

**สถานการณ์ ปัญหาสุขภาพและความต้องการการดูแล
ของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง : เขตเทศบาลเมืองเชียงราย***
**The situation, health problems and care needs
of older persons with chronic illness:
Chiangrai municipality**

บทความวิจัย

วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ
Journal of Nursing Science & Health
ปีที่ 40 ฉบับที่ 2 (เมษายน-มิถุนายน) 2560
Volume 40 No.2 (April-June) 2017

พรทิพย์ สาริส พย.ม.** ปิยะภร ไพรสนธิ พย.ม.** อุษาช โททินัง วท.ม (สาธารณสุขศาสตร์)**
วรางคณา อ่ำศรีเวียง พย.ม.** นารีลักษณ์ ฟองรัตน์ พย.บ.***
Porntip Sareeso MNS., ** Piyaporn Praison MNS.,** Usa Thohinung MSc.,**
Warangkana Umsrewaing MNS.,** Nareeluk Fongrat BNS.***

บทคัดย่อ

การศึกษาสถานการณ์ปัญหาสุขภาพและความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังจังหวัดเชียงราย ตาม Chronic Care Model ของ Wagner สุ่มเลือกพื้นที่ศึกษาและเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงเป็นผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ผู้ดูแลหลัก ผู้ดูแลในชุมชน บุคลากรสุขภาพ เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกรายบุคคลและสนทนากลุ่ม ด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งโครงสร้าง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์เนื้อหา กลุ่มตัวอย่าง 50 คน เป็นผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง 12 คน ผู้ดูแลหลัก 11 คน ผู้ดูแลในชุมชน 23 คน และบุคลากรสุขภาพ 4 คน ปัญหาในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังคือการเคลื่อนไหว ส่วนผู้ดูแลหลักต้องดูแลสมาชิกในครอบครัวมากกว่า 1 คน นโยบายการดูแลผู้สูงอายุไม่ชัดเจนทั้งในชุมชนและหน่วยบริการสุขภาพ ความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุ การเยี่ยมบ้าน การพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลและระบบบริการสุขภาพที่สอดคล้องกับชุมชน ผลการศึกษาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังโดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุที่ติดบ้านและติดเตียงในบริบทชุมชนเมืองภาคเหนือต่อไป

คำสำคัญ: ปัญหาสุขภาพ ความต้องการการดูแล ผู้สูงอายุ โรคเรื้อรัง

Abstract

The Chronic Care Model of Wagner was applied to study a health problem and care needs of older persons with chronic illnesses. Random sampling was used to select area of the study. The samples were 12 older persons with chronic illnesses, 11 primary caregivers, 23 caregivers in community and 4 health personnels. Data collection was done by in depth interview and focus group discussion through questionnaire on demographic and semi-structure interviews. Descriptive statistics and content analysis were used. The most of older persons were burdened with a movement problem and the primary caregivers need to care other family members. The main problem of community and health service was unclear older persons support

*Project Grant by Mae Fah Luang University

**Lecturer, School of Nursing, Mae Fah Luang University

***Registered Nursing, Chiangrai Prachanukroh Hospital, Chiangrai province

policy. A care need were a regular home visit, enhance caregiver skills and a community oriented health care service. These finding can be used as basic data to create health care system for dependent older people group in the Northern Thailand.

keywords: health problems, care needs, older persons, chronic illness

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเรื้อรังเป็นปัญหาสำคัญในผู้สูงอายุพบมากที่สุดคือ โรคความดันโลหิตสูง รองลงมาคือโรคเบาหวาน และโรคข้อเข่าเสื่อม (ร้อยละ 41, ร้อยละ 18 และ ร้อยละ 8 ตามลำดับ) อีกทั้งยังพบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 2 อยู่ในสภาวะติดเตียงและร้อยละ 19 ติดบ้าน ผู้สูงอายุไทยประมาณ 2 ใน 3 ประสบปัญหาการเจ็บป่วยเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค^{1,2} ผลกระทบที่เกิดตามมาจากรโรคเรื้อรังทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองจนกลายเป็นบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิงในการดำรงชีวิตและต้องการการดูแลในระยะยาวจากบุคคลในครอบครัวและสังคม³ ในปี พ.ศ. 2567 มีผู้สูงอายุถึงร้อยละ 6 ของผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลแต่ขาดผู้ดูแลในบ้าน และผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระดับสูงแต่ต้องดูแลตนเองหรือไม่มีคนดูแลถึงร้อยละ 13 ในกลุ่มเดียวกัน⁴ระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขในปัจจุบันเน้นดูแลการเจ็บป่วยเฉียบพลันเป็นหลัก จึงทำให้เกิดช่องว่างในการให้บริการ⁵ ขาดความต่อเนื่องเชื่อมโยง ซึ่งรวมถึงระบบการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังด้วย นอกจากนี้การพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขและบริการด้านสังคมที่ผ่านมามุ่งให้บริการหลักแก่ประชาชนส่วนใหญ่ที่ไม่มีภาวะพึ่งพิง ไม่ว่าจะเป็นบริการในชุมชนหรือในสถานบริการ บริการในชุมชนสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงยังมีจำกัดมาก⁶นอกจากนี้ การศึกษาวิจัยในผู้สูงอายุในช่วงที่ผ่านมามีค่อนข้างมาก แต่การใช้ประโยชน์จากงานวิจัยยังไม่สามารถนำไปใช้ได้อย่างเต็มที่ องค์ความรู้ที่เกิดจากผลการวิจัยที่ผ่านมากการกระจายไม่ชัดเจนและไม่สอดคล้องกับบริบทของปัญหา⁶ไม่สามารถนำมาแก้ปัญหาในบริบทที่แตกต่างกันได้ การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังให้ได้ผลดีนั้นต้อง

มีระบบการดูแลสุขภาพที่มีการจัดองค์ประกอบที่เชื่อมโยงกับทรัพยากรที่หาได้จากชุมชนมีผู้นำ แรงจูงใจ/สิ่งตอบแทน และทรัพยากรในการช่วยเหลือให้เกิดการเปลี่ยนแปลง⁷

เชียงรายเป็นจังหวัดที่มีประชาชนจากหลายชาติพันธุ์ มีวัฒนธรรมที่หลากหลาย มีความเติบโตด้านเศรษฐกิจและสังคมอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้สภาพสังคมและความเป็นอยู่ของประชาชนเกิดการเปลี่ยนแปลง โดยเฉพาะในเขตอำเภอเมือง เชียงรายได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (aging society) โดยมีผู้สูงอายुर้อยละ 11.99 ของประชากรทั้งหมดและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง⁸ข้อมูลการสำรวจเบื้องต้นในปี พ.ศ. 2554 จากงานเวชกรรมสังคมโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ชุมชนเขตเทศบาลในความรับผิดชอบ 32 ชุมชนพบว่า มีผู้สูงอายุจำนวน 3,591 คน ร้อยละ 36.23 มีโรคเรื้อรัง โดยโรคเรื้อรังที่พบ 3 อันดับแรก ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานและภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ และโรคหัวใจ ตามลำดับ และเมื่อแบ่งกลุ่มตามระดับการช่วยเหลือตนเอง พบว่า ร้อยละ 82 เป็นกลุ่มติดสังคม ร้อยละ 17 เป็นกลุ่มติดบ้านและร้อยละ 1 เป็นกลุ่มติดเตียง อย่างไรก็ตาม การจัดการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชนเป็นเพียงการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุขึ้นตามนโยบายของภาครัฐซึ่งมุ่งเน้นกลุ่มสังคม ข้อมูลเบื้องต้นนี้ชี้ให้เห็นว่าระบบการสร้างความเข้มแข็งให้กับผู้สูงอายุในชุมชนยังมีปัญหาและต้องได้รับการพัฒนาอย่างเร่งด่วนโดยเฉพาะในกลุ่มติดบ้านและติดเตียงจากเหตุผลที่กล่าวมาข้างต้น จึงได้เลือกพื้นที่ชุมชนในเขตเทศบาลเชียงรายเป็นพื้นที่ในการศึกษาและนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model; CCM) ของ Wagner⁹ มาใช้ เนื่องจากเป็นรูป

แบบที่เน้นการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังแบบองค์รวม การดูแลจะมีความต่อเนื่อง เชื่อมโยงตั้งแต่ครอบครัว ชุมชน และหน่วยบริการสุขภาพ และเป็นปฏิสัมพันธ์กันระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล อีกทั้งยังเน้นการทำงานอย่างมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีเพื่อให้ได้ข้อมูลพื้นฐานในการนำมาพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ให้มีความครอบคลุม และเชื่อมโยงระหว่างบริการด้านสุขภาพและบริบททางสังคมเข้าด้วยกัน ทีมผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญว่า การสำรวจปัญหาและความต้องการที่สอดคล้องกับบริบทของชุมชนที่แท้จริงเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานสำคัญในการพัฒนารูปแบบความร่วมมือเพื่อการดูแลต่อเนื่องต่อไป

กรอบแนวคิดของการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการค้นหาข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับ สถานการณ์ ปัญหาสุขภาพ ตลอดจนความต้องการ การดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชนเมืองจังหวัดเชียงราย และได้ประยุกต์ใช้ CCM ของ Wagner⁸ มาใช้ ซึ่งศึกษาในทั้ง 6 องค์ประกอบที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง คือ 1) ทรัพยากรและนโยบายของชุมชน 2) หน่วยงานบริการสุขภาพ 3) การสนับสนุนการจัดการตนเอง 4) การออกแบบระบบให้บริการ 5) การสนับสนุน การตัดสินใจ และ 6) ระบบข้อมูลทางคลินิก โดยทั้ง 6 องค์ประกอบเกิดขึ้นใน 3 หน่วยการดูแลที่ทับซ้อนกัน คือ ชุมชน ระบบสุขภาพ และหน่วยบริการสุขภาพ ในการศึกษาที่ ชุมชน หมายถึง ชุมชนเขตเทศบาลเมือง เชียงราย ระบบสุขภาพ หมายถึง ระบบสุขภาพภายใน ชุมชนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังและ หน่วยบริการสุขภาพได้แก่ ศูนย์บริการชุมชนเมือง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลโดยทั้ง 3 หน่วย เป็นทั้งปัจจัยเกื้อหนุนและเป็นอุปสรรคในการดูแล ผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหาสุขภาพและความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในจังหวัดเชียงราย

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ในการวิจัยครั้งนี้ ประชากรคือ ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังและผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังใน 32 ชุมชนเขตเทศบาลในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ เลือกพื้นที่การศึกษา โดยการสุ่มเลือกชุมชนจำนวนร้อยละ 25 ของจำนวนชุมชนภายใต้ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ โดยการสุ่มอย่างง่าย⁹ ได้ชุมชนที่ต้องการศึกษา 8 ชุมชน โดยกลุ่มตัวอย่างมีลักษณะเดียวกับประชากร คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติ ดังนี้¹) เป็น ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง หรือ เบาหวาน หรือ โรคหลอดเลือดหัวใจ หรือโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นโรคที่พบเป็น 5 อันดับแรกของ ชุมชน ที่อยู่ในกลุ่มติดบ้านและติดเตียงเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ตรงประเด็น และมีประสบการณ์เฉพาะที่แสดงออกถึงผลกระทบจากการเจ็บป่วยจำนวน 12 คน 2) ผู้ดูแลหลัก ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่อยู่ในกลุ่มพึ่งพิงอย่างน้อย 2 ปี จำนวน 11 คน 3) ผู้ดูแลในชุมชน ได้แก่ ผู้นำชุมชน จำนวน 5 คน ผู้นำชมรมผู้สูงอายุ จำนวน 5 คน และอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 13 คน ในชุมชนที่มีการจัดกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องและไม่ต่อเนื่อง มีประสบการณ์เฉพาะในการจัดกิจกรรมและการสร้างความเข้มแข็งของชุมชนและชมรม และ 4) บุคลากรสุขภาพโรงพยาบาลแม่ข่ายและ รพ.สต. จำนวน 4 คน ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังอย่างน้อย 2 ปี กลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถอ่าน พูดและเข้าใจภาษาไทยได้ถูกตัดออกจากการวิจัย แบ่งจำนวนกลุ่มตามลักษณะร่วมและลักษณะต่างดังกล่าวข้างต้นได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 50 คน

เครื่องมือในการการวิจัย

ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลเช่น อายุ เพศ สถานภาพสมรส อาชีพ ข้อมูลด้านสุขภาพ จำนวนสมาชิกที่ต้องดูแล ประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง เป็นต้น 2) แบบสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งโครงสร้าง ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังของ Wagner⁸ เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม ดังนี้ 2.1) แบบสัมภาษณ์การดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง มีข้อความทั้งหมด 7 ข้อ โดยมีตัวอย่างแนวข้อคำถาม เช่น ตั้งแต่เจ็บป่วยชีวิตของท่านเปลี่ยนแปลงไปหรือไม่ อย่างไร การเปลี่ยนแปลงนั้นส่งผลกระทบต่อท่านอย่างไรบ้าง ท่านดูแลตนเองขณะอยู่ที่บ้านอย่างไร ท่านต้องการให้ชุมชน ผู้นำชุมชน หรือหน่วยงานสุขภาพ ช่วยเหลือท่านในการดูแลตนเองอย่างไร เป็นต้น 2.2) แบบสัมภาษณ์การดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังสำหรับผู้ดูแลหลัก มีข้อความทั้งหมด 7 ข้อ ตัวอย่างแนวข้อคำถาม เช่น ผู้สูงอายุที่ท่านดูแลมีปัญหาสุขภาพอะไรบ้าง ท่านมีปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุหรือไม่ อย่างไร ท่านได้รับการช่วยเหลือจากทีมสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุอะไรบ้าง เป็นต้น 2.3) แบบสัมภาษณ์การดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังสำหรับผู้ดูแลในชุมชนมีข้อความทั้งหมด 6 ข้อ ตัวอย่างแนวข้อคำถาม เช่น ชุมชนของท่านมีนโยบาย/แนวทางในการให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุโรคเรื้อรังหรือไม่ อย่างไร มีปัญหา/อุปสรรคในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังหรือไม่อย่างไร และมีวิธีการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างไร ต้องการความช่วยเหลือจากหน่วยงานสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังอย่างไร เป็นต้น 2.4) แบบสัมภาษณ์การให้บริการสุขภาพสำหรับบุคลากรสุขภาพจำนวน 7 ข้อ ตัวอย่างแนวข้อคำถาม เช่น หน่วยงานมีนโยบายการให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุโรคเรื้อรังหรือไม่อย่างไร ระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในปัจจุบันเป็นอย่างไร มีปัญหาหรืออุปสรรคหรือไม่อย่างไร เป็นต้น

ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยการ

หาความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 4 ท่าน ประกอบด้วยพยาบาล ผู้ปฏิบัติการขั้นสูงสาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ อาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญและมีประสบการณ์ในการสอนและการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ตรวจสอบและปรับปรุงแนวคำถามให้มีความตรงตามเนื้อหา และนำเครื่องมือไปสัมภาษณ์กับกลุ่มที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 6 ราย เพื่อหาความสอดคล้อง (objectivity) ของเครื่องมือ

การรวบรวมข้อมูล

หัวหน้าโครงการวิจัยและผู้ร่วมวิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเองโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังและผู้ดูแลหลักก่อน เมื่อเสร็จสิ้นแล้วจึงเก็บข้อมูลโดยการสนทนากลุ่มผู้ดูแลในชุมชนและบุคลากรทางสุขภาพโดยมีขั้นตอน ดังนี้ 1) หัวหน้าโครงการวิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด เข้าไปแนะนำตัว หลังจากนั้นผู้ร่วมโครงการวิจัยแจ้งวัตถุประสงค์ รายละเอียดของโครงการวิจัย และขออนุญาตบันทึกเทปข้อมูลในระหว่างการเก็บข้อมูล รวมถึงสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมโครงการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างตกลงเข้าร่วมโครงการวิจัยหัวหน้าโครงการวิจัยได้ให้ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยลงนามในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยและหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจแยกกันอย่างละ 1 ฉบับ 2) การเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกโดยหัวหน้าโครงการวิจัยและผู้ร่วมโครงการวิจัย สัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง 1 คน/ 1 ราย เริ่มจากการสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและสัมภาษณ์เชิงลึก เมื่อสัมภาษณ์เสร็จเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างสอบถามในประเด็นที่สงสัยและกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง 3) การเก็บข้อมูลโดยกระบวนการกลุ่ม กระทำ 2 ครั้ง ครั้งที่ 1 สนทนากลุ่มผู้ดูแลในชุมชนและบุคลากรทางสุขภาพในชุมชนที่มีการดำเนินกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง ครั้งที่ 2 สนทนากลุ่ม

ผู้ดูแลในชุมชนและบุคลากรทางสุขภาพในชุมชนที่มีการดำเนินกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่ไม่ต่อเนื่อง เพื่อให้ได้ข้อมูลที่หลากหลายเริ่มกระบวนการกลุ่มโดยให้แต่ละคนเล่าถึงประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ หลังจากนั้นผู้วิจัยสอบถามตามแนวคำถามที่สร้างไว้โดยใช้ระยะเวลาในการสนทนากลุ่ม ครั้งละ 1 ชั่วโมง ถึง 1 ชั่วโมง 30 นาที หลังจากนั้นได้เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้สอบถามในประเด็นที่สงสัยและกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างเมื่อสิ้นสุดการสนทนากลุ่ม

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โครงการวิจัยนี้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง เอกสารเลขที่ 39/2556 และได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลในเขตเทศบาลภายใต้ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ จากคณะกรรมการพิจารณาด้านจริยธรรมในการศึกษาวิจัยทางชีวเวชศาสตร์โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ก่อนเก็บข้อมูลผู้วิจัยได้ชี้แจงให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบถึง วัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนและระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล สิทธิในการถอนตัวออกจากการวิจัย โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลที่ควรได้รับ ข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมวิจัยจะถูกเก็บเป็นความลับ ไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล จะเปิดเผยเฉพาะในรูปแบบของการสรุปผลการวิจัยที่เป็นภาพรวมเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้นำข้อมูลที่อ้อมตัวแล้วไปวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) โดยมีขั้นตอนคือ¹⁰⁻¹¹ 1) ถอดเทปข้อมูลจากการสัมภาษณ์ ชนิดคำต่อคำ (verbatim) รวมถึงตรวจทานข้อมูลที่ได้จากการถอดเทป 2) จำแนกกลุ่มย่อย (categories) ข้อมูลตามข้อมูลที่มีอยู่จริงที่มีความหมายตรงประเด็นกับการวิจัย 3) กำหนดรหัสข้อมูล (coding) ตามกรอบแนวคิดของแต่ละข้อคำถาม 4) สรุปความ (interpreted) โดยการนำข้อมูลที่จัดกลุ่มย่อยและกำหนดรหัสข้อมูลมารวมกันและจัดกลุ่มใหม่ เพื่อให้ครอบคลุมตามกรอบแนวคิดการวิจัย และ 5) วิเคราะห์หาค่า

ความถี่และร้อยละ ของข้อมูลที่ได้จากการจัดกลุ่มใหม่ ผู้วิจัยตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลโดยตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (triangulation) และนำข้อมูลที่วิเคราะห์แล้วกลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลและผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้สูงอายุตรวจสอบอีกครั้งแล้วจึงนำมาสรุปผล

ผลการวิจัย แบ่งการนำเสนอเป็น 2 ส่วน คือ

1) ข้อมูลเชิงปริมาณและ 2) ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ ลักษณะข้อมูล

ทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่าง 50 คน 12/50 คน เป็นผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง 7/12 คน เป็นเพศหญิงและมีสถานภาพสมรสคู่ อายุเฉลี่ย 71.23 ปี (SD 23.41) 6/12 มีภาวะการเงินในครอบครัวมั่นคงดี และ 3/12 มีปัญหาค่าใช้จ่าย 8/12 คน เป็นกลุ่มติดบ้าน 4/12 คนเป็นกลุ่มติดเตียงทั้งหมดมีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรค 11/50 คน เป็นผู้ดูแลหลัก 9/11 คน เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 58.91 ปี (SD 10.46) 7/11 คน มีสถานภาพสมรสคู่ และ 8/11 คนมีโรคประจำตัว ผู้ดูแลมีสถานะเป็นบุตรหลานผู้สูงอายุ คู่สมรสและพี่/น้อง (7/11 คน, 3/11 คน และ 1/11 คน ตามลำดับ) และ 6/11 คน ต้องดูแลสมาชิกในครอบครัวมากกว่า 1 คน มี 23/50 คน เป็นผู้ดูแลในชุมชน 13/23 คน เป็นอสม. 5/23 คน เป็นประธานชุมชน และ 5/23 คน เป็นประธานชมรมผู้สูงอายุ จำนวน 18/23 คน เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 57.73 ปี (SD 7.8) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่และไม่ได้ประกอบอาชีพ 8/23 คน จบระดับประถมศึกษา 6/23 คน จบประกาศนียบัตร และ 6/23 คน จบมัธยมศึกษา มีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังเฉลี่ย 9.52 ปี (SD 9.57) จำนวน 4/50 คน เป็นผู้ดูแลที่เป็นบุคลากรสุขภาพ 3/4 คนเป็นพยาบาลวิชาชีพ และ 1/4 คน เป็นนักวิชาการสาธารณสุข ทั้งหมดเป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 40.67 ปี (SD 2.08) 3/4 คน มีสถานภาพสมรสคู่ ทั้งหมดจบการศึกษาระดับปริญญาตรีและมีประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังมากกว่า 10 ปี

ข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นข้อมูลของสถานการณ์ ปัญหาสุขภาพและความต้องการการดูแล นำเสนอตาม มิติของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

มิติของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง พบว่า ทั้งหมดมี ปัญหาด้านการเคลื่อนไหว 4/12 คน รู้สึกเครียดและ อึดอัดในช่วงแรกของการเจ็บป่วยด้านผลกระทบของ การเจ็บป่วย พบว่า 8/12 คน มีผลกระทบต่อ การประกอบอาชีพ 4/12 คน ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำ วันได้ด้วยตนเองการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ พบว่า 10/12 คน ไม่มีปัญหาในการดูแลตนเอง โดยให้ เหตุผลว่า มีคนดูแล/มีเพื่อนบ้านดูแล/จ้างคนดูแล ทำงานทุกอย่างเองได้ นักกายภาพมาทำให้ และไม่ระบุ เหตุผล (7/10 คน, 2/10 คน, 2/10 คน และ 4/10 คน ตามลำดับ) รูปแบบการดูแลตนเองขณะอยู่ที่บ้าน ของผู้สูงอายุ พบว่า 9/12 คน ไปพบแพทย์ตามนัด ทุกครั้ง มี 3/12 คน ที่ไม่ได้ไปพบแพทย์ตามนัด 3/3 คน ให้เหตุผลว่าไม่มีคนดูแล/ ไม่มีคนไปส่ง 2/3 คน บอกว่าการเดินทางลำบาก ไม่สะดวก และ 2/3 คน ไม่มี เงินในการเดินทางไปพบแพทย์

มิติของกลุ่มผู้ดูแลหลัก พบว่า 10/11 คน ไม่มีปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง โดยให้ เหตุผลว่า จ้างคนมาช่วยดูแล ปรับตัวได้ คิดว่าเป็น หน้าที่ของลูก และมีนักกายภาพมาช่วย (4/10, 3/10, 1/10 และ 1/10 ตามลำดับ)มีเพียง 1/11 คน มีปัญหาในการดูแล ลักษณะการช่วยเหลือการดูแล ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่ได้รับพบว่า 8/11 คน มีอสม. มา เยี่ยมบ้าน 4/11 คน ทีมสุขภาพมาเยี่ยมที่บ้านบางครั้ง แต่ไม่สม่ำเสมอ 3/11 คนพยาบาลมาเยี่ยมบ้านทุก เดือนผลกระทบจากการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง พบว่า ผู้ดูแล 6/11 คน ได้รับผลกระทบจากการดูแลผู้สูงอายุ โดยมี 5/6 คน รู้สึกเครียด/เหนื่อย/หงุดหงิด 4/6 คน ขาดรายได้/ไม่มีงานทำ และ 1/6 คน ไม่ได้ไปเที่ยวแต่ เต็มใจทำ

มิติของผู้ดูแลในชุมชน พบว่า 19/23 คน นโยบายขาดความชัดเจน 18/23 คน ภาระงานเกิน

ศักยภาพของผู้ดูแลในชุมชน 16/23 คน กิจกรรม ภายในชุมชนมุ่งเน้นกลุ่มผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้ 12/23 คน วิถีชีวิตคนในชุมชนเป็นแบบต่างคนต่างอยู่ 4/23 คน ขาดการประสานงานที่มีประสิทธิภาพโดยมี ข้อมูลสนับสนุน เช่น “นโยบายนี้ยังไม่ดีหนาก็มีแค่ชื่อ ของไปเยี่ยมเวลาเจ็บป่วยเฉยๆ” “คิดว่ามันเยอะที่ จำนวนที่เราดูแลรับผิดชอบมันมาก มันไม่ทั่วถึง เพราะ อสม. น้อย เพราะว่าบางที่เป็นหอพัก เป็นบ้านเช่า ช่างใน ๆเราก็กไม่ถึง” “ตอนนี้ในชุมชนต่างคนก็ต่างทำงาน ไม่ได้มาพบปะพูดคุยกัน มันไม่เหมือนเมื่อก่อน มันเป็นแบบต่างคนต่างอยู่”

มิติของบุคลากรสุขภาพ พบว่า 3/4 คน นโยบายของหน่วยบริการสุขภาพยังไม่มีแนวทางที่ ชัดเจน 2/4 คนขาดการนำไปปฏิบัติอย่างจริงจัง 2/4 คน บอกว่าการจัดกิจกรรมยังไม่สอดคล้องกับบริบท หรือความต้องการของชุมชน 2/4 คน บอกว่าระบบการ จัดเก็บข้อมูลไม่ตอบสนองความต้องการของบุคลากร ในหน่วยบริการสุขภาพ ทั้ง 4 คน บอกว่าลักษณะชุมชน เปลี่ยนแปลง เป็นชุมชนต่างคนต่างอยู่ข้อมูลสนับสนุน เช่น “ในชุมชนในแต่ละบ้านเค้าก็จะให้ความสำคัญกับ กิจกรรมไม่เหมือนกัน แล้วก็ผู้นำทางด้านกองทุนเค้าก็ เปลี่ยน นโยบายก็จะเปลี่ยนไป เรากำหนดไม่ได้เราอยู่ ตรงนั้นตรงนี้จะต้องอาศัยบริบทหลายอย่าง อย่างปี หนึ่งเราบอกเราจะทำแบบนี้เราก็จุดหนึ่งมันไม่ใช่ แล้ว เราก็กเข้าไปเปลี่ยน” “ความรู้สึกเวลาจะไปเยี่ยม มันลำบาก เขาจะปิดประตูบ้าน ความไว้เนื้อเชื่อใจคน ที่จะเข้าไปวางแผนมันมีน้อย แล้วเราก็กอาจจะเป็นคน แปรลกหน้าที่เยี่ยมบ้านหลังคลอด เยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ จะไม่ค่อยได้คุยอะไรเลย แต่เวลาคุยก็จะเป็นประมาณ เร่งรีบ แล้วบางคนเขาก็จะลืมหืมบ้าน ไม่ให้เข้า”

ความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง พบว่าผู้สูงอายุโรคเรื้อรังและผู้ดูแลหลักต้องการ ให้มีคนมาเยี่ยมที่บ้าน พบปะพูดคุยที่บ้าน (10/12 และ 9/11 ตามลำดับ) ข้อมูลสนับสนุน เช่น “มีอสม. มาช่วยดูแลก็ดีมีคนมาชวนคุยก็บาย ยายชอบเวลามี

คนมาคุยด้วย” ความต้องการของผู้ดูแลในชุมชน พบว่า 15/23 คน ต้องการให้พัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในการดูแลตนเองโดยการให้ความรู้จากทีมสุขภาพ 14/23 คน ต้องการให้เพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุให้ทีม อสม. โดย การอบรมให้ความรู้ และ 18/23 คน ต้องการให้หน่วยบริการสุขภาพช่วยเหลือในกรณีผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่ซับซ้อนและเกินศักยภาพชุมชนในการดูแล ได้แก่ การเยี่ยมบ้านร่วมกับ อสม. ในผู้ป่วยที่ซับซ้อนและกลุ่มผู้ป่วยติดเตียงที่ไม่มีคนดูแล การเข้ามาเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่องเป็นระยะ การจัดสรรงบประมาณให้เพียงพอ รวมถึงการตรวจสุขภาพประจำปีสำหรับผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ข้อมูลสนับสนุน เช่น “ถ้าคุณหมอลงมาอย่างเช่นว่ามาเยี่ยมให้ความสำคัญบางบ้านลูกเค้าไม่สะดวกในการให้เยี่ยมเราต้องโทรบอกเค้าก่อน พุดง่าย อสม. ไม่มีความรู้รู้เเตอะ เป็นไม่ค่อยให้ความเชื่อถือ บางครั้งลูกเป็นเป็นพยาบาลเป็นอะหยังเเอ๊ะ มันชุมชนในเองบ้ใจชุมชนนอกเมือง ชุมชนในเมืองนี้ยุ่งยากกว่าคนนอกเมืองหนเอาสม. ไม่มีความรู้เราต้องอุ้อ้อ ๆ จะอีน้ะ” ความต้องการของผู้ดูแลที่เป็นบุคลากรสุขภาพ พบว่าทั้งหมดต้องการระบบบริการสุขภาพควรสอดคล้องกับบริบท ความคาดหวังและตัวชี้วัดของของชุมชนในปีที่ผ่านมา 2/4 คน บอกว่าโครงการที่จัดขึ้นควรพัฒนาจากสิ่งที่เป็นปัญหาของชุมชน 3/4 คน บอกว่าโดยควรมีการวิเคราะห์บริบทของชุมชนก่อนเริ่มกิจกรรมหรือโครงการ 3/4 คน บอกว่าควรให้ชุมชนมีส่วนร่วมในทุกกิจกรรมให้มากที่สุด ให้คนในชุมชนเป็นตัวขับเคลื่อนกิจกรรม บุคลากรสุขภาพเป็นเพียงพี่เลี้ยงหรือที่ปรึกษา โดยมีข้อมูลสนับสนุน เช่น “ที่เราไปศึกษาตัวแปรมันก็มีหลากหลายมันไม่เข้ากับบริบทของบ้านเรา บางทีดีมาก แต่ไม่เหมาะกับเรา บางทีคนบ้านนอกที่เค้าจอยกับเราดี ๆ แต่ถ้าเป็นในเมืองหรือรอบ ๆ ก็ต้องเอามาละกันบอกไม่ได้ว่าอะไรดีที่สุดสำหรับเรา มันต้องค่อยเป็นค่อยไปน้ะ มันต้องเป็นของที่ใดที่หนึ่งเราจะเอาของกันไปใช้ทั้งหมดในเขตเทศบาลไม่ได้”

อภิปรายผลการวิจัย

สถานการณ์ ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง พบว่า ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังส่วนใหญ่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว ทั้งหมดมีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรค ซึ่งสอดคล้องกันกับการสำรวจปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุไทย ปี 2556 พบว่าปัญหาการเคลื่อนไหว พบเป็นอันดับแรก รองลงมา คือ ปัญหาการได้ยินหรือการสื่อความหมาย การมองเห็นและการเรียนรู้ (ร้อยละ 58, ร้อยละ 24 ร้อยละ 19 และร้อยละ 4 ตามลำดับ)¹ ซึ่งอาจอธิบายได้ว่า วัยสูงอายุมีธรรมชาติของการเสื่อมลงของการทำหน้าที่ของอวัยวะในร่างกายจึงทำให้เกิดปัญหาสุขภาพดังกล่าว ส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาในการดูแลตนเอง มีเพียง 1 ราย ที่มีปัญหาการทำกายภาพบำบัดไม่ถูกต้อง ซึ่งอธิบายได้ว่าโรงพยาบาลมีนโยบายการเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้านสำหรับผู้ป่วยทุกราย พยาบาลจะเป็นผู้ให้ข้อมูลบ้างและแพทย์เป็นผู้ให้ความรู้เรื่องโรคที่ผู้ป่วยเป็น แต่จะมีเวลาไม่มากเนื่องจากภาระงานประจำที่มีมาก นอกจากนี้ ผู้ป่วยและผู้ดูแลในกลุ่มผู้ป่วยติดเตียงจำเป็นต้องได้รับการฝึกทักษะการช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันให้แก่ผู้ป่วยที่อาจต้องใช้เวลานาน จนกว่าผู้ป่วยและญาติจะมีความพร้อม ในขณะที่อัตราเตียงและจำนวนผู้ป่วยของโรงพยาบาลศูนย์มีสัดส่วนที่ไม่เหมาะสม มีผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤติจำนวนมากที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด ดังนั้น ผู้ป่วยเรื้อรังที่พ้นภาวะวิกฤติต้องเร่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดยที่ผู้ดูแลยังไม่พร้อม จึงทำให้ขาดความต่อเนื่องของการดูแล โดยเฉพาะอย่างยิ่งเรื่องการดูแลผู้สูงอายุมีการศึกษาก่อนหน้านี้ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพียง 2 ใน 3 ที่ได้รับการทำกายภาพบำบัดภายหลังจำหน่ายและส่วนใหญ่เป็นการทำให้โดยญาติ^{4,12}

ผู้ดูแลหลักมีอายุโดยเฉลี่ย 58.91 ปี (SD 10.46) และมีโรคประจำตัว ส่วนใหญ่ต้องรับผิดชอบดูแลสมาชิกในครอบครัวมากกว่า 1 คน และไม่มีปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง โดยให้เหตุผลว่า จ้างคน

มาช่วยดูแลปรับตัวได้ คิดว่าเป็นหน้าที่ของลูก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ผู้ดูแลรับรู้ว่าการดูแลผู้ป่วยเป็นภาระน้อย และเหตุผลในการทำหน้าที่ผู้ดูแลคือ เป็นหน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบ เป็นการตอบแทนบุญคุณ¹³ การดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ทำให้เกิดผลกระทบด้านเศรษฐกิจมากที่สุด รองลงมาคือด้านอารมณ์ ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจาก ลักษณะครอบครัวที่เปลี่ยนจากครอบครัวขยายมาเป็นครอบครัวเดี่ยว คนในวัยแรงงาน ต้องออกจากบ้านเพื่อไปประกอบอาชีพ จึงทำให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีสถานะคู่ต้องดูแลกันเองตามลำพัง หรือผู้สูงอายุที่สถานภาพสมรสหม้ายต้องอยู่เพียงลำพัง อีกทั้งเมื่อต้องรับภาระในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังโดยเฉพาะในกลุ่มติดบ้านและติดเตียง ซึ่งต้องดูแลอย่างใกล้ชิด ทำให้ผู้ดูแลต้องออกจากงานจึงอาจส่งผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายในครอบครัวให้เพิ่มขึ้นแต่รายได้ลดลง จึงส่งผลให้ผู้ดูแลมีความเครียดเกิดขึ้นได้ มีการศึกษาก่อนหน้านี้ที่พบว่า ผู้มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุยังคงเป็นครอบครัว เช่นเดียวกัน โดยผู้ดูแลร้อยละ 81.2 เป็นบุตรหลานและญาติ อีกทั้ง บุคคลในครอบครัวซึ่งเป็นผู้ที่ให้การดูแลผู้สูงอายุจำนวนมากต้องอยู่ในสถานะ “บทบาทเชิงซ้อน” (sandwich role) คือต้องรับบทบาทหลายด้าน โดยเฉพาะผู้ที่มีฐานะยากจนต้องประสบปัญหาในการดูแลทั้งการขาดความรู้ มีปัญหาด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต รวมทั้งด้านเศรษฐกิจของผู้ดูแล หากต้องดูแลผู้สูงอายุเป็นเวลานาน^{4,14}

การดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังขาดนโยบายที่ชัดเจนทั้งในชุมชนและหน่วยบริการสุขภาพ บุคคลที่เป็นแกนนำสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนคือ อสม. ซึ่งต้องรับภาระในการดูแลด้านสุขภาพในชุมชนในภาพรวม ทำให้ภาระงานเกินศักยภาพ มีข้อจำกัดในการดูแลกลุ่มติดเตียงที่มีปัญหาซับซ้อน กิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชนส่วนใหญ่เป็นการติดตามเยี่ยมบ้าน กิจกรรมที่จัดขึ้นเป็นการจัดสำหรับผู้สูงอายุติดสังคม ลักษณะชุมชนมีการเปลี่ยนเป็นชุมชนเมืองที่เป็นสังคมแบบต่างคนต่างอยู่ อาจเนื่อง

มาจากภาระการดูแลของหน่วยบริการสุขภาพในระบบประกันสุขภาพนั้น ครอบคลุมการดูแลสุขภาพในภาพรวมของชุมชนในทุกกลุ่มอายุและการเจ็บป่วยรวมถึง อสม. ที่เป็นแกนนำในการดูแลสุขภาพต้องรับผิดชอบงานทุกด้านแต่จำนวนของผู้ที่จะมาเป็น อสม. มีจำกัด มีการสังเคราะห์ระบบการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวสำหรับประเทศไทย พบว่า ระบบการดูแลผู้สูงอายุในปัจจุบัน โดยเฉพาะในโรงพยาบาลยังเน้นการดูแลแบบการเจ็บป่วยเฉียบพลันเป็นหลัก ระบบบริการปฐมภูมิมีข้อจำกัดด้านบุคลากรทั้งจำนวนและศักยภาพในการให้บริการที่เหมาะสมแก่ผู้สูงอายุ แม้โรงพยาบาลชุมชนหลายแห่งมีการพัฒนาระบบบริการเชิงรุกเข้าไปในชุมชนเพื่อให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขแก่ผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง แต่ ยังขาดมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ ขาดการกำหนดเป้าหมายการฟื้นฟูและระบบข้อมูลในการติดตามประเมินและยังคงมีลักษณะแยกส่วนขาดความเชื่อมโยงของระบบไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้⁵ หรือแม้จะมีการจัดบริการโดยองค์กร ภาครัฐต่าง ๆ ที่ครอบคลุมตามความต้องการของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง แต่ยังมีบริการเฉพาะบางพื้นที่และยังขาดความต่อเนื่อง ขาดการบูรณาการกันระหว่างกัน¹⁵

สถานการณ์ความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง พบว่า ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังและผู้ดูแลหลักต้องการบริการสุขภาพที่บ้าน คือ การเยี่ยมที่บ้าน ซึ่งแสดงให้เห็นว่า การเยี่ยมบ้านเป็นบริการสุขภาพที่จัดให้โดยรัฐ และสอดคล้องกับบริบทของสังคมไทย โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุและผู้ดูแลที่อยู่ในวัยสูงอายุที่เป็นกลุ่มบุคคลในสังคมเดิมที่สังคมยังมีความรัก ความผูกพัน ความห่วงใยซึ่งกันและกัน ซึ่งนับเป็นการสนับสนุนทางสังคมอีกอย่างหนึ่ง สอดคล้องกับแนวคิดของแฮช¹⁶ ที่ระบุว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลซึ่งประกอบด้วย ความรักใคร่ ห่วงใยไว้วางใจ ความช่วยเหลือด้านเงินทอง สิ่งของและแรงงาน สอดคล้องกับการศึกษาความต้องการชุดบริการการ

ดูแลและระยะยาวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่อาศัยอยู่ในชุมชน พบว่าภาวะพึ่งพิงและการขาดผู้ดูแลของผู้สูงอายุทำให้มีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการสุขภาพ จึงจำเป็นต้องมีการดูแลสุขภาพถึงที่บ้านโดย พยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพ¹⁵ และการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าความต้องการการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของญาติผู้ดูแล พบว่า ร้อยละ 66.4 ของญาติผู้ดูแลมีความต้องการความช่วยเหลือในระดับปานกลาง โดยต้องการข้อมูลและบริการ การดูแลผู้ป่วยมากที่สุด แต่การศึกษาดังกล่าวเป็นการศึกษาในผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงและไม่พึ่งพิง¹³ ซึ่งจะเห็นว่าการบริการสุขภาพที่บ้านเป็นบริการที่จำเป็นโดยเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพได้ ซึ่งจากการวิจัยยังพบว่า เหตุผลที่ทำให้ผู้สูงอายุไม่ไปพบแพทย์ตามนัด คือ ไม่มีคนดูแล/ ไม่มีคนไปส่ง การเดินทางลำบาก ไม่สะดวก และ ไม่มีเงินในการเดินทางไปพบแพทย์

ความต้องการการช่วยเหลือของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง คือ การพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัคร ซึ่งอธิบายได้ว่าผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวที่เป็นโรคเรื้อรังที่ซับซ้อนมากขึ้น อาจทำให้ทักษะความรู้ของอาสาสมัครไม่เพียงพอต่อความต้องการการบริการที่จำเป็น ต้องการการดูแลที่ต่อเนื่องรอบด้านและบูรณาการทั้งทางด้านกายภาพและด้านสังคม¹⁷ จึงอาจทำให้อาสาสมัครขาดความมั่นใจในการดูแล จากการศึกษาเรื่องรูปแบบการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในระยะยาวโดยชุมชน¹⁸ พบว่าการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงยังมีข้อจำกัดมาก ทั้งบริการสุขภาพและสังคม แม้จะมีอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุบางพื้นที่แต่ส่วนใหญ่จะเป็นการดูแลทั่วไปและขาดหน่วยงานสนับสนุนอาสาสมัคร ดังนั้น เมื่ออาสาสมัครเข้าไปเยี่ยมบ้านหรือให้คำแนะนำจึงอาจไม่เชื่อถือด้วยเหตุผลดังกล่าวจึงอาจทำให้ต้องการพัฒนาทักษะเพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือและความมั่นใจในการดูแลสำหรับความต้องการของผู้ดูแลที่เป็นบุคลากรสุขภาพ พบว่า จำนวนทั้งหมดต้องการระบบบริการสุขภาพควร

สอดคล้องกับบริบทและควรให้ชุมชนมีส่วนร่วมในทุกกิจกรรมให้มากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา¹⁶ พบว่า ระบบการบริการผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงยังอยู่ลักษณะแยกส่วนขาดการบูรณาการระหว่างเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุและผู้ดูแลที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ และควรพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวโดยชุมชนที่มีความหลากหลาย สอดคล้องกับความจำเป็นด้านสุขภาพและบริบทของชุมชนแต่ละแห่ง รวมถึงได้มีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน โดยมีอาสาสมัครเป็นผู้ประสานความร่วมมือในการดูแลผู้สูงอายุ ระหว่าง ครอบครัว ชุมชน และศูนย์บริการสาธารณสุขไปทดลองใช้พบว่า ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจสูงกว่าก่อนให้บริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ผู้สูงอายุและผู้ดูแลเข้าถึงบริการได้สูงขึ้นกว่าก่อนให้บริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)¹⁹ จะเห็นว่าระบบบริการสุขภาพที่เกิดจากชุมชนและสอดคล้องกับบริบทของชุมชน มีประสิทธิภาพและสามารถแก้ปัญหาของชุมชนได้ตรงประเด็นด้วย

ข้อเสนอแนะ 1) ด้านการพัฒนากระบวนการ/ การพยาบาลควรพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลหลักและผู้ดูแลในชุมชน เช่นอบรมเชิงปฏิบัติการ การฝึกปฏิบัติควบคู่ไปกับการทำงานโดยมีพยาบาลเป็นที่ปรึกษา ปรับปรุงและพัฒนา รูปแบบการเยี่ยมบ้านให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น เช่นจัดทำแผนการเยี่ยมบ้านโดยกำหนดลักษณะผู้สูงอายุระยะเวลาความถี่ในการเข้าเยี่ยมอย่างชัดเจน เป็นต้น กำหนดแนวทางการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังอย่างชัดเจน เช่น ทีมการดูแลขอบเขตหน้าที่ของอาสาสมัคร จัดทำแผนและระบบข้อมูลของชุมชนที่ง่ายต่อการวางแผนในการดูแล พร้อมมีการประเมินการปฏิบัติเพื่อนำมาปรับปรุงในทุก ๆ ปี 2) ด้านการวิจัย ผลการวิจัยสามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐาน ในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังโดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุที่ติดบ้านและติดเตียง ในบริบทชุมชนเมืองภาคเหนือต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณมหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวงที่สนับสนุนทุนในการวิจัยครั้งนี้

References

1. Prasartkul P, editor. Situation of the Thai elderly 2014. Amarin printing and publishing; 2015. (in Thai)
2. Hofmarcher MM, Oxley H, Rusticelli E. Improved health system performance through better care coordination [Internet]. 2007 [cited 2015 Nov30] Available from: <http://dx.doi.org/10.1787/246446201766>
3. Bundhamcharoen K, Sasat S. Long-term care: comparative analysis for policy recommendation. Rama Nurs J 2008;14 (3):358-9. (in Thai)
4. Srithamrongsawat S, Bundhamcharoen K. Synthesis of long-term care system for the elderly in Thailand. Bangkok:QP publish; 2010. (in Thai)
5. Wichathai J, Srithamrongsawat S, Riwphaiboon W, Thammaroj N, Aemnoi P, Inmai P. The health care service and health care costs intermediate care under the health insurance system. Nonthaburi; 2010. (in Thai)
6. Thanakwang K, Kespichayawattana J, Jitpanya C. Factors related to health promoting behaviors among older adults: a meta-analysis, J Nurs Sci vol 2010; 28(3):60-8.
7. Jiamjarangsri W. Chronic Care Model [Internet]. Nonthaburi: Health systems research institute; 2007 [cited 2011 Sep 9]. Available from: <http://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/2100>. (in Thai)
8. Wagner EH, Glasgow C, Davis A, Bonomi L, Provost D, McCulloch P, et al. "Quality improvement in chronic illness care: a collaborative approach." Journal on Quality Improvement 2001;27(2):63-80.
9. Srisatidnarakul B. The methodology in nursing research. 5th ed. Bangkok: U and I intermedia Publishing; 2010. (in Thai)
10. Phothisita C. The art and science of qualitative research. Bangkok: Amarin Printing and Publishing; 2009. (in Thai)
11. Jirawattanakul S. Qualitative research in nursing. 2nd ed. Khonkaen: Siripan offset Publishing; 2005. (in Thai)
12. Theeranuch U, Saensom D, Methakanjanasak N, Kirdphon W. Development of a holistic continuing care model for elderly with chronic illnesses: a case study in one tertiary care hospital. Journal of nurses' association of Thailand, north-eastern division 2008;27(2):65-77. (in Thai)
13. Sunsern R, Rattanaareethakul S, Lawang L, Tassanatanachai A, Viriya C, Sorujthamakul T, et al. Evidence, problems, and health care needs for hypertension patients at Baan-bung District, Chon-Buri province. Journal of nursing and education 2011;4(1):2-16. (in Thai)
14. Yodpetch S, Sombat L, Choakthanawanich P. Good models on the elderly care by family and community in rural areas in Thailand [Internet]. Nonthaburi: Health systems research institute; 2009 [cited 2015 Dec 5]. Available from: <http://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/2736>. (in Thai)

15. Kumniyom N, Sritanyarat W. Needs of long term care service packages for frail older persons in community. *Journal of Nursing and Health Care* 2016;34(3).125-31. (in Thai)
16. House JS. The nature of social support. In M.A. Reading (Ed.), *Work stress and social support*. Philadelphia: Addison-Wesley;1981.
17. Pagaya N. Manpower needs in health care for the elderly [Internet]. 2009 [cited 2015 Dec 5] Available from: <http://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/3330>. (in Thai)
18. Srithamrongsawat S, Bundhamcharoen K, Sasat S, Amnatsatsue K. Community care model for older people in Thailand. *journal PCFM* 2009;1(2):22-31. (in Thai)
19. Wirojratana V, Amnatsatsue K, Sasat S, Malathum P, Narongsak J. Improvement of healthcare services for dependent elders. *Thai Journal of Nursing Council* 2014;29(3):104-15. (in Thai)