

บทความวิจัย

ความต้องการที่ได้รับการตอบสนองและไม่ได้รับการตอบสนองของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุ
ที่มีภาวะเปราะบางในจังหวัดภูเก็ต ก่อนและหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล

**Met and Unmet Needs Among Family Caregivers of the Frail Elderly in
Phuket Province Before and After Discharge**

ชญานิส ลือวานิช (Chayanit Luevanich)*

บทคัดย่อ

การวิจัยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) ความต้องการของญาติผู้ดูแลที่ได้รับการตอบสนองในการดูแลผู้สูงอายุเปราะบางก่อนและหลังจำหน่าย 2) ความยากลำบากของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุหลังจำหน่าย และ 3) สิ่งที่ญาติผู้ดูแลไม่ได้รับการตอบสนองก่อนและหลังจำหน่าย โดยการวิจัยผสมผสานที่มีการศึกษาเชิงคุณภาพเป็นหลัก ผู้ให้ข้อมูลหลัก 108 คน ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานเยี่ยมบ้าน และการดูแลระยะยาว ญาติผู้ดูแลอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เปรียบเทียบ การศึกษาเชิงปริมาณเป็นส่วนเสริม คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง 82 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัยพบว่าความต้องการของญาติผู้ดูแลที่ได้รับการตอบสนองก่อนและหลังจำหน่ายอยู่ในระดับปานกลาง ก่อนจำหน่ายได้รับการตอบสนองสูงสุด คือ การสอนการช่วยเหลือการทำกิจวัตรประจำวัน หลังจำหน่ายได้รับการตอบสนอง 1) การสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่ 2) พยาบาลมาเยี่ยม 3) อาสาสมัครเยี่ยมบ้าน 4) โรงพยาบาลทำอาหารปั่นผสมขาย 5) การทำกายภาพบำบัด ความยากลำบากในการดูแลผู้สูงอายุหลังจำหน่าย 1) ด้านการพยาบาล 2) การจัดการอารมณ์ของผู้สูงอายุ 3) ปัญหาโรคประจำตัวของผู้สูงอายุ 4) ยาก/เคลื่อนย้ายผู้สูงอายุไม่ไหว 5) ค่าใช้จ่ายสูง 6) ผู้สูงอายุไม่ให้ความร่วมมือ สิ่งที่ญาติผู้ดูแลไม่ได้รับการตอบสนอง คือ การตอบสนองด้านอารมณ์ จิตใจ ด้านข้อมูลทางการแพทย์ รวมทั้งคำแนะนำในการติดต่อขอความช่วยเหลือ การจัดการกับอารมณ์ของผู้สูงอายุ กำหนดเวลาที่ผู้สูงอายุจะหาย การปฏิบัติเมื่อต้องเจอเหตุฉุกเฉิน การทำบัตรประจำตัวผู้พิการ

คำสำคัญ: ความต้องการ ได้รับการตอบสนอง ไม่ได้รับการตอบสนอง ญาติผู้ดูแล จำหน่าย

*ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏภูเก็ต

Abstract

The aims of this study were to explore 1) the family caregivers' met needs before and after the frail elderly discharge, 2) the family caregivers' difficulties in caring for the frail elderly after discharge, and 3) the family caregivers' unmet needs before and after the frail elderly discharge. A mixed methods approach with Qual/quant was used. A total of 108 participants were included in the qualitative study, including the registered nurses whose responsible for home health care and long-term care, the family caregivers, village health volunteers and the elderly care volunteers. In-depth interview, focus group and non-participant observation were used to generate the qualitative data. The data were analyzed by using the constant comparative method. The purposive sampling was exercised for the quantitative analysis, 82 participants were included, questionnaires were applied, and descriptive statistics were used for the data analysis.

The results revealed that the family caregivers' met needs before and after discharge were at the moderate level. The highest need among the family caregivers was the advice of helping elderly's of daily living. Five met needs after discharge included the support of the adult diapers, nursing home health care, the village health volunteers/elderly care volunteers' home visit, the hospital's ready made benderlized diet for sale, and physical rehabilitation. Six difficulties among the family caregivers in caring for the frail elderly were 1) nursing care, 2) management of the elderly emotions, 3) family caregivers' health problems, 4) difficulty to mobilize the elderly, 5) high expenses and 6) elderly's non-compliance. Finding showed that the family caregivers' unmet needs included the advice for the elderly's emotional management, medical data, moreover the time the elderly recovers, management tracheostomy tube dislodge, and the issueing of the disables' identification card.

Keywords : Needs, Met, Unmet, Family caregiver, Discharge

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประชากรผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทั่วโลก คาดการณ์ว่า ปี ค.ศ. 2025-2030 จะมีการเพิ่มของประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปอย่างรวดเร็วถึง 3.7 เท่า และจะเพิ่มเป็น 4 เท่า ในปี ค.ศ. 2045-2050 (United Nations, 2007) ประเทศไทยจะเป็นสังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด คือ ผู้สูงอายุเพิ่มสูงตั้งแต่ร้อยละ 20 ขึ้นไปในปี พ.ศ. 2578 สำหรับปี พ.ศ. 2557 ประเทศไทยมีผู้สูงอายุวัยต้น (60-69 ปี) ร้อยละ 8.6 ผู้สูงอายุวัยกลางคน (70-79 ปี) ร้อยละ 4.6 และผู้สูงอายุวัยปลาย

(80 ปีขึ้นไป) ร้อยละ 2.1 และคาดว่าในปี พ.ศ. 2583 จะมีผู้สูงอายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นอีกเกือบเท่าตัว ผู้สูงอายุมีความหุของภาวะพึ่งพิงในกิจวัตรขั้นพื้นฐาน จากผลการสำรวจสุขภาพครั้งที่ 3 พ.ศ. 2547 พบความหุ ร้อยละ 12.8 ในขณะที่ผลการสำรวจสุขภาพครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551 พบความหุร้อยละ 15.5 (วิชัย เอกพลการ, 2552)

จากความก้าวหน้าด้านการแพทย์และเทคโนโลยี ในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ทำให้ผู้สูงอายุมีอายุยืนยาว

แต่ผู้สูงอายุมักมีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง อีกทั้งจำนวนเตียงในโรงพยาบาลไม่สามารถรองรับ จากสถานการณ์ระบบบริการสุขภาพพบว่าวันนอนโรงพยาบาลของผู้สูงอายุสั้นลง ส่งผลให้ผู้สูงอายุและครอบครัวต้องเผชิญกับระยะเปลี่ยนผ่านที่ซับซ้อนจากโรงพยาบาลสู่บ้าน (Hendrix, Tepfer, Fores, Ziegler, Fox, Stein, McConnell, Hastings, Schmarde, & Colon-Emeric, 2012) อีกทั้งบริการในชุมชนที่สนับสนุนญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่อเนื่องยังมีข้อจำกัด ส่งผลให้ผู้ดูแลไม่ได้รับการตอบสนองในการดูแลผู้สูงอายุ (Silva, Teixeira, Teixeira, & Freitas, 2013) โดยหลังจากออกจากโรงพยาบาล สิ่งที่ญาติผู้ดูแลต้องการได้รับการตอบสนอง คือ ความเข้าใจ และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุ ตลอดจนแหล่งประโยชน์ที่จะสนับสนุนการรับบทบาทญาติผู้ดูแล (Zabalegui, Bover, Rodriguez, Caberera, Diag, Gallart, Gonzalez, Gual, Izquierdo, Lopez, Pulpon, & Ramirez, 2008) การประเมินภาระการดูแลของญาติผู้ดูแลไม่สามารถบ่งบอกว่าประเด็นใดที่ญาติผู้ดูแลไม่ได้รับการตอบสนองในบทบาทญาติผู้ดูแล ดังนั้น หากต้องการทราบถึงสิ่งที่ญาติผู้ดูแลไม่ได้รับการตอบสนอง ควรพิจารณาจากความรู้สึกถึงความต้องการ เนื่องจากความรู้สึกที่ญาติผู้ดูแลสะท้อนว่าต้องการได้รับการตอบสนองในการปฏิบัติบทบาทญาติผู้ดูแลเกิดจากสภาพของสุขภาพจิตของญาติผู้ดูแล (Stirling Andrews, Croft, Vickers, Turner, & Robinson, 2010) หากความต้องการของญาติผู้ดูแลไม่ได้รับการตอบสนอง อาจทำให้ญาติผู้ดูแลได้รับผลกระทบทางด้านอารมณ์ สภาพจิต ไม่เต็มใจที่จะดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งจะส่งผลต่อผลลัพธ์ในการดูแล และความผาสุกของผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดบางประการในการดำเนินชีวิตที่ต้องพึ่งพิงผู้อื่น คือผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบาง (Quail, Wolfson & Lippman, 2011; Rivera, Perrin, Senra, Reyes, Olivera, Villasenor, Moreno, & Arango-Lasprilla, 2013)

ภูเก็มีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้น จากการสำรวจประชากรในปี พ.ศ. 2549 มีจำนวนผู้สูงอายุร้อยละ 7.7 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 8.1 ในปี พ.ศ. 2550 และร้อยละ 9.8 ในปี พ.ศ. 2557 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต,

2558) หลังแพทย์จำหน่าย หน้าที่ดูแลผู้สูงอายุจึงเป็นความรับผิดชอบหลักของญาติผู้ดูแล แม้ขณะนี้รัฐบาลกำหนดนโยบายให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ดำเนินการเรื่องทีมหมอครอบครัว แต่ไม่ได้ครอบคลุมผู้สูงอายุทุกรายที่จำหน่ายจากโรงพยาบาล จึงดูเหมือนว่าญาติผู้ดูแลเป็นผู้ที่ต้องเผชิญกับเหตุการณ์ที่ไม่เคยประสบมาก่อนท่ามกลางข้อจำกัดของตน อีกทั้งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผลการศึกษาที่ผ่านมาในพื้นที่ที่ศึกษายังไม่มีการทำความเข้าใจและประเมินความต้องการของญาติผู้ดูแล จึงเป็นช่องว่างขององค์ความรู้ระหว่างการเปลี่ยนผ่านของญาติผู้ดูแลที่ไม่ได้รับการตอบสนองในการดูแลผู้สูงอายุ (Naylor & Keating, 2008) ผลการวิจัยจะสามารถนำไปสู่การเพิ่มองค์ความรู้และนำไปสู่การตอบสนองความต้องการหรือพัฒนาศักยภาพญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุเมื่อกลับไปบ้านและพัฒนากระบวนการสุขภาพในการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลก่อนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องหลังจากออกจากโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความต้องการของญาติผู้ดูแลที่ได้รับการตอบสนองในการดูแลผู้สูงอายุประจวบก่อนและหลังผู้สูงอายุออกจากโรงพยาบาล
2. เพื่อศึกษาความยากลำบากของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุประจวบหลังผู้สูงอายุออกจากโรงพยาบาล
3. เพื่อศึกษาสิ่งที่ญาติผู้ดูแลไม่ได้รับการตอบสนองในการดูแลผู้สูงอายุที่ประจวบก่อนแพทย์จำหน่ายและต่อเนื่องเมื่อผู้สูงอายุกลับบ้าน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed methods) ชนิดความเด่นของระเบียบวิธีวิจัยไม่เท่ากัน (Dominant-less dominant designs) รูปแบบการวิจัยเกิดขึ้นพร้อมกันโดยเน้นการวิจัยเชิงคุณภาพ (QUAL + quan) เรียกว่า Simultaneously หรือ Concurrent nested strategy เนื่องจากการศึกษาเชิงคุณภาพหรือเชิงปริมาณเพียงอย่างเดียว ไม่สามารถให้คำตอบหรืออธิบาย

ปรากฏการณ์ได้ครอบคลุมและชัดเจน อีกทั้งเพื่อขยายองค์ความรู้ให้มีความละเอียดมากขึ้นและเป็นการยืนยันผลการศึกษาเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ (Across-method triangulation)

เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือในการวิจัยเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย แนวคำถามในการสัมภาษณ์ เน้นการสัมภาษณ์ญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมที่ญาติผู้ดูแลได้รับก่อนแพทย์จำหน่าย ความต้องการที่ได้รับการตอบสนองและไม่ได้รับการตอบสนองก่อนจำหน่ายและหลังจำหน่าย ความยากลำบากในการดูแลผู้สูงอายุหลังจำหน่าย การสนทนากลุ่มในกลุ่ม อสม./อพส. เน้นการปฏิบัติดูแลผู้สูงอายุ การดูแลที่ญาติผู้ดูแลขอความช่วยเหลือเจ้าหน้าที่ รพ.สต. และพยาบาลวิชาชีพเน้นการสอบถามเกี่ยวกับการเตรียมญาติผู้ดูแล การเยี่ยมบ้านและปัญหาของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุ และการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม เป็นการสังเกตการปฏิบัติดูแลผู้สูงอายุเปรียบบางโดยญาติผู้ดูแล เครื่องมือในการวิจัยเชิงปริมาณ ประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ แบบประเมินกิจวัตรประจำวัน พื้นฐานดัชนีบาร์ธเอดิแอลและแบบประเมินความต้องการที่ญาติผู้ดูแลได้รับการตอบสนองและไม่ได้รับการตอบสนองในการดูแลผู้สูงอายุก่อนและหลังผู้ป่วยจำหน่ายจากโรงพยาบาล ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยด้วยข้อคำถาม 8 ด้าน รวมคำถาม 49 ข้อ ดังนี้ ข้อมูลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ การสื่อสาร การช่วยเหลือ การทำกิจวัตรประจำวัน การเงิน ข้อมูลทางการแพทย์ สัมพันธภาพ ความต้องการด้านจิตวิญญาณ และอารมณ์ จิตใจ ผ่านการตรวจความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิทางพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุจำนวน 3 ท่าน เครื่องมือมีความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .9738 เครื่องมือมีลักษณะการวัดเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ ไม่ต้องการการตอบสนองให้ 3 คะแนน ความต้องการได้รับการตอบสนองให้ 2 คะแนน ความต้องการไม่ได้รับ การตอบสนองให้ 1 คะแนน ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์การแปลผล 3 ระดับ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 1 -1.67 หมายถึง ได้รับการตอบสนองน้อย 1.68-2.35 หมายถึง ได้รับการตอบสนองปานกลาง และ 2.36-3.00 หมายถึง ได้รับการตอบสนองมาก

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล : การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพจากบุคคลหลายกลุ่ม เพื่อสามารถทำความเข้าใจ ปรากฏการณ์ได้รอบด้าน ผู้ให้ข้อมูลหลักจำนวน 108 คน ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ รพ.สต.และโรงพยาบาลที่รับผิดชอบงานผู้สูงอายุในการเยี่ยมบ้านและการดูแลระยะยาว 9 คน ญาติผู้ดูแลหลัก 82 คน อสม./อพส. 17 คน ผู้วิจัยเริ่มจากการเข้าถึงเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของ รพ.สต./พยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานผู้สูงอายุประสานกับ อสม. ในการนำผู้วิจัยเก็บข้อมูล บ้านของผู้สูงอายุ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจนกว่าข้อมูลจะอิ่มตัว การศึกษาเชิงปริมาณครั้งนี้ไม่มีเป้าหมายใน การอ้างอิงถึงกลุ่มประชากร แต่มีเป้าหมายเพื่อให้คำตอบจากงานวิจัยมีครอบคลุมยิ่งขึ้น จึงเลือกเก็บข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจงในญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ได้ถูกคัดเลือกเป็นผู้ให้ข้อมูลหลัก 82 รายโดยผู้เฉพาะศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง รพ.สต. ขนาดใหญ่และหรือขนาดกลาง เก็บรวบรวมข้อมูลญาติผู้ดูแลตามคุณสมบัติของผู้สูงอายุที่กำหนดดังนี้ 1) ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และหลอดเลือด โรคไต กระดูกหัก และโรคระบบหายใจที่มีประวัตินอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลและมีข้อจำกัดในการช่วยเหลือ ตนเองหลังแพทย์จำหน่าย ต้องพึ่งพิงญาติผู้ดูแลบางส่วนหรือพึ่งพิงทั้งหมด 2) ผู้สูงอายุกลุ่มเปรียบบาง มีภาวะพึ่งพิงโดยประเมินกิจวัตรประจำวัน พื้นฐานของผู้สูงอายุคะแนนต่ำกว่าหรือเท่ากับ 8 คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงปานกลางและมาก และ 3) เก็บรวบรวมข้อมูลจากญาติผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุเป็นหลักไม่มีค่าตอบแทนในรูปเงินเดือน ทราบข้อมูลผู้สูงอายุเป็นอย่างดี และมีความสัมพันธ์เชิงเครือญาติเก็บรวบรวมข้อมูลจากญาติผู้ดูแลหลัก 1 รายต่อผู้สูงอายุ 1 ราย

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ : ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลหลังการสัมภาษณ์ในแต่ละวัน โดยการวิเคราะห์

เปรียบเทียบกับผลของการวิเคราะห์ข้อมูลที่มีอยู่เดิม เพื่อพิจารณาว่าจะเก็บข้อมูลใดเพิ่มและเก็บจากกลุ่มใด ให้รหัสข้อมูลแบบคำต่อคำ บรรทัดต่อบรรทัด และจัดกลุ่มข้อมูลโดยการให้รหัส หาแก่นของรหัส เลือกรหัส และเชื่อมโยงความสัมพันธ์ระหว่างหมวดหมู่จนกระทั่งสามารถกำหนดหมวดหมู่หลัก นำข้อสรุปที่ได้มาเปรียบเทียบกับอย่างต่อเนื่อง (Constant comparative data analysis) ตรวจสอบสามเส้าเพื่อยืนยันความเชื่อถือได้ของข้อมูลด้วยการตรวจสอบสามเส้าด้านวิธีเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยใช้การสัมภาษณ์ระดับลึก การสนทนากลุ่ม การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม และการตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล เพื่อพิสูจน์ว่าข้อมูลถูกต้องเป็นจริง เป็นการยืนยันข้อมูลจากหลายแหล่ง คือ ญาติ ผู้ดูแล พยาบาลวิชาชีพ อสม./อผล.

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ : ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแลและกิจวัตรประจำวันขึ้นพื้นฐานของผู้สูงอายุวิเคราะห์ด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ความต้องการของญาติผู้ดูแลวิเคราะห์ด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)

การพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูล

การศึกษานี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนจากคณะกรรมการการวิจัยในคน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต ตามเอกสารรับรองโครงการวิจัยเลขที่ PKPH 2015-003 ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูลตลอดกระบวนการวิจัยโดยเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ ไม่เปิดเผยชื่อ สกุล ผู้ให้ข้อมูลเช่นตอบรับการเข้าร่วมวิจัยหรืออนุญาตด้วยวาจา ผู้วิจัยอธิบายให้ทราบว่าผู้ให้ข้อมูลมีสิทธิจะไม่ตอบคำถามที่ไม่ต้องการตอบ เมื่อผู้ให้ข้อมูลตกลงอนุญาตให้ข้อมูล จึงเริ่มการสัมภาษณ์ และการสนทนากลุ่ม

ผลการวิจัย

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 46 คน คิดเป็นร้อยละ 56.10 อายุเฉลี่ย 80.98 ปี แหล่งรายได้หลักของผู้สูงอายุ คือ เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 36.14 รองลงมา คือ เบี้ยยังชีพคนพิการ คิดเป็นร้อยละ 36.00

และบุตร คิดเป็นร้อยละ 24.89 ตามลำดับ ร้อยละ 90.24 มีสิทธิการรักษาด้วยหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 62.20 อาศัยอยู่กับบุตรหลาน โรคประจำตัวที่พบสูงสุดคือ โรคความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดสมอง คิดเป็นร้อยละ 21.95 ผู้สูงอายุร้อยละ 82.93 มีโรคประจำตัวตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไป ส่วนใหญ่มีภาวะที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านสูงสุด คือ การทำกายภาพบำบัด คิดเป็นร้อยละ 54.70 รองลงมาคือการกลืนอาหารลำบาก คิดเป็นร้อยละ 15.38 ผู้สูงอายุร้อยละ 100 ได้รับการช่วยเหลือจากหน่วยงานต่างๆ โดยร้อยละ 64.63 ของผู้สูงอายุได้รับการช่วยเหลือจากสังคมที่เพียงพอ และร้อยละ 100 ได้รับการช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน ผู้สูงอายุร้อยละ 26.83 มีค่าคะแนนจากการประเมินการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน 0 คะแนน

ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 76 คน คิดเป็นร้อยละ 92.69 อายุเฉลี่ย 57.17 ปี (อายุระหว่าง 37 - 85 ปี) ร้อยละ 70.73 มีสถานภาพสมรสคู่ มีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุในฐานะบุตรสาวร้อยละ 51.22 แหล่งรายได้ของญาติผู้ดูแลร้อยละ 26.50 ได้จากเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ รองลงมา คือ จากบุตรร้อยละ 25.64 รายได้เฉลี่ย 11,192.68 บาทต่อเดือน ส่วนใหญ่สะท้อนว่ารายได้ไม่เพียงพอร้อยละ 31.71 สะท้อนว่าสังคมมีแหล่งช่วยเหลือผู้สูงอายุเพียงพอร้อยละ 54.88 ญาติผู้ดูแลร้อยละ 100 ได้รับการช่วยเหลือในการดูแลผู้สูงอายุจากหน่วยงานต่างๆ โดยหน่วยงานที่ให้การช่วยเหลือสูงสุดคือ รพ.สต./ศูนย์บริการเทศบาล และ อสม. ร้อยละ 31.28 เท่ากัน สิ่งที่ได้รับการช่วยเหลือสูงสุด คือ เงิน (เบี้ยยังชีพ) ร้อยละ 43.39 รองลงมา คือ ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ ร้อยละ 33.33 ญาติผู้ดูแลได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนที่ผู้ป่วยจะออกจากโรงพยาบาลร้อยละ 96.34

ความต้องการของญาติผู้ดูแลที่ได้รับการตอบสนองในการดูแลผู้สูงอายุก่อนและหลังจำหน่ายในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 2.04, S.D.= 0.50) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ส่วนใหญ่ได้รับการตอบสนองในระดับปานกลาง มีเพียงด้านการช่วยเหลือการทำกิจวัตรประจำวันที่ได้รับการตอบสนองในระดับมาก

($\bar{x} = 2.56$, S.D. = 0.17) ดังนี้ 1) การทำอาหารปั่นผสม "สอนทำอาหาร พาไปห้องทำอาหาร เขามอบว่าทำอะไร ให้ดูวิดีโอ ดู 1 เทียว จำได้ แล้วเขาก็บอกเขาให้ดูฝึก บอกวิธีการล้างให้สะอาด เอาไปหนึ่ง" 2) การทำกายภาพบำบัด ผู้สูงอายุต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านด้วยการทำกายภาพบำบัด 64 ราย จากกลุ่มตัวอย่าง 82 ราย "นักกายภาพสอน 2 วันก่อนกลับบ้าน เขาทำให้ดู" 3) การสังเกตอาการผิดปกติประกอบด้วยการสังเกตสีปัสสาวะ "ให้ดูสีปัสสาวะขุ่นไหม ถ้าขุ่นอาจติดเชื้อได้ เวลาเทปัสสาวะทิ้ง ให้เช็ดที่ข้อต่อด้วยแอลกอฮอล์" การสังเกตอาการผิดปกติที่เกิดจากการรับประทานยา มีผู้สูงอายุ 1 รายรับประทานยา Wafarin ซึ่งเป็นยาในกลุ่มด้านการแข็งตัวของเลือด "มีคำแนะนำ กินยาละลายลิ่มเลือด ให้สังเกตความผิดปกติ ปรากฏรอยช้ำเขียวตามแขนขา ลำตัว มีเลือดออกตามไรฟัน เลือดกำเดาไหล ปัสสาวะมีสีแดงและน้ำตาลแดง อาเจียนมีเลือดปน อุจจาระปนเลือด สีดำ" ด้านที่ได้รับการตอบสนองน้อยที่สุดคือ ข้อมูลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ($\bar{x} = 1.87$, S.D. = 0.38) ความต้องการของผู้ดูแลที่ได้รับการตอบสนองหลังจำหน่ายประกอบด้วย 1) ได้รับการสนับสนุนคำอธิบายผู้ใหญ่ "หนักอยู่ที่ใช้เพิ่มเพริส อบจ. ให้เดือนละ 2 ห่อ ก็ดีกว่าไม่ได้เลย" 2) พยาบาลมาเยี่ยมบ้านและให้การพยาบาล เจาะเลือด ทำแผล "ที่ญาติขอความช่วยเหลือ คือ การเปลี่ยนสาย NG cath เดือนละ 1 ครั้ง แต่เรื่องแผลกดทับยังเป็นปัญหาว่าบางที่ญาติไม่หาหม้อทำ (ไม่กล้าทำ) เรา ก็ไปชี้แนะ ตามเยี่ยม บางทีหนองและตุ่มเปื้อ (มีหนองจำนวนมาก)" 3) มีอาสาสมัครมาเยี่ยม "อสม. มาวัดความดันโลหิตให้เป็นประจำ อสม. มาเยี่ยมทุกวันศุกร์" 4) โรงพยาบาลทำอาหารปั่นผสมขาย "อาหารปั่นซื้อวันละ 150 บาท เสาร์ อาทิตย์ ให้น้ำมันผง เขาสอน แต่เราก็คิดว่าเครื่องมือเราคงไม่สะอาด เท่ากับโรงพยาบาล เลยซื้อ ก็สะดวกดี ถ้าทำเองต้องไปซื้อวัตถุดิบมาและมาทำ ต้องใช้เวลามาก เราไม่สามารถทิ้งแกลไปนานๆ ได้" และ 5) การทำกายภาพบำบัด "นักกายภาพบำบัดมาสอนที่บ้าน สอนให้ยกแขน ขา ไม่ให้ข้อติด...อยู่บ้านก็ทำให้"

ความยากลำบากของผู้ดูแลในการดูแลหลังผู้สูงอายุออกจากโรงพยาบาลมี 6 ด้าน คือ 1) ด้านการพยาบาล ประกอบด้วย ผู้สูงอายุถึงสายให้อาหารทางสายยาง การพาผู้สูงอายุไปตรวจตามนัด การทำแผล กดทับ "แกดถึงสายให้อาหารบ่อ ย ต้องผูกมือแกลไว้ ใส่ใหม่ ไม่กล้าดูเจ็บ" 2) การจัดการอารมณ์ของผู้สูงอายุ "แกอารมณ์หงุดหงิด ไม่ได้ตั้งใจจะร้อง ตอนแรกเครียด นานๆ เข้าก็เริ่มชิน" 3) ปัญหาโรคประจำตัวของผู้ดูแล "เป็นโรคปวดหลัง ข้อ ทำให้ยกผู้ป่วยลำบาก ต้องยกแกจากเก้าอี้ไปหอน้ำ ไปเตียง บางครั้งต้องจ้างคนช่วย" 4) ยก/เคลื่อนย้ายผู้สูงอายุไม่ไหว "ปัญหาคือยกตัวแกไม่ไหว แกตัวใหญ่ บางครั้งพាក់ล้ม" 5) ค่าใช้จ่ายสูง "มีค่าใช้จ่าย ต้องซื้อสายดูดเสาะเอง ห่อละ 50 เส้น ใช้ได้ 2-3 วัน ซ้อหนึ่งเทียมปิดแผลกดทับ ต้องซื้อเอง ซ้อสายให้อาหาร ถุงปัสสาวะ สายสวนเอง ไม่กล้าขอบ่อยๆ" และ 6) ผู้สูงอายุไม่ให้ความร่วมมือ "แกคือ ไม่ยอมทำกายภาพบำบัด ลูกสาวทำให้ไม่ได้ แกด่า โวยวาย ต้องทำเอง (กรรยาทำเอง) เพราะกับลูกสาวแกไม่ยอมให้ทำ เครียดนะ แต่ก็ทำใจแล้ว เครียดไปสุขภาพก็เสีย"

สิ่งที่ผู้ดูแลไม่ได้รับการตอบสนองในการดูแลผู้สูงอายุก่อนและหลังแพทย์จำหน่ายโดยพิจารณาจากจำนวนของผู้ดูแลที่ต้องการแต่ไม่ได้รับการตอบสนอง ดังนี้ ด้านอารมณ์ จิตใจในประเด็นได้รับการช่วยเหลือเมื่อมีความเครียดทางอารมณ์ (ร้อยละ 67.92) รองลงมาคือ ได้รับการช่วยเหลือในการสร้างความสุขในการดูแลผู้สูงอายุ (ร้อยละ 67.27) และข้อมูลทางการแพทย์ในประเด็นได้รับการช่วยเหลือในการจัดการภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ (ร้อยละ 54.0) ตามลำดับ ผลจากการสัมภาษณ์พบว่าผู้ดูแลไม่ได้รับการตอบสนองในประเด็นต่อไปนี้เท่าที่ควร ประกอบด้วย คำแนะนำในการติดต่อขอความช่วยเหลือ การจัดการกับอารมณ์ของผู้สูงอายุ ควรปฏิบัติอย่างไรเมื่อทอดทิ้งทอดทอด การทำบัตรประจำตัวผู้พิการ หลังผู้สูงอายุกลับบ้าน สิ่งที่ผู้ดูแลไม่ได้รับการตอบสนองประกอบด้วยความสะดวกในการทำบัตรประจำตัวผู้พิการ

การอภิปรายผล

ความต้องการของญาติผู้ดูแลที่ได้รับการตอบสนองในการดูแลผู้สูงอายุก่อนและหลังผู้สูงอายุกลับบ้าน ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายด้านพบว่ามิเพียงด้านการสอนการช่วยเหลือการทำกิจวัตรประจำวันที่ได้รับการตอบสนองในระดับมาก เนื่องจากผู้สูงอายุในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ประมาท ส่วนใหญ่ติดเตียง ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองมีข้อจำกัด จึงจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันแบบทดแทนทั้งหมดหรือทดแทนบางส่วนจากญาติผู้ดูแล สอดคล้องกับรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2556 ที่พบว่าปัญหาสุขภาพที่ผู้สูงอายุประมาทประสบสูงสุดคือ มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว และพบมากขึ้นเมื่ออายุเพิ่มสูงขึ้น (ปราโมทย์ ประสาทกุล, 2558) ญาติผู้ดูแลได้รับการตอบสนองในการดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย การทำอาหารป้อนผสม การทำกายภาพบำบัด การสังเกตอาการผิดปกติ ประกอบด้วย การสังเกตสีปัสสาวะและการสังเกตอาการผิดปกติที่เกิดจากการรับประทานยา สิ่งเหล่านี้ญาติผู้ดูแลต้องปฏิบัติตลอดการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน เป็นประสบการณ์ใหม่ที่ญาติผู้ดูแลต้องเรียนรู้ บุคลากรสาธารณสุขจึงเน้นสอนภาคปฏิบัติแก่ญาติผู้ดูแลเพื่อสามารถกลับไปดูแลผู้สูงอายุต่อเนื่องได้ที่บ้าน สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าญาติผู้ดูแลต้องการได้รับการตอบสนองข้อมูลเกี่ยวกับ การดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (Hare, Rogers, Lester, McManus & Mant, 2005) และด้านที่ได้รับการตอบสนองน้อยที่สุดคือ ข้อมูลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย อาการของโรค การเปลี่ยนแปลงด้านความจำและการฟื้นฟู สอดคล้องกับข้อมูลเชิงคุณภาพที่ญาติผู้ดูแลสะท้อนว่าประเด็นที่ไม่ได้รับการตอบสนอง คือ ผู้สูงอายุจะหายเมื่อไหร่ ควรปฏิบัติอย่างไรเมื่อมีอาการหกล้ม สอดคล้องกับการศึกษาของบาкасและคณะ (Bakas, Austin, Okonkwo, Lewis, & Chadwick., 2002) ที่พบว่าประเด็นที่ญาติผู้ดูแลให้ความสนใจและต้องการได้รับการตอบสนอง คือ การได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับอาการและอาการแสดง ตลอดจนการจัดการกับภาวะแทรกซ้อน

ของโรค เนื่องจากเป็นสิ่งที่ยากสำหรับญาติผู้ดูแล ความต้องการของญาติผู้ดูแลที่ได้รับการตอบสนองหลังจำหน่ายประกอบด้วย 1) ได้รับการสนับสนุนคำอธิบายผู้ใหญ่ เนื่องจากที่ผ่านมาก่อเกิดมีโครงการภูเก็ตแคร์ ดำเนินการโดย อบจ. สนับสนุนคำอธิบายผู้ใหญ่แก่ผู้พิการ โดยแจกจ่ายผ่านรพ.สต. 2) พยาบาลมาเยี่ยมและให้การพยาบาล เจาะเลือด ทำแผล ในรายที่ผู้สูงอายุมีปัญหาซับซ้อนหรือต้องได้รับการเปลี่ยนสายยางให้อาหาร สายสวนปัสสาวะ ทำแผลกดทับขนาดใหญ่ พยาบาลวิชาชีพจะเป็นผู้ทำให้ รวมทั้งเฝ้าอำนวยความสะดวกแก่ญาติผู้ดูแลในการรับยาต่อเนื่องโดยเจาะเลือดส่งตรวจให้ก่อนจะถึงวันแพทย์นัด ล้วนเป็นการสนับสนุน ช่วยเหลือญาติผู้ดูแล เป็นการสร้างความเชื่อมั่นแก่ญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (Lethin, Leino-Kilpi, Soto, Saks, Stephan, Zawakhollen, Zabalegui, & Karlsson, 2016) 3) มีอาสาสมัครมาเยี่ยม อสม./อพส. เป็นทุนทางสังคม เป็นบุคคลที่เยี่ยมผู้สูงอายุเป็นประจำตามภารกิจโดยช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุทั้งมิติด้านสุขภาพและด้านสังคม (ชญาณิศ ลือวานิช, 2558; ชญาณิศ ลือวานิช, รัตนา ลือวานิช และจิรา โรมินทร์, 2556; สุมาลี เข้มสมชัย รัตนา เหมือนสิทธิ์ และจตุรศรีทองมาก, 2555) 4) โรงพยาบาลทำอาหารป้อนผสมขาเป็นการเฝ้าอำนวยความสะดวกแก่ญาติผู้ดูแล เนื่องจากญาติผู้ดูแลบางรายเกรงว่าไม่สามารถทำอาหารตามที่โภชนาการสอน อีกทั้งการซื้ออาหารป้อนผสมที่โรงพยาบาลจำหน่ายสร้างความมั่นใจแก่ญาติว่าผู้สูงอายุจะได้รับอาหาร ครบถ้วน ช่วยประหยัดเวลา เนื่องจากหากทำอาหารป้อนเองจะต้องไปซื้อวัตถุดิบ หั่นวัตถุดิบและปั่นเก็บล้าง การซื้ออาหารป้อนผสมทำให้ญาติผู้ดูแลมีเวลามากขึ้น 5) การทำกายภาพบำบัด เนื่องจากผู้สูงอายุมีสภาพร่างกายที่ต้องฟื้นฟูต่อเนื่องที่บ้าน ปัจจุบันมีนักกายภาพ บำบัดร่วมทีมในการเยี่ยมบ้านดังนโยบายกระทรวงสาธารณสุขที่เน้นทีมหมอครอบครัวและการดูแลผู้สูงอายุแบบ สาขาวิชาชีพ นักกายภาพบำบัด จะให้คำแนะนำการทำกายภาพบำบัดแก่ญาติผู้ดูแล และติดตามทุก 1-2 เดือน แสดงให้เห็นว่าระบบบริการ

สุขภาพและสังคมมีระบบสนับสนุนญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นสิ่งที่ญาติผู้ดูแลปรารถนา (Hare et al, 2005)

ความยากลำบากของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุ หลังจำหน่าย มี 4 ด้าน คือ 1) ด้านการพยาบาล ได้แก่ ผู้สูงอายุถึงสายให้อาหารทางสายยาง การพาผู้สูงอายุ ไปตรวจตามนัด การทำแผลกดทับ เนื่องจากการใส่สายให้อาหารทางสายยางและแผลกดทับที่ซับซ้อนต้องปฏิบัติโดยพยาบาลวิชาชีพ หากผู้สูงอายุถึงสายให้อาหาร กลางคืนและใกล้มีอาหาร จะทำให้ผู้สูงอายุไม่ได้รับอาหารในมือนั้น สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าญาติผู้ดูแลต้องทำกิจกรรมทางการพยาบาลที่หลากหลาย ที่บ้าน รวมทั้งต้องใช้เครื่องมือ อุปกรณ์ทางการแพทย์ ทำให้ญาติกลัวว่าจะเกิดความผิดพลาดจากการดูแลของตน (Reinhard & Feinberg, 2015) 2) การจัดการ อารมณ์ของผู้สูงอายุ ญาติผู้ดูแลสะท้อนว่าไม่ได้รับการตอบสนองทั้งก่อนและหลังจำหน่าย สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าญาติผู้ดูแลต้องการสามารถจัดการอารมณ์ และความเครียดได้ การได้รับความช่วยเหลือในการ สนับสนุนด้านอารมณ์และการจัดการปัญหาพฤติกรรม ที่เปลี่ยนของผู้สูงอายุ (ชยานิส ลือวานิช และคณะ, 2556; Sayles-Cross, 1993; Touhy, 2007) การที่ญาติผู้ดูแลไม่ได้รับการเตรียมความพร้อมและฝึกทักษะ ในการจัดการอารมณ์ที่แปรปรวนของผู้สูงอายุ ญาติผู้ดูแลจึงต้องเผชิญกับความไม่สามารถจัดการอารมณ์ ผู้สูงอายุท่ามกลางข้อจำกัดของตน บางครั้งนำไปสู่การ ทะเลาะ ได้ถึงระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล ทำให้ ญาติผู้ดูแลเกิดความเครียด อาจเนื่องจากญาติผู้ดูแล ส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมาก่อน ร่วมกับมักได้รับการฝึกทักษะก่อนที่ผู้สูงอายุจะถูก จำหน่ายเพียงไม่กี่วัน ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลไม่ได้รับการ เตรียมความพร้อมในบางทักษะ จึงมีผลต่อการปฏิบัติ บทบาทญาติผู้ดูแลในระยะยาว เช่น ทักษะการเผชิญ ปัญหา (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2555) สอดคล้องกับการ ศึกษาที่พบว่าญาติผู้ดูแลต้องเผชิญกับพฤติกรรม ที่เปลี่ยนไปของผู้ป่วย ทำให้ญาติผู้ดูแลต้องต่อสู้กับ ความรู้สึที่ที่หลากหลาย เช่น ปฏิเสธ ความขุ่นเคืองใจ โกรธ ซึมเศร้า (Schubart, Kinzie & Farace, 2008)

สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าญาติผู้ดูแลมักไม่ได้รับข้อมูลที่เพียงพอในการดูแลเมื่อผู้สูงอายุมีอาการ เปลี่ยนแปลงทางจิต (Bakas et al, 2002; Graham, Lvey & Neuhauser, 2009; Shyu, 2000) 3) ปัญหาโรคประจำ ตัวของญาติผู้ดูแล เนื่องจากญาติผู้ดูแลเป็นผู้ใหญ่ ตอนปลายอายุเฉลี่ย 57.17 ปี ร้อยละ 39.02 เป็นผู้สูงอายุ เมื่ออายุเพิ่มขึ้น สภาพร่างกายเสื่อมถอย โอกาสเกิด โรคเรื้อรังต่างๆ จึงเพิ่มสูงขึ้นและต้องการการดูแล สุขภาพเช่นกัน บางปัญหาสุขภาพส่งผลต่อข้อจำกัด ในการดูแลผู้สูงอายุ เช่น เป็นโรคเบาหวาน กระดูก แขนหัก สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าญาติผู้ดูแล มักมี ปัญหาสุขภาพร้อยละ 33 โดยเฉพาะญาติผู้ดูแลที่เป็น คู่สมรสมีปัญหาสุขภาพเป็น 2 เท่าเมื่อเทียบกับญาติผู้ดูแลประเภทอื่น ๆ (Takamura & Williams, 1998) 4) ยาก/เคลื่อนย้ายผู้สูงอายุไม่ไหว เนื่องจากอายุของญาติผู้ดูแลก่อนไปทางผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุสูงสุดของญาติผู้ดูแล คือ 85 ปี เมื่ออายุเพิ่มขึ้น สภาพร่างกายเสื่อมถอยเพิ่มขึ้น ประกอบกับญาติผู้ดูแล สะท้อนว่าตนมีโรคประจำตัว 5) ค่าใช้จ่ายสูง เนื่องจาก แห่ลงรายได้หลักของญาติผู้ดูแล คือ เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ และบุตร ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่สะท้อนว่ารายได้นั้นเพียงพอ อีกทั้งต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายบางส่วนซึ่งสิทธิหลัก ประกันสุขภาพถ้วนหน้าไม่ครอบคลุม เช่น ค่าอ้อม ผู้ใหญ่ สายให้อาหารทางสายยาง DuoDerm (หนังเทียม สำหรับแผลกดทับ) สายดูดเสมหะ สอดคล้องกับการ ศึกษาที่พบว่าร้อยละ 38 ของญาติผู้ดูแลมีการออมลดลง หรือหยุดออมและร้อยละ 32 ของญาติผู้ดูแลไม่ได้รับการช่วยเหลือปัญหาด้านการเงิน รายรับลดลง ในขณะที่ ค่าใช้จ่ายในครอบครัวเพิ่มสูงขึ้น บางรายมีหนี้สิน (Houtven, 2015; Lipson, 2015) 6) ผู้สูงอายุไม่ให้ความ ร่วมมือในการทำกายภาพบำบัด เนื่องจากข้อติดมีอาการ ปวด จึงนำไปสู่การแสดงอารมณ์โกรธ ต่อว่าญาติผู้ดูแล สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ผู้สูงอายุมักไม่ให้ความร่วมมือกับญาติผู้ดูแลในการทำกายภาพบำบัด ที่บ้าน (ชยานิส ลือวานิช และคณะ, 2556)

สิ่งที่ญาติผู้ดูแลไม่ได้รับการตอบสนองในการดูแล ผู้สูงอายุก่อนและหลังจำหน่ายแพทย์จำหน่าย ดังนี้

1) ด้านอารมณ์ จิตใจในการช่วยเหลือเมื่อมีความเครียด การสร้างความสุขในการดูแลผู้สูงอายุอาจเนื่องจากปัญหาสุขภาพของญาติผู้ดูแลเองการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ของผู้สูงอายุเป็นประสบการณ์ใหม่ของญาติผู้ดูแล และญาติผู้ดูแลในการศึกษารั้งนี้อาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้สูงอายุ ระบบสุขภาพ มักเน้นการดูแลตัวผู้สูงอายุเป็นหลัก จึงกล่าวได้ว่าญาติผู้ดูแลเป็นผู้ป่วยซ่อนเร้น สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าญาติผู้ดูแลไม่ได้รับการตอบสนองเกี่ยวกับการจัดการและการเผชิญกับความเครียด (Yedidia & Tiedemann, 2008 : 45)

2) ด้านข้อมูลทางการแพทย์ในการช่วยเหลือในการจัดการภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุการและควรปฏิบัติอย่างไรเมื่อท้อเจ้อหรือหมดหวังเนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่ติดเตียงไม่สามารถสื่อสารกับญาติผู้ดูแล ผู้ที่ทา้อเจ้อหรือหมดหวังญาติผู้ดูแลจะได้รับการเน้นย้ำในการดูแลหากท้อเจ้อหรือหมดหวังให้รับนำส่งโรงพยาบาล แต่ไม่ได้เน้นย้ำว่าหากท้อเจ้อหรือหมดหวังควรให้การช่วยเหลือเบื้องต้นอย่างไรก่อนและระหว่างนำผู้สูงอายุส่งโรงพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าญาติผู้ดูแลต้องการได้รับการตอบสนองเกี่ยวกับการปฐมพยาบาลเมื่อผู้สูงอายุมีอาการเปลี่ยนแปลง (Hirakawa, Kuzuya, Enoki & Uemura, 2011) รวมทั้งญาติผู้ดูแลไม่ได้รับคำแนะนำในการติดต่อขอความช่วยเหลือ การทำบัตรประจำตัวผู้พิการ จะเห็นได้ว่าญาติผู้ดูแลต้องการได้รับการตอบสนองทั้งมิติทางสุขภาพและสังคม สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าญาติผู้ดูแลต้องการได้รับการตอบสนองข้อมูลเกี่ยวกับการเข้าถึงระบบบริการที่มีในสังคมทั้งแหล่งช่วยเหลือด้านการดูแลสุขภาพ มิติดังคม รวมทั้งแหล่งช่วยเหลือด้านการเงิน (Hare et al, 2010) ญาติผู้ดูแลได้รับข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ในชุมชนน้อย (King & Semik, 2006 : 37; Maclasaac, Haririsob, & Godfrey, 2010)

4) ญาติผู้ดูแลไม่ได้รับการตอบสนองเกี่ยวกับการจัดการกับอารมณ์ของผู้สูงอายุ เนื่องจากระบบการแพทย์แผนปัจจุบันเน้นการให้ความสำคัญต่อการดูแลด้านกายเป็นสำคัญ ดังนั้น คำแนะนำสำหรับการเตรียมความพร้อมญาติผู้ดูแลจึงเน้นคำแนะนำสำหรับกิจกรรมทางการแพทย์พยาบาลที่ญาติต้องปฏิบัติและคำแนะนำการดูแล

การเปลี่ยนแปลงอาการทางกายเป็นหลัก สอดคล้องกับการสะท้อนของญาติผู้ดูแลที่ว่าจัดการด้านอารมณ์ของผู้สูงอายุเป็นสิ่งที่ยากลำบากสำหรับญาติผู้ดูแล ญาติผู้ดูแลต้องการได้รับการสนับสนุนด้านสภาพจิตและอารมณ์จากระบบบริการสุขภาพ (Hare et al, 2005) ปัจจุบันระบบสุขภาพยังให้ความสำคัญ ความสนใจต่อการสนับสนุนด้านอารมณ์ของญาติผู้ดูแลน้อย (Bakas et al, 2002; Hendrix et al, 2012) 5) ญาติผู้ดูแลไม่ได้รับการแจ้งว่าผู้สูงอายุจะหายเมื่อไหร่ เนื่องจากผู้สูงอายุเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โอกาสหายเป็นไปได้น้อย นอกจากดูแลไม่ได้อาการเลวลง สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าข้อมูลที่ญาติผู้ดูแลต้องการประกอบด้วย การพยากรณ์โรค หรือสภาพผู้สูงอายุ อาการ การจัดการกับภาวะผิดปกติ การเข้าถึงการบริการเฉพาะ โรค (Silva et al, 2013; Shyu, 2000)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1.1 จากการศึกษาพบว่าญาติผู้ดูแลต้องรับภาระในการซื้ออุปกรณ์บางรายการสำหรับผู้สูงอายุหลังจำหน่าย ซึ่งสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ายังไม่ครอบคลุม ได้แก่ สายสวนปัสสาวะ ถุงปัสสาวะ สายดูดเสมหะ ผลิตภัณฑ์ปิดแผล ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ประกอบกับในอนาคตประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ และปัจจุบันรัฐมนตรีนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพิงระยะยาวในชุมชน ดังนั้น สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอาจต้องครอบคลุมอุปกรณ์ที่ผู้สูงอายุจำเป็นต้องใช้บางรายการ โดยพิจารณาตามความจำเป็นเป็นรายๆ ไป

1.2 ในอนาคตจะมีผู้สูงอายุในชุมชนมากขึ้น ทั้งผู้ที่ติดสังคม ติดบ้าน ติดเตียง โดยอยู่ในความดูแลของระบบบริการปฐมภูมิเป็นหลัก แต่ รพ.สต. ยังขาดอัตรากำลังนักกายภาพบำบัดในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน โดยเฉพาะกลุ่มติดเตียง ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการทำกายภาพบำบัด ในอนาคตควรมีขยายอัตรากำลังนักกายภาพบำบัดแก่ รพ.สต. เพื่อติดตามผู้ป่วยเฉพาะรายได้อย่างต่อเนื่องมากกว่าในปัจจุบัน

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการจัดบริการสุขภาพ

2.1 ผลจากการศึกษาพบว่าญาติผู้ดูแลไม่ได้รับการตอบสนองเกี่ยวกับข้อมูลทางสุขภาพของผู้สูงอายุ ข้อมูลทางการแพทย์ การจัดการอารมณ์ของผู้สูงอายุ การตอบสนองด้านจิตใจ อารมณ์ ดังนั้น โรงพยาบาลควรมีการเตรียมความพร้อมญาติผู้ดูแลก่อนจำหน่ายผู้สูงอายุในประเด็นดังกล่าว ซึ่งควรมีการนำการวางแผนก่อนจำหน่ายมาใช้อย่างจริงจัง โดยเฉพาะโรงพยาบาลชุมชน ระยะเวลาในการพักรักษาตัวในโรงพยาบาลมักสั้น และเมื่อผู้สูงอายุกลับไปบ้าน ควรกำหนดให้มีการติดตามเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแลภายใน 7 วัน หลังการจำหน่าย เพื่อติดตามว่าญาติผู้ดูแลสามารถให้การดูแลได้หรือไม่ ญาติผู้ดูแลที่ได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนผู้สูงอายุถูกจำหน่ายจากโรงพยาบาลและดูแลเมื่อผู้สูงอายุกลับไปบ้านเป็นคนเดียวกันหรือไม่ เพื่อไม่ให้ญาติผู้ดูแลต้องเผชิญกับความยากลำบากในการดูแลผู้สูงอายุท่ามกลางข้อจำกัดของญาติผู้ดูแล

2.2 สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง ควรได้รับการวินิจฉัยว่ามีสภาพพิการหรือไม่โดยแพทย์ก่อนจำหน่าย เพื่อจะได้ดำเนินการขอมัติบัตรประจำตัวผู้พิการ ผู้สูงอายุจะได้รับเบี้ยยังชีพผู้พิการร่วมด้วย เพื่อลดความยากลำบากของญาติผู้ดูแลที่จะต้องนำผู้สูงอายุมารับการวินิจฉัยโดยแพทย์ในภายหลัง

2.3 สถานพยาบาลทุกระดับและ อสม./อผส. ควรมีการประชาสัมพันธ์แหล่งช่วยเหลือในสังคมที่มีอยู่ในชุมชน ทั้งการช่วยเหลือด้านสุขภาพและสังคม แก่ญาติผู้ดูแลทราบ เพื่อช่วยให้ญาติผู้ดูแลสามารถเข้าถึงแหล่งช่วยเหลือ

ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาความต้องการของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงจำแนกตามโรคเรื้อรังและจำแนกตาม ระยะเวลาหลังจำหน่าย

2. พัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมแก่ญาติผู้ดูแลก่อนจำหน่ายผู้สูงอายุออกจากโรงพยาบาล

3. พัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบางต่อเนื่องที่บ้าน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณกองทุนวิจัย มหาวิทยาลัยราชภัฏภูเก็ต ที่สนับสนุนงบประมาณในการวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างสูง

เอกสารอ้างอิง

ชยานิส ลือวานิช. (2558). ศักยภาพของชุมชนในเขตเมือง จังหวัดภูเก็ตในการดูแลผู้สูงอายุอย่างมีส่วนร่วม. ภูเก็ต: มหาวิทยาลัยราชภัฏภูเก็ต.

ชยานิส ลือวานิช, รัตนา ลือวานิช และจิตรา โรมินทร์. (2556). ความสามารถเชิงปฏิบัติของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง บริการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและความต้องการของญาติผู้ดูแลต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของจังหวัดภูเก็ต. ภูเก็ต: มหาวิทยาลัยราชภัฏภูเก็ต.

ปราโมทย์ ประสาทกุล. (2558). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2557. กรุงเทพฯ : อมรินทร์ พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน).

ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. (2555). ชีวิตญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง. ในเอกสารประกอบการประชุมวิชาการ เรื่อง การดูแลญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง. (หน้า 16 - 23) โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

วิชัย เอกพลากร. (2552). รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2. นนทบุรี: เดอะ กราฟฟิกส์ดีไซน์ จำกัด.

สุมาลี เขียมสมัย, รัตนา เหมือนสิทธิ์ และจรรยาศรีทองมาก. (2555). รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลพุกวางอำเภอพระพุทธรูป จังหวัดสระบุรี. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 22(3), 77-87.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต. (2558). เอกสารประกอบการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ รอบที่ 2 ประจำปีงบประมาณ 2558. ภูเก็ต : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต.

- Bakas, T., Austin, J.K., Okonkwo, K.F., Lewis, R.R., & Chadwick, L. (2002). Needs concerns, strategies, and advice of stroke caregivers the first 6 months after discharge. *Journal of Neuroscience Nursing*. 34(5), 242-251.
- Graham, C.L., Ivey, S.L., & Neuhauser, L. (2009). From hospital to home: Assessing the transitional care needs of vulnerable seniors. *The Gerontologist*. 49(1), 23-33.
- Hare, R., Rogers, H., Lester, H., McManus, R.J., & Mant, J. (2005). What do stroke patients and their carers want from community services?. *Family Practice*. 23, 131-136.
- Hendrix, C., Tepfer, S., Fores, S., Ziegler, K., Fox, V., Stein, J., McConnell, E.S., Hastings, S.N., Schmarder, K., & Colon-Emeric, C. (2012). Transitional care partners: A hospital-to-home support for older adults and their caregivers. *Journal of the America Association of Nurse Practitioner*. 25(2013), 407-414.
- Hirakawa, Y., Kuzuya, M., Enoki, H., & Uemura, K. (2011). Information needs and sources of family caregivers of home elderly patients. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 52 (2), 202- 205.
- Houtven, C.K.V. (2015). Informal care and economic stressors. In J.E. Gaugler, R.L. Kane. (Ed.). *Family caregiving in the new normal*. (pp. 105- 133). Amsterdam: Elsevier.
- King, R.B., & Semik, P.E. (2006). Stroke caregiving : Difficult times, resource use, and needs during the first 2 years. *J Gerontology Nurs*. 32(4), 37-44.
- Lethin, C., Leino-Kilpi, H., Roe, B., Soto, M.M., Saks, K., Stephan, A., Zwakhollens, S., Zabalegui, A., & Karlsson, S. (2016). Formal support for informal caregivers to older persons with dementia through the course of the disease: An exploratory, cross-sectional study. *BMC Geriatrics*. 16(32), 1-15.
- Lipson, D.J. (2015). The policy and political environment of family caregiving: A glass half full. In J.E. Gaugler, R.L. Kane. (Ed.). *Family caregiving in the new normal*. (pp.137-151). Amsterdam: Elsevier.
- MacIsaac, L., Harrison, M.B. & Godfrey, C.G. (2010). Supportive care needs of caregivers of individuals following stroke: A synopsis of research. *Canadian Journal of Neuroscience Nursing*. 32(1), 39-46.
- Naylor, M. & Keating, S.A. (2008). Transitional care: Moving patients from one care setting to another. *Am J Nurs*. 108(9 Suppl), 58-63.
- Quail, J.M., Walfson, C. & Lippman, A. (2011). Unmet need for assistance to perform activities of daily living and psychological distress in community -dwelling elderly woman. *Canadian Journal on Aging*. 30(4), 591-602.
- Reinhard, S.C. & Feinberg, L.F. (2015). The escalating complexity of family caregiving: Meeting the challenge. In J.E. Gaugler, R.L. Kane. (Ed.). *Family caregiving in the new normal*. (p.p. 291-303). Amsterdam : Elsevier.
- Rivera, D., Perrin, P.B., Senra, H., Senra, H., Reyes, C.J.D.I., Olivera, S.L., Villasenor, T., Moreno, A., & Arango-Lasprilla, J.C. (2013). Development of the family needs assessment tool for caregivers of individual with neurological conditions in Latin America. *Psicologia desde el Caribe. Universidad del Norte*. 30(1), 1-20.
- Sayles-Cross, S. (1993). Perceptions of familial caregivers of elder adults. *IMAGE: Journal of Nursing Scholarship*. 25(2), 88-92.
- Schubart, J.R., Kinzie, M.B. & Farace, E. (2008). Caring for the brain tumor patient: Family caregiver burden and unmet needs. *Neuro-Oncology*. 10(1), 61-72.

- Shyu, Y.L. (2000). The needs of family caregivers of frail elders during the transition from hospital to home: a Taiwanese sample. *Journal of Advanced Nursing*. 32(3), 619-625.
- Silva, A.L., Teixeira, H.J., Teixeira, M.J.C. & Freitas, S. (2013). The needs of informal caregivers of elderly living at home: An integrative review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 27(4), 792-803.
- Stirling, C., Andrews, S., Croft, T., Vickers, J., Turner, P., & Robinson, A. (2010). Measuring dementia carers' unmet need for services-an exploratory mixed methods study. *BMC Health Services Research*. 10, 122-131.
- Takamura, J. & Williams, B. (1998). *Informal caregiving: Compassion action*. Washington: Department of Health & Human Services.
- Touhy, T.A. (2008). Gerontological nursing and aging society. In P. Embersole, P. Hess, T.A. Touhy, K. Jett, & A.S. Luggen. *Toward healthy aging: Human needs & nursing response*. (7th ed, pp. 1-25). Missouri: Mosby Elsevier.
- United Nations. (2007). *Major developments and trends in population aging*. New York : United Nations.
- Yedidia, M.J. & Tiedemann, A. (2008). How do family caregivers describe their needs for professional help?. *Journal of Social Work Education*. 44(3), 35-37.
- Zabalegui, A., Bover, A., Rodriguez, E., Caberara, E., Diaz, M., Gallart, A., Gonzalez, A., Gual, P., Izquierdo, M.D., Lopez, L., Pulpon, A.M., Ramirez, A. (2008). Informal caregiving: Perceived needs. *Nursing Science Quarterly*. 21(2), 166-172.