

ภาวะสุขภาพ และการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุ ที่ดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียง*

ณัศฟา หลงผาสุข พย.ม. (การพยาบาลผู้สูงอายุ)**

สุปรีดา มั่นคง Ph.D. (Gerontological Nursing)***

ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม D.S.N. (Adult Health Nursing)****

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย: เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพและการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุที่ดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียง

การออกแบบการวิจัย: การศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา

การดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลทั้งเพศชายและหญิงอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียงที่บ้าน อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่จังหวัดกรุงเทพมหานคร และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 50 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์ตามแบบสอบถาม เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ และแบบวัดความสามารถในการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุ ข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติบรรยาย

ผลการวิจัย: ญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุประเมินว่าสุขภาพของตนเองอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ยของการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี หากพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า การดูแลตนเองที่จำเป็นตามพัฒนาการ และการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีภาวะเปี่ยงเบนทางสุขภาพอยู่ในระดับดี และด้านการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปมีคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง กิจกรรมที่มีคะแนนสูงที่สุดคือ การหาวิธีได้อยู่ในที่ที่มีอากาศถ่ายเทดี ได้รับอากาศบริสุทธิ์ และกิจกรรมการดูแลตนเองที่มีคะแนนน้อยสุด ได้แก่ การหาเวลาพักผ่อนหย่อนใจ ญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุต้องใช้ความพยายามในการดูแลตนเองบางกิจกรรมเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับก่อนเข้ารับบทบาทเป็นผู้ดูแล สำหรับกิจกรรมที่ญาติผู้ดูแลประเมินว่าต้องใช้ความพยายามในการดูแลตนเองมากขึ้นกว่าเดิมมากที่สุดคือ การจัดการกับความเครียดหรืออารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป และกิจกรรมการดูแลตนเองที่ลดลงมากที่สุด คือ การมีเวลาเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม

ข้อเสนอแนะ: ผลการศึกษาสามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานที่บุคลากรทางสุขภาพควรจะแนะนำหรือวางแผนช่วยเหลือให้ผู้ดูแลวัยสูงอายุหาเวลาพักผ่อนจากการดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียงเพื่อมาดูแลตนเองและรักษาสมดุลระหว่างการดูแลตนเองกับการดูแลผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม

วารสารสภาการพยาบาล 2561; 33(2) 97-109

คำสำคัญ : ภาวะสุขภาพ การดูแลตนเอง ญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุ ผู้สูงอายุที่ติดเตียง

*วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

**นักศึกษาระดับปริญญาโทสาขานิติศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

***ผู้เขียนหลัก รองศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

E-mail: supreeda.mon@mahidol.ac.th

****รองศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

Health Conditions and Self-Care Activities of Older Caregivers Caring for Bedridden Older Adults*

Natsala Longphasuk, M.N.S. (Gerontological Nursing)**

Supreeda Monkong, Ph.D. (Gerontological Nursing)***

Yupapin Sirapo-ngam, D.S.N. (Adult Health Nursing)****

Abstract:

Objective: To study the health conditions and self-care activities of older caregivers caring for bedridden older adults.

Design: Descriptive research.

Procedure: This study was conducted on 50 purposively sampled older caregivers (60 years or above) of bedridden older adults in the Bangkok Metropolitan area. Data were collected through semi-structured interviews, using (1) a general profile questionnaire; (2) a health condition perception assessment questionnaire; and (3) an older caregiver's self-care ability measurement questionnaire. The data were analysed using descriptive statistics.

Results: The caregivers rated their health as being in a moderate condition. The majority of the caregivers achieved a high average on their self-care activities. An analysis by category revealed the caregivers' high scores on developmental self-care requisites and on health deviation self-care requisites, whilst their score on universal self-care requisites was moderate. The most highly scored self-care activity was finding a well-ventilated area, and the least scored activity was finding time for relaxation. In addition, caring for bedridden older adults meant the older caregivers had to make a greater self-care effort than before assuming this role. The older caregivers most increased self-care activity was management of their stress and emotional changes, whilst their most reduced self-care activity was engagement in social activities.

Recommendations: Based on the findings, it is recommended that health-care staff advise or support older caregivers to find time for relaxation and balance their own self-care and their caregiving responsibilities.

Thai Journal of Nursing Council 2018; 33(2) 97-109

Keywords: health conditions; self-care activities; older caregivers; bedridden older adults

*Thesis submitted in partial fulfilment of the Master of Nursing Science Program in Gerontological Nursing, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University.

**A student in Master of Nursing Science Program in Gerontological Nursing, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University.

***Corresponding Author, Associate Professor, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University, E-mail: supreeda.mon@mahidol.ac.th

**** Associate Professor, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สังคมโลกกำลังเปลี่ยนแปลงด้านโครงสร้างประชากร จำนวนประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้นได้ส่งผลต่ออัตราส่วนพึ่งพิงวัยสูงอายุโดยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และปัญหาสุขภาพที่เปลี่ยนจากโรคติดต่อเฉียบพลันเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ร่วมกับการถดถอยของการทำงานของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายอันเนื่องจากความสูงวัย¹ มีผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะเปราะบางและอยู่ในภาวะพึ่งพิง ประมาณ 4 แสนคน² การศึกษาของนางลักษณ์พะโยะ³ พบว่า ผู้สูงอายุหนึ่งในสี่คนจะมีปัญหาสุขภาพด้านร่างกายทำให้ไม่สามารถทำกิจกรรมที่เคยทำได้ และมีประชากรผู้สูงอายุกว่าร้อยละ 70 ที่มีปัญหาภาวะโรคมากกว่า 1 โรค จากการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทย ปี 2556 พบว่า ผู้สูงอายุ ร้อยละ 2 อยู่ในสภาวะ “ติดเตียง” คือ ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ มีโรคเรื้อรังหลายโรคและมีภาวะแทรกซ้อน ต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว⁴ ซึ่งปัญหาสุขภาพดังกล่าวก่อให้เกิดความต้องการการดูแลระยะยาวที่เพิ่มขึ้น

สังคมไทย สถาบันครอบครัวถือได้ว่าเป็นสถาบันหลักในการให้การดูแลระยะยาว (long term care)¹ หน้าที่ของการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ส่วนใหญ่เป็นสมาชิกในครอบครัวของผู้สูงอายุเอง หรือที่นิยมเรียกว่า ญาติผู้ดูแล (family caregiver) ซึ่งเป็นบทบาททางสังคมของผู้หญิงหรือคนโสด⁵ เนื่องจากสภาพเศรษฐกิจสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้สมาชิกในครอบครัวต้องออกไปทำงานนอกบ้าน สัดส่วนของประชากรวัยทำงานที่จะทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุก็จะลดน้อยลงส่งผลให้ผู้สูงอายุขาดคนดูแล ทำให้สถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลงไป คือเป็นวัยที่ผู้สูงอายุดูแลซึ่งกันและกันเอง ไม่ว่าจะเป็นรูปแบบของคู่สามีภรรยา บุตรวัยสูงอายุที่รับผิดชอบดูแลบิดา

มารดา หรือพี่น้องที่สูงอายุดูแลกันเอง จึงทำให้คาดได้ว่าในอนาคตเมื่อมีผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ผู้สูงอายุดูแลกันเอง ในที่สุดการให้การดูแลอาจส่งผลกระทบต่อชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นญาติผู้ดูแลมากกว่าญาติผู้ดูแลวัยอื่น

ญาติผู้ดูแลที่อยู่ในวัยสูงอายุมีความแตกต่างจากญาติผู้ดูแลในวัยอื่น ญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุต้องเผชิญกับความสูงวัยของตนเองและประเด็นปัญหาสุขภาพ อีกทั้งยังต้องเผชิญกับความรับผิดชอบในการดูแลบุคคลอื่นในครอบครัวเพิ่มเติม⁶ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ญาติผู้ดูแลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งเป็นผู้สูงอายุดูแลผู้สูงอายุด้วยกันเองจะมีมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งอายุ 60-64 ปี³ อีกทั้งญาติผู้ดูแลหนึ่งในสามมีปัญหาโรคเรื้อรัง ส่วนใหญ่มีปัญหาภาวะสุขภาพและต้องการการพึ่งพิงด้านสุขภาพ⁷ ถึงแม้ว่าญาติผู้ดูแลที่เป็นผู้สูงวัยและเป็นกลุ่มของญาติผู้ดูแลที่พบได้จำนวนน้อยกว่าวัยอื่น แต่เป็นกลุ่มที่ให้เวลาในการดูแลผู้ป่วยมากที่สุดเมื่อเทียบกับกลุ่มญาติผู้ดูแลในช่วงวัยอื่นๆ พบว่าให้การดูแลเป็นระยะเวลา มากกว่าหรือเท่ากับ 50 ชั่วโมงต่อสัปดาห์⁸

ภาระการดูแลจากการที่ญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุต้องตอบสนองความต้องการการดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียง ทั้งการช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน ตลอดจนการช่วยเหลือดูแลเฉพาะโรค ร่วมกับภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลง เป็นสาเหตุที่ก่อให้เกิดผลเสียต่อภาวะสุขภาพกาย สุขภาพจิต และการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม ด้วยเหตุนี้ญาติผู้ดูแลจึงจำเป็นต้องตระหนักถึงสุขภาพของตนเอง การจะให้การดูแลผู้อื่นได้นั้น ญาติผู้ดูแลควรดูแลรักษาสุขภาพของตนเองให้ได้อยู่เสมอครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับญาติผู้ดูแลที่ผ่านมามีส่วนใหญ่วิตผู้ดูแลอยู่ในวัยผู้ใหญ่ จากสภาพเศรษฐกิจสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้สถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลงไปเป็นวัยสูงอายุดูแลกันเองเพิ่มมากขึ้น ญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุที่ให้การดูแลแก่ผู้ติดเตียงที่เป็นผู้สูงอายุด้วยกัน อาจเกิดผลกระทบจากการให้การดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุที่ติดเตียง และมีผลต่อภาวะสุขภาพของตนเองที่ต้องการความช่วยเหลือจากบุคลากรทางสุขภาพ ขณะที่ให้การดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียงที่บ้าน ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาภาวะสุขภาพและการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุที่ให้การดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียงดังกล่าว เพื่อนำผลการศึกษาไปเป็นข้อมูลพื้นฐานทำให้เข้าใจบริบทของญาติผู้ดูแลที่เป็นผู้สูงอายุที่ให้การดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียงที่บ้าน และข้อมูลที่ได้เป็นข้อมูลที่สำคัญที่นำมาใช้เป็นแนวทางช่วยเหลือญาติผู้ดูแลที่อยู่ในวัยสูงอายุในการดูแลตนเอง และให้การดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียงให้เหมาะสม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

กรอบแนวคิดที่ใช้เป็นแนวทางในการศึกษาครั้งนี้คือ ทฤษฎีการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพิงของโอเร็ม (A Theory of Dependent-Care)⁹ ผู้ดูแลบุคคลที่ต้องการพึ่งพิง (Dependent care agent) มีแนวคิดสำคัญ 2 ส่วนคือ 1) ความรับผิดชอบของบุคคลในการจัดการการดูแลสุขภาพของตนเอง (self-care) โดยรับรู้และตอบสนองความต้องการการดูแลตนเอง กระทำและพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองทั้งในภาวะปกติและเมื่อเจ็บป่วย เพื่อคงระบบการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข และ 2) ความรับผิดชอบของบุคคลในการรับรู้และตอบสนองความต้องการให้แก่บุคคลอื่นที่ต้องพึ่งพิงเป็นบางส่วนหรือ

ทั้งหมด และพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เพื่อคงไว้ซึ่งระบบการดูแลบุคคลในครอบครัว ทั้งสองส่วนที่กล่าวมาอยู่ภายใต้ปัจจัยเงื่อนไขที่สำคัญของบุคคลผู้ให้การดูแล ได้แก่ อายุ เพศ ระยะพัฒนาการ สังคมชนบธรรมเนียมประเพณี สภาพที่อยู่อาศัย ระบบครอบครัว แบบแผนการดำเนินชีวิต ภาวะสุขภาพ ปัจจัยทางระบบสุขภาพ แหล่งประโยชน์และประสบการณ์ที่สำคัญในชีวิต อันจะส่งผลกระทบต่อบุคคลที่ต้องพึ่งพิง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาญาติผู้ดูแลที่อยู่ในวัยสูงอายุ ผู้สูงอายุโดยปกติก็มีโรคเรื้อรังหลายโรค และมีความเสื่อมถอยของความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน หรือการจัดการสุขภาพของตนเองเดิมอยู่แล้ว ทำให้มีความสามารถในการดูแลตนเองลดลง การกระทำบทบาททั้งดูแลตนเองและให้การดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียงไปพร้อมกันอาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อญาติผู้ดูแลเอง เนื่องจากภาระงานการดูแลมีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับความรุนแรงของการเจ็บป่วย ความยุ่งยากซับซ้อนของการดูแลรักษา ความทนทุกข์ทรมานของผู้ป่วย และความสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแลและผู้ป่วย¹⁰ สำหรับภาระการดูแลนั้นเป็นการรับรู้ที่เกิดขึ้นโดยไม่พึงปรารถนา และก่อให้เกิดความรู้สึกยากลำบากในการดูแล ทั้งจากอารมณ์ความรู้สึก ประสบการณ์จากการดูแล และจากหน้าที่การงาน ความรับผิดชอบต่อกิจกรรมการดูแล นับเป็นความต้องการการดูแลตนเองที่เพิ่มขึ้นในญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุที่ดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียง อย่างไรก็ตามการให้การดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียงที่บ้านประกอบกับกิจกรรมการดูแลที่มากขึ้น ย่อมส่งผลกระทบต่อทั้งด้านร่างกายจิตใจและสังคม ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลประสบความเครียดเรื้อรังซึ่งส่งผลเสียต่อภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลโดยตรง¹¹ ดังนั้นภาวะสุขภาพและการดูแลตนเองจึง

เป็นสิ่งสำคัญ เพราะสะท้อนถึงคุณภาพชีวิตของทั้งญาติ ผู้ดูแลวัยสูงอายุและผู้สูงอายุที่ติดเตียงในครอบครัว และการดูแลผู้อื่นได้ดีญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุควรต้องมีภาวะสุขภาพที่ดี ดูแลรักษาสุขภาพด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมของตนเองให้ได้อยู่เสมอ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพและการดูแลตนเอง ตามการรับรู้ของญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุที่ดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพและการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุที่ดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียง การศึกษาครั้งนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยเรื่อง การศึกษาสถานการณ์ผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ญาติผู้ดูแลทั้งเพศชาย และหญิง ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ให้การดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียงที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่จังหวัดกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ คือ สมาชิกในครอบครัวทั้งเพศชายและหญิงที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ให้การดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียงที่บ้านมาแล้วไม่น้อยกว่า 1 เดือน ซึ่งผู้สูงอายุได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลรามาริบัติ หรือมาตรวจตามแพทย์นัดที่โรงพยาบาลรามาริบัติ และอาศัยอยู่ในเขตพื้นที่จังหวัดกรุงเทพมหานคร จำนวน 50 ราย ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2560 ถึงเดือนตุลาคม 2560 คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยคิดจากร้อยละ 25 ของประชากรที่มีจำนวนตัวอย่างเป็นร้อยละ จากจำนวนญาติผู้ดูแล

วัยสูงอายุย้อนหลัง 3 ปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557 ถึง พ.ศ. 2559 จากข้อมูลการเยี่ยมบ้าน ของหน่วยบริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน โรงพยาบาลรามาริบัติ

เกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา

1. มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป
2. มีสายสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุที่ติดเตียง เช่น บิดา มารดา สามีน ภรรยา บุตร พี่น้อง หรือญาติอาศัยอยู่บ้านเดียวกัน และเป็นผู้รับผิดชอบดูแลหลัก ซึ่งผู้สูงอายุติดเตียงประเมินจากเครื่องมือ Barthel ADL index ได้คะแนน 0 – 4 คะแนน
3. ช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ติดเตียงในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานอย่างน้อย 3 กิจกรรม และให้การดูแลด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม โดยไม่ได้รับค่าจ้างในการดูแล และให้การดูแลมาแล้วไม่น้อยกว่า 1 เดือน
4. มีการรับรู้ปกติ ประเมินจากแบบทดสอบหมวดหมู่ (the Set Test) ได้คะแนนเท่ากับหรือมากกว่า 25 คะแนน

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้คัดกรอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองตัวอย่าง ประกอบด้วย แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสำหรับผู้สูงอายุที่ติดเตียง และแบบทดสอบหมวดหมู่ (the Set Test) สำหรับญาติผู้ดูแล
2. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ผู้วิจัยเป็นผู้พัฒนา ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลวัยสูงอายุและผู้สูงอายุที่ติดเตียง และแบบสอบถามกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียง
3. แบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ เป็นการประเมินภาวะสุขภาพโดยทั่วไปตามความรู้สึกของ

ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่สร้างขึ้นโดยผู้วิจัยโดยเกณฑ์การให้คะแนนเป็นมาตรวัดการรับรู้ภาวะสุขภาพด้วยสายตา (Visual Analog Scale) โดยใช้เส้นตรงแนวนอนยาว 10 เซนติเมตร ปลายเส้นตรงทางซ้ายมือมีเลข 0 กำกับหมายถึง สุขภาพแย่ที่สุด และปลายเส้นตรงทางขวามือมีเลข 10 กำกับหมายถึง สุขภาพดีมากที่สุด คะแนนตั้งแต่ 0 จนถึง 10 คะแนน การประเมินโดยให้ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุขีดเส้นตรงแนวตั้งลงบนเส้นตรงแนวนอน และผู้วิจัยประเมินภาวะสุขภาพจากการใช้ไม้บรรทัดวัดความยาวจากปลายเส้นตรงทางซ้ายมือสุดจนถึงตำแหน่งที่ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุขีดเส้นความยาวที่วัดได้ หมายถึง ระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพคะแนนมาก หมายถึง ภาวะสุขภาพดี

4. แบบวัดความสามารถในการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุ เป็นเครื่องมือเพื่อประเมินการดูแลตนเองจากระดับความพยายามในการปฏิบัติกิจกรรม ณ ปัจจุบัน ผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับญาติผู้ดูแลและปรับจากแบบวัดการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้านที่สร้างขึ้นโดย พารุณี เกตุกราย¹² เพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียงที่บ้าน มีจำนวนทั้งหมด 26 ข้อ ประกอบด้วยการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป จำนวน 13 ข้อ การดูแลตนเองที่จำเป็นตามพัฒนาการ จำนวน 9 ข้อ การดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีภาวะเปี่ยงเบนทางสุขภาพ จำนวน 4 ข้อ และการดูแลตนเองด้านอื่นๆ ซึ่งเป็นคำถามปลายเปิด ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ 1 ไม่ต้องใช้ความพยายามในการปฏิบัติกิจกรรมตามข้อความนั้น ถึง 5 ต้องใช้ความพยายามในการปฏิบัติกิจกรรมตามข้อความนั้นมากที่สุด ในการแปลผลเพื่อให้เกิดความเข้าใจได้ง่าย จึงต้องกลับคะแนนของระดับ

ความพยายามในการปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ จากมากไปน้อยและจากน้อยไปมาก กำหนดเกณฑ์ประเมินคะแนนในภาพรวม ดังนี้ คะแนนเต็ม 130 คะแนนเฉลี่ย 104 คะแนนขึ้นไป ($\geq$ ร้อยละ 80) หมายถึง มีการดูแลตนเองดี คะแนนเฉลี่ย 78 – 103.99 คะแนน (ร้อยละ 60 – 79) หมายถึง มีการดูแลตนเองระดับปานกลาง และคะแนนเฉลี่ยน้อยกว่า 78 คะแนน ($<$ ร้อยละ 60 ของคะแนนเต็ม) หมายถึง มีการดูแลตนเองน้อย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ได้คะแนน (Content Validity Index: CVI) ของแบบวัดความสามารถในการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุ เท่ากับ .88

ผู้วิจัยนำแบบวัดความสามารถในการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุไปหาความเที่ยง (Reliability) โดยทดลองกับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย คำนวณค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคัลฟาเท่ากับ .91 และในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 50 ราย ได้เท่ากับ .85

การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ 2560/155 ดำเนินการภายใต้โครงการวิจัยเรื่อง การศึกษาสถานการณ์ผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียง และได้รับอนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลรามาธิบดีในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาได้แล้ว ผู้วิจัยแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล และสิทธิที่เข้าร่วมหรือถอนตัว

จากการวิจัย กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยได้ แม้ว่าจะได้ตอบรับการเข้าร่วมไปแล้ว หลังจากกลุ่มตัวอย่างตอบตกลงเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะเป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยชื่อผู้ให้ข้อมูล และการเผยแพร่ข้อมูลอยู่ในรูปของการสรุปผลการศึกษาโดยภาพรวม และเพื่อประโยชน์ในทางวิชาการเท่านั้น

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากสถานที่ที่มีผู้สูงอายุที่ติดเตียงมารับบริการ ได้แก่ 1) หน่วยบริการผู้ป่วยที่บ้าน ซึ่งเป็นหน่วยงานที่เตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลที่จะให้การดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน มีการติดตามเยี่ยมบ้าน ประสานงานให้การช่วยเหลือ 2) หอผู้ป่วยอายุรกรรมที่มีผู้สูงอายุที่ติดเตียงนอนพักรักษาตัว และ 3) หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรมที่ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุพาผู้สูงอายุที่ติดเตียงมาพบแพทย์เพื่อตรวจตามนัด

2. ผู้วิจัยพากลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด เพื่อแนะนำตนเองและชี้แจงวัตถุประสงค์อธิบายถึงวิธีการวิจัย และประโยชน์ที่ได้จากการทำวิจัย หลังจากกลุ่มตัวอย่าง ได้รับข้อมูลต่างๆ เหล่านี้แล้ว ผู้ที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยให้ความยินยอมโดยลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย

3. ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลที่บ้านพักของญาติผู้ดูแล ในกรณีเป็นผู้สูงอายุที่พยาบาลหน่วยบริการผู้ป่วยที่บ้านมีการวางแผนจะไปเยี่ยมบ้าน ผู้วิจัยเดินทางไปพร้อมกับหน่วยบริการผู้ป่วยที่บ้าน ในกรณีเป็นผู้สูงอายุที่พยาบาลหน่วยบริการผู้ป่วยที่บ้านไม่ได้เยี่ยมบ้านแล้ว กำหนดตามวันและเวลาที่ญาติผู้ดูแลสะดวก และกลุ่มตัวอย่างรายใหม่ที่หน่วยตรวจผู้ป่วย

นอกอายุรกรรม ผู้วิจัยเดินทางไปที่พักของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุด้วยตนเอง

4. ผู้วิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์ตามแบบสอบถามแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุและผู้สูงอายุที่ติดเตียง และแบบวัดความสามารถในการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุ ส่วนแบบประเมินภาวะสุขภาพโดยทั่วไป ให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยเขียนตอบด้วยตนเองภายหลังจากผู้วิจัยอธิบายคำชี้แจง ใช้ระยะเวลาในการสัมภาษณ์และตอบแบบสอบถามทั้งหมดประมาณ 60 นาที ระหว่างที่ทำการสัมภาษณ์นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ จำนวน 1 ราย ที่เป็นผู้ช่วยวิจัยคอยให้การช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่ติดเตียง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยกำหนดรหัสข้อมูลและจัดทำคู่มือลงรหัสของแบบสอบถามแต่ละชุด จากนั้นนำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป มีขั้นตอนการวิเคราะห์ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุและผู้สูงอายุที่ติดเตียง วิเคราะห์โดยใช้ สถิติบรรยาย (การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าพิสัย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)

2. การรับรู้ภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุ วิเคราะห์โดยใช้สถิติบรรยาย (ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)

3. การดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุ วิเคราะห์โดยใช้ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าร้อยละของคะแนนเฉลี่ยโดยเทียบจากคะแนนเต็ม (Mean%) และวิเคราะห์การเปรียบเทียบความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมรายข้อโดยแจกแจงความถี่ และร้อยละ

4. ข้อมูลการดูแลตนเองในด้านอื่นๆ เมื่อรับบทบาทเป็นญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุ วิเคราะห์โดยแจกแจงความถี่และร้อยละของคำตอบ

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้สูงอายุ
ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุทั้งหมด 50 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 37 ราย คิดเป็น ร้อยละ 74 มีอายุตั้งแต่ 60 – 79 ปี อายุเฉลี่ย 65.44 ปี (SD = 4.66) ร้อยละ 98 นับถือศาสนาพุทธ มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 60 ประมาณ 3 ใน 4 (ร้อยละ 76) จบการศึกษาสูงกว่าระดับมัธยมศึกษา ส่วนใหญ่ร้อยละ 38 มีรายได้มากกว่า 20,000 บาทต่อเดือน (Median = 20,000) มีสมาชิกในครอบครัวที่อาศัยอยู่รวมกันมากที่สุด 3 – 5 คน คิดเป็นร้อยละ 64 ส่วนใหญ่ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุที่ติดเตียงโดยเป็นบุตร ร้อยละ 46

ข้อมูลด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุ
ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวร้อยละ 94 ร้อยละ 64 มีโรคประจำตัวมากกว่า 2 โรค (Range 0 – 5 โรค) พบว่าเป็นโรคไขมันในเลือดสูงมากที่สุดร้อยละ 65.96 รองลงมาคือ โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ร้อยละ 57.45 และ 23.40 ตามลำดับ ร้อยละ 92 มียาที่ต้องรับประทานประจำจากโรคที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ เฉลี่ย 3.46 เม็ด (Range = 0–9 เม็ด, SD = 2.64) กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 42 ซ้อมารับประทานเองเพื่อบรรเทาอาการ ยาที่ซื้อส่วนใหญ่มักเป็นกลุ่มยาบรรเทาอาการหวัด คัดจมูก แก้อาการปวด ส่วนใหญ่ร้อยละ 52 พบว่าสุขภาพของตนเองมีอาการเปลี่ยนแปลงไปในทางแย่ลง หลังเข้ารับบทบาทเป็นญาติผู้ดูแล โดยพบว่ามีอาการทางด้านร่างกายมากที่สุดร้อยละ 88.46 โดยอาการที่พบส่วนใหญ่คือ เหนื่อย เมื่อยล้า อ่อนเพลีย (ร้อยละ

32.3) รองลงมาคือ นอนน้อย และปวดตามร่างกาย (ร้อยละ 29 และร้อยละ 25.8 ตามลำดับ)

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่ติดเตียง

ผู้สูงอายุที่ติดเตียงมีจำนวน 50 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 66 มีอายุตั้งแต่ 61 – 100 ปี อายุเฉลี่ย = 80.66 ปี (SD = 10.84) ร้อยละ 98 นับถือศาสนาพุทธ มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 50 มีบุตร ร้อยละ 96 มีบุตรเฉลี่ย 4.36 คน (SD = 2.72) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ร้อยละ 84 อยู่ในระดับประถมศึกษาขึ้นไป

ข้อมูลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่ติดเตียง

การวินิจฉัยโรคของผู้สูงอายุติดเตียงเป็นอันดับหนึ่ง คือ โรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 16 ราย คิดเป็นร้อยละ 32 รองลงมาคือ ภาวะสมองเสื่อม และหกล้ม จำนวน 7 ราย (ร้อยละ 14) และ 5 ราย (ร้อยละ 10) ตามลำดับ ระยะเวลาในการนอนติดเตียงตั้งแต่ 1 เดือนถึง 15 ปี เฉลี่ย 27.42 เดือน (SD = 39.88)

ข้อมูลการดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียง

ระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียงเฉลี่ย 27.40 เดือน (SD = 39.90) จำนวนชั่วโมงที่ให้การดูแลทั้งวันตั้งแต่ 6 – 16 ชั่วโมง เฉลี่ย 10.06 ชั่วโมง (SD = 2.04) ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุใช้เวลาในการดูแลตนเองเฉลี่ย 10.74 ชั่วโมง (SD = 2.10) โดยญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุต้องให้การช่วยเหลือดูแลกิจกรรมด้านร่างกายในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานให้กับผู้สูงอายุที่ติดเตียงเฉลี่ย 6 ใน 10 กิจกรรม (Mean = 6.02, SD = 1.22) ได้แก่ การรับประทานอาหาร การลุกนั่งจากที่นอนหรือเตียงไปเก้าอี้/ พลิกตะแคงตัวบนเตียง การขับถ่าย (เปลี่ยนผ้าหรือผ้าอ้อม) การอาบน้ำ การสวมใส่เสื้อผ้า และการล้างหน้า แปรงฟัน หวีผม โกนหนวด สำหรับกิจกรรมเฉพาะที่ปฏิบัติสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ การพาไปตรวจ (ร้อยละ 98) รองลงมาคือ การ

บริหารยา (ร้อยละ 92) และการให้อาหารทางยาง (ร้อยละ 54) กิจกรรมการดูแลทางด้านจิตใจและอารมณ์ กิจกรรมที่ปฏิบัติมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ การประเมินความรู้สึกของผู้สูงอายุที่ติดเตียง (ร้อยละ 100) รองลงมาคือ อยู่เป็นเพื่อน รับฟังความรู้สึก (ร้อยละ 98) และสอบถามความต้องการของผู้สูงอายุที่ติดเตียง (ร้อยละ 90) และกิจกรรมการดูแลทางด้านสังคมที่ปฏิบัติมากที่สุดคือ การพาสมาชิกในครอบครัวเข้ามาพบปะพูดคุย (ร้อยละ 90) ส่วนใหญ่จำนวน 47 ราย (ร้อยละ 94) มีผู้ช่วยญาติผู้ดูแล้วยสูงอายุในการช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียง

การรับรู้ภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล้วยสูงอายุ

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

การดูแลตนเองของญาติผู้ดูแล้วยสูงอายุ

คะแนนเฉลี่ยของการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแล้วยสูงอายุค่าเฉลี่ย 105.88 คะแนน (SD = 12.06) คิดเป็นร้อยละ 81.45 ของคะแนนเต็ม อยู่ในระดับดี หากพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า การดูแลตนเองที่จำเป็นตามพัฒนาการ และการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีภาวะเปี่ยงเบนทางสุขภาพอยู่ในระดับดี และด้านการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปมีคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง ผลการวิจัยรายข้อพบว่า กิจกรรมที่มีคะแนนสูงที่สุดคือเรื่องการหาวิธีได้อยู่ในที่ที่มีอากาศถ่ายเทดีได้รับอากาศบริสุทธิ์ (M = 4.92, SD = .56) สำหรับกิจกรรมการดูแลตนเองที่มีคะแนนน้อยสุด ได้แก่ การหาเวลาพักผ่อนหย่อนใจ (M = 2.52, SD = 1.20) ผลการวิจัยยังพบว่า กิจกรรมที่ญาติผู้ดูแล้วยสูงอายุ

ต้องใช้ความพยายามในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับก่อนเข้ารับบทบาทเป็นญาติผู้ดูแล คือ การจัดการกับความเครียดหรืออารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป (ร้อยละ 36) สำหรับกิจกรรมที่ปฏิบัติได้ลดลง ได้แก่ การมีเวลาเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม (ร้อยละ 88)

จากคำถามปลายเปิดเรื่องการดูแลตนเองในด้านอื่นๆ พบว่า โดยส่วนใหญ่ดูแลตนเองในด้านร่างกาย ได้แก่ การนวดสมุนไพรที่ปลูกในบ้านมาทำเป็นเครื่องต้มเครื่องปรุงอาหาร หรือทำเป็นของใช้ และเน้นการรับประทานผัก สำหรับการดูแลตนเองด้านจิตใจ คือ เป็นการสวดมนต์ ไหว้พระ นั่งสมาธิที่บ้าน หรือไปปฏิบัติธรรมที่วัดตามโอกาสต่างๆ และการอยู่กับธรรมชาติ คือ ปลูกต้นไม้ ดอกไม้ และการดูแลตนเองด้านสังคม คือ ออกไปห้องสมุดประชาชน

การอภิปรายผล

กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติผู้ดูแล้วยสูงอายุที่ดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียง ทั้งหมด 50 ราย อยู่ในวัยผู้สูงอายุตอนต้น ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง สถานภาพสมรสคู่ นับถือศาสนาพุทธ มีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุที่ติดเตียง โดยเกี่ยวข้องเป็นบุตร สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับญาติผู้ดูแลในประเทศไทย ที่พบว่าผู้ที่รับบทบาทเป็นผู้ดูแลหลักสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง ส่วนใหญ่เป็นสมาชิกในครอบครัวที่มีความเกี่ยวพันใกล้ชิดกันทางสายเลือดมักเกี่ยวข้องเป็นบุตร นับถือศาสนาพุทธ และเป็นเพศหญิง^{13,14} ทั้งนี้การทำหน้าที่เป็นญาติผู้ดูแลนั้นอาจเป็นบทบาทที่ถูกกำหนดไว้สำหรับเพศหญิงเนื่องจากพื้นฐานความเชื่อทางสังคม การปลูกฝังค่านิยมวัฒนธรรมที่มักคาดหวังให้สมาชิกเพศหญิงในครอบครัวต้องทำหน้าที่ในการดูแล แต่จากผลการศึกษาในครั้งนี้ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุที่ติดเตียงโดยเกี่ยวข้องเป็นคู่สมรสมีจำนวนใกล้เคียงกับความ

เป็นบุตร (ร้อยละ 42 และ 46 ตามลำดับ) เนื่องจากต่างก็อยู่ในวัยสูงอายุ ที่ใช้ชีวิตอยู่ด้วยกันมา ทำให้ผู้ดูแลช่วยเหลือกันไป^{8,15} และสอดคล้องกับงานวิจัยในต่างประเทศที่พบว่าผู้สูงอายุวัยต้น (อายุน้อยกว่า 65 ปี) ร้อยละ 80 มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยคือเป็นบุตรสาว และผู้สูงอายุวัยกลางมากกว่าร้อยละ 90 คือคู่สามีภรรยา¹⁶ และยิ่งในกลุ่มผู้ดูแลที่มีอายุเพิ่มขึ้นยิ่งพบว่าปัจจัยทางด้านเพศที่ทำให้การดูแลมีการเปลี่ยนแปลงเช่นกัน¹⁷ สอดคล้องกับผลการศึกษาคั้งนี้ที่พบว่าผู้ดูแลผู้ดูแลผู้สูงอายุเพศชายจำนวน 13 ราย (ร้อยละ 26) ซึ่งประกอบด้วย สามี 9 ราย บุตรชาย 3 ราย และบุตรเขย 1 ราย

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งแตกต่างจากผลการศึกษาของเซน และคณะ¹⁸ พบว่า ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพด้านร่างกายและภาวะสุขภาพด้านจิตใจ 49 และ 43.08 คะแนนตามลำดับ จากคะแนนเต็ม 100 คะแนน ซึ่งอยู่ในระดับต่ำ แต่ในการศึกษานี้ อาจเป็นเพราะว่า ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุวัยต้น ซึ่งยังเป็นช่วงที่มีพลังช่วยเหลือตนเองและคนอื่นได้ ระดับการศึกษาของผู้ดูแลส่วนใหญ่อยู่ในระดับปริญญาตรีขึ้นไป มีเศรษฐกิจที่ดีในการเข้าถึงแหล่งช่วยเหลือ รวมถึงส่วนใหญ่มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันในครอบครัว ญาติพี่น้อง ทำให้ญาติผู้ดูแลพอมีเวลาว่างสำหรับดูแลตนเอง ควบคู่ไปกับการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่ติดเตียง

ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุประเมินสุขภาพของตนเองภายหลังให้การดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียง ส่วนใหญ่มีอาการเปลี่ยนแปลงไปในทางแย่ลง โดยพบว่ามีอาการทางด้านร่างกายมากที่สุด โดยอาการที่พบส่วนใหญ่คือเหนื่อย เมื่อยล้า อ่อนเพลีย รองลงมาคือ นอนน้อย และปวดตามร่างกาย อาการทางด้านจิตใจที่พบส่วนใหญ่คือ เครียด รองลงมาคือ วิตกกังวล และหงุดหงิด และ

อาการทางด้านจิตสังคมพบเพียงด้านเดียวคือ แยกตัว สอดคล้องกับ เซน และคณะ¹⁸ ศึกษาในญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุ พบว่า ผลกระทบจากการให้การดูแลก่อให้เกิดความเหนื่อยล้า และนำไปสู่การจัดการกับความเครียดที่ไม่เหมาะสม จากการศึกษาของโอเต็นแคมป์ และคณะ¹⁵ พบว่าญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ให้การดูแลคู่สามีภรรยา รับรู้ถึงภาระการดูแลเชิงอัตนัย (subjective burden) ทั้งด้าน จิตใจ ร่างกาย สูงกว่าญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่ เนื่องจากปัญหาสุขภาพที่แย่ลงของคู่สามีภรรยาที่ให้การดูแล และการใช้เวลาอยู่ร่วมกันยาวนานมากกว่า ญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่ ทำให้รู้สึกว่ามีปัญหาในการจัดการกับชีวิตประจำวันของตนเอง และได้รับการช่วยเหลือที่ไม่เพียงพอ

การดูแลตนเองอยู่ในระดับดี และคะแนนเฉลี่ยรายด้านของการดูแลทั้ง 3 ส่วน พบว่า การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปอยู่ในระดับปานกลาง การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ และการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีภาวะเปี่ยงเบนทางสุขภาพอยู่ในระดับดี หากพิจารณากิจกรรมการดูแลตนเองรายข้อพบว่า กิจกรรมที่ญาติผู้ดูแลมีการดูแลตนเองที่มีคะแนนมากที่สุดได้แก่ การหาวิธีได้อยู่ในที่ที่มีอากาศถ่ายเท ได้รับอากาศบริสุทธิ์ ส่วนกิจกรรมการดูแลตนเองที่ญาติผู้ดูแลมีการดูแลตนเองที่น้อย โดยมีคะแนนการดูแลตนเองน้อยที่สุด ได้แก่ กิจกรรมการหาเวลาพักผ่อนหย่อนใจ ซึ่งเป็นการรับรู้ถึงภาระเชิงปรนัย (objective burden) ที่เข้ามากระทบสุขภาพญาติผู้ดูแล เป็นสิ่งที่เกิดจากหน้าที่ ความรับผิดชอบเกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลโดยตรง เป็นความความยากลำบากในการดูแลตนเองของผู้ดูแล¹⁹ เช่น รู้สึกขาดอิสระ ความเป็นส่วนตัว การมีเวลาเข้าถึงสังคมลดลง เนื่องจากต้องอยู่ใกล้ชิดให้การช่วยเหลือดูแลตลอดเวลา ซึ่งสอดคล้องกับปริมาณงานการดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียงในการศึกษาคั้งนี้

สำหรับกิจกรรมที่ญาติผู้ดูแลประเมินว่าสามารถทำได้มากขึ้นกว่าเดิมมากที่สุด คือ การจัดการกับความเครียดหรืออารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป เนื่องจากผลการวิจัยพบว่า ญาติผู้สูงอายุตอนต้นเป็นช่วงวัยที่มีแนวโน้มที่จะมีสุขภาพหรือความสามารถในการประกอบกิจกรรมต่างๆ ทั้งทางกายภาพและทางจิตใจที่ดีกว่าประชากรสูงอายุช่วงวัยอื่น ๆ²⁰ ร่วมกับมีประสบการณ์ในชีวิตที่มากขึ้น ซึ่งมีผลต่อความสามารถในการเข้าใจหรือตัดสินใจในสถานการณ์ต่างๆ ช่วยให้เกิดความรอบคอบในการพิจารณาทางเลือก และสามารถเผชิญปัญหาต่างๆ ได้ดี²¹ ซึ่งการจัดการกับความเครียดหรืออารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปที่สามารถทำได้มากขึ้นกว่าเดิมของญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุในงานวิจัยนี้ สอดคล้องกับญาติผู้ดูแลวัยผู้ใหญ่ที่ประเมินว่าการจัดการกับความเครียดหรืออารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปสามารถทำได้มากขึ้นกว่าเดิม¹² แต่เมื่อพิจารณาถึงการเผชิญความเครียดในญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุจะใช้วิธีบรรเทาความเครียดเป็นส่วนใหญ่ เช่น ปลดปล่อยอารมณ์เย็นลง ไม่ตอบโต้ เป็นฝ่ายยอมผู้ป่วย²² ปลดปล่อยความคิด มุ่งถึงความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย เพื่อให้อยู่ร่วมกันได้อย่างมีความสุข²³ แตกต่างจากเผชิญความเครียดในญาติผู้ดูแลวัยผู้ใหญ่ที่ส่วนใหญ่จะใช้การเผชิญหน้ากับปัญหามากที่สุด²⁴

กล่าวโดยสรุป จากผลการวิจัยเกี่ยวกับการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแล เห็นได้ว่า ญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุประเมินการดูแลตนเองในด้านการดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ และการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีภาวะเปี่ยงเบนทางสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่าการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป อาจเป็นเพราะญาติผู้ดูแลเป็นผู้ที่อยู่ในวัยสูงอายุ ซึ่งมีพลังความสามารถทางร่างกายที่ลดน้อยลง เมื่อต้องปรับเปลี่ยนบทบาทจากการดูแลตนเองในวัยสูงอายุมาเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ

อีกบทบาทหนึ่ง ถือได้ว่าเป็นงานที่หนัก ใช้เวลา และพลังเป็นอย่างมาก ทำให้มีเวลาในการดูแลตนเองเพื่อดำรงชีวิตประจำวันลดลง และมีเวลาเข้าร่วมกิจกรรมหรือหาเวลาพักผ่อนหย่อนใจได้น้อยลง แต่เนื่องจากญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุมีการศึกษาที่ดี มีเศรษฐกิจที่ดี ทำให้สามารถหามาได้ซึ่งแหล่งช่วยเหลือ เช่น จ้างผู้ดูแล และด้วยอายุที่เพิ่มขึ้นทำให้มีประสบการณ์ในชีวิตที่มากขึ้น มีผลต่อการปรับตัว สามารถเผชิญปัญหาต่างๆ ได้ดี อีกทั้งสามารถหาวิธีการดูแลตนเองเพิ่มเติมจากแหล่งต่างๆ เสมือนเป็นการได้พักผ่อนและลดความเครียดลงไป เพื่อคงไว้ซึ่งความสามารถในการดูแลตนเอง ระบบการดูแลบุคคลที่เจ็บป่วยในครอบครัวได้อย่างสมบูรณ์และมีประสิทธิภาพ จึงเป็นประเด็นที่พยาบาลและเจ้าหน้าที่ที่มีสุขภาพควรให้ความสนใจในการประเมินภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุ เพื่อที่จะเตรียมความพร้อมในการพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วย และดูแลภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุไปพร้อมกัน

ข้อจำกัดในการวิจัย

การศึกษาค้นครั้งนี้เป็นการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติของญาติผู้ดูแลในการคัดเลือกเข้าศึกษาในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง ทำให้ผลการศึกษามีข้อจำกัดในการนำไปใช้สรุปอ้างอิงประชากร

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ข้อเสนอแนะสำหรับการปฏิบัติการพยาบาล
พยาบาลและเจ้าหน้าที่ที่มีสุขภาพควรประเมินภาวะสุขภาพและการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุที่ดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียง เพื่อให้คำแนะนำที่ตรงประเด็นกับข้อกิจกรรมที่ปฏิบัติได้ลดลงในการหาเวลาพักผ่อนจากการดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียง

เพื่อมาดูแลตนเอง หากคนช่วยเหลือในการดูแล โดยเฉพาะอย่างยิ่งในญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวหรือมีปัญหาสุขภาพ เพื่อให้เห็นถึงความสำคัญของภาวะสุขภาพ และการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุซึ่งเป็นเรื่องสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียงไปพร้อมกัน

References

1. Srithamrongsawat S, Boonthamcharoen K. Synthesis of long-term care system for the elderly in Thailand. Bangkok: Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute; 2010. (In Thai)
2. Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute. Situation of the Thai elderly 2016. [Internet] 2018. [cited 2018 Feb 10]. Available from: <http://thaitgri.org/?p=38427> (In Thai)
3. Pagaiya, N. Human resource for health in elderly care. In: Vitchavutt C, Thanawiriyakul S, editors. Care system and human resource in elderly care: Thailand direction. Bangkok: Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute; 2009. (In Thai)
4. Sritanyarat W, Damrikarnlerd L. Knowledge management and synthesis of clinical practice guideline of Sub-district Health Promoting Hospital: Clinical practice guideline of elderly care. Bangkok: Sahamitr Printing and Publishing; 2010. (In Thai)
5. Leelapattana W, Hathirat S. Working with caregiver burnout. [Internet] 2016. [cited 2016 Jun 12]. Available from: http://med.mahidol.ac.th/fammed/th/article/postgrad/article_4 (In Thai)
6. Steiner V, Pierce L, Drahuschak S, Nofziger E, Buchman D, Szirony T. Emotional support, physical help, and health of caregivers of stroke survivors. J Neurosci Nurs 2008;40(1):48-54.
7. Sihapark S, Chuengsatiansup K, Tengrun K. Burden and impact in long term care for the elderly in Thailand. Bangkok: Health Systems Research Institute, Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute, Policy and Strategy Division Ministry of Public Health; 2013. (In Thai)
8. Greenwood N, Smith R. The oldest carers: a narrative review and synthesis of the experiences of carers aged over 75 years. Maturitas 2016;94:61-172.
9. Orem DE. Nursing concepts of practice. 6th ed. St. Louis, Missouri: Mosby; 2001.
10. Taylor SG, Renpenning KE, Geden EA, Neuman BM, Hart MA. A theory of dependent-care: a corollary theory to Orem's theory of self-care. Nursing Science Quarterly 2001;14(1):39-47.
11. Kasemkijwattana S, Prison P. Chronic patients' family caregivers: a risk group that must not be overlooked. Thai Journal of Nursing Council 2014; 29(4):22-31. (In Thai)
12. Keatkrai P. The relationship between caregiving burden, self-care activities, and needs of support of working caregivers. [Thesis] Master of Science (adult health nursing), Faculty of Graduate studies, Mahidol University 2007. (In Thai)
13. Panyathorn K. Family care of the elderly: A case study of Nongtaguy village, Maung district Udonthani province. Journal of Nursing and Health Care. 2014; 32(4):33-9. (In Thai)
14. Phothidara Y, Korcharoenyos C, Somkumlung P, Chaiyasit Y. Factors effecting on fatigue in strokes' caregiver. Journal of Nursing Science & Health 2014;37(3):46-55. (In Thai)
15. Oldenkamp M, Hagedoorn M, Slaets J, Stolk R, Witte R, Smidt N. Subjective burden among spousal and adult-child informal caregivers of older adults: Results from a longitudinal cohort study. BMC Geriatrics 2016;16(208):1-11.
16. Koyama A, Matsushita M, Hashimoto M, Fujise N,

- Ishikawa T, Tanaka H, et al. Mental health among younger and older caregivers of dementia patients. *Psychogeriatrics* 2017;17:108-14.
17. Milligan C, Morbey H. Care, coping and identity: Older men's experiences of spousal care-giving. *Journal of Aging Studies* 2016;38:105-44.
18. Chen M, Chen K, Chu T. Caregiver burden, health status, and learned resourcefulness of older caregivers. *West J Nurs Res* 2015;37(6): 767-80.
19. Montgomery RJV, Stull DE, Borgatta EF. Measurement and the analysis of burden. *Research on Aging* 1985;7(1):137-152.
20. Gray R, Pattaravanich U, Chamchan C, Suwannoppakoa R. New concept of older persons: The psycho-social and health perspective. Nakhon Pathom: Institute for Population and Social Research, Mahidol University; 2013. (In Thai)
21. Gray R, Thapsuwan S, Thongcharoenchupong N, Pumsaithong P. Caregiving to older persons: happiness and stress. Nakhon Pathom: Institute for Population and Social Research, Mahidol University; 2013. (In Thai)
22. Chaowararak N, Soonthornchaiya R. Experiences of elderly caregivers in caring for elderly depressed patients. *J Psychiatr Nurs Ment Health Serv* 2017; 30(1):110-22. (In Thai)
23. Blair M. Family caregiving and compassion fatigue: a literature review. *Perspective* 2005;39(2):14-19.
24. Patsadu P, Wongvatunyu S, & Sirapo-ngam Y. Family caregivers stress, coping, and management of behavioral and emotional problems following traumatic brain injury. *Vajira Nursing Journal* 2013; 15(1):47-57. (In Thai)