Chulalongkorn University
Chula Digital Collections

Chulalongkorn University Theses and Dissertations (Chula ETD)

2018

ประสบการณ์ชีวิตของบุตรชายที่เป็นผู้ดูแลบิดา มารดาสูงอายุภาวะพึ่งพิง

อังคณา ศรีสุข
คณะพยาบาลศาสตร์

Follow this and additional works at: https://digital.car.chula.ac.th/chulaetd

Part of the Nursing Commons

Recommended Citation

ศรีสุข, อังคณา, "ประสบการณ์ชีวิตของบุตรชายที่เป็นผู้ดูแลบิดา มารดาสูงอายุภาวะพึ่งพิง" (2018). *Chulalongkorn University Theses and Dissertations (Chula ETD)*. 3144.
https://digital.car.chula.ac.th/chulaetd/3144

This Thesis is brought to you for free and open access by Chula Digital Collections. It has been accepted for inclusion in Chulalongkorn University Theses and Dissertations (Chula ETD) by an authorized administrator of Chula Digital Collections. For more information, please contact ChulaDC@car.chula.ac.th.

ประสบการณ์ชีวิตของบุตรชายที่เป็นผู้ดูแลบิดา มารดาสูงอายุภาวะพึ่งพิง

น.ส.อังคณา ศรีสุข

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2561

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

LIVED EXPERIENCES OF SONS BEING CAREGIVERS FOR DEPENDENT ELDERLY PARENTS

Miss Angkana Srisuk

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science in Nursing Science
Field of Study of Nursing Science
Faculty of Nursing
Chulalongkorn University
Academic Year 2018

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ประสบการณ์ชีวิตของบุตรชายที่เป็นผู้ดูแลบิดา มารดาสูงอายุภาวะพึ่งพิง
โดย	น.ส.อังคณา ศรีสุข
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	รองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้นับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประนอม รอดคำดี)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(รองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา)

..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย

(รองศาสตราจารย์ ดร.จอนผะจง เพ็งจาด)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

อังคณา ศรีสุข : ประสบการณ์ชีวิตของบุตรชายที่เป็นผู้ดูแลบิดา มารดาสูงอายุภาวะพึ่งพิง. (LIVED EXPERIENCES OF SONS BEING CAREGIVERS FOR DEPENDENT ELDERLY PARENTS) อ.ที่ปรึกษาหลัก : รศ. ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา

การวิจัยเชิงคุณภาพครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อบรรยายประสบการณของชีวิตบุตรชายที่เป็นผู้ดูแลบิดามารดาสูงอายุภาวะพึ่งพิง โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบปรากฏการณ์วิทยาการตีความของ Martin Heidegger (1962) ผู้ให้ข้อมูล คือ บุตรชายที่มีประสบการณ์ในการดูแลบิดามารดาสูงอายุภาวะพึ่งพิง และ/หรือมีภาวะสมองเสื่อมโดยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ในเขตกรุงเทพมหานคร โดยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก และบันทึกเทป ข้อมูลอิ่มตัวจากผู้ให้ข้อมูล จำนวน 12 ราย นำข้อมูลที่ได้มาถอดความแบบคำต่อคำ วิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการของ Van Manen (1990)

ผลการวิจัย พบว่า ประสบการณ์ชีวิตของบุตรชายที่เป็นผู้ดูแลบิดามารดาสูงอายุภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วย 5 ประเด็นหลัก คือ 1) ชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป โดยการปรับสมดุลการทำงานให้เข้ากับการดูแล เมื่อรับบทบาทการเป็นผู้ดูแลส่งผลให้มีข้อจำกัดในการเข้าสังคมและมีเวลาส่วนตัวลดลง 2) ปรับตัว ปรับใจยอมรับบทบาทการเป็นผู้ดูแล โดยการมองโลกในแง่บวก ขจัดอารมณ์ความรู้สึกด้านลบ ต้องเข้าใจและยอมรับอาการแสดงของโรคในผู้สูงอายุมากขึ้น 3) การดูแลที่ทำได้ทั้งชายหญิง เมื่อบุตรชายผู้ดูแลสามารถปรับตัวได้ การดูแลง่าย ไม่ยาก และผู้ชายมีความแข็งแรงในการอุ้มพยุงแม้ไม่ถนัดงานละเอียดแต่สามารถดูแลได้ เพราะถ้าใส่ใจดูแลได้ทั้งชายหญิง 4) เรียนรู้วิธีการดูแล เนื่องจากช่วงแรกไม่มั่นใจในการดูแล จึงต้องวางแผนและปรับเปลี่ยนวิธีการดูแลให้เหมาะสม และการขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น เพื่อให้ภาระการดูแลลดลง และ 5) ความสุข ความทุกข์จากการเป็นผู้ดูแล ความสุข คือ การมีความสุข ภาคภูมิใจที่ได้ดูแล การได้ตอบแทนบุญคุณบิดามารดา และได้รับคำชื่นชมจากคนรอบข้าง ความทุกข์ คือ เหนื่อยและเครียดจากการดูแล และกังวลเรื่องค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น

จากผลการวิจัยนี้ นำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานให้บุคลากรทางสุขภาพเข้าใจถึงประสบการณ์ของบุตรชายที่ให้การดูแล ปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ และสามารถนำมาเป็นแนวทางในการส่งเสริม สนับสนุนการดูแลให้แก่บุตรชายที่ในอนาคตอาจมีแนวโน้มในการรับบทบาทเป็นผู้ดูแลบิดามารดาสูงอายุภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้น

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์	ลายมือชื่อนิสิต .....
ปีการศึกษา	2561	ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก .....

5977193436 : MAJOR NURSING SCIENCE
KEYWORD: LIVE EXPERIENCES OF SON, SON CAREGIVER, DEPENDENT ELDERLY PARENTS

Angkana Srisuk : LIVED EXPERIENCES OF SONS BEING CAREGIVERS FOR DEPENDENT ELDERLY PARENTS. Advisor: Assoc. Prof. Jiraporn Kespichayawattana, Ph.D.

This qualitative study was to describe the lived experiences of a son being the caregiver for dependent elderly parents. Heidegger's (1962) hermeneutic phenomenology was applied as a research methodology. The participants were a son with experience as the caregiver for dependent elderly and/or with dementia in Bangkok. Data were collected using interview guidelines with in-depth interview and audio recording. Data saturation was reached when there were 12 Informants. Data were transcribed verbatim. Content were analyzed by using content analysis of Van Manen's (1990) method.

Findings: The lived experiences of the son being caregiver for dependent elderly parents were categorized into 5 main aspects: 1) Changes in life. It is a way of life-changing working style. When assuming the role of moderator, there are limits to social and personal time. 2) Caregiver must adjust the mind, and accept the role of the caregiver. Be optimistic and eliminate bad moods. Understand and accept signs of disease. 3) Caring that can be provided by both men and women. Son caregivers can adjust as basic care is not difficult and men are strong in physical support when taking care. The son does not do a great job but is caring if taking care of both men and women. 4) Learn how to care. The first phase is feeling not confident in the care, so the caregiver must learn to adjust the care plan, and ask for help to reduce the burden of care 5) Happiness and suffering of being a caretaker. Happiness is to be happy and pride in providing care, expressing gratitude to parents and receiving praise from the people around the caregivers. The suffering from fatigue and stress caused by providing care and worrying about increased expenses.

This research provides basic information for health care professionals to understand the experiences of their sons who take care of the health problems of the elderly. It can be used as a guideline to promote caregiving for future sons, who may be more likely to play a role in caring for elderly parents.

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

Field of Study:	Nursing Science	Student's Signature .....
Academic Year:	2018	Advisor's Signature .....

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความสนับสนุนของครอบครัวอันเป็นที่รักของผู้วิจัย โดยเฉพาะอย่างยิ่งคุณพ่อ คุณแม่ น้องชายที่คอยให้กำลังใจ คอยให้คำปลอบโยน โอบกอดในยามที่ผู้วิจัยรู้สึกท้อแท้และหมดกำลังใจ ครอบครัวยังคงเป็นกำลังใจที่ดีของผู้วิจัยเสมอมา ทำให้ผู้วิจัย มีสติในการแก้ไขปัญหาและสามารถก้าวผ่านอุปสรรคต่างๆที่เกิดขึ้น ตลอดการศึกษาในหลักสูตร จนสามารถสำเร็จการศึกษาได้ในวันนี้

กราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ให้ความเมตตากรุณาและให้ความช่วยเหลือผู้วิจัยมาโดยตลอด ทั้งคอยให้ความรู้ในการดำเนินชีวิตและการทำงานเชิงวิชาการให้ผู้วิจัยมีความรู้และรู้จักบุคคลในแวดวงสุขภาพมากขึ้น ตลอดจนท่านอาจารย์คอยทุ่มเทแรงกายแรงใจ สละเวลาให้คำปรึกษาแก่ผู้วิจัยมาโดยตลอด จนทำให้ผู้วิจัยสามารถทำวิทยานิพนธ์ได้สำเร็จลุล่วงมาได้ด้วยดี และกราบขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช ที่คอยให้ความช่วยเหลือในการเข้าถึงพื้นที่เก็บข้อมูลได้อย่างราบรื่น ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งถึงพระคุณของอาจารย์เสมอ ขอกราบขอบพระคุณอาจารย์ไว้เป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประนอม รอดคำดี สำหรับการทำหน้าที่ประธานสอบวิทยานิพนธ์และขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.จอนผะจง เพ็งจาด กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้ข้อเสนอแนะที่มีประโยชน์ในการปรับปรุงวิทยานิพน์ฉบับนี้ มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และกราบขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่านที่ได้ถ่ายทอดความรู้และให้คำปรึกษากับผู้วิจัยในระหว่างศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตจนผู้วิจัยสำเร็จการศึกษา

ขอขอบพระคุณ หน่วยงานฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ที่สนับสนุนให้ผู้วิจัยได้รับทุนการศึกษา เพื่อนำความรู้ที่ผู้วิจัยได้รับกลับไปพัฒนาหน่วยงาน ด้วยความภาคภูมิใจเป็นอย่างยิ่ง และขอขอบพระคุณผู้ให้การช่วยเหลืออำนวยความสะดวกให้ผู้วิจัย เข้าถึงแหล่งข้อมูลและเก็บรวบรวมข้อมูลจนแล้วเสร็จ ขอขอบพระคุณบุตรชายผู้ให้ข้อมูลทั้ง 12 ท่านที่สละเวลาในการเข้าร่วมวิจัย และให้ความยินดีในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างดี

ขอขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่านที่ให้ความอบอุ่นและต้อนรับศิษย์ทุกคนเป็นอย่างดี และขอบคุณเพื่อนร่วมสาขาการพยาบาลผู้สูงอายุทั้ง 7 คนที่คอยให้กำลังใจ คอยให้คำปรึกษาทั้งเรื่องเรียน เรื่องงาน เรื่องส่วนตัว และแบ่งปันสุขทุกข์ร่วมกันมาตลอดระยะเวลาการศึกษานี้ ผู้วิจัยซาบซึ้งและ จะไม่ลืมความประทับใจในการเป็นนิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ในรั้วจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยเลย

ท้ายสุดนี้ ผู้วิจัยจะนำประสบการณ์ชีวิตในการเป็นนิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยมาเป็นพลังในการทำงาน และสร้างประโยชน์ให้กับผู้อื่นในโอกาสต่อไป

อังคณา ศรีสุข

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย ..... ค

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ ..... ง

กิตติกรรมประกาศ ..... จ

สารบัญ ..... ฉ

สารบัญตาราง ..... ซ

สารบัญแผนภาพ ..... ฌ

บทที่ 1 บทนำ 1

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา 1

วัตถุประสงค์ของการวิจัย 4

คำถามการวิจัย 4

แนวคิดเบื้องต้นที่ใช้ในการทำการวิจัย 4

ขอบเขตการวิจัย 5

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย 5

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ 6

บทที่ 2 การทบทวนวรรณกรรมและเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 7

1. ภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุ 8

2. ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว 21

3. บทบาทของบุตรชายที่ดูแลบิดา มารดาที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในบริบทวัฒนธรรมไทย 31

4. การวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยา 41

5. เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 47

บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย 52

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

1. พื้นที่ในการเก็บข้อมูล (Setting) 52
2. ผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key informant) 52
3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 53
4. การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูล 56
5. การเก็บรวบรวมข้อมูล 56
6. การวิเคราะห์ข้อมูล 59
7. ความเชื่อถือได้ของขอมูล 61
บทที่ 4 ผลการวิจัย 64
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ 98
สรุปผลการวิจัย 98
อภิปรายผล 103
ข้อเสนอแนะ 113
บรรณานุกรม 115
ภาคผนวก 127
ภาคผนวก ก หนังสือรับรองการพิจารณาจริยธรรมในการวิจัย เอกสารใบรับรองโครงการวิจัย คำชี้แจงข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และหนังสือแสดงความยินดีเข้าร่วมการวิจัย 128
ภาคผนวก ข เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 134
ภาคผนวก ค แสดงการเข้าถึงผู้ให้ข้อมูลด้วยวิธีผ่านผู้ประสานงานฯเป็นผู้เปิดทางแนะนำร่วมกับการค้นหาโดยผู้วิจัยเองผ่านสื่อรายการโทรทัศน์ แสดงวัน เวลา สถานที่ จำนวนครั้ง ระยะเวลาในการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลแต่ละราย และแสดงข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูลหลักและผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง 143
ภาคผนวก ง รายละเอียดผู้ให้ข้อมูลทั้ง 12 ราย 151
ประวัติผู้เขียน 176

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 แสดงวันเวลา สถานที่ จำนวนครั้ง ระยะเวลาในการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลในแต่ละราย .. 145

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูลหลักและผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง 146

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

สารบัญแผนภาพ

หน้า

แผนภาพที่ 1 สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลประสบการณ์ชีวิตของบุตรชายที่เป็นผู้ดูแลบิดามารดาสูงอายุภาวะพึ่งพิง 5 ประเด็นหลัก 97

แผนภาพที่ 2 แสดงการเข้าถึงผู้ให้ข้อมูลด้วยวิธีผ่านผู้ประสานงานฯเป็นผู้เปิดทางแนะนำร่วมกับการค้นหาโดยผู้วิจัยเองผ่านสื่อรายการโทรทัศน์ 144

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

บทที่ 1
บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สังคมไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว จากความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี ทำให้ประชากรมีอายุที่ยืนยาวขึ้น ขณะเดียวกันความเสื่อมถอยของร่างกายเมื่อเข้าสู่วัยชราประกอบกับภาระโรคเรื้อรังที่มากขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุมีข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตและจัดอยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาด้านสุขภาพที่มีโอกาสเกิดภาวะทุพพลภาพ จนนำไปสู่การเกิดภาวะพึ่งพิงได้มากกว่าบุคคลในวัยอื่น (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุ, 2558) จากการสำรวจประเมินคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุจำนวน 6,394,022 คน ในปี พ.ศ. 2558 โดยกระทรวงสาธารณสุขพบว่า ร้อยละ 21 (1.3 ล้านคน) คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและคาดการณ์ว่าประชากรสูงอายุกลุ่มนี้จะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในอนาคต (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559) โดยพบว่า 4 สาเหตุหลัก ที่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะพึ่งพิงในระยะยาวนั้น ได้แก่ ภาวะสมองขาดเลือด โรคเรื้อรังร่วม ภาวะสมองเสื่อม และผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 80 ปีขึ้นไป มักประสบปัญหาความอ่อนแอของร่างกาย ทำให้เกิดอุบัติเหตุและหกล้มได้ง่าย (ศิราณี ศรีหาภาค, โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณิศร เต็งรัง, 2557) ซึ่งสาเหตุจากความเสื่อมถอยของร่างกายและภาระโรคเรื้อรังที่เกิดขึ้นดังกล่าว ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะทุพพลภาพและนำไปสู่การเกิดภาวะการพึ่งพิงได้ในที่สุด โดยพบว่า ร้อยละ 1.6 ของประชากรสูงอายุต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด และจำนวนมากกว่าครึ่งนั้นต้องการการดูแลเกือบตลอด 24 ชั่วโมง (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2551)

สมาชิกในครอบครัวในบริบทของสังคมไทย ถือเป็นเครือข่ายการดูแลที่สำคัญของผู้สูงอายุที่ต้องการการช่วยเหลือดูแล (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ, 2552; ศิราณี ศรีหาภาค และคณะ, 2556) ปัจจัยสำคัญหลายประการที่ทำให้สมาชิกในครอบครัวเข้ามารับบทบาทในการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุนั้น ได้แก่ การทดแทนบุญคุณ การยึดถือค่านิยมความกตัญญู การเป็นสมาชิกในครอบครัวคนสุดท้ายที่ยังอาศัยอยู่ในบ้านของบิดามารดา และพี่น้องคนอื่นแยกย้ายไปมีครอบครัว เป็นต้น ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความเหมาะสมในบริบทของแต่ละครอบครัว (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2551) จากการสำรวจผู้ให้การปรนนิบัติช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง ในปี พ.ศ. 2557 พบว่าส่วนใหญ่เป็นบุตรสาว ร้อยละ 42 รองลงมาคือคู่สมรส ร้อยละ 28.7 และเป็นบุตรชายร้อยละ 13.2 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557) สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ พบว่า ผู้ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลส่วนใหญ่ยังคงเป็นสมาชิกในครอบครัว มีความเกี่ยวพันใกล้ชิดกันทางสายเลือด เกี่ยวข้องเป็นบุตรเพศหญิงในการรับหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหา

ความบกพร่องด้านร่างกาย ความบกพร่องทางอารมณ์และความรู้สึกนึกคิด ซึ่งมีข้อสังเกตว่า การทำหน้าที่ของญาติผู้ดูแล เป็นบทบาทที่กำหนดไว้แล้วสำหรับเพศหญิง (จอม สุวรรณโณ, 2541; Blieszner, 1987) ซึ่งอาจเป็นผลมาจากพื้นฐานความเชื่อทางสังคมปลูกฝังค่านิยมทางวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องกับบทบาททางเพศ (Gender) โดยเพศหญิงมักถูกคาดหวังจากสังคมให้รับบทบาทเป็นผู้ดูแลสมาชิกในครอบครัว เช่น ให้การช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันของบุตร การดูแลบิดามารดาในยามเจ็บป่วย การเป็นภรรยาที่ดีในการดูแลสามี ขณะที่เพศชายมีบทบาทหน้าที่ในการทำงานเพื่อหารายได้เลี้ยงครอบครัว (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ, 2552; วารุณี มีเจริญ, 2557) ทั้งนี้ความแตกต่างทางด้านสรีระและบุคลิกภาพของเพศชายและเพศหญิง ที่เพศหญิงมีแนวโน้มบุคลิกภาพอ่อนไหว อบอุ่น สามารถจับความรู้สึกทางอารมณ์ได้ดีกว่าเพศชาย ในขณะที่เพศชายมีแนวโน้มว่ามีความมั่นคงทางอารมณ์ มีความเป็นผู้นำ มีความตื่นตัวระวังภัย จึงเกิดเป็นวัฒนธรรมทางสังคมที่กำหนดว่าเพศชายไม่เหมาะสมกับงานด้านการดูแล (กฤตยา อาชวนิจกุล, 2554; Del Giudice, Booth and Irwing, 2012)

จากการทบทวนวรรณกรรม เกี่ยวกับความแตกต่างระหว่างเพศของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและความเจ็บป่วยทางกาย (Sharma, Chakrabarti and Grover, 2016) พบว่าการศึกษาส่วนใหญ่มีหลักฐานแสดงให้เห็นว่า เพศหญิงเสียสละเวลาในการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยมากกว่าเพศชาย (Corcoran, 1992; Montgomery and Kamo, 1989; Dupuis and Smale, 2004) เนื่องจากมีโอกาสค่อนข้างน้อยในการออกไปทำงานนอกบ้าน ส่งผลให้เพศหญิงมีแนวโน้มในการรับบทบาทเป็นผู้ดูแลมากกว่าเพศชาย และใช้ระยะเวลาส่วนใหญ่ในการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Yee and Schulz, 2000) จึงเกิดเป็นความเชื่อและวัฒนธรรมว่า เพศหญิงเป็นศูนย์กลางในการดูแลสมาชิกภายในครอบครัว และการดูแลเป็นเรื่องปกติของเพศหญิง (Almada, 2001; Akpinar, Kucukguclu and Yener, 2011) ดังนั้น เพศหญิงจึงมีประสบการณ์ในด้านการดูแลช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุมากกว่าเพศชาย ส่งผลให้ผู้ดูแลเพศหญิง ที่ให้การดูแลผู้สูงอายุเกิดความเครียดและรับรู้ถึงภาระด้านการดูแลที่สูงเมื่อเทียบกับผู้ดูแลเพศชาย (Bush, 1998; Lin, Fee and Wu, 2012) ในขณะเดียวกันมีหลายการศึกษาที่พบว่าเพศของผู้ดูแล ไม่ได้เป็นข้อสรุปในการประเมินความเครียดจากบทบาทการเป็นผู้ดูแล (Yee and Schulz, 2000) และผู้ดูแลเพศชายส่วนใหญ่มีเหตุผลในการดูแลผู้สูงอายุที่มาจากความรัก ความมุ่งมั่น เป็นความรับผิดชอบต่อครอบครัวที่คล้ายคลึงกันกับผู้ดูแลเพศหญิง (Russell, 2001; Smale and Dupuis, 2004) ซึ่งความพึงพอใจในการรับบทบาทเป็นผู้ดูแลระหว่างเพศชายและเพศหญิงไม่มีความแตกต่างกัน (McKee et al., 2009; del-Pino-Casado et al., 2012) จะเห็นได้ว่า การศึกษาความแตกต่างระหว่างเพศของผู้ดูแลที่มีอยู่อย่างจำกัด ส่งผลให้เกิดข้อขัดแย้งบางประการของบทบาททางเพศกับการเป็นผู้ดูแล ที่อาจมีปัจจัย

ด้านสังคม วัฒนธรรม ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับผู้สูงอายุในฐานะบุตร สามี หรือภรรยา เข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องกับการรับบทบาทการเป็นผู้ดูแลร่วมด้วย (Sharma, Chakrabarti and Grover, 2016)

อย่างไรก็ตาม สังคมปัจจุบันได้เปลี่ยนแปลงไป จำนวนสมาชิกในครอบครัวมีขนาดเล็กลง โดยครัวเรือนไทยมีขนาดเฉลี่ยเพียง 3 คนต่อครัวเรือนเท่านั้น อีกทั้งปัจจุบันเพศหญิงมีแนวโน้มในการทำงานนอกบ้านมากขึ้น (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2558) บุตรชายจึงมีโอกาสในการเข้ามารับบทบาทการดูแลบิดามารดาสูงอายุมากขึ้น สอดคล้องกับการทบทวนประสบการณ์ของผู้ดูแลในปี พ.ศ. 2550 – 2555 พบว่า เพศชายมีอัตราการรับบทบาทการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้นสูงถึงร้อยละ 40 ของการดูแลผู้ป่วยทั้งหมด ซึ่งแนวโน้มด้านประชากรศาสตร์และสุขภาพในปัจจุบัน ส่งผลให้บุตรชายเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งในการดูแลบิดามารดาที่คาดว่าจะเพิ่มสูงขึ้นอีกในอนาคต (Kramer and Thompson, 2002; Mc Donnell and Ryan, 2013; Robinson et al., 2014) ดังปรากฏในสื่อสิ่งพิมพ์หรือสื่อออนไลน์ต่างๆ เช่น พระสงฆ์ที่ต้องกลับบ้านเพื่อมาดูแลมารดาที่ป่วย (ผู้จัดการออนไลน์, 2015) บุตรชายที่พามารดานั่งรถเข็นมาทำงานด้วยทุกวัน (สุทธิพงษ์ ธรรมวุฒิ, 2559) เป็นต้น จะเห็นได้ว่า ในสังคมไทยบุตรชายยังคงยึดถือค่านิยมเรื่อง “ความกตัญญูกตเวที” ที่ไม่เพียงแต่เป็นการบวชเพื่อทดแทนบุญคุณบิดามารดาเท่านั้น (พระเทพวิสุทธิเมธี, 2536) แต่บุตรชายมีความรัก ความผูกพัน สามารถให้การดูแลบิดามารดาสูงอายุในยามเจ็บไข้ได้ป่วย และเป็นหน้าที่ที่บุตรพึงกระทำเพื่อเป็นการตอบแทนบุญคุณบิดามารดาได้เช่นเดียวกับบุตรสาว (Smale and Dupuis, 2004)

จากการศึกษาบทบาทการดูแลของบุตรชายที่มีอยู่อย่างจำกัด พบว่า การดูแลบิดามารดาสูงอายุส่งผลให้บุตรชายมีความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดกับบิดามารดาและคนในครอบครัวมากขึ้น รู้สึกพึงพอใจและภาคภูมิใจเมื่อปฏิบัติกิจกรรมการดูแลได้สำเร็จ (Grigorovich, Alisa et al., 2016) ขณะเดียวกันบุตรชายผู้ดูแลมีประสบการณ์ความรู้สึกผิด รู้สึกว่าการดูแลเป็นภาระอย่างมาก มีอาการซึมเศร้าและวิตกกังวล จากการรับบทบาทหน้าที่ในการเป็นผู้ดูแลบิดามารดาภาวะสมองเสื่อม (Corcoran, 1992; Ducharme et al., 2011; Lin, Fee and Wu, 2012; Mc Donnell and Ryan, 2013; Robinson et al., 2014) ความเครียดและความรู้สึกถึงภาระการดูแลที่เกิดขึ้น เป็นผลมาจากขาดโอกาสในการเข้าสังคมและมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมที่ชื่นชอบ เนื่องจากต้องใช้เวลาส่วนใหญ่ไปกับการดูแลบิดามารดาสูงอายุ อีกทั้งยังส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์ของคู่รักและไม่มีเวลาดูแลสุขภาพของตนเอง นอกจากนี้ บุตรชายบางรายเกิดความรู้สึกคับข้องใจเกี่ยวกับพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปของบิดามารดาสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เช่น หลงทาง อารมณ์เพิกเฉย และรู้สึกเศร้าเมื่ออาการเจ็บป่วยของบิดามารดาแย่ลง (Grigorovich, Alisa et al., 2016) สิ่งเหล่านี้เป็นผลกระทบเชิงลบที่เกิดขึ้นกับบุตรชายผู้ให้การดูแล ที่อาจส่งผลต่อคุณภาพการดูแลบิดามารดาสูงอายุและภาวะสุขภาพของผู้ดูแลให้เกิดขึ้นได้

จะเห็นได้ว่า สัดส่วนของผู้ดูแลเพศชายมีอัตราส่วนที่เพิ่มขึ้น แต่การศึกษาวิจัยส่วนใหญ่ให้ความสนใจในการศึกษาแบบดั้งเดิมจากบทบาทการดูแลของเพศหญิง ทำให้เกิดความไม่ชัดเจนในประสบการณ์ที่เกี่ยวกับบทบาทของผู้ดูแล เมื่อเพศชายต้องปฏิบัติกิจกรรมการดูแลให้แก่ผู้สูงอายุ ซึ่งความแตกต่างในการเป็นผู้ดูแลระหว่างเพศชายและเพศหญิง อาจส่งผลให้ประสบการณ์การดูแลมีความแตกต่างกันได้ (Sharma, Chakrabarti and Grover, 2016) ดังนั้น การศึกษาประสบการณ์การเป็นผู้ดูแลของบุตรชายที่ดูแลบิดามารดาสูงอายุภาวะพึ่งพิง โดยระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพจะนำมาซึ่งข้อมูลเชิงลึกที่ทำให้เข้าใจประสบการณ์ชีวิตของบุตรชายผู้ดูแลบิดามารดาสูงอายุภาวะพึ่งพิงมากขึ้น เพื่อเป็นองค์ความรู้พื้นฐานในการส่งเสริม สนับสนุนให้บุตรชายภายใต้บริบทของสังคมไทยดูแลบิดามารดาสูงอายุที่อยู่ในภาวะพิงพึ่งได้อย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อบรรยายประสบการณ์ชีวิตของบุตรชายที่เป็นผู้ดูแลบิดา มารดาสูงอายุภาวะพิ่งพิง

คำถามการวิจัย

ประสบการณ์ชีวิตของบุตรชายที่เป็นผู้ดูแลบิดา มารดาสูงอายุภาวะพึ่งพิงเป็นอย่างไร

แนวคิดเบื้องต้นที่ใช้ในการทำการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาการตีความ (Hermeneutic phenomenology) ของ Martin Heidegger (1962) เพื่อบรรยายประสบการณ์ชีวิตของบุตรชายที่เป็นผู้ดูแลบิดามารดาสูงอายุภาวะพึ่งพิง ผู้วิจัยได้มีการทบทวนแนวคิดเบื้องต้นในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว บทบาททางเพศของผู้ดูแล บทบาทของบุตรชายในการเป็นผู้ดูแลบิดามารดาสูงอายุในบริบทสังคมไทย และทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้การทบทวนวรรณกรรมมิได้เป็นการทบทวนเพื่อสร้างกรอบแนวคิด แต่เป็นการทบทวนเพื่อหาความคิดเบื้องต้น (Preconceived notion) ที่นำไปสู่การเตรียมสาระเนื้อหาสำหรับตัวผู้วิจัยและนำมาเป็นแนวทางในการสร้างแนวทางการสัมภาษณ์ (Interview guidelines) เพื่อใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และปรับเปลี่ยนข้อคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์ให้สอดคล้องกับข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกของผู้ให้ข้อมูลในแต่ละราย ทำให้เข้าใจถึงข้อเท็จจริงในปรากฏการณ์ที่กำลังศึกษาอย่างลึกซึ้ง และเข้าใจประสบการณ์ชีวิตบุตรชายที่เป็นผู้ดูแลบิดามารดาสูงอายุภาวะพึ่งพิง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยาการตีความ (Hermeneutic phenomenology) ของ Martin Heidegger (1962) เพื่อบรรยายประสบการณ์ชีวิตของบุตรชายที่เป็นผู้ดูแลบิดามารดาสูงอายุภาวะพึ่งพิง ในเขตกรุงเทพมหานคร คัดเลือกผู้ให้ข้อมูล (participant) แบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด มีความยินดีและสมัครใจในการเข้าร่วมวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (Indepth interview) ร่วมกับการบันทึกเทป การสังเกต และการจดบันทึกภาคสนาม นำข้อมูลที่ได้มาถอดเทปแบบคำต่อคำ ทำการวิเคราะห์ข้อมูลไปพร้อมกับการเก็บรวบรวมข้อมูลตามวิธีการของ Van Manen (1990) ยุติการเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อข้อมูลมีความอิ่มตัว (Saturated information) หรือไม่มีข้อมูลใหม่เกิดขึ้น

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

1. ประสบการณ์ชีวิต หมายถึง การรับรู้ถึงเหตุการณ์หรือเรื่องราวที่สบมาด้วยตนเอง ซึ่งครอบคลุมถึงความคิด การบอกเล่าความรู้สึก การรับรู้ การให้ความหมายต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นของบุตรชาย ผู้ทำหน้าที่เป็นดูแลหลักของบิดา/มารดาที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงเป็นเวลา 6 เดือนขึ้นไป

2. บุตรชายผู้ดูแลบิดา/มารดาสูงอายุภาวะพึ่งพิง หมายถึง ผู้ดูแลที่เป็นบุตรชายอายุ 18 ปีขึ้นไป ที่ให้การดูแลบิดา/มารดาสูงอายุด้านการทำกิจกรรมขั้นพื้นฐานในการดูแลตนเอง ประกอบด้วย การรับประทานอาหาร การทำความสะอาดใบหน้า การเคลื่อนย้ายจากนอนมานั่ง การเข้าใช้ห้องสุขา การเดินหรือเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน การขึ้นลงบันได การสวมใส่เสื้อผ้า การอาบน้ำ การกลั้นปัสสาวะ และการกลั้นอุจจาระอย่างน้อย 6 ชั่วโมงต่อวัน เป็นเวลา 6 เดือนขึ้นไป

3. บิดา/มารดาสูงอายุในภาวะพึ่งพิง หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปที่กำลังประสบกับภาวะความยากลำบากและมีข้อจำกัดด้านร่างกายในการปฏิบัติกิจกรรมขั้นพื้นฐานในการดูแลตนเอง ประกอบด้วย การรับประทานอาหาร การทำความสะอาดใบหน้า การเคลื่อนย้ายจากนอนมานั่ง การเข้าใช้ห้องสุขา การเดินหรือเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน การขึ้นลงบันได การสวมใส่เสื้อผ้า การอาบน้ำ การกลั้นปัสสาวะ และการกลั้นอุจจาระ ซึ่งประเมินจากเครื่องมือ Barthel ADL index ในระดับทุพพลภาพรุนแรง (ต่ำกว่า 12 คะแนน) (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2542) และ/หรือมีภาวะบกพร่องทางเชาว์ปัญญาที่เรียกว่า ภาวะสมองเสื่อมโดยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ และต้องการการช่วยเหลือจากผู้ดูแลที่เป็นบุตรชาย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. พยาบาล และทีมสุขภาพมีองค์ความรู้และข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับประสบการณ์ชีวิตของผู้ดูแลที่เป็นบุตรชาย ในการสนับสนุนส่งเสริมให้บุตรชายมีการปรับตัวในบทบาทของการเป็นผู้ดูแลได้อย่างเหมาะสม

2. พยาบาล และทีมสุขภาพนำข้อมูลพื้นฐานมาเป็นแนวทางในการสนับสนุนผู้ดูแลที่เป็นบุตรชายในการดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงได้อย่างเหมาะสม

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

บทที่ 2
การทบทวนวรรณกรรมและเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาประสบการณ์ชีวิตของบุตรชายที่เป็นผู้ดูแลบิดามารดาสูงอายุภาวะพึ่งพิง ครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพที่ศึกษาโดยใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสาร งานวิจัย และทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับเรื่องที่ศึกษาอย่างละเอียด และขอนำเสนอตามลำดับ ดังนี้

1. ภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุ
    1.1 สถานการณ์สังคมวัยสูงอายุ
    1.2 สถานการณ์ภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุ
    1.3 ความหมายและสาเหตุของภาวะพึ่งพิง
    1.4 การประเมินภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุ
    1.5 รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิง
2. ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว
    2.1 ความหมายและการแบ่งประเภทของผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว
    2.2 บทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว
    2.3 ปัจจัยที่มีผลต่อภาระของผู้ดูแลและผลกระทบจากการเป็นผู้ดูแล
    2.4 บทบาทของพยาบาลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงและผู้ดูแลในครอบครัว
3. บทบาทของบุตรชายที่ดูแลบิดา มารดาที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในบริบทวัฒนธรรมไทย
    3.1 บทบาททางเพศ
    3.2 บทบาทของเพศชายและเพศหญิงในการเป็นผู้ดูแล
    3.2 บทบาทของบุตรชายในการดูแลบิดามารดาสูงอายุภาวะพึ่งพิงในบริบทไทย
4. การวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยา
5. เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

1. ภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุ

1.1 สถานการณ์สังคมวัยสูงอายุ

โลกของเรามีประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ในปี พ.ศ. 2560 องค์การสหประชาชาติ (United Nations, 2017) สำรวจข้อมูลสำมะโนประชากรโดยทำการคาดประมาณประชากรตามกลุ่มอายุของประเทศต่างๆทั่วโลก พบว่า จำนวนประชากรในโลกรวมทั้งหมดประมาณ 7,550 ล้านคน ในจำนวนนี้ประกอบด้วยประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 962 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 12.7 จึงเรียกได้ว่าโลกได้กลายเป็น “สังคมสูงอายุ” แล้ว โดยในทวีปยุโรปมีอัตราผู้สูงอายุสูงสุดถึง ร้อยละ 24.7 รองลงมา คือ ทวีปอเมริกาเหนือ ร้อยละ 21.7 ซึ่งจะเห็นได้ว่า ทวีปยุโรปและทวีปอเมริกาเหนือได้เข้าสู่ “สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์” ในขณะที่ประชากรรวมทุกกลุ่มอายุของโลกกำลังเพิ่มขึ้นด้วยอัตราที่ช้าลง ประชากรสูงอายุกลับเพิ่มด้วยอัตราที่สูงขึ้นอย่างมาก โดยประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นด้วยอัตราที่สูงกว่าอัตราของประชากรรวมถึง 4 เท่าตัว และประเทศญี่ปุ่นเป็นประเทศที่มีอัตราผู้สูงอายุสูงที่สุดในโลก ซึ่งสูงถึงร้อยละ 33.4 (United Nations, 2017)

โดยประเทศที่เป็นสมาชิกของอาเซียนหรือสมาคมประชาชาติแห่งเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (The Association of Southeast Asian Nations - ASEAN) มีประชากรรวมกันประมาณ 647 ล้านคน ในจำนวนนี้ประกอบด้วยประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 63.9 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 9.9 แม้กลุ่มประเทศอาเซียนยังไม่ได้เป็น “สังคมสูงอายุ” (United Nations, 2017) แต่จากการสำรวจพบว่าแนวโน้มของประชากรสูงอายุในกลุ่มประเทศอาเซียนมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยในปี พ.ศ. 2542 เมื่ออาเซียนมีสมาชิกครบ 10 ประเทศ ประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมีจำนวน 38 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 7.3 ของประชากรทั้งหมด และในปีนั้นสิงคโปร์เป็นประเทศเดียวที่เข้าสู่สังคมสูงอายุแล้ว จนกระทั่งปี พ.ศ. 2560 ประชากรอาเซียน มีประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นอีกเกือบเท่าตัว ส่งผลให้ประเทศไทยและเวียดนามกลายเป็นสังคมสูงอายุเพิ่มขึ้นอีก 2 ประเทศ ในขณะที่สิงคโปร์จะกลายเป็น “สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์” และในอีก 1-2 ปีข้างหน้า ก็คาดการณ์ว่ามาเลเซียและเมียนมา จะกลายเป็นสังคมสูงอายุภายในปี พ.ศ. 2562 นี้ (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุ, 2561)

จากการสำรวจสำมะโนประชากรและเคหะในประเทศไทย พบว่า ในปี พ.ศ. 2560 ประชากรไทย มีจำนวนรวมทั้งหมดประมาณ 65.5 ล้านคน ในจำนวนนี้ประกอบด้วยประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 11.3 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 17.1 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2560) ซึ่งในรอบ 50 ปีที่ผ่านมา โครงสร้างอายุของประชากรไทยได้เปลี่ยนไปอย่างมาก โดยในปี พ.ศ. 2513 ประเทศไทยมีประชากรเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี มากถึงเกือบครึ่งหนึ่งของประชากรทั้งหมด แต่ในปี พ.ศ. 2560 กลับพบว่าสัดส่วนประชากรวัยเด็กลดลง ขณะที่สัดส่วนของประชากรสูงอายุได้เพิ่มขึ้น

และจากการคาดประมาณในอีก 20 ปีข้างหน้า ประเทศไทยกำลังจะกลายเป็น “สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์” อีกไม่ช้านี้ (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2556)

จะเห็นได้ว่า ประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นทั่วโลก และมีแนวโน้นว่าจะสูงขึ้นในอนาคต จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งกับการเตรียมความพร้อมรับมือกับสถานการณ์ดังกล่าวโดยเร็ว เนื่องจากเมื่อประชากรโลกเข้าสู่สังคมสูงวัย ส่งผลให้เกิดผลกระทบทั้งทางเศรษฐกิจและสังคม ประชากรสูงอายุมีความต้องการการดูแลปัญหาด้านสุขภาพมากขึ้น ดังนั้น รัฐบาลจำเป็นต้องเพิ่มงบประมาณค่าใช้จ่ายทางด้านสวัสดิการและการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นตามมา (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2560) โดยประชากรสูงอายุไทยมีปัญหาด้านสุขภาพเป็นผลมาจากภาวะโรคเรื้อรังที่มีความซับซ้อน ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายของผู้สูงอายุในทางเสื่อมถอย ส่งผลให้ภาระโรคในผู้สูงอายุทวีความรุนแรงมากขึ้น ที่ก่อให้เกิดภาวะทุพพลภาพตามมาได้ โดยการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายเมื่อเข้าสู่วัยชรา (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2554) มีรายละเอียดดังนี้

1) ระบบผิวหนัง ผิวหนังบางลง เหี่ยวย่น ไขมันใต้ผิวหนังลดลง ส่งผลให้ร่างกายทนต่อความหนาวเย็นได้น้อย ต่อมเหงื่อสูญเสียหน้าที่ ร่างกายระบายความร้อนไม่ดี จึงเกิดลมแดดได้ง่าย เซลล์สร้างเม็ดสีเสียหน้าที่ ทำให้ผิวตกกระ ผมและขนสีจางลงจนกลายเป็นสีขาว นอกจากนี้ การรับรู้ต่อความรู้สึกเจ็บปวดและอุณหภูมิลดลงเสี่ยงต่อการเกิดแผลได้ง่าย

2) ระบบประสาทและประสาทสัมผัส ผู้สูงอายุจะมีขนาดและน้ำหนักสมองลดลง ส่งผลให้เซลล์ประสาทลดลง สมองทำงานไม่มีประสิทธิภาพ การเคลื่อนไหวและความคิดเชื่องช้า การเรียนรู้สิ่งต่างๆที่สลับซับซ้อนยากขึ้น มีความจำเสื่อม แบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลงไป นอนน้อยลง ตื่นมากขึ้น นอกจากนี้ประสาทสัมผัสด้านการมองเห็นในผู้สูงอายุจะแย่ลง สายตายาว ลานสายตาแคบ และจะมองเห็นในที่มืดได้ไม่ดี เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย

3) ระบบหัวใจและหลอดเลือด เมื่ออายุมากขึ้นกล้ามเนื้อหัวใจห้องล่างซ้ายจะหนาตัวและมีประสิทธิภาพในการบีบเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆของร่างกายลดลง ทำให้เหนื่อยง่าย หลอดเลือดแดงมีความแข็งตัวยืดหยุ่นได้ไม่ดี ส่งผลให้เกิดความดันโลหิตสูงได้ นอกจากนี้ ในผู้สูงอายุมีจำนวนเม็ดเลือดแดงลดลง เกิดภาวะโลหิตจางและระบบภูมิคุ้มกันลดลง ส่งผลให้ติดเชื้อได้ง่าย

4) ระบบทางเดินหายใจ เมื่ออายุมากขึ้นความแข็งแรงของกล้ามเนื้อช่วยหายใจลดลง ผนังทรวงอกแข็ง ปอดขยายตัวได้น้อย เนื้อปอดขาดความยืดหยุ่น จำนวนถุงลมลดลง แต่มีขนาดใหญ่ขึ้น ทำให้ผนังถุงลมแตกง่าย การแลกเปลี่ยนก๊าซไม่ดี ทำให้ร่างกายได้รับออกซิเจนลดลง ส่งผลให้ผู้สูงอายุหายใจลำบากและเหนื่อยง่าย

5) ระบบทางเดินอาหาร ในผู้สูงอายุพบว่าต่อมน้ำลายมีจำนวนลดลง ทำให้ลิ้นแห้ง ปากแห้ง เหงือกที่หุ้มฟันร่นลง ฟักหักและหลุดร่วงง่าย ทำให้เคี้ยวอาหารไม่สะดวก นำไปสู่ภาวะขาดสารอาหาร

ตามมา นอกจากนี้ ลำไส้มีการหย่อนตัวและเคลื่อนไหวช้าลง ทำให้เกิดกรดไหลย้อนและเกิดท้องผูกในผู้สูงอายุได้

6) ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก ในผู้สูงอายุจำนวนและเส้นใยของกล้ามเนื้อลดลง แคลเซียมสลายออกจากกระดูกมากขึ้น ทำให้กระดูกเปราะและหักง่าย หมองรองกระดูกบางลง ทำให้ผู้สูงอายุหลังค่อม น้ำในข้อกระดูกต่างๆลดลง ทำให้การเคลื่อนไหวของข้อไม่สะดวก เกิดการแข็งตึงและอักเสบได้ง่าย ที่พบได้มาก คือ ข้อเข่าเสื่อม ส่งผลให้การเคลื่อนไหวไม่คล่องตัว เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุหกล้มได้ง่าย

7) ระบบทางเดินปัสสาวะและระบบสืบพันธุ์ ผู้สูงอายุจะมีขนาดไตลดลง อัตราการกรองของเสียที่ไตไม่มีประสิทธิภาพ ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะลดลง ทำให้มีปัสสาวะค้างในกระเพาะปัสสาวะเพิ่มขึ้น ผู้สูงอายุจึงถ่ายปัสสาวะบ่อย ในผู้ชายมักพบต่อมลูกหมากโต เป็นผลให้ถ่ายปัสสาวะลำบากได้ ในเพศหญิงรังไข่ฝ่อเล็กลง ช่องคลอดแคบสั้นลง สารหล่อลื่นภายในช่องคลอดลดลง เกิดการติดเชื้อและอักเสบได้ง่าย กล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานหย่อน ส่งผลให้กลั้นปัสสาวะไม่ได้

8) ต่อมไร้ท่อ ผลิตฮอร์โมนต่างๆน้อยลง เช่น ฮอร์โมนอินซูลิน ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง เกิดโรคเบาหวานได้ง่าย

จากความเสื่อมถอยด้านร่างกายเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุดังกล่าว ส่งผลให้ประชากรสูงอายุมีข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตและเกิดปัญหาสุขภาพต่างๆตามมา ซึ่งเป็นกลุ่มประชากรที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรังที่ทำให้เกิดความพิการทั้งด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิต เนื่องจากผู้สูงอายุมีลักษณะทางเวชกรรมที่แตกต่างจากวัยอื่น อันได้แก่ การเปลี่ยนแปลงทั้งทางกายวิภาคและทางสรีรวิทยาจากความชราที่เกิดขึ้น อาจมีพยาธิสภาพของโรคเรื้อรังหลายชนิดในหลายระบบของอวัยวะภายในร่างกายที่ส่งผลกระทบซึ่งกันและกัน ทำให้มีอาการและอาการแสดงของโรคที่ไม่ชัดเจนและมีความซับซ้อนมากขึ้น (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุ, 2560) ข้อมูลจากการสำรวจปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุไทย ในปี พ.ศ. 2560 พบว่า ผู้สูงอายุไทยไม่สามารถประกอบกิจวัตรพื้นฐานด้วยตนเองได้ คือ กินอาหารเอง เข้าห้องน้ำเอง แต่งตัวได้เองมีมากถึง ร้อยละ 5 โดยเฉพาะผู้สูงอายุวัยปลายที่ไม่สามารถช่วยตัวเองได้ มีมากถึงร้อยละ 19 ของผู้สูงอายุในวัยเดียวกันนี้ (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุ, 2561) ทำให้ผู้สูงอายุตกอยู่ในภาวะพึ่งพิงได้ในที่สุด

1.2 สถานการณ์ภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุ

แนวโน้มสถานการณ์ภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุทั่วโลก อัตราส่วนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากการสำรวจประชากรผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงของ United Nations (2015) ที่สำรวจอัตราส่วนพึ่งพิงโดยรวม ที่เรียกว่า The total dependency ratio (อัตราส่วนภาวะพึ่งพิงโดยรวม) หมายถึงจำนวนเด็กและวัยรุ่นที่อายุน้อยกว่า 20 ปี รวมกับกลุ่มคนอายุ 65 ปีขึ้นไป ต่อกลุ่มคนอายุ 20-64 ปี จำนวน 100 คน ซึ่งชี้ให้เห็นถึงจำนวนผู้ที่อยู่ในภาวะที่ต้องการการดูแลจากกลุ่มวัยทำงาน พบว่า

ผู้ที่มีสุขภาพดี และวางแผนด้านการเงินเป็นอย่างดีในกลุ่มคนวัยเกษียณจะมีโอกาสเกิดภาวะพึ่งพิงน้อย และผลการสำรวจอัตราส่วนภาวะพึ่งพิงโดยรวมทั่วโลกปี 2015 แสดงให้เห็นว่าภาวะพึ่งพิงในอดีตสูงสุดในช่วงต้นปี 1970 โดยมีผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง 112 คนต่อประชากรวัยทำงาน 100 คน และค่อยๆลดลงอย่างต่อเนื่อง จนกระทั่งปี 2015 มีผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง 74 คน ต่อวัยทำงาน 100 คน และมีแนวโน้มจะมีผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยคาดการณ์ว่าในปี 2030 จะพบผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง 76 คน ต่อวัยทำงาน 100 คน และในปี 2050 จะพบผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง 79 คน ต่อวัยทำงาน 100 คน ซึ่งเป็นการเพิ่มขึ้นอย่างช้าๆที่ต้องการการรองรับจากกลุ่มวัยทำงาน

นอกจากนี้ยังได้มีการเปรียบเทียบอัตราส่วนภาวะพึ่งพิงโดยรวมในปี 2015 และ 2050 พบว่าในปี 2015 อัตราส่วนภาวะพึ่งพิงโดยรวมในทวีปยุโรปมี 62 คน และ 67 คนในทวีปอเมริกาเหนือต่อประชากรวัยทำงาน 100 คน ซึ่งใกล้เคียงกับเอเชียที่มีอัตราส่วนภาวะพึ่งพิงโดยรวม 66 คน ต่อประชากรวัยทำงาน 100 คน แต่น้อยกว่าในละตินอเมริกาและคาริเบียน ที่มีอัตราส่วนภาวะพึ่งพิงโดยรวม 73 คน ต่อประชากรวัยทำงาน 100 คน และในช่วงปี 1950 ถึงกลางปี 1960 จำนวนผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงโดยรวมจำนวนมากนั้น เกือบทั้งหมดเป็นวัยเด็กและมีผู้สูงอายุเพียง ร้อยละ 10 ของประชากรที่ต้องพึ่งพิงทั้งหมด แต่เมื่อประชากรผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้อัตราส่วนภาวะพึ่งพิงโดยรวมเพิ่มมากขึ้นเช่นกัน โดยพบว่าปี พ.ศ. 2015 มีจำนวนประชากรผู้สูงอายุในอัตราส่วนภาวะพึ่งพิงโดยรวมเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 20 และคาดการณ์ว่าจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 36 ของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง

จากการสำรวจข้อมูลของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในประเทศไทย โดยสัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และกนิษฐา บุญธรรมเจริญ (2553) พบว่า ในปี พ.ศ. 2552 จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระดับรุนแรงสูงถึง 140,000 คน และคาดว่าจะเพิ่มเป็นสองเท่าหรือ 280,000 คน ในปี พ.ศ. 2567 และจากการสำรวจสภาวะผู้สูงอายุไทย ปี พ.ศ. 2556 พบว่า ผู้สูงอายุ ร้อยละ 2 อยู่ในสภาวะติดเตียง คือ อยู่ในสภาพพิการไม่สามารถช่วยตัวเองได้ ร้อยละ 19 กลุ่มติดบ้าน คือ มีปัญหาการเคลื่อนไหวไม่สามารถออกจากบ้านได้โดยสะดวก นอกจากนี้ ยังพบปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่สูงเป็นอันดับแรก คือการเคลื่อนไหวร่างกาย รองลงมา คือ ปัญหาการได้ยิน การมองเห็น ด้านการเรียนรู้ ด้านจิตใจ และสติปัญญา (สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย, 2556) ดังนั้น สัดส่วนของผู้สูงอายุต่อวัยแรงงานที่ไม่สมดุลกัน อาจส่งผลต่อการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาว จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการจัดระบบการดูแลและเฝ้าระวังการดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงในระยะยาวต่อไป เนื่องจากวัยสูงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายในทางเสื่อมถอย ตลอดจนความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหรืออุบัติเหตุ อันเป็นเหตุให้เกิดทุพพลภาพที่นำไปสู่การเกิดพึ่งพิงได้ในที่สุด (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2558)

โดยมีการให้ความหมายคำที่เกี่ยวข้องกับภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุต่อประชากรวัยแรงงาน เพื่อให้เข้าใจความหมายตรงกัน ประกอบด้วย ดัชนีการสูงอายุ อัตราส่วนพึ่งพิงวัยสูงอายุ และอัตราส่วนเกื้อหนุน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557) มีรายละเอียด ดังนี้

ดัชนีการสูงอายุ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง คือ อัตราส่วนของผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) ต่อเด็ก (อายุต่ำกว่า 15 ปี) 100 คน จากร้อยละ 22.6 ในปี พ.ศ. 2537 เป็นร้อยละ 82.6 ในปี พ.ศ. 2557

อัตราส่วนพึ่งพิงวัยสูงอายุ คือ อัตราส่วนของผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) ต่อผู้ที่อยู่ในวัยทำงาน (อายุ 15-59 ปี) 100 คน เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากร้อยละ 10.7 ในปี พ.ศ. 2537 เป็นร้อยละ 18.1 ในปี พ.ศ. 2554 และเพิ่มขึ้น เป็นร้อยละ 22.3 ในปี พ.ศ. 2557 นั่นหมายความว่าประชากรวัยทำงาน 100 คน จะต้องรับภาระในการเลี้ยงดูผู้สูงอายุ 22 คน

อัตราส่วนเกื้อหนุน คือ อัตราส่วนของคนวัยทำงาน (อายุ 15 – 59 ปี) ต่อผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) แสดงให้เห็นถึงศักยภาพของการเกื้อหนุนที่จำนวนคนวัยทำงานจะสามารถดูแลเกื้อหนุนผู้สูงอายุหนึ่งคน พบว่า มีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่องจากร้อยละ 9.3 ในปี พ.ศ. 2537 เป็นร้อยละ 7.0 ร้อยละ 6.3 และร้อยละ 5.5 (ในปี พ.ศ. 2545 2550 และ 2554 ตามลำดับ) โดยในปี พ.ศ. 2557 ลดลงเหลือร้อยละ 4.5 ซึ่งหมายความว่าคนวัยทำงาน 4 คน สามารถเลี้ยงดูผู้สูงอายุได้ 1 คน อันเป็นผลมาจากจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นและจำนวนคนวัยทำงานที่ลดลง

จะเห็นได้ว่าโครงสร้างประชากรมีการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง สัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น อัตราการเกิดลดน้อยลง สมาชิกในครอบครัวมีขนาดเล็กลง อีกทั้งอัตราส่วนของวัยแรงงานต่อผู้สูงอายุลดลง และมีผู้สูงอายุที่ต้องอยู่ตามลำพังเพิ่มมากขึ้น ในขณะที่การเปลี่ยนแปลงของร่างกายในผู้สูงอายุเป็นไปในทางเสื่อมถอยร่วมกับการมีโรคเรื้อรัง ที่ก่อให้เกิดภาวะทุพพลภาพและนำไปสู่การเกิดภาวะพึ่งพิงในที่สุด ดังนั้น การให้ความสำคัญในด้านการดูแลผู้สุงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง เพื่อให้สามารถทำกิจกรรมต่างๆได้ด้วยตนเอง พึ่งพิงผู้อื่นน้อยลง และการสนับสนุนช่วยเหลือผู้ดูแลจึงเป็นสิ่งที่จำเป็นอย่างยิ่งที่ควรให้ความสำคัญกับการจัดระบบการดูแลที่เหมาะสมและครอบคลุมต่อไป เพื่อให้เกิดความสมดุลกันระหว่างผู้ให้การดูแลทั้งแบบเป็นทางการ และไม่เป็นทางการต่อการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไป

1.3 ความหมายและสาเหตุของภาวะพึ่งพิง

สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ (2542) กล่าวว่า ภาวะพึ่งพิง (Dependence) หมายถึงภาวะที่ผู้สูงอายุไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมอย่างเป็นอิสระ และต้องการความช่วยเหลือหรือการเฝ้าระวังดูแลจากบุคคลอื่น เป็นผลมาจากการเสื่อมถอยของร่างกายตลอดจนผลของโรคเรื้อรังหรืออุบัติเหตุและนำไปสู่ความเสื่อมถอยที่เพิ่มขึ้นจนตกอยู่ในสถานะทุพพลภาพและพึ่งพิงในที่สุด

สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และกนิษฐา บุญธรรมเจริญ (2553) ให้ความหมายว่า ภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีความยากลำบากในการใช้ชีวิตประจำวัน (Activity of daily living) อย่างเป็นอิสระด้วยตนเอง อันหมายถึง การดูแลตนเองในกิจกรรมพื้นฐาน ได้แก่ การอาบน้ำ ทำความสะอาด แต่งตัว ขับถ่าย การลุก-นั่ง การเดินและเคลื่อนไหว การรับประทานอาหาร ซึ่งรวมถึงการทำกิจกรรมอื่นๆที่จำเป็นต่อชีวิตปกติ เช่น การเดินทาง การซื้อของ การนับเงิน การหุงหาอาหาร การทำความสะอาดบ้านเรือน เป็นต้น ซึ่งผู้สูงอายุที่มีระดับภาวะพึ่งพิง (ที่อาจวัดด้วยเครื่องมือดัชนีบาร์เทลหรือดัชนี ADL) ที่สูง ถือเป็นผู้ที่มีความยากลำบากในการใช้ชีวิตประจำวัน

วิราภรณ์ โพธิศิริ และคณะ (2559) ได้กล่าวว่า ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง พิจารณาจาก 2 มิติ คือ มิติทางสุขภาพและมิติทางสังคม ภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ ส่วนใหญ่ประเมินจากความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การเจ็บป่วยและโรคเรื้อรัง ในขณะที่ภาวะพึ่งพิงทางสังคมจะประเมินทางเศรษฐกิจ สังคม และสภาพครอบครัว เช่น ยากจน ขาดผู้ดูแล ถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพัง เป็นต้น

ราชบัณฑิตยสถาน (2559) ให้ความหมายของภาวะพึ่งพิง (Dependence) หมายถึง ภาวะที่ต้องการการช่วยเหลือจากผู้อื่นในการดำรงชีวิตและประกอบกิจกรรมต่างๆ โดยผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพเป็นกระบวนการเกิดที่นำไปสู่ภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุ มีความสลับซับซ้อน และเป็นกระบวนการที่เกิดพัฒนาการอย่างต่อเนื่องจากภาวะบกพร่องหน้าที่ (Impaiement) เกิดภาวะจำกัดในการทำหน้าที่ของร่างกาย (Function limitation) ไปสู่การเกิดข้อจำกัดหรือข้อบกพร่องในการปฏิบัติกิจกรรมที่เคยทำเป็นประจำที่เรียกว่าภาวะพึ่งพา

สรุปได้ว่า ภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุแบ่งได้ 2 มิติ คือ ภาวะพึ่งพิงทางด้านร่างกาย หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำขั้นพื้นฐาน ได้แก่ การอาบน้ำ ทำความสะอาด แต่งตัว ขับถ่าย การลุก-นั่ง การเดินและเคลื่อนไหว การรับประทานอาหาร ซึ่งรวมถึงการทำกิจกรรมอื่นๆ ที่จำเป็นต่อชีวิตปกติ เช่น การเดินทาง การซื้อของ การนับเงิน การทำความสะอาดบ้านเรือน การหุงหาอาหาร เป็นต้น ซึ่งเป็นผลจากการเสื่อมถอยของร่างกายตลอดจนผลของโรคเรื้อรังหรืออุบัติเหตุ ทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพ เกิดความยากลำบากในการดำเนินชีวิตประจำวัน จนนำไปสู่การพึ่งพิงผู้อื่นได้ โดยการเกิดภาวะพึ่งพิงทางด้านร่างกายนี้ ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะพึ่งพิงทางสังคม เนื่องจากต้องการการดูแลจากบุคคลอื่น หากผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงนี้ไม่ได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลใกล้ชิด ขาดให้การผู้ดูแล ถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพัง อาจส่งผลกระทบด้านลบต่อผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกายและจิตใจตามมา

จากรายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย ในปี พ.ศ. 2547-2552 พบว่า ผู้สูงอายุมีความสูญเสียปีสุขภาวะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง สาเหตุหลักของความสูญเสียปีสุขภาวะ ได้แก่ โรคหัวใจหลอดเลือด โรคมะเร็ง รองลงมา คือความผิดปกติทางการรับรู้ โรคระบบทางเดินหายใจและเบาหวาน ซึ่งโรคเรื้อรังเหล่านี้เป็นสาเหตุนำไปสู่ภาวะทุพพลภาพอย่างรวดเร็ว (ปะราลี โอภาสนันท์,

2557) ส่งผลให้เกิดข้อจำกัดหรือข้อบกพร่องในการปฏิบัติกิจกรรมที่เคยทำเป็นประจำที่เรียกว่า ภาวะพึ่งพา (Verbrugge and Jette, 1994; Rejeski and Focht, 2002; Yong, 2005) โดยปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพพลภาพที่นำไปสู่การพึ่งพาระยะยาวในผู้สูงอายุมี 4 สาเหตุหลัก คือ โรคเรื้อรังหรืออาการเจ็บป่วย ภาวะสมองเสื่อม การหกล้มและกระบวนการสูงอายุ (ศิราณี ศรีหาภาค, โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณิศร เต็งรัง, 2557) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1) โรคเรื้อรัง หรืออาการเจ็บป่วยที่ทำให้ร่างกายเกิดพยาธิสภาพและการสูญเสียหน้าที่ในการทำงานของระบบต่างๆในร่างกาย ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดข้อจำกัดทางด้านร่างกาย สูญเสียความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันมากขึ้น จากรายงานการวิจัย พบว่า โรคเรื้อรังร่วมที่มากกว่า 2 ชนิดขึ้นไป โดยเฉพาะโรคหลอดเลือดสมอง และโรคข้ออักเสบมีระดับความสัมพันธ์สูงต่อการเกิดภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุ ซึ่งการศึกษาในประเทศไทย พบว่า โรคเรื้อรังที่เป็นสาเหตุการเกิดโรคร่วมของผู้สูงอายุ คือ โรคความดันโลหิตสูง โดยพบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 6-9 ไม่ได้รับการรักษา และร้อยละ 23-25 ไม่สามารถควบคุมอาการได้

2) ภาวะสมองเสื่อม เป็นการเปลี่ยนแปลงทางการรับรู้เป็นกระบวนการคิด การเรียนรู้และการจดจำที่เป็นผลจากเหตุทั้งภายในและภายนอกของผู้สูงอายุเอง สันนิษฐานว่ากลไกการเกิดการสูญเสียการรับรู้ ประกอบด้วย ข้อมูลที่อยู่ในกระบวนการทำหน้าที่เกี่ยวกับการจดจำของสมอง ข้อจำกัดในการทำหน้าที่ของสมอง และการทำหน้าที่ของประสาทรับความรู้สึก ผลจากการติดตามผู้สูงอายุระยะเวลา 10 ปี พบว่า ภาวะสมองเสื่อมมีระดับนัยสำคัญสูงกับกระบวนการเกิดภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุในประเทศฝรั่งเศส และผลการศึกษาในประเทศเยอรมัน พบว่า ภาวะสมองเสื่อมเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุ เช่นเดียวกับการศึกษาในประเทศไทยที่พบว่า ร้อยละ 12.4 มีผู้สูงอายุที่แสดงอาการว่าอาจจะมีภาวะสมองเสื่อมที่ยังไม่ได้รับการรักษา

3) การหกล้ม พบว่าในผู้สูงอายุระบบกระดูกและกล้ามเนื้อทั้งรูปร่างและโครงสร้างเปลี่ยนแปลงไป ความแข็งแกร่งและความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง การทำหน้าที่ของกล้ามเนื้อลดลง จึงทำให้ผู้สูงอายุมีปัญหาโรคของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ มีโอกาสเกิดการได้รับบาดเจ็บโดยเฉพาะการหกล้มสูง ส่งผลให้เกิดความกลัวต่อการหกล้ม และพยายามหลีกเลี่ยงการปฏิบัติกิจกรรม เกิดการสูญเสียความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ เสียการทรงตัว จนนำไปสู่ความยากลำบากในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่มีอายุ ตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป พบว่า การหกล้มเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ เกิดภาวะทุพพลภาพ ซึ่งสอดคล้องกับข้อสรุปขององค์การอนามัยโลกและการศึกษาในประเทศที่พัฒนาแล้วที่ผ่านมา

4) อายุ พบว่า อายุที่เพิ่มสูงขึ้นมีผลให้ร่างกายเกิดกระบวนการทุพพลภาพและทำให้เสี่ยงต่อความพิการด้านร่างกาย โดยกระบวนการชราภาพจะทำให้เกิดการทำงานของระบบประสาทสัมผัส

CHULALONGKORN UNIVERSITY

และประสาทสั่งการลดลง เกิดกระบวนการเสื่อมของอวัยวะต่างๆในร่างกาย เช่น ระบบหายใจและหัวใจ ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ และระบบประสาท เป็นต้น อายุที่มากขึ้นจึงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการเกิดภาวะทุพพลภาพตามมา

ดังนั้น ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุอาจเกิดได้หลายสาเหตุร่วมกัน และปัจจัยหลักมักเกิดจากภาระโรคเรื้อรังร่วมกับความเสื่อมถอยของร่างกายในผู้สูงอายุ โดยข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุอาจมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีการประเมินระดับความรุนแรงของภาวะพึ่งพิง ที่อาจส่งผลกับภาระการดูแลของผู้ดูแลต่อไป

1.4 การประเมินภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุ

1.4.1 เครื่องมือในการประเมินภาวะสุขภาพ

เครื่องมือในการประเมินภาวะสุขภาพของผู้สุงอายุมีประโยชน์ในแง่ของการจัดระบบการดูแลตามกลุ่มความต้องการการดูแลในผู้สูงอายุ เพื่อให้วางแผนการดูแลผู้สูงอายุได้ง่ายขึ้น โดยสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (2542) ได้อธิบายถึงเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุไว้ 2 แบบ ได้แก่ ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล และดัชนีจุฬาเอดีแอล โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1) ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Bathel ADL Index) เป็นการประเมินกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน เป็นกิจกรรมที่ผู้สูงอายุต้องทำอยู่เป็นประจำในการดูแลตนเอง และเพื่อการดำรงชีวิตภายในบ้านอย่างเป็นอิสระในระดับที่ยอมรับได้ ประกอบไปด้วย การสัมภาษณ์กิจวัตรประจำวันรวม 10 กิจกรรม ได้แก่ การรับประทานอาหาร การทำความสะอาดใบหน้า การเคลื่อนย้ายจากนอนมานั่ง การเข้าใช้ห้องสุขา การเดินหรือเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน การขึ้นลงบันได การสวมใส่เสื้อผ้า การอาบน้ำ การกลั้นปัสสาวะ และการกลั้นอุจจาระ โดยมีคะแนนการประเมินต่ำสุด 0 คะแนน และคะแนนสูงสุด 20 คะแนน ถึงแม้จะมีข้อโต้แย้งของการจำแนกว่าการกลั้นปัสสาวะและการกลั้นอุจจาระควรจะอยู่ในภาวะบกพร่องมากกว่าภาวะทุพพลภาพ แต่เครื่องมือในการประเมินกิจวัตรประจำวันพื้นฐานที่สำคัญ เช่น ดัชนี Katz ADL Index ก็รวมเอาการกลั้นปัสสาวะและอุจจาระไว้ด้วย ซึ่งการพิจารณาภาวะพึ่งพิงจากดัชนีบาร์เธลเอดีแอล นอกจากจะพิจารณาเป็นรายกิจกรรมแล้ว ยังสามารถพิจารณาด้วยคะแนนรวม เพื่อใช้ในการเปรียบเทียบระดับความรุนแรงของการพึ่งพิงในกลุ่มประชากรสูงอายุ

2) ดัชนีจุฬาเอดีแอล เป็นเครื่องมือในการประเมินกิจวัตรประจำวันต่อเนื่องเพื่อการดำรงชีวิตในชุมชน ประกอบด้วย 5 กิจกรรม ได้แก่ การเดินหรือเคลื่อนที่ภายนอกบ้าน การประกอบอาหาร การทำงาน (ถูบ้าน หรือ ซักผ้า หรือ รีดผ้า) การทอนเงิน และการใช้ขนส่งสาธารณะ โดยคะแนนต่ำสุด เท่ากับ 0 คะแนน และคะแนนสูงสุดเท่ากับ 9 คะแนน การพิจารณาภาวะพึ่งพิงจะพิจารณาทั้งเป็นรายกิจกรรมและการใช้คะแนนรวมเช่นเดียวกับบาร์เธลเอดีแอล

โดยเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุทั้ง 2 แบบนี้ มีจุดประสงค์เพื่อประเมินความเป็นอิสระในการทำกิจวัตรที่จำเป็นสำหรับการดูแลตนเองขั้นพื้นฐานและกิจวัตรที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุในขณะช่วงเวลาที่ทำการสำรวจ เนื่องจากต้องการประเมินลักษณะของการพึ่งพิงมากกว่าประเมินความสามารถและเพื่อตัดปัญหาของความเข้าใจผิดของผู้สูงอายุและผู้ดูแลถึงความสามารถในการทำกิจกรรมว่าทำได้ ทั้งที่ไม่ได้อยู่ในช่วงเวลานั้นและอาจทำไม่ได้ จึงใช้หลักในการเก็บข้อมูล คือ การสัมภาษณ์ว่าผู้สูงอายุสามารถทำกิจวัตรนั้นได้หรือไม่ โดยการประเมินดัชนีบาร์เธลเอดีแอล คือการสัมภาษณ์ว่าผู้สูงอายุสามารถทำกิจวัตรนั้นในระยะเวลา 24-48 ชั่วโมงหรือไม่ ส่วนการประเมินดัชนีจุฬาเอดีแอล เป็นการสัมภาษณ์ว่าผู้สูงอายุสามารถทำกิจวัตรนั้น ในระยะ 1-2 สัปดาห์หรือไม่ โดยการประเมินทั้งสองรูปแบบนี้ เป็นการประเมินกิจวัตรที่ผู้สูงอายุทำอยู่จริง (do do) ต้องไม่ใช่การประเมินว่าผู้สูงอายุสามารถทำได้หรือไม่ (can do) หรือคิดว่าตนเองทำได้หรือไม่ (I think I can do) ผู้เก็บข้อมูลจึงต้องทราบรายละเอียดของดัชนีทั้งสองและได้รับการฝึกสอนถึงหลักและกลวิธีในการเก็บข้อมูลเป็นอย่างดีก่อนสำรวจ

จะเห็นได้ว่า ทั้งดัชนีบาร์เธลเอดีแอลและดัชนีจุฬาเอดีแอล มีความสำคัญอย่างยิ่งในการประเมินผู้สูงอายุที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในการทำกิจวัตรประจำวัน ซึ่งผู้ประเมินนั้นจะต้องมีความรู้และความเข้าใจในวิธีใช้แบบประเมินอย่างถูกต้องเพื่อนำมาใช้เป็นแนวทางในช่วยเหลือและวางแผนกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม โดยการวิจัยในครั้งนี้ ได้นำแบบประเมินดัชนีบาร์เธลเอดีแอลมาใช้ในการประเมินความสามารถของผู้สูงอายุในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน เพื่อเป็นการประเมินกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลในเบื้องต้น ซึ่งประเทศไทยนั้นได้จัดกลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงไว้ เพื่อให้สะดวกในการเข้าถึงผู้สูงอายุในแต่ละกลุ่ม และให้การดูแลที่เหมาะสม ซึ่งจะกล่าวถึงดังต่อไปนี้

1.4.2 การจัดกลุ่มผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิง

จากการศึกษาคู่มือระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อรจิตต์ บำรุงสกุลสวัสดิ์, 2559) ได้มีการจำแนกผู้สูงอายุตามกลุ่มศักยภาพตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Activities of Daily living: ADL) และจัดกลุ่มผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงไว้ เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการวางแผนการดูแลผู้สูงอายุเฉพาะรายได้อย่างเหมาะสม ดังนี้

1) การจำแนกผู้สูงอายุตามกลุ่มศักยภาพ ตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Activities of Daily living: ADL) โดยจำแนกตามแบบประเมินของดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index) โดยวัดความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันผู้สูงอายุขั้นพื้นฐาน 10 กิจกรรม คะแนนรวมทั้งหมด 20 คะแนน ซึ่งจำแนกการแปลผลเป็น 4 ระดับ คือ

1. พึ่งพาสมบูรณ์ 0-4 คะแนน
2. พึ่งพารุนแรง 5-8 คะแนน
3. พึ่งพาปานกลาง 9-11 คะแนน
4. ไม่พึ่งพา 12 คะแนน ขึ้นไป

2) การจัดกลุ่มผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิง โดยแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม จากการประเมินระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน ดังนี้

กลุ่มที่ 1 กลุ่มติดสังคม คือ ผู้สูงอายุที่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง และสามารถออกนอกบ้านไปมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นในสังคมได้ เป็นกลุ่มไม่พึ่งพา ได้คะแนน ADL 12 คะแนนขึ้นไป

กลุ่มที่ 2 กลุ่มติดบ้าน คือ ผู้สูงอายุที่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง แต่มีปัญหาในการเคลื่อนที่เมื่อต้องการออกไปนอกบ้านจึงไม่สะดวกที่จะออกนอกบ้าน เป็นกลุ่มพึ่งพาปานกลางและรุนแรงได้คะแนน ADL 5-11 คะแนน

กลุ่มที่ 3 กลุ่มติดเตียง คือ ผู้สูงอายุที่ป่วยและช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิการ/ทุพพลภาพเป็นกลุ่มพึ่งพาสมบูรณ์ ได้คะแนน ADL 0-4 คะแนน

การจัดกลุ่มภาวะพึ่งพิง เป็นขั้นตอนสำคัญในการจัดกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความต้องการในการช่วยเหลือดูแลหรือส่งเสริมสุขภาพที่แตกต่างกันในแต่ละกลุ่มและระดับความรุนแรง ซึ่งจะใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการดูแลช่วยเหลือ และส่งเสริมสุขภาพให้มีความเหมาะสมกับความต้องการของผู้สูงอายุ โดยรูปแบบการดูแลจะมีความแตกต่างกันในแต่ละประเทศ ซึ่งขึ้นอยู่กับบริบททางสังคมของแต่ละประเทศ สำหรับประเทศไทยนั้นได้มีการจัดระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ โดยเน้นครอบครัวและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุมากขึ้น

1.5 รูปแบบการดูแลสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

เมื่อผู้สูงอายุเกิดภาวะพึ่งพิง อันเนื่องมาจากภาวะการณ์เจ็บป่วยเรื้อรัง การประสบอุบัติเหตุ ความพิการต่างๆ ตลอดจนผู้สูงอายุชราภาพและไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ ซึ่งส่งผลต่อปัญหาสุขภาพในระยะยาวตามมา ดังนั้น การจัดรูปแบบการดูแลระยะยาวที่เหมาะสมจะทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้ (World Health Organization, 2000)

1.5.1 รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในต่างประเทศ พบว่า ในระบบการดูแลระยะยาวของแต่ละประเทศ มีรูปแบบการดูแลที่แตกต่างกัน โดยมีความสัมพันธ์กับเศรษฐกิจของแต่ละประเทศ (กนิษฐา บุญธรรมเจริญ และศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2548) ซึ่งความแตกต่างกันระหว่างในประเทศพัฒนาแล้วกับประเทศที่กำลังพัฒนา คือ ประเทศที่กำลังพัฒนาจะพึ่งพาการดูแลแบบไม่เป็นทางการ หรือการดูแลในครอบครัวและชุมชนเป็นหลักโดยมีระบบบริการจากภาครัฐ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ให้การสนับสนุนที่น้อยมากหรือไม่มีเลย ส่วนประเทศพัฒนาแล้วหรือประเทศอุตสาหกรรมที่รัฐสวัสดิการ มีจุดเริ่มต้นจากการดูแลในสถานเลี้ยงดูผู้สูงอายุที่รัฐเป็นผู้จัดให้ในอดีตมาสู่แนวทางการดูแลภายในบ้านและชุมชนโดยมีการจัดบริการให้การสนับสนุนแก่ผู้ดูแลในครอบครัว เพื่อให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ยังคงอาศัยการดูแลแบบไม่เป็นทางการ และในแต่ละประเทศจะมีรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่แตกต่างกันออกไป เช่น ประเทศอังกฤษ มีระบบสวัสดิการที่มีรากฐานจากแนวคิดรัฐสวัสดิการของ Beveridge model ใช้ภาษีเป็นกลไกในการระดมทุนเพื่อให้การดูแลผู้ที่ด้อยโอกาสเช่นเดียวกับประเทศแคนาดาและออสเตรเลียซึ่งเป็นกลุ่มประเทศในเครือจักรภพ ส่วนในประเทศญี่ปุ่น ได้พัฒนาขึ้นมาเป็นประเทศอุตสาหกรรม โดยใช้ระบบกองทุนประกันการดูแลระยะยาว (Long-term care insurance) ในการสนับสนุนสวัสดิการแก่ประชาชน และในประเทศสิงคโปร์ รัฐบาลได้ให้การสนับสนุนโดยเฉพาะกลุ่มที่ด้อยโอกาสเป็นหลัก ขณะเดียวกันก็ส่งเสริมการออมส่วนบุคคลเพื่อรองรับค่าใช้จ่ายบริการสุขภาพและความพิการ คล้ายคลึงกับสหรัฐอเมริกาที่รัฐให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุ โดยระบบภาษีผ่าน Medicaid (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และกนิษฐา บุญธรรมเจริญ, 2553) เป็นต้น

1.5.2 รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในประเทศไทย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2559) กล่าวถึง ความเป็นมาของนโยบายระบบการดูแลระยะยาวว่าส่วนหนึ่งเป็นแรงผลักดันที่เกิดขึ้นจากเวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 2 ในปี พ.ศ. 2552 ซึ่งได้มีการบรรจุวาระการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในการประชุมและเป็นมติสมัชชา โดยมีมติร่วมกันในสาระสำคัญ คือ ให้รัฐมีหน้าที่จัดการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐานหลัก และคณะรัฐมนตรีมีมติเห็นชอบให้สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อขับเคลื่อนมติสู่การปฏิบัติเมื่อวันที่ 23 มีนาคม พ.ศ. 2553 ภายหลังต่อมา ในขณะที่แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงที่ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ รวมถึงนโยบายพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ในระดับตำบลของกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ล้วนเป็นความพยายามที่จะพัฒนาระบบเพื่อเป็นการสนับสนุนครอบครัวให้มีศักยภาพในการดูแลเพิ่มขึ้น (กฤตวรรณ สาหร่าย, 2560)

การดูแลระยะยาวสำหรับประเทศไทยนั้น ยังคงเปนหน่าที่หลักของครอบครัว โดยเฉพาะการดูแลสวนบุคคลที่ไมใชพยาบาลแบบวิชาชีพ ขณะนี้การดูแลสุขภาพมีลักษณะครอบคลุมถ่วนหน่าแตยังไมไดใหความครอบคลุมไปถึงการดูแลระยะยาว ขณะที่การบริการทางสังคมจัดใหเฉพาะผูที่สามารถดูแลกิจวัตรสวนบุคคลได้ การดูแลระยะยาวสำหรับผูมีภาวะพึ่งพิงจึงเปนบทบาทของครอบครัวเทานั้น ที่ตองใหการดูแลทางกายและจิตใจ และใหการสนับสนุน

ทางด้านการเงินร่วมด้วย ซึ่งบริการทางการแพทยที่รับผิดชอบโดยกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพเปนหลัก ไดขยายขอบเขตครอบคลุมไปถึงการใหบริการสุขภาพที่บาน (Home Health Care) ที่ประกอบดวยทีมแพทย ทีมพยาบาล นักสังคมสงเคราะห เภสัชกร และนักกายภาพบำบัดในการติดตามภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุและครอบครัวเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน นอกจากนั้น กรมอนามัยไดมีการดำเนินการโครงการ “การดูแลสุขภาพผูสูงอายุที่บาน” โดยมีวัตถุประสงคในการดำเนินโครงการเพื่อใหผูปวยไดรับการดูแลอยางตอเนื่องที่บาน และเปนการลดอัตราเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซอนของผูปวย รวมถึงเพื่อเปนการลดความวิตกกังวลที่อาจเกิดขึ้นทั้งตอตัวผูปวย ญาติ และผูดูแล ซึ่งการดูแลในลักษณะดังกลาวนี้ จะชวยประหยัดคาใชจายต่างๆ รวมทั้งค่ารักษาพยาบาล ค่าเดินทาง และคาเสียโอกาสของญาติและผูดูแล อีกทั้งเปนการลดจำนวนเตียงผู้ป่วยเรื้อรังและจำนวนวันที่นอนโรงพยาบาล เพิ่มการหมุนเวียนของอัตราเตียงว่างเพื่อรองรับผูปวยฉุกเฉินอีกด้วย (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และกนิษฐา บุญธรรมเจริญ, 2553)

โดยรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงในระยะยาว แบ่งออกเป็น 4 ประเภท (ศศิพัฒน ยอดเพชร, 2549) ดังนี้

1) รูปแบบบูรณาการศูนยบริการ (Intergrated Home - Service Center Model) เป็นการผสมผสานระหว่างบ้านและศูนย์บริการที่ให้บริการด้านสุขภาพพื้นฐาน ที่ให้การสนับสนุนผู้สูงอายุนอกเหนือจากครอบครัว เป็นการจัดการภายในศูนยที่ผูสูงอายุสามารถเขาไปรับบริการไดตามความสะดวกและตามความพรอม อีกทั้งเสียคาใชจายนอยมาก โดยสถานที่จัดบริการ คือ ศูนยบริการสุขภาพ ศูนยนันทนาการ รูปแบบในการใหบริการมีการดูแลสุขภาพ การจัดรถรับ–สง การจัดอาหาร การใหคำปรึกษา การจ้างงาน การออกกำลังกาย การดูแลสุขภาพอนามัยที่บาน บริการดูแลสุขภาพกลางวัน (day health care) บริการดานกฎหมาย บริการทางโทรศัพท

2) รูปแบบการรวมบริการ (Congregate Service Model) เปนการรวบรวมหลายๆ บริการเข้าด้วยกัน สวนใหญจะเป็นการจัดบริการพื้นฐานมากกว่า โดยครอบครัวเขามามีบทบาทน้อย เพราะมีสถาบันเขามาให้การดูแลและจัดหาบริการที่ตอบสนองความตองการของผูสูงอายุ ซึ่งสถานที่จัดบริการ คือ ครอบครัวอุปถัมภ บานพัก คนชรา สวนรูปแบบในการใหบริการอาหาร นันทนาการ การใหความรูเรื่องการดูแลสุขภาพ การทำงานอดิเรก บริการแมบาน การดูแลสุขภาพอนามัยที่บาน บริการแมบาน บริการรถรับ–สง บริการนี้มีความแตกตางจากรูปแบบบูรณาการศูนย์บริการ เนื่องจากมีสถาบันเขามาใหบริการและบริการสวนใหญที่จัดใหก็เปนบริการพื้นฐานภายในบาน

3) รูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home Care Service) เปนบริการเบื้องตนสำหรับผูสูงอายุที่อาศัยอยูที่บ้าน เพื่อตอบสนองความตองการของครอบครัวและผูสูงอายุ อีกทั้งเปนการหลีกเลี่ยงการนำผูสูงอายุไปอยู่กับสถาบัน โดยสถานที่จัดบริการ คือ บาน รูปแบบในการ

ให้บริการ ได้แก่ บริการทางโทรศัพท แม่บ้านอาหาร บริการดูแลสุขภาพกลางวัน การดูแลสุขภาพอนามัยที่บาน เพื่อนเยี่ยมบาน บริการแมบาน บริการรถรับ–สง เพื่อไปรักษาพยาบาล

4) รูปแบบการดูแลในสถาบัน (Institution Care Model) คือ บริการในสถาบันที่ควรจะเปนทางเลือกสุดท้ายสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแล การบำบัด ฟนฟูและการพักฟนภายหลังเจ็บปวย การดูแลในสถาบันจะทำให้ระดับการช่วยเหลือตนเองหรือการพึ่งพาตนเองลดน้อยลง อีกทั้งบริการในสถาบันนี้ต้องอาศัยการสนับสนุนด้านการเงินจากรัฐมาก ซึ่งสถานที่จัดบริการ คือ หนวยงานที่ให้การดูแลรักษาระยะยาวในโรงพยาบาล ได้แก่ การให้การพยาบาล (nursing care) การดูแลด้านการแพทย (medical care) การให้คำปรึกษา การทำความสะอาด บริการหองพัก นันทนาการ อาชีวบำบัด การทำจิตบำบัด ศาสนบำบัด และบริการสังคมอื่นๆ

โดยองค์ประกอบของการดูแลระยะยาวในครอบครัว (ศศิพัฒน ยอดเพชร และคณะ, 2552) ได้แก่ 1) การประเมินสถานการณปญหา และการควบคุมให้มีบริการตามที่กำหนดไว 2) การสงเสริมสุขภาพการปองกันสุขภาพ การปองกันและการบำบัดรักษาตามความจำเปน 3) สิ่งอำนวยความสะดวกในการดูแลตนเอง การช่วยเหลือตนเอง การช่วยเหลือซึ่งกันและกันและการพิทักษสิทธิ์ 4) การจัดหาเครื่องใช้พื้นฐาน เชน เครื่องช่วยหรือเครื่องมือในการช่วยฟงและช่วยเดิน รวมทั้งยาต่างๆ 5) การสนับสนุนพิเศษสำหรับผู้มีปญหาทางจิต เชน วิกลจริตหรือปญหาทางจิต 6) การพัฒนาเครือขายที่ไม่เปนทางการเพื่ออำนวยความสะดวกทางสังคม 7) การกำหนดเกณฑทางสังคมและบทบาทในการดูแลของชุมชน (World Health Organization, 2000) ซึ่งเป็นลักษณะของการดำเนินงาน หรือกิจกรรมการให้บริการดูแลในครอบครัวอย่างเปนระบบและตอเนื่องเพื่อแก้ไขปญหาของผู้สูงอายุที่เจ็บปวยเรื้อรัง และช่วยให้ครอบครัวได้ดำเนินชีวิตไปได้อย่างปกติ

ดังนั้น การดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว จึงหมายถึง การดูแลสมาชิกครอบครัวทั้งหมดให้สามารถใช้ชีวิตรวมกันกับผู้สูงอายุที่เจ็บปวยได้อย่างมีคุณภาพที่ดี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อปองกันบำบัดรักษา และฟนฟูสภาพร่างกาย จิตใจของผู้สูงอายุ ด้วยเหตุนี้วิธีการดูแลในครอบครัวจึงเปนการดูแลทั้งการเจ็บปวย (Diseased Approach) การดูแลเฉพาะราย (Case Approach) และการดูแลสมาชิกทั้งครอบครัว (The Whole Approach) (ศศิพัฒน ยอดเพชร และคณะ, 2552) ซึ่งประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมสูงอายุอย่างรวดเร็ว โดยแนวโน้มของประชากรสูงอายุมีอัตราการเกิดภาวะพึ่งพิงสูงขึ้น การจัดระบบการดูแลผู้สูงอายุในรูปแบบการดูแลระยะยาว ทั้งจากแบบที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ จะช่วยทดแทนความต้องการพื้นฐานของผู้สูงอายุที่สูญเสียความสามารถในการดูแลตนเอง มีภาวะสุขภาพและความเป็นอยู่ทางสังคมที่ดีที่สุดเท่าที่จะทำได้ โดยอาศัยความร่วมมือระหว่างการดูแลในครอบครัว สถาบันและชุมชน ที่มีเป้าหมายลดความพิการหรือภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุให้เกิดขึ้นช้าลง ซึ่งผู้ดูแลในครอบครัวจึงถือเป็นเครือข่ายสำคัญอย่างยิ่งในการดูแลผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

2. ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว

2.1 ความหมายและการแบ่งประเภทของผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว

สุดศิริ หิรัญชุณหะ (2541) ได้ให้ความหมายของผู้ดูแลในครอบครัวว่า หมายถึง สมาชิกในครอบครัวที่มีสายสัมพันธ์ใกล้ชิดกัน ที่เกี่ยวข้องเป็นบิดา มารดา สามี ภรรยา หรือบุตรหลานที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันกับผู้ป่วยและทำหน้าที่รับผิดชอบเป็นผู้ดูแลหลัก

Flewell, Levine and Freedman (2005) ให้ความหมาย ผู้ดูแลในครอบครัว คือ บุคคลที่รับผิดชอบในการดูแลความต้องการประจำวันของผู้อื่น มีความรับผิดชอบต่อการสนับสนุนทางร่างกายอารมณ์และการเงินของผู้อื่นที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ อันเนื่องมาจากเจ็บป่วย บาดเจ็บหรือทุพพลภาพ ผู้รับการดูแลอาจเป็นสมาชิกในครอบครัว เพื่อน คู่ชีวิต หรือเพื่อนฝูง

Sherman et al. (2014) ผู้ดูแลในครอบครัว คือ บุคคลที่ให้การดูแลผู้ป่วยเป็นหลัก รับผิดชอบหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยโดยตรงตลอด 24 ชั่วโมง หรือเป็นผู้ที่ใช้เวลาในการดูแลและอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด

Williams, Dixon, Feinn, and McCorkle (2015) กล่าวว่า ผู้ดูแลในครอบครัว คือ บุคคลที่เป็นผู้จัดสรรการดูแล หรือให้การสนับสนุนผู้ป่วยทางด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ และด้านอื่นๆที่ผู้ป่วยต้องการ โดยเป็นการดูแลที่ไม่มีค่าตอบแทน

สรุปได้ว่า ผู้ดูแลในครอบครัว (Family caregiver) หมายถึง บุคคลที่ทำกิจกรรมในการดูแลให้ผู้รับการดูแล (Care receiver) ซึ่งมีข้อจำกัดในการดูแลตนเองด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ โดยบุคคลนั้นต้องพึ่งพาผู้อื่นและต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งผู้ดูแลดังกล่าวคือสมาชิกภายในครอบครัวที่ให้การดูแลโดยไม่คิดค่าตอบแทน

โดยการแบ่งประเภทของผู้ดูแลสามารถแบ่งได้ 2 ประเภท คือ การดูแลแบบไม่เป็นทางการและการดูแลแบบเป็นทางการ ซึ่งการดูแลแบบไม่เป็นทางการ คือ ผู้ที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวหรือเพื่อนบ้าน โดยปกติจะไม่มีค่าใช้จ่าย ส่วนผู้ให้การดูแลอย่างเป็นทางการ คือ ผู้ให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้านและผู้เชี่ยวชาญด้านอื่นๆ ที่ได้รับการฝึกอบรมและต้องมีการชำระค่าบริการ (Flewell, Levine and Freedman, 2005) จะเห็นได้ว่า การดูแลอยางไมเปนทางการ (Informal care) หรือการดูแลโดยสมาชิกภายในครอบครัว (family caregiving) เปนการดูแลที่ไมมีคาตอบแทน จากการศึกษาของ Bowers (2004) ที่ศึกษาบุตรที่ให้การดูแลบิดามารดาที่มีอายุมากกวา 60 ปขึ้นไป ได้ระบุวาการดูแลสามารถแบงออกเปน 5 ประเภท (Nolan, Keady and Grant, 1995) ได้แก่

1) การดูแลเกี่ยวกับเหตุการณที่คาดวาจะเกิดขึ้น (anticipatory caregiving) อันไดแก การตัดสินใจ การปฏิบัติที่ขึ้นกับความต่องการในอนาคตของบิดามารดาที่ผู้ดูแลคิดเผื่อไว้ว่าอาจจะเกิดขึ้น เป็นสิ่งที่ผู้ที่ได้รับการดูแลมองไมเห็นเพราะผู้ดูแลมักให้การดูแลอยูหางๆ แตการดูแลเชนนี้

มีผลกระทบต่อผู้ดูแลเป็นอย่างมาก เช่น การปรับกิจกรรมของตนเองเพื่อให้พร้อมที่จะจัดการหากเหตุการณ์เฉพาะหน้าเกิดขึ้น

2) การดูแลแบบป้องกัน (preventive caregiving) เป็นการดูแลที่มีจุดประสงค์เพื่อป้องกันความเจ็บป่วย การได้รับบาดเจ็บและความเสื่อมทางด้านร่างกายและจิตใจ การดูแลในขั้นตอนนี้จะมีการติดตามอย่างใกล้ชิดมากกว่าการดูแลในขั้นตอนแรก เช่น การดูแลให้ได้รับประทานยาอย่างถูกต้อง ครบถ้วน การตรวจสอบว่าได้รับอาหารอย่างเพียงพอ

3) การดูแลแบบบริหารจัดการ (supervisory caregiving) เป็นการดูแลที่มุ่งไปที่การตรวจสอบการบริหารจัดการ เพื่อให้เกิดความมั่นใจ ผู้ดูแลจะกระทำอยู่เงียบๆโดยไม่ให้บิดามารดาทราบ เพื่อปกป้องความรู้สึกภาคภูมิใจและศักดิ์ศรีของผู้ที่ได้รับการดูแล เช่น การติดต่อโรงพยาบาล การพาไปพบแพทย์

4) การดูแลแบบช่วยเหลือกิจกรรมที่มีความซับซ้อน (instrumental caregiving) เป็นการดูแลที่ขึ้นกับภาวะสุขภาพทางกายของบิดามารดา โดยไม่ให้ความสนใจกับการดูแลด้านจิตใจและความเป็นปัจเจกบุคคล เช่น การช่วยทำงานบ้านต่างๆ การไปซื้อของให้

5) การดูแลแบบปกป้อง (protective caregiving) เป็นการดูแลเพื่อปกป้องบิดามารดาจากสาเหตุที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ (ภาวะสมองเสื่อม ภาวะซึมเศร้า) เช่น การดูแลสุขอนามัย การแต่งตัว การรับประทานอาหาร

โดยในกลุ่มผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการจากการศึกษาของ Paker (1992) ได้อธิบายความแตกต่างของกลุ่มผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการตามลักษณะความสัมพันธ์ (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2547) ดังนี้

1) ผู้ดูแลที่เป็นญาติ (Family Caregiver) หรือผู้ดูแลในครอบครัว คือ ผู้ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่เป็นสมาชิกในครอบครัวเดียวกัน ซึ่งเป็นผู้ดูแลไม่เป็นทางการที่พบบ่อยในสังคมไทย ทั้งนี้กลุ่มผู้ดูแลที่เป็นญาติ อาจประกอบด้วย ผู้ดูแลหลักและผู้ดูแลรอง เช่น สมาชิกบางคนดูแลเรื่องกิจวัตรประจำวัน บางคนดูแลเรื่องค่าใช้จ่าย บางคนดูแลเรื่องการพบไปพบแพทย์ ซึ่งขึ้นอยู่กับความสะดวกหรือความคล่องตัวในการติดต่อประสานงาน เป็นต้น

2) ผู้ให้การช่วยเหลือไม่เป็นทางการ (Informal helper) คือ ผู้ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่มาจากเครือญาติอื่นๆ เพื่อน เพื่อนร่วมงาน ที่ให้การช่วยเหลืองานบ้านหรือกิจวัตรประจำวัน โดยไม่คิดค่าตอบแทน การช่วยเหลือมาจากความรัก ความผูกพัน หรือการตอบแทนบุญคุณที่เคยมีให้กันในอดีต และจากการศึกษาของ Horowitz (1985) ได้แบ่งประเภทของผู้ดูแลในครอบครัวตามปริมาณการช่วยเหลือ ดังนี้

2.1) ผู้ดูแลหลัก (Primary caregiver) หมายถึง ผู้ที่เป็นหลักในการรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโดยตรงในระยะเวลาที่เจ็บป่วย หรืออาจเป็นผู้ดูแลที่คิดเป็นชั่วโมงดูแลต่อวันสูงสุด หรือผู้ที่ยอมรับว่าตนเองเป็นผู้ดูแล (Self-identified) ทำหน้าที่ปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น อาบน้ำ

แต่งตัว ดูแลกิจวัตรประจำวัน ดูแลวิทยาส่วนบุคคล ดูแลเรื่องการกินยา การทำแผล เป็นต้น โดยใช้เวลาของการดูแลสม่ำเสมอมากกว่าผู้อื่น (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2547)

2.2) ผู้ดูแลรอง (Secondary caregiver) หมายถึง บุคคลอื่นที่อาจมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมบางอย่างเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย แต่ไม่ได้กระทำอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง หรือมีระยะเวลาของการดูแลคิดเป็นชั่วโมงน้อยกว่าผู้ดูแลหลัก เช่น ให้การดูแลผู้ป่วยแทนผู้ดูแลหลักเป็นครั้งคราวเมื่อมีความจำเป็น เป็นธุระพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ พาผู้ป่วยไปปฏิบัติธรรม หรือเป็นผู้ช่วยของผู้ดูแลหลักในการดูแลเท่านั้น (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2547)

2.2 บทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว

การรับบทบาทการเป็นผู้ดูแล เริ่มจากการเจ็บป่วยหรือจากความเสื่อมโทรมของร่างกายของบุคคลที่ต้องการการดูแล เป็นภาวะที่เกิดปัญหากับสภาพร่างกายและจิตใจ จนไม่สามารถจะดูแลตนเองได้เป็นเหตุให้ต้องพึ่งพิงผู้อื่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งความเสื่อมโทรมทางร่างกายมักเป็นปัจจัยสำคัญที่ต้องการผู้ดูแลเข้ามาช่วยเหลือ ซึ่งในบริบทของครอบครัวไทย สังคมคาดหวังว่าผู้ที่เข้ามาให้การดูแลคือบทบาทของบุคคลในฐานะ “ญาติผู้ดูแล” (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2551) โดยเหตุผลสำคัญในการรับบทบาทหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ คือ

1) การมีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุในฐานะบิดามารดา บุตร สามี ภรรยา ญาติพี่น้องหรือตอบแทนบุญคุณที่ผู้สูงอายุเคยช่วยเหลือผู้ดูแลมาก่อน ความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้สูงอายุและผู้ดูแลจะก่อให้เกิดความเห็นใจและสงสารที่ผู้ดูแลมีต่อผู้สูงอายุ ซึ่งทำให้ผู้ดูแลมีความตั้งใจและเต็มใจในการดูแล

2) การทดแทนบุญคุณ “กตัญญูกตเวที” การดูแลผู้สูงอายุในบริบทของไทยได้รับอิทธิพลมาจากศาสนาพุทธ ทำให้ผู้ดูแลส่วนใหญ่รู้สึกว่าเป็นการทดแทนพระคุณที่เคยได้รับมาและมีความเต็มใจที่จะให้การดูแลต่อไป

3) เป็นการทำตามบทบาทหน้าที่ ที่พึงกระทำต่อผู้สูงอายุในฐานะเป็นคู่สมรส บุตรหลาน

จะเห็นได้ ในบริบทของสังคมไทย ครอบครัวยังคงเป็นเครือข่ายที่สำคัญในการดูแลผู้สูงอายุ โดยสาเหตุของการรับบทบาทการเป็นผู้ดูแลมีปัจจัยต่างๆ (ชื่น ชีวพูนผล, 2541) ดังนี้

1) บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ และวัฒนธรรมประเพณีที่สืบทอดกันมาแต่ช้านาน โดยส่วนใหญ่ครอบครัวมีหน้าที่ในการดูแลสมาชิกในครอบครัวให้ดำรงชีวิตอยู่อย่างมีความสุข และร่วมกันเผชิญกับสถานการณ์ที่เป็นความเครียด

2) สัมพันธภาพ บุคคลที่มีความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้รับการดูแลมีความเห็นใจ สงสาร และมีความห่วงใยมักจะเป็นผู้ให้การดูแล

CHULALONGKORN UNIVERSITY

3) ศักยภาพหรือความสามารถของผู้ดูแล ควรเป็นผู้ที่มีความรู้ มีความเข้าใจในการเจ็บป่วย เข้าใจในโรคและการดูแล รวมทั้งมีประสบการณ์หรือทักษะในการดูแลผู้ป่วย เช่น มีบุตรเป็นแพทย์หรือพยาบาล บุคคลนั้นจะมีแนวโน้มเป็นผู้รับผิดชอบในการดูแลมากกว่าคนอื่นๆ

4) การยอมรับของผู้รับการดูแล มีผู้รับการดูแลบางรายเลือกที่จะรับการดูแลจากสมาชิกหรือบุคคลที่ตนเป็นผู้เลือกเท่านั้น

5) เวลาและความสะดวกของผู้ดูแลที่จะสามารถให้การดูแลได้อย่างใกล้ชิด อาจขึ้นอยู่กับปัจจัยภายในของแต่ละบุคคล ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส งานที่ทำประจำ เป็นต้น

6) ความจำเป็นทางเศรษฐกิจ บุคคลที่ไม่มีรายได้จากงานประจำมักเป็นผู้ที่ต้องรับบทบาทในการดูแล เนื่องจากสามารถจัดสรรเวลาในการดูแลได้ และเกิดผลกระทบต่อรายได้ในครอบครัวน้อยที่สุด

จากการศึกษาพบว่ามีผู้ดูแลประมาณร้อยละ 10 ที่มีสถานภาพเป็นคู่สมรสของผู้สูงอายุ โดยส่วนใหญ่ภรรยารับภาระดูแลสามี และเป็นจำนวนมากที่ทั้งคู่ต่างเป็นผู้สูงอายุด้วยกัน จึงคาดการณ์ได้ว่าในอนาคตเมื่อต่างมีอายุมากขึ้น และต่างคนต่างอยู่ในภาวะพึ่งพิงย่อมเกิดปัญหาด้านผู้ดูแลอย่างแน่นอน อย่างไรก็ตาม บทบาทหน้าที่การดูแลของคนในสังคมไทยส่วนใหญ่ยังคงเป็นบุตรหลาน โดยจะพบว่าบุตรหลานผู้ดูแลนี้อยู่ในสถานะที่เรียกว่ามี “บทบาทเชิงซ้อน” (Sandwich Roles) คือ การที่ต้องดูแลทั้งบุตรและบุพการีพร้อมๆกัน นอกจากนั้น ยังมีบทบาทหลายๆด้านรวมถึงการทำงานหารายได้ร่วมด้วย (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2547) โดย Agree, Bissett and Rendall (2003) ได้อธิบายถึงวัยแรงงานที่เป็นทั้งผู้รับผิดชอบทั้งบิดา มารดา บุตร เป็นผู้ที่ต้องแสดงบทบาทหน้าที่ต่อครอบครัวในหลายด้านทั้งการเป็นสามีหรือภรรยา การเป็นบิดามารดาที่เลี้ยงดูบุตร การทำงานเพื่อสร้างรายได้ ซึ่งต้องรับผิดชอบหน้าที่ต่างๆเหล่านี้ไปพร้อมๆกัน อาจกล่าวได้ว่าเป็นการรับภาระการดูแลบุคคลหลายช่วงอายุเป็นบทบาทเชิงซ้อนที่สังคมควรให้ความสำคัญ เนื่องจากวัยทำงานจำนวนไม่น้อยอยู่ในบทบาทเชิงซ้อน (Sandwich roles) ซึ่งการรับบทบาทที่มากเกินไปนั้น ทำให้ไม่สามารถแสดงบทบาทได้อย่างสมบูรณ์ตามต้องการเป็นเหตุการณ์ที่มิอาจหลีกเลี่ยงได้ นำไปสู่การเกิดความขัดแย้งในครอบครัวตามมา (Biernat, 1997)

2.3 ปัจจัยที่มีผลต่อภาระของผู้ดูแลและผลกระทบจากการเป็นผู้ดูแล

การพิจารณาวาบุคคลในครอบครัว เปนผู้ที่เหมาะสมในการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวจะพิจารณาปจจัยตางๆ ประกอบกัน คือ อายุ เพศ สถานภาพสมรส อาชีพ งานประจำ ระดับการศึกษา และภาวะสุขภาพของผู้ดูแล (ยุพาพิน ศิรโพธิ์งาม, 2539) ซึ่งจะส่งผลต่อภาระของผู้ดูแลให้เกิดขึ้นได้ โดยมีรายละเอียดดังนี้

อายุ พบวา ผู้ที่มีอายุมากกว่ามักมีประสบการณ์ในการแก้ไขปัญหาและตัดสินใจได้ดีกว่า แต่อย่างไรก็ตามผู้ที่มีอายุมากกว่ามักมีปัญหาสุขภาพและมีเวลาในการให้การดูแลน้อย

เพศ ผู้หญิงเปนเพศที่มีบทบาทในการดูแลและปรับตัวได้ง่ายกวาในการรับบทบาทเป็นผูดูแล สวนผูชายเปนผูที่มีบทบาทในการหารายไดสำหรับครอบครัว การปรับตัวในการรับบทบาทเป็นผูดูแลจึงยากกวาผูหญิง

ระดับการศึกษา ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงกวาจะสามารถใช้เหตุผลและค้นหาข้อมูลเพื่อหาวิธีแกปญหาไดดีกวา

สถานภาพสมรส ผู้ที่โสดจะมีภาระน้อยกวาผู้ที่แตงงาน นอกจากนี้คูสมรสที่มีสัมพันธภาพที่ดีตอกันจะเปนผูดูแลที่มีความเครียดนอยกวาคูสมรสที่มีสัมพันธภาพที่ไมดีตอกัน

อาชีพหรืองานประจำ ผู้ที่ทำงานด้านธุรกิจที่ต้องเดินทางเป็นประจำไม่เหมาะสมที่จะเป็นผู้ดูแล ผูที่ทำงานใกลกับผูสูงอายุเหมาะกวาที่จะเปนผูดูแล

ภาวะสุขภาพ ผูที่สุขภาพไมดี มีความวิตกกังวลและมองโลกในแงร้าย มักมีปัญหาในการเผชิญความเครียดมากกวาผูที่สุขภาพดี

เมื่อการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวเกิดเป็นภาระของผู้ดูแล อาจส่งผลให้เกิดผลกระทบต่อการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวได้ จากการศึกษา พบว่า สามารถแบ่งผลกระทบดังกล่าวออกเป็น 3 ด้าน (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2552; World Health Organization, 2000) ดังนี้

1) ผลกระทบทางด้านจิตใจ (Phychological) ความรู้สึกทางอารมณ์ของผู้ดูแล ซึ่งพบว่าผู้ดูแลแสดงออกโดยอารมณ์เศร้า เป็นอารมณ์ที่เกิดขึ้นเมื่อเกิดการสูญเสียของที่ตนรักไป ผู้ดูแลจะรู้สึกสูญเสียญาติของตนไปทั้งๆที่ยังมีชีวิตอยู่ เนื่องจากผู้ป่วยจำผู้ดูแลไม่ได้ และไม่สามารถทำกิจกรรมต่างๆได้ด้วยตนเอง มีบุคลิกลักษณะเปลี่ยนไปทำให้เกิดอารมณ์เศร้า เบื่อหน่าย ท้อแท้ ไม่มีกำลังใจ รู้สึกไม่มีแรง บางครั้งผู้ดูแลอาจจะโกรธ ทะเลาะกับผู้ป่วยเนื่องจากไม่ให้ความร่วมมือในการดูแลกิจกรรมหรือทำกิจกรรมต่างๆแล้วมักจะรู้สึกผิดจากการกระทำของตนเองภายหลัง มีอารมณ์โกรธผู้ดูแลอาจโกรธผู้ป่วยโกรธตนเอง หรือโกรธเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์พยาบาล หรือโกรธสถานพยาบาลที่ไม่สามารถให้การพยาบาลการรักษา ผู้ป่วยหรือดูแลผู้ป่วยให้ดีขึ้นได้ ในกรณี ผู้ป่วยมีภาวะสมองเสื่อม นอกจากจะมีปัญหาด้านความจำแล้ว ยังมีปัญหาด้านพฤติกรรม บางครั้งผู้ป่วยอาจแสดงพฤติกรรมไม่เหมาะสมในที่สาธารณะทำให้ผู้ดูแลเกิดความอับอายได้ และด้วยภาระที่ต้องดูแลผู้ป่วยเกือบตลอด 24 ชั่วโมง ทำให้ผู้ดูแลไม่มีโอกาสไปพบปะเพื่อนฝูง การพูดคุยกับเพื่อนทางโทรศัพท์อาจไม่สะดวก เสมือนถูกตัดขาดจากสังคมทำให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกโดดเดี่ยวอยู่เสมอและความรู้สึกเครียด เป็นความรู้ที่เกิดจากการรับภาระดูแลผู้สูงอายุเพียงลำพังและต้องอยู่ดูแลตลอดเวลา

2) ผลกระทบทางด้านร่างกาย (Physiological) ปัญหาด้านร่างกายที่ผู้ดูแลประสบบ่อยได้แก่

2.1) ปวดหลัง ผู้ดูแลส่วนใหญ่มักบ่นว่ามีอาการปวดหลัง ปวดเมื่อยตามตัวร่างกายอันเนื่องมาจากการยกและการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยโดยวิธีที่ไม่ถูกต้อง นอกจากนี้ ปัญหาปวดหลัง

ยังบ่งบอกถึงอาการที่มาจากภาวะจิตใจ ที่มีสาเหตุจากภาวะเครียดและเป็นอาการเตือนที่บ่งชี้ว่าผู้ดูแลควรหยุดพักจากภาระนั้น

2.2) อ่อนเพลียไม่มีแรง ซึ่งทำให้ผู้ดูแลไม่มีเวลาในการพักผ่อน หรือพักผ่อนไม่เพียงพอ ทำให้ร่างกายอ่อนแอเกิดโรคแทรกซ้อนได้และยังทำให้ผู้ดูแลมีอารมณ์ หงุดหงิด โมโหง่าย ส่งผลกระทบต่อการให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรงได้เช่นกัน

2.3) ปัญหาทางสุขภาพเพิ่มขึ้น ผู้ดูแลซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นสามีหรือภรรยาและสูงอายุด้วยกันทั้งคู่และมักมีโรคประจำตัว ด้วยภาระที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วยอยู่ตลอดเวลา ทำให้การดูแลสุขภาพตนเองลดลง ไม่มีเวลาไปพบปะแพทย์ตามนัด รับประทานยาไม่เป็นเวลา พักผ่อนไม่เพียงพอ รับประทานอาหารไม่เป็นเวลา โรคประจำตัวที่เป็นกำเริบมากขึ้นและอาจมีปัญหาสุขภาพอื่นๆ ตามมา

3) ผลกระทบด้านสังคม เศรษฐกิจ (Socio- economic) ได้แก่

3.1) การเปลี่ยนแปลงทางด้านรูปแบบการทำงาน มีผู้ดูแลบางรายอาจต้องปรับลักษณะการทำงานของตนให้เข้ากับภาระในการดูแลผู้ป่วย เช่น เปลี่ยนจากการทำงานเต็มเวลาไปเป็นทำงานบางเวลา หรือบางรายต้องลาออกจากงานประจำเพื่อมาดูแลผู้ป่วยเต็มเวลา

3.2) รายได้ลดลง ถ้าผู้ดูแลมีการปรับลักษณะงานหรือต้องลาออกจากงานเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยแล้ว ย่อมมีการสูญเสียรายได้เกิดขึ้นและบางรายอาจเป็นหนี้สินเพิ่มขึ้นอีกด้วย

3.3) ความขัดแย้งภายในครอบครัว การดูแลผู้ป่วยที่บ้านหากปราศจากการบริหารจัดการที่ดี จะนำมาซึ่งปัญหาความสัมพันธ์ภายในครอบครัวได้ หรือในรายที่ผู้ดูแลมีครอบครัวเป็นของตนเองและอาจเกิดปัญหาที่ไม่มีเวลาให้ครอบครัวได้ อย่างไรก็ตาม ผลกระทบจากการดูแลเหล่านี้อาจมีมากน้อยแตกต่างกันตามประเภทของโรคและอาการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ

จากการศึกษาระบบการดูแลระยะยาวและกำลังคนในการดูแลผู้สูงอายุ: ทิศทางประเทศไทย (ศศิพัฒน ยอดเพชร, 2552) พบว่า ผูดูแลผูสูงอายุในครอบครัวเผชิญปัญหา ไดแก

1) ปญหาดานการเงิน เกี่ยวกับการไมมีเงินเพียงพอในการดูแล และการไมไดรับความชวยเหลือดานการเงิน ซึ่งเปนปญหาที่ผูดูแลสวนใหญไดระบุไวในการศึกษาเชิงคุณภาพ และเป็นปัญหาที่ส่งผลตอคุณภาพการดูแล เช่น ด้านอาหารการกิน การดูแลไม่ทั่วถึง รวมทั้งสงผลตอความขาดแคลนดานอื่นๆร่วมดวย

2) ปัญหาดานการขาดความรูเกี่ยวกับการดูแล โดยผูดูแลสวนใหญขาดความรูเกี่ยวกับโรคตางๆของผูสูงอายุ และการขาดความรูเกี่ยวกับแนวทางการดูแล ซึ่งมีความสัมพันธกับระดับความเพียงพอของความรูและระดับการศึกษาของผูดูแล ซึ่งขอเท็จจริงของการดูแลนั้น ผูดูแลจะดูแลตามมีตามเกิด เมื่อเจ็บปวยก็ไดรับคำแนะนำจากเพื่อนบาน/ชุมชน ซึ่งแสดงใหเห็นวาแหล่งความรู้

ของผู้ดูแลมาจากแหล่งที่ไม่เป็นทางการ จากการปฏิบัติสืบทอดกันมามากกว่าการได้จากแหล่งที่เป็นทางการ

3) ปัญหาด้านผู้ช่วยเหลือ เป็นปัญหาการขาดอุปกรณ์การดูแลและปัญหาพฤติกรรมของผู้สูงอายุนับว่ามีความเกี่ยวของกัน คือ ผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงมาก ผู้ดูแลยอมต้องการความช่วยเหลือและต้องการอุปกรณ์ช่วยดูแลสูงตามไปด้วย ซึ่งปัญหาด้านผู้ช่วยเหลือนั้นเกิดจากผู้ดูแลมีภาระรับผิดชอบหลายอย่างมีหนาที่ในบานหลายหนาที่

อย่างไรก็ตาม การดูแลนี้ไม่ได้ก่อให้เกิดผลกระทบทางลบเพียงอย่างเดียว ยังก่อให้เกิดความสุขหรือความพึงพอใจในชีวิตด้วย แต่งานวิจัยผลในทางบวกมีน้อยกว่าการศึกษาทางด้านความเครียด อาจเนื่องจากผลในทางบวกเป็นแนวคิดที่เกิดขึ้นภายหลัง (Semiatin and O'Connor, 2012) ในขณะที่ประสบการณ์ทางบวกจากการดูแลส่งผลให้คุณภาพการดูแลดีขึ้น (Hodge and Sun, 2012) การดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงอาจมองว่าเป็นภาระและส่งผลกระทบด้านลบต่อผู้ดูแล แต่จากการศึกษาการดูแลระยะยาวนั้น พบว่า การดูแลยังทำให้เกิดผลกระทบด้านบวกต่อผู้ดูแลหลายประการ ดังจากการศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลและผู้ป่วยสมองเสื่อมในประเทศไทย (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2551) พบว่า มีเหตุผลในการดูแลผู้ป่วยจากหลายประการ ได้แก่

1) ได้ทดแทนบุญคุณ การดูแลผู้ป่วยในบริบทของไทยได้รับอิทธิพลจากศาสนาพุทธ ทำให้ผู้ดูแลส่วนใหญ่ตอบว่าการดูแลญาติผู้ใหญ่ที่เจ็บป่วยนั้นเป็นการทดแทนพระคุณที่เคยได้รับมา และมีความเต็มใจอย่างยิ่งที่จะให้การดูแลต่อไป

2) ได้ทำหน้าที่ที่พึงกระทำในฐานะเป็น สามี /ภรรยา หรือบุตรหลาน อย่างไรก็ตาม การทำหน้าที่ที่พึงกระทำ ทำให้เกิดคำถามถึงคุณภาพในการดูแล ซึ่งหากผู้ดูแลไม่ต้องการให้การดูแล แต่ต้องดูแลด้วยหน้าที่และสังคมบังคับ ก็อาจเกิดปัญหาในการดูแลตามมาได้

3) การตอบแทนคุณความดี ประเด็นนี้มักจะพบในผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส ซึ่งบางรายเกิดความเบื่อหน่ายจากภาระงานและพฤติกรรมของผู้ป่วย แต่เนื่องจากผู้ป่วยเคยดีกับตนมากๆ จึงไม่สามารถทอดทิ้งไปได้ หรือพบได้ในรายที่ผู้ป่วยเป็นญาติที่เคยให้ความเมตตาแก่ผู้ดูแลมาก่อน ผู้ดูแลจึงยินดีที่ให้การดูแลเพื่อตอบแทนคุณความดีนั้น

4) ส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลดีขึ้น ถึงแม้ว่าจากการศึกษาพบว่าความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยส่วนใหญ่ จะเลวลงแต่ก็มีผู้ดูแลบางรายที่ยอมรับว่าการให้การดูแลผู้ป่วยทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างตนเองกับผู้ป่วยดีขึ้น เนื่องจากมีเวลาใกล้ชิดกันมากขึ้นและผู้ป่วยก็ให้ความรักแก่ตนเองมากขึ้น

ดังนั้น การดูแลผู้สูงอายุมีผลกระทบทางเชิงลบและเชิงบวก หากผู้ดูแลและผู้ป่วยมีสัมพันธภาพอันดีต่อกัน ย่อมส่งผลให้ผู้ดูแลนำผลกระทบเชิงบวกมาเป็นแรงผลักดันให้คุณภาพ

การดูแลดีขึ้นได้ อย่างไรก็ตาม บทบาทการเป็นผู้ดูแลนั้นเป็นภาระที่หนัก ซึ่งผู้ดูแลยังคงมีความต้องการในหลายด้านเพื่อนำมาสนับสนุนการดูแลให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

จากการศึกษาความต้องการของผู้ดูแล (ศศิพัฒน ยอดเพชร, 2552) พบว่า ผู้ดูแลมีความตองการหลากหลายเรื่อง ซึ่งเปนไปในทางเดียวกับปญหาที่ไดระบุไว้ คือ

1) ความต้องการด้านเศรษฐกิจ ต้องการมีรายได้เพิ่มขึ้นจากเดิม และต้องการมีเงินเป็นค่าอาหารสำหรับผู้สูงอายุและไว้ใช้จ่ายทั่วไป

2) ความต้องการข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวกับสภาพความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ ลักษณะอาการของโรคและการดูแลผู้สูงอายุเป็นสิ่งที่ผู้ดูแลมีความต้องการและผู้ดูแลต้องการให้มีคนอยู่ด้วยเมื่อผู้สูงอายุป่วยหนัก จากการศึกษาของ Grant (1996) ระบุว่า “ผู้ดูแลมีความต้องการด้านข้อมูลข่าวสาร (Demand on Information) ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงต่างๆทางด้านร่างกายของผู้สูงอายุ สภาพความเจ็บป่วย การพยากรณ์โรค การดำเนินโรค ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและผู้สูงอายุเอง ความต้องการสนับสนุนด้านจิตใจ เพื่อช่วยเหลือบรรเทาความกลัวต่างๆ”

3) ความต้องการบริการทางสังคมเริ่มในกรณีที่สมาชิกในครอบครัวต้องประกอบอาชีพนอกบ้าน ผู้ดูแลต้องการศูนย์ดูแลกลางวัน (Day care) สำหรับฝากดูแลผู้สูงอายุในเวลาที่ดูแลต้องออกไปทำงาน ต้องการอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุและต้องการให้มีการจัดกิจกรรมต่างๆ สำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งความต้องการเหล่านี้เป็นลักษณะความต้องการที่มีมุมมองต่อผู้สูงอายุและบริการสังคมแนวใหม่ ที่เน้นให้ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมในสังคมและครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุน เพื่อเสริมสร้างศักยภาพของผู้สูงอายุ สิ่งสำคัญอีกสิ่งหนึ่งในบทบาทการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง คือ

การสนับสนุนทางสังคม (Social support) ของผู้ดูแล

House (1985) ให้ความหมายการสนับสนุนทางสังคม คือ สิ่งที่ผู้ได้รับความช่วยเหลือทางด้านข้อมูล ข่าวสาร วัตถุสิ่งของ หรือการสนับสนุนทางด้านจิตใจจากผู้ให้การสนับสนุนซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่มคนและเป็นผลให้ผู้รับ ได้ปฏิบัติหรือแสดงออกในพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ดี อาจได้รับจากบุคคลในครอบครัว หรือจากเพื่อนร่วมงาน เพื่อนบ้าน ผู้นำชุมชน บุคลากรทางการพยาบาล โดยประเภทของพฤติกรรมในการให้แรงสนับสนุนทางสังคมเป็น 4 ประเภท ได้แก่

1) แรงสนับสนุนทางอารมณ์ (emotional support) เช่น การแสดงถึงความห่วงใย การให้ความพอใจ การยอมรับนับถือ

2) แรงสนับสนุนด้านการให้การประเมินผล (appraisal support) เช่น การให้ข้อมูลป้อนกลับ (feed back) การเห็นพ้องหรือให้รับรอง (affirmation) ยืนยันผลการปฏิบัติ หรือการบอกให้ทราบถึงผลดีที่ผู้รับได้ปฏิบัติพฤติกรรมนั้น

3) การให้แรงสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร (information support) เช่น การให้คำแนะนำ (suggestion) การตักเตือน การให้คำปรึกษา (advice) และการให้ข่าวสารรูปแบบต่างๆ

4) การให้แรงสนับสนุนทางด้านเครื่องมือ (instrumental support) เช่น แรงงาน เงิน เวลา เป็นต้น

นอกจากนี้ Gottlieb (1985) ได้แบ่งระดับการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่

1) ระดับกว้าง (Macro level) เป็นการพิจารณาถึงการเข้าร่วมกิจกรรมหรือการมีส่วนร่วมในชุมชนกับกลุ่มต่างๆด้วยความสมัครใจ การดำเนินชีวิตในสังคม การมีส่วนร่วมในสังคม

2) ระดับกลุ่มเครือข่าย (Mezzo level) เป็นการมองที่โครงสร้างและหน้าที่ของเครือข่ายทางสังคม ด้วยการพิจารณาจากกลุ่มบุคคลที่มีความสัมพันธ์กันอย่างสม่ำเสมอ ได้แก่ กลุ่มเพื่อน กลุ่มบุคคลที่ใกล้ชิด

3) ระดับลึก (Micro level) เป็นการพิจารณาความสัมพันธ์ของบุคคลที่มีความใกล้ชิดสนิทสนมกันมากที่สุด ให้การสนับสนุนทางด้านจิตใจ แสดงความรัก ความห่วงใย มีการสนับสนุนทางสังคมอย่างลึกซึ้ง ได้แก่ สามี ภรรยา และสมาชิกในครอบครัว

โดยแหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคม (House, 1981) แบ่งออกได้ 2 ประเภท

1) กลุ่มปฐมภูมิ เป็นกลุ่มที่มีความสนิทสนมและมีสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกเป็นการส่วนตัวสูง ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้อง และเพื่อนบ้าน ดังนั้น แรงสนับสนุนจากแหล่งปฐมภูมิ ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้อง ซึ่งมีความสำคัญต่อการเจ็บป่วยและพฤติกรรมอนามัยของบุคคลเป็นอย่างยิ่ง

2) กลุ่มทุติยภูมิ เป็นกลุ่มสังคมที่มีความสัมพันธ์ตามแผนและกฎเกณฑ์ที่วางไว้ มีอิทธิพลเป็นตัวกำหนดบรรทัดฐานของบุคคลในสังคม ได้แก่ เพื่อนร่วมงาน กลุ่มวิชาชีพและกลุ่มสังคมอื่นๆ ซึ่งในระบบแรงสนับสนุนทางสังคมถือว่า มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ดังนั้น แรงสนับสนุนทางสังคมจากแหล่งทุติยภูมิถือว่าเป็นผู้ให้บริการทางสุขภาพ ได้แก่ แพทย์พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และบุคลากรอื่นๆ เช่น ครู พระ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งมีความสำคัญในการสนับสนุนข้อมูล ข่าวสาร และความรู้ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

นอกจากนี้จากการศึกษา พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมจะมีความสัมพันธ์กับความสุขและความเครียดของผู้ดูแล โดยพบว่า หากผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากจะยิ่งส่งผลต่อระดับความสุขที่เพิ่มขึ้น และทำให้ความเครียดลดลง สอดคล้องกับงานของ บุญเยี่ยม ตระกูลวงศ์ (2528) ที่พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support) จากทั้งครอบครัว และเพื่อน เพื่อนบ้าน ทำให้ผู้ดูแลเชื่อว่ามีคนรัก เอาใจใส่ เห็นคุณค่า และยอมรับนับถือ ซึ่งการได้รับแรงสนับสนุนนี้ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความเครียดลดลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสนับสนุนจากครอบครัวมีความสำคัญมากสำหรับ

สังคมไทย (Thanakwang et al., 2012) ในทางกลับกันหากผู้ดูแลขาดการช่วยเหลือและสนับสนุนจากในครอบครัว ชุมชน และภาครัฐ อาจส่งผลต่อคุณภาพชีวิตทั้งผู้สูงอายุและผู้ดูแลได้

2.4 บทบาทของพยาบาลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงและผู้ดูแลในครอบครัว

ญาติผู้ดูแลมีบทบาทสำคัญยิ่งต่อการดูแลบุคคลผู้มีภาวะเรื้อรังในระบบการดูแลระยะยาวในบริบทสังคมไทย (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2551) ดังนั้น ระบบของการดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงอย่างต่อเนื่อง จึงเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหนายกลับไปอยู่ที่บ้าน ขั้นตอนการดูแลที่ต่อเนื่องและเป็นพลวัตร เพื่อให้การพยาบาลนั้นครอบคลุม มีประสิทธิภาพ และประสิทธิผลที่ดี กระบวนการทั้งหมดนี้จะเกิดผลดีเมื่อผู้ป่วย ญาติผู้ดูแล/ครอบครัวมีส่วนรวมในการกำหนดเป้าหมาย การวางแผนปฏิบัติกิจกรรมต่างๆร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ รวมถึงการสร้างสัมพันธภาพ การสื่อสาร ก็เป็นสิ่งสำคัญในการส่งเสริมให้ระบบการดูแลมีประสิทธิภาพมากขึ้น (สุลักษณ วงศธีรภัค, 2555) โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1) การเตรียมพร้อมความพร้อมผู้ป่วยก่อนจำหนาย (Discharge planning) เป็นกระบวนการเตรียมผู้ป่วย/ญาติผู้ดูแลและครอบครัวให้พร้อมที่จะกลับไปดูแลตนเองหรือผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านได้อย่างถูกต้องเหมาะสม สามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อน หรือการเกิดโรคซ้ำ ตลอดจนเป็นการส่งเสริม ฟื้นฟูสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถปรับตัวในการเผชิญกับปัญหาและแก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสม อีกทั้งผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความมั่นใจในการดูแล ในขั้นตอนนี้ควรเริ่มให้เร็วที่สุด หรือเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย โดยทีมสหสาขาวิชาชีพควรมีการสื่อสาร วางแผนร่วมกัน หรือปฏิบัติตามแผนการดูแลให้เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยในแต่ละราย นอกจากนี้ ญาติผู้ดูแลหรือคนในครอบครัวเป็นบุคคลสำคัญที่สามารถทำให้แผนการดูแลบรรลุตามวัตถุประสงค์เมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้าน ซึ่งผู้ป่วยโรคเรื้อรังหลายคนต้องใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ในการดูแลต่อที่บ้าน เช่น เครื่องดูดเสมหะ ออกซิเจน เครื่องพ่นยา หรือเครื่องช่วยหายใจ ฯลฯ ดังนั้น การวางแผนจำหนายควรมีการวางแผนการใช้เครื่องมือต่างๆในการดูแลที่ถูกต้อง และเหมาะสมกับผู้ป่วยในแต่ละราย ทั้งนี้ผู้แทนจำหนายอุปกรณ์ต่างๆเป็นส่วนสำคัญที่พยาบาลจะต้องช่วยประเมิน และประสานงานให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวในการตัดสินใจเลือกใช้อุปกรณ์นั้นๆ

2) การบริการพยาบาลผู้ป่วยและครอบครัวที่บ้าน (Home visit) หลังจากผู้ป่วยจำหนายออกจากโรงพยาบาล พยาบาลที่ติดตามเยี่ยมบ้าน พยาบาลในชุมชน หรือทีมสุขภาพจะมีการติดตามประเมินปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย ปัญหาในการดูแลตนเองที่บ้าน ประเมินความสามารถในการดูแลของญาติผู้ดูแลโดยการสาธิตย้อนกลับ และการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลสามารถให้การพยาบาลได้อย่างถูกต้อง เหมาะสมและเกิดความมั่นใจในการดูแลมากขึ้น ช่วยให้ผู้ป่วย ญาติผู้ดูแล และครอบครัวสามารถเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้นที่บ้านได้อย่างเหมาะสม และประสานงานกับทีมสุขภาพทั้งในและนอกโรงพยาบาล หรือแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ในชุมชนนั้นๆ เช่น

ผสส. อสม. ศูนยบริการสาธารณสุข เพื่อนบาน ผูนำชุมชน ครู วัด ฯลฯ เพื่อแกไขปญหาที่เกิดขึ้นที่บานไดอยางทันทวงที ทำใหญาติผูดูแลสามารถดูแลผูปวยเมื่ออยูที่บานใหมีความตอเนื่องและมีประสิทธิภาพมากขึ้น

3) การติดตามผลการใหบริการพยาบาลและสงตอ (Follow up & referral) เปนอีกรูปแบบที่ทำใหผูปวยและญาติผูดูแลมีที่ปรึกษา หรือมีแหลงประโยชนอีกทางหนึ่ง โดยจะมีการติดตามการรักษาของผูปวยที่มาพบแพทยตามนัดที่โรงพยาบาลหรือจากการโทรศัพท เพื่อทราบแผนการรักษาเปนระยะๆการวางแผนการใหความรู การเพิ่มความสามารถในการดูแล การเพิ่มทักษะหรือการปรับเปลี่ยนการดูแล นอกจากนั้น ยังใหบริการปรึกษาปญหาตางๆของผูปวย ญาติผูดูแล และครอบครัวอยางตอเนื่องรวดเร็วรวมกับมีการประสานงานหรือสงตอผูปวยไปยังแหลงประโยชนหรือทีมวิชาชีพในชุมชน เพื่อใหไดรับการดูแลอยางตอเนื่อง

การจัดระบบการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเอจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไปสูการดูแลที่บานจึงมีความสำคัญอยางยิ่งในการดูแลผูปวยสูงอายุที่อยูในภาวะพึ่งพิง ซึ่งเป็นการประสานความร่วมมือด้านการดูแลระหว่างทีมสุขภาพ ครอบครัว ชุมชน เพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุดำเนินไปอย่างต่อเนื่อง โดยกรุงเทพมหานคร ได้มีการจัดระบบการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาล บ้าน และศูนย์บริการสาธารณสุข ที่มีการทำงานเปนทีม การประสานความรวมมือ การสื่อสาร การรวมวางแผนการดูแล การปฏิบัติตามแผน การปรับเปลี่ยนการดูแลรักษาพยาบาลให้เหมาะสมแกผูปวยของทีมสหสาขาวิชาชีพ และการประสานแหลงประโยชนทั้งในโรงพยาบาลและชุมชนที่เหมาะสม ซึ่งจะช่วยให้สูงอายุภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ รวมถึงผูดูแลและครอบครัวมีความรู ความสามารถในการดูแลตนเองและผูปวยไดอยางถูกตอง เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแล มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น นอกจากนี้ ช่วยลดจำนวนวันในการอยูโรงพยาบาล ลดคาใชจายใหแกผูปวยและครอบครัวได้

CHULALONGKORN UNIVERSITY

3. บทบาทของบุตรชายที่ดูแลบิดา มารดาที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในบริบทวัฒนธรรมไทย

3.1 แนวคิดบทบาททางเพศ

บทบาททางเพศ (Gender role) เป็นบทบาททางสังคมที่ครอบคลุมทั้งพฤติกรรมและทัศนคติของแต่ละคนที่เชื่อว่าการแสดงออกนั้นเป็นที่ยอมรับ มีความเหมาะสม และน่าชื่นชม (Levesque, 2011) โดยใช้เพศสภาพเป็นตัวกำหนดบทบาททางเพศ จากแนวคิดของความเป็นผู้ชายและความเป็นผู้หญิง ซึ่งสามารถเปลี่ยนแปลงไปตามวัฒนธรรม ทัศนคติ ความเชื่อของแต่ละบริบทในสังคม (Alters and Schiff, 2009; Gochman, 2013) โดยองค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2014) ได้อธิบายความหมายของบทบาททางเพศ ว่าเป็นบทบาทที่สังคมกำหนดไว้เป็นพฤติกรรม การกระทำ และคุณลักษณะที่มีความเหมาะสมสำหรับเพศชายเพศหญิง โดยคำที่มี

ความหมายเกี่ยวข้องกับเพศในทางจิตวิทยา (ดุลยา จิตตะยโศธร, 2551; กฤตยา อาชวนิจกุล, 2554; บุญสืบ โสโสม, 2560) ดังนี้

เพศสรีระ (sex) หมายถึง โครงสร้างทางกายวิภาค หรือสรีรวิทยาที่แสดงออกให้เห็นว่าเป็นเพศหญิง เพศชาย เป็นสิ่งที่ธรรมชาติมอบมาให้แต่กำเนิดหรืออาจเรียกอีกอย่างหนึ่งว่า “เพศกำเนิด”

เพศสภาพ (gender) หมายถึง เพศที่สังคมกำหนด บทบาทหน้าที่ให้ร่างกายเกิดมาเป็นหญิงหรือเกิดมาเป็นชาย โดยสังคมและวัฒนธรรมได้หล่อหลอมบทบาทหน้าที่ของความหญิงและความเป็นชายไว้แตกต่างกัน เช่น ในครอบครัวสังคมกำหนดว่า ผู้ชายเป็นช้างเท้าหน้า ผู้หญิงเป็นช้างเท้าหลัง เป็นต้น

เพศวิถี (sexuality) หมายถึง ค่านิยม ความเชื่อ บรรทัดฐาน ระบบวิธีคิด วิธีปฏิบัติ การแสดงออกเกี่ยวกับความปรารถนาทางเพศ คู่รัก ชีวิตคู่ ที่มีความสัมพันธ์กับสังคม และวัฒนธรรม มักเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการสร้างกระแสสังคม หรือการกำหนดนโยบายให้คนในสังคมปฏิบัติ

อัตลักษณ์ทางเพศ (gender identity) หมายถึง การที่สังคมหล่อหลอมหรือกำหนดลักษณะเฉพาะให้ความเป็นหญิงและชาย เช่น สังคมกำหนดว่าเป็นผู้ชายต้องมีความอดทน อย่าให้ใครเห็นน้ำตา ผู้ชายต้องมีความเป็นผู้นำ เป็นต้น (ดารุณี จงอุดมการณ์, ธิรากร มณีรัตน์ และจุฑามาศ แก้วละมุน, 2554) การหล่อหลอมทางเพศนี้จะมีผลต่อการแสดงออกของบทบาททางเพศ ให้ชายหญิงแสดงบทบาทออกมาแตกต่างกัน

ลักษณะเฉพาะประจำเพศ (gender stereotype) คือ ลักษณะโดดเด่นที่คนในสังคมตีความต่อความเป็นเพศชายและเพศหญิง เช่น ผู้ชายมีลักษณะก้าวร้าว ผู้หญิงมักใช้อารมณ์มากกว่าเหตุผล และมักเกี่ยวข้องกับการด่วนสรุปจากคนในสังคม (ศิริพร จิรวัฒน์กุล, 2547) ทั้งนี้เกิดจากการขัดเกลาทางสังคมที่หล่อหลอมเพศสภาพของชายและหญิงในสังคม

บทบาทหญิงชายหรือบทบาททางเพศ (gender role) หมายถึง บทบาทที่สังคมกำหนดต่อความเป็นชายและความเป็นหญิง ทั้งนี้บทบาทชายหญิงเปลี่ยนแปลงไปตามที่สังคมและวัฒนธรรมนั้นเห็นว่ามีความเหมาะสม เช่น ชายไทยมีค่านิยมว่าต้องมีหน้าที่ในการเลี้ยงดูครอบครัว ชายแท้ต้องแข็งแรง อดทน ใจกล้า เป็นผู้นำ ผู้หญิงต้องเป็น “กุลสตรี” “ตื่นก่อน นอนทีหลัง” เป็นต้น นอกจากนี้บทบาทของเพศชายเพศหญิงจะเปลี่ยนแปลงไปตามช่วงอายุที่แตกต่างกัน (จันทรัตน์ ระเบียบโลก, ภารดี ชาญสมร และสิริมน วิไลรัตน์, 2544)

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น อาจกล่าวได้ว่า การกำหนดบทบาททางเพศ เกิดขึ้นตามลักษณะทางสังคมและวัฒนธรรมที่สังคมกำหนดหรือคาดหวังให้มีผลต่อการแสดงบทบาทนั้นๆ ซึ่งปัจจัยที่ผลต่อการกำหนดบทบาททางเพศมีปัจจัย 2 ประการ (ภัสสร ลิมานนท์, 2544; ดุลยา จิตตะยโศธร, 2551) คือ ปัจจัยทางด้านชีวภาพ (Biological Factor) และปัจจัยทางด้านสังคมและสภาพแวดล้อม (Social and Environmental Factor) มีรายละเอียดดังนี้

ปัจจัยทางด้านชีวภาพ (Biological Factor) ความแตกต่างระหว่างชายกับหญิงที่เห็นได้ชัดโดยธรรมชาติเป็นความแตกต่างทางชีวภาพของร่างกาย เช่น ความแตกต่างในด้านอวัยวะสืบพันธุ์ ความแตกต่างของโครงสร้างด้านร่างกาย ตลอดจนการทำงานของอวัยวะในร่างกาย ซึ่งมีความแตกต่างกันระหว่างเพศชายและเพศหญิง เป็นผลมาจากอิทธิพลของฮอร์โมนเพศที่ต่างกันตามธรรมชาติ คือ เพศชายมีฮอร์โมนแอนโดรเจน (Androgen) และเทสโทสเตอโรน (Testosterone) ที่ช่วยให้มีลักษณะภายนอกและพฤติกรรมอย่างบุรุษเพศทั่วไป เช่น มีรูปร่างสูงใหญ่ มีความแข็งแรง ส่วนเพศหญิงมีฮอร์โมนเอสโตรเจน (Estrogen) กับโปรเจสเตอร์โรน (Progesterone) ที่ทำให้มีลักษณะภายนอกและพฤติกรรมแบบสตรีทั่วไป เช่น มีรูปร่างเล็ก บอบบาง มีประจำเดือน สามารถตั้งครรภ์และให้นมบุตรได้ เป็นต้น ดังนั้น องค์ประกอบด้านชีวภาพจึงเป็นองค์ประกอบเบื้องต้นที่ทำให้เพศชายและเพศหญิงมีลักษณะภายนอกที่แตกต่างกัน ส่งผลให้เกิดการแบ่งงานกันทำระหว่างชายและหญิง (gender division of labour) โดยส่วนใหญ่แล้วสังคมกำหนดให้เพศชายแสดงออกถึงความแข็งแกร่งของร่างกาย เช่น ในรูปแบบสังคมดั้งเดิมคือ ผู้ชายทำหน้าที่ล่าสัตว์ หาอาหาร ทำงานนอกบ้าน ลักษณะงานเกี่ยวข้องกับการจัดทำอุปกรณ์ของใช้ เทคโนโลยี ส่วนเพศหญิงมีลักษณะที่บอบบางกว่าจึงเหมาะกับการเป็นงานแม่บ้าน งานดูแลสุขภาพ เป็นต้น (จันทรัตน์ ระเบียบโลก และคณะ, 2544) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Bennholdt-Thomsen (1983) กล่าวว่า ความแตกต่างระหว่างบทบาทชายและหญิง มีจุดเริ่มต้นมาจากความแตกต่างด้านกายภาพและชีวภาพของบุคคลทั้งสองเพศ โดยผู้เป็นเพศหญิงต้องตั้งครรภ์และให้กำเนิดบุตร อบรมสั่งสอนบุตร ในขณะที่เพศชายปราศจากพันธกิจนี้ อีกทั้งเพศชายมีรูปร่างที่แข็งแรงกว่าเพศหญิงทำให้เพศชายรับบทบาทในการทำหน้าที่หาเลี้ยงครอบครัว มีกิจกรรมที่มีความเป็นผู้นำมากกว่าเพศหญิง (ดุลยา จิตตะยโศธร, 2551 ซึ่งเป็นบทบาทที่ปฏิบัติสืบทอดกันมา

อย่างไรก็ตาม ปัจจัยทางชีวภาพเป็นเพียงความแตกต่างทางด้านร่างกายที่แสดงออกถึงความเป็นเพศชายและเพศหญิงเท่านั้น โดยปัจจัยทางชีวภาพอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอต่อการอธิบายถึงบทบาททางเพศได้อย่างสมบูรณ์ครบถ้วน (Spence and Helmreich, 1978) เนื่องจากบทบาททางเพศมีปัจจัยด้านสังคมและสภาพแวดล้อมเข้ามามีอิทธิพลร่วมด้วย (ดุลยา จิตตะยโศธร, 2551)

ปัจจัยทางด้านสังคมและสภาพแวดล้อม (Social and Environmental Factor) สังคมและสภาพแวดล้อมเป็นองค์ประกอบสำคัญที่มีอิทธิพลต่อพัฒนาการด้านบทบาททางเพศของแต่ละบุคคล โดยขึ้นอยู่กับโครงสร้างของครอบครัว เจตคติของบิดามารดาในการอบรมเลี้ยงดูบุตร ความคาดหวังทางสังคม เป็นต้น เด็กจะเรียนรู้บทบาททางเพศของตนเองตั้งแต่สมัยวัยเด็กจากการกระทำของบุคคลต่างๆในสังคมที่มีต่อตัวเด็กเอง โดยครอบครัวจะเป็นหน่วยแรกที่เอื้อให้เด็กชายและเด็กหญิงเรียนรู้บทบาททางเพศของตน ซึ่งบิดามารดาให้ความสำคัญกับเรื่องเพศของบุตรเนื่องจากมีเจตคติต่อบุตรชายและบุตรสาวแตกต่างกัน คือ บิดามารดามักจะเห็นว่าบุตรสาว

มีความอ่อนแอและต้องการการดูแลเอาใจใส่มากกว่าบุตรชาย ส่วนบุตรชายนั้นจะมีความแข็งแรงและว่องไวกว่า (Kaplan and Sedney, 1980) ส่งผลให้บิดามารดาปฏิบัติต่อบุตรชายและบุตรสาวแตกต่างกันสอดคล้องกับแนวคิดของ Whiting and Edwards (1973) ได้กล่าวว่า กิจกรรมที่บิดามารดาสนับสนุนส่งเสริมการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นให้แก่บุตรสาว ในขณะที่ส่งเสริมกิจกรรมที่ให้ความอิสระและมอบหมายงานนอกบ้านเหมาะสมกับบุตรชาย ซึ่งการสนับสนุนของบิดามารดาในกิจกรรมที่แตกต่างกันระหว่างบุตรสาวและบุตรชายทำให้เด็กเรียนรู้บทบาททางเพศที่แตกต่างกัน (สรัญญา เอกธรรมสุทธิ์, 2549)

จะเห็นได้ว่า บทบาททางเพศที่เป็นตัวกำหนดบทบาทการแสดงออกถึงความเป็นชายและหญิงมีปัจจัยทั้งด้านชีวภาพ สังคมและสิ่งแวดล้อมที่หล่อหลอมให้เกิดการแสดงบทบาททางเพศที่เหมาะสมมาตั้งแต่วัยเด็ก โดยนักวิจัยหลายท่านได้กล่าวไว้ว่าความแตกต่างระหว่างเพศมีผลต่อความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ซึ่งเป็นความแตกต่างทางจิตวิทยาของเพศชายและเพศหญิงต่อการแสดงบทบาทที่สำคัญที่เชื่อมโยงกับกระบวนการถ่ายทอดทางสังคม (Socialization) หรือประสบการณ์การเรียนรู้ (Clark, Shaver & Abrahams, 1999) โดยแยกพิจารณาแนวคิดเป็น 2 ช่วง (ดุลยา จิตตะยโศธร, 2551) ดังนี้

1) แนวคิดในช่วงแรก เป็นการแยกบทบาททางเพศของเพศชายและเพศหญิงออกจากกันอย่างชัดเจน และเชื่อว่าลักษณะดังกล่าวมีความต่อเนื่องกันสองทิศทางในลักษณะตรงข้ามกัน คือ เมื่อบุคคลมีลักษณะใดลักษณะหนึ่งสูงจะมีอีกลักษณะหนึ่งต่ำ เช่น ผู้ชายจะมีลักษณะความเป็นชายสูง ในขณะที่ผู้หญิงจะมีลักษณะความเป็นหญิงสูง และทั้งชายและหญิงจะมีลักษณะของเพศตรงข้ามอยู่ในระดับต่ำ (Kaplan & Sedney, 1980) ตามแนวคิดดังนี้

แนวคิดของ Bakan (1996) กล่าวว่า ลักษณะของความเป็นชายและหญิงมีความแตกต่างกัน คือ ลักษณะของความเป็นชาย (Masculine) ประกอบด้วยลักษณะของพฤติกรรมที่มีจุดเริ่มต้นจากตนเอง (Agency) ซึ่งแสดงออกถึงความสามารถในการปกป้องตนเอง (Self-Protection) มีความกล้าแสดงออก (Self-Assertion) เป็นอิสระจากผู้อื่น (Independent) รวมถึงการมีอำนาจหรือมีอิทธิพลเหนือผู้อื่น (Dominant) ส่วนลักษณะของความเป็นเพศหญิง (Feminine) ประกอบด้วย ลักษณะของความเป็นมิตร การเป็นที่ยอมรับ เป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกัน และการช่วยเหลือผู้อื่น เป็นต้น (ดุลยา จิตตะยโศธร, 2551)

แนวคิดของ Parson และ Bales (1955) เสนอว่าลักษณะความเป็นชาย หมายถึงพฤติกรรมที่มุ่งเน้นความสำเร็จตามเป้าหมายที่ตนเองได้ตั้งไว้ (Instrumental behavior) ได้แก่ลักษณะความเป็นผู้นำ มีความเชื่อมั่นในตนเอง กล้าแสดงออก ส่วนลักษณะของเพศหญิง หมายถึงลักษณะพฤติกรรมที่เน้นการแสดงออกทางอารมณ์ (Expressive behavior) ซึ่งจะช่วยสนับสนุนให้

เกิดผลดีในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น เช่น ความเอาใจใส่ การมีความรับความรู้สึกของผู้อื่นได้ไวจึงสามารถตอบสนองความรู้สึกนั้นได้อย่างเหมาะสม (ดุลยา จิตตะยโศธร, 2551)

2) แนวคิดปัจจุบัน เป็นแนวคิดในระยะหลังจนถึงปัจจุบัน ของ Sandra Lipitz Bem แห่งมหาวิทยาลัยสแตนฟอร์ด ที่อธิบายถึงบทบาททางเพศแตกต่างจากแนวคิดช่วงแรก กล่าวคือ Bem เชื่อว่าบทบาททางเพศมิได้แยกบุคคลเป็นเพียงลักษณะของความเป็นเพศชายหรือเพศหญิงอย่างใดอย่างหนึ่งเท่านั้น แต่ทั้งเพศชายและเพศหญิงมีลักษณะทั้งสองอยู่ในตัวเอง เพียงแต่ว่าเพศชายส่วนมากจะมีลักษณะความเป็นชายสูงกว่าเพศหญิง ในขณะที่เพศหญิงส่วนมากก็จะแสดงลักษณะความเป็นหญิงมากกว่าเพศชาย นอกจากนี้ลักษณะความเป็นชายและหญิงต่างก็เป็นอิสระแยกจากกัน คือในบุคคลหนึ่งเมื่อมีลักษณะหนึ่งสูงแล้วก็ไม่จำเป็นต้องมีอีกลักษณะหนึ่งต่ำเสมอไป ดังนั้น จึงเป็นไปได้ที่ผู้หญิงและผู้ชายบางรายอาจจะมีลักษณะความเป็นชายและลักษณะความเป็นหญิงสูงทั้งคู่หรือต่ำทั้งคู่ (ดุลยา จิตตะยโศธร, 2551) โดยมีรายละเอียดดังนี้

แนวคิด Bem (1981) ได้แบ่งบทบาททางเพศระหว่างเพศชายและเพศหญิงออกเป็น 4 ลักษณะ (ดุลยา จิตตะยโศธรม, 2551) ดังนี้

1) บทบาททางเพศแบบมีความเป็นเพศชายสูงลักษณะเดียว (Masculine) เป็นผู้ที่มีความกล้าหาญ เป็นผู้นำ มีหน้าที่หาเลี้ยงครอบครัว เข้มแข็ง กล้าตัดสินใจ ชอบการแข่งขัน ฉลาด มีพลังอำนาจ กระฉับกระเฉง เป็นอิสระไม่อยู่ภายใต้อำนาจของใคร บุคคลกลุ่มนี้จะนึกถึงกฎเกฑณ์หรือความคาดหวังทางสังคม ซึ่งสังคมมักคาดหวังว่าผู้ชายจะต้องมีลักษณะเป็นผู้นำครอบครัว แต่เพียงฝ่ายเดียว ทำงานนอกบ้านตามพฤติกรรมที่สังคมกำหนด

2) บทบาททางเพศแบบมีความเป็นเพศหญิงสูงลักษณะเดียว (Feminine) เป็นผู้ที่มีความอ่อนหวาน นุ่มนวล ขี้อาย บุคคลกลุ่มนี้มักจะนึกถึงกฎเกณฑ์และความคาดหวังของสังคมว่าผู้หญิงจะต้องทำงานบ้าน มีหน้าที่อบรมเลี้ยงดูบุตร ซึ่งผู้ที่มีความเป็นเพศหญิงสูงนี้ จะถูกอบรมมาตั้งแต่เด็กว่าให้เป็นผู้ตาม เชื่อฟังสามี และเลือกทำพฤติกรรมตามที่สังคมกำหนด

3) บทบาททางเพศแบบมีความเป็นชายและความเป็นหญิงสูงทั้งคู่ (Androgyny) เป็นผู้ที่แสดงพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสมตามสถานการณ์ มีความยืดหยุ่น สามารถผสมผสานความเข้มแข็งของเพศชาย และความอ่อนโยนของเพศหญิงไว้ในตนเองได้ ปรับตัวได้ง่าย ประสบความสำเร็จในชีวิตและมีสุขภาพจิตดี

4) บทบาททางเพศแบบมีความเป็นชายและความเป็นหญิงต่ำทั้งคู่ (Undifferentiated) เป็นผู้ที่มีบทบาททางเพศไม่ชัดเจน ไม่สามารถตอบสนองต่อสถานการณ์ต่างๆได้อย่างเหมาะสม โดยอาจแสดงออกในลักษณะที่ไม่พึงปรารถนาของสังคม

จากการทบทวนวรรณกรรมสามารถสรุปได้ว่า บทบาททางเพศที่เด่นชัดว่าเพศชายและเพศหญิงมีความแตกต่างกัน คือ องค์ประกอบด้านชีวภาพ ซึ่งเป็นองค์ประกอบเบื้องต้นที่ทำให้เพศชายและเพศหญิงมีลักษณะภายนอกที่แตกต่างกัน ส่งผลให้เกิดการแบ่งงานกันทำระหว่างหญิงและชาย (gender division of labour) โดยส่วนใหญ่แล้วสังคมกำหนดเพศชายต้องแสดงออกถึงความแข็งแกร่งของร่างกาย ส่วนเพศหญิงมีลักษณะที่บอบบางกว่าจึงเหมาะกับการเป็นงานแม่บ้าน งานดูแลสุขภาพ คือปัจจัยด้านชีวภาพ (จันทรัตน์ ระเบียบโลก และคณะ, 2544; Bennholdt-Thomsen, 1983) นอกจากนี้ บทบาททางเพศยังขึ้นอยู่กับความเชื่อ ค่านิยมและการปลูกฝังมาในวัยเด็กที่กำหนดให้เพศชายและเพศหญิงมีการแสดงออกที่แตกต่างกัน โดยรับอิทธิพลมาจากปัจจัยด้านสังคมและสภาพแวดล้อมที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามสภาวการณ์ใดสภาวการณ์หนึ่งตามความเชื่อและวัฒนธรรมของคนในบริบทนั้นๆ โดยความเป็นเพศชายและเพศหญิงสามารถยืดหยุ่นได้ สามารถผสมผสานความเข้มแข็งของเพศชาย และความอ่อนโยนของเพศหญิงไว้ในตนเองเพื่อแสดงพฤติกรรมตามสถานการณ์ได้อย่างเหมาะสม อย่างไรก็ตาม องค์ประกอบด้านชีวภาพที่กำหนดให้โครงสร้างและสรีระด้านร่างกายระหว่างเพศชายและเพศหญิงที่มีความแตกต่างอย่างชัดเจน อาจส่งผลให้บทบาทการเป็นผู้ดูแลระหว่างเพศชายและเพศหญิงมีความแตกต่างกันได้

3.2 บทบาทของเพศชายและเพศหญิงในการเป็นผู้ดูแล

เมื่อสมาชิกในครอบครัวเกิดความเจ็บป่วยจากภาวะโรคเรื้อรังหรือมีความบกพร่องในการทำกิจวัตรประจำวัน ผู้ดูแลในครอบครัวที่เป็นเพศหญิงยังคงมีสัดส่วนในการรับบทบาทการเป็นผู้ดูแลมากกว่าเพศชาย (Baker and Robertson, 2010) โดยเกือบร้อยละ 70 – 80 ทั่วโลก ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ความบกพร่องในการดูแลตนเองจะได้รับการดูแลที่บ้านจากสมาชิกในครอบครัว ซึ่งร้อยละ 57-81 ของการเป็นผู้ดูแลทั้งหมด คือ เพศหญิงที่มีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยในฐานะภรรยา หรือบุตรสาววัยกลางคนที่ให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง ประสบความอ่อนแอทางด้านร่างกาย และส่วนใหญ่ให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (Sharma, Chakrabarti and Grover, 2016)

ปัจจุบันเทคโนโลยีทางการแพทย์มีความก้าวหน้าอย่างมาก ส่งผลให้อายุขัยในวัยชรายืนยาวขึ้น แต่ผลของโรคเรื้อรังและความเสื่อมถอยของร่างกายทำให้ผู้สูงอายุยังคงต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่อง และเพศหญิงยังคงมีสัดส่วนในการเป็นผู้ดูแลมากกว่าเพศชาย (Baker and Robertson, 2010) ปัจจุบันครอบครัวมีขนาดเล็กลง เพศหญิงทำงานนอกบ้านมากขึ้น ส่งผลให้เพศชายมีโอกาสเข้ามารับบทบาทการเป็นผู้ดูแลสมาชิกในครอบครัวมากขึ้นเช่นกัน (Stone, Cafferata and Sangl, 1987; Mathiowetz and Oliker, 2005; Akpinar, Küçükgüçlü and Yener, 2011) อย่างไรก็ตามมีการศึกษาใหม่ในปัจจุบันที่พบว่า ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจากผู้ดูแลเพศชายเกือบครึ่งหนึ่งของผู้ดูแลทั้งหมด (Baker, Robertson and Connelly, 2010; Bookman and Kimbrel, 2011; Lovelace, 2012; Pöysti et al., 2012; Chappell, Dujela and Smith, 2015)

แม้อัตราส่วนของผู้ดูแลเพศชายเพิ่มขึ้น แต่การศึกษาวิจัยไม่ได้คำนึงถึงแนวโน้มที่จะเกิดขึ้นและยังคงให้ความสนใจในการศึกษาแบบดั้งเดิมจากบทบาทการดูแลของเพศหญิง

จากการทบทวนวรรณกรรม เกี่ยวกับความแตกต่างระหว่างเพศในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและความเจ็บป่วยทางกายได้นำเสนอประเด็นที่น่าสนใจหลายประการ (Sharma, Chakrabarti and Grover, 2016) โดยมีรายละเอียดด้านความแตกต่าง ดังนี้

1) ระยะเวลาที่ใช้ในการดูแล จากการศึกษาส่วนใหญ่มีหลักฐานแสดงให้เห็นว่าเพศหญิงเสียสละเวลาในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยสูงกว่าเพศชาย (Corcoran, 1992; Montgomery and Kamo, 1989; Dupuis and Smale, 2004) ซึ่งจากการศึกษาของ Yee and Schulz (2000) สรุปว่า ความแตกต่างของระยะเวลาในการให้การดูแลผู้ป่วยนั้น ส่วนใหญ่เพศหญิงใช้ระยะเวลาในการดูแลมากกว่าเพศชาย ซึ่งเป็นผลมาจากเพศหญิงมีแนวโน้มในการรับบทบาทเป็นผู้ดูแลมากกว่าเพศชาย เนื่องจากมีโอกาสน้อยในการออกไปทำงานนนอกบ้าน (Almada, 2001) จึงเป็นความเชื่อและวัฒนธรรมว่าเพศหญิงเป็นศูนย์กลางในการดูแลสมาชิกภายในครอบครัว และการดูแลเป็นเรื่องปกติของเพศหญิง(Almada, 2001; Akpınar, Kukukguclu and Yener, 2011; Lin, Fee and Wu, 2012) อย่างไรก็ตาม บางการวิจัยไม่ได้ระบุความเกี่ยวข้องของบทบาททางเพศกับระยะเวลาในการดูแลเสมอไป แม้ข้อสรุปส่วนใหญ่ระบุว่าเพศหญิงใช้ระยะเวลาในการดูแลมากกว่าเพศชาย แต่การศึกษาที่มีอยู่อย่างจำกัดในทางปฏิบัติเรื่องความแตกต่างทางเพศกับระยะเวลาในการเป็นผู้ดูแลอาจมีปัจจัยอื่น เช่น เป็นคู่สมรส บุตร และวัฒนธรรมเข้ามาเกี่ยวข้องได้

2) ประเภทของงานด้านการดูแล การดูแลส่วนใหญ่จะมีความเกี่ยวข้องกับงานด้านการดูแลอนามัยส่วนบุคคล เช่น การอาบน้ำ แต่งตัว การขับถ่าย การช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน เป็นต้น ผลการศึกษาบางการศึกษา พบว่า เพศหญิงมีแนวโน้นที่จะรับผิดชอบงานดูแลกิจกรรมต่างๆเหล่านี้มากกว่าเพศชาย (Kramer and Kipnis, 1995) ขณะที่การศึกษาอื่นๆไม่ได้รายงานความแตกต่างทางเพศในการเป็นผู้ดูแลกิจกรรมด้านอนามัยส่วนบุคคลนี้ ซึ่งข้อสรุประหว่างความแตกต่างทางเพศกับงานการดูแลจึงรายงานในบางกรณีเท่านั้น แต่ไม่ใช่จากการศึกษาทั้งหมด เนื่องจากบางการศึกษาไม่พบความแตกต่างระหว่างเพศในงานการดูแลที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยซึ่งอาจมีปัจจัยอื่น เช่น เพศและระดับความพิการของผู้ป่วย ความสัมพันธ์ในเครือญาติ การจ้างผู้ดูแล สังคมและวัฒนธรรมที่เข้ามาเกี่ยวข้องด้วย (Yee and Schulz, 2000; Almada, 2001; Dupuis and Smale, 2004; del-Pino-Casado, 2012)

3) ความเครียดและความขัดแย้งในบทบาทการดูแล กล่าวคือ บทบาทด้านการดูแลที่ผู้ดูแลรับรู้ถึงความยากลำบากและได้รับผลกระทบด้านลบจากการเป็นผู้ดูแล (Almada, 2001) ซึ่งพบได้ในเพศหญิงที่ต้องรับบทบาทหน้าที่หลายอย่างพร้อมกัน เช่น ภรรยาที่ต้องดูแลบุตรและต้องทำงานนอกบ้าน บทบาทการดูแลบุตรและผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย เป็นต้น ทำให้เกิดความรู้สึกขัดแย้งกับบทบาท

ในการดูแล (Corcoran, 1992; Almada, 2001) และเกิดความเครียดที่ไม่สามารถตอบสนองต่อความคาดหวังและภาระหน้าที่ในหลายบทบาทได้ ทำให้เกิดผลกระทบต่างๆตามมา เช่น ปัญหาด้านสุขภาพ ความเหนื่อยล้า ความเบื่อหน่าย อารมณ์ซึมเศร้า และรู้สึกไม่พึงพอใจกับบทบาทการดูแลผู้ป่วยได้ (Campbell et al., 2008) จากการศึกษาผู้ดูแลเพศหญิงที่ให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีความอ่อนแอทางด้านร่างกายหรือมีภาวะสมองเสื่อม มีประสบการณ์ความเครียดและความขัดแย้งของบทบาทการเป็นผู้ดูแลมากกว่าผู้ดูแลเพศชาย อีกทั้งยังมีข้อจำกัดในการทำงานการเข้าสังคม ทำให้ผู้ดูแลเพศหญิงเกิดความเครียดได้ (Sharma, Chakrabarti and Grover, 2016) อย่างไรก็ตาม ยังมีหลายการศึกษาที่พบว่าเพศของผู้ดูแลไม่ได้เป็นข้อสรุปในการประเมินความเครียดจากบทบาทการเป็นผู้ดูแล (Yee and Schulz, 2000) ซึ่งความเครียดจากบทบาทการเป็นผู้ดูแลนี้ อาจเกี่ยวข้องกับสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสหรือบุตร โดยความเครียดที่สูงขึ้นมีผลต่อความเป็นที่ดีของผู้สูงอายุ (Pinquart and Sörensen, 2006)

4) ความพึงพอใจในการดูแล เนื่องจากมีการศึกษาที่ค่อนข้างน้อยของข้อมูลการวิจัยที่แสดงให้เห็นถึงความแตกต่างทางเพศต่อความพึงพอใจในการดูแล จากการศึกษาที่มีอยู่อย่างจำกัด บางการศึกษารายงานว่า เพศหญิงมีความพึงพอใจในการดูแลค่อนข้างน้อย (Kuuppelomäki et al, 2004) ในขณะที่บางการศึกษาพบว่าไม่มีความแตกต่างกันด้านความพึงใจในการดูแลระหว่างเพศชายและเพศหญิง (del-Pino-Casado, 2012; Pöysti et al., 2012)

5) เหตุผลในการให้การดูแล การศึกษาส่วนใหญ่ได้เชื่อมโยงบทบาทการดูแลกับความผูกพันของคนในครอบครัว โดยเพศหญิงมีแนวโน้มว่าจะมีความเห็นอกเห็นใจ มีความรับผิดชอบต่อบทบาทในการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย และให้ความสำคัญในเรื่องอารมณ์และความเป็นอยู่ที่ดีของผู้ป่วย (del-Pino-Casado, 2012) อย่างไรก็ตาม ศึกษาผู้ดูแลเพศชายส่วนใหญ่มีเหตุในการดูแลที่มาจากความรักความมุ่งมั่นและความรับผิดชอบต่อครอบครัว (Dupuis and Smale, 2004)

6) ภาระในการดูแล เป็นผลที่ตอบสนองต่อมิติด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ความรู้สึก สังคม และการเงินที่เกี่ยวข้องกับประประสบการณ์การเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย โดยภาระการดูแลมักเป็นผลลัพท์ที่มาจากการรับรู้ประสบการณ์การดูแลในทางลบของผู้ให้การดูแล (Kim et al., 2012) แม้การศึกษาส่วนใหญ่พบว่าผู้ดูแลเพศหญิงรู้สึกถึงการรับภาระในเชิงอัตนัย (subjective burden) ซึ่งหมายถึงความรู้สึก ทัศนคติ การตอบสนองทางอารมณ์ของผู้ดูแลเกี่ยวกับประสบการณ์ความยากลำบากในการดูแล รวมถึงภาระเชิงปรนัย (objective burden) ที่ขาดอิสระ ความเป็นส่วนตัว เกิดการเปลี่ยนแปลงในหน้าที่การงานและทำให้เกิดปัญหาทางด้านสุขภาพ (del-Pino-Casado, 2012; Pöysti et al., 2012; Chappell, Dujela and Smith, 2015) แต่การศึกษานั้นไม่ได้บ่งบอกความแตกต่างทางเพศกับภาระการเป็นผู้ดูแลได้ (Baker, Robertson and Connelly, 2010; Lovelace, 2012)

อาจกล่าวได้ว่า ผลการศึกษาบทบาทของผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นการศึกษาผู้ดูแลในครอบครัว โดยรวมทั้งเพศชายและเพศหญิง ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า เพศหญิงมีสัดส่วนในการรับบทบาทการเป็นผู้ดูแลมากกว่าเพศชาย ทำให้หลายการศึกษารายงานว่า เพศหญิงใช้ระยะเวลาในการดูแลมากกว่าเพศชาย มีความเครียดและระดับการมีภาระจากการดูแลสูงกว่าเพศชาย ซึ่งข้อมูลเหล่านี้ ยังไม่เพียงพอต่อการนำมาอธิบายความแตกต่างระหว่างเพศชายและเพศหญิงเมื่อต้องรับบทบาทการเป็นผู้ดูแลได้ชัดเจน ดังนั้น การศึกษาข้อมูลเพิ่มเติมจากบทบาทของเพศชายในการเป็นผู้ดูแล จะทำให้มีข้อมูลในการนำมาอธิบายถึงความคล้ายคลึงกันหรือความแตกต่างกันระหว่างบทบาทการเป็นผู้ดูแลของเพศชายเพศหญิงได้ชัดเจนขึ้น

3.3 บทบาทของบุตรชายในการดูแลบิดามารดาสูงอายุภาวะพึ่งพิงในบริบทไทย

ในบริบทของสังคมไทย ครอบครัวยังคงเป็นสถาบันหลักในการดูแลสมาชิกในบ้าน (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2551) โดยเพศหญิงมักถูกคาดหวังจากสังคมให้รับบทบาทเป็นผู้ดูแลสมาชิกในครอบครัว เช่น ให้การช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันของบุตร การดูแลบิดามารดาในยามเจ็บป่วย การเป็นภรรยาที่ดีในการดูแลสามี ขณะที่เพศชายมีบทบาทหน้าที่ในการทำงานเพื่อหารายได้เลี้ยงครอบครัว (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ, 2552; วารุณี มีเจริญ, 2557) ซึ่งเป็นผลมาจากความแตกต่างทางด้านสรีระและบุคลิกภาพของเพศชายและเพศหญิง (จันทรัตน์ ระเบียบโลก และคณะ, 2544; Bennholdt-Thomsen, 1983) โดยเพศหญิงมีแนวโน้มที่มีบุคลิกภาพอ่อนไหว อบอุ่น สามารถจับความรู้สึกทางอารมณ์ได้ดีกว่าเพศชาย ในขณะที่เพศชายมีแนวโน้มว่าจะมีความมั่นคงทางอารมณ์มีความเป็นผู้นำ มีความตื่นตัวระวังภัย จึงเกิดค่านิยม ความเชื่อ และวัฒนธรรมทางสังคมที่กำหนดว่า เพศชายไม่เหมาะสมกับงานด้านการดูแล (กฤตยา อาชวนิจกุล, 2554; Del Giudice, Booth and Irwing, 2012) การศึกษาวิจัยส่วนใหญ่จึงให้ความสนใจในการศึกษาแบบดั้งเดิมจากบทบาทการดูแลของเพศหญิง (Sharma, Chakrabarti and Grover, 2016)

ข้อมูลการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2557 พบว่า บุตรชายยังคงมีสัดส่วนการดูแลบิดา/มารดาที่น้อยกว่าบุตรสาว โดยผู้ให้การปรนนิบัติช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันต่างๆของผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง ส่วนใหญ่เป็นบุตรสาว ร้อยละ 42 และเป็นบุตรชายร้อยละ 13.2 ที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลบิดา มารดาสูงอายุ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557) แต่เนื่องจากปัจจุบันครอบครัวมีขนาดเล็กลง โดยครัวเรือนไทยมีขนาดเฉลี่ยเพียง 3 คนต่อครัวเรือนเท่านั้น และเพศหญิงมีโอกาสในการทำงานนอกบ้านมากขึ้น (วันทนีย์ วาสิกะสิน และคณะ, 2551; มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2558) ส่งผลบุตรชายจึงมีโอกาสเข้ามารับบทบาทการดูแลบิดามารดาสูงอายุมากขึ้นเช่นกัน (Stone, Cafferata and Sangl, 1987; Mathiowetz and Oliker, 2005; Akpınar, Kucukguclu and Yener, 2011) ดังปรากฏในสื่อสิ่งพิมพ์หรือสื่อออนไลน์ต่างๆ เช่น พระสงฆ์ที่ต้องกลับบ้านเพื่อมาดูแลมารดาที่ป่วย (ผู้จัดการออนไลน์, 2015) บุตรชายที่พามารดานั่งรถเข็นมาทำงาน

ด้วยทุกวัน (สุทธิพงษ์ ธรรมวุฒิ, 2559) จะเห็นได้ว่า บุตรชายที่ยังคงยึดถือค่านิยมเรื่อง “ความกตัญญูกตเวที” ที่นอกเหนือจากการบวชเพื่อทดแทนบุญคุณบิดามารดาแล้ว (พระเทพวิสุทธิเมธี, 2536) บุตรชายสามารถให้การเลี้ยงดูและดูแลบิดามารดาในยามเจ็บไข้ได้ป่วยในฐานะบุตรที่พึงกระทำ (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2551)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับผู้ดูแลในประเทศไทย ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาผู้ดูแลในครอบครัวที่รวมไปถึงคู่สามีภรรยา บุตรหลาน เครือญาติ (พัชรินทร์ คำอินทร์, 2548; พูนสุข เวชวิฐาน, 2551; ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2551; ธีรวรรณ คนชม, 2552; นิภา นิยมไทย และคณะ, 2553; ศรัณยา แสงมณี และคณะ, 2555; วารุณี มีเจริญ, 2557; ชวลิต สวัสดิ์ผล และคณะ, 2560) โดยกิจกรรมการดูแลมีเกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลเมื่อสมาชิกในบ้านเกิดความเจ็บปวย เช่น การทำแผล การสังเกตอาการเปลี่ยนแปลง การจัดเตรียมอาหารเฉพาะโรค การดูแลความสุขสบายทางร่างกาย มีบทบาทและหน้าที่ในการดูแลเอาใจใส่บิดามารดาสูงอายุในยามเจ็บปวย หรือจำเปนต่องติดตามพาไปรักษาอยางตอเนื่องโดยการไปพบแพทย์ และรับภาระเรื่องคารักษาพยาบาล อีกทั้งตองระมัดระวังเกี่ยวกับการจัดยาของผูสูงอายุใหทานให้ตรงเวลา เป็นต้น (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2551) แม้อัตราส่วนของผู้ดูแลเพศชายเพิ่มขึ้น แต่การศึกษาวิจัยไม่ได้คำนึงถึงแนวโน้มที่จะเกิดขึ้น และการศึกษาบทบาทการเป็นผู้ดูแลของเพศชายที่มีอยู่อย่างจำกัด ยังพบว่าเพศชายและเพศหญิงมีประสบการณ์ในการเป็นผู้ดูแลที่แตกต่างกัน (Sharma, Chakrabarti& Grover, 2016) ทำให้เกิดความไม่ชัดเจนเกี่ยวบทบาทของผู้ดูแลเพศชายเมื่อต้องปฏิบัติกิจกรรมการดูแล อย่างไรก็ตามมีการศึกษาการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังโดยผู้ดูแลที่เป็นเพศชายในบริบทไทยที่พบว่า ในช่วงแรกของการดูแลจะรู้สึกขัดแย้งกับบทบาททางเพศ ทำให้เกิดความรู้สึกไม่มั่นใจในการดูแล รวมทั้งความไม่ชำนาญในทักษะทางการพยาบาล เช่น ดูดเสมหะ การทำความสะอาดร่างกาย ทำให้เกิดความผิดพลาดส่งผลให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยได้ แต่เมื่อได้ฝึกทักษะจนชำนาญผู้ชายสามารถดูแลผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี (สดสวย ทองมหา, 2555)

ปัจจุบันสังคมไทยมีการเปลี่ยนแปลงขนาดของครัวเรือนที่เล็กลง บุตรสาวมีโอกาสในการทำงานนอกบ้านมากขึ้น ส่งผลให้บุตรชายมีแนวโน้มในการรับบทบาทการเป็นผู้ดูแลบิดามารดาสูงอายุมากขึ้นเช่นกัน จากการศึกษาที่มีอยู่อย่างจำกัดที่เกี่ยวข้องกับบทบาททางเพศของผู้ดูแลที่บุตรชายและบุตรสาวอาจมีประสบการณ์ในการดูแลที่แตกต่างกัน ดังนั้น การศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์การเป็นผู้ดูแลของบุตรชายที่ดูแลบิดามารดาสูงอายุภาวะพึ่งพิง โดยระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพจะนำมาซึ่งข้อมูลเชิงลึก ทำให้เข้าใจประสบการณ์ชีวิตของบุตรชายผู้ดูแลกลุ่มนี้มากขึ้น เพื่อเป็นองค์ความรู้พื้นฐานในการให้คำแนะนำ และส่งเสริม สนับสนุนของบุตรชายผู้ดูแลภายใต้บริบทของสังคมไทยในการดูแลบิดามารดาสูงอายุภาวะพิงพึ่งได้อย่างเหมาะสม

4. การวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยา

4.1 แนวคิดการวิจัยแบบปรากฏการณ์วิทยา

การวิจัยแบบปรากฏการณ์วิทยาเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพรูปแบบหนึ่งที่อาศัยแนวคิดและโลกทัศน์จากปรัชญาปรากฏการณ์วิทยา เป็นเครื่องมือในการศึกษาปรากฏการณ์ (Phenomenon or appearance) และประสบการณ์ของมนุษย์มุ่งเน้นการทำความเข้าใจความหมายของประสบการณ์ตามสภาพการณ์ที่เป็นจริง ตามการรับรู้ของผู้ที่อาศัยอยู่ในสถานการณนั้นๆ ที่เน้นธรรมชาติและความเป็นจริงของปรากฏการณ์ สะท้อนให้เห็นถึงบริบทของปรากฏการณ์อย่างลึกซึ้ง (Holloway and Wheeler, 1996) โดยแนวคิดการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา มีจุดเน้นที่มีความแตกต่างกันและสามารถแบ่งออกได้เป็น 3 แนวทาง (อัญญา ปลดเปลื้อง, 2013) ได้แก่

1) ปรากฏการณ์วิทยาแนวอุตรวิสัย (Transcendental Phenomenology) เป็นแนวคิดของ Edmund Husserl แนวคิด Husserlian Phenomenology เป็นความคิดที่มีความเป็นอิสระในเรื่องที่ต้องการจะศึกษา หลักสำคัญของแนวคิดนี้ คือ มุ่งพรรณนาความหมายที่สร้างขึ้นมาในจิตสำนึกผู้ศึกษา ตามแนวคิดนี้ต้องไม่มีอคติและไม่มีความเอนเอียงในเรื่องที่ศึกษา โดยขจัดความคิดเห็นของตนออกจากสิ่งที่ตนกำลังศึกษา (bracketing) เน้นที่จุดมุ่งหมาย (intentionality) และสาระสำคัญ (essences) ของการรับรู้ของบุคคล มีความเชื่อว่ามนุษย์จะเข้าใจในสิ่งที่ประสบได้ด้วยการรับรู้

2) ปรากฏการณ์วิทยาแนวอัตถิภาวะ (Existential Phenomenology) ตามแนวคิดของ Maurice Merleau-Ponty และ Jean-Paul Satre ที่ว่าการดำรงอยู่ในโลกของบุคคลที่มีอิทธิพลต่อบุคคลนั้น มุ่งวิเคราะห์ภาวะหน้าที่เป็น (Existence) ของบุคคลและสิ่งต่างๆ โดยเชื่อว่าการรับรู้ของบุคคลส่งผลต่อการดำรงอยู่ในโลกด้วยการใช้ชีวิตในปัจจุบัน เป็นผลมาจากภูมิหลังและประสบการณ์เดิม (Historical person) ของแต่ละคน

3) ปรากฏการณ์วิทยาแนวอรรถปริวรรต (Hermeneutic Phenomenology) ตามแนวคิดของ Heidegger โดยได้พัฒนาแนวคิดการศึกษามาเป็นปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความ (Hermeneutic Phenomenology or Interpretive Phenomenology) ที่เน้นการตีความหมายของประสบการณ์บุคคลเป็นหลักโดยมีมุมมองขัดแย้งกับ Husserl ในเรื่องของการแยกตัวเองออกจากเรื่องที่ศึกษาโดยเชื่อว่าสิ่งที่เป็นอยู่ (being) เวลา (timing) มีความหมายในตัวของมันเอง (meaning) ซึ่งสามารถตีความหมายได้ และภาษามีความสำคัญมากในการตีความ ซึ่งผู้ศึกษาต้องมีความเข้าใจในสภาพแวดล้อมของบุคคลนั้นๆ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงไม่สามารถแยกตนออกจากการศึกษาได้

4.2 ปรัชญาแนวคิดปรากฏการณ์วิทยาของ Heidegger

ปรากฏการณ์วิทยาตามแนวคิดของ Heidegger (1962) เป็นการศึกษาเพื่อค้นหาความหมายของปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในหลายๆด้าน โดยการตีความจากภาษาที่ใช้ในชีวิตประจำวันมาเป็นภาษาที่เป็นสากลที่สามารถอธิบายให้เกิดความเข้าใจได้โดยไม่มีการทำลายหรือบิดเบือนความหมายเดิม

(จอนผะจง เพ็งจาด, 2548) เน้นการทำความเข้าใจความหมายของประสบการณ์ในทัศนะของบุคคลผู้ได้รับประสบการณ์นั้น ไม่ได้ให้ความสนใจโครงสร้างของการรับรู้แต่เน้นการหาความหมายโดยการมองผ่านจากสิ่งที่ปรากฏไปยังความหมายที่อยู่เบื้องหลังของสิ่งนั้น และได้ให้ความหมายของปรัชญาแนวคิดนี้ว่าเป็นการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา เพื่อนำไปสู่ความจริงที่ถูกค้นพบตามธรรมชาติของสิ่งที่เป็นอยู่จริง บนรากฐานของการตีความที่เกี่ยวกับความเป็นอยู่ของมนุษย์ เน้นการศึกษาประสบการณ์ชีวิตของบุคคลที่ดำเนินชีวิตอยู่บนโลกหรือสภาวการณ์หนึ่ง (Being-in-the-world) การที่บุคคลเกิดประสบการณ์และให้ความหมายของประสบการณ์นั้นได้ต้องประกอบด้วยการผสมผสานระหว่างประสบการณ์เดิมของบุคคลกับประสบการณ์ใหม่ (Embodiment) ในการทำความเข้าใจและให้ความหมายโดยอาศัยประสบการณ์เดิม วัฒนธรรม หรือภูมิหลัง (Background meaning) การที่บุคคลสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสถานการณ์หนึ่งได้นั้นต้องอาศัยประสบการณ์ที่มีอยู่ ซึ่งเปรียบเป็นเสมือนเครื่องมือที่บุคคลต้องใช้ในการดำเนินชีวิต (Plager,1994) สามารถแบ่งได้ 3 ระดับ คือ 1) ทักษะที่มีอยู่แล้วและเพียงพอ (Ready-to-hand) 2) ทักษะที่ยังไม่มี (Unready-to-hand) และ 3) ทักษะที่ไม่เพียงพอ (Present-at-hand)

ปรัชญาแนวคิดของ Heidegger ให้ความสนใจประเด็นของธรรมชาติของการดำรงอยู่ (Ontological) เพราะเป็นวิธีการที่ทำให้สามารถนำไปสู่ความเป็นไปได้ของปรากฏการณ์นั้นๆ เน้นรูปแบบความเป็นไปของมนุษย์ หรือสถานการณ์ที่มนุษย์ได้ให้ความหมายในโลกนี้ และเชื่อว่าการที่บุคคลแสดงออกต่อสิ่งใดนั้นขึ้นอยู่กับองค์ประกอบ 3 ประการ (Holloway and Wheeler, 1996) โดยมีรายละเอียดดังนี้

1) บุคคล (person) เป็นผู้ให้ความหมายของปรากฏการณ์ที่ประสบมา ตามความคิด ความรู้สึกของบุคคลนั้น ซึ่งอาจแตกต่างจากความหมายของบุคคลอื่นหรือเป็นความจริงตามทฤษฎี ซึ่งเป็นประสบการณ์เฉพาะและเกิดขึ้นจริงกับบุคคลนั้น

2) สิ่งแวดล้อม (World) เป็นกลุ่มของความสัมพันธ์ที่คนประสบในปัจจุบัน รวมถึงภูมิหลัง อายุ การศึกษา วัฒนธรรม ค่านิยมทางสังคม ซึ่งองค์ประกอบเหล่านี้จะซึมซับอยู่ในตัวบุคคลโดยการเรียนรู้ตั้งแต่เกิด และเชื่อว่าบุคคลไม่สามารถแยกจากสิ่งแวดล้อมได้ ดังนั้น การศึกษาปรากฏการณ์จึงเป็นการค้นหาความหมาย ความรู้สึก การรับรู้ของบุคคลต่อสิ่งนั้น ซึ่งมีอิทธิพลมาจากสังคม วัฒนธรรมและภูมิหลังของบุคคลนั้น

3) การเชื่อมโยงประสบการณ์ชีวิต (Hermeneutic circle) เป็นการเชื่อมโยงประสบการณ์ในอดีตที่บุคคลเคยได้รับหรือเข้าใจมาก่อนเข้ากับประสบการณ์ครั้งใหม่ๆ นั่นคือ บุคคลเข้าใจบางสิ่งบางอย่างได้โดยการเปรียบเทียบกับสิ่งหนึ่งที่บุคคลนั้นรู้จักหรือเคยมีประสบการณ์มาก่อน

โดยมีหลักการสำคัญของปรากฏการณ์นั้นคือ Hermeneutic phenomenology ซึ่งหัวใจสำคัญของปรัชญาแนวคิดในการที่จะเข้าไปให้ถึงการให้ความหมายของความเป็นมนุษย์ (The

meaning of being of human being) โดยมองบุคคลเป็นสาระสำคัญของปรัชญาการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาเพราะเชื่อว่าคนเป็นศูนย์รวมของวัฒนธรรม สังคม และคนเป็นบริบทเชิงประวัติศาสตร์ของการเป็นมนุษย์ในโลก คือ การดำรงอยู่ในโลก (To being in the world) (Munhall, 1994)

สรุปได้ว่า การศึกษาวิจัยคุณภาพเชิงปรากฏการณ์วิทยาของ Heidegger เป็นแนวคิดปรากฏการณ์วิทยาตีความข้อมูล เพื่อให้เห็นการดำรงอยู่ของวิถีชีวิตตามสภาพความเป็นจริง โดยมีความเชื่อว่าสิ่งที่เป็นอยู่และเวลามีความหมายในตัวเองและสามารถตีความได้ โดยอาศัยการจัดการความคิด ความเชื่อ และความรู้ที่มีมาก่อนเกี่ยวกับประสบการณ์ที่ต้องการศึกษาเป็นสื่อสำคัญในการตีความ เพื่อให้เกิดความเข้าใจต่อความหมายของประสบการณ์นั้น โดยผู้วิจัยเลือกใช้แนวคิดปรากฏการณ์วิทยาการตีความ (Hermeneutic phenomenology) ตามแนวคิดของ Heidegger มาเป็นแนวคิดเบื้องต้นในการทำวิจัย เพื่อให้ได้ประสบการณ์ชีวิตของบุตรชายที่เป็นผู้ดูแลบิดามารดาสูงอายุภาวะพึ่งพิง

4.3 ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาการตีความ

Van Manen (1990) ได้กล่าวถึง ระเบียบวิธีวิจัยปรากฏการณ์วิทยาการตีความในประเด็นเกี่ยวกับคำถามการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล ไว้ดังนี้

4.3.1 คำถามการวิจัย คำถามของปรากฏการณ์วิทยาที่แท้จริง คือ ความเป็นไปได้ที่จะทำให้ปรากฏการณ์นั้นมีความชัดเจนและเข้าใจได้มากขึ้น โดยหาคำตอบว่า ปรากฏการณ์นั้นคล้ายกับอะไร (What is it like) และลักษณะที่เป็นธรรมชาติของประสบการณ์นั้นคืออะไร (What is a nature of an experience) เมื่อผู้วิจัยเกิดความสงสัย จึงนำไปสู่การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อค้นหาคำตอบของความหมายที่เป็นแก่นแท้ในประสบการณ์ที่ต้องการศึกษา หากผู้วิจัยไม่สามารถอธิบายความหมายหรือหาคำตอบจากสิ่งที่มีอยู่ได้ ทำให้เห็นว่าเป็นคำถามการวิจัยปรากฏการณ์วิทยาที่น่าสนใจที่จะนำมาศึกษาต่อไป

4.3.2 การเก็บรวบรวมข้อมูล วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลที่สำคัญ คือการสัมภาษณ์ที่มีลักษณะเป็นการพูดคุยแบบเผชิญหน้า (Face to face interview) เนื่องจากข้อมูลที่ต้องการของปรากฏการณ์วิทยาการตีความเป็นการแลกเปลี่ยนระหว่างความรู้เก่าของนักวิจัยกับความรู้ใหม่ที่ได้จากผู้ให้ข้อมูล เน้นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูลเพื่อการสนทนาสามารถดำเนินไปอย่างต่อเนื่อง เมื่อผู้ให้ข้อมูลเกิดความไว้วางใจในตัวผู้วิจัย ผู้ให้ข้อมูบจะสามารถบอกเล่าเรื่องราวของตนอย่างละเอียดและได้ข้อมูลที่มีความลุ่มลึก โดยลักษณะการสัมภาษณ์แบบตีความ (Hermeneutic interview) จะมีความแตกต่างจากการสัมภาษณ์แบบวิธีอื่น คือ การสัมภาษณ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปิดเผยความหมายของปรากฏการณ์ที่มีความสัมพันธ์ระหว่างมนนุษย์กับโลก โดยการรวบรวมเนื้อหาจากการบอกเล่าประสบการณ์ (Experitial narrative material) เฉพาะที่เป็น

ประสบการณ์ตรงของผู้ให้ข้อมูล มีการเผชิญหน้ากันระหว่างผู้วิจัยกับผู้ให้ข้อมูล เพื่อทำความเข้าใจกับการใช้ภาษาท่าทางและสัญลักษณ์อื่นๆได้ผู้วิจัยได้มาจากการสังเกตร่วมด้วย

4.3.3 การวิเคราะห์ข้อมูล จะเน้นการแปลผลการศึกษาด้วยวิธีการตีความหมาย ซึ่งขึ้นอยู่กับฐานความรู้เดิมของนักวิจัยอย่างมาก ทั้งด้านความรู้ทางด้านภาษา ความรู้ในปรากฏการณ์ที่ศึกษา รวมถึงประสบการณ์ของตนเองที่เกี่ยวข้องกับปรากฏการณ์ดังกล่าว กระบวนการที่นำเหตุการณ์ในอดีตและเหตุการณ์ในปัจจุบันมาผสมผสานในการตีความนี้ เรียกว่า Fusing horizon เนื่องจากมีการเปรียบเทียบเหตุการณ์ของนักวิจัยและผู้ให้ข้อมูล รวมถึงการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างแนวคิดที่หลากหลายมาผสมผสาน เพื่อสร้างความเข้าใจในนิยามของข้อความที่กำลังตีความหมาย การเข้าไปอยู่ในวงเวียนแห่งการตีความ (Hemeneutic circle) จะทำให้นักวิจัยแยกแยะระหว่างองค์ความรู้เดิมกับองค์ความรู้ใหม่ที่เกิดขึ้น และทำความเข้าใจกับองค์ความรู้ใหม่ได้ สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลนี้จะดำเนินไปพร้อมๆกับการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล จนกระทั่งข้อมูลอิ่มตัวหรือไม่มีข้อมูลใหม่เกิดขึ้น ซึ่งการวิเคราะห์ข้อมูลประกอบ 5 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 จุดสนใจเริ่มแรกบอกทิศทางการสืบสวน (Early focus and lines of inquiry) หลังจากนักวิจัยสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลไปแล้ว 1-2 คน นำข้อความที่ได้จากการถอดเทปแบบคำต่อคำและการจดบันทึกภาคสนามมาอ่านเพื่อทำความเข้าใจในประเด็นที่สำคัญ หาประเด็นที่น่าสนใจ ข้อมูลที่ขาดหายไป หรือข้อมูลที่ยังไม่ชัดเจน เพื่อนำกลับไปหาข้อมูลเพิ่มเติมจากผู้ให้ข้อมูลคนเดิม และเป็นการบอกทิศทางการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลคนต่อไป

ขั้นตอนที่ 2 ค้นหาใจความสำคัญและข้อความตัวอย่าง (Central concerns, exemplars and paradigm cases) เป็นการหาใจความสำคัญหรือความหมายซึ่งกำลังถูกเปิดเผยจากผู้ให้ข้อมูล ฉากชีวิตต่างๆที่มีผลกระทบต่อผู้ให้ข้อมูลและเหตุการณ์สำคัญ และทำให้เป็นรูปเป็นร่าง ประสบการณ์ปัจจุบัน ถูกนำมาเสนอต่อทีมวิจัย ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลคนก่อน กับเหตุการณ์ปัจจุบันที่ถูกค้นพบ ตลอดจนกระบวนการแปลความ การเขียน และการเขียนใหม่เป็นการพัฒนาการแปลผล เริ่มต้นการเขียนสรุป 3-5 หน้ากระดาษ เกี่ยวกับสิ่งที่เป็นความสำคัญ ตัวอย่างคำที่โดดเด่น คัดแยกข้อความสำคัญและข้อมูลที่โดดเด่นจากผู้ให้ข้อมูลแต่ละคนที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์ เป็นการเขียนแปลความและสรุปใจความสำคัญจะทำให้ข้อข้อค้นพบที่ได้มาจากการเขียนซ้ำแล้วซ้ำอีกของผู้วิจัย การสรุปนี้จะให้ทิศทางในการสร้างแบบแผนหรือแบบจำลองของข้อค้นพบ

ขั้นตอนที่ 3 ความหมายร่วมกัน (Shared meaning) เมื่อเริ่มมีความชัดเจนของใจความสำคัญที่ได้จากการสัมภาษณ์มากขึ้น นักวิจัยเริ่มพิจารณาถึงประเด็นที่ให้ความหมายร่วมกันมาเชื่อมโยงกัน จากเรื่องหนึ่งไปสู่อีกเรื่องหนึ่งหรือจากแบบแผนหนึ่งไปสู่อีกแบบแผนหนึ่ง เป็นการกำหนดชื่อที่เหมาะสมให้กับประเด็นต่างๆที่มีความเชื่อมโยงกัน

ขั้นตอนที่ 4 การแปลผลขั้นสุดท้าย (Final interpretation) ในขณะที่นักวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลไปพร้อมๆกัน โดยการวิเคราะห์นั้น ประกอบด้วยการหาประเด็นที่น่าสนใจจากการอ่านบทสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลในระยะต้นๆ เพื่อหาทิศทางในการตามรอยสืบสวนและเสาะหาข้อมูลที่มีความลึกและมีรายละเอียดเพิ่มมากขึ้น เมื่อได้ข้อมูลดังกล่าวมาแล้ว อ่านทบทวนอีกเพื่อค้นหาใจความสำคัญของทุกๆบทสัมภาษณ์ เมื่อกำหนดชื่อประเด็นและเลือกคำให้สัมภาษณ์ไว้เป็นข้อมูลสนับสนุนชื่อประเด็นที่นักวิจัยกำหนดให้ หลังจากนั้นนักวิจัยนำประเด็นที่กำหนดชื่อเหล่านั้นมารวมกันเพื่อผูกให้เป็นเรื่องราวเดียวกัน นักวิจัยจะดำเนินการตามขั้นตอนจนกระทั่งไท่พบประเด็นสำคัญใหม่ๆเกิดขึ้น ซึ่งแสดงว่าการแปลผลดำเนินมาถึงขั้นตอนสุดท้ายที่นักวิจัยจะสรุปข้อค้นพบที่ได้จากการศึกษา

ขั้นตอนที่ 5 การเผยแพร่ข้อค้นพบ (Dissemination of the interpretation) เป็นการที่นักวิจัยนำข้อค้นพบมาเขียนเป็นรายงานนิพนธ์ต้นฉบับ โดยนำข้อค้นพบที่ได้จากการศึกษามาปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยนิพนธ์เพื่อเขียนรายงาน ข้อความคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะและนำเสนอผลการศึกษาวิจัย

4.3.4 การตรวจสอบความเชื่อถือได้ของข้อมูล ซึ่งนอกจากการวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยเชิงคุณภาพที่มีขั้นตอนการวิเคราะห์อย่างเป็นระบบแล้ว ยังต้องมีเกณฑ์ในการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล ผู้วิจัยจึงศึกษาหลักเกณฑ์ในการพิจารณาความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูลของ Guba and Lincoln (1989) ซึ่งได้กล่าวถึงหลักเกณฑ์ในการพิจารณาความเชื่อถือของข้อมูลการวิจัยเชิงคุณภาพโดยมีรายละเอียดดังนี้

1) ความเชื่อถือได้ของข้อมูล (Credibility) เป็นเกณฑ์การสนับสนุนการอธิบายข้อสรุปและการแปรผลของข้อมูลจากประสบการณ์ชีวิตของผู้ให้ข้อมูล เป็นการตรวจสอบความสอดคล้องของข้อมูล หมายถึงความถูกต้องและเชื่อถือได้ของข้อมูล โดยมีวิธีการตรวจสอบดังนี้

(1) ระยะเวลาอยู่ในสนามวิจัยที่นานพอ (Prolonged involvement) หมายถึง การใช้เวลาในสนามศึกษาที่นานพอที่นักวิจัยจะเรียนรู้วัฒนธรรม ภาษาและและสร้างสัมพันธภาพ ให้เกิดความคุ้นเคยกันระหว่างนักวิจัยและผู้ให้ข้อมูล เพียงพอที่ผู้ให้ข้อมูลจะเล่าประสบการณ์ชีวิตแก่นักวิจัย

(2) การสังเกตติดต่อกัน (Persistent observation) เป็นการใช้เวลาที่มากพอในการสังเกตสถานการณ์ที่ศึกษา เพื่อให้ค้นพบประเด็นที่สำคัญที่สุดและเป็นตัวแทนของประเด็นที่ต้องการศึกษา เป็นการสังเกตเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึก

(3) การตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) เป็นการใช้หลากหลายวิธีร่วมกันในการเก็บรวบรวมข้อมูล เช่น การสังเกต การจดบันทึก เป็นต้น เพื่อนำข้อมูลนำมาตรวจสอบว่ามีความตรงกันหรือไม่

(4) การตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer debriefing) เป็นการนำผลการวิเคราะห์และข้อสรุปไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่เชี่ยวชาญในประเด็นที่นักวิจัยศึกษาและเป็นผู้ที่มีความรู้ด้านการวิจัยเชิงคุณภาพเป็นผู้ตรวจสอบ

(5) การตรวจสอบโดยผู้ให้ข้อมูล (Member checks) เป็นวิธีการที่ผู้ให้ข้อมูลเข้ามาช่วยตรวจสอบหรือแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับข้อสรุปเบื้องต้นที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อให้แน่ใจว่าข้อสรุปที่ได้เป็นข้อมูลที่มาประสบการณ์จริงของผู้ให้ข้อมูล

2) ความสามารถในการถ่ายโอน (Transferability) ใช้แทนการอ้างอิงผลสรุปที่ได้สู่ประชากรในการวิจัยเชิงปริมาณ ส่วนในการวิจัยเชิงคุณภาพ หมายถึงการที่อ่านผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาแล้วสามารถเข้าใจเรื่องราวและมองเห็นประสบการณ์ดังกล่าวเหมือนเกิดขึ้นกับตนเอง ซึ่งเรียกว่า ร่องรอยการตรวจสอบได้ (Audit trail)

3) ความสามารถในการพึ่งพา (Dependability) โดยการให้ผู้อ่านและนักวิพากษ์ได้ใช้เกณฑ์การตรวจสอบต่อกระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพ ถ้าผู้อ่านและนักวิพากษ์สามารถติดตามเรื่องราวได้อย่างเข้าใจ แสดงว่าการศึกษานี้ผ่านเกณฑ์ดังกล่าวแล้ว

4) ความสามารถในการยืนยัน (Confirmability) เมื่อการวิจัยผ่านเกณฑ์ทั้ง 3 ด้านแล้ว กล่าวคือ ความเชื่อถือได้ของข้อมูล (Credibility) ความสามารถในการถ่ายโอน (Transferability) ความสามารถในการพึ่งพา (Dependability) โดยสามารถนำมายืนยืนการวิจัยเชิงคุณภาพ จากการตรวจสอบข้อมูลดิบ การยกตัวอย่างคำพูดจากการวิเคราะห์ข้อมูล การจัดกลุ่มคำและการให้รหัสข้อมูล การสรุปประเด็น การตรวจสอบกระบวนการวิจัย โดยข้อมูลจัดไว้เป็นระบบและสามารถยืนยันความถูกต้องได้

สรุปได้ว่า การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาตีความ เป็นกาศึกษาที่เน้นสิ่งที่เป็นอยู่จริง เป็นจริงที่ปรากฏอยู่หรือการดำรงอยู่ตามวิถีชีวิตตามสภาพความเป็นจริง เพื่อทำความเข้าใจปรากฏการณ์ที่เป็นวิถีชีวิตในแต่ละวัน เพื่อสรุปประเด็นให้เห็นชัดเกี่ยวกับความเหมือนและความต่างของความหมาย ซึ่งใช้วงจรการเชื่อมโยงประสบกาณ์ชีวิต (Hermeneutic circle) ที่ต้องทำความเข้าใจสิ่งที่จะศึกษาล่วงหน้า ศึกษาภูมิหลัง และอาศัยการมีส่วนร่วมของผู้วิจัยในการแปลความหมายโดยการเก็บรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกโดยผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูลได้เผชิญหน้ากัน เพื่อแลกเปลี่ยนความรู้เก่าของนักวิจัยกับประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูล โดยผ่ายการตรวจสอบความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูลการวิจัยเชิงคุณภาพ 4 ประการ คือ ความเชื่อถือได้ของข้อมูล (Credibility) ความสามารถในการถ่ายโอน (Transferability) ความสามารถในการพึ่งพา (Dependability) และความสามารถในการยืนยัน (Confirmability)

5. เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

Hong and Kim (2008) ออกแบบวิจัยเชิงปริมาณแบบภาคตัดขวางที่ศึกษาภาระผูกพันของผู้ดูแลในครอบครัวโดยมีความสัมพันธ์กับผู้รับการดูแลที่มีภาวะสมองเสื่อม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลในครอบครัวจำนวน 157 ราย (บุตรสาว 41 ราย บุตรชาย 21 ราย ลูกสะใภ้ 53 ราย และคู่สมรส 42 ราย) มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในครอบครัว ผลการศึกษา พบว่า ผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสได้รับการจัดอันดับว่ามีสุขภาพที่แย่ลงและได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อยกว่าผู้ดูแลที่เป็นบุตร และผู้ดูแลที่เป็นลูกสะใภ้มีปัญหาด้านพฤติกรรมการดูแลมากกว่าผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส ลูกชายหรือลูกสาว และจากการศึกษายังชี้ให้เห็นว่าผู้ดูแลที่เป็นบุตรชายมีประสบการณ์ด้านการดูแลน้อยกว่าผู้ดูแลที่เป็นบุตรสาว

Fjellström et al. (2010) ออกแบบวิจัยเชิงคุณภาพแบบการสนทนากลุ่ม (focus groups)ได้ศึกษาเชิงสำรวจระหว่างคู่สมรสที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นอัลไซเมอร์ ในผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสที่อาศัยอยู่ในสวีเดนจำนวน 17 ราย (เพศหญิง 11 ราย และเพศชาย 6 ราย) เพื่อตรวจสอบถึงการรับรู้ถึงวิถีชีวิตประจำวันในการเลือกรับประทานอาหาร การปรุงอาหารและการทำอาหาร ซึ่งผลการวิจัยพบว่าผู้ดูแลเพศชายพยายามปรับตัวกับการรับบทบาทใหม่ในฐานะผู้ดูแล ในด้านการทำอาหาร และมีความกังวลเกี่ยวกับการเป็นผู้ให้การดูแลเรื่องอาหารที่ดีสำหรับคู่สมรสของตน อีกทั้งยังขาดความรู้และประสบการณ์ด้านการเลือกซื้ออาหาร การทำอาหาร และการเตรียมอาหารมากกว่าผู้ดูแลเพศหญิง

Hayes, Zimmerman, and Boylstein (2010) ออกแบบวิจัยเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกที่เกี่ยวข้องกับการตอบสนองต่ออาการของโรคอัลไซเมอร์ของคู่สามีภรรยาที่เป็นโรคอัลไซเมอร์จำนวน 28 ราย (เพศชาย 13 ราย, เพศหญิง 15 ราย) ผลการศึกษา พบว่าภรรยาสามารถรับรู้และสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของสามีได้รวดเร็ว แต่เริ่มต้นให้การดูแลช้ากว่าสามี ในขณะที่สามีรับรู้อาการของโรคอัลไซเมอร์ของภรรยาได้ช้า แต่อย่างไรก็ตามการศึกษา พบว่าเมื่อสามีให้ความสนใจกับอาการของโรคอัลไซเมอร์แล้วจะดำเนินการให้การดูแลภรรยาอย่างรวดเร็ว

Atta-Konadu, Keller and Daly (2011) ออกแบบวิจัยเชิงคุณภาพโดยสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับประสบการณ์และความหมายของสามีที่ดูแลภรรยาที่มีภาวะสมองเสื่อม จำนวน 9 คน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจประสบการณ์ของผู้ดูแลเพศชายในฐานะสามีที่ดูแลภรรยาภาวะสมองเสื่อมในการปรับตัวให้เข้ากับการรับบทบาทเป็นผู้ดูแลที่เกี่ยวข้องกับการทำอาหาร โดยผลการศึกษาพบว่าสามีไม่ได้ถูกคาดหวังว่าจะต้องเป็นผู้ดูแลที่เกี่ยวข้องกับการทำอาหาร ซึ่งเป็นบทบาทที่สามีไม่เต็มใจที่จะทำ นอกจากนี้ ยังพบว่าการทำอาหารเป็นประสบการณ์ที่น่าเบื่อและไม่ได้ถูกกำหนดไว้ในธรรมชาติของเพศชาย

จิราพร เกศพิชญวัฒนา (2542) ศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพที่อธิบายความหมายของค่านิยมวัฒนธรรมไทยในเรื่องความกตัญญูกตเวทีที่เกี่ยวข้องกับการดูแลบิดามารดาสูงอายุที่เจ็บป่วย โดยศึกษาจากความเห็นมุมมองของครอบครัวไทยในเขตกรุงเทพมหานคร ใช้วิธีการสัมภาษณ์และสังเกตพฤติกรรมแบบมีส่วนร่วม ศึกษากลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นบุตรจำนวน 15 คนที่ดูแลบิดามารดาสูงอายุในครอบครัว โดยมโนมติ (Concept) ความกตัญญูกตเวทีที่เกี่ยวข้องกับการดูแลบิดามารดาสูงอายุในครอบครัว ประกอบด้วยลักษณะ 3 ด้าน ได้แก่ 1) บุญคุณของบิดามารดา หมายถึง สิ่งที่เกิดประโยชน์ที่ก่อให้เกิดผลที่ดีที่บิดามารดาได้ทำให้แก่บุตร 2) กตัญญู เป็นความรู้สึกถึงบุญคุณ การรับรู้ถึงพระคุณบิดามารดาที่มีให้แก่บุตร และ 3) กตเวที เป็นการตอบแทนบุญคุญที่บุตรพึงกระทำเพื่อตอบสนองแด่บิดามารดา ความกตัญญูกตเวทีเป็นค่านิยมที่ครอบครัวสังคมไทยให้การยอมรับและเป็นสิ่งจรรโลงใจให้เกิดการดูแลบิดามารดาบุพการีในสังคมไทย โดยการดูแลบิดามารดาสูงอายุจำแนกได้เป็น 3 ลักษณะ ได้แก่ 1) การดูแลทางด้านร่างกาย 2) การดูแลด้านจิตใจ และ 3) การดูแลทางด้านความเชื่อ นอกจากนี้ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยด้านวัฒนธรรมและสังคมเศษฐกิจมีบทบาทสำคัญที่ส่งผลต่อบุตรที่ให้ทั้งความรู้สึกเชิงบวกและเชิงลบในการเป็นผู้ดูแล เนื่องจากความรับผิดชอบและบทบาทของการเป็นผู้ดูแลเป็นภาระที่หนัก ต้องทุ่มเท เสียสละทั้งกายใจเป็นอย่างมาก ผู้ดูแลจึงอาจเกิดความรู้สึกเหนื่อยล้า เครียด เกิดความขัดแย้งในใจกับญาติพี่น้องที่ไม่ให้ความช่วยเหลือ สุขภาพทรุดโทรม ในทางตรงกันข้ามผู้ดูแลเกิดความรู้สึกทางบวกในการเป็นผู้ดูแล เช่น ได้รับการยกย่องจากผู้อื่น เป็นประสบการณ์ชีวิตที่ดี เป็นต้น

พัชรินทร์ คำอินทร์ (2548) ออกแบบวิจัยเชิงคุณภาพ ใช้รูปแบบการศึกษาตามแนวคิดปรากฏการณ์วิทยา ในการศึกษาความหมายการได้รับการดูแลโดยผู้ดูแลในครอบครัว จากมุมมองของผู้สูงอายุ และศึกษาประสบการณ์การได้รับการดูแลโดยครอบครัวของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพาที่บ้าน จำนวน 12 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกและการบันทึกเทป วิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการของโคไลซี่ ผลการศึกษา สรุปได้ว่า ความหมายการได้รับการดูแลโดยผู้ดูแลในครอบครัว จากมุมมองของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพาที่บ้านมี 4 ประเด็นคือ การปฏิบัติดูแลด้วยความเข้าใจผู้สูงอายุการปฏิบัติดูแลด้วยความเต็มใจ การปฏิบัติดูแลด้วยการพูดที่ดี และการปฏิบัติดูแลด้วยความเคารพรักและผูกพัน ในด้านผู้ดูแลในครอบครัว สรุปได้ 4 ประเด็นคือ อารมณ์ในสภาพการพึ่งพา การรับรู้ว่าต้องพึ่งพาการดูแล การปรับตัว และการรับรู้คุณค่าการดูแล

พูนสุข เวชวิฐาน (2551) ออกแบบวิจัยเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวชนบทไทย มุมมองจากผู้สูงอายุและบุตรวัยผู้ใหญ่ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวชนบทไทย จากทฤษฎีการแลกเปลี่ยนทางสังคม กลุ่มตัวอย่างจำนวน 50 ครอบครัว ทั้งผู้สูงอายุและบุตรวัยผู้ใหญ่ กลุ่มละ 50 ผลการศึกษามีประเด็นสำคัญได้แก่ 1) ผู้สูงอายุสะท้อนบทบาทของตนเองในการช่วยเหลืองานบ้าน 2) ผู้สูงอายุสะท้อนคุณค่าของตนที่มี

ต่อสมาชิกครอบครัวและความคาดหวังในอนาคต 3) การดูแลพ่อแม่ผู้สูงอายุเป็นการตอบแทนบุญคุณ และ 4) การดูแล พ่อแม่ผู้สูงอายุเป็นผลจากการเป็นต้นแบบที่ดีและจากคำสอนทางศาสนา

ธีรวรรณ คนชม (2552) ออกแบบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยา โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก ศึกษาประสบการณ์การจัดการของผู้ดูแลที่เป็นบุคคลในครอบครัวกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม จำนวน 11 ราย พบว่า ประสบการณ์การจัดการของญาติผู้ดูแลกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมประกอบไปด้วย 4 ประเด็นหลัก ดังนี้ 1) การเข้าใจและการยอมรับ โดยผู้ดูแลต้องเข้าใจอาการของโรค ยอมรับกับความจริง และยอมรับพฤติกรรมที่ผู้สูงอายุแสดงออก รวมทั้งยอมรับบทบาทของการเป็นผู้ดูแล 2) การเรียนรู้การดูแลโดยเริ่มจากการค้นหาข้อมูลทั้งจากผู้ที่มีความรู้ การลองผิดลองถูก และจากประสบการณ์ของผู้อื่น 3) การค้นหาวิธีการดูแลที่เหมาะสม โดยการมีความคิดสร้างสรรค์ การสั่งสมประสบการณ์ การเรียนรู้จากพฤติกรรมและปรับการดูแลให้เหมาะสม 4) การจัดการกับความเครียด โดยการสร้างสัมพันธภาพในครอบครัว และการใช้ศาสนาเป็นที่พึ่งทางจิตใจ โดยผลการศึกษาที่ได้สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางและเป็นข้อมูลพื้นฐาน ในการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม สำหรับผู้ดูแลที่ไม่สามารถปรับตัว หรือไม่สามารถเผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วิไลลักษณ์ เกษมศรี (2556) ออกแบบวิจัยเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกถึงประสบการณ์การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุในชุมชน มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายความหมายของการดูแลและประสบการณ์การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ โดยผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุที่มารับบริการที่โรงพยาบาลชุมชน ได้รับการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจำนวน 12 ราย ทำการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ผลการวิจัย พบว่า ผู้ดูแลได้ให้ความหมายของการดูแลคือ 1) เป็นการทำตามหน้าที่ด้วยความรักและเป็นห่วง 2) ช่วยเหลือจัดหาสิ่งจำเป็นในชีวิตประจำวัน 3) การช่วยให้รู้สึกสบายใจและสุขสบาย และ 4) อยู่ด้วยกันจนถึงที่สุด ส่วนประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย แบ่งเป็น 3 ประเด็นหลัก คือ 1) การเข้ามาเป็นผู้ดูแล ประกอบด้วย ทำหน้าที่ช่วยเหลืออย่างเต็มใจ และความจำเป็นที่ต้องดูแล 2) การดูแลช่วยเหลืออย่างเฉพาะเจาะจง ได้แก่ ต้องได้รับยาอย่างสม่ำเสมอ ช่วยเหลือกิจกรรมประจำวันและงานอื่นๆ ชวนพูดคุยให้ผ่อนคลาย ให้ทำกิจกรรมที่ชอบ และรอให้อารมณ์ดี 3) สิ่งที่เกิดขึ้นในการดูแล ประกอบด้วย ดูแลไปแล้วเห็นเขาดีขึ้น สบายใจที่ได้ทำ ได้ทำอย่างเต็มที่แล้วรู้สึกภูมิใจ เหนื่อยใจท้อแท้ที่ต้องดูแล รู้สึกเครียดกับอารมณ์ที่ไม่แน่นอน และอยากช่วยให้หายแต่ไม่รู้วิธี ผลการวิจัยครั้งนี้นำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาแนวทางการส่งเสริมศักยภาพผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ และเพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

อภิชาติ รอดสม และคณะ (2558) ศึกษาคุณลักษณะของผู้ดูแลตามความต้องการของผู้สูงอายุ โดยส่วนใหญ่ผู้สูงอายุต้องการให้มีคนมาดูแลโดยร้อยละ 71 ต้องการให้ดูแลในช่วงกลางวัน โดยผู้สูงอายุเกือบทั้งหมดต้องการผู้ดูแลที่เป็นบุตรสาวหรือเป็นเพศหญิง หากผู้ดูแลเป็นบุคคลอื่นที่ไม่ใช่บุคคลในครอบครัว ส่วนลักษณะนิสัยของผู้ดูแลที่ไม่ใช่เป็นบุคคลในครอบครัวนั้น ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ต้องการให้ผู้ดูแลเป็นผู้ที่มีจิตใจดี นิสัยดี อ่อนโยน มีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุ มีความชำนาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ และเรื่องหลัก คือ อาหารที่ท่านต้องการให้ช่วยเหลือ

ชวลิต สวัสดิ์ผล และคณะ (2560) ศึกษาการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือของไทยโดยใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ เก็บข้อมูลในปี พ.ศ. 2559 พื้นที่ศึกษา 8 ตำบลในอำเภอศรีสมเด็จ จังหวัดร้อยเอ็ด ผลการศึกษา พบว่า การดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงโดยครอบครัวเป็นการดูแลวงใน ผู้ดูแลหลัก คือ ลูกสาว ขณะที่บทบาทภาระของผู้ดูแลหลักมีปัญหาและได้รับผลกระทบจากการเป็นผู้ดูแลหลักที่หลากหลาย คือ ไม่มีประสบการณ์และความรู้ด้านการดูแล มีปัญหาด้านสุขภาพและการเจ็บป่วยร่วม สมรรถนะทางร่างกายลดลง มีปัญหาด้านอารมณ์จิตใจ มีปัญหาด้านเศรษฐกิจ สังคม ซึ่งขึ้นอยู่กับระดับการพึ่งพิงของผู้สูงอายุ บทบาทและภาระการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงโดยชุมชนท้องถิ่น โดยกิจกรรมที่มีความสำคัญ คือการเยี่ยมบ้านและการดูแลสุขภาพที่บ้านเป็นการดูแลวงนอก ได้แก่ กลุ่มเครือญาติ กลุ่มเพื่อน บ้านครัวเรือนแนบชิด กลุ่มผู้นำ กลุ่มอาสาสมัคร กลุ่มองค์กรและสถาบันในชุมชน องค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่น และกลุ่มเจ้าหน้าที่รัฐที่เกิดจากการผสมผสานการนำทุนทางสังคมของชุมชนท้องถิ่นที่หลากหลายและระบบสวัสดิการของรัฐมาใช้ ทำให้เกิดความสัมพันธ์ เชื่อมโยงและช่วยเหลือกัน แต่บทบาทและภาระการจัดบริการโดยชุมชนท้องถิ่นยังสามารถกระทำการได้ในวงแคบๆ ไม่ทั่วถึง ไม่ครอบคลุม ไม่ต่อเนื่อง และเข้าไม่ถึงผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง แนวทางในการดูแล คือ การเพิ่มศักยภาพด้านการดูแล และการเตรียมความพร้อมให้กับผู้ดูแลวงในและวงนอกที่เป็นเครือญาติและครัวเรือนแนบชิด เพื่อให้เกิดการช่วยเหลือกันเป็นสิ่งจำเป็น และควรพัฒนากลไกในรูปคณะกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในชุมชนท้องถิ่นร่วมกับหน่วยงานภาคีที่เกี่ยวข้อง โดยมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีแผนงานที่เกิดจากการมีส่วนร่วมจากชุมชน

จากการทบทวนวรรณกรรมสามารถสรุปได้ว่า ทั่วโลกมีจำนวนประชากรสูงอายุภาวะพึ่งพิงสูงขึ้น และมีแนวโน้มที่จะสูงขึ้นอีกในอนาคตข้างหน้า ซึ่งการเกิดภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุนั้นเป็นผลมาจากความเสื่อมถอยของร่างกายและภาระโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุ ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันอย่างมีข้อจำกัด ดังนั้น ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครอบจึงมีบทบาทสำคัญในการให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุกลุ่มนี้ ซึ่งในบริบทของสังคมไทยยังคงยึดถือค่านิยมความกตัญญูที่บุตรควรตอบแทนบุญคุณบิดามารดา ดังนั้น เมื่อบิดามารดาสูงอายุเจ็บป่วยบุตรจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง

ในการรับบทบาทเป็นผู้คอยให้การปรนนัติดูแลบิดามารดาสูงอายุในยามชรา และด้วยความเชื่อทางสังคมและวัฒนธรรม บทบาททางเพศยังคงถูกกำหนดไว้ให้เป็นหน้าที่ของบุตรสาว แต่เนื่องจากสังคมปัจจุบันเปลี่ยนแปลงไป ขนาดครัวเรือนของครอบครัวไทยลดลง เพศหญิงทำงานนอกบ้านมากขึ้น บุตรชายเข้ามามีบทบาทในการเป็นผู้ดูแลบิดามารดาสูงอายุมากขึ้น ประกอบกับในอดีตที่ผ่านมา บุตรชายมีประสบการณ์ในด้านการเป็นผู้ดูแลน้อยกว่าบุตรสาว ทำให้การศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ดูแลโดยบุตรชายมีอยู่อย่างจำกัด ดังนั้น จึงควรมีการศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์ชีวิตของบุตรชายในบทบาทการเป็นผู้ดูแลบิดามารดาสูงอายุภาวะพึ่งพิง โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อค้นหาประสบการณ์เชิงลึกและนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการหาแนวทางการให้คำแนะนำ ส่งเสริมบุตรชายในบทบาทของผู้ดูแลบิดามารดาสูงอายุภาวะพึ่งพิงต่อไป

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

บทที่ 3
วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenological research) เป็นการศึกษาปรากฏการณ์การให้ความหมายจากประสบการณ์จริง ตามแนวคิดของ Heidegger รวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (Indepth interview) ร่วมกับการบันทึกเทป การสังเกต การจดบันทึกภาคสนาม จากนั้นข้อนำข้อมูลทั้งหมดมาวิเคราะห์ตามขั้นตอนของ Van Manen (1990) โดยผู้วิจัยดำเนินการวิจัยดังนี้

1. พื้นที่ในการเก็บข้อมูล (Setting)

พื้นที่ในการเก็บข้อมูลครั้งนี้ คือ เขตกรุงเทพมหานคร เนื่องจากกรุงเทพมหานครเป็นพื้นที่ที่มีความเป็นชุมชนเมืองขนาดใหญ่ และมีจำนวนประชากรในวัยสูงอายุอาศัยอยู่เป็นจำนวนมาก ซึ่งผู้สูงอายุในเขตเมืองยังคงเผชิญกับปัญหาวิกฤติจากความเสื่อมถอยของร่างกายตลอดจนภาวะโรคเรื้อรังต่างๆ ส่งผลให้ผู้สูงอายุเข้ามารับบริการในโรงพยาบาลสูงขึ้น โรงพยาบาลจึงจำเป็นต้องเพิ่มอัตราการหมุนเวียนเตียง เพื่อลดวันนอนและลดค่าใช้จ่ายในการรักษา ผู้สูงอายุจึงถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในขณะที่อาการยังไม่คงที่และอาจมีภาวะทุพพลภาพจากการเจ็บป่วยนั้นเมื่อต้องกลับบ้านด้วย ดังนั้น ครอบครัวและชุมชนจึงเป็นเครือข่ายสำคัญในการช่วยเหลือผู้สูงอายุเมื่อต้องกลับไปดูแลต่อเนื่องที่บ้าน โดยกรุงเทพมหานครมีการจัดระบบการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาล บ้าน และศูนย์บริการสาธารณสุข เพื่อให้บุคลากรทางสุขภาพให้การดูแลผู้สูงอายุได้อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ ผู้วิจัยจึงได้เลือกศึกษาในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร เนื่องจากเป็นบริบทที่มีความเชื่อมโยงกันระหว่างทีมสุขภาพ ชุมชน และครอบครัวในการวางแผนและประสานการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ให้สามารถรองรับการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในชุมชนเมืองได้

2. ผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key informant)

วิจัยครั้งนี้ได คัดเลือกผูใหข อมูล (Key informant) แบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ไดแก บุตรชายที่มีประสบการณ์ในการดูแลบิดามารดาสูงอายุภาวะพึ่งพิง และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด (Inclusion criteria) กลาวคือ

1) เป็นเพศชาย อายุ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป มีความเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุในฐานะบุตรชาย

2) เปนผู้ดูแลหลักในการดูแลบิดามารดาที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานโดยประเมินจากแบบประเมินคัดกรองความสามารถในการประกอบกิจวัตร

ประจำวัน (Activities of Daily Living: ADL) น้อยกว่า 12 คะแนน คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาระดับปานกลาง พึ่งพาระดับรุนแรง ไปจนถึงพึ่งพาระดับสมบูรณ์ (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2542) และ/หรือได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะสมองเสื่อม

3) มีบทบาทในการเป็นผู้ดูแลหลักอย่างน้อย 6 ชั่วโมง เป็นเวลา 6 เดือนขึ้นไป

4) ยินดีและมีความสมัครใจในการเข้าร่วมโครงการวิจัย

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

3.1 ผู้วิจัย การทำวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยคือเครื่องมือที่สำคัญในการดำเนินการวิจัย (Researcher as instrument) กล่าวคือ เป็นผู้วางแผนการวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูล สัมภาษณ์ สังเกต และวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยจึงมีการเตรียมความพร้อมในการดำเนินการวิจัยดังนี้

1) การเตรียมความพร้อมผู้วิจัยด้านระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยลงทะเบียนเรียนรายวิชาการวิจัยเชิงคุณภาพทางการพยาบาล (Qualitative Research in Nursing) รหัสวิชา 3600626 จากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปีการศึกษา 2560 จำนวน 3 หนวยกิต เพื่อศึกษาระเบียบวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ นอกจากนี้ ในระหว่างการศึกษาผู้วิจัยมีประสบการณ์ในการฝกหัดทดลองทำวิจัยเชิงคุณภาพด้วยตนเองในลักษณะโครงการวิจัยนำร่อง เริ่มตั้งแต่การตั้งคำถามการวิจัย การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อนำไปสู่การตั้งแนวคำถามที่ใช้เป็นแนวทางในการสัมภาษณ์ การฝึกสัมภาษณ์เชิงลึก เก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลที่เป็นบุตรชายผู้ให้การดูแลบิดามารดาสูงอายุภาวะพึ่งพิง จำนวน 3 ราย ตลอดจนสรุปผลการวิจัยและอภิปรายผล ทำให้ผู้วิจัยได้เรียนรู้ระเบียบวิธีวิจัยอย่างเป็นระบบ อีกทั้งยังสามารถนำข้อบกพร่องต่างๆมาพัฒนาปรับปรุงแก้ไข ในการทำวิจัยครั้งนี้ให้ดียิ่งขึ้น

2) การเตรียมความพร้อมด้านเนื้อหาและแนวคิดที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าหาความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับบุตรชายที่ให้การดูแลบิดามารดาสูงอายุภาวะพึ่งพิง จากงานวิจัย แนวคิดทฤษฎีต่างๆ และข่าวสารในสังคมทั้งในไทยและต่างประเทศ โดยหัวข้อในการทบทวนวรรณกรรมมุ่งเน้นไปในเรื่องของบทบาทเพศ (Gender Role) ของบุตรชายในการเป็นผู้ดูแลบิดามารดาสูงอายุภาวะพึ่งพิงในสังคมไทย รวมไปถึงผู้ดูแลในครอบครัวเมื่อผู้สูงอายุอยู่ในภาวะพึ่งพิง ตลอดจนหัวข้อเรื่องอื่นๆที่มีความเกี่ยวข้องกับบทบาททางเพศของผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยพื้นฐานความรู้เหล่านี้เป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้ผู้วิจัยได้เห็นมุมมองในหลายมิติเกี่ยวกับบทบาทของเพศชายในการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ครอบคลุมและชัดเจนมากยิ่งขึ้น จนกระทั่งเห็นว่าเพียงพอต่อการวางแผนดำเนินการวิจัยในขั้นตอนต่อไป นอกจากนี้ การทบทวนวรรณกรรมส่งผลให้ผู้วิจัยได้เห็นภาพรวมของบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงทั้งในสังคมไทยและในต่างประเทศรวมถึงมีความเข้าใจเกี่ยวกับบทบาทการเป็นผู้ดูแลของเป็นบุตรชายที่เปลี่ยนไปในบริบทของสังคมไทยมากยิ่งขึ้น

3.2 เครื่องที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1) ใช้เครื่องมือดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Bathel ADL Index) ในการประเมินผู้สูงอายุ เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางและง่ายในการสื่อสารกับผู้ให้ข้อมูล เครื่องมือนี้แปลเป็นภาษาไทยและปรับปรุงโดย สุทธิชัย จิตะพันธ์กุลและคณะ (2541) จาก Barthel ADL Index ของ Mahoney and Barhtel (1965) ประกอบด้วย การประเมิน 10 กิจกรรม ได้แก่ การรับประทานอาหาร การทำความสะอาดใบหน้า การเคลื่อนย้ายจากนอนมานั่ง การเข้าใช้ห้องสุขา การเดินหรือเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน การขึ้นลงบันได การสวมใส่เสื้อผ้า การอาบน้ำ การกลั้นปัสสาวะ และการกลั้นอุจจาระ ใช้เกณฑ์การตัดสินระดับภาวะพึ่งพิง คือ น้อยกว่า 12 คะแนน จากคะแนนเต็ม 20 คะแนน โดยผู้วิจัยจะเป็นผู้ประเมินผู้สูงอายุจากผู้ให้ข้อมูลพร้อมกับการสังเกตร่วมด้วย

2) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล สำหรับบันทึก อายุ อาชีพ รายได้ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว ระยะเวลาในการดูแลบิดามารดาที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง รวมถึงประวัติการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ บทบาทการเป็นผู้ดูแลและลักษณะที่อยู่อาศัย

3) แบบบันทึกภาคสนาม ใช้บันทึกหมายเลขผู้ให้ข้อมูล รายละเอียดเบื้องต้นของการสัมภาษณ์ คือ วันที่ เวลา อากัปกิริยา บริบท ปัญหา การบรรยายฉาก และบรรยากาศขณะสัมภาษณ์ รวมถึงปัญหาที่พบและการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า

4) เครื่องบันทึกเสียง จำนวน 1 เครื่อง สำหรับเป็นเครื่องมือเก็บบันทึกรวบรวมข้อมูลขณะสัมภาษณ์ทุกครั้ง โดยผู้วิจัยจัดเตรียมให้พร้อมในการใช้งาน

5) แบบบันทึกการถอดรหัสความ เพื่อบันทึกการถอดความการสัมภาษณ์แบบคำต่อคำ (Verbatim transcriptions)

3.3 แนวทางการสัมภาษณ์ (Interview guideline) ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth interview) ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 40-60 นาที ผู้วิจัยสร้างแนวคำถามโดยการกำหนดวัตถุประสงค์ของข้อคำถามตามปัญหาการวิจัยและเขียนแนวคำถามเป็นลักษณะคำถามปลายเปิดในประเด็นต่างๆ เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกและครอบคลุมตรงประเด็นที่ต้องการ ซึ่งจะช่วยให้ได้เนื้อหาที่ครอบคลุมและตรงตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา โดยมีแนวคำถามดังนี้

ขั้นการเริ่มสนทนา ผู้วิจัยกล่าวทักทาย พูดคุย ซักถามในเรื่องทั่วไป เพื่อสร้างสัมพันธภาพความคุ้นเคย ในบรรยากาศที่เป็นกันเองเพื่อผู้ให้ข้อมูลรู้สึกผ่อนคลาย จากนั้นจึงเริ่มอธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการสัมภาษณ์ การพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักอย่างละเอียด รวมทั้งแจ้งให้ทราบถึงระยะเวลาที่ใช้ในการสัมภาษณ์ประมาณ 45-60 นาที โดยเริ่มจากแนวคำถามเป็นการ

สอบถามเกี่ยวกับสถานภาพปัจจุบันของคนในครอบครัว บทบาทหน้าที่ของสมาชิกในบ้าน โดยมีแนวคำถามดังนี้ต่อไปนี้

1) ในครอบครัวของคุณมีจำนวนพี่น้องทั้งหมดกี่คน (ชาย/หญิงกี่คน)
2) ปัจจุบันสมาชิกภายในบ้านมีใครบ้าง และแต่ละคนมีหน้าที่ภายในบ้านอย่างไร
3) คนในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลในครั้งนี้หรือไม่ อย่างไร
4) คุณเคยเห็นบุตรชายในการดูแลบิดามารดาในภาวะพึ่งพิงหรือไม่ หากเคย... คุณเห็นเขาให้การดูแลอย่างไร

ขั้นเข้าสู่ประเด็นการสัมภาษณ์ เป็นแนวคำถามที่เกี่ยวข้องกับจุดเริ่มต้นของการที่บุตรชายเข้ามารับบทบาทเป็นผู้ดูแลบิดามารดาสูงอายุภาวะพึ่งพิง เพื่อนำไปสู่คำถามหลักเพื่อเจาะลึกในประเด็นสำคัญกับการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ โดยมีแนวคำถามดังนี้

คำถามเกริ่นนำ

1) คุณเริ่มมาดูแลบิดามารดาตั้งแต่เมื่อไร และเหตุใดคุณถึงเป็นผู้ดูแลรับหน้าที่หลักในการดูแลบิดา/มารดาในครั้งนี้
2) คุณมีหลักในการดูแลบิดามารดาที่สูงอายุภาวะพึ่งพิงหรือไม่ อย่างไร

คำถามหลัก

1) ช่วยเล่าถึงประสบการณ์ของคุณในการดูแลบิดามารดาตั้งแต่แรกเป็นอย่างไร
2) หลังจากดูแลไปสักระยะหนึ่งแล้วเป็นอย่างไร
3) คุณรู้สึกอย่างไรกับการเป็นบุตรชายดูแลบิดามารดาสูงอายุภาวะพึ่งพิงในครั้งนี้

ซึ่งผู้วิจัยมีการปรับหรือการสร้างแนวคำถามเพิ่มเติมตามเรื่องราวที่เกิดขึ้นขณะสัมภาษณ์ โดยอาศัยเทคนิกการทวนความ การสะท้อนความคิด การบอกให้เล่าเพิ่มเติมในการเด็นที่น่าสนใจ เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลได้ถ่ายทอดประสบการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างลึกซึ้งและชัดเจนครอบคลุมตามวัตถุประสงค์การวิจัย

ขั้นยุติการสนทนา เมื่อเห็นว่าได้เวลาที่เหมาะสมตามที่ได้ตกลงกันไว้ผู้วิจัยจะค่อยๆเปลี่ยนเรื่องสนทนาเป็นเรื่องทั่วไป เพื่อปรับอารมณ์ความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูลหลักให้ผ่อนคลาย สอบถามถึงข้อมูลที่ผู้ให้ข้อมูลหลักยังไม่ได้กล่าวถึงและต้องการเล่าให้ผู้วิจัยฟังเพิ่มเติม โดยมีแนวคำถามดังนี้

1) คุณมีอะไรที่อยากจะเล่าเพิ่มเติมเกี่ยวกับประสบการณ์การดูแลในครั้งนี้อีกหรือไม่คะ
2) มีอะไรอยากซักถามเพิ่มเติมหรือไม่

จากนั้นผู้วิจัยกล่าวขอบคุณผู้ให้ข้อมูลที่สละเวลาและให้ความร่วมมือในการตอบข้อซักถาม ตลอดจนได้เล่าถึงประสบการณ์ของบุตรชายในการดูแลบิดา มารดาสูงอายุภาวะพึ่งพิง โดยถ่ายทอดมาจากประสบการณ์จริง ซึ่งการสัมภาษณ์ครั้งนี้เป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการศึกษาค้นคว้าเพื่อเป็นแนวทางในการดูแลบิดา มารดาที่เป็นบุตรชายรายอื่นๆต่อไป และขออนุญาตในการกลับมาหาผู้ให้ข้อมูลหลักอีกครั้ง เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลจากกระบวนการวิเคราะห์ของผู้วิจัย และผู้วิจัยจะกลับมาสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลักซ้ำหากข้อมูลที่ได้ยังไม่ครบสมบูรณ์

4. การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการขออนุมัติโครงการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนกลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์หาวิทยาลัย โดยผ่านการพิจารณาจริยธรรมในโครงการที่ 096.1/61ได้รับการอนุมัติวันที่ 26 มิถุนายน 2561 ผู้วิจัยยึดมั่นในจรรยาบรรณของการเป็นนักวิจัยอย่างเคร่งครัด โดยผู้วิจัยได้สอบถามความสมัครใจจากผู้ให้ข้อมูลก่อนการสัมภาษณ์ มีการให้ลงชื่อเข้าร่วมการวิจัย และชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บข้อมูลอย่างละเอียด โดยมีการแจ้งให้ผู้ให้ข้อมูลทราบเกี่ยวกับประเด็นที่สัมภาษณ์ กระบวนการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก และการขออนุญาตขอบันทึกเสียงการสัมภาษณ์ จำนวนครั้งและระยะเวลาที่สัมภาษณ์ในแต่ละครั้ง การขอตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล การรักษาความลับด้วยการทำลายเทปเมื่อสิ้นสุดการวิจัย การปกปิดชื่อ-นามสกุลโดยแจ้งให้ทราบถึงการใช้รหัสเฉพาะแทนการใช้ชื่อจริง-นามสกุลจริง การนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์มาอภิปรายผลเผยแพร่ลักษณะข้อมูลโดยภาพรวมและนำเสนอในเชิงวิชาการเท่านั้น ขณะสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลักสามารถปฏิเสธการตอบคำถามที่รู้สึกไม่สะดวกใจ หรือบอกยุติการให้ความร่วมมือในการวิจัยได้ตลอดเวลา และระหว่างการสัมภาษณ์หากผู้ให้ข้อมูลรู้สึกสะเทือนใจ ผู้วิจัยหยุดพักการสัมภาษณ์ทันทีและปลอบโยนให้กำลังใจผู้ให้ข้อมูล และจะสัมภาษณ์เริ่มสัมภาษณ์ใหม่อีกครั้งเมื่อผู้ให้ข้อมูลมีความพร้อมและยินดีให้ข้อมูลต่อไป รวมทั้งผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย ให้เวลาในการคิดทบทวนก่อนการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมให้คำตอบด้วยความสมัครใจ มีการลงนามยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย โดยผู้วิจัยดำเนินการเก็บใบยินยอมและข้อมูลต่างๆไว้อย่างปลอดภัย

5. การเก็บรวบรวมข้อมูล

5.1 การเข้าถึงผู้ให้ข้อมูล

เนื่องจากบุตรชายที่เป็นผู้ดูแลบิดามารดาสูงอายุภาวะพึ่งพิงมีจำนวนน้อย ในวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงเข้าถึงกลุ่มผู้ให้ข้อมูลโดยติดต่อผ่านผู้ประสานงานในการเข้าถึงผู้ให้ข้อมูล (Gatekeeper) ได้แก่ 1) พยาบาลในโรงพยาบาล 2) พยาบาลเยี่ยมบ้านจากศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 45 (ร่มเกล้าลาดกระบัง) 3) พยาบาลเยี่ยมบ้านจากศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 48 (นาควัชระอุทิศ เขตหนองแขม)

4) ผู้นำชุมชนจากศูนย์เรียนรู้ “บวร” โดยผู้ประสานงานฯเป็นบุคคลที่ผู้วิจัยรู้จักและมีความคุ้นเคยกับผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้เปิดทางแนะนำ (Gatekeeper) ให้เข้าถึงผู้ให้ข้อมูลได้ ผู้วิจัยเริ่มจากการแจ้งรายละเอียดโดยย่อเกี่ยวกับงานวิจัยในครั้งนี้ เมื่อผู้ประสานงานฯดังกล่าว สอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมวิจัย เมื่อผู้ให้ข้อมูลหลักตอบรับที่จะให้เก็บข้อมูลผู้วิจัยจึงดำเนินการติดต่อทำความรู้จักกับผู้ให้ข้อมูลเหล่านี้เป็นครั้งแรกผ่านทางโทรศัพท์ และดำเนินการนัดหมายวันเวลาสถานที่ในการสัมภาษณ์ต่อไป นอกจากนี้ ผู้วิจัยสามารถเข้าถึงผู้ให้ข้อมูลจากสื่อรายการโทรทัศน์ 2 รายการที่นำเสนอเนื้อหาเกี่ยวกับบุตรชายที่ให้การดูแลบิดามารดาสูงอายุภาวะพึ่งพิง ได้แก่ 1) รายการคนค้นคน 2) รายการไมค์หมดหนี้ โดยการค้นหาชื่อของผู้ให้ข้อมูลจาก facebook เพื่อนำพาผู้วิจัยไปพบกับผู้ให้ข้อมูล จากนั้นแนะนำตัวผ่านช่องทาง massage facebook เพื่อแนะนำตัว อธิบายรายละเอียดการวิจัย เอกสารข้อมูลการเข้าร่วมวิจัย พร้อมทั้งแสดงหลักฐานการผ่านการรับรองจากคณะกรรมการการวิจัยในคน เพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจของผู้ให้ข้อมูล เมื่อผู้ให้ข้อมูลยินดีเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการติดต่อกับผู้ให้ข้อมูลทางโทรศัพท์อีกครั้ง และดำเนินการนัดหมายวันเวลาสถานที่ในการสัมภาษณ์ต่อไป (ดังแสดงในแผนภาพที่ 2 ภาคผนวก ค)

หลังจากที่ได้ดำเนินการดังกล่าวแล้ว ผู้วิจัยสามารถเข้าถึงผู้ให้ข้อมูลหลักจำนวน 15 ราย แต่สามารถเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกรวมทั้งสิ้น 12 ราย เนื่องจากมารดาของผู้ให้ข้อมูลเสียชีวิตก่อนถึงวันนัดสัมภาษณ์ 1 ราย ส่วนอีก 1 ราย บุตรชายพามารดาย้ายไปอยู่ต่างจังหวัด และอีก 1 รายเป็นบุตรชายที่ลาออกจากงานมาดูแลมารดาสูงอายุที่หกล้ม เมื่ออาการดีขึ้นมารดาสูงอายุสามารถช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันได้ ประเมินจาก ADL เกิน 12 คะแนน จึงไม่อยู่ในเกณฑ์คัดเข้าของการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ยุติการเก็บรวบรวมข้อมูลเมื่อได้เข้าถึงผู้ให้ข้อมูลหลักทั้งสิ้นจำนวน 12 ราย เนื่องจากข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ไม่มีประเด็นใหม่เพิ่มเติม ซึ่งการได้บุคคลรู้จักและมีความใกล้ชิดกับผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้เปิดทางแนะนำให้นั้น ทำให้ผู้วิจัยได้รับความไว้วางใจและได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดี ทำให้สามารถเชื่อมโยงให้ผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูลเข้าถึงกันได้ง่าย และไว้วางใจกันได้รวดเร็วขึ้น ดังนั้น ผู้วิจัยจึงใช้วิธีการค้นหาผ่านผู้ประสานงานฯจากบุคคลที่ผู้วิจัยรู้จักหลายแหล่ง ดังกล่าวข้างต้น

5.2 ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากโครงร่างวิจัยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนและไดรับอนุมัติใหเก็บรวบรวมขอมูลในสนามศึกษาแลว ผูวิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลดังต่อไปนี้

1) เมื่อผู้วิจัยสามารถระบุตัวผู้ให้ข้อมูลหลักตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนดแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการนัดหมาย เวลา และสถานที่ตามที่ผู้ให้ข้อมูลสะดวกไว้ล่วงหน้า โดยเบื้องต้นผู้วิจัยขออนุญาตเลือกสถานที่สัมภาษณ์คือที่บ้านของผู้ให้ข้อมูล หากผู้ให้ข้อมูลไม่สะดวกให้ผู้วิจัยไป

สัมภาษณ์ที่บ้าน ผู้ให้ข้อมูลสามารถเลือกสถานที่สัมภาษณ์ได้ตามความเหมาะสม ซึ่ง 1 วัน ก่อนถึงวันนัดสัมภาษณ์ ผู้วิจัยจะโทรยืนยันวัน เวลาสถานที่ในการสัมภาษณ์อีกครั้ง

2) ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก พร้อมบันทึกเทป โดยมีแนวทางการสัมภาษณ์ (Interviwe guideline) เกี่ยวกับประสบการณ์ชีวิตของบุตรชายที่ดูแลบิดามารดาสูงอายุภาวะพึ่งพิง (ดังแสดงในภาคผนวก ข) ดังนี้

2.1 เริ่มการสัมภาษณ ผู้วิจัยกล่าวทักทาย พูดคุย ซักถามในเรื่องทั่วไป เพื่อเป็นการสร้างสัมพันธภาพ ความคุ้นเคย ในบรรยากาศที่เป็นกันเองเพื่อผู้ให้ข้อมูลรู้สึกผ่อนคลาย จากนั้นจึงเริ่มอธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการสัมภาษณ์ การพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูลหลักอย่างละเอียด รวมทั้งบอกให้ทราบถึงระยะเวลาที่ใช้ในการสัมภาษณ์ประมาณ 45-60 นาที และให้เอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรและผู้เข้าร่วมวิจัย (Information sheet) พร้อมทั้งลงชื่อแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Consent form) ไว้เป็นลายลักษณ์อักษร ผูวิจัยทำการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงคของการสัมภาษณ และแจ้งให้ทราบว่าขณะสัมภาษณ์จะมีการบันทึกเทปเสียง โดยข้อมูลจะถูกปิดไว้เป็นความลับ เทปบันทึกเสียงการสัมภาษณ์จะถูกทำลายทิ้งทันทีหลังเสร็จสิ้นการวิจัย และนำเสนอผลการวิจัยออกมาในภาพรวมโดยไม่มีการระบุชื่อ-นามสกุล หรือข้อมูลที่จะระบุถึงตัวผู้ให้ข้อมูลได้

2.2 ดำเนินการสัมภาษณ ขณะดำเนินการสัมภาษณผูวิจัยใชภาษาที่เขาใจงาย และให้ความสำคัญต่อข้อมูลด้านความคิด ความเชื่อ ค่านิยม แบบแผนการดำเนินชีวิตของบทบาทการเป็นผู้ดูแลของบุตรชายที่ดูแลบิดามารดาสูงอายุเป็นพิเศษ เพื่อเป็นพื้นฐานสำคัญสำหรับการสัมภาษณ์ครั้งต่อไป ซึ่งในการสัมภาษณ์ครั้งแรกผู้ให้ข้อมูลทั้ง 12 ราย ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี มีเพียงช่วงแรกของการเริ่มต้นสนทนาที่ผู้ให้ข้อมูลจะรู้สึกเกร็งๆกับการเป็นผู้ถูกซักถาม แต่เมื่อการสัมภาษณ์ดำเนินมาได้สักระยะหนึ่งผู้ให้ข้อมูลเริ่มรู้สึกคุ้นเคยกับผู้วิจัย การสนทนาจึงดำเนินไปตามธรรมชาติและผู้ให้ข้อมูลรู้สึกผ่อนคลายมากขึ้น

จากการสัมภาษณ์ในครั้งนี้ ผู้ให้ข้อมูล 1 ราย ร้องไห้ เนื่องจากรู้สึกสะเทือนใจที่ผ่านมาไม่ได้ใส่ใจดูแลมารดา ผู้วิจัยจึงหยุดสัมภาษณ์และกล่าวคำพูดเพื่อให้กำลังใจและปลอบใจจนผู้ให้ข้อมูลรู้สึกดีขึ้น และสามารถดำเนินการสัมภาษณ์ต่อไปได้ นอกจากนี้ ผู้ให้ข้อมูลอีก 1 ราย ให้ข้อมูลขณะดำเนินการสัมภาษณ์ว่า มารดาสูงอายุมีอาการเปลี่ยนแปลง ไม่ยอมพูดคุยมา 2 วัน ผู้วิจัยจึงได้ทำประเมินระดับความรู้สึกตัวเบื้องต้น พบว่า ผู้สูงอายุรายนี้ปลุกตื่น ลืมตาเองได้เอง สามารถพลิกตัวไปมาบนเตียงได้ แขนขาอ่อนแรงเท่าๆเดิม (จากการประเมินร่างกายร่วมกับการสอบถามจากบุตรชายผู้ดูแล) ไม่พูด มีเสียงอืออาในลำคอ ผู้วิจัยจึงได้แจ้งอาการผิดปกตินี้กับผู้นำชุมชน และแนะนำให้ผู้ให้ข้อมูลพามารดาไปพบแพทย์โดยเร็ว เพื่อหาสาเหตุของอาการเปลี่ยนแปลงนี้ต่อไป ซึ่งจากการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยได้มีโอกาสสังเกตการดูแลของผู้ให้ข้อมูลทั้ง 12 ราย เพื่อนำมาเป็นแนวทางการวิเคราะห์ปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น

2.3 สิ้นสุดการสัมภาษณ์ โดยผู้วิจัยปิดการสัมภาษณ์เมื่อครบตามกำหนดเวลาที่ได้ชี้แจ้งแก่ผู้ให้ข้อมูลหลัก หรือเมื่อสังเกตเห็นท่าทีของผู้วิจัยมองนาฬิกา หรือรู้สึกเหนื่อยล้าจากการตอบคำถาม ผู้วิจัยยุติการสัมภาษณ์และกล่าวขอบคุณผู้ให้ข้อมูลหลักที่สละเวลามาให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในวันนี้ พร้อมทั้งอธิบายถึงการบันทึกเทปในการสัมภาษณ์ครั้งนี้จะถูกเก็บไว้เป็นความลับและจะทำลายทิ้งเมื่อสิ้นสุดการวิจัย โดยผู้วิจัยได้นัดสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลครั้งต่อไปในกรณีที่ข้อมูลไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ และได้มอบของที่ระลึกให้แก่ผู้ให้ข้อมูลทั้ง 12 ราย

จากการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์ 1 ครั้ง จำนวน 8 ราย และสัมภาษณ์ 2 ครั้ง จำนวน 4 ราย ใช้เวลาในการสัมภาษณ์โดยเฉลี่ยคนละประมาณ 1 ชั่วโมง 29 นาที (รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1 ภาคผนวก ค) ผู้วิจัยยุติการเก็บรวบรวมข้อมูล จากผู้ให้ข้อมูลจำนวน 12 ราย เมื่อไม่มีข้อมูลใหม่เกิดขึ้น (Saturated information) โดยผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เป็นบุตรชายวัยทำงาน มีอายุระหว่าง 27 - 67 ปี สถานภาพโสด 7 ราย สมรส 4 ราย และหย่าร้าง 1 ราย ระดับการศึกษาต่ำสุดที่ชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 และระดับการศึกษาสูงสุดที่ระดับปริญญาโท ให้การดูแลบิดามารดาสูงอายุในรูปแบบที่ทำงานร่วมกับการดูแล จำนวน 6 ราย ให้การดูแลแบบเต็มเวลาจำนวน 6 ราย มีผู้ให้การช่วยเหลือดูแลจำนวน 8 ราย และเป็นผู้ดูแลหลักเพียงคนเดียวจำนวน 4 ราย มีประสบการณ์การดูแลเฉลี่ย 2 ปี 6 เดือน โดยดูแลบิดามารดาสูงอายุภาวะพึ่งพิงที่มีอายุเฉลี่ย 79 ปี เป็นผู้สูงอายุเพศชายจำนวน 4 ราย และเป็นผู้สูงอายุเพศหญิงจำนวน 8 ราย ระดับความรุนแรงของภาวะพึ่งพิงจากการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพาโดยสมบูรณ์จำนวน 5 ราย (ช่วงอายุ 68-89 ปี) ภาวะพึ่งพาระดับรุนแรงจำนวน 6 ราย (ช่วงอายุ 81-91 ปี) และภาวะพึ่งพาระดับปานกลางจำนวน 1 ราย (อายุ 65 ปี) (รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2 ภาคผนวก ค)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

6. การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลตามแนวทางของ Van Manen (1990) ซึ่งการวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินไปพร้อมกับการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยหลังจากการสัมภาษณ์แต่ละครั้ง ผู้วิจัยจะทำการถอดเทปสัมภาษณ์แบบคำต่อคำ (Verbatim transcription) โดยวิเคราะห์ข้อมูลประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การให้ความสำคัญกับประสบการณ์ชีวิต 2) การเก็บรวบรวมข้อมูล 3) การสะท้อนถึงประเด็นที่สำคัญ 4) การเขียนบรรยายปรากฏการณ์ผ่านศิลปะของการทบทวนและการเขียน โดยมีรายละเอียดดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การให้ความสำคัญกับประสบการณ์ชีวิต ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่

1) ทำความรู้จักในปรากฏการณ์ เริ่มต้นจากทำความรู้จักกับปรากฏการณ์ของบุตรชายที่เป็นผู้ดูแลบิดามารดาสูงอายุภาวะพึ่งพิง ว่าบุตรชายมีประสบการณ์ในการดูแลอย่างไร มีความรู้สึกอย่างไรกับบทบาทการเป็นผู้ดูแล มีการเรียนรู้ปรับตัวกับบทบาทการเป็นผู้ดูแลอย่างไร

เมื่อรับบทบาทการเป็นผู้ดูแลแล้วส่งผลต่อการดำเนินชีวิตอย่างไร ผู้วิจัยทำการศึกษาค้นคว้าหาข้อมูลจากตำรา เอกสาร งานวิจัยและวรรณกรรมต่างๆที่เกี่ยวข้องในเรื่องของการดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงในครอบครัว โดยผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาปรากฏการณ์ของบุตรชายที่เป็นผู้ดูแลบิดามารดาสูงอายุภาวะพึ่งพิงตามคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูลที่มีประสบการณ์ตรง ว่ามีความเหมือนหรือคล้ายคลึงกันอย่างไร

2) การกำหนดข้อคำถามของปรากฏการณ์ โดยผู้วิจัยมีการกำหนดคำถามเพื่อใช้เป็นแนวทางในการสัมภาษณ์ จากการทบทวนวรรณกรรรมที่เกี่ยวข้องกับภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว บทบาททางเพศของผู้ดูแล บทบาทของบุตรชายที่ดูแลบิดา มารดาสูงอายุภาวะพึ่งพิงในบริบทวัฒนธรรมไทย เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการสร้างข้อคำถามร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา และมีการปรับปรุงข้อคำถามหลังจากสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลในรายที่ 1-4 เพื่อให้ได้รับประสบการณ์ใหม่

3) การอธิบายถึงข้อตกลงเบื้องต้นและสมมติฐานอย่างละเอียด ผู้วิจัยมีความตระหนักถึงประสบการณ์ชีวิตของบุตรชายที่เป็นผู้ดูแลบิดามารดาสูงอายุภาวะพึ่งพิงอยู่เสมอว่าผู้วิจัยไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงมาก่อน แม้ว่าผู้วิจัยจะมีประสบการณ์การดูแลดังกล่าวมาก่อนแล้วก็ตาม ผู้วิจัยเปิดรับประสบการณ์ความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูลเป็นการป้องกันไม่ให้เกิดอคติในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยนำข้อมูลประสบการณ์เดิมของผู้วิจัยและข้อมูลประสบการณ์ใหม่ของผู้ให้ข้อมูลตีความร่วมกัน

ขั้นตอนที่ 2 การเก็บรวบรวมข้อมูล ในขั้นตอนนี้ถือเป็นขั้นตอนที่สำคัญอย่างมาก ซึ่งผู้วิจัยได้ใช้เทคนิกการสัมภาษณ์เชิงลึกในการเก็บรวบรวมข้อมูล เพราะเชื่อว่าสามารถหาคำตอบเชิงลึกจากความรู้สึก ความเชื่อ และประสบการณ์ตรงจากคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูลที่เกี่ยวกับประสบการณ์ชีวิตของบุตรชายในการเป็นผู้ดูแลบิดามารดาสูงอายุภาวะพึ่งพิง โดยก่อนเริ่มเก็บข้อมูลผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว บทบาททางเพศของผู้ดูแลระหว่างเพศชายและเพศหญิง บทบาทของบุตรชายในการเป็นผู้ดูแลบิดามารดาสูงอายุในบริบทสังคมไทย เพื่อหาความคิดเบื้องต้น (Preconceived notion) ที่นำไปสู่การเตรียมสาระเนื้อหาสำหรับตัวผู้วิจัยและนำมาเป็นแนวทางในการสร้างแนวทางการสัมภาษณ์ (Interview guidelines) โดยใช้แนวคำถามปลายเปิดเพื่อการเปิดประเด็นที่สนใจจะศึกษา เมื่อได้ประเด็นที่น่าสนใจ ผู้วิจัยจะใช้คำถามเจาะลึกเพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลได้อธิบายประเด็นนั้นต่อ เช่น “ที่คุณพูดว่า...หมายถึงอะไรคะ” “จากที่คุณเล่า...คุณทำอย่างไรต่อไป” ทั้งนี้จุดประสงค์ของการถามคำถามดังกล่าวเพื่อช่วยให้บทสนทนาย้อนกลับไปถามผู้ให้ข้อมูล ที่สามารถยืนยันประสบการณ์ตรงได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

ขั้นตอนที่ 3 การสะท้อนถึงประเด็นที่สำคัญ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่

1) การมองภาพรวม ผู้วิจัยได้นำเทปบันทึกเสียงการสนทนาของผู้ให้ข้อมูลมาถอดความชนิดคำต่อคำ (Verbatim) ออกมาเป็นบทสนทนาที่เป็นตัวอักษร (Transcript) และ

ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลอีกครั้ง โดยการฟังเทปบันทึกการสนทนาซ้ำร่วมกับการอ่านบทสนทนาอย่างน้อย 2 ครั้ง จากนั้นนำที่ได้ไปให้ผู้ให้ข้อมูลหลักจำนวน 4 รายที่สามารถสื่อสาร อธิบาย หรือให้ข้อมูลที่มีความหลากหลาย (Informative case) เป็นผู้ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล และแสดงความคิดเห็น (Member Checking) ทั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลไม่มีรายใดข้อปรับแก้ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์

2) การค้นหาและเน้นส่วนที่สำคัญ ผู้วิจัยได้อ่านทบทวนข้อมูลทั้งหมดหลายๆครั้ง เพื่อให้เกิดความเข้าใจและเป็นการตรวจสอบผู้ให้ข้อมูลร่วมด้วย เมื่อพบข้อมูลที่น่าสนใจที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกนึกคิด ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องบทบาทการเป็นผู้ดูแล การดำเนินชีวิตและการปรับตัว รวมไปถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นกับบุตรชายที่รับบทบาทการเป็นผู้ดูแลบิดามารดาสูงอายุภาวะพึ่งพิง ผู้วิจัยให้ตัวอักษรและประโยคในข้อความสำคัญในประเด็นหลัก (Theme) และประเด็นย่อย (Sub-theme) และสกัดเอาลักษณะสำคัญของข้อมูลออกมา พร้อมทั้งผู้วิจัยแปลความหมายจากสิ่งที่ผู้ให้ข้อมูลได้ให้สัมภาษณ์ในข้อความสำคัญนั้นๆ

3) ลงรายละเอียดข้อความแต่ละย่อหน้า (Paragraph) โดยการแยกย่อยข้อมูล เปรียบเทียบและตรวจสอบข้อมูล ในลักษณะของการวิเคราะห์ข้อมูลทีละย่อหน้า โดยการให้รหัสข้อมูล ประเด็นย่อยและประเด็นหลัก มีการใส่หมายเลขอ้างอิงไว้ในตอนท้ายของบทสนทนา นำข้อมูลที่ให้รหัสแล้วมาจัดไว้เป็นหมวดหมู่โดยนำส่วนที่มีความคล้ายคลึงกันมารวมกัน เพื่อเป็นการลดทอนข้อมูล

ขั้นตอนที่ 4 การเขียนบรรยายปรากฏการณ์ผ่านศิลปะของการทบทวนและการเขียน ผู้วิจัยได้ใช้ขั้นตอนนี้ในการนำเสนอผลการวิจัย โดยใช้ภาษาที่ชัดเจนและเข้าใจง่าย เพื่อให้ผู้อื่นเข้าใจปรากฏการณ์นั้นง่ายขึ้น ใช้ประเด็นหลักที่ได้มาเป็นแนวทางในการอธิบายภาพรวมของเนื้อหาทั้งหมด ในส่วนนี้ผู้วิจัยจะนำข้อสรุปที่ค้นพบมาเรียบเรียงเป็นประเด็นหลักและประเด็นย่อย เพื่อถ่ายทอดสาระที่เป็นแก่นของประสบการณ์ของบุตรชายที่เป็นผู้ดูแลบิดามารดาสูงอายุภาวะพึ่งพิงให้มากที่สุด

7. ความเชื่อถือไดของขอมูล

ผูวิจัยตรวจสอบความเชื่อถือได้ของขอมูลโดย Guba and Lincoln (1985) ไดกลาวถึงการพิจารณาความน่าเชื่อถือของขอมูลการวิจัย ดังนี้

7.1 ความเชื่อถือได (Credibility)

1) ให้บุคคลที่ไม่มีประโยชน์ทับซ้อนช่วยสะท้อนความคิดเห็น (Peer debriefing) หลังจากที่ได้วิเคราะห์ข้อมูลและสรุปผลแล้ว ผู้วิจัยนำผลวิเคราะห์และสรุปให้มหาบัณฑิตสาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ 1 ท่าน ซึ่งมีประสบการณ์ด้านการทำวิทยานิพนธ์ที่ใช้ระเบียบวิจัยเชิงคุณภาพและไม่เคยมีส่วนเกี่ยวข้องกับการวิจัยด้านนี้มาก่อน และเพื่อนที่ผ่านการลงทะเบียนเรียน

วิจัยเชิงคุณภาพทางการพยาบาล (Qualitative Research in Nursing) อีก 2 คน ช่วยพิจารณาและแสดงความคิดเห็นเพิ่มเติมในมุมมองที่ขาดหายไปให้แก่ผู้วิจัย โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อลดอคติความลำเอียงของผู้วิจัยเองและช่วยพิจารณาความขุ่นมัวในความคิดของผู้วิจัยที่อาจเกิดขึ้นออกไปได้ ขณะเดียวกันผู้วิจัยได้นำผลการวิเคราะห์ข้อมูลและสรุปผลให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เป็นผู้ที่มีความเชี่ยวชาญในการทำวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อพิจารณาจนเห็นพ้องต้องกัน เพื่อให้ผลการวิจัยมีความน่าเชื่อถือมากยิ่งขึ้น

2) การตรวจสอบกับแหล่งอ้างอิงที่เชื่อถือได้ (Referential adequacy) เป็นการตรวจสอบข้อมูลจากเทปบันทึกเสียงและบทสัมภาษณ์ ในกรณีที่ผู้วิจัยไม่มั่นใจในการตีความ ตรงจุดใดจุดหนึ่งในระหว่างการวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อให้แปลความหมายของข้อมูลได้ถูกต้องมากยิ่งขึ้น

3) ตรวจสอบด้วยวิธีการโยงสามเส้าเข้ากับทฤษฎี (Triangulation of theories) ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล โดยการนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลและผลการวิจัยที่ได้มาไปตรวจสอบกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศและต่างประเทศ ซึ่งผลการวิจัยมีความสอดคล้องกับทฤษฎีและมีความขัดแย้งกันในบางประเด็น ดังรายละเอียดในขั้นตอนการอภิปรายผล

4) ตรวจสอบโดยผู้ให้ข้อมูลหลัก (Member checking) โดยผู้วิจัยนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้กลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลหลักจำนวน 4 ราย ที่สามารถสื่อสาร อธิบายหรือให้ข้อมูลที่หลากหลาย (Informative case) ช่วยตรวจสอบความถูกต้องและเข้ากันได้กับประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลัก โดยผู้ให้ข้อมูลทั้ง 4 ราย เห็นด้วยกับประสบการณ์ที่สรุปผลการวิจัย

7.2 ความสามารถในการถ่ายโอน (Transferability) เป็นความสามารถในการอ้างอิงผลการวิจัยไปยังประชากรกลุ่มอื่น ซึ่งการวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจงและอยู่ในช่วงระยะเวลาหนึ่งเท่านั้น ผู้ให้ข้อมูลจึงไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างและไม่ใช่ตัวแทนประชากรซึ่งไม่สามารถอ้างอิงไปยังประชากรกลุ่มอื่นได้ แต่งานวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำเสนอข้อมูลที่ลุ่มลึกละเอียดครบถ้วนและครอบคลุมมากที่สุด เพื่อให้ผู้อ่านสามารถนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ในปรากฏการณ์หรือกลุ่มบุคคลที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันกับผู้ให้ข้อมูลหลักตามความเหมาะสมในบริบทของตนได้

7.3 ความสามารถในการพึ่งพา (Dependability) เป็นการพิสูจน์หรือการตรวจสอบความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยอย่างเป็นระบบ และมีเกณฑ์การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลที่ชัดเจน การเข้าถึงผู้ให้ข้อมูลในระบบเดียวกัน ดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึกด้วยใจที่เป็นกลาง มีความเข้มข้นในการสัมภาษณ์ที่สม่ำเสมอ การเลือกสถานที่ที่เหมาะสม มีความเป็นส่วนตัวใกล้เคียงกัน รูปแบบการสัมภาษณ์ที่เชื่อมโยงไปสู่การวิเคราะห์ข้อมูล ซึ่งนำไปสู่ประเด็นหลักอย่างมีหลักการตามขั้นตอนที่วางไว้อย่างเสมอต้นเสมอปลาย มีการเข้าถึงผู้ให้ข้อมูลโดยผ่านผู้ประสานงาน

มากกว่า 1 คน เพื่อป้องกันไม่ให้ผลการวิจัยจำกัดอยู่ในวงแคบแค่เพียงคนกลุ่มเดียว นอกจากนี้ ผู้วิจัยใช้วิธีในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่หลากหลาย (Multiple method of data collection) เพื่อเชื่อมโยงข้อมูลจากการสัมภาษณ์ การสังเกต การจดบันทึกเข้าด้วยกัน ทำให้ผู้วิจัยเข้าใจปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นจริงจากข้อมูลหลายแหล่งร่วมกัน

7.4 การยืนยันผลการวิจัย (Confirmability) ผู้วิจัยได้ดำเนินงานวิจัยด้วยความเป็นกลางและอยู่บนพื้นฐานข้อเท็จจริง ผู้วิจัยได้รายงานการควบคุมและป้องกันอคติตั้งแต่ก่อนดำเนินการสัมภาษณ์และระหว่างการวิเคราะห์ข้อมูลไว้โดยละเอียด รวมทั้งได้รายงานเส้นทางการดำเนินงานที่ตรวจสอบได้ (Audit trial) ทั้งการบันทึกเทปการถอดเทปแบบคำตอคำ (Verbatim) ตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนโดยการฟังเทปซ้ำมีการอ้างคำพูด (Direct quotes) ของผู้ให้ข้อมูลจากผลการวิเคราะหขอมูล เพื่อให้การวิจัยนี้มีความสามารถในการยืนยันผลการวิจัยได้

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

บทที่ 4
ผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาการตีความของ Martin Heidegger (1962) เพื่อบรรยายประสบการณ์ชีวิตของบุตรชายที่เป็นผู้ดูแลบิดามารดาสูงอายุภาวะพึ่งพิง โดยทำการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด เก็บรวบรวมข้อมูลใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (Indepth interview) ร่วมกับการบันทึกเทป การสังเกต การจดบันทึกภาคสนาม จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์เนื้อหา (Van Manen, 1990) และยุติการเก็บรวบรวมข้อมูลเมื่อข้อมูลมีความอิ่มตัว (Saturated information) จากผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดจำนวน 12 ราย ผลการวิจัย เสนอตามลำดับได้ดังนี้

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์ชีวิตของบุตรชายที่เป็นผู้ดูแลบิดา มารดาที่อยู่ในภาวะสามารถแบ่งเป็น 5 ประเด็นหลัก ดังนี้

ประเด็นที่ 1 ชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป

1.1 ปรับสมดุลการทำงานเข้ากับการดูแล

1.2 มีข้อจำกัดในการเข้าสังคมและเวลาส่วนตัว

ประเด็นที่ 2 ปรับตัว ปรับใจยอมรับบทบาทการเป็นผู้ดูแล

2.1 มองโลกในแง่บวก

2.2 ขจัดอารมณ์ความรู้สึกด้านลบ

2.3 เข้าใจและยอมรับอาการแสดงของโรค

ประเด็นที่ 3 การดูแลที่ทำได้ทั้งชาย/หญิง

3.1 เมื่อปรับตัวได้การดูแลง่าย ไม่ยาก

3.2 ผู้ชายมีความแข็งแรงในการอุ้มพยุง

3.3 แม้ไม่ถนัดงานละเอียด แต่สามารถดูแลได้

3.4 ถ้าใส่ใจดูแลได้ทั้งชายหญิง

ประเด็นที่ 4 เรียนรู้วิธีการดูแล

4.1 ช่วงแรกไม่มั่นใจในการดูแล

4.1.1 กลัวทำไม่ได้

4.1.2 กลัวไม่ปลอดภัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

4.1.3 เขินอายเมื่อต้องดูแลมารดา

4.2 วางแผนและปรับเปลี่ยนวิธีการดูแลให้เหมาะสม

4.2.1 จัดสรรการดูแลให้เป็นเวลา

4.2.2 ปรับวิธีการดูแลให้เหมาะสม

4.2.3 มีกิจกรรมให้ผู้สูงอายุทำยามว่าง

4.2.4 คิดค้นอุปกรณ์ช่วยในการดูแล

4.3 การขอความช่วยเหลือ

4.3.1 การผลัดเปลี่ยนหมุนเวียนดูแล

4.3.2 การขอคำปรึกษาเมื่อพบปัญหาการดูแล

4.3.3 การช่วยเหลือค่าใช้จ่ายในการดูแล

ประเด็นที่ 5 ความสุข ความทุกข์จากการเป็นผู้ดูแล

5.1 ความสุขจากการเป็นผู้ดูแล

5.1.1 มีความสุข และความภาคภูมิใจที่ได้ดูแล

5.1.2 ได้ตอบแทนบุญคุณบุพการี

5.1.3 ได้รับคำชื่นชม

5.2 ความทุกข์จากการเป็นผู้ดูแล

5.2.1 เหนื่อยและเครียดจากการดูแล

5.2.2 กังวลเรื่องค่าใช้จ่าย

จากผลการศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิจัยที่จำแนกเป็นประเด็นหลัก 5 ประเด็น โดยมีการอธิบายรายละเอียดในประเด็นต่างๆที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูล พร้อมทั้งยกตัวอย่างบทสนทนาของผู้ให้ข้อมูลในแต่ละประเด็น เพื่อให้เกิดความเข้าใจประสบการณ์ชีวิตของบุตรชายในการเป็นผู้ดูแลบิดามารดาสูงอายุภาวะพึ่งพิงที่ชัดเจนยิ่งขึ้น โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ประเด็นที่ 1 ชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป

เมื่อบุตรชายรับบทบาทการเป็นผู้ดูแลบิดามารดาสูงอายุภาวะพึ่งพิง จึงส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้ให้ข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม โดยต้องปรับเปลี่ยนรูปแบบการทำงานหรือลักษณะงานจากที่เคยทำให้สามารถดำเนินไปพร้อมกับการดูแลได้ อีกทั้งต้องเสียสละเวลาส่วนตัวและลดกิจกรรมทางสังคมเพื่อให้การดูแลดำเนินไปอย่างต่อเนื่อง ผู้ให้ข้อมูลบางรายต้องลาออกจากงานเพื่อให้การดูแลบิดามารดาสูงอายุภาวะพึ่งพิงอย่างเต็มที่เต็มเวลา ทำให้ชีวิตขาดความยืดหยุ่น

มีข้อจำกัดในการเข้าสังคม จึงทำให้เกิดความเครียด ความเหนื่อยล้า ส่งผลให้การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลไม่มีประสิทธิภาพ รวมถึงเกิดผลกระทบด้านสุขภาพของผู้ดูแลตามมาได้

1.1 ปรับสมดุลการทำงานเข้ากับการดูแล เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงาน เมื่อบิดามารดาสูงอายุเกิดความเจ็บป่วยจนไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ผู้ให้ข้อมูลจึงจำเป็นต้องทำหน้าที่ผู้ดูแลให้ควบคู่ไปกับการทำงานประจำ โดยต้องปรับเปลี่ยนรูปแบบหรือลักษณะการทำงานให้เข้ากับการดูแล เช่น การจัดตารางเวลาระหว่างการทำงานและการดูแลให้ชัดเจน ลดชั่วโมงการทำงาน เพื่อให้สามารถดูแลบิดามารดาสูงอายุภาวะพึ่งพิงได้อย่างต่อเนื่อง ผู้ให้ข้อมูลจะพยายามปรับเวลาการทำงานให้มีความสุมดลกับการดูแล เพื่อให้การทำงานสามารถดำเนินไปพร้อมกับการดูแลได้ อย่างไรก็ตาม การปรับสมดุลระหว่างการทำงานและการดูแลนี้ ยังขึ้นอยู่กับปัจจัยเรื่องของอาชีพการทำงานที่สามารถยืดหยุ่นได้ โดยผู้ให้ข้อมูลจะเลือกสถานที่อยู่อาศัยให้ใกล้กับที่ทำงาน เพื่อให้สามารถเดินทางกลับบ้านมาดูแลบิดามารดาสูงอายุภาวะพึ่งพิงในช่วงเวลาพักจากการทำงานได้สะดวกมากขึ้น ดังคำสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักว่า

“พี่จะจัดทุกอย่างเป็นตารางเวลาเพื่อให้สะดวกกับเรา และการดูแลมันจะไม่ยุ่งยากมาก เริ่มจากเวลาเช้าพี่ก็จะพาแกเข้าห้องน้ำ...พากินออกมากินข้าวกินยา...จากนั้นพี่ก็มาทำงานของพี่ แกก็นอนเล่นอยู่บนเตียงไป จน 11.30 น. พี่ก็จะออกจากที่ทำงานเพื่อกลับมาที่บ้าน พาแกเข้าห้องน้ำ ทานข้าวเที่ยงแล้วก็ให้แกพักต่อ พี่ก็กลับมาทำงาน จนเลิกงานแล้วก็อยู่ด้วยกันถึงเช้า...ก็เป็นข้อได้เปรียบตรงนี้แหละว่าเราเลือกบ้านอยู่ใกล้ที่ทำงาน” (ID4 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L 60-87)

“ช่วงเช้าก่อนไปทำงานก็ดูเรื่องสุขลักษณะเตรียมอาหารเช้าไว้ให้ พักเที่ยงก็แวะกลับมาดูแลแกเพราะที่ทำงานก็ไม่ไกลมาก...ชีวิตทำงานของพี่เปลี่ยนไปเกือบ 70% งานที่เคยทำแบบรับ Job พิเศษทุกวันอังคาร พุธ พฤหัส เสาร์ที่เคย fix วันไว้ ก็ไม่ได้แล้วเพราะเราต้องมาดูแลพ่อ...ทุกวันนี้ก็จะกลายเป็นรับ Job วันเสาร์แค่วันเดียว” (ID5 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L 368-480)

“ตอนแม่เป็น stroke แกอ่อนแรงซีกหนึ่ง แต่ก็ยังพอช่วยเหลือตัวเองได้...ช่วงเช้าผมก็ไปทำงานแต่จะเตรียมทุกอย่างไว้ล่ะ ทั้งเรื่องอาหารการกินอะไรต่างๆ...ช่วงที่งานติดตั้งไม่เยอะมาก ก็จะแวะมาดูแกตอนกลางวันบ้างครับ แล้วก็กลับไปทำงานต่อ...ก็เหมือนต้องแบ่งว่าเวลางานก็คือทำงาน พอเสร็จงานก็เป็นเวลาของแม่” (ID8 สัมภาษณ์ครั้งที่ 2 L 44-57)

“ทุกวันนี้ผมต้องตื่นเช้าขึ้นมาทำกายภาพให้แกก่อนไปทำงาน ป้อนข้าวป้อนน้ำเสร็จผมก็มาทำงาน แล้วช่วยบ่ายสามโมงเย็นถึงสี่โมงเย็นจะเป็นเวลาพัก ผมก็จะรีบไปซื้อข้าว แล้วก็กลับไปบ้านไปป้อนข้าว แล้วก็กลับมาทำงานต่อ...เพราะห้องที่ผมเช่าอยู่ก็ไม่ไกลมาก ผมก็แบ่งเวลาพักไปดูแกได้” (ID12 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L 66-83)

นอกจากนี้ ผู้ให้ข้อมูลบางรายสามารถพามารดาสูงอายุภาวะพึ่งพิงไปทำงานด้วยได้ ทำให้การทำงานและการดูแลดำเนินไปพร้อมกันได้ในตลอด 24 ชั่วโมง ซึ่งกรณีนี้อาจขึ้นอยู่กับบริบทของที่ทำงานและเกี่ยวข้องกับอาชีพที่สามารถยืดหยุ่นได้ และผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพที่สามารถเดินทางไปทำงานด้วยได้ โดยผู้ให้ข้อมูลตัดสินใจพามารดาย้ายมาอยู่ห้องเช่าใกล้ที่ทำงาน เพื่อให้การเดินทางพามารดาสูงอายุมาทำงานด้วย มีความสะดวกมากขึ้น ดังคำสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักว่า

"ที่บ้านกับที่ทำงานของผมอยู่ไกลกัน...ก็เลยตัดสินใจพาแม่ย้ายมาอยู่กับผม เป็นเช่าห้องใกล้ๆที่ทำงานนี่แหละ...ตอนนั้นผมเป็น Sale ยอดขายช่วงนั้นมันตกไป เพราะผมต้องแบ่งเวลามาดูแลแม่ด้วย...มีอยู่วันหนึ่งที่บริษัทเขาจัด Outing ไปหัวหิน ผมก็บอกว่าถ้าผมไปเนี่ย ผมต้องเอาแม่ไปด้วยนะ...พอไปถึงงานที่หัวหินก็กลายเป็นภาพที่คนป่วยคนหนึ่งนั่งบนรถเข็นข้างๆผม ...ตั้งแต่นั้นมาผมก็ขออนุญาตที่ทำงานว่าขอพาแม่มาทำงานด้วยและที่ทำงานก็ไฟเขียว...หลังจากนั้น เวลาไปทำงาน ผมก็พาแม่มาอยู่ใกล้ผม ซึ่งออฟฟิศ มี 2 ชั้น บางทีผมทำงานชั้นล่าง แม่แกอยู่ชั้นบน อาศัยว่าขึ้น-ลง ไปหาบ่อยๆ...แล้วพอเลิกงานก็พามาออกกำลังกายด้วยกัน (ID3 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L 27-139)...ผมอาจจะโชคดีที่ทำงานแล้วไม่เครียด การดูแลมันดำเนินไปพร้อมกับการทำงาน" (ID3 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L 277-278)

นอกจากนี้ ในรายที่ทำอาชีพค้าขาย เมื่อบิดาสูงอายุมีอาการเปลี่ยนแปลงและต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด ก็สามารถหยุดขายของได้ ไม่ต้องขออนุญาตใครหรือสามารถหยุดงานได้ตามอาการเปลี่ยนแปลงของบิดาสูงอายุภาวะพึ่งพิงได้ ดังคำสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักว่า

"ผมขายอาหารทะเลแห้ง ก็รับมาจากมหาชัยเอามาขายตามตลาดนัดใกล้บ้าน... ที่มาดูแลพ่อก็ไม่กระทบอะไรกับงานมากนะ งานผมมันอิสระ อย่างถ้าพ่อเขาอาการไม่ดี เพราะพ่อเขาเคยมีชักแล้วต้องพาพ่อไปโรงพยาบาล ถ้ากลับมาไม่ทันช่วงบ่ายสอง ผมก็จะไม่ได้ไปขายของ แต่ผมไม่ซีเรียสอะไร เพราะผมไม่มีหัวหน้างานไง พ่อป่วยก็ไม่ต้องลาใคร จะขายก็ได้ ไม่ขายก็ได้" (ID10 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L 322-346)

อย่างไรก็ตาม เมื่อภาวะเจ็บป่วยของบิดามารดาสูงอายุภาวะพึ่งพิงมีความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้น มักจะส่งผลให้ภาระการดูแลเพิ่มขึ้นตามไปด้วย ทำให้ผู้ให้ข้อมูลวัยทำงานต้องลางานบ่อยตามอาการแปลงเปลี่ยนที่เกิดขึ้น เมื่อไม่สามารถปรับสมดุลการทำงานให้เข้ากับการดูแลได้ ต้องคอยให้การดูแลบิดามารดาตลอด 24 ชั่วโมง และไม่ต้องการจ้างผู้ดูแลอื่นมาดูแลแทน ทำให้ผู้ให้ข้อมูลต้องลาออกจากงาน มาทำหน้าที่ในเป็นผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง ดังคำสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักว่า

"แกมีเรื่อง stroke เริ่มพัฒนามากขึ้น กลายเป็นกลืนลำบากไม่ยอมกินข้าว...จากนั้นก็เหมือนแม่เริ่มมีอาการชัก เลยต้องเข้าโรงพยาบาลเป็นเหตุให้ต้องใส่สายอาหาร จากนั้นก็ไม่เดินก็ติดเตียงเลย พี่เลยตัดสินใจออกจากงานดูแลแม่ตั้งแต่ตอนนั้น...พอแม่เรามาป่วยนอนโรงพยาบาลพี่ก็เลยเป็นคนมาเฝ้าแม่ที่โรงพยาบาลก็ได้เห็นอะไรหลายอย่างว่า แม่เราจากที่เดินได้ เคยพูดกับเราได้ต้องมานอนติดเตียง รู้สึกสงสาร(เสียงสั่นๆ)มันก็ทำให้คิดว่า มันถึงเวลาแล้วที่ต้องมาดูแลแก " (ID6 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L 71-99)

"ตลอด 20 ปีที่ผมทำงานมาไม่เคยลางานเลยนะ แต่มีช่วงหลังๆที่แม่แกเป็นเยอะขึ้นเข้าโรงพยาบาลบ่อยๆ ผมเลยต้องลางานมาเฝ้าแกบ่อยด้วย ก็เลยคุยปรึกษากับพี่สาวว่าให้ผมลาออกจากงานแล้วก็มาดูแลแม่ พี่สาวก็รับผิดชอบเรื่องค่าใช้จ่ายทั้งหมด...ซึ่งวันนี้ผมดีใจและก็ภูมิใจมากที่สุดในชีวิตที่ผมออกจากงานมาดูแลแม่เท่าที่ลูกคนนึงจะทำได้" (ID8 สัมภาษณ์ครั้งที่ 2 L 64-103)

กรณีที่ผู้ให้ข้อมูลบางราย ว่างงานหรืออยู่ในวัยเกษียณได้วางแผนการเรื่องของการทำงาน เพื่อหารายได้ในการดำเนินชีวิตประจำวัน แต่เมื่อประสบกับเหตุการณ์ที่บิดามารดาสูงอายุเกิดการเจ็บป่วย จนกระทั่งเข้าสู่ภาวะพึ่งพิง จึงเป็นเหตุให้ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มนี้ไม่สามารถออกมาหางานทำตามแผนที่วางไว้ได้ เนื่องจากต้องใช้เวลาในการดูแลบิดามารดาสูงอายุภาวะพึ่งพิงในรูปแบบที่เต็มเวลา ดังคำสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักว่า

"ตอนนี้ก็ดูแลแม่อย่างเดียว...[เนื่องจาก] มีครั้งนึงที่แม่แกไปห้องน้ำแล้วเหมือนแกจะล้ม ผมก็ต้องคอยวิ่งเอาหมอนไปรองเพราะกลัวหัวกระแทกพื้น...ช่วงนั้นผมหมดงานพอดีไม่ได้คิดว่าจะดูแลยาวเลย แค่จะมาดูแลช่วงที่เราไม่มีงานทำ แต่พอเราเห็นแม่แบบนี้แล้วก็ทิ้งไม่ได้...กลายเป็นว่าตอนนี้ดูแลแทบทุกอย่างแล้ว" (ID9 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L 48-156)

"ผมเคยประสบอุบัติเหตุเมื่อ 10 ปีก่อน ถูกรถชนขาหัก จนต้องออกจากงานมาอยู่บ้านกับแม่ ก็คิดว่ารอให้หายดีแล้วจะไปหางานทำ...พอแม่อายุได้ 70 กว่าๆ เหมือนแกเริ่มเดินเซๆจะล้มอ่ะ จนประมาณปี 56 แม่แกมีเสมหะในคอไอออกไม่ได้ หมอเขาเลยให้เจาะคอ...ผมก็เลยไม่ได้ไปหางานทำ ก็ดูแลแกมาตลอดจนถึงตอนนี้" (ID7 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L 34-48)

"ผมอายุ 67 ปี เดิมทีเป็นพนักงานบริษัทเอกชน ก็ตอนนี้ผมเกษียณแล้วครับ (ID1 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L9)...เราก็คิดว่าพอเกษียณว่าเราก็จะหาอะไรทำเล็กๆน้อยๆให้รายได้มันงอกเงยแต่พอท่านมาป่วย เวลาทั้งหมดของผมส่วนใหญ่ให้ไปกับการดูแลแม่" (ID1 สัมภาษณ์ครั้งที่ 2 L 46-47)

"เช้าๆผมจะไปกวาดเพิงที่เป็นลานสภากาแฟในหมู่บ้าน นายตำรวจเขาก็ให้ตังค์ 100 บาท ผมไปกวาดทุกเช้าเอาตังค์มาซื้อข้าวให้แม่กิน...เคยมีคนชวนผมไปทำงานยกของ ผมก็อยากไปอยู่นะ แต่มันต้องไปทำตอนกลางวันไง ผมไปไม่ได้หรอก ตอนนี้แม่แกเดินไม่ได้ เดี๋ยวไม่มีคนหาข้าวให้แกกิน แล้วห้องเช่าคนผ่านไปมาเยอะด้วย...ผมก็ห่วงแก" (ID11 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L188-190)

1.2 มีข้อจำกัดในการเข้าสังคมและเวลาส่วนตัว การรับบทบาทการเป็นผู้ดูแลที่ต้องให้การดูแลบิดามารดาสูงอายุภาวะพึ่งพิงอย่างใกล้ชิด ทำให้ผู้ให้ข้อมูลไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมที่เคยทำได้ เช่น การเข้าสังคม การมีเวลาส่วนตัว เพื่อให้บทบาทการเป็นผู้ดูแลดำเนินไปอย่างต่อเนื่อง หากผู้ให้ข้อมูลออกไปมีกิจกรรมนอกบ้าน จะเกิดความกังวลใจและเกรงว่าบิดามารดาผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง จะได้รับอันตรายในระหว่างที่ตนไม่อยู่ ซึ่งหากต้องออกไปพบปะเพื่อนฝูงอาจจะต้องปฏิเสธหรือออกไปพบเพื่อนด้วยเวลาที่มีอยู่จำกัดและต้องรีบกลับบ้านเพื่อมาทำหน้าที่ของผู้ดูแลต่อไป ทำให้ผู้ข้อมูลเกิดความเครียด ความเหนื่อยล้าจากการดูแลได้ และส่งผลให้การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลไม่มีประสิทธิภาพได้ ดังคำสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักว่า

"กิจกรรมทางสังคมที่ต้องเพลาลงไปเยอะมาก แทบไม่มีเลย เพราะถ้าเราออกไปข้างนอกท่านก็จะไม่ได้รับการดูแลอะไรเลย...เราก็รู้สึกเลยว่าชีวิตเราเปลี่ยน อยากจะทำอะไรไปไหนก็ไม่ได้...เพื่อนมาชวนเราออกไปข้างนอก ไปสังสรรค์ก็ต้องบอกว่าเรามีภาระ" (ID1 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L 134-273)

"อย่างเมื่อก่อนเราก็คิดว่าเราไปไหนกับเพื่อนๆไปแบบส่วนตัวมันก็สนุกนะ...เคยไปปาร์ตี้ สังสรรค์ พอได้มาดูแลแกแบบนี้ช่วงชีวิตนั้นมันก็หายไป อย่างเพื่อนที่เคยเตะบอลด้วยกันก็ไม่ได้ไปล่ะ...อย่างถ้าเพื่อนจะชวนกินข้าวก็ต้องให้มากินที่ใกล้ๆหน่อย ผมก็ให้แม่แกนอนอยู่ห้องพักนึง แต่ก็ไม่ได้ปล่อยไว้นาน ผมก็รีบกลับมาดูแก" (ID3 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L 205-210)

"เบียดเบียนเวลาส่วนตัวของเราไปเยอะมาก อย่างเสาร์-อาทิตย์ พี่ก็จะออกข้างนอกบ้านบ้างนะ...ประมาณ 8 โมงเช้า 9.30 น.พี่ก็ขับรถออกไป Shopping อะไรของพี่ แต่!! 11.30 น. พี่ต้องกลับบ้าน เพราะเป็นเวลาที่กำหนดไว้ว่าต้องกลับมาพาแกเข้าห้องน้ำ กินข้าวอะไรต่างๆ ซึ่งพี่จะไม่มีสิทธิ์ไถลเถล ไม่มีสิทธิ์ไปค้างคืนข้างนอก ไม่มีสิทธิ์ไปเที่ยวต่างจังหวัด...อย่างเมื่อก่อนพี่ไปต่างประเทศเป็นประจำทุกปี...ซึ่ง 4-5 ปีที่ผ่านมาพอแม่ป่วย พี่ก็ไม่ได้ไปเที่ยวต่างประเทศอีกเลย" (ID4 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L 106-273)

"ดูแลก็ไปไหนไม่ได้ก็ต้องอยู่แต่บ้าน...เวลาจะไปข้างนอกก็ลำบาก หลังๆผมก็ไม่ค่อยไปไหนแล้ว อย่างแฟนผมเนี่ย เขาอยากจะไปตรงโน้นตรงนี้ ผมก็ให้เขาไปกับพ่อแม่ของเขาเลย ผมก็จะไม่ไป ไม่งั้นไม่มีคนอยู่ดูแก" (ID2 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L 72-75)

"เมื่อก่อนเฮฮาปาร์ตี้ก็สังสรรค์กันกับเพื่อนทุกวันนะ...แต่พอต้องมาดูแลแม่ มันต้องดูแลกันตลอด 24 ชั่วโมง ไปไหนก็ไม่ได้ (ID8 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L 445-459) แต่ผมจะมีนัดเจอเพื่อนสมัยเรียนปีละครั้ง...ซัก 2 ทุ่ม 3 ทุ่มก็เป็นเวลาพักของเราล่ะ เราก็ออกมาหาเพื่อนแต่เที่ยงคืนเราต้องกลับบ้าน" (ID8 สัมภาษณ์ครั้งที่ 2 L173-175)

อย่างไรก็ตาม กรณีที่ผู้ให้ข้อมูลสามารถจัดสรรแบ่งเวลาการทำงานควบคู่ไปกับการดูแล และสามารถจัดสรรเวลาการพักผ่อนได้อย่างลงตัว จะทำให้การรับบทบาทหน้าที่การเป็นผู้ดูแลของผู้ให้ข้อมูลไม่มีผลกระทบต่อเวลาในการพักผ่อนมากนัก เนื่องจากใช้ชีวิตการทำงานและการดูแลอยู่กับมารดาตลอด 24 ชั่วโมง และลักษณะงานที่ต้องเดินทางไปต่างจังหวัดบ่อยๆ จึงถือโอกาสใช้เวลาว่างจากงาน พักผ่อนตามสถานที่เที่ยวต่างๆ เป็นการใช้เวลาส่วนตัวร่วมกันระหว่างมารดาสูงอายุภาวะพึ่งพิงและบุตรชาย ดังคำสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักว่า

"เวลาผมทำงานต้องเดินทางไปต่างจังหวัด ไปคุยกับพนักงาน ตรวจสอบคุณภาพสินค้า เมื่อเสร็จงานจะแวะตามสถานที่ท่องเที่ยวมันก็เหมือนได้พักผ่อนไปในตัวนะ ได้ดูแลแม่ด้วย แม่แกเป็นคนชอบเที่ยว ชอบคุยกับคนโน้นคนนี้ มันก็โอเคดี" (ID3 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L 212-215)

ประเด็นที่ 2 ปรับตัว ปรับใจยอมรับบทบาทการเป็นผู้ดูแล

บทบาทการดูแลบิดามารดาสูงอายุภาวะพึ่งพิงเป็นภาระงานที่หนัก และส่งผลกระทบต่อการทำงาน การเข้าสังคม และเวลาส่วนตัวให้เปลี่ยนแปลงไป การดูแลอย่างต่อเนื่องอาจส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเหนื่อยล้าและเครียด เกิดอารมณ์โมโหได้ ผู้ให้ข้อมูลจึงต้องปรับใจ ยอมรับบทบาทการเป็นผู้ดูแลด้วยการมองโลกในแง่บวก หาวิธีการขจัดความรู้สึกด้านลบที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างการดูแล ยอมรับกับอาการของโรคที่เกิดขึ้น ต้องใจเย็นและให้เวลากับกิจกรรมการดูแล รู้ทันอารมณ์ของตนเอง เพื่อไม่ให้เกิดการกระทำหรือคำพูดที่รุนแรงในระหว่างให้กิจกรรมการดูแล ซึ่งผู้ให้ข้อมูลบางรายต้องมีความเข้าใจและยอมรับกับพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปของบิดามารดาสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เพื่อให้การดูแลได้อย่างเหมาะสม เมื่อการดูแลดำเนินไปได้ในระยะหนึ่ง ผู้ให้ข้อมูลจะสามารถปรับตัว ปรับใจยอมรับกับบทบาทการเป็นผู้ดูแลมากขึ้น และสามารถดำเนินกิจกรรมการดูแลได้อย่างต่อเนื่อง

2.1 มองโลกในแง่บวก ผู้ให้ข้อมูลพยายามหาเหตุผลที่ดีให้กับรับบทบาทการเป็นผู้ดูแล โดยการมองโลกในแง่บวก เช่น มารดาเคยดูแลเรามาก่อน มองคนที่แย่กว่าเรา ไม่คิดว่าการดูแลเป็นภาระ ซึ่งการมองโลกในแง่บวกนี้ ทำให้ผู้ดูแลสามารถให้การดูแลได้ด้วยสภาพจิตใจที่ดีขึ้น ไม่รู้สึกท้อแท้ และสามารถรับมือกับบทบาทการเป็นผู้ดูแลได้ดี ดังคำสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักว่า

"การยอมรับและมองโลกในแง่บวกมันช่วยได้...ให้เรามองสิ่งที่อยู่ตรงหน้าว่าเรากำลังทำอะไรอยู่ แล้วทำให้ดีที่สุด เราต้องปรับตัว ปรับสภาพจิตใจให้ค่อยเป็นค่อยไป ...คิดว่านี่คือแม่เรา แล้วเราปล่อยให้คนที่เป็นแม่จมกองขี้เยี่ยว มันสมควรมั้ย ท่านดูแลเรามายังไง ทำไมตอนนี้เราถึงทิ้งท่านอย่างนั้น ก็คิดง่ายๆแค่นี้ มันก็จะผ่านจุดที่เครียดที่เหนื่อยได้ แล้วก็คิดว่าท่านดูแลเรามา 4-5 คน ท่านไม่เคยบ่นเลยนะ แล้วเรางอแงยิ่งกว่าท่านอีกนะ ท่านยังดูแลเราได้... คิดแบบนี้จิตใจจะดีขึ้น" (ID1 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L 172-254)

"ต้องปรับตัวอย่างมาก ต้องใช้คำเดียวเลยว่าทำใจ คือในเรื่องของ Positive Thinking เป็นเรื่องที่เราต้องทำให้มันเกิดขึ้นให้ได้นะในระหว่างการดูแล" (ID4 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L 206-207

"เราต้องไม่คิดว่าเขาเป็นภาระ แต่มันเป็นสิ่งที่เราควรทำ บางคนเจอหนักกว่าเราอีกทั้งดูดเสมหะ ให้อาหารทางสายยางเขายังดูแลกันได้ แล้วเราดูแลพ่อแค่นี้เอง มีคนที่เขาเจออะไรหนักกว่าเราเยอะ เพราะฉะนั้นเปลี่ยนวิถีมุมมองเวลาท้อ ให้มองคนที่แย่กว่าเรา แล้วเราจะไม่เครียดมาก" (ID5 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L 551-555)

"ผมเตรียมใจมาตั้งแต่แรกแล้ว ตั้งแต่ที่ตัดสินใจว่าจะรับพ่อมาอยู่ด้วย คือเรารู้อยู่แล้วว่าจะเกิดอะไรขึ้น...พอถึงเวลาที่ต้องมาดูแลมันก็เหมือนเราทำใจไว้แล้วครับ" (ID12 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L 89-90)

2.2 ขจัดอารมณ์ความรู้สึกด้านลบ คืออารมณ์ที่เกิดขึ้นในระหว่างการดูแล เช่น โมโห หงุดหงิด และแสดงคำพูดด้านลบกับบิดามารดาสูงอายุ ผู้ให้ข้อมูลจึงพยายามควบคุมอารมณ์ด้านลบเหล่านี้ด้วยวิธีการที่แตกต่างกัน เช่น ออกมานั่งพัก พยายามทำใจให้เย็นลง เพื่อให้การดูแลสามารถดำเนินต่อไปได้ และไม่เกิดความรู้สึกผิดต่อบิดามารดาสูงอายุภายหลัง ดังคำสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักว่า

"บางทีโมโหพ่อ เขาทำสายฉี่หลุดทุกที...ตอนโมโหผมต้องออกมานั่งพักนึงก่อนนะ ให้ใจเย็นก่อนแล้วค่อยกลับไปทำใหม่ เพราะแกเองก็ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้" (ID2 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L 117-122)

"บางทีผมก็ดุแก อย่างเช่น ทานข้าวหกอะไรอย่างงี้อ่ะ...แบบทำไมกินข้าวหก!! (ทำน้ำเสียงดุ) หรือเรื่องฉี่ราด...ซึ่งมันก็ไม่ดีเลยนะ เราเองก็รู้ แต่ก็จะมีบางทีที่เผลอไป พอช่วงวันแม่ผมจะเอาพวงมาลัยมาไหว้ขอขมาแกทุกปี...ผมจะอัดวิดิโอไว้เลย เก็บไว้ในไลน์ส่วนตัวซึ่งผมเก็บไว้ดูเอง และแกก็จะพูดอะไรซึ้งๆผมก็จะเปิดดูไว้เตือนสติตัวเอง" (ID3 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L 260-268)

"ช่วงแรกๆพี่ก็หงุดหงิด ดุแก แล้วเราก็มารู้สึกผิดกับตัวเองว่า เราไม่น่าทำแบบนั้น แต่บางทีมันเหนื่อยเนอะ แล้วก็ต้องมาคอยตอบคำถามแกซ้ำๆวันละหลายรอบ...ถ้าเรารู้สึกว่าจะมีอารมณ์หงุดหงิดใส่แก ก็ต้องควบคุมความคิดตัวเองให้ได้ ถ้ามันเกิดขึ้นก็พยายามบอกตัวเอง เตือนสติตัวเองว่าอย่าให้เกิดขึ้นอีก การดูแลแบบนี้ต้องใช้การปรับตัว" (ID4 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L 241-237)

"ผมต้องทำใจให้เย็นลงมาก เพราะเมื่อก่อนผมเป็นใจร้อน แต่พอมาดูแลแกก็มันต้องให้เวลาแกเดินกว่าจะถึงห้องน้ำกว่าจะกินข้าว ต้องใจเย็นมากจะไปหงุดหงิดก็ไม่ได้เพราะแกก็ไม่รู้ตัว" (ID9 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L 253-261)

2.3 เข้าใจและยอมรับกับอาการแสดงของโรค ผู้ให้ข้อมูลที่ให้การดูแลบิดามารดาสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม มักจะพบกับพฤติกรรมด้านบุคลิกภาพที่เปลี่ยนแปลงไปของผู้สูงอายุ เช่น อาการหลงลืม การถามคำถามซ้ำๆ หลงลืมบุคคลใกล้ชิด แสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมและเกิดอันตรายกับผู้สูงอายุเองได้ ผู้ให้ข้อมูลจึงต้องมีความเข้าใจและยอมรับกับการดำเนินไปของภาวะสมองเสื่อม เพื่อให้เข้าใจพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปของบิดามารดาสูงอายุ และให้การดูแลได้อย่างเหมาะสม ดังคำสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักว่า

"เราต้องยอมรับกับการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมให้ได้ว่าเขาจะหลงลืมได้ แล้วเราจะไม่เครียดมาก เพราะเราเข้าใจแก" (ID3 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L 304-305)

"ดูแลแกด้วยความเข้าใจ เช่น แม่ถามคำถามเดิมวันละร้อยรอบ ประมาณว่าวันนี้กลับกี่โมง ซึ่งเราตอบบ่อยๆมันก็ขี้เกียจถูกป่ะ ก็จะใช้วิธีการ อืมบ้าง เออบ้าง พยักหน้าบ้าง จะไม่ใช้คำพูดว่าจะถามอะไรนักหนา...ก็ต้องยอมรับในสิ่งที่เขาเป็นให้ได้" (ID4 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L 226-231)

"Dementia นี่น่ากลัวสุด ด้านร่างกาย พฤติกรรมเปลี่ยนไปตามระยะของโรค แต่จิตใจเนี่ยมันกระทบเยอะนะ เพราะเขาไม่รู้จักเราแล้ว เหมือนบางทีตื่นมาเราเช็ดตัวให้ เหมือนเขาลืมตามองหน้า แต่มองแบบไม่รู้จักเรา เราก็ต้องทำใจยอมรับให้ได้ว่าแม่เป็นเยอะแล้ว " (ID6 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L 293-298)

"โรคสมองเสื่อมนี่ต้องดูแลกัน 24 ชั่วโมง ต้องเฝ้ากันตลอด แม่แกมีแรงไง บางทีสื่อสารกันก็ไม่ค่อยรู้เรื่อง...แกชอบเอามือไปล้วงในแพมเพิสแล้วแกเกา คือแกเกาไม่เกาธรรมดานะ เกาจนเสือดออกแต่จะทำไงได้แกไม่รู้เรื่องไงแกก็จำอะไรไม่ได้ก็ต้องดูแลกันไป" (ID9 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L 200-209)

"แรกๆที่พ่อแกเริ่มหลงๆลืมๆ แกก็ยังพอเดินได้อะไรได้ แต่แกจะล้มบ่อย...เวลาห้ามแกไม่ให้ออกไปนอกบ้าน แกจะไม่ค่อยฟัง ก็จะมีเถียงกันบ้าง...แล้วแกจะไม่ให้เรายุ่งกับแกนะ แกจะว่าเราว่าไม่ต้องมายุ่ง...ตอนหลังพอเรารู้ว่าแกไม่ค่อยรู้ตัว ก็จะไม่ห้ามแก แต่จะคอยดูไม่ให้แกล้ม" (ID10 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L 104-109)

ประเด็นที่ 3 การดูแลที่ทำได้ทั้งชาย/หญิง

ผู้ให้ข้อมูลทุกรายให้ข้อมูลในทิศทางเดียวกันว่าผู้ชายและผู้หญิงสามารถในการดูแลบิดามารดาสูงอายุภาวะพึ่งพิงของตนได้ดีเท่าๆกัน โดยบทบาทการเป็นผู้ดูแลในช่วงแรกอาจทำให้เกิดความไม่มั่นใจในการดูแล แต่เมื่อสามารถปรับตัวเข้ากับการดูแลได้ จึงไม่รู้สึกว่าการดูแลเป็นเรื่องยาก และเป็นเรื่องที่ทุกคนสามารถเรียนรู้ได้ นอกจากนี้ ผู้ให้ข้อมูลสามารถนำข้อดีด้านความแข็งแรงของร่างกายมาใช้ประโยชน์ในการอุ้มพยุงบิดามารดาสูงอายุภาวะพึ่งพิงได้เป็นอย่างดี แม้ผู้ให้ข้อมูลบางรายจะยอมรับว่าไม่ถนัดในกิจกรรมการดูแลบางอย่าง ที่อาจจะเหมาะสมกับเพศหญิงมากกว่า อย่างไรก็ตาม เมื่อผู้ให้ข้อมูลรับบทบาทในการเป็นผู้ดูแลแล้วก็จะสามารถให้การดูแลได้เช่นกัน เนื่องจากการดูแลไม่ได้ขึ้นอยู่กับว่าเป็นเพศชายหรือเพศหญิง แต่ขึ้นอยู่กับความใส่ใจของผู้รับบทบาทในการเป็นผู้ดูแล หากผู้ดูแลเป็นเพศหญิงแต่ไม่ใส่ใจกิจกรรมการดูแล ย่อมส่งผลให้คุณภาพการดูแลแย่ลงได้

3.1 เมื่อปรับตัวได้การดูแลง่าย ไม่ยาก การดูแลบิดามารดาสูงอายุในช่วงแรกต้องอาศัยการปรับตัว ปรับใจยอมรับกับบทบาทของการเป็นผู้ดูแล เมื่อการดูแลดำเนินไปได้ในระยะหนึ่ง ผู้ให้ข้อมูลจะสามารถปรับตัวกับการดูแลได้ มีความมั่นใจในการดูแลมากขึ้น และให้การดูแลบิดามารดาสูงอายุภาวะพึ่งพิงได้เป็นอย่างดี และกิจกรรมการดูแลนั้นจึงไม่ใช่เรื่องยากเกินความสามารถของตน ดังคำสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักว่า

"อะไรที่มันทำทุกวันมันแปลกนะ แล้วผมก็คิดว่าทุกคนก็เป็นคืออะไรที่ทำทุกวันเนี่ยมันจะเกิดความมั่นใจมากขึ้น...ทำใจกับเรื่องการดูแลในช่วงแรกๆมากกว่า แต่ถ้าทำไปเรื่อยๆมันไม่ใช่งานที่ยากเกินความสามารถเรา" (ID1 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L 146-280)

“ [จัดการดูแลเป็นตารางเวลา] มันง่ายกับการดูแล ก็อาจจะยากหน่อยในช่วงที่จะต้องปรับทุกอย่างให้มันพอดีทั้งกับงาน ทั้งการดูแล การพักผ่อน ซึ่งที่จริงมันก็ขึ้นอยู่กับบริบทของครอบครัวในแต่ละบ้านนะครับ ซึ่งพอเราปรับตัวกับเวลาการดูแลแล้วก็ง่ายสบายมากเลย ” (ID4 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L341-343)

“เราต้อง focus ตัวเองให้ทำเป็นให้เร็วที่สุด...คือพอทำได้แล้วมันไม่ยากเลยนะ ง่ายนิดเดียว...ช่วงแรกมันก็มีเครียดนะ แต่พอเราเริ่มทำได้ คือตอนนี้ก็ไม่เครียดแล้วนะ มันเป็นเรื่องของการปรับตัวมากกว่า พอเรามาดูแลแม่แบบเต็มตัวแล้ว เราจะค่อยๆปรับตัวได้เอง จะไม่เครียดกับ Practice ต่างๆแล้ว ก็แค่จัดการดูแลให้เป็นเวลา พอตัดสินใจมาดูแลแม่ปุ๊บพอปรับตัวได้ก็ไม่มีอะไรยากล่ะ” (ID6 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L 225-240)

“ถ้าตั้งใจทำ ปรับตัวได้ มันไม่ยากเลยครับ ถ้าบางคนคิดว่าเราทำไม่ได้ ทุกอย่างก็จะยากหมดเพราะใจไม่สู้ เหมือนกับว่าเราไม่อยากเรียนวิชานี้จะทำมันก็ยากไปหมด ทั้งที่มันง่าย พอเราเปิดใจอยากจะเรียนรู้ มันก็จะง่าย แล้วเราจะเรียนรู้ได้ไว” (ID8 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L 440-443)

“การดูแลไม่มีอะไรยากเลยนะ มันอยู่ที่ความคิดของเราถ้าคิดว่ายากแล้วไม่ลงมือทำ มันก็จะยากอยู่อย่างนั้น แต่ถ้าทำเรื่อยๆปรับตัวได้ ที่เราว่ายากก็จะง่ายขึ้น” (ID5 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L 540-542)

“ไม่ยากครับ ผมเคยทำให้ป้า เช็ดขี้เยี่ยวตอนป้าป่วยเป็นมะเร็ง แกผอมเลยไม่มีแรง แต่อย่างแม่เขาจะยกก้นช่วยได้ ก็ใช้กระดาษ ทิชชูเช็ด ผมก็จะบอกให้แกยกก้นตอนใส่แพมเพิสได้” (ID11 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L 311-313)

3.2 ผู้ชายมีความแข็งแรงในการอุ้มพยุง ผู้ให้ข้อมูลเห็นถึงความแตกต่างทางด้านสรีระระหว่างเพศชายและเพศหญิง โดยเพศชายจะมีความแข็งแรงในการอุ้มบิดามารดาสูงอายุเพื่อทำกิจกรรมการดูแลต่างๆได้ดีกว่าเพศหญิง ผู้ให้ข้อมูลจึงนำข้อดีในความแข็งแรงของตนเองมาใช้ประโยชน์ในการดูแล ดังคำสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักว่า

“ผู้ชายกับผู้หญิงจะแตกต่างในเรื่องของสรีระทางกายภาพในการดูแล เพราะมนุษย์ชาย-หญิงถูกสร้างมาให้แตกต่างกัน อย่างผู้หญิงกำลังการยกตัวหรืออะไรแบบนี้จะลำบากกว่า อย่างตอนนั้นพี่ไม่อยู่พี่ก็ให้แฟนมาช่วยดูแลพ่อให้ เขาก็บอกว่ายกตัวพ่อไม่ค่อยไหว แต่เรื่องการดูแลอื่นๆก็เหมือนกัน” (ID5 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L 562-564)

"ผมมีแรงอุ้มแม่ไปโรงพยาบาลได้สบายเลย แม่แกหนักแค่ 40 กว่าโลเอง" (ID7สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L 182-183)

"น้องสาวจะเป็นพาแม่ไปหาหมอ ผมจะเป็นคนอุ้มแม่ลงบันไดไปข้างล่างนั่งรถเข็น แล้วก็เข็นแม่ไปขึ้นแท็กซี่ไปโรงพยาบาลกับน้อง...เพราะผมแรงเยอะกว่า เวลาพาแม่ไปอาบน้ำน้องสาวเขาอุ้มแม่ไม่ไหว ผมก็คอยมาช่วยกันอุ้ม" (ID11 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L 146-149)

3.3 แม้ไม่ถนัดงานละเอียด แต่สามารถดูแลได้ ผู้ให้ข้อมูลที่มีภรรยาคอยให้การช่วยเหลือกิจกรรมการดูแล จะแบ่งหน้าที่ให้ภรรยารับหน้าที่ในการทำอาหาร เปลี่ยนแพมเพิสให้แก่มารดา เนื่องจากเป็นงานที่ภรรยามีความถนัดมากกว่า แต่เมื่อผู้ให้ข้อมูลต้องให้การดูแลบิดามารดาสูงอายุ ภาวะพึ่งพิงในกิจกรรมดังกล่าว ก็สามารถทำได้ แต่อาจจะทำได้ช้ากว่าภรรยา ดังคำสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักว่า

"ช่วงที่ต้องทำอาหารปั่น โอโห้ ยุ่งยากมาก ไหนจะต้องตวงอะไรเยอะแยก...บางทีก็ให้พี่สาวมาช่วยทำ เขาจะทำเร็วกว่า" "(ID2 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L 119-122)

"งานละเอียดๆ ผมจะให้ภรรยาทำ..ภรรยาเขาจะละเอียดเรื่องอาหารการกิน เขาจะรู้ว่าแม่ชอบทานอาหารรสชาดแบบไหน...อย่างเปลี่ยนแพมเพิสภรรยาทำก็น่าจะถนัดกว่า แต่ถ้าภรรยาไม่อยู่เราเองก็ทำได้ เพราะนี่คือแม่เรา เมื่อก่อนตอนเราเด็กๆแกก็ยังอาบน้ำให้เราเลย" (ID9สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L 341-345)

"อาหารปั่นผมจะให้ภรรยาช่วยทำ เขาจะถนัดเรื่องทำอาหาร เตรียมของอะไรพวกนี้ ...นานๆทีผมจะทำนะ แต่ถ้าทำมันก็ทำได้แต่ช้าหน่อย" (ID10สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L 267-268)

ในกรณีที่ผู้ให้ข้อมูลมีพี่สาวเป็นพยาบาล ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกว่าพี่สาวจะมีความละเอียดในเรื่องของการสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงต่างๆของมารดาได้ดีกว่าตนเอง เมื่อผู้ให้ข้อมูลทราบถึงอาการเปลี่ยนแปลงที่ต้องเฝ้าระวัง ผู้ให้ข้อมูลก็สามารถสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงได้เช่นเดียวกัน ดังคำสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูล

"ผู้หญิงเขาจะสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงได้ไวกว่า...รายละเอียดการดูแลเขาจะเยอะกว่า อย่างพี่สาวเราเป็นพยาบาลเขาก็จะแนะนำเราได้ว่าสังเกตอาการอะไรยังไง อย่างตอนนั้นแม่มีอาการตกขาว แต่พี่ก็ไม่ได้สังเกตจนพี่สาวทัก ถึงได้รู้ว่ามันผิดปกติ หลังจากนั้นพี่ก็คอยสังเกตเรื่องนี้ด้วย" (ID6 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L 280-284)

3.4 ถ้าใส่ใจ ดูแลได้ทั้งชายหญิง ผู้ให้ข้อมูลตระหนักถึงความสำคัญของการใส่ใจดูแลบิดามารดามากกว่าความเป็นเพศชายหรือเพศหญิง หากบุคคลที่เป็นผู้ดูแลมีความใส่ใจบิดามารดาสูงอายุภาวะพึ่งพิง ไม่ว่าจะเป็นเพศชายหรือเพศหญิงก็สามารถให้การดูแลที่ดีได้ โดยเฉพาะบุตรที่ควรมีจิตสำนึกในการดูแลบิดามารดาสูงอายุในยามที่ท่านเจ็บป่วย ดังคำสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักว่า

"ถ้าคุณแม่ผมอยู่ตรงนี้แล้วผมไม่ใส่ใจท่านเลย วันๆเดินไปเดินมาไปจิบกาแฟออกไปเฮฮากับเพื่อน แล้วกลับมาท่านก็นอนจมกองปัสสาวะ/อุจจาระอะไรของตัวเองแบบนี้ ผมว่า ผมเองรับไม่ได้...หากดูแลอย่างมีความรับผิดชอบมันต้อง fulltime ต้องเอาใจใส่ หากดูแลแบบเรื่อยๆมันก็ไม่เหนื่อยเท่านี้ (ID1 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L 129-149) เป็นเรื่องจิตสำนึกที่ใครจะดูแลก็ได้ แต่อยู่ที่วิธีการ ถ้าเอาใจใส่เราจะเรียนรู้ได้เอง" (ID1 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L 343-346)

"การดูแลก็ไม่เป็นอุปสรรคอะไรเลย มันก็จะมีการปรับตัวช่วงแรกๆ แต่ก็นิดหน่อยเพราะใจผมให้แกไปก่อนแล้ว จะให้ผมไปจ้างคนอื่นมาเลี้ยง ผมคงไม่เอา เพราะมีเรื่องความผูกพันเข้ามาเกี่ยวด้วย เราดูแลเองมันไม่เหมือนไปฝากใคร ทั้งเรื่องสุขภาพ อาหารที่เราให้ใจไป มันสำคัญตรงที่ใครๆก็ทำไม่ได้ถ้าไม่ใช่ลูก พอทำด้วยใจมันไม่มีข้อแม้อะไรเลย...ผมว่าเรื่องแบบนี้ผู้หญิงผู้ชายก็ทำได้ครับ...แต่ความรู้สึกลึกๆของจิตใจคนเท่านั้นเองที่อาจจะแตกต่างกัน ซึ่งคนดีส่วนใหญ่เขาก็ต้องทำถูกไหมครับ ก็มีแค่บางคนเท่านั้นแหละซึ่งผมเองก็ไม่ชอบเลย บรรยากาศที่ปล่อยให้คนแก่นั่งเหงาๆหรือทิ้งๆขว้างๆอ่ะ บางทีเราเห็นแล้วมันหดหู่ว่าลูกหลานไปไหน ทำไมทิ้งท่านไว้แบบนี้" (ID3 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L 197-275)

"ลูกชายลูกสาวที่พาพ่อแม่มาตรวจที่พี่เคยเห็นดูแลได้ดีก็มีเยอะ แต่ที่ไม่สนใจใยดีก็เยอะ มันเป็นสังคมผู้สูงอายุ มันเห็นได้บ่อยจนชินตา ก็ขึ้นอยู่กับว่าลักษณะส่วนบุคคล จิตใจของแต่ละคนเป็นอย่างไร มันก็จะแสดงออกมาไม่เหมือนกัน มันขึ้นอยู่กับความใส่ใจด้วยแหละ ถ้าเราใส่ใจสภาพความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุจะเป็นคำตอบว่าใครดูแลดีหรือไม่ดี" (ID4 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L 254-257)

"คนที่จะดูแลได้ดีที่สุดคือคนในครอบครัว ญาติพี่น้องยังไงก็คือญาติ ไม่เหมือนเราพ่อแม่เราเอง ใจเราอยากดูแลพ่อแม่อยู่แล้ว เราเป็นลูกเราดูแลเอาใจใส่พ่อแม่ได้ดีกว่าอยู่แล้ว" (ID5 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L 463-466)

"ผมว่ามันอยู่ที่ความใส่ใจมากกว่า ถ้าเราใส่ใจมันก็ทำได้ไม่ยากหรอก" (ID10 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L 211)

"การดูแลก็คือการดูแล ก็เหมือนวิธีการทำงานตามปกติ มันมีขั้นตอนของมันอยู่ที่ว่าเราจะใส่ใจ หรือไม่ใส่ใจมากกว่า มันเป็นเรื่องของทัศนคติส่วนบุคคล ถ้าเราใส่ใจไม่ว่าลูกสาวหรือลูกชายก็ทำได้ และมันขึ้นอยู่กับเหตุผลมากกว่า ว่าใครเหมาะสมที่จะดูแล ณ เวลานั้น เพราะสังคมสมัยนี้ไม่เกี่ยวกับเรื่องเพศอยู่แล้ว" (ID6 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L 286-289)

โดยผู้ให้ข้อมูลบางราย เล่าถึงประสบการณ์ในการจ้างผู้อื่นมาดูแลมารดาสูงอายุ แม้ผู้ดูแลจะเป็นเพศหญิงแต่ไม่ได้ให้ความใส่ใจกับมารดาที่ป่วย ส่งผลให้คุณภาพการดูแลแย่ลงได้ ดังคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักว่า

"เคยมีจ้างคนมาดูช่วงที่แกยังเดินได้อะไรได้ แต่แม่เขาจะหลงๆลืมๆ แล้วจะชอบเปิดตู้เย็นบ่อย เหมือนตอนนั้นพี่สาวกลับมาจากทำงาน แล้วแม่แกฟ้องว่าโดนตีที่แขน พี่เลยคิดว่าเรามาดูแลเองดีกว่า เราเป็นลูกเราต้องดูแลดีกว่าอยู่แล้ว คนดูแลเขาก็แค่คนอื่นเขาไม่ได้ใช้ใจดูแลเหมือนเรา นี่ขนาดเขาเป็นผู้หญิงนะ" (ID6 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L 120-124)

"เคยจ้างคนมาดูแลแต่เขาไม่ค่อยใส่ใจ...พอกลับมาจากทำงาน ผมจะคอยสังเกตอาการของแม่ คือปกติแกจะยิ้ม หัวเราะ แต่พอเราถามวันนี้แม่เป็นไงแกจะพูดออกมาเลยว่าอยากตาย ผมก็ไม่รู้ว่าเขาทำอะไรกับแม่เรา...บางคนเสียเงินจ้างเยอะหน่อย ดูแลแม่เป๊ะทุกอย่างตั้งแต่หัวจรดเท้า ถึงเวลากินก็ต้องกิน ถึงเวลานอนก็ต้องนอน ดูแลบังคับแม่เราเหมือนเป็นชิ้นงานไม่ดูแลเรื่องจิตใจเลย...ผมดูแลเองเครียดน้อยกว่า" (ID9 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L 227-233)

หรือในบางกรณีที่มารดากับบุตรสาวมีความขัดแย้งกัน เนื่องจากมารดามีภาวะสมองเสื่อม ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้เกิดความไม่เข้าใจกันระหว่างบุตรสาวกับมารดาสูงอายุ และบุตรสาวไม่ได้ให้ความใส่ใจดูแลมารดาเท่าที่ควร ผู้ให้ข้อมูลจึงตัดสินใจรับบทบาทในการเป็นผู้ดูแลหลัก และสามารถให้การดูแลมารดาได้เป็นอย่างดี ดังคำสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักว่า

"ผมรับผิดชอบการดูแลแม่เองทั้งหมดนะครับ อย่างถ้าอยู่กับน้องสาวผมจะเครียดมากกว่า เพราะเขาไม่ค่อยถูกกันด้วยนะ แม่ก็จะหลงๆลืมๆแกก็จะชอบบ่น น้องสาวผมก็จะหงุดหงิดและเขาก็จะไม่ช่วยคุมอาหาร แต่แม่แกจะชอบกินน้ำหวานอะไรแบบนี้ ผมก็เลยตัดสินใจพาแม่ออกมาอยู่กับผมที่ห้องเช่าใกล้ๆที่ทำงานดีกว่า...ผมจะมีเวลาดูแลแม่มากขึ้น อย่างน้องเขาก็มีครอบครัวมีลูกแฝดสองคนด้วย เขาก็จะไม่ค่อยมาอะไรกับแม่มาก ซึ่งถ้าปล่อยแม่ไว้อย่างนั้น แกก็คงนอนติดเตียงอยู่แบบนั้น" (ID3 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L 225-254)

ประเด็นที่ 4 เรียนรู้วิธีการดูแล

ช่วงแรกของการรับบทบาทการเป็นผู้ดูแล ผู้ให้ข้อมูลมีความรู้สึกกลัว กังวล และไม่มั่นใจในกิจกรรมการดูแล เนื่องจากไม่เคยมีประสบการณ์ในการเป็นผู้ดูแลมาก่อน ผู้ให้ข้อมูลบางรายรู้สึกเขินอายที่ต้องดูแลทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ให้แก่มารดา เมื่อเกิดความไม่มั่นใจในตนเองทำให้ต้องเรียนรู้ที่จะวางแผนและปรับเปลี่ยนวิธีการดูแลให้เหมาะสม เช่น การจัดสรรการดูแลให้เป็นเวลา การมีกิจกรรมให้ผู้สูงอายุทำยามว่าง การค้นหาวิธีการดูแลที่เหมาะสมด้วยตนเอง การคงไว้ซึ่งกิจกรรมที่สูงอายุสามารถทำได้ การประเมินความเสี่ยงจากวิธีการดูแลที่ไม่ปลอดภัย จนสามารถปรับการดูแลที่เหมาะสมกับตนเองและบิดามารดาสูงอายุภาวะพึ่งพิงได้ นอกจากนี้ ผู้ให้ข้อมูลบางรายมีความสามารถในการคิดค้นอุปกรณ์ที่ช่วยให้การดูแลนั้นง่ายขึ้นอีกด้วย

อย่างไรก็ตาม บทบาทการเป็นผู้ดูแลถือเป็นภาระการดูแลที่หนัก ทั้งด้านกิจกรรมการดูแลต่างๆ การขาดที่ปรึกษาเมื่อพบปัญหาจากการดูแล และการมีภาระค่าใช้จ่ายที่มากขึ้น ดังนั้นเมื่อผู้ให้ข้อมูลที่ได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากบุคคลอื่น จะช่วยให้ภาระการดูแลเบาบางลงและบิดามารดาสูงอายุจะได้รับการดูแลที่มีคุณภาพได้อย่างต่อเนื่อง

4.1 ช่วงแรกไม่มั่นใจในการดูแล เป็นความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูลที่ไม่เคยมีประสบการณ์ในการเป็นผู้ดูแลมาก่อน เมื่อต้องปฏิบัติกิจกรรมการดูแลทำให้รู้สึกกลัวว่าจะทำไม่ได้ กลัวบิดามารดาสูงอายุจะได้รับบาดเจ็บจากกิจกรรมการดูแล นอกจากนี้ ผู้ให้ข้อมูลบางรายยังรู้สึกเขินอายที่จะต้องให้การดูแลทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์มารดา ทำให้รู้สึกไม่มั่นใจบทบาทการดูแลของตนเอง

4.1.1 กลัวทำไม่ได้ เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแล ทำให้เกิดความรู้สึกกลัว กังวล ว่าจะทำกิจกรรมการดูแลต่างๆไม่ได้ ดังคำสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักว่า

“เราไม่มีประสบการณ์ เราจะรู้ได้ไงว่าจะดูแลสายนี้ [สายให้อาหารทางสายยาง] ดูแลยังไง ครั้งแรกผมยังเข้าใจว่าเป็นสายไว้ช่วยหายใจที่ใช้ในโรงพยาบาลเวลาให้ออกซิเจน ” (ID1 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L 207-209)

“ตอนแรกที่พ่อเขาใส่สายอาหารกลับมาบ้าน ผมก็กลัวๆเหมือนกันว่าจะทำเป็นหรือเปล่า ไม่กล้าจับแรงกลัวสายอะไรมันจะหลุด” (ID2 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L 117-118)

“คิดเรื่องแม่อย่างเดียวว่าเราจะทำได้ไหม คือมันไม่ได้ไม่อยากดูแล แต่มันไม่มั่นใจตอนแรกก็กังวลใจเรื่องที่ว่าจะต้องมาดูแลกลัวจะทำไม่ได้” (ID8 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L 254-255)

“ตอนดูดเสมหะตอนแรกผมก็กังวลว่าจะทำได้ไหม ไหนจะต้องใส่ถุงมือ ต่อสายอะไรอีกเยอะแยะ แบบเราไม่เคยทำไง”(ID10 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L 225-226)

“พอได้มาดูแลตอนแรกรู้สึกกลัว กลัวเรื่องใส่สายให้อาหาร กลัวเรื่องอาการเปลี่ยนแปลงของแม่ทุกอย่าง กังวล กลัวว่าใส่สายให้อาหารแล้ว แม่จะเป็นยังไง เราจะทำได้ไหม เหมือนพอเราไม่เคยทำแล้วจะรู้สึกกลัวไปก่อน (ID6 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L 132-133) ช่วงแรกๆที่แม่ใช้แพมเพิส มันมีช่วงเปลี่ยนผ่านคือว่าเราไม่เคยทำอะไรแบบนี้ พอแกเดินไม่ได้ แกก็จะมีขับถ่ายเรี่ยราด พอมาใส่แพมเพิสเราก็ไม่รู้จะเช็ดยังไง ทำยังไง จับตรงไหน...ไม่กล้าทำ” (ID6 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L 190-195)

4.1.2 กลัวไม่ปลอดภัย ผู้ให้ข้อมูลเล่าถึงความรู้สึกกลัวขณะให้การดูแลบิดามารดาสูงอายุภาวะพึ่งพิง ทั้งเรื่องเช็ดทำความสะอาดร่างกาย การเปลี่ยนแพมเพริส การดูดเสมหะ รวมไปถึงการทำกายภาพ เนื่องจากยังไม่ทราบถึงวิธีการดูแลที่เหมาะสม จึงกลัวว่าตนเองจะใช้แรงในการทำกิจกรรมการดูแลที่มากเกินไป อาจจะทำให้บิดามารดาสูงอายุของตนรับบาดเจ็บจากการดูแลได้ ดังคำสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักว่า

“ตอนทำกายภาพผมก็กลัวแกจะเจ็บเหมือนกัน แต่เราก็จำจากที่หมอกายภาพเขาสอนมา แต่ก็ไม่ยากนะครับ" (ID3 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L 219-220)

“เราแรงเยอะ ก็กลัวแกเจ็บเวลาเราเช็ดทำความสะอาดแบบนี้มากกว่า” (ID9 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L 178-179)

“แรกๆก็กลัวนะต้องมาดูดเสมหะอะไรแบบนี้ ก็ไม่รู้ว่าจะใส่สายเข้าไปลึกเท่าไร หรือเราดูดแรงไปหรือเปล่า บางทีเหมือนเขาน้ำตาไหล ผมก็กลัวว่าแม่จะเจ็บ” (ID7)

“ตอนแรกที่ผมรับพ่อมาอยู่ด้วย ผมก็เริ่มฝึกทำกายภาพให้แก แต่เวลาทำแกจะร้องเสียงดังมาก ผมก็ไม่กล้าทำแรง เห็นแกร้องผมก็กลัวแกเจ็บ” (ID12)

4.1.3 เขินอายเมื่อต้องดูแลมารดา ผู้ให้ข้อมูลบางรายที่มีสถานภาพโสดมีความรู้สึกเขินอายเวลาที่ต้องให้การดูแลเปลี่ยนแพมเพริสและทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ให้แก่มารดา เนื่องจากไม่เคยใกล้ชิดสนิทสนมกับผู้หญิงมาก่อน และผู้ให้ข้อมูลบางรายที่มีพี่สาวช่วยสอนเรื่องการทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ให้แก่มารดา ทำให้ตนที่เป็นผู้ชายรู้สึกเขินอายได้ ในขณะเดียวกันผู้สูงอายุที่ยังพอรู้สึกตัวดี แต่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ก็แสดงอาการขัดขืน เมื่อบุตรชายจะให้การดูแลก็เช่นกัน ดังคำสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักว่า

"ครั้งแรกที่พี่สาวสอนเช็ดในใจก็รู้สึกอายๆนะ มันเหมือนเป็นเรื่องที่ไม่เคยพูดกัน แล้วพี่เขาก็เป็นผู้หญิงด้วยไง นี่พี่สาวเขาไม่เคยรู้นะ (หัวเราะ) แต่เราเป็นลูกอ่ะ ถ้าไม่ทำเราจะดูแลแม่ไม่ได้ ก็คิดแค่นั้นครับ" (ID6 สัมภาษณ์ครั้งที่ 2 L 88 -89)

"เราไม่เคยคลุกคลีกับผู้หญิง...ผมก็รู้สึกเขินๆนะแม่เราเป็นผู้หญิงแล้วแม่แกเองก็ไม่ยอมด้วยนะ ช่วงแรกๆแกก็มีขืนๆ แต่แกทำเองไม่ค่อยได้ไง ก็ยอมให้เราทำ พี่สาวก็ช่วยพูดให้ว่ามันเป็นลูกแม่ไม่ต้องอายหรอก...กับพี่สาวแกไม่ค่อยอายนะ เพราะพี่สาวแกเป็นพยาบาลด้วยมั้ง ผู้หญิงด้วยกันแม่แกเลยไม่อาย" (ID8 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L 264-270)

4.2 วางแผนและปรับเปลี่ยนวิธีการดูแลให้เหมาะสม แม้การรับบทบาทการเป็นผู้ดูแลในช่วงแรก ทำให้ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกกลัว ไม่มั่นใจในกิจกรรมการดูแล แต่เมื่อการดูแลดำเนินมาได้ซักระยะหนึ่ง ผู้ให้ข้อมูลจะเกิดการเรียนรู้กิจกรรมการดูแลขั้นพื้นฐาน มีการวางแผนการดูแลจนกระทั่งสามารถจัดสรรเวลาการดูแลในแต่ละวันให้ตรงกับความต้องการของบิดามารดาสูงอายุภาวะพึ่งพิงได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ ผู้ให้ข้อมูลพยายามเรียนรู้หาวิธีการดูแลที่ดี คอยช่วยเหลือกิจกรรมที่ผู้สูงอายุทำไม่ได้ แต่ยังคงไว้ซึ่งความสามารถที่ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติด้วยตนเองเองได้โดยไม่มีผลกระทบต่อโรค หากิจกรรมให้ผู้สูงอายุทำยามว่าง และประดิษฐ์คิดค้นอุปกรณ์ต่างๆเพื่อช่วยการดูแลให้ง่ายขึ้น ซึ่งผู้ให้ข้อมูลสามารถปรับเปลี่ยนลักษณะกิจกรรมการดูแลต่างๆให้เหมาะสมกับบิดามารดาสูงอายุของตน ในรูปแบบที่ผู้ให้ข้อมูลสามารถกำหนดเองได้

4.2.1 จัดสรรการดูแลให้เป็นเวลา เมื่อกิจกรรมการดูแลดำเนินมาได้ในระยะหนึ่ง ผู้ให้ข้อมูลจะสามารถจัดสรรการดูแลให้เป็นเวลาและตรงตามความต้องการการดูแลของบิดามารดาสูงอายุภาวะพึ่งพิงได้ เช่น จัดสรรเวลาการขับถ่าย การเปลี่ยนแพมเพริส การพลิกตะแคงตัว การให้อาหารทางสายยาง เป็นต้น ทำให้ผู้ให้ข้อมูลสามารถจัดตารางเวลาในการทำกิจกรรมการดูแลได้อย่างเหมาะสม ในรูปแบบที่สามารถกำหนดด้วยตนเองได้ ดังคำสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักที่ว่า

"พอเราดูแลมาซักพักก็เกิดความชำนาญ แล้วก็เริ่มเรียนรู้การดูแลที่เป็นพื้นฐาน ทำทุกวันมันก็เกิดความชำนาญขึ้น แล้วก็รู้ว่าเราจะต้องเข้ามาดูแม่เวลาไหน อย่างเช่น พลิกตัวเราก็ไม่ต้องมานั่งเฝ้าทุกชั่วโมง เราก็กะว่าชั่วโมงเศษๆอาจเกินนิดหน่อย เราก็มาพลิกตัวท่านซักทีนึง คือทางโรงพยาบาล สั่งให้พลิกตัวทุก 2 ชั่วโมง แต่ที่บ้านคุยกันว่าเอาแน่ๆดีกว่า เพื่อไม่ให้ท่านเกิดแผลกดทับ ก็ทราบมาว่าแผลกดทับเนี่ยเป็นแล้วหายยากมาก แล้วก็เจ็บมาก คนไข้จะทรมาน ผมกับภรรยาใช้วิธีว่าพลิกตัวทุก 1 ชั่วโมง...แล้วก็ตกลงกันว่าแพมเพิสจะเปลี่ยนทุก 4 ชั่วโมง ไม่เกิน 5 ชั่วโมง แต่ถ้าท่านถ่ายก็หมายถึงว่าต้องเปลี่ยนมากกว่านี้ วันๆนึงท่านก็ฉี่ประมาณ 5-6 ครั้ง

ตามเหตุการณ์...ผลสุดท้ายกลายเป็น Routine ทำให้รู้จักจังหวะชีวิตที่จะดูแลมากขึ้น" (ID1 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L 154-170)

"พี่จะจัดทุกอย่างเป็นตารางเวลาเพื่อให้สะดวกกับเรา และการดูแลมันจะไม่ยุ่งยากมาก...ก็คือแม่พี่จะกินข้าวตรงเวลา พักผ่อนตรงเวลา แล้วส่วนใหญ่แกก็จะอยู่บนเตียงนะครับ... แกมีปัญหาเกี่ยวกับ Chronic Disease อยู่แล้ว ทั้ง DM, HT, AF, Cardiomegaly เพราะฉะนั้นโรคเยอะเลย มันก็ต้อง Control น้ำเข้า-น้ำออก ซึ่งกว่าจะ Control ได้ก็ใช้เวลาปรับอยู่หลายเดือนกว่าเราจะรู้ว่าแกจะปวดฉี่ช่วงไหน จะให้กินน้ำช่วงไหน" (ID4 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L 60-71)

"ก่อนให้อาหารเราต้องคำนวนเวลาไว้เลยว่าต้องให้ยาก่อนอาหารครึ่งชั่วโมงก็ตั้งเวลาไว้ เวลาให้อาหารเสร็จก็ต้องให้แม่นอนหัวสูงประมาณ 1 ชั่วโมง ช่วงนั้นผมก็ไปซักผ้าเตรียมยาหลังอาหาร ทำโน้นนี่ แล้วค่อยกลับมาพลิกตะแคงตัว ก็ทำให้เป็นเวลา" (ID7 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L 97-99)

4.2.2 ปรับวิธีการดูแลให้เหมาะสม ผู้ให้ข้อมูลเรียนรู้วิธีการดูแลทั้งในเรื่องอาหารเฉพาะโรค ผลข้างเคียงของยา การออกกำลังกาย การจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม และการป้องกันอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้นกับบิดามารดาสูงอายุภาวะพึ่งพิงได้ โดยผู้ให้ข้อมูลจะปรับวิธีการดูแลในหลายวิธี มีการประเมินความเสี่ยงและเลือกวิธีการดูแลที่ดีที่สุด จนสามารถปรับการดูแลที่เหมาะสมและมีความปลอดภัย ดังคำสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักว่า

"ผมกับภรรยา เรารู้ตัวว่าอุ้มคุณแม่ไม่ไหวเราก็จะไม่ฝืน ก็รอลูกกลับมาจากโรงเรียนถ้าช่วยกันมันจะทำให้เราดูแลด้านการป้องกันท่านหลุดมือและอุบัติเหตุต่างๆได้ด้วย หรือป้องกันเราเองที่อาจจะเอวเดาะได้ เราก็ต้องประเมินให้ได้ว่ากิจกรรมนั้นๆเราไหวหรือเปล่า ก็ต้องหาวิธีที่เหมาะสมคุณแม่ปลอดภัย ตัวเราก็ปลอดภัยด้วย" (ID1 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L 351-354)

"พ่อเขาผอมเพราะเขาไม่ยอมกินข้าว ผมเคยทำข้าวให้เขากินแบบเละสุดๆเลยนะ เขาก็ไม่กิน ไม่เคี้ยวอ่ะ ลองทำข้าวต้มให้กินก็อุ้มจับนั่งพิงกับหัวเตียง เขาก็ไม่กิน ผมก็เลยลองซงโอวัลตินให้กินแทน เขาดูดได้เกือบหมดนะ ก็เลยถามพยาบาลกินนมแทนได้ไหม เพราะแกไม่ยอมกินข้าว พยาบาลเขาบอกว่าให้ซื้อนมกระป๋องที่เป็นแบบซงมันจะมีสารอาหารเยอะ ผมก็ซื้อเป็นนมชมที่พยาบาลบอกมาให้แกกิน แกก็กินหมดทุกมื้อ" (ID2 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L131-135)

"ช่วงกินยาพาร์กินสันตอนนั้นแม่ผมแกก็ยังงงๆอยู่นะ มันเป็นช่วงปรับยา แต่พอตอนหลังผมมารู้ว่ายามีผลต่อการเคลื่อนไหวอะไรแบบนี้ บางทีกินก็สลบไสลไปเลยนะ ผมเลยบอกคุณหมอว่าไม่ต้องให้แล้ว ยาบางตัวมีผลกับไตด้วย ผมก็พยายามขจัดยาออก แล้วเน้นดูแลเรื่องอาหารการกิน การออกกำลังกาย...ผมก็พาแกเดินออกกำลังกายแบบนี้ทุกวัน แกก็อึดขึ้นนะ ผมจะจับเวลาทำเป็นสถิติเลยว่า 1 รอบที่เดิน หากก็ใช้เวลาน้อยลง แปลว่าสุขภาพแกดีขึ้น...ถ้าแกเริ่มเดินช้าลง หายใจเหนื่อยๆ ผมก็จะถามแกว่าเหนื่อยรึยัง แกก็จะบอกเราได้ ก็จะให้แกนั่งพักดูโน้นดูนี่ไป" (ID3 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L 237-244)

"การปรับห้องชั้นล่างใหม่ให้เหมาะสมกับแม่พี่...ปรับห้องข้างล่างให้เหมือนคอนโด ย้ายห้องนอนมาอยู่ข้างล่าง มี Home treater ทีวีติดผนัง โซฟา แล้วก็ย้ายมานอนข้างล่างด้วยกัน จัด Area ให้เป็นพื้นที่สำหรับของพี่กับแม่เลย แล้วพี่ก็กั้นกระจกเพื่อให้พื้นที่จำกัดให้แคบมากขึ้น เพราะว่าช่วงที่เราไม่อยู่มาทำงาน พี่ก็จะล็อคกลางบ้านที่เป็นประตูกระจกกั้น ล็อคหน้าบ้าน ให้แม่มีพื้นที่เดินเล่นแค่ในห้องนั้น สมมติว่าแกสับสนขึ้นมา แกก็จะมีพื้นที่เดินได้ไม่เกิน 4×4 เมตร เท่านั้น และในห้องก็ไม่มีเหลี่ยม ตามมุมห้อง ไม่มีของเยอะมากจนเกินไปที่ทำให้เสี่ยงอุบัติเหตุได้ โซฟาพี่ก็จะเอามาติดกับเตียงนอนเลย เผื่อแกอยากจะคลานลงมาเดิน นั่งได้...ส่วนพื้นก็ปูพรม ซึ่งเราก็จะเฝ้าระวังให้เกิดน้อยที่สุด" (ID4 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L 278-294)

"เวลาพี่ไม่อยู่ พี่ก็จะเอารีมมาไว้ใกล้มือแก ให้แกใช้รีมเอาไว้เกี่ยวของ เอาไว้เปิด-ปิดสวิทต์ไฟ (ชี้ไปที่รีม)...เราก็ต้องหาอุปกรณ์คอยช่วยแกตอนที่เราไม่อยู่ อย่างรีโมททีวีก็เอามาไว้ใกล้มือ ไม่งั้นแกก็จะนอนเหงาอยู่เฉยๆได้ดูทีวีบ้าง แกจะได้ไม่เบื่อ" (ID5 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L 481-484)

"ตอนนี้เปลี่ยนแพมเพิสอะไรไม่ยากล่ะ ไม่ต้องกลัวเปื้อนมือ ไม่ต้องกลัวว่าไม่กล้าจับ มันก็มีถุงมือช่วย เวลาเปลี่ยนแพมเพริสเราก็ใส่ถุงมือ 2 ชั้น เวลาเช็ดอุจจาระผมใส่ 3 ชั้นเลย ถ้าเปื้อนก็ถอดชั้นนอกออกก็ยังเลยอีก 2 ชั้น" (ID8 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L 282-284)

"ผม Anti วิชาการบางทีเขาก็จะมีสอนท่าจับพยุงเวลาเดินอะไรที่ฝึกมา แต่สถานการณ์จริงๆบางทีวิชาการมันช่วยไม่ได้นะ...บางทีพี่สาวพูดอันนี้ทำแบบนี้ๆ ผมก็ฟังๆไว้ ก็ลองทำนะ ทำแล้วดีก็ทำ ถ้าทำแล้วไม่โอเคก็ลองวิธีอื่น แล้วต้องเป็นวิธีไม่เสี่ยงกับแม่เราด้วยนะ ผมก็ปรับเอาเองดูแลตามธรรมชาติ" (ID9 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L 239-244)

"เมื่อก่อนผมจะซื้อนมหวานให้แม่กิน เพราะแม่เขากินเก่ง แต่ตอนนี้ต้องให้กินนมจืด เพราะแม่แกน้ำตาลขึ้น น้องสาวพาไปตรวจล่าสุดบอกน้ำตาล 300 กว่า" (ID11 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L 201-202)

ขณะเดียวกัน ผู้ให้ข้อมูลจะช่วยเหลือกิจกรรมที่บิดามารดาสูงอายุภาวะพึ่งพิงไม่สามารถทำได้ เช่น การตักอาหาร การขับถ่าย การออกกำลังกาย การทำกายภาพ เพื่อให้ได้รับการดูแลที่เหมาะสม แต่พยายามคงไว้ซึ่งกิจกรรมที่บิดามารดาสูงอายุสามารถทำได้ เพื่อไม่ให้หน้าที่การทำงานของร่างกายผู้สูงอายุเสื่อมถอยลงไปจากเดิม เป็นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้มีกิจรรมทางกายและได้ออกกำลังมากขึ้น โดยกิจกรรมดังกล่าวจะปรับเปลี่ยนไปตามความสามารถของผู้สูงอายุโดยไม่ก่อให้เกิดอันตราย เมื่อบิดามารดาสูงอายุภาวะพึ่งพิง สามารถทำกิจกรรมต่างๆด้วยตนเองดีขึ้นจะทำให้ผู้ให้ข้อมูลมีความเครียดลดลง ดังคำสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักว่า

“ผมให้ความสำคัญกับการออกกำลัง อะไรที่แกทำได้ผมก็จะให้แกทำ มันเริ่มมาจากตอนที่คุณแม่แกเริ่มจะติดเตียง ก็พาไปทำกายภาพ แล้วหมอเขาก็สอนให้มาทำต่อเองที่บ้าน จากนั้นผมก็เลยเน้นเรื่องการออกกำลังกายเป็นพิเศษ แล้วมันก็เห็นผลนะครับ การออกกำลังมันช่วยได้ช่วงแรกก็ช่วยก่อน แล้วผมก็ฝึกออกกำลังกายจนแกเดินเองได้ อะไรได้แล้ว ยิ่งแกค่อยๆดีขึ้นเราก็จะดีใจว่าแกทำได้นะครับ...แต่พอแกต้องมาล้างไต หลังจากนี้ก็คงดูเรื่องการออกกำลังกายไม่ให้หนักมากเกินไป ก็ให้ออกแต่พอดี (ID3 สัมภาษณ์ครั้งที่ 2 L 128-135)

“แม่แกทานเองได้นะ แต่ก็มีบางส่วนที่ต้องป้อนบ้าง ถ้าของที่ต้องกินยากๆหน่อยหรือต้องใช้ความพิถีพิถันในการตัดเป็นชิ้นเล็กๆ พี่ก็จะช่วย แต่ส่วนใหญ่พี่ก็จะหั่นผักเป็นชิ้นเล็กๆคลุกเคล้ากับข้าวไปเลย เพราะจะไม่ให้แกตักกับข้าวกินเอง เนื่องจากว่าแกจะจำไม่ได้ว่าตักกินอะไรเข้าไป แล้วจะได้สารอาหารไม่ครบถ้วน เพื่อให้แกมี activity ที่แกทำเองได้มากที่สุด ก็จะพยายามให้แกตักข้าวในจานโดยที่พี่เป็นคนคลุกให้เสร็จเรียบร้อย คือไม่ว่าจะตักส่วนไหนของจานก็จะได้ผักเนื้อสัตว์ไปด้วย (ID4 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L 98-105) แล้วก็พยายามให้แกมี activity ตามเราตลอดเช่น ต้องเดินไปเข้าห้องน้ำเองโดยที่เราพยุงพาไป...คือทำยังไงก็ได้ให้แกมี activity มากที่สุดแต่ว่าจะหักโหมมากไม่ได้เพราะแม่พี่มีเรื่องของ AF, Cardiomegaly เพราะฉะนั้นก็ทำกิจกรรมตามสมควร ที่แกทำแล้วไม่เหนื่อยมาก” (ID4 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L 189-202)

“ช่วงแรกเลยแกยังพยุงตัวจากนอนมานั่งไม่ได้ เพราะแขนก็ดามเหล็กไว้ พี่ก็ต้องช่วยทุกอย่างก่อนตั้งแต่ใส่แพมเพริส เช็ดก้น ล้างตัว เช็ดขี้เช็ดเยี่ยวอะไรทุกอย่างเลย bed bath ดูแลเรื่องความสะอาดสุขอนามัยต่างๆ พอแกเริ่มดีขึ้นพี่ก็ค่อยๆฝึกให้แกพยุงตัวนั่งเอง ถ่ายเองข้างเตียงเตรียมน้ำอุ่นให้แกเช็ดตัวเองบนเตียง ถ้าเลอะหน่อยก็เข็นกันไปอาบน้ำ...ตอนนี้แกก็ทำอะไรได้เยอะขึ้น (ID5 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L 359-365) คือการพยายามให้พ่อเขาดูแลตัวเองให้ได้มากที่สุดอะไรที่เขาพอทำได้ แล้วเราเห็นว่าเขาทำได้ดีขึ้นเรื่อยๆ มันเป็นการกำจัดความเครียดไปในตัวถ้าเขาทำอะไรไม่ได้เลยเราจะเครียดมากกว่านี้” (ID5 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L 545-548)

นอกจากนี้มีผู้ให้ข้อมูล 2 รายที่มีอาชีพเป็นผู้ช่วยพยาบาล และเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ย้ายแผนกมาเป็นผู้ช่วยทันตกรรมในโรงพยาบาล สามารถนำความรู้ทางสุขภาพมาปรับใช้ในการดูแลบิดามารดาสูงอายุภาะพึ่งพิงได้ เนื่องจากเป็นอาชีพที่ต้องให้การดูแลผู้อื่นและมีความรู้ด้านสุขภาพเป็นทุนเดิม ทำให้ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกถึงการได้เปรียบในเรื่องของวิชาชีพที่นำมาประยุกต์ใช้ในการดูแลได้มากกว่าบุคคลอื่นทั่วไป ดังคำสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักว่า

"เรามาสายวิชาชีพนี้ด้วยไง ที่เรียนมา ที่ทำงานมาสามารถเอามาใช้ดูแลพ่อแม่ได้หมด มันก็โชคดีตรงนี้ เพราะถ้าเป็นคนอื่นชาวบ้านทั่วไปเขาไม่รู้ก็อาจจะเครียดมากกว่า เพราะเขาอาจจะไม่เคยดูแลผู้ป่วยแบบนี้ เรานี่ทำมาจนชินแล้ว" (ID5 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L 99-102)

"จากการที่เราเรียนรู้จากการทำงาน ดูแลคนอื่น ซึ่งวิชาชีพนี้ช่วยอะไรเราได้เยอะมาก สอนให้เราได้คิด สอนให้เราปฏิบัติดูแลเป็น แล้วก็นำมาใช้กับแม่เราได้ ลดความเครียด เราได้เยอะมาก...เช่น อาหารอะไรเหมาะกับผู้สูงอายุ อาการผิดปกติที่เราควรเฝ้าระวัง เช่น แม่พี่มีปัญหาเรื่องโรคหัวใจพี่ก็จะรู้ว่าเราควรจำกัดน้ำยังไง ต้องกินอาหารจืดๆ ถ้าแม่เริ่มเหนื่อย เท้าบวม แสดงว่าน้ำในร่างกายเริ่มเยอะ เราก็จะพาแม่มาหาหมอได้เร็ว ซึ่งพี่ว่าคนอื่นที่เขาไม่ได้อยู่วิชาชีพนี้ เขาอาจจะไม่รู้ คือรู้อีกทีก็อาการเป็นเยอะแล้ว" (ID4 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L 240-251)

4.2.3 มีกิจกรรมให้ผู้สูงอายุทำยามว่าง เมื่อผู้ให้ข้อมูลสามารถเรียนรู้และจัดสรรตารางเวลาในแต่ละวันได้อย่างเหมาะสมแล้ว เวลาที่เหลือนั้นผู้ให้ข้อมูลจะนำมาใช้ในการทำกิจกรรมยามว่างร่วมกับบิดามารดาสูงอายุภาวะพึ่งพิง ในรายที่ยังพอสามารถช่วยเหลือตนเองได้ โดยกิจกรรมที่เลือกนั้น จะเป็นกิจกรรมที่บิดามารดาสูงอายุของแต่ละคนที่ท่านชื่นชอบ และเป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพกายและสุขภาพจิตให้กับบิดามารดาภาวะพึ่งพิงของตนได้เป็นอย่างดี ดังคำสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักว่า

"เวลาพาแกมาเดินศูนย์การค้า เป้าหมายไม่ได้มาซื้อของอย่างเดียว แต่เป็นรูปแบบที่แกได้หยิบ ไอ้โน่นเอง ไอ้นี่เอง แล้วแกชอบด้วยล่ะ อาทิตย์นึงก็จะพามา 1-2 วันครับ ของที่ซื้อก็ไม่ได้ซื้อทั้งหมด แต่เป็นการเอาของหนักๆมาใส่รถเข็นต้านแรงมือ จะได้ไม่อ่อนแรง ซึ่งมากกว่าการซื้อของที่แน่ๆคือแกได้สุขภาพ" (ID3 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L 184-187)

"ทุกวันอาทิตย์จะตรงกับวันเกิดแก พี่ก็จะพาแกเดินออกมาตักบาตรช่วงเช้า แม่เขาก็จะชอบทำบุญเหมือนให้แกมีสุขภาพจิตใจที่ดี...วันหยุดพี่ก็จะอยู่ให้ติดบ้าน บางทีก็ชวนแกทำสวน เลี้ยงหมา เลี้ยงปลา คือทำอะไรก็ได้ที่บ้านแล้วเราสามารถมองเห็นแกและดูแลแกไปด้วยได้... ก็เหมือนทำงานอดิเรกที่บ้านด้วยกัน" (ID4 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L 202-259)

"แม่แกจะเป็นคนชอบเขียน เมื่อก่อนแกเป็นครูสอนภาษาไทย ก็จะขีดเขียนอะไรของแกไปเรื่อย เวลาแกได้เขียน แกจะไม่ค่อยหงุดหงิด ผมเห็นหนังสือนิตยสารมันมีรูปภาพมีตัวหนังสือ เลยเอามาให้แกเขียน แกจะชอบ" (ID9 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L 287-288)

4.2.4 คิดค้นอุปกรณ์ช่วยในการดูแล ผู้ให้ข้อมูลสามารถเรียนรู้สร้างสรรค์อุปกรณ์การดูแลที่ได้มาจากการสังเกตเห็นที่โรงพยาบาล จากอาชีพที่เคยทำ จากที่คิดเองมาประยุกต์ใช้กับกิจกรรมการดูแล โดยการประดิษฐ์เป็นอุปกรณ์ที่ช่วยให้การดูแลง่ายขึ้น ดังคำสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักว่า

"เมื่อก่อนเวลาเราให้อาหารทางสายยางที่บ้านจะต้องกรอกกับ syringe คือมันต้องยืนถือแล้วก็ให้อาหารจนหมด แต่พอดีไปเห็นที่โรงพยาบาลเขามีถุงแบบห้อยอาหารได้ ก็เลยให้พี่สาวเขาช่วยเบิกถุงอาหารผสมมาไว้ให้ แล้วเราก็เอาลวดมาทำเสาพันติดกับเตียงเพื่อห้อยถุงอาหารไม่ต้องยืนถือให้เมื่อยล่ะ" (ID6 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L 386-390)

"มันมีช่วงที่แกดื้อมากๆ จะลงจากเตียงผมซื้อท่อ PVC มาตัดทำเป็นกรงให้แกเลย คือผมเคยเป็นช่างด้วยไง ผมก็มีอุปกรณ์ช่างเยอะ ผมก็เอาท่อ PVC มาตัดแล้วก็เอามาเชื่อมต่อๆกันทำเป็นกรงเลย เพราะเราไม่ทำไม่ได้ ไม่งั้นเราจะไปทำอย่างอื่นไม่ได้เลย อย่างจะไปหุงข้าว ซื้อกับข้าวก็กลัวแกตกเตียง (ID8 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L 206-210) แล้วผมจะมีสมุดจดอาการแม่ทุกวันจดทั้งอุณหภูมิ ชีพจร ออกซิเจน น้ำตาล แล้วก็ฉี่ออกเท่าไร ผมก็ทำเป็นตารางไว้เลย...เผื่อเวลามีปัญหาอะไรตอนอยู่ที่บ้าน หมอจะได้ดูที่เราจดไว้ว่าแม่เรามีอาการยังไงบ้าง เราเองก็ได้สังเกตด้วยว่าความดัน วันนี้ต่ำกว่าปกติ เอาไว้เทียบกัน หรือแม่มีไข้ กินยาพาราไปแล้ว วัดไข้ซ้ำ ไข้ไม่ลงจะได้มีข้อมูลที่เป็นหลักฐานมาคุยกับหมอ" (ID8 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L 293-308)

"พ่อเขาฉี่ออกเยอะมาก ต้องเปลี่ยนแพมเพิสบ่อย แล้วบางทีล้นออกมาเลอะเต็มเตียงอะไรไปหมด เปื้อนทีก็ต้องเปลี่ยนผ้าปูเตียงกันยกชุด พอดีนึกได้ว่าพ่อแกเคยใส่สายฉี่แล้วมันมีถุงฉี่ ก็เลยโทรหาพี่สาวให้เขาเอามาให้ แล้วก็เอามาต่อกับ syringe ที่เป็นพลาสติกอันใหญ่อ่ะมาต่อลงถุงแทน ก็ไม่ต้องเปลี่ยนแพมเพริสบ่อยล่ะ ฉี่ใส่ถุงแทน ก็ง่าย" (ID10 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L 386-390)

4.3 การขอความช่วยเหลือ แม้ว่าผู้ให้ข้อมูลจะรับบทบาทการเป็นผู้แลบิดามารดาสูงอายุภาวะพึ่งพิงด้วยความเต็มใจ แต่ต้องยอมรับว่าทุกภาระงานของการเป็นผู้ดูแลนั้น ค่อนข้างหนักและต้องให้การดูแลตลอด 24 ชั่วโมง ผู้ให้ข้อมูลจึงต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น ทั้งด้านการช่วยผลัดเปลี่ยนหมุนเวียนในการดูแล การได้รับคำปรึกษาเพื่อประกอบการตัดสินใจในการแก้ไขปัญหา

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ด้านการดูแล รวมถึงผู้ให้ข้อมูลบางรายที่ต้องลาออกจากงานหรือมีปัญหาด้านการเงิน ที่ต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลที่มากขึ้น การมีบุคคลเข้ามาช่วยแบ่งเบาภาระต่างๆเหล่านี้จะช่วยให้ภาระในการดูแลบิดามารดาสูงอายุภาวะพึ่งพิงลดลง และส่งผลให้คุณภาพการดูแลดีขึ้นตามไปด้วย

4.3.1 การผลัดเปลี่ยนหมุนเวียนดูแล ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ทราบว่าการดูแลบิดามารดาสูงอายุภาวะพึ่งพิงเป็นภาระงานที่หนัก การมีคนในครอบครัวหรือบุคคลรอบข้างเข้ามามีส่วนร่วมแบ่งเบาภาระหน้าที่ในการผลัดเปลี่ยนช่วยกิจกรรมการดูแล จะทำให้ผู้ให้ข้อมูลไม่รู้สึกโดดเดี่ยวกับการภาระการดูแลอย่างต่อเนื่องเพียงคนเดียว ทำให้ภาระต่างๆลดลงไปมากและความเครียดลดลงได้ ดังคำสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลัก

“โชคดีที่ผมมีภรรยาคอยช่วย เพราะว่าถ้าผมดูคนเดียวภาระก็จะเยอะและเครียดใช่มั้ย แล้วก็เหมือนกับว่าเค้าทราบว่าเรื่องนี้เป็นภาระ เค้าก็ช่วยผมทุกอย่าง เค้าก็น่ารักนะครับ เพราะฉะนั้นภาระต่างๆก็เบาบางลงไปเยอะ...ผมกับภรรยาเราแบ่งหน้าที่กัน...ก็สลับให้ภรรยาทำบ้าง ผมทำบ้างในแบบเดียวกัน” (ID1 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L 58-98) มันก็มีที่ช่วงกลางคืนเรานอนไม่หลับ กว่าจะหลับก็ตี 2 มันก็เหมือนเรานอนไม่พอ ผมก็อาศัยงีบกลางวันบ้าง ภรรยาเขาก็ช่วยดูแทนแม่ให้” (ID1 สัมภาษณ์ครั้งที่ 2 L 137-138)

“อย่างเวลาไปโรงพยาบาลผมก็อุ้มพ่อขึ้นรถไปตรวจตามนัด คือผมจะเป็นคนไปส่ง ส่วนพี่สาวก็อยู่โรงพยาบาลกับพ่อ เพราะผมต้องไปส่งไม้ที่โรงหล่อพระก่อน แล้วผมจะต้องรอลูกกลับจากโรงเรียน ซึ่งช่วงเย็นจะยุ่งมาก...ต้องให้พี่สาวเป็นคนจัดการรอพบหมอ ใบนัดอะไรพวกนี้ แล้วผมก็ค่อยไปรับพ่อกับพี่สาวที่โรงพยาบาลทีหลัง” (ID2 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L 46-50)

“พี่ใช้วิธีการผูกปิ่นโตกับพี่ข้างบ้าน ให้เขาช่วยทำอาหารให้เวลาเราไม่อยู่ เราก็เลือกอาหารที่ปลอดภัย เช่น ไม่ใส่น้ำปลา ไม่ใส่เกลืออะไรพวกนี้ ก็จะเป็นเมนูอาหารจืดๆ ไม่เผ็ด ไม่มีกะทิ ประมาณนี้ เลือกให้เหมาะสมกับโรค (ID4 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L 109-111) มันก็มีที่จำเป็นต้องไปจังหวัด พี่ก็จะให้พี่ข้างบ้านมาดู ซึ่งเราจะสอนเขาทุกอย่าง ทุกสิ่งที่เป็นความรู้เกี่ยวกับการดูแลเราจะบอกเขาหมด ทั้งกิจวัตร ข้อสังเกตอะไรที่ผิดปกติ เทคนิคต่างๆ เขาก็จะทำได้ใกล้เคียงกับที่เราทำ... ซึ่งพี่ก็โชคดีที่ว่าถ้าต้องไปต่างจังหวัด พี่เขาก็จะช่วยดูแลแม่ได้” (ID4 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L 301-315)

“อย่างวันเสาร์พี่มารับ job พิเศษ ก็ฝากแฟนให้ช่วยมาดูแลแทน เพราะแฟนก็ทำงานร้านเสริมสวยที่ห้างใกล้ๆเนี่ย เดินนิดเดียวก็ถึงล่ะ ก็คุยกับแฟนเขามาช่วยดูเรื่องอาหารการกินให้...แล้วพี่โชคดีตรงที่ว่าเรามีเพื่อนอยู่ทุกที่ในโรงพยาบาล เวลาถึงวันที่พ่อต้อง follow up พี่จะต้องทำงาน พี่ก็จะฝากให้เพื่อนช่วยดูแล เพื่อนมันก็ช่วยดูให้ทุกอย่างเราก็สบายใจ เราสามารถฝากให้เขาดูแลพ่อเราได้” (ID5 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L 447-551)

"เวลาพี่ชายผมเลิกงานเขาก็มาช่วยดูแม่นะ ก็มาดูดเสมหะอะไรด้วย แล้วเขาจะเป็นคนเตรียมอาหารปั่นไว้ให้ เป็นสูตรของโรงพยาบาลให้มา เขาจะแช่เย็นไว้ให้เป็นถุงๆ ถุงละ 150 cc พอถึงเวลาผมก็เอามาอุ่นให้แม่" (ID7 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L 66-68)

"ผมกับภรรยาก็ช่วยกันดูแลนะ...เรื่องจัดยา จัดอาหารภรรยาจะเป็นคนทำ ส่วนผมจะนั่งเฝ้าแกเวลากินข้าว ไม่งั้นแกตักถูกตักผิดเลอะเทอะ...แล้วก็เวลาพาไปอาบน้ำผมก็จะอุ้มแกยืน แล้วภรรยาก็จะช่วยประคองกันไปนั่งตรงชักโครกแล้วก็ช่วยกันอาบน้ำ...เพราะถ้าทำคนเดียวคงไม่ไหว แม่แกตัวใหญ่ต้องมีคนช่วย" (ID9 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L 160-166)

"ผมจะดูช่วงกลางวัน น้องๆเขาไปทำงานกันหมด เช้ามาน้องสาวเขาจะเป็นคนเตรียมอาหาร เตรียมยาไว้ให้แม่ ผมก็ออกไปกวาดลานกาแฟ บางทีก็ไปนวดบ้าง ซัก 10 โมงก็จะกลับมาดูแม่ ก็รอเที่ยงๆให้แม่กินข้าว แม่ผมแกลุกนั่งตักข้าวเองได้ แกจะบอกได้ว่าอยากได้อะไร อยากดูทีวี อยากเปลี่ยนแพมเพิส แม่จะบอกว่าเปลี่ยนแพมเพิสให้แม่หน่อย ผมก็จะเปลี่ยนให้แก ตอนเย็นน้องสาวกลับมาก็จะมาดูแลแม่ เพราะตอนเย็นผมกินยา [ยาทางจิตเวช] มันจะง่วง ทุ่มนึงก็นอนล่ะ ตื่นอีกทีตี 5 ก็ช่วยกันดูแลกับน้อง" (ID11 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L 158-163)

"ผมมีเพื่อนคนหนึ่งที่ขับแท็กซี่ เขาเคยดูแลพ่อติดเตียงมาก่อน แต่ตอนนี้ท่านเสียไปล่ะ เวลาผมจะพาพ่อไปโรงพยาบาล พาพ่อออกมาสวนสาธารณะ เพื่อนเขาจะเป็นคนขับรถมารับมาส่ง แล้วเวลาผมยุ่งๆ ถ้าเขาอยู่ใกล้ๆก็โทรฝากให้เขาเข้าไปดูพ่อที่บ้านได้...ก็ดีนะครับ เหมือนเรามีเพื่อนมาช่วยดูแลได้" (ID12 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L 188-194)

4.3.2 การขอคำปรึกษาเมื่อพบปัญหาการดูแล ผู้ให้ข้อมูล 4 ราย มีพี่สาวที่ทำงานเป็นพยาบาลอยู่ในโรงพยาบาล เมื่อต้องการคำปรึกษาหรือเกิดปัญหาในการดูแล ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มนี้จะมีแหล่งให้คำปรึกษาด้านสุขภาพที่ดี เข้าถึงได้ง่ายและรวดเร็ว สามารถขอคำปรึกษาได้ตลอดเวลา รวมไปถึงผู้ให้ข้อมูล 2 ราย ที่เป็นบุคลากรทางสุขภาพที่มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยอยู่เดิม และมีความใกล้ชิดกับผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ ทำให้สามารถขอคำปรึกษาและเข้าถึงการแก้ไขปัญหาทางสุขภาพของบิดามารดาสูงอายุภาวะพึ่งพิงได้ง่ายและรวดเร็วมากขึ้น ดังคำสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักว่า

"พี่โชคดีที่มีพี่เป็นพยาบาลด้วยไง เขาก็คอยช่วยบอก ช่วยสอนให้เราทำทุกอย่าง... พอแม่เข้าโรงพยาบาล ส่วนใหญ่ต้องมีอุปกรณ์โน้นนี่เพิ่มมาตลอด โชคดีที่พี่เราเป็นพยาบาลปรึกษาได้ ทั้งเรื่องอุปกรณ์ วิธีการทำต่างๆ พี่เขาช่วยจัดการให้หมด อะไรหมดก็บอกเขา เขาก็จัดหามาให้ เราก็ไม่ค่อยเหนื่อย" (ID6 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L 228-277)

"อย่างพี่สาวผม เขาทำงานอยู่ ward พิเศษ เขาก็จะละเอียดนิดนึง เอาเทคนิคโน้นนี่มาสอน เขาจะรู้ว่าเป็นผื่นใช้ยาทาอะไรดี ของอะไรใช้ดี เขาก็ซื้อมาให้ เวลาแม่แกดูซึมๆมีไข้ก็โทรปรึกษาได้ว่าจะต้องพามาโรงพยาบาลไหม ถ้าต้องมาพี่ก็รอที่โรงพยาบาลอยู่ล่ะ ก็สะดวก" (ID8 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L 346-347)

"เวลาแม่มีอาการเปลี่ยนแปลงก็คุยกับพี่สาวได้เพราะเขาเป็นพยาบาล เวลาแม่เป็นผื่นอะไรแบบนี้ก็ปรึกษาพี่สาว แล้วก็เราก็ไปหาซื้อยามาทา ไม่ต้องพาไปโรงพยาบาล ให้มันยุ่งยากรอหมอก็นาน" (ID9 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L 215-218)

"ตอนนั้นอยู่ๆพ่อแกชัก พี่สาวเขาทำงานเวรเช้าพอดีผมก็เลยอัดวิดิโอส่งไปหาพี่สาวเลย ว่าแบบนี้ต้องไปหาหมอไหม พี่เขาก็จะให้หมอที่โน้นช่วยดูว่าถ้าชักแบบนี้ต้องมาโรงพยาบาล หรือให้กินยากันชักแล้วดูอาการก่อน...อย่างถ้าคนไม่รู้ก็คงแย่หน่อยเพราะไม่รู้จะไปถามใครก็คงต้องไปโรงพยาบาลกันอย่างเดียว" (ID 10 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L 115-118)

ผู้ให้ข้อมูลที่ทำงานในโรงพยาบาล สามารถขอคำปรึกษาจากบุคลากรเพื่อนำมาเป็นแนวทางในการดูแลและการตัดสินใจต่างๆได้ง่ายและรวดเร็ว ดังคำสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักว่า

"บางทีแม่พี่ เขาจะมีเรื่องนอนไม่หลับ พอแกนอนไม่หลับก็มักจะมีอาการสับสนเยอะขึ้น แล้วหมอที่รักษาแม่แกอยู่ พี่ก็รู้จัก พี่ก็สามารถโทรปรึกษาหมอได้ว่าพี่จะเพิ่มยานอนหลับให้แม่ได้ไหม หมอเขาก็จะช่วยดูให้ ก็สะดวกที่ว่าอาการเล็กๆน้อยๆเราไม่ต้องพาแม่มาตรวจที่โรงพยาบาล" (ID4 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L 241-243)

"เราอยู่ตรงนี้ [พยาบาล] ก็ปรึกษาเพื่อน ปรึกษาหมอเพื่อเป็นแนวทางในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา...คนที่ช่วยพี่ได้เยอะคือ เพื่อน เพราะพี่มีเพื่อนในโรงพยาบาลที่รู้เรื่องเฉพาะทางเยอะ เพื่อนพี่นี่ปรึกษาได้ทุกวินาทีเลยอ่ะ" (ID5 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L 225-257)

ในขณะที่ผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่ง กล่าวถึง ข้อจำกัดในการเข้าถึงแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพที่ไม่สามารถปรึกษาใครได้ จึงอยากให้หน่วยงานในโรงพยาบาลมีแผนกให้คำปรึกษาโดยเฉพาะเพื่อให้ผู้ดูแลสามารถสอบถามข้อมูลการดูแลในเรื่องต่างๆได้ ดังคำสัมภาษณ์ข้อผู้ให้ข้อมูลหลักว่า

"ตอนแรกๆเครียดมาก แล้วทำอะไรไม่เป็น อย่างยาเม็ดต้องให้ทางสายยางยังไงก็ไม่รู้ แล้วก็ไม่รู้จะไปปรึกษาใคร บางอย่างไม่ใช่ว่าจะโทรไปโรงพยาบาลแล้วโทรได้เลย บางทีก็โทรไม่ติด แล้วโรงพยาบาลก็ไม่ได้อยู่ใกล้บ้านที่เราจะไปถามเขาได้ สุดท้ายก็ต้องหอบพากันไปโรงพยาบาล ...อาจต้องมีหน่วยที่มาถามไถ่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย เกี่ยวกับการใช้ยาหรืออะไรต่างๆที่เป็น

follow up หลังการเข้าโรงพยาบาลถ้ามีหน่วยเล็กๆซักหน่วยนึงที่คอยให้คำปรึกษา หรือพยาบาลได้รับการ train ให้มีความเชี่ยวชาญในการให้คำแนะนำก็จะดีมากครับ" (ID1 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L 177-199)

4.3.3 การช่วยเหลือค่าใช้จ่ายในการดูแล ผู้ให้ข้อมูลบางรายที่ต้องออกจากงานเพื่อมาดูแลบิดามารดาสูงอายุภาวะพึ่งพิง ส่งผลให้ขาดรายได้จากการทำงาน เมื่อคนในครอบครัวสามารถ ให้ความช่วยเหลือในเรื่องของภาระค่าใช้จ่าย จะส่งผลให้ผู้ให้ข้อมูลไม่ต้องกังวลกับรายจ่ายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลและการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยผู้ให้ข้อมูลจะมุ่งทำหน้าที่ในการดูแลบิดามารดาสูงอายุให้ดีที่สุด ดังคำสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักว่า

"พี่สาวให้เงินเดือน เดือนละหมื่น...ผมจะใช้เงินแค่อาทิตย์ละ 1,000 เพราะเราไม่ได้เดินทางไปไหน ส่วนใหญ่อาหารก็ไม่มีอะไรมาก หนักไปทาง นมกระป๋องที่จะแพงหน่อย แต่พี่เขาจะซื้อให้ ค่าน้ำ ค่าไฟ ค่าบ้านอะไรเขาออกให้หมด เราไม่ต้องกังวลค่าใช้จ่าย เงินที่เหลือผมก็เก็บไว้" (ID8 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L 429-437)

"พอพี่ตัดสินใจมาดูแลแม่พี่เขาก็ช่วยเราทุกอย่าง...ก็พี่สาวคนโตดูแลเรื่องค่าข้าวค่ารักษาแม่อะไรอย่างนี้ ให้เรื่องการดูแลเดือนละ 10,000 บาท ให้ค่าขนมพี่เดือนละ 2,000 (หัวเราะ) แล้วก็พี่สาวคนที่ 3 จ่ายค่าจ้างเด็กที่มาช่วยดูแล แล้วก็ค่าน้ำค่าไฟ ส่วนพี่ก็เรื่องเงินไม่ต้องช่วยล่ะ รับเงินมาเท่าไรเก็บหมด เพราะเราก็ไม่ได้ไปไหนแล้วก็อยู่บ้าน ลงแรงดูแลแม่ให้ดีที่สุด" (ID6 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L 268-272)

ในกรณีที่ทางบ้านของผู้ให้ข้อมูลมีฐานะยากจน รวมถึงสถานภาพของผู้ให้ข้อมูลที่มีอาการป่วยทางจิตจึงไม่สามารถประกอบอาชีพเพื่อหาเลี้ยงตนและครอบครัวได้ แม้น้องสาวและน้องชายจะช่วยรับผิดชอบค่าใช้จ่ายภายในครอบครัวแล้ว แต่ก็ยังไม่เพียงพอต่อการใช้จ่ายดูแลมารดาที่เจ็บป่วย จึงต้องหยิบยืมเงินจากบุคคลอื่น ดังคำสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักว่า

"น้องชายเขาจ่ายค่าห้องเช่า 2 ห้อง รวมค่าน้ำ ค่าไฟก็เดือนละ 2,200 บาท น้องสาวก็ช่วยซื้อแพมเพิสอะไรไว้ให้...บางทีน้องชายเขาซื้ออาหารมาแช่เย็นไว้ ผมก็เอามาอุ่นให้แม่กิน แต่ถ้าไม่มีก็ยืมเขาก่อน แล้วเราค่อยใช้เขาให้ตรงเวลา ต้องไม่ผิดคำพูด บางทีพี่ขาวที่เขาอยู่ดับเพลิงก็เอาข้าววัดมาให้" (ID11 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L 99-127)

ประเด็นที่ 5 ความสุข ความทุกข์จากการเป็นผู้ดูแล

ผู้ให้ข้อมูลที่รับบทบาทการเป็นผู้ดูแลบิดามารดาสูงอายุภาวะพึ่งพิงส่วนใหญ่ รู้สึกมีความสุขกับการดูแลบิดามารดาสูงอายุ รู้สึกถึงความภาคภูมิใจเมื่อทำให้บิดามารดาสูงอายุสุขสบายทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เป็นความสุขที่บุตรได้มีโอกาสตอบแทนบุญคุณบิดามารดาที่เลี้ยงดูมา แม้จะปฏิเสธไม่ได้ว่าการรับบทบาทเป็นผู้ดูแลนั้นเป็นภาระที่หนัก ทำให้เกิดความเครียดและความเหนื่อยล้าจากการดูแลได้ อีกทั้งยังรู้สึกกังวลใจกับภาระค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้น อย่างไรก็ตาม ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่จะได้รับคำชื่นชมจากบุคคลรอบข้างที่เป็นเหมือนกำลังใจสำคัญที่จะทำให้ผู้ให้ข้อมูลผ่านอุปสรรคต่างๆเหล่านั้นไปได้

5.1 ความสุขจากการเป็นผู้ดูแล

5.1.1 มีความสุข ภาคภูมิใจที่ได้ดูแล คือการที่เห็นบิดามารดาสูงอายุภาวะพึ่งพิงมีการตอบสนองต่อผลลัพท์การดูแลออกมาในทางที่ดี ทำให้ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกมีความสุข และรู้สึกภาคภูมิใจในตนเองที่สามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลบิดามารดาสูงอายุได้อย่างมีสิทธิภาพ ดังคำสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักว่า

“การดูแลแม่ทำให้ผมได้รับความภูมิใจ ที่แม่ผมนอนอยู่บนเตียงไม่ได้แปลว่าท่านไม่ได้ให้อะไรผมเลยนะ ผมทำให้ท่านสบายตัว ทำให้ท่านดี สิ่งที่ผมได้คือ ผมรู้สึกว่าผมได้ทำในสิ่งที่ผมควรทำ แล้วคุณแม่ก็รู้สึกภูมิใจในตัวผมที่มีผมเป็นลูก ผมคิดอย่างนั้นนะ ผมเห็นคุณแม่มองตาผมเหมือนคุณแม่กำลังขอบคุณคล้ายๆอย่างนั้น ผมก็ไม่รู้ว่าท่านรับรู้ได้มั้ย ท่านมองผมเหมือนท่านกำลังขอบใจ มันทำให้เรารู้สึกสบายใจมาก” (ID1 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L 282-288)

“เห็นแกมีรอยยิ้มเราก็มีความสุขไปด้วย คือวัยนี้มันไม่ใช่เรื่องของการให้เงินทองล่ะ แต่เป็นเรื่องของการให้เวลากันมากขึ้น” (ID3 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L 189-190)

“ถึงจะเครียดนะ แต่มันกลับรู้สึกว่าภูมิใจสุดๆที่ได้ทำ เหมือนเราพลิกวิกฤติให้เป็นโอกาส วันนึงพ่อแม่ก็ต้องมาอยู่ในจุดที่เราต้องดูแล มันอยู่ที่เรานี่แหละว่าจะทำมันออกมาได้ดีแค่ไหน ได้ทำดีกว่าไม่ได้ทำ...วันนี้เรามีโอกาสได้ดูแลเขา ก็ดูแลให้ดีที่สุดแล้วมันจะไม่รู้สึกเหน็ดเหนื่อยที่ได้ทำเลยนะ” (ID5 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L 336-346)

“พี่รู้สึกภูมิใจนะที่ได้ดูแลแม่ มันเหมือนเราได้ทำในสิ่งที่เราควรทำออกมาได้ดี แม่เราไม่มีแผลกดทับ เนื้อตัวสะอาด แล้วแม่เราไม่มีอาการแย่ลงพี่ก็ดีใจ” (ID6 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L224-225)

"จากตอนแรกที่แกปากเบี้ยวพูดไม่ค่อยได้ วันนี้แกพูดได้แล้วครับ (ยิ้ม) ถึงบางทีแกจะด่าเราเวลาทำกายภาพ ตอนที่แกเจ็บ แต่พอเห็นแกค่อยๆดีขึ้นทุกวัน ผมภูมิใจมากครับที่ได้ดูแล" (ID12 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L 255-257)

5.1.2 ได้ตอบแทนบุญคุณบุพการี ผู้ให้ข้อมูลทุกรายรู้สึกได้ถึงความโชคดีที่มีโอกาสได้ตอบแทนบุญคุณบิดามารดาในยามที่ท่านยังมีชีวิตอยู่ ได้ทำหน้าที่ของบุตรที่ดีซึ่งใครก็ไม่สามารถดูแลบิดามารดาได้ดีเท่ากับบุตร อีกทั้งหากบุตรคนใดไม่เลี้ยงดูบิดามารดาก็จะถูกสังคมตราหน้าว่าเป็นคนอกตัญญู นอกจากนี้ ผู้ให้ข้อมูลบางรายยังยึดถือการตอบแทนบุญคุณบิดามารดาในยามเจ็บป่วยเพื่อเป็นแบบอย่างที่ดีให้แก่รุ่นลูกรุ่นหลานต่อไป ดังคำสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักว่า

"ถึงแม้ท่านจะติดเตียงแต่ท่านก็เป็นร่มโพธิ์ร่มไทรให้เรา เป็นสิ่งที่ดีที่สุดที่คนๆนึงได้รับกลับมาทางด้านจิตใจ...อย่างลูกผมที่เขามาช่วยอุ้มคุณย่าอาบน้ำ สระผม ลึกๆเค้าคงภูมิใจมีจิตใจที่มีคุณธรรม ไม่ทิ้งบุพการี รู้จักบุญคุณ สิ่งนี้คงจะเป็นสิ่งที่แม่ได้ให้ผมกับครอบครัวที่ทำให้เราได้ดูแลท่าน...ผมกลับรู้สึกว่า เราโชคดีนะที่ได้มาดูแลท่าน และลูกจะเห็นว่าผมทำอะไรอยู่ โตขึ้นเขาก็จะรู้จักทดแทนบุญคุณ" (ID1 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L 288-297)

"แม่คือผู้มีพระคุณสูงสุด ให้ผมมีทุกวันนี้ได้ ยิ่งแม่มีเวลาอยู่กับผมนานเท่าไรมันก็ยิ่งคุ้มค่าสำหรับชีวิตผมมากขึ้น...ทุกวันนี้ผมก็รู้สึกดีใจที่ได้ดูแลแม่ เพราะผมเหลือแกแค่คนเดียว...แล้วผมก็ไม่เคยรู้สึกว่ามันเป็นภาระ มันเป็นมหากุศลที่ผมมีโอกาสได้ทำ" (ID3 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L 217-227)

"เรามีแม่แค่คนเดียว เราไม่มีโอกาสได้ดูแลแม่ไปตลอดชีวิต อีก 10 ปีข้างหน้าท่านจะยังอยู่ให้เราได้ตอบแทนบุญคุณหรือเปล่า...แต่ถ้าเราปล่อยให้เวลาตรงนี้ผ่านไปโดยที่เราไม่สนใจใยดีแม่ของเรา เราจะไม่สามารถย้อนเวลากลับไปแก้ไขในสิ่งนี้ได้เลยนะ...เพราะฉะนั้นทำอะไรได้ให้รีบทำ" (ID4 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L 264-267)

"การเลี้ยงดูพ่อแม่โดยเราที่เป็นลูกมันปลอดภัยกว่านะ...เรามีมือมีเท้าครบทุกอย่างจะไปจ้างคนอื่นเขาเลี้ยง มันไม่ใช่...คนอื่นเขาจะดูแลยังไงเอาง่ายๆนะ เช็ดขี้เช็ดเยี่ยวทั้งวันก็ไม่เท่ากับลูกทำให้...มันเป็นโอกาสที่เราจะได้ดูแลเขาตอบแทนบุญคุณที่เขาเลี้ยงเรามา ทุกวันนี้พี่ก็ดีใจที่มีโอกาสได้ทำ"(ID5 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L 514-528)

"รู้สึกโชคดี แล้วก็ดีใจนะที่เรามีโอกาสได้กลับมาดูแล ตอบแทนบุญคุณท่าน โดยที่มันไม่สายเกินไปกว่านี้ พี่กลับมาเสียดายเวลามากกว่า (เสียงสั่นเครือ น้ำตาคลอ) ที่ปล่อยไป โดยไม่ได้มาใส่ใจแกเลย" (ID6 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L 302-304)

"ผมก็ไม่รู้แกจะอยู่อีกนานเท่าไร อยากให้แกอยู่กับผมให้นานที่สุดเพื่อเป็นการตอบแทนที่แม่เลี้ยงดูเรามา" (ID7 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L 319-320)

"ลูกทุกคนต้องตอบแทนบุญคุณที่พ่อแม่เลี้ยงเรามา...ถ้าทิ้งพ่อทิ้งแม่ คือ คุณแย่มากเลยนะครับ อย่าหวังว่าใครจะมาคบกับคนอย่างคุณ พูดง่ายๆสังคมรังเกียจเลยแหละ เหมือนเราเป็นลูกอกตัญญูเลยไม่ดูแลพ่อแม่" (ID8 สัมภาษณ์ครั้งที่ 2 L 106-110)

"พ่อแม่กว่าจะเลี้ยงดูเรามาไม่ใช่เรื่องง่าย วันนี้แกเจ็บป่วยต่อให้ไม่ได้ทำงานแต่เราก็ต้องดูแลเราทิ้งแกไม่ได้ เราก็ต้องทำหน้าที่ปัจจุบันนี้ให้ดีที่สุด" (ID9 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L 126-127)

"ผมมีลูกสาว 2 คน ผมจะรู้ว่าความรักที่แท้จริงของพ่อแม่เป็นไง เลี้ยงลูกคนนึงนี่เหนื่อยนะ กว่าจะโตมาได้ เจ็บป่วยต้องรีบพาไปโรงพยาบาล อยากจะเลี้ยงดูเขาให้ดีที่สุด อะไรแบบนี้...วันนี้มองย้อนกลับมาที่พ่อ ตอนนั้นเขาก็คงเหมือนผมตอนนี้ เขาดูแลเรามา วันนี้ถึงเวลาที่ผมจะดูแลพ่อบ้าง" (ID 10 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L 301 -304)

"แม่เขากำเนิดเรามาครับ แม่เขาก็เลี้ยงเรามา ...แม่เขาแก่แล้ว เขาช่วยตัวเองไม่ได้ ผมก็อยากดูแล เพราะผมก็ทำงานอะไรไม่ได้แล้ว ผมก็จะดูแลแม่ให้ดีที่สุด" (ID11 สัมภาษณ์ครั้งที่1 L 253-254)

"เพราะบนโลกนี้ผมมีพ่อแค่คนเดียว ผมก็อยากจะดูแลพ่อให้ดีที่สุด จะไม่มีวันทิ้งให้แกนอนจมกองขี้เยี่ยวโดยที่ไม่มีใครดูแล" (ID12 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L 96-97)

นอกจากนี้ ผู้ให้ข้อมูล 2 รายได้ กล่าวถึง การบวชทดแทนบุญคุณบิดามารดา ซึ่งผู้ให้ข้อมูลมีมุมมองว่าการบวชทำให้บิดามารดารู้สึกอิ่มเอมใจ สุขใจที่ได้เห็นบุตรชายบวช แต่การบวชนั้นเป็นเพียงความเชื่อทางศาสนาที่ช่วยขัดเกลาจิตใจของผู้บวชให้มีสติ มีความยับยั้งชั่งใจมากขึ้น ดังนั้น การบวชเพื่อทดแทนบุญคุณ จึงเป็นความเชื่อที่ปฏิบัติต่อๆกันมา แต่การปรนนิบัติดูแลบิดามารดาในยามเจ็บป่วยคือการตอบแทนบุญคุณอย่างแท้จริง ดังคำสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักว่า

"การบวชเป็นความเชื่อที่คนไทยเชื่อว่าเป็นการทดแทนบุญคุญให้พ่อแม่ได้เกาะชายผ้าเหลือง เป็นประเพณีที่ปฏิบัติสืบต่อกันมา สำหรับผมการบวชเป็นพระ ไม่ได้เกี่ยวข้องกับการทดแทนบุญคุณเลยเป็นเรื่องของความเชื่อ...การบวชเนี่ยคือการขัดเกลาจิตใจของคนที่บวชมากกว่า ให้มีคุณธรรมประจำใจมากขึ้น เป็นการเรียนรู้หลักธรรมคำสอนต่างๆ...เพราะฉะนั้นมันขึ้นอยู่กับการกระทำมากกว่า คือ ไม่ต้องบวชก็ได้แต่มาดูแลพ่อแม่ในยามท่านเจ็บป่วย ต้องการคนดูแล นี่ถึงจะเป็นการตอบแทนบุญคุณอย่างแท้จริง" (ID1 สัมภาษณ์ครั้งที่ 2 L 86-104)

"การทดแทนบุญคุณพ่อแม่คือ พาไปเที่ยว พาไปกินข้าวดูแลยามเจ็บป่วย แบบนี้คือการตอบแทนบุญคุณ...การบวชมันเหมือนฝึกจิต ฝึกใจเรา ให้เรายับยั้งชั่งใจมากขึ้น เราปฏิบัติเราก็ได้นะพ่อแม่ไม่ได้หรอก แต่บวชมันอาจจะทำให้พ่อแม่เราอิ่มเอมใจ เป็นงานบุญคนได้มาแสดงความยินดีกัน ท่านเห็นเราบวชก็มีความสุขแค่นั้น แต่ผมว่ามันไม่เท่ากับที่เราดูแลตอนท่านเจ็บป่วยนะ...ที่ผมได้มาดูแลท่าน ผมว่ามันเป็นการตอบแทนบุญคุณแม่ยิ่งกว่าการบวชอีก" (ID8 สัมภาษณ์ครั้งที่ 2 L 140-151)

5.1.3 ได้รับคำชื่นชม การได้รับคำชื่นชมเป็นคำกล่าวให้กับผู้ให้ข้อมูลที่ให้การดูแลบิดามารดาสูงอายุภาวะพึ่งพิง ซึ่งพบได้น้อยในสังคมไทย เนื่องจากบุคคลส่วนใหญ่ยังคงมีความเชื่อเดิมๆว่าการดูแลเป็นเรื่องของผู้หญิงที่จะทำหน้าที่ได้ดีกว่า เมื่อคนในสังคมพบเห็นบุตรชายที่ให้การดูแลบิดามารดาสูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง บางคนอาจมองด้วยความรู้สึกสงสัย แปลกใจ ว่าเหตุใดบุตรชายจึงมาดูแล แต่ส่วนใหญ่จะเอ่ยคำชื่นชมออกมา ดังคำสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักว่า

"เขาก็บอกว่าดีนะ เหนื่อยหน่อย แต่ได้บุญ" (ID1 สัมภาษณ์ครั้งที่ 2 L 160-161)

"คนแถวนี้เขาก็พูดแหละ ว่าดีที่เป็นผู้ชายมันยังดูพ่อ ลูกสาวบางคนยังไม่ดูเลย...แต่ผมก็รู้สึกเฉยๆนะ ก็มันต้องทำ" (ID2 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L 144-145)

"ตอนแม่นอนโรงพยาบาล บางทีเราได้ยินเสียงแม่ไอครอกแครก ผมทำเป็นก็จัดการดูดเสมหะเองเลย จนเตียงข้างๆบอก โอ้โห้ เก่งจังทำเองเป็นหมดแล้วหรอ...ก็รู้สึกดีนะ เตียงข้างๆก็บอกดูแม่ดีจัง (ID8 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L 406-410) อย่างเวลาผมกลับไปบ้านที่อิสานนะ โอ้ย มีแต่คนชม คนเฒ่าคนแก่นี่มาลูบหลังเลยว่าดีจังที่ดูแลแม่" (ID8 สัมภาษณ์ครั้งที่ 2 L 115-117)

"เหมือนเวลาอยู่โรงพยาบาลผมก็เป็นคนไปเฝ้าแม่ ก็เปลี่ยนแพมเพิสอะไรให้แม่ด้วย ญาติเตียงข้างๆเขาก็ถามสารทุกข์สุกดิบ เขาก็ชมว่าผมดีจัง มาดูแลแม่...เขาก็มีถามว่าพี่น้องคนอื่นไปไหน ผมก็บอกไปว่าเขาทำงาน" (ID7 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L 211-213)

"เพื่อนมันก็ชมว่าสุดยอดมากเลย ดูแลแม่ดีจัง" (ID9 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L 280)

"เขาก็ชื่นชมนะครับ...[แรกๆที่พาไปที่ทำงาน] บางคนก็มองด้วยสายตาแบบสงสัยอะไรแบบนี้ ว่าทำไมพาแม่มาที่ทำงาน แต่ผมไม่สนใจ เพราะผมก็ขออนุญาตหัวหน้าแล้ว...ผมก็ไม่ได้สนใจสายตาใครจะมองยังไง แต่มันมีช่วงที่ผมออกรายการคือเหมือนที่ทำงานเขาเห็น เขาก็เข้าใจผมมากขึ้นนะ คนส่วนใหญ่ ทั้งที่รู้จักและไม่รู้จัก เห็นเราดูแลแม่เขาก็มองด้วยความชื่นชม ผมก็รู้สึกดีนะ เผื่อจะเป็นกำลังใจให้คนที่เห็นกลับไปดูแลพ่อแม่มากขึ้น" (ID3 สัมภาษณ์ครั้งที่ 2 L 100-105)

"เขาก็บอกว่าดีแล้ว ที่ผมดูแลแม่ได้บุญ บางคนเขาก็สงสารให้เงินผม 40 50 บาท ไว้ซื้อข้าวให้แม่กิน...ผมก็ดีใจครับ ก็ให้พรให้ครอบครัวเขาเจริญๆ ก็ยกมือไหว้เขา" (ID11 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L 256-259)

"เวลาทำกายภาพพ่อ พ่อแกจะร้องเสียงดังห้องข้างๆเขาก็บ่นๆ แต่พอเขารู้ว่าผมดูแลพ่อเขาก็เข้าใจผมมากขึ้น รู้ว่าเสียงดังเพราะเราทำกายภาพ หลังๆเขาก็ไม่ได้ว่าอะไรนะครับ... ส่วนใหญ่ก็จะมีแต่คนชม" (ID12 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L 133-137)

5.2 ความทุกข์จากการเป็นผู้ดูแล

5.2.1 เหนื่อยและเครียดจากการดูแล แม้ผู้ให้ข้อมูลจะรับบทบาทของการเป็นผู้ดูแลด้วยความรู้สึกยินดี เต็มใจ และได้รับความสุข ความภาคภูมิใจที่ได้ตอบแทนบุญคุณบิดามารดาสูงอายุในยามเจ็บป่วย แต่ก็ไม่อาจปฏิเสธได้ว่าการรับบทบาทการเป็นผู้ดูแลนี้ ส่งผลให้เกิดความเหนื่อยล้าและความเครียดได้ โดยเฉพาะในช่วงแรกของการดูแลซึ่งเป็นช่วงเวลาของการปรับตัวเรียนรู้กับกิจกรรมการดูแล และต้องเสียสละทั้งแรงกาย แรงใจในการเป็นผู้ดูแล ต้องยอมรับกับการดำเนินชีวิตที่ขาดความยืดหยุ่น ขาดโอกาสในการเข้าสังคม จึงทำให้ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกเหนื่อยและเครียดกับบทบาทการเป็นผู้ดูแลได้ ดังคำสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักว่า

"ผมพูดจากประสบการณ์ตรงเลยนะ คนที่ไม่เคยดูแลเขาไม่เข้าใจหรอกว่ามันเครียดเหนื่อยขนาดไหน ถ้าไม่มีคนมาช่วย จะเหนื่อยมาก ต้องมีความเอาใจใส่เยอะ ต้องมีกำลังใจจากคนในครอบครัว คุณภาพการดูแลถึงจะออกมาดี (ID1 สัมภาษณ์ครั้งที่ 2 L47-54) การดูแลมันต้องเสียสละมากๆนะครับ ทั้งแรงกาย แรงใจ มันทั้งเหนื่อย ทั้งเครียด บั่นทอนจิตใจ อาชีพการงานหายหมด ความรู้สึกเหมือนถูกกักบริเวณเลย ชีวิตขาดความยืดหยุ่นสูง การติดต่อเพื่อนน้อยลงไปเยอะ ห่างๆกันไป เหมือนเราอยู่ในถ้ำ พูดคุยกับคนอื่นไม่รู้เรื่อง ไม่รู้ว่า เพื่อนคนไหนเป็นยังไงบ้าง...ซึ่งถ้าคนที่ดูแลไม่คงเส้นคงวา ไม่เข้มแข็งพอผู้สูงอายุจะลำบากเลย ผมไม่แปลกใจ ทำไมพ่อแม่สูงอายุถึงถูกทอดทิ้ง เพราะมันเหนื่อยจริงๆครับ" (ID1 สัมภาษณ์ครั้งที่ 2 L145-156)

"แรกๆเครียดมากทั้งสายอาหาร สายฉี่ ช่วงที่เค้าติดเชื้อ...ยิ่งอาหารปั่นตอนนั้นนะ มันก็มีสูตรอาหารที่โรงพยาบาลเขาให้มา คือแบบเราต้องมาปั่นเอง ยุ่งยากมาก ต้องตวงชั่งอะไรอีก... ช่วงนั้นแกก็ชอบทำสายหลุดบ่อย จนพยาบาลเขาบ่นว่าสายหลุดอีกแล้ว ตอนนั้นเครียดมาก โมโหด้วยอ่ะบางที ไปโรงพยาบาล ไปแล้วไปอีก" (ID2 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L 106-115)

"ช่วงแรกมันก็มีเครียดนะ เครียดการดูแลช่วงที่ทำอะไรไม่เป็น" (ID6 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L250)

"ถามว่า Stress ไหม เครียดมาก..ความเครียดเหล่านี้มันเกิดกับทุกคนอยู่แล้วล่ะ กับการดูแลผู้ป่วยสูงอายุแบบนี้"(ID4 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L 218-226)

นอกจากนี้ ความเครียดที่เกิดขึ้น อาจเกิดจากสภาวะกดดันที่ผู้ให้ข้อมูลต้องเผชิญ เมื่อบิดาสูงอายุไม่สามารถยอมรับกับการตัดสินใจของผู้ให้ข้อมูลที่ต้องเซนต์ยินยอมให้แพทย์ตัดขาบิดาของตนจากการประสบอุบัติเหตุเพื่อรักษาชีวิตไว้ เมื่อบิดาสูงอายุตกอยู่ในสภาวะจิตใจที่ย้ำแย่ ก็ส่งผลกระทบกับผู้ดูแลให้เกิดความเครียดจากแรงกดดันนี้ได้ ดังคำสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลรายนี้

"พ่อเขารู้ว่าพี่เป็นคนตัดสินใจทุกอย่าง..ปาของ เขียนด่าว่าตัดขากุทำไม เป็นอะไรที่พ่อปฏิเสธ จนพี่รู้สึกว่ามันแย่ที่สุดในชีวิตที่พี่จะต้องตัดสินใจแบบนั้นเพื่อรักษาชีวิตพ่อ ในขณะที่พ่อเองก็ยอมรับไม่ได้...ตอนนั้นรู้สึกเครียดมาก อะไรว่ะเนี่ย ปัญหารุมเร้าไหนจะญาติ ไหนจะคนไข้ที่ไม่ยอมรับ รู้สึกแย่มาก ถึงขั้นคิดเลยว่านี่ถ้ากุตายไปมันน่าจะดีขึ้นไหม มันมีความคิดนี้แว๊ปเข้ามา... จากนั้นพี่ก็เข้าไปขอขมากราบเท้าแล้วก็บอกพ่อว่า เสียใจนะที่ต้องมาตัดขา ถ้าเป็นไปได้แม้กระทั่งข้อนิ้ว ผมยังไม่อยากให้ใครตัดเลย แต่ที่ตัดไปเนี่ยเพราะมันมีเหตุผล (ID5 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 293-327) ช่วงเครียดๆนี่น้ำหนักจากเมื่อก่อน 100 kg เลยนะ ตอนนี้ลงมาเหลือ 75 kg คือช่วงที่พ่อแม่ป่วยนี่เครียดนะ...ก็นอนไม่ค่อยหลับนะ ก็คิดแหละว่าพรุ่งนี้จะทำอะไรต่อไป ทำยังไงให้มันดีที่สุด " (ID5 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L348-356)

5.2.2 กังวลเรื่องค่าใช้จ่าย เมื่อภาระการดูแลบิดามารดาสูงอายุในภาวะพึ่งพิงมาถึง ส่งผลให้ภาระการดูแลเรื่องค่าใช้จ่ายสูงขึ้นตามไปด้วย ซึ่งนอกจากผู้ให้ข้อมูลจะรับบทบาทในการดูแลแล้ว ในรายที่เป็นหัวหน้าครอบครัวมีบุตรที่ต้องส่งเสียเลี้ยงดู จ่ายค่าเล่าเรียนให้มีอนาคตที่ดี ส่งผลให้เกิดความกังวลเรื่องของค่าใช้จ่ายที่มากขึ้นด้วย รวมไปถึงในรายที่มีครอบครัวแต่ไม่มีบุตรก็มีความรู้สึกกังวลกับการขาดรายได้ที่อาจส่งผลกระทบได้ในอนาคต เนื่องจากต้องออกจากงานเพื่อมาดูแลบิดามารดาสูงอายุภาวะพึ่งพิงตลอด 24 ชั่วโมง ดังคำสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักว่า

"ก็น่ากังวลอยู่ครับรายจ่ายตอนนี้มันเยอะ ลูก 2 คนก็กำลังเรียน คนนึงอนุบาล 2 คนนึง ป.1 ค่าน้ำค่าไฟไม่ค่อยเท่าไรหรอกครับ แต่พอพ่อป่วยรายจ่ายก็เยอะขึ้น จะหมดกับเขาก็ตกอาทิตย์ละ 2,000-3,000 ได้" (ID2 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L 8-13)

"นี่ก็ช่วยกันดูแลมาปีกว่าได้ล่ะ ก็ขาดรายได้ทั้ง 2 ทางเลย...พี่สาวเขาก็บอกให้ขายของ แต่ผมเคยทำแล้ว ไม่ชอบ...ผมชอบทำงานแบบรับเหมามากกว่า แต่มันไปไม่ได้ไง " (ID9 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L 258-261)

"ผมทำงานก็เก็บเงิน ก็คิดว่าพอเกษียณว่าเราก็จะหาอะไรทำเล็กๆน้อยๆให้รายได้ มันงอกเงย ไม่ได้คิดว่าจะต้องเก็บเอามาใช้จ่ายในการดูแลแม่เลย หมายถึงว่าเราไม่ได้เผื่อเงินตรงนั้นไว้ มันเป็นเรื่องที่ไม่คาดฝันว่าแม่เราจะป่วยติดเตียงอะไรขนาดนี้...พอท่านป่วยเนี่ย อาหารการกินของท่านก็ไม่เหมือนเรา ต้องมีแพมเพิสเปลี่ยนวันละหลายตัว อะไรต่างๆ ทุกอย่างพิเศษหมด ค่าใช้จ่ายมันก็เพิ่มขึ้น ซึ่งพอเกษียณมาเราก็ไม่มีรายรับก็มีแต่รายจ่าย เดือนๆนึงแค่ดูแลแม่ก็ 20,000 แล้วนะครับ ... ผมก็กังวลนะ ด้วยความที่เราเป็นหัวหน้าครอบครัว อย่างลูกชายผมเขาก็กำลังเรียน ม.4 จะขึ้น ม.5 ซึ่งในขณะนี้เงินที่เราเก็บไว้มันยังเพียงพอต่อการดูแลคนในครอบครัว ในการดูแลแม่ ซึ่งอนาคตผมเองก็ไม่รู้ว่าจะเกิดอะไร (น้ำเสียงรู้สึกได้ถึงความกังวลภายในใจ)" (ID1 สัมภาษณ์ครั้งที่ 2 L 22-39)

โดยเฉพาะผู้ให้ข้อมูลในรายที่มีปัญหาเรื่องด้านเศรษฐกิจการเงิน เมื่อมารดาสูงอายุเจ็บป่วยและมีอาการเปลี่ยนแปลง แต่ไม่สามารถพาไปพบแพทย์ได้ เนื่องจากไม่มีเงินในการเดินทางไปโรงพยาบาล ทำให้มีความกังวลทั้งเรื่องอาการเปลี่ยนแปลงของมารดา รวมไปถึงค่าใช้จ่ายในการพามารดาไปโรงพยาบาล ดังคำสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูล

"แม่เขาไม่พูดมา 2 วันแล้ว ผมก็ไม่รู้จะทำยังไง อยากพาแม่ไปหาหมอแต่ตอนนี้ยังไม่มีตังค์...มันก็ลำบาก แต่ต้องอยู่ต่อไปครับ มีแค่ไหนก็กินแค่นั้น" (ID11 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L251-253)

สรุปผล การวิเคราะห์ข้อมูล

จากการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า ประสบการณ์ชีวิตของบุตรชายที่เป็นผู้ดูแลบิดามารดาสูงอายุภาวะพึ่งพิงนี้ ส่งผลให้การดำเนินชีวิตของบุตรชายเปลี่ยนแปลงไปทั้งด้านบทบาทหน้าที่การทำงาน การเข้าสังคม โดยบุตรชายผู้ดูแลต้องการปรับตัว ปรับใจยอมรับกับบทบาทการเป็นผู้ดูแล เพื่อให้กิจกรรมการดูแลสามารถดำเนินไปได้อย่างต่อเนื่อง แม้ช่วงแรกจะรู้สึกไม่มั่นใจกับบทบาทการเป็นผู้ดูแล แต่เมื่อเปิดใจยอมรับและสามารถปรับตัวได้ บุตรชายจะเกิดการเรียนรู้วิธีการดูแลที่เหมาะสมกับบิดามารดาสูงอายุภาวะพึ่งพิงได้เป็นอย่างดี และหากมีแหล่งสนับสนับสนุนในการช่วยเหลือกิจกรรมการดูแลที่ดีจะส่งผลให้การดูแลมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยผู้ดูแลที่เป็นบุตรชายไม่รู้สึกถึงความแตกต่างของบทบาทการเป็นผู้ดูแลระหว่างเพศชายและเพศหญิง แต่มุ่งประเด็นที่ความเป็นปัจเจกบุคคลที่เกี่ยวข้องกับความใส่ใจในการเป็นผู้ดูแลมากกว่าความแตกต่างของบทบาททางเพศ โดยสามารถนำข้อดีด้านความแข็งแรงของร่างกายมาใช้ให้เกิดประโยชน์ในกิจกรรมการดูแลได้ นอกจากนี้ บุตรชายยังได้รับประสบการณ์ทั้งเชิงบวกและเชิงลบจากการรับบทบาทเป็นผู้ดูแลบิดามารดาสูงอายุภาวะพึ่งพิง โดยจะนำเสนอผลการวิจัยจำแนกเป็นประเด็นหลัก 5 ประเด็น รายละเอียด (ดังแสดงในแผนภาพที่ 1) ดังนี้

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

แผนภาพที่ 1 สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลประสบการณ์ชีวิตของบุตรชายที่เป็นผู้ดูแลบิดามารดาสูงอายุภาวะพึ่งพิง 5 ประเด็นหลัก

บทที่ 5
สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อบรรยายประสบการณ์ชีวิตของบุตรชายที่เป็นผู้ดูแลบิดามารดาสูงอายุภาวะพึ่งพิง โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์ เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูล จำนวน 12 ราย โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกร่วมกับการบันทึกเทป การสังเกตและการจดบันทึก จากนั้น นำข้อมูลที่ได้มาถอดเทปแบบคำต่อคำเพื่อนำมาวิเคราะห์เนื้อหา ผลการศึกษาพบประเด็นหลัก 5 ประเด็น โดยมีรายละเอียดดังนี้

สรุปผลการวิจัย

ประเด็นที่ 1 ชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป

เมื่อบุตรชายรับบทบาทการเป็นผู้ดูแลบิดามารดาสูงอายุภาวะพึ่งพิง ส่งผลให้การดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลงไป ได้แก่ 1) ด้านบทบาทหน้าที่การทำงาน ที่ต้องปรับเปลี่ยนรูปแบบการทำงานให้สามารถทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลควบคู่ไปกับการทำงานประจำได้ หรือในบางรายอาจต้องลาออกจากงานเพื่อให้การดูแลบิดามารดาสูงอายุภาวะพึ่งพิงเต็มเวลา 2) ด้านสังคม เนื่องจากบุตรชายต้องให้การดูแลบิดามารดาสูงอายุภาวะพึ่งพิงอย่างใกล้ชิด ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมที่เคยทำได้ เช่น การเข้าสังคม การมีเวลาส่วนตัว เพื่อให้การดูแลดำเนินไปอย่างต่อเนื่อง โดยสรุปได้ดังนี้

1) ปรับสมดุลการทำงานเข้ากับการดูแล เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงาน เมื่อบิดามารดาสูงอายุเกิดความเจ็บป่วยจนไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ผู้ให้ข้อมูลจึงจำเป็นต้องทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลให้ควบคู่ไปกับการทำงานประจำ โดยต้องปรับเปลี่ยนรูปแบบหรือลักษณะการทำงานให้เข้ากับการดูแล เช่น การจัดตารางเวลาระหว่างการทำงานและการดูแลให้ชัดเจน ลดชั่วโมงการทำงานเพื่อให้เวลาในการดูแลบิดามารดาสูงอายุภาวะพึ่งพิงมากขึ้น ผู้ให้ข้อมูลพยายามปรับเวลาการทำงานให้มีความสุมดลกับการดูแล เพื่อให้การทำงานสามารถดำเนินไปพร้อมกับการดูแลได้อย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้การปรับสมดุลระหว่างการทำงานและการดูแล ยังขึ้นอยู่กับปัจจัยเรื่องของอาชีพการทำงานที่สามารถยืดหยุ่นได้ โดยผู้ให้ข้อมูลจะเลือกสถานที่อยู่อาศัยให้ใกล้กับที่ทำงาน เพื่อให้สามารถเดินทางกลับบ้านมาดูแลบิดามารดาสูงอายุภาวะพึ่งพิงในช่วงเวลาพักจากการทำงานได้สะดวกมากขึ้น

อย่างไรก็ตาม เมื่อบิดามารดาสูงอายุภาวะพึ่งพิงที่มีภาวะทุพพลภาพมากขึ้น ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้และต้องการการดูแลเกือบตลอดเวลา ทำให้บุตรชายวัยทำงานต้องลาออกจากงานเพื่อให้การดูแลอย่างต่อเนื่องในรูปแบบเต็มเวลา นอกจากนี้ ในรายที่มีการวางแผนประกอบอาชีพ

แต่เมื่อต้องประสบกับเหตุการณ์ที่บิดามารดาสูงอายุเจ็บป่วยจนกระทั่งอยู่ในภาวะพึ่งพิงที่ต้องการการดูแลตลอด 24 ชั่วโมง ยังส่งผลให้บุตรชายกลุ่มนี้ไม่สามารถออกมาทำงานได้ และต้องให้การดูแลในรูปแบบเต็มเวลาเช่นเดียวกัน

2) มีข้อจำกัดในเข้าสังคมและเวลาส่วนตัว การรับบทบาทการเป็นผู้ดูแลที่ต้องให้การดูแลบิดามารดาสูงอายุภาวะพึ่งพิงอย่างใกล้ชิด ทำให้ผู้ให้ข้อมูลไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมที่เคยทำได้ เช่น การเข้าสังคม การมีเวลาส่วนตัว เพื่อให้บทบาทการเป็นผู้ดูแลดำเนินไปอย่างต่อเนื่องหากผู้ให้ข้อมูลออกไปมีกิจกรรมนอกบ้าน จะเกิดความกังวลใจและเกรงว่าบิดามารดาผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงอาจได้รับอันตรายในระหว่างที่ตนไม่อยู่ ซึ่งหากต้องออกไปพบปะเพื่อนฝูงอาจต้องปฏิเสธ หรือออกไปพบเพื่อนด้วยเวลาที่มีอยู่จำกัดและต้องรีบกลับบ้านเพื่อมาทำหน้าที่ผู้ดูแลต่อไป จึงทำให้เกิดความเครียด ความเหนื่อยล้าจากการดูแล และอาจส่งผลให้การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลไม่มีประสิทธิภาพ รวมถึงส่งผลกระทบด้านสุขภาพของผู้ดูแลตามมาได้

ประเด็นที่ 2 ปรับตัว ปรับใจยอมรับบทบาทการเป็นผู้ดูแล

บทบาทการดูแลบิดามารดาสูงอายุภาวะพึ่งพิงเป็นภาระงานที่หนัก และส่งผลกระทบต่อการทำงาน การเข้าสังคมและเวลาส่วนตัวที่มีข้อจำกัดมากขึ้น การดูแลอย่างต่อเนื่องอาจส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเหนื่อยล้าและเครียด เกิดอารมณ์โมโหได้ ผู้ให้ข้อมูลจึงต้องปรับใจ ยอมรับบทบาทการเป็นผู้ดูแลด้วยการมองโลกในแง่บวก หาวิธีการขจัดความรู้สึกด้านลบที่เกิดขึ้น เพื่อไม่ให้เกิดการกระทำหรือคำพูดที่รุนแรงในระหว่างให้กิจกรรมการดูแล ซึ่งผู้ให้ข้อมูลบางรายต้อง มีความเข้าใจและยอมรับกับพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปของบิดามารดาสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เพื่อให้การดูแลที่เหมาะสม เมื่อการดูแลดำเนินไปได้ในระยะหนึ่ง ผู้ให้ข้อมูลจะสามารถปรับตัว ปรับใจยอมรับกับบทบาทการเป็นผู้ดูแลมากขึ้นและสามารถดำเนินกิจกรรมการดูแลได้อย่างต่อเนื่อง โดยสรุปได้ดังนี้

1) **มองโลกในแง่บวก** เป็นการหาเหตุผลที่ดีจากการรับบทบาทการเป็นผู้ดูแล ด้วยการมองโลกในแง่บวก เช่น บิดามารดาเคยดูแลเรามาก่อน มองคนที่แย่กว่าเรา ไม่คิดว่าการดูแลเป็นภาระ ซึ่งการมองโลกในแง่บวกนี้ ทำให้ผู้ดูแลสามารถให้การดูแลได้ด้วยสภาพจิตใจที่ดีขึ้น ไม่รู้สึกท้อแท้ สามารถรับมือกับบทบาทการเป็นผู้ดูแลได้ดียิ่งขึ้น

2) **ขจัดอารมณ์ความรู้สึกด้านลบ** เมื่อต้องปฏิบัติกิจกรรมการดูแลอย่างต่อเนื่อง จึงทำให้ผู้ให้ข้อมูลเกิดอารมณ์โมโห หงุดหงิด และแสดงคำพูดด้านลบต่อบิดามารดาสูงอายุได้ ผู้ให้ข้อมูลต้องพยายามควบคุมอารมณ์โมโห หงุดหงิด และพยายามทำใจให้เย็นลง เพื่อให้การดูแลสามารถดำเนินต่อไปได้ โดยไม่ก่อให้เกิดความรู้สึกผิดจากการแสดงออกด้านลบต่อบิดามารดาสูงอายุภายหลัง

3) **เข้าใจและยอมรับกับอาการแสดงของโรค** ในรายที่ให้การดูแลบิดามารดาสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม มักจะพบกับพฤติกรรมด้านบุคลิกภาพของผู้สูงอายุ ที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น อาการหลงลืม การถามคำถามซ้ำๆ หลงลืมบุคคลใกล้ชิด แสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมที่อาจ

เกิดอันตรายกับผู้สูงอายุเองได้ ผู้ให้ข้อมูลจึงต้องมีความเข้าใจและยอมรับกับการดำเนินไปของภาวะสมองเสื่อม เพื่อให้เข้าใจพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปของบิดามารดาสูงอายุมากขึ้น และให้การดูแลได้อย่างเหมาะสม

ประเด็นที่ 3 การดูแลที่ทำได้ทั้งชาย/หญิง

ผู้ให้ข้อมูลทุกรายให้ข้อมูลในทิศทางเดียวกันว่าเพศชายและเพศหญิงสามารถให้การดูแลบิดามารดาสูงอายุภาวะพึ่งพิงของตนได้ดีเท่าๆกัน โดยบทบาทการเป็นผู้ดูแลในช่วงแรกอาจทำให้เกิดความไม่มั่นใจ แต่เมื่อสามารถปรับตัวเข้ากับการดูแลได้ ผู้ให้ข้อมูลสามารถให้การดูแลได้เป็นอย่างดี และไม่รู้สึกว่าการดูแลบิดามารดาสูงอายุภาวะพึ่งพิงนั้นเป็นเรื่องยาก แต่เป็นเรื่องที่ทุกคนสามารถเรียนรู้ได้ นอกจากนี้ ผู้ให้ข้อมูลสามารถนำข้อดีด้านความแข็งของร่างกาย มาใช้ประโยชน์ในการดูแลบิดามารดาสูงอายุภาวะพึ่งพิงในการอุ้มพยุง และทำกิจกรรมการดูแลต่างๆได้ดี แม้ผู้ให้ข้อมูลบางรายจะยอมรับว่าไม่ถนัดในกิจกรรมการดูแลบางอย่างที่อาจจะเหมาะสมกับเพศหญิงมากกว่า แต่เมื่อผู้ให้ข้อมูลรับบทบาทในการเป็นผู้ดูแลแล้วก็สามารถให้การดูแลในกิจกรรมที่ไม่ถนัดนั้นได้เช่นกัน เนื่องจากการดูแลไม่ได้ขึ้นอยู่กับว่าเป็นเพศชายหรือเพศหญิง แต่ขึ้นอยู่กับความใส่ใจของผู้รับบทบาทในการเป็นผู้ดูแล หากผู้ดูแลเป็นเพศหญิง แต่ไม่ใส่ใจกิจกรรมการดูแล ย่อมส่งผลให้คุณภาพการดูแลแย่ลงได้ โดยสรุปได้ดังนี้

1) เมื่อปรับตัวได้การดูแลง่าย ไม่ยาก การดูแลบิดามารดาสูงอายุในช่วงแรกต้องอาศัยการปรับตัว ปรับใจยอมรับกับบทบาทของการเป็นผู้ดูแล เมื่อการดูแลดำเนินไปได้ในระยะหนึ่ง ผู้ให้ข้อมูลจะสามารถปรับตัวกับการดูแลได้ มีความมั่นใจในการดูแลมากขึ้น และให้การดูแลบิดามารดาสูงอายุภาวะพึ่งพิงได้เป็นอย่างดี และกิจกรรมการดูแลนั้นจึงไม่ใช่เรื่องยาก ซึ่งบุตรชายสามารถให้การดูแลได้เป็นอย่างดี

2) ผู้ชายมีความแข็งแรงในการอุ้มพยุง บุตรชายผู้ดูแลเห็นถึงความแตกต่างทางด้านสรีระระหว่างเพศชายและเพศหญิง ในเรื่องความแข็งแรงของร่างกาย โดยเพศชายจะมีความแข็งแรงในการอุ้มบิดามารดาสูงอายุภาวะพึ่งพิงเพื่อทำกิจกรรมการดูแลต่างๆได้ดี บุตรชายผู้ดูแลจึงนำข้อดีในความแข็งแรงของตนเองมาใช้ประโยชน์ในการรับบทบาทในการเป็นผู้ดูแลในครั้งนี้

3) แม้ไม่ถนัดงานละเอียด แต่สามารถดูแลได้ บุตรชายผู้ดูแลที่มีภรรยาคอยให้การช่วยเหลือกิจกรรมการดูแล จะแบ่งหน้าที่ให้ภรรยารับหน้าที่ในการทำอาหาร เปลี่ยนแพมเพิสให้แก่มารดา เนื่องจากเป็นงานที่ภรรยามีความถนัดมากกว่า อย่างไรก็ตาม ผู้ให้ข้อมูลก็สามารถทำกิจกรรมการดูแลดังกล่าวได้เช่นกัน แต่อาจจะทำได้ช้า

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

4) ถ้าใส่ใจดูแลได้ทั้งชายหญิง บุตรชายผู้ดูแลตระหนักถึงความสำคัญของการใส่ใจดูแลบิดามารดามากกว่าความเป็นเพศชายหรือเพศหญิง หากบุคคลที่เป็นผู้ดูแลมีความใส่ใจบิดามารดาสูงอายุภาวะพึ่งพิง ไม่ว่าจะเป็นเพศชายหรือเพศหญิงก็สามารถให้การดูแลที่ดีได้ โดยเฉพาะบุตรที่ควรมีจิตสำนึกในการดูแลบิดามารดาสูงอายุในยามที่ท่านเจ็บป่วย

ประเด็นที่ 4 เรียนรู้วิธีการดูแล

ช่วงแรกของการรับบทบาทการเป็นผู้ดูแล บุตรชายผู้ดูแลมีความรู้สึกกลัว กังวล และไม่มั่นใจในกิจกรรมการดูแล เนื่องจากไม่เคยมีประสบการณ์ในการเป็นผู้ดูแลมาก่อน บางรายรู้สึกเขินอายที่ต้องดูแลทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ให้แก่มารดา ทำให้ต้องเรียนรู้ปรับเปลี่ยนวิธีการดูแลและวางแผนการดูให้เหมาะสม เช่น การจัดสรรการดูแลให้เป็นเวลา การมีกิจกรรมให้ผู้สูงอายุยามว่าง การปรับวิธีการดูแลให้เหมาะสม จากการค้นหาวิธีการดูแลที่เหมาะสมด้วยตนเอง และการคงไว้ซึ่งกิจกรรมที่สูงอายุสามารถทำได้ การประเมินความเสี่ยงจากวิธีการดูแลที่ไม่ปลอดภัย จนสามารถปรับการดูแลที่เหมาะสมกับตนเองและบิดามารดาสูงอายุภาวะพึ่งพิงได้ และบุตรชายบางรายมีความสามารถในการคิดค้นอุปกรณ์ที่ช่วยให้การดูแลนั้นง่ายขึ้น

อย่างไรก็ตาม บทบาทการเป็นผู้ดูแลนั้นเป็นภาระการดูแลที่หนักทั้งกิจกรรมการดูแลที่เป็นปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง การขาดที่ปรึกษาเมื่อพบปัญหาจากการดูแล ภาระค่าใช้จ่ายที่มากขึ้น ซึ่งสิ่งเหล่านี้ย่อมผลต่อคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุได้ ดังนั้น ผู้ให้ข้อมูลที่ได้รับการช่วยเหลือทั้งด้านการช่วยเหลือกิจกรรมการดูแล มีแหล่งให้คำปรึกษาที่ดี การได้รับความช่วยเหลือด้านการเงินจะส่งผลให้ภาระการดูแลเบาบางลงไปได้ โดยสรุปได้ดังนี้

1) ช่วงแรกไม่มั่นใจในการดูแล เนื่องจากไม่เคยมีประสบการณ์ ในการเป็นผู้ดูแลมาก่อน เมื่อต้องปฏิบัติกิจกรรมการดูแลทำให้รู้สึกกลัวว่าจะทำไม่ได้ บางรายยังรู้สึกเขินอายที่จะต้องให้การดูแลทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์มารดา ทำให้รู้สึกไม่มั่นใจบทบาทการดูแลของตนเอง ทั้งเรื่องการเช็ดทำความสะอาดร่างกาย การเปลี่ยนแพมเพริส การดูดเสมหะ รวมไปถึงการทำกายภาพ เนื่องจากยังไม่ทราบถึงวิธีการดูแลที่เหมาะสม จึงกลัวว่าตนเองจะใช้แรงในการทำกิจกรรมการดูแลที่มากเกินไปและอาจจะทำให้บิดามารดาสูงอายุรับบาดเจ็บจากการดูแลได้

2) วางแผนและปรับเปลี่ยนวิธีการดูแลให้เหมาะสม แม้การรับบทบาทในการเป็นผู้ดูแลช่วงแรก อาจทำให้ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกกลัว ไม่มั่นใจในกิจกรรมการดูแล แต่เมื่อการดูแลดำเนินมาได้ซักระยะหนึ่ง บุตรชายผู้ดูแลจะเกิดการเรียนรู้กิจกรรมการดูแลขั้นพื้นฐาน สามารถวางแผนการดูแลและปรับเปลี่ยนวิธีการดูแลตามความเหมาะสม เช่น จัดสรรเวลาการดูแลในแต่ละวันให้ตรงกับความต้องการของบิดามารดาสูงอายุภาวะพึ่งพิงได้อย่างเหมาะสม เรียนรู้หาวิธีการดูแลที่ดี พยายามช่วยเหลือกิจกรรมที่ผู้สูงอายุทำไม่ได้ แต่คงไว้ซึ่งกิจกรรมที่บิดามารดาสูงอายุภาวะพึ่งพิงสามารถทำได้ เพื่อไม่ให้หน้าที่การทำงานของร่างกายในผู้สูงอายุเสื่อมถอยลงไปจากเดิม โดยกิจกรรมดังกล่าวจะ

ปรับเปลี่ยนไปตามความสามารถด้านร่างกายของผู้สูงอายุที่ไม่ก่อให้เกิดอันตราย หากบิดามารดาสูงอายุทำกิจกรรมต่างๆได้ดีขึ้น จะส่งผลให้บุตรชายผู้ดูแลมีความเครียดจากการดูแลที่ลดลงได้ นอกจากนี้ บุตรชายผู้ดูแลยังมีกิจกรรมให้ผู้สูงอายุได้ทำยามว่าง มีการประดิษฐ์คิดค้นอุปกรณ์ต่างๆ เพื่อช่วยให้การดูแลง่ายขึ้น และสามารถปรับเปลี่ยนลักษณะกิจกรรมการดูแลต่างๆให้เหมาะสมกับบิดามารดาสูงอายุของตนในรูปแบบที่บุตรชายผู้ดูแลสามารถกำหนดเองได้

3) การขอความช่วยเหลือ แม้ว่าบุตรชายจะรับบทบาทการเป็นผู้แลบิดามารดาสูงอายุภาวะพึ่งพิงด้วยความเต็มใจ แต่ต้องยอมรับว่าทุกภาระงานของการเป็นผู้ดูแลนั้น ค่อนข้างหนักต้องให้การดูแลตลอด 24 ชั่วโมง ดังนั้น บุตรชายผู้ดูแลที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นทั้งด้านการมีผู้ช่วยผลัดเปลี่ยนหมุนเวียนดูแล การได้รับคำปรึกษาเพื่อประกอบการตัดสินใจในการแก้ไขปัญหาด้านการดูแล รวมถึงผู้ให้ข้อมูลบางรายที่ต้องลาออกจากงานหรือมีปัญหาด้านการเงิน ต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลที่มากขึ้น การมีบุคคลเข้ามาช่วยเรื่องค่าใช้จ่ายจะช่วยให้ภาระต่างๆในการดูแลลดลง ส่งผลให้คุณภาพการดูแลดีขึ้นตามไปด้วย

ประเด็นที่ 5 ความสุข ความทุกข์จากการเป็นผู้ดูแล

เมื่อบุตรชายรับบทบาทการเป็นผู้ดูแลบิดามารดาสูงอายุภาวะพึ่งพิง ทำให้บุตรชายผู้ดูแลรู้สึกมีความสุขที่ได้มีโอกาสในตอบแทนบุญคุณบิดามารดาในยามเจ็บป่วย และมีความภาคภูมิใจเมื่อกิจกรรมการดูแลนั้น ทำให้บิดามารดาสูงอายุเกิดความสุขสบายทั้งด้านร่างกายและจิตใจ อีกทั้งยังได้รับคำชื่นชมจากบุคคลรอบข้างที่เป็นเหมือนกำลังใจสำคัญในการให้การดูแลบิดามารดาสูงอายุภาวะพึ่งพิงต่อไป แต่ไม่อาจปฏิเสธได้ว่าการรับบทบาทเป็นผู้ดูแลนั้นเป็นภาระที่หนัก ทำให้บุตรชายผู้ดูแลเกิดความเครียดและเกิดความเหนื่อยล้าจากการดูแล อีกทั้งยังต้องรับภาระค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้นทำให้เกิดบุตรชายผู้ดูแลเกิดความวิตกกังวลกับสถานภาพทางการเงินจากบทบาทการเป็นผู้ดูแลได้

1) ความสุขจากการเป็นผู้ดูแล บุตรชายที่รับบทบาทการเป็นผู้ดูแลบิดามารดาสูงอายุภาวะพึ่งพิง ยังคงยึดถือค่านิยมความกตัญญูต่อบิดามารดาผู้ให้กำเนิด ส่งผลให้บุตรชายผู้ดูแลมีความสุข ที่ได้มีโอกาสในการทำหน้าที่ของบุตรเพื่อการตอบแทนบุญคุณบิดามารดาสูงอายุในยามเจ็บป่วย เกิดความรู้สึกภาคภูมิใจ เมื่อทำให้บิดามารดาสูงอายุภาวะพึ่งพิงมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ซึ่งคนในสังคมส่วนใหญ่ต่างให้การชื่นชมในการเป็นบุตรที่ดี ไม่ทอดทิ้งบิดามารดา คำชื่นชมเหล่านี้ทำให้บุตรชายมีความสุขและเกิดความภาคภูมิใจในตนเองมากขึ้น นอกจากนี้ บุตรชายผู้ดูแลเห็นถึงข้อดีในการรับบทบาทดูแลบิดามารดาสูงอายุภาวะพึ่งพิงว่าการปรนนิบัติดูแลบุพการีนี้จะส่งผลให้บุตรหลานได้มีแบบอย่างที่ดี มีจิตใจที่ดีและไม่ทอดทิ้งบุพการีในภายภาคหน้า และบุตรหลานจะสามารถให้การดูแลบิดามารดาได้เป็นอย่างดีเช่นกัน

2) ความทุกข์จากการเป็นผู้ดูแล บุตรชายผู้ดูแลไม่อาจปฏิเสธได้ว่าการรับบทบาทหน้าที่เป็นผู้ดูแลบิดามารดาสูงอายุถือเป็นภาระที่หนัก ต้องให้การดูแลอย่างต่อเนื่องเกือบตลอด 24 ชั่วโมง ต้องเสียสละทั้งแรงกายแรงใจเพื่อให้การดูแลดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะช่วงแรกของการปรับตัว ปรับใจยอมรับกับชีวิตที่ต้องเปลี่ยนแปลงไป การดำเนินชีวิตที่ขาดความยืดหยุ่น มีข้อจำกัดในการเข้าสังคมมากขึ้น ทำให้เกิดความรู้สึกเหนื่อยล้าและเครียดกับบทบาทการเป็นผู้ดูแลได้ รวมไปถึงภาระค่าใช้จ่ายที่มากขึ้น การขาดรายได้ ยังส่งผลให้บุตรชายผู้ดูแลรู้สึกวิตกกังวลกับสถานะทางด้านเศรษฐกิจจากบทบาทการเป็นผู้ดูแลร่วมด้วย

อภิปรายผล

ประเด็นที่ 1 ชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป

1) ด้านบทบาทหน้าที่การทำงาน จากการศึกษานี้บุตรชายผู้ดูแลส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงาน เมื่อบิดามารดาสูงอายุเกิดความเจ็บป่วยจนไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ จึงจำเป็นต้องทำหน้าที่ผู้ดูแลให้ควบคู่ไปกับการทำงานประจำ โดยต้องปรับเปลี่ยนรูปแบบหรือลักษณะการทำงานให้เข้ากับการดูแล เช่น การจัดตารางเวลาระหว่างการทำงานและการดูแลให้ชัดเจน ลดชั่วโมงการทำงานเพื่อให้เวลาในการดูแลบิดามารดาสูงอายุภาวะพึ่งพิงมากขึ้น ในรายที่บิดามารดาสูงอายุไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เลยและต้องการการดูแลเกือบตลอดเวลา ทำให้บุตรชายวัยทำงานต้องลาออกจากงานเพื่อให้การดูแลอย่างต่อเนื่องในรูปแบบเต็มเวลา สอดคล้องกับการศึกษาของ Accius (2017) พบว่า เพศชายผู้ดูแลในครอบครัวร้อยละ 66 มีแนวโน้มที่จะทำงานควบคู่ไปกับการดูแล ซึ่งเกือบสองในสามของผู้ดูแลเพศชาย ต้องเปลี่ยนสถานที่ทำงานอันเนื่องมาจากความรับผิดชอบในบทบาทการดูแล โดยใช้เวลาว่างส่วนใหญ่ในการดูแลสมาชิกในครอบครัวที่เจ็บป่วยมากกว่า 40 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ และเมื่อต้องลางานบ่อยครั้ง ผู้ดูแลเพศชายมีความลังเลที่จะแจ้งให้หัวหน้างานทราบถึงสาเหตุของการลางานเพื่อมาดูแลบิดามารดา โดยร้อยละ 15 ของผู้ดูแลเพศชายตัดสินใจลาออกจากงานประจำเพื่อให้การดูแลบิดามารดาสูงอายุเต็มเวลา นอกจากนี้ การศึกษาของ McDonnell and Ryan (2014) พบว่า บุตรชายที่ต้องทำงานควบคู่ไปกับการดูแลบิดามารดาภาวะสมองเสื่อม ทำให้ต้องประสบกับปัญหาความยากลำบากกับการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนไป ซึ่งบุตรชายใช้หลักการรับมือกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น และมุ่งแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นจากอาการเปลี่ยนแปลงของบิดามารดาสูงอายุทันที เพื่อให้ปัญหาถูกแก้ไขและไม่เกิดเป็นภาระในการดูแลต่อไป

ดังนั้น การรับบทบาทการเป็นผู้ดูแลของบุตรชายวัยทำงาน ส่งผลให้ต้องมีการปรับเปลี่ยนรูปแบบการทำงานประจำให้มีความสมดุลกับการดูแล เพื่อให้การดูแลสามารถดำเนินไปได้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งบุตรชายอาจต้องเผชิญกับความยากลำบากในการปรับสมดุลระหว่างการทำงานและการดูแลให้ดำเนินไปพร้อมกัน แต่บุตรชายสามารถหาวิธีการรับมือกับปัญหาต่างๆที่อาจจะเกิดขึ้นได้

และจากการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า บุตรชายที่สามารถปรับสมดุลระหว่างการทำงานประจำและการดูแล ให้เข้ากันได้นั้น ขึ้นอยู่กับปัจจัยเรื่องของอาชีพการทำงานที่สามารถยืดหยุ่นได้ เช่น อาชีพขายของ หรือเป็นพนักงานขายที่สามารถแบ่งเวลาจากการทำงานมาให้การดูแลได้อย่างเต็มที่ ทั้งนี้อาจขึ้นอยู่กับบริบทของสถานที่ทำงานที่เปิดโอกาสให้พนักงานสามารถแบ่งเวลามาดูแลบิดามารดาสูงอายุได้ตามความเหมาะสมโดยไม่ส่งผลกระทบกับงาน และมีข้อสังเกตว่าบุตรชายผู้ดูแลจากการศึกษานี้ มีการวางแผนเรื่องที่พักอาศัยให้อยู่ใกล้กับที่ทำงาน เพื่อให้สามารถเดินทางกลับบ้านมาดูแลบิดามารดาสูงอายุภาวะพึ่งพิงในช่วงเวลาพักจากการทำงานได้สะดวกมากขึ้น

2) ด้านการเข้าสังคมและเวลาส่วนตัว การรับบทบาทการเป็นผู้ดูแลที่ต้องให้การดูแลบิดามารดาสูงอายุภาวะพึ่งพิงอย่างใกล้ชิด ทำให้บุตรชายผู้ดูแลไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมที่เคยทำได้ เช่น การเข้าสังคม การมีเวลาส่วนตัว เพื่อให้บทบาทการเป็นผู้ดูแลดำเนินไปอย่างต่อเนื่อง หากบุตรชายผู้ดูแลออกไปมีกิจกรรมนอกบ้าน จะเกิดความกังวลใจและเกรงว่าบิดามารดาผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงอาจได้รับอันตรายในระหว่างที่ตนไม่อยู่ ซึ่งหากออกไปพบปะเพื่อนฝูง ทำให้ต้องออกไปพบเพื่อนด้วยเวลาที่มีอยู่จำกัดและต้องรีบกลับบ้านเพื่อมาทำหน้าที่ผู้ดูแลต่อไป จึงทำให้เกิดความเครียดความเหนื่อยล้าจากการดูแล และอาจส่งผลให้การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลที่เกิดขึ้นไม่มีประสิทธิภาพ รวมถึงส่งผลกระทบด้านสุขภาพของผู้ดูแลตามมาได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Grigorovich, Alisa et al (2016) พบว่า บุตรชายมีความเครียดจากการขาดโอกาสในการเข้าสังคม และมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมที่ชื่นชอบ เนื่องจากต้องใช้เวลาส่วนใหญ่ไปกับการดูแลบิดามารดาสูงอายุ อีกทั้งไม่มีเวลาดูแลสุขภาพของตนเอง ในขณะที่เพศหญิงมักจะใช้เวลาในระหว่างการดูแลติดต่อกับเพื่อนทางโทรศัพท์มากกว่าเพศชาย (McDonnell and Ryan, 2014) และจากการศึกษาในประเทศไทยเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว พบว่า ผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้สูงอายุเกือบตลอด 24 ชั่วโมงจะขาดโอกาสในการพักผ่อน ส่งผลให้เกิดความเหนื่อยล้าและเกิดปัญหาสุขภาพตามมาได้ (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2551) นอกจากนี้ ยังส่งผลกระทบให้ผู้ดูแลบางรายต้องเสียสละโอกาสในการประกอบอาชีพ รู้สึกโดดเดี่ยว เกิดความเครียดจากการดูแล นำไปสู่การทำร้ายตนเองและผู้สูงอายุได้ในที่สุด (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ, 2552; ศิราณี ศรีหาภาค และคณะ; 2557)

ดังนั้น การสนับสนุนช่วยเหลือให้ผู้ดูแลได้มีเวลาส่วนตัว และได้ทำกิจกรรมทางสังคม (Sanders and Power’s, 2009) ถือเป็นปัจจัยสำคัญที่อีกหนึ่งประการของบทบาทการเป็นผู้ดูแลที่นำไปสู่การดูแลผู้สูงอายุที่มีคุณภาพได้

ประเด็นที่ 2 ปรับตัว ปรับใจยอมรับบทบาทการเป็นผู้ดูแล

บทบาทการดูแลบิดามารดาสูงอายุภาวะพึ่งพิงเป็นภาระงานที่หนัก และส่งผลกระทบต่อการทำงาน การเข้าสังคมและเวลาส่วนตัวที่มีข้อจำกัดมากขึ้น การดูแลอย่างต่อเนื่องส่งผลให้บุตรชายผู้ดูแลเกิดความเหนื่อยล้า ความเครียด เกิดอารมณ์โมโหจากบทบาทการเป็นผู้ดูแลได้ ดังนั้นบุตรชายผู้ดูแลจึงต้องปรับใจ ยอมรับบทบาทการเป็นผู้ดูแลด้วยการมองโลกในแง่บวก หาวิธีการขจัดความรู้สึกด้านลบที่เกิดขึ้น เพื่อไม่ให้เกิดการกระทำหรือคำพูดที่รุนแรงในระหว่างให้กิจกรรมการดูแล ซึ่งการมีทัศนคติเชิงบวกต่อการดูแลจะสามารถช่วยให้ผู้ดูแลผ่านพ้นเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Fredrickson, 2001) จากการศึกษาในครั้งนี้ บุตรชายผู้ดูแลบางรายต้องมีความเข้าใจและยอมรับกับพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปของบิดามารดาสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เช่น การถามคำถามเดิมซ้ำๆ การสื่อสารที่ไม่เข้าใจ การแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมต่างๆเหล่านี้อาจส่งผลให้เกิดความขัดแย้งระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วยได้ สอดคลองกับการศึกษาของ McDonnell and Ryan (2014) ที่พบว่าเมื่อบิดามารดาสูงอายุมีภาวะสมองเสื่อม มักส่งผลให้ระดับการพึ่งพาของบิดามารดาสูงอายุเพิ่มขึ้น บุตรชายจะใช้เวลาในการปรับตัวและเรียนรู้พฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปโดยการตระหนักถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นจากภาวะสมองเสื่อม เช่น ระมัดระวังความปลอดภัยมากขึ้น ตื่นตัวกับการรับรู้ของบิดามารดาที่เปลี่ยนแปลงไป และยอมรับว่าการดำเนินของภาวะสมองเสื่อมเป็นสิ่งที่ไม่สามารถควบคุมได้ ซึ่งบุตรชายมีความมุ่งมั่นที่จะให้การดูแลที่ดีแก่บิดามารดาสูงอายุภาวะสมองเสื่อม โดยใช้ความผูกพันมาเป็นส่วนสำคัญในการดูแลครั้งนี้ จะเห็นได้ว่า การที่ผู้ดูแลมีความเข้าใจเรื่องโรค เป็นพื้นฐานสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม ซึ่งต้องอาศัยความอดทน อดกลั้น ในการควบคุมอารมณ์และความรู้สึกด้านลบ เนื่องจากผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป ที่สร้างความลำบากให้แก่ผู้ดูแล และส่งผลกระทบต่ออารมณ์ความรู้สึกเบื่อหน่ายของผู้ดูแลได้ (ธีรวรรณ คนชม, 2552; Hooker et al., 2002) ซึ่งถ้าหากผู้ดูแลไม่สามารถจัดการกับอารมณ์ความรู้สึกด้านลบนี้ได้ อาจก่อให้เกิดผลกระทบเชิงลบต่อผู้ดูแลและผู้สูงอายุในระยะยาวต่อไป

ดังนั้น เมื่อการดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลงไปทั้งด้านบทบาทหน้าที่การทำงาน การมีข้อจำกัดในการเข้าสังคมและเวลาส่วนตัวลดลง อาจส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดกับชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปในครั้งนี้ได้ การปรับตัว ปรับใจยอมรับบทบาทการเป็นผู้ดูแลบิดามารดาสูงอายุภาวะพึ่งพิง จึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งที่จะทำให้การดูแลสามารถดำเนินต่อไปได้อย่างมีคุณภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Semiatin and O’Connor (2012) พบว่า เมื่อผู้ดูแลเปิดใจยอมรับกับบทบาทของภาระการเป็นผู้ดูแลได้ จะทำให้ผู้ดูแลเกิดความพึงพอใจ เกิดความภาคภูมิใจกับบทบาทหน้าที่ที่ได้รับความรู้สึกเหล่านี้จะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น ช่วยสร้างเสริมสุขภาวะแก่ผู้ดูแลและความสมดุลให้กับชีวิตของผู้ดูแลได้ดี

ประเด็นที่ 3 การดูแลที่ทำได้ทั้งชาย/หญิง

1) เมื่อปรับตัวได้ การดูแลง่าย ไม่ยาก ในช่วงแรกของการรับบทบาทการเป็นผู้ดูแลบิดามารดาสูงอายุภาวะพึ่งพิง อาจทำให้บุตรชายผู้ดูแลไม่มั่นใจในการดูแล แต่เมื่อสามารถปรับตัว ปรับใจยอมรับกับบทบาทการเป็นผู้ดูแลได้ บุตรชายผู้ดูแลก็สามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลได้เป็นอย่างดีโดยไม่รู้สึกว่าการดูแลบิดามารดาสูงอายุภาวะพึ่งพิงนี้เป็นเรื่องยาก และมีความมั่นใจในการดูแลมากขึ้น จากการวิจัยในครั้งนี้ พบว่า บุตรชายผู้ให้การดูแลบิดามารดาสูงอายุภาวะพึ่งพิงมีประสบการณ์การดูแลมากกว่า 6 เดือนขึ้นไป ซึ่งอาศัยการปรับตัวกับบทบาทการดูแลในช่วงแรกเท่านั้น เมื่อปรับตัวได้ ก็สามารถดำเนินการดูแลได้อย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของนิภา นิยมไทย และคณะ (2553) พบว่า ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่มีการปรับตัวต่อสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยได้ดีเมื่อมีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยมาแล้ว อย่างน้อย 6 เดือน แต่ในบางการศึกษาสามารถพบกลุ่มญาติผู้ดูแลปรับตัวไม่ได้หรือมีปัญหาในการปรับตัวถึงแม้ได้ให้การดูแลผู้ป่วยมานานมากกว่า 6 เดือน เช่น กลุ่มญาติผู้ดูแลที่มีการรับรู้ถึงความเครียด หมดหวังในการให้การดูแลผู้ป่วย ไม่มั่นใจในการจัดการกับปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นระหว่างให้การดูแลผู้ป่วย เมื่อได้ดูแลผู้ป่วยมากกว่า 1 ปี (ศรัณยา แสงมณี และคณะ, 2555) ดังนั้น การปรับตัวของผู้ดูแลจึงเป็นสิ่งสำคัญอีกประการหนึ่งแม้ว่าผู้สูงอายุจะได้รับการดูแลจากครอบครัวก็ตาม แต่หากผู้ดูแลไม่สามารถปรับตัวกับบทบาทการเป็นผู้ดูแลนี้ได้ ย่อมส่งผลกระทบต่อคุณภาพการดูแลที่แย่ลงได้เช่นกัน ซึ่งบุคลากรทางสุขภาพควรมีความตระหนักถึงความสำคัญในการช่วยเหลือผู้ดูแลให้สามารถปรับตัวกับการเป็นผู้ดูแลเพื่อเสริมสร้างให้ผู้ดูแลในครอบครัวมีความเข้มแข็งและก้าวเข้าสู่บทบาทการเป็นผู้ดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

2) ผู้ชายมีความแข็งแรงในการอุ้มพยุง บุตรชายผู้ดูแลเห็นถึงความแตกต่างทางด้านสรีระระหว่างเพศชายและเพศหญิง ในเรื่องความแข็งแรงของร่างกาย ซึ่งเป็นผลมาจากปัจจัยทางชีวภาพ (Biological Factor) ที่กำหนดให้เพศชายและเพศหญิงมีลักษณะที่แตกต่างกัน (จันทรัตน์ ระเบียบโลก และคณะ, 2544; Bennholdt-Thomsen, 1983) โดยเพศชายนั้นมีโครงสร้างทางด้านร่างกายที่มีความแข็งแรง สามารถใช้แรงการอุ้มพยุงบิดามารดาสูงอายุภาวะพึ่งพิงในการทำกิจกรรมการดูแลต่างๆได้ดีกว่าเพศหญิง บุตรชายผู้ดูแลจึงนำข้อดีในความแข็งแรงของตนเองมาใช้ประโยชน์ในการรับบทบาทการเป็นผู้ดูแลในครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของสดสวย ทองมหา (2555) พบว่า เพศชายในฐานะผู้ดูแลป่วยโรคเรื้อรังใช้ข้อดีของความเป็นชายมาเป็นส่วนสำคัญในการดูแล ซึ่งมีข้อได้เปรียบในเรื่องของความแข็งแรงและการมีกำลังที่มากกว่าเพศหญิง เช่น สามารถเคลื่อนย้าย ยกตัวผู้ป่วยได้สะดวก สามารถพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยได้ดี และมีแนวโน้มที่เป็นไปได้ว่าเพศชายสามารถให้การดูแลกิจวัตรประจำวันที่มีประสิทธิภาพได้มากกว่าเพศหญิง (Mc Donnell and Ryan, 2013; Robinson, et al., 2014)

3) แม้ไม่ถนัดงานละเอียด แต่สามารถดูแลได้ บุตรชายผู้ดูแลที่มีภรรยาคอยให้การช่วยเหลือกิจกรรมการดูแลบิดามารดาสูงอายุภาวะพึ่งพิง บุตรชายผู้ดูแลจะแบ่งหน้าที่ให้ภรรยารับหน้าที่ในการทำอาหาร เปลี่ยนแพมเพิสให้แก่มารดา เนื่องจากเป็นงานที่ภรรยามีความถนัด จากการศึกษาของ Atta-Konadu, Keller and Daly (2011) พบว่า ผู้ดูแลที่เป็นสามีไม่ได้ถูกคาดหวังว่าจะต้องเป็นผู้ดูแลที่เกี่ยวข้องกับการทำอาหาร ซึ่งเป็นบทบาทที่สามีไม่เต็มใจทำ เนื่องจากการทำอาหารเป็นประสบการณ์ที่น่าเบื่อและไม่ได้ถูกกำหนดไว้ในธรรมชาติของเพศชาย นอกจากนี้การศึกษาของ Fjellström et al. (2010) รายงานผลการวิจัยว่า ผู้ดูแลเพศชายมีความกังวลเกี่ยวกับการเป็นผู้ให้การดูแลเรื่องอาหารที่ดีสำหรับคู่สมรสของตน อีกทั้งยังขาดความรู้และประสบการณ์ด้านการเลือกซื้ออาหาร การทำอาหาร และการเตรียมอาหารมากกว่าผู้ดูแลเพศหญิง จึงพยายามปรับตัวกับการรับบทบาทใหม่ในฐานะผู้ดูแลในด้านการทำอาหารเป็นอย่างมาก

อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาครั้งนี้ บุตรชายผู้ดูแล ไม่ได้กังวลกับการทำกิจกรรมการดูแลในด้านการทำอาหารหรือการเปลี่ยนแพมเพริส หากต้องให้การดูแลในกิจกรรมดังกล่าว ก็สามารถทำกิจกรรมการดูแลได้เช่นกัน แต่จะทำได้ช้ากว่าภรรยา อาจเป็นผลมาจากความแตกต่างบุคลิกภาพเพศชายและเพศหญิง ที่เพศหญิงมีแนวโน้มที่มีบุคลิกภาพอ่อนไหว อบอุ่น สามารถจับความรู้สึกทางอารมณ์ได้ดีกว่าเพศชาย เหมาะกับงานด้านการดูแลในเรื่องละเอียดอ่อนมากกว่าเพศชาย (กฤตยา อาชวนิจกุล, 2554; Del Giudice, Booth and Irwing, 2012) สอดคล้องกับแนวคิดความเป็นชายและหญิงของ Bem (1981) ที่เชื่อว่าบทบาททางเพศมิได้แยกบุคคลเป็นเพียงลักษณะของความเป็นเพศชายหรือเพศหญิงอย่างใดอย่างหนึ่งเท่านั้น แต่ทั้งเพศชายและเพศหญิงมีลักษณะทั้งสองอยู่ในตัวเองเพียงแต่ว่าในเพศชายส่วนมากจะมีลักษณะความเป็นชายสูงกว่าเพศหญิง ในขณะที่เพศหญิงส่วนมากก็จะแสดงลักษณะความเป็นหญิงมากกว่าเพศชาย นอกจากนี้ลักษณะความเป็นชาย/หญิงต่างก็เป็นอิสระแยกจากกัน คือในบุคคลหนึ่งเมื่อมีลักษณะหนึ่งสูงแล้วก็ไม่จำเป็นต้องมีอีกลักษณะหนึ่งต่ำเสมอไป ดังนั้น จึงเป็นไปได้ที่ผู้หญิงและผู้ชายบางรายอาจจะมีลักษณะความเป็นชายและลักษณะความเป็นหญิงสูงทั้งคู่หรือต่ำทั้งคู่ (ดุลยา จิตตะยโศธรม, 2551) อาจกล่าวได้ว่า เพศชายสามารถปรับตัวเพื่อให้การดูแลบิดามารดาสูงอายุในงานที่ไม่ถนัดได้เช่นเดียวกับเพศหญิง

4) ถ้าใส่ใจดูแลได้ทั้งชายหญิง บุตรชายผู้ดูแลตระหนักถึงความสำคัญของการใส่ใจดูแลบิดามารดามากกว่าความเป็นเพศชายหรือเพศหญิง หากบุคคลที่เป็นผู้ดูแลมีความใส่ใจบิดามารดาสูงอายุภาวะพึ่งพิง ไม่ว่าจะเป็นเพศชายหรือเพศหญิงก็สามารถให้การดูแลที่ดีได้ โดยเฉพาะบุตรที่ควรมีจิตสำนึกในการดูแลบิดามารดาสูงอายุในยามที่ท่านเจ็บป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของสดสวย ทองมหา (2555) พบว่า ความตั้งใจในการดูแล ความละเอียดอ่อนของแต่ละบุคคลเป็นปัจเจกส่วนบุคคลไม่เกี่ยวว่าบุคคลนั้นเป็นเพศหญิงหรือเพศชาย หากผู้ดูแลเป็นเพศหญิงแต่ขาดความตั้งใจ ไม่ใจใส่ดูแลผู้ป่วย ย่อมส่งผลให้คุณภาพการดูแลออกมาไม่มีประสิทธิภาพ

ในทางตรงกันข้ามหากผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นเพศชายที่มีความตั้งใจเอาใจใส่ดูแลผู้ป่วย จะส่งผลให้คุณภาพงานด้านการดูแลออกมาดีได้เช่นเดียวกัน ความอ่อนโยน ให้ความใส่ใจในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลเพศชาย เป็นผลมาจากการอบรมเลี้ยงดูหรือความรักความผูกพันกันมาในอดีต จากการศึกษาบทบาททางเพศของสามีที่ให้การดูแลภรรยาภาวะสมองเสื่อม พบว่า การเอาใจใส่ดูแลรายละเอียดในการดูแลเป็นโอกาสในการพัฒนาการดูแลภรรยาภาวะสมองเสื่อมให้ดีขึ้น (Knutsen and Raholm, 2009) โดยบุตรชายผู้ดูแลจากการศึกษาในครั้งนี้ ได้ให้การดูแลบิดามารดาสูงอายุภาวะพึ่งพิงด้วยความรักและความเอาใจใส่ ซึ่งถือเป็นหน้าที่ของบุตรที่พึงปรนนิบัติดูแลบิดามารดาในยามเจ็บป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ McDonnell and Ryan, 2014 พบว่า บุตรชายที่ให้การดูแลบิดามารดาที่มีภาวะสมองเสื่อม แม้จะเป็นภาระที่หนักแต่บุตรชายมีความตั้งใจในการดูแลบิดามารดาภาวะสมองเสื่อมให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ด้วยความรัก ความผูกพันที่คล้ายคลึงกันกับเพศหญิง

ประเด็นที่ 4 เรียนรู้วิธีการดูแล

1) ช่วงแรกไม่มั่นใจในการดูแล เนื่องจากบุตรชายผู้ดูแลไม่เคยมีประสบการณ์ในการเป็นผู้ดูแลมาก่อน เมื่อต้องปฏิบัติกิจกรรมการดูแลให้แก่บิดามารดาสูงอายุ ทำให้รู้สึกกลัวว่าจะทำไม่ได้ อีกทั้งทำให้รู้สึกไม่มั่นใจในกิจกรรมการดูแล เช่น การเช็ดตัวทำความสะอาดร่างกาย การเปลี่ยนแพมเพริส การดูดเสมหะ รวมไปถึงการทำกายภาพ เนื่องจากยังไม่ทราบถึงวิธีการดูแลที่เหมาะสม จึงกลัวว่าตนเองจะใช้แรงในการทำกิจกรรมการดูแลที่มากเกินไป อาจทำให้บิดามารดาสูงอายุได้รับบาดเจ็บจากการดูแลได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Grant (2004) ที่ศึกษาประสบการณ์ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ในช่วงแรกของการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้ดูแลจะต้องพบกับปัญหาการดูแลเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในระยะ 1-2 สัปดาห์แรก ดังนั้น ในระยะแรกของการเป็นผู้ดูแล บุตรชายจะต้องเรียนรู้วิธีการดูแล ฝึกทักษะการดูแลให้มีความชำนาญมากขึ้น เพื่อให้การดูแลตามกิจกรรมการดูแลที่บิดามารดาสูงอายุภาวะพึ่งพิงต้องการได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม และปลอดภัย โดยทีมสุขภาพควรให้ความสำคัญกับบทบาทการดูแลในระยะแรกของผู้ดูแลที่เป็นบุตรชาย เพื่อส่งเสริม สนับสนุนให้บุตรชายดูแลบิดามารดาสูงอายุภาวะพึ่งพิงด้วยความมั่นใจมากขึ้น

นอกจากนี้ ผลการศึกษายังพบว่า ในช่วงแรกของการดูแลบุตรชายผู้ดูแลมีความรู้สึกเขินอายที่ต้องดูแลทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ให้แก่มารดา เนื่องจากแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับขนบธรรมเนียมประเพณีไทยโดยบุคคลที่เป็นเพศตรงข้ามกัน จะไม่สะดวกใจให้การยุ่งเกี่ยวกับอวัยวะต้องห้าม ซึ่งบุตรชายผู้ดูแลยอมรับว่ารู้สึกเขินอายกับเรื่องละเอียดอ่อนนี้ ในขณะเดียวกันมารดาที่ได้รับการดูแลจากบุตรชายในการทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ก็แสดงอาการขัดขืนในกิจกรรมการดูแลนั้นเช่นกัน

สอดคล้องกับการศึกษาของ สดสวย ทองมหา (2555) พบว่า ผู้ดูแลเพศชายในบริบทไทย ในช่วงแรกของการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังนั้น เพศชายจะรู้สึกขัดแย้งกับบทบาททางเพศ ทำให้เกิดความรู้สึกไม่มั่นใจในการดูแลในเรื่องการทำความสะอาดร่างกายให้แก่ผู้ป่วยที่เป็นเพศตรงข้ามกับผู้ดูแล ในทางกลับกันหากผู้ดูแลและผู้ป่วยเป็นเพศชายเหมือนกัน จะทำให้ผู้ดูแลเพศชายสามารถเข้าถึงความเป็นชายได้มากกว่าผู้หญิง จะเห็นได้บทบาททางเพศกับกิจกรรมการดูแลมีความเกี่ยวข้องกับวัฒนธรรมของบริบทนั้นๆร่วมด้วย

2) วางแผนและปรับเปลี่ยนวิธีการดูแลให้เหมาะสม แม้การรับบทบาทให้การเป็นผู้ดูแลช่วงแรกทำให้บุตรชายผู้ดูแลไม่มั่นใจในกิจกรรมการดูแล แต่เมื่อการดูแลดำเนินมาได้ซักระยะหนึ่งบุตรชายผู้ดูแลจะเกิดการเรียนรู้กิจกรรมการดูแลขั้นพื้นฐานและมีความชำนาญในการดูแลมากขึ้นจากการเรียนรู้ด้วยตนเอง จากการสังเกต และลองปฏิบัติกิจกรรมการดูแลในหลายวิธี จนกระทั่งสามารถประดิษฐ์คิดค้นอุปกรณ์ต่างๆเพื่อช่วยการดูแลให้ง่ายขึ้น สามารถจัดสรรเวลาการดูแลให้ตรงกับความต้องการของบิดามารดาสูงอายุภาวะพึ่งพิงได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้การหากิจกรรมให้ผู้สูงอายุได้ทำยามว่าง ถือเป็นอีกกิจกรรมการเรียนรู้อย่างหนึ่งของบทบาทการเป็นผู้ดูแล ซึ่งบุตรชายให้เวลาผู้สูงอายุในการทำกิจกรรมที่ผู้สูงอายุชื่นชอบ เพื่อไม่ให้ผู้สูงอายุเกิดความเบื่อหน่าย มีการวางแผนและปรับเปลี่ยนลักษณะกิจกรรมการดูแลต่างๆให้เหมาะสมกับบิดามารดาสูงอายุของตนในรูปแบบที่บุตรชายผู้ดูแลสามารถกำหนดเองได้ สอดคล้องกับการศึกษาของสุดศิริ หิรัญชุณหะ (2541) ที่เกี่ยวกับการปรับตัวของบทบาทการเป็นผู้ดูแล พบว่า ผู้ดูแลมีกระบวนการปรับตัว 4 ระยะ โดยช่วงแรกของการดูแลอาจจะยังตั้งตัวไม่ติด จึงต้องลองฝึกทำไปเรื่อยๆจนพบวิธีการดูแลที่เหมาะสมและทำให้บทบาทการเป็นผู้ดูแลลงตัวมากขึ้น เห็นได้ว่าในการดูแลช่วงแรก อาจทำให้ผู้ดูแลประสบกับปัญหาการดูแลส่งผลให้เกิดความไม่มั่นใจในความสามารถของตน แต่เมื่อเรียนรู้วิธีการดูแลไประยะหนึ่ง ก็จะสามารถหาวิธีการแก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสม ทั้งนี้การปรับวิธีการดูแลยังรวมไปถึงการคงไว้ซึ่งกิจกรรมที่บิดามารดาสูงอายุภาวะพึ่งพิงสามารถทำได้ เพื่อไม่ให้หน้าที่การทำงานของร่างกายผู้สูงอายุเสื่อมถอยลงไปจากเดิม เนื่องจากความบกพร่องของสมรรถภาพในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับภาระของผู้ดูแล (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2551) ดังนั้น การคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้สูงอายุจะส่งให้ภาระการดูแลและความเครียดของบุตรชายผู้ดูแลลดลงได้

3) การขอความช่วยเหลือ แม้ว่าบุตรชายจะรับบทบาทการเป็นผู้แลบิดามารดาสูงอายุภาวะพึ่งพิงด้วยความเต็มใจ แต่ต้องยอมรับว่าทุกภาระงานของการเป็นผู้ดูแลนั้น ค่อนข้างหนักต้องให้การดูแลตลอด 24 ชั่วโมง ดังนั้น บุตรชายผู้ดูแลที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นทั้งด้านการมีผู้ช่วยผลัดเปลี่ยนหมุนเวียนดูแล การได้รับคำปรึกษาเพื่อประกอบการตัดสินใจในการแก้ไขปัญหาด้านการดูแล รวมถึงผู้ให้ข้อมูลบางรายที่ต้องลาออกจากงานหรือมีปัญหาด้านการเงิน

ที่ต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลที่มากขึ้น การมีบุคคลเข้ามาช่วยเรื่องค่าใช้จ่าย จะช่วยให้ภาระต่างๆในการดูแลลดลง และส่งผลให้คุณภาพการดูแลดีขึ้นตามไปด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ ศศิพัฒน ยอดเพชร (2552) เกี่ยวกับความต้องการของผู้ดูแล พบว่า ผู้ดูแลมีความต้องการที่หลากหลาย คือ ต้องการมีรายได้เพิ่มขึ้นจากเดิม และต้องการมีเงินเป็นค่าอาหารสำหรับผู้สูงอายุ ความต้องการข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวกับสภาพความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ ลักษณะอาการของโรคและการดูแลผู้สูงอายุ โดย Grant (1996) ระบุว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความต้องการด้านข้อมูลข่าวสาร (Demand on Information) ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพความเจ็บป่วยการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ทางด้านร่างกายของผู้สูงอายุ การพยากรณ์โรค การดำเนินโรค ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและผู้ดูแลเอง ความต้องการสนับสนุนด้านจิตใจเพื่อช่วยเหลือบรรเทาความกลัวต่างๆ หากผู้ดูแลไม่ได้รับการสนับสนุนความช่วยจากครอบครัวในการดูแล อาจแสดงอารมณ์หงุดหงิดและเกิดความขัดแย้งในครอบครัวตามมาได้ (McDonnell and Ryan; 2014) อย่างไรก็ตาม ผลการวิจัยในครั้งนี้ พบว่า บุตรชายผู้ดูแลส่วนใหญ่ได้รับความช่วยเหลือจากคนในครอบครัวเป็นอย่างดี รวมถึงมีความใกล้ชิดกับบุคลากรทางสุขภาพ เช่น มีพี่สาวเป็นพยาบาล หรือตนเองประกอบอาชีพเป็นบุคลากรทางสุขภาพ ส่งผลให้มีความได้เปรียบในการเข้าถึงแหล่งข้อมูลและผู้ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพได้อย่างรวดเร็วกว่าผู้ดูแลทั่วไป

แรงสนับสนุนทางสังคมต่างๆเหล่านี้ มีความสัมพันธ์กับความสุขและความเครียดของผู้ดูแล โดยพบว่าหากผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก จะยิ่งส่งผลต่อระดับความสุขที่เพิ่มขึ้น และทำให้ความเครียดลดลง สอดคล้องกับงานของ บุญเยี่ยม ตระกูลวงศ์ (2528) ที่พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support) จากทั้งครอบครัว และเพื่อน เพื่อนบ้าน ทำให้ผู้ดูแลเชื่อว่ามีคนรักเอาใจใส่ เห็นคุณค่าและยอมรับนับถือ จะส่งผลให้ผู้ดูแลมีความเครียดลดลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสนับสนุนจากครอบครัวมีความสำคัญมากสำหรับสังคมไทย (Thanakwang et al., 2012)

ประเด็นที่ 5 ความสุข ความทุกข์จากการเป็นผู้ดูแล

1) ความสุข จากการเป็นผู้ดูแล บุตรชายที่รับบทบาทการเป็นผู้ดูแลบิดามารดาสูงอายุภาวะพึ่งพิง ยังคงยึดถือค่านิยมความกตัญญูกตเวทีต่อบิดามารดาผู้ให้กำเนิด เป็นขนบธรรมเนียมประเพณีไทยที่สืบทอดกันมาอย่างยาวนาน (จิราพร เกศพิชญวัฒนา, 2542) ส่งผลให้บุตรชายผู้ดูแลมีความสุข และเกิดความรู้สึกภาคภูมิใจที่ได้ทำหน้าที่ของบุตรในการตอบแทนบุญคุณบิดามารดาในยามเจ็บป่วย โดยการทำให้บิดามารดาสูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ซึ่งคนในสังคมส่วนใหญ่ต่างให้ความชื่นชมในการเป็นบุตรที่ดี ไม่ทอดทิ้งบิดามารดาในยามชรา ทำให้บุตรชายเกิดความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเองมากขึ้น และความภาคภูมิใจนี้ที่ถือเป็นรางวัลชีวิตของผู้ดูแลในมีกำลังใจในการดูแลบิดามารดาสูงอายุภาวะพึ่งพิงต่อไป (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ, 2552) สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศที่พบว่า สามีที่ให้การดูแลภรรยาภาวะสมองเสื่อมมีประสบการณ์

ความภาคภูมิใจที่สามารถจัดการปัญหาที่ท้าทายจากการดูแลได้สำเร็จ และได้รับคำชื่นชมจากเพื่อนบ้าน บุคลากรทางสุขภาพ หรือแม้แต่จากภรรยาที่มีภาวะสมองเสื่อมที่ได้รับการดูแลจากสามี ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกมีคุณค่าและมีทัศนคติที่ดีต่อบทบาทการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยมากขึ้น (Knutsen and Raholm, 2009)

นอกจากนี้บุตรชายผู้ดูแลมองเห็นถึงข้อดีของการปรนนิบัติดูแลบุพการีในยามชราและยามเจ็บป่วย ที่ส่งผลให้บุตรหลานได้มีแบบอย่างที่ดี มีจิตใจที่ดีและไม่ทอดทิ้งบุพการีในภายภาคหน้า และบุตรหลานจะสามารถให้การดูแลบิดามารดาได้เป็นอย่างดีเช่นกัน

2) ความทุกข์ จากการเป็นผู้ดูแล บุตรชายผู้ดูแลไม่อาจปฏิเสธได้ว่าการรับบทบาทหน้าที่เป็นผู้ดูแลบิดามารดาสูงอายุภาวะพึ่งพิง ถือเป็นภาระที่หนัก และต้องให้การดูแลอย่างต่อเนื่องเกือบตลอด 24 ชั่วโมง ต้องเสียสละทั้งแรงกาย แรงใจ เพื่อให้คุณภาพการดูแลออกมาในทางที่ดี โดยเฉพาะช่วงแรกของการรับบทบาทการเป็นผู้ดูแลที่ต้องเผชิญกับชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป การดำเนินชีวิตมีข้อจำกัดมากขึ้น ชีวิตขาดความยืดหยุ่น มีข้อจำกัดในการเข้าสังคม ส่งผลให้เกิดความรู้สึกเหนื่อยล้าและเครียดกับบทบาทการเป็นผู้ดูแลได้ จากการศึกษาของ Campbell et al (2008) พบว่า เมื่อเกิดความเครียดที่ไม่สามารถตอบสนองต่อความคาดหวังและภาระหน้าที่ในหลายบทบาทได้ ส่งผลให้เกิดกระทบต่างๆตามมา เช่น ปัญหาด้านสุขภาพ ความเหนื่อยล้า ความเบื่อหน่าย อารมณ์ซึมเศร้า และรู้สึกไม่พึงพอใจกับบทบาทในการดูแลผู้ป่วยได้ โดยระดับความเครียดที่สูงขึ้นจะมีผลต่อความเป็นอยู่ที่ดีของผู้สูงอายุ (Young and Kahana, 1989; Pinquart and Sörensen, 2003) อีกทั้งบทบาทการเป็นผู้ดูแลยังส่งผลให้ภาระค่าใช้จ่ายสูงขึ้น การออกจากงานและการขาดรายได้ ส่งผลให้บุตรชายผู้ดูแลรู้สึกวิตกกังวลกับสถานะทางด้านเศรษฐกิจที่มีรายได้ลดลงตามมา สอดคล้องกับการศึกษาของ Schulz และ Sherwood (2008) ได้สนับสนุนข้อค้นพบผลกระทบทางด้านสังคมและเศรษฐกิจของครอบครัวที่ให้การดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงที่มักจะประสบกับปัญหาด้านการเงินเนื่องจากมีรายได้ในครอบครัวที่ลดลง อันมีสาเหตุมาจากการปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่การงานทางสังคมที่เกิดขึ้น ซึ่งปัญหาที่เกิดขึ้นอาจส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด เหนื่อยล้า อ่อนเพลีย หงุดหงิด โกรธ ง่าย อันจะนำไปสู่ความเหนื่อยหน่าย (Burnout) ที่จะส่งผลในเชิงลบต่อคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวได้ (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2551)

ดังนั้น จะเห็นได้ว่าการรับบทบาทของผู้ดูแลให้ผลกระทบทั้งเชิงบวกและเชิงลบ สอดคล้องกับการศึกษาของจิราพร เกศพิชญวัฒนา (2542) ที่ศึกษาความกตัญญูกตเวทีและการดูแลบิดามารดาที่เจ็บป่วยสูงอายุในครอบครัวไทย พบว่า ผู้ดูแลซึ่งเป็นบุตรมีความรู้สึกทั้งเชิงบวกและเชิงลบในการเป็นผู้ดูแล เนื่องจากความรับผิดชอบและบทบาทของการเป็นผู้ดูแลเป็นภาระที่หนัก ต้องทุ่มเทเสียสละทั้งกายใจเป็นอย่างมาก ผู้ดูแลจึงเกิดความรู้สึกเหนื่อยล้า เครียด เกิดความขัดแย้งในใจกับ

ญาติพี่น้องที่ไม่ให้ความช่วยเหลือ สุขภาพทรุดโทรม สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศที่พบว่า บุตรชายผู้ดูแลมีประสบการณ์ความรู้สึกผิด รู้สึกว่าการดูแลเป็นภาระอย่างมาก มีอาการซึมเศร้าและวิตกกังวล จากการรับบทบาทหน้าที่ในการเป็นผู้ดูแลบิดามารดาภาวะสมองเสื่อม (Corcoran, 1992; Ducharme et al., 2011; Lin, Fee and Wu, 2012; Mc Donnell and Ryan, 2013; Robinson et al., 2014) โดยความเครียดและความรู้สึกถึงภาระการดูแลที่เกิดขึ้น เป็นผลมาจากการขาดโอกาสในการเข้าสังคมและมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมที่ชื่นชอบ เนื่องจากต้องใช้เวลาส่วนใหญ่ไปกับการดูแลบิดามารดาสูงอายุ อีกทั้ง การมีข้อจำกัดในเวลาส่วนตัวยังส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์ของคู่รักและไม่มีเวลาดูแลสุขภาพของตนเอง นอกจากนี้ บุตรชายบางรายเกิดความรู้สึกคับข้องใจเกี่ยวกับพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปของบิดามารดาสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เช่น หลงทาง อารมณ์เพิกเฉย และรู้สึกเศร้าเมื่ออาการเจ็บป่วยของบิดามารดาแย่ลง (Grigorovich, Alisa et al., 2016) สิ่งเหล่านี้เป็นผลกระทบเชิงลบที่เกิดขึ้นกับบุตรชายผู้ให้การดูแล ที่อาจส่งผลต่อคุณภาพการดูแลบิดามารดาสูงอายุและภาวะสุขภาพของผู้ดูแลให้เกิดขึ้นได้

อย่างไรก็ตาม ในทางตรงกันข้ามผู้ดูแลเกิดความรู้สึกทางบวก เช่น ได้รับการยกย่องจากผู้อื่น และการดูแลถือเป็นประสบการณ์ชีวิตที่ดี ที่ส่งผลให้บุตรชายมีความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดกับบิดามารดาและคนในครอบครัวมากขึ้น เกิดความรู้สึกพึงพอใจและภาคภูมิใจเมื่อปฏิบัติกิจกรรมการดูแลที่ท้าทายได้สำเร็จ (Grigorovich, Alisa et al., 2016)

จากที่กล่าวมาทั้งหมดนี้สรุปได้ว่า บุตรชายผู้ที่รับบทบาทในการดูแลบิดามารดาสูงอายุภาวะพึ่งพิงส่วนใหญ่เป็นวัยทำงาน เมื่อรับบทบาทการเป็นผู้ดูแลจึงส่งผลการดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลงไป ทั้งบทบาทหน้าที่การงานและบทบาททางสังคมที่มีข้อจำกัดมากขึ้น โดยบุตรชายผู้ดูแลต้องปรับสมดุลการทำงานประจำควบคู่ไปกับการดูแล ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านอาชีพและบริบทของสถานที่ทำงานที่เอื้อให้การดูแล สามารถทำควบคู่ไปพร้อมกับการทำงานได้ตามความเหมาะสม ในขณะที่บุตรชายบางราย ต้องลาออกจากงานเพื่อให้การดูแลบิดามารดาสูงอายุภาวะพึ่งพิงในรูปแบบเต็มเวลา อาจทำให้บุตรชายผู้ดูแลเกิดความเครียดจากการรับบทบาทการเป็นผู้ดูแลในครั้งนี้ได้ ดังนั้น บุตรชายผู้ดูแลจึงต้องอาศัยการปรับตัว ปรับใจยอมรับกับบทบาทการดูแลที่เกิดขึ้น โดยการมองโลกในแง่บวก การขจัดอคติด้านลบ และเข้าใจและยอมรับกับอาการแสดงของภาวะสมองเสื่อมที่ทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น การถามคำถามเดิมซ้ำๆ อาการหลงลืมต่างๆ การสื่อสารที่ไม่เข้าใจกัน เพื่อไม่ให้เกิดกระทำหรือคำพูดที่ส่งผลด้านลบต่อบิดามารดาสูงอายุได้ ซึ่งการดูแลบิดามารดาสูงอายุในภาวะพึ่งพิงนี้ สามารถทำได้ทั้งเพศชายและเพศหญิง แม้บุตรชายจะรู้สึกไม่มั่นใจในการดูแลช่วงแรก และอาจไม่ถนัดในกิจกรรมการดูแลบางประการ แต่เมื่อสามารถปรับตัวเข้ากับการดูแลได้ บุตรชายผู้ดูแลก็สามารถให้การดูแลในกิจกรรมดังกล่าวได้ โดยไม่รู้สึกว่าการดูแลนั้นเป็นเรื่องยาก โดยบุตรชายผู้ดูแลมีการนำข้อดีด้านความแข็งแรงของร่างกายมาใช้

ประโยชน์ในการอุ้มพยุงบิดามารดาสูงอายุภาวะพึ่งพิง เพื่อทำกิจกรรมการดูแลต่างๆได้ดี ซึ่งบทบาทการเป็นผู้ดูแลนั้น ไม่เกี่ยวกับบทบาททางเพศแต่เป็นเรื่องของทัศนคติ และความเป็นปัจเจกบุคคล ซึ่งหากผู้ดูแลมีความใส่ใจในการดูแลบิดามารดาสูงอายุภาวะพึ่งพิงด้วยความรัก จะส่งผลให้คุณภาพการดูแลออกมาในทางที่ดีได้

นอกจากนี้ บุตรชายผู้ดูแลมีการเรียนรู้วิธีการดูแล มีการวางแผนและปรับเปลี่ยนวิธีการดูแลได้อย่างเหมาะสม ได้แก่ การจัดตารางเวลาการดูแลและเวลาการทำงานให้ชัดเจน ปรับวิธีการดูแลในเรื่องอาหาร การออกกำลังกาย ให้เหมาะสมกับบิดามารดาสูงอายุของตน หากิจกรรมที่ผู้สูงอายุชื่นชอบได้ทำยามว่าง สามารถประดิษฐ์คิดค้นอุปกรณ์ต่างๆ เพื่อช่วยให้การดูแลง่ายขึ้น ทั้งนี้บุตรชายผู้ดูแลไม่รู้สึกว่าการดูแลบิดามารดาสูงอายุนั้นเป็นภาระ เนื่องจากได้รับการช่วยเหลือจากคนในครอบครัวในการผลัดเปลี่ยนดูแล การมีแหล่งให้คำปรึกษาที่ดี และได้รับการสนับสนุนด้านการเงิน ทำให้การดูแลสามารถดำเนินไปได้อย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ การรับบทบาทการเป็นผู้ดูแลบิดามารดาสูงอายุภาวะพึ่งพิง ทำให้บุตรชายผู้ดูแลมีความสุข เกิดความภาคภูมิใจที่ได้ทำหน้าที่ของบุตรในการตอบแทนบุญคุณบิดามารดาที่ไม่ใช่เพียงแค่การบวช และได้รับคำชื่นชมจากคนรอบข้าง ขณะเดียวกันบุตรชายผู้ดูแลยังได้รับผลกระทบจากบทบาทการเป็นผู้ดูแล เมื่อต้องให้การดูแลบิดามารดาสูงอายุอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดความเหนื่อยล้า ความเครียด และกังวลกับรายจ่ายที่สูงขึ้นจากบทบาทการเป็นผู้ดูแลได้

ดังนั้น บุคลากรทางสุขภาพจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการให้ความช่วยเหลือบุตรชายผู้ดูแลให้มีความมั่นใจในบทบาทการเป็นผู้ดูแลมากขึ้น และควรส่งเสริม สนับสนุนการดูแลให้แก่บุตรชายที่ในอนาคตอาจมีแนวโน้มในการรับบทบาทเป็นผู้ดูแลบิดามารดาสูงอายุภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้นต่อไป

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

1) ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานให้บุคลากรทางสุขภาพมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวประสบการณ์ชีวิตของบุตรชายที่เป็นผู้ดูแลบิดามารดาสูงอายุภาวะพึ่งพิงมากขึ้น เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการช่วยเหลือบุตรชายที่มีแนวโน้มในการรับบทบาทเป็นผู้ดูแลเพิ่มขึ้นในอนาคต

2) สามารถนำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงให้แก่บุตรชาย ในช่วงแรกของการรับบทบาทเป็นผู้ดูแล ให้บุตรชายมีความมั่นใจในการดูแลขั้นพื้นฐานและเทคนิกการดูแลบิดามารดาสูงอายุมากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ภาระการดูแล ระดับความเครียด แรงสนับสนุนทางสังคม กับการปรับตัวของผู้ดูแลบิดามารดาสูงอายุภาวะพึ่งพิง ระหว่างผู้ดูแลที่เป็นบุตรสาวและบุตรชาย เพื่อนำผลการวิจัยมาเป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลให้กับผู้ดูแลได้อย่างเหมาะสม

2) ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อภาระการดูแลบิดามารดาสูงอายุภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลที่เป็นบุตรชาย เช่น ลักษณะอาชีพ รายได้ ระดับภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุ การสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น เพื่อให้ทราบถึงปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อภาระดูแลบิดามารดาสูงอายุภาวะพึ่งพิงโดยผู้ดูแลที่เป็นบุตรชาย เพื่อเป็นแนวทางในการช่วยเหลือจากปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการดูแลต่อไป

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

บรรณานุกรม

ภาษาไทย

กฤตวรรณ สาหร่าย. (2560). *การศึกษารูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในญี่ปุ่นและ ในประเทศไทยการสัมมนาวิชาการระดับชาติด้านคนพิการครั้งที่ 9.* กรุงเทพฯ: สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ

กฤตยา อาชวนิจกุล. (2554). เพศวิถีที่กำลังเปลี่ยนแปลงไปในสังคมไทย. *วารสารประชากรและสังคม*, 15(1), 43-65.

กนิษฐา บุญธรรมเจริญ และศิริพันธุ์ สาสัตย์. (2548). *รายงานผลการศึกษาโครงการ: การทบทวนวรรณกรรมเปรียบเทียบการดูแลระยะยาว (Long Term Care) ในประเทศต่างๆ*. นนทบุรี: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.

จอนผะจง เพ็งจาด. (2548). ระเบียบวิจัย: การวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาเชิงตีความ. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย,* 17(2), 10-20.

จอม สุวรรณโณ. (2541). ญาติผู้ดูแล: แหล่งประโยชน์ที่สำคัญของผู้ป่วยเรื้อรัง. *วารสารพยาบาล*, 47(3), 147-157.

จิราพร เกศพิชญวัฒนา. (2542). ความกตัญญูกตเวทีและการดูแลบิดามารดาที่เจ็บป่วยสูงอายุในครอบครัวไทยในเขตกรุงเทพมหานคร. *วารสารพยาบาลศาสตร์, 15(1), 51-64*

จันทรัตน์ ระเบียบโลก, ภารดี ชาญสมร และสิริมน วิไลรัตน์. (2544). *บทบาทหญิงชาย.* นนทบุรี: กองวางแผนครอบครัวและประชากร กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

ชวลิต สวัสดิ์ผล, ธวัชชัย เพ็งพินิจ, อัครเดช เสนานิกรณ์, และวารี ศรีสุรพล. (2560). การดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือของไทย. *วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์ มจร,* 5(ฉ.พิเศษ), 387-405.

ชูชื่น ชีวพูนผล. (2541). *อิทธิพลของภาวะสุขภาพของผู้ป่วยความเข้มแข็งในการมองโลกของญาติผู้ดูแลและความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลต่อการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

ดุลยา จิตตะยโศธร. (2551). บทบาททางเพศ: ในทัศนะของนักจิตวิทยา. *วารสารวิชาการ มหาวิทยาลัยหอการค้าไทย,* 28(1), 195-208.

ธีรวรรณ คนชม. (2552). *ประสบการณ์ของผู้ดูแลที่เป็นบุคคลในครอบครัวในการจัดการกับพฤติกรรมที่*

เป็นปัญหาของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรามหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นิภา นิยมไทย, อวยพร ตัณมุขยกุล, ทิพาพร วงศ์หงษ์กุล, พวงพยอม ปัญญา และชวพรพรรณ จันทร์ประสิทธ์. (2553). ความเข้มแข็งของครอบครัวในการดูแลสมาชิกที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 14(1), 7-31

บุญเยี่ยม ตระกูลวงศ์. (2528). *จิตวิทยาสังคมกับการสาธารณสุข: การใช้แรงสนับสนุนทางสังคมแก้ปัญหาสาธารณสุข*. กรุงเทพฯ: สามดีการพิมพ์

บุญสืบ โสโสม. (2560). การคำนึงถึงเรื่องเพศสภาพ: ประเด็นสำคัญสำหรับการปฏิบัติในคลินิก และการศึกษาพยาบาล. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา,* 25(2), 1-8.

ปะราลี โอภาสนันท์. (2557). *การพยาบาลผู้สูงอายุในศตวรรษที่ 21*. พะเยา: โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา.

ผู้จัดการออนไลน์. (2015). สรรเสริญกันทั่วเจ้าอาวาสยอดกตัญญูดูแลแม่อัมพฤกษ์ เช้าถูบ้าน - กลางคืนถูวัด. [วิดิทัศน์]. สืบค้นจาก https://youtu.be/-bWbx2ZG7sg

พระเทพวิสุทธิเมธี (ปัญญานันทภิกขุ). (2536). *กตัญญูกตเวทีเป็นเครื่องหมายของคนดี.* กรุงเทพฯ: ธรรมสภา.

พัชรินทร์ คำอินทร์. (2548). *ประสบการณ์การได้รับการดูแลของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพาโดยผู้ดูแลในครอบครัว.* วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

พูนสุข เวชวิฐาน. (2551). การดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวชนบทไทย: มุมมองจากผู้สูงอายุและลูกวัยผู้ใหญ่. *วารสารพฤฒาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ*, 9(1), 25-36.

ไพรวัลย์ อุบลกาญจน์. (2017). สุดประทับใจชื่นชมลูกชายวัย 62 ปีดูแลปรนนิบัติแม่วัย 87 ปีทุกวัน. [วิดิทัศน์]. สืบค้นจาก http://www.newtv.co.th/news/4287.

ภัสสร ลิมานนท์. (2544). *บทบาทเพศ สถานภาพสตรีกับการพัฒนา* (พิมพ์ครั้งที่2). กรุงเทพฯ: วิทยาลัยประชากรศาสตร์

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2558). *รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทยสถานการณ์ พ.ศ. ๒๕๕๗*. กรุงเทพฯ: บริษัทอมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน).

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2560). *รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทยสถานการณ์ พ.ศ. ๒๕๕๙*. นครปฐม:บริษัท พริ้นเทอรี่ จำกัด

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2561). *รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทยสถานการณ์ พ.ศ.*

๒๕๖๐. กรุงเทพฯ: บริษัท โรงพิมพ์เดือนตุลา จำกัด.

ยุพาพิน ศิรโพธิ์งาม. (2539). ญาติผู้ดูแลที่บ้าน:แนวคิดและปัญหาในการวิจัย. *รามาธิบดีพยาบาลสาร*, 2(1), 84-92.

วรรณาภรณ์ สุขมาก. (2547). *นิตยสารผู้ชายกับกระบวนการสร้างความเป็นชายแบบเมโทรเซ็กส์ ช ว ล* . วิทยานิพนธ์ปริญญานิเทศศาสตร์มหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.

วันทนีย์ วาสิกะสิน, ชลธิชา พันธ์พานิช, และพิมพ์ฉัตร รสสุธรรม. (2551). การศึกษาเจตคติของคนไทยรุ่นใหม่ต่อการทำงานในบ้าน การทำงานนอกบ้าน และการประสบความสำเร็จในหน้าที่การงานของผู้หญิง. *วารสารสังคมสงเคราะห์ศาสตร์*, 16(2), 50-57.

วารุณี มีเจริญ. (2557). ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง: การปรับตัวต่อบทบาทและการส่งเสริมคุณภาพชีวิต. *รามาธิบดีพยาบาลสาร, 20*(1), 10-22.

วิราภรณ โพธิศิริ, วิพรรณ ประจวบเหมาะ, วรเวศม สุวรรณระดา, ศิริวรรณ ศิริบุญ, บุศริน บางแก้ว, และชเนตตี มิลินทางกูร. (2559). *โครงการศึกษาต้นแบบของการบูรณาการระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง.* กรุงเทพฯ: วิทยาลัยประชากรศาสตร จุฬาลงกรณมหาวิทยาลัย

วิไลลักษณ์ เกษมศรี. (2556). *ประสบการณ์การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุในชุมชน.* วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

วิไลวรรณ ทองเจริญ. (2554). *ศาสตร์และศิลปการพยาบาลผู้สูงอายุ.* กรุงเทพฯ: โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2547). *ผู้ดูแลผู้สูงอายุ: การสังเคราะห์องค์ความรู้.* กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2549). *สวัสดิการผู้สูงอายุแนวคิดและวิธีการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์.* กรุงเทพฯ: มิสเตอร์ก๊อปปี้.

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2551). ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว ในการ *ประชุมเวทีระดมความคิดเห็นต่อประเด็นนโยบายเรื่องระบบการดูแลและกำลังคนในการดูแลผู้สูงอายุ.* กรุงเทพฯ: ศูนย์ประชุมสถาบันวิจัยจุฬาภรณ์.

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, ศิริพันธุ์ สาสัตย์, กนิษฐา บุญธรรมเจริญ, ลัดดา ดำริการเลิศ, อุบล หลิมสกุล, และนงลักษณ์ พะไกยะ. (2552). *ระบบการดูแลระยะยาวและกำลังคนในการดูแลผู้สูงอายุ: ทิศทางประเทศไทย*. กรุงเทพฯ: แผนงานวิจัยเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุมูลนิธิสถาบันวิจัย

และพัฒนาผู้สูงอายุไทย.

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, เล็ก สมบัติ, ปรียานุช โชคธนวณิชย์, และธนิกานต์ ศักดาพร. (2552). *โครงการตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของครอบครัวและชุมชนชนบทไทย*(รายงานผลการวิจัย). กรุงเทพฯ: คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

ศรัณยา แสงมณี, มณี อาภานันทิกุล และยุพาพิน ศิรโพธิ์งาม. (2555). กรณีศึกษา: การปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ทำงานนอกบ้าน. *รามาธิบดีพยาบาลสาร*, 18(1), 119-33.

ศิราณี ศรีหาภาค. (2556). *ผู้สูงอายุและผู้ดูแลความเปราะบางของสังคมผู้สูงอายุภายใต้การเปลี่ยนแปลงทางวัฒนธรรมไทย.* นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

ศิราณี ศรีหาภาค, โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, และคณิศร เต็งรัง. (2557). *ผลกระทบและภาระการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้วัฒนธรรมไทย* (รายงานผลการวิจัย). กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

ศิริพันธุ์ สาสัตย์. (2551). ทิศทางและแนวโน้มในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว. *วารสารสภาการพยาบาล, 25*(3), 5-9.

สดสวย ทองมหา. (2555). *ประสบการณ์ของผู้ชายในฐานะผู้ดูแลในบริบทสังคมไทย.* วิทยานิพนธปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล.

สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และกนิษฐา บุญธรรมเจริญ. (2553). *รายงานการสังเคราะห์ระบบการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวสำหรับประเทศไทย.* กรุงเทพฯ: บริษัท ที คิว พี จำกัด.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2557). *การสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2557.* กรุงเทพฯ: บริษัท เท็กซ์แอนด์เจอร์นัลพับลิเคชั่น จำกัด.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2560). *การสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2560.* กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2559). *คู่มือสนับสนุนการบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.* กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2556). *การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553-2583.* กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.

สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย. (2556). *รายงานการสำรวจสุขภาวะผู้สูงอายุไทยปี 2556 ภายใต้*

แผนงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการ. นนทบุรี: โรงพิมพ์วัชรินทร์ พี.พี.

สุดศิริ หิรัญชุณหะ. (2541). *การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล, ชัยยศ คุณานุสนธิ์, และวิพุธ พูลเจริญ. (2542). *ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย*. กรุงเทพฯ: โฮลิสติกพับลิชชิ่ง.

สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2544). *หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุทธิพงษ์ ธรรมวุฒิ. (ผู้จัดรายการ). (2559, 23 สิงหาคม). *รักแม่ 24 ชั่วโมง* [คนค้นคน]. กรุงเทพฯ: โมเดิร์นทีวี.

สุลักษณ วงศธีรภัค. (2555). การจัดหาแหลงประโยชนสำหรับญาติผูดูแล ในการ *ประชุมวิชาการเรื่องการดูแลญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (Caring for the Family Caregiver)*. กรุงเทพฯ: โรงแรมตะวันนา.

อรจิตต์ บำรุงสกุลสวัสดิ์. (2559). *คู่มือระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ (Long term care) ในระบบหลักประกันสุขภาพ ปีงบประมาณ 2559*. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพ.

อภิชาติ รอดสม, จุรีรัตน์ กิจสมพร, และจุฬารัตน์ ห้าวหาญ. (2558). การศึกษาคุณลักษณะของผู้ดูแลตามความต้องการของผู้สูงอายุ. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 8(2), 122-131.

อัญญา ปลดเปลื้อง. (2013). การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปรากฏการณ์วิทยา. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, *23*(2), 1-10.

ภาษาอังกฤษ

Abad-Corpa, E., Gonzalez-Gil, T., Martínez-Hernández, A., Barderas-Manchado, A. M., De la Cuesta-Benjumea, C., & RETICEF-evidencia Group., et al. (2012). Caring to achieve the maximum independence possible: a synthesis of qualitative evidence on older adults' adaptation to dependency. *Journal of Clinical Nursing*, *21*(21-22), 3153-3169.

Agree, E., Bissett, B., & Rendall, M. S. (2003). Simultaneous care for parents and care for children among mid-life British women and men. *POPULATION TRENDS-*

LONDON-, 29-35.

Accius, J. (2017). Breaking stereotypes: Spotlight on male family caregivers. *AARP Public Policy Institute*, *26*, 1-6.

Akpınar, B., Küçükgüçlü, Ö., & Yener, G. (2011). Effects of gender on burden among caregivers of Alzheimer's patients. *Journal of nursing scholarship*, *43*(3), 248-254.

Almberg, B., Grafström, M., & Winblad, B. (1997). Major strain and coping strategies as reported by family members who care for aged demented relatives. *Journal of advanced nursing*, *26*(4), 683-691.

Almada, A. Z. (2001). *Gender and caregiving: a study among Hispanic and non-Hispanic white frail elders* (Doctoral dissertation, Virginia Tech).

Atta-Konadu, E., Keller, H. H., & Daly, K. (2011). The food-related role shift experiences of spousal male care partners and their wives with dementia. *Journal of Aging Studies*, *25*(3), 305-315.

Baker, K. L., Robertson, N., & Connelly, D. (2010). Men caring for wives or partners with dementia: Masculinity, strain and gain. *Aging & mental health*, *14*(3), 319-327.

Biernat, B. A. (1998). Employed parents' preference for reduced job hours in relation to job and family characteristics.

Black, H. K., Groce, J. T., & Harmon, C. E. (2017). *The hidden among the hidden: African-American elder male caregivers*. Oxford University Press.

Blieszner, R., & Mancini, J. A. (1987). Enduring ties: Older adults' parental role and responsibilities. *Family Relations, 36*, 176–180.

Bookman, A., & Kimbrel, D. (2011). Families and elder care in the twenty-first century. *The Future of Children*, 117-140.

Bowers, B. J. (2004). Intergenerational caregiving: Adult caregiving and their aging parents. ANS Advanced Nursing Science, 9, 20-31.

Campbell, P., Wright, J., Oyebode, J., Job, D., Crome, P., Bentham, P., ... & Lendon, C. (2008). Determinants of burden in those who care for someone with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry: A journal of the*

psychiatry of late life and allied sciences, *23*(10), 1078-1085.

Chappell, N. L., Dujela, C., & Smith, A. (2015). Caregiver well-being: intersections of relationship and gender. *Research on aging*, *37*(6), 623-645.

Conde-Sala, J. L., Garre-Olmo, J., Turró-Garriga, O., Vilalta-Franch, J., & López-Pousa, S. (2010). Differential features of burden between spouse and adult-child caregivers of patients with Alzheimer's disease: An exploratory comparative design. *International journal of nursing studies*, *47*(10), 1262-1273.

Conde-Sala, J. L., Garre-Olmo, J., Turró-Garriga, O., Vilalta-Franch, J., & López-Pousa, S. (2010). Quality of life of patients with Alzheimer's disease: differential perceptions between spouse and adult child caregivers. *Dementia and geriatric cognitive disorders*, *29*(2), 97-108.

Corcoran, M. A. (1992). Gender differences in dementia management plans of spousal caregivers: implications for occupational therapy. *American Journal of Occupational Therapy*, *46*(11), 1006-1012.

Del Giudice, M., Booth, T., & Irwing, P. (2012). The distance between Mars and Venus: Measuring global sex differences in personality. *PloS one*, *7*(1), e29265.

Del-Pino-Casado, R., Frías-Osuna, A., Palomino-Moral, P. A., & Martínez-Riera, J. R. (2012). Gender differences regarding informal caregivers of older people. *Journal of Nursing Scholarship*, *44*(4), 349-357.

Ducharme, F., Lévesque, L., Lachance, L., Kergoat, M. J., & Coulombe, R. (2011). Challenges associated with transition to caregiver role following diagnostic disclosure of Alzheimer disease: a descriptive study. *International Journal of Nursing Studies*, *48*(9), 1109-1119.

Dupuis, S. L.,&. Smale, B. (2004). Caregivers of persons with dementia: roles, experiences, supports and coping. *Murray Alzheimer Research and Education Program*.

Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions. *American psychologist*, *56*(3), 218.

Fjellström, C., Starkenberg, Å., Wesslén, A., Licentiate, M. S., Tysén Bäckström, A. C., Faxén-Irving, G., & OmegAD Study Group. (2010). To be a good food provider: An exploratory study among spouses of persons with Alzheimer's disease. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias®*, *25*(6), 521-526.

Flewell, M., LEVINE, C., & FREEDMAN, R. (2005). Care for the family caregiver: A place to start. *Retrieved June*, *27*, 2008.

Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions. *American psychologist*, *56*(3), 218.

Gochman, D. S. (Ed.). (2013). Handbook of health behavior research II: provider determinants. Springer Science & Business Media.

Gottlieb, B. H. (1985). Social support and the study of personal relationships. *Journal of Social and Personal Relationships*, *2*(3), 351-375.

Grant, Js. (1996) Home care problems experienced by stroke survivors and their family caregivers. Home Healthcare Nurse, 14(11), 892-902.

Grant, J. S., Glandon, G. L., Elliott, T. R., Giger, J. N., & Weaver, M. (2004). Caregiving problems and feelings experienced by family caregivers of stroke survivors the first month after discharge. *International Journal of Rehabilitation Research*, *27*(2), 105-111.

Grigorovich, A., Rittenberg, N., Dick, T., McCann, A., Abbott, A., Kmielauskas, A., ... & Cameron, J. I. (2016). Roles and coping strategies of sons caring for a parent with dementia. *American Journal of Occupational Therapy*, 70(1), 1-9

Hayes, J., Zimmerman, M. K., & Boylstein, C. (2010). Responding to symptoms of Alzheimer's disease: Husbands, wives, and the gendered dynamics of recognition and disclosure. *Qualitative Health Research*, *20*(8), 1101-1115.

Heidegger, M. (1962). Being and time (J. Macquarrie & E. Robinson, trans.).

Hodge, D. R., & Sun, F. (2012). Positive feelings of caregiving among Latino Alzheimer's family caregivers: understanding the role of spirituality. Aging & Mental Health,

16(6), 689 - 698.

Holloway, I., & Wheeler, S. (1996). *Qualitative research for nurses*. Great Britain: Blackwell Science Ltd.

Hong, G. R. S., & Kim, H. (2008). Family caregiver burden by relationship to care recipient with dementia in Korea. *Geriatric Nursing*, *29*(4), 267-274.

Hooker, K., Bowman, S. R., Coehlo, D. P., Lim, S. R., Kaye, J., Guariglia, R., & Li, F. (2002). Behavioral change in persons with dementia: Relationships with mental and physical health of caregivers. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, *57*(5), P453-P460.

Horowitz, A. (1984). Family caregiving to the frail elderly. *Annual review of gerontology & geriatrics*, *5*, 194-246.

House.J.S. et al. (1981). Social support, occupational stress, and health. *Journal of health and Social Behavior*, 202-218.

Kimmel, M. S., Brod, H., & Kaufman, M. (1994). Theorizing masculinities.

Kim, H., Chang, M., Rose, K., & Kim, S. (2012). Predictors of caregiver burden in caregivers of individuals with dementia. *Journal of advanced nursing*, *68*(4), 846-855.

Knutsen, H., & Råholm, M. B. (2009). The dialectic movement between suffering and reconciliation: Male caregivers' experience of caring for their wives suffering from dementia. *International Journal of Human Caring*, *13*(4), 50-56.

Kramer, B. J., & Kipnis, S. (1995). Eldercare and work-role conflict: Toward an understanding of gender differences in caregiver burden. *The Gerontologist*, *35*(3), 340-348.

Kramer, B. J., & Thompson Jr, E. H.(Eds.). (2001). *Men as caregivers: Theory, research, and service implications*. Springer Publishing Company.

Kuuppelomäki, M., Sasaki, A., Yamada, K., Asakawa, N., & Shimanouchi, S. (2004). Family carers for older relatives:: sources of satisfaction and related factors in Finland. *International journal of nursing studies*, *41*(5), 497-505.

Lin, I. F., Fee, H. R., & Wu, H. S. (2012). Negative and positive caregiving experiences: A

closer look at the intersection of gender and relationship. *Family Relations*, *61*(2), 343-358.

Lovelace, L. M. (2012). The effect of coping strategies on burden among male Alzheimer's caregivers.

Munhall, P. L. (1994). Qualitative research proposals and reports: a guide. *NLN publications*, (19-2609), iv-xii.

Mathiowetz, N. A., & Oliker, S. (2005, November). The gender gap in caregiving to adults. In *Manuscript prepared for presentation at the American Time Use Survey Early Results Conference. University of Wisconsin-Milwaukee* (Vol. 9).

McDonnell, E., & Ryan, A. (2013). Male caregiving in dementia: A review and commentary. *Dementia*, *12*(2), 238-250.

McDonnell, E., & Ryan, A. A. (2014). The experience of sons caring for a parent with dementia. *Dementia*, *13*(6), 788-802.

Montgomery, R. J., & Kamo, Y. (1989). Parent care by sons and daughters.

Neufeld, A., & Kushner, K. E. (2009). Men family caregivers' experience of nonsupportive interactions: Context and expectations. *Journal of Family Nursing*, *15*(2), 171-197.

Nolan, M., Keady, J., & Grant, G. (1995). Developing a typology of family care: implications for nurses and other service providers. *Journal of Advanced Nursing*, *21*(2), 256-265.

Onkar Caregiver Training. (n.d.). Retrieved 23 October 2017, http://www.onkarinstitute.com/page/about-us.

Parker, G. (1992). Counting care: numbers and types of informal carers. *Carers: Research and Practice, London: HMSO*.

Pinquart, M., & Sörensen, S. (2006). Gender differences in caregiver stressors, social resources, and health: An updated meta-analysis. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, *61*(1), P33-P45.

Pöysti, M. M., Laakkonen, M. L., Strandberg, T., Savikko, N., Tilvis, R. S., Eloniemi-Sulkava, U., & Pitkälä, K. H. (2012). Gender differences in dementia spousal

caregiving. *International Journal of Alzheimer's disease*, *2012*.

Rejeski, W. J., & Focht, B. C. (2002). Aging and physical disability: on integrating group and individual counseling with the promotion of physical activity. *Exercise and sport sciences reviews*, *30*(4), 166-170.

Robinson, C. A., Bottorff, J. L., Pesut, B., Oliffe, J. L., & Tomlinson, J. (2014). The male face of caregiving: A scoping review of men caring for a person with dementia. *American journal of men's health*, *8*(5), 409-426.

Sanders, S., & Power, J. (2009). Roles, responsibilities, and relationships among older husbands caring for wives with progressive dementia and other chronic conditions. *Health & Social Work*, *34*(1), 41-51.

Semiatin, A.M., & O'Connor, M.K. (2012). The relationship between self-efficacy and positive aspects of caregiving in Alzheimer's disease caregivers. Aging and Mental Health, 16(6), 683 - 688.

Serrano-Aguilar, P. G., Lopez-Bastida, J., & Yanes-Lopez, V. (2006). Impact on health-related quality of life and perceived burden of informal caregivers of individuals with Alzheimer's disease. *Neuroepidemiology*, *27*(3), 136.

Sharma, N., Chakrabarti, S., & Grover, S. (2016). Gender differences in caregiving among family-caregivers of people with mental illnesses. *World journal of psychiatry*, *6*(1), 7.

Sherman, D. W., McGuire, D. B., Free, D., & Cheon, J. Y. (2014). A pilot study of the experience of family caregivers of patients with advanced pancreatic cancer using a mixed methods approach. *Journal of pain and symptom management*, *48*(3), 385-399.

Spence, J. T., & Helmreich, R. L. (1978). Masculinity & femininity. University of Texas

Stone, R., Cafferata, G. L., & Sangl, J. (1987). Caregivers of the frail elderly: A national profile. *The Gerontologist*, *27*(5), 616-626.

Thanakwang, K., Ingersoll-Dayton, B., & Soonthorndhada, K. (2012). The relationships among family, friends, and psychological well-being for Thai elderly. *Aging & mental health*, *16*(8), 993-1003.

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

United Nations. (2015). World population prospects: The 2015 revision. *United Nations Econ Soc Aff*, *33*(2), 1-66.

United Nations. (2017). Department of Economic and Social Affairs, Population Division World Population Prospects: The 2017 Revision, DVD Edition.

Van Manen, M. (1990). Researching lived experiences. *State University of New York Press, Albany*.

Verbrugge, L. M., & Jette, A. M. (1994). The disablement process. *Social science & medicine*, *38*(1), 1-14.

WHO Study Group on Home-Based Long-Term Care, & World Health Organization. (2000). *Home-based Long-term Care: Report of a WHO Study Group* (Vol. 898). World Health Organization.

Williams, A. L., Dixon, J., Feinn, R., & McCorkle, R. (2015). Cancer family caregiver depression: are religion-related variables important?. *Psycho-Oncology*, *24*(7), 825-831.

Yee, J. L., & Schulz, R. (2000). Gender differences in psychiatric morbidity among family caregivers: A review and analysis. *The Gerontologist*, *40*(2), 147-164.

Yount, K. M. & Agree, E. M. (2005). Difference in disability among older women and men in Egypt and Tunisia. Demography, 42, 169-187.

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ภาคผนวก ก

หนังสือรับรองการพิจารณาจริยธรรมในการวิจัย

เอกสารใบรับรองโครงการวิจัย

คำชี้แจงข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

และหนังสือแสดงความยินดีเข้าร่วมการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

บันทึกข้อความ

ส่วนงาน คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 โทร.0-2218-3202

ที่ จว 659/2561 **วันที่** 18 มิถุนายน 2561

เรื่อง แจ้งผลผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สิ่งที่ส่งมาด้วย เอกสารแจ้งผ่านการรับรองผลการพิจารณา

ตามที่นิสิต/บุคลากรในสังกัดของท่านได้เสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย นั้น ในการนี้ กรรมการผู้ทบทวนหลักได้เห็นสมควรให้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยได้ ดังนี้

โครงการวิจัยที่ 096.1/61 เรื่อง ประสบการณ์ชีวิตของบุตรชายที่เป็นผู้ดูแลบิดา มารดาสูงอายุภาวะพึ่งพา (LIVED EXPERIENCES OF SONS BEING CAREGIVERS FOR DEPENDENT ELDERLY PARENTS) **ของ นางสาวอังคณา ศรีสุข**

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทวี ชัยชนะวงศาโรจน์)
กรรมการและเลขานุการ
คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน
กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

AF 01-12

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
254 อาคารจามจุรี 1 ชั้น 2 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
โทรศัพท์/โทรสาร: 0-2218-3202 E-mail: eccu@chula.ac.th

COA No. 146/2561

ใบรับรองโครงการวิจัย

โครงการวิจัยที่ 096.1/61 : ประสบการณ์ชีวิตของบุตรชายที่เป็นผู้ดูแลบิดา มารดาสูงอายุภาวะพึ่งพา

ผู้วิจัยหลัก : นางสาวอังคณา ศรีสุข

หน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้พิจารณา โดยใช้หลัก ของ The International Conference on Harmonization – Good Clinical Practice (ICH-GCP) อนุมัติให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าวได้

ลงนาม.....
(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ปรีดา ทัศนประดิษฐ)
ประธาน

ลงนาม.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทรี ชัยชนะวงศาโรจน์)
กรรมการและเลขานุการ

วันที่รับรอง : 11 มิถุนายน 2561 **วันหมดอายุ** : 10 มิถุนายน 2562

เอกสารที่คณะกรรมการรับรอง

1) โครงการวิจัย
2) ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
3) ผู้วิจัย
4) แบบสอบถาม

เลขที่โครงการวิจัย 096.1/61
วันที่รับรอง 11 มิ.ย. 2561
วันหมดอายุ 10 มิ.ย. 2562

เงื่อนไข

1. ห้ามเข้าร่วมการวิจัยครบ หากดำเนินการเก็บข้อมูลการวิจัยก่อนได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
2. หากใบรับรองโครงการวิจัยหมดอายุ การดำเนินการวิจัยต้องยุติ เมื่อต้องการต่ออายุต้องขออนุมัติใหม่ล่วงหน้าไม่น้อยกว่า 1 เดือน พร้อมส่งรายงานความก้าวหน้าการวิจัย
3. ต้องดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ในโครงการวิจัยอย่างเคร่งครัด
4. ให้ส่งเอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และเอกสารที่ผู้เข้าร่วมวิจัย (ถ้ามี) ลงนามที่ประทับตราคณะกรรมการเท่านั้น
5. หากเกิดอาการไม่พึงประสงค์ร้ายแรงในการเก็บข้อมูลที่ต้องอนุมัติจากคณะกรรมการ ต้องรายงานคณะกรรมการภายใน 3 วันทำการ
6. หากมีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินการวิจัย ให้ส่งคณะกรรมการพิจารณารับรองก่อนดำเนินการ
7. โครงการวิจัยไม่เกิน 1 ปี ส่งแบบรายงานสิ้นสุดโครงการวิจัย (AF 01-12) ภายหลังจากการวิจัยภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น สำหรับโครงการวิจัยที่เป็นวิทยานิพนธ์ให้ส่งภายหลังจากการวิจัย ภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น

AP 04-07

ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ประสบการณ์ชีวิตของบุตรชายที่เป็นผู้ดูแลบิดา มารดาสูงอายุภาวะพึ่งพิง

ชื่อผู้วิจัย นางสาวอังคณา ศรีสุข ตำแหน่ง นิสิตระดับปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย (ที่ทำงาน) อาคารภูมิสิริมังคลานุสรณ์ชั้น 25C โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์สภากาชาดไทย เลขที่ 1873 ถนนพระราม 4 แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน 10330

(ที่บ้าน) 118/1 หมู่ที่ 3 ตำบลนิคมสร้างตนเอง อำเภอเมือง จังหวัดลพบุรี 15000

โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 02-256-4000 ต่อ 82567-9 **โทรศัพท์มือถือ** 084-6797079

E-mail : Angkana2333@gmail.com

1. ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัยก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัยมีความจำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้ทำเพราะเหตุใด และเกี่ยวข้องกับอะไร กรุณาใช้เวลาในการอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียดครบถ้วน และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไม่ชัดเจนได้ตลอดเวลา

2. โครงการนี้เป็นวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวข้องกับการศึกษาประสบการณ์ชีวิตของบุตรชายที่ดูแลบิดามารดาสูงอายุภาวะพึ่งพิง

3. การวิจัยครั้งนี้คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง ได้แก่ **บุตรชายที่มีประสบการณ์ในการดูแลบิดา/มารดาสูงอายุภาวะพึ่งพิง และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด กล่าวคือ** เพศชาย อายุ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป มีความเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุในฐานะบุตรชาย เป็นผู้ดูแลบิดา มารดาที่มีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานเกี่ยวกับการดูแลตนเองในด้านการรับประทานอาหาร การทำความสะอาดใบหน้า การเคลื่อนย้ายจากท่านอนมานั่ง การเข้าใช้ห้องสุขา การเดินหรือเคลื่อนที่ภายในห้องหรือภายในบ้าน การขึ้นลงบันได การสวมใส่เสื้อผ้า การอาบน้ำ การกลั้นปัสสาวะ และการกลั้นอุจจาระ โดยผู้วิจัยจะประเมินจากแบบประเมินดัชนีความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน น้อยกว่า 12 คะแนน และการได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะสมองเสื่อม โดยมีบทบาทในการเป็นผู้ดูแลอย่างน้อย 6 ชั่วโมงต่อวัน เป็นเวลา 6 เดือนขึ้นไป และมีความสมัครใจและพร้อมให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย

4. ผู้วิจัยจะสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลอย่างน้อยครั้งละ 45-60 นาที โดยผู้วิจัยใช้เครื่องบันทึกเสียงร่วมกับการจดบันทึกข้อมูลในขณะสัมภาษณ์เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนและสามารถยืนยันความตรงของข้อมูลที่ได้ โดยผู้วิจัยอาจต้องสัมภาษณ์อย่างน้อย 1 ครั้งและจะทำการสัมภาษณ์ครั้งที่สอง หากข้อมูลการสัมภาษณ์ครั้งแรกไม่สมบูรณ์ ภายหลังเสร็จสิ้นการสัมภาษณ์ในแต่ละครั้ง ผู้วิจัยจะทำการถอดเทปและบันทึกในคอมพิวเตอร์เพื่อการวิเคราะห์ข้อมูล จะมีการนำข้อมูลกลับมาให้ตรวจสอบความถูกต้องด้วย โดยสถานที่ในการสัมภาษณ์ผู้วิจัยจะขอบุญจากสัมภาษณ์ที่บ้านของ ผู้ให้ข้อมูลเป็นหลัก หากผู้ให้ข้อมูลไม่สะดวกในการให้ข้อมูลที่บ้าน อาจเปลี่ยนสถานที่ตามความสะดวกและเหมาะสม โดยวันและเวลาในการสัมภาษณ์นั้นขึ้นอยู่กับความสะดวกของผู้ให้ข้อมูล

เลขที่รับเรื่อง 096-1/61
วันที่รับเรื่อง 11 มี.ค. 2561
วันหมดอายุ 10 มี.ค. 2562

AF 04-07

5. การเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ มีความเสี่ยงในระดับเล็กน้อย ซึ่งอาจทำให้ผู้ให้ข้อมูลต้องเสียสละเวลาในการให้ข้อมูลเชิงลึก อาจรู้สึกกระทบกระเทือนจิตใจได้ หากเกิดความรู้สึกสะเทือนใจ ผู้วิจัยจะหยุดพักการสัมภาษณ์และให้การดูแลด้านจิตใจแก่ผู้ให้ข้อมูลก่อน และหากผู้ให้ข้อมูลไม่สามารถให้ข้อมูลต่อได้ ผู้วิจัยจะยุติการสัมภาษณ์ครั้งนี้ เพื่อนัดสัมภาษณ์ครั้งต่อไปเมื่อผู้ให้ข้อมูลพร้อม

6. มีการรักษาความลับของข้อมูลและไม่สามารถเชื่อมโยงไปถึงตัวของผู้ให้ข้อมูล เทปบันทึกการสัมภาษณ์จะถูกทำลายทันทีภายหลังสิ้นสุดการวิจัย ข้อมูลที่ได้รับจากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลจะถูกเก็บเป็นความลับ และนำเสนอผลการวิจัยออกมาในภาพรวมไม่มีการระบุชื่อ-นามสกุล หรือข้อมูลที่จะระบุความเป็นตัวตนของท่านจะไม่ปรากฏในรายงานการวิจัย

7. ท่านอาจไม่ได้รับประโยชน์โดยตรงจากการให้สัมภาษณ์นี้ แต่อย่างไรก็ตามข้อมูลจากท่านจะทำให้พยาบาลและทีมสุขภาพมีองค์ความรู้และข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับประสบการณ์ชีวิตของผู้ดูแลที่เป็นบุตรชายในการสนับสนุนส่งเสริมให้บุตรชายมีการปรับตัว ในบทบาทของการเป็นผู้ดูแลได้อย่างเหมาะสม และส่งเสริมศักยภาพของผู้ดูแลที่เป็นบุตรชายในการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงได้อย่างเหมาะสม

8. การเข้าร่วมในการวิจัยของท่านเป็นโดย**สมัครใจ** และสามารถ**ปฏิเสธ**ที่จะเข้าร่วมหรือ**ถอนตัว**จากการวิจัยได้ทุกขณะ โดยไม่ต้องให้เหตุผลและไม่สูญเสียประโยชน์ที่พึงได้รับ และไม่มีผลกระทบในทางใดต่อการดำเนินชีวิตของท่านทั้งสิ้น

9. ท่านมีสิทธิ์ที่จะตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูลส่วนตัวของท่าน และสามารถถอนเลิกการให้สิทธิในการใช้ข้อมูลส่วนตัวของท่านได้ โดย**ต้องแจ้ง**ให้ผู้วิจัยรับทราบ

10. การวิจัยครั้งนี้มีของที่ระลึกเป็นค่าขนส่งสำหรับเชิดตัวให้แก่ท่าน ซึ่งท่านจะได้รับของที่ระลึกในการสัมภาษณ์ครั้งแรก**ทั้งครั้งเดียวเท่านั้น** และหากมีการเปลี่ยนแปลงสถานที่สัมภาษณ์จากบ้านเป็นที่อื่น (ตามข้อ 4) ซึ่งอาจจะมีค่าเดินทางเกิดขึ้น ท่านจะได้รับค่าเดินทาง จำนวน 200 บาท ในการมา**สัมภาษณ์ครั้งแรกเท่านั้น**

11. หากท่านมีข้อสงสัยให้สอบถามเพิ่มเติมได้โดยสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์หรือโทษเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบอย่างรวดเร็ว **เพื่อให้ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยทบทวนว่ายังสมัครใจจะอยู่ในงานวิจัยต่อไปหรือไม่**

12. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าวสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 อาคารจามจุรี 1 ชั้น 2 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์/โทรสาร 0-2218-3202 E-mail: [illegible]

เลขที่รับรองโครงการวิจัย 0961/61
วันที่รับรอง 11 ธ.ค. 2561
วันหมดอายุ 10 ธ.ค. 2562

V.2.4/2558

AF05-07

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. .....

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามท้ายหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ประสบการณ์ชีวิตของบุตรชายที่เป็นผู้ดูแลบิดา มารดาสูงอายุภาวะพึ่งพิง

ชื่อผู้วิจัย นางสาวอังคนา ศรีสุข

สถานที่ติดต่อ 118/1 หมู่ 3 ตำบลนิคมสร้างตนเอง อำเภอเมือง จังหวัดลพบุรี 15000

โทรศัพท์ 084-6797079 **E-mail** : Angkana2333@gmail.com

ข้าพเจ้า **ได้รับทราบ**รายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยงอันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด และ**ได้รับคำอธิบาย**จากผู้วิจัย **จนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว**

ข้าพเจ้า**จึงสมัครใจ**เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยข้าพเจ้ายินยอมให้ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์เชิงลึก เกี่ยวกับประสบการณ์ของข้าพเจ้าในการดูแลบิดา มารดาสูงอายุภาวะพึ่งพิง โดยใช้เวลาประมาณครั้งละ 45-60 นาที ทำการบันทึกการสัมภาษณ์โดยใช้การบันทึกเสียง และไฟล์เสียงจะถูกทำลายทิ้งเมื่อเสร็จสิ้นตามกระบวนการวิจัย โดยข้าพเจ้าจะได้รับการสัมภาษณ์ 1 ครั้ง และอาจมีการสัมภาษณ์เพิ่มเติมอีก 1 ครั้ง หากข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ครั้งแรกไม่สมบูรณ์

ข้าพเจ้ามีสิทธิ**ถอนตัว**ออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ **โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล** ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบในทางใดต่อการดำเนินชีวิตของข้าพเจ้าทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าเข้าใจ ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้า และสามารถถอนเลิกการให้สิทธิ์ในการใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าได้ โดย**ต้องแจ้ง**ให้ผู้วิจัยรับทราบ

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ โดยจะนำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 254 อาคารจามจุรี 1 ชั้น 2 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์/โทรสาร 0-2218-3202

E-mail: eccu@chula.ac.th

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้วิจัยหลัก

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

เลขที่โครงการวิจัย 096.1/61

วันที่รับรอง 11 มี.ค. 2561

วันหมดอายุ 10 มี.ค. 2562

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน

1/2

* ตัวเลือก หมายถึง คำอธิบาย ไม่ต้องระบุในเอกสาร

V.2.4/2558

ภาคผนวก ข
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล
2. แนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์
3. แบบบันทึกภาคสนาม
4. แบบบันทึกการถอดความและการให้รหัสเบื้องต้น
5. เครื่องมือดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Bathel ADL Index) ประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

การวิจัยเรื่อง ประสบการณ์ชีวิตของบุตรชายที่เป็นผู้ดูแลบิดา มารดาที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง

หมายเลขผู้ให้ข้อมูล.....

วัน เดือน ปี ที่สัมภาษณ์ ครั้งที่ 1.....

ครั้งที่ 2.....

ครั้งที่ 3.....

อายุ.....

อาชีพ.....รายได้.....ต่อเดือน

ระดับการศึกษา.....

โรคประจำตัว.....

ระยะเวลาในการดูแลบิดา/มารดาที่อยู่ในภาวะพึ่งพึง.....

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

แนวคำถามการสัมภาษณ์

ขั้นการเริ่มสนทนา ผู้วิจัยกล่าวทักทาย พูดคุย ซักถามในเรื่องทั่วไปเพื่อสร้างสัมพันธภาพ ความคุ้นเคย ในบรรยากาศที่เป็นกันเองเพื่อผู้ให้ข้อมูลรู้สึกผ่อนคลาย จากนั้นจึงเริ่มอธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการสัมภาษณ์ การพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูลหลักอย่างละเอียด รวมทั้งบอกให้ทราบถึงระยะเวลาที่ใช้ในการสัมภาษณ์ประมาณ 45-60 นาที โดยเริ่มจากการ แนวคำถามต่อไปนี้

1) ในครอบครัวของคุณมีจำนวนพี่น้องทั้งหมดกี่คน (ชาย/หญิงกี่คน)
2) ปัจจุบันสมาชิกภายในบ้านมีใครบ้าง และแต่ละคนมีหน้าที่ภายในบ้านอย่างไร
3) คนในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลในครั้งนี้หรือไม่ อย่างไร
4) คุณเคยเห็นบุตรชายในการดูแลบิดามารดาในภาวะพึ่งพิงหรือไม่ หากเคย... คุณเห็นเขาให้การดูแลอย่างไร

ขั้นเข้าสู่ประเด็นการสัมภาษณ์ แนวคำถามจะเป็นการสอบถามเกี่ยวกับสถานภาพปัจจุบันของคนในครอบครัว บทบาทหน้าที่ของสมาชิกในบ้าน จุดเริ่มต้นของการที่บุตรชายเข้ามารับบทบาทเป็นผู้ดูแลบิดามารดาสูงอายุภาวะพึ่งพิง โดยมีแนวคำถามดังนี้

คำถามเกริ่นนำ

1) คุณเริ่มมาดูแลบิดามารดาตั้งแต่เมื่อไร และเหตุใดคุณถึงเป็นผู้ดูแลรับหน้าที่หลักในการดูแลบิดา/มารดาในครั้งนี้
2) คุณมีหลักในการดูแลบิดามารดาที่สูงอายุภาวะพึ่งพิงหรือไม่ อย่างไร

คำถามหลัก

1) ช่วยเล่าถึงประสบการณ์ของคุณในการดูแลบิดามารดาตั้งแต่แรกเป็นอย่างไร
2) หลังจากดูแลไปสักระยะหนึ่งแล้วเป็นอย่างไร
3) คุณรู้สึกอย่างไรกับการเป็นบุตรชายดูแลบิดามารดาสูงอายุภาวะพึ่งพิงในครั้งนี้

ซึ่งผู้วิจัยจะมีการปรับหรือการสร้างแนวคำถามเพิ่มเติมตามเรื่องราวที่เกิดขึ้นขณะสัมภาษณ์ โดยอาศัยเทคนิกการทวนความ การสะท้อนความคิด การบอกให้เล่าเพิ่มเติมในการเด็นที่น่าสนใจ เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลได้ถ่ายทอดประสบการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างลึกซึ้งและชัดเจนครอบคลุมตามวัตถุประสงค์การวิจัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

ขั้นยุติการสนทนา เมื่อเห็นว่าได้เวลาที่เหมาะสมตามที่ได้ตกลงกันไว้ผู้วิจัยจะค่อยๆเปลี่ยนเรื่องสนทนาเป็นเรื่องทั่วไป เพื่อปรับอารมณ์ความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูลหลักให้ผ่อนคลาย สอบถามถึงข้อมูลที่ผู้ให้ข้อมูลหลักยังไม่ได้กล่าวถึงและต้องการเล่าให้ผู้วิจัยฟังเพิ่มเติม โดยมีแนวคำถามดังนี้

3) คุณมีอะไรที่อยากจะเล่าเพิ่มเติมเกี่ยวกับประสบการณ์การดูแลในครั้งนี้อีกหรือไม่คะ

4) มีอะไรอยากซักถามเพิ่มเติมหรือไม่

จากนั้นผู้วิจัยกล่าวขอบคุณผู้ให้ข้อมูลที่สละเวลาและให้ความร่วมมือในการตอบข้อซักถามตลอดจนได้เล่าถึงประสบการณ์ของบุตรชายในการดูแลบิดา มารดาสูงอายุภาวะพึ่งพิง โดยถ่ายทอดมาจากประสบการณ์จริง ซึ่งการสัมภาษณ์ครั้งนี้จะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการศึกษาค้นคว้าเพื่อเป็นแนวทางในการดูแลบิดา มารดาที่เป็นบุตรชายรายอื่นๆต่อไป และขออนุญาตในการกลับมาหาผู้ให้ข้อมูลหลักอีกครั้ง เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลจากกระบวนการวิเคราะห์ของผู้วิจัยและผู้วิจัยจะกลับมาสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลักซ้ำหากข้อมูลที่ได้ยังไม่ครบสมบูรณ์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

แบบบันทึกภาคสนาม

หมายเลขผู้ให้ข้อมูล.....

การสัมภาษณ์ครั้งที่.....วันที่.....เริ่มเวลา.....น. ถึงเวลา.....น.

สถานที่ให้สัมภาษณ์.....

การบรรยายฉาก บรรยากาศ อากัปกิริยา บริบท ปญหา ความรู้สึกที่เกิดขึ้นในสนามวิจัย

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

บันทึกเมื่อ.....

เวลา.....น.

ผู้บันทึกข้อมูล.....

แบบบันทึกการถอดความและการให้รหัสเบื้องต้น

หมายเลขผู้ให้ข้อมูล.....

การสัมภาษณ์ครั้งที่.....วันที่.....เริ่มเวลา.....น ถึงเวลา.....น

สถานที่ในการสัมภาษณ์.....

บรรทัด	ข้อความ	ถอดรหัส
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

เครื่องมือดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Bathel ADL Index)

ประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ

1. Feeding (รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า)

☐0. ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนให้

☐1. ตักอาหารเองได้แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนตักเตรียมไว้ให้หรือตัดเป็นเล็กๆไว้ล่วงหน้า

☐2. ตักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ

2. Grooming (ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะเวลา 24 - 28 ชั่วโมงที่ผ่านมา)

☐0. ต้องการความช่วยเหลือ

☐1. ทำเองได้ (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)

3. Transfer (ลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้)

☐0. ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คนสองคนช่วยกันยกขึ้น

☐1. ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คน หรือใช้คน ทั่วไป 2 คนพยุงหรือดันขึ้นมาจึงจะนั่งอยู่ได้

☐2. ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตาม หรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย

☐3. ทำได้เอง

4. Toilet use (ใช้ห้องน้ำ)

☐0. ช่วยตัวเองไม่ได้

☐1. ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้หลังจากเสร็จธุระ) แต่ต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่ง

☐2. ช่วยตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมเองได้ ทำความสะอาดได้เรียบร้อยหลังจากเสร็จธุระถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

5. Mobility (การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน)

☐0. เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้

☐1. ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และจะต้องเข้าออกมุมห้องหรือประตูได้

☐2. เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุง หรือบอกให้ทำตาม หรือต้องให้ความสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย

☐3. เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง

6. Dressing (การสวมใส่เสื้อผ้า)

☐0. ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองแทบไม่ได้หรือได้น้อย

☐1. ช่วยตัวเองได้ประมาณร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย

☐2. ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิบ หรือใช้เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสม)

7. Stairs (การขึ้นลงบันได 1 ชั้น)

☐0. ไม่สามารถทำได้

☐1. ต้องการคนช่วย

☐2. ขึ้นลงได้เอง (ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น walker จะต้องเอาขึ้นลงได้ด้วย)

8. Bathing (การอาบน้ำ)

☐0. ต้องมีคนช่วยหรือทำให้

☐1. อาบน้ำเองได้

9. Bowels (การกลั้นการถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา)

☐0. กลั้นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ

☐1. กลั้นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์)

☐2. กลั้นได้เป็นปกติ

CHULALONGKORN UNIVERSITY

10.Bladder (การกลั้นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา)

☐0. กลั้นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลเองได้

☐1. กลั้นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง)

☐2. กลั้นได้เป็นปกติ

ผลการประเมิน

คะแนนรวม ADL (เต็ม) 20 คะแนน	แปรผล
0 – 4 คะแนน	ภาวะพึ่งพาโดยสมบูรณ์: very low initial score, total dependence
5 - 8 คะแนน	ภาวะพึ่งพารุนแรง : low initial score, severe dependence
9 - 11 คะแนน	ภาวะพึ่งพาปานกลาง: intermediate initial score, moderately severs dependence
12 - 20 คะแนน	ไม่เป็นการพึ่งพา: intermediate high, mildly severs dependence, consideration of discharging home

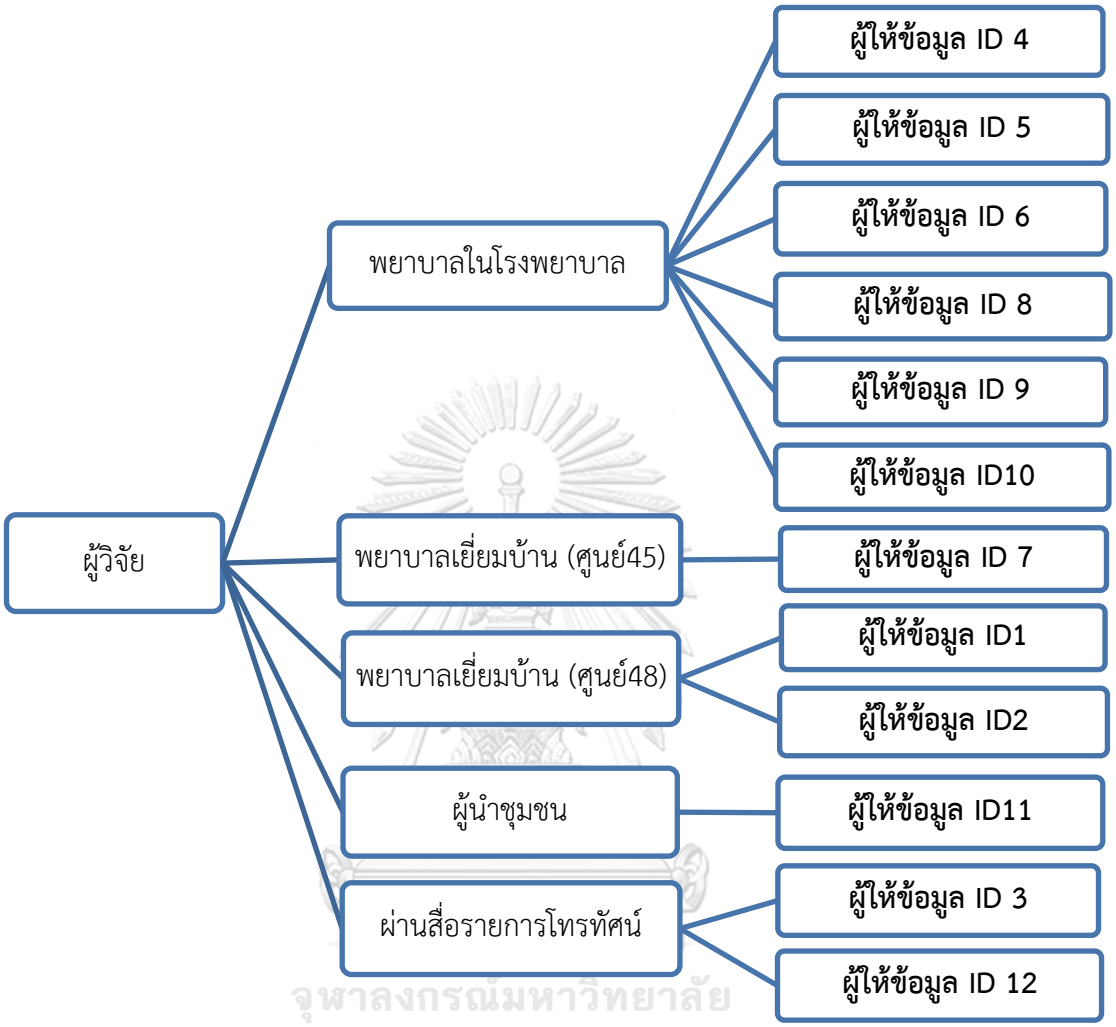
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ภาคผนวก ค

แสดงการเข้าถึงผู้ให้ข้อมูลด้วยวิธีผ่านผู้ประสานงานฯเป็นผู้เปิดทางแนะนำร่วมกับการค้นหาโดยผู้วิจัยเองผ่านสื่อรายการโทรทัศน์

แสดงวัน เวลา สถานที่ จำนวนครั้ง ระยะเวลาในการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลแต่ละราย และแสดงข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูลหลักและผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

แผนภาพที่ 2 แสดงการเข้าถึงผู้ให้ข้อมูลด้วยวิธีผ่านผู้ประสานงานฯเป็นผู้เปิดทางแนะนำร่วมกับการค้นหาโดยผู้วิจัยเองผ่านสื่อรายการโทรทัศน์

ตารางที่ 1 แสดงวันเวลา สถานที่ จำนวนครั้ง ระยะเวลาในการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลในแต่ละราย

ผู้ให้ข้อมูล	จำนวนที่สัมภาษณ์ (ครั้งที่)	วันที่สัมภาษณ์	ระยะเวลา (ชั่วโมง/นาที)	สถานที่
ID1	ครั้งที่ 1	4 ก.ค. 2561	1.30	บ้าน
	ครั้งที่ 2	15 ส.ค 2561	1.00	ทางโทรศัพท์
ID2	ครั้งที่ 1	9 ก.ค. 2561	1.15	บ้าน
ID3	ครั้งที่ 1	19 ก.ค. 2561	2.45	โรงพยาบาล
	ครั้งที่ 2	4 ก.ย 2561	1.13	ทางโทรศัพท์
ID4	ครั้งที่ 1	22 ก.ค. 2561	1.38	บ้าน
ID5	ครั้งที่ 1	8 ส.ค. 2561	1.45	บ้าน
ID6	ครั้งที่ 1	10 ส.ค. 2561	1.35	บ้าน
	ครั้งที่ 2	23 ก.ย. 2561	1.23	โทรศัพท์
ID7	ครั้งที่ 1	19 ส.ค. 2561	1.28	บ้าน
ID8	ครั้งที่ 1	22 ส.ค. 2561	1.33	บ้านเช่า
	ครั้งที่ 2	12 ก.ย. 2561	1.16	ทางโทรศัพท์
ID9	ครั้งที่ 1	5 ก.ย. 2561	1.24	บ้าน
ID10	ครั้งที่ 1	10 ต.ค 2561	1.07	บ้าน
ID11	ครั้งที่ 1	26 ต.ค. 2561	1.00	บ้านเช่า
ID12	ครั้งที่ 1	30 ต.ค. 2561	1.15	บ้านเช่า

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูลหลักและผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง										
ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูลหลัก								ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง		
ID	อายุ (ปี)	สถานภาพของผู้ดูแล	โรคประจำตัว	ระดับการศึกษา	บทบาทการเป็นผู้ดูแล	ประสบการณ์การดูแล	หมายเหตุ	เกี่ยวข้องเป็น	อายุ (ปี)	สถานะปัจจุบันของบิดา/มารดา
1	67	สมรส	DM, HT, DLP	ปริญญาโท	ดูแลเต็มเวลา	4 ปี	- ภรรยาช่วยดูแล	มารดา	87	เป็นอัลไซเมอร์ นอนติดเตียง ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เลย on NG tube ปัสสาวะใส่แพมเพริส ไม่มีแผลกดทับ (ADL = 0)
2	27	สมรส	แข็งแรงดี	ประถมศึกษาปีที่ 6	ทำงานร่วมกับการดูแล	3 ปี	- พี่สาวช่วยพาพ่อไปตรวจตามนัด	บิดา	70	นอนติดเตียง สามารถรับประทานอาหารทางปากได้ ปัสสาวะใส่แพมเพิส พลิกตัวไปมาบนเตียงได้ พูดคุย รู้เรื่องดี (ADL = 5)
3	42	โสด	แข็งแรงดี	ปริญญาตรี	ทำงานร่วมกับการดูแล	4 ปี		มารดา	79	มีภาวะสมองเสื่อม สามารถถามตอบรู้เรื่อง เดินได้โดยต้องมีคนพยุง สามารถรับประทานอาหารทางปากได้ On CAPD ล้างไตทางหน้าท้อง (ADL = 8)

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูลหลัก								ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง		
ID	**อายุ (ปี)**	**สถานภาพของผู้ดูแล**	**โรคประจำตัว**	**ระดับการศึกษา**	**บทบาทการเป็นผู้ดูแล**	**ประสบการณ์การดูแล**	**หมายเหตุ**	**เกี่ยวข้องเป็น**	**อายุ (ปี)**	**สถานะปัจจุบันของบิดา/มารดา**
4	47	โสด	แข็งแรงดี	ปริญญาตรี	ทำงานร่วมกับการดูแล	4 ปี	เป็นบุตรชายคนเดียว	มารดา	89	มีภาวะสมองเสื่อม สามารถถามตอบรู้เรื่อง เดินได้โดยมีคนคอยพยุง รับประทานอาหารทางปากได้ ปัสสาวะใส่แพมเพิส สามารถควบคุมการขับถ่ายได้ (ADL = 8)
5	49	โสด	HT	ปริญญาตรี	ทำงานร่วมกับการดูแล	6 เดือน	เป็นบุตรชายคนเดียว	บิดา	65	ขาขวาถูกตัดเหนือเข่าลงมา ไม่สามารถลุกยืนเองได้นั่งรับประทานอาหารเองได้ ปัสสาวะโดยใส่กระบอกปัสสาวะ และขับถ่ายโดยการใช้แขนพยุงตนเองไปนั่งรถเข็นสำหรับถ่ายข้างเตียง ถามตอบรู้เรื่อง ความรู้ความจำดี (ADL = 11)

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูลหลัก								ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง		
ID	**อายุ (ปี)**	**สถานภาพของผู้ดูแล**	**โรคประจำตัว**	**ระดับการศึกษา**	**บทบาทการเป็นผู้ดูแล**	**ประสบการณ์การดูแล**	**หมายเหตุ**	**เกี่ยวข้องเป็น**	**อายุ (ปี)**	**สถานะปัจจุบันของบิดา/มารดา**
6	42	โสด	HT, DLP	ปริญญาตรี	ดูแลเต็มเวลา	4 ปี	- มีผู้ช่วยดูแลเป็นผู้หญิง 1 คน - พี่สาวช่วยค่าใช้จ่าย	มารดา	81	เป็นอัลไซเมอร์ นอนติดเตียง ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เลย on NG tube ปัสสาวะใส่แพมเพริส ไม่มีแผลกดทับ (ADL = 0)
7	54	โสด	HT	มัธยมศึกษาปีที่ 6	ดูแลเต็มเวลา	4 ปี	- พี่ชายช่วยค่าใช้จ่าย	มารดา	91	นอนติดเตียงไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เลย on NG tube และ on tracheostomy ปัสสาวะใส่แพมเพริส ไม่มีแผลกดทับ (ADL = 0)
8	47	โสด	HT	ปวส.	ดูแลเต็มเวลา	3 ปี	- พี่สาวช่วยค่าใช้จ่าย	มารดา	83	นอนติดเตียงไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เลย on NG tube on tracheostomy และ on AVF ที่แขนสำหรับล้างไต ปัสสาวะใส่แพมเพริส ไม่มีแผลกดทับ (ADL = 0)

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูลหลัก								ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง		
ID	อายุ (ปี)	สถานภาพของผู้ดูแล	โรคประจำตัว	ระดับการศึกษา	บทบาทการเป็นผู้ดูแล	ประสบการณ์การดูแล	หมายเหตุ	เกี่ยวข้องเป็น	อายุ (ปี)	สถานะปัจจุบันของบิดา/มารดา
9	53	สมรส	ไม่เคยตรวจ	ปวส.	ดูแลเต็มเวลา	1 ปี	- มีภรรยาช่วยดูแล - พี่สาวช่วยเหลือค่าใช้จ่าย	มารดา	78	มีภาวะสมองเสื่อม สามารถลุกเดินได้โดยมีคนพยุง รับประทานอาหารทางปากได้ ปัสสาวะใส่แพมเพิส ถามตอบไม่ค่อยรู้เรื่อง พูดเป็นคำๆบางครั้งมีความหมาย บางครั้งพูดประโยคที่ไม่มีความหมาย (ADL = 7)
10	45	สมรส	HT, DM, DLP	ปวส.	ทำงานร่วมกับการดูแล	2 ปี	มีภรรยาช่วยดูแล	บิดา	83	เป็นอัลไซเมอร์ นอนติดเตียง ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เลย on NG tube, on tracheostomy ปัสสาวะใส่แพมเพริส ไม่มีแผลกดทับ (ADL = 0)
11	47	โสด	HT, อาการทางจิต (คุมอาการด้วยยา)	ม.3 (กศน.)	ดูแลเต็มเวลา	1 ปี	น้องสาวช่วยดูแลหลังเลิกงาน	มารดา	68	พยุงให้นั่งรับประทานอาหารทางปากได้ ปัสสาวะใส่แพมเพิส สามารถพลิกตัวบนเตียงเองได้ ไม่มีแผลกดทับ (ADL = 5)

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูลหลัก								ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง		
ID	อายุ (ปี)	สถานภาพของผู้ดูแล	โรคประจำตัว	ระดับการศึกษา	บทบาทการเป็นผู้ดูแล	ประสบการณ์การดูแล	หมายเหตุ	เกี่ยวข้องเป็น	อายุ (ปี)	สถานะปัจจุบันของบิดา/มารดา
12	41	หย่าร้าง	แข็งแรงดี	ปวส.	ทำงานร่วมกับการดูแล	7 เดือน		บิดา	76	สามารถรับประทานอาหารทางปากได้ แขนขาขวาอ่อนแรง ไม่สามารถเดินได้ ปัสสาวะใส่แพมเพริส (ADL=5)

NGKORN UNIVERSITY

ภาคผนวก ง
รายละเอียดผู้ให้ข้อมูลทั้ง 12 ราย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ผู้ให้ข้อมูล ID1

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง

ผู้สูงอายุเพศหญิงวัย 87 ปี มีโรคประจำตัวเป็น โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง เริ่มมีอาการเจ็บป่วยจากอาการหลงลืม เดินกลับบ้านไม่ถูก เมื่อพาไปตรวจรักษา จึงทราบว่าเป็นอาการของโรคอัลไซเมอร์ แต่ยังพอทำกิจวัตรประจำวันต่างๆด้วยตนเองได้ จนกระทั่ง 4 ปีก่อน ก็เกิดเหตุการณ์ไม่คาดคิดขึ้น ผู้ให้ข้อมูลเล่าว่ามารดาไม่ยอมลงมารับประทานอาหารเช้า จึงไขกุญแจเปิดประตูเข้าไปดูมารดาในห้องนอน ภาพที่เห็นคือมารดานอนหงายอยู่บนเตียงลักษณะที่ไม่ขยับตัว พูดไม่เป็นคำ มีปัสสาวะราดเต็มที่นอน จึงรีบพามารดาไปโรงพยาบาลทันที ทำ CT brain เพื่อหาสาเหตุของอาการที่เกิดขึ้น ซึ่งพบว่ามีหลอดเลือดสมองส่วนกลางตีบตันอย่างมาก แพทย์ให้นอนรักษาตัวในโรงพยาบาลนาน 15 วัน จนอาการของมารดาพ้นขีดอันตราย แต่ต้องกลายเป็นผู้สูงอายุติดเตียงที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ไม่สามารถสื่อสารหรือพูดคุยได้ ทำได้เพียงลืมตามองและขยับแขนได้เล็กน้อยเท่านั้น

สถานภาพปัจจุบัน แขนขาอ่อนแรงทั้งสองข้าง ลืมตาเองได้เอง ไม่พูด นอนติดเตียง ADL = 0 อยู่ในภาวะพึ่งพิงระดับสมบูรณ์ on NG tube No.16 feed อาหารรับได้ เดิมเคยมีประวัติการดึงสาย NG tube บ่อยๆ ปัจจุบันสามารถปรับตัวได้ดึงสายน้อยลง แต่ต้องมีการ Restrain กับเตียงเพื่อป้องกันการดึงสายให้อาหาร ปัสสาวะใส่แพมเพริส ไม่มีกลิ่นฉุน ผิวพรรณสะอาดสอ้าน นอนอยู่บนที่นอนลมและไม่มีแผลกดทับ

ข้อมูลส่วนบุคคลของบุตรชายผู้ดูแล

ผู้ให้ข้อมูลเป็นบุตรชายวัย 67 ปี สถานภาพสมรส มีบุตรชาย 1 คน (อายุ 16 ปี) จบระดับการศึกษาสูงสุดในระดับปริญญาโท สาขาบริหารธุรกิจ จากประเทศสหรัสอเมริกา มีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูงและหมอนรองกระดูกเสื่อม โดยผู้ให้ข้อมูลรายนี้เป็นชายวัยเกษียณที่วางแผนชีวิตหลังเกษียณไว้ว่าจะหาธุรกิจส่วนตัวทำเป็นร้านขายของเล็กๆร่วมกับภรรยา แต่หลังจากเกษียณได้ไม่นาน ก็ต้องรับบทบาทการเป็นผู้ดูแลมารดาสูงอายุภาวะพึ่งพิง ซึ่งผู้ให้ข้อมูลรายนี้มีพี่น้องทั้งหมด 5 คน เป็นผู้หญิง 3 คน ผู้ชาย 2 คน โดยตนเองเป็นบุตรคนที่ 3 และอาศัยอยู่ในบ้านหลังเดียวกับมารดามาโดยตลอด ส่วนพี่น้องคนอื่นๆก็แต่งงานแยกย้ายกันไปมีครอบครัว จึงไม่ค่อยมีเวลาได้เจอกันมากนัก

บทบาทของบุตรชายในการเป็นผู้ดูแล

ปัจจุบันให้การดูแลมารดาสูงอายุภาวะพึ่งพิงเป็นระยะเวลานาน 4 ปี ในรูปแบบเต็มเวลา โดยมีภรรยาคอยให้การช่วยเหลือ ลักษณะของกิจกรรมการดูแล คือ ดูแลความสุขสบายด้านร่างกาย อุ้มมารดาพาไปอาบน้ำ เช็ดตัวบนเตียง การให้อาหารทางสายยาง ดูแลให้ยา สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงจากการเจ็บป่วย เปลี่ยนแพสเพริส พาไป F/U ตามนัดที่โรงพยาบาล ซึ่งปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับมารดาอยู่ในเกณฑ์ดี

สภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย

ลักษณะที่อยู่อาศัยเป็นทาวน์เฮ้าส์ 2 ชั้น การเดินทางสะดวก ภายในหมู่บ้านมีร้านสะดวกซื้อ ร้านอาหาร ร้านขายยา ที่ไม่ห่างจากบ้านผู้ให้ข้อมูลมากนัก หน้าหมู่บ้านมีรถประจำทางหลายสาย บริเวณบ้านมีรั้วรอบขอบชิดดี มีสมาชิกภายในบ้านอาศัยอยู่ร่วมกันทั้งหมด 4 คน ได้แก่ ผู้ให้ข้อมูล ภรรยา ลูกชาย และมารดาสูงอายุ ข้าวของภายในบ้านถูกจัดไว้อย่างเป็นระเบียบ อากาศถ่ายเทและแสงสว่างเพียงพอ มีพื้นที่สำหรับจัดเตรียมอาหารและยาให้ผู้สูงอายุ ภายในห้องน้ำลักษณะเป็นพื้นหยาบไม่ลื่น มีฝักบัวสำหรับอาบน้ำ โถส้วมเป็นแบบชักโครก และผนังห้องน้ำติดราวจับไว้ในระดับที่เหมาะสม

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ผู้ให้ข้อมูล ID2

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง

ผู้สูงอายุเพศชายวัย 70 ปี มีโรคประจำตัวเป็นต่อมลูกหมากโต โรคความดันโลหิตสูง สาเหตุการเจ็บป่วยมาจากขาดยาลดความดันโลหิตมาประมาณ 1 ปี เนื่องจากวิกฤติน้ำท่วมในปี 2554 เป็นเหตุให้ไม่สามารถเดินทางไปพบแพทย์เพื่อรับยาได้ จากนั้นเริ่มมีอาการแขนขาอ่อนแรง เดินเซ ลุกยืนไม่ไหว เมื่อไปโรงพยาบาลพบว่ามีหลอดเลือดสมองตีบ จึงนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล และได้ทำกายภาพจนเริ่มเดินโดยใช้ walker ช่วยได้ จนกระทั่งปี 2556 ผู้สูงอายุรายนี้เกิดปัญหาติดเชื้อทางเดินปัสสาวะและกินอาหารไม่ได้ เริ่มไม่ยอมลุกเดิน จึงต้องให้อาหารทางสายยางและใส่สายสวนปัสสาวะไว้ จากนั้นก็นอนติดเตียงและไม่ลุกเดินอีกเลย

สถานภาพปัจจุบัน พูดคุยรู้เรื่อง รูปร่างผอม แขนขาอ่อนแรงทั้งสองข้าง Motor power grade 3 ไม่สามารถลุกเดินเองได้ ต้องมีคนคอยอุ้มพยุง เคยมีประวัติการดึงสาย NG tube และสายสวนปัสสาวะบ่อยๆ แพทย์จึงพิจารณาให้รับประทานอาหารทางปากและให้ปัสสาวะเองโดยใส่แพมเพิสแทน ประเมิน ADL = 5 อยู่ในเกณฑ์พึ่งพาระดับรุนแรง

ข้อมูลส่วนบุคคลของบุตรชายผู้ดูแล

ผู้ให้ข้อมูลเป็นบุตรชายวัย 27 ปี สถานภาพสมรส มีบุตร 2 คน คือ บุตรสาวอายุ 5 ขวบ และบุตรชายอายุ 3 ขวบ จบระดับการศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ปัจจุบัน ทำงานขับรถส่งไม้สำหรับทำฟืนที่โรงหล่อพระ รายได้ประมาณ 1,700-1,900 บาทต่อวัน ไม่มีโรคประจำตัว โดยผู้ให้ข้อมูลรายนี้มีบทบาทหน้าที่ในการทำงาน รับผิดชอบค่าใช้จ่ายภายในบ้านและดูแลบุตรในเรื่องของการรับ-ส่งไปโรงเรียน ส่วนภรรยาจะช่วยรับผิดชอบเรื่องค่าใช่จ่ายในส่วนของบุตรเพื่อแบ่งเบาภาระค่าใช้จ่ายร่วมกัน ผู้ให้ข้อมูลรายนี้มีพี่น้องทั้งหมด 3 คน เป็นผู้หญิง 2 คน ผู้ชาย 1 คน ตนเองเป็นบุตรคนที่ 3 เมื่อบิดาสูงอายุเกิดการเจ็บป่วยจนไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ผู้ให้ข้อมูลจึงเริ่มรับบทบาทการเป็นผู้ดูแลบิดาสูงอายุภาวะพึ่งพิง เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลทำงานแค่ช่วงเวลาเช้า จึงมีเวลาให้กาดูแลบิดามากที่สุด ส่วนพี่สาวทั้งสองคนแต่งงานแยกย้ายกันไปมีครอบครัว โดยพี่สาวคนโตไปอยู่ต่างจังหวัด ส่วนพี่สาวคนรองจะขายของตามตลาดนัด ซึ่งจะแวะมาเยี่ยมเยียนซื้อของมาฝากบ้าง เนื่องจากบ้านอยู่ไม่ไกลกันมาก และคอยช่วยเหลือในการพาบิดาสูงอายุภาวะพึ่งพิงไปรับยาที่โรงพยาบาล และตรวจตามนัด

บทบาทของบุตรชายในการเป็นผู้ดูแล

ปัจจุบันให้การดูแลบิดาสูงอายุภาวะพึ่งพิงเป็นระยะเวลานาน 3 ปี ในรูปแบบการทำงานร่วมกับการดูแล โดยสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้ข้อมูลกับบิดาสูงอายุอยู่ในเกณฑ์ไม่ค่อยดีมากนัก เนื่องจากเมื่อก่อนบิดาสูงอายุเป็นคนชอบดื่มสุรา ไม่ทำงานเป็นหลักแหล่ง ส่วนใหญ่ก็จะมาช่วยบุตรชายในการขับรถไปส่งไม้ ผู้ให้ข้อมูลเล่าว่ารู้สึกสนิทกับมารดามากกว่า และตนไม่ค่อยได้พูดคุยกับบิดาเท่าไร เนื่องจากบิดามารดาหย่าร้างกันไปตั้งแต่ตนอายุได้ 18-19 ปี จนกระทั่งเกิดเหตุการณ์น้ำท่วมปี 2554 บิดาสูงอายุจึงขาดยาลดความดันโลหิต เนื่องจากไม่สามารถเดินทางไปรับยาได้ จนหลอดเลือสมองตีบและตกอยู่ในภาวะพึ่งพิง โดยผู้ให้ข้อมูลจะดูแลบิดาสูงอายุภาวะพึ่งพิงในเรื่องอาหารที่ต้องรับประทานเป็นนมชงทุกมื้อ เนื่องจากบิดาสูงอายุรายนี้ไม่เคี้ยวอาหาร จึงต้องรับประทานอาหารที่เป็นนมชงที่พยาบาลแนะนำว่าสามารถดื่มได้และมีสารอาหารครบถ้วนแทน และดูแลเรื่องการเปลี่ยนแพมเพิส โดยตลอดการดูแลบิดาสูงอายุภาวะพึ่งพิง ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกว่าบิดาของตนไม่พยายามช่วยเหลือตนเอง ถึงแม้ตนจะพยายามกระตุ้นให้ออกกำลังกายแต่บิดาก็ไม่ยอมทำ พยายามทำอาหารให้รับประทานก็ไม่ยอมเคี้ยว จึงรู้สึกว่าบิดาของตนไม่ยอมทำเพราะไม่พยายามช่วยตนเอง แต่ที่ต้องดูแลกันไปเพราะเป็นหน้าที่ของลูก และบิดาสูงอายุก็ไม่มีญาติที่ไหนมาคอยดูแล และพี่สาวก็ต้องไปทำงาน จึงทำหน้าที่รับผิดชอบดูแลบิดาสูงอายุและพยายามทำหน้าที่ของลูกให้ดีที่สุด

สภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย

ลักษณะที่อยู่อาศัยบ้านไม้ ภายในบ้านมีข้าวของเครื่องใช้วางไว้อย่างไม่เป็นระเบียบตามทางเดิน แต่ยังคงมีแสงสว่างเพียงพอและอากาศถ่ายเทดี มีกลิ่นอับฉุนจากปัสสาวะของผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง รั้วบ้านเป็นไม้สูงระดับเอว ตรงข้ามบ้านเป็นคลองเล็กๆมีน้ำไหลผ่าน สมาชิกในบ้านอาศัยอยู่ร่วมกัน 6 คน ประกอบด้วย ผู้ให้ข้อมูล ภรรยา บุตร 2 คน บิดาสูงอายุที่ต้องการการดูแล และมารดาของผู้ให้ข้อมูล (รับมารดามาอยู่ด้วยหลังจากบิดาป่วย)

ผู้ให้ข้อมูล ID3

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง

ผู้สูงอายุเพศหญิงวัย 79 ปี มีโรคประจำตัวคือ อัลไซเมอร์ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคไตวายเรื้อรัง และมีอาการพาร์กินสันมีอาการเดินก้าวเท้าชิดๆ สั่นๆ ทรงตัวได้ไม่ดี จนกระทั่งปี 2557 ผู้สูงอายุรายนี้ เริ่มมีอาการบวมตามแขนขาและตรวจพบว่าเป็นโรคไตเรื้อรัง จากนั้นมีอาการอ่อนเพลีย นอนเยอะขึ้น ไม่ค่อยลุกเดิน บุตรชายจึงเริ่มพาทำกายภาพที่โรงพยาบาล สัปดาห์ละ 2 ครั้ง เมื่อทำกายภาพที่โรงพยาบาลได้ประมาน 3 เดือน ทางโรงพยาบาลจึงให้กลับมาทำกายภาพเองที่บ้าน โดยมีบุตรชายคอยช่วยทำกายภาพจนอาการเริ่มดีขึ้นและสามารถกลับมาเดินได้เองอีกครั้ง นอกจากนี้ ผู้สูงอายุมีปัญหาเรื่องความจำเนื่องจากมีภาวะสมองเสื่อมร่วมด้วย ปัจจุบันมีอาการเจ็บป่วยด้วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายจึงต้องนอนรักษาตัวที่โรงพยาบาล โดยการรักษาคือต้องมีการล้างไตอย่างต่อเนื่องซึ่งอยู่ในระหว่างการตัดสินใจของญาติผู้ดูแลว่าจะล้างไตทางหน้าท้อง หรือล้างไตผ่านหลอดเลือดที่แขน

สถานภาพปัจจุบัน สามารถเดินได้โดยต้องมีคนพยุงอย่างน้อย 1 คน สามารถตักอาหารรับประทานเองได้โดยต้องมีคนดูแลอย่างใกล้ชิด พาไปเข้าห้องน้ำสามารถปัสสาวะเองได้โดยมีคนคอยดูแลและต้องใส่แพมเพิสไว้เนื่องจากบางครั้งกลั้นปัสสาวะไม่ได้ จากการประเมิน ADL = 8 อยู่ในเกณฑ์พึ่งพาระดับรุนแรง จากการพูดคุยกับผู้สูงอายุรายนี้ สามารถถามตอบรู้เรื่องดี มีสับสนเรื่องสถานที่ รู้ว่าขณะนี้เป็นเวลากลางวันหรือกลางคืน แต่เมื่อถามว่าทานข้าวกับอะไรไม่สามารถจำได้

ข้อมูลส่วนบุคคลของบุตรชายผู้ดูแล

ผู้ให้ข้อมูลเป็นบุตรชายวัย 42 ปี สถานภาพโสด จบระดับการศึกษาระดับปริญญาตรี 2 สาขา คือ คณะวิศวะไฟฟ้าที่มหาวิทยาลัยมหิดล และสาขาสถาปัตยกรรมที่จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย สุขภาพร่างกายแข็งแรงดี เป็นชายวัยทำงานที่ขยันสร้างเนื้อสร้างตัวและมีความสามารถในด้านการค้าขายมาตั้งแต่สมัยเรียน โดยจะหารายได้พิเศษจากการขายเสื้อผ้า ขายขนม ขายเครื่องทำน้ำแข็งขนาดพกพาที่ประดิษฐ์ร่วมกับเพื่อน จนเมื่อเรียนจบจึงย้ายแยกกันไปประกอบอาชีพของแต่ละคน ปัจจุบันผู้ให้ข้อมูลรายนี้ทำงานเป็นพนักงานขายอุปกรณ์ไฟฟ้าที่บริษัทเอกชนแห่งหนึ่ง รายได้ต่อเดือนประมาณ 60,000 บาท ผู้ให้ข้อมูลมีพี่น้อง 2 คน โดยตนเองเป็นบุตรคนแรก และมีน้องสาว 1 คนซึ่งแต่งงานและมีลูกชายฝาแฝด 2 คน จากการสัมภาษณ์เดิมอาศัยอยู่ที่บ้านร่วมกับน้องสาวและหลาน แต่น้องสาวมีภาระเรื่องลูกที่ต้องคอยดูแล จึงไม่ค่อยไม่ได้ใส่ใจอาการเจ็บป่วยของมารดาเท่าที่ควร และเนื่องจากที่บ้านเป็นร้านขายของ มารดาที่มีภาวะสมองเสื่อมจะชอบกินน้ำหวาน ซึ่งน้องสาวก็ไม่ได้ช่วยคุมอาหาร ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดของมารดาสูงขึ้น จึงเป็นเหตุผล

ในการตัดสินใจพามารดาย้ายมาอยู่กับตนที่ห้องเช่าเป็นอพาร์ทเม้นต์ใกล้กับที่ทำงานเพื่อทำกายภาพให้มารดาได้ทุกวัน และให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง

บทบาทของบุตรชายในการเป็นผู้ดูแล

ปัจจุบันให้การดูแลบิดาสูงอายุภาวะพึ่งพิงเป็นระยะเวลานาน 4 ปี ในรูปแบบการทำงานร่วมกับการดูแล เมื่อมารดาสูงอายุเกิดความเจ็บป่วย จากชายวัยทำงานที่ใช้ชีวิตแบบปกติทั่วไปเริ่มหันมาสนใจสุขภาพของมารดามากขึ้น เริ่มจากการพามารดาไปทำกายภาพที่โรงพยาบาลและเห็นว่าการทำกายภาพทำให้มารดาอาการดีขึ้น จึงตัดสินใจรับมารดามาอยู่ที่ห้องเช่าใกล้ที่ทำงานด้วยกัน เพื่อสามารถทำกายภาพให้กับมารดาได้อย่างต่อเนื่อง เมื่อเวลาผ่านไปประมาณ 1 เดือน มารดาอาการดีขึ้นจากผู้ป่วยติดเตียงที่ไม่สามารถเดินได้กลับมาเดินได้อีกครั้ง และที่มีอาชีพเป็นพนักงานขายอุปกรณ์ไฟฟ้า ลักษณะงานต้องเดินทางไปตามต่างจังหวัดและสถานที่ต่างๆหลายที่ จึงได้ขออนุญาติที่ทำงานเพื่อพามารดามาทำงานด้วย ซึ่งหัวหน้างาน เพื่อนร่วมงาน รวมไปถึงลูกค้ามีความเข้าใจและให้การช่วยเหลืออย่างดี ลักษณะในการดูแลมารดาสูงอายจึงเป็นการทำงานควบคู่ไปกับการดูแลแบบตลอด 24 ชั่วโมง นอกจากนี้ ผู้ให้ข้อมูลจะคอยดูแลเรื่องความปลอดภัย อาหารที่เหมาะสมกับโรค การออกกำลังกาย การพาไปพักผ่อน ซึ่งบ้างครั้งต้องใช้รถเข็นในการเดินทาง การพาเข้าห้องน้ำ การสวมใส่เสื้อผ้า ความสุขสบายต่างๆ ซึ่งปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับมารดาอยู่ในเกณฑ์ดี

เมื่อไม่นานมานี้มารดามีอาการซึมลงจึงพบว่า อาการเจ็บป่วยด้วยโรคไตวายเรื้อรังดำเนินมาสู่ระยะสุดท้ายจึงต้องนอนรักษาตัวที่โรงพยาบาลอีกครั้ง และต้องรักษาโดยการล้างไตอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกกังวลใจเรื่องของอาการเปลี่ยนแปลง การดูแลเรื่องการล้างไตที่ไม่เคยทำ รวมถึงรูปแบบการดูแลที่ต้องปรับเปลี่ยนใหม่ให้เหมาะสมระหว่างการทำงานและการดูแลที่เพิ่มมากขึ้น ซึ่งขณะนี้อยู่ในระหว่างคิดวางแผนการดูแล

สภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย

ปัจจุบันอาศัยอยู่ในคอนโดใกล้ที่ทำงาน การเดินทางไปมาสะดวก และมีสวนสาธารณะที่สามารถพามารดาออกมาเดินเล่นได้

ผู้ให้ข้อมูล ID4

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง

ผู้สูงอายุเพศญิงวัย 89 ปี มีปัญหาโรคเรื้อรังหลายโรคทั้งโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง หัวใจเต้นผิดจังหวะ กล้ามเนื้อหัวใจโต เริ่มมีอาการหลงลืม ออกมาเดินนอกบ้านแล้วจำทางกลับไม่ได้ เกิดอุบัติเหตุหกล้มและมีอาการปวดหลัง บุตรชายจึงให้มารดารับประทานยากลุ่ม NSAID เพื่อบรรเทาอาการปวด แต่ปรากฏว่าเกิดภาวะหัวใจวาย จนต้องนอนรักษาอาการใน ICU ประมาณ 3 เดือน จนกระทั่งอาการปลอดภัยและสามารถกลับบ้านได้ ซึ่งหลังจากออกจากโรงพยาบาลจึงต้องรับการดูแลอย่างใกล้ชิดเพื่อระมัดระวังการเกิดอุบัติเหตุ

สถานภาพปัจจุบันสามารถรับประทานอาหารเองได้ แต่ต้องมีคนจัดเตรียมอาหารให้ เดินได้โดยมีคนคอยพยุง ปัสสาวะใส่แพมเพิส และมีปัญหาเรื่องความจำ แต่สามารถพูดคุยสื่อสารเป็นประโยคได้ ประเมิน ADL = 8 อยู่ในเกณฑ์พึ่งพาระดับรุนแรง

ข้อมูลส่วนบุคคลของบุตรชายผู้ดูแล

ผู้ให้ข้อมูลเป็นบุตรชายวัย 47 ปี สถานภาพโสด จบระดับการศึกษาสูงสุดในระดับปริญญาตรี สุขภาพร่างกายแข็งแรงดี ไม่มีโรคประจำตัว ปัจจุบันทำงานเป็นผู้ช่วยพยาบาลในแผนกผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลรัฐแห่งหนึ่ง รายได้เพียงพอต่อการดูแลมารดา โดยผู้ให้ข้อมูลรายนี้เป็นบุตรชายคนเดียวของบ้าน หลังจากที่บิดาเสียไปตั้งแต่ตนเองยังเด็ก มารดาจึงเป็นผู้เลี้ยงตนมาคนเดียวโดยตลอด ทำให้ตนเองวางแผนอนาคตเรื่องงานว่าต้องเรียนจบด้านสุขภาพ ต้องเลือกที่ทำงานใกล้บ้าน เนื่องจากคิดไว้แล้วว่าอนาคตตนต้องอยู่กับมารดาสองคน และเมื่อถึงวันที่มารดาเจ็บป่วยตนจะสามารถให้การดูแลมารดาไปพร้อมกับการทำงานได้ จากนั้น เมื่อเรียนจบจึงได้มาทำงานเป็นผู้ช่วยพยาบาลและเลือกซื้อบ้านที่อยู่ไม่ไกลจากที่ทำงานมากนัก สามารถเดินทางไป-มาได้สะดวก และรับมารดามาอยู่ด้วยและ ใช้ชีวิตอยู่ด้วยกันตามปกติสุขของแม่ลูกทั่วไป

บทบาทของบุตรชายในการเป็นผู้ดูแล

ปัจจุบันให้การดูแลมารดาสูงอายุภาวะพึ่งพิงเป็นระยะเวลานาน 4 ปี ในรูปแบบการทำงานร่วมกับการดูแล ลักษณะในการดูแลมารดาของผู้ให้ข้อมูลรายนี้ คือ การวางแผนการดูแลแบบเป็นตารางเวลาที่แน่นอน โดยดูแลเรื่องการขับถ่ายให้เป็นเวลาในช่วงเช้า กลางวัน เย็น ก่อนนอน การรับประทานอาหารให้เป็นเวลาและเหมาะสมกับโรค ดูแลความสะอาดและความสุขสบาย เฝ้าระวังความปลอดภัย โดยการจัดตารางเวลานี้จะช่วยให้การดูแลสามารถทำควบคู่ไปพร้อมกับการทำงานโดยไม่กระทบกับเวลางาน และหากมีเหตุจำเป็นที่ต้องไปต่างจังหวัดจะมีเพื่อนบ้านมาช่วยดูแลแทนให้ โดยที่ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้สอนเพื่อนบ้านให้ทำตามวิธีการที่ผู้ดูแลเป็นผู้กำหนดให้

สภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย

ลักษณะที่อยู่อาศัยเป็นทาวน์เฮ้าส์ 2 ชั้น มีรั้วรอบขอบชิดดี หน้าบ้านมีอ่างเลี้ยงปลาเล็กๆ ไว้ให้ผู้สูงอายุนั่งดูยามว่าง เลี้ยงสุนัขพันธุ์ชิสุเพศผู้ 1 ตัว ภายในบ้านจัดพื้นที่ห้องสี่เหลี่ยม ขนาดประมาณ 4×4 เมตร ที่ถูกปรับสภาพเป็นห้องนอน มี Home treater ทีวีติดผนัง 1 เครื่อง โซฟายาว 1 ตัวที่วางติดไว้กับเตียงนอน มีพรมปูไว้ตรงข้างล่างโซฟาโดยมีประตูกระจกกั้นระหว่างห้องนอนและพื้นที่กลางบ้าน ข้าวของต่างๆถูกจัดสรรไว้อย่างเป็นระเบียบ เรียบร้อย ภายในห้องสะอาดไม่มีกลิ่นเหม็นอับ ส่วนห้องน้ำลักษณะโถส้วมเป็นแบบชักโครก สะอาด และไม่มีน้ำขังตามพื้นห้องน้ำ มีน้ำฆ่าเชื้อสำหรับล้างมือวางไว้อย่างเป็นระเบียบ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ผู้ให้ข้อมูล ID5

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง

ผู้สูงอายุชายวัย 75 ปี มีโรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง เส้นเลือดหัวใจตีบ เดิมอาศัยอยู่กับภรรยาที่ต่างจังหวัด 2 คน จนกระทั่ง 6 เดือนก่อน ประสบอุบัติเหตุรถมอเตอร์ไซค์ชนกับรถกระบะ เนื่องจากกำลังจะขับรถไปหาเพื่อนบ้านที่อยู่ไม่ไกลกันมากและได้ขับรถย้อนศรเพื่อยูเทิร์นไปอีกฝั่งของถนน แต่ไม่เห็นรถกะบะที่วิ่งมาทางตรงด้วยความเร็ว จึงชนประสานงากัน

จากอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นทำให้ผู้สูงรายนี้ต้องถูกตัดขาขวา เนื่องจากกระดูก กล้ามเนื้อ และเส้นประสาทที่ขาถูกทำลายจนหมด ไม่สามารถรักษาด้วยวิธีอื่นได้ จึงเป็นเหตุต้องสูญเสียขาขวาและช่วยเหลือตนเองได้น้อย ไม่สามารถลุกยืนเองได้ ต้องมีคนจัดเตรียมอาหารมาให้รับประทาน จากที่เคยเดินไปห้องน้ำเองได้ ต้องเปลี่ยนมาปัสสาวะโดยใส่กระบอกปัสสาวะข้างเตียงแทน และขับถ่ายอุจจาระโดยการใช้แขนพยุงตนเองนั่งรถเข็นสำหรับนั่งถ่ายข้างเตียง จากการประเมิน ADL = 11 อยู่ในเกณฑ์พึ่งพาระดับปานกลาง หลังจากประสบอุบัติเหตุได้ไม่นาน ผู้สูงอายุรายนี้ต้องเกิดเหตุการณ์สะเทือนใจอีกครั้ง โดยเมื่อ 2 เดือนก่อนต้องสูญเสียภรรยาด้วยโรคมะเร็งตับระยะสุดท้าย ทำให้สภาพจิตใจของผู้สูงอายุอยู่ในช่วงที่ต้องการกำลังใจอย่างมาก จากการสอบถามบุตรชายผู้ให้ข้อมูลเล่าว่า ผู้สูงอายุรายนี้รับประทานอาหารได้น้อย แต่ยังพอปรับตัวยอมรับกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ เนื่องจากตนเป็นพยาบาลเคยอบรมเรื่องความตาย จึงได้พูดคุยเรื่องความตายเป็นปกติของคนในครอบครัว ให้ทุกคนในบ้านยอมรับได้หากเกิดการสูญเสียเกิดขึ้นได้

ข้อมูลส่วนบุคคลของบุตรชายผู้ดูแล

ผู้ให้ข้อมูลเป็นบุตรชายวัย 49 ปี สถานภาพโสด (ปัจจุบันอยู่กับแฟนสาว ยังไม่ได้สมรส) จบระดับการศึกษาสูงสุดในระดับปริญญาตรี มีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูงควบคุมระดับความดันโลหิตด้วยยาและการออกกำลังกาย ปัจจุบันรับราชการทำงานเป็นผู้ช่วยทันตแพทย์ในโรงพยาบาลรัฐแห่งหนึ่ง รายได้เพียงพอต่อการดูแลบิดา โดยผู้ให้ข้อมูลรายนี้เป็นบุตรชายคนเดียวของบ้าน เมื่อเรียนจบก็ทำงานรับราชการในกรุงเทพ ทุกเดือนจะเดินทางไปเยี่ยมบิดามารดาที่ต่างจังหวัดเดือนละครั้ง ซึ่งชีวิตการทำงานก็ดำเนินไปด้วยความราบรื่นดีมาโดยตลอด

จากเหตุการณ์ที่บิดาสูญเสียขาจากอุบัติเหตุ และการสูญเสียมารดาอันเป็นที่รัก ทำให้ผู้ให้ข้อมูลรายนี้กลายเป็นเสาหลักของบ้าน จึงตัดสินใจรับบิดาสูงอายุภาวะพึ่งพิงมาอยู่ด้วยกันที่บ้านพักข้าราชการ และให้การดูแลบิดาสูงอายุของตนและคอยให้กำลังใจกันเป็นอย่างดี

บทบาทของบุตรชายในการเป็นผู้ดูแล

ปัจจุบันให้การดูแลบิดาที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงมาเป็นระยะเวลา 6 เดือนกว่าๆ หลังจากประสบอุบัติเหตุจนต้องสูญเสียขาขวา ลักษณะในการดูแลบิดาสูงอายุ คือ รับบิดาสูงอายุมาอยู่ด้วยกันที่บ้านพักข้าราชการ ดูแลจัดพื้นที่บ้านโดยชั้นล่างเป็นเตียงนอนจัดอุปกรณ์ต่างๆ เช่น แก้วน้ำ กระบอกปัสสาวะ รถเข็นสำหรับนั่งถ่าย จึงต้องแบ่งเวลาการทำงานกับการดูแลให้ชัดเจน คือช่วงเช้าวันจันทร์ถึงวันเสาร์เวลา 8.00-16.00 น. จะออกไปทำงาน หลังจากนั้นช่วงพักกลางวันจะขับรถจากที่ทำงานมาจัดเตรียมอาหารให้คุณบิดาสูงอายุได้รับประทาน และดูแลเรื่องการขับถ่ายเทปัสสาวะ/อุจจาระ ดูแลเรื่องความสุขสบาย เตรียมน้ำและผ้าเช็ดตัวไว้สำหรับให้บิดาสูงอายุเช็ดตัวหากมีอากาศร้อน หลังจากนั้น เวลาบ่ายโมงก็ขับรถกลับไปทำงาน และเลิกงานตอนเย็นก็ดูแลเรื่องอาหารและความสุขสบายจนถึงเข้านอน

สภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย

ลักษณะที่อยู่อาศัยเป็นแฟตทหารที่ติดกันเป็นหลังๆ เป็นปูน 2 ชั้น ภายในบ้านจัดของไว้เป็นระเบียบเรียบร้อย ไม่มีของวางเกะกะ สะอาด มีอากาศถ่ายเทได้สะดวก จัดพื้นที่ชั้นล่างให้เป็นเตียงนอน มีที่วางของใช้ต่างๆไว้ใกล้มือสำหรับใช้บิดาสูงอายุหยิบของที่ต้องการได้อย่างสะดวก ด้านตรงข้ามเตียงนอนเป็นโต๊ะวางทีวีที่บิดาสูงอายุภาวะพึ่งพิงสามารถใช้รีโมทเปิดทีวีดูได้

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ผู้ให้ข้อมูล ID6

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง

ผู้สูงอายุเพศหญิงอายุ 81 ปี มีโรคประจำตัว คือ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง มีภาวะซีดและภาวะสมองเสื่อม สถานภาพสมรสปัจจุบันสามี อายุ 83 ปีที่ยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้ดี โดยอาการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุรายนี้เริ่มจากเมื่อ 10 ปีก่อน มีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไป ใช้เงินเก่ง ไม่อยู่กับ ที่ใช้เงินเดินทางไปหาเพื่อนต่างจังหวัดโดยรถไฟหรือนั่งเครื่องบินคนเดียว หลังจากนั้น 4-5 ปีถัดมาเริ่มเดินหลงทางกลับบ้านไม่ถูก ลูกสาวคนโตสังเกตเห็นว่ามารดาสูงอายุเริ่มมีอาการทรงตัวไม่ค่อยอยู่ กลืนยาก ไม่ยอมกินข้าว จึงพามาตรวจที่โรงพยาบาล จึงพบว่ามีโรคหลอดเลือดสมองร่วมด้วย จากนั้นอาการก็ค่อยๆแย่ลงตามสภาวะของโรคจนไม่สามารถทานอาหารเองได้ และเป็นผู้ป่วยติดเตียงในที่สุด

สถานะภาพปัจจุบันไม่สามารถช่วยตนเองได้ แต่สามารถอุ้มมานั่งที่รถเข็น เพื่อไปอาบน้ำในห้องน้ำได้ รับประทานอาหารผ่านสายยางให้อาหาร ปัสสาวะใส่แพมเพริส ไม่พูดตอบโต้ ลืมตาได้เอง เมื่อดูดเสมหะสีหน้าออกทางสีหน้าเมื่อเจ็บ จากการประเมิน ADL = 0 อยู่ในระดับพึ่งพาแบบสมบูรณ์

ข้อมูลส่วนบุคคลของบุตรชายผู้ดูแล

ผู้ให้ข้อมูลเป็นบุตรชายวัย 42 ปี สถานภาพโสด มีพี่น้องทั้งหมด 4 คน เป็นผู้หญิง 3 คน ผู้ชาย 1 คน ตนเป็นบุตรคนสุดท้อง มีโรคประจำตัวเป็นไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง จบระดับการศึกษาสูงสุดในระดับปริญญาตรี เดิมเป็นหัวหน้างานบริษัทเอกชนเกี่ยวกับขายรถยนต์ เคยมีรายได้ 40,000-50,000 ต่อเดือน ก่อนมารดาป่วย ใช้ชีวิตไปกับการกินเที่ยว ไม่ค่อยได้กลับบ้าน และไม่ค่อยได้ใส่ใจคนในครอบครัวเท่าไรนัก เนื่องจากคิดว่าบิดามารดายังดูแลตนเองได้และไม่ได้ต้องการการช่วยเหลืออะไรจากตน ในวัยทำงานส่วนใหญ่ใช้ชีวิตไปกับการกิน เที่ยว สังสังสรรค์กับเพื่อน ใช้เงินเกินตัว ทำให้เริ่มเป็นหนี้สิน จึงวางแผนย้ายงานใหม่แต่ได้แค่สัญญาจ้างทั่วไป ไม่ได้เป็นสัญญาจ้างประจำ ประกอบกับช่วงย้ายงานเป็นช่วงที่มารดาสูงอายุต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยโรคหลอดเลือดสมองจนกลายเป็นผู้ป่วยติดเตียง ด้วยเหตุนี้ผู้ให้ข้อมูลจึงได้เห็นมารดาที่นอนเจ็บป่วยอยู่ที่เตียงผู้ป่วย ไม่สามารถพูดหรือสื่อสารกับตนเองได้ ทำให้เกิดความรู้สึกเสียใจและเสียดายเวลาที่ผ่านมาว่าตนไม่ได้ให้ความสนใจใส่ใจดูแลมารดาเลย ประกอบกับงานที่ผู้ให้ข้อมูลทำอยู่ไม่มั่นคง และมีหนี้สิ้นล้นพ้น จึงตัดสินใจลาออกจากงานมาดูแลมารดาสูงอายุภาวะพึ่งพิงแบบเต็มเวลา โดยได้รับความช่วยเหลือจากคนในครอบเป็นอย่างดี คือ รายได้ในชีวิตประจำวันและรายค่าใช้จ่ายในการดูแลมาจากพี่สาวคนโตที่ให้เงินในการดูแลมารดาเดือนละ 10,000 บาท ให้เป็นเงินเก็บเพิ่มอีกเดือนละ 2,000 บาท และเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายภายในบ้าน

และพี่สาวคนที่ 3 คอยช่วยเหลือค่าใช้จ่ายเรื่องการจ้างคนมาช่วยดูแลในกิจกรรมเล็กน้อยๆเพื่อไม่ให้ภาระการดูแลหนักเกินไป ทำให้การตัดสินใจลาออกจากงานไม่ยากนัก

บทบาทของบุตรชายในการเป็นผู้ดูแล

ปัจจุบันให้การดูแลมารดาที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงมาเป็นระยะเวลา 4 ปี โดยบทบาทในการดูแลมารดาจะมีผู้ช่วยดูแลเพศหญิง 1 คน ในการช่วยเหลือกิจกรรมการดูแล โดยจะแบ่งหน้าที่กับผู้ช่วยดูแล ซึ่งการดูแลเล็กๆน้อยๆ เช่น ความสุขสบายทั่วไป เปลี่ยนแพมเพิส พาอาบน้ำ จะให้ผู้ช่วยดูแลเป็นคนทำโดยผู้ให้ข้อมูลทำร่มด้วย แต่หากเป็นการดูแลที่ต้องใช้ทักษะหรือเทคนิกพิเศษ เช่น การดูดเสมหะ การใส่สายสวนปัสสาวะ การจัดเตรียมอาหาร feed การดูแลให้ยา การใส่สาย NG เมื่อหลุด สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงจากการเจ็บป่วย พาไป F/U ตามนัดที่โรงพยาบาลโดยปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับมารดาอยู่ในเกณฑ์ดี

สภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย

โดยที่อยู่อาศัยลักษณะเป็นทาวน์เฮ้าส์ 2 ชั้น การเดินทางไป-มาสะดวก อยู่ใกล้ตลาดสามารถหาซื้อของได้ง่าย บริเวณบ้านมีรั้วรอบขอบชิดดี ภายในบ้านอาศัยอยู่ร่วมกันทั้งหมด 4 คน คือ ผู้ให้ข้อมูล บิดาและมารดาสูงอายุ และผู้ช่วยดูแล ข้าวของภายในบ้านจัดไว้เป็นระเบียบ เตียงนอนของมารดาสูงอายุเป็นที่นอนลมป้องกันแผลกดทับ รอบๆเตียงมีอุปกรณ์ในการดูแลครบครั้นที่จัดวางไว้ให้หยิบใช้ได้ง่าย ภายในบ้านมีอากาศถ่ายเทและแสงสว่างเพียงพอไม่มีกลิ่นอับ ข้างๆเตียงผู้สูงอายุ มีเตียงเล็กๆเพื่อนอนเฝ้าในเวลากลางคืน

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ผู้ให้ข้อมูล ID7

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง

เมื่อ 10 ปีก่อน ผู้สูงอายุเพศหญิงวัย 91 ปี เริ่มมีปัญหาเดินไม่ค่อยไหว เนื่องจากมีอายุมาก ต้องใช้ไม้เท้าในการพยุงเดิน จากนั้นเริ่มไม่ค่อยมีแรงเดินและนอนติดเตียง จนมีปัญหาเรื่องติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ ไม่สามารถไอขับเสมหะออกเองได้ จึงต้องรับการรักษาด้วยการต้องเจาะคอ on tracheostomy เพื่อช่วยในการหายใจและกลายเป็นผู้ป่วยติดเตียงในที่สุด

สถานภาพปัจจุบันไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ รับอาหารทางสายยางให้อาหาร on tracheostomy เพื่อช่วยในการหายใจ ปัสสาวะใส่แพมเพิส ไม่มีแผลกดทับ จากการประเมิน ADL = 0 อยู่ในเกณฑ์พึ่งพาระดับสมบูรณ์

ข้อมูลส่วนบุคคลของบุตรชายผู้ดูแล

ผู้ให้ข้อมูลเป็นบุตรชายวัย 54 ปี สถานภาพโสด จบระดับการศึกษาสูงสุดในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 เมื่อเรียนจบจึงได้มาทำงานกับญาติที่โรงงานเฟอร์นิเจอร์ จนกระทั่งเข้าวัย 30 ปี ผู้ให้ข้อมูลรายนี้ประสบอุบัติเหตุโดนรถมอไซค์เฉี่ยวชน จนได้รับบาดเจ็บขาข้างขวาหักต้องดามเหล็กไว้จนถึงปัจจุบัน จากอุบัติเหตุครั้งนั้นทำให้ผู้ให้ข้อมูลต้องพักรักษาตัวและไม่สามารถไปทำงานได้ หลังจากออกจากโรงพยาบาลจึงได้กลับบ้านมาอยู่กับมารดา โดยวางแผนว่าถ้าอาการดีขึ้นจะออกไปหางานทำ แต่เมื่อมารดาสูงอายุเกิดการเจ็บป่วยจนกลายเป็นผู้สูงอายุติดเตียงและต้องการคนดูแล จึงไม่ได้หางานทำและให้การดูแลมารดาสูงอายุภาวะพึ่งพิงมาตั้งแต่นั้นมาโดยตลอด

ผู้ให้ข้อมูลรายนี้มีพี่น้องทั้งหมด 6 คน เป็นผู้หญิง 2 คน ผู้ชาย 4 คน ตนเป็นคนสุดท้อง พี่สาวเสียชีวิตแล้ว 1 คน พี่สาวคนอีก 1 คน ป่วยเป็นโรคเรื้อรังหลายโรค เริ่มเดินไม่ค่อยไหวแล้ว พี่ชาย 2 คน แต่งงานมีครอบครัวและย้ายบ้านไปอยู่กับครอบครัวของแต่ละคน ส่วนพี่ชายอีก 1 คน ย้ายไปทำงานอยู่ต่างจังหวัด เมื่อมารดาเริ่มเจ็บป่วยผู้ให้ข้อมูลและมารดา จึงย้ายมาอยู่กับพี่ชายคนที่ 4 โดยพี่ชายจะช่วยเหลือเรื่องการทำอาหารผสมแบ่งแช่เย็นไว้ให้วันละ 4 ถุง คอยช่วยเหลือเรื่องค่าใช้จ่ายในการดูแลมารดาทั้งหมด และให้เงินเดือนละ 8,000 บาท สำหรับใช้จ่ายส่วนตัว รวมถึงจะช่วยกันสลับกับพี่ชายคนที่5 ในการขับรถเดินทางรับส่งมารดาไปตรวจตามนัด

บทบาทของบุตรชายในการเป็นผู้ดูแล

ปัจจุบันให้การดูแลมารดาที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงมาเป็นระยะเวลา 1 ปี ในรูปแบบเต็มเวลา โดยให้การดูแลในเรื่องการให้อาหารทางสายยาง การเปลี่ยนแพมเพิส การดูดเสมหะ การพลิกตะแคงตัว และดูแลเรื่องความสุขสบายต่างๆ โดยปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุตรชายและมารดาอยู่ในเกณฑ์ดี

สภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย

ลักษณะที่อยู่อาศัยเป็นเทาว์โฮม 2 ชั้น สามารถเดินทางไป-มาสะดวก มีอากาศถ่ายเทดี ภายในบ้านจัดห้องเป็นสัดส่วน มีอุปกรณ์การดูแลที่ครบครั้น โต๊ะที่อยู่ข้างๆเตียงเต็มไปด้วยอุปกรณ์ที่ใช้ดูแลมารดาสูงอายุ เพื่อให้หยิบใช้ได้ง่าย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ผู้ให้ข้อมูล ID8

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง

ผู้สูงอายุเพศหญิงวัย 83 ปี มีโรคประจำตัว คือ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง มีภาวะซีด โรคหลอดเลือดสมองตีบ ไตวายเรื้อรังสถานภาพสมรสปัจจุบันเป็นหม้าย เนื่องจากสามีเสียชีวิตด้วยโรคตับแข็งเมื่อ อายุได้ 46 ปี จากนั้นจึงเป็นแม่เลี้ยงเดี่ยว เลี้ยงบุตร 2 คน เพียงคนเดียวมาโดยตลอด ยึดอาชีพปล่อยที่นาให้เช่าและขายข้าว เมื่อบุตรทั้ง 2 คน เรียนจบจึงต้องอยู่บ้านที่ต่างจังหวัดคนเดียวเนื่องจากบุตรเข้ามาทำงานในกรุงเทพ โดยลูกสาวทำงานเป็นผู้ช่วยพยาบาล ส่วนลูกชายทำงานเป็นช่างไฟ เมื่อบุตรสาวเรียนจบจึงพามารดามาตรวจสุขภาพที่โรงพยาบาล และพบว่าผู้สูงอายุรายนี้ มีโรคประจำตัว หลายโรค จนกระทั่งเมื่อ 3 ปีก่อน มีอาการอ่อนแรง ปวดหลังมากจึงพาไปพบแพทย์ ทำให้พบว่าเป็นหมอนรองกระดูกเสื่อม และมีหลอดเลือดสมองที่เป็นเหตุให้แขนขาซีกซ้ายอ่อนแรง จากนั้น 1 ปีก่อน ตรวจพบว่ามีภาวะซีด จึงได้ทำการส่องกล้องในระบบทางเดินอาหาร จากนั้นเริ่มมีอาการบวม จึงพบว่ามีโรคไตร่วมด้วยจึงเริ่มทำการล้างไต และเป็นผู้ป่วยติดเตียงในที่สุด

สถานภาพปัจจุบันไม่สามารถช่วยตนเองได้ นอนติดเตียง ไม่สามารถพูดได้เนื่องจาก On tracheostomy รับประทานอาหารผ่านสายยางให้อาหาร ปัสสาวะใส่แพมเพริส จากการประเมิน ADL = 0 อยู่ในเกณฑ์พึ่งพาระดับสมบูรณ์

ข้อมูลส่วนบุคคลของบุตรชายผู้ดูแล

ผู้ให้ข้อมูลเป็นบุตรชายวัย 47 ปี สถานภาพโสด ไม่มีโรคประจำตัว จบระดับการศึกษาสูงสุดในระดับ ปวส. ด้านช่างไฟฟ้าที่จังหวัดนครพนม เมื่อเรียนจบจึงย้ายมาทำงานเป็นช่างไฟติดตั้งระบบเครื่องซักผ้าในกรุงเทพ มีรายได้ 27,000-30,000 ต่อเดือน มีพี่น้องทั้งหมด 2 คน เป็นผู้หญิง 1 คน ผู้ชาย 1 คน ผู้ดูแลหลักเป็นบุตรคนสุดท้อง เมื่อทราบว่ามารดามีโรคประจำตัว และต้องเดินทางไปกลับกรุงเทพ-นครพนมเพื่อตรวจตามนัด จึงเป็นห่วง เนื่องจากมารดามีอายุมากแล้วและอยู่ต่างจังหวัดคนเดียว จึงปรึกษากับพี่สาวเพื่อรับมารดามาอยู่ด้วย และเนื่องจากตนเองยังไม่มีครอบครัวจึงรับมารดามาอยู่ด้วยกันที่ห้องเช่ามาโดยตลอด จนกระทั่ง 3 ปีก่อน มารดาที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบ ต้องเข้า-ออกโรงพยาบาลบ่อยๆ ทำให้ผู้ให้ข้อมูลต้องลางานเพื่อมาเฝ้ามารดาบ่อยครั้ง เมื่ออาการมารดาแย่ลงเรื่อยๆจนไม่สามารถช่วยเหลือตนเองช่วยเหลือตนเองได้ จึงปรึกษากับพี่สาวซึ่งทำงานเป็นผู้ช่วยพยาบาลว่าคงต้องมีคนใดคนหนึ่งออกจากการมาดูแลมารดา เพราะไม่อยากจ้างคนอื่นมาดูแล เมื่อปรึกษากันแล้วจึงคิดว่าตนเองเหมาะสมที่จะออกมาดูแลแม่ที่สุด เพราะพี่สาวทำงานหาเงินได้เยอะกว่า มีงานมั่นคงกว่า อีกทั้งพี่สาวยังมีครอบครัว และอยู่บ้านเดียวกับครอบครัวของสามี จึงรู้สึกเกรงใจและคิดว่ามารดามาอยู่กับตนมาโดยตลอดอยู่แล้ว จึงตัดสินใจออกมาดูแล

มารดาอย่างเต็มตัว โดยพี่สาวเป็นคนรับผิดชอบเรื่องค่าใช้จ่ายด้านการดูแล และค่าเช่าห้อง และรายจ่ายทั้งหมด

บทบาทของบุตรชายในการเป็นผู้ดูแล

ให้การดูแลมารดาที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงมาเป็นระยะเวลา 3 ปี ในรูปแบบเต็มเวลา ปัจจุบันดูแลมารดาเรื่องความเป็นอยู่และความสุขสบายตั้งแต่ การดูดเสมหะ การใส่สายสวนปัสสาวะ การจัดเตรียมอาหารผสม การให้อาหารทางสายยาง การตรวจวัดสัญญาณชีพที่บ้าน จดบันทึกอาการเปลี่ยนแปลง เจาะระดับน้ำตาลในเลือด ฉีดอินซูลิน การดูแลให้ยา เช็ดตัวทำความสะอาดชำระล้างร่างกาย สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงจากการเจ็บป่วย โดยปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับมารดาอยู่ในเกณฑ์ดี

สภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย

โดยที่อยู่อาศัยเป็นบ้านเช่า 2 ชั้น การเดินทางสะดวก อยู่ใกล้ตลาดสามารถหาซื้อของได้ง่าย บริเวณห้องเช่ามีรั้วรอบขอบชิดดี ภายในห้องเช่ามีไม่กลิ่นอับ มีแสงสว่างเพียงพอ รอบๆเตียงมีอุปกรณ์ในการดูแลครบครั้น วางไว้เป็นสัดส่วนดี มีโซฟาข้างเตียงสำหรับนั่งดูทีวี บริเวณจัดเตรียมอาหารผสมมีความสะอาด ไม่มีเศษอาหารส่งกลิ่นเหม็น

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ผู้ให้ข้อมูล ID9

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง

ผู้สูงอายุเพศหญิงอายุ 78 ปี มีโรคประจำตัว คือ กระดูกทับเส้นและภาวะสมองเสื่อม สถานภาพหย่าร้าง เคยประกอบอาชีพเป็นครูสอนภาษาไทย Early Retied เมื่ออายุได้ 55 ปี ประวัติเจ็บป่วยของผู้สูงอายุรายนี้เริ่มจากเมื่อ 5 ปีก่อน มีปัญหาเรื่องปวดหลัง เนื่องจากมีกระดูกทับเส้นประสาทที่หลัง จึงได้เข้ารับการรักษาโดยการผ่าตัด จากนั้นเดินไม่ค่อยได้ บุตรสาวคนโตสังเกตว่ามารดามีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปคือ หงุดหงิดง่าย มีหลงลืม จึงพาไปตรวจพบว่ามีเรื่องของภาวะสมองเสื่อม เริ่มไม่ค่อยเดิน นอนเยอะ พูดไม่รู้เรื่อง จึงต้องการการดูแลช่วยเหลือช่วยใกล้ชิด

สถานภาพปัจจุบัน สามารถลุกเดินได้โดยต้องมาคนคอยประคอง 2 คน รับประทานอาหารเองได้แต่ต้องคอยมีคนดูแลเนื่องจากตักอาหารผิดๆถูกๆ ปัสสาวะใส่แพมเพิส ถามตอบไม่ค่อยรู้เรื่อง พูดเป็นคำๆบางครั้งมีความหมาย บางครั้งไม่มีความหมาย จากการประเมิน ADL = 7 อยู่ในเกณฑ์พึ่งพาระดับรุนแรง

ข้อมูลส่วนบุคคลของบุตรชายผู้ดูแล

ผู้ให้ข้อมูลเป็นบุตรชายวัย 53 ปี มีพี่น้องทั้งหมด 4 คน เป็นผู้หญิง 1 คน ผู้ชาย 3 คน ตนเป็นบุตรคนที่ 3 สถานภาพสมรส จบระดับการศึกษาสูงสุดในระดับ ปวส. สาขาก่อสร้าง เดิมประกอบอาชีพเป็นผู้รับเหมาก่อสร้าง เคยมีรายได้เป็นเงินก้อนจากการทำงานสูงถึงหลักแสนต่อเดือน จากนั้นประสบปัญหาถูกโกงเงิน เป็นเหตุให้ว่างงานและออกมารับงานรับจ้างทั่วไป จึงกลับมาอยู่ที่บ้านกับมารดา เมื่อมารดาเริ่มเจ็บป่วยจนต้องมีคนคอยให้การดูแลในช่วงแรกจ้างคนมาดูแลก่อน แต่ดูแลได้ไม่ดี ในช่วงว่างงานจึงได้มาดูแลมารดาโดยตั้งใจว่าจะดูแลแค่ระยะหนึ่ง จากนั้นจะออกมาหางานทำ แต่เมื่อประเมินอาการของมารดาแล้วว่าไม่สามารถปล่อยให้อยู่คนเดียวได้ และต้องให้การดูแลมารดาอย่างใกล้ชิดจึงต้องกลายเป็นผู้ดูแลหลักและให้ภรรยาลาออกจากงานเพื่อมาช่วยกันดูแลอีกทางหนึ่ง โดยพี่สาวที่เป็นพยาบาลเป็นผู้ช่วยเหลือค่าใช้จ่ายในการดูแลทั้งหมด

บทบาทของบุตรชายในการเป็นผู้ดูแล

ปัจจุบันให้การดูแลมารดาที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงมาเป็นระยะเวลา 1 ปี ในรูปแบบเต็มเวลา โดยมีภรรยาคอยให้การช่วยเหลือ ลักษณะการดูแลจะเน้นเรื่องของการดูแลกิจวัตรประจำวัน เนื่องจากมารดายังพอลุกช่วยเหลือตนเองพอได้ แต่ด้วยภาวะสมองเสื่อมทำให้การรับรู้เปลี่ยนแปลงไป ไม่สามารถสื่อสารภาษาพูดให้เข้าใจได้ จึงต้องคอยเฝ้าระวังความปลอดภัยในการใช้ชีวิตประจำวันตลอด 24 ชั่วโมง โดยปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับมารดาอยู่ในเกณฑ์ดี

สภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย

ลักษณะที่อยู่อาศัยเป็นบ้าน 2 ชั้น ชั้นบนเป็นไม้ ชั้นล่างเป็นปูน มีรั้วรอบขอบชิด มีลานกว้างหน้าบ้าน และปลูกต้นไม้ต่างๆในบริเวณรั้วบ้าน อากาศเทถ่ายได้สะดวก บรรยากาศร่มรื่น ภายในบ้านจัดเรียงข้าวของไว้เป็นระเบียบเรียบร้อยดี สะอาด ไม่มีกลิ่นเหม็นอับ ไม่มีของวางเกะกะที่พื้น ภายในห้องน้ำมีราวจับ ลักษณะส้วมเป็นแบบชักโครก มีฝักบัวสำหรับอาบน้ำ พื้นห้องน้ำทำความสะอาดให้แห้งอยู่เสมอ บริเวณพื้นต่างระดับมีแผ่นกันกระแทกวางไว้เพื่อให้พื้นเสมอกัน ป้องกันมารดาลื่นล้ม

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ผู้ให้ข้อมูล ID10

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง

ผู้สุงอายุชายวัย 83 ปี ที่เคยมีสุขภาพแข็งแรงดีเริ่มมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม โดยการกินอาหารแบบเดิมซ้ำๆ ไม่กินอาหารอื่นเลย ตักอาหารเข้าปากไม่ถูก กินอาหารเลอะเทอะ และมีอาการหลงลืม หกล้มบ่อย เมื่อพามาตรวจที่โรงพยาบาลจึงพบว่าเป็นอัลไซเมอร์ จากนั้นเมื่อ 2 ปีก่อน สูงอายุรายนี้หกล้มและหมดสติที่พื้น เมื่อพาไปโรงพยาบาลพบว่ามีเส้นเลือดในสมองแตก จึงต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลนานหลายเดือน ต้องได้รับการเจาะคอ ให้อาหารทางสายยาง และเป็นผู้ป่วยติดเตียงตั้งแต่นั้นมา

สถานภาพปัจจุบัน ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองหรือพูดจาสื่อสารได้ เนื่องจาก On tracheostomy ได้รับอาหารทางสายยางให้อาหาร ปัสสาวะใส่แพมเพิส ไม่มีแผลกดทับ จากการประเมิน ADL=0 อยู่ในเกณฑ์พึ่งพาระดับสมบูรณ์

ข้อมูลส่วนบุคคลของบุตรชายผู้ดูแล

ผู้ให้ข้อมูลเป็นบุตรชายวัย 45 ปี มีโรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง สถานภาพสมรส มีพี่สาวเป็นพยาบาล 1 คน เมื่อแต่งงานมีครอบครัว พี่สาวจึงย้ายออกไปอยู่ที่บ้านสามีแต่ไม่ไกลกัน เมื่อเรียนจบการศึกษาสูงสุดในระดับปวส. ผู้ให้ข้อมูลได้แต่งงานมีบุตรสาว 2 คน คนโตอายุ 19 ปี คนเล็กอายุ 9 ปี โดยบิดามารดาสูงอายุคอยช่วยเลี้ยงดูบุตรให้ในยามที่ท่านยังแข็งแรงดี ปัจจุบันทำอาชีพค้าขายอาหารทะเลแห้งรายได้เพียงพอต่อการดูแลคนในครอบครัว จนกระทั่งบิดาสูงอายุเกิดความเจ็บป่วยที่นำไปสู่กับเกิดภาวะพึ่งพิง จึงต้องให้การดูแลบิดาสูงอายุอย่างต่อเนื่องใกล้ชิด

บทบาทของบุตรชายในการเป็นผู้ดูแล

ปัจจุบันให้การดูแลมารดาที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงมาเป็นระยะเวลา 2 ปี ในรูปแบบทำงานค้าขายไปพร้อมกับการดูแลโดยมีภรรยาคอยให้การช่วยเหลือ และมีพี่สาวคอยให้คำปรึกษาและช่วยผลัดเปลี่ยนดูหลังจากที่พี่สาวเลิกงานและผู้ให้ข้อมูลต้องออกไปขายของ โดยคนในครอบครัวคอยให้ความช่วยเหลือกันเป็นอย่างดี อีกทั้งบุตรสาวของผู้ให้ข้อมูลก็มีส่วนร่วมในการให้การดูแลคุณปู่อีกด้วย

สภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย

ลักษณะที่อยู่อาศัยบ้าน 2 ชั้น การเดินทางสะดวก ภายในหมู่บ้านมีร้านสะดวกซื้อ ร้านอาหาร ร้านขายยา ที่ไม่ห่างจากบ้านผู้ให้ข้อมูลมากนัก ข้าวของภายในบ้านและอุปกรณ์การดูแลถูกจัดไว้อย่างเป็นระเบียบ อากาศถ่ายเทและแสงสว่างเพียงพอ ปัจจุบันมีสมาชิกภายในบ้านอาศัยอยู่ร่วมกันทั้งหมด 6 คน ได้แก่ ผู้ให้ข้อมูล ภรรยา บุตรสาว 2 คน มารดาสูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้ แต่มีเรื่องของอาการปวดเข่าจากข้อเข่าเสื่อม และบิดาสูงอายุภาวะพึ่งพิง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ผู้ให้ข้อมูล ID11

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง

ผู้สูงอายุเพศหญิง อายุ 68 ปี มีโรคประจำตัวคือ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และมีไขมันในเลือดสูง เดิมเคยอาศัยอยู่กับสามีและบุตรอีก 4 คน โดยสามีทำงานอยู่กรมขนส่ง แต่ไม่นานก็ล้มป่วยจนเสียชีวิต เมื่อเสียเสาหลักของครอบครัว จึงต้องแยกกันอยู่กับลูกๆเนื่องจากประสบปัญหาด้านการเงินโดยให้บุตรชายคนโต ไปบวชเป็นพระไม่นานก็เสียชีวิตจากโรคมะเร็ง บุตรชายคนที่ 2 (ผู้ให้ข้อมูล) ไปอยู่กับป้า บุตรชายคนที่ 3 เข้ามาหางานทำในกรุงเทพ และให้ลูกสาวคนสุดท้องมาอาศัยอยู่กับตน จนกระทั่ง 6-7 ปี ก่อน ป้าที่เลี้ยงบุตรชายคนที่ 2 (ผู้ให้ข้อมูล) เสียชีวิตจากโรคมะเร็ง ลูกๆจึงขาดที่พึ่ง จึงได้ย้ายมาเช่าห้องอยู่ด้วยกันกับลูกชายคนที่ 3 ในกรุงเทพมหานครจนถึงปัจจุบัน เดิมผู้สูงอายุรายนี้สามารถช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันได้ จนเมื่อ 4 ปีก่อน เกิดอาการช็อคเนื่องจากระดับน้ำตาลในเลือดสูง หลังจากนั้นต้องนอนโรงพยาบาลเพื่อปรับระดับน้ำตาลในเลือด ร่วมกับขณะรักษามีอาการไตวายเฉียบพลัน จึงต้องล้างไต 2 ครั้ง หลังจากนั้นอาการดีขึ้น จนสามารถกลับบ้านได้แต่ไม่เคยเดินอีกเลย

สถานภาพปัจจุบันผู้สูงอายุรายนี้ สามารถรับประทานอาหารเองได้โดยมีคนจัดเตรียมอาหารให้ สามารถประทานอาหารเองได้ ปัสสาวะใส่แพมเพิส เดิมพูดคุยรู้เรื่อง แต่พบว่ามีปัญหาเมื่อ 2 วันก่อน ไม่พูด และไม่ตักอาหารกินเอง แต่ยังพอเคี้ยวและกลืนอาหารได้ ไม่มีสำลัก สามารถพลิกตัวไปมาบนที่นอนได้ ผู้วิจัยจึงได้ตรวจร่างกายเบื้องต้นโดยการประเมินกำลังของกล้ามเนื้อ (Motor Power) ระดับความรู้สึกตัว (Consciousness) พบว่า กำลังของกล้ามเนื้อแขนและขาอ่อนแรงเท่าๆเดิม และรู้สึกตัวพยักหน้าเมื่อเรียกแต่ไม่พูด มีเสียงอืออาในลำคอ จึงประสานงานกับผู้นำชุมชน และแนะนำให้พาผู้สูงอายุไปโรงพยาบาลเพื่อตรวจหาสาเหตุของอาการผิดปกตินี้โดยเร็ว จากการประเมิน ADL = 5 อยู่ในภาวะพึ่งพิงระดับรุนแรง

ข้อมูลส่วนบุคคลของบุตรชายผู้ดูแล

ผู้ให้ข้อมูลเป็นบุตรเพศชายอายุ 47 ปี มีพี่น้องทั้งหมด 4 คน เป็นผู้หญิง 1 คน ผู้ชาย 3 คน ตนเป็นบุตรคนที่ 2 จบระดับการศึกษาสูงสุดในระดับ ม.3 ที่สถาบันการศึกษานอกโรงเรียน และเมื่อสูญเสียบิดาผู้เป็นเสาหลักของครอบครัว ผู้ให้ข้อมูลและพี่น้องคนอื่นๆจึงต้องแยกย้ายกันอยู่ เนื่องจากประสบปัญหาด้านการเงิน โดยผู้ให้ข้อมูลต้องมาอาศัยอยู่กับป้าและช่วยทำงานที่โรงงานทำกระดาษ และรับจ้างทั่วไป จนกระทั่งเมื่อ 6-7 ปีก่อน ป้าที่เลี้ยงดูแลผู้ให้ข้อมูลล้มป่วยเสียชีวิตจากโรคมะเร็ง ทำให้ตนขาดที่พึ่ง จึงได้ตัดสินใจมาอยู่ห้องเช่ากับน้องชายคนที่ 3 จากนั้นไม่นานมารดาก็พาน้องสาวเข้ามาหางานทำที่กรุงเทพ จึงได้กลับมาอยู่พร้อมหน้าพร้อมตากันอีกครั้ง

ผู้ให้ข้อมูลมีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูง และ 2 ปีก่อนเคยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลศรีธัญญาเป็นเวลานาน 2 เดือน เนื่องจากมีอาการประสาทหลอน หูแว่ว กลัวมีคนจะเข้ามาทำร้าย เดินกลางถนนจนถูกตำรวจจับ จึงได้รับการรักษาจนอาการดีขึ้น และต้องรับประทานยาเพื่อควบคุมอาการทางจิต ซึ่งขณะมีอาการป่วยทางจิตผู้ให้ข้อมูลไม่มีประวัติทำร้ายผู้อื่น จะนำผ้าหรือใบไม้มาคุมตัวเนื่องจากกลัวคนมาทำร้าย (ข้อมูลจากผู้นำชุมชน) เมื่อผู้ให้ข้อมูลรู้ตนเองว่าหากขาดยาจะมีสมาธิสั้น นอนไม่หลับ จึงพยายามไม่ขาดยา และจากนั้นมาก็ไม่มีอาการ หูแว่ว ประสาทหลอนให้เห็นอีกเลย จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลพูดคุยรู้เรื่องดีและนอนหลับได้ สามารถใช้ชีวิตประจำวันได้ตามปกติทั่วไป ปัจจุบันไม่ได้ประกอบอาชีพเป็นหลักแหล่ง ช่วงเช้าจะตื่นไปกวาดลานสภากาแฟ และจะได้รับเงิน 100 บาท บางครั้งรับจ้างนวดให้กับคนในชุมชนที่รู้จักกัน แต่ก็ไม่มีรายได้ที่แน่นอน

ขณะสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลสามารถพูดคุยรู้เรื่องและให้ข้อมูลได้ โดยมีผู้นำชุมชนคอยช่วยให้ข้อมูลเพิ่มเติม เนื่องจากรู้จักกับผู้ให้ข้อมูลมาเป็นเวลานาน

บทบาทของบุตรชายในการเป็นผู้ดูแล

ปัจจุบันให้การดูแลมารดาที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงมาเป็นระยะเวลา 1 ปี โดยบุตรชายผู้ให้ข้อมูลจะรับหน้าที่ในการดูแลเรื่องอาหารการกินมื้อกลางวัน บางครั้งที่ไม่มีเงินซื้ออาหารก็จะมีคนรู้จักคอยช่วยเหลือนำข้าวที่วัดมาให้ หรือหากมีข้าวสารหรือไข่ไก่ก็จะเป็นคนทำกับข้าวให้มารดาและน้องที่กลับมาจากทำงานกิน นอกจากนี้ ผู้ให้ข้อมูลให้การดูแลเปลี่ยนแพมเพิส ดูแลเรื่องความสุขสบายต่างๆ และเนื่องจากที่อยู่อาศัยเป็นห้องเช่า ที่มีคนพลุกพล่าน จึงจะคอยช่วยดูแลความปลอดภัยจากบุคคลแปลกหน้าจนถึงก่อนนอน โดยมีน้องสาวมาผลัดเปลี่ยนช่วยดูแลต่อหลังเลิกงาน เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลต้องกินยาควบคุมอาการทางจิต จึงทำให้หลับลึกในช่วงกลางคืน

สภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย

ลักษณะเป็นห้องเช่าเก่าๆ ทำด้วยไม้ สภาพห้องเช่าค่อนข้างมีความทรุดโทรม โดยผู้ให้ข้อมูลและครอบครัวอาศัยอยู่ที่ชั้น 2 บันไดทางขึ้นค่อนข้างแคบ ภายในห้องมีของใช้สำหรับประกอบอาหารได้ มีตู้เย็นสำหรับแช่น้ำและอาหาร บริเวณกลางห้องมีฟูกสำหรับขนาดให้ผู้สูงอายุนอน ปลายเตียงมีทีวี และที่วางแพมเพิส มีตู้เก่าๆสำหรับวางของอีก 1 ตัว ภายในห้องมีฝุ่น และมีกลิ่นอับของปัสสาวะ อากาศถ่ายเทไม่สะดวก ส่วนของห้องน้ำเป็นลักษณะห้องน้ำรวม ห่างจากตัวห้องของผู้ให้ข้อมูลประมาณ 5 เมตร ลักษณะห้องน้ำค่อนข้างแคบ มีเพียงโถส้วมและถังน้ำ 1 ถังไว้สำหรับรองน้ำจากก๊อกน้ำเท่านั้น

ผู้ให้ข้อมูล ID12

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง

ผู้สูงอายุเพศชายวัย 76 ปี แข็งแรงดีไม่มีโรคประจำตัว ประกอบอาชีพทำไร่ทำนาอยู่ที่ต่างจังหวัด จนกระทั่งเมื่อ 7 เดือนก่อน สูงอายุรายนี้เกิดอุบัติเหตุล้มศีรษะฟาดพื้นและพบว่ามีเส้นเลือดในสมองแตก จึงต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลหลายเดือนจนอาการพ้นขีดอันตราย แต่ต้องกลายเป็นผู้สูงอายุติดเตียงแขนขาอ่อนแรงและไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้

ปัจจุบันผู้สูงอายุรายนี้สามารถรับประทานอาหารทางปากได้แต่มือจะสั่นต้องมีคนช่วยป้อน และมักจะมีอาการสำลักเมื่อรับประทานอาหาร โดยมีแขนขาข้างขวาอ่อนสามารถลุกเดินเองได้ ต้องมีคนคอยอุ้มพยุง ปัสสาวะใส่แพมเพิส ไม่รอยแผลที่ก้นจากการใช้มือเกา จากการประเมิน ADL = 5 อยู่ในเกณฑ์พึ่งพาระดับรุนแรง

ข้อมูลส่วนบุคคลของบุตรชายผู้ดูแล

ผู้ให้ข้อมูลเป็นบุตรชายวัย 41 ปี สถานภาพหย่าร้าง มีบุตรสาว 1 คนปัจจุบันบุตรสาวทำงานเป็นผู้ช่วยพยาบาลอยู่ในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ผู้ให้ข้อมูลเป็นเด็กต่างจังหวัด มีพี่ชาย 2 คน พี่ชายคนโตแต่งงานมีครอบครัว พี่ชายคนกลางติดสุราทำงานไม่เป็นหลักแหล่ง โดยผู้ให้ข้อมูลออกจากบ้านมาตั้งแต่อายุ 18 ปีเพื่อเข้ามาหางานทำในกรุงเทพ และหาเงินส่งตนเองเรียนจนจบ ปวส. สาขาการบัญชี ปัจจุบันทำงานเป็นพนักงานศูนย์โทรศัพท์แห่งหนึ่ง รายได้พออยู่พอกิน และใช้ชีวิตแบบชายวัยทำงานทั่วไป จนกระทั่งบิดาสูงอายุล้มป่วยเส้นเลือดในสมองแตก เมื่อออกจากโรงพยาบาลมาอยู่ที่บ้าน พบว่า ไม่มีใครมาดูแลบิดาของตนเลย พี่ชายที่อยู่ต่างจังหวัดทั้ง 2 คน ก็ไม่มาดูแล ซึ่งพี่ชายคนโตจะแวะเวียนมาเยี่ยมบ้างบางครั้ง แล้วก็กลับไป พี่ชายคนกลางก็ติดสุรา ผู้ให้ข้อมูลจึงโทรหาเพื่อนให้ช่วยไปดูบิดาของตนที่ล้มป่วยที่บ้าน ภาพที่เห็น คือ บิดานอนจมกองอึกองฉี่ มีมดขึ้นเต็มที่นอน ผู้ให้ข้อมูลจึงตัดสินใจลางานเพื่อไปดูแลบิดาที่ต่างจังหวัด จากนั้นก็ตัดสินใจพาบิดาสูงอายุมาอยู่ที่ห้องเช่าใกล้ที่ทำงานในกรุงเทพด้วยกัน

บทบาทของบุตรชายในการเป็นผู้ดูแล

ปัจจุบันให้การดูแลบิดาสูงอายุภาวะพึ่งพิงเป็นระยะเวลานาน 7 เดือน ในรูปแบบการทำงานร่วมกับการดูแล ลักษณะในการดูแลบิดาของผู้ให้ข้อมูลรายนี้ คือ ในแต่ละวันผู้ให้ข้อมูล จะตื่นมาทำกายภาพให้บิดาทุกเช้าก่อนไปทำงาน จัดเตรียมอาหาร เช็ดตัว ดูแลความสุขสบาย เปลี่ยนแพมเพิส จากนั้นก็ไปทำงาน จนถึงเวลาพักงานช่วง 15.00-16.00 น. จะรีบไปซื้อข้าวและกลับไปป้อนข้าวบิดาสูงอายุที่ห้องเช่าก่อน จากนั้นก็กลับมาทำงานตามปกติเพื่อให้การดูแลไม่กระทบกับเวลางาน โดยผู้ให้ข้อมูลจะมีวันหยุดจากการทำงานทุกวันพุธ จะมีเพื่อนที่ขับแท๊กซี่และเคยมีประสบการณ์ดูแล

บิดาสูงอายุแบบนี้มาก่อนมารับพาออกไปสวนสาธารณะใกล้บ้าน เพื่อให้บิดาสูงอายุได้ออกมาดูบรรยากาศภายนอกห้องบ้าง

สภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย

ลักษณะที่อยู่อาศัยเป็นห้องเช่าที่มีพื้นที่ไม่กว้างนัก อากาศถ่ายเทได้ไม่ค่อยสะดวก แต่ภายในบ้านจัดข้าวของต่างๆไว้เป็นระเบียบเรียบร้อยดี ส่วนใหญ่เป็นแพมเพิสที่ซื้อติดบ้านไว้หลายห่อ เนื่องจากใช้ในการดูแลเรื่องการขับถ่ายค่อนข้างเยอะ ภายในห้องไม่มีกลิ่นเหม็นอับ โดยผู้ให้ข้อมูลอาศัยอยู่กับผู้สูงอายุ 2 คน

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	อังคณา ศรีสุข
วัน เดือน ปี เกิด	23 กุมภาพันธ์ 2533
สถานที่เกิด	กรุงเทพมหานคร
วุฒิการศึกษา	พยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย เมื่อปีการศึกษา 2555

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY