

รายงานการวิจัย

ชื่อโครงการย่อยที่ 5

การเสริมสร้างครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงและเจ็บป่วยระยะสุดท้าย

Family and Community Empowerment for Bedridden and Palliative Care for Elderly

ทีมวิจัย

รองศาสตราจารย์ ดร. กัณฑ์วีร์ วิวัฒน์พาณิชย์ วิทยาลัยแพทยศาสตร์นานาชาติจุฬาภรณ์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

รองศาสตราจารย์ ชุมพจต์ อมาตยกุล คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจากสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ

พ.ศ. 2559

คำนำ

งานวิจัย เพื่อสะท้อนปัญหาและความรู้สึกในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงและเจ็บป่วยในระยะสุดท้ายด้วยมือของลูกหลานและคู่สมรสครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ ประเมินภาวะสุขภาพ การสัมภาษณ์เจาะลึก และการประชุมเชิงปฏิบัติการ ครอบคลุมพื้นที่ 14 ชุมชนในเขตเทศบาลเมืองคูคต อำเภอลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี ข้อมูลที่ได้มีทั้งข้อมูลในระดับกว้างและระดับลึก รวมถึงแนวทางในการพัฒนาที่มาจากเครือข่ายชุมชน ซึ่งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในลักษณะทดสอบรูปแบบ หรือ ปรับเปลี่ยนแนวนโยบายในระบบการแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป เวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน รวมถึง การสร้างเสริมสุขภาพในระดับชุมชน ได้บ้างไม่มากก็น้อย

ข้อมูลบางส่วนในงานวิจัยครั้งนี้ มีความหลากหลาย ละเอียดอ่อนในระดับครอบครัวและอาจกระทบถึงหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ด้วยหลักของการพิทักษ์สิทธิ์ด้านความเป็นส่วนตัว ความปลอดภัยของการให้ข้อมูล ตามหลักจริยธรรมการทำวิจัยในคน ดังนั้นทีมวิจัยจึงขอสงวนสิทธิ์ในการนำเสนอข้อมูลส่วนบุคคล สถานที่ หน่วยงานที่รับผิดชอบ

ข้อบกพร่องในการวิจัยครั้งนี้ ทีมวิจัยขอน้อมรับไว้เพื่อการปรับปรุงในการดำเนินการวิจัยในครั้งต่อไป

รศ.ดร.กัณฑ์วีร์ วิวัฒน์พาณิชย์

รศ.ชุมพจต์ อมาตยกุล

บทคัดย่อ

การศึกษา เรื่อง “การเสริมสร้างครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงและเจ็บป่วยระยะสุดท้าย” มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความทุกข์และการเผชิญปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง รวมทั้งพัฒนารูปแบบการดูแล ด้วยกระบวนการวิจัยเชิงผสมผสานระหว่างการวิจัยเชิงปริมาณและการวิจัยเชิงคุณภาพ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ให้การดูแลหลักจำนวน 45 คน ใน 14 ชุมชนของเขตเทศบาลเมืองคูคต อำเภอลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี นอกจากนั้น ผู้ให้ข้อมูลหลักอีกจำนวน 20 คนได้ถูกเชิญเป็นผู้ให้ข้อมูลหลักในการศึกษาเชิงลึก พร้อมกับการประชุมเชิงปฏิบัติการโดยการประยุกต์ใช้กระบวนการ AIC (Appreciation-Influence-Control) ข้อมูลทั้งหมดได้นำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์เนื้อหา เพื่อจัดหมวดหมู่และจัดระบบความสัมพันธ์ของชุดข้อมูลตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้

ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุในช่วงระหว่าง 71-80 ส่วนใหญ่กลายเป็นผู้สูงอายุติดเตียงจากการป่วยด้วยอาการเส้นเลือดในสมองตีบ/ แตก และมีภาวะติดเตียงมาเป็นเวลา 1-5 ปี ขณะที่ผู้ให้การดูแลหลักส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงเช่นกัน มีอายุอยู่ในช่วงระหว่าง 51-60 ปี และส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส เมื่อพิจารณาถึงภาวะเครียดและภาวะสมองของผู้ให้การดูแลหลัก พบว่า ร้อยละ 10 มีภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 36.36 มีภาวะเครียดในระดับสูง และร้อยละ 56.82 มีชีวิตอยู่ท่ามกลางภาวะซึมเศร้า อีกทั้ง 3 ใน 4 ของผู้ให้การดูแลหลักมีความสุขของตัวเองน้อยกว่าคนทั่วไป และ เมื่อประเมินคุณภาพชีวิตด้วยแบบประเมิน SF-36 Thai version พบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ให้การดูแลหลักจัดอยู่ในระดับ “ไม่ดี”

สถานการณ์ปัญหาและอุปสรรคในการให้การดูแลผู้สูงอายุติดเตียง พบว่า มาจากเงื่อนไขสำคัญ 5 ประการ คือ (1) อัตลักษณ์ส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ (2) อัตลักษณ์ส่วนบุคคลของผู้ดูแล (3) กลไกของครอบครัว (4) ระบบการแพทย์ (5) สังคมและสิ่งแวดล้อม หากพิจารณาความต้องการการช่วยเหลือ พบว่า กลุ่มตัวอย่างต้องการ (1) ระบบการแพทย์ฉุกเฉินในภาวะวิกฤต (2) การขึ้นทะเบียนคนพิการ (3) การปรับเปลี่ยนรูปแบบของการบริการ (4) การให้บริการที่บ้าน (5) การเยี่ยมบ้าน (6) การถ่ายทอดองค์ความรู้ทางการแพทย์เพื่อการปฏิบัติเองได้ที่บ้าน (7) การสนับสนุนอุปกรณ์ทางการแพทย์และชีวิตประจำวันของคนไข้ (8) การเพิ่มสิทธิเบิกจ่ายครุภัณฑ์และอุปกรณ์ทางการแพทย์ในระบบประกันสุขภาพ

ผลการประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม พบว่า ประเด็น “การจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน” “การขึ้นทะเบียนคนพิการเพื่อขยายสิทธิ์ในการเข้าถึงบริการแบบใกล้บ้าน-ใกล้ใจ” “การฝึก อสม.เชี่ยวชาญ” และ “การจัดทีมเยี่ยมบ้านแบบสหวิชาชีพ” เป็นประเด็นสำคัญในการพัฒนาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุติดเตียง ซึ่งสมควรพัฒนาและประยุกต์ใช้ให้เกิดขึ้นจริงอย่างเป็นรูปธรรม

Abstract

"Family and community empowerment for bedridden and palliative care for the elderly" aimed to study the problems and obstacles for caring as well as to establish model development to increase quality of life of the elderly bedridden. The combination between quantitative and qualitative methods were performed with 45 primary caregivers in 14 communities of Khukhot Municipality, Lam Look Ka district, Pathum Thani province, and 20 key informants were also invited for in-depth interviews. The workshop for family and community empowerment was performed by using Appreciation-Influence-Control (AIC) to create a model development. Descriptive statistical analysis and content analysis were used as the main tools for data conclusion and interpretation.

The findings indicated that the vast majority of elderly bedridden were female, aged 71-80 years. Stroke played an important cause of illness and they had long been suffered on the bed for 1-5 years. All of them were totally dependent on their caretakers. The primary caregivers were also female, aged 51-60 years, and most of them were married. Approximately 10% of the primary caregivers were demented, 36.36% were identified at high level of stress, 56.82% were depressed, and three-fourth were less happy than the normal people. Moreover, the quality of life (QOL), measured by SF-36 Thai version, were found at low level.

Problems and obstacles for caring the elderly bedridden were (1) personal identity of the elder (2) personal identity of the primary caregiver (3) low family relationship (4) lack of medical system (5) lack of social and environment conditions. Social and health needs from primary caregiver point of views were (1) improving emergency medical services (2) handicapped registration for health rights (3) improving medical services (4) increasing homecare for the elderly (5) holistic integration of home visit (6) appropriate health education for primary caregiver (7) supporting medical equipment for daily living (8) supporting and increasing some medical services and equipment in universal health coverage service.

Finally, the conclusion from the workshop indicated that: "emergency medical services" "handicapped registration for health rights and medical accessibility" "development of Village Health Volunteer" and "integrated health care team for the elderly" are the key factors for health and well-being of the elderly bedridden, which need to be developed and implemented.

สารบัญเรื่อง

	หน้า
คำนำ	ก
บทคัดย่อภาษาไทย	ข
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ค
สารบัญเรื่อง	ง
สารบาญตาราง	ซ
สารบาญแผนภูมิ	ณ
สารบาญแผนภาพ	ญ
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 ที่มาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย	3
1.3 ขอบเขตของการวิจัย	4
1.4 นิยามศัพท์ปฏิบัติการ	4
1.5 ประโยชน์ที่ได้รับ	4
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม	5
2.1 แนวคิดเกี่ยวกับการให้การดูแลผู้สูงอายุ	5
2.2 แนวคิดเกี่ยวกับความหมายของผู้สูงอายุติดเตียงและเจ็บป่วยระยะสุดท้าย	6
2.3 แนวคิดเกี่ยวกับหลักการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงและเจ็บป่วยในระยะสุดท้าย	7
2.4 แนวคิดเกี่ยวกับบทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ	9
2.5 แนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลของผู้ให้การดูแลหลัก	11
2.6 แนวคิดเกี่ยวกับผลกระทบต่อสุขภาพในฐานะผู้ให้การดูแลหลัก	12
2.7 แนวคิดเกี่ยวกับปัญหาของการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว	13
2.8 แนวคิดเกี่ยวกับความต้องการของผู้ให้การดูแลหลัก	15
2.9 แนวคิดเกี่ยวกับเครือข่ายทางสังคมของผู้สูงอายุ	16
2.10 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง: พรหมแดนความรู้เรื่องผู้สูงอายุติดเตียงและผู้ให้การดูแลหลัก	17
บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัย	19
3.1 รูปแบบการวิจัย	19
3.2 พื้นที่ในการวิจัย	19
3.3 การเก็บข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล	19

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

บทที่ 4 สถานการณ์ชีวิตผู้สูงอายุติดเตียงและผู้ดูแลหลัก 23

4.1 ข้อมูลพื้นฐานทางประชากร 23

4.1.1 ผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง 23

4.2.2 ผู้ให้การดูแลหลัก 23

4.2 สาเหตุของการเจ็บป่วย ความยาวนานของภาวะติดเตียงและสิทธิ์สุขภาพ 25

4.3 อาการเจ็บป่วยอื่นๆ ของผู้สูงอายุติดเตียงและผู้ดูแลหลัก 26

4.4 ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุติดเตียงและผู้ให้การดูแลหลัก 27

4.5 ประเภทของผู้สูงอายุติดเตียง 29

4.5.1 ผู้สูงอายุติดเตียง: แบ่งตามลักษณะพื้นฐานครอบครัว 29

4.5.2 ผู้สูงอายุติดเตียง: แบ่งตามเศรษฐานะ 30

4.6 ภาวะสมอง ความเครียด ภาวะซึมเศร้าและความสุขของผู้ให้การดูแลหลัก 31

4.7 การใช้เวลาในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง 32

4.8 พื้นที่ทางสังคมของผู้ให้การดูแลหลัก: ขอบข่ายของวงจรชีวิต 33

4.9 เครือข่ายทางสังคมและแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง 34

4.9.1 กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข 34

4.9.2 เพื่อนบ้าน 35

4.9.3 พยาบาลวิชาชีพจากคลินิกเอกชน 36

4.9.4 มอเตอร์ไซด์รับจ้าง 36

4.10 ปัญหาในการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง: เสียงสะท้อนจากผู้ให้การดูแลหลัก 37

4.10.1 ปัญหาที่มาจากอัตลักษณ์ส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ 37

4.10.2 ปัญหาที่มาจากอัตลักษณ์ส่วนบุคคลของผู้ดูแล 39

4.10.3 ปัญหาที่มาจากกลไกของครอบครัว 41

4.10.4 ปัญหาที่มาจากระบบการแพทย์ 43

4.10.5 ปัญหาที่มาจากสังคมและสิ่งแวดล้อม 48

4.11 ความต้องการความช่วยเหลือจากสังคมและเครือข่ายชุมชน 50

4.11.1 กลุ่มผู้ที่มีเศรษฐานะในระดับดี 50

4.11.2 กลุ่มผู้ที่มีเศรษฐานะในระดับปานกลางและวิกฤต 51

4.12 คุณภาพชีวิตในภาพรวมของผู้ให้การดูแลหลัก 53

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

บทที่ 5 เสียงสะท้อนจากเครือข่ายสังคม: ผลจากการประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม 55
5.1 การสร้างพลังในการผลักดันแนวคิด 55
5.2 การนำเสนอผลงานวิจัยให้กับชุมชน 57
5.3 การประชุมกลุ่มย่อย 60
5.4 การนำเสนอผลการประชุมกลุ่มย่อย 61
5.4.1 กลุ่มครอบครัว 61
5.4.2 กลุ่มชุมชน 62
5.4.3 กลุ่มหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 63
5.5 การสร้างบทสรุปและแนวทางร่วมกันในอนาคต 65
บทที่ 6 สรุป อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ 68
6.1 สรุปผลการศึกษา 68
6.1.1 คุณลักษณะของผู้สูงอายุติดเตียงและผู้ให้การดูแลหลัก 68
6.1.2 สถานการณ์ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง 69
6.1.3 ความคาดหวังและแนวทางในอนาคต 69
6.2 อภิปรายผล 70
6.3 ข้อเสนอแนะ 71
บรรณานุกรม 76

สารบัญตาราง

		หน้า
ตารางที่ 1	แสดงชุมชนที่ใช้เป็นพื้นที่ในการวิจัย	20
ตารางที่ 2	แสดงข้อมูลพื้นฐานประชากร	24
ตารางที่ 3	สาเหตุของการเจ็บป่วย ความยาวนานของภาวะติดเตียงและสิทธิ์สุขภาพ	25
ตารางที่ 4	อาการเจ็บป่วยอื่นๆ ของผู้สูงอายุติดเตียงและผู้ดูแลหลัก	27
ตารางที่ 5	แสดงระดับการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุติดเตียงและผู้ให้การดูแลหลัก	28
ตารางที่ 6	แสดงระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุติดเตียงและผู้ให้การดูแลหลักจำแนกตามกิจกรรม	29
ตารางที่ 7	แสดงภาวะสมอง ความเครียด ภาวะซึมเศร้าและความสุขของผู้ให้การดูแลหลัก	31
ตารางที่ 8	แสดงคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ให้การดูแลหลัก	54
ตารางที่ 9	แสดงบทสรุปและแนวทางร่วมกันในอนาคตที่เกิดจากการประชุมเชิงปฏิบัติการ	65

สารบัญแผนภูมิ

	หน้า
แผนภูมิที่ 1 แสดงการใช้เวลาในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง	33

สารบัญแผนภาพ

	หน้า
แผนภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดในการศึกษา	6
แผนภาพที่ 2 แสดงพื้นที่ทางสังคมของผู้ให้การดูแลหลัก	34
แผนภาพที่ 3 แสดงรูปแบบและแนวทางการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงและเจ็บป่วยระยะสุดท้าย	75

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ที่มาและความสำคัญของปัญหา

ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ จากปัจจัยการลดลงของอัตราการเกิดและอายุคาดเฉลี่ยของประชากรที่ยืนยาวขึ้นขณะเดียวกันผู้สูงอายุก็มีอายุยืนยาวขึ้น อัตราการเพิ่มของ จำนวนผู้สูงอายุในปัจจุบันสูงกว่าประชากรโดยรวมขณะเดียวกันอัตราการเพิ่มของจำนวน ผู้สูงอายุ วัยปลายสูงกว่าอัตราการเพิ่มของกลุ่มผู้สูงอายุวันต้น ส่งผลให้จำนวนและสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุ ของไทยเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุวัยปลาย ในปี พ.ศ.2548 มีผู้สูงอายุคิดเป็นสัดส่วน ร้อยละ 10.4 ของประชากรทั้งประเทศ และคาดว่าจะเพิ่มเป็นร้อยละ 13.4 ในปี พ.ศ. 2558 ปัญหาการเพิ่มของจำนวนผู้สูงอายุคาดว่าจะทวีความรุ่นแรงขึ้น อีกใน 10 ปีข้างหน้า[1]

การเพิ่มขึ้นของจำนวนและสัดส่วนผู้สูงอายุมีทิศทางตรงกันข้ามกับสัดส่วนวัยทำงานที่มีแนวโน้มลดลง ประกอบกับสภาพด้านเศรษฐกิจและสังคมที่เปลี่ยนจากภาคเกษตรกรรมเป็น อุตสาหกรรมและบริการ มีผลให้เกิดการเคลื่อนย้ายแรงงานจากชนบทสู่เมือง อีกทั้งสตรีซึ่งมีบทบาทหลักในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ มีบทบาททางเศรษฐกิจเพิ่มมากขึ้นจากการทำงานนอกบ้าน ทำให้ครอบครัวดูแลผู้สูงอายุได้น้อยลง นอกจากนั้นยังพบว่าสัดส่วนผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังกับคู่สมรสเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุส่วนใหญ่เกิดจากการถดถอยของสมรรถภาพร่างกายและภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังซึ่งเพิ่มขึ้นตามอายุและโดยเฉลี่ยมีมากกว่าหนึ่งโรค ประมาณร้อนละ 5 ของผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพิงในกิจวัตรประจำวันและร้อยละ 15 มีภาวะพึ่งพิงด้านการทำงานบ้าน ขณะเดียวกัน ร้อยละ 0.8 และ 0.2 ของผู้สูงอายุต้องใช้รถเข็นและนอนติดเตียงตามลำดับ

โดยภาพรวมมีผู้สูงอายุร้อยละ 30 และ 38 สำหรับเพศชายและหญิงตามลำดับที่ต้องการผู้ดูแล ในขณะที่ร้อยละ 6 ของผู้สูงอายุที่ต้องการแต่ขาดผู้ดูแลในบ้าน จำเป็นต้องพึ่งพาเพื่อนบ้าน ชุมชน หรือสวัสดิการจากรัฐ[2] จากการจัดบริการด้านสุขภาวะสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนที่ผ่านมา นอกจากครอบครัวแล้วยังมีหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งส่วนกลางและส่วนท้องถิ่นที่มีบทบาทในการจัดบริการสุขภาวะผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตาม การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ระบบการดูแลสุขภาวะผู้สูงอายุมีลักษณะแยกส่วน ขาดความเชื่อมโยงต่อเนื่องและครอบคลุม โดยเฉพาะบริการสำหรับผู้สูงอายุที่ช่วยตัวเองไม่ได้ขาดคนดูแล รวมถึงบริการสำหรับผู้ดูแลในครอบครัวยังมีจำกัด จากสถานการณ์ดังกล่าว บ่งชี้ถึงความจำเป็นที่ต้องมีการศึกษาและพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาวะของผู้สูงอายุในชุมชนให้มีคุณภาพประสิทธิภาพต่อเนื่องและยังยืนต่อไป

บริการสุขภาพชุมชน (Community care) และบริการที่มีชุมชนเป็นฐาน (Community-based care) เป็นบริการที่จัดให้สำหรับผู้ที่อาศัยในบ้านหรือชุมชน ไม่ใช่สถาบัน รวมถึงการดูแลไม่เป็นทางการ ซึ่งอาจเป็นการดูแลโดยเพื่อนสนิท ครอบครัว และเพื่อนบ้าน เพื่อป้องกันหรือชะลอการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล[3] ส่วนใหญ่ หมายถึง บริการที่เกี่ยวข้องกับการดูแลบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิงที่ไม่ใช่บริการทางการแพทย์ เพื่อให้เขา สามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้ โดยความหมายนี้ บริการชุมชนจึงเป็นบริการที่

จัดกันภายในครอบครัวและชุมชนด้วยกระบวนการภาคประชาชนสำหรับบริการที่มีชุมชนเป็นฐาน องค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายไว้ คือ บริการที่ใกล้บ้านที่ผู้ใช้บริการสาธารณสุขสามารถเข้าถึงได้ ด้วยการเน้นการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน เป็นบริการที่ตอบสนองความต้องการของคนในชุมชน สอดคล้องกับวิถีชุมชนแบบดั้งเดิม โดยมีการกำหนดขอบเขตรับผิดชอบที่ชัดเจน เช่น (1) การประเมินสุขภาพผู้สูงอายุโดยทีมสหวิชาชีพ (2) การพัฒนาแผนการรักษา (3) การประเมินความต้องการทางด้านสุขภาพและสังคมเป็นระยะๆ เพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงการดูแลผู้สูงอายุแบบนี้ ประกอบด้วย การให้บริการด้านอาหารที่บ้าน การติดต่อประสานงานผู้นำทางศาสนา การให้คำปรึกษาด้านยาและโภชนาการ การจ้างงาน การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ การเยี่ยมบ้านโดยอาสาสมัคร การตรวจคัดกรอง และการให้บริการทำความสะอาดบ้าน โดยความหมายนี้เน้นการบริการที่มีชุมชนเป็นฐาน จึงหมายถึงบริการสุขภาพวะที่มีการจัดการในระดับชุมชน ทั้งนี้อาจเป็นการจัดบริการของหน่วยงาน ภายในหรือภายนอกชุมชนก็ได้ ในที่นี้ไม่ได้มีเจตนาที่จะแบ่งแยกระหว่างบริการชุมชน หรือบริการ ที่มีชุมชนเป็นฐาน หรือความรับผิดชอบระหว่างภาคไม่เป็นทางการและทางการ เนื่องจากแม่บริบทสังคมไทยที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว มีผลให้ศักยภาพของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุลดลง จากขนาดครอบครัวที่เล็กลง วัยแรงงานเคลื่อนย้ายเข้าสูงเมือง สตรีออกทำงานนอกบ้านมากขึ้น อย่างไรก็ดี วัฒนธรรมไทยที่ยังคงให้ความสำคัญกับความกตัญญูกตเวทีที่ลูกหลาน พึงมีต่อบุพการี[4] ครอบครัวจึงยังคงเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุเป็นหลัก[1]

ขณะเดียวกัน ผู้สูงอายุก็พึงประสงค์จะอยู่กับบุตรหลาน[5] ดังนั้นการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุจึงควรผสมผสานแนวคิดการดำรงไว้ซึ่งการดูแลที่เกื้อกูลกันในครอบครัวและชุมชน และเสริมด้วยการจัดบริการภาคทางการในชุมชนเพื่อหนุนเสริม ครอบครัวในการดูแลสุขภาวะผู้สูงวัย ทั้งนี้การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนนั้นควรเป็นการดูแลที่ชุมชนมีส่วนร่วมด้วย โดยเป็นความรับผิดชอบร่วมกันระหว่างครอบครัวกับหน่วยงานของรัฐ ซึ่งมีเป้าหมายคือการเพิ่มความสารถในการดูแลตนเอง ความเป็นอิสระในการดำเนินชีวิตไม่ต้องเป็นภาระหรือพึ่งพิงผู้อื่นมากจนเกินไปและเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและผู้ดูแล

โดยอุดมคติและการดูแลแบบชุมชนชน มีความหมายถึงชุมชนที่มีความเอื้ออาทร เป็นผลพวงจากสถาบันทางสังคมอย่างไม่เป็นทางการที่เข้มแข็ง[6] มีอิทธิพลจากรากฐานความคิดว่า บุคคลควรให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ทั้งนี้ระบบการจัดการภาคทางการควรเข้าไปเพียง จัดให้มีโครงข่ายการคุมครองทางสังคมสำหรับผู้ที่ไม่สามารถได้รับการดูแลจากเครือข่ายตนเองได้และมีหน้าที่หลักคือการทำให้ชุมชนสามารถให้การดูแลสมาชิกในชุมชนของตนเองได้ โดยเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับบทบาทของสถาบันต่างๆ ในสังคม คือ (1) รัฐทั้งในระดับชาติและ ระดับท้องถิ่น (2) ชุมชนอันประกอบไปด้วยบุคคลต่างๆ ภายในชุมชนและ (3) ครอบครัว ซึ่งกล่าวได้ว่าเป็นหน่วยย่อยที่สุดของสังคม ทั้งสามส่วนต้องมีการจัดความสัมพันธ์ที่เหมาะสม เพื่อเอื้อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่ดีภายในชุมชนที่อาศัยอยู่ในต่างประเทศมีการพัฒนาการดูแลระดับชุมชนสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่เป็นระบบในหลายรูปแบบ ตั้งแต่บริการในสถาบัน (Institutional care) เช่น สถานบริบาล (Nursing home) สถานดูแลระยะสุดท้าย (End of life care) จนถึงบริการแบบชุมชน (Community care) ที่มีตั้งแต่ศูนย์ดูแลช่วงกลางวัน (Day care) บริการพยาบาลชุมชน (Community nursing) บริการดูแลที่บ้าน (Home care) บริการช่วยเหลืองานบ้าน (Home help) สถานดูแลชั่วคราว (Respite care) ทั้งนี้

บทเรียนสำคัญ ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม การจัดระบบการดูแลระยะยาวแบบชุมชน สำหรับผู้สูงอายุในประเทศต่างๆ[7] ชี้ให้เห็นถึงประเด็นร่วมกันในเรื่อง (1) การขาดการให้ความสำคัญ กับการดูแล ชุมชนในคุณค่าที่แท้จริง ที่มีขอดีมากกว่าเป็นแค่เพียงการช่วยลดการ เข้าสู่บริการแบบสถาบันเท่านั้น (2) การขาดการบูรณาการของบริการ และ (3) ความไม่เพียงพอของทรัพยากร

สำหรับประเทศไทย การดูแลผู้สูงอายุเป็นบทบาทและความรับผิดชอบของครอบครัวบริการที่ให้แก่ผู้สูงอายุยังคงมีลักษณะการสงเคราะห์ผู้ยากไร้ แนวทางที่เป็นรูปธรรมของการดูแลที่ครอบคลุมมิติต่างๆ ของสุขภาวะผู้สูงอายุเริ่มในแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 1 จนถึงแผนระยะยาวฉบับที่ 2 ซึ่งมาตรการที่สามของแผนระยะยาวกำหนดให้มีการพัฒนาระบบ บริการสุขภาพชุมชนแบบบูรณาการไว้อย่างชัดเจนโดยให้ความสำคัญกับสุขภาวะของผู้สูงอายุ จัดให้มีบริการที่หลากหลาย ครอบคลุมในเรื่องของการส่งเสริมสุขภาพ การตรวจสุขภาพและคัดกรองโรค การรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย การฟื้นฟูสมรรถภาพ การรวมกลุ่มและการนันทนาการ การจัดที่พักอาศัย การบริการทางสังคม การช่วยเหลือด้านรายได้ อย่างไรก็ดี ในกรณีที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ไม่สามารถดูแลตัวเองได้ ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นนั้น รัฐยังไม่มีมาตรการ ที่เป็นรูปธรรมที่ให้การสนับสนุนครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ นอกจากการลดหย่อนภาษี รายได้สำหรับบุตรที่ให้การดูแลบิดามารดา

จะเห็นได้ว่า การพัฒนาระบบบริการสุขภาวะผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนยังขาดรูปแบบการบูรณาการที่ชัดเจนและเป็นรูปธรรม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสังคมเมืองที่มีการเปลี่ยนแปลง ไปอย่างรวดเร็วทั้งสังคม เศรษฐกิจและประชากรชุมชนคูคต ในฐานะพื้นที่รับผิดชอบของ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ในฐานะตัวแทนของชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท รับผิดชอบ 3 ลูกข่าย 3 แห่ง ได้แก่ ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองคูคต ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองลำสามแก้ว และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคูคต (รพ.สต.วัดลาดสนุ่น) มีผู้มาลงทะเบียน Universal Coverage (UC) 33,756 คน มีผู้สูงอายุทั้งสิ้น 5,624 คน (ข้อมูล 26 กันยายน 2556) โดยส่วนใหญ่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและมีภาวะติดเตียง และอยู่ในระยะสุดท้ายจำนวนหนึ่ง การจัดการสุขภาพโดยชุมชนครั้งนี้จึงมุ่งหวังเพื่อแก้ไขปัญหาและพัฒนาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงและเจ็บป่วยในระยะสุดท้าย โดยมุ่งหวังให้เกิดการบูรณาการ ระหว่างผู้ป่วย สมาชิกในครอบครัว ชุมชน สังคมและบทบาทของภาครัฐที่เหมาะสม งานวิจัยนี้จึงเกิดขึ้นมาเพื่อให้เกิดการแก้ไขพัฒนาและดูแลสุขภาพเพื่อความยั่งยืนต่อไป

1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1.2.1 เพื่อศึกษาความทุกข์และการเผชิญปัญหาของผู้สูงอายุติดเตียงและเจ็บป่วยในระยะสุดท้าย

1.2.2 เพื่อศึกษาปัญหาในการให้การดูแลผู้สูงอายุติดเตียงและเจ็บป่วยในระยะสุดท้าย ในมิติของครอบครัวและเครือข่ายชุมชน

1.2.3 เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลภายใต้ความเชื่อมโยงระหว่างผู้สูงอายุสมาชิกใน ครอบครัวและเครือข่ายชุมชน

1.3 ขอบเขตของการวิจัย

งานวิจัยนี้ครอบคลุมพื้นที่ในเขตพื้นที่เทศบาลเมืองคูคต อำเภอลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์แพทย์ปฐมภูมิและแพทย์แผนไทยประยุกต์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ เท่านั้น

1.4 นิยามศัพท์ปฏิบัติการ

ผู้สูงอายุติดเตียงและเจ็บป่วยในระยะสุดท้าย หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่อยู่อาศัยในเขตพื้นที่เทศบาลเมืองคูคต อำเภอลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี ที่มีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังซึ่งไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ด้วยการแพทย์ที่มีอยู่ในปัจจุบัน ไม่สามารถพึ่งพาตัวเองได้ ต้องมีผู้ดูแลตลอดเวลา และต้องนอนเรื้อรังอยู่บนเตียง

ผู้ให้การดูแลหลัก หมายถึง ผู้รับผิดชอบหรือผู้ที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งได้แก่ สามี ภรรยา บุตร เขย-สะใภ้ หรือญาติพี่น้องของผู้สูงอายุ

ภาวะสุขภาพของผู้ให้การดูแลหลัก หมายถึง สถานะสุขภาพของผู้ให้การดูแลหลัก โรคที่พบบ่อย ศักยภาพในการใช้ชีวิต ภาวะซึมเศร้า ความเครียด ความสุข และสุขภาวะทางสังคม

ความต้องการทางสังคมและสุขภาพ หมายถึง ความต้องการความช่วยเหลือในด้านต่างๆ ของผู้ให้การดูแลหลัก สำหรับดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในเทศบาลเมืองคูคต อำเภอลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี ที่ครอบคลุมมิติความต้องการทางสังคมและความต้องการทางสุขภาพ

รูปแบบการดูแล หมายถึง มุมมองและความคาดหวังของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดการระบบสุขภาพของผู้สูงอายุติดเตียง ที่มาจากเสียงสะท้อนของผู้ให้การดูแลหลัก คนในครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุข แกนนำชุมชน เจ้าหน้าที่และผู้บริหาร ศูนย์แพทย์ปฐมภูมิและแพทย์แผนไทยประยุกต์ คณะแพทยศาสต์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ตลอดจนเจ้าหน้าที่และผู้บริหารเทศบาลตำบลลำลูกกา

1.5 ประโยชน์ที่ได้รับ

1.5.1 ได้รูปแบบในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่อยู่ในระยะติดเตียง และเจ็บป่วยระยะสุดท้าย

1.5.2 ลดภาวะค่าใช้จ่ายและภาวะพึ่งพิงจากภาครัฐ ภายใต้การดูแลบริหารจัดการของครอบครัว ชุมชนและเครือข่ายทางสังคม

1.5.3 ผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงและระยะสุดท้ายมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ภาวะแทรกซ้อนลดลง มีสุขภาวะและคุณภาพชีวิตอย่างมีความสุขและเหมาะสม

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

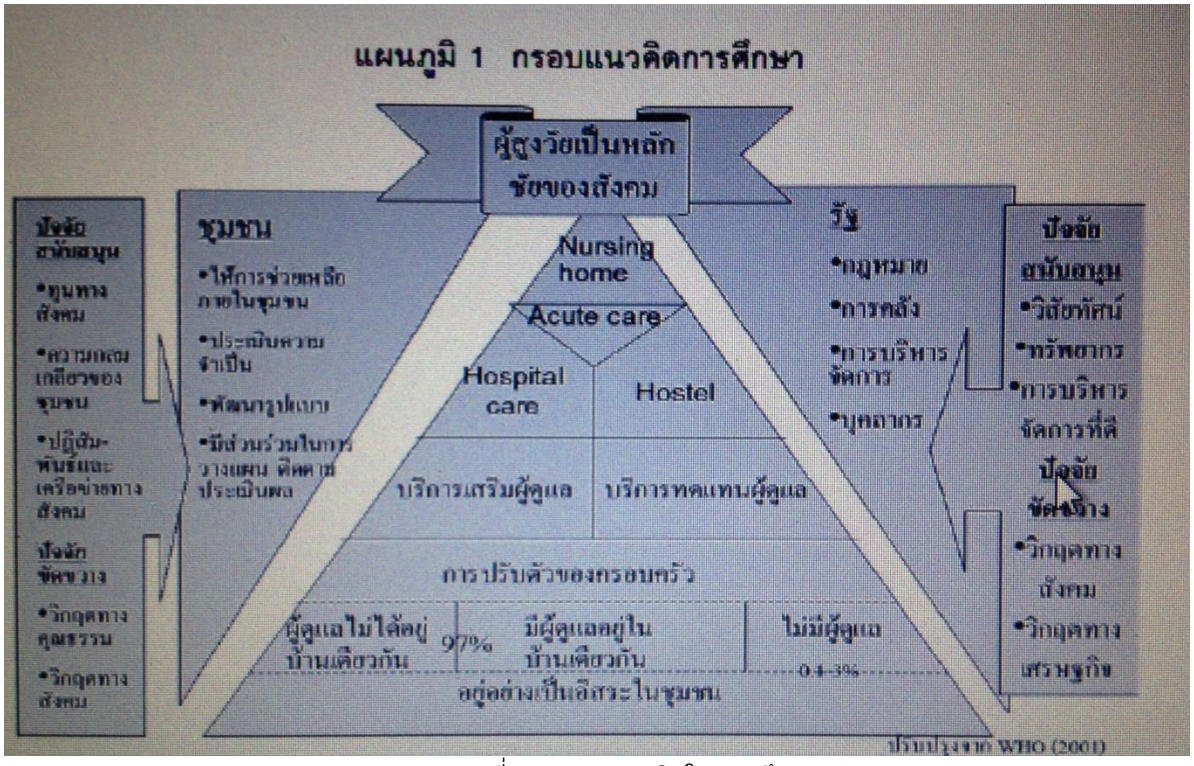
การศึกษาเรื่อง “การเสริมสร้างครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงและเจ็บป่วยระยะสุดท้าย” ทีมผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในประเด็นต่างๆ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับการให้การดูแลผู้สูงอายุ
2. แนวคิดเกี่ยวกับความหมายของผู้สูงอายุติดเตียงและเจ็บป่วยระยะสุดท้าย
3. แนวคิดเกี่ยวกับหลักการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงและเจ็บป่วยในระยะสุดท้าย
4. แนวคิดเกี่ยวกับบทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงและเจ็บป่วยระยะสุดท้าย
5. แนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลของผู้ให้การดูแลหลัก
6. แนวคิดเกี่ยวกับผลกระทบต่อสุขภาพในฐานะผู้ให้การดูแลหลัก
7. แนวคิดเกี่ยวกับปัญหาของการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว
8. แนวคิดเกี่ยวกับความต้องการของผู้ให้การดูแลหลัก
9. แนวคิดเกี่ยวกับเครือข่ายทางสังคมของผู้สูงอายุ
10. วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

2.1 แนวคิดเกี่ยวกับการให้การดูแลผู้สูงอายุ

การศึกษาครั้งนี้ใช้แนวคิดการให้การดูแลผู้สูงอายุขององค์การอนามัยโลก (2001) มาเป็นกรอบในการศึกษาจากโครงสร้างประชากรที่มีการจัดให้มีบริการโดยชุมชน/ภายในชุมชน และในสถาน บริการอย่างเป็นทางการที่จัดโดยภาครัฐ รวมทั้งมุ่งศึกษาบทบาทของชุมชนและบทบาทของภาครัฐ โดยเฉพาะองค์กรปกครองท้องถิ่นที่ควรจะเป็นหลักในการสนับสนุนการดูแลสุขภาวะของผู้สูงอายุในระยะยาวโดยชุมชน ขณะเดียวกันยังมุ่งสนับสนุนครอบครัวให้มีส่วนร่วมในการดูแล เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนของตนได้อย่างมีศักดิ์ศรีและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

การสนับสนุนจากองค์กรรัฐและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นยังคงเป็นปัจจัยสนับสนุนที่สำคัญในการส่งเสริมให้ชุมชนมีความเข้มแข็ง บทบาทการสนับสนุนของหน่วยงานภาครัฐที่ผ่านมายังเน้นเป็นในลักษณะของผู้จัดบริการ อย่างไร ก็ตามจากการที่ประเทศไทยมีพระราชบัญญัติกระจายอำนาจให้มีการถ่ายโอนภารกิจด้านสังคมหลายอย่างไปในหน่วยงานท้องถิ่นเป็นผู้ดำเนินการ รวมทั้งมีการจัดสรรงบประมาณผ่านไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นผู้ดำเนินการ รวมทั้งมีการจัดสรรงบประมาณผ่านไปยังองค์กรปกครองทิ้งถิ่น จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีการพัฒนาบทบาทการดำเนินงานของท้องถิ่นและศักยภาพในการสนับสนุนให้ชุมชนสามารถจัดบริการที่ตอบสนองต่อความต้องการของชุมชนได้อย่างยั่งยืน



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการศึกษา

2.2 แนวคิดเกี่ยวกับความหมายของผู้สูงอายุติดเตียงและเจ็บป่วยระยะสุดท้าย

2.3.1 ความหมายของผู้ดูแล: ผู้ดูแล หมายถึง ญาติหรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย และส่วนใหญ่เป็นสมาชิกในครอบครัว ที่มีความสัมพันธ์กันทางสายเลือดหรือเครือญาติ ที่อาศัยอยู่ร่วมกันกับผู้สูงอายุและให้การช่วยเหลือดูแลในเรื่องต่างๆ รวมทั้งให้การสนับสนุนด้านร่างกายและจิตใจ กิจวัตรประจำวันอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าคนอื่น (ซึ่งในภาษาอังกฤษ ใช้คำว่า “Family Caregiver” หรือ “Informal Carer” ส่วนใหญ่มักไม่ได้รับค่าตอบแทนเป็นค่าจ้างหรือรางวัล สามารถพิจารณาบทบาทในการดูแลออกเป็น 2 ลักษณะใหญ่ๆ คือ

2.3.1.1 ผู้ช่วยเหลือ (care provider) กลุ่มผู้ดูแลในลักษณะนี้ ส่วนใหญ่ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยในด้านร่างกายและด้านส่วนบุคคล ตามความจำเป็นและความต้องการของผู้ป่วย เช่น การป้อนอาหาร การอาบน้ำ การให้ยา ฯลฯ ส่วนใหญ่เป็นการช่วยเหลือด้านการรักษาดูแลร่างกายให้สุขสบาย แต่มักละเลยการดูแลด้านจิตใจและสังคมของผู้ป่วย

2.3.1.2 ผู้จัดการดูแล (care manager) กลุ่มผู้ดูแลในลักษณะนี้ ส่วนใหญ่ช่วยเหลือดูแลคนไข้ โดยทำหน้าที่จัดการหรือประสานงานให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่ผสมผสานและเกิดผลประโยชน์สูงสุด ผู้จัดการดูแลจะใช้เวลาและพลังงานในการแสวงหาแหล่งสนับสนุนต่างๆ ที่มีอยู่ในสังคมและตัดการติดต่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการ ที่เหมาะสม นอกจากนี้จะใช้เวลาบางส่วนที่เหลือตอบสนองด้านจิตสังคมให้แก่ผู้ป่วย เช่น พาผู้ป่วยเรื้อรังไปเที่ยวพักผ่อน ชวนเพื่อนที่สนิทกับผู้ป่วยมาเยี่ยมเยือน

จะเห็นได้ว่า ผู้ดูแลนั้นมีความสำคัญกับผู้ป่วยเป็นอย่างมาก แต่ในการบริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรังส่วนใหญ่มักคำนึงถึงแต่ความต้องการของผู้ป่วย จนหลงลืมคิดถึงปัญหาและความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ดูแล ซึ่งเป็นผลกระทบจากการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ทำให้วิถีชีวิตต้องเปลี่ยนแปลงไป (วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิพานิช 2537)

ความหมายของผู้ป่วยติดเตียงและเจ็บป่วยในระยะสุดท้าย ยังรวมความถึง ผู้ป่วยติดเตียงและผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นผู้ป่วยที่เป็นโรคในระยะที่เป็นมากซึ่งไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ด้วยการแพทย์ที่มีอยู่ในปัจจุบัน ณ สถานที่นั้นผู้ป่วยมีอาการทรุดลงเรื่อยๆและจะเสียชีวิตในที่สุดภายในระยะเวลาไม่นาน (เป็นวันหรือสัปดาห์) 1 ซึ่งตัวอย่างของผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้แก่

1) ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่มะเร็งลุกลามไปตามอวัยวะต่างๆและผู้ป่วยมีอาการทรุดลงเรื่อยๆ ไม่สามารถให้การรักษาให้หายได้เนื่องจากโรคดื้อต่อการรักษาที่มีอยู่หรือผู้ป่วยมีสภาพร่างกายทรุดโทรม มีการเสื่อมของอวัยวะต่างๆซึ่งไม่สามารถทนต่อการรักษามะเร็งได้

2) ผู้ป่วยโรคติดเชื้ออย่างรุนแรงและมีภาวะช็อค (septic shock) มีสัญญาณชีพ (vital signs) ไม่คงที่เกิดภาวะแทรกซ้อนของระบบต่างๆเช่นไตวายเฉียบพลันการหายใจล้มเหลวแม้จะได้ยาปฏิชีวนะอย่างเต็มที่รวมทั้งยาเพิ่มความดันโลหิตการใช้เครื่องช่วยหายใจผู้ป่วยอาการยังไม่ดีขึ้น

3) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีสมองตายหรือเลือดออกในสมองเป็นบริเวณกว้างหรือในตำแหน่งที่รักษาได้ยาก เช่น ก้านสมองและมีความดันในสมองสูงขึ้น (increased intracranial pressure) จนรบกวนการหายใจความดันโลหิตและการเต้นของหัวใจ

4) ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่มีกล้ามเนื้อหัวใจตายเป็นบริเวณกว้างมีหัวใจวายและภาวะน้ำท่วมปอดตามมา

5) ผู้ป่วยที่มีการขาดเลือดของลำไส้อย่างรุนแรงและเป็นบริเวณกว้างเกิดลำไส้ตายและการติดเชื้อในช่องท้องอย่างรุนแรง

6) ผู้ป่วยเอดส์ระยะสุดท้ายที่มีการติดเชื้อฉกฉวยโอกาสอย่างรุนแรงได้ยาปฏิชีวนะไม่ดีขึ้น และผู้ป่วยไม่ได้รับยาต้านไวรัสและมีระดับ CD4 ต่ำมาก (น้อยกว่า 10 ต่อลบ.มม.)

7) ผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะสุดท้ายที่นอนติดเตียง (bed ridden) ไม่สามารถรักษาให้สมองดีขึ้น มีภาวะทุพโภชนาการมีแผลกดทับรุนแรงที่ไม่สามารถรักษาให้หายด้วยวิธีทางการแพทย์ที่มีอยู่ในปัจจุบัน

2.3 แนวคิดเกี่ยวกับหลักการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงและเจ็บป่วยในระยะสุดท้าย

หลักการดูแลรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้าย: ประกอบด้วยหลักใหญ่ๆ คือ

2.3.1 ให้การควบคุมอาการที่ทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมาน (symptom control) อาการที่พบได้เสมอในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ได้แก่ อาการปวด อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร ไข้สูง หอบเหนื่อย หายใจลำบาก ไอเจ็บแน่นหน้าอก คลื่นไส้ อาเจียน เจ็บแสบในปาก กลืนลำบาก ท้องเสีย ท้องผูก ปัสสาวะไม่ออก ท้องอืด แน่นท้อง ปวดท้อง นอนไม่หลับ ซึม ไม่รู้สึกตัว ชักเกร็งกระตุก แผลกดทับ อาการที่ทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานมีสาเหตุจาก

มะเร็งทั้งทางตรง เช่น มะเร็งกดทับเส้นประสาทไขสันหลังหรือทางอ้อม เช่น paraneoplastic syndromes หรือเกิดจากการรักษา เช่น มีการอักเสบในช่องปากจากยาเคมีบำบัด หรือ รังสีรักษา หรือ บวมอักเสบที่ผิวหนัง (thrombophlebitis) จากการให้ยาทางหลอดเลือดอาเจียน เบื่ออาหาร ท้องเสียจากเคมีบำบัด ท้องผูกจากยาแก้ปวดชนิดมอร์ฟีนการตรวจรักษาต่างๆ ในผู้ป่วยระยะสุดท้ายควรพิจารณาใช้ให้น้อยที่สุด เช่น การเจาะเลือดการให้ยาหรือสารน้ำทางเส้นเลือดการเอกซเรย์ต่างๆ ถ้าไม่จำเป็นควรจะตรวจ ในกรณีที่ผู้ป่วยรับประทานอาหารไม่ได้เนื่องจากมีอาการปวดท้องอาเจียนมากหรือมีการอุดตันทางเดินอาหารไม่ควรให้ยารับประทาน ควรเปลี่ยนเป็นยาฉีดทางหลอดเลือดแทนหรือถ้าเป็นยาแก้ปวดอาจใช้เป็นยาปิดที่ผิวหนังเช่น fentanyl patch

2.3.2 การรักษาเฉพาะโรค(disease management) ที่เป็นโรคที่ไม่หายขาดได้แก่การให้ palliative surgery รังสีรักษาเคมีบำบัดแม้ว่าจะไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่เป็นการทำให้ มีการควบคุมอาการที่ทำให้ผู้ป่วยทรมานตัวอย่างที่เห็นได้แก่การให้ TKIs (tyrosine kinase inhibitors) เช่น erlotinib และ gefitinib 2-5 รับประทานในผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลาม ที่ดื้อต่อเคมีบำบัดทำให้ผู้ป่วยมีอาการไออาการปวดกระดูกลดลงและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น บางรายสามารถอยู่ได้นานกว่า 2-3 ปี หรือสามารถกลับไปประกอบอาชีพตามเดิมได้ ก็มีในผู้ป่วยมะเร็ง ต่อมน้ำเหลืองที่ดื้อไม่สามารถให้ยาเคมีบำบัดได้แล้ว การให้ coticosteroidsเช่น dexamethasone 4 มก. ฉีดเข้าหลอดเลือดดำทุก 6 ชั่วโมงหรือ methyprednisolone 1-2 มก.ต่อกก. วันละครั้งอาจช่วยบรรเทาอาการที่ก้อนไปกดได้บ้าง ผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ดื้อต่อการรักษาการให้ยา hydroxyurea 500-2000 มก.ต่อวัน รับประทานจะทำให้ลดระดับเม็ดเลือดขาวที่สูงลงได้ผู้ป่วยที่มีน้ำในช่องท้องจากมะเร็งและแน่นท้องมาก การเจาะระบายน้ำออกเป็นครั้งคราวจะช่วยบรรเทาอาการได้ ผู้ป่วยที่ม้ามโตมากและมีอาการปวดจาก splenic infarction การให้รังสีรักษาบริเวณม้าม ร่วมกับให้ dexamethasone ฉีดในระยะสั้นๆ จะทำให้อาการปวดม้ามลดลงผู้ป่วยที่มี obstructive uropathy จากมะเร็งกดเบียดไตหลอดไต การทำ percutaneous nephrostomy จะช่วยบรรเทาอาการลงได้

2.3.3 การดูแลทางด้านสังคมและจิตใจ (psychological care) เป็นสิ่งที่แพทย์ดูแลมักมองข้ามไม่เห็นความสัมพันธ์ซึ่งจริงๆ แล้วเป็นสิ่งที่สำคัญมากในการดูแลรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้ายเนื่องจากผู้ป่วยมักมีปัญหาด้านจิตใจเสมอ เนื่องจากคิดว่าตนเองจะต้องเสียชีวิตในเร็ววัน จะต้องพรากจากครอบครัวและบุคคลที่รัก ผู้ป่วยบางรายมีความกังวลถึงอนาคตครอบครัวโดยเฉพาะผู้ป่วยที่เป็นเสาหลักของครอบครัว ผู้ป่วยบางรายมีปัญหาค่าใช้จ่ายก็จะมีความกังวลเพิ่มขึ้นแพทย์ควรให้ความสำคัญและเข้าใจท่าทีของญาติด้วย เพราะญาติบางคนทำให้ผู้ป่วยมีความเครียดเพิ่มขึ้น การให้เวลาแก่ผู้ป่วยและญาติการซักถามอาการในขณะตรวจผู้ป่วย การมองผู้ป่วยด้วยความเห็นใจ ท่าทีและน้ำเสียงของแพทย์การสัมผัสในขณะตรวจร่างกาย การรับฟังความทุกข์ร้อนของผู้ป่วยเหล่านี้มีความสำคัญมากกว่ายารักษาต่างๆ ที่แพทย์สั่ง บ่อยครั้งที่แพทย์ไม่ต้องทำอะไรมากเพียงรับฟังผู้ป่วยและให้กำลังใจผู้ป่วยก็จะรู้สึกดีขึ้นมาก

2.4 แนวคิดเกี่ยวกับ: บทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ

2.4.1 บทบาทการดูแลทางด้านร่างกาย: เป็นการดูแลการดำรงชีวิตประจำวันทั่วไป เช่น การจัดหาและดูแลเรื่องอาหารการกิน การจัดที่อยู่อาศัยให้อยู่อย่างเหมาะสม การจัดหาและดูแลเครื่องนุ่งห่ม เครื่องใช้ตลอดจนดูแลด้านอนามัยของบุคคล การดูแลเมื่อเจ็บป่วย การอำนวยความสะดวกเรื่องพาหนะ เดินทางและช่วยเหลือเรื่องแรงงาน อาจกล่าวได้ว่า เป็นการดูแลเพื่อให้ผู้สูงอายุบรรลุถึงปัจจัยพื้นฐานของการ ดำรงชีวิต การดูแลที่สำคัญและมีความหมายสำหรับผู้สูงอายุ คือ การมีบทบาทดูแลด้านการพยาบาลเมื่อยามเจ็บป่วยโดยทั่วไป ครอบครัวมีบทบาทและหน้าที่ดูแลเอาใจใส่ผู้สูงอายุในยามเจ็บป่วย หรือจำเป็นต้องติดตาม รักษาต่อเนื่อง โดยพาไปพบแพทย์และรับภาระค่ารักษาพยาบาล

การดูแลเรื่องอาหารเป็นบทบาทที่ครอบครัวให้ความสำคัญเป็นอันดับรองลงมาจากการดูแล เมื่อยามเจ็บป่วย ครอบครัวได้ให้การจัดการดูแลด้านนี้แก่พ่อแม่ตามลำดับ โดยทั่วไปบทบาทครอบครัวในด้านอาหารนี้เป็นบทบาทของการจัดการดูแลภายในครอบครัวสำหรับสมาชิกทุกคนและมิได้ให้ความสำคัญสำหรับ ผู้สูงอายุเท่านั้น อย่างไรก็ตามในกรณีที่ผู้สูงอายุอยู่ในสภาวะพึ่งพิงหรือมีโรคเฉพาะและต้องการการจัดการด้านอาหารเป็นกรณีพิเศษ เช่น การให้อาหารทางสายยาง การควบคุมอาหารเพื่อโรคเบาหวาน ความต้องการอาหารที่มีปริมาณเกลือต่ำในผู้ที่มีโรคไตวายเรื้อรัง หรือ โรคหัวใจล้มเหลวหรือ ความต้องการวิตามันหรืออาหารเสริมเป็นต้น ครอบครัวจะให้การเกื้อกูลเป็นเฉพาะและแยกชัดเจนจากการดูแลเรื่องอาหารสำหรับสมาชิกอื่นๆ ในครอบครัว

บทบาทการจัดการเรื่องที่อยู่อาศัยให้เหมาะสมนั้นมีน้อยมาก ส่วนใหญ่ถูกมองว่าเป็นเรื่องปกติที่เกิดขึ้นในแต่ละครอบครัว แต่แท้ที่จริงแล้วการจัดที่อยู่อาศัยให้เหมาะสมถือว่าเป็นการตระหนักต่อการเลี้ยงดูอย่างมีคุณภาพของครอบครัว เช่น การจัดห้องนอน ห้องน้ำ อุปกรณ์ในการป้องกันการลื่นล้มในห้องน้ำและพื้นที่บ้าน สำหรับบทบาทในการจัดหาเครื่องนุ่งห่มและเครื่องใช้อื่นๆ นั้น บุตรหลานจัดหาให้เป็นครั้งคราวโดยเฉพาะบุตรหลานที่นิยมซื้อให้เพียงปีละ 1-2 ครั้ง เฉพาะในโอกาสวันสำคัญ เช่น วันสงกรานต์หรือวันขึ้นปีใหม่

2.4.2 บทบาทการดูแลทางด้านจิตใจ: การดูแลที่ตอบสนองความต้องการความมั่นคงและปลอดภัยเป็นบทบาทที่มุ่งสร้างความรู้สึกอบอุ่นให้แก่ผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยและการดำเนินชีวิตประจำวัน ทั้งนี้ เนื่องจากปัจจุบัน บุคคลวัยหนุ่มสาวและผู้ที่อยู่ในวัยทำงานต่างออกไปทำงานนอกบ้านในช่วงเวลากลางวัน จึงเป็นช่วงระยะเวลาที่ผู้สูงอายุต้องอยู่ลำพัง ประกอบกับภาวะความชุกชุมของอาชญากรรม เช่น การทำร้าย ปล้นและแย่งชิงทรัพย์สินของประชาชนที่เพิ่มขึ้น และภาวะดังกล่าวจึงสร้างปัญหาความหวาดกลัวให้กับผู้สูงอายุที่อยู่เพียงลำพังเป็นอย่างมาก ปัญหาเหล่านี้มักเกิดกับผู้สูงอายุที่อยู่ในสังคมอุตสาหกรรมมากกว่าเกษตรกรรม และเป็นผู้สูงอายุที่ยังพึ่งตนเองได้ ผู้ดูแลจึงเป็นเพียงบุตรหรือหลานที่ทำหน้าที่ดูแลบางเวลา ลักษณะการอยู่อาศัยร่วมกันมากกว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพิงผู้อื่นตลอดเวลา ปัญหานี้ ผู้ดูแลแก้ไขด้วยการฝากเพื่อนบ้านหรือในบางแห่งชุมชนมีการจัดตั้งเวรยามช่วยกันดูแลอีกทางหนึ่ง ในส่วนของผู้สูงอายุจำนวนไม่น้อยที่เกิดความว้าเหว่ได้ช่วยเหลือตัวเองด้วยการพยายามสร้างความเข้มแข็งขึ้นในใจ เช่น นั่งสมาธิและถือศีล รวมทั้งพึ่งพากันเองในกลุ่มผู้สูงอายุด้วยกัน ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่า การตอบสนองความมั่นคงและปลอดภัยให้ผู้สูงอายุนั้น ผู้ดูแลมี

บทบาทด้านนี้น้อยที่สุด นอกจากนั้น การดูแลที่ตอบสนองความต้องการ การได้รับการยกย่อง เห็นความสำคัญ เป็นความต้องการที่มีรากฐานมากจากความสูญเสียต่างๆ ที่เกิดจากวัยสูงอายุ ผู้สูงอายุที่มีความรู้สึกที่อ่อนไหวและน้อยใจง่าย เกิดความรู้สึกว่าตัวเองไม่มีคุณค่า ดังนั้นการได้รับการตอบสนองโดยการยอมรับนับถือ จึงเป็นสิ่งเกื้อหนุนต่อสภาวะทางด้านอารมณ์ของผู้สูงอายุอย่างมาก พฤติกรรมที่แสดงออกเป็นรูปธรรมได้แก่ การให้ความเคารพ ให้เกียรติ ให้กำลังใจ ให้ความยกย่อง เพื่อก่อให้เกิดความมั่นคงในอารมณ์และเกิดความภาคภูมิใจ ซึ่งบทบาทนี้ผู้ดูแลได้ทำหน้าที่พูดคุย แสดงความใกล้ชิด แสดงความสำคัญในการตัดสินใจ

2.4.3 บทบาทการดูแลทางด้านสังคม: เป็นบทบาทที่ต้องการให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัวและสังคมภายนอก ตลอดจนการดูแลให้ได้รับข่าวสารเพื่อรับรู้ความเป็นไปของสังคมที่เป็นอยู่ การสนับสนุนให้ได้ทำงานอดิเรกตามสมควร การสนับสนุนให้มีส่วนร่วมในกิจกรรมทางศาสนา และดูแลให้ได้รับความบันเทิงต่างๆ ตามควรแก่วัยของผู้สูงอายุ บทบาทของผู้ดูแลเป็นลักษณะของการเกื้อกูลและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้พบญาติและเพื่อนฝูง เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมเพื่อสังคม รวมทั้งการได้รับรู้ข่าวสารเพื่อรับทราบความเป็นไปในสังคมและเป็นการพัฒนาตนเองให้ทันสมัยเสมอ บทบาทด้านสังคมที่ชัดเจนเป็นการสนับสนุนให้ร่วมกิจกรรมทางศาสนามากกว่าด้านอื่นๆ โดยครอบครัวมีบทบาทส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา เช่นการไปวัด การตักบาตร การไปโบสถ์ การไปมัสยิด รวมทั้งร่วมกิจกรรมทางศาสนาอื่นๆ

2.4.4 บทบาทการดูแลทางด้านเศรษฐกิจ: การช่วยเหลือด้านการเงิน ค่าใช้จ่ายส่วนตัวของผู้สูงอายุ การช่วยจัดหาอาชีพที่เหมาะสม ตลอดจนช่วยควบคุมดูแลธุรกิจทรัพย์สินและผลประโยชน์ของผู้สูงอายุ ลักษณะการปฏิบัติตามบทบาทนี้ ได้แก่ การมอบเงินให้ผู้สูงอายุ โดยส่วนใหญ่บุตรจะเป็นผู้ทำหน้าที่นี้ โดยเจียมจิต แสงสุวรรณ (2542) ได้กล่าวถึงบทบาทและหน้าที่ของผู้ดูแลโดยมุ่งเน้นเรื่องการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ ที่บ้านว่า การดูแลผู้ป่วยสูงอายุเป็นบทบาทหน้าที่สำคัญในการที่จะปกป้องและค้ำจุนให้ผู้ป่วยสูงอายุสามารถมีวิถีชีวิตอยู่ได้และที่สำคัญคือต้องอยู่ได้อย่างมีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยผู้ดูแลมีบทบาทหน้าที่ดังนี้

2.4.4.1 บทบาทการให้การดูแล ซึ่งได้แก่ การดูแลผู้ป่วยสูงอายุให้ได้รับความสุขสบาย ซึ่งผู้ดูแลต้องมีหน้าที่ในการดูแลสิ่งแวดล้อม เช่น จัดข้าวของเครื่องใช้ให้เป็นระเบียบเรียบร้อย สะอาด ปลอดภัย รวมทั้งดูแลตัวผู้ป่วยสูงอายุให้ได้รับความสุขกายทั้งทางกาย ทางจิตและอารมณ์

2.4.4.2 บทบาทการให้การช่วยเหลือ ได้แก่ การช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่างๆ เมื่อผู้ป่วยสูงอายุทำไม่ได้ เช่น การป้อนอาหาร การช่วยอุ้ม ยก พยุง เคลื่อนย้าย การทำความสะอาดร่างกายและการสวมใส่เสื้อผ้า เป็นต้น

2.4.4.3 บทบาทการให้การประคับประคอง เช่น การประคับประคองทางด้านร่างกาย ได้แก่ การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับประทานอาหารและน้ำ การสวมใส่เสื้อผ้าที่เหมาะสมตามฤดูกาล เป็นต้น ส่วนการประคับประคองทางงด้านจิตใจ เช่น การปลอบโยน การให้กำลังใจ ให้ความรักเมตตา ความเข้าใจ เห็นค่าของผู้สูงอายุ เป็นต้น

2.4.4.4 บทบาทให้การสนับสนุน เช่น สนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้ป่วยสูงอายุสามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้ด้วยตนเองตามความสามารถที่มีอยู่ ให้คำชมเชน ยกย่อง เมื่อผู้ป่วยสูงอายุทำกิจกรรมได้หรือทำในสิ่งที่ดีและถูกต้อง จัดสิ่งแวดล้อมและอุปกรณ์ต่างๆ ที่เอื้อประโยชน์ให้ผู้สูงอายุทำกิจกรรมต่างๆ ได้ด้วยความสะดวกสบายและปลอดภัย

2.4.4.5 บทบาทเป็นผู้ประสานงานและเชื่อมโยงระหว่างบุตรหลาน ญาติมิตรและบริการทางสังคมกับผู้ป่วยสูงอายุ รายงานกิจกรรมทำและสิ่งที่ผู้สูงอายุเป็นอยู่ให้กับบุตรหลาน หรือ ผู้ที่รับผิดชอบผู้ป่วยสูงอายุอย่างถูกต้องครบถ้วน และเมื่อผู้ป่วยสูงอายุมีปัญหาสามารถติดต่อแจ้งข่าวไปยังบุตร หลานหรือผู้รับผิดชอบเพื่อขอความช่วยเหลือได้ ตลอดจนการประสานระหว่างผู้ป่วยสูงอายุกับชุมชน สังคม หน่วยงานบริการทางสังคมต่างๆ ที่เอื้อประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่บ้าน

กล่าวโดยสรุป บทบาทการดูแลผู้ป่วยสูงอายุในครอบครัวนั้น ครอบคลุมการดำเนินชีวิตทั้งหมดของผู้ป่วยสูงอายุ ซึ่งอาจกล่าวได้ว่า ผู้ดูแลต้องมีบทบาทหน้าที่ในการดูแลที่สำคัญ 3 ประการ คือ ผู้ให้ความช่วยเหลือ ผู้จัดการสิ่งอำนวยความสะดวกในการดูแลและผู้ประสานงงานองค์การทางสังคมต่างๆ เพื่อประโยชน์ต่อผู้ป่วยสูงอายุ

2.5 แนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลของผู้ให้การดูแลหลัก

การที่ผู้ดูแลหลักจะดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่บ้านหรือเจ็บป่วยในระยะสุดท้ายได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุนั้น มีปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับหลายปัจจัย ดังนี้

2.5.1 เพศ: เพศที่แตกต่างกันจะมีความเชื่อ ค่านิยม ลักษณะในการดูแลที่ต่างกัน ผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่มักเป็นเพศหญิง เนื่องจากผู้หญิงเป็นเพศที่มีความนิ่มนวล และมีค่านิยมให้เป็นเพศที่คอยดูแลสมาชิกในครอบครัว และจากพื้นฐานความเชื่อทางสังคม การปลูกฝังค่านิยมทางวัฒนธรรมที่มักคาดหวังให้สมาชิกเพศหญิงในครอบครัวต้องทำหน้าที่ในการดูแล ทั้งในฐานะที่เป็นมารดา ภรรยา และการดูแลสมาชิกที่เจ็บป่วย ส่วนเพศชายมักทำหน้าที่ช่วยเหลือจัดการด้านค่าใช้จ่าย การเดินทาง หรือเรื่องอื่นๆ มากกว่าการให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรง (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2552) บทบาทการดูแลจึงเป็นของผู้หญิงเป็นส่วนใหญ่

2.5.2 การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลหลัก: มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมในการดูแล (เพ็ญวิสาข์, 2555) เนื่องจากเมื่อผู้ดูแลต้องรับหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ต้องใช้เวลามากในการดูแลผู้ป่วย การสนับสนุนทางสังคม รวมทั้งการมีผู้ช่วยเหลือในการดูแล จะช่วยให้ผู้ดูแลมีการปรับตัวที่ดี มีกำลังใจในการแก้ปัญหา และเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆ ได้ดี มีความเครียดลดลง นำไปสู่การเรียนรู้ต่างๆ เพื่อที่จะนำมาใช้ในการดูแล ส่งผลให้การดูแลมีประสิทธิภาพ

2.5.3 สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลหลักกับผู้ป่วย: มีความสัมพันธ์ทางบวก กับความสามารถของผู้ดูแล การมีสัมพันธภาพที่ดีจะทำให้ผู้ดูแลมีความผูกพัน มีแรงจูงใจ ในการดูแลมากขึ้น (ประกอบพร, 2550) จึงมีผลต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล

2.5.4 ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล: มีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแล จากผลการศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือกสมอง (ประกอบพร, 2550)

พบว่า ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หากผู้ดูแลมีภาวะสุขภาพที่ดี จะส่งผลให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น แต่หากสภาพร่างกายหรือจิตใจที่ไม่สมดุล จะส่งผลให้ผู้ดูแลมีข้อจำกัดในการดูแลผู้อื่นเช่นกัน

2.5.5 สถานภาพสมรส: ผู้ดูแลที่มีสถานภาพสมรส หรือ มีครอบครัวที่ต้องรับผิดชอบ มีคู่สามี ภรรยา หรือบุตรที่ต้องให้การดูแล ทำให้เวลาในการดูแลผู้สูงอายุลดลง (เอกพงษ์, 2552) ส่งผลต่อความสามารถและประสิทธิภาพในการดูแล แต่หากผู้ดูแลที่ยังไม่มีข้อจำกัดทางด้านสถานภาพสมรส จะมีความเป็นอิสระมากกว่าและสามารถดูแลผู้สูงอายุได้เต็มที่มากกว่าผู้ดูแลที่มีสถานภาพสมรส

2.5.6 อาชีพ: ผู้ดูแลที่มีอาชีพหรืองานประจำ จะรู้สึกว่าบทบาทของการเป็นผู้ดูแลหลัก เป็นบทบาทที่เพิ่มภาระงานให้กับตนเอง ทำให้เกิดความเหนื่อยล้า และส่งผลต่อประสิทธิภาพในการดูแล (สมจิตร์, 2548) อีกทั้งผู้ดูแลที่ต้องออกไปทำงานนอกบ้าน จะทำให้มีเวลาในการดูแลผู้สูงอายุลดลง (เอกพงษ์,2552)

2.5.7 ความเครียด: ในบทบาทของผู้ให้การดูแลหลัก มีความสัมพันธ์ทางลบกับความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแล ถ้าผู้ดูแลมีความเครียดในระดับที่ต่ำ จะทำให้ผู้ดูแลมีการปรับตัวต่อการเผชิญบทบาทในการเป็นผู้ดูแลได้ดี มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่หากผู้ดูแลมีความเครียดในบทบาทมากจะส่งผลให้ความพร้อมในการดูแลลดลง ซึ่งการให้ความรู้ ฝึกทักษะให้แก่ผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจะช่วยให้ผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้และรับกับบทบาทนี้ได้ (เพ็ญวิสาข์, 2555)

2.5.8 ความเข้มแข็งในการมองโลก: คือ การเห็นคุณค่าในตนเองและการเชื่อมั่นว่าตนเองจะสามารถทำได้สำเร็จ ซึ่งความเข้มแข็งในการมองโลกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแล เมื่อผู้ดูแลมีความเข้มแข็งในการมองโลกสูง จะสามารถเผชิญกับความเครียดหรือปัญหาต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม มองปัญหาว่าเป็นสิ่งที่ท้าทาย ทำให้เกิดแรงจูงใจในการดูแลผู้ป่วย (ประกอบพร, 2550)

2.5.9 การเข้าถึงทรัพยากร คือ การได้รับการสนับสนุนข้อมูลข่าวสารและทรัพยากรต่างๆ เช่น การได้รับความรู้ในการดูแลเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุจากเจ้าหน้าที่ทางสาธารณสุข มีความสัมพันธ์ทางบวกกับบทบาทของผู้ดูแลหรือครอบครัวในการดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ (วิชัย เสนชุ่ม และคณะ, 2554)

2.6 แนวคิดเกี่ยวกับผลกระทบต่อสุขภาพในฐานะผู้ให้การดูแลหลัก

2.6.1 ด้านร่างกาย เมื่อมีผู้ป่วยเรื้อรังเกิดขึ้นในครอบครัว ภาระการดูแลจะเป็นของสมาชิกในครอบครัว ด้วยความรักและความผูกพัน ทำให้ผู้ดูแลบางรายทุ่มเทแรงกายและแรงใจ ในการดูแลผู้ป่วยจนสุขภาพของตัวเองทรุดโทรม มีอาการปวดหลัง เพราะช่วยเหลือผู้ป่วยในการเคลื่อนไหว วิตกกังวลจนนอนไม่หลับ รับประทานอาหารไม่ได้ ซึ่งภาระการดูแลดังกล่าวส่งผลกระทบต่อสุขภาพกายของผู้ดูแล

2.6.2 ด้านจิตใจ ผู้ดูแลต้องรับภาระเพิ่มขึ้น ทำให้ไม่สามารถจัดแบ่งเวลาในการทำหน้าที่หลายๆ อย่างในขณะเดียวกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ บทบาทที่มากเกินไป ทำให้ผู้ดูแลต้องการเวลา ต้องการแรงสนับสนุนทางสังคม หากผู้ดูแลขาดการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและสังคมจะทำให้ผู้ดูแลรู้สึกว่า ภาระที่กำลังจะเผชิญอยู่เกินความสามารถ จนเกิดความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้ ความคาดหวังที่

สูงเกินไปของสมาชิกครอบครัวหรือญาติคนอื่น รวมทั้งผู้ดูแลขาดความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย จึงไม่มั่นใจในการดูแลผู้ป่วยและเกิดความเบื่อหน่าย ท้อแท้ อย่างไรก็ตามผลกระทบทางด้านจิตใจ อาจแสดงให้เห็นจากพฤติกรรมต่างๆ เช่น ความวิตกกังวล ความรู้สึกผิด ความไม่พอใจและความคับข้องใจ

2.7 แนวคิดเกี่ยวกับปัญหาของการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว

ปัญหาการดูแลผู้ป่วยสูงอายุในครอบครัว ศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2547) ได้ระบุว่า สามารถแบ่งออกได้ 2 ลักษณะ คือ ปัญหาในการดูแล และปัญหาที่มีต่อ ผู้ดูแล ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.7.1 ปัญหาในการดูแล

2.7.1.1 ผู้ดูแลขาดความรู้เรื่อโรคและการดูแล ผู้ดูแลส่วนใหญ่ขาดความรู้เรื่องโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่และมีความต้องการเรียนรู้เรื่องโรคแนวทางในการดูแล และวิธีรักษาที่ถูกต้อง

2.7.1.2 ปัญหาทางด้านพฤติกรรม พบว่า อาการกระวนกระวายไม่อยู่นิ่ง (Agitation) ของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับภาวะเครียดในการดูแลมากที่สุด

2.7.1.3 ระดับความช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วย (Activity of Daily Living หรือ ADL) พบว่า ยิ่งผู้ป่วยมีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองน้อยเท่าไหร่ ยิ่งต้องการเวลาในการดูแลมากยิ่งขึ้น ทำให้ผู้ดูแลมีความเครียดมากยิ่งขึ้น

2.7.1.4 ระดับความเจ็บป่วย (Level of Illness) พบว่า มีความสัมพันธ์ดับ ADL ของผู้ป่วยและภาวะเครียดในผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด กล่าวคือ ในผู้ป่วยที่มีภาวะความเจ็บป่วยมากขึ้น ยิ่งต้องการการดูแลช่วยเหลือมากขึ้นทำให้ผู้ดูแลมีภาวะเครียดยิ่งขึ้น

2.7.1.5 ความเชื่อและทัศนคติ (Belief and attitude) ผู้ดูแลมักเชื่อว่า อาการสมองเสื่อมนั่นเป็นผลมาจากกรรมเก่าของผู้ป่วยและผู้ดูแลก็คิดว่าเป็นกรรมเก่าของคนเองเช่นกันที่จะต้องดูแลผู้ป่วยหรือผู้ดูแลบางคนก็คิดว่าเป็นหน้าที่ที่จะต้องกระทำ ในขณะเดียวกัน เพื่อนบ้านและชุมชนก็คิดว่าเป็นหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัวที่จะต้องให้การดูแลผู้ป่วยเอง จึงมีการหยิบยื่นความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยและญาติค่อนข้างน้อย

2.7.1.6 ภาวะขาดแคลนผู้ดูแล จากภาวะปัจจุบันที่ทั้งผู้หญิงและผู้ชายต้องออกไปทำงานนอกบ้านและขนาดของครอบครัวมีจำนวนลดลงจากการคุมกำเนิดที่ได้ส่งผลให้เกิดภาวะขาดแคลนผู้ดูแล รวมทั้งคนทำงานบ้านที่สามารถดูแลผู้ป่วยด้วยได้ยาก และการจ้างเจ้าหน้าที่ช่วยการดูแลจากศูนย์ต่างๆ ต้องเสียค่าใช้จ่ายที่ค่อนข้างสูง ซึ่งปัญหานี้คาดว่าจะรุนแรง มากยิ่งขึ้นในอนาคต

2.7.1.7 ปัญหาทางด้านการเงิน หากผู้ป่วยต้องการการดูแลที่ต้องใช้ระยะเวลา ที่นานๆ ในแต่ละวันและเป็นการป่วยแบบเรื้อรังแล้วจะทำให้ค่าใช้จ่ายในการดูแลและรักษาสูงตามไปด้วย ซึ่งส่วนใหญ่ญาติต้องรับภาระนี้ด้วยตนเองและญาติอาจจะต้องออกจากงาน เพื่อมาดูแลผู้ป่วยทำให้ขาดรายได้ ก่อให้เกิดปัญหาทางการเงินได้

2.7.2 ปัญหาที่มีต่อผู้ดูแล: โดยทั่วไป ผู้ดูและผู้สูงอายุจะมีปัญหาที่คล้ายคลึงกัน คือ ปัญหาทางด้านร่างกาย อาการปวดหลัง ปวดต้นคอ ด้านจิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ เช่น นอนไม่หลับ

การขาดอิสระ ต้องพึ่งผู้อื่นด้านเศรษฐกิจ ขาดความรู้ ประสบการณ์และเวลา นอกจากนี้ การเอาใจใส่ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาและความต้องการแตกต่างกันตามวัยและปัจเจกบุคคลอาจก่อให้เกิดความเครียดต่อผู้ดูแลด้วย ผลกระทบจากการเป็นผู้ดูแลนั้นส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในผล กระทบด้านลบมากกว่าด้านบวก โดยผลกระทบที่ชัดเจนมี 3 ด้าน ได้แก่ ด้านจิตใจ ด้านร่างกาย และด้านสังคม โดยมีรายละเอียดดังนี้ (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2547)

2.7.2.1 ผลกระทบทางด้านจิตใจ ภาวะเครียดและความรู้สึกทางอารมณ์ของผู้ดูแล (Psychological problem) ได้แก่

1) อารมณ์เศร้า (Sad) เป็นอารมณ์ที่เกิดขึ้นเมื่อเกิดความสูญเสียของที่ตนรักไป ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกสูญเสียญาติของตนไปทั้งๆ ที่ยังมีชีวิตอยู่ เนื่องจากผู้ป่วยจำผู้ดูแลไม่ได้ ไม่สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้ด้วยตัวเอง มีบุคลิกลักษณะเปลี่ยนไปทำให้เกิดอารมณ์เศร้า เบื่อหน่าย รู้สึกไม่มีแรง ท้อแท้ ไม่มีกำลังใจ

2) ความรู้สึกผิด (Guilt) บางครั้งผู้ดูแลอาจโกรธ ทะเลาะกับผู้ป่วย เนื่องจากไม่ให้ความร่วมมือในการดูแลหรือทำกิจกรรมต่างๆ และมักจะรู้สึกผิดจากการกระทำของตนเองในภายหลัง

3) ความโกรธ (Angry) ผู้ดูแลอาจโกรธผู้ป่วย โกรธตัวเอง โกรธเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์และพยาบาล หรือโกรธสถานพยาบาลที่ไม่สามารถรักษาผู้ป่วยให้ดีขึ้น

4) ความรู้สึกอับอาย (Embarrassment) ผู้ป่วยสมองเสื่อมนอกจากมีปัญหาทางด้านความจำแล้ว ยังมีปัญหาทางด้านพฤติกรรม บางครั้งผู้ป่วยอาจแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ในที่สาธารณะ ทำให้ผู้ดูแลเกิดความอับอายได้

5) ความรู้สึกโดดเดี่ยว (Lonely) ด้วยภาระที่ต้องดูแลผู้ป่วยเกือบตลอด 24 ชั่วโมง ทำให้ผู้ดูแลไม่มีโอกาสได้พบเพื่อนฝูง การพูดคุยกับเพื่อทางโทรศัพท์อาจไม่สะดวก เหมือนถูกตัดขาดจากสังคม ทำให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกโดดเดี่ยวอยู่เสมอ

2.7.2.2 ผลกระทบทางด้านร่างกาย (Physiological problem) ผู้ดูแลส่วนใหญ่มักจะทำหน้าที่เพียงคนเดียว มิได้มีการสับเปลี่ยน ทำให้เกิดความอ่อนเพลียไม่มีแรง และบางครั้งพักผ่อนไม่เพียงพอ อาจทำให้เจ็บป่วยได้ อีกทั้งส่วนใหญ่ผู้ดูแลเป็นเพศหญิง ซึ่งเมื่อออกแรงเกินกำลังในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยที่มีร่างกายใหญ่โต อาจทำให้เกิดอาการปวดเมื่อยตามร่างกายได้ โดยลักษณะปัญหา เช่น ปวดหลัง ปวดคอ ปวดเมื่อยตามตัว อ่อนเพลียไม่มีแรง เนื่องจากพักผ่อนไม่เพียงพอ มีปัญหาด้านสุขภาพเพิ่มเกิดโรคแทรก โมโหหงุดหงิดง่าย เป็นต้น

2.7.2.3 ผลกระทบด้านสังคมเศรษฐกิจ (Socio-economic problem)

1) การเปลี่ยนแปลงทางด้านรูปแบบการทำงาน มีผู้ดูแลหลายรายที่ต้องปรับลักษณะการทำงานของตนเองให้เข้ากับภาระในการดูแลผู้ป่วย เช่น อาจเปลี่ยนจากการทำงานเต็มเวลา มาเป็นทำงานบางเวลา หรือ บางรายอาจต้องเสียสละลาออกจากงานเพื่อดูแลผู้ป่วยเต็มเวลา

2) รายได้ลดลง ถ้าผู้ดูแลมีการปรับลักษณะการทำงานหรือต้องลาออกจากงานเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยแล้ว ย่อมมีการสูญเสียรายได้และบางรายอาจมีหนี้สินเพิ่มขึ้น

3) ความขัดแย้งภายในครอบครัว การดูแลผู้ป่วยที่บ้านหากปราศจากการบริหารจัดการที่ดีแล้ว จะนำมาซึ่งปัญหาความสัมพันธ์ภายในครอบครัว อาจมีการผลักภาระการดูแลและค่าใช้จ่ายระหว่างสมาชิกในครอบครัวได้ หรือในรายที่ผู้ดูแลมีครอบครัวเป็นของตัวเองแล้วอาจเกิดปัญหาที่ไม่มี เวลาให้ครอบครัวได้

4) รายได้ไม่เพียงพอ บางครอบครัวรายได้ไม่เพียงพอต่อค่าใช้จ่ายและมีผู้สูงอายุเพียงบางส่วนเท่านั้นที่ได้รับสวัสดิการด้านเงินสงเคราะห์สำหรับผู้สูงอายุและเงินที่ได้รับก็เป็นเพียงเล็กน้อย ในขณะที่ครอบครัวมีภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นมาก

จากสภาพปัญหาต่างๆ ดังกล่าว ทำให้เห็นว่าการดูแลผู้ป่วยสูงอายุในครอบครัวเป็นภาระที่หนักสำหรับครอบครัว ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของสมาชิกในครอบครัว และมีปัจจัยหลายด้านที่เข้ามามีผลกับการให้การดูแล ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจและสังคม

2.8 แนวคิดเกี่ยวกับความต้องการของผู้ให้การดูแลหลัก

ความต้องการของผู้ดูแลหลัก จากการทบทวนวรรณกรรมมี 5 ประการ คือ (Grant, 1996, jalowice & power, 1981)

2.8.1 ความต้องการด้านข้อมูลข่าวสาร (Demand on information) ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพความเจ็บป่วย การเปลี่ยนแปลงต่างๆ ทางร่างกายของผู้สูงอายุ การพยากรณ์โรค การดำเนินโรค ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยสูงอายุ

2.8.2 ความต้องการด้านเวลา (Demand on time) ระยะเวลาของการเจ็บป่วยที่เรื้อรังมานานกับระยะเวลาการดำเนินของโรคที่เกิดขึ้นยาวนานนั้น ทำให้เกิดผลกระทบกับเวลาของการดูแลที่มากขึ้น ผู้ดูแลจึงต้องมีการจัดตารางประจำวันและบทบาทที่ต้องให้การช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุหลายชั่วโมงในหนึ่งวัน โดยให้การดูแลทั้งในด้านอารมณ์และด้านร่างกาย

2.8.3 ความต้องการการช่วยเหลือในการดูแล (Assistance with care) การได้รับการช่วยเหลืออย่างเป็นทางการหรือการช่วยเหลือกันภายในกลุ่มนั้นจะสามารถลดภาระของผู้ดูแลลงได้ โดยเฉพาะกับผู้ดูแลที่มีบทบาทในหลายๆ ด้านทั้งงานนอกบ้าน ในบ้าน ในครอบครัวที่มีผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพานั้นจะมีทั้งผู้ดูแลหลักและผู้ดูแลรอง รวมทั้งผู้ที่ให้ความช่วยเหลือเป็นครั้งคราว

2.8.4 ความต้องการทางรายได้ (Demand on finances) การให้การดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพานั้น ผู้ดูแลต้องมีค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการให้การดูแล เช่น ค่าเดินทาง ค่ารักษา ค่ายา ค่าอาหาร ค่าเครื่องนุ่งห่ม ค่าอุปกรณ์ ค่าน้ำ ค่าไฟ และค่าโทรศัพท์ ทั้งนี้ ครอบครัวหรือญาติผู้ดูแลส่วนมากจะมีบทบาทในเรื่องช่วยเหลือค่าใช้จ่ายแก่ผู้สูงอายุ

2.8.5 ความต้องการสนับสนุนทางด้านจิตใจ เพื่อช่วยเหลือและบรรเทาความกลัวต่างๆ ได้แก่ กลัวความรับผิดชอบที่ต้องดูแลผู้สูงอายุ กลัวการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต รวมทั้งต้องการพูดคุยกับเพื่อนหรือญาติ เพื่อลดความตึงเครียด

การรับภาระเป็นผู้ดูแลหลัก จึงถือว่าเป็นการรับภาระที่หนัก และแนวโน้มผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้น อัตราส่วนของผู้ดูแลต่อผู้สูงอายุจึงมีจำนวนลดลงตามลำดับ ดังนั้น ภาระหน้าที่การดูแลย่อมเพิ่มขึ้นโดยเฉพาะการดูแลผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้นั้น ส่งผลกระทบถึงการดำเนินชีวิตของผู้ดูแลเป็นอย่างมาก อย่างไรก็ตามหากผู้ดูแลได้รับข้อมูล มีความรู้ ทักษะ และมีแหล่งบริการสนับสนุนในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุแล้ว ย่อมจะเป็นการช่วยลดภาระและเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลได้

2.9 แนวคิดเกี่ยวกับเครือข่ายทางสังคมของผู้สูงอายุ

เครือข่ายทางสังคมของการดูแลผู้สูงอายุ คือ การที่สมาชิกของสังคมให้การดูแลผู้สูงอายุผ่านเครือข่ายผู้สูงอายุที่มีอยู่ ผู้สูงอายุจะได้รับการดูแลหรือเข้าถึงการดูแลมากน้อยเพียงใด ส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับเครือข่ายทางสังคม เครือข่ายทางสังคมของผู้สูงอายุมีลักษณะที่หลากหลาย โดยอาจจำแนกได้หลายลักษณะ เช่น จำแนกตามขนาดของเครือข่าย แบ่งเป็นเครือข่ายรวม (Total network) และเครือข่ายย่อย (Partial network) หรือจำแนกตามลักษณะความสัมพันธ์ที่มีต่อกัน แบ่งเป็นเครือข่ายตรง (Direct network) และเครือข่ายอ้อม (Indirect network) อย่างไรก็ตาม โดยภาพรวมแล้วการดูแลผู้สูงอายุจะมีเครือข่ายทางสังคมที่สำคัญอยู่ 2 ระดับ คือ ระดับครอบครัวและระดับชุมชน (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2541)

2.9.1 เครือข่ายทางสังคมและระดับครอบครัว ปัจจุบันระบบสวัสดิการสังคมในไทยยังไม่ครอบคลุมถึงประชากรวัยสูงอายุอย่างสมบูรณ์ และองค์กรในท้องถิ่นยังไม่มีความเข้มแข็งมากพอที่จะให้การดูแลผู้สูงอายุอย่างทั่วถึง ครอบครัวจึงเป็นเครือข่ายสำคัญที่สุดที่มีบทบาทในการเกื้อหนุนผู้สูงอายุในทุกรูปแบบ การสนับสนุนที่เครือข่ายครอบครัวให้แก่ผู้สูงอายุ ทำให้การดำเนินชีวิตด้านต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นด้านเศรษฐกิจ หรือการแก้ไขปัญหาต่างๆ ของผู้สูงอายุให้ดีขึ้น โดยทั่วไปผู้สูงอายุจะได้รับการดูแลจากครอบครัวหรือไม่มีเพียงใดขึ้นอยู่กับองค์ประกอบ 3 ประการ คือ การมีญาติ (Availability) ตำแหน่งที่อยู่อาศัยหรือความใกล้ไกลของครอบครัว (Location) และรูปแบบการติดต่อสัมพันธ์ (Pattern of contact) หรือ กล่าวอีกนัยหนึ่ง คือ ผู้สูงอายุมีญาติหรือไม่ อยู่ใกล้ไกลเพียงใด และมีการติดต่อกับญาติอย่างไร

ในกรณีของสังคมไทย การให้การดูแลผู้สูงอายุโดยครอบครัวและเครือข่ายยังคงเป็นบรรทัดฐานที่ยึดถือปฏิบัติกันอย่างสูง ถึงแม้ในบางกรณีจะไม่ได้อยู่ร่วมกัน แต่บุตรหลานหรือญาติพี่น้องที่อาศัยอยู่ใกล้กัน ก็ยังให้การดูแลผู้สูงอายุในรูปของการให้การเกื้อหนุนทางด้านเสื้อผ้า อาหาร วัตถุสิ่งของ และการติดต่อเยี่ยมบ้าน ในกรณีที่พำนักอยู่ไกลกัน บุตรก็ยังคงให้การดูแลผู้สูงอายุทางเศรษฐกิจด้วยการส่งเงินให้ หรือ มีการเยี่ยมเยียนและติดต่อกับผู้สูงอายุในระดับสูง ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่า ระยะทางไม่ได้เป็นอุปสรรคต่อความห่วงใยและความอาทรที่สมาชิกในครอบครัวและเครือญาติมีให้กับผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตาม มีผู้ตั้งข้อสังเกตว่า ความบ่อยครั้งของการเยี่ยมเยียนระหว่างผู้สูงอายุกับบุตรหลานหรือญาติพี่น้อง อาจไม่ได้แสดงถึงระดับของความสัมพันธ์ ทั้งนี้ เพราะไม่มีข้อมูลเชิงคุณภาพที่บ่งชี้ว่า การเยี่ยมเยียนนั้นเป็นไปอย่างอบอุ่นหรือเป็นทางการ

2.9.2 เครือข่ายทางสังคมระดับชุมชน ในปัจจุบัน เครือข่ายทางสังคมระดับชุมชน จะมีบทบาทสำคัญในการให้การดูแลผู้สูงอายุมากขึ้น เพราะเครือข่ายทางสังคมระดับครอบครัวและเครือข่าย ญาติมีข้อจำกัดมากขึ้น แนวคิดการใช้ชุมชนเป็นฐานหลัก (Community-based approach) จึงเริ่มเข้ามามีบทบาทมากขึ้น ทั้งนี้

เพราะชุมชนจะเป็นพลังสนับสนุนและเป็นฐานรองรับการพึ่งตนเองของประชาชน รวมทั้งจะช่วยให้เกิดการลดการพึ่งพิงบริการของรัฐ โดยเจ้าหน้าที่ของรัฐที่เป็นผู้ให้บริการต้องมาเปลี่ยนบทบาทเป็นพี่เลี้ยงและให้การสนับสนุนด้านบุคลากรและทรัพยากรบางอย่าง เครือข่ายระดับชุมชน เช่น เพื่อนบ้าน ผู้นำชุมชน วัด กลุ่มและสมาคมในชุมชน รวมถึงองค์การบริหารส่วนตำบล เป็นต้น

สรุปได้ว่า เครือข่ายทางสังคมของการดูแลผู้สูงอายุมีสองระดับ คือ ระดับครอบครัว ได้แก่ สมาชิกในครอบครัวและเครือญาติและระดับชุมชน ได้แก่ เพื่อนบ้าน ผู้นำชุมชน วัด กลุ่มและสมาคมในชุมชน องค์การบริหารส่วนตำบล

2.10 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง: พรหมแดนความรู้เรื่องผู้สูงอายุติดเตียงและผู้ให้การดูแลหลัก

ผู้ให้การดูแลหลัก: งานวิจัยที่ผ่านมาหลายชิ้นระบุว่า ผู้ให้การดูแลหลักในประเทศไทยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (บุริน บางแก้ว, 2541; ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2549; ศิลดา วงศ์ษาและอภิชนา โฆวินทะ, 2554; สาสินี เทพสุวรรณ์และคณะ, 2556; Merrill, 1993) โดยส่วนใหญ่มีบุตรเป็นหลักในการให้การดูแลและพาไปพบแพทย์ (บุริน บางแก้ว, 2541: เล็ก สมบัติ, 2549,ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2549; ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2552; สาสินี เทพสุวรรณ์และคณะ, 2556) อย่างไรก็ตาม บุตรผู้ที่มีบทบาทเป็นผู้ให้การดูแลหลัก จะมีความสับสนในความรู้สึกสลับกันไปทั้งในแง่บวกและแง่ลบต่อการเป็นเป็นผู้ดูแล เนื่องจากความรับผิดชอบและภาระที่หนัก จึงทำให้เกิดความรู้สึกเหนื่อยล้าและเครียด แต่ในทางตรงกันข้ามกลับทำให้รู้สึกมีความสุขเพราะได้ตอบแทนพระคุณของบิดามารดา ได้รับการยกย่องชมเชย และได้รับประสบการณ์ที่ดี (จิราพร เกศพิชญวัฒนา, 2548; สาสินี เทพสุวรรณ์และคณะ, 2556) โดยส่วนใหญ่ผู้ให้การดูแลหลักให้การดูแลผู้สูงอายุเฉลี่ย 6.18 ชั่วโมงต่อวัน โดยส่วนใหญ่ ร้อยละ 41.5 ไม่มีภาวะเครียด และ มีค่าเฉลี่ยความสุขในระดับ 7.56 จากคะแนนเต็ม 10 คะแนน นอกจากนี้ยังพบว่า การมีผู้ช่วยดูแล 1 คนขึ้นไป ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความสุขเพิ่มขึ้นและในทางตรงกันข้ามช่วยทำให้ความเครียดลดลง (สาสินี เทพสุวรรณ์และคณะ, 2556)

หากพิจารณาจึงแบบแผนของการให้การดูแล พบว่า การดูแลในภาพรวมอยู่ในระดับที่ไม่ดี (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร 2549) ขณะที่คุณภาพชีวิตของผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพิการ พบว่า ส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในเกณฑ์ดี (ศิลดา วงศ์เดษาและอภิชนา โฆวินทะ, 2554) ขณะที่งานศึกษาในประเทศ ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่มีภาวะพิการ มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำ หากเปรียบกับผู้ที่มีสุขภาพดีในช่วงอายุเดียวกัน (Unalan et al, 2001; Lindal et al, 2008) และประเมินสุขภาวะของตัวเองในระดับดี (สาสินี เทพสุวรรณ์และคณะ, 2556) อย่างไรก็ตาม การจ้างผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์หรือผ่านการอบรมมาเพื่อดูแลผู้สูงอายุเป็นการณ์เฉพาะ พบอยู่บ้างแต่มีเพียงเล็กน้อยในสังคมไทย หรือ ประมาณร้อยละ 0.3 เท่านั้น (ชาย โพธิสิตา และ สุชาดา ทวีสิทธิ์, 2552)

การศึกษาความต้องการของผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่เจ็บป่วยระยะยาว มีอยู่บ้าง เช่นงานของวิตรี พลทวี (2555) ที่ระบุว่า อุปกรณ์และเครื่องมือในการดูแลรวมถึงความรู้ในการดูแล เป็นสิ่งที่ผู้ให้การดูแลต้องการเป็นอย่างยิ่ง นอกจากนั้นยังให้การเสนอแนะว่า ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจำเป็นต้องให้ความสำคัญกับสุข

ภาวะในมิติจิตวิญญาณของผู้ให้การดูแลร่วมด้วย คนในครอบครัวของผู้ดูแลผู้สูงอายุควรให้กำลังใจและเป็นแรงใจในการช่วยส่งเสริมสนับสนุนแก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุ

สำหรับบทบาทของชุมชนในการจัดการให้ความช่วยเหลือครอบครัวผู้สูงอายุติดเตียง พบว่า เครือข่ายที่ให้ความช่วยเหลือในการดูแลมากที่สุด คือ เครือญาติ (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร,2549) อย่างไรก็ตาม ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ มีในเชิงปฏิบัติมาพอสมควร จากการศึกษาของ ศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2552) พบว่า ชุมชนที่มีการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุที่ดี ควรมีลักษณะพื้นฐานที่สำคัญใน 6 ประการ คือ (1) มีระบบดูแลที่ผสมผสานทั้งแบบทางการและไม่เป็นทางการ (2) มีทีมงานที่เข้มแข็ง (3) การใช้ทุนทางสังคมให้เป็นประโยชน์ (4) มีการแก้ไขปัญหาโดยสร้างความตระหนักรู้แก่ชุมชน (5) มีฐานข้อมูลผู้สูงอายุที่สมบูรณ์ (6) มีระบบการประเมินบริการ อย่างไรก็ตาม จินตนา อาจสั้นเที๊ยะ และ พรนภา คำพราว (2557) ระบุว่า การจัดบริการและรูปแบบการดูแลสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน ควรมีลักษณะองค์รวม ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่ชุมชนควรมีระบบการดูแลเพื่อภาวะผู้สูงอายุในชุมชน รูปแบบการดูแลควรมีลักษณะที่พึงประสงค์ของชุมชนที่จะช่วยลดภาวการณ์พึ่งพิงของผู้สูงอายุลง ดังนั้น รูปแบบการให้บริการในชุมชนควรมีการบริการพยาบาล การดูแลที่บ้านและการดูแลโดยชุมชน ซึ่งรูปแบบการดูแลสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนนั้น ควรมีรูปแบบที่ได้จากการดูแลนอกโรงพยาบาล มีชมรมผู้สูงอายุ มีศูนย์ดูแลช่วงกลางวัน การดูแลที่บ้านในชุมชนจึงมีความสำคัญ มีการจัดโดยทีมสุขภาพเป็นส่วนใหญ่ ที่ไปติดตามดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน หรือ ให้คำแนะนำเรื่องการดูแลสุขภาพให้แก่ประชาชนกลุ่มต่างๆ ในชุมชนที่เป็นรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนด้วยใจอย่างมีความสุข รูปแบบการบริการที่ใส่ใจผู้สูงอายุ บุคลากรควรมีใจที่เอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุ ผู้ให้บริการที่มีเจตคติที่ดีต่อผู้สูงอายุ และเข้าใจในความเป็นผู้สูงอายุ มีความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุและมีทักษะในการดูแลผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังมีประเด็นการจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งควรคำนึงถึงประเด็นของความเสมอภาพ คุณภาพและประสิทธิภาพ ซึ่งประเด็นเหล่านี้จะช่วยพัฒนาคุณภาพการดูแลสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนได้เป็นอย่างดี นอกจากนั้น ชุมชนควรเข้ามาปรับปรุงสถานที่พักอาศัยของผู้สูงอายุให้มีความปลอดภัย (สาวิตรี พลทวี, 2555)

บทที่ 3

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาเรื่อง “การเสริมสร้างครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงและเจ็บป่วยระยะสุดท้าย” มีรายละเอียดของวิธีการวิจัยดังรายละเอียดต่อไปนี้

3.1 รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการผสมผสาน (Mixed Methods) ระหว่างการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) และการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) เพื่อให้เกิดความชัดเจนครอบคลุมในประเด็นของผู้สูงอายุติดเตียงและผู้ให้การดูแลหลักให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ งานวิจัยชิ้นนี้ได้ผ่านการพิจารณารับรองและได้รับอนุมัติให้สามารถดำเนินการวิจัยในคน จากคณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มธ. ชุดที่ 1 (คณะแพทยศาสตร์)

3.2 พื้นที่ในการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ ทีมวิจัยได้คัดเลือกพื้นที่แบบเจาะจง (Purposive Sampling) คือ พื้นที่ในเขตเทศบาลตำบลคูคต อำเภอลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี ซึ่งเป็นพื้นที่ในเขตรับผิดชอบของศูนย์การแพทย์ปฐมภูมิ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ครอบคลุมพื้นที่ 14 ชุมชน ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

3.3 การเก็บข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

3.3.1 การวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research)

3.3.1.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง: กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเชิงปริมาณมีทั้งสิ้น 45 คน ด้วยการเลือกจากประชากรทั้งหมด (Total Population) จาก 14 ชุมชน ซึ่งจำนวนกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้มีที่มาจาก 3 แหล่งข้อมูล ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1) ข้อมูลพื้นฐานที่ได้จากผลการสำรวจผ่านงานวิจัยโครงการที่ 1 (รศ.ดร.ศรีเมือง พลังฤทธิ์) จากการสุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุทั้งหมด พบว่า มีผู้จำนวนผู้สูงอายุติดเตียงทั้งสิ้น 40 คน (คิดเป็นร้อยละ 4.8) ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด

2) จำนวนผู้สูงอายุติดเตียงจากฐานข้อมูลกองสาธารณสุข สำนักงานเทศบาลเมืองคูคต อ.ลำลูกกา จ.ปทุมธานี ในช่วงปี 2558 พบว่า ผู้สูงอายุติดเตียงที่ถูกจัดอยู่ในกลุ่ม 3 (เคลื่อนไหวเองไม่ได้และอาจมีปัญหาการกินหรือการขับถ่ายหรือมีปัญหาการกินหรือการขับถ่ายหรือมีอาการเจ็บป่วยรุนแรง) และกลุ่ม 4 (เคลื่อนไหวเองไม่ได้และอาจมีปัญหาการกินหรือการขับถ่ายหรือมีปัญหาการกินหรือการขับถ่ายหรือมีอาการเจ็บป่วยรุนแรงอยู่ในระยะท้ายของชีวิต) จำนวน 44 คนและ 17 คน ตามลำดับ มีทั้งสิ้น 61 คน

3) การประชุมร่วมกับทีมอาสาสมัครสาธารณสุข (ผู้นำทาง) ในการตรวจสอบรายชื่อและความเป็นไปได้ในการลงเก็บข้อมูล

และเมื่อนำข้อมูลทั้งสามชุดมาผนวกรวมกัน มีจำนวนรายชื่อผู้สูงอายุทั้งหมด ท้ายที่สุดจำนวนผู้สูงอายุ 50 คน เป็นประชากรกลุ่มเป้าหมายในการวิจัย แต่ด้วยเงื่อนไขของสถานการณ์ชีวิตของผู้สูงอายุพบว่ามีจำนวน 3 ราย ที่ไม่อยู่ในพื้นที่ (ย้ายไปอยู่กับลูก 1 ราย / รักษาตัวในสถานพยาบาล 2 ราย) และจำนวน 2 รายที่เสียชีวิต จึงทำให้กลุ่มเป้าหมายลดลงเหลือ 45 ราย ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงชุมชนที่ใช้เป็นพื้นที่ในการวิจัย

ชุมชน	จำนวนในฐานข้อมูล	รายใหม่	กลุ่มเป้าหมายทั้งหมด	เก็บได้จริง
ชุมชนซอยเย็นฉ่ำ	6	-	6	6
ชุมชนซอยสิทธิโรจน์	5	2	7	5
ชุมชนเสมา 25	4	1	5	4
ชุมชนซอยพร้อมศรี	4	1	5	3
ชุมชนจามรเดชเจริญ	3	-	3	3
ชุมชนซอย 39	3	1	4	3
ชุมชนสวนส้ม	3	2	5	4
ชุมชนวัดลาดสนุ่น	3	-	3	3
ชุมชนซอยสราสินีวิลล์ 1	3	-	3	3
ชุมชนซอยสราสินีวิลล์ 2	2	-	2	3
ชุมชนซอยสิทธิพยากรณ์	2	-	2	3
ชุมชนซอยจามรร่วมใจ	2	-	2	2
ชุมชนรณชัย	2	-	2	2
ชุมชนเดชอนันต์รวมใจ	1	-	1	1
รวม	43	7	50	45

3.3.1.2 ผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key informants): ได้แก่ ผู้ให้การดูแลหลักในครอบครัว เนื่องจากผู้สูงอายุที่ติดเตียงทั้งหมดไม่สามารถสื่อสารและให้ข้อมูลได้

3.3.1.3 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล: การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณครั้งนี้ประกอบไปด้วยแบบสัมภาษณ์ที่ทีมวิจัยพัฒนาขึ้น ควบคู่ไปกับแบบประเมินต่างๆ การสัมภาษณ์เกิดขึ้นที่บ้านของผู้ให้ข้อมูลหลัก โดยก่อนสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลักได้รับการอธิบายถึงวัตถุประสงค์ของงานวิจัย สาเหตุที่ต้องทำวิจัยและการผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์ ตลอดจนความปลอดภัยในการให้ข้อมูล จากนั้นผู้ให้สัมภาษณ์ลงนามในใบยินยอม ผู้สัมภาษณ์ประกอบด้วยหัวหน้าโครงการวิจัยและเจ้าหน้าที่วิจัยอีก 3 คน ที่ผ่านการอบรมและฝึกการเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามชุดนี้จนมีความชำนาญในการถาม นอกจากนั้นเจ้าหน้าที่วิจัย 3 คนนี้ ผ่านการอบรม

GCP online training คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ และได้รับใบประกาศนียบัตรทุกคน แบบสอบถามในการวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น

ตอนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานประชากร (ผู้สูงอายุติดเตียง-ผู้ให้การดูแลหลัก)

ตอนที่ 2 ปัญหาและความต้องการในการดูแลจัดการผู้สูงอายุติดเตียง

ตอนที่ 3 การประเมิน mental state examination (MMSE Thai 2002)

ตอนที่ 4 แบบสัมภาษณ์ความสามารถในการประกอบกิจกรรมประจำวัน ADL/IADL

ตอนที่ 5 แบบทดสอบความเครียด (Suanprung Stress Test-20)

ตอนที่ 6 แบบประเมินความสุข

ตอนที่ 7 สุขภาวะทางสังคม และคุณภาพชีวิต

ตอนที่ 8 มิติชุมชนกับการพึ่งพา

3.3.1.3 การวิเคราะห์ข้อมูล: การวิเคราะห์ข้อมูลจากการสำรวจและการประเมินในลักษณะต่างๆ ถูกนำมาประมวลผลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและนำเสนอด้วยค่าร้อยละ (Percentage) และค่าความถี่ (Frequency)

3.3.2 การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research)

3.3.2.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง: ผู้ให้ข้อมูลหลักในการวิจัยเชิงคุณภาพ คือ ผู้ให้การดูแลหลัก ที่ยินดีเข้าร่วมโครงการและยินดีให้ข้อมูลระดับลึก จำนวน 20 คน (ชาย 7 คน/ หญิง 13 คน) ด้วยวิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Selection)

3.3.2.2 ผู้ให้ข้อมูลหลัก: การวิจัยครั้งนี้ ได้กำหนดเกณฑ์เบื้องต้น (Inclusion criteria) ได้ 3 ประการ คือ

1) ให้การดูแลผู้สูงอายุติดเตียงมาแล้วตั้งแต่ 5 ปี ขึ้นไป

2) มีค่าการประเมินสุขภาพ SF-36/ ADL-IADL/ ซึมเศร้า ในระดับรุนแรง

3) ยินดีเข้าร่วมโครงการและให้ข้อมูลระดับลึก

3.3.2.3 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล:

1) Phase 1: การหาปัญหา ในขั้นตอนของการเจาะลึกถึงสภาพปัญหา ความทุกข์และอุปสรรคในการดูแลผู้สูงอายุในการวิจัยครั้งนี้ เลือกใช้วิธีการพูดคุยด้วยวิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth interview) โดยพยายามเลือกพื้นที่ที่มีความสงบเงียบภายในบ้านของผู้ให้การดูแลหลัก และมีความเป็นอิสระต่อการเฝ้าดูและรอฟังของผู้นำทาง เพื่อเป็นการสงวนพื้นที่ของความเป็นส่วนตัว การสัมภาษณ์เจาะลึกดำเนินการโดยหัวหน้าโครงการวิจัย โดยการพูดคุยแต่ละครั้งกำหนดไว้ไม่เกิน 60 นาที แต่สามารถยืดหยุ่นได้ตามสถานการณ์ของการสนทนานั้นๆ ภายใต้แนวคำถามดังต่อไปนี้

1.1 ปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุในมุมมองของท่านคืออะไร

1.2 ความไม่สบายกาย ไม่สบายใจของท่านในปัจจุบันคืออะไร

1.3 วิธีการจัดการปัญหาของท่านที่ผ่านมาเป็นอย่างไร

1.4 ครอบครัว ชุมชน และสังคม มีส่วนช่วยท่านอย่างไร

1.5 ท่านต้องการความช่วยเหลืออะไรบ้างในสถานการณ์ปัจจุบัน

1.6 มีวิธีการใดบ้างที่จะทำให้ท่านมีความสุข

1.7 ข้อเสนอแนะในการจัดการสุขภาวะผู้สูงอายุที่บ้าน ในมุมมองของท่านควรเป็นอย่างไร

2) Phase 2: การวางแผนร่วมกัน หลังจากได้ข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพเป็นที่เรียบร้อย ข้อมูลที่พบได้ถูกนำเสนอเป็นบทสรุปเบื้องต้น เพื่อนำสู่การประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมภายใต้เครือข่ายทางสังคม เพื่อร่วมกันขับเคลื่อนและคิดค้นมาตรการในเชิงสร้างสรรค์ในการให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุ ผู้ให้การดูแลหลักและคนในครอบครัวของผู้สูงอายุ

การประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research-PAR) ได้ถูกนำมาใช้ในการประชุมระดมความคิดเห็นผ่านเครือมือ AIC (Appreciation-Influence-Control)) โดยจัดขึ้นในวันที่ 26 ตุลาคม พ.ศ. 2559 ณ ห้องประชุมศูนย์บริการสาธารณสุข เทศบาลเมืองคูคต อำเภอลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี โดยมีประชาชนเข้าร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทั้งสิ้น 170 คน จากทั้งหมด 15 ชุมชน ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของเทศบาลเมืองคูคต ซึ่งการดำเนินงานได้ถูกแบ่งออกเป็น 5 ขั้นตอนใหญ่ๆ คือ (1) การสร้างพลังในการผลักดันแนวคิด (2) การนำเสนอผลงานวิจัยให้กับชุมชน (3) การแยกประชุมกลุ่มย่อย (4) การนำเสนอผลการประชุมของกลุ่มย่อย (5) การสร้างบทสรุปและแนวทางร่วมกันในอนาคต

3.3.2.4 การวิเคราะห์ข้อมูล: ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เจาะลึก/ และการประชุมเชิงปฏิบัติการ ได้ถูกนำมาเรียบเรียงและวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) จากนั้นนำข้อมูลทั้งหมดมารวบรวม จัดหมวดหมู่ และจัดระบบความสัมพันธ์ของของข้อมูลในการตอบวัตถุประสงค์ของงานวิจัย

บทที่ 4

สถานการณ์ชีวิตผู้สูงอายุติดเตียงและผู้ดูแลหลัก

จากการศึกษาครั้งนี้ ในส่วนแรกเป็นการสะท้อนเหตุการณ์และสถานการณ์ปัจจุบันของกลุ่มเป้าหมายที่ครอบคลุมทั้งผู้สูงอายุติดเตียงและผู้ดูแล ในเขตพื้นที่ตำบลคูคต อำเภอลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี โดยแบ่งการนำเสนอออกเป็น 3 ส่วน ประกอบด้วย (1) ข้อมูลพื้นฐานประชากร (2) สถานการณ์ชีวิตของผู้สูงอายุติดเตียง และ (3) สถานการณ์ชีวิตของผู้ให้การดูแลหลัก ดังรายละเอียดต่อไปนี้

4.1 ข้อมูลพื้นฐานทางประชากร

4.1.1 ผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง: ข้อมูลจากการสำรวจด้วยแบบสอบถามในมิติทางประชากรของกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียงในเขตพื้นที่ที่เข้าศึกษา จำนวน 45 ราย พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 68.89) โดยส่วนใหญ่มีอายุในช่วงระหว่าง 71-80 ปี และ 81-90 ปี ในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 35.56 และ ร้อยละ 33.33 ตามลำดับ) มีเพียงร้อยละ 4.44 เท่านั้น ที่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุยืนมากๆ (91-100 ปี) ผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาในระดับชั้นประถม (ร้อยละ 64.44) และร้อยละ 13.33 ไม่ได้เข้าเรียนในระบบการศึกษาอย่างเป็นทางการ ขณะที่อีกร้อยละ 6.67 สำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาตรี โดยในอดีตที่ผ่านมาผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงนี้ เคยประกอบอาชีพค้าขาย/ประกอบธุรกิจส่วนตัวมากที่สุด (ร้อยละ 31.11) รองลงมา คือ เกษตรกรรม (ร้อยละ 24.44) และรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ (ร้อยละ 20) ด้วยวัยที่ล่วงเลยมาจนถึงปัจจุบัน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้ผ่านการสูญเสียคู่สมรสไปแล้วในช่วงเวลาก่อนหน้านี้ โดยมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 53.33) มีสถานภาพหม้าย รองลงมายังคงดำรงชีวิตอยู่ร่วมกับคู่สมรส (ร้อยละ 35.56) มีเพียงร้อยละ 2.22 เท่านั้นที่อยู่ในสภาวะหย่าร้าง

4.1.2 ผู้ให้การดูแลหลัก: ในทิศทางเดียวกัน ผู้ให้การดูแลหลักต่อการจัดการชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงนั้น ส่วนใหญ่ยังคงเป็นพื้นที่ของเพศหญิง (ร้อยละ 75.56) ขณะที่มีเพียงร้อยละ 24.44 ที่บทบาทของเพศชายเข้ามามีส่วนในการจัดการสุขภาพ ผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงส่วนใหญ่ คือ ผู้สูงอายุตอนต้น หรือผู้ที่มีอายุอยู่ในช่วงระหว่าง 51-60 ปี (ร้อยละ 37.78) รองลงมาคือ วัยทำงานและวัยสูงอายุตอนกลาง ซึ่งพบในสัดส่วนที่เท่ากัน (ร้อยละ 22.2) นอกจากนั้นการให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง ยังคงไม่ใช่หน้าที่หลักของกลุ่มคนในวัยเจริญพันธุ์ตอนต้น (อายุ 31-40 ปี) โดยมีเพียงร้อยละ 4.44 เท่านั้นที่ให้การดูแลปู่ย่า-ตายายของตัวเอง ในจำนวนเกือบครึ่งหนึ่งของผู้ให้การดูแลหลัก ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาในระดับประถม (ร้อยละ 48.89) รองลงมา คือ ระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 31.11) มีเพียงร้อยละ 2.22 เท่านั้น ที่มีการศึกษาสูงในระดับปริญญาโท นอกจากนั้นผู้ให้การดูแลหลักส่วนใหญ่เป็นผู้ที่ประกอบอาชีพอยู่ที่บ้าน บ้างก็ประกอบกิจการค้าขายเล็กๆ น้อยๆ หรือ มีธุรกิจส่วนตัว หรือ มีสถานภาพเป็นแม่บ้านหรือพ่อบ้าน (หลังเกษียณอายุราชการ) สืบเนื่องจากการใช้ชีวิตอยู่ที่บ้านเกือบตลอดเวลา จึงกลายเป็นผู้ที่มีบทบาทหลักในการกลายเป็นผู้ดูแลหลักไปโดยปริยาย ในประเด็นนี้พบเท่ากัน คือ ร้อยละ 26.67 นอกจากนั้น ผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 53.33)

รองลงมา คือ อยู่ตัวคนเดียวร้อยละ 46.67 โดยในจำนวนนี้แบ่งเป็น โสด (ร้อยละ 37.78) และ หม้าย (ร้อยละ 8.89) ดังรายละเอียดที่แสดงไว้ในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลพื้นฐานประชากร

ข้อมูลพื้นฐานประชากร	ผู้สูงอายุติดเตียง (N=45)		ผู้ดูแล (N=45)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	14	31.11	11	24.44
หญิง	31	68.89	34	75.56
อายุ				
31-40	-	-	2	4.44
41-50	-	-	10	22.22
51-60	-	-	17	37.78
61-70	12	26.67	6	13.33
71-80	16	35.56	10	22.22
81-90	15	33.33	-	-
91-100	2	4.44	-	-
ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษา	29	64.44	22	48.89
มัธยมศึกษาตอนต้น/ ปวช.	1	2.22	14	31.11
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวส	6	13.33	5	11.11
ปริญญาตรี	3	6.67	3	6.67
ปริญญาโท	-	-	1	2.22
ไม่ได้เรียน	6	13.33	-	-
อาชีพ				
ค้าขาย/ ธุรกิจส่วนตัว	14	31.11	12	26.67
เกษตรกรรม	11	24.44	2	4.44
รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ	9	20.00	4	8.89
แม่บ้าน	6	13.33	12	26.67
รับจ้าง	5	11.11	10	22.22
สถานภาพสมรส				
หม้าย	24	53.33	4	8.89
สมรส	16	35.56	24	53.33
โสด	4	8.89	17	37.78
หย่าร้าง	1	2.22	-	-

4.2 สาเหตุของการเจ็บป่วย ความยาวนานของภาวะติดเตียงและสิทธิ์สุขภาพ

การศึกษาครั้งนี้ พบว่า สาเหตุหลักของการกลายเป็นผู้สูงอายุติดเตียงของกลุ่มตัวอย่าง มากกว่าครึ่งเป็นผลมาจากภาวะเส้นเลือดในสมองตีบ / แตก (ร้อยละ 53.33) รองลงมา ความเสื่อมของร่างกายอันเป็นผลมาจากความชรา ทำให้ไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ (ร้อยละ 17.78) ซึ่งในกรณีนี้เมื่อผนวกกับการเจ็บป่วยด้วยกลุ่มโรคอื่นๆ เช่น หัวใจ (3 ราย) มะเร็ง (2 ราย) ส่งผลให้ความรุนแรงของสมรรถภาพของการดำเนินชีวิตและเคลื่อนไหวลดน้อยลง ทำให้กลายเป็นผู้ที่มีภาวะติดเตียงไปโดยปริยาย นอกจากนั้น อุบัติเหตุ (การหกล้ม-รถชน-ตกบันได ฯลฯ) ร้อยละ 15.56 ยังคงเป็นสาเหตุหนึ่งของภาวะพิการและติดเพียง อย่างไรก็ตามการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ภาวะสมองเสื่อมในวัยชรา ยังเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้กลายเป็นผู้ป่วยติดเตียงเช่นกัน แต่พบในสัดส่วนที่น้อยที่สุด (ร้อยละ 13.33)

เมื่อพิจารณาถึงความยาวนานของการเจ็บป่วย พบว่า ผู้สูงอายุติดเตียงและผู้ดูแลหลัก ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ด้วยกันตั้งแต่เริ่มมีอาการจนถึงปัจจุบัน โดยส่วนใหญ่เผชิญหน้ากับการดูแลจัดการภาวะติดเตียงมา เป็นเวลา 1-5 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 62.22 รองลงมา คือ 6-10 ปี (ร้อยละ 24.44) ขณะที่มากกว่า 10 ปี คิดเป็นสัดส่วนที่น้อยที่สุด (ร้อยละ 13.34) โดยมีจำนวน 2 ราย จาก 45 ราย ที่อยู่ในภาวะติดเตียงและให้การดูแลมายาวนานกว่า 20 ปี (คิดเป็นร้อยละ 4.44) ผู้สูงอายุติดเตียงส่วนใหญ่ใช้สิทธิ์สุขภาพบัตรทองควบคู่กับสิทธิ์คนพิการ และ ใช้สิทธิ์เบิกตรงในฐานะเป็นข้าราชการและครอบครัวข้าราชการหรือรัฐวิสาหกิจ ในสัดส่วนที่เท่ากัน คือ ร้อยละ 31.11 รองลงมา คือ ใช้สิทธิ์บัตรทองเพียงอย่างเดียว (ร้อยละ 26.67) นั่นแสดงให้เห็นชัดเจนว่า ยังมีผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงที่ไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายไปไหนมาไหนได้ อีกจำนวน 1 ใน 4 ที่ไม่ได้สิทธิ์คนพิการ ขณะที่อีกร้อยละ 11.11 ที่เบิกจ่ายจากประกันสังคม

ตารางที่ 3 สาเหตุของการเจ็บป่วย ความยาวนานของภาวะติดเตียงและสิทธิ์สุขภาพ

ข้อมูลพื้นฐานประชากร	ผู้สูงอายุติดเตียง (N=45)		ผู้ให้การดูแลหลัก (N=45)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
สาเหตุของการเจ็บป่วยติดเตียง				
เส้นเลือดในสมองตีบ/ แตก	24	53.33	-	-
ชราภาพ-เคลื่อนไหวร่างกายไม่ไหว	8	17.78	-	-
อุบัติเหตุ-พิการ	7	15.56	-	-
ภาวะสมองเสื่อม	6	13.33	-	-
ระยะเวลาการติดเตียง/ ระยะเวลาที่ดูแล				
1-5 ปี	28	62.22	28	62.22
6-10 ปี	11	24.44	11	24.44
มากกว่า 10 ปี	6	13.34	6	13.34
สิทธิ์สุขภาพ				
บัตรทอง	12	26.67	27	60.00
บัตรทอง ควบคู่สิทธิ์คนพิการ	14	31.11	-	-
เบิกจ่ายข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	14	31.11	12	26.67
ประกันสังคม	5	11.11	6	13.33

ในทางกลับกัน 3 ใน 5 หรือร้อยละ 60 ของผู้ให้การดูแลหลักใช้สิทธิ์บัตรทอง รองลงมา คือ การเบิกจ่ายตรงจากสิทธิ์ข้าราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ (ร้อยละ 26.67) ขณะที่ การใช้สิทธิ์ประกันสังคม พบในสัดส่วนที่น้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 13.33 ดังรายละเอียดที่แสดงไว้ในตารางที่ 3

4.3 อาการเจ็บป่วยอื่นๆ ของผู้สูงอายุติดเตียงและผู้ดูแลหลัก

จากตารางที่ 4 แสดงให้เห็นชัดเจนว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง ยังคงเผชิญกับการจัดการชีวิตและสุขภาพอันเป็นผลมาจากโรคหรือกลุ่มอาการอื่นๆ ร่วมด้วย โดยพบว่า ประมาณ 2 ใน 5 ของผู้สูงอายุติดเตียงยังคงมีพันธกิจในการควบคุม และจัดการความเจ็บป่วยอันเป็นผลมาจากความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 42.86) รองลงมา คือ การจัดการเกี่ยวกับภาวะไขมันและควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด คิดเป็นร้อยละ 14.29 และ 13.13 ตามลำดับ

นอกจากนั้น การที่ผู้สูงอายุอยู่ในภาวะติดเตียง มีโอกาสเคลื่อนไหวร่างกายในระดับต่ำกว่าบุคคลทั่วไป ยังส่งผลให้เกิดปัญหาข้อเข่าเสื่อม ภาวะไตเสื่อม ตามมา โดยเฉพาะอย่างยิ่งการติดเชื้อจากระบบทางเดินปัสสาวะ การติดเชื้อในกระแสเลือด และการติดเชื้อจากระบบทางเดินหายใจ ในสัดส่วนร้อยละ 5.71, 4.76 และ 4.76 ตามลำดับ การเกิดแผลกดทับ (ร้อยละ 2.86) ยังเป็นปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุติดเตียง แต่ยังคงพบรายงานอยู่ในระดับต่ำกว่าโรคอื่นๆ ที่กล่าวมาแล้วข้างต้น ขณะที่การติดเชื้อวัณโรคและภาวะหมอนรองกระดูกทับเส้นประสาท พบอยู่บ้างในเขตพื้นที่ที่เข้าศึกษา คิดเป็นร้อยละ 1.9 และ 0.95 ตามลำดับ

ในทิศทางเดียวกัน ผู้ให้การดูแลหลักที่ส่วนใหญ่มีอายุในช่วง 51-60 ปี ซึ่งต่างก็ไม่ใช่กลุ่มวัยที่อิสระจากโรคภัยและความเจ็บป่วย การศึกษาครั้งนี้ยังพบว่า ผู้ให้การดูแลหลักต่างเผชิญกับปัญหาสุขภาพรุมเร้า โดยเฉพาะอย่างยิ่งความเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 31.94) รองลงมาคือ ไขมันในเส้นเลือดและโรคเบาหวาน ในสัดส่วนเท่าๆ กัน (ร้อยละ 12.5) ในขณะที่อีกร้อยละ 8.33 ยังมีความทุกข์ต่ออาการเจ็บปวดที่มาจากโรคข้อเข่าเสื่อม ประเด็นสำคัญที่พบจากการศึกษาครั้งนี้ คือ ยังมีผู้ดูและอีกประมาณร้อยละ 7 ที่เป็นผู้ป่วยมะเร็ง และยังต้องปฏิบัติหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักในการจัดการชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง ดังรายละเอียดในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 อาการเจ็บป่วยอื่นๆ ของผู้สูงอายุติดเตียงและผู้ดูแลหลัก

อาการเจ็บป่วยอื่นๆ (หนึ่งคนสามารถเป็นได้มากกว่า 1 อาการ)	ผู้สูงอายุติดเตียง (N=45)		ผู้ดูแล (N=45)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความดันโลหิตสูง	46	42.86	23	31.94
ไขมันในเส้นเลือด	15	14.29	9	12.50
เบาหวาน	14	13.13	9	12.50
ข้อเข่าเสื่อม	6	5.71	6	8.33
ไต	5	4.76	1	1.39
ติดเชื้อ (ทางเดินปัสสาวะ/เลือด/ระบบหายใจ)	5	4.76	-	-
หัวใจ	3	2.86	4	5.56
แผลกดทับ	3	2.86	-	-
วัณโรค	2	1.90	-	-
สมองเสื่อม	2	1.90	2	2.78
เครียด (กำลังได้รับการรักษา)	-	-	2	2.78
พาคินสัน	2	1.90	-	-
มะเร็ง	1	0.95	5	6.94
หมอนรองกระดูกทับเส้นประสาท	1	0.95	1	1.39
รูมาตอยด์	1	0.95	1	1.39
แผลในกระเพาะอาหาร	-	-	1	1.39
กระเพาะปัสสาวะอักเสบ	-	-	1	1.39
ธาลัสซีเมีย	-	-	1	1.39
ไมเกรน	-	-	1	1.39
ตับ	-	-	1	1.39
นอนไม่หลับ	-	-	1	1.39
โรคปอด	-	-	1	1.39
กรดไหลย้อน	-	-	1	1.39
ต่อมลูกหมาก	-	-	1	1.39

4.4 ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุติดเตียงและผู้ให้การดูแลหลัก

การประเมินการประกอบกิจวัตรประจำวันเชิงปฏิบัติเพื่อการดำรงชีวิต (Instrumental activity of daily living) ครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบประเมินที่ดัดแปลงมาจากการวัดความสามารถเชิงปฏิบัติดัชนีจุฬาเอดีแอล (Chula ADL index) ที่พัฒนาโดย สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (2542) จุดประสงค์เพื่อวัดความเป็นอิสระในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการดำรงชีวิต 5 อย่าง ได้แก่ การเดินหรือเคลื่อนที่จากเตียง การจัดเตรียมอาหาร การทำความสะอาด การซักผ้า การจัดการทางการเงิน การจัดการยา การใช้บริการสาธารณะ โดยเป็นการประเมินว่าผู้สูงอายุติดเตียงและผู้ให้การดูแลหลักทำอะไรได้บ้างที่สามารถปฏิบัติได้อยู่จริง ได้พยายามปฏิเสธคำถามที่ว่า

ทำได้หรือไม่ โดยทั่วไปเป็นการสอบถามถึงกิจกรรมที่ทำในระยะเวลา 1-2 สัปดาห์ที่ผ่านมา จำนวน 13 ข้อ คะแนนรวม 13 คะแนน มีระดับการวัดเป็นช่วงโดยมีการให้คะแนนตามกิจกรรมและมีการให้น้ำหนักคะแนนที่แตกต่างกันตามความยากง่ายของกิจกรรมนั้น คือ ทำไม่ได้ (0 คะแนน) ทำได้แต่ต้องมีคนคอยดู (1-2 คะแนน) และทำได้อย่างอิสระ (3 คะแนน) โดยมีการประเมินผลแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ค่าคะแนนรวมระหว่าง 0-17 คะแนน (มีภาวะพึ่งพิงทั้งหมด) ค่าคะแนนรวมระหว่าง 18-35 คะแนน (มีภาวะพึ่งพิงปานกลาง) และ ผู้ที่มีค่าคะแนนรวม 36 คะแนน (ดำรงชีวิตได้อย่างอิสระ) รายละเอียดได้แสดงไว้ในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 แสดงระดับการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุติดเตียงและผู้ให้การดูแลหลัก

ระดับการประเมิน		ผู้สูงอายุติดเตียง (N=45)		ผู้ให้การดูแลหลัก (N=45)	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
0-17 คะแนน	มีภาวะพึ่งพิงทั้งหมด	45	100	-	-
18-35 คะแนน	มีภาวะพึ่งพิงปานกลาง	-	-	17	37.78
36 คะแนน	ไม่เป็นภาวะพึ่งพิง	-	-	28	62.22

จากตารางที่ 5 พบว่า **ผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงทั้งหมด จัดอยู่ในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างเต็มรูปแบบ โดยไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เลย ขณะที่ผู้ให้การดูแลหลักส่วนใหญ่ (ร้อยละ 62.22)** ที่ไม่มีภาวะพึ่งพิงหรืออีกนัยหนึ่ง คือ ยังมีสมรรถภาพและประสิทธิภาพสูงในการให้การดูแลและประกอบกิจวัตรให้ทั้งผู้สูงอายุติดเตียงและตัวเอง ขณะที่อีกร้อยละ 37.78 มีภาวะพึ่งพิงในระดับปานกลาง

และเมื่อพิจารณาในรายกิจกรรม พบว่า ผู้สูงอายุติดเตียงบางส่วนใหญ่ (ร้อยละ 73.33) ยังสามารถรับประทานอาหารได้ แต่ต้องได้รับการช่วยเหลือและดูแลอย่างใกล้ชิด อีกทั้งร้อยละ 33.33 ที่ยังสามารถมีส่วนร่วมในการแต่งตัว ขณะที่อีกร้อยละ 13.33 ยังสามารถแบ่งเบาภาระผู้ดูแลในการอาบน้ำและเข้าห้องน้ำได้ เมื่อได้รับการช่วยเหลือบางประการจากผู้ดูแลหลัก มีเพียงร้อยละ 15.56 ที่สามารถเคลื่อนย้ายตัวเองได้เล็กๆ น้อยๆ เช่นการ ลุกนั่ง ขยับร่างกายเพื่อเอื้อมหยิบสิ่งที่ต้องการ แต่ได้ในระยะทางสั้นๆ เท่านั้น อย่างไรก็ตาม ข้อมูลจากการศึกษาครั้งนี้ ยังพบว่า อีกจำนวนร้อยละ 8.89 และ 6.67 ยังสามารถจัดการทางการเงินและรับรู้จำนวนเม็ดยาที่ต้องรับประทานในแต่ละวัน ด้วยการจดจำสีและลักษณะของเม็ดยาได้

ในทางกลับกัน ผู้ให้การดูแลหลักมีศักยภาพและความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของตัวเองและให้การดูแลผู้สูงอายุติดเตียงได้เกือบทุกกิจกรรม มีเพียงผู้ดูแลที่มีข้อจำกัดทางสมองและการรับรู้บางรายเท่านั้น ที่ไม่สามารถจัดการเรื่องยา (ร้อยละ 4.4) ไม่สามารถจัดเตรียมอาหารหรือทำกับข้าว (ร้อยละ 6.67) ดังรายละเอียดในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 แสดงระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุติดเตียงและผู้ให้การดูแลหลักจำแนกตามกิจกรรม

กิจวัตรประจำวัน จำแนกตามกิจกรรม	ผู้สูงอายุติดเตียง (N=45)			ผู้ให้การดูแลหลัก (N=45)		
	ทำไม่ได้	ต้องช่วย	ทำได้เอง	ทำไม่ได้	ต้องช่วย	ทำได้เอง
ADL						
การอาบน้ำ	39 (86.67)	6 (13.33)	-	-	-	45 (100)
การเข้าห้องน้ำ	39 (86.67)	6 (13.33)	-	-	-	45 (100)
การเดินขึ้นบันได	-	-	-	-	-	45 (100)
การกินข้าว	12 (26.67)	33 (73.33)	-	-	-	45 (100)
การแต่งตัว	30 (66.67)	15 (33.33)	-	-	-	45 (100)
การเคลื่อนย้ายตัวเอง	38 (84.44)	7 (15.56)	-	-	-	45 (100)
IADL						
การทำความสะอาดบ้าน	45 (100)	-	-	-	1 (2.22)	44 (97.78)
การซัก-รีดเสื้อผ้า	45 (100)	-	-	1 (2.22)	1 (2.22)	43 (95.56)
การจัดเตรียมอาหาร ทำกับข้าว	45 (100)	-	-	3 (6.67)	3 (6.67)	39 (86.66)
การใช้บริการรถสาธารณะ	45 (100)	-	-	1 (2.22)	6 (13.33)	38 (84.45)
การจัดการทางการเงิน	41 (91.11)	4 (8.89)	-	-	5 (11.11)	40 (88.89)
การจัดการเรื่องยา	42 (93.33)	3 (6.67)	-	2 (4.44)	3 (6.67)	40 (88.89)
การอ่านและเขียนหนังสือ	41 (91.11)	4 (8.89)	-	2 (4.44)	1 (2.22)	42 (93.34)

4.5 ประเภทของผู้สูงอายุติดเตียง

เพื่อเป็นการทำความเข้าใจรูปแบบและแบบแผนของการใช้ชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง ในเบื้องต้นจำเป็นที่จะต้องฉายภาพลักษณะทางครอบครัวและสังคม เพื่อเป็นพื้นฐานในการเข้าใจปรากฏการณ์ที่จะกล่าวถึงในรายละเอียดต่อๆ ไป **การศึกษาผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงจำนวน 45 รายในครั้งนี้ สามารถจัดแบ่งประเภทของผู้สูงอายุติดเตียงได้ 2 วิธี โดยจัดแบ่งตามลักษณะพื้นฐานครอบครัว และ แบ่งตามเศรษฐานะ** อย่างไรก็ตาม การจัดแบ่งครั้งนี้เพื่อให้เห็นภาพกว้างๆ ตามบริบททางสังคมและวัฒนธรรมในเบื้องต้นเท่านั้น ซึ่งในความเป็นจริงอาจไม่สามารถแบ่งแยกออกเป็นกลุ่มได้อย่างเอกเทศตามคำจำกัดความที่กำหนดไว้ เพราะในทางปฏิบัติยังคงมีความทับซ้อนของแต่ละกลุ่มอยู่บ้างในบางครัวเรือน

4.5.1 ผู้สูงอายุติดเตียง: แบ่งตามลักษณะพื้นฐานครอบครัว

4.5.1.1 ผู้สูงอายุติดเตียงที่ใช้ชีวิตร่วมกับคนในครอบครัวเดี่ยว-ขยาย: ผู้สูงอายุติดเตียงในลักษณะนี้จะอยู่อาศัยในครัวเรือนที่ประกอบไปด้วยคู่สมรสและมีลูกหลานอยู่อาศัยร่วมด้วย อย่างน้อย 1 คน ผู้สูงอายุติดเตียงที่มีชีวิตอยู่ในครอบครัวลักษณะนี้ จะมีแรงสนับสนุนช่วยเหลือกันอยู่บ้างระหว่างผู้ให้การดูแลหลักกับสมาชิกอื่นๆ ในครัวเรือน มีการแบ่งงานกันทำ หรือ จัดสรรแรงงาน กำหนดหน้าที่ และสนับสนุนทรัพยากรในการให้การดูแลร่วมกัน ซึ่งพบในสัดส่วนที่มากที่สุดของการศึกษาในครั้งนี้ คิดเป็น 34 ครัวเรือน หรือ ร้อยละ 75.55

4.5.1.2 ผู้สูงอายุติดเตียงที่ใช้ชีวิตกันเองตามลำพัง (สามี-ภรรยา / น้องเขย-พี่สะใภ้): ผู้สูงอายุติดเตียงในลักษณะนี้จะอยู่กันเฉพาะคนในช่วงวัยเดียวกัน โดยเมื่ออีกฝ่ายหนึ่งล้มป่วย ภาระและการจัดการความเจ็บป่วยตลอดจนคุณภาพชีวิตจะตกอยู่กับอีกฝ่ายหนึ่งโดยปริยาย มีการพึ่งพากันตลอด 24 ชั่วโมง กันเองตามลำพังของผู้สูงอายุด้วยกัน อาจได้รับความช่วยเหลือจากเพื่อนบ้านหรือเครือข่ายในชุมชน ตลอดจนหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอยู่บ้าง แต่โดยรวมของการเผชิญความทุกข์จะมีความรุนแรงมากกว่าประเภทแรก (6 ครัวเรือน หรือ ร้อยละ 13.34)

4.5.1.3 ผู้สูงอายุติดเตียงที่มีผู้ดูแลจัดจ้างมาโดยเฉพาะ: ผู้สูงอายุในประเภทนี้สามารถเป็นไปได้ ในสองลักษณะย่อย คือ ลูกหลานออกไปมีชีวิตส่วนตัว แต่ไม่สามารถนำพ่อแม่ไปอยู่ร่วมได้ หรือ พ่อแม่เลือกที่จะอยู่บ้านเดิม จึงจัดจ้างผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีความรู้ความชำนาญมาให้การดูแลตลอด 24 ชั่วโมง โดยครอบคลุมพันธกิจของการพาไปรับบริการที่โรงพยาบาล การจัดยา การจัดการร่างกายและความสะอาด อาหารและโภชนาการและการนันทนาการ ในอีกลักษณะหนึ่ง คือ ผู้สูงอายุติดเตียงอยู่กับลูกหลาน โดยจ้างผู้ดูแลผู้สูงอายุ มาอยู่ร่วมอาศัยด้วยเพื่อเป็นลูกมือ ในการให้การดูแล ซึ่งทั้งสองประเภทดังกล่าวนี้ พบในครอบครัวที่มีการศึกษา มีฐานะทางเศรษฐกิจในระดับกลาง-สูง หรือเป็นครอบครัวข้าราชการเกษียณที่นำเงินบำนาญมาใช้ในการจัดจ้างผู้ดูแล (5 ครัวเรือน หรือ ร้อยละ 11.11)

4.5.2 ผู้สูงอายุติดเตียง: แบ่งตามเศรษฐานะ

4.5.2.1 ผู้สูงอายุติดเตียงที่มีฐานะระดับดี: กลุ่มผู้สูงอายุที่มีเศษฐานะในระดับดีกลุ่มนี้ ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มข้าราชการและมีบุตรหลานที่มีระดับการศึกษาสูงและมีหน้าที่การงานทำที่แน่นอน ที่สะท้อนผ่านการจัดสรรเงินกองกลางเพื่อใช้จ่ายในการให้การดูแลหรือสนับสนุนทรัพยากรในการใช้ชีวิตประจำวันที่ลงตัว อีกทั้งเมื่อถึงยามเจ็บป่วยต้องเข้ารับการรักษาพยาบาลยังสามารถเบิกได้ในฐานะข้าราชการเกษียณหรือคนในครอบครัวข้าราชการ-รัฐวิสาหกิจ กลุ่มผู้สูงอายุติดเตียงในลักษณะนี้ยังรวมความถึงกลุ่มที่มีอำนาจเงินเพียงพอในการจัดจ้าง ผู้ดูแลที่มีความความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านมาอยู่ประจำเสมือนหนึ่งสมาชิกในครอบครัว ซึ่งเป็นกลุ่มที่ระบุว่า **ไม่ต้องการความช่วยเหลือใดๆ จากสังคมหรือคนรอบข้าง** เนื่องจากการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงถือเป็นพื้นที่ส่วนตัว และต้องการความเป็นอิสระจากคนที่ไม่คุ้นเคย อีกทั้งเป็นสิ่งที่ครอบครัวสามารถบริหารจัดการได้ พบในสัดส่วนร้อยละ 24.44 หรือ 11 ครัวเรือน จากกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด

4.5.2.2 ผู้สูงอายุติดเตียงที่มีฐานะระดับปานกลาง: กลุ่มผู้สูงอายุที่มีเศรษฐานะในระดับปานกลางนี้ ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยกับคนในครอบครัวที่มีระดับการศึกษาปานกลาง-สูง (จำนวน 31 ครัวเรือน หรือ คิดเป็นร้อยละ 68.89) อาจอาศัยอยู่ในครอบครัวเดี่ยวหรือครอบครัวขยายที่ผู้ให้การดูแลหลัก คือ สามี/ ภรรยา/ บุตรคนโต/ บุตรที่มีสถานภาพโสด ส่วนใหญ่ผู้ดูแลจะประกอบอาชีพรับจ้างหรือค้าขาย ที่มีรายได้ไม่แน่นอน และการบริหารจัดการเงินกองกลางของครอบครัวในการจัดการชีวิตผู้สูงอายุติดเตียงไม่เด่นชัดเหมือนในกลุ่มแรก ส่วนใหญ่จะผ่านการระดมเงินตามวาระและสถานการณ์ กลุ่มผู้สูงอายุในลักษณะนี้ส่วนใหญ่ใช้บัตรทอง (ประกันสุขภาพถ้วนหน้า) ซึ่งสามารถจัดการปัญหาสุขภาพและการเข้ารับบริการได้ในระดับหนึ่ง มีเครือข่ายทางสังคมพอประมาณ แต่อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุทุกรายยังคงได้เบี้ยผู้สูงอายุทั่วถึงทุกคน ยกเว้น บัตรพิการที่ยังมีไม่ครบในทุกครัวเรือน

4.5.2.3 ผู้สูงอายุติดเตียงที่มีฐานะอยู่ในภาวะวิกฤต: ผู้สูงอายุในกลุ่มนี้ พบอยู่บ้างในสังคมของพื้นที่ๆ เข้าศึกษา (3 ครัวเรือน หรือ ร้อยละ 6.67) ถึงแม้จะมีสัดส่วนน้อย แต่ทุกรายอยู่ในภาวะวิกฤต โดยขาดเครือข่ายของครอบครัวที่จะร่วมสนับสนุนและส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต มีรายได้รายวันผ่านการจ้างงานที่ขึ้นอยู่กับการเรียกใช้ของคนในชุมชน มีสภาพชีวิตท่ามกลางสุขอนามัยที่เสื่อมโทรม มีภาวะเรื้อรังของการติดเชื้อทางผิวหนังและมีปัญหาทางสมองทั้งในกลุ่มผู้ป่วยและผู้ดูแล ขาดการเชื่อมโยงกับระบบสุขภาพอันเป็นผลมาจากเงื่อนไขทางเศรษฐกิจ การเดินทาง และงบประมาณในการดูแลคนไข้

4.6 ภาวะสมอง ความเครียด ภาวะซึมเศร้าและความสุขของผู้ให้การดูแลหลัก

การศึกษาครั้งนี้ ได้ประเมินภาวะสมองของผู้ให้การดูแลด้วยแบบประเมิน MMSE Thai-Version รวมกับการประเมินความเครียด ภาวะซึมเศร้าและความสุขด้วยแบบประเมินของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขกับผู้ให้การดูแลหลัก 45 ราย พบว่า ผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่มีภาวะสมองในระดับปกติ (ร้อยละ 90.91) ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ยังมี**ผู้ดูแลผู้สูงอายุอีกประมาณ ร้อยละ 10 ที่ผู้ให้การดูแลหลักมีภาวะผิดปกติทาง สมองและมีปัญหาเกี่ยวกับความจำ** ดังรายละเอียดในตารางที่ 7

ในประเด็นของความเครียด การศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า **ผู้ให้การดูแลหลักล้วนตกอยู่ในภาวะเครียดทุกคน โดยร้อยละ 36.36 มีภาวะเครียดอยู่ในระดับสูง** รองลงมา คือ มีความเครียดในระดับปานกลาง (ร้อยละ 31.82) อย่างไรก็ตาม ยังมีผู้ให้การดูแลอีกร้อยละ 16 ที่รายงานว่ามีภาวะเครียดน้อยกับมีภาวะเครียดรุนแรง โดยทั้งสองกรณีพบในสัดส่วนที่เท่ากัน

อย่างไรตาม ข้อจำกัดทางสุขภาพของผู้ให้การดูแลหลัก ไม่ได้ผูกติดอยู่กับความเจ็บป่วยส่วนบุคคลและความเครียดแต่เพียงเท่านั้น การศึกษาครั้งนี้ยังพบว่า ผู้ให้การดูแลหลักมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 56.82) ยังมีภาวะซึมเศร้า โดยส่วนใหญ่ประมาณ 3 ใน 4 ของผู้ดูแลหลักมีระดับความสุขของตัวเองน้อยกว่าคนทั่วไป

ตารางที่ 7 แสดงภาวะสมอง ความเครียด ภาวะซึมเศร้าและความสุขของผู้ให้การดูแลหลัก

ผู้ให้การดูแลหลัก	จำนวน (N=45)	ร้อยละ
ภาวะสมอง		
ปกติ	40	90.91
ไม่ปกติ	4	9.09
ความเครียด		
เครียดน้อย	7	15.91
เครียดปานกลาง	14	31.82
เครียดสูง	16	36.36
เครียดรุนแรง	7	15.91

ตารางที่ 7 (ต่อ) แสดงภาวะสมอง ความเครียด ภาวะซึมเศร้าและความสุขของผู้ให้การดูแลหลัก

ผู้ให้การดูแลหลัก	จำนวน (N=45)	ร้อยละ
ภาวะซึมเศร้า		
มีภาวะซึมเศร้า	25	56.82
ไม่มีภาวะซึมเศร้า	19	43.18
ความสุข		
มีความสุขน้อยกว่าคนทั่วไป	34	77.27
มีความสุขเท่ากับคนทั่วไป	10	22.73

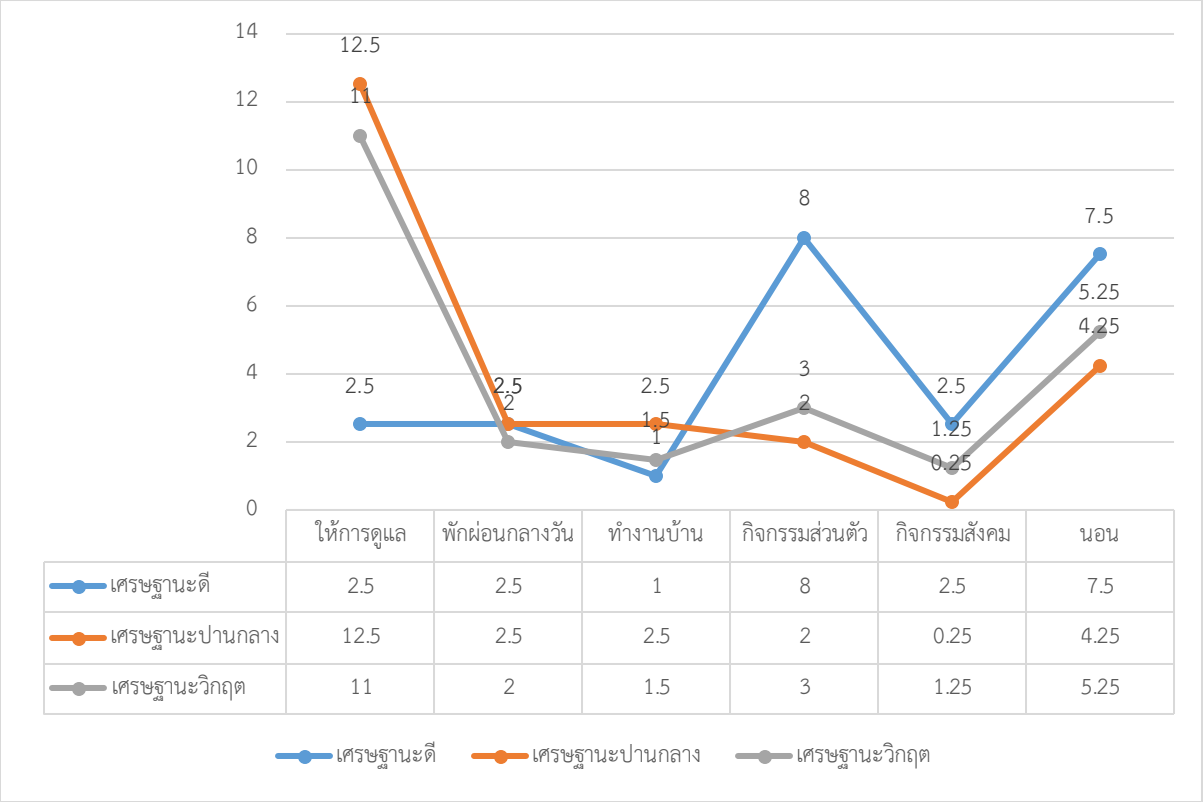
4.7 การใช้เวลาในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง

การศึกษาการจัดสรรเวลา (Time use) ของผู้ให้การดูแลหลัก เป็นความพยายามที่จะสะท้อนให้เห็นการใช้เวลาต่อวันใน 24 ชั่วโมงของผู้ให้การดูแลที่ถูกใช้ไปในแต่ละกิจกรรมในแต่ละวันในการจัดการชีวิตของผู้สูงอายติดเตียง สัดส่วนการใช้เวลาที่มีต่อกิจกรรมในแต่ละประเภทได้แสดงไว้ในแผนภูมิที่ 1

จากแผนภูมิที่ 1 จะเห็นได้ว่า ผู้ให้การดูแลหลักใช้เวลาเฉลี่ยในการดูแลผู้สูงอายุประมาณ 8.67 ชั่วโมงต่อวัน โดยผู้ให้การดูแลที่อยู่ในครอบครัวที่มีฐานะทางเศรษฐกิจปานกลางใช้เวลาจัดการเรื่องราวในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุมากที่สุดเฉลี่ย 12.5 ชั่วโมงต่อวัน รองลงมาคือ ผู้ที่อยู่ในครอบครัวระดับปานกลางและฐานะดี คิดเป็นสัดส่วน 11 ชั่วโมงและ 2.5 ชั่วโมงต่อวัน ตามลำดับ ด้วยอำนาจทางการเงินที่มีเพื่อการจัดจ้างผู้ดูแลผู้สูงอายุ ทำให้สัดส่วนของการดูแลในกลุ่มผู้มีฐานะดีมีน้อยมากหากเปรียบกับผู้ดูแลที่มีจากครอบครัวในลักษณะอื่น

การพักผ่อนกลางวัน พบน้อยมากในกลุ่มผู้ให้การดูแลทั้ง 3 เศรษฐานะ โดยมีเวลาพักผ่อนกลางวันประมาณ 2.3 ชั่วโมง ขณะที่การนอนกลางคืน กลุ่มเศรษฐานะปานกลางและกลุ่มเศรษฐานะวิกฤต มีค่าเฉลี่ยประมาณ 4.25 – 5.25 ชั่วโมงต่อวันตามลำดับ โดยคนที่มีฐานะดีสามารถมีเวลานอนกลางคืนได้ถึง 7.5 ชั่วโมง กิจกรรมทางสังคมดูเหมือนกลุ่มคนที่มาจากการครอบครัวปานกลางมีโอกาสในการพบปะผู้คน เยี่ยมเยียนเพื่อนบ้าน หรือ พูดคุยกับคนแถวบ้านได้น้อยที่สุด โดยมีเวลาเฉลี่ยประมาณ 0.25 ชั่วโมงต่อวัน ขณะที่กลุ่มคนครอบครัวปานกลางยังต้องรับภาระการจัดการบ้านเรือนร่วมด้วย โดยพบในสัดส่วนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 2.5 ชั่วโมง

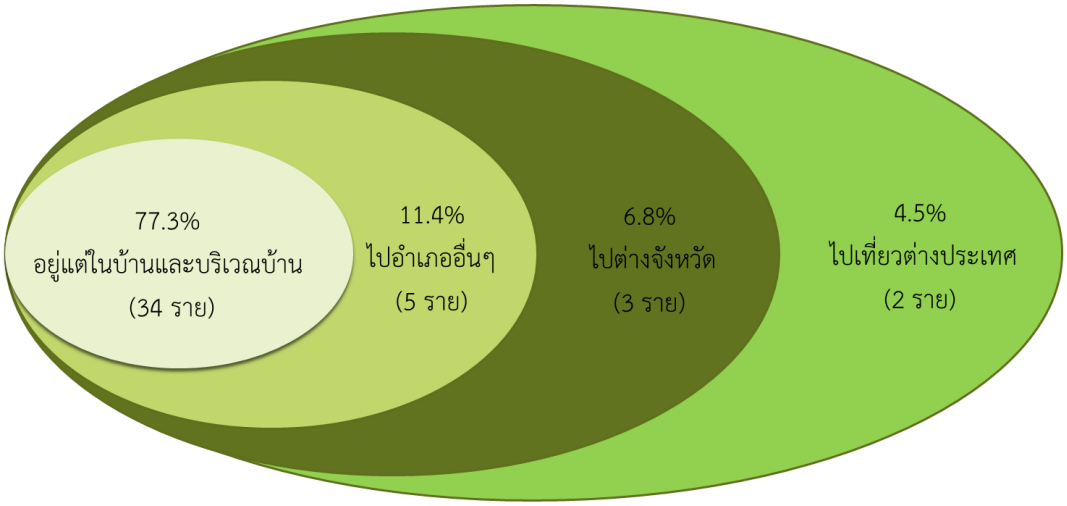
การดูแลผู้สูงอายุยาวนานถึง 12.5 ชั่วโมง 11 ชั่วโมง ของผู้ให้การดูแลหลักจากครอบครัวที่มีฐานะปานกลางและครอบครัวที่มีฐานะวิกฤตถือเป็นงานประจำที่มีภาระหนักและรับผิดชอบค่อนข้างสูง อาจนำมาซึ่งความเครียดและปัญหาสุขภาพในอนาคตได้ เนื่องจากการทำงานที่บ้านและการดูแลผู้สูงอายุเป็นงานที่ไม่มีวันหยุดและโอกาสพักผ่อนมีน้อยกว่างานในประเภทอื่นๆ การหาโอกาสให้เขาเหล่านี้ได้มีโอกาสพักผ่อน หรือการเปิดโอกาสให้สมาชิกคนอื่นหรือเครือข่ายทางสังคมได้มาแบ่งเบา อาจทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ให้การดูแลหลักดีขึ้นได้บ้างไม่มากก็น้อย



แผนภูมิที่ 1 แสดงการใช้เวลาในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง

4.8 พื้นที่ทางสังคมของผู้ให้การดูแลหลัก: ขอบข่ายของวงจรชีวิต

นอกจากนั้น การศึกษาเรื่องพื้นที่ทางสังคม (Social Space) ในครั้งนี้ ได้สอบถามถึงการได้ออกไปสัมผัสพบปะผู้คนของกลุ่มเป้าหมายจำนวน 44 คน พบว่า ในชีวิตในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาของผู้ให้การดูแลหลักร้อยละ 77.3 จำกัดตัวเองอยู่แต่เพียงในบ้านและบริเวณรั้วบ้านของตัวเอง รองลงมา คือ สามารถไปเยี่ยมเยียนเพื่อนฝูงหรือเครือญาติในต่างอำเภอของจังหวัดปทุมธานีได้ (ร้อยละ 11.4) ขณะที่การออกไปนอกบ้านที่ต้องใช้ระยะเวลาหลายวันทั้งในระดับต่างจังหวัดหรือต่างประเทศพอพบได้บ้างแต่ในสัดส่วนไม่มากนัก คิดเป็นร้อยละ 6.8 และ ร้อยละ 4.5 ตามลำดับ ดังรายละเอียดในแผนภาพที่ 2



ผู้ดูแล 44 คน

แผนภาพที่ 2 แสดงพื้นที่ทางสังคมของผู้ให้การดูแลหลัก

4.9 เครือข่ายทางสังคมและแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง

เครือข่ายทางสังคมและแรงสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ให้การดูแลหลักเคยได้รับ ที่นอกเหนือไปจากคนในครอบครัวเดียวกัน มีในหลายลักษณะจากหลายกลุ่มบุคคลและหลากหลายองค์กร ซึ่งโดยรวมสามารถช่วยให้คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุติดเตียงและผู้ให้การดูแลหลักได้รู้สึกว่าไม่ได้อยู่กันเองกับปัญหาต่างๆ ที่รุมเร้าอยู่เพียงลำพัง หากแต่ยังพอมีเครือข่ายทางสังคมที่พอจะเป็นเพื่อนอยู่ข้างๆ อย่างไรก็ตาม เครือข่ายทังสังคมนี้จะเกิดขึ้นเป็นระยะๆ ตามเหตุการณ์และสถานการณ์สำคัญ และเป็นไปในระยะเวลาสั้นๆ เท่านั้น ดังรายละเอียดต่อไปนี้

4.9.1 กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข: มากกว่าครึ่งของผู้ให้ข้อมูลหลักระบุว่า เพื่อนที่ใกล้ชิดและสนิทสนมที่สุด ที่พูดจากภาษาเดียวกัน เข้าถึงกันได้ง่าย และเป็นกลุ่มคนที่เอื้อมมือเข้ามาให้การช่วยเหลือมากที่สุด คือ “อสม.” ด้วยการเข้ามาแวะหา เยี่ยมเยียนในฐานะเพื่อนบ้าน หรือ เป็นแกนนำในการแจกจ่ายทรัพยากรทางการแพทย์หรือการติดตามภาวะสุขภาพ หรือเป็นตัวประสานให้บุคลากรทางการแพทย์เข้ามาเยี่ยมบ้าน แต่ทั้งหมดเป็นเพียงบริการแบบน้ำใจในระยะเวลาสั้นๆ ที่ผ่านไปแต่ละครั้งเท่านั้น สิ่งที่ได้จาก อสม. เพื่อประโยชน์ในระยะยาวในการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุติดเตียงกลับยังไม่ชัดเจนและเป็นรูปธรรม

> *“ตอนป่วยแรกๆ มีคนมาหาเยอะ มาเยี่ยมกันเกือบทุกวันนะ แกเป็นคนที่นี่มานานไง ตอนป่วยก็มีเพื่อนๆ ทหารมากันเยอะหลังๆ มันนานคนเข้าก็ลืม มาเยี่ยมก็ไม่มีอะไรดีขึ้น คงที่ แกคุยก็ไม่ได้ไง ก็ได้แต่มองจ้องกันไปจ้องกันมา ทุกวันนี้ก็มีแต่ อสม. นี่แหละ มาคุย มาหา มาถาม”*

“ก็มาให้ทรายกันยุง ดีนะ บ้านผมน้ำมันเน่า ไม่ให้ ไม่มาละยุงทั้งนั้น”

“มาก็มาคุย...เรื่องจะช่วยดูแลเค้าไม่ได้มั้ง...พาหมอพาพยาบาลมาให้นี่ก็ขอบคุณเหลือเกินแล้ว”

4.9.2 เพื่อนบ้าน: ถึงแม้สภาพชุมชนในหลายพื้นที่ที่เข้าศึกษาจะพัฒนาและกลายเป็นเมืองที่แตกต่างไปจากอดีตเป็นอย่างมาก แต่สายสัมพันธ์ของคนในพื้นที่ที่อยู่ร่วมกันมายาวนาน ยังสามารถเป็นเครือข่ายทางสังคมที่เอื้อเฟื้อต่อกันได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเวลาฉุกเฉินหรือต้องการความช่วยเหลือแบบเฉพาะหน้า เพื่อนบ้านเคยถูกแปรสภาพเป็นคนเฝ้าไข้ คนซื้อของ คนช่วยอาบน้ำ คนขับรถ คนแบกคนไข้ ฯลฯ แต่ด้วยความ “เกรงใจ” หรือ “ไม่อยากรบกวน” จึงทำให้เครือข่ายในภาคส่วนนี้ยังไม่ได้แสดงศักยภาพได้อย่างเด่นชัดเท่าที่ควรในเชิงปฏิบัติ

“เพื่อนบ้านพึ่งได้นะ ถ้าไม่ได้น้องข้างบ้านป้าก็ไม่รู้จะจัดการกับแม่ยังไง ป้าอุ้มไม่ไหว ขอร้องเขา เขาก็มาช่วยอุ้มพาไปห้องน้ำ พาไปอาบน้ำ หรือ เวลาจะพาไปขึ้น taxi ก็ขอให้เขามา เขาก็มา ไม่เคยปฏิเสธเลย แล้วก็ไม่เคยชักสีหน้าด้วย... เกรงใจบางครั้งอยากให้เงินเขาก็ไม่เอา ป้าก็ซื้อของมาให้เล็กๆ น้อยๆ ตอบแทนกัน”

“ฝากซื้อของ เพราะเขาไปตลาดทุกวัน .. ป้าไปไม่ได้ ก็จะฝาก บางทีเขาก็ไม่เอาเงิน จะฝากเงินไปก็ไม่เอา ใครจะกล้าฝากบ่อย ก็นานๆ ที เกรงใจเขา”

“ไม่ค่อยกล้ารบกวนเขาเท่าไหร่ แต่เขาดีมาก ถามตลอดว่ามีอะไรให้ช่วยบอกได้เลยนะ อะไรอย่างงี้...เกรงใจเขา เอาไว้เวลามีปัญหาจริงๆ ค่อยรบกวน”

“ฝากบ้านได้ ขอให้ช่วยดูตลอดเวลา แบบฝากบ้าน 10 นาทีนะ ดูพ่อให้หน่อยนะ...ถ้าจะต้องไปตลาด”

4.9.3 พยาบาลวิชาชีพจากคลินิกเอกชน: การศึกษาครั้งนี้ พบว่า การพึ่งพาระบบบริการทางการแพทย์จากสถานพยาบาลของรัฐแต่เพียงอย่างเดียว อาจไม่เพียงพอและไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุติดเตียงและญาติได้อย่างเบ็ดเสร็จ ในทางกลับกัน พบว่า มีผู้ให้การดูแลหลักหลายรายที่เลือกใช้บริการจากโรงพยาบาลหรือคลินิกเอกชน และสร้างความสัมพันธ์กับพยาบาลวิชาชีพจนมีสายสัมพันธ์แนบแน่นมากขึ้น จนถึงขึ้นติดต่อกันในระดับบุคคล เพื่อให้มาช่วยให้บริการทางการแพทย์ หรือ หัตถการเบื้องต้นที่บ้าน ซึ่งสามารถทดแทนบริการที่ไม่มีโอกาสได้รับจากสถานพยาบาลของรัฐ หากแต่ต้องเสียค่าบริการครั้งละประมาณ 500 บาท เพื่อเปลี่ยนสายยางให้อาหาร หรือ ใส่ท่ออากาศหายใจ ล้างแผลกดทับ ซึ่งการให้บริการหัตถการที่บ้านในลักษณะนี้ เป็นที่พอใจกับญาติคนไข้เป็นอย่างมาก เพราะสามารถโทรนัดหมายและให้บริการถึงเตียงคนไข้ โดยไม่ต้องเรียกบริการสาธารณะ ขนย้ายคนไข้ และรอคิว ซึ่งหากเปรียบเทียบกับการไปรับบริการที่โรงพยาบาลถือว่ามีค่าใช้จ่ายถูกกว่า อีกทั้งประหยัดเวลา และคุณภาพชีวิตคนไข้และญาติดีขึ้นมากกว่าการรับบริการจากรัฐ

> *“พี่โทรหาพยาบาลที่ XXX ที่สนิทและรู้จักกัน เขาก็รับทำให้นะ แต่เสียครั้งละ 500 พี่ยอม ถูกกว่าไป รพ XXX เยอะมาก ไม่ต้องรอ แม่พี่ไม่ลำบาก 500 พี่เสียได้...สบายมาก สะอาดด้วย เลิกงานเขาก็แวะมา...พี่ยังบอกพี่ XXX ที่อยู่ซอยถัดไปให้เรียกใช้เลย เขา Happy มาก ไม่ต้องไปแล้วไอ้ รพ.น่ะ”*

4.9.4 มอเตอร์ไซด์รับจ้าง: เครือข่ายทางสังคมอีกลักษณะหนึ่งที่เอื้อประโยชน์กับผู้ดูแลหลักเป็นอย่างมากการจัดซื้อและนำส่งสินค้า อาหาร ผลไม้ ข้าวของเครื่องใช้ ให้กับผู้ดูแลหลักที่ไม่สามารถออกไปไหนมาไหนได้ อันเป็นผลมาจากการต้องดูแลผู้สูงอายุตลอดทั้งวัน ผู้ให้ข้อมูลหลักระบุว่า มอเตอร์ไซด์รับจ้าง ถึงแม้บางครั้งจะดูคล้ายกับนักเลง ที่หลายคนอาจจะตีตรา ในฐานะเด็กแวนซ์ แต่เบื้องลึกเขาคือมนุษย์ที่มีจิตใจโอบอ้อมอารีกับผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก และถือเป็นเครือข่ายทางสังคมหนึ่งที่เขาเลือกใช้บริการอยู่เป็นประจำ

> *“มอไซด์ในซอยนี้ ดีๆ หลายคันนะ อย่าไปมองว่าเป็นนักเลง เขาช่วยป้าตลอด เห็นเดินอยู่ก็บอกป้าขึ้นมา ทางผ่านขึ้นฟรี”*

> *“ตอนแรกเรียกจะไป แต่ลุงเค้าเกิดสำลัก ก็เลยบอกไปก่อนเถอะพ่อ ไม่ไปแล้วลุงสำลัก เห็นเด็กแวนซ์อย่างนั้นเหอะ สักเต็มตัว แต่เขาบอกว่า ป้าจะเอาอะไร ผมไปซื้อให้ แล้วให้ป้าไปดูลุง...ป้าก็ขอบใจเขามาก บอกว่าเออไปซื้อมาให้ พอเขาเอาของมาส่งป้าให้ไป 100 นึงเขาก็บอกว่า 20 พอ ราคาปกติเหมือนป้าไป...ทุกวันนี้ก็เรียกใช้ เขาไม่ว่างก็ให้เพื่อนในวินมาบางทีก็ไม่เอาตังนะ บอกสงสารป้ากับลุง เขาบอกทางผ่านอยู่แล้ว”*

4.10 ปัญหาในการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง: เสียงสะท้อนจากผู้ให้การดูแลหลัก

ปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง สามารถสรุปรูปแบบและสาเหตุของปัญหาได้ 4 ลักษณะ คือ (1) ปัญหาที่มาปัจจัยส่วนบุคคล (2) ปัญหาที่มาจากปัจจัยครอบครัว (3) ปัญหาที่มาจากปัจจัยภายนอก และ (4) ปัญหาที่มาจากปัจจัยสังคมและสิ่งแวดล้อม ดังรายละเอียดต่อไปนี้

4.10.1 ปัญหาที่มาจากอัตลักษณ์ส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ

4.10.1.1 ปัญหาจากตัวผู้ป่วย

1) สมรรถภาพทางกายที่เสื่อมถอยกับการปิดฉากตัวเองกับระบบบริการสุขภาพ: ประเด็นนี้ พบเห็นได้มากในพื้นที่ๆ ศึกษา กล่าวคือ จากความสภาพร่างกายของผู้สูงอายุที่เสื่อมถอยและการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายที่ไม่คืบหน้า เช่น การทรงตัว การควบคุมการขับถ่าย ความอดทนรอในการเข้ารับบริการที่ยาวนานต่ำกว่าผู้ป่วยทั่วไป ฯลฯ ทำให้ผู้สูงอายุติดเตียงยอมแพ้ต่อความยากลำบากในการเข้าถึงบริการ อีกทั้งเมื่อผนวกกับข้อจำกัดต่างๆ ของผู้ดูแล จึงทำให้เกิดการตัดสินใจร่วมกันว่า “ไม่ต้องไปหาหมอ” “อยู่ไปอย่างนี้” เมื่อผู้ป่วยและญาติร่วมกันตัดสินใจในลักษณะนี้ จึงทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงขาดโอกาสในการรักษาอย่างต่อเนื่อง และอาจมีส่วนที่ทำให้ความรุนแรงของโรคเพิ่มมากขึ้น

> *“เดินทางไปหาหมอถ้าหมอนัดบ่อยๆ มันก็แย่นะทั้งคนดู-คนป่วย มันไม่ใช่เรื่องง่ายนะ ลำบากมากเรื่องยกขึ้นยกลง”*

> *“แม่นั่งนานไม่ได้ นั่งนานหน้าจะมืดแล้วก็จะเป็นลม นั่งได้ 1 ชั่วโมงก็ถือว่าวันนั้นเก่งมากละ ไปรพ.แต่ละทีมันไม่ได้ชั่วโมงเดียวนี่ เป็นลมเลยไม่ไปเลย ดูแลกันที่บ้านจะ 5 ปีแล้ว”*

> *“แกถ่ายไม่เหมือนชาวบ้านเขา ไม่เป็นเวลา ถ้าปวดขึ้นมามันออกเลยนะ....มันลำบากเวลาไปข้างนอก ไปหาหมอทีรอนานๆ มันเลอะ อายหมอ อายพยาบาล อายคนอื่นเขา มันล้างยาก ลำบาก มันวุ่นน่ะ เลยไม่ค่อยได้ไปตามนัด”*

2) การเอาแต่ใจและการใช้ความรุนแรง: ปัญหาในการจัดการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่สำคัญ คือ การจัดการกับปัญหาทางอารมณ์ของผู้ป่วย โดยเฉพาะ**ผู้สูงอายุติดเตียงที่เคยมีสถานภาพเป็นผู้นำครอบครัวหรือเคยมีอำนาจและการสั่งการจากการประกอบอาชีพในอดีต** ภาวะทางอารมณ์ที่ต้องกลายเป็นผู้ป่วยติดเตียง ถึงแม้บางรายจะเจ็บป่วยมาเป็นเวลานานแต่ความ “ไม่ได้ดั่งใจ” ที่ต้องร้องขอและเฝ้าคอยความ

ช่วยเหลือ หรือการรอรับบริการที่ล่าช้าของผู้ให้การดูแล ก่อให้เกิดเป็น**ประเด็นทางอารมณ์และกลายเป็นการปะทะรวมถึงการใช้ความรุนแรง สิ่งดังกล่าวก่อให้เกิดภาวะบั่นทอนทางอารมณ์และความรู้สึกของผู้ให้การดูแลเป็นอย่างมาก**

“แกเคยสั่งแต่ลูกน้อง แกไม่นึกว่าคนที่บ้านไม่ได้เป็นทหารนะ.. บางทีทำอะไรไม่ได้ดั่งใจนี่จะคำรามเลย...ปาของใส่ป้า บางทีก็ยกมือ ชี้หน้า ง้างมือเหมือนจะตบ”

“เขาไม่เอาใคร...ไม่ได้ดั่งใจใครขึ้นมานี่เอาแล้ว...ทุกคนก็ต้องยอม ไม่งั้นหงุดหงิด นี่ขนาดเป็นมา 6 ปีแล้วเนี่ย คงหงุดหงิดที่เดินไม่ได้ ไปไหนไม่ได้ ป้าก็เข้าใจแต่แหมเราก็เหนื่อยนะ”

“โอ้โห่..เมื่อก่อนก็เป็นแบบนี้ เป็นหนักกว่านี้ นี่ลดลงแล้วนะ เมื่อก่อนใครทำให้ขัดใจนี่เอาเลย จนลูกๆ ไม่เอา นี่ดีขึ้นเยอะแล้ว แต่อะไรที่ไม่ทันใจ ก็ตาขวางเลย ขวางจนน้ำลายไหล นี่รู้เลยว่าโกรธแล้ว”

“เสียใจซิ บางทีร้องไห้ แต่พอหันไปก็สงสารก็ต้องทำต่อไป อยู่กันมานานขนาดนี้...เมื่อก่อนก็ไม่ได้เป็นหนักขนาดนี้”

3) การไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา: ความทุกข์ของผู้สูงอายุติดเตียงที่จากเดิม เคยมีความหวังว่าจะหายหรือฟื้นฟูสมรรถภาพบางอย่างให้ดีขึ้นได้ เมื่อผ่านเวลามาระยะหนึ่งแล้วรับรู้ว่าความหวังที่ตนมีนั้นไม่ได้มีโอกาสเป็นจริงเสมอไป จึงก่อให้เกิดภาวะของการถอดใจ หมดหวังหรือสิ้นหวังในการรักษาตลอดจนเบื่อหน่ายต่อการใช้ชีวิต เมื่อใดที่ผู้สูงอายุติดเตียงตกอยู่ในสภาวะดังกล่าว ปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นคล้ายๆ กันของกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ คือ การปฏิเสธการรักษา ปฏิเสธการให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตัวในฐานะผู้ป่วยที่ดี บางรายมีการต่อต้านในรูปแบบต่างๆ ของการใช้ชีวิต เช่น การถอดสายช่วยหายใจ การต่อต้านการดูดเสมหะ ไม่กลืนยา และไม่รับประทานอาหาร เป็นต้น การไม่ให้ความร่วมมือดังกล่าวนี้ ก่อให้เกิดภาวะสุขภาพที่เสื่อมถอยอีกทั้งรอยโรคทวีความรุนแรงมากขึ้น และท้ายสุดผู้ให้การดูแลหลักจะถูกทำให้กลายเป็นผู้รับภาระในการดูแลหนักมากยิ่งขึ้น ดังคำกล่าวเหล่านี้

“ตอนนี้เหมือนเค้าถอดใจ เหมือนหมดหวังว่ามันไม่หายสักที เริ่มไม่อยากกินยา กินยาเหมือนจะฆ่ากันทุกที แกคายออกบางทีบ้วนออกมาหมดเลยนะ ไม่ยอมกลืน ไอ้เราก็ไม่รู้จะทำยังไง แกบอกมันไม่หายกินไปก็ไม่หาย ไม่ต้องกินจะได้หมดเวรหมดกรรม”

“แม่เขารู้ว่าพี่ทำงานมาเหนื่อย เป็นอะไรก็ไม่บอกพี่ กลัวพี่จะลำบาก เป็นแผลอะไรเนี่ยถ้าไม่ไปดู ไปเช็ดตัวนี่จะไม่เห็นเลยนะ อะไรที่ผิดปกติในตัวแกเองแกก็จะไม่บอกเรา เราก็ยุ่งมากขายของใช่ไหมล่ะ มันก็ยุ่งตั้งแต่เช้า กว่าจะเข้าบ้านก็เย็นๆ ยิ่งแกไม่บอกนี่เราจะไม่รู้เลย ... ได้ยินบ่อยมาก (ลากเสียง) ว่าอยากตายไปซะที ลูกหลานจะได้ไม่ลำบาก ขอไม่รักษาอะไรอีกแล้ว”

“ไม่ทำอะไรสักอย่าง ให้กินก็ไม่กิน ให้อึให้ฉี่ก็ไม่ยอมทำตาม เช็ดตัวให้ก็ไม่เอา กลายเป็นดื้อไปเลย พอเป็นแบบนี้คนเหนื่อยก็เป็นเราอีก มันหนักกว่าเดิมอีกนะ ทรุดแต่ละทีติดเชื้อนี่เราหนักมาก”

4.10.2 ปัญหาที่มาจากอัตลักษณ์ส่วนบุคคลของผู้ดูแล

1) ข้อจำกัดทางร่างกายและภาวะสุขภาพของผู้ดูแล: จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่าผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่มีรูปร่างขนาดเล็กกว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง ขณะที่ผู้ป่วยติดเตียงจะมีน้ำหนักตัวมากมาตั้งแต่ก่อนป่วย และยังคงมีภาวะน้ำหนักเกินในระหว่างพักฟื้น ข้อจำกัดระหว่างสัดส่วนที่ไม่สัมพันธ์กันทำให้ผู้ให้การดูแล ต้องออกแรงมากและใช้พลังไปกับการจัดการในแต่ละกิจกรรม ตั้งแต่ การพลิกตัว การเช็ดตัว การจัดการทำความสะอาดร่างกาย อีกทั้งยังเชื่อมโยงไปถึงความยากลำบากในการฟื้นฟูสมรรถภาพการเดินและการออกกำลังกาย เมื่อความสามารถและศักยภาพของผู้ดูแลไปไม่ถึงโอกาสในฟื้นฟู ย่อมส่งผลต่อเนื่องไปถึงตัวผู้ป่วยที่ขาดโอกาสในการฟื้นฟูสมรรถภาพและโอกาสในการพัฒนาตัวผู้ป่วย และจากที่กล่าวมาแล้วในตอนต้น ผู้ดูแลเองก็กำลังเผชิญหน้ากับปัญหาสุขภาพของตัวเองอีกเช่นกัน ด้วยข้อจำกัดของร่างกายที่มี จึงทำให้ไม่สามารถดูแลผู้สูงอายุได้ดีเท่าที่ควร ดังคำกล่าวเหล่านี้

“ผมจะไปทำอะไรไหว...ผมหนัก 37 แกหนัก 100 กว่า ตัวผมก็เท่าเนี่ย พลิกตัวทีโอ้โห้ เรายอกเลยนะ...มันเลยต้องเป็นแบบนี้วันนึงเที่ยวเดียว (เปลี่ยนผ้าอ้อม-ผู้วิจัย)”

“ป้าดูแม่มาตลอด เราก็มีโรคของเรา (มะเร็ง-ผู้วิจัย) เราก็แย่ของเรา แต่ก็ต้องดู ดูจนป้าเหมือนจะหมดแรงไปทุกวัน ๆ (ร้องไห้) ความสะอาดป้าทำได้ แต่ยกนั่งขึ้น พาให้นอน เปลี่ยนเสื่อผ้านี่ปัญหาใหญ่ของป้าเลย” ปวดไปหมดหลังนี่”

“หนูก็ต้องทำงานแล้วหนูก็ไม่ได้แข็งแรง หนูก็มีโรคของหนูอยู่ แม่แกอยู่แกก็ไม่ค่อยดู (ลูกชาย-อัมพาต / ผู้วิจัย) เยี่ยว-ขี้ก็ไม่ทำเปื้อน เลอะเหม็นทั้งบ้านแล้วแกก็นอนดมอยู่ข้างๆ พี่เขานั่นแหละ หนูมาบางทีต้องเอาน้ำฉีด หนูก็เข้าใจแม่แกไม่ไหว มันเอาไม่ไหวจริงๆ นะพี่ แม่หนูก็ตัวแค่นี้”

“ไม่มีโอกาสหรอกคะ พาเดินไม่ไหว ดูตัวแกซิ ให้ลุกนั่งประคองให้นั่งกินข้าวได้ก็บุญแล้ว”

2) การขาดการติดต่อจากสังคมและโลกภายนอก: ปัญหาสำคัญประการหนึ่งที่กลุ่มผู้ดูแลหลัก อธิบายให้ทีมวิจัยฟัง คือ การต้องรับภาระและถูกทำให้กลายเป็นหน้าที่เกือบตลอด 24 ชั่วโมงต่อวัน ผู้ดูแลส่วนใหญ่ขาดโอกาสในการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมอย่างในอดีตที่ผ่านมา ส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากความคุ้นชินของผู้สูงอายุติดเตียงที่มีต่อผู้ดูแล การร้องเรียก การขอให้เห็นหน้าว่าผู้ป่วยไม่ได้อยู่บ้านคนเดียว การปฏิเสธการดูแลจากคนแปลกหน้าที่ไม่คุ้นชิน ฯลฯ เสียงเรียกร้องจากผู้สูงอายุติดเตียงจึงเป็นเสียงที่ปิดโอกาสการออกจากบ้าน เพื่อไปสังสรรค์ พบปะผู้คน ซึ่งรวมความถึงการออกไปตลาดเพื่อซื้อของ สิ่งเหล่านี้เมื่อเกิดขึ้นเป็นประจำจนกลายเป็นความขัดแย้ง ผู้ดูแลส่วนใหญ่จึงตัดใจไม่ออกไปไหน และอยู่บ้านเพื่ออยู่ให้ผู้สูงอายุได้เห็นหน้าเกือบตลอดเวลาที่ต้องการ

“ไม่ได้ไปไหนกับหรอก ก็อย่างที่บอกว่าแกไม่เอาใคร คนไหนมาก็ไม่ถูกใจ ด่าเขาบ้าง ไล่เขาบ้าง ลูกมาก็ไปดุเขา เราก็เออจะไปดุเขาทำไม เขามาเยี่ยม มาช่วย ตอนนี้ใครก็ไม่อยากมาดู... ก็เป็นป้านี่แหละ ต้องรับหน้าที่ทั้งหมด”

“เรียกทั้งวัน ไม่รู้จะเรียกอะไร ผมก็ทำงานผมอยู่หน้าบ้าน ร้องหาตลอด เขาคงกลัวที่จะอยู่คนเดียวละมั้ง ไอ้เราก็แหมจะขอทำงานบ้าง นี่ก็เรียกจัง”

“ร้องหาตลอดเวลา ไม่ให้ไปไหน ต้องให้อยู่ใกล้ๆ ตลอดเวลา เราก็อึดอัดมาก ไปตลาดยังไม่ได้....กลางวันเหนื่อยเราก็แอบ

หลับ ของีบสักนิดก็เรียก เรียกทั้งวัน กลางวันไม่ได้นอน กลางคืนก็เรียก นอนไม่ได้ทั้งกลางวันกลางคืน ป้าเองนี่แหละจะตายก่อน”

4.10.3 ปัญหาที่มาจากกลไกของครอบครัว

4.10.3.1 การเปลี่ยนสภาพครอบครัวขยายเป็นครอบครัวเดี่ยว: ข้อค้นพบ ประการสำคัญที่มีผลต่อการจัดการดูแล ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุติดเตียงที่ได้รับรายงานมากที่สุด คือ การเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างครอบครัวที่นับวันจำนวนสมาชิกจะลดน้อยลงไปเรื่อยๆ จากครอบครัวขยายที่มีคนหลายวัย กลายมาเป็นครอบครัวขยายที่ไม่สมบูรณ์ หรือ ครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น เมื่อขนาดของครอบครัวเล็กลง สมาชิกในครัวเรือนมีไม่มาก ในกรณีที่เกิดภาวะเจ็บป่วยจึงทำให้ภาระในการดูแลไม่ได้รับการผ่องถ่ายหรือกระจายอย่างสมดุล กลายเป็น “การตกเป็นภาระ” ของใครคนใดคนหนึ่งอยู่เพียงลำพัง ด้วยคำอธิบายว่า “ไม่มีคน” “มีกันอยู่เท่านี้”

“บ้านเรามีกันเท่านี้ 4 คนแต่ไหนแต่ไร คนอื่นไปทำงานหมด บ้านอื่นยังดีเขามีคนเยอะก็ช่วยกันได้ ลูกทำงานเราก็ต้องรับหน้าที่”

“ถ้าอยู่ที่ต่างจังหวัด คงสบายกว่านี้ เพราะที่นั่นพี่น้องเยอะ พอย้ายมาก็ไม่ได้กลับไปเลยจนเกษียณอ่ะ แทบไม่ได้ไปเลยนะ เราก็มีครอบครัวเรา เขาก็มีครอบครัวเขา มีเลยเหลือกันอยู่เท่านี้”

4.10.3.2 การย้ายถิ่นออกของสมาชิกในครอบครัว: จากการศึกษายังพบว่า ไม่เพียงแต่ครอบครัวจะเปลี่ยนขนาดลงเท่านั้น หากแต่จำนวนสมาชิกในลักษณะของครอบครัวเดียวยังคงมีการย้ายถิ่นออกด้วยพันธกิจทางการทำงานและการศึกษา ทำให้เหลือกันแต่ผู้สูงอายุที่อยู่กันเพียงลำพัง หรือ อยู่ร่วมกับผู้ดูแลที่จ้างมาเพื่อเป็นการดูแลโดยเฉพาะ การกลับมาเยี่ยมเยียนมีบ้างในบางครั้ง แต่ไม่ได้อยู่เพื่อให้การดูแลหรือให้การสนับสนุนทางสังคมแต่อย่างใด

“ลูกแกก็ให้เงิน ส่งเงิน เดือนละครั้งเอาของมาส่ง อะไรขาดก็บอกไป แกก็อยู่กันสองคนตายาย”

“ลูกๆ เขาก็ไปเรียนไปทำงาน คนโตจบเชียงใหม่ก็ทำงานแถวนั้น คนรองนี่ทำงานที่กรุงเทพ ไป-กลับทุกวันก็ไม่ไหว รถมันติด

เขาก็เลยอยู่หออยู่คอนโดเลย ก็เหลือกันสองคน นานๆ จะมาสักที เสาร์-อาทิตย์บางทีก็ต้องทำงาน ไม่ได้กลับ”

4.10.3.3 ลักษณะปัจเจกบุคคลในครอบครัว: ในกรณีบางครัวเรือนที่ยังมีคนหลายช่วงวัยอาศัยอยู่ร่วมกัน การเอื้อเฟื้อถึงกิจกรรมการดูแลสามารถช่วยเหลือกันได้บ้างไม่มากก็น้อย แต่หลายรายยังสะท้อนให้เห็นถึงข้อจำกัดของการใช้ชีวิต ที่ปัจจุบันต่างให้ความสำคัญกับหน้าที่การงานและการเจริญเติบโตในหน้าที่ ผู้ให้การดูแลหลักได้สะท้อนให้เห็นถึง การหมกมุ่นตรากตรำในการทำงานของคนรุ่นใหม่ ที่ไม่สามารถให้ความช่วยเหลือได้มากพอ ทั้งที่ในความเป็นจริงสามารถยื่นมือแบ่งปันความทุกข์ความสุขได้มากกว่านี้ บางครัวเรือนยัง สะท้อนให้เห็นถึงความรักสันโดษจนกลายเป็นความเห็นแก่ตัวของสมาชิกในครัวเรือน ซึ่งส่งผลให้บทบาทในการดูแลตกอยู่กับผู้ให้การดูแลหลักเท่านั้น

“เขาเป็นอาจารย์ ทำงานกลับมาก็เหนื่อย บางวันกลับมาดึกพ่อก็หลับไปแล้ว ก็ไม่ได้ช่วยอะไร ก็ให้เงินช่วยเดือนละ 2 พัน กลับมาก็ขึ้นห้องอย่างเดียว”

“มันยังไงก็ไม่รู้บอกไม่ถูก อยู่ก็เหมือนต่างคนต่างอยู่ ต่างคนต่างมีมุมเฉพาะ เงียบๆ ไม่ค่อยคุยกัน...เข้าใจว่าเหนื่อย รถติดมาก็คงอยากพัก จะร้องขออะไรให้ช่วยนี่ก็หงุดหงิด ต้องนัดล่วงหน้า ต้องบอกเขาก่อน”

“บ้างาน... บ้าจนลืมหน้าลืมหลัง ป้าก็ไม่ได้ว่าเขาหรอก ใครมีอะไรก็ทำหน้าที่ของตัวเองไป แต่จริงๆ ถ้าเขาคิดถึงพ่อของเขาเขาทำอะไรได้มากกว่านี้เยอะ... ป้าจะเบากว่านี้”

“เขา (พี่ชายคนโต-ผู้วิจัย) ไม่มาหรอก บ้านก็อยู่แค่นี้ไม่ได้ไกลกันเลย U-turn ข้ามถนนมาก็ถึง... แต่ไม่มา...เราก็ไม่ได้ว่าอะไร แต่มันจะเห็นแก่ตัวกันขนาดนี้เลยเหรอ ที่อยากถาม... ลูกเมียก็ไม่มี มันจะสันโดษอะไรกันหนักหนา”

4.10.3.4 ความขัดแย้งและปัญหาครอบครัวในอดีต: ปัจจัยสำคัญที่ผู้ให้การดูแลหลัก ระบายให้กับทีมวิจัยได้รับฟัง คือ ความทุกข์ที่เกิดจากข้อขัดแย้งบางประการในครัวเรือนระหว่างผู้ให้การดูแลหลักกับผู้สูงอายุติดเตียง ที่เคยมีปัญหากันมายาวนานตั้งแต่สมัยอดีต แต่ยังไม่ได้รับการผ่องถ่ายหรือแก้ไขในจุดเริ่มต้นของความขัดแย้ง จนปัจจุบันกลายสภาพมาเป็นกำแพงกั้นระหว่างความรู้สึก ซึ่งสะท้อนออกมาถึงความไม่ไว้ใจ

ความอึดอัดใจ ความทุกข์ทรมานทางจิตใจ และโยนบาปในการดูแลให้กันและกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง กรณีของการไม่ได้เป็นผู้ถูกรัก การไม่ได้เป็นลูกที่รัก การไม่ได้เป็นภรรยาแก้วของสามี การมีชู้และการนอกใจ แต่เมื่อเกิดปัญหาทางสุขภาพกลับต้องกลายมาเป็นผู้ดูแล จึงกลายเป็นปัญหาหนึ่งที่ผู้ดูแลได้รับผลกระทบ ทุกข์ทรมานและเพิ่มความเครียดในการดูแล

“สมัยหนุ่มเขาเจ้าชู้มาก (ลากเสียง) เป็นทหารนี่ พวกผู้หญิงก็อยากเป็นเมียทหาร เขาก็ไป...ทิ้งลูกทิ้งเมียไป แล้วพอเป็นแบบนี้เมียใหม่ก็ไม่เอา จะเอาทำไมก็เงินทองได้ไปหมดแล้ว กลับมานี่ก็มาแต่ตัวนะ ลูกมันยังดีไปรับมา...เป็นเวรเป็นกรรมของป้า”

“หนูไม่ได้เป็นลูกรักเขาหรอก เขารักพี่ชาย หนูก็ไม่ได้ทำให้เขาปลื้มไงสมัยก่อน คือ มีแอบไปมีแฟน ท้ายสุดก็หย่า เลยกลับมาอยู่บ้านแล้วพอดีพ่อก็ป่วย เราก็เอาว่ะ ทำไม่ดีไว้มากถึงขนาดลาออกจากงานมาดู แต่เขาก็แบบประมาณว่ายังไม่ยกโทษให้อะไรยังเงี่ย ทุกวันนี้ทำอะไรให้เขาก็หาว่าหนูกระแทกทั้งๆ ที่ไม่ได้ทำอะไรเลย เขาก็ไม่ค่อยไว้ใจ หาว่าเราเอาคืน... แต่ไอ้พี่ชายลูกรักอ่ะ ไม่เคยมา หนูก็กลั้นใจทำไป พ่อเรา บางวันนี่เครียด ร้องไห้เลยนะ ทำดีไม่ได้ดี”

“หนูก็หมาหัวเน่าทันที ถ้าลูกรักเขากลับมา มาชั่วโมงเดียวพ่อปลื้มใจมากแบบว่า มากกว่าอยู่กับหนู 1 ปีอีกอ่ะ ใครมาหาก็จะชมว่าเนี่ยลูกชายมาหา เอาของมาให้ แต่หนูอ่ะไม่เคยได้สักคำไอ้คำชมเนี่ย”

“ทุกวันนี้ก็ได้แต่ลูกคนนี้แหละดูแล เขาก็อดทนนะ เมื่อก่อนเขาทะเลาะกับพ่อ หาว่าพ่อไม่รัก พ่อรักแต่ลูกสาวแต่ทุกวันนี้ได้กินได้ใช้ ได้ค่ายาค่าแพมเพริสก็ลูกคนนี้ ลูกสาวที่เขารักแต่งงานไปก็ไม่ค่อยได้มา นานๆ (ลากเสียง) จะมาสักที”

4.10.4 ปัญหาที่มาจากระบบการแพทย์

4.10.4.1 สิทธิสุขภาพ: เป็นที่ทราบกันดีในปัจจุบันว่า เงื่อนไขของการเข้าถึงบริการสุขภาพส่วนหนึ่ง เป็นผลมาจากข้อกำหนดจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยการขึ้นสิทธิการรักษากับสถานพยาบาลใกล้บ้านที่มีสิทธิอยู่ อย่างไรก็ตามในสถานการณ์ของความเป็นจริง การกำหนดให้ใช้สิทธิเฉพาะ

กับโรงพยาบาลที่ตนมีสิทธิอยู่เท่านั้น ไม่ได้สะท้อนถึงการเข้าถึงบริการที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุติดเตียงเท่าใดนัก ด้วยเงื่อนไขและข้อจำกัดต่างๆ มากมาย เช่น การรอคิวนาน การจราจรที่ติดขัด การมีสถานพยาบาลใหม่ (ศูนย์แพทย์ปฐมภูมิ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์) แต่ไม่ได้รับสิทธิเข้าใช้บริการ อันเนื่องมาจากการจัดแบ่งพื้นที่เดิมของการรับบริการจาก สปสช. ด้วยเงื่อนไขต่างๆ ของระบบประกันสุขภาพ นำมาซึ่งปัญหา ที่สลับซับซ้อนที่สร้างปัญหาให้กับครอบครัวของผู้สูงอายุติดเตียงเป็นอย่างมาก ดังคำกล่าวที่ว่า

> *“สิทธิ์แม่เขาอยู่ที่โรงพยาบาลประชาธิปัตย์ บ้านเก่าอยู่ที่นั่นไง มีอะไรก็ต้องไปที่นั่น คนก็เยอะมาก...เลยตัดใจไม่ใช้มันละ...เข้า บี. แคร์ แกสบายกว่า เพราะทุกวันนี้ก็รักษากันเองอยู่แล้ว”*

> *“ผมก็อยากได้ตรงนี้ (ศูนย์แพทย์ มธ) แต่เขาบอกไม่ได้ เขาให้ไปลำลูกกาเหมือนเดิม อยากย้ายมาที่นี่มาก รับส่งแม่มันง่ายกว่าไง เพราะติดกัน ใกล้ๆ กันแค่นี้”*

> *“เวลาที่มันเร่งด่วน กลางค่ำกลางคืน... เราจะไปรอยังไงตามสิทธิ์ ไปเข้าคิว ขอใบส่งตัว...ก็ไปมันเอกชนนี่แหละ...เอกชนก็แพงเหลือเกิน”*

> *“พ่อเขาบอกว่าเขามีสิทธิ์เบิกได้ที่ลำลูกกา เราก็ต้องเริ่มลำลูกกา จะไปธรรมศาสตร์เขาก็ไม่รับบอกไม่มีใบส่งตัว ก็กลับมาขอใบส่งตัวอีกรอบ เขาก็บอกไม่ให้ไป...ให้รักษาลำลูกกา โรงพยาบาลไม่ส่งให้...แต่เราก็อยากไปที่มันดีๆ ไกลก็ไม่ว่า มันสบายใจ พ่อเราก็อยากให้ได้ยาดีๆ”*

> *“ไปมันทั่วแหละ ที่ไหนสะดวก พ่อผมนี่มีประวัติทุกที่แหละ ไปเช็คเหอะโรงพยาบาลไหนสะดวกวันนั้นก็ไป ผมก็ว่าพ่อผมนี่กินยามั่วไปหมด ถุงยามีทุกโรงพยาบาล”*

> *“ก็ต้องไปภูมิพลตามสิทธิ์อ่ะ ไม่กล้าไปที่อื่น กลัวถ้าไปที่อื่นกลับมาแล้วหมอเขาจะไม่รับรักษา (หัวเราะ)”*

4.10.4.2 การไม่ได้รับสิทธิ (คนพิการ) ที่พึงมีพึงได้: จากที่กล่าวมาแล้วข้างต้นว่าผู้สูงอายุติดเตียงที่มีภาวะพิการหลายราย มีเพียงร้อยละ 31 เท่านั้นที่ได้รับสิทธิคนพิการ การได้รับสิทธิคนพิการมีข้อดีต่อ

ผู้สูงอายุติดเตียงมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งจะช่วยแก้ปัญหาการเข้าถึงบริการ เนื่องจากผู้สูงอายุติดเตียงที่มีภาวะพิการของการเคลื่อนไหว สามารถเข้ารับบริการสาธารณสุขของรัฐได้ทุกแห่ง โดยไม่ต้องมีการส่งต่อ ซึ่งรวมถึงศูนย์การแพทย์ปฐมภูมิของมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ในฐานะสถานพยาบาลใกล้บ้านได้อย่างไม่มีข้อจำกัด อีกทั้งยังสามารถได้รับเบี้ยรายเดือน (800 บาท) ควบคู่กับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ รายได้ในส่วนนี้สามารถช่วยค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวันได้บ้างไม่มากก็น้อย แต่ปัจจุบันผู้สูงอายุติดเตียงในพื้นที่ฯ ศึกษาบางส่วนยังไม่ได้ขึ้นทะเบียนคนพิการ ทำให้บางครอบครัวยังคงต้องผูกติดสถานพยาบาลที่ตัวเองขึ้นสิทธิไว้ ทำให้โอกาสในการใช้บริการใกล้บ้านใกล้ใจ ยังไม่เกิดผลจริงอย่างเป็นรูปธรรม

> *“นี่ก็งงว่าทำไมไม่ได้สิทธิ์คนพิการเหมือนคนอื่นเขา คนอื่นก็เห็นเขาได้กัน”*

> *“อยากได้มาก (สิทธิคนพิการ) แต่ก็ไม่รู้จะเริ่มยังไง คือแกป่วยมานานมากแล้วเป็น 10 ปีแล้วอย่างงี้ ... ขึ้นได้ไหม”*

> *“โอ้ย...เห็นมาสำรวจหลายรอบแล้วเนี่ย (ประชดประชัน) ครั้งนั้น XXX ก็บอกว่าจะเอามาให้ จะทำให้ รอจนยายจะตายไปหลายรอบละ ทุกวันนี้ก็ยังไม่เห็นได้”*

> *“เคยไปขอ...เขาก็บอกให้ไปหาหมอคนแรกที่ตรวจ แล้วหมอคนแรกที่ตรวจนี้หมายถึงหมอคนแรกที่รักษาใช่ไหม เขาก็บอกว่าใช่... ก็รักษาครั้งแรกมันตั้งแต่อยู่สุพรรณ จะไปหาหมอคนนั้นก็ไม่เจอแล้วมั้ง..มันก็เรื่อยเฉื่อยมา..ก็ไม่มีใครรับรอง ... ถ้าจะให้เขารับรองก็ต้องแบกคนไข้ไปหาหมอดูอีก ทุลักทุเล หมอเขาจะรับรองให้เหรอ ถ้าไม่ใช่หมอที่รักษาจริง”*

> *“เขาว่าได้สิทธิ์คนพิการ มันสะดวก ไป รพ.ไหนก็ได้ ไม่ต้องรอคิวด้วย...มันจริงมั้ย...ถ้ามันสะดวกจริงแบบนี้ก็อยากได้สิ...ทำยังไงถึงจะได้ล่ะ แต่นี่เขาเป็นข้าราชการไม่รู้จะได้ด้วยมั้ย”*

4.10.4.3 ความเชื่อมต่อของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน: ปัญหาความเชื่อมต่อของการรับ-ส่งต่อผู้สูงอายุติดเตียงในช่วงเวลาเร่งด่วนหรือในช่วงวิกฤต เป็นประสบการณ์ที่ผู้ให้การดูแลหลักพบเจอมาตลอดระยะเวลาของการให้การดูแล จนกลายเป็นปัญหาสามัญที่เกือบทุกรายเชื่อมั่นว่าจะเกิดขึ้นทุกครั้งหากวันที่เร่งด่วนมาถึง การถูกปฏิเสธจากรถบริการสาธารณะ การถูกให้รอจนต้องหาทางออกอื่นด้วยตัวเอง การ

ติดต่อแล้วไม่ได้รับการตอบสนองเพื่อการจัดการ ต่างเป็นสิ่งที่ผู้ให้การดูแลหลักสะท้อนออกในเชิงระบบการแพทย์ฉุกเฉินของพื้นที่

> *“ทุกครั้งที่ต้องส่งโรงพยาบาลมันหารถยากมากนะแถวนี้ ติดเตียงแบบนี้ มันจะไป Taxi ยังไงเพราะมันจะปรับนอน Taxi เขาก็ไม่รับ”*

> *“หมอนัดแต่ละรอบ 3 เดือนครั้ง....ที่ไม่ได้ไปก็เพราะเรื่องรถหารถนี่แหละ...ขนย้ายลำบาก ไหนจะไม้เท้าเอย รถเข็นเอย Taxi ก็ไม่อยากรับแล้ว ออกไปเรียกพอบอกว่ามารับคนไข้ไป รพ.หน่อยเขาก็ไม่อยากจะเข้ามา มีนะเขาอาสามารับให้ แต่แม่ก็อีถ่ายบนรถเขา สงสารโชเฟอร์มาก ต้องให้เงินพิเศษไปล้างรถ”*

> *“เคยเรียกรถเทศบาล...เขาก็บอกไม่มี โทรก็ยากเวลาที่จะขอใช้อ่ะนะ ไม่ได้หรอก”*

> *“โทรไปกี่ครั้งก็ไม่ได้รับการตอบสนอง เขาก็ไม่ได้เร่งรีบอะไรให้เรา เคยสำลักข้าว โทรไปก็บอกไม่ได้...รถต้องจอดรอที่เทศบาลเผื่อให้หมอไว้ใช้ส่งคนไข้ แต่เรารีบนี่ น่าจะให้เราก่อน เขาก็บอกให้หารถข้างบ้านก่อน”*

> *“รถดีแค่ไหน จะมาหรือไม่มามันก็เรื่องนึงนะ แต่รถติดตอนเช้าตอนเย็นได้รถดีขนาดไหนมาก็ไม่ทัน มันยาก...แก้ยาก...เรื่องรับส่งคนไข้เนี่ย ทุกวันก็ได้แต่สวดมนตร์ขอให้แกอย่าเป็นอะไรเลย อยู่ไปวันๆ แบบนี้เถอะ อย่าเป็นอะไรอีก”*

4.10.4.4 การเพิกเฉยในการตอบสนองของบุคลากรทางการแพทย์ต่อผู้ป่วยและครอบครัว: เสียงสะท้อนสำคัญอีกประการหนึ่งของผู้ให้การดูแลหลัก ที่นอกจากความยากลำบากในการเข้ารับการบริการในสถานพยาบาลของรัฐตามสิทธิ์ดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้น ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวได้อธิบายถึงอีกหนึ่งสาเหตุของความทุกข์ที่เกิดจากการเข้ารับบริการ คือ การเพิกเฉย และ ไม่ตอบสนองในการให้บริการที่ทันท่วงที ในกรณีของผู้สูงอายุติดเตียง ตั้งแต่ การปล่อยให้รอคิวเหมือนคนไข้ปกติถึงแม้จะมีข้อจำกัดทางสุขภาพ การปฏิเสธการร้องขอถึงโอกาสของสิทธิพิเศษในกรณีคนไข้ผู้สูงอายุ การใช้คำพูดที่ไม่มีน้ำเสียงของเจ้าหน้าที่

ซึ่งโดยรวมคือ การไม่ยืดหยุ่นในบริบทและความต้องการที่แท้จริงในธรรมชาติของผู้ป่วยและญาติ ทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วยและญาติไม่สามารถพัฒนาไปในทิศทางที่ควรจะเป็น ทำให้เกิดช่องว่างของความขัดแย้ง ความไม่เข้าใจ ความผิดหวัง จนนำไปสู่ความไม่อยากร่วมมือในการรักษา กลับบ้านด้วยความทุกข์ และปฏิเสธการนัดหมาย จนกลายเป็นการดูแลกันเองในครอบครัว ทำให้ผู้สูงอายุติดเตียงถูกทำให้แยกออกหรือหลุดออกไปจากระบบการแพทย์ที่พึงได้รับ

“แม่เป็นทั้งเบาหวาน โรคสมอง ความดัน...เคยขอพยาบาลที่เค้าเตอร์ว่ายายแกไม่ไหวจริงๆ ขอเจอหมอก่อนได้ไหม ... พยาบาลบอกว่า ป้าก็ดูซิ คนแก่ทั้งนั้น เค้าก็ป่วยเหมือนแม่ป้าทั้งนั้น จะลัดให้ได้ยังไง...เรานี่เดินมาแบบ โอ้ยทำไมต้องพูดกับเราขนาดนี้”

“มันเครียดนะ...เวลารอที่โรงพยาบาล ใครไม่มีญาติป่วยแบบนี้ไม่เข้าใจหรอก ไปตั้งแต่ตีห้า กว่าจะได้เจาะเลือด เจอหมอ ปาเข้าไป 10 โมง คนไข้นอนเตียงแบบนี้จะรอไหวเหรอ”

“ปัญหามันเยอะมาก เลยไม่ไปมันแล้ว ไปแต่ละทีลำบาก รอนาน...คนไข้เองก็ขอว่าไม่ไป ไปแล้วอยู่ๆ ไม่ไหวก็บอกว่ากลับบ้านเถอะ”

“พี่ไม่ได้พาไปมาจะ 5 ปีละ ก็ปกติดี ไปแต่ละทีเครียดมาก็ป่วยกันอีก บางทีกลับมากินข้าวกันไม่ลง มันเหนื่อยนะ คนไข้ก็เหนื่อยไง... ไม่ไปก็กลับเหมือนดีกว่าไปโรงพยาบาล (หัวเราะ)”

“เจ้าหน้าที่นี่ก็ไม่รู้เป็นไงนะ รพ. XXX เนี่ย พูดไม่ดีสักคน ไปทีไรก็หน้าบึ้ง ขอความช่วยเหลืออะไรก็หน้าหงิก ถามบ่อยก็ตวาดเรา”

“ผมชี้หน้าด่า จะต่อยหน้าพยาบาลเอาครั้งล่าสุด...พ่อผมถ่ายบนเตียง ไปขอกระดาษทิชชู่ เรารู้ว่ามันน่าเกลียด แหมผมก็อาย เดินไปขอที่พยาบาล โดนมันกวนกลับมา ว่าทำไมไม่ซื้อเตรียมมา เสียงมันเหมือนด่าเรา ก็เลยบอกว่าเฮ้ยนี่โรงพยาบาลหรือเปล่าว่ะ คนที่นี่มันถึงปากมันยังไง คนไข้แก่มากจะขอกระดาษไม่มี ไม่ให้ไม่ว่า แต่บริการมันไม่น่าเป็นแบบนี้นะ...

ญาติคนไข้ด้วยกันแถวนั่นซะอีก วิ่งหา วิ่งขอ กับญาติด้วยกันเอง มาช่วยเรา ... อย่าเป็นพยาบาลเลย”

4.10.5 ปัญหาที่มาจากสังคมและสิ่งแวดล้อม

4.10.5.1 การกลายเป็นเมือง: การพัฒนาสังคมจากชนบทจนกลายเป็นเมืองศูนย์กลางทางเศรษฐกิจอย่างเช่นจังหวัดปทุมธานี ส่งผลต่อการใช้ชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงไม่มากก็น้อย ปัญหาที่พบมากที่สุดที่ได้รับรายงาน คือ

1) ระบบการจราจรที่ติดขัด: ซึ่งส่งผลอย่างยิ่งต่อการพาผู้ป่วยเข้ารับบริการทางการแพทย์ เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงมักมีปัญหาการขับถ่าย และจะมีปัญหาอย่างมาก หากการเดินทางครั้งนั้นอยู่ในช่วงการจราจรที่ติดขัด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเวลาเร่งด่วน

2) ถนนในหมู่บ้านถูกกลายเป็นเส้นทางลัดของคนนอกพื้นที่: จากการสะท้อนปัญหาของผู้ดูแลพบว่า ถนนเส้นทางเล็กๆ ในหมู่บ้านจากเดิมที่ไม่ค่อยพลุกพล่าน ได้ถูกเปลี่ยนเป็นความจอแจและแน่นขนัดไปด้วยรถส่วนบุคคลขนาดเล็ก รถมอร์เตอไซด์ และรถแท็กซี่ ที่เข้ามาส่งผู้โดยสารหรือใช้เป็นเส้นทางลัดเพื่อเชื่อมต่อไปยังถนนใหญ่ต่างๆ ที่มีอยู่รอบเขตพื้นที่ของอำเภอคูคต ส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากจำนวนหมู่บ้านและการอพยพเข้าของคนนอกพื้นที่ เมื่อประชากรมากขึ้น ยานพาหนะมีเพิ่มขึ้น ดังนั้นความปลอดภัยในการใช้ถนนและการใช้ชีวิตของคนในพื้นที่จึงมีลดน้อยลงไปเรื่อยๆ จึงตัดสินใจไม่เข็นผู้สูงอายุออกมานอกบ้านเพื่อเปลี่ยนบรรยากาศ เนื่องด้วยความไม่ไว้ใจในความปลอดภัย การกลายเป็นเมืองในครั้งนี้จึงเท่ากับเป็นการปิดพื้นที่ทางสังคมของผู้สูงอายุและผู้ให้การดูแลหลักไปโดยปริยาย

“จะไปไหนได้...เดินออกไปยังไม่รู้ว่าจะโดนรถมันหิ้วไปหรือเปล่า เมื่อก่อนเคยเข็นแกออกไปนะ ไม่อยากให้อุดอู้อยู่แต่ในห้อง เพราะห้องมันก็ไม่ได้ระบาย... แต่รถมันเยอะจริงๆ เข็นไปก็เสียงดังแกก็ไม่ชอบอีก บีบแตรแกก็ตกใจแล้ว เลยไม่ออกไปอีกเลย...กลัว”

“ทางนี้มันลัดออกถนนพหลโยธินได้ ผ่านโรงน้ำส้มนี่ก็ออกไปได้หลายซอย... รถมันเยอะมากจนเราเองเดินยังไม่กล้าออกไปเลย... ซอยข้างๆ นี่ก็เพิ่งจะโดนรถเฉี่ยวเอา ก็เลยไม่ได้พาออกไปไหน...ป้าเองก็ไม่ไหวแล้ว ก็เลยได้อยู่กันแต่ในบ้าน”

4.10.5.2 ปัญหามลพิษ: จากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุติดเตียงนอกจากจะเผชิญปัญหาสุขภาพ และสังคมไปแล้ว ยังเผชิญกับปัญหาทางมลพิษร่วมด้วย ตั้งแต่การถูกเปลี่ยนพื้นที่สีเขียวเป็นหมู่บ้าน

จัดสรร การก่อสร้างตึกสูงที่ปิดบังการไหลเวียนของลม การสร้างชุมชนใหม่ที่ปิดกั้นทิศทางไหลของแม่น้ำลำคลอง ปัญหาน้ำเน่าและการจัดการที่ไม่เหมาะสม สิ่งเหล่านี้มีผลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุติดเตียง เพราะเขาเหล่านั้นไม่สามารถเคลื่อนย้ายตัวเอง หรือ หลบเลี่ยงปัญหาเหล่านั้นได้ด้วยตัวเอง หากแต่ต้องนอนและสัมผัสกับมลพิษนั้นต่อไปอย่างลำพัง อย่างไรก็ตาม การแก้ไขปัญหามลพิษดังกล่าว ในบางครอบครัวที่มีอำนาจ ทางเศรษฐกิจเพียงพอและสามารถจัดการได้ ส่วนใหญ่นิยมติดตั้งเครื่องปรับอากาศในห้องผู้ป่วยเพื่อบรรเทามลพิษที่บ้านตัวเอง แต่ในกรณีครอบครัวที่ไม่สามารถจัดการได้ต่างต้องจำทนเผชิญกับปัญหามลพิษนั้นต่อไป

“ปัญหาที่นี่ที่เจอมากเลย คือ มันร้อนมาก ถ้าหน้าร้อนนี่ร้อนเอาเรื่องเลยนะ มันไม่ได้ร้อนเล่นๆ ลองมาอยู่ดู ... บ้านสูงๆ ห้องแถว หอพัก มันบังหมดเลย เมื่อก่อนลมตึง...ตึง...เลยนะแถวนี้อ่ะ เดี๋ยวนี้ลองดูดิ...ใบไม้มันยังไม่กระดิก...เลยต้องติดแอร์ให้แก ไม่ไหว สงสารแก มันร้อน.... ทีนี้ก็มาเจอค่าไฟละทีนี้ (หัวเราะ)..”

“บ้านมันหลังคาสังกะสี ร้อนอย่าบอกใครเลยล่ะพ่อคุณเอ้ย... จะทำอะไรได้เล่า ก็ต้องทนไปอะซิ”

“วันนั้นงูเหลือมเข้ามา...ไม่รู้เป็นไงเหมือนลางสังหรณ์ อยู่ๆ ก็นึกหันไปมองทางนั้น นอนขดอยู่เลยหน้าห้องน้ำ มันคงร้อนก็เข้ามาหลบมั้ง (หัวเราะ) มันคงไม่มีที่ไป มีแต่ตึกแถวนี้ ถ้ามันหิวมันคงมากินแกอ่ะ (ผู้สูงอายุ) คงไม่เหลือ พลิกตัวหนีก็ไม่ได้ด้วย”

“น้ำเน่าที่นี่... มีแต่ยุง นี่ขนาดติดมุ้งลวดทั้งบ้านแล้วนะ หันพัดลมส่ายตลอด บางวันก็ต้องกางมุ้งซ้ำอีกรอบ เพราะผมกลัวไข้เลือดออก เราไม่รู้ใช่ไหมล่ะ แกก็ปัดไม่ได้เพราะแกไม่รู้สึกโดนกัดก็พูดบอกเราไม่ได้ ไปตลาดกลับมาอีกทีเห็นโอ้โห่โดนกัดทั้งตัว”

“ตะขาบ แมงป่อง ยุง มดเยอะมากบ้านป้าเนี่ย ไม่รู้มันมายังไงหรือมันได้กลิ่นคนป่วย แบบกลิ่นฉี่กลิ่นอึหรือเปล่าไม่รู้เนอะ มันคงมาตามกลิ่น”

4.11 ความต้องการความช่วยเหลือจากสังคมและเครือข่ายชุมชน

จากการศึกษามุมมองทางสังคมและเครือข่ายชุมชน รวมถึงความต้องการและความคาดหวังของผู้ให้การดูแลหลัก สามารถจัดแบ่งตามลักษณะของความต้องการที่มาจากฐานของระบบเศรษฐกิจครัวเรือน ได้ดังต่อไปนี้

4.11.1 กลุ่มผู้มีเศรษฐานะในระดับดี ได้ให้ความเห็นว่า การดูแลบิดามารดาที่อยู่ในภาวะสูงอายุและติดเตียงเป็นพื้นที่ของคนในครอบครัว ที่จำเป็นต้องอาศัยความเฉพาะทางและความเชี่ยวชาญในการให้บริการและหัตถการพื้นฐาน ซึ่งในส่วนนี้ถือเป็นกิจกรรมและพันธกิจที่คนในครอบครัวสามารถบริหารจัดการได้ทั้งในรูปแบบของการจ้างผู้ดูแลที่มีประสบการณ์โดยตรงเป็นผู้ปฏิบัติ หรือ การส่งโรงพยาบาลที่มีสิทธิ์ในการเบิกจ่ายหรือการส่งโรงพยาบาลเอกชน อีกทั้งรู้สึก “ไม่ปลอดภัย” หากให้บุคคลภายนอกเข้ามาจัดการโดยไม่มีความคุ้นเคยหรือรู้จักกันมาก่อน โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่ไม่ได้ผ่านการอบรมใดๆ มา มีเพียงสิ่งเดียวที่ครอบครัวในกลุ่มนี้ต้องการ คือ เรื่องของการบริการในกรณีเหตุฉุกเฉิน ที่ประกอบด้วย (1) การจัดสรรรถพยาบาลหรือรถกู้ภัยที่ได้มาตรฐานทางการแพทย์ รับ-ส่ง จากบ้านถึงสถานพยาบาลในกรณีฉุกเฉิน (2) บริการจากบุคลากรทางการแพทย์ที่มีใบประกอบวิชาชีพที่บ้าน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง นักกายภาพบำบัด

> *“ส่วนตัวพี่ว่าบ้านพี่จัดการได้ คุณแม่คงไม่สบายใจถ้าให้ใครมาดูแลคุณพ่อ พี่เองก็ไม่มั่นใจถ้าจะให้ อสม.เข้ามาทำ มันละเอียดอ่อนนะ อสม.ก็คือชาวบ้านอ่ะ ไม่ต้องเลย มันไม่ปลอดภัยหรือเปล่า... เรื่องนี้ถ้าเกิดอะไร พี่ก็ส่งโรงพยาบาลอยู่แล้ว”*

> *“ถ้าเป็นได้นะ แล้วถ้าเกิดได้จะดีมาก พี่ขอรถพยาบาล แบบรถที่มีมาตรฐานนะ มีเครื่องไม้เครื่องมือเฉพาะ มีพยาบาลไปพร้อมกับคนไข้ เอาแบบที่กู้ภัยได้จริงๆ นะไม่ใช่รถกระบะเปิดท้ายแบบมูลนิธิ...เพราะเวลาฉุกเฉินมันหารถไม่ได้ เพราะคนไข้ต้องนอนไป คุณพ่อพี่นั่งไม่ได้ หรือ แบบตอนพี่ทำงาน เกิดอะไรขึ้นมา คุณแม่โทรเรียกมารับแล้วไปเจอกันที่โรงพยาบาลแบบนี้ พี่สนับสนุนเลย...ยินดีจ่าย พี่พร้อมจ่ายด้วย...แต่ถ้าจะทำก็ต้องราคาไม่เกินโรงพยาบาลที่เขาคิดกันปกติ ถ้าจะบริการเพื่อคนในชุมชนก็น่าจะถูกกว่า”*

> *“นักกายภาพสำคัญสำหรับผู้สูงอายุทั้งติดเตียงและไม่ติดเตียงนะคะ ถ้ามีนักกายภาพมาทำให้ที่บ้าน จะช่วยป้าได้เยอะ เรื่องคนดูแลเรามีแล้ว แต่ก็อยากให้มีกายภาพมาช่วย ป้าก็จะดีใจมาก เรื่องค่าใช้จ่ายไม่*

ต้องห่วงเลย ถ้ามาที่บ้านป้าว่าคุ้มกว่าการออกเดินทางไป แล้วคนไข้ก็ไม่ลำบาก”

4.11.2 กลุ่มผู้มีเศรษฐานะในระดับปานกลางและวิกฤต ความต้องการและมุมมองของเครือข่ายชุมชนและสังคมรอบข้างของสองกลุ่มประชากรที่มีต่อการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง นี้มีความใกล้เคียงกันโดยมีรายละเอียดที่ไม่แตกต่างกันมาก ทีมวิจัยจึงขอนำเสนอในภาพรวมไปพร้อมๆ กัน เพื่อไม่ให้เกิดความซ้ำซ้อนของการเสนองาน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

4.11.2.1 การให้การช่วยเหลือในกรณีวิกฤต: ประเด็นนี้มีความสอดคล้องกันเกือบทุกหลังคาเรือน เพื่อแก้ไขปัญหาของการรับ-ส่งคนไข้ที่มีภาวะติดเตียง เนื่องจากการเดินทางที่ใช้เวลานาน มีปัญหาการจราจร ผู้ป่วยควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ ผู้ป่วยไม่สามารถนั่งได้ตลอดเวลา ดังนั้น หากเกิดกรณีฉุกเฉิน ไม่ว่าจะเป็นเวลากลางวันหรือกลางคืน การมีรถกู้ชีพหรือรถพยาบาลที่เหมาะสมต่อโครงสร้างสรีระและภาวะพิการ มีเครื่องมือและมีบุคลากรที่มีประสบการณ์ ที่สามารถโทรเรียกประสานงานและจัดส่งไปยังสถานพยาบาลได้อย่างปลอดภัยและทันท่วงที จะช่วยบรรเทาความเดือนร้อนของครอบครัวได้เป็นอย่างมาก อีกทั้งยังช่วยเสริมและกระตุ้นให้ผู้ดูแลได้พาผู้สูงอายุไปพบแพทย์ตามนัดอย่างต่อเนื่อง โดยครอบครัวยินดีสนับสนุนค่าใช้จ่ายในบางส่วน แต่ถ้าสามารถบริการแบบไม่คิดค่าใช้จ่ายได้ ก็จะเป็นคุณูปการอย่างมากต่อครอบครัวของคนที่มีรายได้น้อย

4.11.2.2 การขึ้นทะเบียนคนพิการ: ความสลับซับซ้อนของสิทธิ์ในการรักษาเป็นปัญหาหนึ่งดังกล่าวมาแล้วข้างต้น ที่ผู้สูงอายุติดเตียงไม่สามารถเข้าถึงบริการ หรือ เข้าถึงได้แต่มีเงื่อนไขอันเป็นผลมาจากข้อจำกัดทางกฎหมาย แต่ถ้าหากผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงสามารถได้สิทธิ์คนพิการ โดยผ่านกระบวนการรับรองภาวะพิการที่ยืดหยุ่นและปรับเปลี่ยนได้ตามสถานการณ์ของครอบครัวและคนไข้ โดยหมออาจมาตรวจพิจารณารับรองที่บ้าน แล้วร่วมกันดำเนินการจัดทำและขึ้นสิทธิ์คนพิการ จะทำให้ผู้สูงอายุติดเตียงสามารถเข้าถึงบริการที่ใดก็ได้ หรือ เข้าสู่แนวทาง “ใกล้บ้าน-ใกล้ใจ” ได้อย่างเป็นรูปธรรม

4.11.2.3 การปรับเปลี่ยนรูปแบบของการบริการ: เมื่อใดที่มีรถรับส่งที่ได้มาตรฐาน มีบัตรรับรองสิทธิที่มีประสิทธิภาพในการเข้าถึงบริการ สิ่งเรียกร้องอีกประการ คือ การปรับเปลี่ยนรูปแบบของการรับบริการที่โรงพยาบาล เสียงจากผู้ให้การดูแลจำนวนมาก สะท้อนว่า ระบบคิวในโรงพยาบาลของรัฐ ไม่เอื้อต่อผู้สูงอายุติดเตียงเท่าใดนัก ผู้ป่วยติดเตียงและพิการที่มีข้อจำกัดทางสุขภาพมากกว่าคนอื่น ยังต้องเข้าสู่ระบบรอคิวเฉกเช่นผู้ป่วยทั่วไป ทั้งที่ในความเป็นจริง ผู้ป่วยมีความเปราะบางและความอดทนในการรอต่ำกว่าคนไข้รายอื่นมาก และหากเป็นไปได้ “การพัฒนาช่องพิเศษ หรือ Fast Track” สำหรับผู้สูงอายุติดเตียงหรือผู้พิการ จะเป็นสิ่งที่เอื้อให้ภาพของการต่อเนื่องในการเข้ารับบริการ ไม่ผิดนัด เพราะเบื่อหน่ายต่อการรอเข้ารับบริการ นอกจากนั้นหากเป็นไปได้ การยินยอมให้ญาติหรือผู้ดูแลรับยาแทน หากสามารถพัฒนาให้เกิดขึ้นจริง โดยสัมภาษณ์จากผู้ดูแล ไม่ต้องพาคนไข้จริงมา ก็จะช่วยให้เกิดความสะดวกมากขึ้น เพราะพามาแล้ว แพทย์ก็ต้องถามจากญาติ เนื่องจากคนไข้ไม่สามารถสื่อสารได้

4.11.2.4 การให้บริการที่บ้าน: รูปแบบการให้บริการบางอย่างโดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีผู้สูงอายุติดเตียงที่ต้องให้อาหารทางสายยาง การใส่ท่อหายใจ หรือการใส่ท่อปัสสาวะ ที่ต้องใช้ผู้เชี่ยวชาญหรือพยาบาลเป็นผู้ให้หัตถการ ถึงแม้จะมีการนัดให้ไปเปลี่ยนตามระยะที่กำหนด แต่ด้วยเงื่อนไขการเดินทางและค่าใช้จ่าย จึงทำให้ผู้ดูแลต้องใช้วิธีการดัดแปลงเพื่อขยายเวลาหรือถนอมให้สายยางนั้นใช้ต่อไปได้ให้ยาวนานที่สุด บ้างก็ไม่เปลี่ยนตามกำหนดเวลา ซึ่งนำมาซึ่งความไม่สะอาดและภาวะติดเชื้อ บางรายต้องจ้างพยาบาลวิชาชีพจากคลินิกมาเปลี่ยนให้ที่บ้าน ซึ่งมีราคาแพงในระดับหนึ่งแต่ก็ถูกกว่ามาก หากเปรียบกับการเหมา Taxi เพื่อไปเปลี่ยน ณ โรงพยาบาลเอกชน หากหน่วยงานในพื้นที่สามารถจัดส่งพยาบาลมาให้บริการที่บ้านได้ จะช่วยให้ผู้ดูแลและคนในครอบครัวประหยัดค่าใช้จ่ายได้มากขึ้น

4.11.2.5 การเยี่ยมบ้าน: ที่ผ่านมาผู้ดูแลหลักอธิบายให้ฟังว่า การเยี่ยมบ้านเป็นการเยี่ยมโดยผ่าน อสม. แต่เพียงอย่างเดียว ซึ่งจุดหมายของอาสาสมัครสาธารณสุขกับผู้ดูแลมักไม่สอดคล้องกัน กล่าวคือ ผู้ดูแลต้องการบริการทางการแพทย์ ขณะที่อาสาสมัครสาธารณสุขไปเพียงพูดคุย ซักถาม แล้วก็กลับออกมาพร้อมคำแนะนำที่ผู้ดูแลทราบแล้วเป็นอย่างดี ดังนั้นหากสามารถเสนอแนะได้ ผู้ให้การดูแลหลักนำเสนอขอให้การเยี่ยมบ้านมาในรูปแบบของ “ทีมแพทย์” ที่การเข้ามาแต่ละครั้งมีการตรวจร่างกายพื้นฐาน ประเมินคุณภาพชีวิต จ่ายยาเบื้องต้นหรือมาพร้อมกับยาประจำ เพื่อลดภาระการตรวจคนไข้ติดเตียงที่โรงพยาบาล มีคำแนะนำหรือหลักการจัดการผู้ป่วยติดเตียง ที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ต่อได้ หลังจากที่ทีมแพทย์กลับไปมากกว่าการเข้ามาเยี่ยมแบบขอข้อมูล หรือพูดในสิ่งเดิมๆ *“การเยี่ยมบ้านที่มาแต่ถาม..ถาม...ถาม แล้วก็บอกในสิ่งที่ป้ารู้อยู่แล้วมันจะมีประโยชน์อะไร รายละเอียดบางอย่างป้ายังรู้ดีกว่า อสม.อีก ก็ป้าดูแลลุงมาจะ 10 ปีละ”*

4.11.2.6 การถ่ายทอดความรู้ทางการแพทย์เพื่อการปฏิบัติได้เองที่บ้าน: การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวเป็นพันธกิจที่ต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่อง องค์ความรู้บางอย่างถึงแม้จะได้รับการบอกผ่านจากแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ในระยะสั้นๆ ระหว่างการเข้าตรวจ อาจไม่เพียงพอต่อการนำมาประยุกต์ใช้ที่บ้าน เนื่องด้วยภาวะความจดจำและการทำความเข้าใจของผู้ให้การดูแลต่อองค์ความรู้นั้น ยังไม่ผ่านการตกตะกอนจนสามารถปฏิบัติได้จริง หากมีการอบรมให้กับผู้ดูแลอย่างเป็นทางการ เช่น การทำกายภาพบำบัดที่บ้านอย่างถูกหลักวิชาการ จะช่วยให้การฟื้นฟูสมรรถภาพคนไข้เป็นไปได้อย่างเป็นรูปธรรมและสัมฤทธิ์ผลมากกว่าที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน *“หมอบอก พยาบาลบอก แต่ป้าก็จำไม่ได้หรอก บอกแป๊บเดียวแล้วก็ออกมา พอมาถึงบ้านก็ไม่ได้ ทำต่อมันลืม (หัวเราะ) ถ้าสอนให้เป็นเรื่องเป็นราว แบบอบรมนี่ก็น่าจะดี เพราะตอนนี้ก็ไม่ได้ทำอะไรเลย นวดก็แค่ขยำๆ ไป มันไม่ได้ช่วยอะไรหรอก” “กายภาพบำบัดจำเป็นจริงๆ ถ้าสอน ฝึกให้คนที่บ้านทำกับคนไข้ได้จริง คงจะดีมาก”*

4.11.2.7 การสนับสนุนอุปกรณ์ทางการแพทย์และชีวิตประจำวันของคนไข้: เงื่อนไขประการสำคัญของการให้ผู้สูงอายุติดเตียงมีคุณภาพชีวิตได้มาตรฐาน คือ การมีอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นและการมีเครื่องใช้ในชีวิตประจำวันที่เพียงพอ ผู้ให้การดูแลหลักระบุว่า สายยางดูดเสมหะ ถุงยางอนามัย (การต่อท่อปัสสาวะ) ถุงมือยาง น้ำเกลือ สำลี แพมเพิร์ส ผ้ารองปัสสาวะ ฯลฯ เป็นอุปกรณ์ที่จำเป็นและต้องใช้ทุกวัน อีกทั้งเป็นสิ่งที่ต้องซื้อเองและไม่สามารถเบิกจ่ายจากหน่วยงานใดได้ ถือเป็นภาระสำคัญที่ต้องใช้เงินในการลงทุนจำนวนมากในแต่ละปี หากการจัดสรรงบประมาณของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถช่วยแบ่งเบาค่าใช้จ่ายหรือ

สนับสนุนโดยการให้โดยไม่คิดมูลค่า หรือ ร่วมจ่ายในลักษณะของสวัสดิการสังคม จะช่วยให้สมาชิกในครอบครัวและผู้สูงอายุติดเตียงมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้

4.11.2.8 การเพิ่มสิทธิเบิกจ่ายครุภัณฑ์และอุปกรณ์ทางการแพทย์ในระบบประกันสุขภาพ: ในกลุ่มของข้าราชการเกษียณหรือสมาชิกในครอบครัวข้าราชการ ตลอดจนเจ้าหน้าที่หน่วยงานรัฐวิสาหกิจ อยากจะสะท้อนไปยังผู้มีหน้าที่ในการกำหนดนโยบายสาธารณสุขและกรมบัญชีกลาง ขยายโอกาสให้เกิดการเบิกจ่ายอุปกรณ์ทางการแพทย์เพิ่มเติม และขออย่าให้ถอดสิทธิ์หรือถอดถอน ลดบัญชียา ฯลฯ เนื่องจากปัจจุบันค่าใช้จ่ายในการประคองชีวิตผู้สูงอายุมีราคาแพงมากอยู่แล้ว การเพิ่มรายการในการเบิกจ่ายจะช่วยให้ลดค่าใช้จ่ายลงได้ในบางส่วน อย่างไรก็ตาม การเพิ่มสิทธิเบิกจ่ายนี้ยังรวมความไปถึงการเบิกจ่ายในระบบประกันสุขภาพดีถ้วนหน้าและประกันสังคมร่วมด้วย

4.12 คุณภาพชีวิตในภาพรวมของผู้ให้การดูแลหลัก

ในประเด็นสุดท้าย เป็นการประเมินระดับคุณภาพชีวิตของผู้ให้ข้อมูลหลัก จำนวน 45 คน โดยใช้ แบบประเมิน SF-36 Thai version เป็นเครื่องมือหลัก ซึ่งจากการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ให้การดูแลหลัก พบว่าค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลมีดังนี้ ด้านร่างกายเท่ากับ 61.74 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.10) ด้านจิตใจมีค่าเท่ากับ 48.82 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.99) ซึ่งสามารถตีความได้ว่า ผู้ให้การดูแลหลักมีคุณภาพชีวิตทางกายดี ขณะที่มีคุณภาพชีวิตทางจิตไม่ดี และเมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตโดยรวม มีค่าเท่ากับ 44.29 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.73) นั่นหมายความว่า กลุ่มผู้ให้การดูแลหลักมีคุณภาพชีวิตไม่ดี หรืออีกในกรณีหนึ่งสามารถตีความได้ว่า “ผู้ให้การดูแลหลักโดยรวมมี “คุณภาพชีวิตไม่ดี” แต่สามารถทำงานหรือให้การดูแลผู้สูงอายุในระดับ “ดี” แต่ท่ามกลางการให้การดูแลนั้นไม่ได้ก่อให้เกิดความสุขสบายใจหรือเบิกบานใจ หากแต่มี “ความกดดันทางอารมณ์” ผสมอยู่ด้วย”

และเมื่อพิจารณารายมิติ พบว่า มิติการทำงานด้านร่างกายของผู้ให้การดูแลหลัก มีค่าสูงสุดเท่ากับ 84.30 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.75) นั่นแสดงให้เห็นว่า ศักยภาพในการให้การดูแล ไม่ว่าการยกของหนัก กิจกรรมที่ต้องใช้แรง การยกของ การเดินขึ้นบันได การก้ม การคุกเข่า การโก้งโค้ง หรือ การเดินระยะสั้น หรือระยะยาว ยังคงสามารถกระทำได้เป็นอย่างดี ซึ่งไม่เป็นปัญหาหรืออุปสรรคต่อการให้การดูแล ซึ่งสะท้อนจากค่าคุณภาพชีวิตของข้อจำกัดเนื่องจากปัญหาทางร่างกาย ยังอยู่ในระดับดี (ค่าเฉลี่ย 64.17 และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.12)

ตารางที่ 8 แสดงคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ให้การดูแลหลัก

คุณภาพชีวิต (SF-36 Thai version)	MEAN	SD	Max	Min	ระดับคุณภาพชีวิต
คุณภาพชีวิตโดยรวม	44.29	5.73	91	67	ไม่ดี**
คุณภาพชีวิตทางกาย	61.74	3.10	54	40	ดี*
-การทำงานด้านร่างกาย (PF)	84.30	1.75	29	21	ดี
-ข้อจำกัดเนื่องจากปัญหาทางร่างกาย (PR)	64.17	1.12	7	4	ดี
-ความเจ็บป่วยทางกาย (BP)	42.67	0.86	6	2	ไม่ดี
-การรับรู้สุขภาพทั่วไป (GH)	48.44	1.81	16	7	ไม่ดี
คุณภาพชีวิตทางจิตใจ	48.82	2.99	37	25	ไม่ดี*
-การทำงานทางสังคม (SF)	28.48	0.97	5	2	ไม่ดี
-การมีชีวิต (VT)	46.76	1.24	14	9	ไม่ดี
-ข้อจำกัดเนื่องจากปัญหาทางอารมณ์ (RE)	53.70	0.42	4	3	ดี
-สุขภาพจิตทั่วไป (MH)	26.38	2.53	20	10	ไม่ดี

ในทางกลับกัน ถึงแม้การทำงานจะสามารถผ่าฟันได้ในแต่ละวัน แต่ปัญหาด้านคุณภาพชีวิตที่มีค่าคะแนนต่ำสุด คือ มิติของสุขภาพจิต และ มิติที่สัมพันธ์กับสังคม มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 26.38 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.53) ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ความวิตกกังวล ความรู้สึกไม่สงบสบาย ความรู้สึกท้อแท้และหดหู่ใจ รวมถึงความรู้สึกหมดเรี่ยวแรง ยังคงเป็นประเด็นที่ผู้ดูแลหลักเผชิญอยู่ในชีวิตประจำวัน รวมถึงการสวมบทบาทของการเป็นผู้ดูแลหลักตลอดเวลานั้น เป็นเงื่อนไขหนึ่งที่ทำให้โอกาสของการพบประสังสรรค์กับครอบครัว เพื่อนฝูง หรือ เพื่อนบ้าน ลดน้อยลง โดยมีค่าคุณภาพชีวิตเท่ากับ 28.48 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.97)

บทที่ 5

เสียงสะท้อนจากเครือข่ายทางสังคม
ผลจากการประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

การวิจัยครั้งนี้ ไม่ได้จำกัดภาพสะท้อนจากครอบครัวของผู้สูงอายุติดเตียงและผู้ให้การดูแลเท่านั้น ในทางกลับกัน ได้ผนวกเสียงสะท้อนจากครอบครัว ชุมชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อรับฟังสถานการณ์ของปัญหาร่วมกัน เพื่อออกแบบภาพที่พึงประสงค์ของชุมชนในการจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นกับครอบครัวผู้สูงอายุติดเตียงและผู้ให้การดูแล

การแสดงความคิดเห็นและเรียนรู้ร่วมกันเพื่อผลักดันแนวทางในการแก้ไขปัญหาครั้งนี้ ได้ประยุกต์ใช้กระบวนการ AIC (Appreciation-Influence-Control) โดยจัดขึ้นในวันที่ 26 ตุลาคม พ.ศ. 2559 ณ ห้องประชุมศูนย์บริการสาธารณสุข เทศบาลเมืองคูคต อำเภอลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี โดยมีประชาชนเข้าร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทั้งสิ้น 170 คน จากทั้งหมด 15 ชุมชน ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของเทศบาลเมืองคูคต โดยมีกำหนดการดำเนินงานดังนี้

9.00-9.20 น. พิธีเปิดโดยรองนายกเทศบาลเมืองคูคต
9.20-10.00 น. การสร้างพลังในการผลักดันแนวคิด
10.00-10.30 น. การนำเสนอผลงานวิจัยให้กับชุมชน
10.30-11.30 น. การแยกประชุมกลุ่มย่อย
11.30-12.00 น. การนำเสนอผลการประชุมกลุ่มย่อย
12.00-12.30 น. การสร้างบทสรุปและแนวทางร่วมกันในอนาคต
12.30.12.40 น. พิธีปิด โดยนายกเทศบาลเมืองคูคต
12.40-13.40 น. รับประทานอาหารกลางวัน
13.40-15.30 น. ประชุมเพื่อตกตะกอนความคิดเพื่อสร้างแนวทางในอนาคต

การดำเนินงานได้ถูกแบ่งออกเป็น 5 ขั้นตอนใหญ่ๆ คือ (1) การสร้างพลังในการผลักดันแนวคิด (2) การนำเสนอผลงานวิจัยให้กับชุมชน (3) การแยกประชุมกลุ่มย่อย (4) การนำเสนอผลการประชุมของกลุ่มย่อย (5) การสร้างบทสรุปและแนวทางร่วมกันในอนาคต ดังรายละเอียดต่อไปนี้

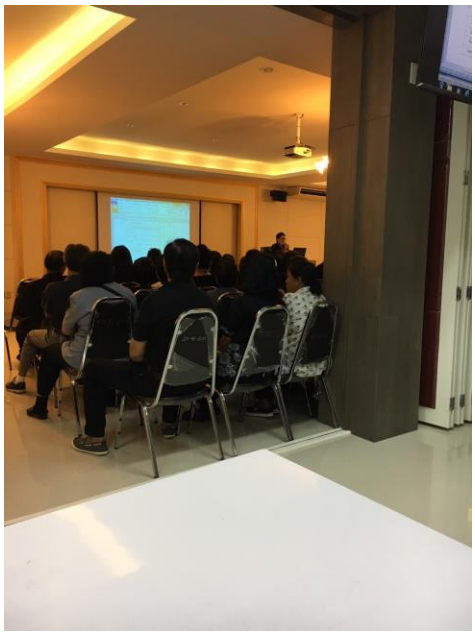
5.1 การสร้างพลังในการผลักดันแนวคิด

ในช่วงแรกของการประชุมเชิงปฏิบัติการ เป็นการสร้างพลังแนวคิดร่วม เพื่อให้ผู้เข้าร่วมประชุมได้เห็นภาพและความสำคัญของประเด็นผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องของผู้สูงอายุติดเตียงในเขตคูคต ภายใต้การดำเนินการของ รองศาสตราจารย์ ดร.ศรีเมือง พลังฤทธิ์ รองศาสตราจารย์ ดร.กัณฑ์วีร์ วิวัฒน์พาณิชย์ และ

นายพิชญไกร ไชยเดช (นักวิชาการสื่อสารมวลชน) การสร้างพลังดำเนินไปอย่างมีส่วนร่วมกับประชาชน 170 ที่เข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการ







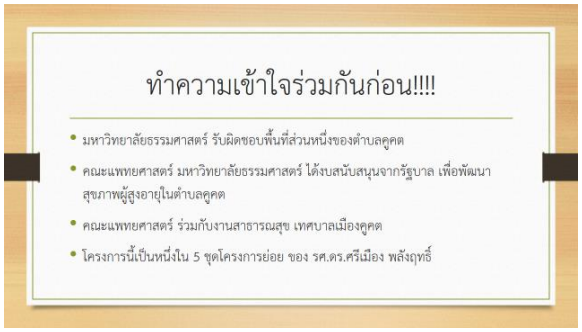
ภาพที่ 1-3 แสดงกระบวนการสร้างพลังในการผลักดันแนวคิด

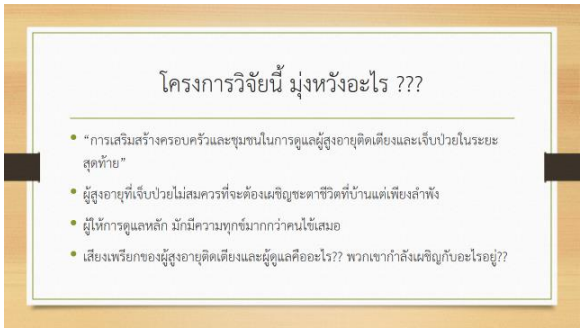
5.2 การนำเสนอผลงานวิจัยให้กับชุมชน

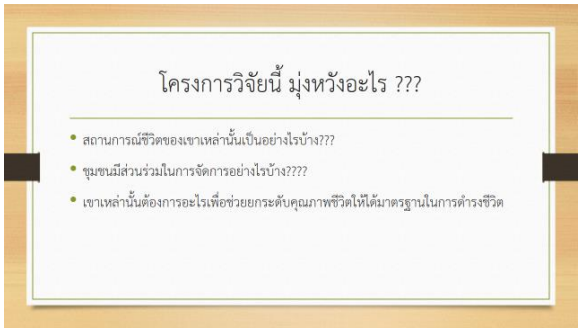
หลังจากเสร็จสิ้นการสร้างพลังแนวคิดร่วม รองศาสตราจารย์ ดร.กัณฑ์วีร์ วิวัฒน์พาณิชย์ ในฐานะหัวหน้าโครงการวิจัยได้ นำเสนอผลการศึกษาเบื้องต้นให้กับประชาชนที่เข้าร่วมง าน ผู้บริหารหน่วยงานเทศบาลคูคต ผู้สนใจ และทีมงานวิจัยเป็นเวลา 45 นาที เพื่อให้เห็นภาพสถานการณ์ของความเป็นจริงที่เกิดขึ้นทั้งจากตัวผู้สูงอายุที่ติดเตียงและเสียงสะท้อนจากผู้ให้ข้อมูลหลัก ดังรายแผนภาพของการนำเสนอต่อไปนี้

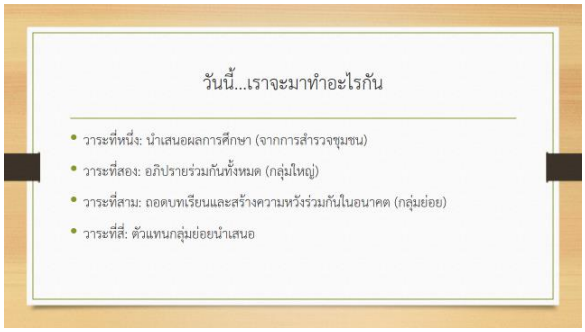












วาระที่ 1
ข้อค้นพบเบื้องต้น

จากการสำรวจชุมชน

เราไปเอาข้อมูลมาได้อย่างไร....เราทำอย่างไรกัน....

- ประสานงานกับงานสาธารณสุข เทศบาลเมืองคูคต อำเภอลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี
- ค้นหารายชื่อผู้สูงอายุติดเตียงและเจ็บป่วยในระยะสุดท้าย ที่พักฟื้นอยู่ที่บ้าน
- ประสานแกนนำ อสม.ของแต่ละชุมชน และร่วมกับ อสม. เข้าถึงบ้านกลุ่มเป้าหมาย
- เรา "เยี่ยมเยียน" ผู้ป่วยที่นอนติดเตียง
- เรา "ให้เวลา" ผู้ดูแลได้ระบาย นั่งคุย นั่งฟัง ปลอบโยน สัมภาษณ์ และประเมินสุขภาพ

มีใครบ้างในการสำรวจครั้งนี้

- ฐานข้อมูลผู้ป่วยติดเตียงจากเทศบาลเมืองคูคต (18 ชุมชน 57 ราย)
- สำรวจจริง 17 ชุมชน 44 ราย
  - 8 ราย ไม่เข้าข่ายในข้อกำหนดเบื้องต้นของการเป็นผู้ป่วยติดเตียง
  - 3 ราย เข้าโรงพยาบาลระหว่างการเก็บข้อมูล
  - 1 ราย ไม่อยู่บ้านระหว่างการเก็บข้อมูล
  - 1 ราย ไม่ใช่ผู้สูงอายุ



สถานการณ์ชีวิตผู้สูงอายุ

ปู่ ย่า ตา ยาย ... ที่กำลังนอนป่วยอยู่นั้น....บอกอะไรกับเรา

- โดยเฉลี่ย...นอนติดเตียงมา 8.5 ปี
- มากกว่าร้อยละ 90 มีสาเหตุมาจาก "เส้นเลือดในสมองตีบ-แตก"
- มากกว่าร้อยละ 85 หลุดจากระบบบริการสาธารณสุข (อยู่ในระบบการดูแลกันเอง)
- มากกว่าร้อยละ 15 ไม่มีภาวะตอบสนองใดๆ ทั้งสิ้น
- ประมาณร้อยละ 5 มีคุณภาพชีวิตอยู่ในภาวะวิกฤต ***

สถานการณ์ชีวิต ของปู่ ย่า ตา ยาย ของเรา

- ร้อยละ 82.5 ผู้สูงอายุติดเตียง: อาศัยอยู่กับครอบครัว (อย่างน้อยมีบุตร 1 คน)
- ร้อยละ 10 ผู้สูงอายุติดเตียง: อาศัยอยู่กันเองลำพัง (สามี/ภรรยา – พี่สะใภ้/น้องเขย)
- ร้อยละ 7.5 ผู้สูงอายุติดเตียง: อาศัยอยู่กับครอบครัว (จัดจ้างผู้ดูแลมาดูแลโดยเฉพาะ)

กลุ่มที่อยู่กับครอบครัวที่มีบุตรดูแล: ปัญหาเขาคืออะไร

- ส่วนใหญ่เป็นครอบครัวหญิงล้วน
- มีลูกก็เหมือนไม่มี
- เดินทางลำบาก เข้าถึงบริการลำบาก
- ไม่มีสิทธิ์คนพิการ
- คนที่ดูแล....คือลูกชัง... ส่วนลูกรัก....?????

กลุ่มที่อยู่กันเองลำพัง : ปัญหาเขาคืออะไร

- คนขรารที่ไม่มีวันได้พัก...กลับต้องสวมบทบาทเป็น "นางพยาบาล-บุรุษพยาบาล"
- ข้อจำกัดสุขภาพของผู้ดูแลที่เสื่อมถอย...จะทำอะไรได้มากมายขนาดไหน
- ผู้ป่วยถูกทอดทิ้ง
- ผู้ป่วยถูกทำให้หลุดออกจากระบบบริการสาธารณสุขไปโดยปริยาย
- ผู้ป่วยอยู่ในสภาวะเสี่ยงตลอดเวลา

กลุ่มที่อาศัยอยู่กับครอบครัว (จัดจ้างผู้ดูแลมาดูแลโดยเฉพาะ)

- ผู้มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมในระดับ “สูง” ถึง “สูงมาก”
- ผู้ดูแลได้รับการอบรม-ผ่านการอบรมมาแล้วเป็นอย่างดี
- ผู้ดูแลได้รับการยกสถานภาพเป็น “ผู้มีพระคุณ” ของคนในครอบครัว
- ผู้ดูแลและผู้ป่วย มีคุณภาพชีวิตที่ดี



สถานการณ์ชีวิต “ผู้ดูแลหลัก”

ข้อค้นพบที่สำคัญ

- เขาเป็นกลุ่มที่อยากคุย – อยากระบาย – อยากออกมาเจอผู้คน
- เขาเป็นกลุ่มอ่อนไหวกับความรู้สึกมาก
- เขาทุกข์-เขาเครียด ซึ่งคนภายนอก “ไม่มีวันจะรับรู้ได้”
- เขาเคยคิดฆ่าตัวตาย
- ไม่มีใครสักคนที่บอกว่า “อยากเอาไปอยู่บ้านพักคนชราหรือสถานสงเคราะห์” ********

ผู้ดูแลหลัก: ชีวิตเขาเป็นอย่างไร

- ร้อยละ 59 มีภาวะซึมเศร้า
- ร้อยละ 38.5 มีภาวะสมองเสื่อม
- ร้อยละ 92 ได้นอนเฉลี่ย 4.5 ชั่วโมงต่อวัน (หลับๆ ตื่นๆ ในเวลากลางคืน)
- ร้อยละ 95 มีโรคประจำตัวและมีโรคเรื้อรัง (เบาหวาน-ความดัน-ไขมัน-ภาวะทางจิต-มะเร็ง)
- ร้อยละ 74 ส่วนใหญ่ใช้ชีวิตอยู่แต่ในบริเวณบ้านและหน้าบ้านของตัวเอง



ผู้ดูแล 44 คน

เขา (ผู้ดูแล) ต้องการอะไร??..... <u>คำตอบที่ได้ครั้งแรกๆ คือ</u>

- เขาต้องการดูแล พ่อ-แม่-ปู่-ย่า-ตา-ยาย ของเขาเอง
- ความเกรงใจ (ไม่อยากรบกวน-ใครจะมาดูมาทำ)
- เป็นพื้นที่ของความเป็นส่วนตัว และมีการสัมผัสร่างกาย – อวัยวะ
- คนไข้ “ไม่เอาใคร”
- คนอื่นไม่รู้เทคนิคในการจัดการพ่อพี่หรอก.... “ต้องพี่เท่านั้นถึงจะเอาอยู่”

เขา (ผู้ดูแล) ต้องการอะไร??..... เมื่อนั่งคุยไปสักพักใหญ่ๆ

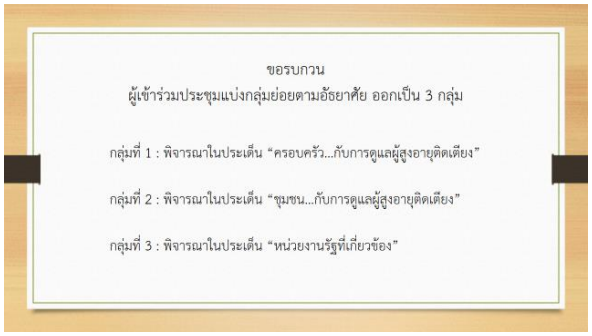
- ต้องการ “รถบริการทางการแพทย์” ในยามฉุกเฉิน (หลายคนไม่รู้ 1669)
- ต้องการ “โอนสิทธิ์บัตรทอง” มาคุคต ในฐานะสถานบริการ “ใกล้บ้าน ใกล้ใจ”
- ต้องการ “สิทธิ์คนพิการ” ยามฉุกเฉินเข้ารับการรักษาที่ไหนก็ได้
- ต้องการ “บริการหัตถการ” ที่ไม่ตกเป็นเหยื่อของธุรกิจสุขภาพ
- ต้องการ “คนช่วยดูแล” ในยามฉุกเฉิน
- ต้องการ “การเบิกจ่าย” “เงินสนับสนุน” ในวัสดุอุปกรณ์การแพทย์บางประการ

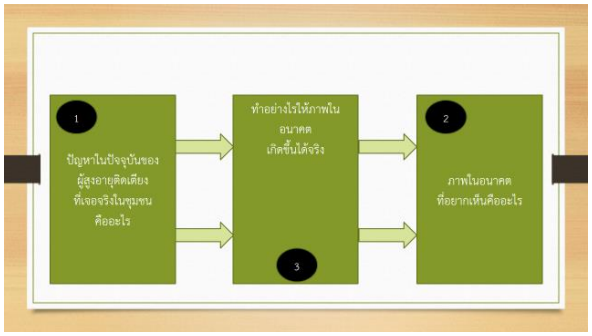
วาระที่ 2

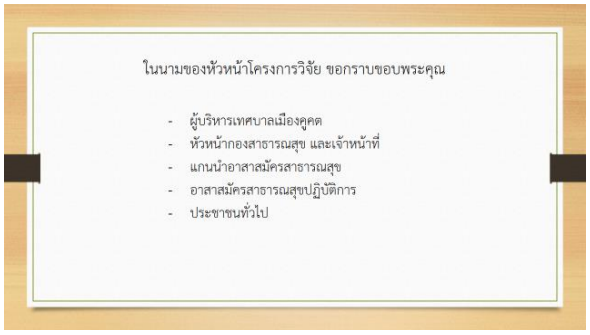
-เปิดเวทีอภิปราย (กลุ่มใหญ่)-











5.3 การประชุมกลุ่มย่อย

จากผู้เข้าร่วมประชุม 170 คน ทีมวิจัยได้ขอให้แบ่งในสัดส่วนที่เท่าๆ กัน เพื่อประชุมกลุ่มย่อยใน 3 มิติที่สอดคล้องกับประเด็นในการขับเคลื่อน ได้แก่ (1) มิติครอบครัว (2) มิติชุมชน (3) มิติหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยแต่ละกลุ่มมีผู้ดำเนินการอภิปรายและอำนวยความสะดวกในฐานะ Facilitator ดังต่อไปนี้

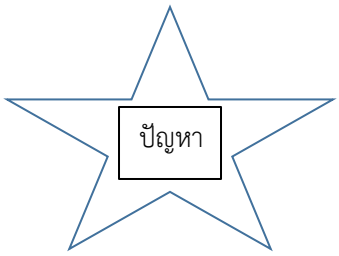
กลุ่มที่	ผู้ดำเนินการอภิปราย	จำนวนผู้เข้าร่วม
กลุ่ม 1: ว่าด้วยครอบครัว	รศ.ดร.กัณฑ์วีร์ วิวัฒน์พาณิชย์	57 คน
กลุ่ม 2: ว่าด้วยชุมชน	นายพิชญไกร ไชยเดช	57 คน
กลุ่ม 3: ว่าด้วยหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	รศ.ดร.ศรีเมือง พลังฤทธิ์	56 คน

5.4 การนำเสนอผลการประชุมกลุ่มย่อย

ผลการประชุมกลุ่มย่อยของแต่ละกลุ่มได้ข้อสรุปและข้อเสนอแนะที่น่าสนใจ อันเป็นประโยชน์ต่อการวางแผนและสร้างสรรค์แนวทางในอนาคตเป็นอย่างมาก ดังรายละเอียดต่อไปนี้

5.4.1 กลุ่มครอบครัว

กลุ่มครอบครัว



ปัญหาในปัจจุบันของครอบครัว

1) การเงิน รายได้ไม่สมดุลกับรายจ่าย
2) ไม่มีเวลาให้กับครอบครัว
3) ตรากตรำกับการทำงานและมีเวลาพักผ่อนน้อย
4) เครียด
5) ห่วงคนที่อยู่ที่บ้าน
6) ครอบครัวขยายยังมีอยู่ แต่ลดขนาดลงไปเรื่อยๆ
7) ลูก-หลาน เอาลูกหลานของตัวเองมาเพิ่มภาระให้กับผู้สูงอายุเป็นผู้เลี้ยงดู
8) มีหมา / แมวต้องดูแล – ผู้สูงอายุแพ้
9) คนในครอบครัวปิดตัวเอง สันโดษ

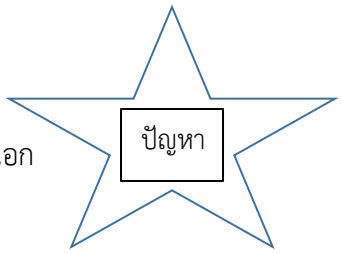
ปัญหาของผู้ป่วย

1) หงุดหงิดในตัวเอง
2) ขี้ใจน้อย
3) เกรงใจผู้ที่จะมาดูแล ไม่เปิดรับคนนอก
4) พูดไม่ได้ มีปัญหาในการสื่อสาร
5) มีหลายอย่างที่อยากทำ แต่ทำไม่ได้ด้วยปัญหาสุขภาพ
6) หลงลืม สมองฝ่อ
7) เครียด ทะเลาะกับผู้ดูแล ทำร้ายบ้าง เถียงกันบ้าง
8) ผู้สูงอายุไม่ให้ความร่วมมือ
9) ผู้สูงอายุมีภาวะเจ็บป่วยทางจิต
10) ผู้สูงอายุไม่ได้รับการยอมรับ เชื่อถือ ศรัทธาเหมือนสมัยก่อน

ความคาดหวังในอนาคต
1) อยากมีผู้นำที่นำไปสู่การเป็นผู้สูงอายุที่ดี 2) อยากมีทีมสหวิชาชีพ อะไรก็ได้ ที่เข้ามาช่วยให้ผู้สูงอายุสุขภาพดี 3) อสม. ไม่อยากโดดเดี่ยวอีกต่อไป ไม่อยากทำงานตามลำพัง 4) อสม. อยากเป็นส่วนหนึ่งของทีมเยี่ยมบ้าน เพื่อสร้างความน่าเชื่อถือให้กับ อสม.เวลาเข้าเยี่ยมชาวบ้าน 5) อสม. ต้องมีภาพลักษณ์ที่ดี มีความมั่นใจ 6) อสม. ต้องไปให้กำลังใจ ตามที่ป่วยต้องการ 7) เพิ่มความถี่ในการเยี่ยมบ้าน เพื่อบรรเทาความทุกข์/อึดอัดในชีวิต 8) อยากให้มีการอบรม อสม. เชี่ยวชาญเพื่องานผู้สูงอายุอย่างเป็นองค์รวม
ผ่านกลไกล / วิธีการ
1) ทีมสหวิชาชีพ เพื่อไปเยี่ยมร่วมกันทั้งแพทย์ พยาบาล นักกายภาพ อสม. 2) อบรม อสม.เชี่ยวชาญเพื่องานผู้สูงอายุอย่างเป็นองค์รวม 2.1 อบรมให้เป็นเรื่องเป็นราว เพื่อความมั่นใจ ไม่ใช่วัน – ครึ่งวัน 2.2 อบรมผ่านสถานศึกษา เพื่อให้ได้ใบประกาศนียบัตร เพื่อให้ชาวบ้านยอมรับ 2.3 เพิ่มความรู้ และฝึกทักษะในการทำหัตถการ 2.4 เพิ่มหลักจิตวิทยาในการทำงานกับผู้ป่วย / ผู้สูงอายุ / ผู้ดูแล 2.5 การเปิดอบรมควรอิสระในการเลือกด้วยความสมัครใจ ปราศจากการบังคับ

5.4.2 กลุ่มชุมชน

กลุ่มชุมชน



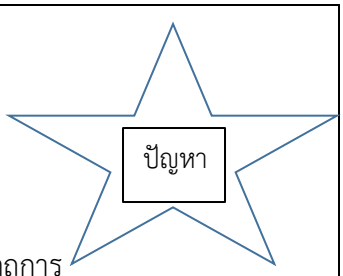
ปัญหาในปัจจุบัน

1) ครอบครัวผู้ป่วย (ญาติ-พี่น้อง) ไม่ให้ความร่วมมือ ไม่เปิดพื้นที่ให้คนนอกเข้าไปมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา (แต่บางบ้านก็ต้องการ)
2) ครอบครัวไม่เปิดโอกาส
3) บางครอบครัวมีความรู้มากกว่า อสม. เจ้าพนักงาน
4) ไม่ให้ความเชื่อถือ และไม่ให้ความร่วมมือกับ อสม. เชื่อถือแพทย์มากกว่า
5) บางครอบครัวคนดูแลไม่มีความรู้
6) ชุมชนขาดความเข้าใจในบทบาทและขอบเขตของ อสม.
7) ชุมชนไม่รู้ว่า อสม. คือใคร โดยเฉพาะชุมชนบ้านจัดสรร
8) ขาดการประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับสาธารณสุข

ความคาดหวังในอนาคต
1) อยากให้ผู้ดูแลมีความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่ถูกต้อง 2) อยากให้ชุมชนเปิดรับและเข้าใจการทำงานของ อสม. 3) การประชาสัมพันธ์ ข้อมูลข่าวสารสาธารณสุขให้มากขึ้น 4) การประชาสัมพันธ์ ประชาชนต้องรู้ว่า อสม. คือใคร และต้องทำอะไร
ผ่านกลไกล / วิธีการ
1) ให้หน่วยงานลงไปยืนยันกับชุมชนว่า อสม.มีคุณภาพ มีความรู้ ความสามารถเพียงพอที่จะเข้าไปดูแลท่านได้ 2) เพิ่มจำนวน อสม. ในการดูแลให้มากขึ้น เพื่อให้สมดุลกับประชากรในชุมชน 3) อยากให้ อสม.มีรูปแบบการทำงานที่ชัดเจน

5.4.3 กลุ่มหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

กลุ่มหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง



ปัญหาในปัจจุบัน

1) คนไข้ติดเตียงไม่สามารถเข้าถึงบริการของรัฐได้ทั่วถึง
2) ขาดแคลนอุปกรณ์การแพทย์ ขาเทียมแบบเบา แพมเพริส์ อุปกรณ์หัตถการ
3) การเปลี่ยนอุปกรณ์ที่ผู้ป่วย เช่น สายให้อาหาร สายปัสสาวะ
4) ผู้ป่วยติดเตียงและพิการ ไม่ได้รับเบี้ยผู้พิการ
5) ผู้ป่วยไม่สามารถมารับยาได้เมื่อยาหมด
6) ไม่มีสิทธิ์ในการเข้าใช้บริการที่ศูนย์การแพทย์ปฐมภูมิ
7) ที่ศูนย์ปฐมภูมิไม่มี “แผนกทันตกรรม”

ความคาดหวังในอนาคต
1) อยากให้ รพ.ธรรมศาสตร์ รับบัตรทองเพิ่ม 2) อยากให้หมอไปตรวจคนไข้ที่บ้านบ้าง 3) อยากได้อุปกรณ์ทางการแพทย์ 4) อยากให้มีการจัดตั้งกองทุนสนับสนุนอุปกรณ์ทางการแพทย์ในชุมชน 5) อยากให้มีการจัดทีมแพทย์อาสาเข้ามาเยี่ยมผู้ป่วยในชุมชนร่วมกับ อสม. 6) อยากให้ญาติ สามารถรับยาแทนผู้ป่วยติดเตียงได้ 7) อยากให้แพทย์มาวินิจฉัยความพิการที่บ้านได้หรือไม่ ออกใบรับรอง – ให้สิทธิ์คนพิการ

ผ่านกลไก / วิธีการ
1) เข้าหาหน่วยงานที่เทศบาล เพื่อขอสนับสนุนการจัดตั้งกองทุนอุปกรณ์ทางการแพทย์ โดยให้หน่วยงานของรัฐและเอกชนร่วมสมทบเข้าร่วมกองทุน 2) ศูนย์แพทย์ปฐมภูมิ ส่งพยาบาลเข้าร่วมกับ อสม. เข้าเยี่ยมผู้ป่วยและจ่ายยาให้ญาติผู้ป่วยได้ 3) แพทย์ออกมาร่วมประเมินอาการ รับรองความพิการ ให้ผู้สูงอายุและผู้พิการที่บ้าน เมื่อสนับสนุนให้ทุกคนได้สิทธิ์



บรรยากาศของการนำเสนอผลการประชุมกลุ่มย่อย

5.5 การสร้างบทสรุปและแนวทางร่วมกันในอนาคต

ภายหลังจากการนำเสนอผลการประชุมกลุ่มย่อยเสร็จสิ้นลง ทีมวิจัยได้เปิดเวทีให้กับการซักถามและเปลี่ยนมุมมองและความคิดเห็นระหว่างกลุ่ม ในสิ่งที่กลุ่มย่อยแต่ละกลุ่มได้เสนอมา รวมทั้งการให้พลังกำลังใจและการตอบข้อซักถามเกี่ยวกับงบโอกาสในการจัดสรรประมาณ โอกาสในการสร้างกองทุนและแนวทางการดำเนินงานในอนาคตที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ จากท่านรองนายกเทศมนตรีและผู้อำนวยการกองสาธารณสุขเทศบาลเมืองคูคต บทสรุปของการประชุมเชิงปฏิบัติการสามารถสรุปได้ว่า

ตารางที่ 9 แสดงบทสรุปและแนวทางร่วมกันในอนาคตที่เกิดจากการประชุมเชิงปฏิบัติการ

หน่วยงาน	ประเด็น	ผู้รับผิดชอบ
เทศบาลเมืองคูคต	ปัญหาผู้สูงอายุติดเตียงและปัญหาผู้ดูแล เกิดขึ้นจริงและเห็นด้วยกับทีมวิจัยในทุกประเด็น และขอขอบคุณทีมวิจัยที่ได้สะท้อนมิติในเชิงลึกให้กับพื้นที่และส่วนงานที่เกี่ยวข้อง ซึ่งผลงานวิจัยจะนำไปใช้เป็นแนวทางในการวางแผนในอนาคตต่อไป	ทุกส่วนรับทราบและเห็นด้วย
	โอกาสและช่องทางในการสนับสนุนงบประมาณและการดำเนินงานในอนาคต: มีความเป็นไปได้สูงเนื่องจากงบประมาณของสำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ และงบสร้างเสริมสุขภาพ ได้เปิดช่องไว้ให้เป็นกิจกรรมของชุมชนผ่านการสร้างสรรค์แผนงานและโครงการที่สามารถติดตามและประเมินผลได้	-แกนนำ อสม. -เทศบาล -คณะแพทยศาสตร์
	การจัดตั้งโครงข่ายการแพทย์ฉุกเฉิน: รองนายกเทศมนตรีได้ระบุว่า ในปีงบประมาณนี้ทางเทศบาลได้จัดซื้อรถพยาบาลที่มีความพร้อมของเครื่องมือและอุปกรณ์การช่วยชีวิตเพิ่มอีก 1 คัน ทำให้โอกาสในการให้บริการในกลุ่มผู้สูงอายุที่ติดเตียงและมีภาวะพิการ สามารถเกิดขึ้นได้จริง แต่การบริหารจัดการและการจัดการองค์กร ต้องพิจารณาวางแผนในเชิงปฏิบัติต่อไป	-กองสาธารณสุข
	การขึ้นทะเบียนผู้พิการ: ทีมเทศบาลได้ให้คำอธิบายเพิ่มเติมว่าในความเป็นจริงทุกฝ่ายต้องการขึ้นทะเบียนผู้พิการทุกคน เพราะเป็นการให้สิทธิ์ตามกฎหมายของประเทศไทย แต่ที่ผ่านมาถ้าครอบครัวไม่เดินหน้า ทีมเทศบาลก็จะไม่ทราบเลยว่าใครย้ายมาใหม่ ใครเกิดปัญหาชีวิตใหม่ ถ้าไม่มาแจ้งในเบื้องต้นขอให้ อสม. ช่วยประสานงานเพื่อขึ้นทะเบียน ขณะที่การตรวจรับรองเพื่อออกใบรับรองจากแพทย์ จะวางแผนร่วมกับศูนย์แพทย์ในการอำนวยความสะดวก ซึ่งไม่ใช่เรื่องยากที่จะลงไปตรวจที่บ้านคนไข้	-เทศบาล -อสม.ในพื้นที่ -ศูนย์แพทย์ มธ.

ตารางที่ 9 (ต่อ) แสดงบทสรุปและแนวทางร่วมกันในอนาคตที่เกิดจากการประชุมเชิงปฏิบัติการ

หน่วยงาน	ประเด็น	ผู้รับผิดชอบ
ชุมชน	การจัดตั้งกองทุนสนับสนุนเครื่องมือทางการแพทย์: เป็นเรื่องที่สามารถกระทำได้ แต่การบริหารจัดการจะดำเนินอย่างไร การให้เปล่าโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายจะทำให้เกิดภาวะการไม่เห็นความสำคัญของทรัพยากร การจ่ายร่วม (co-payment) ที่อาจได้ราคาถูกกว่าท้องตลาด จำเป็นต้องคิดให้รอบคอบและดำเนินงานแบบค่อยเป็นค่อยไป	-ประธาน อสม.
	การฝึก อสม.เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุอย่างเป็นทางการพร้อมใบประกาศนียบัตร: มีความเป็นไปได้อีกเช่นกัน แต่เงื่อนไขของการเบิกจ่ายรายคน รายหัว เพื่อให้เข้ารับการศึกษาในสถานศึกษาอาจเป็นไปได้ยาก เพราะจะมีปัญหาเกี่ยวกับการคัดเลือก ยกเว้น การเข้ามาจัดคอร์สอบรมแบบเหมาจ่าย โดยใช้เทศบาลเป็นสถานที่ในการเรียนการสอน และจ่ายเป็นค่าวิทยากร จะเป็นวิธีการที่เหมาะสมที่สุดและไม่มีปัญหาในการเบิกจ่ายและการตรวจสอบจาก สตง.	-คณะแพทยศาสตร์ -ราชภัฏวลัยอลงกรณ์ -เทศบาล
	การเสริมสร้างพลังในการทำงาน การเพิ่มความรู้และพัฒนาทักษะในการทำหัตถการและจิตวิทยาในการเข้าถึงผู้ป่วย: เป็นสิ่งที่สามารถกระทำได้เช่นกัน โดยมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ และศูนย์แพทย์คูคต ในฐานะสถาบันวิชาการและหน่วยงานบริการในพื้นที่ยินดีเป็นเพื่อนคู่คิด และเสริมสร้างศักยภาพของ อสม. เพื่อกระตุ้นให้ อสม.ทำงานตามความถนัดและเป็น อสม.เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ	-คณะแพทยศาสตร์ -ศูนย์แพทย์คูคต
	ทีมการเยี่ยมบ้าน: ในความเป็นจริง เป็นสิ่งที่ทุกฝ่ายปรารถนา เพราะทีมแพทย์มีความรู้และทักษะ แต่ไม่สามารถเข้าถึงชุมชนได้ถ้าปราศจาก อสม. การทำงานเป็นทีมในอนาคตสามารถเกิดขึ้นจริงได้ ผ่านการประสานงานที่เป็นรูปธรรม เพื่อการนัดหมายและวางแผนการออกเยี่ยม	-ศูนย์แพทย์คูคต -เทศบาล -แกนนำ อสม.
	การเพิ่มสิทธิ์ของคนในพื้นที่ให้สามารถเข้าถึงบริการศูนย์แพทย์คูคต ในฐานะใกล้บ้าน-ใกล้ใจ ได้มีการพูดคุยถึงความเป็นไปได้ และข้อจำกัด แต่อย่างไรก็ตาม รศ.ดร.ศรีเมือง พลังฤทธิ์ได้รับเรื่องเพื่อประสานงานต่อในลำดับต่อไป รวมถึงการปรับเปลี่ยนระบบบริการ เรื่องช่องทางพิเศษสำรับผู้สูงอายุติดเตียง และ การให้ผู้ดูแลรับยาแทน	-ศูนย์แพทย์คูคต





บรรยากาศของการตอบคำถามและสร้างบทสรุปร่วมกันจากผู้บริหารของทีมเทศบาล (รองนายกเทศมนตรี และ ผู้อำนวยการกองสาธารณสุข สำนักงานเทศบาลเมืองคูคต)

บทที่ 6

สรุปผลวิจัยและข้อเสนอแนะ

การศึกษา เรื่อง “การเสริมสร้างครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงและเจ็บป่วยระยะสุดท้าย” มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความทุกข์และการเผชิญปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในมิติของครอบครัวและเครือข่ายชุมชน รวมทั้งพัฒนารูปแบบการดูแลภายใต้ความเชื่อมโยงระหว่างผู้สูงอายุ สมาชิกในครอบครัว และเครือข่ายชุมชน ด้วยกระบวนการวิจัยเชิงผสมผสาน (Mixed Methods) ระหว่างการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) และ การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ สมาชิกของครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลหลักจำนวน 45 คน ใน 14 ชุมชนของเขตเทศบาลเมืองคูคต อำเภอลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี นอกจากนั้น ผู้ให้ข้อมูลหลักอีกจำนวน 20 คนได้ถูกเชิญเป็นผู้ให้ข้อมูลหลักในการศึกษาเชิงลึก และท้ายที่สุดเครือข่ายชุมชนจำนวน 170 คนจาก 15 ชุมชน ได้ร่วมกันแสดงความคิดเห็นแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อผลักดันแนวทางในการแก้ไขปัญหาครั้งนี้ โดยประยุกต์ใช้กระบวนการ AIC (Appreciation-Influence-Control) โดยข้อมูลทั้งในเชิงปริมาณ ได้ถูกคำนวณและนำเสนอด้วยค่าร้อยละ (Percentage) และค่าความถี่ (Frequency) ขณะที่การวิจัยเชิงคุณภาพและการประชุมเชิงปฏิบัติการ ข้อมูลที่ได้ถูกนำมาเรียบเรียงและวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) จัดหมวดหมู่และจัดระบบความสัมพันธ์ของชุดข้อมูลตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้

6.1 สรุปผลการศึกษา

6.1.1 คุณลักษณะของผู้สูงอายุติดเตียงและผู้ให้การดูแลหลัก:

6.1.1.1 ผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 68.89) โดยส่วนใหญ่มีอายุในช่วงระหว่าง 71-80 ปี สำเร็จการศึกษาในระดับชั้นประถม (ร้อยละ 64.44) เคยประกอบอาชีพค้าขาย/ประกอบธุรกิจ ส่วนตัวมากที่สุด (ร้อยละ 31.11) และมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 53.33) มีสถานภาพหม้าย และส่วนใหญ่กลายเป็นผู้สูงอายุติดเตียงจากการป่วยด้วยอาการเส้นเลือดในสมองตีบ/ แตก (ร้อยละ 53.33) โดยส่วนใหญ่มีภาวะติดเตียงมาเป็นเวลา 1-5 ปี ส่วนใหญ่มีสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) ร่วมกับบัตรคนพิการและผู้สูงอายุในการศึกษาครั้งนี้ล้วนแล้วแต่มีภาวะพึ่งพิงทั้งหมด

6.1.1.1 ผู้ให้การดูแลหลัก ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 75.56) มีอายุอยู่ในช่วงระหว่าง 51-60 ปี (ร้อยละ 37.78) ในจำนวนเกือบครึ่งหนึ่งของผู้ให้การดูแลหลัก สำเร็จการศึกษาในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 48.89) เป็นผู้ที่ประกอบอาชีพอยู่ที่บ้าน บ้างก็ประกอบกิจการค้าขายเล็กๆ น้อยๆ หรือ มีธุรกิจส่วนตัว หรือ มีสถานภาพเป็นแม่บ้านหรือพ่อบ้าน (หลังเกษียณอายุราชการ) สืบเนื่องจากการใช้ชีวิตอยู่ที่บ้านเกือบตลอดเวลา จึงกลายเป็นผู้ที่มีบทบาทหลักในการกลายเป็นผู้ดูแลหลักไปโดยปริยาย ในประเด็นนี้พบในสัดส่วนที่เท่ากัน คือ ร้อยละ 26.67 นอกจากนั้น ผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 53.33) และใช้มีสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) ในสัดส่วนที่มากที่สุด และร้อยละ 62.22 สามารถทำกิจกรรมในชีวิต

ประจำวันของตัวเองและของผู้สูงอายุได้อย่างอิสระ มีเพียงร้อยละ 37.78 เท่านั้นที่มีปัญหาเกี่ยวกับศักยภาพในการจัดเตรียมอาหารและทำกับข้าว และเมื่อพิจารณาถึงภาวะเครียดและภาวะสมอง พบว่า ร้อยละ 90.91 มีภาวะสมองในระดับปกติ ร้อยละ 36.36 มีภาวะเครียดในระดับสูง และร้อยละ 56.82 มีชีวิตอยู่ท่ามกลางภาวะซึมเศร้า อีกทั้ง 3 ใน 4 ของผู้ให้การดูแลหลักมีความสุขของตัวเองน้อยกว่าคนทั่วไป และโดยรวม เมื่อประเมินคุณภาพชีวิตด้วยแบบประเมิน SF-36 Thai version พบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ให้การดูแลหลักจัดอยู่ในระดับ “ไม่ดี” โดยมีข้อจำกัดทางสุขภาพกาย สุขภาพทั่วไป คุณภาพชีวิตทางจิตใจ การทำงานสังคม การมีชีวิตและสุขภาพจิตทั่วไป

6.1.2 สถานการณ์ปัญหาและอุปสรรคในการให้การดูแลผู้สูงอายุติดเตียง: ผู้ให้การดูแลหลักส่วนใหญ่ใช้เวลาเฉลี่ยในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงประมาณ 8.67 ชั่วโมงต่อวัน โดยมีเวลาพักกลางวันประมาณ 2.3 ชั่วโมงและมีเวลานอนกลางคืนประมาณ 4.25-5.25 ชั่วโมงต่อวัน โดยร้อยละ 77.3 จำกัดตัวเองอยู่แต่เพียงในบ้านและบริเวณรั้วบ้านของตัวเอง (ร้อยละ 77.3) อย่างไรก็ตาม กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข กลุ่มเพื่อนบ้าน กลุ่มพยาบาลวิชาชีพจากคลินิกเอกชน และ มอเตอร์ไซด์รับจ้าง เป็นเครือข่ายทางสังคมแบบไม่เป็นทางการที่ช่วยอำนวยความสะดวกในการใช้ชีวิตประจำวัน หรือ สามารถร้องขอความช่วยเหลือได้เมื่อต้องการ

ปัญหาหลักที่ทำให้เกิดอุปสรรคในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง พบว่า มาจากเงื่อนไขสำคัญ 5 ประการ คือ (1) อัตลักษณ์ส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ (2) อัตลักษณ์ส่วนบุคคลของผู้ดูแล (3) กลไกของครอบครัว (4) ระบบการแพทย์ (5) สังคมและสิ่งแวดล้อม

หากพิจารณาความต้องการการช่วยเหลือ เมื่อแบ่งตามเศรษฐานะของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีเศรษฐานะดี ต้องการ (1) รถพยาบาลหรือรถกู้ภัยที่ได้มาตรฐานทางการแพทย์ในกรณีฉุกเฉิน และ (2) บริการจากบุคลากรทางการแพทย์ที่บ้าน ขณะที่กลุ่มตัวอย่างที่มีเศรษฐานะปานกลางและวิกฤต มีความต้องการที่หลากหลาย เช่น (1) การช่วยเหลือในกรณีวิกฤต (2) การขึ้นทะเบียนคนพิการ (3) การปรับเปลี่ยนรูปแบบของการบริการ (4) การให้บริการที่บ้าน (5) การเยี่ยมบ้าน (6) การถ่ายทอดองค์ความรู้ทางการแพทย์เพื่อการปฏิบัติเองได้ที่บ้าน (7) การสนับสนุนอุปกรณ์ทางการแพทย์และชีวิตประจำวันของคนไข้ (8) การเพิ่มสิทธิเบิกจ่ายครุภัณฑ์และอุปกรณ์ทางการแพทย์ในระบบประกันสุขภาพ

6.1.3 ความคาดหวังและแนวทางในอนาคต: การประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม พบว่า ประเด็นการจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน และการขึ้นทะเบียนคนพิการเพื่อขยายสิทธิ์ในการเข้าถึงบริการแบบใกล้บ้าน-ใกล้ใจ ภายใต้การดำเนินงานของเทศบาลเมืองคูคต และศูนย์แพทย์ปฐมภูมิฯ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ควรเป็นสิ่งที่จำเป็นต้องเร่งดำเนินการ ขณะที่การจัดการชุมชนผ่านการจัดตั้งกองทุนสนับสนุนเครื่องมือทางการแพทย์ การฝึก อสม.เชี่ยวชาญอย่างเป็นทางการ การเสริมสร้างพลังการทำงาน การเพิ่มความรู้และพัฒนาทักษะในการทำหัตถการและจิตวิทยาในการเข้าถึงผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยเป็นสิ่งหนึ่งที่ผู้เข้าร่วมประชุมได้เสนอแนะไว้ นอกจากนั้น การจัดทีมเยี่ยมบ้านแบบสหวิชาชีพ ที่บูรณาการความร่วมมือระหว่างศูนย์แพทย์ปฐมภูมิ เทศบาล และ อสม. จะช่วยทำให้การดูแลผู้สูงอายุที่บ้านมีความเป็นไปได้ในทิศทางที่เหมาะสมด้วยความเจริญทางการแพทย์และสาธารณสุขในเขตกึ่งเมือง ทำให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สามารถขยาย ช่วงเวลาของการมีชีวิตให้ยืนยาวขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุมีสัดส่วนเพิ่มมากขึ้น และในจำนวนผู้สูงอายุที่

เพิ่มมากขึ้นนั้น ในกลุ่มผู้สูงอายุเองก็มีอายยุยืนยาวมากขึ้น ดังจะเห็นได้จากอายุคาดเฉลี่ยของประชาชนชาวไทยเพิ่มมากขึ้นตามลำดับ และเมื่อใดที่จำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น อัตราป่วยด้วยโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุจึงเพิ่มขึ้นตามไปด้วย

ความเป็นจริงทางสังคมของพื้นที่ๆ เข้าศึกษาในเขตเทศบาลเมืองคูคต พบว่า ชุมชนต่างๆ กำลังเผชิญกับสัจธรรมดังกล่าว ชุมชนพื้นที่คูคตที่เข้าศึกษาในครั้งนี้ ปรากฏการณ์ความจริงก็ไม่พ้นจากสัจธรรมดังกล่าว ท่ามกลางการเปลี่ยนผ่านของสังคม วัฒนธรรมและการแพทย์ ผู้สูงอายุในเขตลำลูกกาทวีจำนวนมากขึ้นเรื่อยๆ อีกทั้งภาวะเจ็บป่วยติดเตียงและเจ็บป่วยระยะสุดท้ายยังเป็นปรากฏการณ์ที่ซ่อนตัวให้ผู้ทำหน้าที่สุขภาพภาคประชาชนบริหารจัดการ และได้คลี่คลายในบางประเด็นผ่านชุดโครงการ “คูคตโมเดลในครั้งนี้”

6.2 อภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้ พบในทิศทางเดียวกันกับงานศึกษาหลายๆ ชิ้นที่ผ่านมา คือ การให้การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวหรือผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้าน ส่วนใหญ่เป็นพื้นที่กิจกรรมของสตรีเพศ (ริน บางแก้ว, 2541; ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2549; ศิลดา วงศ์ษาและอภิชนา โฆวินทะ, 2554; สาสินี เทพสุวรรณ์และคณะ, 2556; Merrill, 1993, ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2552) โดยส่วนใหญ่มีบุตรเป็นหลักในการให้การดูแลและพาไปพบแพทย์ (บุริน บางแก้ว, 2541: เล็ก สมบัติ, 2549, ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2549; ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2552; สาสินี เทพสุวรรณ์และคณะ, 2556)

ผู้ให้การดูแลหลักในเขตเทศบาลเมืองคูคต ใช้เวลาส่วนใหญ่ในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงเฉลี่ยวันละ 8.67 ชั่วโมง ซึ่งมากกว่างานศึกษาของ สาสินีและคณะ (2556) ที่ระบุว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุในจังหวัดกาญจนบุรี ใช้เวลาประมาณ 6.18 ชั่วโมง ส่วนหนึ่งอาจเป็นเพราะผู้สูงอายุติดเตียงที่มีภาวะพึ่งพิงสมบูรณ์มีรายละเอียดและขั้นตอนในการให้ดูแลมากกว่าผู้สูงอายุทั่วไป จึงทำให้ผู้ดูแลต้องใช้จำนวนชั่วโมงมากกว่าการดูแลผู้ป่วยในวัยอื่นๆ

รายงานก่อนหน้านี้ ของ ศิลดา และอภิชนา (2554) พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพิการ พบว่า ส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในเกณฑ์ดี ซึ่งขัดแย้งกับข้อค้นพบจากการศึกษาครั้งนี้ ที่พบว่าคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับไม่ดี ส่วนหนึ่งอาจเป็นเพราะผู้ให้การดูแล ในงานศึกษาครั้งนี้ส่วนใหญ่ยังคงมีปัญหาสุขภาพส่วนตัวร่วมด้วย และเมื่อต้องให้การดูแลผู้สูงอายุติดเตียงตลอดเวลาเป็นเวลานานๆ จึงทำให้มาตรฐานคุณภาพชีวิตในบางมิติลดลง แต่ข้อค้นพบเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับการศึกษาในต่างประเทศ ที่พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่มีภาวะพิการ มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำ (Unalan et al, 2001; Lindal et al, 2008) อาจเป็นเพราะชุมชนคูคตกำลังกลายเป็นเมืองและมีเงื่อนไขของการพัฒนาที่เป็นไปในทิศทางเดียวกับสังคมปัจเจก เฉกเช่นต่างประเทศ จึงทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในสังคมที่พัฒนามีภาวะต่ำกว่าสังคมในชนบท

งานศึกษาครั้งนี้ ยังพบว่า การจัดจ้างผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมและมีความเชี่ยวชาญเริ่มกลายเป็นทางออกหนึ่งของคนในสังคมปัจจุบัน พบในสัดส่วนร้อยละ 11.11 ซึ่งมากกว่า งานศึกษาของชาย โพธิสิตาและสุชาดา ทวีสิทธิ์ ที่ได้ทำการศึกษาไว้ในปี พ.ศ. 2552 ที่พบเพียงร้อยละ 0.3 เท่านั้น (ชาย โพธิสิตา และ สุชาดา

ทวีสิทธิ์, 2552) สัญญาณนี้อาจแสดงให้เห็นในอนาคตว่า “ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรม” อาจเป็นอาชีพหนึ่งที่คนในสังคมเมือง หรือ สังคมที่กำลังกลายเป็นเมือง ต้องการจ้างเพื่อดูแลบิดามารดาของตน

งานศึกษาครั้งนี้ พบว่า ถึงแม้ผู้ให้การดูแลหลักจะมีปัญหาสุขภาพ แต่สามารถประกอบกิจกรรมการให้การดูแลผู้สูงอายุได้ดี ถึงแม้จะไม่ได้ออกไปไหนจากตัวบ้านหรือรั้วบ้าน แต่ก็สามารถบริหารจัดการรายละเอียดของชีวิตได้ในระดับหนึ่ง ผ่าน**เครือข่ายทางสังคมอย่างไม่เป็นทางการ เช่น อาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อนบ้าน พยาบาลวิชาชีพจากคลินิกเอกชน รวมถึง มอเตอร์ไซด์รับจ้างที่จัดส่งสินค้าและบริการให้กับผู้ดูแลหลักในยามฉุกเฉินที่ขาดแรงสนับสนุนทางสังคม** ข้อค้นพบ จากเครือข่ายนี้สามารถนำไปพัฒนาต่อยอดให้กับผู้ดูแลและครอบครัวได้เป็นอย่างดี ในยามที่หน่วยงานราชการไม่สามารถยื่นมือเข้าช่วยเหลือได้ทันท่วงที

ความคาดหวังที่ตอบโจทย์ของความต้องการที่หลากหลาย พบไปในทิศทางเดียวกับ วิตรี พลทวี (2555) ที่ระบุว่า อุปกรณ์และเครื่องมือในการดูแล รวมถึงความรู้ เป็นสิ่งที่ผู้ดูแลต้องการเป็นอย่างยิ่ง ซึ่งงานศึกษาครั้งนี้ พบในลักษณะเดียวกัน กล่าวคือ ค่าใช้จ่ายในการซื้ออุปกรณ์ดำเนินชีวิตหรืออุปกรณ์ทางการแพทย์มีราคาสูงมาก และเมื่อต้องใช้เป็นประจำจะก่อให้เกิดปัญหาค่าใช้จ่ายภายในครัวเรือน การมีโอกาสสนับสนุนสิ่งของหรือเบิกจ่ายได้บ้างในกรณีผู้สูงอายุติดเตียง จะช่วยบรรเทาค่าใช้จ่ายในการดูแลไปได้บ้าง ไม่มากก็น้อย

อย่างไรก็ดี ท่ามกลางวิกฤตปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านด้วยมือของคนในครอบครัว ถึงแม้จะมีความทุกข์ความยากลำบากอย่างไรก็ตาม แต่พบว่า ไม่มีกลุ่มตัวอย่างรายใดที่ระบุว่า ต้องการส่งผู้สูงอายุไปบ้านพักคนชรา หรือ สถานดูแลผู้สูงอายุ ด้วยเงื่อนไขของหน้าที่ที่ต้องตอบแทน และยอมดูแลจนกว่าผู้สูงอายุจะจากไป นั่นแสดงให้เห็นถึงสุขภาวะทางจิตวิญญาณของผู้ให้การดูแลในพื้นที่ๆ เข้าศึกษาปรากฏตัวอยู่ในระดับที่สูงมาก แต่ในทางกลับกันเขาเหล่านั้นกลับจำกัดตัวเองอยู่ในพื้นที่ของการดูแลภายในบ้านของตัวเอง มีแรงสนับสนุนที่จำกัด ดังนั้น การสนับสนุนและส่งเสริมให้ครอบครัวและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม การให้โอกาสพักผ่อน การให้รางวัล การให้คำชื่นชม การสนับสนุนสิ่งของหรือทรัพยากรที่สามารถช่วยได้ อาจทำให้ผู้ให้การดูแลมีขวัญและกำลังใจในการต่อสู้เพื่อผู้สูงอายุต่อไปและไม่ได้อยู่ข้างหลังแต่เพียงลำพัง

ปัญหาที่เร่งด่วนที่ต้องรีบดำเนินงาน คือ การจัดระบบเข้าถึงบริการและระบบการแพทย์ฉุกเฉินในยามวิกาลหรือในกรณีวิกฤต สถานพยาบาลใกล้บ้านใกล้ใจ (ศูนย์แพทย์ปฐมภูมิฯ) อยู่ใกล้บ้านแต่ไม่สามารถเข้าถึงได้เพราะคนไข้ไม่ได้ขึ้นทะเบียนสิทธิ์ไว้ ทำให้การเข้ารับบริการแต่ละครั้งต้องเดินทางไปไกล และขนย้ายคนไข้ลำบาก อีกทั้งหลายรายยังไม่ได้รับสิทธิ์คนพิการ ดังนั้น หากมีการบูรณาการทีมแพทย์ ออกตรวจรับรองสิทธิ์คนพิการที่บ้าน ซึ่งจะช่วให้คนไข้สามารถเข้ารับบริการที่ใดก็ได้ จะเป็นการช่วยดึงคนไข้เข้าสู่ระบบการติดตาม (Follow up) ได้อีกครั้ง เพราะเมื่อปัญหาการเข้าถึงบริการเกิดขึ้น หลายครอบครัวตัดสินใจไม่รักษา และปิดโอกาสในการฟื้นฟูลงในหลังคาเรือนของตัวเอง

6.3 ข้อเสนอแนะ

6.3.1 ผู้ให้การดูแลหลัก: ควรได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว ทั้งกำลังใจ การถามไถ่ การเยี่ยมเยียนและการสนับสนุนทรัพยากรในการให้การดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ควรหาผู้ให้การดูแลรองเพื่อเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการดูแลในครัวเรือน เพราะผู้ให้การดูแลหลักส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวและโรคเรื้อรัง ซึ่งอาจทำให้

การดูแลไม่สามารถกระทำได้อย่างทั่วถึง โดยเฉพาะการขนย้ายและเคลื่อนตัวผู้ป่วย นอกจากนั้นผู้ให้การดูแลหลักที่มีปัญหาทางด้านสมอง ความจำและมีภาวะทางจิต หน่วยงานที่เกี่ยวข้องและเครือข่ายชุมชนควรให้การดูแลอย่างเร่งด่วน

นอกจากนั้นการศึกษาครั้งนี้ยัง พบว่า “ปัญหาครอบครัวในอดีต” “สถานภาพของการเป็นลูกชัง” “สถานภาพของการเป็นเมียที่ถูกทิ้ง” กับการสวมบทบาทในการเป็นผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุในบั้นปลายของชีวิต ก่อให้เกิดกำแพงบางประการระหว่างผู้สูงอายุและผู้ให้การดูแลหลัก ดังนั้น ประเด็นปัญหาครอบครัว การประสานรอยร้าว การสร้างความหวังใหม่ การป้องกันไม่เกิดปัญหาครอบครัว การใช้ชีวิตอย่างไม่ประมาทเพื่อความสุขในบั้นปลายชีวิต อาจจำเป็นต้องเป็นกลยุทธ์หนึ่งของเจ้าหน้าที่และบุคลากรทางการแพทย์ ที่ต้องให้ความสำคัญหรือเป็นประเด็นหนึ่งที่ต้องพิจารณาขณะให้การรักษา รวมถึงกระตุ้นคนรุ่นใหม่และวัยกลางคนเตรียมพร้อมกับการใช้ชีวิต หากวันใดที่ตนต้องเจ็บป่วยในวัยชราจะได้ไม่ต้องเพื่อไม่รู้สึกโดดเดี่ยว ระแวดระวังไม่ไว้วางใจ ภายใต้กำแพงที่ต่างฝ่ายต่างสร้างขึ้น ฯลฯ

6.3.2 อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.): ในฐานะแกนนำสุขภาพภาคประชาชน ถึงแม้จะมีบทบาทหน้าที่อยู่แล้วในปัจจุบันในการให้ความช่วยเหลือ ประสานงาน หรือ เยี่ยมเยียน แต่ทั้งหมดเป็นไปด้วยจิตอาสาที่ทำงานด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์ หาก อสม. ได้รับการพัฒนาทักษะทางการแพทย์ การให้คำปรึกษาอย่างเป็นวิชาการ การเข้าใจจิตวิทยาผู้สูงอายุ การผ่อนคลายความเครียดผู้ดูแล การทำงานแบบรายกรณีที่ไม่เหมารวมแบบแผนการช่วยเหลือแนวทางเดียวทั้งพื้นที่ ฯลฯ จะช่วยให้ อสม. สามารถทำงานในพื้นที่ได้อย่างมั่นใจและได้รับการยอมรับจากครอบครัวคนไข้ และเอื้อประโยชน์ต่อผู้ให้การดูแลหลัก ในฐานะ “อสม.ผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ”

6.3.3 การสร้างทีมสุขภาพ: จากความต้องการของการเยี่ยมบ้าน หากพื้นที่มีการวางแผนเข้าถึงระดับครัวเรือนอย่างเป็นสหวิทยาการ จะช่วยให้การติดตามสถานการณ์คนไข้เป็นไปได้อย่างองค์รวมมากขึ้น การปล่อยให้เพียง อสม. หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ลงแต่เพียงลำพัง อาจไม่ได้ตอบโจทย์ของสถานการณ์คนไข้และครอบครัว การลงพื้นที่ร่วมกันโดยแพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักวิชาการสาธารณสุข นักกิจกรรมบำบัด นักจิตวิทยา ฯลฯ จะช่วยให้เกิดการติดตามคนไข้เป็นไปได้อย่างสมบูรณ์มากกว่าที่เป็นอยู่

6.3.4 เครือข่ายทางสังคม: งานศึกษาครั้งนี้ พบเครือข่ายอย่างไม่เป็นทางการที่มีความสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุ เช่น อาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อนบ้าน พยาบาลวิชาชีพจากคลินิกเอกชน และมอเตอร์ไซด์รับจ้าง การเสริมสร้างความเข้มแข็งจากเครือข่ายไม่เป็นทางการเหล่านี้ สามารถนำมาประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดได้หากมีการวางแผนร่วมกันอย่างเป็นระบบ

6.3.5 การเยี่ยมบ้าน: ว่าด้วยการจัดการรายกรณี งานศึกษาครั้งนี้ พบว่า การดำเนินการเยี่ยมบ้าน หรือการให้คำแนะนำจาก อสม. หรือ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มักมีแบบแผนตามตัวชี้วัดที่ถูกกำหนดมาจากฝ่ายประเมินผลด้วยแนวทางและวิธีการแบบเดียวกัน แต่ในความเป็นจริง สถานการณ์ชีวิต สถานการณ์ครอบครัว ความต้องการการช่วยเหลือ ฯลฯ มีความหลากหลายและแตกต่างกันไปอย่างสิ้นเชิงในแต่ละครอบครัว การปรับเปลี่ยนมุมมองของเจ้าหน้าที่ที่ให้ความสำคัญกับความหลากหลายของแต่ละบุคคล จะช่วยให้การช่วยเหลือนั้นตรงกับความต้องการของคนไข้ มากกว่าการรายงานผลตามตัวชี้วัด

6.3.6 Aging in place: จากที่กล่าวมาแล้วว่า ถึงแม้ชีวิตของผู้สูงอายุติดเตียงและผู้ดูแลหลัก จะอยู่ท่ามกลางความไม่แน่นอน และเผชิญหน้ากับปัญหาที่รุมเร้าต่างๆ นาๆ แต่ไม่มีรายใดที่ต้องการผลักภาระไปสู่สถานรับเลี้ยงหรือบ้านพักคนชรา ยินดีดูแลและให้การจัดการจนกว่าวาระสุดท้ายของชีวิตจะมาถึง ซึ่งถือว่าสอดคล้องกับ แนวคิดใหม่ที่ว่าด้วย Aging in place เป็นอย่างมาก ท่ามกลางความกตัญญูที่ยังคงเหลืออยู่ในสังคมเมือง หากได้รับการดูแลจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นรูปธรรม จะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถมีความสุขได้ในบ้านของ ตัวเองและอยู่ร่วมกับผู้ดูแลได้อย่างมีความสุข

Aging in place ไม่ได้มุ่งหวังกับการจัดการบ้านเรือนหรือสิ่งแวดล้อมแต่เพียงอย่างเดียว ในทางกลับกันผู้สูงอายุต้องเข้าใจและยอมรับสถานภาพและบทบาทการเป็นผู้ป่วย แนวทางการดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่ป่วยเรื้อรัง ติดเตียงหรือเจ็บป่วยในระยะสุดท้ายนั้น ประการแรกคือ “การให้ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังเข้าใจบทบาทผู้ป่วย (Sick role) เป็นผู้ป่วยที่น่ารัก (Friendly patient) ลดการกลายเป็นผู้ป่วยที่ยากต่อการดูแล (Difficult patient) หรือ เป็นผู้ป่วยที่มีแต่การเรียกร้อง (Demanding patient) ถึงแม้แนวคิดดังกล่าว อาจเป็นมุมมองของบุคลากรทางสุขภาพ ที่ตัดสินผู้ป่วยว่าดีหรือไม่ดี และกลายเป็นปฏิกิริยาเชิงลบในการตีตราพฤติกรรมคนไข้ แต่จากงานวิจัยครั้งนี้ ปฏิเสธไม่ได้ว่าปัญหาในการดูแล ปฏิสัมพันธ์ระหว่างคนไข้และผู้ดูแล หรือ แม้กระทั่งความขัดแย้งในครัวเรือน ส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากพฤติกรรมของตัวคนไข้ ที่มีลักษณะนิสัยเจ้าอารมณ์ อาละวาด ด่าทอ ใช้ความรุนแรงกระทำต่อผู้ให้การดูแลหลัก ฯลฯ หากแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวให้ความสำคัญกับอารมณ์ รักษาทางจิตใจร่วมกับรักษาโรคทางกาย จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้บ้างไม่มากก็น้อย

6.3.7 สิทธิ์ในการเข้าถึงบริการสุขภาพ: จากที่กล่าวมาแล้วในบทที่ 4 ว่า ผู้สูงอายุติดเตียงมีปัญหาในการเข้าถึงบริการอันเป็นผลมาจากการลงทะเบียนภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งก่อให้เกิดความยุ่งยากและปัญหามากมายในการเข้ารับบริการ และยังมีผู้สูงอายุติดเตียงบางส่วนที่ยังไม่มีบัตรคนพิการ การมอบสิทธิ์คนพิการจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเข้ารับบริการกับสถานพยาบาลใกล้บ้าน ผ่านช่องทางพิเศษ (Fast track) ซึ่งจะช่วยอำนวยความสะดวกกับผู้สูงอายุติดเตียงในการเข้าถึงบริการได้เป็นอย่างดี ดังนั้น การลงทะเบียนเพื่อให้ผู้ป่วยติดเตียงทุกคนมีบัตรคนพิการ จะเป็นคุณูปการมหาศาลต่อคนไข้และครอบครัว

6.3.8 ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน: เป็นสิ่งที่จำเป็นมากสำหรับผู้ให้การดูแลในทุกเศรษฐานะ การขนส่งผู้ป่วยที่ต้องการอุปกรณ์ทางการแพทย์ครบครัน รถที่สามารถจัดส่งผู้ป่วยได้ในท่านอน มีพยาบาลประจำรถ การเข้าถึงได้ทุกเวลาที่ต้องการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในยามวิกาลหรือในกรณีฉุกเฉิน จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องรีบดำเนินการ เพราะปัจจุบันผู้ให้การดูแลไม่สามารถเคลื่อนย้ายผู้ป่วยได้ด้วยรถบริการสาธารณะหรือแท็กซี่ การมีระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่ทันเวลา มีเส้นทางเฉพาะในการขนส่ง (Logistic system) ที่ดีและเหมาะสม จะช่วยสร้างความมั่นใจให้กับผู้ดูแลและต่อรองกับชีวิตของผู้สูงอายุได้เป็นอย่างดี

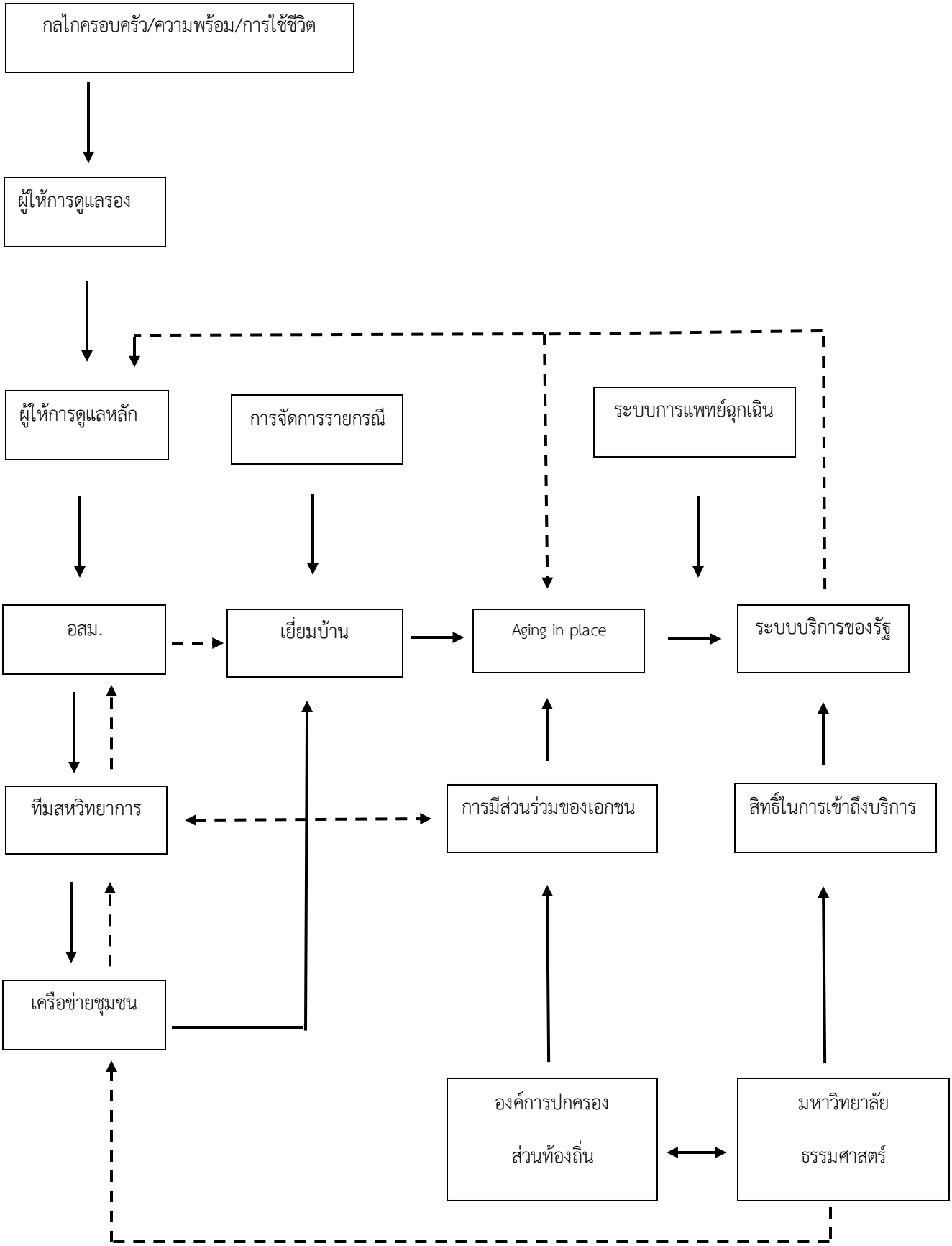
6.8.9 ระบบบริการของรัฐ: จำเป็นต้องปรับเปลี่ยนวิธีจัดการและให้สิทธิ์พิเศษบางประการกับผู้ป่วยติดเตียง แต่ด้วยระบบที่เป็นมาตรฐานเดียว ทำให้ผู้ป่วยหลายรายตัดสินใจปิดฉากของคนไข้ในสถานพยาบาล สู่รูปแบบของดูแลแบบกันเองในครัวเรือน การเอื้อประโยชน์ในฐานะคนไข้ที่มีข้อจำกัดทางสุขภาพ การพูดสื่อสารด้วยหัวใจและเข้าใจข้อจำกัดของความเป็นมนุษย์ จะช่วยให้คนไข้และสมาชิกในครอบครัวเกิดความรู้สึก

อยากมีส่วนร่วมและต้องการให้ความร่วมมือในการรักษา เพราะในความเป็นจริง ทุกครัวเรือนต้องการอยู่ในระบบการแพทย์ ต้องการได้รับการดูแลระยะยาว ไม่ต้องการเปลี่ยนสถานพยาบาล ไม่ต้องการเปลี่ยนแพทย์ ต้องการความคุ้นเคย ต้องการน้ำใจ แต่ด้วยเงื่อนไขต่างๆ และข้อกำหนด ตลอดจนความยุ่งยากซับซ้อนในการเข้าถึงบริการ จึงทำให้ตัวเองต้องเลือกปิดฉากออกจากระบบบริการทางการแพทย์ สู่การรักษาเยียวยากันเองในครัวเรือน ดังนั้น การแพทย์ที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์ (Humanistic medicine) ควรได้รับการนำเสนอให้กับเจ้าหน้าที่ในทุกระดับของสถานพยาบาล

6.8.10 การมีส่วนร่วมของภาคเอกชนในการดูแลระดับครัวเรือน: การศึกษาครั้งนี้ พบว่า บุคลากรการแพทย์ในภาคเอกชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพชุมชนอยู่บ้าง แต่ส่วนใหญ่เป็นไปในลักษณะแบบไม่เป็นทางการ ผ่านเส้นทางของความรู้จักคุ้นเคยส่วนตัว ซึ่งสามารถติดต่อขอรับบริการได้เกือบทุกเวลาที่ต้องการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในนอกเวลาทำการที่เจ้าหน้าที่รัฐไม่สามารถให้การบริการได้ หากชุมชนหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเล็งเห็นศักยภาพของภาคเอกชน สามารถสร้างเครือข่ายการให้การดูแลที่บ้านได้ โดยสร้างเป็นทีมสุขภาพที่ช่วยเสริมทัพกำลังในการขับเคลื่อนสุขภาพนอกเวลาราชการ หากความต้องการมีจำนวนมาก ราคาค่าใช้จ่ายต่อหน่วยอาจถูกลงจนชาวบ้านรับได้และสามารถร่วมจ่ายได้

6.8.11 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น: องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีบทบาทอย่างมากในการกำหนดนโยบาย สนับสนุนทรัพยากรและงบประมาณในการจัดการสุขภาพของคนในพื้นที่ ปัจจุบันเทศบาลเมืองคูคตมีนโยบายระยะสั้นและระยะยาวในการจัดการปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง หากชุมชนมีความพร้อม อสม. ได้รับการพัฒนาศักยภาพ มีทีมสุขภาพในชุมชนและเครือข่ายชุมชนมากพอ การสร้างโครงการหรือกิจกรรมที่ต้องสนองความต้องการของคนในชุมชน สามารถเกิดขึ้นได้อย่างเป็นรูปธรรม หากชุมชนและเครือข่ายมีศักยภาพมากพอและมีความพร้อมในระดับหนึ่ง ดังนั้น การเสริมสร้างพลังชุมชน การออกแบบกิจกรรมที่มาจากความต้องการพื้นฐานของคนในชุมชน ควรเป็นประเด็นหนึ่งที่ควรเร่งดำเนินการให้เกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม

6.8.12 มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์: ในฐานะหน่วยงานด้านความรู้ ควรสร้างอัตลักษณ์และเอกลักษณ์ร่วมกับชุมชนในฐานะเพื่อนช่วยคิด ช่วยกระตุ้น เป็นที่ปรึกษาและจัดรูปแบบการให้ความรู้ตามธรรมชาติและความต้องการของคนในชุมชน การจัดกระบวนการเรียนรู้ที่มุ่งเน้นการฝึกปฏิบัติ มากกว่าการสอนแบบบรรยายให้กับ อสม. หรือ ทีมสุขภาพอื่นๆ จะเป็นการขับเคลื่อนชุดความรู้ที่สามารถคงอยู่ในชุมชนได้อย่างยั่งยืนในระยะยาวต่อไป



แผนภาพที่ 3 แสดงรูปแบบและแนวทางการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงและเจ็บป่วยระยะสุดท้าย

บรรณานุกรม

ภาษาไทย

บุริน บางแก้ว (2541). ความต้องการช่วยเหลือในการดูแลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ. เอกสารประกอบการสัมมนา. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, สถาบันวิจัยประชากรศาสตร์. เอกสารโรเนียวอัดสำเนา

เล็ก สมบัติ (2549). รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์ โครงการภาวการณ์ผู้ดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวในปัจจุบัน (พิมพ์ครั้งที่ 1) กรุงเทพฯ มิสเตอร์ก๊อปปี้.

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2549). รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์ โครงการระบบการดูแลระยะยาวในครอบครัวสำหรับผู้สูงอายุ (พิมพ์ครั้งที่ 1) กรุงเทพฯ มิสเตอร์ก๊อปปี้.

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2552). รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์บูรณาการระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุไทย. (พิมพ์ครั้งที่ 1) กรุงเทพฯ โรงพิมพ์เจพริ้นท์.

จิราพร เกศพิชญวัฒนา (2548). ความกตัญญูกตเวทีและการดูแลบิดามารดาที่เจ็บป่วยสูงอายุในครอบครัวไทยในเขตกรุงเทพมหานคร. สืบค้นเมื่อ 29 สิงหาคม 2559 สืบค้นจาก http://www.research.chula.ac.th/web/Prize_Research/rsPaper/example/ex43_1.htm

สาสินี เทพสุวรรณ์ ณัฐจีรา ทองเจริญชูพงศ์ และรศรินทร์ เกรย์ (2556). ปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดและความสุขของการดูแลผู้สูงอายุ. วารสารประชากร. 4(1):75-92.

จินตนา อาจสั้นเที๊ยะ และ พรนภา คำพราว (2557). รูปแบบการดูแลสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน. วารสารพยาบาลทหารบก. 15(3):123-127.

ชาย โพธิสิตา และ สุชาดา ทวีสิทธิ์ (2552). ครอบครัวไทยในสถานการณ์เปลี่ยนผ่านทางสังคมและประชากร. นครปฐม. สำนักพิมพ์ประชากรและสังคม.

วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร. (2554) การดูแลผู้ดูแล: แนวคิด ผลกระทบ และการพยาบาลที่เป็นเลิศ ใน วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร (บรรณาธิการ), การพยาบาลที่เป็นเลิศในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์

วิชัย เสนชุ่ม พฤฒินันทน์ สุฤทธิ์ ณรงศักดิ์ หนูสอน และ ธนัช กนกเทศ. (2554). ปัจจัยพยากรณ์บทบาทของสมาชิกครอบครัวในการดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ตำบลพะวอ อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ. 5(2), 23-33.

ลิวรรณ อุนนาภิรักษ์. (2553). การพยาบาลผู้สูงอายุ: ปัญหาระบบประสารทและอื่นๆ (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ บุญศิริการพิมพ์

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2551). รายงานการสำรวจประชากรผู้สูงอายุ ในประเทศไทยพ.ศ.2550. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี.

เยาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม และพรพันธุ์ บุญยรัตพันธ์. (2550). การสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 3 พ.ศ. 2546-2547. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขและสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข.

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร.(2545). ครอบครัวและผู้สูงอายุ. ใน สุทธิชัย จิตะพันธกุล,นภาพร ชโยวรรณ. ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, สิรินทร ฉันศิริกาญจน, ประคอง อินทรสมบัติ, มัทนา พนานิรามัย, นงนุช สุนทร ชวกานต, ศิริวรรณ ศิริบุญ, มาลินีวงษสิทธิ์ และเล็ก สมบัติ. ผู้สูงอายุในประเทศไทย : รายงานการ ทบทวนองค์ความรู้และสถานการณ์ ในปัจจุบัน ตลอดจนข้อเสนอแนะทางนโยบาย และการวิจัย. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร จุฬาลงกรณมหาวิทยาลัย, 2545.

วรรณลักษณ เมียนเกิด.โครงการค่านิยมความคาดหวังของผู้สูงอายุและพหุวัย ชุด โครงการระบบการดูแลระยะยาวในครอบครัวสำหรับผู้สูงอายุ.มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว), 2549.

สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, กนิษฐา บุญธรรมเจริญ, ศิริพันธุ สาสัตย์, และขวัญใจ อำนาจ สัตย์สื่อ. รูปแบบการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ในระยะยาวโดยชุมชน นนทบุรี: มูลนิธิเพื่อการพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, 2550.

ภาษาอังกฤษ

Unalan H, Gencosmanoglu, B., Akgun, K., Karamehmetoglu, S., Tuna, H., Ones, H., et al. (2001). Quality of life of primary caregiver of spinal cord injury survivors living in the community: controlled study with short form-36 questionnaire. Spinal Cord, 39: Pp318-322.

Lindal, I.B., Veenstra, M., Hjeltnes, N., Biering-Sorensen F. (2008). Health-related quality of life in persons with long-standing spinal cord injury. Spinal Cord, 46 (11): 710-715.

Merrill, D.M. (1993). Daughter-in-law as caregivers to the elderly: defining the in-law relationship. Research on Aging (15)1 70-91.

Walker, A. Community care: The family, the state and social policy Oxford, Blackwell & M. Robertson, 1982.

Goldberg, EM. The effectiveness of social care for the elderly, Heinemann Educational Books. Knodel, J., Saengtienchai, C.andSittitrai, W. (1995). Living Arrangements of the Elderly in Thailand: Views of the populace. Journalof Cross-Culture Gerontology, 10(1&2):79-111, 1982.

***