

เอกสารเผยแพร่ผลงานวิชาการ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา

ประจำปีงบประมาณ 2567

การพัฒนากระบวนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงโดยหมอประจำครอบครัว และการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ตำบลทุ่งลาน อำเภอคลองหอยโข่ง จังหวัดสงขลา

นางสาวจุรีรัตน์ จันทคาร

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตำบลทุ่งลาน

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอคลองหอยโข่ง จังหวัดสงขลา



https://skho.moph.go.th

การพัฒนากระบวนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงโดยหมอประจำครอบครัว และการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ตำบลทุ่งลาน อำเภอคลองหอยโข่ง จังหวัดสงขลา

จุรีรัตน์ จันทคาร
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตำบลทุ่งลาน
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอคลองหอยโข่ง จังหวัดสงขลา

บทคัดย่อ

การพัฒนากระบวนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยความร่วมมือของหมอประจำครอบครัว และการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อให้ผู้สูงอายุในชุมได้รับการดูแลอย่างเป็นองค์รวม และมีสุขภาวะที่ดีทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจตามมา งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ มีวัตถุประสงค์ ดังนี้ 1) เพื่อศึกษาปัญหาและความต้องการในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง โดยหมอประจำครอบครัวและการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน 2) เพื่อศึกษารูปแบบกระบวนการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง โดยหมอประจำครอบครัวและการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงในชุมชน ประกอบด้วย ผู้ดูแลและผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง หมอประจำครอบครัว และกลุ่มองค์กรในชุมขนในพื้นที่ดำเนินการ ตำบลทุ่งลาน อำเภอคลองหอยโข่ง จังหวัดสงขลา จำนวน 46 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 2) แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับ สภาพปัญหาการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง และแนวทางแก้ไขปัญหาการดูแล 3) รูปแบบคำถามการสัมภาษณ์เจาะลึกเกี่ยวกับรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ และแนวทางการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง โดยหมอประจำครอบครัวและการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ด้วยสถิติพรรณนา (Descriptive statistic) โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ต้องประสบปัญหาทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านจิตสังคม และด้านจิตวิญญาณ และรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ และแนวทางการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง โดยหมอประจำครอบครัว และการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ควรมุ่งเน้นไปที่การตรวจสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อตรวจคัดกรองความเสี่ยงและค้นหาโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุ การอบรมผู้สูงอายุในเรื่องการดูแลสุขภาพตนเอง การอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ กิจกรรมเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุเป็นไปตามเกณฑ์ของ Long term care

ผลการศึกษาครั้งนี้ทำให้ทราบถึงสภาพปัญหาของผู้ดูแลผู้สูงอายุ และแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุ จึงสามารถนำไปใช้ในการวางแผนดูแลผู้สูงอายุ และผู้ดูแลผู้สูงอายุให้สามารถมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้

คำสำคัญ: การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ, ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง, การมีส่วนร่วมของชุมชน

บทนำ

สังคมผู้สูงอายุ (Aging society) เป็นแนวโน้มที่ทุกชาติทั่วโลกหลีกเลี่ยงไม่ได้ โดยองค์การสหประชาชาติคาดการณ์ไว้ว่าทั่วโลกจะมีประชากรที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ถึง 1,200 ล้านคนในปี พ.ศ. 2568 และ 2,000 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2593 หรือคิดเป็นร้อยละ 20 ของประชากรโลกทั้งหมด ในส่วนของประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมสูงวัย (Aged Society) มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 จนถึงปี พ.ศ. 2564 ประเทศไทยมีสัดส่วนประชากรกลุ่มผู้สูงอายุหรือมีอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่า 12 ล้านคน หรือคิดเป็นสัดส่วนราว 1 ใน 6 ของประชากรไทย ถือเป็นอันดับ 2 ในกลุ่มประเทศอาเซียน รองจากประเทศสิงคโปร์ [1] นอกจากนี้ประเทศไทย

ถูกคาดการณ์ว่าจะเป็นประเทศกำลังพัฒนาประเทศแรกของโลกที่ก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุแบบสมบูรณ์ (Aged Society) เนื่องจากอัตราการเกิดของคนไทยมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่องโดยมีจำนวนการเกิดเพียงประมาณ 6 แสนคนต่อปี ซึ่งหากสถานการณ์ยังเป็นเช่นนี้ต่อไป นอกจากจำนวนประชากรประเทศไทยโดยรวมจะเริ่มลดลงแล้ว ประเทศไทยจะขยับขึ้นเป็นสังคมสูงอายุแบบสุดยอด (Hyper Aged Society) ซึ่งมีสัดส่วนประชากรที่อายุมากกว่า 65 ปีถึงร้อยละ 20 หรือมีประชากรอายุมากกว่า 60 ปีกว่าร้อยละ 30 ภายในปี พ.ศ. 2584 โดยคาดว่าการขยับนี้ใช้เวลาเร็วกว่าประเทศญี่ปุ่น[2]

สำหรับประเทศไทยพบว่าผู้ป่วยจำนวนมากที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง ไม่ได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายเกินกว่าครึ่ง ซึ่งทำให้ผู้ป่วยต้องกลายสภาพเป็นผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง การมีนักบริบาลลงไปดูแลกลับสร้างความแตกต่างให้ชีวิตผู้ป่วยจำนวนมากที่กลับมาเดินได้อีกครั้ง[3] ระบบการดูแลระยะยาวของไทยจึงมีคุณูปการสูงกว่าในตำราต่างประเทศที่มุ่งให้บริการทางสังคมอย่างเดียว เพราะสามารถช่วยฟื้นฟูให้ผู้ป่วยกลับมาพึ่งตนเองได้อีกครั้ง หากต้องการพัฒนางานดูแลระยะยาวให้มีคุณภาพและครอบคลุมเพิ่มมากขึ้นในประเทศไทย คาดว่าต้องใช้งบประมาณหลักหมื่นล้านบาท จึงต้องย้อนกลับมามองถึงแหล่งรายได้ของเงินงบประมาณเหล่านั้นว่าจะนำมาจากไหน อาทิ การให้ประชาชนจ่ายค่าบริการ ณ จุดบริการแบบรายวัน (Post-Paid) การเก็บภาษีเพิ่ม หรือการจ่ายรายเดือนล่วงหน้าคล้ายการจ่ายค่าประกันสังคม (Pre-Paid) เพื่อเป็นหลักประกันว่าเมื่อเข้าสูงวัยสูงอายุ จะมีผู้ดูแลอย่างดี[4] กระทรวงสาธารณสุข ได้มีแนวคิดการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ เข้มแข็ง มีคุณภาพ ทั่วถึง ยั่งยืนและบรรลุเป้าหมาย ทุกครอบครัวมีหมอประจำตัว 3 คน มุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนให้ใกล้ชิดกับประชาชนมากยิ่งขึ้น เน้นการเสริมสร้างสุขภาพ และความรู้ด้านสุขภาพ การดูแลสุขภาพองค์รวม ทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม ในวิถีชีวิตใหม่อย่างเป็นรูปธรรมได้จริง[5] จากการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและการมีส่วนร่วมของประชาชน หรือคนไทยทุกครอบครัวมีหมอประจำตัว 3 คน คือ การประสานการทำงานดูแลประชาชนที่บ้านและชุมชนแบบ “ดูแลใกล้ตัว ใกล้บ้าน ใกล้ใจ” เพิ่มความครอบคลุมให้ได้รับบริการต่อเนื่อง ลดการเดินทาง ลดความแออัดของโรงพยาบาลขนาดใหญ่ เน้นการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค และส่งต่อรักษาในโรคซับซ้อนยุ่งยาก โดยหมอคนที่ 1 หมอประจำบ้าน หมอคนที่ 2 หมอสาธารณสุข และหมอคนที่ 3 หมอครอบครัว โดยมีวัตถุประสงค์ ให้คนไทยทุกครอบครัวมีหมอประจำตัว 3 คน เน้นการดูแลที่บ้านและชุมชน หมอคนที่ 1 หมอประจำบ้าน คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือ อสม. ทำหน้าที่เยี่ยมบ้าน ให้คำแนะนำ คัดกรอง ติดตามและดูแลผู้ป่วยเบื้องต้น โดยหมอประจำบ้าน 1 คน ดูแลประชาชน 10-20 หลังคาเรือน หมอคนที่ 2 หมอสาธารณสุข คือ บุคลากรในสถานบริการปฐมภูมิ ทั้งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือ รพ.สต. คลินิกหมอครอบครัว ศูนย์บริการสาธารณสุข ครอบคลุมบุคลากรทุกสาขาวิชาชีพทั้งพยาบาล เภสัชกร นักสาธารณสุขชุมชน และวิชาชีพอื่นๆ ทำหน้าที่ให้การดูแลส่งเสริมสุขภาพ ประสานงานระหว่างหมอคนที่ 1 และหมอคนที่ 3 คัดกรองเพื่อระบุสาเหตุ ยืนยันความผิดปกติและส่งต่อผู้ป่วย โดยหมอสาธารณสุข 1 คนดูแลประชาชน 1,250 – 2,500 คน หมอคนที่ 3 หมอครอบครัว คือ แพทย์ในโรงพยาบาล เป็นผู้มอบการรักษา ดูแล ให้คำปรึกษา ประสานและส่งต่อการรักษาพิเศษ โดยหมอครอบครัว 1 คนดูแลประชาชน 8,000 – 12,000 คนนโยบายคนไทยทุกครอบครัวมีหมอประจำตัว 3 คน ของกระทรวงสาธารณสุข เป็นการมุ่งสร้างระบบสาธารณสุขทั่วถึง เพื่อให้ประชาชนดูแลสุขภาพ และมีที่ปรึกษาเมื่อเวลาเจ็บป่วย เน้นการบูรณาการการดำเนินงานร่วมกันของ 3 หมอ เพื่อให้การช่วยเหลือ ดูแล รักษาและส่งต่อ ประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบของตนเอง[6] การพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุเจ็บป่วยเรื้อรังที่ครอบคลุมการดูแลแบบองค์รวม ความต้องการการพัฒนาระบบการดูแลและส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ การพัฒนาศักยภาพในการประสานงานระหว่างบุคคลากรที่ให้บริการทางสุขภาพและ

บุคลากรที่ให้บริการทางสังคม และความต้องการการพัฒนาศักยภาพของชมรมผู้สูงอายุอาสาสมัคร ระบบครอบครัวและประชาชน จึงเป็นสิ่งจำ เป็นยิ่งในการดูแลผู้สูงอายุเหล่านี้[3]

จังหวัดสงขลาถือเป็นจังหวัดหนึ่งที่มีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นและก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ โดยพบว่าจากสถานการณ์ล่าสุดประชากรผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2566 มีจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด 202,126 คนคิดเป็นร้อยละ 17.50 ของประชากร มีผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง 6,930 คน คิดเป็นร้อยละ 3.43 ของประชากรผู้สูงอายุทั้งหมดและในพื้นที่อำเภอคลองหอยโข่ง มีผู้สูงอายุจำนวน 3,862 คน คิดเป็นร้อยละ 19 และมีผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง 56 คนคิดเป็นร้อยละ 1.45 ซึ่งผู้สูงอายุเหล่านี้ไม่ค่อยมีโอกาสได้พบปะสังสรรค์ ไม่มีกิจกรรมร่วมกันอย่างเป็นรูปธรรม ไม่สนใจดูแลเอาใจใส่สุขภาพตนเอง และไม่ได้รับการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัวและชุมชนแต่อย่างใด ส่งผลให้มีปัญหาสุขภาพอนามัย จากข้อมูลข้างต้น จะเห็นได้ว่าการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงเป็นกลุ่มที่ต้องการพึ่งพาจากผู้ดูแลระดับสูงเป็นภาระงานที่หนักและ ซับซ้อนต่อการดูแลที่เป็นความรับผิดชอบของผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวจากการที่ต้องปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่การตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาทางการแพทย์การให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เศรษฐกิจในครอบครัวเป็นต้น ในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงผู้ดูแลจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจในวิธีการดูแล[7] จากที่มาและความสำคัญดังกล่าวข้างต้น เห็นได้ว่าปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ รวมถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงมีความสำคัญ ผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษา การพัฒนากระบวนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงโดยหมอประจำครอบครัวและการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ตำบลทุ่งลาน อำเภอคลองหอยโข่ง จังหวัดสงขลามาจัดกระบวนการในการดูแลที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่เพิ่มความมั่นใจในการให้การดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงได้อย่างประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัญหาและความต้องการในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง โดยหมอประจำครอบครัวและการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ตำบลทุ่งลาน อำเภอคลองหอยโข่ง จังหวัดสงขลา
2. เพื่อศึกษารูปแบบกระบวนการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง โดยหมอประจำครอบครัวและการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ตำบลทุ่งลาน อำเภอคลองหอยโข่ง จังหวัดสงขลา

ระเบียบวิธีวิจัย

ผู้วิจัยใช้แนวทางการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) เพื่อศึกษาการพัฒนากระบวนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงโดยหมอประจำครอบครัว และการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ตำบลทุ่งลาน อำเภอคลองหอยโข่ง จังหวัดสงขลา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ที่มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงในชุมชน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงในชุมชน ประกอบด้วยผู้ดูแลและผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง หมอประจำครอบครัว และกลุ่มองค์กรในชุมขนในพื้นที่ดำเนินการ ตำบลทุ่งลาน อำเภอคลองหอยโข่ง จังหวัดสงขลา การเลือกกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ใช้วิธีการเลือกแบบจำเพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยมีเกณฑ์การคัดเข้าร่วมศึกษาวิจัย (Inclusion criteria) ประกอบด้วย 1) ญาติหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิการหรือทุพพลภาพต้องการความช่วยเหลือในด้านกิจวัตรประจำวัน และดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง มีค่าดัชนีบาร์เธล เอดีแอล (Barthel ADL Index หรือ BAI) อยู่ในช่วง 5-11 คะแนน และ 0-4 คะแนน อาศัยอยู่ในเขตตำบลทุ่งลาน อำเภอคลองหอยโข่ง จังหวัดสงขลา ในปีงบประมาณ 2566 โดยเลือกมาทั้งหมดจำนวน 19 คู่ 2) เจ้าหน้าที่

เทศบาลที่รับผิดชอบในการดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 2 คน 3) เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลชุมชนที่รับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุจำนวน 2 คน 4) เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุจำนวน 1 คน 5) ผู้นำท้องถิ่นจำนวน 1 คน 6) ผู้นำชุมชนจำนวน 3 คน (กำนัน 1 คน ผู้ใหญ่บ้าน 1 คน แพทย์ประจำตำบล 1 คน) 7) อาสาสมัครสาธารณสุข หมู่บ้านละ 1 คน รวม 9 คน 8) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 6 คน 9) อาสาสมัครกลุ่มต่าง ๆ ที่สนับสนุนการดำเนินงานกิจกรรมผู้สูงอายุในชุมชน จำนวน 3 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้เข้ารับการสัมภาษณ์ ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม มีจำนวน 13 ข้อ ประกอบด้วย 1) เพศ 2) อายุ 3) สถานภาพสมรส 4) ระดับการศึกษา 5) อาชีพ 6) รายได้ 7) ลักษณะครอบครัวเดี่ยวหรือขยาย 8) บุคคลที่อาศัยร่วม 9) โรคประจำตัว 10) การรับประทานยา 11) การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย 12) ผู้ดูแลหลัก 13) การเข้าร่วมกิจกรรมประเพณีทางสังคม

2. แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับ สภาพปัญหาการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง และแนวทางแก้ไขปัญหาการดูแล ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่สอบถามปัญหาความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงในด้านต่าง ๆ ประกอบด้วย 1) ด้านร่างกาย 2) ด้านจิตใจ 3) ด้านสังคมและเศรษฐกิจ 4) ด้านจิตวิญญาณ มีข้อคำถามจำนวน 30 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นคำถามปลายปิด และคำถามปลายเปิด มีคำตอบให้เลือก คือ มี คือ มีการได้รับการดูแลในด้านต่าง ๆ ตามแบบสัมภาษณ์ และ ไม่มี คือ ไม่ได้รับการดูแลและความต้องการในการดูแล

3. รูปแบบคำถามการสัมภาษณ์เจาะลึกเกี่ยวกับรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ และแนวทางการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง โดยหมอประจำครอบครัว และการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มีข้อคำถามจำนวน 6 ข้อ เป็นลักษณะคำถามปลายเปิดในประเด็นต่อไปนี้ 1) ความเห็นต่อสถานการณ์ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง 2) วิธีการดำเนินการแก้ไขปัญหาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงในชุมชน 3) ความคาดหวังของการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงโดยหมอประจำครอบครัว ครอบครัวและ ชุมชน 4) สิ่งสนับสนุนที่ต้องการในการดำเนินงาน 5) ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง และ 6) แนวทางในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง โดยหมอประจำครอบครัว ครอบครัวและชุมชน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยนำแนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึกตรวจสอบกับที่ปรึกษาโครงการวิจัย หลังจากนั้นมีการปรับข้อคำถามเพิ่มเติมเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ตรงประเด็นมากขึ้นภายหลังการสัมภาษณ์เชิงลึกแบบรายบุคคลในช่วงแรก

การเก็บรวบรวมข้อมูล

วิธีการเก็บรวบข้อมูลวิจัยเชิงคุณภาพ มีดังนี้ ผู้วิจัยสัมภาษณ์เชิงลึก โดยสัมภาษณ์ตัวแทนกลุ่มเป้าหมายที่กำหนดไว้ ได้แก่ 1) ญาติหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิการหรือทุพพลภาพ ต้องการความช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวัน และดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง มีค่าดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index หรือ BAI) อยู่ในช่วง 5-11 คะแนน และ 0-4 คะแนน เป็นผู้อยู่อาศัยในเขตตำบลทุ่งลาน อำเภอคลองหอยโข่ง จังหวัดสงขลาในปีงบประมาณ 2566 2) เจ้าหน้าที่เทศบาลที่รับผิดชอบในการดูแลผู้สูงอายุ 3) เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลชุมชน ที่รับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุ 4) เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ 5) ผู้นำท้องถิ่น 6) ผู้นำชุมชน 7) อาสาสมัครสาธารณสุข 8) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ 9) อาสาสมัครกลุ่มต่าง ๆ ที่สนับสนุนการดำเนินงานกิจกรรมผู้สูงอายุในชุมชน สำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึกเป็นรายบุคคล ผู้วิจัยสัมภาษณ์แบบเผชิญหน้าตามแนวคำถามในการสัมภาษณ์เชิงลึก ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 45 - 60 นาที ก่อนทำการสัมภาษณ์ได้ขออนุญาตผู้ให้ข้อมูลบันทึกเทป

ด้วยเครื่องบันทึกเสียง ในช่วงเวลาของการสัมภาษณ์ผู้วิจัยตระหนักถึงการปราศจากการแปลความและการนำความรู้ ประสบการณ์ หรือทัศนคติที่เกี่ยวข้องมาทำความเข้าใจข้อมูลที่ได้จากผู้ให้สัมภาษณ์(Bracketing) และใช้วิธีการค้นหาคำตอบและคำอธิบายจากผู้ให้ข้อมูลโดยตรง (Exploration) ในระหว่างการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยใช้ทักษะการเป็นผู้ฟังที่ดี (Active listening) และจับประเด็นและค้นหาในรายละเอียดเพิ่มเติมโดยการสร้างคำถามกับผู้ให้ข้อมูลทีละประเด็น หากมีเหตุการณ์สำคัญเกิดขึ้นระหว่างการสัมภาษณ์จะมีการจดบันทึก (Field notes) จนกระทั่งข้อมูลอิ่มตัว ไม่เกิดคำถามเพิ่มเติม (Saturated data) การเก็บรวบรวมข้อมูลสิ้นสุดลงเมื่อไม่มีข้อมูลใหม่เพิ่มเติม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ด้วยสถิติพรรณนา (Descriptive statistic) โดยการแจกแจงความถี่ คำนวณหาค่าร้อยละ

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) ที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยตรง โดยนำข้อมูลที่ได้จากการบันทึกเทปมาฟังอ่านข้อความที่ได้จากการจดบันทึกและการถอดข้อความที่ได้จากการบันทึกเทปทีละประโยค (Transcribed verbatim)จากนั้นทำการจัดระเบียบข้อมูล โดยนำข้อมูลมาเรียบเรียงกำหนดรหัสและจัดลำดับหมวดหมู่ในสาระที่คล้ายคลึงกันจัดให้อยู่ในกลุ่มสาระใกล้เคียงกัน ทวนซ้ำเพื่อหาประเด็นในการสัมภาษณ์ครั้งต่อไปและเป็นการทบทวนความเพียงพอของข้อมูล และสร้างหัวข้อรวมและหัวข้อย่อย โดยทีมผู้วิจัยร่วมกันพิจารณา (Peer debriefing) หากมีความเห็นไม่ตรงกันจะปรึกษาผู้เชี่ยวชาญลงความเห็น เขียนสรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูล และนำเสนอข้อมูลด้วยการนำมาร้อยเรียง พรรณนาและนำบทสนทนา (Quotations) ที่สอดคล้องมาประกอบการบรรยาย

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาและได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ระดับจังหวัด ของจังหวัดสงขลา หมายเลขรับรอง 46/2566 ลงวันที่ 22 กันยายน พ.ศ. 2566 ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดโครงการวิจัยและแจ้งให้ทราบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอิสระในการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัย และสามารถถอนตัวจากการศึกษาได้ตลอดเวลา ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยถูกเก็บเป็นความลับ การเก็บข้อมูลและนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมโดยไม่มีการระบุชื่อ และเมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัยได้ให้ลงนามเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมวิจัย ซึ่งในระหว่างเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างให้ความร่วมมือตลอดการเข้าร่วมโครงการวิจัย

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 46 คน ส่วนมากเป็นเพศหญิงมากที่สุด ร้อยละ 52.17 รองลงมาคือเพศชาย ร้อยละ 47.83 มีอายุมากกว่า 60 ปี มากที่สุด ร้อยละ 34.78 รองลงมาคืออายุ 31-40 ปี ร้อยละ 26.09 สถานภาพสมรสคู่ มากที่สุด ร้อยละ 43.48 รองลงมาคือหม้าย ร้อยละ 34.78 มีระดับการศึกษาประถมศึกษา มากที่สุด ร้อยละ 34.78 รองลงมาคือ ไม่ได้ศึกษา ร้อยละ 21.74 การประกอบอาชีพ ประกอบอาชีพเกษตรกร มากที่สุด ร้อยละ 30.43 รองลงมาคือ ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 17.39 รายได้เฉลี่ยของครอบครัว น้อยกว่า 10,000 บาท มากที่สุด ร้อยละ 39.13 รองลงมาคือ 15,001-30,000 ร้อยละ 26.09 ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวขยาย มากที่สุด ร้อยละ 56.52 รองลงมาคือ ครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 43.48 อาศัยอยู่กับสามี หรือภรรยา มากที่สุด ร้อยละ 43.48 รองลงคือบุตรหลาน ร้อยละ 34.78 มีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับเบาหวาน มากที่สุด ร้อยละ 43.48 รองลงมาคือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 21.74 และโรคเบาหวานร้อยละ 21.74 ส่วนมากรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ร้อยละ 65.22 รองลงมาคือ ไม่

มียารับประทาน ร้อยละ 21.74 สำหรับการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย ส่วนใหญ่มีความสะดวกในการเข้าถึง ร้อยละ 86.96 รองลงมาคือ ไม่สะดวกในการเข้าถึง ร้อยละ 13.04 ผู้ดูแลหลักคือสามีหรือภรรยามากที่สุด ร้อยละ 47.83 รองลงมาคือบุตรหลาน ร้อยละ 39.13 และการเข้าร่วมกิจกรรมประเพณีทางสังคมเข้าร่วมกิจกรรมสม่ำเสมอ ร้อยละ 52.17 รองลงมาคือ เข้าร่วมกิจกรรมบางครั้ง ร้อยละ 47.83 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้ารับการสัมภาษณ์ (n = 46)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	22	47.83
หญิง	24	52.17
อายุ		
31-40 ปี	12	26.09
41-50 ปี	8	17.39
51-60 ปี	10	21.74
มากกว่า 60 ปี	16	34.78
สถานภาพสมรส		
โสด	6	13.04
คู่	20	43.48
หม้าย	16	34.78
หย่า	4	8.70
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้ศึกษา	10	21.74
ประถมศึกษา	16	34.78
มัธยมศึกษา	8	17.39
ประกาศนียบัติ/วุฒิบัติ	2	4.35
ปริญญาตรี	6	13.04
สูงกว่าปริญญาตรี	4	8.70
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	8	17.39
รับราชการ	5	10.87
รัฐวิสาหกิจ	6	13.04
ค้าขาย	6	13.04
รับจ้าง	7	15.22
เกษตรกร	14	30.43
รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน (บาท)		
< 10,000	18	39.13
10,000 – 15,000	9	19.57
15,001 – 30,000	12	26.09
30,001 – 50,000	7	15.22
ลักษณะครอบครัว		
ครอบครัวเดี่ยว	20	43.48
ครอบครัวขยาย	26	56.52
บุคคลที่อาศัยร่วม		

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สามี หรือภรรยา	20	43.48
บุตรหลาน	16	34.78
ญาติ	10	21.74
โรคประจำตัว		
โรคความดันโลหิตสูง	10	21.74
โรคเบาหวาน	10	21.74
โรคความดันโลหิตสูง ร่วมกับเบาหวาน	20	43.48
โรคไตวายเรื้อรัง	1	2.17
โรคหลอดเลือดสมองตีบ	2	4.35
โรคกระดูกพรุน	3	6.52
การรับประทานยา		
ไม่มียารับประทาน	10	21.74
รับประทานยาสม่ำเสมอ	30	65.22
รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ	6	13.04
การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย		
สะดวกในการเข้าถึง	40	86.96
ไม่สะดวกในการเข้าถึง	6	13.04
ผู้ดูแลหลัก		
ไม่มีผู้ดูแล	2	4.35
สามี/ภรรยา	22	47.83
บุตรหลาน	18	39.13
ญาติ	4	8.70
การเข้าร่วมกิจกรรมประเพณีทางสังคม		
เข้าร่วมกิจกรรมสม่ำเสมอ	24	52.17
เข้าร่วมกิจกรรมบางครั้ง	22	47.83

2. ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ

จากการศึกษาครั้งนี้ มีญาติหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิการหรือทุพพลภาพ ต้องการความช่วยเหลือในด้านกิจวัตรประจำวัน และดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง อาศัยอยู่ในเขตตำบลทุ่งลาน อำเภอคลองหอยโข่ง จังหวัดสงขลา ในปีงบประมาณ 2566 โดยเลือกมาทั้งหมดจำนวน 19 คน ผลการประมินจากแบบประเมินดัชนีบาร์เธล เอดีแอล (Barthel ADL Index หรือ BAI) พบว่า ผู้สูงอายุประกอบกิจวัตรประจำวันได้มาก มากที่สุด ร้อยละ 42.10 รองลงมาคือ ประกอบกิจวัตรประจำวันได้ปานกลาง ร้อยละ 31.58 และ ไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ ร้อยละ 26.32

ตารางที่ 2 ข้อมูลความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ (n = 19)

รายด้าน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ (0 - 4 คะแนน)	5	26.32
ประกอบกิจวัตรประจำวันได้ปานกลาง (5 - 14 คะแนน	6	31.58
ประกอบกิจวัตรประจำวันได้มาก (15 - 20 คะแนน	8	42.10

3. สภาพปัญหาการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง และแนวทางแก้ไขปัญหาการดูแล

ผลการสัมภาษณ์เชิงลึกในผู้ดูแลผู้สูงอายุเกี่ยวกับปัญหาและความต้องการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง และแนวทางแก้ไขปัญหาการดูแล ผลการศึกษาสามารถแบ่งการนำเสนอเป็นด้าน ๆ ดังนี้

1) ด้านร่างกาย ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนมากให้ข้อมูลว่าผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่มีความเปราะบาง มีพลังสำรองของระบบอวัยวะลดลง และเกิดปัญหาเชื่อมโยงกันในหลายระบบ ถึงแม้ว่าผู้ดูแลทุกคนจะปฏิบัติต่อผู้สูงอายุด้วยความรักและเต็มใจ แต่ก็มีอุปสรรคต่อการดูแล คือ ผู้ดูแลไม่มีเวลาดูแลเพราะต้องไปประกอบอาชีพ ครอบครัวมีทรัพยากรที่จำเป็นในการดูแลไม่เพียงพอ เช่น ไม่มีรถเข็น ที่นอนลม กระดาษชำระ หรือผ้าอ้อมสำเร็จรูป ผู้สูงอายุมารับการรักษาโรคไม่ต่อเนื่อง เพราะไม่สะดวกในการเดินทางไปพบแพทย์หรือรับบริการทางสุขภาพ มีความลำบากในการเดินทางไปรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุรวมถึงการเดินทางไปรับการรักษาหรือตรวจตามนัดที่โรงพยาบาล ขาดความเข้าใจในระยะของโรค ปัญหาและผลกระทบจากโรคและสุขภาพที่ซับซ้อน ส่งผลให้ผู้สูงอายุกลุ่มเปราะบางกลุ่มนี้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่นำไปสู่ภาวะพึ่งพิงระยะยาว ดังข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างส่วนมาก บอกว่า “คนที่เราดูแลก็คือพ่อแม่ เราก็ดูแลกันด้วยความรัก ความกตัญญู แต่บางครั้งเราก็ไม่มีเวลาไปทำอย่างอื่นเลย ต้องคอยระแวดระวังดูแลเขาตลอด” อีกทั้งผู้ดูแลบางคนให้ข้อมูลว่า “การดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ไม่ใช้เรื่องง่าย ไหนต้องเปลี่ยนถ่าย พลิกตะแคงตัว จัดหาอาหารและยาให้” ข้อความเหล่านี้แสดงให้เห็นว่าญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุ รู้สึกว่าการดูแลผู้สูงอายุ ต้องใช้พละกำลัง และแรงกาย แรงใจในการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีสุขภาวะที่ดี นอกจากนี้พบว่าผู้ดูแลขาดความรู้และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงที่ถูกต้อง บางส่วนต้องไปทำงานนอกบ้านไม่สามารถให้การดูแลได้ตลอดเวลา บางรายมีปัญหาเรื่องภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลที่เพิ่มขึ้น

2) ด้านจิตใจ ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุบางส่วนให้ความเห็นว่า การดูแลผู้สูงอายุซึ่งส่วนมากแล้วจะมีภาวะสมองเสื่อมร่วมด้วย ผู้สูงอายุจะมีอาการหลงๆ ลืมๆ ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกหงุดหงิดในบางครั้ง ดังข้อความจากญาติผู้ดูแลรายหนึ่งที่บอกว่า “บางครั้งคุณแม่ก็หลงๆ ลืมๆ พึ่งกินข้าวไปไม่ถึงชั่วโมง ก็บ่นหิวข้าวอีกแล้ว และชอบถามคำถามเดิม จนบางทีเราก็ตอบซ้ำๆ จนเริ่มหงุดหงิด” นอกจากนี้พบว่า การดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย ผู้ดูแลจะต้องดูแลแบบสมบูรณ์ ทั้งการอาบน้ำ พลิกตะแคงตัว เปลี่ยนถ่าย จัดเตรียมอาหารและยาให้รับประทาน ส่งผลให้ผู้ดูแลรู้สึกอ่อนเพลีย เหนื่อยล้า บางครั้งเกิดความรู้สึกเครียด วิตกกังวลเกี่ยวกับอาการของผู้สูงอายุที่ตนเองดูแล ดังข้อความจากญาติรายหนึ่ง บอกว่า “มันเหนื่อยนะ ที่ต้องดูแลเองทุกอย่าง บางครั้งก็นั่งร้องไห้คนเดียว” แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุบางส่วนอาจมีความรู้สึกเครียด วิตกกังวล และอาจเข้าสู่ภาวะซึมเศร้าได้ตามมา อย่างไรก็ตาม ผู้ดูแลผู้สูงอายุบางรายบอกว่า รู้สึกเต็มใจที่ได้ดูแลญาติของตนเอง รู้สึกว่าตนเองได้ตอบแทนพระคุณของท่านที่เคยเลี้ยงดูตนเองมาตั้งแต่เล็ก ไม่ได้ถือว่าเป็นภาระและอุปสรรคแต่อย่างใด

3) ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุ ส่วนมากให้ข้อมูลว่าการดูแลผู้สูงอายุ ต้องใช้ค่าใช้จ่ายเป็นอย่างมาก ทั้งค่าใช้จ่ายในเรื่องของอาหาร ค่ารักษาพยาบาล ค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปตรวจรักษาตามนัด อีกทั้งในปัจจุบันราคาน้ำมันที่เพิ่มสูงขึ้น ทำให้ญาติผู้ดูแลอาจต้องมีภาระค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นตามมา ญาติผู้ดูแลส่วนมากบอกว่าอยากให้รัฐบาลให้ความช่วยเหลือเงินสวัสดิการผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้น เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนมากไม่มีรายได้ที่เพียงพอ และในปัจจุบันค่าครองชีพแพง แต่รายรับของญาติผู้ดูแลคงที่ หรือไม่เพียงพอ ญาติผู้ดูแลบางคนมีพี่น้องร่วมกันหลายคน ก็อาจจะช่วยกันในการออกค่าใช้จ่าย แต่สำหรับญาติผู้ดูแลที่ไม่มีพี่น้องช่วยเหลือ ก็จะต้องออกค่าใช้จ่ายเองเพียงคนเดียว ในบางครั้งต้องลางานบ่อย เนื่องจากต้องพาผู้สูงอายุที่

ตนดูแลไปโรงพยาบาลเพื่อตรวจตามนัด หรือรับยา ก็ต้องอาศัยค่าใช้จ่ายทั้งสิ้น ลำพังเงินผู้สูงอายุที่ได้ในแต่ละเดือนไม่เพียงพอ จึงอยากให้รัฐบาลเพิ่มเงินในส่วนนี้ให้ผู้สูงอายุ

4) ด้านจิตวิญญาณ ญาติผู้สูงอายุ ส่วนมากมีความปรารถนาที่จะให้ผู้สูงอายุที่ตนดูแล อยู่อย่างมีความสุข ได้รับการตอบสนองทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ เพื่อให้อยู่ในช่วงสุดท้ายของชีวิตได้อย่างมีความสุข และสงบ สำหรับในบริบทพื้นที่ที่ศึกษา ญาติผู้ดูแลให้ข้อมูลว่า สำหรับผู้สูงอายุที่พอช่วยเหลือตนเองได้ สามารถเดินได้ ญาติจะสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้เดินทางไปวัด หรือทำพิธีกรรมทางศาสนาในทุกๆ ครั้ง แต่สำหรับผู้สูงอายุที่นอนติดเตียงช่วยเหลือตนเองไม่ได้เลย ญาติผู้ดูแลก็จะเปิดธรรมะ บทสวด ให้ผู้สูงอายุฟังอยู่สม่ำเสมอ

4. รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ และแนวทางการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง โดยหมอประจำครอบครัว และการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน

จากการสัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และบุคคลที่เกี่ยวข้อง พบว่า รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ โดยหมอประจำครอบครัว และการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ควรปฏิบัติอย่างมีขั้นตอน ดังนี้

1) การศึกษาบริบทของการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและสภาพปัญหา พบว่าบทบาทผู้สูงอายุในชุมชนลดน้อยลง บางคนมีภาระในการเลี้ยงดูบุตรหลาน มีโรคประจำตัว มีหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุ เช่นเทศบาลตำบลดูแลเบี้ยยังชีพ และการสงเคราะห์เฉพาะรายที่ประสบปัญหา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ดูแลด้านการรักษาพยาบาลเป็นหลัก แต่ละหน่วยงานได้มีการเก็บรวบรวมข้อมูลและระดมข้อคิดเห็นต่าง ๆ ในการช่วยเหลือผู้สูงอายุแต่ไม่ได้นำข้อคิดเห็นเหล่านั้นไปใช้ให้เกิดประโยชน์อย่างต่อเนื่อง ไม่ได้บูรณาการทำงานร่วมกัน และขาดการสร้างการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังมีการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองที่ไม่ถูกต้อง เช่นไม่ได้การออกกำลังกาย หรือนาน ๆ ครั้ง ผู้สูงอายุเมื่อมีความเครียดจะยังคงหงุดหงิด หรือหมกมุ่นกับปัญหาที่เกิดขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเครียดได้

2) การจัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และการวางแผนดำเนินงานอย่างมีสวนร่วมโดยมีตัวแทนภาคีเครือข่าย คือ หมอประจำครอบครัว ทั้ง 3 คน ผู้นำท้องถิ่น ผู้นำชุมชน ครอบครัว ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ มาร่วมกันแลกเปลี่ยนเรียนรู้ มีสวนร่วมการระดมความคิดในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ

3) การดำเนินการตามแผน จากความร่วมมือร่วมใจของชุมชน ทำให้เกิดแผนงานในชุมชนไปสู่การปฏิบัติ ดังนี้ (1) การตรวจสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อตรวจคัดกรองความเสี่ยงและค้นหาโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุ ผู้ดำเนินการเป็นเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และหมอประจำครอบครัว ใช้เวลา 3 ชั่วโมง (2) อบรมผู้สูงอายุในการดูแลสุขภาพตนเอง ผู้ดำเนินการเป็นเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อบรมเดือนละ 1 ครั้งทั้งหมด 6 ครั้ง (3) อบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผู้ดำเนินการเป็นเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และหน่วยงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น คือ ผู้นำท้องถิ่น และผู้นำชุมชน ใช้เวลา 2 ชั่วโมง และ (4) กิจกรรมเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ ใช้เวลาตามความจำเป็นของผู้สูงอายุ และเป็นไปตามเกณฑ์ของ Long term care

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาในครั้งนี้ พบว่าสภาพปัญหาของผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่มีโรคเรื้อรัง ความดันโลหิตสูง เบาหวานภาวะไขมันในเลือดสูง บางรายมีความพิการและทุพพลภาพร่วมด้วย มีปัญหาด้าน

จิตใจ และเครียด ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงมีรายได้จากเงินผู้สูงอายุ ผู้พิการ รายได้ไม่พอกับรายจ่าย เนื่องจากต้องใช้ผ้าอ้อมสำหรับผู้ใหญ่และแผ่นรองซับจำนวนมาก นอกจากนี้พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุขาดความรู้และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงที่ถูกต้อง บางส่วนต้องไปทำงานนอกบ้านไม่สามารถให้การดูแลได้ตลอดเวลา บางรายมีปัญหาเรื่องภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลที่เพิ่มขึ้น สำหรับรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ และแนวทางการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง โดยหมดประจำครอบครัว และการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ประกอบด้วยขั้นสำรวจและวิเคราะห์ปัญหาในการวางแผนพัฒนารูปแบบขั้นการปฏิบัติตามรูปแบบและขั้นการประเมินผลการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันในการทำกิจกรรมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นรูปธรรมและสอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุ ได้แก่ การตรวจสุขภาพเพื่อตรวจคัดกรองความเสี่ยงและค้นหาโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุ ส่วนการอบรมผู้สูงอายุในการดูแลสุขภาพตนเอง เป็นการพัฒนาทักษะในการดูแลตนเองให้กับผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังมีการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุโดยผ่านการพัฒนาองค์ความรู้ตามหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุที่ได้มาตรฐานเป็นกิจกรรมที่มาสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุและกิจกรรมเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ กิจกรรมเหล่านี้ถูกจัดขึ้นเพื่อแก้ปัญหาการให้บริการที่ผ่านมาและเป็นระบบมากยิ่งขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของฉวีวรรณ อุปมานะ[5] ได้ศึกษาเรื่องการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโรงเรียนผู้สูงอายุ และสอดคล้องกับการศึกษาของสังวาล จ่างโพธิ์[8] ที่ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนมีสวนร่วม ผลการศึกษาพบว่ารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุจากการตัดสินใจเลือกแนวทางและวางแผนร่วมกันในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุได้โครงการในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุคือโครงการการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้วยกระบวนการส่งเสริมสุขภาพและการมีส่วนร่วมของชุมชนประกอบด้วย 5 กิจกรรมหลักคือ (1) กิจกรรมการประเมินสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุ (2) กิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุ (3) กิจกรรมเพื่อนเยี่ยมเพื่อน (4) กิจกรรมการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ (5) กิจกรรมเยี่ยมบ้านโดยทีมหมอครอบครัวซึ่งการดำเนินงานในกิจกรรมตามโครงการพบว่าได้รับความร่วมมือจากกลุ่มเป้าหมายสามารถดำเนินงานได้บรรลุเป้าหมายทุกกิจกรรมยัง นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของทิพยา ภาดาหาร และเจทสริยา ดาวราช (2561) ที่ศึกษาเรื่องการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วมประกอบด้วย 1) การสร้างเครือข่ายการดำเนินงาน (2) พัฒนาศักยภาพเครือข่ายการดำเนินงาน (3) จัดตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุ (4) อบรมให้ความรู้ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (5) ผู้ดูแลสูงอายุเป็นแกนร่วมในการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและติดเตียง (6) ทีมพี่เลี้ยงออกนิเทศติดตามประเมินผลการดำเนินงาน (7) จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ถอดบทเรียนและคืนข้อมูลมีปัจจัยแห่งความสำเร็จคือ (1) มีคณะกรรมการระดับตำบลที่มีความเข้มแข็ง (2) มีการประสานความร่วมมือระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องเป็นอย่างดีและ (3) ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความตั้งใจและมุ่งมั่นในการดูแลผู้สูงอายุ[9, 10]

ข้อเสนอในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการศึกษาเชิงคุณภาพครั้งนี้ ทำให้ทราบสภาพปัญหาของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ในทางปฏิบัติสามารถนำสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นไปออกแบบกิจกรรมหรือแนวทางการทางการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง โดยหมอประจำครอบครัว และการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ซึ่งไม่ได้มีการทดสอบประสิทธิผลของแนวทางการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง โดยหมอประจำครอบครัว และการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน การศึกษาครั้ง

ต่อไปจึงควรศึกษาประสิทธิผลของแนวปฏิบัติ หรือผลของโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง โดยหมอประจำครอบครัว และการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน

เอกสารอ้างอิง

งามรดา ประเสริฐสุข และพิชัยรัฐ หมื่นด้วง. การจัดสวัสดิการสังคมให้ผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ. วารสารวิจัยธรรมศึกษา. 2564;4(2):73-85.

นิพัชชา โอทกานนท์. คุณค่าร่วมอย่างยั่งยืนของสังคมผู้สูงอายุในประเทศไทย. วารสารวิชาการสถาบันพัฒนาพระวิทยากร. 2562;2(2):55-66.

กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. แผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุ ระยะที่ 3 (พ.ศ. 2566-2580). 2566. สืบค้นจาก https://www.dop.go.th/download/laws.

วิชช์ เกษมทรัพย์. การวิจัยเพื่อพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว (Long-term care) สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (รายงานวิจัย). สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2564.

ฉวีวรรณ อุปมานะ. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโรงเรียนผู้สูงอายุ เทศบาลตำบลหนองบัว อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี. การประชุมวิชาการและนำเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ ราชธานีวิชาการ ครั้งที่ 3 “นวัตกรรมที่พลิกโฉมสังคมโลก”. 2561.

จินตนา อาจสันเที๊ยะ และรัชณีย์ ป้อมทอง. แนวโน้มการดูแลผู้สูงอายุในศตวรรษที่ 21: ความท้าทายในการพยาบาล. วารสารพยาบาลทหารบก. 2561;19(1):39-46.

Oceans, U. S. A. I. D. Thailand CDT Gap Analysis [Thai]. 2019.

สังวาล จางโพธิ์. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนมีสวนร่วมตำบลบ้านโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. 2564;7(2):165-183.

ณัฐณิชา มณีสุวรรณ และสุริยา ฟองเกิด. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ป่วยติดเตียงในเขตเทศบาลเมืองบ้านสวน. วารสารมหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล. 2566;36(2):18-33.

วรวรรณ ชาญด้วยวิทย์ และยศ วัชระคุปต์. ระบบประกันการดูแลระยะยาว: ระบบที่เหมาะสมกับประเทศไทย. กรุงเทพฯ: วิฑูรย์การปก. 2560