

ประสบการณ์การดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง

สุริยา ฟองเกิด, พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)*

กมลทิพย์ ชลัทธิธรรมเนียม, พร.ด. (การพยาบาล)**

กนกพร นทีธนสมบัติ, พย.ด. (พยาบาลศาสตร์)***

Received : October 24, 2018

Revised : March 15, 2019

Accepted : April 25, 2019

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์การดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง ผู้ให้ข้อมูลคือ ผู้ดูแลหลัก จำนวน 12 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง รวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก สัมภาษณ์โดยใช้ระยะเวลาในการรวบรวมข้อมูล 4 เดือน ตั้งแต่เดือนพฤษภาคมถึงสิงหาคม 2561 และทำการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า ประสบการณ์การดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้ดูแล จำแนกได้เป็น 3 ประเด็น คือ 1) ภาวะสุขภาพ มี 2 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ได้แก่ การเสื่อมของร่างกายเพิ่มขึ้น ปวดเมื่อยตามเนื้อตัว เจ็บป่วยเล็กน้อย อ่อนเพลีย และอาการของโรคเดิมกำเริบ และด้านจิตใจ ได้แก่ เครียด 2) วิธีการดูแลตนเองด้านสุขภาพ ประกอบด้วย ด้านร่างกาย ได้แก่ หายมารับประทาน นอนพักผ่อน ทำกายบริหาร ยืดเหยียด นวดด้วยตนเอง และรับประทานอาหารเสริม ด้านจิตใจ ได้แก่ คิดบวก เข้าวัดทำบุญ ทำจิตใจให้สงบ นั่งสมาธิ สวดมนต์ ใส่บาตร ออกไปหาเพื่อนเพื่อผ่อนคลาย เมื่อมีการปะทะอารมณ์กันก็จะเดินหนี และหาคนมาดูแลแทนสักระยะ 3) ความต้องการการดูแลด้านสุขภาพ ได้แก่ ต้องการให้บุคลากรทางสุขภาพมาดูแลถึงบ้าน ต้องการคนมารับฟังความรู้สึก ต้องการผู้ช่วยในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง และต้องการคนมาเยี่ยมไม่ทอดทิ้งกัน การศึกษาครั้งนี้เสนอแนะว่าพยาบาลต้องเข้าใจถึงความหมายของภาวะสุขภาพ วิธีการดูแลตนเอง และความต้องการของผู้ดูแลจึงจะทำให้สามารถให้การพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ดูแลได้อย่างเหมาะสมที่สุด

คำสำคัญ: ประสบการณ์ การดูแลตนเองด้านสุขภาพ ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง

* นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ E-mail : suriya@bnc.ac.th

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

The Self-Health Care Experiences of Caregiver's Older Adult With Bedridden Patients

Suriya Fongkerd, M.N.S. (Community Nurse Practitioner)*

Kamontip Klungtumneum, Ph.D. (Nursing)**

Kanokporn Natetanasombat, Ph.D. (Nursing Science)***

Abstract

This qualitative research aimed to investigate the self-care experiences of the caregivers of older adults with bedridden patients. The informants of this study, which were selected by purposive sampling, included 12 caregivers of older adults with bedridden patients. The data collection was carried out by in-depth interview, observation, and content analysis. The findings of this study revealed that the self-care experiences of the caregivers of elderly bedridden patients can be discussed in three aspects. The first aspect was the health status covering the physical including increasing degenerative conditions of body, pains, aches, illnesses, exhaustion, exacerbation, and the mental sides including stress and depression. The second aspect was self-health caring which included the physical and mental sides. As for the physical self-care, it was reported that the informants took care of themselves by seeking medicines for their physical conditions, rest, exercise and stretching, massaging, and partaking supplement diets. As for the mental side, the informants revealed that they enhanced their spirit with positive thinking, making merits, meditation, chanting, offering food to the monks, meeting with friends, avoiding emotional clash, and looking for someone to temporarily substitute the care giving. The third aspect was the needs with respect to health care. It was found that the informants required professionals of health care to visit their home, someone to distress from giving care for bedridden patients, and visitors to drop by so that they would not feel solitude.

Keywords: Experiences, Self Care, Caregiver's of Older Adult With Bedridden Patients

* Master of Nursing Science (Community Nurse Practitioner) Huachiew Chalermprakiet University

** Assistant Professor. Faculty of Nursing, Huachiew Chalermprakiet University

*** Assistant Professor. Faculty of Nursing, Huachiew Chalermprakiet University

บทนำ

สถานการณ์ผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของหลายประเทศและมีอุบัติการณ์เพิ่มมากขึ้นทุกปี (พวงเพ็ญ เพือกสวัสดิ์, นิสาชล นาคกุล และวิชญา โรจนรักษ์, 2559) สำหรับประเทศไทยพบว่ามีผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงจำนวน 1.3 ล้านคน เป็นผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้เลย 63,000 คน (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2560) และในจังหวัดชลบุรี พบว่า ปี 2559 มีผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงจำนวน 398 คน ปี 2560 จำนวน 620 คน และปี 2561 จำนวน 987 คน คิดเป็นร้อยละ 0.58 จากจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด 169,037 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี, 2561) จากสถิติดังกล่าวจะเห็นว่าจังหวัดชลบุรีมีจำนวนผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงเพิ่มขึ้นทุกปี เช่นเดียวกับสถิติผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงในตำบลบางทราย อำเภอมือเมือง จังหวัดชลบุรี พบว่า ในปี 2559 มีผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงจำนวน 8 คน ปี 2560 จำนวน 16 คน และปี 2561 จำนวน 17 คน (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางทราย, 2561)

การดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลอย่างมาก เพราะผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ จึงมีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่อง ซึ่งจัดเป็นภาระหนักของผู้ดูแลหลักในครอบครัว ผู้ดูแลต้องปรับบทบาทหน้าที่ของตนเองใหม่เพื่อให้เวลากับการดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง ทั้งนี้อาจทำให้เกิดความไม่สะดวกในการดำเนินชีวิตเกิดขึ้น (อรุณี ขุนหบดี, ธีรรัตน์ สุภานนท์, โรชินี อุปลา และสุนทรีภรณ์ ทองไสย, 2556) รวมทั้งยังมีภาระในด้านอื่นๆ อีก เช่น งาน ภาระค่าใช้จ่าย ทำให้มีภาระในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (Smith et al., 2012) การศึกษาของศศิธร ธนะภพ และรพีพร ขวัญเชื้อ (2558) ทำการศึกษาประสบการณ์การให้บริการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของทีมสุขภาพที่ปฏิบัติงานในเครือข่ายบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลชุมชนตามกรอบแนวคิด 4 Cs และศึกษาความจำเป็นทางสุขภาพของผู้ป่วยเรื้อรังระยะสุดท้ายต่อการดูแลแบบประคับประคองโดยประยุกต์กรอบแนวคิดของ Steinhäuser KE (2005) และพิศสมัย บุญเลิศ, เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์ และศุภวดี แก้วเพี้ย (2559) ได้ทำการศึกษาการพัฒนาารูปแบบการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงมันตำบลสิงห์โคก อำเภอกะชัง วัลย์ จังหวัดร้อยเอ็ด

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า งานวิจัยส่วนใหญ่มุ่งเน้นศึกษาเฉพาะปัญหาของผู้ป่วยติดเตียง แต่ปัญหาสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงยังมีการศึกษาอยู่ค่อนข้างน้อยและเป็นการศึกษาเชิงปริมาณซึ่งได้ข้อมูลตามกรอบแนวคิดและทฤษฎีที่ผู้วิจัยกำหนด ยังขาดการทำความเข้าใจในบริบทที่แท้จริงของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง ทำให้บุคลากรทางสุขภาพให้การพยาบาลแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงยังไม่ตรงตามความต้องการ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงในตำบลบางทราย อำเภอมือเมือง จังหวัดชลบุรี ซึ่งเป็นแหล่งฝึกปฏิบัติของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี ที่ผู้วิจัยปฏิบัติงานอยู่ และกลุ่มเป้าหมายเป็นกลุ่มที่อาศัยอยู่ในชุมชนที่เป็นเขตกึ่งเมืองกึ่งชนบท มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม ประชากรอยู่ค่อนข้างหนาแน่น ทำให้พยาบาลที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงเข้าถึงได้ยาก และการดูแลจะเน้นที่ผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงเท่านั้นยังไม่ครอบคลุมถึงผู้ดูแลที่อาจจะมีภาวะเจ็บป่วยร่วมด้วยหรือมีความต้องการที่พยาบาลยังขาดความรู้ โดยมุ่งทำความเข้าใจในมุมมองของผู้ให้ข้อมูล เพื่อให้ได้แนวทางในการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันการเจ็บป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงให้ปราศจากความทุกข์และความเจ็บป่วยทางกาย จิตใจ และสังคม อันจะส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงจะได้ดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพ วิธีการดูแลสุขภาพตนเอง และความต้องการการช่วยเหลือด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงในตำบลบางทราย อำเภอมะนัง จังหวัดชลบุรี

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) ศึกษาประสบการณ์การดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง ผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ ภรรยา บุตร บุตรสะใภ้ หลานและเหลน ซึ่งให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง 1 ปีขึ้นไป จำนวน 12 คน คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) สามารถฟังและพูดภาษาไทยได้ เข้าใจ มีความยินดีที่จะให้ความร่วมมือและยินยอมในการเล่าเกี่ยวกับประสบการณ์การดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยจัดเตรียมอุปกรณ์และเครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ เครื่องบันทึกเสียงเพื่อไว้บันทึกเสียงขณะสัมภาษณ์แบบเจาะลึกรายบุคคล ตัวอย่างแนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก แบบบันทึกการสังเกตแบบมีส่วนร่วม และแบบบันทึกข้อมูลสำหรับใช้ในการวิจัยภาคสนาม ซึ่งผู้วิจัยใช้แบบบันทึกของเบญญา ยอดดำเนิน-แอ๊ดติงส์ และกาญจนา ตั้งชลทิพย์ (2552)

ความน่าเชื่อถือของงานวิจัย

1. ความเชื่อถือได้ (Credibility) เป็นการยืนยันข้อมูลที่ได้จากการศึกษาว่ามีความถูกต้องและเป็นจริง และการตีความของผู้วิจัยกับความเป็นจริงระดับต่างๆ ในความคิดของผู้ให้ข้อมูลและนักวิจัย (EMIC-ETIC) (เบญญา ยอดดำเนิน-แอ๊ดติงส์ และกาญจนา ตั้งชลทิพย์, 2552) ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยแสดงความน่าเชื่อถือของข้อมูลดังนี้

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

2) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล ประกอบด้วย วันที่ รหัสของผู้ให้ข้อมูล เพศ อายุ เชื้อชาติ ศาสนา สถานภาพสมรส ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย การศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน โรคประจำตัว ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย และแนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกซึ่งได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และข้อคำถามได้รับการตรวจสอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาว่าตรงกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย และนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องของเนื้อหาและความตรงเชิงภาษา นำข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญ

มาปรับปรุงแก้ไขข้อคำถามให้เหมาะสม และนำไปทดลองใช้ในการสัมภาษณ์กับผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงใน ตำบลนาป่า อำเภอมือง จังหวัดชลบุรี เพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงของแนวคำถามที่ใช้สัมภาษณ์เชิงลึก

3) ผู้วิจัยเป็นอาจารย์นิเทศน์ศึกษาพยาบาลในชุมชนตำบลบางทราย เรียนรู้วิถีชุมชนและบริบทต่างๆของชุมชนตำบลบางทรายมาเป็นระยะเวลา 10 ปี ทำให้มีสัมพันธภาพที่ดีกับชุมชนตำบลบางทรายและกลุ่มผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงในชุมชนจนเกิดความไว้วางใจต่อกันและกัน

4) ผู้วิจัยใช้เวลาอยู่ในพื้นที่ตำบลบางทรายเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นระยะเวลา 4 เดือน ระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูลในชุมชนทุกครั้งผู้วิจัยสังเกตและจดบันทึกสะท้อนคิดความรู้สึทงของตนเองต่อการเก็บข้อมูลในแต่ละครั้งเพื่อนำมาวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป ทั้งนี้ผู้วิจัยใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกต และจดบันทึก เพื่อให้ข้อมูลที่ได้มีความเป็นจริงและถูกต้องมากที่สุด ดังนี้

4.1) เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก พร้อมทั้งใช้เทคนิคการสนทนาสรุปความ การสะท้อนคิดทงในบางช่วงของการสนทนา เพื่อตรวจสอบการตีความของผู้วิจัยให้ถูกต้องตรงตามความคิดเห็นของผู้ให้ข้อมูล ทั้งนี้เพื่อตรวจสอบความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูลในระดับหนึ่ง

4.2) เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสังเกตและจดบันทึก โดยผู้วิจัยสังเกตพฤติกรรมของผู้ให้ข้อมูลขณะสัมภาษณ์ ขณะให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง โดยสังเกตว่าผู้ให้ข้อมูลมีการแสดงทางสีหน้า ท่าทาง กิริยาที่ผู้ให้ข้อมูลแสดงออกมาให้เห็น ทั้งนี้ข้อมูลที่ได้จากการสังเกต ผู้วิจัยจดบันทึกทันทีที่สังเกตเห็นเพื่อป้องกันข้อมูลคลาดเคลื่อนจากความจริง และในขณะเดียวกันได้จดบันทึกสถานการณ์ที่เกิดขึ้น และสิ่งแวดล้อมรอบข้าง สะท้อนความรู้สึกส่วนตัวของผู้วิจัยที่มีต่อผู้ให้ข้อมูลเพื่อลดอคติของผู้วิจัย เพื่อนำข้อมูลมาประกอบการวิเคราะห์ให้ชัดเจนและครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

5) การตรวจสอบข้อมูลกับผู้ให้ข้อมูล (Member checks) โดยมีการตรวจสอบข้อมูลร่วมกันระหว่างผู้ให้ข้อมูลและผู้วิจัยทุกระยะทุกขั้นตอนของการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยมีการยืนยันข้อมูลโดยการนำประเด็นสำคัญที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลนากลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลคือผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงได้ทำการตรวจสอบและให้ข้อคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะเป็นรายบุคคลทั้ง 12 ราย

6) การตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation) (สุภางค์ จันทวานิช, 2554) ได้แก่ 1) การตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล โดยพิจารณาแหล่งเวลา แหล่งสถานที่ และแหล่งบุคคลที่แตกต่างกัน กล่าวคือ ถ้าข้อมูลต่างเวลากันจะเหมือนกันหรือไม่ ถ้าข้อมูลต่างสถานที่จะเหมือนกันหรือไม่ และถ้าบุคคลผู้ให้ข้อมูลเปลี่ยนไปข้อมูลจะเหมือนเดิมหรือไม่ โดยผู้วิจัยได้เข้าไปเก็บรวบรวมข้อมูลในเวลาที่แตกต่างกันของผู้ให้ข้อมูลแต่ละราย ได้แก่ เข้าไปขณะที่ผู้ดูแลกำลังทำกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง เช่น การเช็ดตัว อาบน้ำ เปลี่ยนเสื้อผ้า เปลี่ยนผ้าปูเตียง ป้อนอาหาร การให้อาหารทางสายยาง ผู้วิจัยสังเกตเห็นพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลสังเกตสีหน้า ท่าทาง การแสดงออก เพื่อนำมาเปรียบเทียบกับข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ พบว่า ผู้ให้ข้อมูลแสดงถึงอาการเจ็บปวดหลังในขณะที่ยกตัวผู้ป่วยขึ้นทำกิจวัตรประจำวัน ซึ่งตรงกันกับข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก นอกจากนี้ผู้วิจัยยังเข้าไปในขณะที่ผู้ดูแลว่างเว้นจากการทำกิจกรรมการดูแลประจำวันในช่วงเวลาที่ผู้ป่วยนอนหลับ ในช่วงเวลานี้ผู้วิจัยได้พูดคุยกับผู้ดูแลได้สัมภาษณ์เชิงลึกถึงประสบการณ์ของผู้ดูแลพร้อมกับสังเกตสีหน้า ท่าทาง และการแสดงออกในขณะสัมภาษณ์ และผู้วิจัยได้เข้าไปเก็บข้อมูลกับผู้ดูแลที่มีสถานที่ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงที่มีความหลากหลาย ได้แก่ บ้านที่มีอุปกรณ์การดูแลพร้อมเพียง มีเตียงนอนอย่างดีสถานที่อากาศถ่ายเทสะดวก และบ้านที่มีอุปกรณ์การดูแลไม่พร้อม ผู้ป่วยต้องนอนกับพื้น แออัด อากาศไม่ถ่ายเท แล้วรวบรวมข้อมูล

จากแหล่งข้อมูลที่แตกต่างกันนำมาเปรียบเทียบกัน และผู้วิจัยยังเลือกผู้ให้ข้อมูลที่มีความหลากหลาย ได้แก่ เป็น ภรรยา บุตร บุตรสะใภ้ หลาน และเหลน ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากบุคคลที่หลากหลายในการดูแลผู้ป่วยนำ ข้อมูลมาเปรียบเทียบกันเพื่อให้เห็นความแตกต่างและความเหมือนกันของข้อมูลที่หลากหลายกลุ่มตามเวลา สถานที่ และบุคคล 2) การตรวจสอบสามเส้าด้านวิธีรวบรวมข้อมูล โดยใช้วิธีเก็บรวบรวมข้อมูลต่างๆ กัน เพื่อรวบรวมข้อมูล เรื่องเดียวกัน โดยผู้วิจัยสังเกตควบคู่ไปกับการซักถามพร้อมทั้งอัดเทปเสียงสัมภาษณ์ และการจดบันทึกในแต่ละ ครั้งที่เข้าไปเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากนั้นนำข้อมูลที่ได้จากการสังเกต สัมภาษณ์ และจดบันทึกมาเปรียบเทียบกับ พบว่าข้อมูลมีความตรงกันหลายอย่าง เช่น ข้อมูลการปวดแขนของผู้ดูแลพบว่า เวลาผู้ดูแลใช้กำลังแขนมากก็จะ ปวดและจะแสดงอาการโดยการสะบัดแขนเบาๆ และใช้วิธีการบีบนิ้วที่ปวดสักพักแล้วก็หายมาทาและค่อย ให้การดูแลผู้ป่วยต่อไป

2. การตรวจสอบได้ (Auditability) ผู้วิจัยได้เขียนรายละเอียดของกระบวนการเก็บข้อมูลและการ วิเคราะห์ข้อมูลอย่างชัดเจน นำไปสู่การสร้างข้อสรุปและตรวจสอบได้ โดยหลังจากการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยจะ นำข้อมูลมาตรวจสอบเพื่อให้แน่ใจว่าข้อมูลที่ได้นั้นถูกต้อง และตรงกับสภาพความเป็นจริง โดยทำการตรวจสอบ ข้อมูล 2 ขั้นตอน ดังนี้

1) การตรวจสอบข้อมูลภายหลังจากการเก็บข้อมูลในแต่ละครั้ง โดยผู้วิจัยจะใช้วิธีการสังเกตและการ สัมภาษณ์ ในการสังเกตผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงในการทำกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง ได้แก่ การ อาบน้ำเช็ดตัวผู้ป่วย การทำความสะอาดเตียงและเปลี่ยนเสื้อผ้าผู้ป่วย การป้อนอาหารผู้ป่วย การพลิกตะแคงตัว ผู้ป่วย และปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง ได้แก่ การเตรียมอุปกรณ์ทางการแพทย์ สำหรับผู้ป่วย การเตรียมอาหารสำหรับผู้ป่วย การเตรียมสถานที่ต่างๆ สำหรับเอื้ออำนวยความสะดวกในการดูแลผู้ป่วย และการดูแลตนเองด้านสุขภาพในขณะที่ให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง ได้แก่ การบีบนิ้วด้วยตนเอง การยืด เหยียดด้วยตนเอง การทำกายบริหารร่างกาย การรับประทานอาหาร และยา ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลที่ เก็บรวบรวมข้อมูลในแต่ละครั้ง แล้วนำไปแปลความเบื้องต้นแล้วไปสัมภาษณ์ข้อมูลเดิมอีกครั้งเพื่อตรวจสอบความ ถูกต้อง ตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล เป็นการตรวจสอบว่าข้อมูลที่เก็บรวบรวมมานั้นครบถ้วนตามลักษณะ เรื่องที่ต้องการศึกษาได้แก่ ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง วิธีการดูแลสุขภาพตนเอง และความ ต้องการการดูแลสุขภาพ โดยมีการตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่เริ่มเก็บข้อมูลจนกระทั่ง ขั้นที่จะนำข้อมูลมาทำการวิเคราะห์

2) ทำการตรวจสอบข้อมูลเมื่อสิ้นสุดการเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากการเก็บรวบรวมข้อมูลครบถ้วน แล้ว ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้ทั้งหมดมาจัดเป็นหมวดหมู่ ข้อสรุปในแต่ละหมวดหมู่ เพื่อนำไปใช้ในการวิเคราะห์ ข้อมูลต่อไป

3. ความเฉพาะเจาะจงและนำไปใช้จริงตามประสบการณ์ที่พบ (Transferability) ผู้วิจัยคำนึงถึงการ นำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ตามข้อค้นพบของงานวิจัยในบริบทที่นอกเหนือจากบริบทที่ผู้วิจัยทำการศึกษาคือตำบล บางทรายหรือชุมชนอื่นๆ ภายใต้อำเภอและเงื่อนไขที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน โดยผู้วิจัยได้เขียนบรรยายลักษณะ ของตำบลบางทราย การเก็บรวบรวมข้อมูล การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงของผู้ให้ข้อมูลที่มีความ หลากหลาย แนวคำถามในการสัมภาษณ์เชิงลึก ตลอดจนขั้นตอนการดำเนินการวิจัยไว้อย่างละเอียดเพื่อให้ผู้อ่าน ได้เข้าใจ และสามารถนำผลการวิจัยที่ค้นพบในครั้งนี้ไปประยุกต์ใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงที่มีลักษณะ คล้ายคลึงกัน

4. การยืนยันผลการวิจัย (Confirmability) การที่ผู้วิจัยพยายามสร้างความเชื่อมั่นในผลการวิจัยว่า ผลการวิจัยดังกล่าวนี้เป็นข้อค้นพบที่เกิดขึ้นจริงจากผู้ให้ข้อมูล มิได้เกิดจากความลำเอียงส่วนตัวของผู้วิจัย ซึ่งสามารถตรวจสอบได้ และการดำเนินการวิจัยได้มีการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการที่หลากหลาย ได้แก่ การสัมภาษณ์เชิงลึก สังเกต และการจดบันทึก ตลอดจนการสะท้อนคิดข้อมูลกับผู้ให้ข้อมูลทุกราย โดยผู้วิจัยกระทำทันทีที่สัมภาษณ์และสังเกตเสร็จ หรือภายใน 24 ชั่วโมง เพื่อป้องกันการหลงลืมข้อมูล นอกจากนี้ผู้วิจัยนำคำพูดของผู้ให้ข้อมูลมาถ่ายทอดลงในผลการวิจัยอย่างครบถ้วนตามความเป็นจริง และในระหว่างการทำวิจัย ผู้วิจัยนำข้อค้นพบที่ได้มาทำการตรวจสอบร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาหลัก และอาจารย์ที่ปรึกษาร่วม เพื่อรับคำแนะนำหรือข้อเสนอแนะเพิ่มเติม แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขก่อนสรุปเป็นผลการวิจัยฉบับสมบูรณ์ ซึ่งผู้อ่านสามารถตรวจสอบความถูกต้องซ้ำได้ตลอดเวลา

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นตอนเตรียมการ

1.1 ผู้วิจัยจะนำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ พร้อมกับแบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ซึ่งผ่านการอนุมัติให้ดำเนินการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ เสนอต่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี และสำเนาถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางทราย จังหวัดชลบุรี เพื่อขออนุญาตเข้าพื้นที่เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง

1.2 เมื่อได้รับการแจ้งผลการอนุญาตให้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดชลบุรี ผู้วิจัยเข้าพบผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางทราย จังหวัดชลบุรี เพื่อขอความร่วมมือในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง และอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.3 ผู้วิจัยศึกษาข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยจากแฟ้มประวัติครอบครัว (Family fonder) โดยผู้วิจัยคัดเลือกผู้ป่วย และผู้ดูแลที่จะนำไปคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลในการศึกษานี้ คือผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงที่ทำหน้าที่หลักในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง ได้แก่ ภรรยา บุตร บุตรสะใภ้ หลาน และเหลน ซึ่งผู้ดูแลแต่ละรายจะต้องอาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกัน และทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 1 ปี ผู้วิจัยศึกษาข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงเพื่อเป็นประโยชน์ในการสร้างสัมพันธภาพ การขอความร่วมมือ และความยินยอมในการให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูล

1.4 ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางทราย จังหวัดชลบุรี เป็นผู้ประสานงานกับผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงในชุมชน และขอให้ผู้ดูแลเป็นผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ จากนั้นผู้วิจัยแนะนำตนเองให้ข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัยตามใบข้อมูลสำหรับกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัย เพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิ์ และเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลได้ซักถามข้อสงสัย จากนั้นผู้วิจัยนัดวัน เวลา และสถานที่ที่ผู้ให้ข้อมูลมีความสะดวกและมีความเหมาะสมสำหรับการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกรายบุคคล

2. ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยมีการดำเนินการดังนี้

ผู้วิจัยไปพบผู้ให้ข้อมูลที่บ้านเพื่อสัมภาษณ์ตามที่ได้นัดหมายกันไว้โดยสัมภาษณ์เจาะลึกกับผู้ดูแลเป็นระยะเวลา 30-60 นาที พร้อมทั้งขออนุญาตบันทึกเทปเสียงสัมภาษณ์ด้วยขณะสัมภาษณ์ ผู้วิจัยนำแนวคำถามที่เตรียมไว้มาเป็นแนวทางในการถามคำถามนำและสัมภาษณ์อย่างน้อยคนละ 1 ครั้ง ถ้าได้ข้อมูลครบถ้วนแล้ว

ในกรณีที่ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ยังไม่สมบูรณ์ ขาดความชัดเจนในบางประเด็น ผู้วิจัยจะทำการหารือกับผู้ดูแลทางโทรศัพท์เพื่อสอบถามความสะดวกในการขอเข้าสัมภาษณ์เป็นครั้งที่ 2 เมื่อผู้ดูแลยินดีให้ข้อมูลเพิ่มเติม ผู้วิจัยจึงทำการนัดหมายวัน เวลา และสถานที่ในการสัมภาษณ์ครั้งที่ 2 ต่อไป ระหว่างการสัมภาษณ์ผู้วิจัยสังเกตการทำกิจกรรมต่างๆ ในการทำกิจวัตรประจำวัน และจดบันทึกข้อมูลไปพร้อมๆ กันในระหว่างที่สัมภาษณ์ด้วย โดยจะเน้นไปที่ประเด็นสำคัญๆ หรือจากขั้นตอนในการสังเกตด้วย และหลังจากที่สัมภาษณ์เสร็จในแต่ละวันจะมีการสรุปข้อมูลที่ได้ โดยการถอดคำสัมภาษณ์จากเครื่องบันทึกเสียงภายหลังการสัมภาษณ์ทันทีหรือภายใน 24 ชั่วโมง เพื่อป้องกันการหลงลืม และเป็นประโยชน์ในกรณีที่ข้อมูลบางส่วนยังไม่ชัดเจน ขาดความสมบูรณ์ ผู้วิจัยสามารถไปพบผู้ให้ข้อมูลเพื่อนัดหมายวัน เวลา และสถานที่ในการสัมภาษณ์เป็นครั้งที่ 2 เมื่อได้ข้อมูลครบถ้วนแล้วผู้วิจัยทำการถอดคำสัมภาษณ์จากเครื่องบันทึกเสียงแบบคำต่อคำโดยไม่มีการสรุปหรือตัดแปลงข้อความใดๆ พิมพ์ลงในแผ่นข้อมูลจัดเก็บไว้เป็นรายบุคคล และเขียนบันทึกลงในแบบบันทึกการถอดความและกำหนดรหัสเบื้องต้น

3. ขั้นตอนการจัดการข้อมูล หลังจากเสร็จสิ้นจากการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยจะมีการจัดข้อมูลดังนี้

หลังจากเสร็จสิ้นการสัมภาษณ์ทุกครั้งจะมีการนำข้อมูลมาจัดเรียงในแต่ละเรื่อง เพื่อสะดวกในการนำข้อมูลออกมาใช้ และป้องกันการสับสนของผู้วิจัย จากนั้นนำข้อมูลที่มีการจัดเรียงเรียบร้อยแล้ว นำมาบวกรวบรวมหรือตรวจสอบกับทฤษฎี เพื่อดูความสอดคล้องระหว่างข้อมูลกับทฤษฎี และวิเคราะห์ร่วมกัน ว่าถูกต้องและตรงตามวัตถุประสงค์หรือไม่

จริยธรรมในการวิจัย

ผู้วิจัยทำการศึกษาประสบการณ์การดูแลสุขภาพตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง โดยยึดหลักจริยธรรมการวิจัยในทุกขั้นตอนของการวิจัย (ชาย โพธิ์สิตา, 2556) ดังนี้

1. ผู้วิจัยกำหนดหัวข้อเรื่องที่จะทำการวิจัยโดยกำหนดประเด็นสำคัญเกี่ยวกับประสบการณ์การดูแลสุขภาพตนเองด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง ซึ่งจะทำให้ผู้ดูแลได้รับประโยชน์เนื่องจากที่มพยาบาลเยี่ยมบ้านจะเกิดความเข้าใจในบริบทของผู้ดูแลและจะตอบสนองได้ตรงตามความต้องการของผู้ดูแล

2. ผู้วิจัยออกแบบการวิจัยในการวางแผนกลุ่มตัวอย่างที่จะเก็บข้อมูล โดยคำนึงถึงกลุ่มตัวอย่างที่เลือกมาโดยขอความยินยอมเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างให้ความร่วมมือ และรักษาความลับของข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ของกลุ่มตัวอย่าง และนำโครงร่างวิทยานิพนธ์เสนอเพื่อขอพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ และผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ซึ่งผ่านการอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ เลขที่รับรอง อ.668/2561 วันที่รับรอง 2 พฤษภาคม 2561

3. ในระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ การสังเกต บันทึกสะท้อนคิด ผู้วิจัยไม่รบกวนชีวิตและการทำงานตามปกติของผู้ให้ข้อมูล หรือรบกวนน้อยที่สุด โดยหลีกเลี่ยงวิธีการที่จะก่อให้เกิดความเครียดหรือความวิตกกังวลแก่ผู้ให้ข้อมูล และคำนึงถึงระดับความสัมพันธ์ที่เหมาะสมระหว่างผู้วิจัยกับผู้ให้ข้อมูล หากผู้ให้ข้อมูลเกิดความอึดอัดใจขณะสัมภาษณ์ผู้วิจัยยุติการสัมภาษณ์และทำการนัดหมายอีกครั้งเมื่อผู้ให้ข้อมูลมีความพร้อม และเมื่อผู้ให้ข้อมูลปฏิเสธการสัมภาษณ์ผู้วิจัยก็จะยุติและยกเลิกการเป็นกลุ่มตัวอย่างวิจัยโดยไม่บังคับผู้ให้ข้อมูล

4. ผู้วิจัยทำการจดบันทึกและการถอดเทปการสัมภาษณ์โดยคำนึงถึงการรักษาความลับ โดยไม่นำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์มาเปิดเผยเป็นรายบุคคลในที่สาธารณะแต่นำเสนอผลวิจัยในภาพรวม และเคารพในผู้ให้ข้อมูลโดยไม่ใส่ชื่อใครที่ไม่ใช่สิ่งที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวในบทบันทึกหรือบทสัมภาษณ์ในระหว่างการถอดเทปและทำการวิเคราะห์ข้อมูลอย่างละเอียดลึกซึ้ง และไม่ตีความห่างไกลจากความเป็นจริง โดยผู้วิจัยให้ผู้ให้ข้อมูลมีส่วนร่วมในการตีความข้อมูลได้อ่านข้อมูลที่ตีความแล้วว่าถูกต้องตามที่ได้สัมภาษณ์ไปหรือไม่

5. ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความถูกต้องของการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการตรวจสอบแบบสามเส้าและเขียนรายงานเฉพาะความรู้ที่ผ่านการตรวจสอบความถูกต้องและความน่าเชื่อถือแล้วเท่านั้น ผลการศึกษาใดที่ยังคลุมเครือหรือยังไม่ได้ตรวจสอบอย่างรอบคอบ ผู้วิจัยไม่นำมาเปิดเผยเพราะอาจก่อให้เกิดผลเสียแก่ผู้ให้ข้อมูล รายงานผลการวิจัยในภาพรวม และยกตัวอย่างบทสัมภาษณ์โดยไม่ใส่ชื่อที่อยู่ของผู้ให้ข้อมูลแต่จะใส่เป็นรหัสแทน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นแบบการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ควบคู่กับการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างต่อเนื่อง ตามแนวคิดวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลของโคไลซซี (Colaizzi's method) (Colaizzi, 1978, pp.48-91) ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

1. อ่านบทวนข้อมูลทั้งหมดที่ได้จากการถอดคำจากเทปบันทึกเสียงสัมภาษณ์ เพื่อให้เกิดความเข้าใจตามข้อมูลนั้นๆ ผู้วิจัยใช้ปากกาขีดเน้นข้อความระบายนับตัวหนังสือข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับคำถามการวิจัย นำข้อมูลที่ได้จากแบบบันทึกการถอดความมากำหนดรหัสเบื้องต้นซึ่งเป็นรหัสข้อมูล

2. จัดการกับรหัสข้อมูลที่ได้ให้เป็นหมวดหมู่ โดยนำรหัสที่มีเนื้อหาอยู่ในกลุ่มเดียวกันมารวมเป็นหมวดหมู่เดียวกัน และสร้างข้อสรุปย่อๆชั่วคราว โดยได้นำไปให้ผู้แทนจากผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์ และผู้อ่านผลจากการวิจัยสามารถตรวจสอบความตรงของรหัสกับข้อมูลดิบได้

3. เขียนบันทึกเชิงปฏิบัติการเพื่อช่วยให้การสะท้อนคิดของผู้วิจัย ชี้นำทิศทางการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งต่อไปว่าจะเก็บอะไร จากใคร ด้วยแนวคำถามอะไร

4. นำผลการแสดงความคิดเห็นของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงที่ผ่านการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลมาสรุปรวบรวมอีกครั้ง เพื่อนำมาสร้างข้อสรุปสะสมชั่วคราว พร้อมกับทำการบันทึกเชิงปฏิบัติการ เพื่อใช้เป็นฐานในการเก็บรวบรวมข้อมูลและสร้างแนวคำถามสำหรับการเก็บข้อมูลครั้งต่อไป

5. ดำเนินการเก็บข้อมูลเพิ่มเติมในประเด็นที่ไม่ชัดเจนหรือยังไม่ลึกซึ้ง ด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกรายบุคคล จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหาอย่างต่อเนื่อง

6. สร้างข้อสรุปสะสมชั่วคราว ซึ่งสามารถปรับเปลี่ยนได้ตลอดเวลาตามข้อมูลเชิงประจักษ์ที่เพิ่มขึ้น จนกระทั่งมีความอิ่มตัวของข้อมูล (Data saturated) คือไม่มีข้อมูลใหม่หรือข้อมูลที่เกี่ยวข้องเกิดขึ้นอีก

7. เขียนและขัดเกลาผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการวิจัย

ผู้ให้ข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง ได้แก่ ภรรยา บุตร บุตรสะใภ้ หลาน และเหลน จำนวน 12 คน ซึ่งทั้ง 12 คนนี้เป็นผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง เป็นเพศหญิง จำนวน 10 คน เพศชาย จำนวน 2 คน มีอายุระหว่าง 23-75 ปี ทุกคนมีเชื้อชาติไทย และนับถือศาสนาพุทธ สถานภาพสมรสคู่ จำนวน 7 คน สถานภาพโสด จำนวน 4 คน สถานภาพสมรสหย่า จำนวน 1 คน มีการศึกษาระดับประถมศึกษา

จำนวน 4 คน มัธยมศึกษา จำนวน 4 คน ปวช./ปวส. จำนวน 3 คน และไม่ได้เรียนหนังสือ จำนวน 1 คน ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย เป็นภรรยา จำนวน 4 คน บุตร จำนวน 5 คน บุตรสะใภ้ จำนวน 1 คน หลาน จำนวน 1 คน เหลน จำนวน 1 คน อาชีพของผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ จำนวน 7 คน อาชีพรับจ้างจำนวน 3 คน ธุรกิจส่วนตัว จำนวน 2 คน รายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ระหว่าง 3,000 - 25,000 บาท ไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 8 คน โรคเบาหวาน จำนวน 1 คน โรคความดันโลหิตสูง จำนวน 3 คน ข้อเข่าเสื่อม จำนวน 1 คน โรคทางจิตเวช จำนวน 1 คน ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยอยู่ระหว่าง 1-9 ปี

จากการศึกษาพบว่าประสบการณ์การดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง จำแนกได้ 3 ประเด็น ดังนี้

ประเด็นที่ 1 ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล พบว่าผู้ดูแลมีภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม กล่าวคือ หลังจากที่ได้มาดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไปทำให้ผู้ดูแลมีความเจ็บป่วยเกิดขึ้นในผู้ดูแลที่ไม่เคยมีความเจ็บป่วยมาก่อน ส่วนผู้ดูแลที่มีโรคประจำตัวอยู่แล้วพบว่าอาการของโรคนั้นกำเริบไม่สามารถควบคุมโรคได้ และยังมีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้นกว่าเดิม มี 2 ด้าน คือ

1) ภาวะสุขภาพด้านร่างกาย ได้แก่

(1) การเสื่อมของร่างกายเพิ่มขึ้น เช่น เข่าเสื่อม หลังเสื่อม ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

"เข่ามันเสื่อมผ่ามาแล้วข้าง ได้ปีกว่าๆ แล้ว หมอเขาจะให้ผ่าอีกข้างแต่คงไม่ผ่าแล้วละ แต่ตอนนี้ข้างที่ยังไม่ผ่านมันปวดมากขึ้น ปวดมาก เดินๆ อยู่ก็ต้องพักลงนั่งก่อนให้หายปวดค่อยเดินต่อ" (CARE 004)

(2) การปวดเมื่อยตามเนื้อตัว เช่น ปวดแขน มือขา ปวดนิ้ว ปวดนิ้วมือ ปวดหลัง เจ็บหลัง ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

"ก็เหนื่อย เหนื่อยมาก แก่ทั้งน้ำหนักตัวมาหาเรา เราก็ดึงตัวเค้าขึ้น คราวนี้แขนเราก็บปวด ปวดมากเลยนะเนี่ยมันจะไม่ไหวแล้วนะ ปวดหลังยก เพราะมันต้องยกตัวคนไข้ ยกลากคนเดียวอะ" (CARE 001)

"ปวดเมื่อยไปทั้งตัว ต้องออกแรงยกตัวเค้าคนเดียวตัวผู้ช่วยมันก็น้ำหนักนะ ปวดแขนมากกับปวดหลังนี้แหละ" (CARE 002)

(3) อาการเจ็บป่วยเล็กน้อย เช่น อาการปวดศีรษะ เวียนศีรษะ เป็นไข้ เพลีย ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

"ก็จะมีไม่สบายปวดหัว เวียนหัว จะเป็นบ่อยๆ อาการร้อนมากก็ปวดหัวเวียนหัว บางทีอากาศหนาว ฝนตกก็เป็นไข้หวัด ก็เป็นตลอดค่ะเป็นบ่อย" (CARE 006)

"ต้องกลับมาดูทุกวันไม่ว่าฝนจะตกแดดจะออกก็ต้องมาเหนื่อย อดหลับอดนอนพักผ่อนไม่เพียงพอ เวลาพักก็ต้องรีบมาค่ะ" (CARE 008)

(4) อาการของโรคเดิมกำเริบ เช่น วูบในผู้ดูแลที่มีโรคความดันโลหิตสูง และอาการหงุดหงิดในผู้ดูแลที่มีอาการทางจิตเวช ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

"ป้าเคยวูบไปนะไม่รู้เรื่องเลยลูกๆ เค้าก็เอาไปโรงพยาบาล พอรู้สึกตัวเค้าก็บอกว่าความดันเรานั้นสูงมาก ก่อนหน้านั้นมันก็ปวดๆ หัว ตาก็มัวๆ มองอะไรก็ไม่ชัดหรอก ไร่เราที่ว่ามันไม่น่าจะเป็นอะไรมาเพราะเราก็มียากิน แต่วันที่จะเป็นนี่เรารู้สึกกินยาลดความดันมา 2 วัน คือเราทำงานกับเค้าเนี่ยตลอดทั้งวันจนเรารู้สึก" (CARE 001)

2) ภาวะสุขภาพด้านจิตใจ พบว่า ภาวะสุขภาพด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง คือความเครียด ซึ่งสาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงมี 3 หมวด คือ ภาระในการดูแล ห่วงกังวลกับสุขภาพของผู้ป่วย และความมั่นคงทางเศรษฐกิจ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.1) เครียด พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง มีความเครียดที่เกิดจากสาเหตุใหญ่ 3 ประการ คือ 1) ภาระในการดูแล ซึ่งเป็นผลมาจากความร่วมมือของผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงที่ไม่ยอมให้ความร่วมมือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันทำให้เป็นภาระในการดูแลทั้งหมดของผู้ดูแล 2) ห่วงกังวลกับสุขภาพของผู้ป่วย ได้แก่ กลัวผู้ป่วยเสียชีวิต จะเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ กับผู้ป่วย และ 3) ความมั่นคงทางเศรษฐกิจ ได้แก่ ทำงานประจำไม่เต็มที ค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นไม่เพียงพอ เช่น ค่าอุปกรณ์ของใช้สำหรับผู้ป่วย อุปกรณ์ทางการแพทย์ อาทิ สายดูดเสมหะ แอมพูลีร่า เป็นต้น ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.1.1) ภาระในการดูแล พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงแบกรับภาระต่างๆ ในการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ การปฏิบัติการดูแลกิจวัตรประจำวัน และการดูแลต่างๆภายในบ้านตลอดจนภาวะสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง ภาระต่างๆ เหล่านี้ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

"...ฉันก็คอยมองอยู่ตลอดเวลา ทำห้องกระจกนอนกับหลานชายให้สามารถมองเห็นเค้าได้ตลอดถ้าเค้ามีอาการเปลี่ยนแปลง และจะได้รู้เมื่อวันนั้นมาถึง วันนั้นเกือบตายแล้ว มองไปเห็นหายใจไม่ออก ทำอีกอึกอีกอึก 2 หุ่ลมเราก็จะนอนแล้วแต่เห็นว่า เอ๊ะทำไมตาเหลือก ฉันก็เลยโทรตามลูกมาหมดทุกคนเลย และก็ให้ลูกชายมาพ่นยาเข้าจมูก อาการก็ดีขึ้น ถ้าไม่มานอนด้วยบ้านนี้ตายไปแล้วนะ..." (CARE 001)

"...ก็ต้องดูแลอย่างดี เช็ดทำความสะอาดไม่ให้มันติดเชื้อ ทุกสิ่งทุกอย่างต้องสะอาด ใส่ถุงมือทุกครั้งไม่ให้เชื้อโรคไปที่ตัวเค้าคะ เราทำตามทีหมอบที่โรงพยาบาลเขาแนะนำมาให้ ก็ต้องทำตามทีหมอบแนะนำ บางทีก็เฝ้าถามเขาคุณหมอบก็ให้ความรู้เรามาเยอะเลยเราก็ได้ความรู้จากหมอบนี่แหละ..." (CARE 003)

2.1.2) ห่วง กังวลกับสุขภาพของผู้ป่วย พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงมีความห่วงใย และกังวลใจกับอาการและการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย จนทำให้เกิดความกลัว และเครียดในที่สุด ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

"...ฉันกลัวเค้าตายโดยที่เราไม่รู้ ฉันกลัว..." (CARE 001)

"...เครียดนะหมอ มันดูแลเค้าอย่างเดียวไม่ได้ไปไหนเลย อาการเค้าก็ดีขึ้นบ้างไม่ดีขึ้นบ้าง ก็กังวลใจถ้าเราไม่อยู่ออกไปข้างนอกเพื่อเค้าเป็นอะไรไปตอนไหนเราก็ไม่รู้อีก มันก็กังวลไปไหนไม่ได้..." (CARE 002)

"...เครียดเกี่ยวกับอาการของพ่อที่เราเห็นทุกวันนี้แหละ พวกเลือดที่คอของพ่อเราเอาออกไม่ค่อยเป็น ถ้าเค้าไม่ไอออกมา จะสังเกตเห็นนะถ้าเค้ามีเลือดเค้าจะตัวร้อนมีไข้ หนูกลัวเค้าตัวร้อน..." (CARE 003)

"...ก็กังวลเกี่ยวกับเค้าคะเรื่องสายสวนปัสสาวะ มันเคยตกตะกอนและติดเชื้อ มีไข้ต้องเอากันไปโรงพยาบาล เราเองก็ไม่อยากพาไปโรงพยาบาลหรอกเชื้อโรคมันเยอะ ไปกลับมาได้โรคอื่นมาอีก เราก็อยากจะทำดูแลที่บ้าน..." (CARE 007)

"...เครียดมากขึ้น ไปทำงานก็ต้องกังวลใจเป็นห่วง พักเที่ยงก็รีบกลับมาป้อนข้าวแม่ที่บ้าน ปกติเที่ยงนี้ก็จะนอนพักผ่อนที่ทำงานแต่ตอนนี้ไม่ได้พักเลย บางทีก็ไปทำงานช้าบ้าง เลิกงานก็ต้องรีบกลับ บางทีก็คิดนะกลัวเพื่อนร่วมงานเค้าจะว่าเอา..." (CARE 008)

2.1.3) ความมั่นคงทางเศรษฐกิจ พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงจะต้องมีภาระค่าใช้จ่ายต่างๆ ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงเป็นจำนวนมาก ได้แก่ ทำงานประจำไม่เต็มที ค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นไม่เพียงพอ เช่น ค่าอุปกรณ์ของใช้สำหรับผู้ป่วย อุปกรณ์ทางการแพทย์ สายดูดเสมหะ แอมพูลีร่า เป็นต้น จนเกิดความไม่มั่นคงทางเศรษฐกิจในครอบครัว ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“...เยอะนะหมอ ซื้อไอนั่นซื้อไอนี้ ส่วนมากก็ซื้อแพมเพิร์สเนื้แหละ วันหนึ่งใช้เยอะมาก แคแพมเพิร์สอย่างเดียวกัตายแล้ว พอบ้างไม่พอบ้างส่วนใหญ่จะไม่พอนะ...” (CARE 001)

“...เยอะมาก แต่เรากัประหยัด กัมีพี่สาวของเค้าช่วยบ้างพี่สาวเค้าเป็นคนมีตังค์ ส่วนเราไม่มีรายได้อูแลเค้าอย่างเดียวกัต้องประหยัด...” (CARE 002)

ประเด็นที่ 2 วิธีการดูแลตนเองด้านสุขภาพ จากการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงมีวิธีการดูแลตนเองด้านสุขภาพเพื่อไม่ให้เกิดความเจ็บป่วย 2 ประเด็น คือ 1) การดูแลสุขภาพด้านร่างกาย ประกอบด้วย การดูแลสุขภาพทั่วไปในภาวะปกติ และการดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย และ 2) การดูแลสุขภาพด้านจิตใจ คือการจัดการความเครียด ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1) การดูแลสุขภาพด้านร่างกาย จากการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลจะต้องทำหน้าที่หลักในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงหากมีการเจ็บป่วยเกิดจะทำให้ไม่สามารถดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงได้เต็มที่ และจะหาคนมาดูแลผู้ป่วยแทนตนเองนั้นค่อนข้างยาก ผู้ดูแลส่วนใหญ่จึงพยายามดูแลสุขภาพตนเองทั้งในยามปกติและในยามที่มีความเจ็บป่วย โดยจะดูแลตนเองให้ดีที่สุดเพื่อจะได้ให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงต่อไปได้ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1.1) การดูแลสุขภาพทั่วไปในภาวะปกติ ผู้ดูแลให้ข้อมูลว่าในช่วงที่ตนเองมีภาวะสุขภาพปกติดีจะมีวิธีการดูแลสุขภาพตนเอง 2 ประการ คือ การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ และการออกกำลังกาย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1.1.1) การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ พบว่าในภาวะปกติผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงจะมีการดูแลสุขภาพของตนเองโดยการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“...ก็พยายามหาอาหารเสริมอะไรที่พอจะช่วยได้มารับประทาน...” (CARE 008)

“...หาวิธีที่ดูแลตนเองที่เหมาะสมกับสภาพของเราเช่น กินอาหารที่มีประโยชน์ ของทำลายสุขภาพ จะไม่กินเลย...” (CARE 002)

1.1.2) การออกกำลังกาย พบว่าในภาวะปกติผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงจะมีการดูแลสุขภาพของตนเองโดยการออกกำลังกาย ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“...วันๆ ที่ทำงานบ้านกันทุกคนช่วยกันทำให้มันได้เหงือกก็เป็นการออกกำลังกายแล้วนะ และฉันชอบออกกำลังกายชอบปั่นจักรยาน ขนาดไปโรงพยาบาลชลบุรียังปั่นจักรยานไปเลย...” (CARE 007)

“...ส่วนมากก็จะใช้เครื่องออกกำลังกายอยู่ เป็นเครื่องที่มันจะสายจะนวดพวกหลังพวกเอว มันก็ช่วยได้บ้างก็กลัวว่าตัวเองจะล้ามป่วยไปอีกคนก็เลยพยายามดูแลตัวเองหน่อย ...” (CARE 008)

1.2) การดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย ผู้ดูแลให้ข้อมูลว่าในช่วงที่มีภาวะเจ็บป่วยเกิดขึ้นวิธีการดูแลตนเองที่จะเกิดขึ้นประกอบด้วย 4 วิธี คือ 1) การหาอาหารรับประทานเพื่อบรรเทาอาการเจ็บป่วย 2) การนอนพักผ่อน 3) ทำกายบริหารยืดเหยียดด้วยตนเอง 4) การนวดด้วยตนเอง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1.2.1) การหาอาหารรับประทานเพื่อบรรเทาอาการเจ็บป่วย พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงทุกคนจะซื้ออาหารรับประทานเองโดยไปบอกอาการที่ตนเองเป็นกับร้านขายยาในชุมชนและเภสัชก็จะจ่ายยาให้ตามการอาการที่เป็นเพื่อมาบรรเทาอาการ ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“...กินยาแก้ปวด ตอนนีก็เกือบทุกวันเพราะมันปวดมากจริงๆ ไม่กินมันก็ทำงานไม่ได้...” (CARE 002)

“...ก็ซื้อยาตามร้ายขายยามากิน มันก็ดีขึ้นนะ ก็ค่อยๆ หายมันไม่ได้เป็นมาก...” (CARE 011)

1.2.2) การนอนพักผ่อน พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงทุกคนจะพยายามหาเวลาเพื่อพักผ่อนโดยส่วนใหญ่จะหาคนมาดูแลผู้ป่วยแทนแล้วไปพักผ่อน ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“...ต้องพักค่ะ พอมันปวดขึ้นมาปุ๊บก็หยุดพักเลย พอมันหายค่อยทำต่อ...” (CARE 004)

“...นอนหลับพักผ่อนก็หาย ถ้าไม่หายก็จะมีน้องบ้างแม่บ้างที่สลับกันมาดูแลแย่งแทน...” (CARE 006)

1.2.3) ทำกายบริหารยืดเหยียดด้วยตนเอง พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงทุกคนจะทำกายบริหารยืดเหยียดด้วยตนเอง ในช่วงที่ทำกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยแล้วมีอาการปวดหลังหรือตึงกล้ามเนื้อ ก็จะยืดเหยียดตนเองทันที และเวลาวางตอนผู้ป่วยหลับก็จะทำกายบริหารตนเอง ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“...ก็ไม่ได้ทำอะไร ก็แค่บิดตัว ยืดตัว และก็นอนพักเอนหลังหน่อยเดี๋ยวมันก็หาย...” (CARE 005)

“...ก็ยืดเหยียดตัวเองให้มันสุดตัวค่ะคือเราก็ต้องทำกายภาพตัวเองค่ะ แล้วก็ก้มให้มันสุดแล้วก็ขึ้นพอมันตึงๆ มันก็จะหายเองจ๊ะ...” (CARE 007)

1.2.4) การนวดด้วยตนเอง พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงทุกคนจะทำการบีบนวดตามแขนขา ท้ายทอย เพื่อคลายเส้น ให้กับตนเองเป็นประจำเวลามีอาการปวดเมื่อย ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

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

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

2) การดูแลสุขภาพทางจิตใจ จากการศึกษาพบว่า ผู้ให้ข้อมูลมีการดูแลสุขภาพด้านจิตใจ โดยการดูแลสุขภาพด้านจิตใจนั้นครอบคลุมทั้งสังคม และจิตวิญญาณ กล่าวคือ ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงนั้นเป็นการดูแลต่อเนื่อง ซึ่งส่งผลให้ผู้ดูแลมีความเครียด ดังนั้น การดูแลสุขภาพด้านจิตใจของผู้ดูแลคือการจัดการความเครียด ประกอบด้วย 1) ละวางจากการดูแล และ 2) เลี่ยงที่จะปะทะกับผู้ป่วยด้วยการเดินหนี ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.1) ละวางจากการดูแล พบว่า วิธีการจัดการความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง ได้แก่ นวดผ่อนคลาย เข้าวัดทำบุญทำจิตใจให้สงบและออกไปหาเพื่อนเพื่อผ่อนคลาย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.1.1) นวดผ่อนคลาย พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงจะใช้วิธีการนวดผ่อนคลาย เมื่อพบเจอกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยที่ทำให้ตนเองเครียด เพื่อให้ตนเองคลายความเครียดได้ก็จะออกไปนวดที่โรงพยาบาล ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“...ก็จะไปนอนนวดตลอดโดยจะนัดคิวไว้ทุกอาทิตย์ค่ะที่โรงพยาบาลชล ห้องนวดแผนไทยเรามีสิทธิประกันสังคมได้อาทิตย์ละครั้ง และก็เบิกยาสมุนไพรมาไว้ทาน...” (CARE 009)

“...ไปนวดค่ะ แต่ก็ไม่ใช่ขนาดแรงนะจะนวดแค่เบาๆ แค่อนคลายให้เราหายตึงเครียดได้...” (CARE 004)

2.1.2) เข้าวัดทำบุญทำจิตใจให้สงบ พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงจะไปทำบุญ ใส่บาตร บางรายก็สวดมนต์ นั่งสมาธิ เพื่อให้จิตใจมีความสงบ ผ่อนคลาย และคลายความเครียดลง โดยผู้ดูแลทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธจึงอาศัยหลักพระพุทธศาสนาในการดำเนินชีวิตเพื่อให้สุขภาพจิตดีขึ้น ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“...อันดับแรกเลยนะหมอ เราจะต้องทำให้มีจิตใจดีก่อน ฉันก็ทำสมาธิบ้าง สวดมนต์ ฟังธรรมะบ้าง เข้าๆ ฉันก็ออกไปใส่บาตรพระทุกเช้า พอจิตใจเราแข็งแรงเราก็กำลังที่จะดูแลสุขภาพร่างกาย เหมือนพระท่านสอนไว้ว่า “จิตเป็นนายกายเป็นบ่าว” มันใช่จริงๆ นะหมอ ว่ามั๊ย...” (CARE 001)

“...ทำบุญทำทานสวดมนต์แผ่เมตตาอย่าให้โรคภัยเบียดเบียน และก็ต้องดูแลสุขภาพตัวเองนะเรื่องอาหารการกินทุกอย่าง การพักผ่อนการนอน และก็ออกกำลังกายนะสำคัญร่างกายจะได้แข็งแรง...” (CARE 007)

2.1.3) ออกไปหาเพื่อนเพื่อผ่อนคลาย พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงจะหาเวลาออกไปหาเพื่อนเพื่อผ่อนคลายความเครียดโดยจะหาคนมาดูแลผู้ป่วยแทนเพียงแค่ช่วงเวลาหนึ่ง แล้วผู้ดูแลก็จะออกไปหาเพื่อเพื่อผ่อนคลาย ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“...มีวิธีผ่อนคลาย คือออกไปข้างนอกบ้างไปหาเพื่อนๆ ไปนวดผ่อนคลายที่โรงบาลชลบ่าง และก็ไปเดินกินโน่นนี่ ซื้ของ ซอปิ้งบ้าง ...” (CARE 009)

“...ฉันก็ออกไปฝากหลานให้มาเฝ้าให้ซักประเดี๋ยว และฉันออกเดินออกไปซื้อของร้านค้าหน้าปากซอย ยังพอได้คุยกับคนอื่น ๆ บ้าง แต่ไปไม่นานคะ ซัก 15 นาที ก็กลับ เป็นห่วงเค้าทั้งวันไม่ได้...” (CARE 001)

2.2) เลี่ยงที่จะปะทะกับผู้ป่วยด้วยการเดินหนี พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงมักจะมีปัญหากันระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วยจึงทำให้เกิดการปะทะอารมณ์กันบ่อยครั้ง ซึ่งผู้ดูแลจะใช้วิธีการเดินหนีไปจากสถานการณ์นั้นสักพักเพื่อให้ต่างฝ่ายต่างอารมณ์เย็นลงค่อยๆ มาให้การดูแลต่อ ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“...ทะเลาะกันเสร็จอีกสักพักหนึ่งหนูก็คุยกับยายปกติคือแบบไม่ได้ทะเลาะกันเป็นเรื่องใหญ่ ตอนทะเลาะเราใจร้อนและเราก็แยกกันก่อนพักหนึ่งพอหายโกรธเราก็คุยกันเหมือนเดิม...” (CARE 006)

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

ประเด็นที่ 3 ความต้องการการดูแลด้านสุขภาพ จากการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงมีความต้องการการดูแลด้านสุขภาพ 2 หมวดใหญ่ ได้แก่ 1) ความต้องการด้านสุขภาพทางกาย คือ ต้องการให้บุคลากรทางสุขภาพ มาเยี่ยม ดูแล และให้คำแนะนำด้านสุขภาพ 2) ความต้องการด้านสุขภาพทางจิตใจ คือ ต้องการให้บุคคลในครอบครัว และบุคคลรอบข้างมีความเข้าใจและให้กำลังใจ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1) ความต้องการด้านสุขภาพทางกาย คือ ต้องการให้บุคลากรทางสุขภาพให้คำแนะนำด้านสุขภาพ และมาเยี่ยม ดูแล ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

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

“...บางทีเราก็อยากไปนวดนะหมอแต่มันทั้งคนป่วยไปไม่ได้ อีกอย่างถ้าไปนวดเราก็ต้องเสียตังค์ค่านวดเวลาจะไปตรวจกับหมอที่โรงพยาบาลก็ไม่มี อยากให้หมอมารตรวจดูอาการเราที่บ้านบ้างนะโดยที่เราจะได้ไม่ต้องเดินทางไปโรงพยาบาลแต่หมอมารหาเราที่บ้าน มาตรวจมาจ่ายยาที่บ้านเลยก็ดีนะเหมือน KFC นะส่งถึงบ้านเลย...” (CARE 002)

2) ความต้องการด้านสุขภาพทางจิตใจ คือ ต้องการให้บุคคลในครอบครัว และคนรอบข้างมีความเข้าใจและให้กำลังใจ คือ ต้องการให้เพื่อนแวะเวียนมาหาเพื่อรับฟังปัญหา พูดคุย ระบายความรู้สึก และต้องการให้คนในครอบครัวมาร่วมรับฟังปัญหาและช่วยเหลือกันในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง และช่วยกันแก้ไขปัญหากที่เกิดขึ้นในครอบครัว ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“...อยากเล่าให้ลูกๆ ฟัง อยากมีเพื่อนๆ มาพูดคุยระบายให้เขาฟังบ้างก็ดีนะ จะได้ไม่ต้องเก็บไว้คนเดียว ถ้ามีเพื่อนมาเหมือนคุณหมอมานั่งฟังก็ดี มาบ่อยๆ นะ...” (CARE 001)

“...อยากเล่าให้ญาติๆ ฟัง อยากระบายกับเพื่อนๆ ที่เคยไปออกกำลังกายฟัง ทุกวันนี้เราเก็บความรู้สึกทุกอย่างไว้คนเดียวมันก็สะสมทุกวันนะ ก็อยากระบายบ้างแหละ...” (CARE 002)

“...ก็อยากพูดเพราะเวลาเราพูดออกมาแล้วเราสบายใจ ถ้ายังเราไม่พูดรู้สึกว่ามันอึดอัด ก็พูดระบายกับลูกบ้าง นี่เหมือนคุณหมอนานี้ได้พูดได้ระบายได้เล่าให้หมอฟังนี่มันยังสบายใจขึ้นค่ะ อยากให้มาบ่อยๆ...” (CARE 004)

“...ก็ดีนะคะเหมือนว่าเราได้ระบายออกให้คนอื่นฟังให้คนอื่นได้รับรู้และเราก็ยังได้รับคำแนะนำดีๆ จากหมอที่ดีค่ะ...” (CARE 006)

การอภิปรายผล

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

ประเด็นที่ 1 ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง

1) ภาวะสุขภาพด้านร่างกาย พบว่า ผู้ดูแลสุขภาพด้านร่างกายเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสื่อมลงกว่าแต่ก่อน ได้แก่ การเสื่อมของร่างกายเพิ่มขึ้น เช่น เข้าเสื่อม หลังเสื่อม การปวดเมื่อยตามเนื้อตัว เช่น ปวดแขน มือขา ปวดนิ้ว ปวดนิ้วมือ ปวดหลัง เจ็บหลัง อาการเจ็บปวดๆ แดๆ เช่น อาการปวดศีรษะ เวียนศีรษะ เป็นไข้ เพลีย และอาการของโรคเดิมกำเริบ เช่น ภูมิแพ้ที่ผิวหนังกำเริบ และอาการหงุดหงิดในผู้ดูแลที่มีอาการทางจิตเวช เนื่องจากผู้ดูแลจะต้องใช้กำลังมากขึ้นในการออกแรงยกตัวผู้ป่วยเวลาอาบน้ำ เช็ดตัว เปลี่ยนเสื้อผ้า และทำกิจกรรมต่างในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง จนเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความเจ็บป่วยเกิดขึ้น และผู้ดูแลที่มีโรคประจำตัวหรือมีความเจ็บป่วยเดิมอยู่แล้วมักจะมีอาการกำเริบเพิ่มความรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ ตามระยะเวลาในการดูแลที่เพิ่มขึ้นด้วย การที่ผู้ดูแลต้องใช้เวลาส่วนใหญ่ในการดูแลผู้ป่วยจึงทำให้ผู้ดูแลไม่มีเวลาในการดูแลตนเอง ไม่มีคนเปลี่ยนเพื่อให้ผู้ดูแลได้พักผ่อน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วริศรา ลุวิระ (2556) พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยได้รับผลกระทบทางร่างกายที่ทำให้เกิดความเหนื่อยล้า ซึ่งผู้ดูแลส่วนใหญ่มักจะทำหน้าที่เพียงคนเดียว และการที่มักจะพบเจอบ่อยๆ คือ ปวดหลัง ปวดข้อเข่า เช่นเดียวกับ สายพิณ เกษมกิจวัฒนา และปิยะภรณ์ ไพรสนธิ์ (2557) พบว่า ผู้ดูแลมักมีอาการเหนื่อยล้า และเป็นผู้ป่วยซ่อนเร้นที่บุคลากรทางสุขภาพไม่ควรมองข้าม เพราะหากปล่อยทิ้งไว้โดยไม่ได้รับการดูแลผู้ดูแลจะเจ็บป่วยมากขึ้นจนไม่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยติดเตียงได้

2) ภาวะสุขภาพด้านจิตใจ พบว่า ผู้ดูแลที่มีการดูแลอย่างต่อเนื่องจะมีภาวะสุขภาพด้านจิตใจเปลี่ยนแปลงไปในทางที่แย่ลงกว่าแต่ก่อนทำให้เกิดความเครียด และซึมเศร้า ซึ่งเกิดจากสาเหตุ 3 ประการ คือ 1) ตัวผู้ดูแลเอง ได้แก่ กลัวผู้ป่วยตาย ทั้งผู้ป่วยไว้คนเดียวไม่มีใครดูแล จะนำไปสู่ความเครียดของผู้ดูแลซึ่งเป็นความรู้สึกอันเนื่องมาจากความกังวลใจ ความรู้สึกสับสน ความไม่แน่ใจ ความเบื่อหน่าย สอดคล้องกับ Bevans & Sternberg (2012) พบว่าประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ดูแลผู้ป่วยจะมีความเครียดทางอารมณ์ เช่น กังวล นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร 2) ตัวผู้ป่วย ได้แก่ ภาวะสุขภาพของผู้ป่วย คือ ผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยที่มีอาการหนักจะส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลอย่างมาก เพราะไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้จึงมีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่อง ทำให้ผู้ดูแลไม่สามารถละทิ้งผู้ป่วยออกไปไหนได้เลย ซึ่งจัดเป็นภาระหนักของผู้ดูแลทำให้ต้องปรับบทบาทหน้าที่ของตนเองใหม่เพื่อให้เวลาในการดูแลผู้ป่วย ทั้งนี้อาจทำให้เกิดความไม่สะดวกในการดำเนินชีวิตเกิดขึ้น (อรุณี ชุนหบดี ธีธารัตน์ สุภานันท์ โรชินี อุปลา และสุนทรีภรณ์ ทองไสย, 2556) การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาที่ซับซ้อน ทำให้ผู้ดูแลไม่มีวันหยุด ไม่มีเวลาเป็นของตัวเอง ไม่สามารถไปไหนได้อย่างอิสระ ถ้าจำเป็นจะต้องไปไหนก็มีความกังวลและกลัวว่าผู้ป่วยจะเป็นอะไรไปในช่วงที่ตนไม่อยู่ จำเป็นต้องละเลิกกิจกรรมทางสังคม (Spence, et al., 2008) มีความกังวลในอาการของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงไปจึงใส่ใจให้การดูแลจนขาดความสนใจในการดูแลตนเอง ยังมีความทุกข์ใจเมื่อไม่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยติดเตียงมีอาการดีขึ้นได้ เกิดความรู้สึกล้มเหลวและรู้สึกล้มเหลวทางช่วยเหลือ เมื่อผู้ป่วยมีอาการเลวลง (Jean-Philippe, Ranjit & Christopher, 2012) และ 3) ภาวะเศรษฐกิจและสังคม ได้แก่ ทำงานประจำไม่

เต็มที ค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นไม่เพียงพอ เช่น ค่าอุปกรณ์ของใช้สำหรับผู้ป่วย เช่น อุปกรณ์ทางการแพทย์ สายดูดเสมหะ ผ้าอ้อมสำเร็จรูป ซึ่งมีค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูงกว่ารายรับ รวมทั้งยังมีภาระในด้านอื่นๆ อีก เช่น งาน ภาระค่าใช้จ่าย ทำให้มีปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยระยะยาวต้องลาออกจากงาน เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยแล้วย่อมมีการสูญเสียรายได้ และบางรายอาจมีหนี้สินเพิ่มขึ้นด้วย (จันทร์เพ็ญ นพพรพรหม, 2550) และผู้ป่วยบางรายที่ไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้จำเป็นต้องเข้าออกโรงพยาบาลบ่อยครั้ง ส่งผลกระทบต่อฐานะเศรษฐกิจของครอบครัวซึ่งเป็นการเพิ่มความเครียดให้กับญาติผู้ดูแล และส่งผลให้มีความกังวลถึงอนาคตข้างหน้า (Smith, Piamjariyakul, Yardrich, Ross, Gajewski, & illiam, 2012) ผู้ดูแลมักจะมีอารมณ์เศร้า รู้สึกสิ้นหวัง หดหู่ กระวนกระวายใจ หงุดหงิด นอนไม่หลับต้องพึ่งยานอนหลับและยาคลายเครียด และเข้ารักษากับจิตแพทย์ จนนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าจากการถดถอยออกจากสังคม ขาดเพื่อน ชีวิตหมดสนุก และผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือ ทำให้เกิดความกังวลใจ ความรู้สึกสับสน ความไม่แน่ใจ ความเบื่อหน่าย สอดคล้องกับ Bevans and Sternberg (2012) พบว่าประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ดูแลผู้ป่วยจะมีความเครียดทางอารมณ์ เช่น กังวล นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร และซึมเศร้า จากการศึกษาในประเทศญี่ปุ่น พบว่า ผู้ดูแลมีภาวะกังวล และมีภาวะซึมเศร้าสูงจนทำให้มีการใช้ยาทางจิตเวชมากขึ้น (Sakakibara, Kabayama, & Ito, 2015)

ประเด็นที่ 2 วิธีการดูแลตนเองด้านสุขภาพ

1) การดูแลสุขภาพทางกาย พบว่าผู้ดูแลจะต้องทำหน้าที่หลักในการดูแลผู้ป่วยหากมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้นจะทำให้ไม่สามารถดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงได้เต็มที่ และจะหาคนมาดูแลผู้ป่วยแทนตนเองนั้นค่อนข้างยาก ผู้ดูแลส่วนใหญ่จึงพยายามหาวิธีในการดูแลตนเองเมื่อมีการเจ็บป่วยเล็กๆ น้อยๆ ได้แก่ 1) การหายมารับประทานเพื่อบรรเทาอาการเจ็บป่วย 2) การนอนพักผ่อน 3) ทำกายบริหารยืดเหยียดด้วยตนเอง 4) การนวดด้วยตนเอง และ 5) หาอาหารเสริมมารับประทาน ผู้ดูแลจะแสวงหาวิธีการดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วยได้แก่ การขอคำแนะนำจากบุคลากรทางสุขภาพ ทั้งที่พูดคุยโดยตรงหรือสอบถามทางโทรศัพท์หรือช่องทางอื่นๆ อันเป็นการแสวงหาความรู้ที่จำเป็นกับสภาพความเจ็บป่วยของตนเอง เพื่อให้ได้แนวทางปฏิบัติ หรือการรักษาเบื้องต้นให้หายจากความเจ็บป่วยและมีสุขภาพดีดังเดิมโดยเร็ว (สุภาพร แนวบุตร, 2558) จึงกล่าวได้ว่า "การดูแลสุขภาพตนเอง เป็นกิจกรรมที่ผู้ดูแลแต่ละคนปฏิบัติเพื่อให้มีสุขภาพที่ดีและมีพลังในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นโดยเฉพาะอย่างยิ่งจากสมาชิกในครอบครัว หากผู้ดูแลเกิดความเครียดอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย และอารมณ์ก็จะทำให้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงลดลงด้วยเช่นกัน และถูกมองว่าเป็นตราบาป (Smith, 2000) ดังนั้นการคงสุขภาพที่ดีของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงจึงเป็นเรื่องจำเป็น และยึดเป็นแบบแผนในการปฏิบัติ เพื่อให้มีสุขภาพดี"

2) การดูแลสุขภาพทางจิตใจ พบว่าผู้ดูแลจะทำใจยอมรับสภาพที่เกิดขึ้น เพราะได้ใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยมาเป็นระยะเวลานานจะเห็นถึงการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ของผู้ป่วยทั้งที่ดีขึ้นและแย่ลง ทำให้ผู้ดูแลต้องทำใจยอมรับสภาพหรือปลงกับสิ่งที่เกิดขึ้น ซึ่งผู้ดูแลมีวิธีการทำใจยอมรับสภาพได้แก่ 1) คิดบวก คือ คิดว่าเป็นหน้าที่ที่ตนต้องทำเพราะว่าเป็น ภรรยาสามี พ่อ แม่ ตา ยาย ทวด ถือว่าเป็นการตอบแทนบุญคุณทำให้เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง และจะดูแลผู้ป่วยจนกว่าจะถึงวาระสุดท้ายของชีวิตคือให้ตายอย่างสมศักดิ์ศรี 2) เข้าวัดทำบุญทำจิตใจให้สงบ นั่งสมาธิ สวดมนต์ ไส้บาตร 3) ออกไปหาเพื่อนเพื่อผ่อนคลาย 4) เมื่อมีการปะทะอารมณ์กันก็จะเดินหนี และ 5) หาคนมาดูแลแทนสักระยะ สอดคล้องกับ ภาวดี เหมทานนท์, สกล วรเจริญศรี, มณฑิรา จารุเพ็ง และสุวิมล กลุขกุลหาสน์ (2560) พบว่า ความภาคภูมิใจในตนเอง คือความคิด ความรู้สึกของผู้ดูแลที่มีต่อตนเองใน

ด้านดียอมรับตนเองและผู้อื่น มองว่าตนเองมีค่าสำคัญ มีความสามารถ แสดงออกถึงการดูแลผู้ป่วยอย่างมุ่งมั่น มีเป้าหมายและมีความพึงพอใจในชีวิต สอดคล้องกับ สุปรีดา มั่นคง และคณะ (2559) กล่าวถึงบทบาทในการตอบสนองความหวัง ความปรารถนา คุณค่า ศาสนา ความเชื่อ สิ่งที่เราพนันกับตัวของผู้ป่วย เช่น ชื้อสังฆทานให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสทำบุญ ทำบุญตักบาตรทุกเช้า ในบางรายผู้ดูแลสวดมนต์ภาวนา ทำบุญให้เจ้ากรรมนายเวรของผู้ป่วย บอกให้ผู้ป่วยรับทราบทุกครั้งที่ทำ หรือทำแทนผู้ป่วย เช่น การสวดมนต์ นั่งสมาธิ เติริยมของใส่บาตร เพื่อให้ผู้ป่วยได้บุญมากที่สุด จิตใจผู้ป่วยจะได้สงบ เช่นเดียวกับ ทรงเกียรติ เมินสุวรรณ, ชันทอง วัฒนะประดิษฐ์ และพระมหาดวงเด่น จิตฺตญาณ (2560) พบว่า การส่งเสริมด้วยการสร้างแรงจูงใจให้เห็นจุดหมายของการรักษาศิลเป็นแรงจูงใจด้านบวก โดยยกอาณิสสที่ก่อให้เกิดความเป็นอยู่ที่ดีสงบเรียบร้อยมีความสุขทั้งในปัจจุบันและอนาคต การออกไปหาเพื่อนๆ ในชุมชนละแวกใกล้ๆ บ้าน เพื่อพบปะพูดคุยให้เกิดความผ่อนคลายแม้จะเป็นเวลาเพียงเล็กน้อยก็ตาม อาจเป็นเพราะว่าผู้ดูแลต้องการสังคมของตนเอง ได้ออกไปเจอสิ่งแวดล้อมนอกบ้านตนเองจะได้รู้สึกผ่อนคลาย และเมื่อเวลามีปัญหาผู้ป่วยจะพยายามหลีกเลี่ยงการปะทะกัน ผู้ดูแลจะใช้วิธีการเดินหนีออกไปจากสถานการณ์นั้นสักพักหนึ่งค่อยกลับเข้ามาใหม่เพื่อให้ต่างฝ่ายต่างสงบลง สอดคล้องกับ สนิษฐา ขำดี, มณี อาภาพันธุ์กุล และยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม (2557) พบว่าเมื่อเกิดปัญหาขัดแย้งในสถานการณ์การดูแล ญาติผู้ดูแลปรับตัวโดยปิดปากเงียบไม่ได้แย้งหรือเถียงให้เกิดปัญหาเพิ่มอีก

ประเด็นที่ 3 ความต้องการการดูแลด้านสุขภาพ

จากการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงมีความต้องการการดูแลด้านสุขภาพ 2 ประเด็น ได้แก่ 1) ความต้องการด้านสุขภาพทางกาย คือ ต้องการให้บุคลากรทางสุขภาพ มาเยี่ยม ดูแล และให้คำแนะนำด้านสุขภาพ 2) ความต้องการด้านสุขภาพทางจิตใจ คือ ต้องการให้บุคคลในครอบครัว และบุคคลรอบข้าง เข้าใจ และให้กำลังใจ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1) ความต้องการด้านสุขภาพทางกาย คือ ต้องการให้บุคลากรทางสุขภาพ มาเยี่ยม ดูแล และให้คำแนะนำด้านสุขภาพ ข้อค้นพบคือ ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงมีความต้องการให้บุคลากรทางสุขภาพมาดูแลถึงบ้าน เพื่อต้องการได้รับข้อมูลทางสุขภาพ ตรวจสุขภาพที่บ้าน และช่วยดูแลผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Wijngaarden et al. (2004) พบว่าความคาดหวังและความต้องการของผู้ดูแล เมื่อผู้ดูแลให้การดูแลผู้ป่วยย่อมเกิดความคาดหวังในเรื่องต่างๆ เช่น การรักษา อาการของโรค การดูแล การช่วยเหลือในด้านต่างๆ เพื่อแบ่งเบาภาระหน้าที่ในการดูแลในปัจจุบันให้มีความสะดวกสบายมากขึ้น ตลอดจนมีความต้องการการช่วยเหลือในด้านต่างๆ เช่น ความต้องการผู้ช่วยในการดูแล ต้องการกิจกรรมของสถานพยาบาลในการบำบัดผู้ป่วยให้มากขึ้นโดยผู้ดูแลมีความคิดเห็นว่าจะส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น Grant (1996) ระบุว่า ผู้ดูแลมักมีความต้องการด้านข้อมูลข่าวสาร (Demand on Information) ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพความเจ็บป่วย การเปลี่ยนแปลงต่างๆ ทางร่างกายของผู้ป่วยสูงอายุ การพยากรณ์โรค การดำเนินโรค ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงเอง

2) ความต้องการด้านสุขภาพทางจิตใจ คือ ต้องการให้บุคคลในครอบครัว และบุคคลรอบข้าง เข้าใจและให้กำลังใจ คือต้องการให้เพื่อนแหวเวียนมาหาเพื่อรับฟังปัญหา พูดคุย ระบายความรู้สึก และต้องการให้คนในครอบครัวมาร่วมรับฟังปัญหาและช่วยเหลือกันในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง และช่วยกันแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว

2.1) ต้องการให้บุคคลในครอบครัวและบุคคลรอบข้างเข้าใจและให้กำลังใจ ข้อค้นพบคือ ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงต้องการให้เพื่อนและเวียนมาหาเพื่อรับฟังปัญหา พูดคุย ระบายความรู้สึก และต้องการให้คนในครอบครัวมาร่วมรับฟังปัญหาและช่วยเหลือกันในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง และช่วยกันแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นในครอบครัว การระบายความรู้สึกคับข้องใจหรือความรู้สึกที่ไม่ดีออกมาเพื่อปลดปล่อยความทุกข์ ความอัดอั้นใจต่างๆ ที่อยู่ในใจ ลงไปที่บุคคลหรือสิ่งของ เมื่อผู้ดูแลเผชิญกับสถานการณ์ที่กดดัน ไม่เป็นไปตามความคาดหวังของตน เช่น ผู้ป่วยดื้อ ไม่ยอมช่วยเหลือตนเอง การปรับทุกข์ ผู้ดูแลบางรายปรับตัวต่อความรู้สึกไม่ดีในใจ โดยการเล่าปรับทุกข์ต่างๆ ให้กับบุคคลที่ตนไว้วางใจ เช่น ผู้ป่วย บุคคลนอกครอบครัว สอดคล้องกับไพรินทร์ พัสสุ (2555) พบว่าผู้ดูแลมีการปรับตัวเพื่อปลดปล่อยความทุกข์หรือความรู้สึกคับข้องใจโดยพูดระบายความอัดอั้นใจต่างๆ กับผู้ป่วยหรือบุคคลที่ตนไว้วางใจไม่ใช่บุคคลในครอบครัว เช่น เพื่อนสนิท แต่เมื่อมีเหตุการณ์ที่สร้างปัญหาในระหว่างให้การดูแลผู้ป่วยทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเหนื่อย และมีภาระมากขึ้น

2.2) ต้องการให้คนในครอบครัวมาร่วมรับฟังปัญหาและช่วยเหลือกันในการดูแลผู้ป่วย ข้อค้นพบคือ ผู้ดูแลต้องการเวลาในการพักผ่อนสักช่วงหนึ่งในแต่ละสัปดาห์เพื่อไปสังสรรค์กับเพื่อนและสมาชิกต่างๆ ในชุมชน การพักการดูแลผู้ป่วยชั่วคราว โดยหยุดการดูแลในระยะเวลาสั้นๆ เช่น อยู่นอกห้องผู้ป่วย ออกไปรับประทานอาหารปั่นนอกบ้านให้ผู้ป่วยเอง กลับบ้านของตัวเองในวันหยุดเสาร์-อาทิตย์ เพื่อว่างเว้นจากการเผชิญกับปัญหาในการดูแลผู้ป่วยในช่วงระยะเวลาหนึ่ง และช่วยให้ผู้ดูแลมีพลังใจในการดูแลผู้ป่วยต่อไปได้ ความต้องการบริการทางสังคมเริ่มเกิดขึ้นในบางพื้นที่ กรณีสมาชิกในครอบครัวต้องประกอบอาชีพนอกบ้าน สมาชิกต้องการศูนย์ดูแลกลางวัน (Day care) สำหรับฝากดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงในเวลากลางวัน ต้องการอาสาสมัครดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง และต้องการให้มีการจัดกิจกรรมต่างๆ สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง ซึ่งความต้องการเหล่านี้ เป็นลักษณะความต้องการที่มีมุมมองต่อผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง และบริการสังคมแนวใหม่ ที่เน้นให้ผู้สูงอายุติดเตียงได้มีส่วนร่วมในสังคมและครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุน เพื่อเสริมสร้างศักยภาพของผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง เช่นเดียวกับการศึกษาของอรรวิธ กาญจนจารี และคณะ (2560) พบว่า ผู้ดูแลได้สะท้อนถึงความพร้อมของบุคลากรทุกระดับสิ่งแวดล้อมของสถานบริการที่มีการดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงโดยเฉพาะที่ตอบสนองความต้องการทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงสุขสบายกายสบายใจ มีกำลังใจที่จะต่อสู้กับโรคและผลการรักษา มีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ มีโอกาสพบปะเพื่อนฝูง และมีความเป็นส่วนตัว สอดคล้องกับ สินีสุข ขำดี, มณี อาภานันท์กุล และยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม (2557) พบว่า การพยายามหาสิ่งสนับสนุนบทบาทการดูแลผู้ป่วย เป็นการปรับตัวในบทบาทการดูแลผู้ป่วย ซึ่งสิ่งสนับสนุนการดูแลมาจากแหล่งประโยชน์ทั้งภายในและภายนอกครอบครัว เช่น ขอความช่วยเหลือจากพี่น้อง ลูกหลาน คนรู้จัก มาร่วมช่วยกันดูแลผู้ป่วยหรือให้มาช่วยดูแลผู้ป่วยแทนในวันที่ญาติผู้ดูแลไม่สบาย ต้องไปทำงาน บางรายมีการจ้างวานให้คนรู้จักมาช่วยเคลื่อนย้ายผู้ป่วยหรือรับความช่วยเหลือด้านค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย เช่น ค่ารักษา ค่ายา ค่าอาหาร ค่าไฟ รับการสนับสนุนอุปกรณ์เครื่องใช้กับผู้ป่วย เช่น ผ้าอ้อม สำลี ผ้าก๊อชสำหรับทำแผล และรับความช่วยเหลือในการสอนความรู้และฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยจากพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ เช่น การให้อาหารทางสายยาง การดูดเสมหะ การทำแผล การฉีดยา เป็นต้น การให้บุคคลในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง คนในครอบครัวผลัดกันมาดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง เช่น ลูก หลาน พี่ น้อง ในบางครอบครัวมีการแบ่งหน้าที่กันรับผิดชอบ จัดเวรในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง การจัดการในบางครั้งอยู่บนพื้นฐานของความไม่แน่นอน การพูดคุย บริหารจัดการกับคนในครอบครัวในกรณีที่การตัดสินใจของคนในครอบครัวไม่ตรงกัน มีความคิดเห็นแตกต่างกัน ต้องมีการ

ประสานงาน พูดคุยกัน ซึ่งบางครั้งอาจเกิดการขัดแย้งขึ้นในครอบครัว ซึ่งผู้ดูแลต้องคอยประสานงานเพื่อให้เกิดการดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงที่ดีที่สุด (สุปรีดา มั่นคง และคณะ, 2559)

ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ใช้เป็นความรู้ในการส่งเสริม สนับสนุน และพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงเพื่อเป็นการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยให้ดียิ่งขึ้น
2. พยาบาลวิชาชีพควรใช้เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง และควรมีการศึกษาประสบการณ์ชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงในภูมิภาคอื่นด้วย เนื่องจากอาจมีบริบทที่แตกต่างกัน จะได้ทราบถึงความต้องการและปัญหาที่เกิดจากการดูแลได้ และควรนำผลการวิจัยที่ได้ในครั้งนี้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาการวิจัยรูปแบบอื่นต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- จันทร์เพ็ญ นพพรพรหม. (2550). *เอกสารประกอบการประชุมวิชาการวิจัยระดับชาติ (วช.).* กรุงเทพมหานคร: สภาวิจัยแห่งชาติ.
- ชาย โพธิ์สิตา. (2556). *ศาสตร์และศิลป์แห่งการวิจัยเชิงคุณภาพ.* (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพฯ: อัมรินทร์พรินต์ติ้ง แอนด์พับลิชชิ่ง.
- พิศสมัย บุญเลิศ, เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์ และศุภวดี แถวเพ็ญ. (2559). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงมันตำบลสิงห์ โคก อำเภอกะชังศรีวิชัย จังหวัดร้อยเอ็ด. *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น*, 23(2), 79-87.
- พวงเพ็ญ เผือกสวัสดิ์, นิสาชล นาคกุล และวิษญา โรจนรักษ์. (2559). สถานการณ์ ปัญหา และความต้องการการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดบ้านติดเตียงในชุมชนเขตเทศบาลนคร สุราษฎร์ธานี. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 26(2), 54-64.
- ไพรินทร์ พัสตุ. (2555). *ความเครียด การเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแล และการจัดการกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บที่ศีรษะ.* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่), บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ภาวดี เหมทานนท์, สกล วรเจริญศรี, มณฑิรา จารุเพ็ง และสุวิมล กฤษณาสอน. (2560). มุมมองเชิงบวกต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่บ้าน. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 4(2), 186-199.
- ทรงเกียรติ์ เมินสุวรรณ, ชันทอง วัฒนะประดิษฐ์ และพระมหาดวงเด่น จิตญาโณ. (2560). แนวทางการเสริมสร้างสันติภาพตามหลักศีล 5 ของนิสิตมหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัยวิทยาเขตนครสวรรค์. *วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์ มจร.*, 5 (ฉบับพิเศษ), 363-376.

- เบญจา ยอดดำเนิน-แอ๊ดติ๊ก และกาญจนา ตั้งชลทิพย์. (2552). *การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ : การจัดการข้อมูล การตีความและการหาความหมาย*. นครปฐม : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางทราย. (2561). *รายงานสถิติผู้ป่วยติดเตียง ปีงบประมาณ 2561*. ชลบุรี: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางทราย สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองชลบุรี.
- วรสิรา ลูวีระ. (2556). การดูแลสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 28(2), 266-70
- ศศิธร ณะภพ และรพีพร ขวัญเชื้อ. (2558). ความจำเป็นของการดูแลแบบประคับ ประคองในชุมชนของผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะท้าย: กรณีศึกษาเครือข่ายบริการปฐมภูมิแห่งหนึ่ง. *วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา*, 10(2), 13-25.
- สายพิน เกษมกิจวัฒนา และปิยะภรณ์ ไพรสนธิ์. (2557). ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง: กลุ่มเสี่ยงที่ไม่ควรมองข้าม. *วารสารสหภาพพยาบาล*, 29(4), 22-31.
- สินีนุช ขำดี, มณี อาภานันท์กุล และยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. (2557). การปรับตัวของญาติผู้ดูแลที่มีปัญหาการปรับตัวในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารสหภาพพยาบาล*, 29(4), 45-63.
- สุปริดา มั่นคง ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม และศุภร วงศ์ทัญญ. (2559). บทบาทของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง: การศึกษาเบื้องต้นเชิงคุณภาพ. *วารสารสหภาพพยาบาล*, 31(4), 104-121.
- สุภางค์ จันทวานิช. (2554). *วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ*. (พิมพ์ครั้งที่ 19). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุภาพร แนวบุตร. (2558). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยในครอบครัว. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 8(4), 30-40.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2560). *รายงานการสร้างหลักประกันสุขภาพ ประจำปีงบประมาณ 2560*. นนทบุรี: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี. (2561). *รายงานสถิติผู้สูงอายุติดเตียง*. ชลบุรี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี.
- อรวีรุ กาญจนจारी, ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม และสุปริดา มั่นคง. (2560). บทบาทและความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในสถานบริการที่มีการดูแลแบบประคับประคองโดยเฉพาะ. *รามธิบดีพยาบาลสาร*, 23(3), 328-343.
- อรุณี ชุนหบดี, จิตารัตน์ สุภานันท์, โรชินี อุปลา และสุนทรีภรณ์ ทองไสย. (2556). ความเครียดและความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน. *วารสารวิทยาลัยพระปกเกล้าจันทบุรี*, 26(1), 53-63.
- Bevans, M.F, Sternberg, E.M. (2012). Caregiving burden, stress, and health effects among family caregivers of adult cancer patients. *JAMA*, 307(4), 398-403.
- Colaizzi, P. (1978). *Psychological research as the Phenomenologist views it*. In S.V. Ronald, & K. Mark (eds.), *Existential-phenomenological alternatives for psychology*. (pp.48-71). London: Oxford University Press.
- Grant, J.S. (1996). Home care problems experienced by stroke survivors and their family caregivers. *Home Healthcare Nurse*, 14, 892-902.

- Jean-Philippe, R. Ranjit, N, & Christopher, C. (2012). Caregiver burden among nocturnal home hemodialysis patients. *Hemodialysis International*, 16(2), 214-219.
- Sakakibara, K., Kabayama, M. & Ito, M. (2015). Experiences of “endless” caregiving of impaired elderly at home by family caregivers: a qualitative study. *BMC Research Notes*, 8(827), 1-11.
- Smith, C.E., Piamjariyakul, U., Yardrich, D.M., Ross, V.M., Gajewski, B., & William, A.R. (2012). Complex home care: Part3-Economic impact on family caregiver quality of life and patients’ clinical outcome. *Nursing Economics*. 28(6), 393-414.
- Smith, R.D. (2000). Promoting the health people of with physical disabilities: a discussion of the financing and organization of public health services in Australia, *Health Promotion International*. 15(1), 79-86.
- Spence, A., Waldron, M., Kernohan, G., McLaughlin, D., Cochrane, B., & Watson, B. (2008). Active carers: Living with chronic obstructive pulmonary disease. *International Journal of Palliative Nursing*, 14(8), 368-372.
- Steinhauser, K.E. (2005). Measuring end-of-life care outcomes prospectively. *Journal of Palliative Medicine*, 8 (Suppl 1), S30-41.
- Van Wijngaarden, B., Schene, A.H., & Koeter, M.W. (2004). Family care giving in depression: Impact on caregivers’ daily life, distress, and help seeking. *Journal of Affective Disorders*. 81, 211-222.