในครอบครัวญาติพี่น้องเพื่อนบ้าน บุคลากรทางสุขภาพ และองค์กรต่าง ๆ ในชุมชน ซึ่งจะทำให้ตนเองได้รับประโยชน์ในการได้รับการสนับสนุนเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง และสนับสนุนตามความต้องการของผู้ดูแล ซึ่งถือว่าเป็นการช่วยในการแก้ปัญหาหรือสถานการณ์ต่าง ๆ

(3) ด้านการออกกำลังกาย ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงจะต้องมีพฤติกรรมที่แสดงออกถึงการออกกำลังกายในยามที่ว่างจากการดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง ได้แก่ การเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อ แขน ขา และส่วนต่าง ๆ ของร่างกายที่ต้องใช้งานเป็นประจำ รวมถึงการออกกำลังกายที่เป็นการทำกิจวัตรประจำวันโดยคำนึงถึงสุขภาพของตัวเองเป็นสิ่งสำคัญ โดยผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงจะต้องประเมินวิธีการและความสม่ำเสมอในการออกกำลังกายของตนเอง รวมทั้งการคงไว้ซึ่งความสมดุลทางสุขภาพทางกายในการทำกิจกรรมต่าง ๆ

(4) ด้านการรับประทานอาหาร ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงจะต้องมีพฤติกรรมที่แสดงออกถึงการรับประทานอาหารที่เป็นประโยชน์ต่อร่างกายเช่นเดียวกับการประกอบอาหารที่มีประโยชน์ให้กับผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง ผู้ดูแลจะต้องมีลักษณะนิสัยการเลือกและการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย

(5) ด้านการผ่อนคลายความเครียด ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงจะต้องมีพฤติกรรมที่แสดงออกถึงกิจกรรมที่ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงกระทำเพื่อช่วยให้ผู้ดูแลเองได้รับการผ่อนคลายความตึงเครียดโดยมีการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม มีการใช้เวลาว่างจากการดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงให้เกิดประโยชน์ และหาเวลาพักผ่อนนอนหลับอย่างเพียงพอ

(6) ด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงจะต้องมีพฤติกรรมที่แสดงออกถึงกิจกรรมที่ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงกระทำเกี่ยวกับการตระหนักในการให้ความสำคัญของชีวิต

ผู้ดูแลเอง มีการกำหนดเป้าหมายในชีวิตที่ชัดเจนหรือวางแผนในการดำเนินชีวิตและมีความกระตือรือร้นในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ต้องการและเกิดความสงบสุขในชีวิต

1.2) การป้องกันโรค ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง จะต้องมึพฤติกรรมที่แสดงออกถึงการป้องกันการเกิดโรคกับตนเอง ผู้ดูแลจะต้องไปรับภูมิคุ้มกันโรคต่าง ๆ ตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข ไปตรวจสุขภาพประจำปีและป้องกันตนเองไม่ให้ติดโรคทั้งโรคตามฤดูกาลหรือโรคเรื้อรังที่อาจจะเกิดขึ้นตามวัย

2) การดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วย ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงจะต้องมึพฤติกรรมที่แสดงออกถึงการดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วย ได้แก่ การขอคำแนะนำจากบุคลากรทางสุขภาพประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชน แสวงหาความรู้จากผู้รู้ เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขต่าง ๆ ในชุมชน บุคลากรสาธารณสุข แพทย์เฉพาะทาง ทั้งที่พูดคุยโดยตรงหรือสอบถามทางโทรศัพท์หรือช่องทางอื่น ๆ อันเป็นการแสวงหาความรู้ที่จำเป็นกับสภาพความเจ็บป่วยของตนเอง เพื่อให้ได้แนวทางปฏิบัติ หรือการรักษาเบื้องต้นให้หายจากความเจ็บป่วย ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงต้องมีการประเมินตนเองได้ว่า เมื่อไรควรไปพบแพทย์ เพื่อรักษาก่อนที่จะเจ็บป่วยรุนแรง และปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ หรือบุคลากรสาธารณสุข เพื่อบรรเทาความเจ็บป่วย และมีสุขภาพดีดั้งเดิมโดยเร็ว

สรุปได้ว่า การดูแลสุขภาพตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงนั้นเป็นสิ่งสำคัญที่ผู้ดูแลทุกคนต้องดูแลสุขภาพของตนเองให้ครอบคลุมการดูแลสุขภาพทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ 1) ร่างกาย 2) จิตใจ 3) สังคมสิ่งแวดล้อม และ 4) จิตวิญญาณ ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงทุกคนต้องการที่จะดูแลตนเองให้มีสุขภาพดีอยู่เสมอเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง การคงสุขภาพที่ดีของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงจึงเป็นเรื่องจำเป็นและยึดเป็นแบบแผนในการปฏิบัติ เพื่อให้มีสุขภาพดีแบ่งขอบเขตการดูแลสุขภาพตนเอง เป็น 2 ลักษณะ คือ การดูแลสุขภาพตนเองในสภาวะปกติ และการดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วย

### 2.2.3 ความต้องการการช่วยเหลือด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง

ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงมีความต้องการหลากหลายเรื่อง (อรุณี ชุนหบดี และคณะ. 2556 : 53-63) ได้แก่

1) ความต้องการด้านเศรษฐกิจ ต้องการมีรายได้เพิ่มขึ้นจากเดิมต้องการมีเงินเป็นค่าอาหารสำหรับตนเองและครอบครัวและไว้ใช้จ่ายทั่วไป เช่นการศึกษาของ อรวีรุฑ กาญจนจารี และคณะ (2560 : 328-343) พบว่า ผู้ดูแลเมื่อรับบทบาทเป็นผู้ดูแลได้กล่าวถึงผลกระทบต่อบทบาทการทำงานเพื่อเลี้ยงชีพโดยอาจต้องปรับวิธีการทำงานนอกบ้าน มีรายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่ายทั้งรายจ่ายของตนเองและรายจ่ายของผู้ป่วย ผู้ดูแลจึงต้องการการช่วยเหลือด้านสวัสดิการระหว่างที่ต้องทำงาน

2) ความต้องการข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวกับสภาพความเจ็บป่วยของผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง ลักษณะอาการของโรคและการดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงเป็นสิ่งที่ผู้ดูแลมีความต้องการและผู้ดูแลต้องการให้มีคนอยู่ด้วยเมื่อผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงมีอาการหนัก ความต้องการดังกล่าวนี้ Grant, JS. (1996 : 892-902) ระบุว่า ผู้ดูแลมักมีความต้องการด้านข้อมูลข่าวสาร (Demand on information) ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพความเจ็บป่วย การเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ทางร่างกายของผู้ป่วยสูงอายุ การพยากรณ์โรค การดำเนินโรค ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงเอง และความต้องการสนับสนุนด้านจิตใจเพื่อช่วยเหลือบรรเทาความกลัวต่าง ๆ

3) ความต้องการบริการทางสังคมเริ่มเกิดขึ้นในบางพื้นที่ กรณีสมาชิกในครอบครัว ต้องประกอบอาชีพนอกบ้าน สมาชิกต้องการศูนย์ดูแลกลางวัน (Day care) สำหรับฝากดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงในเวลากลางวัน ต้องการอาสาสมัครดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงและต้องการให้มีการจัดกิจกรรมต่าง ๆ สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง ซึ่งความต้องการเหล่านี้เป็นลักษณะความต้องการที่มีมุมมองต่อผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงและบริการสังคมแนวใหม่ ที่เน้นให้ผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงได้มีส่วนร่วมในสังคมและครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนเพื่อเสริมสร้างศักยภาพของผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง เช่นเดียวกับการศึกษาของ อรวีรุ ภาณุจนจารี และคณะ (2560 : 328-343) พบว่า ผู้ดูแลได้สะท้อนถึงความพร้อมของบุคลากรทุกระดับสิ่งแวดล้อมของสถานบริการที่มีการดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง โดยเฉพาะที่ตอบสนองความต้องการทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณทำให้ผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงสุขสบายกายสบายใจมีกำลังใจที่จะต่อสู้กับโรคและผลการรักษามีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจมีโอกาสพบปะเพื่อนฝูงและมีความเป็นส่วนตัว

สรุปได้ว่า ความต้องการการช่วยเหลือด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงนั้น จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงมีความต้องการด้านเศรษฐกิจและสังคมเป็นส่วนใหญ่ อาจเป็นเพราะชีวิตความเป็นอยู่มีความสำคัญกว่าการมุ่งที่จะดูแลสุขภาพของตนเอง ซึ่งความต้องการช่วยเหลือด้านสุขภาพของผู้ดูแลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณนั้น ยังคงเป็นปัญหาที่ผู้ดูแลประเมินว่ายังไม่ใช่ปัญหาหนักหรือปัญหาสำคัญเพราะปัญหาดังกล่าวยังไม่แสดงถึงความทุกข์ทรมานกับผู้ดูแลมากนัก ซึ่งประเด็นดังกล่าวมานั้นเป็นจุดสำคัญและยังเป็นช่องว่างของปัญหาความต้องการด้านสุขภาพของผู้ดูแล ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญที่จะต้องศึกษาเพิ่มเติมในเชิงคุณภาพเพื่อเจาะลึกถึงปัญหาที่แท้จริงเพื่อทำความเข้าใจในสถานการณ์ที่เกิดขึ้นและนำข้อมูลที่ได้มาส่งเสริมสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

### 2.3 บทบาทพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง

ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงและผู้ดูแลที่บ้านพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนมีบทบาทเป็นผู้อำนวยความสะดวกและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุติดเตียงและผู้ดูแลสามารถปฏิบัติตามแผนการดูแลและประเมินผลลัพธ์ของการดูแลที่สอดคล้องกับเป้าหมาย ผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงที่ได้รับบริการนี้ต้องการการพยาบาลบางอย่างที่จำเป็นเพื่อการคงไว้และหรือฟื้นฟูสุขภาพ ต้องการการสอนคำแนะนำ และคำปรึกษาเป็นระยะ ๆ เพื่อการดูแลตนเองที่ถูกต้อง ตลอดจนการสนับสนุนทางด้านอุปกรณ์และเครื่องมือทางการแพทย์ที่จำเป็นต้องใช้ที่บ้าน ในการดูแลที่บ้านต้องยึดหลักการให้ผู้สูงอายุติดเตียงและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตั้งเป้าหมายระยะสั้นเมื่อมีการเยี่ยมบ้านและกำหนดวิธีปฏิบัติของผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงและผู้ดูแลเพื่อให้บรรลุเป้าหมายดังกล่าวในการทำงานให้ประสบความสำเร็จนั้นยังต้องมีทีมสหสาขาที่พยาบาลสามารถประสานงานและทำงานร่วมกันอย่างเข้มแข็ง รวมทั้งการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องจากผู้บริหารทั้งด้านนโยบาย งบประมาณ กำลังคน และสิ่งอำนวยความสะดวก นอกจากนี้ พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนต้องแสวงหาแหล่งประโยชน์ในชุมชนที่จะเสริมแรงสนับสนุนทางสังคมให้แก่ผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงและผู้ดูแล เพื่อให้บรรลุเป้าหมายระยะยาว คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงสามารถจัดการดูแลตนเองและจัดการดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงได้อย่างเหมาะสมอยู่ที่บ้านได้โดยปราศจากภาวะแทรกซ้อนและมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามสมควรแก่อัตภาพ (วรรณัน ประสารอธิคม. 2561) โดยพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนมีบทบาทที่สำคัญดังต่อไปนี้

1. บทบาทการจัดการกับภาวะสุขภาพและความเจ็บป่วยของผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงและผู้ดูแล โดยพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนเป็นผู้นำทีมในชุมชนใช้กระบวนการมีส่วนร่วมในการวางแผนด้านสุขภาพ มีการจัดการงบประมาณเพื่อใช้ในการพัฒนาด้านสุขภาพ มีการจัดกิจกรรมด้านสุขภาพ และมีการสรุปประเมินผลการจัดการด้านสุขภาพ

2. บทบาทการเฝ้าระวังและติดตามเพื่อควบคุมคุณภาพของการให้บริการ โดยเฝ้าสังเกตและติดตามสถานการณ์ ปราบกฏการณ์การเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงและผู้ดูแล ตลอดจนปัญหาสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงและผู้ดูแลอย่างเป็นระบบสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

3. บทบาทการจัดระบบการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพ พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนมีการจัดระบบบริการสุขภาพแก่ผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงและผู้ดูแลในรูปแบบเครือข่ายแทนการขยายโรงพยาบาลเป็นแห่ง ๆ โดยใช้หลักการ “เครือข่ายบริการที่ไร้รอยต่อ” ที่สามารถเชื่อมโยงบริการระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิและตติยภูมิ เข้าด้วยกัน

4. บทบาทการช่วยเหลือและดูแลผู้สูงอายุติดเตียงและผู้ดูแล การนำความรู้ที่เรียนจากภาคทฤษฎีมาสู่การปฏิบัติ เชื่อมโยงความรู้จากทฤษฎีทางการพยาบาล พยาธิสรีรวิทยา เกษษวิทยา

จิตสังคม งานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงและผู้ดูแลตามบริบทของชุมชน และวัฒนธรรมของสังคมนั้น ๆ

5. บทบาทการสอนเกี่ยวกับสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงและผู้ดูแลสามารถดูแลสุขภาพ และพึ่งตนเองได้ และช่วยให้ตระหนักถึงความต้องการการดูแลสุขภาพ โดยเน้นการส่งเสริมสุขภาพที่อำนวยความสะดวกสูงสุด หรือทำหน้าที่ได้ดีที่สุด และการดูแลตนเองในกิจวัตรประจำวัน แนะนำผู้ดูแลถึงวิธีการให้อาหารและสารน้ำที่เหมาะสมกับผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง และให้มีสารอาหารเพียงพอแก่ความต้องการของร่างกาย การดูแลความสะอาดของช่องปากและผิวหนัง สอนการทดสอบการบริหารยาและอาการไม่พึงประสงค์ของยาให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง ซึ่งมีความสำคัญมาก

6. บทบาทการจัดการเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วในสถานการณ์ ต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสมและปลอดภัย

7. บทบาทการตรวจรักษาเบื้องต้นตามข้อกำหนดของสภาการพยาบาล ทำการตรวจรักษาเบื้องต้นให้กับผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงและผู้ดูแลให้ได้รับการประเมินภาวะสุขภาพเบื้องต้นและได้รับการรักษาเบื้องต้น เพื่อป้องกันการเจ็บป่วยที่รุนแรงขึ้น

สรุปได้ว่าการดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงและผู้ดูแลที่บ้านกำลังทวีความสำคัญมากขึ้นเรื่อยๆ ดังนั้น พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนจะต้องตระหนักถึง และส่งเสริมให้ผู้สูงอายุติดเตียงและผู้ดูแลได้รับการต่อเนื่องจากโรงพยาบาลไปยังบ้าน การเตรียมผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงและผู้ดูแลก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และการส่งต่อให้ได้รับการดูแลที่บ้านจากพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความสำคัญมากที่จะทำให้การเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลไปบ้านราบรื่น ลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และช่วยลดต้นทุนค่าใช้จ่ายของการรักษาพยาบาลด้วย ซึ่งพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนจะแสดงสมรรถนะต่อผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง คือ ประเมินภาวะสุขภาพและปัญหาที่ซับซ้อนให้ครอบคลุมทุกมิติ วินิจฉัยปัญหาเฉพาะกลุ่มโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์และความรู้ความสามารถทางการพยาบาลเวชปฏิบัติ ให้การดูแลโดยครอบคลุมทั้งบุคคล ครอบครัว กลุ่มคน และชุมชน ติดตามผู้รับบริการที่ต้องการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน ประเมินผลการปฏิบัติงานตามมาตรฐานวิชาชีพ และเสริมพลังกลุ่มเสี่ยงให้สามารถสร้างเสริมสุขภาพให้สามารถพึ่งตนเองด้านสุขภาพได้ สามารถนำมาใช้ในการศึกษาสถานการณ์สุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงได้ครอบคลุมประเด็นปัญหา

## 2.4 การวิจัยเชิงคุณภาพ

### 2.4.1 ความเป็นมาของงานวิจัยเชิงคุณภาพ

การวิจัยเชิงคุณภาพมีรากฐานมาจากความเชื่อ 2 แนวคิด คือ แนวคิดเชิงธรรมชาตินิยม และแนวคิดในเชิงปรากฏการณ์นิยม ซึ่งทั้ง 2 แนวคิด มุ่งศึกษาหาความจริงเกี่ยวกับพฤติกรรมศาสตร์

ของมนุษย์ที่เกิดขึ้นจากสภาพความเป็นอยู่ตามธรรมชาติ โดยมีความเชื่อว่าปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในสังคมของมนุษย์นั้น มีจุดกำเนิดของความเป็นมา และมีลักษณะเป็นพลวัตหรือเป็นกระบวนการ และมนุษย์มีการรับรู้ตามระบบความคิด มีมุมมองที่เป็นโลกทัศน์เฉพาะตน (ชาย โปธิสิตา. 2556) และนำมาสู่กระบวนการจัดการข้อมูลโดยเปลี่ยนข้อมูลให้เป็นความรู้ ซึ่งความรู้ที่นั้นเกิดจากการตีความข้อมูลมีความหมายใกล้เคียงกับความเป็นจริง เนื่องจากมีจุดเน้นอยู่ที่การให้ความหมายจากประสบการณ์ ความเชื่อ ความความเข้าใจของผู้ให้ข้อมูล ดังนั้นข้อมูลเชิงคุณภาพจึงอยู่ในรูปของคำพูด ข้อความ เหตุการณ์ พฤติกรรม และปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น (เบญญา ยอดดำเนิน-แฉัตติภักดิ์ และ กาญจนา ตั้งชลทิพย์. 2552)

#### 2.4.2 ความหมายของการวิจัยเชิงคุณภาพ

การวิจัยเชิงคุณภาพเป็นกระบวนการจัดการความรู้ให้เป็นองค์ความรู้ใหม่ สร้างความเข้าใจเกี่ยวกับปรากฏการณ์ทางสังคมวิธีหนึ่ง และเป็นวิธีการศึกษาหาความรู้หรือข้อเท็จจริงที่มีอยู่ตามธรรมชาติและมีสภาพความเป็นจริง ไม่เน้นการศึกษาแบบแยกส่วน ต้องทำการศึกษาทั้งหมดทุกมิติ ไม่ใช่ส่วนใดส่วนหนึ่งโดยเฉพาะ โดยงานวิจัยเชิงคุณภาพจะมีจุดเด่นคือ ความยืดหยุ่นสามารถทำให้เก็บข้อมูลเพิ่มเติมได้ตลอดเวลาจนกว่าผลที่ได้จะอยู่ตัว (วรชัย ทองไทย. 2551)

#### 2.4.3 วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ

การวิจัยเชิงคุณภาพเป็นการดำเนินงานในสภาพแวดล้อมตามธรรมชาติ โดยมีบุคคลที่ทำการวิจัยเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการรวบรวมข้อมูล การศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพมีจุดมุ่งหมายเพื่อทำความเข้าใจปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมของมนุษย์ที่เกิดขึ้นและดำเนินไปตามสภาพความเป็นจริง และจัดการกับความรู้ที่ได้โดยการสร้างองค์ความรู้ใหม่จากการรวบรวมหลักฐาน และข้อมูลที่ได้จากพื้นที่ที่ทำการวิจัย (ชาย โปธิสิตา. 2556) ฉะนั้นกระบวนการดำเนินการวิจัยส่วนใหญ่จะไม่มีทฤษฎีหรือสมมติฐานเกี่ยวกับประเด็นที่ทำการศึกษาวางไว้เป็นกรอบอย่างแน่นชัด แต่จะมีการทบทวนวรรณกรรมเพื่อรวบรวมความรู้ที่เป็นพื้นฐานก่อนทำการศึกษา เพื่อนำมาวางกรอบแนวคิดในการดำเนินงานคร่าว ๆ หรือถ้าต้องการตั้งสมมติฐานไว้ก่อนก็สามารถตั้งเป็นสมมติฐานชั่วคราว (Tentative hypothesis) หรือสมมติฐานเชิงปฏิบัติการ (Working hypothesis) ซึ่งสมมติฐานนั้นสามารถปรับเปลี่ยนได้เมื่อเข้าสู่พื้นที่ทำการศึกษาวิจัย นักวิจัยจะต้องทำการศึกษาปรากฏการณ์อย่างลุ่มลึก คลุกคลีอยู่กับสถานการณ์นั้น ๆ และกับบุคคลที่ทำการศึกษาแบบตัวต่อตัว ให้ความสำคัญกับสภาพแวดล้อม และข้อมูลภาคสนามโดยที่ไม่มีการควบคุมตัวแปรหรือกำหนดมิติของปรากฏการณ์ไว้อย่างตายตัว รวมทั้งต้องมองปรากฏการณ์เป็นภาพรวม (Holistic viewpoint) จากหลายแง่หลายมุม ลักษณะการวิจัยเชิงคุณภาพ เช่นนี้นักวิชาการบางกลุ่มก็เรียกชื่อว่า การวิจัยที่มีฐานปฏิบัติการในภาคสนาม (Field based research) (เบญญา ยอดดำเนิน-แฉัตติภักดิ์ และ กาญจนา ตั้งชลทิพย์. 2552)



## 2.4.4 การวิเคราะห์ข้อมูลและการนำเสนอข้อมูลเชิงคุณภาพ

การวิจัยเชิงคุณภาพเสนอข้อมูลหรือปรากฏการณ์ที่ทำการศึกษาโดยการบรรยายความ และทำการวิเคราะห์เนื้อหาโดยใช้วิธีการเชิงอุปมาน (The inductive method) การรวบรวมข้อมูล ของงานวิจัยเชิงคุณภาพนั้นทำได้หลายวิธี ได้แก่ การสังเกต มีทั้งการสังเกตแบบมีส่วนร่วม การสังเกต แบบไม่มีส่วนร่วม หรือการสังเกตแบบไม่ให้รู้ตัว การทดสอบ การใช้แบบสอบถาม การสัมภาษณ์และ การศึกษาข้อมูลจากเอกสารและสื่อชนิดต่าง ๆ (เบญญา ยอดดำเนิน-แอ็ดติง และกาญจนา ตั้งชลทิพย์. 2552) ผู้วิจัยต้องบรรยายรายละเอียดของภาพรวมหรือสภาพทั่วไปของการศึกษารวมทั้งเหตุการณ์ ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นเพื่อให้ผู้อ่านมีความเข้าใจบริบทที่ทำการศึกษา และรายละเอียดเหล่านี้จะเป็น หลักฐานที่มีความสำคัญในการวิเคราะห์ข้อมูลหรือปรากฏการณ์ สำหรับการวิเคราะห์โดยใช้วิธีการ เชิงอุปมานนั้น ผู้วิจัยต้องรวบรวมข้อมูลรูปธรรมย่อย ๆ หรือความรู้ย่อย ๆ ที่กระจัดกระจายอยู่ในพื้นที่ ทำการศึกษา มาวิเคราะห์หาความเกี่ยวข้อง และหาความหมายที่ซ่อนเร้นของปรากฏการณ์นั้น ๆ เพื่อหา ข้อสรุปเชิงนามธรรม (ชาย โปธิสิตา. 2556)

สรุปได้ว่า การวิจัยเชิงคุณภาพมีรากฐานมาจากความเชื่อ 2 แนวคิด คือ แนวคิดเชิงธรรมชาติ นิยมและแนวคิดในเชิงปรากฏการณ์นิยม มุ่งศึกษาหาความจริงเกี่ยวกับพฤติกรรมศาสตร์ของมนุษย์ ที่เกิดขึ้นจากสภาพความเป็นอยู่ตามธรรมชาติเป็นกระบวนการจัดการความรู้ให้เป็นองค์ความรู้ใหม่ สร้างความเข้าใจเกี่ยวกับปรากฏการณ์ทางสังคม ทำการศึกษาปรากฏการณ์อย่างลุ่มลึก คลุกคลีอยู่กับ สถานการณ์นั้น ๆ และกับบุคคลที่ทำการศึกษาแบบตัวต่อตัว ให้ความสำคัญกับสภาพแวดล้อม นำเสนอข้อมูลหรือปรากฏการณ์ที่ทำการศึกษา โดยการบรรยายความและทำการวิเคราะห์เนื้อหาโดยใช้ วิธีการเชิงอุปมาน (The inductive method) การรวบรวมข้อมูลของงานวิจัยเชิงคุณภาพนั้นทำได้ หลายวิธี ได้แก่ การสังเกต มีทั้งการสังเกตแบบมีส่วนร่วม การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม หรือการสังเกต แบบไม่ให้รู้ตัว การทดสอบ การใช้แบบสอบถาม การสัมภาษณ์และการศึกษาข้อมูลจากเอกสารและ สื่อชนิดต่าง ๆ

## 2.5 บริบทของชุมชนตำบลบางทราย อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี

### 2.5.1 ข้อมูลทั่วไป

ตำบลบางทราย ตั้งอยู่ริมฝั่งทะเลตะวันออกของอ่าวไทย ด้านทิศเหนือของตัวจังหวัดชลบุรี ประมาณ 1 กิโลเมตร มีเนื้อที่ประมาณ 2.16 ตารางกิโลเมตร สภาพทั่วไปเป็นที่ลาดเอียงลงสู่ทะเล มีหาดทรายขาวสะอาดจากหน้าวัดคงคาลัย (ปัจจุบันเป็นย่านการค้า) ยาวตลอดขึ้นไปทางเหนือ ประชาชนจึงได้เรียกบริเวณนั้นว่า “บางทราย” แต่ต่อมามีประชาชนเข้ามาอาศัยมากมายและ ประกอบอาชีพเลี้ยงเป็ด เพราะแถบนั้นมีอาหารทะเลเลี้ยงเป็ดได้อย่างอุดมสมบูรณ์ จึงทำให้หาดทราย ที่ขาวสะอาดแต่เดิมค่อย ๆ เปลี่ยนไปดังปัจจุบัน แต่ก็ยังคงเรียกบริเวณนั้นว่า บางทราย ตำบลบางทราย

เป็นตำบลที่เก่าแก่ตั้งแต่สมัยอยุธยาตอนต้นพอ ๆ กับตำบลบางปลาสร้อย คำว่า “บาง” ก็คือ หมู่บ้าน  
นั่นเอง (เทศบาลตำบลบางทราย. 2561 : ออนไลน์)

1) ที่ตั้ง ตำบลบางทราย ซึ่งตั้งอยู่ทางทิศตะวันตกของจังหวัดชลบุรี และติดชายฝั่ง  
ด้านทิศตะวันออกของอ่าวไทย อยู่ห่างจากกรุงเทพมหานครไปทางทิศตะวันออก ตามเส้นทางถนนสุขุมวิท  
ประมาณ 81 กิโลเมตร เนื้อที่ 2.16 ตารางกิโลเมตร

2) อาณาเขต ตำบลบางทรายมีอาณาเขตติดต่อกับเทศบาล ๆ ข้างเคียง ดังนี้

ทิศเหนือติดกับเทศบาลตำบลคลองตำหรุ/เทศบาลตำบลหนองไม้แดง

ทิศใต้ติดกับเทศบาลเมืองชลบุรี

ทิศตะวันออกติดกับเทศบาลเมืองบ้านสวน

ทิศตะวันตกติดกับฝั่งทะเลตะวันออกของอ่าวไทย

3) การศึกษา สถานศึกษาของรัฐ จำนวน 3 แห่ง ครู/อาจารย์ จำนวน 149 คน นักเรียน  
จำนวน 3,371 คน สถานศึกษาเอกชน จำนวน 1 แห่ง ครู จำนวน 9 คน นักเรียน จำนวน 195 คน  
(ข้อมูล ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2557)

4) ศาสนา ประชาชนส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ

5) การสาธารณสุข มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางทราย 1 แห่ง คลินิก 3 แห่ง

6) ประชากร รายได้ และอาชีพ ในตำบลบางทรายมีรายได้เฉลี่ยต่อปี/ครัวเรือน ประมาณ  
91,439 บาท โดยมีอาชีพหลัก คือ การทำประมงชายฝั่ง ค้าขาย มีบ้านให้เช่า และใช้แรงงาน โดยอาชีพ  
แบ่งตามประเภท ดังนี้ รับจ้างในโรงงานอุตสาหกรรม 2,189 คน อาชีพประมง มีประมาณ 200 คน  
134 ครัวเรือน อาชีพเกษตรกรรม 160 คน ประกอบการค้าประเภทร้านค้าของชำและร้านอาหาร  
จำนวน 240 ราย สถานีบริการน้ำมัน 1 แห่ง ปั๊มแก๊ส 1 แห่ง โรงแรม 1 แห่ง โรงแรมแกแลกซี่  
ธานี 1 แห่ง ธนาคารออมสิน (สาขาบางทราย) บ้านและอาคารชุดให้เช่า ประชาชนที่ปลูกสร้างบ้าน  
และอาคารชุดให้เช่า จำนวน 600 ราย มีรายได้จากการให้เช่าโดยรวมเฉลี่ยปีละ 44,020,000 บาท

7) แหล่งน้ำ มีบ่อน้ำบาดาล จำนวน 2 บ่อ อยู่ที่หน้าวัดช่องลม และซอย 10 หมู่ที่ 2  
ตำบลบางทราย สภาพน้ำปัจจุบันไม่สามารถใช้อุปโภคบริโภคได้ แต่ใช้ในการเกษตรได้เพียง 1 บ่อ

8) การดูแลสุขภาพจิตติเตียงของตำบลบางทราย การดูแลสุขภาพจิตติเตียงในชุมชนเป็นหน้าที่  
ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางทราย ซึ่งมีบุคลากรทางสุขภาพ จำนวน 12 คน  
ประกอบด้วย นักวิชาการสาธารณสุข 2 คน เจ้าพนักงานสาธารณสุข 2 คน พยาบาลวิชาชีพ 3 คน  
ทันตภิบาล 1 คน แพทย์แผนไทย 1 คน เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูล 2 คน และแม่บ้าน 1 คน สัดส่วน  
เจ้าหน้าที่ต่อประชากรทั้งหมด 11,801 คน เท่ากับ 1 : 1,311 คน (อัตรา 1/1,250) รับผิดชอบ  
ทั้งหมด 6 หมู่บ้าน 7,297 หลังคาเรือน มีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 175 คน  
นอกจากนี้ ยังมีแพทย์และเภสัชกรออกให้บริการ สัปดาห์ละ 1 วัน ในตำบลบางทรายมีผู้ป่วยสูงอายุ

ติดเตียงในปี 2559 จำนวน 8 คน ปี 2560 จำนวน 16 คน และปี 2561 จำนวน 17 คน เสียชีวิตในเดือนมีนาคม 2561 จำนวน 5 คน ยอดคงเหลือ จำนวน 12 คน (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางทราย. 2561)

การให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางทราย ส่วนใหญ่เน้นการให้บริการเชิงรุกกับผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข ในส่วนของผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงและผู้ดูแล จำนวน 17 คน เป็นความรับผิดชอบของพยาบาลวิชาชีพเพียง 1 คน จากการสัมภาษณ์พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง ในวันที่ 30 มีนาคม 2561 ได้ข้อมูลว่าการให้บริการส่วนใหญ่เป็นการให้บริการแบบให้ผู้ดูแลตามไปที่บ้านเพื่อเปลี่ยนสายสวนปัสสาวะ เปลี่ยนสายยางให้อาหาร ทำแผล เป็นต้น หากไม่มีกิจกรรมเหล่านี้พยาบาลผู้ดูแลก็จะคอยติดตามเยี่ยมบ้าน 2 เดือนต่อครั้ง ภาระส่วนใหญ่ในการดูแลผู้ป่วยจะเป็นหน้าที่ของผู้ดูแลในครอบครัวหากมีเหตุการณ์ที่วิกฤตเกิดขึ้นกับผู้ดูแลติดเตียงผู้ดูแลก็จะนำส่งโรงพยาบาลชลบุรีทันที

การศึกษาข้อมูลบริบทของชุมชนตำบลบางทราย สรุปได้ว่า ตำบลบางทรายเป็นพื้นที่ที่มีประชากรหนาแน่นอยู่ในย่านเศรษฐกิจของจังหวัดชลบุรี การบริการด้านสุขภาพของชุมชนโดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางทราย เน้นการดูแลเชิงรุกกับกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงส่วนใหญ่เป็นหน้าที่ของผู้ดูแลในครอบครัวซึ่งการรับภาระของผู้ดูแลนั้นอาจทำให้ผู้ดูแลมีปัญหาสุขภาพทั้งทางร่างกาย จิตใจ จึงเป็นประเด็นที่ผู้วิจัยเห็นว่ายังเป็นปัญหา ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญที่จะต้องศึกษาเพิ่มเติมในเชิงคุณภาพเพื่อเจาะลึกถึงปัญหาที่แท้จริงเพื่อทำความเข้าใจในสถานการณ์ที่เกิดขึ้นและนำข้อมูลที่ได้มาส่งเสริมสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

### บทที่ 3 ระเบียบวิธีการวิจัย

การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) ศึกษาประสบการณ์การดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพ วิธีการดูแลสุขภาพตนเอง และความต้องการการช่วยเหลือด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงในตำบลบางทราย อำเภอมือง จังหวัดชลบุรี โดยมีรายละเอียดในกระบวนการวิจัยดังนี้

#### 3.1 ประชากรและผู้ให้ข้อมูล

1. ประชากร คือ ผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง ซึ่งอาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกัน

2. ผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ ผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงฉันทครือญาติ ได้แก่ สามี ภรรยา พี่ น้อง บุตร และหลาน ซึ่งอาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกันที่อาศัยอยู่ในตำบลบางทราย อำเภอมือง จังหวัดชลบุรี จำนวน 12 คน โดยผู้วิจัยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลในครั้งแรกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติเบื้องต้นที่ผู้วิจัยกำหนดดังนี้

- 2.1) มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 1 ปี
- 2.2) สามารถฟังและพูดภาษาไทยได้เข้าใจ
- 2.3) มีความยินดีที่จะให้ความร่วมมือและยินยอมในการเล่าเกี่ยวกับประสบการณ์การดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง

#### 3.2 เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยจัดเตรียมอุปกรณ์และเครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ เครื่องบันทึกเสียง เพื่อให้บันทึกเสียงขณะสัมภาษณ์แบบเจาะลึกรายบุคคล และแบบบันทึกข้อมูลสำหรับใช้ในการวิจัย ดังนี้

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล ประกอบด้วย วันที่ รหัสของผู้ให้ข้อมูล เพศ อายุ เชื้อชาติ ศาสนา สถานภาพสมรส ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย การศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน โรคประจำตัว ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย

2. แนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก และการสังเกตแบบมีส่วนร่วม ผู้วิจัยสร้างแนวคำถามสำหรับใช้ในการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกเป็นรายบุคคล ซึ่งได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

### 3.3 ความน่าเชื่อถือของงานวิจัย

#### 3.3.1 ความเชื่อถือได้ (Credibility)

เป็นการยืนยันข้อมูลที่ได้จากการศึกษาว่ามีความถูกต้องและเป็นจริง และการตีความของผู้วิจัยกับความเป็นจริงระดับต่าง ๆ ในความคิดของผู้ให้ข้อมูลและนักวิจัย (EMIC-ETIC) (เบญจายอดดำเนิน-แอ็ดติงก์ และกาญจนา ตั้งชลทิพย์, 2552) ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยแสดงความน่าเชื่อถือของข้อมูลดังนี้

1) ความน่าเชื่อถือของผู้วิจัย ผู้วิจัยผ่านการเรียนวิชาการวิจัยเชิงคุณภาพจาก มหาวิทยาลัยบูรพา จำนวน 1 หน่วยกิต 15 ชั่วโมง เมื่อปี 2550 หลังจากนั้นเข้ารับการอบรมเชิงปฏิบัติการการวิจัยเชิงคุณภาพ จากสถาบันพระบรมราชชนก จำนวน 37 ชั่วโมง เมื่อปี 2553 และผ่านการอบรมการเก็บข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ จำนวน 8 ชั่วโมง จากสภาวิจัยแห่งชาติ (วช.) ในการอบรมโครงการพัฒนานักวิจัยรุ่นใหม่ (ลูกไก่ รุ่นที่ 3) ปี 2558 ผ่านการอบรมหลักสูตรการวิเคราะห์ข้อมูลวิจัยเชิงคุณภาพ จำนวน 16 ชั่วโมง จากสมาคมนักวิจัยแห่งประเทศไทย เมื่อปี 2561 และมีผลงานวิจัยเชิงคุณภาพที่ใช้เทคนิคการสนทนากลุ่ม เรื่อง การประเมินผลกระทบของการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน ตีพิมพ์ในวารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 26 (3) กันยายน-ธันวาคม 2559

2) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล ประกอบด้วย วันที่ รหัสของผู้ให้ข้อมูล เพศ อายุ เชื้อชาติ ศาสนา สถานภาพสมรส ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย การศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน โรคประจำตัว ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย และแนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก ผู้วิจัยสร้างแนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกเป็นรายบุคคล ซึ่งได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง การสร้างแนวคำถามในการสัมภาษณ์มีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยเตือนความจำในระหว่างการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกรายบุคคล โดยข้อคำถามได้รับการตรวจสอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาว่าตรงกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย และนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องของเนื้อหาและความตรงเชิงภาษา นำข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญมาปรับปรุงแก้ไขข้อคำถามให้เหมาะสม และนำไปทดลองใช้ในการสัมภาษณ์กับผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงในตำบลนาป่า อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี เพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงของแบบสัมภาษณ์เชิงลึก

3) ผู้วิจัยเป็นอาจารย์นิเทศน์ศึกษาพยาบาลในชุมชนตำบลบางทราย เรียนรู้วิถีชุมชนและบริบทต่าง ๆ ของชุมชนตำบลบางทรายมาเป็นระยะเวลา 10 ปี ทำให้มีสัมพันธ์ภาพที่ดีกับชุมชนตำบลบางทราย และกลุ่มผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงในชุมชนจนเกิดความไว้วางใจต่อกันและกัน

4) ผู้วิจัยใช้เวลาอยู่ในพื้นที่ตำบลบางทรายเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นระยะเวลา 4 เดือนระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูลในชุมชนทุกครั้งผู้วิจัยสังเกตและจดบันทึกสะท้อนคิดความรู้สึกของตนเอง

ต่อการเก็บข้อมูลในแต่ละครั้งเพื่อนำมาวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป ทั้งนี้ผู้วิจัยใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกต และจดบันทึก เพื่อให้ข้อมูลที่ได้มีความเป็นจริงและถูกต้องมากที่สุดดังนี้

4.1) เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกพร้อมทั้งใช้เทคนิคการสนทนาสรุปความ การสะท้อนความคิดในบางช่วงของการสนทนาเพื่อตรวจสอบการตีความของผู้วิจัยให้ถูกต้องตรงตามความคิดเห็นของผู้ให้ข้อมูล ทั้งนี้ เพื่อตรวจสอบความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูลในระดับหนึ่ง ในขณะที่ทำการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยได้แยกผู้ให้ข้อมูลออกมานอกห้องของผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง เนื่องจากหากผู้ให้ข้อมูลอยู่ใกล้กับผู้ป่วยอาจทำให้ได้ข้อมูลที่ไม่น่าเชื่อถือเพราะความเกรงใจผู้ป่วยหรือผู้ป่วยอาจได้ยินการสัมภาษณ์และมีข้อมูลบางอย่างกระทบกระเทือนต่อสภาพจิตใจของผู้ป่วย

4.2) เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสังเกตและจดบันทึก โดยผู้วิจัยสังเกตพฤติกรรมของผู้ให้ข้อมูลขณะสัมภาษณ์ ขณะให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง ว่าผู้ให้ข้อมูลมีการแสดงทางสีหน้า ท่าทาง อากัปกิริยาที่ผู้ให้ข้อมูลแสดงออกมาให้เห็น ทั้งนี้ ข้อมูลที่ได้จากการสังเกต ผู้วิจัยจดบันทึกทันทีที่สังเกตเห็นเพื่อป้องกันข้อมูลคลาดเคลื่อนจากความจริงและในขณะเดียวกันได้จดบันทึกสถานการณ์ที่เกิดขึ้น และสิ่งแวดล้อมรอบข้าง สะท้อนความรู้สึกส่วนตัวของผู้วิจัยที่มีต่อผู้ให้ข้อมูล เพื่อลดอคติของผู้วิจัย เพื่อนำข้อมูลมาประกอบการวิเคราะห์ให้ชัดเจนและครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

5) การตรวจสอบข้อมูลกับผู้ให้ข้อมูล (Member checks) โดยมีการตรวจสอบข้อมูลร่วมกันระหว่างผู้ให้ข้อมูลและผู้วิจัยทุกระยะทุกขั้นตอนของการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยมีการยืนยันข้อมูลโดยการนำประเด็นสำคัญที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลกลับไปให้ผู้ให้ข้อมูล คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงได้ทำการตรวจสอบและให้ข้อคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะเป็นรายบุคคลทั้ง 12 ราย

6) การตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation) (สุภางค์ จันทวานิช. 2554) ได้แก่

6.1) การตรวจสอบสามเส้า ด้านข้อมูลโดยพิจารณาแหล่งเวลา แหล่งสถานที่ และแหล่งบุคคลที่แตกต่างกัน กล่าวคือ ถ้าข้อมูลต่างเวลากันจะเหมือนกันหรือไม่ ถ้าข้อมูลต่างสถานที่จะเหมือนกันหรือไม่ และถ้าบุคคลผู้ให้ข้อมูลเปลี่ยนไปข้อมูลจะเหมือนเดิมหรือไม่ โดยผู้วิจัยได้เข้าไปเก็บรวบรวมข้อมูลในเวลาที่แตกต่างกันของผู้ให้ข้อมูลแต่ละราย ได้แก่ เข้าไปขณะที่ผู้ดูแลกำลังทำกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง เช่น การเช็ดตัว อาบน้ำ เปลี่ยนเสื้อผ้า เปลี่ยนผ้าปูเตียง ป้อนอาหาร การให้อาหารทางสายยาง ผู้วิจัยจะสังเกตเห็นพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลสังเกตสีหน้า ท่าทาง การแสดงออกเพื่อนำมาเปรียบเทียบกับข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ นอกจากนี้ ผู้วิจัยยังเข้าไปในขณะที่ผู้ดูแลว่างเว้นจากการทำกิจกรรมการดูแลประจำวันในช่วงเวลาที่ผู้ป่วยนอนหลับ ในช่วงเวลานี้ผู้วิจัยจะได้พูดคุยกับผู้ดูแลได้สัมภาษณ์เชิงลึกถึงประสบการณ์ของผู้ดูแลพร้อมกับสังเกตสีหน้า ท่าทาง และการแสดงออกในขณะสัมภาษณ์ และผู้วิจัยได้เข้าไปเก็บข้อมูลกับผู้ดูแลที่มีสถานที่

ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงที่มีความหลากหลาย ได้แก่ บ้านที่มีอุปกรณ์การดูแลพร้อมเพียง มีเตียงนอนอย่างดี สถานที่อากาศถ่ายเทสะดวก และบ้านที่มีอุปกรณ์การดูแลไม่พร้อม ผู้ป่วยต้องนอนกับพื้น แออัด อากาศไม่ถ่ายเท แล้วรวบรวมข้อมูลจากแหล่งข้อมูลที่แตกต่างกันนำมาเปรียบเทียบกันระหว่างสิ่งแวดล้อมที่แตกต่างกันอาจมีผลต่อการดูแลผู้ป่วยที่แตกต่างกันไปตามสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยและผู้วิจัยยังเลือกผู้ให้ข้อมูลที่มีความหลากหลาย ได้แก่ เป็นภรรยา บุตร บุตรสะใภ้ หลาน และเหลน ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากบุคคลที่หลากหลายในการดูแลผู้ป่วยนำข้อมูลมาเปรียบเทียบกันเพื่อให้เห็นความแตกต่างและความเหมือนกันของข้อมูลที่หลากหลายกลุ่มตามเวลา สถานที่ และบุคคล

6.2) การตรวจสอบสามเส้าด้านวิธีรวบรวมข้อมูลโดยใช้วิธีเก็บรวบรวมข้อมูลต่างกัน เพื่อรวบรวมข้อมูลเรื่องเดียวกัน โดยผู้วิจัยใช้วิธีสังเกตควบคุมไปกับการซักถามพร้อมทั้งอัดเทปเสียงสัมภาษณ์ และการจดบันทึกในแต่ละครั้งที่เข้าไปเก็บรวบรวมข้อมูล และนำข้อมูลที่ได้จากการสังเกตสัมภาษณ์ และจดบันทึกมาเปรียบเทียบเพื่อให้เห็นความแตกต่างและความเหมือนกันของข้อมูลที่หลากหลายวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

### 3.3.2 การตรวจสอบได้ (Auditability)

ผู้วิจัยได้เขียนรายละเอียดของกระบวนการเก็บข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูลอย่างชัดเจนนำไปสู่การสร้างข้อสรุปและตรวจสอบได้ โดยหลังจากการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยนำข้อมูลมาตรวจสอบเพื่อให้แน่ใจว่าข้อมูลที่ได้รับนั้นถูกต้องและตรงกับสภาพความเป็นจริง โดยทำการตรวจสอบข้อมูล 2 ขั้นตอน ดังนี้

1) การตรวจสอบข้อมูลภายหลังจากการเก็บข้อมูลในแต่ละครั้งเป็นการตรวจสอบระหว่างการเก็บข้อมูล โดยมีวิธีการดังนี้

1.1) ตรวจสอบความสอดคล้องของข้อมูล โดยผู้วิจัยใช้วิธีการสังเกตและการสัมภาษณ์ ในการสังเกตผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงในการทำกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง ได้แก่ การอาบน้ำ เช็ดตัวผู้ป่วย การทำความสะอาดเตียงและเปลี่ยนเสื้อผ้าผู้ป่วย การป้อนอาหารผู้ป่วย การพลิกตะแคงตัวผู้ป่วย และปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง ได้แก่ การเตรียมอุปกรณ์ทางการแพทย์สำหรับผู้ป่วย การเตรียมอาหารสำหรับผู้ป่วย การเตรียมสถานที่ต่าง ๆ สำหรับเอื้ออำนวยความสะดวกในการดูแลผู้ป่วยและการดูแลตนเองด้านสุขภาพในขณะที่ให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง ได้แก่ การบีบนิ้วด้วยตนเอง การยืดเหยียดด้วยตนเอง การทำกายบริหารร่างกาย การรับประทานอาหาร และยา

1.2) ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล โดยผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลในแต่ละครั้งหลังการแปลความเบื้องต้นแล้วทำการสัมภาษณ์ข้อมูลเดิมอีกครั้งเพื่อตรวจสอบความถูกต้อง

1.3) ตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล เป็นการตรวจสอบว่าข้อมูลที่เก็บรวบรวมมานั้นครบถ้วนตามลักษณะเรื่องที่ต้องการศึกษา ได้แก่ ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง

วิธีการดูแลสุขภาพตนเอง และความต้องการการดูแลสุขภาพ โดยมีการตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่เริ่มเก็บข้อมูลจนกระทั่งขั้นที่จะนำข้อมูลมาทำการวิเคราะห์

2) ทำการตรวจสอบข้อมูลเมื่อสิ้นสุดการเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากการเก็บรวบรวมข้อมูลครบถ้วนแล้ว ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้ทั้งหมดมาจัดเป็นหมวดหมู่ ข้อสรุปในแต่ละหมวดหมู่ เพื่อนำไปใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

### 3.3.3 ความเฉพาะเจาะจงและนำไปใช้จริงตามประสบการณ์ที่พบ (Transferability)

ผู้วิจัยคำนึงถึงการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ตามข้อค้นพบของงานวิจัยในบริบทที่นอกเหนือจากบริบทที่ผู้วิจัยทำการศึกษา คือ ตำบลบางทราย หรือชุมชนอื่น ๆ ภายใต้บริบทและเงื่อนไขที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน โดยผู้วิจัยได้เขียนบรรยายลักษณะของตำบลบางทราย การเก็บรวบรวมข้อมูล การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงของผู้ให้ข้อมูลที่มีความหลากหลาย แนวคำถามในการสัมภาษณ์เชิงลึก ตลอดจนขั้นตอนการดำเนินการวิจัยไว้อย่างละเอียดเพื่อให้ผู้อ่านได้เข้าใจ และสามารถนำผลการวิจัยที่ค้นพบในครั้งนี้ไปประยุกต์ใช้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุป่วยติดเตียงที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน

### 3.3.4 การยืนยันผลการวิจัย (Confirmability)

ผู้วิจัยเขียนรายงานวิจัยเพื่อสร้างความเชื่อมั่นในผลการวิจัยว่าผลการวิจัยดังกล่าวนี้เป็นข้อค้นพบที่เกิดขึ้นจริงจากผู้ให้ข้อมูล มิได้เกิดจากความลำเอียงส่วนตัวของผู้วิจัย โดยเขียนอธิบายถึงกระบวนการดำเนินการวิจัยที่มีการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก สังเกต และการจดบันทึกตลอดจนการสะท้อนคิดข้อมูลกับผู้ให้ข้อมูลทุกรายและกระทำทันทีที่สัมภาษณ์พร้อมสังเกตเสร็จ หรือภายใน 24 ชั่วโมง และผู้วิจัยได้นำคำพูดของผู้ให้ข้อมูลมาถ่ายทอดลงในผลการวิจัยอย่างครบถ้วนตามความเป็นจริงในระหว่างการทำวิจัยผู้วิจัยนำข้อค้นพบที่ได้มาทำการตรวจสอบร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาหลักและอาจารย์ที่ปรึกษาร่วมเพื่อให้ผู้อ่านสามารถตรวจสอบความถูกต้องซ้ำได้ตลอดเวลา

## 3.4 การพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูล

การวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยมีความสำคัญมากในการเก็บรวบรวมข้อมูลเนื่องจากเป็นเครื่องมือของการวิจัยต้องเข้าไปมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ให้ข้อมูลอย่างใกล้ชิด ตั้งแต่ขั้นตอนการสร้างสัมพันธภาพ เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลเกิดความไว้วางใจทำให้ได้ข้อมูลที่มีความน่าเชื่อถือมากที่สุด จะเห็นได้ว่าตลอดกระบวนการวิจัยมีทั้งการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกเข้าไปในเรื่องส่วนตัว ความรู้สึกนึกคิด และการสังเกต ซึ่งบางครั้งอาจจะเปิดความเป็นส่วนตัวของผู้ให้ข้อมูลได้ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงต้องคำนึงถึงจรรยาบรรณของนักวิจัยอย่างเคร่งครัดเพื่อเป็นการเก็บรักษาความลับ ความปลอดภัย คำถามที่ใช้ต้องไม่คุกคาม อารมณ์ ความรู้สึก และเคารพสิทธิของผู้ให้ ผู้วิจัยจึงทำการพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูลดังต่อไปนี้



1. ผู้วิจัยแนะนำตัวเอง อธิบายวัตถุประสงค์ รวมทั้งขั้นตอนและรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์และขออนุญาตบันทึกเทปไว้เพื่อความถูกต้องในการบันทึกข้อมูลและให้ผู้ให้ข้อมูลลงลายชื่อให้ยินยอมด้วยทุกคนเป็นหลักฐาน
2. อธิบายให้ทราบว่าผู้ให้ข้อมูลมีสิทธิในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยหรือไม่ก็ได้ และถ้าหากตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยสามารถออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลต่อผู้ให้ข้อมูลแต่อย่างใด
3. เมื่อผู้ให้ข้อมูลสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจึงเก็บข้อมูล
4. ตลอดการวิจัยผู้ให้ข้อมูลสามารถซักถามข้อมูลเกี่ยวกับการทำวิจัยครั้งนี้ได้
5. ในระหว่างการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลมีสิทธิที่จะปกปิดข้อมูลที่ไม่ต้องการเปิดเผย
6. ขณะที่สัมภาษณ์หากผู้ให้ข้อมูลเกิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ เช่น สะเทือนใจ คับข้องใจ จนไม่สามารถพูดคุยต่อไปได้ ผู้วิจัยยุติการสนทนาและอยู่เป็นเพื่อน ให้กำลังใจ โดยการสัมผัสจับมือผู้ให้ข้อมูล โอบไหล่ด้วยความสํารวม และรองานกว่าผู้ให้ข้อมูลพร้อมที่จะพูดคุยต่อถ้าผู้ให้ข้อมูลไม่พร้อมหรือประสงค์ที่จะยุติการสนทนา ผู้วิจัยจะยุติการสนทนาและสอบถามผู้ให้ข้อมูลเพื่อเลือกเวลานัดหมายในครั้งต่อไป
7. ผู้ให้ข้อมูลมีสิทธิที่จะรับรู้ข้อมูลตลอดจนสามารถตรวจสอบข้อมูลของตัวเองได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้วิจัย
8. ในการนำเสนอข้อมูลและเขียนรายงานการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้นามสมมติเพื่อเป็นการรักษาความลับของผู้ให้ข้อมูล และนำเสนอในภาพรวมโดยไม่เฉพาะเจาะจงผู้ใด

### 3.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังการสอบเค้าโครงวิทยานิพนธ์ ผู้วิจัยยื่นแบบเสนอขอพิจารณาจริยธรรมการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติแล้ว ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกเป็นรายบุคคลเพื่อศึกษาภาวะสุขภาพ วิธีการดูแลสุขภาพตนเอง และความต้องการการช่วยเหลือด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงอย่างตรงตามความเป็นจริงมากที่สุด ซึ่งมีขั้นตอนการปฏิบัติดังต่อไปนี้

#### 3.5.1 ขั้นตอนเตรียมการ

เป็นขั้นตอนในการเตรียมความพร้อมทั้งหมดก่อนทำการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล โดยผู้วิจัยได้เตรียมความรู้ต่าง ๆ เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล การดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้ดูแล ความต้องการการดูแลสุขภาพของผู้ดูแล และระเบียบวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อเป็นแนวทางในการกำหนดประเด็นปัญหาที่ต้องการศึกษาและสร้างแนวคำถามให้ครอบคลุมทั้งหมด นอกจากนี้ ผู้วิจัยยังมีการเตรียมความรู้และทักษะในการรวบรวมข้อมูลโดยมีขั้นตอนการเตรียมความพร้อมดังนี้

1) ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ พร้อมกับแบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ซึ่งผ่านการอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ เลขที่รับรอง อ.668/2561 วันที่รับรอง 2 พฤษภาคม 2561 เสนอต่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี และสำเนาถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางทราย จังหวัดชลบุรี เพื่อขออนุญาตเข้าพื้นที่เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง

2) เมื่อได้รับการแจ้งผลการอนุญาตให้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดชลบุรี ผู้วิจัยเข้าพบผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางทราย จังหวัดชลบุรี เพื่อขอความร่วมมือในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง และอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3) ผู้วิจัยศึกษาข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยจากแฟ้มประวัติครอบครัว (Family folder) โดยผู้วิจัยคัดเลือกผู้ป่วยและผู้ดูแลที่จะให้ข้อมูลในการศึกษานี้ คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงที่ทำหน้าที่หลักในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง ได้แก่ ภรรยา บุตร บุตรสะใภ้ หลาน และเหลน ซึ่งอาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกัน และทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 1 ปี

4) ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากพยาบาลวิชาชีพประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางทราย จังหวัดชลบุรี ให้เป็นผู้ประสานงานกับผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงเพื่อแจ้งและขอความร่วมมือเป็นผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยและเมื่อได้รับคำตอบว่ายินดีเป็นผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยได้ทำการแนะนำตนเองและให้ข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัยตามใบข้อมูลสำหรับกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัย เพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิ์และเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลได้ซักถามข้อสงสัย จากนั้นผู้วิจัยนัดวัน เวลา และสถานที่ที่ผู้ให้ข้อมูลมีความสะดวกและมีความเหมาะสมสำหรับการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกรายบุคคล

5) ผู้วิจัยไปพบผู้ให้ข้อมูลที่บ้านเพื่อสัมภาษณ์ตามวัน เวลา และสถานที่ที่ได้นัดหมายไว้กับผู้ให้ข้อมูล โดยผู้วิจัยแจ้งให้ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และพยาบาลผู้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงทราบว่าผู้วิจัยขอเข้าพื้นที่ไปสัมภาษณ์เจาะลึกกับผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงเป็นระยะเวลา 30-60 นาที

### 3.5.2 ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

โดยผู้วิจัยมีขั้นตอนดังนี้

1) ผู้วิจัยสังเกตพฤติกรรมของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ทั้งกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การอาบน้ำเช็ดตัวผู้ป่วย การทำความสะอาดเตียงและเปลี่ยนเสื้อผ้าผู้ป่วย การป้อนอาหารผู้ป่วย การพลิกตะแคงตัวผู้ป่วย และปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง ได้แก่ การเตรียมอุปกรณ์ทางการแพทย์สำหรับผู้ป่วย การเตรียมอาหารสำหรับผู้ป่วย การเตรียมสถานที่ต่าง ๆ สำหรับเอื้ออำนวยความสะดวกในการดูแลผู้ป่วย และการดูแลตนเองด้านสุขภาพ

ในขณะที่ให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง ได้แก่ การบิบนวดด้วยตนเอง การยืดเหยียดด้วยตนเอง การทำกายบริหารร่างกาย การรับประทานอาหาร และยา

2) ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์เชิงลึกโดยถามคำถามตามแนวคำถามที่ผู้วิจัยสร้างไว้ในประเด็นคำถามทั่วไป ภาวะสุขภาพ วิธีการดูแลตนเอง และความต้องการในการดูแลสุขภาพ โดยเริ่มต้นด้วยการสร้างสัมพันธภาพให้เกิดความคุ้นเคยเพื่อให้ได้คำตอบที่เป็นประโยชน์สำหรับการวิจัยมากที่สุด โดยใช้เวลาในการสัมภาษณ์ 30-60 นาที โดยการสัมภาษณ์จะไม่มีผู้ป่วยอยู่ในบริเวณที่ทำการสัมภาษณ์ด้วย และทำการสัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงอย่างน้อยคนละ 1 ครั้ง

3) ผู้วิจัยทำการบันทึกข้อมูลไปพร้อม ๆ กันในระหว่างที่สัมภาษณ์ด้วย ทั้งข้อมูลจากการสัมภาษณ์ สังเกต และบันทึกสะท้อนคิด โดยจะเน้นไปที่ประเด็นสำคัญ ๆ และจากขั้นตอนในการสังเกตด้วย

4) การบันทึกเทปกระทำไปพร้อม ๆ กับการสัมภาษณ์ และหลังจากที่มีการสัมภาษณ์เสร็จในแต่ละวันจะมีการสรุปข้อมูลที่ได้ในแต่ละวันโดยการถอดคำสัมภาษณ์จากเครื่องบันทึกเสียง ภายหลังจากสัมภาษณ์ทันที หรือภายใน 24 ชั่วโมง เพื่อป้องกันการหลงลืม และเป็นประโยชน์ในกรณีที่มีข้อมูลบางส่วนยังไม่ชัดเจน ขาดความสมบูรณ์ ผู้วิจัยสามารถไปพบผู้ให้ข้อมูลเพื่อนัดหมายวัน เวลา และสถานที่ในการสัมภาษณ์เป็นครั้งที่ 2 เมื่อได้ข้อมูลครบถ้วนแล้วผู้วิจัยทำการถอดคำสัมภาษณ์จากเครื่องบันทึกเสียงแบบคำต่อคำโดยไม่มีกรสรุปหรือตัดแปลงข้อความใด ๆ พิมพ์ลงในแผ่นข้อมูล จัดเก็บไว้เป็นรายบุคคล และเขียนบันทึกลงในแบบบันทึกการถอดความและกำหนดรหัสเบื้องต้น

### 3.5.3 ขั้นตอนการจัดการข้อมูล

หลังจากเสร็จสิ้นจากการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยจะมีการจัดข้อมูลดังนี้

1) หลังจากเสร็จสิ้นการสัมภาษณ์ทุกครั้ง จะมีการนำข้อมูลมาจัดเรียงในแต่ละเรื่อง เพื่อสะดวกในการนำข้อมูลออกมาใช้ และป้องกันการสับสนของผู้วิจัย

2) นำข้อมูลที่มีการจัดเรียงเรียบร้อยแล้ว นำมาตรวจสอบกับแนวคิดสุขภาพ และการดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อดูความสอดคล้องระหว่างข้อมูลกับแนวคิดสุขภาพ และการดูแลสุขภาพตนเอง

3) นำข้อมูลและแนวคิดสุขภาพ และการดูแลสุขภาพที่เกี่ยวข้องมาวิเคราะห์ร่วมกัน ว่าถูกต้องและตรงตามวัตถุประสงค์หรือไม่

## 3.6 จริยธรรมในการวิจัย

ผู้วิจัยทำการศึกษาประสบการณ์การดูแลสุขภาพตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง โดยยึดหลักจริยธรรมการวิจัยในทุกขั้นตอนของการวิจัย (ชาย โพธิ์สิตา, 2556) ดังนี้

1. ผู้วิจัยกำหนดหัวข้อเรื่องที่จะทำการวิจัยโดยกำหนดประเด็นสำคัญเกี่ยวกับประสบการณ์การดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง ซึ่งจะทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง

ได้รับประโยชน์จากการศึกษาเพราะข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะเป็นพื้นฐานของความเข้าใจผู้ดูแล และทีมพยาบาลเยี่ยมบ้านจะได้เกิดความเข้าใจในบริบทของผู้ดูแลและจะตอบสนองได้ตรงตามความต้องการของผู้ดูแล

2. ผู้วิจัยออกแบบการวิจัยในการวางแผนกลุ่มตัวอย่างที่จะเก็บข้อมูล โดยผู้วิจัยคำนึงถึงกลุ่มตัวอย่างที่จะเลือกมาศึกษานั้น โดยจะขอความยินยอมเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างร่วมมือในการศึกษา และรักษาความลับของข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ของกลุ่มตัวอย่าง และนำโครงร่างวิทยานิพนธ์เสนอเพื่อขอพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ และผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ซึ่งผ่านการอนุมัติให้ดำเนินการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ เลขที่รับรอง อ.668/2561 วันที่รับรอง 2 พฤษภาคม 2561

3. ในระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ การสังเกต บันทึกสะท้อนคิด ผู้วิจัยไม่รบกวนชีวิตและการทำงานตามปกติของผู้ให้ข้อมูล หรือรบกวนน้อยที่สุด โดยหลีกเลี่ยงวิธีการที่จะก่อให้เกิดความเครียดหรือความวิตกกังวลแก่ผู้ให้ข้อมูล และคำนึงถึงระดับความสัมพันธ์ที่เหมาะสมระหว่างผู้วิจัยกับผู้ให้ข้อมูล

4. ผู้วิจัยทำการจดบันทึกและการถอดเทปการสัมภาษณ์โดยคำนึงถึงการรักษาความลับ และเคารพในผู้ให้ข้อมูลโดยไม่ใส่อะไรที่ไม่ใช่สิ่งที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวในบทบันทึกหรือบทสัมภาษณ์ในระหว่างการถอดเทป

5. ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลอย่างละเอียดลึกซึ้ง และไม่ตีความห่างไกลจากความเป็นจริง โดยผู้วิจัยให้ผู้ให้ข้อมูลมีส่วนร่วมในการตีความข้อมูลได้อ่านข้อมูลที่ดีความแล้วว่าถูกต้องตามที่ได้สัมภาษณ์ไปหรือไม่

6. ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความถูกต้องของการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการตรวจสอบแบบสามเส้า และเขียนรายงานเฉพาะความรู้ที่ผ่านการตรวจสอบความถูกต้องและความน่าเชื่อถือแล้วเท่านั้น ผลการศึกษาใดที่ยังคลุมเครือหรือยังไม่ได้ตรวจสอบอย่างรอบคอบ ผู้วิจัยไม่นำมาเปิดเผยเพราะอาจก่อให้เกิดผลเสียหายแก่ผู้ให้ข้อมูล

7. ผู้วิจัยรายงานผลการวิจัยในภาพรวม และยกตัวอย่างบทสัมภาษณ์โดยไม่ใส่ชื่อที่อยู่ของผู้ให้ข้อมูลแต่จะใส่เป็นรหัสแทน เช่น CARE 001

### 3.7 การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลภายหลังการสัมภาษณ์และรวบรวมข้อมูลในแต่ละครั้งโดยการกำหนดรหัสข้อมูล จัดหมวดหมู่ข้อมูล และเชื่อมโยงข้อมูลให้เป็นแนวเรื่อง โดยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นแบบการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ควบคู่กับการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างต่อเนื่อง ตาม

แนวคิดวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลของ โคลไลซี (Colaizzi's method) (Colaizzi. 1978 : 48-91) ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

1. อ่านบททวนข้อมูลทั้งหมดที่ได้จากการถอดคำจากเทปบันทึกเสียงสัมภาษณ์ เพื่อให้เกิดความเข้าใจตามข้อมูลนั้น ๆ ผู้วิจัยใช้ปากกาสีเน้นข้อความระบายนับตัวหนังสือข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับคำถามการวิจัย นำข้อมูลที่ได้จากแบบบันทึกการถอดความมากำหนดรหัสเบื้องต้นซึ่งเป็นรหัสข้อมูล
2. จัดการกับรหัสข้อมูลที่ได้ให้เป็นหมวดหมู่ โดยนำรหัสที่มีเนื้อหาอยู่ในกลุ่มเดียวกันมารวมเป็นหมวดหมู่เดียวกัน และสร้างข้อสรุปย่อชั่วคราว โดยได้นำไปให้ผู้แทนจากผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์
3. เขียนบันทึกเชิงปฏิบัติการเพื่อช่วยให้การสะท้อนคิดของผู้วิจัย ชี้นำทิศทางการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งต่อไปว่าจะเก็บอะไร จากใคร ด้วยแนวคำถามอะไร
4. นำผลการแสดงความคิดเห็นของผู้ดูแลผู้ช่วยสูงอายุติดเตียงที่ผ่านการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลมาสรุปรวบรวมอีกครั้งเพื่อนำมาสร้างข้อสรุปสะสมชั่วคราวพร้อมกับทำการบันทึกเชิงปฏิบัติการเพื่อใช้เป็นฐานในการเก็บรวบรวมข้อมูลและสร้างแนวคำถามสำหรับการเก็บข้อมูลครั้งต่อไป
5. ดำเนินการเก็บข้อมูลเพิ่มเติมในประเด็นที่ไม่ชัดเจนหรือยังไม่ลึกซึ้ง ด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกรายบุคคล จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหาอย่างต่อเนื่อง
6. สร้างข้อสรุปสะสมชั่วคราว ซึ่งสามารถปรับเปลี่ยนได้ตลอดเวลาตามข้อมูลเชิงประจักษ์ที่เพิ่มขึ้นจนกระทั่งมีความอิ่มตัวของข้อมูล (Data saturated) คือ ไม่มีข้อมูลใหม่หรือข้อมูลที่เกี่ยวข้องเกิดขึ้นอีก
7. เขียนและขัดเกลาผลการวิเคราะห์ข้อมูล

### 3.8 ระยะเวลาที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยเริ่มศึกษาข้อมูลและบททวนวรรณกรรมตั้งแต่เดือนสิงหาคม 2560 และทำการสอบโครงร่างวิทยานิพนธ์ในเดือนมีนาคม 2561 ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ในเดือนพฤษภาคม 2561 ซึ่งเป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพใช้เวลาในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในชุมชนด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกต การบันทึกสะท้อนคิด ใช้เวลาทั้งหมด 4 เดือน และนำข้อมูลมาวิเคราะห์ตีความตามความเป็นจริง และอภิปรายผลการวิจัยเสร็จสิ้นเดือนตุลาคม 2561

## บทที่ 4

### ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง 2) เพื่อศึกษาวิธีการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง และ 3) เพื่อศึกษาความต้องการช่วยเหลือด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพในการดำเนินการวิจัย ผลการวิจัยอธิบายโดยการบรรยายประกอบตารางจำแนกได้ดังนี้

- 4.1 ลักษณะส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง
- 4.2 ลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง
- 4.3 ประสบการณ์การดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง
  - 4.3.1 ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง
  - 4.3.2 การดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง
  - 4.3.3 ความต้องการการช่วยเหลือด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง

#### 4.1 ลักษณะส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง

ผู้ให้ข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงซึ่งเป็นผู้ทำหน้าที่หลักในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง ได้แก่ ภรรยา บุตร บุตรสะใภ้ หลาน และเหลน ซึ่งอาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกัน และทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 1 ปี จำนวน 12 คน เป็นเพศหญิง จำนวน 10 คน เพศชาย จำนวน 2 คน มีอายุระหว่าง 23 – 75 ปี ทุกคนมีเชื้อชาติไทย และนับถือศาสนาพุทธ สถานภาพสมรสคู่ จำนวน 7 คน สถานภาพโสด จำนวน 4 คน สถานภาพสมรสหย่า จำนวน 1 คน มีการศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 4 คน มัธยมศึกษา จำนวน 4 คน ปวช./ปวส. จำนวน 3 คน และไม่ได้เรียนหนังสือ จำนวน 1 คน ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย เป็นภรรยา จำนวน 4 คน บุตร จำนวน 5 คน บุตรสะใภ้ จำนวน 1 คน หลาน จำนวน 1 คน เหลน จำนวน 1 คน อาชีพของผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ จำนวน 7 คน อาชีพรับจ้าง จำนวน 3 คน ธุรกิจส่วนตัว จำนวน 2 คน รายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ระหว่าง 3,000 – 25,000 บาท ไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 8 คน มีโรคประจำตัว 4 คน โดยเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 1 คน โรคความดันโลหิตสูง จำนวน 1 คน ข้อเข่าเสื่อม จำนวน 1 คน อาการทางจิตเวช จำนวน 1 คน ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยอยู่ระหว่าง 1-9 ปี ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ลักษณะส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง (n=12)

ลักษณะส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	2	16.70
หญิง	10	83.30
<b>อายุ</b>		
20 – 29 ปี	1	8.33
30 – 39 ปี	1	8.33
40 – 49 ปี	3	25.00
50 – 59 ปี	4	33.34
60 ปี ขึ้นไป	3	25.00
อายุต่ำสุด 23 ปี อายุสูงสุด 75 ปี อายุเฉลี่ย 51.66 ปี		
<b>เชื้อชาติ</b>		
ไทย	12	100.00
<b>ศาสนา</b>		
พุทธ	12	100.00
<b>สถานภาพสมรส</b>		
สมรสคู่	7	58.33
โสด	4	33.33
หย่า	1	8.34
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	1	8.34
ประถมศึกษา	4	33.33
มัธยมศึกษา	4	33.33
ปวช./ปวส.	3	25.00
<b>ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง</b>		
ภรรยา	4	33.34
บุตร	5	41.67
บุตรสะใภ้	1	8.33
หลาน	1	8.33
เหลน	1	8.33
<b>อาชีพ</b>		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	7	58.33
รับจ้าง	3	25.00
ธุรกิจส่วนตัว	2	16.67

## ตารางที่ 2 (ต่อ)

ลักษณะส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>รายได้เฉลี่ยต่อเดือน</b>		
น้อยกว่า 5,000 บาท	1	8.33
5,000 – 10,000 บาท	5	41.67
10,001 – 15,000 บาท	1	8.33
15,001 – 20,000 บาท	1	8.33
มากกว่า 20,000 บาท	4	33.34
<b>โรคประจำตัว</b>		
ไม่มีโรคประจำตัว	8	66.68
มีโรคประจำตัว	4	
โรคเบาหวาน และ โรคความดันโลหิตสูง	1	8.33
โรคความดันโลหิตสูง	1	8.33
ข้อเข่าเสื่อม	1	8.33
อาการทางจิตเวช	1	8.33
<b>ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง</b>		
1 – 2 ปี	7	58.33
3 – 4 ปี	2	16.67
5 – 6 ปี	2	16.67
7 – 8 ปี	-	-
9 ปี	1	8.33

## 4.2 ลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง

ผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงที่เจ็บป่วยและติดเตียงอย่างน้อย 1 ปี มีคะแนน ADL Barthel Index ตั้งแต่ 0-4 คะแนน จำนวน 12 คน เป็นเพศหญิง จำนวน 7 คน เพศชาย จำนวน 5 คน มีอายุระหว่าง 60-98 ปี ทุกคนมีเชื้อชาติไทย และนับถือศาสนาพุทธ สถานภาพสมรสคู่ จำนวน 5 คน สถานภาพสมรสหย่า จำนวน 7 คน มีการศึกษาระดับประถมศึกษาจำนวน 7 คน และไม่ได้เรียนหนังสือจำนวน 5 คน ความสัมพันธ์กับผู้ดูแล เป็นสามี จำนวน 4 คน บิดา จำนวน 1 คน มารดา จำนวน 5 คน ยาย จำนวน 1 คน ทวด จำนวน 1 คน การเจ็บป่วยที่ทำให้นอนติดเตียงจากโรคหลอดเลือดสมองแตก จำนวน 5 คน โรคมะเร็งลำไส้ จำนวน 1 คน โรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน จำนวน 1 คน โรคสมองเสื่อม จำนวน 1 คน โรคกระดูกพรุน จำนวน 1 คน โรคกระดูกทับเส้นประสาท จำนวน 2 คน และชราภาพ จำนวน 1 คน ระยะเวลาการนอนติดเตียงอยู่ระหว่าง 1-9 ปี ใช้สิทธิการรักษาบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำนวน 10 คน เบิกจ่ายตรงกรมบัญชีกลาง จำนวน 2 คน ดังรายละเอียดในตารางที่ 3



ตารางที่ 3 ลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง (n=12)

ลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	5	41.67
หญิง	7	58.33
<b>อายุ</b>		
60 – 69 ปี	1	8.33
70 – 79 ปี	5	41.67
80 – 89 ปี	5	41.67
90 – 98 ปี	1	8.33
อายุต่ำสุด 65 ปี อายุสูงสุด 98 ปี อายุเฉลี่ย 80.00 ปี		
<b>เชื้อชาติ</b>		
ไทย	12	100.00
<b>ศาสนา</b>		
พุทธ	12	100.00
<b>สถานภาพสมรส</b>		
สมรสคู่	5	41.67
หม้าย	7	58.33
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	5	41.67
ประถมศึกษา	7	58.33
<b>ความสัมพันธ์กับผู้ดูแล</b>		
สามี	4	33.34
บิดา	1	8.33
มารดา	5	41.67
ยาย	1	8.33
ทวด	1	8.33
<b>การเจ็บป่วยที่ทำให้นอนติดเตียง</b>		
โรคหลอดเลือดสมองแตก	5	41.67
โรคกระดูกทับเส้นประสาท	2	16.68

## ตารางที่ 3 (ต่อ)

ลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
โรคมะเร็งลำไส้	1	8.33
โรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน	1	8.33
โรคสมองเสื่อม	1	8.33
โรคกระดูกพรุน	1	8.33
ชราภาพ	1	8.33
<b>ระยะเวลาการนอนติดเตียง</b>		
1 – 2 ปี	7	58.33
3 – 4 ปี	2	16.67
5 – 6 ปี	2	16.67
7 – 8 ปี	-	-
9 ปี	1	8.33
<b>สิทธิการรักษาพยาบาล</b>		
บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า	10	83.33
เบิกจ่ายตรงกรมบัญชีกลาง	2	16.67
<b>คะแนน ADL Barthel Index</b>		
0 คะแนน	2	16.67
1 คะแนน	4	33.33
2 คะแนน	3	25.00
3 คะแนน	2	16.67
4 คะแนน	1	8.33

## 4.3 ประสบการณ์การดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง

จากการศึกษาพบว่า ประสบการณ์การดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง จำแนกได้ 3 ประเด็น ดังนี้

## 4.3.1 ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง

พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงมีภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ซึ่งภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงที่พบประกอบไปด้วยกัน 2 ด้าน คือ 1) ภาวะสุขภาพด้านร่างกาย และ 2) ภาวะสุขภาพด้านจิตใจ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

## 1) ภาวะสุขภาพด้านร่างกาย

พบว่า ภาวะสุขภาพด้านร่างกายของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงสามารถจำแนกได้เป็น 2 หมวด คือ 1.1) ตามภาวะสุขภาพ ได้แก่ กลุ่มที่ไม่มีโรคประจำตัวและกลุ่มที่มีโรคประจำตัว และ 1.2) ตามกลุ่มอายุ ได้แก่ กลุ่มที่มีอายุมากและกลุ่มที่มีอายุน้อย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1.1) ตามภาวะสุขภาพ ข้อค้นพบ คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงสามารถจำแนกออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ไม่มีโรคประจำตัวและกลุ่มที่มีโรคประจำตัว ซึ่งพบว่าทั้ง 2 กลุ่ม มีภาวะสุขภาพด้านร่างกายเปลี่ยนแปลงไปในทางที่แย่ลงกว่าแต่ก่อนที่จะมาดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

(1) กลุ่มที่ไม่มีโรคประจำตัว พบว่า กลุ่มผู้ดูแลที่มีภาวะสุขภาพปกติเมื่อต้องมาดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงตลอด 1 ปี หรือมากกว่า 1 ปี จะมีภาวะสุขภาพด้านร่างกายเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสื่อมลงกว่าก่อนที่จะมาดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงเนื่องจากผู้ดูแลจะต้องใช้กำลังมากขึ้นในการออกแรงยกตัวผู้ป่วยเวลาอาบน้ำ เช็ดตัว เปลี่ยนเสื้อผ้า และทำกิจกรรมต่างในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงจนเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความเจ็บป่วยเกิดขึ้น การที่ผู้ดูแลต้องใช้เวลาส่วนใหญ่ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงจึงทำให้ผู้ดูแลไม่มีเวลาในการดูแลตนเอง ไม่มีคนเปลี่ยนเพื่อให้ผู้ดูแลได้พักผ่อนและผู้ดูแลเองมีอายุมากพอ ๆ กับผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง ซึ่งความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงที่ค้นพบ ประกอบด้วย 3 หมวดย่อย คือ การเสื่อมของร่างกายเพิ่มขึ้น ปวดเมื่อยตามเนื้อตามตัว เพลีย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

(1.1) การเสื่อมของร่างกายเพิ่มขึ้น ได้แก่ เข้าเสื่อม หลังเสื่อม ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“...เข้ามันเสื่อมผ่ามาแล้วข้างได้ปีกว่า ๆ แล้ว หมอเขาจะให้ผ่าอีกข้าง แต่คงไม่ผ่าแล้วละ แต่ตอนนี้ข้างที่ยังไม่ผ่ามันปวดมากขึ้น ปวดมากเดิน ๆ อยู่ก็ต้องพักลงนั่งก่อนให้หายปวดค่อยเดินต่อ...” (CARE 004)

“...ก็เหนื่อย เหนื่อยมาก แก่ทั้งน้ำหนักตัวมาหาเรา เราก็ตั้งตัวเค้าขึ้น คราวนี้แขนเราก็ปวด ปวดมากเลยนะเนี่ยมันจะไม่ไหวแล้วนะ ปวดหลังยก เพราะมันต้องยกตัวคนไข้ ยกลากคนเดียวอะ...” (CARE 001)

“...ก็เริ่มมีปวดเข่านะ ปวดแขนปวดขามากขึ้นแต่ก่อนไม่มีเลยนะ...” (CARE 012)

“...เวลาที่เราเช็ดตัวเช็ดอะไรให้เค้าเนี่ยนะ พอเช็ดแป๊บเดียวนี้สันหลังมันปวด พอปวดเราก็ต้องนั่งพักข้าง ๆ เติงเค้านี้แหละพอลายแล้วค่อยเช็ดตัวให้เค้าใหม่ อากาศมันหนักขึ้นทุกวันจะไม่ไหวเหมือนกันนะ

กระดุกสันหลังมันเริ่มไม่ตื้อะ เราต้องก้มต้องเงยทำแผลอะไรเนี่ย  
หัวน้ำเหน้าที่มาขีดตัวเค้าเนี่ยมันเลยปวด...” (CARE 004)

(1.2) ปวดเมื่อยตามเนื้อตามตัว ได้แก่ ปวดแขน มือขา ปวดนิ้ว ปวดนิ้วมือ  
ปวดหลัง เจ็บหลัง ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“...ปวดเมื่อยไปทั้งตัว ต้องออกแรงยกตัวเค้าคนเดียวตัวผู้ชายมันก็  
หนักเนาะ ปวดแขนมากกับปวดหลังนี่แหละ...” (CARE 002)

“...ก็มีเจ็บมีปวดแขนบ้างนะ มันเกิดจากการที่เรายกเค้าผิดทำเอง...”  
(CARE 003)

“...ตอนนี้เริ่มชาที่มือ ปวดแขนเวลาที่เรายกเค้าอะไรอย่างนี้ ส่วนมาก  
จะปวดช่วงหลังและแขน นิ้วมือ...” (CARE 008)

(1.3) เพลีย การที่ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงมีอาการเหนื่อยและอ่อนเพลียนั้น  
เป็นผลมาจากการดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงอย่างต่อเนื่อง มีเวลาในการพักผ่อนน้อย และสูญเสียพลังงาน  
ในการทำกิจวัตรประจำวันให้กับผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงเป็นจำนวนมาก ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“...ต้องกลับมาดูทุกวันไม่ว่าฝนจะตกแดดจะออกก็ต้องมาเหนื่อย  
อดหลับอดนอนพักผ่อนไม่เพียงพอ เวลาพักก็ต้องรีบมาค่ะ...”  
(CARE 008)

“...มันก็เพลีย ๆ นะเพราะดูเข้าตลอดแต่ที่เราไม่ได้ทำงานแล้วไงก็เลย  
ไม่เท่าไรไร แต่ถ้ายังทำงานอยู่เนะก็คงสาหัสอะ แต่ที่เราไม่ได้ทำงาน  
ก็ดูเค้าเต็มทีเหมือนเลี้ยงเด็กอะ เหมือนลูกอะ...” (CARE 009)

(2) กลุ่มที่มีโรคประจำตัว พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงมีโรคประจำตัว  
ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงร่วมกับโรคเบาหวาน และมีอาการทาง  
จิตเวช ซึ่ง ผู้ดูแลกลุ่มที่มีโรคประจำตัวหรือมีความเจ็บป่วยเดิมอยู่แล้วมักพบว่ามีอาการกำเริบของโรค  
เพิ่มความรุนแรงขึ้นเรื่อย ๆ ตามระยะเวลาในการดูแลที่เพิ่มขึ้นด้วยเช่นกัน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

อาการของโรคเดิมกำเริบ จากการศึกษา พบว่า ผู้ดูแลที่มีโรคประจำตัวอยู่  
ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง และเจ็บป่วยทางจิตเวช ซึ่งผู้ดูแลที่มีโรคความดันโลหิตสูงจะมีอาการ  
ปวดหัวและตาพร่ามัว ส่วนผู้ดูแลที่มีความเจ็บป่วยทางจิตเวชจะมีอาการหงุดหงิดเพิ่มมากขึ้น ดังตัวอย่าง  
คำพูดต่อไปนี้

“...ป่าเคยวูบไปนะไม่รู้เรื่องเลยลูกๆเค้าก็เอาไปโรงพยาบาล พอรู้สึกตัว  
เค้าก็บอกว่าความดันเรานั้นสูงมาก ก่อนหน้านั้นมันก็ปวด ๆ หัว ตาก็  
มัว ๆ มองอะไรก็ไม่ชัดหรอก ไอ้เราก็มั่นมั่นไม่น่าจะเป็นอะไรมาก

เพราะเราก็มียากิน แต่วันทีจะเป็นนี่นะเราลืมนินยาลดความดันมา 2 วัน คือ เราทำงานกับเค้าเนี่ยตลอดทั้งวันจนเราลืมน...” (CARE 001)

“...มันมีอาการแบบนี้แหละ ปวดหัวมากจนบ้านหมุน ตาก็มัว เราก็มัว เอ๊ะเราเป็นอะไร พักหลังนี่เป็นบ่อยขึ้น จนลูกต้องพาไปหาหมอ หมอเขาก็ปรับเพิ่มยาความดันให้กินอีกมากกว่าเดิม...” (CARE 004)

“...บางครั้งมันหงุดหงิด แก่ไม่ขยับตัวอะ ผมต้องค่อยขยับตัวแกด้วย พุดไปด้วย พุดไม่ยอมฟังเลย แก่ไม่ทำตามเรบอก...” (CARE 011)

1.2) ตามกลุ่มอายุ ข้อค้นพบ คือ กลุ่มผู้ดูแลที่มีอายุมากจะมีภาวะสุขภาพด้านร่างกาย เปลี่ยนไปจากเดิม ได้แก่ การเสื่อมของร่างกายเพิ่มขึ้น ปวดเมื่อยตามเนื้อตามตัว เพลีย และกลุ่มที่มีอายุน้อยจะมีภาวะสุขภาพด้านร่างกายเปลี่ยนไปจากเดิมเล็กน้อย เช่น เจ็บออด ๆ แอด ๆ ดังรายละเอียดต่อไป

(1) ผู้ดูแลที่มีอายุมาก พบว่า มีภาวะสุขภาพด้านร่างกายเปลี่ยนไปจากเดิม ได้แก่ การเสื่อมของร่างกายเพิ่มขึ้น ปวดเมื่อยตามเนื้อตามตัว เพลีย

(2) ผู้ดูแลที่มีอายุน้อย พบว่า มีภาวะสุขภาพด้านร่างกายเปลี่ยนไปจากเดิมเล็กน้อย ดังรายละเอียดต่อไป

เจ็บออด ๆ แอด ๆ ซึ่งพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงจะมีอาการ ดังกล่าวตามการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมที่มากกระตุ้นทำให้เกิดอาการ เช่น อากาศร้อนก็จะทำให้มีอาการปวดศีรษะ เวียนศีรษะ หรืออากาศหนาวหรือฝนตกก็จะทำให้เกิดอาการของไข้หวัดได้ ดังตัวอย่าง คำพูดต่อไปนี้

“...ก็จะมีไม่สบายปวดหัว เวียนหัว จะเป็นบ่อยค่ะ อาการร้อนมากก็ปวดหัวเวียนหัว บางทีอากาศหนาว ฝนตกก็เป็นไข้หวัด ก็เป็นตลอด ค่ะเป็นบ่อย...” (CARE 006)

“...ก็มีบ้างเล็ก ๆ น้อย ๆ เป็นไข้เป็นหวัดครับ หน้าฝนจะเป็นบ่อย แต่เป็นนิดเดียวครับไม่เคยอะแป็บเดียวก็หาย...” (CARE 011)

## 2) ภาวะสุขภาพด้านจิตใจ

พบว่า ภาวะสุขภาพด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง คือ ความเครียด ซึ่งสาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงมี 3 หมวด คือ ภาระในการดูแล ห่วงกังวลกับสุขภาพของผู้ป่วย และ ความมั่นคงทางเศรษฐกิจ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.1) เครียด พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงมีความเครียดที่เกิดจากสาเหตุใหญ่ 3 ประการ คือ (1) ภาระในการดูแลซึ่งเป็นผลมาจากความร่วมมือของผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงที่ไม่ยอมให้ความร่วมมือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันทำให้เป็นภาระในการดูแลทั้งหมดของผู้ดูแล (2) ห่วงกังวล

กับสุขภาพของผู้ป่วย ได้แก่ กลัวผู้ป่วยเสียชีวิตจะเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ กับผู้ป่วย และ (3) ความมั่นคงทางเศรษฐกิจ ได้แก่ ทำงานประจำไม่เต็มที ค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นไม่เพียงพอ เช่น ค่าอุปกรณ์ของใช้สำหรับผู้ป่วย อุปกรณ์ทางการแพทย์ อาทิ สายดูดเสมหะ แพนเพิร์ส เป็นต้น ดังรายละเอียดต่อไปนี้

(1) ภาระในการดูแล พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงแบกรับภาระต่าง ๆ ในการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ การปฏิบัติกรดูแลกิจวัตรประจำวันและการดูแลต่าง ๆ ภายในบ้านตลอดจนภาวะสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง ภาระต่าง ๆ เหล่านี้ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“...ฉันก็คอยมองดูอยู่ตลอดเวลา ทำห้องกระจกนอนกับหลานชายให้สามารถมองเห็นเค้าได้ตลอดถ้าเค้ามีอาการเปลี่ยนแปลงและจะได้อูรู้เมื่อวันนั้นมาถึง วันนั้นเกือบตายแล้ว มองไปเห็นหายใจไม่ออก ทำอีกอ๊กอ๊กอ๊ก 2 ทุ่มละ เราก็จะนอนและแต่เห็นว่าเอ้าทำตาเหลือกฉันก็เลยโทรตามลูกมาหมดทุกคนเลย และก็ให้ลูกชายมาพญาเข้าจุมูกอาการก็ดีขึ้น ถ้าไม่มานอนด้วยปานนี้ตายไปแล้วนะ...” (CARE 001)

“...ก็ต้องดูและอย่างดี เช็ดทำความสะอาดไม่ให้มันติดเชื้ออะ ทุกสิ่งทุกอย่างต้องสะอาด ใส่ถุงมือทุกครั้งไม่ให้เชื้อโรคไปที่ตัวเค้าคะ เราทำตามทีหมอที่โรงพยาบาลเขาแนะนำมาให้ ก็ต้องทำตามทีหมอแนะนำ บางทีก็เราถามเขาคุณหมอก็ให้ความรู้เรามาเยอะเลยเราก็ได้ความรู้จากหมอนี้แหละ...” (CARE 003)

“...ก็ต้องทำใจนะ และเราก็ต้องอยู่ใกล้ชิดกับเค้าตลอดเวลา อย่างน้อยเราก็จะได้เห็นเค้าตลอดจะได้รู้ว่าอาการเค้าเปลี่ยนแปลงไปยังไง บางทีนะเรานอนหลับแล้วนะยังต้องลุกขึ้นมาดูเค้าใกล้ ๆ นะจะได้แน่ใจว่ายังอยู่ ก็ให้ลูกเค้าช่วยดูเหมือนกันนะคือว่าลูกเค้าติดกล้องไว้ในห้องนี้แล้วเค้าก็ดูอยู่ที่บ้านเค้าพอเค้าเห็นผิดปกติลูกก็โทรศัพท์มาและว่าแม่พ่อเป็นอะไร...” (CARE 004)

(2) ห่วงกังวลกับสุขภาพของผู้ป่วย พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงมีความห่วงใยและกังวลใจกับอาการและการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยจนทำให้เกิดความกลัวและเครียดในที่สุดดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“...ฉันกลัวเค้าตายโดยที่เรารู้ ฉันกลัว...” (CARE 001)

“...เครียดนะหมอ มันดูแลเค้าอย่างเดียวไม่ได้ไปไหนเลย อาการเค้าก็ตีบ้างไม่ตีบ้าง ก็กังวลใจถ้าเราไม่อยู่ออกไปข้างนอกเพื่อเค้าเป็นอะไรไปตอนไหนเราก็ไม่รู้อีก มันก็กังวลไปไหนไม่ได้...” (CARE 002)

“...เครียดเกี่ยวกับอาการของพ่อที่เราเห็นทุกวันนี้แหละ พวกเสลดที่คอของพ่อเราเอาออกไม่ค่อยเป็นถ้าเค้าไม่ไอออกมา จะสังเกตเห็นนะ ถ้าเค้ามีเสลดเค้าจะตัวร้อนมีไข้ หนูกลัวเค้าตัวร้อน...” (CARE 003)

“...แต่ก็มีกังวลบ้างเล็กน้อย ห่วงเค้าเวลาที่เราไม่อยู่ไปส่งของข้างนอก กลัวว่าเค้าจะกินยั้งงจะอยู่ยั้งง แต่ถ้าเราไม่ไปก็ไม่ได้อะครีบเราต้องไปทำมาหากิน...” (CARE 005)

“...เราเครียดของเราเองคิดถึงโน่นคิดถึงนี่ คิดว่าถ้าเราตายไปแล้วเนี่ยใครจะทำให้เค้า(ดูแลคุณตา) มันเลยเครียดตรงนี้...” (CARE 004)

“...ก็กังวลเกี่ยวกับเค้าคะเรื่องสายสวนปัสสาวะมันเคยตกตะกอนและติดเชื้อ มีไข้ต้องเอากันไปโรงพยาบาล เรายังไม่อยากพาไปโรงพยาบาลหรอกเชื้อโรคมันเยอะไปกลับมาได้โรคอื่นมาอีก เรายังอยากดูแลที่บ้าน...” (CARE 007)

“...เครียดมากขึ้น ไปทำงานก็ต้องกังวลใจเป็นห่วง พักเที่ยงก็รีบกลับมาป้อนข้าวแม่ที่บ้าน ปกติเที่ยงนี้ก็จะนอนพักผ่อนที่ทำงานแต่ตอนนี้ไม่ได้พักเลย บางทีก็ไปทำงานช้าบ้าง เลิกงานก็ต้องรีบกลับบ้านที่ก็คิดนะกลัวเพื่อนร่วมงานเค้าจะว่าเอา...” (CARE 008)

“...ไม่ค่อยมีเวลาไปไหนเพราะเป็นห่วงแม่แกอยู่คนเดียว ก่อนแกเป็นแบบนี้เราก็มีเวลาไปไหนมาไหนได้เพราะแกยังช่วยเหลือตัวเองได้ พอแกมาเป็นแบบนี้ (ติดเตียง) เราไปไหนไม่ได้เลย ต้องเฝ้าตลอด ต้องคอยดูสายยางให้อาหาร สายสวนปัสสาวะเพราะเรากลัวเขาติดเชื้อเดี๋ยวมันจะเป็นเรื่องใหญ่...” (CARE 011)

(3) ความมั่นคงทางเศรษฐกิจ พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงจะต้องมีภาระค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงเป็นจำนวนมาก ได้แก่ ภาระค่าจ้างไม่เต็มที่ ค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นไม่เพียงพอ เช่น ค่าอุปกรณ์ของใช้สำหรับผู้ป่วย อุปกรณ์ทางการแพทย์ สายดูดเสมหะ แพนเป็ด เป็นต้น จนเกิดความไม่มั่นคงทางเศรษฐกิจในครอบครัว ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“...เยอะนะหมอ ซื้อไอ้นั้นซื้อไอ้นี้ส่วนมากก็ซื้อแพนเป็ดนี้แหละวันหนึ่งใช้เยอะมาก แค่อุปกรณ์อย่างเดียวก็ตายแล้ว พอบ้างไม่พอบ้างส่วนใหญ่จะไม่พอนะ...” (CARE 001)

“...เยอะมาก แต่เราก็ประหยัด ก็มีพี่สาวของเค้าช่วยบ้างพี่สาวเค้าเป็นคนมีดั่งค์ส่วนเราไม่มีรายได้ดูแลเค้าอย่างเดียวก็ต้องประหยัด...” (CARE 002)

#### 4.3.2 การดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง

จากการศึกษา พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงมีวิธีการดูแลตนเองด้านสุขภาพ เพื่อไม่ให้เกิดความเจ็บป่วย 2 ประเด็น คือ 1) การดูแลสุขภาพด้านร่างกาย ประกอบด้วย การดูแลสุขภาพทั่วไปในภาวะปกติ และการดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย และ 2) การดูแลสุขภาพด้านจิตใจ คือ การจัดการความเครียด ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1) การดูแลสุขภาพด้านร่างกาย จากการศึกษา พบว่า ผู้ดูแลจะต้องทำหน้าที่หลักในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงหากมีการเจ็บป่วยเกิดจะทำให้ไม่สามารถดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงได้เต็มที่และจะหาคนมาดูแลผู้ป่วยแทนตนเองนั้นค่อนข้างยาก ผู้ดูแลส่วนใหญ่จึงพยายามดูแลสุขภาพตนเองทั้งในยามปกติและในยามที่มีความเจ็บป่วย โดยจะดูแลตนเองให้ดีที่สุดเพื่อจะได้ให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงต่อไปได้ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1.1) การดูแลสุขภาพทั่วไปในภาวะปกติ ผู้ดูแลให้ข้อมูลว่าในช่วงที่ตนเองมีภาวะสุขภาพปกติดีจะมีวิธีการดูแลสุขภาพตนเอง 2 ประการ คือ การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์และการออกกำลังกาย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

(1) การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ พบว่า ในภาวะปกติผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงจะมีการดูแลสุขภาพของตนเองโดยการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“...ก็พยายามหาอาหารเสริมอะไรที่พอจะช่วยได้มารับประทาน...”

(CARE 008)

“...หาวิธีที่ดูแลตนเองที่เหมาะสมกับสภาพของเรา เช่น กินอาหารที่มีประโยชน์ ของทำลายสุขภาพจะไม่กินเลย...” (CARE 002)

“...ไม่ค่อยป่วยนะค่ะ หัวดีก็ไม่ค่อยเป็น เพราะว่าเราต้องดูแลตัวเองและครอบครัวให้ความสำคัญกับเรื่องอาหารที่มีประโยชน์ส่วนใหญ่ที่บ้านจะกินผักต้มและน้ำพริก ของหวานของมันของทอดนี่ไม่ทานเลย...”

(CARE 007)

(2) การออกกำลังกาย พบว่า ในภาวะปกติผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงจะมีการดูแลสุขภาพของตนเองโดยการออกกำลังกาย ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“...วัน ๆ ที่ทำงานบ้านกันทุกคนช่วยกันทำให้มันได้เหงื่อก็เป็นการออกกำลังกายแล้วนะ และฉันชอบออกกำลังกายชอบปั่นจักรยานขนาดไปโรงพยาบาลชลบุรียังปั่นจักรยานไปเลย...” (CARE 007)

“...ส่วนมากก็จะใช้เครื่องออกกำลังกายอยู่ เป็นเครื่องที่มันจะสายจะนวดพวกหลังพวกเอว มันก็ช่วยได้บ้าง ก็กลัวว่าตัวเองจะล้มป่วยไปอีกคนก็เลยพยายามดูแลตัวเองหน่อย ...” (CARE 008)



1.2) การดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย ผู้ดูแลให้ข้อมูลว่าในช่วงที่มีภาวะเจ็บป่วยเกิดขึ้น วิธีการดูแลตนเองที่จะเกิดขึ้น ประกอบด้วย 4 วิธี คือ (1) การพยายามรับประทานเพื่อบรรเทาอาการเจ็บป่วย (2) การนอนพักผ่อน (3) ทำกายบริหารยืดเหยียดด้วยตนเอง และ (4) การนวดด้วยตนเอง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

(1) การพยายามรับประทานเพื่อบรรเทาอาการเจ็บป่วย พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงทุกคนจะซื้อยามารับประทานเองโดยไปบอกอาการที่ตนเองเป็นกับร้านขายยาในชุมชน และเภสัชก็จะจ่ายยาให้ตามการอาการที่เป็นเพื่อมาบรรเทาอาการ ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“...กินยาแก้ปวด ตอนนี้กินเกือบทุกวันเพราะมันปวดมากจริง ๆ ไม่กิน

มันก็ทำงานไม่ได้...” (CARE 002)

“...ก็ซื้อยาตามร้ายขายยามากิน มันก็ดีขึ้นนะ ก็ค่อย ๆ หายมันไม่ได้

เป็นมาก...” (CARE 011)

“...ก็ซื้อยามากิน มันก็ดีขึ้น ถ้าไม่กินสอง สามวันมันก็เริ่มปวดอีกล่ะ...”

(CARE 012)

(2) การนอนพักผ่อน พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงทุกคนจะพยายามหาเวลาเพื่อพักผ่อนโดยส่วนใหญ่จะหาคนมาดูแลผู้ป่วยแทนแล้วไปพักผ่อน ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“...ต้องพักค่ะ พอมันปวดขึ้นมาปุ๊บก็หยุดพักเลย พอมันหายค่อยทำต่อ...”

(CARE 004)

“...ก็นอนพักเอนหลังหน่อยเดี๋ยวมันก็หาย...” (CARE 005)

“...นอนสักพักเดี๋ยวมันก็หาย ถ้าไม่หายก็จะมีน้องบ้างแม่บ้างที่

สลับกันมาดูแลแทน...” (CARE 006)

(3) ทำกายบริหารยืดเหยียดด้วยตนเอง พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงทุกคนจะทำกายบริหารยืดเหยียดด้วยตนเองในช่วงที่ทำกิจกรรมการดูแลให้ผู้ป่วยแล้วมีอาการปวดหลังหรือตึงกล้ามเนื้อ ก็จะยืดเหยียดตนเองทันที และเวลาว่างตอนผู้ป่วยหลับก็จะทำกายบริหารตนเอง ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“...ก็ไม่ได้ทำอะไร ก็แค่บิดตัว ยืดตัว และก็นอนพักเอนหลังหน่อย

เดี๋ยวมันก็หาย...” (CARE 005)

“...ก็ยืดเหยียดตัวเองให้มันสุดตัวค่ะคือเราก็ต้องทำกายภาพตัวเองค่ะ

แล้วก็ก้มให้มันสุดแล้วก็ขึ้นพอมันตึง ๆ มันก็จะหายเองจ๊ะ...”

(CARE 007)

(4) การนวดด้วยตนเอง พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงทุกคนจะทำการบีบนวดตามแขน ขา ท่ายทอย เพื่อคลายเส้น ให้กับตนเองเป็นประจำเวลาเมื่อมีการปวดเมื่อย ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“...นวดเองเท่าที่นวดได้ใช้ยานวดที่ซื้อมาจากร้านยานั่นแหละทาแล้วก็นวดเอง...” (CARE 002)

“...ก็นวดคะ นวดเองนี่แหละ...” (CARE 003)

“...ส่วนมากก็จะใช้เครื่องออกกำลังกายอยู่ เป็นเครื่องที่มันจะสายจะนวดพวกหลังพวกเอว มันก็ช่วยได้บ้าง ก็กลัวว่าตัวเองจะล้ามือป่วยไปอีกคนก็เลยพยายามนวดตัวเองหน่อย...” (CARE 008)

2) การดูแลสุขภาพทางจิตใจ จากการศึกษา พบว่า ผู้ให้ข้อมูลมีการดูแลสุขภาพด้านจิตใจ โดยการดูแลสุขภาพทางจิตใจนั้นครอบคลุมทั้งสังคม และจิตวิญญาณ กล่าวคือ ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงนั้นเป็นการดูแลต่อเนื่อง ซึ่งส่งผลให้ผู้ดูแลมีความเครียด ดังนั้น การดูแลสุขภาพทางจิตใจของผู้ดูแล คือ การจัดการความเครียด ประกอบด้วย 2.1) ระวังจากการดูแล และ 2.2) เลี่ยงที่จะปะทะกับผู้ป่วยด้วยการเดินหนี ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.1) ระวังจากการดูแล พบว่า วิธีการจัดการความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง ได้แก่ นวดผ่อนคลาย เข้าวัดทำบุญทำจิตใจให้สงบ และออกไปหาเพื่อนเพื่อผ่อนคลาย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

(1) นวดผ่อนคลาย พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงจะใช้วิธีการนวดผ่อนคลายเมื่อพบเจอกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยที่ทำให้ตนเองเครียดเพื่อทำให้ตนเองคลายความเครียดได้ ก็จะออกไปนวดที่โรงพยาบาล ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“...ก็จะไปนอนนวดตลอดโดยจะนัดคิวไว้ทุกอาทิตย์ค่ะที่โรงพยาบาลชลห้องนวดแผนไทยเรามีสิทธิประกันสังคมได้อาทิตย์ละครั้ง และก็เบิกยาสมุนไพรมาไว้ทาน...” (CARE 009)

“...ไปนวดค่ะ แต่ก็ไม่ใช่ขนาดแรงนะจะนวดแค่เบา ๆ แค่นวดคลายให้เราหายตึงเครียดได้...” (CARE 004)

(2) เข้าวัดทำบุญทำจิตใจให้สงบ พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงจะไปทำบุญใส่บาตร บางรายก็สวดมนต์ นั่งสมาธิ เพื่อให้จิตใจมีความสงบ ผ่อนคลาย และคลายความเครียดลง โดยผู้ดูแลทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธจึงอาศัยหลักพระพุทธศาสนาในการดำเนินชีวิตเพื่อให้สุขภาพจิตดีขึ้น ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“...อันดับแรกเลยนะหมอ เราจะต้องทำใจให้มีจิตใจดีก่อน ฉันทก็ทำสมาธิบ้าง สวดมนต์ ฟังธรรมะบ้าง เช้า ๆ ฉันทก็ออกไปใส่บาตรพระ

ทุกเช้า พอจิตใจเราแข็งแรงเราก็มีกำลังที่จะดูแลสุขภาพร่างกาย เหมือนพระท่านสอนไว้ว่า “จิตเป็นนายกายเป็นบ่าว” มันใช่จริง ๆ นะหมอ ว่ามัย...” (CARE 001)

“...ทำจิตใจให้สงบไปวัดทำบุญบ้างครับ...” (CARE 005)

“...ทำบุญทำทานสวดมนต์แผ่เมตตาอย่าให้โรคร้ายเบียดเบียน และก็ต้องดูแลสุขภาพตัวเองเนาะเรื่องอาหารการกินทุกอย่าง การพักผ่อน การนอน และก็ออกกำลังกายนะสำคัญร่างกายจะได้แข็งแรง...” (CARE 007)

(3) ออกไปหาเพื่อนเพื่อผ่อนคลาย พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงจะหาเวลา ออกไปหาเพื่อนเพื่อผ่อนคลายความเครียดโดยจะหาคนมาดูแลผู้ป่วยแทนเพียงแค่ช่วงเวลาหนึ่งแล้ว ผู้ดูแลถึงจะออกไปหาเพื่อเพื่อผ่อนคลาย ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“...มีวิธีผ่อนคลาย คือ ออกไปข้างนอกบ้างไปหาเพื่อน ๆ ไปนวด ผ่อนคลายที่โรงพยาบาลบ้าง และก็ไปเดินกินโน่นนี่ ซื้ของ ซอบบั้ง บ้าง ...” (CARE 009)

“...ฉันก็ออกไปฝากหลานให้มาเฝ้าให้ซักปะเดี๋ยวและฉันออกเดิน ออกไปซื้อของร้านค้าหน้าปากซอยยังพอได้คุยกับคนอื่น ๆ บ้าง แต่ไปไม่นานนคะ ซัก 15 นาทีก็กลับ เป็นห่วงเค้าทั้งวันนไม่ได้...” (CARE 001)

2.2) สิ่งที่จะปะทะกับผู้ป่วยด้วยการเดินหนี พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง มักจะมีปัญหากันระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วยจึงทำให้เกิดการปะทะอารมณ์กันบ่อยครั้ง ซึ่งผู้ดูแลจะใช้วิธีการเดินหนีไปจากสถานการณ์นั้นสักพักเพื่อให้ต่างฝ่ายต่างอารมณ์เย็นลงค่อยกลับมาให้การดูแลต่อ ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“...ทะเลาะกันเสร็จอีกสักพักหนึ่งหนูก็คุยกับยายปกติคือแบบไม่ได้ ทะเลาะกันเป็นเรื่องใหญ่ ตอนทะเลาะเราใจร้อนและเราก็แยกกัน ก่อนพักหนึ่งพอหายโกรธเราก็คุยกันเหมือนเดิม...” (CARE 006)

“...ก็ไม่ว่าจะทำยังไง ก็เดินไปตรงอื่นซะสักพักก็หาย...” (CARE 011)

#### 4.3.3 ความต้องการการช่วยเหลือด้านด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง

จากการศึกษา พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงมีความต้องการการดูแลด้านสุขภาพ 2 หมวดใหญ่ ได้แก่ 1) ความต้องการด้านสุขภาพทางกาย คือ ต้องการให้บุคลากรทางสุขภาพ มาเยี่ยม ดูแล และให้คำแนะนำด้านสุขภาพ 2) ความต้องการด้านสุขภาพทางจิตใจ คือ ต้องการให้บุคคลในครอบครัว และบุคคลรอบข้างมีความเข้าใจและให้กำลังใจ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1) ความต้องการด้านสุขภาพทางกาย คือ ต้องการให้บุคลากรทางสุขภาพให้คำแนะนำด้านสุขภาพและมาเยี่ยม ดูแล ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“...อยากให้หมอมาตรวจสุขภาพ จ่ายยาที่บ้านบ้าง มีหมอนวดมานวดให้ที่บ้านบ้างก็ดีนะ...” (CARE 001)

“...บางทีเราก็อยกไปนวดนะหมอแต่มันทิ้งคนป่วยไปไม่ได้ อีกร้อยอย่างถ้าไปนวดเราก็ต้องเสียตังค์นวด เวลาจะไปตรวจกับหมอที่โรงพยาบาลก็ไม่มี อยากให้หมอมาตรวจดูอาการเราที่บ้านบ้างนะโดยที่เราจะได้ไม่ต้องเดินทางไปโรงพยาบาลแต่หมอมามาหาเราที่บ้าน มาตรวจมาจ่ายยาที่บ้านเลยก็ดีนะเหมือน KFC นะส่งถึงบ้านเลย...” (CARE 002)

“...ก็อยากให้หมอมาช่วยตรวจให้ที่บ้านเดือนละครั้งก็ดีนะ นอกจากตรวจเราแล้วยังได้ตรวจดูคนไข้ด้วยเราเองก็ดูไม่ค่อยเป็นเกี่ยวกับเครื่องมือแพทย์ต่าง ๆ ให้อั้วพวกสายอาหาร ท่อเจาะคอเนี่ย เพื่อมันหลุดอะไรไปหมอก็คงจะได้ดูให้...” (CARE 003)

“...ก็อยากให้หมออนามัยมาดูแลสุขภาพที่บ้านครับ ให้ความรู้คำแนะนำอะไรต่ออะไรที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพครับก็จะดีนะ...” (CARE 011)

2) ความต้องการด้านสุขภาพทางจิตใจ คือ ต้องการให้บุคคลในครอบครัวและคนรอบข้างมีความเข้าใจและให้กำลังใจ คือ ต้องการให้เพื่อนแวะเวียนมาหาเพื่อรับฟังปัญหา พูดคุย ระบายความรู้สึก และต้องการให้คนในครอบครัวมาร่วมรับฟังปัญหาและช่วยเหลือกันในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง และช่วยกันแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“...อยากเล่าให้ลูก ๆ ฟัง อยากมีเพื่อน ๆ มาพูดคุยระบายให้เขาฟังบ้างก็ดีนะ จะได้ไม่ต้องเก็บไว้คนเดียว ถ้ามีเพื่อนมาเหมือนคุณหมอมมาอย่างนี้ก็ดี มาบ่อย ๆ นะ...” (CARE 001)

“...อยากเล่าให้ญาติ ๆ ฟัง อยากระบายกับเพื่อน ๆ ที่เคยไปออกกำลังกายฟัง ทุกวันนี้เราเก็บความรู้สึกทุกอย่างไว้คนเดียวมันก็สะสมทุกวันนะ ก็อยากระบายบ้างแหละ...” (CARE 002)

“...ก็อยากพูดเพราะเวลาเราพูดออกมาแล้วเราสบายใจ ถ้ายังไม่พูดรู้สึกว่ามันอึดอัด ก็พูดระบายกับลูกบ้าง นี่เหมือนคุณหมอมานี้ได้พูดได้ระบายได้เล่าให้หมอฟังนี่มันยิ่งสบายใจขึ้นค่ะ อยากให้มาบ่อย ๆ...” (CARE 004)

“...ก็ดิ้นจะคะเหมือนว่าเราได้ระบายออกให้คนอื่นฟังให้คนอื่นได้รับรู้ และเราก็ยังได้รับคำแนะนำดี ๆ จากหมอ ก็ดีคะ...” (CARE 006)

“...ก็ไม่ได้ต้องการอะไรมากครับก็แค่อยากให้ญาติ ๆ ที่อยู่ช่วยดูหวด ให้ก่อนช่วงที่ผมไปส่งของก็แค่นั้นเองครับ ผมไม่อยากจะแกอยู่คนเดียว ...” (CARE 005)

“...อยากให้ครอบครัว ญาติพี่น้องมาสลับกันดูเพื่อที่เราจะได้มีเวลา ออกไปทำอย่างอื่นบ้าง ไปออกกำลังกาย ไปเที่ยวพักผ่อน อะไร อย่างนี้ จะได้ไม่เครียด...” (CARE 003)

“...ก็อยากให้มาเยี่ยมกันบ่อย ๆ จะได้รู้ว่ายังไม่ทอดทิ้งกันก็พอ เพราะเราก็ไม่สามารถทิ้งคนป่วยออกไปเหมือนเดิมได้...” (CARE 004)

“...ต้องการให้ครอบครัวมาช่วยเหลือกันคะเพราะเดี๋ยวอีกไม่นาน วันนั้นมันก็มาถึง...” (CARE 003)

“...อยากให้ลูก ๆ มาช่วยดูแลเราและดูแลพ่อเค้าบ้างวันละ 2-3 ชั่วโมง เราจะได้มีเวลาทำอย่างอื่น และก็ให้หมอ ๆ นี้แหละมาช่วยดูแลบ่อย ๆ จะได้ไม่เหงา...” (CARE 004)

“...ก็ทุกคนในครอบครัวเราที่แหละคะช่วยเหลือดูแลกันก็จะทำให้เรา ไปถึงเป้าหมายได้ คนอื่นก็คงช่วยเราไม่ได้หรอกคะ...” (CARE 007)

โดยสรุปประสบการณ์การดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง จำแนกได้เป็น 3 ประเด็น ได้แก่

ประเด็นที่ 1 ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงมีภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม กล่าวคือ หลังจากที่ได้มาดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง ตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป ทำให้ผู้ดูแลมีความเจ็บป่วยเกิดขึ้นในผู้ดูแลที่ไม่เคยมีความเจ็บป่วยมาก่อนส่วนผู้ดูแลที่มีโรคประจำตัวอยู่แล้วพบว่าอาการของโรคนั้นกำเริบไม่สามารถควบคุมโรคได้ และยังมีอาการรุนแรงเพิ่มมากขึ้นกว่าเดิม ซึ่งภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงที่ผู้วิจัยค้นพบประกอบไปด้วยกัน 2 ด้าน คือ ภาวะสุขภาพด้านร่างกาย และภาวะสุขภาพด้านจิตใจ

1) ภาวะสุขภาพด้านร่างกาย พบว่า ภาวะสุขภาพด้านร่างกายของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง สามารถจำแนกได้เป็น 2 ประเภท คือ

#### 1.1) ภาวะสุขภาพ ได้แก่

(1) กลุ่มที่ไม่มีโรคประจำตัว ข้อค้นพบ ได้แก่ การเสื่อมของร่างกายเพิ่มขึ้น เช่น เข้าเสื่อม หลังเสื่อม ปวดเมื่อยตามเนื้อตัว เช่น ปวดแขน มือชา ปวดนิ้ว ปวดนิ้วมือ ปวดหลัง เจ็บหลัง และเพื่อย

(2) กลุ่มที่มีโรคประจำตัว ข้อค้นพบ ได้แก่ อาการของโรคเดิมกำเริบ เช่น วูบ ในผู้ดูแลที่มีโรคประจำตัว คือ ความดันโลหิตสูง และอาการหงุดหงิดในผู้ดูแลที่มีอาการทางจิตเวช เป็นต้น

### 1.2) กลุ่มอายุ ได้แก่

(1) กลุ่มที่มีอายุมาก จะมีอาการเสื่อมของร่างกายเพิ่มขึ้น เช่น เข้าเสื่อม หลังเสื่อม ปวดเมื่อยตามเนื้อตัว เช่น ปวดแขน มือชา ปวดนิ้ว ปวดนิ้วมือ ปวดหลัง เจ็บหลัง เพ็ลย

(2) กลุ่มที่มีอายุน้อย จะพบว่ามีอาการเจ็บปวด ๆ แดก ๆ เช่น อาการปวดศีรษะ เวียนศีรษะ เป็นไข้

2) ภาวะสุขภาพด้านจิตใจ ข้อค้นพบ คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงมีภาวะเครียด ซึ่งเกิดจากสาเหตุดังต่อไปนี้ คือ

#### 2.1) ภาระในการดูแล

#### 2.2) ห่วงกังวลกับสุขภาพของผู้ป่วย

#### 2.3) ความมั่นคงทางเศรษฐกิจ

ประเด็นที่ 2 การดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง จากการศึกษา พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงมีวิธีการดูแลตนเองด้านสุขภาพเพื่อไม่ให้เกิดความเจ็บป่วย 2 ประเด็น คือ

1) การดูแลสุขภาพทางกาย ประกอบด้วย การดูแลสุขภาพทั่วไปในภาวะปกติ ได้แก่ การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การออกกำลังกาย และการดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย ได้แก่ การหายมารับประทานเพื่อบรรเทาอาการเจ็บป่วย การนอนพักผ่อน ทำกายบริหารยืดเหยียดด้วยตนเอง การนวดด้วยตนเอง

2) การดูแลสุขภาพทางจิตใจ คือ การจัดการความเครียดจะมีวิธีการจัดการความเครียด 2 แบบ คือ การละวางจากการดูแล ประกอบด้วย นวดผ่อนคลาย เข้าวัดทำบุญทำจิตใจให้สงบ และออกไปหาเพื่อนเพื่อผ่อนคลาย เลี่ยงที่จะปะทะกับผู้ป่วยด้วยการเดินหนี

ประเด็นที่ 3 ความต้องการการดูแลสุขภาพ จากการศึกษา พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงมีความต้องการการดูแลด้านสุขภาพ 2 ประเด็น ได้แก่

1) ความต้องการด้านสุขภาพทางกาย คือ ต้องการให้บุคลากรทางสุขภาพ มาเยี่ยม ดูแล และให้คำแนะนำด้านสุขภาพ

2) ความต้องการด้านสุขภาพทางจิตใจ คือ ต้องการให้บุคคลในครอบครัวและบุคคลรอบข้างเข้าใจและให้กำลังใจ ซึ่งความต้องการดังกล่าวจะเป็นข้อมูลสำหรับการช่วยเหลือดูแลด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงได้เกิดประโยชน์และตรงตามความต้องการของผู้ดูแลมากที่สุด

จากผลการวิจัยดังกล่าวข้างต้นสามารถสรุปได้ดังตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 4 ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง

ประเด็น (Theme)	หมวด (Categories)	หมู่ (Sub categories)
1) ภาวะสุขภาพ ด้านร่างกาย	1) ภาวะสุขภาพ - ไม่มีโรคประจำตัว	1) การเสื่อมของร่างกายเพิ่มขึ้น - เข้าเสื่อม - หลังเสื่อม 2) ปวดเมื่อยตามเนื้อตัว - ปวดแขน - มือขา - ปวดนิ้ว - ปวดนิ้วมือ - ปวดหลัง - เจ็บหลัง 3) เพลีย
	- มีโรคประจำตัว	1) อาการของโรคเดิมกำเริบ - วูบ - หงุดหงิด
	2) กลุ่มอายุ - อายุน้อย	1) เจ็บป่วยเล็ก ๆ น้อย ๆ - อาการปวดศีรษะ - เวียนศีรษะ - ไข้
2) ภาวะสุขภาพ ด้านจิตใจ	1) เครียด	1) ภาระในการดูแล - ความร่วมมือของผู้ป่วย 2) ห่วงกังวลกับสุขภาพของผู้ป่วย 3) ความมั่นคงทางเศรษฐกิจ - ทำงานประจำไม่เต็มที่ - ค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นไม่เพียงพอ

ตารางที่ 5 การดูแลสุขภาพตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง

ประเด็น (Theme)	หมวด (Categories)	หมู่ (Sub categories)
1) การดูแลสุขภาพ ด้านร่างกาย	1) การดูแลสุขภาพทั่วไป ในภาวะปกติ	1) การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ 2) การออกกำลังกาย
	2) การดูแลสุขภาพเมื่อ เจ็บป่วย	1) การพยายามรับประทานเพื่อบรรเทา ความเจ็บป่วย 2) การนอนพักผ่อน 3) ทำกายบริหารยืดเหยียดด้วยตนเอง 4) การนวดด้วยตนเอง

ตารางที่ 5 (ต่อ)

ประเด็น (Theme)	หมวด (Categories)	หมู่ (Sub categories)
2) การดูแลสุขภาพ ด้านจิตใจ	1) การจัดการความเครียด	1) การละวางจากการดูแล - ไปนวดผ่อนคลาย - เข้าวัดทำบุญทำจิตใจให้สงบ - ออกไปหาเพื่อน ชี้อប់ 2) เลี่ยงที่จะปะทะกับผู้ป่วยด้วย การเดินหนี

ตารางที่ 6 ความต้องการการดูแลสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง

ประเด็น (Theme)	หมวด (Categories)	หมู่ (Sub categories)
1) ความต้องการ ด้านสุขภาพทางกาย	1) ต้องการบุคลากร ทางสุขภาพ	1) คำแนะนำทางสุขภาพ 2) เยี่ยมบ้าน 3) ดูแลสุขภาพผู้ป่วยและผู้ดูแล
2) ความต้องการ ด้านสุขภาพทางจิตใจ	2) ต้องการให้บุคคล ในครอบครัวและคนรอบข้าง	1) ความเข้าใจ 2) ให้กำลังใจ



## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์การดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง ในประเด็นภาวะสุขภาพ วิธีการดูแลสุขภาพตนเอง และความต้องการการช่วยเหลือด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงในตำบลบางทราย อำเภอมะนัง จังหวัดชลบุรี ผู้วิจัยใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกเป็นวิธีการหลักในการเก็บรวบรวมข้อมูล ทำการเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา รวมจำนวนผู้ให้ข้อมูล 12 คน สามารถสรุปและอภิปรายผลการวิจัยและให้ข้อเสนอแนะได้ดังนี้

#### 5.1 สรุปผลการวิจัย

ผู้ให้ข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงซึ่งเป็นผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง ได้แก่ ภรรยา บุตร บุตรสะใภ้ หลาน และเหลน ซึ่งอาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกัน และทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 1 ปี และอาศัยอยู่ในตำบลบางทราย อำเภอมะนัง จังหวัดชลบุรี จำนวน 12 คน เป็นเพศหญิง จำนวน 10 คน เพศชาย จำนวน 2 คน มีอายุระหว่าง 23-75 ปี ทุกคนมีเชื้อชาติไทย และนับถือศาสนาพุทธ สถานภาพสมรสคู่ จำนวน 7 คน สถานภาพโสด จำนวน 4 คน สถานภาพสมรสหย่า จำนวน 1 คน มีการศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 4 คน มัธยมศึกษา จำนวน 4 คน ปวช./ปวส. จำนวน 3 คน และไม่ได้เรียนหนังสือ จำนวน 1 คน ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย เป็นภรรยา จำนวน 4 คน บุตร จำนวน 5 คน บุตรสะใภ้ จำนวน 1 คน หลาน จำนวน 1 คน เหลน จำนวน 1 คน อาชีพของผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ จำนวน 7 คน อาชีพรับจ้าง จำนวน 3 คน ธุรกิจส่วนตัว จำนวน 2 คน รายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ระหว่าง 3,000-25,000 บาท ไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 8 คน โรคเบาหวาน จำนวน 1 คน โรคความดันโลหิตสูง จำนวน 3 คน ข้อเข่าเสื่อม จำนวน 1 คน โรคทางจิตเวช จำนวน 1 คน ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยอยู่ระหว่าง 1-9 ปี

ผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงที่เจ็บป่วยและติดเตียงอย่างน้อย 1 ปี มีคะแนน ADL Barthel Index ตั้งแต่ 0-4 คะแนน และอาศัยอยู่ในตำบลบางทราย อำเภอมะนัง จังหวัดชลบุรี จำนวน 12 คน เป็นเพศหญิง จำนวน 7 คน เพศชาย จำนวน 5 คน มีอายุระหว่าง 60-98 ปี ทุกคนมีเชื้อชาติไทย และนับถือศาสนาพุทธ สถานภาพสมรสคู่ จำนวน 5 คน สถานภาพสมรสหย่า จำนวน 7 คน มีการศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 7 คน และไม่ได้เรียนหนังสือ จำนวน 5 คน ความสัมพันธ์กับผู้ดูแล เป็นสามี จำนวน 4 คน บิดา จำนวน 1 คน มารดา จำนวน 5 คน ยาย จำนวน 1 คน ทวด จำนวน 1 คน การเจ็บป่วยที่ทำให้นอนติดเตียงจากโรคหลอดเลือดสมองแตก จำนวน 5 คน โรคมะเร็งลำไส้ จำนวน 1 คน โรคความดันโลหิตสูง

และเบาหวาน จำนวน 1 คน โรคสมองเสื่อม จำนวน 1 คน โรคกระดูกพรุน จำนวน 1 คน โรคกระดูกทับเส้นประสาท จำนวน 2 คน และชราภาพ จำนวน 1 คน ระยะเวลาการนอนติดเตียงอยู่ระหว่าง 1-9 ปี ใช้สิทธิการรักษาบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำนวน 10 คน เบิกจ่ายตรงกรมบัญชีกลาง จำนวน 2 คน

ผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า ประสิทธิภาพการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง จำแนกได้เป็น 3 ประเด็น ได้แก่

ประเด็นที่ 1 ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง มีภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม กล่าวคือ หลังจากที่ได้มาดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป ทำให้ผู้ดูแลมีความเจ็บป่วยเกิดขึ้นในผู้ดูแลที่ไม่เคยมีความเจ็บป่วยมาก่อน ส่วนผู้ดูแลที่มีโรคประจำตัว อยู่แล้ว พบว่า อาการของโรคนั้นกำเริบไม่สามารถควบคุมโรคได้ และยังมีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น กว่าเดิม ซึ่งภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงที่ผู้วิจัยค้นพบประกอบไปด้วย 2 ด้าน คือ ภาวะสุขภาพด้านร่างกาย และภาวะสุขภาพด้านจิตใจ ดังนี้

1. ภาวะสุขภาพด้านร่างกาย พบว่า ภาวะสุขภาพด้านร่างกายของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง สามารถจำแนกได้เป็น 2 ประเภท คือ

1) ภาวะสุขภาพ ได้แก่

1.1) กลุ่มที่ไม่มีโรคประจำตัว ข้อค้นพบ ได้แก่

(1) การเสื่อมของร่างกายเพิ่มขึ้น เช่น เข้าเสื่อม หลังเสื่อม

(2) ปวดเมื่อยตามเนื้อตัว เช่น ปวดแขน มือชา ปวดนิ้ว ปวดนิ้วมือ ปวดหลัง เจ็บหลัง

(3) เพลีย

1.2) กลุ่มที่มีโรคประจำตัว ข้อค้นพบ ได้แก่ อาการของโรคเดิมกำเริบ เช่น วูบใน ผู้ดูแลที่มีโรคประจำตัวคือความดันโลหิตสูง และอาการหงุดหงิดในผู้ดูแลที่มีอาการทางจิตเวช เป็นต้น

2) กลุ่มอายุ ได้แก่

2.2) กลุ่มที่มีอายุมาก จะมีอาการเสื่อมของร่างกายเพิ่มขึ้น เช่น เข้าเสื่อม หลังเสื่อม ปวดเมื่อยตามเนื้อตัว เช่น ปวดแขน มือชา ปวดนิ้ว ปวดนิ้วมือ ปวดหลัง เจ็บหลัง เพลีย

2.3) กลุ่มที่มีอายุน้อย จะพบว่า มีอาการเจ็บปวด ๆ แอด ๆ เช่น อาการปวดศีรษะ เวียนศีรษะ เป็นไข้

2. ภาวะสุขภาพด้านจิตใจ ข้อค้นพบ คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงมีภาวะเครียดซึ่งเกิดจากสาเหตุดังต่อไปนี้ คือ

1) ภาระในการดูแล

2) ห่วงกังวลกับสุขภาพของผู้ป่วย

3) ความมั่นคงทางเศรษฐกิจ เป็นต้น

ประเด็นที่ 2 การดูแลตนเองด้านสุขภาพ จากการศึกษา พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง มีวิธีการดูแลตนเองด้านสุขภาพเพื่อไม่ให้เกิดความเจ็บป่วย 2 ประเด็น คือ

1. การดูแลสุขภาพทางกาย ประกอบด้วย

1) การดูแลสุขภาพทั่วไปในภาวะปกติ ได้แก่ การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ และการออกกำลังกาย

2) การดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย ได้แก่ การพยายามรับประทานเพื่อบรรเทาอาการเจ็บป่วย การนอนพักผ่อน ทำกายบริหารยืดเหยียดด้วยตนเอง การนวดด้วยตนเอง

2. การดูแลสุขภาพทางจิตใจ คือ การจัดการความเครียด จะมีวิธีการจัดการความเครียด 2 แบบ คือ การละวางจากการดูแล ประกอบด้วย นวดผ่อนคลาย เข้าวัดทำบุญทำจิตใจให้สงบ ออกไปหาเพื่อน เพื่อผ่อนคลาย และเลี้ยงที่จะปะทะกับผู้ป่วยด้วยการเดินหนี

ประเด็นที่ 3 ความต้องการการดูแลสุขภาพ จากการศึกษา พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง มีความต้องการการดูแลด้านสุขภาพ 2 ประเด็น ได้แก่

1. ความต้องการด้านสุขภาพทางกาย คือ ต้องการให้บุคลากรทางสุขภาพ มาเยี่ยม ดูแล และ ให้คำแนะนำด้านสุขภาพ

2. ความต้องการด้านสุขภาพทางจิตใจ คือ ต้องการให้บุคคลในครอบครัว และบุคคลรอบข้าง เข้าใจและให้กำลังใจ ซึ่งความต้องการดังกล่าวจะเป็นข้อมูลสำหรับการช่วยเหลือดูแลด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงได้เกิดประโยชน์และตรงตามความต้องการของผู้ดูแลมากที่สุด

## 5.2 อภิปรายผล

จากการศึกษาประสบการณ์การดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง จำแนกได้เป็น 3 ประเด็น ได้แก่ ประเด็นที่ 1 ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง ประเด็นที่ 2 วิธีการดูแลตนเองด้านสุขภาพ และ ประเด็นที่ 3 ความต้องการการดูแลด้านสุขภาพ สามารถอภิปรายข้อค้นพบได้ดังนี้

### 5.2.1 ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง

#### 1) ภาวะสุขภาพด้านร่างกาย

พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงมีภาวะสุขภาพด้านร่างกายเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสื่อมลงกว่าก่อนที่จะมาดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง ซึ่งภาวะสุขภาพที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงที่ค้นพบมีดังนี้

1.1) ตามภาวะสุขภาพ ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงมีภาวะสุขภาพที่สามารถจำแนกออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ไม่มีโรคประจำตัว และกลุ่มที่มีโรคประจำตัว ซึ่งพบว่าทั้ง 2 กลุ่มมีภาวะสุขภาพ

ด้านร่างกายเปลี่ยนแปลงไปในทางที่แย่ลงกว่าแต่ก่อนที่จะมาดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง ดังรายละเอียดต่อไป

(1) กลุ่มที่ไม่มีโรคประจำตัว พบว่า มีภาวะสุขภาพด้านร่างกายเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสื่อมลงกว่าก่อนที่จะมาดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง เนื่องจากผู้ดูแลจะต้องใช้กำลังมากขึ้นในการออกแรงยกตัวผู้ป่วยเวลาอาบน้ำ เช็ดตัว เปลี่ยนเสื้อผ้า และทำกิจกรรมต่าง ๆ ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงจนเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพขึ้น การที่ผู้ดูแลต้องใช้เวลาส่วนใหญ่ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงจนทำให้ผู้ดูแลไม่มีเวลาในการดูแลตนเอง ไม่มีคนเปลี่ยนเพื่อให้ผู้ดูแลได้พักผ่อนและผู้ดูแลเองมีอายุมากพอ ๆ กับผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง ซึ่งความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงที่ค้นพบ ได้แก่ การเสื่อมของร่างกายเพิ่มขึ้น ปวดเมื่อยตามเนื้อตามตัว เพลีย

(1.1) การเสื่อมของร่างกายเพิ่มขึ้น ข้อค้นพบ คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงจะมีอาการข้อเข่าเสื่อม หลังเสื่อม ซึ่งผู้ดูแลมากกว่าครึ่งหนึ่งจะมีอาการปวดเข่า ปวดหลัง ที่เกิดขึ้นภายหลังการดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง เนื่องจากการทำกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยในแต่ละวันที่ต้องออกแรงมากเพื่อยกตัวผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันแต่เพียงผู้เดียว และเกิดการสะสมมาเป็นเวลานานจนเกิดความรุนแรงขึ้นที่แสดงออกมาถึงความปวดข้อเข่า และปวดหลัง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วริศรา ลุวีระ (2556 : 266-270) ทำการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย แต่การดูแลผู้ป่วยที่บ้านเป็นงานที่หนักอาจทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยได้รับผลกระทบทั้งทางร่างกาย ทำให้เกิดความเหนื่อยล้าจากการดูแลจนไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้อีกต่อไป ซึ่งผู้ดูแลส่วนใหญ่มักจะทำหน้าที่เพียงคนเดียว และอาการที่มักพบเจอบ่อย ๆ คือ ปวดหลัง (Backache) ปวดข้อเข่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่มักบ่นว่ามีอาการปวดหลัง เข่าเสื่อม อันเนื่องมาจากการยกและการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยโดยวิธีที่ไม่ถูกต้องและเกินกำลังตัวเอง ปัญหาปวดหลังยังบ่งบอกถึงอาการที่มาจากภาวะจิตใจที่มีสาเหตุมาจากภาวะเครียดที่จะสื่อให้ทราบว่าภาวะที่ผู้ดูแลรับไว้นั้นนับวันยิ่งเพิ่มมากขึ้นและเป็นอาการเตือนที่บ่งชี้ว่าผู้ดูแลต้องการหยุดพักจากภาวะนั้น ๆ สอดคล้องกับการศึกษาของ สายพิณ เกษมกิจวัฒนา และปิยะภรณ์ ไพรสนธิ์ (2557 : 22-31) ที่พบว่า ผู้ดูแลมักมีอาการเหนื่อยล้า (Fatigue) และเป็นผู้ป่วยซ่อนเร้นที่บุคลากรทางสุขภาพไม่ควรมองข้าม เพราะหากปล่อยทิ้งไว้โดยไม่ได้รับการดูแลผู้ดูแลจะเจ็บป่วยมากขึ้นจนไม่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยติดเตียงได้

(1.2) ปวดเมื่อยตามเนื้อตามตัว ข้อค้นพบ คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงทุกคนจะมีอาการปวดเมื่อยตามร่างกาย และจากการสังเกตเห็นในขณะสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่า ขณะสัมภาษณ์ผู้ดูแลจะใช้มือของตนเองบีบนิ้วตามแขน ขา ต้นคอ ของตนเองอยู่บ่อยครั้ง และจะสังเกตเห็นว่าในขณะที่ผู้ดูแลให้การพยาบาลผู้ป่วยอยู่และเป็นกิจกรรมที่ต้องออกแรง เช่น ยกตัวผู้ป่วยลุกนั่ง หรือเปลี่ยนเสื้อผ้าให้ผู้ป่วยหลังทำกิจกรรมการดูแลเสร็จทุกครั้งผู้ดูแลจะพยายามยืดเหยียดกล้ามเนื้อยึดเส้น

ยืดสายต่าง ๆ ของร่างกาย ประกอบกับผู้ดูแลส่วนใหญ่มักจะทำหน้าที่เพียงคนเดียวไม่ได้มีการสับเปลี่ยนทำให้เกิดความอ่อนเพลียไม่มีแรง และบางครั้งพักผ่อนไม่เพียงพออาจทำให้เจ็บป่วยได้อีก และผู้ดูแลส่วนใหญ่มักเป็นเพศหญิงซึ่งเมื่อต้องออกแรงเกินกำลังในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยที่มีร่างกายใหญ่โตอาจทำให้เกิดอาการปวดเมื่อยตามร่างกายได้ (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. 2551) สอดคล้องกับการศึกษาของ Ali Hesamzadeh et al (2016 : 1-9) พบว่า ครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านจะมีอาการล้าตามร่างกาย ปวดเมื่อยตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ซึ่งผู้ดูแลเหล่านี้มีความต้องการช่วยเหลือในการดูแลสุขภาพเช่นกัน

(1.3) เพลีย ข้อค้นพบ คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงทุกคนจะมีอาการอ่อนเพลีย หดแรงเหนื่อย อาจเป็นเพราะผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงต้องออกแรงในการทำกิจวัตรประจำวันให้กับผู้ป่วยติดเตียงเป็นระยะเวลานาน และยังมีพักผ่อนน้อย บางรายมีอาการนอนไม่หลับ เพราะกังวลกับอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย ผู้ดูแลจึงไม่ยอมหลับนอน ในรายที่ยังต้องทำงานประจำอยู่จะต้องใช้เวลาทั้งไปทำงานประจำและต้องหาเวลากลับมาดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงที่บ้านทำให้ผู้ดูแลใช้พลังงานในการดูแลผู้ป่วยและทำกิจวัตรประจำวันที่ค่อนข้างหนักจึงเป็นสาเหตุให้ผู้ดูแลมีอาการเพลีย สอดคล้องกับการศึกษาของ สายพิณ เกษมกิจวัฒนา และปิยะภรณ์ ไพรสนธิ์ (2557 : 22-31) ที่พบว่า ผู้ดูแลมักมีอาการเหนื่อยล้า (Fatigue) อ่อนเพลียไม่มีแรง เนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาในการนอนไม่หลับ ทำให้ผู้ดูแลได้รับการพักผ่อนไม่เพียงพอ มีร่างกายอ่อนเพลียไม่มีแรงเกิดโรคแทรกซ้อนได้และยังทำให้ผู้ดูแลอารมณ์หงุดหงิดไม่โง่งายส่งผลกระทบต่อทำให้การดูแลโดยตรงได้ เช่นเดียวกับการศึกษาของ วริศรา ลูวีระ (2556 : 266-270) ทำการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย พบว่า งานของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้านเป็นงานที่หนักทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยได้รับผลกระทบทั้งทางร่างกายเกิดความเหนื่อยล้าจากการดูแลประกอบกับผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงมักจะทำหน้าที่เพียงคนเดียวโดยไม่ได้มีการสับเปลี่ยนเวรกันมาดูแลผู้ป่วยทำให้เกิดความอ่อนเพลียไม่มีแรงเนื่องมาจากการพักผ่อนไม่เพียงพอ (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. 2551)

(2) กลุ่มที่มีโรคประจำตัว พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงมีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงร่วมกับโรคเบาหวาน และมีอาการทางจิตเวช ข้อค้นพบ คือ ผู้ดูแลที่มีโรคประจำตัวหรือมีความเจ็บป่วยเดิมอยู่แล้วมักจะมีอาการกำเริบเพิ่มความรุนแรงขึ้นเรื่อย ๆ ตามระยะเวลาในการดูแลที่เพิ่มขึ้นด้วย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

(2.1) อาการของโรคเดิมกำเริบ จากการศึกษา พบว่า ผู้ดูแลมีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง และเจ็บป่วยทางจิตเวช ซึ่งผู้ดูแลที่มีโรคความดันโลหิตสูงจะมีอาการปวดหัวและตาพร่ามัวอาจเป็นเพราะการพักผ่อนน้อยเนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงส่วนใหญ่มีปัญหาในการนอนไม่หลับและจะร้องกวนในตอนกลางคืนทำให้ผู้ดูแลได้รับการพักผ่อนไม่เพียงพอ ส่วนผู้ดูแลที่มีความเจ็บป่วยทางจิตเวชจะมีอาการหงุดหงิดเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงดื้อไม่ยอม

ปฏิบัติตามที่ผู้ดูแลบอกและยังมีการต่อต้านการทำกิจกรรมการพยาบาล จึงทำให้ผู้ดูแลเกิดอารมณ์หงุดหงิดโมโหง่าย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สายพิณ เกษมกิจวัฒนา และปิยะภรณ์ ไพรสนธิ (2557 : 22-31) ทำการศึกษาโดยการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงที่ไม่ควรมองข้าม พบว่า ญาติผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้านจะได้รับผลกระทบด้านลบทั้งด้านร่างกาย ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลประสบความเครียดเรื้อรังซึ่งจะส่งผลเสียต่อภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลโดยตรง โดยเฉพาะญาติผู้ดูแลที่เป็นมีปัญหาสุขภาพอยู่เดิม เกิดโรคแทรกซ้อนได้ง่ายและยังทำให้ผู้ดูแลอารมณ์หงุดหงิดโมโหง่ายส่งผลกระทบต่อการใช้การดูแลโดยตรงได้เช่นกัน และด้วยภาระที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงอยู่ตลอดเวลา ทำให้มีเวลาดูแลสุขภาพตนเองลดลง ไม่มีเวลาไปพบแพทย์ตามนัด รับประทานยาไม่เป็นเวลา พักผ่อนไม่เพียงพอ โรคประจำตัวที่เป็นอยู่แล้วก็มีอาการกำเริบมากขึ้น และอาจมีปัญหาสุขภาพอื่น ๆ ตามมาอีก เช่นเดียวกับการศึกษาของ Schoenmakers, Buntinx & Delepeleire. (2010 : 191-200) พบว่า ญาติผู้ดูแลรายหนึ่งให้การดูแลสามีโรคสมองเสื่อมซึ่งมีความพิการในระดับเล็กน้อยพอช่วยเหลือตัวเองได้เมื่อให้การดูแลสามีไประยะเวลาหนึ่ง ปรากฏว่าตัวญาติผู้ดูแลเองกลายมาเป็นผู้ป่วยและมีอาการหนักกว่าผู้ป่วยอีก

1.2) ตามกลุ่มอายุ ข้อค้นพบ คือ กลุ่มผู้ดูแลที่มีอายุมากจะมีภาวะสุขภาพด้านร่างกายเปลี่ยนไปจากเดิม ได้แก่ การเสื่อมของร่างกายเพิ่มขึ้น ปวดเมื่อยตามเนื้อตามตัว เพลีย และกลุ่มที่มีอายุน้อยจะมีภาวะสุขภาพด้านร่างกายเปลี่ยนไปจากเดิมเล็กน้อย เช่น เจ็บออด ๆ แอด ๆ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

(1) ผู้ดูแลที่มีอายุมาก พบว่า มีภาวะสุขภาพด้านร่างกายเปลี่ยนไปจากเดิม ได้แก่ การเสื่อมของร่างกายเพิ่มขึ้น ปวดเมื่อยตามเนื้อตามตัว เพลีย สอดคล้องกับ ณัชชสา หลงผาสุข, สุปรีดา มั่นคง และยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม (2561 : 97-109) ศึกษาภาวะสุขภาพ และการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุที่ดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียง พบว่า ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงเป็นบุคคลอยู่ในวัยสูงอายุ ซึ่งจะมีพลังทางกายในการทำกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงลดน้อยลง เมื่อต้องออกแรงเพิ่มมากขึ้นถือได้ว่าเป็นงานที่หนักสำหรับผู้ที่มีอายุมากเพราะจะต้องใช้พลังในการทำกิจกรรมอย่างมาก ทำให้มีเวลาในการดูแลตนเองลดลง และมีเวลาพักผ่อนน้อยจึงทำให้เกิดอาการปวดเมื่อยตามเนื้อตามตัว และอ่อนเพลีย เช่นเดียวกับ ยยาวลักษณ์ โพธิ์ดารา และคณะ (2557 : 46-55) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า อายุของผู้ดูแลที่มากขึ้นทำให้มีความสามารถในการทำกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยได้ลดลงและส่งผลต่อความเหนื่อยล้าได้ง่ายกว่าผู้ดูแลที่มีอายุน้อย

(2) ผู้ดูแลที่มีอายุน้อย พบว่า มีภาวะสุขภาพด้านร่างกายเปลี่ยนไปจากเดิมเล็กน้อย เช่น เจ็บออด ๆ แอด ๆ ข้อค้นพบ คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงที่มีอายุน้อยจะมีอาการดังกล่าวตามการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมที่มากขึ้นทำให้เกิดอาการ เช่น อากาศร้อนก็จะทำให้มีอาการปวดศีรษะ เวียนศีรษะ หรืออากาศหนาวหรือฝนตกก็จะทำให้เกิดอาการของไข้หวัดได้

เนื่องจากผู้ดูแลส่วนใหญ่มีเวลาในการพักผ่อนน้อยมากใช้เวลาส่วนใหญ่ไปกับการดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงเพราะผู้ป่วยเหล่านี้ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เลย ภาระในการดูแลส่วนใหญ่จึงเป็นหน้าที่ของผู้ดูแลทำให้ผู้ดูแลได้รับการพักผ่อนไม่เพียงพอ มีร่างกายอ่อนเพลียไม่มีแรงและเกิดโรคแทรกซ้อนได้ง่าย สอดคล้องกับการศึกษาของ พวงเพ็ญ เผือกสวัสดิ์, นิสาสล นาคกุล และวิชญา โรจนรักษ์ (2559 : 54 – 64) พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วย ติดเตียงมีคะแนนเฉลี่ยปัญหาสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากผู้ดูแลต้องให้การดูแลความเจ็บป่วยในลักษณะที่ป่วยเองส่วนใหญ่มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่สูญเสียสมรรถภาพของร่างกายลงเรื่อย ๆ จึงทำให้ผู้ดูแลเกิดความเจ็บป่วยเล็ก ๆ น้อย ๆ ได้ง่าย (Ali Hesamzadeh et al. 2016 : 1-9)

## 2) ภาวะสุขภาพด้านจิตใจ

ข้อค้นพบ คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงที่มีการดูแลอย่างต่อเนื่องโดยไม่มีคนเปลี่ยน จะมีภาวะสุขภาพด้านจิตใจเปลี่ยนแปลงไปในทางที่แย่งกว่าก่อนที่จะมาดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง ซึ่งสาเหตุเกิดจาก ความเครียด ดังต่อไปนี้

2.1) เครียด พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงมีความเครียดที่เกิดจากสาเหตุดังต่อไปนี้ คือ (1) ภาระในการดูแล คือ ความร่วมมือของผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง (2) ห่วงกังวลกับสุขภาพของผู้ป่วย และ (3) ความมั่นคงทางเศรษฐกิจ ได้แก่ ทำงานประจำไม่เต็มที ค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นไม่เพียงพอ เช่น ค่าอุปกรณ์ของใช้สำหรับผู้ป่วย เช่น อุปกรณ์ทางการแพทย์ สายดูดเสมหะ แพนเมทิด เป็นต้น ดังรายละเอียดต่อไปนี้

(1) ภาระในการดูแล พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงแบกรับภาระต่าง ๆ ในการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ การปฏิบัติกรดูแลกิจวัตรประจำวัน และการดูแลต่าง ๆ ภายในบ้านตลอดจน ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง ภาระต่าง ๆ เหล่านี้ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด ผู้ดูแลไม่สามารถละทิ้งผู้ป่วยออกไปไหนได้เลย ซึ่งจัดเป็นภาระหนักของผู้ดูแลหลักในครอบครัว ผู้ดูแลต้องปรับบทบาทหน้าที่ของตนเองใหม่เพื่อให้เวลากับการดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง ทั้งนี้อาจทำให้เกิดความไม่สะดวกในการดำเนินชีวิตเกิดขึ้น (อรุณี ชุนหบดี และคณะ. 2556 : 53-63) การดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงที่มีปัญหาที่ซับซ้อนทำให้ผู้ดูแลไม่มีวันหยุด ไม่มีเวลาเป็นของตัวเอง ไม่สามารถไปไหนได้อย่างอิสระ ถ้าจำเป็นจะต้องไปไหนก็มีความกังวลและกลัวว่าผู้ป่วยติดเตียงจะเป็นอะไรไปในช่วงที่ตนไม่อยู่ จำเป็นต้องละเลิกกิจกรรมทางสังคม (Allison et al. 2008 : 368-372 อ่างถึงใน สายพิณ เกษมกิจวัฒนา และปิยะภรณ์ ไพรสนธิ์. 2557 : 97-109)

(2) ห่วงกังวลกับสุขภาพของผู้ป่วย พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงมีความห่วงใยและกังวลใจกับอาการและการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยจนทำให้เกิดความกลัวและเครียดในที่สุด ผู้ดูแลมักมีความกลัวว่าผู้ป่วยจะตายเมื่อทิ้งผู้ป่วยไว้คนเดียวไม่มีใครดูแล จะนำไปสู่ความเครียด ซึ่งเป็นความรู้สึกอันเนื่องมาจากความกังวลใจ ความรู้สึกสับสน ความไม่แน่ใจ ความเบื่อหน่าย

สอดคล้องกับการศึกษาของ Bevans & Sternberg (2012 : 398-403) พบว่า ประมาณครึ่งหนึ่งของ ผู้ดูแลผู้ป่วยจะมีความเครียดทางอารมณ์ เช่น กังวล นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร นอกจากนี้ยังพบอีกว่า ผู้ดูแลมีความกังวลในอาการของผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงที่เปลี่ยนแปลงไปจึงใส่ใจกับการดูแลจนขาด ความสนใจในการดูแลตนเอง ตลอดจนมีความทุกข์ใจเมื่อไม่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยติดเตียงมีอาการดีขึ้นได้ เกิดความรู้สึกผิดและรู้สึกหมดหนทางช่วยเหลือ (Helplessness) เมื่อผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงมีอาการเลวลง (Jean-Philippe, Ranjit & Christopher. 2012 : 214-219)

(3) ความมั่นคงทางเศรษฐกิจ พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงจะต้องมี ภาระค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงเป็นจำนวนมาก ได้แก่ ทำงานประจำไม่เต็มที ค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นไม่เพียงพอ เช่น ค่าอุปกรณ์ของใช้สำหรับผู้ป่วย เช่น อุปกรณ์ทางการแพทย์ สายดูด เสมหะ แพนเป็ด เป็นต้น จนเกิดความไม่มั่นคงทางเศรษฐกิจในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ ติดเตียงมีค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูงกว่ารายรับ รวมทั้งยังมีภาระในด้านอื่น ๆ อีก เช่น งาน ภาระค่าใช้จ่าย บางครั้งผู้ดูแลมีการปรับลักษณะการทำงานหรือต้องลาออกจากงาน เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยแล้วย่อมมี การสูญเสียรายได้ และบางรายอาจมีหนี้สินเพิ่มขึ้นด้วย ทำให้มีปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ ติดเตียงระยะยาวจึงเป็นที่มาของความต้องการด้านต่าง ๆ ของผู้ดูแล (จันทร์เพ็ญ นพพรพรหม. 2550)

สอดคล้องกับการศึกษาของ จันทร์เพ็ญ นพพรพรหม (2550) พบว่า ผู้ดูแล ผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงจะต้องปรับตัวกับภาระในด้านค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นทำให้มีปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดูแล ผู้ป่วยติดเตียงระยะยาวจึงเป็นที่มาของความต้องการด้านต่าง ๆ ของผู้ดูแลและผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง บางรายที่ไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ จำเป็นต้องเข้าออกโรงพยาบาลบ่อยครั้งส่งผลกระทบต่อ ฐานะเศรษฐกิจของครอบครัวซึ่งเป็นการเพิ่มความเครียดให้กับญาติผู้ดูแล และส่งผลให้มีความกังวล ถึงอนาคตข้างหน้า (Smith, C.E et al. 2012 : 393-414) บางครอบครัวรายได้ไม่เพียงพอต่อ ค่าใช้จ่ายและมีผู้สูงอายุเพียงบางส่วนเท่านั้นที่ได้รับสวัสดิการด้านเงินสงเคราะห์สำหรับผู้สูงอายุและ เงินที่ได้รับก็เป็นเพียงจำนวนน้อย ในขณะที่ครอบครัวมีภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุเพิ่มขึ้นมาก (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. 2551)

## 5.2.2 การดูแลตนเองด้านสุขภาพ

จากการศึกษา พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงมีวิธีการดูแลตนเองด้านสุขภาพไม่ให้เกิด ความเจ็บป่วย 2 ประเด็น คือ 1) การดูแลสุขภาพทางกาย ประกอบด้วย การดูแลสุขภาพทั่วไปในภาวะปกติ และการดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย และ 2) การดูแลสุขภาพทางจิตใจ คือ การจัดการความเครียด ดังรายละเอียด ต่อไปนี้

1) การดูแลสุขภาพทางกาย เนื่องจากว่าผู้ดูแลจะต้องทำหน้าที่หลักในการดูแลผู้ป่วย สูงอายุติดเตียงหากมีการเจ็บป่วยเกิดจะทำให้ไม่สามารถดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงได้เต็มที่ และจะหา



คนมาดูแลผู้ป่วยแทนตนเองนั้นค่อนข้างยาก ผู้ดูแลส่วนใหญ่จึงพยายามหาวิธีในการดูแลตนเองเมื่อมีการเจ็บป่วยเล็ก ๆ น้อย ๆ เกิดขึ้นกับตน และจะดูแลตนเองให้ดีที่สุด

1.1) การดูแลสุขภาพทั่วไปในภาวะปกติ ได้แก่ การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ เช่น ผัก ผลไม้ อาหารไม่มัน การออกกำลังกาย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

(1) การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ พบว่า ในภาวะปกติผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงจะมีการดูแลสุขภาพของตนเองโดยการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ สอดคล้องกับ ณัชชดา หลงผาสุก, สุปรีดา มั่นคง และยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม (2561 : 97-109) ศึกษาภาวะสุขภาพและการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุที่ดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียง พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงจะดูแลสุขภาพตนเองด้านร่างกาย คือ การนำสมุนไพรที่ปลูกในบ้านมาทำเป็นเครื่องต้มเครื่องปรุงอาหาร และเน้นการรับประทานผักและผลไม้

(2) การออกกำลังกาย พบว่า ในภาวะปกติผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงจะมีการดูแลสุขภาพของตนเอง โดยการออกกำลังกายอยู่กับบ้าน เช่น การใช้เครื่องออกกำลังกาย การแกว่งแขน และการยืดเหยียดกล้ามเนื้อด้วยตนเอง เพื่อสร้างเสริมให้เกิดความแข็งแรงของสุขภาพ หากผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงได้รับการสร้างเสริมพลังอำนาจในการดูแลสุขภาพตนเองอย่างต่อเนื่องจะทำให้ผู้ดูแลมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองดี (สุภาพร แนวบุตร. 2558 : 30-40) จึงกล่าวได้ว่า การดูแลสุขภาพตนเอง เป็นกิจกรรมที่ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงแต่ละคนปฏิบัติเพื่อให้มีสุขภาพที่ดีและมีพลังในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.2) การดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย ได้แก่ 1) การพยายามรับประทานเพื่อบรรเทาอาการเจ็บป่วย 2) การนอนพักผ่อน 3) ทำกายบริหารยืดเหยียดด้วยตนเอง และ 4) การนวดด้วยตนเอง เนื่องจากว่าผู้ดูแลจะต้องทำหน้าที่หลักในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงหากมีการเจ็บป่วยเกิดจะทำให้ไม่สามารถดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงได้เต็มที่ และจะหาคนมาดูแลผู้ป่วยแทนตนเองนั้นค่อนข้างยาก ผู้ดูแลส่วนใหญ่จึงพยายามหาวิธีในการดูแลตนเองเมื่อมีการเจ็บป่วยเล็ก ๆ น้อย ๆ เกิดขึ้นกับตน และจะดูแลตนเองให้ดีที่สุด ซึ่งผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงจะแสวงหาวิธีการดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วย ได้แก่ การขอคำแนะนำจากบุคลากรทางสุขภาพประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชน แสวงหาความรู้จากผู้รู้ เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขต่าง ๆ ในชุมชน บุคลากรสาธารณสุข แพทย์เฉพาะทาง ทั้งที่พูดคุยโดยตรงหรือสอบถามทางโทรศัพท์หรือช่องทางอื่น ๆ อันเป็นการแสวงหาความรู้ที่จำเป็นกับสภาพความเจ็บป่วยของตนเองเพื่อให้ได้แนวทางปฏิบัติหรือการรักษาเบื้องต้นให้หายจากความเจ็บป่วย ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงต้องมีการประเมินตนเองได้ว่าเมื่อไรควรไปพบแพทย์เพื่อรักษาก่อนที่จะเจ็บป่วยรุนแรงและปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์หรือบุคลากรสาธารณสุขเพื่อบรรเทาความเจ็บป่วยและมีสุขภาพที่ดีดังเดิมโดยเร็ว การดูแลสุขภาพตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงเป็นสิ่งสำคัญประการแรกที่ทุกคนต้องดูแลสุขภาพของตนเองโดยเฉพาะผู้ดูแลที่เข้าสู่วัย

ผู้สูงอายุหรือมีโรคประจำตัวเพราะร่างกายมีแต่จะเสื่อมลงจนทำให้ประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงลดน้อยลงด้วย หากผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงได้รับการสร้างเสริมพลังอำนาจในการดูแลสุขภาพตนเองอย่างต่อเนื่องจะทำให้ผู้ดูแลมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองดี (สุภาพร แนวบุตร. 2558 : 30-40)

2) การดูแลสุขภาพทางจิตใจ คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงจะมีวิธีการจัดการความเครียด 2 แบบ คือ 2.1) ระวังจากการดูแล ประกอบด้วย นวดผ่อนคลาย เข้าวัดทำบุญทำจิตใจให้สงบและออกไปหาเพื่อนเพื่อผ่อนคลาย และ 2.2) เลี่ยงที่จะปะทะกับผู้ป่วยด้วยการเดินหนี ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.1) ระวังจากการดูแล พบว่า วิธีการจัดการความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง ได้แก่ นวดผ่อนคลาย เข้าวัดทำบุญทำจิตใจให้สงบ และออกไปหาเพื่อนเพื่อผ่อนคลาย ข้อค้นพบคือ ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงจะไปวัดเพื่อทำบุญไหว้พระสวดมนต์แผ่เมตตา ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ชาวพุทธปฏิบัติกันเป็นประจำในชีวิตประจำวัน เพราะศาสนาเป็นเรื่องของจิตใจ เช่น ทำบุญตักบาตรร่วมพิธีกรรมทางศาสนาในวันสำคัญทางศาสนา ทำสมาธิสวดมนต์ไหว้พระ ฟังเทศน์ ฟังธรรม เพื่อให้ตนเองรู้สึกสบายใจ สอดคล้องกับ สุปริดา มั่นคง และคณะ (2559 : 104-121) กล่าวถึงบทบาทในการตอบสนองความหวัง ความปรารถนา คุณค่า ศาสนา ความเชื่อ สิ่งที่เราพนันถือของผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง เช่น ชื้อสังฆทานให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสทำบุญ ตักบาตรทุกเช้า ในบางรายผู้ดูแลสวดมนต์ภาวนาทำบุญให้เจ้ากรรมนายเวรของผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง บอกให้ผู้ป่วยรับทราบทุกครั้งที่ทำหรือทำแทนผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง เช่น การสวดมนต์ นั่งสมาธิ เตรียมของใส่บาตร เพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงได้บุญมากที่สุด จิตใจผู้ป่วยจะได้สงบ เช่นเดียวกับการศึกษาของ ทรงเกียรติ เม่นสุวรรณ, ชันทอง วัฒนประดิษฐ์ และพระมหาดวงเด่น จิตตญาณ. (2560 : 363-376) พบว่า การส่งเสริมด้วยการสร้างแรงจูงใจให้เห็นจุดหมายของการรักษาศิล เป็นแรงจูงใจ ด้านบวกโดยยกย่องานิสงส์ที่ทำให้เกิดความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น เรียกร้อยมีความสุขทั้งในปัจจุบันและอนาคต สอดคล้องกับ บุญวดี เพชรรัตน์ (2552) กล่าวว่า การใช้แนวทางศาสนาเรื่องกฎแห่งกรรมและสัจธรรมของชีวิตมาอธิบายเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตัวเอง เป็นการใช้กลไกทางจิตแบบหาเหตุผลเข้าข้างตนเอง ให้ความรู้สึกต่อตัวเองดีขึ้น สบายใจขึ้น พยายามทำใจยอมรับความเป็นจริงให้ได้เพื่อให้รู้สึกสบายใจขึ้น การออกไปหาเพื่อนเพื่อผ่อนคลาย ข้อค้นพบคือ ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงจะหาเวลาออกไปหาเพื่อน ๆ ในชุมชนละแวกใกล้ ๆ บ้าน เพื่อพบปะพูดคุยให้เกิดความผ่อนคลายแม้จะเป็นเวลาเพียงเล็กน้อยก็ตาม อาจเป็นเพราะว่าผู้ดูแลต้องการสังคมของตนเอง ได้ออกไปเจอสิ่งแวดล้อมนอกบ้านตนเองจะได้รู้สึกผ่อนคลาย ซึ่งสอดคล้องกับ สุปริดา มั่นคง และคณะ (2559 : 104-121) ที่กล่าวว่า ผู้ดูแลต้องมีบทบาทในการนำสังคมกลับเข้าสู่ชีวิตตนเองและผู้ป่วย ซึ่งรวมถึงคนในครอบครัวญาติใกล้ชิด เพื่อนเก่า มีการวางแผนและประสานงานให้คนในครอบครัวได้มาอยู่กับผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง ดูแลให้ผู้สูงอายุติดเตียงได้มีโอกาสพูดคุยกับเพื่อนหรือบุคคลที่มีความสำคัญในชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง พาออกมาร่วมกิจกรรม อยู่กับ

ธรรมชาติเปลี่ยนแปลงบรรยากาศออกข้างนอกเพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงได้มีความสุข สอดคล้องกับการศึกษาของ อรวริฐ กาญจนจारी, ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม และสุปรिता มั่นคง (2560 : 328-343) พบว่า ผู้ดูแลได้สะท้อนถึงความพร้อมของบุคลากรทุกระดับสิ่งแวดล้อมของสถานบริการที่มีการดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงโดยเฉพาะที่ตอบสนองความต้องการ ทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงสุขสบายกายสบายใจมีกำลังใจที่จะต่อสู้กับโรคและผลการรักษามีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจมีโอกาสพบปะเพื่อนฝูงและมีความเป็นส่วนตัว

2.2) เลี่ยงที่จะปะทะกับผู้ป่วยด้วยการเดินหนี พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงมักจะมีปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วยจึงทำให้เกิดการปะทะอารมณ์กันบ่อยครั้ง ซึ่งผู้ดูแลจะใช้วิธีการเดินหนีไปจากสถานการณ์นั้นสักพักเพื่อให้ต่างฝ่ายต่างอารมณ์เย็นลงค่อยๆ มาให้การดูแลต่อเมื่อมีการปะทะอารมณ์กันระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย ผู้ดูแลก็จะเดินหนี ข้อค้นพบ คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงเวลามีปัญหาเกี่ยวกับผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงจะพยายามหลีกเลี่ยงการปะทะกัน หรือจะพยายามมีปากเสียงกันให้น้อยที่สุดซึ่งจากการศึกษานี้พบว่าผู้ดูแลจะใช้วิธีการเดินหนีออกไปจากสถานการณ์นั้นสักพักหนึ่งค่อยๆ กลับเข้ามาใหม่เพื่อให้ต่างฝ่ายต่างสงบลง สอดคล้องกับการศึกษาของสินีนุช ขำดี, มณี อาภานันท์ทิกุล และยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม (2557 : 45-63) พบว่า เมื่อเกิดปัญหาขัดแย้งในสถานการณ์การดูแล ญาติผู้ดูแลปรับตัวโดยปิดปากเงียบไม่ได้แย้งหรือเลี่ยงให้เกิดปัญหาเพิ่มอีกและญาติผู้ดูแลบางรายจะปลีกตัวไปคิดหาเหตุผลที่ดีให้กับตนเองที่ต้องมาทนทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยคนเดียวในที่เงียบ ๆ (Van Wijngaarden, B., Schene, A. H & Koeter, M. W. 2004 : 211–222)

### 5.2.3 ความต้องการการดูแลด้านสุขภาพ

จากการศึกษา พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงมีความต้องการการดูแลด้านสุขภาพ 2 ประเด็น ได้แก่ 1) ความต้องการด้านสุขภาพทางกาย คือ ต้องการให้บุคลากรทางสุขภาพ มาเยี่ยมดูแล และให้คำแนะนำด้านสุขภาพ และ 2) ความต้องการด้านสุขภาพทางจิตใจ คือ ต้องการให้บุคคลในครอบครัว และบุคคลรอบข้าง เข้าใจและให้กำลังใจ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1) ความต้องการด้านสุขภาพทางกาย คือ ต้องการให้บุคลากรทางสุขภาพ มาเยี่ยม ดูแล และให้คำแนะนำด้านสุขภาพ ข้อค้นพบคือ ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงมีความต้องการให้บุคลากรทางสุขภาพ มาดูแลถึงบ้านเพื่อต้องการได้รับข้อมูลทางสุขภาพ ตรวจสอบสุขภาพที่บ้าน และช่วยดูแลผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Van Wijngaarden, B., Schene, A. H., & Koeter, M.W (2004 : 211–222) พบว่า ความคาดหวังและความต้องการของผู้ดูแลเมื่อผู้ดูแลให้การดูแลผู้ป่วยย่อมเกิดความคาดหวังในเรื่องต่าง ๆ เช่น การรักษา อาการของโรค การดูแล การช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ เพื่อแบ่งเบาภาระหน้าที่ในการดูแลในปัจจุบันให้มีความสะดวกสบายมากขึ้น ตลอดจนมีความต้องการการช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ เช่น ความต้องการผู้ช่วยในการดูแล ต้องการกิจกรรมของสถานพยาบาลในการบำบัดผู้ป่วยให้มากขึ้น โดยผู้ดูแลมีความคิดเห็นว่าจะส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น Grant, JS. (1996 :

892-902) ระบุว่า ผู้ดูแลมักมีความต้องการด้านข้อมูลข่าวสาร (Demand on Information) ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพความเจ็บป่วย การเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ทางร่างกายของผู้ป่วยสูงอายุ การพยากรณ์โรค การดำเนินโรค ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงเอง

2) ความต้องการด้านสุขภาพทางจิตใจ คือ ต้องการให้บุคคลในครอบครัวและบุคคลรอบข้าง เข้าใจและให้กำลังใจ คือ ต้องการให้เพื่อนแวะเวียนมาหาเพื่อรับฟังปัญหา พุดคุย ระบายความรู้สึก และต้องการให้คนในครอบครัวมาร่วมรับฟังปัญหาและช่วยเหลือกันในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง และช่วยกันแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นในครอบครัว

2.1) ต้องการให้บุคคลในครอบครัวและบุคคลรอบข้างเข้าใจและให้กำลังใจ ข้อค้นพบ คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงต้องการให้เพื่อนแวะเวียนมาหาเพื่อรับฟังปัญหา พุดคุย ระบายความรู้สึก และต้องการให้คนในครอบครัวมาร่วมรับฟังปัญหาและช่วยเหลือกันในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง และช่วยกันแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นในครอบครัว การระบายความรู้สึกคับข้องใจหรือความรู้สึกที่ไม่ดีออกมาเพื่อปลดปล่อยความทุกข์ ความอัดอั้นใจต่าง ๆ ที่อยู่ในใจลงไปให้บุคคลหรือสิ่งของ เมื่อผู้ดูแลเผชิญกับสถานการณ์ที่กดดันไม่เป็นไปตามความคาดหวังของตน เช่น ผู้ป่วยคือไม่ยอมช่วยเหลือตนเอง การปรับทุกข์ ผู้ดูแลบางรายปรับตัวต่อความรู้สึกไม่ดีในใจโดยการเล่าปรับทุกข์ต่าง ๆ ให้กับบุคคลที่ตนไว้วางใจ เช่น ผู้ป่วย บุคคลนอกครอบครัว สอดคล้องกับ ไพรินทร์ พัสตุ (2556) พบว่า ผู้ดูแลมีการปรับตัวเพื่อปลดปล่อยความทุกข์หรือความรู้สึกคับข้องใจโดยพูดระบายความอัดอั้นใจต่าง ๆ กับผู้ป่วยหรือบุคคลที่ตนเองไว้วางใจไม่ใช่บุคคลในครอบครัว เช่น เพื่อนสนิท แต่เมื่อมีเหตุการณ์ที่สร้างปัญหาในระหว่างให้การดูแลผู้ป่วยทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเหนื่อย และมีภาระมากขึ้น

2.2) ต้องการให้คนในครอบครัวมาร่วมรับฟังปัญหาและช่วยเหลือกันในการดูแลผู้ป่วย ข้อค้นพบ คือ ผู้ดูแลต้องการเวลาในการพักผ่อนสักช่วงหนึ่งในแต่ละสัปดาห์เพื่อไปสังสรรค์กับเพื่อน และสมาชิกต่าง ๆ ในชุมชนการพักการดูแลผู้ป่วยชั่วคราว โดยหยุดการดูแลในระยะเวลานั้น ๆ เช่น อยู่นอกห้องผู้ป่วย ออกไปรับประทานอาหารปั่นนอกบ้านให้ผู้ป่วยเอง กลับบ้านของตัวเองในวันหยุดเสาร์-อาทิตย์ เพื่อวางเว้นจากการเผชิญกับปัญหาในการดูแลผู้ป่วยในช่วงระยะเวลาหนึ่งและช่วยให้ผู้ดูแลมีพลังใจ ในการดูแลผู้ป่วยต่อไปได้ความต้องการบริการทางสังคมเริ่มเกิดขึ้นในบางพื้นที่ กรณีสมาชิกในครอบครัว ต้องประกอบอาชีพนอกบ้าน สมาชิกต้องการศูนย์ดูแลกลางวัน (Day care) สำหรับฝากดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงในเวลากลางวัน ต้องการอาสาสมัครดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง และต้องการให้มีการจัดกิจกรรมต่าง ๆ สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง ซึ่งความต้องการเหล่านี้เป็นลักษณะความต้องการที่มีมุมมองต่อผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงและบริการสังคมแนวใหม่ที่เน้นให้ผู้สูงอายุติดเตียงได้มีส่วนร่วมในสังคมและครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนเพื่อเสริมสร้างศักยภาพของผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง เช่นเดียวกับการศึกษาของ อรวีรุ กัญจนจारी และคณะ (2560 328-343) พบว่า ผู้ดูแลได้สะท้อนถึง ความพร้อมของบุคลากรทุกระดับสิ่งแวดล้อมของสถานบริการที่มีการดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง

โดยเฉพาะที่ตอบสนองความต้องการทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุ ดิตเตียงสุขสบายกายสบายใจมีกำลังใจที่จะต่อสู้กับโรคและผลการรักษามีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจมีโอกาส พบปะเพื่อนฝูงและมีความเป็นส่วนตัว สอดคล้องกับ สินีนาช ขำดี, มณี อาภานันท์กุล และยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. (2557 : 45-63) พบว่า การพยายามหาสิ่งสนับสนุนบทบาทการดูแลผู้ป่วยเป็นการปรับตัว ในบทบาทการดูแลผู้ป่วย ซึ่งสิ่งสนับสนุนการดูแลมาจากแหล่งประโยชน์ทั้งภายในและภายนอกครอบครัว เช่น ขอความช่วยเหลือจากพี่น้อง ลูกหลาน คนรู้จักมาร่วมช่วยกันดูแลผู้ป่วย หรือให้มาช่วยดูแลผู้ป่วยแทน ในวันที่ญาติดูแลไม่สบาย ต้องไปทำงาน บางรายมีการจ้างวานให้คนรู้จักมาช่วยเคลื่อนย้ายผู้ป่วย หรือรับความช่วยเหลือด้านค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย เช่น ค่ารักษา ค่ายา ค่าอาหาร ค่าไฟ รับการสนับสนุน อุปกรณ์ เครื่องใช้กับผู้ป่วย เช่น ผ้าอ้อม สำลี ผ้าก๊อซสำหรับทำแผลและรับความช่วยเหลือในการสอน ความรู้และฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยจากพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ เช่น การให้อาหารทางสายยาง การดูดเสมหะ การทำแผล การฉีดยา เป็นต้น การให้บุคคลในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล ผู้ป่วยสูงอายุดิตเตียง คนในครอบครัวผลัดกันมาดูแลผู้ป่วยสูงอายุดิตเตียง เช่น ลูก หลาน พี่ น้อง ในบางครอบครัวมีการแบ่งหน้าที่กันรับผิดชอบจัดเวรในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุดิตเตียง การจัดการในบางครั้ง อยู่บนพื้นฐานของความไม่แน่นอน การพูดคุย บริหารจัดการกับคนในครอบครัวในกรณีที่การตัดสินใจ ของคนในครอบครัวไม่ตรงกัน มีความคิดเห็นแตกต่างกัน ต้องมีการประสานงาน พูดคุยกัน ซึ่งบางครอบครัว อาจเกิดการขัดแย้งขึ้นในครอบครัว ซึ่งผู้ดูแลต้องคอยประสานงานเพื่อให้เกิดการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ ดิตเตียงที่ดีที่สุด (สุปรีดา มั่นคง และคณะ. 2559 : 104-121)

### 5.3 ข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ วิธีการดูแลสุขภาพ และความต้องการ การดูแลสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุดิตเตียงในมุมมองตามการรับรู้ของผู้ดูแล ผลการวิจัยนี้ สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในด้านการปฏิบัติการพยาบาลและการวิจัยทางการพยาบาลดังนี้

#### 5.3.1 ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1) ผู้ดูแลที่มีอายุมากจะมีภาวะสุขภาพทางกายที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น อาการเสื่อมของร่างกาย อาการปวดเมื่อยตามเนื้อตามตัว อาการอ่อนเพลีย พยาบาลควรจัดกิจกรรมการเยี่ยมบ้านโดยมุ่งเน้น การสร้างเสริมสุขภาพทางกาย เช่น การออกกำลังกายให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุดิตเตียงเพื่อป้องกัน ปัญหาสุขภาพที่รุนแรงมากยิ่งขึ้น

2) ผู้ดูแลที่มีภาวะสุขภาพทางจิตใจ คือ ความเครียด และส่วนใหญ่เกิดความเครียด จากความไม่มั่นคงทางเศรษฐกิจ พยาบาลควรประสานงานกับองค์กรท้องถิ่นที่เกี่ยวข้องเพื่อช่วยเหลือ เรื่องสวัสดิการทางสังคมของผู้ดูแล และจัดกิจกรรมเพื่อจัดการความเครียดให้กับผู้ดูแล นอกจากนี้

ควรให้ครอบครัวมีส่วนร่วมช่วยในการผลักดันหมุนเวียนในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงเพื่อให้ผู้ดูแลได้ออกไปทำกิจวัตรประจำวันของตนเองบ้าง

### 5.3.1 ด้านการวิจัยทางการแพทย์

1) เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาแนวทางการดูแลช่วยเหลือผู้ดูแลและผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง ควรมีการศึกษาถึงประสบการณ์ชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงในภูมิภาคอื่น ๆ ด้วย เนื่องจากอาจมีบริบทที่แตกต่างกันจะได้ทราบถึงความต้องการและปัญหาที่เกิดจากการดูแลได้

2) นำผลการวิจัยที่ได้ในครั้งนี้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาการวิจัยรูปแบบอื่นต่อไป



## บรรณานุกรม

- กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2558) **สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2550**. กรุงเทพมหานคร : กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2560) **สถิติผู้สูงอายุป่วยติดเตียง**. นนทบุรี : กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมอนามัย. (2559) **แบบประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน**. นนทบุรี : สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- ขนิษฐา ชงโคสันติสุข. (2560) **รายงานวิจัยศักยภาพของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงเขตพื้นที่อำเภอจาง จังหวัดลำปาง**. ลำปาง : สำนักงานสาธารณสุขอำเภอจาง จังหวัดลำปาง.
- จันทร์เพ็ญ นพพรพรหม. (2550) “การศึกษาภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มารับการรักษาที่สถาบันประสาทวิทยา” ใน **รายงานการประชุมทางวิชาการการวิจัยทางการศึกษาระดับชาติ ครั้งที่ 12 วันที่ 15-16 พฤศจิกายน 2550 ณ โรงแรมแอมบาสซาเดอร์ กรุงเทพมหานคร**. กรุงเทพมหานคร : สภาวิจัยแห่งชาติ.
- ชาย โปธิสิตา. (2550) **ศาสตร์และศิลป์แห่งการวิจัยเชิงคุณภาพ**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : อัมรินทร์พรินติ้ง แอนด์พับลิชชิ่ง.
- \_\_\_\_\_. (2556) **ศาสตร์และศิลป์แห่งการวิจัยเชิงคุณภาพ**. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร : อัมรินทร์พรินติ้ง แอนด์พับลิชชิ่ง.
- ขวลิต สวัสดิ์ผล และคณะ. (2560) “การดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือของไทย” **วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์ มจร**. 5 (ฉบับพิเศษ) หน้า 387-405.
- ณัชศนา หลงผาสุก, สุปรีดา มั่นคง และยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. (2561) “ภาวะสุขภาพและการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุที่ดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียง” **วารสารสภาการพยาบาล**. 33 (2) หน้า 97-109.
- พิศสมัย บุญเลิศ, เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์ และศุภวดี แถวเพ็ญ. (2559) “การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงมัน ตำบลสิงห์โคก อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด” **วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น**. 23 (2) หน้า 79-87.
- พวงเพ็ญ เมื่อกสวัสดิ์, นิสาล นาคกุล และวิชญา โรจนรักษ์. (2559) สถานการณ์ ปัญหา และความต้องการการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดบ้านติดเตียงในชุมชนเขตเทศบาลนคร สุราษฎร์ธานี. **วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข**. 26 (2) หน้า 54-64.
- พรชัย จุลเมตต์, สายใจ พัวพันธ์ และ Pham Van Truong. (2560) “ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง” **วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้**. 4 (3) หน้า 104-118.

### บรรณานุกรม (ต่อ)

- ไพรินทร์ พัสดู. (2556) **ความเครียด การเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแล และการจัดการกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บที่ศีรษะ**. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่) นครปฐม : มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ภาวดี เหมทานนท์ และคณะ. (2560) “มุมมองเชิงบวกต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่บ้าน” **วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้**. 4 (2) หน้า 186-199.
- ทรงเกียรติ เม่นสุวรรณ, ชันทอง วัฒนะประดิษฐ์ และพระมหาดวงเด่น จิตญาโณ. (2560) “แนวทางการเสริมสร้างสันติภาพตามหลักศีล 5 ของนิสิตมหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัยวิทยาเขตนครสวรรค์” **วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์ มจร. 5** (ฉบับพิเศษ) หน้า 363-376.
- เทศบาลตำบลบางทราย. (2561) **ข้อมูลทั่วไป**. [ออนไลน์] แหล่งที่มา : <http://bangsaichonburi.go.th/public/> (11 เมษายน 2561)
- บุญวดี เพชรรัตน์. (2552) **ความเครียด ภาวะวิกฤตและการช่วยเหลือ**. สงขลา : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- เบญจจา ยอดดำเนิน-แอ๊ดติง และกาญจนา ตั้งชลทิพย์. (2552) **การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ : การจัดการข้อมูล การตีความและการหาความหมาย**. นครปฐม : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ญาติกา อีรวช, สมปอง แสงกนิก และชัยณรงค์ อุทัยศิริตานนท์. (2559) “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลสัมฤทธิ์การดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง อำเภอท่าเรือ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา” **วารสารการแพทย์และสาธารณสุข เขต 4**. 6 (1) หน้า 24-34.
- มานพ คณะโต. (2551) **วิธีวิทยาการวิจัยเชิงคุณภาพในระบบสุขภาพชุมชน = Qualitative research methodology in community health system**. พิมพ์ครั้งที่ 2. ขอนแก่น : ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2559) **สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2558**. กรุงเทพมหานคร : อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- ยุวดี รอดจากภัย, กุสวดี โรจน์ไพศาลกิจ และไพบุลย์ พงษ์แสงพันธ์. (2557) **รายงานวิจัยรูปแบบการพัฒนาชุมชนและครอบครัวต้นแบบเพื่อดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ**. ชลบุรี : มหาวิทยาลัยบูรพา.
- เยาวลักษณ์ โปธิตารา และคณะ. (2557) “ปัจจัยที่มีผลต่อความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง” **วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ**. 37 (3) หน้า 46-55.



### บรรณานุกรม (ต่อ)

- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางทราย. (2561) รายงานสถิติผู้ป่วยติดเตียง ปีงบประมาณ 2561. ชลบุรี : สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองชลบุรี.
- วรชัย ทองไทย. (2551) “ทฤษฎีสังคมศาสตร์ในพระไตรปิฎก” ใน เอกสารประกอบการเสวนาได้ **ขยายประชากร ณ สถาบันวิจัยประชากรและสังคม 24 ตุลาคม 2551. นครปฐม :** มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วรรณัน ประสารอริคม. (2561) “แนวคิดการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Concept of home care)” ใน **เอกสารประกอบการอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง Development of Homecare Pathway and Continuing Quality Improvement วันพุธที่ 7 มีนาคม 2561 ณ ห้อง 624 ชั้น 6 อาคารเรียนรวม. กรุงเทพมหานคร :** งานการพยาบาลป้องกันโรค และส่งเสริมสุขภาพ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลรามารามธิบดี.
- วริศรา ลุวีระ. (2556) “การดูแลสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย” **ศรีนครินทร์เวชสาร. 28 (2) หน้า 266-270.**
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2551) “ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว” ใน **เอกสารประกอบการประชุม เวทีระดมความคิดเห็นต่อประเด็นนโยบาย เรื่องระบบการดูแลและกำลังคนในการดูแล ผู้สูงอายุ วันที่ 30 ตุลาคม 2551 ณ ศูนย์ประชุมสถาบันวิจัยจุฬาภรณ์. กรุงเทพมหานคร :** มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.).
- ศูนย์ประสานงานโครงการวิจัยเชิงนโยบาย สำนักงานคณะกรรมการการวิจัยแห่งชาติ. (2555) “การจัดการชายแดนในบริบทที่เปลี่ยนแปลง” ใน **เอกสารการสัมมนาวิชาการประจำปี 2555 ฝ่ายนโยบายชาติและความสัมพันธ์ข้ามชาติ (ฝ่าย 1) วันที่ 18-19 สิงหาคม 2555 ณ โรงแรมสามพราน ริเวอร์ไซด์ อำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม. กรุงเทพมหานคร :** สำนักงานคณะกรรมการการวิจัยแห่งชาติ.
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม. (2557) **ประชากรและการพัฒนา. นครปฐม :** มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สภาการพยาบาล. (2553) **สมรรถนะผู้ประกอบการวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์. นนทบุรี :** ศิริยอดการพิมพ์.
- สายพิณ เกษมกิจวัฒนา และปิยะภรณ์ ไพรสนธิ์. (2557) “ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง : กลุ่มเสี่ยงที่ไม่ควรมองข้าม” **วารสารสภาการพยาบาล. 29 (4) หน้า 22-31.**
- สายพิณ หัตถ์ธีร์ตัน และคณะ. (2553) **คู่มือการดูแลสุขภาพครอบครัว. กรุงเทพมหานคร :** หมอชาวบ้าน.

### บรรณานุกรม (ต่อ)

- สินีนุช ขำดี, มณี อาภานันท์กุล และยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. (2557) “การปรับตัวของญาติผู้ดูแลที่มีปัญหาการปรับตัวในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง” **วารสารสภาการพยาบาล**. 29 (4) หน้า 45-63.
- สุปรีดา มั่นคง และคณะ. (2559) “บทบาทของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง : การศึกษาเบื้องต้นเชิงคุณภาพ” **วารสารสภาการพยาบาล**. 31 (4) หน้า 104-121.
- สุภางค์ จันทวานิช. (2554) **วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ**. พิมพ์ครั้งที่ 19. กรุงเทพมหานคร : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุภาพ เหมือนชู และคณะ. (2560) “การเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลผู้ได้รับบาดเจ็บไขสันหลัง” **วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี**. 28 (1) หน้า 140-148.
- สุภาพร แนวบุตร. (2558) “ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยในครอบครัว” **วารสารการพยาบาลและการศึกษา**. 8 (4) หน้า 30-40.
- สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์. (2554) **รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2552**. กรุงเทพมหานคร : มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.
- สำนักงานส่งเสริมสุขภาพ. (2557) **รายงานประจำปี 2556**. นนทบุรี : กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2561) **รายงานสถิติประชากรศาสตร์ ประชากรและเคหะ : อัตราการเป็นภาระปี พ.ศ. 2553-2560**. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2560) **รายงานการสร้างหลักประกันสุขภาพ ประจำปีงบประมาณ 2560**. นนทบุรี : กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี. (2561) **รายงานสถิติผู้สูงอายุติดเตียง**. ชลบุรี : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี.
- สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และกนิษฐา บุญธรรมเจริญ. (2553) **รายงานการสังเคราะห์ระบบการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวสำหรับประเทศไทย**. กรุงเทพมหานคร : มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.).
- อรวิฐ กาญจนจारी, ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม และสุปรีดา มั่นคง. (2560) “บทบาทและความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในสถานบริการที่มีการดูแลแบบประคับประคองโดยเฉพาะ” **รามาริบัติพยาบาลสาร**. 23 (3) หน้า 328-343.
- อรุณี ชุนหบดี และคณะ. (2556) “ความเครียดและความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน” **วารสารวิทยาลัยพระปกเกล้าจันทบุรี**. 26 (1) หน้า 53-63.

### บรรณานุกรม (ต่อ)

- Allison, S et al. (2008) “Active carers : Living with chronic obstructive pulmonary disease” **Int J Palliat Nurs.** 14 (8) Page 368-372.
- Ali Hesamzadeh et al. (2016) “Family Caregivers’ Experiences of Stroke Recovery Among Older Adults Living in Iran : A Qualitative Study” **Iranian Red Crescent Medical Journal.** In Press (e27686) Page 1-9.
- Berg, D. (2002) “The hidden client’ women caring for husband with COPD : Their experience of quality of life” **J Clin Nurs.** 11 (5) Page 613-21.
- Bevans M, Sternberg EM. (2012) “Caregiving burden, stress, and health effects among family caregivers of adult cancer patients” **JAMA.** 307 Page 398-403.
- Camak, D. J. (2015) “Addressing the Burden of Stroke Caregiver : A Literature Review” **Journal of Clinical Nursing.** 24 Page 2376-2382.
- Colaizzi P. (1978) “Psychological research as the Phenomenologist views it” In **Existential–Phenomenological Alternatives for Psychology.** (Valle R. & King M. eds), Oxford University Press, London.
- Department of Economic and Social Affairs. (2009) **The report is a joint product of the United Nations Department of Economic and Social Affairs (UN/DESA).** The United Nations Conference on Trade and Development (UNCTAD) and the five United.
- Forbes, Dorothy A. (2009) “Being bedridden was a slow process influenced by interactions with the environment, nurses, and social ties” **Evidence-Based Nursing.** 12 (2) Page 64–64.
- Grant, J. S. (1996) “Home care problems experienced by stroke survivors and their family caregivers” **Home Healthcare Nurse.** 14 Page 892–902.
- Greenspan, F. (2014) **First Comes Self–Worth then Comes Self–Esteem.** [Online] Available : <http://www.farrelgreenspan.com/blog-edmonton-psychologist-therapyadvice/self-worth>. (22 May 2018)
- Jean-Philippe, R. Ranjit, N & Christopher C. (2012) “Caregiver burden among nocturnal home hemodialysis patients” **Hemodialysis Int.** 16 (2) Page 214-219.

### บรรณานุกรม (ต่อ)

- Jung-Won L, & Zebrack B. (2012) "Caring for family members with chronic physical illness : A critical review of caregiver literature" **Health Qual life Outcome.** 34 Page 147-56.
- LoBiondo-Wood, G., & Haber, J. (2002) **Nursing research: Methods and critical appraisal for evidence-based practice.** 5<sup>th</sup> ed. St. Louis : Mosby Elsevier.
- O'Hara, R.E et al. (2010) "Impact on caregiver burden of a patient-focused palliative care intervention for patients with advanced cancer" **Palliat Support Care.** 8 Page 395-404.
- Pender J Nola, Carolyn L. & Parsons M. (2011) **Health Promotion in Nursing Practice.** 6<sup>th</sup> ed. New Jersey : Pearson Education Inc.
- Peter Moran. (2005) "Structural vs. relational embeddedness : social capital and managerial performance" **Strategic Management Journal.** 26 (12) Page 1129-1151.
- Sakakibara, K., Kabayama, M. & Ito, M. (2015) "Experiences of "endless" care giving of impaired elderly at home by family caregivers : a qualitative study" **BMC Res Notes.** 8 (827) Page 1-11.
- Schoenmakers B, Buntinx F, & Delepeleire L. (2010) "Factor determining the impact of care-giving on caregivers of elderly patients with dementia : A systematic literature review. **Maturitas.** 9 Page 191-200.
- Shiouh-Chu S, Hengh-Sin T, & Shu-Yuan L. (2012) "Social support as influencing primary family caregiver burden in Taiwanese patients with colorectal cancer" **J Nurs Schol.** 44 (3) Page 223-31.
- Smith, C.E et al. (2012) "Complex home care : Part3-Economic impact on family caregiver quality of life and patients' clinical outcome" **Nursing Economics.** 28 (6) Page 393-414.
- Smith RD. (2000) "Promoting the health people of with physical disabilities : a discussion of the financing and organization of public health services in Australia" **Health Promotion International.** 15 (1) Page 79-86.
- United Nations Population Fund : UNFPA. (2017) **Ageing in the Twenty-First Century : A Celebration and A Challenge.** UNFPA and Help Age International.

**บรรณานุกรม (ต่อ)**

Van Wijngaarden, B., Schene, A. H & Koeter, M. W. (2004) “Family caregiving in depression : Impact on caregivers’ daily life, distress, and help seeking” **Journal of Affective Disorders**. 81 Page 211–222.

World Health Organization. (2010) **CBR Guidelines (Community Based Rehabilitation)** Geneva, World Health Organization. [Online] Available : [www.who.int/whr/2010/en/](http://www.who.int/whr/2010/en/), accessed (13 April 2018)





ภาคผนวก

## ภาคผนวก ก

## เอกสารรับรองคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย



เรียนรู้อันไร้ขีดจำกัด

เอกสารรับรอง

(Certificate of Exemption)

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย

มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

วันที่ 2 พฤษภาคม 2561

ชื่อเรื่อง ประสบการณ์การดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง

ชื่อนักวิจัย/หัวหน้าโครงการ นายสุรียา พงเกิด  
 คณะวิชา/หลักสูตร หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
 สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

ขอรับรองว่า งานวิจัยดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยสอดคล้องกับ  
 ประกาศเอลซิงกิ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

ลงนาม

(รองศาสตราจารย์ ดร.จริยาวัตร คมพยัคฆ์)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย

มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

วันที่รับรอง

วันที่ 2 พฤษภาคม 2561

เลขที่รับรอง

อ.668/2561

วันที่ให้การรับรอง: 2 พฤษภาคม 2561

วันหมดอายุใบรับรอง: 1 พฤษภาคม 2563

ภาคผนวก ข  
รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจประเมินความตรงเชิงเนื้อหาของแนวคำถาม  
ในการสัมภาษณ์เชิงลึก

- |                      |  |
|----------------------|--|
| ผู้ทรงคุณวุฒิคนที่ 1 | รองศาสตราจารย์ ดร.สายพิน เกษมกิจวัฒนา<br>นักวิชาการอิสระ                                   |
| ผู้ทรงคุณวุฒิคนที่ 2 | รองศาสตราจารย์ ดร.จริยาวัตร คมพยัคฆ์<br>คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ |
| ผู้ทรงคุณวุฒิคนที่ 3 | ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.หทัยชนก บัวเจริญ<br>คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม          |



**ภาคผนวก ค**  
**ใบข้อมูลสำหรับผู้ให้ข้อมูลที่เข้าร่วมในการวิจัย**  
**(สัมภาษณ์แบบเจาะลึกเป็นรายบุคคล)**

**หัวข้อวิทยานิพนธ์ เรื่อง ประสบการณ์การดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง**

ข้าพเจ้า นายสุริยา ฟองเกิด นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ กำลังทำวิจัยเรื่อง ประสบการณ์การดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง เพื่อประกอบการศึกษาในระดับปริญญาโทจะขอเวลาคุณสักครู่ เพื่อพูดคุยถึงรายละเอียดของการวิจัยและขอความร่วมมือจากคุณในการเข้าร่วมทำการวิจัยในครั้งนี้

การวิจัยครั้งนี้ มีความต้องการศึกษาประสบการณ์การดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง ว่ามีอะไรบ้าง ตามมุมมองและประสบการณ์ที่เกิดขึ้นกับตัวท่านเองโดยจะเป็นการพูดคุยกันระหว่างคุณกับผม จะใช้เวลาในการพูดคุยประมาณ 30-60 นาที ซึ่งในระหว่างการพูดคุยจะขอบันทึกเสียง การพูดคุยเพื่อป้องกันการลืมและขอจดบันทึกข้อมูลพร้อมทั้งสอบถามข้อมูลทั่วไปของท่านเพื่อใช้ประกอบการนำเสนอผลการวิจัยด้วย สำหรับสถานที่ในการพูดคุยจะเป็นสถานที่สงบปราศจากการถูกรบกวนและขึ้นอยู่กับความสะดวกของคุณเป็นหลัก

ข้อมูลที่ได้จากการพูดคุยจะถูกนำไปถอดความและนำกลับมาให้คุณช่วยตรวจสอบ โดยข้อมูลจากคุณจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและลบทำลายข้อมูลเมื่อสิ้นสุดการวิจัย การนำข้อมูลไปอภิปรายหรือตีพิมพ์เผยแพร่จะกระทำในลักษณะของภาพรวมในการเสนอทางวิชาการเท่านั้น โดยไม่มีการเปิดเผยชื่อ-นามสกุลของท่าน

ประโยชน์ที่คุณจะได้รับโดยตรงจากการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ คือ การได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ความรู้สึก แบ่งปันข้อมูลเกี่ยวกับประสบการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพอันเกิดขึ้นภายหลังการดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง ซึ่งจะเป็นข้อมูลพื้นฐานที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาการบริการพยาบาล การวิจัยทางการพยาบาล และการเรียนการสอนทางการพยาบาล ให้มีประสิทธิภาพตามบริบทของผู้รับบริการ ซึ่งนับว่าเป็นโอกาสหนึ่งที่ท่านจะได้ทำประโยชน์ให้กับตนเอง ผู้อื่นและส่วนรวมร่วมกัน

การเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ จะเป็นไปตามความสมัครใจของคุณ โดยจะไม่เกิดผลกระทบใด ๆ กับท่านหรือผู้ป่วยที่ท่านดูแล ก่อนการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ท่านสามารถใช้เวลาคิดทบทวนและสอบถามข้อข้องใจ ข้อสงสัยต่าง ๆ ได้ และหากในระหว่างการพูดคุยมีคำถามที่ท่านไม่สะดวกใจ ที่จะตอบ ท่านมีอิสระที่จะไม่ตอบคำถามนั้นสามารถยุติการพูดคุยหรือขอข้อมูลกลับคืนได้ตลอดเวลา

นายสุริยา ฟองเกิด

นักศึกษาปริญญาโท หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

### หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามท้ายหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

**ชื่อโครงการ** ประสพการณ์การดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง

**ชื่อผู้วิจัย** นายสุรียา พองเกิด

**ที่อยู่ติดต่อได้** 69/1 หมู่ 2 ตำบลบ้านสวน อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี 20000

**โทรศัพท์** 065-627-9407

ข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่าง ๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตรายและประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอดและได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัยจนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยข้าพเจ้ายินยอมตอบคำถามจากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกเกี่ยวกับประสบการณ์การดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง

ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้นจะไม่มีผลกระทบในทางใด ๆ ต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่าผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยและข้อมูลใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับโดยจะนำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ.....ผู้วิจัยหลัก

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

### เอกสารชี้แจงกับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย	ประสบการณ์การดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง
ชื่อผู้วิจัย	นายสุริยา พองเกิด
สถานที่ติดต่อผู้วิจัย	(ที่ทำงาน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี (ที่บ้าน) 6921 หมู่ 2 ตำบลบ้านสวน อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี 20000
โทรศัพท์ (ที่ทำงาน)	: 038-285534
โทรศัพท์มือถือ	: 065-6279407
E-mail	: familynursing2526@gmail.com

1. ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัย ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัยมีความจำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้ทำเพราะเหตุใด เกี่ยวข้องกับอะไร และท่านจะได้รับการคุ้มครองสิทธิอย่างไร ดังนั้น ท่านกรุณาใช้เวลาในการอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียดรอบคอบและสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไม่ชัดเจนได้ตลอดเวลา

2. โครงการนี้เกี่ยวข้องกับการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกประสบการณ์การดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง

3. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

- 1) เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง
- 2) เพื่อค้นหาวิธีการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง
- 3) เพื่อประเมินความต้องการการช่วยเหลือด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง

4. รายละเอียดของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ผู้ให้ข้อมูล คือ ผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง ได้แก่ สามี ภรรยา พี่ น้อง บุตร และหลาน ซึ่งอาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกันและทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 1 ปี ที่อาศัยอยู่ในตำบลบางทราย อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี จำนวน 12 คน โดยผู้วิจัยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลในครั้งแรกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติเบื้องต้นที่ผู้วิจัยกำหนด ดังนี้

- 1) เป็นผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงที่บ้านในตำบลบางทราย อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี
- 2) มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 1 ปี
- 3) สามารถฟังและพูดภาษาไทยได้เข้าใจ

4) มีความยินดีที่จะให้ความร่วมมือและยินยอมในการเล่าเกี่ยวกับประสบการณ์การดูแลตนเอง ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง

5. ท่านมีสิทธิถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้นจะไม่มีผลกระทบในทางใด ๆ ต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น

ท่านได้รับคำรับรองว่าผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อท่านตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยและข้อมูลใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับท่านผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ โดยจะนำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวท่าน หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ท่านสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

ภาคผนวก ง  
เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

วันที่.....รหัสผู้ให้ข้อมูล.....

แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล

เพศ.....อายุ.....ปี หมายเลขโทรศัพท์.....

เชื้อชาติ.....ศาสนา.....

สถานภาพสมรส.....ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....

การศึกษา.....อาชีพ.....

รายได้เฉลี่ยต่อเดือน.....โรคประจำตัว.....

ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย.....ปี

ลักษณะทั่วไป.....

บทบาทในครอบครัว.....

ข้อสังเกตที่น่าสนใจ.....

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง

เพศ.....อายุ.....ปี ระยะเวลาป่วย.....

ระยะเวลาที่ป่วยนอนติดเตียง .....ปี คะแนน ADL Barthel Index.....คะแนน

การวินิจฉัยโรค.....

สภาพทั่วไปของผู้ป่วย.....

สิทธิการรักษา.....

แหล่งสนับสนุนค่ารักษาพยาบาล.....

บทบาทความรับผิดชอบในครอบครัว.....

## แนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์เจาะลึก

แนวคำถามในการสัมภาษณ์เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยสร้างขึ้นตามวัตถุประสงค์และฐานความคิดของการวิจัย ซึ่งในการสัมภาษณ์จริงจะมีความยืดหยุ่นและปรับเปลี่ยนไปตามบริบทการปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้วิจัยกับผู้ให้ข้อมูลในแต่ละสถานการณ์ ตัวอย่างแนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์เจาะลึกมีดังนี้

### คำถามทั่วไป

1. คุณดูแลผู้ป่วยมานานเท่าไร
2. ก่อนที่จะมาดูแลผู้ป่วย ทำหน้าที่ใดในครอบครัวมาก่อน
3. ทำไมคนในครอบครัวเลือกให้ท่านมาดูแลผู้ป่วย
4. ท่านรู้สึกอย่างไรกับการได้รับหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย
5. แต่ก่อนที่จะมาดูแลผู้ป่วย ท่านมีวิถีการดำเนินชีวิตในแต่ละวันอย่างไร และเมื่อมาดูแลผู้ป่วยวิถีการดำเนินชีวิตเปลี่ยนไปหรือไม่ อย่างไร
6. แต่ก่อนที่จะมาดูแลผู้ป่วย สุขภาพของท่านเป็นอย่างไร เมื่อมาดูแลผู้ป่วยคิดว่าสุขภาพเปลี่ยนแปลงไปหรือไม่อย่างไร

### คำถามเฉพาะประเด็น

#### ด้านร่างกาย

1. แต่ก่อนที่จะมาดูแลผู้ป่วย สุขภาพของท่านเป็นอย่างไร เมื่อมาดูแลผู้ป่วยคิดว่าสุขภาพเปลี่ยนแปลงไปหรือไม่อย่างไร
2. เมื่อท่านมีอาการเจ็บป่วยเกิดขึ้นท่านดูแลตนเองอย่างไร และผลที่เกิดขึ้นเป็นอย่างไรบ้าง
3. เมื่อท่านมีอาการเจ็บป่วยเกิดขึ้น ใครทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยแทนท่าน หรือถ้าไม่มีท่านจัดการอย่างไร
4. ท่านต้องการความช่วยเหลือในการดูแลสุขภาพหรือไม่ อย่างไร

#### ด้านจิตใจและอารมณ์

5. ท่านรู้สึกอย่างไร ที่ต้องทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย
6. ท่านมีเวลาในการออกไปทำกิจกรรมส่วนตัว หรือกิจกรรมทางสังคมหรือไม่ อย่างไร กรณีที่ท่านไม่สามารถออกไปทำกิจกรรมใด ๆ ได้ รู้สึกอย่างไร
7. เมื่อท่านรู้สึกกังวลใจหรือไม่สบายใจท่านทำอย่างไร และผลที่เกิดขึ้นเป็นอย่างไรบ้าง
8. เมื่อคุณรู้สึกกังวลใจหรือไม่สบายใจคุณต้องการความช่วยเหลือหรือไม่ อย่างไร

#### ด้านสังคมและเศรษฐกิจ

9. ทุกวันนี้คุณยังมีงานประจำทำอยู่หรือไม่ อย่างไร กรณีที่ท่านทำงานประจำ ท่านแบ่งเวลา มาดูแลผู้ป่วยอย่างไร และรู้สึกอย่างไรที่ต้องรับภาระทั้งงานประจำและการดูแลผู้ป่วย

10. ภาระค่าใช้จ่ายเพียงพอหรือไม่ อย่างไร
11. หากมีรายได้ไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่ายคุณจะทำอย่างไร
12. คุณต้องการความช่วยเหลือจากเพื่อน ๆ ญาติพี่น้อง เพื่อนบ้าน หรือหน่วยงานในชุมชน ะไรบ้างหรือไม่ อย่างไร

#### ด้านจิตวิญญาณ

13. คุณมีเป้าหมายอันสูงสุดในชีวิตหรือไม่ อย่างไร
14. ถ้าต้องการที่จะไปให้ถึงเป้าหมายอันสูงสุดในชีวิตท่านจะทำอย่างไร
15. คุณต้องการความช่วยเหลือเพื่อที่จะไปให้ถึงเป้าหมายอันสูงสุดในชีวิตหรือไม่ อย่างไร

\*\*\*\*\*









รหัสเอกสาร.....

แบบบันทึกเชิงปฏิบัติการ  
ครั้งที่.....

การเก็บข้อมูลครั้งต่อไป

1. ประเด็นที่ต้องค้นหาเพิ่มเติม.....

.....

.....

คุณลักษณะของผู้ให้ข้อมูล.....

.....

.....

2. ประเด็นที่ต้องค้นหาเพิ่มเติม.....

.....

.....

คุณลักษณะของผู้ให้ข้อมูล.....

.....

.....

3. ประเด็นที่ต้องค้นหาเพิ่มเติม

.....

.....

คุณลักษณะของผู้ให้ข้อมูล.....

.....

.....

4. ประเด็นที่ต้องค้นหาเพิ่มเติม.....

.....

.....

คุณลักษณะของผู้ให้ข้อมูล.....

.....

.....

แบบบันทึกส่วนบุคคลของผู้วิจัย  
ครั้งที่.....

ปัญหา-อุปสรรค และสิ่งดี ๆ	แนวทางการแก้ไข
1..... ..... .....	1..... ..... .....
2..... ..... .....	2..... ..... .....
3..... ..... .....	3..... ..... .....
4..... ..... .....	4..... ..... .....
5..... ..... .....	5..... ..... .....
6..... ..... .....	6..... ..... .....

ข้อสรุป

.....  
.....  
.....  
.....

## ประวัติผู้เขียน

ชื่อ – สกุล นายสุรียา ฟองเกิด

วัน เดือน ปีเกิด 29 พฤษภาคม 2526

ที่อยู่ 83 หมู่ 5 ตำบลเบญจจร อำเภอลองหาด จังหวัดสระแก้ว 27260

**ประวัติการศึกษา**  
 พ.ศ. 2549 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี  
 พยาบาลศาสตรบัณฑิต

**ประวัติการทำงาน**  
 พ.ศ. 2549 – 2550 พยาบาลวิชาชีพ งานห้องผ่าตัด โรงพยาบาลชลบุรี  
 พ.ศ. 2550 – 2561 พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ  
 ภาควิชาการพยาบาลอนามัยชุมชนและจิตเวช  
 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี

**ตำแหน่งและสถานที่ทำงานในปัจจุบัน**  
 พ.ศ. 2561 – ปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการสอน)  
 ภาควิชาการพยาบาลอนามัยชุมชนและจิตเวช  
 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี