



บทความวิจัย

บริการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และความต้องการของญาติผู้ดูแลสำหรับการดูแลผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิงของจังหวัดภูเก็ต*

Long-term Care for the Dependent Elderly and Needs of Family Caregivers for the Dependent Elderly in Phuket Province

ชยานิต ลือวานิช, Ph.D. (Chayanit Luevanich, Ph.D.)**

รัตนา ลือวานิช, พย.ม. (Rattana Luevanich, M.N.S.)***

จิตรา โรมินทร์, พย.บ. (Jittra Romin, B.N.S.)****

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาบริการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวและความต้องการของญาติผู้ดูแล
สำหรับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของจังหวัดภูเก็ต

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยเชิงคุณภาพ

วิธีดำเนินการวิจัย: ผู้ให้ข้อมูล คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ญาติผู้ดูแล บุคลากรสาธารณสุข อาสาสมัคร
สาธารณสุข (อสม.) อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) บุคลากรในสังกัดศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการ
สังคมผู้สูงอายุ จังหวัดภูเก็ต และบุคลากรสถานบริบาล รวมจำนวน 43 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการ
สัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม และการศึกษาเอกสาร วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการเปรียบเทียบอย่างต่อเนื่อง

ผลการวิจัย: พบว่า จังหวัดภูเก็ตมีบริการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 5 ลักษณะ คือ การดูแลโดย
ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ โดยญาติผู้ดูแล โดยบุคลากรสาธารณสุขจากโรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพ (รพ.สต.) โดย อสม./อผส. และโดยสถานบริบาล สิ่งที่ญาติผู้ดูแลมีความต้องการใน
การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวประกอบด้วย รพ.สต. ควรมียาสำรอง ให้การสนับสนุนผ้าอ้อม

* ได้รับทุนสนับสนุนงบประมาณจากการจัดสรรงบประมาณประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2555

** อาจารย์ประจำสาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏภูเก็ต

*** พยาบาลชำนาญการ โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต

**** พยาบาลชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศรีสุนทร จ.ภูเก็ต



ผู้ใหญ่ และต้องการการช่วยเหลือด้านการเงิน ผู้ให้ข้อมูลหลักได้เสนอแนะบริการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ดังนี้ 1) ควรมีสถานที่ดูแลผู้สูงอายุในชุมชนหรือคนพิการในชุมชน โดยเฉพาะให้การดูแลผู้สูงอายุที่ไม่มีญาติ/ญาติทำงานนอกบ้าน 2) ควรมีผู้มีจิตอาสา/บุคลากรสาธารณสุขไปดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน 3) ควรมี Day care สำหรับดูแลผู้สูงอายุโดยบริหารจัดการในรูปจิตอาสา และ 4) ควรมีแหล่งให้คำปรึกษาในการดูแลผู้สูงอายุแก่ญาติผู้ดูแล

สรุป: ปัจจุบันการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวนับเป็นสิ่งจำเป็น หน่วยบริการปฐมภูมิจะต้องได้รับการพัฒนาศักยภาพในด้านการให้บริการ ผู้กำหนดนโยบายด้านสาธารณสุขของจังหวัดภูเก็ตจะต้องมีนโยบายที่ชัดเจนในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน อีกทั้งควรจัดให้มีหน่วยงานให้คำแนะนำ ปรึกษาในการดูแลผู้สูงอายุแก่ญาติผู้ดูแล

คำสำคัญ: การดูแลระยะยาว/ผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิง/ความต้องการของญาติผู้ดูแล

Abstract

Purposes: To study the long-term care for the dependent elderly and needs of family caregivers for the dependent elderly in Phuket Province.

Design: Qualitative research.

Methods: Key informants were the dependent elderly, family caregivers, public health officers, health volunteers, health volunteers for the elderly, staffs from the Phuket Social Welfare Development Center for the Elderly, and the nursing home staffs. Totally, 43 of them were recruited. In-depth interviews, focus group discussions, and document analysis were used to gather information. Information was then analyzed using constant comparative analysis.

Findings: Five patterns of long-term care for the dependent elderly in Phuket province were found: care provided by the staffs from the Phuket Social Welfare Development Center for the Elderly, by family caregivers, by public health officers, by health volunteers, and by nursing home staffs. Needs of the family caregivers for the dependent elderly included: the provision of essential medication by a primary health care center, provision of free diapers, and financial support. Key informants also recommended that services to improve care for the dependent elderly should include the provision of: 1) a community based unit for the dependent elderly and disable, especially among those who stay alone or their family caregivers have to work, 2) health volunteers to care for the dependent elderly at home, 3) a day care center for the elderly with free of charge, and 4) counseling for the family caregivers.



Conclusion: Today, long-term care for the elderly is essential. Primary health care centers should improve their service capabilities. The policy makers of Phuket province should make a clear policy for community-based, long-term care for the elderly and should also provide a counseling unit for family caregivers who care for the elderly.

Keywords: Long-term care/Dependent elderly/Needs of family caregiver

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประชากรผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น คาดการณ์ว่า ค.ศ. 2005-2010 จะมีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นทั่วโลก ร้อยละ 2.60 โดยปี ค.ศ. 2025-2030 จะมีการเพิ่มของประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป อย่างรวดเร็วถึง 3.7 เท่า และจะเพิ่มเป็น 4 เท่า ในปี ค.ศ. 2045-2050 อัตราการเพิ่มของผู้สูงอายุตั้งแต่อายุ 80 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นร้อยละ 3.90 อีก 40 ปีข้างหน้า ผู้สูงอายุตั้งแต่อายุ 80 ปีขึ้นไปจะเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 49 ในปี ค.ศ. 2007 เป็นร้อยละ 70 ในปี ค.ศ. 2050 (United Nations, 2007)

สำหรับประเทศไทย จากการรายงานของ สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ในปี พ.ศ. 2555 พบว่า ประเทศไทยมีผู้สูงอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไปสูงถึงร้อยละ 12.59 ในขณะที่ประชากรโลกมีผู้สูงอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป ร้อยละ 8 จึงกล่าวได้ว่า ขณะนี้ประเทศไทยมีผู้สูงอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป สูงที่สุดในอาเซียน (เจษฎา โชคดำรงสุข, 2556) อีกทั้งภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น โดยผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป ร้อยละ 15 มีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวัน (วิพรรณ ประจวบเหมาะ, 2555) โดยพบความชุกของภาวะพึ่งพิงในกิจวัตรขั้นพื้นฐานในการสำรวจสุขภาพครั้งที่ 3 มีร้อยละ 12.80 ในขณะที่ผลการสำรวจสุขภาพครั้งที่ 4 พบความชุกร้อยละ 15.50 (วิชัย เอกพลากร, 2552)

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีการพึ่งพิงอย่างน้อย 1 ลักษณะ ต่อไปนี้ 1) มีข้อจำกัดในความสามารถเชิงปฏิบัติ โดยได้คะแนนจากการประเมินดัชนีบาร์เธลเอดีแอล น้อยกว่า 12 คะแนน 2) มีภาวะพึ่งพิงทางเศรษฐกิจ คือ ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำกว่า 1,678 บาทต่อเดือน โดยอ้างอิงจากเส้นความยากจนของสำนักงานคณะกรรมการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2553 3) มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ หมายถึง ผู้สูงอายุที่ต้องเผชิญปัญหาสุขภาพต่างๆ อันเนื่องจากความเสื่อมของร่างกาย และจิตใจหรือเผชิญกับโรคเรื้อรัง การหกล้ม หรือ/และ 4) มีภาวะพึ่งพิงทางด้านสังคมและจิตใจในผู้ที่ไม่มีลูกหลานดูแล เช่น ผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ

จากแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงหรือเปราะบาง จึงมีความจำเป็นที่จะต้องมีการดูแลระยะยาวเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ ดังที่องค์การอนามัยโลก (WHO, 2000) กล่าวว่า การดูแลระยะยาวเป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพและสังคม ประกอบด้วยกิจกรรมที่จัดขึ้นสำหรับบุคคลที่ต้องการการดูแลจากผู้ให้การดูแลที่ไม่เป็นทางการ และผู้ดูแลที่เป็นทางการ รวมถึงบุคลากรในสายวิชาชีพ และผู้ช่วยเหลือ การดูแลระยะยาว หมายถึง ระบบสุขภาพและบริการสังคมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะยากลำบากในการดำเนิน



ชีวิตเนื่องจากสภาพการเจ็บป่วย ความพิการ การช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วนหรือไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ตลอดจนการดูแลสภาพจิต ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมต่างๆ ที่ผู้ดูแลนอกระบบ (ครอบครัว เพื่อน เพื่อนบ้าน) ทำให้กับผู้สูงอายุ รวมถึงผู้ดูแลในระบบที่หมายถึงทั้งบุคลากรในสายวิชาชีพและผู้ช่วย (บุคลากรทางด้านสุขภาพและสังคม) และผู้ดูแลแบบดั้งเดิมและที่เป็นอาสาสมัคร (สมัชชาสุขภาพ อ้างถึงใน ศิริพันธ์ สุาสัย, 2553; WHO, 2000)

ภูเก็ที่มีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้น ในปี พ.ศ. 2549 พบว่า มีผู้สูงอายุร้อยละ 7.74 เพิ่มขึ้นร้อยละ 8.11 ในปี พ.ศ. 2550 และร้อยละ 8.43 ในปี พ.ศ. 2554 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต, 2555) ดังนั้น เพื่อการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในอนาคต อีกทั้งผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงมีความต้องการระบบการดูแลระยะยาวที่มีรูปแบบเฉพาะ (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2552) ดังนั้น เพื่อเป็นข้อมูลในการนำไปสู่การจัดระบบการดูแลระยะยาวที่ได้มาตรฐานการดูแล และสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ คณะผู้วิจัยในฐานะบุคลากรสาธารณสุขสายการศึกษาและบริการสุขภาพ จึงมีความสนใจศึกษารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและความต้องการของญาติผู้ดูแลสำหรับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของจังหวัดภูเก็ต

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาบริการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของจังหวัดภูเก็ต
2. เพื่อศึกษาความต้องการของญาติผู้ดูแลสำหรับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของจังหวัดภูเก็ต

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษานี้ ผู้วิจัยศึกษาการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวตามคำนิยามขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2000) และสมัชชาสุขภาพ (ศิริพันธ์ สุาสัย, 2553)

โดยเป็นระบบสุขภาพและบริการสังคมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะยากลำบากอันเนื่องจากสภาพการเจ็บป่วยเรื้อรัง ความพิการ การช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วนหรือไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ตลอดจนการดูแลสภาพจิต ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมต่างๆ ที่ผู้ดูแลนอกระบบ (ครอบครัว เพื่อน เพื่อนบ้าน) ทำให้กับผู้สูงอายุ รวมถึงผู้ดูแลในระบบที่หมายถึงทั้งบุคลากรในสายวิชาชีพและผู้ช่วย (บุคลากรทางด้านสุขภาพและสังคม) ผู้ดูแลแบบดั้งเดิมและที่เป็นอาสาสมัคร (อสม/อพล)

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research)

ผู้ให้ข้อมูล ประกอบด้วย ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 5 ราย ญาติผู้ดูแล 10 ราย บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสถานบริการสุขภาพ 3 ราย ผู้ปฏิบัติงานในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ จังหวัดภูเก็ต 3 ราย เจ้าของสถานบริบาลผู้สูงอายุ 1 ราย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 11 ราย และอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) 10 ราย รวมจำนวนทั้งหมด 43 ราย คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนดดังนี้

1. ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติอย่างน้อย 1 ลักษณะ ดังนี้ 1) มีข้อจำกัดในความสามารถเชิงปฏิบัติได้คะแนนจากการประเมินดัชนีบาร์เธลเอ็ดเอล น้อยกว่า 12 คะแนน 2) มีภาวะพึ่งพิงทางเศรษฐกิจ คือ ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำกว่า 1,678 บาทต่อเดือน โดยอ้างอิงจากเส้นความยากจนของสำนักงานคณะกรรมการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2553 3) มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพซึ่งเกิดจากความเสื่อมของร่างกายและจิตใจหรือเผชิญกับโรคเรื้อรัง และ 4) ผู้สูงอายุที่มีภาวะ



ทั้งทั้งด้านสังคมและจิตใจในผู้ที่ไม่มีลูกหลานดูแล

2. ญาติผู้ดูแล เป็นบุคคลในเครือญาติของผู้สูงอายุ ทำหน้าที่หลักในการช่วยเหลือผู้สูงอายุอย่างสม่ำเสมอ และทราบถึงความต้องการที่จำเป็นของผู้สูงอายุ และไม่ได้รับค่าตอบแทน

3. บุคลากรสาธารณสุข เป็นผู้ที่ปฏิบัติงานในรพ.สต.ที่มีหน้าที่รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ

4. ผู้ปฏิบัติงานในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ เป็นบุคลากรประจำของศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุที่ให้การดูแลกิจวัตรประจำวันและจัดกิจกรรมต่างๆ สำหรับผู้สูงอายุ

5. อสม./อพส. เป็น อสม./อพส.ที่ปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

6. เจ้าของสถานบริการผู้สูงอายุ เป็นผู้จดทะเบียนเป็นเจ้าของสถานบริการผู้สูงอายุและปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่ประจำสถานบริการผู้สูงอายุ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ของผู้ให้ข้อมูลแต่ละประเภท

2. แนวคำถามในการสัมภาษณ์ เป็นแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง ชนิดปลายเปิด (Open ended questionnaire) ถามเกี่ยวกับบริการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของจังหวัดภูเก็ตและความต้องการของผู้สูงอายุ/ญาติผู้ดูแลต่อบริการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของจังหวัดภูเก็ต

3. แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม เป็นคำถามแบบกึ่งโครงสร้าง ที่ถามเกี่ยวกับการบริการผู้สูงอายุในชุมชนในปัจจุบันและที่พึงประสงค์

4. แบบบันทึกข้อมูลภาคสนาม เป็นแบบบันทึกการสังเกตการณ์ให้การดูแลของญาติผู้ดูแล ปฏิสัมพันธ์ของญาติผู้ดูแลและผู้สูงอายุ และบันทึกการสัมภาษณ์เป็นการจดบันทึกคำให้สัมภาษณ์

อาทิปฏิกิริยาของผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แนวคำถามในการสัมภาษณ์ แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม แบบบันทึกภาคสนาม และแบบสังเกต ได้ผ่านการตรวจสอบความเหมาะสมจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน เพื่อให้ข้อมูลการวิจัยที่คณะผู้วิจัยเก็บมาถูกต้อง จึงใช้วิธีการตรวจสอบแบบสามเส้าโดย

1. การตรวจสอบสามเส้าด้านวิธีรวบรวมข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ คณะผู้วิจัยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม ควบคู่กับการสังเกตแบบมีส่วนร่วม

2. การตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล ในการศึกษาครั้งนี้ ได้สัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลักจากผู้สูงอายุ ญาติผู้ดูแล บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสถานบริการสุขภาพ อสม. อพส. ผู้ปฏิบัติงาน ณ ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ จังหวัดภูเก็ต และสถานบริบาลผู้สูงอายุ

การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูล

การศึกษานี้ได้ผ่านการพิจารณาโดยคณะกรรมการ พิจารณาสันับสนุนทุนวิจัยจากมหาวิทยาลัยราชภัฏภูเก็ต คณะผู้วิจัยให้ความสำคัญต่อจริยธรรมการวิจัย โดยคณะนักวิจัยสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลักที่เต็มใจให้สัมภาษณ์ โดยอธิบายถึงวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการ และขออนุญาตในการสัมภาษณ์พร้อมทั้งบันทึกเสียง ผู้ให้ข้อมูลหลักเช่นเข้าร่วมวิจัยหรืออนุญาตด้วยวาจา คณะผู้วิจัยอธิบายให้ทราบว่าผู้ให้ข้อมูลหลักมีสิทธิจะไม่ตอบคำถามที่ไม่ต้องการตอบ ข้อมูลจากการสัมภาษณ์โดยแบบบันทึกเสียงเมื่อถูกถอดความและวิเคราะห์ข้อมูลแล้วจะถูกเก็บทิ้งทันที การนำเสนอผลการศึกษาก็จะไม่ปรากฏชื่อและนามสกุลจริงของผู้ให้ข้อมูลหลัก จึงไม่สามารถเชื่อมโยงถึงผู้ให้ข้อมูลหลักได้



การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลตามคุณสมบัติที่กำหนด โดยทำการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 5 ราย ญาติผู้ดูแล จำนวน 10 ราย บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสถานบริการสุขภาพ 3 ราย ผู้ปฏิบัติงานในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ จังหวัดภูเก็ต 3 ราย และเจ้าของสถานบริการผู้สูงอายุ 1 ราย เมื่อผู้ให้ข้อมูลหลักตกลงอนุญาตให้ข้อมูล จึงเริ่มการสัมภาษณ์ที่บ้านหรือที่หน่วยงานที่ผู้ให้ข้อมูลสะดวก ผู้วิจัยหลักทำการสัมภาษณ์ตามแนวคำถามโดยบันทึกเสียงพร้อมจดบันทึกประเด็นลักษณะการบริการผู้สูงอายุและความต้องการของญาติผู้ดูแล ตลอดจนการสังเกตการณ์ให้การดูแลของญาติผู้ดูแล ปฏิสัมพันธ์ของญาติผู้ดูแลและผู้สูงอายุ

2. ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล คือ อสม. จำนวน 11 ราย และ อพส. จำนวน 10 ราย ตามคุณสมบัติที่กำหนด โดยทำการสนทนากลุ่มตามแนวคำถามในการสนทนาผู้วิจัยหลักทำหน้าที่เป็นผู้ดำเนินการสนทนาและบันทึกการสังเกต โดยผู้วิจัยร่วมทำหน้าที่ในการจดบันทึกการสัมภาษณ์ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม จำนวน 2 ครั้ง

การวิเคราะห์ข้อมูล

คณะผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นระยะ ทุกครั้งที่สิ้นสุดการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลักในแต่ละวัน และนำข้อมูลมาวิเคราะห์เปรียบเทียบอย่างต่อเนื่อง (Constant comparative method) (Hutchinson, 1986) โดยผู้วิจัยให้รหัสข้อมูลแบบคำต่อคำ บรรทัดต่อบรรทัด และจัดหมวดหมู่จำแนกประเภทข้อมูล แล้วนำมาเปรียบเทียบความเหมือนและความแตกต่างในคุณภาพ หรือคุณสมบัติของข้อมูล เพื่อสร้างข้อสรุปที่เป็นลักษณะร่วมและแตกต่างของข้อมูลชุดนั้น

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 72.68 อายุเฉลี่ย 46.32 ปี (S.D. = 13.41) มีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุในฐานะลูกสาว ร้อยละ 52.25 รองลงมา คือ ลูกชาย คิดเป็นร้อยละ 22.81 แห่หลังรายได้หลักของญาติผู้ดูแลมาจากการรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 41.22 รายได้ไม่เพียงพอร้อยละ 40.32 เนื่องจากญาติผู้ดูแลร้อยละ 69.76 มีสถานภาพสมรสคู่ นอกจากมีภาระค่าใช้จ่ายสำหรับครอบครัวของตนเองแล้ว ยังต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุ ญาติผู้ดูแลร้อยละ 41.79 มีโรคประจำตัว โรคที่พบสูงสุด คือ ความดันโลหิตสูง

ลักษณะการบริการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จากการศึกษาสามารถแบ่งได้ 5 ลักษณะ คือ

1. การบริการโดยศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบริการผู้สูงอายุทั้งที่ช่วยเหลือตัวเองได้ดี และช่วยเหลือผู้สูงอายุรายอื่นได้ ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้แต่มีข้อจำกัดในการช่วยเหลือผู้อื่นเนื่องจากปัญหาโรคเรื้อรัง และผู้สูงอายุที่นอนติดเตียง บริการที่จัดแก่ผู้สูงอายุ ได้แก่ อาหาร เสื้อผ้า เครื่องนุ่งห่มที่นอนและเครื่องใช้ประจำตัวตามความจำเป็นบริการตรวจสุขภาพทั่วไป การรักษาพยาบาล กายภาพบำบัด ผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการรักษาโดยแพทย์ ทางศูนย์ฯ จะนำส่งทั้งโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลประจำจังหวัดตลอด 24 ชั่วโมง ศูนย์ฯ มีอาสาสมัครประจำบ้านเพื่อให้บริการผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเล็กน้อย ผู้ที่คลายสว่นปัสสาวะจะได้รับการเปลี่ยนสว่นปัสสาวะจากเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ศูนย์ฯ จัดกิจกรรมนันทนาการให้แก่ผู้สูงอายุเพื่อสร้างความเพลิดเพลิน เพื่อการบำบัดและสร้างเสริมสุขภาพแก่ผู้สูงอายุประกอบด้วย

1) ดนตรีบำบัด เพื่อสร้างความบันเทิงให้ผู้สูงอายุรู้สึกผ่อนคลายและร่วมสนุก 2) กิจกรรมการออกกำลังกาย มีลานเปตอง สวนสุขภาพ พาผู้สูงอายุเดินออกกำลังกาย และฝึกท่ายบริหารแขนขา



อยู่ใกล้ศูนย์ฯ ในช่วงเช้า ผู้สูงอายุเชื่อว่าทราบดีว่าบริเวณอวัยวะที่ฝังทรายช่วยกระตุ้นการไหลเวียนเลือด 3) ธรรมชาติบำบัด โดยพาผู้สูงอายุไปวัดหรือเชิญพระมาแสดงธรรมเทศนาที่ศูนย์ฯ ทุกวันพระ 4) ศิลปะบำบัด เป็นการฟื้นฟูสภาพจิตใจ พัฒนาอารมณ์ ทำให้ผู้สูงอายุมีจิตใจแจ่มใส เพลิดเพลิน โดยจัดสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ได้แก่ การระบายสี การปั้นดินน้ำมัน การต่อจิ๊กซอ ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุชอบการระบายสี เนื่องจากเป็นกิจกรรมที่ง่ายและทำให้เพลิดเพลิน 5) อาชีวบำบัด เป็นการฝึกอาชีพแก่ผู้สูงอายุและให้ผู้สูงอายุใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ ผู้สูงอายุประดิษฐ์ ทำงานฝีมือปลูกต้นไม้ สามารถนำผลผลิตไปจำหน่ายตามงานท้องถิ่น หรือจำหน่ายที่ศูนย์ฯ แก่ผู้ที่มาเยี่ยมเยือน

2. การดูแลโดยญาติผู้ดูแล ลักษณะการดูแล แบ่งได้เป็น 2 ลักษณะดังนี้

2.1 ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ญาติผู้ดูแลปฏิบัติกิจวัตรประจำวันทดแทนทั้งหมด รวมทั้งช่วยในการบริหารข้อ เพื่อป้องกันข้อติด หากญาติผู้ดูแลเป็นผู้สูงอายุ ยิ่งเพิ่มภาระแก่ญาติผู้ดูแล และนำไปสู่ความเครียดแก่ญาติผู้ดูแล “ก็ไม่รู้จะรบกวนใคร รักษาเองจนเพลียหมด กินเองไม่ได้ ข้าวก็ต้องป้อนให้แล้วพูดก็ไม่ชัดแล้ว ช่วยตัวเองก็ไม่ได้แล้ว” (ญาติผู้ดูแลเพศหญิงอายุ 72 ปี ความสัมพันธ์ในฐานะภรรยา)

2.2 ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วน ส่วนใหญ่มีความผิดปกติหลังมีภาวะหลอดเลือดสมอง กล้ามเนื้อแขนขาข้างใดข้างหนึ่งอ่อนแรง ความสามารถในการเคลื่อนไหวหรือความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง หรือในผู้สูงอายุที่เคยหกล้มเพราะกลัวการหกล้มซ้ำ (ลักษณะ มะเร็งกา และ จิราพร เกศพิชญพัฒนา, 2555) ต้องอาศัยความช่วยเหลือจากญาติผู้ดูแล เช่น พยุงเดิน ช่วยเตรียมอาหาร ช่วยในการสวมใส่เสื้อผ้า

3. การดูแลโดยบุคลากรสาธารณสุขจาก รพ.สต. บุคลากรสาธารณสุขให้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

ระยะยาว และสนับสนุนญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน แบ่งได้เป็น 2 ลักษณะ ดังนี้

3.1 กลุ่มผู้สูงอายุที่ติดเตียง พบว่า เกิดจากโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง มีผู้สูงอายุ 1 ราย เคยมีประวัติหกล้ม กระดูกหักหลังหกล้ม ผู้สูงอายุไม่ลุกเดินอีกเลย ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ได้รับการเยี่ยมบ้านจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือ อสม. อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง ทั้งนี้ ขึ้นอยู่กับสภาพของผู้สูงอายุ หากผู้สูงอายุต้องเปลี่ยนสายให้อาหาร สายสวนปัสสาวะ เจาะเลือด หรือมีปัญหาซับซ้อน จะได้รับการเยี่ยมบ้านจากพยาบาลวิชาชีพประจำ รพ.สต. “ผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน รูปแบบการดูแล คือ เยี่ยมบ้านอย่างน้อยเดือนละครั้ง ให้ความรู้ญาติหรือผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุ ตรวจร่างกายเบื้องต้น ให้การเปลี่ยนสาย NG และ Foley's catheter ในกรณีที่ผู้สูงอายุมีโรคประจำตัว ต้องเจาะเลือดและรับยาจากโรงพยาบาล จะอำนวยความสะดวกโดยการเจาะเลือดให้ที่บ้าน และให้ญาตินำไปส่งและรับยาที่โรงพยาบาล ไม่ต้องพาผู้สูงอายุไป เพราะพาไปลำบาก” (บุคลากรสาธารณสุข) นอกจากนี้ ผู้สูงอายุที่นอนติดเตียง หากต้องไปโรงพยาบาลทั้งแพทย์นัดหรือมีอาการผิดปกติ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะประสานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อเอื้ออำนวยความสะดวกในการนำส่งผู้สูงอายุ เพื่อประหยัดค่าใช้จ่ายในการเดินทาง เนื่องจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในบางพื้นที่มีรพ.สต.ให้บริการ

3.2 กลุ่มผู้สูงอายุที่ติดบ้าน พบว่า ส่วนใหญ่มีภาวะอ่อนแรงของกล้ามเนื้อแขนขาจากโรคหลอดเลือดสมองและความชรา การเคลื่อนไหวต้องพึ่งพิงญาติหรืออุปกรณ์ บุคลากรสาธารณสุขเยี่ยมบ้านในรายที่มีปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนหรือมีภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน หรือกรณีที่อยู่สม. / อพส. ไปเยี่ยมบ้าน หากพบอาการผิดปกติ จะแจ้งให้บุคลากรสาธารณสุขทราบ



เพื่อบุคลากรสาธารณสุขจะติดตามอาการผู้สูงอายุต่อไป ผู้สูงอายุบางรายมีศักยภาพในการเลือกรับบริการจากคลินิกและโรงพยาบาลเอกชน รพ.สต. จะให้การรักษายาบาลเบื้องต้นหรือเฝ้าอำนวยความสะดวกในการเข้าถึงบริการสุขภาพ “เยี่ยมบ้าน หากผู้สูงอายุมีโรคประจำตัว ต้องเจาะเลือดและรับยาจากโรงพยาบาล จะอำนวยความสะดวกโดยการมาเจาะเลือดให้ที่บ้านและให้ญาตินำไปตรวจที่โรงพยาบาล และรับยาแทนที่โรงพยาบาล ไม่ต้องพาผู้สูงอายุไป เพราะพาไปลำบาก บางครั้งต้องไปรอนาน...ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทางสุขภาพส่วนใหญ่ในพื้นที่ การเข้าถึงการรักษาพยาบาล มีความสามารถในการเลือกรับบริการจากคลินิกและสถานพยาบาลเอกชน สำหรับ รพ.สต. ให้การดูแลสุขภาพเบื้องต้นและเยี่ยมบ้านผู้ที่มีปัญหาสุขภาพ” (บุคลากรสาธารณสุข)

4. การดูแลโดยสถานบริบาล ภูเก็ตมีสถานบริบาลที่รับดูแลผู้สูงอายุ 1 แห่ง ปัจจุบันเน้นให้ผู้สูงอายุอาศัยอยู่กับครอบครัว โดยจัดส่งผู้ดูแลไปดูแลที่บ้านสัปดาห์ละ 6 วัน สำหรับอัตราค่าบริการพิจารณาเป็นรายๆ ไป เน้นการดูแลผู้สูงอายุ 2 กลุ่มหลัก คือ ผู้สูงอายุอัมพาตครึ่งซีกหรือผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่าง ให้การดูแลโดยการฟื้นฟูสภาพเพื่อผู้สูงอายุสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ และผู้สูงอายุสมองเสื่อม เน้นการเตรียมผู้ดูแลให้สามารถนำผู้สูงอายุกลับไปดูแลที่บ้านได้ โดยใช้เวลาในการเตรียมผู้ดูแล 2-3 เดือน หากรับผู้สูงอายุดูแล ณ สถานบริบาลจะเป็นการดูแลระยะสั้น

5. การดูแลโดย อสม. หรือ อพส. โดยเยี่ยมผู้สูงอายุที่บ้าน วัดความดันโลหิต นำผ้าอ้อมผู้ใหญ่ แปะ สบู่ไปเยี่ยมผู้สูงอายุ อพส. 51 คน ดูแลผู้สูงอายุ 5 คน เยี่ยมผู้สูงอายุเดือนละ 1 ครั้ง อพส. จะส่งสมุดบันทึกกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อการติดตามทุก 3 เดือน จากการศึกษามีผู้สูงอายุถูกทอดทิ้งเพียงแต่ญาติไม่สามารถ

ดูแลได้ในเวลากลางวัน เนื่องจากต้องทำงานนอกบ้านงานที่รับผิดชอบในการดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ สอบถามทุกข์สุข ชวนพูดคุย ช่วยเหลือการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น พาผู้สูงอายุเข้าห้องน้ำ ให้คำแนะนำญาติในการใช้ยา หากพบผู้สูงอายุมีอาการผิดปกติ อสม./อพส. จะประสานกับบุคลากรสาธารณสุขประจำรพ.สต. เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

ความต้องการสำหรับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผลการศึกษา พบว่า ญาติผู้ดูแลต้องการได้รับการสนับสนุนในประเด็นดังต่อไปนี้

1. รพ.สต. ควรมียาสำรองในการรักษาผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุบางรายไม่ได้รับยาประจำ ณ รพ.สต. แต่เมื่อมีอาการผิดปกติ รพ.สต. ไม่มียาสำรอง ญาติต้องไปรับยาที่โรงพยาบาลชุมชน

2. การสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งกรณีที่ติดเตียงหรือยังพอช่วยเหลือตัวเองได้และมีข้อจำกัดในการไปห้องน้ำ ญาตินิยมใช้ผ้าอ้อมผู้ใหญ่เพื่อความสะดวกในการดูแล ปัจจุบันในการเยี่ยมบ้านหรือบริจาดสิ่งของในการดูแลผู้สูงอายุ มักมีการบริจาดผ้าอ้อมผู้ใหญ่

3. การช่วยเหลือด้านการเงิน จากการศึกษาพบว่า ร้อยละ 40.67 ญาติผู้ดูแลไม่มีเงินเหลือเก็บแหล่งรายได้ส่วนใหญ่ของผู้สูงอายุ คือ เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ รองลงมา คือ ได้รับความช่วยเหลือจากบุตร ส่วนญาติผู้ดูแลมีแหล่งรายได้หลักจากการรับจ้าง ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ รายได้ที่ได้รับต้องใช้จ่ายในการดูแลครอบครัวตนเองและการดูแลผู้สูงอายุ ญาตินิยมใส่ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ให้ผู้สูงอายุ 1 ท่อ สามารถใช้ได้ประมาณ 1 สัปดาห์ ราคาสูงประมาณท่อละ 300-350 บาท (ท่อละ 24 ชิ้น) ญาติผู้ดูแลบางรายต้องหยุดทำงานเพื่อมารับบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุ ทำให้รายได้ลดลง ต้องรอญาติหรือบุตรจนเจือ บางครั้งเกรงใจไม่กล้าขอเงินจากญาติ ทำให้ญาติผู้ดูแลรู้สึกเครียด รู้สึกชีวิตต้องเผชิญกับ



ความลำบาก “แต่ก่อนบำทำขนมป่านี่ (เดี๋ยวนี้) เหนื่อย ทำไม่รอด เราก็ต้องหยุด หลานที่ อบต. เขาให้พันนึง เขาเอ็นดู แล้วแต่เขาจะช่วย บำไม่หาญ (ไม่กล้า) ขอเกรงใจเขา ลำบากแรง ที่ได้ผู้พิการ 500 บาท ผู้สูงอายุ 500 บาท ของบำได้ 700 บาท ก็ไม่พอใช้ ถ้าหลานมา ลูกของพี่สาว เขาซื้อผ้าอ้อมผู้ใหญ่มาให้ มาเขาก็ให้คน พัน คน 500 ก็พอได้ใช้ไป” (ญาติผู้ดูแล เพศหญิงอายุ 72 ปี ความสัมพันธ์ในฐานะภรรยา)

นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลหลักได้เสนอการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว สรุปได้ 4 ลักษณะ ดังนี้

1. มีสถานที่ดูแลผู้สูงอายุหรือคนพิการในชุมชน โดยเฉพาะการดูแลผู้สูงอายุที่ลูกหลานทำงานนอกบ้านหรือไม่มีญาติ เพื่อสร้างความอุ่นใจแก่ผู้สูงอายุ “มีสถานที่สำหรับผู้สูงอายุที่พิการ มีจิตอาสาไปรับดูแล เพราะว่าคนพิการ ลองคิดว่า ถ้าเรามีลูกคนเดียว แล้วเกิดพิการขึ้นมา ลูกทำงานอยู่ เขาก็ต้องลาออก พอลาออก เศรษฐกิจในครอบครัวมันก็แย่ พ่อแม่เขาพิการ เขาต้องออกมาดูแล เติญี่ส่วนมากคนจะมีลูกคนเดียว ถ้าพ่อแม่พิการ จะหาคนรับจ้าง ก็ต้องใช้เงินเยอะ พอที่นี้ตัวเองออกมา ก็ขาดรายได้” (อสม.)

2. มีผู้มีจิตอาสา/บุคลากรสาธารณสุขไปดูแลผู้สูงอายุที่บ้านอย่างต่อเนื่อง หากชุมชนจัดจิตอาสาไปดูแลผู้สูงอายุที่บ้านในช่วงเวลาที่ญาติไปทำงาน นอกบ้าน โดยแวะเวียนไปเยี่ยมในมืออาหารเพื่อช่วยเหลือการรับประทานอาหารแก่ผู้สูงอายุ “ถ้าเกิดเป็นไปไม่ได้ ก็ส่งคนไปพลัดเปลี่ยน มีคนไปช่วยดูแลทุกวัน หัวหน้าครอบครัวก็ต้องไปทำงานถ้าไม่ทำงานก็ไม่มีกิน ถ้ามีคนดูแลให้ มีหน่วยงานไปดูแลให้ และเฉพาะคนที่ช่วยตัวเองไม่ได้ ถ้าช่วยเหลือตัวเองได้บ้างก็ไปดูแลตอนเที่ยง ให้เขาได้กินข้าว กินน้ำ พอเย็นลูกมาลูกก็ดู เช่น ลิบโม่งเข้าไปลักที่ เที่ยงไปลักที่ เย็นไปลักที่ สำหรับคนที่ลำบากจริงๆ เขาได้ทำงานตั้งใจไปเลย ต้องหาจิตอาสาจริงๆ” (อสม และ อพส.)

3. มี Day care โดยบริหารจัดการในรูปจิตอาสา “น่าจะ เป็น Day care อยากจะให้ มีตรงนี้เพิ่ม ดูแลผู้สูงอายุยังช่วยตัวเองได้บ้าง ลูกหลานยังดูแล อยากจะให้ มี Day care มากขึ้น ถ้า Day care ถามว่าอยู่หน่วยงานไหน รัฐบาลไม่ work บุคลากรต้องทำงานเต็มเวลา มันไม่ใช่ทำงานจิตอาสาถ้ารัฐบาล แต่ถ้าเอกชน ต้องมีอะไรรองรับบ้าง แต่คิดว่าถ้าจะ work น่าจะเป็นวัด มีคนบริจาค สามารถมาบริจาค ต้องมีผู้นำที่ทำงานนี้ที่ไม่ใช้ธุรกิจแล้วอยู่ได้ ขอทีมที่จะมาทำงานร่วมที่เน้นจิตอาสาที่ไม่เน้นเงินเดือนเยอะๆ แต่ต้องให้เขาบ้าง” “นอกจากนี้ Day care ยังต้องให้บริการแบบครบวงจร คือ มีเครื่องมือ อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นสำหรับการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน โดยการรับบริจาคและให้ญาติผู้สูงอายุเช่าเพื่อนำไปใช้ที่บ้าน ได้แก่ เตียง เครื่องดูดเสมหะ รถเข็น โดยนำค่าเช่ามาใช้ในการบำรุงรักษาเครื่องมือ อุปกรณ์ให้สามารถใช้งานได้นานที่สุด” (เจ้าของสถานบริการผู้สูงอายุ)

4. มีแหล่งให้คำปรึกษาในการดูแลผู้สูงอายุแก่ญาติผู้ดูแล เนื่องจากบางครั้งญาติผู้ดูแลประสบปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านจะได้มีแหล่งให้คำปรึกษา โดยเฉพาะสายต่างๆ ที่คาอยู่กับผู้ป่วยไม่สามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติ จะทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดความวิตกกังวล เช่น สายให้อาหารหลุด หรือขณะให้อาหารทางสายยาง อาหารไม่ไหล การทำ ความสะอาดผู้สูงอายุที่คาสายสวนปัสสาวะ

อภิปรายผลการวิจัย

ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุในฐานะลูกสาว ร้อยละ 52.25 สอดคล้องกับการสำรวจสุขภาพคนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พ.ศ. 255-2552 พบว่า ญาติดูแลผู้สูงอายุ ร้อยละ 53.50 เป็นลูกสาว (วิชัย เอกพลากร, 2552) รองลงมา คือ ลูกชาย คิดเป็นร้อยละ 22.81



ปัจจุบันมีแนวโน้มของญาติผู้ดูแลซึ่งเป็นเพศชายมากขึ้น (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2555) ญาติผู้ดูแลมีโรคประจำตัว โรคที่พบสูงสุด คือ ความดันโลหิตสูง สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ร้อยละ 33 ของญาติผู้ดูแลมีปัญหาสุขภาพ โดยเฉพาะญาติผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสมีปัญหาสุขภาพเป็น 2 เท่า เมื่อเทียบกับญาติผู้ดูแลประเภทอื่นๆ (Takamura & Williams, 1998)

จังหวัดภูเก็ตมีการบริการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 5 ลักษณะ คือ การดูแลโดยศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ การดูแลโดยสถานบริบาล ซึ่งจัดเป็นการดูแลในสถาบัน การดูแลโดยญาติผู้ดูแล การดูแลโดยกลุ่มอาสาสมัคร ประกอบด้วย อสม. และ อพส. จัดเป็นการดูแลที่ไม่เป็นทางการ และการดูแลโดยทีมสาธารณสุขภาครัฐ จัดเป็นการดูแลเป็นทางการ สอดคล้องกับการดูแลระยะยาวดังที่องค์การอนามัยโลกได้จำแนกประเภทการดูแลระยะยาวซึ่งประกอบด้วย การดูแลในสถานบริการ และการดูแลโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (ศิริภาคม, โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณิศร เต็งรัง, 2556; WHO, 2000) หรือกล่าวได้ว่าการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวประกอบด้วย การดูแลอย่างเป็นทางการ และไม่เป็นทางการ (Tennstedt, Change & Delgado, 1998) โดยศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุมีที่เลี้ยงดูผู้สูงอายุทั้งที่ช่วยเหลือตัวเองได้ พอสวยช่วยเหลือตัวเองได้ และนอนติดเตียง สอดคล้องกับการศึกษาของศิริพันธ์ สาสัดย์, ทศนา ชูวรรณะ-ปรกรณ์, เตือนใจ ภักดีพรหม, เพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์ และผ่องพรรณ อรุณแสง (2552) พบว่า ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุให้บริการผู้สูงอายุตั้งแต่ช่วยเหลือตัวเองได้จนถึงนอนติดเตียง โดยผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่มาทำงานที่ภูเก็ตั้งแต่วัยหนุ่มสาว ขาดการติดต่อกับญาติมานาน เนื่องจากภูเก็ตเป็นเมืองที่มีการหลั่งไหลของผู้คน

จากทั่วประเทศมาประกอบอาชีพ การดูแลโดยสถานบริบาลยังไม่เป็นที่นิยม แต่นิยมจ้างผู้ดูแลซึ่งผ่านการเรียนการดูแลผู้สูงอายุจากสถานบริบาลไปดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน มักเป็นผู้สูงอายุที่นอนติดเตียง ซึ่งจำกัดเฉพาะกลุ่มที่ครอบครัวมีฐานะดี สอดคล้องกับการศึกษาของ อารยา ประเสริฐชัย และดารณี จามจุรี (2546) พบว่า ครอบครัวจ้างผู้ดูแลเนื่องจากผู้สูงอายุช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ จึงต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดเป็นพิเศษ ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่าการบริการดูแลผู้สูงอายุที่พบมากที่สุด คือ การดูแลโดยญาติผู้ดูแล ถือเป็นกลุ่มใหญ่ที่สุดในสังคมปัจจุบัน เป็นระบบการดูแลแบบไม่เป็นทางการที่มีความสำคัญยิ่งในระบบบริการสุขภาพ (WHO, 2000) สอดคล้องกับการศึกษาของ สัมฤทธิ์ ศรีอำรงสวัสดิ์, กนิษฐา บุญธรรมเจริญ, ศิริพันธ์ สาสัดย์ และขวัญใจ อำนาจสัตย์ชื่อ (2552) และศิริภาคม, โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณิศร เต็งรัง (2556) พบว่า ครอบครัวยังมีบทบาทหลักในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน หลายประเทศจึงส่งเสริมให้เกิดการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนและโดยครอบครัว จากการศึกษา ไม่พบผู้สูงอายุถูกทอดทิ้งในชุมชน อาจเนื่องจากสังคมภูเก็ตยังมีการอาศัยในลักษณะครอบครัวขยาย บ้านเรือนของเครือญาติอยู่ในละแวกเดียวกัน นอกจากบางช่วงเวลาที่ผู้สูงอายุต้องอยู่บ้านตามลำพัง โดยเฉพาะเวลากลางวัน เนื่องจากลูกหลานทำงานนอกบ้าน จึงมีกลุ่มอาสาสมัคร ประกอบด้วย อสม. และ อพส. เยี่ยมเยียน ซึ่งเป็นการดูแลโดยกลุ่มอาสาสมัคร ซึ่งจัดเป็นการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (กนิษฐา บุญธรรมเจริญ และศิริพันธ์ สาสัดย์, 2550) และการดูแลโดยทีมสาธารณสุขภาครัฐ โดยเฉพาะเจ้าหน้าที่จาก รพ.สต. จัดเป็นการดูแลเป็นทางการที่มักให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อน รวมทั้งผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการทำหัตถการบางประเภท สอดคล้องกับ ศศิพัฒน์ ยอดแก้ว และคณะ (2552) กล่าวว่า สถานบริการ



ระดับปฐมภูมิมีความสำคัญต่อการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการดูแล ให้กำลังใจผู้สูงอายุและให้ความรู้ เตรียมความพร้อมของญาติในการดูแล และสอดคล้องกับการศึกษาของ ศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2547) พบว่า ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังและช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ควรมีการให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน การดูแลส่วนบุคคลจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัคร รวมทั้งการช่วยเหลือเกี่ยวกับกายอุปกรณ์และอุปกรณ์การดูแลบางประเภท

สำหรับความต้องการของญาติผู้ดูแลต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของจังหวัดภูเก็ต พบว่า ญาติต้องการให้ รพ.สต. มียาครบในการรักษาผู้สูงอายุ ได้รับการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่ เพื่อลดภาระค่าใช้จ่ายของครอบครัวได้เดือนละ 1,500-2,000 บาท ได้รับการดูแลหรือช่วยเหลือด้านการเงิน ปัญหาการเงินถือเป็นปัญหาใหญ่สำหรับญาติผู้ดูแล โดยเฉพาะครอบครัวที่มีรายได้ไม่เพียงพอ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าปัญหาด้านการเงินเป็นปัญหาที่พบมากในญาติผู้ดูแล (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2554; Luevanich, 2004) หากผู้สูงอายุต้องได้รับการดูแลนาน ญาติต้องประสบปัญหาภาระค่าใช้จ่าย อีกทั้งหากญาติผู้ดูแลต้องลาออกจากงานเพื่อดูแลผู้สูงอายุ อาจทำให้ประสบปัญหาขาดรายได้ (Graham & Shamp, 1997 อ้างถึงใน ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2554)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1.1 จากการศึกษา ญาติผู้ดูแลต้องการให้ รพ.สต. สามารถให้บริการรองรับการดูแลระยะยาวได้มากกว่าที่เป็นอยู่ เช่น มียาสำรองในการรักษาผู้สูงอายุ ดังนั้น ระบบบริการปฐมภูมิอาจต้องพัฒนาศักยภาพหรือมีบุคลากรสาธารณสุขเฉพาะทางผู้สูงอายุ

1.2 จากการศึกษาผู้ให้ข้อมูลหลักได้เสนอแนะให้ชุมชนมีสถานที่ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน หรือ Day care ซึ่งมีความจำเป็นในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในอนาคต ดังนั้น ในระดับจังหวัด หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้องพิจารณาถึงความเหมาะสม และกำหนดเป็นนโยบายในการดูแลผู้สูงอายุของจังหวัดภูเก็ตต่อไป

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ

2.1 จัดอาสาในการดูแลผู้สูงอายุที่มีอยู่ในปัจจุบันยังไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ โดยกลุ่มจิตอาสาหลักคือ อสม. และ อพส. ดังนั้น จะต้องอาศัยความร่วมมือของชุมชนในการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน ในลักษณะพหุภาคีอย่างเป็นรูปธรรมและมีกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง

2.2 ควรมีการจัดหน่วยงานที่รับผิดชอบให้บริการเยี่ยมหรือเข้าครุภัณฑ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นต้องใช้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสูงในชุมชน

2.3 จัดศูนย์หรือสายด่วนให้คำปรึกษาแก่ญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อน

.....



รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กนิษฐา บุญธรรมเจริญ และ ศิริพันธุ์ สาสัตย์. (2550). *การพยาบาลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังและการดูแลระยะยาว*. เอกสารประกอบการอบรมวิชาการระหว่างวันที่ 7-9 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2550 ณ กรุงเทพมหานคร.
- เจษฎา โชคดำรงสุข. (2556). กรมอนามัยจัด 80 ปี ยังแจ้ว พบไทยมีผู้สูงวัยมากที่สุดในอาเซียน. *คมชัดลึก*. หน้า 11.
- ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. (2555). *ชีวิตญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง*. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการเรื่อง *การดูแลญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง*. (หน้า 16-23) โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ลักษณา มะรังกา และจิราพร เกศพิชญวัฒนา. (2555). ประสบการณ์ความกลัวต่อการหกล้มของผู้สูงอายุ. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 24(3), 29-41.
- วิชัย เอกพลากร. (2552). *รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2*. นนทบุรี: เดอะกราฟฟิกส์เต็มส์ จำกัด.
- วิพรรณ ประจวบเหมาะ. (2555). *รายงานประจำปีสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2554*. กรุงเทพฯ : พงษ์พานิชย์เจริญผลจำกัด.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2547). *ผู้ดูแลผู้สูงอายุ: การสังเคราะห์องค์ความรู้*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2552). *บูรณาการระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุไทย*. กรุงเทพฯ: เจพรีน 2.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ. (2552). *ตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของครอบครัวและชุมชนใน*

ชนบทไทย. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

- ศิริณี ศรีหาภาค, โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และ คณิศร เต็งรัง. (2556). *ผลกระทบและการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้วัฒนธรรมไทย*. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- ศิริพันธุ์ สาสัตย์. (2553). *ทิศทางและแนวโน้มในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว*. *วารสารสภาการพยาบาล*, 25(3), 5-10.
- ศิริพันธุ์ สาสัตย์. (2554). *การพยาบาลผู้สูงอายุ ปัญหาที่พบบ่อยและแนวทางในการดูแล*. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิริพันธุ์ สาสัตย์, ทศนา ชูวรรณะปกรณ์, เตือนใจ ภัคดีพรหม, เพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์ และผ่องพรรณ อรุณแสง. (2552). *การศึกษาสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในประเทศไทย*. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.
- สัมฤทธิ์ ศรีอำรงสวัสดิ์, กนิษฐา บุญธรรมเจริญ, ศิริพันธุ์ สาสัตย์ และขวัญใจ อำนางลัยชื้อ. (2552). *รูปแบบการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในระยะยาวในชุมชน*. นนทบุรี: มูลนิธิเพื่อการพัฒนาคุณภาพระหว่างประเทศ.
- สาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต, สำนักงาน. (2555). *เอกสารประกอบการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติรอบที่ 2 ประจำปีงบประมาณ 2555*. ภูเก็ต: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต.
- อารยา ประเสริฐชัย และดารณี จามจุรี. (2546). *การประเมินหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุและเด็กเล็ก: ด้านผลผลิตและความต้องการของสังคม*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การรับสินค้าและพัสดุภัณฑ์.

ภาษาอังกฤษ

- Hutchinson, S.A. (1986). *Grounded theory: The*



- method. In P.L. Munhall, & C. Oiler. *Nursing research: A qualitative perspective*, (pp. 111-130). Connecticut: Appleton Century Crofts.
- Luevanich, C. (2004). *A longitudinal study exploring the impact of moderate or severe traumatic head injuries of family caregiver*. Doctoral of Philosophy (Nursing) dissertation, Edith Cowan University.
- Takamura, J. & Williams, B. (1998). *Informal caregiving: Compassion action*. Washington: Department of Health & Human Services.
- Tennstedt, S.L., Change, B., & Delgado, M. (1998). Patterns of long-term care: A comparison of Puerto Rican, African-American, and Non-Latino White Elders. *Journal of Gerontological Social Work*, 30(1-2), 179-199.
- United Nations. (2007). *Major developments and trends in population aging*. New York: United Nations.
- WHO. (2000). *Home-based long-term care: Report of a WHO study group*. Geneva: WHO.