

รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้าน โดยครอบครัว

ปารัชชญาน์ วงษ์ไตรรักษ์

คุณฉันทิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต

สาขาวิชาการศึกษาและการพัฒนาสังคม

คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

เมษายน 2561

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

คณะกรรมการควบคุมคุณวุฒิบัณฑิตและคณะกรรมการสอบคุณวุฒิบัณฑิต ได้พิจารณา
 คุณวุฒิบัณฑิตของ ปาร์ยชญาน์ วงษ์ไตรรักษ์ จบปีนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
 ตามหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการศึกษาและการพัฒนาสังคม ของมหาวิทยาลัยบูรพาได้

คณะกรรมการควบคุมคุณวุฒิบัณฑิต

.....*สมชาย งาม*..... อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก
 (รองศาสตราจารย์ ดร.สมหมาย แจ่มกระจ่าง)

.....*สุรินทร์ สุทธิชาติ*..... อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
 (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุรินทร์ สุทธิชาติพิทย์)

คณะกรรมการสอบคุณวุฒิบัณฑิต

.....*เสาวคนธ์*..... ประธาน
 (ศาสตราจารย์ นายแพทย์ศาสตร์ เสาวคนธ์)

.....*สมชาย งาม*..... กรรมการ
 (รองศาสตราจารย์ ดร.สมหมาย แจ่มกระจ่าง)

.....*สุรินทร์ สุทธิชาติ*..... กรรมการ
 (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุรินทร์ สุทธิชาติพิทย์)

.....*รุ่งฟ้า กิติญาณสันต์*..... กรรมการ
 (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่งฟ้า กิติญาณสันต์)

คณะศึกษาศาสตร์ อนุมัติให้รับคุณวุฒิบัณฑิตจบปีนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
 ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการศึกษาและการพัฒนาสังคม ของมหาวิทยาลัยบูรพา

.....*วิจิต สุรัตน์เรืองชัย*..... คณบดีคณะศึกษาศาสตร์
 (รองศาสตราจารย์ ดร.วิจิต สุรัตน์เรืองชัย)

วันที่ *๑๐* เดือน *กุมภาพันธ์* พ.ศ. 2561

การวิจัยนี้ได้รับเงินอุดหนุนวิทยานิพนธ์ ระดับบัณฑิตศึกษา
จากคณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
ประจำภาคต้น ปีการศึกษา 2560

กิตติกรรมประกาศ

คุษฎีนิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยพระคุณของคุณแม่มลิวัลย์ ชีระไตรรักษ์ คุณพ่อชัชววัฒน์ ชีระไตรรักษ์ คุณป้ากิมเฮง และคุณลุงปรีชา โพธิ์เดช ที่ให้การสนับสนุนในทุก ๆ ด้านทั้งกำลังกาย กำลังใจ และทุก ๆ สิ่ง ในความมุ่งมั่นต่อการศึกษาตั้งแต่เด็กจนโต และด้วยความกรุณาจาก รองศาสตราจารย์ ดร.สมหมาย แจ่มกระจ่าง อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สุรินทร์ สุทธิชาติพิทย์ อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม และท่านอาจารย์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้มาตั้งแต่เริ่มต้นการศึกษาจนถึงระดับปริญญาเอก

ขอกราบขอบพระคุณ คณาจารย์สาขาวิชาการศึกษาและการพัฒนาสังคม คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพาทุกท่าน และพี่ ๆ เพื่อน ๆ น้อง ๆ ทุกท่านที่เป็นที่ปรึกษาและให้การดูแลกันมาตลอด โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ดร.พวงทอง อินใจ และ ดร.กาญจนา พิบูลย์ ที่เป็นพี่สาวที่ดูแลน้องมาอย่างดีมาโดยตลอดตั้งแต่ศึกษาอยู่ในระดับปริญญาโทจนถึงปริญญาเอก รวมทั้งขอขอบคุณพี่ ๆ เพื่อน ๆ น้อง ๆ ทั้งที่ทำงาน และที่สถาบันการศึกษาทุกคน ที่เป็นกำลังใจให้กันและกันอย่างสม่ำเสมอ ขอขอบคุณผู้สูงอายุติดเตียงและผู้ดูแลทุกครอบครัว ที่เป็นผู้สร้างประสบการณ์ในการดูแลที่ดี จุดประกายให้เกิดการศึกษาวิจัยนี้ และขอขอบคุณทุกท่านที่มีได้ปรากฏชื่อในคุษฎีนิพนธ์เล่มนี้ที่ เป็นผู้ผลักดันในการมาศึกษาในระดับปริญญาเอกในครั้งนี้ สุดท้ายนี้ขอขอบคุณ มหาวิทยาลัยบูรพาที่ให้ทุนอุดหนุนในการทำคุษฎีนิพนธ์ฉบับนี้

ปาร์ชชญาณ์ วงษ์ไตรรักษ์

53810135: สาขาวิชา: การศึกษาและการพัฒนาสังคม; ปร.ด. (การศึกษาและการพัฒนาสังคม)

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุติดเตียง/ การดูแลที่บ้าน/ รูปแบบการดูแลโดยครอบครัว

ปารัชชานันท์ วงษ์ไตรรักษ์: รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้านโดยครอบครัว

(FAMILY CAREGIVERS MODEL FOR BED BOUND ELDERLY AT HOME)

คณะกรรมการควบคุมคุณภาพนิพนธ์: สมหมาย แจ่มกระจ่าง, Ph.D., สุรินทร์ สุทธิธาทิพย์, Ed.D.

183 หน้า, ปี พ.ศ. 2561.

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอรูปแบบและประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้านที่ดีโดยครอบครัว เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) โดยการเก็บข้อมูลแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) และการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม (Non-participant observation) เลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจงตามเกณฑ์ จำนวน 20 คน

ผลการวิจัย พบว่า รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้านโดยครอบครัว ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ องค์ประกอบที่ 1 การยอมรับการเป็นผู้ดูแล (Acceptance to be a caregiver) มี 4 ประเด็น คือ 1) การตัดสินใจในการทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลัก 2) การประเมินตนเอง และเศรษฐกิจของผู้ดูแล 3) การจัดการตนเอง เพื่อจัดการปัญหาด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และบทบาทหน้าที่ที่รับผิดชอบของตนเอง 4) ผลตอบแทนที่ตนเองได้รับจากการเข้ามาทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลัก องค์ประกอบที่ 2 การปรับตัวและการพัฒนาของผู้ดูแลหลัก (Adjustment and development) ในด้านการเรียนรู้ การลงมือปฏิบัติ การปรับปรุงพัฒนา และการประเมินผล เพื่อให้เกิดกระบวนการดูแลที่ดี มี 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้านหลังจากพักรักษาตัวที่โรงพยาบาล ระยะที่ 2 การดูแลที่บ้าน ระยะที่ 3 การพัฒนาและการดูแลที่ต่อเนื่อง องค์ประกอบที่ 3 การเอื้ออาทรจากชุมชน (Assistance from community) ได้แก่ เครือญาติ เพื่อนบ้าน ชุมชน ทีมสุขภาพในชุมชน (ทีมหมอมครอบครัว อสม. ทีมบุคลากรด้านสุขภาพ) องค์ประกอบส่วนท้องถิ่น มีการให้ความช่วยเหลือสนับสนุนเพื่อให้สถาบันครอบครัวมีความเข้มแข็งในการดูแลผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน

35810135: MAJOR: EDUCATION AND SOCIAL DEVELOPMENT; Ph.D. (EDUCATION AND SOCIAL DEVELOPMENT)

KEYWORDS: BED BOUND ELDERS/ BEDRIDEN ELDERS/ FAMILY CAREGIVERS AT HOME MODEL

PARYCHAYA WLONGTAIRUAK: FAMILY CAREGIVERS MODEL FOR BED BOUND ELDERS AT HOME. ADVISORY COMMITTEE: SOMMAI JAMKRAJANG, Ph.D., SURIN SUTHITHATIP, Ed.D. 183 P. 2018.

This qualitative research aimed to study and synthesize the care model of bed bound elders by family caregivers at home. In-depth interview and non-participant observation were used. The purposive selection of 20 family caregivers at the primary home care who met the good caregiver criteria score were invited.

The result revealed that family caregiver model for bed bound elderly at home consisted of three elements: firstly, acceptance to be a caregiver, consisting of 1) deciding to be a family caregiver 2) self-assessment including and economic status. 3) self-management to manage the problems on health, economic and responsible roles. 4) self-reimbursement from family caregiver. Secondly, adjustment and development consisted of learning to practice. Improvement and evaluation to reach a good care process in three phases: phase 1: learning before leaving the hospital, phase 2: continuing care at home, and phase 3: developing and maintaining good care continuously. Thirdly, Assistance from community: they were supported by relatives, neighbors, the community health volunteers the community health care team, and local government in order to empower the family to become a caregiver for a sustainable elderly care.

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	จ
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฌ
สารบัญภาพ.....	ญ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	3
คำถามการวิจัย.....	3
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	3
ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย.....	4
ขอบเขตของการวิจัย.....	5
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	5
2 เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	7
สถานการณ์และนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะนอนติดเตียง.....	7
แนวคิดทฤษฎีกรอบครัว.....	18
แนวคิดการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้าน.....	25
แนวคิดทฤษฎีการปรับตัว.....	47
แนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้เชิงประสบการณ์.....	52
แนวคิดการพัฒนารูปแบบ.....	55
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	59
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	64
ผู้ให้ข้อมูล.....	64
วิธีการดำเนินการวิจัย.....	65
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	65
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	67

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	67
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	70
การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย.....	71
4 ผลการวิจัย.....	73
ระยะที่ 1 ประสิทธิภาพการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้าน โดยครอบครัว.....	74
ระยะที่ 2 เสนอรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้าน โดยครอบครัว.....	131
5 สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	140
สรุปผลการวิจัย.....	140
อภิปรายผล.....	153
ข้อเสนอแนะ.....	156
บรรณานุกรม.....	158
ภาคผนวก.....	167
ประวัติย่อของผู้วิจัย.....	183

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	ลักษณะของผู้สูงอายุติดเตียง.....	74
2	สาเหตุและความบกพร่องในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุติดเตียง.....	77
3	ลักษณะของผู้ดูแลหลักผู้สูงอายุติดเตียง.....	79
4	การเตรียมความพร้อมด้านเศรษฐกิจในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง.....	89
5	ลักษณะผู้สูงอายุติดเตียงและการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้าน.....	135

สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
1 กรอบแนวคิดการวิจัย.....	4
2 The experiential learning cycle ‘touches all the bases’.....	54
3 การจัดสิ่งแวดล้อม.....	98
4 การจัดการสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน.....	99
5 นวัตกรรมที่ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง.....	112
6 การดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้าน โดยครอบครัว: โมเดลสามเอ (3-A Model).....	138

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันสังคมไทยกำลังเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างเต็มตัว ด้วยการมีจำนวนประชากรวัยสูงอายุที่เพิ่มขึ้น จากการคาดประมาณการสถิติทางประชากรในปี พ.ศ. 2564 มีแนวโน้มที่ประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์โดยมีผู้สูงอายุ ร้อยละ 20 และในปี พ.ศ. 2579 มีแนวโน้มผู้สูงอายุจะเพิ่มสูงขึ้นถึง ร้อยละ 30 (สถาบันวิจัยประชากรและสังคมมหาวิทยาลัยมหิดล, 2557) อีกทั้งในปัจจุบันมีแนวโน้มของการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เพิ่มสูงมากขึ้น อันได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการทำให้เกิดภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุ เนื่องจากหนทางการนำไปสู่ภาวะพึ่งพิงในวัยสูงอายุนั้นมี 4 เส้นทาง ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง (อัมพาต) โรคสมองเสื่อม โรคเรื้อรังร่วมหลายโรค และอายุมากกว่า 80 ปีขึ้นไป ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะที่ต้องพึ่งพิงมากที่สุด โดยอยู่ในสภาพติดเตียง ต้องมีผู้ดูแลอย่างสมบูรณ์ (ศิริณี ศรีหาคาศ, โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และกณิศร เต็งรัง, 2556) ทำให้เกิดการดูแลในระยะยาว

จากการจัดอันดับภาวะพึ่งพิง ของ Human development report ในปี พ.ศ. 2557 พบว่าในกลุ่มประเทศอาเซียน ประเทศไทยมีอัตราพึ่งพิงทางอายุของวัยสูงอายุอยู่ที่ ร้อยละ 14.5 ซึ่งเป็นอันดับสองรองจากประเทศสิงคโปร์ และมีภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของภาครัฐต่อค่าใช้จ่ายของประเทศโดยรวม สูงมากถึงร้อยละ 79.5 ซึ่งสูงเป็นอันดับสองรองจากประเทศบรูไน โดยภาวะพึ่งพิงของวัยสูงอายุต่อประชากรวัยทำงาน พบว่า ภาคเหนือมีสัดส่วนมากที่สุด คือ 104.6 ต่อพันประชากร และเป็นผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะ “ติดเตียง” คือ อยู่ในสภาพที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ต้องการผู้ดูแลอย่างสมบูรณ์มากถึงร้อยละ 2 ของประชากรผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพิง (สถาบันวิจัยประชากรและสังคมมหาวิทยาลัยมหิดล, 2557) ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อภาระค่าใช้จ่าย ที่รัฐจะต้องใช้ในการดูแลสวัสดิการด้านสุขภาพให้กับผู้สูงอายุ โดยค่าใช้จ่ายที่ต้องใช้ในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในสถานบริบาล หรือโรงพยาบาลของภาครัฐนั้นมีค่าใช้จ่ายที่สูงมากตามภาระในการดูแล มีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยประมาณ 15,000บาท-59,500 บาทต่อเดือน เป็นอย่างต่ำ แตกต่างกับค่าใช้จ่ายของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านที่มีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยประมาณ 6,795 บาทต่อเดือน ซึ่งในการดูแลโดยสถานบริบาลหรือโรงพยาบาลของภาครัฐนั้นมีค่าใช้จ่ายที่สูงกว่าที่ครอบครัวดูแลเกือบ 10 เท่า (วรวุฒิ สุวรรณระดา, 2552, หน้า 23-24)

ในสังคมไทยครอบครัวยังเป็นสถาบันหลักที่ให้การดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวเมื่อต้องการการพึ่งพิง โดยพบว่า ร้อยละ 95.5 ครอบครัวเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงอยู่ที่บ้าน ด้วยค่านิยมความเชื่อในเรื่อง “ความกตัญญู” เป็นหน้าที่ของลูก หลาน หรือ ภรรยา ที่ต้องทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลต่อเนืองที่บ้านเมื่อผู้สูงอายุเกิดภาวะที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ โดยให้การดูแลทั้งการทำกิจวัตรประจำวันและเมื่อเกิดการเจ็บป่วย การดูแลที่บ้านในระยะยาว พบว่า ทำให้เกิดผลกระทบทางเศรษฐกิจมากที่สุด คือ ผู้ดูแลเสียโอกาสในด้านอาชีพ ทำให้มีปัญหาเงินไม่พอใช้ ต้องมีหนี้สินและผู้ดูแลรู้สึกโดดเดี่ยว มีความเครียดสูง โดยต้องให้การดูแลเพียงลำพังเกือบตลอด 24 ชั่วโมงขาดโอกาสทางสังคม เกิดความขัดแย้งกับญาติพี่น้อง และ ไม่มีแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือจากชุมชนและในการดูแลยังขาดหลักประกันในการดูแลที่บ้าน อีกทั้งขาดอุปกรณ์ในการอำนวยความสะดวกในการดูแล และประสบปัญหาการเคลื่อนย้ายเมื่อผู้สูงอายุการเดินทางไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาล (ศิริณี ศรีหาค และคณะ, 2556, หน้า 143-148)

แม้ว่าครอบครัวจะมีผลกระทบและปัญหามากมายในการที่ต้องให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ เป็นผู้สูงอายุติดเตียง ที่ต้องให้การดูแลในระยะยาว แต่ยังคงพบว่า ผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัวนั้น มีการรับรู้ความรู้สึกถึงผลด้านบวกต่อการทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลอยู่หลายประการ คือ ผู้ดูแลรู้สึกดีที่ได้ตอบแทนบุญคุณเป็นที่พึงได้ในฐานะเป็นบุตร เป็นภรรยา เป็นลูกหลาน และได้แสดงการตอบแทนในคุณความดีที่ผู้สูงอายุเคยทำให้กับผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัวให้การดูแลด้วยความรัก ไม่ทอดทิ้ง เกิดสัมพันธภาพ และการดูแลที่ดีในการดูแลระยะยาวต่อเนืองที่บ้าน (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, ทศนา ชูวรรณะปรกร, เตือนใจ ภักดีพรหม, เพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์ และผ่องพรรณ อรุณแสง, 2552; ศิริณี ศรีหาค และคณะ, 2556) ซึ่งในวัฒนธรรมสังคมไทย ยังมีความเชื่อ ทศนคติ และศักยภาพที่ดีของครอบครัวในการทำหน้าที่ให้การช่วยเหลือดูแล เอาใจใส่ผู้สูงอายุติดเตียงทั้งทางด้านร่างกายและด้านจิตใจได้เป็นอย่างดี

การสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ปัจจุบันมีรูปแบบการดูแลที่ชัดเจนมากขึ้น โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) มีแผนยุทธศาสตร์การจัดการระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง พ.ศ. 2557-2561 ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564) โดยยึดหลัก “คนเป็นศูนย์กลางการพัฒนา” ที่ขับเคลื่อนบนฐาน การใช้ภูมิปัญญาและนวัตกรรม ในขณะที่ประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างผู้สูงอายุมากขึ้น จำนวนประชากรวัยแรงงานลดลง ทำให้มีแนวโน้มให้เกิดภาวะในการพึ่งพิงที่สูงขึ้น ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจและการขาดผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้านเพราะสมาชิกในครอบครัวมีความรู้สึกว่าจะต้องเป็นผู้รับภาระในการเป็นผู้ดูแล การวิจัยเพื่อหา

แนวทางการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุจึงมีความสำคัญ เพื่อการเตรียมความพร้อมของครอบครัว และผู้เกี่ยวข้องในระบบบริการสุขภาพในอนาคต การดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่เจ็บป่วยเรื้อรัง มีความพิการ หรือทุพพลภาพ ที่เกิดการสูญเสียความสามารถในการทำกิจกรรมการดูแลตนเองใน ระยะเวลาชานนั้น กระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานราชการทุกภาคส่วนมีการร่วมกันบูรณาการ กิจกรรมการดูแลที่มีความหลากหลาย เช่น มีการอบรมอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Care giver) โดยมีเป้าหมาย เพื่อส่งเสริมการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในระยะยาว ให้ได้รับการดูแลเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี บนพื้นฐาน ของการเคารพศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ การดูแลระยะยาวเป็นการดูแลที่สำคัญของระบบบริการ สุขภาพและบริการทางสังคม ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญในการขับเคลื่อนทางสังคม การดูแลผู้สูงอายุติด เตียงตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) ในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงของสมาชิก ในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลหลักยังเป็นการดูแลที่ดี แต่การปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้านที่ ดี นั้นยังมีการศึกษาน้อยมาก ผู้วิจัยเห็นถึงความสำคัญในการศึกษารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง โดยครอบครัว ตามประสบการณ์จริงที่ได้ปฏิบัติเป็นระยะเวลาที่ยาวนานของครอบครัวในบริบท สังคมไทย เพื่อนำเสนอรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่ดีที่บ้านได้อย่างเป็นรูปธรรม สอดคล้อง กับบริบททางสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปของคนไทย และสนับสนุนให้สถาบันครอบครัว มีความเข้มแข็งในการดูแลผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้านที่ดี โดยครอบครัว
2. เพื่อนำเสนอรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้าน โดยครอบครัว

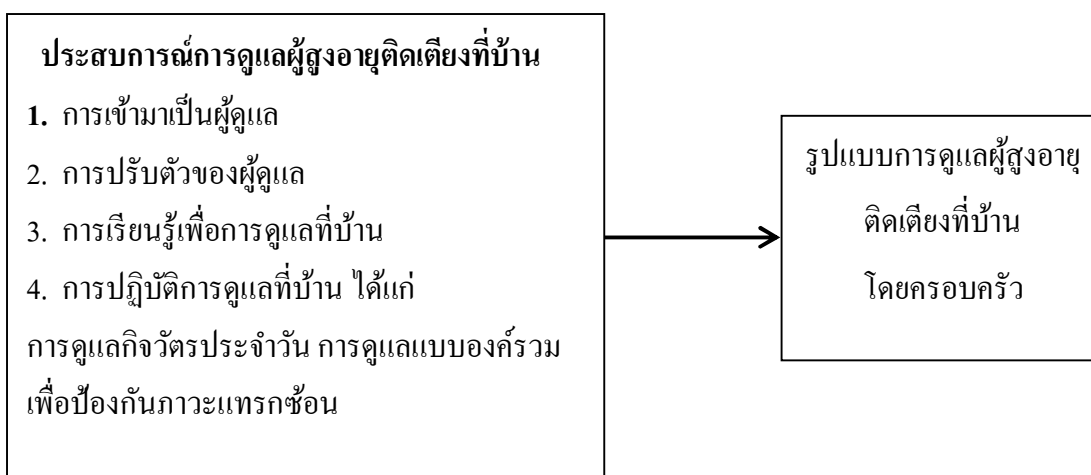
คำถามการวิจัย

1. ประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้านที่ดี โดยครอบครัวเป็นอย่างไร
2. รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้าน โดยครอบครัวเป็นอย่างไร

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้าน โดยครอบครัว ผู้วิจัยกำหนดกรอบ แนวคิดในการวิจัยโดยทบทวนวรรณกรรมการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงตามแนวคิดการดูแลของ Watson (2000) การดูแลแบบเอื้ออาทรเป็นพลังภายในบุคคลและการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เพื่อ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค ดูแลรักษาและฟื้นฟูสุขภาพ โดยผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงนั้น

ต้องมีการปรับตัวในทุกระยะของการดูแล การรับรู้ข้อมูลในการดูแล การตัดสินใจ การแสดงอารมณ์ ตลอดจนการตอบสนองในการแสดงออกทางพฤติกรรมตามแนวคิดทฤษฎี การปรับตัวของ Roy and Andrews (1999) ความรู้สึกต่อการทำหน้าที่ผู้ดูแล บทบาทหน้าที่ในการดูแล และความช่วยเหลือจากผู้อื่น การปรับตัวเพื่อเป็นการตอบสนองต่อการที่จะมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน เพื่อให้การดูแลที่รู้สึกมั่นคง ปลอดภัย การดูแลเอาใจใส่อย่างสม่ำเสมอ และแนวคิด กระบวนการเรียนรู้จากประสบการณ์ (Kolb, 1984) การเรียนรู้จากประสบการณ์ตรงของผู้ดูแล ผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้าน เป็นกระบวนการเรียนรู้เพื่อการพัฒนา การทำซ้ำในการแก้ปัญหา จึงทำให้เรียนรู้ในสิ่งใหม่ในการดูแล



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย

1. ได้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้าน เพื่อให้ผู้ดูแลและครอบครัวมีความรู้ในการเตรียมความพร้อมเพื่อการดูแลระยะยาว
2. ทีมผู้ให้บริการทางสุขภาพสามารถนำข้อมูลไปใช้เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบบริการ การประเมินการดูแล การให้ความช่วยเหลือผู้ดูแล ในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้าน ต่อเนื่องระยะยาว
3. สถานศึกษาสามารถนำข้อมูลไปจัดการเรียน การสอนให้กับบุคลากรทางสุขภาพ เพื่อให้คำปรึกษาและการดูแลอย่างเป็นองค์รวมในครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้าน

4. ข้อมูลใช้เป็นแนวทางในพัฒนาระบบในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง โดยครอบครัวมีส่วนร่วมในการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้านตามบริบทสังคมไทย

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยนี้ศึกษาผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้าน โดยเป็นผู้ดูแลหลักให้การดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้านที่ได้รับการประเมิน BADL index (Barthel activity of daily living index) เป็นผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการดูแลอย่างสมบูรณ์ (0-4 คะแนน) และผู้ดูแลมีคุณสมบัติ ดังนี้

1. ผู้ดูแลเป็นสมาชิกในครอบครัว ให้การดูแลโดยไม่หวังค่าจ้างตอบแทน และปฏิบัติเป็นประจำ สมาชิกในครอบครัวหรือผู้ดูแลยอมรับว่าเป็นผู้ดูแลหลักเมื่ออยู่ที่บ้าน
2. มีประสบการณ์การเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงมาไม่น้อยกว่า 1 ปี
3. สามารถดูแลผู้สูงอายุติดเตียงได้ตามเกณฑ์การประเมินในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่ดีเมื่ออยู่ที่บ้าน ได้แก่ ผู้สูงอายุติดเตียงร่างกายสะอาด ไม่มีกลิ่นอับของปัสสาวะ ไม่มีแผลกดทับ และภายใน 6 เดือนที่ผ่านมาไม่ได้เข้านอนในโรงพยาบาล

ผู้ดูแลต้องมีสภาวะจิตใจและร่างกายที่ปกติ มีความพร้อมในการให้ข้อมูล สามารถสื่อสารภาษาไทยได้เป็นอย่างดี มีสติสัมปชัญญะดี สามารถเล่าประสบการณ์ต่าง ๆ ในระยะการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้านได้ ตั้งแต่ผู้สูงอายุเริ่มนอนติดเตียงจนถึงปัจจุบัน มีความยินดีให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้าน เป็นผู้ที่สามารถลงนามยินยอมให้ความร่วมมือในการทำวิจัยได้ด้วยตนเองตามกฎหมาย และยินดีเข้าร่วมการวิจัย

นิยามศัพท์เฉพาะ

ครอบครัว หมายถึง สมาชิกครอบครัวที่มีความสัมพันธ์กันโดยสายเลือด เช่น บุตร หลาน พี่ น้อง หรือมีความสัมพันธ์ทางองค์ประกอบ/ ทางกฎหมาย เช่น สามี ภรรยา สะใภ้ เขย

ผู้ดูแล หมายถึง ผู้ดูแลหลัก โดยเป็นผู้รับผิดชอบในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงโดยตรงอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง ตั้งแต่ระยะที่เจ็บป่วยและเมื่ออยู่ที่บ้าน ทำหน้าที่ในการดูแลกิจวัตรประจำวัน โดยสมาชิกในครอบครัวและตนเองยอมรับว่าเป็นผู้ดูแลหลัก

ผู้สูงอายุติดเตียง หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง ที่มีค่าการประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันขั้นพื้นฐาน (BADL Index) (0-4 คะแนน) ไม่สามารถช่วยตัวเอง ต้องให้การดูแลอย่างสมบูรณ์

ประสบการณ์การดูแล หมายถึง การดำเนินชีวิตที่ผ่านมาของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ตั้งแต่เข้ามาเป็นผู้ดูแลจนสามารถให้การดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้านได้เป็นอย่างดี

ประกอบด้วย ประสพการณ์ในการปรับตัวของผู้ดูแล ได้แก่ การเตรียมความพร้อมในการเป็นผู้ดูแล การปรับตัวด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ ด้านสังคมและเศรษฐกิจ และประสพการณ์ในการปฏิบัติ การดูแลที่บ้าน ได้แก่ การดูแลกิจวัตรประจำวัน และการดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน

การป้องกันภาวะแทรกซ้อน หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมในการป้องกันการเกิด แผลกดทับ การป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ การป้องกันการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ การป้องกันการเกิดข้อติดแข็ง และการดูแลภาวะจิตใจของผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้าน

การดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้านที่ดี หมายถึง การดูแลผู้สูงอายุติดเตียงของผู้ดูแล เมื่ออยู่ที่บ้าน โดยผู้สูงอายุติดเตียงมีร่างกายสะอาด ไม่มีกลิ่นอับ ไม่มีกลิ่นปัสสาวะ ไม่มีแผลกดทับ และภายใน 6 เดือนที่ผ่านมา ไม่ได้เข้านอนในโรงพยาบาล

รูปแบบการดูแลที่บ้าน หมายถึง กระบวนการและการปฏิบัติการดูแลที่บ้านโดยสมาชิก ในครอบครัวเป็นผู้ดูแลหลัก ซึ่งมี 3 องค์ประกอบ คือ องค์ประกอบที่ 1 การยอมรับการเป็นผู้ดูแล (Acceptance to be a caregiver) องค์ประกอบที่ 2 การปรับตัวและการพัฒนา (Adjustment and development) ประกอบด้วย การเรียนรู้ การลงมือปฏิบัติ ปรับปรุงพัฒนา และการประเมินผล เพื่อให้เกิดการกระบวนการดูแลที่ดี องค์ประกอบที่ 3 การเอื้ออาทรจากชุมชน (Assistance from community) เป็นการได้รับความช่วยเหลือจากเครือข่าย และชุมชน เช่น เพื่อนบ้าน ทีมสุขภาพ และ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

บทที่ 2

เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงโดยครอบครัว ได้ทำการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องดังต่อไปนี้

1. สถานการณ์และนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะนอนติดเตียง
2. แนวคิดทฤษฎีครอบครัว
3. แนวคิดการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้าน
4. แนวคิดทฤษฎีการปรับตัว
5. แนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้เชิงประสบการณ์
6. แนวคิดการพัฒนารูปแบบ
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สถานการณ์และนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะนอนติดเตียง

สถานการณ์ผู้สูงอายุที่มีภาวะนอนติดเตียง

จากการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างประชากรของประเทศไทยที่เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ โดยมีแนวโน้มผู้สูงอายุในปี พ.ศ. 2564 เพิ่มขึ้นร้อยละ 20 ของประชากรทั้งประเทศ ผู้สูงวัยมีแนวโน้มที่จะมีอายุยืนยาวมากขึ้น โดยอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดของคนไทยในปี พ.ศ. 2557 เพศชาย 71.3 ปี เพศหญิง 78.2 ปี ซึ่งจำนวนกลุ่มผู้สูงอายุวัยกลางและวัยปลายมีแนวโน้มที่เพิ่มสูงขึ้น สะท้อนถึงภาระการดูแลที่มากขึ้น จากความเสื่อมทางร่างกายส่งผลต่อภาวะพึ่งพิง โดยส่งผลต่อภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลที่เพิ่มสูงขึ้น จากการรวบรวมสถิติทางประชากรของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล พบว่า เมื่อเปรียบเทียบดัชนีภาวะพึ่งพิง คือ การเปรียบเทียบสัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีอายุ ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป เทียบกับประชากรวัยทำงาน คือ ช่วงอายุ 15-59 ปี ในจำนวน 100 คน (60+ / < 15) พบว่า ภาวะพึ่งพิงของวัยสูงอายุที่มากที่สุด คือ ภาคเหนือ 104.6 ต่อพันประชากร รองลงมา คือ ภาคกลาง 85.1 ต่อพันประชากร และจากการสำรวจภาวะสุขภาพผู้สูงอายุไทย ปี พ.ศ. 2556 พบว่า ผู้สูงอายुर้อยละ 2 ของผู้สูงอายุอยู่ในภาวะ “ติดเตียง” ที่ต้องการการพึ่งพิง คือ อยู่ในสภาพพิการไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ จากข้อมูลการพึ่งพิงในวัยผู้สูงอายุต่อประชากรวัยแรงงานในปี พ.ศ. 2553 พบว่า ประชากรวัยแรงงาน 5 คน ต้องรับภาระการดูแลผู้สูงอายุ 1 คน และปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงของครอบครัวไทย คือ มีขนาดเล็กลง รูปแบบของครอบครัว

เปลี่ยนแปลงไปโดยในช่วงปี พ.ศ. 2543-2556 พบว่า ขนาดของครอบครัวเล็กลง เป็นครัวเรือนเดี่ยว และครัวเรือนแหว่งกลาง มีการขยายตัวมากที่สุด จากความสัมพันธ์ทางสังคมและขนาดของครอบครัวที่เปลี่ยนแปลงไป อีกทั้งแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของพื้นที่ชนบทไปสู่ความเป็นสังคมเมืองมีเพิ่มขึ้น แรงงานภาคการเกษตรลดลงย้ายไปสู่ระบบแรงงานภาคอุตสาหกรรม และพนักงานที่ต้องทำงานประจำมากขึ้น เนื่องจากพื้นที่ทางการเกษตรลดลง ทำให้ครอบครัวเสี่ยงต่อการขาดผู้เข้ามาเป็นดูแล อีกทั้งคนไทยยังมีปัญหาเชิงคุณภาพทั้งด้านการดูแลสุขภาพ การเรียนรู้ และคุณธรรม คุณภาพการให้บริการทางสาธารณสุขยังคงมีความเหลื่อมล้ำกันระหว่างภูมิภาค โดยเฉพาะ การกระจายทรัพยากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ยังมีความขาดแคลนบุคลากรเป็นอย่างมาก

จากแนวโน้มประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มสูงขึ้นทั้งจำนวนและสัดส่วนทำให้มีความต้องการดูแลในภาวะพึ่งพิงที่เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งการบริการทางด้านสุขภาพ เนื่องจากภาวะสุขภาพที่ถดถอย อันเกิดจากการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายที่เสื่อมถอยลงตามอายุ ส่งผลต่อระดับความต้องการการดูแล เมื่ออยู่ในวัยชราตอนปลาย หรือมีภาวะทุพพลภาพที่เกิดจากการเจ็บป่วย เช่น ผู้สูงอายุมีโรคเรื้อรัง มีภาวะทุพพลภาพจากโรคหลอดเลือดในสมอง หรือการได้รับอุบัติเหตุ การพลัดตกหกล้ม และมีภาวะสมองเสื่อม ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสูงเป็นกลุ่มที่มีความยากลำบากในการเดินทางเข้ามารับการบริการในสถานบริการทางสุขภาพ อีกทั้งยังได้รับผลกระทบทางเศรษฐกิจและการดำรงชีวิตเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียงเป็นกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ต้องมีผู้ช่วยเหลือดูแลตลอดเวลา

การประเมินภาวะติดเตียงในผู้สูงอายุ

ในการแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุนั้นเพื่อการดูแลตามชุดสิทธิประโยชน์การให้บริการด้านสุขภาพ โดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขได้ประยุกต์เกณฑ์การประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามแบบประเมินดัชนี Barthel ADL index (Barthel activity of daily living index) เพื่อให้เหมาะสมกับการดำเนินงานดูแลส่งเสริมผู้สูงอายุระยะยาว ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายตามศักยภาพของผู้สูงอายุ สำหรับสังคมไทยมีการจัดประเภทของผู้สูงอายุเป็น 3 กลุ่ม ตามเกณฑ์การประเมิน ดังนี้

ผลรวมคะแนน อยู่ช่วง 0-4 คะแนน จัดเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความต้องการพึ่งพิงระดับสูง กลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ เนื่องจากมีปัญหาสุขภาพ มีความพิการ ซึ่งจัดว่าเป็นกลุ่มที่ 3 เรียกว่า กลุ่มผู้สูงอายุติดเตียง

ผลรวมคะแนน อยู่ช่วง 5-11 คะแนน จัดเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความต้องการพึ่งพิงระดับปานกลาง เป็นกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้บ้างซึ่งจัดว่าเป็นกลุ่ม 2 เรียกว่า กลุ่มผู้สูงอายุติดบ้าน

ผลรวมคะแนน ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป จัดเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีศักยภาพไม่ต้องการ
การพึ่งพิง เป็นกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้ดีซึ่งจัดว่าเป็นกลุ่ม 1 เรียกว่า กลุ่มผู้สูงอายุติดสังคม

ภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุติดเตียง ใช้แบบประเมิน ADL (Activity daily living) เป็นการวัด
ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การอาบน้ำแต่งตัว การรับประทานอาหาร
การลุก-นั่ง การเคลื่อนไหว การเข้าห้องน้ำ การกลั้นปัสสาวะ อุจจาระ ซึ่งเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญที่บอก
ให้ทราบภาวะพึ่งพิง ความต้องการการดูแล และการจัดบริการการช่วยเหลือดูแล

ในประเทศไทย การวัดภาวะพึ่งพิงด้วยตัวชี้วัด Barthel ADL index มีการศึกษา
ในประชากรผู้สูงอายุ มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2540 พบว่า สถานการณ์การพึ่งพิงในผู้สูงอายุชายมี ร้อยละ
1.7 ในผู้สูงอายุหญิงมี ร้อยละ 2.4 และเพิ่มขึ้นตามลำดับซึ่งมีผลต่อการสูญเสียปีสุขภาพที่ดีที่
สามารถช่วยเหลือตนเองได้ การสูญเสียปีสุขภาพ หรือ DALYs (Disability adjusted life years)
เป็นตัวชี้วัดภาวะสุขภาพโดยรวมทั้งจากการตายและความบกพร่องทางสุขภาพ โดยคำนึงถึง
ระยะเวลาของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร และระยะเวลาที่มีชีวิตอยู่ด้วยความพิการหรือ
ความบกพร่องทางสุขภาพ จากการศึกษาในปี พ.ศ. 2547 มีการสูญเสียปีสุขภาพในผู้สูงอายุไทย
ประมาณ 1.4 ล้านคน โดยมีสาเหตุลำดับที่ 1 เพศชายและหญิงสาเหตุเกิดจาก โรคหลอดเลือดสมอง
อันดับรองลงมา ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจและโรคปอดอุดกั้น ตามลำดับ ทำให้
ผู้สูงอายุไทยสูญเสียปีสุขภาพตั้งแต่อายุยังน้อย ทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพที่ยาวนานส่งผลการเป็น
ภาระพึ่งพิงที่ยาวนาน จำนวนผู้สูงอายุจำแนกตามระดับการพึ่งพิงการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงจนถึง
วาระสุดท้ายของชีวิต เป็นนโยบายในการดูแลระยะยาวโดยมีการให้ความหมาย การนอนติดเตียง
(Bed bound elder) หมายถึง ผู้ที่มีสุขภาพเสื่อมโทรมต้องนอนอยู่ในเตียงตลอดเวลา อาจขยับตัวได้
เพียงเล็กน้อย แต่จะช่วยเหลือตัวเองอย่างอื่นไม่ได้ แม้แต่การขับถ่าย ผู้สูงอายุที่อายุมากอาจเกิดจาก
ภาวะสุขภาพที่เสื่อมโทรม การนอนติดเตียงก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและผลข้างเคียงที่รุนแรง
ได้หลายอย่าง เช่น แผลกดทับ ภาวะขาดอาหารรุนแรง การติดเชื้อทางเดินหายใจ การติดเชื้อทางเดิน
ปัสสาวะ เป็นต้น (พวงทอง ไกรพิบูลย์, 2554)

สาเหตุการติดเตียงในผู้สูงอายุ

ประเทศไทยสาเหตุการติดเตียงในผู้สูงอายุที่พบบ่อย พบว่า ร้อยละ 40 มีโรคประจำตัว
1-2 โรค หรือมีปัญหาทางสุขภาพมากกว่า 2 ชนิดขึ้นไป ร้อยละ 19 มีโรคที่ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติ
กิจวัตรประจำวันได้ จากการเกิดภาวะทุพพลภาพระยะยาว และมีร้อยละ 7 ต้องพึ่งพิงผู้อื่น
ในการดูแลกิจวัตรประจำวัน จากการศึกษาถึงสภาพปัญหาด้านสุขภาพและภาวะทุพพลภาพ
(ภาวะจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ในภาวะเจ็บป่วย ที่มีความบกพร่องหรือความพิการทาง
ร่างกาย) ปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุไทย คือ กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและอุบัติเหตุ ซึ่งส่วนใหญ่

เป็นโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง และการหกล้ม เป็นต้น (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล, ชัยยศ คุณานุสนธิ์ และวิพุธ พูลเจริญ, 2542) นอกจากนี้ยังพบปัญหาด้านสุขภาพที่ส่งผลให้ผู้สูงอายุ 1 ใน 4 คน บกพร่องทางการเคลื่อนไหว หรือไม่สามารถทำกิจกรรมได้ตามปกติ ซึ่งถือว่ามีปัญหาสุขภาพ โดยประสบปัญหาสุขภาพนานกว่า 6 เดือน ถึงร้อยละ 19 และมีภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 4 ผู้สูงอายุไทยที่อยู่ในภาวะสุขภาพปานกลาง ปานกลาง และรุนแรงมากมีประมาณ ร้อยละ 1.7-2.1 ซึ่งจะต้องมีผู้ดูแลช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน

นโยบายและแนวทางการดูแลผู้สูงอายุของภาครัฐในประเทศไทย

ในการกำหนดแผนยุทธศาสตร์การดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุไทยที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง พ.ศ. 2557-2561 โดยคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้มีมติในการประชุม ครั้งที่ 9/ 2556 เมื่อวันที่ 5 สิงหาคม พ.ศ. 2556 และผ่านมติเห็นชอบของคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติในการประชุมเมื่อวันที่ 21 พฤศจิกายน พ.ศ. 2556 โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้ดำเนินการและจัดทำตามแผนยุทธศาสตร์ในการให้การดูแลผู้สูงอายุติดเตียงตามงบประมาณ 600 ล้านบาท ในปี พ.ศ. 2559 เพื่อส่งเสริมการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขและบริการด้านสังคมที่สนับสนุน การเข้าถึงบริการสำหรับกลุ่มติดเตียงที่ผ่านมาตรการช่วยเหลือนั้นเป็นเพียงการสงเคราะห์เป็นครั้งคราวเฉพาะหน้า มิใช่การดูแลอย่างต่อเนื่อง จากการคาดการณ์การจำนวนผู้สูงอายุที่ต้องการการพึ่งพิงระดับต่าง ๆ ปี พ.ศ. 2557-2561 จะมีผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพิงทั้งหมด ประมาณ 78,000 คน (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2558)

ดังนั้น ในร่างแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 จึงให้ความสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว โดยมีการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุ จากการระดมความคิดเห็นของภาคีเครือข่ายในทุกภาคส่วน ได้เข้ามาช่วยวิเคราะห์สถานการณ์ การดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทย ได้แก่ กลุ่มภาครัฐ กลุ่มภาคเอกชน กลุ่มภาคเยาวชน เพื่อให้ได้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะที่หลากหลายโดยสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.) ได้รวบรวมจัดเก็บข้อมูลและทำเอกสาร เมื่อ กรกฎาคม พ.ศ. 2558 เพื่อดำเนินการกำหนดทิศทางและยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศไทยในการร่างแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 ให้สามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรม ในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ที่มีความต้องการผู้ดูแลทั้งหมดอย่างสมบูรณ์ ในการทำกิจวัตรประจำวันและการดูแลภาวะเจ็บป่วย ซึ่งการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงนั้น มีเป้าหมาย เพื่อดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ และเฝ้าระวังป้องกันภาวะแทรกซ้อน ให้การบำบัดฟื้นฟูสภาพและป้องกันการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร รวมทั้งสามารถใช้ชีวิตอยู่ใน

ครอบครัวและชุมชน โดยได้รับการดูแลช่วยเหลือจากครอบครัว ชุมชน สังคม ตามความต้องการ และส่งเสริมให้ผู้ดูแลเป็นตัวแทนของผู้สูงอายุในการมีส่วนร่วม และเข้าถึงสิทธิประโยชน์ในสังคมได้ เมื่อผู้สูงอายุอยู่ในภาวะเจ็บป่วยและเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต การดูแลและการสนับสนุนโดยครอบครัวจึงเป็นสิ่งสำคัญในการดูแลต่อเนื่องอย่างมีประสิทธิภาพ

จากการประมาณการค่าใช้จ่ายที่ต้องใช้ในการดูแลระยะยาวในผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพิง ประมาณ 908-11,354 ล้านบาท (Srithamrongsawat, Bundhamcharoen, Sasat, Odton & Ratkjaroenkhajorn, 2009) โดยภาวะพึ่งพิงจากทุพพลภาพนำไปสู่การดูแลที่ซับซ้อน การบริหารจัดการเพื่อการดูแลผู้สูงอายุของภาครัฐในประเทศไทย ได้มีการร่างรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2558 ในด้านการบริหารจัดการของภาครัฐ เพื่อเอื้อต่อการพัฒนาธรรมาภิบาลภาครัฐ ในการร่างรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2558 มีมาตรการสำคัญ ๆ ที่ช่วยสนับสนุน การจัดการและบริการและปรับปรุงประสิทธิภาพกลไกการพัฒนา ดังนี้

มาตรา 69 หน่วยงานของรัฐ องค์กรเอกชน หรือองค์กรใดที่ดำเนินกิจกรรมโดยใช้เงินแผ่นดิน มีหน้าที่ต้องเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินการดังกล่าวต่อสาธารณะ เพื่อให้พลเมืองได้ติดตามและตรวจสอบ มาตรา 82 รัฐต้องดำเนินการตามแนวนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐ และต้องจัดระบบงานราชการและงานของรัฐอย่างอื่น ให้เป็นไปตามหลักธรรมาภิบาล พัฒนาและสร้างโอกาสเพื่อลดความเหลื่อมล้ำและสร้างความเป็นธรรมอย่างยั่งยืน การกระจายอำนาจและจัดการกิจอำนาจหน้าที่ที่ชัดเจนระหว่างราชการส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค และส่วนท้องถิ่น ฯลฯ

มาตรา 89 รัฐต้องดำเนินการนโยบายการเงิน การคลัง และงบประมาณภาครัฐ โดยยึดหลักการรักษาวินัยและความยั่งยืนทางการคลัง และมีการใช้จ่ายเงินแผ่นดินอย่างคุ้มค่า จัดให้มีระบบการเงินการคลังเพื่อสังคม มีระบบภาษีอากรที่มีความเป็นธรรมมีประสิทธิภาพเกิดประโยชน์สูงสุดแก่ประชาชน และสอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคม

ผลในการดำเนินงานตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ โดยยุทธศาสตร์ที่ 3 เกี่ยวข้องโดยตรงกับการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ แต่มุ่งเน้นที่การจัดการบริการในชุมชนเป็นหลัก (ไม่มีมาตรการการให้บริการด้านระบบบริการในสถานบริบาลผู้สูงอายุ) มีการติดตามประเมินแผนผู้สูงแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) ระยะที่ 2 (พ.ศ. 2550-2554) พบว่า ยุทธศาสตร์ที่ 1 และ 3 ผ่านเกณฑ์ตามตัวชี้วัดได้ไม่ถึงครึ่ง โดยเฉพาะมาตรการ ร้อยละผู้สูงอายุที่ทุพพลภาพซึ่งมีภาวะพึ่งพิงสูง (กลุ่มคิดเตียง) ได้รับการเยี่ยมอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง มีเพียงร้อยละ 38.7 ซึ่งแสดงถึงผู้สูงอายุกลุ่มคิดเตียงยังเข้าไม่ถึงบริการอยู่มาก จึงมีข้อเสนอให้เร่งขยายระบบการดูแลระยะยาวให้ครอบคลุมมากขึ้น และเร่งกำหนดมาตรฐานกำกับบริการต่าง ๆ ที่ให้แก่ผู้สูงอายุ (วิพรรณ

ประจวบเหมาะ, นภาพร ชโยวรรณ, มาลินี วงศ์สิทธิ์ และศิริวรรณ ศิริบุญ, 2556) โดยในการขับเคลื่อนของคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติได้ผลักดันการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว มีการพัฒนาแผนปฏิบัติการผลักดันและขับเคลื่อนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว 3 ปี (พ.ศ. 2554-2556) โดยมียุทธศาสตร์หลัก 3 ด้าน ได้แก่ ด้านส่งเสริมและสนับสนุนการดูแลระยะยาวในระดับท้องถิ่น ด้าน การดูแลระยะยาวที่ดำเนินการโดยหน่วยงานรัฐส่วนกลาง และด้านการดำเนินการเพื่อสนับสนุนทางการเงิน/ การคลัง โดยมีการรายงานผลดำเนินงานต่อคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติครั้งที่ 1 เมื่อปี พ.ศ. 2554-2555 ครั้งที่ 2 เมื่อวันที่ 17 มกราคม พ.ศ. 2556 สรุปได้ดังนี้

1. ด้านการสนับสนุนการดูแลระยะยาวโดยท้องถิ่น

สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขได้พัฒนาแบบการประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน และนำไปอบรมให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้พัฒนาตำบลนำร่องในการจัดบริการระยะยาวแก่ผู้สูงอายุ โดยเป็นการบูรณาการร่วมกับภาคีเครือข่าย และภาคส่วนต่าง ๆ ผลการดำเนินงานปี พ.ศ. 2555 กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดทำหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ 240 ชั่วโมง และ 70 ชั่วโมง และกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ดำเนินการฝึกอบรมผู้ดูแลโดยกลุ่มเป้าหมาย คือ ครอบครัว อาสาสมัคร มีการประกาศเกียรติคุณแก่ ผู้มีจิตอาสาดูแลผู้สูงอายุระดับดีเด่น จำนวนรวม 228 คน ในปี พ.ศ. 2555 แต่พบว่า ยังขาดการสื่อสารต่อสังคมทำให้เกิดกระแสการขยายตัวของจิตอาสา

2. การดูแลระยะยาวที่รัฐส่วนกลางดำเนินงานในการดูแล

กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับภาคีเครือข่ายพัฒนา เกณฑ์และแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (BADL Index) สุขภาพจิตและสมอง ในปี พ.ศ. 2555 เริ่มนำไปจัดการอบรมเพื่อประเมินแยกกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชน และมีการนำผลงานวิจัยที่นำไปสู่การพัฒนาการกำหนดชุดสิทธิประโยชน์บริการระยะยาว ชุดบริการเยี่ยมบ้านทั้งด้านสุขภาพและสังคม รูปแบบการบริการกลางวัน ได้แก่การวิจัยเรื่อง “พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะยาวในสถานบริการชุมชน” การศึกษาความพร้อมและความต้องการของผู้ป่วยที่ได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข: การสำรวจแบบวันเดียว กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.) ได้จัดทำมาตรฐานบ้านพักผู้สูงอายุแล้วเสร็จในปี พ.ศ. 2555 แต่มาตรฐานสถานบริบาลยังไม่ปรากฏ กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ (ฉบับที่ 6) “การประกอบกิจการให้บริการการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน” มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557 หากแต่ยังไม่พบ

การประกาศใช้ภายใต้ข้อบัญญัติท้องถิ่นแม่แต่แห่งเดียว ในปี พ.ศ. 2555 มีการจัดตั้งบริการการดูแลกลางวันและการดูแลชั่วคราวในสถานบริการภาครัฐใน รพ.สต. 4 ภาค 4 แห่ง ส่วนกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จัดบริการดูแลกลางวันและการดูแลชั่วคราวในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ 12 แห่งที่สังกัดกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ

3. การดำเนินงานเพื่อการสนับสนุนการเงิน/ การคลัง

กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ สนับสนุนเงินซ่อมบ้าน ปรับปรุงที่พักอาศัยให้ผู้สูงอายุ จำนวน 20,000 หลัง ในปี พ.ศ. 2555 กระทรวงมหาดไทย สนับสนุนโครงการบ้านท้องถิ่นไทยเทิดองค์ราชัน ในปี พ.ศ. 2554 เพื่อปรับปรุงที่อยู่อาศัย “ผู้ต้องการการดูแลระยะยาว” สำหรับมาตรการทางการเงิน/ ภาษี ในการสนับสนุนภาคเอกชน กลุ่มที่ไม่หวังผลกำไร ที่ให้บริการ “สถานบริบาล” และสนับสนุนผู้ดูแลในครอบครัวยังอยู่ในระหว่างการหารือ ยังไม่มีการดำเนินการ

คณะกรรมการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้มีการวิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ไว้ดังนี้

จุดแข็งของสังคมไทย คือ การยังคงมีวัฒนธรรมด้านความกตัญญูต่ญาติ ความเข้มแข็งของเครือข่ายในสังคมชนบท มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีระดับการขับเคลื่อนที่ดี แต่การขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ที่ผ่านมามีข้อจำกัดจากการขาดกลไกสนับสนุน ด้านการคลังที่มีประสิทธิภาพ มีการแยกหน่วยงานที่ดูแลด้านสังคมและด้านสุขภาพ ขาดเอกภาพในการขับเคลื่อนและการผลักดันอย่างเป็นระบบ การให้ความสำคัญในระดับนโยบายยังไม่เอื้อในการพัฒนาการดูแล โดยการเห็นความสำคัญจากท้องถิ่นยังต้องพัฒนา ประเด็นที่คุกคามสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุระยะยาว คือ การเปลี่ยนแปลงทางสังคม เศรษฐกิจ และประชากร ล้วนบั่นทอนความเข้มแข็งของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ ขณะเดียวกันระบบบริการด้านสุขภาพและสังคม ยังไม่มีการปรับตัวรองรับสังคมผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม

การกำหนดกรอบวิสัยทัศน์และเป้าหมายในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 12 ในการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย ดังนี้ แนวทางการพัฒนาศักยภาพคนตามช่วงวัยและการปฏิรูประบบเพื่อสร้างสังคมผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพ การพัฒนาในวัยสูงอายุให้มีการทำงานที่เหมาะสมตามศักยภาพและประสบการณ์ การสร้างเสริมและฟื้นฟูสุขภาพเพื่อป้องกันและชะลอความทุพพลภาพและโรคเรื้อรังต่าง ๆ ที่อาจก่อให้เกิดภาระแก่ปัจเจกบุคคล ครอบครัว และระบบบริการสุขภาพ ส่งเสริมการพัฒนาเทคโนโลยีและนวัตกรรมทางการแพทย์ เพื่อรองรับการเป็นสังคมผู้สูงอายุและที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุ การยกระดับการบริหารจัดการระบบสุขภาพเพื่อลดความเหลื่อมล้ำและ

สร้างความยั่งยืนในการดูแลระยะยาว โดยพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศเพื่อการบริหารทรัพยากร ด้านสุขภาพร่วมกัน พัฒนาศักยภาพของประเทศไทยสู่การเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติทั้งด้าน ศูนย์กลางบริการสุขภาพ (Medical Service Hub) ศูนย์กลางบริการเพื่อส่งเสริมสุขภาพ (Wellness hub) และศูนย์กลางการบริการวิชาการและงานวิจัย (Academic hub) เพื่อยกระดับคุณภาพบริการ สาธารณสุขในประเทศไทยรวมทั้งส่งเสริมการให้ความสำคัญกับมิติสุขภาพในทุกนโยบายสาธารณะ (Health in all policies) เพื่อสร้างการเอื้อต่อการดำรงชีพในสังคมผู้สูงอายุ โดยปรับปรุง สภาพแวดล้อมและความจำเป็นทางกายภาพให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ และพัฒนาระบบการดูแล ผู้สูงอายุในรูปแบบที่หลากหลาย ทั้งด้านการจัดบริการสุขภาพและสวัสดิการสังคมอย่างบูรณาการ โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการพัฒนาชุมชนที่มีศักยภาพและพร้อม ให้เป็นต้นแบบของการดูแลผู้สูงอายุเพื่อขยายผลไปสู่ชุมชนอื่น ตลอดจนการพัฒนานวัตกรรม ในการใช้ชีวิตประจำวันสำหรับผู้สูงอายุ

แผนยุทธศาสตร์การดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะ พึ่งพิง พ.ศ. 2557-2561 ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) การดูแลผู้สูงอายุ ดิเคเตียงระยะยาวของรัฐยังไม่มีการพัฒนาเท่าที่ควรปัจจุบันเนื่องจากมีข้อจำกัดของการดูแลผู้สูงอายุ การให้บริการของรัฐมีเฉพาะสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุที่ไม่มีญาติ ไม่มีผู้ดูแล และมีการให้บริการที่ จำกัด (สัมฤทธิ์ ศรีธีรารังสวัสดิ์, กนิษฐา บุญธรรมเจริญ, ศิริพันธ์ สาสัดย์, ขวัญใจ อำนวยศักดิ์เชื้อ, อาทิตยา เทียมไพรวลัย, 2549; ศิริพันธ์ สาสัดย์ และคณะ, 2552) อีกทั้งค่าใช้จ่ายในการดูแล ในสถานบริบาลที่รัฐต้องจ่ายเฉลี่ยประมาณ 15,000 บาท-56,500 บาทต่อเดือน ขณะที่ต้นทุนทาง เศรษฐกิจในการดูแลของครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุมีค่าใช้จ่ายประมาณ 81,537 บาทต่อปี ในขณะที่ รายได้ของประชากรไทยโดยเฉลี่ยอยู่ที่ประมาณ 187,000 บาทต่อปี (วรเวศม์ สุวรรณระดา, 2552, หน้า 23-24; สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2551)

จากภาระทางเศรษฐกิจในการดูแลระบบสุขภาพระยะยาวเมื่อเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายของ สถานบริบาลของรัฐ กับการให้การดูแลโดยครอบครัวนั้น การดูแลโดยครอบครัว มีต้นทุนที่ ต่ำกว่ามาก อีกทั้งประเทศไทยยังมีข้อจำกัดในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มดิเคเตียงในสถานบริการ เนื่องจากประเทศไทยมีความขาดแคลนอัตรากำลังบุคลากรด้านสาธารณสุขอย่างมากโดยในปัจจุบัน ประเทศไทยมีอัตรากำลังบุคลากรทางการแพทย์และพยาบาลต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานของโลก และ ต่ำกว่าประเทศสิงคโปร์ บรูไน ฟิลิปปินส์ เมื่อเทียบการดูแลผู้สูงอายุต่อแสนประชากร และ แนวโน้มการขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์พยาบาลที่รุนแรงมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งการขาดแคลน บุคลากรในการให้บริการในโรงพยาบาลชุมชน ส่งผลต่อการจัดบริการในการดูแลระยะยาวสำหรับ สถานบริบาลผู้สูงอายุอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ จากการสำรวจแหล่งประโยชน์ในการให้การดูแล

ผู้สูงอายุติดเตียงในโรงพยาบาลมีการให้บริการในการรักษาพยาบาลเฉียบพลันเป็นหลัก (Acute care oriented) การปรับตัวเพื่อรองรับการรักษาการเจ็บป่วยเรื้อรังมีความจำกัด รวมทั้งขาดระบบบริการผู้ป่วยกึ่งเฉียบพลันหรือการดูแลระยะกลาง (Intermediate care) และการขาดแคลนบุคลากรในการให้บริการระยะกลางและระยะยาว โดยเฉพาะในโรงพยาบาลชุมชน สำหรับการจัดบริการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในสถานบริการปัจจุบันส่วนใหญ่เป็นสถานบริการเอกชน สถานบริการของรัฐมีเพียงการจัดบ้านพักให้ (Residential home) เช่น บ้านบางแค และรับเฉพาะผู้ที่ช่วยเหลือตัวเองได้เท่านั้น สำหรับสถานบริการเอกชน จากการสำรวจแหล่งประโยชน์เกี่ยวกับงานบริการผู้สูงอายุของนิสิตปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อ พ.ศ. 2549 พบว่า มีการขึ้นทะเบียนสถานบริบาลผู้สูงอายุทั่วประเทศ ไทยมี 19 แห่ง มีเพียง 8 แห่ง ที่จดทะเบียนเป็นสถานพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรังที่มีลักษณะการให้บริการผู้ป่วยเรื้อรัง ประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนกับกองประกอบโรคศิลปะ สถานบริการรับดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาลมีจำนวน 5 แห่ง สถานรับดูแลและบริการจัดส่งผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุจำนวน 11 แห่ง (ขึ้นทะเบียนกับกระทรวงพาณิชย์ 8 แห่ง กระทรวงแรงงาน 8 แห่ง และไม่ขึ้นทะเบียน 1 แห่ง) โดยผู้รับบริการต้องเสียค่าใช้จ่ายเองและยังขาดมาตรฐานสถานบริบาลและขาดกลไกภาครัฐในการกำกับดูแลสถานบริบาล ดังนั้น การให้การสนับสนุนการดูแลโดยครอบครัวและชุมชนจึงเป็นสิ่งที่รัฐให้ความสนใจในการวางแผนการดูแลระยะยาว Long term care (LTC) โดยการสนับสนุนการช่วยเหลือดูแลโดยอาสาสมัครในชุมชน (Caregiver) และการติดตามเยี่ยมโดยพยาบาล (Care manager)

ในประเทศไทยครอบครัวยังเป็นผู้ดูแลหลัก มากกว่าร้อยละ 90 เพราะยังยึดมั่นในวัฒนธรรม เรื่องความกตัญญูทดแทน ความเข้มแข็งของสังคมชนบท และมีการสนับสนุนการขับเคลื่อนการดูแลที่ดี โดยการสนับสนุนงบประมาณจากองค์การบริหารท้องถิ่นในระดับตำบล ในบางแห่ง ทำให้การขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ชาติในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวนั้นสามารถดำเนินการได้จริง แต่ก็ยังมีข้อจำกัดเนื่องจากการขาดการออกแบบกลไกการสนับสนุนด้านการเงินที่มีประสิทธิภาพ ระบบการดูแลผู้สูงอายุยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจนจากนโยบายระดับประเทศ ทำให้ครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลหลัก ต้องเผชิญกับปัญหาและหาทางออกในการดูแลอย่างไร้ทิศทางส่งผลต่อประสิทธิภาพในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้าน (จเร วิชาไทย และคณะ, 2553; สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, 2557)

การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long term care: LTC)

การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวนั้นมีการสนับสนุนการทำงานตามศักยภาพและประสบการณ์ เพื่อส่งเสริมให้มีการดำรงชีวิต การสร้างเสริม และฟื้นฟูสุขภาพ เพื่อป้องกันหรือชะลอความทุพพลภาพ

และโรคเรื้อรังต่าง ๆ ที่ก่อให้เกิดภาระให้แก่ บัณฑิตบุคคล ครอบครัว และระบบบริการสุขภาพ การส่งเสริมให้มีความสำคัญกับมิติทางสุขภาพของผู้สูงอายุจึงเป็นวาระสำคัญที่ทุกนโยบายสาธารณะ (Health in all policies) เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนตามนโยบายของทุกภาคส่วน การสร้าง ความตระหนักถึงผลกระทบของนโยบายสาธารณะที่มีต่อสุขภาพประชาชนวัยสูงอายุ จาก สถานการณ์ประชากรผู้สูงอายุไทยคิดเพียงที่เพิ่มขึ้น เนื่องจากโรคเรื้อรังและภาวะเสื่อมถอย ระบบ สุขภาพที่ต้องพึ่งพิงการดูแล ผู้สูงอายุติดเตียงไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ทำให้ เกิดภาวะพึ่งพิงระยะยาวมีผลกระทบต่อครอบครัวที่ดูแล โดยมีแนวคิดในการดูแลระยะยาว 6 ประการ ดังนี้ (กนิษฐา บุญธรรมเจริญ และศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2548; ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, เล็ก สมบัติ, ปรียานุช โขภททนิพนธ์ และธนิกานต์ ศักดาพร, 2552)

1. เป็นการดูแลสำหรับบุคคลที่ป่วยเรื้อรังหรือมีความพิการหรือทุพพลภาพที่ทำให้เกิด ความสูญเสียความสามารถในการประกอบกิจกรรมอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วยและความพิการ
2. เป็นการดูแลที่ต้องใช้ระยะเวลายาวนานอย่างต่อเนื่อง
3. มีกิจกรรมที่มีความหลากหลายเกี่ยวข้องกับการสูญเสียหรือเสื่อมความสามารถ ในการทำหน้าที่ทางด้านสุขภาพทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม เช่น การดูแลกิจวัตรประจำวัน
4. เป็นการบริการที่เกิดขึ้นที่บ้านในชุมชนหรือในสถาบัน เช่น ครอบครัว สถานดูแล ผู้สูงอายุกลางวัน สถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุ โรงพยาบาล Nursing home
5. เป็นการจัดการบริการที่ผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการ ได้แก่ ผู้ดูแลในครอบครัว เพื่อนบ้าน อาสาสมัครชุมชน และผู้ดูแลที่เป็นทางการ เช่น พยาบาล ผู้ช่วยด้านสุขภาพ
6. มีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลสามารถให้การช่วยเหลือดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงระยะ ยาวในการดูแลฟื้นฟู การบำบัด รวมถึงการส่งเสริมสุขภาพที่มีคุณภาพ บนพื้นฐานของการเคารพ ศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

กลุ่มผู้สูงอายุติดเตียงส่วนใหญ่มักจะมีโรคเรื้อรัง และมีความพิการอย่างรุนแรง (Long term with extreme disabilities) ซึ่งมีสาเหตุมาจากสภาพร่างกายที่เสื่อมถอยตามอายุที่สูงขึ้น และโรคเรื้อรังที่มีการดำเนินอาการของโรคที่มากขึ้นตามพยาธิสภาพของโรคที่เจ็บป่วยบางครั้ง มีความยุ่งยากซับซ้อนในการดูแล การพร่องความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ส่งผลต่อ การเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงต่าง ๆ เช่น แผลกดทับ มีการอุดตันของทางเดินหายใจ หรือ การอุดตันทางเดินอาหาร ทางเดินปัสสาวะ ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ต้องพึ่งพิงผู้อื่นทั้งหมด (Total care) การนอนติดเตียง (Bed ridden) ต้องได้รับการดูแลที่เฉพาะเจาะจง บางคนต้องพึ่ง อุปกรณ์ทางการแพทย์ เพื่อการอยู่รอดและเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิต ได้แก่ ปัญหาทางเดินหายใจ ต้องพึ่งพิงออกซิเจน (Oxygen therapy) อาจมีการใส่ท่อเจาะคอ (Tracheostomy care)

การคาบการดูดเสมหะทางท่อเจาะคอ (Suction) การเตรียมอาหารเหลว (Blenderized diet) การให้อาหารทางสายยาง (NG Tube or gastrostomy feeding) การทำแผลกดทับ การฉีดอินซูลิน การใส่สายสวนปัสสาวะ และการใส่ระวางภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ เป็นต้น (กรมอนามัย, 2555)

สรุปแนวทางการดูแลระยะยาวที่ถูกลำมาใช้และพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (WHO, 2000; กนิษฐา บุญธรรมเจริญ และศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2548; ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ, 2552; ศิราณี ศรีหาคาศ และคณะ, 2556) ดังนี้

การดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่ป่วยเรื้อรัง มีความพิการ หรือทุพพลภาพ ที่ทำให้เกิดการสูญเสียความสามารถในการทำกิจกรรมในการดูแลตนเอง อันเนื่องจากการเจ็บป่วยทุพพลภาพเป็นการดูแลที่ต้องใช้ระยะเวลาที่ยาวนานอย่างต่อเนื่อง โดยมีกิจกรรมการดูแลที่มีความหลากหลาย ได้แก่ การดูแลด้านกิจวัตรประจำวัน เช่น การกินอาหาร การอาบน้ำ การแต่งตัว การป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการนอนติดเตียง การดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่เกิดขึ้นที่บ้านโดยครอบครัวเป็นผู้ดูแลอย่างไม่เป็นทางการ และมีการสนับสนุนอย่างเป็นทางการจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พยาบาล และสังคม โดยมีเป้าหมายเพื่อการส่งเสริมให้ผู้ดูแลสามารถให้การดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในระยะยาวในการดูแล พื้นฟู ป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการส่งเสริมสุขภาพอย่างมีคุณภาพ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดำเนินชีวิตให้เป็นอิสระบนพื้นฐานของการเคารพศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long term care) ต้องมีการให้ความสำคัญกับปัจจัยดังต่อไปนี้

1. การสร้างระบบค่านิยมการมองประโยชน์ผู้อื่น ปลูกฝังความรักและความเมตตา และจิตใจที่สงบมั่นคงทั้งกับตัวเองและผู้อื่นซึ่งเป็นพื้นฐานของความรัก
2. การสร้างความศรัทธาและความหวัง การมีชีวิตอยู่กับความจริง ซึ่งเป็นการสร้างความหวังและศรัทธา ความเชื่อในการดำเนินชีวิตบน โลกทั้งของตนเองและของผู้อื่น
3. การปลูกฝังความไวต่อความรู้สึกของตนเองและผู้อื่น ปลูกฝังการปฏิบัติทางจิตวิญญาณ
4. การสร้างสัมพันธภาพการช่วยเหลืออย่างไว้วางใจ คงไว้ซึ่งสัมพันธภาพแห่งการช่วยเหลือเพื่อการดูแล การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ความเข้าใจต่อผู้สูงอายุติดเตียง ความเห็นอกเห็นใจในการมีปฏิสัมพันธ์อย่างอบอุ่นกับผู้สูงอายุที่ดูแล
5. ส่งเสริมและยอมรับความรู้สึกทั้งทางบวกและทางลบ การแลกเปลี่ยนความรู้สึก และเตรียมตัวเองเพื่อรับความรู้สึกทั้งในทางบวกและทางลบ
6. การแก้ปัญหาและตัดสินใจอย่างเป็นระบบ ให้เป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการดูแลที่เชื่อมโยงกับความสามารถในการดูแลด้วยความรัก

7. ส่งเสริมการเรียนการสอน การเรียนรู้ประสบการณ์ ซึ่งกันและกัน ให้ความสำคัญกับความเป็นหนึ่งเดียวกัน เอาใจใส่และคิดถึงความรู้สึกของผู้อื่น

8. ประทับใจประครอง สนับสนุน และแก้ไขสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ จิตสังคม และจิตวิญญาณ การสร้างสรรค์ สภาพแวดล้อมแห่งการบำบัด

9. ความพึงพอใจต่อการดูแลช่วยเหลือเพื่อตอบสนองความต้องการ

10. การยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้น ที่เกี่ยวกับการมีชีวิตและความตาย

การดูแลระยะยาวเป็นการดูแลที่สำคัญของระบบสุขภาพและบริการทางสังคม ซึ่งผู้ดูแลมีความสำคัญต่อการดำเนินงาน ผู้ดูแลจึงเป็นหัวใจสำคัญของการดูแลระยะยาว โดยการขับเคลื่อนทางสังคมโดยแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1 พ.ศ. 2552 กำหนดปรัชญาหลักในการดูแลไว้ 3 ด้าน (ศิริณี ศรีหาคาศ และคณะ, 2558) คือ

1. ผู้สูงอายุมิใช่ผู้ด้อยโอกาส ควรได้รับการส่งเสริมและเกื้อกูลจากครอบครัว ชุมชน และรัฐให้ดำรงชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรี
2. ผู้สูงอายุที่ประสบความทุกข์ยากได้รับการเกื้อกูลจากครอบครัว ชุมชน สังคม และรัฐอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม
3. สร้างหลักประกันในวัยสูงอายุโดยการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน อีกทั้งได้กำหนดยุทธศาสตร์หลักไว้ 5 ด้าน ประกอบด้วย
 - 3.1 การเตรียมความพร้อมของประชากร
 - 3.2 การส่งเสริมและพัฒนาผู้สูงอายุ
 - 3.3 ระบบคุ้มครองทางสังคม
 - 3.4 การบริหารจัดการเพื่อการพัฒนา และพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ
 - 3.5 การประมวล พัฒนาและเผยแพร่ องค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุและการติดตาม

แนวคิดทฤษฎีครอบครัว

ความหมายครอบครัว

การให้ความหมายครอบครัวโดยสมาคมเศรษฐศาสตร์แห่งประเทศไทย (รุจา ภูไพบูลย์, 2541) ได้ให้ความหมายตามลักษณะต่าง ๆ ดังนี้

1. ทางชีววิทยา ครอบครัวเป็นกลุ่มชนที่มีความผูกพันกันทางสายโลหิต
2. ทางเศรษฐศาสตร์ ครอบครัวเป็นกลุ่มคนที่ใช้จ่ายเงินจากงบประมาณเดียวกันถึงแม้จะอาศัยอยู่ต่างที่อยู่กัน

3. ทางสังคมศาสตร์ ครอบครัวเป็นกลุ่มคนที่อยู่รวมเคหะสถานเดียวกันมีปฏิสัมพันธ์ และสนใจต่อทุกข์สุขซึ่งกันและกัน รวมทั้งมีความปรารถนาดีต่อกันโดยไม่จำเป็นต้องเป็นสายเลือดเดียวกัน

4. ทางกฎหมายหรือนิติศาสตร์ ครอบครัวที่กฎหมายยอมรับ หมายถึง ครอบครัวที่ชายหญิงจดทะเบียนสมรสอย่างถูกต้องตามกฎหมาย ซึ่งครอบคลุมถึงบุตรและบุตรบุญธรรม นอกจากนี้กฎหมายยังได้กำหนดหน้าที่รับผิดชอบของ บิดา มารดา สามี ภรรยา และบุตร ที่มีต่อกัน และกำหนดสิทธิในการรับมรดกทางกฎหมาย

โครงสร้างบทบาทครอบครัว (Role structure)

เป็นการแสดงพฤติกรรมของบุคคลในครอบครัวที่สามารถบอกถึงบทบาทและสถานภาพที่เป็นอยู่ เป็นการหล่อหลอมพฤติกรรมของบุคคล โครงสร้างบทบาทภายในครอบครัวที่สำคัญ จำแนกเป็นบทบาทเชิงเครื่องมือ (Expressive role) ได้แก่ บทบาทในการรับผิดชอบเกี่ยวกับระบบเศรษฐกิจภายในครอบครัว และความรับผิดชอบโดยตรงต่อการจัดหาทรัพยากรที่จำเป็นให้สมาชิกในครอบครัวซึ่งส่วนใหญ่จะเป็น บทบาทของสามีหรือพ่อ และบทบาทเชิงอารมณ์เป็นบทบาทเกี่ยวกับการสนับสนุนการดูแลสมาชิกในครอบครัวเมื่อเกิดการเจ็บป่วย รวมทั้งการให้การสนับสนุนด้านจิตใจ ครอบครัวที่ดีจำเป็นต้องมีโครงสร้างบทบาทที่ชัดเจน สอดคล้องกับความต้องการของสมาชิก และสามารถตอบสนองความต้องการได้

ระบบย่อยของครอบครัว เป็นการแสดงปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกันระหว่างสมาชิกในครอบครัว เป็นหน่วยย่อยที่มีการกำหนดค่านิยมบทบาทเฉพาะในครอบครัวทำให้เกิดระบบย่อยขึ้นในครอบครัว ซึ่งจำแนกตามบทบาทที่สังคมกำหนด และการทำหน้าที่เฉพาะ ได้แก่

1. ระบบย่อยคู่สามีภรรยา (Spouse subsystem) เป็นระบบที่บุคคล 2 คนมีความสัมพันธ์กันในลักษณะของคู่สมรส และในลักษณะที่ร่วมกันเป็นบิดามารดา

2. ระบบย่อยบิดามารดาและบุตร (Parent-child subsystem) เป็นระบบย่อยที่มีการแสดงบทบาทหน้าที่ของบิดามารดาที่พึงแสดงต่อบุตร และที่บุตรแสดงต่อบิดามารดา

3. ระบบย่อยพี่น้อง (Sibling subsystem) เป็นระบบย่อยที่ลูก ๆ สัมพันธ์กันเอง โดยการแสดงบทบาทหน้าที่ของพี่น้อง

4. ระบบย่อยอื่น ๆ (Other subsystem) เป็นระบบย่อยที่มีลักษณะความสัมพันธ์เฉพาะ เช่น ขายกับหลาน สะใภ้กับมารดาของสามี ลูกกับหลาน เป็นต้น

กระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันของสมาชิกในครอบครัว เป็นการหล่อหลอมบุคลิกภาพของสมาชิก ผ่านกระบวนการปฏิสัมพันธ์ภายในครอบครัว และเป็นการทำความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการคิด และความรู้สึกของผู้ดูแลที่มีต่อการกระทำอย่างใดอย่างหนึ่งในครอบครัว

ความรู้สึกของสมาชิกในครอบครัวนั้น ขึ้นอยู่กับความหมายที่แสดงออกถึงพฤติกรรม โดยทั่วไป จะแปลความหมายผ่านกระบวนการคิด การปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้น มนุษย์แต่ละคนจะพัฒนาการให้ความหมายของสถานการณ์ต่าง ๆ ผ่านการยืนยันความหมาย จากการกระทำต่อผู้อื่น จะเห็นได้ว่าการติดต่อสื่อสารมีความสำคัญมาก เมื่อมองในแง่การปฏิสัมพันธ์ การสื่อความหมายระหว่างบุคคล ส่วนใหญ่เป็นผลของการใช้สัญลักษณ์ร่วมกัน ซึ่งมีทั้งที่เป็นตัวอักษร (คำ) และที่ไม่เป็นลายลักษณ์อักษร (การแสดงกริยาท่าทางหรือความรู้สึก) แนวคิดการปฏิสัมพันธ์เชิงสัญลักษณ์ เน้นการรับรู้เกี่ยวกับตนเอง (Self-perception) และการรับรู้เกี่ยวกับบทบาท (Role perception) ในสถานการณ์ทางสังคมหนึ่ง ๆ เป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดในการกำหนดความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การรับรู้เกี่ยวกับบทบาทในแง่ที่บุคคลยึดถือ หรือแบบอย่างของกลุ่มหรือบทบาทที่ใช้เป็นหลักในการแสดงออกทางพฤติกรรม ซึ่งมีองค์ประกอบของสัมพันธภาพภายในครอบครัวและปัจจัยที่มีผลต่อความสัมพันธ์ในครอบครัว (Friedman., Bowden & Jones, 2003) โดยสามารถสรุปองค์ประกอบและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในความสัมพันธ์กับบทบาทในการเป็นผู้ดูแล ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 จำนวนของบทบาท (Number of role) ความสัมพันธ์ในครอบครัวมีความสัมพันธ์กันหลายบทบาท เช่น เป็นพ่อ เป็นแม่ เป็นผู้สอน เป็นผู้เลี้ยงดู เป็นผู้ช่วยเหลือ สมาชิกในครอบครัวมีการปฏิสัมพันธ์กันหลาย ๆ ด้าน ทำให้เกิดความสนใจ ได้รู้จักค่านิยม ความเชื่อ ตลอดจนบุคลิกที่แท้จริงของกันและกัน

องค์ประกอบที่ 2 การสื่อสาร (Communication) ความสัมพันธ์ในกลุ่มปฐมภูมิเป็นการสื่อสารแบบเปิด มีการพูดคุยกันแลกเปลี่ยนความคิดเห็นอย่างอิสระและกว้างขวาง มีการสื่อสารกันตลอดเวลาภายในครอบครัว สื่อสารโดยการแสดงออกถึงความสนใจ ความเข้าใจ ตั้งใจฟัง และมีการตอบสนองเมื่อได้รับการสื่อสาร หรือมีการถ้อยทีถ้อยอาศัย ไม่ทะเลาะเบาะแว้งกันภายในครอบครัว

องค์ประกอบที่ 3 อารมณ์ (Emotion) ความสัมพันธ์ในกลุ่มปฐมภูมิหรือภายในครอบครัว โดยเป็นการแสดงอารมณ์ต่อกันของสมาชิกในครอบครัว ก่อให้เกิดความรักความเอาใจใส่ ความรักใคร่ผูกพัน ความคิดถึง หรือความขัดแย้ง ความโกรธ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการแสดงความรู้สึกความรัก ความห่วงใยต่อกันภายในครอบครัว

องค์ประกอบที่ 4 ความสามารถในการถ่ายทอดความรู้สึก (Ferability) ความสัมพันธ์แบบปฐมภูมิที่เป็นการถ่ายทอดจากบุคคลใดบุคคลหนึ่ง โดยไม่สามารถถ่ายทอดให้ผู้อื่นได้ง่าย เป็นความรู้สึกผูกพันเฉพาะบุคคล ยากที่จะเปลี่ยนแปลงได้ หรือการแสดงความรู้สึกเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ มีความจริงใจและสามารถรับความรู้สึกได้

สัมพันธภาพในการดูแลภายในครอบครัวมี 2 ลักษณะ คือ สัมพันธภาพระหว่างครอบครัวกับญาติผู้ดูแล และระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย

1. สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับครอบครัวที่เป็นญาติกับสมาชิกอื่น ๆ ในครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในครอบครัวที่มีความขัดแย้ง เกี่ยวกับการจัดการดูแลร่วมกัน การปรับความเข้าใจกัน ในการจัดการกับความขัดแย้งที่เกิดขึ้น และนำไปสู่การปรับตัวได้ในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้าน

2. สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลที่เป็นญาติกับผู้สูงอายุ สัมพันธภาพแต่เดิมก่อนการดูแลที่ผู้สูงอายุจะเจ็บป่วยจนไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ การแสดงถึงการเอาใจใส่ของญาติผู้ดูแลต่อผู้สูงอายุติดเตียง หากมีสัมพันธภาพที่ดี จะเอื้ออำนวยให้บรรยากาศการดูแลด้วยความเต็มใจมุ่งมั่นที่จะดูแลด้วยความรักความเอาใจใส่

สัมพันธภาพที่ดีในครอบครัวก่อให้เกิดความรักความผูกพัน ความเข้าใจเห็นอกเห็นใจ และมีความสงสาร อยากให้การดูแลเป็นอย่างดีซึ่งเป็นการดูแลด้วยความเต็มใจ และตั้งใจที่จะดูแลโดยสัมพันธภาพในครอบครัวแบ่งออกเป็น 2 ส่วนด้วยกัน คือ

1. สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุติดเตียง ลักษณะสัมพันธภาพที่มีมาแต่เดิมก่อนการเจ็บป่วยจะเป็นตัวแปรหนึ่งที่มีผลต่อความสนใจ เอาใจใส่ในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ซึ่งหากมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันมาก่อนก็จะเอื้ออำนวยต่อบรรยากาศการดูแล ผู้ดูแลเต็มใจและมุ่งมั่นที่จะดูแล อันเนื่องมาจากความรักและผูกพันแต่หากสัมพันธภาพเป็นไปในทางตรงกันข้าม ผู้ดูแลจะมีความเครียดได้มากกว่าเนื่องจากการปฏิบัติตามที่และความจำเป็นมากกว่าเต็มใจ

2. สัมพันธภาพระหว่างผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุติดเตียงกับสมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งกรณีที่มีปัญหาความขัดแย้งเกี่ยวกับการจัดการในตัวผู้สูงอายุติดเตียงร่วมกัน สัมพันธภาพที่ดีจะช่วยให้สามารถปรับความเข้าใจกันได้ ขณะเดียวกันความขัดแย้งดังกล่าวก็อาจส่งผลกระทบต่อสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกด้วยกันและนำไปสู่บรรยากาศในครอบครัวที่ตึงเครียดในระยะต่อไป ข้างหน้าการเผชิญปัญหาของครอบครัว (Family coping function) การจัดการและคลี่คลายวิกฤติต่าง ๆ ของครอบครัวในทางสร้างสรรค์ เพื่อคงไว้ซึ่งสมดุลภายในครอบครัว ทั้งนี้เนื่องจากตลอดการดำเนินชีวิตครอบครัว ครอบครัวมักจะถูกรบกวนจากสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอก ซึ่งอาจเป็นบุคคล สิ่งของ สถานการณ์ หรือ เหตุการณ์ที่ทำให้เกิดภาวะเครียดในครอบครัว สิ่งทีอาจรบกวนความสงบสุขของครอบครัว เช่น การเจ็บป่วยของสมาชิก การเสียชีวิตของคู่ครอง การมีปัญหาทางเศรษฐกิจ เป็นต้น

โครงสร้างอำนาจ (Power system) หมายถึง การที่สมาชิกคนใดคนหนึ่งในรอบครัวสามารถควบคุมหรือแสดงอิทธิพลต่อพฤติกรรมของสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัวได้โดยเป็นผู้ที่ใช้อำนาจในการตัดสินใจในฐานะตัวแทนของครอบครัว และยังมีอำนาจในการให้คำแนะนำแก่สมาชิกในครอบครัว เช่น การตัดสินใจในการดูแล การรับการรักษา การกำหนดบทบาทหน้าที่ของสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้าน เป็นต้น

บทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ แบ่งได้เป็น 4 บทบาท คือ

1. บทบาทในการดูแลที่ตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย การดูแลกิจวัตรประจำวัน จัดหาและดูแลเรื่องอาหารการกิน การจัดที่อยู่อาศัยให้อยู่อย่างเหมาะสม การดูแลเมื่อเจ็บป่วย การอำนวยความสะดวกเรื่องพาหนะเดินทาง และการช่วยเหลือด้านแรงงาน

2. บทบาทการดูแลที่ตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์และจิตใจ ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงหรือเกิดวิกฤติทางจิตใจอารมณ์หลายประการ มีอาการซึมเศร้าอารมณ์อ่อนไหวง่าย บทบาทส่วนใหญ่เป็นเรื่องของค่านิยมในการเคารพผู้อาวุโส

3. บทบาทการดูแลที่ตอบสนองความต้องการด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ การช่วยเหลือค่าใช้จ่ายในบ้าน ค่าใช้จ่ายส่วนตัวของผู้สูงอายุ การจัดหาอาชีพที่เหมาะสม ตลอดจนช่วยเหลือควบคุมดูแลธุรกิจ ทรัพย์สิน และผลประโยชน์ต่าง ๆ

4. บทบาทในการตอบสนองความต้องการด้านสังคม ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัว เพื่อรับรู้ข่าวสาร และความเป็นไปของสังคม ส่วนการเกื้อหนุนเพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมทางสังคมส่วนใหญ่จะเป็นกิจกรรมทางศาสนามากกว่าด้านอื่น ๆ

การรับบทบาทเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ มีสมาชิกในครอบครัวทำหน้าที่เป็นผู้ดูแล และมีความเกี่ยวพันกันทางสายเลือด ส่วนใหญ่เป็นบุตรเพศหญิงและอยู่ในวัยกลางคน เริ่มจากเมื่อบิดามารดาสูงอายุ มีปัญหาความบกพร่องด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ ความนึกคิด มีสภาวะทางร่างกายที่เสื่อมโทรม จนไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ในภาวะที่ปกติ สมาชิกในครอบครัวจะเริ่มเข้ามา มีบทบาทในการช่วยเหลือดูแล เป็นในลักษณะค่อยเป็นค่อยที่กำหนดเป็นเพศหญิง สืบเนื่องจากพื้นฐานความเชื่อทางสังคม การปลูกฝังค่านิยมทางวัฒนธรรม และเพศชายมักจะทำหน้าที่ช่วยเหลือจัดการด้านค่าใช้จ่ายและเรื่องอื่น ๆ และบทบาทเพื่อการทดแทนบุญคุณ และค่านิยมเรื่องกตัญญู กตเวทิตะ การเป็นสมาชิกในครอบครัวคนสุดท้ายที่ยังอาศัยอยู่ในบ้านของบิดามารดา และผู้ดูแลต้องอยู่ในบทบาทเชิงซ้อน (Sandwich roles) คือ มีบทบาทหลาย ๆ ด้านทั้งการเป็นภรรยา แม่บ้าน สตรีวัยทำงานเพื่อหารายได้ และเป็นผู้ดูแลบุตรและผู้สูงอายุผู้เป็นบุพการีพร้อมกัน มีภาระหน้าที่ในการดูแลกิจวัตรประจำวันทั่วไป จัดหาอาหาร เครื่องนุ่งห่ม เครื่องใช้ ดูแลอนามัยส่วนบุคคล ดูแล

เมื่อยามเจ็บป่วย หรือการอำนวยความสะดวกเรื่องการเดินทาง และหน้าที่ในการสร้างความรู้สึกรอบอุ้มใจและความมั่นคงปลอดภัยให้แก่ผู้สูงอายุ

ความสุขในการทำหน้าที่ผู้ดูแลความสุขเป็นเรื่องของความรู้สึกองค์รวมเชิงอัตวิสัย (Subjective) มีการเปลี่ยนแปลงได้ทั้งจากปัจจัยภายในและภายนอก เช่น การมีศีลธรรม มีสติปัญญา ความรู้สึกพอเพียงไม่โลภ และมีความมั่นคงทางเศรษฐกิจ และสังคม มีครอบครัวที่อบอุ่น มีสุขภาพดี โดยไม่นำมาเปรียบเทียบกับผู้อื่นที่ และมีความเชื่อที่เกี่ยวกับความสุข ได้แก่ โชตาชีวิต หรือวาสนา และความเชื่อเรื่องเวรกรรม องค์ประกอบของชีวิตที่มีความสุข ได้แก่ การมีสุขภาพดี พออยู่ พอกิน ได้ทำบุญ ช่วยเหลือผู้อื่น และอยู่ในที่ดี รวมทั้งการปฏิบัติตนเพื่อให้ชีวิตมีความสุข ได้แก่ การรักษาสุขภาพ การทำบุญปฏิบัติธรรม การทำตามความคาดหวังในสังคม และมีความสุขทางบริบทสังคมวัฒนธรรม คือ ระบบเครือญาติใกล้ชิดกัน ระบบสังคมครอบครัวอบอุ่นให้คุณค่าเชิงบวก ปัจจัยภายนอกที่ส่งผลต่อความสุขของผู้สูงอายุไทย ได้แก่ การไม่เป็นหนี้ การมีสุขภาพดี การอยู่อาศัยในชุมชนที่ดี มีความไว้เนื้อเชื่อใจกัน เกื้อกูลช่วยเหลือกัน ไม่รู้สึกกังวลต่อความปลอดภัยและความรู้สึกพอเพียง

การกระทำความรุนแรงต่อผู้สูงอายุในครอบครัว อาจพิจารณาถึง การละเลย ทำร้ายและแสวงหาผลประโยชน์จากผู้สูงอายุ ทั้งทางด้านอารมณ์ ร่างกาย การเงินและทรัพย์สิน การทำร้ายทางเพศ และการทอดทิ้ง โดยมีพฤติกรรมความรุนแรงด้านจิตใจและอารมณ์ในลักษณะพฤติกรรมที่สมาชิกในครอบครัวทำร้ายจิตใจของผู้สูงอายุ เช่น ไม่รับฟัง เพิกเฉยต่อความคิดเห็น การที่สมาชิกในครอบครัวแสดงพฤติกรรมที่ไม่เชื่อฟัง และการทำร้ายร่างกายในรูปแบบต่าง ๆ เช่น การทำร้ายทุบตี ผลักไส เป็นต้น

ความต้องการของผู้สูงอายุที่มีต่อผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว ประกอบไปด้วย

1. การปฏิบัติดูแลด้วยความเข้าใจ ผู้ดูแลควรมีวิจักษณ์ที่ดีในการรู้ความต้องการของผู้สูงอายุ รู้ขั้นตอนในการดูแลต่าง ๆ และเข้าใจในการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ ให้ได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ

2. ผู้สูงอายุต้องการให้ผู้ดูแลยอมรับ อารมณ์แปรปรวนในผู้สูงอายุที่มีสาเหตุมาจากความเจ็บป่วย และไม่ควรถือสาตอบโต้

3. ดูแลด้วยความเต็มใจ จะส่งผลต่อการดูแลผู้สูงอายุด้านสุขภาพจิต เนื่องจากทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกสบายใจ พอใจ

4. ต้องการให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการติดต่อสื่อสารที่ดีและให้เกียรติผู้สูงอายุ

5. ต้องการให้ปฏิบัติด้วยความเคารพและผูกพัน ที่ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่ายังเป็นบุคคลสำคัญ เป็นที่เคารพรักของคนในครอบครัว และ

6. ต้องการให้ลูกหลานมาเยี่ยมอยู่ใกล้ ๆ ในยามเจ็บป่วย

การดูแลผู้ที่มีภาวะเจ็บป่วย เป็นการช่วยเหลือชีวิตหรือการช่วยให้คงอยู่ โดยการให้การดูแลอยู่ในรูปของการดูแลเพื่อให้เกิดความสุขสบาย ซึ่งในการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องการการพึ่งพิงนั้นเป็นการดูแลในรูปของการช่วยเหลือ เช่น การดูแลความสะอาดร่างกาย การแต่งตัว การดูแลให้อากาศสดชื่น การดูแลให้อาหารที่ดี โดยมีเป้าหมายเพื่อสุขภาพที่ดี และแนวความคิดสนับสนุนให้ผู้สูงอายุยังคงทำกิจกรรมต่าง ๆ เป็นการช่วยเหลือ เอาใจใส่ในความเป็นอยู่ เพื่อส่งเสริมป้องกันและคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่และการมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ

ทฤษฎีพัฒนาการครอบครัว (Developmental family theory)

ครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ในการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงนั้น มีทุกช่วงระยะพัฒนาการของครอบครัว ซึ่งผู้ดูแลต้องรับบทบาทหน้าที่ทั้งเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียง และรับบทบาทหน้าที่อื่น ๆ ตามระยะพัฒนาการของครอบครัว ซึ่งต้องทำให้มีภาระหน้าที่ บทบาท และการปรับตัวที่ต่างกัน โดยระบบครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา มีลักษณะที่เป็นพลวัต (Dynamic) กล่าวคือ ชีวิตครอบครัวมักเริ่มต้นที่การแต่งงานของหญิงชายและสิ้นสุดลงเมื่อคู่แต่งงานสิ้นชีวิต ในช่วงของการดำเนินชีวิตครอบครัว ลักษณะของสมาชิกครอบครัวจะกำหนดกิจกรรมต่าง ๆ เป็นระยะ ๆ ซึ่งครอบครัวส่วนใหญ่จะผ่านระยะต่าง ๆ และกิจกรรมหลักที่คล้ายคลึงกัน แต่จะแตกต่างกันถ้าลักษณะ โครงสร้างของสมาชิกในครอบครัวแตกต่างกัน ระยะต่าง ๆ ของครอบครัว เรียกว่า วงจรชีวิตครอบครัว (Family life cycle) ในระยะต่าง ๆ ของชีวิตครอบครัวก็จะมีกิจกรรมต่าง ๆ จนเข้าสู่วัยชราเหมือนกันทุกครอบครัว ในการแบ่งวงจรชีวิตครอบครัวแตกต่างตามลักษณะของการศึกษา โดย Duvall (1977, pp. 284-286) ได้แบ่งพัฒนาการครอบครัวออกเป็น 8 ระยะ ดังนี้

1. ครอบครัวระยะเริ่มต้น (Marital stage) เป็นการเริ่มครอบครัวใหม่หนุ่มสาวปรับตัวในการอยู่ร่วมกันกับคู่สมรส
2. ครอบครัวระยะเริ่มเลี้ยงบุตร (Early childbearing families) เริ่มตั้งแต่มีบุตรคนแรก จนบุตรอายุ 30 เดือนหรือ 2 ขวบครึ่ง
3. ครอบครัวระยะมีบุตรก่อนวัยเรียน (Families with preschool children) ระยะนี้บุตรคนแรกอายุ 2 ปี 6 เดือน ถึง 5 ปี
4. ครอบครัวระยะบุตรวัยเรียน (Families with school children) ระยะนี้บุตรคนแรกอายุ 6 ปี ถึง 13 ปี
5. ครอบครัวระยะบุตรวัยรุ่น (Families with teenagers) ระยะนี้บุตรคนแรกอายุ 13 ปี ถึง 20 ปี

6. ครอบครัวระยะบุตรแยกจากรอบครัว (Launching center families) ระยะช่วงบุตรคนแรกถึงคนสุดท้ายแยกครอบครัวออกจากพ่อแม่ ซึ่งอาจเกิดภาวะ “รังร้าง” คือ เหลือแต่พ่อแม่

7. ระยะครอบครัววัยกลางคน (Families of middle years) เป็นช่วงที่บุตรแยกครอบครัวออกหมดแล้ว พ่อแม่อยู่ในช่วงอายุ 45-55 ปี หรือจะเริ่มเข้าสู่วัยเกษียณ

8. ครอบครัวระยะวัยชรา (Aging families) เป็นระยะสุดท้ายของพัฒนาการครอบครัว เป็นช่วงที่เข้าสู่วัยชรา เริ่มสูญเสียคู่สามีภรรยา ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง จากปัญหาทางสุขภาพและความเสื่อมของสมอง

การศึกษาเรื่องครอบครัวนั้นเป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไปว่า ความพึงพอใจในชีวิตสมรสของบุคคลจะเปลี่ยนแปลงไปตามช่วงชีวิตในลักษณะรูปตัว U (U-SHAPE) ตามวงจรชีวิตครอบครัว (Family life cycle) กล่าวคือ สามีภรรยาจะมีความพึงพอใจในชีวิตครอบครัวมากที่สุดเมื่อเริ่มต้นชีวิตครอบครัว จากนั้นความพึงพอใจจะเริ่มลดลงอย่างรวดเร็วเมื่อมีบุตรคนแรก และลดลงอย่างเรื่อย ๆ จนถึงระยะบุตรอยู่ในวัยเรียน และลดลงต่ำที่สุดเมื่อบุตรอยู่ในช่วงวัยรุ่น หลังจากนั้นความพึงพอใจในชีวิตครอบครัวจะเริ่มมากขึ้นจนถึงระยะที่บุตรเริ่มมีครอบครัวและออกจากบ้านไป จากทฤษฎีพัฒนาการครอบครัวที่กล่าวมาข้างต้นนี้ สามารถชี้ให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงแบบแผนความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นภายในครอบครัวในช่วงระยะต่าง ๆ

แนวคิดการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้าน

ความหมายการดูแล

Watson (2000, p. 330) กล่าวว่า การดูแลเป็นกระบวนการหรือปรากฏการณ์ที่มีอยู่แล้วในตัวมนุษย์ การดูแลนอกจากเป็นศาสตร์และศิลป์ แล้วยังเป็นธรรมชาติของมนุษย์ในโลกที่มีสัมพันธ์ภาพเชื่อมต่อกัน (Connectedness) เป็นหนึ่งเดียวกัน (Unity)

Leininger (1991, p. 45) กล่าวว่า การดูแลเป็นปรากฏการณ์สากลเพื่อการอยู่รอดของมนุษยชาติ ให้ความช่วยเหลือ การสนับสนุน คำจุน การอำนวยความสะดวก และการสร้างความสามารถ ให้กับบุคคลหรือกลุ่มคนตามความต้องการที่แสดงออกเพื่อปรับปรุงหรือรักษาไว้ซึ่งการมีสุขภาพดี หรือแนวทางการดำเนินที่ผาสุก

ความเปลี่ยนแปลงของครอบครัวเกิดขึ้นเมื่อมีสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วย ต้องให้การดูแลส่งผลกระทบต่อสมาชิกทุกคนในครอบครัว โดยทฤษฎีครอบครัวได้อธิบายถึงปรากฏการณ์ทางสังคมของครอบครัวที่เป็นหน่วยสังคมที่เล็ก แต่มีความสลับซับซ้อนหน่วยหนึ่งในสังคม โดยเฉพาะครอบครัวเป็นระบบย่อยที่สำคัญและเป็นสถาบันที่เป็นรากฐานในการสร้างเอกลักษณ์ทางวัฒนธรรมในการถ่ายทอดไปสู่ลูกหลานมากที่สุด ครอบครัวเป็นระบบที่ซับซ้อนและ

ประกอบขึ้นด้วยระบบย่อยภายในครอบครัวอีกหลายระบบ ซึ่งมีปฏิสัมพันธ์ต่อการดำเนินการดำเนินชีวิตของครอบครัว การทำความเข้าใจกับความสัมพันธ์ของระบบต่าง ๆ ของครอบครัว เป็นการขยายมุมมองในการวิเคราะห์ครอบครัวได้อย่างกว้างขวาง (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2544)

ความหมาย คำว่า “Family caregiver” คือ “ผู้ดูแล” หรือ “ญาติผู้ดูแลที่บ้าน” หรือ “ผู้ดูแลในครอบครัว” นิยมใช้ในสหรัฐอเมริกา หรือ “Carers” นิยมใช้ในสหราชอาณาจักร ออสเตรเลีย และนิวซีแลนด์ มีผู้ให้ความหมายไว้หลากหลาย (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539) ได้แก่

ผู้ดูแล คือ ผู้ให้การดูแลในกิจกรรมลักษณะต่าง ๆ ที่บ้าน โดยไม่ได้รับค่าจ้างหรือค่าตอบแทน เป็นการดูแลที่มีพื้นฐานมาจากจริยธรรม อารมณ์ โดยมีความผูกพันทางเครือญาติ

ผู้ดูแล คือ ญาติหรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือ ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน มีความสัมพันธ์กันแบบญาติ ให้การดูแลโดยไม่รับค่าตอบแทน การดูแลเกิดขึ้นที่บ้านหรือชุมชนแหล่งที่อยู่อาศัย

สรุป ผู้ดูแล คือ สมาชิกในครอบครัวที่ให้ความช่วยเหลือ ดูแลสมาชิกในครอบครัว ซึ่งเจ็บป่วย พิการ หรือเจ็บป่วยเรื้อรัง ที่ไม่สามารถดูแลจัดการตนเองได้ โดยผู้ดูแลจะมีความสัมพันธ์กันแบบเครือญาติ และให้การดูแลโดยไม่ได้มุ่งหวังค่าตอบแทน

การดูแลผู้สูงอายุโดยครอบครัวนั้นรัฐบาลได้สนับสนุนนโยบายโดยดำเนินการระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า เริ่มมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544 โดยเน้นการดูแลที่บ้าน ซึ่งได้ใช้คำว่า “Family caregiver” หรือ “Informal caregiver” หมายถึง สมาชิกครอบครัว ญาติ หรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, 2557) ซึ่งมีการให้ความสำคัญในการดูแลไว้ดังนี้

1. ญาติผู้ดูแล อาจเป็น สามี ภรรยา บุตร ญาติพี่น้อง เพื่อน หรือบุคคลสำคัญในชีวิต
2. ผู้สูงอายุติดเตียงเป็นบุคคลที่มีภาวะสุขภาพเปลี่ยนแปลงเนื่องจากภาวะโรค

ความพิการ หรือความเสื่อมของร่างกายที่บกพร่อง จิตใจ และมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหรือ มีความต้องการการดูแลรักษาเฉพาะของแพทย์โดยต้องได้รับการตอบสนองหรือดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง

3. การให้ความช่วยเหลือดูแลโดยไม่รับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัล
4. การให้การช่วยเหลือดูแลเกิดขึ้นในบ้านหรือในชุมชน ในแหล่งที่อยู่อาศัยที่ไม่ใช่

โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลต่าง ๆ

แนวคิดการดูแลผู้สูงอายุโดยครอบครัวนั้น เป็นแนวคิดที่เชื่อว่าครอบครัวเป็นระบบเกื้อหนุนที่สำคัญของผู้สูงอายุ เป็นสถาบันหนึ่งของสังคมที่ทำหน้าที่ในการปกป้องสมาชิก รวมทั้งเป็นตัวแทนเรียกร้อง และจัดสรรทรัพยากรทางสังคมที่สำคัญ ที่จะตอบสนองความต้องการของสมาชิกในครอบครัว โดยทั่วไปครอบครัวจะมีบทบาทในการช่วยเหลือสมาชิกอย่างเป็นรูปธรรม

เช่น อาหาร เสื้อผ้า ยารักษาโรค และที่เป็นนามธรรม เช่น การให้กำลังใจ การยอมรับ การแสดงความเคารพ เป็นต้น (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2547) ซึ่งการให้การดูแลที่บ้านโดยครอบครัวนั้น ยังสามารถจำแนกตามระดับความรับผิดชอบในการช่วยเหลือ ดังนี้

Primary caregiver หมายถึง ผู้ดูแลหลักที่รับผิดชอบในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าผู้อื่น

Secondary caregiver หมายถึง บุคคลอื่นที่อยู่ช่วยในการดูแล ซึ่งอาจจะช่วยทำกิจกรรม บางอย่าง ทำเป็นครั้งคราว ไม่ได้ช่วยให้การดูแลอย่างสม่ำเสมอ หรือเป็นประจำ

การแบ่งภาระการดูแลตามปริมาณการช่วยเหลือที่ให้การดูแล (ศิริพันธุ์ สาสัตย์ และ เตือนใจ ภักดีพรหม, 2553; ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2547) ได้แก่

ผู้ดูแลหลัก หมายถึง ผู้ที่เป็นหลักในการรับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพิง โดยตรง อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าคนอื่น ซึ่งเป็นผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลช่วยเหลือในภาวะที่ผู้สูงอายุ เจ็บป่วยหรือไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ หรืออาจคิดเป็นชั่วโมงการดูแลต่อวันที่สูงสุดหรือยอมรับว่าตนเป็นผู้ดูแลหลัก

ผู้ดูแลรอง หมายถึง ผู้ที่อยู่ในเครือข่ายของการดูแล โดยอาจมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม บางอย่าง แต่ไม่ได้ทำอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ หรือมีระยะเวลาของการดูแลคิดเป็นชั่วโมงน้อยกว่า ผู้ดูแลหลัก เช่น ให้การดูแลแทนเป็นครั้งคราวเมื่อมีความจำเป็น

การผู้ดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทยครอบครัวยังเป็นหัวใจสำคัญของการดูแลผู้สูงอายุ ระยะเวลา การจัดบริการการดูแลสุขภาพและบริการทางสังคม ในการดำเนินงานการดูแลได้มีการแบ่งประเภทของผู้ดูแลไว้ดังนี้

1. ผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ (Informal caregivers) หมายถึง ผู้ดูแลที่ให้การดูแลช่วยเหลือ การทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ให้แก่ผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพิง เป็นผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์ส่วนตัวกับ ผู้สูงอายุที่รับการดูแล การดูแลเกิดจากความรัก ความผูกพัน สำนึกในบุญคุณหรือหน้าที่ แรงจูงใจ ของการดูแลอาจมาจากความสัมพันธ์ทางครอบครัว หรือจากครอบครัว ซึ่งสมาชิกในครอบครัว ยังคงมีส่วนที่ใหญ่ที่สุดของการดูแลระยะยาว เช่น ลูก หลาน ญาติ เพื่อน เพื่อนบ้าน โดยมุ่งเน้น การดูแลที่ไม่มีค่าตอบแทน

2. ผู้ดูแลอย่างเป็นทางการ (Formal caregivers) หมายถึง ผู้ดูแลที่ผ่านการอบรมเฉพาะ และการศึกษาสำหรับการดูแล โดยเฉพาะ ทั้งทางคลินิก ทางสังคม และการบริการทางสาธารณสุข ตามมาตรฐานการดูแล ซึ่งอาจจัดบริการให้ทั้งที่บ้าน ในชุมชนหรือในสถานบันต่าง ๆ

การดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้านนั้น โดยสังคมไทย มองว่าควรเป็นบทบาทหน้าที่ของญาติ หรือสมาชิกในครอบครัว โดย National Center of Health พบว่า การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน

จะตกเป็นหน้าที่รับผิดชอบของสมาชิกครอบครัวเป็นส่วนใหญ่ โดยเรียกว่า ญาติผู้ดูแล (Family caregiver) ปัจจัยในการรับบทบาทผู้ดูแลที่บ้านของสมาชิกในครอบครัว (ชูชื่น ชิวพูนผล, 2541; รุจา ภูไพบูลย์, 2541) มีดังนี้

1. บทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบ และวัฒนธรรมประเพณีที่สืบทอดมา โดยส่วนใหญ่ ครอบครัวมีหน้าที่ในการดูแลสมาชิกในครอบครัวให้ดำรงชีวิตอยู่อย่างมีความสุข และร่วมเผชิญกับสถานการณ์ที่เป็นความเครียด โดยเฉพาะเพศหญิง จะได้รับการอบรมให้เป็นผู้ทำหน้าที่ในการดูแลสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว รวมทั้งคำสั่งสอนให้บุตรต้องดูแลบิดามารดา ในยามแก่ชรา หรือป่วยไข้ ซึ่งหากบุตรคนใดเพิกเฉยหรือละเลยหน้าที่ ก็จะได้รับบทตำหนิจากสังคมภายนอกได้

2. สัมพันธภาพ บุคคลที่มีความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้สูงอายุ จะมีความเห็นใจ สงสาร และห่วงใย ในการดูแลผู้สูงอายุเมื่อป่วยนอนติดเตียง

3. ศักยภาพของผู้ดูแล หรือความสามารถของผู้ดูแล ผู้ที่มีความรู้ ความเข้าใจตัวผู้สูงอายุ ที่ต้องดูแลเข้าในการดำเนินของโรคและการดูแลอย่างดี รวมทั้งประสบการณ์และทักษะในการดูแลผู้ป่วย เช่น บุตรเป็นแพทย์ พยาบาล หรือบุคลากรทางสาธารณสุข ก็มีแนวโน้มว่าจะต้องเป็นผู้ดูแลมากกว่าบุคคลอื่น ๆ

4. การยอมรับของผู้สูงอายุที่สามารถบอกเพื่อเลือกผู้ดูแลจากสมาชิกในครอบครัว

5. เวลาและความสะดวกของผู้ดูแล ที่สามารถให้การดูแลได้อย่างใกล้ชิด อาจขึ้นอยู่กับปัจจัยภายใน เช่น อายุ สถานภาพสมรส งานประจำ เช่น ผู้ที่ต้องทำงานประจำ สถานที่ทำงานอยู่ไกล ย่อมไม่ค่อยมีเวลาและให้เวลาในการดูแลน้อยกว่าบุตรที่ทำงานอยู่ใกล้

6. ความจำเป็นทางเศรษฐกิจ บุคคลที่ไม่มีรายได้จากงานประจำ มักต้องเป็นผู้รับบทบาทในการดูแล เพื่อให้เกิดผลกระทบต่อรายได้ครอบครัวน้อยลง

จากการทบทวนสามารถสรุปได้ว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลในการพิจารณาว่าบุคคลใด จะเป็นผู้ที่เหมาะสมหรือเป็นผู้รับบทบาทการผู้ดูแลที่บ้านประกอบด้วย ปัจจัยทาง อายุ เพศ สถานภาพสมรส และงานประจำที่ทำอยู่ มีผลต่อความสามารถ ความพร้อม เวลา และความสะดวกในการดูแล จากการศึกษาวิจัยทั้งในประเทศและต่างประเทศ พบว่า ผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ส่วนใหญ่เป็นสมาชิกในครอบครัว มีความเกี่ยวพันใกล้ชิดกันทางสายเลือด พบว่า ส่วนใหญ่เป็นบุตร เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย การดูแลเป็นหน้าที่ของญาติ โดยบทบาทที่ถูกกำหนดไว้สำหรับเพศหญิง มีสถานภาพสมรสคู่ เป็นแม่บ้าน ผู้ดูแลจะอยู่ในวัยกลางคนมากกว่าวัยอื่น ๆ ซึ่งในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านนั้นสามารถสรุปองค์ประกอบการดูแลได้ 8 ประการ ดังนี้ (วรรณรัตน์ ลาวัจ และคณะ, 2547)

1. ความรู้ (Knowledge) ผู้ให้การดูแลต้องมีความรู้มีความเกี่ยวกับบุคคลที่ให้การดูแล คือ รู้จักบุคคลนั้น และรู้วิธีการที่จะให้การช่วยเหลือ
 2. ความจริงใจ (Honesty) ผู้ให้การดูแลต้องมีความเต็มใจและแสดงออกถึงความรู้สึกที่แท้จริงของตนเอง ที่ต้องการจะให้ความช่วยเหลือ
 3. ความไว้วางใจ (Trust) ผู้ให้การดูแลกับผู้ป่วยต้องมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน คือ มีความไว้วางใจซึ่งกันและกัน
 4. ความอดทน (Patience) ผู้ให้การดูแลต้องมีความอดทนเพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้คิดตัดสินใจด้วยตนเอง และให้เขาได้พัฒนาศักยภาพของตนเอง
 5. ความหวัง (Hope) เป็นการมองไปในอนาคตของผู้ให้การดูแล เพื่อเป็นแรงกระตุ้นให้ผู้ดูแลมีการปฏิบัติอย่างมีเป้าหมายและต่อเนื่อง
 6. ความอ่อนน้อมถ่อมตน (Humility) ผู้ให้การดูแลต้องมีความอ่อนน้อมถ่อมตน ความรู้สึกอ่อนน้อมถ่อมตน จะทำให้ผู้ดูแลเรียนรู้สิ่งต่าง ๆ จากผู้ป่วยอีกทั้งทำให้ไม่เกิดการใช้อำนาจกับผู้ป่วย
 7. ความกล้าหาญ (Courage) เป็นการปฏิบัติของผู้ให้การดูแลบนพื้นฐานของจริยธรรม เพื่อปกป้องศักดิ์ศรีและสิทธิของบุคคล
 8. การเลือกแนวทางในการช่วยเหลือบุคคล (Alternating rhythms) ผู้ดูแลต้องดูปัญหาหลายแนวมีการประเมินการดูแล และปรับปรุงเลือกวิธีการที่เหมาะสมอยู่เสมอ
- และในการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องการการพึ่งพิงนั้นต้องให้การดูแลช่วยเหลือ ดูแลให้มีชีวิตความเป็นอยู่ที่มีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งสามารถแบ่งการดูแลได้ 5 ด้าน ดังนี้ (เจียมจิต แสงสุวรรณ และพรรณงาม พรรณเชษฐ์, 2544)
1. ด้านการดูแล เป็นการดูแลให้ได้รับความสุขสบาย ดูแลสิ่งแวดล้อมในการจัดของเครื่องใช้ให้เป็นระเบียบ สะอาด ปลอดภัย รวมทั้งการดูแลให้ผู้สูงอายุมีความสุขทั้งร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ
 2. ด้านการช่วยเหลือ เป็นการให้การช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่ผู้สูงอายุไม่สามารถทำได้ เช่น การป้อนอาหาร การเคลื่อนย้าย การทำความสะอาดร่างกาย การสวมใส่เสื้อผ้า เป็นต้น
 3. ด้านการประคับประคอง เป็นการประคับประคองทางด้านร่างกาย เช่น การดูแลผู้สูงอายุในการรับประทานอาหารและน้ำ การเลือกใส่เสื้อผ้าที่เหมาะสมตามฤดูกาล การประคับประคองทางจิตใจ เช่น การปลอบโยน ให้กำลังใจ ให้ความรักความเข้าใจ เอาใจใส่ในการดูแล เป็นต้น

4. ด้านการสนับสนุน เป็นการสนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ตามที่สามารถทำได้ ให้คำชมเชย ยกย่อง จัดสิ่งแวดล้อมและอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่เอื้อให้ผู้สูงอายุสามารถทำกิจกรรมได้สะดวกและปลอดภัย

5. ด้านการเป็นผู้ประสานและเชื่อมโยงระหว่างสมาชิกในครอบครัว ญาติมิตร กับผู้สูงอายุเพื่อส่งเสริมสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว

การดูแลในระยะยาวนั้นผู้ดูแลและผู้สูงอายุติดเตียงต้องมีสัมพันธภาพระหว่างกันที่ดี รวมทั้งการถ่ายทอดพลังจากความสัมพันธ์ที่มีต่อกันเพื่อการบำบัดเยียวยาผู้ที่ได้รับการดูแล หรือเรียกว่า “แนวคิดการดูแลมนุษย์” (Theory of human caring) โดย Watson (2000) ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการทัศน์ ในการดูแลแบบเอื้ออาทร ไว้ดังนี้

บุคคล (Person) เป็นองค์รวมประกอบด้วย กาย ใจ และจิตวิญญาณ ซึ่งเป็นการตระหนักในตัวตน (Self) ของบุคคล เป็นการตระหนักในความรู้สึกขั้นสูง เป็นพลังภายในบุคคล มีการเจริญเติบโตและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

สุขภาพ (Health) ภาวะสุขภาพและมีความกลมกลืนกันระหว่างจิตใจ ร่างกาย และจิตวิญญาณ ซึ่งเป็นความสอดคล้องเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันระหว่างตัวตนตามการรับรู้และตัวตนตามประสบการณ์จริง ส่วนการเจ็บป่วย (Illness) เป็นภาวะที่ไม่สมดุลของร่างกาย จิตใจและจิตวิญญาณ

การดูแลที่เข้าถึงจิตใจบุคคล (Transpersonal caring) เป็นกระบวนการดูแลที่เข้าถึงจิตใจ และความรู้สึกของบุคคลเป็นการให้การพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การเยียวยา การเจ็บป่วยและเป็นการฟื้นฟูสุขภาพ ซึ่งมีเป้าหมายช่วยให้บุคคลที่ได้รับการดูแลด้วยศักดิ์ศรี ความเป็นมนุษย์

สิ่งแวดล้อม (Environment) เป็นสิ่งแวดล้อมทั้งทางสังคม วัฒนธรรม และจิตวิญญาณ ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง โดยสิ่งแวดล้อมมีอิทธิพลต่อการรับรู้และพัฒนาการบำบัดบุคคลที่ดูแล

ปัจจัยการดูแล (Carative factors) เป็นตัวเชื่อมต่อระหว่างผู้ดูแลกับผู้รับการดูแล ตามแนวคิดของวัตสันมีปัจจัยการดูแล 10 ประการดังนี้

1. การสร้างค่านิยมของการเป็นมนุษย์ (Humanistic altruistic system of value) มีเมตตา โดยเห็นแก่ประโยชน์ของผู้อื่น
2. การสร้างความศรัทธาและความหวัง (Faith-hope) โดยมีความเชื่อว่าความศรัทธาและความหวังเป็นพลังในการเยียวยาชีวิตมนุษย์

3. มีความไวต่อความรู้สึกของตนเองและผู้อื่น (Sensitivity of self and others) ผู้ดูแลต้องมีสติรู้ตัวอยู่เสมอ ผู้ดูแลต้องมีความไวต่อความรู้สึกของตนเองและผู้รับการดูแลสามารถเรียนรู้ถึงการมองโลกของผู้รับการดูแล วัฒนธรรม การสื่อสาร ระบบความเชื่อ ค่านิยม และความต้องการทางสุขภาพ

4. การพัฒนาสัมพันธภาพการช่วยเหลือที่ไว้วางใจซึ่งกันและกัน (Helping-trusting human caring relation) ต้องอาศัยการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพจะช่วยส่งเสริมสัมพันธภาพในการดูแลได้เป็นอย่างดี การเห็นใจการเข้าใจทำให้ผู้รับการดูแลรู้สึกอบอุ่นและปลอดภัย

5. การส่งเสริมการยอมรับ การแสดงออก ถึงความรู้สึกทั้งด้านลบและด้านบวก (Express positive and negative feeling) เป็นการส่งเสริมสัมพันธภาพการดูแลระหว่างบุคคล การเอาใจใส่การดูแลแบบองค์รวม เป็นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน

6. การใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์ เพื่อการตัดสินใจในการแก้ปัญหา (Creative problem solving caring process) ผู้ดูแลต้องมีไหวพริบ ปฏิภาณ ความรู้ความสามารถ ความชำนาญ ในการแก้ปัญหอย่างเป็นระบบ ต้องไวต่อความรู้สึกอย่างมาก ซึ่งจะทำให้ได้ข้อมูล ที่ถูกต้องครอบคลุมและได้รับการแก้ไขอย่างถูกต้องที่สุด

7. การส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในกระบวนการ (Transpersonal teaching and learning) คือ มีการสร้างสัมพันธภาพที่ดี การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน มีการเรียนรู้ร่วมกัน ได้ตอบ และประเมินผลร่วมกัน การเรียนรู้ที่ดี ทำให้ผู้รับการดูแลรู้สึกอุ่นใจและวางใจที่จะเรียนรู้และปฏิบัติตน

8. การจัดให้เกิดการสนับสนุนป้องกัน การประคับประคองและแก้ไขสิ่งแวดล้อมด้านกายภาพ จิตสังคม และจิตวิญญาณ (Supportive, protective and/ or corrective mental, physical, societal and spiritual environment) การดูแลเอาใจใส่และเป็นการเสริมอัตมโนทัศน์ที่ดี และเพิ่มการมีคุณค่าในตนเองของผู้รับการดูแล ซึ่งจะช่วยส่งเสริมเยียวยาผู้ดูแลในมิติด้านจิตวิญญาณของตนเองอย่างต่อเนื่องในการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการให้ผู้สูงอายุที่ต้องการพึ่งพิงนั้นสามารถจำแนกความต้องการ โดยแบ่งออกเป็น 4 ด้านดังนี้

8.1 ความต้องการเพื่อความอยู่รอด คือ ความต้องการ อาหาร น้ำ การจับถ้ำย การหายใจ (Survival need)

8.2 ความต้องการด้านหน้าที่ (Function need) ความต้องการการทำกิจกรรม หรือ การพักผ่อน

8.3 ความต้องการระดับสูงที่เป็นความต้องการแบบผสมผสาน (Integrated need) เป็นความต้องการความสำเร็จ ในการทำกิจกรรมใด ๆ ผู้รับการดูแลต้องการความรัก ความเข้าใจ ความผูกพันจากครอบครัว

8.4 ความต้องการระดับสูงเป็นการต้องการการเจริญเติบโต (Growth seeking need) เป็นความต้องการภายในบุคคล และระหว่างบุคคล การพัฒนาจิตวิญญาณและตัวตนที่แท้จริง ในปัจจุบัน (Self-actualization) ช่วยให้ผู้ดูแลหาเป้าหมายและคุณค่าของชีวิต

9. การช่วยเหลือเพื่อตอบสนองความต้องการของบุคคล (Human needs assistance) ในการมีชีวิตอยู่ โดยครอบครัวต้องค้นหาความต้องการที่สำคัญมากที่สุด และช่วยเหลือให้บรรลุเป้าหมาย

10. การเสริมสร้างพลังจิตวิญญาณในการมีชีวิต (Existential-phenomenological-spiritual forces) จิตวิญญาณเป็นแก่นหรือตัวตนภายในบุคคล เป็นสิ่งที่ช่วยให้บุคคลค้นพบคุณค่า ความหมายและเป้าหมายในชีวิต บุคคลจะมีการพัฒนาตามประสบการณ์ของชีวิตซึ่งจะเกี่ยวกับ ความเชื่อ ความศรัทธาในศาสนา

ขอบเขตของครอบครัว (Family boundaries) หมายถึง การแบ่งครอบครัวออกจากระบบอื่น ๆ ตามสภาพแวดล้อม โดยสามารถแบ่งเป็นครอบครัวแบบปิดและแบบเปิด ขึ้นอยู่กับ การยอมรับ การเข้าการออกของข้อมูล ครอบครัวมีขอบเขตระหว่างบุคคลภายในครอบครัว และระหว่างครอบครัวกับระบบภายนอกอื่น ๆ

ภาวะสมดุลของครอบครัว (Family homeostasis) หมายถึง ความคงที่ของสภาวะ การเปลี่ยนแปลงของระบบย่อยต่าง ๆ ภายในครอบครัว โดยทั่วไปครอบครัวจะอยู่ในระบบสมดุล (Homeostatic system) อันเกิดจากความยืดหยุ่นของการปรับตัวในสถานการณ์ต่าง ๆ

จากประสบการณ์การดูแล ตามความเชื่อของครอบครัว ในสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป การดูแลด้วยความเอื้ออาทรตามแนวคิดของ Watson (2000) ก็เป็นส่วนหนึ่งที่ครอบครัวใช้เพื่อการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ซึ่งการยืดหยุ่นและประสบการณ์การดูแลตามความเชื่อ วัฒนธรรม ค่านิยมทางสังคมที่มีผลต่อจิตวิญญาณในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงนั้น การพัฒนาการดูแลเพื่อให้เหมาะสมกับความเชื่อของครอบครัว และการจัดการในครอบครัวเป็นเรื่องที่สำคัญต่อผลในการดูแลสมาชิกที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังในครอบครัว ความแตกต่างในกระบวนการดูแลที่เกิดจากการแตกต่างทางกายภาพของภาวะความเจ็บป่วย แต่ในการดูแลนั้นยังเชื่อว่ามีความต้องการในเรื่องของร่างกายและจิตใจที่เหมือนกัน เพื่อบรรเทาทุกข์ จากความเจ็บป่วย เพื่อการฟื้นฟู และเพื่อการดูแลทางจิตวิญญาณ (Wright, Watson & Bell, 1996; ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ, 2552) ได้สังเคราะห์ผลงานวิจัยครอบครัวไทยและผู้สูงอายุ จากการสังเคราะห์องค์ความรู้ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2545-2550

พบว่า การอยู่อาศัยของผู้สูงอายุในครอบครัว ผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่ อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล ร้อยละ 71.4 อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลร้อยละ 28 โดยผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งที่อยู่นคนเดียว ร้อยละ 7.5 และอาศัยอยู่กับหลานในลักษณะครอบครัวแหว่ง ร้อยละ 3.1 แบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุในครอบครัวโดยทั่วไปมีแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวันไม่แตกต่างกัน ได้แก่ การทำกิจวัตรประจำวัน เช่น การทำอาหาร ทำความสะอาดบ้าน เดินรอบ ๆ บ้าน การดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ ทำบุญตักบาตร สวดมนต์ ฟังธรรม เป็นต้น

ในการดูแลผู้สูงอายุโดยครอบครัวนั้นต้องมีการทำความเข้าใจเกี่ยวกับการนำทฤษฎีระบบมาประยุกต์ใช้ซึ่งมีส่วนสำคัญ 7 ประการ ได้แก่ 1) วัตถุประสงค์ (Goal) 2) สิ่งนำเข้า (Input) 3) กระบวนการ (Process) 4) สิ่งนำออก (Output) 5) การส่งข้อมูลย้อนกลับ (Feedback) 6) การควบคุม (Control) 7) สิ่งแวดล้อม (Environment) ซึ่งในแต่ละองค์ประกอบมีความสำคัญในการให้เกิดประสิทธิภาพที่ดีในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้าน (Friedman et al., 2003)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแล ได้แก่

1. ระยะเวลาในการดูแล การดูแลผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังเป็นเวลานานอาจทำให้ผู้ดูแลรู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่ายและเกิดความเครียด มีผลกระทบต่อความผาสุกในชีวิต ซึ่งระยะเวลาการดูแลสามารถอธิบายได้ว่า เมื่อระยะเวลาการดูแลที่ยาวนานขึ้น ผู้ดูแลสามารถปรับตัวได้ดีขึ้น
2. ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุติดเตียง สมาชิกในครอบครัวที่เป็นเครือญาติ ได้แก่ ปู่ ย่า ตา ยาย พ่อ แม่ ลูก หลาน มีความผูกพันทางอารมณ์ มีความรัก ความใกล้ชิด ให้ความช่วยเหลือเกื้อกูลกันอย่างใกล้ชิด ซึ่งมีความแตกต่างจากบุคคลภายนอกครอบครัว เช่น เพื่อนบ้าน เพื่อนสนิท คนในบ้านเดียวกัน คนใกล้ชิด อาจเริ่มจากการเอาใจใส่ซึ่งกันและกัน ความสัมพันธ์ที่มีหลากหลายรูปแบบ ส่งผลต่อความคาดหวังในการช่วยเหลือเกื้อกูลที่จะได้รับ ซึ่งขึ้นอยู่กับสัมพันธ์ที่มีต่อกันและกัน ความสัมพันธ์จะนำไปสู่ความคาดหวังและความรับผิดชอบสูง ทำให้มีผลต่อความรู้สึกเป็นภาระ
3. ระดับการศึกษา พบว่า การศึกษาช่วยให้บุคคลมีข้อมูลในการเข้าใจสถานการณ์ได้ดี การศึกษาช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีความสามารถในการค้นหาความรู้ แสวงหาความช่วยเหลือจากแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ รวมทั้งความเข้าใจในเรื่องสุขภาพ ได้ดีกว่าบุคคลที่ไม่มีการศึกษาหรือการศึกษามีผลต่อ การพัฒนาสติปัญญา ช่วยในการตัดสินใจ การขาดความรู้เรื่องโรคและการจัดการกับปัญหาเกี่ยวกับผู้สูงอายุติดเตียง มีผลต่อความรู้สึกเป็นภาระ
4. รายได้ของครอบครัวเป็นองค์ประกอบสำคัญ และมีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิต ในการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของครอบครัว ในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง และเป็นตัวที่กำหนดถึงความพึงพอใจในชีวิต และความผาสุกในครอบครัว รายได้ของครอบครัว

มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ต่อภาวะในการดูแลผู้สูงอายุ อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดีจะรับรู้ถึงภาวะการดูแลได้ดีกว่าครอบครัวที่มีรายได้น้อยฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดียังรับรู้ถึงภาวะการดูแลที่มากกว่า

5. อายุของผู้ดูแล อายุของผู้ดูแลแตกต่างกันจะทำให้การรับรู้ภาวะแตกต่างกัน เนื่องจากผู้ดูแลต้องแก้ปัญหาและต้องเผชิญกับปัญหาการดูแล ประสบการณ์การดูแลจึงมีความสำคัญมากกว่า การรับรู้ถึงภาวะการดูแล แสดงว่าผู้ที่เคยมีประสบการณ์การดูแล จะรับรู้ถึงภาวะการดูแลที่น้อยกว่า

6. จำนวนสมาชิกในครอบครัวของผู้ดูแลที่มีสมาชิก 1-2 คน จะมีภาวะการดูแลที่น้อยกว่าครอบครัวที่มีสมาชิก 3-8 คน เนื่องจากผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่ได้ทำหน้าที่ดูแลแต่ผู้สูงอายุคนเดียวเท่านั้น แต่ยังต้องดูแลสมาชิกในครอบครัวคนอื่น ๆ ด้วย

7. การสนับสนุนทางสังคม ได้แก่การได้รับความรักความเอาใจใส่จากผู้อื่นจะช่วยลดภาวะการดูแล และการได้รับข้อมูลข่าวสาร ได้แก่ คำแนะนำการให้สุขศึกษา การให้ความรู้ในการดูแลช่วยเหลือเพื่อลดภาระ รวมถึงการลดความเครียดจากปัญหาการดูแล

การดูแลผู้สูงอายุคนเดียวโดยครอบครัวที่ต้องการการพึ่งพิงระยะยาว เป็นการดูแลต่อเนื่อง ในช่วงเวลาที่ยาวนาน พบว่า ก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้ดูแลครอบครัวและชุมชน การทบทวนวรรณกรรมในการรับรู้ถึงภาวะและผลกระทบของผู้ดูแล พบว่า ระดับการรับรู้ถึงภาวะการดูแลของผู้ดูแลนั้น ไม่เท่ากันซึ่ง ประกอบด้วย 4 มิติ (Chou, 2000) ได้แก่

1. การรับรู้ต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลต่างกัน ขึ้นอยู่กับลักษณะและความรุนแรงของความเจ็บป่วยเรื้อรังแต่ละประเภท

2. ภาวะการดูแลเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นหลายมิติ ทั้งภาวะที่เกิดขึ้นทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณและด้านเศรษฐกิจ

3. ภาวะของผู้ดูแลเป็นสิ่งที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลาขึ้นอยู่กับความต้องการและความคาดหวังของผู้ดูแล

4. ภาวะของผู้ดูแลจะมีการเพิ่มขึ้นเสมอ ขึ้นอยู่กับความต้องการที่เพิ่มขึ้นกับสิ่งที่เป็นอยู่ของผู้ดูแล

โดยสรุป ในการที่ต้องทำหน้าที่เป็นผู้ดูแล ผู้สูงอายุคนเดียวระยะยาวนั้น ก่อให้เกิดภาวะการดูแลและผลกระทบต่อครอบครัว และยัง พบว่า การรับรู้ถึงภาวะการดูแลมีทั้งในด้านบวกและด้านลบของผู้ดูแลที่ส่งผลต่อการดูแล

การรับรู้ในภาระหน้าที่ของผู้ดูแลในทางบวก (ศิริพันธุ์ สาสัตน์, 2555) ได้แก่

1. การได้ทดแทนบุญคุณ การให้การดูแลผู้สูงอายุในบริบทของคนไทยได้รับอิทธิพลจากศาสนาพุทธ ทำให้ผู้ดูแลส่วนใหญ่ตอบว่าการดูแลญาติผู้ใหญ่ที่เจ็บป่วยนั้นเป็นการทดแทนบุญคุณที่ท่านเคยได้รับมาและมีความเต็มใจอย่างยิ่งที่จะให้การดูแลต่อไป
2. ได้ทำหน้าที่เป็นที่พึ่งในฐานะสามี หรือภรรยา หรือลูกหลาน เป็นคำตอบที่ผู้ดูแลตอบเป็นส่วนใหญ่ ในการทำหน้าที่ที่พึ่งกระทำให้เกิดคำถามถึงคุณภาพการดูแล ซึ่งหากผู้ดูแลไม่ต้องการให้การดูแลแล้วแต่ต้องทำหน้าที่เพราะสังคมบังคับ อาจเกิดปัญหาในการดูแล
3. การตอบแทนบุญคุณความดี ประเด็นที่มักจะพบในผู้ดูแลที่เป็นคู่สามี/ ภรรยา ซึ่งบางรายอาจจะเบื่อหน่ายต่อการดูแล แต่ด้วยผู้ที่ต้องดูแลนั้นเคยทำดีกับผู้ดูแลไว้ ทำให้ไม่สามารถที่จะทอดทิ้งกันไปได้
4. ส่งเสริมสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพิงและผู้ดูแลดีขึ้น จากการที่มีเวลาใกล้ชิดกันมากขึ้น

การรับรู้ในภาระหน้าที่ของผู้ดูแลในทางลบ ที่ส่งผลกระทบต่อความเป็นภาระการดูแลสามารถแบ่ง ได้เป็น 3 ด้าน ได้แก่ (WHO, 2000; ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2547)

1. ผลกระทบทางด้านจิตใจ (Psychological) ความรู้สึกทางอารมณ์ของผู้ดูแลซึ่ง พบว่าผู้ดูแลมีการแสดงออก ได้แก่

- 1.1 อารมณ์เศร้า เป็นอารมณ์ที่เกิดขึ้นเมื่อเกิดการสูญเสียของที่ตนรักไป ผู้ดูแลจะรู้สึกสูญเสียญาติของตนไปทั้งที่ยังมีชีวิตอยู่ เนื่องจากผู้สูงอายุติดเตียงจำผู้ดูแลไม่ได้ ไม่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง ทำให้มีอารมณ์เศร้า เบื่อหน่าย ท้อแท้ ไม่มีกำลังใจ รู้สึกไม่มีแรง
- 1.2 ความรู้สึกผิดเพราะบางครั้งผู้ดูแลอาจจะโกรธ ทะเลาะกับผู้สูงอายุติดเตียง เนื่องจากความไม่ให้ความร่วมมือในการดูแลและทำกิจกรรมต่าง ๆ แล้วผู้ดูแลมักจะรู้สึกผิดจากการกระทำของตนเองภายหลัง

1.3 ความโกรธ ผู้ดูแลอาจจะโกรธผู้สูงอายุที่ดูแล โกรธตนเอง หรือโกรธเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ พยาบาล หรือโกรธสถานพยาบาลที่ไม่สามารถให้การรักษาให้ผู้สูงอายุติดเตียงมีอาการดีขึ้นได้

1.4 ความรู้สึกอับอาย ซึ่งในบางครั้งผู้สูงอายุติดเตียงแสดงอาการด้านพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมในที่สาธารณะทำให้ผู้ดูแลเกิดความอับอาย

1.5 ความรู้สึกโดดเดี่ยว ด้วยภาระที่ต้องดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพิงสูงทำให้ต้องใช้เวลาคูแ่ตลอด 24 ชั่วโมง ทำให้ผู้ดูแลไม่มีเวลาในการออกไปพบปะกับเพื่อนฝูง ทำให้บางครั้งขาดการติดต่อแยกตัวออกจากสังคม ทำให้รู้สึกโดดเดี่ยว

1.6 ความรู้สึกเครียด เป็นความรู้สึกที่เกิดจากการที่ต้องรับภาระการดูแลเพียงลำพัง และต้องอยู่ดูแลตลอดเวลา

2. ผลกระทบทางด้านร่างกาย (Physiological) ปัญหาที่ผู้ดูแลเป็นอยู่บ่อย ๆ ทางร่างกาย ได้แก่

2.1 อาการปวดหลัง ซึ่งส่วนมากจะบ่นว่ามีอาการปวดหลัง ปวดเมื่อยตามตัว เนื่องมาจากการยกและเคลื่อนย้ายโดยไม่ถูกวิธี และมีการออกแรงในการยกเกินกำลัง และปัญหาปวดหลังบางครั้งอาจบ่งบอกถึงความเครียดทางจิตใจ โดยเป็นอาการเตือนเพื่อให้ร่างกายได้หยุดพักบ้าง

2.2 อ่อนเพลียไม่มีแรง ซึ่งส่วนใหญ่จะเกิดขึ้นกับผู้ดูแลที่พักผ่อนน้อย ไม่เพียงพอ ทำให้ร่างกายอ่อนแอ อาจเกิดโรคแทรกซ้อนได้ และส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีอาการหงุดหงิดโมโหง่าย

2.3 ปัญหาทางสุขภาพเพิ่มขึ้นซึ่งผู้ดูแล ไม่ว่าจะเป็นสามี ภรรยา หรือบุตร ส่วนใหญ่พบว่า ผู้ดูแลมักจะอยู่ในวัยสูงอายุและมีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1-2 โรค เมื่อพักผ่อนไม่เพียงพอ รับประทานอาหารไม่เป็นเวลา โรคประจำตัวที่เป็นอาจกำเริบมากขึ้นและอาจมีปัญหาสุขภาพอื่นเพิ่มขึ้น

3. ผลกระทบด้านสังคม เศรษฐกิจ (Socio-economic) ได้แก่

3.1 การเปลี่ยนแปลงทางด้านรูปแบบการทำงาน มีผู้ดูแลบางรายอาจต้องปรับลักษณะการทำงาน ของตนให้เข้ากับภาระในการดูแล เช่น เปลี่ยนจากการทำงานเต็มเวลาไปเป็นทำงาน บางอย่างบางเวลา หรือบางรายอาจจะลาออกจากงานเพื่อมาดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพิงเต็มเวลา

3.2 รายได้ลดลง ผู้ดูแลมีการปรับลักษณะงานที่ต้องทำ หรือลาออกจากงานเพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพิงสูง

3.3 ความขัดแย้งภายในครอบครัว การดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพิงสูงที่บ้าน ถ้าปราศจากการบริหารจัดการที่ดีแล้ว จะนำมาซึ่งปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัว หรือรายที่มีครอบครัวของตนเองแล้ว อาจเกิดปัญหาจากการไม่มีเวลาให้ครอบครัวของตนเอง

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่ามีบทบาทหน้าที่ของผู้ดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ถึงแม้ว่าจะเป็นบทบาทที่ต้องดูแลจากมีความสัมพันธ์กันในครอบครัวแต่ก็ยังพบว่า การดูแลระยะยาวในผู้สูงอายุที่ที่ติดเตียง เป็นภารกิจที่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ทั้งโครงสร้างครอบครัว บทบาทของครอบครัว ทักษะจิตความรู้สึกรู้สึกของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพิงสูง รวมถึงพฤติกรรมการณ์เลี้ยงดูที่ผู้ดูแลคิดว่ามีผลต่อการทำหน้าที่ในการดูแลได้เป็นอย่างดีโดยไม่ทำให้รู้สึกอยากละทิ้งภาระการดูแลผลกระทบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวจากการศึกษาของ ศิราณี ศรีหาคาด และคณะ (2556) พบว่า ภาระและผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจ เรื่องค่าใช้จ่ายใน

การดูแลของครอบครัว และผู้ดูแล มีการเสียโอกาสในการประกอบอาชีพ สอดคล้องกับ การศึกษาของ วรเวศน์ สุวรรณระดา (2552) พบว่า ต้นทุนของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุส่วนหนึ่งเกิดจากการเสียสละทางแรงงานของสมาชิกในครอบครัวคนหนึ่งที่ต้องลาออกจางานเพื่อมาดูแล พบถึงร้อยละ 3.14 และจากการศึกษาของ พารุณี เกตุกราย (2550) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะทางสมองต้องมีการเสียค่าใช้จ่ายของครอบครัวสูงมากในการดูแล ทั้งนี้เนื่องจาก โครงสร้างครอบครัวที่เปลี่ยนไป ภาระการดูแลในอดีตส่วนใหญ่ พบว่า มีผู้ช่วยดูแลมากกว่า 1 คน แต่ในปัจจุบันอาจมีผู้ดูแลคนเดียวเพียงลำพัง โดยผู้หญิงในครอบครัวมักจะต้องรับหน้าที่ในการดูแล บทบาทในการหารายได้ และค่าใช้จ่ายในการดูแลทำให้ครอบครัวเกิดภาระและผลกระทบทางเศรษฐกิจอย่างมาก ซึ่งเป็นปัจจัยหลักต่อคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง

การทำหน้าที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้านนั้นเป็นภาระการดูแลที่มีความคลุมเครือในบทบาทหน้าที่ทำให้เกิดความเครียดในหน้าที่ ความรับผิดชอบของผู้ดูแล เพื่อให้สามารถให้การดูแลได้บรรลุเป้าหมาย ตอบสนองความต้องการการดูแลรับผิดชอบ ซึ่งมีหลายหน้าที่ ทั้งการดูแลโดยทางตรงและทางอ้อม (สายพิณ เกษมกิจวัฒนา, 2537, หน้า 5) ดังนี้

1. ความต้องการการดูแลโดยตรง ทั้งทางร่างกาย (Physical support) และทางจิตใจ (Emotional psychological support) อันเนื่องมาจากข้อจำกัดทางร่างกายความบกพร่องทางความคิด และการเปลี่ยนแปลงทางสภาพอารมณ์ ประกอบด้วย

1.1 การดูแลในการทำกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การดูแลความสะอาดร่างกาย การรับประทานอาหาร จัดสิ่งแวดล้อมในการดูแลให้เหมาะสมต่อการดูแลสุขภาพและการป้องกันอุบัติเหตุ เช่น การป้องกันการตกเตียง ระบบระบายอากาศ การจัดเตรียมของเครื่องใช้ เป็นต้น

1.2 การดูแลการทำกิจกรรมตามแผนการรักษา เช่น ทำแผล เปลี่ยนน้ำยาล้างไต ให้ยา ให้อาหารทางสายยาง การดูแลเสมหะ เป็นต้น

1.3 การดูแลให้กำลังใจ ปลอดภัย ปรึกษาปรึกษาจิตใจ ให้รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง อยู่เป็นเพื่อน เป็นต้น

2. การดูแลระหว่างบุคคล เป็นบุคคลกลางในการติดต่อประสานงานกับบุคลากรทางการแพทย์หรือองค์กรทางสุขภาพอื่น ๆ เพื่อรักษาสัมพันธภาพและความขัดแย้ง ที่อาจเกิดขึ้นได้ และมีส่วนช่วยในการตัดสินใจในการดูแลสุขภาพ เช่น การติดต่อสื่อสารกับแพทย์ พยาบาล ติดต่อขอความช่วยเหลือ การเลือกวิธีการรักษา และกิจกรรมที่เหมาะสมกับสมาชิกในครอบครัว เป็นต้น

3. การดูแลทั่วไปเป็นการดูแลอื่น ๆ นอกเหนือจากที่กล่าวมาแล้วนั้น ได้แก่ ความรับผิดชอบดูแลทำงานต่าง ๆ ทั้งภายใน และภายนอกบ้าน รับผิดชอบการรักษาพยาบาล และค่าใช้จ่ายภายในครอบครัว เป็นต้น

ในการดูแลที่บ้าน ผู้ดูแลต้องเผชิญปัญหาเมื่อกลับไปดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้านในการศึกษาบททวนเอกสารการวิจัย พบว่า การเผชิญปัญหาของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านวิธีการเผชิญปัญหาที่ผู้ดูแลใช้มี 4 วิธี คือ การทำใจ การผสมผสานการรักษา การดูแลสุขภาพของผู้ดูแลให้แข็งแรง และการปรับเปลี่ยนแบบแผนในการดำเนินชีวิต โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเผชิญปัญหา ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านผู้ดูแล ในเรื่องของความรู้ ทักษะบุคลิกหรือลักษณะนิสัยของผู้ดูแล ภาวะสุขภาพ รวมทั้งความผูกพันและคุณธรรมประจำใจของผู้ดูแล 2) ปัจจัยด้านผู้สูงอายุ ในเรื่องภาวะสุขภาพด้านร่างกาย ความเสื่อม การรับรู้/สติปัญญา และการถดถอยทางด้านอารมณ์ 3) ปัจจัยด้านวัฒนธรรมและความเชื่อ ในเรื่องการทดแทนบุญคุณ ความช่วยเหลือเอื้ออาทร และการชดใช้กรรม 4) ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ 5) ปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ

ความต้องการของผู้ดูแลในขณะที่อยู่ที่บ้าน พบว่า มีความต้องการความช่วยเหลือจากญาติพี่น้อง ต้องการให้ช่วยเหลือในเรื่องอุปกรณ์ของความพิการและการรักษา ช่วยเหลือด้านอาชีพการทำงาน รายได้ (นันทพร ศรีนิ่ม, 2545) และในการศึกษามาตรฐานการประเมินคุณภาพการดูแลที่บ้านสำหรับผู้สูงอายุประกอบด้วย มาตรฐานเชิงกระบวนการ และมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ มี 4 มาตรฐาน (ทินวิสุทธ์ ศรีละมัย, 2548) ดังนี้

มาตรฐานที่ 1 ผู้สูงอายุได้รับการประเมินสภาวะสุขภาพและความพร้อมในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องหลังการเกิดภาวะเจ็บป่วย

มาตรฐานที่ 2 ผู้สูงอายุสามารถเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้นจากโรค ตามวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ

มาตรฐานที่ 3 ผู้สูงอายุปลอดภัย และปราศจากภาวะแทรกซ้อน

มาตรฐานที่ 3.1 ผู้สูงอายุปลอดภัยจากการเกิดแผลกดทับ

มาตรฐานที่ 3.2 ผู้สูงอายุปลอดภัยจากการติดเชื้อ ในระบบทางเดินหายใจ และระบบทางเดินปัสสาวะ

มาตรฐานที่ 3.3 ผู้สูงอายุปลอดภัยจากภาวะกล้ามเนื้อลีบ และข้อติดแข็ง

มาตรฐานที่ 3.4 ผู้สูงอายุปลอดภัยจากภาวะข้อไหล่เคลื่อนหลุด

มาตรฐานที่ 3.5 ผู้สูงอายุปลอดภัยจากการกลับเป็นซ้ำ

มาตรฐานที่ 4 ผู้ดูแลและครอบครัว ได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือในการดูแลผู้สูงอายุ แนวทางการปฏิบัติที่มีคุณภาพในการประเมินความสามารถในการดูแลที่มีคุณภาพในการปฏิบัติ โดยครอบครัวเป็นผู้ดูแลหลักที่บ้าน เครื่องมือในการประเมินผลเชิงกระบวนการของการใช้แนวปฏิบัติ (สถาบันวิจัยระบบการดูแลผู้สูงอายุไทย, 2558) ประกอบด้วย การดูแลสุขภาพ

ผู้สูงอายุที่เน้นการควบคุมและจัดการกับอาการไม่สุขสบายของผู้สูงอายุติดเตียง ประเมินได้จากความรู้ในการดูแลและพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการนอนติดเตียง 5 ด้าน ได้แก่

1. การป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินอาหารและได้รับอาหารที่เพียงพอ
2. การป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ
3. การป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ
4. การป้องกันแผลกดทับ
5. การดูแลความสะอาดร่างกายผู้สูงอายุติดเตียง

ญาติผู้ดูแลมีความต้องการข้อมูล ความรู้เกี่ยวกับโรค และการดำเนินของความเจ็บป่วย ที่ต้องให้การดูแลต่อเนื่อง พบว่า มีความต้องการในเรื่อง 1) ข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุของโรคหรืออาการที่เกิดขึ้น 2) ข้อมูลเกี่ยวกับอาการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุติดเตียง หรือความก้าวหน้าของการรักษาพยาบาล 3) ข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค 4) ข้อมูลเกี่ยวกับระดับความรุนแรงของโรค หรืออาการที่เป็นอยู่ 5) ข้อมูลเกี่ยวกับการพยากรณ์โรค 6) ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาที่ต้องได้รับการ

การให้ความรู้ในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมในการดูแลที่บ้านของญาติผู้ดูแล (รวีวรรณ จารุพรประสิทธิ์, อารี สุทธิอาจ, สมลักษณ์ ศิริชื่นวิจิตร, บุญญาภา ศิริรัตน์, ศรดา เสนพงษ์, 2558) พบว่า ญาติผู้ดูแลที่มีความรู้ในการดูแลมากจะมีพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้านดีมาก เนื่องจากญาติที่มีความรู้ มีความมั่นใจในการปฏิบัติดูแล และสามารถปฏิบัติดูแลได้ถูกต้อง ซึ่งต่างจากญาติผู้ดูแลที่ไม่มีความรู้ในการดูแล ญาติจะไม่กล้าทำกิจกรรมการดูแลใด ๆ ให้แก่ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย เนื่องจากกลัวว่าจะทำให้ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยมีอาการทรุดหนักขึ้น และญาติผู้ดูแลบางรายไม่ทราบความสำคัญ และผลประโยชน์ที่จะได้รับเมื่อปฏิบัติกิจกรรมการดูแลนั้น ๆ จึงละเลยการปฏิบัติดูแลส่งผลให้มีพฤติกรรมในการดูแลที่บ้านไม่ดี

พฤติกรรมในการดูแลที่บ้านของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยแต่ละรายจะมีระดับความรุนแรงในการเจ็บป่วยที่แตกต่างกัน ซึ่งส่งผลต่อภาวะสุขภาพผู้สูงอายุติดเตียงแตกต่างกัน (กรภัทร อิมโอฐ, 2550) ในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่เกิดผลกระทบรุนแรงมีระดับความรุนแรงมาก จะมีความยุ่งยากและซับซ้อนมากกว่า การดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่มีระดับความรุนแรงน้อย ผู้ที่มีความพิการรุนแรงไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ทำให้ต้องพึ่งพิงผู้ดูแลมาก (วันเพ็ญ พิชิตพรชัย และอุษาวดี อัครวิเศษ, 2545) จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน กับภาระในการดูแล และความต้องการการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลที่บ้านในการประกอบกิจวัตรประจำวัน เช่น การอาบน้ำ การใช้ห้องสุขา การทานอาหาร เป็นต้น พบว่า

ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุกับภาวะในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบ

ผู้สูงอายุคิดเพียงส่วนใหญ่มุ่งมีความเชื่อมโยงในการคิด การรับรู้ และการทำหน้าที่ผิดปกติกของสมอง ส่งผลให้มีความต้องการการดูแลที่สูงมากขึ้น โดยเฉพาะการดูแลส่วนบุคคลเป็นกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการตอบสนองความต้องการพื้นฐาน ต้องมีการปฏิบัติให้การดูแลอย่างสม่ำเสมอทุกวัน ในการช่วยเหลือตลอดเวลาที่ผู้สูงอายุคิดเพียง มีการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม มีสภาพอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลง ซึ่งสร้างความยากลำบากแก่ผู้ดูแล

การให้การดูแลที่ไม่เพียงพอ ส่งผล ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุ ได้แก่ ข้อติด ร้อยละ 25.8 แผลกดทับ ร้อยละ 16.7 และปอดอักเสบ ร้อยละ 1.7 ทั้งนี้อาจเนื่องจากการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านของญาติผู้ดูแล มีปัจจัยที่เป็นข้อจำกัดในการดูแลผู้สูงอายุ ทั้งที่เกิดจากตัวผู้สูงอายุเอง และจากการดูแล ซึ่งร้อยละ 58.3 ในผู้สูงอายุคิดเพียงจากการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ร่วมกับโรคอื่น ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 38.3 รองลงมา คือ โรคเบาหวาน ร้อยละ 16.7 โรคหัวใจ ร้อยละ 5.8 และไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 3.3 ตามลำดับ ที่มีระดับความรุนแรงของโรคที่ต้องพึ่งพิงญาติในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ทั้งหมด ร้อยละ 29.2 และอีกร้อยละ 10.8 ต้องพึ่งพิงญาติในระดับมากในการศึกษาปัจจัย พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลต่อพฤติกรรมดูแลที่บ้าน พบว่า อายุ เพศ การศึกษา และรายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลที่บ้าน ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแล ได้แก่ ระยะเวลาการดูแลต่อวันอาชีพของผู้ดูแล (ภรรยา อีเอ็มไอ, 2550) ภารกิจในการดูแลกลุ่มผู้สูงอายุคิดเพียงของผู้ให้บริการทางสุขภาพ ได้แก่ 1) ภารกิจการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน 2) ภารกิจการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล 3) ภารกิจประสานการบริการ จัดบริการติดตามดูแลกลุ่มผู้สูงอายุคิดเพียงอย่างต่อเนื่อง จนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต

ในการบูรณาการความร่วมมือเพื่อให้บริการ ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาชน ภาคสุขภาพและสังคม และต้องครอบคลุมในทุกมิติสุขภาพของผู้สูงอายุโดยแนวทางปฏิบัติในกลุ่มคิดเพียง เน้นการควบคุมและจัดการความไม่สบายของผู้สูงอายุ (Symptom management) การเฝ้าระวังป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการไม่เคลื่อนไหว จากโรคและความเจ็บป่วย และป้องกันภาวะทุพพลภาพจากสาเหตุที่แก้ไขได้ รวมทั้งการให้บริการในการสนับสนุนผู้ดูแลและครอบครัว เพื่อให้สามารถดูแลผู้สูงอายุที่บ้านได้อย่างเหมาะสม (สถาบันวิจัยระบบการดูแลผู้สูงอายุไทย, 2558) การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ในการดำเนินการระบบพยาบาลเยี่ยมบ้าน โรงพยาบาลบ้านแพ้ว พบว่า ปัจจัยในการดูแลผู้สูงอายุคิดเพียงที่บ้านนั้น มีปัจจัยที่ซับซ้อน ละเอียดอ่อนจำนวนมากที่ซ่อนอยู่ ทำให้มีโรงพยาบาลประสบความสำเร็จน้อยในการดูแลผู้สูงอายุคิดเพียงที่บ้านอย่างมีคุณภาพ

ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนติดเตียงที่บ้านด้วยพยาบาลเยี่ยมบ้าน ต้องมีการตัดสินใจที่เด็ดขาด ถูกต้องอย่างมีประสิทธิภาพ และยังต้องอาศัยครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลหลัก และเป็นผู้ที่ดูแลใกล้ชิดผู้สูงอายุตลอดเวลา ซึ่งเป็นปัจจัยที่สำคัญยิ่งต่อการประสบความสำเร็จในการให้การดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้าน การมีภาวะผู้นำ ความเชื่อมั่นศรัทธา ความร่วมมือในการทำงาน การยอมรับในการดูแลเป็นแบบอย่างที่ดีของครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในการดูแลผู้สูงอายุไทยระยะยาว (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ, 2552)

ความต้องการของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง

ความต้องการความรู้ของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียง ภาวะความเจ็บป่วย การดำเนินของโรคและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการนอนติดเตียงเป็นเวลานานอย่างต่อเนื่องอย่างมีความรู้ความเข้าใจ นอกจากนี้ผู้ดูแลยังถูกคาดหวังต่อศักยภาพและปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพรวมทั้งคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลและผู้สูงอายุติดเตียงที่ดูแลด้วย โดย Sullivan-Bolyal., Knafel, Sadler and Gilliss (2004) ได้แบ่งความต้องการของผู้ดูแลออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่

1. การดูแลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย เป็นการดูแลรับผิดชอบหลักโดยตรงของผู้ดูแล ที่ต้องทำกิจกรรมต่าง ๆ วันต่อวัน โดยผู้ดูแลต้องมีความรู้ ความเข้าใจในการดูแลที่สอดคล้องกับอาการของผู้ป่วย สามารถรับผิดชอบดูแลภาวะเจ็บป่วยตามแผนการรักษาได้อย่างต่อเนื่อง แม้ว่าโรคจะดำเนินไปเรื่อย ๆ การดูแลป้องกันภาวะแทรกซ้อน ผู้ดูแลจะถูกคาดหวังให้ต้องสังเกตอาการ การเปลี่ยนแปลงได้ ซึ่งบางครั้งผู้ดูแลอาจจะถูกคาดหวังมากจนสร้างแรงกดดัน ความรู้สึกผิด ถ้าไม่สามารถดูแลได้ดังที่คาดหวังไว้

2. การประสานงานหาแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือ ผู้ดูแลนั้นต้องหาแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือภายในชุมชน ที่สามารถตอบสนองความต้องการผู้สูงอายุติดเตียงได้ การช่วยเหลือเพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง บางครั้งอาจมีปัญหาเรื่องการสนับสนุนทางทรัพยากรจากบุคลากรทางการแพทย์ หรือจากโรงพยาบาล หรืออาจเป็นแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือบรรเทาภาระการดูแล และช่วยครอบครัวในการดูแลในเรื่องความรู้และทักษะการดูแล

3. การคงไว้ซึ่งสภาพปกติของครอบครัว ผู้ดูแลต้องพยายามคงความสมดุลในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงและครอบครัวไปพร้อม ๆ กัน ซึ่งนอกจากผู้ดูแลแล้วสมาชิกในครอบครัวต้องร่วมมือกันช่วยดูแลอารมณ์ความรู้สึกระหว่างสมาชิกด้วยกัน การประคับประคองความสัมพันธ์ในครอบครัว ช่วยกันรับผิดชอบงานบ้าน การทำกิจกรรมตามประเพณีร่วมกันในครอบครัว การส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวมองโลกในแง่ดีและการคิดบวก เพื่อเป็นกำลังใจให้กันและกัน

4. การคงไว้ซึ่งความสมดุลในตนเองของผู้ดูแล เมื่อทราบว่าต้องมีหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ผู้ดูแลอาจรู้สึกที่ต้องประสพกับความสูญเสียหลายอย่าง เช่น สูญเสียพ่อแม่ที่

สุขภาพดีไปแล้ว ขาดอิสรภาพ ขาดความเชื่อมั่นในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้าน สิ่งที่แสดงออก อาจจะมีหลายรูปแบบ เช่น มีภาวะซึมเศร้า มีอาการ โกรธ รู้สึกไม่ยุติธรรม แม้ว่าจะพยายามยอมรับ และให้การดูแลเท่าที่ทำได้ บางครั้งอาจรู้สึกว่าไม่อยากดูแลอีกต่อไป แนวทางแก้ไข โดยให้เข้ารับ การแนะนำจากบุคลากรทางสุขภาพ การปรับความคิดมุมมองในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้าน การแลกเปลี่ยนความคิดเห็น เพื่อพยายามสนับสนุนความสมดุลทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ของผู้ดูแล ต่อไป

ในการศึกษาของ Anita and Nancy (1989) ได้สรุปความต้องการของผู้ดูแลไว้ดังนี้

1. ความต้องการข้อมูลในการดูแลผู้ป่วย (Information need) เป็นสิ่งจำเป็นที่ผู้ดูแล ต้องการคำแนะนำ คำอธิบาย ตลอดจนวิธีการติดต่อกับผู้ดูแลจำเป็นต่อทราบ เช่น กิจกรรมที่ต้องทำ ในการดูแล (เช่น การป้อนอาหาร, การทำแผล) การดำเนินของโรค เพื่อสามารถให้การดูแลที่บ้าน ได้

2. ความต้องการการจัดการภายในบ้าน (Household management needs) การจัดการ ภายในบ้าน การทำงานบ้าน จัดตั้งแวดล้อมสถานที่ ตลอดจนการดูแลการเตรียมอาหารและการพา ไปพบแพทย์

3. ความต้องการการดูแลสุขภาพร่างกาย (Physical need) การดำรงชีพ การมีสุขภาพ ที่แข็งแรงให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติ ได้แก่ การพักผ่อนนอนหลับ การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด เป็นต้น

4. ความต้องการการประคับประคองจิตใจ (Psychological need) เป็นการปฏิบัติที่ทำให้ ผู้ดูแลรู้สึกถึงความห่วงใยในการดูแลการสนับสนุน การให้กำลังใจสามารถทำให้ผู้ดูแลรู้สึกสดชื่น ผ่อนคลายความวิตกกังวลได้

5. ความต้องการการเสริมสร้างพลังทางจิตวิญญาณ (Spiritual need) เป็นการปฏิบัติ หน้าที่ทำให้ผู้ดูแลได้รับซึ่งความรัก ความเห็นใจ กำลังใจ ทำให้เกิดความหวังในชีวิต และความรู้สึก มีคุณค่าในตนเองตามมา

6. ความต้องการเงินและวัสดุสิ่งของ (Financial need) เป็นสิ่งจำเป็นเนื่องจากบางครั้ง ผู้ป่วยอาจเป็นผู้หารายได้ของครอบครัว และต้องใช้ค่าใช้จ่ายในการรักษา ผู้ดูแลจะต้องรับภาระมาก ทั้งการดูแลและการหารายได้เพื่อใช้จ่ายในครอบครัวและการรักษา

7. ความต้องการการดูแลผู้ป่วยระยะสั้น (Respite need) แบบชั่วคราว เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถ ทำกิจกรรมส่วนตัวได้

คุณภาพการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้าน

การดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้าน เมื่อกลับจากโรงพยาบาลไปสู่บ้านผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ต้องให้การดูแลอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง โดยญาติผู้ดูแลต้องมีกิจกรรมการพยาบาลที่บ้าน ซึ่งถ้ากระทำกิจกรรมการดูแลไม่ถูกต้อง ผู้สูงอายุติดเตียงอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาได้ ดังนั้น ครอบครัวจึงมีความสำคัญและจำเป็นในการดูแลการส่งเสริมการพึ่งพิงตนเองของบุคคล ครอบครัว ชุมชนเพื่อให้เขาสามารถช่วยเหลือตนเองได้

แบบแผนเบื้องต้นที่ใช้ในการดูแลสุขภาพที่บ้าน เป็นการให้การดูแลอย่างต่อเนื่องแก่บุคคลที่เจ็บป่วยหรือพิการที่บ้าน สถานที่พักอาศัย โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อส่งเสริมสุขภาพ รักษาพยาบาล และบำบัดต่าง ๆ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วย และครอบครัว สามารถดูแลตนเองได้มากที่สุด และดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุขเท่าที่จะทำได้ (พรทิพย์ เกตุรานนท์, 2539) โดยสามารถแบ่ง การดูแลสุขภาพที่บ้านเป็น 3 รูปแบบ ดังนี้

1. การให้การดูแลที่บ้าน โดยนำศาสตร์ทางการพยาบาลที่เกี่ยวข้องมาใช้เป็นแนวคิดในการดูแลสุขภาพที่บ้าน
2. การดูแลสุขภาพที่บ้าน โดยการผสมผสานบริการสาธารณสุขพื้นฐานกับสาธารณสุขมูลฐานเพื่อให้บริการที่บ้านครอบคลุมบริการพื้นฐาน 4 อย่าง คือ ส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟู
3. การใช้รูปแบบทางระบาดวิทยา ประกอบกับกระบวนการพยาบาล โดยถือว่า Host คือ ครอบครัว Environment คือ บ้าน Agent คือ Stressor ทางร่างกาย จิตใจ และ/ หรือธรรมชาติทางสังคม

โดยสรุป ลักษณะความต้องการในการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเรื้อรังที่บ้าน (สุนทราวดี เขียวพิเชฐ และคณะ, 2551) การดูแลเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวัน อันดับแรก คือ การช่วยเหลือในการรับประทานอาหาร รongลงมา ได้แก่ การให้กำลังใจ การดูแลเรื่องการนอนหลับ และการดูแลเรื่องยา การพาไปพบแพทย์ บั้จจัยที่ทำนายพลังอำนาจของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังที่บ้าน คือ สัมพันธภาพในครอบครัว ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุป่วย การสนับสนุนทางสังคม (ปีนเรศ กาศอุดม, 2547; วรรณรัตน์ ลาวัง และคณะ, 2547; จินตนา วัชรสินธุ์ และคณะ, 2549) ตัวแปรที่สำคัญส่งผลต่อคุณภาพการดูแล ได้แก่ บั้จจัยด้านครอบครัว คือ สัมพันธภาพที่ดีในครอบครัวที่ดี บั้จจัยด้านบุคคลของผู้ดูแล คือ ความเข้าใจในตนเองของผู้ดูแล การมีความรู้ ความเข้าใจในความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ และสร้างความรู้สึกรักมีคุณค่าในตนเอง เพื่อเสริมพลังในการทำหน้าที่การดูแล

ครอบครัวมีความสำคัญและจำเป็นในการดูแลการภาวะสุขภาพ และสามารถทำกิจกรรม การดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ประกอบด้วย (อัมพรพรรณ ธีรานุตร, นงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์ และคลวิวัฒน์ แสนโสม, 2552)

1. การดูแลช่วยเหลือในการประกอบกิจวัตรประจำวัน โดยยึดหลักพยายามกระตุ้นให้ ผู้สูงอายุติดเตียงช่วยตัวเองให้มากที่สุด ผู้สูงอายุติดเตียงควรได้รับการช่วยเหลือเฉพาะสิ่งที่ผู้สูงอายุ ติดเตียงทำเองไม่ได้ พร้อมทั้งได้รับกำลังใจ เพื่อให้ผู้สูงอายุติดเตียงเกิดความเชื่อมั่นในตัวเอง ซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุติดเตียงรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ส่งผลให้ผู้สูงอายุติดเตียงสามารถประกอบ กิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้มากขึ้น โดยการดูแลด้านกิจวัตรประจำวันมีดังต่อไปนี้

1.1 การรับประทานอาหาร เนื่องจากผู้สูงอายุติดเตียงบางรายมีปัญหาในการเคี้ยวและ การกลืน ผู้สูงอายุติดเตียงควรได้รับประทานอาหารอย่างน้อยวันละ 2-3 มื้อต่อวัน และได้รับน้ำ อย่างเพียงพอประมาณ 8-10 แก้วต่อวัน ขณะรับประทานอาหารผู้สูงอายุติดเตียงอาจสำลักได้ผู้ดูแล ต้องให้การดูแลเป็นพิเศษ เพื่อให้ผู้สูงอายุติดเตียงได้รับอาหารครบถ้วน ผู้ดูแลควรให้การช่วยเหลือ ผู้สูงอายุติดเตียง โดยเริ่มจากป้อนอาหารเหลวที่มีลักษณะข้นครั้งละน้อย ๆ ถ้าผู้สูงอายุติดเตียงกลืน ได้ให้กระตุ้นการกลืนโดยการป้อนของเหลวอื่น หรืออาหารที่มีลักษณะอ่อนนุ่มให้บ่อยครั้งขึ้น ต่อจากนั้นจึงให้ดื่มน้ำเมื่อผู้สูงอายุติดเตียงสามารถกลืนได้ดี สำหรับผู้สูงอายุติดเตียงที่มีการอ่อน แรงในการหดตัวของกล้ามเนื้อหลอดคอ จะทำให้อาหารติดคอและสำลักได้ง่าย ดังนั้น การกลืนควร ให้ผู้สูงอายุติดเตียงนั่งใน ท่าก้มหัววางชิดอก จะช่วยให้ผู้สูงอายุติดเตียงกลืนน้ำได้ เนื่องจากฝา กล่องเสียงจะปิด ต้องทำความสะอาดในช่องปากก่อนรับประทานอาหารเพื่อกระตุ้นน้ำลาย และ รู้สึกอยากรับประทานอาหารควรตัดอาหารคำเล็ก ๆ ในกรณีที่ผู้สูงอายุติดเตียงที่สามารถตัดอาหาร รับประทานได้เอง ควรสนับสนุนให้ผู้สูงอายุเป็นผู้กระทำเอง โดยผู้ดูแลเป็นผู้ให้การสนับสนุน กระตุ้นให้ผู้สูงอายุติดเตียงใช้อุปกรณ์หรือการกลืนที่ถูกต้องเมื่อผู้สูงอายุติดเตียงรับประทานอาหารเสร็จ แล้วควรให้ผู้สูงอายุอยู่ในที่นั่งอีก 30-45 นาที เพื่อป้องกันการสำลักในกรณีที่ผู้สูงอายุติดเตียง ไม่สามารถกลืนได้จำเป็นต้องได้รับอาหารทางสายยาง ผู้ดูแลควรดูแลให้สายยางให้อาหารอยู่ใน ตำแหน่งที่กำหนดไว้ ไม่มีการเลื่อนเข้าออก หรือหลุด ผู้สูงอายุติดเตียงควรได้รับอาหารวันละ 4-6 มื้อ หรือประมาณ 2,000-3,000 กิโลแคลอรีต่อวัน ซึ่งขึ้นอยู่กับสภาพของผู้สูงอายุแต่ละราย

1.2 การขับถ่ายปัสสาวะ ผู้สูงอายุติดเตียงส่วนใหญ่จะมีปัญหาไม่มีปัสสาวะไหล ตลอดเวลา ดังนั้น ผู้ดูแลต้องดูแลไม่ให้ผิวหนังบริเวณก้นเปียกชื้น อาจใส่ถุงรองรับน้ำปัสสาวะ สำหรับผู้ชาย และใส่ผ้ากันซึม หรือใช้วิธีเปลี่ยนผ้าบ่อย ๆ และให้การช่วยเหลือทำความสะอาด บริเวณอวัยวะสืบพันธุ์หลังจากขับถ่ายทุกครั้ง เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ

1.3 การจับถ่ายอุจจาระของผู้สูงอายุติดเตียงควรได้รับการดูแลความสะอาดหลังถ่ายอุจจาระทุกครั้ง และได้รับการกระตุ้นในการออกกำลังกล้ามเนื้อหน้าท้องและมีการเคลื่อนไหวร่างกายบ่อย ๆ ควรหัดให้ผู้สูงอายุติดเตียงถ่ายอุจจาระโดยนั่งกระโถนในเวลาเดียวกันทุกวัน แม้ว่าจะไม่ปวดเพื่อฝึก สุนิสิสัย โดยเฉพาะหลังอาหารเช้าเพราะอาหารเช้าจะช่วยกระตุ้นให้ลำไส้เคลื่อนไหว ใ้รับประทานอาหารที่มีกากประเภทผัก ผลไม้เพื่อกระตุ้นการเคลื่อนไหวของลำไส้ให้ผู้สูงอายุติดเตียงดื่มน้ำมาก ๆ 2-3 ลิตรต่อวัน สำหรับผู้สูงอายุติดเตียงที่ไม่ถ่ายอุจจาระ 3-4 วันหรืออุจจาระอัดแน่นเป็นก้อนแข็ง อาจต้องใช้ยาเหน็บ หรือสวนอุจจาระหรืออาจจะล้างทุก 2-3 วัน และทุกครั้งที่คุณสูงอายุต้องการจับถ่ายต้องรีบให้ถ่าย ไม่ควรให้ผู้สูงอายุติดเตียงรอหรือพลัดเวลาออกไป เพราะจะทำให้ผู้สูงอายุติดเตียงหายปวดและมีการดูดซึมน้ำกลับทำให้อุจจาระแข็งได้ การจับถ่ายจะดีขึ้นเมื่อผู้สูงอายุติดเตียงมีสมรรถภาพทางกายดีขึ้น คือ สามารถนั่ง เคลื่อนย้าย ออกกำลังกายได้ เพราะกิจกรรมเหล่านี้จะทำให้ความดันในช่องท้องเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ และช่วยให้มีการเคลื่อนไหวของลำไส้ดีขึ้น ดังนั้น การฟื้นฟูสภาพอย่างแข็งขันแต่เนิ่น ๆ จะทำให้ผู้สูงอายุติดเตียงมีการจับถ่ายอุจจาระอย่างปกติได้

1.4 การดูแลสุขอนามัย การสนับสนุนให้ผู้สูงอายุติดเตียงได้ช่วยตัวเองมากที่สุด เป็นประโยชน์แก่ผู้สูงอายุติดเตียงอย่างยิ่ง ในผู้สูงอายุติดเตียงที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยหรือไม่ได้เลย ผู้ดูแลต้องช่วยทำความสะอาดผิวหนังโดยใช้สบู่อ่อน ๆ และน้ำสะอาด หลังจากล้างสบู่ออกหมดซับให้แห้งด้วยผ้านุ่ม

1.5 การแต่งกาย ควรเลือกเสื้อผ้าที่สวมใส่และถอดง่าย สะดวก หลวม ๆ ใส่สบาย เสื้อผ้าต้องโปร่งไม่ขัดขวางต่อการระบายความร้อนออกจากร่างกาย เพื่อป้องกันความอับชื้น ผู้สูงอายุติดเตียงควรได้รับการกระตุ้นให้ช่วยตนเองให้มากที่สุดในการเปลี่ยนเสื้อผ้า และแต่งกายอื่น ๆ เช่น หวีผม ทาแป้ง โกนหนวดซึ่งขึ้นอยู่กับสภาพผู้สูงอายุติดเตียงที่เอื้ออำนวยในการทำกิจกรรม ควรสวมใส่ข้างที่เป็นอัมพาตก่อนใส่ข้างที่ดี และถอดข้างที่ดีก่อน

2. การฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุติดเตียงภาระที่ญาติผู้ดูแลต้องกระทำต่อผู้สูงอายุติดเตียงเมื่อกลับไปอยู่บ้านก็ คือ การช่วยให้ผู้สูงอายุติดเตียงกลับสู่สภาพเดิมมากที่สุด คงไว้ซึ่งความสามารถด้านร่างกาย ความรู้สึกมีคุณค่า และบทบาทในสังคมของผู้สูงอายุติดเตียง การที่ผู้สูงอายุติดเตียงต้องพึ่งพิงผู้อื่นมากขึ้น หรือระดับความสามารถของร่างกายลดลง จะส่งผลให้ผู้ดูแลมีความวิตกกังวลมากขึ้น การฟื้นฟูสภาพเป็นระบบการที่ช่วยให้ผู้สูงอายุติดเตียงสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้สูงสุดทั้งทางร่างกาย จิตใจและสังคม ภายใต้ข้อจำกัดของโรคและพยาธิสภาพที่เป็นอยู่โดยมีเป้าหมาย คือ ป้องกันความพิการที่อาจจะเกิดขึ้น ดำรงรักษาอวัยวะส่วนที่ดีไว้คงไว้ ช่วยฟื้นฟูการทำหน้าที่ต่าง ๆ ของอวัยวะที่เสียไปให้กลับคืนมา

2.1 การฟื้นฟูสภาพร่างกาย โดยมีฟื้นฟูสภาพในกิจกรรม ดังนี้

2.1.1 การบริหารกล้ามเนื้อ การออกกำลังกายแบบ Active และ Passive range of motion การเคลื่อนย้ายตัวเอง การออกกำลังกายเคลื่อนไหวข้อต่าง ๆ เพื่อป้องกันความพิการและส่งเสริมทักษะของร่างกายด้านที่เสียไป เพื่อเสริมสร้างการทำหน้าที่ของร่างกายด้านดีให้แข็งแรงและทำงานได้มากที่สุด สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดความมั่นใจและมีคุณค่าในตัวเอง ลดการพึ่งพิงผู้อื่น หลักการฟื้นฟูอยู่ที่พยายามฟื้นฟูสภาพส่วนที่เสียไปให้กลับมาทำหน้าที่ได้ตามปกติ มีความตึกตัวของกล้ามเนื้อ ลักษณะท่าทางและการเคลื่อนไหวอย่างปกติ การฟื้นฟูสภาพต้องกระทำไปพร้อม ๆ กับการกระตุ้นเสียง การสัมผัสร่างกาย การใช้สายตา เพื่อเป็นการกระตุ้นให้ผู้สูงอายุคิดเพียงเกิดความอยากเรียนรู้ซึ่งทำให้กระบวนการฟื้นฟูสำเร็จ

2.1.2 การสื่อสาร ผู้ดูแลควรเข้าใจสภาพอารมณ์และจิตใจของผู้สูงอายุคิดเพียงที่เปลี่ยนไป ไม่แสดงอารมณ์โกรธ หรือแสดงความไม่พอใจต่อหน้าผู้สูงอายุคิดเพียง และไม่ปล่อยให้ผู้สูงอายุคิดเพียงอยู่คนเดียวนาน ๆ ต้องคอยสังเกตการสื่อสารและความต้องการของผู้สูงอายุคิดเพียงซึ่งหลักในการฝึกพูดหรือสื่อสารในผู้สูงอายุคิดเพียง โรคหลอดเลือดสมอง คือ ใช้ประโยคที่สั้น ง่าย ชัดเจน และพูดซ้ำถ้าไม่เข้าใจ ควรถามทีละคำถาม การใช้หลายคำถาม จะทำให้สับสนได้ ไม่คาดกันให้ตอบเพราะทำให้ผู้สูงอายุคิดเพียงเกิดความเครียดหรือเบื่อหน่าย ไม่ควรแสดงอาการรำคาญ

2.1.3 สภาพจิตใจ การเจ็บป่วยที่มีความพิการเกิดขึ้นอย่างเห็นได้ชัด ผู้สูงอายุคิดเพียงจะเกิดความเครียดซึ่งในแต่ละคนจะแตกต่างกันออกไป โดยความเครียดจะเพิ่มขึ้นตามความสามารถในการทำหน้าที่และภาวะพึ่งพิง การเปลี่ยนแปลงในบทบาทหน้าที่ สภาวะเศรษฐกิจที่แย่ลง อาการที่แย่ลง ผู้สูงอายุคิดเพียงบางรายมีอาการเปลี่ยนแปลงง่าย ควบคุมตนเองไม่ได้ มีความอดทนต่อความเครียดน้อยลง การเผชิญความเครียดของผู้สูงอายุคิดเพียงจะเป็นแบบใดขึ้นอยู่กับโรคและภาวะคุกคามของโรค ผู้สูงอายุคิดเพียงจึงจำเป็นต้องได้รับการประเมิน และการดูแลด้านจิตใจ โดยได้รับการช่วยเหลือให้เข้าใจวิถีชีวิตและบทบาทหน้าที่ที่เปลี่ยนแปลงไป ได้รับการกระตุ้นและให้กำลังใจในการทำกิจกรรมต่าง ๆ มีการสื่อสารกับคนอื่น ๆ พร้อมทั้งได้รับข้อมูลต่าง ๆ เพิ่มเติมตามความต้องการ

3. การป้องกันภาวะแทรกซ้อน เนื่องจากผู้สูงอายุคิดเพียงมีข้อจำกัดหลายด้านดังนั้นผู้สูงอายุคิดเพียงเหล่านี้จึงมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้มาก เช่น แผลกดทับ การติดเชื้อในระบบต่างและภาวะข้อติด เป็นต้น ดังนั้น ผู้สูงอายุคิดเพียงจึงควรได้รับการดูแลต่อไปนี้

3.1 การดูแลเพื่อป้องกันแผลกดทับ ผู้สูงอายุคิดเพียงที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยยาวนานจะมีโอกาสเกิดแผลกดทับถึงร้อยละ 45 การดูแลควรมีการป้องกันโดยเปลี่ยนท่านอน

ทุก 2 ชั่วโมง ได้รับการตรวจผิวหนังบริเวณที่ถูกกดทับทุกครั้งที่เปลี่ยนท่า หรือขณะทำกิจกรรม ให้ผู้สูงอายุติดเตียงหลีกเลี่ยงท่าที่ทำให้เลือดไหลกลับไม่สะดวก ไม่เลื่อนผู้สูงอายุติดเตียงด้วยวิธีลากเพราะผิวหนังจะเกิดการเสียดสีทำให้เกิดการระคายเคืองและเป็นแผลนอกจากนี้ผู้สูงอายุติดเตียงควรได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอโดยเฉพาะโปรตีน เพื่อซ่อมแซมเนื้อเยื่อในกระบวนการหายของแผลกดทับ

3.2 การดูแลเพื่อป้องกันการติดเชื้อ การติดเชื้อโดยมากที่พบ ได้แก่ การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ และทางเดินหายใจ การดูแล คือ สังเกตอาการไข้ ลักษณะผิดปกติของเสมหะ และการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัว รวมทั้งป้องกันการดื่มน้ำหรืออาหารหรือน้ำ และดูแลเพื่อลดการกั่งค้างของเสมหะ เช่น การเคาะปอด การดูดเสมหะ พยายามให้ผู้สูงอายุติดเตียงได้เคลื่อนไหว เช่น พลิกตะแคงตัวทุก 1-2 ชั่วโมง พยุงนั่ง เดิน ส่วนการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ อาจมาจากหลายสาเหตุ เช่น จากการใส่สายสวนปัสสาวะ การกั่งค้างของปัสสาวะ ผู้สูงอายุติดเตียงควรได้รับการดูแลในการป้องกันการติดเชื้อโดยผู้ดูแลสังเกตอาการไข้ ลักษณะของปัสสาวะ และดูแลความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์

3.3 การดูแลเพื่อป้องกันภาวะกล้ามเนื้อลีบ และข้อติดแข็งผู้สูงอายุติดเตียงควรได้รับการส่งเสริมในการออกกำลังกายเคลื่อนไหวข้อต่าง ๆ ในแต่ละท่าประมาณ 5-10 ครั้ง วันละ 1-2 ครั้งในการเคลื่อนไหวแขน ขา และมือ โดยฝึกให้กำมือ เขยียดมือ หรือหยิบจับสิ่งของ การเคลื่อนไหวร่างกายบนเตียง โดยการขยับพลิกตะแคงตัวฝึกนั่งจากท่านอน ฝึกนั่งตัวตรงเพื่อบริหารกล้ามเนื้อลำตัว ฝึกการยืนขึ้นและนั่งลง

การดูแลที่ถูกต้องและเหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้านเป็นสิ่งจำเป็น เพราะมีผลต่อการฟื้นตัว ผู้สูงอายุติดเตียงแต่ละคนอาจจะได้รับการดูแลที่แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับครอบครัว และขึ้นอยู่กับปัจจัยอื่น ๆ ดังนั้น การดูแลที่บ้านของญาติจึงเป็นสิ่งจำเป็น การช่วยเหลือให้ญาติเกิดความเข้าใจ และลดปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการดูแลของญาติจะช่วยให้ผู้สูงอายุติดเตียงได้รับการดูแลที่ครอบคลุมซึ่งจะช่วยลดปัญหาความพิการ ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้

แนวคิดทฤษฎีการปรับตัว

ความหมายการปรับตัว

การปรับตัวของครอบครัว (Family adjustment) หมายถึง ความสามารถของครอบครัวในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในสถานการณ์ที่จำเป็น เพื่อให้ครอบครัวอยู่ได้ในสภาวะสมดุล

การปรับตัวตามทฤษฎีของ Roy and Andrews (1999) เป็นการปรับตัวของบุคคล ครอบครัว และชุมชน เป็นระบบการปรับตัวแบบองค์รวม (Holistic adaptation system) การปรับตัว

เพื่อทำการเปลี่ยนแปลงคนและสิ่งแวดล้อม การเปลี่ยนแปลงอย่างไม่หยุดนิ่ง ระดับการปรับตัว คือ ระดับหรือขอบเขตที่แสดงถึงความสามารถของบุคคลในการตอบสนองทางบวกต่อการดูแล ผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้าน รอยมอว่าการปรับตัวทำงานผ่านทางกระบวนการ 4 วิธีทาง ได้แก่ กระบวนการรับรู้หรือรับข้อมูล (Perceptual and information processing) คือ กิจกรรมการเลือกรับข้อมูลและการจดจำข้อมูล ผ่านกระบวนการเรียนรู้ (Learning) เป็นการเรียนรู้จากการเรียนแบบ การได้รับรางวัลผ่านกระบวนการตัดสินใจ (Judgment) และการแสดงอารมณ์ (Emotion) ตลอดจน กลไกการปกป้องทางจิตตอบสนองออกมาเป็นพฤติกรรม การปรับตัวแบ่งออกได้เป็น 4 ด้าน ได้แก่

1. การปรับตัวด้านร่างกาย (Physiological mode) ได้แก่ การควบคุมความสมดุลของร่างกาย ทั้งอากาศ น้ำ อาหาร การพักผ่อน การขับถ่าย รวมถึงการควบคุมความรู้สึก การปรับตัวด้านร่างกายประเมินพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับความต้องการขั้นพื้นฐานด้านร่างกาย

2. การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ (Self-concept mode) ประกอบขึ้นจากความเชื่อและความรู้สึกเกี่ยวกับตนเองในช่วงเวลาหนึ่ง โดยเกิดขึ้นจากการรับรู้ในตนเองและปฏิกิริยาของบุคคลรอบข้าง

3. การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ (Role function mode) การปรับตัวเพื่อตอบสนองด้านความมั่นคง หรือได้รับการยอมรับจากสังคม เป็นการทำหน้าที่ตามความคาดหวังของสังคม เน้นบทบาทตามหน้าที่ เป็นการกำหนดพฤติกรรมของบุคคลในสถานการณ์หนึ่ง ๆ

4. การปรับตัวด้านการพึ่งพาระหว่างกัน (Interdependence mode) เป็นการปรับตัวเพื่อให้เกิดความมั่นคงในสังคม เป็นการตอบสนองต่อการที่จะมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลให้ได้รับความรักความห่วงใยผู้ที่ได้รับการดูแลรู้สึกมั่นคง ปลอดภัย มีการดูแลเอาใจใส่ดูแล ให้การดูแลเอาใจใส่อย่างสม่ำเสมอ โดยมีสิ่งเร้า กระตุ้น 3 ประเภท ได้แก่

4.1 สิ่งเร้าตรง (Focal stimuli) คือ สิ่งเร้าทั้งจากภายในและภายนอกที่บุคคลต้องเผชิญ ที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวมากที่สุด เช่น การเจ็บป่วยขณะนั้น

4.2 สิ่งเร้าร่วม (Contextual stimuli) คือ สิ่งเร้าอื่น ๆ ที่มีอยู่ในขณะนั้น นอกเหนือจากสิ่งเร้าที่กระทบต่อบุคคล ทั้งสิ่งเร้าทางบวกและสิ่งเร้าทางลบเช่น เพศ การศึกษา สัมพันธภาพ รายได้ของครอบครัว เป็นต้น

4.3 สิ่งเร้าแฝง (Residual stimuli) ปัจจัยสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอก ระบบบุคคลเป็นลักษณะเฉพาะตัวของบุคคล อาจเกิดจากประสบการณ์ในอดีต เช่น นิสัย ทัศนคติ ความเชื่อ ค่านิยม บุคลิกภาพ เป็นต้น ทำให้ครอบครัวสามารถเผชิญปัญหา เพื่อให้ครอบครัวสามารถปรับตัวและดำเนินชีวิตต่อไปได้อย่างต่อเนื่องตามพัฒนาการของครอบครัว

ในการศึกษาสัมพันธภาพของสมาชิกครอบครัวผู้ดูแลที่เป็นผู้ดูแลหลักและเป็นผู้ที่พาผู้สูงอายุติดเตียงไปปรับการตรวจรักษาอย่างต่อเนื่อง ส่วนใหญ่มีสัมพันธภาพกับผู้สูงอายุติดเตียงอยู่ในระดับดี (เพียงใจ ทิรไพรวงศ์, 2540) สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุติดเตียงสามารถทำนายภาวะการดูแลของสมาชิกในครอบครัวได้จากการศึกษาภาวะการดูแลสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า การส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุส่งผลต่อการส่งเสริมคุณภาพการดูแล และความพึงพอใจในชีวิตของผู้ดูแล แนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอยจากการศึกษาของ ทิตยา ทิพย์สำเหนียก (2543) ในผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเรื้อรังด้วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านจำนวน 100 ราย พบว่า ผู้ดูแลรับรู้สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุระดับสูงมีความพึงพอใจในชีวิตระดับสูง มีผลต่อการเสริมสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุเมื่อผู้ดูแลอยู่ที่บ้าน การใช้เทคนิคการให้คำปรึกษาเพื่อค้นหาความรู้สึกความต้องการของผู้ดูแลและผู้สูงอายุ การประสานงานในการให้ความช่วยเหลือตามความต้องการตามความรู้สึกของทั้งสองฝ่ายให้สอดคล้องกันนั้นนำมาซึ่งสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุที่บ้าน การสร้างสัมพันธภาพที่ดีเป็นการจัดการภายในครอบครัว (เนตรนภา กิจจยัน, 2544)

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการภายในของครอบครัว ในภาวะเจ็บป่วยของสมาชิก คือ ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ค่านิยมของครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม รายได้ของครอบครัว การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย สัดส่วนวัยพึ่งพิงต่อวัยแรงงาน และตัวแปรทั้งหมดร่วมกันทำนายการจัดการในครอบครัวชนบทในภาวะเจ็บป่วยของสมาชิกได้ ร้อยละ 29.2 และจากการศึกษาของ วรณรัตน์ ลาวัง และคณะ (2547) เรื่อง สถานการณ์ปัญหาความต้องการและพลังอำนาจของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังที่บ้าน พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังมีสัมพันธภาพในครอบครัวที่ดี ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงของผู้ดูแล ทำให้ความรู้สึกว่าการดูแลเป็นภาระน้อยถึงปานกลาง การรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองและสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุที่ดีทำให้ตัวแปรด้านสัมพันธภาพในครอบครัวดี และการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังที่บ้านได้ ร้อยละ 44.7 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ปิ่นนเรศ กาศอุดม (2547) ที่ได้ศึกษาสถานการณ์ปัญหา ความต้องการและพลังอำนาจของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังที่บ้าน พบว่า ผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังส่วนใหญ่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับสูงหรือพึ่งพิงน้อย ความสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแลกับผู้สูงอายุป่วยเรื้อรัง อยู่ในระดับดีเป็นส่วนใหญ่ พลังอำนาจอยู่ในระดับสูง สัมพันธภาพในครอบครัวเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพลังอำนาจของญาติผู้ดูแลมากที่สุด และจากการศึกษาของ ภรภัทร อิม โอรุ (2550) พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง

แสดงว่าสัมพันธภาพในครอบครัวของญาติผู้ดูแลอยู่ในระดับดี จะมีพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านดี แต่ญาติผู้ดูแลที่สัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี จะส่งผลให้มีพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้านด้วย ในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงนั้นครอบครัวมีความใกล้ชิดกับผู้สูงอายุมากที่สุดและอยู่ด้วยกันตลอดเวลาในทุกช่วงของการดำเนินชีวิต แม้ว่าครอบครัวจะเป็นหน่วยสังคมที่เล็กที่สุด แต่มีความผูกพันกันอย่างแนบแน่นและใกล้ชิดที่สุด มีความรักซึ่งกันและกันและมีการใช้ชีวิตอยู่ด้วยกันยาวนานที่สุดความต้องการขั้นสูงหรือเป็นจุดหมายปลายทางของผู้สูงอายุเป็นความต้องการที่สอดคล้องกับลักษณะสังคมวัฒนธรรมของผู้สูงอายุซึ่งมีลักษณะเปลี่ยนแปลงง่าย อาจเป็นความต้องการเฉพาะหน้าหรือระยะยาวการศึกษาในสังคมตะวันตก พบว่า ผู้สูงอายุอาจมีความต้องการทำงานที่เหมาะสมกับวัย มีรายได้พอใช้จ่าย มีบริการสุขภาพที่รัฐจัดให้ มีบ้านพักอาศัย แต่ขณะที่ในสังคมไทยความต้องการดังกล่าวอาจจะไม่ใช่สิ่งสำคัญเท่ากับการได้รับการดูแลเอาใจใส่จากบุตรหลานและครอบครัว (สมศักดิ์ ศรีสันติสุข, 2539)

ในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในครอบครัว มีจะพบปัญหาที่ยุ่งยาก ซับซ้อน ครอบครัวต้องเผชิญความเครียดทั้งด้านร่างกายและจิตใจ นอกจากนี้ยังมีสิ่งเร้าร่วมและสิ่งเร้าแฝงอื่น ที่เสริมความรุนแรงของสิ่งเร้าตรง ญาติผู้ดูแลต้องปรับพฤติกรรมและความรู้สึกด้านบทบาทหน้าที่ของตนเองในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง เพื่อให้เกิดความสมดุลทั้งด้านร่างกายจิตใจ และสังคม ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงโรคหลอดเลือดสมองที่สามารถปรับตัวได้ดีจะสามารถให้การดูแลผู้สูงอายุติดเตียงได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่สำหรับญาติที่ไม่สามารถปรับตัวได้ จะไม่สามารถดูแลผู้สูงอายุติดเตียงได้อย่างมีประสิทธิภาพการที่ผู้ดูแลต้องเผชิญกับภาวะการดูแลด้วยระยะเวลาอันยาวนาน ส่งผลให้เกิดความรู้สึกตึงเครียดและเศร้า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงสมาชิกครอบครัวผู้ให้การดูแลหลักผู้สูงอายุติดเตียงโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ระยะเวลาในการดูแลไม่มีความสัมพันธ์กับตัวแปรใด ๆ การดูแลผู้เจ็บป่วยเรื้อรังมักพบปัญหาที่ยุ่งยาก ซับซ้อน ครอบครัวต้องมีวิธีการดำเนินชีวิตต้องเปลี่ยนแปลงไป เป็นภาระที่หนักมากและยาวนานสำหรับครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีของครอบครัวจึงเป็นสิ่งสำคัญ (นิภา นิยมไทย, 2545)

ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่โรงพยาบาลจะทำให้ผู้ดูแลเรียนรู้การดูแลจากการสังเกตจากพยาบาลสอน จากการสอบถามพยาบาลหรือญาติผู้สูงอายุติดเตียงข้างเตียง ดังนั้น เมื่อเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน ผู้ดูแลที่มีประสบการณ์การดูแลที่โรงพยาบาล จะเรียนรู้วิธีการดูแลได้เร็วกว่าผู้ดูแลที่ไม่ได้เฝ้าไข้ผู้สูงอายุติดเตียงที่โรงพยาบาล โดยผู้ดูแลต้องมีความเข้าใจเกี่ยวกับกลไกการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกายและจิตใจที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุติดเตียง และควรต้องมีทักษะที่เฉพาะเจาะจงตามความจำเป็นของผู้สูงอายุติดเตียงที่จะดูแล เช่น การเคลื่อนย้าย การดูแล

ความสะอาดร่างกาย การให้อาหารทางสายยาง เป็นต้น ครอบครัวร่วมรับรู้การเตรียมความพร้อมของผู้ดูแล การเปิดโอกาสให้ครอบครัวร่วมรับรู้ถึงการเตรียมความพร้อมกับผู้ดูแล จะทำให้ครอบครัวมีความรู้การดูแล เมื่อผู้ดูแลเกิดปัญหาการดูแลที่บ้านครอบครัวจะเป็นผู้คอยช่วยเหลือและร่วมแก้ปัญหากับผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้าน (วันเพ็ญ พิชิตพรชัย และอุษาวดี อัครวิเศษ, 2545) การศึกษาทดลองใช้รูปแบบการดูแลเรื้อรังที่บ้าน โดยใช้รูปแบบการให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติการดูแลและการติดตามเยี่ยมบ้านด้วย พบว่า ผู้ดูแลมีความรู้ในเรื่องของการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงของสมาชิกในครอบครัวสูงกว่าผู้ที่ไม่ได้ติดตามเยี่ยมบ้าน และสามารถลดอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับ ได้ถึงร้อยละ 6.67

(ยุพาพิน ประสารอริคม, 2539) สอดคล้องกับการศึกษาของ จินนระรัตน์ ศรีภักทรภิญโญ (2540) เรื่อง ผลการสอนและการฝึกทักษะแก่ ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ต่อความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุ และภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุติดเตียง โดยการศึกษาเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง พบว่า

1) คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงของผู้ดูแลกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อผู้สูงอายุติดเตียงกลับบ้าน 1 เดือน ผลการวิจัยครั้งนี้สรุปได้ว่า ผู้ดูแลที่ได้รับการสอนและฝึกทักษะตามแบบแผนที่กำหนดมีความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ทำให้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุติดเตียงดีขึ้น

การศึกษาประสิทธิผลของการเตรียมก่อนกลับบ้านต่อความสามารถในการปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุติดเตียงหลอดเลือดสมองและความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงโดย อารมณีนุญเกิด (2540) พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุติดเตียงโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลหลังจากได้รับการเตรียมความพร้อมในกลุ่มทดลองนั้นในตัวผู้สูงอายุติดเตียงเองก็มีความสามารถในการปฏิบัติตัว และผู้ดูแลก็มีความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงสูงกว่าก่อนเตรียมความพร้อมอย่างมีนัยสำคัญ และติดตามไปเยี่ยมที่บ้านหลังจากผู้สูงอายุติดเตียงจำหน่ายไปได้ 1 สัปดาห์ ก็ยังพบว่าความสามารถสูงขึ้นกว่าการเตรียมความพร้อมอีกทั้งในสองกลุ่มนี้ และประเด็นสำคัญ พบว่าการรับรู้ปัญหาของผู้สูงอายุติดเตียงมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการปฏิบัติตัวแต่การรับรู้ปัญหาของผู้ดูแลไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแล ทำให้เห็นว่าการเตรียมความพร้อมมีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ผลการสอน การให้ความรู้กับญาติผู้ดูแลในการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายยังให้เกิดความพึงพอใจต่อญาติได้เป็นอย่างมากซึ่งสามารถสนับสนุนได้จาก การศึกษาวิจัยหลายฉบับในผลดีของการให้ความรู้กับญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงก่อนจำหน่าย (วิราวรรณ คล้ายหิรัญ, 2544; จาริก ธารีรัตน์, 2545)

การส่งเสริมค่านิยมการดูแลผู้สูงอายุไทย ในขณะที่สังคมไทยมีบรรทัดฐานทางค่านิยมที่เปลี่ยนแปลงไปตามยุคสมัย แต่สิ่งหนึ่งที่ยังคงอยู่ในทุกสังคม คือ แบบแผนการปฏิบัติตัวที่สังคม

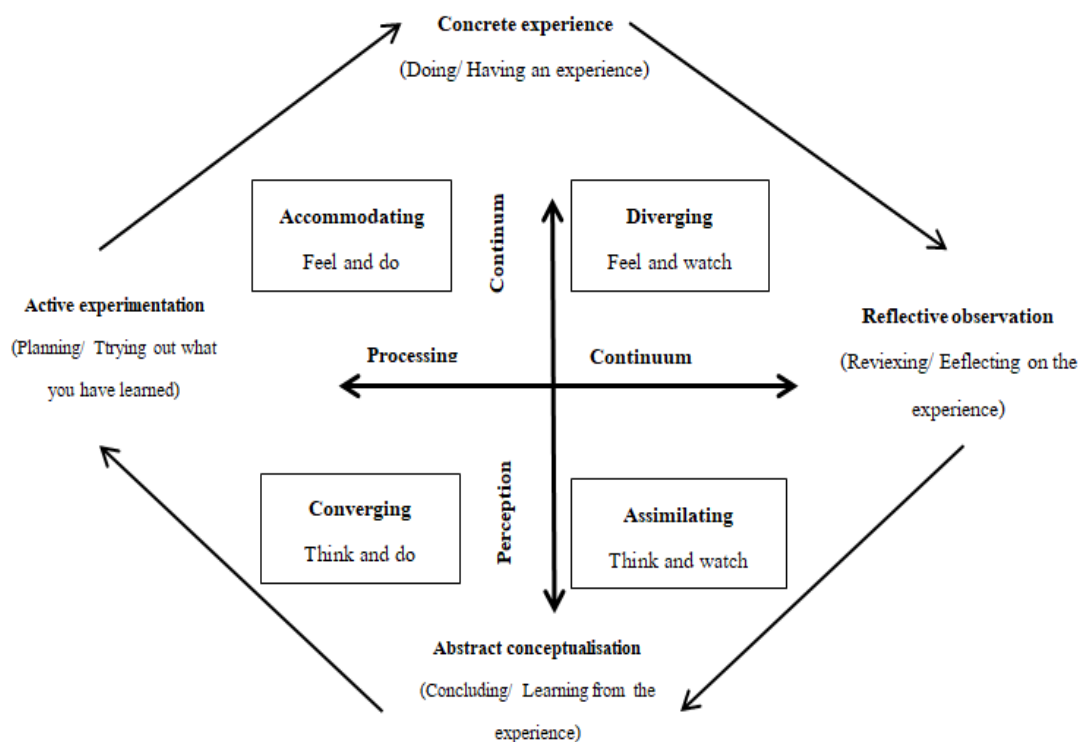
คาดหวังว่าสมาชิกแต่ละคนของสังคมจะต้องปฏิบัติตนเป็นคนดีและเป็นผู้ที่ปฏิบัติตามค่านิยม ความเชื่อทางสังคมในความกตัญญูต่อผู้ใหญ่และบุพการีตามแนวพุทธ บรรทัดฐานของสังคม การเคารพและการกตัญญูรู้คุณผู้สูงอายุ โดยเฉพาะบิดาและมารดา รวมทั้งการเกื้อหนุน ดูแล ช่วยเหลือผู้สูงอายุเป็นสิ่งที่ดียังมีอยู่ในสังคมไทยและจะดำรงอยู่ต่อไปค่านิยมนั้นเป็นสิ่งที่สังคม ยกย่องและเห็นว่ามีคุณค่าควรแก่การปฏิบัติตามเป็นสิ่งที่ดีของสังคมในเรื่องค่านิยมเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุก็ คือ สิ่งที่ดีแก่คนหนุ่มคนสาวและคนวัยทำงานควรยกย่อง เห็นคุณค่าของผู้สูงอายุ และให้การดูแลช่วยเหลือเกื้อกูลผู้สูงอายุ เช่น การดูแลเอาใจใส่บิดาและมารดาที่เป็นผู้สูงอายุ เป็นต้น (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ, 2552)

แนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้เชิงประสบการณ์

การเรียนรู้เชิงประสบการณ์เป็นการเรียนรู้ที่พัฒนามาจากกระบวนการคิดภายในของ ผู้เรียน โดย Kolb กล่าวว่า “การเรียนรู้ คือ กระบวนการที่สร้างความรู้จากประสบการณ์เพื่อให้เกิด การเปลี่ยนแปลง” (Kolb, 1984, p. 38) การสื่อสารเป็นเรื่องสำคัญต่อการเรียนรู้ การเรียนรู้จาก ประสบการณ์ Kolb กล่าวว่า ลักษณะของผู้เรียนมีผลกับการรับรู้ รวมทั้งประสบการณ์เดิมจาก การเห็น และการมีประสบการณ์ตรง เป็นการบ่งบอกถึงลักษณะการเรียนรู้ของผู้เรียนได้ ซึ่งทำให้ ผู้สอนเข้าใจและให้การสอนได้ตรงตามความต้องการ ตามลักษณะของผู้เรียน รูปแบบการเรียนรู้ จากสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมของมนุษย์ตามแนวคิดของ John Dewey, Kurt Lewin and Jean Piaget ได้กล่าวถึงการประเมินความสามารถของตนเองต่อรูปแบบการเรียนรู้ของแต่ละบุคคล (Learning styles) และผลประโยชน์ที่ต้องการได้รับ ซึ่งสามารถบอกได้ถึงความต้องการที่จะเรียนรู้ ในทุก ๆ วันของชีวิต การเรียนรู้ของคนที่เป็นไปตามธรรมชาติ เป็นการเรียนรู้ที่ได้รับอิทธิพลจาก ประสบการณ์ คลังความรู้ที่มีอยู่เดิม และการสอนเป็นการกระตุ้นรูปแบบการเรียนรู้ได้อย่างชัดเจน ความสนใจในการเรียนรู้ของแต่ละบุคคลจะมีรูปแบบที่แตกต่างกันตามความสนใจของตน ทฤษฎี การเรียนรู้ของ Kolb กำหนดรูปแบบการเรียนรู้ไว้ 4 ขั้นตอน ได้แก่ การมีประสบการณ์เป็นรูปธรรม การสังเกต และการสะท้อนประสบการณ์ การสร้างแนวคิดรวบยอดข้อสรุป และการทดลองตาม สมมติฐานเพื่อทดสอบ อันส่งผลให้เกิดความรู้ใหม่ ๆ การเรียนรู้แตกต่างกันตามความต้องการของ บุคคลและสภาพแวดล้อม การนำเสนอการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง แบ่งออกเป็น 2 แกน คือ แกนแนวนอนด้านซ้ายและด้านขวา เรียกว่า Processing, continuum เป็นการประมวลผลตาม ความเข้าใจและการหาความรู้อย่างต่อเนื่อง ด้วยความรู้สึกรู้จากการสังเกต ส่วนแกนทางแนวตั้ง ด้านบนและด้านล่าง เรียกว่า Perception, continuum เป็นการทำความเข้าใจต่อสถานการณ์และ มีการเรียนรู้พัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยความรู้เป็นผลจากการผสมผสานระหว่างวิธีเรียน การรับรู้

และการถ่ายทอดประสบการณ์ กระบวนการเรียนรู้ เป็นการเรียนรู้จากรูปธรรม การสังเกต มีการคิด ไตร่ตรอง การทดลอง และนำความรู้จากประสบการณ์ที่เรียนรู้ไปปฏิบัติ การเรียนรู้จะเกิดขึ้นเป็น วงจรซ้ำ ๆ โดยที่ผู้เรียนไม่รู้ตัว แต่ผู้เรียนแต่ละคนจะมีความสามารถที่จะเรียนรู้แตกต่างกันในแต่ละ สถานการณ์ ดังนั้น Kolb จึง สรุปรูปแบบการเรียนรู้เฉพาะบุคคล (Personal learning styles) เป็นวงจรรูปแบบการเรียนรู้ จำแนกเป็น 4 ขั้นตอน (Kolb, 1984, pp. 25-36) ดังนี้

1. Concrete experience เป็นขั้นตอนการเรียนรู้จากประสบการณ์เป็นรูปธรรม ผู้เรียน ติความตามความรู้สึก (Feeling) การเรียนรู้ขั้นนี้ผู้เรียนรับรู้ข้อมูลจากสถานการณ์ที่เกิดขึ้น
2. Reflective observation เป็นขั้นตอนการเรียนรู้จากการสังเกต (Watching) จาก ประสบการณ์ใหม่ที่ได้พบ ซึ่งอาจไม่สอดคล้องกันระหว่างประสบการณ์และความเข้าใจที่ได้รับรู้ มา ขั้นตอนนี้ผู้เรียนสังเกตการณ์แล้วคิดหาเหตุผลและทำความเข้าใจ ซึ่งต้องใช้เวลาไตร่ตรอง เกี่ยวกับเรื่องที่เรียนมา ผู้เรียนที่เป็นกลางจะไม่ตัดสินว่า ประเด็นใดถูกประเด็นใดผิด
3. Abstract conceptualization ขั้นตอนการเรียนรู้จากการคิด (Thinking) หลังจาก การสังเกตแล้ว ในขั้นนี้ผู้เรียนจะคิดหาข้อสรุปเป็นแนวคิดที่เป็นนามธรรม สะท้อนทำให้เกิด แนวคิดใหม่ที่เปลี่ยนแปลงไปจากแนวคิดเดิม หรือเกิดความรู้ใหม่จากประสบการณ์ที่ได้เรียนรู้ ด้วยตนเอง
4. Active experimentation ขั้นตอนการเรียนรู้จากการลงมือทำ (Doing) ในขั้นนี้ผู้เรียน จะนำประสบการณ์ กฎเกณฑ์ที่สรุปได้ ไปใช้ เช่น ในกิจกรรมการทดลองแบบมีส่วนร่วม เป็นรูปแบบการเรียนรู้ที่ เกิดจากการฝึกปฏิบัติ และการทดลอง เพื่อให้ได้ในสิ่งที่ผู้เรียนรู้ต้องการ จากประสบการณ์ตรงเพื่อการพัฒนา แนวคิดและกระบวนการในการพัฒนางาน เป็นการเคลื่อนหมุนเวียนไปตามสิ่งแวดล้อม เป็นกระบวนการหมุนวน โดยแสดงไว้ดังรูปภาพดังนี้



ภาพที่ 2 The experiential learning cycle ‘touches all the bases’(McLeod, 2017)

จากภาพขั้นตอนของการเรียนรู้ที่ประกอบไปด้วย การปรับตัวให้เหมาะกับสถานการณ์ เฉพาะหน้า ตามรูปแบบการเรียนรู้จากประสบการณ์ของ Kolb มีการจัดลักษณะการเรียนรู้ของผู้เรียนไว้ 4 ประเภท (Kolb’s learning style inventory) (McLeod, 2017) ดังนี้

1. Divergers คือ ผู้เรียนรู้ เรียนรู้จากการคิด ไตร่ตรอง เรียนรู้ได้ดีจากการสังเกต การอ่าน วารสาร ตำราในการแก้ปัญหา โดยการมองสถานการณ์หลากหลายแง่มุม พยายามระดมความคิด และการแสดงความคิดเห็น

2. Assimilators คือ ผู้เรียนรู้ เรียนรู้ด้วยความเข้าใจ เรียนรู้ได้ดีจากการทำความเข้าใจ การสังเกต การฟังคำบรรยาย การอุปมาอุปไมย การเปรียบเทียบข้อสังเกตกับแนวคิดเดิม และมีความสามารถในการรวบรวมข้อมูล แนวคิด เพื่อสร้างรูปแบบและแนวคิดใหม่

3. Convergors คือ ผู้เรียนรู้ เรียนรู้จากการนำความรู้ไปใช้ เป็นผู้เรียนรู้ที่ได้ชอบ การทดลองในห้องปฏิบัติการ การแก้ปัญหา งานภาคสนาม และยึดมั่นกับการหาเหตุผลที่มีสมมติฐาน

4. Accommodators คือ ผู้เรียนรู้ เรียนรู้จากการลงมือทำ เรียนรู้ได้ดีจากการลงมือทำการทดลอง การฝึกปฏิบัติ สถานการณ์จำลองการวางแผน มีการจำแนกว่าผู้เรียนแต่ละคนมีรูปแบบการเรียนรู้แบบใด

สรุปได้ว่า การเรียนรู้ที่ดีจากประสบการณ์ตรง เป็นการจัดการเรียนรู้และพัฒนาการดูแลโดยมีกระบวนการและรูปแบบมาจากประสบการณ์ตรง หรือปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนในสถานการณ์ปัจจุบัน นำไปสู่การเรียนรู้ การหาข้อมูล หาความรู้ โดยได้รับการสอน การฝึกทักษะ และการคิดทบทวน แล้วนำมาปฏิบัติจริง ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกายและสิ่งแวดล้อมกับผู้ที่ได้รับการดูแล การเรียนรู้ในการแก้ปัญหาต่าง ๆ โดยมีเป้าหมายที่ต้อง มีการจัดการกับผลกระทบที่เกิดขึ้นกับตนเอง เพื่อให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ที่ต้องการ ซึ่งมีการทำอย่างต่อเนื่อง ทำซ้ำ ๆ เป็นระยะเวลาที่ยาวนาน และผลกระทบจากสิ่งแวดล้อมรอบตัว ทำให้เกิดการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง จนเกิดความรู้ใหม่ในการดูแลและเกิดการเปลี่ยนแปลงตามเป้าหมายที่ต้องการ

แนวคิดการพัฒนาารูปแบบ

ความหมายรูปแบบ (Model)

รูปแบบ (อุทุมพร จามรمان, 2541) หมายถึง ได้ให้ความหมายรูปแบบว่า เป็นโครงสร้างของความสัมพันธ์ของหน่วยต่าง ๆ หรือตัวแปรต่าง ๆ โดยรูปแบบอาจจะมีมากกว่า หนึ่งมิติ หลายตัวแปร มีความเกี่ยวข้องซึ่งกันและกันในเชิงความสัมพันธ์ที่เป็นเหตุเป็นผลกัน

รูปแบบ (เขาวดี วิบุรณ์ศรี, 2544) หมายถึง วิธีการที่บุคคลหนึ่งถ่ายทอดความคิด ความเข้าใจ หรือเป็นปรากฏการณ์ เรื่องราว เหตุการณ์ที่บุคคลนั้นเข้าใจ โดยใช้การสื่อสารในลักษณะต่าง ๆ เช่น การวาดภาพ ภาพเหมือน แผนภูมิ แผนผังต่อเนื่อง หรือเป็นสมการทางคณิตศาสตร์ ให้สามารถเข้าใจได้ง่าย และในขณะที่เดียวกันก็สามารถนำเสนอเรื่องราว หรือประเด็นต่าง ๆ ได้อย่างกระชับภายใต้หลักการอย่างมีระบบ

รูปแบบ (วาโร เพ็งสวัสดิ์, 2553) หมายถึง กรอบความคิดทางด้านหลักการ วิธีการดำเนินงาน และเกณฑ์ต่าง ๆ ของระบบ ที่สามารถยึดถือเป็นแนวทางในการดำเนินงานเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ได้

รูปแบบ (ทิสนา แคมมณี, 2545) หมายถึง รูปธรรมของความคิดที่แสดงเป็นนามธรรม โดยบุคคลจะแสดงออกมาในลักษณะใดลักษณะหนึ่ง เช่น เป็นคำอธิบาย เป็นแผนผัง ไดอะแกรม หรือ แผนภาพ เพื่อช่วยให้ตนเองและบุคคลอื่นสามารถเข้าใจได้ชัดเจนขึ้น

จากความหมายดังกล่าว สรุปได้ว่า รูปแบบ หมายถึง ปรากฏการณ์ เรื่องราว เหตุการณ์ที่บุคคลนั้นเข้าใจ ถ่ายทอดความคิด ให้สามารถนำเสนอเรื่องราว หรือประเด็นต่าง ๆ ได้อย่างกระชับ

ภายใต้หลักการอย่างมีระบบ โดยแสดงเป็นกรอบความคิดทางด้านหลักการ วิธีการดำเนินงาน และ
เกณฑ์ต่าง ๆ ของระบบ ที่สามารถยึดถือเป็นแนวทางในการดำเนินงานเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ได้

การจำแนกประเภท ของรูปแบบ

รูปแบบเป็นเครื่องมือทางความคิดที่บุคคลใช้ในการสืบสอบหาคำตอบ ความรู้
ความเข้าใจในปรากฏการณ์หลายรูปแบบ

Smith (1980) ได้จำแนกรูปแบบออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่

1. รูปแบบเชิงกายภาพ (Physical model) มีลักษณะคล้ายของจริง เรียกว่า “รูปแบบ
คล้ายจริง” (Iconic model) เช่น เครื่องบินจำลอง หุ่นไล่กา หุ่นตามร้านตัดเสื้อ อีกรูปแบบหนึ่ง
เรียกว่า “รูปแบบเสมือนจริง” (Analog model) มีลักษณะคล้ายปรากฏการณ์จริง เช่น การทดลอง
ทางเคมีในห้องปฏิบัติการก่อนการทดลอง เครื่องบินจำลองที่บินได้ ให้นักบินฝึกหัด เป็นต้น

2. รูปแบบเชิงสัญลักษณ์ (Symbolic model) จำแนกออกเป็น

2.1 รูปแบบข้อความ (Verbal model) หรือรูปแบบเชิงคุณภาพ (Qualitative model)
เป็นการใช้ข้อความปกติธรรมดาในการอธิบายโดยย่อ เช่น คำพรรณนาลักษณะงานคำอธิบาย
รายวิชา เป็นต้น (Bertalanffy, 1972, pp. 407-426) โดยผู้สร้างทฤษฎีระบบ กล่าวว่า การมีรูปแบบ
ข้อความนั้นแม้บางครั้งจะเข้าใจยาก แต่ก็ยังดีกว่าไม่มีรูปแบบเสียเลย เพราะอย่างน้อยก็เป็น
แนวทางการสร้างรูปแบบประเภทอื่น ๆ ต่อไป

2.2 รูปแบบทางคณิตศาสตร์ (Mathematical model) หรือรูปแบบเชิงปริมาณ
(Quantitative model) เช่น สมการ และ โปรแกรมเชิงเส้น เป็นต้น

รูปแบบสามารถจำแนกออกได้เป็น 4 ประเภท (Keeves, 1988) ได้แก่

1. รูปแบบเชิงเปรียบเทียบ (Analogue model) เป็นรูปแบบเชิงกายภาพในทาง
วิทยาศาสตร์เป็นส่วนใหญ่ เช่น รูปแบบโครงสร้างอะตอมสร้างขึ้นโดยใช้หลักการเปรียบเทียบ
โครงสร้างของรูปแบบให้สอดคล้องกับลักษณะที่คล้ายกันทางกายภาพ สอดคล้องกับข้อมูลและ
ความรู้ที่มีอยู่ในลักษณะนั้นด้วย รูปแบบที่สร้างขึ้นต้องมีองค์ประกอบชัดเจน สามารถนำไป
ทดสอบด้วยข้อมูลเชิงประจักษ์ได้ และสามารถนำไปใช้ในการหาข้อสรุปของปรากฏการณ์ได้อย่าง
กว้างขวาง เช่น รูปแบบจำนวนนักเรียนในโรงเรียน สร้างขึ้นโดยเปรียบเทียบกับลักษณะถึงน้ำที่
ประกอบด้วย ท่อน้ำเข้าและท่อน้ำออก ปริมาณที่ไหลเข้าถึงเปรียบเทียบกับได้กับจำนวนนักเรียนเข้า
โรงเรียน อัตราการตาย อัตราการย้ายเข้า อัตราการรับเด็กอายุต่ำกว่าเกณฑ์ ส่วนปริมาณน้ำไหลจะ
ออกมาเปรียบเทียบกับได้กับจำนวนนักเรียนที่ออกจากโรงเรียน เนื่องจากจบการศึกษา ย้ายออก
พ้นเกณฑ์การศึกษา จำนวนน้ำที่เหลือ จะแสดงถึงจำนวนนักเรียนที่เหลืออยู่ในโรงเรียน เป็นต้น
จุดมุ่งหมายของรูปแบบนี้เพื่ออธิบายปรากฏการณ์การเปลี่ยนแปลงจำนวนนักเรียน

2. รูปแบบเชิงข้อความ (Semantic model) เป็นรูปแบบที่ใช้ภาษาเป็นสื่อในการบรรยายหรือปรากฏการณ์ที่ศึกษาด้านภาษา แผนภูมิ หรือรูปภาพ เพื่อให้เห็น โครงสร้างทางความคิด องค์ประกอบ และความสัมพันธ์ขององค์ประกอบในปรากฏการณ์นั้น ๆ เพื่อเป็นการอธิบายให้เข้าใจได้มากขึ้น แต่จุดอ่อนของรูปแบบประเภทนี้ คือ ขาดความชัดเจนแน่นอน ทำให้ยากแก่การทดสอบรูปแบบ แต่อย่างไรก็ตามได้มีการนำรูปแบบนี้มาใช้ในการศึกษามากขึ้น เช่น รูปแบบการเรียนรู้ในโรงเรียน

3. รูปแบบเชิงสาเหตุ (Causal model) เป็นรูปแบบที่เริ่มจากการนำเทคนิคการวิเคราะห์เส้นทาง (Path analysis) ในการศึกษาเกี่ยวกับพันธุศาสตร์ รูปแบบเชิงสาเหตุนี้ทำให้สามารถศึกษารูปแบบเชิงข้อความที่มีตัวแปรสลับซับซ้อนได้ แนวคิดสำคัญของรูปแบบนี้ คือ ต้องสร้างขึ้นจากทฤษฎีที่เกี่ยวข้องหรืองานวิจัยที่มีมาแล้ว รูปแบบจะเขียนในลักษณะสมการเส้นตรง แต่ละสมการแสดงความสัมพันธ์เชิงเหตุผลระหว่างตัวแปร จากนั้นมีการเก็บรวบรวมข้อมูลในสภาพการณ์ที่เป็นจริงเพื่อทดสอบรูปแบบ รูปแบบเชิงสาเหตุนี้ แบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ ได้แก่ 1) รูปแบบระบบเส้นเดียว (Recursive model) เป็นรูปแบบที่แสดงความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างตัวแปรต้นด้วยเชิงเส้น โยงที่มีทิศทางของการเป็นสาเหตุในทิศทางเดียว โดยไม่มีความสัมพันธ์ย้อนกลับ 2) รูปแบบระบบเส้นคู่ (Non-recursive model) เป็นรูปแบบที่แสดงความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างตัวแปร โดยทิศทางความสัมพันธ์ย้อนกลับได้

การสังเคราะห์รูปแบบจากแนวคิดเชิงระบบ และหลักการบริหารตามสถานการณ์ (Brown & Moberg, 1980) รูปแบบควรมีองค์ประกอบ ดังนี้ 1) สภาพแวดล้อม (Environment) 2) เทคโนโลยี (Technology) 3) โครงสร้าง (Structure) 4) กระบวนการจัดการ (Management) 5) การตัดสินใจสั่งการ (Decision making)

ลักษณะของรูปแบบที่ดี ประกอบด้วย

1. รูปแบบควรประกอบด้วยความสัมพันธ์เชิงโครงสร้างระหว่างตัวแปรมากกว่าความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงธรรมดา แต่ความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงมีประโยชน์ในการพัฒนารูปแบบ

2. รูปแบบควรนำไปสู่การทำนายผลที่ตามมาได้ ซึ่งสามารถตรวจสอบได้ด้วยข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยเมื่อทดสอบรูปแบบแล้ว ถ้าปรากฏว่าไม่สอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์รูปแบบนั้นต้องถูกยกเลิก

3. รูปแบบควรอธิบายโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงเหตุผลที่ศึกษาได้อย่างชัดเจน

4. รูปแบบควรเป็นเครื่องมือในการสร้างสรรค์ความคิดรวบยอด (Concept) ใหม่ และการสร้างความสัมพันธ์ของตัวแปรใหม่ ซึ่งจะเป็นการเพิ่มองค์ความรู้ (Body of knowledge) ในเรื่องที่กำลังศึกษา

การสร้างรูปแบบมี อยู่ 5 ขั้นตอน (สมชาติ โตรักษา, 2548) ดังนี้

1. การสร้างรูปแบบใหม่เบื้องต้น ดำเนินการดังนี้

การวิเคราะห์รูปแบบเดิมที่มีการดำเนินการอยู่ อย่างละเอียดทุกแง่มุม เพื่อให้รู้ เข้าใจ สถานการณ์ ปัจจัย และสิ่งที่เกี่ยวข้องกับเรื่องที่ต้องการศึกษาอย่างถูกต้องตามความเป็นจริง ครอบคลุมทุก ๆ ด้าน รู้ปัญหา รู้สาเหตุที่แท้จริง และรู้สิ่งที่ควรปรับปรุงแก้ไข รวมทั้งรู้แนวทางการแก้ไขที่ตรงจุดมีประสิทธิภาพและมีประสิทธิผลสูงด้วย

1.1 ศึกษาค้นคว้าองค์ความรู้และประสบการณ์ทั้งหลายที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบ การดำเนินงานการพัฒนา การแก้ปัญหาและการบริหารจัดการของงานนั้น จากเอกสารและ แหล่ง ข้อมูลต่าง ๆ ให้ครอบคลุมอย่างครบถ้วน เพียงพอและกว้างขวางที่สุด

1.2 รวบรวมและประมวลแนวคิด ทฤษฎี หลักการ และประสบการณ์ทั้งหลายทั้งปวง มาสร้างเป็นรูปแบบใหม่เบื้องต้นของการดำเนินงานให้เป็นรูปแบบที่ดี มีความครอบคลุมครบถ้วน สมบูรณ์และเหมาะสมมากกว่ารูปแบบเดิม

1.3 สรุปความแตกต่างระหว่างรูปแบบใหม่เบื้องต้นกับรูปแบบเดิม พร้อมทั้งให้เหตุผล และคำอธิบายความแตกต่างดังกล่าว จะทำให้ผลการดำเนินงานนั้นดีขึ้นกว่าเดิมได้อย่างไร

1.4 นำรูปแบบใหม่เบื้องต้นไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ โดยจำนวนผู้เชี่ยวชาญ ไม่น้อยกว่า 3 คน พิจารณาตรวจสอบและประเมินความตรงตามโครงสร้างและเนื้อหา (Content validity) ของรูปแบบว่าดี และเหมาะสมหรือไม่เพียงใด พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะเพื่อนำไป ดำเนินการปรับปรุงแก้ไขให้ดีขึ้น เหมาะสมและสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ถือว่ามีคุณภาพตามหลักทางวิชาการ ผู้เชี่ยวชาญด้านงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องควรมาจากกลุ่มบุคคล 3 ด้าน คือ

1.4.1 ผู้เชี่ยวชาญด้านวิชาการในงานนั้น ๆ

1.4.2 ผู้เชี่ยวชาญด้านปฏิบัติงานจริงในงานนั้น ๆ

1.4.3 ผู้เชี่ยวชาญด้านบริการในงานนั้น

1.5 ปรับปรุงรูปแบบใหม่เบื้องต้นก่อนนำไปดำเนินการทดลองใช้จริง ดำเนินการ ดังต่อไปนี้

1.5.1 นำรูปแบบใหม่เบื้องต้นให้ผู้บริหารของพื้นที่ที่จะทดลองพิจารณาตรวจสอบ ความเหมาะสม พร้อมทั้งรับข้อเสนอแนะในการแก้ไขปรับปรุงก่อนการทดลองดำเนินการจริง

1.5.2 จัดทีมงานเพื่อดำเนินงานในการทดลองรูปแบบ

1.5.3 นำรูปแบบใหม่ไปทดลองใช้ในพื้นที่ที่ทดลอง ในการนี้ผู้ปฏิบัติจะเป็น ศูนย์กลางในการดำเนินงาน โดยมีการปรึกษาระหว่างทีมกับผู้ปฏิบัติเพื่อจะได้มีการพัฒนาแก้ไข ปรับปรุงรูปแบบเพื่อให้รูปแบบมีคุณภาพตามหลักวิชาการแลเหมาะสมสามารถนำไปปฏิบัติจริงได้

ในการนำเสนอรูปแบบในครั้งนี้สามารถสรุปได้ว่า เพื่อให้ได้รูปแบบที่มีประโยชน์สูงสุด และสามารถนำไปใช้ได้จริงนั้น ผู้สร้างรูปแบบต้องคำนึงถึงวัตถุประสงค์ของรูปแบบว่าสอดคล้องกับความต้องการของผู้ที่เกี่ยวข้องหรือไม่ การได้มีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบ วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องได้มีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบ โดยในการวิจัยของสาขาพยาบาลศาสตร์ และสาขาสังคมศาสตร์ นิยมใช้การ สัมภาษณ์ (Interview) การใช้แบบสอบถาม (Questionnaire) การสังเกต (Observation) ในการศึกษาที่ใช้เครื่องมือในการเก็บข้อมูล โดยวิธีสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม (Non-participant observation)

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ปราณี ประไพวัชรพันธ์. (2558) ได้ศึกษาเรื่องการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ ตำบล อรพิมพ์ อำเภอบึงสามพัน นครราชสีมา ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุมีกลุ่มช่วยเหลือกันและกันในชุมชน โดยมีการจัดกิจกรรมส่งเสริมในชุมชน ได้แก่ กิจกรรมทางศาสนา การพัฒนารูปแบบการติดตามเยี่ยมบ้าน เกิดอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ มีการตั้งกองทุนสวัสดิการผู้สูงอายุ มีการจัดกิจกรรมส่งเสริมคุณค่าผู้สูงอายุโดย มีการประกวดสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่งระบบการดูแลผู้สูงอายุนั้นชุมชนต้องมีการบูรณาการภารกิจร่วมกันระหว่างสถานบริการในพื้นที่ และผู้ดูแลผู้สูงอายุ เพื่อตอบสนองปัญหาและความต้องการการดูแลผู้สูงอายุ

มานิต อินธิราช และฐานันท์ ศรีสุวรรณ (2558) ศึกษาเรื่องภาวะความเครียดในผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง โรคหลอดเลือดสมองในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ พบว่า ผลกระทบของการทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงโรคหลอดเลือดสมองที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้มี 3 ปัจจัย ได้แก่ ตัวผู้ดูแล ผู้สูงอายุติดเตียง และการติดตามการดูแลจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยภาระการดูแลที่ยาวนานและเป็นภาระที่หนัก ผู้ดูแลต้องรับผิดชอบแต่เพียงผู้เดียวไม่มีผู้ช่วย ทำให้ผู้ดูแลเกิดการเหนื่อยหน่าย ท้อแท้ ผู้ดูแลมีความเครียดระดับปานกลางและระดับสูง อีกทั้งการดูแลยังมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ดูแลเป็นอย่างมาก ได้แก่ ผู้ดูแลไม่มีเวลาเป็นของตนเอง ขาดการพักผ่อนที่เหมาะสมขาดการปฏิสัมพันธ์กับผู้คน ขาดรายได้แต่มีรายจ่ายสูง ซึ่งแต่ละคนมีการจัดการความเครียดที่แตกต่างกันทำให้บางคนมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น ดื่มสุราเพื่อคลายเครียด

อุบล สุวรรณมณี (2558) ศึกษาเรื่องภูมิหลังการดูแลผู้สูงอายุระยะสุดท้าย การศึกษาวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อศึกษาภูมิหลังผู้สูงอายุติดเตียงสูงอายุนั้นที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแล ผลการศึกษา พบว่า ภูมิหลังก่อนเข้าวัยสูงอายุ และวิถีชีวิต ภูมิหลังมีทั้งการคิดเชิงบวก คือ

มีน้ำใจ และมีผู้ที่คิดเชิงลบ คือ จี๋บ่น หงุดหงิดง่าย การคิดบวกของผู้สูงอายุมีผลต่อการได้รับการดูแลที่ดี การคิดลบมีผลให้ถูกทอดทิ้ง สัมพันธภาพที่ดีของสมาชิกในครอบครัวทั้งครอบครัวที่มีฐานะดีและฐานะไม่ดีจะได้รับการดูแลที่ดีเหมือนกันนั้นขึ้นอยู่กับเรื่องปัจจัยสี่ และฐานะของครอบครัว ถ้ามีความพร้อมของครอบครัวผู้สูงอายุที่ป่วยระยะสุดท้ายจะได้รับการดูแลอย่างอบอุ่น ถ้าครอบครัวไม่พร้อมจะเกิดภาวะเครียดและรู้สึกโดดเดี่ยว

สถาบันวิจัยระบบการดูแลผู้สูงอายุไทย (2558) ศึกษาเรื่อง แนวทางในการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ในเขตเทศบาลนครหาดใหญ่ พบว่า กลุ่มติดเตียงนั้นต้องมีการประเมินภาวะแทรกซ้อน ประกอบด้วย 5 ด้าน เพื่อประเมินคุณภาพการดูแลของผู้ดูแล ได้แก่

- 1) ด้านการป้องกันแผลกดทับ 2) ด้านการป้องกันข้อยึดติดและกล้ามเนื้ออัมพาต 3) ด้านการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ 4) ด้านการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ
- 5) ด้านการป้องกันภาวะซึมเศร้า

ศิริฉวี ศรีหาคาศ และคณะ (2556) ศึกษาเรื่อง ผลกระทบและภาวะการณ์ดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้วัฒนธรรมไทย เก็บข้อมูลโดยการสำรวจ การสังเกต การสัมภาษณ์เจาะลึก การสนทนากลุ่ม จากการศึกษา พบว่า เส้นทางการพิงพิง มี 4 เส้นทาง ได้แก่ 1) ภาวะ Stroke 2) ภาวะโรคสมองเสื่อม 3) โรคเรื้อรังร่วม 4) อายุมากกว่า 80 ปี ด้านสถานการณ์ดูแล พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่อยู่ในภาวะไร้อำนาจต่อรอง ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีภาระครอบครัวต้องดูแล ทำให้มีปัญหาครอบครัว โดยผู้ดูแลยังต้องประกอบอาชีพหารายได้อยู่ ผู้ดูแลบางคนต้องดูแลผู้สูงอายุมากกว่า 1 คน และพบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว การดูแลของครอบครัวนั้น อยู่ภายใต้เงื่อนไขความกตัญญู ด้านภาระการดูแลผู้สูงอายุ Stroke และโรคเรื้อรังก่อให้เกิดผลกระทบด้านเศรษฐกิจมากที่สุด เนื่องจากครอบครัวมีรายจ่ายที่เพิ่มขึ้น ผู้ดูแลต้องใช้เวลาการดูแลมากขาดโอกาสการประกอบอาชีพ ผู้ดูแล มีภาระและผลกระทบด้านอารมณ์ และเครียดรุนแรง ทำให้เกิดปัญหาขัดแย้งในครอบครัว

จุฑาทิพย์ งอยจันทร์ศรี (2555) ศึกษาเรื่อง การพัฒนาการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียง ในชุมชนเทศบาลเมืองเพชรบูรณ์ เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการ พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงได้รับการเยี่ยมบ้าน โดยอาสาสมัครสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขได้รับการพัฒนาทักษะในการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ผู้สูงอายุ และผู้ดูแลมีความพึงพอใจในการบริการสุขภาพที่มีความต่อเนื่องมากขึ้น ทีมผู้ให้บริการ มีแนวปฏิบัติในการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

ยุวดี รอดจากภัย, กุลวดี โรจน์ไพศาลกิจ และไพบุลย์ พงษ์แสงพันธ์ (2555) ศึกษาเรื่อง รูปแบบการพัฒนาชุมชนและครอบครัวต้นแบบเพื่อดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ (ปีที่ 1) การวิจัยนี้

มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ ความต้องการ การรับรู้ความสามารถตนเองในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้แนวคิด (Community based service) พบว่า สถานการณ์เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุไทย 5 อันดับ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไขข้อ โรคกระดูกเสื่อม และโรคกระเพาะ ความต้องการของผู้สูงอายุ คือ ต้องการความรักจากบุคคลใกล้ชิด และต้องการคำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการดูแลผู้สูงอายุ การรับรู้ความสามารถตนเองในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอยู่ในระดับดีเป็นส่วนใหญ่ โดยสนับสนุนการดูแลกิจกรรมประจำวันได้ดี รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมีดังนี้ 1) การดูแลเมื่อเจ็บป่วยจะพาไปพบแพทย์เพื่อรักษา 2) การให้คำปรึกษา ญาติใกล้ชิด เจ้าหน้าที่สาธารณสุข พยาบาล และแพทย์ เป็นที่ปรึกษาและเป็นที่พักของผู้สูงอายุ 3) การแสวงหาความรู้ในการดูแลตนเอง ต้องการความช่วยเหลือทางการเงิน 4) การสนับสนุนให้กำลังใจและสัมพันธ์ภาพกับคนในครอบครัว 5) การเผชิญความเครียดและช่วยผ่อนคลายความเครียด ผู้สูงอายุจะเครียดในเรื่องการเจ็บป่วยของ ลูก สามี และการเงิน 6) การปฏิบัติดูแลรักษาสุขภาพ มีวิธีการดังนี้ พังพรรณ สวตมนต์ ปรับชีวิตความเป็นอยู่อย่างเพียงพอ

วันเพ็ญ ปันราช (2552) ศึกษาเรื่อง การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน พบว่า ผู้สูงอายุสามารถแบ่งกลุ่มตามการช่วยเหลือตัวเองได้ 4 กลุ่ม คือ กลุ่มที่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ กลุ่มที่ช่วยเหลือตัวเองได้บ้างเรื่อง กลุ่มที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ และกลุ่มที่ถูกทอดทิ้ง ไม่มีผู้ดูแล ปัญหาและความต้องการ พบว่า ผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพกายและการเจ็บป่วย ปัญหาสุขภาพจิต ปัญหาความยากจนไม่มีรายได้และปัญหาสัมพันธ์ภาพในครอบครัว การดูแลโดยทั่วไปได้รับการดูแลอย่างไม่เป็นทางการจากครอบครัว และในการดูแลแบบเป็นทางการยังมีน้อย เช่น เบี้ยผู้สูงอายุได้เพียง ร้อยละ 25 ของผู้สูงอายุทั้งหมด กระบวนการสร้างความเข้มแข็งในชุมชน สอดคล้องกับบริการทางสังคมและวัฒนธรรมในลักษณะบทบาทการเป็นหุ้นส่วนกันในสังคม บนฐานของทรัพยากรและศักยภาพของชุมชน รูปแบบการดูแลประกอบด้วย การรวมกลุ่มของกองทุนชุมชน การจัดสวัสดิการในชุมชน การจัดตั้งชมรม สวัสดิการเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ โดยครอบครัวและชุมชนเป็นสถาบันหลักในการให้การดูแลผู้สูงอายุ

สุนทราวดี เขียรพิเชฐ และคณะ (2551) ศึกษาเรื่อง สถานการณ์ระบบการดูแลที่บ้าน โดยผู้ดูแล กรณีศึกษาภาคตะวันออก มีวัตถุประสงค์เพื่อทราบสถานการณ์จริงในภาคตะวันออกเกี่ยวกับสถานการณ์การทำงานของผู้ดูแล ผลการศึกษา พบว่า การดูแลส่วนใหญ่เป็นการดูแลกิจกรรมประจำวัน ผู้ดูแลเป็นบุตรสาว คู่สมรส และบิดามารดา แนวโน้มผู้ดูแลเป็นผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น การจัดระบบผู้ดูแลทดแทน ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแล ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย ความต้องการของผู้ดูแล ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ความรู้สึกมีคุณค่าใน

ตนเองของผู้ดูแล ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ดูแล และการสนับสนุนทางสังคม สถานการณ์ผู้ดูแลภาคตะวันออกเฉียงเหนือสำคัญดังนี้ ลักษณะความต้องการการดูแล ต้องการให้อยู่เป็นเพื่อนตลอด 24 ชั่วโมง ทำงานเป็นผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่กับผู้ปวย ส่วนใหญ่ไม่ได้รับการอบรมในการดูแล โดยได้รับคำแนะนำจากญาติที่เป็นพยาบาลและพยาบาลเยี่ยมบ้าน ถ้าอบรมต้องเสียเงิน 6,000-10,000 บาท สามารถผ่อนชำระได้สถานที่อบรมที่บ้าน ไม่ได้รับใบประกาศนียบัตรหลังเรียนจบ

ปีนเรศ กาศอุดม (2547) ได้ศึกษาเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาระการดูแลของญาติผู้ดูแลกับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและสมรรถภาพทางสมองของผู้สูงอายุป่วยเรื้อรัง ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า ลักษณะของผู้ดูแล ครั้งหนึ่งเป็นบุตรและอีกครั้งเป็นผู้ดูแลที่จ้างมาดูแล การดูแลโดยเฉลี่ย 11 ชั่วโมง 30 นาทีต่อวัน ระยะเวลาในการดูแลตั้งแต่ 1 เดือน จนถึง 30 ปี จากการศึกษาถึงภาระการดูแลโดยสรุป พบว่า ญาติที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางสมอง ต้องรับภาระการดูแลมากกว่าการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องการด้านร่างกาย

วรรณรัตน์ ลาวัง และคณะ (2547) ศึกษาเรื่อง สถานการณ์ปัญหา ความต้องการ และพลังอำนาจ ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุเรื้อรังที่บ้าน ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า ญาติผู้ดูแล 2 ใน 3 เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 47 ปี สถานภาพสมรสคู่ จบการศึกษาระดับประถมศึกษา อาชีพรับจ้าง เกษตรกรรมและแม่บ้าน รายได้เฉลี่ย 5,001-10,000 บาท แต่มี 1 ใน 5 เป็นผู้ว่างงาน ผู้ใหญ่ป่วยเรื้อรังด้วยโรค เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หลอดเลือดสมอง มะเร็งและพิการ ระยะเวลาเจ็บป่วย 1-5 ปี ส่วนใหญ่ใช้สิทธิบัตรทอง ผู้ดูแลมีความสัมพันธ์เป็นคู่สมรส ไม่เคยมีประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุเรื้อรัง กิจกรรมการดูแลจะเน้นในเรื่องกิจวัตรประจำวัน การรักษา ให้กำลังใจ พาไปพบแพทย์ และทำกิจกรรมทางสังคม ใช้เวลาในการดูแลเฉลี่ย 12 ชั่วโมงต่อวัน ผลกระทบที่พบ คือ ความสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแลกับผู้ใหญ่ป่วยเรื้อรังอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างดี สัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับดี รู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูง ปัญหาในการดูแล พบว่า ขาดความรู้ ไม่มีเวลาเหนื่อย และสื่อสารกับผู้ป่วยได้ลำบาก ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพลังอำนาจของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุเรื้อรัง ได้แก่ ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ปวยกับญาติผู้ดูแล สัมพันธภาพในครอบครัว ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม ภาวะสุขภาพและรายได้ครอบครัว และภาระในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับพลังอำนาจของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุเรื้อรัง

Kato, Tsuru and Iizuka (2013) ศึกษาเรื่อง Models of designing long-term care service plans and care program for old people พบว่า ภายใต้ระบบการประกันการดูแลระยะยาวของญี่ปุ่น โดยอิงตามโปรแกรมการดูแลระยะยาวซึ่งได้รับการออกแบบโดยผู้ให้บริการ ในบทความนี้ได้นำเสนอรูปแบบการออกแบบแผนบริการการดูแลระยะยาวและ โปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุ

ทั้งโดยการรวมประเด็นทางเทคนิคจากการศึกษาก่อนหน้านี้และโดยการออกแบบใหม่ทั้งหมด โดยรูปแบบการดำเนินการประกอบด้วย “Function”, “Knowledge structure” และ “Action flow”

Duner (2011) ศึกษาเรื่อง Implementing a continuum of care model for oldel people- results from a Swedish case study พบว่า มีความจำเป็นในการดูแลแบบบูรณาการและการทำงานร่วมกันระหว่างองค์กรที่ให้การดูแลและวิชาชีพ เพื่อสร้างความต่อเนื่องในการดูแลผู้สูงอายุที่อ่อนแอ กระบวนการของการใช้รูปแบบการดูแลต่อเนื่อง ในบริบทขององค์กรที่เกี่ยวข้อง รูปแบบการแนะนำนี้ได้มุ่งมั่นที่จะเชื่อมโยงองค์กรที่รับผิดชอบด้านการดูแลสุขภาพและการดูแลทางสังคม ผู้สูงอายุ การให้ความสำคัญกับวัฒนธรรมต่าง ๆ ขององค์กร การใช้รูปแบบการให้การดูแลผู้สูงอายุ บทบาทของผู้บริหารระดับสูงเป็นเรื่องสำคัญมาก นอกจากนี้การยอมรับรูปแบบต้องมีประสบการณ์อย่างมีประสิทธิภาพในการจัดการกับปัญหาจริง ในการปฏิบัติชีวิตประจำวัน โดยใช้รูปแบบของผู้ปฏิบัติการดูแลในองค์กรจากด้านล่างขึ้นบน

Kathryn (2008) ศึกษาเรื่อง A reason to care: Motivation to assume a paid caregiver role and correlates of well-being among family members and friends ศึกษาเหตุผลในการดูแล: แรงจูงใจในการทำหน้าที่ดูแลและความสัมพันธ์ที่ีระหว่างสมาชิกในครอบครัวและเพื่อน พบว่า ความรู้สึกและแรงจูงใจของผู้ดูแลและวิธีการดูแล ให้เหตุผลในการดูแลว่าเกี่ยวข้องกับความเป็นอยู่ของครอบครัวและเพื่อนของผู้ดูแล การจ่ายเงินในการดูแลผู้ป่วยโดยใช้เงินตามสิทธิผู้พิการและผู้สูงอายุภายใต้กฎหมายของรัฐแคลิฟอร์เนีย การสนับสนุนในด้านค่าบริการในการดูแลที่บ้าน โดยให้ความสำคัญในการศึกษาสถานการณ์ของครอบครัว และตามแนวทางทฤษฎีสตรีนิยม (FST) เพื่อชัดเจนทางสังคมในการดูแลและบริบททางการเมืองในสังคมที่มีการปรับเปลี่ยนรูปแบบความคิดของผู้ดูแล การปรับตัวของครอบครัว ร่วมกับแรงจูงใจในการดูแลผู้ป่วย แสดงให้เห็นถึงความซับซ้อนในการค่าใช้จ่ายของครอบครัวและแรงจูงใจในการเป็นผู้ดูแล ผู้ที่เจ็บป่วย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) เพื่อศึกษาประสบการณ์ การดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้านที่ดี โดยครอบครัว และเพื่อนำเสนอรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ที่บ้าน โดยครอบครัว โดยมีวิธีดำเนินการวิจัยดังนี้

ผู้ให้ข้อมูล

กลุ่มเป้าหมายของการวิจัยนี้ คือ ผู้ที่มีประสบการณ์ตรงในการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ที่บ้าน โดยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จากรายชื่อผู้สูงอายุติดเตียง จำนวน 170 คน (แหล่งข้อมูลสำนักงานสาธารณสุขอำเภอบรรพตพิสัย จังหวัดนครสวรรค์ รายงาน ประจำปีงบประมาณ 2559) ซึ่งมีเกณฑ์การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลตามเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) ดังนี้

ผู้ให้ข้อมูล คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้านที่ดีมีคุณลักษณะ ดังนี้

1. ผู้ดูแลเป็นสมาชิกในครอบครัว ให้การดูแลโดยไม่หวังค่าจ้างตอบแทน และปฏิบัติเป็นประจำ สมาชิกในครอบครัว/ ตัวผู้ดูแลให้การยอมรับว่าเป็นผู้ดูแลหลัก
2. ผู้ดูแลมีประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุติดเตียงมาไม่น้อยกว่า 1 ปี
3. ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้สูงอายุติดเตียงได้ตามเกณฑ์การประเมินในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่ดีเมื่ออยู่ที่บ้าน ได้แก่ ผู้สูงอายุติดเตียงร่างกายสะอาด ไม่มีกลิ่นอับของปัสสาวะ ไม่มีแผลกดทับ และภายใน 6 เดือนที่ผ่านมา ไม่ได้เข้านอนในโรงพยาบาล (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.), 2558)
4. มีสภาพจิตใจและร่างกายที่ปกติ มีความพร้อมในการให้ข้อมูล สามารถสื่อสารภาษาไทยได้เป็นอย่างดี มีสติสัมปชัญญะดี สามารถเล่าประสบการณ์ต่าง ๆ ในระยะการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงได้ และสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย
5. ผู้วิจัยได้ทำการเก็บข้อมูลจนข้อมูลอิ่มตัว ได้ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 20 คน

วิธีการดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยแบ่งการดำเนินการวิจัย เป็น 2 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 ศึกษาประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้านที่ดีโดยครอบครัว

เป็นการศึกษาเพื่อตอบคำถามการวิจัยเกี่ยวกับประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้านที่ดีโดยครอบครัวเป็นอย่างไร ในประเด็น การเข้ามาเป็นผู้ดูแล ผลกระทบในการดูแลทั้งด้านสุขภาพและด้านเศรษฐกิจ การปรับตัวของผู้ดูแลและการเรียนรู้เพื่อการดูแลที่บ้าน การปฏิบัติกรดูแลที่บ้านทั้งการดูแลด้านกิจวัตรประจำวันและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ 1) การป้องกันการเกิดแผลกดทับ 2) การป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ 3) การป้องกันการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ 4) การป้องกันการเกิดข้อติดแข็ง 5) การดูแลด้านจิตใจ ในการศึกษาระยะที่ 1 นี้ ผู้วิจัยเข้าไปศึกษาสถานการณ์จริงที่เกิดขึ้นจริง โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก และการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม การติดตามเยี่ยมบ้าน การสำรวจข้อมูลพื้นฐานและความสามารถในการทำกิจกรรมในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง รวมทั้งการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลคือ ผู้ดูแลหลักที่ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้าน และมีการเก็บข้อมูลจากผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อการยืนยันข้อมูล ได้แก่ พยาบาลประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในพื้นที่อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน และสมาชิกในครอบครัวหรือผู้ช่วยเหลือในการดูแล

ระยะที่ 2 การนำเสนอรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้านของผู้ดูแลในครอบครัว

ผู้วิจัยได้นำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาในระยะที่ 1 มาวิเคราะห์และนำมาใช้ในการศึกษาระยะที่ 2 การนำเสนอรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้านโดยครอบครัว ในการสังเคราะห์รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้านตามบริบทจริงของผู้ดูแล แสดงให้เห็นถึงวิถีคิด กระบวนการผลลัพธ์ของกระบวนการการดูแล และการจัดการปัญหาที่มีต่อตัวผู้สูงอายุติดเตียงและต่อผู้ดูแล รวมทั้งการได้รับการสนับสนุนที่เอื้อต่อการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงจากหน่วยงาน ต่าง ๆ ในชุมชน ที่สะท้อนถึงการให้ความสำคัญต่อการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชน และมีการนำเสนอรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้านโดยครอบครัว กลับไปคืนข้อมูลให้กับผู้ให้ข้อมูล เพื่อสะท้อนความคิดเห็นรายบุคคล (เนื่องจากข้อจำกัดในการเดินทางและภาระในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ทำให้ไม่สามารถทำการสนทนากลุ่มได้) รวมทั้งมีการยืนยันข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็น แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (Semi structure interview) ซึ่งมีการเก็บข้อมูลเป็น 2 ตอน คือ

ตอนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุและผู้ดูแล ประกอบด้วย

1. ข้อมูลผู้สูงอายุติดเตียง ได้แก่ อายุ เพศ โรคประจำตัว ระยะเวลาการนอนติดเตียง สิทธิการรักษา
2. ข้อมูลผู้ดูแล ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ศาสนา โรคประจำตัว สิทธิการรักษา ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุติดเตียง เวลาในการดูแลเฉลี่ยต่อวัน อาชีพ สมาชิกในครอบครัว

ตอนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้าน โดยครอบครัว ซึ่งใช้คำถามแบบกึ่งโครงสร้าง (Semi structure interview) ในการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) ถึงประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้าน ประกอบด้วย การเข้ามาเป็นผู้ดูแล ผลกระทบในการดูแลทั้งด้านสุขภาพและด้านเศรษฐกิจ การปรับตัวของผู้ดูแล การเรียนรู้เพื่อการดูแลที่บ้าน การปฏิบัติการณ์การดูแลที่บ้านทั้งการดูแลด้านกิจวัตรประจำวันและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ 1) การป้องกันการเกิดแผลกดทับ 2) การป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ 3) การป้องกันการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ 4) การป้องกันการเกิดการติดเชื้อ 5) การดูแลด้านจิตใจ แนวคำถามในลักษณะบรรยายแบบปลายเปิด เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลได้เล่าถึงประสบการณ์ในการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้าน จำนวน 21 ข้อ ดังต่อไปนี้

1. เหตุผลของการเข้ามาเป็นผู้ดูแล ข้อคำถาม ได้แก่ อะไรที่ทำให้ท่านได้มาเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง? รู้สึกอย่างไรที่ต้องมาเป็นผู้ดูแลหลักผู้สูงอายุติดเตียง?
2. การปรับตัวของผู้ดูแล ได้แก่ ท่านเคยรู้สึกท้อแท้ หรือรู้สึกไม่ดี ต่อการที่ต้องมาเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงหรือไม่ และทำอย่างไรเมื่อมีความคิดอย่างนั้น? เมื่อต้องมาดูแลผู้สูงอายุติดเตียง มีการเปลี่ยนแปลงต่อ บทบาท หน้าที่ของท่านอย่างไรบ้าง แล้วมีการปรับตัวอย่างไร?
3. ประสบการณ์ในการเป็นผู้ดูแลและการเรียนรู้ในการดูแล ได้แก่ ในระยะแรกที่เตรียมตัวเพื่อดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้าน มีการเตรียมตัวอย่างไร (เรื่องความรู้ เรื่องการสนับสนุน คน เงิน สิ่งของ เรื่องการใช้เวลาในการเตรียมตัว) ปัจจุบันท่านดูแลผู้สูงอายุติดเตียงอย่างไรบ้าง?
4. ประสบการณ์ในการทำกิจกรรมการดูแลกิจวัตรประจำวันและการเรียนรู้ในการดูแล ได้แก่ กิจกรรมการดูแลที่ทำเป็นประจำทำอะไร ทำอย่างไรบ้าง? (การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและระยะเวลาในการทำกิจกรรม) วิธีการทำความสะอาดร่างกายอย่างไร? วิธีการทำอาหารให้ผู้สูงอายุติดเตียงอย่างไร?
5. ประสบการณ์ในการทำกิจกรรมการดูแลป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการเรียนรู้ในการดูแล ได้แก่ ดูแลป้องกันแผลกดทับอย่างไร? ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้านอย่างไร ในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ? ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงหลังขับถ่ายอย่างไร และมีการป้องกัน

การคิดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะอย่างไร? คุณและผู้สูงอายุคิดเตียงที่บ้านอย่างไร ไม่ให้เกิดข้อติดแข็ง?
คุณแลด้านจิตใจอย่างไร?

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเป็นแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi structure interview) ผู้วิจัยสร้างแบบสัมภาษณ์เป็นคำถามปลายเปิด เพื่อศึกษาการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้าน โดยครอบครัว โดยการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ได้แนวทางในการสร้างข้อคำถามในการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลในครั้งนี้ ผู้วิจัยตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา โดยนำเสนออาจารย์ที่ปรึกษาและผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ดังนี้

1. รองศาสตราจารย์ พญ.สมจิตร ผู้ทรงคุณวุฒิด้าน เวชศาสตร์ครอบครัว
พฤษะรัตนานนท์
2. รองศาสตราจารย์ ดร. สุวรรณ ผู้ทรงคุณวุฒิด้าน การพยาบาลชุมชน
จันทร์ประเสริฐ
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ระพีพันธ์ ผู้ทรงคุณวุฒิด้านจิตวิทยาการเรียนรู้
นายวิมล ด้านพฤติกรรม
4. ดร.สมพงษ์ ปั่นหุ่น ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการวัดและประเมินผล
การศึกษาการประเมินโครงการ
5. ดร. ชุติพร ปิยสุทธิ ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะ
สุดท้าย

เมื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาความเหมาะสมของการใช้ภาษาที่ถูกต้อง ครอบคลุมประเด็นเนื้อหา และนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ ได้นำไปทดลองสัมภาษณ์ 3 ครอบครัว แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขจนได้ข้อเท็จจริงมากที่สุดในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้าน โดยครอบครัว นำแบบสัมภาษณ์ที่ปรับปรุงแล้วจัดทำเป็นแบบสัมภาษณ์ที่สมบูรณ์ให้กับ อาจารย์ที่ปรึกษาพิจารณาความเหมาะสมของแบบสัมภาษณ์ เพื่อใช้ในการเก็บข้อมูล

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2560 ถึงวันที่ 31 พฤษภาคม พ.ศ. 2560 โดยสถานที่ดำเนินการเก็บข้อมูลเป็นบ้านผู้สูงอายุติดเตียง ผู้วิจัยเลือกพื้นที่อำเภอบรรพตพิสัยจังหวัดนครสวรรค์ ด้วยผู้วิจัยทำงานเป็นพยาบาลเยี่ยมบ้านมานานกว่า 13 ปี ในเขตพื้นที่ครอบคลุมการติดตามเยี่ยมบ้านทั้งอำเภอ ทำให้ผู้ให้ข้อมูลสะดวกใจในการที่จะให้

ข้อมูลเชิงลึก และเป็นความจริงจากความไว้วางใจ โดยผู้วิจัยเป็นที่ยอมรับในกลุ่มของผู้ให้ข้อมูลว่าเป็นเสมือนเพื่อน การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนการเตรียม

1. ผู้วิจัยได้ประสานงานกับพยาบาลประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในทุกพื้นที่ของอำเภอบรรพตพิสัย ทั้ง 17 รพ.สต. เพื่อขอความร่วมมือในการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล
2. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การทำวิจัยและคุณสมบัติผู้ให้ข้อมูล ตามเกณฑ์การดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้านที่ดี เพื่อขอความร่วมมือจากพยาบาลประจำ รพ.สต. คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลในพื้นที่จากรายชื่อผู้สูงอายุติดเตียงของแต่ละเขตพื้นที่
3. เมื่อพยาบาลประจำ รพ.สต. แจ้งรายชื่อกลับมาที่ผู้วิจัยแล้ว ผู้วิจัยทำการนัดหมายกับพยาบาลประจำ รพ.สต. ในพื้นที่เพื่อลงพื้นที่กับผู้วิจัยไปประเมินการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล (Inclusion criteria) อีกครั้งตามเกณฑ์การคัดเลือกในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ และผู้วิจัยต้องประเมินก่อนการเก็บข้อมูลเพื่อเลือกเข้ามาเป็นผู้ให้ข้อมูล คือ ผู้ดูแลต้องสามารถจำประสบการณ์ การดูแลตั้งแต่ผู้สูงอายุเริ่มเจ็บป่วยจนต้องนอนติดเตียงจนถึงปัจจุบันได้

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เมื่อทราบบ้านเป้าหมายที่พยาบาล รพ.สต. คัดเลือกมาให้ตามเกณฑ์และผู้วิจัยประเมินซ้ำเป็นไปตามเกณฑ์ครบทุกข้อแล้ว ผู้วิจัยลงพื้นที่กับเจ้าหน้าที่ รพ.สต. เพื่อทำความรู้จัก และสร้างสัมพันธภาพกับผู้ให้ข้อมูล เพื่อขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย ประเมินเบื้องต้นจากการสังเกตสิ่งแวดล้อม และประเมินสภาพผู้สูงอายุติดเตียงที่ดีตามเกณฑ์
2. ผู้วิจัยแจ้งรายละเอียดวัตถุประสงค์การวิจัย การเข้าร่วมวิจัยให้กับผู้ให้ข้อมูลทราบ โดยผู้วิจัยได้คำนึงถึงจรรยาบรรณ จริยธรรม และการพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูล โดยแจ้งเกณฑ์การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลในการศึกษาวิจัย วัตถุประสงค์ของการทำวิจัย วิธีการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ ซึ่งมีการบันทึกเสียงร่วมกับการจดบันทึกในขณะที่สัมภาษณ์ การขออนุญาตในการบันทึกเสียง และถ่ายภาพ นัดหมายผู้ให้ข้อมูล วันที่ เวลา ที่บ้านของผู้ให้ข้อมูล ซึ่งผู้วิจัยมีการแจ้งกำหนดการสัมภาษณ์ให้ผู้ให้ข้อมูลทราบว่ามีการเก็บข้อมูล ทั้งหมด 2-3 ครั้งต่อครอบครัว และขออนุญาตในการโทรศัพท์ สอบถาม เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนสมบูรณ์ และผู้วิจัยได้กำหนดรหัสเพื่อแสดงที่มาของข้อมูล แทนชื่อของผู้ให้ข้อมูล และผู้ให้ข้อมูลสามารถปฏิเสธหรือออกจาก การวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการรับบริการทางสุขภาพ เพื่อตัดสินใจในการเข้าร่วมงานวิจัย โดยผู้ให้ข้อมูลลงนามยินยอมเข้าร่วมวิจัย
3. ในการเก็บข้อมูลผู้วิจัยได้ใช้การเก็บข้อมูลเชิงลึกโดยการสัมภาษณ์ ผสมผสานกับเทคนิคการฟังอย่างใส่ใจ (Active listening) การสะท้อน (Reflection) การกล่าวซ้ำ (Emphasized)

การสรุปความ (Summarized) การเงียบ (Silence) และการยกย่องชื่นชม (Affirmation) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุม จนกระทั่งข้อมูลอิ่มตัว (Saturation of data) การจดบันทึกภาคสนาม (Field notes) และการสังเกตพฤติกรรมขณะทำการสัมภาษณ์ ถ่ายภาพประกอบการสัมภาษณ์ โดยขออนุญาตผู้ให้ข้อมูลและครอบครัวก่อน ดำเนินการเฉพาะรายที่ให้ความยินยอมเท่านั้น

4. ในการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลการสัมภาษณ์แต่ละครั้งใช้เวลา 1 ชั่วโมง ถึง 1 ชั่วโมง 30 นาที การสัมภาษณ์เชิงลึกเป็นการศึกษาที่มุ่งเน้นความเข้าใจในข้อเท็จจริงและการให้ความหมายในทัศนะของผู้ให้ข้อมูล การให้ความหมายอาจได้จากคำพูด น้ำเสียง สีหน้า ท่าทาง ซึ่งในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้เปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลได้แสดงทัศนะของตนเองได้อย่างเต็มที่

5. การเก็บข้อมูลผู้วิจัยมีการสัมภาษณ์ทั้งแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ ซึ่งการสัมภาษณ์อย่างเป็นทางการโดยมีการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยมีแนวคำถามนำ มีการนัดหมายและดำเนินตามขั้นตอนการสัมภาษณ์ ผู้สัมภาษณ์จะรู้ว่าถูกสัมภาษณ์ตามวันและเวลาที่นัดหมายไว้ และการสัมภาษณ์เชิงลึกอย่างไม่เป็นทางการ ผู้วิจัยจะมีการพูดคุยซักถามเมื่อเข้าไปเยี่ยมบ้าน เป็นการพูดคุยกันตามความเหมาะสมตามสถานการณ์ ผู้ให้ข้อมูลจะไม่ทราบล่วงหน้า โดยผู้สัมภาษณ์อาจมีการซักถามตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ในขณะที่เยี่ยมบ้านและสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม ในการให้การดูแลผู้สูงอายุติดเตียงของผู้ให้ข้อมูล และมีการซักถามเจาะลึกถึงวิธีในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ในการดูแล

6. ปิดการสนทนา เมื่อได้ข้อมูลที่ครบถ้วนตามที่กำหนดไว้แล้ว ก่อนจะปิดการสนทนา ผู้วิจัยได้เปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลแสดงความคิดเห็นอย่างเปิดเผยและเป็นอิสระในประเด็นที่ศึกษา ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณ กล่าวถึงคุณค่าของข้อมูลที่ผู้ให้ข้อมูลสละเวลาที่มีค่ามาให้ข้อมูล ตลอดจนให้ความมั่นใจเก็บความลับของข้อมูล และการนำข้อมูลไปใช้ในการนำเสนอรายงาน และเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลซักถามข้อข้องใจ

การตรวจสอบยืนยันข้อมูล

ผู้วิจัยทำการแปลผลข้อมูลรายวัน หลังจากการสัมภาษณ์แต่ละครั้ง นำมาถอดความในรูปแบบบทสนทนา ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลโดยการอ่านและทำความเข้าใจข้อมูลทั้งหมด กรณีที่พบว่า ข้อมูลคลุมเครือ ไม่ชัดเจน หรือข้อมูลไม่ครบถ้วนนำไปสัมภาษณ์ในครั้งต่อไป และตรวจสอบข้อมูลรายครั้ง ผู้วิจัยนำข้อมูลจากการสังเกต สัมภาษณ์และการจดบันทึกภาคสนามมาจัดทำข้อสรุปเบื้องต้น ตรวจสอบความถูกต้องของข้อสรุป จากนั้นนำข้อมูลไปตรวจสอบความถูกต้อง (Validation) โดยการตรวจสอบความเที่ยงตรงแบบสามเส้า (Triangulation validation method) โดยการตรวจสอบความแน่นอนของคำพูดในเรื่องเดียวกันแต่ต่างเวลาและเปรียบเทียบ

มุมมองของผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ การสัมภาษณ์พยาบาลเยี่ยมบ้าน อาสาสมัครสาธารณสุข และสมาชิกในครอบครัวหรือผู้ช่วยผู้ดูแล ใช้เทคนิคการเก็บรวบรวมข้อมูลหลายวิธี (Methods triangulation) โดยเปรียบเทียบข้อมูลที่ได้จากการสังเกต การบันทึกภาคสนาม กับการสัมภาษณ์อย่างไม่เป็นทางการ เมื่อเข้าไปเยี่ยมผู้สูงอายุติดเตียง โดยการสังเกตอย่างไม่มีส่วนร่วม เมื่อพยาบาล รพ.สต. เข้าไปให้บริการทางสาธารณสุขที่บ้าน และเข้าไปสังเกตการทำกิจกรรมต่าง ๆ ในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงของผู้ให้ข้อมูล และใช้เทคนิคการตรวจสอบข้อค้นพบจากการวิเคราะห์ข้อมูลของผู้วิจัย (Review triangulation) จากผู้ให้ข้อมูล สำหรับผู้ให้ข้อมูลเป็นการส่งข้อมูลย้อนกลับ ให้ยืนยันว่าข้อสรุปนั้น สะท้อนมุมมองของพวกเขามากน้อยเพียงใด อะไรบ้างที่ไม่สมบูรณ์ หรือขาดหายไป เพื่อตรวจสอบความครอบคลุม ความลึกซึ้ง ความอึดตัวของข้อมูลและยืนยันความน่าเชื่อถือและความเป็นเหตุเป็นผลของข้อมูล ผู้วิจัยมีการทวนความ ให้ผู้ให้ข้อมูลหลักยืนยันความถูกต้องในการตีความ และสรุปความของผู้วิจัยจากการสัมภาษณ์และการสังเกต

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ที่เก็บรวบรวมมาดำเนินการ ดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นเป็นรายกรณี เพื่อให้ได้ข้อมูลครบถ้วนถูกต้องและชัดเจนในการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นของผู้ให้ข้อมูลเป็นรายบุคคล ดังนี้

1.1 ฟังเทปและถอดข้อความ (Transcribe) ผู้วิจัยถอดเทปควบคู่กับการอ่านแบบบันทึกบทสนทนา เพื่อถอดบทสัมภาษณ์ทุกคำพูด คำต่อคำ (Verbatim) เป็นภาษาเขียน หลังการสัมภาษณ์ทุกครั้ง กำหนดตารางการบันทึกให้เป็นแนวทางเดียวกันและให้ครอบคลุมประเด็น

1.2 นำบทสัมภาษณ์มาตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของเนื้อหาที่ต้องการคำอธิบาย หรือข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อความชัดเจนของข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูล เนื่องจากบางคำเป็นความหมายเฉพาะ ต้องตีความโดยการอธิบายของผู้ให้ข้อมูล เพื่อความถูกต้องของการตีความหมายและการกระทำ โดยผู้วิจัยเป็นผู้ลงข้อมูลด้วยตนเอง โดยกำหนดรหัสข้อมูล

1.3 วิเคราะห์และสรุปประเด็นของผู้ให้ข้อมูลเป็นรายบุคคล

1.4 วิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) และวิเคราะห์ประเด็น (Thematic analysis) ตามลำดับขั้นของข้อมูล ตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูลหลังการเก็บข้อมูลจากสมุดบันทึกและการถอดความจากเทปบันทึกเสียง

1.5 ตรวจสอบข้อมูลความน่าเชื่อถือของข้อมูล จากการวิเคราะห์ด้วยการสะท้อน ข้อมูลกับผู้ให้ข้อมูล นำเสนอผลการศึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษาและผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบ ยืนยันว่าข้อมูลที่ได้นำเชื่อถือ สมบูรณ์ และครอบคลุมประเด็นที่ศึกษา

1.6 นำข้อมูลที่ได้มาร่างรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้าน แล้วนำรูปแบบ ที่ร่างนั้น ไปให้ผู้ให้ข้อมูลยืนยันข้อมูล เนื่องจากผู้ดูแลไม่สะดวกที่จะเดินทางมารวมกลุ่มเพื่อยืนยัน ข้อมูล ผู้วิจัยจึงนำข้อมูลที่ได้ ร่างรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้าน ไปให้ผู้ดูแลยืนยันเป็น รายบุคคลที่บ้าน

1.7 สรุปและประมวลผลจากการศึกษาเป็นรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้าน โดย ครอบคลุม นำรูปแบบที่ได้ พัฒนาจากการสะท้อนความคิดเห็นและได้รับการยืนยันข้อมูลจากผู้ดูแล ผู้สูงอายุติดเตียงแล้ว เพื่อนำเสนอรูปแบบ

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

ในการศึกษาเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เจาะลึก และการสังเกตแบบ ไม่มีส่วนร่วม ซึ่งการเก็บข้อมูลในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้านนั้น บางครั้งผู้วิจัยจำเป็นต้อง เจาะลึกในบางประเด็นของผู้ดูแล ซึ่งอาจจะสร้างความสะเทือนใจให้กับผู้ให้ข้อมูล เช่น ปัญหา ครอบครัวย การปรับตัวในการดูแลในระยะต่าง ๆ ของผู้สูงอายุติดเตียงเมื่อต้องมาดูแลต่อเนื่องที่บ้าน โดยผู้ดูแลอาจตัดสินใจยุติการรักษาเพื่อเป็นการจัดการกับปัญหาการดูแล ซึ่งในบางครั้งอาจขัดต่อ แผนการรักษาของแพทย์ ทำให้ผู้ดูแลรู้สึก ไม่สบายใจที่จะให้ข้อมูล เพราะกลัวถูกตำหนิ และไม่ได้ รับการรักษาต่อเมื่อเกิดปัญหากับผู้สูงอายุติดเตียง ดังนั้น เพื่อเป็นการปกป้องผู้ให้ข้อมูล ให้มี ความปลอดภัย และดำรงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ประกอบด้วย การเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (Respect for person) หลักสิทธิประโยชน์ ไม่ก่อให้เกิดอันตราย (Beneficence) และหลักความยุติธรรม (Justice) โดยผู้วิจัยปฏิบัติดังนี้

1. ผู้วิจัยดำเนินการขอการรับรองด้านจริยธรรมจาก คณะกรรมการจริยธรรม คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ผ่านการอนุมัติ เมื่อวันที่ 23 ธันวาคม พ.ศ. 2559
2. ผู้วิจัยทำการชี้แจงสิทธิของผู้ให้ข้อมูลและขออนุญาตในการศึกษาดังนี้
 - 2.1 ประเด็นที่สัมภาษณ์เป็นเรื่องส่วนตัว ซึ่งผู้ให้ข้อมูลยินดีเข้าร่วมในการวิจัย ให้สัมภาษณ์ ให้บันทึกเสียงและภาพ โดยการตัดสินใจเข้าร่วมเป็นผู้ให้ข้อมูลในการวิจัย ต้องได้รับการลงนามยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรจากผู้ให้ข้อมูลด้วยตนเองตามกฎหมาย
 - 2.1 สิทธิในการให้ข้อมูล ผู้ให้ข้อมูลสามารถไม่ตอบคำถามได้ถ้ารู้สึกว่าไม่สะดวก ที่จะตอบ หรือถ้าผู้ให้ข้อมูลสงสัยในเนื้อหาของคำถามสัมภาษณ์ สามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

2.2 สิทธิในการเข้าร่วมหรือออกจากการศึกษา ผู้ให้ข้อมูลสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา

2.3 สิทธิในการปกปิดข้อมูล การไม่เปิดเผยชื่อผู้ให้ข้อมูลในการเผยแพร่ผลการวิจัยในการวิเคราะห์ข้อมูล และการนำเสนอผลการศึกษา ผู้วิจัยทำการนำเสนอเป็นรหัสข้อมูลแทนการใช้ชื่อผู้ให้ข้อมูล การบันทึกข้อมูลต่าง ๆ ผู้วิจัยจัดทำเป็นรหัส เพื่อความปลอดภัยของผู้ให้ข้อมูล และเมื่อสิ้นสุดการศึกษา ผู้วิจัยได้ทำลายแถบบันทึกเสียงการสัมภาษณ์ และเอกสารบันทึกการให้สัมภาษณ์ เพื่อให้ไม่เหลือหลักฐานต่าง ๆ นำไปสู่การชี้ตัวผู้ให้ข้อมูลภายหลัง

3. การคำนึงถึงสิทธิประโยชน์ โดยผู้วิจัยอธิบายประโยชน์ที่ผู้ให้ข้อมูลจะได้รับจากการเข้าร่วมวิจัย ซึ่งเป็นการแลกเปลี่ยนทัศนคติและประสบการณ์ต่าง ๆ ที่ผู้ให้ข้อมูลสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเพื่อนำเสนอรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้าน โดยครอบครัว ได้ทำการศึกษาจากประสบการณ์ของผู้ดูแลหลักที่ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้านได้เป็นอย่างดี ผลการวิจัย ดังนี้

ระยะที่ 1 ประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้าน โดยครอบครัว
ตอนที่ 1 ลักษณะของผู้สูงอายุติดเตียงและผู้ดูแลหลัก

1. ลักษณะของผู้สูงอายุติดเตียง
2. ลักษณะของผู้ดูแลหลักผู้สูงอายุติดเตียง

ตอนที่ 2 ประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้าน โดยผู้ดูแลหลัก

1. เหตุผลในการเข้ามาเป็นผู้ดูแล
 2. ผลกระทบและการเรียนรู้ของผู้ดูแล
 - 2.1 ด้านจิตใจและความรู้สึกในการทำหน้าที่เป็นผู้ดูแล
 - 2.2 ด้านเศรษฐกิจ
 - 2.3 ด้านสุขภาพและครอบครัว
 3. การปรับตัวและการพัฒนาตนเองของผู้ดูแล
 - 3.1 การเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน
 - 3.1.1 การเรียนรู้การเป็นผู้ดูแลหลักที่บ้าน
 - 3.1.2 การจัดเตรียมอุปกรณ์ที่บ้าน
 - 3.1.3 การจัดสิ่งแวดล้อม
 - 3.2 การดูแลต่อเนืองที่บ้าน
 - 3.3 การพัฒนาและการดูแลที่ดีอย่างต่อเนื่อง
 4. การปฏิบัติการดูแลตามความต้องการพื้นฐานและการดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน
- ระยะที่ 2 รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้าน โดยครอบครัว

ระยะที่ 1 ประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้านโดยครอบครัว

ตอนที่ 1 ลักษณะของผู้สูงอายุติดเตียงและผู้ดูแลหลัก

1. ลักษณะของผู้สูงอายุติดเตียง

ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุติดเตียง พบว่า ผู้สูงอายุติดเตียง จำนวน 22 คน เป็นเพศหญิง 14 คน และ เพศชาย 8 คน โดยอายุมากที่สุด 98 ปีอายุน้อยที่สุด 63 ปี อายุเฉลี่ยของผู้สูงอายุติดเตียงเท่ากับ 83 ปี ช่วงอายุที่มีผู้สูงอายุติดเตียงมากที่สุด ได้แก่ ช่วงอายุ 80-89 ปี จำนวน 10 คน และอายุ 90 ปีขึ้นไป มีจำนวน 5 คน

ระยะเวลาในการนอนติดเตียงของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุนอนติดเตียงนานที่สุดเป็นเวลา 17 ปี รองลงมา คือ 13 ปี และ 10 ปี ด้านสถานภาพสมรส พบว่า ผู้สูงอายุติดเตียงเพศชาย มีสถานภาพสมรสมากที่สุด จำนวน 6 คน หย่า 1 คน หม้าย 1 คน ผู้สูงอายุติดเตียงเพศหญิง ส่วนใหญ่มีสถานภาพหม้าย จำนวน 9 คน สถานภาพสมรส 4 คน และ โสด 1 คน สิทธิการรักษาของผู้สูงอายุติดเตียง ใช้สิทธิบัตรหลักประกันสุขภาพผู้สูงอายุมากที่สุด รองลงมาใช้สิทธิสวัสดิการข้าราชการจากบุตร และสิทธิสวัสดิการข้าราชการบำนาญ ด้านการเงิน ค่าใช้จ่ายที่ใช้จ่ายในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุติดเตียง ส่วนใหญ่ได้จากรัฐบาล พบว่า 2 ใน 3 ได้รับจากเบี้ยยังชีพผู้พิการและผู้สูงอายุ โดยมีรายได้ เดือนละประมาณ 1,500-1,800 บาท รองลงมา คือ จากเบี้ยผู้สูงอายุเพียงอย่างเดียวประมาณเดือนละ 600-1,000 บาท และจากสวัสดิการข้าราชการบำนาญจำนวน 2 คน ประมาณเดือนละ 20,000-30,000 บาท มีรายละเอียดดังตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 1 ลักษณะของผู้สูงอายุติดเตียง

ลักษณะของผู้สูงอายุติดเตียง	รวมทั้งหมด		
	(คน)	ชาย (คน)	หญิง (คน)
1. อายุ			
60-69 ปี	2	2	0
70-79 ปี	5	2	3
80-89 ปี	10	2	8
90 ปี ขึ้นไป	5	2	3

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ลักษณะของผู้สูงอายุติดเตียง	รวมทั้งหมด (คน)	ชาย (คน)	หญิง (คน)
2. สถานภาพ			
สมรส	10	6	4
หม้าย	10	1	9
หย่า	1	1	0
โสด	1	0	1
3. สิทธิการรักษา			
ข้าราชการบำนาญ	2	2	0
ข้าราชการจากบุตร	4	2	2
สิทธิบัตรผู้สูงอายุ	16	6	10
4. เงินที่ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง			
เงินบำนาญข้าราชการ	2	2	0
เงินเบี้ยผู้สูงอายุและผู้พิการ	14	3	11
เงินเบี้ยผู้สูงอายุ	6	3	3
5. ระยะเวลาการนอนติดเตียง			
1-5 ปี	13	5	8
6-10 ปี	5	0	5
11-15 ปี	3	0	3
15-20 ปี	1	0	1

สาเหตุและความบกพร่องในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุติดเตียง พบว่า สาเหตุหลักที่ทำให้ผู้สูงอายุนอนติดเตียงมากที่สุด คือ โรคหลอดเลือดสมอง โดยมากกว่าครึ่งมีภาวะของโรคเรื้อรังมาก่อนที่จะเป็นโรคหลอดเลือดสมองในวัยสูงอายุ ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และไขมันในเส้นเลือดสูง สาเหตุรองลงมา พบว่า โรคสมองเสื่อม และสาเหตุสุดท้าย จากความชราและความพิการ พบได้เท่า ๆ กัน คิดเป็น 1 ใน 10 สรุปได้ว่า สาเหตุของการนอนติดเตียงในผู้สูงอายุ พบได้ 4 สาเหตุหลัก ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคสมองเสื่อม ความชรา และความพิการ ส่วนใหญ่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมาก่อนที่จะมาเป็นผู้สูงอายุติดเตียง

ทำให้ผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านที่มีโรคประจำตัว และช่วยเหลือตัวเองได้น้อยมาก่อนทำให้มีประสบการณ์การดูแลและความสามารถปรับตัวได้ดีมากกว่าผู้ดูแลหลักที่ดูแลผู้สูงอายุมีภาวะโรคแบบเฉียบพลันจำเป็นต้องเป็นผู้สูงอายุติดเตียง ซึ่งไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลมาก่อน ดังตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“ก็ดูแลกันมาตั้งแต่ครั้งแรกที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง สามารถทำกายภาพฟื้นฟูจนสามารถเดินได้ แต่มีปัญหาเดินเซจากขาอ่อนแรง แต่เมื่อเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำจึงไม่เดินอีกเลยนอนติดเตียง” (รหัส F1, สัมภาษณ์, 7 มกราคม 2560)

“แม่เป็นโรคความดันโลหิตสูงกินยาต่อเนื่องมา 5 ปี ขาดยา 1 วัน... เมื่อ วันที่ 8 กันยายน 2546 ตอนนั้นไปนอนโรงพยาบาลเกือบเดือน หมอบอกว่าเส้นเลือดในสมองตีบ เมื่อกลับมาอยู่บ้านแม่ยังพอนั่งได้ ช่วยเหลือตัวเองได้ แต่พออ่อนแรงไปครั้งที่ 2 ไปหาหมอที่โรงพยาบาลเมื่อปี 2556 หมอบอกว่าปอดติดเชื้อ นอนอยู่ที่โรงพยาบาลเกือบ 4 เดือน หลังจากนั้นแม่ก็นอนติดเตียงพูดไม่ได้ ขยับตัวไม่ได้เลย” (รหัส F4, สัมภาษณ์, 22 มกราคม 2560)

ผู้สูงอายุติดเตียงที่มีภาวะพึ่งพิงโดยสมบูรณ์ ตามการประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันขั้นพื้นฐาน (BADL Index) ที่คะแนน 0-4 เป็นกลุ่มติดเตียง ที่ต้องให้การดูแลต่อเนื่อง พบว่า ความสามารถในการเคลื่อนไหว การสื่อสาร และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ติดตัวผู้สูงอายุติดเตียงที่ต้องให้การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ผู้สูงอายุติดเตียงที่ต้องใส่สายให้อาหารต่อเนื่องต่อผู้สูงอายุติดเตียงที่สามารถรับประทานอาหารได้เองทางปากเป็น 1: 2 ผู้สูงอายุติดเตียงที่ยังต้องใส่สายสวนคาบัสภาวะเป็น 1: 3 และมีผู้สูงอายุติดเตียงที่ใส่ท่อหลอดลมคอ เป็น 1: 10 ซึ่งการที่ต้องดูแลอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่เพิ่มขึ้นนี้มีผลต่อพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลหลักและความสามารถในการดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน โดยลักษณะความสามารถในการเคลื่อนไหวและการสื่อสารได้ของผู้สูงอายุติดเตียง สามารถแบ่งได้เป็น 4 กลุ่ม ดังนี้ กลุ่มที่ 1 สื่อสารได้และเคลื่อนไหวบนเตียงได้ กลุ่มที่ 2 สื่อสารได้และเคลื่อนไหวบนเตียงไม่ได้ กลุ่มที่ 3 สื่อสารไม่ได้และเคลื่อนไหวบนเตียงได้ กลุ่มที่ 4 สื่อสารไม่ได้และเคลื่อนไหวบนเตียงไม่ได้ โดยสาเหตุและความบกพร่องในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุติดเตียง มีรายละเอียดดังตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 2 สาเหตุและความบกพร่องในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุติดเตียง

ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุติดเตียง	รวมทั้งหมด (คน)	ชาย (คน)	หญิง (คน)
1. โรคประจำตัว			
โรคหลอดเลือดสมองอย่างเดียว	3	0	3
โรคสมองเสื่อมอย่างเดียว	2	1	1
โรคหลอดเลือดสมองร่วมกับโรคเรื้อรัง	10	3	7
โรคสมองเสื่อมร่วมกับโรคเรื้อรัง	4	2	2
มีความพิการร่วมกับโรคเรื้อรัง	2	1	1
ความชราชรา ร่วมกับโรคเรื้อรัง	1	1	0
2. ความสามารถในการสื่อสารและการเคลื่อนไหว			
พูดได้และเคลื่อนไหวเล็กน้อย	12	4	8
พูดได้และเคลื่อนไหวไม่ได้	3	0	3
พูดไม่ได้และเคลื่อนไหวเล็กน้อย	3	2	1
พูดไม่ได้และเคลื่อนไหวไม่ได้	4	2	2
3. อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ต้องดูแล			
สายให้อาหารทางจมูก	4	2	2
ใส่ท่อหลอดลมคอ	2	0	2
สายสวนคาบัสสาวะ	2	2	0

2. ลักษณะของผู้ดูแลหลักผู้สูงอายุติดเตียง

พบว่า ผู้ดูแลหลักทั้งหมดเป็นเพศหญิง มีความสัมพันธ์เป็น บุตร ภรรยา สะใภ้ หรือบุตรบุญธรรม บุตรสาวเป็นผู้ดูแลหลักมากที่สุดมี 2 ใน 3 รองลงมา คือ ภรรยาเป็นผู้ดูแลหลัก ซึ่งผู้ดูแลหลักที่มีอายุมากที่สุดอายุ 76 ปี อายุน้อยที่สุด 37 ปี ผู้ดูแลหลักที่เป็นภรรยามีอายุเฉลี่ย 69 ปี ผู้ดูแลหลักที่เป็นบุตรอายุเฉลี่ย 49.7 ปี สถานภาพสมรสของผู้ดูแลหลัก พบว่า

ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ รองลงมา คือ โสด และหย่า มีจำนวนเท่า ๆ กัน

ระดับการศึกษาของผู้ดูแลหลัก พบว่า ผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 13 คน รองลงมา คือ ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 3 คน และผู้ดูแลหลักที่มีระดับการศึกษาสูงสุด คือ จบระดับปริญญาโท จำนวน 1 คน การศึกษาด้านเศรษฐกิจและ

การประกอบอาชีพของผู้ดูแลหลัก พบว่า ผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเป็นเกษตรกร และทำธุรกิจส่วนตัวมีถึง 2 ใน 3 ของผู้ดูแลหลักทั้งหมด โดยผู้ดูแลให้เหตุผลว่า สามารถกำหนดเวลาทำงานของตนเองได้ ไม่ต้องเข้างานเป็นเวลาทุกวัน ซึ่งทำให้ไม่เครียดมากกับการบริหารเวลาในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง และมีรายได้จากการประกอบอาชีพ โดยผู้ดูแลหลักเป็นผู้กำหนดเวลาทำงาน และเวลาในการทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงได้ด้วยตนเอง แต่ พบว่า ผู้ดูแลหลักที่ทำงานประจำหรือรับราชการ ต้องพบกับข้อจำกัดในเรื่องการจัดการเวลา ที่ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้าน ผู้ดูแลหลักที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลอย่างเดียว ไม่ได้ประกอบอาชีพ มีจำนวน 8 คน พบว่า ที่เป็นภรรยาไม่มี เหตุผลที่ไม่ได้ประกอบอาชีพเพราะเป็นผู้สูงอายุ แต่ยังแข็งแรงจึงทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงได้ โดยได้รับเงินค่าใช้จ่ายจากลูกหลานและ ผู้ดูแลหลักที่เป็นบุตรที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลอย่างเดียวไม่ได้ประกอบอาชีพ มีจำนวน 4 คน เหตุผลในการที่ต้องเป็นผู้ดูแลอย่างเดียวไม่ได้ประกอบอาชีพเพราะ ผู้สูงอายุติดเตียงมีปัญหาสุขภาพมาก เช่น ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เลย (สื่อสารไม่ได้และเคลื่อนไหวไม่ได้) ผู้สูงอายุติดเตียงมีโรคประจำตัวหลายโรค มีอาการเปลี่ยนแปลงได้ง่าย และมีอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ติดตัวกลับบ้าน ต้องมีผู้ดูแลตลอดเวลา โดยมีเงินในการใช้จ่ายจากทรัพย์สินเดิมของผู้สูงอายุติดเตียง หรือสามีของผู้ดูแลหลักเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในครอบครัว

ด้านการดูแลสุขภาพและโรคประจำตัวของผู้ดูแลหลัก พบว่า ผู้ดูแลหลักที่สุขภาพแข็งแรงไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 12 คน และผู้ดูแลหลักที่มีโรคประจำตัว มีจำนวน 8 คน ส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูงและไขมันในเส้นเลือดสูง รองลงมา คือ โรคเบาหวาน ด้านลักษณะครอบครัวและจำนวนสมาชิกที่อยู่อาศัยร่วมกับผู้ดูแลหลัก พบว่า ครอบครัวที่มีสมาชิกในครอบครัว 4 คนมีมากที่สุดจำนวน 7 ครอบครัว รองลงมา คือ มีสมาชิกในครอบครัว 2 คน ซึ่งเป็นผู้ดูแลอยู่ตามลำพังกับผู้สูงอายุติดเตียง มี 5 ครอบครัว มี 2 ครอบครัวที่บุตรเป็นผู้ดูแล และมี 3 ครอบครัวที่ภรรยาเป็นผู้ดูแล ระยะเวลาที่ใช้เพื่อการดูแล พบว่า ผู้ดูแลหลักให้ความหมายในระยะเวลาการดูแลเป็น 2 ลักษณะ คือ การดูแลตลอด 24 ชั่วโมง มี 2 ใน 3 และการนับชั่วโมงการปฏิบัติการดูแลตามจริง พบว่า ผู้ดูแลใช้เวลาการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้าน ประมาณ 12-18 ชั่วโมงต่อวัน ดังแสดงในตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 3 ลักษณะของผู้ดูแลหลักผู้สูงอายุติดเตียง

ลักษณะของผู้ดูแลหลัก	จำนวน (คน)
1. อายุของผู้ดูแลหลัก	
31-40 ปี	1
41-50 ปี	6
51-60 ปี	6
61-70ปี	2
71-80 ปี	5
2. ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุติดเตียง	
บุตร	12
บุตรบุญธรรม	1
พี่น้อง	1
ภรรยา	5
สะใภ้	1
3. สถานภาพสมรส	
คู่	12
หย่า	4
โสด	4
4. ระดับการศึกษา	
ระดับประถมศึกษา	3
ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น	3
ระดับมัธยมศึกษาตอนปลายหรือประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.)	3
ระดับปริญญาโท	1

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ลักษณะของผู้ดูแลหลัก	จำนวน (คน)
5. อาชีพปัจจุบัน	
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	8
เกษตรกร	6
พนักงานโรงงาน	1
ธุรกิจส่วนตัว	4
รับราชการ	1
6. โรคประจำตัวผู้ดูแลหลัก	
ไม่มีโรคประจำตัว	12
โรคความดันโลหิตสูงและไขมัน	4
โรคเบาหวานและโรคเรื้อรังอื่น ๆ	3
โรคลมชัก	1
7. สมาชิกครอบครัวที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันรวมผู้สูงอายุติดเตียง	
สมาชิกครอบครัว 2 คน	5 ครอบครัว
สมาชิกครอบครัว 3 คน	3 ครอบครัว
สมาชิกครอบครัว 4 คน	7 ครอบครัว
สมาชิกครอบครัว 5 คน	2 ครอบครัว
สมาชิกครอบครัว 7 คน	3 ครอบครัว
8. ระยะเวลาในการดูแล ชั่วโมงต่อวัน	
24 ชั่วโมงต่อวัน	12
18 ชั่วโมงต่อวัน	4
16 ชั่วโมงต่อวัน	2
15 ชั่วโมงต่อวัน	1
12 ชั่วโมงต่อวัน	1

ตอนที่ 2 ประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้าน

ในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงตั้งแต่เมื่อทราบว่าต้องมาทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักผู้สูงอายุติดเตียงจนถึงการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน ในประเด็น ดังต่อไปนี้ เหตุผลในการเข้ามาเป็นผู้ดูแลหลัก ผลกระทบและการเรียนรู้ของผู้ดูแลหลัก การปรับตัวและการพัฒนาในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้าน นวัตกรรมและความรู้ใหม่ของผู้ดูแลหลักที่ได้จากประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้าน ผลการศึกษา พบว่า

1. เหตุผลในการเข้ามาเป็นผู้ดูแลหลัก

การเป็นผู้ดูแลสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว พบว่า ผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีความสัมพันธ์เป็นบุตร ภรรยา หรือสะใภ้ และเป็นผู้ที่มีความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้สูงอายุติดเตียง หรืออยู่ด้วยกันมานาน ก่อนที่ผู้สูงอายุจะนอนติดเตียง การเข้ามาทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักนั้นสามารถแบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม คือ การเข้ามาด้วยความสมัครใจ และการเข้ามาด้วยความจำเป็น โดยหน้าที่

1.1 การเข้ามาด้วยความสมัครใจ พบว่า เป็นผู้ที่มีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันกับผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุติดเตียง อาจเคยมีบุญคุณต่อกันที่ให้การดูแลกันมาเป็นอย่างดีเมื่อตอนที่ผู้สูงอายุติดเตียง มีสุขภาพแข็งแรง ผู้ดูแลหลักมีการขออาสาในการมาทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงด้วยตนเอง และด้วยความเต็มใจ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

เหตุผลของภรรยา พี่น้อง ที่เข้ามาเป็นผู้ดูแลหลักด้วยความสมัครใจ คือ เพราะความรัก ความผูกพัน อยู่ด้วยกันมานาน ร่วมทุกข์ร่วมสุขกันมา โดยผู้สูงอายุติดเตียงเป็นผู้มีชีวิตที่ดี ขยันทำมาหากิน ไม่เคยทำร้ายร่างกายกัน มีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน ยอมรับในหน้าที่ของตนเอง โดยไม่รู้สึกรู้ว่าเป็นภาระในการดูแล เข้ามาเป็นผู้ดูแลหลักด้วยความสมัครใจ ดังตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“ก็สงสาร อยู่กันมานาน...เขาเป็นคนดี ขยันทำมาหากิน ไม่เคยทำร้ายเราเลย.. เขาเป็นคนอารมณ์ดี” (รหัส F2, สัมภาษณ์, 8 มกราคม 2560) เล่าด้วยเสียงหัวเราะ มองด้วยสายตาห่วงใย

“เป็นพี่น้องกันและอยู่ด้วยกันมาตลอด ไม่ได้มีครอบครัว ก็อยู่ดูแลซึ่งกันและกัน ไม่ได้แต่งงานเป็นสาวโสดกันหมด” (รหัส F13, สัมภาษณ์, 23 เมษายน 2560)

เหตุผลของบุตรในการเข้ามาเป็นผู้ดูแลหลัก

บุตรที่เข้ามาทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักด้วยความสมัครใจ ให้เหตุผลว่า อยู่ด้วยกันมานานมากกว่า 10 ปี รู้สึกว่าผู้สูงอายุติดเตียงได้ให้ความรัก ความอบอุ่น ในการดูแลเลี้ยงดูมาเป็นอย่างดี ด้วยความเอาใจใส่ มีบุญคุณต่อกัน ต้องการทดแทนด้วยความรัก และความกตัญญู ดังตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“พอแม่ป่วย คิดว่าอยากทำ อาสาเป็นผู้ดูแลตัวเองเลย” (รหัส F16, สัมภาษณ์, 22 เมษายน 2560)

“ที่รู้สึกถึงบุญคุณแม่มาตลอด” (รหัส F4, สัมภาษณ์, 22 มกราคม 2560)

“เรารู้สึกว่าเรามีโอกาสได้ทดแทนพระคุณแก่ เราอยากทดแทนที่แก่ดูแลเลี้ยงดูเรามา เมื่อนั้นยื้อ เรามีอะไรที่ทำให้สู้ต่อ ก็แม่นี่เลย เป็นทุกอย่าง เป็นแรงกำลังใจให้เราสู้ต่อ” (รหัส F3, สัมภาษณ์, 22 มกราคม 2560)

1.2 การเข้ามาด้วยความจำเป็นโดยหน้าที่ พบว่า ผู้ดูแลหลักบางคนอาจมีความรู้สึก มีความขัดแย้งในตนเอง ที่ต้องมารับหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลัก แต่ในครอบครัวได้เห็นพ้องต้องกันว่า มีความเหมาะสมที่จะเข้ามาทำหน้าที่ในการเป็นผู้ดูแลหลักผู้สูงอายุติดเตียง และด้วยผู้ดูแลหลัก เห็นความสำคัญในการทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้าน

ภรรยาที่เข้ามาเป็นผู้ดูแลหลักด้วยความจำเป็น ให้เหตุผลว่า รู้สึกโกรธและ มีความเครียดเพราะผู้สูงอายุติดเตียงเป็นผู้หารายได้หลักของบ้าน เมื่อเจ็บป่วยทำให้มีปัญหา ทางเศรษฐกิจ ทำให้ผู้ดูแลหลักไม่สามารถไปทำงานหาเงินได้ หรือผู้สูงอายุติดเตียงกับผู้ดูแลหลัก มีสัมพันธภาพที่ไม่ดีต่อกันมาก่อน ทำให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงเกิดความขัดแย้งในตนเอง ทำให้เกิดความเครียดสูง ทำให้บางครั้งผู้ดูแลหลักมีการทำร้ายผู้สูงอายุติดเตียงทั้งร่างกายและจิตใจ ดังตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“ที่เราต้องมาดูแลตามหน้าที่ ที่เราเป็นภรรยา” “มันเหนื่อยนะ กลับมาจากทำงานแล้ว ต้องมาดูแลเขาอีก” (รหัส F6, สัมภาษณ์, 22 มกราคม 2560)

“รู้สึกท้อแท้ เบื่อ บ่น เมื่อไหร่จะตายซักที เมื่อก่อน โหมโหเราเหนื่อย เขาขี้ กินข้าวช้า เราก็เอาขันติเขาเลย เราก็ไม่รู้สึกละไร รู้สึกว่าเมื่อไหร่จะตายซักที เราโหมโหเขาก็ดำไปอย่างเก่า เราไปไหนไม่ได้เลย เห็นเขาไปได้เงินเราก็อยากได้บ้าง” (รหัส F12, สัมภาษณ์, 26 มีนาคม 2560)

บุตรที่เข้ามาเป็นผู้ดูแลหลักด้วยความจำเป็น ให้เหตุผลว่า เป็นบุตรที่อยู่ด้วยกันกับผู้สูงอายุติดเตียง จึงต้องทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักโดยหลีกเลี่ยงไม่ได้ โดย พบว่า ผู้ดูแลหลักรู้สึก เครียด กังวล กลัวว่าจะไม่สามารถให้การดูแลได้ถูกต้อง รู้สึกตกใจ ดังตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“ก็ไม่มีใคร เราเป็นลูกคนเดียวต้องดูแล” (รหัส F14, สัมภาษณ์, 22 เมษายน 2560; รหัส F19, สัมภาษณ์, 6 เมษายน 2560)

“เราเป็นสะใภ้คนโต แต่งงานเข้ามาก็ต้องเป็นคนดูแล... ลูก ๆ เขายังไม่เอาเลย เขารวย ๆ กันทั้งนั้น แต่ไม่มีใครเอาแม่ไปเลี้ยง” (รหัส F7, สัมภาษณ์, 22 เมษายน 2560)

การอยู่อาศัยของผู้สูงอายุเปรียบเทียบกับก่อนนอนติดเตียงกับหลังนอนติดเตียง พบว่า ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กันตามลำพังกับคู่สมรส มีจำนวน 11 ครอบครัว แต่เมื่อผู้สูงอายุต้องนอนติดเตียง บุตรหลานจะรับผู้สูงอายุมาอยู่ที่บ้านด้วย หรือบุตรกลับมาอยู่บ้านเดียวกันกับผู้สูงอายุติดเตียง ทำให้มีผู้สูงอายุติดเตียง ที่อยู่ตามลำพังกับคู่สมรสเหลือเพียง 3 ครอบครัว พบว่า ผู้สูงอายุที่ยังต้องอยู่ตามลำพังและให้การดูแลผู้สูงอายุติดเตียงนั้น เพราะบุตรทำงานต่างจังหวัดไม่สามารถย้ายมาทำงานใกล้บ้านได้ และมีญาติพี่น้องของผู้สูงอายุติดเตียงอยู่ในบริเวณใกล้เคียงกัน สามารถให้การช่วยเหลือกันได้ยามจำเป็นส่วนใหญ่ภรรยาและบุตรสาวจะเป็นผู้ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลัก การเข้ามาทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักนั้นสามารถสรุปคุณสมบัติ ได้ ดังนี้

1) เป็นผู้ที่มีภาระน้อยที่สุด ได้แก่ บุตรที่โสด (หม้าย หย่า แยก) หรือ ถ้าแต่งงานแล้วแต่ยังไม่มีลูก

2) ผู้ดูแลหลักควรเป็นเพศหญิง (ถ้าเลือกได้)

3) ผู้ดูแลหลักมีเวลาในการทำหน้าที่เป็นผู้ดูแล

4) ผู้ดูแลหลัก มีผลกระทบน้อยที่สุดในการต้องทำหน้าที่เป็นผู้ดูแล หรือถ้าจำเป็นต้องลาออกจากงานเพื่อมาทำหน้าที่ในการดูแลก็สามารถทำได้

5) ผู้ดูแลหลักยอมรับหน้าที่ เมื่อสมาชิกในครอบครัวลงมติให้ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแล ลักษณะของบุคคลในการเข้ามาเป็นผู้ดูแลหลัก มีดังนี้

1) อยู่บ้านเดียวกัน ผู้ดูแลหลักอยู่อาศัยในบ้านเดียวกันกับผู้สูงอายุติดเตียง มีจำนวน 8 คน ซึ่งผู้ดูแลหลักรับรู้ว่าจะต้องรับหน้าที่ในการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้าน โดยผู้ดูแลหลักได้มีการเตรียมใจในระดับหนึ่งอยู่ก่อนแล้ว ตั้งแต่ผู้สูงอายุเริ่มเจ็บป่วยว่าตนต้องมาเป็นผู้ดูแลหลักที่บ้าน ดังตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“การที่ต้องเป็นผู้ดูแลหลัก เพราะว่าเป็นพี่น้องกัน ไม่ได้มีครอบครัว ก็อยู่ดูแลซึ่งกันและกัน ไม่ได้แต่งงานเป็นสาวโสดกันหมด” (รหัส F13, สัมภาษณ์, 23 เมษายน 2560)

2) เป็นลูกคนเดียว การเข้ามาเป็นผู้ดูแลหลัก เพราะไม่มีพี่น้องคนอื่น และบุตรของผู้สูงอายุติดเตียง ต้องเป็นผู้ดูแลหลักตามหน้าที่ ตามวัฒนธรรม ข้อตกลงทางสังคมที่ยังคงอยู่ในสังคมไทย ลูกต้องเลี้ยงดูพ่อแม่ เพื่อเป็นการแสดงความกตัญญู ดังตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“ก็เป็นลูกคนเดียว... ตอนนั้นก็ต้องมาดูแลแม่ที่ป่วยอยู่ที่บ้าน” (รหัส F14, สัมภาษณ์, 22 เมษายน 2560)

3) เป็นบุตรสาวคนเล็ก ในสังคมไทยเชื่อว่าเพศหญิงมีความเมตตา ความเอื้ออาทรในการให้การดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้าน และบุตรคนเล็กเป็นผู้ที่ได้ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุก่อนติดเตียง

มากที่สุด จากการศึกษาที่มีจำนวน 12 คน ซึ่งในบุตรสาวคนเล็กนั้นอาจจะเป็นบุตรสาวที่เป็นลูกคนสุดท้องหรือเป็นบุตรสาวคนสุดท้ายของครอบครัว แต่ไม่ใช่ลูกคนสุดท้องก็ได้ ดังตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“ที่มีพี่น้องทั้งหมด 9 คน ตอนที่อยู่ด้วยกันมี 4 คน คือ พ่อแม่ที่นอนติดเตียง และพี่กับน้องชายคนเล็ก พี่เป็นลูกคนที่ 7 แต่เป็นบุตรสาวคนเล็ก ยังโสดไม่ได้แต่งงานยังอยู่บ้านเดียวกับพ่อแม่” (รหัส F8, สัมภาษณ์, 25 มีนาคม 2560)

“มีพี่น้อง 4 คน พี่เป็นลูกคนที่ 4 และเป็นลูกสาวคนเดียว” (รหัส F15, สัมภาษณ์, 22 เมษายน 2560)

4) เป็นผู้ที่ได้รับมรดกมากกว่าคนอื่น พบว่า เหตุผลที่ทำให้ผู้ดูแลหลักยอมรับในการเข้ามาทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักเนื่องจากเป็นผู้ที่ได้รับทรัพย์สินที่เป็นสมบัติของพ่อแม่มากกว่าบุตรคนอื่น ๆ จึงต้องทำหน้าที่เพื่อตอบแทนบุญคุณ ดังตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“เป็นหลานที่เขารับมาเลี้ยงดูเหมือนลูก เขาไม่มีลูก เลี้ยงดูเรามาอย่างดี พอเกษียณสมบัติทุกอย่างแก่ยกให้เราหมด และก็ออกบวชทั้งสองคน (ผู้สูงอายุติดเตียงและภรรยา ปัจจุบันภรรยาเขาเสียชีวิตแล้ว) เราก็อากตอบแทนบุญคุณเขาเพราะเขาให้เราทุกอย่าง เขาเป็นคนดีมากไม่เคยเรียกร้องอะไรจากเราเลย” (รหัส F9, สัมภาษณ์, 6 เมษายน 2560)

2. ผลกระทบและการเรียนรู้ของผู้ดูแลหลัก

2.1 ด้านจิตใจและความรู้สึกของผู้ดูแลหลัก

ด้านจิตใจและความรู้สึกในการทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักนั้น สามารถแบ่งออกเป็น 3 ช่วง คือ ช่วงที่ 1 การรับรู้ที่ต้องดูแลผู้สูงอายุติดเตียงต่อเนื่องที่บ้าน ช่วงที่ 2 เป็นระยะที่กลับมาดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ช่วงที่ 3 เป็นเวลาที่ผู้ดูแลหลักสามารถให้การดูแลได้อย่างเป็นปกติ ซึ่งสามารถอธิบาย ได้ ดังนี้

ช่วงที่ 1 การรับรู้ที่ต้องเป็นผู้ดูแลหลักผู้สูงอายุติดเตียงต่อเนื่องที่บ้าน โดยกลุ่มผู้ดูแลหลักด้วยความสมัครใจ เป็นผู้ที่สามารถทำหน้าที่ด้วยความเต็มใจ จะแสดงความกระตือรือร้นในการดูแล แสดงออกโดยการซักถาม และศึกษาหาความรู้เพื่อเตรียมความพร้อมในการเป็นผู้ดูแลหลักที่บ้าน ซึ่งแตกต่างกับกลุ่มที่เป็นผู้ดูแลหลักด้วยความจำเป็น พบว่า ในระยะแรกบางคนอาจมีความรู้สึกช็อก รู้สึกเครียด วิตกกังวล กลัวภาระหน้าที่ที่เพิ่มขึ้น เพราะเป็นเรื่องที่ตนไม่มีความรู้ไม่เคยทำและไม่กล้าทำ รู้สึกสับสนและไม่รับรู้ต่อการที่จะเรียนรู้เพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

ช่วงที่ 2 เป็นระยะที่กลับมาดูแลต่อเนื่องที่บ้าน พบว่า ผู้ดูแลหลักมีความรู้สึกซึมเศร้า น้อยใจที่ไม่มีใครช่วยเหลือ และมีภาวะเครียดสูงจากการดูแล เช่น การสื่อสารกับผู้สูงอายุติดเตียงไม่รู้เรื่อง ไม่เข้าใจว่าผู้สูงอายุติดเตียงต้องการอะไร ไม่ทราบว่าจะต้องแก้ปัญหาในการทำกิจกรรมเพื่อ

การดูแลที่บ้านด้วยตัวเองคนเดียวอย่างไร และการจัดการกับปัญหาของอาการผู้สูงอายุติดเตียง ที่เปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา เป็นเรื่องที่คุณดูแลหลักมีความวิตกกังวลเป็นอย่างมาก การเรียนรู้ในการเผชิญกับอารมณ์ความรู้สึกในการเป็นผู้ดูแลหลักนั้น พบว่า ผู้ดูแลหลัก จำนวน 18 คนใน 20 คน กล่าวว่า “ผู้ดูแลหลักต้องเตรียมใจเป็นเรื่องที่สำคัญ” การเตรียมตัวด้านจิตใจเป็นเรื่องสำคัญที่สุด โดยมีการให้ความหมายของการเตรียมใจในเรื่องต่าง ๆ ในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ดังนี้ 1) ภาวะความเหนื่อยล้า ท้อแท้ 2) เจริญภาวะซึมเศร้า 3) ขาดอิสระในการใช้ชีวิตประจำวัน 4) ในการรองรับอารมณ์ของผู้สูงอายุติดเตียง 5) ในเรื่องความรัก ความสัมพันธ์ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

การเตรียมใจในการดูแลเมื่อเผชิญภาวะเหนื่อยล้า ท้อแท้ หมายถึง ความรู้สึกที่อยากให้ผู้สูงอายุติดเตียงสามารถฟื้นฟูร่างกาย สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ บางครั้งการที่ต้องการกระตุ้นผู้สูงอายุติดเตียงในการทำการฟื้นฟู กลายเป็นการเคี่ยวเข็ญและบังคับให้ช่วยเหลือตัวเอง จึงทำให้ผู้ดูแลหลักรู้สึกเหนื่อยกับการดูแล และความรู้สึกที่ผู้ดูแลหลักต้องดูแลผู้สูงอายุติดเตียงอยู่คนเดียว โดยไม่มีใครช่วยเหลือในการดูแล ทำให้บางครั้งรู้สึกเหนื่อยและท้อแท้ ดังตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“ในตอนแรกเหนื่อยมาก ต้องดูแลแม่คนเดียว และทำงานด้วย ไม่มีใครมาเยี่ยมแม่เลย ตอนแรกก็เหนื่อยใจ เครียดมาก มันลำบากมากที่ต้องดูแลอยู่คนเดียว” (รหัส F3, สัมภาษณ์, 22 มกราคม 2560)

“หมอเขาบอกต้องฝึกให้ช่วยเหลือตัวเอง แขนขาจะได้มีแรงขึ้น เราต้องค่า ชูเสียงดัง บางทีก็ตีบ้างไม่มัน ไม่ยอมทำ ถ้าจะทำก็ทำได้ แต่ไม่ยอมทำ ต้องบังคับให้ช่วยเหลือตัวเอง ไม่คู่ค่า มันก็ไม่ทำ มันก็เกียจ คุณมันมันก็ทำได้ หลังจากนั้นก็ไม่เป็นแผลกดทับอีกนะ มีรอยแดงเราก็ทายา วันเดียวก็หาย มันเหนื่อยในการดูแล” (รหัส F12, สัมภาษณ์, 26 มีนาคม 2560)

“เมื่อเหนื่อยท้อ เรามีอะไรที่ต้องทำให้สู้ต่อ ก็แม่นี้เลย เป็นทุกอย่างเป็นแรงกำลังใจ ให้เราได้สู้ต่อ” “แม้ว่าเราจะเครียดจากการที่ต้องดูแลแม่อยู่คนเดียว และเป็นแม่ที่ต้องดูแลบุตรสาวคนเดียว(หย่ากับสามี) ก็ได้แม่นี้แหละเป็นที่พึ่ง เรากลับไปหาแม่ที่ไร เราก็จะรู้สึกว่ายังโชคดีที่แม่ยังอยู่กับเรา แม้จะเหนื่อยแค่ไหนเราเห็นหน้าแม่เราก็หายเหนื่อย มันบอกไม่ถูก แต่ตอนแรกมันแย่มาก” (รหัส F3, สัมภาษณ์, 22 มกราคม 2560)

การเตรียมใจในการดูแลเพื่อเผชิญภาวะซึมเศร้า หมายถึง การเตรียมใจต่อความเศร้า ที่ต้องทำใจต่อการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในระยะสุดท้ายของชีวิต คือ การทำใจได้ว่า วันหนึ่งผู้สูงอายุติดเตียงก็ต้องจากเราไป ดังตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“ลองคิดดูนะว่าวันหนึ่ง ไม่มีเขาเราก็ไม่มีคนที่เราจะเรียกว่าแม่ หมอคิดดูฉันไม่มีลูก ถ้าฉันเดินเข้าห้องไม่มีแม่ ฉันจะรู้สึกอย่างไร มันคิดไม่ออกจริง ๆ ” (รหัส F20, สัมภาษณ์, 3 พฤษภาคม 2560)

“มันบอกไม่ถูก แต่ตอนแรกมันแย่มากมาตอนนี้อะไรก็ผ่านมา 13 ปี จนรู้สึก ถ้าไม่มีแม่เราจะเป็นอย่างไร เราต้องดูแลแม่และลูกพร้อมกัน ยิ่งทำให้เรารู้สึกว่าแม่รักเราแค่ไหน ที่เรายู่กันมา 2 คนเราไม่เคยจากกันเลย” “รู้สึกมีความสุขที่ได้ดูแล” (รหัส F3, สัมภาษณ์, 22 มกราคม 2560)

การเตรียมใจในการดูแลในเรื่องขาดอิสระในการใช้ชีวิตประจำวัน หมายถึง การที่ผู้ดูแลหลักผู้สูงอายุติดเตียงไม่สามารถที่จะใช้ชีวิตประจำวันได้อิสระตามชอบใจ รู้สึกว่ามีหน้าที่ต้องดูแลอยู่ตลอดเวลา ดังตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“ไปไหนก็ไม่ได้ต้องเฝ้าอยู่ตลอดเวลา ต้องเตรียมใจตัวเอง ที่ต้องนึกเสมอว่าบุญคุณของพ่อแม่ชดใช้อย่างไรก็ไม่หมด ตั้งแต่เราเกิด เขาให้ร่างกาย เลี้ยงดูและสมบัติอีก ทดแทนอย่างไรก็ไม่หมด ถ้าเครียดเครียดฟังธรรมที่ฟังทั้งวันทั้งคืน” (รหัส F4, สัมภาษณ์, 22 มกราคม 2560)

“คนดูแลป่วยไม่ได้ ห้ามป่วย” “ตอนแรกก็เครียดที่ไม่ได้ไปเที่ยวไหน คนเคยเที่ยวเวลาทำงานเครียด ๆ ก็อยากไปเที่ยว แต่เคยไปแล้วก็หวั่น เที่ยวไม่สนุก ก็เลยไม่ได้ไปไหนเลย อบรมที่ต้องนอนค้างก็ไม่ไป” (รหัส F5, สัมภาษณ์, 19 กุมภาพันธ์ 2560)

“เราต้องดูแลพ่อแม่ตั้งแต่แม่เป็นอย่างนี้เราก็ไม่ได้ไปออกสังคมเลย ชาวบ้านเขาก็รู้เมื่อก่อนเป็นคนที่ยิ้มแย้มไม่เคยขาด บุญไม่ได้ไปทำอะไร” (รหัส F10, สัมภาษณ์, 25 มีนาคม 2560)

“ต้องทำใจนะเพราะจะเจอสภาพพ่อแม่ที่ไม่เหมือนเดิม อีกอย่างไปไหนก็ไม่ได้ต้องเฝ้าอยู่ตลอดเวลา ต้องเตรียมใจ” “ระยะแรกที่ดูแล... ทำไม่ไม่มีใครช่วยเลย น้อยใจ” (รหัส F3, F6, F15)

การเตรียมใจในการดูแลในการต้องรองรับอารมณ์ผู้สูงอายุติดเตียง หมายถึง ผู้ดูแลหลักต้องรับอารมณ์ความเครียดที่ผู้สูงอายู้สึกว่า ตนเองไร้ค่าต้องเป็นผู้พึ่งพิง ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ เกรงใจลูกหลานที่เข้าต้องมาดูแล ราคาค่าที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ซึ่งการแสดงอารมณ์ของผู้สูงอายุติดเตียงนั้น อาจจะไม่ใช่อารมณ์โกรธ แต่จะเป็นอาการกลัว ไม่กล้าอยู่คนเดียว มีอารมณ์อ่อนไหว ร้องไห้ง่าย ซึ่งบางครั้งก็ทำให้ผู้ดูแลหลักหงุดหงิด เครียดในการดูแล ดังตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“ตั้งแต่แม่ป่วย จิตใจอ่อนไหวใครพูดอะไรก็จะเบะปากร้องไห้ตลอด พอกลับบ้านจะไม่ให้อะไรกระทบใจแม่เลย แม้แต่ตอนดูทีวีพอมิเรื่องที่ไมดีกระทบจิตใจเราจะเปลี่ยนเลย แม่จิตใจอ่อนมากขนาดได้ยินเสียงเครื่องไฟฟ้า ชาวบ้านมาแม่ยังร้องไห้เลย ใครที่แม่รู้จักเสียชีวิตเราจะปิดหมด” (รหัส F20, สัมภาษณ์, 3 พฤษภาคม 2560)

“เพราะจะเจอสภาพพ่อแม่ที่ไม่เหมือนเดิม อาจจะเกิดอาการหงุดหงิดนะ” “เราฟังแม่ไม่รู้เรื่องพูดแต่คำว่า “ยังบ่ยัง” ๑ ตลอดเวลา ไม่รู้ว่าเขาต้องการอะไร แรก ๆ พี่ก็ดู สงสารเขาแต่เราก็เครียดเขาเรื่องให้” (รหัส F4, สัมภาษณ์, 22 มกราคม 2560)

“แม่ร้องคางเหมือนเรียกตลอดเวลา ร้องทั้งวันทั้งคืนจนเราเครียดมาก” (รหัส F14, สัมภาษณ์, 22 เมษายน 2560)

การเตรียมใจในการดูแลในเรื่องความรัก ความผูกพัน หมายถึง ผู้ดูแลหลักต้องให้ความสำคัญในความรักที่ผู้ดูแลหลักมีต่อผู้สูงอายุติดเตียง เพราะผู้ดูแลหลักเชื่อว่า ถ้าไม่มีความรัก ความผูกพันกันมากพอ ก็ไม่มีความอดทนในการที่จะดูแลได้ดี เพราะบางรายดูแลกันมานานกว่า 20 ปี ซึ่งเป็นการดูแลที่ยาวนาน จนการดูแลเป็นเรื่องปกติที่ทำเป็นประจำทุกวัน โดยไม่รู้สึกรู้ว่าเป็นภาระที่ต้องทำ แต่เป็นกิจกรรมที่ทำเป็นประจำทุกวัน ดังตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“ที่สำคัญที่สุด คือ กำลังใจ ใจรัก ถ้าเขารักลูก หรือรักแม่น่าจะดูแลได้ดี ถ้าเราไม่มีความรักความผูกพันเราก็คงดูแลได้ดึขนาคนีหรือก กำลังใจ ได้เล่นกับแม่ มีแม่เป็นกำลังใจ เป็นทุกอย่าง ” (รหัส F3, สัมภาษณ์, 22 มกราคม 2560)

“มันอยู่ที่กำลังใจนะหมอลถ้าเรารักเขาอะไรเราก็ทำได้” (รหัส F20, สัมภาษณ์, 3 พฤษภาคม 2560)

“พี่ก็ยังอยากให้แม่อยู่ มันอบอุ่น พี่ไม่มีครอบครัว ไม่รู้เพราะพี่จะยึดแม่หรือเปล่า แบบว่ามันมีความสุขอยู่กับเขา แม้ว่ามันลำบากแต่ก็รู้สึกว่ามันไม่ลำบาก” (รหัส F4, สัมภาษณ์, 22 มกราคม 2560)

2.2 ด้านเศรษฐกิจ

ด้านเศรษฐกิจ พบว่า การดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้าน มีเงินในการใช้จ่ายส่วนใหญ่ได้จากเบี้ยยังชีพผู้พิการและผู้สูงอายุจากรัฐบาล เดือนละประมาณ 1,500-1,800 บาท รองลงมา คือ จากเบี้ยผู้สูงอายุเพียงอย่างเดียวเดือนละ 600-1,000 บาท และจากสวัสดิการข้าราชการบำนาญ 2 คน มีรายได้เดือนละ 20,000-30,000 บาท พบว่า ในรายที่มีรายได้สูง แต่กลับไม่เพียงพอ เนื่องจากผู้สูงอายุติดเตียงมีโรคประจำตัวหลายโรค มีอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ต้องใช้ในการดูแลหลายอย่าง และค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปพบแพทย์ตามนัดที่บ่อยครั้ง อีกทั้งยัง พบว่า ผู้ดูแลหลักบางคนรู้สึกว่าการให้ดูแลที่ดีที่สุด โดยบางครั้งซื้อของใช้ที่ไม่จำเป็นต่อการดูแลและไม่มีการคิดสร้างสรรค์เพื่อการดูแลเพราะมีเงินจากทรัพย์สินของผู้สูงอายุติดเตียงที่สามารถใช้จ่ายได้อย่างมากมาย ซึ่งแตกต่างจากผู้ดูแลหลักบางรายที่มีรายได้น้อยจึงต้องประหยัดค่าใช้จ่าย และผู้ดูแลหลักคิดนวัตกรรมเพื่อลดค่าใช้จ่าย เพราะไม่ต้องการมีภาระหนี้สินจากการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง

ซึ่งค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ได้แก่ รายจ่ายที่ต้องใช้เป็นประจำ และรายจ่ายที่ต้องใช้เงินจำนวนมากแต่ไม่ต้องจ่ายบ่อย

2.2.1 รายจ่ายที่ต้องใช้เป็นประจำ ได้แก่ ค่าผ้าอ้อมสำเร็จรูป ค่าอาหาร และค่าอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ต้องใช้ เช่น ออกซิเจน ค่าเดินทางในการไปเปลี่ยนอุปกรณ์ทางการแพทย์ และไปพบแพทย์ตามนัดเพื่อรับยาต่อเนื่อง ซึ่งเป็นค่ารถในการเดินทางไปพบแพทย์ เป็นภาระค่าใช้จ่ายที่สูงเนื่องจากมีความถี่มาก ดังตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“เงินบำนาญใช้กับเขา (พ่อ) บางเดือนก็ไม่พอ ... พ่อเขารู้แต่เขาก็ช่วยอะไรไม่ได้ เงินบำนาญพ่อเดือนละ 30,000 บาท ของสิ้นเปลืองมาก คือ ผ้าอ้อมสำเร็จรูป” “อีกอย่างที่เปลืองก็คือ ค่าเดินทาง ต้องเดินทางไปล้างไต สัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง” (รหัส F1, สัมภาษณ์, 7 มกราคม 2560)

“ค่าใช้จ่ายของแม่ครอบครัวพี่น้องช่วยกันเรื่องค่าใช้จ่าย ค่าอาหาร ค่าผ้าอ้อมสำเร็จรูป ไม่มีปัญหา” (รหัส F16, สัมภาษณ์, 22 เมษายน 2560)

2.2.2 รายจ่ายที่ต้องใช้เงินจำนวนมากแต่ไม่ต้องจ่ายบ่อย ได้แก่ การจัดการสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัย ทั้งการสร้างบ้านใหม่และการปรับปรุงบ้านเพื่อให้เหมาะสมกับการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ซึ่งเป็นการใช้จ่ายที่สูงจนผู้ดูแลหลักบางคนต้องกู้เงินเพื่อปรับปรุงหรือสร้างบ้าน และค่าอุปกรณ์ที่ต้องใช้กับผู้สูงอายุติดเตียง เช่น เตียงนอนผู้ป่วย ที่นอนลม เครื่องดูดเสมหะ เป็นต้น ดังตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“ที่ทำงานเงินเดือนตอนนี้ก็ประมาณ 15,000 บาท แต่ก็ต้องหักค่าเงินกู้สร้างบ้าน เหลือก็ประมาณเดือนละ 10,000 บาท มันก็พอใช้จ่ายนะ พี่ซื้อทุกอย่างที่ต้องใช้ไม่เคยนับว่าอะไรเท่าไร แต่มันก็พอใช้” (รหัส F3, สัมภาษณ์, 22 มกราคม 2560)

“อุปกรณ์เราซื้อเองหมดจากเงินเก็บของพ่อประมาณสองแสนบาท ต้องทำเส้นตอนเริ่มล้างไตต้องวิ่งเข้า กรุงเทพฯ บ่อย ๆ ก็ใช้เงินเก็บเขา(พ่อ) เกือบหมดแหละ” “อาหารเวลาที่พ่อกินได้ก็จะเปลือง ติดเตียงแล้วแต่พ่อก็ยังบอกได้ว่าอยากกินอะไร ต่อเมื่อที่ต้องซื้อให้ก็ 200-300 บาท มันก็หมดเร็ว นาน ๆ เข้าเงินมันก็หมด (เงินบำนาญ 30,000 บาทต่อเดือน บางครั้งก็ไม่พอ)” “อีกอย่างที่เปลืองก็คือ ค่าเดินทาง ต้องเดินทางไปล้างไต สัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง” (รหัส F1, สัมภาษณ์, 7 มกราคม 2560)

“หมอให้เตรียมอุปกรณ์หลายอย่าง ที่ต้องซื้อเองมีทั้งเตียงนอน ที่นอนลม ... ก็ต้องกู้เงินมาซื้อของให้แม่ หนี้มันก็เพิ่มขึ้น กำลังคิดว่าจะแบ่งขายที่บ้าง เพื่อเอามาใช้หนี้ กู้เงินล้านปลอดดอกเบี้ยมา 2 ปี ของเงินล้านหมู่บ้าน ก่อนแม่ป่วยเรามีฐานะดีกว่านี้ เมื่อแม่ป่วยเรามีแต่รายจ่ายไม่มีรายได้” “ถังออกซิเจนยี่ห้อนามัย 1 ถัง ซื้อเอง 1 ถัง ค่าถัง 5 พันบาท เครื่องพ่นยาซึมจาก

โรงพยาบาล เราต้องซื้อเตียงเอง ที่นอนลมเอง ที่นอนลมหลังนี้ก้อนที่ 2 แล้ว ซื้อใหม่เองราคา ประมาณ 5 พันกว่าบาท” (รหัส F4, สัมภาษณ์, 22 มกราคม 2560)

“ตอนนั้นอยู่กระท่อมหลังเก่ามันอึดอัด ก็กู้เงินสร้างบ้านใหม่อยู่มา 5 ปีแล้ว เตียงก็เปลี่ยนมา 2 เตียงแล้ว อันแรกมีผู้บริจาคร่วมที่นอนลมมาใช้ได้ 1 ปี มันก็ร้าว ชุดที่ 2 เราซื้อเองใช้ได้ 3 ปี ราคา 9,000 บาท แล้วชุดที่ 3 นี้ก็ซื้อเองใช้มา 3 ปี แล้วซื้อมาพร้อมเตียงเพราะเตียงเก่าพังจากที่เราเข็นเข้าออกบ้านทุกวัน ตอนนี้อยู่ต้องระวังไม่ให้ถูกน้ำ” (รหัส F3, สัมภาษณ์, 22 มกราคม 2560)

“ของแม่มีเงินผู้สูงอายุและผู้พิการเดือนละ 1,500 บาท ก็กู้เงินกองทุนหมู่บ้าน มา 20,000 บาท มาต่อเติมบ้านให้แม่อยู่ ก็คิดว่าถ้าเก็บเงินค่าเช่ามาไม่ทันก็จะขายที่แม่... ถ้าขายที่ 2 งาน ก็เกือบจะ 2 แสน เยอะมาก ” (รหัส F4, สัมภาษณ์, 22 มกราคม 2560)

การเตรียมความพร้อมด้านเศรษฐกิจในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงนั้น ารยรับที่ได้จากเบี้ยผู้สูงอายุและผู้พิการเป็นสวัสดิการจากรัฐ แต่ไม่เพียงพอในการใช้จ่าย ซึ่งต้องได้รับการสนับสนุนทางการเงินจากบุตรหลานด้วยจึงจะเพียงพอในการใช้จ่ายประจำแต่ละเดือน และในผู้ดูแลบางคนมีรายได้จากค่าเช่าที่ดิน เงินเก็บและทรัพย์สินมรดกของผู้สูงอายุติดเตียง ที่เป็นรายได้ประจำที่ใช้จ่ายเพื่อการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง โดยเฉพาะในผู้ดูแลหลักที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักอย่างเดียวไม่ได้ประกอบอาชีพ ซึ่งการเตรียมความพร้อมด้านเศรษฐกิจในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง สามารถแสดงดังตารางข้างล่างนี้

ตารางที่ 4 การเตรียมความพร้อมด้านเศรษฐกิจในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง

เงินข้าราชการ บำนาญ		เงินเบี้ยผู้สูงอายุ และผู้พิการ		เงินเบี้ยผู้สูงอายุ		มรดกและ ทรัพย์สินเดิม		การสนับสนุนทาง การเงินจากบุตร		จำนวน ผู้สูงอายุ
มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	(คน)
✓	-	-	-	-	-	✓	-	✓	-	1
✓	-	-	-	-	-	✓	-	-	✓	1
-	-	✓	-	-	-	✓	-	✓	-	6
-	-	✓	-	-	-	-	✓	✓	-	6
-	-	-	-	✓	-	✓	-	✓	-	6
-	-	-	-	✓	-	✓	✓	✓	-	2

บทบาทหน้าที่ของผู้ดูแลต้องรับผิดชอบในการประกอบอาชีพและการทำหน้าที่
ผู้ดูแลหลัก

การเปลี่ยนแปลงอาชีพ

การเปลี่ยนแปลงอาชีพ เมื่อต้องมาเป็นผู้ดูแลหลักผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้าน ผู้ดูแล
หลักต้องเผชิญกับการตัดสินใจในเรื่องการประกอบอาชีพ และรายได้ที่หายไป พบว่า ผู้ดูแลหลัก
มีทางเลือกในเรื่องการประกอบอาชีพ 2 ทาง ได้แก่ 1) การลาออกจากงานประจำ มาทำหน้าที่เป็น
ผู้ดูแลหลักอย่างเดียว 2) ประกอบอาชีพและทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักด้วย ซึ่งมีทั้งผู้ดูแลหลักที่เปลี่ยน
งานใหม่ และ ยังคงทำอาชีพเดิมเหมือนก่อนที่จะมาทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลัก ซึ่งกลุ่มที่ยังต้องทำงาน
อยู่ ให้เหตุผลว่าเพราะเพื่อใช้จ่ายในครอบครัวของผู้ดูแลหลัก ได้แก่ ค่าเลี้ยงดูบุตรและการศึกษา
ของบุตร ส่วนค่าใช้จ่ายที่ใช้เพื่อการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงนั้นส่วนใหญ่ได้จากเบี้ยผู้สูงอายุ เบี้ย
ผู้พิการ และเงินบำนาญ หรือในผู้สูงอายุที่มีทรัพย์สินเดิมของตนเองในการใช้จ่าย แต่ในผู้สูงอายุ
ติดเตียงรายที่ไม่มีทรัพย์สินเดิมเลยและอยู่ด้วยกันกับผู้ดูแลหลักเพียงลำพังจะใช้จ่ายจากรายได้ของ
ผู้ดูแลหลักในการใช้จ่ายเพื่อดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้าน ดังตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์ ดังนี้

“พี่ลาออกจากงาน มาดูแลแม่อย่างเดียว... ทรัพย์สินเขา (พ่อแม่) ให้มาเยอะ
ที่บ้านอีก 2 งาน พี่ ๆ เขาก็ให้ เขาว่าเราดูแลแม่ เขาก็คืนะที่ของพ่อ 8 ไร่ ของแม่ 7 ไร่ เขาก็แบ่งให้เรา
เยอะกว่าคนอื่น ๆ ต้องขอบคุณพี่ ๆ เขาที่เขาให้ เขาให้เพราะเราดูแลแม่ พี่เขาบอกว่าถ้าเราไม่มีเงิน
ก็ขาย อะไรที่ทำให้แม่เราต้องดูแลให้ดีที่สุด” (รหัส F4, สัมภาษณ์, 22 มกราคม 2560)

“เมื่อก่อนทำงาน โรงงานใกล้กรุงเทพฯ... หนูออกจากงานเลย เมื่อต้องมาดูแล
แม่ ก็ตอนนี้มาทำนา ที่ดินของแม่กับพ่อ...” “เมื่อก่อนทำนา 35 ไร่ แต่ปัจจุบันทำ 20 ไร่ ตั้งแต่แม่ป่วย
นอนติดเตียงต้องดูแลมากขึ้น รายได้ก็ขึ้นน้อยลง” (รหัส F15, สัมภาษณ์, 22 เมษายน 2560)

“โชคคิที่เราทำงานอยู่กับบ้าน แล้วเราไม่มีครอบครัวจึงดูแลยาย (แม่) ได้เต็มที่
เราดูแลปกติเลย ดูแลยายก่อนแล้วจึงเริ่มทำงาน” (รหัส F17, สัมภาษณ์, 3 พฤษภาคม 2560)

“โชคคิที่เจ้านายเขาเข้าใจ... ทำงานโรงงานมาตั้งแต่ก่อนแม่ป่วย จนถึงปัจจุบัน
ดีที่อยู่ใกล้บ้าน ก็เที่ยวออกมาดูแลแม่ได้เวลาพักเที่ยง รายได้ก็พอใช้ ส่งลูกเรียนจนจบ ปวช. แล้ว”
(รหัส F3, สัมภาษณ์, 22 มกราคม 2560)

“พี่ทำงานก็เป็นรายได้ของพี่เพราะต้องเลี้ยงลูก 4 คน ก็ทำนากับสามี ค่าใช้จ่าย
ของแม่ครอบครัวพี่น้องช่วยกันเรื่องค่าใช้จ่าย ค่าอาหาร ค่าผ้าอ้อมสำเร็จรูป ไม่มีปัญหา” (รหัส F16,
สัมภาษณ์, 22 เมษายน 2560)

สรุป การเตรียมความพร้อมด้านเศรษฐกิจการเงิน ที่ใช้จ่ายเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ
ติดเตียงที่บ้าน มีดังนี้ 1) เงินเบี้ยผู้สูงอายุ เบี้ยผู้พิการ เงินบำนาญข้าราชการ ซึ่งเป็นรายได้ของ

ผู้สูงอายุติดเตียงที่เป็นสวัสดิการของรัฐ 2) เงินสนับสนุนจากญาติที่ไม่ได้เป็นผู้ดูแลหลัก จะมีการช่วยเหลือทางการเงินในการซื้ออุปกรณ์และเพื่อใช้ในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้าน 3) เงินมรดกหรือทรัพย์สินของผู้สูงอายุติดเตียง เช่น ค่าเช่าบ้าน เงินเก็บ เป็นต้น 4) รายได้จากการทำงาน อาชีพของผู้ดูแลหลัก

2.3 ด้านสุขภาพและครอบครัว

ด้านสุขภาพของผู้ดูแลหลักและครอบครัว ซึ่งสุขภาพผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่มีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป โดยผู้ดูแลที่ไม่มีโรคประจำตัว มีจำนวน 12 คน และผู้ดูแลหลักที่มีโรคประจำตัว จำนวน 8 คน ซึ่งเป็นโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน จำนวน 3 คน โรคความดันโลหิตสูงจำนวน 4 คน และมีภาวะไขมันในเลือดสูง จำนวน 2 คน เป็นโรคหัวใจ 1 คน และเป็นโรคลมชัก 1 คน (โดยผู้ดูแลหลักบางคนมีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรค) ผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ ตอนปลายและวัยสูงอายุ มีโรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัวเป็นส่วนใหญ่ แต่เป็นการป่วยมาก่อนที่ต้อง มาทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลัก แต่มี 1 ราย ที่เชื่อว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานและโรคหัวใจของผู้ดูแลหลักนั้นเกิดจากความเครียดในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ดังตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“ตอนป่วยใหม่ ๆ แม่ร้องทั้งวันทั้งคืน ร้องโหยหวนมาก พี่เครียดมาก ไม่ได้นอนกัน เป็นเดือน ๆ พี่ดูแลแม่จนติดเตียง มา 2 ปีแล้ว ปีนี้พี่เหนื่อยมากตอนหมอเขามาคัดกรองเบาหวาน ก็เพิ่งรู้ว่าเป็นเบาหวาน แล้วพอไปหาหมอเลยรู้ว่าเป็นโรคหัวใจด้วย มันน่าจะเป็นเพราะเราเครียด ตอนที่แม่ป่วย แล้วก็นอนไม่พอด้วย” (รหัส F14, สัมภาษณ์, 22 เมษายน 2560)

ปัญหาทางสุขภาพ จากการทำหน้าที่ดูแลของผู้ดูแลหลัก พบว่า ส่วนใหญ่มีอาการปวดหลัง เนื่องจาก ต้องยก ต้องอุ้ม ผู้สูงอายุติดเตียง ในการทำความสะอาดร่างกาย ซึ่งมีผู้ดูแลหลัก 1 คน ที่ต้องผ่าตัดกระดูกสันหลังเนื่องจากปัญหากระดูกทับเส้นจากการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ซึ่งผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่ใช้วิธีบรรเทาอาการ โดยการรับประทานยาแก้ปวด และการนวดบรรเทาอาการปวด ดังตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“ก็ต้องยกต้องดึง มันก็มีบ้างที่ปวดแขน ปวดหลัง ก็ซื้อยาแก้ปวดมากิน” (รหัส F2, สัมภาษณ์, 8 มกราคม 2560)

“ก็มีอาการปวดหลังปวดไหล่บ้าง ก็ต้องดึง ต้องยกกันตลอด มันก็มีบ้าง ใช้น้ำยา ก็หาย” (รหัส F3, สัมภาษณ์, 22 มกราคม 2560)

“แม่เขาตัวใหญ่ พี่ตัวแค่นี้ก็ต้องใช้แรงดึงเยอะหน่อย ก็อาศัยดึงผ้าเอา อุ้มไม่ไหว ก็ปวดไหล่ไปหมดเลย” (รหัส F4, สัมภาษณ์, 22 มกราคม 2560)

ผลกระทบต่อครอบครัว

ผลกระทบต่อครอบครัว พบว่า ผู้ดูแลหลักที่เป็นบุตรได้รับผลกระทบ จากการที่มาทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลัก ให้เหตุผลว่า การที่ต้องเลิกกับสามีนั้นเพราะต้องอยู่ไกลกัน เขาจึงไปมีภรรยาใหม่ และอีกคนหนึ่งให้เหตุผลว่า สามีรู้สึกที่ผู้ดูแลหลักให้ความสนใจแต่ผู้สูงอายุติดเตียง โดยละเอียดไม่ให้ความสำคัญในการดูแลสามี และไม่สนใจในการทำหน้าที่ฉันสามีภรรยา จึงทำให้ต้องมีปัญหาหย่าร้างหลังมาทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลัก ดังตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“มีผลกระทบกับพี่ก็เรื่องที่ สามีไม่เข้าใจ เลยต้องหย่ากัน พี่ทนไม่ไหว ทะเลาะกันทุกวัน พี่เลือกพ่อ... ปัญหา คือ เรานอนห้องเดียวกัน เขา (สามี) ก็ไม่พอใจ เพราะเราก็ทำหน้าที่ภรรยาไม่ได้ ผู้ชายบางทีเขาก็ยังอยากนอนกับเรา แต่เราไม่มีความอยากตรงนั้นแล้ว เราคิดแต่เรื่องต้องดูแลพ่อ” (รหัส F1, สัมภาษณ์, 7 มกราคม 2560)

“ต้องกลับมาดูแลแม่ ตอนนั้นต้องมาดูแลแม่ท้องได้ 5 เดือน พอเราต้องมาอยู่อย่างนี้ เขาก็มีคนใหม่ สามีไปมีเมียใหม่ พอคลอดก็เลิกกับสามี แต่เราก็เลือกแม่นะ แม่เรามีคนเดียว” (รหัส F15, สัมภาษณ์, 22 เมษายน 2560)

3. การปรับตัวและการพัฒนาตนเองของผู้ดูแลหลัก

3.1 การเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน

3.1.1 การเรียนรู้การเป็นผู้ดูแลหลักที่บ้าน

การเตรียมความรู้ในการดูแลก่อนออกจากโรงพยาบาล

ผู้ดูแลหลักมีประสบการณ์และความรู้ที่แตกต่างกันทั้งระยะเวลาการนอนอยู่ในโรงพยาบาลของผู้สูงอายุติดเตียงก่อนกลับบ้าน การฝึกทักษะในการดูแล การทำกิจวัตรประจำวันให้กับผู้สูงอายุติดเตียง ตั้งแต่ตอนที่อยู่โรงพยาบาล และจำนวนอุปกรณ์ที่ติดตัวผู้สูงอายุติดเตียงที่ต้องดูแลต่อเนืองที่บ้าน รวมทั้งพยาธิสภาพของโรค การดูแลด้านอาหารและยาเฉพาะโรค ที่มีความแตกต่างกัน ทำให้ผู้ดูแลหลัก มีทักษะและการปรับตัวที่แตกต่างกัน พบว่า ผู้ดูแลหลักสามารถดูแลผู้สูงอายุติดเตียงได้เป็นอย่างดี เพราะได้มีการฝึกทักษะในการดูแลตั้งแต่ที่โรงพยาบาล เช่น การทำความสะอาดร่างกาย การทำแผล การทำอาหาร การให้อาหารทางสายยาง การดูดเสมหะทางหลอดลมคอ และการดูแลสายสวนปัสสาวะ เป็นต้น

การฝึกทักษะ โดยมีพยาบาลในหอผู้ป่วยเป็นผู้สอน ก่อนการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลตามแผนการรักษา ในผู้ดูแลหลักแต่ละคนมีการได้รับการเตรียมความพร้อมที่แตกต่างกัน ทั้งจากแนวทางการสอนก่อนกลับบ้านของแต่ละโรงพยาบาลที่แตกต่างกัน และเทคนิคการสอนของผู้สอนที่แตกต่างกัน ดังนี้ 1) ได้รับการสอน 2) ได้ทำให้อู่ 3) ได้ฝึกปฏิบัติ 4) สังเกตการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลของแพทย์และพยาบาล ดังตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

1) ได้รับการสอน (บอกให้ทำ)

การได้รับการสอนจากเจ้าหน้าที่พยาบาล ที่ให้การดูแลในหอผู้ป่วยก่อนที่จะกลับบ้าน เป็นการสอนให้คำแนะนำก่อนกลับบ้านเพื่อให้ผู้ดูแลหลักนำความรู้ที่บอกไปปฏิบัติต่อเรื่องที่บ้าน พบว่า บางครั้งเจ้าหน้าที่ให้ข้อมูลที่ไม่เหมือนกัน อาจทำให้เกิดข้อสงสัยหรือความสับสนของผู้ดูแลหลักที่รับฟัง ดังตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“ตอนนั้นไปอยู่โรงพยาบาลหมอบอกวิธีทำอาหารทางสายยาง” (รหัส F3, สัมภาษณ์, 22 มกราคม 2560)

“หมอบอกมาให้พยายามพลิกตัวทุก 4 ชั่วโมงเพื่อป้องกันแผลกดทับ” (รหัส F2, สัมภาษณ์, 8 มกราคม 2560)

“หมอบอกให้พลิกตัวทุก 2 ชั่วโมง ก็ทำตามหมอบอกทุกอย่าง ไม่เคยเปลี่ยนอะไรเลย กลัวทำไม่ถูก” (รหัส F4, สัมภาษณ์, 22 มกราคม 2560)

2) ได้ทำให้ดู

การทำให้ดูนั้นเป็นการทำให้ผู้ดูแลหลักเห็นวิธีการปฏิบัติที่ชัดเจนขึ้น ไม่ต้องจินตนาการเองว่าจะต้องทำอะไร แต่ก็ยังพบปัญหาเหมือนกับการสอน คือ ยังมีการทำที่ไม่เหมือนกันตามความถนัดและเทคนิควิธีการของพยาบาลแต่ละคน ดังตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“ตอนที่อยู่โรงพยาบาลหมอบอก (พยาบาล) เขาจะใช้สำลีที่ปั่นพันไม้ถูบ ๆ 2 ที เขาก็พอแล้วเขาสอนมาแบบนั้น แต่ฉันว่ามันไม่ค่อยสะอาด จากที่เคยเห็นหมอบอก (พยาบาล) ที่โรงพยาบาลบางคนเขาทำใช้สำลีก้อน ฉันคิดว่าสะอาดกว่า เพราะนอนโรงพยาบาลนานเห็นมาหลายแบบ”
“อาหารปั่นหมอบอกเขาก็สอนเขาก็ให้ไปดูวิธีทำที่โรงครัว” “สายสวนปัสสาวะ หมอบอกเขาก็มีกล่องมาให้เอาน้ำยาเช็ดที่อวัยวะเพศ เขาทำให้ดูที่โรงพยาบาล” (รหัส F2, สัมภาษณ์, 8 มกราคม 2560)

“เราเห็นเขาทำทุกวัน ตอนอยู่โรงพยาบาลเขาก็บอก อธิบาย แต่ไม่เคยลงมือทำ ก็มาเริ่มทำที่บ้านเลย ทั้งดูแลเสมหะ ให้อาหารทางสายยาง ทำแผล ก็เห็นเขาทำทุกวัน ดูกันมาตั้งเกือบ 2 เดือน มันก็ทำได้เอง” (รหัส F13, สัมภาษณ์, 23 เมษายน 2560)

3) ได้ฝึกปฏิบัติ

การที่ผู้ดูแลหลักได้ฝึกปฏิบัติการดูแลด้วยตนเอง ตั้งแต่ตอนที่อยู่ที่โรงพยาบาล เป็นการเพิ่มทักษะความชำนาญและช่วยลดความสับสนจากการสอนของเจ้าหน้าที่ที่ไม่เหมือนกันได้ เนื่องจากเห็นผลจากการทำ และเมื่อกลับไปปฏิบัติต่อที่บ้านสามารถปฏิบัติได้เป็นอย่างดี ดังตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“เขาก็สอนทุกอย่าง การเช็ดตัว การให้อาหารทางสายยาง การทำความสะอาด สายสวนปัสสาวะ อยู่โรงพยาบาลใหญ่พยาบาลเขาน้อย เราต้องทำทุกอย่างเองตั้งแต่อยู่ที่ โรงพยาบาล” (รหัส F3, สัมภาษณ์, 22 มกราคม 2560)

“หมอเขาบอกกลับบ้าน ไปต้องมีเครื่องดูดเสมหะ เขาก็สอนตอนอยู่โรงพยาบาล แต่เราไม่กล้าทำ ก็มาทำได้ที่ตอมมาฝึกเป็น Caregiver นี้แหละ แล้วก็ได้รับความรู้ตอนมาเป็น อสม.อบรมอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ ได้วิธีการดูแลไปอีกเยอะเลย มั่นใจในการดูแลมากขึ้น ไอ้ที่ดูแลมา ลิบกว่าปี บางทีเราก็ไม่กล้าทำ บางอย่างก็มีวิธีที่ง่ายขึ้นก็ฟังจะรู้” (รหัส F4, สัมภาษณ์, 22 มกราคม 2560)

“ก็เข้า ๆ ออก ๆ โรงพยาบาลบ่อย... ก็ได้ไปนอนโรงพยาบาลใหญ่บ่อย เห็น พยาบาลเขาทำเตียงโน้น เตียงนี้ บางทีเราก็เข้าไปช่วยเขา ของแม่เราก็ทำเอง เห็นเขายุ่งเราก็ช่วย มั่นใจทำเป็นทุกอย่าง” (รหัส F20, สัมภาษณ์, 3 พฤษภาคม 2560)

“เขาเป็นเบาหวาน เมื่อก่อนหาหมอ 1-2 ครั้งต่อเดือน ... แต่เมื่อต้องนอนติดเตียง 1 เดือน ก่อนกลับบ้านทางโรงพยาบาลได้ฝึกเราทุกอย่าง พยาบาลเขาบอกว่าต้องให้เราทำเอง ทั้งหมด ยกเว้นเวลาที่พ้ออาการไม่ดี มีสายเยาะเยาะเต็มตัว เขาจะมาช่วย แต่ถ้าไม่มีอะไรออกอาการ ก่อนกลับบ้าน เขาจะให้เราทำเอง ตั้งแต่ดูดเสมหะ ให้อาหารทางสายยาง 1 เดือนก็ทำได้ทุกอย่าง เช็ดตัว ฉีดยาเบาหวาน เจาะเลือดเบาหวาน ทำได้หมด” (รหัส F1, สัมภาษณ์, 7 มกราคม 2560)

4) การสังเกตดูแลผู้ป่วยใน โรงพยาบาลของแพทย์และพยาบาล

ในการสังเกตแผนการรักษาของแพทย์นั้น ผู้ดูแลหลักต้องมีความรู้จากการอ่าน เอกสารในระดับหนึ่งจึงสามารถทำความเข้าใจในการฟังแนวทางการรักษาของแพทย์ได้เข้าใจ ดังตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“เราไปโรงพยาบาลเราก็สังเกตคนนั้นเป็นอย่างนี้นะ หมอบอกว่าเป็น โรคนี้ คนนี้เป็นอย่างนี้นะ ต้องดูอย่างนี้ บางทีเข้าออกโรงพยาบาลบ่อยมาก เราก็จะเห็นหมอรักษาคอนไซ้ แต่ละเตียงอาการไม่เหมือนกัน พฤติกรรมอารมณ์ แต่ละโรคก็ไม่เหมือนกัน เราก็ศึกษาไปว่าแม่เรา เป็นโรคนี้นะเราก็ฟังเวลาหมอมานดูคนไข้ที่เตียง ใครมีอาการเหมือนแม่เราหมอมารักษาอย่างไร” (รหัส F20, สัมภาษณ์, 3 พฤษภาคม 2560)

3.1.2 การจัดเตรียมอุปกรณ์ที่บ้าน

การเตรียมอุปกรณ์ในการดูแลต่อเนืองที่บ้าน พบว่า ผู้สูงอายุติดเตียงที่มีอุปกรณ์ ทางการแพทย์ที่จำเป็นต้องใช้เพื่อให้การดูแลต่อเนืองที่บ้าน ขึ้นอยู่กับการดูแลเฉพาะ โรค และ ความจำเป็นตามคำแนะนำของแพทย์ ที่ให้การรักษาดูแลเห็นสมควร ซึ่งส่วนใหญ่ พบว่า ผู้ดูแลหลัก ให้ความสำคัญกับเตียงผู้ป่วยและที่นอนลม เพื่อป้องกันแผลกดทับ และเพื่อความสะดวกในการดูแล

ของผู้ดูแลหลัก ซึ่งมีทั้งที่ได้รับการสนับสนุนอุปกรณ์ โดยสามารถยืมได้จากที่โรงพยาบาลชุมชน ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และจากการได้รับบริจาค แต่ในบางรายที่ผู้ดูแลหลัก มีความพร้อมทางการเงินก็สามารถที่จะซื้ออุปกรณ์มาใช้เองที่บ้านได้

การจัดเตรียมอุปกรณ์ที่บ้าน โดยได้รับการสนับสนุนจากองค์กรภายนอก ดังตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“ก็ได้รับเตียงและที่นอนลมจากที่อนามัยเขาให้ยืม เพราะมีคนมาบริจาคไว้”
(รหัส F2, สัมภาษณ์, 8 มกราคม 2560)

“เตียงเขามีให้ยืมจากที่ รพ.สต. แต่ที่นอนไม่มี เราเลยใช้ที่นอนของเราเองไม่ได้ เป็นที่นอนลม” (รหัส F6, สัมภาษณ์, 22 มกราคม 2560)

“พอดีพี่สะใภ้เป็น อสม. เลยให้พี่สะใภ้ไปถามที่อนามัย (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล) เขาเลยให้ยืมมาทั้งเตียงทั้งที่นอน” (รหัส F15, สัมภาษณ์, 22 เมษายน 2560)

การจัดเตรียมอุปกรณ์ที่บ้าน โดยผู้ดูแลหลักซื้ออุปกรณ์เอง ดังตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“ก่อนออกจากโรงพยาบาลหมอเขาให้เตรียมอุปกรณ์ให้พร้อมก่อนจึงจะให้กลับบ้าน ต้องเตรียมเตียง ที่นอนลม เครื่องให้ออกซิเจน เครื่องดูดเสมหะ ที่วัดไข้ เครื่องเจาะน้ำตาลปลายนิ้ว เครื่องวัดความดัน... อุปกรณ์เราซื้อเองหมด” (รหัส F1, สัมภาษณ์, 7 มกราคม 2560)

“ก็เมื่อตอนแม่ต้องกลับบ้าน หมอให้เตรียมอุปกรณ์หลายอย่างที่ตัวเองซื้อเอง ก็มีทั้งเตียงนอน ที่นอนลม ถังออกซิเจนซื้อเอง 1 ถัง” (รหัส F4, สัมภาษณ์, 22 มกราคม 2560)

“ก็ของคนนี้ (แม่สามี) เขาไม่มีเตียงให้ยืมก็ซื้อเองทั้งเตียงทั้งที่นอนลม” (รหัส F7, สัมภาษณ์, 22 เมษายน 2560) (ผู้ดูแลหลัก 1 คนดูแลผู้สูงอายุติดเตียง 2 คน)

“กลับมาจากโรงพยาบาลใหม่ ๆ ก็นอนเตียงแคร์ไม้ ที่นอนยางพารา แล้วหาหมอนสูงมาตั้งให้เพื่อใช้ป้อนข้าว แล้วจ้างทำเตียงเหล็กให้ยกหัวได้ใส่ล้อใส่ที่กั้นเตียง เพื่อเอาไว้เงินเข้าออกบ้านได้ ตอนนั้นอยู่กระท่อมหลังเก่ามันอุดอู้ ก็อยู่มาได้ 1 ปี เราก็ได้รับบริจาคเตียงคนไข้พร้อมที่นอนลม ใช้ได้ 1 ปี ชุดแรกมันก็ร้าว ชุดที่ 2 เราซื้อเองใช้ได้ 3 ปี แล้วชุดที่ 3 นี้ก็ซื้อเองใช้มา 3 ปีแล้ว” (รหัส F3, สัมภาษณ์, 22 มกราคม 2560)

3.1.3 การจัดสิ่งแวดล้อม

การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อให้เหมาะสมกับการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง โดยมี การปรับปรุงโครงสร้างของบ้านที่อยู่อาศัย และการจัดการสิ่งแวดล้อมภายในห้องพักอาศัยของผู้สูงอายุติดเตียง เพื่อให้สามารถดูแลได้อย่างสะดวก โดยผู้ดูแลหลักมีการทำห้องให้โปร่งโล่ง มีหน้าต่างรอบด้าน เพื่อสามารถเปิดระบายลม และกลิ่นอับได้ดี มีการติดเครื่องปรับอากาศ

ในบางบ้านตามฐานะของผู้ดูแลหลัก โดยผู้ดูแลหลักบอกว่า ผู้สูงอายุจะผิบบางเมื่อ โคนอากาศ ร้อนจัด หนาวจัด จะทำให้ไม่สบายได้ง่าย การมีห้องที่มีเครื่องปรับอากาศ สามารถควบคุมอุณหภูมิ ในห้องให้ผู้สูงอายุติดเตียงนอนพักผ่อนได้อย่างสบาย ในการจัดสิ่งแวดล้อมในระบบโครงสร้าง ของบ้าน พบว่า มีทั้งการดัดแปลงบ้านเก่าและการสร้างบ้านใหม่ ซึ่งทำให้สามารถเห็นถึงรูปแบบ ของการจัดการ โครงสร้างที่อยู่อาศัยเพื่อให้เหมาะสม สะดวกต่อการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงตาม ประสบการณ์การดูแล สรุปได้ ดังนี้

ในการปรับสิ่งแวดล้อมทางโครงสร้าง โดยการสร้างบ้านใหม่ พบว่า ผู้ดูแลหลัก ให้ความสำคัญในการสร้างเป็นบ้านชั้นเดียว มีการถมที่ดินสูง และสร้างบ้านยกพื้นเพื่อป้องกัน น้ำท่วม พื้นเรียบเสมอกันทั้งบ้าน ไม่มีการเล่นระดับ ไม่มีธรณีประตู มีประตูกว้างมากกว่า 1.5 เมตร เป็นประตูบานไม้เปิด 2 บาน หรือเป็นประตูเลื่อนแล้วแต่ความเหมาะสมของพื้นที่ เพื่อให้สะดวก ในการเข็นเตียงนอนผู้สูงอายุติดเตียงออกมานอนหน้าบ้านในตอนกลางวัน และเข็นกลับในตอนเย็น ดังตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“บ้านเพิ่งจะทำใหม่หลังพ่อแม่ป่วย พี่น้องเขาลงขันกันให้สร้างบ้านใหม่ให้พ่อแม่ ก็ทำง่าย ๆ เป็นบ้านชั้นเดียว โลง ๆ นอนรวมกันหมด” “ตอนเช้าเราอุ้มออกสบายกว่า พอเย็นมาก เข้านอนก็ประมาณ 19.00 น. ที่บ้านไม่มีแอร์ แต่มีต้นไม้อะเอียด” (รหัส F8, สัมภาษณ์, 25 มีนาคม 2560)

“แม่ป่วยมานานเกือบ 3 ปีกว่าจะได้ปลูกบ้านหลังนี้ ก็ต้องเป็นนี้ บ้านหลังเก่าพื้น เป็นดิน(ไม่ได้เทพื้นที่พื้น) และต่ำมาก เข็นเตียงเข้าออกจนเตียงพังหมด เลยต้องปลูกบ้านใหม่ จะได้ หนีน้ำท่วมด้วย บ้านใหม่เลขมสูง เป็นบ้านชั้นเดียว พื้นเรียบประตูกว้างก็ทำเป็นประตูไม้ 2 บาน เปิดออกก็ประตูกว้างบานละ 1 เมตร จะได้เข็นเตียงเข้าออกง่าย ๆ เพราะต้องเข็นเตียงเข้าออกมา ทุกวัน” (รหัส F3, สัมภาษณ์, 22 มกราคม 2560)

“แม่ป่วยมา 20 ปี บ้านใหม่เพิ่งจะสร้างได้ 5 ปี เพราะน้ำท่วมปี พ.ศ. 2554 เล่นเอา เกือบตาย บ้านเก่าตอนนั้นบ้านมันต่ำกว่าถนน อยู่บ้านได้ถุนแต่บ้านเหมือนขุดหลุมอยู่เลย เมื่อก่อน ลำบากมาก เพราะบ้านอยู่ต่ำ เวลาฝนตกที่บ้านน้ำท่วมต้องแบกแม่ขึ้นหลังเอาไปขึ้นรถป่าเพราะ เป็นรถสูง เมื่อก่อนต้องมุดเข้าไปในมุ้ง จะกางมุ้งให้แม่ทั้งวัน คือ บ้านอยู่ข้างล่างเป็นแอ่ง บ้านเรา เป็นบ้านเก่าไม่มีแอร์ ต้องขุดดินลงไปเพื่อให้แม่ได้อยู่เย็น ๆ ต้องกางมุ้งกันแมลงให้แม่ มันไม่ได้ ดูเจริญหูเจริญตาแบบนี้ละ” “ทำบ้านใหม่ให้แม่เลยทำห้องโปรง หน้าต่างรอบด้านแดดส่องไม่อับ” (รหัส F20, สัมภาษณ์, 3 พฤษภาคม 2560)

“เมื่อก่อนที่บ้านเป็นบ้านไม้เก่า แม่เขาร้อนแล้วหงุดหงิดนอนไม่หลับ เราก็เลยซื้อ แอร์เดินทำมาให้นอนแต่ก็ลำบากหน่อย ก็นอน 2 เตียงคู่มาคตลอด พอได้สร้างบ้านใหม่เราเลย

ออกแบบให้โปร่งโล่ง แล้วยกติดแอร์ให้เขาเลยจะได้นอนสบาย บ้านก็สร้างแบบง่าย ๆ ชั้นเดียว พื้นเรียบ ประตูกว้างเป็นประตูเลื่อนมันไม่เกะกะ” (รหัส F7, สัมภาษณ์, 22 เมษายน 2560)

“ตอนแม่ป่วยนอนติดเตียง ต้องมาทำบ้านใหม่ เลยต้องปรับปรุงทำห้องมุ้งลวดที่ได้ดูบ้านให้มันโปร่ง ทำเป็นมุ้งลวดทุกด้าน เอาแม่อยู่มุมประตูเปิดกว้างให้เอาเตียงคนไข้เข้าออกได้ง่าย(กว้างประมาณ 1.5 เมตรเป็นบานเลื่อน) ก็ทำตอนก่อนเอาแม่กลับบ้าน” (รหัส F4, สัมภาษณ์, 22 มกราคม 2560)

ในบ้านเก่าที่โครงสร้างยังแข็งแรงและผู้ดูแลหลักไม่ต้องการที่จะสร้างบ้านใหม่ จะใช้วิธีในการต่อเติมบ้าน เพื่อให้เหมาะสมในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ซึ่งบ้านในชนบทส่วนใหญ่เป็นบ้านยกพื้นสูงมีใต้ถุนบ้าน ผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่จึงปรับปรุงบ้านโดยการกั้นห้องชั้นล่างเพื่อสะดวกในการดูแลและการเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุติดเตียง ดังภาพที่ 3



บ้านที่ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่ได้จัดสิ่งแวดล้อมด้วยการต่อเติมบ้าน

ภาพที่ 3 การจัดสิ่งแวดล้อม

ในการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงนั้นมีการปรับสิ่งแวดล้อมทั้งภายในห้องนอนและภายนอกบ้านให้มีความสะดวกในการดูแล ผู้ดูแลหลักสามารถเดินได้รอบเตียง มีการจัดเตรียมอุปกรณ์การดูแลไว้ใกล้มือพร้อมใช้งานได้ พื้นบ้านเรียบเพื่อให้สะดวกในการเคลื่อนย้ายอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่มีล้อเลื่อน ประตุนั้นเป็นประตูบานเลื่อนเพื่อประหยัดพื้นที่และมีมุมอาบน้ำหรือห้องอาบน้ำอยู่ใกล้ ๆ ที่นอนของผู้สูงอายุติดเตียง



ภาพที่ 4 การจัดการสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน

3.2 การดูแลที่บ้าน

พบว่า ผู้ดูแลหลักมีการพัฒนาการดูแลจากประสบการณ์ในการแก้ปัญหา และผู้ดูแลหลักมีความกล้าที่จะเปลี่ยนแปลง มีการดูแลป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้ดี ส่งผลให้ผู้ดูแลหลักมีความมั่นใจในการดูแลมากขึ้น โดยการเรียนรู้และการพัฒนาตนเองของผู้ดูแลหลัก พบว่า ผู้ดูแลหลักมีการเข้าถึงข้อมูลและความรู้ในการดูแล โดยมีแหล่งเรียนรู้ได้จาก 1) อ่านเอกสารความรู้ทางวิชาการในโรงพยาบาลและค้นหาทาง Internet 2) สังกัดจากแพทย์และพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล 3) สังกัดจากอาการแสดงของผู้สูงอายุติดเตียง เรียนรู้จากประสบการณ์ในการดูแล 4) ปรึกษาผู้ที่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง

5) ปรีกษาแพทย์ประจำตัว/ พยาบาล/ จนท.สาธารณสุข กระบวนการเรียนรู้และการแก้ไขปัญหาของผู้ดูแลหลัก ทำให้เกิดการพัฒนา ต่อยอดความรู้เพื่อให้เหมาะสมกับการดูแลของตนเองตามเงื่อนไข ตามปัญหา หรือข้อจำกัดที่ผู้ดูแลหลักมีอยู่ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

3.2.1 อ่านเอกสารความรู้ทางวิชาการ

แหล่งให้ความรู้ทางวิชาการ ได้แก่ แผ่นพับความรู้ นิติสารเพื่อสุขภาพ หนังสือพิมพ์ และสื่อทาง Internet ก็เป็นทางเลือก ได้เป็นอย่างดีให้แก่ผู้ดูแลหลัก ดังตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“เราคิดว่าเราต้องมีความรู้ เราจึงอ่านหนังสือ เวลาเราไปโรงพยาบาล เมื่อก่อนต้องไปโรงพยาบาลวันละ 2 วัน ก็จะอ่านหนังสือที่หามาไว้ ทั้งหนังสือนิติสาร แผ่นพับ หนังสือใกล้หมอ แม้แต่หนังสือวารสารแพทย์ที่เขามาไว้ก็อ่านนะ แต่ละโรคก็ไม่เหมือนกัน แล้วก็หนังสือที่แจกฟรีตามโรงพยาบาล นิติสารของแพทย์ เราก็ศึกษา แม่เราเป็น โรคนี้นะถ้าเจอเราก็อ่าน เราอ่านหมดเจอหนังสือพิมพ์ก็อ่าน อะไรที่เกี่ยวกับโรคแม่เราอ่านหมด” (รหัส F20, สัมภาษณ์, 3 พฤษภาคม 2560)

3.2.2 สังเกตจากอาการแสดงของผู้สูงอายุติดเตียง เรียนรู้จากประสบการณ์ในการดูแล ผู้ดูแลหลักมีการเรียนรู้จากประสบการณ์ตรงของตนเอง และมีการตัดสินใจด้วยสถานการณ์บังคับในบางครั้ง ดังตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“แม่ถึงสายอาหาร เราก็ต้องตัดสินใจป้อนข้าวเลย เลยกบอกว่าถ้าไม่กินจะเอาไปใส่สายใหม่ แต่ส่งสารเขาเพราะตอนอยู่โรงพยาบาลเขาก็ดื่มน้ำ เราเลยตัดสินใจลองป้อนเพราะตอนที่กลับบ้าน หมอเขาก็บอกว่าป้อนเองต้องระวังสำคัญคือการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ แต่ก็เอาวะลองดู ก็บอกเขาว่าแม่ต้องกินนะ ถ้ากินไม่ได้ต้องกลับไปใส่ซะ ตอนแรกกะว่าหาคนมา Feed อาหารให้เขาเพราะหมอให้ใส่ 2 หลอด (อาหารปั่น 100 ml) พอป้อนได้ก็เบาแรงหน่อย ตอนกลับมาใหม่ ๆ ต้องจ้างคนมาใส่คอกดูแลแม่ให้ค่าแรงวันละ 300 ก็มีป้อนข้าวและซักผ้าแม่ แค่ช่วงประมาณ 2 ปี หลังกลับจากโรงพยาบาล ตอนนี้อยู่ให้เป็นอาหารปั่นแต่ปั่นหยาบหน่อย ก็เพิ่มปริมาณขึ้นเรื่อย ๆ” (รหัส F3, สัมภาษณ์, 22 มกราคม 2560)

“เรามีปัญหาอะไรในการดูแล ช่วงแรกที่มีปัญหาที่ทำตามที่หมอแนะนำ ตอนนั้นต้องเปลี่ยนสายดื่มน้ำเป็นตะกรัน และฉีคว่าไม่ลงถุง หมอเขาก็ให้ขยับตัวขยับบ่อย ๆ ตอนนั้นจ้างคนดูแล แต่ก็ป้อนสายตันอยู่เรื่อย มันเริ่มเป็นตั้งแต่แรก ๆ ที่ใส่ จนใส่ได้ประมาณปีครึ่ง มันตันบ่อยมากอาทิตย์หนึ่งไปเปลี่ยนสาย 2 ครั้ง มันตันบ่อย เลยปรึกษาหมอ ขอถอดสายนี้ออก ตอนนั้นใส่ได้ 2 ปี ก็ขอออก ก็โดนเขาบอกว่า เขาไม่รับประกันนะว่ายาจะฉีเองได้ เราก็กลัวเหมือนกัน ตอนนั้นมันไม่ไหวแล้วเราต้องไป 2 ครั้ง/ สัปดาห์เป็นประมาณ 1 เดือน จนเราไม่ไหว

เพราะต้องจ้างเหมารถไปเวลาเราก็มีน้อย หลังถอดออกแกก็ฉี่ได้ ก็ไม่มีปัญหาอะไร ก็ตั้งแต่เอาสายสวนปัสสาวะออกมา 7 ปีแล้ว จนตอนนี้ก็ปัสสาวะปกติออกดี ไม่ต้องกลับไปใส่ใหม่อีกเลย เราพยายามให้เขากินน้ำเยอะ ๆ ” (รหัส F3, สัมภาษณ์, 22 มกราคม 2560)

“ที่โรงพยาบาลเขาก็ให้กินยานอนหลับ 2 เม็ด ก็ไม่เห็นหลับ หน้าของเขาก็ให้กิน 2 เม็ดได้ แต่พอมายู่ที่บ้าน ให้เหมือนตอนที่อยู่ที่โรงพยาบาล หลับทั้งวันเลยเรียกไม่ค่อยตื่น เอาอะไรป้อนก็ไม่ตื่นอย่างนี้ ครั้งหลังหลานเขาเลยให้ลดยาเองเหลือเม็ดเดียวถ้านอนหลับได้ก็ไม่ให้กิน” (รหัส F2, สัมภาษณ์, 8 มกราคม 2560)

3.2.3 ปรีกษาผู้ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงมาก่อน จากปัญหาผู้สูงอายุติดเตียงที่มีอาการผิดปกติซึ่งอาจเกิดจากการใช้ยา หรือจากอุปกรณ์ทางการแพทย์ พบว่าบางครั้งอาจขัดแย้งกับแผนการรักษาของแพทย์ ดังตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“แม่เขามีรอยจ้ำเลือดบ่อย มันทำให้เป็นแผลเรื้อรังแล้วก็ไม่หาย มันเป็นจ้ำเลือดตามหลังตามแขนที่แกนอนทับ คนที่เขาดูแลเขาบอกว่าลองหยุดยาละลายลิ่มเลือดซิ เพราะคนเก่าที่เขาดูแลอยู่ก็เป็นเหมือนกันหยุดยาก็หาย เลยลองหยุดดูก็หาย จริง ๆ เวลาไปหาหมอเขาก็ว่าปกติดี และเราเลยไม่ได้ไปหาหมอรับยาอีกเลยหลังกลับมาจาก โรงพยาบาลก็ 7 ปีกว่าแล้ว แม่ก็ไม่ได้กินยาอะไรเลย” (รหัส F3, สัมภาษณ์, 22 มกราคม 2560)

“ก็เมื่อก่อนเขาเคยเป็นแผลกดทับทั้งพ่อและแม่ เราก็ถามคนที่เขาเคยดูแลคนแก่ติดเตียงเหมือนกัน เขาเลยแนะนำให้ไปซื้อยานี้มาทา มันก็ทำให้ไม่เป็นแผลนะ” (รหัส F8, สัมภาษณ์, 25 มีนาคม 2560)

“ก็ตั้งแต่ป่วยก็ไม่เคยไปนอน โรงพยาบาล เขาไม่ได้เป็นอะไรมาก ตอนที่มิสมหะมากเขาไอออกเองไม่ได้ คนข้างบ้านเขาก็ให้ไปซื้อลูกยางแดงแบบที่ดูคนน้ำมูกเด็กมาใช้ และซื้อยาละลายเสมหะมาให้กิน มันใช้ได้ดีมากเลย” (รหัส F6, สัมภาษณ์, 22 มกราคม 2560)

3.2.4 ปรีกษาแพทย์ประจำตัว/ พยาบาล/ จนท.สาธารณสุข

การมีที่ปรึกษาเมื่อกลับบ้าน เป็นสิ่งที่ผู้ดูแลหลักให้ความสำคัญเป็นอย่างมาก เพราะรู้สึกมีที่พึ่งเมื่อมีปัญหา และทำให้ผู้ดูแลหลักไม่ต้องนำผู้สูงอายุติดเตียงเข้ามาพบแพทย์บ่อย ๆ ซึ่งบางปัญหาผู้ดูแลหลักสามารถจัดการได้เองที่บ้าน และเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติของผู้สูงอายุติดเตียงบางเรื่องเป็นสิ่งที่ต้องการผู้เชี่ยวชาญและชำนาญการ เป็นผู้ที่มีความรู้ทางวิชาการ และมีอำนาจในการสั่งการรักษาได้เป็นผู้ตัดสินใจ ดังนั้น การมีแพทย์เป็นที่ปรึกษาประจำตัวทำให้ผู้ดูแลหลักสามารถให้การดูแลผู้สูงอายุติดเตียงเมื่อมีอาการผิดปกติที่บ้านได้เป็นอย่างดี ดังตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“หมอเขาให้เบอร์โทรศัพท์ไว้ เวลามีอาการผิดปกติเราโทรไปปรึกษาเขาก็ให้เจาะน้ำตาล ถ้าน้ำตาล 200 เขาก็จะบอกว่าต้องฉีดยาเท่าไร เพิ่มจาก 6 unit เป็น 8 unit เราปรับยาฉีดเบาหวานกันทางโทรศัพท์ ถ้าน้ำตาลในเลือดเกิน 500 mg% หมอเขาก็จะบอกให้ไปโรงพยาบาลเหอะ” “หมอเขาจะให้เจาะเบาหวานทุกเช้าแล้วโทรไปบอกหมอก็จะบอกว่าต้องปรับยาเท่าไร คุณกันทุกเช้าจน ความดันคงที่ น้ำตาลคงที่ ต้องจดบันทึกแล้วโทรศัพท์รายงานหมอเหมือนพยาบาลเลย เกณฑ์ที่ปรับให้ได้ความดันต้อง 120/ 80 น้ำตาลต้องต่ำกว่า 120 mg%” (รหัส F1, สัมภาษณ์, 7 มกราคม 2560)

“พี่ได้มาดูแลแม่อยู่พักหนึ่งแล้วก็สมัครเข้าไปเป็น อสม. เพราะอยากได้ความรู้ในการดูแลแม่ และเวลาแม่ป่วยเราก็ขอปรึกษาหมอที่ รพ.สต. ได้ หรือไม่ก็ถามหมอที่โรงพยาบาลเวลาเขามาอบรม อสม. ได้” (รหัส F4, สัมภาษณ์, 22 มกราคม 2560)

3.3 การพัฒนาและการดูแลที่ต่อเนื่อง

จากประสบการณ์การดูแลของผู้ดูแลหลัก สามารถพัฒนาตนเองจนสามารถให้การดูแลผู้สูงอายุติดเตียงได้เป็นอย่างดี มีความมั่นใจในการดูแล และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนกับผู้สูงอายุติดเตียง การพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงของผู้ดูแลหลัก ได้แก่ 1) การบริหารจัดการเวลาในการดูแล 2) การเข้าใจในการดูแลโดยคิดเชิงบวก 3) การปรับสมดุลให้กับชีวิต 4) การรู้จักขอความช่วยเหลือ 5) การเรียนรู้ในการดูแล (ความรู้ใหม่/ นวัตกรรม) ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

3.3.1 การบริหารจัดการเวลาในการดูแล

การบริหารจัดการเวลาในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงนั้น ผู้ดูแลหลักมีการบริหารจัดการเวลา เพื่อให้ตนเองสามารถไปทำงานประจำได้ตามกำหนดเวลา และผู้ดูแลมีเวลาในการทำธุระส่วนตัวเพื่อผ่อนคลายความเครียดและมีเวลาเป็นส่วนตัวได้ตามความต้องการของผู้ดูแลหลัก ซึ่งแม้ว่าการให้ความหมาย ระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง โดยผู้ดูแลหลักบอกว่าใช้เวลาในการดูแล ตลอด 24 ชั่วโมง จำนวน 13 คน และ ใช้เวลาในการดูแลนับตามการปฏิบัติดูแลตามจริง พบว่า ผู้ดูแลให้การดูแล วันละ 18 ชั่วโมง จำนวน 4 คน วันละ 16 ชั่วโมง จำนวน 2 คน วันละ 15 ชั่วโมง จำนวน 1 คน และ วันละ 12 ชั่วโมง จำนวน 2 คน ระยะเวลาในการดูแลตามจริงที่ปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง เวลาที่ผู้ดูแลหลักไปทำธุระส่วนตัวหักออก การนับระยะเวลาการดูแลตามจริงในการทำกิจกรรมดูแลผู้สูงอายุติดเตียง พบว่า ผู้ดูแลหลักจะมีผู้ช่วยประจำ หรือผู้ดูแลหลักต้องออกไปทำงาน หรือต้องออกไปทำกิจกรรมนอกบ้านที่ทำเป็นประจำสม่ำเสมอ ดังตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“ทุกเช้าพี่จะออกไปซื้อจักรยานตอนเช้าก่อนแม่ตื่น ไปประมาณ 1 ชั่วโมง กลับมาก็มาดูแลแม่ต่อ ตอนกลางวันเราก็ทำงานรับจ้าง... ตอนกลางคืนก็ต้องนอนกับแม่ เพื่อถ้าแ

เป็นอะไรตอนกลางคืนเราก็ดูแลได้ พี่จะมีพี่สาวอีกคนช่วยดูแล ในเวลาที่พี่ออกไปข้างนอก ก็เฉลี่ยต่อวันพี่ได้ดูแลแม่ วันละ 15 ชั่วโมง แต่เราอยู่ด้วยกันเกือบตลอดเวลา เพราะพี่ทำงานอยู่ในบ้าน ใกล้กับที่นอนแม่” (รหัส F17, สัมภาษณ์, 3 พฤษภาคม 2560)

“พี่ต้องทำงานเป็นกะ พี่จะจ้างคนมาป้อนข้าวมือเที่ยง หรือมือเย็น ให้ค่าจ้างครั้งละ 50 บาท เพราะบางทีพี่ต้องทำงานล่วงเวลา พี่ก็ต้องจ้างเขามาป้อนอาหารให้ 2 มือ แต่ไม่บ่อย พี่จะเตรียมอาหารปั่นไว้ให้พร้อม เขามาอุ่นแล้วป้อนได้เลย” (รหัส F3, สัมภาษณ์, 22 มกราคม 2560)

“พี่รับราชการกลางวันต้องจ้างคนมาเฝ้าแม่ มีหน้าที่ป้อนข้าว พี่เตรียมอาหารไว้ให้หมดแล้ว เขามาเข้าไปเฝ้ากลับ ให้ค่าจ้างวันละ 300 บาท วันหยุดพี่ก็ดูแลเอง” (รหัส F18, สัมภาษณ์, 6 เมษายน 2560)

การดูแลตลอด 24 ชั่วโมง เป็นความรู้สึกรู้สึกของผู้ดูแลหลักที่มีต่อผู้สูงอายุติดเตียง เพราะต้องอยู่ด้วยกันตลอดเวลากับผู้สูงอายุติดเตียง การดูแลที่อยู่ในความรับผิดชอบ แม้ว่าจะต้องออกไปทำธุระนอกบ้าน (เมื่อผู้ดูแลหลักต้องออกไปทำธุระข้างนอกบ้าน ผู้ช่วยดูแล ก็จะโทรตามผู้ดูแลหลักมาได้ตลอดเวลาหรือออกไปทำธุระมักจะออกไปในเวลาที่คุณสูงอายุติดเตียงนอนหลับ หรือเป็นเวลาที่ไม่มียกกิจกรรมอะไรที่ต้องดูแลเมื่อต้องการความช่วยเหลือหรือเมื่อมีปัญหา) แม้ว่าบางครั้งผู้ดูแลหลักมีความจำเป็นในการที่ต้องออกไปทำกิจวัตรประจำวัน ดังตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“ถ้าพี่ไม่อยู่ต้องพาพ่อไปหาหมอ ลูกสาวจะเป็นคนดูแลแทน แต่ถ้าลูกสาวไปโรงเรียนก็จะไป พี่สะใภ้มาช่วยอยู่เป็นเพื่อน แต่ปกติพี่ก็ดูแลตลอด 24 ชั่วโมง” (รหัส F15, สัมภาษณ์, 22 เมษายน 2560)

“เราอยู่กันตลอด 24 ชั่วโมง แทบจะไม่ค่อยได้ห่างกันเลย ตัวไม่ได้อยู่ใกล้แต่เขาก็คอยสังเกตตลอด ก็มีเป็นบางวันที่เราต้องออกไปซื้อของเข้าบ้าน แต่ก็ไม่นาน นอกนั้นเราอยู่ด้วยกันตลอด” (รหัส F1, สัมภาษณ์, 7 มกราคม 2560)

“การดูแลตลอด 24 ชั่วโมง พี่ต้องคอยดูแลตลอด แม้แต่ไปคุยกับพี่สาวที่ข้างบ้าน พี่ก็จะคอยฟังเสียงแม่ไปตลอด” (รหัส F4, สัมภาษณ์, 22 มกราคม 2560)

“พี่ว่าพี่ก็ดูแลเขาทั้ง สองคนทั้งวันตลอด 24 ชั่วโมง ก็ดูแลตั้งแต่ตื่นนอน ตั้งแต่ตี 5 จนอาบน้ำเช็ดตัว ให้อาหารเช้า จัดการทำความสะอาดบ้านเสร็จจนดูแลอาหารเที่ยงอีกรอบ พี่ก็มีเวลาที่พี่มีความสุขกับการออกไปรดน้ำต้นไม้ในตอนเย็นก่อนให้อาหารเย็น พี่จะออกไปรดน้ำต้นไม้ ให้อาหารไก่ ให้อาหารสุนัข แต่ถ้าวันไหนแม่ถ่ายมาก หรือการดูแลผู้สูงอายุทั้ง 2 คนไม่เสร็จ วันนั้นก็ไม่ได้ไปรดน้ำต้นไม้” (รหัส F7, สัมภาษณ์, 22 เมษายน 2560)

“เราก็ดูแลเขาตลอดนะ แม่แต่ตอนนอนเราก็นอนเฝ้าแม่ ไม่ได้นอนกับสามี ดีที่เขาเข้าใจเรา แม้ขณะเราออกไปตลาด ไปซื้อของ หรือไปทำธุระนอกบ้าน ถ้าแม่ปวดถ่ายพิسهไปที่เรา ให้มาอยู่เป็นเพื่อนยังต้องโทรตาม เพราะเขากังวลกลัวทำไม่ถูก ถ้าแม่เบ่งจนเส้นเลือดที่ท้องแตก เขากลับกันมากอยู่ที่ไหนเราก็ต้องรีบกลับบ้าน เราว่าเราก็ดูแลกันตลอด 24 ชั่วโมงนะ” (รหัส F20, สัมภาษณ์, 3 พฤษภาคม 2560)

สรุปการบริหารจัดการเวลาในการดูแล ผู้ดูแลหลักที่มีการบริหารจัดการเวลาได้จะไม่รู้ถึงถึงความอึดอัดในการไม่มีอิสระ ไม่มีเวลาเป็นของตนเอง เพราะเมื่อผู้ดูแลหลักทำกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในตอนเช้าเสร็จแล้ว ก็สามารถมีเวลาทำธุระของตนเอง หรือทำกิจกรรมคลายเครียดได้ เช่น การออกไปรดน้ำต้นไม้ การออกไปทำธุระนอกบ้าน (ถ้ามีผู้ช่วยดูแลมาเฝ้าแทน) เป็นต้น ทำให้ผู้ดูแลหลักรู้สึกมีเวลาเป็นส่วนตัวมากขึ้น แต่ก็ไม่ได้ทิ้งผู้สูงอายุติดเตียง

3.3.2 การเข้าใจในการดูแลโดยคิดเชิงบวก

พบว่า การเรียนรู้ในการเผชิญปัญหาด้านจิตใจของผู้ดูแลหลัก และการปรับความรู้สึกของผู้ดูแลหลัก เพื่อยอมรับตนเองในการทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลัก ทั้งในกลุ่มที่เข้ามาด้วยความสมัครใจและเข้ามาทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักด้วยความจำเป็นเพราะหน้าที่ แต่เมื่อประสบกับภาระหน้าที่ในการดูแลที่หนัก และปัญหาการดูแลในระยะแรก ทำให้ผู้ดูแลหลักมีความรู้สึกทางลบในการดูแล ผู้ดูแลหลักมีความเครียดสูงจากการที่ไม่มีผู้ช่วย ไม่มีที่ปรึกษา และทำใจไม่ได้กับอาการความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุติดเตียง ทำให้ผู้ดูแลหลักมีความรู้สึกทางลบในการที่ต้องมาทำหน้าที่จากความเหนื่อยหน่าย ท้อแท้ใจ ซึ่งส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลเป็นอย่างมาก โดย พบว่า ผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่ มีการใช้ธรรมะเป็นเครื่องมือทำให้เกิดทัศนคติทางบวกได้ และสามารถให้การดูแลผู้สูงอายุติดเตียงได้อย่างมีความสุข โดยมีช่องทางในการได้รับข้อมูลในหลายช่องทาง เช่น การฟังวิทยุธรรมะ การฟังเทปธรรมะ การอ่านหนังสือธรรมะ สื่อทาง Internet เป็นต้น ดังตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“เราก็อ่านหนังสือธรรมะ ใครทำใครได้ ธรรมะช่วยเราได้เยอะเลย ให้เปลี่ยนความรู้สึกจากลบเป็นบวกเลย ใหม่ ๆ ก็เครียด คิดว่า “ทำไมต้องเป็นเรา” พอได้อ่านหนังสือธรรมะ ทำใจได้ หวังว่าทำบุญเราจะสบายได้ เมื่อคิดบวกใครทำใครได้ ใครทำเพื่อใครไม่ได้ ถามว่าเหนื่อยไหมก็เหนื่อยแต่พอมาคิดว่าใครทำใครได้ เขาไม่ทำก็ไม่ได้เราก็สบายใจ” “เมื่อตอนจัดทำบ้านหนังสือธรรมะหายไป เครียดเลย ดีที่บุตรสาวชื่อ iPad มาให้ดินะบางครั้งก็เปิดธรรมะให้เขา (ผู้สูงอายุติดเตียง) ฟังด้วย” (รหัส F7, สัมภาษณ์, 22 เมษายน 2560)

“ตอนนั้นแม่บ่นให้พี่บวชชีที่หายป่วยโดยไม่ต้องผ่าตัด... ถ้าไม่ได้ธรรมะครั้งนั้น แม่ป่วยครั้งนี้พี่คงแย่ ธรรมะช่วยได้เยอะมาก” “ตั้งแต่แม่ป่วยพี่ได้ฟังธรรมะทางวิทยุ พระท่านเทศน์

สนุกมากได้ข้อคิดที่ประทับใจ คือ เรื่องพระคุณพ่อแม่ ฟังแล้วมันคิดได้เลย ถ้าไม่มีพระคุณคงเครียดตายเลย” (รหัส F4, สัมภาษณ์, 22 มกราคม 2560)

“แรก ๆ ก็เครียดเหมือนกัน พี่สาวคนที่ 4 เขาเอาหนังสือธรรมะมาให้อ่านให้พ่อแม่ ฟังที่ชอบเขามีบทรวดน้ำ อโหสิกรรมให้เจ้ากรรมนายเวร มันอ่านสนุก ก็ชอบอ่านให้เขา (ผู้สูงอายุติดเตียง)” (รหัส F8, สัมภาษณ์, 25 มีนาคม 2560)

“มันก็เครียดนะ แต่ไม่รู้ว่าจะทำอะไร ทำอะไรไม่ได้ เวลาเครียดมาก ๆ ก็หนีไปอยู่คนเดียวหนึ่ง ๆ หรือไม่ก็ฟังเพลง ไม่ให้จิตฟุ้งซ่าน ว่าทำไมเดี๋ยวก็คนนั้น เดียวก็คนนี้ เรารับภาระเยอะ (ดูแลแม่นอนติดเตียง พ่อเป็นโรคเบาหวานต้องฉีดยาเบาหวาน ลูกยังเรียนอยู่ชั้นประถมศึกษา) ทำไมต้องเป็นอย่างนี้ ก็หากิจกรรมทำ เวลามันช่วยได้ บางครั้งก็อยู่กับลูก บ้างก็แอบไปร้องไห้คนเดียวแต่ต้องมีเวลา ฟังธรรมะก็มีบ้างแต่ไม่ฟังอะไรที่เครียด ๆ ชอบฟังพระอาจารย์ที่พูดตลก สนุก มีทั้งการสอน หลักการคิด ไม่ใช่ว่าอัด ๆ เน้นต้องฟังแล้วไม่เครียด” (รหัส F15, สัมภาษณ์, 22 เมษายน 2560)

แต่ในบางรายปฏิเสธการใช้ธรรมะทางศาสนาพุทธเป็นหลักในการปรับทัศนคติที่ดี แต่ใช้ความรัก ความผูกพันต่อผู้สูงอายุติดเตียง และความเชื่อในการกระทำต่อผู้อื่นอย่างไรเพื่อหวังที่จะได้รับผลตอบแทนอย่างนั้นเช่นกัน ดังตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“ในตอนแรกเหนื่อยมาก ต้องดูแลแม่คนเดียว และทำงานด้วย ไม่มีใครมาเยี่ยมแม่เลย ตอนแรกก็น้อยใจ เครียดมาก มันลำบากมากที่ต้องดูแลอยู่คนเดียว พี่ไม่เคยฟังธรรมะ แต่พี่ใช้ความรักที่มีต่อแม่ เป็นสิ่งปลอบใจ พี่เคยระบายเรื่องที่ทำงานให้แม่ฟัง เมื่อน้ำตาไหล หลังจากนั้นพี่ก็ไม่พูดถึงเรื่องของพี่อีกเลย พี่นึกเลยว่าทุกวันพี่ต้องทำให้แม่มีความสุข” “เรารู้สึกว่าเรามีโอกาสได้ทดแทนพระคุณแก่เราอยากทดแทนที่แก่ดูแลเลี้ยงดูเรา” (รหัส F3, สัมภาษณ์, 22 มกราคม 2560)

ช่วงที่ 3 เมื่อสามารถให้การดูแลได้อย่างเป็นปกติ เป็นระยะที่ผู้ดูแลหลักรู้สึกว่าการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงเป็นกิจกรรมที่ทำในชีวิตประจำวันเป็นเรื่องปกติ ผู้ดูแลหลักสามารถปรับตัวได้สามารถทำกิจกรรมด้วยความเคยชินจนไม่รู้สึกว่าเป็นสิ่งที่ต้องทำเพิ่ม เป็นเรื่องปกติที่ทำเป็นประจำ และมีความรู้สึกด้านบวกเพิ่มขึ้น จากความรักความผูกพันที่ได้ให้การดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่ตนรัก ซึ่ง พบว่า ผู้ดูแลหลัก มีความภาคภูมิใจในการดูแล และมีความมั่นใจมากขึ้น เมื่อมีผู้เห็นคุณค่าของการดูแลที่ดีนี้ ดังตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“ตื่นตี 4 ทำกับข้าวเตรียมอาหารเช้าตัว 6.00 น ป้อนข้าวเวลา 7.00 น. ป้อนข้าวเสร็จก็ไปทำงานให้ทัน 8.00 น. เพื่อไปทำงานให้ทันเวลา เป็นอย่างนี้ทุกวันจนที่ทำงานเขาก็ชินแล้ว” “จิตใจที่มีคนบอกว่าเราดูแลแม่ได้ดี” (รหัส F3, สัมภาษณ์, 22 มกราคม 2560)

“ต้องเตรียมตัว เตรียมใจ ทำใจ ว่าต้องดูแลกันยาวนาน พอทำเป็นประจำก็ชิน ไม่รู้สึกเป็นภาระ” (รหัส F6, สัมภาษณ์, 22 มกราคม 2560)

พบว่า ด้านจิตใจและความรู้สึกในการทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลัก เมื่อผู้ดูแลหลัก มีความมั่นใจในการดูแลที่ดี เกิดความภาคภูมิใจ สามารถทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักในการดูแล ผู้สูงอายุติดเตียงได้ ทำให้ผู้ดูแลหลักรู้สึกว่าดูแลเป็นกิจกรรมที่ทำในชีวิตประจำวันเป็นเรื่อง ปกติ ทำกิจกรรมด้วยความเคยชินจนไม่รู้สึกว่า是一件ที่ต้องทำเพิ่ม เป็นเรื่องปกติที่ให้เป็นประจำ และมีความรู้สึกด้านบวกเพิ่มขึ้น จากความรักความผูกพันที่ได้ให้การดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่ตนรัก ซึ่งผู้ดูแลหลักมีความเชื่อทางศาสนาในการทำดี และการแสดงความกตัญญูต่อผู้มีพระคุณ และยังมี ความภาคภูมิใจมากขึ้นเมื่อผู้อื่นชมเชยในการดูแลที่ดี โดยผู้ดูแลหลักได้ให้ความหมายของการดูแล ที่ดี ดังนี้ คือ 1.การดูแลที่ดีจะต้องให้การดูแลด้วยความสบายใจ 2.การทำกิจวัตรประจำวันให้ ผู้สูงอายุติดเตียงได้อย่างเป็นปกติ สะดวกต่อผู้ดูแลหลักจนเป็นความเคยชิน ไม่รู้สึกว่า เป็นภาระ ในการทำหน้าที่

3.3.3 การปรับสมดุลให้กับชีวิต

การดูแลสุขภาพของผู้ดูแลหลัก

พบว่า ผู้ดูแลหลักผู้สูงอายุติดเตียงนั้น มีทั้งที่มีสุขภาพดี ไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 12 คน และมีโรคประจำตัว จำนวน 8 คน ซึ่งผู้ที่มีโรคประจำตัวส่วนใหญ่เป็น โรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขข้อในเส้นเลือดสูง เป็นต้น ซึ่งเป็นโรคที่มีความเสี่ยงต่อ การเกิดโรคหลอดเลือดสมอง แดก ตีบ ตัน ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งของผู้สูงอายุติดเตียง ผู้ดูแลหลัก จึงให้ความสนใจในการดูแลสุขภาพของตนเองเป็นอย่างดีเพราะไม่อยากจะนอนติดเตียงเหมือน ผู้สูงอายุที่ตนดูแลอยู่ โดยผู้ที่มีโรคประจำตัว สามารถดูแลควบคุมโรคได้ มีการปรับพฤติกรรม การรักษาต่อเนื่องตามแผนการรักษาของแพทย์ และ ผู้ดูแลหลักที่ไม่มีโรคประจำตัว ให้ความสำคัญ ในเรื่องอาหาร การออกกำลังกาย และการตรวจสุขภาพเป็นประจำทุกปี ดังตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์ ของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“พี่กินยาไขมันมานานแล้ว ก็มันเป็นตามอายุมั้ง เราก็ต้องคุมอาหารให้ดี ๆ”

(รหัส F7, สัมภาษณ์, 22 เมษายน 2560)

“โรคความดันก็เป็นพร้อม ๆ กันกับตา... ดูแลเขาก็ยังกินยาเท่าเดิม ไม่เป็นอะไร”

(รหัส F2, สัมภาษณ์, 8 มกราคม 2560)

“โรคเบาหวาน ไขมัน ความดันนี่ก็เป็นมานานแล้ว... หมอว่าดูแลดีไปปรับยา 2-3 เดือนครึ่ง” (รหัส F5, สัมภาษณ์, 19 กุมภาพันธ์ 2560)

“ตอนเช้าพี่จะไปจ้จกรยานทุกวัน กลับมาถึงแม่ก็ตื่นพอดี ตอนเย็นก็ไปเดินกับที่
อบต. ต้องไปออกกำลังกายทุกวัน กลัวเป็นเบาหวานเพราะแม่เป็น แล้วก็เวลาหมออออกมาตรวจ
คัดกรองเบาหวานก็ได้ตรวจทุกปี” (รหัส F17, สัมภาษณ์, 3 พฤษภาคม 2560)

การดูแลครอบครัวให้มั่นคง

พบว่า ผู้ดูแลหลักให้ความสำคัญกับความรู้สึกและความเข้าใจของกลุ่มสมรสใน
การทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักผู้สูงอายุติดเตียง โดยผู้ดูแลหลักมีการปรึกษาและวางแผนร่วมกัน
ในครอบครัว ตั้งแต่เมื่อทราบว่าต้องทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้าน หรือมีการให้
การดูแลทั้งพ่อแม่ของผู้ดูแลหลักและพ่อแม่ของสามีด้วย อีกทั้งเมื่อผู้ดูแลให้การดูแลผู้สูงอายุ
ติดเตียงได้เป็นอย่างดี ทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่แข็งแรงตามสภาพ โดยไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่ต้อง
ให้การดูแลอย่างใกล้ชิด พบว่า มีผู้ดูแลหลัก จำนวน 6 คน ที่สามารถนอนหลับพักผ่อนได้เป็น
ส่วนตัว เนื่องจาก ผู้สูงอายุติดเตียงมีอาการคงที่ ไม่ต้องให้การดูแลมากในเวลากลางคืน ดังตัวอย่าง
คำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“เพราะแม่กลัว พี่ต้องนอนเป็นเพื่อนแม่ทุกคืน” “จิตใจเราต้องเข้มแข็ง เพราะต้องมี
ปัญหาครอบครัวมาแน่นอน ที่แฟนไม่เข้าใจ ต้องอดทนให้ได้ ให้เราคิดว่าเราจะทำอะไรให้เขา
โชคดีที่แฟนเข้าใจ เขายกวางานนอกบ้านเป็นของเขา ขอให้เราดูแลในบ้านให้ดีเป็นพอ”
(รหัส F20, สัมภาษณ์, 3 พฤษภาคม 2560)

“กลางคืนสองสาว(ผู้สูงอายุติดเตียง) เขาก็นอนในห้องนี้ พี่ก็นอนอยู่ห้องติดกัน”
(รหัส F7, สัมภาษณ์, 22 เมษายน 2560)

3.3.4 การรู้จักขอความช่วยเหลือ

พบว่า ส่วนใหญ่ครอบครัวเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือ เช่น การช่วยเหลือทางการเงิน
และการพาไปพบแพทย์ จากพี่น้องที่ไม่ได้เป็นผู้ดูแลหลัก และการเป็นผู้ดูแลแทนในเวลาที่ผู้ดูแล
หลักต้องออกไปทำธุระนอกบ้านเมื่อจำเป็น ซึ่ง พบว่า ในระยะแรกของการดูแล ผู้ดูแลหลักบางคน
ไม่ได้รับการช่วยเหลือ เพราะปัญหาทางเศรษฐกิจและการที่ญาติพี่น้องบางคนรู้สึกว่าการ
การประกอบอาชีพและการดูแลครอบครัวของตนเองสำคัญมากกว่า จนไม่มีเวลาในการเข้ามาให้
การช่วยเหลือผู้ดูแลหลัก จากการศึกษา พบว่า ผู้ดูแลหลักมีวิธีในการขอความช่วยเหลือ
โดยการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับญาติพี่น้องและเพื่อนบ้านเพื่อเป็นผู้ช่วยเหลือดูแลในเวลา
ที่ผู้ดูแลหลักไม่อยู่บ้าน การได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากญาติ ดังตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์ของ
ผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“เมื่อก่อนไม่มีผู้ช่วยดูแลแม่เลย พอพี่สาวเป็นมะเร็งเต้านม เราคอยให้กำลังใจเขา
ตอนเขาป่วย เขาก็มาช่วยดูแลแม่ เราเลยมีเวลาสามารถไปสมัครเป็น อสม. ได้” “ส่วนพี่น้อง

คนอื่น ๆ ในครอบครัว เขาก็ช่วยอย่างอื่น เช่น ขอความช่วยเหลือในการไปตามพยาบาลประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ช่วยขับรถไปส่งที่โรงพยาบาลเวลาแม่มีอาการผิดปกติ และมีการช่วยเหลือทางการเงินบ้าง ในบางครั้ง” (รหัส F4, สัมภาษณ์, 22 มกราคม 2560)

“ผู้ดูแลหลักเมื่อต้องออกไปทำหน้าที่ อสม. และในเวลาที่ต้องออกไปทำนา จะมีพี่สาวของผู้สูงอายุติดเตียง 2 คน ผลัดกันมาอยู่เป็นเพื่อนผู้สูงอายุติดเตียง เวลาที่มีปัญหาที่ต้องตัดสินใจ หรือต้องการความช่วยเหลือผู้ดูแลหลัก จะปรึกษากับญาติพี่น้องของสามี (ผู้สูงอายุติดเตียง)” (รหัส F6, สัมภาษณ์, 22 มกราคม 2560)

“ก็เวลาออกไปปรับ-ส่ง บุตรสาวไปโรงเรียน ก็ฝากแม่ไว้กับพี่สะใภ้ให้ช่วยดูแลแทน เพราะอยู่บ้านติดกัน” (รหัส F15, สัมภาษณ์, 22 เมษายน 2560)

การได้รับความช่วยเหลือจากองค์กรภายนอก เช่น การให้บริการรถรับส่งในการนำผู้ป่วยไปโรงพยาบาลโดยรถการแพทย์ฉุกเฉินขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อ.บ.ต./อ.ป.ท.) การให้ยืมอุปกรณ์จากโรงพยาบาลใกล้บ้าน เช่น เตียงนอนผู้ป่วย ที่นอนลม เป็นต้น การช่วยเหลือดูแลกันในชุมชนของเพื่อนบ้าน อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ อสม. ในพื้นที่ และการดูแลทางสาธารณสุข เช่น ที่ปรึกษาประจำครอบครัว พยาบาลเยี่ยมบ้าน เป็นต้น ดังตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“ก็เวลาเราไปตลาด ก็บอกฝากข้างบ้านเขาประเดี๋ยว ให้เขามองดูให้หน่อย แต่เขา (ผู้สูงอายุติดเตียง) ก็นอนนิ่ง ๆ ทำอะไรไม่ได้” (รหัส F11, สัมภาษณ์, 25 มีนาคม 2560)

“ก็ได้รับเตียงและที่นอนลมจากที่อนามัยเขาให้ยืม เพราะมีคนมาบริจาคไว้” (รหัส F2, สัมภาษณ์, 8 มกราคม 2560)

“มีรถของ อบต. ช่วยรับส่งไปหาหมอที่โรงพยาบาล โทรเรียกเขาก็มาให้เลย มีคนช่วยยกให้เสร็จไม่ลำบากเหมือนเมื่อก่อน..” (รหัส F2, สัมภาษณ์, 8 มกราคม 2560; รหัส F3, สัมภาษณ์, 22 มกราคม 2560)

3.3.5 การเรียนรู้ในการดูแล (ความรู้ใหม่/ นวัตกรรม)

พบว่า ผู้ดูแลหลักมีการเรียนรู้จากการสังเกต จากอาการแสดงของผู้สูงอายุติดเตียง เรียนรู้จากประสบการณ์ในการดูแลเมื่อมีความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อน โดยผู้ดูแลหลักมีความต้องการ การเข้าถึงแหล่งข้อมูลโดยปรึกษาแพทย์ / พยาบาล/ จนท.สาธารณสุข ซึ่งมีทั้งผู้ที่สามารถเข้าถึงได้ตั้งแต่แรก โดยมีแพทย์ประจำตัวให้เบอร์โทรศัพท์ หรือการสมัครเข้ามาเป็น อสม. เพื่อให้สามารถเข้าถึงเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพได้ง่าย และในผู้ที่ไม่สามารถเข้าถึงแหล่งข้อมูลทางสุขภาพได้โดยตรงจะมีการหาข้อมูล หรือปรึกษาจากผู้ที่มิประสบความสำเร็จตรง เป็นผู้ที่เคยให้การดูแลผู้สูงอายุติดเตียงมาก่อน เพื่อให้สามารถดูแลผู้สูงอายุติดเตียงได้อย่างเหมาะสม โดยไม่เกิด

ภาวะแทรกซ้อนเมื่ออยู่ที่บ้าน ซึ่งบางครั้งการตัดสินใจของผู้ดูแลหลักอาจขัดต่อแผนการรักษาของแพทย์ แต่ด้วยสภาพของผู้สูงอายุติดเตียง และการเลือกการดูแลของผู้ดูแลหลักที่เหมาะสมกับสภาพของผู้สูงอายุติดเตียงเมื่ออยู่ที่บ้าน ดังตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“เราไปสมัครเป็น อสม. เพื่อจะได้ขอคำปรึกษาปัญหาต่าง ๆ กับหมออนามัยได้มากขึ้น” (รหัส F4, สัมภาษณ์, 22 มกราคม 2560)

“ที่โรงพยาบาลเขาก็ให้กินยานอนหลับ 2 เม็ด ก็ไม่เห็นหลับ หน้าของเขาก็ให้กิน 2 เม็ดได้ แต่พอมาอยู่ที่บ้าน ให้เหมือนตอนที่อยู่ที่โรงพยาบาล หลับทั้งวันเลยเรียกไม่ค่อยตื่น เอาอะไรป้อนก็ไม่ตื่นอย่างนี้ ครั้งหลังหลานเขาเลยให้ลดยาเองเหลือเม็ดเดียวถ้านอนหลับได้ก็ไม่ให้กิน” (รหัส F2, สัมภาษณ์, 8 มกราคม 2560)

“แม่เขามียอยจำแลงคบอย มันทำให้เป็นแผลเรื้อรังแล้วก็ไม่หาย มันเป็นจำแลงคบตามหลังตามแขนที่แกนอนทับ คนที่เขาดูแลเขาบอกว่าลองหยุดยาละลายลิ่มเลือดซิ เพราะคนเก่าที่เขาดูแลอยู่ก็เป็นเหมือนกันหยุดยาก็หาย เลยลองหยุดดูก็หาย จริง ๆ เวลาไปหาหมอเขาก็ว่าปกติดี และเราเลยไม่ได้ไปหาหมอรับยาอีกเลยหลังกลับมาจากโรงพยาบาลก็ 7 ปีกว่าแล้วแม่ก็ไม่ได้อะไรเลย” (รหัส F3, สัมภาษณ์, 22 มกราคม 2560)

“หมอเขาให้เบอร์โทรศัพท์ไว้ เวลามีอาการผิดปกติเราโทรไปปรึกษาเขาก็ให้เจาะน้ำตาล ถ้าน้ำตาล 200 เขาก็จะบอกว่าต้องฉีดยาเท่าไร ให้เพิ่มจาก 6 unit เป็น 8 unit เราปรึกษาฉีดเบาหวานกันทางโทรศัพท์ ถ้าน้ำตาลในเลือดเกิน 500 mg% หมอเขาก็จะบอกให้ไปโรงพยาบาลเหอะ” “หมอเขาจะให้เจาะเบาหวานทุกเช้าแล้วโทรไปบอกหมอก็จะบอกว่าต้องปรับยาเท่าไร คุยกันทุกเช้าจน ความดันคงที่ น้ำตาลคงที่ ต้องจดบันทึกแล้วโทรศัพท์รายงานหมอเหมือนพยาบาลเลย เกณฑ์ที่ปรับให้ได้ความดันต้อง 120/80 น้ำตาลต้องต่ำกว่า 120 mg%” (รหัส F1, สัมภาษณ์, 7 มกราคม 2560)

การเรียนรู้ในการจัดการกับอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ติดตัวกลับบ้าน

หลังจากที่แพทย์ให้กลับไปดูแลผู้สูงอายุติดเตียงต่อเนื่องที่บ้าน พบว่า ผู้สูงอายุติดเตียงส่วนใหญ่ จะมีอุปกรณ์ทางการแพทย์กลับบ้านไปด้วย อย่างน้อย 1 อย่าง อย่างมาก 3 อย่าง ต่อผู้สูงอายุติดเตียงหนึ่งคน อุปกรณ์ที่จะติดตัวผู้สูงอายุเพื่อดูแลต่อเนื่องที่บ้าน เช่น สายให้อาหารทางจมูก ท่อการเจาะคอ สายสวนปัสสาวะ เป็นต้น ซึ่งแม้ว่าการใส่อุปกรณ์ทางการแพทย์ให้กับผู้สูงอายุติดเตียงเป็นการรักษาของแพทย์ เช่น ในผู้สูงอายุที่รับประทานอาหารทางปากได้น้อย ไม่เพียงพอจำเป็นต้องใส่สายให้อาหารทางจมูก ผู้สูงอายุติดเตียงที่มีแผลกดทับที่จำเป็นต้องใส่สายสวนปัสสาวะ เพื่อป้องกันแผลเปื่อยช้ำปัสสาวะ เป็นต้น

แต่การใส่อุปกรณ์ทางการแพทย์ ย่อมก่อให้เกิดความรำคาญกับผู้สูงอายุติดเตียง ด้วยเป็นสิ่งแปลกปลอมที่อยู่ในร่างกาย และผู้สูงอายุติดเตียงไม่เคยชินกับการมีอุปกรณ์ทางการแพทย์ติดตัวตลอดเวลา อีกทั้งยังทำให้เกิดความไม่สะดวกในการดูแลและเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ง่าย จึงมีผู้สูงอายุบางรายที่ดิ่งสายต่าง ๆ ออกเอง ซึ่ง พบว่า ส่วนใหญ่เมื่อผู้สูงอายุติดเตียง ดิ่งอุปกรณ์ทางการแพทย์ เพราะเริ่มมีอาการดีขึ้น สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้เอง เช่น เริ่มมีความอยากรับประทานอาหารเองทางปากจึงดิ่งสายให้อาหารทางจมูก อยากปัสสาวะเอง จึงดิ่งสายสวนปัสสาวะ เป็นต้น แต่ก็มีผู้สูงอายุติดเตียงบางรายที่ไม่สามารถเอาอุปกรณ์ทางการแพทย์ออกได้เมื่ออุปกรณ์หลุดเลื่อน ก็ต้องไปใส่ใหม่ เช่น การใส่สายสวนปัสสาวะในผู้สูงอายุ ที่มีโรคต่อมลูกหมากโต หรือมีความพิการปัสสาวะออกเองไม่ได้ เป็นต้น ดังตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“พ่อเขามีสายให้อาหารทางจมูก แต่เวลาเขามีแรงเขาก็จะดึงออก จะกินเองทางปาก ตอนแรกก็เครียดกลัวหมอมว่า ใส่ ๆ ถอด ๆ บ่อย เมื่อก่อนพ่อดึงก็รีบพาไปใส่เลย แต่หมอประจำตัวเขาบอกไม่เป็นไร แล้วแต่คนไข้ เราก็สบายใจหน่อย เพราะกินเองเขาก็กินได้ไม่มาก เดียวก็ต้องกลับไปใส่ใหม่” (รหัส F1, สัมภาษณ์, 7 มกราคม 2560)

“ตอนที่พ่อกับแม่ (ผู้สูงอายุติดเตียง) เขาดิ่งสายเราก็โกรธ จะพาไปให้หมอใส่ใหม่ ก็สงสัยว่าเขาเจ็บ เลยลองป้อนทางปาก เขากินได้เลยไม่พาไปใส่อีก” (รหัส F2, สัมภาษณ์, 8 มกราคม 2560)

“กลับมาถึงบ้านวันแรก แม่ก็ดิ่งสายเลย พี่โกรธขึ้นปรี๊ดเลย เลยบอกแม่ว่า ถ้ากินเองทางปาก ไม่ได้จะพากลับไปให้หมอใส่ใหม่ แต่พี่กลางานบ่อยไม่ได้ เลยต้องลองป้อนก่อน พอเขากินเองได้ ตอนแรกก็ไม่มาก แต่ก็กินได้ไม่ลำบาก พี่เลย ไม่ได้ให้หมอใส่อีกเลย ก็กินเองมา 10 ปี แล้วไม่ต้องกลับไปใส่สายใหม่” (รหัส F3, สัมภาษณ์, 22 มกราคม 2560)

“ก็ใส่สายสวนปัสสาวะมาเกือบ 3 ปี ก่อนหน้าก็ไม่มีปัญหาอะไร แต่เมื่อใส่ได้มา ประมาณ 2 ปีกว่าก็มีตะกอนมาก จนสุดท้ายมันตันบ่อยมาก ต้องไปเปลี่ยนสายเกือบทุกอาทิตย์เลย จนพยาบาลเขาบอกว่าตันบ่อยจัง ก็เลยตัดสินใจขอหมอเอาออก เขาก็อ่าเดี๋ยวปัสสาวะไม่ออก เป็นไรไปมาโทษกันไม่ได้นะ ตอนนั้นเราเครียดเรื่องที่ต้องกลางานบ่อย เพื่อพาแม่มาใส่สายสวนปัสสาวะ แล้วหงุดหงิดที่มันตันบ่อยด้วย เลยคิดเป็นไงเป็นกัน อย่างมากเป็นไรก็โดนบ่นก็ต้องยอม แต่พอเอาสายออกเขาก็ปัสสาวะออกได้เองปกติ เราเลยไม่ต้องมีภาระในการที่ต้องพาแม่มาเปลี่ยนสายสวนปัสสาวะอีก” (ผู้ให้ข้อมูลพูดด้วยน้ำเสียงมีความสุข รู้สึกว่าตัดสินใจได้ถูก) (รหัส F3, สัมภาษณ์, 22 มกราคม 2560)

นวัตกรรมจากการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้าน

การดูแลอย่างต่อเนื่องของผู้ดูแลหลักผู้สูงอายุติดเตียง ผู้ดูแลหลักมีการปรับตัวในการดูแลเพื่อสามารถให้การดูแลที่เหมาะสม คือ ผู้ดูแลไม่ลำบาก สะดวกในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ให้มีความสุขสบาย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนติดเตียง ซึ่งทำให้เกิดแนวทางการปฏิบัติใหม่ ๆ ที่เป็นนวัตกรรมและเป็นข้อสังเกตใหม่ ๆ เพื่อการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในระยะยาว ในการเรียนรู้การดูแล ประกอบด้วย การเรียนรู้ในเรื่องโรคของผู้สูงอายุติดเตียง การเรียนรู้ในการดูแลอุปกรณ์ทางการแพทย์ การจัดการแก้ปัญหาจากการดูแล และ การเรียนรู้ลดภาระค่าใช้จ่าย ในการซื้ออุปกรณ์เพื่อการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้าน ดังการให้สัมภาษณ์ ดังนี้

“เสื่อกระเช้าคล้องคอ แม่จะใส่ยาก เพราะเขายกแขนเองไม่ได้ พี่ต้องใช้ความเร็วในการเช็ดตัวแม่ พี่เคยยกแม่แล้วทำแม่แขนหักมาแล้ว เพราะแขนแม่ไปขัดกับไม้กั้นเตียง พี่เลยทำเสื่อโดยใช้ผ้าขนหนูผูกเชือกคล้องคอให้แม่ใส่ มันใส่ง่าย ไม่ต้องยกตัวใส่แขน” (รหัส F3, สัมภาษณ์ , 29 มกราคม 2560)

“แม่นอนอย่างนี้มา 13 ปีแล้ว ที่นอนลมใช้ได้ประมาณ 3-4 ปีก็จะรั่ว มันไม่แข็งตั้งเราก็ต้องเปลี่ยนใหม่ ถ้าไม่เปลี่ยนแม่จะเป็นแผลกดทับได้ แม่ราคาแพงแต่ต้องเปลี่ยน” (รหัส F3, สัมภาษณ์, 29 มกราคม 2560)

“ที่นอนลมที่ต้องซื้อเอง ปกติมันจะอยู่ได้ 3-4 ปี มันก็จะแพบ ไม่ค่อยดีก็ต้องเปลี่ยนอันใหม่ นี่ก็เปลี่ยนกันมา 3 รอบแล้ว ถ้าไม่ดีมันจะเป็นแผลกดทับ” “ก็มีอาหารเสริมขงที่ต้องซงให้เขากินตลอด เราารู้สึกว่าเขาอนอย่างนี้ ได้อาหารเสริมแล้วเขาแข็งแรงนะ แล้วก็เน้นกล้วยน้ำว้าวันละ 2 ลูก เขาแข็งแรงนะ คนที่ป่วยทีหลังแม่ตายกันหมดแล้ว รุ่นเดียวกันกับเขาตอนนี้ไม่ค่อยมีแล้ว” (รหัส F7, สัมภาษณ์, 22 เมษายน 2560)

“พี่ก็ซื้ออุปกรณ์ให้แม่หลายอย่าง บางอย่างก็ยอมจ่ายเพิ่มเพื่อความสะดวกอย่างรถเข็น เราซื้อแบบที่จับแม่ขึ้นได้ นั่งพิง และทำเป็นเตียงนอนยาวได้ มันก็สะดวก พี่แม่ นั่งไม่ไหว ก็ปรับนอนเลย” “เครื่องปั่นอาหารต้องซื้ออย่างดีที่ปั่นได้ทุกอย่าง บางทีแม่อยากกินผัดไทยเราก็ปั่นให้เขากิน ทำให้กินอาหารได้เยอะ... อุปกรณ์ที่รองกัน หมอนป้องกันแผลกดเราก็ซื้อมาให้แกนอน” “นมเสริมสำหรับคนป่วยนี่ขาดไม่ได้เลย เขาได้อาหารเสริมที่มีวิตามินครบเขาก็รู้สึกดีขึ้น ไม่ต้องไปให้น้ำเกลือมาหลายปีแล้ว” (รหัส F18, สัมภาษณ์, 6 เมษายน 2560)

“ถุงมือเช็ดตัว พอดีเพื่อนของลูกสาวเขาเป็นพยาบาลอยู่โรงพยาบาลเอกชนในกรุงเทพ เขาส่งมาให้ใช้เราว่ามันใช้ดี ไม่ต้องใช้ผ้าพันมือเหมือนที่พยาบาลเขาสอนมันทำยาก มันหลุดง่าย ใช้ยากลำบาก แต่ถุงมือเช็ดตัวอันนี้มันง่ายมากเลย เราก็เอาแบบไปทำเอง หาผ้าเช็ดตัวนุ่ม ๆ มาเย็บดีมาก สะดวก ใช้ง่าย สวมแล้วมันก็ไม่หลุด” (รหัส F2, สัมภาษณ์, 8 มกราคม 2560)

“ผ้าขนนุ่มรองซั้ว แม่ถ่มมันและผ้าอ้อมสำเร็จรูปบางครั้งไหลถึงหัวเลย พี่เคยเป็นช่วงเย็บผ้าเลยเอาผ้าสำลีที่เขาเอามาตัดเป็นผ้าห่ม มาเย็บกับผ้าขนนุ่มมันซั้วน้ำได้ดี แล้วก็ไม่รู้ว่าจะลงที่นอนลมด้วย เพราะถ้าถ่มมันลงที่นอนลม ที่นอนมันจะรั่วง่าย เพราะมันเป็นร่องเวลาเปียกน้ำมันเซ็ดแห้งยาก” (รหัส F4, สัมภาษณ์, 22 มกราคม 2560)

“ผ้ารองซั้ว ปัสสาวะออกเยอะมาก ต้องนำผ้าห่มเก่ามาเป็นใส่ใน แล้วเอาผ้าถุงมาทำปก ผ้ารองซั้วน้ำได้ดีมาก ไม่และไปที่ที่นอนลม” (รหัส F3, สัมภาษณ์, 29 มกราคม 2560)

“ผ้าป้องกันแผลกดทับ เพราะเมื่อนอนที่นอนลมไม่ได้จะโอบมาก จากปอดแพบแม่ขยับตัวไม่ได้เพราะเส้นเลือดที่ท้องที่โป่งพองจะแตกได้ง่าย จะมีอาการเวียนหัวมาก เพื่อป้องกันไม่ให้แม่เกิดแผลกดทับ เราใช้ผ้ารองขอบสะโพก คนที่นอนนานก้นกบจะแหลม เราเอาผ้ามาหุนก้นแม่เจ็บก้นและป้องกันแผลกดทับที่ก้น” (รหัส F20, สัมภาษณ์, 3 พฤษภาคม 2560)



ภาพที่ 5 นวัตกรรมที่ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง

การพัฒนาแนวคิดกรรมการและเรียนรู้จากประสบการณ์ของผู้ดูแล พบว่า เมื่อผู้ดูแลหลักต้องมาทำหน้าที่ให้การดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีการเรียนรู้และพัฒนาแนวคิดกรรมการแก้ปัญหาเนื่องจาก ผู้สูงอายุติดเตียงมีอาการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา อีกทั้ง ผู้ดูแลส่วนใหญ่อยู่ในฐานะปานกลาง ซึ่งต้องประหยัดค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง เนื่องจาก ผู้ดูแลหลักบางคนทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลอย่างเดียวไม่ได้ประกอบอาชีพ และผู้ดูแลทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักด้วยและประกอบอาชีพเพื่อหารายได้มาเลี้ยงครอบครัวด้วย ดังนั้น ผู้ดูแลหลักจึงให้ความสำคัญในการคิดนวัตกรรมและเรียนรู้เพื่อลดค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง เช่น การลดค่าใช้จ่ายในการซื้อผ้าอ้อมสำเร็จรูป ซึ่งมีผู้ดูแลหลัก 3 ใน 4 ที่มีการคิดนวัตกรรมฝารองขับปัสสาวะ และมีผู้ดูแล 1 คนที่คิดวิธีการดูแลทำความสะอาดร่างกายด้วยน้ำถังเดียวที่เช็ดตัวได้สะอาดและรวดเร็ว เนื่องจากผู้ดูแลต้องทำงานประจำ มีข้อจำกัดในการจัดการเวลาในการดูแล แต่สามารถให้การดูแลที่มีคุณภาพเมื่ออยู่ที่บ้าน โดยไม่ต้องไปนอนรักษาตัวที่โรงพยาบาล ซึ่งการไปนอนโรงพยาบาล ผู้ดูแลหลักต้องมีค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น เสียเวลาในการทำงานและทำให้เกิดความเครียดทั้งผู้ดูแลหลักและผู้สูงอายุติดเตียงถ้าต้องเข้าไปนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล

ผู้ดูแลหลักมีกระบวนการในการปรับตัวและการพัฒนาเป็นวงล้อแบบพลวัตร คือ มีการเรียนรู้เพื่อการแก้ปัญหา การลงมือปฏิบัติ และการประเมินผล ซึ่งผู้ดูแลต้องมีการปรับตัวอยู่ตลอดเวลา ตามอาการแสดงของผู้สูงอายุติดเตียง และความจำเป็นในการแก้ปัญหาเฉพาะหน้า ซึ่งมีทั้งปัญหาจากตัวผู้สูงอายุติดเตียง และปัญหาของผู้ดูแลกับสิ่งที่มีผลกระทบต่อ การดูแล สิ่งที่เกี่ยวข้องกับตัวผู้สูงอายุ เช่น การเปลี่ยนแปลงของโรคที่เจ็บป่วย อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่มีติดตัวผู้สูงอายุติดเตียงบ้าน การต้องมาตรวจตามนัดและมีการรักษาต่อเนื่อง การปรับตัวของผู้ดูแลหลัก ได้แก่ การดำเนินเศรษฐกิจของผู้ดูแลและครอบครัวที่สนับสนุน การปรับสมดุลของผู้ดูแลหลักทั้งสุขภาพกาย สุขภาพจิตและชีวิตครอบครัว การเรียนรู้ในการดูแลและการพัฒนาการดูแล ซึ่งในระยะนี้เป็นการพัฒนา ทำให้เกิดความรู้ใหม่และนวัตกรรมของผู้ดูแล เพื่อใช้ในการแก้ปัญหของผู้ดูแลทั้งปัญหาเรื่อง การดูแล ปัญหาค่าใช้จ่าย และทำให้ผู้ดูแลมีทักษะในการดูแลที่ดี มีความมั่นใจ ในการทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงเมื่ออยู่ที่บ้าน ส่งผลให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ดูแลและผู้สูงอายุติดเตียง

โดยสรุป การเรียนรู้และการพัฒนาการดูแลของผู้ดูแลหลัก เป็นกิจกรรมที่ต้องทำอย่างต่อเนื่องตามปัญหาการดูแลที่พบ เมื่อผู้ดูแลหลักรู้สึกว่าเป็นปัญหา จึงเกิดการตั้งคำถามเพื่อหาคำตอบที่ผู้ดูแลต้องการและพึงพอใจ โดยการแสวงหาความรู้ การตัดสินใจ การลงมือปฏิบัติในการแก้ปัญหาและมีการประเมินผล ซึ่งมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง จนได้ผลลัพธ์ตามต้องการ คือ

ผู้ดูแลหลักให้การดูแลได้สะดวก ผู้สูงอายุติดเตียงมีความสุขสบาย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจนต้องไปนอนโรงพยาบาล

4. การปฏิบัติการดูแลตามความต้องการพื้นฐานและการดูแลเพื่อป้องกัน

ภาวะแทรกซ้อน

4.1 การปฏิบัติการดูแลตามความต้องการพื้นฐาน

พบว่า การทำกิจกรรมการดูแลที่บ้าน ด้านความต้องการขั้นพื้นฐานกิจวัตรประจำวัน โดยเริ่มตั้งแต่ตื่นนอนจนถึงเข้านอน ผู้ดูแลหลักมีเวลาในการเริ่มทำกิจกรรมที่แตกต่างกัน 2 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มที่ต้องทำงานประจำ ต้องเข้างานเวลา 8.00 นาฬิกา เช่น ข้าราชการ พนักงานโรงงาน จะเริ่มกิจกรรมตั้งแต่เวลา 4.00 นาฬิกา มีจำนวน 3 ครอบครัว 2) กลุ่มผู้ดูแลหลักที่ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุอย่างเดียวไม่ต้องออกไปทำงานนอกบ้าน หรือทำอาชีพอิสระ ได้แก่ อาชีพเกษตรกร และทำธุรกิจส่วนตัว ซึ่งไม่มีข้อจำกัดเรื่องเวลาการทำงาน โดยผู้ดูแลหลักจะเริ่มกิจกรรมเวลา 6.00 นาฬิกา โดยมีรายละเอียด ดังนี้

กลุ่มที่ 1 ผู้ดูแลหลักทำงานประจำ

ผู้ดูแลหลักทำงานประจำ ต้องไปเข้างานให้ทันเวลา ผู้ดูแลหลักจะเริ่มกิจกรรมการดูแลตั้งแต่เวลา 4.00 น. โดยอันดับแรกผู้ดูแลหลักจะมาตรวจสอบว่าที่นอนเปียกปัสสาวะหรือไม่ ผู้สูงอายุถ่ายหนักหรือไม่ แล้วทำการเปลี่ยนผ้าอ้อมสำเร็จรูป และทำความสะอาดบริเวณก้นและอวัยวะสืบพันธุ์ให้สะอาด ตรวจสอบว่าไม่มีแผลกดทับ รอยแดงจากผื่นผ้าอ้อม ถ้าผ้าอ้อมไม่เปียกมากจะยังไม่ทำความสะอาด รอทำความสะอาดพร้อมเช็ดตัวตอนเช้า เวลา 4.00-5.00 น. ทำการอุ่นอาหาร เตรียมอาหารสำหรับผู้สูงอายุติดเตียง เวลา 5.00 น.-6.00 น. เช็ดตัว ทำความสะอาดจัดสิ่งแวดล้อม เปลี่ยนผ้าปูที่นอน 6.00-7.00 น. ป้อนอาหาร เก็บบ้าน เตรียมจัดที่ให้ผู้สูงอายุนอนที่นอกบ้าน เพื่อให้ได้เห็นผู้คนข้างนอก เวลา 8.00 น. ผู้ดูแลหลักหลักออกไปทำงานนอกบ้าน กลับมาป้อนอาหารเที่ยงเวลา 12.00-13.00 น. และกลับมาดูแลอีกครั้งตอนเลิกงานเวลา 17.00 น. กลับมาเปลี่ยนผ้าอ้อม อาบน้ำ/ เช็ดตัวเปียก ดูแลเรื่องความสะอาด นวดขณะเช็ดตัวเพื่อให้ข้อเข่า ข้อเข่าไม่ติดและ สัมผัสผิวหนังว่ามีผื่น แผล รอยแดงหรือไม่ ทาวาสลินหรือทาตามที่ใช้อยู่ประจำเพื่อป้องกันแผลกดทับ (รหัส F3, F18) และมีครอบครัว (รหัส F 14) ที่ต้องออกไปส่งลูกไปโรงเรียนเวลา 6.00 น. แล้วจึงกลับมาดูแลผู้สูงอายุติดเตียงต่อ

กลุ่มที่ 2 ผู้ดูแลหลักทำงานอยู่ที่บ้าน

ผู้ดูแลหลักที่เป็นผู้ดูแลอย่างเดียว และผู้ดูแลหลักทำงานด้านเกษตรกรรมหรือทำธุรกิจส่วนตัว ไม่ต้องรีบร้อนในการเข้างานตามเวลา ส่วนใหญ่ พบว่า จะตื่นนอนประมาณเวลา 5.30-6.00 น. โดยเมื่อตื่นนอนแล้วจะเริ่มการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง โดยเริ่มจากการดูแลผ้าอ้อมสำเร็จรูป

ก่อนว่าที่นอนเปียกปัสสาวะหรือไม่ ผู้สูงอายุถ่ายหนักหรือไม่ แล้วทำการเอาผ้าอ้อมสำเร็จรูปออก ถ้าเปียกมาก และทำความสะอาดบริเวณก้นและอวัยวะสืบพันธุ์ให้สะอาด เพื่อให้ผู้สูงอายุรู้สึกสบายตัว และป้องกันแผลกดทับ หลังจากนั้นจึงไปเตรียมอาหาร และกลับมาเช็ดตัวผู้สูงอายุในตอนเช้า เหมือนกันทุกครอบครัว ส่วนใหญ่จะทำกิจกรรมในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงเสร็จประมาณ 10.00 น. และจะเริ่มทำอาหารเตรียมอาหารเที่ยงให้กับผู้สูงอายุติดเตียง ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นผลไม้กล้วย หรือขนม โดยผู้ดูแลหลัก จำนวน 17 ครอบครัว ที่ให้ผู้สูงอายุติดเตียงกินอาหารหลัก 2 มื้อ คือ มื้อเช้าและมื้อเย็น ส่วนมื้อกลางวันส่วนใหญ่จะเป็น ผลไม้และนม หรือเครื่องดื่มต่าง ๆ ผลไม้เกือบทุกบ้านจะให้กล้วยเป็นหลัก

สรุป กิจกรรมในการทำกิจวัตรประจำวันเหมือนกัน ทั้ง 2 กลุ่ม ทำเหมือนกัน แต่แตกต่างกันที่เวลาเริ่มทำกิจกรรม โดยมีการทำกิจกรรม ดังนี้ คือ เมื่อผู้ดูแลหลักตื่นนอน มีการดูแล ดังนี้ 1) ตรวจสอบผ้าอ้อมสำเร็จรูปว่าเปียกมากหรือไม่ ถ่ายอุจจาระหรือไม่ เปลี่ยนผ้าอ้อมให้ก่อนเป็นครั้งแรก เพื่อป้องกันความอับชื้นซึ่งเป็นสาเหตุของการเกิดแผลกดทับ และอาการผื่นคันจากที่ผิวเปียกชุ่มปัสสาวะนานเกินไป ในผู้สูงอายุผิวหนังจะเปื่อย ลอก และเป็นแผลได้ง่าย 2) ผู้ดูแลหลักจะเตรียมอาหาร 3) เช็ดตัวทำความสะอาดร่างกาย 4) ป้อนอาหารให้ผู้สูงอายุติดเตียง แล้วจึงออกไปทำงานแต่ในผู้ดูแลหลักที่ไม่ได้ออกไปทำงานนอกบ้านส่วนใหญ่จะป้อนอาหารก่อน เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่มียาประจำตัวที่ต้องรับประทาน แล้วจึงไปเตรียมอุปกรณ์เพื่อทำการเช็ดตัว ซึ่ง พบว่า เกือบทุกครอบครัวจะต้องอาบน้ำให้ผู้สูงอายุติดเตียงทุกวันในตอนเย็น โดยตอนเช้าจะเช็ดตัว ผู้ดูแลหลักให้เหตุผลว่าการอาบน้ำจะทำให้ผู้สูงอายุสบายตัว เป็นการสำรวจผิวหนังว่ามีรอยง้ำเลือดหรือตรงไหนจะเกิดเป็นแผลกดทับหรือไม่ อีกทั้งยังเป็นการขยับเคลื่อนไหว ผู้สูงอายุติดเตียงให้ได้นั่ง ไม่ให้หลังแข็ง กระตุ้นระบบการไหลเวียนเลือดนอนนานจะมีอาการเวียนศีรษะได้

4.2 การทำความสะอาดร่างกาย

พบว่า ทุกครอบครัวทำความสะอาดร่างกายผู้สูงอายุติดเตียงด้วยการเช็ดตัว อย่างน้อยวันละ 1 ครั้งและอาบน้ำให้ผู้สูงอายุติดเตียงในช่วงบ่าย พบว่า ผู้ดูแลหลักมี 17 ครอบครัว ที่อาบน้ำให้ผู้สูงอายุทุกวัน วันละ 1 ครั้ง มีเพียง 2 ครอบครัวที่อาบน้ำให้อาทิตย์ละ 1 ครั้ง และมีเพียง 1 ครอบครัวที่นาน ๆ จึงจะอาบน้ำให้ผู้สูงอายุติดเตียงเนื่องจากผู้ดูแลหลักอยู่กับผู้สูงอายุติดเตียงเพียง 2 คน และนาน ๆ จึงจะมีญาติมาเยี่ยมปีละ 1 ครั้ง เมื่อมีผู้ช่วยจึงจะอาบน้ำให้ผู้สูงอายุติดเตียง โดยในแต่ละครอบครัวจะใช้น้ำอุ่นหรือน้ำเย็น ในการเช็ดตัว หรืออาบน้ำแล้วแต่สภาพอากาศ เพื่อให้ผู้สูงอายุสุขสบายมากที่สุดตามความเหมาะสม ผู้ดูแลหลักมีความรู้สึกและความเชื่อว่า “ผู้สูงอายุก็เหมือนเด็กควรใช้สบู่เหลว และเป็นสบู่สำหรับเด็กจะเหมาะกว่า การใช้สบู่ก้อน หรือ

สบู่เหลวของผู้ใหญ่ที่มีฟองมากล้างออกยาก และบางครั้งผู้สูงอายุจะแพ้ง่าย” ดังตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“ถ้าลูก ๆ มา ก็เอาออกมาอาบน้ำที่เตียงหน้าบ้าน สระผม ตัดผม เมื่อมีคนช่วย เวลาลูกมาเยี่ยมกัน เอามาอนที่เตียง อาบน้ำเหมือนอาบน้ำเด็กเลย” (รหัส F2, สัมภาษณ์, 8 มกราคม 2560)

“เช็ดตัวน้ำถึงเดี๋ยว เช็ดตัวที่ลองมาหลายวิธีแล้ว ตอนแรกทำตามหมอสอนทุกอย่าง คือ ใช้น้ำ 2 ถัง ผ้า 2 ผืน ใช้น้ำฟอก แต่ที่สังเกตแม่ผิวแห้ง สบู่ก้อนก็ล้างออกยาก พี่เลยถามแม่เพื่อที่ทำงานเขาเคยดูคนแก่เหมือนกัน เขาบอกต้องสบู่เหลว และเป็นสบู่เด็กน่าจะเช็ดง่าย สบู่คนโตกลิ่นแรงฟองเยอะ เราเลยลองใช้ ก็ทดลองมาเรื่อย ๆ ว่าจะทำอย่างไรให้แม่ตัวสะอาดและทำได้เร็ว เพราะพี่ต้องรีบไปทำงานที่ทำงานเป็นกะ ช่วงละ 8 ชั่วโมง พี่ลองมาหลายอย่างทดลองมา 3 ปี จนกว่าได้วิธีนี้ที่แม่ตัวสะอาด ผิวไม่แห้ง แล้วก็ไม่มีแผลกดทับด้วย” “เริ่มจากเตรียมน้ำเปล่าใส่ครึ่งถังสิแล้วเอาสบู่เหลวเด็กใส่เล็กน้อยแค่ให้มีกลิ่นแต่ไม่ลื่นมือ มันจะเหมือนเราเช็ดน้ำเปล่า แต่ตัวสะอาดดี เวลาเช็ดจะเช็ดแรงนิดหนึ่งเพื่อขจัดโคล ตามซอกมือซอกเท้าต้องเช็ดให้สะอาด พี่เช็ดทุกครั้งก่อนออกไปทำงานและหลังกลับจากทำงาน เปลี่ยนผ้าอ้อมก็เช็ดตัวทุกครั้ง เพราะพี่อุ้มแม่ไปอาบน้ำไม่ไหว ก็จะใช้เช็ดตัวบ่อย พอเช็ดตัวเสร็จจับน้ำแต่ตัวยังชื้นอยู่ก็เอาวาสลินทาทั้งตัว ใช้นิดเดียวลูบ ๆ ให้ทั่วจะไม่เหนียวตัว ถ้าทาตอนตัวแห้งจะเหนียวตัว แล้วก็เอาแป้งลง แต่ไม่ทาแป้งที่ฉีชนะ แต่จะทาวาสลินตามขาหนีบ ที่ก้น มากหน่อยเพื่อปัสสาวะจะได้ไม่กัดกันเป็นแผล ถ้าเราเห็นตรงไหนมีรอยแดง หรือรอยคัน ๆ ก็จะใช้ วาสลินโปะเยอะ ๆ วันเดียวก็หาย” (รหัส F3, สัมภาษณ์, 22 มกราคม 2560)

“การอาบน้ำก็อุ้มเข้าไปที่ห้องน้ำ เอนั่งเก้าอี้แล้วอาบน้ำฉีดสายยางเลย” (รหัส F16, สัมภาษณ์, 22 เมษายน 2560)

“ก็ดูแลแม่มา 17 ปี ต้องบอกเลยคนที่ดูแลผู้ป่วยติดเตียงอย่างนี้เกี่ยวข้องกับน้ำหน้าหนาว ขนาดไหนก็ต้องอาบน้ำ ถ้าไม่อาบน้ำตัวเขาจะเริ่มแดง ตัวสกปรก มันเหนอะ ต้องอาบน้ำใส่สบู่ หรือ ไม้ก็ได้ ของให้เครื่องใช้ของเด็กเท่านั้น อาบน้ำได้ขยับเขา คนแก่ผิวจะบาง สกปรกหน่อย ก็จะเป็นแผล” (รหัส F20, สัมภาษณ์, 3 พฤษภาคม 2560)

“ตอนเช้าจะเช็ดตัวด้วยน้ำเปล่า ตอนเย็นก็จะเอามาอ่างอาบน้ำ ต้องอาบน้ำทุกวัน” (รหัส F19, สัมภาษณ์, 3 พฤษภาคม 2560; รหัส F20, สัมภาษณ์, 3 พฤษภาคม 2560)

การทำความสะอาดช่องปาก

พบว่า ในกลุ่มที่พอช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง สามารถบ้วนปากได้ ผู้ดูแลหลักจะให้ บ้วนปากด้วยน้ำยาบ้วนปากเป็นส่วนใหญ่ มีเพียง 2 คนที่แปรงฟัน ส่วนในกลุ่มที่ช่วยเหลือตัวเอง

ได้เลย ญาติจะเช็ดทำความสะอาดฟันให้เป็นบางครั้ง หรือใช้วิธีการให้ดื่มน้ำมาก ๆ เนื่องจากผู้สูงอายุติดเตียงส่วนใหญ่กลืนได้ แต่บ้วนออกไม่ค่อยได้และไม่มีฟัน หรือมีเพียงดอฟัน ไม่เคยมีการอักเสบของเหงือก จึงทำให้ผู้ดูแลหลักยังไม่ให้ความสนใจในการดูแลช่องปากมากนัก แต่ในรายที่ทำความสะอาดช่องปาก ดังตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“เราก็กอดฟันปลอม ใช้น้ำยาบ้วนปากจุ่มผ้าก็อส์เช็ดในปาก เช็ดลิ้น ให้ลิ้นเป็นสีชมพู เช็ดเข้าเย็น ถ้าไปตรวจหมอเป็นลิ้นเป็นฝ้าขาวก็จะถูกดู” (รหัส F1, สัมภาษณ์, 7 มกราคม 2560)

“เขาบ้วนปากได้นะ เขามอน้ำยาของโรงพยาบาล แล้วเราก็เอาผ้าเช็ด เราทำผ้าเป็นถุงมือเช็ดง่าย เขาชอบกั๊ดลิ้น กั๊ดนิ้ว กั๊ดมือคนเช็ด เขาบอกว่ากั๊ดให้เจ็บ (หัวเราะ) จะไปเจ็บอย่างไรมีแต่เหงือก มีฟันซี่เดียว ไม่ได้ใส่ฟันปลอมแล้วกลัวเขาคอ ก็คือ ใช้ถุงมือที่เย็บเองเช็ดก็สะดวก สะอาดดีด้วย มันใช้ผ้าขนหนูนิ่ม ๆ มาตัดเป็นถุงมือ มันทำให้เราเช็ดตัว เช็ดปากคนไข้ได้ง่ายมาเลยล่ะ”

(รหัส F2, สัมภาษณ์, 8 มกราคม 2560)

“ในปากแคะไม่ยอมให้ทำความสะอาด ตอนนี้มีแต่เหงือกไม่ได้ใส่ฟันปลอม แต่ก่อนที่จะป้อนอาหารก็จะให้กลั้วน้ำ กินน้ำก่อนข้างเยอะ บางครั้งก็แอบเช็ดล้างปากแคะบางครั้ง”

(รหัส F3, สัมภาษณ์, 22 มกราคม 2560)

การดูแลเรื่องความสะอาดร่างกาย จากการศึกษา พบว่า การดูแลความสะอาดร่างกายของผู้ดูแลหลักให้ความสำคัญในเรื่องการอาบน้ำ เพื่อการเป็นการกระตุ้นระบบไหลเวียนเลือด กระตุ้นการเคลื่อนไหวร่างกายและเพื่อเป็นการสำรวจการเกิดแผลกดทับ ในสูงอายุติดเตียงยังเคลื่อนไหวตัวเองได้ ยืนนั่งทรงตัวได้ จะพาไปอาบน้ำที่ห้องน้ำ แต่ในผู้สูงอายุติดเตียงที่ไม่สามารถนั่งทรงตัวได้ หรือไม่มีผู้ช่วยในการอาบน้ำ ผู้ดูแลหลักจะใช้วิธีเช็ดตัวเป็นหลัก โดยผู้ดูแลหลักแต่ละคนจะมีเทคนิคในการเช็ดตัวให้สะอาดที่แตกต่างกันบ้างเล็กน้อย

โดยสรุปแนวปฏิบัติเพื่อทำความสะอาดร่างกาย ดังนี้

การทำความสะอาดร่างกาย มี 2 วิธี คือ 1) การอาบน้ำ มีทั้งการนั่งอาบและนอนอาบ เป็นประจำทุกวัน ๆ ละ 1 ครั้ง 2) การเช็ดตัว มีทั้งที่ใช้สบู่และไม่ใช้สบู่ โดยใช้สบู่เหลวสำหรับเด็ก ทำการเช็ดตัวอย่างน้อย 1 ครั้งต่อวัน

การทำความสะอาดช่องปากและฟัน ได้แก่ การแปรงฟัน การบ้วนปากด้วยน้ำยาบ้วนปาก ใช้ไม้พันสำลีเช็ดในปาก และกระตุ้นให้ผู้สูงอายุติดเตียงดื่มน้ำมาก ๆ

การดูแลเรื่องอาหาร

พบว่า ผู้สูงอายุติดเตียงมีการรับประทานอาหารได้ 2 ทาง คือ รับประทานได้เองทางปากและการให้อาหารสายยางทางจมูก โดยผู้ที่ต้องให้อาหารทางสายยางนั้น เป็นอาหารปั่นตามสูตร ซึ่งพบว่า เมื่อผู้สูงอายุติดเตียงมาอยู่ที่บ้าน จะมีความต้องการอาหารเพิ่มขึ้นทั้งปริมาณและพลังงาน

จากอาหารที่สูงกว่าตอนอยู่ที่โรงพยาบาล จากการศึกษา พบว่า ผู้ดูแลหลักมีการเพิ่มปริมาณอาหาร ต่อมือเพิ่ม โปรตีนและสมุนไพรพื้นบ้าน และในผู้ที่สามารถรับประทานเองได้ทางปาก สามารถ รับประทานได้ทั้งอาหารปั่นเหลวเหมือนผู้ที่ให้อาหารทางสายยาง อาหารทั่วไปปั่นหยาบ และ อาหารอ่อนธรรมดา โดยมีกรเพิ่มอาหารเสริม ได้แก่ นมเสริมโปรตีน ไข่ และกล้วยน้ำหว่า เป็นต้น ดังตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“หมอเขาจะให้เราทำอาหารตามผลเลือด เวลาไปตรวจหมอเขาตรวจเลือดบ่อย แล้ว เขาก็จะให้ นักโภชนาการมาแนะนำ เช่น ช่วงนี้งดผักทอง แครอท ไข่ 6 ฟอง และนม สารอาหาร ปรับตาม Lab (ผลเกลือแร่ในเลือด)” (ผู้สูงอายุติดเตียงมีโรคประจำตัวหลายโรค เช่น โรคเบาหวาน และต้องล้างไตทางเส้นเลือด และในบางครั้งผู้สูงอายุติดเตียงถึงสายให้อาหารต้องการรับประทาน เองทางปาก ผู้ดูแลหลักจึงต้องทำอาหารโดยใช้เครื่องปรุงเฉพาะโรค เช่น น้ำปลาโซเดียมต่ำ น้ำตาล เฉพาะผู้ป่วยเบาหวาน) (รหัส F1, สัมภาษณ์, 7 มกราคม 2560)

“เราก็เลือกอาหารที่มีประโยชน์ เราก็ทำเหมือนอาหารที่เรากินนั่นแหละ ผักเราก็ต้ม ปั่นแล้วก็ต้ม เราก็ต้มทุกอย่างให้นานหน่อย ปลาเราก็เลือกใช้ปลาดอนลึมนิมิตแล้วก็ไข่ หมูมัน ย่อยยาก เราก็จะให้กินปลา หรือกินไก่บางครั้ง มันย่อยง่ายก็จะไปค้นหาใน net ให้มีผักครบ 5 สี ต้มข้าวก่อน ต้มผักพอผักสุกใส่น้ำเย็นแล้วไปปั่น เอามาต้มกับข้าวที่สุกแล้ว แล้วก็เอามาต้มปรุงรส ใส่ไข่ไก่ ไข่ไก่มีประโยชน์กว่าไข่เป็ด หนูก็เอาไข่มาคั่วผัดให้มันหอม เอาไปใส่ข้าวต้ม เขาจะบอก ว่าหนูทำอร่อย เขาจะบอกว่าทำอร่อย” (หัวเราะ) “ก็ตอนนั้นหมอเขาบอกว่าพ่อสมองขึ้น มีไตเสื่อม ปกติพ่อเขาจะต้องกินเครื่องต้มชงชงทุกวัน พอหมอบอกห้ามกิน ก็เลยให้กินแต่น้ำผลไม้ ถ้าหนู บอกอะไรเขาก็จะเชื่อหนูทุกอย่าง หมอเขาบอกว่าพ่อเป็นไตห้ามกินเค็ม เวลาหลานทำอะไรก็ ก่อนข้างจืด แต่พ่อเขาก็บอกอร่อย แต่ถ้าคนอื่นทำพ่อเขาบอกจืดไม่อร่อย” (รหัส F2, สัมภาษณ์, 8 มกราคม 2560)

“เราจะเพิ่มผักพื้นบ้านและสมุนไพร รสชาติก็แค่เค็มกับหวาน ถ้าหน้าฝนก็จะใช้ ต้นหอม หัวหอม เพื่อป้องกันการเป็นหวัด ภูมิอากาศพอเคยบอกแล้วคนตามบ้านพูดกันว่ากินหอมซี ไล่หวัดนะ เราก็จะปั่นอาหาร 3 วันครั้ง ไบกระเพรา โหระพาเราก็ไล่หวัด ไล่ประมาณ 1 กำมือ ต้มข้าวทีเบอร์ 30 ครั้งหนึ่งผักทองประมาณ 3 กิโลกว่า ใส้ปลากับไข่เพราะเป็นอาหารย่อยง่าย ปกติ แม่จะเป็นคนท้องเสีย แต่เหมือนคนโบราณบอก กินข้าวหมดหม้อถ่าย 1 ครั้ง ไม่ต้องใช้ยาระบายเลย ประมาณ 3 วันถ่ายครั้ง เขาก็แนะนำให้กินผลไม้อย่างไรเขาก็ไม่ถ่าย ก็ยังถ่าย 3 วันครั้งเหมือนเดิม ตอนนั้นก็ให้กินผลไม้ปั่นคั้นน้ำขิง ถ้าวันไหนไม่ค่อยถ่ายก็ ให้กินน้ำส้มปั่น บางครั้งลูกชายคนเล็ก เขาก็ซื้อเครื่องต้มบำรุงสุขภาพ อาหารเสริมมาให้ ก็บางครั้งอยู่บ้านก็บอกแม่วันนี้กินน้ำผลไม้กันนะ

หลังอาหาร บางครั้งเขารีบกลืน จะกินใหม่ เราก็จูงหว่าป้อนเอา” (รหัส F3, สัมภาษณ์, 22 มกราคม 2560)

“ก็คนที่ให้อาหาร feed ทำตอนเช้า ไข่ ตับ ผักขม ข้างกล้อง มือเข้าอาหารกระป๋อง (อาหารเสริมเป็นกระป๋องสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน) มืออีกเป็นอาหาร feed เราให้เป็นอาหารปั่น 2 มือ บ่ายโมง 5 โมง ก็กิน โปรตีนผงเสริม กลางคืนให้ประมาณ 4 ทุ่ม ก็เปลี่ยนผ้าอ้อมสำเร็จรูปก่อนนอน อีกที แล้วเราก็ไปนอน” (รหัส F7, สัมภาษณ์, 25 มีนาคม 2560)

“อาหารเป็นผักผัก กับข้าวต้มและ ๆ ปลา หรือหมูต้องตำ ใส่ข้าวต้ม ไม่ต้องปั้นแต่ต้องทำให้ชิ้นเล็ก ๆ ลูกหลานจะสลับกันเข้ามาหาพ่อแม่ตลอด อาหารผักตามบ้าน แกงส้มผักบุ้ง ปลาอย่าง ตำ ผักต้ม ผักข้างรั้ว เราป้อนอะไรเขาก็กินได้ ผักกะหล่ำปลี หมูทอด ปลาทอด แล้วตำใส่ข้าวต้ม ผัก ผักให้และ ๆ กินข้าวได้ 1 ถ้วยใหญ่ นมกินวันละ 3 กล่องเล็ก ได้ทั้งนมเปรี้ยว นมปกติ กล้วย มะละกอ กล้วยน้ำหวานบ้าง” “คนที่ป้อนกินอาหารปกติเป็นข้าวปกติแต่หุงและหนอย กินกับกับข้าว ปกติ 2 มือตามด้วยนมและกล้วยน้ำว้า มีผลไม้มื้อกลางวัน ให้ กิน โปรตีนชงเสริม มือเย็นก็ประมาณ 2 ทุ่ม” (รหัส F8, สัมภาษณ์, 25 มีนาคม 2560)

“ซื้อโจ๊ก ใส่หมูซื้อถุงใหญ่กินได้ 2 มือ ป้อนข้าวเช้าแล้วป้อนกล้วยน้ำว้า นมครึ่ง กล่องให้แกนอน กลางวัน กินโจ๊ก กินน้ำ มีผลไม้มั้บ้าง ขนมปัง กินเสร็จแก็ก้นนอน พอเย็นก็กินข้าว มีคนแนะนำว่าให้ขายกินชีสแลกซิมันสำหรับเด็กมีหลายรส ขายกินน่าจะดี คนแก็กเหมือนเด็ก 1 กล่องได้ประมาณ 2 วัน 300 กรัม ชงประมาณ 3 ซ้อน โต้ะ/ ถ้วยใส่น้ำอุ่นธรรมดา เวลาป้อน ไม่ร้อน ถ้าหิวก็กินผลไม้ กล้วยบ้าง ปกติขายถ่ายได้ทุกวัน อย่างมาก 2 วันถ่าย ไม่แน่นอนแต่ ถ่ายทุกวัน ส่วนใหญ่เป็นกล้วย ผักก็ให้กิน ใบตำลึง ใส่ในโจ๊กเป็นใบ ๆ และ ๆ ก็กินได้ กินง่ายมาก ถ้าเป็นของแข็ง ของเผ็ดแม่เขาไม่กิน กินอย่างนี้ประจำเป็น โจ๊กข้างข้างต้มเครื่องบ้าง แก็กนแก็ก ไม่ปน ให้กินอะไรก็กิน ชอบกินกล้วยสุก ถ่ายทุกวัน แก็กนได้ดี ไม่เคยกินไม่ได้ เรานอนอยู่ด้วยกัน แต่ก็ไม่เป็นไร เบาหวานก็ไม่ต้องกินยา หมอให้หยุดยาได้” (รหัส F17, สัมภาษณ์, 3 พฤษภาคม 2560)

“แม่กินได้ทุกอย่าง บางครั้งกินได้น้อยเราก็ ถามกินผัดไทยไหม ถ้าเขาบอกกินเราก็ซื้อ มาปั่นให้กิน เขาก็กินหมดนะ ที่ต้องมีประจำก็อาหารเสริมสำหรับผู้สูงอายุ เป็นนมชง วันละ 1-2 แก้ว แล้วแต่ถ้าเขากินได้น้อยก็ให้นมมากหน่อย ถ้ากินได้มากก็ลดนมลง” (รหัส F18, สัมภาษณ์, 6 เมษายน 2560)

สรุปแนวปฏิบัติการดูแลเรื่องอาหาร ดังนี้

ปฏิบัติการดูแลเรื่องอาหาร ให้แก่ผู้สูงอายุติดเตียง มี 2 ลักษณะ คือ 1) ให้อาหารทางสายยางจุก โดยผู้ดูแลทำอาหารปั่นเฉพาะ โรคตามสูตรทางโภชนาการมีส่วนผสมหลัก ได้แก่

ผักทอง ไข่ ข้าว น้ำตาล น้ำมัน เป็นต้น 2) รับประทานอาหารทางปาก โดยผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัว รับประทานอาหารธรรมดา อาหารเป็นข้าวสวยหุงนิ่ม กับข้าวปกติที่เคี้ยวง่าย ไม่แข็ง ไม่เหนียวผู้สูงอายุที่เริ่มเคี้ยวได้ลำบาก จะทำเป็นอาหารปั่นหยาบ เช่น ผักโขมปั่น ข้าวผัดปั่น เน้นอาหารครบ 5 หมู่เพิ่มไข่ขาว และในกรณีผู้สูงอายุติดเตียงไม่สามารถเคี้ยวได้ แต่ยังสามารถกินอาหารเองได้ ผู้ดูแลจะให้เป็นอาหารปั่น เหมือนอาหารปั่นให้ทางสายจุมูก แต่ไม่ต้องกรองเนื่องจาก รับประทานทางปากผู้ดูแลหลักมีการเพิ่มปริมาณและสารอาหาร โดยใช้ ผักตามฤดูกาล สมุนไพรพื้นบ้าน เช่น หอมหัวใหญ่ ฝรั่ง กระเพรา โหระพา เป็นต้น เพิ่มโปรตีน ได้แก่ ไข่และปลา และในทั้ง 2 กลุ่ม พบว่า ผู้ดูแลหลักให้อาหารเสริมสำหรับผู้สูงอายุติดเตียง เช่น โปรตีนเสริม นมเสริมวิตามิน ฯลฯ

การป้องกันภาวะแทรกซ้อน

ในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุติดเตียงนั้น ผู้ดูแลหลักให้การดูแล ในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ การป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ การป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ การป้องกันข้อติดแข็ง และการดูแลด้านจิตใจในผู้สูงอายุติดเตียง ซึ่งในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้าน มีแนวปฏิบัติการดูแล ดังนี้

แนวปฏิบัติการดูแลป้องกันแผลกดทับ

พบว่า ผู้สูงอายุติดเตียงเกือบทุกคนเคยมีประวัติการเกิดแผลกดทับในขณะที่นอนในโรงพยาบาล และในระยะที่กลับมาอยู่บ้านในช่วง 1 ปีแรกที่นอนติดเตียง ทำให้ผู้ดูแลหลักทุกคนรอบครัวให้ความสำคัญในการป้องกันการเกิดแผลกดทับเป็นอย่างมาก โดยผู้ดูแลหลักให้ความสำคัญ เรื่องความสะอาดของร่างกาย ความสะอาดของเสื้อผ้า ผ้าปูที่นอน การไม่ให้ผู้สูงอายุติดเตียงนอนและอยู่กับปัสสาวะเป็นเวลานาน โดย พบว่า ผู้สูงอายุติดเตียงทุกคนใส่ผ้าอ้อมสำเร็จรูป ซึ่งทุกคนรอบครัวบอกว่า เป็นสิ่งที่สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายแต่เป็นสิ่งจำเป็นที่ต้องใช้ โดยปกติใช้จำนวนคนละ 2 ชิ้นต่อวัน และมีบางคนที่ไม่ได้ใส่กางเกงผ้าอ้อมในเวลากลางวัน เพื่อประหยัดค่าใช้จ่ายและเป็นการระบายอากาศไม่ให้กั้นอับชื้น เป็นการช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับ ทุกคนรอบครัวปฏิบัติเหมือนกัน คือ เน้นเรื่องความสะอาดของร่างกาย และความสะอาดของผ้าปูที่นอน อุปกรณ์เครื่องนอนเปลี่ยนทุกวัน บางครอบครัวอาจจะเปลี่ยนวันเว้นวัน แต่ผ้าขางรองตัวผู้สูงอายุต้องเปลี่ยนทุกวัน และในการดูแลความสะอาดร่างกาย ต้องอาบน้ำวันละ 1 ครั้ง และเช็ดตัวอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง ทุกครั้งที่เช็ดตัวหรืออาบน้ำ ผู้ดูแลหลักจะสำรวจผิวหนังของผู้สูงอายุว่ามีรอยแดง มีหนังแข็ง หรือมีผื่น มีผิวหนังผิดปกติ ตรงไหนหรือไม่ ถ้ามีจะรีบทำแผล ใส่ยาทันที ผิวหนังที่อักเสบจะหายภายใน 1-3 วัน และในการเลือกใช้ที่นอนในการดูแลป้องกันแผลกดทับในผู้สูงอายุติดเตียง มีการดูแลอยู่ 2 กลุ่ม คือ ในกลุ่มที่ใช้ที่นอนลมจำนวน 9 คน และกลุ่มที่ไม่ใช้ที่นอนลมจำนวน 13 คน โดยผู้ดูแลหลักมีการป้องกันการเกิดแผลกดทับ ดังนี้

กลุ่มที่ใช้ที่นอนลม

การดูแลป้องกันแผลกดทับ ในผู้สูงอายุติดเตียง 10 คนที่เชื่อว่าการที่ไม่เกิดแผลกดทับ เกิดจากการใช้ที่นอนลม และเตียงโรงพยาบาล เนื่องจากประสบการณ์เดิมก่อนที่จะได้ใช้ที่นอนลม เกิดแผลกดทับทุกราย ผู้ดูแลหลักจึงให้ความสำคัญกับการใช้ที่นอนลมเป็นอย่างมาก เนื่องจาก ผู้สูงอายุติดเตียงส่วนใหญ่ ไม่สามารถขยับตัวเองได้เลย ไม่สามารถพุดอกอาการ หรือขยับตัว ได้เล็กน้อยบนเตียง ซึ่งการใช้ที่นอนลมผู้ดูแลหลัก ไม่ต้องทำการพลิกตะแคงตัวบ่อย จะขยับพลิก ตะแคงตัวเมื่อมีการทำกิจกรรมกับผู้สูงอายุ เช่น การป้อนอาหาร การเปลี่ยนผ้าอ้อมหลัง มีการขยับถ่าย เป็นต้น และผู้ดูแลหลักที่ให้ผู้สูงอายุใช้ที่นอนลม เชื่อว่าช่วยลดการเกิดแผลกดทับ โดยไม่ต้องพลิกตัวผู้สูงอายุบ่อย ดังตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“แรก ๆ ก็พยายามพลิกตัวทุก 4 ชั่วโมง (ตามที่หมอสอนมาจากโรงพยาบาล) ก็ไม่มีรอยแดงอะไรนะ แต่ตอนนี้แผลหายแล้ว ก็ไม่ค่อยได้พลิกทุก 4 ชั่วโมง ก็ดูแล้วว่าแกนจะ เมื่อย แล้วก็พลิกตัวให้ ก็ไม่มีรอยแดงนะ พ่อที่นอนที่นอนลม บางครั้งนอนหงายเขานอนไม่หลับ ต้องจับนอนตะแคงเขาจะหลับ บางครั้งก็ถามเหมื่อยไหม เหมื่อยเราก็ตะแคง เหมือนเรานอนท่าเดียวนาน ๆ ก็เมื่อย ปกติวันหนึ่งเราพลิกตะแคงตัวกันวันละ 2 ครั้ง ก็ยังคงไม่เป็นแผลกดทับอีกเลยนะ” (รหัส F2, สัมภาษณ์, 8 มกราคม 2560)

“ใช้ที่นอนกับเตียงลมเปลืองมาก ครั้งแรกเตียงได้บริจาคมาซื้อที่นอนลมเอง มันโดนฉีก บ่อยแบบรังผึ้งเข็ดแล้วมันรั่วซึมง่าย แบบลอนยาวใช้ได้ทนกว่า แต่แพงกว่า พี่เปลี่ยนมา 3 ชุดแล้ว มีทั้งซื้อเอง และเขาบริจาคมาให้ ที่นอนลมก็ใช้ได้นานประมาณ 3-5 ปี นะต่อชุด การป้องกัน แผลกดทับ นอกจากที่นอนลมแล้วการดูแลความสะอาดของกันสำคัญมาก ต้องไม่ให้อับชื้น พี่ทาวาสลินทั้งตัว ก็มีรอยแดง ๆ บ้าง หนักบ้างก็ใช้วาสลินป้ายทาเยอะ ๆ 1-2 วันก็หาย” (รหัส F3, สัมภาษณ์, 22 มกราคม 2560)

“ที่นอนลม ใช้ตอนนี้ชุดที่ 3 แล้ว ที่นอนลมชุดหนึ่งใช้ได้ประมาณ 4 ปี มันแพง ไม่แข็งดี อันนี้รุ่นใหม่เวลาไฟดับมันจะเก็บกักลมได้ ถ้ารุ่นเก่าพอไฟดับมันจะแฟบเลย เวลาไฟดับ สงสารเขา เราเลยไปซื้อเครื่องปั่นไฟมาพ่วงรถอีเมะ เพราะต้องเปิดพัดลมให้ทั้ง 2 คน (ผู้สูงอายุ ติดเตียง) เดียวนี้เวลาไฟดับก็คิหน้อยใช้ไฟได้ทั้งบ้านเวลาไฟดับ เพราะที่นอนลมต้องใช้ไฟฟ้า ไม่มีไฟฟ้าใช้ไม่ได้ อีกอย่างมันมีอายุการใช้ ถ้ามันไม่แข็งดี ก็ต้องเปลี่ยนแล้ว ถ้าไม่เปลี่ยนเขา จะเป็นแผลกดทับได้ง่าย พี่ดูแลกันมาเกือบ 20 ปี พี่ดูมาตลอด” (รหัส F7, สัมภาษณ์, 22 เมษายน 2560)

กลุ่มที่ไม่ใช้ที่นอนลม

จากการศึกษา พบว่า ในการดูแลป้องกันแผลกดทับ มีผู้สูงอายุติดเตียงจำนวน 12 คน ใช้ที่นอนธรรมดาและใช้เตียงนอนปกติทั่วไป หรือนอนกับพื้นบ้าน ซึ่งก็ไม่เกิดแผลกดทับ แม้ว่าเมื่อตอนเจ็บป่วยใน 1-3 ปีแรก เคยเป็นแผลกดทับเหมือนกับกลุ่มที่ใช้ที่นอนลม แต่จากการสอบถามสาเหตุของการเกิดแผลกดทับ พบว่า 1) เป็นแผลจากการรับการรักษาที่โรงพยาบาล เพราะต้องนอนนิ่ง ๆ อยู่กับเตียงเป็นเวลานาน ไม่สามารถขยับตัวผู้สูงอายุลงจากเตียงได้เลย 2) ผู้สูงอายุติดเตียงที่ไม่ได้นอนที่นอนลมทุกคนยังสามารถพูดได้ บอกให้ผู้ดูแลหลักช่วยขยับตัวให้ได้ 3) ญาติเชื่อว่าที่นอนลมไม่ได้ช่วยอะไรมากในการป้องกันแผลกดทับ แต่สิ่งสำคัญคือ ความสะอาดและการได้นำผู้สูงอายุติดเตียง มานั่งหรือเปลี่ยนท่านอนบ่อย ๆ หรือการเอาผ้านุ่มรองไม่ให้ก้นกดอยู่กับที่นอน เพราะบริเวณก้นมีปุ่มกระดูกก้นกบ ทำให้เกิดรอยช้ำได้ง่าย 4) การทำความสะอาดบริเวณอวัยวะเพศ บริเวณขาหนีบ บริเวณร่องก้น ไม่ให้อับชื้น และไม่ทาแป้งเมื่อต้องใส่กางเกงผ้าอ้อมสำเร็จรูปเพราะแป้งจะทำให้ผิวหนังที่อับชื้นเกิดการระคายเคืองได้ง่าย 5) มีการใช้ยาทาแก้อาการผื่นผ้าอ้อม ทั้งที่เป็นแบบผง เป็นแบบครีม และเป็นแบบจี้ผึ้ง ดังตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“ไม่ใช้ที่นอนลม แม่ใช้ที่นอนลมไม่ได้ แม่นอนมานานปอดมันแฟบ เวลาเขานอนที่นอนลมตัวมันห่อ เขาหายใจไม่ออก และจะโอบมาก แต่เราจะดูแลเรื่องความสะอาดร่างกายมาก และเวลาอาบน้ำ ถ้าแม่มีรอยจุดจ้ำแดงก็จะนวดขยี้จนรอยแดงมันจาง และก็จะใส่ยาสำหรับป้องกันแผลกดทับ อันนี้ไปขอซื้อจากหมอกคลินิกแล้วไปซื้อเองมันแพงขวดหนึ่งก็ 280 บาท ขวดนิดเดียวแต่ก็มีข้อจำกัดในการใช้นะ คือ ใช้ได้แค่แผลกดทับที่เป็นแค่รอบจ้ำแดง จนถึงเป็นแผลเลือดออกแต่ไม่ลึกมาก ถ้าเป็นแผลลึกมากก็เอาไม่อยู่ เคยลองมาแล้ว ตอนนั้นคนข้างบ้านเขาเป็นแผลลึก เราก็บอกว่าเอาไปลองใช้ได้ แต่ไม่น่าจะได้ผลเพราะแผลลึกมาก เขาก็ไม่เข้าใจ เขาว่ายาแพงแต่ใช้ไม่ดี” “คนที่นอนติดเตียงจะเกิดแผลกดทับได้ง่าย ก็เลยต้องใช้ผ้าขนหนูมาทำเป็นนวมรองก้นเพราะคนนอนนานก้นกบเขาจะแหลม เพื่อป้องกันเขาเจ็บก้นและป้องกันแผลกดทับด้วย” (รหัส F20, สัมภาษณ์, 3 พฤษภาคม 2560)

“ไม่ใช้ที่นอนลม ก็นอนกับพื้นธรรมดา ปูเสื่อแล้วรองด้วยผ้าห่มนวมให้แม่กับพ่อนอน” “เวลาอาบน้ำ ตอนเช้าอาบน้ำ ก็ใช้เช็ดตัวใส่สบู่บ่อย ๆ แต่บางครั้งถ้ามีกลิ่นตัวมากจะให้น้องชายมาช่วยกันจับอาบน้ำขัดตัวกัน” “ใช้ผ้าแห้งเช็ดแล้วเอายาที่ใส่แผลกดทับ แผลเปื่อยมาทาให้ก่อนเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดแผล หลอดหนึ่งน่าจะประมาณ 140 บาท ใช้ได้ 1 เดือน ยาทาผื่นผ้าอ้อม เราทาที่เป็นรอยแดง หรือเป็นพุพอง ทาที่เป็นรอย ไม่ได้ทาทั้งก้น ทาที่สะโพก ป้องกันไว้ก่อน เป็นแผลแล้วหายยาก เมื่อก่อนเคยเป็นแผลกดทับ ก็ทำแผลกันอยู่เกือบ 2 อาทิตย์

เอาอุปกรณ์ทำแผลที่ รพ.สต. เรารู้วิธีการทำจากที่หมอเขาทำที่โรงพยาบาล เราทายาป้องกัน แผลกดทับ ก็เพื่อนบ้านที่เขาเคยดูแลผู้สูงอายุมาก่อนเขาบอกมา เขาว่าถ้าเป็นแผลแล้วรักษายาก สะโปกเวลาแดง ๆ ก็ทาไว้เลย ก็หายนะ ก็ตั้งแต่ทำมาก็ไม่เป็นแผลเลยทั้งพ่อทั้งแม่” (รหัส F8, สัมภาษณ์, 25 มีนาคม 2560)

“ใช้เป็นที่นอนฟองน้ำ ไม่ได้ใช้ที่นอนลม ใช้ผ้าเมตรที่หนานุ่มเอามารองบนฟ้ายาง เพื่อให้ที่นอนไม่เป็ยกถ้าเขาจี๋เยอะและไม่ร้อน เพราะฟ้ายางมันร้อน เราเอาผ้าผืนเก่ามารองตัวเป็น ฟ้ายาง ถ้ามีจุดแดง ๆ คำ ๆ เราก็เช็ดตัวแล้วใช้ยาทา หลอดหนึ่งก็ประมาณ 2 อาทิตย์ สิ่งสำคัญ เราคิดเองว่าการอาบน้ำ มีคนจะมาช่วยยกอาบน้ำดีกว่า สิ่งสำคัญในการดูแล ถังน้ำ ผ้าเช็ดตัวต้อง เตรียมไว้หลายผืน เช็ดผ้าห่มผืน เช็ดผ้าเป็ยก ตัวต้องสะอาดไม่มีกลิ่นถึงจะดี” (รหัส F11, สัมภาษณ์, 25 มีนาคม 2560)

“ใส่ผ้าอ้อมสำเร็จรูปเฉพาะตอนกลางคืน ในตอนกลางวันเราก็จะไม่ให้เขาต้องนอน อับเพราะกางเกงผ้าอ้อมมันร้อน เราก็ตัดแผ่นรองซับสีฟ้าที่เป็นแผ่น ๆ แผ่นหนึ่งก็จะตัดได้ 4 ชั้น เราก็ใส่รองซับเหมือนผ้าอนามัย เราก็เปะผ้าเทปไม่ให้หลุด เขาก็ที่เราเปลี่ยนเลย มันก็ไม่อับ แล้วก็ประหยัดการใช้ผ้าอ้อมสำเร็จรูปด้วย” (รหัส F13, สัมภาษณ์, 23 เมษายน 2560)

“ตอนนี้อาบน้ำ แล้วดูแลไม่ให้เกิดแผล เริ่มเป็นแผลต้องรีบทำแผล ส่วนใหญ่ ได้อาบน้ำตอนเย็นทุกวัน ตอนเช้าเช็ดตัว” (รหัส F12, สัมภาษณ์, 26 มีนาคม 2560)

ผู้ดูแลหลักให้ความสำคัญกับการป้องกันแผลกดทับเป็นลำดับแรก เนื่องจากผู้ดูแล หลักส่วนใหญ่มีประสบการณ์ที่ต้องดูแลทำแผลกดทับ ซึ่งรู้สึกว่ายาก ซ้ำ ดูแลยาก และทำให้ ผู้สูงอายุติดเตียงเกิดความไม่สุขสบาย จากการเจ็บแผลกดทับ ดังนั้นผู้ดูแลหลักจึงให้ความสำคัญ ในการดูแลป้องกันแผลกดทับเป็นอย่างมาก ซึ่งมีการดูแลอยู่ 2 รูปแบบ คือ การใช้ ที่นอนลมและ ไม่ใช้ที่นอนลม โดยสรุปเป็นแนวปฏิบัติ ดังนี้

สรุปแนวปฏิบัติในการดูแลป้องกันแผลกดทับให้แก่ผู้สูงอายุติดเตียงมีการใช้ที่นอน 2 ลักษณะ คือ 1) ใช้ที่นอนที่นอนลม 2) ไม่ใช้ที่นอนลม โดยมีแนวปฏิบัติในการป้องกันแผลกดทับ ดังนี้ 1) ทำความสะอาดร่างกาย ไม่มีกลิ่นอับไม่มีกลิ่นปัสสาวะ 2) มีการนวด กระตุ้นการไหลเวียนเลือด ขณะอาบน้ำ 3) มีการสำรวจรอบซ้ำ แดง คำ แข็งค้ำที่ผิวหนัง 4) ดูแลผิวไม่ให้แห้ง หรือไม่มี ผื่นระคายเคือง 5) ทาวาสลีน ทายาป้องกันหรือรักษาผื่นผ้าอ้อมหรือผิวหนังอักเสบจากความอับชื้น ทั้งแบบเป็นครีม แบบผงแป้ง 6) เพิ่มอาหาร โปรตีนสูง เช่น เนื้อปลา ไข่ เพื่อป้องกันและส่งเสริม การหายของแผลกดทับ 7) เมื่อเริ่มเกิดแผลกดทับผู้ดูแลจะรีบทำแผล ทายารักษาเพื่อให้หายตั้งแต่ เริ่มเป็นแผล เช่น มีผิวหนังแห้ง ผิวหนังพอง หรือมีลักษณะช้ำหรือถลอก

การป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ

พบว่า ผู้ดูแลหลักให้ความสำคัญในการดูแลเรื่องการดูแลสภาพแวดล้อมที่พักอาศัย ให้มีอากาศถ่ายเทได้ดี ควบคุมอุณหภูมิไม่ให้ผู้สูงอายุต้องร้อนจัด หรือหนาวจัด ดูแลสุขภาพไม่ให้ เป็นหวัด เมื่อมีเสมหะจะต้องช่วยผู้สูงอายุคุณออก เพื่อลดการติดเชื้อและการเกิดเสมหะอุดตัน ทางเดินหายใจ โดยผู้ดูแลหลักมีการปฏิบัติ ดังนี้ ทุกครอบครัวจะมีการใส่เสื้อ หรือมีผ้าห่มห่มตัว ผู้สูงอายุติดเตียง เพื่อไม่ให้หน้าอกโดนลมตรง ๆ แม้นในหน้าร้อนที่อากาศร้อน เสื้อผ้าจะชุ่มเหงื่อ บ่อย ในการควบคุมอุณหภูมิห้อง ไม่ให้เย็นจัดหรือร้อนจัด โดยมีครอบครัวที่มีห้องติด เครื่องปรับอากาศให้กับผู้สูงอายุติดเตียงนอน จำนวน 13 ครอบครัว แต่อีก 7 ครอบครัว ไม่มี เครื่องปรับอากาศที่บ้าน จึงต้องมีการหาห้องหรือบริเวณบ้านที่ไม่ร้อนจัดหรือหนาวจัดเกินไปให้ ผู้สูงอายุนอนในแต่ละฤดู โดยทุกบ้านมีการจัดบ้านให้โปร่ง โล่ง ไม่มีฝุ่นอับ อากาศถ่ายเทได้ สะดวก มี 2 ครอบครัวบอกว่า เมื่อมีสมาชิกในครอบครัวป่วยเป็นหวัด หรือมีอาการติดเชื้อจะไม่ให้ เข้าไปดูแลผู้สูงอายุติดเตียง หรือถ้าผู้ดูแลหลักเป็นไข้หวัด ต้องใส่ผ้าปิดปากปิดจมูกเมื่อต้องเข้าไป ดูแลผู้สูงอายุ และต้องระวังการแพร่กระจายเชื้อ โดยใช้แอลกอฮอล์ล้างมือ (Alcohol hand rub) หรือ ต้องล้างมือทุกครั้งที่จะเข้าไปสัมผัสกับผู้สูงอายุติดเตียง และเมื่อผู้สูงอายุมีเสมหะ ต้องเอาเสมหะ ออกให้ได้ เพื่อป้องกันเสมหะอุดตันและการป้องกันการติดเชื้อเพิ่มขึ้น สิ่งที่สำคัญอีกอย่าง คือ ต้องขยับตัวผู้สูงอายุ เช่น จับผู้สูงอายุนั่งป้อนข้าว นั่งเล่นหลังป้อนอาหาร หรือนั่งอาบน้ำ เพื่อให้มี การเคลื่อนไหวร่างกายให้ปลอดภัย ดังตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“ต้องเอาพ่อมานั่งข้างนอกบ้างได้สูดอากาศ และให้ไม่อุดอู้แต่ในห้องนอน” (รหัส F1, สัมภาษณ์, 7 มกราคม 2560)

“เทคนิค ป้อนข้าวแล้วไม่ให้เขาส้ำลัก คือ เวลาป้อนข้าวให้เขาอ้าปากกว้าง ๆ ... คือ เขาชอบอมน้ำ คือ จะดูก่อนให้อ้าปากดูชกิ้นข้าวหรือยัง แล้วจึงให้เขาคูดน้ำหรือป้อนน้ำ บางครั้ง ก็ยกหัวสูง บางครั้งก็ไม่สูงมากเขาก็นอนกินอย่างนี้แหละ แต่ต้องดูจังหวะการกลืนของเขาบางครั้ง เขากลิ้นลม บางครั้งเขากลิ้นน้ำ ถ้าเขากลิ้นลมมักจะสำลัก เวลาเขากลิ้นเขาจะกลืนเสียงดังคะ เวลา กลืนน้ำจะดังมาก แล้วให้เขาอ้าปากกว้าง ๆ ดูว่าข้าวหมดยัง กลืนบ๊ีบ เขาจะอ้าปาก เวลาป้อนเราก็จะ คอยดู เวลาป้อนข้าวหนูจะป้อนช้า อาจะป้อนเร็ว แต่ถ้ารู้จังหวะกันก็ไม่สำลัก” (รหัส F2, สัมภาษณ์, 8 มกราคม 2560)

“บางครั้งพ่อมีเสมหะมาก พี่ไม่มีเครื่องดูดเสมหะ ก็เปิดหาความรู้ใน Internet เขาให้ ใช้ผงฟูทำงาน พี่เลยลองใช้ ก็ใช้ผงฟูเล็กน้อย (ประมาณปลายช้อนชา) ผสมน้ำประมาณ 30 ml. แล้วคนให้เข้ากัน เอาผ้านุ่มชุบน้ำที่ผสมผงฟูแล้วเช็ดในปาก เหมือนกวาดคอเด็ก เสมหะจะออกมา

เยอะมาก ถ้าในปากมีคราบ ลื่นเป็นฝ้าขาวก็ใช้ได้ ปากสะอาด ฟันขาว แต่มันเพื่อน พอเขารู้รสแล้ว ครั้งต่อไปจะทำยาก เขาจะไม่ยอมอ้าปากให้” (รหัส F5, สัมภาษณ์, 19 กุมภาพันธ์ 2560)

“ใช้ลูกสูบยางแดงเอามาดูดเสมหะ แบบที่เขาดูดเสมหะเด็กเอามาใช้ เพื่อนบ้าน แนะนำ มันใช้ได้ดีมาก” (รหัส F6, สัมภาษณ์, 22 มกราคม 2560)

“ป้องกันการติดเชื้อทางเดินหายใจ ใครที่เป็นหวัดห้ามเข้า ถ้าป่วยห้ามเข้า เพราะแม่เป็นคนที่รับเชื้อง่าย พี่ชายเป็นภูมิแพ้ก็ไม่ให้เข้า ถ้าเราเริ่มเป็นเราจะให้ใช้ผ้าปิดปาก ถ้าเสะเหนียว จะใช้น้ำอุ่นให้บ้วนปากช่วย เสมหะออกได้ บ้วนมาก ๆ” (รหัส F20, สัมภาษณ์, 3 พฤษภาคม 2560)

“ถ้าแม่มีเสมหะ จะมียาขับเสมหะละลายน้ำให้กิน หมอเคยสั่งให้เมื่อหมด ก็ไปซื้อเอง” (รหัส F1, สัมภาษณ์, 7 มกราคม 2560; รหัส F4, สัมภาษณ์, 22 มกราคม 2560; รหัส F20, สัมภาษณ์, 3 พฤษภาคม 2560)

พบว่า การดูแลผู้สูงอายุเพื่อป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีการเจาะหลอดลม และไม่มีอาการเจาะหลอดลม โดยผู้สูงอายุติดเชื้อที่เจาะหลอดลมต้องมีการดูแลพิเศษ คือ การดูแลความสะอาดท่อหลอดลมคอ และการทำแผลใส่ท่อหลอดลมคอเพื่อป้องกันการติดเชื้อ ซึ่งในกลุ่มที่ใส่ท่อหลอดลมค่อนั้นผู้ดูแลหลักต้องมีอุปกรณ์เครื่องดูดเสมหะ (Suction) เนื่องจากผู้สูงอายุที่ใส่ท่อหลอดลมค่อนั้นส่วนใหญ่มักจะมีเสมหะมาก และจะไอออกเองได้น้อย ดังนั้นจึงต้องใช้เครื่องดูดเสมหะช่วย แต่ในผู้สูงอายุติดเชื้อที่ไม่ได้ใส่ท่อหลอดลมคอ แต่มีเสมหะมาก จากการศึกษา พบว่า สามารถใช้ลูกยางแดงในการดูดเสมหะแทนเครื่องดูดเสมหะ ก็สามารถใช้ได้เป็นอย่างดี และในการศึกษาคั้งนี้ พบว่า มีการใช้ผงฟูเล็กน้อยผสมน้ำสามารถกวาดคอ เอาเสมหะออกได้เป็นอย่างดี เพื่อป้องกันการสำลักเสมหะลงปอด และการระวังไม่ให้สำลักอาหาร และการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจในผู้สูงอายุติดเชื้อ

สรุปแนวปฏิบัติในการดูแลป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจมีการดูแลผู้สูงอายุติดเชื้อใน 2 ลักษณะ คือ 1) ใส่ท่อหลอดลมคอ 2) ไม่ได้ใส่ท่อหลอดลมคอ โดยในกลุ่มที่ใส่ท่อหลอดลมคอการดูแลความสะอาดท่อหลอดลมคอ การดูดเสมหะใช้เครื่องดูดเสมหะ Suction ใช้ลูกยางแดงดูดเสมหะใช้ยาละลายเสมหะ การป้องกันการสำลักอาหาร โดยสังเกตจังหวะการกลืน การบ้วนอาหาร สังเกตเสียงการกลืนป้องกันการสำลักและการติดเชื้อทางเดินหายใจ ผู้สูงอายุติดเชื้อถ้าเริ่มมีน้ำมูก หรือมีเสมหะต้องรีบรักษา รับประทานยา และในญาติที่มีอาการ ไอ มีน้ำมูก จะเข้าเยี่ยมผู้สูงอายุติดเชื้อต้องใส่ผ้าปิดปากเพื่อไม่ให้แพร่กระจายเชื้อสู่ผู้สูงอายุติดเชื้อ และผู้ดูแลมีความคิดสร้างสรรค์ในการให้อาหารที่สร้างภูมิคุ้มกันให้หวัด เช่น หัวหอมใหญ่ ผลไม้ที่มีวิตามินซีสูง เป็นต้น

การดูแลป้องกันระบบทางเดินปัสสาวะ

พบว่า ในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ผู้ดูแลหลักมีการดูแลด้านความสะอาดร่างกายของผู้สูงอายุติดเตียง โดยเฉพาะบริเวณอวัยวะเพศ การรักษาความสะอาดไม่อับชื้น ไม่มีกลิ่นอับกลิ่นเหม็น ในการเก็บข้อมูลสัมภาษณ์เชิงลึก มีผู้สูงอายุติดเตียง 3 คน ที่ยังใส่สายสวนปัสสาวะ (รหัส F1, F2, F8(1)) เนื่องจากมีปัญหาต่อมลูกหมากโต และ พบว่า มีผู้สูงอายุติดเตียง 2 คน (รหัส F3, F9) ที่เคยใส่สายสวนปัสสาวะ แล้วมีปัญหาเรื่องสายสวนตันบ่อย จนผู้ดูแลหลักต้องแจ้งความประสงค์ขอแพทย์ให้นำเอาสายสวนปัสสาวะออก และผู้สูงอายุติดเตียงอีก 5 คน ที่ขอเอาสายสวนปัสสาวะออกเมื่อแผลกดทับหาย (รหัส F4, F5, F7(2), F12, F13) และมีผู้สูงอายุที่ไม่เคยใส่สายสวนปัสสาวะเลยจำนวน 13 คน ครอบครัวยุคใหม่ที่ผู้สูงอายุไม่เคยใส่สายสวนปัสสาวะทุกครอบครัวเน้นเรื่องการทำความสะอาดอวัยวะเพศและการดูแลไม่ให้อับชื้นจากการใส่กางเกงผ้าอ้อมสำเร็จรูป “ถ้าปัสสาวะสีเข้ม มีกลิ่นฉุนต้องเพิ่มน้ำให้กิน” ผู้ดูแลหลักมีการสังเกต สีและกลิ่นปัสสาวะของผู้สูงอายุ และปรับการดูแลตามการเปลี่ยนแปลง การดูแลทำความสะอาดอวัยวะเพศ และการดูแลทำความสะอาดหลังการขับถ่ายเป็นเรื่องสำคัญ อีกทั้งการตรวจสายเดือนหลุด และการไปเปลี่ยนอุปกรณ์ตามแพทย์นัด ดังตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“ก็ต้องล้างด้วยน้ำสบู่ เปิดหมุดทั้งหนังหุ้มปลาย และที่เป็นซอกหนังยัน ต้องทำให้สะอาดเพราะถ้าอับมันจะติดเชื้อได้ พ่อเคยติดเชื้อต้องไปนอน โรงพยาบาลอยู่หลายวัน พ่อล้างไตทางเส้นเลือดนะ แต่พ่อยังมีปัสสาวะออกได้ดี” (รหัส F1, สัมภาษณ์, 7 มกราคม 2560)

“ก็ต้องทำความสะอาดให้เอี่ยม ฟอกสบู่ที่โหล่ด้วยแล้วเปิดหนังหุ้มล้างจี๋โคลด้วย แต่ไม่ให้สายตึง ล้างให้สะอาด เวลาที่จะเทปัสสาวะต้องเช็ดด้วยสำลีแอลกอฮอล์ แล้วก็ไปพบหมอตตามนัด ไปเปลี่ยนสายนี้ด้วยเดือนละครั้ง” (รหัส F2, สัมภาษณ์, 8 มกราคม 2560)

“ก็ฟอกสบู่และล้างให้สะอาด ต้องดูให้ฉี่ไหลออกดี วางเขวอนต่ำกว่าที่นอน” (รหัส F8, สัมภาษณ์, 27 มีนาคม 2560)

การดูแลในผู้สูงอายุติดเตียง ที่ไม่มีสายสวนปัสสาวะ (ทั้งที่เคยใส่ และไม่เคยใส่)

ในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงเมื่อกลับบ้านหลังจากการรักษาด้วยโรคหลอดเลือดสมอง และในผู้สูงอายุที่นอนติดเตียง มักจะมีการใส่สายสวนปัสสาวะติดตัวกลับบ้านเนื่องจากมีแผลกดทับ แต่เมื่อมีปัญหาปัสสาวะขุ่น มีตะกอนมาก แต่อาจจะไม่มีการสั่งเอาออกจากแพทย์ ด้วยกลัวว่าเมื่อเอาสายออกแล้วผู้สูงอายุติดเตียงอาจมีปัญหาปัสสาวะเองไม่ได้ และเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับใหม่ แต่ในมุมมองของผู้ดูแลหลักบางคน รู้สึกว่าการไม่มีสายสวนปัสสาวะจะดูแลความสะอาดได้ดีกว่า และลดความเสี่ยงในการติดเชื้อจากการที่มีสิ่งแปลกปลอมอยู่ในร่างกายเป็นเวลานาน ดังตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“เวลาอาบน้ำก็ทำความสะอาดหมดเลย เขาก็ไม่เคยมีปัญหาติดเชื้ออะไรนะ พี่ว่ามันต้องดูแลความสะอาดด้วย ที่นอนพีซั๊กเปลี่ยนทุกวัน ถ้าวันไหนมีกลิ่น เพราะเขาเกาะกางเกงผ้าอ้อมสำเร็จรูปเราก็เปลี่ยน จนเครื่องซักผ้าพังไป 3 เครื่องแล้ว” (รหัส F9, สัมภาษณ์, 6 เมษายน 2560)

“ดูแลป้อนน้ำให้ได้วันละไม่ต่ำกว่า 1-2 ลิตร จากน้ำดื่ม อาหารปั่น นมและน้ำผลไม้ ทำให้ ปัสสาวะออกได้มาก และทำความสะอาดทุกครั้งหลังการขับถ่ายทำให้ไม่มีการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ร่างกายสะอาดที่นอนไม่มีกลิ่นปัสสาวะ ไม่มีกลิ่นอับ” (รหัส F3, สัมภาษณ์, 22 มกราคม 2560)

“การป้องกันติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ พอเซ็ดอึเสร็จก็เซ็ดให้หมด เอากระดาษทิชชู แตะน้ำเซ็ดจนหมดกลิ่น เอาผ้าชุบน้ำหมาดเซ็ด ผู้หญิงเราท่อถ่ายอยู่ใกล้กัน ต้องเซ็ดชอกเซ็ดซับให้แห้ง ไม่ทาแป้งเพราะ ทาแป้งแล้วจะติดเชื้อแน่นอน ร่องก้นสำคัญเวลานี้ มันจะไหม้เลยนะ ผู้หญิงชอกเยอะ เน้นร่องก้น ต้องสะอาด ที่ทรานที่สุดคือ ร่องก้น มันแสบมาก เอายาทาที่ร่องก้นไม่ใช่แป้งทา แป้งทาเฉพาะที่ตัวกับหลังไม่ทา ก้น เพราะมันจะอับชื้นเวลาที่มันเปียกนี่จะทำให้เหนอะแล้วติดเชื้อ” (รหัส F20, สัมภาษณ์, 3 พฤษภาคม 2560)

การดูแลเพื่อป้องกันระบบทางเดินปัสสาวะในผู้สูงอายุติดเตียงนั้น พบว่า ผู้ดูแลหลักต้องให้การดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่มีสายสวนปัสสาวะและไม่มีสายสวนปัสสาวะ ซึ่งจากการศึกษา ผู้ดูแลหลักให้ความสำคัญกับการทำความสะอาดร่างกาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งบริเวณที่ขับถ่าย และอวัยวะสืบพันธุ์เนื่องจากเป็นอวัยวะที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ง่าย ผู้ดูแลหลักจึงให้ความสำคัญในเรื่องความสะอาดและป้องกันความอับชื้น ซึ่งเป็นสาเหตุหลักของการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้สูงอายุที่มีสายสวนปัสสาวะ ซึ่งสายใส่เข้าไปถึงกระเพาะปัสสาวะ ถ้าไม่ดูแลความสะอาดให้ติดเชื้อเข้าสู่กระเพาะปัสสาวะได้อย่างรวดเร็ว ผู้ดูแลหลักจึงให้ความสำคัญกับการทำความสะอาดมาก ทั้งผู้สูงอายุเพศหญิงและชาย คือ ในอวัยวะเพศชายจะมีจุดสะสมเชื้อโรคที่หนังหุ้มปลายที่ผู้ดูแลหลักต้องเน้นในการทำความสะอาด ในเพศหญิงจะมีบริเวณชอกอับที่ดูแลยาก คือ ตามชอกขาหนีบ และรอยพับต่าง ๆ ที่ต้องให้ความสำคัญในการทำความสะอาด โดยรูปแบบการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ

สรุปแนวปฏิบัติการดูแลป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ กรณีผู้สูงอายุติดเตียงที่ใส่สายสวนคาปัสสาวะ ดูแลป้องกันสายหลุดเลื่อน ใช้แอลกอฮอล์เช็ดปลายปากถุงปัสสาวะก่อนเทปัสสาวะออก และเปลี่ยนสายตามแพทย์นัด สังเกตการติดเชื้อมีปัสสาวะขุ่น ตะกอนมาก และในผู้สูงอายุติดเตียงที่ไม่ได้ใส่สายสวนปัสสาวะ ให้ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์และบริเวณที่ขับถ่ายให้สะอาด ด้วยสบู่และล้างออกให้สะอาด กระตุ้นให้ดื่มน้ำมาก ๆ เปลี่ยน

ผ้าอ้อมสำเร็จรูป เมื่อมีการขับถ่าย ไม่ให้ทิ้งไว้นาน คุณดูแลทำความสะอาด เสื้อผ้า ผ้าปูที่นอน ไม่ให้อับชื้น

การดูแลการป้องกันข้อติดแข็ง

พบว่า ทุกครอบครัวไม่มีการทำกายภาพอย่างสม่ำเสมอเพื่อป้องกันข้อติดแข็ง แต่ผู้ดูแลหลักเน้นที่การอาบน้ำ เพราะได้ถูเช็ดตัว เช็ดขอกนิ้วมือ นิ้วเท้าก็ได้ดั่งยึด แขนขาไปด้วย (ขณะเช็ดตัวมีการดึง ยืด งอข้อต่าง ๆ ลูกตัวในขณะที่ตัวลื่นสบู่) เพราะเมื่อทำกายภาพ ผู้สูงอายุมีอาการเจ็บจะไม่ให้ความร่วมมือ เนื่องจาก ผู้สูงอายุติดเตียงรู้สึกเจ็บในการยืดกล้ามเนื้อ และผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่เป็นลูกผู้สูงอายุติดเตียงจะแสดงอารมณ์ไม่พอใจ (ในคนที่พูดได้บางครั้งจะมีการใช้คำหยาบคาย ในคนที่พูดไม่ได้จะแสดงอาการเจ็บปวด) ซึ่งผู้ดูแลหลักรู้สึกได้ว่าผู้สูงอายุติดเตียงไม่ชอบ ไม่ต้องการให้ทำกายภาพเพราะรู้สึกเจ็บ ผู้ดูแลหลักจึงมีเทคนิคส่วนตัวในการดูแลเพื่อไม่ให้เกิดข้อติดแข็ง ซึ่งในแต่ละครอบครัวอาจมีเทคนิคที่แตกต่างกัน แต่ส่วนที่เหมือนกัน คือ ใช้การอาบน้ำเป็นการยืดเหยียด ขยับตัวผู้สูงอายุติดเตียงเพราะต้องเคลื่อนย้ายไปนั่งเก้าอี้อาบน้ำ และผู้ดูแลหลักจะมีการขยับให้ผู้สูงอายุโกจร โดยผู้สูงอายุติดเตียงจะมีการยื่นมือออกมาตอบได้กับ ผู้ดูแลหลัก หรือเป็นการเล่นแกลังดึงมือ แขน ขา เล่นกันเวลาว่าง หรือเวลาอาบน้ำจะขอร้องให้ผู้สูงอายุช่วยยกของ ช่วยหยิบของส่งให้ ดังตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“ทำกายภาพไม่ได้เลย เขาดีเอา” “เราต้องส่งหนังสือให้พ่อ ให้เขายื่นคืนมา เขามีความสุขในการสอน และขยับตัวไปหยิบของให้ เราก็เล่นกับเขา” (รหัส F1, สัมภาษณ์, 7 มกราคม 2560)

“ทำกายภาพไม่ได้เลย เขาไม่ยอมทำตาม ขนาดนักกายภาพเหยียบเท้าให้ดั่งเท้าหนี เขายังไม่ทำเลย ยอมให้เหยียบเท้า เราก็แกลังเขา หยอกเล่นดึงมือกัน ให้แม่ช่วยยกขึ้น เวลาอาบน้ำเพื่อให้เขาได้ออกกำลังไม่ให้แขนติด วันนี้อากาศดี แม่ช่วยเสยผมให้หน่อย เขาก็ยอมทำ” “แม่พูดได้จากพูดไม่รู้เรื่องก็รู้เรื่อง แขนก็ยังไม่มีแรง กระตุ้นหยอกบ่อย ๆ กระตุ้นเหย่งแรง ๆ ดึงมือเล่นดึงมือกัน แขนแกก็แข็งแรงขึ้น ปกติแกไม่ค่อยให้ใครถูกตัวแกต่อต้านตีหยิก จนอาบน้ำเองได้ ล้างหน้าเสยผม ให้ทำโน่นนี่ เขาอดเสยเองได้นะ จนปัจจุบันก็ทำได้นะ” (รหัส F20, สัมภาษณ์, 3 พฤษภาคม 2560)

“เวลาบอกให้ยกแขน ยกขา เขาไม่ทำ นอนนิ่ง แต่พอเราจับนมเขาจะยกมือมาตบเลย พอเราทำกายภาพยืดเหยียดแขนขา เล่นกับเขาก็คุยถึงเรื่องเก่า ๆ ไปด้วย เขาก็ยอมอ่อนให้ไม่ร้องเจ็บ ถ้าไม่คุยไม่เล่าถึงเรื่องเก่า ๆ ให้ฟังจะร้องเจ็บไม่ยอมทำ เวลาเขาร้องเจ็บมาก ๆ เราก็ไม่กล้าทำ กลัวทำไปแล้วกระดูกหักแยเลย ก็มีนวดบ้างเวลาอาบน้ำ ไม่ทำไม่ได้ ตัวจะแข็งมาก” (รหัส F18, สัมภาษณ์, 6 เมษายน 2560)

“เวลาเราทำ โคนดำทุกที แลมหยิกเราด้วย แต่เวลาหมอบทำ (นักกายภาพ) ไม่เห็น บ่นเจ็บซักครั้ง ขอมทุกอย่าง หนูอยากให้มีหมอบมาทำให้ที่บ้านบ่อย ๆ เคยจ้างหมอบมา อาทิตย์ละครั้ง” (รหัส F2, สัมภาษณ์, 8 มกราคม 2560)

การป้องกันข้อติดแข็งในผู้สูงอายุติดเตียง พบว่า มีการให้ความสำคัญในการดูแล การป้องกันข้อติดแข็งน้อยกว่า การป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ เนื่องจากในภาวะความเจ็บป่วย ด้วยโรคหลอดเลือดสมอง อาจทำให้ผู้สูงอายุมีอาการเกร็งกระตุกกล้ามเนื้อจากภาวะทางสมอง และ ในการที่จะดึงยืดเหยียดกล้ามเนื้อนั้นผู้สูงอายุจะรู้สึกเจ็บมา เนื่องจากมีการเกร็งของกล้ามเนื้อทำให้เกิดการต่อต้านในการทำกายภาพของผู้ดูแลหลักกับผู้สูงอายุติดเตียง แต่ผู้ดูแลหลักก็ยังมี ความพยายามในการดูแลเพื่อป้องกันไม่ให้ข้อติดแข็งในผู้สูงอายุติดเตียงโดยการให้มีหมอบมา มานวดเพื่อคลายกล้ามเนื้อ มีการเล่นกับผู้สูงอายุ หรือมีการทำกายภาพโดยไม่ผู้สูงอายุทราบว่า เป็นการทำกายภาพโดยตรง เช่น การขอร้องให้ช่วยเหยียบของให้ การช่วยแต่งตัว เป็นต้น จึงทำให้มี การกระตุ้นการเคลื่อนไหวอย่างสม่ำเสมอ ลดการเกิดข้อติดแข็งได้ โดยมีรูปแบบการดูแล ดังนี้

แนวปฏิบัติการดูแลป้องกันการข้อติดแข็งในผู้สูงอายุติดเตียง มีการดูแลผู้สูงอายุ 2 ลักษณะ คือ 1) ไม่สามารถเคลื่อนไหวได้เลย 2) สามารถเคลื่อนไหวได้บนเตียง โดยการทำให้ Passive exercise ทำกายภาพ ตามนักกายภาพบำบัด-การนวด ประคบคลายเส้น แบบแพทย์แผนไทย ออกกำลังกายดึงยืดเหยียดแขนขา โดยมีการพูดคุยให้เพลิน เช่น การเล่าเรื่องเก่าที่ผู้สูงอายุชอบ การกระตุ้นให้ผู้สูงอายุทำ Active exercise เช่น การช่วยส่งของ ช่วยเหยียบจับสิ่งของ ช่วยแต่งตัว หวีผม เสยผม

การดูแลด้านจิตใจของผู้สูงอายุ

ในการดูแลด้านจิตใจของผู้สูงอายุติดเตียงนั้น ความสำคัญกับผู้สูงอายุติดเตียง เพื่อการดูแลให้ผู้สูงอายุติดเตียงมีความสุขในช่วงชีวิตระยะสุดท้าย การดูแลทั้งเรื่องความสบายใจ ความรู้สึกไม่ถูกทอดทิ้ง และการเตรียมความพร้อมเพื่อการตายอย่างสงบ เป็นเรื่องที่สำคัญมาก ดังการให้สัมภาษณ์ในการดูแล ดังนี้

“เน้นการให้กำลังใจคนที่ป่วย อย่างน้อยให้เขาไม่รู้สึกลัวว่าถูกทิ้ง ลูกหลานยังรัก ลูกหลานอยากให้เขาอยู่ ให้ เขามีกำลังใจสู้ อยู่กับเราไปได้นาน ๆ แบบทำให้เขามีกำลังใจดีที่สุด การให้กำลังใจเป็นการต่อชีวิตให้เขา นะ การเล่นกับเขา ให้กำลังใจเขา ทำให้เขามีความสุข คือ เรายังดูแลเขา ไม่ถูกทอดทิ้ง” (รหัส F2, สัมภาษณ์, 8 มกราคม 2560)

“การดูแลทางจิตใจ ปกติยายเป็นคนเฉยไม่ต้องพูด เราคิดว่าคนป่วยต้องมีกำลังใจ เราก็เล่นหยอกล้อกับเขากอด หอมแก้ม ล้อเช่นเดียวตบตูดด้วยปากนะแม่ เปิดวิทยุให้ฟัง ถ้าเขาโกรธ เขาจะไม่พูดด้วย หน้าบึ้ง ไม่มอง โกรธ เราจะเปิดวิทยุให้เป็นเพื่อนยาย เปิดตั้งแต่ที่แกป่วย ก็เปิด

ให้แก่วงเพลิน ๆ แกพูดได้แต่ไม่ชัดเพราะ โคนลิ้นแข็งพูดไม่ค่อยเป็นคำ ถ้าวันไหนอารมณ์ดี สบายใจ จะพูดชัดหน่อย คาดหวังกับการดูแลอยากให้อย่างแข็งแรงอย่างนี้ไปนาน ๆ ก็จนกว่าจะถึง วาระ จนกว่าจะหมดหน้าที่ อยากมีเวลาดูแลแก่ให้มากกว่านี้ อยากดูแลให้ดีกว่านี้ อยากอยู่ดูแลให้ มากขึ้น” (รหัส F3, สัมภาษณ์, 22 มกราคม 2560)

“แกไม่ยอมฟังธรรมะ แกชอบดูโลก ถึงมองไม่ค่อยเห็นแต่แกได้ยินเสียง แกชอบฟัง ที่บ้านพี่ชอบกอดกัน หอมแก้มกันเป็นปกติ เราได้กอดกันทุกวัน” (รหัส F17, สัมภาษณ์, 3 พฤษภาคม 2560)

“คนป่วยอย่างนี้จะดูแลยาก เจ้าอารมณ์... เมื่อก่อนต้องเปิดโทรทัศน์ตลอดเวลา โทรทัศน์บ้านพี่ฟังไป 3 เครื่องแล้ว เพราะแม่กลัว เอาเทปธรรมะให้ฟัง จากที่แกจิตตกใครตายก็จะเบะ ร้องไห้ แต่ตั้งแต่ฟังธรรมะแม่จะเฉย ๆ เลย เมื่อรู้ว่าใครตายก็จะเฉย ๆ มีการแสดงอารมณ์มากขึ้น หัวเราะยิ้ม พูดคุย มีการหยอกล้อ เริ่มแรกให้ฟังหลวงพ่ोजรณิทานธรรมะ จนตอนที่ท่านเริ่มบวช ฝึกกรรมฐาน จนเรื่องการตาย มันทำให้แม่นิ่งขึ้น ไม่ร้องไห้ อารมณ์ดี อยู่เงียบ ๆ ได้ เดียวนี้แม่ อยู่คนเดียวได้แล้ว” (รหัส F20, สัมภาษณ์, 3 พฤษภาคม 2560)

ในการดูแลด้านจิตใจของผู้สูงอายุติดเตียงนั้นมีความละเอียดอ่อนเป็นอย่างมาก เนื่องจากโดยปกติผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะเป็นคนที่คิดมาก และมีความรู้สึกอ่อนไหวอย่างมาก ทั้งความรู้สึกที่ต้องเป็นภาระพึ่งพิง ยิ่งผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ต้องนอนเตียง ยิ่งมีความรู้สึก กังวลในหลายเรื่อง ทั้งจากโรคที่เจ็บป่วย รู้สึกเป็นภาระในการดูแล กลัวถูกทอดทิ้ง และกลัว ความตายในวาระสุดท้ายของชีวิต ซึ่งผู้สูงอายุติดเตียงที่มีอารมณ์ดี ไม่เครียด และเตรียมใจต่อ ความเจ็บป่วยได้ จะสามารถอยู่ได้อย่างมีความสุข แต่ในผู้สูงอายุที่มีความวิตกกังวลสูง และในผู้ที่มี อารมณ์โกรธ ยังไม่สามารถปรับตัวกับความเจ็บป่วยได้ ผู้ดูแลหลักต้องดูแลอย่างเอาใจใส่ และ ต้องสร้างความเข้มแข็งในการเผชิญปัญหาให้กับผู้สูงอายุติดเตียง ซึ่งในการดูแลทางด้านจิตใจ ในผู้สูงอายุติดเตียงนั้นมีผลมาจากการปรับทัศนคติของผู้ดูแลหลัก ในผู้ดูแลหลักที่มีความเชื่อทาง ศาสนาพุทธ ผู้ดูแลหลักจะใช้ธรรมะเป็นเครื่องมือในการลดความเครียด ความกังวล และความกลัว ของผู้สูงอายุติดเตียง แต่ในรายที่ไม่เชื่อตามหลักศาสนาจะใช้การให้กำลังใจ และการแสดง ความรัก ความเอื้ออาทร การทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเพลิดเพลิน ฟังพอใจ เช่น การฟังลิเก การฟัง วิทยุ เพื่อให้รู้สึกไม่เหงา มีเพื่อนตลอดเวลา

สรุปแนวปฏิบัติในการดูแลด้านจิตใจผู้สูงอายุติดเตียง ผู้ดูแลหลักมีการใช้วิธีการดูแล 2 วิธี คือ 1) ใช้ธรรมะในการดูแลด้านจิตใจ ได้แก่ ฟังวิทยุธรรมะฟังเทปธรรมะ อ่านหนังสือธรรมะ 2) ใช้การแสดงความรักต่อกันในครอบครัว เช่น การกอด หอมแก้ม บอกรักกัน เปิดเพลงให้ฟัง ดูลิเก ดูโทรทัศน์ เพื่อให้ผู้สูงอายุติดเตียงไม่เหงา และรู้สึกมีเพื่อนอยู่ตลอดเวลา

ระยะที่ 2 เสนอรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้านโดยครอบครัว

รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้านโดยครอบครัว มี 3 องค์ประกอบหลัก ดังนี้

- 1) การยอมรับการเป็นผู้ดูแล (Acceptance to be a caregiver)
- 2) การปรับตัวและการพัฒนา (Adjustment and development)
- 3) การเอื้ออาทรจากชุมชน (Assistance from community)

มีรายละเอียด ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 การยอมรับการเป็นผู้ดูแล (Acceptance to be a caregiver)

การยอมรับการเป็นผู้ดูแล หมายถึง ผู้ดูแลหลักที่เป็นสมาชิกครอบครัว ยอมรับตนเองในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้าน โดยผ่านการตัดสินใจ การประเมินตนเอง และการจัดการตนเอง เพื่อให้พร้อมต่อการทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้านที่ดี ตลอดจนการยอมรับผลตอบแทนที่ตนจะได้รับจากการเป็นผู้ดูแลหลัก ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

1. การตัดสินใจ หมายถึง การตกลง ตัดสินใจในการทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักทั้งที่สมัครใจและยินดี หรือด้วยเหตุผลความจำเป็นในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้าน ซึ่งการตัดสินใจโดยมีเงื่อนไขในการเข้ามาเป็นผู้ดูแล ดังนี้

- 1.1 เป็นผู้ดูแลด้วยความสมัครใจ ในการเข้ามาทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักนั้น เพราะด้วยความรัก ความผูกพัน อยู่ด้วยกันมาเป็นเวลานาน ตลอดจนได้ให้การดูแลซึ่งกันและกันมาเป็นอย่างดีและมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน

- 1.2 เป็นผู้ดูแลด้วยความจำเป็น แม้ว่าผู้ดูแลหลักจะทำงานหรือหน้าที่อื่นและในครอบครัวไม่มีใครที่จะทำหน้าที่นี้ได้ แต่ผู้ดูแลเห็นความจำเป็นและเห็นความสำคัญในการทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้าน

2. การประเมินตนเอง หมายถึง การวิเคราะห์ ทบทวน และ ประเมินตนเองในด้านภาวะสุขภาพและเศรษฐกิจ เพื่อให้พร้อมต่อการทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลัก ซึ่งต้องมีการประเมินตนเองดังต่อไปนี้

- 2.1 สุขภาพของผู้ดูแล ผู้ดูแลหลักประเมินตนเองว่าสามารถให้การดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้านได้ ทั้งที่ตนเองจะมีโรคประจำตัวหรือมีสุขภาพที่แข็งแรง

- 2.2 เศรษฐกิจ ได้แก่ อาชีพ รายได้ รายจ่ายส่วนของตนเอง ซึ่งผู้ดูแลหลักมีการประเมินตนเองเพื่อวิเคราะห์ ทบทวน และวางแผนทางการเงิน เมื่อต้องเข้ามาทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้าน

3. การจัดการตนเอง หมายถึง การจัดการตนเองเพื่อให้พร้อมที่จะทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักที่บ้าน โดยการวางแผน ดำเนินการดูแลตนเองในด้านต่าง ๆ ต่อไปนี้

3.1 ด้านสุขภาพ ได้แก่ ร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ผู้ดูแลหลัก มีกระบวนการดูแลสุขภาพตนเอง 2 ลักษณะ คือ 1) ผู้ดูแลหลักที่มีสุขภาพแข็งแรงทำการตรวจสุขภาพประจำปีทุกปี 2) ผู้ดูแลหลักที่มีโรคประจำตัว ต้องปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพตนเอง และพบแพทย์เพื่อติดตามอาการอย่างสม่ำเสมอ

3.2 ด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ อาชีพ รายรับ รายจ่าย ที่ผู้ดูแลหลักต้องรับผิดชอบ ผู้ดูแลมีการจัดการใน 2 ลักษณะ คือ 1) ปฏิบัติหน้าที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุคนเดียวอย่างเดียว 2) ปฏิบัติหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุคนเดียวและประกอบอาชีพด้วย

3.3 ด้านบทบาทหน้าที่ ผู้ดูแลหลักต้องมีการจัดการแบ่งเวลาในการทำหน้าที่แต่ละบทบาทที่ตนเองมี เพื่อสร้างความสมดุลให้กับชีวิตและครอบครัวในขณะที่ทำหน้าที่ผู้ดูแลหลัก

4. ผลตอบแทน สิ่งที่ตนเองได้รับจากการเข้ามาทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลัก เป็นการได้ผลตอบแทนที่ทำให้เกิดแรงจูงใจ และส่งผลต่อการสร้างคุณค่าตนเองทางจิตใจในด้านต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

4.1 ความสุข มีความสุขที่มีโอกาสในการเป็นผู้ดูแลหลักทำให้ได้ทดแทนบุญคุณ เป็นการแสดงความกตัญญู ความรัก ความผูกพันที่มีต่อกัน โดยให้การดูแลผู้สูงอายุคนเดียวเป็นอย่างดี ด้วยความเอื้ออารีและทะนุถนอม

4.2 การยกย่องชื่นชม เป็นการได้รับคำชื่นชมจากเครือข่าย จากเพื่อนบ้าน จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและจากชุมชน ในการดูแลผู้สูงอายุคนเดียวมาเป็นอย่างดีแม้ว่าต้องให้การดูแลกันเป็นเวลานาน

4.3 ความภาคภูมิใจ เป็นความรู้สึกดีต่อตนเองที่มีความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุคนเดียวได้เป็นอย่างดี ผู้สูงอายุคนเดียวมีความสุขสบาย แม้ว่าผู้สูงอายุคนเดียวบางรายจะไม่สามารถบอกได้ แต่ผู้ดูแลสามารถรับรู้ได้จากการแสดงความรู้สึกของผู้สูงอายุคนเดียวและภาวะสุขภาพที่ดีตามสภาพของผู้สูงอายุคนเดียว

4.4 ความมั่นใจในตนเองและความรู้สึกมีคุณค่า ผู้ดูแลหลักมีความมั่นใจในตนเองที่สามารถทำให้ผู้สูงอายุคนเดียวมีความสุขสบาย และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน อีกทั้งเป็นที่ยอมรับของชุมชนสามารถเป็นที่ปรึกษาให้กับผู้ที่มีปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุคนเดียวในชุมชนได้

4.5 เป็นต้นแบบที่ดี ได้เป็นแบบอย่างที่ดีให้แก่ลูกหลาน เป็นการสร้างผู้ดูแลรุ่นใหม่ โดยผู้ดูแลหลักได้ทำให้เยาวชนได้เห็นเป็นแบบอย่าง เพื่อให้คนรุ่นใหม่ได้ทำตาม และคาดหวังว่าจะได้รับการดูแลที่ดีจากการที่ตนเองได้ทำดีนั้น

องค์ประกอบที่ 2 การปรับตัวและการพัฒนา (Adjustment and development)

การปรับตัวและการพัฒนา หมายถึง การเรียนรู้ การปฏิบัติ และการประเมินผลเพื่อให้สามารถปรับตัวในการเป็นผู้ดูแลหลัก และเกิดการพัฒนาระบบการดูแล จนกระทั่งสามารถให้การดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้านได้เป็นอย่างดีและต่อเนื่อง เพื่อให้มีการปรับตัวและเกิดการพัฒนาในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้าน เริ่มจากการเรียนรู้และฝึกทักษะตั้งแต่ก่อนออกจากโรงพยาบาล หรือตั้งแต่ผู้สูงอายุเริ่มป่วยติดเตียง จนผู้ดูแลหลักสามารถให้การดูแลได้เป็นอย่างดีและทำให้เกิดความรู้หรือนวัตกรรมใหม่ ๆ ที่สอดคล้องกับบริบทของแต่ละครอบครัว ตลอดจนสามารถถ่ายทอดความรู้ ประสบการณ์ และทักษะที่ตนมีให้กับผู้ดูแลในครอบครัวอื่นได้ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

การเรียนรู้

ผู้ดูแลหลักจำเป็นต้องเรียนรู้ และแสวงหาความรู้ในเรื่องภาวะสุขภาพและแนวทางการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้าน โดยมีการเรียนรู้ตั้งแต่ผู้สูงอายุเริ่มเจ็บป่วยติดเตียง ก่อนออกจากโรงพยาบาล การสังเกตอาการขณะที่อยู่บ้าน และการค้นหาวิธีการ เพื่อเอื้อให้การดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้านทำได้เป็นอย่างดี และสอดคล้องกับบริบทครอบครัว โดยมีระยะในการดูแล

3 ระยะ ประกอบด้วย

ระยะที่ 1 เตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน ประกอบด้วย

ความรู้เรื่องโรคและแผนการรักษาผู้สูงอายุติดเตียง ได้แก่ อุปกรณ์ที่ต้องดูแล ยาประจำตัว อาหารเฉพาะโรค อาการผิดปกติที่ต้องไปพบแพทย์

การเรียนรู้เรื่องการดูแลและการฝึกทักษะ ประกอบด้วย 1) การดูแลกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การดูแลความสะอาดร่างกาย การดูแลเรื่องอาหาร 2) การดูแลองค์รวมเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ การป้องกันแผลกดทับ การป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ การป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ การป้องกันข้อติดแข็ง การดูแลจิตใจผู้สูงอายุติดเตียง

ระยะที่ 2 การดูแลที่บ้าน ประกอบด้วย การดูแลกิจวัตรประจำวัน

การจัดการกับอุปกรณ์ทางการแพทย์ การปรับที่อยู่อาศัย การจัดการความเครียดจากการทำหน้าที่ผู้ดูแล และการหาที่ปรึกษาเมื่อมีปัญหาในการดูแล

ระยะที่ 3 การพัฒนาและการดูแลที่ต่อเนื่อง ประกอบด้วย

1. การบริหารจัดการเวลาในการดูแล ผู้ดูแลมีการจัดสรรเวลาเพื่อการทำหน้าที่ของตนในแต่ละบทบาท เช่น ทำหน้าที่ในบทบาทของแม่ บทบาทของภรรยา บทบาทของลูก และในผู้ดูแลที่ต้องทำงานประจำ จะต้องบริหารจัดการเวลาในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงให้เสร็จทันเวลาที่ต้องไปทำงานประจำ

2. การเข้าใจในการดูแลโดยการคิดเชิงบวก ในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงนั้นผู้ดูแลจะมีความเครียดในหลายด้าน ได้แก่ ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุติดเตียง ปัญหาการสื่อสาร เป็นต้น ดังนั้นผู้ดูแลหลักต้องมีการปรับตัวโดยการใช้ความเชื่อทางศาสนา ความรัก ความศรัทธา และความหวังที่มีต่อผู้สูงอายุติดเตียง เป็นเครื่องมือในการปรับทัศนคติและลดความเครียดในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้าน

3. การปรับสมดุลให้กับชีวิตครอบครัว ผู้ดูแลนั้นต้องทำหน้าที่ในการดูแลและมีหลายบทบาทที่ต้องรับผิดชอบ ทั้งในครอบครัวเดิมที่ต้องทำหน้าที่ในการดูแลพ่อแม่และครอบครัวใหม่ที่ต้องดูแลบุตรและสามี ผู้ดูแลต้องมีการปรับตัวในการทำหน้าที่ในทุกบทบาท และมีการบริหารจัดการเวลาให้เหมาะสมเพื่อให้เกิดความสมดุลในชีวิตของผู้ดูแลหลัก

4. การรู้จักขอความช่วยเหลือ ในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงนั้นเป็นการดูแลที่ต่อเนื่องและยาวนาน ดังนั้นจึงต้องร้องขอความช่วยเหลือในยามจำเป็น เช่น การมีผู้ช่วยเหลือดูแลแทนเมื่อผู้ดูแลหลักต้องไปทำธุระนอกบ้าน การช่วยเหลือในการพาผู้สูงอายุติดเตียงไปโรงพยาบาล เป็นต้น

5. เกิดความรู้ใหม่/ นวัตกรรม การมีความคิดสร้างสรรค์ของผู้ดูแลหลักเพื่อให้ผู้สูงอายุติดเตียงได้รับการดูแลที่ดี มีความสุขสบาย และแก้ปัญหาในการดูแล เช่น การทำฟาร์องซัปปัสสาวะเพื่อการลดภาระค่าใช้จ่าย การเช็ดตัวน้ำดังเดียวเพื่อลดเวลาในการทำกิจกรรมการดูแลประจำให้รวดเร็วแต่ยังคงความสะอาดของร่างกาย ไม่เกิดแผลกดทับและผู้สูงอายุติดเตียงได้รับความสุขสบาย เป็นต้น

6. เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือผู้อื่น ผู้ดูแลหลักที่ให้การดูแลผู้สูงอายุติดเตียงมาเป็นเวลานานจนมีความชำนาญ มีความมั่นใจ ภาคภูมิใจในการดูแลของตนเอง จะรู้สึกยินดีในการให้ความช่วยเหลือผู้อื่น เพราะเข้าใจความรู้สึกผู้ที่ต้องมาทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลเหมือนกัน

การลงมือปฏิบัติ

การปฏิบัติและการปรับปรุงพัฒนา วิธีการสำหรับการให้การดูแลผู้สูงอายุติดเตียง เพื่อให้ได้รับการดูแลทั้งในด้านกิจวัตรประจำวัน และการดูแลแบบองค์รวมเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนตลอดจนสามารถพักอาศัยอยู่บ้าน และไม่กลับไปพักรักษาตัวในโรงพยาบาลได้นานมากกว่า 6 เดือน ซึ่งผู้ดูแลหลักมี วิธีการดูแล และปรับปรุงพัฒนาการดูแลให้สอดคล้องกับผู้สูงอายุติดเตียง 4 ลักษณะ ได้แก่ 1) สื่อสารได้และเคลื่อนไหวบนเตียงได้ 2) สื่อสารได้และเคลื่อนไหวบนเตียงไม่ได้ 3) สื่อสารไม่ได้และเคลื่อนไหวบนเตียงได้ 4) สื่อสารไม่ได้และเคลื่อนไหวบนเตียงไม่ได้ ทำให้ผู้ดูแลมีการจัดการในการดูแลที่แตกต่างกัน ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ลักษณะผู้สูงอายุติดเตียงและการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้าน

ลักษณะผู้สูงอายุ ติดเตียง	การดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้าน		
	ข้อดี	อุปสรรค	วิธีการ
สื่อสารได้และ เคลื่อนไหวบน เตียงได้	1. สามารถสื่อสารปัญหา และความต้องการการดูแล ให้ผู้ดูแลรับทราบได้ 2. การเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้น้อย เช่น แผลกดทับ การสำลักอาหาร ภาวะ ข้อติด	1. มีระดับความต้องการ มาก และเรียกร้อง ความต้องการบ่อย 2. อาจเกิดความขัดแย้ง หรือ ความรุนแรง 3. เกิดภาวะเครียดกับ ทั้งสองฝ่าย	1. การให้ความรัก ความเข้าใจ กัน 2. ปรับทัศนคติของทั้งสองฝ่าย โดยใช้ธรรมเป็นเครื่องมือ 3. นั่งเฉยต่อพฤติกรรมที่ แสดงออกในบางครั้ง แต่คงมี การสังเกตพฤติกรรมนั้น ๆ อยู่เสมอ 4. จัดสิ่งแวดล้อม ระวังระวัง อุบัติเหตุ
สื่อสารได้และ เคลื่อนไหวบน เตียงไม่ได้	สามารถสื่อสารปัญหาและ ความต้องการการดูแลให้ ผู้ดูแลรับทราบได้	1. มีระดับความต้องการ มาก และเรียกร้อง ความต้องการบ่อย 2. เกิดภาวะเครียดแก่ทั้ง สองฝ่าย 3. เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ ง่าย เช่น แผลกดทับ ภาวะ ข้อติด	1. ดูแลด้วยความรักและ ให้ความเมตตา 2. ดูแล ป้องกันการเกิด ภาวะแทรกซ้อน
สื่อสารไม่ได้ และเคลื่อนไหว บนเตียงได้	การเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ น้อย เช่น แผลกดทับ การสำลักอาหาร ภาวะ ข้อติด เป็นต้น	บอกความต้องการผ่าน ท่าทางทำให้เข้าใจได้ยาก และการป้องกันอุบัติเหตุ หรืออันตรายจาก การเคลื่อนไหว เช่น ตกเตียง เป็นต้น	1. จัดสิ่งแวดล้อมและ การป้องกันอุบัติเหตุ 2. สังเกตสีหน้า ท่าทาง หรือ การหายใจ เพื่อให้เข้าใจ ความหมายที่ตอบสนองแทน การสื่อสารด้วยคำพูด
4. สื่อสารไม่ได้ และเคลื่อนไหว บนเตียงไม่ได้	ไม่เรียกร้องความต้องการ และมีสิ่งอำนวยความสะดวก ทางกาย (อุปกรณ์ ทางการแพทย์)	1. บอกความต้องการผ่าน ท่าทางทำให้เข้าใจได้ยาก 2. เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ ง่าย เช่น แผลกดทับ การสำลัก ภาวะข้อติด เป็นต้น	1. สังเกตสีหน้า ท่าทาง หรือ การหายใจ เพื่อให้เข้าใจ ความหมายที่สื่อ ได้ถูกต้อง 2. จัดสิ่งแวดล้อมและ การป้องกันเกิดภาวะแทรกซ้อน

การปฏิบัติการดูแลของผู้ดูแลหลัก ต้องมีการเรียนรู้ การสังเกต ฝึกทักษะ ปรับปรุง และพัฒนา ในการดูแลอย่างต่อเนื่อง ให้ครอบคลุมตามความจำเป็นพื้นฐานในกิจวัตรประจำวัน และการดูแลแบบองค์รวมเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ตลอดจนการจัดสิ่งแวดล้อมและอุปกรณ์ที่จำเป็นในการดูแลได้อย่างเหมาะสม

การดูแลกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การดูแลความสะอาดร่างกาย การดูแลเรื่องอาหารและยา ให้กับผู้สูงอายุติดเตียง

การดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ การป้องกันแผลกดทับ การป้องกัน การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ การป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ การป้องกัน ข้อติดแข็ง การดูแลจิตใจผู้สูงอายุติดเตียง ซึ่งต้องมีการดูแลอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ติดตัวมาจาก โรงพยาบาล เช่น สายให้อาหาร สายสวนปัสสาวะ เป็นต้น และอุปกรณ์ที่ต้องใช้ที่บ้าน อีกทั้งที่ การจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมในการดูแล เช่น การจัดเตียงผู้ป่วยและที่นอนลมเพื่อป้องกันการเกิด ภาวะแทรกซ้อน การจัดห้องให้ผู้สูงอายุติดเตียงนอนได้อย่างสบาย ให้มีอากาศถ่ายเท และลด ความเสี่ยงต่ออุบัติเหตุ

การประเมินผล

การประเมินผล หมายถึง ผู้ดูแลหลัก มีการสังเกต และประเมิน ผลลัพธ์การดูแลผู้สูงอายุ ติดเตียงที่บ้านให้มีสุขภาพที่ดี ตามเป้าหมายของการดูแล และได้รับการยอมรับ หรือรับรอง ผลการดูแลนั้นว่าสามารถทำได้เป็นอย่างดี จากผู้ที่เกี่ยวข้อง เช่น สมาชิกอื่นในครอบครัว บุคลากร ทางสาธารณสุข ให้การยอมรับ ว่าเป็นการดูแลได้เป็นอย่างดี ผู้สูงอายุติดเตียงไม่เกิด ภาวะแทรกซ้อนจนต้องไปนอนรักษาที่โรงพยาบาล เช่น ไม่เกิดแผลกดทับ ผู้ดูแลให้การดูแล เป็นปกติจนเป็นกิจวัตรประจำวัน ไม่รู้สึกว่าเป็นภาระ มีความสุขที่ได้ดูแล

องค์ประกอบที่ 3 การเอื้ออาทรจากชุมชน (Assistance from community)

การเอื้ออาทรจากชุมชน หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือจากชุมชน โดยให้ ความช่วยเหลือหรือสนับสนุน ในเรื่องเศรษฐกิจ การเป็นที่ปรึกษา การเดินทางไปโรงพยาบาล รวมทั้งการปฏิบัติหน้าที่แทนในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในบางครั้ง ดังนี้

เครือข่าย ให้ความช่วยเหลือในเรื่องเศรษฐกิจ การเป็นที่ปรึกษา การเดินทางไป โรงพยาบาล และการปฏิบัติหน้าที่แทนในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้านเมื่อผู้ดูแลหลักติดภารกิจ เพื่อนบ้าน ให้ความช่วยเหลือแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุติดเตียง เป็นกำลังใจให้ความชื่นชมกับผู้ดูแล และให้ความช่วยเหลือในการปฏิบัติหน้าที่แทนในยามจำเป็น แบบครั้งคราว

ทีมสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) อาสาสมัครประจำครอบครัว เป็นต้น ทีมผู้ดูแลผู้สูงอายุ ให้การดูแลช่วยเหลือในเรื่องความรู้ ทักษะ และเป็นທີ່ปรึกษาในการดูแลสุขภาพทั้งของผู้สูงอายุติดเตียงและผู้ดูแลหลักเมื่ออยู่ที่บ้าน

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้การช่วยเหลือในเรื่องสวัสดิการ ได้แก่ เบี้ยผู้สูงอายุ การปรับปรุงบ้าน การรับ-ส่งเมื่อต้องไปโรงพยาบาลในบางครั้ง

สรุปรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้านโดยครอบครัว

จากข้อมูลองค์ประกอบหลักที่ได้ทั้ง 3 องค์ประกอบ ผู้วิจัยจึงกำหนดชื่อเรียกรูปแบบนี้ว่า “การดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้าน โดยครอบครัว: โมเดลสามเอ (3-A Model)” โดยมี 3 องค์ประกอบหลัก ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 การยอมรับการเป็นผู้ดูแล (Acceptance to be a caregiver) เมื่อผู้ดูแลหลักรับทราบและยอมรับในการที่ต้องมาทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงแล้ว ไม่ว่าจะผู้ดูแลหลักจะเข้ามาด้วยความสมัครใจหรือด้วยความจำเป็นก็ตาม แต่เมื่อเข้ามาทำหน้าที่ผู้ดูแลหลักแล้ว ผู้ดูแลตัดสินใจทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้านให้เป็นอย่างดี จะต้องผ่านการประเมินตนเอง และการจัดการตนเอง เพื่อให้พร้อมต่อการทำหน้าที่ ตลอดจนการยอมรับผลตอบแทนที่ตนเองได้รับ จากการเข้ามาทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลัก

องค์ประกอบที่ 2 การปรับตัวและการพัฒนา (Adjustment and development)

การปรับตัวและการพัฒนา ประกอบด้วย การเรียนรู้ การปฏิบัติ และการประเมินผล เพื่อให้ผู้ดูแลหลักสามารถปรับตัว และเกิดการพัฒนาระบวนการดูแลอย่างต่อเนื่อง จนสามารถให้การดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้านได้เป็นอย่างดีและต่อเนื่อง ในระยะเตรียมพร้อมก่อนกลับบ้าน ระยะการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน และพัฒนาการดูแลที่ดีอย่างต่อเนื่อง

องค์ประกอบที่ 3 การเอื้ออาทรจากชุมชน (Assistance from community)

การได้รับความช่วยเหลือจากชุมชน โดยให้ความช่วยเหลือหรือสนับสนุน ในเรื่อง เศรษฐกิจ การเป็นที่ปรึกษา การเดินทางไปโรงพยาบาล รวมทั้งการปฏิบัติหน้าที่แทนในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในบางครั้ง ได้แก่ การช่วยเหลือจากเครือญาติ เพื่อนบ้าน ทีมสุขภาพ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งทั้งที่เป็นการให้ความช่วยเหลือตามนโยบายและการให้การช่วยเหลือตามความเอื้ออาทรต่อกันในชุมชนที่ยังคงอยู่ในสังคมไทย โดยสามารถสรุปรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงบ้าน โดยครอบครัว เป็นภาพที่ 6 ดังต่อไปนี้



ภาพที่ 6 การดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้านโดยครอบครัว: โมเดลสามเอ (3-A Model)

จากภาพข้างต้นชี้ให้เห็นว่ารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้านโดยครอบครัวมีกระบวนการ ดังนี้ โดยเริ่มตั้งแต่เมื่อครอบครัวรับรู้ว่าจะต้องให้การดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ครอบครัวต้องมีผู้ดูแลเมื่อกลับออกจากโรงพยาบาลไปดูแลต่อเนื่องที่บ้าน โดยมี 3 องค์ประกอบหลัก ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 การยอมรับการเป็นผู้ดูแล (Acceptance to be a caregiver) ซึ่งผู้ที่จะมาทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้าน มี 4 ประเด็น คือ 1) การตัดสินใจ 2) การประเมินตนเอง 3) การจัดการตนเอง 4) ผลตอบแทน เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถเข้ามาทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้านได้เป็นอย่างดี ซึ่งในการประเมินตนเองและการจัดการตนเองของผู้ดูแลหลักนั้น มีการจัดการใน 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการดูแลสุขภาพตนเอง ด้านการจัดการทางเศรษฐกิจ ด้านการจัดการเวลาให้เหมาะสมต่อบทบาทหน้าที่ที่ตนรับผิดชอบ โดยผู้ดูแลหลักที่เข้ามา

ทำหน้าที่นั้น จะได้รับผลตอบแทนจากการเป็นผู้ดูแล คือ ตนเองมีความสุข ได้รับการยกย่องชื่นชม เกิดความภาคภูมิใจ รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความมั่นใจในการดูแล และเป็นแบบอย่างที่ดีให้ผู้อื่นได้

องค์ประกอบที่ 2 การปรับตัวและการพัฒนา (Adjustment and development) ผู้ดูแลหลัก ต้องมีการปรับตัวและการพัฒนาตนเองอยู่ตลอดเวลา เนื่องจากในการให้การดูแลผู้สูงอายุติดเตียง นั้น ผู้ดูแลต้องเผชิญกับผลกระทบที่เกิดกับตนเองและผลกระทบที่เกิดกับผู้สูงอายุติดเตียง มี 3 ประเด็น คือ 1) การเรียนรู้ 2) การลงมือปฏิบัติ 3) การประเมินผล การดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ในการให้การดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้านนั้น ทำให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่องจนเกิดความรู้หรือนวัตกรรมใหม่ ๆ ที่สอดคล้องกับบริบทในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้านของแต่ละครอบครัว ซึ่งการปรับตัวและการพัฒนาการดูแลของผู้ดูแลหลักแบ่งออกเป็น 3 ระยะ โดยเริ่มตั้งแต่ระยะแรก ที่ผู้สูงอายุเริ่มป่วยติดเตียง ผู้ดูแลหลักมีการเรียนรู้ และฝึกทักษะในการดูแลในขณะที่รักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลและเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้านตามแผนการจำหน่ายก่อนกลับบ้านของแพทย์ ระยะต่อมา คือ เมื่อผู้สูงอายุติดเตียงกลับมาอยู่ที่บ้าน เป็นระยะที่ผู้ดูแลหลักต้องมีการปรับตัวอย่างมาก เมื่อต้องเป็นผู้ดูแลเองคนเดียวในระยะนี้ ผู้ดูแลต้องมีการฝึกและพัฒนาทักษะในการดูแลด้วยตนเองจนมีความมั่นใจว่าสามารถให้การดูแลได้ ระยะสุดท้ายเป็นการพัฒนาและการดูแลที่ดีอย่างต่อเนื่อง เป็นระยะที่ผู้ดูแลหลักสามารถให้การดูแลเพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุติดเตียง คือ มีร่างกายที่สะอาดและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ทำให้เกิดความสมดุลกับชีวิตและครอบครัวของผู้ดูแลหลัก

องค์ประกอบที่ 3 การเอื้ออาทรจากชุมชน (Assistance from community) ผู้ดูแลหลัก ได้รับการช่วยเหลือจากทั้งเครือญาติ เพื่อนบ้าน ทีมสุขภาพ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทั้งการช่วยเหลือตามนโยบายของรัฐ และความเอื้ออาทรต่อกันของคนในชุมชน เพื่อให้ผู้ดูแลหลักสามารถให้การดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีความพึงพอใจในการที่ต้องมาทำหน้าที่เป็นผู้ดูแล โดยไม่รู้สึกลำบากใจ เพราะมีผู้ช่วยเหลือในการดูแลในด้านต่าง ๆ ส่งผลให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งผู้สูงอายุติดเตียงและผู้ดูแลหลัก โดยผู้สูงอายุติดเตียงได้รับการดูแลที่ดี มีความสุขสบายและมีสุขภาพที่ดี ส่งผลให้ผู้ดูแลหลักเป็นแบบอย่างในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชนได้

บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) เพื่อนำเสนอรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง โดยครอบครัว จากประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้านที่ดี โดยครอบครัว สรุปผลการวิจัย ดังนี้

สรุปผลการวิจัย

การศึกษารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้าน โดยครอบครัว สาระสำคัญเพื่อตอบคำถามการวิจัย ดังนี้

ข้อมูลลักษณะของผู้สูงอายุติดเตียงและผู้ดูแล

สาเหตุของการนอนติดเตียงของผู้สูงอายุ พบว่า มี 4 สาเหตุหลัก ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคสมองเสื่อม ความชรา และความพิการ สาเหตุของการนอนติดเตียงส่วนใหญ่พบผู้สูงอายุติดเตียงจากโรคหลอดเลือดสมองซ้ำมากกว่า 1 ครั้ง ทำให้เป็น ซึ่งผู้สูงอายุติดเตียงส่วนใหญ่ใช้สิทธิสวัสดิการผู้สูงอายุและผู้พิการ พบว่า มีรายได้จากเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุและผู้พิการจากรัฐบาล เดือนละประมาณ 1,500-1,800 บาท รองลงมา คือ จากเบี้ยผู้สูงอายุเพียงอย่างเดียวเดือนละ 600-1,000 บาท และจากสวัสดิการข้าราชการบำนาญ มีรายได้เดือนละ 20,000-30,000 บาท

ส่วนผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง พบเป็นเพศหญิงทั้งหมด มีช่วงอายุระหว่าง 37-76 ปี มีความสัมพันธ์เป็น ภรรยา บุตรสาว บุตรบุญธรรม น้องสาวและลูกสะใภ้ ซึ่งผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส และมีผู้ดูแลที่อยู่ตามลำพังกับผู้สูงอายุติดเตียงถึง 1 ใน 4 โดยพบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา

การประกอบอาชีพของผู้ดูแล มี 2 ลักษณะ คือ

1. ผู้ดูแลหลักที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ คือ ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลอย่างเดียว ซึ่งผู้ดูแลมีเงินในการใช้จ่ายจากเงินมรดก ซึ่งเป็นทรัพย์สินเดิมของผู้สูงอายุติดเตียง เช่น ค่าเช่าที่ดินที่คืน เงินเก็บ และบางครอบครัวสามีผู้ดูแลหลักเป็นผู้ทำงานหาเลี้ยงครอบครัว
2. ผู้ดูแลหลักที่ยังประกอบอาชีพพร้อมทั้งเป็นผู้ดูแลหลักผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้าน ส่วนใหญ่ทำอาชีพเกษตรกรรม หรือทำธุรกิจส่วนตัวที่บ้าน ซึ่งเป็นอาชีพเดิมก่อนที่จะมาทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลัก และมีผู้ดูแลหลักที่ต้องเปลี่ยนอาชีพ เนื่องจากต้องกลับมาดูแลผู้สูงอายุติดเตียง

ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลหลักสามารถแบ่งออกเป็นผู้ที่มีโรคประจำตัว และไม่มีโรคประจำตัว พบว่า มีจำนวนเท่ากัน โรคประจำตัวที่พบส่วนมากเป็น โรคความดันโลหิตสูง โรคไขข้อ ในเส้นเลือดสูง ซึ่งผู้ดูแลหลักให้ความสำคัญในการดูแลสุขภาพ รักษาต่อเนื่อง สามารถควบคุมโรคได้ดีและในกลุ่มที่ไม่มีโรคประจำตัว มีการส่งเสริมสุขภาพโดยการเลือกรับประทานอาหาร ออกกำลังกายและตรวจสุขภาพประจำปี โดยผู้ดูแลหลักให้เหตุผลว่า ไม่อยากต้องนอนติดเตียง เหมือนผู้สูงอายุที่ตนดูแลอยู่

การอยู่อาศัยและจำนวนสมาชิกในครอบครัวที่อยู่บ้านเดียวกันรวมผู้สูงอายุติดเตียง พบมากที่สุด คือ มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 4 คน พบ 1 ใน 3 รองลงมา คือ ผู้ดูแลหลัก อยู่เพียงลำพังกับผู้สูงอายุติดเตียงเพียง 2 คน พบ 1 ใน 4

ระยะเวลาที่ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้าน แบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ คือ ผู้ดูแลให้การดูแลตลอด 24 ชั่วโมง และโดยการนับชั่วโมงการปฏิบัติการดูแลตามจริง ซึ่ง พบว่า ใช้เวลาในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง วันละประมาณ 12-18 ชั่วโมง

ประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้าน โดยผู้ดูแลหลัก

ประสบการณ์ของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ตั้งแต่เมื่อทราบว่าต้องมาทำหน้าที่เป็นผู้ดูแล สรุปได้ดังต่อไปนี้

เหตุผลในการเข้ามาเป็นผู้ดูแลหลัก

ลักษณะการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุติดเตียงก่อนที่จะเจ็บป่วยจนต้องนอนติดเตียง ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กันตามลำพังกับคู่สมรสแต่เมื่อผู้สูงอายุต้องนอนติดเตียง บุตรหลานจะรับผู้สูงอายุมาอยู่ที่บ้านด้วย หรือบุตรกลับมาอยู่บ้านเดียวกันกับผู้สูงอายุติดเตียง ซึ่งการเข้ามาทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักนั้นสามารถสรุปคุณสมบัติ ได้ดังนี้

1. เป็นผู้ที่มีการระน้อยที่สุด ได้แก่ บุตรที่โสด (หม้าย หย่า แยก) หรือถ้าแต่งงานแล้วแต่ยังไม่มีลูก
2. ผู้ดูแลหลักควรเป็นเพศหญิง (ถ้าเลือกได้)
3. ผู้ดูแลหลักมีเวลาในการทำหน้าที่เป็นผู้ดูแล
4. ผู้ดูแลหลัก มีผลกระทบน้อยที่สุดในการต้องทำหน้าที่เป็นผู้ดูแล หรือถ้าจำเป็นต้องลาออกจากงานเพื่อมาทำหน้าที่ในการดูแลก็สามารถทำได้
5. ผู้ดูแลหลักยอมรับหน้าที่ เมื่อสมาชิกในครอบครัวลงมติให้ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแล ซึ่งพบลักษณะของผู้ที่เข้ามาเป็นผู้ดูแลหลัก ดังนี้ 1) อยู่บ้านเดียวกัน ผู้ดูแลหลักอยู่อาศัยในบ้านเดียวกันกับผู้สูงอายุติดเตียง 2) ผู้ดูแลหลักที่เป็นลูกคนเดียว 3) ผู้ดูแลหลัก

เป็นบุตรสาวคนเล็ก แต่อาจจะไม่ใช่ลูกคนสุดท้ายก็ได้ 4) ผู้ดูแลหลักเป็นผู้ที่ได้รับมรดกมากกว่าคนอื่น

ผลกระทบและการเรียนรู้ของผู้ดูแลหลัก

1. ผลกระทบด้านจิตใจและความรู้สึกของผู้ดูแลหลัก

ผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่ จะพบกับปัญหาในการทำกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้าน ได้แก่ 1) รู้สึกเหนื่อยกับการทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลคนเดียว 2) เศร้าที่ต้องทำใจต่อการดูแลผู้สูงอายุระยะสุดท้าย 3) ผู้ดูแลหลักไม่สามารถใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างอิสระตามใจชอบ รู้สึกต้องดูแลอยู่ตลอดเวลา 4) ผู้ดูแลหลักต้องรับอารมณ์ความเครียดที่ผู้สูงอายุรู้สึก ว่าตนเองไร้ค่าต้องเป็นผู้พึ่งพิง 5) เป็นการดูแลที่ยาวนาน โดยพบว่า ผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่ใช้ธรรมชาติและความรักที่ตนมีต่อผู้สูงอายุเป็นเครื่องมือในการลดความเครียดในการดูแล และปรับทัศนคติด้านลบให้เป็นด้านบวก เพื่อให้ผู้ดูแลหลักให้การดูแลผู้สูงอายุติดเตียงได้อย่างมีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งผู้สูงอายุติดเตียงและผู้ดูแลหลัก

2. ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ

ประสบการณ์ในการประกอบอาชีพของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ผู้ดูแลหลักต้องมีการตัดสินใจในเรื่องอาชีพ การงาน และรายได้ โดยผู้ดูแลมี 2 ทางเลือก ได้แก่

2.1 การลาออกจากการประกอบอาชีพหลัก มาทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลอย่างเดียว

2.2 ทำงานประกอบอาชีพหลักพร้อมกับทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลัก ซึ่งในกลุ่มที่ยังต้องทำงานอยู่นั้น พบว่า รายได้ที่ใช้จ่ายส่วนใหญ่ นั้นใช้เพื่อการเลี้ยงดูบุตรของตนเอง และเพื่อการศึกษาของบุตร มากกว่าที่จะใช้เพื่อการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง

เงินที่ใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้าน ได้จาก 1) เงินเบี้ยผู้สูงอายุ เบี้ยผู้พิการ เงินบำนาญข้าราชการ ซึ่งเป็นรายได้ของผู้สูงอายุติดเตียงที่เป็นสวัสดิการของรัฐ 2) เงินสนับสนุนจากญาติที่ไม่ได้เป็นผู้ดูแลหลักจะมีการช่วยเหลือทางการเงินในการซื้ออุปกรณ์และเพื่อใช้ในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้าน 3) เงินมรดกหรือทรัพย์สินของผู้สูงอายุติดเตียง 4) รายได้จากการทำอาชีพของผู้ดูแลหลัก

2.3 ผลกระทบด้านสุขภาพของผู้ดูแลหลัก

ผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่มีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป โดยมีทั้งที่มีโรคประจำตัวและไม่มีโรคประจำตัว แต่ผู้ดูแลหลักสามารถดูแลสุขภาพได้ดี โดยให้เหตุผลว่า ไม่อยากต้องนอนติดเตียงเหมือนผู้สูงอายุที่ตนดูแลอยู่ ปัญหาทางสุขภาพจากการทำหน้าที่ดูแลของผู้ดูแลหลัก พบว่าส่วนใหญ่มีอาการปวดหลังเนื่องจาก ต้องยก ต้องอุ้ม ผู้สูงอายุติดเตียงในการทำความสะดวกร่างกาย ซึ่งผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่ใช้วิธีบรรเทาอาการ โดยการรับประทานยาแก้ปวด และการนวดบรรเทา

อาการปวด โดยผู้ดูแลหลักมีการเรียนรู้ที่จะดูแลสุขภาพตนเองให้แข็งแรงก่อนเพื่อจะได้สามารถให้การดูแลผู้สูงอายุติดเตียงได้

2.4 ผลกระทบด้านครอบครัว

ผลกระทบด้านครอบครัวของผู้ดูแลหลัก เมื่อต้องมารับภาระเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง พบว่า มีปัญหาครอบครัวในเรื่องการหย่าร้าง เนื่องจากผู้ดูแลหลักต้องเสียสละเวลาในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงเป็นส่วนใหญ่ ทำให้คู่สมรสเกิดความรู้สึกที่ผู้ดูแลหลักไม่สนใจในการดูแลครอบครัวตนเอง หรือไม่ทำหน้าที่อันสามีภรรยา ผู้ดูแลหลักมีการเรียนรู้ในการจัดการกับปัญหาครอบครัว โดยต้องมีการปรึกษากันก่อนที่จะมาทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลเพื่อให้คู่สมรสเข้าใจในการทำหน้าที่ของผู้ดูแลหลักและต้องมีการแบ่งเวลาเพื่อทำหน้าที่ตามบทบาทของตนเอง เพื่อให้เกิดความสมดุลในชีวิตครอบครัว

3. การปรับตัวและการพัฒนาในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้าน

ผู้ดูแลมีประสบการณ์ที่แตกต่างกันก่อนออกจากโรงพยาบาล ทั้งระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลของผู้สูงอายุติดเตียง การฝึกทักษะในการดูแล การทำกิจวัตรประจำวัน จำนวนอุปกรณ์ที่ติดตัวผู้สูงอายุติดเตียงกลับบ้าน อีกทั้งพยาธิสภาพของโรค และความต้องการการดูแลด้านอาหารและยาเฉพาะโรค ทำให้ผู้ดูแลมีทักษะและการปรับตัวที่แตกต่างกัน ประสบการณ์ของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้าน มีการเตรียมความพร้อมใน 4 ลักษณะ คือ 1) ได้รับการสอนอย่างเดียว 2) ได้รับการสอนและทำให้อู่ 3) ผู้ดูแลได้ฝึกปฏิบัติ 4) ผู้ดูแลมีที่ปรึกษาเป็นแพทย์/พยาบาลประจำตัว

3.1 ประสบการณ์ของผู้ดูแลการจัดเตรียมอุปกรณ์ในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้าน ผู้ดูแลมีการจัดการอุปกรณ์ได้ 2 วิธี คือ การซื้อด้วยตนเอง และจากการสนับสนุนโดยขอยืมจาก รพ.สต., โรงพยาบาลชุมชน หรือจากการที่มีผู้บริจาค เช่น เตียงนอนผู้ป่วย ที่นอนลม เครื่องดูดเสมหะ ถังให้ออกซิเจน เป็นต้น

3.2 ผู้ดูแลมีการเรียนรู้จากประสบการณ์ในการดูแลที่บ้าน โดยผู้ดูแล มีความต้องการในการเข้าถึงแหล่งข้อมูล ได้แก่ ความต้องการที่ปรึกษาที่เป็นแพทย์/พยาบาล/ จนท. สาธารณสุข ซึ่งมีช่องทางดังนี้

3.2.1 แพทย์ประจำตัวให้เบอร์โทรศัพท์

3.2.2 การสมัครเข้ามาเป็น อสม. เพื่อให้สามารถเข้าถึงเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพได้ง่าย

3.2.3 ปรึกษาจากผู้ที่มีประสบการณ์ให้การดูแลผู้สูงอายุติดเตียงมาก่อน

การจัดสิ่งแวดล้อมและที่อยู่อาศัย

3.3 ประสิทธิภาพในการปรับที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อม ของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง มีอยู่ 2 ลักษณะ คือ 1) การสร้างบ้านใหม่ 2) การปรับปรุงบ้าน

โดยในการสร้างบ้านและปรับปรุงบ้านนั้นผู้ดูแลต้องมีค่าใช้จ่ายจำนวนมาก ซึ่งขึ้นอยู่กับลักษณะของที่อยู่อาศัยที่เลือก ดังนี้ การสร้างเป็นบ้านชั้นเดียว มีการถมที่สูง ยกพื้น เล็กน้อย เพื่อป้องกันน้ำท่วม พื้นบ้านเรียบเสมอกันทั้งบ้าน ไม่มีการเล่นระดับ ไม่มีธรณีประตู ประตูกว้างมากกว่า 1.5 เมตร เพื่อให้สะดวกในการเข็นเตียงนอนผู้สูงอายุติดเตียงเข้า-ออก และมีการทำห้องให้โปร่ง โล่ง เพื่อสามารถระบายลมและลดกลิ่นอับได้ดี

3.4 เกิดความรู้ใหม่/ นวัตกรรม

การมีความคิดสร้างสรรค์ของผู้ดูแลหลักเพื่อให้ผู้สูงอายุติดเตียง ได้รับการดูแลที่ดี มีความสุขสบาย และแก้ปัญหาในการดูแล เช่น การทำฝารองขับปัสสาวะเพื่อการลดภาระค่าใช้จ่าย การเช็ดตัวน้ำถังเดียวเพื่อลดเวลาในการทำกิจกรรมการดูแลประจำให้รวดเร็วแต่ยังคงความสะดวกของร่างกาย ไม่เกิดแผลกดทับและผู้สูงอายุติดเตียงได้รับความสุขสบาย เป็นต้น

4. แนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้าน

การดูแลกิจวัตรประจำวัน

ของผู้ดูแลในการทำกิจวัตรประจำวันในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้าน ผู้ดูแล เริ่มกิจกรรมตั้งแต่ตื่นนอน แบ่งออกได้เป็น 2 กลุ่ม คือ

4.1 กลุ่มที่ต้องทำงานประจำ จะเริ่มกิจกรรมตั้งแต่เวลา 4.00 นาฬิกา

4.2 กลุ่มผู้ดูแลที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลอย่างเดียวไม่ต้องออกไปทำงานและผู้ที่ทำอาชีพที่ไม่มีข้อจำกัดเรื่องเวลาการทำงาน จะเริ่มกิจกรรมเวลา 6.00 นาฬิกา

โดย ทั้ง 2 กลุ่ม มีการทำ กิจวัตรประจำวันเหมือนกัน โดยมีการทำกิจกรรม ดังนี้ คือ

- 1) ตรวจสอบผ้าอ้อมผู้ใหญ่ว่าเปียกมากหรือไม่ ถ่ายอุจจาระหรือไม่ ถ้าเปียกมากหรือเปื้อนมาก ก็จะทำความสะอาดและเปลี่ยนผ้าอ้อมให้ก่อนเป็นอย่างแรก เพื่อป้องกันความอับชื้นซึ่งเป็นสาเหตุของการเกิดแผลกดทับ และอาการผื่นคันจากที่ผิวเปียกชุ่มปัสสาวะนานเกินไป ในผู้สูงอายุที่ผิวหนังเปื่อย ลอก และเป็นแผลได้ง่าย
- 2) ผู้ดูแลจะไปเตรียมอาหาร
- 3) เช็ดตัวทำความสะอาดร่างกาย
- 4) ป้อนอาหารให้ผู้สูงอายุติดเตียง แล้วจึงออกไปทำงานแต่ในผู้ดูแลหลักที่ไม่ได้ออกไปทำงาน นอกบ้านส่วนใหญ่จะป้อนอาหารก่อน

แนวปฏิบัติการทำความสะอาดร่างกาย

ผู้ดูแลทำความสะอาดร่างกาย โดยวิธีการอาบน้ำให้ผู้สูงอายุทุกวัน วันละ 1 ครั้ง โดยในเวลาเช้าจะใช้วิธีการเช็ดตัว และทุกวันในตอนบ่ายจะอาบน้ำให้ผู้สูงอายุติดเตียง โดยผู้ดูแลหลัก ให้เหตุผลว่าในการอาบน้ำนั้น นอกจากจะทำให้ผู้สูงอายุสบายตัวแล้ว ยังเป็นการกระตุ้นระบบ

ไพลเวียนเลือด ตำรวจผิวหนังว่ามีรอยจ้ำเลือดหรือ จะเกิดเป็นแผลกดทับหรือไม่ อีกทั้งยังเป็นการจับผู้สูงอายุติดเตียงให้ได้นั่ง ได้เคลื่อนไหว ไม่ให้หลังแข็ง กระตุ้นระบบการไหลเวียนเลือด ถ้านอนนานจะมีอาการเวียนศีรษะได้

แนวปฏิบัติการทำความสะอาดช่องปาก

การทำความสะอาดช่องปาก พบว่า ในกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียงที่ยังพูดสื่อสารได้ สามารถบ้วนปากได้ ผู้ดูแลจะให้บ้วนปากด้วยน้ำยาบ้วนปากเป็นส่วนใหญ่ มีเพียง 2 คนที่แปรงฟัน ส่วนในกลุ่มที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้เลย ญาติจะเช็ดทำความสะอาดฟันให้เป็นบางครั้ง หรือใช้วิธีการให้ดื่มน้ำมาก ๆ เนื่องจากผู้สูงอายุติดเตียงส่วนใหญ่กลืนได้ แต่บ้วนออกไม่ค่อยได้และไม่มีการแปรงฟัน หรือมีเพียงตอฟัน แต่ไม่เคยมีการอักเสบของเหงือก

แนวปฏิบัติการดูแลเรื่องอาหาร

ผู้สูงอายุติดเตียงมีการรับประทานอาหารแบ่งได้ 2 ทาง คือ รับประทานได้เองทางปาก และการให้อาหารทางสายยางทางจมูก โดยผู้ที่ต้องให้อาหารทางสายยางนั้น เป็นอาหารปั่นตามสูตรที่ทางโรงพยาบาลให้มา ซึ่ง พบว่า เมื่อผู้สูงอายุติดเตียงมาอยู่ที่บ้าน ผู้สูงอายุติดเตียงมีความต้องการอาหารเพิ่มขึ้นทั้งปริมาณและพลังงานจากอาหารที่สูงกว่าตอนอยู่ที่โรงพยาบาล โดยผู้ดูแลมีการเพิ่มปริมาณอาหารต่อมื้อ มีการเพิ่มโปรตีนจากไข่และเนื้อปลา มีการเพิ่มสมุนไพรพื้นบ้าน และในผู้ที่สามารถรับประทานอาหารเองได้ทางปาก ก็มีทั้งที่ให้รับประทานเป็นสูตรอาหารปั่น และเป็นอาหารอ่อนธรรมดา โดยมีการเพิ่มอาหารเสริม ได้แก่ นมเสริมโปรตีน ไข่ และกล้วยน้ำว้า เป็นต้น

แนวปฏิบัติการดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน

แนวปฏิบัติการป้องกันแผลกดทับ

ผู้สูงอายุติดเตียงเกือบทุกคนเคยมีประวัติการเกิดแผลกดทับในขณะที่นอนในโรงพยาบาล และในระยะที่กลับมาอยู่บ้านในช่วง 1 ปีแรกที่นอนติดเตียง ทำให้ผู้ดูแลทุกคนรอบครัวให้ความสำคัญ ในการป้องกันการเกิดแผลกดทับเป็นอย่างมาก โดยผู้ดูแลให้ความสำคัญในเรื่องความสะอาดของร่างกาย ความสะอาดของเสื้อผ้า ผ้าปูที่นอน การไม่ให้ผู้สูงอายุติดเตียงนอนและอยู่กับปัสสาวะเป็นเวลานาน โดย พบว่า ผู้สูงอายุติดเตียงทุกคนใส่ผ้าอ้อมสำเร็จรูปโดยปกติใช้กันคนละ 2 ชิ้นต่อวัน และมีบางคนที่ไม่ได้ใส่กางเกงผ้าอ้อมในเวลากลางวัน เพื่อประหยัดค่าใช้จ่ายและเป็น ช่วยลดความอับชื้น ในการป้องกันแผลกดทับ ทุกคนรอบครัวปฏิบัติเหมือนกัน คือ เน้นเรื่องความสะอาดของร่างกาย และความสะอาดของผ้าปูที่นอน อุปกรณ์เครื่องนอนเปลี่ยนทุกวัน บางครอบครัวอาจจะเปลี่ยนวันเว้นวัน แต่ผ้าขาวรองตัวผู้สูงอายุต้องเปลี่ยนทุกวัน และในการดูแลความสะอาดร่างกาย ต้องอาบน้ำวันละ 1 ครั้งและเช็ดตัวอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง และทุกครั้งที่เช็ดตัวหรืออาบน้ำ ผู้ดูแลจะสำรวจผิวหนังของผู้สูงอายุว่ามีรอยแดง มีหนังแข็ง หรือมีผื่น มีผิวหนังผิดปกติ

ตรงไหนหรือไม่ ถ้ามีจะรีบทำแผล ใส่ยาทันที ผิวหนังที่อักเสบจะหายภายใน 1-3 วัน การเลือกใช้ที่นอนในการดูแลป้องกันแผลกดทับในผู้สูงอายุติดเตียง มีการดูแลอยู่ 2 กลุ่ม คือ ในกลุ่มที่ใช้ที่นอนลม และกลุ่มที่ไม่ใช้ที่นอนลม โดยผู้ดูแลมีการป้องกันการเกิดแผลกดทับ

แนวปฏิบัติป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ

การป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ผู้ดูแลให้ความสำคัญในการดูแลเรื่องสภาพแวดล้อมที่ปกอาศัยให้มีอากาศถ่ายเทได้ดี ควบคุมอุณหภูมิไม่ให้ผู้สูงอายุต้องร้อนหรือหนาวจัด การดูแลสุขภาพไม่ให้เป็นหวัด และป้องกันการเกิดเสมหะอุดกั้นทางเดินหายใจ เมื่อผู้สูงอายุมีเสมหะ ต้องเอาเสมหะออกให้ได้ สิ่งที่สำคัญอีกอย่าง คือ การกระตุ้นการเคลื่อนไหวของผู้สูงอายุติดเตียง เพื่อให้ปอดมีการขยายตัวดีขึ้น เช่น การจับผู้สูงอายุนั่งป้อนข้าว นั่งเล่นหลังป้อนอาหาร หรือนั่งอาบน้ำ เพื่อให้มีการขยับร่างกาย

แนวปฏิบัติการป้องกันการป้องกันระบบทางเดินปัสสาวะ

การป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ผู้สูงอายุติดเตียงที่มีทั้งที่ใส่สายสวนปัสสาวะและไม่ได้ใส่สายสวนปัสสาวะ โดย ผู้ดูแลหลักให้ความสำคัญในเรื่องความสะอาดร่างกายของผู้สูงอายุติดเตียง โดยเฉพาะบริเวณอวัยวะเพศ การรักษาความสะอาด ไม่ให้อับชื้น ไม่มีกลิ่นอับ กลิ่นเหม็น จากการใส่กางเกงผ้าอ้อมผู้ใหญ่ “ถ้าปัสสาวะสีเข้ม มีกลิ่นฉุนต้องเพิ่มน้ำให้กิน” ผู้ดูแลต้องมีการสังเกต สีและกลิ่นปัสสาวะของผู้สูงอายุและปรับการดูแลตามการเปลี่ยนแปลงในการดูแลทำความสะอาดอวัยวะเพศและการดูแลทำความสะอาดหลังการขับถ่ายเป็นเรื่องสำคัญในผู้สูงอายุติดเตียงที่ใส่สายสวนคาปัสสาวะ รวมถึงการตรวจสายเล็ดหลุด และการไปเปลี่ยนสายสวนคาปัสสาวะตามแพทย์นัดเป็นสิ่งสำคัญที่ผู้ดูแลให้ความสำคัญในการดูแล

ผู้สูงอายุติดเตียง ที่ไม่มีสายสวนปัสสาวะ (ทั้งที่เคยใส่และไม่เคยใส่) ผู้สูงอายุที่นอนติดเตียง มักจะมีการใส่สายสวนปัสสาวะติดตัวกลับบ้านเนื่องจากมีแผลกดทับ แต่เมื่อมีปัญหาปัสสาวะขุ่น มีตะกอนมาก แต่อาจจะไม่มีการสังเกตออกจากแพทย์ ด้วยกลัวว่าเมื่อเอาสายออกแล้วผู้สูงอายุติดเตียงอาจมีปัญหาปัสสาวะเองไม่ได้ และเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับใหม่ แต่ในมุมมองของผู้ดูแลบางคน รู้สึกว่าการไม่มีสายสวนคาปัสสาวะจะดูแลความสะอาดได้ดีกว่า และลดความเสี่ยงในการติดเชื้อจากการที่มีสิ่งแปลกปลอมอยู่ในร่างกายเป็นเวลานาน

แนวปฏิบัติการ การป้องกันข้อติดแข็ง

การป้องกันข้อติดแข็งของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้าน ผู้ดูแลเน้นที่การอาบน้ำ เพราะได้ถูเช็ดตัว เช็ดซอกนิ้วมือ นิ้วเท้าก็ได้ดียิ่งขึ้นแขนขาไปด้วย (ขณะเช็ดตัวมีการดึง ยืด งอข้อต่าง ๆ ลูบตัวในขณะที่ตัวลื่นสบู่) เพราะเมื่อทำกายภาพ ผู้สูงอายุมีอาการเกรงด้านไม่ให้ความร่วมมือเนื่องจาก ผู้สูงอายุติดเตียงรู้สึกเจ็บในการเหยียดยืดกล้ามเนื้อ ผู้ดูแลจึงมีเทคนิคในการดูแล คือ

ใช้การอาบน้ำเป็นการยืดเหยียด ขยับตัวผู้สูงอายุติดเตียงเพราะต้องเคลื่อนย้ายไปนั่งเก้าอี้อาบน้ำ และผู้ดูแลจะมีการกระตุ้นให้ผู้สูงอายุติดเตียงมีการยื่นมือออกมาตอบโต้กับผู้ดูแล หรือเป็นการเล่นแกลังดึงมือ แขน ขา เล่นกันเวลาว่าง หรือเวลาอาบน้ำจะขอร้องให้ผู้สูงอายุช่วยยกของ ช่วยหยิบของส่งให้

แนวปฏิบัติ การดูแลด้านจิตใจ

การดูแลด้านจิตใจของผู้สูงอายุติดเตียงผู้ดูแลให้ความสำคัญ การดูแลให้ผู้สูงอายุติดเตียงมีความสุขในช่วงชีวิตระยะสุดท้าย โดยการทำให้ผู้สูงอายุเกิดความสุขใจ รู้สึกว่าไม่ได้ถูกทอดทิ้ง และมีการเตรียมความพร้อมเพื่อการตายอย่างสงบ เช่น การใช้ธรรมะเป็นเครื่องมือให้ผู้สูงอายุได้มีการเตรียมใจ การดูแลปรับจิตใจต่อภาวะความเจ็บป่วยและการจัดการกับความกลัวในวาระสุดท้ายของชีวิต แต่ทั้งนี้ต้องขึ้นอยู่กับความชอบของผู้สูงอายุติดเตียง ในการเลือกวิธีการ เช่น การฟังธรรมะ การฟังเพลงแหล่ การฟังนิยายธรรมะ การฟังการเทศน์ธรรมะ หรือบางคนชอบเป็นการสวดมนต์ หรือบางคนชอบดูหรือฟังลิเก การฟังวิทยุ การฟังเพลงที่ชอบ และผู้ดูแลมีการแสดงความรักกับผู้สูงอายุติดเตียง เช่น การกอด หอมแก้ม การพูดคุยเล่าเรื่องให้ผู้สูงอายุติดเตียงชอบ

5. การได้รับการช่วยเหลือจากครอบครัวและชุมชน

ในครอบครัวและเครือญาติ มีการช่วยเหลือในการเป็นผู้ดูแลแทนเมื่อผู้ดูแลหลักต้องไปทำธุระนอกบ้าน การสนับสนุนทางเศรษฐกิจการเงินที่ใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง และญาติพี่น้องมีการให้ความช่วยเหลือต่าง ๆ ตามที่ผู้ดูแลหลักร้องขอ

ในระบบหน่วยของชุมชน ให้ความช่วยเหลือโดยเป็นผู้ช่วยดูแลแทน บางครั้งในครอบครัวที่ไม่มีญาติพี่น้องใกล้บ้าน ผู้ดูแลอยู่เพียงลำพังกับผู้สูงอายุติดเตียง ในปัจจุบันมีนโยบายในการดูแลกลุ่มผู้สูงอายุมากขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่นอนติดเตียงได้รับการช่วยเหลือจากชุมชน ได้แก่ อสม. (อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน) เจ้าหน้าที่ รพ.สต. (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และการดูแลตามนโยบาย Long term care (LTC) ซึ่งเป็นนโยบายของรัฐที่มีการให้ความร่วมมือในการทำงาน และมีนโยบายกำหนดให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงแรงงาน กระทรวงศึกษาธิการ ร่วมกันสนับสนุน และขับเคลื่อนในการดูแลผู้สูงอายุโดยมีกระทรวง การพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุขในการดูแลผู้สูงอายุเพื่อให้ผู้สูงอายุในทุกกลุ่มสุขภาพมีคุณภาพชีวิตที่ดี

นำเสนอรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงโดยครอบครัว

สรุปรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้านโดยครอบครัว มี 3 องค์ประกอบหลัก ดังนี้
 1) การยอมรับการเป็นผู้ดูแล (Acceptance to be a caregiver) 2) การปรับตัวและการพัฒนา (Adjustment and development) 3) การเอื้ออาทรจากชุมชน (Assistance from community)
 มีรายละเอียดดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 การยอมรับการเป็นผู้ดูแล (Acceptance to be a caregiver)

การยอมรับการเป็นผู้ดูแล หมายถึง ผู้ดูแลหลักที่เป็นสมาชิกครอบครัว ยอมรับตนเองในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้าน โดยผ่านการตัดสินใจ การประเมินตนเอง และการจัดการตนเอง เพื่อให้พร้อมต่อการทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้านที่ดี ตลอดจนการยอมรับผลตอบแทนที่ตนจะได้รับจากการเป็นผู้ดูแลหลัก ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. การตัดสินใจ หมายถึง การตกลง ตัดสินใจในการทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักทั้งที่สมัครใจและยินดี หรือด้วยเหตุผลความจำเป็นในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้าน ซึ่งการตัดสินใจโดยมีเงื่อนไขในการเข้ามาเป็นผู้ดูแล ดังนี้

1.1 เป็นผู้ดูแลด้วยความสมัครใจ ในการเข้ามาทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักนั้นเพราะด้วยความรัก ความผูกพัน อยู่ด้วยกันมาเป็นเวลานาน ตลอดจนได้ให้การดูแลซึ่งกันและกันมาเป็นอย่างดีและมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน

1.2 เป็นผู้ดูแลด้วยความจำเป็น แม้ว่าผู้ดูแลหลักจะทำงานหรือหน้าที่อื่นและในครอบครัวไม่มีใครที่จะทำหน้าที่นี้ได้ แต่ผู้ดูแลเห็นความจำเป็นและเห็นความสำคัญในการทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้าน

2. การประเมินตนเอง หมายถึง การวิเคราะห์ ทบทวน และประเมินตนเองในด้านภาวะสุขภาพและเศรษฐกิจ เพื่อให้พร้อมต่อการทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลัก ซึ่งต้องมีการประเมินตนเองดังต่อไปนี้

2.1 สุขภาพของผู้ดูแล ผู้ดูแลหลักประเมินตนเองว่าสามารถให้การดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้านได้ ทั้งที่ตนเองจะมีโรคประจำตัวหรือมีสุขภาพที่แข็งแรง

2.2 เศรษฐกิจ ได้แก่ อาชีพ รายได้ รายจ่ายส่วนของตนเอง ซึ่งผู้ดูแลหลักมีการประเมินตนเองเพื่อวิเคราะห์ ทบทวน และวางแผนทางการเงิน เมื่อต้องเข้ามาทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้าน

3. การจัดการตนเอง หมายถึง การจัดการตนเองเพื่อให้พร้อมที่จะทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักที่บ้าน โดยการวางแผน ดำเนินการดูแลตนเองในด้านต่าง ๆ ต่อไปนี้

3.1 ด้านสุขภาพ ได้แก่ ร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ผู้ดูแลหลักมีกระบวนการดูแลสุขภาพตนเอง 2 ลักษณะ คือ 1) ผู้ดูแลหลักที่มีสุขภาพแข็งแรงทำการตรวจสุขภาพประจำปีทุกปี 2) ผู้ดูแลหลักที่มีโรคประจำตัว ต้องปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพตนเองและพบแพทย์เพื่อติดตามอาการอย่างสม่ำเสมอ

3.2 ด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ อาชีพ รายรับ รายจ่าย ที่ผู้ดูแลหลักต้องรับผิดชอบ ผู้ดูแลมีการจัดการใน 2 ลักษณะ คือ 1) ปฏิบัติหน้าที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุคนเดียวอย่างเดียว 2) ปฏิบัติหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุคนเดียวและประกอบอาชีพด้วย

3.3 ด้านบทบาทหน้าที่ ผู้ดูแลหลักต้องมีการจัดการแบ่งเวลาในการทำหน้าที่แต่ละบทบาทที่ตนเองมี เพื่อสร้างความสมดุลให้กับชีวิตและครอบครัวในขณะที่ทำหน้าที่ผู้ดูแลหลัก

4. ผลตอบแทน สิ่งที่ตนเองได้รับจากการเข้ามาทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลัก เป็นการได้ผลตอบแทนที่ทำให้เกิดแรงจูงใจ และส่งผลต่อการสร้างคุณค่าตนเองทางจิตใจในด้านต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

4.1 ความสุข มีความสุขที่มีโอกาสในการเป็นผู้ดูแลหลักทำให้ได้ทดแทนบุญคุณ เป็นการแสดงความกตัญญู ความรัก ความผูกพันที่มีต่อกัน โดยให้การดูแลผู้สูงอายุคนเดียวเป็นอย่างดีด้วยความเอื้ออารีและทะนุถนอม

4.2 การยกย่องชื่นชม เป็นการได้รับคำชื่นชมจากเครือข่าย จากเพื่อนบ้าน จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและจากชุมชน ในการดูแลผู้สูงอายุคนเดียวมาเป็นอย่างดีแม้ว่าต้องให้การดูแลกันเป็นเวลานาน

4.3 ความภาคภูมิใจ เป็นความรู้สึกดีต่อตนเองที่มีความสามารถให้การดูแลผู้สูงอายุคนเดียวได้เป็นอย่างดี ผู้สูงอายุคนเดียวมีความสุขสบาย แม้ว่าผู้สูงอายุคนเดียวบางรายจะไม่สามารถบอกได้ แต่ผู้ดูแลสามารถรับรู้ได้จากการแสดงความรู้สึกของผู้สูงอายุคนเดียวและภาวะสุขภาพที่ดีตามสภาพของผู้สูงอายุคนเดียว

4.4 ความมั่นใจในตนเองและความรู้สึกมีคุณค่า ผู้ดูแลหลักมีความมั่นใจในตนเองที่สามารถทำให้ผู้สูงอายุคนเดียวมีความสุขสบาย และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน อีกทั้งเป็นที่ยอมรับของชุมชนสามารถเป็นที่ปรึกษาให้กับผู้ที่มีปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุคนเดียวในชุมชนได้

4.5 เป็นต้นแบบที่ดี ได้เป็นแบบอย่างที่ดีให้แก่ลูกหลาน เป็นการสร้างผู้ดูแลรุ่นใหม่ โดยผู้ดูแลหลักได้ทำให้เยาวชนได้เห็นเป็นแบบอย่าง เพื่อให้คนรุ่นใหม่ได้ทำตาม และคาดหวังว่าจะได้รับการดูแลที่ดีจากการที่ตนเองได้ทำดีนั้น

องค์ประกอบที่ 2 การปรับตัวและการพัฒนา (Adjustment and development)

การปรับตัวและการพัฒนา หมายถึง การเรียนรู้ การปฏิบัติ และการประเมินผลเพื่อให้สามารถปรับตัวในการเป็นผู้ดูแลหลัก และเกิดการพัฒนาระบบการดูแล จนกระทั่งสามารถให้การดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้าน ได้เป็นอย่างดีและต่อเนื่อง เพื่อให้มีการปรับตัวและเกิดการพัฒนาในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้าน เริ่มจากการเรียนรู้และฝึกทักษะตั้งแต่ก่อนออกจากโรงพยาบาล หรือตั้งแต่ผู้สูงอายุเริ่มป่วยติดเตียง จนผู้ดูแลหลักสามารถให้การดูแลได้เป็นอย่างดีและทำให้เกิดความรู้หรือนวัตกรรมใหม่ ๆ ที่สอดคล้องกับบริบทของแต่ละครอบครัว ตลอดจนสามารถถ่ายทอดความรู้ ประสบการณ์และทักษะที่ตนมีให้กับผู้ดูแลในครอบครัวอื่นได้ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. การเรียนรู้ ผู้ดูแลหลักจำเป็นต้องเรียนรู้ และแสวงหาความรู้ใน เรื่องภาวะสุขภาพและแนวทางการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้าน โดยมีการเรียนรู้ตั้งแต่ผู้สูงอายุเริ่มเจ็บป่วยติดเตียง ก่อนออกจากโรงพยาบาล การสังเกตอาการขณะที่อยู่บ้าน และการค้นหาวิธีการ เพื่อเอื้อให้การดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้านทำได้เป็นอย่างดี และสอดคล้องกับบริบทครอบครัว โดยมีระยะในการดูแล 3 ระยะ ประกอบด้วย

ระยะที่ 1 เตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน ประกอบด้วย

ความรู้เรื่องโรคและแผนการรักษาผู้สูงอายุติดเตียง ได้แก่ อุปกรณ์ที่ต้องดูแล ยาประจำตัว อาหารเฉพาะ โรค อาการผิดปกติที่ต้องไปพบแพทย์

การเรียนรู้เรื่องการดูแลและการฝึกทักษะ ประกอบด้วย 1) การดูแลกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การดูแลความสะอาดร่างกาย การดูแลเรื่องอาหาร 2) การดูแลเองพร้อมเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ การป้องกันแผลกดทับ การป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ การป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ การป้องกันข้อติดแข็ง การดูแลจิตใจผู้สูงอายุติดเตียง

ระยะที่ 2 การดูแลที่บ้าน ประกอบด้วย การดูแลกิจวัตรประจำวัน

การจัดการกับอุปกรณ์ทางการแพทย์ การปรับที่อยู่อาศัย การจัดการความเครียดจากการทำหน้าที่ผู้ดูแล และการหาที่ปรึกษาเมื่อมีปัญหาในการดูแล

ระยะที่ 3 การพัฒนาและการดูแลที่ดียิ่งขึ้น ประกอบด้วย

1. การบริหารจัดการเวลาในการดูแล ผู้ดูแลมีการจัดสรรเวลาเพื่อการทำหน้าที่ของตนในแต่ละบทบาท เช่น ทำหน้าที่ในบทบาทของแม่ บทบาทของภรรยา บทบาทของลูก และในผู้ดูแลที่ต้องทำงานประจำ จะต้องบริหารจัดการเวลาในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงให้เสร็จทันเวลาที่ต้องไปทำงานประจำ

2. การเข้าใจในการดูแลโดยการคิดเชิงบวก ในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงนั้นผู้ดูแลจะมีความเครียดในหลายด้าน ได้แก่ ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุติดเตียง ปัญหาการสื่อสาร เป็นต้น ดังนั้น

ผู้ดูแลหลักต้องมีการปรับตัวโดยใช้ความเชื่อทางศาสนา ความรัก ความศรัทธา และความหวัง ที่มีต่อผู้สูงอายุติดเตียง เป็นเครื่องมือในการปรับทัศนคติและลดความเครียดในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้าน

3. การปรับสมดุลให้กับชีวิตครอบครัว ผู้ดูแลนั้นต้องทำหน้าที่ในการดูแลและมีหลายบทบาทที่ต้องรับผิดชอบ ทั้งในครอบครัวเดิมที่ต้องทำหน้าที่ในการดูแลพ่อแม่และครอบครัวใหม่ที่ต้องดูแลบุตรและสามี ผู้ดูแลต้องมีการปรับตัวในการทำหน้าที่ในทุกบทบาท และมีการบริหารจัดการเวลาให้เหมาะสมเพื่อให้เกิดความสมดุลในชีวิตของผู้ดูแลหลัก

4. การรู้จักขอความช่วยเหลือ ในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงนั้นเป็นการดูแลที่ต่อเนื่องและยาวนาน ดังนั้น จึงต้องร้องขอความช่วยเหลือในยามจำเป็น เช่น การมีผู้ช่วยเหลือดูแลแทนเมื่อผู้ดูแลหลักต้องไปทำธุระนอกบ้าน การช่วยเหลือในการพาผู้สูงอายุติดเตียงไปโรงพยาบาล เป็นต้น

5. เกิดความรู้ใหม่/ นวัตกรรม การมีความคิดสร้างสรรค์ของผู้ดูแลหลักเพื่อให้ผู้สูงอายุติดเตียงได้รับการดูแลที่ดี มีความสุขสบาย และแก้ปัญหาในการดูแล เช่น การทำฟ้รองขับปัสสาวะเพื่อการลดภาระค่าใช้จ่าย การเช็ดตัวน้ำถังเดียวเพื่อลดเวลาในการทำกิจกรรมการดูแลประจำให้รวดเร็วแต่ยังคงความสะอาดของร่างกาย ไม่เกิดแผลกดทับและผู้สูงอายุติดเตียงได้รับความสุขสบาย เป็นต้น

6. เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือผู้อื่น ผู้ดูแลหลักที่ให้การดูแลผู้สูงอายุติดเตียงมาเป็นเวลานานจนมีความชำนาญ มีความมั่นใจ ภาคภูมิใจในการดูแลของตนเอง จะรู้สึกยินดีในการให้ความช่วยเหลือผู้อื่น เพราะเข้าใจความรู้สึกผู้ที่ต้องมาทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลเหมือนกัน

2. การลงมือปฏิบัติ การปฏิบัติและการปรับปรุงพัฒนา วิธีการสำหรับการให้การดูแลผู้สูงอายุติดเตียง เพื่อให้ได้รับการดูแลทั้งในด้านกิจวัตรประจำวัน และการดูแลแบบองค์รวมเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนตลอดจนสามารถพักอาศัยอยู่บ้าน และไม่กลับไปพักรักษาตัวในโรงพยาบาลได้นานมากกว่า 6 เดือน ซึ่งผู้ดูแลหลักมี วิธีการดูแล และปรับปรุงพัฒนาการดูแลให้สอดคล้องกับผู้สูงอายุติดเตียง 4 ลักษณะ ได้แก่ 1) สื่อสารได้และเคลื่อนไหวบนเตียงได้ 2) สื่อสารได้และเคลื่อนไหวบนเตียงไม่ได้ 3) สื่อสารไม่ได้และเคลื่อนไหวบนเตียงได้ 4) สื่อสารไม่ได้และเคลื่อนไหวบนเตียงไม่ได้ ทำให้ผู้ดูแลมีการจัดการในการดูแลที่แตกต่างกัน

การปฏิบัติดูแลของผู้ดูแลหลัก ต้องมีการเรียนรู้ การสังเกต ฝึกทักษะ ปรับปรุงและพัฒนา ในการดูแลอย่างต่อเนื่อง ให้ครอบคลุมตามความจำเป็นพื้นฐานในกิจวัตรประจำวัน และการดูแลแบบองค์รวมเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ตลอดจนการจัดสิ่งแวดล้อมและอุปกรณ์ที่จำเป็นในการดูแลได้อย่างเหมาะสม

การดูแลกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การดูแลความสะอาดร่างกาย การดูแลเรื่องอาหารและยาให้กับผู้สูงอายุติดเตียง

การดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ การป้องกันแผลกดทับ การป้องกัน การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ การป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ การป้องกัน ข้อติดแข็ง การดูแลจิตใจผู้สูงอายุติดเตียง ซึ่งต้องมีการดูแลอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ติดตัวมาจาก โรงพยาบาล เช่น สายให้อาหาร สายสวนปัสสาวะ เป็นต้น และอุปกรณ์ที่ต้องใช้ที่บ้าน อีกทั้ง การจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมในการดูแล เช่น การจัดเตียงผู้ป่วยและที่นอนลมเพื่อป้องกันการเกิด ภาวะแทรกซ้อน การจัดห้องให้ผู้สูงอายุติดเตียงนอนได้อย่างสบาย ให้มีอากาศถ่ายเท และลด ความเสี่ยงต่ออุบัติเหตุ

3. การประเมินผล หมายถึง ผู้ดูแลหลัก มีการสังเกต และประเมิน ผลลัพธ์การดูแล ผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้านให้มีสุขภาพที่ดี ตามเป้าหมายของการดูแล และได้รับการยอมรับ หรือ รับรองผลการดูแลนั้นว่าสามารถทำได้เป็นอย่างดี จากผู้ที่เกี่ยวข้อง เช่น สมาชิกอื่นในครอบครัว บุคลากรทางสาธารณสุข ให้การยอมรับ ว่าเป็นการดูแลได้เป็นอย่างดี ผู้สูงอายุติดเตียงไม่เกิด ภาวะแทรกซ้อนจนต้องไปนอนรักษาที่โรงพยาบาล เช่น ไม่เกิดแผลกดทับ ผู้ดูแลให้การดูแล เป็นปกติจนเป็นกิจวัตรประจำวัน ไม่รู้สึกว่าเป็นภาระ มีความสุขที่ได้ดูแล

องค์ประกอบที่ 3 การเอื้ออาทรจากชุมชน (Assistance from community)

การเอื้ออาทรจากชุมชน หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือจากชุมชน โดยให้ ความช่วยเหลือหรือสนับสนุน ในเรื่องเศรษฐกิจ การเป็นที่ปรึกษา การเดินทางไปโรงพยาบาล รวมทั้งการปฏิบัติหน้าที่แทนในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในบางครั้ง ดังนี้

เครือข่าย ให้ความช่วยเหลือในเรื่องเศรษฐกิจ การเป็นที่ปรึกษา การเดินทางไป โรงพยาบาล และการปฏิบัติหน้าที่แทนในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้านเมื่อผู้ดูแลหลักติดภารกิจ เพื่อนบ้าน ให้ความช่วยเหลือแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุติดเตียง เป็นกำลังใจให้ความชื่นชมกับผู้ดูแล และให้ความช่วยเหลือในการปฏิบัติหน้าที่แทนในยามจำเป็น แบบครั้งคราว

ทีมสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) อาสาสมัครประจำ ครอบครัว เป็นต้น ทีมผู้ดูแลผู้สูงอายุ ให้การดูแลช่วยเหลือในเรื่องความรู้ ทักษะ และเป็นที่ปรึกษา ในการดูแลสุขภาพทั้งของผู้สูงอายุติดเตียงและผู้ดูแลหลักเมื่ออยู่ที่บ้าน

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้การช่วยเหลือในเรื่องสวัสดิการ ได้แก่ เบี้ยผู้สูงอายุ การปรับปรุงบ้าน การรับ-ส่งเมื่อต้องไปโรงพยาบาลในบางครั้ง

สามารถสรุปได้เป็นภาพรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้านโดยครอบครัว : โมเดล สามเอ (3-A Model) ดังภาพที่ 6 (หน้า 138)

อภิปรายผล

รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงโดยครอบครัว

จากการศึกษารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงโดยครอบครัวตามประสบการณ์ การเรียนรู้ของผู้ดูแลหลักผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้าน นำไปสู่การอภิปรายผล ดังนี้

รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงโดยครอบครัว ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก คือ

1. การยอมรับการเป็นผู้ดูแล (Acceptance to be a caregiver)

การยอมรับการเป็นผู้ดูแล เป็นการตัดสินใจ การประเมินตนเอง และการจัดการตนเอง ในการที่ต้องมาทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักที่บ้าน ตลอดจนการสร้างแรงจูงใจจากผลตอบแทน ที่คาดหวังว่าจะได้รับเมื่อทำหน้าที่ได้ดี สอดคล้องกับ Cohen and Uphoff (1977) ได้กล่าวถึง การตัดสินใจในการมีส่วนร่วมไว้ 4 มิติ ได้แก่ 1) การตัดสินใจว่าควรทำอะไรและทำอย่างไร 2) การพัฒนา รวมทั้งลงมือปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจ 3) การได้รับผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากกิจกรรม ที่ทำ 4) การประเมินผลของการลงมือปฏิบัติ โดยการเข้ามาทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักนั้น พบว่า ส่วนใหญ่เป็นบุตรสาว หรือภรรยาของผู้สูงอายุติดเตียง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จเร วิชาไทย และคณะ (2553; สัมฤทธิ์ ศรีธำรงค์สวัสดิ์, 2557) พบว่า ลักษณะผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นภรรยา และ บุตรสาว โดยตามบทบาทหน้าที่ทางสังคมที่เชื่อว่า ผู้ดูแลควรเป็นเพศหญิง ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาของ วรณรัตน์ ลาวัจ และคณะ (2547) ปัจจัยที่มีอิทธิพลในการพิจารณาว่าบุคคลใดที่ เหมาะสมหรือเป็นผู้รับบทบาทการผู้ดูแลที่บ้าน ปัจจัยทางอายุ เพศ สถานภาพสมรส ความเชื่อและ วัฒนธรรมทางสังคมที่คาดหวังต่อการทำหน้าที่ของผู้หญิง หน้าที่ของภรรยาและบุตร เป็นการตอบ แทนบุญคุณ การแสดงความกตัญญู และความเชื่อทางศาสนา อีกทั้งการหวังผลในการได้สิ่งตอบแทน คือ การที่จะได้รับการดูแลที่ดีจากลูกหลานอย่างที่ดีตนได้ให้การดูแลพ่อแม่เป็นอย่างดี โดย ลักษณะของผู้ดูแลหลัก พบว่า เป็นบุตรสาวคนเล็ก เป็นบุตรคนสุดท้อง และเป็นผู้รับมรดก โดยบุตร ต้องแสดงความกตัญญูต่อพ่อแม่ด้วยการให้การดูแลเป็นอย่างดี ไม่ทอดทิ้ง และอยู่ดูแลกันจนถึง วาระสุดท้ายของชีวิต ซึ่งสอดคล้องกันในเรื่องปัจจัยในการรับบทบาทผู้ดูแลในครอบครัวของ ชูชื่น ชีวพูนผล, (2541; รุจา ภูไพบูลย์, 2541)

2. การปรับตัวและการพัฒนา (Adjustment and development)

การปรับตัวและการพัฒนา เป็นการเรียนรู้ การปฏิบัติ และการประเมินผลเพื่อให้เกิด การกระบวนกรดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้าน โดยเริ่มจากการเรียนรู้และฝึกทักษะตั้งแต่ก่อนออกจาก

โรงพยาบาล หรือตั้งแต่ผู้สูงอายุเริ่มป่วยติดเตียง จนผู้ดูแลหลักสามารถให้การดูแลได้เป็นอย่างดี และทำให้เกิดความรู้ใหม่หรือนวัตกรรม ตลอดจนสามารถถ่ายทอดความรู้ ประสบการณ์และทักษะ ที่ตนมีให้กับผู้ดูแลในครอบครัวอื่นได้ การเรียนรู้ การสังเกต และการค้นหาวิธี เพื่อเอื้อให้เกิด การดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้านที่ดี และสอดคล้องกับบริบทของครอบครัว โดยผู้ดูแลหลัก มีการปรับตัว ในการตอบสนองความต้องการของผู้ดูแลหลัก และความต้องการของผู้สูงอายุติดเตียง ซึ่ง พบว่า วิธีการจัดการความเครียดจากการทำหน้าที่ผู้ดูแล และการหาที่ปรึกษาเมื่อมีปัญหาใน การดูแล สอดคล้องกับ Wright et al. (1996) ที่กล่าวว่า ต้องให้การดูแลทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ เพื่อบรรเทาทุกข์จากความเจ็บป่วย เพื่อการฟื้นฟู และเพื่อการดูแลทางจิตวิญญาณ

โดยผู้ดูแลหลักให้ความสำคัญในการดูแลทั้ง ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสิ่งแวดล้อม เพื่อให้เกิดความสุขสบายกับผู้สูงอายุติดเตียงในการดูแลที่บ้าน ดังนี้ ผู้ดูแลได้ให้การดูแลผู้สูงอายุ ติดเตียงด้วยความรัก และความรู้สึกรอยยิ้มตอบแทนบุญคุณ โดยมีความหวังและความศรัทธา ต้องการให้ผู้สูงอายุติดเตียงมีอาการดีขึ้น และมีชีวิตอยู่กับผู้ดูแลให้นานที่สุด ซึ่งในการจัดการกับ ความรู้สึกของผู้ดูแลทั้งต่อตนเองและต่อผู้สูงอายุติดเตียง เมื่อผู้ดูแลหลักเกิดความรู้สึกเหนื่อย เนื่องจากไม่มีผู้ช่วยเหลือในการดูแล และต้องอยู่ดูแลตลอดเวลาทำให้ผู้ดูแลหลักรู้สึกขาดอิสรภาพ ดังนั้น การมีสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว มีการให้กำลังใจและให้ความช่วยเหลือผู้ดูแลหลักตาม ความจำเป็น การยอมรับและสามารถแสดงออกทั้งความรู้สึกด้านบวกและด้านลบ เพื่อให้เกิด การพัฒนาสัมพันธภาพระหว่างผู้สูงอายุติดเตียงกับผู้ดูแลหลัก การยอมรับต่อหน้าที่ของตน เพื่อให้เกิดพฤติกรรมดูแลที่ดี ในการตัดสินใจแก้ปัญหาการดูแล การเรียนรู้จากประสบการณ์ การสังเกตอาการและความต้องการของผู้สูงอายุติดเตียงเป็นอย่างดี ทั้งอาการทางร่างกาย การแสดงออกทางอารมณ์ และความสุขสบายของผู้สูงอายุติดเตียง การได้รับความช่วยเหลือจาก ครอบครัวและชุมชน ส่งผลให้เกิดการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้านได้ดี ซึ่งสอดคล้องกับการดูแลด้วยความเอื้ออาทรตามแนวคิดของ Watson (2000) ที่ครอบครัว ต้องปรับตัวมีความยืดหยุ่นและให้ การดูแลตามความเชื่อ วัฒนธรรม ค่านิยมทางสังคมที่มีผลต่อจิตวิญญาณในการดูแลผู้สูงอายุ ติดเตียง การพัฒนาการดูแลเพื่อให้เหมาะสม

การดูแลที่มีความแตกต่างในกระบวนการดูแลเกิดจากการแตกต่างทางกายภาพของ ภาวะความเจ็บป่วย ความสามารถในการสื่อสารและการเคลื่อนไหว รวมทั้งภาระในการดูแล อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ติดตัวผู้สูงอายุติดเตียงกลับบ้าน โดยมีการปรับตัวและการพัฒนาใน การดูแลกิจวัตรประจำวันและการดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุติดเตียง โดยมี การเรียนรู้ตั้งแต่ ระยะที่ 1 เตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน ระยะที่ 2 การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ระยะที่ 3 การพัฒนาและการดูแลที่ต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการปรับตัวของ Roy and

Andrews (1999) เป็นการปรับตัวของบุคคล ครอบครัวและชุมชน เป็นระบบการปรับตัวแบบองค์รวม (Holistic adaptation system) การปรับตัวเพื่อทำการเปลี่ยนแปลงคนและสิ่งแวดล้อม การเปลี่ยนแปลงอย่างไม่หยุดนิ่ง ระดับการปรับตัว คือ มีระดับหรือขอบเขตที่แสดงถึงความสามารถของบุคคลในการตอบสนองทางบวกต่อการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้าน โดยมี การปรับตัวทำงานผ่านทางกระบวนการ 4 วิธีทาง ได้แก่ กระบวนการรับรู้หรือรับข้อมูล (Perceptual and information processing) คือ กิจกรรมการเลือกรับข้อมูลและการจดจำข้อมูล ผ่านกระบวนการเรียนรู้ (Learning) เป็นการเรียนรู้จากการเรียนแบบ การได้รับรางวัลผ่านกระบวนการตัดสินใจ (Judgment) และการแสดงอารมณ์ (Emotion) ตลอดจนกลไกการปกป้องทางจิตตอบสนองออกมาเป็นพฤติกรรม ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Kolb โดยกล่าวว่า “การเรียนรู้ คือ กระบวนการที่สร้างความรู้จากประสบการณ์เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง” (Kolb, 1984, p. 38) ทฤษฎีการเรียนรู้ของ Kolb กำหนดรูปแบบการเรียนรู้ไว้ 4 ขั้นตอน ได้แก่ การมีประสบการณ์เป็นรูปธรรม การสังเกต และการสะท้อนประสบการณ์ การสร้างแนวคิดรวบยอด และการทดลองตามสมมติฐาน อันส่งผลให้เกิดความรู้ใหม่ ๆ การเรียนรู้แตกต่างกันตามความต้องการของบุคคลและสภาพแวดล้อม (McLeod, 2017) การเรียนรู้และฝึกทักษะการดูแลมีความสำคัญอย่างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การเรียนรู้จากประสบการณ์ ผู้ดูแลได้รับการสอนการดูแลจากพยาบาล เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน ในระยะที่ผู้ดูแลกลับไปดูแลต่อเองที่บ้าน จะมีการปรับตัวมากเพราะต้องทำทุกอย่างด้วยตนเองทั้งหมด ไม่มีผู้ช่วยเหมือนตอนอยู่ที่โรงพยาบาล ซึ่ง พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ดูแลมีความวิตกกังวลเนื่องจากเป็นของใหม่แต่เมื่อลงมือทำ แล้วสามารถทำได้โดยไม่เกิดปัญหา จะทำให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจในตนเองในการปฏิบัติการดูแลมากขึ้น การดูแลอย่างต่อเนื่องระยะยาว ทำให้ผู้ดูแลต้องพบปัญหาการดูแล จากอาการที่เปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุติดเตียง โดยผู้ดูแลมีการเรียนรู้ซ้ำ ๆ หลายครั้ง เป็นกระบวนการที่ผู้ดูแล ตรวจสอบ ทดสอบ ทดลอง ฝึกฝนหาประสบการณ์ หากความรู้ โดยการสอบถามจากผู้ที่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง มาก่อน และสอบถามจากแพทย์ พยาบาล และการค้นหาข้อมูลทาง Internet เพื่อให้สามารถดูแลผู้สูงอายุติดเตียงได้เป็นอย่างดีทำให้ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ในการพัฒนาอย่างต่อเนื่องผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงสามารถให้การดูแลได้อย่างเป็นปกติ โดยผู้ดูแลมีประสบการณ์ตรง จากการสังเกตอาการและการเรียนรู้ในการปรับตัวและการพัฒนาตนเองในการเป็นผู้ดูแลหลักผู้สูงอายุติดเตียง โดยเรียนรู้จากประสบการณ์ตรงจนทำให้เกิดความรู้ใหม่ในการดูแล ในการวิจัยนี้มีดังนี้

- 1) การบริหารจัดการเวลาในการดูแล 2) การเข้าใจการดูแลโดยการคิดเชิงบวก 3) การปรับสมดุลให้กับชีวิตครอบครัว 4) การรู้จักขอความช่วยเหลือ 5) เกิดความรู้ใหม่/ นวัตกรรม 6) เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือผู้อื่น

3. การเอื้ออาทรจากชุมชน (Assistance from community)

การเอื้ออาทรจากชุมชน เป็นการได้รับความช่วยเหลือทั้งจากครอบครัวและชุมชน โดยผู้ดูแลหลักได้รับความช่วยเหลือหรือการสนับสนุนในด้านเศรษฐกิจ การเป็นที่ปรึกษา การเดินทางไปโรงพยาบาล รวมทั้งการปฏิบัติหน้าที่แทนในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในบางครั้ง การช่วยเหลือจากครอบครัวและจากชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับการดูแลด้วยความเอื้ออาทรตามแนวคิดของ Watson (2000) ที่ครอบครัว ต้องปรับตัวมีความยืดหยุ่นและให้การดูแลตามความเชื่อ วัฒนธรรม ค่านิยมทางสังคมที่มีผลต่อจิตวิญญาณ

การเรียนรู้แหล่งสนับสนุน และการได้รับการสนับสนุน พบว่า ในอดีต (ประสบการณ์ของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่ดูแลมานานมากกว่า 10 ปี) ผู้ดูแลมีความลำบากมาก ทุกอย่างในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงต้องจ่ายเงินเอง ทั้งค่ารักษาพยาบาล ค่าจ้างเหมารถเพื่อไปโรงพยาบาลตามแพทย์นัด แต่ในปัจจุบันได้มีนโยบายของรัฐที่ให้การช่วยเหลือในหลายเรื่อง ทำให้ผู้ดูแลมีความพึงพอใจและเข้าถึงการบริการได้มากขึ้น เช่น การรับส่งผู้สูงอายุติดเตียงเพื่อไปพบแพทย์ ในปัจจุบันมีหน่วยกู้ชีพขององค์กรบริหารส่วนตำบลช่วยเหลือทำให้ประหยัดค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ผู้สูงอายุติดเตียงมีรายได้จากเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุและผู้พิการของรัฐ อีกทั้งในปัจจุบันได้มีนโยบายในการดูแลผู้สูงอายุในทุกระบบสุขภาพที่เพิ่มขึ้น โดยเรียกว่า ระบบการดูแลแบบ Long term care (LTC) และมีการจัดตั้งทีมหมอครอบครัวในการดูแลกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียง แต่เนื่องจากเริ่มมีโครงการมาได้ 3 ปีจึงยังขาดการเข้าถึงบริการและปัญหาความชัดเจนในเรื่องการสนับสนุนของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชนที่จะเข้าไปช่วยดูแลในครอบครัวที่มีปัญหา ซึ่งยังต้องมีการพัฒนาระบบอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ

ผลจากการศึกษา นำมาซึ่งข้อเสนอแนะในการกำหนดนโยบายด้านการศึกษาและการพัฒนาสังคมดังนี้

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. ตั้งระบบ Call center ให้คำปรึกษาปัญหาการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงโดยบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อให้ครอบครัวสามารถดูแลผู้สูงอายุติดเตียงได้อย่างมีประสิทธิภาพ และทันทั่วถึง
2. จากผลการวิจัย สิ่งสำคัญประการหนึ่งที่ช่วยให้ผู้ดูแลหลักให้การดูแลได้เป็นอย่างดี เพราะมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ระหว่างผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้าน ดังนั้น การสนับสนุนให้มีพื้นที่สื่อสารระหว่างสมาชิกครอบครัวผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงผ่านทางสื่อไอที เช่น Line หรือ Facebook เป็นต้น เพื่อการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้านที่ได้อย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษากระบวนการสร้างความมั่นใจ และการพัฒนาทักษะในการดูแลที่ดีให้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงได้ตั้งแต่ก่อนผู้สูงอายุเริ่มติดเตียง เพื่อเตรียมความพร้อมรองรับกับสังคมสูงวัยในอนาคต
2. นำรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงจากการวิจัยนี้ไปศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อพัฒนาและสร้างองค์ความรู้ใหม่ในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้าน โดยครอบครัว

บรรณานุกรม

- กนิษฐา บุญธรรมเจริญ และศิริพันธ์ุ สาส์ตย์. (2548). รายงานผลการศึกษาโครงการ:
การทบทวนวรรณกรรมเปรียบเทียบการดูแลระยะยาว (Long term care)
ในประเทศต่าง ๆ. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
กรมอนามัย. (2555). รายงานประจำปี กรมอนามัย 2555. เข้าถึงได้จาก
http://gic.anamai.moph.go.th/ewt_dl_link.php?nid=145
คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2556). แผนยุทธศาสตร์การดำเนินงานระบบการดูแล
ระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง พ.ศ. 2557-2561. กรุงเทพฯ:
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
- จเร วิชาไทย, สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, วัชรารัฐ ไขบุญ, สุกัลยา คงสวัสดิ์, นทีรัตน์ ธรรมโรจน์,
แพรว เอี่ยมน้อย และพัฒนาวิไล อินใหม่. (2553). การจัดบริการและต้นทุนบริการฟื้นฟู
สมรรถภาพ ทางกายของผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate care) ภายใต้ระบบ
หลักประกันสุขภาพ. นนทบุรี: สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย.
- จารึก ธารรัตน์. (2545). ผลของการวางแผนจำหน่ายต่อความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย
โรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชา
การพยาบาลผู้ใหญ่, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- จินตนา วัชรสินธุ์ และคณะ. (2549). เอกสารการประชุมวิชาการ “นวัตกรรมสุขภาพเพื่อพัฒนา
คุณภาพการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (Health innovation conference for developing quality of
care in chronically ill patient). ชลบุรี: ศูนย์พัฒนานวัตกรรมการดูแลสุขภาพ
ภาคตะวันออก มหาวิทยาลัยบูรพา.
- จินตนา สมนึก. (2540). ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของ
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกับภาระในการดูแลและความต้องการการสนับสนุนทาง
สังคมของผู้ดูแลที่บ้าน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาล
ผู้ใหญ่, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- จินนระรัตน์ ศรีภักทธิญาญ. (2540). ผลการสอนและการฝึกทักษะแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด
สมอง ต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วยและภาวะสุขภาพของผู้ป่วย. วิทยานิพนธ์
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, คณะพยาบาลศาสตร์,
มหาวิทยาลัยมหิดล.

- จุฑาทิพย์ งามจันทร์ศรี. (2555). การพัฒนาการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุ
กลุ่มติดบ้านติดเตียงในชุมชนเทศบาลเมืองเพชรบูรณ์. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร
มหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, คณะพยาบาลศาสตร์,
มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- เจียมจิต แสงสุวรรณ และพรรณงาม พรรณเชษฐ์. (2544). คู่มือการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน
(พิมพ์ครั้งที่ 2). ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์.
- ชาย โปธิสิตา. (2553). เอกสารประกอบการประชุมวิชาการครอบครัวศึกษา. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์
ประชากรและสังคม สถาบันวิจัยประชากรและสังคมมหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชูชื่น ชิวพูนผล. (2541). อิทธิพลของภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ความเข้มแข็งในการมองโลกของ
ญาติผู้ดูแลและความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล ต่อการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง
ระยะลุกลาม. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์,
คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ทิตยา ทิพย์สำเหนียก. (2543). ความต้องการในการดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
สัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยและความพึงพอใจในชีวิตของผู้ดูแล. วิทยานิพนธ์
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, คณะพยาบาลศาสตร์,
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ทินวิสุทธ์ ศรีละมัย. (2548). ความคิดเห็นของนักศึกษาพยาบาลต่อการฝึกประสบการณ์การวางแผน
จำหน่ายผู้ป่วยในโรงพยาบาลขอนแก่น. ขอนแก่น: ศูนย์ดูแลสุขภาพต่อเนื่อง
กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลขอนแก่น.
- ทิสนา เขมมณี. (2545). ศาสตร์การสอน: องค์ความรู้เพื่อจัดกระบวนการเรียนรู้ (พิมพ์ครั้งที่ 2).
กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นันทพร ศรีนิ่ม. (2545). ประสบการณ์การเผชิญปัญหาของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด
สมองที่บ้าน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่,
คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- นิภา นิยมไทย. (2545). ระยะเวลาในการดูแล เหตุการณ์ชีวิตครอบครัว ความเข้มแข็งของ
ครอบครัวและความผาสุกของสมาชิกครอบครัวผู้ให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด
สมอง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่,
คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นิตา ชูโต. (2548). การวิจัยเชิงคุณภาพ (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: พรินต์โพร.

- เนตรนภา กิจขยัน. (2544). *การจัดการภายในครอบครัวชนบทในภาวะเจ็บป่วยของสมาชิก*.
 วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสังคมวิทยาการพัฒนา, คณะมนุษยศาสตร์
 และสังคมศาสตร์, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- บัญชา ศรีสมบัติ. (2550). *บทบาทของครัวเรือนต่อการดูแลผู้สูงอายุ กรณีศึกษาครัวเรือนที่ดูแล
 ผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลนคร จังหวัดพิษณุโลก*. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต,
 สาขาวิชาพัฒนาสังคม, คณะสังคมศาสตร์, มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- ประทีป ธนกิจเจริญ. (2558). *ระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุและบุคคลที่มี
 ภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ*. กรุงเทพฯ: กรมอนามัย
 กระทรวงสาธารณสุข.
- ประพิณ วัฒนกิจ. (2544). *การพยาบาลครอบครัว: การดูแลสุขภาพครอบครัว (Family health
 care)*. *วารสารสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน*, 4(2), 30-42.
- ปราณี ประไพวัชรพันธ์. (2558). *การดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ ตำบลอรพิมพ์ อำเภอบรรพ
 นครราชสีมา*. ใน การประชุมวิชาการ “การเริ่มต้นสู่สังคมผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ:
 สถานการณ์คุณภาพของผู้สูงอายุไทยปี พ.ศ. 2558” (Situation of aging society in the
 year 2015). พิษณุโลก: คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- ปราโมทย์ ประสาทกุล. (บรรณาธิการ). (2558). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2557*. กรุงเทพฯ:
 อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- ปิ่นนเรศ กาศอุดม. (2547). *รายงานการวิจัย ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การดูแลของ
 ญาติผู้ดูแลกับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและสมรรถภาพทางสมอง
 ของผู้สูงอายุป่วยเรื้อรัง ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*. จันทบุรี: วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า
 จันทบุรี.
- พรทิพย์ เกตุรานนท์. (2539). *รูปแบบการดำเนินการดูแลสุขภาพที่บ้านของโรงพยาบาลในสังกัด
 โรงพยาบาลภูมิภาค กระทรวงสาธารณสุข ภายในทศวรรษหน้า (พ.ศ. 2539-2549)*.
 ศูนย์นิพนธ์สาธารณสุขศาสตร์ศูนย์บัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสาธารณสุข,
 คณะสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พวงทอง ไกรพิบูลย์. (2554). *โรคของตับ ถุงน้ำดี ท่อน้ำดีและตับอ่อน*. กรุงเทพฯ: อมรินทร์สุขภาพ.
- พารุณี เกตุกราย. (2550). *ความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วย
 การดูแลตนเองและความต้องการความช่วยเหลือของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน*.
 วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่,
 คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.

- เพียงใจ ตีรไพรวงศ์. (2540). *สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย และภาระการดูแลของสมาชิกครอบครัว ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ภรภัทร อิมโอสฐ. (2550). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลที่บ้านของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- มานิต อินธิราช และฐานันท์ ศรีสุวรรณ. (2558). *ภาวะความเครียดในผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงโรคหลอดเลือดสมองในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร*. พิษณุโลก: โครงการวิจัย R2R คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2554). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย*. เข้าถึงได้จาก <http://www.thaireform.in.th/news-health-system>.
- ยุพาพิน ประสารอริคม. (2539). *ผลงานของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้านตามแนวทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสาธารณสุข, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ยุพาพิน ตีรโพธิ์งาม. (2539). *ญาติผู้ดูแลที่บ้าน: แนวคิดและปัญหาในการวิจัย*. *รามาชิปตีเวชสาร*, 20(10), 41-46.
- ยุวดี รอดจากภัย, กุลวดี โรจนไพศาลกิจ และไพบุลย์ พงษ์แสงพันธ์. (2555). *รูปแบบการพัฒนาชุมชนและครอบครัวต้นแบบเพื่อดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ (ปีที่ 1)*. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ
- ยุวราณี สุขวิญญานัน, วันเพ็ญ เอี่ยมจ้อย และฉวีวรรณ ชงชัย. (2537). *ผลการเตรียมเพื่อดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งล่างที่บ้านต่อการป้องกันแผลกดทับ*. *พยาบาลสาร*, 21(1), 13-23.
- เยาวดี วิบูลย์ศรี. (2544). *การประเมิน โครงการ: แนวคิดและแนวปฏิบัติ (พิมพ์ครั้งที่ 2)*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รวีวรรณ จารุพรประสิทธิ์, อารี สุทธิอาจ, สมลักษณ์ ศิริชื่นวิจิตร, บุญญาภา ศิริรัตน์ และศรดา เสนพงษ์. (2558). *สรุปสถิติที่สำคัญ พ.ศ. 2558*. นนทบุรี: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข.
- รุจา ภูไพบูรย์. (2541). *การพยาบาลครอบครัว: แนวคิดทฤษฎีและการนำไปใช้ (พิมพ์ครั้งที่ 3)*. กรุงเทพฯ: วี เจ พรินติ้ง.

- วรรณรัตน์ ลาวัง, รัชณี สรรเสริญ, ยุวดี รอดจางภัย, นิภาวรรณ สามารถกิจ, วิจิตรพร หล่อสุวรรณกุล และเวชกา กลิ่นวิจิต. (2547). *สถานการณ์ปัญหา ความต้องการ และพลังอำนาจ ญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่วัยเรื้อรังที่บ้าน ในเขตภาคตะวันออก*. กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- วรเวศม์ สุวรรณระดา. (2552). *การเงินการคลังสำหรับการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร*. กรุงเทพฯ: คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วันเพ็ญ ปันราช. (2552). *การพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน*. คุยฎิพนธ์ศิลปศาสตร คุยฎิบัณฑิต, สาขาวิชาพัฒนสังคม, คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- วันเพ็ญ พิชาติพรชัย และอุษาวดี อัครวิเศษ. (2545). *การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย: แนวคิดและการประยุกต์ใช้*. กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วาโร เพ็งสวัสดิ์. (2553). *การวิจัยพัฒนารูปแบบ*. *วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร*, 2(4), 2-14.
- วิพรรณ ประจวบเหมาะ, นภาพร ชโยวรรณ, มาลินี วงศ์สิทธิ์ และศิริวรรณ ศิริบุญ. (2556). *โครงการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) ระยะที่ 2 (พ.ศ. 2550-2554)*. กรุงเทพฯ: วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิราวรรณ คล้ายหิรัญ. (2544). *ผลการสอนแนวต่อความพึงพอใจและความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, เล็ก สมบัติ, ปรียานุช โชคชนวนิชย์ และธนิกานต์ ศักดาพร. (2552). *ตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของครอบครัวชุมชนชนในชนบทไทย*. *วารสารพัฒนาวิทยา และเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ*, 10(3), 13-24.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2547). *ผู้ดูแลผู้สูงอายุ: การสังเคราะห์องค์ความรู้*. กรุงเทพฯ: คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2549). *วิจัยฉบับสมบูรณ์โครงการระบบการดูแลระยะยาวในครอบครัวสำหรับผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: มิตเตอร์ก้อปปี.
- ศิริพันธุ์ สาสัตย์ และเตือนใจ ภักดีพรหม. (2553). *ผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุ*. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 19(1), 107-119.

- ศิริพันธุ์ สาสัตย์, ทักษนา ชูวรรณะปกร, เตือนใจ ภักดีพรหม, เพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์ และผ่องพรรณ อรุณแสง. (2552). *โครงการศึกษาสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในประเทศไทย*. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- ศิริพันธุ์ สาสัตย์. (2555). *ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ: ผู้ดูแลที่เป็นทางการและแนวทางในการประกันคุณภาพในประเทศไทย*. กรุงเทพฯ: วิ พรินท์ (1991).
- ศิริพันธุ์ สาสัตย์. (2556). *การสังเคราะห์วรรณกรรม มาตรฐานการดูแลระยะยาวในประเทศไทย*. กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิริณี ศรีหาคาด, โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณิศร เต็งรัง. (2556). *ผลกระทบและภาระการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้วัฒนธรรมไทย*. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- สมศักดิ์ ศรีสันติสุข. (2539). *สังคมวิทยาภาวะสูงอายุ: ความเป็นจริงและการคาดการณ์ในสังคมไทย*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. (2553). *งานวิจัยเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ*. เข้าถึงได้จาก <http://www.agingthai.org.htm>
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคมมหาวิทยาลัยมหิดล. (2549). *การฉายภาพประชากรของประเทศ ไทย พ.ศ. 2548-2568*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคมมหาวิทยาลัยมหิดล. (2557). *การสูงวัยของประชากรไทย พ.ศ. 2557*. เข้าถึงได้จาก <http://www.ipsr.mahidol.ac.th>
- สถาบันวิจัยระบบการดูแลผู้สูงอายุไทย. (2558). *การพัฒนาแนวปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน*. ในเขตเทศบาลนครหาดใหญ่. สงขลา: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, กนิษฐา บุญธรรมเจริญ, ศิริพันธุ์ สาสัตย์, ขวัญใจ อำนาจสัตย์เชื้อ, อาทิตยา เทียมไพรวลัย. (2549). *รูปแบบการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในระยะยาว โดยชุมชน*. กรุงเทพฯ: สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ และสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.
- สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์. (2557). *ทิศทางนโยบายด้านการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2551). *เตรียมตัวให้พร้อมไว้... ในวัยผู้สูงอายุ*. เข้าถึงได้จาก http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/citizen/news/poll_elderly-1.jsp

- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2558). *แผนยุทธศาสตร์การดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง พ.ศ. 2557-2561*. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
- สายพิน เกษมกิจวัฒนา. (2537). *แบบจำลองเชิงสาเหตุความเครียดในบทบาทภรรยาของผู้ป่วยเรื้อรังในฐานะผู้ดูแล*. คุยฎินิพนธ์ปรัชญาคุยฎินิพนธ์บัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุนทราวดี เขียวพิเชฐ, รวีวรรณ เผ่ากัณหา, รัชวรรณ ตู๊แก้ว, นัยนา พิพัฒน์วิเศษชา, ศศิธร กรุณา, อรวรรณ กุลจีรัง และวัชรา ตามบุตรวงศ์. (2551). *สถานการณ์ระบบการดูแลที่บ้านโดยผู้ดูแล กรณีศึกษาภาคตะวันออก*. ชลบุรี: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล, ชัยยศ คุณานุสนธิ์ และวิพุธ พูลเจริญ. (2542). *ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย*. กรุงเทพฯ: โฮลิสติก พับลิชชิง.
- สมชาติ ไตรักษา. (2548). *หลักการบริหารโรงพยาบาล ภาคที่ 1 หลักการบริหารองค์การและหน่วยงาน (พิมพ์ครั้งที่ 3)*. กรุงเทพฯ: เอส.พี.เอ็น. การพิมพ์.
- สิน พันธ์พิณีจ. (2554). *เทคนิคการวิจัยทางสังคมศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่ 2)*. กรุงเทพฯ: จูนพับลิชชิง.
- อัมพรพรรณ ชีรานูตร, นงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์ และดลวิวัฒน์ แสนโสม. (2552). *คู่มือการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน*. ขอนแก่น: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อารมณ บุญเกิด. (2540). *ประสิทธิผลของการเตรียมก่อนกลับบ้านต่อความสามารถในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล*. วิทยานิพนธ์สาทรณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลสาทรณสุข, คณะสาทรณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อุทุมพร จามรมาน. (2541). โมเดลคืออะไร. *วารสารวิชาการ*, 1(2), 22-25.
- อุบล สุวรรณมณี. (2558). *ภูมิหลังการดูแลผู้สูงอายุระยะสุดท้าย*. พิษณุโลก: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
- อุมาพร ตรังคสมบัติ. (2544). *จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว*. กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- Anita, L. W., & Nancy, R. L. (1989). A descriptive of need of non-institutionalized cancer patient and their primary caregiver. *Cancer Nursing*, 12(4), 219-225.
- Bertalanffy, L. V. (1972). The history and status of general systems theory author(s). *The Academy of Management Journal*, 15(4), 407-426.

- Brown, W. B., & Moberg, D. J. (1980). *Organization theory and management: A macro approach*. New York: John Wiley and Sons.
- Bull, M. J. (1990). Factors influencing family caregiving burden and health. *Western Journal of Nursing Research, 12*, 758-776.
- Chou, K. R. (2000). Caregiver burden: A concept analysis. *Journal of Pediatric Nursing, 15*(6), 398-407.
- Cohen, M. J., & Uphoff, N. (1977). *Rural development participation: Concepts and measures for project design implementation and evaluation*. New York: Cornell University Press.
- Danielson, C. B., Hamel-Bissell, B., & Winstead-Fey, P. (1993). *Family, health and illness*. St. Louis: Mosby.
- Duner, A. (2011). Implementing a continuum of care model for older people-results from a Swedish case study. *International Journal of Integrated Care, 11*(18), 1-11.
- Duvall, E. M. (1977). *Marriage and families relationships* (5th ed.). Philadelphia: Lippincott.
- Friedman, M. M., Bowden, V. R., & Jones, E. G. (2003). *Family nursing: Research, theory & Practice* (5th ed.). NJ: Pearson Education.
- Kathryn, G. K. (2008). *A Reason to care: Motivation to assume a paid caregiver role and correlates of well-being among family members and friends*. Doctor of Philosophy in Social Welfare. University of California Los Angeles.
- Kato, S., Tsuru, S., & Iizuka, Y. (2013). *Models of designing long-term care service plans and care program for old people*. Retrieved from <http://www.dex.doi.org/10.1155>
- Keeves, P. J. (1988). *Educational research methodology and measurement: An international handbook*. Oxford: Pergamum Press.
- Kolb, D. A., & Fry, R. E. (1974). *Toward an applied theory of experiential learning*. Cambridge, Mass: M.I.T. Alfred P. Sloan School of Management.
- Kolb, D. A. (1976). *The learning style inventory: Technical manual*. Boston: MA: McBer & Co.
- Kolb, D. A. (1984). *Experiential learning: Experience as the source of learning and development*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Leininger, M. M. (1991). *Culture care diversity and universality: Theory of nursing*. New York: National League for Nursing.

- McLeod, S. A. (2017). *Kolb-learning styles*. Retrieved from www.simplypsychology.org/learning-kolb.html
- Miller, C. A. (2009). *Nursing for wellness in older adult*. Philadelphia: Walters Kluwer Health/ Lippincott.
- Montgomery, R. I., Gonyea, J. G., & Hooyman, N. P. (1985). Caregiving and the experience of subjective burden. *Family Relations*, 34, 19-26.
- Roy, C., & Andrews, H. A. (1999). *The Roy adaptation model* (2nd ed.). Stamford, CT: Appleton & Lange.
- Smith, R. H. (1980). *Measurement: Making organization perform*. New York: Macmillan.
- Srithamrongsawat, S., Bundhamcharoen, K., Sasat, S., Odton, P., & Ratkjaroenkhajorn, S. (2009). *Projection of demand and expenditure for institutional long term care in Thailand*. Retrieved from <http://hisro.or.th/main/download/book014.pdf>
- Stewart, B. J., & Archbold, P. G. (1994). Establishing partnerships with family caregiver: Local and cosmopolitans knowledge. *Journal of Gerontological Nursing*, 21(2), 19-24.
- Sullivan-Bolyal, S., Knafl, K. A., Sadler, L., & Gilliss, C. L. (2004). Great expectations: A position description for parent as caregivers: Past II. *Pediatric Nursing*, 30(1), 52-56.
- Watson, J. (2000). Reconsidering caring in the home. *Journal of Geriatric Nursing*, 21(6), 330-331.
- WHO. (2000). *Report of a WHO study group: Home-based-long-term-care*. Geneva: WHO.
- Wright, L. M., Watson, W. L., & Bell, J. M. (1996). *Beliefs: The heart of healing in families and illness*. United States: Basic Books.

ภาคผนวก

คำชี้แจงสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

โครงการวิจัยเรื่อง: การดูแลของครอบครัวสำหรับผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้าน

เรียน ผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกท่าน

ท่านเป็นผู้ที่ได้รับเชิญในการเข้าร่วมวิจัย เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาหลักสูตร คุษฎีบัณฑิต สาขาการศึกษาและการพัฒนาสังคม คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา วิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้าน โดยครอบครัว ในบริบทของผู้ดูแลในครอบครัว คุณลักษณะผู้ดูแลของครอบครัว การปรับตัวของครอบครัว ข้อมูลที่ได้จะนำไปใช้ประโยชน์ในการเป็นแนวทางในการให้คำปรึกษาและดูแลช่วยเหลือครอบครัวที่ต้องดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้านให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ตลอดจนการส่งเสริมสนับสนุนให้ครอบครัวเกิดความเข้มแข็งในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้าน ผู้วิจัยขอเรียนให้ท่านทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดการศึกษา ดังนี้

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้าน โดยครอบครัว ด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก การเยี่ยมที่บ้าน ทั้งนี้เพื่อนำความรู้ที่ได้ไปใช้ในการส่งเสริมด้านการจัดการศึกษา การบริการทางสุขภาพ และพัฒนาสังคมทั้งในระดับบุคคล ครอบครัวและระดับนโยบาย ที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ดูแลในครอบครัว ตามบริบทของสังคมไทยได้อย่างแท้จริง หากท่านยินดีเข้าร่วมการศึกษาวิจัยครั้งนี้ จะมีข้อปฏิบัติร่วมกันดังต่อไปนี้

1. ท่านไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเข้าร่วมวิจัย
2. ท่านจะได้รับการสัมภาษณ์ การเยี่ยมที่บ้าน เกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง เพื่อร่วมพิจารณาถึงแนวทางการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้าน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสะดวกของท่าน โดยจะขออนุญาต บันทึกเสียง และถ่ายภาพประกอบ (เฉพาะในรายที่อนุญาต)
3. ข้อมูลที่ได้จะนำเสนอผลเฉพาะในภาพรวม และจะทำลายเมื่องานวิจัยสิ้นสุดลง
4. ท่านสามารถปฏิเสธ และมีสิทธิ์ที่จะออกจากการเข้าร่วมงานวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อกรรับบริการทางสุขภาพที่ท่านควรได้รับแต่อย่างใด
5. ประโยชน์ที่ท่านจะได้รับในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ การได้ร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การเรียนรู้วิธีการดูแล กระบวนการปรับตัวของครอบครัว และความต้องการในการช่วยเหลือเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้าน และนักวิจัยจะนำข้อความรู้ดังกล่าวเป็นข้อเสนอแนะสำหรับการวางแผนทางการส่งเสริมคุณภาพการดูแลของครอบครัวในการดูแล

ผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้าน สิ่งสำคัญที่ท่านควรทราบ คือ ผลการศึกษานี้จะใช้สำหรับวัตถุประสงค์ทางวิชาการเท่านั้น โดยข้อมูลจะถูกเก็บไว้ในคอมพิวเตอร์ ซึ่งใช้รหัสผ่านในการเข้าถึงได้เพียงผู้วิจัยเท่านั้น

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณในความร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้



ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การวิจัย เรื่อง รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้านโดยครอบครัว

วันให้คำยินยอม วันที่เดือน..... พ.ศ.

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียดและมีความเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อข้าพเจ้า

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง ซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ ข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าจะถูกเก็บเป็นความลับและจะเปิดเผยในภาพรวมที่เป็นการสรุปผลการวิจัย

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม
(.....)

ลงนาม.....พยาน
(.....)

ลงนาม.....
(นางสาวปารัชชญาณ์ วงษ์ไตรรักษ์) ทำวิจัย



ใบรับรองการได้รับการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือวิจัย

ชื่อนิสิต/Name .นางสาวปารัชชญา วังไชยไตรรักษ์.....รหัสประจำตัว/ID.No.....53810135....
 หลักสูตร/Program..ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต (ปร.ด.).....สาขาวิชา/Major การศึกษาและการพัฒนาสังคม
 ภาคปกติ/ Ordinary program ภาคพิเศษ/Special program
 ประเภทของงานวิจัย / Research Design
 เชิงปริมาณ/Quantitative เชิงคุณภาพ/Qualitative ผสมผสาน/Mixed-method
 ชื่อเรื่องวิทยานิพนธ์ (ภาษาไทย) รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้านโดยครอบครัว.
 Thesis title (in Thai)

ชื่อเรื่องวิทยานิพนธ์ (ภาษาอังกฤษ) FAMILY CAREGIVERS MODEL FOR BED BOURD ELDER AT HOME.
 Thesis title (in English)

วันที่สอบเค้าโครงวิทยานิพนธ์/date of proposal presentation.....8 มิถุนายน .2559.....
 วันที่ส่งเค้าโครงฉบับสมบูรณ์/date of revision proposal submission.....

ใบรับรองฉบับนี้ ให้ไว้เพื่อรับรองว่า (ชื่อนิสิต/student name) นางสาวปารัชชญา วังไชยไตรรักษ์
 ได้รับการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือวิจัยและปรับปรุงแก้ไขเป็นที่เรียบร้อยแล้ว เมื่อวันที่ 4
 พฤศจิกายน พ.ศ. 2559 โดยมีรายชื่อผู้เชี่ยวชาญดังต่อไปนี้ (List of experts are as below)

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ระพีพันธ์ ฉายวิมล
2. ดร.สมพงษ์ ปั่นหุ่น
3. รองศาสตราจารย์ ดร.สุวรรณ จันทระประเสริฐ
4. รองศาสตราจารย์ พญ.สมจิตร พฤกษ์รัตนานนท์
5. ดร.ชุลีพร ปิยสุทธิ์

อาจารย์ที่ปรึกษา *วิมล / 11*
 Major advisor (.....รศ.ดร.สมหมาย แจ่มกระจ่าง...)
 วันที่/date

หมายเหตุ

แนบเอกสาร : สำเนาหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือ
 Attachment: Copy of letter for examining the validity of the research instrument



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน ภาควิชาการอาชีวศึกษาและพัฒนาสังคม คณะศึกษาศาสตร์ โทร. ๒๐๖๗
 ที่ ศธ ๖๒๑๘/ ก๐๙๑๓ วันที่ ๔ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๕๙
 เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือ

เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ระพีพันธ์ ฉายวิมล

ด้วยนางสาวปารีย์ชญาณ์ วงษ์ไตรรักษ์ นิสิตระดับบัณฑิตศึกษา หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการศึกษาและการพัฒนาสังคม รหัสประจำตัว ๕๓๘๑๐๑๓๕ ได้รับอนุมัติให้ทำดุษฎีนิพนธ์ เรื่อง รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้านโดยครอบครัว โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.สมหมาย แจ่มกระจ่าง เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาหลัก ขณะนี้อยู่ในขั้นตอนการสร้างเครื่องมือเพื่อการวิจัยและมีความจำเป็นต้องให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือ ในการนี้คณะศึกษาศาสตร์ ได้พิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงขอความอนุเคราะห์ท่านเป็นผู้ตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือการวิจัย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เชษฐ ศิริสวัสดิ์)
 รองคณบดีฝ่ายบัณฑิตศึกษา ปฏิบัติการแทน
 คณบดีคณะศึกษาศาสตร์



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน ภาควิชาการอาชีวศึกษาและพัฒนาสังคม คณะศึกษาศาสตร์ โทร. ๒๐๖๗
 ที่ ศธ ๖๒๑๘/ ๑๐๕๑๓ วันที่ ๕ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๕๙
 เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือ

เรียน ดร.สมพงษ์ ปันหุ่น

ด้วยนางสาวปาร์ชญาณ์ วงษ์ไตรรักษ์ นิสิตระดับบัณฑิตศึกษา หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการศึกษาและการพัฒนาสังคม รหัสประจำตัว ๕๓๘๑๐๑๓๕ ได้รับอนุมัติให้ทำดุษฎีนิพนธ์ เรื่อง รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้านโดยครอบครัว โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.สมหมาย แจ่มกระจ่าง เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาหลัก ขณะนี้อยู่ในขั้นตอนการสร้างเครื่องมือเพื่อการวิจัยและมีความจำเป็นต้องให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือ ในการนี้คณะศึกษาศาสตร์ ได้พิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงขอความอนุเคราะห์ท่านเป็นผู้ตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือการวิจัย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เชษฐ ศรีสวัสดิ์)
 รองคณบดีฝ่ายบัณฑิตศึกษา ปฏิบัติการแทน
 คณบดีคณะศึกษาศาสตร์



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน ภาควิชาการอาชีวศึกษาและพัฒนาสังคม คณะศึกษาศาสตร์ โทร. ๒๐๖๗
 ที่ ศธ ๒๒๑๘/ว ๐๔๑๓ วันที่ ๔ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๕๙
 เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือ

เรียน รองศาสตราจารย์ ดร.สุวรรณา จันทร์ประเสริฐ

ด้วยนางสาวปาริษาญาน วังไชยไตรรักษ์ นิสิตระดับบัณฑิตศึกษา หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการศึกษาและการพัฒนาสังคม รหัสประจำตัว ๕๓๘๑๐๑๓๕ ได้รับอนุมัติให้ทำดุษฎีนิพนธ์ เรื่อง รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้านโดยครอบครัว โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.สมหมาย แจ่มกระจ่าง เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาหลัก ขณะนี้อยู่ในขั้นตอนการสร้างเครื่องมือเพื่อการวิจัยและมีความจำเป็นต้องให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือ ในการนี้คณะศึกษาศาสตร์ ได้พิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงขอความอนุเคราะห์ท่านเป็นผู้ตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือการวิจัย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ไชยบูรณ์ ศิริสวัสดิ์)
 รองคณบดีฝ่ายบัณฑิตศึกษา ปฏิบัติการแทน
 คณบดีคณะศึกษาศาสตร์



ที่ ศธ ๖๒๑๘/ ๖๐๕๘๘

คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี ๒๐๑๓๑

๕ ตุลาคม ๒๕๕๙

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือการวิจัย

เรียน รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงสมจิตร พุกชะรัตนานนท์

สิ่งที่ส่งมาด้วย ค่าโครงการวิจัยและเครื่องมือการวิจัย จำนวน ๑ ชุด

ด้วยนางสาวปารย์ชญาณ์ วงษ์ไตรรักษ์ นิสิตระดับบัณฑิตศึกษา หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการศึกษาและการพัฒนาสังคม รหัสประจำตัว ๕๓๘๑๐๑๓๕ ได้รับอนุมัติให้ทำดุษฎีนิพนธ์ เรื่อง รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้านโดยครอบครัว โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.สมหมาย แจ่มกระจ่าง เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาหลัก ขณะนี้อยู่ในขั้นตอนการสร้างเครื่องมือเพื่อการวิจัยและมีความจำเป็นต้องให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือ ในกรณีนี้คณะศึกษาศาสตร์ ได้พิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงขอความอนุเคราะห์ท่านเป็นผู้ตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือการวิจัย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เชษฐ ศรีสวัสดิ์)
รองคณบดีฝ่ายบัณฑิตศึกษา ปฏิบัติการแทน
คณบดีคณะศึกษาศาสตร์ ปฏิบัติการแทน
ผู้รักษาการแทนอธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

ภาควิชาการอาชีวศึกษาและพัฒนาสังคม

โทรศัพท์ ๐๓๘ - ๑๐๒๐๖๗

โทรสาร ๐๓๘ - ๓๙๑๐๔๓



ที่ ศธ ๒๒๑๘๘/ ๑๐ ๕๖๖๑

คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี ๒๐๑๓๑

๕ ตุลาคม ๒๕๕๙

เรื่อง ขอลงความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือการวิจัย

เรียน ดร.สุภัทร ปิยสุทธิ

สิ่งที่ส่งมาด้วย คำโครงการวิจัยและเครื่องมือการวิจัย จำนวน ๑ ชุด

ด้วยนางสาวปาร์ย์ชญาน์ วงษ์ไตรรักษ์ นิสิตระดับบัณฑิตศึกษา หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการศึกษาศึกษาและการพัฒนาสังคม รหัสประจำตัว ๕๓๘๑๐๑๓๕ ได้รับอนุมัติให้ทำดุษฎีนิพนธ์ เรื่อง รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้านโดยครอบครัว โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.สมหมาย แจ่มกระจ่าง เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาหลัก ขณะนี้อยู่ในขั้นตอนการสร้างเครื่องมือเพื่อการวิจัยและมีความจำเป็นต้องให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือ ในการนี้คณะศึกษาศาสตร์ ได้พิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงขอความอนุเคราะห์ท่านเป็นผู้ตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือการวิจัย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เชษฐุ์ ศิริสวัสดิ์)
รองคณบดีฝ่ายบัณฑิตศึกษา ปฏิบัติการแทน
คณบดีคณะศึกษาศาสตร์ ปฏิบัติการแทน
ผู้รักษาการแทนอธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

ภาควิชาการอาชีวศึกษาและพัฒนาสังคม

โทรศัพท์ ๐๓๘ - ๑๐๒๐๖๗

โทรสาร ๐๓๘ - ๓๙๑๐๔๓

แบบประเมินคัดเลือกผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้านที่ดี
ประเมินโดยพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ.....

แบบประเมินครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้านที่ดี มีตามเกณฑ์ให้กา
เครื่องหมาย ในข้อที่ได้ตามเกณฑ์ และ ในข้อที่ไม่ได้ตามเกณฑ์

ลำดับ	ประเมินครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้านที่ดี	การให้คะแนน
1	ประเมิน ADL ได้คะแนน 0-4	
2	ผู้สูงอายุติดเตียงมานานกว่า 1 ปี	
3	สมาชิกในครอบครัวเป็นผู้ดูแล	
4	ร่างกายสะอาด ไม่มีกลิ่นอับ ไม่มีกลิ่นปัสสาวะ	
5	ไม่มีแผลกดทับ	
6	ในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมาผู้สูงอายุติดเตียงไม่ได้นอนโรงพยาบาล	

ข้อคำถามในการสัมภาษณ์
การศึกษาวิจัยเรื่อง รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้านโดยครอบครัว

วันที่สัมภาษณ์.....รหัสข้อมูล.....

ตอนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้านและครอบครัว

1. ผู้สูงอายุติดเตียงอายุเท่าไร (.....ปี) เพศ 1. ชาย 2. หญิง
2. ผู้สูงอายุติดเตียงมีโรคประจำตัวอะไรบ้าง
 1. โรคเบาหวาน 2. โรคความดันสูง 3. โรคหลอดเลือดสมอง (อัมพาต อัมพฤกษ์)
 4. อื่น ๆ
3. ผู้สูงอายุติดเตียงมานานเท่าไร (.....ปี)
4. ผู้สูงอายุมีสีทึกรักษาอะไร
 1. บัตรสุขภาพถ้วนหน้า 2. ข้าราชการ 3. อื่น ๆ
5. สมาชิกในครอบครัวที่อยู่ปัจจุบันมีกี่คน (.....คน)
 มีผู้ดูแลหลักผู้สูงอายุติดเตียงเมื่ออยู่ที่บ้านกี่คน (.....คน)
6. ท่าน (ผู้ดูแลหลัก) อายุเท่าไร (.....ปี) เพศ 1. ชาย 2. หญิง
7. ท่าน (ผู้ดูแล) จบการศึกษาระดับใด 1. ประถมศึกษา 2. มัธยมศึกษา 3. อนุปริญญา
 4.ปริญญาตรี 5. สูงกว่าปริญญาตรี
8. ท่าน (ผู้ดูแล) นับถือศาสนาอะไร (.....)
9. ท่าน (ผู้ดูแล) มีโรคประจำตัวหรือไม่ (มีโรค.....)
10. สิทธิการรักษาของท่าน (ผู้ดูแล) คือ อะไร
 1. บัตรสุขภาพถ้วนหน้า 2. ข้าราชการ 3. ประกันสังคม
 4. อื่น ๆ
11. ท่าน (ผู้ดูแล) มีความสัมพันธ์เป็นอะไร กับผู้สูงอายุติดเตียงที่ดูแล
 1. บุตร 2. สะใภ้ 3. หลาน 4. อื่น ๆ
12. ผู้ดูแลใช้เวลาในการดูแลเฉลี่ยวันละกี่ชั่วโมง (.....ชั่วโมงต่อวัน)
13. ท่าน (ผู้ดูแล) อาชีพเดิมทำอะไร.....
 อาชีพปัจจุบันทำอะไร.....

14. เมื่อท่าน (ผู้ดูแล) ต้องมาดูแลผู้สูงอายุติดเตียงเป็นหลัก ทำให้มีผลกระทบทางเศรษฐกิจหรือไม่
(1.มี 2.ไม่มี)

-มีผลกระทบอย่างไร.....
.....

15. เมื่อท่าน (ผู้ดูแล) ต้องมาดูแลผู้สูงอายุติดเตียงเป็นหลัก ทำให้มีผลกระทบทางสุขภาพหรือไม่
(1.มี 2.ไม่มี)

-มีผลกระทบอย่างไร.....
.....

ตอนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้านโดยครอบครัว

16. ขอให้ท่านเล่าประวัติการเจ็บป่วยและเหตุการณ์ที่ทำให้ผู้สูงอายุต้องนอนติดเตียง

.....
.....

17. อะไรที่ทำให้ท่านได้มาเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง

.....
.....

18. ท่านรู้สึกอย่างไรในการเป็นผู้ดูแลหลักผู้สูงอายุติดเตียง (การรับรู้ต่อการเป็นผู้ดูแล)

.....
.....

19. ท่านเคยมีความรู้สึกท้อแท้ หรือรู้สึกไม่ดี ต่อการที่ต้องเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงหรือไม่ และท่านทำอย่างไรเมื่อมีความคิดอย่างนั้น (ด้านอ้อมโนมติในการดูแล, การปรับตัว)

.....
.....

20. เมื่อท่านต้องมาดูแลผู้สูงอายุติดเตียง มีการเปลี่ยนแปลงต่อ บทบาท หน้าที่ของท่านอย่างไรบ้าง โดยท่านมีการปรับตัวอย่างไร (บทบาท หน้าที่, การปรับตัว)

.....
.....

21. ท่าน (ผู้ดูแล) ช่วยเล่าในระยะแรกที่เตรียมตัวเพื่อดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้าน มีการเตรียมตัวอย่างไร

-เรื่องความรู้ในการดูแล

.....

-เรื่องการสนับสนุน คน เงิน สิ่งของ

.....

-เรื่องใช้เวลาในการเตรียมตัวนานเท่าไร

.....

22. ปัจจุบันท่านดูแลผู้สูงอายุติดเตียงอย่างไรบ้าง ขอให้ท่านเล่ากิจกรรมการดูแลที่ทำเป็นประจำ (การปฏิบัติดูแล) (ทำอะไร, ทำอย่างไร, ทำเพื่ออะไร)

.....

23. ท่านทำอาหารให้ผู้สูงอายุติดเตียงอย่างไรบ้าง (วิธีการทำ, วิธีการให้อาหาร, การดูแลเพื่อป้องกันการสำลักอาหาร)

.....

24. ท่านดูแลด้านร่างกาย อย่างไร (ได้แก่ การทำความสะอาดช่องปาก, การทำความสะอาดร่างกาย การป้องกันแผลกดทับ) (ขั้นตอนการทำกิจกรรม)

.....

25. ท่านดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้านอย่างไรในการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ (การปฏิบัติดูแล)

.....

26. ท่านให้การดูแลผู้สูงอายุติดเตียงหลังขับถ่ายอย่างไร เพื่อป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ

(การปฏิบัติกรดูแล)

27. ท่านดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้านอย่างไร ไม่ให้เกิดการข้อติดแข็ง (แหล่งเรียนรู้, กิจกรรมที่ทำ) (การปฏิบัติกรดูแล) (ข้อติดแข็ง หมายถึง มีการหดเกร็งแข็งของข้อศอกและข้อเข่าอย่างถาวร การเคลื่อนไหวข้อถูกจำกัด ไม่สามารถยืดเหยียดออกได้เลย)

28. ท่านดูแลด้านจิตใจอย่างไรบ้าง (ได้แก่ การดูแลให้กำลังใจ การสังเกตอารมณ์ของผู้สูงอายุติดเตียง) (เล่ากิจกรรมที่ทำ)

29. ท่านคาดหวังอะไรบ้างจากการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้าน

30 ในการดูแลผู้สูงอายุของท่าน ท่านคิดว่าเป็นไปตามที่ท่านคาดหวังหรือไม่ เพราะอะไร

31. จากประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงของท่าน เมื่อท่านมีปัญหาในการดูแลท่านทำอย่างไรบ้าง (ขอความช่วยเหลือจากใคร เรื่องอะไร ผลเป็นอย่างไร) (วัฒนธรรม ความเชื่อในการดูแล)

32. ท่านคิดว่าอะไรเป็นสิ่งสำคัญที่ผู้ดูแลต้องมี เพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้านได้เป็นอย่างดี (คุณสมบัติผู้ดูแล)

33. สิ่งที่ท่านรู้สึกภาคภูมิใจ สิ่งที่ท่านคิดขึ้นเอง หรือต่อขอความรู้ เพื่อให้เกิดการดูแลที่ดีขึ้น มีอะไรบ้าง (สิ่งใหม่ที่ใช้ในการดูแล, นวัตกรรม)

.....
.....

34. ท่านคิดว่าสิ่งที่สำคัญที่สุดสำหรับการเป็นผู้ดูแลรายใหม่ คือ อะไร

.....
.....