

ภาวะสุขภาพและการจัดการสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่ต้องการ การดูแลที่บ้านในอำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม*

Health Status and Self Management among Elderly People Who Need Home Care Service*

สุรชาติ สิทธิบูรณ์** สุรพันธ์ สืบเนียม** สมจิต แดนสีแก้ว***

อุไร จำปาหวะ**** จารุวรรณ ก้าวหน้าไกล****

Surachart Sittipakorn** Surapan Seubniam** Somjit Daenseekaew***

Urai Jumpawadee**** Jarawan Kownaklai****

Received : 8/7/64

Revised : 22/7/64

Accepted : 30/9/64

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพและการจัดการสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่อาศัยในอำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงสู่สังคมผู้สูงอายุ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสังเกตแบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วม ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ถึงพฤษภาคม พ.ศ.2564 จากผู้สูงอายุที่ป่วย หรือพิการ 42 คน และ ผู้ดูแลในครอบครัว 42 คน

ผลการศึกษา พบว่า 1. ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ มี 3 ลักษณะ ได้แก่ 1) ผู้สูงอายุติดเตียง 25 คน จากการป่วยด้วยโรคเส้นเลือดสมองตีบ ร่วมกับโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไตเรื้อรัง 2) ผู้สูงอายุติดบ้าน 13 คน จากการหกล้ม สะโพกและกระดูกสันหลังเคลื่อน เดินไม่ได้จึงมีการนั่งถัดเคลื่อนตัวในบ้าน 3) ผู้สูงอายุพิการ ตามอดจึงอยู่ติดบ้าน 4 คน 2. การจัดการสุขภาพตนเอง พบว่า ผู้สูงอายุทุกคนมีการจัดการสุขภาพไม่เหมาะสม ได้แก่ 1) ไม่พบแพทย์ เนื่องจากเดินทางลำบาก ญาติซื้อยามาให้รับประทาน 2) ปรับสภาพบ้านตามกำลังทรัพย์ โดยนอนอยู่ที่โล่งใต้ถุนบ้าน บนเตียงที่ทำเอง ใกล้เคียงน้ำเพื่อความสะดวกในการใช้น้ำ 3) รับประทานอาหารหวาน มัน เค็ม ไม่ได้จำกัดอาหารตามการป่วย 4) ไม่ออกกำลังกาย เนื่องจากลำบากผู้ดูแล 5) นอนไม่หลับสนิท ต้องใช้ยานอนหลับช่วยให้หลับ 6) บริหารจิตใจ โดยเปิดวิทยุฟังพระสวดและหมอลำ

ผู้สูงอายุมีการจัดการสุขภาพของตนเองยังไม่เหมาะสม ควรมีการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาแนวทางสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่จากท้องถิ่น และเพิ่มสวัสดิการด้านการตรวจรักษาที่บ้านอย่างต่อเนื่อง การกายภาพบำบัด และการปรับสภาพที่อยู่อาศัยอย่างเหมาะสมต่อไป

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ ภาวะสุขภาพ การจัดการสุขภาพตนเอง การดูแลที่บ้าน

* งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

**อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

***รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

****ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

* This research was granted by Mahasarakham University

**Lecturer of Faculty of Nursing, Mahasarakham University

***Associate Professor of Faculty of Nursing, Mahasarakham University

**** Assistant Professor of Faculty of Nursing, Mahasarakham University

Abstract

The objective of this qualitative research is to investigate health status and self management among elderly people in Kantharawichai District, Mahasarakham Province where has been changed to an aging society. Data was collected from selected 42 illness or disability elderly people and 42 family care givers through in-depth interviews, participatory and non-participatory observations between February and May 2021.

There were found that firstly, health status having 3 components: 1) Bedridden elderly, there were 25 elderly bed-bound patients who living with cerebrovascular stenosis and diabetes mellitus, hypertension, chronic kidney disease. 2) Home based elderly, there were 13 elderly home-crawlers due to falling, hip dislocated and spondylolisthesis. 3) Disability elderly, there were 4 elderly who living with handicapped and blind. Secondly, self management, there were found that all elderly persons received improper self management such as; 1) Not taken to see doctor due to difficult travel and relatives bought medicine to them instead. 2) Being adjusted their home environment following the family effort, lay down on open space 1st floor with hand-made bed near the toilet to access easily water. 3) The family provided food as it was possible, not limited to sugary, oily and salty foods following the illness. 4) Did not exercise due to difficulty by caregiver. 5) Unable to deep sleep without assisted of sedative pills and 6) Exercise their mind by turning on the radio, listening to the chants and traditional local song (Mor Lam).

Finally, based on finding we found that elderly had not well managed their health. Therefore, next study should be conducted to develop guidelines to care older people to receive advices from local authorities and continually increase the welfare of home screening physical therapy and appropriate housing conditions.

Keywords: Elderly people, Health status, Self management, Home care service

ความสำคัญและที่มาของปัญหา

ประเทศไทยก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging society) มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 หลังจากนั้นพบประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง พ.ศ. 2558 มีจำนวน 9.841 ล้านคน (ร้อยละ 14.2 ของประชากรทั้งหมด) และในปี พ.ศ. 2563 จำนวน 11,855 คน (ร้อยละ 16.7 ของประชากรทั้งหมด)¹ ประเทศไทยจึงต้องพัฒนาการจัดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตามสภาพการเปลี่ยนแปลงประชากร เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถใช้ชีวิตแต่ละวันอย่างมีความสุข มีอิสระในการดำเนินชีวิตอย่างมีคุณภาพตามที่ตนต้องการ แต่เนื่องจากสภาพร่างกายของผู้สูงอายุมีความเสื่อมถอยจึงเกิดมีโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้น² และส่งผลให้ผู้สูงอายุมีข้อจำกัดจากการเจ็บป่วยและความพิการที่ตามมา รวมถึงความสามารถในการทำงานที่ลดน้อยลงตามภาวะสุขภาพ ทำให้มีปัญหาเศรษฐกิจ ส่งผลทางอารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณเพิ่มอีก จึงเป็นปัญหาสุขภาพที่สลับซับซ้อนยากต่อการจัดการสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ³

ผู้สูงอายุมีความต้องการปัจจัยสี่ คือ อาหาร เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย และยารักษาโรค หรือบริการสุขภาพตามสภาพร่างกาย และจิตใจ⁴ รวมถึงการจัดการสุขภาพที่จำเป็นด้านอื่นเพื่อพ่วงภาวะสุขภาพของตนเองให้แข็งแรงและพึ่งพาตนเองให้ได้มากที่สุด เช่น การรับประทานอาหาร การอนามัยส่วนบุคคล การขับถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะ การอาบน้ำ การทำความสะอาดเสื้อผ้า ที่อยู่อาศัย การออกกำลังกาย การได้รับอากาศบริสุทธิ์ การรับแสงอาทิตย์ การมีงานอดิเรกหรืองานเสริมเพื่อหารายได้ให้พอสำหรับการดูแลตนเองในอนาคต การจัดที่อยู่อาศัยเหมาะสมกับสภาพร่างกายและป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ รวมถึงการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ที่อยู่อาศัยร่วมบ้านหรือผู้ให้การดูแลด้วยความอบอุ่น มีการจัดการอารมณ์ และปฏิบัติกิจทางศาสนาอย่างเหมาะสมไม่มีปัญหาสุขภาพจิตตามมา⁵ ผู้สูงอายุจึงควรได้รับการสนับสนุนให้จัดการดูแลสุขภาพของตนเองให้เหมาะสมตามปัญหาสุขภาพที่แตกต่างกันไปตามการใช้ชีวิตในวัยที่ผ่านมา⁶

จากการประเมินสถานการณ์พัฒนาผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุไทยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น แต่ขาดแคลนผู้ดูแลเนื่องจากกลุ่มบุตรหลานย้ายถิ่นไปทำงานเพื่อเพิ่มรายได้ให้เพียงพอกับรายจ่ายของครอบครัว⁷ ประกอบกับผู้สูงอายุมีความเสี่ยงจากการได้รับอุบัติเหตุ การมีโรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ และโรคไตเรื้อรัง จึงมีข้อจำกัดด้านการเคลื่อนไหว การฟัง การมองเห็น การจดจำ การสื่อสาร ผู้สูงอายุจึงมีความเสี่ยงในด้านความปลอดภัยในชีวิต⁶ เหตุนี้ส่งผลให้ผู้สูงอายุต้องการพียงความสามารถในการจัดการสุขภาพตนเองให้มากที่สุด เพื่อลดภาระของบุตรหลานวัยแรงงานที่ต้องทำงานหนักและรับภาระการดูแลผู้สูงอายุ⁸ หลายหน่วยงานที่เกี่ยวข้องร่วมกับชุมชนได้จัดกระบวนการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุจัดการสุขภาพของตนเอง และเพิ่มศักยภาพของครอบครัวให้สนับสนุนผู้สูงอายุจัดการสุขภาพได้ โดยมุ่งหวังให้ผู้สูงอายุสามารถประเมินภาวะสุขภาพตนเอง วิเคราะห์ปัญหาและความต้องการ ตั้งเป้าหมายในการจัดการตนเอง วางแผนการจัดการตนเอง ตลอดจนประเมินผลการจัดการสุขภาพตนเองได้⁹ เพื่อลดภาระด้านค่าใช้จ่ายให้แก่ผู้สูงอายุในการจัดบริการสุขภาพของตนเอง รวมถึงการลดรายจ่ายของครอบครัว และรัฐบาล รวมถึงการเพิ่มความผาสุกตลอดช่วงชีวิตของผู้สูงอายุ¹⁰

ผู้วิจัยในฐานะอาจารย์ของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้มีโอกาสพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม ผ่านการนำนิสิตเข้าฝึกปฏิบัติงานวิชาการพยาบาลชุมชน และการฝึกปฏิบัติงานร่วมกับอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เข้าอบรมโครงการอบรมผู้ดูแลเพื่อปรับสภาพบ้านและฟื้นฟูสภาพผู้พิการ และโครงการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (MSU Smart Aging Caregiver)⁸ จากการตรวจประเมินภาวะสุขภาพ และให้การดูแล พบว่าผู้สูงอายุในพื้นที่นี้มีความพิการจากโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานและ

ความดันโลหิตสูง และมีการปฏิบัติตัวที่ไม่เหมาะสม เช่น รับประทานอาหารพื้นบ้าน น้ำพริก ส้มตำ ไก่ หรือหมูย่างที่มีรสหวาน มัน เค็ม ที่หาซื้อได้ในชุมชน และขาดการออกกำลังกาย จึงทำให้อ้วน และควบคุมโรคไม่ได้ มีความพิการและความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้น กลุ่มผู้วิจัยจึงสนใจประเมินภาวะสุขภาพ และการจัดการสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วย หรือพิการที่อาศัยอยู่ในชุมชน โดยคาดว่าจะนำผล การศึกษาไปใช้ประโยชน์ต่อการกำหนดแนวทาง พัฒนาอาสาสมัครชุมชน ผู้นำชุมชน และเจ้าหน้าที่ รัฐในพื้นที่เพื่อสร้างเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วย หรือ พิการที่ต้องการการดูแลที่บ้านให้เข้มแข็ง (Community Strength for Home Care) สมาชิก ชุมชนสามารถดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพด้วย ความเอื้ออาทร เพื่อสร้างสังคมอุดมปัญญาแก้ไข ปัญหาและพึ่งพาตนเองได้อย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

- 1) ศึกษาภาวะสุขภาพและการจัดการ สุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่บ้าน
- 2) ศึกษาความต้องการการสนับสนุนการ จัดการสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่บ้าน

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยนำกรอบแนวคิดการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (Chronic care model)⁹ ในส่วนของ Health System ส่วน Self Management/ Develop Personal Skills มาสร้างเครื่องมือในการศึกษา ภาวะสุขภาพและการจัดการสุขภาพตนเองของ ผู้สูงอายุที่ป่วยหรือพิการที่ยังอาศัยอยู่ที่บ้าน โดย ศึกษาประสบการณ์การจัดการตนเองของผู้สูงอายุ 4 ด้าน ได้แก่ 1) การประเมินสุขภาพ 2) การ ตั้งเป้าหมายในการจัดการสุขภาพ 3) การปฏิบัติการ จัดการสุขภาพ 4) การประเมินผลการจัดการ สุขภาพ ตลอดจนการได้รับการสนับสนุนจากชุมชน และหน่วยบริการสุขภาพ¹⁰ ใน 6 กิจกรรมได้แก่ 1) การไปตรวจและปฏิบัติตามแผนการรักษา 2) การ

ทำความสะอาดร่างกาย เครื่องนุ่งห่มและที่อยู่อาศัย 3) การรับประทานอาหาร 4) การออกกำลังกายและ การบริหารเพื่อลดความพิการ 5) การพักผ่อนนอน หลับ 6) การบริหารจัดการใจและการจัดการอารมณ์¹¹

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้ เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) แบบปรากฏการณ์วิทยา เชิงพรรณนา (Descriptive Phenomenology) เก็บข้อมูลโดยการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม การ สังเกตแบบมีส่วนร่วม การศึกษาจากเอกสาร และ การสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อให้ได้ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับ สุขภาพ การจัดการสุขภาพ การรับรู้ ความรู้ ความคิด ความเชื่อ จากผู้สูงอายุที่ป่วย หรือพิการที่ ต้องการการดูแลที่บ้าน และจากมุมมองของผู้ดูแล¹²

พื้นที่ในการดำเนินการวิจัย ศึกษาในพื้นที่ รับผิดชอบของทุกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ (รพ. สต.) ในอำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม รวม 14 รพ.สต. เจาะจงเข้าศึกษาที่ครอบครัวของ ผู้สูงอายุที่ป่วยหรือพิการติดเตียง ติดบ้าน ที่ต้องการ การดูแลที่บ้าน สนับสนุนการเข้าศึกษาโดยผู้นำ ชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้สูงอายุและผู้ดูแลในครอบครัว ที่มีความต้องการใน การแก้ไขปัญหาสุขภาพของสมาชิก และยินดีให้ ความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย

ประชากร (Population) หมายถึง กลุ่ม ผู้สูงอายุในอำเภอกันทรวิชัย รวม 2,800 คน ผู้ดูแล ในแต่ละครอบครัว และผู้ดูแลในชุมชน จำนวน รวม 3,000 คน อาศัยอยู่จริงในพื้นที่ ไม่ต่ำกว่า 1 ปี

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key informants) มี 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) ผู้สูงอายุที่ป่วย หรือพิการติดเตียง ติดบ้าน 42 คน 2) ผู้ดูแลในครอบครัว 42 คน ซึ่ง เป็นผู้ที่มีสติสัมปชัญญะดี ติดต่อสื่อสารด้วยการฟัง และการพูดด้วยภาษาไทยได้ เข้าร่วมการวิจัยด้วย ความสมัครใจ ผู้วิจัยประสานงานขอความร่วมมือ ผ่านผู้อำนวยการ รพ.สต.

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก (Guideline for in-depth interview) เป็นคำถามปลายเปิดที่ผู้วิจัยใช้สัมภาษณ์ผู้สูงอายุ ผู้ดูแลในครอบครัว และอาสาสมัครชุมชนที่ให้การดูแล เกี่ยวกับ 1) การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ การเจ็บป่วย ภาวะแทรกซ้อน 2) การจัดการสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ได้แก่ การประเมินสุขภาพ การตั้งเป้าหมายการจัดการสุขภาพ การวางแผน การประเมินการจัดการสุขภาพ ความพึงพอใจในการจัดการสุขภาพ ปัญหาอุปสรรค ความต้องการและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ได้แก่ การไปตรวจตามนัด การรับการรักษา การรับประทานยา การลดการกินอาหารหวาน มัน เค็ม การออกกำลังกาย การทำความสะอาดร่างกาย เสื้อผ้า ที่อยู่อาศัย การป้องกันควั่นบุหรี่ การดื่มสุรา

2. แนวทางการสังเกตแบบมีส่วนร่วม และไม่มีส่วนร่วม (Guideline for participant and non-participant observation) ใช้เครื่องมือเดียวกัน เป็นแนวทางที่ผู้วิจัยใช้สังเกต 1) ความสัมพันธ์ของสมาชิกครอบครัว 2) วิธีการจัดการสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ 3) การได้รับการดูแลจากผู้ดูแลในครอบครัว 4) อากัปกิริยา การแสดงออก ท่าทาง สีหน้า ขณะที่มีการสัมภาษณ์เชิงลึก การตรวจสอบเครื่องมือวิจัยโดยตรวจเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุและการวิจัยเชิงคุณภาพทั้ง 3 ท่าน จากต่างมหาวิทยาลัยกับผู้วิจัย

3. ผู้วิจัยทุกคน เป็นผู้ที่มีประสบการณ์วิจัยเชิงคุณภาพไม่ต่ำกว่า 5 ปี ผู้วิจัยจึงเป็นเครื่องมือสำคัญในการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสังเกต

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยทั้ง 5 คน เป็นอาจารย์ของคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ตั้งอยู่ในอำเภอกันทรวิชัย ซึ่งเป็นพื้นที่ศึกษาได้นำนิสิตลงฝึกงานใน รพ.สต. ที่ทำวิจัย พร้อมทั้งได้เป็นผู้จัดการอบรม เป็นวิทยากรการ

อบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ทำงานในทุก รพ.สต. และผู้วิจัยยังเป็นผู้รับผิดชอบโครงการหนึ่งตำบลหนึ่งมหาวิทยาลัย ดำเนินงานในพื้นที่อำเภอนี้ จึงมีความสนิทสนมกับสาธารณสุขอำเภอ เจ้าหน้าที่ และอาสาสมัครของทั้ง 14 รพ.สต. ประกอบกับการเดินทางเข้าหมู่บ้านสะดวก และพื้นที่ใกล้เคียงกัน จึงขับรถไปเอง ใช้เวลา 30 – 60 นาที

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลหลังจากโครงการวิจัยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยผู้วิจัยนำส่งหนังสือราชการจากคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ถึงสาธารณสุขอำเภอกันทรวิชัย ผู้อำนวยการ รพ.สต. ทุกแห่ง และสำเนาถึงกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน เพื่อขออนุญาตดำเนินการวิจัยในพื้นที่ และชี้แจงวัตถุประสงค์ ประสานงานด้วยวาจาและสร้างสัมพันธภาพกับผู้ดูแล (Care giver) ผ่านผู้อำนวยการ รพ.สต. ผู้ใหญ่บ้าน และ กำนันทุกตำบล เพื่อให้ได้ข้อมูล 4 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย อายุ เพศ ระยะเวลาการเจ็บป่วย โรคแทรก โรคร่วม 2) ผลการตรวจร่างกายในช่วง 6 เดือน 3) ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการในรอบ 1 ปี 4) การรักษาที่ได้รับ

ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึง พฤษภาคม พ.ศ. 2564 รวมเวลา 4 เดือน เริ่มเก็บข้อมูลภาวะสุขภาพและการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุที่ติดเตียง ติดบ้าน การรับรู้ความคิด ความเชื่อและการสนับสนุนจากครอบครัว ชุมชนและหน่วยบริการสุขภาพ เก็บข้อมูล 3 วิธี ได้แก่ 1) การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) ผู้วิจัยสัมภาษณ์เชิงลึกผู้สูงอายุที่ป่วยและผู้ดูแลที่มีประสบการณ์และมีข้อมูลมาก (Rich informants) ใช้เวลาสัมภาษณ์ คนละ 45 นาที ถึง 1 ชั่วโมง 2) การสังเกตแบบมีส่วนร่วม (Participant Observation) โดยการสังเกตขณะสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับพฤติกรรมจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุ

เกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การพักผ่อน การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด การปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนา การใช้ยา การชั่งน้ำหนัก การลดบริโภคเกลือ การเลิกหรือลดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การงดสูบบุหรี่ รวมถึงการสังเกตผู้ดูแลในครอบครัวและชุมชน เพื่ออธิบายสภาพแวดล้อม กิจกรรมและปฏิสัมพันธ์ในครอบครัว ใช้เวลาในการสังเกตประมาณ 45 นาที – 1 ชั่วโมง ผู้วิจัยนำข้อเท็จจริงที่สังเกตได้มาจดบันทึก

จริยธรรมการวิจัย รายงานการวิจัยนี้เป็นผลของการวิจัยระยะที่ 1 ของการวิจัยเชิงปฏิบัติการเรื่อง “การเสริมสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายผู้ดูแลสู่บริการถึงบ้านอย่างมีคุณภาพ” ซึ่งมุ่งศึกษาเพื่อตอบวัตถุประสงค์ข้อที่ 1 ของการวิจัย คือ ศึกษาภาวะสุขภาพและการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุ ผู้ป่วยและผู้พิการที่ต้องการการดูแลที่บ้าน โครงการวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่ 041001/2564 กลุ่มผู้วิจัยค้นหาข้อเท็จจริงจากผู้สูงอายุที่ป่วยอยู่ที่บ้านที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ และศึกษาข้อมูลเพื่อการยืนยันข้อเท็จจริงจากผู้ดูแลในครอบครัว และผู้นำชุมชนที่เข้าไปช่วยดูแล โดยผู้วิจัยแจ้งวัตถุประสงค์การวิจัยให้ทุกคนเข้าใจ และให้อิสระในการตัดสินใจให้ข้อมูลและยุติการให้ข้อมูลได้ทันทีที่ต้องการ โดยผู้วิจัยไม่มีการถ่ายภาพ แต่ขอบันทึกข้อมูลลงในสมุดบันทึก และจะนำมาวิเคราะห์ข้อมูล เขียนรายงานวิจัยโดยไม่ระบุชื่อผู้ให้ข้อมูล และจะทำลายเอกสารที่บันทึกเมื่อรายงานวิจัยได้เผยแพร่แล้ว

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยผู้วิจัยอ่านข้อมูลจากการบันทึกหลายครั้ง ชีตเส้นใต้คำสำคัญและนำมาจัดหมวดหมู่ ใส่รหัสและนำข้อมูลมาเรียงร้อยตามความเป็นเหตุเป็นผล นำมาอธิบายภาวะสุขภาพและการจัดการสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

อย่างครบถ้วนสมบูรณ์ ระบุหัวข้อเรื่อง (Theme) จากการประมวลคำสำคัญ (Key words) เชื่อมโยงความเป็นเหตุเป็นผลของข้อมูล และทำการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Data triangulation) โดยเก็บข้อมูลในเวลาต่างกัน เก็บข้อมูลจากผู้ร่วมศึกษาต่างกัน คือ ผู้สูงอายุ ผู้ดูแลในครอบครัว และอาสาสมัครชุมชน และเก็บข้อมูลด้วยวิธีต่างกัน ทั้งการสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกตแบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วม ทำการวิเคราะห์ให้ตรงวัตถุประสงค์ตามความจริง ไม่ใช้ความรู้สึก และตรวจสอบผลการวิเคราะห์ต่อผู้ร่วมวิจัยเพื่อยืนยันความถูกต้อง

ผลการวิจัย

ผู้วิจัยค้นพบข้อเท็จจริง 3 ประเด็น ได้แก่

- 1) ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลที่บ้าน
- 2) การจัดการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลที่บ้าน
- 3) ความต้องการสนับสนุนในการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลที่บ้าน

ผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลที่บ้าน 42 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ตามภาวะสุขภาพ คือ 1) ผู้สูงอายุที่ป่วยติดเตียง 2) ผู้สูงอายุที่พิการติดบ้าน มีภาวะสุขภาพ ดังนี้

1.1 ผู้สูงอายุที่ติดเตียง ทั้ง 14 รพ.สต.พบผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยมาก ต้องนอนติดเตียง 25 คน จากอุบัติเหตุและการป่วยด้วยโรคเรื้อรัง มีภาวะสุขภาพ ดังนี้

1.1.1 ผู้สูงอายุที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรังและมีภาวะวิกฤติแทรกต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด
ผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีการป่วยด้วยโรคเบาหวาน หรือความดันโลหิตและที่คุมไม่ได้มีภาวะวิกฤติแทรก

“ตา 76 ปี นอนติดเตียง ลูกเดินไม่ได้ มีอาการเหนื่อย เป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคเส้นเลือดหัวใจตีบ 3 เส้น รับการผ่าตัดทำบายพาสที่ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ เมื่อปีที่แล้ว โดยการส่งต่อจาก รพ.กันทรวิชัย และส่งกลับ รับยามาฉีดยาที่บ้าน ปีนี้คุมน้ำตาลไม่ได้ มีทั้งสูงและต่ำ หิวข้าว ก็กินกล้วยสุก น้ำตาลสูงลูกก็ต้มผักให้กิน มีซาซา ซา มีโอ ซาเต้ต้องนวด ลูกสาวฉีดยาอินซูลินให้พ่อทุกวัน ปีนี้มีครั้งหนึ่ง ลูกเขยฉีดยาอินซูลินแทนลูกสาว ฉีดมาก ได้หามส่งโรงพยาบาล” (ลูกสาว 53 ปี ให้ข้อมูล)

“ตาอายุ 84 ปี โสด อยู่บ้านคนเดียว มีหลานลูกของน้องสาวอยู่บ้านติดกันแวะมาจัดหาของที่จำเป็นและอาหารมาให้ เป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง มา 20 กว่าปี ตอนนี้มีโรคแทรกคือไตเรื้อรังระดับ 4 หลานต้องพาไปฟอกไตที่โรงพยาบาล และปีนี้มีกรดติดเชื้อ ต้องเข้าโรงพยาบาลบ่อย ต้องอาศัยผู้ดูแลจาก รพ.สต. มาดูทุกวัน” (ผู้สูงอายุที่ป่วยติดบ้าน ให้ข้อมูล)

1.1.2 ผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคแต่ติดเตียงจากอุบัติเหตุ กลุ่มนี้ปัจจุบันไม่มีโรคเรื้อรัง หรือโรคภัยไข้เจ็บ แต่ต้องกลายเป็นผู้พิการติดเตียงจากการประสบอุบัติเหตุภายในบ้าน “แม่ 92 ปี แต่ก่อนแข็งแรงทำนา ปลูกผักขาย ปีที่ผ่านมาเดินหกล้ม หน้าห้องน้ำ กระตุกสะโพกหักจึงกลายเป็นคนแก่ติดเตียง ทุ้งทุ้งแม่ไม่มีการเจ็บป่วยใดๆมาก่อน ตอนนี้อายุ 92 ปี ไม่ป่วย ผู้ดูแลและ อสม. มาตรวจวัดความดันโลหิต ชีพจรก็ปกติ ไม่ต้องกินยา แต่ลูกต้องป้อนอาหาร ดูแลความสะอาดให้ทุกอย่าง ตัดเล็บ ตัดผม” (ลูกสาวอายุ 67 ปี เป็นผู้ดูแล) “ยาย 74 ปี อ้วน หนักเกินร้อย สิ้นลัม นอนติดเตียงเลย ลูกไม่ขึ้น นอนกินข้าวได้ก็กินไป กินเยอะ ถอยการกินไม่ได้มันหิว ตอนนี้อยู่มาจนถึง 4 ปีแล้ว ยังลุกไปกินไม่ได้ ต้องมีคนป้อนข้าว ป้อนน้ำ ยกกระโถน อาบน้ำ เปลี่ยนเสื้อผ้าให้ ลูกหลานไปทำงานรับจ้าง ไม่มีการป่วยนะ แต่อ้วน ถือว่าป่วยไหมหรือเราไม่ได้ไปตรวจ ไม่มี

อะไร ไม่ต้องกินยา” (ลูกสาวอายุ 54 ปี เป็นผู้ดูแล และให้ข้อมูล)

1.1.3 ผู้สูงอายุที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรังจนเป็นเหตุให้ติดเตียง ผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีการป่วยด้วยโรคเบาหวาน หรือ ความดันโลหิตและมีโรคร่วม เช่น ไตเรื้อรัง หรือ โรคหลอดเลือดสมองตีบ แตกตัน ทำให้ต้องนอนติดเตียง “ยาย 87 ปี ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ความดันมาตั้งแต่ 50 กว่าปี คุมโรคได้ แต่อ้วนขึ้นทุกปี เมื่ออายุ 70 ปี อ้วนจนเดินลำบาก ต้องนอนติดเตียงจนเป็นแผลกดทับ ช่วยตัวเองไม่ได้ ต้องมีคนป้อนข้าว ป้อนน้ำ ยกกระโถน อาบน้ำ เปลี่ยนเสื้อผ้าให้ ก็อยู่ไปจนถึงวันสุดท้าย วันไหนก็วันนั้น” (ผู้สูงอายุให้ข้อมูลเอง และมีญาติที่มาช่วยยกข้าวน้ำที่ลูกสาวเตรียมไว้ให้ และมาช่วยดูแลเมื่อผู้สูงอายุเรียก) “ยาย 75 ปี เป็นโรคเบาหวาน ความดันสูง เมื่อ 5 ปีที่ผ่านมา คุมโรคไม่ได้ มีเส้นเลือดสมองแตกญาตินำส่งไปรักษาตัวที่โรงพยาบาล จังหวัด ไม่ได้ผ่าตัดสมอง ส่งมาต่อที่โรงพยาบาลอำเภอ พออาการดีขึ้นกลับมาอยู่บ้าน นอนติดเตียง พูดได้ไม่ชัด ได้สั้นๆ จำลูกหลานได้ ลืมตาได้ มีสายสวนปัสสาวะ และผ่าระบายอุจจาระออกทางหน้าท้อง มีแผลกดทับ ไม่มีกลิ่นเหม็น มีลูกสาวที่พิการตัวแฉะ ต้องดูแลทั้งแม่และพ่อที่ปอดอุดกั้นเรื้อรัง” (ลูกสาวอายุ 54 ปี เป็นผู้พิการ ให้การดูแลและให้ข้อมูล)

1.2 ผู้สูงอายุที่พิการติดบ้าน กลุ่มนี้ มี 13 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม 1) กลุ่มที่พิการตั้งแต่ยังไม่แก่

1.2.1 ผู้สูงอายุที่พิการสาวยตา ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ 4 คน มีเส้นลัมในบ้านจากสายตามองไม่เห็น ทำให้กลายเป็นผู้สูงอายุติดบ้าน เดินไม่ได้ทำให้ไปไหนไม่ได้ “ยาย 89 ปี ตามองไม่เห็นตั้งแต่ 70 ปี ตอน 60 ปี ปวดตา ไม่มีเงินไปรักษา ตาเลยค่อยๆ บอด คือมองเห็นกลางๆ แล้วก็บอดสนิท ความดันเบาหวานไม่มี มีแต่เดินไม่ได้ ขาไม่มีแรง แปร่งฟัน

ไม่ได้ ใช้ผงยาสีฟันวิเศษนิยม ฟันยังเหลือครบ” (ผู้สูงอายุ และลูกสาวอายุ 66 ปี เป็นผู้ดูแลและให้ข้อมูล) “ยาย 78 ปี ตามองไม่เห็นทั้ง 2 ข้าง เป็นมา 2 ปี ปวดตา ตามัว แล้วก็บอดไป บอดสนิท ไม่ได้ไปรักษา เพราะคิดว่าเป็นธรรมชาติของคนแก่ ยอมรับสภาพและพยายามแม้อยู่คนเดียว เอาเงินผู้สูงอายุให้เพื่อนบ้านทำกับข้าวมากินด้วยกัน” (ผู้สูงอายุที่พิการให้ข้อมูล)

1.2.2 ผู้สูงอายุที่พิการทางการได้ยิน มี 1 ราย ที่ไม่ได้หูหนวกแต่กำเนิด แต่เมื่อแก่ตัวมาและมีการเจ็บป่วยและมีอาการหูไม่ได้ยินตามมา “ยาย 75 ปี โสด ไม่มีพื้หนังเหลือ ตามองเห็นมัวๆ ไม่ได้ไปรักษา หูเริ่มไม่ได้ยินตอน 60 ปี คิดว่ามันน่าจะหูหนวก แต่ตอนนี้ได้ยินเบามาก คนมาหาต้องทูป ประตุนแรงๆ เห็นแดดออกก็ตื่นมานั่งข้าว ทำง่ายๆ ทำมาให้ยายตาบอดข้างบ้านกินด้วย มาอาศัยอยู่บ้านติดกัน ดูกันไป” (ผู้สูงอายุ ให้ข้อมูล)

1.2.3 กลุ่มพิการจากอุบัติเหตุ จากการหกล้ม สะโพกและกระดูกสันหลังเคลื่อน เดินไม่ได้จึงมีการนั่งรถเข็นตัวในบ้าน “ตา 69 ปี ล้มกระดูกทับเส้น ปวดหลัง ปวดขามาก หมอว่าไม่ผ่าตัด ให้บริหาร เราอยู่คนเดียว ไม่มีพื้หนัง เป็นลูกกำพร้าแต่เด็ก อาศัยอยู่ตอนโตก็ออกรับจ้าง แก่มากก็กลับมาบ้าน สร้างกระท่อมอยู่ 2 ปีแล้ว มาล้ม ปวดมาก ลูกเดินก็ปวด จนเดินไม่ได้ นั่ง นอน คลาน ถัดตัวในบ้าน ลำบาก” (ผู้สูงอายุที่พิการให้ข้อมูล ไม่มีผู้ดูแล)

2. การจัดการสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลที่บ้าน ผู้สูงอายุมีการจัดการสุขภาพไม่เหมาะสม ได้แก่ 1) ไม่ไปพบแพทย์ ไม่ได้รับการตรวจตามนัดเนื่องจากเดินทางลำบาก ญาติซื้อยามาให้รับประทาน 2) ไม่สามารถทำความสะอาดร่างกาย เครื่องนุ่งห่มและที่อยู่อาศัยต้องพึ่งผู้ดูแล 3) การรับประทานอาหารไม่สอดคล้องกับ

การเจ็บป่วย หรือ ภาวะสุขภาพ 4) ผู้สูงอายุไม่ได้ออกกำลังกาย และผู้ดูแลไม่ได้ช่วยบริหารร่างกาย เพื่อลดความพิการ 5) ผู้สูงอายุต้องใช้ยานอนหลับช่วยให้พักผ่อนเพียงพอ 6) ไม่สามารถบริหารจัดการเงิน และการจัดการอารมณ์ได้สม่ำเสมอ มีรายละเอียดดังนี้

2.1 ไม่ไปพบแพทย์ ไม่ได้รับการตรวจตามนัดเนื่องจากเดินทางลำบาก ญาติซื้อยามาให้รับประทาน ปัจจุบันผู้สูงอายุที่ติดเตียงทั้งหมด 25 คน ไม่ได้ไปพบแพทย์เนื่องจากการเดินทางลำบาก และต้องใช้งบประมาณมากที่ญาติต้องพาไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาล ญาติจึงไปซื้อยาแก้ปวด ยาชุดจากร้านขายยามาให้รับประทาน และผู้ดูแลส่วนน้อยที่ปรึกษาเจ้าหน้าที่ จาก รพ.สต. เพื่อให้ยาเสริมผู้สูงอายุที่ป่วยหรือพิการที่ต้องการการดูแลที่บ้าน ส่วนมากมียาสะสมไว้ที่บ้าน จากยาเดิมที่ได้รับตอนไปพบแพทย์ครั้งก่อน “ตา 84 ปี เดินไม่ได้ตั้งแต่อายุ 73 ปี เป็นเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันสูง และเส้นเลือดสมอง ทำให้เดินไม่ได้ นอนติดเตียง น้ำหนักลดลง ขาแขนลีบลงเพราะไม่ได้ใช้ อ่อนแรงลงทุกส่วน กินยา กินตามที่หมอเคยให้มา และไปซื้อมาเพิ่มตามอาการ ไปซื้อจากร้านขายยาตามตัวอย่างที่หมอเคยให้มา ปีนี้มีเพิ่มอาการปวดฟัน ต้องกินยาชุดแก้ปวดฟันบ่อยๆ แทบทุกวัน” (ลูกสาว อายุ 62 ปี ให้ข้อมูล) “ยาย 67 ปี เป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง จากอายุ 60 ปี มีเส้นเลือดสมองตีบ ได้กินยาละลายลิ่มเลือด มาปีนี้ มีเส้นเลือดหัวใจตีบ หมอส่งไปผ่าตัดที่ รพ.จังหวัด กลับมาบ้าน นอนติดเตียงแบบนี้ละ ต้องกินยาทุกวัน ลูกต้องไปรับยามาให้กินตามหมอบอก” (ลูกสาว อายุ 48 ปี ให้ข้อมูล)

2.2 ไม่สามารถทำความสะอาดร่างกาย เครื่องนุ่งห่มและที่อยู่อาศัยต้องพึ่งผู้ดูแล ผู้สูงอายุทุกคนพึ่งผู้ดูแลทำความสะอาดร่างกาย จัดหาเครื่องนุ่งห่มและทำความสะอาดที่อยู่อาศัยให้ ดังนี้

2.2.1 การทำความสะอาดร่างกาย

ผู้สูงอายุทุกคนที่ผู้วิจัยไปเยี่ยม เป็นผู้ป่วยติดเตียงจึงไม่สามารถทำความสะอาดร่างกายของตนเองได้ ต้องพึ่งคนอื่นทำความสะอาดให้ ส่วนมากเช็ดตัวให้วันละ 2 ครั้ง ไม่ได้อาบน้ำมาตั้งแต่นอนติดเตียง มี 3 คน ที่ไม่ได้ตัดเล็บเลยตั้งแต่ป่วยนอนติดเตียง จนเล็บแข็ง ยาว โค้งทั้งเล็บมือ เล็บเท้า ทั้งนี้เนื่องจากญาติผู้ดูแลกลัวเจ็บจึงปล่อยให้ยาวตามธรรมชาติญาติระบุว่า ไม่กลัวอันตราย เนื่องจากผู้ป่วยยกมือขึ้นเกลอวัยวะอื่นไม่ได้ สำหรับกลุ่มที่ติดบ้านซึ่งมีความพิการและป่วย แต่ยังพอคลาน หรือถนัดตัวโดยมีผู้ดูแลพาเข้าไปอาบน้ำในห้องน้ำได้ “ยาย 74 ปี นอนติดเตียงมาปีกว่าๆ จากเส้นเลือดสมองตีบ ยายนอนอยู่ใต้ถุนบ้านหน้าห้องน้ำ ยายคลานเข้าไปอาบน้ำได้ แต่ลูกก็ต้องช่วย ไม่ได้ทำเป็นห้องเฉพาะเปียกและถ่ายใส่กระโถน ลูกจะเอาไปทิ้งเมื่อเขาวางไม่ต้องพาเข้าห้องน้ำทุกครั้ง เพราะเขาไปทำสวนทำงาน” (รพ.สต.บึงเบ้า ผู้สูงอายุที่พิการให้ข้อมูล) “ยาย 84 ปี นอนติดเตียง 2 ปี จากล้ม ชาวอเนาะแรงเส้นเลือดสมองตีบ ทำอะไรไม่ได้ ลูกหลานเช็ดตัวให้นอนกินข้าว แล้วหลานก็เช็ดตัว เปลี่ยนผ้า ไม่เคยพาเข้าไปอาบน้ำในห้องน้ำ ลำบาก หลานกลัวพาล้ม” (รพ.สต.ขามเฒ่าผู้สูงอายุที่พิการให้ข้อมูล)

2.2.2 การจัดหาเครื่องนุ่งห่ม ครอบครว

ของผู้สูงอายุทุกคนมีเครื่องนุ่งห่มจำนวนพอผลัดเปลี่ยน 2-3 วัน โดยทั่วไปไม่มีความสะอาดพอใช้ได้ไม่ถึงขั้นสะอาดมาก ทุกคนมีที่นอนเป็นฟูกที่จัดทำเอง และมีผ้าแยกรองกันเปื้อน มี 3 คนที่มีที่นอนลม ที่ลูกจัดซื้อมาให้นอนเพื่อป้องกันแผลกดทับ “ตา 75 ปี นอนติดเตียงมาปีกว่าๆ จากเส้นเลือดสมองตีบ ลูกสะใภ้ซักเสื้อผ้าให้ จัดซื้อถูกๆ เป็นกางเกงใส่หิ้วยางยืดและเสื้อปิดกระดุมหน้าให้ใส่เปลี่ยนเข้าเย็น” (รพ.สต.มะกอก ผู้สูงอายุที่พิการให้ข้อมูล) “ตา 74 ปี นอนติดเตียงจากเส้นเลือดสมองตีบ ลูกหาเสื้อผ้าสบายๆมาใส่ หนาวก็หีบผ้ามา

ห่ม ลูกซักเสื้อผ้าให้ ทำเองไม่ได้แล้ว” (รพ.สต.เขาวใหญ่ ผู้สูงอายุที่พิการให้ข้อมูล)

2.2.3 การจัดที่อยู่อาศัย

เกือบทุกคนถูกปรับสภาพที่อยู่อาศัยตามกำลังทรัพย์ โดยจัดเป็นพื้นที่ใต้ถุนของบ้านชั้นเดียวใต้ถุนสูง นำเตียงที่ครอบครวทำเองจากเศษไม้ หรือ ไม้ไผ่ ใช้เสื่อปูและนำฟูกเดิมที่ผู้สูงอายุเคยใช้มาปูทับ เกือบทุกคนถูกจัดให้นอนใกล้ห้องน้ำ โดยให้เหตุผลว่า เพื่อความสะดวกในการใช้น้ำจากห้องน้ำ หรือ เมื่อมีญาติมิตรมาเยี่ยม บางคนจัดให้อยู่ห้องโถงที่สมาชิกครอบครวเดินผ่าน หรือ ผลัดเปลี่ยนกันมาดูแลได้สะดวก ไม่มีใครอยู่ในห้องส่วนตัวอย่างมิดชิด “ตา 74 ปี นอนติดเตียงมาปีกว่าๆ จากเส้นเลือดสมองตีบ นอนอยู่ใต้ถุนบ้านที่โล่งโดยไม่ได้มีผ้าบ้านกันเป็นห้อง เพื่อให้คนมองเห็นและผู้สูงอายุมองวิวข้างนอก” (รพ.สต.มะกอก ผู้สูงอายุที่พิการให้ข้อมูล) “ยาย 80 ปี นอนติดเตียงมา 2 ปี จากเส้นเลือดสมองตีบ มีโรคเบาหวาน และความดันสูง นอนบนเตียงไม้ไผ่อยู่หน้าห้องน้ำ อยู่ห้องโถงชั้นล่างของบ้าน 2 ชั้น เพื่อสะดวกในการใช้น้ำและไม่กวนหลานที่ต้องพักผ่อน เพราะที่บ้านมี 1 ห้องนอน” (รพ.สต. ขามเรียง ชาย 22 ปี เพื่อน-แฟน หลานชายของผู้สูงอายุที่เปลี่ยนกับหลานชายมาดูแลผู้สูงอายุที่พิการ ให้ข้อมูล)

2.3 การรับประทานอาหารไม่สอดคล้อง

กับการเจ็บป่วย หรือ ภาวะสุขภาพ ผู้สูงอายุเกือบทั้งหมดรับประทานอาหารพื้นบ้านที่ทำซื้อได้ง่ายที่มีขายในหมู่บ้าน แม้จะป่วยเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ผู้ดูแลรับทราบจากเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ที่มาเยี่ยมว่าให้รับประทานอาหารที่ลดปริมาณอาหารหวาน มัน เค็ม แต่ผู้ดูแลยังจัดให้ผู้สูงอายุรับประทานอาหารตามที่ทำได้ ไม่ได้จำกัดอาหารหวาน มัน เค็ม นอกจากนั้นผู้ดูแลทั้งหมดยังให้ข้อมูลว่า จากการประเมินด้วยสายตา ผู้สูงอายุที่นอนติดเตียงเกือบทั้งหมดผอมลง มีกล้ามเนื้อแข็ง

เหี่ยว ลีบเล็กลง แสดงถึงการรับประทานอาหารที่ไม่เพียงพอ “ยาย 78 ปี มองไม่เห็นทั้ง 2 ข้าง มา 2 ปี เอาเงินผู้สูงอายุและเงินสวัสดิการผู้พิการให้เพื่อน คนแก่ข้างบ้านที่ตาดี แต่หูหนวก ทำกับข้าวมากินด้วยกัน ไม่จำกัดชนิด อะไรที่มีคนมาขายหน้าบ้านก็ซื้อไว้ทำกิน” (ผู้สูงอายุ ให้ข้อมูล) “ตา 75 ปี นอนติดเตียงมาเกือบ 5 ปี จากหกล้ม ลูกป้อนข้าวเหนียวกับไข่ กับปลาปิ้ง หมูย่าง ป้อนเข้าเย็น กลางวันไม่กิน ลูกหลานไม่อยู่ก็กินกล้วย กินนม กินขนม ไม่หิวตามอมลงนะ” (ผู้สูงอายุที่พิการให้ข้อมูล)

2.4 ผู้สูงอายุไม่ได้ออกกำลังกาย และผู้ดูแลไม่ได้ช่วยบริหารร่างกายเพื่อลดความพิการ
ผู้ดูแลทั้งหมดให้ข้อมูลตรงกันว่าไม่ได้พาผู้สูงอายุออกกำลังกาย เพราะผู้สูงอายุเคลื่อนไหวเองไม่ได้ และผู้สูงอายุไม่ประสงค์จะออกกำลังกายเนื่องจากลำบากผู้ดูแล มีน้อยรายที่ลูกพยายามให้ยกแขนขาบ้าง แต่ไม่จริงจัง ส่วนมากปล่อยให้ข้อติด ทั้งข้อขา แขน มือ นิ้ว แข็งไม่ยืดหยุ่น ยึดเหยียดยาก “ตา 75 ปี นอนติดเตียงมาเกือบปี จากเส้นเลือดสมองแตกจากโรคความดันสูงและสูบบุหรี่ นอนอยู่ใต้ถุนบ้านไม่ออก ทำไม่ได้ ยกแขนขาไม่ไหว จะออกกำลังกายได้ไง” (ผู้สูงอายุที่พิการให้ข้อมูล)

2.5 ผู้สูงอายุต้องใช้ยานอนหลับช่วยให้พักผ่อนเพียงพอ ผู้ดูแลจัดให้ผู้สูงอายุนอนบนเตียงนอนแต่หัวค่ำ ส่วนมากใช้ยานอนหลับวันละ 1 เม็ดที่ผู้ดูแลซื้อจากร้านขายยามาให้กิน เพื่อให้หลับได้นาน ให้ลูกหลานที่ดูแลได้พักผ่อน “ยาย 70 ปี นอนอยู่บนเตียงตามลำพัง กลางวันลูกหลานเขาไปทำงานทำสวน ปล่อยให้ตามลำพัง เราก็นอน ไม่กวนลูกหลาน นอนไม่หลับหอรอก ต้องให้ยานอนหลับวันละเม็ด หลับตาไม่นานก็หลับสนิท กลางวันกลางคืนก็ให้หลับ” (ลูกสาว 50 ปี ให้ข้อมูล) “ตา 85 ปี นอนติดเตียงมาเกือบ 5 ปี จากเส้นเลือดสมองตีบ ลูกจัดให้นอนกับวิทย์ ตาเปิดวิทย์ฟังเองได้ เปิดหมอลำ ฟังเพลง ฟังพระเทศน์ ฟังข่าว บางทีก็เห็นหลับไป หลานก็มาปิดวิทย์ให้” (ลูกสาว อายุ 65 ปี ให้ข้อมูล)

ไปหลานก็มาปิดวิทย์ให้” (ลูกสาว อายุ 65 ปี ให้ข้อมูล)

2.6 ไม่สามารถบริหารจัดการจิตใจและการจัดการอารมณ์ได้สม่ำเสมอ ผู้สูงอายุส่วนมากรู้จักการสวดมนต์ภาวนา และยอมรับว่าทำแต่ไม่สม่ำเสมอ ไม่เต็มที่ เพราะมีอาการปวดเมื่อย ไม่สบาย จึงต้องฟังวิทยุพาสวด พาให้เพลิน “ตา 90 ปี ยาย 80 ปี หูได้ยินเลยเปิดวิทยุฟังเป็นเพื่อน บอกว่ากินอาหารลำบาก ลูกชงข้าวกลัองอกผสมงาดำให้กิน ลูกให้กินอาหารดีเลยอายุยืนยาว อาบน้ำเองไม่ได้ ลูกต้องจับอาบน้ำให้แต่เช้า แล้วไปปรับจ้างเกี่ยวข้าว ปลุกผักขาย พยายามช่วยตนเองเวลาขับถ่าย ใช้กระโถนทั้ง 2 คน แต่ได้ดูแลกัน เปิดวิทยุฟังด้วยกัน” (ผู้สูงอายุ ให้ข้อมูล) “ยาย 84 ปี นอนติดเตียง 2 ปี จากหกล้ม อยู่กับหลาน นอนภาวนาไปเข้าพระเข้ามาในบ้าน หน้าเตียงให้ยายใส่บาตร ยายหยิบข้าวที่หลานจัดให้ใส่บาตรและรับพร ทำทุกวันเพื่อชาติหน้าจะได้ไม่ป่วยแบบนี้” (ผู้สูงอายุที่พิการให้ข้อมูล) “ตา 85 ปี นอนติดเตียงมาเกือบ 5 ปี จากเส้นเลือดสมองตีบ ลูกจัดให้นอนกับวิทย์ ตาเปิดวิทยุฟังเองได้ เปิดหมอลำ ฟังเพลง ฟังพระเทศน์ ฟังข่าว บางทีก็เห็นหลับไป หลานก็มาปิดวิทย์ให้” (ลูกสาว อายุ 65 ปี ให้ข้อมูล)

3. ความต้องการสนับสนุนในการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุต้องการอยู่บ้าน ต้องการดูแลที่บ้าน และต้องการการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน ทั้งด้านสวัสดิการตามสิทธิผู้สูงอายุ และต้องการความรัก ความเอื้ออาทรจากลูกหลาน ญาติ และชุมชน ดังนี้

3.1 ต้องการสวัสดิการตามสิทธิผู้สูงอายุและผู้พิการ ผู้สูงอายุทุกคนได้รับเงินผู้สูงอายุต่างกันตามช่วงอายุ คือ 60 ปี ได้เดือนละ 600 บาท 70 ปี ได้เดือนละ 700 บาท 80 ปี ได้เดือนละ 800 บาท

และเนื่องจากผู้สูงอายุส่วนมากมีความพิการ “ตา 72 ปี ป่วยเป็นโรคพาร์กินสัน ตั้งแต่ 60 ปี เวลาเดินมีอาการเวียนหัวจึงล้ม ได้เงินจากองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นและรพ.สต. กับ อบต. นำกายอุปกรณ์มาให้ และจัดสวัสดิการผู้พิการเพิ่มอีก ไม่เท่าและรถเข็นก็เอามาให้ทั้ง 2 อย่าง ต้องพึ่งพารัฐ ลูกก็ดูแลแต่ไม่มีเงิน ขอสถางสวนท้องถิ่นให้มาช่วยกัน” (ผู้สูงอายุที่พิการให้ข้อมูล) “ยาย 68 ปี กระดูกหักเส้น มา 10 ปีกว่า ได้เงินพิการ 700 บาท เอาเงินนั้นมาจ่ายค่ารถไป รพ.จังหวัด ส่วนมากปวดก็ไปขอยา จาก รพ.สต. หรือ อสม.นำมาให้ บอกไม่มีเงินค่ารถ ให้เอายามาให้ บางทีเอาเงินผู้สูงอายุให้ ลูกซื้อยาชุดไว้ทีละ 40 ชุด (ผู้สูงอายุที่พิการให้ข้อมูล)

3.2 ต้องการของใช้ที่จำเป็น ของใช้ส่วนตัวที่มีความจำเป็นที่ก่อให้เกิดการสิ้นเปลืองกว่าตอนที่ยังไม่ป่วย นั่นคืออุปกรณ์เพื่อการทำความสะอาด เช่น สบู่ แปรง ยาสีฟัน สิ่งเหล่านี้ ใช้มากกว่าเดิมแต่พอจัดหาได้ แต่สิ่งที่สิ้นเปลืองมากคือแอมเพิร์ส เกือบครึ่งไม่พอใช้ เนื่องจากต้องใช้ทุกวัน แม้ว่าผู้สูงอายุที่พิการทุกคนได้รับการสนับสนุนจากรพ.สต.และ อบต. โดยผู้ดูแลนำมาให้ เดือนละ 1 ห่อ แต่พบว่าผู้สูงอายุต้องใช้มากกว่านั้น ทางครอบครัวจึงใช้เงินผู้สูงอายุและเงินผู้พิการไปจัดซื้อมาใช้ “แม่อายุ 76 ปี ใช้แอมเพิร์สตอนกลางคืน กลางวันมันเปลือง เข้าส้วมไม่ทันก็ปัสสาวะและอุจจาระรดตัวเอง ซักเสื้อผ้าก็จุ่มๆพอทำได้แล้วก็ตากแห้งเก็บมาไว้ใช้ ไม่ได้ไปตรวจ หัวใจมันก็เต้นตุบๆเหมือนเดิมไม่ต่างเดิม” (ผู้สูงอายุที่พิการให้ข้อมูล ไม่มีผู้ดูแล) “พ่อ 69 กระดูกหักเส้น หมักเลยต้องอาศัยเงินผู้สูงอายุและผู้พิการซื้อกินอย่างประหยัด มีญาติและอาสาสมัครผู้ดูแลมาแวะมาดูนอนติดเตียงใช้แอมเพิร์ส เปลือง แต่ก็เปลี่ยน 2 ครั้ง เข้าเย็น เปลี่ยนเองพอได้ แต่เอาไปทิ้งไม่ได้ให้หลานมาเอาทิ้ง เงินที่เหลือแต่ละเดือนพอให้หลาน

ไปซื้อของมาใช้มากินบ้าง อาศัยกันไป” (ผู้สูงอายุที่พิการให้ข้อมูล ไม่มีผู้ดูแล)

3.3 ต้องการรถไปตรวจตามนัด และเวลา มีภาวะฉุกเฉิน ผู้สูงอายุเกือบทั้งหมดเป็นผู้ป่วยติดเตียง จึงไม่สามารถไปตรวจตามนัดได้ เนื่องจากต้องเหมารถ หรือ รถมอเตอร์ไซด์พาไปพบแพทย์จึงจะได้ยาต่อเนื่อง บางส่วนญาติไปขอรับยาโดยที่ไม่นำผู้ป่วยไปตรวจด้วย ญาติเกือบทุกคน ให้ข้อมูลว่ามีผู้ดูแล และ อสม. ไปเยี่ยมที่บ้าน ทำให้อุ่นใจ แต่อย่างไรก็ตาม ญาติและผู้ป่วยต้องการการตรวจเช็คร่างกาย หากมีรถบริการรับไปตรวจตามนัด หรือ กรณีฉุกเฉินมีบริการช่วยเหลือได้ทัน และเพียงพอ “ตา 76 ปี นอนติดเตียง เหนื่อยลุกเดินไม่ได้ คุณน้ำตาลไม่ได้ มีทั้งสูงและต่ำ ต้องตากรรณฉุกเฉินมารับไปตรวจจะดี” (ผู้สูงอายุที่พิการให้ข้อมูล)

3.4 ต้องการหน่วยบริการสุขภาพช่วยทำกิจกรรมที่ทำไม่ได้ ผู้สูงอายุที่ป่วยและมีแผลกดทับ มีการคายสวมนปัสสาวะ และผ่าตัดเปิดช่องอุจจาระทางหน้าท้อง ต้องการคนที่มีทักษะไปช่วยดูแลในกิจกรรมที่ผู้ดูแลในครอบครัวไม่มีทักษะเฉพาะ เช่น เปลี่ยนสวมนปัสสาวะ ถุง Colostomy ทำความสะอาดแผลกดทับ ผู้สูงอายุทั้งหมดบอกว่ามีผู้ดูแล และ อสม. ไปเยี่ยมที่บ้าน ทำให้อุ่นใจ แต่อย่างไรก็ตาม ญาติและผู้ป่วยต้องการการตรวจเช็คร่างกาย จากแพทย์ พยาบาล อาสาสมัคร หรือ อาชีพอื่นที่มีทักษะเฉพาะ เช่น นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ ตามความจำเป็นที่บ้าน “ตา 74 ปี นอนติดเตียงมาปีกว่าๆ จากเส้นเลือดสมองตีบ นอนติดเตียง ใส่สายสวนปัสสาวะ

และผ่าเอาอวัยวะเองออกทางหน้าท้อง ลูกหลาน
เปลี่ยนไม่ได้ต้องพึ่งคนทำเป็น มาทำให้ที่บ้าน หมอ
อนามัยมาได้ก็ดี” (ผู้สูงอายุที่พิการให้ข้อมูล)

อภิปรายผล

การศึกษาสุขภาพผู้สูงอายุที่ต้องการการ
ดูแลที่บ้าน 42 คน คือ ผู้สูงอายุที่ป่วยติดเตียง 25
คน ซึ่งเป็นผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังจาก
เบาหวานและความดันโลหิตสูง ที่ควบคุมโรคไม่ได้
จึงมีโรคแทรกซ้อน ที่สลับซับซ้อนและอันตราย และ
ต้องรักษามากขึ้น เช่น โรคเส้นเลือดสมอง จึงเพิ่ม
ความยุ่งยากในการจัดการสุขภาพตนเอง ทั้งๆที่เคย
ปรับเลิกลักษณะพฤติกรรม เช่น การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา
สอดคล้องกับการศึกษาของ Deanseekaew,
Klungklang, Smith¹³ ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุที่ป่วย
เรื้อรังอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่มีผู้สูบบุหรี่ซึ่งทำให้ไขมัน
ในเลือดแข็งตัวเกาะตามผนังหลอดเลือดได้ง่ายจึงทำ
ให้หลอดเลือดสมองแตก ตีบ ตัน ได้ การศึกษานี้
พบผู้สูงอายุบางส่วนที่ไม่มีโรคประจำตัวแต่
กลายเป็นผู้สูงอายุที่ป่วยติดบ้าน 13 คน จากการ
ประสบอุบัติเหตุภายในบ้าน สอดคล้องกับการศึกษา
ของบรรลุ ศิริพานิช และคณะ⁵ ที่พบว่าผู้สูงอายุยัง
ไม่ลด เลิกเสพสารเสพติด แม้ได้รับคำแนะนำจาก
ผู้ดูแล (caregiver) และจากเจ้าหน้าที่ของ รพ.สต.
และกลุ่มบริหารจากองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น

งานวิจัยนี้พบผู้สูงอายุมีการจัดการสุขภาพ
ไม่เหมาะสม ได้แก่ 1) ไม่ไปพบแพทย์ ไม่ได้รับการ
ตรวจตามนัดเนื่องจากเดินทางลำบาก ทั้งนี้เนื่องจาก
ผู้ดูแลต้องไปทำงานรับจ้างนอกบ้านและไม่มีเงิน
เหมารถพาผู้สูงอายุไปพบแพทย์ ญาติจึงซื้อยามาให้
รับประทาน สอดคล้องกับการศึกษาของอภิศักดิ์ ธีร
วิสิทธิ์⁸ ที่ระบุว่าความยากจนจะส่งผลต่อการดูแล
สุขภาพผู้สูงอายุ 2) ผู้สูงอายุไม่สามารถทำความสะอาด
ร่างกาย เครื่องนุ่งห่มและที่อยู่อาศัยต้องพึ่ง
ผู้ดูแล เนื่องจากมีข้อจำกัดได้การเคลื่อนไหวร่างกาย

สอดคล้องกับการศึกษาของสมจิต แดนสีแก้ว รัตน์
ดาวรรณ คลังกลางและจอน สมิต¹³ ที่ระบุว่า
ผู้สูงอายุมีข้อจำกัดในการดูแลสุขภาพต้องพึ่งผู้ดูแล
ในครอบครัวและชุมชนช่วยเหลือ 3) การ
รับประทานอาหารไม่สอดคล้องกับการเจ็บป่วย
หรือ ภาวะสุขภาพ ทั้งนี้สอดคล้องกับภาสกร สวน
เรืองและคณะ¹⁴ ที่พบว่าผู้สูงอายุชอบรับประทาน
อาหารพื้นบ้านและซื้อหาได้ง่ายในชุมชน 4)
ผู้สูงอายุไม่ได้ออกกำลังกาย และผู้ดูแลไม่ได้ช่วย
บริหารร่างกายเพื่อลดความพิการ ดังการศึกษาของ
อุษา โพนทอง¹⁵ ที่พบว่าผู้สูงอายุและผู้ดูแลขาด
ทักษะและไม่เห็นความสำคัญต้องมีคู่มือการออก
กำลังกายให้และมีผู้ดูแลในชุมชนให้การสนับสนุน
5) ผู้สูงอายุต้องใช้ยานอนหลับช่วยให้พักผ่อน
เพียงพอ ดังที่สินวล รัตนวิจิตร¹⁶ พบว่าผู้สูงอายุ
นอนไม่หลับต้องซื้อยานอนหลับมารับประทาน และ
ผู้ดูแลซื้อหายานอนหลับได้ง่ายในชุมชน 6) ผู้สูงอายุ
ไม่สามารถบริหารจัดการใจและการจัดการอารมณ์ได้
สม่ำเสมอ ดังที่สายใจ จารุจิตร¹⁷ กล่าวว่าผู้สูงอายุ
ไม่ได้ฝึก หรือ เตรียมตัวก่อนสูงอายุ และบางราย
ต้องพึ่งสารเสพติด เช่น สุรา บุหรี่เพื่อผ่อนคลาย

ผู้สูงอายุต้องการการตรวจรักษา การทำ
กายภาพบำบัด การปรับสภาพที่อยู่อาศัย และมี
บริการดูแลแทนญาติตอนกลางวันเพื่อให้ญาติไป
ทำงานหารายได้เพื่อมาเลี้ยงครอบครัวสอดคล้องกับ
ข้อเสนอแนะของสำนักงานคณะกรรมการ
พัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ¹ ผู้สูงอายุ
ทุกคน ทั้งที่ป่วยติดเตียง ติดบ้าน ต้องการบริการ
ตรวจสุขภาพที่บ้าน ต้องการของใช้ส่วนตัวที่มีความ
จำเป็นที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงกว่าตอนที่ยังไม่ป่วย
นั่นคืออุปกรณ์เพื่อการทำความสะดวก ซึ่งต้องใช้เงิน
ผู้ดูแลจึงจำเป็นต้องการมีอาชีพที่สามารถทำอยู่ที่
บ้าน หรือใกล้บ้านเพื่อสามารถให้การดูแลผู้สูงอายุ
โดยที่ตนเองไม่ขาดรายได้ สอดคล้องกับ
ข้อเสนอแนะของภาสกร สวนเรืองและคณะ¹⁴ ที่

ศึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ช่วยเหลือในชุมชนภายใต้นโยบายการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงนั้นได้เสนอว่าควรมีการส่งเสริมบุคคลในครอบครัวของผู้สูงอายุที่มีความพร้อมให้สามารถช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีโรคเฉพาะ และควรพิจารณาค่าตอบแทน รวมถึงสวัสดิการต่างๆให้เหมาะสมมากยิ่งขึ้น

นอกจากนั้นผู้สูงอายุและผู้ดูแลยังมีความต้องการที่สอดคล้องกันคือ ต้องการการรักษาพยาบาลที่รัฐจัดให้เป็นสวัสดิการ แต่ไม่สามารถมีเงินที่จะซื้อบริการเพิ่มเติมได้ สอดคล้องกับข้อเสนอแนะของ สายใจ จารุจิตรและคณะ¹⁵ ที่พบว่าผู้ป่วยติดเตียงได้รับการเยี่ยมบ้านไม่ต่อเนื่อง ไม่มีบริการรับ-ส่งผู้ป่วย ขาดอุปกรณ์ในการดูแลผู้ป่วย ขาดช่องทางในการให้คำปรึกษา ขาดความต่อเนื่องในการฟื้นฟูสภาพ ไม่มีผู้อื่นมาช่วยดูแลและผู้ดูแลไม่ได้รับการประเมินและดูแลสุขภาพ ซึ่งถ้ามีรูปแบบการเยี่ยมบ้านของผู้ป่วยติดเตียงตามปัญหาและความต้องการของผู้ดูแลควรเป็นรูปแบบที่มีการแก้ปัญหาและลดอุปสรรคต่างๆและต้องมีการเสริมสร้างกำลังใจและพลังอำนาจให้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลด้วย ทางครอบครัวจึงต้องการผู้มาให้บริการสุขภาพที่บ้าน และคาดว่าจะทำได้ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุที่พิการทุกคนมีอุปกรณ์ในการเดิน เช่น วอล์คเกอร์ ไม้เท้า รถเข็นตามข้อจำกัดของร่างกาย โดยได้จาก รพ.สต. และองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นจัดมาให้ สอดคล้องกับข้อเสนอแนะของวิไล ตาปะสี¹⁵ ที่เสนอให้ชุมชนได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุเพราะช่วยให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการสุขภาพได้ดีขึ้น เนื่องจากผู้สูงอายุต้องการให้มีบริการการตรวจรักษาที่บ้านและต้องการคนดูแลเรื่องความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยและผู้สูงอายุบางคนไม่มีญาติดูแล

การจัดที่อยู่อาศัย พบว่า ผู้สูงอายุถูกปรับให้อยู่ที่โล่งใต้ถุนบ้าน บนเตียงที่ทำเอง ใกล้ห้องน้ำเพื่อความสะดวกในการใช้น้ำสวดคล้องกับการศึกษาของวิไล ตาปะสีและคณะ¹⁶ และ อุษา โพนทอง¹⁷ ทั้งนี้เพื่อให้เหมาะสมกับกำลังทรัพย์ของครอบครัว

การจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุไม่พบแพทย์เนื่องจากเดินทางลำบากและผู้ดูแลหารายได้มาไม่พอค่าใช้จ่ายเนื่องจากรับจ้างในหมู่บ้านหรือใกล้เคียง ที่ไม่ต้องใช้ทักษะเฉพาะ จึงมีรายได้น้อย นอกจากนี้แล้วญาติยังต้องซื้อยามาให้รับประทาน ครอบครัวจัดให้รับประทานอาหารตามที่หาได้ ไม่ได้จำกัดอาหารหวาน มัน เค็ม ตามการเจ็บป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของวิไล ตาปะสี และคณะ¹⁵ เกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลผู้สูงอายุโดยเฉพาะในสังคมชนบทผู้ดูแลมักเป็นบุคคลในครอบครัว ทั้งนี้เนื่องจากมีเจตคติที่ดีต่อการดูแลผู้สูงอายุ มีอาชีพหลักในชุมชนและมีเวลาว่างตามฤดูกาล

ข้อเสนอแนะ

1) ผู้สูงอายุจัดการสุขภาพของตนเองไม่เหมาะสมและผู้ดูแลในครอบครัวขาดทักษะในการดูแล จึงควรจัดการอบรมเพิ่มศักยภาพของบุตรหลานซึ่งเป็นผู้ดูแลที่บ้านเพื่อให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุซึ่งเป็นการป้องกันการเจ็บป่วยเพิ่มและเป็นการฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุก่อนที่จะมีความพิการเพิ่มขึ้นอีก

2) องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ควรมีหน่วยบริการตรวจสุขภาพที่บ้านและให้การบำบัดที่บ้านสำหรับผู้สูงอายุที่ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะนักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ

REFERENCES

1. United Nation. World populations ageing 2019. New York: United Nation; 2019.
2. Foundation of Thai Gerontology Research and Development institute (TGRI). Report on the situation of the elderly in Thailand. Annual Report 2011; <https://thaitgri.org/?p=37060>; 2021
3. Suvit Maesincee. " Thailand 4.0 :Build strength from within Connecting the Thai economy to the world. <https://www.facebook.com/drsuvitpage/>; 2021.
4. Prawet Wasi. Local Community Strategy National Strategy for Sustainable Development, National strategy of sustainable development. Bangkok, KREL COMPUTER LIMITED; 2012.
5. Bunlu Siripanich. Health Care and Health Status of Thai Aging. Bangkok. Ministry of Health <https://www.moph.go.th/>; 2008.
6. Manit Sahiyo. A Model Lifelong for Many Persons are Age in Snoontoomhom Looglan Banlaoling. KKU Res J. 2012, 2(3): 283-297.
7. Phnom Kleechaya. Participatory Media Productions for Tacking Poverty, Social Development and Health Integrated. Journal of Communication Arts. Faculty of Communication Arts, Chulalongkorn University, 2018.
8. Apisak Theeravisit. Humanmapping social regenerating model in Issan contemporary situation Khon Kaen. Khon Kaen University; 2016.
9. Wagner EH, Davis CS. A survey of leading chronic disease management programs: Are they consistent with the literature? Manag Care Q756- 66PubMedGoogle Scholar; 1999.
10. Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness: the chronic care model, part 2. JAMA 2002; 288:1909-1914PubMedGoogle Scholar
11. Tsai ACMorton SCMangione CMKeeler EB A meta-analysis of interventions to improve care for chronic illnesses. Am J Manag Care 2005;11478- 488PubMedGoogle Scholar
12. Kemmis, S. & McTaggart, R. Participatory Action Research: Communicative Action and the Public Sphere. In DENZIN, N. K., & LINCOLN, Y. S., (Eds.). The SAGE Handbook of Qualitative Research. 3rd ed. London: SAGE Publications; 2005.
13. Deanseekaew, S., Klungklang, R., Smith, J.F. Community Participation Efforts for Strengthening Community Well-being through Conflict Management. Philippine Journal of Nursing, Special Edition; 2012.
14. Passakorn Suanrueang, et al. Community Care by Caregivers to Dependent Elderly under the Community-Based Long-Term Care Policy. Journal of Health Systems Research, 2018; 12(3), 437-451.

15. Saijai Jarujit , et al. Home Visit Model for Bedridden Patients Based on the Problems and Needs of Caregivers. Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi, 2019; 30(1), 54-68.

16. Seenuan Rattawijit , et al. Model of Elderly Health Care Service Arrangement by Community Participation in Wang Taku Subdistrict, Nakhon Pathom Province, Kuakarun Journal; 2017, 24(1), 42-54.

17. Usa Phonthong. A Guide to Developing Energies to Prepare for a Quality Retirement, Bangkok Amarin Printing ; 2011.