

ประสบการณ์ชีวิตของหญิงสูงวัยที่ดูแลสามีที่เจ็บป่วยในภาวะพึ่งพิง



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2563

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

LIVED EXPERIENCE OF OLDER WOMEN CARING FOR FRAIL DEPENDENT ELDERLY
SPOUSES



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 2020

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ประสบการณ์ชีวิตของหญิงสูงวัยที่ดูแลสามีที่เจ็บป่วยใน ภาวะพึ่งพิง
โดย	น.ส.พันธมน สุภารี
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	รองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญพัฒนา

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่ง
ของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

.....	คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ (รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)
คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ประธานกรรมการ (รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์)
.....	อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก (รองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญพัฒนา)
.....	กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย (รองศาสตราจารย์ ดร.จอนณะจง เพ็งจาด)

CHULALONGKORN UNIVERSITY

พนัชนม สุภาณี : ประสบการณ์ชีวิตของหญิงสูงวัยที่ดูแลสามีที่เจ็บป่วยในภาวะพึ่งพิง. (LIVED EXPERIENCE OF OLDER WOMEN CARING FOR FRAIL DEPENDENT ELDERLY SPOUSES) อ.
ที่ปรึกษาหลัก : รศ. ดร.จิราพร เกศพิชญพัฒนา

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์ชีวิตของหญิงสูงวัยที่ดูแลสามีที่เจ็บป่วยในระยะพึ่งพิง โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenological Research) ผู้ให้ข้อมูลหลักได้แก่ หญิงสูงวัยอายุที่เป็นผู้ดูแลหลักที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง และเกี่ยวข้องเป็นภรรยา จำนวน 14 ราย คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) การสังเกต จดบันทึก และการบันทึกเทป นำข้อมูลที่ได้มาถอดความแบบคำต่อคำ (Verbatim transcription) และทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ให้ข้อมูลให้ความหมายของการเป็นผู้ดูแลสามีที่เจ็บป่วยในภาวะพึ่งพิง แบ่งออกเป็น 2 ประเด็น ได้แก่ 1) ดูแลด้วยความผูกพัน ซึ่งผู้ดูแลให้ความหมายของการเป็นผู้ดูแลว่าเกิดจากความผูกพันที่ต่อกันระหว่างสามีภรรยา 2) ลำบากต่อกันมาต้องช่วยเหลือกันไป ผู้ดูแลให้ความหมายของการดูแลว่าเกิดจากการลำบากและช่วยเหลือกันในอดีต และพบว่า ประสบการณ์ชีวิตของหญิงสูงวัยที่ดูแลสามีที่เจ็บป่วยในภาวะพึ่งพิง แบ่งออกเป็น 3 ประเด็น ได้แก่ 1) ชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป โดยผู้ดูแลรู้สึกว่าการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในชีวิตทั้งทางบวกและทางลบ 2) การยอมรับและเรียนรู้เกี่ยวกับการเป็นผู้ดูแล โดยผู้ดูแลยอมรับที่จะเรียนรู้วิธีการดูแลอย่างถูกต้องเหมาะสม 3) การเป็นผู้ดูแลในบริบทของภรรยา ผู้ให้ข้อมูลรับบทบาทหน้าที่ในการดูแลสามีภายใต้ความรักความผูกพัน ความห่วงใย และคุณงามความดีของสามีที่มีต่อกันในอดีต

ผลการศึกษาดังกล่าวนี้อาจช่วยทำให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับประสบการณ์ชีวิตของหญิงสูงวัยที่ดูแลสามีที่เจ็บป่วยในภาวะพึ่งพิง เพื่อเป็นแนวทางในการช่วยเหลือให้การดูแลภรรยาที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแล เพื่อให้เกิดการดูแลที่มีประสิทธิภาพ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์
ปีการศึกษา 2563

ลายมือชื่อนิสิต
ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความสามารถอันดียิ่งของรองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ซึ่งคอยให้คำปรึกษา ชี้แนะแนวทางในการทำ วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ และคอยให้กำลังใจเมื่อมีอุปสรรคหรือความยากลำบากต่างๆ ที่เกิดขึ้นในระหว่างการทำ วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งถึงความรัก ความห่วงใย และความเอาใจใส่ของ อาจารย์อยู่เสมอมา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงที่ช่วยพุ่มพักผู้วิจัยหน้าใหม่ผู้นี้ให้มีความรู้ความ เข้าใจอย่างถ่องแท้ในการทำวิทยานิพนธ์ที่เป็นประโยชน์ต่อวิชาชีพพยาบาล

ขอขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ ประธานสอบวิทยานิพนธ์ และรอง ศาสตราจารย์ ดร. จอนณะจง เพ็งจาด กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่กรุณาชี้แนะแนวทางการแก้ไข วิทยานิพนธ์ รวมทั้งข้อเสนอแนะต่างๆ ที่เป็นประโยชน์เพื่อให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น และ ขอขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่านที่ให้ความรู้ ให้ คำแนะนำ และเป็นกำลังใจแก่ผู้วิจัยด้วยความเมตตาเสมอมา

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาราช นครราชสีมา หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล เจ้าหน้าที่ผู้ประสานงานทุกๆ ท่าน ที่คอยดูแลช่วยเหลืออำนวยความสะดวก และให้คำแนะนำตลอด ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล รวมทั้งผู้สูงอายุทุกท่านที่เสียสละเวลาเพื่อมาบอกเล่าประสบการณ์ชีวิตของ ตนเองที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ดูแลสามที่เจ็บป่วยในภาวะพึ่งพิงท่านอื่นๆ ทุกๆ ท่าน เปรียบเสมือนครูผู้ให้ ความรู้แก่นักวิจัย และให้ความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้อย่างยิ่ง จนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับ นี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี ผู้วิจัยขอให้ทุกๆ ท่านมีสุขภาพกาย สุขภาพใจที่เข้มแข็งมากยิ่งขึ้น และมี กำลังใจในการดูแลสามที่เจ็บป่วยในภาวะพึ่งพิงตลอดไป

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ได้รับทุนอุดหนุนวิทยานิพนธ์สำหรับนิสิตจากบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย ขอขอบพระคุณแหล่งทุนสนับสนุนการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ ท้ายสุดนี้ขอขอบพระคุณ กำลังใจและแรงสนับสนุนที่ดีจากคุณพ่อ-คุณแม่ และครอบครัว กัลยาณมิตรที่ดีทุกท่าน ที่คอย สนับสนุนให้กำลังใจตลอดมา ประโยชน์ใดๆ อันเกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ขอบแต่คุณพ่อ-คุณแม่ ครอบครัว คณาจารย์ กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมงานวิจัย และกัลยาณมิตรที่ดีทุกท่านที่มีส่วนร่วมให้ วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จ ลุล่วงไปได้ด้วยดี

พันธมน สุภารี

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....ค	ค
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....ง	ง
กิตติกรรมประกาศ.....จ	จ
สารบัญ.....ฉ	ฉ
สารบัญตาราง.....ช	ช
สารบัญภาพ.....ฉ	ฉ
บทที่ 1 บทนำ..... 1	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา..... 1	1
วัตถุประสงค์การวิจัย..... 4	4
คำถามในการวิจัย..... 4	4
แนวคิดเบื้องต้นที่ใช้ในการวิจัย..... 4	4
ขอบเขตการวิจัย..... 6	6
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย..... 6	6
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ..... 6	6
บทที่ 2 การทบทวนวรรณกรรมและเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง..... 7	7
1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุกับภาวะพึ่งพิง..... 8	8
2. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแลวัยสูงอายุที่เป็นคู่ชีวิต..... 17	17
3. การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา..... 33	33
4. เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง..... 38	38
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย..... 45	45
1. พื้นที่ในการเก็บข้อมูล (Setting)..... 45	45

2. ผู้ให้ข้อมูลและการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล (Key informants).....	46
3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	47
4. การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูล.....	50
5. การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	51
ภาพที่.....	53
6. การวิเคราะห์ข้อมูล.....	57
7. การตรวจสอบความเชื่อถือได้ของข้อมูล (Trustworthiness).....	59
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	61
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ	94
สรุปผลการวิจัย	94
อภิปรายผลการวิจัย	100
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	104
ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป.....	105
บรรณานุกรม	106
ภาคผนวก	117
ภาคผนวก ก หนังสือรับรองการพิจารณาจริยธรรมในการวิจัย เอกสารใบรับรองโครงการวิจัย คำ ชี้แจงข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และหนังสือแสดงความ ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย	118
ภาคผนวก ข เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	125
ภาคผนวก ค แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลหลักและผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง และ รายละเอียดผู้ให้ข้อมูลทั้ง 14 ราย	133
ประวัติผู้เขียน	163

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 แสดงวัน เวลา สถานที่ จำนวนครั้ง และระยะเวลาในการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลแต่ละราย.	57
ตารางที่ 2 ตารางแสดงข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล.....	63
ตารางที่ 3 แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลหลักและผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง.....	134



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

สารบัญภาพ

หน้า

ภาพที่ 1 แสดงการเข้าถึงผู้ให้ข้อมูลด้วยวิธีผ่านผู้ประสานงานฯ เป็นผู้เปิดทางแนะนำ.....	53
ภาพที่ 2 ผลการศึกษาประสบการณ์ชีวิตของหญิงสูงวัยที่ดูแลสามีที่เจ็บป่วยในภาวะพึ่งพิง	69



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในปัจจุบันโลกมีประชากรผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นจนกระทั่งกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุ รวมถึงในประเทศไทยที่กำลังมีประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นจำนวนมากถึง 12 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 18 ของประชากรทั้งหมด (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2563) จากสถานการณ์ผู้สูงอายุไทยพบว่า ผู้สูงอายุกำลังเผชิญกับปัญหาเรื่องของสุขภาพ อันเนื่องมาจากการเสื่อมถอยของอวัยวะหรือการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ผลของการเจ็บป่วยเหล่านี้อาจทำให้ผู้สูงอายุอยู่ในภาวะที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ หรือไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานได้ด้วยตนเอง เกิดภาวะทุพพลภาพหรือพิการอันจะนำไปสู่ภาวะพึ่งพิง (dependents) ได้ในที่สุด (วิชัย โชควิวัฒน์, 2560) ทั้งนี้จากการสำรวจเกี่ยวกับแนวโน้มของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง พบว่าอัตราความชุกของภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุเพศชาย มีมากกว่าผู้สูงอายุเพศหญิง (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2559) และมีการคาดการณ์ว่าในปีพ.ศ.2580 ประเทศไทยจะมีจำนวนผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงเพิ่มมากขึ้นถึง 1,336,000 คน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557)

จากการที่ผู้สูงอายุอยู่ในภาวะพึ่งพิงทำให้ผู้สูงอายุต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในการใช้ชีวิตประจำวันพื้นฐาน (Activities of Daily Living: ADL) การช่วยเหลือในด้านต่างๆ ที่ผู้สูงอายุไม่สามารถปฏิบัติได้ ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงมีมากถึงร้อยละ 20.7 แบ่งเป็นผู้สูงอายุเพศชายร้อยละ 16.6 และผู้สูงอายุเพศหญิงร้อยละ 4.1 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557) เมื่อผู้สูงอายุไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานได้ด้วยตนเองจะส่งผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ รวมทั้งเกิดการละเลยในการดูแลของบุคคลในครอบครัว ได้มีการศึกษาของ ศิราณี ศรีหาคาศ, โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณิศร เต็งรัง (2556) ซึ่งทำการศึกษาเกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุ พบว่าสาเหตุของการเกิดภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุมี 4 สาเหตุ คือ 1) ภาวะสมองขาดเลือด (Stroke) 2) โรคเรื้อรังร่วม 3) ภาวะสมองเสื่อม 4) ผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 60 ปี เนื่องจากประสบกับปัญหาความอ่อนแอของร่างกายและความเสื่อมถอยของระบบต่างๆ โดยเฉพาะการมองเห็น การที่ผู้สูงอายุอยู่ในระยะพึ่งพิงทำให้ต้องมีผู้ดูแลช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆ จากแนวโน้มการเกิดภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุไทย พบว่าผู้ชายมีอัตราการเกิดภาวะพึ่งพิงสูงกว่าผู้หญิง เนื่องจากผู้ชายมีการเจ็บป่วยที่เกิดจากพฤติกรรมทางด้านสุขภาพ (Economic and Social Council, 2017) ซึ่งส่งผลให้เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่างๆ สอดคล้องกับการสำรวจสุขภาพของประชาชนปีพ.ศ.2560 ที่พบว่าผู้สูงอายุชายมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่สูงกว่าผู้สูงอายุหญิงถึงร้อยละ

14.2 และตีพิมพ์แอลกอฮอล์สูงกว่าผู้สูงอายุหญิงร้อยละ 3.1 (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.), 2560) กอปรกับผู้ชายที่เป็นสามีส่วนใหญ่จะมีอายุมากกว่าภรรยา ดังนั้นเมื่อผู้สูงอายุชายเกิดการเจ็บป่วยขึ้นบทบาทในการดูแลจึงตกเป็นของสมาชิกในครอบครัว (สายพิณ เกษมกิจวัฒนา และปิยะภรณ์ ไพรสนธิ์, 2557) แต่เนื่องจากปัจจุบันครอบครัวมีขนาดเล็กส่งผลให้ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ลำพังกับคู่สมรสเพิ่มมากขึ้นถึงร้อยละ 21 (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2560) จึงทำให้บทบาทหน้าที่ในการดูแลสามีวัยสูงอายุเป็นของภรรยาที่อาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกันอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ สอดคล้องกับการสำรวจที่พบว่าภรรยาที่อยู่ในวัยสูงอายุจะต้องรับบทบาทในการเป็นผู้ดูแลสามีเมื่อเกิดการเจ็บป่วย หรือภาวะพึ่งพิงเป็นจำนวนมากถึงร้อยละ 51.3 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557)

ในบริบทของสังคมไทยความเป็นผู้หญิงหรือความเป็นภรรยาได้ถูกหล่อหลอมให้เป็นไปตามที่สังคมคาดหวังมาเป็นเวลาช้านาน ซึ่งสังคมไทยยังคาดหวังว่าผู้หญิงจะต้องอุทิศตัวเพื่อดูแลครอบครัวมากกว่าผู้ชาย ผู้หญิงถูกคาดหวังให้ทำหน้าที่ดูแลสามี การเป็นแม่ศรีเรือน การเป็นคู่คิดและยังคงเชื่ออีกว่าผู้หญิงที่ออกไปทำงานนอกบ้านไม่สามารถทำหน้าที่ของแม่บ้านในการดูแลครอบครัวได้ดีตามที่สังคมคาดหวัง (บุญวดี มนตรีกุล ณ อยุธยา, 2559) ดังนั้นเมื่อสามีเกิดการเจ็บป่วย ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง หรือเกิดภาวะพึ่งพิง ภรรยาจึงมีบทบาทสำคัญในการทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักในการดูแลสามีที่อยู่ในวัยสูงอายุ เมื่อภรรยาเปลี่ยนบทบาทหน้าที่กลายเป็นผู้ดูแล ทำให้ภรณยานั้นรู้สึกว่าคุณสูญเสียอิสระภาพ (อิรภัทร สุริยพันธุ์, 2552) เนื่องจากเวลาส่วนมากนั้นสูญเสียไปกับการให้การดูแลสามี ภรรยาจึงรู้สึกว่าดูแลสามีกลายเป็นความรับผิดชอบใหม่ที่เกิดในชีวิต ความสัมพันธ์ฉันท์สามีภรรยาเปลี่ยนไปกลายเป็นความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับผู้ป่วยแทน (Coombs, 2007) เช่นเดียวกับสังคมในต่างประเทศที่คาดหวังว่าผู้หญิงมีความละเอียดอ่อนมากกว่าผู้ชาย ผู้หญิงจึงต้องเป็นผู้ดูแลบุคคลในครอบครัว และมักจะมองว่าความต้องการของครอบครัวมีมากกว่าความต้องการของตนเอง (Calasanti, 2010; Rosland, Heisler, Choi, Silveira, & Piette, 2010; Thomeer et al., 2015) เมื่อผู้หญิงถูกคาดหวังจากสังคมในการรับบทบาทหน้าที่ในการดูแลทั้งบุคคลในครอบครัวและการดูแลบ้าน ทำให้ผู้หญิงเกิดความเครียด อาจส่งผลต่อการเกิดโรคร่างกายต่างๆ ตามมา (Kim, Carver, Shaffer, Gansler & Cannady, 2016) ซึ่งจากการศึกษาความเครียดในผู้ดูแลที่เป็นสามีภรรยา พบว่าผู้ดูแลที่เป็นผู้หญิงมีความเครียดและได้รับผลกระทบจากการเป็นผู้ดูแลมากกว่าผู้ดูแลที่เป็นผู้ชาย (Pinquart & Sörensen, 2006)

ดังนั้นผู้ดูแลที่อยู่ในวัยสูงอายุจึงเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงกว่ากลุ่มอื่นๆ ดังคำกล่าวที่ว่าผู้ดูแล คือ “ผู้ป่วยซ่อนเร้น” (hidden patient) (Smith, Piamjariyakul, Yardrich, Ross,

Gajewski & William, 2012) ดังนั้นภรรยาวัยสูงอายุที่ดูแลสามีที่เจ็บป่วยเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายที่เกิดจากการเสื่อมถอยของวัยสูงอายุซึ่งมักจะมาควบคู่กับ ปัญหาสุขภาพ หรือโรคภัยไข้เจ็บ (ณัฐกฤตา เซาว์นวรรักษ์, 2559) เนื่องจากผู้ดูแลวัยสูงอายุต้อง ประสบกับภาวะเครียดและปัญหาทางภาวะสุขภาพของตัวผู้ดูแลเอง อันจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพ ของการดูแลได้ เช่นเดียวกับการศึกษาของศิริภาณี ศรีหามาศ (2556) ที่พบว่าผู้ดูแลมีภาระและ ผลกระทบด้านร่างกาย จากการทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ และยังมีปัญหาสุขภาพเพิ่มมากขึ้น ทำให้เกิด การดูแลที่ไม่มีประสิทธิภาพได้ สอดคล้องกับการศึกษาของคัทลียา รัตน์วิมล (2545) และ สายพิณ เกษมกิจวัฒนา (2557) ที่พบว่า ผู้ดูแลวัยสูงอายุยังได้รับผลกระทบทางด้านร่างกาย มีปัญหาความไม่ พร้อมทางด้านร่างกาย มีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมากกว่าผู้ดูแลในวัยอื่นๆ เนื่องจากในวัยสูงอายุ เป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงในการทำหน้าที่เป็นผู้ดูแล นอกจากผู้ดูแลจะได้รับผลกระทบในเรื่องของ ปัญหาทางด้านสุขภาพแล้ว ยังพบว่าผู้ดูแลวัยสูงอายุยังได้รับผลกระทบด้านอารมณ์ ทำให้เกิดความ วิตกกังวล ความรู้สึกเศร้า และอารมณ์เครียดที่รุนแรง (ศิริภาณี ศรีหามาศ, 2556) นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ดูแลที่เป็นผู้หญิงหรือภรรยา ที่มีอายุมาก มีโรคประจำตัว (นิตยา ศรีสุข, จิราพร วัฒนศรีสิน และ ธวัชชัย ทีปะपाल, 2560) มีรายได้ไม่เพียงพอ ไม่มีความพร้อมในการเป็นผู้ดูแล อีกทั้งยังถูกคาดหวัง จากสังคมในการเป็นภรรยา (Kim, Carver, Shaffer, Gansler & Cannady, 2015) ทำให้ผู้ดูแลที่เป็น ภรรยาที่มีความเครียดมากในบทบาทของการเป็นผู้ดูแล (คัทลียา รัตน์วิมล, 2545; สายพิณ เกษม กิจวัฒนา, 2557) ทำให้เกิดปัญหาความขัดแย้งภายในครอบครัว จากการทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของ Visser-Meily (2005) ที่พบว่าผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสมีความพึงพอใจในการ ใช้ชีวิตคู่ลดต่ำลงตามระยะเวลาที่ให้การดูแล และยังส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลอีกด้วย นอกจากนี้ยังพบว่าการดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียงส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลวัยสูงอายุมากกว่าวัยอื่นๆ (ณัชศพา หลงผาสุข, สุปรีดา มั่นคง และยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2561) อย่างไรก็ตาม การศึกษาดังกล่าว ยังไม่สามารถอธิบายเชิงลึกถึงประสบการณ์ ความรู้สึกของผู้ดูแลที่เป็นภรรยาวัยสูงอายุที่ทำหน้าที่ เป็นผู้ดูแลได้อย่างลึกซึ้งภายใต้บริบทของสังคมไทยที่คาดหวังว่าการดูแลเป็นบทบาทหน้าที่ของเพศ หญิงเท่านั้น

สำหรับการศึกษาเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงภายใต้บริบทของสังคมไทย ถึงแม้ว่าจะมีการศึกษาไว้บ้างแล้ว แต่ส่วนใหญ่มุ่งเน้นไปที่การจัดการกับความเครียด ผลกระทบจาก การรับบทบาทหน้าที่ในการดูแล สำหรับการศึกษาก่อนเกี่ยวกับการปรับตัวจากการดูแลตนเองมาเป็น ผู้ดูแล การเผชิญกับปัญหา ซึ่งเป็นการศึกษาในเชิงแลกเปลี่ยนความรู้จากประสบการณ์แห่งตน ยังไม่มี ผู้ที่ศึกษาไว้ ดังนั้นการศึกษาโดยใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) เชิงปรากฏการณ์ วิทยา (Phenomenology) โดยใช้เทคนิคการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) จึงเป็นวิธีที่ ช่วยให้เห็นถึงข้อมูลและประสบการณ์ชีวิตของบุคคลที่ได้ประสบพบมาด้วยตนเองโดยตรง ซึ่ง

ประสบการณ์ดังกล่าวเป็นประสบการณ์ที่เกิดขึ้นจริงในช่วงชีวิตของมนุษย์ (ชาย โพรธิตา, 2559) ช่วยให้สามารถเก็บรายละเอียดข้อมูลที่เป็นความรู้สึกนึกคิด ตลอดจนค่านิยม อุดมการณ์ต่างๆ ได้อย่างลึกซึ้งและลงประเด็นที่สนใจได้ (ศิริพร จีรวัดน์กุล, 2555)

ดังนั้นในบทบาทของพยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้สูงอายุ การศึกษาประสบการณ์ชีวิตของหญิงสูงวัยที่ดูแลสามีที่เจ็บป่วยในภาวะพึ่งพิง จะทำให้เกิดการเรียนรู้และเข้าใจเกี่ยวกับประสบการณ์ชีวิตของหญิงสูงวัยที่ดูแลสามีที่เจ็บป่วยในภาวะพึ่งพิงได้อย่างชัดเจนมากขึ้น และนำความรู้ประสบการณ์ที่ได้จากการศึกษา ไปถ่ายทอด รวมถึงให้คำแนะนำใช้ในการช่วยเหลือผู้ดูแลรายอื่นๆ ให้สามารถนำมาปรับใช้ในการดูแลได้อย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสบการณ์ชีวิตของหญิงสูงวัยที่ดูแลสามีที่เจ็บป่วยในภาวะพึ่งพิง

คำถามในการวิจัย

ประสบการณ์ชีวิตของหญิงสูงวัยที่ดูแลสามีที่เจ็บป่วยในภาวะพึ่งพิงเป็นอย่างไร

แนวคิดเบื้องต้นที่ใช้ในการวิจัย

การเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ส่งผลกระทบในทางลบต่อวิถีชีวิตและการมีสุขภาวะของคู่ชีวิต ไม่ว่าจะเป็นความไม่มั่นใจ ความรู้สึกไม่มั่นใจในความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ความสนิทสนมใกล้ชิด (intimacy) การเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ การสูญเสียโอกาส ปัญหาด้านการเงิน มีความเสี่ยงจะเกิดความเจ็บป่วยทางกายและมีปัญหาสุขภาพจิตเรื้อรัง (Laun & McMahon, 2014) การดูแล (Caring) เป็นพฤติกรรมช่วยเหลือกันระหว่างมนุษย์ (human to human service) เป็นกระบวนการที่มีความเป็นพลวัต แต่ละองค์ประกอบมีความสัมพันธ์กันอย่างเป็นระบบและมีความเป็นแบบองค์รวม เพื่อให้บุคคลที่รับความดูแลประสบความสำเร็จและมีสุขภาพที่ดี โดยคำนึงถึงความเป็นเอกลักษณ์เฉพาะบุคคล และให้การดูแลแบบองค์รวม การดูแลตามความคิดของ Watson เป็นการดูแลที่ทั้งเป็นผู้ให้การดูแลและผู้ได้รับการดูแลต่างฝ่ายต่างเข้าถึงความรู้สึก และสัมผัสจิตใจซึ่งกันและกันในลักษณะที่จิตใจ ร่างกาย และจิตวิญญาณของอีกฝ่ายหนึ่ง จนกระทั่งจิตวิญญาณของทั้งสองฝ่ายหลอมรวมเป็นหนึ่งเดียวกัน ซึ่งเรียกว่า การดูแลที่เข้าถึงความรู้สึกของกันและกัน (Transpersonal caring)

ผู้ดูแลที่เป็นคู่ชีวิต (Spouse caregiver) มีบทบาทที่เฉพาะ (Unique role) เมื่อเทียบกับบทบาทการดูแลของผู้ดูแลในกลุ่มอื่น ลักษณะการดูแลอยู่ภายใต้บริบทของความสัมพันธ์ที่เรียกว่า ความสัมพันธ์อันแท้จริง (a real & genuine relationship) (Borg, Brenner & Berry, 2014) จาก

การทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ดูแลที่เป็นคู่ชีวิตมีประสบการณ์ที่หลากหลายจากการดูแลผู้ป่วย ทั้งประสบการณ์ทางลบและทางบวก คู่ชีวิตของผู้ป่วยพยายามปรับตัวในการดูแลเพื่อที่จะรักษาสัมพันธ์ภาพของชีวิตคู่เอาไว้ มักจะมองว่าตนเองเป็นสามีและภรรยา มากกว่าการเป็นผู้ดูแล ผู้ดูแลแต่ละคนรับมือกับภาระการดูแลและผลกระทบด้านลบกับความสัมพันธ์ของชีวิตคู่โดยแทบที่จะไม่มีการช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนต่างๆ แต่ก็ยังมีความมุ่งมั่นที่จะต่อสู้กับความเจ็บป่วยของผู้ป่วยเองทำให้เกิดความกดดันทางจิตใจ และมีปัญหาแยกจากสังคม (Laun & McMahon, 2014) ผู้ดูแลที่เป็นคู่ชีวิตมีความเครียดจากการได้รับความทุกข์ทรมานจากปัญหาด้านสุขภาพจิตและมองตนเองด้อยค่า (Mutch, 2010) แต่อย่างไรก็ตาม ประสบการณ์ทางบวกที่คู่ชีวิตเข้ามาบรรเทาทุกข์ในการดูแลผู้ป่วยเกิดจากความรัก (Love) และความผูกพัน (Attachment) มีความรู้สึกดี ๆ ให้กัน สร้างความสุขและความทุกข์ให้กันและกัน ร่วมทุกข์ร่วมสุขด้วยกันมา (คริสเตนเซน, ออล์เวลล์, และ ดิลลอน, 2556) ซึ่งความรักเป็นสิ่งที่ทำให้ความสัมพันธ์ของคู่ชีวิตมีลักษณะพิเศษแตกต่างไปจากความสัมพันธ์อื่น (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2545) ความรักเป็นความผูกพันทางอารมณ์ (Emotional Attachment)

ทั้งนี้ในบริบทของสังคมไทยเชื่อว่าภรรยา มีบทบาทหลักในการเป็นผู้ดูแลสามีทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย (อิรภัทร สุริยพันธุ์, 2552) ภรรยาจึงต้องดูแลด้วยความรัก ความผูกพัน ความรู้สึกที่ดีต่อกัน ในช่วงเวลาที่สามีและภรรยาใช้ชีวิตคู่ด้วยกันมา (Lawn & McMahon, 2014) คู่ชีวิตหลายรายเลือกที่จะเก็บเฉพาะสิ่งที่ดีในการใช้ชีวิตร่วมกันที่ทำให้สามารถรักษาความสัมพันธ์ให้มั่นคงได้และมีความพึงพอใจในชีวิต ประสบการณ์การดูแลของผู้ดูแลที่เป็นภรยานอกจากเป็นการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลกิจวัตรส่วนตัวของผู้ป่วย การรักษาพยาบาล การดูแลด้านจิตใจและอารมณ์ ฝึกระวังอาการและภาวะแทรกซ้อนการจัดการกับสภาพอารมณ์ และจิตใจ การรับรู้ ความคิด ความรู้สึก และความเชื่อที่เกิดจากภาระการดูแล รวมถึงบทบาทเชิงซ้อน (กรวิภา บุญเชื้อ, 2545) ซึ่งผู้ดูแลที่เป็นคู่ชีวิตเป็นกลุ่มผู้ดูแลที่ต้องการความช่วยเหลือด้านจิตใจ แตกต่างจากผู้ดูแลในกลุ่มอื่นๆ

การศึกษานี้ใช้แนวคิดการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenological research) ตามแนวคิดของ Martin Heidegger (ศิริพร จิรวัดน์กุล, 2555) เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพรูปแบบหนึ่งที่เป็นการบรรยายปรากฏการณ์ตามความรู้โดยตรงที่ได้จากปรากฏการณ์นั้น มุ่งทำความเข้าใจความหมายประสบการณ์ชีวิตที่บุคคลได้ประสบเป็นหลัก ซึ่งปรากฏการณ์ที่ผู้วิจัยสนใจศึกษาในครั้งนี้คือ การดูแลของหญิงสูงวัยที่ดูแลสามีที่เจ็บป่วยในภาวะพึ่งพิง โดยผู้วิจัยจะต้องเข้าใจถึงจุดเริ่มต้นหรือแก่นของความรู้ของปรากฏการณ์นั้นๆ โดยปราศจากอคติ เพื่อให้เข้าใจประสบการณ์การดูแลของหญิงสูงวัยที่ดูแลสามีที่เจ็บป่วยในภาวะพึ่งพิงอย่างลึกซึ้งซึ่งจากผู้ให้ข้อมูลที่มีประสบการณ์ตรง

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenological Research) เพื่อศึกษาประสบการณ์ชีวิตของหญิงสูงวัยที่ดูแลสามีที่เจ็บป่วยในภาวะพึ่งพิง โดยทำการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key informant) แบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ได้แก่ หญิงสูงวัยอายุที่ เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง และเกี่ยวข้องเป็นภรรยา ผู้วิจัยใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) แบบมีแนวทางการสัมภาษณ์ (Interview Guideline) ที่ถูกสร้างขึ้นตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยใช้เวลาในการสัมภาษณ์ 20-50 นาที และใช้วิธีการบันทึกเทปขณะสัมภาษณ์

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ประสบการณ์ชีวิตของหญิงสูงวัยที่ดูแลสามีที่เจ็บป่วยในภาวะพึ่งพิง หมายถึง เหตุการณ์หรือเรื่องราวชีวิตที่ได้ประสบพบเจอด้วยตนเอง ตามความคิด ความรู้สึก ของภรรยาสูงวัยอายุที่ให้การดูแลสามีที่เจ็บป่วยในภาวะพึ่งพิง

สามีที่เจ็บป่วยในภาวะพึ่งพิง หมายถึง สามีที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ซึ่งประเมินภาวะพึ่งพิงจากดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (The Barthel index of activities of daily living) มีค่าคะแนนจากการประเมินน้อยกว่า 12 คะแนน หมายถึงสามีอยู่ในระดับการพึ่งพิงมาก และต้องการการดูแลช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

หญิงสูงวัยที่ดูแลสามีที่เจ็บป่วยในภาวะพึ่งพิง หมายถึง ภรรยาที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักในการดูแลสามีที่เจ็บป่วยในภาวะพึ่งพิง ที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ดูแลสามีในการดำรงชีวิตประจำวัน หรือการประกอบกิจกรรมต่างๆ อย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 6 เดือน และให้การดูแลสามีอย่างน้อย 8 ชั่วโมงต่อวัน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. สามารถนำผลการวิจัยมาประยุกต์ใช้ในการวางแผนการพยาบาลให้การดูแลหญิงสูงวัยที่ เป็นผู้ดูแลสามีที่เจ็บป่วยในภาวะพึ่งพิงเพื่อให้สามารถดูแลสามีได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาแนวทางหรือรูปแบบการดูแลหญิงสูงวัยที่ดูแลสามีที่เจ็บป่วยในภาวะพึ่งพิง ในการปรับตัวต่อบทบาทของการเป็นผู้ดูแล

บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรมและเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาประสบการณ์ชีวิตของหญิงสูงวัยที่ดูแลสามีที่เจ็บป่วยในภาวะพึ่งพิงครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพโดยใช้แนวคิดปรากฏการณ์วิทยาของ Martin Heidegger ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารงานวิจัย บทความ และทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องอย่างละเอียด ดังจะนำมาเสนอตามลำดับ ดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุกับภาวะพึ่งพิง

- 1.1 ความหมายของผู้สูงอายุ
- 1.2 การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ
- 1.3 ความหมายของภาวะพึ่งพิง
- 1.4 สาเหตุของภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุ
- 1.5 สถานการณ์ภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุ
- 1.6 การประเมินภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุ

2. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแลวัยสูงอายุที่เป็นคู่ชีวิต

- 2.1 ความหมายของผู้ดูแล
- 2.2 ผู้ดูแลที่เป็นคู่ชีวิต
- 2.3 บทบาททางเพศของผู้ดูแลที่เป็นคู่ชีวิต
- 2.4 บทบาทของผู้ดูแลที่เป็นภรรยาในบริบทของสังคมไทย
- 2.5 ผลกระทบต่อการเป็นผู้ดูแลวัยสูงอายุที่เป็นคู่ชีวิต
- 2.6 บทบาทของพยาบาลผู้สูงอายุในการดูแลผู้ดูแลที่เป็นคู่ชีวิตของผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิง

3. การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา

- 3.1 ความหมายของปรากฏการณ์วิทยา
- 3.2 หลักการและแนวคิดเชิงปรากฏการณ์วิทยาของ Martin Heidegger
- 3.3 การวิเคราะห์ข้อมูลตามแนวคิดของ Martin Heidegger
- 3.4 การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล(Trustworthiness)

4. เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุกับภาวะพึ่งพิง

1.1 ความหมายของผู้สูงอายุ

องค์การสหประชาชาติ (United Nations: UN) ไม่ได้มีหลักการนิยามเกี่ยวกับคำว่า "ผู้สูงอายุ" (Elderly) อย่างตายตัวแต่เป็นที่ยอมรับโดยทั่วไปว่าหมายถึง บุคคลหรือกลุ่มประชากรที่มีอายุตามปฏิทิน (calendar age, chronological age) ตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป ซึ่งเป็นเกณฑ์อายุเริ่มต้นเดียวกับขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ที่ใช้ในการกำหนดช่วงอายุของผู้สูงอายุในกลุ่มของประเทศพัฒนาแล้ว แม้ในบางกรณีอาจไม่ได้กำหนดอย่างเป็นทางการหรือระบุชัดเจน แต่ส่วนใหญ่จะถูกอ้างอิงหรือตกลงไว้ที่เกณฑ์อายุตั้งแต่ 65 ปี ขึ้นไป (รสรินทร์เกรย์, อุมาภรณ์ ภัทรวานิชย์, เฉลิมพล แจ่มจันทร์ และเรวดี สุวรรณพเก้า, 2556) แต่แต่ละประเทศมีการให้ความหมายแตกต่างกันออกไป ทั้งให้ความหมายตามอายุเกิด ตามสังคม (Social) ตามวัฒนธรรม (Culture) และตามสภาพร่างกาย (Function markers) (ชมพูนุท พรหมภักดี, 2556)

สำหรับประเทศไทยนั้น คำว่า "ผู้สูงอายุ" ในพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546 คือบุคคลที่มีอายุเกินกว่าหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไป และมีสัญชาติไทย (กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2553) โดยแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่ม (สุภาวดี พุฒิหนองย, 2556) ดังนี้

1. ผู้สูงอายุวัยต้น (อายุ 60-69 ปี) เป็นช่วงวัยที่ยังช่วยเหลือตนเองได้
2. ผู้สูงอายุวัยกลาง (อายุ 70-79 ปี) เป็นช่วงวัยที่เริ่มมีอาการเจ็บป่วย ร่างกายเริ่มอ่อนแอ มีโรคประจำตัวหรือโรคเรื้อรัง
3. ผู้สูงอายุวัยปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป) เป็นช่วงวัยที่เจ็บป่วยบ่อยขึ้น อวัยวะเสื่อมสภาพ อาจมีภาวะทุพพลภาพ

1.2 ความเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ

เมื่อก้าวเข้าสู่วัยสูงอายุที่ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ-อารมณ์ ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ซึ่งลักษณะการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจะเป็นการเสื่อมลงของอวัยวะและการทำหน้าที่ต่างๆ สามารถสรุปได้ตามหัวข้อต่อไปนี้

1.2.1 การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย

การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายสามารถเกิดขึ้นได้กับทุกๆ อวัยวะของร่างกาย ซึ่งจะพบว่าระบบต่างๆ ของร่างกายทำหน้าที่ลดลงอย่างชัดเจน เซลล์ต่างๆ ภายในร่างกายจะทำงานลดลง และมีจำนวนน้อยลงร้อยละ 30 เมื่อเทียบกับวัยหนุ่มสาว การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวสามารถแบ่งได้ตามระบบ ดังนี้

- 1) ระบบผิวหนัง ผิวหนังบางลง เซลล์ผิวหนังลดลง ความยืดหยุ่นของผิวหนังไม่ดี เทียบวัน ไชมันใต้ผิวหนังลดลงทำให้ร่างกายทนต่อความหนาวเย็นได้ลดน้อยลง ต่อมาเหงื่อเสียหน้าที่ไม่สามารถขับเหงื่อได้ จึงเกิดอาการลมแดดได้ง่ายในเวลาที่อากาศร้อนจัด ต่อมาไขมันทำงานลดลงทำ

ให้ผิวหนังแห้งและแตกง่าย ผิวหนังจางลงเพราะเซลล์สร้างสีทำงานลดลง เกิดจุดสีน้ำตาลทั่วไป ผมและขนสีจางลงหรือเป็นสีขาว จำนวนลดลง การรับรู้ความรู้สึกต่ออุณหภูมิ การสัมผัสเพื่อน และความเจ็บปวดลดลง เล็บแข็งและหนาขึ้น สีเล็บเข้มขึ้น (อรรพรรณ แผนคง, 2552)

2) ระบบประสาทและประสาทสัมผัสขนาดของสมองลดลง จำนวนเซลล์สมองและเซลล์ประสาทลดลง ปฏิกริยาการตอบสนองต่อสิ่งต่างๆ ลดน้อยลง การเคลื่อนไหวและความคิดช้า ทำให้เกิดอุบัติเหตุได้ง่าย ความจำเสื่อมลงโดยเฉพาะเรื่องราวใหม่ๆ แต่สามารถจำเรื่องราวเก่าได้ดี ภาวะต้อหรือร้อ้นน้อยลง ความคิดอาจสับสนได้ แบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลง เวลานอนน้อยลง เวลาตื่นมากขึ้น การมองเห็นไม่ค่อยดี ปฏิกริยาต่อแสงลดลง หนังตาตก แก้วตาเริ่มขุ่นมัวเกิดต่อกระจก รอบๆ กระจกตาจะมีไขมันมาสะสมเห็นเป็นวงขาวหรือเทา ตาแห้ง ลานสายตาแคบลงความสามารถในการมองภาพลดน้อยลง สายตายาวขึ้น ความสามารถในการเทียบสีลดลง หูตึงเพิ่มมากขึ้น ระดับเสียงสูงจะได้ยินมากกว่าระดับเสียงที่ต่ำ หลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหูชั้นในเกิดภาวะแข็งตัวมีผลทำให้เกิดอาการเวียนศีรษะ การดมกลิ่นไม่ดี การรับรสของลิ้นเสียไป ต่อมรับรสทำหน้าที่ลดลง ทำให้ผู้สูงอายุรับประทานอาหารไม่อร่อยเกิดภาวะเบื่ออาหาร (อารีย์ เสนาชัย, 2555)

3) ระบบกล้ามเนื้อและกระดูกจำนวนและขนาดเส้นใยกล้ามเนื้อลดลง กำลังการหดตัวของกล้ามเนื้อลดลง การเคลื่อนไหวลักษณะต่างๆ ไม่คล่องตัว กระดูกมีน้ำหนักลดลง เพราะแคลเซียมสลายตัวออกจากกระดูกเพิ่มมากขึ้น ทำให้กระดูกเปราะ บาง หักง่าย ความยาวของกระดูกสันหลังลดลง หมอนรองกระดูกบางลง เกิดหลังค่อมมากขึ้น ความสูงลดลงประมาณ 3-5 นิ้ว น้ำในข้อลดลง กระดูกอ่อนบริเวณข้อเสื่อม มีแคลเซียมมากเกาะเพิ่มมากขึ้นทำให้การเคลื่อนไหวข้อต่างๆ ไม่สะดวก เกิดการตึงแข็ง ข้อติด อักเสบและติดเชื้อง่าย ข้อที่สามารถพบได้บ่อยๆ คือข้อเข่า ข้อสะโพก และกระดูกสันหลัง (อภิรติพิทุ ลสวัสดิ์, 2560)

4) ระบบหัวใจและการไหลเวียนโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจลดลง ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาทีลดลง ประมาณ 40% จากอายุ 25-65 ปี ผนังหลอดเลือดหนาตัวขึ้น รูภายในหลอดเลือดตีบแคบลง จึงมีโอกาสเกิดการอุดตันได้ง่ายขึ้น การไหลเวียนโลหิตช้าลงทำให้ปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆ ลดลงด้วย ความยืดหยุ่นของหลอดเลือดลดลง ความต้านทานหลอดเลือดลดลง แต่ความต้านทานหลอดเลือดส่วนปลายเพิ่มมากขึ้นจึงทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น ผู้สูงอายุจึงมีโอกาสเกิดความดันโลหิตสูง เกิดโรคหัวใจ และหลอดเลือดสูงกว่าคนกลุ่มอื่น (ธิดารัตน์ มิ่งสมร, 2561)

5) ระบบทางเดินหายใจ การทำงานของปอดจะลดลง มีความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อปอดลดลง เกิดอาการเหนื่อยได้ง่าย ผนังทรวงอกจะแข็งขึ้นเพราะมีแคลเซียมมาเกาะ ถุงลมในปอดมีจำนวนลดลงและแตกง่ายเนื่องจากเนื้อเยื่อเกี่ยวพันที่ห่อหุ้มถุงลมลดลง และมีการเชื่อมกันตามขวาง เนื้อปอดมีความยืดหยุ่นลดลงร่วมกับทรวงอกขยายตัวได้ไม่เต็มที่ ทำให้การไหลเวียนของก๊าซภายใน

ปอดไม่ดีเกิดการคั่งของก๊าซภายในปอด ประสิทธิภาพการไหลลดลงทำให้การกำจัดสิ่งแปลกปลอมในทางเดินหายใจไม่ดี เกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจได้ง่ายขึ้น การทำงานของฝาปิดกล่องเสียงไม่ดีทำให้เกิดการสำลักได้ง่าย (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2552)

6) ระบบขับถ่ายปัสสาวะและระบบสืบพันธุ์ ขนาดของไตจะลดลงประมาณ 1 ใน 5 ของขนาดเดิม น้ำหนักและหน่วยไตจะลดลงแต่หน่วยไตที่เหลือมีขนาดใหญ่ขึ้น การไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงที่ไตลดลง กล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะมีการบีบตัวลดลงทำให้มีปัสสาวะคั่งค้างประกอบกับความจุของกระเพาะปัสสาวะลดลงจากเดิม จึงพบว่าผู้สูงอายุมีปัสสาวะบ่อย นอกจากนี้ในผู้สูงอายุหญิงยังมีกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานหย่อนตัว และกล้ามเนื้อหูรูดบริเวณปลายท่อปัสสาวะหย่อนทำให้เกิดปัญหาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่และในผู้หญิงจะมีรังไข่ฝ่อเล็กลง ปีกมดลูกเหี่ยว มดลูกมีขนาดเล็กลง ช่องคลอดแห้ง ความยืดหยุ่นของช่องคลอดลดลง ทำให้รู้สึกเจ็บเวลามีเพศสัมพันธ์ ส่วนในผู้ชายจะมีปัญหาเรื่องต่อมลูกหมากโตไปกดเบียดท่อปัสสาวะทำให้ปัสสาวะลำบาก ต้องปัสสาวะบ่อยครั้ง หรือใช้แรงแบ่งค่อยข้างสูง (อรรพรรณ แผนคง, 2552)

7) ระบบทางเดินอาหาร เยื่อช่องปากบางลง น้ำลายจากต่อมน้ำลายลดลง เนื้อฟันจะบางลง เหงือกยุบลงจากคอฟัน เนื่องจากความเสื่อมของ alveolar bone ขณะที่กระดูกขากรรไกรหดลงทำให้ฟันเริ่มโยกคลอนได้ง่าย และยังเมื่อมีหินปูนมาเกาะเกิดการติดเชื้อ ทำให้ฟันหลุดร่วงและนำไปสู่ภาวะทุโภชนาการได้ การไหลผ่านของอาหารจากหลอดอาหารถึงลำคอช้าลง น้ำย่อยจากกระเพาะอาหารลดความเป็นกรดลง ลำไส้มีการเคลื่อนไหวตัวช้าลงทำให้เกิดอาการท้องผูกได้ง่าย มีการดูดซึมโปรตีนและคาร์โบไฮเดรตลดลง ตับมีขนาดลดลง ปริมาณเลือดที่ไหลเวียนไปตับลดลงทำให้การกำจัดยาที่เข้าสู่ร่างกายช้าลง ผู้สูงอายุจึงมีโอกาสเกิดพิษจากยาและแอลกอฮอล์มากกว่าบุคคลทั่วไป (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2552)

8) ระบบต่อมไร้ท่อ การเปลี่ยนแปลงทำให้เกิดการผลิตฮอร์โมนต่างๆ ลดลง ต่อมไทรอยด์มีการสะสมของเนื้อเยื่อไขมันมากขึ้น ปริมาณของฮอร์โมนที่สร้างจากต่อมไทรอยด์ลดลงทำให้การเผาผลาญของร่างกายลดลงด้วย ซึ่งจะมีลักษณะอาการที่ไม่จำเพาะเจาะจง เช่น เคลื่อนไหวช้าลง น้ำหนักขึ้น สติปัญญาลดต่ำลง ท้องผูก อ่อนเพลีย เป็นต้น พบในผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย ตับอ่อนมีการหลั่งอินซูลินลดน้อยลง จึงทำให้ผู้สูงอายุเกิดเบาหวานได้ง่าย โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วน ต่อมหมวกไต ทำหน้าที่ในการหลั่งฮอร์โมน Aldosterone ซึ่งทำหน้าที่ดูดซึมเกลือโซเดียมจากท่อไตลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น เมื่อผู้สูงอายุสูญเสียเกลือแร่ออกจากร่างกาย เช่น ขณะที่มีอาการท้องร่วง จึงมักทำให้ความดันโลหิตลดต่ำลงมากกว่าคนทั่วไป ในผู้สูงอายุหญิงมีการลดลงของระดับฮอร์โมน estrogen จากรังไข่หยุดการทำงาน ไม่มีประจำเดือน ฮอร์โมนชนิดนี้ทำหน้าที่ควบคุมความหนาแน่นของกระดูก ซึ่งในช่วงนี้อาจจะเกิดกระดูกพรุนได้ (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2552)

1.2.2 การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ

ในวัยสูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ ได้แก่ การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก การเปลี่ยนแปลงบทบาทในครอบครัวและหน้าที่การงานและการสูญเสียภาพลักษณ์ อารมณ์และจิตใจ ที่มีการเปลี่ยนแปลงอาจเกิดมาจากมีเวลาว่างมากเกินไป เนื่องจากเกษียณอายุจากการทำงานแล้วจึง รู้สึกว่าตัวเองถูกลดคุณค่าลดความสัมพันธ์ระหว่างคนในครอบครัวเริ่มมีน้อยลง ซึ่งอาจทำให้เกิด ความรู้สึกโดดเดี่ยว และซึมเศร้า นอกจากนี้ ยังอาจเป็นผลมาจากความเจ็บป่วย และการเสื่อมของ ระบบต่างๆ ภายในร่างกาย เช่น การรับรู้ ซึ่งผู้สูงอายุมักยึดติดกับความคิดและเหตุผลของตนเอง จำ เหตุการณ์ปัจจุบันไม่ค่อยได้ หลงๆ ลืมๆ และชอบย้ำคำถามบ่อย เรียนรู้สิ่งใหม่ได้ยากเพราะไม่มีความ มั่นใจในการปรับตัว (ธิดารัตน์ มิ่งสมร, 2561) การแสดงออกทางอารมณ์ อาจจะมีการซึมเศร้า หงุดหงิด ขี้ระแวง วิตกกังวล โกรธง่าย เอาแต่ใจตนเอง มักจะคิดซ้ำซาก ลังเล หวาดระแวง หมกมุ่น เรื่องของตนเอง ทั้งเรื่องในอดีตและอนาคต รวมถึงสนใจสิ่งแวดล้อมน้อยลง ผู้สูงอายุมักสนใจเฉพาะ เรื่องที่เกี่ยวข้องกับตนเองมากกว่าเรื่องของผู้อื่น (พัชรนันท์ ชัยชาญทิพยุทธ, 2559)

1.2.3 การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม

ภาระหน้าที่และบทบาททางสังคมลดน้อยลง ทำให้ผู้สูงอายุแยกตัวออกจากสังคม มากขึ้น การมีข้อจำกัดทางด้านร่างกายรวมทั้งสมรรถภาพและความสามารถลดน้อยลง สังคมจึงไม่ให้ความสำคัญหรือใส่ใจผู้สูงอายุมากนัก นอกจากนี้ยังเปลี่ยนแปลงบทบาทจากการเป็นผู้นำครอบครัว กลายเป็นเพียงผู้อาศัยหรือเป็นสมาชิกของครอบครัวร่วมกับการมีสมรรถภาพร่างกายที่ลดลง ทำให้ ความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองหรือกิจวัตรประจำวันเป็นไปได้ยากลำบาก จะส่งผลกระทบต่อ จิตใจ เกิดความไม่มั่นใจในตนเอง หดหู่กับสภาพตัวเอง ทำให้ผู้สูงอายุไม่กล้ามีสังคมหรือมีกิจกรรม ร่วมกับผู้อื่นผู้สูงอายุรู้สึกเหงาและหัวเหว่ ขาดที่พึ่ง (ธิดารัตน์ มิ่งสมร, 2561)

กล่าวโดยสรุป การเปลี่ยนแปลงตามวัยในผู้สูงอายุเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติที่พบได้ทุก ระบบของร่างกาย เมื่อเกิดขึ้นและจะมีผลกระทบต่อผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรค เรื้อรัง อาจมีการกำเริบของโรคร่วมกับการเปลี่ยนแปลงของร่างกายในทางที่เสื่อมถอยลง ส่งผลทำให้ เกิดการเจ็บป่วยได้ง่ายและเกิดปัญหาภาวะพึ่งพิง ทำให้ผู้สูงอายุจำเป็นต้องได้รับการดูแล นอกจากนี้ จากการเปลี่ยนแปลงตามวัยอาจมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ และสังคมของผู้สูงอายุด้วย

1.3 ความหมายของภาวะพึ่งพิง

ภาวะพึ่งพิง (dependent) หมายถึง การพึ่งพิงทั้งในด้านการเลี้ยงดูด้านการเงิน การให้ การศึกษาสำหรับเด็ก การช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน การให้ปัจจัยสี่ ทางด้านจิตใจ การพึ่งพิงอาจ หมายถึง การให้คำปรึกษาแนะนำเมื่อมีปัญหา การอยู่เป็นเพื่อน การเห็นคุณค่า ด้านสังคม หมายถึง การเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ การช่วยเหลือ และการร่วมกิจกรรมต่างๆ ในสังคม (นภาพร ชโณวรรณ, 2548)

ภาวะพึ่งพิงหมายถึง ผู้สูงอายุที่มีความยากลำบากในการใช้ชีวิตประจำวันอย่างเป็นอิสระด้วยตนเอง ทั้งกิจกรรมพื้นฐานในชีวิตประจำวัน และกิจกรรมอื่นๆ ที่จำเป็นต่อการใช้ชีวิตที่ปกติ เช่น การรับประทานอาหาร อาบน้ำ ทำความสะอาดร่างกาย แต่งตัว ขับถ่าย เดินและเคลื่อนไหว การเดินทาง การทำความสะอาดบ้านและการทำอาหาร (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, 2554)

ภาวะพึ่งพิง หมายถึง ผู้สูงอายุหรือบุคคลอื่นๆ ที่มีคะแนนการประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (The Barthel index of activities of daily living) น้อยกว่า 12 คะแนน (คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559)

ภาวะพึ่งพิง (Dependency) หมายถึง ภาวะที่ไม่สามารถดำเนินชีวิตโดยปราศจากการดูแลเอาใจใส่จากบุคคลอื่น ในภาวะปกติเราอาจต้องพึ่งพิงขอความช่วยเหลือจากผู้อื่นในกรณีที่ได้รับบาดเจ็บหรือกำลังป่วย หากมีสุขภาพร่างกายที่ดีแล้วยังต้องพึ่งพิงผู้อื่นทางจิตใจเพื่อช่วยให้เป็นสุข แสดงว่าสุขภาพทางจิตกำลังย่ำแย่ เจ็บป่วยหรือบาดเจ็บ (เปค, 2553)

กล่าวโดยสรุป ภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุ หมายถึง ระยะเวลาที่ผู้สูงอายุต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น ในการใช้ชีวิตประจำวัน การช่วยเหลือในด้านต่างๆ เพื่อตอบสนองความต้องการที่ผู้สูงอายุไม่สามารถปฏิบัติได้ รวมถึงความรัก ความเอาใจใส่ ความอบอุ่น และความปลอดภัย

1.4 สาเหตุของภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุ

ปัจจุบันประเทศไทยมีผู้สูงอายุส่วนหนึ่งที่ต้องอยู่ในภาวะพึ่งพิง (dependent) ซึ่งเกิดจากการเสื่อมสภาพของร่างกาย และจากการที่มีภาวะเจ็บป่วยหรือโรคต่างๆ ร่วมด้วย เช่น โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคเรื้อรังต่างๆ และการเกิดอุบัติเหตุ ซึ่งเหล่านี้ล้วนทำให้เกิดภาวะอัมพฤกษ์หรืออัมพาต ภาวะพิการ หรือทุพพลภาพ อาจรุนแรงจนถึงการเสียชีวิตได้ โดยภาวะทุพพลภาพนี้เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุได้ (วิชัย โชควิวัฒน์, 2560)

จากการศึกษาการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือของไทย ของชวลิตสวัสดิ์ผล, วิชัยเพ็งพินิจ, อัครเดช เสนานิกรณ์ และวารีย์ ศรีสุรพล (2560) ซึ่งกล่าวว่าสาเหตุหลักที่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะพึ่งพิงนั้นมีทั้งหมด 4 สาเหตุหลัก คือ ภาวะสมองขาดเลือด (Stroke) โรคเรื้อรัง ภาวะสมองเสื่อม และการสูงอายุ สาเหตุเหล่านี้อาจทำให้เกิดทุพพลภาพ และทำไปสู่การเกิดภาวะพึ่งพิงระยะยาวได้ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1) ภาวะสมองขาดเลือด (Stroke) เป็นการเปลี่ยนแปลงที่ทำให้เซลล์สมองถูกทำลาย อันมีสาเหตุมาจากการเปลี่ยนแปลงทางระบบไหลเวียนโลหิตของผู้สูงอายุจากการหนาตัวของเนื้อเยื่อเส้นเลือด ทำให้เส้นเลือดเปราะ มีแคลเซียมมาเกาะ ทำให้เส้นเลือดแข็ง เกิดภาวะความดันโลหิตสูง เกิดการปริแตกของผนังหลอดเลือด ลิ่มเลือดออกมาอุดตันที่สมอง เกิดสมองขาดเลือดส่งผลให้เกิดภาวะทุพพลภาพหรือพิการได้ (ดิษณัย ทศนพูนชัย, 2561) จากการสำรวจสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

ในประเทศไทย พบว่า ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งของภาวะสมองขาดเลือดมากถึง 60% (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557)

2) โรคเรื้อรัง เป็นภาวะเจ็บป่วยที่เกิดจากพยาธิสภาพหรือข้อบกพร่องของร่างกายหรือการทำหน้าที่ของอวัยวะลดลง เมื่ออายุมากขึ้นร่างกายก็จะเกิดความเสื่อมถอยลงเนื่องจากการทำหน้าที่ของระบบต่างๆ ในร่างกายสูญเสียไปตามการเจ็บป่วย ทำให้การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนเอง ไม่ว่าจะเป็นกิจกรรมขั้นพื้นฐานหรือกิจกรรมขั้นสูงลดลง ส่งผลให้เกิดภาวะทุพพลภาพหรือเป็นอัมพาตจนไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ อันจะนำไปสู่ภาวะพึ่งพิงในระยะยาว

3) ภาวะสมองเสื่อม เป็นความผิดปกติทางสมองประเภทหนึ่ง ซึ่งเซลล์สมองจะค่อยๆ ตายไปตามอายุที่เพิ่มมากขึ้น แต่เซลล์ของผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อมจะตายอย่างรวดเร็วและสมองดังกล่าวจะหดตัวลงด้วยเป็นสาเหตุทำให้การทำงานของสมองเสื่อมลงอย่างรุนแรง ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมไม่ได้มีอาการหลงลืมเพียงอย่างเดียว แต่อาจจะมีปัญหาในการเข้าใจภาษา การเรียนรู้ การคำนวณ การรับรู้ วิจารณ์ญาณ และพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจะไม่สามารถดูแลตนเองได้ และในที่สุดต้องอยู่ในภาวะพึ่งพิง ต้องการการดูแลจากบุคคลอื่น

4) การสูงอายุ อายุที่เพิ่มมากขึ้นทำให้การทำงานของระบบต่างๆ ของร่างกายสูญเสียไป ทั้งทางร่างกาย เช่น ระบบสัมผัส การรับรู้ ระบบหายใจและไหลเวียนโลหิต ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ระบบประสาท เป็นต้น การเปลี่ยนแปลงของเศรษฐกิจและสังคม เหล่านี้จะส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะทุพพลภาพได้

1.5 สถานการณ์ภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุ

ในปัจจุบันสถานการณ์ของผู้สูงอายุไทยกำลังเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วอันเนื่องมาจากโครงสร้างประชากรไทยเปลี่ยนแปลงไปมากจากการลดลงของประชากรวัยเด็ก จากร้อยละ 30 ในปี 2537 เหลือร้อยละ 24.9 และ 22.4 ในปี 2545 และ 2550 ตามลำดับ ซึ่งสวนทางกับจำนวนประชากรสูงอายุที่เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.8 ในปี 2537 เป็นร้อยละ 9.4 และ 10.7 ในปี 2545 และ 2550 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557) ดังนั้นประเทศไทยจึงเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้ว โดยมีผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งที่ต้องการความช่วยเหลือดูแลจากบุคคลอื่น เช่น คู่สมรส บุตรหลาน เพื่อจะดำรงชีวิตหรือใช้ชีวิตประจำวันต่อไปได้ ซึ่งผู้สูงอายุเหล่านี้จำเป็นต้องพึ่งพิงทั้งในด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านเศรษฐกิจและสังคม ภาวะพึ่งพิงเหล่านี้ถูกวางอยู่ภายใต้เงื่อนไขความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (Activities of Daily Living: ADL) โดยจะใช้เครื่องมือประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานของผู้สูงอายุ ทั้งทางด้านการเคลื่อนย้ายตัวเอง การเดิน การใช้ห้องน้ำ การล้างหน้า การขับถ่ายอุจจาระ การขับถ่ายปัสสาวะ การอาบน้ำ การรับประทานอาหาร การใส่เสื้อผ้า และการเดินขึ้น-ลงบันได การประเมินดังกล่าวจะเป็นตัวบ่งชี้ให้ทราบถึงภาวะพึ่งพิงหรือสุขภาพการทำงานของร่างกาย (Functional health) ของผู้สูงอายุว่ามีความต้องการการดูแล หรือ

ต้องการความช่วยเหลือเล็กน้อยเพียงใด อย่างไรก็ตามในประเทศไทยได้มีการสำรวจภาวะสุขภาพโดยการตรวจร่างกายในปีพ.ศ.2557 (วิชัย เอกพลากร, 2557) ของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ซึ่งมีรายงานภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุว่า ร้อยละ 0.5-20.2 มีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (ADL) กิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้น เมื่อเปรียบเทียบกับภาวะพึ่งพิงของการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2 ซึ่งพบว่าสัดส่วนที่อยู่ในเกณฑ์ที่ต้องพึ่งพิงในกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (ADL) ร้อยละ 15.5 (เพศชายร้อยละ 12.7 เพศหญิงร้อยละ 17.8) มีสัดส่วนต่ำกว่าการสำรวจในครั้งที่ 5 ถึงร้อยละ 20.7 (เพศชายร้อยละ 16.6 เพศหญิงร้อยละ 24.1) จากการสำรวจภาวะพึ่งพิงในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานของผู้สูงอายุ พบว่า ร้อยละ 0.5-10.1 ของผู้สูงอายุ ไม่สามารถทำกิจวัตรพื้นฐานและกิจกรรมด้วยตนเอง ได้แก่ การเคลื่อนที่ภายในบ้าน การใช้ห้องน้ำ สำหรับการกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระ พบว่า ไม่สามารถกลั้นได้ร้อยละ 11.8 และ 16.6 ตามลำดับ ร้อยละของผู้สูงอายุที่ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐานได้ จะเพิ่มขึ้นตามอายุ เพื่อพิจารณาถึงระยะที่ต้องพึ่งพิงในกิจวัตรประจำวันพื้นฐานด้วยตนเองได้นั้นพบความชุกของภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุเท่ากับร้อยละ 20.7 ในผู้สูงอายุหญิงมากกว่าผู้สูงอายุชาย และสัดส่วนนี้จะเพิ่มขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น

ในขณะที่ผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลมีเพิ่มมากขึ้นแต่ขนาดของครอบครัวมีขนาดเล็กลง จากครอบครัวขยายเป็นครอบครัวเดี่ยว ส่งผลให้ผู้ดูแลในครอบครัวมีจำนวนลดลงเหลือจำนวนผู้อยู่อาศัยเพียง 3 คนในครอบครัวจากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติปีพ.ศ.2557 พบว่าสัดส่วนของผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังกับคู่สมรสร้อยละ 16 ในปีพ.ศ.2545 และสัดส่วนผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ลำพังกับคู่สมรสมีจำนวนเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 19 ในปีพ.ศ.2557 (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2559) ซึ่งมีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว นอกจากนี้ยังพบว่าอัตราส่วนของผู้สูงอายุต่อผู้ที่อยู่ในวัยทำงาน 100 คน ก็เพิ่มขึ้นอย่างเนื่องเช่นเดียวกัน จากร้อยละ 10.7 ในปีพ.ศ.2537 เป็นร้อยละ 18.1 ในปีพ.ศ.2554 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 26.3 ในปีพ.ศ.2557 ตามลำดับ นั้นหมายความว่าประชากรวัยทำงาน 100 คนจะต้องรับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุ 22 คน เท่ากับประชากรวัยทำงาน 4 คนต่อผู้สูงอายุ 1 คน อันจะส่งผลต่อการดูแลในระยะยาว ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายในทางเสื่อมถอย ทำให้เกิดการเจ็บป่วยส่งผลให้เกิดภาวะทุพพลภาพและภาวะพึ่งพิงได้ จะเห็นได้จากการศึกษาเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุในประเทศไทยปีพ.ศ.2557 ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุมักมีโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ข้ออักเสบ ข้อเสื่อม โรคถุงลมโป่งพอง หลอดลมอุดกั้นเรื้อรัง หลอดเลือดหัวใจตีบกล้ามเนื้อหัวใจตาย และอัมพาต หากผู้สูงอายุเกิดโรคดังกล่าวขึ้นอาจจะต้องอยู่ในระยะที่ต้องพึ่งพิงผู้อื่น (วิชัย เอกพลากร, 2557)

แม้ว่าครอบครัวจะยังคงเป็นแหล่งสำคัญลำดับแรกในการดูแลผู้สูงอายุ แต่หากครอบครัวมีขนาดลดน้อยลงอันเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงของจำนวนบุตรที่ลดลง อัตราการเกิดลดน้อยลง การ

อยู่อาศัยแบบครอบครัวขยายที่ลดลง การย้ายถิ่นที่อยู่อาศัยเพื่อการประกอบอาชีพ ซึ่งส่งผลให้ ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ลำพังกับคู่สมรสมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ในขณะที่การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายของ ผู้สูงอายุเสื่อมถอยลง ทำให้เกิดการเจ็บป่วย และความพิการจนนำไปสู่ภาวะพึ่งพิงได้ ดังนั้น การให้ ความสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงและการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงสามารถ กลับมาปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองโดยไม่ต้องพึ่งพิงผู้อื่น หรือพึ่งพิงผู้อื่นลดลง รวมถึงการ สนับสนุนช่วยเหลือผู้ดูแลด้านต่างๆ จึงเป็นสิ่งจำเป็นที่จะช่วยยืดชีวิตของผู้สูงอายุให้ยาวนานขึ้นและ ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุดีขึ้นด้วย

1.6 การประเมินภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุ

1.6.1 เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินภาวะพึ่งพิง การประเมินภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุ โดยทั่วไปประเมินได้จากความสามารถในการทำหรือได้ทำกิจกรรมที่กำหนดหรือไม่ เป็นกิจกรรมที่ บุคคลทั่วไปปฏิบัติอยู่เป็นปกติ ดังนั้นกิจกรรมที่ถูกเลือกจึงเป็นกิจกรรมที่ปฏิบัติอยู่ในชีวิตประจำวัน ที่ จะดูแลตนเองและเพื่อการดำรงชีวิตภายในบ้านอย่างเป็นอิสระในระดับที่ยอมรับได้ ซึ่งการประเมิน ภาวะพึ่งพิงครั้งนี้ใช้ดัชนีบาร์ธเอลเอตีแอล และดัชนีจุกาเอตีแอล เป็นเครื่องมือในการประเมินกิจวัตร ประจำวันพื้นฐานและกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง ตามลำดับ เนื่องจากดัชนีบาร์ธเอลเอตีแอลได้รับการ ประเมินคุณภาพในการใช้งานกับประชากรผู้สูงอายุมาแล้วพบว่าสามารถใช้ได้ และดัชนีจุกาเอตีแอล ได้รับการพัฒนาขึ้นมาสำหรับใช้กับประชากรผู้สูงอายุโดยเฉพาะ เนื่องจากการทำกิจวัตรประจำวัน ต่อเนื่องมีความหลากหลายและแตกต่างกันในแต่ละประเทศและเชื้อชาติ (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2539) ดังรายละเอียด ต่อไปนี้

1) ดัชนีบาร์ธเอลเอตีแอล (The Barthel index of activities of daily living)

ประกอบด้วยการสัมภาษณ์กิจวัตรประจำวันรวม 10 อย่าง ได้แก่ การเคลื่อนย้ายตนเอง การเดิน การ ใช้ห้องน้ำ การล้างหน้า การขับถ่ายปัสสาวะ การขับถ่ายอุจจาระ การอาบน้ำ การรับประทานอาหาร การใส่เสื้อผ้า และการเดินขึ้น-ลงบันได โดยมีคะแนนต่ำสุด 0 คะแนน และคะแนนสูงสุด 20 คะแนน ถึงแม้ว่าจะมีข้อโต้แย้งในเรื่องของการกลั่นปัสสาวะอุจจาระ ควรจะอยู่ในภาวะทุพพลภาพ แต่ก็มี เครื่องมือในการประเมินกิจวัตรประจำวันพื้นฐานที่สำคัญ เช่น ดัชนี Katz ADL Index ซึ่งรวมเอาการ กลั่นปัสสาวะและอุจจาระระบุไว้ด้วย การพิจารณาภาวะพึ่งพิงนอกจากจะพิจารณาเป็นรายกิจกรรม แล้วยังอาจพิจารณาด้วยคะแนนเพื่อใช้ในการเปรียบเทียบระดับความรุนแรงของการพึ่งพิง คะแนน รวมต่ำกว่า 12 ยังบ่งบอกถึงความต้องการการพึ่งพิงในระดับสูง และจะต้องมีผู้ดูแลอยู่ดูแลเป็นส่วน ใหญ่ในแต่ละวัน

ดัชนีบาร์ธเอลเอตีแอล (The Barthel index of activities of daily living) มี คะแนนรวมทั้งหมด 20 คะแนน สามารถแบ่งออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้

- 0-4 คะแนน หมายถึง ภาวะพึ่งพิงโดยสมบูรณ์
- 5-8 คะแนน หมายถึง ภาวะพึ่งพิงรุนแรง
- 9-11 คะแนน หมายถึง ภาวะพึ่งพิงปานกลาง
- 12-20 คะแนน หมายถึง ไม่เป็นภาวะพึ่งพิง

2) **ดัชนีจุฬาเอดีแอล (Chula ADL Index: CAI)** เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินกิจวัตรประจำวันต่อเนื่องรวมทั้งหมด 5 กิจกรรม ได้แก่ การเดินหรือการเคลื่อนที่ภายนอกบ้าน การประกอบอาหาร การทำงานบ้าน (ถูบ้าน หรือซักผ้า หรือรีดผ้า) การทอนเงิน และการใช้การขนส่งสาธารณะ โดยมีคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 0 คะแนน และคะแนนสูงสุดเท่ากับ 9 คะแนน การพิจารณาภาวะพึ่งพิงจะพิจารณาทั้งเป็นรายกิจกรรมและการใช้คะแนนรวมเช่นเดียวกับการใช้ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล

สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (2539) ได้แบ่งระดับการพึ่งพิงของผู้สูงอายุเป็น 4 ระดับ ดังนี้
ระดับการพึ่งพิงเล็กน้อย หมายถึง ผู้ที่มีความต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันน้อย โดยส่วนใหญ่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง

ระดับพึ่งพิงปานกลาง หมายถึง ผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันปานกลาง

ระดับการพึ่งพิงมาก หมายถึง ผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันค่อนข้างมาก

ระดับการพึ่งพิงโดยสมบูรณ์ หมายถึง ผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันทั้งหมด

1.6.2 วิธีการใช้เครื่องมือในการประเมินภาวะพึ่งพิงเครื่องมือทั้ง 2 ชนิด มีวัตถุประสงค์เพื่อการประเมินความเป็นอิสระในการทำกิจวัตรประจำวันที่เป็นสำหรับการดูแลตนเองพื้นฐานและกิจวัตรที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตในชุมชนช่วงเวลาที่ทำการศึกษา เนื่องจากต้องการประเมินลักษณะของภาวะพึ่งพิงมากกว่าการประเมินความสามารถเพื่อตัดปัญหาความเข้าใจผิดของผู้สูงอายุและผู้ดูแลถึงความสามารถในการทำกิจกรรมว่าทำได้ทั้งที่ไม่ได้ทำกิจกรรมในช่วงเวลานั้น และอาจจะทำได้จึงใช้หลักในการเก็บข้อมูล คือการสัมภาษณ์ว่าผู้สูงอายุทำกิจวัตรประจำวันในระยะเวลา 1-2 สัปดาห์ที่ผ่านมาได้หรือไม่ ซึ่งก็คือการประเมินกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุทำอยู่จริง (do do) และจะต้องไม่ใช่การประเมินว่าผู้สูงอายุสามารถทำได้หรือไม่ (can do) หรือคิดว่าตนเองทำได้หรือไม่ (I think I can do) ซึ่งผู้เก็บข้อมูลต้องทราบรายละเอียดทำความเข้าใจ และต้องได้รับการฝึกฝนมาเป็นอย่างดีก่อนการสำรวจ

กล่าวโดยสรุป การประเมินภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุนั้นเป็นการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เพื่อบอกให้ทราบถึงภาวะสุขภาพในการทำงานของร่างกาย (Functional

Health) บ่งบอกถึงการต้องการด้านการดูแล ต้องการการฟื้นฟูสภาพร่างกาย รวมถึงการช่วยเหลือในชีวิตประจำวัน ในด้านต่างๆ เพื่อตอบสนองความต้องการ รวมถึงความรัก ความเอาใจใส่ ดังนั้น ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงจึงต้องมีผู้ดูแล และส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถกลับมาปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองโดยไม่ต้องพึ่งพิงผู้อื่น หรือพึ่งพิงผู้อื่นลดลงเพื่อให้ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

2. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแลวัยสูงอายุที่เป็นคู่ชีวิต

2.1 ความหมายของผู้ดูแล

Ross & Mackenzie(1996)ได้ให้ความหมายของผู้ดูแลว่า หมายถึง ผู้ให้การดูแลในกิจกรรมลักษณะต่างๆ ที่บ้าน โดยไม่ได้รับค่าจ้างหรือค่าตอบแทนใดๆ เป็นการดูแลที่มีพื้นฐานมาจากจริยธรรม อารมณ์ ซึ่งมีความผูกพันทางเครือญาติ

ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม (2539) ได้ให้ความหมายของผู้ดูแลว่าหมายถึง ญาติหรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือ ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ซึ่งอาจจะเป็นญาติ บิดาหรือมารดา สามี ภรรยา บุตร ญาติพี่น้อง หรือแม้แต่บุคคลสำคัญในชีวิต การให้ความช่วยเหลือดูแลเกิดขึ้นในบ้านหรือในชุมชนแหล่งอาศัย ไม่ใช่ในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลต่างๆ

สุปรिता มั่นคง (2557) ได้ให้ความหมายของคำว่า ผู้ดูแล หมายถึง บุคคลที่เป็นคู่สมรส บิดา มารดา บุตร หลาน ญาติพี่น้อง เพื่อนบ้าน และคนสำคัญในชีวิต ซึ่งให้ความช่วยเหลือ ดูแลผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการช่วยเหลือตนเอง โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัล

Horowitz (1985) ได้ให้ความหมายของผู้ดูแลไว้ 2 ลักษณะ โดยแบ่งตามความรับผิดชอบในการทำกิจกรรมการดูแล ดังนี้

1) ผู้ดูแลหลัก (Primary caregiver) หมายถึง ผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหรือกิจกรรมในการดูแลโดยตรง อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ซึ่งคิดตามชั่วโมงการดูแลต่อวันสูงสุด

2) ผู้ดูแลรอง (Secondary caregiver) หมายถึง บุคคลอื่นที่ทำหน้าที่ทำกิจกรรมในการดูแลเป็นครั้งคราวเมื่อผู้ดูแลหลักไม่สามารถทำหน้าที่ได้ หรือคอยช่วยเหลือผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วย

กล่าวโดยสรุปว่า “ผู้ดูแล” หมายถึง บุคคลที่ให้ความช่วยเหลือ ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่เจ็บป่วย พิการ เจ็บป่วยเรื้อรัง หรือมีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง ที่ไม่สามารถจัดการตนเองได้ โดยที่ผู้ดูแลอาจมีความสัมพันธ์กันแบบเครือญาติ หรือบุคคลที่มีความสำคัญในชีวิต เช่นบิดา/มารดา สามี/ภรรยา บุตร หลาน ญาติพี่น้อง เป็นต้น ซึ่งให้การดูแลโดยไม่หวังค่าตอบแทน

ผู้ดูแลวัยสูงอายุ

ผู้ดูแลวัยสูงอายุ หมายถึง บุคคลภายในครอบครัวที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทำหน้าที่ให้การช่วยเหลือ ดูแลสมาชิกที่เจ็บป่วย เจ็บป่วยเรื้อรัง มีภาวะทุพพลภาพหรือพิการ ที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ ซึ่งผู้ดูแลวัยสูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายในทางเสื่อมถอย ทำให้เกิดความบกพร่องในด้านต่างๆ เช่น การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความสามารถในการดูแลตนเองที่ลดลง มีความบกพร่องทางการสื่อสาร สูญเสียการได้ยิน สามารถพูดคุยสื่อสารกับบุคคลอื่นได้ลำบาก ส่งผลให้เกิดภาวะในการดูแลมากกว่าผู้ดูแลในวัยอื่นๆ ผู้ดูแลวัยสูงอายุส่วนใหญ่มักมีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่างๆ ร่วมด้วย ทำให้ผู้ดูแลวัยสูงอายุอยู่ในภาวะพึ่งพิงได้เช่นเดียวกัน กอปรกับผู้ดูแลวัยสูงอายุมีความยุ่งยากและลำบากในการดูแลตนเองร่วมกับการดูแลผู้ป่วยนอกจากนี้ยังทำให้ผู้ดูแลเกิดความเหนื่อยหน่าย ท้อแท้ และไม่อยากเข้ารับการรักษา เพราะรู้สึกว่าตนเองเป็นภาระของผู้อื่น ผู้ดูแลวัยนี้จึงมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมทั้งด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น การรับประทานอาหาร การพักผ่อนนอนหลับ ความรู้สึกเบื่อหน่าย สิ้นหวัง อารมณ์แปรปรวนง่าย ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง จนเกิดเป็นความคิดเกี่ยวกับการตาย (ศิริณี ศิริหาภาค, โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณิศร เต็งรัง, 2556)

ซึ่งผู้ดูแลสามารถแบ่งออกเป็นประเภทใหญ่ๆ ได้ 2 ประเภท คือ ผู้ดูแลที่เป็นทางการ (Formal caregiver) และผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ (Informal caregiver) (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2555) มีรายละเอียด ดังนี้

1) ผู้ดูแลที่เป็นทางการ (Formal caregiver) หมายถึง ผู้ดูแลที่เป็นวิชาชีพจากสถานบริการทางการแพทย์ หรือทางด้านสาธารณสุข ที่ผ่านการฝึกอบรมมาก่อนและได้รับเงินค่าตอบแทน ซึ่งอาจเป็นแพทย์ พยาบาล หรือบุคลากรทางการแพทย์ ที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่โรงพยาบาล สถานบริบาล หรือที่บ้าน

2) ผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ (Informal caregiver) หมายถึง ผู้ที่ให้การดูแลช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันต่างๆ แก่ผู้ป่วย ที่ไม่เคยผ่านการฝึกอบรมมาก่อน ซึ่งระยะเวลาที่ให้การดูแลอาจยาวนานถึง 24 ชั่วโมงต่อวัน โดยส่วนใหญ่พบว่าเป็นผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และไม่ได้รับค่าตอบแทนใดๆ แต่การดูแลเป็นการดูแลภายใต้ความรัก ความเอื้ออาทร สำนึกในบุญคุณหรือหน้าที่ (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2552) แรงจูงใจที่ให้การดูแลมาจากความสัมพันธ์ทางครอบครัว และการสมรส เช่น สามี ภรรยา บุตร หลาน หรือญาติพี่น้อง เป็นต้น

Parker (1992) ได้แบ่งประเภทของผู้ดูแลตามลักษณะความสัมพันธ์ ดังนี้

1) ผู้ให้การช่วยเหลือที่ไม่เป็นทางการ (Informal helper) หมายถึง ผู้ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่มาจากเครือญาติอื่นๆ เพื่อน หรือเพื่อนบ้าน ซึ่งให้การช่วยเหลืองานบ้านหรือกิจวัตร

ประจำวันโดยไม่คิดค่าตอบแทน การช่วยเหลือดังกล่าวมาจากความรัก ความผูกพัน หรือการตอบแทนคุณความดีที่ผู้ป่วยเคยมีให้แก่ผู้ดูแล (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2551)

2) ผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์ในลักษณะเครือญาติ/ผู้ดูแลในครอบครัว (Family caregiver) หมายถึง ผู้ที่ให้การช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยอยู่ที่บ้านซึ่งเป็นสมาชิกในครอบครัว อาจประกอบไปด้วยผู้ดูแลหลักและผู้ดูแลรอง เช่น สมาชิกในครอบครัวบางคนรับผิดชอบดูแลช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมต่างๆ ที่บ้าน บางคนรับผิดชอบเรื่องค่าใช้จ่ายในการดูแล บางคนรับผิดชอบในการพาไปพบแพทย์หรือติดต่อประสานงาน เป็นต้น (สุปริดา มั่นคง, 2557)

กล่าวโดยสรุปได้ว่า ผู้ดูแลเป็นบุคคลหรือสมาชิกในครอบครัวที่ทำหน้าที่ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่บ้าน มีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยในฐานะบิดา/มารดา สามี/ภรรยา หรือบุตร/หลาน ซึ่งในอดีตสังคมไทยอาศัยอยู่กันเป็นครอบครัวขยายแต่เนื่องจากปัจจุบันครอบครัวกลายเป็นครอบครัวเดี่ยว ส่งผลให้ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ตามลำพังกับคู่สมรสเพิ่มมากขึ้น (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2559) จึงทำให้บทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยเป็นของสามีหรือภรรยาที่อาศัยอยู่ด้วยกันในครอบครัวอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

2.2 ผู้ดูแลที่เป็นคู่ชีวิต

2.2.1 ความหมายของคู่ชีวิต

สำนักงานราชบัณฑิตยสภา (2554) ได้ให้ความหมาย คำว่า คู่ชีวิต คือ ผู้ร่วมเป็นร่วมตาย ผู้ร่วมทุกข์ร่วมสุข อาจเป็นสามีหรือภรรยา

พรชัย ปานอ่อน (2561) ได้ให้ความหมายของ คำว่า คู่ชีวิต คือ บุคคลสองคนที่มีความรักความสัมพันธ์กัน สมัยครใจที่ใช้ชีวิตคู่อยู่ร่วมกันเป็นครอบครัวเดียวกันโดยไม่จำกัดเพศ

กล่าวโดยสรุป “คู่ชีวิต” หมายถึง บุคคลที่เป็นสามีหรือภรรยาที่มีความสมัยครใจจะใช้ชีวิตครอบครัวร่วมกัน ด้วยความรัก ความเข้าใจ เชื่อมั่นซึ่งกันและกัน ปรับตัวที่จะเรียนรู้ซึ่งกันและกัน ทั้งช่วงเวลาที่มีความสุขและช่วงเวลาที่มีความสุข

2.2.2 ความผูกพันของคู่ชีวิต

ความผูกพันของคู่ชีวิต หมายถึง ความรู้สึกห่วงใยที่บุคคลมีต่อกันรวมทั้งความสนใจและการเห็นคุณค่าของกันและกัน โดยมีความเข้าใจ ความสนใจและความผูกพันต่ออีกฝ่ายหนึ่งอย่างแท้จริง บนพื้นฐานความเข้าใจในความต้องการของอีกฝ่ายหนึ่ง ทำให้คู่ชีวิตสามารถตอบสนองความต้องการของอีกฝ่ายหนึ่งได้อย่างเหมาะสม ความผูกพันจะต่างกันในวงจรชีวิตในแต่ละระยะ โดยความผูกพันที่ตื้นนั้นจะทำให้คู่ชีวิตมีความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกันและกัน และมีความรู้สึกที่จะสามารถพึ่งพิงกันได้ใยามจำเป็น แต่หากคู่ชีวิตมีความผูกพันกับคู่ของตนเองมากเกินไปอาจทำให้เกิดปัญหาเกิดการพึ่งพิงอีกฝ่ายหนึ่งมากเกินไป มีความคาดหวังว่าอีกฝ่ายหนึ่งจะเข้าใจตน มีคำตอบให้ในทุกๆ อย่าง หรือแก้ไขปัญหาได้อยู่เสมอ ความคาดหวังนี้จะทำให้เกิดความรู้สึกผิดหวัง และอีกฝ่ายหนึ่งจะ

รู้สึกว่าคุณเองไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ดีเพียงพอ ดังนั้นทั้งสองฝ่ายจะต้องสื่อสารพูดคุยกัน เปิดเผยความรู้สึกที่มีต่อกันอย่างอิสระ และปรับประจักษ์ประจักษ์ความสัมพันธ์ได้อย่างราบรื่น (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2545) ความสัมพันธ์ระหว่างคู่ชีวิตประกอบด้วยความผูกพันระหว่างคู่ชีวิต (couple band) และความรับผิดชอบต่อครอบครัว (family responsibility) (Hiew, Holford, Vijver & Liu, 2015) ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

2.2.2.1 ความผูกพันระหว่างคู่ชีวิต (couple band) คือ ความสัมพันธ์ระหว่างคู่รักในเรื่องของความรักความเสน่หา (romantic love) และความใกล้ชิดทางจิตใจ (psychological intimacy) ซึ่งแสดงออกทางด้านอารมณ์และการสื่อสารที่สื่อถึงความห่วงใย ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่

- 1) การแสดงความรัก (demonstration of love)
- 2) การแสดงความห่วงใย (demonstration of caring)
- 3) การแสดงออกถึงความสนิทสนมใกล้ชิด (intimacy expression)
- 4) การตอบสนองที่แสดงออกถึงความสนิทสนม (intimacy responsiveness) เช่น แสดงความดีใจเมื่อคู่ชีวิตมีความสุข

2.2.2.2 ความรับผิดชอบต่อครอบครัว (family responsibility) คือ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสมาชิกในครอบครัวของคู่ชีวิตหรือสังคครอบครัว ไม่ใช่ความสัมพันธ์ระหว่างคู่ชีวิตโดยตรง ประกอบด้วย

- 1) ความสัมพันธ์กับครอบครัวขยาย (extended family) เป็นความสัมพันธ์ระหว่างคู่ชีวิตกับญาติของอีกฝ่ายหนึ่งในลักษณะของการช่วยเหลือ การดูแล ทำหน้าที่บุตรเขยหรือบุตรสะใภ้

2) หน้าตา (face) เป็นการรักษาชื่อเสียงของวงศ์ตระกูลผ่านการแสดงออกทางสังคมภายนอกครอบครัว

- 3) ความสมัคสมานในด้านความสัมพันธ์ (relationship harmony) เป็นการอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข ไม่ทะเลาะเบาะแว้งซึ่งกันและกัน ถ้อยทีถ้อยอาศัยกัน

4) บทบาททางเพศแบบดั้งเดิม (traditional gender roles) เป็นการทำหน้าที่ตามที่สังคมเห็นควรในแต่ละบทบาทของเพศ เช่น เพศชายจะต้องทำงานหาเลี้ยงครอบครัว และปกป้องดูแลเพศหญิง และเพศหญิงจะต้องดูแลเรื่องภายในบ้าน การบ้านการเรือน ดูแลสามี ดูแลบุตร

กล่าวโดยสรุป ผู้ดูแลที่เป็นคู่ชีวิต คือ บุคคลที่เป็นสามีหรือภรรยาของผู้ป่วย ทำหน้าที่ในการดูแลช่วยเหลือ สนับสนุน สามีหรือภรรยาทั้งในภาวะที่ปกติและภาวะที่เจ็บป่วย หรือไม่สามารถปฏิบัติ

กิจกรรมประจำวันได้ด้วยตนเองด้วยสัมพันธ์ภาพหรือความรับผิดชอบที่มีต่อกัน โดยไม่มีค่าตอบแทนหรือรางวัลใดๆ

2.3 บทบาททางเพศของผู้ดูแลที่เป็นคู่ชีวิต

ชีวิตครอบครัว (Family life) ประกอบด้วยองค์ประกอบสำคัญคือ ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว ความรับผิดชอบของครอบครัว ศีลธรรมและจริยธรรมของครอบครัว เมื่อชายหญิงแต่งงานและใช้ชีวิตคู่ร่วมกันในครอบครัว ความสัมพันธ์และบทบาทในครอบครัวก็ย่อมเปลี่ยนแปลงไป (นงลักษณ์ เอ็มประดิษฐ์ และคณะ, 2546) ซึ่งสามารถอธิบายบทบาทและหน้าที่ของคู่ชีวิต ได้ดังนี้

1) บทบาทระหว่างสามีภรรยาตามประเพณีแบบดั้งเดิม แนวคิดนี้ถือว่าผู้ที่ต้องออกไปทำงานนอกบ้านเพื่อหารายได้เลี้ยงครอบครัวทั้งหมดคือสามีเพียงเท่านั้น ในขณะที่ภรรยาทำหน้าที่ให้ความรักเลี้ยงดูบุตร ดูแลงานบ้าน ความรับผิดชอบต่องานภายในครอบครัวของสามีมีความสัมพันธ์แบบผกผันกับระยะเวลาที่ต้องทำงานนอกบ้าน อาจกล่าวได้ว่าสามีเป็นผู้นำในการหาเลี้ยงครอบครัว

2) บทบาทระหว่างภรรยาในลักษณะการเอาใจเอาเปรียบ เป็นการเน้นอิทธิพลของสตรีเป็นเรื่องสำคัญ โดยมองว่าเพศชายเป็นผู้แสวงหาผลประโยชน์ให้กับตนเองแล้วสร้างภาระอันไม่เป็นธรรมด้วยการมอบความรับผิดชอบเกี่ยวกับงานบ้านและการเลี้ยงดูบุตรให้เป็นหน้าที่ของภรรยา นอกจากนี้ยังมองว่าการกระทำดังกล่าวเป็นงานที่ไม่มีเกียรติ นอกจากนี้ยังพบว่าเมื่อภรรยาได้ออกไปทำงานนอกบ้านแล้วยังจะต้องกลับมาทำงานบ้านอีกด้วย แสดงให้เห็นว่าแม้มีการเปลี่ยนแปลงขึ้นกับบทบาทของภรรยา แต่สามียังคงรับผิดชอบงานบ้านเท่าเดิม

3) ความเปลี่ยนแปลงบทบาทระหว่างสามีภรรยา แนวคิดนี้เป็นการมองบทบาทของสามีภรรยาในแง่ดีด้วยการอาศัยความประนีประนอมระหว่างกัน โดยการเสนอแนะให้ภรรยาเปลี่ยนแปลงบทบาทการรับผิดชอบให้มีสองด้าน คือ บทบาทในด้านการประกอบอาชีพ และบทบาททางด้านครอบครัว นอกจากนี้ยังได้เสนอแนะให้มีการส่งเสริมความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ที่เปลี่ยนแปลงไป และวางนโยบายทางสังคมเพื่อตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลง ดังกล่าว

2.3.1 บทบาทของสามี

บทบาทของสามีนอกจากต้องดูแลรับผิดชอบภรรยาของตนเอง และสมาชิกในครอบครัวแล้ว ยังควรที่จะให้เกียรติและยกย่องภรรยาทั้งต่อหน้าและลับหลัง ไม่ประพฤติดัวอันจะทำให้เกิดมีปากเสียงและกลายเป็นปัญหาชีวิตคู่ ทำให้ครอบครัวแตกแยก ดูแลภรรยาและคอยให้ความช่วยเหลือ ไม่ปล่อยให้ภรรยาต้องดูแลเพียงฝ่ายเดียว ในหลักธรรมทางพุทธศาสนา (มงคล 35 ประการ) ได้อธิบายถึงบทบาทของสามีที่มีต่อภรรยาไว้ดังนี้ (พระมหาสมชาย ฐานวุฑโฒ, 2554)

1) ยกย่องนับถือว่าเป็นภรรยา คือ ยกย่องว่าเป็นภรรยา ไม่ปิดๆ บังๆ หากทำดี ก็ชมเชยด้วยใจจริง หากทำผิดก็เตือน แต่ไม่ตำหนิต่อหน้าสาธารณชนหรือคนในบ้าน เพราะจะเสียอำนาจการปกครอง สิ่งใดเป็นเรื่องส่วนตัว เช่น การเลี้ยงเพื่อน พบปะญาติมิตร ควรให้อิสระตามสมควร

2) ไม่ดูหมิ่น คือ ไม่ดูถูกภรรยาเมื่อทำไม่เป็น ทำไม่ถูก ไม่เหยียบหยามว่าต่ำกว่าตน ไม่ดูถูกเรื่องตระกูล ทรัพย์ ความรู้การศึกษาว่าด้อยกว่าตน แต่ต้องสอนให้ การแสดงความคิดเห็น ไม่กระทำเรื่องที่เกี่ยวข้องกับครอบครัวโดยไม่ปรึกษาหารือ และห้ามทุบตีตำหนิต่อหน้า

3) ไม่ประพฤตินอกใจภรรยา คือ ไม่ไปยุ่งเกี่ยวกับหญิงอื่นในฐานะเป็นภรรยาเหมือนกัน เพราะเป็นการดูหมิ่นความเป็นหญิงของภรรยา ให้เอาใจเข้ามาใส่ใจเรา ภรรยาทุกคนจะปลื้มใจที่สุด ถ้าสามีรักและซื่อตรงต่อตนเพียงคนเดียว

4) มอบความเป็นใหญ่ให้ในบ้าน คือ มอบให้เป็นผู้จัดการภาระทางบ้าน ไม่เข้าไปก้าวก่ายในเรื่องการครัว การปกครองภายใน นอกจากเรื่องใหญ่ๆ ซึ่งภรรยาไม่อาจแก้ปัญหาได้

5) ให้เครื่องแต่งตัว ขึ้นชื่อว่าผู้หญิงล้วนชอบแต่งตัว สนใจเรื่องสวยๆ งามๆ ถ้าได้เสื้อผ้าเครื่องแต่งตัวสวยๆ งามๆ แล้วชื่นใจ ถึงจะโกรธเท่าโกรธ ถ้าได้เครื่องแต่งตัวถูกใจ ประเดี๋ยวก็หาย สามีก็ต้องตามใจบ้าง

6) สามีต้องออกไปทำงานนอกบ้านเพื่อหารายได้เลี้ยงดูสมาชิกในครอบครัว อาจกล่าวได้ว่าสามีเป็นผู้นำครอบครัว

2.3.2 บทบาทของภรรยา (พระมหาสมชาย ฐานวุฑโฒ, 2554)

1) จัดการงานดี คือ งานบ้านงานเรือนต้องไม่บกพร่อง ดูแลบ้านให้สบายน่าอยู่ จัดอาหารให้ถูกปากและทันตามความต้องการ ดูแลจัดเสื้อผ้าเครื่องใช้ให้สะอาดอยู่เสมอดูแลให้ความรักอบอุ่นกับบุตร ให้บุตรเติบโตขึ้นไปด้วยสุขภาพแข็งแรงและเป็นคนดี

2) สงเคราะห์ญาติสามีดี คือ ให้ความเอื้อเฟื้อญาติฝ่ายสามี เท่าที่ตนมีกำลังพอทำได้ กล่าววาทะไพเราะ

3) ไม่ประพฤตินอกใจสามี คือ ไม่คบชู้ หรือปันใจให้ชายอื่น จงรักภักดี และซื่อสัตย์ต่อสามีคนเดียว

4) รักษาทรัพย์ให้อย่างดี คือ ไม่ฟุ่มเฟือย รู้จักรักษาทรัพย์สินไว้ไม่ให้หมดไปด้วยความสิ้นเปลือง แต่ก็ไม่ตระหนี่ รู้จักใช้ทรัพย์ให้เป็น

5) ขยันทำงาน คือ ขยันขันแข็งทำงานบ้าน ไม่เกียจคร้านเอาแต่ออกงาน นอน กิน หรือเที่ยวแต่อย่างเดียว ต้องทำงานบ้านด้วย ไม่เล่นการพนัน

2.4 บทบาทของผู้ดูแลที่เป็นภรรยาในบริบทของสังคมไทย

ในสังคมไทยตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบันเชื่อว่าบทบาทหลักของผู้หญิงคือการเป็นแม่ การดูแลบุตร ดูแลบ้าน ดูแลสามี ถึงแม้ว่าในปัจจุบันเพศหญิงสามารถออกไปทำงานหารายได้มาเลี้ยงครอบครัว แต่การทำงานบ้าน ทำอาหารยังคงเป็นหน้าที่ของผู้หญิง ซึ่งค่านิยมในการปฏิบัติต่อสามียังคงเป็นเรื่องของการดูแลในฐานะสามีภรรยา (กรวิภา บุญเชื้อ, 2545) จะเห็นได้ว่าผู้หญิงมักถูกคาดหวังจากสังคมในบทบาทการเป็นผู้ดูแล อาจจะเป็นเพราะว่าผู้หญิงมีบทบาทหน้าที่ในการดูแลสมาชิกภายในครอบครัว และดูแลเมื่อสมาชิกในครอบครัวเกิดการเจ็บป่วยหรือต้องการความช่วยเหลือ เช่น การอาบน้ำ การรับประทานอาหาร และการขับถ่าย รวมถึงกิจวัตรประจำวันทั่วไป เป็นต้น (Meecharoen, Northouse, Sirapo-ngam & Monkong, 2013) ดังนั้น บทบาทหน้าที่ในการดูแลหลักยังคงเป็นของผู้หญิง เนื่องจากผู้หญิงเป็นเพศที่มีความเอาใจใส่ อ่อนโยน และบอบบาง ถึงแม้ว่าสถานการณ์ทางสังคมจะเปลี่ยนแปลงไปสู่สังคมและวัฒนธรรมที่กำหนดให้บทบาททางเพศต้องมีความรับผิดชอบที่แตกต่างกัน

บทบาทของภรรยาในการเป็นผู้ดูแลเน้นเรื่องของอิทธิพลของเพศหญิงเป็นเรื่องสำคัญเพราะถูกมองว่าเพศชายเป็นผู้แสวงหาผลประโยชน์ให้กับตนเองและสร้างภาระอันเป็นธรรมด้วยการมอบหน้าที่ที่ความรับผิดชอบเกี่ยวกับงานบ้าน การดูแลสามี และการเลี้ยงดูบุตรให้ตกอยู่กับภรรยาเพียงอย่างเดียว (นงลักษณ์ เอ็มประดิษฐ์ และคณะ, 2546) แม้ว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ของภรรยาตามการเปลี่ยนแปลงของสังคมเปิดโอกาสให้ภรรยาออกไปทำงานนอกบ้าน แต่ท้ายที่สุดภรรยา ยังคงต้องกลับมาทำงานภายในบ้านอีกด้วย ส่วนสามียังคงรับผิดชอบงานภายในบ้านเท่าเดิม ถึงแม้ว่าผู้ดูแลจะต้องรับบทบาทเชิงซ้อนในการทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลและทำงานนอกบ้าน แต่ก็ไม่สามารถปฏิเสธการทำงานที่นี้ได้ (นิชนันท์ สุวรรณภู, 2554)

จากการศึกษาเกี่ยวกับบทบาทของผู้ดูแลที่เป็นคู่ชีวิตในประเทศไทย พบว่า ผู้ดูแลที่เป็นคู่ชีวิตของผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพมีบทบาทเฉพาะ (unique role) เมื่อเทียบกับบทบาทในการดูแลของผู้ดูแลในกลุ่มอื่น ลักษณะของการดูแลอยู่ภายใต้บริบทของความสัมพันธ์ที่แท้จริง (a real & genuine relationship) คู่ชีวิตของผู้ป่วยพยายามปรับตัวในการดูแลเพื่อรักษาสัมพันธภาพในชีวิตคู่เอาไว้ มักจะมองว่าตนเองเป็นสามีหรือภรรยาแทนที่จะเป็นผู้ดูแล และกล่าวเพิ่มเติมว่า ระยะเวลาที่คู่ชีวิตอยู่ร่วมกันกับผู้ป่วยอย่างน้อย 2 ปี เป็นช่วงเวลาที่เกิดความมั่นคงในชีวิตคู่ เกิดความผูกพันและเกิดการเรียนรู้ในการดูแลผู้ป่วยในด้านต่างๆ (Lawn & McMahon, 2014)

จากการศึกษาในประเทศไทยเกี่ยวกับบทบาทของผู้หญิงไทยในสังคมปัจจุบันว่าผู้หญิงและผู้ชายมีสิทธิเท่าเทียมกัน ผู้หญิงจึงสามารถออกไปทำงานนอกบ้านได้ แต่ในขณะเดียวกันผู้หญิงก็ยังมีบทบาทสำคัญต่อครอบครัวในฐานะของภรรยา ทำหน้าที่ดูแลชีวิตความเป็นอยู่ของสมาชิกในครอบครัว ทั้งในภาวะที่ปกติและในภาวะเจ็บป่วย (จิตติมพร อาญาจงสวัสดิ์, 2560)

Tachibana (2018) ได้กล่าวถึงบทบาทของภรรยาในประเทศญี่ปุ่นว่า เมื่อผู้หญิงญี่ปุ่นแต่งงานมีครอบครัว จะต้องลาออกจากงานประจำเพื่อมาทำหน้าที่ในการดูแลบุตรและดูแลสามี อย่างเต็มตัว โดยแบ่งหน้าที่การรับผิดชอบชัดเจนว่า สามีทำงานนอกบ้าน ภรรยาดูแลเรื่องภายในบ้าน แต่บางครั้งครอบครัวผู้หญิงที่แต่งงานมีครอบครัวแล้วยังสามารถทำงานพิเศษได้ แต่ก็ยังคงต้องรับผิดชอบดูแลงานภายในบ้านเช่นเดียวกัน

กล่าวโดยสรุป บทบาทของผู้ดูแลที่เป็นภรรยา เป็นบทบาทเชิงซ้อนในการทำหน้าที่ดูแลสมาชิกในครอบครัว อบรมเลี้ยงดูบุตร ดูแลสามี ดูแลทำงานบ้าน ถึงแม้ว่าปัจจุบันภรรยาสามารถออกไปทำงานนอกบ้านได้เทียบเท่ากับสามี แต่ภรรยาายังต้องกลับมาทำงานภายในบ้านอีกด้วย ซึ่งทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด ความวิตกกังวลบ้างแต่ก็ไม่สามารถปฏิเสธหน้าที่นี้ได้ อีกทั้งบทบาทหน้าที่ในการดูแลสามีนั้นเป็นบทบาทต่อเนื่องตั้งแต่วัยผู้ใหญ่ตลอดจนวัยสูงอายุ ซึ่งผู้ดูแลในวัยสูงอายุจะแตกต่างจากวัยอื่นๆ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมถอยทางระบบต่างๆ ของร่างกาย ทั้งยังมีโรคเรื้อรังร่วมด้วย และยังคงรับบทบาทหน้าที่ในการดูแลงานบ้าน ซึ่งการรับบทบาทหน้าที่เชิงซ้อนนั้นอาจส่งผลให้ผู้ดูแลวัยสูงอายุต้องอยู่ในภาวะพึ่งพิงได้เช่นเดียวกัน

2.4.1 สาเหตุของการเป็นผู้ดูแล

การเป็นผู้ดูแลในฐานะภรรยาเกิดจากความรัก (Love) ความรู้สึกผูกพันอย่างมีความเข้าใจ (Empathic Involment) มีความสนใจและผูกพันต่อฝ่ายหนึ่งอย่างแท้จริง บนพื้นฐานของความเข้าใจในความต้องการของอีกฝ่ายหนึ่งได้อย่างเหมาะสมมีความรู้สึกดีให้กัน สร้างความสุขและความทุกข์ให้กันและกัน ร่วมทุกข์ร่วมสุขด้วยกันมา (คริสเตนเซน, 2556) จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การเป็นผู้ดูแลนั้นส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลในหลายด้าน แต่ก็ยังพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ยืนยันที่จะให้การดูแลผู้ป่วยต่อไป ภายใต้เหตุผลหลายประการ (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2554) ดังนี้

1) การตอบแทนความรัก (Shim & Barroso, 2012) การดูแลผู้ป่วยในบริบทของคนไทยได้รับอิทธิพลจากศาสนาพุทธ ทำให้ผู้ดูแลส่วนใหญ่มองว่าการดูแลญาติผู้ใหญ่หรือการดูแลคู่ชีวิตที่เจ็บป่วยนั้นเป็นการตอบแทนความรักที่เคยได้รับมา สัมพันธภาพที่ดีต่อกัน และมีความเต็มใจอย่างยิ่งที่จะให้การดูแลต่อไป

2) การทำหน้าที่ที่พึงกระทำในฐานะสามี/ภรรยา เป็นเหตุผลที่ผู้ดูแลส่วนใหญ่ตอบ แต่การทำหน้าที่ที่พึงกระทำนั้นมักจะทำให้เกิดปัญหาในคุณภาพการดูแล ซึ่งเมื่อผู้ดูแลไม่เต็มใจที่จะดูแลและด้วยหน้าที่และสังคมบังคับอาจทำให้เกิดปัญหาในการดูแลได้

3) การตอบแทนคุณความดี มักจะพบในผู้ดูแลที่เป็นสามีภรรยา ซึ่งบางรายเกิดความเบื่อหน่ายจากภาระและพฤติกรรมของผู้ป่วย แต่เนื่องจากผู้ป่วยเคยดีกับตนเองมาก จึงไม่สามารถทอดทิ้งไปได้ หรือพบได้ในรายที่ผู้ป่วยเป็นญาติเคยให้ความเมตตาแก่ผู้ดูแลมาก่อน ผู้ดูแลจึงยินดีที่จะดูแลเพื่อตอบแทนคุณความดีนั้น

4) ส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างคู่ชีวิตดีขึ้น ถึงแม้ว่าจากการศึกษาพบว่าการสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ถูกดูแลจะแยกลง แต่ก็ยังมีผู้ดูแลบางรายที่ยอมรับว่าการให้การดูแลผู้ป่วยทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างตนเองกับผู้ป่วยดีขึ้น เนื่องจากมีเวลาใกล้ชิดกันมากขึ้นและผู้ป่วยให้ความรักตนเองเพิ่มมากขึ้น (Family caregiver Alliance, 2012)

2.5 ผลกระทบต่อการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นคู่ชีวิต

ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นคู่ชีวิตมีความแตกต่างจากผู้ดูแลในวัยอื่น เนื่องจากผู้ดูแลผู้สูงอายุต้องเผชิญกับความเสื่อมถอยตามวัยของตนเอง และประเด็นปัญหาทางสุขภาพ กอปรกับการเป็นผู้ดูแลที่เป็นคู่ชีวิตซึ่งมีบทบาทในการดูแลรับผิดชอบภายในบ้าน อีกทั้งยังต้องเผชิญกับบทบาทในการดูแลบุคคลในครอบครัวเพิ่มเติมจากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ผู้ดูแลที่อยู่ในวัยสูงอายุหนึ่งในสามมีปัญหาโรคเรื้อรัง ส่วนใหญ่มีปัญหาทางด้านสุขภาพและต้องการการดูแลด้านสุขภาพ (ศิริณี ศรีหาภาค, โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณิศร เต็งรัง, 2556) ผู้ดูแลผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่ใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยมากที่สุดเมื่อเทียบกับผู้ดูแลในวัยอื่น เป็นระยะเวลามากกว่าหรือเท่ากับ 50 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ (Greenwood & Smith, 2016) ดังนั้นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นคู่ชีวิตที่ให้การดูแลผู้สูงอายุด้วยกัน อาจเกิดผลกระทบจากการให้การดูแล โดยแบ่งเป็นแต่ละด้านดังต่อไปนี้

2.5.1 ผลกระทบทางด้านร่างกาย (Physiological) ผู้ดูแลผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดผลกระทบทางด้านต่างๆ ผู้ดูแลกลุ่มนี้ได้รับผลกระทบทางด้านร่างกายมากกว่าผู้ดูแลในวัยอื่น (ณัชชพลา หลงผาสุก, สุปรีดา มั่นคง และ ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2561) ปัญหาทางด้านร่างกายที่ผู้ดูแลกลุ่มนี้ต้องเผชิญอยู่บ่อยๆ เช่น อาการปวดหลัง (backache) อ่อนเพลีย/ไม่มีแรง (weakness) เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะต้องการความช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันจากบุคคลอื่น กอปรกับผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีโรคประจำตัว และภาระที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วยอยู่ตลอดเวลาทำให้การดูแลสุขภาพของตนเองลดลง (ศิริณี ศรีหาภาค, โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณิศร เต็งรัง, 2556) จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นคู่ชีวิตมีปัญหาความแข็งแรงของร่างกาย และประสิทธิภาพการทำงานของร่างกายลดลง หลังจากเปลี่ยนบทบาทหน้าที่เป็นผู้ดูแลเป็นระยะเวลายาวนานถึง 6 เดือน (Li, Mak, & Loke, 2013) ภายหลังจากการรับบทบาทหน้าที่ในการดูแล ผู้ดูแลกลุ่มนี้ยังต้องเผชิญกับปัญหาการนอนพักผ่อนไม่เพียงพอ นอนไม่หลับจากความเครียด ปวดศีรษะ ความดันโลหิตสูง และอาการอื่นๆ ตามมา (Family Caregiver Alliance, 2012) ส่งผลให้มีปัญหาทางสุขภาพเพิ่มขึ้น (increase health) จากการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุทั้งเพศหญิงและเพศชายที่ให้การดูแลผู้ป่วยผู้สูงอายุด้วยกันนั้น ได้รับผลกระทบในการดูแลทางด้านร่างกายไม่แตกต่างกัน (Li, Mak, & Loke, 2013)

2.5.2 ผลกระทบทางด้านจิตใจ (Psychological) ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงบทบาทในครอบครัวและหน้าที่การงาน เกิด

การสูญเสียภาพลักษณ์ทำให้อารมณ์และจิตใจเปลี่ยนแปลงได้ง่าย การลดความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ในครอบครัวลงจึงทำให้ผู้ดูแลกลุ่มนี้ เกิดความรู้สึกซึมเศร้า วิตกกังวล หงุดหงิดได้ง่าย (พัชรนันท์ ชัยชาญทิพยุทธ, 2559) ซึ่งพบว่าผู้ดูแลแสดงออกทางอารมณ์ เช่น อารมณ์เศร้า ความรู้สึกผิดความโกรธ ความรู้สึกอับอาย ความรู้สึกโดดเดี่ยว เนื่องจากผู้ดูแลวัยสูงอายุใช้เวลาส่วนใหญ่ในดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลไม่สามารถออกไปพบปะกับสังคมได้ (ศิริภาณี ศรีหาคาศ, โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และ คณิศร เต็งรัง, 2556) ส่งผลให้ผู้ดูแลวัยสูงอายุเกิดความเครียดจากการรับภาระในการดูแลเพียงลำพัง ผู้ดูแลวัยสูงอายุที่เป็นคู่ชีวิตเพศหญิงมีความเครียดจากการเป็นผู้ดูแลมากกว่าเพศชาย (Hage-doom et al., 2008) จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ผู้ดูแลวัยสูงอายุที่เป็นคู่ชีวิตต้องเผชิญกับความวิตกกังวล และความกลัวเกี่ยวกับความเป็นอยู่ของผู้ป่วย การดำเนินของโรค กลัวว่าผู้ป่วยจะคิดฆ่าตัวตาย วิตกกังวลเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างสามี/ภรรยา กลัวเป็นหม้าย (Cheung&Hocking, 2004) กลัวการสูญเสียผู้ป่วยไป (Maughan et al., 2002; Lopez et al., 2012) และยังพบว่าการเป็นผู้ดูแลวัยสูงอายุต้องเผชิญกับภาวะซึมเศร้า (Mikulincer, Rydall&WaBraun, 2007) ความทุกข์รู้สึกผิด รู้สึกกลัวการเปลี่ยนแปลงของชีวิตการแต่งงานเป็นต้น (Family Caregiver Alliance, 2012; Shim, Barroso & Davis, 2012)

2.5.3 ผลกระทบทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ (Socio-economic) เมื่อผู้ดูแลวัยสูงอายุที่เป็นคู่ชีวิตมีการปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่เป็นผู้ดูแล ทำให้ชีวิตการทำงานอดิเรก การท่องเที่ยว หรือการพบปะสังสรรค์กับเพื่อน มีความยากลำบากเพิ่มขึ้น ผู้ดูแลรู้สึกขาดอิสระ ขาดความเป็นส่วนตัวมีเวลาในการเข้าสังคมลดลง (ณัชชญา หลงผาสุก, สุปรีดา มั่นคง และ ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2561) ในผู้ดูแลบางรายรู้สึกว่าการดูแลชีวิตที่เจ็บป่วยเป็นเรื่องที่น่าอายน่าอาย ไม่กล้าที่จะเล่าถึงปัญหาในการดูแลให้เพื่อนหรือบุคคลอื่นฟัง จึงทำให้ผู้ดูแลกลุ่มนี้แยกตัวออกจากสังคม (Family Caregiver Alliance, 2012) ผู้ดูแลในบางรายต้องหยุดการทำงานนอกบ้าน เนื่องจากผู้ดูแลใช้เวลาส่วนใหญ่หมดไปกับการดูแลผู้ป่วย ทำให้รายได้ในครอบครัวลดลงเป็นหนี้สินเพิ่มมากขึ้น (ศิริภาณี ศรีหาคาศ, โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และ คณิศร เต็งรัง, 2556) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ดูแลวัยสูงอายุที่เป็นคู่ชีวิตบางรายได้รับการสนับสนุนหรือการช่วยเหลือจากหน่วยงานต่างๆ ที่ล่าช้า ทำให้ได้รับการช่วยเหลือด้านการเงินที่ล่าช้า (Shim, Barroso & Davis, 2012)

อย่างไรก็ตาม ผลกระทบจากการเป็นผู้ดูแลเหล่านี้อาจมีมากขึ้นอยู่กับอาการเจ็บป่วยและประเภทของการเจ็บป่วย จากการศึกษาการดูแลระยะยาวของ ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ (2552) พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุต้องเผชิญกับปัญหาภายในครอบครัวในด้านต่างๆ มีรายละเอียดดังนี้

1) ปัญหาทางการเงิน ไม่มีเงินเพียงพอในการดูแล การมีภาระในการหาเงิน และการไม่ได้รับความช่วยเหลือทางการเงิน ซึ่งเป็นปัญหาที่ผู้ดูแลส่วนใหญ่ได้ประสบ และเป็น

ปัญหาที่ส่งผลต่อคุณภาพการดูแล จากการศึกษที่ผ่านมา พบว่า ผู้ดูแลวัยสูงอายุที่มีเศรษฐกิจฐานะที่ดี จะได้มาซึ่งแหล่งช่วยเหลือ เช่น การจ้างผู้ดูแล ลดการเกิดภาวะเครียดในผู้ดูแลวัยสูงอายุ ส่งผลต่อคุณภาพการดูแลได้ (ณัชชพลา หลงผาสุก, สุปรีดา มั่นคง และ ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2561)

2) ปัญหาด้านความรู้เกี่ยวกับการดูแล เนื่องจากผู้ดูแลส่วนใหญ่ขาดความรู้ในการดูแลเกี่ยวกับโรคต่างๆ ของผู้สูงอายุ และขาดความรู้ด้านการดูแล ซึ่งมีความสัมพันธ์กับระดับความเพียงพอของความรู้และระดับการศึกษาของผู้ดูแล (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ, 2552) การดูแลของผู้ดูแลนั้นจะดูแลแบบตามมีตามเกิด เมื่อเจ็บป่วยก็ได้รับคำแนะนำจากเพื่อนบ้าน/ชุมชน แสดงให้เห็นว่าแหล่งความรู้ของผู้ดูแลมาจากแหล่งที่ไม่เป็นทางการมากกว่าแหล่งที่เป็นทางการ จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ความรู้ของผู้ดูแลส่งผลกระทบต่อการรับรู้ภาวะการดูแล ซึ่งถ้าผู้ดูแลมีความรู้ดีจะส่งผลกระทบต่อการเผชิญความเครียด ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกว่าการดูแลเป็นภาระ (Lim & Ahm, 2003)

3) ปัญหาด้านช่วยเหลือ เป็นปัญหาการขาดอุปกรณ์การดูแลและปัญหาพฤติกรรมผู้สูงอายุที่มีความเกี่ยวข้องกัน คือ ผู้สูงอายุที่มีปัญหาพฤติกรรมสูง ผู้ดูแลย่อมต้องการการช่วยเหลือและอุปกรณ์ในการดูแลสูงตามไปด้วย จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ผู้ดูแลต้องการความช่วยเหลือจากเพื่อนบ้าน แพทย์ผู้ทำการรักษา เพื่อคอยติดตามประเมินอาการของผู้ป่วยอยู่เสมอ เมื่อผู้ดูแลออกไปข้างนอก (Kitko & Hupcey, 2013) ปัญหาต่างๆ เหล่านี้เกิดจากผู้ดูแลมีภาระหน้าที่รับผิดชอบภายในบ้านหลายอย่าง

คู่ชีวิตของผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงสูญเสียความเป็นตัวตนของความเป็นสามีหรือภรรยา เนื่องจากเกิดการเปลี่ยนแปลงบทบาทมาเป็นผู้ดูแล (Mutch, 2010) การที่ต้องปฏิบัติหน้าที่ในครอบครัวเพิ่มมากขึ้นทำให้ต้องลดบทบาททางสังคมลง ความต้องการส่วนบุคคลที่ไม่ได้รับการตอบสนองส่งผลให้ความขัดแย้งในชีวิตคู่มากขึ้นจนกลายเป็นที่มาของการใช้ความรุนแรงกับผู้ป่วย ความเครียดที่เกิดจากการเป็นผู้ดูแล อาจจะนำไปสู่ความรุนแรงภายในครอบครัวได้ ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของคู่ชีวิตลดต่ำลง และมีการปรับตัวทางสังคมน้อย นอกจากนั้นแล้วผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงมาจากแยกตัวจากสังคม ทำให้เกิดความยากลำบากในการใช้ชีวิตคู่อยู่ร่วมกัน จากการสำรวจประชากรวัยสูงอายุของประเทศไทยพบว่า อัตราการหย่าร้างระหว่างคู่ชีวิตวัยสูงอายุพบได้ร้อยละ 2.5 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557)

นอกจากนี้ปัญหาทางการเงินซึ่งเป็นผลจากภาระค่าใช้จ่ายจากกระบวนการดูแลรักษา เป็นผลกระทบที่มีความสำคัญอย่างมากในกลุ่มของผู้ดูแลที่เป็นคู่ชีวิต ปัญหาที่เกิดขึ้นอาจทำให้คู่ชีวิตคิดจะแยกทางและหย่าร้างตามมาได้ เนื่องจากความไม่มั่นใจ (Insecurity) ความรู้สึกสองจิตสองใจ (ambivalence) ในความสัมพันธ์กับผู้ป่วย (Shim, Barroso & Davis, 2012) ในกลุ่มผู้ดูแลที่เป็นคู่ชีวิตมีปัญหาและผลกระทบมากที่สุด คือเรื่องสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่ชีวิตและผู้ป่วย โดยเฉพาะความ

สนิทสนมใกล้ชิด (intimacy) คู่ชีวิตของผู้ป่วยมีความยากลำบากในการจัดการกับความสนิทสนมใกล้ชิดกับผู้ป่วย แม้จะผ่านระยะเวลาที่ยาวนาน ภาวะพึ่งพิงก็อาจจะส่งผลกระทบต่อความสนใจในการมีเพศสัมพันธ์และยารักษาโรคบางตัวอาจมีผลกระทบต่อความรู้สึกทางเพศ (วชนิกา เจริญจิตตกุล, 2554) แต่มีคู่ชีวิตไม่น้อยที่พบว่าสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่ชีวิตและผู้ป่วยอยู่ในระดับดี ชีวิตคู่มีความสุขกับการแยกจากสังคมหรือเครือข่ายและมีชีวิตประจำวันที่เรียบง่ายสงบ เกิดความรักซึ่งกันและกัน (mutual affection) ความเห็นอกเห็นใจกัน (compassion) ความเคารพซึ่งกันและกัน (mutual respect) การพูดคุยสื่อสารที่ดีระหว่างกัน (Badr & Taylor, 2006; Badr et al., 2008; Lindau et al., 2011) การตัดสินใจร่วมกันระหว่างคู่ชีวิต (Porter et al., 2005; Badr et al., 2010; Sterba et al., 2011) ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญในการประคับประคองชีวิตคู่ ส่งผลให้ลดการเกิดความเครียดลงได้

ด้วยภาวะต่างๆ ในการดูแลเหล่านี้ หากผู้ดูแลไม่ได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลภายนอกแล้ว นอกจากจะส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลดังกล่าว ยังส่งผลกระทบต่อคุณภาพของการดูแล การถูกทารุณกรรมหรือถูกทอดทิ้งตามมาอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการให้ความช่วยเหลือผู้ดูแลรวมทั้งการสนับสนุนทางสังคม (social support) ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการช่วยเหลือผู้ดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิง

นอกจากนี้ยังมีการศึกษาที่พบว่าหากผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากจะยิ่งส่งผลกระทบต่อระดับความสุขที่เพิ่มมากขึ้น และทำให้ความเครียดลดลง (Thanakwang, Intersoll-Dayton & Soonthornhdada, 2012) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Nijboer (2001) ที่พบว่าผู้ดูแลที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อยจะส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้มาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสนับสนุนจากครอบครัวมีความสำคัญมากสำหรับสังคมไทย แต่ในทางกลับกันหากผู้ดูแลขาดการช่วยเหลือหรือแหล่งสนับสนุนจากชุมชนและสังคม จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและผู้ดูแลได้

กล่าวโดยสรุป หญิงสูงวัยที่ดูแลสามีที่เจ็บป่วยในภาวะพึ่งพิง หมายถึง ภรรยาที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทำหน้าที่ในการดูแลสามีที่เจ็บป่วยมีภาวะทุพพลภาพหรือพิการ ช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้บางส่วนต้องการการดูแลจากบุคคลอื่น ซึ่งภรรยาที่อยู่ในวัยสูงอายุนั้นต้องเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงในด้านต่างๆ ความเสื่อมถอยของความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และผู้สูงอายุมักมีโรคเรื้อรังหลายโรค ร่วมกับปัญหาสุขภาพอื่นๆ ทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง อีกทั้งยังต้องเผชิญกับความรับผิดชอบที่ต้องดูแลสามีที่เจ็บป่วยไปพร้อมกัน ทำให้เกิดความยุ่งยากลำบากในการดูแลตนเองและสามีที่อยู่ในวัยสูงอายุเช่นเดียวกัน (ลัทพณา กิจรุ่งโรจน์ และคณะ, 2551) อาจทำให้เกิดผลกระทบต่อตัวภรรยาผู้ดูแลเอง ซึ่งมีการรับรู้ถึงภาระในการดูแลด้านต่างๆ สูงกว่าผู้ดูแลในวัยอื่น เนื่องจากปัญหาสุขภาพที่แย่งลงของภรรยาที่ให้การดูแล ร่วมกับการใช้เวลาในการดูแลที่ยาวนาน ทำให้เกิดปัญหาในการจัดการกับชีวิตประจำวันของตนเอง (Oldenkamp

et al., 2016) อย่างไรก็ตามพยาบาลและเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพควรให้ความสนใจในการประเมินภาวะสุขภาพของหญิงสูงวัยที่เป็นผู้ดูแลเพื่อที่จะเตรียมความพร้อมในการพัฒนาความสามารถในการดูแลสามี และดูแลสุขภาพของตนเองไปพร้อมกัน

2.6 บทบาทของพยาบาลผู้สูงอายุในการดูแลผู้ดูแลที่เป็นคู่ชีวิตของผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิง

ผู้ดูแลที่เป็นคู่ชีวิตของผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงจะได้รับผลกระทบทั้งทางลบและทางบวกจากการดูแลที่ส่งผลต่อคุณภาพของการดูแล ดังนั้นผู้ดูแลจึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลและการช่วยเหลือ เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถแก้ไขปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยได้ ซึ่งแนวทางในการดูแลช่วยเหลือผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงมีปัจจัยหลักๆ 3 ประการ ดังนี้ (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2554)

1. ผู้ดูแลมีเวลาหยุดพักจากการดูแล (time off from caring) เป็นการหาเวลาปลีกตัวจากผู้ป่วยหรือผู้รับการดูแล
2. ผู้ดูแลได้รับความช่วยเหลือจากผู้อื่น (help from other) เป็นการได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นที่อยู่ในเครือข่ายของผู้ดูแล เช่น เพื่อน เพื่อนบ้าน หรือชุมชน ในการช่วยเหลือทางด้านจิตใจ ความเมตตา การช่วยเหลือทางสังคม
3. การให้บริการด้านต่างๆ (provision of services) จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อลดภาวะเครียดในการเป็นผู้ดูแล เช่น การช่วยเหลืองานบ้าน ได้รับการเยี่ยมจากพยาบาลชุมชน การช่วยเหลือผู้ดูแลจากทีมสุขภาพ และการบริการทางสังคมจากนักสังคมสงเคราะห์ การบริการดูแลชั่วคราวหรือกลุ่มสนับสนุนผู้ดูแล

นอกจากปัจจัยสำคัญหลัก 3 ประการที่กล่าวมาแล้วนั้น พยาบาลในฐานะบุคลากรทางด้านสุขภาพที่สำคัญควรให้การช่วยเหลือผู้ดูแลวัยสูงอายุ เพราะมีความใกล้ชิดกับทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลเอง ทำให้สามารถทราบถึงปัญหาและความต้องการจากผู้ดูแลเป็นอย่างดี

พยาบาลสามารถแสดงบทบาทอิสระในการดูแลสุขภาพของหญิงสูงวัยที่ดูแลสามีที่เจ็บป่วยในภาวะพึ่งพิง โดยใช้กระบวนการพยาบาลที่ประกอบด้วย การประเมินครอบครัว การวิเคราะห์ปัญหาหรือความต้องการทางด้านสุขภาพ การวางแผนการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยและผู้ดูแลปฏิบัติการพยาบาลตามแผนและประเมินผลการพยาบาล โดยให้ความสำคัญกับแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางในการดูแล (Family-Centered Care) มุ่งเสริมสร้างมุมมองหรือทัศนคติของการมีส่วนร่วมในการดูแลระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับครอบครัว ในการดูแลส่งเสริมสุขภาพ มุ่งค้นหาและดึงศักยภาพ เพิ่มความเข้มแข็งหรือความสามารถในการพึ่งตนเองได้ในทางการดูแลสุขภาพของครอบครัว (รัชนิ นามจันทร์, 2552) อีกทั้งปรับหรือประยุกต์ใช้เทคโนโลยีหรือภูมิปัญญาท้องถิ่นในการสร้างเสริมสุขภาพในครอบครัว ซึ่งบทบาทหน้าที่โดยรวมของพยาบาลมี ดังนี้

1. ผู้ให้บริการ (Health Care provider/Providing Direct care) เป็นบทบาทการให้บริการในการดูแลสุขภาพครอบครัวแบบองค์รวม ซึ่งประกอบด้วยการประเมินภาวะสุขภาพ การเจ็บป่วยและปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว บทบาทในการประเมินผู้รับบริการ การวางแผนการดูแลหรือการให้พยาบาลทั้งระยะสั้นและระยะยาว บริการสุขภาพทั้งในครอบครัวและชุมชน

2. ผู้ให้ความรู้ คำแนะนำและข้อมูลต่างๆ (Health educator) โดยการให้ข้อมูลที่ช่วยให้ผู้รับบริการสามารถคิดตัดสินใจและช่วยเหลือตนเองได้ ทำการสอนหรือให้ความรู้ด้านสุขภาพอนามัย ทั้งแบบที่เป็นทางการและแบบที่ไม่เป็นทางการแก่บุคคล ครอบครัว และยังสนับสนุนให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจ สามารถดูแลช่วยเหลือตนเองได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งมีการประยุกต์ให้อุปกรณ์ต่างๆ ที่หาได้ในชุมชนเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตและมีความเป็นอยู่ได้อย่างปกติ

3. ผู้ให้คำปรึกษา และร่วมแก้ไขปัญหาค่าต่างๆ (Health counselor) การให้คำปรึกษาแก่ผู้รับบริการและผู้ดูแลในสิ่งที่จำเป็นสำหรับการดูแลสุขภาพที่ต่อเนื่องโดยเป็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพกายและปัญหาอื่นๆ เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจให้กับผู้ป่วยและญาติให้สามารถที่จะดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข

4. เป็นตัวอย่างที่ดี (Role model) พยาบาลครอบครัวจะต้องเป็นตัวอย่างที่ดีให้แก่ผู้รับบริการทั้งในด้านสุขภาพ และการดูแลตนเอง การให้คุณค่ากับตนเอง นอกจากนี้พยาบาลยังสามารถเป็นแบบอย่างในเรื่องการดำเนินชีวิต เช่น การปฏิบัติตามวิถีชีวิตของชาวพุทธ เป็นแบบอย่างการมีคุณธรรมจริยธรรมแบบอย่างในการเอื้ออาทรต่อเพื่อนมนุษย์ด้วยกัน

5. เป็นผู้รักษามลประโยชน์หรือสิทธิ์ของผู้รับบริการ (Client Advocate) พยาบาลจะต้องเป็นผู้พิทักษ์สิทธิ์ของผู้รับบริการ เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับประโยชน์สูงสุด ส่งผลต่อภาวะสุขภาพที่ดี ซึ่งการพิทักษ์สิทธิ์นั้นสามารถทำได้หลากหลายรูปแบบ ยกตัวอย่างเช่น

5.1 ส่งต่อผู้รับบริการให้ได้รับบริการที่เหมาะสม เช่น ในรายที่มีรายได้น้อยสามารถส่งปรึกษานักสังคมสงเคราะห์ เพื่อหาแนวทางการช่วยเหลือ เป็นต้น

5.2 ชี้แจงรายละเอียดที่ผู้รับบริการพึงมีพึงได้ เช่นการจ่ายค่าทดแทน

5.3 ชี้แจงถึงแหล่งประโยชน์ที่มีบริการในชุมชนเพื่อให้ผู้รับบริการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเพื่อประกอบการตัดสินใจในการตัดสินใจเลือกขอความช่วยเหลือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

6. เป็นผู้ร่วมงาน (Collaborator) ในการพยาบาลครอบครัวนั้นพยาบาลไม่ได้ทำเพียงคนเดียว ต้องทำงานร่วมกันกับทีมสหสาขาวิชาชีพอื่นๆ ที่สามารถเป็นแหล่งประโยชน์ของครอบครัวได้ ดังนั้น พยาบาลจะต้องเป็นทั้งผู้ร่วมทีม และผู้นำ โดยปฏิบัติตนและร่วมตัดสินใจกับผู้อื่นในทุกขั้นตอน

ของกระบวนการพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการวางแผนแก้ไขปัญหา การดูแลสุขภาพที่บ้าน จำเป็นต้องช่วยกันทั้งผู้รับบริการครอบครัว และผู้ให้บริการสุขภาพอื่นๆ

7. ผู้ประสานงาน (Coordinator) ในการดำเนินงานพยาบาลต้องทำหน้าที่ร่วมกับทีมสุขภาพ ดังนั้นพยาบาลต้องเป็นผู้สามารถประสานงานทั้งภายในทีมสุขภาพและนอกทีมสุขภาพรวมทั้งประสานงานระหว่างทีมสุขภาพกับครอบครัว ผู้ป่วย ญาติ และผู้ดูแล เพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม ซึ่งลักษณะการทำหน้าที่ประสานงานในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว มีลักษณะดังนี้

7.1 การส่งต่อผู้รับบริการไปยังแหล่งบริการอื่น ซึ่งพยาบาลในฐานะผู้ประสานงาน จะต้องทราบบทบาท หน้าที่ของบุคลากรต่างๆ ของทีมสุขภาพอื่น เช่น นักกายภาพบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ นักอาชีวบำบัด เป็นต้น ซึ่งจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับการบริการในแต่ละหน่วยงานของแหล่งประโยชน์ในชุมชน เพื่อให้การส่งต่อเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

7.2 การประชุมปรึกษารายกรณี พยาบาลจะต้องจัดให้มีการประชุมเพื่อปรึกษาเป็นรายๆ ไป เพื่อเป็นการแลกเปลี่ยนข้อมูลและการพัฒนาแนวทางการรักษา กำหนดเป้าหมายในการดูแลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งอาจเป็นการประชุมที่เป็นทางการหรือไม่เป็นทางการก็ได้

8. เป็นผู้วางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย (Discharge Planner) พยาบาลจะต้องวางแผนเกี่ยวกับความต้องการของผู้ป่วยหลังจากออกจากโรงพยาบาลอย่างเหมาะสม โดยใช้ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมของบ้าน สิ่งแวดล้อม และแหล่งประโยชน์ที่มีในชุมชน

9. เป็นผู้ค้นหาผู้ป่วย (Case Finder) เป็นการค้นหาผู้ป่วยที่มีปัญหาหรือความต้องการบริการทางสุขภาพอย่างใดอย่างหนึ่ง เพื่อดำเนินการให้การบริการดูแลสุขภาพที่บ้านตามความจำเป็น

10. เป็นสนับสนุน (Supporter) โดยหาแหล่งประโยชน์ต่างๆ ในชุมชน ซึ่งแหล่งประโยชน์นั้นเป็นทั้งทรัพยากร เงินบุคคล หรือหน่วยงานได้ เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถที่จะดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม

11. เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Change Agent and Leader) พยาบาลควรวางตนเป็นแบบอย่างโน้มน้าวให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางสุขภาพที่ดี

12. เป็นนักวิจัย (Researcher) บทบาทนี้เกี่ยวข้องกับการนำกระบวนการพยาบาลไปใช้ในการดูแลสุขภาพที่บ้าน ทั้งในขั้นตอนของการประเมิน วางแผนการดำเนินการ และการประเมินปัญหาสุขภาพครอบครัว รวมถึงร่วมแก้ไขปัญหา ซึ่งการวิจัยจะช่วยในการวิเคราะห์ข้อเท็จจริงทุกขั้นตอนในกระบวนการพยาบาลเพื่อให้การดูแลสุขภาพที่บ้านมีประสิทธิภาพ และมีการพัฒนาไปพร้อมกับการเปลี่ยนแปลงทางสังคม

นอกจากนี้บทบาทของพยาบาลผู้สูงอายุในการช่วยเหลือผู้ดูแลวัยสูงอายุที่ดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงสามารถกระทำได้ ดังนี้

1) ประเมินผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงและผู้ดูแล เพื่อประเมินคุณภาพการดูแลและสังเกตภาวะเครียดของผู้ดูแล เนื่องจากระยะเวลาที่ผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงต้องการการดูแลมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล

2) ประเมินความรู้ความเข้าใจในการดูแล ให้ข้อมูลความรู้เรื่องโรคและการดูแลตามผู้ดูแลต้องการ เพื่อช่วยให้ผู้ดูแลกลับสู่กิจวัตรประจำวันได้เร็วขึ้น และสามารถควบคุมสถานการณ์ได้ดีขึ้น

3) เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้ซักถาม พูดยุติความคับข้องใจ เพื่อลดภาวะเครียดและเสี่ยงต่อการเกิดความรุนแรงในผู้ดูแล

4) ช่วยเหลือผู้ดูแลในการจัดการดูแลให้เข้ากับสภาพบ้านเรือน การปรับสิ่งแวดล้อม เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถวางแผนการดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงได้ มีความมั่นใจในบทบาทของผู้ดูแลและลดความวิตกกังวลที่อาจเกิดขึ้น

5) ส่งต่อผู้ดูแลไปยังกลุ่มสนับสนุนผู้ดูแล ทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง หรือการบริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์จากหน่วยดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

ดังนั้นพยาบาลผู้สูงอายุซึ่งปฏิบัติหน้าที่เกี่ยวกับการดูแล ช่วยเหลือให้คำปรึกษาครอบครัวในทุกวงจรร ตั้งแต่เริ่มการตั้งครอบครัวจนเข้าสู่วัยสูงอายุที่มีกระบวนการเปลี่ยนแปลงทั้งทางปกติและผิดปกติ ในสถานพยาบาล และชุมชน โดยประยุกต์ให้ศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาลและนำผลการวิจัยมาเป็นแนวทางในการดูแลครอบครัวแบบองค์รวม เพื่อส่งเสริมให้ครอบครัวสามารถปรับตัวและคงความสมดุลในการทำหน้าที่เพื่อดำรงไว้ซึ่งสุขภาวะของครอบครัวได้ การดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางนั้นจะเน้นการส่งเสริมสุขภาพของครอบครัว เพื่อให้สามารถดูแลตนเองได้ โดยสมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลเพื่อสร้างเสริมศักยภาพและพลังอำนาจให้สามารถพึ่งพาตนเองได้อย่างยั่งยืน (Barnsteiner, Disch & Walton, 2014)

กล่าวโดยสรุป หญิงสูงวัยที่ดูแลสามีที่เจ็บป่วยในภาวะพึ่งพิงนั้นมีภาระหน้าที่ในการดูแลที่หลากหลาย อีกทั้งผู้ดูแลวัยสูงอายุเป็นวัยที่มีความเสี่ยงสูงกว่าวัยอื่นๆ ซึ่งการรับบทบาทในการเป็นผู้ดูแลนั้นจะส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ ซึ่งผลกระทบดังกล่าวมีทั้งทางบวกและทางลบ ขึ้นอยู่กับปัจจัยและประสบการณ์ในแต่ละบุคคล รวมทั้งรูปแบบการเผชิญกับปัญหาที่แต่ละบุคคลเลือกใช้ การดูแลสามีที่เจ็บป่วยในภาวะพึ่งพิงนั้นเกิดจากความรัก ความผูกพันที่คู่ชีวิตมีต่อกัน แม้ว่าการดูแลนั้นจะส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลที่เป็นภรรยาแต่ผู้ดูแลมีการเรียนรู้ที่จะจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น เพื่อประคับประครองชีวิตคู่เอาไว้ พยาบาลที่ให้การดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงจึงควรเข้าใจและให้การช่วยเหลือผู้ดูแลที่เป็นภรรยาของผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิง เพื่อให้ผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงและผู้ดูแลที่เป็นภรณยานั้นสามารถใช้ชีวิตอยู่ร่วมกันได้อย่างปกติสุข

3. การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา

3.1 ความหมายของปรากฏการณ์วิทยา

Benner (1994) กล่าวว่า ปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology) มาจากภาษากรีกว่า Phenomenon หมายถึง การปรากฏขึ้น (appearance) และคำว่า Logos ที่หมายถึงการพิจารณาที่มีเหตุผล กระบวนทัศน์ทางปรากฏการณ์วิทยา มุ่งให้ความสนใจเกี่ยวกับประสบการณ์ชีวิตของมนุษย์ เน้นการคิดที่เกี่ยวกับประสบการณ์ชีวิตของคนเหมือนกัน และให้ความหมายของเรื่องที่ตนเองประสบมา

Heidegger (1889) นักปรัชญาชาวเยอรมัน ได้กล่าวว่า ปรากฏการณ์วิทยา หมายถึง การศึกษาที่มองว่าโลกกับมนุษย์ไม่สามารถแยกออกจากกันได้ เป็นการสืบหาความจริงจากประสบการณ์ คือการทำความเข้าใจเกี่ยวกับการมีอยู่ (being) ของมนุษย์ผ่านการตีความ โดยการทำ ความเข้าใจในภูมิหลัง ประสบการณ์ตลอดจนวัฒนธรรมและปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล

ชาย โพรธิสตา (2559) กล่าวว่า ปรากฏการณ์วิทยา หมายถึง การวิจัยที่มุ่งทำความเข้าใจหรือ เข้าถึงความหมายของประสบการณ์ชีวิตในแบบต่างๆ (Live experience) ในโลกของผู้ที่ได้รับ ประสบการณ์เหล่านั้น ผู้วิจัยจะต้องถือเอาความหมายและความรู้สึกของผู้ที่ได้ประสบกับเหตุการณ์ เป็นสำคัญ ไม่ใช่ความหมายของนักวิจัย

โดยสรุป การวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา หมายถึง การวิจัยเชิงคุณภาพในรูปแบบหนึ่งที่ศึกษา เกี่ยวกับประสบการณ์ชีวิตของผู้ที่มีประสบการณ์ตรงต่อเรื่องนั้นๆ เพื่อค้นหาแก่นแท้ของสิ่งที่ต้องการ ศึกษา โดยมุ่งเน้นที่การให้ความหมายและความรู้สึกของผู้ที่มีประสบการณ์ตรงในเรื่องนั้นๆ ซึ่ง ปราศจากการไตร่ตรองไว้ก่อนของผู้วิจัย

3.2 หลักการและแนวคิดเชิงปรากฏการณ์วิทยา

แนวคิดการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยามีความแตกต่างกัน ซึ่งสามารถแบ่งออกได้เป็น 3 แนวทาง (ชาย โพรธิสตา, 2559) ดังนี้

1. ปรากฏการณ์วิทยาแนวอูตรวิสัย (Transcendental Phenomenology) เป็นแนวคิดของ Edmund Husserl และ Husserlian Phenomenology ซึ่งเป็นความคิดที่เกิดขึ้นอย่างอิสระในเรื่อง ที่ต้องการศึกษา 5 หลักสำคัญของแนวคิดนี้ คือ มุ่งพรรณนาความหมายที่สร้างขึ้นมาจากจิตสำนึก ผู้ ศึกษาตามแนวคิดนี้จะต้องไม่มีอคติและไม่มีอารมณ์ในสิ่งที่ศึกษา โดยขจัดความคิดเห็น ของตนเองออกจากสิ่งที่ตนกำลังศึกษา (bracketing) เน้นที่จุดมุ่งหมาย (intentionality) และ สารสำคัญ (essences) ของการรับรู้ของบุคคล มีความเชื่อว่ามนุษย์จะเข้าใจในสิ่งที่ประสบได้ด้วย การรับรู้

2. ปรากฏการณ์วิทยาแนวอัตถิภาวะ (Existential Phenomenology) ตามแนวคิดของ Maurice Merleau-Ponty และ Jean-Paul Satre ที่มองว่าการดำรงอยู่ในโลกของบุคคลมีอิทธิพล

ต่อบุคคลนั้นๆ มุ่งวิเคราะห์ภาวะที่มีที่เป็น (Existence) ของบุคคล ส่งผลต่อการดำรงอยู่ในโลกด้วยการใช้ชีวิตในปัจจุบัน เป็นผลมาจากภูมิหลังและประสบการณ์เดิม (Historical person) ของแต่ละบุคคล

3. ปราบัญการณวิทยาแนวอรรถปริวรรต (Hermeneutic Phenomenology) ตามแนวคิดของ Heidegger โดยได้พัฒนาตามแนวคิดการศึกษาปราบัญการณวิทยามาเป็นปราบัญการณวิทยาแบบตีความ (Hermeneutic Phenomenology or Interpretive Phenomenology) ที่เน้นการตีความหมายของประสบการณ์ของบุคคลเป็นหลัก โดยมีมุมมองที่ขัดแย้งกับ Husserl ในเรื่องของการแยกตัวเองออกจากเรื่องที่ศึกษา ซึ่งเชื่อว่าสิ่งที่เป็นอยู่ (being) เวลา (timing) มีความหมายในตนเอง (meaning) สามารถตีความหมายได้ และภาษามีความสำคัญมากในการตีความ ซึ่งผู้ศึกษาต้องมีความเข้าใจสภาพแวดล้อมของบุคคลนั้นๆ ดังนั้นผู้วิจัยจึงไม่สามารถที่จะแยกตนเองออกจากการศึกษาได้

การศึกษาปราบัญการณวิทยาแบบตีความนั้น (Hermeneutic Phenomenology) เชื่อว่าบุคคลมีความสำคัญมากในการศึกษา โดยแต่ละคนจะมีความรู้สึกนึกคิดต่อประสบการณ์ต่างๆ ด้วยตนเอง ซึ่งเป็นประสบการณ์เฉพาะบุคคลและเป็นการให้ความหมายตามความคิดของแต่ละคนที่แตกต่างจากคนอื่น (กัญญฐิตา ศรีภา, 2555)

3.3 การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) เป็นการวิเคราะห์ผ่านการตีความและให้ความหมายของข้อมูล ซึ่งมีความแตกต่างอยู่ที่การให้รหัส (Coding) การกำหนดแบบแผน (Scheme) ในการวิเคราะห์ข้อมูล รวมถึงการกำหนดจุดเริ่มต้นของการให้รหัส และปฏิบัติการวิเคราะห์ข้อมูลที่น่าไปสู่ความน่าเชื่อถือ การวิเคราะห์เนื้อหา มีแนวทางหลักๆ 3 แนวทาง (วรรณดี สุทธิรัตนกร, 2561) ดังต่อไปนี้

3.3.1 การวิเคราะห์เนื้อหาตามแนวดั้งเดิม (Conventional content analysis) การวิเคราะห์ชนิดนี้เป็นการใช้ทฤษฎีหรือการทบทวนเอกสารเพื่อเป็นเครื่องมือนำทางในการศึกษาข้อมูลและทำความเข้าใจกับข้อมูลเท่านั้น การวิเคราะห์ข้อมูลเริ่มจากการอ่านข้อมูลเข้าไปซ้ำมาเพื่อสร้างความรู้สึกในภาพรวม คำพูดที่ปรากฏมาจากข้อมูลจะนำไปสู่การให้รหัสข้อมูล ผู้วิจัยต้องอ่านข้อมูลชนิดคำต่อคำแล้วให้รหัสข้อมูล โดยคำสำคัญจากข้อมูลจะเผยออกมาในรูปของแนวความคิดสำคัญ เครื่องหมายในการสร้างรหัสมาจากคำที่ปรากฏออกมาจากข้อความมากกว่าหนึ่งความคิดหลัก ข้อมูลจะแสดงตรงมาจากข้อความ จากนั้นนำเข้าสู่รหัส และนำรหัสสู่การจัดหมวดหมู่ให้เป็นประเภท เมื่อมีการจัดกลุ่มจะพบความแตกต่างระหว่างรหัสที่มีความหมายเกี่ยวเนื่องสัมพันธ์กัน (Patton, 2002) การวิเคราะห์เนื้อหาแนวดั้งเดิมมีความสัมพันธ์กับทฤษฎีหรือข้อค้นพบอื่นๆ ซึ่งสามารถนำมาอภิปรายผล เปรียบเทียบหรือวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างข้อค้นพบกับทฤษฎีได้ การวิเคราะห์แนวดั้งเดิมเป็นการได้ข้อมูลโดยตรงจากผู้ให้ข้อมูลโดยปราศจากการกำหนดหมวดหมู่ไว้

ล่วงหน้าตามแนวทฤษฎี ความรู้จากการวิเคราะห์มีพื้นฐานมาจากมุมมองของผู้ให้ข้อมูลที่ลึกถึงข้อมูลที่แท้จริง (Morse & Field, 1995)

ภายหลังจากการตีความเพื่อให้ความหมายของข้อมูลแล้วผู้วิจัยจะดำเนินการต่อรหัสจากคำ (Coding) ที่มีความหมายเหมือนกันเข้าหมวดหมู่ (Category) และต่อหมวดหมู่ขึ้นไปเรื่อยๆ ตามความซับซ้อนของข้อมูล จนพบแก่นที่เป็นสาระสำคัญ (Themes) นอกจากนี้หากพบว่าข้อมูลในแต่ละหมวดหมู่มีความสัมพันธ์ระหว่างกัน สามารถใช้ลูกศรเชื่อมโยงระหว่างข้อมูลได้ (วรรณดี สุทธิ นรากร, 2561)

3.3.2 การวิเคราะห์เนื้อหาในทางตรง (Directed content analysis) เป็นการขยายกรอบแนวคิดทางทฤษฎี หรืองานวิจัยที่เกี่ยวข้องจะช่วยให้ผู้วิจัยจดจ่ออยู่กับคำถามซึ่งกำหนดมาจากทฤษฎี และนำทฤษฎีมาช่วยในการกำหนดตัวแปรที่สนใจ รวมทั้งช่วยในการตัดสินใจกำหนดรหัสหรือความสัมพันธ์ระหว่างรหัสคำ การวิเคราะห์แบบนี้ช่วยให้ผู้วิจัยสามารถเริ่มต้นการทำงาน โดยกำหนดแนวคิดสำคัญ (Key concept) หรือตัวแปรสำคัญ เป็นเหมือนการวางรหัสข้อมูลไว้ล่วงหน้าแล้วจึงอธิบายในแต่ละหมวดหมู่ การวิเคราะห์แบบนี้จุดสำคัญอยู่ที่การเริ่มให้รหัสในทันทีจากการตัดสินใจกำหนดรหัสที่มีมาก่อน ข้อมูลที่ได้ไม่สามารถกำหนดรหัสใหม่ที่แตกต่างจากการตัดสินใจที่มีมาก่อน (วรรณดี สุทธิ นรากร, 2561) จุดแข็งของการวิเคราะห์แบบนี้จะช่วยให้ผู้วิจัยสามารถใช้ทฤษฎีสันับสนุนหรือขยายผลการวิจัยทำให้เข้าใจมากขึ้น นอกจากนี้ยังต้องทำการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลขนานไปกับการวิเคราะห์ข้อมูลอย่างสม่ำเสมอ เพื่อแสดงความเป็นกลางและไม่เกิดอคติ

3.3.3 การวิเคราะห์เนื้อหาแนวสรุป (Summative content analysis) เป็นการพยายามสรุปความหมายมากกว่าการสำรวจ การวิเคราะห์คำพูด (วรรณดี สุทธิ นรากร, 2561) โดยอ้างอิงถึงคำที่มีเนื้อหาเด่นชัด เป้าหมายของการวิเคราะห์แบบนี้อยู่ที่การเน้นการค้นหาความหมายของคำพูดสำคัญๆ

ขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูล

ถิราญ ชุมสาย ณ อยุธยา (2557) ได้อธิบายขั้นตอนในการวิเคราะห์ข้อมูลซึ่งมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

1. อ่านและอ่านซ้ำ (Reading-re-reading) เป็นการทำความเข้าใจกับข้อมูลโดยรวม ด้วยการอ่านทวนซ้ำๆ เพื่อทำความเข้าใจภาพรวมที่เกิดขึ้นของข้อมูล อีกทั้งยังทำให้ผู้วิจัยเกิดความเข้าใจในโครงสร้างของการสัมภาษณ์และมองเห็นถึงข้อผิดพลาดที่เกิดขึ้นเพื่อใช้ในการปรับแนวคำถามในการสัมภาษณ์ครั้งต่อไป

2. การจดบันทึกขั้นต้น (Initial Noting) ผู้วิจัยทำความเข้าใจพิจารณาเนื้อหาและการใช้ภาษาของผู้ให้ข้อมูล โดยผู้วิจัยต้องเปิดใจให้กว้างและจดบันทึกประเด็นสำคัญที่เกิดขึ้น การจด

บันทึกจะเกิดขึ้นในขณะที่ผู้วิจัยทำการอ่านข้อมูล ซึ่งการจดบันทึกนั้นไม่มีกฎตายตัวแต่จะต้องมีความครอบคลุมและละเอียด โดยการจดบันทึกนี้จะเป็นการบันทึกเนื้อหาสำคัญๆอย่างละเอียดโดยแสดงให้เห็นถึงความชัดเจนของปรากฏการณ์ สิ่งที่ผู้วิจัยต้องทำในขั้นตอนนี้คือ ความสัมพันธ์ของกระบวนการสถานที่ คุณค่า หรือความหมายของประเด็นที่เกิดขึ้น

3. การพัฒนาโครงเรื่อง (Developing Emergent Theme) เป็นขั้นตอนที่ผู้วิจัยทำการตัดทอนรายละเอียดของการจดบันทึกให้อยู่ในขั้นแนวความคิด (Concept) แต่ยังคงคำนึงถึงโครงสร้างเชื่อมโยงกันของเรื่องที่เกิดขึ้น โดยผู้วิจัยอาจเริ่มจากการจัดกลุ่มเนื้อหา ประเด็นโครงสร้างที่มีความคล้ายคลึงกันไว้ในโครงเรื่อง (Theme) เดียวกัน หรือประเด็นที่มีความตรงกันข้ามกันออกเป็นโครงเรื่องใหม่ โดยชื่อของโครงเรื่องควรจะมีลักษณะ ชัดเจนและได้ใจความ โดยจะสะท้อนถึงสิ่งที่ผู้ถูกสัมภาษณ์แสดงออกมา และแสดงถึงประเด็นที่ผู้วิจัยสนใจ

4. การมองหาความสัมพันธ์ระหว่างโครงเรื่อง (Searching for Connections Across Emergent Themes) เป็นการสร้างแผนภาพ หรือการแสดงความสัมพันธ์ระหว่างโครงเรื่อง ซึ่งจะทำให้เกิดความเข้าใจถึงความเชื่อมโยงของโครงเรื่องต่างๆได้ชัดเจนยิ่งขึ้น เมื่อผู้วิจัยได้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ชุดอื่นๆ ก็ทำตามกระบวนการเดิมดังกล่าวจนครบทุกชุดข้อมูล แล้วนำโครงเรื่องแต่ละชุดข้อมูลมาเปรียบเทียบเพื่อหาความเหมือนและความแตกต่างเพื่อใช้ในการสร้างโครงเรื่องหลักต่อไป

5. การสร้างโครงเรื่องหลัก เป็นการนำโครงเรื่องจากชุดข้อมูลหลายๆชุดมาสังเคราะห์รวมกันจนกลายเป็นโครงเรื่องหลัก และทำการสรุป หรือการให้คำนิยาม คำจำกัดความ คำอธิบายธรรมชาติของโครงเรื่องหลักเพื่อสร้างเป็นกรอบทฤษฎีขึ้นมา

นักวิจัยเชิงคุณภาพที่ยึดการวิเคราะห์ข้อมูลตามแนวคิดของ Heidegger ที่เน้นการให้ความหมาย โดยใช้วิธีที่หลากหลายในการได้มาซึ่งข้อมูลที่ถูกต้อง ไม่เข้มงวดในการวิเคราะห์ข้อมูล แต่จะนำเสนอแนวทางการให้ความเชื่อมั่นต่อข้อมูลที่ค้นพบโดยผู้วิจัยจะแสดงถึงความน่าเชื่อถือของการแปลความหรือตีความของข้อมูล (Trustworthiness of the interpretation in the study) (วีณา เทียงธรรม, 2552) ซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้วิจัยต้องให้ความสำคัญในทุกขั้นตอนของการวิเคราะห์ข้อมูล

3.4 การตรวจสอบความน่าเชื่อถือข้อมูล (Trustworthiness)

กูบา และลินคอน (Guba & Lincoln, 1994 อ้างในจำเนียร จวงตระกูล, 2550) ได้ระบุเกณฑ์ในการพิจารณาความน่าเชื่อถือ (Trustworthiness) ของงานวิจัยเชิงคุณภาพไว้ 4 ประเด็น ดังนี้

3.4.1 ความเชื่อถือได้ (Credibility) หมายถึง ความสอดคล้องของข้อมูล และการตีความของผู้วิจัยกับความเป็นจริงของผู้ให้ข้อมูลและนักวิจัย เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่มีความน่าเชื่อถือ และถูกต้อง ก่อนการสัมภาษณ์ผู้วิจัยได้มีการแนะนำตัวกับผู้ให้ข้อมูล พร้อมทั้งอธิบายเหตุผลในการสัมภาษณ์ สร้างสัมพันธ์ภาพจนกระทั่งผู้ให้ข้อมูลเกิดความไว้วางใจสามารถบอกเล่าประสบการณ์ชีวิต

ในการดูแลสมาชิกที่เจ็บป่วยในระยะฟุ้งฟิงที่เป็นจริงกับผู้วิจัย มีการสังเกตติดต่อกัน (Persistent observation) เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่เป็นประเด็นสำคัญของประสบการณ์ชีวิตที่ศึกษา มีการตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) โดยดำเนินการตรวจสอบข้อมูลจากการสัมภาษณ์ สังเกต ข้อมูลภาคสนาม เอกสารที่เกี่ยวข้องของผู้ให้ข้อมูลว่ามีความครบถ้วนถูกต้องตรงกัน และนำข้อมูลที่ได้จากการถอดเทปกลับไปให้ข้อมูลทุกรายทำการตรวจสอบว่าข้อมูลมีความถูกต้องหรือไม่ (Member checking) จากนั้นทำการตรวจสอบข้อมูลกับผู้เชี่ยวชาญ (Peer debriefing) ที่มีความรู้และประสบการณ์ในการทำวิจัยเชิงคุณภาพทางการพยาบาลเพื่อตรวจสอบขอความคิดเห็นและข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

3.4.2 การถ่ายโอนผลการวิจัย (Transferability) การถ่ายโอนผลการวิจัย ว่าเป็นความสามารถอ้างผลการวิจัยไปยังสภาพการณ์ในบริบทที่คล้ายคลึงกัน โดยได้เสนอให้ใช้กลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive selection) ซึ่งการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพในครั้งนี้ผู้วิจัยทำการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดและอยู่ในช่วงระยะเวลาใดเวลาหนึ่งเท่านั้น ผู้ให้ข้อมูลจะไม่ใช้กลุ่มตัวอย่าง ไม่ได้เป็นตัวแทนประชากรที่สามารถอ้างอิงไปยังประชากรกลุ่มอื่นๆ ได้ แต่ผู้วิจัยจะนำเสนอในรายละเอียด ให้ครอบคลุมและครบถ้วนมากที่สุดและหาข้อมูลของแนวคิดในสมมุติฐานที่สร้างขึ้น เพื่อเป็นแนวทางอันอาจทำให้เกิดการถ่ายโอนผลวิจัยไปสู่บริบทอื่นๆ ที่คล้ายคลึงกันได้

3.4.3 การพึ่งพากับเกณฑ์อื่น (Dependability) หมายถึง การที่ผลการวิจัยมีความสอดคล้องกับแนวคิด หรือกรอบทฤษฎีที่มีอยู่ ซึ่งอาจทำได้โดยการใช้วิธีอื่นๆ เข้าร่วมกันหลายวิธีในการตรวจสอบความตรงของข้อมูลของแนวคิดทฤษฎี การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยวิธีที่หลากหลาย (Multiple method of data) มีการเชื่อมโยงของข้อมูลที่สัมภาษณ์และการสังเกตเข้าด้วยกัน รวมถึงข้อมูลที่ได้จากแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลเพื่อให้ได้ข้อมูลตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยกำหนด และมีการบันทึกระหว่างการสัมภาษณ์ที่เป็นเรื่องของอากัปกริยาของผู้ให้ข้อมูลทำให้ผู้วิจัยสามารถเข้าใจปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างแท้จริง

3.4.4 การยืนยันผลการวิจัย (Comfirmability) หมายถึง ความสามารถในการยืนยันผลอันเกิดจากข้อมูล เป็นการตรวจสอบข้อมูลอย่างเป็นระบบโดยสามารถตรวจสอบได้ (Audit trail) ทั้งกรบันทึกเทป การถอดเทปแบบคำต่อคำ (Verbatim) ตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วน โดยการฟังเทปซ้ำและมีการอ้างคำพูด (Direct quotes) ของผู้ให้ข้อมูลจากผลการวิเคราะห์ข้อมูล และมีการตรวจสอบข้อสรุปโดยสามารถตรวจสอบได้จากสาระสำคัญที่ได้จากการวิเคราะห์ การให้รหัสข้อมูล และการจัดกลุ่มคำร่วมกับกรนำเสนอข้อมูลมากจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศและต่างประเทศ เพื่อนำข้อมูลมาสนับสนุนสิ่งที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้

4. เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

คัทลียา รัตนวิมล (2545) ศึกษาความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความเครียดในบทบาทและความพร้อมในการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา เพื่อเปรียบเทียบความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา และเพื่อศึกษาความเครียดในบทบาทจากมุมมองของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีความเครียดในบทบาทสูง โดยทำการศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุจำนวน 100 ครอบครัว ผลการวิจัยพบว่า 1) ผู้ดูแลมีความเครียดในบทบาทโดยรวมอยู่ในระดับเล็กน้อย และมีความพร้อมในการเป็นผู้ดูแลในระดับเล็กน้อย 2) เพศชายและเพศหญิง มีความเครียดไม่แตกต่างกัน 3) อายุที่แตกต่างกันมีความเครียดไม่แตกต่างกัน 4) ผู้ดูแลที่มีรายได้ไม่เพียงพอ มีความเครียดมากกว่าผู้ดูแลที่มีรายได้พอใช้บ้างไม่พอใช้บ้างหรือมีเหลือเก็บ 5) ผู้ดูแลที่มีความพร้อมในการดูแลในระดับต่ำ มีความเครียดมากกว่าผู้ดูแลที่มีความพร้อมในการดูแลในระดับสูง 6) ผู้ดูแลที่ได้รับการเยี่ยมบ่อยครั้ง จะมีความเครียดน้อยกว่าผู้ดูแลที่ได้รับการเยี่ยมน้อยครั้ง

ศิราณี ศรีหาคาศ, โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณิศร เต็งรัง (2556) ศึกษาผลกระทบและภาระการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้วัฒนธรรมไทย เป็นการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ภาระและผลกระทบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ทำการศึกษาจากผู้ดูแลจำนวน 187 ราย ผลการศึกษพบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นผู้หญิงวัยสูงอายุ มีปัญหาด้านภาวะสุขภาพและต้องการการพึ่งพาด้านสุขภาพ เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และรับภาระในการดูแลครอบครัว ผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย แบบแผนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในสังคมไทยยังคงเป็นสมาชิกในครอบครัว พบว่าผู้ดูแลในครอบครัวส่วนใหญ่เป็นการดูแลภายใต้เงื่อนไขของความกตัญญู ด้านภาระการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว พบว่า ผู้สูงอายุระยะยาวส่วนใหญ่ที่เจ็บป่วยด้วยหลอดเลือดสมอง และโรคเรื้อรังอื่น ส่งผลให้เกิดภาระและผลกระทบด้านเศรษฐกิจมากที่สุด ซึ่งทำให้ครอบครัวมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น รายได้ลดลง จนทำให้เกิดภาระหนี้สิน และผู้ดูแลขาดโอกาสในการประกอบอาชีพ และพบว่าผู้ดูแลมีภาระและผลกระทบทางด้านอารมณ์ ทำให้เกิดความวิตกกังวล ความรู้สึกเศร้า และอารมณ์เครียดที่รุนแรง ทำให้เกิดปัญหาความขัดแย้งภายในครอบครัวเกิดขึ้น และยังพบว่าผู้ดูแลเกิดภาระและผลกระทบทางด้านร่างกายจากการทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ เช่น เหนื่อยล้า ปวดหลัง ปวดเอว มีปัญหาสุขภาพเพิ่มขึ้น การดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพียงการดูแลกิจวัตรประจำวัน มีผู้สูงอายุมากถึงร้อยละ 45 ที่ไม่ได้รับการฟื้นฟูสุขภาพ

เจริญชัย หมิ่นท้อ และ สุพรรณิพุลผล (2559) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับบทบาทของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุจังหวัดนครพนม โดยกลุ่มตัวอย่างคือผู้ดูแลผู้สูงอายุในจังหวัดนครพนมจำนวน 400 คน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ครอบครัวและสังคมของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ศึกษาบทบาทของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุ และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วน

บุคคล ครอบครัวและสังคมของผู้ดูแลผู้สูงอายุกับบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผลการศึกษา พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นบุตรสาวบทบาทของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับมาก ซึ่งอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับบทบาทการดูแลผู้สูงอายุระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวก ความเพียงพอของรายได้และความเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับบทบาทการดูแลผู้สูงอายุ แต่เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรสและภาวะสุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์กับบทบาทการดูแลผู้สูงอายุ

ณัฐภักดา เขาวนัวรารักษ์ และรังสิมันต์ สุนทรไชยา(2559) ศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ดูแลผู้สูงอายุในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า เป็นการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยาแบบพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์ของผู้สูงอายุที่ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า โดยทำการศึกษาในผู้ดูแลจำนวน 10 ราย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลได้ให้ความหมายของประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าว่าเป็นการแสดงความห่วงใยและการให้กำลังใจซึ่งกันและกันส่วนประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าแบ่งเป็น 3 ประเด็นหลักคือ 1) การดำเนินชีวิตอย่างมีข้อจำกัดประกอบด้วย การเข้าสังคมการใช้ชีวิตประจำวันและการปรับตัวในการใช้ชีวิตอยู่กับผู้ป่วย 2) สิ่งที่ได้จากการดูแลประกอบด้วย ความภูมิใจ ความสุขใจ รู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูง ท้อแท้ที่ต้องดูแลและมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดเพิ่มขึ้น 3) ความคาดหวังและความต้องการของผู้ดูแลผู้สูงอายุประกอบด้วย ผู้ดูแลคาดหวังให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นและมีความสุข ส่วนความต้องการของผู้ดูแลคือ ต้องการเวลาพักผ่อน โดยมีผู้ช่วยเหลือคอยสลับเปลี่ยนเวลาในการดูแล

ณัชชภา หลงผาสุก, สุปรिता มั่นคง และยุพาพิณ ศิริโพธิ์งาม (2561) ศึกษาภาวะสุขภาพและการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียง เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพและการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียง ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นญาติผู้ดูแลทั้งเพศชายและเพศหญิงอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้าน อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่จังหวัดกรุงเทพมหานคร จำนวน 50 ราย ผลการศึกษาพบว่า ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุประเมินว่าสุขภาพของตนเองอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ยของการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี หากพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า การดูแลตนเองที่จำเป็นตามพัฒนาการ และการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพอยู่ในระดับดี และด้านการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปมีคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง กิจกรรมที่มีคะแนนสูงสุดคือการหาวิธีได้อยู่ในที่ที่มีอากาศถ่ายเท ได้รับอากาศบริสุทธิ์ และกิจกรรมการดูแลตนเองที่มีคะแนนน้อยสุด ได้แก่ การหาเวลาพักผ่อนหย่อนใจ ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุต้องใช้ความพยายามในการดูแลตนเอง บางกิจกรรมเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับก่อนเข้ารับบทบาทการเป็นญาติผู้ดูแล สำหรับกิจกรรมที่ญาติผู้ดูแลประเมินว่าต้องใช้ความพยายามในการดูแลตนเองมากขึ้นกว่าเดิมมากที่สุดคือ การจัดการกับ

ความเครียดหรืออารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป และกิจกรรมการดูแลตนเองที่ลดลงมากที่สุด คือ การมีเวลาเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม

Burton, Zdaniuk, Schulz, Jackson & Hirsch (2003) ศึกษาเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของชีวิตที่ให้การดูแล โดยทำการศึกษาในผู้ป่วยที่ทำหน้าที่ในการดูแล จำนวน 818 ราย ที่เป็นบทบาทในการให้การดูแลมาแล้วเป็นระยะเวลามากกว่า 5 ปี พบว่าชีวิตที่ให้การดูแลมีประสบการณ์ในการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่มากกว่าหนึ่งครั้ง เกี่ยวกับบทบาทในการให้การดูแล ความตายของพวกเขาหรือความตายของผู้ป่วย รวมถึงการย้ายที่อยู่ไปอยู่ในสถานดูแลผู้ป่วยระยะยาว ซึ่งระยะของความเจ็บป่วยมีผลกับการให้การดูแลที่ลดลง กล่าวคือ ผู้ที่ให้การดูแลที่หนักจะทำให้เกิดความเครียด พฤติกรรมสุขภาพและการดูแลตนเองทางด้านสุขภาพลดลง

Cheung & Hocking (2004) ศึกษาประสบการณ์ของผู้ดูแลที่เป็นชีวิตในเรื่องของการดูแลคือความวิตกกังวล โดยทำการสัมภาษณ์เชิงลึกกับชีวิตที่ทำการดูแลผู้ป่วย Multiple sclerosis จำนวน 10 ราย พบว่าผู้ดูแลที่เป็นชีวิตได้สะท้อนถึงประสบการณ์เรื่องความวิตกกังวลทั้งหมด 2 ประเด็น คือ 1) ความวิตกกังวลเกี่ยวกับชีวิต และความสัมพันธ์ของพวกเขา กล่าวคือ วิตกกังวลกับความเป็นอยู่ของชีวิต วิตกกังวลว่าชีวิตจะเกิดภาวะพึ่งพิงมากขึ้น และส่งผลกระทบต่อบทบาทการดูแลของพวกเขาเพียงไร วิตกกังวลว่าชีวิตจะฆ่าตัวตาย วิตกกังวลเกี่ยวกับการเปลี่ยนผ่านจากชีวิตเป็นผู้ดูแล ซึ่งต้องการการดูแล ความเอาใจใส่ตลอด 24 ชั่วโมง วิตกกังวลกับการคงไว้ซึ่งความสัมพันธ์กับมิตรภาพ กล่าวจะเป็นหม้าย 2) ความวิตกกังวลเกี่ยวกับอนาคต กล่าวคือ วิตกกังวลในเรื่องของสุขภาพของพวกเขา กล่าวสุขภาพที่เสื่อมลงจะส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดูแลตนเองในอนาคตเนื่องจากอายุที่เพิ่มมากขึ้น ความเหน็ดเหนื่อย และความอ่อนเพลียจากการดูแล วิตกกังวลเกี่ยวกับการดูแลในสถาบันต่างๆ เพราะส่วนใหญ่ก็มีประสบการณ์ที่ไม่ดีจากการอยู่ในสถานพยาบาลกับเจ้าหน้าที่ และมาตรฐานการดูแลที่ขาดความเข้าใจ ขาดการเอาใจใส่ วิตกกังวลเกี่ยวกับความต้องการการสนับสนุน การต่อรองกับระบบสวัสดิการทางด้านสุขภาพและสังคมสำหรับการช่วยเหลือ และการสนับสนุน ซึ่งทำให้พวกเขาวิตกกังวล สับสน กับการรอที่เนิ่นนาน และการเตรียมเอกสารที่มีจำนวนมากในการขอรับความช่วยเหลือแต่ละครั้ง

Mikulincer, Rydall, & WaBraun (2007) ศึกษาถึงความผิดปกติที่ซ่อนเร้นในผู้ดูแลที่เป็นชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็ง โดยวัตถุประสงค์ของการวิจัยคือ เพื่อเข้าถึงภาวะสุขภาพจิตและอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามและผู้ดูแลที่เป็นชีวิต และทำการศึกษาถึงสิ่งที่ส่งผลกระทบต่อภาระการดูแล และตัวแปรด้านความผูกพัน การปรับตัว และความพึงพอใจในชีวิตสมรส ต่ออาการซึมเศร้า ในผู้ดูแลที่เป็นชีวิตโดยทำการศึกษาในผู้ป่วยโรคมะเร็งระบบทางเดินอาหารในระยะลุกลามและชีวิตที่เป็นผู้ดูแล ผลการวิจัยพบว่า 38.9% ของผู้ดูแลมีอาการของภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วย ซึ่งพบเพียง 23% เท่านั้น ($P < .001$) นอกจากนี้จากการศึกษา

พบว่าภาวะในการดูแล ($\beta=.38;P<.01$),ความกังวลของผู้ดูแล ($\beta=.21;P<.05$) การหลีกเลี่ยงของผู้ดูแล ($\beta=.20;P<.05$),และความพึงพอใจในชีวิตสมรสของผู้ดูแล ($\beta=-.18;P<.05$)เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่ออาการซึมเศร้าของผู้ดูแล

Mutch (2010) ศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับประสบการณ์การดูแลของคู่ชีวิตผู้ป่วย Multiple sclerosis ในคู่ชีวิตที่ดูแลผู้ป่วย Multiple sclerosis จำนวน 8 ราย โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่าผู้ดูแลที่เป็นคู่ชีวิตของผู้ป่วยได้สะท้อนประสบการณ์ในการดูแลทั้งหมด 5 ประเด็น ได้แก่ ความกังวลใจ (worry) ความผิดหวัง (frustration) การวางแผน (planning) การยึดมั่นผูกพันในการแต่งงาน (commitment to marriage) และกลวิธีการเผชิญปัญหา (coping) ผู้ให้ข้อมูลระบุว่ารู้สึกจำเป็นที่จะต้องให้การดูแลผู้ป่วยต่อไปเนื่องจากความรู้สึกของหน้าที่และความยึดมั่นผูกพันในการแต่งงาน คู่ชีวิตที่ดูแลผู้ป่วยรู้สึกถึงความสูญเสียจากการให้ความสำคัญกับสุขภาพและความต้องการของผู้ป่วยมากกว่าต้องการดูแลสุขภาพของตนเอง จนสูญเสียตัวตนของการเป็นสามีหรือภรรยา และกลายมาเป็นผู้ดูแล (carers) รู้สึกว่าตนเองด้อยค่า ไม่ได้รับความพึงพอใจกับชีวิตและต้องการความเป็นอิสระ

Dickson, Brien, Ward, Flowers, Allan & Corroll (2011) ศึกษาเกี่ยวกับการปรับตัวและการรับมือของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสที่เจ็บป่วยจากการได้รับอุบัติเหตุที่กระดูกสันหลัง เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยา โดยทำการศึกษาผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสจำนวน 10 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับฐานะภรรยา จากการศึกษาแบ่งออกเป็นประเด็นหลักๆ 2 ประเด็น ดังนี้ ประเด็นที่ 1 ด้านการปรับตัวและการรับมือจะมีการระบายอารมณ์กับบุคคลในบุคคลหนึ่ง เพื่อระบายความเครียดหรือปลดปล่อยความรู้สึกออกมา การหยุดพักชั่วคราวไปทำในสิ่งที่ตนเองรักหรือชอบ จะทำให้รู้สึกผ่อนคลายหรือมีพื้นที่ส่วนตัวบ้าง ผู้ดูแลต้องการการสนับสนุนจากแหล่งต่างๆ เพื่อให้สามารถรับมือกับการดูแลได้ การมองโลกในแง่ดี ซึ่งสิ่งที่กล่าวมานั้นล้วนส่งผลให้การปรับตัวและการรับมือกับการดูแลดีขึ้น ประเด็นที่ 2 คือ การได้กลับมาเริ่มต้นใช้ชีวิตใหม่ด้วยกันอีกครั้งหนึ่งกับคู่สมรส ทั้งเรื่องการปรับการใช้ชีวิต และการปรับการดูแลในรูปแบบของการเจ็บป่วย

Shim, Barroso & Davis (2012) ศึกษาเชิงคุณภาพที่ทำการศึกษาผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยทำการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลที่เป็นผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสจำนวน 21 คู่ ตามคุณสมบัติที่กำหนด เก็บข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสส่วนใหญ่มีความเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุในฐานะภรรยา สามารถแบ่งผู้ดูแลออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่มีความรู้สึกเชิงลบกับการดูแล คือ รู้สึกว่าการดูแลเป็นภาระและมีความรู้สึกในเชิงลบเกี่ยวกับการดูแลคู่สมรสของตนเอง กลุ่มที่มีความรู้สึกสับสน คือ รู้สึกว่าความสัมพันธ์ในชีวิตคู่ของตนเองลดลง แต่ก็ยังอยากรู้สึกที่จะดูแลคู่สมรสต่อไป กลุ่มที่มีความรู้สึกในเชิงบวก คือ รู้สึกว่าพึงพอใจในการดูแลคู่สมรส

และสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสที่ขึ้น ผู้ดูแลเข้าใจถึงความเจ็บป่วยของคู่สมรส จึงไม่รู้สึกว่าการดูแลเป็นภาระ

Kitko & Hupceyn (2013) ศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับภาระงานของคู่สมรสที่ให้การดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจล้มเหลวระยะสุดท้าย โดยศึกษาในผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจล้มเหลวระยะสุดท้ายและรับการรักษาในโรงพยาบาล จำนวน 20 ราย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสส่วนใหญ่คือภรรยา และพบประเด็นหลักเรื่องภาระงานทั้งหมด 6 ประเด็น ดังนี้ 1) การให้การดูแล (Providing care) 2) การชี้แนะที่เป็นระบบ (Navigating the System) 3) การดูแลตัวเอง (Maintain Self) 4) การดูแลจัดการภายในบ้าน (Managing the Household) 5) การเฝ้าระวัง (Vigilance) 6) ภาวะปกติ (Normalcy) อย่างไรก็ตามในการให้การดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจล้มเหลวระยะสุดท้าย ซึ่งมีอาการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ทำให้การดูแลเป็นกระบวนการที่ซับซ้อนส่งผลให้ผู้ดูแลมีภาระงานที่หนักขึ้น

Li, Mak, & Loke (2013) ทำการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับผลกระทบที่เกิดขึ้นซึ่งกันและกันของคู่ชีวิตและผู้ป่วยโรคมะเร็ง ในด้านการสื่อสาร การมีอิทธิพลซึ่งกันและกัน และความสอดคล้องกันระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย โดยวัตถุประสงค์ของการศึกษานี้คือการสำรวจแนวคิดของสิ่งที่เกิดขึ้นร่วมกันระหว่างคู่ชีวิตและผู้ป่วยมะเร็ง โดยพบการศึกษาที่เกี่ยวข้องทั้งหมด 31 ฉบับ และทำการอธิบายและวิเคราะห์ผลภายใต้กรอบแนวคิดของ Fletcher et al. เกี่ยวกับคู่ชีวิตที่เป็นผู้ดูแลและผู้ป่วย โดยผลการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การสื่อสารที่ดีระหว่างคู่ชีวิตและผู้ป่วยส่งผลให้ความทุกข์ของผู้ดูแลลดลงและส่งผลให้เกิดการปรับตัวในชีวิตสมรสที่ดีขึ้นในด้านการมีอิทธิพลซึ่งกันและกันของคู่สมรสพบว่าปัจจัยที่ส่งผลคือการวินิจฉัยโรคมะเร็ง อาการของโรคมะเร็งที่เกิดขึ้น ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลและความหนักและความถี่ของการดูแลส่งผลต่อคู่ชีวิตผู้ป่วยในด้านความสอดคล้องซึ่งกันและกัน พบว่ามีความเกี่ยวข้องกันการรับรู้เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้ป่วย วิธีการเผชิญปัญหา การประเมินโรค และการปรับตัวต่อโรคอยู่ในระดับปานกลาง

Lawn & McMahon (2014) ศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพแบบ Grounded theory ซึ่งศึกษาถึงประสบการณ์ของการดูแลคู่ชีวิตที่มีความเจ็บป่วย โดยผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ดูแลจำนวน 28 ราย ที่อยู่ในชุมชนของประเทศออสเตรเลีย ผลการศึกษาพบประเด็นหลักที่สำคัญคือ ความสัมพันธ์ที่แท้จริง และความจริงใจ ซึ่งประกอบด้วยความรัก ความซื่อสัตย์ ความยึดมั่นถ้อยมั่นในความผูกพัน ซึ่งจะเห็นว่าการดูแลคู่ชีวิตเป็นการดูแลภายใต้ความรัก ความผูกพัน และความซื่อสัตย์

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องสามารถสรุปได้ว่าภรรยาผู้ดูแลวัยสูงอายุทำหน้าที่ในการช่วยเหลือ ดูแลสามีและสมาชิกในครอบครัวที่เจ็บป่วย เจ็บป่วยเรื้อรัง มีภาวะทุพพลภาพหรือพิการ ที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ ซึ่งผู้ดูแลวัยสูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้าน

ร่างกายในทางเสื่อมถอย ทำให้เกิดการบกพร่องในด้านต่างๆ ส่งผลให้เกิดภาวะในการดูแลมากกว่า ผู้ดูแลในวัยอื่นๆ อีกทั้งยังส่งผลให้ผู้ดูแลวัยสูงอายุเกิดการเจ็บป่วยได้ง่าย การรับบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ที่จะต้องใช้เวลาในการดูแลเป็นอย่างต่อเนื่องกันเป็นเวลานาน อาจส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลทั้งทางด้านร่างกาย ทางด้านจิตใจ ผลกระทบทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ อย่างไรก็ตามถึงแม้ว่าการรับบทบาทในการดูแลจะส่งผลกระทบต่อผู้ดูแล แต่ในฐานะของภรรยาที่ทำหน้าที่ในการดูแลยังคงรับบทบาทในการดูแลสามีที่เจ็บป่วยในภาวะพึ่งพิงอันมีสาเหตุมาจากความรัก ความรู้สึกผูกพันอย่างมีความเข้าใจ มีความสนใจและผูกพันต่ออีกฝ่ายหนึ่งอย่างแท้จริง การตอบแทนความรักที่ตนเองเคยได้รับมา ตอบแทนคุณงามความดีที่สามีเคยดีกับตน ทำให้ไม่สามารถทอดทิ้งไปได้ ในทางตรงกันข้ามหากสัมพันธ์ภริยาระหว่างสามีภรรยาเป็นไปในทางที่ไม่ดี อาจส่งผลต่อการให้การดูแลที่มีประสิทธิภาพได้ ดังนั้นการทำความเข้าใจเกี่ยวกับประสบการณ์ชีวิตของภรรยาในการดูแลสามีที่เจ็บป่วยในภาวะพึ่งพิงจึงมีความสำคัญ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับผู้ดูแลที่เป็นภรรยาวัยสูงอายุในการดูแลผู้ป่วย พบว่าผู้ดูแลที่อยู่ในวัยสูงอายุมีความเครียดในการรับบทบาทหน้าที่ในการดูแล เนื่องจากไม่มีความพร้อมในการให้การดูแล รายได้ไม่เพียงพอ ไม่ได้รับการดูแลช่วยเหลือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง อีกทั้งยังต้องเผชิญกับผลกระทบในการเป็นดูแล มีปัญหาทางด้านสุขภาพที่เพิ่มมากขึ้น เกิดการเจ็บป่วยเรื้อรัง และยังพบว่าผู้ดูแลเกิดความวิตกกังวล มีภาวะซึมเศร้า เกิดปัญหาความขัดแย้งภายในครอบครัวขึ้น แม้ว่าผู้ดูแลในวัยสูงอายุยังได้รับผลกระทบในการเป็นผู้ดูแลอย่างมากมาย แต่ก็ยังพบว่าผู้ดูแลยังให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องโดยมองว่าการดูแลเป็นการแสดงถึงความห่วงใย การให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ผู้ดูแลยังมีความคาดหวังให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ส่วนผู้ดูแลเองมีความต้องการเวลาในการพักผ่อน และคาดหวังว่าจะมีบุคคลคอยช่วยเหลือสลับเปลี่ยนในการให้การดูแล เนื่องจากต้องการให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลายาวนาน มีการศึกษาที่พบว่าเมื่อรับบทบาทในการดูแลผู้ดูแลจะมีการดูแลตนเองลดลงจากเดิม ให้ความสำคัญเกี่ยวกับสุขภาพและความต้องการของผู้ป่วยมากกว่าต้องการดูแลสุขภาพของตนเอง จนสูญเสียตัวตนของการเป็นสามีภรรยา กลายมาเป็นผู้ดูแล รู้สึกว่าตนเองด้อยค่า ต้องการความเป็นอิสระในตนเอง นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส มีความรู้สึกในเชิงลบกับการเป็นผู้ดูแล มีความรู้สึกสับสน และมีความรู้สึกในเชิงบวกกับการเป็นผู้ดูแล อย่างไรก็ตามแม้ว่าการดูแลจะเป็นภาระแต่ภรรยาที่ทำหน้าที่ดูแลก็ยังคงไม่ทอดทิ้งผู้ป่วย

ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology) มาใช้ในการทำวิจัยในครั้งนี้เพื่อให้ได้ข้อมูลในเชิงลึกจากผู้ที่มีประสบการณ์ตรง ที่ได้ประสบพบเจอมาด้วยตนเอง ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการศึกษาค้นคว้าเกี่ยวกับการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาตามแนวคิดของนักปรัชญาหลากหลายท่าน และทำการศึกษาการวิเคราะห์ข้อมูลที่มีความเหมาะสมตามแนวคิดและความเชื่ออื่นๆ ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกใช้วิธีการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความ (Hermeneutic Phenomenology) ตามแนวความคิดของ Martin Heidegger นักปรัชญาชาวเยอรมัน ที่ทำการศึกษาความหมายของการเป็นบุคคลโดยเชื่อว่าสิ่งที่เป็นอยู่มีความหมายในตัวของมันเอง หาความจริงจากประสบการณ์ ทำความเข้าใจกับการมีอยู่ผ่านการตีความ ทำให้เข้าใจถึงภูมิหลังของบุคคล และทำการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) โดยทำการเก็บข้อมูลร่วมกับการวิเคราะห์ข้อมูล ใช้การสังเกตควบคู่ไปกับการบันทึกภาคสนาม ซึ่งผู้วิจัยเล็งเห็นว่าวิธีการนี้มีความเหมาะสมมากที่สุดกับปัญหาในการวิจัยเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ลึกซึ้งจากประสบการณ์ตรง และสามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้



บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenological research) เพื่อศึกษาปรากฏการณ์การให้ความหมายจากประสบการณ์การจริงของหญิงสูงวัยที่ดูแลสามีที่เจ็บป่วยในภาวะพึ่งพิง ตามแนวคิดของ Heidegger รวบรวมข้อมูลโดยใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth interview) ร่วมกับการบันทึกเทป การสังเกต การจดบันทึกภาคสนาม จากนั้นนำข้อมูลทั้งหมดมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ซึ่งผู้วิจัยมีวิธีการดำเนินการวิจัย ดังนี้

1. พื้นที่ในการเก็บข้อมูล (Setting)

พื้นที่ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ เขตจังหวัดนครราชสีมา เนื่องจากจังหวัดนครราชสีมาเป็นจังหวัดที่มีพื้นที่มากถึง 20,493.968 ตารางกิโลเมตร ประกอบด้วย 32 อำเภอ 289 ตำบล มีประชากรทั้งสิ้น 2,646,401 คน และมีประชากรมากเป็นอันดับ 2 ของประเทศ และมากเป็นอันดับ 1 ของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีจำนวนผู้สูงอายุทั้งสิ้น 453,388 คน คิดเป็นผู้สูงอายุหญิงร้อยละ 55.4 และผู้สูงอายุชายร้อยละ 44.6 จะเห็นได้ว่ามีจำนวนผู้สูงอายุหญิงมากกว่าผู้สูงอายุชาย (สำนักงานสถิติจังหวัดนครราชสีมา, 2562) ลักษณะที่อยู่อาศัยของประชากรเป็นลักษณะของสังคมเมืองในเขตเทศบาลและชนบทในพื้นที่ห่างไกล ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม โดยอาศัยอยู่ในครัวเรือนที่เป็นรูปแบบครอบครัวขยายซึ่งประกอบด้วย บิดา มารดา บุตร บุตรเขย-สะใภ้ หลาน ญาติพี่น้อง จากการเปลี่ยนแปลงในปัจจุบันทำให้เกิดการย้ายถิ่นฐานจากสังคมชนบทสู่สังคมเมืองเป็นจำนวนมากประชากรวัยทำงานย้ายถิ่นฐานเข้าสู่สังคมเมือง ส่งผลให้วิถีชีวิตของชุมชนเปลี่ยนแปลงไป ซึ่งผลกระทบดังกล่าวทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของครัวเรือนเป็นรูปแบบครอบครัวเดี่ยว มีผู้สูงอายุอาศัยอยู่เพียงลำพังเพิ่มมากขึ้นถึงร้อยละ 18.2 ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีปัญหาภาวะสุขภาพเกิดจากความเสื่อมถอยอันเนื่องมาจากอายุที่เพิ่มมากขึ้น ทำให้เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่างๆ เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไตวาย และปอดบวม ซึ่งการเจ็บป่วยดังกล่าวส่งผลให้ผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะพึ่งพิงได้เพิ่มมากขึ้น จากข้อมูลดังกล่าวผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาในเขตพื้นที่จังหวัดนครราชสีมา เนื่องจากเป็นพื้นที่ที่มีประชากรผู้สูงอายุอยู่เป็นจำนวนมาก และผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยอยู่เพียงลำพังกับคู่สมรส อีกทั้งยังมีปัญหาการเจ็บป่วยที่ทำให้เกิดภาวะพึ่งพิงได้ รวมถึงมีความเชื่อมโยงกันของหน่วยงาน ทีมสุขภาพระดับชุมชน และครอบครัวในการวางแผนการดูแล

ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป และสามารถรองรับการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในชุมชนได้

2. ผู้ให้ข้อมูลและการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล (Key informants)

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล (Key informants) แบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ซึ่งได้แก่ หญิงสูงอายุที่ทำหน้าที่ดูแลสามีที่เจ็บป่วยในภาวะพึ่งพิง และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ (Inclusion criteria) ที่ผู้วิจัยกำหนด ดังนี้

1. เป็นเพศหญิงที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป และมีความเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยในภาวะพึ่งพิงในฐานะภรรยา

2. ให้การดูแลสามีที่เจ็บป่วยในภาวะพึ่งพิงที่มีข้อจำกัดการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน ซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้ทำการประเมินจากแบบประเมินคัดกรองความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (Activity of Daily Living: ADL) (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2539) และได้คะแนนน้อยกว่า 12 คะแนน ซึ่งหมายถึงความต้องการการพึ่งพิงในระดับสูง และระยะเวลาในการดูแลอย่างน้อย 6 เดือน เนื่องจากเป็นช่วงเวลาที่หญิงสูงวัยหรือผู้ดูแลส่วนใหญ่มีการปรับตัวต่อสถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงได้ดี (ศรันยา แสงมณี, มณี อาภานันท์กุล และยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2555)

3. มีบทบาทเป็นผู้ดูแลหลักในปัจจุบัน หรือเป็นผู้ที่รับผิดชอบในการดูแลสามี โดยใช้เวลาในการดูแลอย่างน้อย 8 ชั่วโมงต่อวัน

4. มีความสนใจและพร้อมให้ความร่วมมือในการสัมภาษณ์

5. สามารถพูดและเข้าใจภาษาไทยได้ดี

ผู้วิจัยได้ทำการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักในการวิจัยครั้งนี้โดยผู้ทำวิจัยทำการตรวจสอบและค้นหาผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยในภาวะพึ่งพิงที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ที่กำหนด ซึ่งจำนวนของผู้ให้ข้อมูลหลักนั้นขึ้นอยู่กับความอิมตัวของข้อมูล คือการที่ไม่เกิดประเด็นใหม่หรือข้อมูลใหม่เพิ่มเติมจากที่มีอยู่ โดยการได้มาซึ่งผู้ให้ข้อมูลหลักมี 3 วิธี ได้แก่

1) พยาบาลหน่วยเยี่ยมบ้านในโรงพยาบาล

2) พยาบาลเยี่ยมบ้านสถานีกาชาด 4 จังหวัดนครราชสีมา

3) พยาบาลเยี่ยมบ้านจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนสุวรรณ

4) พยาบาลเยี่ยมบ้านจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกรัก เพื่อชี้แจงรายละเอียดในการศึกษาวิจัย คุณสมบัติผู้ให้ข้อมูลและอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการวิจัย และวิธีดำเนินงานวิจัย และการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ให้ข้อมูลตามข้อความในใบพิทักษ์สิทธิ์

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

3.1 ผู้วิจัย ผู้วิจัยคือเครื่องมือที่สำคัญในการดำเนินการวิจัยเชิงคุณภาพ (Researcher as instrument) กล่าวคือ ผู้วิจัยเป็นผู้วางแผนการวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูล โดยสัมภาษณ์แบบเชิงลึก (In-depth interview) สังเกต จดบันทึก และวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยจึงมีการเตรียมความพร้อมในการดำเนินการวิจัย ดังนี้

3.1.1 การเตรียมความพร้อมของผู้วิจัยด้านระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยได้ลงทะเบียนเรียนวิชาการวิจัยเชิงคุณภาพทางการพยาบาล (Qualitative Research in Nursing) รหัสวิชา 3600626 ในระดับปริญญาโททางการพยาบาล จำนวน 3 หน่วยกิต จากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปีการศึกษา 2561 เพื่อศึกษาและเรียนรู้ระเบียบวิธีการดำเนินการวิจัยเชิงคุณภาพ

3.1.2 การเตรียมความพร้อมด้านเนื้อหาและแนวคิดที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาค้นคว้าความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับภรรยาที่ดูแลสามีที่เจ็บป่วยในภาวะพึ่งพิง จากงานวิจัยแนวคิด ทฤษฎีต่างๆ ตลอดจนข่าวสารทาง social network ทั้งในและต่างประเทศ ซึ่งหัวข้อในการทบทวนวรรณกรรมมุ่งเน้นในเรื่องของบทบาทของภรรยาในการดูแลสามีที่เจ็บป่วยในภาวะพึ่งพิงในสังคมไทย รวมไปถึงผู้ดูแลคนอื่น ๆ ในครอบครัวเมื่อผู้สูงอายุอยู่ในภาวะพึ่งพิง ตลอดจนหัวข้ออื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับบทบาทของภรรยาที่ดูแลสามี จนกระทั่งเห็นว่าเพียงพอต่อการวางแผนการดำเนินการวิจัยในขั้นตอนต่อไป นอกจากนี้ การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องส่งผลให้ผู้วิจัยเข้าใจถึงบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงทั้งในสังคมไทยและต่างประเทศ อีกทั้งยังเข้าใจถึงบทบาทของภรรยาในการเป็นผู้ดูแลสามีที่เจ็บป่วยในภาวะพึ่งพิงในสังคมไทยที่เปลี่ยนแปลงไปในปัจจุบัน

3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

3.2.1 ใช้เครื่องมือดัชนีบาร์ธเอลดีแอล (Barthel ADL Index) ในการประเมินผู้สูงอายุ เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางและง่ายต่อการสื่อสารกับผู้ให้ข้อมูล เครื่องมือนี้แปลเป็นภาษาไทยและปรับปรุงแก้ไขโดย สุทธิชัย จิตรพันธ์กุลและคณะ (2541) จาก Barthel ADL Index ของ Mahoney and Barthel (1965) ประกอบด้วยการประเมิน 10 กิจกรรม ได้แก่ การรับประทานอาหาร (Feeding), การทำความสะอาดใบหน้า (Grooming), การเคลื่อนย้ายจากนอนมานั่ง (Transfer), การเข้าใช้ห้องสุขา (Toilet use), การเดินหรือเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน (Mobility), การรวมใส่เสื้อผ้า (Dressing), การขึ้นลงบันได (Stair), การอาบน้ำ (Bathing), การกลั้นอุจจาระ (Bowels) และการกลั้นปัสสาวะ (Bladder) ซึ่งมีคะแนนรวมทั้งหมด 20 คะแนนเกณฑ์การแปลผลระดับภาวะพึ่งพิง คือมีคะแนนน้อยกว่า 12 คะแนน โดยผู้วิจัยจะทำการประเมินผู้สูงอายุจากผู้ให้ข้อมูลและจากการสังเกตร่วมด้วย

3.2.2 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล ใช้ในการบันทึกข้อมูล อายุ เพศ รายได้ อาชีพ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว ระยะเวลาที่ใช้ในการดูแลสามีที่เจ็บป่วยในภาวะพึ่งพิง ประสบการณ์ในการดูแล รวมทั้งบันทึกข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ บทบาทในการเป็นผู้ดูแล และลักษณะของที่อยู่

3.2.3 แบบบันทึกภาคสนาม ใช้ในการบันทึกหมายเลข หรือรหัสของผู้ให้ข้อมูล รายละเอียดเบื้องต้นในการสัมภาษณ์ เช่น วัน เวลา สถานที่ อากัปกริยาของผู้ให้ข้อมูล สีหน้า ท่าทาง บริบท สิ่งแวดล้อม และบรรยากาศในขณะที่สัมภาษณ์ รวมถึงปัญหาที่เกิดขึ้น และการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาประกอบให้เห็นถึงปรากฏการณ์ที่ศึกษาเพิ่มมากขึ้น การจดบันทึกภาคสนามเป็นวิธีการสำคัญในการเก็บรวบรวมข้อมูล ทำให้การวิจัยมีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

3.2.4 เครื่องบันทึกเสียง ใช้สำหรับเป็นเครื่องมือเก็บบันทึกเสียงการสัมภาษณ์ทุกครั้ง ผู้วิจัยจัดเตรียมให้พร้อมใช้งานทุกครั้ง เพื่อป้องกันการผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้นได้

3.2.5 แบบบันทึกการถอดรหัสความ เพื่อบันทึกการถอดความการสัมภาษณ์แบบคำต่อคำ (Verbatim transcriptions)

3.3 แนวทางการสัมภาษณ์ (Interview guideline) ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) ร่วมกับการสังเกตแบบมีส่วนร่วม เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ละเอียดลึกซึ้ง ตรงตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 20-50 นาที ผู้วิจัยสร้างแนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์ (ดังแสดงในภาคผนวก ข) โดยการกำหนดวัตถุประสงค์ของข้อคำถามตามปัญหาการวิจัย และเขียนแนวคำถามเป็นลักษณะปลายเปิดในประเด็นต่างๆ มีความยืดหยุ่นตามการสนทนา ไม่กำหนดจำนวนคำถาม ผู้วิจัยสามารถดัดแปลงคำถามในขณะที่ทำการสัมภาษณ์ได้ โดยไม่จำกัด เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกและครอบคลุมในแต่ละประเด็นที่ต้องการ จะทำได้เนื้อหาที่ครอบคลุมตรงตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา โดยมีแนวคำถามดังนี้

3.3.1 ขั้นตอนการเริ่มสนทนา ผู้วิจัยกล่าวทักทาย แนะนำตัว พูดคุยซักถามเรื่องทั่วไป เพื่อสร้างสัมพันธภาพให้เกิดความคุ้นเคย ในบรรยากาศที่เป็นกันเองเพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกผ่อนคลาย ไม่เครียด จากนั้นเริ่มอธิบายถึงวัตถุประสงค์ เหตุผล ขั้นตอนในการสัมภาษณ์ การพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูลอย่างละเอียด รวมทั้งแจ้งให้ทราบถึงระยะเวลาที่ใช้ในการสัมภาษณ์ประมาณ 20-50 นาที โดยเริ่มจากแนวคำถามที่สอบถามเกี่ยวกับสถานภาพปัจจุบันของคนในครอบครัว บทบาทหน้าที่ของสมาชิกในบ้าน โดยมีแนวคำถามดังต่อไปนี้

- 1) วันนี้คุณรู้สึกเป็นอย่างไรบ้าง
- 2) บ้านหลังนี้ปกติอยู่กันกี่คน มีใครบ้างคะ
- 3) คุณแต่งงานกันมากี่ปีแล้วคะ มีบุตรด้วยกันกี่คน
- 4) ปีนี้คุณอายุเท่าไรคะ แล้วสามีอายุเท่าไร

- 5) ตอนนี้อยู่สภาพของคุณเป็นอย่างไรบ้างคะ
- 6) วันนี้เราจะคุยกันเกี่ยวกับเรื่องการดูแลสามีของคุณ คุณให้การดูแลสามีคุณอย่างไร

3.3.2 ขั้นเข้าสู่ประเด็นการสัมภาษณ์ เป็นคำถามที่เกี่ยวข้องกับจุดเริ่มต้นของการรับบทบาทหน้าที่ในการเป็นผู้ดูแลสามีที่เจ็บป่วยในภาวะพึ่งพิง เพื่อนำไปสู่คำถามหลักและเจาะลึกในประเด็นสำคัญกับการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ โดยมีแนวคำถามดังนี้

คำถามหลัก

- 1) คุณเริ่มให้การดูแลสามีที่เจ็บป่วยตั้งแต่เมื่อไรคะ แล้วสามีท่านป่วยเป็นอะไรคะ
- 2) หลังจากที่สามีเจ็บป่วย ส่งผลกับตัวผู้ป่วย/ตัวคุณ/ครอบครัว อย่างไรบ้างคะ
- 3) อะไรที่ทำให้คุณต้องมารับบทบาทในการเป็นผู้ดูแลสามีคะ
- 4) เมื่อคุณต้องมาเป็นผู้ดูแลสามี คุณมีความรู้สึกอย่างไรบ้างคะ
- 5) หลังจากที่คุณเป็นผู้ดูแลสามี ชีวิตของคุณมีการเปลี่ยนแปลงอย่างไรบ้าง และส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของท่านอย่างไร
- 6) การที่ต้องเป็นผู้ดูแลส่งผลต่อคุณอย่างไรบ้าง และคุณมีวิธีจัดการอย่างไร
- 7) คุณคิดว่าการเป็นผู้ดูแลวัยสูงอายุและต้องดูแลสามีที่เจ็บป่วยนั้น ทำให้คุณมีการเปลี่ยนแปลงอย่างไร
- 8) การดูแลสามีที่เจ็บป่วย ในความรู้สึกของคุณมีความหมาย หรือ ความสำคัญกับตัวของคุณอย่างไร
- 9) อะไรที่ทำให้คุณยังคงดูแลสามีต่อไป แม้ว่าการดูแลผู้ป่วยจะเป็นประสบการณ์ที่หนักหน่วงสำหรับคุณ
- 10) ชีวิตคู่ของคุณเปลี่ยนแปลงอย่างไรบ้าง จากการที่ต้องดูแลสามีที่เจ็บป่วย/คุณรู้สึกอย่างไร
- 11) คุณทำงานประจำ หรือมีกิจกรรมอื่นๆ ที่ต้องรับผิดชอบนอกเหนือจากการดูแลสามีหรือไม่ อย่างไร

คำถามรอง

- 1) ที่คุณเล่ามา.....ช่วยอธิบายให้ฟังอีกหน่อยเกี่ยวกับ.....
- 2) เพราะอะไรถึงรู้สึกแบบนี้
- 3) ที่คุณเล่าว่า.....หมายความว่าอย่างไรคะ
- 4) คุณช่วยเล่าเพิ่มเติมเกี่ยวกับ.....(ประเด็นที่ต้องการ)

ซึ่งผู้วิจัยได้มีการปรับและสร้างแนวคำถามเพิ่มเติมตามเรื่องราวที่เกิดขึ้นขณะสัมภาษณ์ โดยอาศัยเทคนิคการทบทวนความ สะท้อนความคิด การบอกให้เล่าเพิ่มเติมในแต่ละ

ประเด็นที่น่าสนใจ เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลหลักได้ถ่ายทอดประสบการณ์ที่เกิดขึ้นจริงอย่างลึกซึ้งและชัดเจน ครอบคลุมตรงตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย

3.3.3 ขั้นตอนการสนทนา เมื่อเห็นว่าระยะเวลาเหมาะสมตามที่ได้ตกลงกันไว้กับผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยจะค่อยๆ เปลี่ยนเรื่องสนทนาเป็นเรื่องต่างๆ ไป เพื่อปรับอารมณ์และความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูลหลักให้เกิดความผ่อนคลาย สอบถามถึงข้อมูลให้ผู้ให้ข้อมูลหลักยังไม่ได้กล่าวถึงและต้องการเล่าให้ผู้วิจัยฟังเพิ่มเติม โดยมีแนวคำถามดังนี้

- 1) คุณมีอะไรอยากเล่าเพิ่มเติม นอกเหนือจากที่คุณเล่ามาอีกบ้างไหมคะ
- 2) คุณมีข้อสงสัยอะไรอยากที่จะซักถามผู้วิจัยบ้างไหมคะ

จากนั้นผู้วิจัยกล่าวขอบคุณผู้ให้ข้อมูลที่ให้ความร่วมมือ และสละเวลาในการตอบข้อซักถามตลอดจนได้เล่าถึงประสบการณ์ในการดูแลสามีที่เจ็บป่วยในภาวะพึ่งพิง โดยถ่ายทอดจากประสบการณ์จริง ซึ่งการสัมภาษณ์ครั้งนี้จักเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการศึกษาค้นคว้าเพื่อเป็นแนวทางในการดูแลสามีที่เจ็บป่วยในภาวะพึ่งพิงรายอื่นๆ ต่อไป และขออนุญาตในการกลับมาหาผู้ให้ข้อมูลหลักอีกครั้ง เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลจากกระบวนการวิเคราะห์ของผู้วิจัย และผู้วิจัยจะกลับมาสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลอีกครั้งหากข้อมูลยังไม่ครบถ้วน

4. การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูลตลอดกระบวนการวิจัย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1) ผู้วิจัยได้ดำเนินการขออนุมัติโครงการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โดยผ่านการพิจารณาจริยธรรมในโครงการที่ 122.1/62 ได้รับอนุมัติวันที่ 28 กรกฎาคม 2562 และได้ดำเนินการขออนุมัติโครงการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ซึ่งผ่านการพิจารณาในครั้งที่ 5/2562 ได้รับการอนุมัติวันที่ 16 พฤษภาคม 2562 (ดังภาคผนวก ก)

2) คัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัยตามความสมัครใจ

3) ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับหัวข้อเรื่องที่จะทำการสัมภาษณ์ วัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บข้อมูลอย่างละเอียดโดยมีการแจ้งให้ผู้ให้ข้อมูลทราบเกี่ยวกับประเด็นที่จะสัมภาษณ์ กระบวนการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก และการขออนุญาตขอบันทึกเสียงในการสัมภาษณ์ ระยะเวลาที่ใช้ในการสัมภาษณ์ในแต่ละครั้งและจำนวนครั้งในการสัมภาษณ์ การขอตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล การรักษาความลับด้วยการทำลายเทปบันทึกเสียงเมื่อสิ้นสุดการวิจัย การปกปิดข้อมูล ชื่อ-นามสกุล โดยแจ้งให้ทราบถึงการใช้รหัสข้อมูลเฉพาะในการแทนที่ข้อมูลจริง การนำเสนอข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์มาอภิปรายผล เผยแพร่ลักษณะข้อมูลโดยภาพรวม นำเสนอในเชิงวิชาการเท่านั้น

4) ขณะสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลักสามารถปฏิเสธการตอบคำถามที่รู้สึกไม่สะดวกใจ หรือแจ้ง ยุติการให้ความร่วมมือในการสัมภาษณ์ได้ตลอดเวลา และระหว่างการสัมภาษณ์หากผู้ให้ข้อมูลรู้สึก สะท้อนใจ ผู้วิจัยสามารถหยุดพักการสัมภาษณ์ทันทีและพยายามให้กำลังใจผู้ให้ข้อมูล และจะเริ่ม การสัมภาษณ์อีกครั้งเพื่อผู้ให้ข้อมูลมีความพร้อมและยินดีที่จะให้สัมภาษณ์ต่อ รวมทั้งผู้วิจัยเปิดโอกาส ให้ซักถามข้อสงสัย ให้เวลาในการคิดทบทวนก่อนการตัดสินใจเข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจ มีการลง นามยินยอมให้ข้อมูล โดยผู้วิจัยดำเนินการเก็บใบยินยอมและข้อมูลต่างๆ ไว้อย่างปลอดภัย ในระหว่าง การเก็บรวบรวมข้อมูลไม่พบผู้ให้ข้อมูลที่ไม่สะดวก ผู้ให้ข้อมูลทุกรายให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี

5) ผู้วิจัยอธิบายข้อมูลและเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย และให้เวลาในการคิดทบทวนก่อน ตัดสินใจให้คำตอบด้วยความสมัครใจ

6) ให้ผู้ให้ข้อมูลเซ็นใบยินยอมหรือบันทึกคำยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย และมีการเก็บใบเซ็น ยินยอม บันทึกคำยินยอมหรือข้อมูลต่างๆ ไว้นิที่ปลอดภัย

5. การเก็บรวบรวมข้อมูล

5.1 การเข้าถึงผู้ให้ข้อมูล

ผู้วิจัยเข้าถึงกลุ่มผู้ให้ข้อมูลโดยปฏิบัติตามขั้นตอน (ดังแสดงในภาพที่ 1) ดังนี้

1. ผู้วิจัยทำการติดต่อผู้ประสานงานกับหน่วยงานต่างๆ ได้แก่

- 1) พยาบาลหน่วยเยี่ยมบ้านในโรงพยาบาล
- 2) พยาบาลเยี่ยมบ้านสถานีกาชาด 4 จังหวัดนครราชสีมา
- 3) พยาบาลเยี่ยมบ้านจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนสุวรรณ
- 4) พยาบาลเยี่ยมบ้านจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกรัก

ซึ่งหน่วยต่างๆ ได้ขอความร่วมมือกับ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อ คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลตามเกณฑ์การคัดเลือกที่กำหนด และผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบคุณสมบัติของผู้ให้ ข้อมูลให้ตรงตามเกณฑ์ที่กำหนดอีกครั้ง พร้อมทั้งอธิบายและชี้แจงรายละเอียดในการศึกษาวิจัย วัตถุประสงค์การวิจัย ซึ่งพบว่า ภรรยาที่ทำหน้าที่ในการดูแลสามีที่เจ็บป่วยในภาวะพึ่งพิงมีจำนวน ทั้งหมด 14 ราย

2. เมื่อได้รายชื่อและที่อยู่ของผู้ให้ข้อมูลตามเกณฑ์การคัดเลือก ทั้งหมด จำนวน 14 ราย ผู้วิจัยได้ทำการติดต่อประสานงานไปยังพยาบาลหน่วยเยี่ยมบ้านเพื่อขออนุญาตในการเก็บรวบรวม ข้อมูล ขอความช่วยเหลือและความร่วมมือ ในการพูดคุยแนะนำโครงการวิจัย สร้างสัมพันธ์ภาพกับ ผู้ให้ข้อมูล เพื่อสร้างความเข้าใจในเบื้องต้น และเพื่อให้เกิดความไว้วางใจในการเข้าร่วมวิจัย ชี้แจง รายละเอียดในการเก็บข้อมูล การสัมภาษณ์เชิงลึก การบันทึกการสนทนา และการทำลายข้อมูลการ สนทนาเมื่อสิ้นสุดการศึกษา พร้อมทั้งขออนุญาตเก็บข้อมูลกับผู้ให้ข้อมูล รวมถึงทำการนัดหมายวัน

เวลาที่สะดวกในการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล ซึ่งเป็นบริเวณที่เงียบสงบ มีความเป็นส่วนตัว ไม่มีผู้คนพลุกพล่าน เพื่อป้องกันผลกระทบต่อการวิจัย

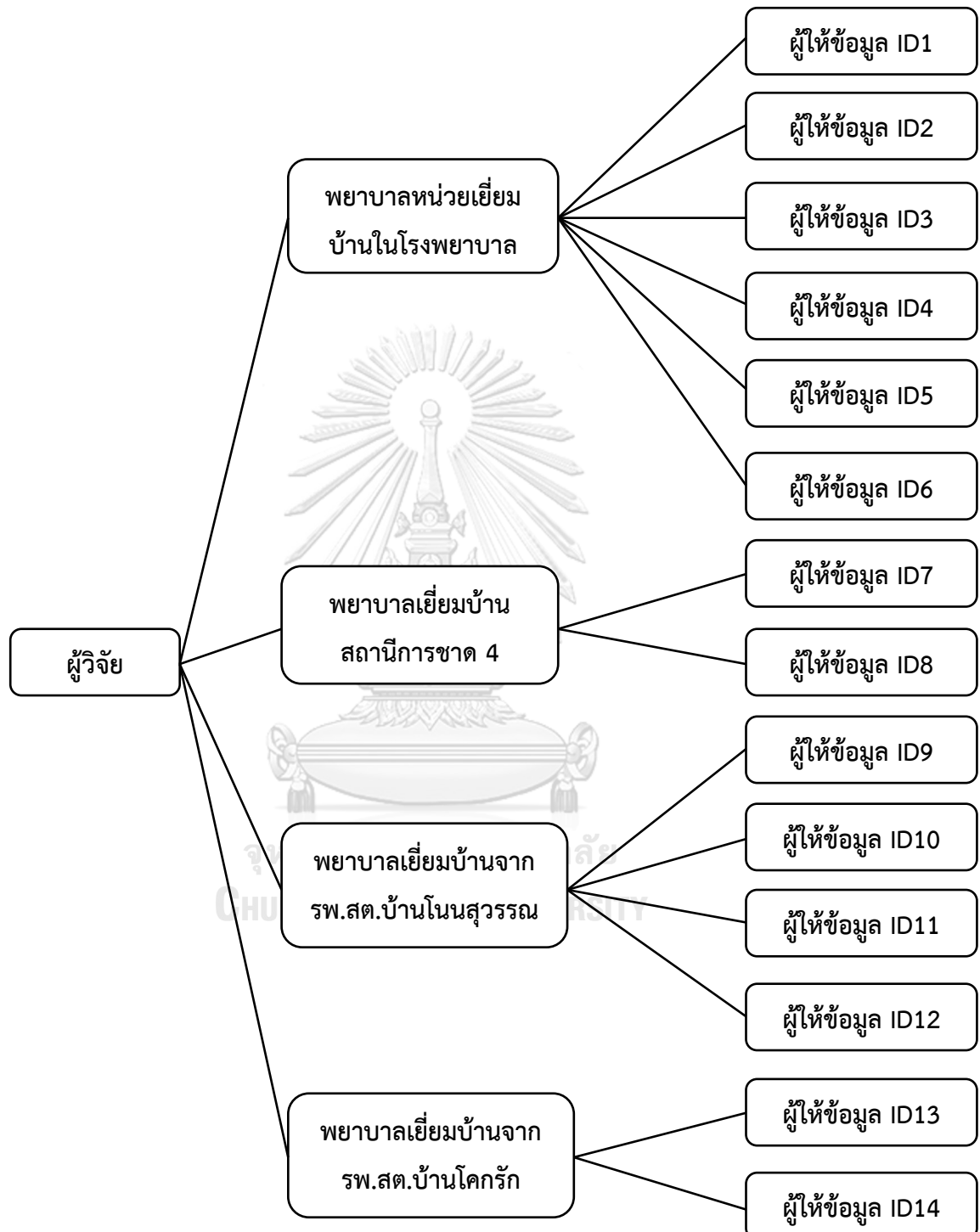
3. ผู้วิจัยเข้าพบผู้ให้ข้อมูลตามวันและเวลาที่นัดหมาย แนะนำตนเอง พร้อมทั้งสอบถามความสนใจในการเข้าร่วมการวิจัยอีกครั้ง สร้างสัมพันธภาพ และความไว้วางใจกับผู้ให้ข้อมูล อธิบายวัตถุประสงค์ในการวิจัย ขั้นตอนการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยคำนึงถึงสิทธิของผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยให้ข้อมูลที่เปิดเผยเป็นความจริง เปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลได้ตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัยอย่างอิสระ และด้วยความสมัครใจ รวมทั้งประเมินสามิที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงโดยใช้แบบประเมิน Barthel ADL

4. เมื่อผู้ให้ข้อมูลยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย ผู้วิจัยขอความยินยอมจากผู้ให้ข้อมูล โดยการเซ็นชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย (Informed consent)

5. เมื่อผู้ให้ข้อมูลยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์ตามแนวทางการสัมภาษณ์ ในพื้นที่ที่มีความเป็นส่วนตัว เงียบ ไม่มีสิ่งรบกวน ผู้ให้ข้อมูลไม่ได้รับค่าตอบแทนใดๆ จากการเข้าร่วมโครงการในครั้งนี้ แต่ได้รับค่าชดเชยค่าเสียเวลา เป็นของที่ระลึกในการให้ข้อมูลครั้งนี้

กล่าวโดยสรุปในการเข้าถึงผู้ให้ข้อมูลหลักแต่ละรายนั้นมีความยากง่ายแตกต่างกัน ในที่นี้หมายถึง การเข้าไปในพื้นที่บ้านของผู้ให้ข้อมูล ซึ่งใช้ระยะเวลาในการเดินทางค่อนข้างไกล และบางรายต้องออกเดินทางไปสัมภาษณ์ในพื้นที่ไกลจากตัวอำเภอ ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่มีความเต็มใจ และพร้อมที่จะเล่าเรื่องราวประสบการณ์ชีวิตในการดูแลสามิที่เจ็บป่วยในภาวะพึ่งพิง รวมถึงมีความยินดีและอนุญาตให้นำประสบการณ์ของตนเองที่เป็นประโยชน์ไปถ่ายทอดให้กับผู้ดูแลรายอื่นๆที่กำลังประสบปัญหากับการเป็นผู้ดูแล และกำลังประสบกับปัญหาในการเป็นผู้ดูแล และกำลังปรับตัวในการเป็นผู้ดูแล โดยผู้ให้ข้อมูลเหล่านี้มีมุมมองและมีการปรับแนวคิดในการดูแลที่ดี รวมถึงสามารถคิดค้นหรือหาวิธีการจัดการกับเหตุการณ์ต่างๆ ที่เป็นปัญหา ซึ่งผู้วิจัยได้สรุปวิธีการเข้าถึงข้อมูลในแต่ละรายได้พอสังเขป ดังแสดงในภาพต่อไปนี้

ภาพที่ 1 แสดงการเข้าถึงผู้ให้ข้อมูลด้วยวิธีผ่านผู้ประสานงานฯ เป็นผู้เปิดทางแนะนำ



5.2 ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังจากโครงร่างการวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน และผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาที่เป็นสถานที่ขอข้อมูลวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยแบ่งเป็นขั้นตอนดังนี้

5.2.1 ขั้นตอนก่อนการสัมภาษณ์

1) ผู้วิจัยประสานงานกับเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานเพื่อขอความช่วยเหลือในการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล โดยตรวจสอบคุณสมบัติที่ตรงตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยกำหนดจากแฟ้มประวัติข้อมูลผู้ป่วย สอบถามจากเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานและจากอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน (อสม.)

2) หลังจากพบว่ามีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดของการเป็นผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยจึงเข้าไปพบผู้ให้ข้อมูลหลักในแต่ละราย เพื่อขอความร่วมมือในการเป็นผู้เข้าร่วมวิจัย พร้อมทั้งได้แนะนำตัวและประวัติของผู้วิจัย อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัยและวิธีการดำเนินการวิจัย รวมทั้งการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ให้ข้อมูลให้ได้รับทราบ เมื่อผู้ให้ข้อมูลมีความสนใจและยินดีเข้าร่วมการศึกษาวิจัย ผู้วิจัยอธิบายให้ทราบถึงรายละเอียดของการวิจัยให้ทราบอีกครั้ง ซึ่งได้แก่ วัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการดำเนินการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย รวมถึงขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างละเอียด หัวข้อที่ต้องการสัมภาษณ์ การขออนุญาตบันทึกเสียงการสนทนา การจัดบันทึกภาคสนาม ขณะทำการสัมภาษณ์ จำนวนครั้งในการนัดหมาย ระยะเวลา และสถานที่ในการสัมภาษณ์ โดยเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้เลือกวัน เวลา สถานที่ในการให้สัมภาษณ์ โดยคำนึงถึงความสงบเป็นส่วนต่อความพอใจและความสะดวกของผู้ให้ข้อมูล ในการเดินทาง และความปลอดภัยของผู้วิจัย การรักษาความลับโดยการทำลายเทปบันทึกเสียงเมื่อสิ้นสุดการวิจัย จากนั้นจึงให้เซ็นใบยินยอมเป็นผู้เข้าร่วมวิจัย และเริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นขั้นตอนไป

5.2.2 ขั้นตอนการสัมภาษณ์

ผู้วิจัยเริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่เดือน เมษายน-พฤศจิกายน 2562 โดยสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลก่อน จากนั้นจึงขออนุญาตบันทึกเทประหว่างการสัมภาษณ์และเริ่มทำการสัมภาษณ์แบบเชิงลึก (In-depth interview) แบบมีแนวทางการสัมภาษณ์ (Interview Guideline) โดยใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 20-50 นาที ซึ่งขณะสัมภาษณ์ผู้วิจัยปฏิบัติ ดังนี้

1) ทำการเก็บข้อมูลส่วนที่ 1 คือ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูลและสามีที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง

2) ทำการเก็บข้อมูลส่วนที่ 2 คือ การสัมภาษณ์แบบเชิงลึก (In-depth interview) ถึงประสบการณ์ชีวิตของหญิงสูงวัยที่ดูแลสามีที่เจ็บป่วยในภาวะพึ่งพิง แบบมีแนวทางในการ

สัมภาษณ์ พร้อมกับบันทึกการสัมภาษณ์ด้วยเทปบันทึกเสียง ซึ่งในขณะที่ทำการสัมภาษณ์ผู้วิจัยใช้ทักษะของการสัมภาษณ์แบบเชิงลึก โดยคำนึงถึงสิทธิ์และศักดิ์ศรีของผู้ให้ข้อมูล มีการปรับคำถามในการสัมภาษณ์เพื่อความชัดเจนของข้อมูลตามบริบท และสิ่งที่สังเกตได้จากการสัมภาษณ์ เช่น สีหน้า แววตา ท่าทาง อารมณ์ และการแสดงออก

3) สังเกตท่าทางของผู้ให้ข้อมูล เมื่อผู้ให้ข้อมูลแสดงอารมณ์ร่วมขณะตอบคำถามหรือบอกเล่าประสบการณ์ ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลได้ระบายความรู้สึกหรือแสดงออกถึงความรู้สึกอย่างเต็มที่ โดยรับฟังอย่างตั้งใจแสดงว่าสนใจและนั่งเป็นเพื่อนผู้ให้ข้อมูล เมื่อผู้ให้ข้อมูลได้ระบายความรู้สึกแล้ว ผู้วิจัยจึงเริ่มทำการสัมภาษณ์ในประเด็นต่อไป ในการเก็บรวบรวมข้อมูลพบว่า มีผู้ให้ข้อมูลจำนวน 2 รายร้องไห้ในขณะที่ทำการสัมภาษณ์ คือ ID8 เริ่มร้องไห้เมื่อพูดถึงความเจ็บป่วยของสามี การที่ตนเองต้องเป็นผู้รับผิดชอบดูแลทุกอย่างภายในบ้านเพียงคนเดียว และ ID13 เริ่มร้องไห้เมื่อเล่าถึงช่วงเวลาที่คิดจะฆ่าตัวตายหนีความลำบากที่เกิดขึ้น ผู้วิจัยได้รับฟังเรื่องราวที่ผู้ให้ข้อมูลระบายความรู้สึกออกมาอย่างตั้งใจและเข้าใจ พร้อมทั้งหยิบกระดาษทิชชูยื่นให้ผู้ให้ข้อมูลสัมผัสผู้ให้ข้อมูลเบาๆ ที่แขนเพื่อให้กำลังใจ เมื่อผู้ให้ข้อมูลได้ระบายความรู้สึกบอกเล่าเรื่องราวเหล่านี้จบ ผู้วิจัยได้กล่าวถามว่าหากผู้ให้ข้อมูลไม่สะดวกที่จะให้สัมภาษณ์ต่อสามารถจะยุติการสัมภาษณ์ได้ทันที แต่ผู้ให้ข้อมูลทั้ง 2 รายบอกว่าสามารถสัมภาษณ์ต่อไปได้ ผู้วิจัยจึงนั่งรอเป็นเพื่อนร่วมกับสังเกตลักษณะสีหน้าท่าทางของผู้ให้ข้อมูล และรอจนกว่าผู้ให้ข้อมูลจะเล่าเรื่องราวต่างๆ ออกมาก่อนเองโดยไม่แสดงท่าทางเร่งรัดหรือกล่าวถามก่อน

4) ผู้วิจัยทำการจดบันทึกภาคสนามในประเด็นที่สำคัญไว้ ซึ่งได้ขออนุญาตผู้ให้ข้อมูลก่อนที่จะทำการจดบันทึกทุกครั้ง โดยทำการจดบันทึกย่อเฉพาะหัวข้อหรือประเด็นที่สำคัญ ประเด็นที่ต้องการเพิ่มเติม พฤติกรรมการแสดงออกของผู้ให้ข้อมูล และบันทึกเกี่ยวกับปัญหาที่เกิดขึ้นขณะทำการศึกษา ความคิดเห็น ความรู้สึกของผู้วิจัยที่มีต่อปัญหา การแก้ไข และผลที่เกิดขึ้นจากการแก้ไข เพื่อประกอบการวิเคราะห์ข้อมูล

5) การสิ้นสุดการสัมภาษณ์ในแต่ละครั้งผู้วิจัยพิจารณาระยะเวลาในการสัมภาษณ์ในแต่ละครั้งตามความเหมาะสมและความสะดวกของผู้ให้ข้อมูลหรือเมื่อสังเกตเห็นพฤติกรรมที่แสดงถึงความไม่พร้อมในการให้สัมภาษณ์ในครั้งต่อไปของผู้ให้ข้อมูล รวมทั้งการได้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ที่เพียงพอได้ข้อมูลที่มีความอิ่มตัว (saturated data) คือ มีแบบแผนข้อมูลซ้ำกัน ไม่มีประเด็นใหม่ที่เกิดขึ้น ก่อนจบการสัมภาษณ์ผู้วิจัยกล่าวสรุปถึงสิ่งที่ได้จากการสนทนาให้ผู้ให้ข้อมูลได้รับทราบอย่างคร่าวๆ และทำการนัดหมายสำหรับการสัมภาษณ์ครั้งต่อไปในกรณีที่ยังได้ข้อมูลไม่ครบถ้วน จากนั้นผู้วิจัยกล่าวขอบคุณผู้ให้ข้อมูลที่ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

5.2.3 ขั้นสิ้นสุดการสัมภาษณ์

ภายหลังการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลในแต่ละราย ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น โดยการถอดข้อความ (transcribe) จากเทปบันทึกเสียงเป็นคำต่อคำ (verbatim) ออกเป็นบทสนทนาที่เป็นตัวอักษร (transcript) ด้วยตนเอง ตรวจสอบความชัดเจนและความถูกต้องของข้อมูลโดยเปรียบเทียบกับการฟังเทปบันทึกเสียงซ้ำ สรุปเป็นประเด็นปัญหาที่พบหรือข้อมูลที่ยังไม่ชัดเจน ไม่ครอบคลุมหรือประเด็นที่ต้องค้นหาเพิ่ม ทำการปรับข้อคำถามให้เหมาะสมและกลับไปสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลรายเดิมเพิ่มเติม เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ชัดเจนขึ้นสำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลและสรุปเป็นประเด็น จากนั้นทำการปรับข้อคำถามให้เหมาะสมสำหรับการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลรายต่อไป หลังจากที่ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก และวิเคราะห์ข้อมูลตามระเบียบวิธีการวิจัยจนได้ข้อมูลที่มีความอิ่มตัว (saturated data) คือ มีแบบแผนข้อมูลซ้ำกัน ไม่มีประเด็นใหม่ที่เกิดขึ้น ผู้วิจัยนำเสนอข้อมูลกับอาจารย์ที่ปรึกษา และยุติการเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลแต่ละราย ส่วนใหญ่สัมภาษณ์เพียงครั้งเดียว มีเพียง 3 รายที่เข้าไปสัมภาษณ์ 2 ครั้ง (ID1, ID2 และ ID4) จากผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด 14 ราย ในแต่ละรายใช้เวลาในการสัมภาษณ์นานที่สุด 50 นาที (ID2 และ ID13) และใช้น้อยที่สุด 20 นาที (ID2) (ดังแสดงในตารางที่ 1) ในการสิ้นสุดการสัมภาษณ์แต่ละครั้ง ผู้วิจัยได้เกริ่นถึงการสัมภาษณ์ครั้งต่อไปเสมอพร้อมทั้งได้มอบของที่ระลึก หลังจากการสัมภาษณ์ เพื่อแสดงความขอบคุณผู้ให้ข้อมูลหลัก โดยผู้วิจัยได้สรุปข้อมูลโดยทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล และผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยในภาวะพึ่งพิง เพื่อให้ทราบถึงภูมิหลังของการทำหน้าที่ในการดูแล ดังนี้

ตารางที่ 1 แสดงวัน เวลา สถานที่ จำนวนครั้ง และระยะเวลาในการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลแต่ละราย

ผู้ให้ข้อมูล	จำนวนครั้งที่สัมภาษณ์	วันที่สัมภาษณ์	ระยะเวลา (ชั่วโมง/นาที)	สถานที่ในการสัมภาษณ์
ID1	ครั้งที่ 1	16 เมษายน 2562	40 นาที	บ้านผู้ให้ข้อมูล
	ครั้งที่ 2	18 เมษายน 2562	30 นาที	บ้านผู้ให้ข้อมูล
ID2*	ครั้งที่ 1	16 เมษายน 2562	50 นาที	บ้านผู้ให้ข้อมูล
	ครั้งที่ 2	17 เมษายน 2562	20 นาที	ทางโทรศัพท์
ID3*	ครั้งที่ 1	16 กรกฎาคม 2562	40 นาที	บ้านผู้ให้ข้อมูล
ID4*	ครั้งที่ 1	9 กันยายน 2562	40 นาที	ห้องประชุมย่อย
	ครั้งที่ 2	10 กันยายน 2562	30 นาที	ห้องประชุมย่อย
ID5*	ครั้งที่ 1	10 กันยายน 2562	40 นาที	ห้องประชุมย่อย
ID6*	ครั้งที่ 1	26 ตุลาคม 2562	40 นาที	บ้านผู้ให้ข้อมูล
ID7	ครั้งที่ 1	30 ตุลาคม 2562	45 นาที	บ้านผู้ให้ข้อมูล
ID8	ครั้งที่ 1	1 พฤศจิกายน 2562	40 นาที	บ้านผู้ให้ข้อมูล
ID9	ครั้งที่ 1	3 พฤศจิกายน 2562	40 นาที	บ้านผู้ให้ข้อมูล
ID10	ครั้งที่ 1	5 พฤศจิกายน 2562	45 นาที	บ้านผู้ให้ข้อมูล
ID11	ครั้งที่ 1	6 พฤศจิกายน 2562	40 นาที	บ้านผู้ให้ข้อมูล
ID12	ครั้งที่ 1	7 พฤศจิกายน 2562	40 นาที	บ้านผู้ให้ข้อมูล
ID13	ครั้งที่ 1	10 พฤศจิกายน 2562	50 นาที	บ้านผู้ให้ข้อมูล
ID14	ครั้งที่ 1	11 พฤศจิกายน 2562	40 นาที	บ้านผู้ให้ข้อมูล

* หมายถึง ผู้ให้ข้อมูลรายที่ใช้ในการตรวจสอบความเชื่อถือได้ของข้อมูล

6. การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content Analysis) ซึ่งเป็นวิธีการที่มีการจัดกลุ่มข้อมูลเป็นหมวดหมู่ มีการทบทวนเนื้อหาหลายๆ ครั้ง และมีการแยกประโยคที่สำคัญออกมา เนื่องจากกระบวนการวิเคราะห์ข้อมูล เป็นกระบวนการที่ต้องกระทำอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นขั้นตอนในการวิเคราะห์ เพื่อเชื่อมโยงความสัมพันธ์ของข้อมูลในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ (วรรณดี สุทธิสารกร, 2562) มีขั้นตอนดังนี้

6.1 หลังจากทำการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลแต่ละครั้ง ผู้วิจัยได้นำเทปบันทึกการสัมภาษณ์แต่ละครั้งมาถอดความชนิดคำต่อคำ โดยรักษาลักษณะที่เป็นธรรมชาติ อารมณ์ ความรู้สึกต่างๆ ตลอดจนบรรยากาศของการสนทนาไว้ให้มากที่สุด

6.2 ผู้วิจัยใช้คอมพิวเตอร์ช่วยในการจัดเก็บแฟ้มข้อมูลให้เป็นระบบ ระเบียบมีความปลอดภัย และมีความสะดวกในการเรียกใช้งาน เนื่องจากงานวิจัยเชิงคุณภาพนั้น มีข้อมูลจำนวนมาก หากข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ไม่มีการจัดเก็บให้เป็นระบบระเบียบ อาจทำให้ไม่สะดวกในการค้นหาในภายหลัง นอกจากนี้ผู้วิจัยยังทำการสำรองข้อมูลทั้งหมดไว้อีก 1 ชุด และแยกต่างหากจากชุดที่ใช้งาน เพื่อป้องกันข้อมูลสูญหาย

6.3 ผู้วิจัยอ่านบทสนทนาหลายๆ ครั้ง เพื่อให้สามารถจับประเด็นที่สำคัญ และสามารถตอบวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยเริ่มตั้งคำถามที่เกี่ยวข้องกับปรากฏการณ์ที่ศึกษาออกมาให้มากที่สุด

6.4 หลังจากที่สามารถตั้งคำถามที่เกี่ยวข้องกับปรากฏการณ์ที่ศึกษาได้แล้ว นำคำถามเหล่านี้มากำหนดความหมายให้กับคำ ประโยคหรือย่อหน้า ซึ่งคำถามเหล่านี้เป็นปรากฏการณ์ที่ได้จากการศึกษา และตรงประเด็นในเรื่องที่กำลังศึกษาค้นคว้า

6.5 ยุติการสัมภาษณ์เมื่อได้ข้อมูลที่มีความอิ่มตัว กล่าวคือไม่มีประเด็นใหม่เกิดขึ้น

6.6 ลดทอนข้อมูลโดยการพิจารณาจัดหมวดหมู่ของผู้ให้ข้อมูลหลักแต่ละราย ให้รหัสข้อมูล (Coding) ในข้อความที่มีความหมายเดียวกัน เพื่อสรรหาข้อความที่มีความหมายตรงประเด็นกับเรื่องที่ต้องการวิเคราะห์ และนำคำต่างๆ ที่ได้ให้รหัสข้อมูลไว้มาจัดหมวดหมู่ (Category) โดยคำที่มีความหมายหรือประเภทเดียวกัน ให้จัดอยู่ในกลุ่มเดียวกัน

6.7 แสดงข้อมูลโดยใช้ตาราง เพื่อช่วยให้เกิดความชัดเจน และช่วยย่อการอธิบายด้วยถ้อยคำ และช่วยย่อสาระสำคัญของเรื่องราวที่วิเคราะห์มาไว้ในเรื่องเดียวกัน ทำให้สามารถเห็นภาพและรูปแบบของสิ่งที่ศึกษาได้ชัดเจน เช่น พฤติกรรม หรือเหตุการณ์ได้ค่อนข้างดี

6.8 คัดเลือกบทสนทนาจากการสัมภาษณ์ และพิจารณาตุ้รหัสที่มีความหมายตรงกับหัวข้อหรือประเด็นที่สนใจศึกษาค้นคว้า และคัดเลือกข้อความโดยทุกข้อความที่คัดเลือกจะมีการบอกถึงแหล่งที่มาด้วยว่ามาจากข้อมูลชุดใด

6.9 ผู้วิจัยได้นำข้อมูลที่จัดกลุ่มหรือจัดประเภทไว้มาวิเคราะห์รวบยอดอีกครั้ง และนำข้อมูลทั้งหมดมาบอกเล่าเรื่องราวในลักษณะของการบรรยาย โดยการเชื่อมโยงประเด็นต่างๆ เข้าด้วยกัน โดยข้อมูลที่กล่าวมาข้างต้น ได้รับการตรวจสอบความถูกต้อง และความน่าเชื่อถือ จากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ที่มีความรู้ มีประสบการณ์ในการทำวิจัยเชิงคุณภาพ

7. การตรวจสอบความเชื่อถือได้ของข้อมูล (Trustworthiness)

เมื่อผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลและตีความเรียบร้อยแล้ว การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของงานวิจัย ถือได้ว่าเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ ที่ทำให้งานวิจัยมีความแม่นยำ เทียบตรง มีคุณค่า และมีความน่าเชื่อถือ ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความเชื่อถือได้ของข้อมูล ตามเกณฑ์การพิจารณาของ กูบา และลินคอน (Guba & Lincoln, 1994) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

7.1 ความเชื่อถือได้ (Credibility) เพื่อให้ข้อมูลที่ได้มีความตรง และเชื่อถือได้มากที่สุด ผู้วิจัยมีแนวทางในการตรวจสอบเพื่อให้ข้อมูลมีความน่าเชื่อถือ ดังนี้

7.1.1 ผู้วิจัยให้อิสระในการตัดสินใจยินยอมเข้าร่วม หรือการถอนตัวออกจากงานวิจัย และในขณะที่ทำการเก็บข้อมูล เช่น การสัมภาษณ์ หากมีการจัดบันทึกต่างๆ ผู้วิจัยจะขออนุญาตผู้ให้ข้อมูลก่อนเสมอ รวมทั้งบอกวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนต่างๆ และการนำข้อมูลไปวิเคราะห์ให้กับผู้ให้ข้อมูลตามความเป็นจริง เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลเกิดความไว้วางใจและกล้าเปิดเผยข้อมูลต่างๆ

7.1.2 ผู้วิจัยเข้าไปสร้างสัมพันธภาพ เพื่อให้กลุ่มผู้ให้ข้อมูลเกิดความไว้วางใจ คุ่นเคย และพร้อมที่จะเปิดเผยข้อมูลต่างๆ เกี่ยวกับประสบการณ์ชีวิตของหญิงสูงวัยที่ดูแลสามีที่เจ็บป่วยในภาวะพึ่งพิง

7.1.3 ผู้วิจัยได้ศึกษาข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายจากเจ้าหน้าที่ ที่มีความคุ้นเคยกับผู้ให้ข้อมูลและจากเวชระเบียน เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานประกอบการพูดคุยและการสัมภาษณ์

7.1.4 ผู้วิจัยเลือกใช้รูปแบบในการสัมภาษณ์และการสนทนา ให้มีลักษณะใกล้เคียงกับการสนทนาในชีวิตประจำวัน สร้างบรรยากาศให้มีลักษณะของความเป็นกันเอง เพื่อช่วยให้ผู้ให้ข้อมูล ไม่รู้สึกรังหรือประหม่าในการตอบคำถาม

7.1.5 เมื่อได้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยได้ถอดเทปแบบคำต่อคำ และมีการตรวจสอบความถูกต้องของบทสัมภาษณ์ โดยการฟังเทปซ้ำอย่างน้อยรายละเอียด 2 ครั้ง และนำข้อมูลที่บันทึกได้ จากการสังเกตพฤติกรรมทั้งทางบวกและทางลบ ของผู้ให้ข้อมูลในขณะที่มีการสัมภาษณ์มาตรวจสอบว่า มีความสอดคล้อง และเชื่อมโยงกับบทสัมภาษณ์หรือไม่

7.1.6 ผู้วิจัยได้ให้ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 5 ราย เข้ามาช่วยในการตรวจสอบข้อมูล หรือแสดงความคิดเห็นว่าข้อมูลที่ได้ตรงกันหรือไม่ (member checking) โดยหลังจากการสัมภาษณ์เสร็จสิ้นในแต่ละราย ผู้วิจัยทำการสรุปประเด็นที่ได้จากการสัมภาษณ์ในแต่ละครั้งให้ผู้ให้ข้อมูลฟัง เพื่อความเข้าใจตรงกันระหว่างผู้ให้ข้อมูลและผู้วิจัย โดยผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลได้ปรับแก้ หรือบอกเล่าข้อมูลเพิ่มเติม เพื่อให้แน่ใจว่าข้อมูลที่ได้มาจากประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลจริง ซึ่งผู้ให้ข้อมูลให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี

7.1.7 ผู้วิจัยทำการตรวจสอบผลการวิเคราะห์ข้อมูลร่วมกับผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนที่จบการศึกษาระดับปริญญาโท (peer review) จำนวน 2 ท่าน และทำการตรวจสอบร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ (peer debriefing) ตลอดระยะเวลาในการวิเคราะห์ข้อมูล ช่วยให้ผู้วิจัยลดอคติที่มีต่อการศึกษาวิจัย พิจารณาเห็นพ้องต้องกัน เพื่อให้ผลการวิจัยมีความน่าเชื่อถือมากขึ้น

7.2 ความสามารถในการถ่ายโอน (Transferability) ผู้วิจัยนำผลการวิจัยที่ได้ไปอ้างอิงในปรากฏการณ์หรือกลุ่มบุคคลที่มีลักษณะเหมือนกับผู้ให้ข้อมูลหลัก และอยู่ในลักษณะสถานการณ์หรือมีประสบการณ์ และบริบทเหมือนกันกับผู้ให้ข้อมูลหลักเท่านั้น คือ ผู้ดูแลที่เป็นภรรยาที่ดูแลสามีที่เจ็บป่วยในภาวะพึ่งพิง และจะสามารถนำไปอ้างอิงในประชากรกลุ่มอื่นๆ ได้

7.3 ความสามารถในการพึ่งพา (Dependability) วิจัยใช้ระเบียบวิธีวิจัยในการทำวิจัยอย่างมีขั้นตอน โดยการนำเสนอข้อมูลอย่างละเอียด ถูกต้อง โดยข้อมูลที่ได้จากการศึกษา ได้รับการตรวจสอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ซึ่งเป็นผู้ที่มีความรู้และมีประสบการณ์ในการทำวิจัยเชิงคุณภาพเป็นอย่างดี นอกจากนี้ยังมีการเชื่อมโยงข้อมูลต่างๆ ทั้งที่ได้จากการสัมภาษณ์ การสังเกต และการจดบันทึกภาคสนาม เพื่อให้เข้าใจปรากฏการณ์ที่ศึกษาอย่างแท้จริง

7.4 การยืนยันผลการวิจัย (Confirmability) ผู้วิจัยได้ทำการจัดเก็บและบันทึกข้อมูลอย่างเป็นระบบระเบียบ มีการเก็บสำรองข้อมูล สามารถตรวจสอบได้ ทั้งบทสัมภาษณ์ที่ได้จากการถอดเทปและบทสัมภาษณ์ที่ได้จากการบันทึกเทปไว้ นอกจากนี้ผู้วิจัยยังได้ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาและบทสัมภาษณ์ โดยการฟังเทปซ้ำ มีการยกตัวอย่างคำพูดของผู้ให้ข้อมูล ในบทสัมภาษณ์บางตอน มาประกอบการนำเสนอในส่วนของการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อให้ข้อมูลมีความน่าเชื่อถือมากยิ่งขึ้น

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenological research) เพื่อศึกษาประสบการณ์ชีวิตของหญิงสูงวัยที่ดูแลสามีที่เจ็บป่วยในภาวะพึ่งพิง โดยทำการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบเชิงลึก (In-depth interview) ร่วมกับการบันทึกเทป การสังเกต และจดบันทึกภาคสนาม จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลแบบ content analysis และยุติการเก็บรวบรวมข้อมูลเมื่อข้อมูลมีความอิ่มตัว (saturated information) จากผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด 14 ราย ตามเกณฑ์การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล (Informant) จากการวิเคราะห์ข้อมูลสามารถสรุปประเด็นได้ดังนี้

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์ชีวิตของหญิงสูงวัยที่ดูแลสามีที่เจ็บป่วยในภาวะพึ่งพิงสามารถนำเสนอตามลำดับ ได้ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูลโดยรวม

ส่วนที่ 2 ความหมายของการเป็นผู้ดูแลสามีที่เจ็บป่วยในภาวะพึ่งพิง แบ่งออกเป็น 2 ประเด็น ดังนี้

ประเด็นที่ 1 ดูแลด้วยความผูกพัน

ประเด็นที่ 2 ลำบากด้วยกันมาต้องช่วยเหลือกันไป

ส่วนที่ 3 ประสบการณ์ชีวิตของหญิงสูงวัยที่ดูแลสามีที่เจ็บป่วยในภาวะพึ่งพิง แบ่งออกเป็น 3 ประเด็น ดังนี้

ประเด็น 1 ชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป

1.1 เปลี่ยนแปลงไปในทางบวก

1.1.1 สัมพันธภาพระหว่างตนเองและสามีดีขึ้น

1.1.2 พยายามดูแลตนเองเพื่อมีกำลังดูแลผู้ป่วย

1.2 เปลี่ยนแปลงไปในทางลบ

1.2.1 รongรับอารมณ์หงุดหงิดของผู้ป่วย

1.2.2 ไม่มีเวลาส่วนตัว

1.2.3 ทำงานหาเงินได้น้อยลง

1.2.4 เหนื่อยมากขึ้น ทำทุกอย่างคนเดียว

1.2.5 สุขภาพทรุดโทรม

ประเด็นที่ 2 การยอมรับและเรียนรู้เกี่ยวกับการเป็นผู้ดูแล

- 2.1 อยู่ด้วยกันมานานต้องดูแลกันจนจากกันไป
- 2.2 ไม่มีใครเขาดูแลได้ดีเท่าๆกับเรา
- 2.3 ยอมรับว่าต้องดูแลทุกอย่าง
- 2.4 เรียนรู้เกี่ยวกับกิจกรรมการดูแล
- 2.5 สุขภาพทรุดโทรม

ประเด็นที่ 3 การเป็นผู้ดูแลในบริบทของภรรยา

- 3.1 ดูแลด้วยความเห็นใจและห่วงใย
- 3.2 เพราะสามีเป็นคนดี

จากผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลออกเป็นประเด็นหลัก 3 ประเด็น โดยมีการอธิบายรายละเอียดในประเด็นต่างๆ ที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูล พร้อมทั้งยกตัวอย่างบนสนทนาของผู้ให้ข้อมูลในแต่ละประเด็นมาประกอบ เพื่อให้เกิดความเข้าใจประสบการณ์ชีวิตของหญิงสูงวัยที่ดูแลสามีที่เจ็บป่วยในภาวะพึ่งพิงที่ชัดเจนยิ่งขึ้น โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

สำหรับเนื้อหาผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่บรรยายไว้ในบทนี้ เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน ผู้วิจัยจึงมีการใช้สัญลักษณ์ในตัวอย่างคำสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

(ID1 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 25-34) หมายถึง คำสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1 (ID1) สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 และคำสัมภาษณ์บรรทัดที่ 25-34 (L25-34)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูลโดยรวม

ตารางที่ 2 ตารางแสดงข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล

รหัสผู้ให้ข้อมูล	อายุ (ปี)	ศาสนา	ระดับการศึกษา	อาชีพ	รายได้เฉลี่ยของครอบครัว (บาท/เดือน)	จำนวนสมาชิกในครอบครัว	ระยะเวลาในการดูแล	ระยะเวลาในการดูแลแต่ละวัน(ชม)
ID1	75	พุทธ	ประถมศึกษาปีที่ 4	แม่บ้าน	10,000	7	8 เดือน	10
ID2	79	พุทธ	ไม่ได้เรียน	แม่บ้าน	3,000	2	3 ปี	15
ID3	72	พุทธ	ป.ตรี	แม่บ้าน	6,000	3	22 ปี	19
ID4	61	พุทธ	ประถมศึกษาปีที่ 4	ทำไร่	10,000	6	10 ปี	15
ID5	64	พุทธ	ไม่ได้เรียน	แม่บ้าน	3,000	2	1 ปี	15
ID6	67	พุทธ	ป.ตรี	แม่บ้าน	33,000	4	2 ปี 7 เดือน	17
ID7	82	พุทธ	ประถมศึกษาปีที่ 2	แม่บ้าน	5,300	2	6 ปี	15
ID8	72	พุทธ	ประถมศึกษาปีที่ 4	ค้าขาย	3,000	3	15 ปี	15
ID9	79	พุทธ	ประถมศึกษาปีที่ 4	แม่บ้าน	3,500	3	1 ปี 3 เดือน	15
ID10	68	พุทธ	ประถมศึกษาปีที่ 4	แม่บ้าน	1,300	2	10 ปี	15
ID11	78	พุทธ	ประถมศึกษาปีที่ 4	แม่บ้าน	4,400	2	13 ปี	16
ID12	70	พุทธ	ประถมศึกษาปีที่ 4	ค้าขาย	2,100	3	2 ปี 2 เดือน	15
ID13	61	พุทธ	ประถมศึกษาปีที่ 4	รับจ้างทั่วไป	2,000	3	31 ปี	15
ID14	72	พุทธ	ประถมศึกษาปีที่ 4	แม่บ้าน	2,200	3	10 ปี 6 เดือน	15

ผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้เป็นภรรยาที่ทำหน้าที่ในการดูแลสามีที่เจ็บป่วยในภาวะพึ่งพิง จำนวน 14 ราย โดยมีอายุระหว่าง 61-82 ปี ผู้ให้ข้อมูลทุกรายนับถือศาสนาพุทธ ส่วนใหญ่มีระดับ การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาจำนวน 10 ราย ระดับปริญญาตรี 2 ราย และไม่ได้เรียนหนังสือ จำนวน 2 ราย ประกอบอาชีพค้าขายจำนวน 2 ราย ทำไร่จำนวน 1 ราย รับจ้างทั่วไปจำนวน 1 ราย และแม่บ้านจำนวน 10 ราย รายได้เฉลี่ยของครอบครัวสูงสุด 33,000 บาทต่อเดือน รายได้เฉลี่ยต่ำสุด อยู่ที่ 1,300 บาทต่อเดือน ส่วนใหญ่พบว่ารายได้เฉลี่ยของครอบครัวอยู่ระหว่าง 2,000-10,000 บาท ต่อเดือน ลักษณะครอบครัวส่วนใหญ่อาศัยอยู่แบบครอบครัวเดี่ยวจำนวน 11 ครอบครัว และ ครอบครัวขยายจำนวน 3 ครอบครัว ระยะเวลาที่ภรรยาดูแลสามีที่เจ็บป่วยอยู่ระหว่าง 8 เดือน-31 ปี ระยะเวลาที่ภรรยาให้การดูแลสามีในแต่ละวันอยู่ในช่วง 10-19 ชั่วโมงต่อวัน

ส่วนที่ 2 ความหมายของการเป็นผู้ดูแลสามีที่เจ็บป่วยในภาวะพึ่งพิง

จากการศึกษาพบว่า ผู้ให้ข้อมูลซึ่งเป็นภรรยาได้ให้ความหมายของการดูแลสามีที่เจ็บป่วยใน ภาวะพึ่งพิง แบ่งออกเป็น 2 ประเด็นหลัก คือ 1) ดูแลด้วยความผูกพัน 2) ลำบากด้วยกันมาต้อง ช่วยเหลือกันไป โดยมีรายละเอียดดังนี้

ประเด็นที่ 1 ดูแลด้วยความผูกพัน

ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ให้ความหมายการดูแลสามีที่เจ็บป่วยในภาวะพึ่งพิง ว่าการดูแลเกิดจาก ความรักความผูกพันที่มีต่อกันเป็นระยะเวลายาวนาน สร้างปฏิสัมพันธ์อันดีต่อกัน มีการเกื้อกูลกัน ห่วงหาอาทร และเข้าอกเข้าใจกัน มีการถ้อยทีถ้อยอาศัยกัน ความรักความผูกพันจึงเปรียบเสมือน แรงจูงใจหรือแรงเสริม ให้ภรรยาที่เป็นผู้ดูแลได้พยายามแสวงหาวิธีการต่างๆ ที่ช่วยให้สามีมีคุณภาพ ชีวิตที่ดี และมีความสุขตามอัตภาพ และคงความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันให้มากที่สุด เพื่อให้เกิดความรู้สึกที่มีค่า และความภาคภูมิใจในอนาคต

อย่างไรก็ตามสามีภรรยาที่มีความเข้าอกเข้าใจกัน มีความสัมพันธ์อันดีระหว่างกัน ผูกพันกัน มาตั้งแต่ในอดีต หากสามีเกิดการเจ็บป่วย ความรู้สึกรักและผูกพันจะเป็นกลไกอย่างหนึ่งที่คอย เชื่อมโยงให้สามีได้รับความรักความเอาใจใส่ที่ดีจากภรรยาตั้งคำสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักว่า

“ป้าก็ดูแลให้กำลังใจลงเขาตลอดนะ ไม่อยากให้เขาท้อใจ ลูกก็ให้กำลังใจป้าเหมือนกัน ทุก วันนี้มันถึงอยู่กันได้แบบนี้ เมื่อก่อนลูกก็ให้กำลังใจป้าแบบนี้เหมือนกัน มันก็คงเพราะเราแต่งงานอยู่ กันมานาน ผูกพันกัน เข้าใจกันบ้างถึงได้ดูแลอยู่อย่างนี้ แก่ก็คงไม่อยากจะเป็นอย่างนี้หรอก ไปไหน มาไหนก็ไม่ได้”(ID3 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L19-23)

“แรกๆ เราไม่ได้ชอบเขาหรอกนะ อยู่ไปอยู่มากก็รักเขาแหละมีลูกตั้ง 3 คนแล้ว อยู่ด้วยกันมานานขนาดนี้แล้วมันก็ผูกพันกันไปแล้ว จะให้ป่าไม่ดูแลก็ทำไม่ได้หรอก ตอนยังดินะลุงเขาชอบกินเหล้า แต่ไม่ได้กินทุกวันนี้ะ กินเฉพาะสังสรรค์กับเพื่อน จนบางทีป่าก็บอก ถ้ามีกินเหล้าจนไม่สบายนะจะดูแลเลย จะบอกให้หมอฉีดยาให้ตายไปเลย (พูดแบบติดตลกพร้อมหัวเราะ)” (ID4 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L130-134)

“ก็รักเขา ผัวเมียกันก็ต้องรักกันจริงไหม สงสารเขาด้วยเขาป่วยเราก็ต้องดูแลเขา ตอนดีเราก็ดูแลกัน ป่วยก็ต้องดูแลกัน ใครจะมาดูแลได้ดีเท่าเรา ลูกเขาก็มีครอบครัว เขาแยกไป เขาไม่ได้อยู่กับเรา เขาต้องทำงาน จะมาก็ลำบาก แต่เขาก็มาเยี่ยมมาหาเรื่อยๆ” (ID5 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L135-137)

“ลุงเขามีป่าคนเดียว อยู่กินกันมานานขนาดนี้แล้ว จนจะค่อนข้างชีวิต มันก็มีความเข้าใจกัน ผูกพันกันนั้นแหละหนู ถึงได้อยู่ดูแลกันจนทุกวันนี้ ไม่รู้ว่าเราหรือเขาจะไปก่อนกัน ดูแลกันไป” (ID6 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L65-66)

“...อยู่กันมานานแล้ว ตอนที่ตายังดีเขาก็ดูแลเรา รักเรา เข้าใจกันไม่เคยทะเลาะกัน จะว่าอยู่ด้วยกันมันก็ผูกพันกันมานาน ตอนดีเขาก็ดี เป็นมาแบบนี้เราก็ต้องดูแลกันต่อไป” (ID8 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L23-24)

“ก็แต่ก่อนนะ พ่อแม่จะให้แต่งงานก็แต่ง พ่อก็ว่าเขาขยันทำมาหากิน ว่าอยู่กันไปก็รักกัน ยายก็อยู่ด้วยกันถึงทุกวันนี้แหละ (หัวเราะ) อยู่ไปอยู่มากก็ชอบกัน จนลูก 4 คน แล้วนะ (หัวเราะ)” (ID10 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L121-123)

“...จะว่าห่วงมันก็ห่วง ห่วงใครจะมาดูแล แยกแบบว่ามันเคยอยู่ด้วยกันนะ อยู่ด้วยกันลำบากด้วยกันมาเป็นสิบๆ ปี มันก็ผูกพัน อย่างว่านั่นแหละความเป็นเมียมันเป็นแล้วเลิกไม่ได้หรอก” (ID11 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L92-93)

“ที่ดูกันมาทุกวันนี้มันก็บอกไม่ถูก เพราะมันจำเป็นต้องดู เป็นผัวเป็นเมียกันต้องดูแลกัน อยู่กันมานาน ผูกพันเข้าใจกันละมั้งถึงต้องดูกันต่อไป ตั้งแต่อยู่กันมาก็ไม่เคยทะเลาะกันนะ แยกเป็นคนใจเย็น ไม่ค่อยโมโหใครหรอก กับลูกตาแกยังไม่เคยตีเลย” (ID14 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L56-58)

“เราดูแลแกมานานแล้ว จะว่ารักแกห่วงแกมันก็จะใช้อย่างเขาว่านั้นแหละนะ ไม่อย่างนั้น จะอยู่ด้วยกันมาจนเฒ่าแก่ขนาดนี้ได้ยังไง (หัวเราะ) ตาแกก็พาพ่อพาแม่มาขอขมาดีดีนะ แกก็ไม่ได้พาหนีตามกันมา เป็นบางคนเขาพากันหนีตามกันไปแล้ว (หัวเราะ)” (ID14 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L74-76)

ประเด็นที่ 2 ลำบากด้วยกันมาต้องช่วยเหลือกันไป

ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ให้ความหมายการดูแลสามีที่เจ็บป่วยในภาวะพึ่งพิง ว่าการดูแลเปรียบเสมือนสายใยของคู่ชีวิตที่ไม่อาจทอดทิ้งกันได้ ซึ่งเกิดจากสัมพันธ์ภาพในอดีตที่แน่นแฟ้น มีการเกื้อหนุนช่วยเหลือซึ่งกันและกัน มีความเห็นอกเห็นใจกัน ดูแลซึ่งกันและกัน ร่วมทุกข์ร่วมสุขผ่านช่วงเวลาที่มีความสุขและมีความทุกข์ลำบากมาด้วยกันทำให้ไม่สามารถทอดทิ้งกันได้ ผู้ให้ข้อมูลบางรายเล่าว่าสิ่งสำคัญที่ทำให้ตนเองสามารถก้าวผ่านความลำบาก ความเครียดมาได้คือสามีที่คอยให้กำลังใจ และพยายามนึกถึงสิ่งที่ดีที่สามีเคยทำให้ตนเองในอดีต ดังคำสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักว่า

“มันก็เป็นเรื่องธรรมดา อยู่กันไป ไม่ฝืนเป็นก็เมื่อยเป็น มันก็แล้วแต่ คู่ชีวิตเรามันก็อยู่กันไป ดูแลกันไป ก็คู่ทุกข์คู่ยากกัน ทุกข์ด้วยกันสุขด้วยกันนะ บางทีก็มีทะเลาะกันบ้าง เสียงดังบ้าง เราก็เหนื่อย เรียกเราบ่อยๆ จะเอานั่นเอานี่ บางทีเราก็อยากทำงานให้เสร็จ เหนื่อยด้วย เราก็บ่นบ้างล่ะนะ แต่เดี๋ยวก็คุยดี ไม่ได้มาโกรธอะไรกัน” (ID3 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L123-126)

“ก็ป่าเป็นเมียเขา ไม่ดูเขาแล้วใครจะมาดู.....อยู่กันมา 40 กว่าปี ลำบากด้วยกันมามาก กว่า จะได้มีที่มีทางทำมาหากินแบบทุกวันนี้ ถ้าป่าไม่ดูแลลุง ใครจะมาดูแล ลุงเขาก็ไม่มีใคร ก็มีแต่ป่านี้แหละ” (ID4 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L29-31)

“เปื่อนะ....เปื่อเหมือนกัน แต่ก็ไม่รู้จะทำยังไง เราเป็นเมียเขาอยู่ด้วยกันมานาน ลำบากกว่านี้ด้วยกันเยอะ มันก็ต้องดูแลกันไปจนกว่าใครจะไปก่อนกันนั่นแหละ ลุงเขาก็บอกว่า เขาก็ไม่อยากจะทรอกนะ ไม่อยากอยู่เหมือนกัน ป่าก็ปลอบใจเขา เป็นกักรักษากันไป จะคิดมากไปทำไม เดี่ยวฉันทำตัวเอง ลุงแกกลัวป่าทำไม่ได้ ป่าก็บอกว่า หมอเขามาสอนก็ทำได้ ทำไม่ฉันจะทำให้ไม่ได้ ตอนข้างหลังฉันยังทำให้แก่ได้เลย แต่นี่ทำไม่ฉันจะทำให้ไม่ได้ แกก็เกรงใจนั่นแหละ” (ID5 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L69-74)

“มีครั้งหนึ่งป่าพาลูกกลับไปบ้านที่สระบุรี ไปหลายวัน 10 กว่าวัน พ่อเขายังไม่ให้ป่ากลับ ลุงเขาก็ร้องให้คิดว่าป่าจะทิ้งเขาไม่กลับมา ป่าบอก แกจะบ้าหรือ พ่อเขาไปทอดแหหาปลาเค็ม ปลาข้างมาไว้ให้กิน พอกลับมาลุงเขาก็เข้ามาออกใหญ่เลย (พูดพลางยิ้ม) บอกว่า ฉันนี้กว่าแกจะไม่มาแล้ว ป่า

เลยว่าจะบ้าหรือฉันจะทิ้งแกไปได้ไง อยู่ด้วยกันจนมีลูกมีเต้าขนาดนี้แล้ว พ่อเขาหาเสบียงไว้ให้ ใครจะไปทิ้งแกลง ลำบากมาด้วยกันขนาดนี้” (ID5 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L62-96)

“เห็นแกป่วยแบบนี้ ยายก็ไม่เคยคิดว่าจะทิ้ง จะหนีไหนเลย แต่ก่อนตอนยายคลอดลูกแกก็ยังคงดูแลยายตลอด ลูก 3 คนแกก็อยู่ดูหมด ไม่เคยทิ้งยายไปไหน ตอนนี้จะไปไหนยายก็ห่วง ไปไกลก็ไม่ได้ ห่วงกลัวจะไม่มีคนดู กลัวจะลูกเองแล้วจะล้ม” (ID10 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L125-127)

“มีแต่เมียนี่แหละดูแลได้ ไม่ใช่ลูกใช้เมียนี่ไม่มีใครดูแลหรอก ก็เพราะฉันเป็นเมียแกนี่แหละฉันถึงต้องดูแล เพราะคิดว่าเมื่อก่อนแกลำบากก็อยู่ด้วยกัน ช่วยกันทำมาหากิน ไม่เคยทิ้งกันสักที แต่ก่อนมันก็ไม่ได้ลำบากเท่านี้เนาะ ทุกวันนี้ทำคนเดียวมันลำบากหลาย แกจะอยู่จะกินฉันไม่เคยปล่อยให้แกอดอยาก ขนมนมเนย เวลาฉันก็ซื้อมาให้กิน ไม่ให้อดหรอก” (ID13 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L144-147)

“ก็ไม่รู้จะยังไง....แต่ก็ไม่เคยคิดจะทิ้งแกหรอกนะ สงสารแก เวลาเราเหนื่อยเราท้อ ก็คิดว่าเดี่ยวเราเดี่ยวแกก็ตายจากกัน พอเราคิดแบบนี้เราก็บายใจขึ้น เราก็ดูแลแกได้ แต่ก่อนก็อยู่ด้วยกันมาร่วมทุกข์ร่วมสุข ลำบากด้วยกันมาจนทุกวันนี้ จะมาทิ้งแกไม่ดูแลยายก็ทำไม่ได้หรอก ทำไม่ลง พอเราคิดแบบนี้มันก็เลยปล่อยวางลง เพราะเราดูแลแกมานานแล้ว” (ID14 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L71-74)

ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ให้ความหมายการดูแลสามีที่เจ็บป่วยในภาวะพึ่งพิง ว่าการทำหน้าที่ในการเป็นผู้ดูแลที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง เป็นการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน เพราะเมื่อก่อนตนเองกับสามีใช้ชีวิตคู่กันแบบดูแลช่วยเหลือกันมาโดยตลอด เมื่อสามีไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตนเองในฐานะภรรยาจึงให้การช่วยเหลือเกื้อกูลกันมากกว่าจะทำหน้าที่เป็นผู้ดูแล ดังคำสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักว่า

“สงสารพ่อ เขาเคยทำอะไรได้เอง พ่อไม่ค่อยอยากให้ใครมายุ่งยากกับเขา เมื่อก่อนก็เป็นแบบนี้ กลัวคนนู้นคนนี้ลำบาก ทุกวันนี้แม่ก็ดูแลกันไปช่วยเหลือกันไป ไม่รู้ว่าใครจะไปก่อนกัน (หัวเราะ)” (ID1 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L89-90)

“ตาป่วยก็เป็นเหมือนเดิม ยายก็อยู่ด้วยกันเหมือนเดิม ดูแลยังไงก็ทำให้เหมือนเดิม ตาก็ยังพอทำอะไรได้บ้าง ดืออยู่ ยายก็อยู่จนจะมีคนไหนตายจากกันไปนั่นล่ะ วันนี้ยายมีแรงก็ยังดูแลกันได้อยู่” (ID2 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L108-109)

“จะว่าไปทุกวันนี้มันก็ไม่ลงตัวหรอกนะ (หัวเราะ) ก็ดูแลช่วยเหลือกันไปจนกว่าใครจะไปก่อนกัน นี้นักก่อนป่าดูทีวีเห็นเขาออกข่าว เขาลำบากกันนะ เรายังไม่ลำบากเท่าเขา คิดดูก็มีคนที่ลำบากกว่าเราเยอะนะ (พูดพลางยิ้ม)” (ID3 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L163-165)

“สงสารแก.....ไม่จำเป็นใครจะทำให้มีกันอยู่สองคน ถ้าป่าไม่ทำใครจะทำ ตอนลุงแกดีก็ช่วยทำมาหากิน มีอะไรก็ช่วยเหลือกัน ตอนนี้อากขนาดไหนมันก็ดูแลกันไป เวลาแกเป็นมาากๆ สงสารแก ” (ID5 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L128-129)

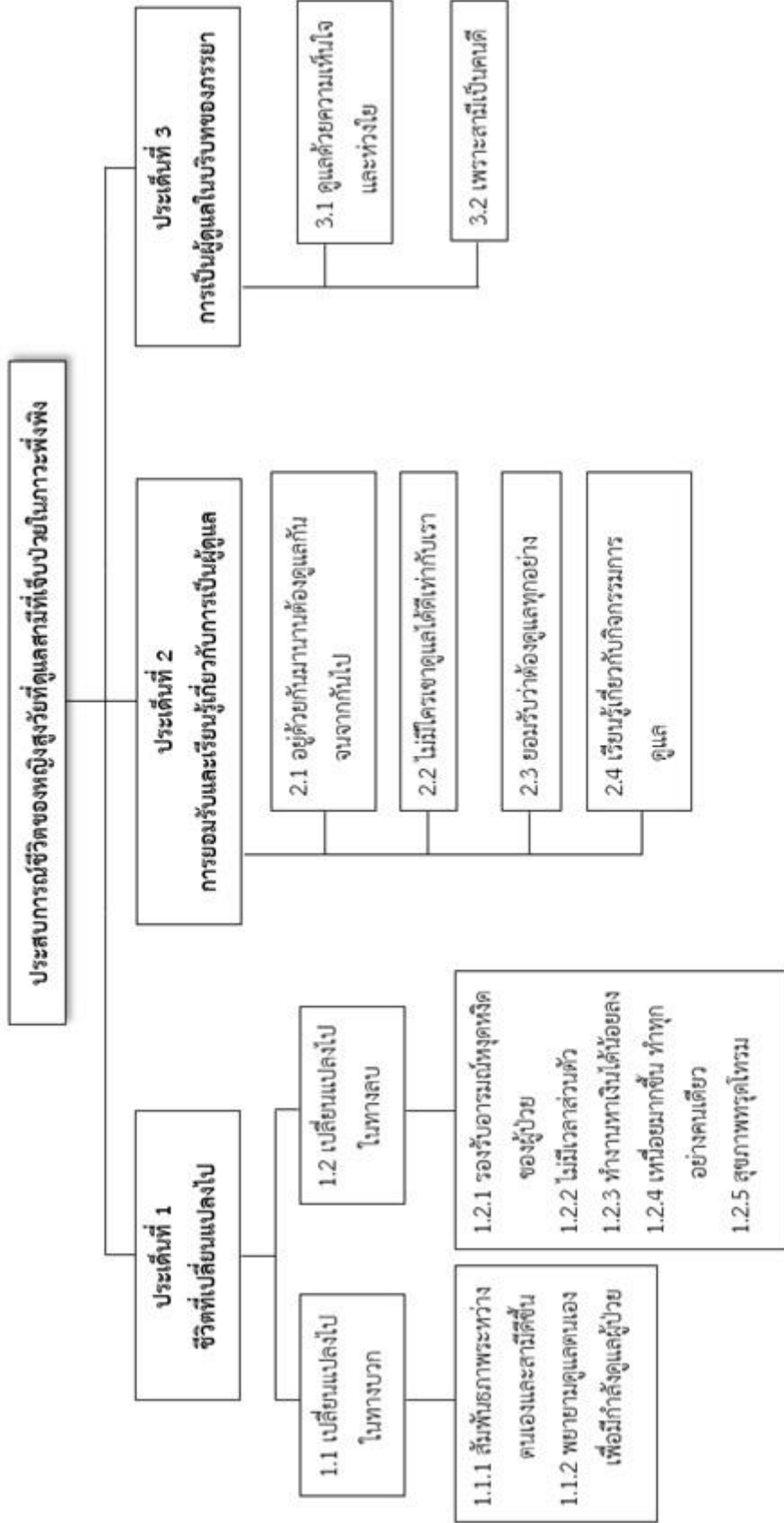
“...เป็นมาแล้วจะให้ทำยังไงก็ต้องดูกันไป คนดีก็ดูคนป่วยไป ตอนแกไม่ป่วยก็ยังดูแลเรา บางทีแกดีแกก็นั่งร้องเพลงให้ฉันฟัง เล่าเรื่องเก่าๆ คุยไปทั่ว ฉันก็นั่งฟังแกไปหัวเราะไป บางทีก็เพลิดีหมอว่าแกไม่หาย ทุกวันนี้ก็ไม่ได้กินยานะ หมอไม่ให้กินแล้ว ฉันก็คิดแต่ว่าทุกวันนี้ก็ดูแลไป แกจะไปจากฉันเมื่อไหร่ก็ไม่รู้วันข้างหน้า” (ID9 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L150-153)

“บางทีก็นึกสงสารแกนะ แต่ยายก็คิดเอวามันคงเป็นเวรเป็นกรรมของแก เราก็เวรคู่เวรคู่กรรมแกชาติที่แล้วแกคงดูแลเรามา ชาตินี้เราถึงได้มาดูแลกันแบบนี้ (หัวเราะ)” (ID11 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L93-94)

ส่วนที่ 3 ประสพการณ์ชีวิตของหญิงสูงวัยที่ดูแลสามีที่เจ็บป่วยในภาวะพึ่งพิง

จากการศึกษาพบว่าประสพการณ์ชีวิตของหญิงสูงวัยที่ดูแลสามีที่เจ็บป่วยในภาวะพึ่งพิง แบ่งออกเป็น 3 ประเด็นหลัก คือ 1) ชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป 2) การยอมรับและเรียนรู้เกี่ยวกับการเป็นผู้ดูแล 3) การเป็นผู้ดูแลในบริบทของภรรยา ดังแสดงในภาพที่ 2

ภาพที่ 2 ผลการศึกษาประสบการณ์ชีวิตของหญิงสูงวัยที่ดูแลสามีที่เจ็บป่วยในภาวะพึ่งพิง



ประสบการณ์ชีวิตของหญิงสูงวัยที่ดูแลสามีที่เจ็บป่วยในภาวะพึ่งพิง แบ่งออกได้เป็น 3 ประเด็นหลัก โดยมีรายละเอียดแต่ละประเด็นหลัก ดังนี้

ประเด็นที่ 1 ชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป

เมื่อภรรยารับบทบาทหน้าที่ในการเป็นผู้ดูแลสามีที่เจ็บป่วยในภาวะพึ่งพิง ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมของผู้ให้ข้อมูล ซึ่งต้องปรับเปลี่ยนรูปแบบของการทำงานเพื่อให้สามารถดำเนินไปพร้อมๆ กับการดูแลสามีที่เจ็บป่วยได้ รวมทั้งยังต้องเสียเวลาส่วนตัว และลดกิจกรรมทางสังคมเพื่อให้การดูแลเป็นไปอย่างต่อเนื่อง ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ใช้เวลาในการดูแลสามีที่เจ็บป่วยจนไม่สามารถทำงานได้เหมือนปกติเพื่อให้การดูแลอย่างเต็มที่เต็มเวลา ส่งผลให้ชีวิตขาดความยืดหยุ่น ทำให้เกิดความเครียด ความเหนื่อยล้า ส่งผลให้การดูแลไม่มีประสิทธิภาพ และเกิดผลกระทบทางด้านสุขภาพของผู้ดูแลอีกด้วย ในทางกลับกันผู้ดูแลบางรายมองว่าการได้ดูแลสามีที่เจ็บป่วยทำให้เกิดความใกล้ชิด ผูกพันกันมากขึ้น จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายมีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปภายหลังจากการเป็นผู้ดูแล ดังนี้ 1.1) เปลี่ยนแปลงไปในทางบวก และ 1.2) เปลี่ยนแปลงไปในทางลบ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1.1 เปลี่ยนแปลงไปในทางบวก

เนื่องจากสามีภรรยาใช้ชีวิตอยู่ร่วมกันมาเป็นระยะเวลายาวนาน ในขณะที่ยังไม่มีการเจ็บป่วยสัมพันธ์ภาพในผู้ให้ข้อมูลและสามีบางรายดำเนินไปในทางที่ไม่ดี แต่เมื่อสามีเกิดการเจ็บป่วยจนไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ หรือช่วยเหลือตนเองได้น้อยลง ภรรยาจึงต้องดูแลสามีและใช้เวลาในการดูแล ทำกิจวัตรประจำวันเป็นระยะเวลานาน ทำให้ภรรยาและสามีเกิดปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันเพิ่มมากขึ้น รวมถึงการที่ต้องมาเป็นผู้ดูแลสามีทำให้ภรรยาดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้นเพื่อให้สามารถดูแลสามีได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจากการวิเคราะห์ข้อมูลสามารถแบ่งเป็นประเด็นย่อยๆ ได้ 4 ประเด็น ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1.1.1 สัมพันธภาพระหว่างตนเองและสามีดีขึ้น

ภายหลังที่ให้การดูแลสามีที่เจ็บป่วยในภาวะพึ่งพิง ทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างสามีภรรยามีการเปลี่ยนแปลงไป ผู้ให้ข้อมูลหลายรายเล่าว่า หลังจากที่สามีเจ็บป่วยในภาวะพึ่งพิงสัมพันธภาพระหว่างตนเองกับสามีดีขึ้น ตนเองและสามีพูดคุยกันเพิ่มมากขึ้น ไม่เหมือนเมื่อก่อนที่ตนเองและสามีต่างแยกย้ายกันทำงาน ดังคำสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักว่า

“ป้าว่ามันดีกว่าเก่านะ มันได้มานั่งคุยกัน เล่าเรื่องอดีตกัน มันก็คืนะดีกว่าตอนอดีตอีกด้วย เพราะว่าตอนอดีตไม่ค่อยได้คุยกันเลย ต่างคนต่างทำงาน กังแกก็ออกไปข้างนอก ตอนนี่แก่ไปไหนไม่ได้แก่ก็มานั่งเล่า อดีตอย่างนั้นอย่างนี้เล่าไปพอแก่เหนื่อยแก่ก็หลับ เราก็กินหลับ (หัวเราะ) ก็สบายใจ

แล้ว ทุกวันนี้ไม่มีอะไรต้องมาคิด งานการก็ไม่ต้องทำ เงินทองลูกเขาก็คอยหยิบยื่นให้ เรามีหน้าที่ดูแล
แกอย่างเดียว” (ID7 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L108-112)

“เมื่อก่อนเข้ามาตากบยายก็ออกไปคนละทิศละทาง หากินกันไป เย็นกลับมาบ้านมา
เจอกัน ตาแกขยัน แต่ว่าแกชอบกินเหล้า กินได้ทุกวัน เม้าทุกวัน แกว่ามันปวดเมื่อยกินให้อ่อนหลับ
มันไม่แค่นอนหลับแล้วแบบนี้ เม้าทุกวัน เถียงกันทุกวัน ดีแต่แกไม่ตีลูกตีเมีย เม้าแล้วก็หลับ หลับอยู่
หน้าบ้าน นี่ดีแต่ที่แกมาป่วยแกถึงหยุดกินเหล้านะ ทุกวันนี้ค่อยได้มาพูดมาคุยกันดี ๆ นอนเป็นที่ที่เป็น
ทาง (พูดพร้อมหัวเราะ)” (ID10 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1L73-77)

“ตาแกชอบเรียกยาย ยาว แก้วแต่ยายจะหายไปไหน จนยายต้องบอกแกว่า จะเรียก
อะไรนักหนา ฉันทิ้งออกไปตลาดไปหากับข้าวกับปลามาให้แกกินนี่แหละ บางทีเรียกบ่อย ๆ ยายก็
รำคาญ ตาแกเป็นคนขี้กลัว ตาขาว ไม่กล้าอยู่คนเดียวหรอก (หัวเราะ) จะไปไหนที่ยายก็ต้องบอกแก
ที่เมื่อก่อนตอนแกยังไม่เป็นแบบนี้แกก็ไม่ได้อยู่บ้านหรอก ไม่ได้ช่วยยายทำอะไร เข้ามาแกก็ไปนา ซี่
มอเตอร์ไซค์ไปหาคุยกับหมู่กับพวกแก เย็นค่ำถึงจะกลับมาบ้าน แกมาเป็นแบบนี้หรือแกถึงได้อยู่
บ้าน เป็นแบบนี้ก็ดีนะ อยู่บ้านได้คุยกันมากกว่าเดิม คุยไปคุยมาก็บ่นกัน (หัวเราะ)” (ID11 สัมภาษณ์
ครั้งที่ 1 L61-66)

ผู้ให้ข้อมูลหลายรายเล่าว่าสามีเป็นคนพูดไม่ค่อยฟัง ไม่เชื่อในสิ่งที่ตนเองพูด แต่เมื่อ
สามีเกิดการเจ็บป่วยสัมพันธ์สุขภาพระหว่างตนเองกับสามีดีขึ้น สามีเชื่อฟังตนเองเพิ่มมากขึ้น ผู้ให้ข้อมูล
รายหนึ่งเล่าว่า สามีของตนเป็นคนดี รื่น รุดไม่ฟัง ไม่เชื่อในสิ่งที่ตนเองพูด แต่เมื่อสามีป่วย ความดี
รื่น ไม่เชื่อฟังสิ่งที่ตนเองพูดลดน้อยลง ทำให้สัมพันธ์สุขภาพระหว่างตนเองกับสามีดีขึ้น ลดการทะเลาะ
เบาะแว้งลง ดังคำสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักว่า

“พ่อเขาบอกแม่ถามแม่ว่าแม่เหนื่อยไหมที่ต้องมาทำให้พ่อทุกอย่าง พ่อเขาสงสารแม่
ถ้าแม่เหนื่อยแม่ไม่ไหวแล้ว ก็บอกนะ พ่อเขาจะพยายามทำกายภาพทุกวัน แม่จะได้ไม่ต้องเหนื่อยมาก
เมื่อก่อนพ่อไม่เคยพูดแบบนี้กับแม่ ก็คงเพราะว่าเมื่อก่อนเราต่างคนต่างอยู่ เข้าก็ออกไปทำไรทำนาค้า
มาก็กลับบ้าน แม่กลับมาก่อนก็หุงหาอาหาร กินเสร็จก็พากันเข้านอน ถ้าพ่อไม่มาป่วยแม่ก็คงจะไม่ได้
ยินแบบนี้หรือ พ่อแกไม่ค่อยพูดอะไรแบบนี้ (พูดพร้อมยิ้ม)” (ID1 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1L50-54)

“ตั้งแต่ลุงป่วยนะเขาฟังข้าพูดมากกว่าเมื่อก่อน เมื่อก่อนนะไม่ฟังใครเลย ลุงคือบอก
ยาก ใครบอกเขาก็ไม่ฟัง ยิ่งเขากินเหล้านะ เป็นอีกคนไปเลย นี่เขาป่วยหรือ หมอเขาให้หยุดกินเหล้า

เขาเลยไม่กิน พอบ่นมากปากก็บอกว่า พ่อมึงอย่าบ่นมากนัก เหนื่อยกายไม่เท่าไร ขอให้สบายใจก็พอ เดียวนี้ลุงเขาก็เพลาลงนะ ดึกว่าเมื่อก่อนเยอะ บอกอะไรก็เชื่อหมด” (ID4 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L63-67)

“ลุงแก่แล้ว กลัวว่าป่าจะทิ้งให้แกอยู่คนเดียวละมั้ง ใครจะทิ้งลงถ้าป่าทิ้งแกไปใคร เขาจะมาดูแลก็ได้ แกก็ต้องตายใครบอกแกก็ไม่ฟังหรอก เมื่อก่อนบอกอะไรนะทำสวนทางตลอด แกมาซื้อฟุ้งป่าก็ตอนที่แกมาป่วยเข้าโรงพยาบาลนี่แหละ ทุกวันนี้ก็มีแต่ป่าที่บอกแกได้” (ID5 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L88-91)

“ก่งนี้ไม่กินยาก แกกินได้ทุกอย่าง ไม่เคยมีปัญหา แล้วแกกินง่ายด้วย แต่ก่อนยังไม่ เป็นโรยยากกินก็ไปหาซื้อเอง เดียวนี้ต้องสั่งเราเอาอยากกินอะไรปากก็ทำให้กิน ทิวอะไรบอกเราเลย ใน ตู้เย็นนี่มีทุกอย่าง อยากกินอะไรบอกเลย” (ID7 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L126-128)

“ตาแกเป็นคนชี้หูตึงหูหนวก บอกอะไรก็ไม่ฟัง ถ้าแกไม่พอใจเราแกจะกระแทกงานขาม ไล่เราเลยนะ เหล้าแกก็กิน เมามานี้ใครขัดใจก็ไม่ได้ ยาเส้นแกก็สูบบอกแกห้ามแกไม่ได้หรอก บางที ฉันทักว่าดินะที่แกมาเป็นแบบนี้ เวลาฉันทักอะไรแกก็เถียงฉันทักไม่ได้ เดียวนี้แกก็ไม่หูตึงหูหนวกไล่ฉันทักนะ นี่ ยังดีว่าแต่ก่อนมาก เมื่อก่อนไม่ได้เลยหูตึงหูหนวกไล่ฉันทักตลอด ทุกวันนี้แกก็ยังสูบบยาเส้นอยู่ ฉันทักบอกแกก็ ไม่หยุดแต่ก็ตีแกเถียงไม่ได้ ฉันทักจะได้ไม่โมโหแก บางทีก็สงสาร” (ID13 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L23-25)

1.1.2 พยายามดูแลตนเองเพื่อมีกำลังดูแลผู้ป่วย การดูแลสามีที่เจ็บป่วยในภาวะ ฟังฟังใช้ระยะเวลาในการดูแลที่ยาวนาน ทำให้ผู้ดูแลที่อยู่ในวัยสูงอายุ ได้รับผลกระทบทางด้าน สุขภาพที่มากกว่าผู้ดูแลในวัยอื่นๆ เพื่อไม่ให้ตนเองมีสุขภาพที่แย่งลง อันจะส่งผลให้การดูแลสามีไม่มี ประสิทธิภาพ ผู้ดูแลในฐานะภรรยาจึงดูแลสุขภาพของตนเองไม่ให้เกิดการเจ็บป่วยที่เพิ่มมากขึ้น ผู้ให้ ข้อมูลหลายรายเล่าว่าตนเองอายุมาก สุขภาพร่างกายไม่ค่อยแข็งแรง การที่ตนเองต้องมาดูแลสามีที่ เจ็บป่วยในภาวะฟังฟังนั้นส่งผลให้ตนเองมีสุขภาพที่แย่งลง ตนจึงต้องดูแลตนเองเพื่อให้สามารถดูแล สามีได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งเล่าว่าตนเองต้องดูแลสุขภาพตนเองเป็นอย่างดี เพราะ หากเกิดการเจ็บป่วยขึ้นกับตนเอง ตนเองจะเป็นห่วงว่าไม่มีใครดูแลสามี ดังคำสัมภาษณ์ของผู้ให้ ข้อมูลหลักว่า

“บางครั้งเราเหนื่อย เมื่อยลำบ่าง ปากก็ไปหาอย่างอื่นทำ เอาลูกประคบมาประคบลด อาการปวดบ่าง พยาบาลเขาแนะนำมา อาการมันก็ดีขึ้นนะลูก แต่ตอนนี้มีอาการปวดหลัง ปากก็ไปหา หมอให้เขาตรวจเช็คดู หมอบอกว่ากระดูกมันคด มันบางลง กระดูกพรุน เขาเลยให้ยาแคลเซียมมากิน

เขาแนะนำให้ป่ากินอาหารพวกปลาทอดกรอบ มันจะมีแคลเซียมเยอะ ป่าก็หามากินนะ” (ID3 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1L10-13)

“...มันก็ปวดเมื่อย ปวดขาขวา ปวดหลังก็เป็นๆ หายๆ มา 2 ปี แล้วตั้งแต่ก่อนที่ลุงจะมาป่วยอีก ป่าไปหาหมอประจำนะ เขาก็ให้ยามากินมันก็ทุเลา บางทีป่าปวดเมื่อยมากๆ ก็ไปนอนพัก ดีขึ้นแล้วค่อยมาทำใหม่ ถ้าเราฝืนทำไปเรื่อยๆ ป่าก็จะไม่ไหว ป่วยไปอีกคนมันก็จะแยเอา”(ID4 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1L152-154)

“ทุกวันนี้ป่าก็กินอาหารเสริมนะ กินเอนซัวร์ ป่าเชื่อว่าถ้าเราไม่ได้กินอาหารเสริมป่าคงไม่มีกำลังดูแลลูกได้ขนาดนี้ เพราะปกติป่าไม่ค่อยอยากกินอะไร ด้วยเราวันนี้ก็ไม่ค่อยอยากกินอะไรที่มีประโยชน์ มันไม่อยากอาหารเลย ชอบกินอะไรที่มันจืดๆ กินอะไรที่มันนิ่มๆ ฝรั่งไม่ค่อยดี อย่าน้อยๆ ทุกวันนี้ป่าก็กินนมได้วันละแก้วสองแก้วก็ยังมี ป่าคิดว่าถ้าเราเป็นอะไรไปใครจะมาดูแล ป่าก็ต้องทำให้ตัวเองสุขภาพแข็งแรง (พูดพลางยิ้ม)” (ID6 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1L79-83)

“ป่าเป็นคนทีดูแลตนเอง สมัยก่อนเป็นของกินอะไรก็ระวังอยู่แล้ว พวกปลาร้า แป๊ะปี่ อะไรแบบนี้ป่าไม่กินเลย กาแฟ นมสด ป่าก็ไม่กิน เพราะรู้ว่าถ้ากินเราจะป่วยทันทีเหมือนมีอาการแพ้ เวียนหัวเวียนหน้า บางทีปวดเมื่อยป่าก็ให้คนมาวดที่บ้าน กงก็ป่วย ถ้าป่าจะมาป่วยอีกคน ใครจะมาดูแล ป่าบอกแกตลอดนะว่ายังไงให้แกไปก่อนฉัน เพราะว่าถ้าฉันตายก่อนแกมันจะไม่มีใครมาดูแล แกจะอยู่ยังไง”(ID7 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1L120-123)

“...มีแต่เขานี้แหละที่มันปวดมาก เป็นเกาต์ทั้งสองข้างเลย หลังก็ปวด แต่พอกินยาที่หมอให้มามันก็ดีขึ้น หมอบอกให้ยายงดกินหน่อไม้ ของหมักของดอง ยายก็ไม่กินนะ กลัวมันผิดยาเขาเดี๋ยวจะปวดขาอีก เวลามันปวดมันก็จะลุกทำอะไรไม่ค่อยได้ จะลุกจะนั่งก็ยาก คราวที่แล้วเป็นมา กนอนทำอะไรไม่ได้เลย ปวดขามาก ยากลุกเขามาหามาดู ลูกเขาก็พิการ ตาก็ไม่มีคนหาข้าวหาปลาให้แกกิน ตอนนั้นลำบากมาก ดีแต่ อสม.มาพาไปหาหมอ ฉีดยาไป 1 เข็มเลยดีขึ้น ไม่อย่างนั้นแยเลยทั้งลูกทั้งตา เช็ดแล้วที่นี้ยายต้องงดอาหารที่หมอบอก ไม่กินเลย กลัวหลาย สงสารตาด้วย แกไม่มีเราแกก็ไม่มีคนจะมาดู”(ID8 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1L10-15)

“ยายออกกำลังกายทุกวันนะตอนเย็นก็เดินแกว่งแฉวนรอบๆ บ้าน เหมือนที่หมอบอก นามัยเขาสอน ตอนยายไปหาหมอเขาก็ให้โทรทัศน์สอนออกกำลังกาย ยายก็จำมา หมอบอกว่า ยายเป็นไขมันให้ยายออกกำลังกายบ้างนะ ตอนเย็นยายก็ทำทุกวัน หมอนัดยายก็ไปตลอดนะ ไม่เคยขาด

หมอลให้ลดของหวานยายก็ไม่กินเลย กลัวเบาหวานจะขึ้น เรามันอายุหลายแล้วมันไม่ได้แข็งแรงเหมือนเมื่อก่อน” (ID11 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1L120-123)

1.2 เปลี่ยนแปลงไปในทางลบ

การรับบทบาทในการเป็นผู้ดูแลสามีที่เจ็บป่วยในภาวะพึ่งพิงอย่างใกล้ชิด เป็นระยะเวลายาวนานในแต่ละวัน ทำให้ผู้ให้ข้อมูลไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ที่เคยทำได้อย่างเต็มที่ เช่น การเข้าสังคม การมีเวลาส่วนตัว รวมถึงการที่ผู้ให้ข้อมูลต้องเผชิญกับบทบาทเชิงซ้อน กล่าวคือ ผู้ให้ข้อมูลต้องดูแลงานบ้าน ทารายได้ และยังต้องดูแลสามีที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงอีกด้วย ทำให้ผู้ให้ข้อมูลเกิดความเครียด ความเหนื่อยล้า อาจส่งผลให้ปฏิบัติกิจกรรมการดูแลได้อย่างไม่มีประสิทธิภาพ รวมถึงส่งผลกระทบต่อสุขภาพผู้ดูแลตามมา จากการวิเคราะห์ข้อมูลสามารถแบ่งเป็นประเด็นย่อยๆ ได้ 5 ประเด็น ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1.2.1 รองรับอารมณ์หงุดหงิดของผู้ป่วย การเจ็บป่วยในภาวะพึ่งพิงส่งผลกระทบต่อผู้ผู้ป่วยเกิดอารมณ์หงุดหงิด ก้าวร้าว โมโหง่าย ความรู้สึกมีค่าในตนเองลดลง ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด และเกิดการดูแลที่ไม่มีประสิทธิภาพได้ ผู้ให้ข้อมูลหลายรายเล่าว่าสามีมีอาการหงุดหงิดง่ายมักจะเกิดการทะเลาะเบาะแว้งกันบ่อยครั้ง ตนหลีกเลี่ยงการปะทะด้วยการเดินหนี หรือออกไปพูดคุยกับเพื่อนบ้าน ดังคำสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักว่า

“ตั้งแต่พ่อป่วยมา หลากๆ อย่างมันก็เปลี่ยนไป เหมือนดูแลเด็กน้อย บอกยาก พูดยาก แม่ก็ไม่ค่อยอยากพูดด้วย หงุดหงิดง่าย ซี้โมโห บางครั้งเถียงกันแม่มาก็เลือกเดินหนีออกไปนั่งร้านค้าหน้าบ้าน ทิ้งแกไว้ในบ้านคนเดียวนั่นแหละ แม่มาก็ไม่ได้ออกมานานหรอกนะ ลักครู่แม่มาก็กลับไปเมื่อก่อนแกยังไม่ป่วยไม่เคยหงุดหงิดขนาดนี้นะ” (ID1 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L44-47)

“ป่าออกไปไร่ไปหักข้าวโพด หกโมงป่าก็กลับมาบ้าน แต่บางทีป่าก็ทำงานเพลินถึงค่ำเลย ลุงก็รอกินข้าว กลับมาถึงลุงก็บ่นป่า ลุงแกจู้จี้บ่น บางทีก็เถียงกัน ป่ากลับมาเหนื่อยๆ บางทีลุงก็หงุดหงิดใส่ป่า ป่าซี้ก็เลยทะเลาะก็ไปหาทำอะไรอย่างอื่น อารมณ์ดีค่อยมา” (ID4 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1L46-48)

“ตาแก่เป็นคนซี้หงุดหงิด บอกอะไรก็ไม่ฟัง ถ้าแกไม่พอใจเราแกจะกระแทกงานขามใส่เราเลยนะ เหล้าแกก็กิน เมามานี้ใครขัดใจก็ไม่ได้ ยาเส้นแกก็สูบบอกแกห้ามแกไม่ได้หรอก บางทีฉันก็ว่าดีนะที่แกมาเป็นแบบนี้ เวลาฉันบอกอะไรแกก็เถียงฉันไม่ได้ เดียวนี้แกก็ไม่หงุดหงิดใส่ฉันนะ นี่

ยังดีกว่าแต่ก่อนมาก เมื่อก่อนไม่ได้เลยหยุดหึงดไล้ฉันตลอด ทุกวันนี้แกก็ยังสูบบุหรี่อยู่ ฉันบอกแกก็ไม่หยุดแต่ก็ตีแกเถียงไม่ได้ ฉันก็จะได้อิมโม่แก บางทีก็สงสาร” (ID13 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1L23-25)

1.2.2 ไม่มีเวลาส่วนตัว การรับบทบาทหน้าที่เป็นผู้ดูแลสามีที่เจ็บป่วยในภาวะพึ่งพิงเป็นระยะเวลาอันยาวนานส่งผลให้ผู้ดูแลไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมที่เคยทำได้เต็มที่ มีเวลาส่วนตัวลดน้อยลง ผู้ให้ข้อมูลหลายรายเล่าว่าเมื่อตนเองรับบทบาทหน้าที่ในการดูแลสามีที่เจ็บป่วยในภาวะพึ่งพิงนั้นส่งผลให้ตนเองไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมที่ตนเองเคยได้เข้าร่วม ไม่ได้ไปทำบุญที่วัด หรือปฏิบัติธรรมดังเช่นเคย ทำให้ตนเองรู้สึกมีเวลาส่วนตัวลดลง ดังคำสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักว่า

“ตาป่วยมา 3 ปีนี้ยายไม่ได้ทำอะไรเลย เคยทำอะไรได้ ไปไร่ไปนา ปลูกหัก ทำสวน พอตายก็ไปไหนไม่ได้ จะไปไหนก็ห้วงตา ยายก็เจ็บขา ปวดเมื่อย ไปไหนก็ยาก ลำบากไปหมด”(ID2 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L46-49)

“ป้าก็ต้องมาจัดยา ต้มน้ำ เติร์ยมอาหารเช้า ลุงจะกินอาหารแต่เช้า เพราะเขาจะมียาฉีดเบาหวานตอน 7 โมงเช้า แล้วก็ยาเบาหวานที่กินก่อนอาหารอีก แค่นี้ก็ให้ตอนเช้าก็ชั่วโมงกว่าๆ แล้ว พอตตอนกลางวันก็ดูเรื่องกินข้าวกินปลา เพราะอาบน้ำลุงก็ทำเองได้ เพียงแต่เราต้องคอยอยู่ใกล้ๆ เดี่ยวจะล้ม จะเหนื่อยเอา ลุงเขาทำอะไรนานๆ ไม่ได้ ถ้าวันไหนไปล้างไตป้าก็ขับรถไปส่งทิ้งไว้ที่โรงพยาบาลจัดลุงเสร็จป้าก็กลับบ้าน เดี่ยวเสร็จแล้วลุงเขาก็โทรบอกให้ป้าไปรับ ป้าก็ขับรถไปรับลุงที่โรงพยาบาล มาถึงบ้านป้าก็เตรียมหาอาหารกลางวันให้ลุง เพราะวันไหนไปล้างไตป้าก็ไปส่งตั้งแต่ 7 โมงเช้า เสร็จก็เที่ยงครึ่ง มาถึงก็บ่ายโมงก็เตรียมกินข้าวกลางวันพร้อมกัน เสร็จก็แยกย้ายกัน ลุงก็ดูทีวี ป้าก็ทำนั่นทำนี่ กวาดบ้าน ถูบ้าน เลี้ยงกระต่าย ปลูกต้นไม้ เสร็จก็เย็นพอดี ป้าก็มาเตรียมหาข้าวกับปลาให้ลุงกิน คือก็อยู่กับเขาทั้งวันไปไหนก็ไม่ได้” (ID6 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1L25-34)

“เราดูแลแกเราไปไหนไม่ได้เลย แกจะเรียกหาอยู่เรื่อยเลยนะ เราเคยไปทำผม ทำเล็บ มันก็ไม่ได้ไป ทาเล็บสีนวลๆ ไว้เล็บยาว มันก็ทำไม่ได้ ทุกวันนี้ผมหมอกก็ต้องปล่อยให้มันหมอกหมดหัวไปเลย ฟันปลอมถ้าไม่ได้ออกไปไหนก็ไม่ได้ใส่ ปล่อยเอาไว้แบบนี้ เสื้อผ้าก็ใส่แบบนี้แหละอยู่บ้าน”(ID7 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L98-100)

“แต่ก่อนก็ยังได้ไปวัด....วันพระใหญ่ เดี่ยวนี้ไม่ได้ไปไหนหรอกหนู ไปไหนไกลก็ต้องห้วงตา เดี่ยวเอาบุญเอาใจ.... เมื่อก่อนยังเดินไปหาพี่หาน้องบ้านข้างกันแถวนี้ได้นะ เดี่ยวนี้ไม่ได้หรอก ฉันก็มาปวดเข่าด้วยจะไปก็ยาก เดินไกลก็ลำบาก”(ID8 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L51-53)

“ตั้งแต่แกป่วยนี้วัดก็ไม่ได้ไป แต่ก่อนได้ไปวัด วันพระใหญ่ฉันก็ไปเป็นแม่ขาว (ซีพราหมณ์) อยู่วัดกับหมู่กับพวกเขา เดียวนี้ไม่ได้ไปไหนเลย มีแต่สวดมนต์ไหว้พระอยู่แต่กับบ้าน เขาไปกฐิน ผ้าป่าก็ไม่ได้ไปหรอก ขนาดแค่เดินไปบ้านพี่น้องกันแถวนี้ยังไปไม่ได้เลย มันเดินไปไม่ถึง” (ID9 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L89-92)

“แต่ก่อนยังได้ไปวัด ไปกฐินกับเขา เดียวนี้ใส่บาตรตอนเช้ายังไม่ได้ใส่เลยหนู พระไม่ได้เดินมาถึงบ้านเรา เดินถึงปากซอย แต่ก่อนยังได้เดินออกไปใส่บาตร ทุกวันนี้ดูแลก็หมดเวลาใส่บาตรแล้ว (หัวเราะ) ตาแกถึงจะช่วยตัวเองได้บ้างแต่มันก็ไม่เหมือนเดิมเนาะ ยายก็ยังคงทำให้อยู่” (ID10 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L66-68)

“เข้ามาพอกุแกล่เสร็จยายก็ไปทำงานบ้าน กวาดบ้าน ภูบ้าน ซักผ้า ไปตลาดทุกวัน แต่ก่อนยายก็ไปบ้านนั้นบ้านนี้แวะคุยกับเขาหมด แต่เดี๋ยวนี้ก็ไม่ได้ไปไหน มีแต่บ้านนั้นบ้านนี้เขาก็ผ่านมากี่แวะมาคุยมาถามไถ่กัน วัดเดี๋ยวนี้ก็ไม่ได้ไปหรอก อยู่แต่บ้าน ยายจะไปไหนนานได้ พอแกตื่นแกก็เรียกหา” (ID11 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L59-62)

“ตานอนยายก็มาทอผ้า มัดผัก เข้ามาก็ได้ใส่บาตรบ้าง มีก็ใส่ไม่มีก็ไม่ได้ใส่ แต่ก่อนยังได้ไปวัดนะ มีเพื่อนมีฝูงเยอะแยะ ไปช่วยกันทำกับข้าวเวลามีงานบุญ ตาป่วยไม่ได้ออกไปเลย ยายไม่อยู่ก็กลัวแกจะล้มแกจึงชอบลุกเดินเองอยู่ ล้มทุกวัน บางทีก็หัวฟาด บางทีก็ถลอกไปหมด ห้ามแกก็ไม่ฟังหรอก แกคือ” (ID12 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L43-46)

1.2.3 ทำงานหาเงินได้น้อยลง การดูแลสุขภาพที่เจ็บป่วยในภาวะพึ่งพิงทำให้เพิ่มภาระหน้าที่และค่าใช้จ่ายที่ต้องรับผิดชอบภายในครอบครัวมากขึ้น ผู้ให้ข้อมูลหลายรายเล่าว่าหลังจากที่สามีเจ็บป่วยไม่สามารถทำงานได้ ตนเองจึงต้องทำงานหารายได้เพื่อมาจุนเจือครอบครัวแทนสามีทั้งหมด ปัจจุบันตนเองเปรียบเหมือนเสาหลักของครอบครัว ดูแลรับผิดชอบเรื่องงานบ้านทั้งหมด อีกทั้งยังต้องดูแลสุขภาพที่เจ็บป่วยด้วย ส่งผลให้รายได้ลดลง บางครั้งหนี้อยจากการดูแลตนเองก็ไม่ได้ออกไปทำงานหารายได้ ทำให้ขาดรายได้ แต่ภาระค่าใช้จ่ายในแต่ละวันกลับเพิ่มมากขึ้น บางรายเล่าว่าทุกวันนี้เหมือนตนเองทำงานเพียงคนเดียว ผู้ให้ข้อมูลหลายรายกล่าวในลักษณะเดียวกันว่าการที่สามีเจ็บป่วยในภาวะพึ่งพิงส่งผลกระทบต่อการทำงานหารายได้ ทำให้สูญเสียรายได้ของครอบครัว ผู้ให้ข้อมูลจึงต้องแบกรับค่าใช้จ่ายทั้งหมดภายในครอบครัว ดังคำสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักว่า

“เมื่อก่อนทำไร่ข้าวโพดกับลุงก็ยังมีรายได้ แต่ตอนนี้ต้องจ้างเขาหมดมันก็เท่าทุน พอมีได้ใช้ ตอนลุงยังไม่ป่วยก็ไปช่วยกันทำนั่นแหละ ไร่ของเรา ทุกวันนี้ให้เขาเช่าทำไป เสียขายที่” (ID4 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1L68-69)

“ตอนลุงแก่คืออยู่กับช่วยกันทำมาหากิน พอแก่ป่วยบ้างก็ต้องทำคนเดียว ไหนจะทำกับข้าว ดูแลลุงล้างแปด หาข้าวหาปลาให้กิน เงินเราก็ไม่มี ลูกเขาให้นะ ก็ไม่พอใช้เพราะเขาก็ไม่มี อาศัยว่าป่าเป็นคนชอบหาปลา ถ้าวันไหนเราหาได้มากก็เอาไปแบ่งขาย พอได้เงินมาบ้าง บางทีป่าก็ไปเก็บผักมาขาย ทำจนเหมือนเราเป็นเสาหลัก หนักเพิ่มกว่าเดิมสองเท่า จะทำยังไงได้ แก่ก็คงไม่ยาก เป็นแบบนี้หรือก มันเป็นมาแบบนี้ก็ต้องดูแลกันไป” (ID5 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1L107-112)

“ฉันก็หาข้าวหาปลาไว้ให้แกกิน ต้องหาไว้ให้ ใส่ถาดเอาไว้ แกกินได้เอง ตักกินได้เอง ตอนเช้าหาข้าวให้แก ฉันก็ไปกินข้าวกินปลา เตรียมออกไปหารับจ้างไปทั่ว แกก็อยู่บ้านคนเดียวไป กลางวันฉันก็กลับมาดูแกหาข้าวหาปลาไว้ให้ แล้วก็ออกไปนุ่งแหและบายสองบายสามถึงจะกลับมาทีเดียว ถ้าวันไหนมีคนจ้างก็ไปทำงาน ถ้าวันไหนไม่มีคนจ้างฉันก็ไปหาเกี่ยวหญ้ามาให้วัวรับจ้างเขาก็ไม่ได้ทำทุกวันหรอก เมื่อก่อนแกยังช่วยกันทำช่วยกันหา ทุกวันนี้นอกจากจะต้องดูแลแก ฉันก็ต้องออกไปหาทำงาน หาอยู่หากินไป” (ID13 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L28-33)

“แต่ก่อนเคยทำมาหากินช่วยกันเดี๋ยวนี้ฉันต้องไปหารับจ้างทำอยู่คนเดียว หาแรง เดียวมันก็เหนื่อยก็ลำบากหลาย เดียวนี้ฉันออกไปทำงานก็คิดถึงคนอยู่บ้านจะอยู่จะกินได้ยังไง หน้าฝนฝนฟ้าตกแกจะอยู่ยังไง ฝนตกสาด ลมจะตีประตูบ้าน กลัวประตูจะปิดใส่แก แกชอบมานั่งอยู่ตรงประตู ฉันก็สั่งแกไว้ “ฉันไม่อยู่แกอย่ามานั่งเล่นอยู่แถวริมประตูนะ เดียวลมมันตีประตูใส่ แกจะหนีไม่ทัน” มันก็ไม่มีใครอยู่กับแกหรอก แกก็อยู่คนเดียว ฉันออกมาหาอยู่หากินเปิดประตูบ้านเอาไว้ให้แก เลิกมาสวมโหม่งสีโหม่งฉันก็กลับมาดูแล แต่ว่าก็ไม่ได้มีคนมาจ้างไปทำงานทุกวันหรอก ไม่มีคนจ้างก็ไปหาฝืนมาเผาถ่านขาย ทำไม่ได้หยุดเลยทำทุกวัน ไม่เคยได้พัก งานก็ทำตาก็ต้องดูแลแก เหนื่อย...เหนื่อยเพิ่มหลาย บางทีฉันก็เพื่อชีวิตตัวเอง เบื่อหลายหนู”(ID13 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L84-92)

“.....ยายก็มานั่งพอเสื่ออยู่บ้านนี้แหละ เพิ่งมาเริ่มทำเมื่อปีนี้แหละ ก็พอได้อยู่ได้กิน บางวันเขามาชวนขายไปถอนถั่วลิสง ยายก็ไปได้วันละ 100-200 บาทก็ยังดี ลำพังแค่เงินผู้สูงอายุมันก็ไม่พอหรอก”(ID14 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L50-52)

1.2.4 เหนื่อยมากขึ้น ทำทุกอย่างคนเดียว การดูแลสามีที่เจ็บป่วยในภาวะพึ่งพิง ทำให้ผู้ดูแลมีภาระหน้าที่เพิ่มมากขึ้น ทั้งต้องรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยและดูแลเรื่องอื่นๆ ภายในครอบครัว บางรายต้องดูแลลูกพิการ บางรายต้องดูแลหลาน ทั้งยังต้องทำงานบ้านเองทั้งหมด และต้องทำงานหารายได้ให้กับครอบครัว ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เล่าว่าความรับผิดชอบเหล่านี้ ทำให้ตนเองรู้สึกเหนื่อยมาก บางครั้งรู้สึกเหนื่อยมากจนท้อแท้ที่จะดูแล บางรายท้อแท้จนอยากจะหนีไป บางรายอยากหลุดพ้นจากความยากลำบากที่เผชิญอยู่จนอยากฆ่าตัวตาย หลากหลายความรู้สึกด้านลบที่เกิดขึ้นจากการดูแล สาเหตุหลักมาจากความเหนื่อยล้าทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ สิ่งหนึ่งที่ผู้ให้ข้อมูลต่างบอกเล่าถึงสาเหตุของความเหนื่อยล้าคือ ตนเองต้องทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย ดูแลงานบ้าน อีกทั้งยังต้องหารายได้เพื่อมาเลี้ยงครอบครัว ผู้ให้ข้อมูลหลายรายเล่าเมื่อสามีเกิดการเจ็บป่วยตนเองต้องรับผิดชอบดูแลทุกอย่างเพียงลำพัง ส่งผลให้ตนเองเกิดความเหนื่อยล้า ดังคำสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักว่า

“ทุกวันนี้เราก็ต้องอดทน เข้มแข็ง เพราะไหนเราจะต้องแบกรับค่าใช้จ่าย ต้องดูแลเขา เราก็เหนื่อย บางทีมันก็มีฉุนเฉียวบ้าง หงุดหงิดบ้าง ก็ออกไปคุยกับข้างบ้านบ้าง เพราะแถวนี้ก็มีบ้านข้างๆ เป็นที่สะดวก ไปคุยซักพักเราก็กลับเข้ามาบางทีก็พักเหนื่อยไปในตัวด้วย ทำงานมันเหนื่อย บางทีเขาบ่นมากเราก็เดินออกไปคุยข้างนอก แล้วค่อยกลับมา มันต้องมีบ้างคลายเครียดบ้างอะไรบ้าง” (ID3 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L126-132)

“โห...เหนื่อย...เหนื่อยมาก ทำไรกลับมาเหนื่อย กลับมาก็ต้องทำทุกอย่าง มันเหนื่อยมากบางครั้งก็คิดนะ “ทำไมต้องเป็นภาวะ” แต่ถ้าเราไม่ทำก็ไม่ได้เพราะมันเป็นหน้าที่ของเรา” (ID4 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L100-102)

“งานถ้าเราไม่ทำเราก็ไม่มีกิน ลุงป่วยเราก็ต้องดูแลเขา มันเหนื่อยนะ...เหนื่อยมาก บางทีเราก็พูดกับเขาว่า เหนื่อยกายไม่เท่าไรขอให้สบายใจ อย่างจู้จี้ขี้นนั๊ก (พูดพร้อมน้ำตาคลอ) ลุงเขาก็เพลาๆ ลง ลุงพูดมากขึ้น ทำอะไรเอาแต่อารมณ์ ทำไม่ถูกใจก็ตะหวาดไล่ บางทีเราก็นึกน้อยใจ ทำให้ขนาดนี้ยังจะมาว่าไล่เรารอีก บางทีก็เสียใจ บางทีก็นึก มึงตายก็ตายไปเถอะวะ มันก็เหนื่อยนะ แต่ป้าก็ไม่เคยทำเขาแรง ไปทุบตีเขาหรอกนะ” (ID4 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L104-109)

“เหนื่อยนะ.....ต้องทำคนเดียว หนักก็ต้องเอา เพราะเขาทำอะไรไม่ได้ บางทียกถังน้ำหนักๆ ป้าก็ต้องยกคนเดียว ลุงเห็นป้าทำบางทีก็จะมาช่วยล้างจาน หุงข้าว ป้าก็บอก อยู่เฉยๆ ไม่ต้องมาช่วย ไม่เอาเดี่ยวผลติดเชื้อ ฉันทิ้งก็ไปนอนโรงพยาบาล ลุงนอนสบายแต่เราต้องนอนข้างนอกไงมันก็ไม่ได้สบายนะ บางทีก็ร้อน ลุงเขาก็เขื่อนนะเขาก็ไม่ทำ แต่บางทีเขาก็เถียงเถียงกันเรื่อย

แหละ เมื่อเข้าก็เสียดกันเรื่องเซ็ดตัว เสียดกันทุกวันแหละ (พูดพร้อมหัวเราะ)” (ID5 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L58-62)

“มันก็เหนื่อยนะ.....เหนื่อยเพราะว่าเราต้องดูแลให้หมดแทบจะทุกอย่าง เหนื่อยแต่ก็เกินตัวนะ เหนื่อยใจมากกว่า ลุงตื้อ บอกยาก กับเรื่องอาหารนี้แหละ จะกินอะไรก็ยาก ชอบกินแต่ขนม แล้วลุงแกก็เหนื่อยง่ายทำอะไรก็เหนื่อย เมื่อก่อนลุงก็ยังหาข้าวหยาปลา ทำอะไรเองได้นะขนาด ฉีดยาเบาหวานยังทำเองได้ แต่ไม่ยอมทำจะให้แต่ป้าเป็นคนฉีดให้ตลอด บอกว่าป้าเป็นพยาบาลต้องทำให้แก (หัวเราะ)” (ID6 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L72-76)

“ป้าก็ดูแลลุง เพราะลุงเขาช่วยเหลือตัวเองไม่ได้เลย ป้าก็ต้องทำให้ทุกอย่าง ลุงเขามีสายเจาะหลัง (สายระบายปัสสาวะทางไต (PCN) 2 ข้าง) จะลุงจะทำอะไรก็ไม่สะดวกเขาตาเสียไปข้างหนึ่ง ตั้งแต่สมัยเขาเป็นหนุ่มเขาไปทำงานโรงโม่หินแล้วหินมันกระเด็นเข้าตาข้างขวา ตาเขาเลยมองไม่เห็น แต่ซีรึมมอเตอร์ไซค์ได้นะ ซีไปทำงานกับป้าทุกวัน เมื่อก่อนลุงเขาทำได้ ทำได้หมดทุกอย่างทุกวันนี้เปลี่ยนมาเป็นป้าต้องทำให้ทุกอย่าง.....เหนื่อยนะ” (ID5 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L20-26)

“ป้าก็ต้องทำหมด เข้าขึ้นมาก็ต้องล้างแผลแบบว่าลุงเขาเจาะหลังมามีแผล พออาบน้ำอาบท่าเสร็จป้าก็ต้องล้างแผลให้เขา เสร็จแล้วก็หาข้าวหยาปลาไว้ให้เขากิน ป้าก็ออกไปหาเก็บผัก ตกปลา สามโมงเย็นกลับมาที่หุงหากินกันสองคน แล้วก็นอนดูทีวี” (ID5 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L31-33)

“เหนื่อยนะ.....ต้องทำคนเดียว หนักก็ต้องเอา เพราะเขาทำอะไรไม่ได้ บางทียกถังน้ำหนักๆ ป้าก็ต้องยกคนเดียว ลุงเห็นป้าทำบางทีก็จะมาช่วยล้างจาน หุงข้าว ป้าก็บอก อยู่เฉยๆ ไม่ต้องมาช่วย ไม่เอาเดี่ยวแผลติดเชื้อ ฉันทึ่ก็เลยไปนอนโรงพยาบาลลุงนอนสบายแต่เราต้องนอนข้างนอกไม้นักก็ไม่ได้สบายนะ บางทีก็ร้อน ลุงเขาก็เขื่อนะเขาก็ไม่ทำ”(ID5 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L58-61)

“เปลี่ยนไปมากเลย เมื่อก่อนทำงานบ้านช่วยงานบ้านป้าทุกอย่าง ล้างแก้วล้างจาน ถูบ้านกวาดบ้าน ทุกวันนี้ตัดไปเลยไม่มี Activity ที่จะช่วยงานป้าเลย เขาบอกว่า แค่อันยืนเฉยๆ ฉันทึ่จะไม่ไหวแล้วทำไม่ไหว มันเหมือนกับว่า นี่ฉันทึ่ต้องทำอะไรหมดเลย ทำเพิ่มอีกเท่าตัว”(ID6 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L123-125)

“ฉันก็ตื่นตีสามตีสี่มาหุงข้าว ทำกับข้าวทิ้งไว้ให้ตากับลูกชาย ทำขนมไว้เอาไปขาย ห่อข้าวต้มมัด บางทีก็ทำข้าวหมากไว้ ขนมตาลบ้าง แล้วแต่วัน ลูกชายพอตื่นอาบน้ำเสร็จ ฉันก็ต้องไป ทำแผลที่กินให้ ทำทุกวันเลยหนูเช่า-เย็น ตาลูกมาฉันก็ต้องพาเข้าห้องน้ำอาบน้ำ เปลี่ยนเสื้อผ้า หาข้าว ไว้ให้กินกับลูกชาย หาไว้แล้วฉันก็ออกไปขายขนม เดินขายไปเรื่อยๆ แฉวๆ นี่แหละ ไปไม่ไกลหรอกจ๊ะ ลูกชายก็ออกไปขายล็อตเตอรี่ ตาก็อยู่บ้านคนเดียว สายๆ ฉันก็กลับมา กวาดบ้านถูบ้าน ล้างถ้วยล้าง จาน ตาแกก็นั่งอยู่บนกระท่อมนี้แหละ ทุกวันนี้ฉันต้องทำหมดทุกอย่างคนเดียว”(ID8 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L28-34)

“ตั้งแต่เข้ามาทำกับข้าว หาข้าวหาปลาไว้กินกับแกแหละ เสร็จแล้วฉันก็ต้องพาแก ไปอาบน้ำ ต้องอาบน้ำให้ชะ ไม่อย่างนั้นแกตักน้ำราดใส่ผาผนังนั่นแหละเป็นชั่วโมงสองชั่วโมงก็ไม่ ออกมาลวกที่หอรก ฉันก็ต้องไปคอยอาบน้ำให้ ใส่เสื้อผ้าแต่งตัว เสร็จก็มากินข้าว ข้าวฉันก็ต้องป้อน ไม่อย่างนั้นแกตักเทลงพื้นหมด กินข้าวเสร็จก็กินยาฉันก็หามาให้กินหมดนั่นแหละ ยาความดัน เบาหวานไม่เคยให้แกขาดหอรก แล้วก็พาแกมานั่งเล่นกับแคร่หน้าบ้านนี้แหละ บางทีก็พากันนอนอยู่ ตรงนี้แหละงานบ้านฉันก็ต้องทำเอง ซักผ้า หุงข้าว ทำกับข้าว กวาดถูบ้าน ฉันก็ทำเองหมดแต่ก่อนก็ ช่วยกันดูนั่นแหละ พอแกป่วยมาแกก็ดูไม่ได้ฉันก็ทำคนเดียวหมด แต่ก่อนเสื้อผ้าแกก็ซักเองทำเอง หมด”(ID9 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L40-46)

“โอ๊ย.....ทำหมดทุกอย่างเลย หาข้าวหาปลาให้กิน บางทีก็นั่งกินกับแก เดี่ยวหก เร็วราดจะมาเก็บยากอีก แขนขวาแกไม่มีแรง เลยมาใช้ข้างซ้าย อาบน้ำอาบท่าใส่เสื้อผ้ายายก็ต้อง ช่วยแก แกทำเองไม่ค่อยได้หอรก มีแรงข้างเดียว น้ำก็อาบให้ตอนเย็นๆ ช่วยพุงแกไป ดีแต่ว่าแกตัว ไม่ใหญ่ยายยังพอพาแกเข้าห้องน้ำได้อยู่ หาข้าวหาปลาให้แกเสร็จกลางวันแกก็ออกมา นั่ง นอนเล่น หน้าบ้าน ยายก็เข้าสวน (สวนผักอยู่หลังบ้าน) บ่ายๆ เย็นๆ ยายก็ออกมาเตรียมหุงข้าว ทำกับข้าวไว้ให้ แกกิน คำแกอาบน้ำอาบท่าก็นอนดูละคร หลับไป เช้ามาก็ลุกตีห้ามาหุงข้าวทำกับข้าวไปอย่างนี้แหละ กวาดบ้านถูบ้าน วันไหนเหนื่อยก็ไม่ทำ เสื้อผ้ายายก็เป็นคนซักหมดทั้งของตาของยาย ไม่มีคนช่วย หอรกหนู ลูกเขาก็เข้ามาไปทำงาน กลับก็คำมิดนั่นแหละ ลูกเขาก็มี 3 คน เขาก็ต้องดู”(ID10 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L30-40)

“เหนื่อย....แต่ยายก็ตีใจนะที่แกดีขึ้น อยากให้แกหายเป็นปกติ แต่หมอเขาก็บอกว่า มันไม่เป็นปกติเต็มร้อยหอรก ยายดูแกมาขนาดนี้เห็นแกดีขึ้น แกช่วยตัวเองได้ยายก็หายเหนื่อย แต่ ก่อนยายนั่งร้องให้ทุกวัน มันเหนื่อยหลาย ตอนนี้นั่งอยู่ตัวแล้วไม่ได้เหนื่อยมากเหมือนเมื่อก่อน แต่ก็

ยังเหนื่อยเพราะยายต้องทำคนเดียว ใครจะไปคิดว่าชีวิตจะเกิดอะไรแบบนี้เนาะ” (ID10 สัมภาษณ์ ครั้งที่ 1 L108-112)

“เหนื่อยหลาย.....ลำบากหลายหนู แต่ก่อนแกไม่เป็นอะไรเนาะ ยายก็ไม่ได้มาทำให้ แก แกทำเองหมดทุกอย่าง ตอนนี่แกเป็นเหมือนว่าเราต้องมาทำเพิ่มอีกเท่าหนึ่ง มากกว่าเราทำให้ ตัวเองอีก บางทีเหนื่อยหลายฉันก็บ่นให้แกฟังนะ เหนื่อยแล้ว เหนื่อยหลาย จะหายก็หาย จะเป็นอะไร ก็เป็นชะ เหนื่อยมา 10 กว่าปีแกก็ไม่ว่าอะไรนะ บางทีก็บ่นยายกลับมาคือ” (ID11 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L79-82)

“ยายทำให้หมดทุกอย่างตั้งแต่อาบน้ำ ใส่เสื้อผ้า หาข้าวหาน้ำ ให้อิน แต่ก่อนต้อง ป้อนเดี๋ยวนี้แกพอตักกินเองได้ แกไม่มีแรงฝังขวาใจ แล้วแกก็ถนัดข้างขวา ตักข้างก็หก เปื้อนไปหมด แต่ก็พอทำเองได้อยู่ แต่อย่างอื่นก็ทำไม่ได้ แพนเมพิสก็ต้องใส่ให้ตลอด แกบอกยาก แกชอบเอาของแก ออกมาปัสสาวะข้างนอกเปื้อนไปหมด แกชอบแคะแพนเมพิสออก เหนื่อยหลาย บอกก็ไม่ฟัง แล้วก็ชอบ ลูกเดินเองใช้ไม้เท้า แล้วแกก็ล้ม วันก่อนก็ล้มหัวโน ถลอกไปหมด แกก็ไม่เช็ด ทำอีกเหมือนเดิม ยากๆ บอกแกก็ยาก ยายก็เหนื่อย ไม่มีเวลามานั่งเฝ้าแกหมดวันหรอก ยายก็ต้องไปขายผัก ทอผ้าให้เขา รับ ผักมามัดขาย ไม่ทำก็ไม่ได้มันก็ไม่มียากิน เงินที่ได้ก็ไม่พอค่าแพนเมพิสหรอก ไม่ใส่ให้แกก็ไม่ไหว เปื้อนที่ หลับที่นอนไปหมด บางทีลูกเขาออกกะมานอนแกก็แคะแพนเมพิสออกปัสสาวะใส่เขา ลูกมันก็โกรธเอา เขาก็ทำงานมาเหนื่อยๆ เขาก็อยากนอนพัก” (ID12 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L21-29)

“เมื่อก่อนก็ไปทำอะไรทำมาด้วยกันเนาะ ช่วยกันทำมาหากิน ช่วยกันทำมันก็ได้หลาย เอาไปขายได้ ตอนนี้อยายทำคนเดียวก็ได้แค่พอกิน ถ้าไม่ต้องมาดูแลแก่ต่างคนก็ต่างทำงานไปได้ ยายก็ ไปขายผักได้ ตาก็ไปทำนาไป ทุกวันนี้ยายทำอยู่คนเดียว บางทียายก็คิดนะว่าถ้าฉันไปก่อนแก่ตายแน่ๆ ตาเอ๊ย ใครจะมาดูแลแก่ได้เท่าฉัน ตอนนี้อยายทำทุกอย่างคนเดียวหมดจนจะเป็นเสาทลักอยู่แล้ว ลูกก็ ไม่ต้องพูดถึงเขาเลย เขาก็ซื้อแต่แพนเมพิสมาให้นั้นแหละ” (ID12 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L92-96)

“ฉันก็ต้องออกไปหาทำงาน หาอยู่หากินไป ลำบากก็สู้เอาวันไหนไม่มีคนจ้างยายก็ กวาดบ้าน ถูบ้าน จานชามกินเสร็จยายก็ล้างก็ทำเองหมด ผ้ายายก็ซักผ้าไอนายยายก็ซักให้ทั้งชุด นักเรียน เสื้อผ้าใส่เล่น เดี่ยวมันขึ้น ม.4 แม่มันก็จะเอาไปอยู่ด้วยละมั้งเห็นบอกอยู่” (ID13 สัมภาษณ์ ครั้งที่ 1 L32-34)

“.....ไม่ได้มีคนมาจ้างไปทำงานทุกวันหรอก ไม่มีคนจ้างก็ไปหาฝืนมาเผาถ่านขาย ทำไม่ได้หยุดเลยทำทุกวัน ไม่เคยได้พัก งานก็ทำตกก็ต้องดูแลแถมเหนื่อย...เหนื่อยเพิ่มหลาย บางทีฉัน ก็เพื่อชีวิตตัวเอง เพื่อหลายหนู”(ID13 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L90-92)

“มีแต่ยายดู อยู่กันสองคนตายาก็ต้องดูกันไป ยายก็ทำอะไรทุกอย่างดูแลตั้งแต่เช็ด อูจจาระปัสสาวะ ป้อนข้าว หุงข้าวทำกับข้าว อาบน้ำ ตอนแรกๆ แยกนั่งรถเข็นไม่ได้ อาบน้ำยายก็ ต้องยกกันอุ้มกันไป อาบตรงระเบียง ยังพากันไปได้ เดี่ยวนี้สบายหน่อยแกพอลงรถเข็นได้เราก็ได้พา แยกไปอาบน้ำดีดี เสื้อผ้าตาแก่ก็ใส่เองไม่ได้ ทุกวันนี้ก็ยังทำไม่ได้ ยายก็ยังต้องทำให้ยายทำคนเดียวหมด บ้านนั้นแหละ ฝ่ายยายก็ซึก” (ID14 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L20-24)

1.2.5 สุขภาพทรุดโทรม การดูแลสามีที่เจ็บป่วยในภาวะพึ่งพิงในระยะเวลาแต่ละ วันที่ยาวนาน รวมทั้งกิจกรรมในการดูแลที่ต้องออกแรงในการพยุง อุ้ม ยก หรือเคลื่อนย้ายผู้ป่วย อีกทั้งตนเองอยู่ในวัยสูงอายุที่มีความเปราะบาง และความเสื่อมตามวัยมากกว่าผู้ดูแลในวัยอื่น ทำให้เกิดการปวดเมื่อยขึ้นได้ ผู้ให้ข้อมูลหลายรายเล่าว่า การดูแลผู้ป่วยรวมทั้งกิจกรรมในการดูแลเหล่านี้ล้วน ทำให้ตนเองรู้สึกปวดเมื่อยตามตัว ปวดบริเวณหัวไหล่ ปวดขา และมีอาการปวดเข่า ซึ่งอาการเหล่านี้เกิดจากหลายสาเหตุ แต่สิ่งหนึ่งที่ผู้ให้ข้อมูลหลายรายเล่าตรงกันว่า อาการปวดเมื่อยเหล่านี้เกิดจากการที่ตนเองอยู่ในวัยสูงอายุ กิจกรรมการดูแลบางอย่างอาจจะทำได้ไม่เต็มที่เหมือนวัยอื่นๆ ดังคำ สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักว่า

“แรกๆ ตอนที่เขาป่วยใหม่ๆ เช็ดตัว พลิกเขาตอนทำแผลก็ปวดหัวไหล่ ปวดหลัง แล้วเราก็ตีบาตรด้วย ทำอะไรอย่างอื่นด้วย แต่พอเราพักกินยามันก็ดีขึ้น ตอนหลังๆมานี้ไม่ค่อยปวด เมื่อยเท่าไรนักเพราะเขาช่วยเราได้บ้าง บอกให้พ่อเกาะไว้เขาก็เกาะเตียงช่วยเรา มาปีนี้ปวดหลังมาก ไปหาหมอเขาก็บอกว่าเราหลังคด กระดูกบาง กระดูกพรุนแล้วนะ เราอายุมากแล้ว ทุกอย่างมันก็ เสื่อมไปตามวัย (พูดพรางหัวเราะ) อายุมาด้วย งานที่เราทำก็หนักด้วย ทุกวันนี้ก็ยุ่งของหนักๆ ไม่ได้ ปวดหัวไหล่” (ID3 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L88-94)

“มันก็ปวดเมื่อย ปวดขาขวา ปวดหลังนี่ก็เป็นมา 2 ปีแล้วตั้งแต่ก่อนลุงจะมาป่วยอีก พอลุงมาป่วยก็ต้องทำให้หมด บางทีก็มีนะมันเมื่อย มันปวดเอว รู้สึกว่าสุขภาพตัวเองแยลง” (ID4 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L152-153)

“มันก็ธรรมดาปวดหลังปวดเอว บางทีเรายกของหนักๆ มันก็ปวด นอนพักเดี๋ยวมันก็ หาย มีคนบอกป้านะว่าทำไมปวดลุงมากขนาดนี้ป้าไม่ป่วยไม่เป็นอะไรเลย ป้าก็บอกว่า ก็ลุงเป็นคน

หนึ่งแล้วถ้าให้ป่าเป็นอีกคน ใครจะดูแล เขาก็บอก แกนี่เป็นเมียที่ดีจริงๆนะ พยายามนะบางที่เราปวดหัวนิดนึง เราก็กินยาพารา ก็หายปวด แล้วเรารักษาโรงพยาบาลป่าโมก เราก็กินยาความดันไม่ขาด เขาให้ฉีดยาใช้หัวฉีดใหญ่ป่าก็ฉีดยา พยายามป้องกันทุกอย่างนะ ถ้าเราป่วยอีกคนไม่มีใครดูแลได้ เราต้องป่วยไม่ได้ ตายไม่ได้อย่างเดียวเลย ต้องดูแลดูตัวเองด้วย” (ID5 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L120-126)

“ตอนนี้ก็ปวดหลัง ปวดต้องยกรถเข็นขึ้นขึ้นๆ ลงๆ เพราะเวลาพาลุงไปโรงพยาบาลป่าก็ ต้องยกรถเข็นขึ้นขึ้นรถไปด้วย พอถึงโรงพยาบาลก็เอาลง เข็นลงขึ้นทางลาดไปล้างไต มันก็เลยยิ่งปวดมากขึ้น ถ้าวันไหนออกไปกินข้าวข้างนอกนะป่าก็ต้องเอาถังออกซิเจนไปด้วย เพราะบางทีแกเหนื่อยใจ จะได้ช่วยทัน แต่ป่าก็บริหารร่างกายเอาตอนเช้าๆ นะดูคลิปใน You tube ที่เขาสอนบริหารร่างกาย แต่มันก็ไม่ได้แยอะไรมาจนนะ มันก็มีบ้างน่าจะเป็นตามวัยเราด้วย แก่แล้วแกจนจะตายจากกันแล้ว มันเบื่อแล้วเนาะ” (ID6 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L93-98)

“ฉันก็สงสาร ไม่มีฉันใครจะดูแล ปล่อยไว้ก็ตายอย่างเดียว ทั้งไม่ลงหรอก ฉันเป็นเมียฉันก็ต้องดูแล แต่ก่อนแกก็ดีไม่เคยทำให้ทุกข์กายทุกข์ใจหรอก ลำบากก็อยู่ด้วยกัน มีอยู่มีกินก็แบ่งกัน ตาแกหาได้แกก็ซื้ออยู่ซื้อกิน ตอนนี้ทุกอย่างฉันก็ต้องทำหมดคนเดียว ไม่มีใครมาช่วยฉันก็ต้องทำก่อนมาเคยไปรับจ้างเขา เดียวนี้แกแล้วจะไปทำเหมือนเดิมก็ไม่ได้ มันปวดมันเมื่อยไปหมด ตาก็มองไม่ค่อยเห็น” (ID8 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L29-33)

“สุขภาพไม่ดีเลย แยกเลยละ มันก็เสื่อมตามสภาพคนเรา โรคคนแก่เนาะ ปวดเมื่อยปวดขาปวดเอว ช่วงหลังๆ มาหนักหน่อย ปีนี้ยิ่งปวดมาก ไปหาหมอบ่อย พอกินยามันก็ดีขึ้น เราทำหลายอย่าง ทำงานหนักด้วย แต่ก่อนก็ทำสวนเนาะ ก็มๆ เงๆ ทำตั้งแต่เป็นสาวยันแก่ มันก็เลยปวดเมื่อยแบบนี้แหละ มาหลังๆ ตามมาป่วยอีก ยายต้องทำคนเดียวไปซะทุกอย่าง มันก็เหนื่อยเพิ่มอีกเท่าตัว ยิ่งเฒ่าแกก็ยิ่งเป็นมากกว่าเดิม” (ID10 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L96-101)

ประเด็นที่ 2 การยอมรับและเรียนรู้เกี่ยวกับการเป็นผู้ดูแล

การที่จะต้องเป็นผู้ดูแลสามีวัยสูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงเป็นผลกระทบต่อชีวิตคู่เป็นอย่างมาก โดยเฉพาะช่วงแรกที่มีเริ่มมีการเจ็บป่วย อีกทั้งยังเพิ่มภาระหน้าที่และค่าใช้จ่ายต่างๆ ที่ต้องรับผิดชอบในครอบครัว เกิดการเปลี่ยนแปลงในความสัมพันธ์ระหว่างสามีภรรยา ทำให้ผู้ให้ข้อมูลเปลี่ยนจากสถานะของภรรยาเป็นผู้ดูแลหลัก ความสัมพันธ์ระหว่างสามีภรรยาลดน้อยลง ผู้ให้ข้อมูลในแต่ละรายมีการปรับเปลี่ยนตนเองให้เข้าใจและยอมรับการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น พยายามเรียนรู้การดูแลให้ดีที่สุด แต่การที่ต้องดูแลต่อเนื่องเป็นระยะเวลายาวนานทำให้เกิดภาวะเหนื่อยล้า ท้อแท้และเกิด

ความเครียด เกิดอารมณ์หงุดหงิด โมโหได้ ผู้ให้ข้อมูลจึงต้องปรับใจยอมรับกับบทบาทในการเป็นผู้ดูแล ถึงแม้ว่าจะมีภาวะดังกล่าวผู้ดูแลแต่ละรายก็สามารถผ่านพ้นความยากลำบากเหล่านี้ไปได้ด้วยกำลังใจที่เกิดขึ้นจากตนเองและบุคคลรอบข้าง รวมถึงการได้เห็นอาการเปลี่ยนแปลงของสามีในทางที่ดีขึ้น ผู้ให้ข้อมูลพยายามยอมรับกับบทบาทในการเป็นผู้ดูแล และพร้อมที่จะเรียนรู้ในการดูแลสามี ผู้ให้ข้อมูลมองว่าการที่ต้องดูแลสามีที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงไม่ใช่ภาระ เป็นการดูแลด้วยความรักความผูกพัน ทำให้สามารถให้การดูแลได้ด้วยจิตใจที่ดีขึ้น สามารถรับมือกับบทบาทการเป็นผู้ดูแลได้อย่างดี ผลการวิเคราะห์ข้อมูลสามารถแบ่งเป็นประเด็นย่อยๆ ได้ 4 ประเด็น ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.1 อยู่ด้วยกันมานานต้องดูแลกันจนจากกันไป

แม้ว่าผู้ให้ข้อมูลในแต่ละรายบอกเล่าถึงความยากลำบากที่เกิดขึ้นจากการเป็นผู้ดูแลสามีที่เจ็บป่วยในภาวะพึ่งพิง แต่กลับกล่าวในลักษณะเดียวกันว่า ไม่ว่าจะยากลำบากเพียงใดตนเองก็จะอยู่ดูแลสามีต่อไปจนจากกัน การดูแลสามีเปรียบเสมือนสายใยของครอบครัวที่ไม่อาจทอดทิ้งกันได้ ใช้ชีวิตอยู่ด้วยกันมาเป็นระยะเวลายาวนาน สุขทุกข์มาด้วยกัน ผู้ให้ข้อมูลหลายรายเล่าว่าในอดีตสามีและตนเองคอยดูแลช่วยเหลือกันมาตลอด ทั้งเวลาเจ็บป่วยและเวลาปกติ ตอนนี้สามีเจ็บป่วยตนเองก็ต้องดูแลกันต่อไปจนจากกัน ดังคำสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักว่า

“หมอก็บอกว่าข้าทำใจนะลุงเขาเป็นเนื้อร้าย พอรู้ก็ตกใจทั้งป่าทั้งลุงนะ แต่ข้าก็บอกพ่อมึง...เป็นก็รักษา คนอื่นเขายังรักษาได้เลย ฉันทก็อยู่ตรงนี้ อยู่ด้วยกันตรงนี้ดูกันไปนี่แหละ ปากี่รู้นะว่ามันจะไม่หาย แต่ปากี่ต้องอดทนเก็บไว้ในใจ ดูแลลุงให้ดีที่สุด ทำให้เขาให้ดีที่สุด จนกว่าลุงหรือข้าจะตายจากกัน”(ID4 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L22-24)

“ก็มีกันอยู่สองคน ลูกเขาก็อำงานมีครอบครัวกันหมด อีกคนก็โดนรถชนตาย ข้าเหลือลูกสาวคนเดียว อยู่กันสองคนตายาย ข้าไม่ดูใครจะมาดูแล ลุงแกก็มีแต่ข้า มันเป็นหน้าที่ของเรา เขาป่วยเราเป็นเมียก็ต้องดูแลเขา ต้องดูแลกันไปแบบนี้แหละ จนกว่าใครจะไปก่อนกัน” (ID5 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L16-18)

“ลุงเขาก็มีป่าคนเดียว อีกอย่างเราก็เป็นภรรยาเขาต้องดูแลเขา ดูแลกันมาตั้งแต่ยังไม่ป่วยจนป่วยถึงทุกวันนี้ ตอนเขายังไม่ป่วยลุงเขาเป็นคนดี เหล้าก็ไม่กิน บุหรี่ก็ไม่สูบ ลุงเขารักครอบครัวใครมาชวนไปไหนก็ต้องไปทั้งครอบครัว ไม่ไปคนเดียว เมื่อก่อนเขาทำงานไฟฟ้า เวลาไปเลี้ยงลูกน้อง กินเลี้ยงกันบ่อยๆ เวลาไปข้างนอกกับลูกน้องก็กินแต่แป็บซี่ตลอด แกชอบกิน แล้วพันธุกรรมพ่อลุงเขาเป็นโรคไตด้วย มันเลยเป็นง่ายขึ้น ทุกวันนี้แกเป็นโรคหัวใจด้วยนะ 2 อาทิตย์ก่อนหมอเขาตรวจเจอ ทำ Echo แล้วเจอว่าเส้นเลือดหัวใจตีบไป 3 เส้น เขาก็แนะนำให้ไปผ่าตัดที่ไหนก็ได้ที่มีหมอเฉพาะทางแล้วก็ล้างไตได้ ลุงแกบอกว่าแกไม่ทำอะไรแล้ว เจ็บมาทั้งตัวแล้ว คือลุงเป็นคนไม่

อดทนกับความเจ็บปวด ทุกวันนี้ป่าก็เลยอยู่เป็นกำลังใจเขา ดูแลกันต่อไปจนจะไปจากกัน (ยิ้ม) อยากรินอะไรป่าก็ให้แกกินหมดไม่ยากขัด สงสารแก”(ID6 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L36-45)

“ป่าถือว่าคนเรานั้นมีกรรมร่วมกันมา ถึงต้องมาใช้ชีวิตด้วยกันมาอยู่ร่วมกัน คอยดูแลกัน เทวดาเขาสร้างให้มาเกิดอยู่ด้วยกัน เราก็ต้องดูแลกัน ถ้าเราไม่มีกรรมด้วยกันมาก่อนเราก็ไม่ได้มาใช้ชีวิตอยู่ด้วยกัน แสดงว่าเขากำหนดมาแล้ว เราคิดแบบนี้เราก็ดูแลเขาได้สบายใจ คนอื่นไม่ได้ทำกรรมร่วมกันมาอย่างเราเขาก็ไม่ได้มาดูแลใจ เราทำมาด้วยกันก็ต้องดูแลเขาคนเดียว”(ID7 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L29-33)

“หมอกี่มาบอกฉันว่าแกจะพิการแบบนี้แหละ ไม่หายหรอก ฉันกลับมาบ้านก็มาแอบนั่งร้องไห้อยู่หลังบ้านไม่ให้ใครเห็นหรอก เสียใจหลาย คิดมากด้วย คิดว่าหนีสินเขาก็มากก็หลาย เราจะทำยังไงไปหาจากไหนมาใช้เขา คนจะช่วยหาช่วยทำก็มาเป็นแบบนี้ ฉันก็นั่งร้องไห้อยู่คนเดียว กระวนกระวายกลุ่มใจ ไม่รู้จะทำยังไง เงินเราก็ไม่มี กลัวไปหมดจะดูแลยังไง แกเป็นทำไมแกพูดไม่ได้ คนอื่นเขาเป็นเขาทำไมพูดได้ทุกวันนี้ฉันก็ปลงแล้ว แกเป็นแบบนี้ฉันก็ดูแลจนตายจากกัน ใครจะไปก่อนกันก็ไม่รู้ ถ้าฉันไปก่อนแกจะอยู่ยังไง”(ID13 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L16-20)

2.2 ไม่มีใครเขาดูแลได้ดีเท่ากับเรา

ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เล่าว่าการรับบทบาทในการเป็นผู้ดูแลสามีนั้น ตนเองมองว่าเป็นหน้าที่ของภรรยาที่ต้องดูแลสามีเมื่อเกิดการเจ็บป่วย ในบทบาทของการเป็นภรรยา ที่ผ่านความทุกข์ ความสุข และความลำบากร่วมกันมา ตนเองจึงมองว่าการดูแลสามีที่เจ็บป่วยในภาวะพึ่งพิงนั้นไม่มีใครที่จะสามารถดูแลได้ดีเท่ากับตนเอง ที่รู้จักคุ้นเคยกับสามีที่สุด ดังคำสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักว่า

“พ่อแกมาเป็นแบบนี้ ใครมาดูแลก็ไม่ดีเท่าเราหรอกลูก เราอยู่ด้วยกันมานานแล้ว เป็นเมียเขา เขาก็คงไม่อยากจะเป็นแบบนี้มาให้เราต้องลำบากดูแลเขาหรอก มันก็คงเป็นคู่ทุกข์คู่ยากกัน นั่นแหละ” (ID1 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L78-81)

“ถ้ายายไม่ดูแลตาแล้วใครจะมาดูแล ก็สามีตนเอง เวลาที่เราป่วยตาก็ดูแลยาดตลอด ตอนนี้อยู่ป่วยยายจะทิ้งลงได้อย่างไร อยู่ด้วยกันมาตั้งแต่ไม่มีอะไร จนทุกวันนี้มีบ้าน มีไร่นา ลำบากก็ลำบากด้วยกัน ตาไม่เคยทิ้งยายนะ ดูแลกันนี่ละ” (ID2 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L56-59)

“ป่าเคยคิดเหมือนกันนะว่า เอ๊ะ...ทำไมฉันต้องมาดูแลแต่เรารู้แหละเหตุผลว่ามันต้องเป็นอย่างนี้เพราะว่าเขาไม่มีใคร ตัวคนเดียวพี่น้องก็ไม่มี ไม่มีใครมีแต่เราคนเดียว เราก็ดูแลเขาไป อยู่กันมาตั้งแต่ปี 2518 เขาก็มีเราอยู่คนเดียว แล้วเราก็เป็นเมียเขา เขาป่วยเราก็ต้องดูแล ตั้งแต่อยู่กันมา ลุงเขาไม่เคยมีบ้านเล็กบ้านน้อย เขาไม่ชอบเที่ยวนะ เลิกงานมาก็อยู่แต่บ้าน”(ID3 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L116-120)

“ก็อยู่กับเขามาแล้ว ตัดสินใจมาอยู่กับเขา มาเป็นเมียเขาแล้ว ก็ไม่รู้จะทำยังไง ลุงเขาเป็นคนดีเขาไม่มีหลายบ้าน ทำงานเย็นมาเขาก็ไปกินเหล้า ได้เงินมาเขาไม่เคยเก็บให้ป่าหมด มีแต่ขอตอนไปกินเหล้า ขอก็ให้เขา บางทีขายข้าวโพดได้เงินมาก็แบ่งให้เขาบ้างนิดๆ หน่อยๆ เขาเป็นแบบนี้ถ้าเราไม่ดูแลใครจะมาดู พี่น้องเขาก็ไม่มีเขาตัวคนเดียวมีแต่เรา ลุงๆ เขาก็มีครอบครัวกันหมดแล้ว ไม่มีใครจะมาดูแลได้เท่าเราหรอก”(ID4 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L112-116)

“ก็มีกันอยู่สองคน ลุงเขาก็ทำงานมีครอบครัวกันหมด อีกคนก็โดนรถชนตาย ป้าเหลือลูกสาวคนเดียว อยู่กันสองคนตาย ป้าไม่ดูแลใครจะมาดูแล ลุงแกก็มีแต่ป่า มันเป็นหน้าที่ของเรา เขาป่วยเราเป็นเมียก็ต้องดูแลเขา ต้องดูแลกันไปแบบนี้แหละ จนกว่าใครจะไปก่อนกัน”(ID5 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L16-18)

“ลุงเขาก็มีป่าคนเดียว อีกอย่างเราก็เป็นภรรยาเขาต้องดูแลเขา ดูแลกันมาตั้งแต่ยังไม่ป่วยจนป่วยถึงทุกวันนี้ ตอนเขายังไม่ป่วยลุงเขาเป็นคนดี เหล้าก็ไม่กิน บุหรี่ก็ไม่สูบ ลุงเขารักครอบครัวใครมาชวนไปไหนก็ต้องไปทั้งครอบครัว ไม่ไปคนเดียว”(ID6 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L36-38)

“ฉันก็สงสาร ไม่มีฉันใครจะดูแล ปล่อยไว้ก็ตายอย่างเดียว ที่ไม่ลงหรอก ฉันเป็นเมียฉันก็ต้องดูแล แต่ก่อนแกก็ดีไม่เคยทำให้ทุกข์กายทุกข์ใจหรอก ลำบากก็อยู่ด้วยกัน มีอยู่มีกินก็แบ่งกัน ตาแกหาได้แกก็ซื้ออยู่ซื้อกิน ตอนนี้อย่างฉันก็ต้องทำหมดคนเดียว ไม่มีใครมาช่วยฉันก็ต้องทำก่อนมาเคยไปรับจ้างเขา เดียวนี้แกแล้วจะไปทำเหมือนเดิมก็ไม่ได้ มันปวดมันเมื่อยไปหมด ตาก็มองไม่ค่อยเห็น”(ID8 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L29-33)

“ก็ฉันเป็นเมียเนาะ ถ้าไม่ใช่ฉันดูใครจะมาดูแล อยู่กันมาจนเฒ่าจนแก่ ฉันนี่รู้จักแกดีมากกว่าคนอื่นอีกนะ ใครจะดูแลเท่าเมียดู แต่ก่อนฉันป่วยแกก็ยังดูฉัน สมัยคลอดลูกก็ยังเฝ้าฉัน ดูฉันตลอด ไม่เห็นแกเคยทิ้งฉันไปไหนสักที พอแกมาเป็นแบบนี้ใครจะมาทิ้งแกได้ลง ตัวแกก็คงไม่อยาก

เป็นหรรอกโรคนี้ ทุกวันนี้ฉันก็นึกแบบนี้แหละ ถ้าไม่อย่างนั้นฉันปล่อยแกตายไปนานแล้ว (พูดพร้อมกับหัวเราะ) ก็ปล่อยแกไม่ได้เหมือนเดิม” (ID9 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L78-82)

“ถ้าไม่ใช่ยายใครจะมาดู ใครจะมาทำได้ อยู่ด้วยกันมาจนเฒ่าจนแก่ ตาแกก็มีแต่ ยายนี้แหละคนเป็นเมีย ผัวตัวเองป่วย ก็ต้องดูแลกันไป ตอนตาไม่ป่วยไม่เคยทำอะไรให้เสียใจ มีแต่กิน เหล้า ถึงแกจะกินเหล้าแต่แกก็ไม่เคยตีลูกตีเมียเหมือนบ้านอื่นเขา แกกินได้แต่เข้ามาแกก็ไปทำงาน ดูแลกันตั้งแต่อยู่กินกันมาจะ 50-60 ปี เจ็บไข้ได้ป่วยมาใครจะหนีไปไหนได้หนู”(ID10 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L25-28)

“มันก็ต้องเป็นแบบนี้แหละ ยายไม่ดูใครจะดูแล เป็นเมียก็ต้องดูแลตัวเองจะ ให้ใครมาดูมันก็ไม่คือเมียใช่ไหมละ คนอื่นเขาก็จะมาทำได้เหมือนเราได้ยังไง ลูกเค้าเขาก็มีครอบครัว เขาจะมาดูได้ยังไง มันก็ต้องยายดูแล อยู่กับมาตั้งนานแล้วหนู” (ID11 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L75-77)

“ใครมาดูแลแก ก็มีแต่ฉัน ดูกันมาตั้งแต่เป็นแรกๆ จนทุกวันนี้ ไม่เห็นมีใครจะมาช่วย ดูช่วยแลแลเลย พี่น้องแกก็ไม่เห็นเคยมาดู ฉันไม่อยู่ใครจะดูแล แกก็มีแต่ฉัน แกมีเมียมีลูกก็ต้องเมียนี่แหละดู เพราะลูกเขาก็ไปทำงาน”(ID13 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L65-67)

“มันจำเป็นต้องดู เป็นผัวเป็นเมียกันมันก็ต้องดู ไม่อย่างนั้นใครเขาจะมาดู (หัวเราะ) ลูกเขาก็มีครอบครัวของเขา เขาทำมาหากินจะมาดูแลก็ได้ไม่ได้ แต่ก่อนลูกเขาก็จะมาพาพ่อไปหาหมอ ” (ID14 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L64-66)

2.3 ยอมรับว่าต้องดูแลทุกอย่าง

การดูแลสามีที่เจ็บป่วยในภาวะพึ่งพิงเป็นระยะเวลายาวนานทำให้เพิ่มภาระหน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบในครอบครัวมากขึ้น ผู้ให้ข้อมูลหลายรายเล่าว่า หลังจากที่มีสามีเจ็บป่วยไม่สามารถช่วยเหลืองานต่างๆ ภายในบ้านได้ ตนเองต้องรับบทบาทหน้าที่ดูแลทั้งหมด ผู้ให้ข้อมูลบางรายเล่าว่า ทุกวันนี้เหมือนตนเองต้องทำทุกอย่างเพียงคนเดียว การดูแลสามีที่เจ็บป่วยเป็นอีกภาระหน้าที่ในครอบครัวที่ตนเองต้องรับผิดชอบมากขึ้น เพราะต้องคอยดูแลสามีทุกอย่างตลอดเวลา อีกทั้งยังต้องทำงานบ้าน ดูแลหลาน รวมถึงต้องออกไปทำงานหารายได้อีกด้วย ดังคำสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักว่า

“ป่าต้องทำหมดทุกอย่าง กวาดบ้านถูบ้าน ซักผ้าป่าก็เป็นคนทำ ทุกวันนี้เราก็ต้องอดทน เข้มแข็ง เพราะไหนเราจะต้องแบกรับค่าใช้จ่าย ต้องดูแลเขา เราก็เหนื่อย บางทีมันก็มีฉุนเฉียวบ้าง หงุดหงิดบ้าง ป่าก็เดินออกไปข้างนอก ไปคุยซักพักค่อยกลับมา บางครั้งป่าก็คิดว่าทำไมฉันต้องมาดูแล แต่เราก็รู้นั่นแหละว่าเขาไม่มีใคร มาเจ็บป่วยแบบนี้เราก็ต้องทำ” (ID3 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L103-106)

“ตั้งแต่ลุงป่วย ป่าต้องดูแลทุกอย่าง ทำไรกลับมาก็ต้องทำทุกอย่าง ถ้าเราไม่ทำก็ไม่ได้มันเป็นหน้าที่ของเรา งานเราไม่ทำก็ไม่มีการ ลุงป่วยเราก็ต้องดูแลเขา จะให้ทำยังไงได้ สุดท้ายเราก็ต้องเป็นคนทำอยู่แล้ว เหนื่อยกายไม่เท่าไรเหนื่อยใจยิ่งกว่า” (ID4 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L138-140)

“ตั้งแต่ลุงป่วยมาป่าก็ต้องทำให้ทุกอย่าง เพราะลุงเขาช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ป่าก็ต้องทำ อาบน้ำ ล้างแผล หาข้าวหาปลาไว้ให้กิน แล้วป่าก็ออกไปเก็บผัก ตกปลาเอาไว้กินกัน ทีแรกก็เบื่อนะ แต่ก็ไม่รู้จะทำยังไง แต่ก็มานั่งคิดว่าลำบากกว่านี้ด้วยกันมาตั้งเยอะ ก็ดูแลกันไป แค่นี้ทำไมฉันจะทำไม่ได้ มันเจ็บมันป่วยขึ้นมาแล้ว สุดท้ายก็ต้องยอมรับมัน ลุงเขาก็ไม่ได้อยากเป็นแบบนี้หรอก” (ID5 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L83-86)

2.4 เรียนรู้เกี่ยวกับกิจกรรมการดูแล

เมื่อสามมีเกิดการเจ็บป่วยในภาวะพึ่งพิงขึ้น การดูแลจึงเป็นภาระอันหนักหน่วงของผู้ที่เป็นผู้ดูแล เนื่องจากกิจกรรมในการดูแลนั้นเป็นสิ่งที่ผู้เป็นภรรยาต้องเรียนรู้ ผู้ให้ข้อมูลหลายรายเล่าว่า ตอนสามมีป่วยในระยะแรกๆ ตนเองไม่รู้ว่าจะต้องดูแลอย่างไร กังวลว่าจะทำไม่ถูกต้อง แต่พอมีเจ้าหน้าที่มาคอยสอน ตนเองก็สามารถทำได้ และพร้อมที่จะเรียนรู้การดูแลเหล่านั้น ดังคำสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักว่า

“ลุงเป็นแรกๆ ป่าทำอะไรไม่เป็น เช็ดตัวเราก็เช็ดไปธรรมดาเช็ดหน้าเช็ดตาให้ลุงไปเอาแปรงสีฟันยาสีฟันให้ แต่ตอนอยู่โรงพยาบาลตอนที่ลุงนอนติดเตียงแล้วก็มีพยาบาลมาสอนเช็ดตัวสอนทำความสะอาดสวอปสวาระลุง ว่าต้องทำยังไง ทีแรกป่าก็กลัวเพราะป่าทำไม่เป็น พอทำไปทุกวันมันก็ทำได้เอง” (ID3 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L30-32)

“ลุงเขามีแผลหมอบอกต้องทำทุกวัน ป่าต้องทำให้ลุงเขาทุกวัน เช้า-กลางวัน-เย็น แผลเขาก็ต้องทำตลอดไม่อย่างนั้นมันจะซึม น้ำเหลืองมันออกมาเยอะป่าก็กลัวมันจะไม่สะอาด พยาบาลเขาบอกว่าระวังมันจะติดเชื้อ เห็นพยาบาลเขาล้างที่แป็บเดียวเหมือนมันจะไม่สะอาด ป่าเลย

เช็ด ใส่ถุงมือเอาน้ำเกลือเป็นขวดนี้แหละเช็ดให้เขา แล้วเราก็เอาสำลีที่ป้อนหามาเช็ดๆอีก รอบแล้วก็มาปิดแผลให้ ต้องเช็ดเยอะเพราะเลือดเขาไหลออกมามาก” (ID4 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L71-75)

“ป่าต้องล้างแผลทุกวัน หมอนามัยเขามาสอน เขาบอกว่าไม่มีเวลาออกมาทำให้เราทุกวัน ป่าก็ต้องทำเอง เขาสอนแล้วป่าก็ลองทำดู ต้องล้างมือให้สะอาด ป่าก็ซื้อน้ำยามาล้างมือ ก่อนทำแผลให้ลุง ป่าก็ล้างมือให้สะอาด แล้วก็มาทำแผลให้ลุง ที่อนามัยเขาก็ให้ผ้าก๊อช น้ำยาล้างแผลมานะ ยังอยู่บ้านนอกเราถ้าทำไม่ดีกลัวแผลจะติดเชื้อเอา มันฝุ่น เราก็กต้องรักษาความสะอาด เดี่ยวมันจะติดเชื้อ ป่าเคยมานอนเผ่าลุงเพราะติดเชื้อเป็นอาทิตย์เลยนะ”(ID5 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L40-44)

“ยายต้องทำแผลให้ตาเองนะ ที่ก่อนมีหมอนามัยมาทำให้ที่บ้าน แล้วเขาก็บอกเขาก็บอกให้ยายทำ เขาให้ของไว้ทำแผลพอหมดก็ไปเอาที่อนามัย บางทีก็บอกให้ อสม.ไปเอามาให้ ยายก็เอาน้ำเกลือล้างให้แก อย่างที่หมอนามัยเขาสอน แล้วก็เอาแอลกอฮอล์เช็ดข้างๆ แผล ไม่ได้เช็ดในแผลนะ แล้วก็ปิดแผล ลูกเขาซื้อที่ปิดไม่โดนน้ำอะไรของเขามาให้ พอแกบัสสาวะใส่แพมเพิสมันก็ไม่โดนแผล แต่ว่าแผลคนแก่เนาะหนู มันไม่หายง่ายหรอก พยาบาลที่มหาราชเขาก็สอนให้พลิกตัวตาตะแคงให้ตา แต่พอคราวหลังแกมานอน รพ.นางรองหลายวันจนเป็นแผลมานี้แหละ อยู่บ้านยายก็ตะแคงให้แก เอาหมอนข้างมาดันแกไว้ นานๆ แกก็ว่าแกเมื่อย แกก็อยากจะนอนแต่ท่าเดิม”(ID11 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L47-53)

ประเด็นที่ 3 การเป็นผู้ดูแลในบริบทของภรรยา

ในบริบทของสังคมไทย ภรรยาถูกคาดหวังให้ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลสามี และบุคคลในครอบครัว โดยการดูแลเกิดจากความรักความอบอุ่น ความผูกพัน แม้ในยามปกติหรือยามเจ็บป่วย เมื่อสามีอยู่ในภาวะพึ่งพิงไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ภรรยาจึงเป็นบุคคลที่สำคัญที่สุดในการรับบทบาทเป็นผู้ดูแลสามีถึงแม้ว่าการดูแลที่เกิดขึ้นจะทำให้รู้สึกเหน็ดเหนื่อย และเครียดอยู่ตลอดเวลา แต่เพราะความรัก ความผูกพันที่มีให้ตลอดมา จึงกลายเป็นแรงบันดาลใจ ที่ทำให้สามารถดูแลสามีได้ในเวลาต่อมา จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยสามารถแบ่งออกเป็นประเด็นย่อยๆ 3 ประเด็น คือ 1) ความรักความผูกพัน 2) ความห่วงใย 3) สามีเป็นคนดี ดังรายละเอียดต่อไปนี้

3.1 ดูแลด้วยความเห็นใจและห่วงใย

เป็นลักษณะความสัมพันธ์ซึ่งต้องใช้ระยะเวลาค่อนข้างยาวนานในการสร้างปฏิสัมพันธ์อันดีต่อกัน ก่อให้เกิดความรักความผูกพันที่มีการเกื้อกูลกัน ห่วงหาอาทร และเข้าอกเข้าใจกัน มีการถ้อยทีถ้อยอาศัยกัน ความรักความผูกพันจึงเปรียบเสมือนแรงจูงใจหรือแรงเสริม ให้ภรรยาที่ เป็นผู้ดูแลได้พยายามแสวงหาวิธีการต่างๆ ที่ช่วยให้สามีมีคุณภาพชีวิตที่ดี และมีความสุขตามอัตภาพ

และคงความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันให้มากที่สุด เพื่อให้เกิดความรู้สึกที่มีค่า และความรู้สึกภาคภูมิใจในอนาคต

อย่างไรก็ตามสามีภรรยาที่มีความเข้าอกเข้าใจกัน มีความสัมพันธ์อันดีระหว่างกัน ผูกพันกันมาตั้งแต่ในอดีต หากสามีเกิดการเจ็บป่วย ความรู้สึกรักและผูกพันจะเป็นกลไกอย่างหนึ่งที่คอยเชื่อมโยงให้สามีได้รับความรักความเอาใจใส่ที่ดีจากภรรยา ดังคำสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักว่า

“ก็รักเขา ผัวเมียกันก็ต้องรักกันจริงไหม สงสารเขาด้วยเขาป่วยเราก็ต้องดูแลเขา ตอนดีเราก็ดูแลกัน ป่วยก็ต้องดูแลกัน ใครจะมาดูแลได้ดีเท่าเรา ลูกเขาก็มีครอบครัว เขาแยกไป เขาไม่ได้อยู่กับเรา เขาต้องทำงาน จะมากี่ลำบาก แต่เขาก็มาเยี่ยมมาหาเรื่อยๆ” (ID5 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L135-137)

“ก็เคยคิดเหมือนกันนะว่า “เฮ้...ทำไมฉันต้องมาดูแล” แต่เรารู้แหละเหตุผลว่ามันต้องเป็นอย่างนี้เพราะว่าเขาไม่มีใคร ตัวคนเดียวพี่น้องก็ไม่มี ไม่มีใครมีแต่เรา เราก็ดูแลเขาไป อยู่กันมาตั้งแต่ปี 2518 เขาก็มีเราอยู่คนเดียว แล้วเราก็เป็นเมียเขา เขาป่วยเราก็ต้องดูแล” (ID3 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L116-119)

“ก็มีกันอยู่สองคน ลูกเขาก็ทำงานมีครอบครัวทั้งหมด อีกคนก็โดนรถชนตาย ป้าเหลือลูกสาวคนเดียว อยู่กันสองคนตายาย ป้าไม่ดูใครจะมาดูแล ลุงแก่ก็แต่ป้า มันเป็นหน้าที่ของเรา เขาป่วยเราเป็นเมียก็ต้องดูแลเขา ต้องดูแลกันไปแบบนี้แหละ” (ID5 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L16-18)

“ลุงเขาก็มีป้าคนเดียว อีกอย่างเราก็เป็นภรรยาเขาต้องดูแลเขา ดูแลกันมาตั้งแต่ยังไม่ป่วยจนป่วยถึงทุกวันนี้ ตอนเขายังไม่ป่วยลุงเขาเป็นคนดี เหล้าก็ไม่กิน บุหรี่ก็ไม่สูบ ลุงเขารักครอบครัวใครมาชวนไปไหนก็ต้องไปทั้งครอบครัว ไม่ไปคนเดียว ทุกวันนี้ป้าก็เลยอยู่เป็นกำลังใจเขา ดูแลกันต่อไปจนจะไปจากกัน (ยิ้ม) อยากกินอะไรป้าก็ให้แกกินหมดไม่ยอมขัด สงสารแก” (ID6 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L36-39)

“ถ้าไม่ใช่ยายใครจะมาดูแล ใครจะมาทำได้ อยู่ด้วยกันมาจนเฒ่าจนแก่ ตาแก่ก็มีแต่ยายนี้แหละคนเป็นเมีย ผัวตัวเองป่วย ก็ต้องดูแลกันไป ตอนตาไม่ป่วยไม่เคยทำอะไรให้เสียใจ มีแต่กินเหล้า ถึงแกจะกินเหล้าแต่แกก็ไม่เคยตีลูกตีเมียเหมือนบ้านอื่นเขา แกกินได้แต่เข้ามาแกก็ไปทำงาน

ดูแลกันตั้งแต่อยู่กินกันมาจะ 50-60 ปี เจ็บไข้ได้ป่วยมาใครจะหนีไปไหนได้หนู” (ID10 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L25-28)

ความสัมพันธ์ระหว่างสามีภรรยา การดูแลเกิดขึ้นได้หลายอารมณ์ หลายรูปแบบ สิ่งที่เกิดของคำว่าห่วงใย มันไม่ได้เกิดขึ้นมาง่ายๆ ที่คิดจะห่วงใยใครก็ห่วง แต่มันเกิดขึ้นจากใจ ความห่วงใยมันเกิดขึ้นกับใครคนใดคนหนึ่งที่เราให้ความสำคัญกับเขา ผู้ให้ข้อมูลหลายรายกล่าวถึงการดูแลด้วยความรักความห่วงใย บางรายก็กล่าวออกมาในรูปแบบของการกระทำที่แสดงถึงความห่วงใยสามีที่อยู่ภาวะพึ่งพิง ดังคำสัมภาษณ์จากผู้ให้ข้อมูลหลักว่า

“ตาป่วยมายาก็ได้ทำอะไรอยู่นะ ไม่ได้ว่าต้องทำอะไรทุกอย่างให้ตาหมด ทุกวันนี้ตาแกพอช่วยตัวเองได้บ้าง แต่ยายก็ต้องอยู่ใกล้ๆ ออกไปไหนนานไม่ได้ ถ้าเราไม่อยู่ก็เป็นห่วงแกล้วแกลจะล้ม ตกบันไดบ้าน” (ID2 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L87-88)

“ตอนนี้ป้ามีอาการปวดเข่า เคยไปหาหมอเขาก็บอกว่าเป็นเข่าเสื่อม แล้วให้ป้าผ่าตัด ป้าก็ไม่อยากผ่าตัด เป็นห่วงลูกกลัวว่าจะไม่มีคนดูแล” (ID3 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L87-88)

“ป้ากับลูกอยู่ด้วยกันมานานหลายสิบปีแล้ว มันก็ต้องห่วงใยกันเป็นธรรมดา เราดูแลเราก็อยากให้เขาดีขึ้น พอเขาดีขึ้นเราก็คือใจ เราก็คือรักเขา อันไหนดีเราก็อยากให้เขา เขาจะได้หาย” (ID2 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L139-141)

“ป้าตื่นตีสี่มาซักผ้านะ แต่ผ้าของลูกป้าแยกซักต่างหาก ป้ากลัวว่ามันจะติดเชื้อป้าต้องซักมือขี้เอง เคยได้ยินเขาพูดมาว่ามันจะติดเชื้อ ป้าก็ไปซื้อน้ำยาซักผ้า น้ำยาฆ่าเชื้อแพงๆ ป้าก็ซื้อมาแช่นะ แช่เป็นชั่วโมง แล้วก็บิดตาก ไม่เอาไปซักรวมกับคนอื่น เพราะว่าหมอเขาบอกว่าลูกจะติดเชื้อได้ง่ายเพราะลูกมีแผลป้าก็ต้องแยกออกมา แล้วก็ต้องตากแดดด้วยนะตากในร่มไม่ได้เลย” (ID4 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L35-39)

“ลูกมีแผล ป้าต้องทำแผลให้ลูกทุกวัน ป้าก็กลัวมันจะไม่สะอาด พยาบาลเขาบอกว่าระวังมันจะติดเชื้อ เห็นพยาบาลเขาล้างที่แป็บเดียวเหมือนมันจะไม่สะอาด ป้าเลยเช็ด ใส่ถุงมือเอาน้ำเกลือเป็นขวดนี้แหละเช็ดให้เขา แล้วเราก็เอาสำลีที่ปั่นหามาเช็ดๆ อีกรอบแล้วก็มาปิดแผลให้ ต้องเช็ดเยอะ เพราะเลือดไหลออกมามาก เป็นห่วงเขา ป้ากลัวเขาจะติดเชื้อ” (ID4 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L71-74)

“ป่านอนเฝ้าข้างเตียงเห็นป่าหลับจะไปเข้าห้องน้ำก็จะแอบไปคนเดียวไม่กล้าเรียก ป่าบอกเกรงใจ ป่าบอกว่า แกจะบ้าหรือไปเองเดี๋ยวก็ล้ม เดี่ยวหมอมว่า แกต้องปลุกไม่งั้นเขาไม่ให้ฉันมานอนข้างๆ แกหอรอก คราวหลังลุกไปก็เรียกป่า ลุงแกปวดขาใจ ไม่ค่อยได้เดิน เดินก็ลำบาก ป่าก็เป็นห่วง ล้มมากี่จะเป็นมากกว่าเดิมอีก” (ID5 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L74-77)

“ตอนป่าเป็นสาวแกยังไปรับไปส่งป่าเวลาป่าขึ้นเวรเลย ทุกวันนี้ป่าไปไหนก็ไม่ได้ จะไปไหนที่ก็เป็นห่วง บางทีป่าออกไปตลาดก็ต้องรับไปรับกลับ วัตก็ไม่ได้ไป อาศัยว่าสวดมนต์ไหว้พระ นั่งสมาธิอยู่ที่ห้องทุกวันเอา แต่ถ้าเราไม่ทำให้ก็ไม่มีใครทำหอรอก ใครจะทำได้ดีเท่าเราใช้ไหม (ยิ้มพร้อมก้มหัวเราะ)” (ID6 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L76-79)

3.2 เพราะสามีเป็นคนดี

กล่าวคือคู่ชีวิตที่ใช้ชีวิตอยู่ร่วมกันมา ผ่านสิ่งเลวร้ายมาด้วยกัน ดูแลช่วยเหลือเอื้อเฟื้อกันมา ทั้งในยามปกติและยามเจ็บป่วย ผู้ให้ข้อมูลหลายคนเล่าถึงเหตุผลในการดูแลสามีที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง เนื่องจากสามีของตนเองเป็นคนดีไม่เคยทำร้ายตน ไม่ว่าจะทางด้านร่างกาย และจิตใจ ดังคำสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักว่า

“เขาป่วยเราก็ต้องดูแล ตั้งแต่อยู่กันมาลุงเขาไม่เคยมีบ้านเล็กบ้านน้อย เขาไม่ชอบเที่ยวนะ เลิกงานมาก็อยู่แต่บ้าน” (ID3 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L118-120)

“ลุงเขาเป็นคนดีเขาไม่มีหลายบ้าน ทำงานเย็นมาเขาก็ไปกินเหล้า ได้เงินมาเขาไม่เคยเก็บให้ป่าหมด มีแต่ขอตอนไปกินเหล้า ขอก็ให้เขา บางทีขายข้าวโพดได้เงินมาก็แบ่งให้เขาบ้างนิดๆ หน่อยๆ เขาเป็นแบบนี้ถ้าเราไม่ดูแลใครจะมาดู พี่น้องเขาก็ไม่มีเขาตัวคนเดียวมีแต่เรา ลุงๆ เขาก็มีครอบครัวกันหมดแล้ว” (ID4 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L112-116)

“ก็ดูแลกันไป...อยู่มาจนป่านนี้แล้ว แก่แล้ว ตั้งแต่อยู่กันมาแกไม่เคยเจ้าชู้ ไม่เคยไปไหน ไปเที่ยวไหนก็ไม่ไป อยู่กันสองคนตายาย” (ID5 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L32-133)

“เพราะอะไรถึงดูแล.....น่าจะสงสารมากกว่า เห็นใจกัน ดูแลในแง่ของความดีเขาดูแลเราดีมาตลอด ลุงเขาเป็นคนดีดูแลกันมาตลอด ไม่กินเหล้าไม่สูบบุหรี่ ไม่เคยไปค้ำอั้งแรมที่ไหน ป่าทำงานเขาก็ไปรับไปส่งป่าตลอด เลื้อยผ้าเขาก็รีดให้ คือเขาดูแลเราดี ดีทุกอย่าง เราก็ต้องดูแลกันไป เรา

ต้องตอบแทนเขา แต่ถ้าเราป่วยใครจะมาดูแลเรานั้นสิ ถ้าป่าเป็นนะป่าปล่อยตายเลยไม่ปล่อยเรื้อรัง
 อย่างนี้ ป่าเป็นคนใจเสาะกินยาก ตายเลยดีกว่าอย่ามาเป็นเรื้อรังแบบนี้เลย ป่ากลัวไม่มีคนดู ”
 (ID6 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L88-93)

“ตาเป็นคนดี ขยันทำมาหากิน ไม่เคยเกกมะเหรกเกเร บ้านเล็กบ้านน้อยก็ไม่เคยมี
 แกไม่เคยทำให้ยายเสียใจสักครั้งเดียว ตั้งแต่อยู่กันมา ทุกวันแกเป็นแบบไหนแกก็จะเป็นแบบนั้น แก
 ป่วยแบบนี้ก็สงสารแกอยู่เหมือนกัน คนเคยทำอะไรได้แล้วมาทำไม่ได้เลย ใครจะนึกจะฝันว่าจะมีอะไร
 แบบนี้เนาะ บางทีก็คิดว่าคนเราจะตายวันตายพรุ่งก็ไม่มีใครรู้หรอก ฉันทหรือแกจะไปก่อนกันก็ไม่รู้
 ยายก็ต้องดูแลกันไปแบบนี้แหละ (พูดพร้อมน้ำตาคลอ) แต่ก่อนตามาขอบยายไม่ขอบหรอกนะ คน
 อะไรชี้ไทร่ ด่าก็ด่า (หัวเราะ)” (ID10 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L114-119)



บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenological research) เพื่อศึกษาปรากฏการณ์การให้ความหมายจากประสบการณ์การจริงของหญิงสูงวัยที่ดูแลสามีที่เจ็บป่วยในภาวะพึ่งพิง ตามแนวคิดของ Heidegger มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์ชีวิตของหญิงสูงวัยที่ดูแลสามีที่เจ็บป่วยในภาวะพึ่งพิง เนื่องจากเป็นงานวิจัยที่ต้องการได้ข้อมูลที่เป็นประสบการณ์จริงที่เกิดขึ้นกับผู้ที่อยู่ในสถานการณ์นั้นโดยตรง ผู้วิจัยจึงทำการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจงเป็นผู้ที่อยู่ในสถานการณ์ของการดูแลสามีที่เจ็บป่วยในภาวะพึ่งพิงที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดในการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล (Key informant) ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้เทคนิคการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) และแนวคำถามเชิงลึก (Interview Guideline) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ร่วมกับการสังเกต บันทึกเทป การจดบันทึกภาคสนาม จากผู้ให้ข้อมูลหลักที่เป็นภรรยาจำนวน 14 ราย ทำการสัมภาษณ์เชิงลึกรายละ 1-2 ครั้ง ให้ความระยะเวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 20-50 นาที จนได้ข้อมูลที่มีความอิ่มตัว (Saturated information) นำข้อมูลที่ได้มาถอดเทปแบบคำต่อคำ (verbatim) แล้วทำการวิเคราะห์ข้อมูลแบบ content analysis ข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์ ผู้วิจัยสามารถสรุปประเด็นได้ ดังนี้

สรุปผลการวิจัย

การศึกษาประสบการณ์ชีวิตของหญิงสูงวัยที่ดูแลสามีที่เจ็บป่วยในภาวะพึ่งพิง พบว่าการให้ความหมายของการดูแลสามีที่เจ็บป่วยในภาวะพึ่งพิง แบ่งออกเป็น 2 ประเด็นหลัก ดังนี้ 1) ดูแลด้วยความผูกพัน 2) ลำบากด้วยกันมาต้องช่วยเหลือกันไป และการศึกษาประสบการณ์ชีวิตของหญิงสูงวัยที่ดูแลสามีที่เจ็บป่วยในภาวะพึ่งพิง พบว่ามี 3 ประเด็นหลัก ดังนี้ 1) ชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป 2) การยอมรับและเรียนรู้เกี่ยวกับการเป็นผู้ดูแล 3) การเป็นผู้ดูแลในบริบทของภรรยา โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

การให้ความหมายของการเป็นผู้ดูแลสามีที่เจ็บป่วยในภาวะพึ่งพิง

การให้ความหมายของการดูแลสามีที่เจ็บป่วยในภาวะพึ่งพิง แบ่งออกเป็น 3 ประเด็นหลัก ดังนี้

ประเด็นที่ 1 ดูแลด้วยความผูกพัน

การเป็นผู้ดูแลในความหมายของภรรยาที่ทำหน้าที่ในการดูแลสามีที่เจ็บป่วยในภาวะพึ่งพิง กล่าวถึงการดูแลที่เกิดจากความรักความผูกพัน ที่เคยมีต่อกันมาในอดีต การดูแลเอาใจใส่ที่เกิดขึ้นนั้น

เกิดจากรักความผูกพันที่มีต่อสามี การดูแลบนพื้นฐานของความรักความผูกพันสามารถแสดงออกด้วยความใส่ใจ เอาใจใส่ บนพื้นฐานของความรักความผูกพันนั้นทำให้ภรรยาที่เป็นผู้ดูแลเกิดความพยายามที่จะเรียนรู้วิธีการในการดูแล สร้างความเข้าใจ และยอมรับกับภาระหน้าที่ที่เกิดขึ้นตลอดระยะเวลาที่ให้การดูแลสามี ภายหลังจากที่สามารถปรับตัวและเรียนรู้เกี่ยวกับการดูแลต่างๆ จะทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างสามีภรรยาดีขึ้น

ประเด็นที่ 2 ลำบากด้วยกันมาต้องช่วยเหลือกันไป

การดูแลสามีที่เจ็บป่วยในภาวะพึ่งพิงเปรียบเสมือนสายใยรักของครอบครัวที่ไม่อาจทอดทิ้งกันได้ ซึ่งเกิดจากรักความผูกพันที่มีต่อกัน การร่วมทุกข์ร่วมสุข และลำบากด้วยกันมา ทำให้ไม่สามารถทอดทิ้งกันได้ ผู้ให้ข้อมูลหลายรายเล่าว่า การได้เป็นฝ่ายได้ดูแลจนสามีมีอาการที่ดีขึ้นจากการดูแลของตนเอง ทำให้เกิดความรู้สึกที่ดี ภาคภูมิใจ มีกำลังใจที่จะดูแลสามีต่อ สามีที่เจ็บป่วยบางรายไม่ได้รับการดูแลเอาใจใส่จากบุคคลอื่นๆ ไม่มีญาติหรือพี่น้อง มีภรรยาเพียงคนเดียวที่ดูแลกันมา ทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกสงสารและห่วงใยอยากช่วยเหลือ ดูแลเอาใจใส่สามีให้มีอาการที่ดีขึ้น ผู้ให้ข้อมูลหลายรายเล่าว่าสิ่งที่ทำให้ตนเองยังดูแลสามีที่เจ็บป่วยจนถึงปัจจุบันนี้เป็นเพราะสิ่งดีๆ ที่สามีเคยทำให้ตนเองมาโดยตลอด ไม่เคยทอดทิ้งตนเองไปไหน ทั้งเมื่อมีความทุกข์และความสุข

ประสบการณ์ชีวิตของหญิงสูงวัยที่ดูแลสามีที่เจ็บป่วยในภาวะพึ่งพิง

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูล สามารถสรุปประสบการณ์ชีวิตของหญิงสูงวัยที่ดูแลสามีที่เจ็บป่วยในภาวะพึ่งพิงออกเป็น 3 ประเด็น ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ประเด็น 1 ชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป

เมื่อภรรยาได้รับบทบาทเป็นผู้ดูแลสามีที่เจ็บป่วยในภาวะพึ่งพิง ส่งผลให้การดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลงไปส่งผลกระทบต่อชีวิตคู่เป็นอย่างมาก โดยเฉพาะในช่วงแรกที่เกิดการเจ็บป่วย ผลกระทบที่เกิดขึ้นทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในความสัมพันธ์ระหว่างสามีภรรยา ทั้งในทางบวกและในทางลบ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นส่งผลให้ชีวิตคู่มีโอกาสเกิดการเปลี่ยนแปลงสูง โดยมีปัจจัยต่างๆ เช่น การเงิน สุขภาพ อาชีพการงาน ล้วนมีบทบาทสำคัญต่อความเป็นสุขของชีวิตคู่ ซึ่งการดูแลสามีที่เจ็บป่วยในภาวะพึ่งพิงอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมที่เคยทำได้ เช่น การเข้าสังคม การมีเวลาส่วนตัว เพื่อให้การดูแลเป็นไปอย่างต่อเนื่อง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1.1 เปลี่ยนแปลงไปในทางบวก

จากการศึกษาของผู้ดูแลคือภรรยาที่ทำหน้าที่ในการดูแลสามีที่เจ็บป่วยจนไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ซึ่งต้องใช้เวลาในการดูแลที่ยาวนาน ส่งผลให้ความสัมพันธ์ระหว่างสามีภรรยาเป็นไปในทางที่ดีขึ้น มีความเข้าอกเข้าใจกัน เห็นอกเห็นใจกันมากขึ้น พุดคุยกันมากขึ้น ทะเลาะเบาะแว้งกันลดลง (Lown & McMahon, 2014) มีการศึกษาของ Lindau et.al (2011)

พบว่า คู่สามีภรรยาที่ดูแลกันระหว่างการเจ็บป่วย มีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างกัน มีความเห็นอกเห็นใจกัน เกิดความรักซึ่งกันและกัน เนื่องจากมีเวลาใกล้ชิดกันมากขึ้น (Family caregiver Alliance, 2012) รวมถึงการพูดคุยสื่อสารที่ดีระหว่างกัน นอกจากนี้ ยังมีการศึกษาของ Shim, Barroso & Davis (2012) พบว่า ภรรยาที่ดูแลสามีมีความรู้สึกพึงพอใจในการดูแล และสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสดีขึ้น ไม่รู้สึกว่าการดูแลเป็นภาระ

1.1.1 สัมพันธภาพระหว่างตนเองและสามีดีขึ้น ภายหลังจากการเป็นผู้ดูแลสามีที่เจ็บป่วยในภาวะพึ่งพิง ผู้ให้ข้อมูลหลายรายพบว่าจากการที่ดูแลสามีในระยะเวลาที่ยาวนาน ทำให้ตนเองและสามีมีเวลาในการพูดคุยกันมากขึ้น สัมพันธภาพระหว่างตนเองและสามีดีขึ้น ผู้ให้ข้อมูลหลายรายเล่าว่าก่อนการเจ็บป่วยสัมพันธภาพระหว่างตนเองกับสามีเป็นไปในทางที่ไม่ค่อยดี เนื่องจากต่างคนต่างแยกย้ายกันทำมาหากิน ไม่มีเวลาได้พูดคุยกัน หรือรับประทานอาหารร่วมกัน แต่หลังจากสามีเจ็บป่วยตนเองและสามีมีเวลาอยู่ร่วมกันเพิ่มขึ้น จึงทำให้สัมพันธภาพดีขึ้น

1.1.2 พยายามดูแลตนเองเพื่อมีกำลังดูแลผู้ป่วย เมื่อต้องรับบทบาทหน้าที่เป็นผู้ดูแลสามีที่เจ็บป่วยในภาวะพึ่งพิง ใช้ระยะเวลาที่ยาวนานในการดูแลแต่ละวัน กอปรกับตนเองต้องรับบทบาทหน้าที่ในการดูแลหลัก รวมถึงดูแลงานบ้าน ดูแลหลาน และยังหารายได้เพื่อใช้จ่ายภายในครอบครัว ตนเองรู้สึกว่ามีสิ่งต้องพึ่งพาตนเองอยู่ ในฐานะของภรรยาที่ทำหน้าที่ในการดูแลแล้วนอกจากจะต้องดูแลการเจ็บป่วยของสามี ตนเองยังต้องดูแลสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้นเพื่อให้สามารถดูแลสามีที่เจ็บป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.2 เปลี่ยนแปลงไปในทางลบ

การรับบทบาทหน้าที่ในการเป็นผู้ดูแลที่ต้องให้การดูแลสามีที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงอย่างใกล้ชิด ทำให้ภรรยาไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมที่เคยทำได้ รวมถึงการสูญเสียรายได้ของครอบครัวไป ส่งผลให้ภาระความรับผิดชอบทั้งหมดตกเป็นของภรรยา ทั้งการรับผิดชอบงานบ้าน และหารายได้เพื่อใช้จ่ายภายในครอบครัว การดูแลสามีที่เจ็บป่วย ส่งผลให้เกิดภาระงานที่เพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้เกิดความเหนื่อยล้า เครียด วิตกกังวล อาจส่งผลให้เกิดการดูแลที่ไม่มีประสิทธิภาพรวมถึงเกิดปัญหาสุขภาพเพิ่มขึ้น จากการที่ต้องรับบทบาทในการเป็นผู้ดูแล

1.2.1 รongรับอารมณ์หงุดหงิดของผู้ป่วย ภายหลังจากการสามีเกิดการเจ็บป่วยในภาวะพึ่งพิง ส่งผลให้สามีเกิดภาวะเครียด หงุดหงิด โมโหง่าย ส่งผลกระทบทางด้านจิตใจเกิดภาวะเครียด ผู้ให้ข้อมูลหลายรายเล่าว่าบางครั้งสามีหงุดหงิดโมโหใส่ตนเอง เพื่อหลีกเลี่ยงการใช้ความรุนแรง การทะเลาะเบาะแว้งกัน จึงเลือกใช้วิธีการจัดการควบคุมอารมณ์ตนเองด้วยวิธีการที่หลากหลาย ส่วนใหญ่จะใช้วิธีการนั่ง เดินหนีจากสถานการณ์ที่กำลังเผชิญอยู่เพื่อทำให้จิตใจตนเองสงบลงและให้สามีได้สงบจิตใจเช่นเดียวกัน เมื่อต่างฝ่ายต่างใจเย็นลงก็สามารถกลับมาพูดคุยกันได้

1.2.2 ไม่มีเวลาส่วนตัว การรับบทบาทในการเป็นผู้ดูแลสามีที่เจ็บป่วยในภาวะพึ่งพิงนั้น ผู้ป่วยส่วนใหญ่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ภรรยาผู้ดูแลต้องใช้เวลาส่วนใหญ่ในการดูแลสามี ทำให้มีการดูแลตนเอง การเข้าสังคม หรือการทำกิจกรรมภายในชุมชนลดน้อยลง เหล่านี้ล้วนเป็นการเปลี่ยนแปลงในทางลบ ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด เกิดความขัดแย้งภายในครอบครัว เนื่องจากต้องใช้เวลาส่วนใหญ่ในการดูแลสามี

1.2.3 ทำงานหาเงินได้น้อยลง ภายหลังจากสามีเกิดการเจ็บป่วยในภาวะพึ่งพิงส่งผลให้ไม่สามารถช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันของตนเองได้เช่นเดิม ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ทำให้สูญเสียรายได้ของครอบครัวไป ภาระและความรับผิดชอบทั้งหมดจึงตกเป็นของภรรยาผู้ทำหน้าที่ในการดูแลสามี ซึ่งเปรียบเสมือนเป็นเสาหลักของครอบครัว ทั้งดูแลรับผิดชอบภายในบ้าน และหารายได้เพื่อใช้จ่ายภายในครอบครัวเป็นคนเดียว ส่งผลให้รายได้ลดน้อยลง

1.2.4 เหนื่อยมากขึ้น ทำทุกอย่างคนเดียว จากการเป็นคู่สามีภรรยา กลายมาเป็นผู้ดูแลส่งผลต่อความรับผิดชอบต่างๆ ที่ภรรยาต้องแบกรับ ทำให้เกิดความรู้สึกเหนื่อยล้า ทั้งทางร่างกายและจิตใจ จนบางครั้งเกิดความท้อแท้ที่จะดูแล ความเหนื่อยล้าจนทำให้เกิดความท้อแท้ที่เกิดจากหลายสาเหตุ เช่น ความเหนื่อยล้าจากการต้องรับผิดชอบงานหลายอย่างเพียงคนเดียว เหนื่อยกับการต้องควบคุมอารมณ์ของตนเองจากอารมณ์หงุดหงิดของสามี เหน็ดเหนื่อยจากการดูแลที่ใช้ระยะเวลายาวนาน จนทำให้ตนเองไม่มีเวลาส่วนตัว ในบางรายเหนื่อยจากการหารายได้ที่ไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่ายภายในครอบครัว เกิดความท้อแท้จนคิดพยายามฆ่าตัวตายเพื่อหลีกเลี่ยงปัญหาต่างๆ ที่รุมเร้า แต่เมื่อตั้งสติและคิดถึงความสุขของชีวิตคู่ในอดีตที่ผ่านมาจึงลี้ภัยความคิดเหล่านั้น

1.2.5 สุขภาพทรุดโทรม เมื่อสามีเจ็บป่วยในภาวะพึ่งพิง ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ กิจกรรมการดูแลเกือบทั้งหมดจึงตกเป็นหน้าที่ขอภรรยาในการดูแล เช่น อาบน้ำ เปลี่ยนเสื้อผ้าจัดเตรียมอาหาร ช่วยเหลือในการเคลื่อนย้ายลงรถเข็น พลิกตะแคงตัว ทำแผล เป็นต้น ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้ส่งผลกระทบทางด้านร่างกายกับผู้ดูแล เกิดอาการปวดเมื่อย ปวดหลัง ปวดไหล่ ปวดเข่า อีกทั้งผู้ดูแลอยู่ในวัยสูงอายุ อาการที่เกิดขึ้นเหล่านี้จึงเกิดได้ง่ายในวัยสูงอายุ และมีความรุนแรงมากกว่าผู้ดูแลในวัยอื่นๆ ในบางรายมีวิธีการแก้ไขปัญหาด้วยการนอนพัก ไปพบแพทย์ รวมถึงการนวดแผนไทย การใช้ลูกประคบ เพื่อบรรเทาอาการเหล่านั้น

ประเด็นที่ 2 การยอมรับและเรียนรู้เกี่ยวกับการเป็นผู้ดูแล

บทบาทในการดูแลสามีที่เจ็บป่วยในภาวะพึ่งพิง เป็นภาระงานที่หนัก ส่งผลกระทบทั้งทางร่างกายและจิตใจ การเข้าสังคม การดูแลอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานส่งผลให้ภรรยาผู้ดูแลเกิดความเหนื่อยล้า ความเครียด อารมณ์โมโห หงุดหงิด ดังนั้น ภรรยาจึงต้องปรับใจให้ยอมรับกับบทบาทในการเป็นผู้ดูแล เข้าใจและยอมรับกับอาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับสามี เรียนรู้การดูแลต่างๆ เช่น การทำแผล การเช็ดตัว ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก การดูแลสายสวนปัสสาวะ เป็นต้น

เพื่อให้การดูแลได้อย่างเหมาะสม ไม่เกิดการกระทำหรือคำพูดที่รุนแรงในระหว่างให้กิจกรรมการดูแล ซึ่งจากผลการศึกษาศาสามารถแบ่งออกได้เป็น 4 ประเด็นย่อย ดังนี้

2.1 ไม่มีใครเขาดูแลได้ดีเท่ากับเรา

การใช้ชีวิตอยู่ร่วมกันเป็นระยะเวลายาวนาน ทำให้เกิดความรักความผูกพันร่วมทุกข์ร่วมสุขด้วยกันมา ผ่านทั้งช่วงเวลาที่มีความสุขและช่วงเวลาที่มีความทุกข์ยาก ภรรยาจึงเป็นบุคคลที่เข้าใจและรู้ใจสามีมากที่สุด ภรรยาที่เป็นผู้ดูแลหลายรายกล่าวว่า เมื่อสามีเกิดการเจ็บป่วยขึ้น ภรรยาจึงเป็นบุคคลที่ทำหน้าที่ในการดูแลสามีได้ดีที่สุด โดยมองว่าไม่มีใครสามารถดูแลสามีได้ดีเท่ากับตนเองที่เป็นภรรยา

2.2 อยู่ด้วยกันมานานต้องดูแลกันจนจากกันไป

การตกลงใช้ชีวิตอยู่ร่วมกันของสามีภรรยา ยินยอมที่จะผ่านเรื่องราวทั้งความสุขและความทุกข์ต่างๆ มาด้วยกัน ดูแลช่วยเหลือกันมาตลอดจนถึงปัจจุบัน ความรักความผูกพันที่เกิดขึ้น ทำให้ภรรยา รู้สึกว่าการเป็นฝ่ายให้การดูแลด้วยความรักกับสามีในช่วงเวลาที่เจ็บป่วย ทำให้ตนเองมีความสุข ถึงแม้ว่าการเจ็บป่วยจะไม่สามารถหายขาดได้แต่ตนก็ยังยินดีที่จะเป็นผู้ดูแลสามีตลอดไปจนจากกัน

2.3 ยอมรับว่าต้องดูแลทุกอย่าง

จากชีวิตคู่กลายเป็นผู้ดูแลส่งผลต่อความรับผิดชอบต่างๆ ที่เกิดขึ้น ภรรยาที่ทำหน้าที่ดูแลต้องแบกรับกับภาระหน้าที่ที่เพิ่มมากขึ้น ทำให้เกิดความเครียด ความเหนื่อยล้า ภาระที่เพิ่มมากขึ้นได้แก่ การให้การดูแล การทำงานบ้าน ดูแลหลาน หารายได้ ซึ่งภาระหน้าที่เหล่านี้ภรรยาต้องยอมรับอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ภรรยาบางรายกล่าวว่า ทุกวันนี้ต้องทำทุกอย่าง ทำมากกว่าเดิม เพราะเราทำได้อยู่เพียงคนเดียว สามีก็ไม่สามารถช่วยตนเองได้ จึงต้องทำใจยอมรับกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น และพยายามทำหน้าที่นี้ให้ดีที่สุด แม้ว่าจะเหนื่อยหรือท้อแท้ ตนเองมองว่าเหนื่อยกายไม่เท่ากับเหนื่อยใจ

2.4 เรียนรู้เกี่ยวกับกิจกรรมการดูแล

เมื่อสามีเกิดการเจ็บป่วยในภาวะพึ่งพิง ภรรยาที่ทำหน้าที่ในการดูแลจึงต้องเป็นผู้ให้การดูแลสามีในเรื่องต่างๆ ซึ่งในบางกิจกรรมเป็นสิ่งที่ต้องเรียนรู้ใหม่ ภรรยาที่ดูแลสามีมีความพร้อมที่จะเรียนรู้เกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลเหล่านั้น เพื่อให้สามารถดูแลสามีได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้ ภรรยาผู้ดูแลบางรายกล่าวว่า เมื่อสามีเกิดการเจ็บป่วยตนเองมีความกังวลไม่กล้าที่จะทำกิจกรรมการดูแลต่างๆ ให้ แต่เมื่อมีพยาบาลมาสอนวิธีการดูแลแผล การอาบน้ำ เช็ดตัวให้ ตนก็สามารถดูแลผู้ป่วยได้

ประเด็นที่ 3 การเป็นผู้ดูแลในบริบทของภรรยา

ในบทบาทของสังคมไทยคาดหวังว่า ภรรยาจะต้องเป็นบุคคลที่ทำหน้าที่ดูแลสามี ดูแลงานบ้าน รวมถึงดูแลบุตร ทั้งในเวลาที่พักติและในเวลาเจ็บป่วย เมื่อสามีเกิดการเจ็บป่วยขึ้น ภรรยาจึงต้องทำหน้าที่ในการดูแลสามี อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ส่งผลให้เกิดความรับผิดชอบต่างๆ ที่เพิ่มมากขึ้น ในบริบทของภรรยาที่ให้การดูแลสามีนั้นอยู่ภายใต้ความรักความผูกพัน ความห่วงใย และมองว่าสามีเป็นคนดี สามารถอธิบายรายละเอียดได้ดังนี้

3.1 ดูแลด้วยความเห็นใจและห่วงใย

ถึงแม้การดูแลสามีที่เจ็บป่วยในภาวะพึ่งพิงเป็นภาระที่หนัก และยังคงคาดหวังจากสังคมในการเป็นผู้ดูแล แต่การดูแลที่เกิดขึ้นนั้นเกิดจากรักความผูกพันที่มีต่อกัน ช่วงชีวิตที่ผ่านมาล้วนเคยยากลำบากมาด้วยกัน หากตนเองทอดทิ้งสามีไปคงไม่มีใครที่จะสามารถดูแลด้วยความรัก ความเข้าใจ และเอาใจใส่ได้เท่าตนเอง ไม่ว่าจะยากลำบากเพียงใดก็จะอยู่ดูแลสามีตลอดไป เพราะการดูแลเกิดจากรักกันเป็นทุนเดิมจึงอยากให้การดูแล และอยากใช้ชีวิตร่วมกันต่อ ความห่วงใยเป็นอีกเหตุผลหนึ่งที่ทำให้ภรรยาที่ดูแลสามีที่เจ็บป่วยในภาวะพึ่งพิงยังคงใช้ชีวิตคู่อยู่ดูแลสามีได้ แม้สามีที่เจ็บป่วยในภาวะพึ่งพิงบางรายจะมีญาติพี่น้องที่ช่วยในการดูแลแต่ภรรยาส่วนใหญ่มีความห่วงใยว่าบุคคลอื่นที่ให้การดูแลอาจดูแลได้ไม่ดีเท่ากับตนเองที่เป็นภรรยาที่มีความใกล้ชิดสนิทสนม และเข้าใจสามีของตนเอง ทำให้เกิดความรู้สึกเป็นห่วงว่าถ้ามีตนเองอยู่คอยช่วยเหลือดูแลสามีแล้ว สามีจะสามารถใช้ชีวิตอยู่และเอาตัวรอดได้หรือไม่ และจะเกิดอะไรขึ้นกับผู้ป่วยบ้างในอนาคต

3.2 เพราะสามีเป็นคนดี

การให้การดูแลสามีที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงเป็นระยะเวลาเวลานาน การใช้ชีวิตคู่ที่มีความผูกพันกันมาอย่างยาวนานตลอดระยะเวลาหลายสิบปีจนมีบุตรด้วยกัน การระลึกถึงคุณงามความดีของสามีในอดีตที่ได้ช่วยเหลือเกื้อกูลกัน ดูแลเอาใจใส่และทำหน้าที่สามีเป็นอย่างดี ถึงแม้ว่าอาการเจ็บป่วยจะเป็นสาเหตุให้สามีไม่ได้ดูแลเอาใจใส่ตนเองเหมือนในอดีต แต่สิ่งเหล่านี้ไม่ได้บั่นทอนความรู้สึกหรือทำให้ตนเองหมดกำลังใจในการดูแลแต่อย่างใด กลับสร้างกำลังใจและเปลี่ยนมุมมองในการดูแลโดยการมองย้อนนึกถึงแต่สิ่งที่ดีๆ ที่สามีเคยมีให้ตนเพื่อให้ตนเองมีพลังที่จะให้การดูแลสามีซึ่งในอดีตเคยทำหน้าที่เป็นหัวหน้าครอบครัวที่ดี

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษาประสบการณ์ชีวิตของหญิงสูงวัยที่ดูแลสามีที่เจ็บป่วยในภาวะพึ่งพิง ผู้วิจัยขออภิปรายผลตามประเด็นที่ได้จากการศึกษา ดังต่อไปนี้ การให้ความหมายของการดูแลสามีที่เจ็บป่วยในภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วย 3 ประเด็นหลัก ดังนี้ 1) ความรักและความผูกพัน 2) ลำบากมาด้วยกันไม่อาจทอดทิ้งกัน 3) ช่วยเหลือเกื้อกูลกัน และการศึกษาประสบการณ์ชีวิตของหญิงสูงวัยที่ดูแลสามีที่เจ็บป่วยในภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วย 3 ประเด็นหลัก ดังนี้ 1) ชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป 2) การยอมรับและเรียนรู้เกี่ยวกับการเป็นผู้ดูแล 3) การเป็นผู้ดูแลในบริบทของภรรยา

การให้ความหมายของการดูแลสามีที่เจ็บป่วยในภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วย 2 ประเด็นหลัก ดังนี้

ประเด็นที่ 1 ดูแลด้วยความผูกพัน

ภรรยาที่ทำหน้าที่ดูแลสามีที่เจ็บป่วยในภาวะพึ่งพิงให้ความหมายของการดูแลสามีว่าการดูแลคือความรักความผูกพันที่มีต่อกันในอดีตที่ผ่านมา ซึ่งการดูแลที่เกิดขึ้นนั้นเกิดจากรักของภรรยาที่มีให้กับสามี การดูแลบนพื้นฐานของความรักทำให้เกิดความเข้าใจในอาการและปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นตลอดระยะเวลาที่ใช้ในการดูแล การดูแลสามีที่เจ็บป่วยในภาวะพึ่งพิงต้องอาศัยความรัก ความผูกพัน ความเข้าใจ อย่างลึกซึ้ง อันจะนำไปสู่การดูแลที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น เช่นเดียวกับ Watson (1985) ที่ได้อธิบายว่า การดูแลเป็นพฤติกรรมกรช่วยเหลือกันระหว่างบุคคลหนึ่งต่อบุคคลหนึ่ง (human to human service) ที่ทั้งผู้ให้และผู้รับการดูแลต่างฝ่ายต่างเข้าถึงความรู้สึกและสัมผัสถึงจิตใจซึ่งกันและกัน หรือที่เรียกว่า การดูแลที่เข้าถึงความรู้สึกของกันและกัน (transpersonal caring) การดูแลบนพื้นฐานของความรู้สึกที่คู่ชีวิตมีต่อกัน เป็นปัจจัยการดูแลหนึ่งที่จะช่วยส่งเสริมให้เกิดการดูแลในระดับที่เป็นการดูแลที่เข้าถึงความรู้สึกของบุคคล การใช้ชีวิตคู่อยู่ร่วมกันมาเป็นเวลานานทำให้เกิดความรักความผูกพัน (Hiew, Holford, Vijver & Liu, 2015) เมื่อได้ให้ความรักแก่กันในเวลาที่มีสามีเจ็บป่วย ทำให้ตนเองมีความสุขจากการเป็นฝ่ายให้ความรัก

อย่างไรก็ตามในการดูแลสามีที่เจ็บป่วยในภาวะพึ่งพิงเป็นการดูแลด้วยความรักความเข้าใจ ความสนใจต่อบุคคลหนึ่งอย่างแท้จริง มีความรู้สึกที่ดีให้กัน สร้างความสุขและความทุกข์ให้กันและกัน ร่วมทุกข์ร่วมสุขด้วยกันมา (คริสเตนเซน, 2556) สอดคล้องกับการศึกษาของ Shim & Barroso (2012) ที่พบว่า การที่ภรรยาดูแลสามีที่เจ็บป่วยนั้นเป็นการตอบแทนความรักที่เคยได้รับมาสัมผัสภาพที่ดีต่อกัน และมีความเต็มใจอย่างยิ่งที่จะให้การดูแลต่อไป

ประเด็นที่ 2 ลำบากด้วยกันมาต้องช่วยเหลือกันไป

การดูแลด้วยความรัก ความเอาใจใส่และความเข้าใจกัน เปรียบเสมือนสายใยครอบครัวที่ไม่อาจทอดทิ้งกัน การร่วมทุกข์ร่วมสุขด้วยกันมา ผ่านช่วงเวลาที่มีความสุขและช่วงเวลาที่มีความทุกข์ ความยากลำบากมาด้วยกันทำให้ไม่สามารถทอดทิ้งกันได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ แก้วตา มีศรี

(2554) ที่พบว่า การดูแลด้วยความรักความเอาใจใส่ และความเข้าใจ เปรียบเสมือนสายใยของครอบครัวที่ไม่อาจทอดทิ้งกันได้ ถึงแม้ว่าจะได้รับความยากลำบากในการดูแล แต่ยังคงให้การดูแลด้วยความรัก ความเอาใจใส่ ไม่ทอดทิ้งผู้ป่วย (Jungbauer et al., 2004) เช่นเดียวกับการศึกษาของ ขนิษฐา บำเพ็ญผล และคณะ (2551) ที่พบว่า ผู้ดูแลในครอบครัวที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยเป็นภาระที่หนัก และสร้างความเครียดต่อผู้ดูแล แต่สาเหตุที่ยังดูแลผู้ป่วยเพราะมีความรักความผูกพัน ไม่สามารถทอดทิ้งผู้ป่วยได้

การศึกษาประสบการณ์ชีวิตของหญิงสูงวัยที่ดูแลสามีที่เจ็บป่วยในภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วย 3 ประเด็นหลัก

ประเด็น 1 ชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป

เมื่อภรรยาได้รับบทบาทเป็นผู้ดูแลสามีที่เจ็บป่วยในภาวะพึ่งพิง ส่งผลให้การดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลงไปส่งผลกระทบต่อชีวิตคู่เป็นอย่างมาก โดยเฉพาะในช่วงแรกที่เกิดการเจ็บป่วย ผลกระทบที่เกิดขึ้นทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในความสัมพันธ์ระหว่างสามีภรรยา ทั้งในทางบวกและในทางลบ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นส่งผลให้ชีวิตคู่มีโอกาสเกิดการเปลี่ยนแปลงสูง โดยมีปัจจัยต่างๆ เช่น การเงิน สุขภาพ อาชีพการงาน ล้วนมีบทบาทสำคัญต่อการความเป็นสุขของชีวิตคู่ ซึ่งการดูแลสามีที่เจ็บป่วยในภาวะพึ่งพิงอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมที่เคยทำได้ เช่น การเข้าสังคม การมีเวลาส่วนตัว เพื่อให้การดูแลเป็นไปอย่างต่อเนื่อง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1.1 เปลี่ยนแปลงไปในทางบวก

จากการศึกษาของผู้ดูแลคือภรรยาที่ทำหน้าที่ในการดูแลสามีที่เจ็บป่วยจนไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ซึ่งต้องใช้เวลาในการดูแลที่ยาวนาน ส่งผลให้ความสัมพันธ์ระหว่างสามีภรรยาเป็นไปในทางที่ดีขึ้น มีความเข้าอกเข้าใจกัน เห็นอกเห็นใจกันมากขึ้น พุดคุยกันมากขึ้น ทะเลาะเบาะแว้งกันลดลง (Lown & McMahon, 2014) มีการศึกษาของ Lindau et.al (2011) พบว่า คู่สามีภรรยาที่ดูแลกันระหว่างการเจ็บป่วย มีสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างกัน มีความเห็นอกเห็นใจกัน เกิดความรักซึ่งกันและกัน เนื่องจากมีเวลาใกล้ชิดกันมากขึ้น (Family caregiver Alliance, 2012) รวมถึงการพุดคุยสื่อสารที่ดีระหว่างกัน นอกจากนี้ ยังมีการศึกษาของ Shim, Barroso & Davis (2012) พบว่า ภรรยาที่ดูแลสามีมีความรู้สึกพึงพอใจในการดูแล และสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสดีขึ้น ไม่รู้สึกว่าการดูแลเป็นภาระ

ดังนั้น การรับบทบาทในการดูแลของภรรยา ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางบวก ถึงแม้ว่าจะต้องเผชิญกับความยากลำบากในการดูแล แต่ภรรยาก็รู้สึกว่าการดูแลทำให้สัมพันธ์ภาพระหว่างตนเองกับสามีดีขึ้น เห็นอกเห็นใจกันมากขึ้น ทะเลาะเบาะแว้งกันลดลงจึงทำให้ไม่รู้สึกว่าการดูแลเป็นภาระ

1.2 เปลี่ยนแปลงไปในทางลบ

การรับบทบาทหน้าที่ในการเป็นผู้ดูแลที่ต้องให้การดูแลสามีที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงอย่างใกล้ชิด ทำให้ภรรยาไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมที่เคยทำได้ รวมถึงการสูญเสียรายได้ของครอบครัวไป ส่งผลให้ภาระความรับผิดชอบทั้งหมดตกเป็นของภรรยา ทั้งการรับผิดชอบงานบ้าน และหารายได้เพื่อใช้จ่ายภายในครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาของ Kitko & Hupceyn (2031) พบว่า การดูแลสามีที่เจ็บป่วย ส่งผลให้เกิดภาระงานที่เพิ่มมากขึ้น เช่น การดูแลจัดการภายในบ้าน การดูแลตนเอง รวมถึงการให้การดูแลอีกด้วย อีกทั้งยังพบว่าการดูแลสามีที่เจ็บป่วยในภาวะพึ่งพิงเป็นระยะเวลานาน ส่งผลให้เกิดความเหนื่อยล้า เครียด วิตกกังวล อาจส่งผลให้เกิดการดูแลที่ไม่มีประสิทธิภาพรวมถึงเกิดปัญหาสุขภาพตามมา สอดคล้องกับการศึกษาของ Cheung & Hocking (2004) พบว่า ดูแลเกิดความเครียด วิตกกังวล สุขภาพเสื่อมลง จากการที่ต้องดูแลผู้ป่วยในภาวะพึ่งพิงเป็นระยะเวลานาน และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ ศิราณี ศรีหาคาศ และคณะ (2556) พบว่า ผู้ดูแลมีภาระและผลกระทบทางด้านร่างกาย เกิดความเครียด ความวิตกกังวล เกิดความขัดแย้งภายในครอบครัว เหนื่อยล้า และเกิดปัญหาทางสุขภาพเพิ่มขึ้น จากการศึกษาที่ต้องรับบทบาทในการเป็นผู้ดูแล

ผลการศึกษาครั้งนี้ จึงมีความสอดคล้องกับภรรยาที่ดูแลสามีที่เจ็บป่วยในภาวะพึ่งพิง เมื่อภรรยาต้องรับบทบาทหน้าที่ในการดูแลเกือบตลอด 24 ชั่วโมง ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด ความเหนื่อยล้า มีปัญหาสุขภาพเพิ่มมากขึ้น หากได้รับการช่วยเหลือให้ผู้ดูแลมีเวลาส่วนตัว หรือเวลาได้ดูแลตนเอง อาจนำไปสู่การดูแลที่มีประสิทธิภาพได้

ประเด็นที่ 2 การยอมรับและเรียนรู้เกี่ยวกับการเป็นผู้ดูแล

บทบาทในการดูแลสามีที่เจ็บป่วยในภาวะพึ่งพิง เป็นภาระงานที่หนัก ส่งผลกระทบทั้งทางร่างกายและจิตใจ การเข้าสังคม การดูแลอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานส่งผลให้ภรรยาผู้ดูแลเกิดความเหนื่อยล้า ความเครียด อารมณ์โมโห หงุดหงิด จากบทบาทการเป็นผู้ดูแลได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิราณี ศรีหาคาศ และคณะ (2556) ที่พบว่าผลกระทบทางด้านอารมณ์ของผู้ดูแล ทำให้เกิดความวิตกกังวล เศร้า และอารมณ์เครียดที่รุนแรง ดังนั้น ภรรยาจึงต้องปรับใจให้ยอมรับกับบทบาทในการเป็นผู้ดูแล เรียนรู้วิธีการดูแล เพื่อให้การดูแลได้อย่างเหมาะสม ไม่เกิดการกระทำหรือคำพูดที่รุนแรงในระหว่างให้กิจกรรมการดูแล จากการศึกษาในครั้งนี้ภรรยาผู้ดูแลหลายรายทำความเข้าใจและยอมรับกับการเจ็บป่วยในภาวะพึ่งพิง ปรับใจยอมรับกับบทบาทการเป็นผู้ดูแลมากขึ้น ความสัมพันธ์ของสามีภรรยาเกิดความเห็นอกเห็นใจ มีความสุขในการใช้ชีวิตคู่ร่วมกัน ปรับตัวเข้าหากัน เกิดความเข้าใจซึ่งกันและกัน (Spanier, 1976) เมื่อสามีเจ็บป่วย ภรรยาจึงเป็นบุคคลที่ดูแลสามีได้เข้าอกเข้าใจกันมากที่สุด มองว่าการดูแลสามีนั้นไม่มีบุคคลใดสามารถดูแลได้ดีเท่ากับภรรยา

ในระยะแรกของการเจ็บป่วย ผู้ดูแลส่วนใหญ่เข้าใจและยอมรับกับอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับสามี แม้ว่าการดูแลอย่างต่อเนื่องอาจส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเหนื่อยล้าและความเครียด เกิดอารมณ์

หงุดหงิด โมโหได้ แต่เมื่อการดูแลดำเนินไปได้ในระยะเวลาหนึ่ง ผู้ให้ข้อมูลสามารถปรับตัว ปรับใจยอมรับกับบทบาทการเป็นผู้ดูแลมากขึ้นและสามารถดำเนินกิจกรรมการดูแลได้อย่างเหมาะสม

ประเด็นที่ 3 การเป็นผู้ดูแลในบริบทของภรรยา

การดูแลสามีที่เจ็บป่วยในภาวะพึ่งพิงเป็นภาระที่หนัก แต่การดูแลนั้นเกิดจากความรัก ความห่วงใย และความผูกพันที่มีต่อกัน ช่วงชีวิตที่ผ่านมาล้วนเคยยากลำบากมาด้วยกัน หากตนเองทอดทิ้งสามีไปคงไม่มีใครที่จะสามารถดูแลด้วยความรัก ความเข้าใจ และเอาใจใส่ได้เท่าตนเอง การใช้ชีวิตคู่อยู่ร่วมกันมาเป็นเวลานานทำให้เกิดความรักความผูกพัน (Hiew, Holford, Vijver & Liu, 2015) เมื่อได้ให้ความรักแก่กันในเวลาที่สามีเจ็บป่วย ทำให้ตนเองมีความสุขจากการเป็นฝ่ายให้ความรัก สอดคล้องกับการศึกษาของ ลัทธนา กิจรุ่งโรจน์ และคณะ (2551) ที่พบว่า การดูแลสามีที่เจ็บป่วยนั้นเป็นพันธกิจระหว่างคู่สามีภรรยาที่เกิดจากพลังของความรัก ความใกล้ชิด ความไว้วางใจตอบแทน บุญคุณ คุณงามความดีของกันและกัน การดูแลด้วยความรักความเข้าใจ ความสนใจต่ออีกฝ่ายหนึ่งอย่างแท้จริง มีความรู้สึกที่ดีให้กัน สร้างความสุขและความทุกข์ให้กันและกัน ร่วมทุกข์ร่วมสุขด้วยกันมา (คริสเตนเซน, 2556) สอดคล้องกับการศึกษาของ Shim & Barros (2012) ที่พบว่า การที่ภรรยาดูแลสามีที่เจ็บป่วยนั้นเป็นการตอบแทนความรักที่เคยได้รับมา สัมพันธภาพที่ดีต่อกัน และมีความเต็มใจอย่างยิ่งที่จะให้การดูแลต่อไป

ความห่วงใยเป็นอีกเหตุผลหนึ่งที่ทำให้ภรรยาที่ดูแลสามีที่เจ็บป่วยในภาวะพึ่งพิงยังคงใช้ชีวิตคู่อยู่ดูแลสามีได้ แม้สามีที่เจ็บป่วยในภาวะพึ่งพิงบางรายจะมีญาติพี่น้องที่ช่วยในการดูแลแต่ภรรยาส่วนใหญ่มีความห่วงใยว่าบุคคลอื่นที่ให้การดูแลอาจดูแลได้ไม่ดีเท่ากับตนเองที่เป็นภรรยาที่มีความใกล้ชิดสนิทสนม และเข้าใจสามีของตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ Tachibana (2018) ที่พบว่า ภรรยาต้องทำหน้าที่ในการดูแลสามีเป็นหลัก เนื่องจากมองว่าไม่มีใครรับบทบาทหน้าที่ในการดูแลได้ดีเท่ากับภรรยา ยังมีผู้ป่วยบางรายที่ไม่มีญาติพี่น้องคอยช่วยเหลือดูแลเอาใจใส่ ยิ่งทำให้ภรรยาเกิดความรู้สึกสงสารและห่วงใยอยากดูแลเอาใจใส่ให้สามีมีอาการที่ดีขึ้นต่อไป ความรู้สึกเป็นห่วงเป็นใยที่เกิดขึ้นนี้เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นจากการที่ภรรยาพบว่าสามียังไม่สามารถที่จะดูแลตนเองได้ในด้านต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การรับประทานยา เป็นต้น ทำให้เกิดความรู้สึกเป็นห่วงว่าถ้ามีตนเองอยู่คอยช่วยเหลือดูแลสามีแล้ว สามีจะสามารถใช้ชีวิตอยู่และเอาตัวรอดได้หรือไม่ และจะเกิดอะไรขึ้นกับผู้ป่วยบ้างในอนาคต

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการศึกษาในครั้งนี้มีประเด็นข้อค้นพบที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาระบบการดูแลและการปฏิบัติการพยาบาลต่อผู้ดูแลที่เป็นภรรยาของผู้ป่วยในภาวะพึ่งพิงในชุมชนหรือผู้ดูแลที่มีบริบทคล้ายกับกลุ่มผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

1. จากการศึกษาพบว่า ภรรยาที่ดูแลสามีที่เจ็บป่วยในภาวะพึ่งพิงต้องการการสนับสนุนจากครอบครัว เนื่องจากการดูแลที่ใช้ระยะเวลายาวนานส่งผลให้เกิด caregiver burden ได้ ดังนั้นจึงควรให้ความรู้และคำแนะนำต่อสมาชิกในครอบครัว ถึงปัญหาและการช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง สลับกันดูแลระหว่างผู้ดูแลหลักกับสมาชิกในครอบครัว เพื่อให้ผู้ดูแลหลักได้มีการพักผ่อน มีเวลาส่วนตัวเพิ่มมากขึ้น และลดการเกิดผลกระทบต่อผู้ดูแลลงได้

2. จากการศึกษาพบว่า ภรรยาที่ดูแลสามีที่เจ็บป่วยในภาวะพึ่งพิงต้องการกำลังใจจากคนรอบข้าง รวมถึงบุตรหลาน ดังนั้นจึงควรเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้ระบายความรู้สึก พุดคุยและให้คำปรึกษาในการจัดการปัญหาที่ถูกต้องและเหมาะสม สอนเทคนิคการสร้างความเข้มแข็งให้กับตนเอง หรืออาจจัดทำกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน (self-help group) ให้ผู้ดูแลที่เป็นภรรยาได้พบปะแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ในการดูแลซึ่งกันและกัน จัดกิจกรรมร่วมกันในชุมชนเพื่อสร้างทัศนคติทางบวกในการให้การดูแล นอกจากนี้บุคลากรทางการแพทย์ควรมีการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการช่วยส่งเสริมการประกอบอาชีพเพื่อให้เกิดรายได้และลดภาระของผู้ดูแล และบุคลากรทางการแพทย์ควรเสริมสร้างกำลังใจแก่ภรรยาผู้ดูแลเพื่อให้มองเห็นถึงคุณค่าจากการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยในภาวะพึ่งพิง เกิดแรงจูงใจในการดูแลผู้ป่วยต่อไป

3. จากการศึกษาพบว่าผู้ดูแลในวัยสูงอายุได้รับผลกระทบจากการเป็นผู้ดูแลมากกว่าวัยอื่น เนื่องจากวัยสูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมถอย เกิดอาการปวดเมื่อย จากการอุ้ม ยก พลิกตะแคงตัว หรือเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ดังนั้นพยาบาลที่ให้การดูแลผู้สูงอายุควรให้คำแนะนำ วิธีการดูแล การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยอย่างถูกต้องเพื่อลดการเกิดผลกระทบต่างๆ รวมถึงให้คำแนะนำการดูแลตนเอง การป้องกัน การส่งเสริมสุขภาพของตนเอง เพื่อไม่ให้เกิดปัญหาสุขภาพเพิ่มมากขึ้น อันจะนำไปสู่การดูแลที่มีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพครั้งนี้เป็นการศึกษาประสบการณ์ชีวิตของภรรยาที่ดูแลสามีที่เจ็บป่วยในภาวะพึ่งพิง ผลการวิจัยอาจนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานหรือเป็นแนวทางในการวิจัย เพื่อพัฒนาองค์ความรู้เกี่ยวกับการให้การดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง และสามารถนำผลการวิจัยไปใช้กับผู้ดูแลในครอบครัวที่มีบริบทคล้ายคลึงกันกับบริบทที่ทำการศึกษาในครั้งนี้ ดังนั้นในการศึกษาครั้งต่อไปควรมีการศึกษาเพิ่มเติม ดังต่อไปนี้

1. การศึกษาในรูปแบบการวิจัยเชิงปริมาณเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้การดูแลของภรรยาต่อสามีที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง
2. การพัฒนารูปแบบของการให้บริการทางสุขภาพของภรรยาผู้ดูแลได้อย่างเหมาะสม เนื่องจากผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงจำเป็นต้องมีคนดูแลอย่างใกล้ชิด และควรมีการช่วยเหลือในเรื่องสัมพันธภาพของชีวิตคู่เพื่อให้เกิดความเข้าใจและสามารถยอมรับบทบาทในการเป็นผู้ดูแลได้
3. การศึกษาถึงความหมายของประสบการณ์ชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยในภาวะพึ่งพิงเพื่อให้ได้องค์ความรู้ที่ครอบคลุมเพิ่มมากขึ้น

บรรณานุกรม

ภาษาไทย

- กรวิภา บุญเชื้อ. (2545). สถานภาพและบทบาทชายหญิงในสังคมไทย. *เอกสารการสอนชุด วิชา การศึกษามหาวิทยาลัยสุโขทัย* หน่วยที่ 3. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2553). *พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546*. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ: เทพเพ็ญวานิสัย.
- กัญญ์ฐิตา ศรีภา. (2555). การวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความในวิชาชีพพยาบาล. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 4(2), 1-18.
- แก้วตา มีศรี. (2554). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย).
- ชนิษฐา บำเพ็ญผล. (2551). การสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 58(1), 89-100.
- คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2559). *การกำหนดหลักเกณฑ์ เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ฉบับที่ 2)*. [pdf]. สืบค้นจาก <https://www.nhso.go.th/files/userfiles/file/Download/.../คู่มือ%20LTC%20.pdf>
- คริสเตนเซน, ซี., ออล์เวลธ์, เจ., และ ดิลลอน, เค. (2556). *ตั้งเป้าให้ทุกทิศ วัดชีวิตให้ทุกทาง* (พิชาน เอกวิทย์, ผู้แปล). กรุงเทพฯ: ดับบลิว พีเอส. (ต้นฉบับพิมพ์ปี 2012).
- คัทลียา รัตนวิมล. (2545). *ความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา : กรณีศึกษาในเขตเทศบาลเมืองจังหวัดสุโขทัย*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย).
- จันทนา เจริญเวช. (2556). ความเข้มแข็งอดทนด้านจิตใจกับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 27(1), 121-135.
- เจริญชัย หมั่นท้อ และ สุพรรณิพุลผล. (2559). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับบทบาทของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุจังหวัดนครพนม. *วารสารมหาวิทยาลัยนครพนม*, 6(1), 79-86.
- ชมพูนุท พรหมภักดี. (2556). การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย (Aging society in Thailand).

- [pdf]. สืบค้นจาก library.senate.go.th/document/Ext6078/6078440_0002.PDF
- ชวลิต สวัสดิ์ผล, รัชชชัย เฟื่องพินิจ, อัครเดช เสนานิกรณ และวารีย์ ศรีสุรพล. (2560). การดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือของไทย. *วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์ มจร*, 5, 387-405.
- ชาย โพธิสิตา. (2559). *ศาสตร์และศิลป์แห่งการวิจัยเชิงคุณภาพ*. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ: อัมรินทร์พรินติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- ณัชชภา หลงผาสุก, สุปรีดา มั่นคง และยุพาพินศิริโพธิ์งาม. (2561). ภาวะสุขภาพ และการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียง. *วารสารสภาการพยาบาล*, 33(2), 97-109.
- ณัฐกฤตา เขาวนัวรารักษ์ และรังสิมันต์ สุนทรไชยา.(2559). ประสบการณ์ของผู้ดูแลผู้สูงอายุในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 30(1), 110-122.
- ดิษนัย ทักศนพูนชัย.(2561). *โรคหลอดเลือดสมอง สาเหตุอัมพฤกษ์ อัมพาต*. [เว็บไซต์]. สืบค้นจาก <http://www.sikarin.com/content/detail/131/stroke> หรือ-โรคหลอดเลือดสมอง
- ถิรายุ ชุมสาย ณ อยุธยา. (2557). การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการตีความปรากฏการณ์และการนำไปใช้ในงานวิจัยด้านสถาปัตยกรรมภายใน ในประเทศไทย. *วารสารวิชาการคณะสถาปัตยกรรมศาสตร์ สจล*, 19: 51-63.
- ธิดารัตน์ มิ่งสมร. (2561). *การเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ*. [เว็บไซต์]. สืบค้นจาก <http://www.thaihealth.or.th/Content/41684.html>
- ธิดารัตน์ คณิงเพียร. (2556). ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. *วารสารกองการพยาบาล*, 40(1), 57-66.
- ฉิมมพร อาญาจงสวัสดิ์.(2560). *สถานะและบทบาทของสตรีไทยในยุคปัจจุบัน*. [เว็บไซต์]. สืบค้นจาก <http://gooffyaryachongsawat.blogspot.com/2017/06/blog-post.html>
- นงลักษณ์ เอ็มประดิษฐ์, ประทักษ์ ลิขิตเลอสรวง, มาตาลักษณ์ ออรุ่งโรจน์, วันทนี วาสิกะสินและสมบูรณ เกียรตินันท์. (2546). *ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับแพศศึกษา*. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

- นภาพร ชัยวรรณ. (2548). กลุ่มผู้สูงอายุที่เปราะบางในประเทศไทย. *วารสารประชากรศาสตร์*, 21(1), 1-24.
- นิชนันท์ สุวรรณกฎ. (2554). *ระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน : กรณีศึกษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศรีไค อำเภอลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยขอนแก่น).
- นิตยา ศรีสุข, จิราพร วัฒนศรีสิน และรัชชัช ทีปะปาล. (2560). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวในจังหวัดตรัง. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและสาธารณสุขสุขภาพใต้*, 14, 317-331.
- บุญวดี มนตรีกุล ณ ออยุธยา. (2559). บทบาทสตรี: ในมุมมองความยุติธรรมในสังคมไทย. *วารสารการบริหารปกครอง (Governance Journal)*, 5(2), 23-37.
- ประเสริฐ อัสสันตชัย. (2552). การเปลี่ยนแปลงทางสตรีวิทยาเนื่องจากความชรา. ใน วันชัย วนะชีวนาวิน, สุทิน ศรีอัญญาพร และ วันชัย เดชสมฤทธิธัย (บรรณาธิการ). *ตำราอายุรศาสตร์: โรคตามระบบ I*. (น. 753-773). กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน.
- เปค, เอ็ม. (2553). “ภาวะพึ่งพิง” (*Dependency*) (วิทยากร เชียงกุล, ผู้แปล). กรุงเทพฯ: ไร้มายก้อด. (ต้นฉบับพิมพ์ปี 1997).
- พรชัย ปานอ่อน. (2561). การกำหนดนโยบายการจดทะเบียนคู่ชีวิตในประเทศไทย. *วารสารบัณฑิตศึกษา: มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา*, 2(1), 113-127.
- พระมหาสมชาย ฐานวุฑโฒ. (2554). *มงคล ที่ ๑๓ สงเคราะห์ภรรยา (สามี)*. [เว็บไซต์]. สืบค้นจาก http://www.kalyanamitra.org/th/mngkhchiwit38_detail.php?page=102
- พัชรนันท์ ชัยชาญทิพยุทธ. (2559). *สภาพจิตใจที่เปลี่ยนแปลงไปเมื่อสูงวัยขึ้น*. [เว็บไซต์]. สืบค้นจาก <https://medium.com/@hah.team/สภาพจิตใจที่เปลี่ยนแปลงไปเมื่อสูงวัยขึ้น-dd5714accc1c>
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย(มส.ผส.). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2559*. นครปฐม: พรินท์เทอร์รี่.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย(มส.ผส.). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2560*. กรุงเทพฯ: เตือนตุลา.

ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. (2539). ญาติผู้ดูแลที่บ้าน:แนวคิดและปัญหาในการวิจัย. *รามาศิษย์พยาบาลสาร*, 2(1), 84-92.

รสรินทร์เกรย์, อุมาภรณ์ ภัทรวานิชย์, เฉลิมพล แจ่มจันทร์ และเรวดี สุวรรณพเก้า. (2556).

มโนทัศน์ใหม่ของนิยามผู้สูงอายุ : มุมมองเชิงจิตวิทยาสังคม และสุขภาพ. นครปฐม: เดือนตุลา. รัชนี นามจันทร์.(2552). การดูแลที่เน้นผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง:รูปแบบการบริการสุขภาพที่ท้าทาย.*วารสารสภาการพยาบาล*, 24(1),5-10.

ลัพณา กิจรุ่งโรจน์, ทิพาพร วงศ์หงส์กุล, ขวพรพรรณ จันท์ประสิทธิ์, วันดี สุทธิรังสี และ มาร์ลิน ซี โคเฮน. (2551).ประสบการณ์ของคู่สมรสผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอขณะได้รับรังสีรักษา.*Thai Journal of Nursing Research*, 12(3), 207-219.

วณิกา เจริญจิตตกุล. (2554). เพศสัมพันธ์ในผู้สูงอายุ Sexuality in Older Adults. *วารสาร มจร. วิชาการ*, 29(15), 95-112.

วรรณดี สุทธินรากร. (2561). *การวิเคราะห์ข้อมูลในงานวิจัยเชิงคุณภาพ*. กรุงเทพฯ: สยามปริทัศน์.

วิชัย โชควิวัฒน์. (2560). *การดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง*. [เว็บไซต์]. สืบค้นจาก <http://www.thaihealth.or.th/Content/35697-การดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง.html>

วิชัย เอกพลากร. (2557).*การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายพ.ศ.2557*.

พิมพ์ครั้งที่ 5. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

วีณา เทียงธรรม. (2547). การวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา ตามคิดของ Heidegger. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*. 22(1), 56-61.

ศรันยา แสงมณี, มณี อากานันท์กุล และ ยุพาพินศิริโพธิ์งาม. (2555). กรณีศึกษา: การปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ทำงานนอกบ้าน. *รามาศิษย์พยาบาลสาร*,18(1), 119-133.

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2551). ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว. ใน*การประชุมเวทีระดมความคิดเห็นต่อประเด็นนโยบายเรื่องระบบการดูแลและกำลังคนในการดูแลผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: ศูนย์ประชุมสถาบันวิจัยจุฬาภรณ์.

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร,ศิริพันธุ์สาส์ตย์, กนิษฐา บุญธรรมเจริญ, ลัดดา ดำริการเลิศ, อุบล หลิมสกุล และนางลักขณ์ พะไยยะ. (2552).*ระบบการดูแลระยะยาวและกำลังคนในการดูแลผู้สูงอายุ:*

- ทิศทางประเทศไทย. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย
- ศิริณี ศรีหาคาศ, โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณิศร เต็งรัง. (2556). *ผลกระทบและภาวะการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้วัฒนธรรมไทย*. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
- ศิริพร จิรวัดน์กุล. (2555). *การวิจัยเชิงคุณภาพทางการพยาบาล: ระเบียบวิธีวิจัยและกรณีศึกษา*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: วิทยพัฒน์.
- ศิริพันธุ์ สาสัตย์. (2554). *การพยาบาลผู้สูงอายุ ปัญหาที่พบบ่อยและแนวทางในการดูแล*. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: แอคทีฟพรินทร์.
- ศิริพันธุ์ สาสัตย์. (2555). *ผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุผู้ดูแลที่เป็นทางการ และแนวทางในการประกันคุณภาพในประเทศไทย*. กรุงเทพฯ: วิ พรินทร์.
- สายพิน เกษมกิจวัฒนา และปิยะภรณ์ ไพรสนธิ์. (2557). *ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง: กลุ่มเสี่ยงที่ไม่ควรมองข้าม*. *วารสารสภาการพยาบาล*, 29(4), 22-31.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2539). *ภาวะพึ่งพาในประชากรสูงอายุ. การสำรวจสภาวะสุขภาพ ครั้งที่ 2 พ.ศ.2539*, 142-150.
- สุปรีดา มั่นคง. (2557). *ญาติผู้ดูแล (Family Caregiver)*. [pdf]. สืบค้นจาก www.ns.mahidol.ac.th/.../ประชุมวิชาการ%20ผู้สูงอายุ/Family%20caregiver%20
- สุภาวดี พุฒิน้อย. (2556). *ผู้สูงอายุและกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุ*. [เว็บไซต์]. สืบค้นจาก <https://www.gotoknow.org/posts/551126>
- สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์. (2554). *การดูแลระยะยาวผู้สูงอายุกลุ่ม “พึ่งพิง”*. ใน กมล สุกีน (บรรณาธิการ). *4 มิติ สู่คุณภาพชีวิตผู้สูงวัยในชุมชน*. (น.23-53). กรุงเทพฯ: ที คิว พี.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2557). *การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2557*. กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์เจอร์นัล พับลิเคชั่น.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2563). *การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2557*. กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์เจอร์นัล พับลิเคชั่น.
- สำนักงานสถิติจังหวัดนครราชสีมา. (2563). *รายงานสถิติจังหวัดนครราชสีมา พ.ศ.2562*. นครราชสีมา: สำนักงานสถิติจังหวัดนครราชสีมา.
- สำนักงานราชบัณฑิตยสภา. (2554). *พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2554*. [เว็บไซต์].

สืบค้นจาก <http://www.royin.go.th/dictionary/>

อภิรติ พูลสวัสดิ์. (2560). การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ. [pdf]. สืบค้นจาก

<http://www.gj.mahidol.ac.th/th/wp-content/uploads/conference/2560/>

change.pdf

อรรวรรณ แพนคง. (2552). *การพยาบาลผู้สูงอายุ*. พิมพ์ครั้งที่ 3.นนทบุรี: โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก.

อารีย์ เสนาชัย. (2555). *การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ*. [เว็บไซต์]. สืบค้นจาก

<https://www.gotoknow.org/posts/32432>

อิรภัทร สุริยพันธุ์. (2552). *มโนทัศน์เรื่อง “เมีย” ในสังคมไทย พ.ศ. 2394-2478*. (วิทยานิพนธ์ มหาวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย).

อุมาพร ตรังคสมบัติ.(2545). *จิตวิทยาชีวิตคู่และการบำบัดคู่สมรส The psychology of marriage and marital therapy*. กรุงเทพฯ:ซานต้าการพิมพ์.

ภาษาอังกฤษ

Administration on Aging. (2012). *National Family Caregiver Support Program*.

[Webblock]. Retrieved from <http://www.aoa.gov/aoaprograms/hcltc/caregiver/>

index.aspx

Badr, H., & Taylor, C. L. C. (2006). Social constraints and spousal communication in lung cancer. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 15(8), 673-683.

Badr, H., Acitelli, L. K., & Taylor, C. L. C. (2008). Does talking about their relationship affect couples' marital and psychological adjustment to lung cancer?. *Journal of cancer survivorship*, 2(1), 53-64.

Badr, H., Carmack, C. L., Kashy, D. A., Cristofanilli, M., & Revenson, T. A. (2010). Dyadic coping in metastatic breast cancer. *Health Psychology*, 29(2), 169-180.

Barnsteiner, J., Disch, J. & Walton, M. (2014). *Person and Family Centered Care*. Sigma

Theta Tau International: USA.

Benner, P. (1994). *Interpretive Phenomenology*. Thousand Oak CA: SAGE.

Borg, B. M., Brenner, H. G., & Berry, D. (2014). *Is Your Relationship Real?* [Webblock].

Retrieved from <https://www.psychologytoday.com/us/blog/irrelationship>

Burton, L. C., Zdaniuk, B., Schulz, R., Jackson, S., & Hirsch, C. (2003). Transitions in spousal caregiving. *The Gerontologist*, 43(2), 230-241.

Cheung, J., & Hocking, P. (2004). Caring as worrying: the experience of spousal carers. *Journal of advanced nursing*, 47(5), 475-482.

Coombs, U. E. (2007). Spousal caregiving for stroke survivors. *Journal of Neuroscience Nursing*, 39(2), 112-119.

Dickson, A., O'Brien, G., Ward, R., Flowers, P., Allan, D., & O'Carroll, R. (2012).

Adjustment and coping in spousal caregivers following a traumatic spinal cord injury: an interpretative phenomenological analysis. *Journal of health psychology*, 17(2), 247-257.

Economic and Social Council. (2017). *Overview of trends in population ageing and related institutional responses in Asia and the Pacific*. [pdf]. Retrieved from

https://mipaa.unescapsdd.org/files/documents/E_ESCAP_MIPAA_IGM2_1%20%28English%29.PDF

Family Caregiver Alliance. (2012). *Caregiving for a Spouse—social, emotional and*

physical issues. [Webblock]. Retrieved from <https://www.caregiver.org/>

[caregiving-spouse-%E2%80%93-social-emotional-and-physical-issues](https://www.caregiver.org/caregiving-spouse-%E2%80%93-social-emotional-and-physical-issues)

Girgis A, Lambert S, Johnson C, Currow D. (2013). Physical, psychosocial, and economic burden of caring for people with cancer: a review. *American Society of Clinical Oncology*, 9(4), 197-202.

Greenwood, N., & Smith, R. (2016). The oldest carers: A narrative review and synthesis of the experiences of carers aged over 75 years. *Maturitas*, 94, 161-172.

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.
- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1994). *Competing Paradigm in Qualitative Research*. Thousand Oaks, CA: SAGE.
- Hagedoorn, M., Sanderman, R., Bolks, H. N., Tuinstra, J., & Coyne, J. C. (2008). Distress in couples coping with cancer: A meta-analysis and critical review of role and gender effects. *Psychological bulletin*, 134(1), 1-30.
- Heidegger, M. (1889). *The Oxford Handbook of Process Philosophy and Organization Studies*. Oxford University Press: England.
- Hiew, D. N., Halford, W. K., van de Vijver, F. J., & Liu, S. (2015). Relationship standards and satisfaction in Chinese, Western, and intercultural Chinese–Western couples in Australia. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 46(5), 684-701.
- 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. (1985). Family caregiving to the frail elderly. *Annual review of gerontology & geriatrics*, 5, 194-246.
- Hudson P., Quinn K., Kristjason L., Thomas T., Braithwaite M., Fisher J., et al. (2008). Evaluation of a psycho-educational group program for family caregivers in home-based palliative care. *Palliative Medicine*, 22(3), 270-280.
- Jungbauer, J., & Angermeyer, M. C. (2002). Living with a schizophrenic patient: A comparative study of burden as it affects parents & spouses. *Psychiatry*, 65, 110-123.
- Kim, Y., Carver, C. S., Shaffer, K. M., Gansler, T., & Cannady, R. S. (2016). Cancer caregiving predicts physical impairments: roles of earlier caregiving stress and

- being a spousal caregiver. *Cancer*, 121(2), 302-310.
- Kitko, L. A., & Hupcey, J. E. (2013). The work of spousal caregiving of older adults with end-stage heart failure. *Journal of gerontological nursing*, 39(7), 40-47.
- Lawn, S., & McMahon, J. (2014). The importance of relationship in understanding the experiences of spouse mental health carers. *Qualitative health research*, 24(2), 254-266.
- Li, Q. P., Mak, Y. W., & Loke, A. Y. (2013). Spouses' experience of caregiving for cancer patients: a literature review. *International Nursing Review*, 60(2), 178-187.
- Lim, Y. M., & Ahn, Y. H. (2003). Burden of family caregivers with schizophrenic patients in Korea. *Applied Nursing Research*, 16(2), 110-117.
- Lindau, S. T., Surawska, H., Paice, J., & Baron, S. R. (2011). Communication about sexuality and intimacy in couples affected by lung cancer and their clinical-care providers. *Psycho-Oncology*, 20(2), 179-185.
- Lopez, V., Copp, G., & Molassiotis, A. (2012). Male caregivers of patients with breast and gynecologic cancer: experiences from caring for their spouses and partners. *Cancer Nursing*, 35(6), 402-410.
- Maughan, K., Heyman, B., & Matthews, M. (2002). In the shadow of risk: How men cope with a partner's gynaecological cancer. *International Journal of Nursing Studies*, 39(1), 27-34.
- Meecharoen, Northouse, Sirapo-ngam & Monkong. (2013). Family caregivers for cancer patients in Thailand. *SAGE Open*, 3(3), 1-10.
- Mikulincer, M., Rydall, A., & WaBraun, M. A. (2007). Hidden morbidity in cancer: spouse caregivers. *J Clin Oncol*, 25(30), 4829-4834.
- Morse, J. M., & Field, P. A. (1995). *Qualitative research methods for health professionals (Vol. 2)*. Thousand Oaks, CA: SAGE publications.
- Mutch, K. (2010). In sickness and in health: experience of caring for a spouse with MS.

- British Journal of Nursing*, 19(4), 214-219.
- Nijboer, C., Tempelaar, R., Triemstra, M., van den Bos, G. A., & Sanderman, R. (2001). The role of social and psychologic resources in caregiving of cancer patients. *Cancer*, 91(5), 1029-1039.
- Oldenkamp, M., Hagedoorn, M., Slaets, J., Stolk, R., Wittek, R., & Smidt, N. (2016). Subjective burden among spousal and adult-child informal caregivers of older adults: results from a longitudinal cohort study. *BMC geriatrics*, 16(1), 208.
- Parker, G. (1992). Counting care: numbers and types of informal carers in carers. *Research & Practice*, edited by Twigg, J. London: HMSO.
- Parsons, T., & Bales, R. F. (2014). *Family: Socialization and Interaction Process*. London: Routledge.
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative evaluation and research methods*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications, inc.
- 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.
- Rodger D, O'Neill, Nugent L. (2015). Informal carers' experiences of caring for older adults at home: a phenomenological study. *British Journal of Community Nursing*, 20(6), 280-285.
- Rosland, A., Heisler, M. & Choi, H. (2010). Family Influences on Self-Management Among Functionally Independent Adults with Diabetes or Heart Failure: Do Family Members Hinder As Much As They Help?. *Chronic Illness*, 6(1), 22-33.
- Shim, B., Barroso, J., & Davis, L. L. (2012). A comparative qualitative analysis of stories of spousal caregivers of people with dementia: negative, ambivalent, and positive experiences. *International journal of nursing studies*, 49(2), 220-229.

- Sterba, K. R., Swartz, R. J., Basen-Engquist, K., Black, P. C., & Pettaway, C. A. (2011). Long-term quality of life after radical prostatectomy in wives of men in the postoperative adjuvant androgen deprivation trial. *Supportive Care in Cancer*, 19(8), 1117-1124.
- Tachibana, A. (2018). “ชีวิตแม่บ้านมืออาชีพกับการขาดทุน 200 ล้านบาท”. [เว็บไซต์]. สืบค้นจาก <https://anngle.org/th/j-lifestyle/japanmom.html>
- Thanakwang, K., Intersoll-Dayton, B., & Soonthorndhada, K. (2012). The relationships among family, friends and psychological well-being for Thai elderly. *Aging & mental health*, 16(8), 993-1003.
- Visser-Meily, A., van Heugten, C., Post, M., Schepers, V., & Lindeman, E. (2005). Intervention studies for caregivers of stroke survivors: a critical review. *Patient education and counseling*, 56(3), 257-267.



ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY





คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

สำนักงานสนับสนุนการศึกษาวิจัยทางคลินิก: ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา 49 ถ.ช้างเผือก ต.ในเมือง อ.เมือง จ.นครราชสีมา 30000

Maharat Nakhon Ratchasima Hospital Institution Review Board (MNRH IRB)

Clinical Research Support Office: Medical Education, Maharat Nakhon Ratchasima Hospital, 49 Chang Phueak Rd.,
Mueang District, Nakhon Ratchasima Province, 30000, THAILAND Tel. & Fax: +66 44 295614-5 Email: irb@mnrh.in.th

เลขที่ใบรับรอง 037/2019

เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในคน

โครงการวิจัยเรื่อง : ประสบการณ์ชีวิตของหญิงสูงวัยที่ดูแลสามีที่เจ็บป่วยในภาวะพึ่งพิง
ผู้วิจัย : นางสาวพันธมน สุภาวี
หน่วยงานที่สังกัด : สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ได้ผ่านการรับรองในแง่จริยธรรม โดยยึดหลักเกณฑ์ตามคำประกาศเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki) และหลักเกณฑ์การปฏิบัติการวิจัยทางคลินิกที่ดี (ICH-GCP) โดยให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องข้างต้นได้

โดยให้ผู้วิจัยรับเงื่อนไขที่เสนอต่อไปนี้

1. ให้ส่งรายงานความก้าวหน้าทุก 6 เดือน
2. ให้แจ้งคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนในกรณีที่แก้ไขเปลี่ยนแปลงโครงการวิจัยหรือหยุดโครงการก่อนกำหนด
3. รายงานเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ที่ร้ายแรงหรือที่ไม่คาดคิด
4. รายงานเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิด
5. รายงานข้อมูลข่าวสารที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนควรได้รับระหว่างดำเนินการวิจัย
6. ส่งรายงานฉบับสมบูรณ์เมื่อเสร็จสิ้นโครงการวิจัย

รับรองวันที่ : 16 พฤษภาคม 2562

หมดอายุวันที่ : 15 พฤษภาคม 2563

(ลายเซ็น)

(นายนิพัทธ์ สิมาชงว)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน

(นายชุตติเดช ตาบ-องครักษ์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
254 อาคารจามจุรี 1 ชั้น 2 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
โทรศัพท์: 0-2218-3202, 0-2218-3049 E-mail: eccu@chula.ac.th

119

COA No. 193/2562

ใบรับรองโครงการวิจัย

โครงการวิจัยที่ 122.1/62 : ประสบการณ์ชีวิตของหญิงสูงวัยที่ดูแลสามีที่เจ็บป่วยในภาวะพึ่งพิง
ผู้วิจัยหลัก : นางสาวพันธมน สุภารี
หน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้พิจารณา โดยใช้หลัก ของ Belmont Report 1979, Declaration of Helsinki 2013, Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOM) 2016, มาตรฐานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน (มคจค.) 2556, นโยบายแห่งชาติและแนวทางปฏิบัติการวิจัยในมนุษย์ 2558 อนุมัติให้ดำเนินการศึกษาวิจัย เรื่องดังกล่าวได้

ลงนาม พริศรา อธิวัฒน์
(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ปรีดา ทศนประดิษฐ์)
ประธาน

ลงนาม พริศรา อธิวัฒน์
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันท์ ชัยชนะวงศาโรจน์)
กรรมการและเลขานุการ

วันที่รับรอง : 28 กรกฎาคม 2562

วันหมดอายุ : 27 กรกฎาคม 2563

เอกสารที่คณะกรรมการรับรอง

- 1) โครงการวิจัย
 - 2) ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้เข้าร่วมในการวิจัย
 - 3) ผู้วิจัย
 - 4) แบบสอบถามและแนวคำถาม
- เลขที่โครงการวิจัย..... 122.1/62
วันที่รับรอง..... 28 ก.ค. 2562
วันหมดอายุ..... 27 ก.ค. 2563

เงื่อนไข

1. ข้าพเจ้ารับทราบว่าเป็นการสมัครจริยธรรม หากดำเนินการเก็บข้อมูลการวิจัยก่อนได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
2. หากใบรับรองโครงการวิจัยหมดอายุ การดำเนินการวิจัยต้องยุติ เมื่อต้องการต่ออายุต้องขออนุมัติใหม่ล่วงหน้าไม่ต่ำกว่า 1 เดือน พร้อมส่งรายงานความก้าวหน้าการวิจัย
3. ต้องดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ในโครงการวิจัยอย่างเคร่งครัด
4. ใช้เอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้เข้าร่วมในการวิจัย ใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้เข้าร่วมในการวิจัย และเอกสารเชิญเข้าร่วมวิจัย (ถ้ามี) เฉพาะที่ประทับตราคณะกรรมการเท่านั้น
5. หากเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงในสถานที่เก็บข้อมูลที่ขออนุมัติจากคณะกรรมการ ต้องรายงานคณะกรรมการภายใน 5 วันทำการ
6. หากมีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินการวิจัย ให้ส่งคณะกรรมการพิจารณาใบรับรองก่อนดำเนินการ
7. โครงการวิจัยไม่เกิน 1 ปี ส่งแบบรายงานสิ้นสุดโครงการวิจัย (AF 02-14) และบทคัดย่อผลการวิจัยภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น สำหรับโครงการวิจัยที่เป็นวิทยานิพนธ์ให้ส่งบทคัดย่อผลการวิจัย ภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น

AF 02-12



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
254 อาคารจามจรี 1 ชั้น 2 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
โทรศัพท์: 0-2218-3202, 0-2218-3049 F-mail: eccu@chula.ac.th

COA No. 213/2563

ใบรับรองโครงการวิจัย

โครงการวิจัยที่ 122.1/62 (1) : ประสบการณ์ชีวิตของหญิงสูงวัยที่ดูแลสามีที่เจ็บป่วยในภาวะพึ่งพิง
ผู้วิจัยหลัก : นางสาวพันธมน สุภารี
หน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ได้พิจารณา โดยใช้หลัก ของ Belmont Report 1979, Declaration of Helsinki 2013, Council for
International Organizations of Medical Sciences (CIOM) 2016, มาตรฐานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย
ในคน (มคจค.) 2560, นโยบายแห่งชาติและแนวทางปฏิบัติการวิจัยในมนุษย์ 2558 อนุมัติให้ดำเนินการศึกษาวิจัย
เรื่องดังกล่าวได้

ลงนาม.....
(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ปริดา ทักตนประดิษฐ์)
ประธาน

ลงนาม.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ระวีพันธ์ มิ่งภักดิ์)
กรรมการและเลขานุการ

วันที่รับรอง : 11 กันยายน 2563

วันหมดอายุ : 10 กันยายน 2564

เอกสารที่คณะกรรมการรับรอง

- 1) โครงการวิจัย
- 2) เอกสารข้อมูลสำหรับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและหนังสือแสดงความยินยอมของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
- 3) ผู้วิจัย
- 4) แบบสอบถามและแนวคำถาม



Date of Approval..... 11 ก.ย. 2563
Approval Expire Date..... 10 ก.ย. 2564

เงื่อนไข

1. ข้าพเจ้ารับทราบว่าเป็นการผิดจริยธรรม หากดำเนินการเก็บข้อมูลการวิจัยก่อนได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยฯ
2. หากใบรับรองโครงการวิจัยหมดอายุ การดำเนินการวิจัยต้องยุติ เมื่อต้องการต่ออายุต้องขออนุมัติใหม่ล่วงหน้าไม่ต่ำกว่า 1 เดือน พร้อมส่งรายงานความก้าวหน้าการวิจัย
3. ต้องดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ในโครงการวิจัยอย่างเคร่งครัด
4. ใช้เอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และเอกสารเชิญเข้าร่วมวิจัย (ถ้ามี) เฉพาะที่ประทับตราคณะกรรมการเท่านั้น
5. หากเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงในสถานที่เก็บข้อมูลที่ขออนุมัติจากคณะกรรมการ ต้องรายงานคณะกรรมการภายใน 5 วันทำการ
6. หากมีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินการวิจัย ให้ส่งคณะกรรมการพิจารณารับรองก่อนดำเนินการ
7. หากยุติโครงการวิจัยก่อนกำหนดต้องแจ้งคณะกรรมการฯ ภายใน 2 สัปดาห์พร้อมคำชี้แจง
8. โครงการวิจัยไม่เกิน 1 ปี ส่งแบบรายงานสิ้นสุดโครงการวิจัย (AF 01-15) และบทคัดย่อผลการวิจัยภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น สำหรับโครงการวิจัยที่เป็นวิทยานิพนธ์ให้ส่งบทคัดย่อผลการวิจัย ภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น
9. โครงการวิจัยที่มีหลายระยะ จะรับรองโครงการเป็นระยะ เมื่อดำเนินการวิจัยในระยะแรกเสร็จสิ้นแล้ว ให้ดำเนินการส่งรายงานความก้าวหน้า พร้อมโครงการวิจัยและเอกสารที่เกี่ยวข้องในระยะถัดไป
10. คณะกรรมการฯ สงวนสิทธิ์ในการตรวจเยี่ยมเพื่อติดตามการดำเนินการวิจัย
11. สำหรับโครงการวิจัยจากภายนอก ผู้บริหารส่วนงาน กำกับการดำเนินการวิจัย

เอกสารชี้แจงสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย (Patient/Participant Information Sheet)

ชื่อโครงการวิจัย	ประสบการณ์ชีวิตของหญิงสูงวัยที่ดูแลสามีที่เจ็บป่วยในภาวะพึ่งพิง
ผู้วิจัยหลัก	นางสาวพันธมน สุภารี นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
สถานที่ปฏิบัติงาน	หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อพื้นฟู โรงพยาบาลมหาสารคามราชธานี อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา
หมายเลขโทรศัพท์	ที่ทำงาน 044-235139, 044-235410 โทรศัพท์เคลื่อนที่ 089-4268435 (สามารถติดต่อได้ 24 ชั่วโมง)

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้คำยินยอมในการวิจัยประกอบด้วยคำอธิบาย ดังต่อไปนี้

- เหตุผลและความจำเป็นที่ต้องทำการศึกษาวิจัย

ในปัจจุบันประเทศไทยกำลังมีประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว และพบว่า ผู้สูงอายุกำลังเผชิญกับปัญหาเรื่องของคุณภาพ ผู้สูงอายุอยู่ในภาวะที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ หรือไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานได้ด้วยตนเอง อันเนื่องมาจากการเสื่อมถอยของอวัยวะหรือการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ผลกระทบของการเจ็บป่วยเหล่านี้อาจทำให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะทุพพลภาพหรือพิการอันจะนำไปสู่ภาวะพึ่งพิงได้ในที่สุด อีกทั้งยังพบว่าผู้สูงอายุเพศชายมีภาวะพึ่งพิงมากกว่าผู้สูงอายุเพศหญิง การที่ผู้สูงอายุอยู่ในภาวะพึ่งพิงทำให้ผู้สูงอายุต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในการใช้ชีวิตประจำวัน รวมถึงการช่วยเหลือในด้านต่างๆ ที่ผู้สูงอายุไม่สามารถปฏิบัติได้ อันจะส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ รวมทั้งเกิดภาระในการดูแลของบุคคลในครอบครัวเมื่อสามีเกิดการเจ็บป่วยหรืออยู่ในภาวะพึ่งพิงภรรยาจึงมีบทบาทสำคัญในการทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักให้การดูแลสามีที่อยู่ในวัยสูงอายุ ซึ่งผู้ดูแลที่อยู่ในวัยสูงอายุนั้นเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงกว่ากลุ่มอื่นๆ เนื่องจากมีความเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมถอยของระบบต่างๆ ของร่างกาย ดังนั้นการศึกษาประสบการณ์ของหญิงสูงวัยที่ดูแลสามีที่เจ็บป่วยในภาวะพึ่งพิง จึงเป็นโอกาสที่จะค้นหาข้อค้นพบต่างๆ ผ่านการบอกเล่าจากบุคคลที่อยู่ในเหตุการณ์ซึ่งประสบพบเจอด้วยตนเอง และสามารถนำองค์ความรู้ที่ได้มาประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการให้คำแนะนำ อันจะเป็นประโยชน์ต่อพยาบาลในเรื่องของการให้การดูแล ในฐานะพยาบาลด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ ไม่เพียงแต่ให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยแต่ยังต้องให้ความสำคัญกับผู้ดูแลเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีอีกด้วย

- วัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัย

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์ชีวิตของหญิงสูงวัยที่ดูแลสามีที่เจ็บป่วยในภาวะพึ่งพิง

- การเข้าร่วมโครงการวิจัยของท่านเป็นไปด้วยความสมัครใจ

การเข้าร่วมเป็นกลุ่มประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเป็นโดยสมัครใจ หากท่านไม่ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยครั้งนี้ได้ทุกขณะโดยไม่

มีผลกระทบใดๆ ทั้งในปัจจุบันและอนาคต และอาจถอนตัวออกจากโครงการได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบเช่นกัน

- จำนวนผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ หญิงสูงอายุที่ทำหน้าที่ดูแลสามีที่เจ็บป่วยในภาวะพึ่งพิงมีอายุ 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป และมีความเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยในภาวะพึ่งพิงในฐานะภรรยา จำนวน 10-15 ราย (หรือจนกว่าจะมีความอิ่มตัวของข้อมูล)

- ขั้นตอนการปฏิบัติตัวของผู้ให้ข้อมูล

หลังจากท่านได้เซ็นชื่อเป็นหลักฐานในใบยินยอมเพื่อเข้าร่วมโครงการวิจัย ท่านจะต้องให้ข้อมูลของท่านทั้งในอดีต และปัจจุบัน แก่ผู้วิจัยด้วยความสัตย์จริง หากมีความผิดปกติเกิดขึ้นในระหว่างที่เข้าร่วมโครงการวิจัยขอให้ท่านแจ้งผู้วิจัยทราบในทันที

- ระยะเวลาที่ผู้ให้ข้อมูลต้องเกี่ยวข้องในการศึกษาวิจัย

ผู้วิจัยจะทำการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล 1-2 ครั้ง/คน ใช้เวลาประมาณ 45-60 นาทีในแต่ละครั้ง โดยจำนวนครั้งของการสัมภาษณ์จะขึ้นอยู่กับความอิ่มตัวของข้อมูล

- ประโยชน์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นทั้งต่อผู้ให้ข้อมูลและต่อผู้อื่น

ท่านจะไม่ได้รับประโยชน์ใดๆ จากโครงการวิจัยในครั้งนี้ แต่ผลการศึกษาที่ได้จะทำให้บุคลากรทางสุขภาพมีความเข้าใจในประสบการณ์ชีวิตของหญิงสูงวัยที่ดูแลสามีที่เจ็บป่วยในภาวะพึ่งพิง และสามารถนำผลการวิจัยมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาแนวทางหรือรูปแบบการดูแลหญิงสูงวัยที่ดูแลสามีที่เจ็บป่วยในภาวะพึ่งพิง ในการปรับตัวต่อบทบาทของการเป็นผู้ดูแลได้อย่างถูกต้อง

- ค่าชดเชยการเดินทาง/ค่าเสียเวลา/ของที่ระลึกที่อาสาสมัครจะได้รับ

ในการเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนให้แก่ผู้ให้ข้อมูลหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

- การรักษาความลับ

ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม ส่วนที่เป็นข้อมูลส่วนตัวและข้อมูลอื่น ๆ ทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับท่านจะเก็บเป็นความลับ หากมีการเสนอผลงานวิจัยจะเสนอเป็นภาพรวม

- ชื่อ ที่อยู่ เบอร์โทรศัพท์ของผู้วิจัย

การติดต่อกับผู้วิจัยในกรณีมีปัญหา (ตลอด 24 ชั่วโมง) สามารถติดต่อกับผู้วิจัย คือ นางสาว พันธมน สุภารี เบอร์โทรศัพท์ 089-4268435

- แหล่งให้ข้อมูลหากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับสิทธิผู้ให้ข้อมูล

สำนักงานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา อาคารศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ชั้น 2 เบอร์โทรศัพท์ 044-235226

ใบยินยอมด้วยความสมัครใจ

ชื่อการวิจัย ประสบการณ์ชีวิตของหญิงสูงวัยที่ดูแลสามีที่เจ็บป่วยในภาวะพึ่งพิง (Lived Experience of Older Women Caring for Frail Dependent Elderly Spouse)

ข้าพเจ้า (นาง, นางสาว).....นามสกุล.....อายุ.....ปี ผู้เข้าร่วมโครงการ ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจาก ผู้ให้ข้อมูล ถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาที่ทำการวิจัย ขั้นตอนและวิธีการปฏิบัติตัวที่ข้าพเจ้าต้องปฏิบัติ ผลประโยชน์ที่ข้าพเจ้าจะได้รับ รวมทั้งการปกปิดข้อมูลเป็นความลับและการพิทักษ์สิทธิ์ในการเข้าร่วมโครงการวิจัย อย่างละเอียด และมีความเข้าใจดีแล้ว

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่างๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง ซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

และข้าพเจ้าสามารถถอนตัวจากการศึกษานี้เมื่อใดก็ได้ถ้าข้าพเจ้าปรารถนา โดยไม่เสียสิทธิ์ใดๆ ในการรับการรักษาพยาบาลที่จะเกิดขึ้นตามมาในโอกาสต่อไปทั้งในปัจจุบันและอนาคต ณ สถานพยาบาลที่เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับและจะเปิดเผยได้เฉพาะสรุปผลการวิจัย หรือการเปิดเผยข้อมูลต่อผู้มีส่วนที่ที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนและกำกับดูแลการวิจัยเท่านั้น

ข้าพเจ้าสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ที่ นางสาวพันธมน สุภารี โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา เบอร์โทรศัพท์ 089-4268435

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้น และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ และหลังจากลงนามแล้ว ข้าพเจ้าจะได้รับสำเนาของเอกสารฉบับนี้เก็บไว้ 1 ชุด

ลงนามผู้ให้ข้อมูล (ผู้ยินยอม)

(.....)

(วันที่ เดือน พ.ศ.)

ลงนามพยาน

(.....)

(วันที่ เดือน พ.ศ.)

ลงนามผู้สัมภาษณ์

(.....)

(วันที่ เดือน พ.ศ.)



เลขที่.....

แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

ชื่อ-สกุลผู้ให้ข้อมูล.....นามสมมติ/รหัส.....

อายุ.....ปี ศาสนา..... ระดับการศึกษา.....

วัน/เดือน/ปี ที่สัมภาษณ์ ครั้งที่ 1.....เวลา.....

ครั้งที่ 2.....เวลา.....

ครั้งที่ 3.....เวลา.....

สถานที่.....

อาชีพก่อนเป็นผู้ดูแล.....อาชีพปัจจุบัน.....

จำนวนบุคคลที่อาศัยอยู่ภายในบ้านเดียวกัน.....คน

ประกอบด้วย.....

รายได้ครอบครัวเฉลี่ย.....บาท/เดือน

ความเพียงพอของรายได้ () เพียงพอ () ไม่เพียงพอ

แหล่งที่มาของรายได้.....

โรคประจำตัว.....

สวัสดิการในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย.....

ระยะเวลาในการดูแลสามีที่เจ็บป่วยในภาวะพึ่งพิงจำนวน.....ปี.....

เดือน

ระยะเวลาที่ใช้ในการดูแล.....ชั่วโมง/วัน

ประสบการณ์ในการดูแล () มี.....ปี เป็นโรค.....

() ไม่มี

เลขที่.....

บันทึกภาคสนาม

การสัมภาษณ์ครั้งที่.....วันที่.....เวลา.....

สถานที่ในการสัมภาษณ์.....

การสังเกตที่ได้ (สภาพแวดล้อม อากัปกริยา ท่าทาง ปัญหา และความรู้สึกที่เกิดขึ้น).....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

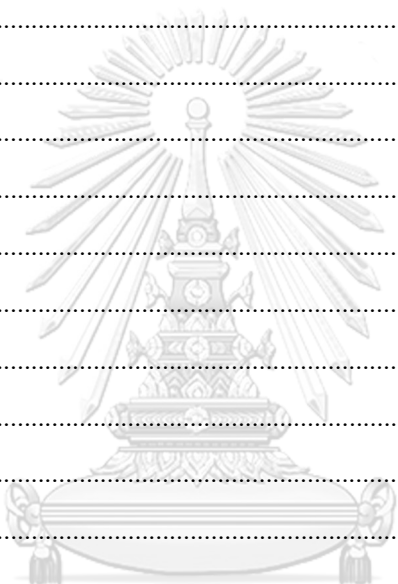
.....

.....

.....

.....

.....



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ผู้บันทึกข้อมูล.....

วัน/เดือน/ปี.....เวลา.....

เลขที่.....

แบบบันทึกการถอดความหมายและการใส่รหัสเบื้องต้น

การสัมภาษณ์ครั้งที่.....วันที่.....เวลา.....
 สถานที่ในการสัมภาษณ์.....

ลำดับที่ (บรรทัด)	ข้อความ	การถอดรหัส
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		

แนวคำถามการสัมภาษณ์

แนวทางการสัมภาษณ์สร้างจากวัตถุประสงค์และแนวคิดในการวิจัย เป็นแนวคำถามกว้างๆ ซึ่งประกอบด้วยคำถามเกริ่นนำที่ชักถามเรื่องต่างๆ ไปเพื่อเริ่มการสัมภาษณ์ คำถามหลักที่นำเข้าสู่ประเด็นที่ต้องการศึกษาและคำถามรองที่ช่วยให้ผู้ให้ข้อมูลให้รายละเอียดของข้อมูลที่ลึกขึ้น อย่างไรก็ตามคำถามที่ใช้ไม่มีการกำหนดตายตัว สามารถยืดหยุ่นได้ตามสถานการณ์ในการสัมภาษณ์ ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 45-60 นาที โดยมีแนวคำถามในแต่ละระยะ ดังนี้

ประเด็นปัญหาที่ต้องการศึกษา

- ลักษณะ/บทบาทในการเป็นผู้ดูแล
- ผลกระทบจากการเป็นผู้ดูแล (ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคมและเศรษฐกิจ)

ขั้นเริ่มการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยพูดคุยและชักถามเรื่องต่างๆ ไป เพื่อสร้างสัมพันธภาพ

1. วันนี้คุณรู้สึกเป็นอย่างไรบ้าง
2. บ้านหลังนี้พักติดอยู่กับกี่คน มีใครบ้างคะ
3. คุณแต่งงานกันมากี่ปีแล้วคะ มีบุตรด้วยกันกี่คน
4. ปีนี้คุณอายุเท่าไรคะ แล้วสามีอายุเท่าไร
5. ตอนนี้สุขภาพของคุณเป็นอย่างไรบ้างคะ
6. วันนี้เราจะคุยกันเกี่ยวกับเรื่องการดูแลสามีของคุณ พร้อมทั้งจะคุยกันไหมคะ

ขั้นเข้าสู่ประเด็นการสัมภาษณ์ ประกอบด้วยคำถามหลัก และคำถามรอง เป็นคำถามที่มีความยืดหยุ่น สามารถปรับเปลี่ยนได้ตามข้อมูลจากการสัมภาษณ์

คำถามหลัก

1. คุณเริ่มให้การดูแลสามีที่เจ็บป่วยตั้งแต่เมื่อไรคะ แล้วสามีคุณป่วยเป็นอะไรคะ
2. หลังจากที่สามีเจ็บป่วย ส่งผลกับตัวผู้ป่วย/ตัวคุณ/ครอบครัว อย่างไรบ้างคะ
3. อะไรที่ทำให้คุณต้องมารับบทบาทในการเป็นผู้ดูแลสามีคะ
4. เมื่อคุณต้องมาเป็นผู้ดูแลสามี คุณมีความรู้สึกอย่างไรบ้างคะ
5. หลังจากที่คุณเป็นผู้ดูแลสามี ชีวิตของคุณมีการเปลี่ยนแปลงอย่างไรบ้าง/ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของท่านอย่างไร
6. การที่ต้องเป็นผู้ดูแลส่งผลต่อคุณอย่างไรบ้าง และคุณมีวิธีการอย่างไร
7. คุณคิดว่าการเป็นผู้ดูแลวัยสูงอายุและต้องดูแลสามีที่เจ็บป่วยนั้น ทำให้คุณมีการเปลี่ยนแปลงอย่างไร
8. การดูแลสามีที่เจ็บป่วย ในความรู้สึกของคุณมีความหมาย หรือความสำคัญกับตัวคุณอย่างไร

9. อะไรที่ทำให้คุณยังคงดูแลสามีต่อไป แม้ว่าการดูแลผู้ป่วยจะเป็นประสบการณ์ที่หนักหน่วงสำหรับคุณ

10. ชีวิตคู่ของคุณเปลี่ยนแปลงอย่างไรบ้าง จากการที่ต้องดูแลสามีที่เจ็บป่วย/คุณรู้สึกอย่างไร

11. คุณทำงานประจำ หรือมีกิจกรรมอื่นๆ ที่ต้องรับผิดชอบนอกเหนือจากการดูแลสามีหรือไม่ อย่างไร

คำถามรอง

1. ที่คุณเล่ามา.....ช่วยอธิบายให้ฟังอีกหน่อยเกี่ยวกับ.....

2. เพราะอะไรถึงรู้สึกแบบนี้

3. ที่คุณเล่าว่า.....หมายความว่าอย่างไรคะ

4. คุณช่วยเล่าเพิ่มเติมเกี่ยวกับ.....(ประเด็นที่ต้องการ)

ขั้นปิดการสนทนา ผู้วิจัยจะค่อยๆ เปลี่ยนหัวข้อการสนทนาเป็นเรื่องทั่วๆ ไป เพื่อให้ความรู้สึกและอารมณ์ของผู้ให้ข้อมูลผ่อนคลาย

1. คุณมีอะไรอยากจะเล่าเพิ่มเติม นอกเหนือจากที่เล่ามาอีกบ้างไหมคะ

2. คุณมีข้อสงสัยอะไรอยากจะซักถามผู้วิจัยบ้างไหมคะ

จากนั้นผู้วิจัยกล่าวขอบคุณและปิดการสนทนา

เครื่องมือดัชนีบาร์เธลเอทีแอล (The Barthel Activities of Daily Living : ADL)

ประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ

1. Feeding (รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสารไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า)
 - 0. ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนให้
 - 1. ตักอาหารเองได้ แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนตักเตรียมไว้ให้หรือตัดเป็นเล็ก ๆ ไว้ล่วงหน้า
 - 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 หรือใช้คนทั่วไป 2 คนพยุงหรือดันขึ้นมาจึงจะนั่งอยู่ได้
 - 2. ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตาม หรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย
 - 3. ทำได้เอง
4. Toilet use (ใช้ห้องน้ำ)
 - 0. ช่วยตัวเองไม่ได้
 - 1. ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้ หลังจากเสร็จธุระ) แต่ต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่ง
 - 2. ช่วยตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมเองได้ ทำความสะอาดได้เรียบร้อยหลังจากเสร็จธุระถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)
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 รูดซิป หรือใช้เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)

7. Stairs (การขึ้นลงบันได 1 ชั้น)

0. ไม่สามารถทำได้
1. ต้องการคนช่วย
2. ขึ้นลงได้เอง (ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น walker จะต้องเอาขึ้นลงได้ด้วย)

8. Bathing (การอาบน้ำ)

0. ต้องมีคนช่วยหรือทำให้
1. อาบน้ำเองได้

9. Bowels (การกลั่นถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา)

0. กลั่นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ
1. กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์)
2. กลั่นได้เป็นปกติ

10. Bladder (การกลั่นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา)

0. กลั่นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลเองได้
1. กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง)
2. กลั่นได้เป็นปกติ

คะแนนรวมทั้งหมด.....คะแนน (คะแนนเต็ม 20 คะแนน)

เกณฑ์การวัดคะแนน

ระดับคะแนน	การแปลผล
0-4 คะแนน	ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองไม่ได้ ภาวะพึ่งพิงโดยสมบูรณ์
5-8 คะแนน	ภาวะพึ่งพิงรุนแรง
9-11 คะแนน	ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้างภาวะพึ่งพิงปานกลาง
12-20 คะแนน	ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ไม่ใช่ภาวะพึ่งพิง



ภาคผนวก ค
แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลหลักและผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง
และรายละเอียดผู้ให้ข้อมูลทั้ง 14 ราย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ตารางที่ 3 แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลหลักและผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง

		ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูลหลัก					ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง			
ID	อายุ (ปี)	โรคประจำตัว	ระดับการศึกษา	ระยะเวลาที่ใช้ในการดูแล (ชั่วโมง/วัน)	ประสบการณ์ในการดูแล	ลักษณะทั่วไป	ADL	อายุ (ปี)	สถานะปัจจุบัน	ADL
1	75	ไม่มี	ประถมศึกษาปีที่ 4	10	ไม่มี	มีรูปร่างแข็งแรงกว่าสามี มีอาการปวดหลัง ปวดขา เดินลำบาก นอนไม่ค่อยหลับ	20	88	ป่วยด้วยโรคหัวใจ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ปวดหลัง ขาทั้ง 2 ข้างอ่อนแรง เดินด้วย walker ในระยะใกล้ๆ ช่วยเหลือตนเองได้น้อย ปัสสาวะเองใส่ baginal ไม่มีแผลกดทับ	11
2	79	DM, HT	ไม่ได้เรียนหนังสือ	15	ไม่มี	มีรูปร่างอ้วนตัวใหญ่ มีอาการปวดขาทั้ง 2 ข้าง	19	83	ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง เดินไม่ได้มา 3 ปี ขาทั้ง 2 ข้างอ่อนแรง เดินด้วย walker ในระยะใกล้ๆ ปัสสาวะตัวเอง ไม่มีแผลกดทับ	10
3	72	ไม่มี	ปริญญาตรี	19	ไม่มี	มีรูปร่างแข็งแรงกว่าสามี เดินหลังค่อม เวลาเดินจะเอียงไปทางด้านขวาเล็กน้อย มีอาการปวดขา ปวดหลัง นั่งหรือเดินนานๆ ไม่ได้	19	78	ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง เกาต์ เดินไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองได้น้อย ขา 2 ข้างอ่อนแรง ใส่สายสวนปัสสาวะไว้ สามารถลุกนั่งบนเตียงได้โดยมีคานช่วยพยุง ไม่มีแผลกดทับ	6

ข้อมูลส่วนตัวบุคคลของผู้ให้ข้อมูลหลัก		ข้อมูลส่วนตัวบุคคลของผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง								
ID	อายุ (ปี)	โรคประจำตัว	ระดับการศึกษา	ระยะเวลาที่ใช้ในการดูแล (ชั่วโมง/วัน)	ประสบการณ์ในการดูแล	ลักษณะทั่วไป	ADL	อายุ (ปี)	สถานะปัจจุบัน	ADL
4	61	Asthma	ประถมศึกษาปีที่ 4	15	ไม่มี	มีลักษณะตัวเล็กกว่าสามี มีอาการเดินลำบาก ปวดหลัง เวลาลุกเดินต้องใช้ไม้เท้าบริเวณ เอวข้างขวา ปวดขาข้างขวา	20	67	ป่วยด้วยโรค CA Pennis มากกว่า 10 ปี on Urethostomy ไว้ มีแผลบริเวณ Pennis แผล ซึมเล็กน้อย การรับรู้ปกติ ตาข้างซ้ายมีต้อเนื้อ มองเห็นไม่ชัดจน ขาทั้ง 2 ข้างอ่อนแรง เดินไม่ได้ โดยมีคนช่วยพยุง	11
5	64	HT	ประถมศึกษาปีที่ 4	15	ไม่มี	มีรูปร่างอ้วน ตัวใหญ่กว่าสามี มีอาการปวดเข้าทั้ง 2 ข้าง เดินลำบาก	20	68	ป่วยด้วยโรค CA Bladder ประมาณ 1 ปี on Ileal conduit ไว้ที่หน้าท้อง มีแผลบริเวณหน้าท้อง แผลแดงดีไม่มีขอบชิด การรับรู้ปกติ ตาข้างขวาบอดสนิท ซ้ำซ้ายมองเห็นชัดเจน ขาทั้ง 2 ข้างอ่อนแรง สามารถเดินได้โดยมีคนช่วยพยุง	9
6	67	HT	ปริญญาตรี	17	ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 46 ปี	มีอาการเดินลำบาก ปวดหลัง รูปร่างลักษณะตัวเล็กกว่าสามี	20	72	ป่วยด้วยโรคไต ระยะเวลา 2 ปี 7 เดือน on Placement of long term hemodialysis catheter (Permcath) ไว้สำหรับล้างไตที่หน้าอกด้านซ้าย มีแผลบริเวณหน้าอกด้านซ้าย แผลไม่ซึม การรับรู้ปกติ ไม่มีอาการหลงลืม	10

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูลหลัก		ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง								
ID	อายุ (ปี)	โรคประจำตัว	ระดับการศึกษา	ระยะเวลาที่ใช้ในการดูแล (ชั่วโมง/วัน)	ประวัติการเจ็บป่วยในการดูแล	ลักษณะทั่วไป	ADL	อายุ (ปี)	สถานะปัจจุบัน	ADL
									มองเห็นชัดเจน มีอาการหน้าบวม ขาทั้ง 2 ข้าง บวม สามารถเดินได้ในระยะสั้นๆ เนื่องจากมีอาการเหนื่อย และทรงตัวได้ไม่ค่อยดี ลักษณะตัวม้วนลง พุง ตัวใหญ่กว่าผู้ดูแล	
7	82	DM	ประถมศึกษาปีที่ 2	15	ดูแลผู้ป่วย COPD ระยะเวลา 1 ปี	มีอาการปวดหลังเดินลำบาก ปวดไหล่ข้างขวา ปวดขาทั้ง 2 ข้าง รูปร่างลักษณะตัวม้วน ตัวเล็กกว่าสามี	19	87	ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เป็นระยะเวลา 6 ปี การรับรู้ปกติ มุมปากด้านซ้ายเบี้ยวเล็กน้อย มีแผลกดทับบริเวณก้นกับเกรด 2 เส้นผ่านศูนย์กลางประมาณ 2 ซม. แผลแห้งดี ปัสสาวะใส่แอมเพ็ส ไม่สามารถกลืนปัสสาวะ อุจจาระได้ ก็ล้มเมื่อเขมและขาซีกซ้ายอ่อนแรง เขนข้างขวาเกรด 1 ขาขวาก่าหลังปกติ สามารถเดินได้ในระยะสั้นโดยมีคนช่วยพยุงและใส่อุปกรณ์ช่วยเดิน (KAFO) ทรงตัวได้ไม่ค่อยดี รูปร่างผอมสูง ตัวใหญ่กว่าผู้ดูแล	4

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูลหลัก		ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง								
ID	อายุ (ปี)	โรคประจำตัว	ระดับการศึกษา	ระยะเวลาที่ใช้ในการดูแล (ชั่วโมง/วัน)	ประสบการณ์ในการดูแล	ลักษณะทั่วไป	ADL	อายุ (ปี)	สถานะปัจจุบัน	ADL
8	72	-ต่อกระดูก ตาทั้ง 2 ข้าง -ก่าด้	ประถมศึกษาปีที่ 4	15	ไม่มี	มีรูปร่างท้วม ตัวใหญ่กว่าสามี การมองเห็นไม่ชัดเจน เดินค่อนข้างลำบาก มีอาการปวดขาทั้ง 2 ข้าง ปวดข้อเท้าทั้ง 2 ข้าง ปวดหลัง	19	78	ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เป็นระยะเวลา 15 ปี การรับรู้ปกติ ไม่มีอาการหลงลืม มองเห็นปกติ กล้ามเนื้อแขนทั้ง 2 ข้างกำลังปกติ ขาทั้ง 2 ข้างอ่อนแรง สามารถเดินได้โดยใช้ walker และคนช่วยพยุงในระยະสั้นๆ การทรงตัวได้ไม่ดี รูปร่างผอมสูง ตัวเล็กกว่าผู้ดูแล	7
9	79	ไม่มี	ประถมศึกษาปีที่ 4	15	ไม่มี	มีอาการตาพร่ามัวทั้ง 2 ข้าง ข้างซ้ายมากกว่าข้างขวา เดินลำบาก ปวดหลังเดินไกลไม่ได้ หลังค่อม รูปร่างผอมกว่าสามี หน้าตาอิดโรย	18	83	ป่วยด้วยโรค Alzheimer เป็นระยะเวลา 1 ปี 3 เดือน รูปร่างผอม สูง ตัวใหญ่กว่าผู้ดูแล ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง มีอาการ agitation บ่อยครั้ง ในเวลากลางคืนนอนไม่หลับ มักหายออกจากบ้านบ่อยครั้ง สามารถปีนส้วม ออกจากระเบียง	10
10	68	DM, HT	ประถมศึกษาปีที่ 4	15	ไม่มี	มองเห็นไม่ชัดเจน ตาข้างขวามีอาการตาพร่ามัว เดินลำบาก มีอาการปวดขาทั้ง 2 ข้าง	19	72	ป่วยด้วยโรคเส้นเลือดในสมองตีบ และความดันโลหิตสูง เป็นระยะเวลา 10 ปี มีอาการแขนขา ซีกขวาอ่อนแรง สามารถลุกนั่งหรือเดินได้ใน	8

ข้อมูลส่วนตัวบุคคลของผู้ให้ข้อมูลหลัก		ข้อมูลส่วนตัวบุคคลของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง								
ID	อายุ (ปี)	โรคประจำตัว	ระดับการศึกษา	ระยะเวลาที่ใช้ในการดูแล (ชั่วโมง/วัน)	ประสบการณ์ในการดูแล	ลักษณะทั่วไป	ADL	อายุ (ปี)	สถานะปัจจุบัน	ADL
						สามารถปั่นจักรยานได้ในระยะใกล้ๆ มีรูปร่างลักษณะผอมตัวเท่ากับสามี			ระยะใกล้ๆ โดยมีคนคอยช่วยพยุง มุมปากด้านขวาเบี้ยว ตาข้างขวาแดง (เส้นเลือดในตาแตก) ตาข้างซ้ายพร่ามัวจากต้อกระจก รูปร่างผอม ร่างกายมีกลิ่นเหม็น ภายในบริเวณห้องนอนมีกลิ่นอับชื้น	
11	78	DLP, HT	ประถมศึกษาปีที่ 4	16	ไม่มี	มีอาการปวดหลัง เดินหลังค่อม ปวดขาทั้ง 2 ข้าง ปวดแขนข้างขวา รูปร่างลักษณะผอมสูง ตัวใหญ่กว่าสามี	20	84	ป่วยด้วยโรคเส้นเลือดสมองตีบ เป็นระยะเวลา 13 ปี ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ แขนและขาทั้ง 2 ข้างอ่อนแรง กลับปัสสาวะอุจจาระไม่ได้ ใส่แพนเทสไว้ตลอดเวลา มีแผลกดทับบริเวณก้น กบเกรด 2 เส้นผ่านศูนย์กลาง 3 ซม. ขาและแขนทั้ง 2 ข้างลีบเล็ก มือทั้ง 2 ข้างบวม เล็กน้อย รูปร่างตัวใหญ่กว่าผู้ดูแล	0
12	70	ไม่มี	ประถมศึกษาปีที่ 4	15	ไม่มี	มีอาการปวดหลัง เดินลำบาก ปวดแขนข้างขวา ผ่าตัดใส่เหล็กตามไขว้ประมาณ 1 ปี ปวดขาทั้ง 2 ข้าง	20	78	ป่วยด้วยโรคเส้นเลือดในสมองตีบ (Stroke) สมอ่งฝ่อ เป็นระยะเวลา 2 ปี แขนและขาซีกขวาอ่อนแรง ปัสสาวะใส่แพนเทส สามารถเดินได้โดยใช้ไม้เท้าและมีคนคอยช่วยพยุง	7

ข้อมูลส่วนตัวบุคคลของผู้ให้ข้อมูลหลัก		ข้อมูลส่วนตัวของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง								
ID	อายุ (ปี)	โรคประจำตัว	ระดับการศึกษา	ระยะเวลาที่ใช้ในการดูแล (ชั่วโมง/วัน)	ประสบการณ์ในการดูแล	ลักษณะทั่วไป	ADL	อายุ (ปี)	สถานะปัจจุบัน	ADL
13	61	ไม่มี	ประถมศึกษาปีที่ 4	15	ไม่มี	มีอาการปวดขาทั้ง 2 ข้าง เดิน "ไกลไม่ได้" เคยหมดสติตลอดเวลา รูปร่างผอม สมอง สิวค้ำในใบหน้า หน้าเศร้าหมอง วิตกกังวล	20	66	ป่วยด้วยโรคเส้นเลือดในสมองตีบ เป็นระยะเวลา 31 ปี มีอาการแขนขาซีกขวาอ่อนแรง ไม่สามารถลุกนั่งหรือเดินได้ ใช้ก้นัดตัว เวลาเคลื่อนไหวตัวจากภายในออกมาภายนอกบ้าน โดยไม่มีคนคอยช่วยเหลือ มุมปากด้านขวาเบี้ยว หนึ่งตาข้างขวาตก รูปร่างท้วม ตัวใหญ่กว่าผู้ดูแล พูดไม่ได้ หูตึง ไม่มีแผลกดทับ ไม่มีแผลที่ขาและก้น สูบบุหรี่ (ยาเส้น 1 ซอง/วัน)	10
14	72	DM, HT	ประถมศึกษาปีที่ 4	15	ไม่มี	มีรูปร่างท้วม สมอง สิ้นน้ำอัมม แอ้มแจ่มใส มีอาการปวดขา ปวดหลัง นอนนานไม่ได้ เดินไม่ได้ อยากรับประทานกระเทียม	20	74	ป่วยด้วยโรคเส้นเลือดในสมองตีบ และความดันโลหิตสูง เป็นระยะเวลา 10 ปี 6 เดือนแขนและขาทั้ง 2 ข้างอ่อนแรง ก้นขยับส่วจะงอจะระไม่ได้ ใส่เข็มเพ็สไว้ตลอดเวลา ไม่มีแผลกดทับ ขาทั้ง 2 ข้างลีบเล็ก รูปร่างท้วม ตัวเท่ากับ ผู้ดูแล	6

รายละเอียดผู้ให้ข้อมูลทั้ง 14 ราย

ผู้ให้ข้อมูล ID1

ข้อมูลส่วนบุคคลของภรรยาที่เป็นผู้ดูแล (Care Giver)

ผู้ให้ข้อมูลเป็นภรรยา อายุ 75 ปี แต่งงานกับสามีมาเป็นระยะเวลา 50 ปี มีบุตรด้วยกัน 3 คน ปัจจุบันผู้ให้ข้อมูลและสามีอาศัยอยู่กับบุตรสาว บุตรชาย และหลานอายุ 3 ขวบ บุตรสาวจะไปทำงานนอกบ้านในเวลากลางวัน บุตรชายจะไปทำงานต่างจังหวัดกลับมาสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ในเวลากลางวันจะมีพี่เลี้ยงมาคอยดูแลหลาน ผู้ให้ข้อมูลจึงทำหน้าที่ดูแลสามีที่เจ็บป่วยเพียงคนเดียว โดยให้การดูแลสามีตั้งแต่เวลา 0.600 น. ตื่นมาหุงข้าวทำกับข้าว เตรียมไว้สามี กินข้าวเสร็จกินยา พาไปอาบน้ำ ช่วยเปลี่ยนเสื้อผ้า แล้วพามาอนบริเวณแคร่ภายในบ้าน ตนจะไปทำงานบ้าน กวาดบ้านถูบ้าน บุตรสาวกลับมาตอนเย็นไม่ได้ช่วยดูแล บุตรจะดูแลหลานเพียงอย่างเดียว จะทำหน้าที่พาพ่อไปหาหมอตามวันนัด ผู้ให้ข้อมูลจะรับผิดชอบหมดทุกอย่าง ส่วนรายได้ผู้ให้ข้อมูลจะได้จากเบี้ยผู้สูงอายุ และบุตรให้เป็นบางครั้ง

ข้อมูลส่วนบุคคลของสามีที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง (Care Recipient)

สามีที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง อายุ 88 ปี ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ ทำ balloon ไปแล้ว เกิดอุบัติเหตุลื่นล้ม ปวดหลัง ขาทั้ง 2 ข้างอ่อนแรง เดินด้วย walker ในระยะใกล้ๆ แพทย์ไม่สามารถรักษาด้วยการผ่าตัดได้เนื่องจากกระดูกบางจึงต้องกลายเป็นผู้สูงอายุที่มีอาการขาอ่อนแรง ช่วยเหลือตนเองได้น้อย สามารถกลิ้งปัสสาวะได้เป็นบางครั้ง ปัสสาวะใส่ urinal ไม่มีแผลกดทับ

ปัจจุบันผู้สูงอายุสามารถรับประทานอาหารได้เอง ตักอาหารรับประทานได้เอง ไม่มีอาการแขนอ่อนแรง อาบน้ำเปลี่ยนเสื้อผ้าได้โดยมีคนคอยช่วยเหลือ ประเมิน ADL = 11 คะแนน อยู่ในภาวะพึ่งพิงปานกลาง

บทบาทของภรรยาในการเป็นผู้ดูแล

ปัจจุบันภรรยาให้การดูแลสามีที่เจ็บป่วยในภาวะพึ่งพิงเป็นระยะเวลา 8 ปี โดยทำหน้าที่ในการดูแลร่วมกับการทำงานบ้าน ซึ่งลักษณะการดูแล คือ ในแต่ละวันผู้ให้ข้อมูล จะตื่นมาตั้งแต่ 06.00 น. เพื่อมาหุงข้าว กับข้าว เตรียมอาหารไว้ให้ผู้ป่วย พาไปอาบน้ำ เปลี่ยนเสื้อผ้า รับประทานอาหารเสร็จ ดูแลจัดยาให้รับประทานยา พาผู้ป่วยไปนอนพักบนแคร่ภายในบ้าน จากนั้นตนจึงจะไปทำงานบ้าน จนถึงเวลาเที่ยงวันจะมาเตรียมอาหารให้สามีรับประทาน หลังจากนั้นตนจะไปซักผ้ารีดผ้าไว้ให้ลูกสาว บางวันตนจะนอนพักอยู่บนเปลใกล้ๆ กับสามี หรือออกไปพูดคุยกับเพื่อนบ้าน ในบางวันตอนเย็นตนจะพาสามีออกมานั่งเล่นหน้าบ้าน ซึ่งมีเพื่อนบ้านแวะมาเยี่ยมเยียนพูดคุยกับสามีบ้าง

สภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย

เป็นบ้านไม้ 2 ชั้น ข้างล่างเป็นปูน ข้างบนเป็นไม้ มีรั้วรอบขอบชิด ผู้ให้ข้อมูลและสามีอาศัยอยู่ชั้นล่าง ภายในบ้านวางของเป็นระเบียบเรียบร้อยไม่ระเกะระกะ อากาศถ่ายเทได้สะดวก ไม่มีอัฒจันทร์ ไม่มีกลิ่นปัสสาวะอุจจาระ บริเวณรอบบ้านมีร้านค้า และบ้านเรือนของญาติพี่น้องอยู่ใกล้กัน



ผู้ให้ข้อมูล ID2

ข้อมูลส่วนบุคคลของภรรยาที่เป็นผู้ดูแล (Care Giver)

ผู้ให้ข้อมูลเป็นภรรยา อายุ 79 ปี แต่งงานกับสามีเป็นระยะเวลา 60 ปี มีบุตรด้วยกัน 7 คน มีโรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงเป็นระยะเวลา 28 ปี รับประทานยาประจำไม่เคยขาดยา ลักษณะทั่วไปมีรูปร่างอ้วนตัวใหญ่ มีอาการปวดเข่าทั้ง 2 ข้าง เดินลำบาก ผู้ให้ข้อมูลอยู่กับสามีเพียงลำพัง ก่อนสามีเจ็บป่วยผู้ให้ข้อมูลทำอาชีพทำไร่ทำสวน เก็บผักขาย ปัจจุบันไม่ได้ประกอบอาชีพ รายได้ปัจจุบันมาจากเบี้ยผู้สูงอายุ เบี้ยผู้พิการ บุตรไม่ได้ช่วยเหลือเรื่องค่าใช้จ่ายภายในบ้าน บุตรไปทำงานที่ต่างจังหวัดและมีครอบครัวทั้งหมด ตนจึงรับบทบาทเป็นผู้ดูแลสามี

ข้อมูลส่วนบุคคลของสามีที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง (Care Recipient)

สามีที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง อายุ 83 ปี ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง กระจกเสื่อม แพทย์ไม่สามารถทำการรักษาด้วยการผ่าตัดได้ เนื่องจากผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูง จึงทำให้ขาทั้ง 2 ข้างอ่อนแรง เดินไม่ได้มา 3 ปี สามารถเดินด้วย walker ได้ในระยะใกล้ๆ โดยมีคนคอยช่วยพยุง ปัสสาวะได้เอง ไม่มีแผลกดทับ

ปัจจุบันผู้สูงอายุสามารถรับประทานอาหารได้เองช่วยตัวเองได้ อาบน้ำได้เอง สามารถเปลี่ยนเสื้อผ้า และลูกนั่งได้โดยมีคนคอยช่วยพยุง ไม่สามารถเดินขึ้นบ้านชั้น 2 ได้ กลั้นปัสสาวะอุจจาระไม่ได้ในบางครั้ง ประเมิน ADL=10 คะแนน อยู่ในภาวะพึ่งพิงปานกลาง

บทบาทของภรรยาในการเป็นผู้ดูแล

ปัจจุบันภรรยาให้การดูแลสามีมาเป็นระยะเวลานาน 3 ปี โดยภรรยาจะรับบทบาทหน้าที่ในการดูแลเริ่มตั้งแต่เวลา 06.00 น ผู้ให้ข้อมูลจะตื่นมาทำกับข้าว หุงข้าว จัดเตรียมอาหารไว้ให้สามี ตอนกลางวันตนจะทำงานบ้าน รวมถึงซักผ้าทั้งของสามีและของตนเอง ทุกวัน ไม่มีเครื่องซักผ้า ตอนเย็นตนจะออกไปเก็บผักแถวบ้านมาทำกับข้าวให้สามี หลังจากนั้นจะเตรียมที่หลับที่นอนไว้ให้สามี ในบางวันที่ตนมีอาการปวดหลัง ปวดขา ลูกไม่ไหวก็จะเรียกช่างบ้านให้มาช่วย พอพักแล้วดีขึ้นก็จะมาดูแลสามีตามปกติ

สภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย

ลักษณะบ้านเป็นบ้านไม้ 2 ชั้น ใต้ถุนสูง มีห้องน้ำอยู่ภายนอกตัวบ้าน ผู้ให้ข้อมูลและสามีอาศัยอยู่ด้านบน เวลากลางวันตนจะพาสามีลงมานั่งเล่นข้างล่างใต้ถุนบ้าน สามีจะให้การถดถลงมาจากบันไดบ้าน โดยจะมีภรรยาคอยช่วยพยุง บนบ้านจะลักษณะเป็นห้องโถงกว้าง มีช่องใช้วางระเกะระกะ อากาศถ่ายเทได้สะดวก ไม่อับชื้น บริเวณรอบบ้านมีเพื่อนบ้านอยู่คอยช่วยเหลือ

ผู้ให้ข้อมูล ID3

ข้อมูลส่วนบุคคลของภรรยาที่เป็นผู้ดูแล (Care Giver)

ผู้ให้ข้อมูลเป็นภรรยา อายุ 72 ปี ไม่มีโรคประจำตัว แต่งงานกับสามีมานาน 46 ปี มีบุตรด้วยกัน 2 คน เป็นบุตรชายทั้ง 2 คน เสียชีวิตแล้ว 1 คน บุตรชายอาศัยอยู่กับตนเอง ทำงานนอกบ้าน ไม่ได้ช่วยเหลือตนในการดูแลสามี ผู้ให้ข้อมูลมีรูปร่างตัวสูงกว่าสามี เดินหลังค่อม เวลาเดินจะเอียงไปทางด้านขวาเล็กน้อย มีอาการปวดเข่า ปวดหลัง นั่งหรือเดินนานๆ ไม่ได้ ปัจจุบันประกอบอาชีพรับจ้างตีบาตร รายได้มาจากการรับจ้าง และเบี้ยผู้พิการ ประสบปัญหาเรื่องรายได้ไม่เพียงพอ บุตรชายต้องทำงานนอกบ้าน ตนเป็นภรรยาจึงต้องรับบทบาทในการเป็นผู้ดูแลสามี

ข้อมูลส่วนบุคคลของสามีที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง (Care Recipient)

สามีที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง อายุ 78 ปี ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง เกาต์ เดินไม่ได้ ไม่มีแรง เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เมื่อออกจากโรงพยาบาลมาอยู่ที่บ้านพบว่าช่วยเหลือตนเองได้น้อย ปวดขาจนเดินไม่ได้ และเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นครั้งที่ 2 ด้วยอาการหมดสติจากระดับน้ำตาลในเลือดสูง นอนรักษาตัวที่ห้อง ICU อาการดีขึ้นออกจากโรงพยาบาลมาอยู่ที่บ้านพบว่าผู้ป่วยมีอาการขาอ่อนแรงทั้ง 2 ข้าง เดินลำบาก ใส่สายสวนปัสสาวะไว้ มีแผลบริเวณปลาย Penis อูจจาระใส่แพมเพิส สามารถกลืนงับแข็งได้โดยมีคนช่วยพยุง ไม่มีแผลกดทับ

ปัจจุบันผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารได้เอง ไม่มีอ่อนแรง แต่ต้องมีคนคอยเตรียมอาหารไว้ให้ อาบน้ำเปลี่ยนเสื้อผ้าต้องมีคนคอยช่วยเหลือ ประเมิน ADL=6 คะแนน อยู่ในภาวะพึ่งพิงรุนแรง

บทบาทของภรรยาในการเป็นผู้ดูแล

ผู้ให้ข้อมูลรับบทบาทเป็นผู้ดูแลสามีที่เจ็บป่วยมาเป็นระยะเวลา 22 ปี โดยลักษณะการดูแล คือ ตื่นเวลา 05.30 น. ทำกับข้าว หาข้าวให้สามีรับประทาน เสร็จแล้วตนจึงรับประทานอาหาร ทำงานบ้าน กวาด ถูบ้าน และมานั่งตีบาตรรับจ้าง เมื่อสามีเรียกตนก็จะไปดูแล ถ้าปัสสาวะเต็มถุงผู้ให้ข้อมูลก็จะเทปัสสาวะให้เรียบร้อย ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกให้ เปลี่ยนแพมเพิสให้ทุกครั้งที่ขั้วถ่ายอูจจาระ ตอนเย็นตนก็จะมาหาข้าวไว้ให้สามีรับประทาน ดูแลสามีเสร็จตนจึงจะไปอาบน้ำ ส่วนสามีจะนอนดูโทรทัศน์ ละครจบก็จะพากันเข้านอน ส่วนผู้ให้ข้อมูลก็จะปูที่นอนนอนข้างเตียงผู้ป่วย

สภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย

ลักษณะที่อยู่อาศัยเป็นบ้านไม้ 2 ชั้น ผู้ให้ข้อมูลและสามีอาศัยอยู่บริเวณชั้นล่างของบ้าน บริเวณด้านบนบ้านเป็นไม้ค่อนข้างชำรุด บริเวณบ้านเป็นชุมชนแคบๆ มีเพื่อนบ้านอาศัยอยู่ติดกันแบบแออัด ภายในบ้านมีห้องครัว และห้องน้ำแยกออกเป็นสัดส่วน มีอุปกรณ์อำนวยความสะดวก เช่น ตู้เย็น เตาแก๊ส หม้อหุงข้าว โทรทัศน์ เป็นต้น บริเวณกลางบ้านมีเตียงสำหรับให้ผู้ป่วยนอน และข้างเตียงมีที่นอนปิกนิกสำหรับผู้ให้ข้อมูลนอนข้างผู้ป่วยในตอนกลางคืน ภายในบ้านเป็นระเบียบเรียบร้อย ไม่มีของใช้วางระเกะระกะ อากาศภายในบ้านถ่ายเทได้สะดวก ไม่มีกลิ่นอับชื้น



ผู้ให้ข้อมูล ID4

ข้อมูลส่วนบุคคลของภรรยาที่เป็นผู้ดูแล (Care Giver)

ผู้ให้ข้อมูลเป็นภรรยา อายุ 61 ปี มีโรคประจำตัวเป็นโรคหอบหืด (Asthma) เป็นระยะเวลา นาน 10 ปี รับยาเมื่อมีอาการ แต่งงานกับสามีเป็นระยะเวลานาน 40 ปี มีบุตร 3 คน มีอาการเดิน ลำบาก ปวดหลัง ปวดขาขวา ไม่มีหลังค่อม ไม่มีขาโก่ง เวลาลุกเดินต้องใช้มือจับบริเวณเอวข้างขวา มี สีหน้าแจ่มใส อารมณ์ดี รายได้มาจากเบี้ยผู้สูงอายุ เบี้ยผู้พิการ และจากบุตร รายได้ประมาณ 10,000 บาท/เดือน รายได้เพียงพอต่อการดูแล ผู้ให้ข้อมูลรับผิดชอบค่าใช้จ่ายภายในบ้าน รับบทบาทหน้าที่ใน การเป็นผู้ดูแลสามีที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลเป็นภรรยาต้องทำหน้าที่ในการดูแลสามี

ข้อมูลส่วนบุคคลของสามีที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง (Care Recipient)

สามีที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง อายุ 67 ปี เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งอวัยวะ (CA Penis) มากกว่า 10 ปี เริ่มมีอาการจากการกลั้นปัสสาวะเป็นเวลานาน ปัสสาวะไม่ออก ปวดท้องมากแต่ไม่ยอมไปพบ แพทย์ จนกระทั่งเริ่มมีอาการอับชื้น เป็นแผล เป็นเชื้อราบริเวณอวัยวะ ผู้ให้ข้อมูลเป็นคนพาไปพบแพทย์ จึงทราบว่าสามีป่วยเป็นโรคมะเร็งอวัยวะ ไม่สามารถปัสสาวะได้เอง ต้อง on Urethostomy ไว้ มี แผลบริเวณ Penis แผลซึมเล็กน้อย การรับรู้ปกติ ตาข้างซ้ายมีต้อเนื้อมองเห็นไม่ชัดเจน ขาทั้ง 2 ข้างอ่อนแรง เดินได้โดยมีคนช่วยพยุง

สถานภาพปัจจุบัน ช่วยเหลือตนเองได้น้อย ขาทั้ง 2 ข้างอ่อนแรง Motor Power เกรด 4 สามารถเดินได้โดยมีคนช่วยพยุง มีอาการปวดบริเวณขาหนีบ สามารถช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง ลักษณะ รูปร่างผอมสูง ตัวใหญ่กว่าผู้ดูแล ประเมิน ADL=11 คะแนน อยู่ในภาวะพึ่งพิงปานกลาง

บทบาทของภรรยาในการเป็นผู้ดูแล

ปัจจุบันผู้ให้การดูแลสามีที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงเป็นระยะเวลานาน 10 ปี ในรูปแบบการดูแลเต็ม เวลา ลักษณะการดูแล คือ ตื่นนอนเวลาตีสี่ ชักผ้าโดยแยกซักของสามี ของตนเองและลูก ไม่ซักปนกัน ดูแลเตรียมหุงหาอาหารไว้ให้ผู้ป่วย อาบน้ำ ทำแผลให้ รวมถึงทำงานบ้านทุกอย่าง ก่อนออกไปดูแลไร้อื่นๆ ข้าวโพด สัมพันธภาพระหว่างสามีภรรยาอยู่ในเกณฑ์ดี ภรรยาู้สึกว่าการดูแลสามีเป็นสิ่งที่เหนื่อย แต่ ตนเองก็ต้องอดทน เนื่องจากในอดีตสามีเป็นคนดี ไม่เคยนอกใจตนเอง

สภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย

เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลรายนี้ทำการสัมภาษณ์ภายในห้องประชุมที่โรงพยาบาล ไม่ได้ทำการ สัมภาษณ์ที่บ้านของผู้ให้ข้อมูล จึงไม่สามารถอธิบายลักษณะของบ้านได้

ผู้ให้ข้อมูล ID5

ข้อมูลส่วนบุคคลของภรรยาที่เป็นผู้ดูแล (Care Giver)

ผู้ให้ข้อมูลเป็นภรรยา อายุ 64 ปี แต่งงานเป็นระยะเวลานาน 40 ปี มีบุตรชาย 1 คน มีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง เป็นระยะเวลานาน 10 ปี รับประทานประทานเป็นประจำไม่เคยขาด ยา การมองเห็นชัดเจนไม่มีตาพร่ามัว การได้ยินชัดเจนไม่มีหูอื้อ หูตึง เดินค่อนข้างลำบากเนื่องจากมีอาการปวดเข่าทั้ง 2 ข้าง ไม่มีขาบวม ขาโก่ง ส้นเท้าย่ำแยมแจ่มใส ให้ความร่วมมือดีขณะสัมภาษณ์ เมื่อสามีเจ็บป่วยผู้ให้ข้อมูลรับบทบาทหน้าที่ในการเป็นผู้ดูแล เนื่องจากบุตรเป็นผู้ชายและแต่งงานมีครอบครัวอยู่ต่างจังหวัด ไม่สามารถช่วยดูแลผู้ป่วยได้

ข้อมูลส่วนบุคคลของสามีที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง (Care Recipient)

สามีที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง อายุ 68 ปี ป่วยด้วยโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ (CA Bladder) ประมาณ 1 ปี ตาข้างขวาบอดสนิท ข้างซ้ายปกติมองเห็นชัดเจน พูดคุยรู้เรื่อง รับประทานอาหาร on Ileal conduit ไว้ที่หน้าท้อง มีแผลบริเวณหน้าท้อง แผลแดงดีไม่มีขอบซัด ขาทั้ง 2 ข้างอ่อนแรง สามารถเดินได้โดยมีคนช่วยพยุง ช่วยเหลือตนเองได้น้อย

สถานภาพปัจจุบัน ช่วยเหลือตนเองได้น้อย แขนทั้ง 2 ข้างกำลังปกติ ขาทั้ง 2 ข้างอ่อนแรง Motor Power เกรด 4 รูปร่างลักษณะทั่วไปตัวเล็กกว่าผู้ดูแล ส้นเท้าวิตกกังวลเมื่อพูดถึงเรื่องการเจ็บป่วย ประเมิน ADL=9 คะแนน อยู่ในภาวะพึ่งพิงปานกลาง

บทบาทของภรรยาในการเป็นผู้ดูแล

ปัจจุบันให้การดูแลสามีที่เจ็บป่วยในภาวะพึ่งพิงเป็นระยะเวลานาน 1 ปี ในรูปแบบการดูแลเต็มเวลา โดยสัมพันธ์ภาพระหว่างสามีและภรรยาอยู่ในเกณฑ์ดี เนื่องจากเมื่อก่อนสามีเป็นคนดี ช่วยกันทำมาหากินมาโดยตลอด ไม่เคยทิ้งตนเอง ใช้ชีวิตร่วมทุกข์ร่วมสุขกันมาโดยตลอด ไม่เคยทำร้ายตนเอง ผู้ให้ข้อมูลจะทำหน้าที่ดูแลสามีเรื่องการรับประทานอาหาร หุงหาอาหารเตรียมไว้ให้ ดูแลทำความสะอาดร่างกาย อาบน้ำ เปลี่ยนเสื้อผ้า ทำแผล ผู้ให้ข้อมูลจะทำหน้าที่ดูแลสามีทั้งหมด รวมถึงการทำงานบ้าน

สภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย

เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลรายนี้ทำการสัมภาษณ์ภายในห้องประชุมที่โรงพยาบาล ไม่ได้ทำการสัมภาษณ์ที่บ้านของผู้ให้ข้อมูล จึงไม่สามารถอธิบายลักษณะของบ้านได้

ผู้ให้ข้อมูล ID6

ข้อมูลส่วนบุคคลของภรรยาที่เป็นผู้ดูแล (Care Giver)

ผู้ให้ข้อมูลเป็นภรรยาอายุ 67 ปี แต่งงานกับสามีเป็นระยะเวลา 45 ปี มีบุตรชาย 2 คน มีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง 10 ปี รับประทานประทานประจำไม่เคยขาดยา ผู้ให้ข้อมูลมีการมองเห็นปกติไม่มีตาพร่ามัว สายตายาวต้องใส่แว่นเวลาอ่านหนังสือ และขับรถยนต์ ไม่มีต่อเนื้อหรือต่อกระดูกการได้ยินปกติ ไม่มีอาการหูดัง เดินค่อนข้างลำบาก มีอาการปวดหลัง ไม่มีหลังค่อม ไม่มีขาบวมหรือขาโก่ง สีหน้าแจ่มใส อารมณ์ดี ร่าเริง ในขณะที่สัมภาษณ์ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี เมื่อสามีมีอาการเจ็บป่วยตนเองจึงรับบทบาทหน้าที่ในการเป็นผู้ดูแลเนื่องจากบุตรเป็นผู้ชายทั้ง 2 คน และแต่งงานมีครอบครัวจึงไม่มีใครมาช่วยดูแล

ข้อมูลส่วนบุคคลของสามีที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง (Care Recipient)

สามีที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ป่วยด้วยโรคไต (CKD) เป็นระยะเวลา 2 ปี 7 เดือน เริ่มป่วยด้วยโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง เป็นระยะเวลา 30 ปี รักษาด้วยการรับประทานยาและฉีดยาอินซูลิน ตรวจเจอโรคไต (CKD) เป็นระยะเวลา 2 ปี 7 เดือน เริ่มต้นรักษาด้วยการล้างไตทางหน้าท้อง PD (Peritoneal Dialysis) อย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน รักษาด้วยการล้างไต (Hemodialysis) สัปดาห์ละ 4 ครั้ง ผู้ป่วย on Placement of long term hemodialysis catheter (Permcath) ไว้สำหรับล้างไต ที่หน้าอกด้านซ้าย มีแผลบริเวณหน้าอกด้านซ้าย แผลไม่ซึม

สถานภาพปัจจุบัน การรับรู้ปกติ พูดคุยรู้เรื่อง ไม่มีอาการหลงลืม การมองเห็นชัดเจน ไม่มีตาพร่ามัว มีอาการหน้าบวม และขาทั้ง 2 ข้างบวม สามารถเดินได้ในระยะสั้นๆ เนื่องจากมีอาการเหนื่อยง่าย และทรงตัวได้ไม่ค่อยดี รูปร่างลักษณะท้วม อ้วนลงพุง ตัวใหญ่กว่าผู้ดูแล ประเมิน ADL=10 คะแนน อยู่ในภาวะพึ่งพิงระดับปานกลาง

บทบาทของภรรยาในการเป็นผู้ดูแล

ปัจจุบันให้การดูแลสามีที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงเป็นระยะเวลานาน 2 ปี 7 เดือน ในรูปแบบเต็มเวลา โดยไม่มีผู้ช่วยเหลือ ลักษณะของกิจกรรมการดูแล คือ ดูแลทำกับข้าว เตรียมหาอาหารไว้ให้สามีรับประทาน จัดยาไว้ให้ ดูแลฉีดยาอินซูลินก่อนอาหาร และก่อนนอน ขับรถพาสามีไปล้างไตที่โรงพยาบาล สัปดาห์ละ 4 วัน ในวันที่ไม่ได้ไปล้างไต กลางวันสามีจะนอนพัก ดูรายการโทรทัศน์ ส่วนตนเองจะทำงานบ้าน และทำขนมเพื่อคลายความเครียด ตอนเย็นตนและสามีจะออกมานั่งเล่นที่โต๊ะม้าหินอ่อนหน้าบ้าน สัมพันธภาพระหว่างสามีและภรรยาอยู่ในเกณฑ์ดี

สภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย

ลักษณะที่อยู่อาศัยเป็นบ้านปูน 2 ชั้น การเดินทางสะดวก มีร้านขายของชำ และร้านขายอาหาร อยู่ไม่ไกลจากบริเวณบ้าน บริเวณบ้านมีรั้วรอบขอบชิด มีสมาชิกในบ้านอาศัยอยู่ด้วยกัน 4 คน มีบุตรชายและแฟน อาศัยอยู่บริเวณชั้น 2 จะออกไปทำงานนอกบ้านในเวลากลางวัน ไม่ค่อยมีปฏิสัมพันธ์กับมารดาและบิดาที่ป่วย ภายในบริเวณบ้านเลี้ยงกระต่ายจำนวน 3 ตัว อากาศถ่ายเทสะดวก ไม่อับชื้นมีกลิ่นปัสสาวะของสัตว์เลี้ยงเล็กน้อย ข้าวของภายในบ้านวางไว้เป็นระเบียบเรียบร้อย ไม่วางระเกะระกะ มีทางเดินที่มีราวจับมั่นคง มีห้องน้ำ ห้องครัวแยกเป็นสัดส่วน ห้องน้ำพื้นไม้ลิ้น ไม่มีตะไคร่น้ำ ส้วมเป็นแบบชักโครก มีราวจับติดไว้ในระดับที่เหมาะสม



ผู้ให้ข้อมูล ID7

ข้อมูลส่วนบุคคลของภรรยาที่เป็นผู้ดูแล (Care Giver)

ผู้ให้ข้อมูลเป็นภรรยา อายุ 82 ปี มีโรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวาน รับประทานประทานประจำที่โรงพยาบาลมหาราชธานีศรีมา ไม่เคยขาดยา แต่งานกับสามีเป็นระยะเวลา 57 ปี มีบุตรด้วยกัน 5 คน เป็นผู้หญิง 1 คน ผู้ชาย 4 คน แต่งานมีครอบครัวแล้วทั้งหมด ผู้ให้ข้อมูลมีบทบาทหน้าที่ในการทำงานบ้านทั้งหมด รายได้มาจากเงินเบี้ยผู้สูงอายุ เบี้ยผู้พิการ และจากบุตรจำนวนหนึ่ง รายได้เพียงพอในแต่ละเดือน เนื่องจากมีบุตรคอยดูแลช่วยเหลือเรื่องค่าใช้จ่าย เมื่อสามีเจ็บป่วยตนเป็นภรรยาจึงต้องรับบทบาทหน้าที่ในการเป็นผู้ดูแล เนื่องจากบุตรแต่งงานมีครอบครัวแยกบ้านหมดทุกคน ตนจึงมีเวลาในการให้การดูแลมากที่สุด ส่วนบุตรจะมาเยี่ยมเยียนบ้าง และคอยช่วยเหลือในการพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ตามนัด

ข้อมูลส่วนบุคคลของสามีที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง (Care Recipient)

ผู้ป่วยในภาวะพึ่งพิง อายุ 87 ปี เจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เป็นระยะเวลา 6 ปี เริ่มมีอาการนอนหลับไม่ตื่น ไปรับการรักษาแพทย์ที่นอนโรงพยาบาล หลังจากออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีอาการมึนปากด้านซ้าย เบี้ยวเล็กน้อย กล้ามเนื้อแขนและขาซ้ายอ่อนแรง แขนข้างขวาเกรด 1 ขาขวากำลึงปกติ ทำให้ผู้ป่วยอยู่ในภาวะพึ่งพิงจนถึงปัจจุบัน ผู้ป่วยสามารถเดินได้ในระยะสั้นโดยมีคนช่วยพยุงและใส่อุปกรณ์ช่วยเดิน (KAFO) ทรงตัวได้ไม่ค่อยดีมีผลกดทับบริเวณก้นกบ เกรด 2 เส้นผ่านศูนย์กลางประมาณ 2 ซม. ผลแห้งดี ปัสสาวะใส่แพมเพิส ไม่สามารถกลั้นปัสสาวะอุจจาระได้ รูปร่างผอมสูง ตัวใหญ่กว่าผู้ดูแล

สถานภาพปัจจุบันผู้ป่วยพูดคุยรู้เรื่อง สีน้าสดชื่นแจ่มใส อารมณ์ดี การมองเห็นชัดเจน แขนและขาซ้ายอ่อนแรง สามารถเดินได้โดยมีคนคอยช่วยพยุง สามารถรับประทานอาหารได้โดยมีคนป้อน ประเมิน ADL=4 คะแนน อยู่ในภาวะพึ่งพิงโดยสมบูรณ์

บทบาทของภรรยาในการเป็นผู้ดูแล

ปัจจุบันภรรยาให้การดูแลสามีอยู่ในภาวะพึ่งพิงเป็นระยะเวลานาน 6 ปี ในรูปแบบการดูแลเต็มเวลาโดยไม่มีคนคอยช่วยเหลือ สัมพันธภาพระหว่างภรรยาและสามีอยู่ในเกณฑ์ดี เนื่องจากชีวิตในอดีตช่วยเหลือเกื้อกูลกันมาโดยตลอด ไม่เคยทะเลาะเบาะแว้งหรือมีปัญหากัน สามีเป็นคนรักครอบครัว ช่วยเหลือดูแลบุตรตั้งแต่เด็ก ผู้ให้ข้อมูลเล่าว่าตั้งแต่สามีเจ็บป่วยตนเองรู้สึกว่าเป็นผลดีเพราะได้พูดคุยกันมากขึ้น ตอนที่ยังปกติสามีจะออกไปนอกบ้านหาเพื่อน ไปเยี่ยมเยียนบุตรบ่อยครั้ง จะกลับบ้านก็เป็นเวลาเย็น จึงไม่ค่อยได้คุยกัน ลักษณะการดูแลในแต่ละวัน คือ ผู้ให้ข้อมูลจะตื่นมาตั้งแต่ 05.30-06.00 น. เดินไปตลาดซื้อไมโล ปาท่องโก๋ มาไว้ให้สามี เสริ่งแล้วดูแลล้างหน้า แปรงฟัน พาลงรถเข็น เข็นไปเล่นหน้าบ้าน 10.00-11.00 น. เตรียมอาหารมาป้อน กับข้าวตนจะเป็นคนทำเอง

เพราะสามีจะไม่รับประทานอาหารเช้ารูป เสร็จแล้วสามีจะนอนพัก ตื่นมา 14.00-15.00 น. ตื่นมา ดูโทรทัศน์ ตนก็จะได้ทำงานบ้าน กวาดบ้าน ถูบ้าน ล้างจาน ซักผ้า (ใช้เครื่องซักผ้า) ในช่วงที่สามีนอน พัก ตอนบ่ายจะดูแลเช็ดตัวให้ ปกติจะเปลี่ยนแพมเพิสและเช็ดทำความสะอาดให้ทุกครั้ง เช็ดตัวให้ เสร็จจะมามากำล้างกาย นวดขา นวดหลัง ตอนเย็นก็จะพานั่งรถเข็นออกมาเล่นหน้าบ้านเป็นประจำ ทุกวัน

สภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย

ลักษณะที่อยู่อาศัยเป็นห้องแถว 2 ชั้น 2 คูหา ติดถนน มีผู้คนพลุกพล่าน ประตูปิดมิดชิด ข้าวของเครื่องใช้ภายในบ้านวางเป็นระเบียบเรียบร้อย ไม่วางระเกะระกะ ภายในบ้านมีลมพัดผ่านอากาศ ถ่ายเทได้สะดวก ไม่มีกลิ่นอับชื้น บริเวณรอบบ้านมีร้านอาหาร ร้านขายยา และตลาด อยู่ไม่ไกลจากบ้าน สมาชิกในบ้านอาศัยอยู่ร่วมกัน 6 คน ประกอบด้วย บุตรชาย บุตรสะใภ้ หลาน 2 คน บุตรชาย และบุตรสะใภ้จะทำงานไม่เป็นเวลา จึงไม่ค่อยได้อยู่บ้าน หลาน 2 คน เรียนโรงเรียนประจำจะกลับมาบ้านเฉพาะวันหยุด



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ผู้ให้ข้อมูล ID8

ข้อมูลส่วนบุคคลของภรรยาที่เป็นผู้ดูแล (Care Giver)

ผู้ให้ข้อมูลเป็นภรรยา อายุ 72 ปี มีโรคประจำตัวเป็นโรคตัวเกาต์ รับประทานประทานประจำไม่เคยขาดยา การมองเห็นไม่ชัดเจนเนื่องจากเป็นต้อกระจกที่ตาทั้ง 2 ข้าง แต่งงานกับสามีมาเป็นระยะเวลานาน 51 ปี มีบุตรจำนวน 3 คน บุตรชายพิการ 1 คน อาศัยอยู่กับตนเอง บุตรชายอีก 2 คน แต่งงานมีครอบครัวอาศัยอยู่ที่ต่างจังหวัด จะกลับมาเยี่ยมเยียน 1-2 ครั้ง/ปี ปัจจุบันผู้ให้ข้อมูลมีอาชีพค้าขาย ทำขนมขาย รายได้ประมาณ 200-300 บาท/วัน รายได้นอกจากการขายขนมแล้วจะมาจากเงินเบี้ยผู้สูงอายุ และเบี้ยผู้พิการ เมื่อสามีเจ็บป่วยตนจึงต้องรับบทบาทหน้าที่ในการดูแลควบคู่กับการหารายได้เลี้ยงครอบครัว รวมถึงต้องดูแลบุตรชายที่พิการอีกด้วย ผู้ให้ข้อมูลรับบทบาทหน้าที่ในการดูแลเนื่องจากตนเองเป็นภรรยา และบุตรทั้ง 2 คน มีครอบครัวอาศัยอยู่ต่างจังหวัด ตนจึงมีเวลาในการดูแลมากที่สุด

ข้อมูลส่วนบุคคลของสามีที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง (Care Recipient)

สามีที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง อายุ 78 ปี ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เป็นระยะเวลา 15 ปี สาเหตุมาจากเป็นโรคความดันโลหิตสูงรับยาไม่ต่อเนื่อง ขาดยา เริ่มจากมีอาการปวดศีรษะ วูบหมดสติ จึงนำส่งโรงพยาบาล รักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลนาน 1 เดือน อาการขาทั้ง 2 ข้างอ่อนแรง กล้ามเนื้อแขนทั้ง 2 ข้างกำลังปกติ ทำกายภาพบำบัดจนสามารถเดินได้โดยใช้ walker และคนช่วยพยุงในระยะสั้นๆ การทรงตัวได้ไม่ดี ผู้ป่วยปัสสาวะใส่แพมเพิส บางครั้งจะเดินเข้าห้องน้ำหากมีคนคอยช่วยพยุง

สถานภาพปัจจุบัน ผู้ป่วยมีรูปร่างลักษณะผอมสูง ตัวเล็กกว่าผู้ดูแล แขนทั้ง 2 ข้างกำลังปกติ สามารถหยิบจับ ตักอาหารรับประทานเองได้ ขาทั้ง 2 ข้างอ่อนแรง Motor Power เกรด 1 สามารถช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันได้บางส่วน ต้องมีคนคอยช่วยเหลือ สีหน้าสดชื่น อารมณ์ดี ยิ้มแย้ม ประเมิน ADL=7 คะแนน อยู่ในภาวะพึ่งพิงรุนแรง

บทบาทของภรรยาในการเป็นผู้ดูแล

ปัจจุบันให้การดูแลสามีที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงเป็นระยะเวลานาน 15 ปี ในรูปแบบของการทำงานร่วมกับการดูแล โดยสัมพันธ์ภาพระหว่างสามีภรรยาอยู่ในเกณฑ์ดี เนื่องจากในอดีตสามีเคยช่วยเหลือตนเอง ดูแลตนเอง และช่วยกันทำมาหากิน ไม่ดื่มสุรา ไม่สูบบุหรี่ สามีไม่มักจะไม่ชอบรับประทานยาความดันโลหิต มักรับประทานเมื่อนึกได้ ทำให้ขาดยา จนกระทั่งเจ็บป่วยจนเส้นเลือดในสมองแตก สมองบวม และตกอยู่ในภาวะพึ่งพิง ส่วนบุตรชายที่พิการขาทั้ง 2 ข้างอ่อนแรง Motor Power เกรด 0 สามารถช่วยเหลือตนเองได้บ้าง ตนจึงต้องรับบทบาทหน้าที่ในการเป็นผู้ดูแลสามีและบุตรชาย ซึ่งลักษณะในการให้การดูแล คือ ตื่นนอน 03.00 น. ทำกับข้าว เตรียมอาหารไว้ให้สามีและ

บุตรชาย ทำขนมเตรียมไปขาย เมื่อบุตรชายอาบน้ำเสร็จแล้วตนจะไปทำแผลกดทับให้บุตรชาย (ทำทุกวัน เช้า-เย็น) หลังจากนั้นสามีตื่นตนก็จะพาลูกไปอาบน้ำ เปลี่ยนเสื้อผ้า เตรียมอาหารไว้ให้รับประทานพร้อมกับบุตรชาย ส่วนตนจะออกไปเดินขายขนมภายในหมู่บ้าน ไม่ไกลจากบ้านเนื่องจากเป็นห่วงสามี หลังจากรับประทานอาหารเช้าเรียบร้อยบุตรชายจะออกไปขายล็อตเตอรี่ สามีก็จะอยู่บ้านคนเดียว ตนขายของเสร็จก็จะมาอยู่บ้านกับสามี ระหว่างนั้นตนจะทำงานบ้าน กวาดบ้าน ถูบ้าน ล้างจาน ทำกับข้าวเตรียมไว้ตอนเย็น แล้วก็ซักผ้าของตนเองกับสามี ส่วนบุตรสามารถนั่งซักผ้าเองได้

สภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย

ลักษณะที่อยู่อาศัยเป็นบ้านไม้ 2 ชั้น สมาชิกในบ้านอาศัยอยู่ชั้นล่าง ไม่ได้ขึ้นไปชั้นบนเนื่องจากขึ้นลงลำบาก ชั้นบนจะเอาไว้เก็บของ ภายในบ้านข้าวของวางเป็นระเบียบ ไม้วางระเกะระกะ อากาศถ่ายเทไม่ค่อยสะดวก มีกลิ่นอับชื้น กลิ่นปัสสาวะ ภายในบ้าน บริเวณรอบบ้านไม่มีรั้วกั้น มีบ้านของญาติพี่น้องอยู่ละแวกใกล้เคียงกัน ห่างจากบ้านผู้ให้ข้อมูลไปไม่ไกลมีบ้านของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่ทำหน้าที่รับผิดชอบเขตผู้ให้ข้อมูลอาศัยอยู่ สมาชิกภายในบ้านอาศัยอยู่ด้วยกัน 3 คน ประกอบด้วย ผู้ให้ข้อมูล สามี และบุตรชายพิการ

ผู้ให้ข้อมูล ID9

ข้อมูลส่วนบุคคลของภรรยาที่เป็นผู้ดูแล (Care Giver)

ผู้ให้ข้อมูลเป็นภรรยา อายุ 79 ปี ไม่มีโรคประจำตัว แต่งงานกับสามีที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงมาเป็นระยะเวลา 60 ปี การมองเห็นไม่ชัดเจนตาพร่ามัว ข้างซ้ายมากกว่าข้างขวา มีอาการปวดหลัง เดินไกลไม่ได้ เนื่องจากลื่นล้ม รักษาโดยการรับประทานยาจากคลินิกใกล้บ้าน รูปร่างลักษณะผอม ตัวเล็กกว่าสามี หน้าตาอิดโรย เดิมประกอบอาชีพทำไร่ทำนา ปัจจุบันไม่ได้ทำให้บุตรเป็นผู้ดูแลทำอะไรทำนาต่อจากตนและสามี รายได้มาจากเงินเบี้ยผู้สูงอายุ เงินผู้พิการ และจากบุตรบางครั้ง รายได้จึงไม่เพียงพอกับรายจ่าย ตนรับบทบาทในการดูแลสามีเนื่องจากตนเป็นภรรยา เข้าใจสามีมากกว่าบุคคลอื่น บุตรสาวคนโตไปทำงานต่างจังหวัด ทิ้งลูกชายอายุ 10 ปี ไว้กับตนเอง ส่วนบุตรสาวคนเล็กมีครอบครัวอยู่ในหมู่บ้านเดียวกัน แต่มีภาระต้องดูแลบุตร 2 คน จึงไม่สามารถมาดูแลสามีได้

ข้อมูลส่วนบุคคลของสามีที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง (Care Recipient)

สามีที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง อายุ 83 ปี มีโรคประจำตัวเป็นเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรค Alzheimer เป็นระยะเวลา 1 ปี 3 เดือน ผู้ป่วยรายนี้เริ่มมีอาการรับประทานอาหารไม่ได้ ลื่นแข็ง น้ำลายไหลตลอดเวลา เกร็ง นอนพักรักษาอาการที่โรงพยาบาล 10 วัน ออกจากโรงพยาบาลมาผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องความจำ ไม่สามารถจำบุคคลใกล้ชิด หรือบุคคลในครอบครัวได้ มีอาการหลงลืม กลางคืนไม่นอน เอะอะโวยวายตำหนิภรรยา มักจะเดินหายออกจากบ้านไปเป็นประจำ ภรรยาจึงจำเป็นต้องเฝ้าผู้ป่วยตลอดเวลา ทำให้ไม่ได้พักผ่อน มีท่าทาอิดโรย นอกจากนี้ลักษณะรูปร่างทั่วไปของผู้ป่วยจะมีรูปร่างสูง ใหญ่กว่าภรรยา สามารถช่วยเหลือตนเองได้บ้าง แต่ต้องมีคนคอยดูแลตลอดเวลา

สถานภาพปัจจุบัน สามารถเดินได้เอง ตักอาหารรับประทานได้เองบางครั้ง ต้องดูแลอย่างใกล้ชิดเนื่องจากผู้ป่วยมักจะเกิดอุบัติเหตุหกล้มขณะเดิน ตักอาหารเททิ้งบ้าง ไม่เข้าปากบ้าง ต้องคอยช่วยเหลือ พาไปเข้าห้องน้ำได้ ต้องดูแลอาบน้ำให้ เปลี่ยนเสื้อผ้าให้ ส่วนใหญ่ในเวลากลางวันมักจะไม่มีอาการเอะอะโวยวาย ในขณะที่ทำการสัมภาษณ์สามารถพูดคุยกับผู้ป่วยได้รู้เรื่อง ถามตอบรู้เรื่อง แต่ไม่สามารถบอกวัน เวลา สถานที่ได้ถูกต้อง ไม่สามารถจำเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกินหน้านี้ในระยะเวลาสั้นๆ ได้ เช่น ถามว่ารับประทานอาหารเช้ายัง ตอนบ่ายยัง ทั้งที่เพิ่งจะรับประทานไป ประเมิน ADL=10 คะแนน อยู่ในภาวะพึ่งพิงปานกลาง

บทบาทของภรรยาในการเป็นผู้ดูแล

ปัจจุบันให้การดูแลสามีที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงเป็นระยะเวลา 1 ปี 3 เดือน ในรูปแบบการดูแลที่เต็มเวลา เมื่อสามีเกิดการเจ็บป่วยตนเองในฐานะภรรยาจึงต้องรับบทบาทหน้าที่ในการดูแลสามี เนื่องจากบุตรแต่งงานมีครอบครัวและมีภาระหน้าที่ต้องรับผิดชอบ ตนเป็นเพียงคนเดียวที่มีเวลาในการดูแลอย่างเต็มที่ ลักษณะในการดูแลสามีของผู้ให้ข้อมูลรายนี้ คือ ดูแลตั้งแต่ตื่นเข้ามา ทำกับข้าวหาข้าวไว้รับประทาน เสร็จแล้วจึงพาไปอาบน้ำ ต้องอาบน้ำเนื่องจากผู้ป่วยมักจะตักน้ำราดใส่ฝาผนัง ใส่เสื้อผ้าแต่งตัวให้อาบน้ำเสร็จรับประทานอาหารเช้า ตนต้องดูแลป้อนให้ สามีสามารถดักอาหารได้แต่ตักเหลวพื้น น้อยครั้งที่จะตักเข้าปาก กินข้าวเสร็จจากนั้นก็เตรียมหาอาหารรับประทาน ไม่เคยให้ขาดยา เสร็จแล้วก็พามานั่งเล่นที่แคร่หน้าบ้านใกล้ๆ ตนก็จะทำงานบ้าน ล้างจาน ซักผ้า รีดชุดนักเรียนให้หลาน ถ้าจะต้องดูบ้านกวาดภายในบ้านต้องให้สามีเข้าไปอยู่ด้วยใกล้ๆ ที่ตนเองสามารถมองเห็นได้ หลังจากสามีรับประทานยา ก็จะนอนพัก ตนจะได้พักผ่อนในช่วงกลางวันที่สามีนอน แต่ก็ต้องกังวลเพราะกลัวสามีจะหายไป บางครั้งสามีหายไปก็จะมีเพื่อนบ้านพามาส่งเพราะส่วนใหญ่คนในหมู่บ้านจะทราบว่าเป็นสามีของตนเอง บางวันลูกก็จะมาเยี่ยมเยียน ถ้าวันไหนลูกมาหาตนเองก็จะได้พักผ่อน บางครั้งเหนื่อยมากก็จะให้เพื่อนบ้านมาช่วยดูให้

สภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย

ลักษณะที่อยู่อาศัยเป็นบ้านไม้ 2 ชั้น ผู้ให้ข้อมูลและสามีอาศัยอยู่ชั้นล่าง ชั้นบนไม่มีใครอยู่ เนื่องจากตนและสามีไม่สามารถขึ้นไปชั้นบนได้ เดินไม่ไหว หน้าบ้านมีต้นไม้ใหญ่มีร่มเงา และมีแคร่ไม้ที่ผู้ให้ข้อมูลและสามีนั่งเล่นประจำอยู่บริเวณใต้ต้นไม้ ภายในบ้านของใช้วางเป็นระเบียบ ไม้วางระเกะระกะ มีห้องน้ำอยู่ภายนอกตัวบ้าน และห้องครัวอยู่ภายในบ้าน อากาศถ่ายเทไม่ค่อยสะดวก มีกลิ่นอับชื้นภายในบริเวณบ้าน บริเวณที่ผู้ให้ข้อมูลและผู้ป่วยนอนเป็นห้องโล่งกว้าง มีที่นอนขนาด 6 ฟุต วางอยู่บนพื้น ภายในห้องน้ำเป็นพื้นปูนไม่ลื่น ไม่มีราวจับ มีถังน้ำสำหรับรองน้ำ 1 ใบ ส้วมเป็นส้วมนั่งแบบตักราด สะอาด ห้องน้ำไม่มีกลิ่นเหม็น

ผู้ให้ข้อมูล ID10

ข้อมูลส่วนบุคคลของภรรยาที่เป็นผู้ดูแล (Care Giver)

ผู้ให้ข้อมูลเป็นภรรยา อายุ 68 ปี แต่งงานกับสามีมาเป็นระยะเวลา 50 ปี มีโรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง เป็นระยะเวลา 4 ปี รับประทานยาประจำไม่เคยขาดยา มีบุตร 4 คน เสียชีวิต 1 คน ปัจจุบันไม่ได้ทำงาน มีรายได้จากเงินเบี้ยผู้สูงอายุ และเบี้ยผู้พิการ รายได้ไม่เพียงพอ ผู้ให้ข้อมูลทำหน้าที่ในการดูแลสามีเพียงคนเดียวไม่มีคนคอยช่วยเหลือ บุตรจะทำหน้าที่ในการพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ตามนัด ไม่ได้ช่วยดูแล ผู้ให้ข้อมูลมองเห็นไม่ชัดเจน มีอาการตาข้างขวาพร่ามัว เดินค่อนข้างลำบาก อาการปวดขาทั้ง 2 ข้าง สามารถปั่นจักรยานได้ระยะใกล้ๆ รูปร่างลักษณะทั่วไป ผอม ขนาดเท่ากับสามี มีสีหน้ายิ้มแย้มแจ่มใส เคี้ยวหมากเป็นประจำ

ข้อมูลส่วนบุคคลของสามีที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง (Care Recipient)

สามีที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง อายุ 72 ปี ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง และเส้นเลือดในสมองตีบ เป็นระยะเวลา 10 ปี เริ่มมีอาการจากอุบัติเหตุเมื่อบ่นจักรยานล้ม ศีรษะกระแทกพื้น สลบ เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ตอนแรกผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เลย นอนเป็นผู้ป่วยติดเตียง ทำอะไรไม่ได้ นอนโรงพยาบาลทำกายภาพบำบัดจนอาการดีขึ้น กลับมาอยู่บ้านยังมีอาการแขนและขาซีกขวาอ่อนแรง สามารถลุกนั่ง หรือเดินใกล้ๆ ได้ โดยมีคนคอยช่วยพยุง มีอาการตาข้างซ้ายพร่ามัว จากต่อกระจุก ตาข้างขวาแดงจากเส้นเลือดในตาแตกเพราะเกิดอุบัติเหตุ รูปร่างลักษณะทั่วไปผอมสูง ตัวขนาดเท่ากับผู้ดูแล สีหน้ายิ้มแย้มแจ่มใส

สถานภาพปัจจุบัน สามารถรับประทานอาหารรับประทานได้เองแต่ไม่ค่อยถนัด เนื่องจากอ่อนแรงซีกขวา ผู้ป่วยถนัดข้างขวา ต้องเปลี่ยนมาใช้แขนข้างซ้ายแทน ต้องมีคนคอยช่วยดูแลเวลารับประทานอาหาร สามารถลุกเดินได้โดยมีคนช่วยพยุง ปัสสาวะเองได้ใส่แพมเพิสไว้ สามารถพูดคุยรู้เรื่อง การรับรู้ปกติ พูดไม่ค่อยชัดเนื่องจากปากเบี้ยว ประเมิน ADL=8 คะแนน อยู่ในภาวะพึ่งพิงรุนแรง

บทบาทของภรรยาในการเป็นผู้ดูแล

ปัจจุบันให้การดูแลสามีที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงเป็นระยะเวลา 10 ปี โดยดูแลแบบเต็มเวลา เมื่อสามีเกิดการเจ็บป่วย จากการที่ตนเองและสามีช่วยกันทำมาหากิน สามีช่วยเหลือตนเองได้ทุกอย่าง เมื่อเกิดการเจ็บป่วยตนเองต้องเปลี่ยนบทบาทมาทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลสามีทั้งหมด สูญเสียรายได้ไป ไม่ได้ทำงาน ต้องให้คนมาเช่าที่นาทำนา แล้วตนก็ได้รับข่าวสารจากการเช่าที่นา ส่วนการดูแลสามีตนต้องรับหน้าที่ดูแลตั้งแต่ตื่นเช้า หุงหาอาหาร รับประทานอาหารพร้อมกับผู้ป่วยพยายามให้รับประทาน ช่วยพยุงผู้ป่วยเดินออกไปนั่งเล่นหน้าบ้าน ตนก็จะเข้าไปปลูกผัก เก็บผักหลังบ้านมาประกอบอาหารตอนเย็น กลับมาตนก็จะทำงานบ้าน กวาดบ้าน ถูบ้าน ซักผ้าของตนเองและสามี ทำกับข้าวเรียบร้อยจะพาสามีไปอาบน้ำ เปลี่ยนเสื้อผ้า รับประทานอาหาร เตรียมที่นอนให้พร้อมนอน

ปฏิสัมพันธ์ระหว่างสามภรรยาเป็นไปค่อนข้างดี เนื่องจากเอก่อนสามีมักจะดื่มเหล้าทุกวัน แล้วทะเลาะกัน แต่เมื่อเจ็บป่วยสามีกับตนไม่เคยทะเลาะกันเลย

สภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย

ลักษณะที่อยู่อาศัยเป็นบ้านปูนชั้นเดียว มีบันไดสูงจากพื้นประมาณ 50 เซนติเมตร ภายในตัวบ้านไม่มีห้อง เป็นห้องโถงเดี่ยวๆ มีที่นอนขนาด 6 ฟุตปูอยู่บนพื้นไม่มีเตียงนอน ไม่มีข้าวของวางระเกะระกะ เป็นสัดส่วน มีแพมเพิสที่ยังไม่ได้ใช้วางอยู่รอบๆ ที่นอน มีห้องครัวแยกออกจากตัวบ้าน ภายในบ้านอากาศถ่ายเทได้ไม่สะดวก มีกลิ่นอับชื้น กลิ่นปัสสาวะ โทรทัศน์วางอยู่ข้างฝาผนัง ห้องน้ำอยู่ภายในบ้านพื้นห้องน้ำไม่ลื่นไม่มีตะไคร่น้ำ มีน้ำซังบริเวณพื้น มีราวจับบริเวณด้านข้าง ส้วมเป็นแบบนั่งยองๆ มีถังน้ำสำหรับรองน้ำ 2 ใบ



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ผู้ให้ข้อมูล ID11

ข้อมูลส่วนบุคคลของภรรยาที่เป็นผู้ดูแล (Care Giver)

ผู้ให้ข้อมูลเป็นภรรยา อายุ 78 ปี แต่งงานกับสามีมาเป็นระยะเวลานาน 54 ปี บุตร 2 คน ผู้หญิง 1 คน ผู้ชาย 1 คน โรคประจำตัวเป็นโรคไขมันในเลือดสูง และโรคความดันโลหิตสูง รับประทานยาประจำที่โรงพยาบาลมาราช ไม่เคยขาดยา ปัจจุบันไม่ได้ทำงาน มีรายได้จากเงินเบี้ยผู้สูงอายุ เบี้ยผู้พิการ และจากบุตร รายได้ไม่เพียงพอต่อการดูแล ผู้ให้ข้อมูลมีอาการปวดขาทั้ง 2 ข้าง เดินลำบาก เดินหลังค่อม ปวดแขนข้างขวา สามารถขี่จักรยานยนต์ออกไปตลาดใกล้ๆ บ้านได้ สายตามองเห็นชัดเจน ลักษณะรูปร่างทั่วไปผอม สูง ตัวใหญ่กว่าผู้ป่วย มีสีหน้ายิ้มแย้มแจ่มใส เคี้ยวหมากตลอดเวลา เมื่อสามีเจ็บป่วยตนเป็นภรรยาต้องรับบทบาทในการเป็นผู้ดูแลสามี เพราะในอดีตตนกับสามีลำบากด้วยกันมา ผ่านความทุกข์ความสุขด้วยกันมาไม่เคยทอดทิ้งกัน

ข้อมูลส่วนบุคคลของสามีที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง (Care Recipient)

สามีที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง อายุ 84 ปี เจ็บป่วยด้วยโรคเส้นเลือดในสมองตีบ เป็นระยะเวลานาน 13 ปี เริ่มจากมีอาการปวดแขน พอนอนพักตื่นขึ้นมาเริ่มมีอาการอ่อนแรงยกแขนยกขาทั้ง 2 ข้างไม่ได้ไปโรงพยาบาล แพทย์จะผ่าตัดให้ แต่มีปัญหาว่าผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูง จึงสามารถผ่าตัดได้ กลับมาอยู่บ้านผู้ป่วยสามารถกลืนน้ำได้ กินข้าวได้ แต่ไม่สามารถเดินได้ นอนพักอยู่บนเตียง เริ่มมีอาการช่วยเหลือตนเองไม่ได้ เป็นผู้ช่วยติดเตียงเมื่อ 3 ปีที่ผ่านมา อยู่ๆ ตื่นมาก็มีอาการอ่อนแรงเพิ่มแต่ครั้งนี้ไม่ได้พาไปรับการรักษา เพราะคิดว่าถ้าพาไปโรงพยาบาลแพทย์ก็ผ่าตัดให้ไม่ได้ จึงเป็นผู้ช่วยติดเตียงมาถึงปัจจุบัน

สถานภาพปัจจุบัน ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ พุดคุยรู้เรื่องรับรู้สติดี แขนและขาทั้ง 2 ข้างอ่อนแรง ลีบเล็ก Motor Power เกรด 0 มือทั้ง 2 ข้างบวมเล็กน้อย มีแผลกดทับที่ก้นกบ เกรด 2 ขนาดเส้นผ่านศูนย์กลางประมาณ 3 เซนติเมตร แผลแห้งดี ปัสสาวะอุจจาระราด ต้องใส่แอมเพสิสไว้ตลอดเวลา รับประทานอาหารทานปากได้โดยมีคนคอยป้อน รูปร่างลักษณะทั่วไป ตัวใหญ่กว่าผู้ดูแล ประเมิน ADL=0 คะแนน อยู่ในภาวะพึ่งพิงโดยสมบูรณ์

บทบาทของภรรยาในการเป็นผู้ดูแล

ปัจจุบันผู้ให้ข้อมูลให้การดูแลสามีที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงเป็นระยะเวลานาน 13 ปี ในรูปแบบเต็มเวลา โดยมีคนคอยช่วยเหลือ ลักษณะกิจกรรมการดูแล คือ ดูแลความสะอาดร่างกาย ความสุขสบายทั่วไป หุงหาอาหาร ป้อนอาหาร ดูแลให้ยา ทำความสะอาดเปลี่ยนแอมเพสิสเข้า-เย็น ดูแลทำแผลให้ ปฏิสัมพันธ์ระหว่างสามีและภรรยาอยู่ในเกณฑ์ดี

สภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย

ลักษณะที่อยู่อาศัยเป็นบ้านไม้ 2 ชั้น ผู้ให้ข้อมูลและสามีอาศัยอยู่บริเวณชั้นล่าง ชั้นบนไม่มีใครอาศัยอยู่ บริเวณชั้นล่างมีห้องแบ่งออกเป็นสัดส่วน ห้องที่ผู้ป่วยและผู้ให้ข้อมูลอาศัยอยู่มีเตียงนอน (เตียงสำหรับผู้ป่วย) บริเวณข้างเตียงนอนมีเตียงสำหรับผู้ให้ข้อมูลนอนข้างๆ ผู้ป่วย ภายในบ้านอากาศถ่ายเทได้สะดวก ไม่มีกลิ่นอับชื้น ข้าวของเครื่องใช้วางเป็นระเบียบเรียบร้อย ไม่วางระเกะระกะ มีห้องครัวแยกเป็นสัดส่วนบริเวณหลังบ้าน ห้องน้ำอยู่ภายในบ้านมีน้ำซัง พื้นไม้ลิ้น มีราวจับอยู่บริเวณผนังมั่นคง ไม่ชำรุด มีอ่างไว้สำหรับรองน้ำขนาดใหญ่ ส้วมเป็นแบบชักโครก สะอาดไม่มีกลิ่นเหม็น



ผู้ให้ข้อมูล ID12

ข้อมูลส่วนบุคคลของภรรยาที่เป็นผู้ดูแล (Care Giver)

ผู้ให้ข้อมูลเป็นภรรยา อายุ 70 ปี ไม่มีโรคประจำตัว แต่งงานกับสามีเป็นระยะเวลานาน 34 ปี มีบุตรสาว 2 คน บุตรสาวคนโตแต่งงานกับชาวต่างชาติไปอยู่ต่างประเทศ ส่วนคนเล็กอาศัยอยู่กับตนเอง ทำงานโรงงานไม่เป็นเวลา ปัจจุบันทำอาชีพค้าขาย ได้รายได้ในครอบครัวมาจากเบี้ยผู้สูงอายุ เบี้ยผู้พิการ จากบุตร และจากการขายผัก รายได้ไม่เพียงพอต่อการดูแล ผู้ให้ข้อมูลมีอาการแขนข้างขวาหักใส่เหล็กตามแขนไว้นาน 1 ปี จึงไม่สามารถใช้แขนข้างขวาได้เต็มที่ มีอาการเดินลำบาก ปวดหลัง และปวดขา ดูแลตัวเองด้วยการซื้อยามารับประทาน

ข้อมูลส่วนบุคคลของสามีที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง (Care Recipient)

สามีที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง อายุ 78 ปี ป่วยด้วยโรคเส้นเลือดในสมองตีบ (Stroke) สมองฝ่อ เป็นระยะเวลา 2 ปี เริ่มมีอาการปวดเมื่อยตามตัว อ่อนเพลีย บุตรสาวพาไปพบแพทย์ตรวจพบว่าเส้นเลือดในสมองตีบ ปอดติดเชื้อ นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลนาน 1 เดือน จนอาการดีขึ้น แต่ต้องมีอาการแขนและขาข้างขวาอ่อนแรง ปากเบี้ยวด้านขวา น้ำลายไหลตลอดเวลา ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ปัสสาวะใส่แพมเพิส สามารถเดินได้โดยใช้ไม้เท้าและมีคนคอยช่วยพยุง

สถานภาพปัจจุบัน แขนและขาข้างขวาอ่อนแรง พูดคุยได้แต่ไม่รู้เรื่อง รับประทานอาหารได้ โดยมีคนคอยป้อน ผู้ป่วยมักจะลุกนั่งเอง เดินเอง จนเกิดอุบัติเหตุหกล้ม หลายครั้ง จนปัจจุบันตนเองต้องอยู่กับผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ลักษณะรูปร่างท้วม ตัวใหญ่กว่าผู้ดูแล ประเมิน ADL=7 คะแนน อยู่ในภาวะพึ่งพิงรุนแรง

บทบาทของภรรยาในการเป็นผู้ดูแล

ปัจจุบันให้การดูแลสามีที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงเป็นระยะเวลานาน 2 ปี 2 เดือน ในรูปแบบเต็มเวลา โดยไม่มีคนคอยให้การช่วยเหลือ ลักษณะของกิจกรรมการดูแล คือ ดูแลความสะอาดด้านร่างกาย พุงพาไปอาบน้ำ เปลี่ยนเสื้อผ้า ทำกับข้าว ป้อนข้าว ดูแลให้ยา เปลี่ยนแพมเพิส ทำความสะอาด ดูแลอย่างใกล้ชิดเพื่อไม่ให้เกิดอุบัติเหตุ ปฏิสัมพันธ์ระหว่างสามีและภรรยาไม่ค่อยดี เนื่องจากสามีเป็นคนดื้อรั้น ไม่เชื่อฟัง ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกเหนื่อยกับการให้การดูแล

สภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย

ลักษณะที่อยู่อาศัยเป็นบ้านไม้ชั้นเดียว มีรั้วรอบขอบชิด ภายในบ้านเป็นห้องโถงกว้าง ใช้ตู้เสื้อผ้าในการกั้นแบ่งห้อง มีที่นอนขนาด 6 ฟุตและ 3 ฟุตวางติดกัน ของใช้วางระเกะระกะ ไม่เรียบร้อย อากาศถ่ายเทไม่สะดวก อับชื้นมีกลิ่นเหม็นของปัสสาวะ มีห้องน้ำอยู่ในตัวบ้าน ภายในห้องน้ำมีราวจับแน่นหนา พื้นไม้ลิ้น ไม่มีน้ำซัง มีถังรองน้ำ 2 ใบ ส้วมเป็นแบบชักโครก มีห้องครัวแยกออกเป็นสัดส่วน มีสมาชิกภายในบ้านจำนวน 3 คน คือ ผู้ให้ข้อมูล สามี และบุตรสาวคนเล็ก

ผู้ให้ข้อมูล ID13

ข้อมูลส่วนบุคคลของภรรยาที่เป็นผู้ดูแล (Care Giver)

ผู้ให้ข้อมูลเป็นภรรยา อายุ 61 ปี แต่งงานกับสามีเป็นระยะเวลานาน 41 ปี มีบุตรสาว 1 คน ทำงานอยู่ต่างจังหวัด ไม่มีโรคประจำตัว ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป รายได้มาจากเงินเบี้ยผู้สูงอายุ เบี้ยผู้พิการ บุตรส่งให้เดือนละ 1,000 บาท รายได้ไม่เพียงพอต่อการดูแล ผู้ให้ข้อมูลรับบทบาทหน้าที่ในการดูแลสามีเนื่องจากตนเองเป็นภรรยา ผู้ให้ข้อมูลคิดว่าไม่มีใครดูแลสามีได้ดีเท่าตนเองที่เป็นภรรยา อยู่ด้วยกัน ลำบากด้วยกันมาตั้งแต่ครั้งในอดีต ไม่เคยทิ้งกัน

ข้อมูลส่วนบุคคลของสามีที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง (Care Recipient)

สามีที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง อายุ 66 ปี เจ็บป่วยโดยโรคหลอดเลือดในสมองตีบ เริ่มจากมีอาการปวดศีรษะ ตนจึงให้สามีไปนอนพัก ตนรู้สึกทำไมสามีไม่ตื่น ตนจึงไปปลุกแล้วพบว่า สามีมีอาการปัสสาวะราด ตนจึงพาไปพบแพทย์ นอนโรงพยาบาลนาน 14 วัน อาการฟื้นคืนอันตรราย แต่มีอาการแขนขาซีกขวาอ่อนแรง ไม่สามารถลุกนั่งหรือเดินได้ ใช้ก้นถัดตัวเวลาเคลื่อนย้ายตัวจากภายในออกมาภายนอกบ้าน โดยไม่มีคนคอยช่วยเหลือ พุดไม่ได้ หนึ่งตาข้างขวาตม มุมปากด้านขวาเบี้ยว หูตึง ผู้ป่วยมักจะตึ่มเหล้าเป็นประจำทุกวัน สูบบุหรี่เป็นประจำทุกวันวันละ 1 ซอง ปัจจุบันยังไม่เลิกสูบบุหรี่ ตึ่มเครื่องตึ่มชุกกำลังทุกวัน วันละ 1 ขวด

สถานภาพปัจจุบัน พุดคุยไม่รู้เรื่อง ส่งเสียงได้ไม่เป็นคำ ลุกนั่งได้โดยมีคนคอยช่วยพยุง สามารถรับประทานอาหารรับประทานได้ด้วยตนเอง ผู้ให้ข้อมูลจะเตรียมเอาไว้ให้ ประเมิน ADL=10 คะแนน อยู่ในภาวะพึ่งพิงปานกลาง

บทบาทของภรรยาในการเป็นผู้ดูแล

ปัจจุบันให้การดูแลสามีที่เจ็บป่วยในภาวะพึ่งพิงเป็นระยะเวลานาน 31 ปี ในรูปแบบการดูแลเต็มเวลา โดยลักษณะของกิจกรรมการดูแล คือ ดูแลเตรียมหุงหาอาหารใส่ถาดไว้ให้ ดูแลอาบน้ำ ล้างหน้าแปรงฟัน เปลี่ยนเสื้อผ้า ตลอดการดูแลสามี ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกว่ามีของตนพยายามจะช่วยเหลือตนเองให้มากขึ้นจนปัจจุบันสามารถ เคลื่อนย้ายตนเองได้ด้วยการถัดไปที่พื้น ไปเข้าห้องน้ำ ในขณะที่ผู้ให้ข้อมูลออกไปทำงานรับจ้างนอกบ้าน ปฏิสัมพันธ์ระหว่างสามีภรรยาเป็นไปในทางที่ไม่ค่อยดี เนื่องจากสามีเอาแต่ใจตนเอง ใจร้อน มักจะหงุดหงิดบ่อยๆ

สภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย

ลักษณะที่อยู่อาศัยเป็นบ้านปูนชั้นเดียว ภายในบ้านไม่มีห้องแยก เป็นห้องโถงกว้าง มีพื้นนอน 6 ฟุต วางอยู่ที่พื้น ไม่มีเตียงนอน ของใช้วางเป็นระเบียบเรียบร้อยไม่วางระเกะระกะ อากาศถ่ายเทได้สะดวก ภายในบ้านไม่มีกลิ่นอับชื้น มีห้องครัวแยกออกเป็นสัดส่วน ห้องน้ำอยู่ภายนอกตัวบ้าน หน้าห้องน้ำมีโถงสำหรับรองน้ำไว้ให้ผู้ป่วยอาบ ห้องน้ำไม่มีราวจับ พื้นห้องน้ำสะอาด ไม่ลื่น ไม่มีน้ำขังที่พื้น ส้วมเป็นแบบนั่งยอง บริเวณข้างบ้านมีคอกวัว ผู้ให้ข้อมูลเลี้ยงวัวไว้ 1 ตัว ภายนอกบ้านได้กลิ่นมูลสัตว์ตลอดเวลา



ผู้ให้ข้อมูล ID14

ข้อมูลส่วนบุคคลของภรรยาที่เป็นผู้ดูแล (Care Giver)

ผู้ให้ข้อมูลเป็นภรรยา อายุ 72 ปี แต่งงานกับสามีมาเป็นระยะเวลา 60 ปี มีโรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง เป็นระยะเวลา 4 ปี รับประทานยาไม่เคยขาดยา มีอาการปวดหลัง ปวดเข่า นั่งนานไม่ได้ เดินกระฉับกระฉ่าง รูปร่างลักษณะทั่วไป สมส่วน สีหน้ายิ้มแย้มแจ่มใส อารมณ์ดี รับผิดชอบในการเป็นผู้ดูแลเนื่องจากตนเองเป็นภรรยา ในอดีตผู้ป่วยและตนเองเคยช่วยเหลือเกื้อกูลกันมา และผู้ป่วยเป็นคนดี ช่วยกันทำมาหากิน ปัจจุบันผู้ให้ข้อมูลทำอาชีพรับจ้างเก็บถั่วลิสง ทอเสื้อผ้า รายได้มาจากการรับจ้าง เป็ยผู้สูงอายุ และเป็ยผู้พิการ

ข้อมูลส่วนบุคคลของสามีที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง (Care Recipient)

สามีที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง อายุ 74 ปี มีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง ระยะเวลา 10 ปี 6 เดือน เริ่มมีอาการเจ็บป่วยจากอาการเวียนศีรษะ ปวดศีรษะ เหมือนจะเป็นลม นอนพักตื่นมามีอาการขาไม่มีแรง ไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลพบว่าเส้นเลือดในสมองตีบ นอนโรงพยาบาลนาน 1 เดือน จนอาการเริ่มดีขึ้น แต่มีอาการแขนและขาทั้ง 2 ข้างอ่อนแรง กลั้นปัสสาวะอุจจาระไม่ได้ ใส่แอมเป็สไว้ตลอดเวลา ไม่มีแผลกดทับ ขาทั้ง 2 ข้างลีบเล็ก รูปร่างทั่วไป ตัวเท่ากับผู้ดูแล

สถานภาพปัจจุบัน พูดคุยรู้เรื่อง ช่วยเหลือตนเองได้น้อย รับประทานอาหารได้ แต่ต้องมีคนป้อน เคลื่อนย้ายได้โดยใช้รถเข็น โดยมีภรรยาคอยช่วยเหลือ ประเมิน ADL=6 คะแนน อยู่ในภาวะพึ่งพิงรุนแรง

บทบาทของภรรยาในการเป็นผู้ดูแล

ผู้ให้ข้อมูลดูแลสามีที่เจ็บป่วยในภาวะพึ่งพิงเป็นระยะเวลา 10 ปี 6 เดือน ในรูปแบบเต็มเวลา โดยไม่มีคนคอยช่วยเหลือ ลักษณะกิจกรรมการดูแล คือ ดูแลเตรียมอาหาร ป้อนอาหาร ดูแลความสุขสบายด้านร่างกาย พาลงรถเข็นไปอาบน้ำ ดูแลให้ยา เปลี่ยนแอมเป็ส มีบุตรชายที่อยู่ในหมู่บ้านมาช่วยพาไปพบแพทย์ตามนัด ปฏิสัมพันธ์ระหว่างสามีภรรยาอยู่ในเกณฑ์ดี

สภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย

ลักษณะที่อยู่อาศัยเป็นบ้าน 2 ชั้น ใต้ถุนสูง ผู้ให้ข้อมูลและผู้ป่วยอาศัยอยู่ชั้นบน ภายในบ้านชั้นบนเป็นห้องโถงกว้าง มีที่นอนขนาด 6 ฟุตปูไว้ที่พื้นไม่มีเตียงนอน อากาศถ่ายเทได้สะดวก ภายในไม่มีกลิ่นอับชื้น ของใช้วางเป็นระเบียบเรียบร้อยไม่วางระเกะระกะ มีห้องน้ำอยู่ภายนอกบ้านอยู่ด้านล่าง มีแสงสว่างเพียงพอ พื้นห้องน้ำไม่ลื่น ไม่มีน้ำขัง มีอ่างไว้สำหรับรองน้ำ ส้วมเป็นส้วมนั่งแบบตุ๊กตาลด มีราวจับที่แน่นหนา มีห้องครัวแยกเป็นสัดส่วน มีสมาชิกในบ้านจำนวน 2 คน คือ ผู้ให้ข้อมูลและสามี

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	นางสาวพันธมน สุภารี
วัน เดือน ปี เกิด	21 กันยายน 2527
สถานที่เกิด	จังหวัดนครราชสีมา
วุฒิการศึกษา	ปริญญาตรีหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา เมื่อปีการศึกษา 2550



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY