



วิธีการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน: ความหมายและการจัดการ

อารียา สอนบุญ ปร.ด*

อุไร จำปาเวดี ปร.ด*

ทองมี ผลาผล พย.ม**

บทคัดย่อ

วิจัยเชิงชาติพันธุ์วรรณานี้ เพื่อศึกษาวิธีการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ศึกษาในตำบลแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เก็บข้อมูลในผู้สูงอายุและผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพช่วยเหลือผู้สูงอายุในชุมชน 52 คน ในช่วงเดือนเมษายน - ตุลาคม พ.ศ. 2560 วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสังเกต สัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่ม ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลโดยใช้การตรวจสอบแบบสามเส้า วิเคราะห์ข้อมูลใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมองว่าการดูแลสุขภาพเป็นความรับผิดชอบส่วนตัวที่ต้องดูแลตนเองให้ดีที่สุด มากกว่าการหวังพึ่งพาลูกหลาน โดยมีเงื่อนไขสังคมวัฒนธรรมอันเป็นวิถีชีวิตที่อธิบายภาวะสุขภาพปัจจุบัน มี 3 กลุ่ม ได้แก่ “แข็งแรงดี” “เสื่อมตามวัย” และ “เจ็บป่วยแต่ยังดูแลเองคนเดียว” ทั้ง 3 กลุ่มนี้มีความพยายามในการดูแลตนเองให้ดีที่สุด คือ “เบี่ยงเจ้าของเอา” “ย้ายเขายาก” ส่วนกลุ่มที่ป่วยมีความต้องการการช่วยเหลือดูแลที่ขึ้นกับบริบทของผู้ดูแล ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุรับรู้ได้ถึงวิธีการจัดการที่เหมาะสมระหว่างตนเองกับผู้ดูแล ได้แก่ “ช่างมัน” “แล้วแต่เขาสิเบี่ยง” ซึ่งเป็นความหมายที่เป็นไปตามวิถีสังคมของผู้สูงอายุในชุมชน 4 วิธี ได้แก่ อยู่กับลูกหลาน อยู่กับญาติ อยู่กับคู่และอยู่คนเดียว ที่สะท้อนภาพของการจัดการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ใน 3 ระดับ ดังนี้ ผู้สูงอายุดูแลตนเอง ครอบครัวและชุมชนที่ต้องดูแลกัน ที่เป็นเงื่อนไขการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่ที่มีความสัมพันธ์กับวิถีการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน สิ่งสะท้อนภาวะสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุขึ้นอยู่กับสัมพันธภาพของสมาชิกในครัวเรือนและชุมชน ในการเอาใจใส่ ช่วยเหลือดูแลกัน “อุ่นอกอุ่นใจ” ทั้งในภาวะปกติและเจ็บป่วย

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ ภาวะสุขภาพ การวิจัยเชิงคุณภาพ

*ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

**อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม



Way of Elderly Health Care in Community: Meaning and Care Management

Ariya Sornboon PhD*

Urai Chumpawadee PhD*

Thongmee Palapol M.N.S**

Abstract

This ethnographic research was aimed to explore the ways of elderly health care in the community. The study was conducted at one subdistrict in the Northeastern region, Thailand. Data were collected from 52 elderly people and those involved in the elderly care within the community via observations between April to October, 2017, in-depth interviews and discussion groups. The reliability of the data was conducted using triangulation and data were analyzed using content analysis.

The study displayed that the majority of the elderly considered health care as a responsibility to take care of themselves as oppose to depend on others. Sociocultural conditions described the current health status as healthy, deterioration due to age, or with illness, still able to provide self-care, where all three groups try their best to look after themselves, with phrases of “I can look after myself” and “afraid I will be a burden or troublesome” presented. Similarly, in the group that requires assistance, caregiving was based on the context of the caregiver. The elderly perceived the management as “whatever” and “depend on them”, which follows the four social paths of the elderly in the community, namely, live with their grandchildren, live with their relatives, live with a couple and live alone. This reflects the care management of the elderly in three levels, namely, the elderly with self-care, the elderly with care from the family and the elderly with care from community, where conditions to care management in the elderly in relevant areas was in relation to the lifestyle of the elderly in the community. Nonetheless, it was found that good health of the elderly depends on the relationship between the household members and the community. They play a role in providing empathy and care for the elderly, to create “warmth heart”, both in sickness and in health.

Keywords: aging, health status, qualitative research

*Assistant Professor, Faculty of Nursing, Mahasarakham University

**Lecturer of Nursing, Faculty of Nursing, Mahasarakham University



บทนำ

ปัจจุบันประชากรโลกได้ก้าวเข้าสู่วิกฤตการณ์ผู้สูงอายุ ประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (aged society) เช่นเดียวกับประเทศอื่นๆ ทั่วโลกตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 และเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยประมาณการณ์ในปี พ.ศ. 2568 ผู้สูงอายุไทยจะมีอัตราการเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 20 นั่นคือมีจำนวนผู้สูงอายุมากถึง 14.5 ล้านคน ซึ่งเรียกว่าสังคมสูงอายุโดยสมบูรณ์ (Complete-aged society) และจะกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด (super aged society) ในปี พ.ศ. 2579 ซึ่งจะมีสัดส่วนผู้สูงอายุเกือบ 1 ใน 3 ของประเทศ¹ ถึงแม้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังคงอาศัยอยู่กับลูกหลานก็ตาม แต่พบว่าสัดส่วนของผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวตามลำพังในครัวเรือนเพิ่มมากขึ้น ในขณะที่ผู้สูงอายุอยู่ลำพังกับคู่สมรสมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเช่นกัน²

ผู้สูงอายุเป็นวัยที่ต้องมีการดูแลสุขภาพเฉพาะแตกต่างจากวัยอื่นๆ การทำความเข้าใจกับวิถีการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุเพื่อให้ผู้สูงอายุมีการจัดการตนเองได้เหมาะสมกับวัย มีสุขภาพแข็งแรงทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อลดปัญหาของผู้สูงอายุกับครอบครัว และสังคม ดังนั้นภาครัฐจึงให้ความสำคัญกับแผนงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ มีการดำเนินงานแผนงานโครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่บูรณาการงานร่วมกับภาคีเครือข่ายโดยเฉพาะการส่งเสริมสนับสนุนให้ครอบครัว ชุมชนและท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไปโดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตนเองและลดการพึ่งพาให้ได้มากที่สุด^{3,4}

ในสถานการณ์ของบริบทพื้นที่ที่ศึกษาเป็นชุมชนที่กำลังมีการขยายจากชุมชนชนบทเป็นกิ่งชุมชนเมือง พบว่ารูปแบบวิถีชีวิตของผู้สูงอายุเริ่มมีรูปแบบของการอยู่อาศัยเพียงลำพังในบ้านของตนเองเพิ่มมากขึ้น แต่ด้วยลักษณะการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุในพื้นที่ ส่วนใหญ่เป็นกิจกรรมหรือการให้บริการเชิงรับในสถานบริการ และติดตามเยี่ยมบ้านเฉพาะรายที่ต้องการการดูแลรักษาต่อเนื่องและเร่งด่วน ทำให้การดูแลสุขภาพในกลุ่มที่ไม่มีผู้ดูแลอาจทำได้ไม่ทั่วถึง แม้ว่าจะมีการดำเนินงานในส่วนของการหาผู้รับผิดชอบงานด้านผู้สูงอายุที่มีความในชุมชน และมีการพัฒนาศักยภาพของแกนนำ และอาสาสมัครในชุมชน แต่จำนวนบุคลากรที่ขาดแคลน ไม่อาจทำให้ผู้สูงอายุไทยเข้าถึงบริการผู้สูงอายุที่จำเป็นได้อย่างถ้วนหน้า³ เพราะรูปแบบการดูแลสุขภาพ

ผู้สูงอายุโดยบุคลากรทางด้านสาธารณสุขในปัจจุบันโดยทั่วไป เน้นที่มิติของการดูแลด้านชีวการแพทย์เป็นส่วนใหญ่ เช่น การส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาล ป้องกันโรค และฟื้นฟูสภาพ³ หากแต่ในด้วยบริบทของการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุไทยมักจะมีความเกี่ยวข้องกับมิติของสังคมและวัฒนธรรมด้วย ดังนั้นการทำความเข้าใจกับวิถีชีวิตในการดูแลสุขภาพของชุมชนในสภาวะจริงภายใต้มุมมองของผู้สูงอายุเอง จึงจะทำให้สามารถจัดการกับปัจจัยเงื่อนไขที่เข้ามามีผลกระทบต่อสุขภาพผู้สูงอายุได้อย่างครอบคลุมและยั่งยืน^{5,6}

จากปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยสนใจศึกษาการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยในพื้นที่โดยรอบมหาวิทยาลัย ที่เป็นพื้นที่ที่มีความหลากหลายในการดำเนินวิถีชีวิตที่ได้รับผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางกายภาพและโครงสร้างที่กระทบความเป็นอยู่เดิมของผู้สูงอายุ โดยการศึกษาในครั้งนี้ เป็นระยะของการทำความเข้าใจกับบริบทของผู้สูงอายุในพื้นที่ เพื่อเป็นข้อมูลด้านการดูแลสุขภาพภายใต้เงื่อนไขทางสังคมที่เกี่ยวข้องใช้ในการนำเสนอให้ผู้เกี่ยวข้องนำไปใช้ประโยชน์สำหรับหน่วยงานในพื้นที่ในการจัดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่ที่ในการต่อยอดการให้บริการสุขภาพในพื้นที่ เป็นฐานในการจัดกระบวนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในบริบทของชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความหมายและการจัดการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาเชิงคุณภาพแบบชาติพันธุ์วรรณานี้ เพื่อศึกษาวิถีการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ผู้ให้ข้อมูล 52 ราย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือผู้ให้ข้อมูลหลัก 20 ราย เป็นผู้สูงอายุที่มีรายชื่อในทะเบียนผู้สูงอายุ สุ่มเลือกจากผู้มีความหลากหลายของวิถีการดำเนินชีวิตในชุมชน และผู้ให้ข้อมูลรอง 32 ราย เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ 22 ราย แกนนำชุมชน ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพ 10 ราย เก็บข้อมูลในช่วงระหว่าง 1 เมษายน - 31 ตุลาคม พ.ศ. 2560 เครื่องมือวิจัยใช้ผู้วิจัยเป็นเครื่องมือหลักในการศึกษาทั้งนี้ผู้วิจัยได้ผ่านการศึกษาศึกษาเชิงคุณภาพและมีประสบการณ์การทำวิจัยเชิงคุณภาพมาแล้ว วิธีการวิจัยและเก็บข้อมูลใช้การสังเกตอย่าง



มีส่วนร่วม ใช้ร่างแนวคำถามกึ่งโครงสร้างในการสัมภาษณ์ สัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่มและมีการจัดเก็บข้อมูลด้วย การบันทึกภาคสนาม

ความน่าเชื่อถือของข้อมูลเป็นผลจากผู้วิจัยสร้างความไว้วางใจในชุมชนด้วยการเข้าไปศึกษาข้อมูลในพื้นที่ต่อเนื่อง เพื่อสร้างสัมพันธภาพและความไว้วางใจกับผู้ที่ให้ข้อมูลในพื้นที่จนเป็นที่ยอมรับและเข้าใจกับวิถีชีวิตของผู้คนในพื้นที่ หลังจากนั้นจึงเริ่มต้นทำความเข้าใจกับพื้นที่ที่ศึกษาและหาบุคคลที่เกี่ยวข้องเพื่อสืบและค้นหากลุ่มเป้าหมายในชุมชนต่อไป การตรวจสอบความถูกต้องและเชื่อถือได้ของข้อมูล ใช้การตรวจสอบแบบ 3 เสา ได้แก่ การตรวจสอบข้อมูล การตรวจสอบวิธีการรวบรวมข้อมูล และการตรวจสอบย้อนกลับกับผู้ให้ข้อมูล

จริยธรรมการวิจัย วิจัยนี้ผ่านรับรองจริยธรรมการวิจัย โดยคณะพยาบาลศาสตร์ โดยยึดหลักจริยธรรมในการเก็บข้อมูลในมนุษย์ การเคารพในความเป็นบุคคลของผู้ให้ข้อมูล การพิทักษ์สิทธิ์และคำนึงถึงความปลอดภัย ลดความเสี่ยงหรืออันตรายหรือผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และมุ่งให้เกิดผลประโยชน์สูงสุดต่อผู้ให้ข้อมูล การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะพยาบาลศาสตร์ โดยยึดหลักตามคำประกาศเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki) และแนวทางการปฏิบัติการวิจัยทางคลินิกที่ดี

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา การจัดระเบียบข้อมูล และวิเคราะห์จำแนกประเภทข้อมูล (content analysis)

ผลการวิจัย

ลักษณะผู้สูงอายุที่ศึกษา 20 คน เป็นผู้สูงอายุชาย 7 คน และหญิง 13 คน มีอายุระหว่าง 64 - 92 ปี อายุเฉลี่ย 78.4 ปี ผู้สูงอายุจบส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ลักษณะความเป็นอยู่ เป็นผู้สูงอายุที่อยู่กับคู่สมรสที่เป็นผู้สูงอายุด้วยกัน 6 คน ผู้สูงอายุที่อยู่กับครอบครัวลูกหลาน 12 คน และมีผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังในบ้านตนเอง 5 คน ภาวะสุขภาพคน แยกเป็นผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้ดี 10 คน ติดบ้าน 8 คน ติดเตียง 2 คน ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว 1-3 โรค ได้แก่ ความดันโลหิตสูงและเบาหวาน 16 คน ไตวายเรื้อรัง 4 คน หัวใจโต 3 คน ข้ออักเสบเรื้อรัง 2 คน อื่นๆ เช่น ตับอักเสบ หอบหืดอย่างละ

1 คน เป็นผู้สูงอายุที่มีความพิการทางตาและหูร่วมด้วย 6 คน พิการด้านร่างกาย 28 คน ผลการศึกษาเชิงคุณภาพ มีดังนี้

1. ความหมายวิถีการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ในความหมายของวิถีการดูแลสุขภาพตามการรับรู้ของผู้สูงอายุ 3 ลักษณะ ได้แก่ “การเบี่ยงเจ้าของเอา” “ย่านเขายาก” “แล้วแต่เขาสิเบี่ยง” ให้ความหมาย ดังนี้

“การเบี่ยงเจ้าของเอา” หรือ “การดูแลสุขภาพของตนเอง” เป็นความมุ่งมั่นของผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้ แม้จะมีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายไปตามวัย ผู้สูงอายุส่วนหนึ่งรับรู้ว่าการดูแลตนเองตามวิถีชีวิตคือดีที่สุดแล้ว เพราะทุกคนไม่อยากเจ็บป่วย การจัดการสุขภาพของตนเองจึงขึ้นอยู่กับประสบการณ์ ความรู้และความเอาใจใส่ในตนเอง ถึงแม้ว่าผู้สูงอายุที่อยู่กับครอบครัว หรืออยู่คนเดียวหากว่ายังสามารถช่วยเหลือตนเองได้ การดูแลสุขภาพของตนเองจะเป็นการเฝ้าระวังการเจ็บป่วย การสังเกตตัวเอง การสร้างเสริมร่างกายตนเองตามวิถีการดำเนินชีวิต เช่น การออกกำลังกาย การเฝ้าระวังสุขภาพของตนเองจึงยังมีความรับผิดชอบส่วนบุคคลที่จะแสวงหาวิธีการที่ต้องดูแลตนเองให้ดีที่สุด มากกว่าการหวังพึ่งพาลูกหลาน แต่ทั้งนี้อยู่ภายใต้เงื่อนไขของภาวะสุขภาพปัจจุบันของผู้สูงอายุเองว่าผู้ที่มีร่างกายที่ยังแข็งแรงดี หรือแม้ว่าจะมีสภาวะร่างกายเสื่อมตามวัยที่ไม่มีข้อจำกัดทางความจำ หรือแม้แต่กลุ่มที่มีการเจ็บป่วยแต่ยังสามารถดูแลตนเองได้ ผู้สูงอายุทั้ง 3 กลุ่มนี้มีความพยายามในการรักษาตนเองดูแลตนเองให้ดีที่สุด

ผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียว 5 ราย เล่าว่ามีลูกหลานหลายคน มีบ้านสร้างไว้ 2 หลัง ทำยุสตก็ยังคงอยู่คนเดียว ลูกหลานไปทำงานไกลบ้าน นานๆ มาเยี่ยม อาจเป็นเพราะตนเองยังแข็งแรงอยู่ ดูแลตัวเองได้ แต่มั่นกึ่งเหงาบ้าง ทำงานไปรอเขา มาเยี่ยม หรือไปเยี่ยมเขาบ้างสลับกันไปมา จะเห็นว่าลักษณะของการอยู่คนเดียวของผู้สูงอายุในความหมายนี้คือการอยู่ในบริเวณตัวบ้าน และล้อมรอบด้วยเพื่อนบ้าน และสมาชิกในครอบครัว ในผู้สูงอายุที่มีร่างกายแข็งแรงการอยู่คนเดียวไม่มีผลกระทบต่อสุขภาพเท่าใด สถานที่นอกจากบ้านที่เลือกอยู่คือ ในที่นา สวน เป็นการไปนอนเฝ้านา สวนด้วยสภาพสังคมพื้นที่ทำให้การขยายบ้านออกไปอยู่ในพื้นที่ที่ทำกินเป็นทางเลือกหนึ่งในการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุที่อยู่ในสังคมที่กำลังเปลี่ยนแปลงเป็นตัวเมือง ในส่วนการขอความช่วยเหลือในด้านสุขภาพ ผู้สูงอายุกลุ่มนี้สามารถใช้เครื่องมือสื่อสาร โทรศัพท์เคลื่อนที่ หรือการเดินทางมาขอ



ความช่วยเหลือได้เอง ภาวะสุขภาพที่เกิดจากการอยู่คนเดียวคือ มีความสุขกับงานที่ทำ ความยุ่งยากในชีวิตมีน้อยลง ได้มีเวลาในการจัดการตนเองได้ดีขึ้น “มันสบายใจได้เฮ็ดได้ทำในอันที่อยากเฮ็ด อยากไปวัด อยากไปไหนมาไหน บ่ได้ให้ใครต้องห่วง เฮ็ดมาหลาย ต้องได้พักผ่อน ดูแลสุขภาพตัวเอง เพราะเจ็บป่วยมาจะลำบาก ไม่มีคนดูแล”

“ย่านเขายาก” เป็นความกังวล เกรงใจ รับรู้ไปเอง ความกลัวว่าตนเองจะเป็นภาระยุ่งยากกับครอบครัว เป็นมุมมองของความคาดหวังในการจัดการดูแลจากครอบครัว หรือผู้ดูแลของผู้สูงอายุ “เฒ่ามาแล้วมีแต่เรื่องเจ็บป่วย ออตๆ แอตๆ เรื่อย ถ้ามันจะพออยู่ กะซ่อมเบ็งเจ้าของเอง ไปหาหมอหลายครั้งก็ลำบากคนพาไป เขาเฮ็ดเวียก เฮ็ดงานยากลูกยากเต้า” สะท้อนเงื่อนไขว่า ผู้สูงอายุมักจะใช้บริบททางสังคมวัฒนธรรมสังคมมาเป็นเงื่อนไขร่วมในการตัดสินใจขอความช่วยเหลือจากผู้อื่นหรือแม้กระทั่งกับคนในครอบครัว ผู้สูงอายุมักจะแสดงออกถึงความเกรงใจของในการตัดสินใจขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น การแสดงออกถึงความเข้าใจในสถานะของการเจ็บป่วยว่าจะมีผลต่อครอบครัว ผู้ดูแล ในกรณีที่มีการเจ็บป่วยเกิดขึ้นในผู้สูงอายุ จึงมักพบว่าเมื่อผู้สูงอายุเจ็บป่วยจนไม่สามารถที่จะจัดการตนเองได้จึงต้องบอกและขอความช่วยเหลือ ที่มีผลทำให้มีปัญหาสุขภาพที่รุนแรงหรือแทรกซ้อนอาการหนักได้ง่าย

“แล้วแต่เขาสีเบ็ง” หมายถึง แล้วแต่คนดูแลจะจัดการอย่างไร ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุในกลุ่มป่วยจะต้องการช่วยเหลือดูแลซึ่งมักจะเป็นไปตามบริบทของผู้ดูแล การที่ผู้สูงอายุรับรู้ว่าการจัดการ “ช่างมัน” “แล้วแต่เขาสีเบ็ง” สะท้อนความหมายของการรับรู้สภาพตนเองในการจะได้รับการช่วยเหลือดูแลจากคนในครอบครัว ที่สะท้อนให้เห็นถึง “การขาดการตัดสินใจในการดูแลสุขภาพตนเอง” อาจเป็นข้อจำกัดในการเรียกร้องสิทธิในการดำเนินชีวิตและดูแลสุขภาพของตนเองในผู้สูงอายุ ที่มีความพิการ หรือมีภาวะพึ่งพา หรือต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่น ซึ่งแนวโน้มของผู้สูงอายุกลุ่มนี้จะมีจำนวนมากขึ้นตามสัดส่วนการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่ต้องให้การช่วยเหลือดูแลใกล้ชิด เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้การดูแลโดยครอบครัวไม่สามารถทำได้ ด้วยมีข้อจำกัดเองของครอบครัว ทำให้ผู้สูงอายุต้องพึ่งพาการดูแลจากทีมสุขภาพ หรือเข้ามารับบริการในสถานพยาบาลในที่สุด จะทำให้เกิดผลกระทบต่องานผู้สูงอายุ ครอบครัว ชุมชนและสังคมในที่สุด

การศึกษานี้ทำให้เห็นได้ว่าวิถีการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในมิติสังคมวัฒนธรรมได้รับผลมาจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของครอบครัวซึ่งเป็นการแยกผู้สูงอายุออกจากครอบครัวอย่างชัดเจน ความรักความผูกพันในครอบครัวลดลง คนในครอบครัวอยู่ในช่วงของการทำงานหาเงิน จนมองข้ามความสัมพันธ์ระหว่างคนในครอบครัวไป รวมถึงการเสียชีวิตของคู่สมรสหรือบุตร ทำให้ผู้สูงอายุใช้ชีวิตอยู่ตามลำพังมากขึ้นในขณะที่ภาวะสุขภาพเข้าสู่ภาวะเสื่อมถอยวิถีการดูแลตนเองของผู้สูงอายุหรือโดยครอบครัวอาจไม่เพียงพอหากไม่มีการช่วยเหลือดูแลจะทำให้การดำเนินชีวิตเป็นไปอย่างไม่มีคุณภาพในช่วงของวัยสูงอายุที่เป็นช่วงบั้นปลายของชีวิต

2. การจัดการดูแล

การจัดการดูแลผู้สูงอายุตามวิถีสังคมของผู้สูงอายุในชุมชน 4 วิถี ได้แก่ การอยู่กับลูกหลาน อยู่กับญาติ อยู่กับคู่และอยู่คนเดียว มีแนวทางในการจัดการที่อธิบายได้ดังนี้

“พออยู่ กะอยู่” เป็นการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่มีการจัดการดูแลสุขภาพตนเองเป็นตามวิถีการดำเนินชีวิตทั่วไปของผู้สูงอายุ เป็นกลุ่มที่ยังช่วยเหลือตัวเองได้ไม่ว่าผู้สูงอายุจะอยู่ในครอบครัวหรืออยู่คนเดียว เป็นการจัดการที่สามารถจัดการได้ด้วยตนเอง โดยที่ผู้สูงอายุมีอำนาจในการตัดสินใจหรือบอกความต้องการการดูแลตนเองได้ในผู้สูงอายุกลุ่มนี้สามารถเลือกหรือแสวงหาแนวทางการดูแลตนเองได้อย่างอิสระ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความรู้ภาวะสุขภาพตนเองเป็นสำคัญ “ย่านป่วย ย่านไข้ ก็ระวังตัวเอง เจ้าของบ่เบ็ง ไผสีเบ็งให้”

“พอไป ค่อยไป” คือ สถานการณ์เมื่อเกิดการเจ็บป่วยจนต้องพึ่งพาการรักษาที่เพิ่มขึ้น เช่น การเข้ารับบริการจากสถานบริการทางสุขภาพ ทั้งการแพทย์แผนปัจจุบัน หรือการแพทย์ทางเลือก เป็นการดูแลที่มีการเจ็บป่วยแล้วต้องการการช่วยเหลือ อันดับแรกที่มีการจัดการคือการจัดการโดยครอบครัว การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโดยครอบครัว มีความสำคัญและเด่นชัดมากขึ้นเมื่อผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพา แต่ในครอบครัวในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างไปเรื่อยๆ จึงอาจมีผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลร่วมกับผู้ต้องการการดูแลอื่น เช่น ผู้พิการหรือเด็กเล็ก หรือการเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว หากไม่ใช่ภาวะฉุกเฉิน การจัดการดูแลในผู้สูงอายุจะมีการตัดสินใจเป็นลำดับรอง หรือผู้สูงอายุไม่ค่อยได้เรียกร้อง



ความช่วยเหลือ ด้วยความอดทนต่อโรค หรือมีความเข้าใจกับการเปลี่ยนแปลงของตนเองได้มากพอจึงทำให้เมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้นในผู้สูงอายุการดูแลจะมีความซับซ้อนและเป็นหนักมากขึ้น “เฒ่าแก่แล้วจะยาก ลำบากไปหน้า เจ็บไข้ มาต้องพึ่งพาคนอื่น” “บางทีลูกเขยายากงาน ก๊อดเอา ถ้ามัน บ่ดีขึ้น ค่อยให้เขาพาไปหาหมอ” การที่สมาชิกในครอบครัวมีความเอาใจใส่ต่อผู้สูงอายุ ความเข้าใจหรือสัมพันธ์ภาพในครอบครัวจะเป็นตัวบ่งชี้ที่สำคัญต่อการจัดการภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

“ไปไม่ได้ใครมายามก็ตีหลาย” เป็นการดูแลสุขภาพโดยชุมชน ในวิถีของคนอีสานหรือชุมชนชนบทดั้งเดิม การช่วยเหลือเกื้อกูลกันของเพื่อนบ้าน คนในชุมชนที่เป็นหูเป็นตา ช่วยเหลือกันมาส่งผลต่อความสุขภาพจิตสังคมของผู้สูงอายุ เป็นวิถีการดูแลที่สำคัญในช่วงปลายของชีวิตที่ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองไม่ถูกทอดทิ้ง รู้สึกมีคุณค่า ต้องการอยู่กับสิ่งแวดล้อมที่คุ้นเคย กับคนที่รู้จักแม้ว่าผู้สูงอายุที่อยู่กับครอบครัว มีผู้ดูแลตลอดยังมีบางเวลาที่ไม่สามารถอยู่ดูแลผู้สูงอายุได้ การที่ให้ผู้สูงอายุอยู่คนเดียว การผูกมัดหรือปิดบ้านให้ผู้สูงอายุอยู่ในบ้าน จึงเป็นการแก้ปัญหาของครอบครัว การช่วยเหลือจัดการโดยชุมชนการมีอาสาสมัครหรือจิตอาสาช่วยกันเป็นการแก้ปัญหาตามวิถีการดูแลตามกลไกของสังคมในชุมชนได้ แต่ทั้งนี้ต้องมีการจัดการที่ดี เพราะแนวโน้มของปัญหาเกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและภาวะสูงอายุที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง “ลางทีก็ลูกหลานยาก ไทบ้านเขาก็มาช่วยเบี่ยง ช่วยดู ยามจำเป็นก็ให้वानให้ช่วยเหลือกันได้ แต่ก็บ่บ่อย เกรงใจเขา” “ดี มีคนมาเยี่ยม มีคนมาหา หายเหงา”

งานวิจัยนี้สะท้อนภาพของการจัดการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุใน 3 ระดับ คือ ผู้สูงอายุดูแลตนเอง ครอบครัวและชุมชนที่ต้องดูแลกัน ที่เป็นเงื่อนไขของการจัดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่ที่มีความสัมพันธ์กับวิถีการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน สิ่งสะท้อนภาวะสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุขึ้นอยู่กับสัมพันธ์ภาพของสมาชิกในครัวเรือนและชุมชน ในการเอาใจใส่ ช่วยเหลือดูแลกัน “อุ่นอกอุ่นใจ” ทั้งในภาวะปกติและเจ็บป่วย

การอภิปรายผล

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางสังคมของไทยมีผลต่อการดำเนินไปของภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ ความหมายของ

การดูแลตนเองของผู้สูงอายุอาจถูกลดทอนความสำคัญ หรือละเลยความเอาใจใส่สนับสนุนจากครอบครัวไปบ้าง ซึ่งอาจส่งผลต่อการดำเนินชีวิตที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ด้วยตลอดช่วงวัยของผู้สูงอายุมีความผูกพันกับครอบครัว ชุมชนที่เป็นสังคมใกล้ชิดมายาวนาน การให้ความหมายของการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุจึงมีความเกี่ยวเนื่องกับครอบครัวและชุมชน ด้วยการตีความไปตามประสบการณ์และการรับรู้ด้านสุขภาพที่มีการผสมผสานกันในมิติของทางด้านชีวะการแพทย์ร่วมกับมิติทางสังคมวัฒนธรรมที่เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการเรียนรู้ แนวคิดการตัดสินใจเกิดเป็นวิถีของการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุเอง วิธีการดูแลสุขภาพนี้จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุหลายด้าน เพราะเป็นภาวะสุขภาพในช่วงปลายของชีวิตที่ร่างกายเริ่มมีปัญหา จึงต้องการความช่วยเหลือดูแลเพื่อให้สามารถดำรงอยู่ได้ ป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้นจะได้ลดการพึ่งพาคนอื่นทั้งทางด้านร่างกาย เศรษฐกิจและสังคม⁷ แต่ปัญหาที่มักพบ คือ การขาดคนดูแลโดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีความต้องการพึ่งพาหรือการขาดรายได้ของครอบครัว แม้ว่าจะมีกลไกของการจัดการของภาครัฐในการดูแล เรื่องสวัสดิการ การช่วยเหลือ การเข้าถึงสิทธิประโยชน์ต่าง ๆ เพื่อเอื้อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น แต่หากแม้ว่าความเข้าใจในวิธีการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุยังขึ้นอยู่กับการครอบครัวยังดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชนเป็นสำคัญ ยังคงทำให้ผลลัพธ์เหล่านั้นยังเข้าไม่ถึงสถานการณ์ชีวิตของผู้สูงอายุอย่างแท้จริง ดังนั้นกลไกการจัดการทางด้านสุขภาพที่สำคัญและเหมาะสมกับวิถีการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ คือ การจัดวางกลไกการดูแลตนเองและกลไกการจัดการโดยครอบครัว ภายใต้การช่วยเหลือเกื้อกูลกันของคนในชุมชนจึงสำคัญ^{5,7} ร่วมกับการดำเนินงานที่ความสอดคล้องกับการจัดการดูแลในระบบบริการสุขภาพที่มีรูปแบบการจัดการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวเป็นชุดบริการที่มีอยู่เดิม จะทำให้การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุมีความสมบูรณ์และครอบคลุมมากขึ้น

การจัดการภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในปัจจุบันสะท้อนให้เห็นทั้งศักยภาพและข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุที่นับวันจะมีข้อจำกัดเพิ่มมากขึ้นตามสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไป ดังนั้นการวางแผนการดูแลเพื่อให้ผู้สูงอายุจัดการดูแลสุขภาพตนเองได้ ภายใต้การช่วยเหลือส่งเสริมร่วมกับทีมสุขภาพจึงมีความสำคัญ^{7,8} ตั้งแต่การเตรียมตัวในช่วงก่อนเข้าวัยสูงอายุ รวมทั้งการช่วยเหลือให้เข้าถึง



สิทธิประโยชน์ และแหล่งสนับสนุนอื่นๆ สำหรับผู้สูงอายุ ในขณะที่การดำเนินงานในการพัฒนาโครงสร้างเพื่อให้เกิดกระบวนการในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนที่มีประสิทธิภาพ ยังต้องการการพัฒนาควบคู่กันไป^{5,8}

ดังนั้นกลไกการจัดการดูแลสุขภาพโดยครอบครัวของผู้สูงอายุ เป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่สำคัญกับบริบทของสังคมวัฒนธรรมไทย ที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังคงอยู่กับครอบครัว มีลูก หลาน หรือ พี่น้องคอยช่วยเหลือดูแล แต่ด้วยการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้าง สังคมและวัฒนธรรมในปัจจุบัน ทำให้ครอบครัวมีข้อจำกัดในการช่วยเหลือ ดูแลผู้สูงอายุ เช่น สมาชิกในครอบครัวลดลง การย้ายถิ่น ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ หรือปัญหาผู้สูงอายุอยู่คนเดียว⁹ ล้วนมีผลกระทบต่อการดูแล เอาใจใส่กับภาวะสุขภาพและการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ^{10,11,12}

การขับเคลื่อนด้วยกลไกการจัดการของชุมชน ภายใต้การดูแลช่วยเหลือของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในชุมชนเพื่อให้เกิดความเข้มแข็งยั่งยืนในชุมชน มีการนำใช้ทุนทางสังคมที่มีความเข้าใจในวิถีของชุมชนตนเองเข้ามาช่วยในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ การส่งเสริมให้มีอาสาสมัคร แกนนำต่างๆ มีรูปแบบของช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่ชัดเจน มีการนำใช้ทุนทางวัฒนธรรมชุมชนที่เป็นวิถีการช่วยเหลือเกื้อกูลกันในชุมชนเป็นเครื่องมือในการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่เหมาะสม สอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุที่สุดจนสามารถจัดการดูแลได้ในทุกภาวะสุขภาพ ด้วยการส่งเสริมให้ชุมชนที่เป็นทุนทางสังคมเหล่านี้ได้พัฒนาศักยภาพของตนเองในการทำหน้าที่แก้ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อสร้างกิจกรรมการดูแลช่วยเหลือโดยมีแนวคิดทางวัฒนธรรมและภูมิปัญญาท้องถิ่นมาสร้างจุดยืนในการดูแลภาวะสุขภาพที่เข้าถึงการเอาใจใส่ดูแลกันได้สร้างความอุ่นอกอุ่นใจในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุได้ทั้งในภาวะปกติและเจ็บป่วยและไม่ว่าจะอยู่กับครอบครัวหรืออยู่คนเดียว^{13,14}

การศึกษานี้สะท้อนช่องว่างการจัดการดูแลสุขภาพภายใต้ปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุและครอบครัวในแต่ละระดับที่ยังต้องทำความเข้าใจ เพื่อเป็นแนวทางพัฒนางานและออกแบบข้อกำหนดให้มีการจัดระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงบริบทสังคมวัฒนธรรมในพื้นที่ที่เอื้อต่อวิถีการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ผู้สูงอายุมีมุมมองของภาวะสุขภาพว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายในภาวะสูงวัยมีผลต่อสุขภาพของผู้สูงอายุเองและสุดท้ายต้องอยู่ในภาวะพึ่งพิง การจัดการภาครัฐและภาคประชาชนจึงต้องมีความหลากหลายเพื่อให้เหมาะสมกับความต้องการของผู้สูงอายุในชุมชนให้ได้รับการดูแล ป้องกันและสร้างเสริมสุขภาพที่ความครอบคลุมในมิติทางสังคม วัฒนธรรมและวิถีชีวิตด้วย ดังนั้นการจัดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจึงควรต้องมีการวางแผนการจัดการดูแลให้สอดคล้องกับภาวะสุขภาพปัจจุบันและวิถีการดำเนินชีวิตในชุมชน โดยการศึกษานี้อาจใช้เป็นแนวทางในการทำวิจัยเพื่อพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพตามวิถีวัฒนธรรมสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนได้อย่างเหมาะสมต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ให้ข้อมูลทุกท่านที่เสียสละเวลาและให้ความร่วมมืออย่างดี วิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากงบประมาณแผ่นดิน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

เอกสารอ้างอิง

1. ปราโมทย์ ประสาทกุล. (บรรณาธิการ). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2559. นครปฐม: พรินเทอร์ จำกัด; 2560.
2. สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2557. เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น จำกัด; 2557.
3. กลุ่มอนามัยผู้สูงอายุ สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทย ปี 2556 ภายใต้แผนงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการ. กรุงเทพฯ: วัชรินทร์ พี.พี.; 2556.
4. วิรดา อรรถเมธากุล, วรณิ ศรีวิสัย. ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลคูบัว จังหวัดราชบุรี. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2556; 7(2): 18-28.
5. ขนิษฐา นันทบุตร. สุขภาพชุมชน: จากแนวคิดสู่ปฏิบัติการ. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เดือนตุลา; 2556.



6. ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ. ระบบการดูแลระยะยาวและกำลังคนในการดูแลผู้สูงอายุ: ทิศทางประเทศไทย. แผนงานวิจัยเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ. มูลนิธิ สถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.). กรุงเทพมหานคร; 2552.
7. ศรีเมือง พลังฤทธิ์, เกษร สำเภาทอง, อารีย์ สงวนวชื้อ, ลำดวน โรจรัตน์. สถานะสุขภาพและความต้องการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลคูคต อำเภอลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2561; 36(3): 69-78.
8. ณปภัช คำบาง, นพวรรณ เปียชื่อ, กมลรัตน์ กิตติพิมพานนท์. กระบวนการในการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุในชุมชนของพยาบาลชุมชน. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2559; 34(3): 117-124.
9. นารีรัตน์ จิตรมนตรี, วิไลวรรณ ทองเจริญ, สาวิตรี ทยานศิลป์. ตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของเขตชุมชนเมือง. วารสารพยาบาลศาสตร์ 2554; 92(2): 67-74.
10. เกรียงศักดิ์ เจริญวงศ์ศักดิ์. จัดสวัสดิการอย่างไรให้ผู้สูงอายุไทยอยู่ดีมีสุข. รัฐสภาสาร 2552; 57(11): 167-171.
11. กนิษฐา บุญธรรมเจริญ. ภาวะพึ่งพิงของประชากรผู้สูงอายุ ใน ชื่นตา วิชชาวุธ และ สถิตพงศ์ ธนวิริยะกุล (บก.), ระบบการดูแลระยะยาวและกำลังคนในการดูแลผู้สูงอายุ: ทิศทางประเทศไทย. แผนงานวิจัยเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.); 2552.
12. วรณภา ศรีธีรัตน์. นวัตกรรมและการพัฒนานวัตกรรมทางการแพทย์ผู้สูงอายุ. (พิมพ์ครั้งที่ 1). ขอนแก่น: หจก. โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา; 2551.
13. นัตตา คำนิยม, วรณภา ศรีธีรัตน์. ความต้องการชุดบริการการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่อาศัยอยู่ในชุมชน. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2559; 34(3): 125-131.
14. มัลลิกา มาตรกุล, นงเยาว์ มงคลอิทธิเวช. การวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังโดยจิตอาสาในเขตเทศบาลตำบลแม่เงิน อำเภอเชียงแสน จังหวัดเชียงราย. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2561; 24(3): 69-77.