

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญ

ในยุคของความเจริญก้าวหน้า ทางวิทยาศาสตร์การแพทย์และเทคโนโลยี การรักษาพยาบาล และการควบคุมความรุนแรงของโรคมีประสิทธิผลมากขึ้น สามารถยืดอายุผู้ป่วยให้มีชีวิตที่ยืนยาว ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรของประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งประชากรกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งปัจจุบันจำนวนผู้สูงอายุได้เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วสำหรับประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2543 มีประชากร ทั้งหมด 61 ล้านคน ในจำนวนนี้มีผู้สูงอายุ 5.6 ล้านคน หรือ ร้อยละ 9.3 ของประชากรทั้งหมด จัดเป็นอันดับที่ 16 ของโลก และคาดว่า ในปี พ.ศ. 2563 จะมีประชากรผู้สูงอายุจำนวน 10 ล้านคน คิดเป็น ร้อยละ 14 ของประชากรรวม (วิไลวรรณ, 2543) การเพิ่มจำนวนและสัดส่วนของผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว ย่อมส่งผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพของประเทศ (Eliopoulos, 2001) เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีความเสื่อมของสุขภาพทั้งด้านโครงสร้าง และการทำหน้าที่ของอวัยวะทุกส่วน เกิดขึ้นโดยธรรมชาติ ส่วนใหญ่เกิดจากความเสื่อมทางกายภาพประกอบกับการเปลี่ยนแปลงของสภาพจิตใจ กล่าวคือ ผู้สูงอายุจะมีอวัยวะของ การรับรู้ และความจำเสื่อม ปฏิกริยาตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นต่าง ๆ ลดลง การทรงตัวไม่มั่นคง กระดูกและข้อเสื่อม มีการเปลี่ยนแปลงของระบบหัวใจและหลอดเลือด การเปลี่ยนแปลงของระบบหายใจ ระบบทางเดินอาหาร มีอัตราการเผาผลาญสารอาหารและภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลง (ทัศนีย์, 2538) ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่จะเจ็บป่วยได้ง่าย

ภาวะเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุ พบว่าร้อยละ 66.4 เป็นภาวะเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย และจิตใจ ในจำนวนดังกล่าวร้อยละ 14.6 จะมีความรุนแรง ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เป็นระยะเวลานาน (ปีทมา, 2540) ซึ่งโรคที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็ง โคลิเอสเทอรอลในเลือดสูง กลุ่มอาการสมองเสื่อม โรคข้อเสื่อม ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้ ภาวะซึมเศร้า และหกล้ม (สุทธิชัย, 2542) จากภาวะเจ็บป่วยที่กล่าวมาในผู้สูงอายุ จะเป็นภาวะเจ็บป่วยที่เรื้อรัง ไม่หายขาด ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลานาน ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการดูแลตนเองลดลง ต้องพึ่งพาคูคนอื่นและจำเป็นต้องมีผู้ดูแล ทำให้ขาดความเป็นอิสระ และระดับความมีคุณค่าในตนเองลดลง (ปีทมา, 2540) นอกจากนี้การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลยังเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดความเครียด รู้สึกถูกคุกคาม มีความรู้สึกโดดเดี่ยวและ

ไม่มั่นคงเพราะต้องประสบกับสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงและถูกพรากจากบุคคลอันเป็นที่รัก (Sharp, 1990)

จากปัญหาดังกล่าว ผู้ดูแลโดยเฉพาะญาติซึ่งจัดเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ จะมีส่วนช่วยลดผลกระทบจากปัญหาสุขภาพ และปัญหาจากการเข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาล โดยช่วยเหลือในการปรับตัวและเป็นสื่อกลางในการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้สูงอายุกับแพทย์หรือพยาบาล (วิมลรัตน์, 2537 ; Sharp, 1990) การได้รับการดูแลเอาใจใส่และยอมรับในควมมีคุณค่าจากญาติจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความเครียดลดลง รู้สึกมีคุณค่า เกิดความผาสุก และมีความสามารถในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น ดังเช่นการศึกษาของสมบัติ, ยุกิน, ดวงฤดี, และ ทิพาพร (2543) ได้ศึกษาถึงการสนับสนุนทางสังคมโดยเครือญาติ ความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง พบว่า การสนับสนุนทางสังคมโดยเครือญาติ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ดังนั้นเมื่อผู้สูงอายุเจ็บป่วย ญาติจึงเป็นผู้ดูแลที่มีบทบาทสำคัญต่อการมีส่วนร่วมในการดูแล เมื่อจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งการมีส่วนร่วมในการดูแลเป็นกิจกรรมหนึ่งของญาติในการเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ เพราะการมีส่วนร่วมเป็นกระบวนการในการร่วมรับรู้หรือร่วมรับผิดชอบในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อให้การดูแล การตัดสินใจ และร่วมประเมินผลการดูแลที่ได้รับ (Brownlea, 1987 cited by Cahill, 1998)

การมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาล จึงเป็นกระบวนการที่ผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมรับผิดชอบในการปฏิบัติกิจกรรม การตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษา การปฏิบัติกิจกรรมในการดูแล และประเมินผลการดูแลที่ได้รับ การมีส่วนร่วมของผู้ดูแลนอกจากจะมีผลดีต่อผู้สูงอายุขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลดังที่กล่าวมาข้างต้นแล้ว ในด้านการพยาบาลยังเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยส่งเสริมคุณภาพการพยาบาล และเป็นแนวทางที่นำไปสู่การดูแลแบบองค์รวม คือ ผู้ดูแลสามารถให้การดูแลครอบคลุมด้านกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ (Laitinen, 1993) ช่วยเสริมสร้างสัมพันธภาพที่ดี ลดความขัดแย้งระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล (Cahill, 1996) ส่งเสริมให้ผู้ดูแลสามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นและวางแผนการดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่องเมื่อต้องรับผู้สูงอายุกลับไปดูแลต่อที่บ้าน เห็นได้จากการศึกษาผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากความแตกต่างในการมีส่วนร่วมของญาติผู้ดูแลต่อแผนการจำหน่ายผู้ป่วย (Bull, Hansen, & Gross, 2000) พบว่า กลุ่มญาติที่มีส่วนร่วมในแผนการจำหน่ายผู้ป่วยในระดับสูงจะมีความพึงพอใจ มีความสามารถในการดูแล และยอมรับบทบาทผู้ดูแลได้ดีกว่ากลุ่มที่มีส่วนร่วมน้อย เช่นเดียวกับการศึกษาของลิและคณะ (Li et al., 2003) เกี่ยวกับการใช้โปรแกรมในการเสริมสร้างพลังความสามารถ (empowerment) ของผู้ดูแลต่อการมีส่วนร่วมดูแลผู้สูงอายุขณะเข้ารับ การ

รักษาในโรงพยาบาล พบว่า ผลจากการใช้โปรแกรมช่วยส่งเสริมให้ผู้ดูแลเกิดความเชื่อมั่น ในตนเองต่อความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุ ดังนั้นการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาลจึงจำเป็นต้องเริ่มตั้งแต่รับผู้สูงอายุเข้ามารักษาจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ปัจจุบันการส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาลได้รับความสนใจมากขึ้น เห็นได้จากการศึกษางานวิจัยที่ผ่านมา เช่น จากการศึกษาของชาร์พ (Sharp, 1990) เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของญาติในการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อมในโรงพยาบาล พบว่า ส่วนใหญ่ญาติจะเป็นแหล่งช่วยสนับสนุนด้านจิตใจและอารมณ์นอกเหนือจากการดูแลด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน จากการศึกษาของไลทีเนน (Laitinen, 1992, 1993) เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาล โดยศึกษาในสถานพยาบาล 3 แห่ง คือโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย หน่วยดูแลผู้สูงอายุ (geriatric unit of health centre) และสถานพยาบาล (nursing home) พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ดูแลมีส่วนช่วยเหลือด้านจิตใจนอกเหนือจากการช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเช่นเดียวกับการศึกษาของชาร์พ ต่อมามีการศึกษาถึงการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาล (Laitinen & Isola, 1996) พบว่า การได้รับการสนับสนุนด้านจิตใจและอารมณ์จากพยาบาล การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วยและวิธีการรักษา การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และ สัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ดูแลและพยาบาล เป็นกุญแจสำคัญในการส่งเสริมให้การมีส่วนร่วมของผู้ดูแลมีประสิทธิภาพมากขึ้น สำหรับประเทศไทยได้มีการศึกษาถึงผลของการส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลต่อการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยและความพึงพอใจของญาติต่อการพยาบาล (ทัศนีย์, 2538) พบว่า กลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการส่งเสริมให้ญาติเข้ามีส่วนร่วมในการดูแล มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดีกว่าและญาติมีความพึงพอใจต่อการพยาบาลมากกว่ากลุ่มควบคุม

แม้ว่าปัจจุบันได้มีการส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุมากขึ้น แต่ในสถานการณ์จริงพบว่า การมีส่วนร่วมของผู้ดูแลยังมีข้อจำกัด ผู้ดูแลไม่สามารถเข้ามีส่วนร่วมได้อย่างเต็มที่ เนื่องจากปัจจัยต่างๆ ดังนี้ ปัจจัยด้านผู้ป่วย คือ ภาวะสุขภาพ ได้แก่ ความรุนแรงของภาวะเจ็บป่วย และความสามารถในการดูแลตนเอง ปัจจัยด้านผู้ดูแล ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ของผู้ดูแล ทัศนคติของผู้ดูแลต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาล และปัจจัยด้านสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับพยาบาล กล่าวคือ ปัจจัยด้านผู้ป่วย ภาวะเจ็บป่วยรุนแรงและคุกคามชีวิตส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกสิ้นหวัง และไม่กล้ามีส่วนร่วมในการดูแล (Lee & Craft-Rosenberg, 2002) เช่นเดียวกับการศึกษาของชาร์พ (Sharp, 1990)

ที่พบว่า ระดับการมีส่วนร่วมของญาติในการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นภาวะสมองเสื่อมอยู่ในระดับต่ำทั้งที่พยาบาลเปิดโอกาสให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุมิมีการดำเนินโรคแย่งลง ไม่สามารถฟื้นฟูสภาพเดิมได้ ทำให้ญาติเกิดความเหนื่อยล้า หมัดกำลังใจที่จะให้การดูแล สอดคล้องกับการศึกษาถึงประสบการณ์ของญาติที่มีสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วย (Jonsen, Athlin, & Suhr, 2000) พบว่า ญาติผู้ดูแลจะหลีกเลี่ยงการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา เนื่องจากความรุนแรงของโรค ซึ่งญาติมีความรู้สึกไม่แน่นอนต่อสิ่งที่จะเกิดขึ้น จึงไม่สามารถมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาได้ ในส่วนของความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย การมีส่วนร่วมของผู้ดูแลจะเปลี่ยนแปลงตามระดับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย เห็นได้จากการศึกษาถึงแนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของญาติในการดูแลผู้ป่วยขณะเข้ารับยาเคมีบำบัดในโรงพยาบาล (Schumacher, 1996) พบว่าผู้ป่วยที่มีความสามารถในการดูแลตนเองได้ดี การมีส่วนร่วมของญาติจะลดลง เมื่อผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองลดลง การมีส่วนร่วมของญาติจะมากขึ้นหรือให้การดูแลทั้งหมด และสอดคล้องกับการศึกษาถึงการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุในสถานพยาบาล (nursing home) (Friedemann, Montgomery, Rice, & Farrell, 1999) พบว่า ระดับความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ในทางลบต่อการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล

ปัจจัยผู้ดูแล อายุเป็นปัจจัยที่ทำให้บุคคลมีความแตกต่างกันในเรื่องความคิดและพฤติกรรม (จรัสรัตน์, 2543) ซึ่งจากการศึกษาประสบการณ์การมีส่วนร่วมของญาติในการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาล (Astedt-Kurki, Paunonen, & Lehti, 1997) พบว่า ผู้ดูแลที่มีอายุน้อยจะได้รับผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงด้านการดำเนินชีวิตประจำวันมากกว่าผู้ที่มีอายุมาก ในขณะที่ผู้ดูแลที่มีอายุมากจะมีภาวะพึ่งพาและต้องการความช่วยเหลือจากพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุมากกว่าผู้ที่มีอายุน้อย นอกจากนี้บุคคลที่มีอายุมากจะมีประสบการณ์หรือผ่านเหตุการณ์ต่างๆ มากมาย ทำให้มีความสามารถในการแก้ปัญหาและปรับตัวได้ดีกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของชูชื่น (2541) พบว่าผู้ดูแลที่มีอายุมากมีแนวโน้มปรับตัวได้ดี เนื่องจากสามารถทนต่อสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดและสามารถพิจารณาเหตุการณ์ได้อย่างรอบคอบ สำหรับระดับการศึกษาของผู้ดูแล ผู้ดูแลที่มีระดับการศึกษาดีจะสามารถประยุกต์ความรู้สำหรับการดูแลมาใช้ได้ง่าย มีทักษะและความสามารถในการแสวงหาข้อมูลและความช่วยเหลือจากแหล่งต่างๆ จึงมีแนวโน้มที่จะมีส่วนร่วมในการดูแลได้มากกว่าผู้ดูแลที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า เช่นเดียวกับการศึกษาของทอมสัน (Thompson et al., 1992 cited by Cahill, 1998) ที่ศึกษาถึงความต้องการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับการรักษา พบว่า ระดับการศึกษาของผู้ป่วยสามารถทำนาย

การมีส่วนร่วมได้ โดยผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงจะต้องการมีส่วนร่วมมากกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า เนื่องจากการศึกษาเป็นสิ่งที่ส่งผลต่อการพัฒนาความรู้ความเข้าใจและทัศนคติของบุคคล

ปัจจัยด้านเพศของผู้ดูแล เป็นปัจจัยสำคัญที่เป็นตัวกำหนดบุคลิกภาพ บทบาทในครอบครัวและสังคม เพศที่แตกต่างกันทำให้มีความเชื่อ เจตคติ และค่านิยมที่แตกต่างกัน ซึ่งเพศหญิงจะถูกปลูกฝังอบรมให้เป็นผู้ดูแลงานบ้านและสมาชิกภายในครอบครัว (จารุวรรณ, 2544) ในขณะที่เพศชายจะถูกอบรมให้เป็นผู้ที่คอยหารายได้เลี้ยงครอบครัว ดังนั้นการยอมรับในบทบาทของผู้ดูแลในเพศหญิงจึงง่ายกว่าเพศชาย (วิมลรัตน์, 2537) ซึ่งจากการศึกษาถึงความต้องการของผู้ดูแลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยในหออภิบาลผู้ป่วยหนักในฮ่องกง (Lee, Chien & Mackenzie, 2000) พบว่า เพศหญิงมีความต้องการให้การดูแลผู้ป่วยมากกว่าเพศชาย

ปัจจัยรายได้ของผู้ดูแล เป็นปัจจัยสำคัญในการส่งเสริมการดูแล ซึ่งจากการวิเคราะห์ถึงความล้มเหลวของการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย (Lee & Craft-Rosenberg, 2002) พบว่า ญาติผู้ดูแลที่มีรายได้น้อยและขาดแหล่งสนับสนุนด้านการเงิน เป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อความล้มเหลวในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของทัศนีย์ (2538) เกี่ยวกับผลของการส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาล พบว่า ญาติที่มีรายได้น้อยจะมีข้อจำกัดในการมีส่วนร่วมดูแลผู้สูงอายุ เนื่องจากต้องทำงานหาเงินเลี้ยงตนเองและครอบครัว แต่มีข้อขัดแย้งกับการศึกษาของวิลส์เลียมส์, ฟอর্বส, มิทเชลล์, และ โครเบทท์ (Williams, Forbes, Mitchell, & Corbett, 2003) ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยส่งเสริมด้านรายได้ต่อประสิทธิภาพการดูแลของผู้ดูแล พบว่ากลุ่มผู้ดูแลที่มีรายได้น้อยจะมีเวลาในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยมากกว่าผู้ดูแลที่มีรายได้สูง

ทัศนคติของผู้ดูแลต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาล ทัศนคติในแง่ลบของผู้ดูแลทำให้มีข้อจำกัดต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย โดยคิดว่าการดูแลเป็นหน้าที่ของผู้ที่มีความรู้และเชี่ยวชาญด้านสุขภาพเท่านั้น (Lee & Craft-Rosenberg, 2002) สอดคล้องกับการศึกษาถึงการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาล (Laitinen & Isola, 1996) พบว่า ทัศนคติในแง่บวกต่อการมีส่วนร่วมในการดูแล ส่งผลให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลมากขึ้น ในขณะที่ทัศนคติในแง่ลบจะส่งผลให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยลดลง เช่นเดียวกับการศึกษาของนิวแมน (Newman, 1997) เกี่ยวกับประสิทธิภาพของสมาชิกครอบครัวที่อยู่เฝ้าผู้ป่วยในโรงพยาบาล พบว่า สมาชิกที่อยู่ดูแลผู้ป่วยจะมีทัศนคติที่ดีต่อการมีส่วนร่วมในการดูแล โดยคิดว่าเป็นหน้าที่ที่ควรรับผิดชอบร่วมกับทีมสุขภาพในการดูแลญาติที่เจ็บป่วย เป็นการมอบความรัก ความห่วงใย และปกป้องผู้ป่วยจากภาวะคุกคามต่างๆ

ปัจจัยสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับพยาบาล สัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลกับผู้ดูแล จะส่งเสริมให้ผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ ไลทิเนน และไอโซลา (Laitinen & Isola, 1996) พบว่า สัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ดูแลกับพยาบาล เป็นปัจจัยส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ในขณะที่สัมพันธภาพที่ไม่ดีระหว่างผู้ดูแล กับพยาบาล จะเป็นปัจจัยที่ขัดขวางให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมลดลง ทั้งนี้สัมพันธภาพที่ดีของพยาบาล จะช่วยประคับประคองการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในโรงพยาบาลให้มืออย่างต่อเนื่อง (Kellert, 1999) นอกจากนี้ที่กล่าวมาข้างต้นแล้ว ยังมีปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล เช่น ลักษณะความเป็น ส่วนตัว มีความยืดหยุ่นในกฎระเบียบของการเข้าเยี่ยม เป็นปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมการมีส่วนร่วมของ ผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น (Laitinen & Isola, 1996)

โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ เป็นโรงพยาบาลของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ สังกัด คณะแพทยศาสตร์ ที่ให้บริการในระดับตติยภูมิ เน้นให้บริการแก่ผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน (คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 2542) ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่เข้ารับการรักษา ได้รับการส่งตัวเพื่อเข้ารับการรักษาต่อ และต้องห่างไกลที่อยู่อาศัย ประกอบกับโรงพยาบาลมีกฎ ระเบียบเกี่ยวกับระยะเวลาในการเข้าเยี่ยม โดยอนุญาตให้ผู้ดูแลเข้าเยี่ยม เวลา 11.00 -12.00 น. และเวลา 14.00 - 19.00 น. ไม่อนุญาตให้ผู้ดูแลอยู่เฝ้าผู้ป่วยในเวลากลางคืน แต่มีข้อยกเว้นในผู้ ป่วยวิกฤต หรือผู้ป่วยที่มีความต้องการการสนับสนุนด้านจิตใจอย่างใกล้ชิดจากญาติผู้ดูแล โรง พยาบาลสงขลานครินทร์เน้นให้บริการโดยคำนึงถึงสิทธิ และยึดผู้รับบริการเป็นจุดศูนย์กลาง เน้น ส่งเสริมให้ผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลและตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับบริการ จนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (โรงพยาบาลสงขลานครินทร์, 2544) เห็นได้จากการมี แผนการเตรียมสำหรับการจำหน่ายผู้ป่วย ซึ่งจะส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมตั้งแต่ขั้นตอน การ ประเมินปัญหาและการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษา การวางแผนในการดูแล ตลอดจน การเตรียมความพร้อมเมื่อต้องรับผู้ป่วยกลับไปดูแลต่อที่บ้าน โดยเน้นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะ เจ็บป่วยและการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษา การแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างผู้ดูแลและ ทีมสุขภาพ ซึ่งจากประสบการณ์ในการทำงานของผู้วิจัยในแผนกหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาล สงขลานครินทร์ พบว่า ถึงแม้ได้เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมมากขึ้น แต่บางครั้งการมีส่วนร่วม ของผู้ดูแลยังมีน้อย ซึ่งอาจเกิดจากความเข้าใจไม่ตรงกันระหว่างผู้ดูแลและพยาบาล หรือเกิดจาก ปัจจัยทั้งในด้านผู้ดูแลหรือตัวผู้ป่วย ดังที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงปัจจัย ทำนายการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาล โดยเฉพาะปัจจัยด้านผู้ดูแล คือ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ และทัศนคติของผู้ดูแลต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ ในโรงพยาบาล ปัจจัยด้านผู้ป่วย คือ ความรุนแรงของภาวะเจ็บป่วย ความสามารถในการดูแลตน

เองของผู้สูงอายุ และปัจจัยด้านสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับพยาบาล เนื่องจากผู้ดูแลเป็นบุคคลที่มีความสำคัญต่อการมีส่วนร่วมของทีมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วย และการศึกษาวิจัยที่ผ่านมา เป็นการศึกษาถึงลักษณะกิจกรรมหรือรูปแบบการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาลในสถานการณ์ที่แตกต่างกัน ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงประเด็นดังกล่าวเพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมให้ผู้ดูแลเข้ามีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุมากขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาถึงปัจจัยทำนายการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาล

คำถามหลักของการวิจัย

มีปัจจัยอะไรบ้างที่สามารถทำนายการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาล

กรอบแนวคิด

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องและนำมาสรุปเป็นกรอบแนวคิดของการวิจัย โดยเชื่อมโยงแนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล กระบวนการพยาบาล ปัญหาสุขภาพและความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุ มาเป็นแนวทางในการกำหนดการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาล

การมีส่วนร่วมในการดูแลของผู้ดูแล เป็นการร่วมรับรู้ถึงการดูแลผู้ป่วยหรือร่วมรับผิดชอบในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแล การตัดสินใจ และการเจรจาต่อรองเกี่ยวกับการดูแลรักษา ตลอดจนการประเมินผลการดูแลที่ผู้ป่วยได้รับ ซึ่งสิ่งสำคัญจะต้องมีการสร้างสัมพันธภาพและให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลรักษา (Brownlea, 1987 cited by Cahill, 1998) กิจกรรมที่ผู้ดูแลปฏิบัติในการดูแลเป็นกิจกรรมที่ปฏิบัติกับผู้ป่วยโดยตรงและปฏิบัติร่วมกับทีมสุขภาพ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยนำกระบวนการพยาบาล มาเป็นแนวในการกำหนดการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล เนื่องจากเป็นกระบวนการเพื่อวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการที่สามารถวางแผนการดูแล ที่เป็นลักษณะเฉพาะบุคคล มีความต่อเนื่อง ยืดหยุ่น สามารถปรับใช้กับผู้รับบริการทุกกลุ่มและเน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ประกอบด้วย ขั้นตอนการประเมินสภาพ การระบุปัญหาและความต้องการ การวางแผนการดูแล การปฏิบัติกิจกรรมการดูแล และการประเมินผลการดูแล (Dillon, 2003 ; Rosdahl & Kowalski, 2003) ลักษณะกิจกรรมที่ผู้ดูแลเข้ามีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล มีลักษณะดังนี้

1. การประเมินสภาพ เป็นการมีส่วนร่วมในการประเมินสภาพปัญหาและความต้องการ การดูแลของผู้สูงอายุ โดยผู้ดูแลจะมีส่วนร่วมในการประเมินปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

2. การระบุปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ ภายหลังจากการประเมิน ข้อมูลที่ได้นำมา วิเคราะห์ปัญหาและความต้องการ ซึ่งปัญหาและต้องการของผู้สูงอายุประกอบด้วยปัญหาและความต้องการการดูแลด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และด้านจิตวิญญาณ ผู้ดูแลจะมีส่วนร่วมในการ รายงานความผิดปกติ หรืออาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นแก่แพทย์หรือพยาบาล สอบถามข้อมูล เกี่ยวกับความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ ตลอดจนเป็นสื่อกลางในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับความต้องการของผู้สูงอายุแก่แพทย์หรือพยาบาล

3. การวางแผน เป็นการมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลตามปัญหาและความต้องการ ของผู้สูงอายุ โดยผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลในลักษณะของการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับ ทีมสุขภาพ ให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับวิธีการดูแลรักษา เจรจาต่อรองกับทีมสุขภาพ และมีส่วนร่วม ในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแล แลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารกับทีมสุขภาพ ตลอดจน ร่วมวางแผนเป้าหมายในการดูแลผู้สูงอายุกับทีมสุขภาพ

4. การปฏิบัติกิจกรรมการดูแล เป็นการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อตอบสนองความต้องการในการดูแลของผู้สูงอายุตามสภาพปัญหาและความสามารถในการดูแลตนเอง ประกอบด้วย ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และด้านจิตวิญญาณ เช่น การช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตามแผนการรักษา ของแพทย์ การฟื้นฟูสภาพ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ จากการตรวจรักษาและจากภาวะความ สามารถในการดูแลตนเองลดลงของผู้สูงอายุ พึงกษสิทธิ์ให้ผู้สูงอายุ อยู่เป็นเพื่อนเพื่อให้เกิด ความอบอุ่นใจและคงไว้ซึ่งความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ให้ความมั่นใจแก่ผู้สูงอายุเกี่ยวกับการรักษา เป็นคนกลางในการเชื่อมสัมพันธภาพ ติดต่อบริการระหว่างผู้สูงอายุกับสังคมภายนอก โรงพยาบาลหรือสมาชิกในครอบครัว ส่งเสริมหรือร่วมปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนากับผู้สูงอายุ ขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

5. การประเมินผล เป็นการเข้ามีส่วนร่วมในการประเมินผลที่เกิดขึ้นจากการดูแลและการรักษาที่ผู้สูงอายุได้รับ ซึ่งผู้ดูแลจะมีส่วนร่วมโดยการเฝ้าสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงหรือผลข้าง เคียงจากการตรวจรักษา และอธิบายหรือให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งที่เป็นอุปสรรคต่อการดูแล

ในส่วนของปัจจัยทำนายการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาล ผู้วิจัยสนใจศึกษาปัจจัยด้านผู้ดูแล คือ อายุ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ และทัศนคติของผู้ดูแลต่อ การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาล ปัจจัยด้านผู้ป่วย คือ ความรุนแรงของภาวะเจ็บ

ป่วย ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ และปัจจัยด้านสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับ
พยาบาล

ดังนั้นในการศึกษาถึงปัจจัยทำนายการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุใน
โรงพยาบาลจึงประกอบด้วยตัวแปรดังนี้ ตัวแปรต้นหรือตัวแปรอิสระ คือ ปัจจัยด้านผู้ดูแล คือ อายุ
เพศ ระดับการศึกษา รายได้ และทัศนคติของผู้ดูแลต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ
ในโรงพยาบาล ปัจจัยด้านผู้ป่วย คือ ความรุนแรงของภาวะเจ็บป่วย ความสามารถในการดูแลตน
เองของผู้สูงอายุ ปัจจัยด้านสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับพยาบาล ตัวแปรตาม คือ การมี
ส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาล ซึ่งสรุปได้ดังภาพ



ภาพ 1 กรอบแนวคิดของการศึกษาปัจจัยทำนายการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาล

สมมุติฐานการวิจัย

ปัจจัยด้านผู้ดูแล ผู้ป่วย และสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับพยาบาล สามารถทำนายการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาลได้

นิยามศัพท์

ผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หมายถึง ผู้สูงอายุทั้งเพศหญิงและชาย มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่เจ็บป่วยและรับไว้ดูแลในหอผู้ป่วยสามัญทางอายุรกรรมโรงพยาบาล สงขลานครินทร์

ผู้ดูแล หมายถึง ญาติ หรือผู้ที่มีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ ได้แก่ พี่ น้อง บุตรโดยทางสายเลือดหรือตามกฎหมาย หลาน คู่สมรส สะใภ้ หรือลูกเขย ที่มีบทบาทเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุขณะที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

การมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาล หมายถึง การมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการร่วมประเมินสภาพปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ ระบุปัญหาและความต้องการวางแผนการดูแล ให้การดูแลผู้สูงอายุร่วมกับทีมสุขภาพ และประเมินผลจากการดูแลหรือการรักษาที่ผู้สูงอายุได้รับ ในการศึกษาใช้แบบสอบถามประเมินการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลที่สร้างขึ้นตามกระบวนการพยาบาล และจากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาล

ความรุนแรงของภาวะเจ็บป่วย หมายถึง เป็นภาวะเจ็บป่วยที่มีลักษณะของการดำเนินโรคในทางที่แย่ง ทวีความรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ มีลักษณะที่เรื้อรัง มีการกลับเป็นซ้ำ ภายหลังจากเจ็บป่วยจะมีรอยโรคหรือความพิการหลงเหลือ ช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆได้น้อย และมีความยุ่งยากซับซ้อนในการดูแลรักษา ในการศึกษาใช้การประเมินเป็นมาตราส่วนประมาณค่าเชิงเส้นจาก 0 - 10 ประเมินตามการรับรู้ของผู้ดูแล

ระดับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ หมายถึง ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆตามปกติ โดยเฉพาะการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ผู้วิจัยใช้ดัชนีบาร์ธเอลเดิล (Barthel ADL Index) ประกอบด้วย 10 กิจกรรม ในการวัดระดับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยปรับเหลือ 9 กิจกรรม เนื่องจากกิจกรรมขึ้นลงบันไดไม่สามารถประเมินได้ขณะที่ผู้สูงอายุเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ทัศนคติของผู้ดูแลต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาล หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของผู้ดูแล ต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งแสดงออกให้เห็นจากคำพูดหรือพฤติกรรม ในการศึกษาผู้วิจัยได้สร้างแบบสอบถามประเมินทัศนคติของผู้ดูแลต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุขณะเข้ารับ การรักษาในโรงพยาบาล โดยอิงตามลักษณะกิจกรรมที่ผู้ดูแลควรมีส่วนร่วมและข้อมูล จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับพยาบาล หมายถึง การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ดูแลเพื่อก่อให้เกิดความสนิทสนมและความพึงพอใจต่อการช่วยเหลือและแก้ปัญหา ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้สร้างแบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับพยาบาล โดยประเมินลักษณะสัมพันธภาพในด้านความสอดคล้องและจริงใจอย่างถ่องแท้ ความรู้สึกเข้าใจเห็นอกเห็นใจ และการแสดงออกด้วยความอบอุ่น ซึ่งได้ดัดแปลงข้อคำถามมาจากแบบสัมภาษณ์สัมพันธภาพเชิงช่วยเหลือและไว้วางใจระหว่างผู้ให้บริการกับผู้ป่วยของนฤมล (2546)

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษานี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive study) ศึกษาถึงปัจจัยทำนายการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาล โดยศึกษาถึงความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านผู้ดูแล คือ อายุ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ และทัศนคติของผู้ดูแลต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาล ปัจจัยด้านผู้ป่วย คือ ความรุนแรงของภาวะเจ็บป่วย ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ และปัจจัยด้านสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับพยาบาลเป็นตัวแปรอิสระ ตัวแปรตาม คือ การมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุ ในโรงพยาบาล ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยสามัญทางอายุรกรรม โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ จำนวน 105 คน เก็บข้อมูลในระหว่าง วันที่ 1 เมษายน 2547 ถึง วันที่ 30 มิถุนายน 2547

ความสำคัญของการวิจัย

1. เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการพยาบาลที่ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุขณะที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เพื่อให้มีความเข้าใจตรงกันระหว่างผู้ดูแลกับพยาบาล และร่วมกันดูแลผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนารูปแบบที่เหมาะสมต่อการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุขณะที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล