

การพัฒนาข้อเสนอสำหรับชุดบริการการดูแลที่บ้าน สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

Development of Proposed for Home Care Service Package for Dependent Older People

ประลณี โอภาสนันท์* พรทิพย์ ปาอิน** สุนีย์ ปัญญาวงศ์***
Paralee Opanant* Porntip Pa-in** Sunee Punyawong***

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและพัฒนาชุดบริการดูแลที่บ้านสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้ให้ข้อมูล รวมทั้งสิ้น 63 คน เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 24 คน ผู้ดูแลในครอบครัว 24 คน อาสาสมัครสาธารณสุข 12 คน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 1 คน พยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานด้านผู้สูงอายุจำนวน 2 คน เก็บข้อมูลโดยวิธีการสอบถาม การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม และการศึกษาเอกสาร ระยะเวลาตั้งแต่เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2558 ถึง เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2559 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่และร้อยละ ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่า ชุดบริการที่บ้านสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงควรได้รับประกอบด้วย 1. ชุดบริการสนับสนุนผู้ดูแล 2. ชุดบริการสนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์ ในการดูแลที่บ้าน 3. ชุดบริการดูแลสุขภาพที่บ้าน 4. ชุดบริการด้านความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ และควรมีระบบสนับสนุนที่ส่งเสริมให้มีการดูแลที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพและคงไว้ซึ่งการคงอยู่ในบ้านและชุมชนได้นานที่สุด ประกอบด้วย 1. การปรับเปลี่ยน/ปรับปรุง การออกแบบที่พักอาศัย สภาพแวดล้อม 2. การจัดบริการรับ-ส่งที่บ้าน กับสถานบริการสุขภาพตลอด 24 ชั่วโมง

คำสำคัญ : ชุดบริการดูแลที่บ้าน ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

*** ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่ใส จังหวัดพะเยา

ABSTRACT

This qualitative research aimed to study and develop of proposed home care service packages for dependent older people. There were 63 volunteers included 24 dependent older people with 24 family caregivers, 12 village health volunteers, 1 director of district health promotion hospital, and 2 nurses responsible for the older people. Data were obtained through questionnaire, in-depth interviews, focus group discussion, and document analysis, during June 2015 to June 2016. Quantitative data were analyzed using frequencies and percentages, Qualitative data were analyzed by content analysis method.

The study found that home care service packages for dependent older people should include: 1. Support services for caregivers, 2. Home care supplies support kit, 3. Home health care service and 4. Knowledge care service packages for older adult. Moreover there should be supportive systems that promoting effective home-based care for elderly maintaining both home and community retention as long as possible which included: 1. modifying the housing and environment convenience for older adults, 2. providing 24 hours home delivery service to health care providers.

Keywords : Home Care Service Packages, Dependent Older People

* Assistant Professor, Faculty of Nursing, Phayao University

** Lecturer, Faculty of Nursing, Phayao University

*** Director of Tumbon Health Promoting Hospital Maesai, Phayao Province

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การที่คนมีอายุยืนยาวมากขึ้นมักตามมาด้วยภาวะที่ถดถอยทางด้านสุขภาพ อันเนื่องมาจากการทำงานของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายที่เสื่อมลงตามอายุ ส่งผลให้มีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มมากขึ้น ในปี พ.ศ. 2558 กระทรวงสาธารณสุขดำเนินการประเมินคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุจำนวน 6,394,022 คน พบว่าเป็นผู้สูงอายุกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้ประมาณ 5 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 79 เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วนและช่วยเหลือตัวเองไม่ได้) ประมาณ 1.3 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 21 จากอายุคาดเฉลี่ยของประชากรไทยที่เพิ่มขึ้น ทำให้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น จะเห็นได้จากรายงานค่าใช้จ่ายในการบริการสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุของกองทุนหลักประกันสุขภาพภาครัฐในปี พ.ศ. 2565 จะมีสัดส่วนเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 1.1 ของ GDP จากร้อยละ 0.64 ในปี พ.ศ. 2553 ค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้นเกิดจากปัจจัยหลักมาจากการเพิ่มอัตราการใช้บริการ อัตราค่าบริการ และค่ายา¹ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงจะมีค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพสูงมาก เนื่องจากต้องมีผู้ดูแลและเป็นค่าใช้จ่ายในการเสียโอกาสของผู้ดูแล พบว่าถ้าผู้สูงอายุได้รับการดูแลในสถาบัน จะมีช่วงค่าใช้จ่ายในการดูแลประมาณ 48,000-630,000 บาท/คน/ปี ส่วนการดูแลในครอบครัวพบว่าต้นทุนเฉลี่ยของค่าใช้จ่ายประมาณ 81,537 บาท/คน/ปี² ในขณะที่รายได้เฉลี่ยของประชากรไทยอยู่ที่ประมาณ 187,000 บาทต่อปี

ประเด็นที่ทำนายอีกประการหนึ่ง คือ รูปแบบการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุไทย ในอดีตครัวเรือนไทยมีขนาดใหญ่ ผู้สูงอายุอยู่ในครอบครัวที่มีคนหลายรุ่นวัยอาศัยอยู่ด้วยกัน ขนาดครัวเรือนไทยเล็กลงจากเฉลี่ยประมาณ 5 คนต่อครัวเรือนเมื่อ 50 ปีก่อน เหลือเพียง 3 คนต่อครัวเรือน หรือครัวเรือนที่มี

แต่ผู้สูงอายุอยู่กับหลานที่เรียกว่า “ครอบครัวข้ามรุ่น” (Skipped Generation) ปัจจุบันสัดส่วนของผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังคนเดียวและอยู่ลำพังกับคู่สมรสมีแนวโน้มสูงขึ้น ซึ่งจะเกิดคำถามว่าผู้สูงอายุเหล่านี้จะมีผู้ดูแลหรือระบบที่จะช่วยเหลือเฝ้าระวังดูแลอย่างไรเมื่อมีสภาพที่ต้องพึ่งพิงหรือช่วยตัวเองไม่ได้ การสำรวจเมื่อปี พ.ศ. 2545 พบว่าผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังคนเดียวมีร้อยละ 6 แต่ได้เพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ 9 จากการสำรวจปี พ.ศ. 2557 และผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังกับคู่สมรสเพิ่มสูงขึ้นจากร้อยละ 16 ในปี พ.ศ. 2545 เป็นร้อยละ 19 ในปี พ.ศ. 2557 และการสำรวจประชากรสูงอายุปี 2557 พบว่ามีผู้สูงอายุที่ต้องการผู้ดูแลปรนนิบัติในกิจวัตรประจำวัน แต่ไม่สามารถมีผู้ดูแลได้ตามต้องการอยู่จำนวนหนึ่ง ผู้สูงอายุวัยปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป) มีมากถึงร้อยละ 24 ที่ต้องการการดูแลปรนนิบัติ แต่มีผู้สูงอายุที่ต้องการผู้ดูแลแต่ไม่สามารถมีผู้ดูแลได้เป็นสัดส่วนมากถึงร้อยละ 4 ของผู้สูงอายุวัยปลายทั้งหมด และจากการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือนโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ³ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีแหล่งรายได้จากการเกื้อหนุนของบุตรมีสัดส่วนลดลงจากร้อยละ 40.1 ในปี พ.ศ. 2554 เหลือร้อยละ 36.7 ในปี พ.ศ. 2557 จากข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าการเตรียมระบบการสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุเป็นแนวทางที่มีความจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับการเป็นสังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย

การเกื้อหนุนภายนอกครอบครัวและนอกชุมชนเท่าที่มีมาตั้งแต่อดีต มักอยู่ในรูปของการสงเคราะห์ มีทั้งการดำเนินการโดยรัฐและเอกชน รูปแบบที่มีมานานมากกว่า 50 ปี คือ สถานสงเคราะห์คนชรา ซึ่งเปิดให้บริการครั้งแรก เมื่อปี พ.ศ. 2496 จุดเด่นของการจัดบริการแบบนี้ คือ ช่วยบรรเทาความเดือดร้อนของผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานะยากลำบาก มีรายได้ได้น้อย สามารถตอบสนองปัจจัยสี่และ

ความต้องการด้านร่างกาย ที่อยู่อาศัย เครื่องนุ่งห่ม แต่ก็มีจุดด้อย คือ ผู้สูงอายุถูกแยกออกมาจาก ครอบครัวหรือชุมชน ทำให้มิติทางด้านจิตใจและสังคมที่สำคัญขาดหายไป การเข้าอยู่ในสถานสงเคราะห์ บางแห่งมีกฎระเบียบ ผู้ที่อาศัยอยู่อาจรู้สึกขาดความเป็นบุคคล (Dehumanized) ลดอัตลักษณ์ คุณค่า การเป็นมนุษย์ ไม่สามารถตอบสนองทางด้าน จิตวิญญาณได้ดี มีการใช้ทรัพยากรที่สูงมาก รวมทั้ง มีข้อจำกัดในเรื่องของจำนวนการรับเข้า

การสนับสนุนให้ผู้สูงอายุอยู่ในครอบครัว ชุมชน เป็นแนวคิดที่สอดคล้องกับค่านิยมในเรื่อง ความกตัญญูกตเวทียของสังคมวัฒนธรรมไทย มากที่สุด จึงถือว่าเป็นลักษณะสำคัญอย่างหนึ่งของ ชุมชนที่เอื้อต่อการดำรงชีวิตในวัยสูงอายุ แนวคิดนี้ ยังสอดคล้องกับแนวคิดชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ขององค์การอนามัยโลก⁴ ในองค์ประกอบของ การอยู่ร่วมกันของคนต่างรุ่นวัย ผู้สูงอายุได้รับการ ปฏิบัติด้วยความเคารพ อีกทั้งยังสอดคล้องกับ งานวิจัยด้านความสุขและคุณภาพชีวิต พบว่า ความเป็นอยู่ที่ดีมักจะเชื่อมโยงกับสภาพแวดล้อม ของผู้สูงอายุ ดังนั้นสภาพแวดล้อมทั้งทางกายภาพ และทางสังคมจึงมีส่วนเชื่อมโยงกับสุขภาพ การดำเนินชีวิตของผู้พักอาศัย ดังนั้นจึงเกิดแนวคิด ที่ให้ผู้สูงอายุอยู่ที่พักอาศัยเดิมของตนให้นานที่สุด

แนวคิดการดูแลระยะยาวมีวัตถุประสงค์ เพื่อต้องการให้ผู้สูงอายุสามารถอาศัยอยู่ในชุมชน ได้อย่างมีศักดิ์ศรี เข้าถึงบริการที่จำเป็น ครอบคลุม บริการ ทั้งในด้านการป้องกันการเข้าสู่ภาวะพึ่งพิง การดูแลกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง ให้สามารถดำรงชีพได้ อย่างอิสระได้นานที่สุด และลดภาระในการดูแล ในระยะยาว จากการทบทวนประสบการณ์ของ ประเทศของกลุ่มประเทศ OECD⁵ สามารถจำแนก ชุมชนบริการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุเป็น สองประเภทบริการ คือ ชุมชนบริการดูแลระยะยาว

ที่บ้านและชุมชน และชุดบริการส่งเสริมป้องกัน (มีเฉพาะในประเทศญี่ปุ่น) จากผลของการวิจัยเรื่อง การพัฒนาระบบบริการสุขภาพและสังคมในการ ดูแลในระยะยาวเพื่อส่งเสริมภาวะพลัมของ ผู้สูงอายุในชุมชนชนบทภาคเหนือ และการพัฒนา ระบบบริการสุขภาพและสังคมที่เป็นมิตรกับ ผู้สูงอายุ⁶ พบว่า บริการในชุมชนสำหรับผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิงยังมีจำกัดมาก ประกอบกับนโยบาย การพัฒนาระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ (Long Term Care : LTC) กำลังเริ่มดำเนินการในปี พ.ศ. 2559 และยังไม่ครอบคลุมในทุกพื้นที่ ดังนั้นทางผู้วิจัย มีความสนใจที่จะพัฒนาข้อเสนอสำหรับชุดบริการ ที่บ้านสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงขึ้น เพื่อนำเป็น แนวทางไปใช้พัฒนาการจัดบริการด้านการดูแล ระยะยาวที่ครอบคลุมตามความจำเป็นพื้นฐานของ ผู้สูงอายุภายใต้ชุมชนที่เอื้ออาทร ยุติธรรม เสมอภาค และระบบการเงินการคลังที่เหมาะสมและยั่งยืน

คำถามการวิจัย

ชุดบริการดูแลที่บ้านสำหรับผู้สูงอายุที่มี ภาวะพึ่งพิงควรเป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย

เพื่อพัฒนาข้อเสนอชุดบริการดูแลที่บ้าน สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

นิยามศัพท์เบื้องต้นในการวิจัย

ชุดบริการดูแลที่บ้าน หมายถึง การบริการ ให้การดูแลที่บ้าน ชุดบริการประกอบด้วย บริการ ด้านสุขภาพ (Health Care) บริการปฏิบัติกิจวัตร ประจำวัน (ADL Help) บริการอุปกรณ์ช่วยเหลือ ในการดำรงชีวิต (Assistive Devices) บริการ สนับสนุนการดูแลที่บ้าน และบริการงานบ้าน (Domestic Help)

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปและมีคะแนนประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เธล เอดีแอล (Barthel ADL Index) โดยประเมินจาก 10 กิจกรรม ได้แก่ การรับประทานอาหาร การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด การลุกจากที่นอน การใช้ห้องสุขา การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน การสวมใส่เสื้อผ้า การขึ้นลงบันได 1 ชั้น การอาบน้ำ การกลั้นการถ่ายอุจจาระ และการกลั้นปัสสาวะ โดยมีค่าคะแนนรวม เท่ากับหรือน้อยกว่า 11 คะแนน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ทำการศึกษาในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่พื้นที่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดพะเยา ระหว่างเดือน มิถุนายน พ.ศ. 2558 ถึง เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2559 โดยใช้วิธีการสอบถาม การสัมภาษณ์ เชิงลึก การสนทนากลุ่ม และการศึกษาเอกสาร

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ผู้ดูแลหลัก ผู้ดูแลรอง ระยะเวลาที่ได้รับการดูแล ค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการดูแล ผู้สูงอายุต่อเดือน รายละเอียดค่าใช้จ่าย
2. แบบเก็บรวบรวมข้อมูลความต้องการชุดบริการดูแลที่บ้าน ประกอบด้วยข้อคำถาม ความต้องการชุดบริการใน 5 ด้าน คือ 2.1 ด้านสุขภาพ (การทำแผล การฉีดยา การรับประทานยา) 2.2 ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (การอาบน้ำ แต่งตัว การรับประทานอาหาร การใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือ การดูแลเรื่องการขับถ่าย การเคลื่อนย้าย) 2.3 ด้านบริการอุปกรณ์ช่วยเหลือในการดำรงชีวิต (เครื่องช่วยเดิน ไม้ค้ำยัน ไม้เท้า รถเข็น เครื่องช่วยฟัง เสียงปรับเอนได้ หมอนรองป้องกันแผลกดทับ

อุปกรณ์ช่วยเหลือในการขับถ่าย อุปกรณ์ทำแผล การปรับปรุงบ้าน) 2.4 ด้านบริการสนับสนุนการดูแลที่บ้าน (การนำส่ง/คมนาคม ศูนย์ดูแลกลางวัน ศูนย์ดูแลชั่วคราว บริการให้คำปรึกษาแก่ครอบครัว) และ 2.5 ด้านบริการงานบ้าน (อาหาร การทำความสะอาดบ้าน)

3. แนวคำถาม การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม ผู้สูงอายุ ผู้ดูแล และผู้จัดบริการทางด้านสุขภาพ โดยมีประเด็นหลัก คือ การเข้าถึงบริการที่จำเป็น (การตรวจวินิจฉัย/บำบัดรักษา/ยา/อุปกรณ์/เวชภัณฑ์) ปัญหาและอุปสรรคการดูแล ผู้สูงอายุที่บ้าน บริการดูแลที่บ้านที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ ผลลัพธ์ของการดูแล (อัตราการกลับเข้ารักษาซ้ำภายใน 28 วัน อัตราการกลับมารับบริการในโรงพยาบาล การเกิดภาวะแทรกซ้อน คุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุ/ผู้ดูแล และอื่นๆ) โครงการ/กิจกรรม /งบประมาณ สนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

ผู้ให้ข้อมูล

การได้มาซึ่งผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยคำนึงถึงวัตถุประสงค์ของการศึกษา (Purpose) และความเหมาะสมกับกรอบแนวคิดทฤษฎี (Conceptual Context) เป็นหลัก⁷ กลุ่มผู้ให้ข้อมูลเป็นการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Criterion Based Selection) ซึ่งเป็นผู้ที่สามารถให้ข้อมูลในเรื่องที่ศึกษาได้ลึกซึ้งที่สุด ขนาดของกลุ่มตัวอย่างพิจารณาจากจุดอิ่มตัวของข้อมูล (Data Saturation) และความพอเพียงของข้อมูล (Data Sufficiency) ผู้ให้ข้อมูล ประกอบด้วย

- 1) ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีคะแนนประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เธล เอดีแอล น้อยกว่าหรือเท่ากับ 11 คะแนน จำนวน 24 คน
- 2) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ คือ ผู้ที่ให้การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุในการทำกิจวัตรประจำวัน โดยให้การดูแลอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 8 ชั่วโมง ใน 1 วัน และไม่ต่ำกว่า 3 เดือน จำนวน 24 คน

และ 3) ผู้จัดบริการสุขภาพ ประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 1 คน พยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานด้านผู้สูงอายุ จำนวน 2 คน และอาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 12 คน

การดำเนินการวิจัย

1. ทำหนังสือถึงหน่วยงานในพื้นที่ เพื่อขออนุญาตเข้าศึกษาในพื้นที่

2. เข้าไปแนะนำตัวกับผู้นำหน่วยงานในชุมชน เพื่อชี้แจงรายละเอียดของโครงการวิจัย วัตถุประสงค์ของการทำวิจัย รวมถึงผลประโยชน์ที่ชุมชนจะได้รับจากงานวิจัย

3. การเข้าถึงผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยประสานงานกับผู้ที่ได้รับผิดชอบงานด้านผู้สูงอายุของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ร่วมกันคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้จากฐานข้อมูลของ รพ.สต. และสามารถให้ข้อมูลในเรื่องที่ศึกษาได้ตรงตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย และพาคณะผู้วิจัยไปแนะนำตัวให้กับผู้ให้ข้อมูล

4. การเข้าถึงข้อมูล

4.1 ดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยใช้เวลาเฉลี่ยต่อผู้ให้ข้อมูล 1 คน ประมาณ 1 ชั่วโมง ถึง 1 ชั่วโมง 30 นาที

4.2 ดำเนินการสนทนากลุ่มเพื่อเป็นการตรวจสอบในประเด็นการจัดบริการสุขภาพภายใต้การดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และ รพ.สต. การดำเนินการสนทนากลุ่ม ดำเนินการภายหลังจากวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก ใช้เวลาเฉลี่ยในการสนทนากลุ่ม ๆ ละ 1 ชั่วโมง 30 นาที ถึง 2 ชั่วโมง

4.3 ศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย ข้อมูลประชากร ข้อมูลภาวะสุขภาพ นโยบาย แผนงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และ รพ.สต.

5. การตรวจสอบและการวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลความต้องการชุดบริการดูแลที่บ้าน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และข้อมูลเชิงคุณภาพ มีการดำเนินการกับข้อมูลดังนี้ ตรวจสอบคุณภาพของข้อมูลกระทำพร้อมกับการเก็บข้อมูล โดยมีการตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล (Data Triangulation) เป็นการตรวจสอบความสอดคล้องของข้อมูลที่มาจากหลายแหล่ง (Data Source Triangulation) ได้แก่ แหล่งบุคคล เวลา และสถานที่⁸⁻⁹ และจากการเก็บรวบรวมข้อมูลเรื่องเดียวกันด้วยวิธีที่แตกต่างกัน (Methodological Triangulation)⁹⁻¹⁰ การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการอย่างต่อเนื่องตลอดการวิจัยกระทำไปพร้อมกับการเริ่มเก็บข้อมูลและสิ้นสุดเมื่อเก็บข้อมูลครั้งสุดท้าย โดยใช้ข้อมูลที่ได้จากการสังเกต การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม การศึกษาจากเอกสาร มาดำเนินการวิเคราะห์ด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ซึ่งมีการให้รหัสข้อมูล (Codes) การจัดกลุ่มข้อมูล (Categories) และวิเคราะห์กลุ่มมโนทัศน์ (Themes)^{7,11-12}

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยพะเยา เลขที่ 3/006/58 วันที่รับรอง 18 มิถุนายน 2558 มีการดำเนินการดังนี้ ผู้วิจัยแนะนำตัวเอง บอกวัตถุประสงค์ของการวิจัย ชี้แจงรายละเอียดของโครงการให้แก่ผู้ให้ข้อมูลทราบ รวมถึงระยะเวลาที่ใช้ในการสอบถาม การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม ความมีอิสระในการให้ข้อมูลหรือการสิ้นสุดการให้ข้อมูล การลงนามในใบยินยอมก่อนเข้าร่วมการวิจัย การนำเสนอข้อมูลในรูปแบบของเลขรหัสแทนชื่อ และการนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป

1. ผู้ให้ข้อมูลที่เป็นผู้สูงอายุและผู้ดูแล จำนวน 48 คน โดยเป็นผู้สูงอายุ จำนวน 24 คน เพศหญิง 16 คน คิดเป็นร้อยละ 66.7 เพศชายจำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 33.3 อายุระหว่าง 60-99 ปี อายุเฉลี่ย 79.6 ปี (S.D.=11.3) เมื่อจำแนกตามกลุ่มอายุ จากมากไปหาน้อย พบว่า เป็นผู้สูงอายุตอนปลาย (อายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป) จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 50.0 โดยเป็นผู้ที่มีอายุเกิน 90 ปี ขึ้นไป จำนวน 4 คน มีภาวะพึ่งพิงทั้งหมด (ต้องการความช่วยเหลือดูแลประจำวันจากผู้ดูแลทุกกิจกรรม) จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 12.5 มีภาวะพึ่งพิงอย่างมาก (ต้องการความช่วยเหลือจากผู้ดูแลเป็นส่วนใหญ่แต่ยังสามารถทำกิจกรรมได้ด้วยตนเองบ้างเล็กน้อย) จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 25.0 และมีภาวะพึ่งพิงปานกลางถึงมาก (ต้องการความช่วยเหลือจากผู้ดูแลเป็นบางกิจกรรมแต่ยังสามารถทำกิจกรรมได้ด้วยตนเองเป็นส่วนใหญ่) จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 62.5 ผู้ดูแลจำนวน 24 คน เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.8 อายุระหว่าง 20-70 ปี อายุเฉลี่ย 55.1 ปี (S.D.=13.2) ร้อยละ 62.5 มีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ เป็นบุตร รองลงมาร้อยละ 20.8 เป็นคู่สมรส ระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอยู่ในช่วง 1-3 ปี มีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยการดูแลผู้สูงอายุประมาณ 3,075 บาทต่อเดือน (S.D.=2496.3) ค่าใช้จ่ายที่ใช้ประจำต่อเดือน ได้แก่ ค่าอาหาร ค่ายา ค่าเวชภัณฑ์ ค่าเดินทางไปพบแพทย์ ค่าผ้าอ้อมสำเร็จรูป และค่าผู้ดูแลรับจ้าง

2. ผู้ให้ข้อมูลที่เป็นผู้จัดบริการสุขภาพ

2.1 ผู้จัดบริการสุขภาพที่เป็นทางการ จำนวน 3 คน เป็นเพศหญิง 3 คน คิดเป็นร้อยละ 100 เป็น ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (ผอ.รพ.สต.) 1 คน อายุ 57 ปี จบการศึกษาระดับปริญญาตรีทางด้านสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต 36 ปี และพยาบาลวิชาชีพ 2 คน อายุ 36 ปี และ 50 ปี จบการศึกษาระดับปริญญาตรี มีประสบการณ์การทำงานด้านผู้สูงอายุ 3 ปี และ 7 ปี ตามลำดับ

2.2 ผู้จัดบริการสุขภาพที่ไม่เป็นทางการ จำนวน 12 คน เพศหญิง 9 คน คิดเป็นร้อยละ 75.0 เพศชาย 3 คน คิดเป็นร้อยละ 25.0 อายุระหว่าง 33-69 ปี อายุเฉลี่ย 49.0 ปี จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 91.7 และปริญญาธรรม ร้อยละ 8.3 ให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมานาน 1-3 ปี

ความต้องการชุดบริการดูแลที่บ้าน พบว่า ผู้สูงอายุต้องการบริการที่บ้านในเรื่องอาหาร การทำความสะอาดบ้าน ร้อยละ 100 รองลงมา คือ การรับประทานยาร้อยละ 54.2 ผู้ดูแลในครอบครัว ต้องการชุดบริการที่บ้านในเรื่องการเดินทาง พาผู้สูงอายุไปพบแพทย์ ร้อยละ 70.8 รองลงมา คือ การดูแลเรื่องอาบน้ำ แต่งตัว และการรับประทานยาร้อยละ 62.5 อาสาสมัครสาธารณสุข ผอ.รพ.สต.และพยาบาลมีความต้องการชุดบริการที่บ้าน ในเรื่องการเคลื่อนย้าย การทำแผล การรับประทานยา อุปกรณ์ช่วยเหลือในการขับถ่าย อุปกรณ์ทำแผล การนำส่ง/คมนาคม และบริการให้คำปรึกษาแก่ครอบครัว ร้อยละ 100 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความต้องการการบริการดูแลที่บ้านของ ผู้สูงอายุ ผู้ดูแลในครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุข และ ผู้จัดการบริการสุขภาพ

ชุดบริการดูแลที่บ้าน	ความต้องการการบริการดูแลที่บ้าน							
	ผู้สูงอายุ (n=24)		ผู้ดูแลใน ครอบครัว (n=24)		ผู้จัดการบริการ สุขภาพที่ไม่เป็น ทางการ (n=12)		ผู้จัดการบริการสุขภาพ ที่เป็นทางการ (n=3)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
งานบ้าน								
อาหารการกิน	24	100.0	0	0	0	0	0	0
การทำความสะอาดบ้าน	24	100.0	0	0	0	0	0	0
การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน								
อาบน้ำ แต่งตัว	11	45.8	15	62.5	0	0	0	0
การรับประทานอาหาร	2	8.3	2	8.3	10	83.3	3	100.0
ดูแลเรื่องขับถ่าย	6	25.0	6	25.0	6	50.0	3	100.0
การเคลื่อนย้าย	6	25.0	6	25.0	12	100.0	3	100.0
บริการสุขภาพ								
การทำแผล	1	4.2	1	4.2	12	100.0	3	100.0
การรับประทานยา	13	54.2	15	62.5	12	100.0	3	100.0
บริการอุปกรณ์ช่วยเหลือ								
เครื่องช่วยเดิน ไม้เท้า ไม้ค้ำยัน รถเข็น เครื่องช่วยฟัง	2	8.3	6	25.0	12	100.0	3	100.0
เตียงปรับเอนได้	0	0	0	0	0	0	2	66.7
หมอนรองป้องกันแผลกดทับ	0	0	1	4.2	0	0	2	66.7
อุปกรณ์ช่วยเหลือในการขับถ่าย	2	8.3	6	25.0	12	100.0	3	100.0
อุปกรณ์ทำแผล	0	0	1	4.2	12	100.0	3	100.0
การปรับปรุงบ้าน	0	0	6	25.0	6	50.0	3	100.0
บริการสนับสนุนการดูแลที่บ้าน								
การนำส่ง/คมนาคม	0	0	17	70.8	12	100.0	3	100.0
ศูนย์ดูแลกลางวัน Day Care	0	0	0	0	0	0	1	33.3
บริการให้คำปรึกษาแก่ครอบครัว	0	0	5	20.8	12	100.0	3	100.0

ผลการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพ พบประเด็นดังต่อไปนี้

1. ความต้องการบริการดูแลที่บ้าน

1.1 ลักษณะการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบลักษณะการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้าน ดังนี้

1) ทำแทนทั้งหมด ไม่จำกัดเวลา

“อยู่กับตาสองคน ลูกชายทำงานเป็นยาม ต้องเข้าเวร ก็ไปอยู่บ้านเมียใกล้ๆ ที่ทำงาน ส่วนลูกอีกคนไปทำงานอยู่กรุงเทพฯ กลับบ้านปีละ 2 ครั้ง หมอบอกว่าตาเป็นเส้นเลือดสมองแตก ทำให้เดินไม่ได้ ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย งานทุกอย่างก็ต้องเป็นยาย (ภรรยา) ทำแทนทั้งหมด ยกเว้นกินข้าวที่ทำคนเดียวได้แต่ยายต้องเตรียมไว้ให้ ดูแลคนเดียวมาเกือบ 5 ปี” (ผู้ดูแล I-014)

“ตั้งแต่ลูกชายคนโตตายเมื่อปีที่แล้ว พ่อก็พูดน้อยลง ไม่ค่อยยอมกินข้าว จากนั้นก็เอาแต่นอนอย่างเดียว จำใครไม่ได้ ชอบพูดแต่เรื่องเก่าๆ สมัยที่ตนเองเป็นหนุ่ม ใครทำอะไรให้ก็ไม่ถูกใจ หงุดหงิดใส่ จากที่เคยเดินได้ ทำงานได้ทุกอย่าง ก็กลายเป็นคนไม่มีแรง ต้องมีคนช่วยทำให้ทุกอย่าง และต้องคอยบอกให้ทำอะไรบางอย่าง เช่น กินข้าว ต้องบอกตั้งแต่เคี้ยว กลืน ใส่เสื้อผ้าก็ต้องบอกยกแขน ในบรรดา พี่-น้อง สี่คน พี่เป็นคนที่ไม่มีการะที่สุก มีแรงกาย แรงเงินมากที่สุด ก็ต้องเป็นคนดูแลพ่อเป็นหลัก” (ผู้ดูแล I-006)

2) ตามกำลังความสามารถที่มี

“ดูแลทั้งแม่ ทั้งพี่ แบ่งกันตามกำลัง กลางวันค่อยยังชั่ว มีคนมาช่วยผ่อนแรงบ้าง พี่สาวน้องสาวมาช่วยดูแลแม่ ป้อนข้าว พลิกตัว ทำกายภาพบำบัด ในส่วนของแม่จะดูแลง่าย ให้ความร่วมมือ บอกให้ทำอะไรก็ทำ ส่วนพี่.... จะหมดความอดทน ไม่ไหวแล้ว บอกให้นอนเฉยๆ ก็ผุดลุกผุดนั่ง รบเร้าจะออกไปนอกบ้าน ใส่แอมป์ให้ ก็จะต้องออกอยู่เรื่อย ไม่ใส่ให้ ก็เยี่ยวไปทั่วบ้าน ก็ต้อง

คอยมานั่งทำความสะอาดอีก กลางคืนไม่ยอมนอน บอกจะเข้าห้องน้ำ (ถ่ายหนัก) คืนๆละ 5-6 ครั้ง ป้าไม่ได้นอนเลย กำลังจะหลับ จะลุกไปเข้าห้องน้ำอีก อาหารก็กินแบบทั่วไปไม่ได้ ต้องเป็นนมสูตรพิเศษ ระวังท้องเสีย หายใจลำบาก ยอมรับว่าหนักทุกเรื่อง ตัวเองยังเหนื่อยแค่ทางกาย แต่สงสารลูก ต้องมาดูแลทั้งพ่อทั้งยาย ไหนจะเรื่องค่าใช้จ่ายทั้งบ้าน ตกอยู่ที่ลูกคนเดียว” (ผู้ดูแล I-008)

จากข้อมูลพบลักษณะการดูแลผู้สูงอายุ แบบทำแทนทั้งหมด ไม่จำกัดเวลา และตามกำลังความสามารถที่มี จะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุมีความต้องการการดูแลบางกิจกรรมหรือทุกกิจกรรม ขึ้นอยู่กับระดับของภาวะพึ่งพิง สิ่งที่ผู้สูงอายุและผู้ดูแลต้องการความช่วยเหลือมีดังนี้

1.2 ความต้องการความช่วยเหลือของผู้ดูแลในครอบครัว

1) คนพลัดเปลี่ยน

“คนดูแลได้ทั้งบาปทั้งบุญ บางครั้งเหนื่อย ก็มีอารมณ์หงุดหงิดใส่บ้าง ก็รู้ตัวอยู่ แต่ไม่มีใครมาช่วยเราเลย ดูแลคนเดียวมาตั้งแต่ป่วย ไม่ได้หยุด ไม่ได้พัก ถ้ามีคนมาช่วยดูแลแทนบ้าง ก็คงจะดี” (ผู้ดูแล 1-020)

“อยากไปเที่ยวหาลูกที่ต่างจังหวัด เขาได้งานทำที่โน่น ก็หวังทางนี้ใครจะดูแล ถ้ามีคนมาเปลี่ยนบ้างก็คงจะดี” (ผู้ดูแล 1-015)

2) ดูแลบางเวลา

“ไม่ได้กลับบ้านไปไหนไกลๆ มาประมาณ 2-3 ปี เมื่อก่อนตอนแม่ยังช่วยตัวเองได้ พี่ก็ได้ไปช่วยงานเขาบ้าง ตอนหนึ่งทุกอย่าง ก็อยากให้มีคนมาเปลี่ยนบ้าง สักอาทิตย์ละครั้งวันก็ยังดี” (ผู้ดูแล 1-016)

“อยากให้มีคนมาเปลี่ยนบ้าง เป็นบางเวลา เช่น เวลาที่หมู่บ้านมีงาน งานชาว-ดำ งานบวช งานแต่งงาน จะได้ไปร่วมกับเขาบ้าง หรือบางทีมีหน่วยงานมาให้ข้อมูลเรื่องนั้นเรื่องนี้ ไม่เคยได้รู้เรื่องอะไรเหมือนคนอื่น อยากไปเข้าร่วมบ้าง” (ผู้ดูแล 1-011)

“อยากให้มีคนมาเปลี่ยนบ้างตอนกลางวันหรือกลางคืนก็ได้ จะได้จัดการกับชีวิตของตัวเองได้บ้าง ถ้าดูแลทั้งวันทั้งคืนก็ไม่ไหว ไม่งั้นคนดูแลจะแย่ไปก่อน” (ผู้ดูแล 1-020)

3) ช่วยบางกิจกรรม

“แม่นอน รพ. ได้ประมาณ 1 เดือน หมอให้กลับมาทำแผลที่บ้าน ให้ทำวันละ 2 ครั้ง พอเอาแม่ไปตรวจตามนัด หมอก็บอกว่าแผลติดเชื้อ มีเนื้อตายบางส่วน ผมก็ทำแผลตามที่หมอบอกทุกอย่าง ก็ขอหมอ ให้แม่นอนโรงพยาบาลหมอก็บอกว่าที่โรงพยาบาลมันเชื้อโรคเยอะ อยู่ที่บ้านดีแล้ว ทำแผลต่อไป แล้วจะให้ผมทำอย่างไร ถ้าให้ก็ต้องมีคนมาช่วยผมทำแผลบ้าง” (ผู้ดูแล 1-024)

“อยากให้มีคนช่วยพาไปโรงพยาบาล เอาไปคนเดียวไม่ไหว ตั้งแต่พาออกจากบ้าน กว่าจะเอาลงจากบ้าน เอาขึ้นรถ-ลงรถ เอาขึ้นรถเข็น ไปยื่นบัตร รอพบหมอ รอหมอดตรวจ รอเอายา คนไข้ก็เยอะ ใจก็กังวลหลายเรื่อง กลัวหมอเรียกชื่อไม่ได้ยิน ถ้าผิดไปสักคิว ก็ต้องรอเรียกอีกเป็นชั่วโมง จะไปไหนก็เข็นกันไปก็ยิ่งช้า จะทิ้งไว้ก็เป็นห่วงอีก ถ้ามีคนไปด้วยอีกคนคอยอยู่เป็นเพื่อนก็ยิ่งดี” (ผู้ดูแล 1-021)

4) อุปกรณ์ช่วยเหลือ

“เจ็บหัวเข่าทั้งสองข้าง ขาก็ไม่ค่อยมีแรง จะให้นั่งอยู่เฉยๆก็เบื่อ อยากได้ไม้สามขา เวลาเดินคงไม่ลำบาก” (ผู้สูงอายุ 1-009)

“อยากได้คอกช่วยเดิน (Walker) ใช้ไม่เท่าเดิน รู้สึกเกร็งๆกลัวหกล้ม ก็ไม่กล้าเดินไปไหนไกลๆ” (ผู้สูงอายุ 1-013)

“อยากได้รถเข็นจะได้พาแม่ไปอาบน้ำ ตอนนั้นก็พุงกันไปเอา บางวันแม่ก็อ่อนแรง พักเอาไม่ค่อยไหว กลัวเอาแม่ไปหกล้ม” (ผู้ดูแล 1-015)

“อยากได้เตียงแบบของโรงพยาบาล ที่มันหมุนๆตรงหัวขึ้นได้แล้วมันมีเหล็กกัน เวลาที่ต้องไปทำงานอย่างอื่นหรือให้อยู่บนเตียงตามลำพัง ก็ไม่ค่อยห่วงเรื่องตกเตียง อีกอย่างมันมีล้อ เคลื่อนย้ายไปไหนได้ง่าย” (ผู้ดูแล 1-001)

5) ของใช้ที่จำเป็น

“อยากได้อุปกรณ์ทำแผลเพิ่ม เช่น ผ้าก๊อช สำลี พลาสเตอร์ เวลาไปโรงพยาบาลก็ให้หมอใช้ได้สัก 2 อาทิตย์ หมอที่โรงพยาบาลว่า ถ้าหมอดให้ไปขอเพิ่มได้ที่อนามัย แต่ไปขอบ่อยก็เกรงใจ ของที่อนามัยก็ไม่ค่อยจะพอใช้ บางอย่างก็ต้องรอเบิก ก็ต้องไปซื้อเอง พลาสเตอร์ตกมันวันละ 50-60 บาท ใช้ได้อาทิตย์เดียว ไหนจะสำลี ผ้าก๊อช น้ำเกลือ เฉพาะค่าทำแผลก็ตกเดือนละเกือบพันบาท” (ผู้ดูแล 1-024)

“อยากได้แอมเพสิส ตา(สามี) ต้องใช้วันละ 2-3 อัน ก็ตกเดือนละหลายร้อยบาท ได้เงินผู้สูงอายุมาก็หมดไปกับค่าแอมเพสิส” (ผู้ดูแล 1-019)

6) ปรับเปลี่ยนที่อยู่อาศัย

“อยากทำห้องนอนใหม่ตรงข้างล่าง เวลาเอาแม่ไปโรงพยาบาลจะง่าย ทุกวันนี้เวลาพาไปโรงพยาบาลต้องช่วยกันยกขึ้นยกลง แต่ติดตรงค่าใช้จ่ายมันเยอะตกอยู่เกือบสองหมื่นบาท...” (ผู้ดูแล 1-004)

“อยากทำห้องน้ำใหม่ ประตูกว้างๆ ที่สามารถเอารถเข็นเข้าได้ ทุกวันนี้เข็นไปถึงแค่หน้าห้องน้ำ แล้วใช้วิธีอุ้มเข้าไปในห้องน้ำ แต่ถ้าจะทำใหม่ มันติดอยู่ตรงที่เงินอย่างเดียว” (ผู้ดูแล 1-007)

7) รถรับส่ง บ้าน-สถานบริการ

“หมอที่โรงพยาบาลนัด 2-3 เดือนครั้ง ต้องจ้างรถไปส่งครั้งละ 200-300 บาท อยากให้ทาง อบต. จัดรถรับ-ส่ง เหมือนตำบลอื่น” (ผู้ดูแล 1-015)

“ไปโรงพยาบาลแต่ละครั้ง ต้องขออนุญาตบ้านไปส่ง ช่วยค่าน้ำมันครั้งละ 300 บาท ถ้ามีรถรับ-ส่ง จากบ้านไปโรงพยาบาลก็คงดี” (ผู้ดูแล 1-018)

“ที่ อบต. ก็มีรถไปส่งโรงพยาบาลแต่ต้องเป็นหนักมากๆหรือเป็นแบบฉุกเฉิน ถ้าไปตามที่หมอนัดก็ต้องไปเอง ที่บ้านมีแค่รถมอเตอร์ไซด์ เอาแม่ไปยาก ก็ต้องเอาใส่รถใหญ่ไป ต้องช่วยค่าน้ำมัน (เพื่อนบ้าน) ครั้งละ 200 บาทบ้าง 300 บาทบ้าง ถ้ามีรถแบบของโรงพยาบาลมารับถึงบ้านก็คงดี” (ผู้ดูแล 1-021)

8) บริการตรวจรักษาที่บ้าน

“เอาแม่ไปตรวจโรงพยาบาลแต่ละครั้ง ก็ยากมาก รอกันนาน ทุกวันนี้ก็เลยไปเอายาแทน หมอก็ให้ยาตัวเดิมมา ใจจริงก็อยากให้แม่ได้ตรวจ กับหมอโดยตรง ถ้าหมอมาดตรวจที่บ้านก็คงดี เอายา มาให้ด้วย (ยิ้ม)” (ผู้ดูแล 1-003)

“พ่อไม่ได้กินยามา 2 ปีแล้ว ทุกทีพ่อ ไปเอาเอง ตั้งแต่พูดไม่ค่อยรู้เรื่อง ก็ไม่ได้กินยา เอาไปนอนมัยก็ยาก จะเอาซ้อนรถมอเตอร์ไซด์ ก็กลัวตก แต่ถ้ามีคนเอายามาให้ที่บ้าน/หมอมาดตรวจ ที่บ้านก็คงจะดี” (ผู้ดูแล 1-006)

9) วิถีการดูแล/การจัดการปัญหาของผู้สูงอายุ

“ดูแลกันไปตามเรื่อง ถูก-ผิด ไม่รู้ แต่ถ้ามีคนมาช่วยบอกช่วยกล่าว อาการของแม่ก็คงจะดีขึ้นกว่านี้” (ผู้ดูแล 1-010)

“อสม.ก็มาเที่ยวหาที่บ้านก็มาถามว่า เป็นอย่างใดบ้าง แม่กินข้าวได้หรือเปล่า ถามๆ แล้วก็จดข้อมูลไป แต่เรื่องที่เป็นปัญหาจริงๆ เช่น ไม่ยอมกินข้าว กลางคืนไม่ยอมนอน พุดไปเรื่อย ชอบด่าลูกหลาน ไม่ค่อยมีใครมาช่วยบอกว่าจะทำอย่างไร” (ผู้ดูแล 1-004)

2. คุณภาพการดูแล

จากปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ และผู้ดูแล สามารถสะท้อนถึงคุณภาพการดูแล ที่บ้านใน 3 ประเด็นดังนี้

2.1 ควบคุมอาการของโรคไม่ได้และพบ

อาการแทรกซ้อนอื่น

“เข้า-ออกโรงพยาบาลเดือนละ 2-3 ครั้ง บางครั้งก็ได้นอน 1 คืน บางครั้งก็ให้กลับบ้าน ไปแต่ละครั้งไม่ซ้ำอาการ เช่น ไข้ไม่ลด แผลที่ก้น มีกลิ่นเหม็น เยี่ยวขุ่น เยี่ยวออกน้อย” (ผู้ดูแล 1-024)

“ตั้งแต่ไม่ได้ไปเอายาความดันมา 2 ปี พ่อหกล้มบ่อยมาก บางครั้งก็มีแผลถลอก แต่ส่วนใหญ่ ก็พกซำหายากี่หาย บอกให้อยู่เฉยๆ ก็ไม่ฟัง จะไปโน้น ไปนี่ เดินก็เซ เหยื่อยยกไม่พันทัน สะดุดไปทั่ว” (ผู้ดูแล 1-005)

“ผู้สูงอายุบางคน เข้า-ออกโรงพยาบาล บ่อยมาก ส่วนใหญ่จะมีการติดเชื้ทางเดินปัสสาวะ และติดเชื้ที่แผล” (พยาบาล 1-001)

2.2 พบความพิการ ข้อติดแข็ง ข้องอ ผิดรูป

“(แม่) เดินไม่ได้ ตั้งแต่หกล้มเมื่อปีก่อน พาไปรักษาที่โรงพยาบาลหมอเอ็กซ์เรย์บอกว่ากระดูก สะโพกซ้ายเคลื่อน ให้นอนโรงพยาบาลประมาณ 5 คืน ก็ให้กลับมาดึงเหล็กที่ขาซ้ายต่อที่บ้าน (Skin Traction) ต่อจนครบ 3 เดือน ดึงเหล็กได้ไม่ถึงเดือน บอกว่าเจ็บตรงที่ดึง นอนก็รู้สึกไม่สบาย ลูกนั่ง ก็ลำบาก บ่นว่าต้องมาขึ้นมาเหยียบบนเตียง ก็เลยแกะ พลาสเตอร์ออกคนเดียว” (จากการสังเกตข่ายสั้น กว่าข่ายยาว ข้อเท้างอปิดเข้าด้านใน กล้ามเนื้อขา เที้ยวลีบ) (ผู้ดูแล 1-011)

“อ๊วย (หวด) นอนอย่างเดียวนมาเกือบปี ก่อนหน้านั้น ยังช่วยพยุงเดินไปห้องน้ำได้ เดียว ใช้วิธีใส่รถเข็น บางครั้งก็อุ้มเอา เวลาให้พลิกตัว ขยับแขน ขา เป็นบอกเจ็บ ส่วนใหญ่ชอบนอนท่างี้ (นอนหงาย ขาองเข้าหาตัว)” (ผู้ดูแล 1-017)

2.3 มีภาวะเสี่ยงจากการใช้ยาที่ไม่ ถูกต้อง

“ยาที่กินประจำ ลูกไปเอาให้ที่นอนมัย ใกล้หมตก็บอกเขา...เม็ดขาวกลมๆ กินหลังข้าว เข้า-เย็น เม็ดขาวแบนๆกินหลังข้าวเช้า เม็ดรีๆกิน ก่อนนอน” (จากการสอบถามและตรวจนับเม็ดยา พบว่า ผู้สูงอายุจัดยารับประทานเอง โดยใช้วิธีจำ ขนาดเม็ดยาและสี พบมียาใหม่ปนยาเก่าอยู่ในถุง เดียวกัน เมื่อนับเม็ดยาพบว่าบางชนิดก็ไม่พอ รับประทาน บางชนิดก็เหลือมากเกินไปเกินกว่าเมื่อถึง วันนัด) (ผู้สูงอายุ 1-008)

“หมอให้ยาความดันมา 2 ตัว ตัวนี้ กินแล้วกลางคืนแม่ลุกมาฉี่บ่อย ก็เลยให้ดไป ให้กิน แคตัวเดียว” (ผู้สูงอายุ 1-015)

จากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่า การดูแลเป็นกิจกรรมมีความหลากหลายเพื่อตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการ คุณภาพการดูแลขึ้นอยู่กับภาวะสุขภาพและความสามารถของผู้ดูแล สิ่งที่สะท้อนถึงคุณภาพของการดูแลในมิติทางด้านร่างกาย คือ ผู้สูงอายุไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ และยังพบอาการแทรกซ้อนอื่น ความพิการ ความเสี่ยงจากการใช้ยาที่ไม่ถูกต้อง ซึ่งสิ่งเหล่านี้ส่งผลให้ผู้สูงอายุเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงเร็วขึ้น หรือมีระดับการพึ่งพิงที่เพิ่มมากขึ้น

อภิปรายผลการวิจัย

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่เข้าร่วมการศึกษา เป็นเพศหญิงร้อยละ 66.7 อายุเฉลี่ย 79.6 ปี (S.D.=11.3) ซึ่งสอดคล้องกับลักษณะทางประชากรของผู้สูงอายุไทย คือ พบเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ผู้ให้ข้อมูลมีอายุเฉลี่ยสูงกว่าอายุคาดเฉลี่ยของประชากรไทย คือ ชาย = 72.0 ปี และหญิง 78.8 ปี¹³⁻¹⁴ ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้สูงอายุตอนปลาย (อายุตั้งแต่ 80 ปี ขึ้นไป) ร้อยละ 50.0 โดยมีอายุเกิน 90 ปี ร้อยละ 16.6 และเป็นเพศหญิง ซึ่งสอดคล้องกับรายงานการสังเคราะห์ข้อเสนอระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ พบว่า ผู้ที่อายุมากจะพบข้อจำกัดทางด้านร่างกายหรือความพิการสูงกว่าผู้สูงอายุผู้น้อย ผู้สูงอายุหญิงพิการสูงกว่าผู้สูงอายุชาย ผู้สูงอายุหญิง ที่มีอายุมากจะมีความยากลำบากในการดูแลตนเอง ผู้ให้ข้อมูลมีปัญหาโรคเรื้อรัง ร้อยละ 87.5 เป็นโรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค ร้อยละ 12.5 มีภาวะเปราะบาง (Frail Aging) โรคเรื้อรังที่พบมากที่สุดร้อยละ 54.2 เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 37.5 ข้อเข่าเสื่อม ผู้ให้ข้อมูลมีภาวะพึ่งพิงทั้งหมด (ต้องการความช่วยเหลือจากผู้ดูแลประจำวันจากผู้ดูแลทุกกิจกรรม) ร้อยละ 12.5 มีภาวะพึ่งพิงอย่างมาก (ต้องการความช่วยเหลือจากผู้ดูแล

เป็นส่วนใหญ่แต่ยังสามารถทำกิจกรรมได้ด้วยตนเองบ้างเล็กน้อย) คิดเป็นร้อยละ 25.0 และมีภาวะพึ่งพิงปานกลางถึงมาก (ต้องการความช่วยเหลือจากผู้ดูแลเป็นบางกิจกรรมแต่ยังสามารถทำกิจกรรมได้ด้วยตนเองเป็นส่วนใหญ่) ร้อยละ 62.5 ซึ่งพบความชุกโรคเรื้อรังในกลุ่มที่ศึกษาสูงกว่าระดับประเทศ จากรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557¹⁵ พบว่า โรคเรื้อรังที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 53.2 ข้อเข่าเสื่อม ร้อยละ 22.5 จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาต่างชี้ให้เห็นว่าการขยายตัวของโรคเรื้อรังพบมากในกลุ่มที่มีอายุ 60 ขึ้นไป มักนำมาซึ่งภาวะพึ่งพิงและทุพพลภาพ อีกทั้งยังมีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการสุขภาพ

ผู้ดูแล เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.8 อายุระหว่าง 20-70 ปี อายุเฉลี่ย 55.1 ปี (S.D.=13.2) ร้อยละ 62.5 มีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ คือ บุตร รองลงมา ร้อยละ 20.8 มีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ คือ คู่สมรส ซึ่งการดูแลเกี่ยวพันพ่อแม่ที่สูงอายุเป็นหน้าที่ของบุตร หน้าที่นี้ถูกทำให้เป็น “ภารกิจอันศักดิ์สิทธิ์” ด้วยคำสอนและความเชื่อทางศาสนา ในเรื่องความกตัญญูต่เวที บาปบุญคุณโทษ โดยมีบรรทัดฐานทางสังคมทำหน้าที่คอยกำกับ ครอบครัวยเป็นหน่วยทางสังคมขั้นพื้นฐานของมนุษย์ มีกลุ่มคนที่มีความสัมพันธ์ต่อกัน ความสัมพันธ์นี้เป็นความสัมพันธ์ที่เกิดจากการแต่งงาน (สามี-ภรรยา) และการมีสายโลหิตเดียวกัน (พ่อแม่-ลูก พี่-น้อง ร่วมสายโลหิต) การอยู่อาศัยเป็นประเด็นที่เชื่อมโยงอยู่กับความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว การอยู่ร่วมกัน โดยมีการเกี่ยวพันต่อกันอย่างผูกพัน ทั้งในทางกายภาพ (การดูแลกันทางร่างกาย) และทางจิตใจ (รักใคร่ ผูกพัน)⁶ ทั้งในยามปกติและเจ็บป่วย ถือว่าเป็นระบบคุ้มครองทางสังคมที่สำคัญสำหรับผู้สูงอายุ

จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 62.5 ได้รับการดูแลจากบุตร รองลงมา ร้อยละ 20.8 ได้รับการดูแลจากคู่สมรส ร้อยละ 60 ของคู่สมรสเป็นผู้สูงอายุซึ่งสอดคล้องกับปรากฏการณ์การดูแลผู้สูงอายุในสังคมภาคเหนือ พบว่า รูปแบบการดูแลจากเดิมที่ส่วนใหญ่มากกว่าร้อยละ 70 ผู้ให้การดูแลเป็นบุตรกลายเป็นสามี/ภรรยา หลาน และผู้ดูแลรับจ้างเพิ่มขึ้น และยังสอดคล้องกับการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า สัดส่วนของผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังคนเดียว และอยู่ลำพังกับคู่สมรสมีแนวโน้มสูงขึ้น การสำรวจเมื่อปี พ.ศ. 2545 พบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังคนเดียวมีอยู่ร้อยละ 6 แต่ได้เพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ 9 จากการสำรวจปี พ.ศ. 2557 และผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังกับคู่สมรสเพิ่มสูงขึ้นจากร้อยละ 16 ในปี พ.ศ. 2545 เป็นร้อยละ 19 ในปี พ.ศ. 2557 จากการสำรวจประชากรสูงอายุปี พ.ศ. 2557¹³ พบว่าร้อยละ 24 ของผู้ที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป ต้องการการดูแลในการทำกิจวัตรประจำวัน และพบว่าผู้ที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 4 ขาดผู้ดูแล

กลุ่มผู้สูงอายุในการศึกษาค้างครั้งนี้มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรด้วยตนเองต่ำหรือมีความต้องการพึ่งพาผู้อื่นมาก เกิดจากสาเหตุหลัก 2 ประการ คือ 1. เกิดมาจากโรคประจำตัวที่เป็นอยู่เดิม 2. เกิดจากสมรรถภาพทางกายและจิตใจที่ลดลงจากกระบวนการสูงอายุ (Frail Aging) การดูแลที่ได้รับจึงเป็นแบบทดแทนทั้งหมด จากการสำรวจข้อมูลและประมาณค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุของโครงการวิจัยระบบการดูแลระยะยาวเพื่อเสริมสร้างความมั่นคงเพื่อวัยสูงอายุ¹⁶ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรด้วยตนเองต่ำ จะมีต้นทุนในการดูแลรวมปีละ 81,537 บาท ร้อยละ 64.3 เป็นค่าใช้จ่ายด้านการดูแลสุขภาพ (ในจำนวนนั้น ร้อยละ 83.7 เป็นค่ายา ร้อยละ 5.5 เป็นค่าผ้าอ้อมสำเร็จรูป ร้อยละ 2.7 เป็นค่าทำกายภาพบำบัด ร้อยละ 2.6 เป็นค่าบริการตรวจพิเศษ ร้อยละ 1.3 เป็นค่าเดินทางไปรับบริการ) ร้อยละ 5.6 เป็นค่า

ใช้จ่ายในการจ้างผู้ดูแลที่ไม่ใช่สมาชิกในครอบครัว ร้อยละ 28.1 เป็นค่าต้นทุนการเสียโอกาสของสมาชิกในครอบครัว ซึ่งในการศึกษาค้างนี้สำรวจค่าใช้จ่ายเฉพาะในเรื่องค่าวัสดุ-อุปกรณ์ ค่าเดินทางไปรับบริการ ค่าผู้ดูแลรับจ้าง ยังไม่รวมค่าทำกายภาพบำบัด และค่าต้นทุนการเสียโอกาสของสมาชิกในครอบครัว ยังพบว่ามีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยเท่ากับ 36,900 บาทต่อปี ซึ่งมากกว่ารายรับที่ผู้สูงอายุได้รับจากสวัสดิการของรัฐ จะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการดูแลไม่ครอบคลุมทุกปัญหาและความต้องการ ทั้งนี้ ขึ้นอยู่กับความสามารถในการจ่ายของครอบครัว เพื่อใช้ในการดูแลผู้สูงอายุ

จากการวิเคราะห์ข้อมูลด้านปัญหาและความต้องการชุดบริการที่บ้านของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้ดูแลทั้งข้อมูลเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ ในชุมชนที่ศึกษา พบว่า มีความต้องการดังนี้

1. ชุดบริการสนับสนุนผู้ช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันใน 2 รูปแบบ คือ ผู้ดูแลบางเวลา และผู้ดูแลบางกิจกรรม
2. ชุดบริการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ ในการดูแลที่บ้าน เช่น ผ้าอ้อมสำเร็จรูป เวชภัณฑ์ เครื่องช่วยในการเคลื่อนไหว/เคลื่อนย้าย
3. ชุดบริการดูแลที่บ้านในรายที่มีข้อจำกัด
4. ชุดบริการด้านความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ เฉพาะราย และควรมีระบบสนับสนุนที่ส่งเสริมให้มีการดูแลที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น
 1. การปรับเปลี่ยน/ปรับปรุง การออกแบบที่พักอาศัย สภาพแวดล้อมเพื่อส่งเสริมการอยู่อย่างพึ่งพาตนเอง และ/หรือที่เหมาะสมกับการดูแลผู้สูงอายุ
 2. การจัดบริการรับ-ส่งที่บ้านกับสถานบริการสุขภาพตลอด 24 ชั่วโมง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นันดา คำนิยม และ วรรณภา ศรีธัญรัตน์¹⁷ ใน 3 ประเด็น จาก 4 ประเด็น คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีความต้องการชุดบริการดูแลระยะยาวที่บ้านและในชุมชน ประกอบด้วย
 1. ชุดบริการสนับสนุนผู้ดูแล
 2. ชุดบริการดูแลสุขภาพที่บ้าน
 3. ชุดบริการสนับสนุน ยา เวชภัณฑ์ อุปกรณ์เครื่องช่วยต่างๆ
 4. ชุดบริการ

หรือศูนย์สนับสนุนผู้สูงอายุ/ครอบครัวในชุมชน และ ยังสอดคล้องตามชุดสิทธิประโยชน์สำหรับการจัด บริการดูแลระยะยาวที่บ้านและชุมชน สำหรับ ผู้สูงอายุของกลุ่มประเทศ OECD⁵ ทุกประเด็น คือ

1. บริการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL Help)
2. บริการด้านสุขภาพ (Health Care)
3. บริการ อุปกรณ์ช่วยเหลือในการดำรงชีวิต (Assistive Devices) และ
4. บริการสนับสนุนการดูแลที่บ้าน (รถนำส่ง ศูนย์ดูแลกลางวันศูนย์ดูแลชั่วคราว การให้คำปรึกษา)

เมื่อศึกษาลงไปในรายละเอียดของความ ต้องการของผู้สูงอายุในแต่ละชุดบริการ พบว่ามีความต้องการที่แตกต่างกันตามระดับภาวะพึ่งพิง และความสามารถในการสนับสนุนของครอบครัว แม้ว่าในประเทศไทยจะมีประกาศการกำหนด หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุน หลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ในเรื่องชุดสิทธิประโยชน์ และอัตราการชดเชย ค่าบริการด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะ พึ่งพิง (เหมาจ่าย/ราย/ปี) แต่อย่างไรก็ตามการ ดำเนินการยังอยู่ในระยะที่เริ่มนำนโยบายสู่การปฏิบัติ ยังมีข้อจำกัดในการเลือกใช้ชุดบริการที่มีความ เฉพาะสำหรับผู้สูงอายุแต่ละกลุ่ม เช่น ผู้สูงอายุกลุ่ม ติดเตียง ติดบ้าน หรือผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแล ระยะยาว รวมทั้งการจัดบริการยังไม่มีทางเลือกที่ หลากหลาย เมื่อเทียบกับประเทศญี่ปุ่น¹⁸ ที่มีการ พัฒนาระบบการดูแลระยะยาวจนกลายเป็นต้นแบบ การดูแลระยะยาว ประเทศญี่ปุ่นมีการแบ่งกลุ่มเป้าหมายของ ผู้ใช้บริการอย่างชัดเจน รวมถึงสิทธิ ประโยชน์ต่างๆ ที่ผู้ใช้บริการได้รับโดยให้เป็นไปตาม กฎหมายกำหนด และเป็นรูปแบบที่ให้ความสำคัญ กับการป้องกันการเกิดโรคและความพิการของ ผู้สูงอายุ เช่น การบริการเยี่ยมบ้าน (การบริการ ช่วยเหลือที่บ้าน การบริการอาบน้ำ การเยี่ยมบ้าน ดูแลทางการแพทย์ การเยี่ยมบ้านเพื่อการฟื้นฟู การให้คำแนะนำการจัดการทางการแพทย์ที่บ้าน)

การบริการรายวัน (บริการรายวันในการดูแลทางการแพทย์ บริการรายวันในการฟื้นฟู) การบริการ แบบพักชั่วคราว การสนับสนุนที่บ้าน (การบริการ สิ่งอำนวยความสะดวกทางการแพทย์) ซึ่งประเทศไทย ยังต้องพัฒนาชุดบริการให้มีความเหมาะสมกับ บริบท สังคม วัฒนธรรมของพื้นที่ ครอบคลุม ทุกองค์ประกอบของการดูแลระยะยาวที่บ้าน การกำหนดค่าใช้จ่ายที่เหมาะสม รวมทั้งการมี มาตรการและกลไกในการประกันคุณภาพของ การให้บริการ เพื่อความยั่งยืนในการบริหารจัดการ การดูแลระยะยาวในอนาคตต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเพื่อการนำไปใช้

1. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรนำข้อเสนอชุดบริการดูแลที่บ้านสำหรับผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิงไปทดลองใช้ เพื่อศึกษาถึงปัญหา อุปสรรค ทั้งด้านการบริหาร การจัดการ การดำเนินงาน การใช้จ่ายงบประมาณ ผลลัพธ์การดำเนินงาน เพื่อนำผลมาปรับปรุงผลการจัดชุดบริการดูแลที่บ้าน
2. งานพัฒนาบุคลากรและคุณภาพบริการ ควรมีการกำหนดสมรรถนะที่จำเป็นสำหรับพยาบาล บุคลากรของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และ ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care Giver) เพื่อให้สามารถจัดบริการที่บ้านสำหรับผู้สูงอายุได้อย่างครอบคลุมต่อปัญหาที่พบบ่อย ในวัยสูงอายุ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

3. การพัฒนามาตรฐานการดูแลที่บ้านสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

กิตติกรรมประกาศ

ขอบพระคุณผู้ร่วมดำเนินการวิจัยทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูล และมีส่วนร่วม ในการวิจัยจนเสร็จสิ้น รวมทั้งมหาวิทยาลัยพะเยา ที่ให้การสนับสนุนทุนวิจัย

REFERENCES

1. Sakunphanit,T. Performance of Health Care for Elderly and Impact on Public Health Care Financing during 2011-2022. Health Insurance System Research Office,2011. (in Thai)
2. Office of The National Economic and Social Development Board. Population Projections for Thailand 2010-2040. Bangkok: October Print Press, 2013. (in Thai)
3. Srithamrongsawat, S., Bundhamcharoen, K., Sasat, S. Projection of Demand and Expenditure for Institutional Long-term Care in Thailand. Health Care Reform Project: Thai-European Cooperation for Health, 2009.
4. World Health Organization. Global Age-friendly Cities: A Guide [online]2007 [cited 2014 /10/27]. Available from: http://www.who.int/ageing/publications/Global_age_friendly_cities_Guide_English.pdf
5. Colombo, F, et al. Health Wanted? Providing and Paying for Long-term Care[online].2011 [cited 2013/7/15]. Available from: http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/help-wanted_9789264097759-en
6. Opasanant, P. and Pa-in, P. Development of Age-friendly Health and Social Service System in Community. Phayao: University of Phayao,2013. (in Thai)
7. Podhisita, C. Science and Art in Qualitative Research. 4 th ed. Bangkok: Amarin Printing and Publishing, 2009.(in Thai)
8. Boyd, C.O. Combining Qualitative and Quantitative Approaches. In P. L. Munhall, & C.O. Boyd (Eds.), *Nursing Research: A Qualitative Perspective*. 2 nd ed.(pp. 454-475). Boston: Jones & Bartlett, 2000.
9. Denzin, N. K. *The Research Act in Sociology*. Chicago: Aldine, 1970.
10. Mitchell, E. S. Multiple Triangulation: A Methodology for Nursing Science. *Advances in Nursing Science*, 1986;8(3):18-26.
11. Chantavanich, S. *Qualitative Research Methods*. 22 nded. Chulalongkorn University Press, 2558. (in Thai)
12. Morse, J. M. *Critical Issues in Qualitative Research Methods*. Thousand Oaks: SAGE, 1994.
13. Institute for Population and Social Research, Mahidol University. *Population Aging in Thailand 2014* [online]. Available from: <http://www.pr.mahidol.ac.th/ipsr/Contents/Books/ FullText/2014/2014-Population-Aging-Poster.pdf>.
14. Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute. *Situation of the Thai elderly 2012-2014* [online]. 2015. Available from: www.thaigri.org

15. Aekplakorn, W., et al. Thai National Health Examination Survey V. Bangkok: Aksorn Graphic and Design, 2014. (in Thai)
16. Suwanrada, W., Chalermwong, D., Damjuti, W., Kamruangrit, S., and Boonma, J. Long Term Care System for Old-age Security Promotion: Research Report Submitted to Office of the Welfare Promotion Protection and Empowerment of Vulnerable Groups, 2010. (in Thai)
17. Kumniyom, N. and Sritanyarat, W. Needs of Long Term Care Service Packages for Frail Older Persons in Community. Journal of Nursing and Health Care, 2016; 34(3):125-131.
18. Sarai, K. Study of Long-term Care Model for the Elderly in Japan and Thailand. Proceedings of the 9th National Conference on Disability, Bangkok 2016: 165-176. (in Thai)