

บทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการสนับสนุนการมารับการรักษาต่อเนื่อง
ในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง : กรณีศึกษา



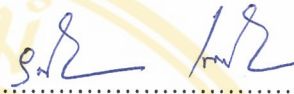
สารนิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2552

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

สารนิพนธ์

เรื่อง

บทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการสนับสนุนการมารับการรักษาต่อเนื่อง
ในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง : กรณีศึกษา



นาง ระเบียบ เทียมมณี
ผู้ศึกษา



รองศาสตราจารย์ สุปาณี เสนาคิสัย,
วท.บ.(พยาบาล) เกียรตินิยมอันดับ 2, M.S.
อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์หลัก



ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วันทนา มณีศรีวงศ์กุล,
D.N.Sc. (Primary Care)

อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ร่วม



ศาสตราจารย์ บรรจง มไหสวริยะ,
พ.บ.
คณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล



รองศาสตราจารย์ อรสา พันธุ์ศักดิ์,
พย.ค.
ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

สารนิพนธ์

เรื่อง

บทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการสนับสนุนการมารับการรักษาต่อเนื่อง
ในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง: กรณีศึกษา

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

วันที่ 29 ธันวาคม พ.ศ. 2552

นาง ระเบียบ เทียมมณี
ผู้ศึกษา

ก.ว.-๑๓ ๗๖๖๑๒๗

รองศาสตราจารย์ กัญญา ประจุศิลป์,
Ph.D. (Maternity Nursing)
กรรมการสอบสารนิพนธ์

ว.ร.๑๑๐๘ ๗๖๖๑๒๗

รองศาสตราจารย์ ประคอง อินทรสมบัติ,
M.Ed. (Nursing Adm)
ประธานกรรมการสอบสารนิพนธ์

๐๖๖๖๖๖๖๖

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วันทนา มณีศรีวงศ์กุล,
D.N.Sc. (Primary Care)
กรรมการสอบสารนิพนธ์

๐๖๖๖๖๖๖๖

รองศาสตราจารย์ สุปานี เสนาคิสัย,
วท.บ.(พยาบาล) เกียรตินิยมอันดับ 2, M.S.
กรรมการสอบสารนิพนธ์

๐๖๖๖๖๖๖๖

ศาสตราจารย์ บรรจง มไหสวริยะ,
พ.บ.
คณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล

๐๖๖๖๖๖๖๖

ศาสตราจารย์ รัชตะ รัชตะนาวิน,
M.D., F.A.C.E.
คณบดี
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

ความสำเร็จของสารนิพนธ์ฉบับนี้มีได้เกิดจากผู้ศึกษาเพียงคนเดียว หากแต่ได้รับความอนุเคราะห์จากคณาจารย์ผู้ทรงคุณวุฒิโดยเฉพาะอย่างยิ่งรองศาสตราจารย์ สุปาณี เสนาดีสัย อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วันทนา มณีศรีวงศ์กุล อาจารย์ที่ปรึกษาร่วมที่สละเวลาอันมีค่ายิ่งช่วยเหลือ ให้ความกรุณาอุทิศเวลา ให้คำแนะนำ ปรึกษา ตรวจสอบ แก้ไขและปรับปรุงข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเอาใจใส่เป็นอย่างยิ่ง ผู้ศึกษารู้สึกภาคภูมิใจที่มีอาจารย์เป็นแบบอย่างที่ดี ด้านการศึกษา ทำให้ผู้ศึกษารู้สึก สรทธา มีกำลังใจ และสำนึกในพระคุณมาโดยตลอด ขอขอบพระคุณเป็น อย่างสูง มา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี โดยเฉพาะอย่างยิ่งคณาจารย์พยาบาล สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ที่ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ตลอดระยะเวลา ที่ได้มีโอกาสเข้ามาศึกษาในสถาบันแห่งนี้ รวมทั้งเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่เกี่ยวข้องที่ช่วยอำนวยความสะดวกในการทำสารนิพนธ์ครั้งนี้ ให้สำเร็จลุล่วงด้วยดี ขอขอบพระคุณ นายแพทย์ เลิศชัย จิตต์เสรี ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางปะอิน ที่ให้โอกาสผู้ศึกษาได้เข้ารับการศึกษานในหลักสูตรนี้ ขอขอบพระคุณ คุณอุษา เกษนิบล อดีตหัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลบางปะอิน ซึ่งเป็นแบบอย่างในด้านการศึกษาและพัฒนาตนเองอยู่ตลอด ให้คำปรึกษา รวมถึงสนับสนุน ให้โอกาส ได้เข้ารับการศึกษานในครั้งนี้ ขอขอบคุณ เจ้าหน้าที่หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลบางปะอินทุกท่านที่ให้กำลังใจและเสียสละให้ผู้ศึกษา มีโอกาสได้มาศึกษาหาความรู้ โดยปฏิบัติงานในหน้าที่แทนเป็นอย่างดีตลอดระยะเวลาที่ศึกษา และขอบคุณเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยบางกระสันทุกท่านที่ให้การช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลจนลุล่วงไปได้ด้วยดี ขอขอบคุณผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้บริหารทางด้านสาธารณสุข และผู้แทนประชาชนทุกท่านที่เสียสละเวลาเข้าร่วมในการศึกษานครั้งนี้

ท้ายนี้ผู้ศึกษาขอกราบขอบพระคุณ บิดา มารดา ผู้ให้กำเนิดชีวิต และสนับสนุน ส่งเสริม ให้มีโอกาสดำเนินการศึกษาน และครอบครัวที่สนับสนุนและให้กำลังใจตลอดระยะเวลาที่ศึกษา

ระเบียบ เทียมมณี

บทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการสนับสนุนการมารับการรักษาต่อเนื่องในผู้สูงอายุ
โรคเรื้อรัง : กรณีศึกษา

ROLE OF LOCAL ADMINISTRATIVE AUTHORITY TO SUPPORT CONTINUITY CARE
OF OLDER PERSONS WITH CHRONIC ILLNESS: CASE STUDY

ระเบียบ เทียมมณี 4937542 RACN/M

พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

คณะกรรมการที่ปรึกษาสารนิพนธ์ :สุภาณี เสนาดิสัย, วท.บ.(พยาบาล) เกียรตินิยมอันดับ 2, M.S.,
วันทนา มณีศรีวงศ์กุล, D.N.Sc (Primary Care)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและบทบาทตามความ
คาดหวังของประชาชนที่มีต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการสนับสนุนการมารับการรักษาต่อเนื่องของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง
ในเขตเทศบาลตำบลบางกระสั้น อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่อยู่บ้าน
ลำพังเมื่อผู้ดูแลที่ต้องออกไปทำงานนอกบ้าน ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และ ผู้บริหาร
ทางด้านสาธารณสุข เก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามและการสนทนากลุ่ม และสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล
โดยใช้สถิติบรรยาย และวิเคราะห์ข้อมูลการสนทนากลุ่มโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างจากทุกภาคส่วน รับรู้ปัญหาสุขภาพ และผลกระทบที่เกิดจากการเจ็บป่วยของ
ผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ด้านประชาชนแก้ปัญหาสุขภาพโดยการเข้ารับการรักษาต่อเนื่อง แต่ยังมีปัญหาว่าไม่สามารถไปรับการ
รักษาต่อเนื่องตามนัดได้ทุกครั้ง เพราะผู้ดูแลต้องออกไปทำงานนอกบ้าน และผู้สูงอายุโรคเรื้อรังมีข้อจำกัดในเรื่องการเดินทาง
ด้วยรถประจำทางสาธารณะโดยลำพัง ในภาคองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นพบว่าในปัจจุบัน ยังไม่มีนโยบาย และแผนเกี่ยวกับ
การดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังโดยเฉพาะ จึงยังไม่มีบทบาทชัดเจนในการสนับสนุนการมารับการรักษาต่อเนื่องของผู้สูงอายุ
โรคเรื้อรัง แต่จะดำเนินนโยบายให้การช่วยเหลือทางด้านสวัสดิการสังคม กับคนชรา และผู้ยากไร้ มีบริการรถรับส่งกรณีเกิด
เจ็บป่วยฉุกเฉิน แต่ไม่ครอบคลุมการไปตรวจตามนัดปกติ ในภาคสาธารณสุข มีการจัดระบบบริการที่เอื้อ และสะดวกต่อการมา
รับการรักษาต่อเนื่อง เช่น ขยายวันให้บริการ อนุโลมให้ญาติรับยาแทนได้ 1 ครั้ง เพื่อแก้ไขปัญหาการได้รับการรักษาไม่
ต่อเนื่อง และ พัฒนาระบบการติดตามเมื่อขาดนัด ความคาดหวังของประชาชนที่มีต่อบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
คือต้องการได้รับการสนับสนุนบริการรถรับส่งไปตรวจตามแพทย์นัด หากตรงกับวันที่ผู้ดูแลออกไปทำงานนอกบ้าน และให้มี
ความร่วมมือกับสาธารณสุขในการพัฒนาศักยภาพสถานีนอนามัย ให้มีมาตรฐานการดูแลเท่าเทียมกับโรงพยาบาล เพื่อความ
สะดวกในการเข้าถึงบริการ

ผลการศึกษาครั้งนี้มีข้อเสนอแนะคือ จัดตั้งคณะกรรมการในการดำเนินงานให้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังได้รับการ
รักษาต่อเนื่อง เพื่อให้ 1)องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสนับสนุนบริการรถรับส่งตามเกณฑ์ที่กำหนด เพื่อให้ผู้มีความจำเป็น
เข้าถึงบริการได้ 2) ดำเนินโครงการจิตอาสาโดยให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นผู้รับผิดชอบงบประมาณ ส่วนสาธารณสุข
เป็นผู้สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพของจิตอาสาให้สามารถดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพ และ 3)พัฒนา
ศักยภาพสถานีนอนามัยให้เป็นศูนย์สุขภาพชุมชน เพื่อให้สามารถดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: บทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น / สนับสนุนการมารับการรักษาต่อเนื่อง / ผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

ROLE OF LOCAL ADMINISTRATIVE AUTHORITY TO SUPPORT CONTINUITY CARE OF OLDER PERSONS WITH CHRONIC ILLNESSES: CASE STUDY

RABEAB TEAMMANEE 4937542 RACN/M

M.N.S. (COMMUNITY HEALTH NURSE PRACTITIONER)

THEMATIC PAPER ADVISORY COMMITTEE : SUPANEE SENADISAI, B.Sc. (Nursing) Hon, M.S., WANTANA MANEESRIWONGUL, D.N.Sc. (Primary Care)

ABSTRACT

This study aimed at identifying roles of the local administrative authority in supporting the continuous healthcare services provided to elderly people with chronic illness, and expectations of community members on the local administrative authority's roles. The study setting was Bangkrason Subdistrict, of Bangpra-In District, Pranakornsri-Ayuthaya Province, and the study participants were elderly people with chronic illness, caretakers of elderly people with chronic illness, the local administrative authority, and public health personnel holding management positions. The data was collected using a questionnaire, focus group discussion, and in-depth interview. The quantitative data gained then was analysed using descriptive statistics, while the qualitative data was analysed using content analysis.

The study results revealed that all parties who participated in this study were aware of the problems and effects of chronic illness encountered by the elderly and their families. The elderly and caretakers tried to solve the problem by adhering to continuous treatment. However, they at times were unable to keep an appointment as caretakers needed to be at work and the elderly were unable to travel alone on public transport even though the local administrative office had been providing social welfare to the elderly and poor. They provided a vehicle to transport the elderly to a health institute in case of emergency. Public health personnel had developed a system to serve the elderly's needs of continuity of care, i.e., expanding days of services, allowing relatives to receive medications on behalf of their elders once, and establishing a following up measure when an elderly person missed their appointment. The community members expected the local administrative office to provide a vehicle to transport their elders to hospital. They also suggested that the health center should upgrade its capacity to match that of the hospital in order to increase accessibility for clients.

This study suggested the establishment of a committee which is responsible for managing and supporting the continuity of care provided to elderly people with chronic illness, wherein 1) the local administrative authority supplies a vehicle for ensuring accessibility to required healthcare of elderly with chronic illness who meet the pre-determined criteria, 2) a "volunteer project" is established– the local administrative authority would provide financial support while the public health sector would organize training to increase volunteers' competency for taking care of elderly people with chronic illness, and 3) the health center is upgraded to a primary care unit in order to provide effective healthcare services for elderly people with chronic illness.

KEY WORDS : ROLES OF LOCAL / ADMINISTRATIVE AUTHORITY / SUPPORT CONTINUITY OF CARE / ELDERLY WITH CHRONIC ILLNESS

147 pages

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญภาพ	ซ
บทที่ 1 บทนำ	1
บทที่ 2 การทบทวนวรรณกรรม	9
ส่วนที่ 1 โรคเรื้อรังที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ	10
ส่วนที่ 2 ปัญหาและความต้องการความช่วยเหลือของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง	28
ส่วนที่ 3 บทบาทเครือข่ายทางสังคมในการให้การดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง	32
ส่วนที่ 4 บทบาทองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	36
ส่วนที่ 5 บทบาทพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง	38
ส่วนที่ 6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	39
บทที่ 3 วิธีการศึกษา	43
บทที่ 4 ผลการศึกษา	51
บทที่ 5 อภิปรายผลการศึกษา	77
บทที่ 6 สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ	86
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาไทย	89
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาอังกฤษ	108
เอกสารอ้างอิง	130
ภาคผนวก	138
ประวัติผู้ศึกษา	147

สารบัญตาราง

ตาราง

- | | หน้า |
|---|------|
| 1. ข้อมูลส่วนบุคคลของประชาชนกลุ่มผู้สูงอายุโคเรีอรััง | 51 |
| 2. ข้อมูลส่วนบุคคลผู้ดูแล | 59 |



สารบัญภาพ

ภาพ

- 1 รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อ
- 2 แผนที่ตำบลบ้านบางกระสัน

หน้า

22

44



บทที่ 1

บทนำ

ที่มาและความสำคัญของปัญหา

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างด้านประชากรของประเทศไทยในปัจจุบัน พบว่าสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว อันเนื่องมาจากผลของอัตราการเกิดลดลง โดยลดลงจาก 6.4 ในปี พ.ศ. 2493-2498 เหลือ 1.7 ในปี พ.ศ. 2548 และคาดว่าจะลดลงเหลือ 1.5 ในช่วงอีก 2 ทศวรรษข้างหน้า (วราภรณ์ ภูมิสวัสดิ์และคณะ, 2549) และในปัจจุบันความเจริญก้าวหน้าทางการแพทย์และสาธารณสุขก็เป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุมีอายุยืนยาวขึ้น (การสาธารณสุขไทย, 2550: 11) และจากการสำรวจสถานการณ์ผู้สูงอายุไทยปี พ.ศ. 2549 พบว่าประเทศไทยมีจำนวนประชากรสูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปประมาณ 6.5 ล้านคนจากประชากรทั้งหมดของประเทศไทย 61.4 ล้านคนคิดเป็นร้อยละ 10.6 ของประชากรทั้งประเทศ แบ่งเป็นผู้สูงอายุวัยต้นอายุ 60 - 69 ปี ร้อยละ 5.9 ผู้สูงอายุวัยกลาง อายุ 70 - 79 ปี ร้อยละ 3.5 และผู้สูงอายุวัยปลายซึ่งเป็นวัยที่ต้องการการพึ่งพิงสูง อายุ 80 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 1.3 ส่วนอายุคาดเฉลี่ยของผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเพศหญิง มีอายุยืนยาวกว่าเพศชาย สถิติในปี พ.ศ. 2548, 2549 และ 2550 พบว่าเพศหญิงมีอายุคาดเฉลี่ย 74, 75 และ 75.2 ปี และเพศชายมีอายุคาดเฉลี่ย 66, 68.2 และ 68.4 ในเวลาเดียวกันตามลำดับ ซึ่งตามมาตรฐานสากลประเทศที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 10 และ/หรือประชากรที่มีอายุมีฐานมากกว่า 30 ปี ถือว่าเข้าสู่ “สังคมผู้สูงอายุ” (Shryock Henry S. 2004, อ่างในมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2549: 2) ซึ่งในปี พ.ศ. 2549 ประเทศไทยมีประชากรอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปประมาณร้อยละ 11 และอายุมีฐานประมาณ 33 ปี ตัวชี้วัดเหล่านี้ แสดงว่า ประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้ว (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2549: 2-4) ในขณะเดียวกันพบว่าอัตราส่วนเกื้อหนุน ซึ่งหมายถึงคนในวัยแรงงานอายุตั้งแต่ 15-59 ปี ซึ่งมีศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุ เปรียบเทียบกับผู้สูงอายุมีแนวโน้มลดลง ซึ่งในปี พ.ศ. 2503 พบว่ามีอัตราส่วนเกื้อหนุน เท่ากับ 11:1 หมายความว่า มีคนในวัยแรงงาน 11 คนที่จะช่วยอุปการะผู้สูงอายุ 1 คน แต่ในปี พ.ศ. 2549 อัตราส่วนเกื้อหนุนลดลงเหลือ 6.4:1 และคาดว่าจะอีก 30 ปีข้างหน้าอัตราส่วนเกื้อหนุนจะเหลือเพียง 2:1 คนเท่านั้น ในทางตรงกันข้ามกลับพบว่า อัตราส่วนการเป็นภาระหรืออัตราพึ่งพิงของผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ในปีพ.ศ. 2505 พบว่า

มีอัตราพึ่งพิงของผู้สูงอายุ ร้อยละ 10 มีการคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2553 และในปี พ.ศ.2568 อัตราการพึ่งพิงของผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 19.6 และร้อยละ 29.6ตามลำดับ (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2549: 9-11)

การเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุทำให้เกิดปัญหาทางด้านสาธารณสุขตามมา โดยเฉพาะการเกิดโรคเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น จากการสำรวจภาวะสุขภาพผู้สูงอายุไทย 4 ภาคของวารสาร ภูมิศาสตร์และคณะ (2549) พบว่าผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพ เช่น ภาวะทุพโภชนาการ ปัญหาการได้ยิน การมองเห็น ปัญหาเกี่ยวกับระบบขับถ่ายและระบบสืบพันธุ์ เช่นพบว่าผู้สูงอายุเพศหญิงมีปัญหาเลือดออกทางช่องคลอด และมีก้อนที่เต้านมเป็นต้น ปัญหาในเรื่องการทรงตัวและอุบัติเหตุ หกล้ม ปัญหาสุขภาพจิต (วารสาร ภูมิศาสตร์และคณะ, 2549) และที่เป็นปัญหาสำคัญมากก็คือ การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาและมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นในผู้สูงอายุคือ โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน จากสถิติ การเฝ้าระวังโรคเรื้อรังรายงานของกรมอนามัย จากจังหวัดที่ส่งรายงานทั้งหมด 48 จังหวัด รวม 12 เขต ได้แก่ เขต 1- 8 และเขต 10 – 12 ซึ่ง 1 ใน 48 จังหวัดที่ส่งรายงานมีจังหวัดพระนครศรีอยุธยาอยู่ด้วย พบว่าโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อน พบมากที่สุดในกลุ่มผู้สูงอายุ โดยพบร้อยละ 55.23 และ ร้อยละ 46.9 ตามลำดับ นอกจากนี้ในกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือด ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวานพบมากที่สุดในกลุ่มผู้สูงอายุเช่นกัน โดยพบมากถึงร้อยละ 66 (กรมอนามัย, 2550: 24) ผู้สูงอายุมักมีโรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัวหลายโรค ทำให้การดูแลรักษาอย่างยากและมีต้นทุนในการรักษาสูงขึ้น จากการสำรวจสุขภาพประชากรไทย โดยการตรวจสุขภาพ ในปี พ.ศ. 2539 พบว่าผู้สูงอายุมีโรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรค คิดเป็นร้อยละ 72 และเพิ่มเป็นร้อยละ 87 ในปี พ.ศ. 2547 โดยพบจำนวนโรคมามากที่สุด 7-8 โรคต่อผู้สูงอายุ 1 คน (เขาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม, 2551)

การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เป็นสาเหตุของการสูญเสียการมีสุขภาพดีในผู้สูงอายุถึงร้อยละ 85 (วารสาร ภูมิศาสตร์และคณะ, 2549) และมีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพพลภาพ จากการศึกษาปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุไทยพบว่าผู้สูงอายุ 1 ใน 4 คนจะมีภาวะทุพพลภาพ และเมื่อนำความชุกของภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุดังกล่าวมาคาดประมาณภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุในอนาคต โดยใช้ข้อมูลการคาดหมายประชากรผู้สูงอายุของประเทศไทยที่จัดทำโดยกองทรัพยากรมนุษย์ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติจาก พ.ศ. 2523-2558 คาดว่าในปี พ.ศ.2558 จะมีผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพ จำนวน 1,644,685 คน ออกไปไหนมาไหนตามลำพังไม่ได้ จำนวน 412,910 คน นอนติดเตียงเคลื่อนไหวไปไหนไม่ได้ จำนวน 78,622 คน ฟังคนอื่นในการทำกิจวัตรประจำวัน จำนวน 602,316 คน และโรคเรื้อรังที่มีความสัมพันธ์กับภาวะทุพพลภาพระยะยาวในประชากรผู้สูงอายุมี 20 โรค ซึ่งพบว่าโรคความดันโลหิตสูงและ

โรคเบาหวาน มีความสัมพันธ์กับภาวะทุพพลภาพระยะยาวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P < 0.00$ (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุลและคณะ, 2542) ในปี พ. ศ.2550 สำนักงานสถิติแห่งชาติได้สำรวจความเสี่ยงต่อการที่ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองไม่ได้ และทุพพลภาพจากโรคที่ผู้สูงอายุเป็น 5 อันดับแรก พบว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 31.3 โรคเบาหวาน ร้อยละ 13.1 โรคหลอดเลือดหัวใจ ร้อยละ 6.9 อัมพฤกษ์/อัมพาต ร้อยละ 2.5 การขยายตัวของปัญหาโรคเรื้อรังและภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุ เป็นภาระกับระบบบริการสุขภาพของประเทศ เพราะจำนวนครั้งกับระยะเวลาของการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น มีอัตราการใช้จ่ายของโรงพยาบาลของรัฐทั่วประเทศไทยสูงถึงร้อยละ 28 ของปริมาณเตียงทั้งหมด ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังและภาวะทุพพลภาพที่กล่าวข้างต้นจะนำไปสู่ความต้องการผู้ดูแลมากขึ้น (สิรินทร ฉันทศิริกาญจน์, ประคอง อินทรสมบัติ และสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544) นอกจากนี้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังจะมีปัญหาสุขภาพจิตตามมาเนื่องจากความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง ทำให้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังเกิดความกลัว เบื่อหน่ายท้อแท้ต่อการดูแลรักษาตนเอง การปรับตัวต่อความเครียดของผู้สูงอายุเวลาเจ็บป่วยจะเป็นปัญหามากกว่าผู้ป่วยที่เป็นวัยทำงาน และปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังนี้จะส่งผลต่อสุขภาพกาย ตลอดจนส่งผลต่อการรักษาโรค ทำให้การรักษามีความยุ่งยากซับซ้อนมากยิ่งขึ้น (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2548: 25)

การเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ยังส่งผลกระทบต่อผู้ดูแล ซึ่งผู้ดูแลต้องใช้เวลาในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังเป็นเวลานานทำให้มีผลกระทบต่อสุขภาพจิตโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ดูแลหลัก พบว่ามักจะเกิดความเครียดและกังวล เนื่องจากไม่แน่ใจในความรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะกลุ่มที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยและต้องการการพึ่งพิงสูง การดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังเกือบตลอดเวลาเป็นภาระหนัก บางคนต้องออกจากงานเพื่อมาทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลจนขาดรายได้ ทำให้เกิดความเครียดและมีปัญหาทางอารมณ์ตามมา (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2549)

การดูแลรักษาผู้สูงอายุโรคเรื้อรังทำให้เกิดการสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจ อันเนื่องมาจากความต้องการการบริการที่เพิ่มมากขึ้นทั้งทางด้านการรักษาพยาบาลและการบริการทางสังคม ตลอดจนความต้องการด้านคุณภาพของการบริการทั้งทางด้านการรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสมรรถภาพเพิ่มมากขึ้นเพราะปัญหาสุขภาพ และกระบวนการดูแลรักษาผู้สูงอายุโรคเรื้อรังมีความซับซ้อนและต้องการการดูแลแบบบูรณาการสูง จึงส่งผลให้เกิดค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุลและคณะ, 2542) เมื่อพิจารณาทางด้านค่ารักษาผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง จากการศึกษาโดยการวิเคราะห์ค่าใช้จ่ายและประโยชน์ของการให้บริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง พบว่าค่าใช้จ่ายทางตรงของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มารับบริการ ยกเว้นผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตวายเรื้อรัง จะมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยเท่ากับปีละ 7,040.45 บาท ต่อผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง 1 คน หากรวมผู้สูงอายุโรค

เรื้อรัง ที่มีภาวะแทรกซ้อนไตวายเรื้อรังพบว่า มีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ ปีละ 21,308.70 บาทต่อผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง 1 คน เมื่อแยกค่าใช้จ่ายตรงเป็นรายโรคสำหรับผู้สูงอายุโรคเรื้อรังต่อคนต่อปี โดยเรียงลำดับจากมากไปหาน้อย 5 อันดับแรก พบว่าโรคไตวายมีค่ารักษามากที่สุด โดยมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ย เท่ากับ 278,137 บาท รองลงมาคือโรคหลอดเลือดสมองมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยเท่ากับ 19,578 บาท โรคหัวใจมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยเท่ากับ 7,947 บาท โรคความดันโลหิตสูงมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยเท่ากับ 5,372.78 บาท และโรค เบาหวานค่าใช้จ่ายเฉลี่ยเท่ากับ 5,605 บาท เมื่อประมาณค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในปี พ.ศ. 2543 จะเท่ากับ 8,121.64 ล้านบาท คิดเป็น 5.2 ของงบประมาณสาธารณสุขทั้งหมด (สุวรรณ จันทร์ประเสริฐ, 2542) นอกจากนี้ยังมีการศึกษา ค่ารักษาพยาบาลในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง พบว่าผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง 1 คน จะใช้เงินค่ารักษาพยาบาลประมาณ 5,000 บาทต่อปี คาดว่าปี พ.ศ. 2563 ประชากรผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นเป็น 11.3 ล้านคน หากร้อยละ 1 ของประชากรผู้สูงอายุมีโรคเรื้อรัง จะเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาถึง 5,650,000,000 บาท/ปี และถ้ามีภาวะแทรกซ้อนจะมีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงมากยิ่งขึ้น (สุจิตรา ประสานสุข และคณะ, 2541)

สถานการณ์ผู้สูงอายุในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยามีจำนวนประชากรทั้งสิ้น 759,364 คน เป็นจำนวนประชากรผู้สูงอายุ 111,051 ราย คิดเป็นร้อยละ 14.62 ของประชากรทั้งหมด อายุคาดเฉลี่ยของเพศชายเท่ากับ 74.8 ปี และหญิงเท่ากับ 84.12 ปี (จังหวัดพระนครศรีอยุธยา, 2550) สถานการณ์ผู้สูงอายุ อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ในปี พ.ศ. 2550 พบว่ามีประชากรทั้งหมด 80,175 คน เป็นผู้สูงอายุจำนวน 10,756 คน คิดเป็นร้อยละ 13.41 ของประชากรทั้งหมด แยกเป็นผู้สูงอายุ ชาย 4,809 คน ผู้สูงอายุหญิง 5,947 คน อายุคาดเฉลี่ยชาย 84 ปี และหญิง 89 ปี ซึ่งอายุคาดเฉลี่ยผู้สูงอายุของอำเภอบางปะอินสูงที่สุดในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา(อำเภอบางปะอิน, 2550)

ปัญหาสุขภาพที่สำคัญของผู้สูงอายุในอำเภอบางปะอินคือปัญหาโรคเรื้อรัง และโรคเรื้อรัง ที่พบมากที่สุดคือ โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน จากสถิติข้อมูลของงานเวชระเบียนคลินิกโรคเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบางปะอินปี พ.ศ.2550 พบว่ามีผู้สูงอายุโรคเบาหวานจำนวน 526 ราย จากจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้งหมด 1,600 ราย และผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 815 ราย จากจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมด 1,434 ราย (งานผู้ป่วยนอก , 2550)

สถิติจากทะเบียนส่งต่อผู้ป่วยอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โรงพยาบาลบางปะอินในปี พ.ศ. 2550 พบว่ามีผู้ป่วยฉุกเฉินที่มารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน และส่งต่อทั้งหมดจำนวน 280 ราย และเป็นผู้สูงอายุ 88 ราย และในจำนวนนี้เป็นผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานที่มีประวัติ

รักษาไม่ต่อเนื่อง และเป็นกลุ่มที่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงมากถึงขั้นวิกฤตต้องแก้ไขภาวะฉุกเฉินทันทีก่อนส่งไปรักษาต่อ จำนวน 55 ราย คิดเป็นร้อยละ 62.5 ของผู้สูงอายุที่ส่งต่อทั้งหมด โดยจำแนกเป็นผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง 34 ราย คิดเป็นร้อยละ 38.64 โรคเบาหวาน 13 ราย คิดเป็นร้อยละ 14.77 และเป็นทั้งโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับโรคเบาหวานและโรคร่วมอื่นๆ 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 9.09 ซึ่งผู้สูงอายุโรคเรื้อรังเหล่านี้ไม่ได้รับการรักษาต่อเนื่อง เวลาเจ็บป่วยก็มารับการรักษาล่าช้า เนื่องจากต้องรอผู้ดูแลว่างจากการทำงานจึงจะมีเวลาพามารับการรักษาที่โรงพยาบาล จนกระทั่งเกิดภาวะแทรกซ้อนถึงขั้นวิกฤตต้องช่วยชีวิตฉุกเฉินและส่งไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลในระดับที่สูงขึ้น ทำให้เกิดมีค่าใช้จ่ายสูงและเป็นภาระกับผู้ดูแลในเรื่องค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นจากการเดินทางไปเยี่ยม สูญเสียรายได้จากการขาดงาน และหากผู้สูงอายุโรคเรื้อรังเกิดความพิการช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ก็ยิ่งจะเป็นภาระการดูแลระยะยาวต่อไป (งานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน, 2550)

เมื่อพิจารณาค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลบางปะอิน ได้ทำการทบทวนข้อมูลค่าใช้จ่ายรายกรณีในผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่าค่าใช้จ่ายตรงกรณีมารับบริการแบบผู้ป่วยนอก ต่ำสุด 200 บาท สูงสุด 2,000 บาท เฉลี่ย 849 บาทต่อการมารับบริการ 1 ครั้ง แต่ถ้าเกิดภาวะแทรกซ้อน เนื่องจากการดูแลตนเองไม่ถูกต้องหรือการรับการรักษาไม่สม่ำเสมอต้องนอนโรงพยาบาล จะมีระยะเวลาที่นอนโรงพยาบาลตั้งแต่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 วัน จนถึงนอนนานที่สุด 30 วัน ค่าใช้จ่ายเฉพาะค่ารักษาพยาบาล ต่ำสุด 429 บาท สูงสุด 21,320 บาท เฉลี่ย 5,481 บาทต่อการนอนโรงพยาบาล 1 ครั้ง ภาวะแทรกซ้อนหรือโรคร่วมที่เป็นสาเหตุของการต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง 73 ราย คิดเป็นร้อยละ 53.68 แผลเรื้อรัง 30 ราย คิดเป็นร้อยละ 22.06 โรคไต 30 ราย คิดเป็นร้อยละ 22.06 โรคหัวใจ 26 ราย คิดเป็นร้อยละ 19.12 คิดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ 13 ราย คิดเป็นร้อยละ 9.56 ในจำนวนที่นำมาศึกษาพบว่าเป็นผู้สูงอายุที่ไม่มีผู้ดูแล 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.15 จะเห็นว่าถ้าหากผู้สูงอายุโรคเรื้อรังไม่ได้รับการดูแลรักษาต่อเนื่องจนเกิดภาวะแทรกซ้อนจะเกิดภาระต่อผู้ดูแล และมีค่าใช้จ่ายในการรักษาเฉลี่ยสูงขึ้นประมาณ 6.5 เท่าของผู้ที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน (โรงพยาบาลบางปะอิน, 2551)

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นองค์กรที่ได้รับการถ่ายโอนภารกิจด้านการจัดบริการสาธารณะแก่ชุมชน ซึ่งรวมถึงภารกิจเกี่ยวกับการจัดสวัสดิการสังคมและพัฒนาคุณภาพชีวิตของเด็กและสตรี ผู้สูงอายุ และผู้ด้อยโอกาส รวมทั้งมีบทบาทในการสนับสนุนส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตามนโยบายกระจายอำนาจและบทบัญญัติในรัฐธรรมนูญ ฉบับพุทธศักราช 2550 2 มาตรา ได้แก่ มาตรา 53 และมาตรา 55 ซึ่งมาตรา 53 ระบุว่า “บุคคลซึ่งมีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ และไม่มีรายได้เพียงพอแก่การยังชีพ มีสิทธิได้รับสวัสดิการและสิ่งอำนวยความสะดวกอันเป็นสาธารณะอย่างสมศักดิ์ศรี และความช่วยเหลือที่เหมาะสมจากรัฐ” และมาตรา 55 ระบุว่า “บุคคลซึ่งไร้ที่อยู่อาศัยและไม่

มีรายได้เพียงพอแก่การยังชีพ ย่อมมีสิทธิได้รับความช่วยเหลือที่เหมาะสมจากรัฐ” (รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย, 2550: 16) และภารกิจที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ได้รับการถ่ายโอนจากส่วนกลางตามแผนการกระจายอำนาจที่ผ่านความเห็นชอบของคณะกรรมการกระจายอำนาจ 25 มิถุนายน 2544 ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับกระทรวงสาธารณสุขประกอบด้วย ภารกิจการส่งเสริมคุณภาพชีวิต งานสวัสดิการสังคม เช่นงานสงเคราะห์เด็ก คนชรา คนพิการและติดเชื้อเอดส์งานสาธารณสุข เช่นการดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐาน ป้องกันควบคุมโรคติดต่อ สถานบริการ (ดิเรก ปัทมสิริวัฒน์, 2547) จึงนับได้ว่าการให้การช่วยเหลือดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโรคเรื้อรังก็เป็นบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ต้องมีส่วนร่วมในการให้ความช่วยเหลือตามนโยบายกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข

จะเห็นว่า ปัญหาจากการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ส่งผลกระทบต่อครอบครัว ชุมชนและสังคม ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องต้องให้การช่วยเหลือ และสนับสนุนให้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังได้รับการดูแลรักษาต่อเนื่อง เพื่อติดตามผลการรักษา และการดำเนินของโรค ตลอดจนแก้ไขปัญหาสุขภาพก่อนเกิดภาวะแทรกซ้อน และอาเภอบางปะอิน ตั้งอยู่ในเขตนิคมอุตสาหกรรม ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงาน ประกอบอาชีพรับจ้างในโรงงานอุตสาหกรรม ซึ่งต้องทำงานเป็นผลัดมีวันหยุดไม่แน่นอน โดยเฉพาะตำบลบางกระสั้นซึ่งเป็นพื้นที่ ที่มีโรงงานอุตสาหกรรมจำนวนมาก ประชากรวัยทำงานซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังประกอบอาชีพรับจ้างในโรงงานอุตสาหกรรมมากที่สุด รองลงมาคือประกอบอาชีพการเกษตร และผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตตำบลบางกระสั้นเฉพาะที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลบางปะอิน มีจำนวนทั้งสิ้น 219 คน เป็นโรคความดันโลหิตสูง 142 คน โรคเบาหวาน 77 คน จำเป็นต้องได้รับการรักษาต่อเนื่อง แต่จากการทบทวนเวชระเบียนย้อนหลังของปี 2550 พบว่ามีผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 72 ราย คิดเป็นร้อยละ 50.70 และมีผู้สูงอายุโรคเบาหวาน จำนวน 21 ราย คิดเป็นร้อยละ 27.27 มีประวัติ มารับการรักษาไม่ต่อเนื่อง (โรงพยาบาลบางปะอิน, 2550) และสาเหตุที่ไม่ได้รับการรักษาไม่ต่อเนื่อง เพราะผู้ดูแลไม่สามารถพาผู้สูงอายุโรคเรื้อรังมาพบแพทย์ตามนัดได้ทุกครั้งเนื่องจากต้องออกไปทำงาน ซึ่งทำให้มีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงกับผู้สูงอายุโรคเรื้อรังได้ ในฐานะที่ผู้ศึกษาเป็นพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่ศึกษา และได้พบอุบัติการณ์ที่ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังไม่ได้รับการรักษาต่อเนื่องจนเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง จึงสนใจศึกษาบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการสนับสนุนการมารับการรักษาต่อเนื่องของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการสนับสนุนการมารับการรักษาต่อเนื่องของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง
2. เพื่อศึกษาบทบาทตามความคาดหวังของประชาชนที่มีต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการสนับสนุนการมารับการรักษาต่อเนื่องของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้ข้อเสนอแนะแนวทางการสนับสนุนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการมารับการรักษาต่อเนื่องของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง
- 2 ได้แนวทางการจัดบริการให้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังมารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยได้รับการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ขอบเขตการศึกษา ศึกษาการสนับสนุนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการสนับสนุน การมารับการรักษาต่อเนื่องของผู้สูงอายุ โรคเรื้อรังที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งอาศัยอยู่ในเทศบาลบางกระสัน ที่อยู่บ้านคนเดียวหรืออยู่คนเดียวเป็นบางช่วงเวลา ขณะผู้ดูแลต้องออกไปทำงานนอกบ้าน ซึ่งทำการศึกษาดังแต่ เดือน พฤศจิกายน 2551- เดือน ธันวาคม 2551

นิยามศัพท์

ผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และเป็นผู้ที่มีโรคเรื้อรังคือ โรคความดันโลหิตสูง และ/หรือโรคเบาหวานทั้งที่มีโรคร่วมและไม่มีโรคร่วม ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ และรักษาอยู่ที่โรงพยาบาลบางปะอิน

บทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการสนับสนุนการมารับการรักษาต่อเนื่องของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง หมายถึง บทบาทหน้าที่ของผู้บริหารเทศบาลตำบลบางกระสัน ในการคิดและ/หรือกระทำหรือให้การช่วยเหลือ ด้านต่างๆแก่ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในเขตตำบลที่รับผิดชอบในการให้การช่วยเหลือเพื่อให้ได้รับการรักษาต่อเนื่อง เช่น การสนับสนุนในการให้บริการรถ EMS รับส่งผู้สูงอายุโรคเรื้อรังมาตรวจที่โรงพยาบาลตามนัด หรือให้ความร่วมมือในการจัดระบบบริการสำหรับผู้สูงอายุโรคเรื้อรังให้เข้าถึงบริการสุขภาพได้ ในฐานะผู้นำชุมชนและตามภาระหน้าที่ที่รับผิดชอบ

การมารับการรักษาต่อเนื่อง ได้แก่การไปพบแพทย์ตามนัดทุกกรณี เช่นการไปรับยา การนัดตรวจทางห้องปฏิบัติการ การนัดเพื่อติดตามผลการรักษา เป็นต้น



บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรม

ในการศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการสนับสนุนการมารับการรักษาต่อเนื่องของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง และศึกษาบทบาทตามความคาดหวังของประชาชนที่มีต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการสนับสนุนการมารับการรักษาต่อเนื่องของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ผู้ศึกษาได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องแบ่ง เป็น 6 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 โรคเรื้อรังที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ

- โรคความดันโลหิตสูง
- โรคเบาหวาน
- รูปแบบและกรอบแนวคิดในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง
- ปัจจัยที่ทำให้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังไม่ได้รับการรักษาต่อเนื่อง
- ผลกระทบจากการไม่ได้รับการรักษาต่อเนื่องในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

ส่วนที่ 2 ปัญหาและความต้องการความช่วยเหลือของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังและผู้ดูแล

- ปัญหาและความต้องการความช่วยเหลือของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง
- ปัญหาและความต้องการความช่วยเหลือของครอบครัวผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

ส่วนที่ 3 บทบาทเครือข่ายทางสังคมในการให้การดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

- เครือข่ายในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง
- บทบาทครอบครัว
- บทบาทชุมชน
- บทบาทของบุคลากรทางด้านสาธารณสุข

ส่วนที่ 4 บทบาทองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

- บทบาทและความรับผิดชอบขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการ
- จัดบริการด้านสุขภาพตามนโยบายกระจายอำนาจ

ส่วนที่ 5 บทบาทพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง**ส่วนที่ 6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง**

- งานวิจัยเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ
- งานวิจัยเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และบทบาทผู้ดูแล

ส่วนที่ 1 โรคเรื้อรังที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ

เมื่อก้าวเข้าวัยสูงอายุร่างกายก็เกิดความเสื่อมตามธรรมชาติ รวมถึงการเกิดโรคเรื้อรังตามมา จากการสำรวจความเสี่ยงผู้สูงอายุไทยของกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ในปี พ.ศ. 2549 พบว่าผู้สูงอายุเกือบ 3 ใน 4 มีโรคเรื้อรัง และโรคเรื้อรังที่พบบ่อย 5 อันดับแรกคือ โรคความดันโลหิตสูง โรคกระดูกและไขข้อ โรคเบาหวาน โรคเกี่ยวกับตา โรคหัวใจและหลอดเลือด (การสาธารณสุขไทย, 2550: 233-234) โรคเรื้อรังที่เป็นปัญหากับผู้สูงอายุมากที่สุดคือโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน เพราะเมื่อเป็นแล้วต้องรักษาระยะยาวไปตลอดชีวิต เป็นสาเหตุของการสูญเสียสุขภาพะ ทูพพลภาพ การเกิดภาวะพึ่งพิง และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตลำดับต้นๆ ในผู้สูงอายุ

โรคความดันโลหิตสูง

ความดันโลหิตสูง หมายถึง ระดับความดันโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มิลลิเมตรปรอท ซึ่งอาจเป็นค่าบนหรือค่าล่างก็ได้

(สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย <http://www.thaihypertension.org> 06/05/2551)

การแบ่งระดับความดันโลหิต

ตารางการจำแนกระดับความดันโลหิตในผู้ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไปตาม JNC VII JAMA

	ความดันโลหิตตัวบน (มม.ปรอท)	ความดันโลหิตตัวล่าง (มม.ปรอท)
ปกติ	< 120	<80
มีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคความดันโลหิตสูง	120-139	80-89
ความดันโลหิตสูงระยะที่ 1	140 -159	90 - 99
ความดันโลหิตสูงระยะที่ 2	≥ 160	≥ 100

ที่มา : ประยุกต์จาก JNC VII 2003; 289-2560-72 (อ้างอิง คลินิก ภิโยไทย, วารสารคลินิก, 2546: 1,020) พยาธิสภาพของโรคความดันโลหิตสูง

ระบบและการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ในร่างกายที่มีผลต่อความดันโลหิตสูง คือ

ระบบประสาทอัตโนมัติ การเพิ่มขึ้นของระบบซิมพาเทติก จะทำให้มีความดันโลหิตสูงขึ้น และยังมีผลต่อประสาทที่ไปยังไตและหลอดเลือดให้มีการหลั่งฮอร์โมนบางชนิด ซึ่งส่งเสริมต่อการเพิ่มความดันโลหิต

การเปลี่ยนแปลงเปลี่ยนแปลงของผนังหลอดเลือด โดยการเสื่อมสภาพของหลอดเลือดจากภาวะต่างๆ เช่น ฐของหลอดเลือดตีบแคบลง ทำให้ความต้านทานของหลอดเลือด(Vascular resistance) สูงขึ้น ผนังของหลอดเลือดเสียความยืดหยุ่น (arterial stiffness) เซลล์เยื่อหลอดเลือดเสียหายที่ (endothelial dysfunction) ทำให้การสร้างสารที่ช่วยการขยายตัวของหลอดเลือดลดลง

การเปลี่ยนแปลงทางด้านฮอร์โมนที่สำคัญ ได้แก่ ระบบเรนินแองกิโอเทนซิน อัลโดสเตอโรน (rennin – angiotensin -aldosterone system) ซึ่งถูกกระตุ้นได้จากหลายสาเหตุ ระบบดังกล่าวจะทำให้เกิดการเก็บน้ำและเกลือ การหดตัวของหลอดเลือด การเปลี่ยนแปลงของเนื้อเยื่อในหัวใจและในหลอดเลือดเอง และยังทำให้มีการเกิด oxidative stress ซึ่งจะเป็นผลเสียต่อร่างกาย

ระบบประสาทอัตโนมัติ ระบบไต ระบบฮอร์โมน ระบบหลอดเลือดและหัวใจ ระบบเรนินแองกิโอเทนซินอัลโดสเตอโรน (rennin–angiotensin–aldosterone) เป็นระบบที่มีความสำคัญมากต่อความดันโลหิต ทั้งในภาวะปกติและภาวะที่มีความดันโลหิตสูง ในภาวะที่เลือดไปเลี้ยงไตลดลง หรือถูกกระตุ้นไม่ว่าจากสาเหตุใดๆก็ตาม สารเรนิน (rennin) จะถูกสร้างขึ้นที่บริเวณไต และจะถูกเปลี่ยนเป็นแองกิโอเทนซิน (angiotensin) โดยเอนไซม์แองกิโอเทนซิน คอนเวอร์ติง (angiotensin converting enzyme) สารแองกิโอเทนซิน (angiotensin)จะออกฤทธิ์บนตัวรับ

แองจิโอเทนซิน (angiotensin receptor) ซึ่งมีอยู่ทั่วไปในหลายอวัยวะ ทำให้เกิดการหดตัวของเส้นเลือดและการเปลี่ยนแปลงอื่นๆอีกหลายอย่าง นอกจากนั้นสารแองจิโอเทนซิน(angiotensin) ยังทำให้เกิดการหลั่งของอัลโดสเตอโรน (aldosterone) ที่ท่อไตส่งผลให้มีการเก็บน้ำและเกลือเข้าสู่ร่างกายมากขึ้น (สุภารัตน์ ต้นสุภสวัสดิกุล และจรินทร์ อัสวหาญฤทธิ์, 2548: 126)

ชนิดของโรคความดันโลหิตสูง

1. ความดันโลหิตสูงชนิดปฐมภูมิ หรือเรียกว่า ชนิดที่ไม่ทราบสาเหตุ คือ ตรวจไม่พบความผิดปกติของร่างกายที่เป็นต้นเหตุของความดันโลหิตสูง พบได้ประมาณร้อยละ 90 ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั้งหมด

2. ความดันโลหิตสูงชนิดที่ทราบสาเหตุ หรือเรียกว่า ความดันโลหิตสูงชนิดมีสาเหตุ ซึ่งความดันโลหิตสูงชนิดนี้พบได้น้อยประมาณ ร้อยละ 10 ของความดันโลหิตสูงทั้งหมด พบจากสาเหตุหลายประการ เช่น ได้รับยาบางประเภท เช่น ยาเม็ดคุมกำเนิด ยาฮอร์โมนเอสโตรเจน ยาสเตอรอยด์ ยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตอรอยด์ ยาแก้คัดจมูกและยาแก้หวัดที่เข้ายาแก้คัดจมูก ยาลดความอ้วน อะดรีนาลิน ทีโอฟิลลีน ยาฮอร์โมนไทรอยด์ ยาแก้ซึมเศร้าชนิดไตรไซคลิก ความดันโลหิตสูงในหญิงตั้งครรภ์ โรคบางอย่าง เช่น โรคไต โรคของต่อมไร้ท่อไต หลอดเลือดแดง เอออร์ตาตีบตัว (Coarctation of aorta) ลิ้นหัวใจเอออร์ติกรั่ว (Aortic insufficiency) ความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุเนื่องจากมีภาวะผนังหลอดเลือดแดงแข็ง ความดันโลหิตอาจสูงชั่วคราวเมื่อมีภาวะที่ทำให้หัวใจต้องทำงานหนักขึ้น เช่น ไข้ ซีด ออกกำลังกายใหม่ๆ จากอารมณ์เครียดหรือสาเหตุอื่นๆ เช่น ภาวะความดันโลหิตสูงในกะโหลกศีรษะ ตะกั่วเป็นพิษ เป็นต้น (สุรเกียรติ์ อาษานุกาพ, 2544: 408)

สาเหตุของการเกิดโรคความดันโลหิตสูง

โรคความดันโลหิตสูงมากกว่าร้อยละ 90 พบว่าเป็นชนิดที่ไม่ทราบสาเหตุ แต่เชื่อว่าเกิดจาก 2 ปัจจัยใหญ่ๆคือ

1. ปัจจัยภายในตัวผู้ป่วย เช่น ทางด้านกรรมพันธุ์ ซึ่งเป็นปัจจัยที่แก้ไขไม่ได้มีหลักฐานทางระบาดวิทยาแสดงให้เห็นว่า ผู้ที่บิดาหรือมารดาเป็นโรคความดันโลหิตสูง มีโอกาสเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าผู้ที่บิดามารดาไม่เป็น และทั้งบิดามารดาเป็นความดันโลหิตสูง ลูกจะมีความเสี่ยงมากขึ้นอีก นอกจากนี้ยังพบว่าอายุ เชื้อชาติ เพศ มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคความดันโลหิตสูงด้วย พบว่าร้อยละ 60 ของประชากรที่อายุมากกว่า 65 ปี มีโรคทางหลอดเลือดและความดันโลหิตสูง และพบอุบัติการณ์สูงขึ้นในกลุ่มคนผิวดำเพศหญิง ซึ่งแสดงให้เห็นว่าเชื้อชาติและ

เพศก็มีผลต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง (สุคาร์ตัน ดันสุกสวัสดิกุล และจรินทร์ อัสวหาญฤทธิ์, 2548: 313)

2. ปัจจัยภายนอก (Environment factor) เป็นปัจจัยที่สามารถแก้ไขได้ เช่น ภาวะอ้วน การรับประทานอาหารเค็ม สูบบุหรี่ ดื่มสุรา ภาวะเครียด ขาดบางชนิด

อาการแทรกซ้อน

ความดันโลหิตสูงถ้าไม่ได้รับการรักษาหรือปล่อยให้ความดันโลหิตสูงอยู่นานมักจะเกิดความผิดปกติของอวัยวะที่สำคัญ ดังนี้

1. หัวใจ หัวใจทำงานหนักทำให้หัวใจโตจนกระทั่งเกิดภาวะหัวใจวายได้ นอกจากนี้ยังอาจทำให้หลอดเลือดที่เลี้ยงหัวใจตีตันกลายเป็นโรคหัวใจขาดเลือด และถึงขั้นรุนแรงจนเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในที่สุด
2. สมอง อาจทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดในสมองตีตันหรือแตกกลายเป็นโรคอัมพาตครึ่งซีกซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อย ในรายที่มีเส้นโลหิตฝอยในสมองส่วนสำคัญแตกก็อาจตายได้อย่างรวดเร็ว ถ้าเป็นเรื้อรังบางคนอาจกลายเป็นโรคความจำเสื่อมสมาธิลดลง ในรายที่มีความดันโลหิตสูงรุนแรงที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน อาจทำให้เกิดอาการชักหรือหมดสติได้
3. ไต อาจเกิดภาวะไตวายเรื้อรังเนื่องจากหลอดเลือดแดงเสื่อม เลือดไปเลี้ยงไตไม่พอ ภาวะไตวายนี้ยังจะทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น กลายเป็นวงจรที่ทำให้การรักษายากมากขึ้น
4. ตา จะเกิดภาวะเสื่อมของหลอดเลือดแดงภายในลูกตาอย่างช้าๆ ในระยะแรกหลอดเลือดจะตีตัน ต่อมาอาจแตกมีเลือดออกที่จอตา ทำให้ประสาทตาเสื่อม ตามัวลงเรื่อยๆจนตาบอด พบว่าผู้ที่เป็โรคความดันโลหิตสูง โดยค่าความดันโลหิต ตัวบนมากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท ความดันโลหิตตัวล่างมากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท มีโอกาสเกิดหลอดเลือดดำในจอประสาทตาอุดตันเป็น 25.25 เท่าของคนที่ไม่ม่ประวัติความดันโลหิตสูง (สรรเสริญ จารุโรจน์ สกฤษชัย, 2550)
5. หลอดเลือดส่วนปลาย ความดันโลหิตสูงจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดทั่วไป ทำให้หลอดเลือดตีแคบหรือโป่งพอง ผลคือทำให้เลือดไหลไปเลี้ยงแขนขาและอวัยวะภายในลดลง ทำให้ปวดขา

เป้าหมายการควบคุมความดันโลหิตสูง

การควบคุมความดันโลหิตมีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันและชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อน โดยมีเป้าหมายการควบคุมความดันโลหิตแตกต่างกันตามภาวะของโรค ดังนี้

1. ผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูงทั่วไปไม่มีโรคอื่น ๆ ควบคุมความดันโลหิตให้ต่ำกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท
2. ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่อายุน้อย ผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ผู้ป่วยหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายและผู้ป่วยหลังอัมพฤกษ์/อัมพาต ควบคุมความดันโลหิตให้ต่ำกว่า 130/80 มิลลิเมตรปรอท

การรักษา

1. รักษาโดยไม่ใช้ยา การรักษาโรคความดันโลหิตสูงโดยไม่ใช้ยา โดยเฉพาะผู้ที่มีความดันโลหิตสูงไม่มากคือ ความดันโลหิตตัวบน (Systolic blood pressure) 130-139 มิลลิเมตรปรอท ความดันโลหิตตัวล่าง (Diastolic blood pressure) 80-89 มิลลิเมตรปรอท ควรเริ่มต้นรักษาโดยปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตดังนี้
 - 1.1 การลดน้ำหนัก ในผู้ที่มีน้ำหนักเกินแนะนำให้คุมน้ำหนักให้ได้มาตรฐานหรือควบคุมให้มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ระหว่าง 18.8-24.9 กิโลกรัม /เมตร²
 - 1.2 เพิ่มรับประทานอาหารที่มีโปแตสเซียม เช่น ผักใบเขียว ผลไม้ จากการวิเคราะห์ห่อภิมาณ (meta-analysis) ของการศึกษาแบบ RCT ผลพบว่าการให้โปแตสเซียมในอาหารสามารถลดระดับความดันโลหิตในผู้ที่มีความดันโลหิตสูงได้ โดยลดความดันโลหิตตัวบนได้ 4.4 มิลลิเมตรปรอท และลดความดันโลหิตตัวล่าง 2.5 มิลลิเมตรปรอทตามลำดับ (วงสาวาท โกศลวัฒน์, 2547)
 - 1.3 จำกัดปริมาณเกลือในอาหาร รับประทานเกลือโซเดียมให้น้อยที่สุดและไม่เกินวันละ 2.4 กรัม หรือเท่ากับเกลือโซเดียมคลอไรด์ 6 กรัมหรือไม่เกิน 1 ช้อนชา/วัน สามารถลดความดันโลหิตตัวบนได้ 2-8 มิลลิเมตรปรอท (อรสา พันธุ์ภักดี, รสสุคนธ์ วาริตสกุลและสถิตย์พร นบพลับ, 2550: 21) มีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเกลือโซเดียมกับระดับความดันโลหิตไว้หลายการศึกษา และมีการศึกษาที่รวบรวมการศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างเกลือโซเดียมกับระดับความดันโลหิตไว้ 32 โครงการ และทำการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่าการบริโภคโซเดียมวันละ 70-80 มิลลิโมล จะทำให้ความดันโลหิตตัวบน และตัวล่างสูงขึ้นประมาณ 4.8 และ 1.9 มิลลิเมตรปรอทตามลำดับ (Cutler, 1997 อ้างในวงสาวาท โกศลวัฒน์, 2547)
 - 1.4 หลีกเลี่ยงอาหารไขมันสูงโดยเฉพาะไขมันอิ่มตัว การจำกัดการบริโภคไขมันอิ่มตัวให้น้อยกว่าร้อยละ 10 ของพลังงานทั้งหมด สามารถลดค่าความดันโลหิตค่าบนได้ เท่ากับ 2-3 มิลลิเมตรปรอท (อภิสนี บุญญาวารกุล, 2549)

1.5 รับประทานอาหารที่มีแคลเซียม พบว่าการเสริมแคลเซียม มีผลกับระดับความดันโลหิต สามารถลดความดันโลหิตตัวบนได้ 2.1 มิลลิเมตรปรอท และลดความดันโลหิตตัวล่างได้ 1.1 มิลลิเมตรปรอท (วงสวาท โกศลวัฒน์, 2547)

1.6 การออกกำลังกาย แนะนำให้ออกกำลังกายสม่ำเสมออย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้งๆ ละ 30 นาที โดยการเดิน หรือวิ่งเหยาะๆ จักรยาน ว่ายน้ำ เล่นกีฬา เป็นต้น ควรเริ่มแต่น้อยก่อนแล้วค่อยๆ เพิ่มขึ้นทีละน้อย อย่าออกกำลังกายที่ต้องมีการใช้แรงเบ่ง เช่น ยกน้ำหนัก วิดพื้น

1.7 งดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทุกชนิด ผู้ที่ยังไม่สามารถเลิกได้ให้ลดปริมาณลง โดยผู้ชายไม่ควรดื่มแอลกอฮอล์เกิน 30 มิลลิตร/วัน ไวน์ ไม่เกิน 300 มิลลิตรหรือเบียร์ไม่เกิน 720 มิลลิตร สำหรับผู้หญิง หรือคนตัวเล็กไม่ควรดื่มแอลกอฮอล์เกิน 15 มิลลิตร/วัน

1.8 งดสูบบุหรี่ บุหรี่นอกจากจะทำให้ความดันโลหิตสูงแล้วยังทำให้เกิดหลอดเลือดตีบแข็งด้วย นอกจากนี้การสูบบุหรี่ทำให้ผลในการรักษาของยารักษาโรคความดันโลหิตสูงลดลง (สุदारรัตน์ ต้นสุขสวัสดิกุล และจรินทร์ อัสวหาญฤทธิ, 2548)

1.9 รักษาความเครียดทำจิตใจให้สงบ หลีกเลี่ยงจากสิ่งที่ทำให้หงุดหงิด โมโห ตื่นเต้น หรือเครียด ควรทำสมาธิบริหารจิต หรือสวดมนต์

2. รักษาความดันโลหิตสูงด้วยการใช้ยา จะใช้ในกรณีที่ไม่สามารถลดความดันโลหิตได้ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมภายใน 3-6 เดือน หรือมีความดันโลหิตที่สูงมาก หากไม่รักษาทันที จะทำให้เกิดอาการแทรกซ้อนตามมาและอาจเป็นอันตรายถึงชีวิต (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ, 2549)

ยารักษาความดันโลหิตสูงมีหลายกลุ่ม มีหลักฐานในการลดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากความดันโลหิตสูงได้ ส่วนมากผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมักจะต้องการยาอย่างน้อย 2 ชนิดในการรักษาเพื่อให้ได้ความดันโลหิตตามเป้าหมาย แต่การรักษาด้วยยาต้องมีการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน เช่น ความดันโลหิตตก โดยเฉพาะผู้มีความเสี่ยงสูง เช่น ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยเบาหวาน หรือผู้ป่วยที่มีระบบประสาทอัตโนมัติผิดปกติ มีการศึกษาถึงผลการรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่คลินิกความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลศรีนครินทร์ พบว่ายาลดความดันโลหิตที่ผู้ป่วยใช้มากที่สุด 3 ลำดับแรกคือ กลุ่มเอซ (ACEI) ร้อยละ 38 ไฮโดรคลอโรไทอะไซด์ (Hydrochlorothiazide) ร้อยละ 35 และเบตาบล็อคเกอร์ (Beta blocker) ร้อยละ 35 และผลการรักษาด้วยยาพบว่าผู้ป่วยสามารถควบคุมความดันโลหิตได้อยู่ในเกณฑ์ระดับดี ร้อยละ 92 โดยส่วนใหญ่ใช้ยา 1-2 ชนิด มีเพียง 10 ราย พบอาการไอ ซึ่งเป็นผลข้างเคียงจากยาเอซ (ACEI) (สมจิตร ชุ่มจันทร์ และคณะ, 2546: บทคัดย่อ)

โรคเบาหวาน

โรคเบาหวาน คือ โรคที่เกิดจากความผิดปกติของตับอ่อนที่ไม่สามารถหลั่งอินซูลินเพื่อรักษาระดับน้ำตาลในเลือดได้ หรือสร้างได้ แต่อินซูลินทำงานได้ไม่ดี พบได้ประมาณร้อยละ 3.5 ของคนทั่วไป พบได้ทุกเพศและทุกวัย แต่จะพบมากในคนอายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไป และคนที่อยู่ในเมืองมีโอกาสเป็นโรคนี้นี้มากกว่าชาวชนบท คนอ้วนและหญิงที่มีลูกมากมีโอกาสเป็นโรคนี้นี้ได้มากขึ้น (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2548)

พยาธิสภาพของโรคเบาหวาน

โรคเบาหวานเกิดจากตับอ่อนสร้างฮอร์โมนอินซูลิน (Insulin) ได้น้อยหรือไม่ได้เลย ฮอร์โมนชนิดนี้มีหน้าที่คอยช่วยให้ร่างกายเผาผลาญน้ำตาลมาใช้เป็นพลังงาน เมื่อน้ำตาลในร่างกายนี้น้ำตาลก็ไม่ได้ถูกนำไปใช้ จึงเกิดการคั่งของน้ำตาลในเลือดและอวัยวะต่างๆ เมื่อน้ำตาลคั่งในเลือดมากๆ ก็จะถูกไตกรองออกมาในปัสสาวะ ทำให้ปัสสาวะหวานหรือมีมดขึ้น ได้จึงเรียกว่าเบาหวาน ผู้ป่วยมักจะมีอาการปัสสาวะบ่อยและมาก เนื่องจากน้ำตาลที่ออกมาทางไต จะดึงเอาน้ำจากหลอดเลือดออกมาด้วย จึงทำให้มีปัสสาวะมากกว่าปกติ เมื่อถ่ายปัสสาวะมากก็ทำให้รู้สึกกระหายน้ำ ต้องคอยดื่มน้ำบ่อยๆ เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถนำน้ำตาลมาเผาผลาญเป็นพลังงานได้ จึงเผาผลาญกล้ามเนื้อและไขมันแทน ทำให้ร่างกายซูบผอม ไม่มีไขมัน กล้ามเนื้อฝ่อลีบ อ่อนเพลีย นอกจากนี้การมีน้ำตาลคั่งอยู่ในอวัยวะต่างๆ จึงทำให้อวัยวะต่างๆเกิดความผิดปกติและนำมาซึ่งภาวะแทรกซ้อนต่างๆ

การจำแนกประเภทของเบาหวาน

การจำแนกประเภทของเบาหวานตามเกณฑ์ของสมาคมเบาหวานแบบสหรัฐอเมริกา (American Diabetes Association, ADA) แบ่งเป็น 4 ประเภทใหญ่ๆ ได้แก่ โรคเบาหวาน ชนิดที่ 1 เกิดจากตับอ่อนสร้างฮอร์โมนอินซูลินได้น้อยมากหรือสร้างไม่ได้เลย ส่วนใหญ่พบก่อนอายุ 30 ปี โรคเบาหวานชนิดที่ 2 เกิดจากตับอ่อนยังสร้างฮอร์โมนอินซูลินอยู่แต่ร่างกายจะดื้ออินซูลินไม่สามารถนำน้ำตาลในกระแสเลือดเข้าสู่เซลล์ได้ โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์และโรคเบาหวานชนิดอื่นๆที่มีสาเหตุเฉพาะ เช่น โรคที่เกิดจากความผิดปกติทางพันธุกรรม การได้รับยาบางชนิด โรคที่เกิดจากฮอร์โมนอื่นๆ (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2549: 19)

สาเหตุ

โรคเบาหวานมักมีส่วนเกี่ยวข้องกับกรรมพันธุ์ จากการศึกษาความชุกของโรคเบาหวานและภาวะเบาหวานแฝงในประชากรกลุ่มญาติที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวานที่ศูนย์

สุขภาพชุมชนจอหอในปี 2547 โดยตรวจระดับน้ำตาลในกลุ่มญาติผู้ป่วย 294 คน อายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป โดยใช้การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง เพื่อหาความชุกของโรคเบาหวานและภาวะเบาหวานแฝงในกลุ่มญาติ พบความชุกของโรคเบาหวานในกลุ่มญาติสายตรง 28 คน คิดเป็นร้อยละ 9.2 (นัยนา อากาศสุวรรณกุล, รัตนภรณ์ อิมหมั่นงาม และ นุชนางค์ เกียวเข้ว่า, 2548)

นอกจากนี้อาจมีสาเหตุอย่างอื่น เช่น อ้วน โดยเฉพาะอ้วนลงพุง ขาดการออกกำลังกาย การตั้งครรภ์ หรือเกิดจากการใช้ยาบางชนิด เช่น สเตียรอยด์ ยาขับปัสสาวะ ยาเม็ดคุมกำเนิดหรืออาจพบร่วมกับโรคอื่นๆ เช่น ตับอ่อนอักเสบเรื้อรัง มะเร็งของตับอ่อน ตับแข็งระยะสุดท้าย คอพอกเป็นพิษ โรคคุชชิง เป็นต้น ([http:// www.clinic.worldmedic.com](http://www.clinic.worldmedic.com) 4/01/2008)

เกณฑ์การวินิจฉัยเบาหวาน

เกณฑ์การวินิจฉัยเบาหวานจะวินิจฉัยตามเกณฑ์ต่อไปนี้

1. ระดับพลาสมากลูโคสขณะอดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง (fasting plasma glucose) มากกว่าหรือเท่ากับ 126 มิลลิกรัม/เดซิลิตร อย่างน้อย 2 ครั้งกรณีไม่มีอาการ
2. ระดับพลาสมากลูโคสเมื่อเวลาใดก็ได้ (Random plasma glucose) มากกว่าหรือเท่ากับ 200 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ร่วมกับมีอาการ โรคเบาหวาน ได้แก่ ปัสสาวะมาก ดื่มน้ำมาก น้ำหนักตัวลดลง โดยไม่ทราบสาเหตุ
3. ระดับพลาสมากลูโคสที่ 2 ชั่วโมงหลังการดื่มน้ำตาลละลายกลูโคส 75 กรัม (75g oral glucose tolerance test) มากกว่าหรือเท่ากับ 200 มิลลิกรัม/เดซิลิตร อย่างน้อย 2 ครั้ง ซึ่งจะใช้ การตรวจชนิดนี้ เมื่อสงสัยว่าผู้ป่วยเป็นเบาหวาน แต่ผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดปกติ หรือเป็นเพียงเบาหวานแฝง (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2549: 19)

ภาวะแทรกซ้อนเบาหวาน แบ่งเป็น 2 ชนิดใหญ่ๆ คือ

1. ชนิดเฉียบพลัน เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและรุนแรงเกิดขึ้นได้ตลอดเวลาที่เป็นเบาหวานเป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากปัญหาของเมตาบอลิก (metabolic problem) เช่น น้ำตาลในเลือดสูงภาวะติดเชื้อและน้ำตาลในเลือดต่ำ ซึ่งภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำเป็นภาวะที่พบได้บ่อยในขณะการรักษาโรคเบาหวาน พบได้ตั้งแต่อาการเล็กน้อยเช่นหน้ามืดใจสั่นถึงมีอาการรุนแรงจนถึงชักหมดสติ และนำไปสู่การเสียชีวิตเฉียบพลัน จากการศึกษาพบว่าภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำพบบ่อยในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มากกว่าชนิดที่ 1 โดยพบบ่อยในผู้สูงอายุเพศหญิง และพบในกลุ่มที่ใช้ยารักษาเบาหวานกลุ่มซัลโฟนิลยูเรียร่วมกับกลุ่มไบทัวไนด์มากที่สุด รองลงมาคือกลุ่มที่ใช้อินซูลินอย่างเดียวและซัลโฟนิลยูเรียอย่างเดียวตามลำดับ ซึ่งปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือด

ต่ำพบมากที่สุดคือ การรับประทานอาหารได้น้อยลง รองลงมาคือมีสาเหตุจากการกินยามากเกินขนาดที่ใช้รักษา มีภาวะติดเชื้อและไตวายเฉียบพลันตามลำดับ (พรพิมล ปัญพงษ์, 2550)

2. ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังที่พบในผู้ป่วยเบาหวาน ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับหลอดเลือดขนาดเล็ก (Microvascular complication) หลอดเลือดขนาดใหญ่ (Macrovascular complication) และโรคหลอดเลือดส่วนปลาย (Peripheral complication)

ภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดขนาดเล็ก เช่น ภาวะแทรกซ้อนทางตา ภาวะแทรกซ้อนทางไต ซึ่งภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดขนาดเล็ก ที่พบมาก 3 อันดับแรก คือ ภาวะแทรกซ้อนที่เรตินาของตา ต้อกระจก และภาวะแทรกซ้อนทางไต (เพชร รอดอารีย์, 2547) ภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดขนาดเล็กขึ้นอยู่กับระยะเวลาที่เป็นเบาหวาน ถ้าเป็นเบาหวานนานๆ ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ยิ่งมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดขนาดเล็กได้มาก จากการศึกษา พบว่าภาวะแทรกซ้อนที่จอประสาทตาของผู้ป่วยเบาหวาน มีปัจจัยจากการมีระยะเวลาที่เป็นเบาหวานนานตั้งแต่ 5 ปี ขึ้นไป ระดับไขมันในเลือด ≥ 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ความดันโลหิตช่วงบนสูงกว่าหรือเท่ากับ 130 มิลลิเมตรปรอท ระดับน้ำตาลสะสมมากกว่าหรือเท่ากับ 130 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และมีภาวะไตเสื่อม ค่าครีตินินในเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ 2 (สุนทรภรณ์ จิตสมานนท์, 2550) แต่มีการศึกษาความสัมพันธ์ของเบาหวานกับจอประสาทตาเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวาน พบว่าจอประสาทตาเสื่อมสัมพันธ์กับ ไมโครอัลบูมินูเรีย (microalbuminuria) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยพบความเสี่ยงของการเกิดจอประสาทตาเสื่อมในผู้ที่มีระดับไมโครอัลบูมินูเรีย 50-100 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร เท่ากับ 1.9 เท่าของผู้ที่มีระดับไมโครอัลบูมินูเรีย 0-20 แต่ไม่พบความสัมพันธ์ของระดับไมโคร อัลบูมินูเรียกับระยะเวลาในการเป็นเบาหวาน (ศรันยา สุคันธชัยวงศ์, 2549)

ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดกับเส้นประสาทส่วนปลาย อาการปกติที่พบคือ อาการชาบริเวณปลายเท้า บางรายอาจมีอาการปวดร่วมด้วย อาการชาทำให้เกิดแผลที่เท้าโดยไม่รู้สึกรู้สึกร่วมกับโรคของหลอดเลือดส่วนปลายหรือมีการติดเชื้อ มีผลทำให้เกิดแผลเรื้อรังและมีเนื้อตายทำให้ผู้ป่วยถูกตัดขา ซึ่งภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้ทำให้เกิดปัญหาคุณภาพและสูญเสียสุขภาพดีในผู้สูงอายุ

ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดกับหลอดเลือดขนาดใหญ่ ได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง พบว่าโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการเกิดโรคกับหลอดเลือดขนาดใหญ่ จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานมีโอกาสเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้นเป็น 2-4 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่ได้เป็นเบาหวาน และโรคของหลอดเลือดในผู้ป่วยเบาหวานเป็น

ปัจจัยสำคัญของการเสียชีวิต และทำให้อายุสั้นลงประมาณ 8 ปี เมื่อเทียบกับคนที่ไม่ได้เป็นเบาหวาน (Roper และคณะ, 2001 อ้างใน พงศ์อมร บุญนาค, 2547)

หลักการดูแลรักษาโรคเบาหวานและเป้าหมายการดูแลรักษา

วัตถุประสงค์ของการรักษาเบาหวานเพื่อป้องกันโรคแทรกซ้อนเรื้อรังทั้งจากหลอดเลือดเล็ก และหลอดเลือดใหญ่ ตลอดจนหลีกเลี่ยงอาการแทรกซ้อนจากน้ำตาลในเลือดสูง สามารถใช้ชีวิตยืนยาวได้อย่างคนปกติ

เป้าหมายการรักษาเบาหวาน

การรักษาเบาหวานเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ควบคุมระดับความดันโลหิตและระดับไขมันให้อยู่ในระดับเป้าหมายคือ

1. ระดับน้ำตาลฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA1c) ต่ำกว่า 7 % ค่าน้ำตาล 1-2 ชั่วโมงหลังรับประทานอาหารน้อยกว่า 180 มิลลิกรัม /เดซิลิตร
2. ระดับความดันโลหิตเท่ากับ 130/80 มิลลิเมตรปรอท โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงมักพบร่วมกันได้บ่อย โดยเฉพาะในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 การเป็นโรคเบาหวานร่วมกับการที่มีความดันโลหิตสูง จะทำให้เกิดโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายแข็งและอุดตัน (Periferal Aterial Disease, PAD) ได้มากขึ้นซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เกิดความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดจากการศึกษา พบความชุกของการเกิดโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายแข็งอุดตัน ในผู้ป่วยโรคเบาหวานและมีความดันโลหิตสูงร่วมด้วยถึง ร้อยละ 17.0 ในขณะที่พบความชุกของโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายแข็งและอุดตัน ในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่มีความดันโลหิตสูงร่วมด้วยเพียง ร้อยละ 3.5 นอกจากนี้ยังพบว่ามีความสัมพันธ์ของโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายแข็งและอุดตัน กับการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P < 0.001$ (สุชนพรธิตาร, นัฏฐินี จรัสเจริญวิทยา และทิพาพร ธาราวณิช, 2549)
3. ไขมันชนิดดี (HDL-C) ในผู้ชายมากกว่า 40 มิลลิกรัม /เดซิลิตร ในผู้หญิงมากกว่า 50 มิลลิกรัม /เดซิลิตร ระดับไขมันเสียต่ำกว่า 100 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ไตรกลีเซอไรด์ต่ำกว่า 150 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ซึ่งความผิดปกติของระดับไขมันในเลือดที่พบในผู้ที่เบาหวาน โดยเฉพาะชนิดที่ 2 คือ มีระดับไตรกลีเซอไรด์สูงขึ้น ระดับ HDL-C ลดต่ำลง LDL มีขนาดเล็กและหนาแน่นมากขึ้น ความผิดปกติของไขมันทั้ง 3 อย่างนี้ เป็นปัจจัยเสี่ยงอิสระต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ (เทพ หิมะทองคำและคณะ, 2549)

การรักษาเบาหวาน

1. การลดระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานมีวิธีการดังนี้

1.1 การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต เช่น การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย ลดน้ำหนัก ในผู้ป่วยที่อ้วน งดสูบบุหรี่ งดดื่มสุรา

1.2 การใช้ยาเม็ดลดระดับน้ำตาล ยาลดระดับน้ำตาลมี 5 กลุ่มคือ 1) กลุ่มซัลโฟนิลยูเรีย (Sulphonylurea) ออกฤทธิ์กระตุ้นเบต้าเซลล์ตับอ่อนให้หลั่งอินซูลิน 2) กลุ่มที่ไม่ใช่ซัลโฟนิลยูเรีย แต่สามารถกระตุ้นตับอ่อนให้หลั่งอินซูลิน 3) กลุ่มบิควัวไนด์ (Biguanide) ออกฤทธิ์โดยยับยั้งการปล่อยกลูโคสจากตับลดการสร้างกลูโคสใหม่ 4) กลุ่มลดระดับน้ำตาลในเลือดโดยลดภาวะคืออินซูลิน ทำให้ระดับอินซูลินในเลือดลดลงและทำให้เข้าสู่เซลล์ได้ดีขึ้น และ 5) อัลฟาไกลูโคไซด์อินฮิบิเตอร์ (alpha- glucosidase inhibitor) ออกฤทธิ์โดยชะลอการดูดซึมน้ำตาลจากลำไส้เล็ก (เทพหิมะทองคำ และคณะ, 2547)

1.3 การใช้ฮอร์โมนอินซูลิน

2. ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้แก่

ป้องกันการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งเป็นสาเหตุการตายและพบบ่อยที่สุดในผู้ป่วยเบาหวาน ป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางตา และภาวะแทรกซ้อนทางไต โดยควบคุมความดันโลหิตให้ได้ระดับ 130/80 มิลลิเมตรปรอท ในผู้ป่วยเบาหวานถ้าความดันโลหิตมากกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท ต้องเริ่มให้ยาลดความดันโลหิต และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสม ถ้าไขมันในเลือดผิดปกติให้ยารักษาพร้อมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยให้ไขมันอยู่ในระดับเป้าหมาย มีการศึกษาในผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 และมีโปรตีนในปัสสาวะจำนวน 160 คน โดยให้การรักษาย่างเข้มงวดและบูรณาการ เพื่อกำจัดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดทุกปัจจัยไปพร้อมๆกัน ได้แก่ การแก้ปัญหาภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ไขมันในเลือดผิดปกติ ความผิดปกติของเกล็ดเลือดและความดันโลหิตสูง โดยใช้มาตรการ 3 มาตรการคือ 1) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยจำกัดการบริโภคไขมันให้น้อยกว่าร้อยละ 30 ของพลังงานทั้งหมดที่ได้รับและไขมันอิ่มตัวน้อยกว่าร้อยละ 10 ของไขมันทั้งหมด ออกกำลังกายเบาหรือปานกลางอย่างน้อยครั้งละ 30 นาที สัปดาห์ละ 3-5 ครั้ง ผู้สูบบุหรี่หรือคู่สมรสที่สูบบุหรี่ให้เข้าคลินิกอดบุหรี่ 2) การรักษาด้วยยาหลายตัว มีการจัดระบบการจ่ายทีละขั้นตอน และ 3) การติดตามให้คำปรึกษารายบุคคล ทุก 3 เดือน ติดตามนานเฉลี่ย 7.8 ปี ผลพบว่ากลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแบบแผนชีวิตอยู่ในระดับปานกลางไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม ส่วนที่แตกต่างคือการบริโภคคาร์โบไฮเดรตและไขมัน และพบว่าระดับน้ำตาลในเลือดระดับไขมันในเลือด ไตรกลีเซอไรด์ แอลดีแอล-ซี ระดับความดันโลหิต และอัตราการสูญเสียอัลบูมินในปัสสาวะลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และตลอดระยะเวลาที่ติดตาม

ความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด จอประสาทตาเสื่อม และภาวะแทรกซ้อนทางไตและปลายประสาท โดยมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยง (Hazard ratio) เท่ากับ 0.47, 0.42, 0.39, และ 0.39 และ 0.37 ตามลำดับ ซึ่งต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Gaede และคณะ, 2003 อ้างในเทพ หิมะทองคำ, 2547)

3. ข้อเสนอแนะในการใช้ยาในผู้ป่วยโรคเบาหวาน

3.1 ใช้ยาตามขนาดที่แพทย์สั่งอย่างเคร่งครัดและสม่ำเสมอเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับเป้าหมาย ไม่ปรับขนาดยาเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์

3.2 สังเกตผลข้างเคียงของการใช้ยา เช่น น้ำตาลในเลือดต่ำและรู้วิธีแก้ไขทันท่วงที

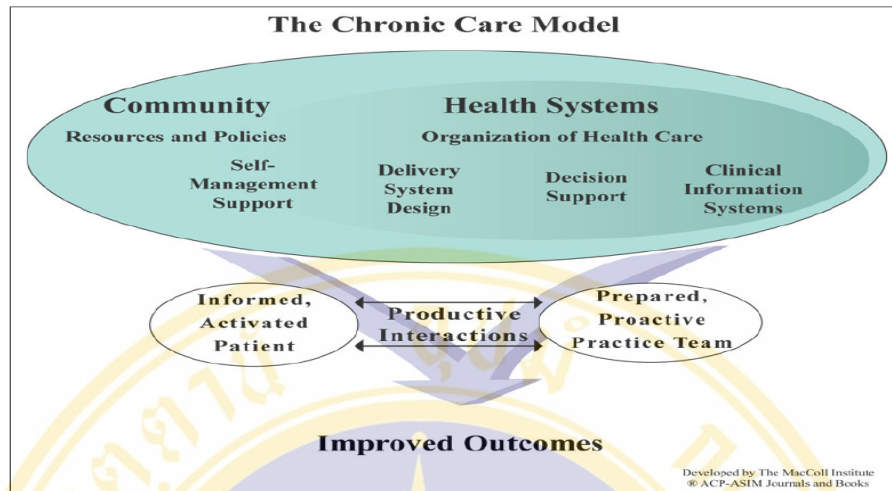
3.3 พบแพทย์สม่ำเสมอ เพื่อตรวจติดตามและประเมินภาวะโรค เพื่อปรับยาให้เหมาะสมเพื่อผลการรักษาที่ดี มีผลข้างเคียงน้อยที่สุด

3.4 จัดเวลารับประทานอาหารให้สอดคล้องกัน ควรตรงเวลาทุกวัน เพื่อประสิทธิภาพสูงสุดในการออกฤทธิ์ของยา

3.5 ถ้าลืมรับประทานยา ควรรับประทานทันทีที่นึกได้ ถ้านึกได้ใกล้เวลากินยาครั้งต่อไปก็ให้รับประทานยาในมื้อต่อไปเลย ห้ามรับประทานยาเป็น 2 เท่า สำหรับยาเม็ดลดระดับน้ำตาลในเลือดที่รับประทานพร้อมอาหารหากลืมรับประทานยาให้งดมื้อนั้นไปเลย (สิทธิศักดิ์ เขียววงศ์แพทย์, 2550: 45)

รูปแบบและกรอบแนวคิดในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

การพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง(Chronic Care Model) เริ่มขึ้นอย่างเป็นทางการในประเทศสหรัฐอเมริกาโดยมีนายแพทย์เอดเวิร์ด เอช แวกเนอร์ (Edward H Wagner) เป็นแกนนำในการดำเนินการพัฒนาเริ่มจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และนำมากำหนดต้นแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยอิงหลักฐานเชิงประจักษ์ มีการตรวจสอบความน่าเชื่อถือและความสามารถในการนำไปใช้ประโยชน์ได้จริงหลายวิธี วิธีแรกคือการนำรูปแบบไปทดลองใช้ในการเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของ Group Health Cooperative of Puget Sound และมีการนำผลการประเมินมาปรับปรุงรูปแบบ วิธีที่ 2 คือนำไปทบทวนในกลุ่มผู้เชี่ยวชาญกลุ่มใหญ่แล้วนำมาปรับปรุงต้นแบบใหม่ มีการติดตามผลการทบทวนและทำการทบทวนซ้ำ วิธีที่ 3 นำเอาแนวคิดต้นแบบที่ปรับปรุงใหม่ไปสำรวจเปรียบเทียบกับสิ่งที่ปฏิบัติจริงในองค์กรให้บริการสุขภาพที่มีชื่อเสียง จำนวน 72 แห่ง ในประเทศสหรัฐอเมริกา (วิโรจน์ เขียวจรัสรังษี, 2550)



Basic elements in Chronic care model

(<http://www.med.cmu.ac.th/dept/patama> 15/05/2008)

ภาพ 1 รูปแบบการดูแลโรคเรื้อรังซึ่งพัฒนาโดย The MacColl Institute. (Chronic care model developed by The MacColl Institute)

แบบจำลองการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่นำมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังมีส่วนประกอบ 6 ส่วน ที่จะทำให้มีผลลัพธ์ในการดูแลที่ดีดังนี้

1. ทรัพยากรและนโยบายชุมชน (Community Resources and Policies) การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังจำเป็นต้องเชื่อมโยงกับทรัพยากรที่มีในชุมชน เช่น สถานที่ทางศาสนา ชมรม โรงเรียนหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการนำทรัพยากรไม่ว่าจะเป็นทรัพยากรบุคคล สถานที่ เงินสนับสนุน หรือนโยบายสาธารณะมาประสานกับโรงพยาบาล เพื่อดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน

2. หน่วยงานบริการสุขภาพ (Health Systems organization) องค์กรมีกลไกส่งเสริมให้เกิดการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังอย่างมีคุณภาพ โดยการกำหนดนโยบาย เป้าหมายและแนวทางอย่างชัดเจน และสร้างคุณภาพงานบริการด้วยการสร้างแรงจูงใจ แก่ผู้ปฏิบัติงาน

3. การสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วย (Self-management support) สร้างความตระหนักและความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง เพื่อลดภาวะแทรกซ้อน เข้าใจอุปสรรคและข้อจำกัดของตนเอง รวมทั้งสามารถประเมินสภาวะสุขภาพของตนเองได้ สนับสนุนส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังและครอบครัว ให้สามารถค้นหาปัญหา จัดลำดับความสำคัญ วางแผน และแก้ปัญหาสุขภาพได้อย่างเหมาะสม โดยเจ้าหน้าที่ทางด้านสุขภาพ ให้การดูแลรักษา และสนับสนุน โดยให้ความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับการดูแลรักษาโรคและให้กำลังใจ

4. ออกแบบระบบเพื่อการให้บริการ (Delivery System Design) คือการจัดระบบบริการ เพื่อให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายได้เข้าถึงบริการ ตามความแตกต่างของแต่ละกลุ่ม เช่น ตามความซับซ้อนของโรคเรื้อรัง เชื้อชาติ และวัฒนธรรม

5. การสนับสนุนการตัดสินใจ (Decision support) ด้วยการพัฒนาความรู้ความสามารถของทีมผู้ดูแลเพื่อให้การตัดสินใจในการดูแลรักษา ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังได้ถูกต้องและเกิดผลลัพธ์ที่ดีที่มีประสิทธิภาพซึ่งสามารถทำได้หลายวิธี แต่พบว่าวิธีที่ดีที่สุดคือการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์มาประยุกต์ใช้ในกระบวนการดูแลรักษา

6. ระบบข้อมูลทางคลินิก (Clinical information system) มีระบบฐานข้อมูลที่ดีสามารถนำมาใช้ในการวางแผนการรักษา และติดตามการมารับการรักษาต่อเนื่อง และมีระบบเตือนให้เจ้าหน้าที่ทางด้านสุขภาพและผู้ป่วย ให้ทราบว่าเวลาไหนต้องทำอะไรบ้าง มีระบบเชื่อมโยงการบันทึกข้อมูลทางการรักษา ในบางการศึกษาพบว่าระบบข้อมูลผู้ป่วยที่สอดคล้องกับการปฏิบัติงานและใช้ร่วมกันได้ เป็นปัจจัยสำคัญมากในความสำเร็จของระบบดูแลโรคเรื้อรัง (ปีทาโกมูท, 2551: 316-324; เทพ หิมะทองคำ และคณะ, 2547)

โดยสรุปการนำเอาแนวคิดของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ด้วยการค้นหาแหล่งทรัพยากรในชุมชน ในการสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง เพื่อให้ได้รับการดูแลรักษาต่อเนื่อง โดยเน้นการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ซึ่งประกอบไปด้วย ครอบครัว ชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการเชื่อมโยงการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่บ้านและการมารับการรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งกระตุ้นให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้แสดงบทบาทการส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังตามแนวนโยบายกระจายอำนาจ โดยชี้ให้เห็นถึงปัญหาและผลกระทบจากการขาดความต่อเนื่องในการดูแลรักษา และให้ครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการจัดระบบบริการ เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังได้รับการรักษาต่อเนื่อง

ปัจจัยที่ทำให้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังไม่ได้รับการรักษาต่อเนื่อง

การที่ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังไม่ได้รับการรักษาต่อเนื่อง หรือมีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการ อาจมาจากสาเหตุ

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังบางรายไม่สามารถไปรับบริการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลได้ เนื่องจากมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว (Mobility limitation) จากการประมาณการจำนวนผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะทุพพลภาพที่ไม่สามารถออกจากบ้านได้อิสระเพิ่มขึ้นจาก 234,309 คน ในปี 2543 ไปเป็น 341,311 ในปี พ.ศ. 2553 และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นอีก 2 เท่า ภายใน 20 ปี

ข้างหน้านับจากปี 2543 คือเพิ่มเป็น 508,209 คน (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ, 2543) ผู้สูงอายุเหล่านี้จะมีความยากลำบากในการเคลื่อนย้าย จำเป็นต้องมีญาติหรือผู้ดูแลพาไป ทำให้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังไม่สามารถมารับบริการต่อเนื่องได้ (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2549) ยิ่งในสถานการณ์ปัจจุบันพบว่าผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่อยู่บ้านคนเดียวมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากข้อมูล 3 ปี พบว่าในปี 2545, 2548 และ 2549 มีผู้สูงอายุอยู่บ้านคนเดียว ร้อยละ 6.5, 7.1 และ 7.89 ตามลำดับ (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2549: 47) ถึงแม้ไม่มีภาวะทุพพลภาพแต่ก็มีปัญหาทางด้านสุขภาพที่เป็นอุปสรรคกับการเดินทางออกจากบ้านโดยลำพัง จากการศึกษาภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ 4 ภาคของไทย พบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 54.4 มีปัญหาในการมองเห็นโดยแยกเป็น มองเห็นไม่ชัด ร้อยละ 36.6 มองไกลหรือมองไกลไม่ชัด ร้อยละ 13.8 มองเห็นภาพซ้อน ร้อยละ 2.9 มองไม่เห็นเลย ร้อยละ 1.2 นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังมีปัญหาเรื่องการทรงตัวและหกล้ม ร้อยละ 14.1 โดยพบว่า หกล้มนอกบ้านมากที่สุด ร้อยละ 7 (วารภรณ์ ภูมิสวัสดิ์ และคณะ, 2549) มีการศึกษาปัจจัยเสี่ยงของการหกล้มของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนเฉพาะประเด็นที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง พบว่า การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหลายโรค และผลข้างเคียงของยารักษาโรคบางชนิดที่ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังใช้ประจำ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดการหกล้มในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง (ลัดดา เทียมวงศ์, วันทนา มณีศรีวงศ์กุล และสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544; วิภาวี กิจกำแหง, นิพัช กิตติมานนท์ และ ศุภสิทธิ์ พรธรรณารุโณทัย, 2548) มีการศึกษาโดยการประเมินภาวะ การพึ่งพาของผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะทุพพลภาพ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน พบว่าผู้สูงอายุ ร้อยละ 45 ไม่สามารถเดินทางตามลำพังได้ (เขาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม และสุพัตรา อติโพธิ, 2543) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุโรคเรื้อรังส่วนใหญ่แม้จะยังช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง แต่ มีความยากลำบากในการเดินทางมารับบริการการรักษาที่แพทย์ต่อเนื่องเองตามลำพัง

2. ปัจจัยทางด้านโครงสร้างครอบครัว เนื่องจากปัจจุบันสังคมไทยเป็นครอบครัวเดี่ยว สาเหตุเพราะคนไทยนิยมอยู่เป็นโสดมากขึ้น แต่งานข้างล่างหรือบางครอบครัวแต่งงานแล้วไม่นิยมมีบุตร เกิดปัญหาการหย่าร้าง ผู้สูงอายุถูกทอดทิ้งไม่มีผู้ดูแลหรือถึงแม้จะมีลูกหลานอยู่ด้วยแต่ต้องมีบางช่วงเวลาที่ถูกทอดทิ้งต้องออกไปทำงานประกอบอาชีพ เช่น ต้องออกไปรับจ้างในโรงงานอุตสาหกรรมที่ใกล้ๆชุมชน อาชีพรับจ้างทั่วไป อาชีพทำการเกษตรหรือถูกทอดทิ้งให้อยู่คนเดียวช่วงระยะยาวหลายเดือน หรือหลายปี เนื่องจากลูกหลานออกไปทำงานไกลบ้าน จะกลับมาเยี่ยมผู้สูงอายุปีละ 1-2 ครั้ง จึงเกิดปัญหาผู้สูงอายุขาดคนดูแล ประคบกับผู้สูงอายุบางส่วนช่วยเหลือตัวเองได้น้อย ทำให้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังไม่สามารถเดินทางไปรับการรักษาต่อเนื่องลำพังได้

(http://www.cps.chula.ac.th/html_th/pop_base/ageing/ageing_041.htm 05/05/2551)

3. ปัจจัยทางเศรษฐกิจ ครอบครัวผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง และผู้สูงอายุโรคเรื้อรังบางกลุ่ม ไม่มีรายได้ประจำ ฐานะยากจน จากการศึกษาพบว่าครอบครัวผู้สูงอายุ ร้อยละ 24.02 มีรายได้น้อยกว่า 1,243 บาทต่อเดือน ซึ่งถือว่าต่ำกว่าเส้นแบ่งความยากจน และกลุ่มนี้ส่วนใหญ่จบการศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 มีอาชีพรับจ้างทั่วไปและเป็นเกษตรกร และเป็นกลุ่มที่มีฐานะยากจน สิ่งที่ครอบครัวและผู้สูงอายุโรคเรื้อรังต้องการ คือ การมีรายได้เพิ่มขึ้น ถึงแม้ว่าผู้สูงอายุโรคเรื้อรังกลุ่มนี้จะสามารถเดินทางเองได้ และมีหลักประกันสุขภาพในด้านการรักษาที่ตาม แต่ในการเดินทางไปรับการรักษาต่อเนื่องก็ยังคงต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเรื่องการเดินทางและค่าใช้จ่ายอื่นที่ไม่เกี่ยวกับการรักษาหรือเสียรายได้จากการหยุดงาน จึงไม่เห็นความสำคัญของการติดตามรักษาต่อเนื่อง (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2549)

4. ปัจจัยทางด้านผู้ให้บริการ เช่น ความไม่เพียงพอของสถานบริการ สถานบริการห่างไกลจากบ้าน การจัดบริการไม่สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง การรอคิวนาน ถึงแม้ว่ารัฐบาลโดยกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบายในเรื่องการดูแลสุขภาพและจัดสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง เช่น นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสำหรับผู้สูงอายุโรคเรื้อรังมีสิทธิได้รับบริการทางด้านสุขภาพได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย แต่ยังคงพบว่ามีปัญหา เช่น สถานบริการสุขภาพยังมีไม่ทั่วถึง การขาดแพทย์ในการตรวจรักษาการเจ็บป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน การเจ็บป่วยฉุกเฉินที่สถานบริการระดับปฐมภูมิไม่สามารถให้การรักษาได้ กรณีจำเป็นต้องส่งต่อเพื่อให้ได้รับการตรวจหรือรับคำปรึกษาจากแพทย์ที่อยู่ห่างไกลชุมชนก็ไม่มีพาหนะนำส่งให้ (วารกรณ์ ภูมิสวัสดิ์, 2547) สอดคล้องกับการศึกษาความต้องการการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ในด้านมุมมองของประชาชนต่อระบบบริการสุขภาพซึ่งพบว่ามี สถานบริการไม่เพียงพอต่อการให้บริการ ระบบบริหารจัดการมีศักยภาพไม่เพียงพอ เช่น สถานเอนามัยไม่บริการตลอด 24 ชั่วโมง ประชาชนไม่ได้รับความสะดวกในการเข้าถึงบริการ คมนาคมไม่ทั่วถึง การให้บริการล่าช้า ขาดการประสานงานการส่งรักษาต่อ ถ้าผู้สูงอายุโรคเรื้อรังจำเป็นต้องเดินทางไปรับบริการนอกชุมชนก็เกิดความยากลำบากจึงเป็นสาเหตุให้ไม่ไปรับการรักษา (วิจิตร ศรีสุพรรณ, ประดิษฐ์ สุจฉายา, ขนิษฐา นันทบุตรและอุไร หัตถกิจ, 2546)

5. ปัจจัยระดับนโยบาย คือการขาดการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ ถึงแม้ว่าในระดับชาติมีการกำหนดนโยบายเกี่ยวกับผู้สูงอายุชัดเจนในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535 – 2539) เน้นในเรื่องการพัฒนาสุขภาพต่างๆของผู้สูงอายุทั้งผู้ที่อยู่ในภาวะปกติและอยู่ในภาวะที่ต้องพึ่งพิงผู้อื่น ช่วยเหลือให้ได้รับสวัสดิการและบริการสังคมพื้นฐาน สำหรับผู้สูงอายุถูกทิ้ง ด้อยโอกาส แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 เน้นพัฒนาคน โดยยึดคนเป็นศูนย์กลาง และแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 เน้นการส่งเสริมให้สถาบัน

ครอบครัวมีความเข้มแข็ง สามารถดูแลสมาชิกในครอบครัวรวมถึงผู้สูงอายุโรคเรื้อรังด้วย ส่งเสริมบทบาทองค์กรทางศาสนา โรงเรียน ชุมชน องค์กรพัฒนาเอกชน อาสาสมัครและสื่อมวลชนมีส่วนร่วมในการพัฒนา และจากการแถลงนโยบายของรัฐบาล เมื่อวันที่ 23 มีนาคม 2548 ในนโยบายด้านครอบครัว เด็ก เยาวชน ผู้สูงอายุ ได้กล่าวถึงการยกย่องและให้หลักประกันแก่ผู้สูงอายุ พัฒนาในเรื่องการบริการสุขภาพอนามัย การยกย่องผู้สูงอายุให้เป็นทรัพยากรที่มีคุณค่าและเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ สร้างหลักประกันรายได้ให้แก่ผู้สูงอายุ ส่งเสริมสุขภาพตามช่วงวัย ส่งเสริมให้ครอบครัวเข้มแข็ง ให้สามารถดูแลครอบครัวและผู้สูงอายุ แต่ในความเป็นจริงพบว่าทั้งระบบบริการสุขภาพและสังคมเข้าถึงครอบครัวน้อยมาก ทั้งที่ระดับแผนและนโยบายระดับชาติกำหนดไว้ชัดเจน แต่ในระดับปฏิบัติยังไม่มีบริการใดมาสอดคล้องหรือเข้าถึงครอบครัว รวมทั้งขาดการประสานงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2549; มัทนา พนานิรามัย, 2547:)

● ผลกระทบจากการไม่ได้รับการรักษาต่อเนื่องในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ●

ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังไม่ได้รับการรักษาต่อเนื่องจะมีผลกระทบตามมามากมาย เช่น ในโรคความดันโลหิตสูงที่รักษาไม่ต่อเนื่องหรือปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง ทำให้ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ หรือในโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ส่งผลให้เกิดความรุนแรงจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆตามมา เช่น ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังลดลง เกิดความพิการ เกิดภาวะพึ่งพาสูง เป็นภาระกับครอบครัว เสียชีวิตก่อนวัยอันควรและเกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจอย่างมหาศาล

มีการศึกษาที่แสดงให้เห็นว่า ภาวะความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวานเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง และค่าใช้จ่ายในการรักษาภาวะแทรกซ้อนสูง โดยเฉพาะภาวะแทรกซ้อนกลุ่มโรคหัวใจ จากการศึกษาระบาดวิทยาของการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันของโครงการทะเบียนผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในประเทศไทย โดยมีผู้ป่วยโรคหัวใจที่ลงทะเบียนทั้งสิ้น 9,373 ราย พบว่าเป็นผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน(myocardial infarction) คิดเป็นร้อยละ 78.8 เป็นผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน(unstable angina) คิดเป็นร้อยละ 21.2 อายุเฉลี่ย 65.1 ปี พบปัจจัยเสี่ยงได้แก่ ภาวะไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง เบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 75.4, 63.9 ร้อยละ 44.2 ตามลำดับ มีระยะเวลาวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 6.7 วัน โดยมีค่ารักษาพยาบาลในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เกิดภาวะแทรกซ้อนกลุ่มนี้เฉลี่ยเท่ากับ 45,157 บาทต่อการนอนพักรักษาโรงพยาบาล 1 ครั้ง (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, 2548)

มีผลการศึกษาภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งรักษาที่โรงพยาบาล 10 แห่ง เป็นผู้ป่วยเพศหญิง 1,433 คน เพศชาย 627 คน ทั้งที่เพิ่งเริ่มเป็นเบาหวานถึงเป็นอยู่นาน 42 ปี พบว่ามีอัตราความชุกของความดันโลหิตสูง ร้อยละ 38.4 กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ร้อยละ 2.8 อัมพาตครึ่งซีก ร้อยละ 3.7 คลำชีพจรที่หลังเท้าไม่ได้ ร้อยละ 5.8 เนื้อตาย ร้อยละ 0.3 และถูกตัดอวัยวะ ร้อยละ 1.3 มีภาวะแทรกซ้อนทางตา ร้อยละ 32.1 ภาวะแทรกซ้อนทางไต ร้อยละ 18.7 นอกจากนี้ยังพบว่าความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยอิสระที่มีความสัมพันธ์กับกล้ามเนื้อหัวใจตาย อัมพาตครึ่งซีก และจอตาเสื่อม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (เทพ หิมะทองคำ, 2547: 7) และการศึกษาการประเมินการรักษาภาวะหัวใจล้มเหลวยุโรป โรงพยาบาล เลิศสินของ พบปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่เป็นสาเหตุของการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน ได้แก่ ความดันโลหิตสูง ไ้ไขมันในเลือดคอสูง เบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 61.7, 48.3 และ 40 ตามลำดับ (เสาวนินทร์ อิศรภักดี, 2550)

การรักษาไม่ต่อเนื่องทำให้เสี่ยงต่อการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร เช่น ในผู้ป่วยเบาหวานมีความเสี่ยงในการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรสูง เนื่องจากภาวะแทรกซ้อนจากโรคหลอดเลือดหัวใจ จากผลการวิเคราะห์ห่อภิมาณ (meta-analysis) พบว่าเมื่อควบคุมปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ แล้ว ความสัมพันธ์ของความเสียหายต่อการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้หญิงที่เป็นเบาหวานเท่ากับ 2.58 และในผู้ชายเท่ากับ 1.85 เท่า (Lee และคณะ, 2000 อ้างในเทพ หิมะทองคำและคณะ, 2547) การวิจัยที่ใช้วิธีการติดตามกลุ่มประชากรไปในอนาคต (cohort study) พบว่าอัตราการเสียชีวิตต่อปีในผู้ป่วยเบาหวานสูงกว่าคนที่ไม่ได้เป็นเบาหวานคือ เท่ากับร้อยละ 2.4 และร้อยละ 1.1 ตามลำดับ โรคระบบหัวใจและหลอดเลือดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานถึงร้อยละ 46 ในขณะที่คนทั่วไปร้อยละ 42 และจากการศึกษาย้อนหลัง 3 ปีในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า ในผู้ป่วยจำนวน 777 ราย อายุเฉลี่ย 62.24 ± 3.20 ปี พบว่า ปัจจัยเสี่ยง 3 อันดับแรกที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองคือ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และไขมันในเลือดสูง คิดเป็นร้อยละ 45.4, 24.9 และ 22 ตามลำดับ และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต โดยพบว่าอัตราตายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คิดเป็นร้อยละ 28.5 ของผู้ป่วยทั้งหมด (วชิร รุจิโมระ, 2550)

จะเห็นว่าการดูแลรักษาไม่ต่อเนื่องของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังจะทำให้จะเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงตามมา การป้องกันภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวนอกจากจะต้องมีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตแล้ว ยังต้องมาพบแพทย์และรับประทานยาสม่ำเสมอ ได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางด้านสุขภาพ ก็จะสามารถควบคุมภาวะของโรคและลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงได้ มีรายงานการศึกษาแสดงให้เห็นว่าการรักษาโรคความดันโลหิตสูงด้วยยาสามารถลดการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้ ร้อยละ 30 ลดภาวะขาดเลือดไปเลี้ยงสมองชั่วคราว (transient ischemic attack of brain) ได้ร้อยละ 25 ลดการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ ร้อยละ 37 และลดการเกิดภาวะ

หัวใจล้มเหลว (occurrence of congestive heart failure) ได้ร้อยละ 54 เมื่อเปรียบเทียบกับยาหลอก (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2548) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาการรักษาความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ โดยใช้ยา พบว่าอัตราการเสียชีวิตลดลง ร้อยละ 38 โดยลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคหัวใจได้ ร้อยละ 27 (พีระ บุรณะกิจเจริญ, 2551) มีการศึกษาประสิทธิผลของการรักษาผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดขนาดใหญ่ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้าพบว่า ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุที่ได้รับการรักษาสมาเสมอที่โรงพยาบาลพระนั่งเกล้าสามารถควบคุมระดับน้ำตาล ความดันโลหิต และระดับไขมันในเลือด ได้ตามเกณฑ์เป้าหมาย คือ ระดับ HbA_{1c} ≤ 7 คิดเป็น ร้อยละ 62.7 ความดันโลหิตตัวบน ≤ 130 มิลลิเมตรปรอท คิดเป็น ร้อยละ 52.5 ความดันโลหิตตัวล่าง ≤ 80 มิลลิเมตรปรอท คิดเป็นร้อยละ 64.5 และระดับไขมันเลว (LDL Cholesterol) ≤ 100 คิดเป็นร้อยละ 49 (คณีย์ เอกะโรหิต, 2549)

จากผลกระทบที่กล่าวมานับว่าเป็นความสูญเสียอย่างมาก และสมควรที่ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังควรได้รับการดูแลรักษาต่อเนื่องจากทีมสหสาขาวิชาชีพ มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้สิ่งต่างๆ ระหว่างทีมผู้ให้บริการเพื่อผลลัพธ์ในการรักษาที่ดี และยกระดับมาตรฐานการดูแลรักษาโดยมีผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรเข้ามามีส่วนร่วม เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังสามารถควบคุมอาการของโรคได้ ไม่มีภาวะแทรกซ้อน การช่วยเหลือสนับสนุนในการรับการรักษาต่อเนื่อง และได้รับการดูแลรักษาสม่ำเสมอจากทีมสุขภาพที่ได้มาตรฐาน จะช่วยป้องกันความพิการถาวรจากภาวะแทรกซ้อนรุนแรงที่จะเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุโรคเรื้อรังอันเนื่องมาจากขาดการรักษา เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังจะสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ไม่เป็นภาระกับครอบครัวและชุมชน มีคุณภาพชีวิตที่ดีถึงแม้จะมีโรคเรื้อรัง

ส่วนที่ 2 ปัญหาและความต้องการความช่วยเหลือของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังและผู้ดูแล

เหตุผลความจำเป็นในการให้การช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังมี 3 ประการคือ แนวโน้มการขยายตัวของประชากรสูงอายุและความต้องการความช่วยเหลือที่เพิ่มขึ้น 2) ความมั่นคงหรือการเกื้อกูลสนับสนุนภายในครอบครัวมีโอกาสลดลงเนื่องจากแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงรูปแบบของครอบครัว จำนวนบุตร จำนวนผู้ที่อยู่อาศัยร่วมกันลดลง แรงกดดันในสังคมที่ทำให้ลักษณะผู้ดูแลในครัวเรือนลดลงเนื่องจากผู้หญิงต้องทำงานนอกบ้านมากขึ้น การขยายตัวของคนในเขตเมืองและการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อม ตลอดจนวัฒนธรรม ทักษะคิด รูปแบบการใช้ชีวิตของคนรุ่นใหม่ที่เปลี่ยนแปลง และ 3) แนวทางของนโยบายหลักของชาติที่กำหนดชัดเจนว่าจะต้องส่งเสริม เกื้อหนุนให้ผู้สูงอายุดำรงอยู่ในชุมชนและครอบครัวอย่างมีความมั่นคงและอบอุ่น (นภาพร โชยวรรณ, 2542 อ้างในมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย , 2549: 46-47)

ปัญหาและความต้องการความช่วยเหลือของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

ปัญหาของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่สำคัญมีดังนี้

1. ปัญหาสุขภาพที่เกิดจากการเจ็บป่วยเรื้อรังทำให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้น้อยลง ต้องพึ่งพาผู้ดูแลในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน สอดคล้องกับการศึกษาระบบการดูแลระยะยาวในครอบครัวสำหรับผู้สูงอายุของศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2549). ซึ่งมีการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ พบว่า มีผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย คิดเป็นร้อยละ 1.1 และไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ คิดเป็น ร้อยละ 1.8 จำเป็นต้องมีผู้ดูแลตลอดเวลา จึงทำให้เกิดภาระกับครอบครัว

2. ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง พบว่าผู้สูงอายุโรคเรื้อรังส่วนมากเป็นผู้มีฐานะยากจน โดยเฉพาะผู้ที่อาศัยอยู่ในเขตชนบทไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตัวเองได้เพราะอายุมากและมีปัญหาสุขภาพ ซึ่งก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตแก่ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังตามมา (http://www.cps.chula.ac.th/pop_info/thai/nop7/aging/policy13.html 15/06/2551)

3. ปัญหาการเข้าถึงบริการสุขภาพ ปัญหาการขาดแหล่งบริการสุขภาพในชุมชนบางแห่ง การเข้าถึงบริการสุขภาพในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังจึงไม่เท่าเทียมและทั่วถึง ถึงแม้ว่าผู้สูงอายุโรคเรื้อรังส่วนใหญ่แม้ว่า จะช่วยเหลือตนเองได้ แต่ก็มักมีปัญหาในการไปรับบริการทางด้านสุขภาพ เพราะผู้ที่มีฐานะยากจนมักประสบปัญหาค่าใช้จ่ายจากการเดินทางและอื่นๆ นอกจากนี้ปัญหาสุขภาพที่มีอยู่ก็เป็นอุปสรรคในการเดินทางโดยลำพัง (มูลนิธิสถาบันและวิจัยพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2549)

4. ปัญหาขาดคนดูแลต่อเนื่องเพราะผู้ที่พอจะดูแลได้ก็มีความจำเป็นต้องออกไปทำงานนอกบ้านเพื่อหารายได้มาจุนเจือครอบครัว นอกจากนี้ยังมีผู้สูงอายุโรคเรื้อรังจำนวนหนึ่งที่ถูกทอดทิ้งให้อยู่คนเดียวขาดคนดูแลถาวร (สุขภาพคนไทย, 2550 (<http://www.ipsr.mahidol.ac.th>))

5. ปัญหาทางด้านอารมณ์ พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 56.9 มีปัญหาทางด้านอารมณ์ หงุดหงิด โมโหง่าย เอาแต่ใจตัวเอง และ ร้อยละ 31.2 ของผู้สูงอายุในกลุ่มนี้มีปัญหาระดับปานกลางถึงมาก จากความเครียดที่มาจากปัญหาสุขภาพที่ผู้สูงอายุเป็นอยู่ ปัญหาความยากจน ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ และรู้สึกว่าเป็นภาระกับครอบครัว (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2549)

ความต้องการความช่วยเหลือ หรือเงื่อนไขของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง แบ่งตามลักษณะของความต้องการความช่วยเหลือของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังกับกลุ่มต่างๆดังนี้

1. ความต้องการความช่วยเหลือจากครอบครัวและลูกหลาน อยากให้อาใจใส่ถามไถ่ทุกข์สุข มาเยี่ยมเยียนในโอกาสสำคัญและส่งเสริมค่าใช้จ่าย เวลาเจ็บป่วยอยากได้รับการดูแลจากบุตรที่แต่งงานแล้วมากที่สุดถึงร้อยละ 60 รองลงมาคือ บุตรที่ยังโสดร้อยละ 13.3 อันดับสุดท้ายคือญาติพี่น้อง

2. ความต้องการความช่วยเหลือจากชุมชน ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังต้องการความช่วยเหลือจากชุมชน 3 อันดับแรก คือ การได้รับการสงเคราะห์จากกองทุนชุมชนมากที่สุด ร้อยละ 46.3 จัดกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุ ร้อยละ 16.2 และออกเยี่ยมเยียนผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ร้อยละ 7.6 ตามลำดับ

3. ความต้องการช่วยเหลือจากราชการ ต้องการให้ช่วยเหลือสิ่งของเครื่องใช้ที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตมากที่สุด ร้อยละ 39.7 อำนวยความสะดวกในการรักษาพยาบาล ร้อยละ 25.7 และจัดกิจกรรมให้กับผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2549: 108-113)

ความต้องการของผู้สูงอายุนั้น แตกต่างไปตามสถานะที่ผู้สูงอายุเผชิญอยู่ ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความต้องการบริการสวัสดิการสังคมในชุมชนสำหรับผู้สูงอายุ แยกตามประเภทผู้สูงอายุพบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มยากลำบาก ได้แก่ กลุ่มสูงอายุที่อาศัยอยู่คนเดียว มีฐานะยากจน ทำงานรับจ้างหรือเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง จะมีความต้องการได้รับการช่วยเหลือทางด้านเศรษฐกิจ การบริการดูแลจากชุมชน บริการสุขภาพเคลื่อนที่มากที่สุดและผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง คือกลุ่มที่อยู่ลำพังห่างไกลชุมชน มีความต้องการได้รับบริการดูแลจากชุมชน บริการสุขภาพเคลื่อนที่ บริการด้านเศรษฐกิจ การป้องกัน การเฝ้าระวังมากที่สุด (ระพีพรรณ คำหอม และคณะ, 2547) สอดคล้องกับการศึกษาของเพลินพิศ ฐานิพัฒนานนท์และคณะ (2544) ซึ่งพบว่า ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังมีความต้องการและคาดหวังจากครอบครัวและชุมชนให้ช่วยพาไปพบแพทย์ช่วยดูแล และช่วยจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้ ส่วนความต้องการและความคาดหวังต่อภาครัฐในภาวะที่มีการเจ็บป่วย คือต้องการให้จัดบริการด้านการรักษามากกว่าส่งเสริมสุขภาพ

ปัญหาและความต้องการความช่วยเหลือของครอบครัว/ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

จากการศึกษาปัญหาของครอบครัว/ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยพบว่าปัญหาของผู้ดูแลที่สำคัญที่สุดดังนี้

1. ปัญหาด้านเศรษฐกิจ โดยร้อยละ 37 ระบุว่ามีปัญหาในระดับมากเกี่ยวกับภาระการเงินเพื่อการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง และร้อยละ 32.6 มีปัญหาในระดับมากในเรื่องมีเงินไม่เพียงพอในการดูแล

2. ปัญหาในเรื่องอุปกรณ์ พบว่าร้อยละ 34.8 มีปัญหาในระดับมากเกี่ยวกับการขาดพาหนะในเดินทาง ร้อยละ 30.5 มีปัญหาในระดับมาก เรื่องการขาดอุปกรณ์เสริม เช่น ไม้เท้า รถเข็น

3. ปัญหาด้านการขาดความรู้ของครอบครัวผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยคือ ปัญหาเรื่องการขาดความรู้เรื่องโรคต่างๆในระดับมาก ร้อยละ 32.6 (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2549)

จากการสำรวจพบว่าผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย และครอบครัวผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ที่มีอายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไป ร้อยละ 10.9 อาศัยอยู่กับครอบครัวยากจนไม่มีรายได้ ภาวะโรคที่พบเรียงตามลำดับคือ โรคทางกระดูกและข้อ โรคอัมพฤกษ์/อัมพาต โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และพบว่าปัญหาสำคัญของครอบครัวผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังคือ ขาดความรู้เกี่ยวกับโรคต่างๆ รองลงมาคือ ปัญหาด้านการเงินและปัญหาด้านอุปกรณ์ ครอบครัวผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง มีความต้องการได้รับการดูแลจากบุคลากรทางการแพทย์เป็นครั้งคราวมากที่สุด รองลงมาคือ ต้องการให้ชุมชนมีสถานบริการสำหรับผู้สูงอายุโรคเรื้อรังโดยเฉพาะ และการมีรายได้เพิ่มและอื่นๆ เช่น แหล่งบริการที่เป็นประโยชน์สำหรับผู้สูงอายุ การจัดหาอาหารสำหรับผู้สูงอายุ โรคเรื้อรังฟรี สิ่งอำนวยความสะดวกและข้อมูลข่าวสาร (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2549)

จะเห็นได้ว่า ทั้งผู้สูงอายุโรคเรื้อรังและผู้ดูแล มีความต้องการที่สอดคล้องกันในเรื่องของบริการที่มีคุณภาพและทั่วถึง โดยต้องการที่จะได้รับบริการใกล้บ้าน มีการอำนวยความสะดวกในการเดินทางไปรับบริการในกรณีที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อน ซึ่งระบบบริการทางสังคมยังมีข้อจำกัด เช่น ในเรื่องบริการของรถรับส่งผู้ป่วยจากชุมชนไปยังสถานบริการระดับที่สูงกว่า แม้ว่าปัจจุบันจะมีการขยายบริการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545-2549) ในบางพื้นที่และมีงบประมาณสนับสนุนจากสำนักงานประกันสุขภาพในอัตรา 18 บาทต่อหัวประชากรทั่วประเทศ และสามารถเบิกเป็นค่าตอบแทนการออกให้บริการประชาชนที่เจ็บป่วยฉุกเฉิน 350 บาทต่อครั้ง (สมชาย กาญจนสุด, เพ็ญรุ่ง บุญรักษ์, โสรัจจะ ชูแสง และอโนทัย ไหวหาร, 2548: 3) แต่ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) ยังจำกัดเฉพาะการรับส่งผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินเฉียบพลันจากที่เกิดเหตุไปยังสถานบริการ แต่ยังไม่ครอบคลุมระบบการส่งต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จากสถานบริการปฐมภูมิไปยังโรงพยาบาลหรือกรณีมารับการรักษาต่อเนื่องตามแพทย์นัด ทำให้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่อยู่ตามลำพังไม่สามารถเดินทางไปรับการรักษาต่อเนื่อง

ส่วนที่ 3 บทบาทเครือข่ายทางสังคมในการให้การดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

เครือข่ายในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

เครือข่ายทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง แบ่งเป็น 2 ระดับ คือ เครือข่ายทางสังคมระดับครอบครัวซึ่งได้แก่ บุคคลในครอบครัวและเครือญาติ และเครือข่ายการดูแลระดับชุมชน ได้แก่ นักวิชาชีพ เพื่อนบ้าน ผู้นำชุมชน วัด กลุ่ม/สมาคมในชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (มาลินี วงษ์สิทธิ, 2544) ซึ่งในการให้การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุโรคเรื้อรังตามบทบาทหน้าที่ต่างกันและในการทำหน้าที่ได้มากน้อยก็ขึ้นอยู่กับ ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

บทบาทครอบครัว

บทบาทเครือข่ายทางสังคมระดับครอบครัว ในปัจจุบันระบบสวัสดิการในสังคมไทย ยังไม่ครอบคลุมถึงประชากรผู้สูงอายุโรคเรื้อรังอย่างสมบูรณ์ และองค์กรท้องถิ่นยังไม่มี ความเข้มแข็งมากพอที่จะให้การดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังอย่างทั่วถึง ครอบครัวจึงเป็นเครือข่ายสำคัญที่สุด ที่มีบทบาทในการเกื้อหนุนผู้สูงอายุโรคเรื้อรังทุกรูปแบบ เช่น การดูแลและปกป้อง การจัดสรร ทรัพยากรเพื่อตอบสนองความต้องการที่จำเป็นของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง รวมทั้งการแก้ไขสถานการณ์ ต่างๆที่เกิดขึ้น โดยครอบครัวมีบทบาทในการช่วยเหลือที่ทั้งเป็นรูปธรรม เช่น จัดหาเครื่องนุ่งห่ม อาหาร ยารักษาโรค และที่เป็นนามธรรม เช่น กำลังใจ ความรักและเอาใจใส่ การยอมรับในคุณค่า ของผู้สูงอายุและการให้ความรู้ข่าวสารต่างๆ เป็นต้น (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2549: 52; ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2549)

ดังนั้นเครือข่ายทางครอบครัว จึงเป็นเครือข่ายที่ผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง มีความคาดหวัง การพึ่งพิงสูงเมื่อเกิดการเจ็บป่วย จากการสำรวจความต้องการการดูแลและเกื้อหนุนของผู้สูงอายุ โดยสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศ พบว่าผู้สูงอายุต้องการการดูแลเกื้อหนุนจากบุตรที่แต่งงาน แล้วมากที่สุด ร้อยละ 60 รองลงมาคือ บุตรที่ยัง โสดร้อยละ 13.3 และลำดับที่สามคือ ญาติพี่น้อง ร้อยละ 7.5 ตามลำดับ (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2549: 109) และจากการศึกษาการ ทำหน้าที่ของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง พบว่าครอบครัวทำหน้าที่ดูแลได้ในระดับ ปานกลางถึงน้อย ร้อยละ 78.8 แสดงให้เห็นว่าครอบครัวทำหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังได้ ไม่มากนัก ครอบครัวจะทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังได้มากหรือน้อยขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย จาก การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการทำหน้าที่การดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง พบว่าความสามารถในการ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง สามารถทำนายการทำหน้าที่การดูแลได้ดีที่สุด รองลงมาคือ ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล ระดับการศึกษาของผู้ดูแล รายได้ของผู้ดูแล รายได้ ของครอบครัวผู้ดูแล และความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับผู้สูงอายุโรคเรื้อรังตามลำดับ แต่ตัวแปรที่ สามารถทำนายการทำหน้าที่ของผู้ดูแลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มี 3 ตัวแปรคือ ความสามารถในการ ดูแล ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุและระดับการศึกษาของผู้ดูแล แต่ตัวแปรที่มีอิทธิพลทางลบกับการทำหน้าที่การดูแล ได้แก่ ความสัมพันธ์ของผู้สูงอายุกับผู้ดูแล รายได้ของครอบครัวและรายได้ของผู้ดูแล (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2549)

บทบาทชุมชน

เครือข่ายชุมชน ชุมชนจะมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุมากขึ้น เพราะเครือข่าย ทางสังคมระดับครอบครัวและเครือข่ายปัจจุบันมีข้อจำกัดเนื่องจากโครงสร้างของครอบครัวและ ภาวะเศรษฐกิจและสังคมเปลี่ยนไป แนวคิดการใช้ชุมชนเป็นพื้นฐานหลัก จึงเริ่มเข้ามามีบทบาท

มากขึ้น ทั้งนี้เพราะชุมชนจะเป็นพลังสนับสนุนและเป็นฐานรองรับการพึ่งตนเองของประชาชน รวมทั้งจะช่วยให้เกิดการลดการพึ่งพิงบริการของรัฐ โดยเจ้าหน้าที่ของรัฐที่เป็นผู้ให้บริการต้องเปลี่ยนบทบาทเป็นที่เลี้ยงและให้การสนับสนุนด้านบุคลากรและทรัพยากรบางอย่าง เครือข่ายทางสังคมระดับชุมชนแบ่งออกได้ดังนี้

2.1 เพื่อน เพื่อนบ้าน ผู้นำชุมชน กลุ่มและสมาคมต่างๆ จากการศึกษาพบว่า เครือข่ายเหล่านี้บทบาทในการดูแลและให้การเกื้อหนุนผู้สูงอายุโรคเรื้อรังเช่นเดียวกับเครือข่ายโดยเฉพาะในสังคมชนบท เพราะความสัมพันธ์ของคนในสังคมชนบทยังเป็นลักษณะปทุมภูมิ ประกอบกับสังคมและวัฒนธรรมของคนในชุมชนยังคงมีการเอื้อเพื่อเกื้อกูลและที่สำคัญยังมีการยอมรับและให้ความเคารพต่อผู้สูงอายุอยู่มาก แต่สังคมในเขตเมืองซึ่งมีความสัมพันธ์กันในรูปแบบลักษณะความสัมพันธ์อย่างเป็นทางการ ต่างคนต่างอยู่และมีการพึ่งพิงระหว่างกันค่อนข้างน้อย เป็นผลให้บทบาทของเพื่อนบ้านในการดูแลและเกื้อหนุนผู้สูงอายุโรคเรื้อรังน่าจะมีน้อยกว่าในชนบท (ศิริวรรณ ศิริบุญ, 2544)

2.2 ผู้นำชุมชนเครือข่ายทางสังคมประเภทผู้นำชุมชน ปัจจุบันมีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังค่อนข้างน้อย ส่วนมากผู้นำชุมชนจะมีบทบาทจะเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุในกรณี que ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังมีปัญหา หรือความต้องการขอความช่วยเหลือเร่งด่วน ได้แก่ การนำส่งสถานพยาบาลกรณีผู้สูงอายุโรคเรื้อรังเจ็บป่วยหนักหรือกะทันหัน การให้ข่าวสารและแนะนำบริการทางสังคมที่จำเป็น (ศิริวรรณ ศิริบุญ, 2544)

2.3 วัด วัดเป็นสถาบันทางสังคมในชุมชนที่จัดเป็นเครือข่ายทางสังคมที่สำคัญ เพราะวัดเป็นศูนย์รวมกิจกรรมทางสังคมของคนในชุมชน โดยเฉพาะกิจกรรมทางด้านศาสนาและ กิจกรรมทางด้านสังคมของชุมชน นอกจากนี้วัดยังมีบทบาทในการเกื้อหนุนทางด้านจิตใจแก่ผู้สูงอายุ การไปวัดนอกจากจะได้รับความสงบและความผาสุกทางด้านจิตใจจากหลักธรรมคำสั่งสอนทางศาสนาแล้ว ผู้สูงอายุยังได้พบปะกับบุคคลอื่นในสังคมอีกด้วย นอกจากนี้วัดยังเป็นสถานที่ที่ให้การเกื้อหนุนทางด้านอาหาร เครื่องอุปโภคบริโภค วัดบางแห่งมีการจัดสถานที่เป็นสัดส่วนเพื่อให้ที่พักอาศัยแก่ผู้สูงอายุที่เดือดร้อน หรือผู้สูงอายุที่ต้องการมาปฏิบัติธรรม (ศิริวรรณ ศิริบุญ, 2544)

2.4 กลุ่มและสมาคมในชุมชน กลุ่มหรือสมาคมต่างๆ ในชุมชน ส่วนใหญ่เป็นการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุเพื่อผู้สูงอายุด้วยกันเอง การรวมกลุ่มของคนทั่วไปในชุมชนเพื่อการดูแลผู้สูงอายุยังอยู่ในระดับที่ค่อนข้างต่ำ (ศิริวรรณ ศิริบุญ, 2544) นอกจากนี้ยังพบว่า มีการรวมกลุ่มแบบไม่เป็นทางการที่ได้มีการรวมตัวกันของผู้สูงอายุเป็นกลุ่มตามธรรมชาติมานานแล้ว เช่น งานวัด งานบุญ เป็นต้น ส่วนการรวมกลุ่มอย่างเป็นทางการนั้นเกิดจากการส่งเสริมของทางราชการ หรือ

องค์กรเอกชนเป็นส่วนใหญ่ ในปัจจุบันพบว่า ผู้สูงอายุมีการรวมกลุ่มกันเองและทำกิจกรรมร่วมกันมากขึ้น เช่น ชมรมผู้สูงอายุ (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2541)

บทบาทของบุคลากรทางด้านสาธารณสุข

1. บทบาทของพยาบาลที่ปฏิบัติงานที่สถานเอนามัย

รูปแบบการจัดบริการของสถานเอนามัยจะจัดโครงสร้างงานตามบทบาทการให้บริการ 4 มิติได้แก่ การให้บริการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค ตรวจจับความเสี่ยง การให้ความรู้ แนะนำแก่ประชาชนและการบริหารจัดการ ซึ่งในศูนย์สุขภาพชุมชนส่วนใหญ่พยาบาลจะเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการให้บริการทั้ง 4 มิติ โดยให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในบทบาทหน้าที่ผู้ให้บริการสุขภาพเชิงรุก ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เน้นการกระตุ้นปลุกฝังให้ประชาชนดูแลสุขภาพตนเอง โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชน และยังทำหน้าที่ติดตามดูแลรักษาเพื่อฟื้นฟูสภาพตลอดจนให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแลให้สามารถดูแลต่อเองที่บ้านได้ (สุนทรวาทิ เขียวพิเชษฐ์ และคณะ, 2546; ขนิษฐา นันทบุตร และคณะ, 2547) ส่วนบทบาทการให้การดูแลผู้สูงอายุในชุมชนนั้นมี 2 ภาวะคือ ในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย โดยในภาวะปกติ จะให้คำแนะนำด้านสุขภาพ ป้องกันโรค ดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ให้บริการตรวจคัดกรองโรคแก่ผู้สูงอายุ และส่งเสริมกิจกรรมต่างๆของผู้สูงอายุ เช่น การจัดตั้งชมรมหรือกลุ่มกิจกรรมเป็นต้น สำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะเจ็บป่วย จะให้การดูแลรักษาทั้งทางร่างกายและจิตใจพร้อมทั้งให้คำแนะนำ ให้บริการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุทั้งในเวลาปกติและเจ็บป่วย เพื่อติดตามการรักษาและป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและทุพพลภาพตามมา กระตุ้นให้ญาติและชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ และเป็นผู้ประสานงานกับเครือข่ายองค์กรที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการแก้ไขปัญหาต่างๆให้กับผู้สูงอายุทั้งในเวลาปกติและในภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง (สุภาภรณ์ เตโชวานิชย์, 2546)

2. บทบาทของบุคลากรทางด้านสุขภาพของโรงพยาบาล

บทบาทในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในโรงพยาบาลชุมชนพบว่ามีความแตกต่างตามบริบทของโรงพยาบาล บางโรงพยาบาลให้บริการแบบตั้งรับภายในโรงพยาบาลเนื่องจากมีปัญหาบุคลากรไม่เพียงพอต่อการออกไปให้บริการเชิงรุก และงบประมาณจำกัดต้องลดภาระค่าใช้จ่าย ตัวอย่างเช่น จากการศึกษาการให้บริการดูแลสุขภาพต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังของโรงพยาบาลบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี ที่พบว่า การให้การดูแลรักษาผู้สูงอายุโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลแห่งนี้เน้นบทบาทในการให้การดูแลแบบเฉียบพลัน มีความพยายามลดต้นทุนค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลโดยการจำหน่ายผู้ป่วยเร็วขึ้น ขาดการวางแผนดูแลต่อเนื่องที่มีประสิทธิภาพ

และการให้บริการสำหรับผู้สูงอายุโรคเรื้อรังใช้มาตรฐานเดียวกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังทั่วไป ไม่ได้มองในเรื่องของความแตกต่างในแต่ละกลุ่มวัย และบุคลากรทางด้านสาธารณสุขมีบทบาทในการทำหน้าที่หลายงานจึงไม่สามารถดำเนินงานเฉพาะเกี่ยวกับผู้สูงอายุโรคเรื้อรังได้เต็มที่ (อาทิตยา ที่คำ และ อรสา กงตาล, 2552) แต่กรณีศึกษาของโรงพยาบาลบางซ้าย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่ามีการจัดเจ้าหน้าที่ออกให้บริการเชิงรุกร่วมกับสถานีอนามัยในเครือข่าย มีการออกแบบระบบให้มีทีมพยาบาลนิเทศ ทำหน้าที่นิเทศงานหน่วยบริการปฐมภูมิ มีส่วนร่วมในการให้บริการ และมีบทบาทในการสนับสนุนทางวิชาการให้แก่เจ้าหน้าที่ประจำสถานีอนามัย เน้นกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังผู้สูงอายุ และทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษาให้กับเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยในเรื่องการดูแลรักษา (จนิษฐา นันทบุตร และคณะ, 2547)

3. บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุข

อาสาสมัครสาธารณสุขมีบทบาทหน้าที่หลักคือเป็นผู้สื่อข่าวสาธารณสุขระหว่างเจ้าหน้าที่และประชาชนในหมู่บ้าน เป็นผู้ให้คำแนะนำถ่ายทอดความรู้ให้แก่เพื่อนบ้านและเป็นแกนนำทางด้านสุขภาพให้กับครอบครัวในเรื่องต่างๆ เช่นการใช้สถานบริการ การช้ยา เป็นต้นนอกจากนี้ยังเป็นผู้ให้บริการสาธารณสุขแก่ชุมชนได้แก่ การส่งต่อและติดตามดูแลผู้ป่วยที่มีการส่งต่อมาจากสถานบริการ เฝ้าระวังป้องกันปัญหาสาธารณสุขในหมู่บ้าน (<http://www.northphc.org/4phc/19/01/2010>) สำหรับบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุขสถานีอนามัยบางกระสัน คือการช่วยเหลือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการติดตามเยี่ยมบ้าน ติดตามผู้สูงอายุโรคเรื้อรังขาดนัด ตลอดจนช่วยในการประเมินภาวะสุขภาพ เช่นวัดความดัน โลหิต เจาะน้ำตาลปลายนิ้ว ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และรายงานปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขรับทราบ เพื่อวางแผนให้การดูแลช่วยเหลือตามสภาพปัญหา และได้รับมอบหมายหน้าที่ให้การช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่อยู่บ้านตามลำพังในหมู่บ้านที่ตนเองรับผิดชอบอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นไปตามบทบาทหน้าที่หลักของอาสาสมัครสาธารณสุข

ส่วนที่ 4 บทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

บทบาทและความรับผิดชอบขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดบริการด้านสุขภาพตามนโยบายกระจายอำนาจ

กฎหมายไทยกำหนดให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีบทบาทด้านสาธารณสุขคล้ายคลึงกันหลายประการ คือการดูแลสุขภาพสะอาดของพื้นที่รับผิดชอบ อนามัยสุขภาพสถานีสานาธารณะ รับผิดชอบการป้องกันโรคติดต่อและควบคุมโรค จัดบริการสาธารณสุข ส่งเสริมสุขภาพ

จัดบริการอนามัยครอบครัว ให้บริการรักษาพยาบาลขั้นพื้นฐาน ซึ่งการดำเนินการด้านสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไทย แตกต่างกันตามศักยภาพทางการเงิน ถ้าศักยภาพทางการเงินสูงกว่าจะมีบทบาทด้านสาธารณสุขกว้างกว่ากฎหมายกำหนด แต่จากการศึกษาพบว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทน้อยด้านสาธารณสุข ซึ่งน้อยกว่าการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน เช่น การสร้างถนนหรือสิ่งก่อสร้างต่างๆ เป็นต้น เพราะการลงทุนทางด้านสาธารณสุขลงทุนสูงและใช้เวลานานกว่าจะเห็นผลเป็นรูปธรรม เกิดผลทางการเมืองน้อยกว่าการสร้างถนนหรือสิ่งก่อสร้างอื่นๆ (วินัย ลิสมิทธิ และ ศุภสิทธิ์ พรธนะรุโณทัยม, 2544) ซึ่งการศึกษาของ พรเทพ ศิริวนารังสรรค์ และคณะ (2542) ได้ศึกษาการพัฒนาทางด้านสาธารณสุขของเทศบาล เห็นว่าควรปรับเปลี่ยนบทบาทของเทศบาลในการดำเนินงานให้สามารถตอบสนองกับความต้องการของประชาชนในเขตเทศบาล ได้แก่เทศบาลควรรับผิดชอบงานด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันควบคุมโรค การสุขาภิบาลและอนามัยสิ่งแวดล้อมมากกว่าการรักษาพยาบาล โดยเน้นงานสาธารณสุขเชิงรุกมากกว่าตั้งรับ ส่งเสริมให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมค้นหาปัญหาและหาแนวทางแก้ไขปัญหามือถือ โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นผู้สนับสนุนเรื่องกำลังคนและงบประมาณเท่าที่จำเป็น เมื่อพิจารณาเรื่องบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กับการให้ความช่วยเหลือทางด้านสุขภาพ ผู้สูงอายุ ส่วนมากจะเป็นการให้การสนับสนุนทางด้านงบประมาณเป็นหลัก ตัวอย่างการศึกษารูปแบบความร่วมมือการจัดบริการสาธารณสุขระหว่างหน่วยงานภาครัฐและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเขตเทศบาลขนาดใหญ่และเทศบาลตำบลบ้านพรุ โดยภาครัฐจะรับผิดชอบเรื่องยาและเวชภัณฑ์ ส่วนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะรับผิดชอบงบประมาณในการจ่ายค่าตอบแทนบุคลากรทางด้านสาธารณสุขซึ่งผลการดำเนินงานประสบความสำเร็จ โดยมีผู้มารับบริการทางด้านสุขภาพในชุมชนมากขึ้น (วีรพัฒน์ เชาธรรมทรศน์ และ คณะ, 2543) บทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต่อการพัฒนางานทางด้านสาธารณสุข จึง มีบทบาทในการจัดบริการและการดูแลผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้องเป็นฝ่ายสนับสนุนให้เกิดการแก้ไขปัญหาและจัดบริการต่างๆ โดยมีชุมชนเป็นผู้นำเสนอปัญหาและความต้องการ บทบาทในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขสิ่งแวดล้อม สามารถดำเนินการในการให้บริการป้องกันโรค องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นซึ่งเป็นสถาบันสำคัญ ที่จะแสดงบทบาทเหล่านี้ แต่ในปัจจุบันพบว่าบทบาทหน้าที่ในการส่งเสริมและพัฒนาผู้สูงอายุจำกัดอยู่ในวงแคบๆที่เกี่ยวกับเฉพาะกิจกรรมทางศาสนา ประเพณี และดำเนินการช่วยเหลือทางด้านสวัสดิการสังคม เช่น การจัดพิธีรดน้ำดำหัวในงานประเพณีสงกรานต์ การทำบุญเลี้ยงพระ ฟังธรรมในวันธรรมสวนะ เป็นต้น นอกจากนี้้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทเพียงทำหน้าที่เป็นกรรมการพิจารณาจัดสรรงบประมาณให้ราษฎร ซึ่งได้จากกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เพื่อจัดสรรให้แก่ผู้สูงอายุที่ยากจน ไร้ที่พึ่งและอยู่ในภาวะยากลำบากด้วย (ศิริวรรณ ศิริบุญ,

2544: 6-15) จากการศึกษาของ ศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2549) พบว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมียังบทบาทน้อยในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง โดยมีความเห็นว่าการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังเป็นหน้าที่ของครอบครัว ซึ่งผลการศึกษาคิดเห็นของผู้นำชุมชนกับบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังพบว่าผู้นำชุมชนมีความเห็นว่าการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังเป็นเรื่องของแต่ละครอบครัวต้องดูแลกันเอง โดยเห็นด้วยในระดับมากที่สุดร้อยละ 53.4 และเห็นด้วยในระดับมาก ร้อยละ 25.1

ส่วนที่ 5 บทบาทพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

บทบาทพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ในการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิต้องสะท้อนถึงความหลากหลายตามสภาพปัญหาของชุมชน และตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของประชาชน และให้ความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่อื่นๆ ทั้งในและนอกระบบสุขภาพ ต้องรับและส่งต่อผู้ป่วยอย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ โดยพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนจะต้องเป็นผู้ที่มีความสามารถแก้ปัญหาได้อย่างสร้างสรรค์ มีความเป็นผู้นำ มีความสามารถในการจัดการ โดยการใช้แหล่งประโยชน์อย่างคุ้มค่าและพึ่งพาผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม (สมจิต หนูเจริญกุล, 2546: 17) ขนิษฐา นันทบุตรและคณะ (2547) ได้กล่าวถึงบทบาทพยาบาลชุมชนว่า “เป็นผู้มีบทบาทในการจัดระบบบริการสุขภาพภายใต้การปฏิบัติงานตามกรอบแห่งกฎหมายและกระบวนการที่ทันสมัยสุขภาพใหม่ โดยการจัดบริการสุขภาพให้ครอบคลุมทั้งรายบุคคล ครอบครัวและชุมชน โดยกิจกรรมบริการสุขภาพ มีทั้งเชิงรับเชิงรุก นอกจากทำหน้าที่เป็นผู้ให้บริการแล้วยังทำหน้าที่เป็นผู้จัดการสุขภาพแบบองค์รวม ประสานงานและให้ข้อมูลสุขภาพ เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงร่วมกับสาขาวิชาชีพในสถานการณ์ต่างๆ สร้างกลไกการทำงานร่วมกับองค์กรที่มีภารกิจทับซ้อน เพื่อให้เกิดระบบบริการสุขภาพที่เป็นรูปธรรม สอดคล้องกับการศึกษาของ สุนทราวดี เขียวพิเชฐ และคณะ (2546) ได้ศึกษาและวิเคราะห์บทบาทของพยาบาลชุมชน ซึ่งประกอบด้วย บทบาทการให้บริการสุขภาพ การสร้างเสริมสุขภาพด้วยการจัด โครงการในรูปแบบต่างๆ ซึ่งเน้นการบริหารจัดการ การประสานงาน การพัฒนาวิชาการและมีข้อมูลเชิงประจักษ์แสดงถึงความสามารถในการเป็นผู้นำสามารถนำการเปลี่ยนแปลง เป็นผู้ประสานความคิด เป็นสื่อกลางในการพัฒนาเครือข่ายเพื่อสร้างชุมชนแห่งสุขภาพ ส่วนบทบาทในงานให้บริการผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชนคือ การให้บริการดูแลรักษาผู้สูงอายุโรคเรื้อรังแบบองค์รวม โดยเน้นบทบาทในการประสานให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชนร่วมกัน (สุภาภรณ์ เตโชวานิชย์, 2546)

เครือข่ายในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชนจะมีเครือข่ายทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ ซึ่งการแสดงบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังของเครือข่ายในชุมชนนั้นแตกต่างกันแล้วแต่สถานะและสิ่งแวดล้อม ในบทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนที่มีหน้าที่ในการ

ให้บริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังและมียังคงความรู้ทางด้านสุขภาพดีที่สุด ได้แสดงบทบาทการประสานงาน การให้ข้อมูลทางด้านสุขภาพที่เป็นปัญหาและมีผลกระทบกับชุมชน ตลอดจนเป็นผู้ดำเนินการจัดบริการสุขภาพ และแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพในพื้นที่โดยสร้างกลไกการทำงานแบบมีส่วนร่วม กระตุ้นให้ผู้ที่เกี่ยวข้องได้แสดงบทบาทของตนได้อย่างเหมาะสมตามภาระหน้าที่ เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังได้รับการดูแลแบบองค์รวม และได้รับความช่วยเหลือจากเครือข่ายตามสมควรเมื่อจำเป็น ตลอดจนสนับสนุนครอบครัวและชุมชนสามารถดูแลตนเองได้

ส่วนที่ 6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. งานวิจัยที่เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

การวิจัยเชิงพัฒนา การจัดทำนวัตกรรมเรื่อง “การร่วมแรงร่วมใจ สานสายใยผูกพันพัฒนาเพื่อฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ” ของอำเภอพุทธไธสง จังหวัดบุรีรัมย์ ได้จัดทำพัฒนาระบบบริการสุขภาพแบบมีส่วนร่วม สำหรับผู้สูงอายุ 600 คน โดยแบ่ง 4 กลุ่ม คือ ผู้สูงอายุที่สุขภาพดี ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยแต่เดินทางได้สะดวก ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยที่เดินทางไม่สะดวกและผู้สูงอายุเจ็บป่วยที่อยู่บ้านคนเดียวไม่มีผู้ดูแลช่วยเหลือตัวเองได้น้อย วิธีการคือใช้การทำงานแบบมีส่วนร่วมกับชุมชน ตั้งแต่ขั้นตอนการค้นหาปัญหา วิเคราะห์ปัญหา ศึกษาความต้องการของผู้สูงอายุในชุมชนทั้ง 4 กลุ่ม และจัดทำนวัตกรรมพัฒนาระบบบริการให้เหมาะกับผู้สูงอายุแต่ละกลุ่ม ตามความต้องการและสภาพปัญหา โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน เช่น จิตอาสาในชุมชน อสม. สมาชิกขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครช่วยเหลือผู้สูงอายุ(อสช) ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและศูนย์สุขภาพชุมชนในพื้นที่ โดยมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้การสนับสนุนการดำเนินงาน และมีการประเมินผล โดยประเมินความพึงพอใจของผู้สูงอายุ 3 ด้านคือ 1) ด้านการให้บริการสุขภาพ 2) ด้านการแสดงบทบาททางสังคม และ 3) การแสดงบทบาทของอาสาสมัครช่วยเหลือผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า ความพึงพอใจของผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูงคือ ร้อยละ 100, 95 และ 88 ตามลำดับ และเงื่อนไขแห่งความสำเร็จ คือ 1) วัฒนธรรมการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนของอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุเป็นลักษณะในการทำงานแบบจิตอาสาไม่หวังผลตอบแทน 2) ความร่วมมือระหว่างศูนย์สุขภาพชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และ 3) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความตระหนักและเข้าใจการทำงานเชิงรุก (สนั่น คะรัมย์, กลณีย์ บุญเพชร และจินตนา แฟ้มไธสงค์, 2550)

การศึกษารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพและการให้การดูแลผู้สูงอายุภายใต้เงื่อนไขการมีส่วนร่วมของชุมชนและตรงกับความต้องการของผู้สูงอายุ จังหวัดสงขลา ชุมชนได้ร่วมกันจัดบริการเพื่อส่งเสริมสุขภาพและให้การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพของผู้

สูงอายุ แล้วนำมาจัดระบบบริการให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ ได้รับความร่วมมือกันของผู้ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุในชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้การสนับสนุนงบประมาณและจัดทำโครงการ ตลอดจนประสานงาน กับหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้องร่วมดำเนินการ จากการศึกษาพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ ได้แก่ ความคาดหวังต่อบริการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ความเข้มแข็งของผู้นำชุมชน และความสามารถในด้านการบริหารจัดการของผู้นำองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (เพลินพิศ ฐานิ วัฒนานนท์และคณะ, 2543)

การศึกษาการขยายผลโครงการอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน โดยศึกษาในพื้นที่จังหวัดน่านร่งที่จัดทำโครงการอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน 14 จังหวัด เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ใช้บริการ เจ้าหน้าที่พัฒนาสังคมจังหวัด ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น คณะกรรมการอาสาสมัคร ผลของการดำเนินโครงการอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้านพบว่าผู้สูงอายุมีสภาพความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น คนในชุมชนตระหนักถึงปัญหาของผู้สูงอายุและให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุมากขึ้น พบว่าปัจจัยเอื้อต่อการสำเร็จของการดำเนินการพบว่า มี 5 ประการคือ 1) ปัจจัยด้านอาสาสมัคร ได้แก่ การมีจิตสำนึกของความเป็นอาสาสมัครมีทัศนคติที่ดีต่อโครงการ และมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่ครอบครัว ชุมชน 2) องค์กรต่างๆในพื้นที่ดำเนินการให้การสนับสนุน เช่น เจ้าหน้าที่ทางด้านสาธารณสุข เจ้าหน้าที่จากสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จังหวัดสนับสนุนในเรื่องการฝึกอบรมให้ความรู้กับอาสาสมัครและเป็นพี่เลี้ยงในการปฏิบัติงาน ได้รับการสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินกิจกรรมจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 3) การมีงบประมาณสนับสนุนโครงการปฏิบัติงานของอาสาสมัครเพียงพอ 4) ความเข้มแข็งของคณะกรรมการอาสาสมัคร และ 5) ความเชื่อในหลักธรรมของพุทธศาสนา โดยเชื่อว่าการดูแลผู้สูงอายุทำให้ผู้สูงอายุมีชีวิตความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น (สำนักส่งเสริมและฝึกอบรม มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, 2549: 162-163)

การศึกษาการดำเนินงานขยายผลโครงการอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน กรณีศึกษาการทำงานเพื่อสวัสดิการทางสังคมของผู้สูงอายุ องค์กรบริหารส่วนตำบลสระคู จังหวัดร้อยเอ็ด ซึ่งประสบผลสำเร็จในการดำเนินการ และขยายผลไปสู่การให้การดูแลผู้ที่มีปัญหาสังคมและด้อยโอกาสอื่นๆในชุมชน พบว่าปัจจัยที่ทำให้โครงการสามารถดำเนินการต่อเนื่องได้ เพราะได้รับการสนับสนุนด้านงบประมาณในการดำเนินงานและค่าตอบแทนอาสาสมัครจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามสถานการณ์และความเหมาะสม เพื่อเป็นขวัญและกำลังใจ ทำให้อาสาสมัครสามารถปฏิบัติงานได้ ไม่สร้างภาระให้ครอบครัว เปิดโอกาสให้ชุมชนได้มีส่วนร่วมในโครงการ โดยมีการคัดเลือกอาสาสมัครปีละครั้ง ผู้มีสิทธิ์ลงคะแนนคัดเลือกคือผู้ที่ได้รับการดูแลจากอาสาสมัคร

เท่านั้น ผลการดำเนินโครงการพบว่า ผู้สูงอายุหรือผู้ด้อยโอกาสได้รับการช่วยเหลือดูแลจากชุมชน โดยชุมชนมีส่วนร่วม อาสาสมัครสามารถทำงานได้อย่างเต็มความสามารถ ไม่สร้างภาระให้กับตนเองและครอบครัว โดยการสนับสนุนงบประมาณค่าตอบแทนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (สำนักส่งเสริมและฝึกอบรม มหาวิทยาลัย เกษตรศาสตร์, 2549: 222-224)

การศึกษาการพัฒนาระบบบริการเบหาวานในชุมชนแบบมีส่วนร่วมของโรงพยาบาล ร้อยเอ็ด โดยการมีส่วนร่วมของภาคการเมืองท้องถิ่น ภาคประชาชนและเจ้าหน้าที่ทางด้าน สาธารณสุขโดยทางด้านสาธารณสุข สื่อสารปัญหาสุขภาพและผลกระทบของโรคเรื้อรังให้ชุมชน ได้รับรู้และตระหนักถึงความสำคัญของปัญหา จนเกิดการตกลงร่วมกันของทุกภาคส่วนในชุมชนในการจัดทำแผนการควบคุมป้องกันโรคเบหาวานในพื้นที่ วัตถุประสงค์เพื่อป้องกันและลดปัญหาการเจ็บป่วยและลดความแออัดในโรงพยาบาล และร่วมผลักดันแผนไปสู่การปฏิบัติจริงในชุมชน โดยมี องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นผู้สนับสนุนงบประมาณ สอดคล้องกับงบประมาณของชุมชน เพื่อใช้ในการดำเนินงาน เช่น งานคัดกรองเบหาวานในชุมชนหน่วยงาน เจ้าหน้าที่ทางด้านสาธารณสุขเป็นผู้สนับสนุนในเรื่องการฝึกอบรมอาสาสมัครให้ความรู้เรื่องการคัดกรองเบหาวาน การให้บริการดูแลรักษา และกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพและป้องกัน โรคเบหาวาน โดยการมีส่วนร่วมทุกภาคส่วน และคณะกรรมการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดทำแผนกำกับติดตามประเมินผล มีการกระจายแผนสู่โรงเรียนทุกโรงเรียนเช่นเดียวกับชุมชน โดยจัดให้มีตัวแทนนักเรียนมีส่วนร่วม ผลการศึกษาพบว่าโครงการคัดกรองเบหาวานในชุมชนได้รับความร่วมมือจากอาสาสมัครสาธารณสุข สามารถคัดกรองได้ จำนวน 9,863 คนจากประชากร 11,858 คน คิดเป็นร้อยละ 83.1 ค้นพบผู้มีระดับน้ำตาลในเลือดผิดปกติ จำนวน 544 คน คิดเป็นร้อยละ 5.5 และเกิดการทำงานเป็นทีมและทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ และประสบผลสำเร็จจากการนำแผนไปสู่การปฏิบัติได้โดยง่าย (ศิริวัฒน์ ไชยหะนิจ, 2551)

จากการทบทวนงานวิจัยจะเห็นว่า การเสริมสร้างให้ชุมชนเข้มแข็งได้นั้น ต้องเกิดจากการร่วมมือกันทั้ง 3 ฝ่าย ได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นซึ่งจะมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนในเรื่องงบประมาณ และ/หรือเป็นผู้ดำเนินการ โดยชุมชนมีส่วนร่วมในการคิดและวิเคราะห์ปัญหาชุมชน แล้วร่วมกันแก้ไข มีองค์กรภาครัฐที่เกี่ยวข้องสนับสนุนในด้านข้อมูลข่าวสารเป็นผู้สนับสนุนในเรื่ององค์ความรู้และทักษะที่จำเป็นในการดำเนินงาน ตลอดจนเป็นที่เลี้ยงและให้คำปรึกษา จะทำให้การดำเนินงานประสบผลสำเร็จ ชุมชนเข้มแข็งและสามารถดูแลตนเองและให้การช่วยเหลือเกื้อกูลกันภายในชุมชนและเกิดความยั่งยืน

สนับสนุนด้านวิชาการและประสานงานในการดำเนินกิจกรรม (สุพัตรา เบญจชัยญลักษณ์ และ นริศรา คลื่นแก้ว, 2551)

การพัฒนาคลินิกเบาหวานในรูปแบบเครือข่ายผู้ป่วยเบาหวาน โดยการจัดเครือข่าย อำเภอสามโคก จังหวัดปทุมธานี (ศราวุธ ธนเสริม, 2550) เป็นการศึกษาถึงทดลอง เปรียบเทียบ จำนวนการขาดนัดโดยเฉลี่ยของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และระดับน้ำตาลเฉลี่ยของผู้ป่วยเบาหวานก่อน และหลังการจัดบริการคลินิกเบาหวานรูปแบบการจัดเครือข่ายประชาชน ผลการศึกษา พบว่ากลุ่ม ตัวอย่างส่วนมากเป็นผู้สูงอายุเพศหญิง ก่อนการทดลองมีจำนวนผู้ป่วยขาดนัด 2 ครั้ง ร้อยละ 44.4 ขาดนัด 1 ครั้ง ร้อยละ 19.7 ขาดนัด มากกว่า 2 ครั้ง ร้อยละ 18.3 และไม่ขาดนัดเลย ร้อยละ 17.6 ตามลำดับ ส่วนหลังการทดลอง พบว่าจำนวนผู้ป่วยขาดนัด 2 ครั้ง ร้อยละ 20.9 ขาดนัด 1 ครั้ง ร้อยละ 47.1 ขาดนัดมากกว่า 2 ครั้ง ร้อยละ 8.5 ไม่ขาดนัดเลย ร้อยละ 23.5 ตามลำดับ และพบว่า ระดับ น้ำตาลในเลือดก่อนทดลอง (FBS) ต่ำกว่า 120 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ร้อยละ 6.5 ระดับน้ำตาลในเลือด 121-160 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ร้อยละ 22.2 ระดับน้ำตาลในเลือด 161-200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ร้อยละ 43.2 และระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่า 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ร้อยละ 28.1 ตามลำดับ หลังการ ทดลองพบว่า ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่า 120 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ร้อยละ 23.5 ระดับน้ำตาลใน เลือด 121-160 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ร้อยละ 25.5 ระดับน้ำตาลในเลือด 161-200 มิลลิกรัมต่อ เดซิลิตร ร้อยละ 40.5 และระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่า 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ร้อยละ 10.5 ตามลำดับ ภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน ได้แก่ ภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ ภาวะระดับน้ำตาลใน เลือดสูง และภาวะ การติดเชื้อ ก่อนทดลอง เท่ากับร้อยละ 8.6, 14.3 ,77.1 หลังทดลอง ลดลงเหลือ ร้อยละ 7.7, 7.7 และ 22.9 ตามลำดับ ส่วนภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง ก่อนและหลังทดลองไม่มีความ แตกต่างกัน

จะเห็นว่าการดูแลผู้ป่วยโดยเฉพาะ ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังจำเป็นต้องป้องกัน ภาวะแทรกซ้อน โดยทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องต้องร่วมมือกันทั้งในส่วนของครอบครัวของผู้สูงอายุ โรคเรื้อรัง ชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและบุคลากรทางด้านสุขภาพ ซึ่งแต่ละฝ่ายต้องมีความ เข้าใจในบทบาทหน้าที่ของตนเองและพัฒนาตนเอง เพื่อให้มีศักยภาพในการช่วยเหลือผู้สูงอายุโรค เรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีการประสานและวางแผนแก้ปัญหาาร่วมกัน สนับสนุนการรับ การ รักษาต่อเนื่อง ตลอดจนแต่ละภาคส่วนได้ดำเนินการให้ความตามบทบาทหน้าที่ที่รับผิดชอบ ก็ จะทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน ช่วยเหลือตัวเองได้ ไม่เป็นภาระ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

บทที่ 3

วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นกรณีศึกษาที่มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการสนับสนุนการมารับการรักษาต่อเนื่องของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังและ 2) ศึกษาบทบาทตามความคาดหวังของประชาชนต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการสนับสนุนการมารับการรักษาต่อเนื่องของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา เป็นประชากร 3กลุ่ม หลักที่เกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในเขตเทศบาลตำบลบางกระสั้น อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ประกอบด้วยผู้บริหารทางด้านสาธารณสุข ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังและผู้ดูแล

กลุ่มตัวอย่าง ผู้ศึกษาได้มาโดยวิธีการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด ดังนี้

1. ผู้บริหารทางด้านสาธารณสุข 3 คน ประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางปะอิน หัวหน้าฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลบางปะอิน และสาธารณสุขอำเภอบางปะอิน
2. ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 2 คน ประกอบด้วย นายกเทศมนตรีเทศบาลบางกระสั้น และหัวหน้ากองสาธารณสุข เทศบาลบางกระสั้น
3. ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังและผู้ดูแลกลุ่มละ 10 คน
 - 3.1 ผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง
 - 3.1.1 ผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป
 - 3.1.2 อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลตำบลบางกระสั้น
 - 3.1.3 เป็นโรคความดันโลหิตสูงและ/หรือโรคเบาหวานทั้งที่มีโรคร่วมและไม่มีโรคร่วม
 - 3.1.4 อยู่บ้านคนเดียว หรืออยู่คนเดียวบางช่วงเวลา ขณะที่ผู้ดูแลต้องออกไปทำงาน หรือประกอบอาชีพนอกบ้าน

3.1.5 ไม่สามารถเดินทางมาโรงพยาบาลได้โดยลำพังโดยการสอบถามจากผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

3.2 ผู้ดูแล

3.2.1 ญาติที่เป็นผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง และเป็นผู้ที่พาผู้สูงอายุไปโรงพยาบาล

3.2.2 เป็นผู้ที่ต้องมีภาระทำงานนอกบ้านบางช่วงเวลาหรือประกอบอาชีพรับจ้างโรงงาน อุตสาหกรรม หรือประกอบอาชีพรับจ้างหรืออื่นๆในช่วงกลางวัน หรือทำงานเป็นผลัด

3.2.3 อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลบางกระสั้น

พื้นที่ศึกษา : เทศบาลตำบลบางกระสั้น อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
ลักษณะที่ตั้ง / อาณาเขตและเขตการปกครอง



ภาพ 2 แผนที่ตำบลบางกระสั้น

เทศบาลตำบลบางกระสั้น ตั้งอยู่เลขที่ 89 หมู่ที่ 6 ตำบลบางกระสั้น อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ได้รับการยกฐานะจากองค์การบริหารส่วนตำบลขนาดใหญ่ เป็นเทศบาลตำบล ตามประกาศกระทรวงมหาดไทยโดยมีผลบังคับตั้งแต่วันที่ 23 สิงหาคม 2550 ตั้งอยู่ห่างจากอำเภอบางปะอินเป็นระยะทางประมาณ 5 กิโลเมตร มีเนื้อที่ทั้งหมด 18,912 ตารางกิโลเมตร หรือประมาณ 11,820 ไร่ มีหมู่บ้าน 17 หมู่บ้าน ปัจจุบันคาดว่ามิประชากรในตำบลบางกระสั้น เป็นจำนวนไม่ต่ำกว่า 11,000 คน เนื่องจากมีประชากรแฝงเป็นจำนวนมากในแต่ละวัน ในขณะที่สถิติ

ของสำนักงานทะเบียนราษฎร์ อำเภอบางปะอิน ปี พ.ศ.2550 (ณ เดือนกันยายน 2550) จำนวนประชากรทั้งสิ้น 9,498 คน แยกเป็นชาย 4,459 คน หญิง 5,039 คน มีจำนวนครัวเรือน จำนวน 3,356 ครัวเรือน มีจำนวนผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 557 คน เฉลี่ยความหนาแน่นของประชากรในตำบล 502 คนต่อตารางกิโลเมตร ลักษณะภูมิประเทศของตำบลบางกระสั้น เป็นที่ราบลุ่มน้ำท่วมถึง พื้นที่ส่วนใหญ่เป็นทุ่งนา ไม่มีภูเขา ไม่มี ป่าไม้ มีแม่น้ำไหลผ่าน 1 สาย คือ แม่น้ำเจ้าพระยา มีคลองชลประทาน สภาพภูมิอากาศมีลักษณะร้อนชื้น ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพปลูกข้าวในกระบวนการผลิตของโรงงานอุตสาหกรรม รองลงมาคืออาชีพเกษตรกรรม ที่ทำการเกษตรส่วนใหญ่มีอาชีพทำนา ปลูกข้าวนาปรัง คิดเป็นอัตราร้อยละ 18.26 ของเนื้อที่ทำการเกษตรต่อเนื้อที่ทั้งสิ้น และเนื้อที่ทำการเกษตรเฉลี่ยต่อครัวเรือน ประชากรส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ แหล่งประโยชน์ของชุมชน มีวัด 2 แห่ง คือ วัดบางเคียนวิเชียรฉาย ตั้งอยู่หมู่ที่ 7 และวัดราษฎร์ศรัทธาธรรม ตั้งอยู่หมู่ที่ 17 มีเจ้าหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัวที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการปฐมพยาบาลและการช่วยเหลือผู้ป่วย ณ. จุดเกิดเหตุจำนวน 16 ชั่วโมง และได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นเจ้าหน้าที่อาสาสมัครเบื้องต้นจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา สามารถให้การประเมินผู้ป่วยเบื้องต้นและให้การปฐมพยาบาล ณ. จุดเกิดเหตุได้ จำนวน 20 คน มีรถรับส่งผู้ป่วยในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จำนวน 3 คัน เป็นรถตู้ 1 คัน และรถปิกอัพดัดแปลง 2 คัน

ข้อมูลเกี่ยวกับสถานบริการสุขภาพของสาธารณสุข

โรงพยาบาลบางปะอิน เป็นโรงพยาบาลขนาด 60 เตียง มีพื้นที่รับผิดชอบจำนวน 12 หมู่บ้าน อัตรากำลังแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป 5 คน สูติแพทย์ 1 คน ลักษณะพื้นที่กึ่งเมือง ตั้งอยู่ในเขตเทศบาลตำบลปราสาททอง เทศบาลตำบลบ้านเลน และมีพื้นที่บางส่วนอยู่ในเขตนิคมอุตสาหกรรมบางปะอินและนิคมอุตสาหกรรมไฮเทค ประชาชนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างในโรงงานอุตสาหกรรม การคมนาคมสะดวก เดินทางโดยรถโดยสาร เรือ รถยนต์ และรถไฟ ประชาชนส่วนใหญ่เข้ารับบริการสุขภาพที่โรงพยาบาลบางปะอิน ร้านขายยา คลินิกเอกชนและโรงพยาบาลเอกชน โรงพยาบาลบางปะอินมีผู้มาใช้บริการเฉลี่ยประมาณ 250-300 คน/วัน มีคลินิกพิเศษแยกจากแผนกผู้ป่วยนอก ให้บริการตรวจโรคเรื้อรัง ในวัน อังคาร พุธ พฤหัสบดีเช้า มีพยาบาลวิชาชีพรับผิดชอบประจำ 2 คน คนงาน 1 คน และเวชระเบียน 1 คน มีแพทย์ตรวจประจำ 2 คน โดยวันอังคารจะเป็นคลินิกสำหรับผู้ป่วยนัดมาตรวจพิเศษ หรือนัดเพื่อติดตามความก้าวหน้าของแผนการรักษา ซึ่งมีผู้มารับบริการไม่มาก เฉลี่ยประมาณ 30 คนต่อวัน จะมีแพทย์ตรวจเพียง คนเดียว วันพุธ และวันพฤหัสบดี เป็นคลินิกผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่นัดตรวจตามปกติ และมีผู้มารับบริการเฉลี่ย 80

คนต่อวัน มีแพทย์ประจำคลินิกโรคเรื้อรังออกตรวจ 2 คน มีระบบติดตามการขาดนัด โดยติดตามทางโทรศัพท์ทุกวันพฤหัสบดี และติดตามผล 1 สัปดาห์ ถ้ายังไม่กลับมาตรวจจะส่งข้อมูลให้สถานีนามัยติดตามเยี่ยมบ้าน และให้สถานีนามัยรายงานผลการเยี่ยมบ้านในแบบบันทึกการเยี่ยมบ้าน ในรายที่มีปัญหาไม่สามารถมาตรวจตามแพทย์นัดได้ เจ้าหน้าที่สถานีนามัยจะเป็นผู้ประเมินสภาพและมารับยาแทนให้ กรณีญาติไม่สามารถมารับแทนได้

สถานีนามัยบางกระแสนมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทั้งหมด 3 คน ประกอบด้วย นักวิชาการสาธารณสุข 1 คน เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขชุมชน 1 คน และลูกจ้างตำแหน่งเจ้าหน้าที่งานสาธารณสุข 1 คน มีแผนยกระดับให้เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้บริการป้องกัน ส่งเสริม รักษาพยาบาลเบื้องต้นทุกวัน ในวันราชการให้บริการระหว่างเวลา 8.30-16.00 น. ส่วนระหว่างเวลา 16.00-20.00 น. มีเจ้าหน้าที่ผลัดเปลี่ยนหมุนเวียนกันวันละ 1 คน วันหยุดราชการ และวันหยุดนักขัตฤกษ์ เปิดให้บริการระหว่าง 8.30-12.00 น. ไม่มีคลินิกรักษาต่อเนื่องโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยโรคเรื้อรังจึงไปรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลบางปะอิน มีอาสาสมัครสาธารณสุข ทั้งหมด 85 คน แบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบ ให้อาสาสมัครสาธารณสุข 5 คน รับผิดชอบประชากร 1 หมู่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุข มีความเข้มแข็ง และรับผิดชอบต่องานที่ได้รับมอบหมายดี

อาสาสมัครสาธารณสุขของสถานีนามัยตำบลบางกระแสนมีทั้งหมด 85 คน ได้รับมอบหมายจากเจ้าหน้าที่สถานีนามัยบางกระแสนให้รับผิดชอบดูแลประชาชนหมู่บ้านละ 5 คน มีค่าตอบแทนการปฏิบัติงานเดือนละ 600 บาท และมีบทบาทหน้าที่หลักคือเป็นผู้สื่อข่าวสาธารณสุขระหว่างเจ้าหน้าที่และประชาชนในหมู่บ้าน เป็นผู้ให้คำแนะนำถ่ายทอดความรู้ให้แก่เพื่อนบ้านและเป็นแกนนำทางด้านสุขภาพให้กับครอบครัวในเรื่องต่างๆ เช่น การใช้สถานบริการ การใช้ยา เป็นต้น นอกจากนี้ยังเป็นผู้ให้บริการสาธารณสุขแก่ชุมชนได้แก่การส่งต่อและติดตามดูแลผู้ป่วยที่มีการส่งต่อมาจากสถานบริการ เฝ้าระวังป้องกันปัญหาสาธารณสุขในหมู่บ้าน สำหรับบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุขสถานีนามัยบางกระแสน คือการช่วยเหลือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการติดตามเยี่ยมบ้าน ติดตามผู้สูงอายุโรคเรื้อรังขาดนัด ตลอดจนช่วยในการประเมินภาวะสุขภาพ เช่น วัดความดันโลหิต เจาะน้ำตาลปลายนิ้ว ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และรายงานปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขรับทราบ เพื่อวางแผนให้การดูแลช่วยเหลือตามสภาพปัญหา และในการปฏิบัติงานแต่ละครั้งจะต้องทำรายงานส่งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกครั้งเช่น ในการเยี่ยมบ้านต้องมีลายเซ็นของผู้ได้รับการเยี่ยมบ้านรับรองว่าไปเยี่ยมบ้านจริงและรับรองกิจกรรมที่อาสาสมัครสาธารณสุขปฏิบัติขณะเยี่ยมบ้าน

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย

1. แบบสอบถาม เป็นแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปสำหรับผู้สูงอายุโรคเรื้อรังและผู้ดูแลมี 2 ชุด ดังนี้

1.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปสำหรับใช้สอบถามผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาต่อเนื่อง สิทธิในการรักษา (ดูในภาคผนวก)

1.2 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป สำหรับใช้สอบถามผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล ระยะเวลาที่ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุและการดูแลรักษา (ดูในภาคผนวก)

2. แนวคำถามในการสนทนากลุ่มสำหรับผู้สูงอายุโรคเรื้อรังและผู้ดูแลมี 2 ชุด ประกอบด้วย

2.1 แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม สำหรับผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง โดยมีประเด็นคำถามเกี่ยวกับ การรับรู้ปัญหาสุขภาพและผลกระทบของการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง การแก้ปัญหาในปัจจุบัน การรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและความสำคัญของการรักษาต่อเนื่อง บทบาทการดูแลตนเอง การเข้าถึงบริการ ความต้องการการช่วยเหลือ (ดูในภาคผนวก)

2.2 แบบสนทนากลุ่ม สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาระต้องออกไปประกอบอาชีพนอกบ้านบางช่วงเวลา โดยมีประเด็นคำถามเกี่ยวกับการรับรู้ปัญหาสุขภาพและผลกระทบของการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง การรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและความสำคัญของการรักษาต่อเนื่อง บทบาทการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง การบริหารจัดการกรณีผู้สูงอายุโรคเรื้อรังต้องไปรักษาต่อเนื่องขณะที่ต้องออกไปทำงานนอกบ้าน ความต้องการการช่วยเหลือ (ดูในภาคผนวก)

3. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป สำหรับบันทึกข้อมูลของผู้บริหารมีทั้งหมด 2 ชุด ประกอบด้วย

3.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปสำหรับบันทึกข้อมูลของผู้บริหาร ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคล เพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการทำงาน (ดูในภาคผนวก)

3.2 แบบบันทึกข้อมูลสำหรับผู้บริหารทางด้านสาธารณสุข ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล เพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการทำงาน (ดูในภาคผนวก)

4. แนวคำถามสัมภาษณ์เป็นแบบคำถามปลายเปิด 2 ชุด

4.1 แนวคำถามสัมภาษณ์สำหรับ ผู้บริหารขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ประเด็นคำถามประกอบด้วย การรับรู้ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในพื้นที่รับผิดชอบ การรับรู้ถึงความสำคัญในการรักษาต่อเนื่องเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง บทบาทในการให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง แนวคิดในการพัฒนาระบบบริการเพื่อให้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังได้รับการรักษาต่อเนื่อง ความต้องการสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (ดูในภาคผนวก)

4.2 แบบสัมภาษณ์สำหรับผู้บริหารจากสาธารณสุข ประเด็นคำถามประกอบด้วย การรับรู้ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในพื้นที่รับผิดชอบ การให้ความสำคัญในการติดตามการรักษาต่อเนื่องของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน บทบาทในการให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง แนวคิดในการพัฒนาระบบบริการเพื่อให้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังได้รับการรักษาต่อเนื่อง ความต้องการสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (ดูในภาคผนวก)

ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษานี้เป็นการสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก ซึ่งผู้ศึกษาได้สร้างขึ้นมาจากการศึกษาขอบเขตเนื้อหาของการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ บทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แผนนโยบายเกี่ยวกับผู้สูงอายุ บทบาทของผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ตลอดจนบททวนจากเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม โดยมีขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือในการศึกษาดังนี้

ศึกษาหลักการ และขั้นตอนในการจัดสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์ ตลอดจนร่างแนวคำถามครอบคลุมประเด็นสำคัญดังนี้

1. การรับรู้ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ ผลกระทบและวิธีการแก้ปัญหาในปัจจุบัน
2. ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังและการให้ความสำคัญกับการรักษาต่อเนื่อง
3. บทบาทการดูแลตนเองของผู้สูงอายุและครอบครัว และการให้การช่วยเหลือของเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง
4. แนวความคิดในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพเพื่อให้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังได้รับการรักษาต่อเนื่องและเข้าถึงบริการสุขภาพ
5. ความต้องการสนับสนุนจากภาคส่วนที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ยื่นหนังสือ เพื่อขออนุมัติทำการศึกษา จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ที่คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี หลังจากได้รับอนุมัติ ผู้ศึกษาขอหนังสือราชการจาก บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล ถึงนายกเทศมนตรีเทศบาลบางกระสั้น สาธารณสุขอำเภอ บางปะอิน และผู้อำนวยการ โรงพยาบาลบางปะอิน อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา เพื่อ ขออนุญาตในการเก็บข้อมูล ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ของการศึกษา พร้อมทั้งนัดหมายวันและเวลา ในการ เก็บรวบรวมข้อมูลในแต่ละกลุ่มตัวอย่าง

2. การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ สำหรับกลุ่มผู้สูงอายุโรคเรื้อรังและผู้ดูแลผู้สูงอายุโรค เรื้อรัง ผู้ศึกษาดำเนินการดังนี้

2.1 ประสานงานกับเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย และอาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่ ถ่วงหน้า เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคเรื้อรังและผู้ดูแลตามคุณสมบัติที่กำหนด ซึ่งประกอบด้วยผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลตำบลบ้านบางกระสั้นและรับการรักษา โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ทั้งที่มีโรคร่วมและไม่มีโรคร่วม ที่โรงพยาบาลบางปะอิน และมีประวัติขาดการรักษาตั้งแต่ 1 ครั้งขึ้นไป จำนวน 10 คน และผู้ดูแลหลักที่พาผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ไปตรวจรักษาจำนวน 10 คน ซึ่งอาจเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างหรือไม่ก็ได้

2.2 นัดหมายเวลาและสถานที่ในการตอบแบบสอบถามและสนทนากลุ่ม

2.3 จัดเตรียมคำถาม แบบสนทนากลุ่ม อุปกรณ์ที่ใช้ประกอบ การสนทนากลุ่ม เครื่องบันทึกเสียงและเครื่องบันทึกภาพ ผู้จัดบันทึก และผู้ช่วย อย่างละ 1 คน

2.4 ก่อนทำการสนทนากลุ่ม แนะนำวิธีการสนทนากลุ่มให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจ

2.5 ดำเนินการสนทนากลุ่ม ณ ห้องประชุมสถานีอนามัยตำบลบางกระสั้น

2.6 การสนทนากลุ่มใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง

3. การรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ สำหรับผู้บริหารด้านสาธารณสุข และผู้บริหารของ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ใช้วิธีสัมภาษณ์เป็นรายบุคคล ดำเนินการดังนี้

3.1 เข้าพบและประสานงานเพื่อขอสัมภาษณ์และนัดหมายเวลาและสถานที่

3.2 จัดเตรียมคำถาม แบบสัมภาษณ์ อุปกรณ์ที่ใช้ประกอบการสัมภาษณ์ เครื่อง บันทึกเสียงและเครื่องบันทึกภาพ ผู้จัดบันทึกและผู้ช่วย อย่างละ 1 คน

3.3 ดำเนินการสัมภาษณ์

3.4 เวลาสัมภาษณ์ 1 ชั่วโมง

4. การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ผู้ศึกษาดำเนินการแจกแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปให้กับ กลุ่มตัวอย่าง และจัดเก็บด้วยตนเอง ก่อนการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ค่าร้อยละ
2. รวบรวมประเด็นที่ได้จากการสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์ นำมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา เปรียบเทียบแต่ละประเด็น เพื่อตอบวัตถุประสงค์ของการศึกษาในครั้งนี้ และอภิปรายผลการศึกษา ตลอดจนเสนอแนะแนวทางการจัดระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุเพื่อให้ได้รับการรักษาต่อเนื่องโดยการสนับสนุนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ข้อพิจารณาจริยธรรมในการศึกษา

ในการศึกษานี้ ผู้ศึกษาจะยึดหลักจริยธรรมในการวิจัยอย่างเคร่งครัด โดยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลเมื่อได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน การตัดสินใจเข้าร่วมในการศึกษาเป็นไปโดยสมัครใจ ผู้ศึกษาจะเก็บข้อมูลเป็นความลับและการนำเสนอข้อมูลจะทำโดยไม่มีการระบุชื่อ

บทที่ 4

ผลการศึกษา

รายงานผลการศึกษา เรื่องบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการสนับสนุนการมารับการรักษาต่อเนื่องในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ซึ่งการศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ

ศึกษาบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการสนับสนุนการมารับการรักษาต่อเนื่องของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง และศึกษาบทบาทตามความคาดหวังของประชาชนที่มีต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการสนับสนุนการมารับการรักษาต่อเนื่องของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

ผลการศึกษา กลุ่มผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

1. ข้อมูลส่วนบุคคลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่เข้าร่วมศึกษาทั้งหมด 10 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 90 อายุระหว่าง 70-79 ปี คิดเป็นร้อยละ 50 ระดับการศึกษาจบชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 คิดเป็นร้อยละ 60 มีสถานภาพสมรส คู่ คิดเป็นร้อยละ 80 มีผู้ดูแลซึ่งเป็นบุตรมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 70 แหล่งที่มารายได้มาจากบุตรคิดเป็นร้อยละ 60 มีประวัติการเจ็บป่วยเป็นทั้งโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน รวมทั้งมีโรคแทรกซ้อนอื่นๆ คิดเป็นร้อยละ 50 รองลงมาเป็นโรคเบาหวานอย่างเดียว คิดเป็นร้อยละ 30 ระยะเวลาในการรักษา ทั้งน้อยกว่าและมากกว่า 10 ปีมีสัดส่วนเท่าๆกัน คือร้อยละ 50 สิทธิในการรักษาส่วนใหญ่ ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพคิดเป็นร้อยละ 70 และทุกคนมีประวัติขาดการรักษา ดังตาราง 1

ตาราง 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของประชาชนกลุ่มผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
- ชาย	1	10
- หญิง	9	90
อายุ		
- 60 – 69 ปี	4	40
- 70 – 79 ปี	5	50
- 80 ปีขึ้นไป	1	10

ตาราง 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของประชาชนกลุ่มผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
- ประถมศึกษาปีที่ 4	6	60
- ประถมศึกษาปีที่ 3 อ่านและเขียนหนังสือได้	2	20
- ไม่ได้เรียนหนังสือ อ่านและเขียนหนังสือไม่ได้	2	20
สถานภาพสมรส		
- คู่	8	80
- หม้าย	2	20
ผู้ดูแล		
- คู่สมรส	1	10
- บุตร	7	70
- หลาน	2	20
แหล่งที่มาของรายได้		
- บุตร	6	60
- คู่สมรส	1	10
- เบี้ยยังชีพ	1	10
- บำนาญ	2	20
ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง		
- ความดันโลหิตสูง	2	20
- เบาหวาน	3	30
- เป็นโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน	3	30
- โรคความดันโลหิตสูงและ เบาหวาน ที่มีภาวะแทรกซ้อน	2	20
ระยะเวลาในการรักษา		
- 1-10 ปี	5	50
- มากกว่า 10 ปี	5	50
สิทธิในการรักษา		
- ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพ	7	70
- ใช้สิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	2	20
- ไม่มีสิทธิใดๆ	1	10

2. ผลการศึกษาจากการสนทนากลุ่มในกลุ่มผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง รายงานผลการศึกษาดังนี้

2.1 ความคิดเห็นของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังเกี่ยวกับการรับรู้ปัญหาสุขภาพและผลกระทบของการเจ็บป่วยและการแก้ปัญหาสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุทั้ง 10 คน รับรู้ปัญหาสุขภาพของตนเองดี และเห็นว่า การเจ็บป่วยส่งผลกระทบต่อตนเอง ครอบครัว ผู้ดูแล ชุมชนและสังคม ซึ่งในการแก้ปัญหาสุขภาพปัจจุบันคือ การพยายามปฏิบัติตนเพื่อให้สามารถควบคุมอาการของโรค และป้องกันการเกิดโรคแทรกซ้อน รายละเอียดดังต่อไปนี้

2.1.1 การรับรู้ปัญหาสุขภาพ พบว่าผู้สูงอายุทั้ง 10 คน ทราบถึงสภาวะการเจ็บป่วยของตนเองดี เกี่ยวกับโรคเรื้อรังและโรคแทรกซ้อนที่ตนเองเป็น ดังตัวอย่างคำพูด

“เป็นโรคเบาหวานมา ปีแล้ว ไปตรวจที่โรงพยาบาลบางปะอินก็รักษาตั้งแต่นั้นเป็นต้นมา”

“เป็นโรคความดันโลหิตสูง ลูกอยู่กรุงเทพฯ พาไปตรวจครั้งแรกที่โรงพยาบาลพระมงกุฎ ตอนนี้มีรับยาที่โรงพยาบาลบางปะอิน เอาตัวอย่างยาจากโรงพยาบาลพระมงกุฎมาให้หมอ ”

“เป็นโรคเบาหวานมา 10 กว่าปีแล้ว มีไขมันในเลือดด้วย”

2.1.2 ผลกระทบต่อตนเอง พบว่าผู้สูงอายุโรคเรื้อรังทั้ง 10 คน มีความเห็นว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังของตนเอง ส่งผลกระทบต่อตนเอง ทางร่างกาย เกิดความไม่สบาย และทุกข์ทรมานกับอาการและความเรื้อรังของโรค ตลอดจนผลข้างเคียงของยา ส่วนทางด้านจิตใจ ทำให้เกิดความวิตกกังวลกับภาวะสุขภาพ และอาการเปลี่ยนแปลงจากอาการแทรกซ้อนของโรค เบื่อหน่ายท้อแท้กับการติดตามการรักษาต่อเนื่อง รู้สึกว่าตนเองถูกทอดทิ้ง ไม่เป็นที่ต้องการของสังคม ดังตัวอย่างคำพูด

“เมื่อก่อนที่ยังไม่เป็นความดัน ก็สบายกว่านี้ เดินเหินแล้วคล่องแต่พอเป็นความดันสูงรู้สึกไม่สบาย มีนหัวทั้งวันเดินก็ช้าลง กลัวล้ม”

“บางวันก็สบายดี แต่บางวันก็ไม่สบาย เวียนหัวเป็นบางครั้ง ทรงๆทรุดๆ อยู่แบบนี้เรื่อยมา”

“กินยาแล้วรู้สึกเบื่ออาหาร กินข้าวไม่ได้ อาการเหมือนคนแพ้ท้อง”

“เป็นโรคเบาหวานนี้ลำบากมาก ไม่มีอะไรดี น้ำตาลขึ้นก็มีน น้ำตาลลงก็หน้ามืดจะเป็นลม นึกอยากจะเป็นวันไหนก็เป็นขึ้นมาเรื่อยๆอย่างนั้น ต้องระวังตัวตลอดเวลา”

“กินยาเยอะ บางทีมันก็เบื่อนะ ไม่อยากกินแต่ก็ต้องกิน ไม่กินก็เวียนหัวทั้งวัน ถ้ารู้สึกไม่ดีก็ต้องกินยาไว้ก่อน”

“บางทีจะไปตรวจที่โรงพยาบาลให้ตาเข็นไปรอรถประจำทางที่ถนน เขาเห็นว่าเป็นคนแก่รถประจำทางก็ไม่จอดรับ” มีผู้สูงอายุโรคเรื้อรังแสดงความเห็นด้วยกับคำกล่าวนี้ 3 คน โดยคนหนึ่งกล่าวเสริมว่า

“ใช่เขาเห็นเป็นคนแก่เขาก็ไม่ยอมรับหรือ เป็นอะไรไป เขาก็กลัวเดือร้อน”

2.1.3 ผลกระทบต่อครอบครัวและผู้ดูแล ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังมีความรู้สึกที่ตนเองเป็นภาระต่อครอบครัวและผู้ดูแล เพราะช่วยเหลือตัวเองได้น้อยลง อยู่ในภาวะพึ่งพิงมากขึ้น ดังตัวอย่างคำพูด

“หุงหาอาหารกินเองยังไม่ได้ ตาทำให้ทุกอย่างแม้แต่ซักผ้าถุง ตาก็ต้องทำให้”

“ลูกจัดยาให้เป็นชุดๆก็กินตามที่ลูกจัด ถ้าพึ่งตัวเองก็กินไม่ค่อยจะถูก ตาก็มองไม่เห็น ทำอะไรต้องมีคนคอยช่วยทำ”

“เป็นภาระให้กับลูก ลูกไปส่งที่โรงพยาบาลแล้ว ก็ต้องวิ่งกลับไปทำงาน ตรวจเสร็จแล้วก็วิ่งกลับมารับอีก เวลาลูกพาไปโรงพยาบาลเขาก็ลำบาก”

“ลูกก็รับจ้างรายวัน รายได้ไม่แน่นอน เอาตัวก็จะไม่รอด ยังต้องเรียกเงินมาให้ อีก เราเองก็ทำมาหากินไม่ได้ ทำให้ลูกต้องลำบาก”

2.1.4 ผลกระทบต่อสังคม/ชุมชน กลุ่มตัวอย่างให้ข้อมูลว่า เพื่อนบ้านต้องมีภาระคอยดูแลและให้ความช่วยเหลือ เวลาที่ญาติผู้ดูแลไม่อยู่บ้านและพาตนส่งโรงพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยฉุกเฉิน ทำหน้าที่ทุกอย่างแทนญาติเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน ดังตัวอย่างคำพูด

“เวลาลูกกลางานไม่ได้จริงๆ ก็ต้องให้เพื่อนบ้านที่ไปตรวจด้วยกัน พาขึ้นรถ ลงรถ และคอยให้เกาะเวลาจะข้ามถนน”

“เวลาไม่สบายมากๆ ก็ต้องรบกวนเพื่อนบ้านช่วยไปว่าจ้างรถพาไปโรงพยาบาล แล้วก็ช่วยโทรศัพท์ไปตามลูกให้”

2.1.5 การแก้ไขปัญหาการเจ็บป่วย ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังระบุว่าในภาวะปกติ จะแก้ไขปัญหาการเจ็บป่วย โดยวิธีการรับประทานยาสม่ำเสมอ ไปพบแพทย์ตามนัด พยายามปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต เช่น ปรับพฤติกรรมการรับประทานอาหารและการเตรียมการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยฉุกเฉิน โดยการเตรียมการของผู้ดูแลบางส่วน เพื่อควบคุมอาการของโรคและแก้ไข/ลดความรุนแรงโรคแทรกซ้อนเมื่อเกิดอาการ ดังตัวอย่างคำพูด

“กินยาที่ลูกจัดเอาไว้ให้เป็นชุดๆ ก่อนไปทำงาน ต้องกินยาตลอดนะเพราะกลัวน้ำตาลจะขึ้น”

“ก็ต้องพยายามไปตรวจตามที่หมอนัดเกือบตลอดแหละ ถ้าไม่จำเป็นจริงๆ ก็ไม่เคยขาด บางครั้งไปไม่ได้ก็จะฝากเพื่อนบ้านที่เป็นเบาหวานเหมือนกันรับยาแทน”

“เรื่องอาหารการกินต้องคอยระวัง ไม่ให้เค็ม ไม่ให้หวาน ไม่ให้มัน”

“อยู่บ้านคนเดียวก็ต้องมีน้ำหวาน น้ำตาลติดเอาไว้เวลา รู้สึกหน้ามืดใจสั่นก็ต้องรีบกิน ไม่งั้นจะน็อค”

2.2 ความเข้าใจในเรื่องการดูแลรักษาโรคเรื้อรัง และการให้ความสำคัญกับการรักษาต่อเนื่อง ปัญหาในการได้รับการรักษาต่อเนื่อง และความช่วยเหลือที่ได้รับจากเทศบาลพบว่า ผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ตัวอย่างมีความเข้าใจกับเรื่องการดูแลรักษาอย่างดี และให้ความสำคัญกับการรักษาต่อเนื่อง แต่ยังมีปัญหาขาดนัด และปัจจุบันยังไม่ได้รับการช่วยเหลือจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในด้านการดูแลรักษาต่อเนื่อง

2.2.1 ความเข้าใจและการให้ความสำคัญกับการรับการรักษาต่อเนื่อง ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ได้รับข้อมูลจากเจ้าหน้าที่ทางด้านสุขภาพ เข้าใจเรื่องการดูแลรักษาโรคและค่อนข้างให้ความสำคัญกับการรับการรักษาต่อเนื่อง ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังทุกคน ระบุว่า จะต้องรับประทานยาประจำเพื่อควบคุมอาการของโรคและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ดังตัวอย่างคำพูด

“หมอบอกเหมือนกันว่าต้องกินยาคุมเบาหวานตลอด เพราะถ้าไม่คุมน้ำตาลเบาหวานจะขึ้นตา ขึ้นไต และเป็นแผลที่เท้าต้องตัดเท้า”

“ก็ต้องกินยาคุมอยู่ตลอด ไม่กินยามันจะมีน้มนๆ หัวทั้งวัน พอกินยาที่หมอให้มาประจำก็ไม่เป็นไร แต่ต้องคอยกินไม่ให้ขาด ส่วนมากลูกจะพาไปรับยาเกือบทุกวัน”

“ก็ต้องกินยาตลอด ถ้าไม่รักษาตัวอะไรๆก็มาหมด ตาก็มองไม่เห็น แผลก็ลูกกลม หัวใจ ตับ ไต ไปหมดแหละ ตอนนี่ก็ต้องเที่ยวไปล้างไต”

2.2.2 ปัญหาในการได้รับการรักษาต่อเนื่อง คือการขาดนัดซึ่งมีสาเหตุจากผู้ดูแล ไม่สามารถพาผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ไปรับการรักษาต่อเนื่องได้ เพราะต้องออกไปทำงานนอกบ้าน ซึ่งผู้สูงอายุโรคเรื้อรังมีข้อจำกัดในการเดินทางโดยใช้รถประจำทางสาธารณะตามลำพัง 7 คน ส่วนอีก 3 คนขาดนัดด้วยเหตุผลอื่นๆ คือ ลืมวันนัด ปรึกษาเองตามอาการ ไม่เข้าใจแผนการรักษาของแพทย์ และมีภาระงานที่บ้านดังตัวอย่างคำพูด

“บางทีก็ขาดนัดบ้าง เพราะต้องรอลูกพาไป แต่ก็ขาดไม่นาน” มีผู้สูงอายุโรคเรื้อรังอีก 6 คน สนับสนุนคำกล่าวนี้

“ลูกพาไปรับยา ถ้าไปไม่ได้ก็จะวานญาติคนอื่นไปแทน ถ้าหาใครไม่ได้ก็ต้องขาดนัดแต่ไม่บ่อย”

“บางทีลืมวันนัดเพราะไม่มีคนคอยเตือน ยาเก่ายังเหลือเลยกินยาที่ยังเหลืออยู่ก่อน”

“ช่วงไหนสบายดีก็กินวันละเม็ด ถ้าช่วงไหนอาการไม่ดีก็จะกินเป็น 2 เวลา”

“บางทีมันเลยเวลาก็เลยตามเลย ยาก็เลยเหลือ ขอลามหมอหน่อย สมมติว่าหมอสั่งให้กิน 3 เวลา เรากิน 2 เวลาได้หรือเปล่า”

“ก็อย่างนี้ค่ะหมอแต่ละคนให้กินยาไม่เหมือนกันหมอบางคนก็ให้กินยาเยอะมาก บางทีไปตรวจอีกทีก็ไม่ให้กินแล้ว เลยสับสนไม่รู้จะกินอย่างไรดี”

“ต้องเลี้ยงหลานด้วย ลูกเขาไปทำงาน จะไปรับยาพร้อมเพื่อนบ้าน อาศัยขึ้นรถประจำทางไปโรงพยาบาลพร้อมกับเขา แต่ก็ทิ้งหลานไม่ได้จึงต้องขาดนัดบ้าง”

2.2.3 ความช่วยเหลือที่ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังได้รับจากเทศบาลที่ผ่านมา พบว่ายังไม่ได้รับการช่วยเหลือจากเทศบาลโดยเฉพาะในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง แต่เทศบาลจะให้การช่วยเหลือทางด้านสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุทั่วไป เช่น การแจกเบี้ยยังชีพ การช่วยเหลือปัญหาสุขภาพและปัญหาสังคมแบบเฉพาะกิจซึ่งเป็นโครงการระยะสั้นๆ เทศบาลจัดบริการรถรับส่งประชาชนไปโรงพยาบาลกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน แต่ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังจำนวน 8 คน ไม่เคยทราบว่าเทศบาลมีบริการรถรับส่งไปโรงพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายในกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน มีเพียง 2 คนที่ทราบว่ามีการบริการรถรับส่ง แต่ยังไม่เคยขอใช้บริการ ดังตัวอย่างคำพูด

“เทศบาลเขาก็ให้เงินคนแก่เดือนละ 500 บาททุกคนที่อยู่ในเขตตำบลบางกระสั้น”

“ก็มีเรื่องตรวจตาและรักษาตาฟรีให้คนแก่ ทางเทศบาลเขามีรถพาไปส่งโรงพยาบาลเอกชนในอำเภอเสนา เพื่อรักษาสายตา มีรถ รับส่งให้ฟรี ตัดแว่นสายตาแจกคนแก่แต่ต้องอายุ 60 ปีขึ้นไปนะ”

“ไม่รู้หรือว่าเขามีรถรับส่ง ถ้าเขามีรถรับส่งเขาน่าจะประกาศให้ชาวบ้านรู้บ้าง”

“รู้แหละว่าเขามีรถรับส่ง แต่เวลาเราไปรับยา เราก็ไปกันเอง ไม่กล้าขอเขาหรอก”

2.3 การดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง เมื่อบุตรหลานต้องไปทำงานและการขอความช่วยเหลือเมื่อจำเป็นต้องไปพบแพทย์ หรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน ผลการศึกษาพบว่า

2.3.1 การดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังคือ การรับประทานยาสม่ำเสมอ การเตรียมการแก้ไขอาการเจ็บป่วยฉุกเฉินเมื่ออยู่บ้านตามลำพัง ส่วนใหญ่ผู้ดูแลจะเป็นผู้จัดการและเตรียมการให้เกือบทั้งหมด เช่น เรื่องยา อาหาร ก่อนที่จะออกไปทำงานนอกบ้าน ดังตัวอย่างคำพูด

“ก่อนไปทำงานลูกจะจัดเตรียมยาไว้ให้เป็นชุด และจัดหาอาหารไว้ให้”

“ต้องเตรียมพวกน้ำหวาน หรือน้ำตาลเอาไว้ รู้สึกไม่ค่อยดี อาการเหมือนจะเป็น ลมก็จะหาน้ำหวานกิน หรือกินน้ำตาลเข้าไปจะดีขึ้น”

2.3.2 ต้องการขอความช่วยเหลือ เมื่อเกิดเจ็บป่วยฉุกเฉิน และความช่วยเหลือที่ได้รับพบว่า เมื่อผู้ดูแลหลักต้องออกไปทำงานนอกบ้าน ผู้ดูแลหลักจะเตรียมการเอาไว้ก่อน เช่น

ติดต่อรถรับจ้างเพื่อส่งผู้ป่วยไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล ฝากญาติพี่น้อง เพื่อนบ้าน และอาสาสมัครสาธารณสุขช่วยดูแล ตลอดจนนำส่งหรือติดต่อประสานงานกับสถานบริการสุขภาพให้ขอใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของโรงพยาบาล และผู้สูงอายุโรคเรื้อรังจะหาวิธีแก้ไขอาการเจ็บป่วยฉุกเฉิน เพื่อบรรเทาอาการด้วยตนเองด้วย ดังตัวอย่างคำพูด

“วานคนไปตามรถให้ รถเขาอยู่ในหมู่บ้านนี้เอง ก็รู้กันว่ากันเอาไว้ล่วงหน้าแล้ว”

“ถ้าเกิดเจ็บป่วยกะทันหัน ก็ต้องอาศัยข้างบ้าน ไปตามรถรับจ้างพาไปโรงพยาบาล”

“วานให้เพื่อนบ้านโทรศัพท์ตามลูกให้”

“ถ้าไม่สบายก็กินยาดูก่อน บางทีก็ดีขึ้น แต่ถ้าไม่หายก็วาน อสม. ที่อยู่ในหมู่บ้านซึ่งก็เป็นญาติๆกัน พาไปโรงพยาบาล”

“อาการไม่ดีกินอนทั้งวันเพราะลูกไปไหนไม่ได้ ยาก็ไม่มียกิน”

2.4 การไปรับการรักษาต่อเนื่องเมื่อผู้ดูแลต้องออกไปทำงาน ไม่สามารถพาไปรับยาตามแพทย์นัดได้

พบว่า ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังจะไปพบแพทย์ตรวจตามนัด โดยมีผู้ดูแลพาไปเกือบทุกครั้ง ถ้าหากผู้ดูแลไม่ว่างก็จะให้ญาติซึ่งไม่ใช่ผู้ดูแลหลักเป็นผู้พาไป ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังจะมีการวางแผนแก้ปัญหา เพื่อให้ได้รับการรักษาต่อเนื่องโดยวิธีการต่างๆ เช่น เดินทางไปพร้อมเพื่อนบ้านที่เป็นโรคเรื้อรังที่ยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้ จ้างเหมารถไปส่งและรับกลับ หรือฝากเพื่อนบ้านให้ไปรับยาแทนและถ้าไม่มีวิธีอื่นๆ ก็ขาดนัด ดังตัวอย่างคำพูด

“ลูกพาไปเกือบทุกครั้ง ถ้าไปไม่ได้ก็จะไปบอกญาติพาไป ถ้าไม่ว่างทั้งหมดก็ต้องขาดนัด”

“บางครั้งก็ว่ารถไปส่งและรับกลับแต่บ่อยนักก็ไม่ไหวเพราะเหมารถก็แพงมาก”

“เวลาหมอนัด ถ้าลูกไม่ว่างก็จะอาศัยเพื่อนบ้านที่ไปรับยาเหมือนกัน คอยดูแลระหว่างเดินทาง”

“ก็ฝากบัตรพวกที่ไปรับยา รับยาแทนมาให้ ทางโรงพยาบาลเขาให้ฝากไปรับยาแทนได้เพียงครั้งเดียว”

2.5 ความต้องการความช่วยเหลือและสนับสนุนจากโรงพยาบาลกับเทศบาลในการดูแลรักษาต่อเนื่อง จากการศึกษาพบว่า ส่วนมากมีความต้องการรถรับส่งเพื่อไปตรวจตามแพทย์นัด สถานีอนามัยใกล้บ้านสามารถให้การดูแลรักษาได้ และต้องการให้จัดเป็นคลินิกผู้สูงอายุโรคเรื้อรังโดยเฉพาะ และมีแพทย์ประจำคลินิกประจำ ดังนี้

2.5.1 ต้องการความช่วยเหลือจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น/หรือโรงพยาบาล ให้ความช่วยเหลือ เรื่องรถรับส่งไปตรวจโรงพยาบาลในวันที่แพทย์นัด หากตรงกับวันที่ผู้ดูแลต้องออกไปทำงานนอกบ้าน ดังตัวอย่างคำพูด

“ถ้ามีรถรับส่งก็ดีเหมือนกันนะ เฉพาะวันที่ลูกไม่อยู่บ้าน”

“ใช่ๆ ดีเหมือนกัน วันที่ลูกติดงานจะได้ไม่ต้องไปส่ง เขาก็ลำบากวิ่งไปวิ่งมา”

“ถ้าเจ็บป่วยก็อยากให้มียุทธของโรงพยาบาลมารับ”

“แต่ถ้าเทศบาลเขาก็มีรถแล้ว ก็ไม่ต้องให้รถโรงพยาบาลมารับหรอก”

2.5.2 ต้องการให้จัดบริการใกล้บ้าน โดยมีมาตรฐานการรักษาเท่าเทียมกับโรงพยาบาล สามารถตรวจทางห้องปฏิบัติการได้ มีแพทย์มาตรวจทุกครั้ง แต่ถ้ายังไม่สามารถทำได้ ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังยังมีความต้องการที่จะไปรับบริการที่โรงพยาบาลเหมือนเดิม ดังตัวอย่างคำพูด

“ถ้าสถานีนามัยมีแพทย์มาตรวจ และตรวจเลือดได้อย่างโรงพยาบาลก็ต้องมารักษาที่สถานีนามัยอยู่แล้ว เพราะสะดวกในการเดินทาง”

“ถ้าไม่มีแพทย์มา และตรวจเลือดไม่ได้ก็ขอกลับไปตรวจที่โรงพยาบาลอย่างเดิม”

“ถ้าที่สถานีนามัยมียาและรักษาได้ก็ดี แคร์ยาเดิมก็รับที่สถานีนามัย แต่ถ้าเป็นมาก หรือหมอนัดตรวจพิเศษ จึงไปตรวจกับหมอที่โรงพยาบาลก็ได้”

2.5.3 ความต้องการการสนับสนุนจากโรงพยาบาลหรือปรับปรุงด้านการบริการ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง 8 คน ต้องการให้มีแพทย์ประจำ อยู่ประจำคลินิกโรคเรื้อรัง โดยไม่ต้องผลัดเปลี่ยนหมุนเวียน จะได้รู้จักผู้ป่วยและรู้ประวัติการรักษา ส่วนด้านการให้บริการมีความพึงพอใจดี แต่มีผู้สูงอายุจำนวน 2 คนที่เห็นว่าไม่จำเป็นต้องเป็นแพทย์คนเดิมก็ได้ ดังตัวอย่างคำพูด

“อย่างหมอที่ตรวจเบาหวานเขาเปลี่ยนตลอดเลย หรือเพราะบางทีการรักษาไม่เหมือนกัน อยากให้มีหมอตรวจคนเดียวเลยได้ไหม”

“ใช่อยากให้มีหมอตรวจคนเดียวตลอด รับผิดชอบคนเดียวไปเลย จะได้รู้ประวัติเรา และการรักษาจะได้เหมือนเดิม” มีผู้สูงอายุโรคเรื้อรังอีก 6 คนเห็นด้วยและสนับสนุนคำกล่าวข้างต้น

“แต่ความจริงหมอก็คุประวัติเก่าได้อยู่ ถึงแม้จะไม่ใช่คนเดิมก็ตาม”

“อย่างอื่นก็ไม่ต้องปรับปรุงอะไร โรงพยาบาลเขาก็บริการดีอยู่แล้ว”

2.5.4 ปรับปรุงเรื่องสถานที่โดยต้องการแยกคลินิกผู้สูงอายุโรคเรื้อรังออกจากผู้ป่วยตรวจโรคทั่วไป

“อยากให้โรงพยาบาล แยกผู้ป่วยเบาหวานไปตรวจต่างหากเลยได้ไหม นั่งปนกับคนอื่นๆ เสียงดัง หูก็ไม่ค่อยดี เวลาหมอเรียกไม่ได้ยิน”

ผลการศึกษา กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

1. ข้อมูลส่วนบุคคลผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่เข้าร่วมศึกษาทั้งหมด 10 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 80 อายุ 15-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 90 ระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษาและชั้นมัธยมศึกษา สัดส่วนเท่าๆ กัน คิดเป็นร้อยละ 40 มีสถานภาพสมรส คู่ คิดเป็นร้อยละ 80 มีอาชีพค้าขายคิดเป็นร้อยละ 40 รองลงมาคืออาชีพรับจ้าง/พนักงานบริษัท คิดเป็นร้อยละ 30 เป็นผู้ที่มียาได้น้อยคือ 1,001- 2,000 บาท/เดือน คิดเป็นร้อยละ 40 และ 2,001-7,000 บาท/เดือน คิดเป็นร้อยละ 30 ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในฐานะบุตรคิดเป็นร้อยละ 80 ประวัติการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่อยู่ในความดูแล เป็นโรคเบาหวานอย่างเดียวคิดเป็นร้อยละ 30 เป็นทั้งโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 40 เป็นโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อน คิดเป็นร้อยละ 10 ระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง 1-10 ปี และมากกว่า 10 ปี มีสัดส่วนเท่ากันคือร้อยละ 50 ผู้สูงอายุทุกคนที่อยู่ในความดูแลมีประวัติขาดการรักษา สิทธิในการรักษาของผู้สูงอายุที่อยู่ในความดูแล ส่วนใหญ่ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพคิดเป็นร้อยละ 80 ดังตาราง 2

ตาราง 2 ข้อมูลส่วนบุคคลผู้ดูแล

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
- ชาย	2	20
- หญิง	8	80
อายุ		
-15-19 ปี	9	90
- 60 ปีขึ้นไป	1	10
ระดับการศึกษา		
- ประถมศึกษา	4	40
- มัธยมศึกษา	4	40
- ปริญญาตรี	1	10
- อื่นๆ (ไม่ได้เรียน)	1	10
สถานภาพสมรส		
- โสด	2	20
- คู่	8	80

ตาราง 2 ข้อมูลส่วนบุคคลผู้ดูแล (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ		
- เกษตรกรรม	1	10
- ค้าขาย	4	40
- รับจ้าง/พนักงานบริษัท	3	30
- รับราชการ	1	10
- รับจ้างรายวัน	1	10
รายได้		
- ต่ำกว่า 1,000 บาท	2	20
- 1,001 – 2,000 บาท	4	40
- 2,001 – 7,000 บาท	3	30
- 7,001 – 10,000 บาท	-	-
- 15,001 – 20,000 บาท	1	10
ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง		
- บุตร	8	80
- หลาน	1	10
- สามี	1	10
ประวัติการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุในความดูแล		
- ความดันโลหิตสูง	2	20
- เบาหวาน	3	30
- โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน	4	40
- โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อน	1	10
ระยะเวลาในการรักษา		
- 1-10 ปี	5	50
- มากกว่า 10 ปี	5	50
การช่วยพาผู้สูงอายุไปรับการรักษาต่อเนื่อง		
- พาไปพบแพทย์ตามนัดไม่ได้ทุกครั้ง	10	100
สิทธิในการรักษาของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่อยู่ในความดูแล		
- ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพ	8	80
- ใช้สิทธิบัตรข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	1	10
- ไม่มีสิทธิใดๆ	1	10

2. ผลการศึกษาจากการสนทนากลุ่มสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง มีดังนี้

2.1 การรับรู้ปัญหา ผลกระทบและการแก้ไขปัญหาการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุในปัจจุบัน ผลจากการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลทั้ง 10 คนรับทราบถึงโรคของผู้สูงอายุที่ตนเองดูแลอยู่ ส่วนผลกระทบพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ 7 คนตอบว่ามีผลกระทบกับตัวผู้ดูแลโดยตรง ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ หน้าที่การงานและเศรษฐกิจตลอดจนส่งผลกระทบต่อสังคมและชุมชน ส่วนอีก 3 คนเห็นว่า ไม่มีผลกระทบใดๆ ดังนี้

2.1.1 การรับรู้ปัญหาสุขภาพ ผู้ดูแลทั้ง 10 คน รับรู้และเข้าใจถึงปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุที่ตนเองดูแลอยู่เป็นอย่างดี สามารถบอกประวัติการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่ตนเองดูแลอยู่ได้ทุกคน ดังตัวอย่างคำพูด

“แกเป็นเบาหวานมา 10 กว่าปีแล้ว ต้องกินยารักษาประจำ” และผู้ดูแลอีก 9 คนก็สามารถให้ข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ตนเองดูแลอยู่ได้ทุกคน

2.1.2 ผลกระทบกับตนเอง ผู้ดูแลส่วนใหญ่ 7 คน มีความเห็นว่าการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุส่งผลกระทบทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ดังนี้

- ผลกระทบทางร่างกายคือ มีภาระเพิ่มขึ้นไม่ว่าจะเป็นภาระในการให้การดูแลและช่วยเหลือ อันเนื่องจากการที่ผู้สูงอายุเมื่อเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังจะช่วยเหลือตัวเองได้น้อยลงซึ่งบางครั้งในเรื่องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันผู้ดูแลก็ต้องให้การดูแลในกรณีที่ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังทำเองไม่ได้ ดังตัวอย่างคำพูด

“ก็สารพัดแหละ เหนื่อยเพิ่มขึ้น อาหารการกินก็ต้องจัดให้ตามที่หมอบอก”

“ก่อนออกไปขายของ ก็จัดยาใส่แก้วรวมกันไว้เลย แยกชุดเป็นมือเช้า กลางวัน เย็น แต่ฉีดยาก็ลำบากหน่อย บางที่ขายของอยู่พอถึงเวลานัดยาที่ต้องกลับมาฉีดยาให้แก วิ่งเข้า วิ่งออกทั้งวัน”

“เรื่องอาหารการกินเป็นเรื่องที่ลำบากต้องคอยควบคุมดูแล เรื่องยาอีกบางที่แกก็กินไม่ถูก ต้องคอยดูแลกันตลอด”

“ก็ดูแลกันไป วันไหนถ้าอาการไม่ค่อยจะดี ออกไปรับจ้างข้างนอกก็ต้องวิ่งกลับเข้ามาดูบ่อยๆ แต่อาหารและยาต้องจัดเตรียมไว้ก่อนออกไปทำงาน เสื้อผ้าต้องซักให้ เพราะแกทำอะไรไม่ได้เลย”

ผู้ดูแลบางส่วนซึ่งเป็นส่วนน้อยจำนวน 3 คน ให้ความเห็นว่าไม่มีผลกระทบใดๆ

“ก็ไม่มีอะไรนะดูแลได้” มีผู้ดูแลกล่าวสนับสนุนอีก 1 คน

“ไม่มีปัญหาอะไร ก็ดูกันไปแบบนี้แหละ ไม่ลำบากอะไร”

- ผลกระทบทางด้านจิตใจ การดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังส่งผลกระทบต่อทางด้านจิตใจเนื่องจากเกิดความขัดแย้งในเรื่องการดูแลระหว่างผู้สูงอายุโรคเรื้อรังและผู้ดูแล ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังเองก็ไม่ยอมรับฟังเหตุผล ใจน้อยและไม่ให้ความร่วมมือกับญาติในเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ดังตัวอย่างคำพูด

“เหนื่อยมากขึ้น มีปัญหาทะเลาะกันเรื่องอาหารการกิน อย่างเวลาเราบอกว่าอาหารนี้กินไม่ได้ เขาก็จะบอกว่าไม่ได้กินทุกวัน เราก็ต้องยอมเขาไป ไม่อย่างนั้นก็จะโกรธไม่ยอมกิน ก็ต้องตามใจบ้างไม่ตามใจบ้าง”

“เวลาที่เขายากกินอะไรนะ เขาก็ต้องกินให้ได้ ไม่อย่างนั้นก็จะงอนไม่ยอมกินอะไรเลย ถ้าไม่กินอะไรเลยเรากลับเขาจะทรุดหนัก ก็ต้องหาของที่เขาอยากกินมาให้”

2.1.2 ผลกระทบต่อน้ำที่ทำงานและเศรษฐกิจ ภาระในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังทำให้ทำงานได้ไม่เต็มที่ มีปัญหากับนายจ้าง ต้องลาออกจากงานเพื่อมาดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ทำให้สูญเสียรายได้ ดังตัวอย่างคำพูด

“เมื่อก่อนทำงานโรงงาน เพิ่งออกเมื่อต้นเดือน ลางานบ่อยไม่ไหว ถูกเพ่งเล็งเราก็เหนื่อย ไหนจะเข้ากะ ไหนจะต้องกลับมาดูแลคนป่วย เลยตัดสินใจลาออกเมื่อเดือนที่แล้ว มาขายของเล็กๆน้อยก็พอกินไปวันๆ วันไหนไม่ได้ขายก็ไม่มีจะกิน”

“ลำบากมากขึ้น วันไหนที่ไม่ค่อยดีต้องวิ่งเข้าวิ่งออก บางทีออกไปเดินขายของไกลๆ พอต้องกลับมาดูแลแก็ปเป็นครั้งคราวก็เหมือนต้องขายๆหยุดๆ รายได้ก็ไม่ได้เต็มที่ และไม่แน่นอน”

2.1.3 ผลกระทบต่อสังคมและชุมชน เนื่องจากต้องพึ่งพาเพื่อนบ้าน อาสาสมัครสาธารณสุข ในการช่วยดูแลแทนในขณะที่ผู้ดูแลที่ต้องออกไปทำงาน ดังตัวอย่างคำพูด

“ไปทำงานต้องฝากข้างบ้านคอยดูแลให้ และให้ช่วยโทรตามที่ทำงานหากเกิดเจ็บป่วยต้องเข้าโรงพยาบาล ”

“ปกติถ้าออกไปทำงานก็ฝากให้ อสม.ช่วยดูแลแทน อสม. ก็เป็นญาติๆกัน”

2.2 ความเข้าใจเรื่องการดูแลรักษาโรคเรื้อรัง การให้ความสำคัญกับการรับการรักษาต่อเนื่อง และการได้รับการสนับสนุนจากเทศบาลตำบลบางกระสั้นในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในปัจจุบัน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลทั้งหมดมีความเข้าใจเรื่องการดูแลรักษาผู้สูงอายุโรคเรื้อรังดี และค่อนข้างให้ความสำคัญกับการรักษาต่อเนื่อง แต่มีความจำเป็นที่ไม่สามารถพาผู้สูงอายุโรคเรื้อรังไปรับการรักษาต่อเนื่อง ได้ทุกครั้ง เนื่องจากต้องออกไปทำงานนอกบ้าน

2.2.1 ความเข้าใจในเรื่องการดูแลรักษาและการให้ความสำคัญกับการรับการรักษาต่อเนื่อง ผู้ดูแลทั้ง 10 คน ทราบเรื่องการดูแลรักษาผู้สูงอายุโรคเรื้อรังเป็นอย่างดี และให้

ความสำคัญกับการรักษาต่อเนื่อง แต่ก็ไม่สามารถพาไปรับการรักษาตามแพทย์ได้ทุกครั้ง เนื่องจากภาระหน้าที่การงาน ดังตัวอย่างคำพูด

“เวลาถึงกำหนดต้องไปรับยา ถ้าตัวเองไปไม่ได้ ก็ต้องติดต่อให้ญาติคนอื่น ๆ พาไป นอกจากเหตุสุดวิสัยจริงๆ ก็จะขาดบ้าง แต่ก็นานๆที”

“ถ้านัดไหนไปไม่ได้ก็จะฝากเพื่อนบ้านไปรับยามาให้ ทางโรงพยาบาลเขาให้รับแทนกันได้ 1 ครั้ง ถ้าไม่จำเป็นจริงๆก็ไม่ค่อยขาดหรอก”

2.2.2 ความช่วยเหลือที่ได้รับจากเทศบาลพบว่า ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังได้รับการช่วยเหลือเฉพาะอยู่ในขอบเขตของ โครงการที่เทศบาลมีนโยบายที่จะดำเนินการ เช่น การคัดกรองสุขภาพตา การแจกแว่นสายตา และเน้นการให้การช่วยเหลือทางด้านสวัสดิการสังคมและดูแลในเรื่องคุณภาพชีวิต ส่วนด้านอื่นยังไม่ได้รับการช่วยเหลือ ดังตัวอย่างคำพูด

“ก็ให้เงินคนแก่เดือนละ 500 บาท แต่อีกอย่างก็มีบริการตัดแว่นตาให้ฟรี แต่ต้องอายุ 60 ปีขึ้นไปนะ”

“แจกถุงยังชีพให้เวลาน้ำท่วม และตัดแว่นตาแจกให้แก่ผู้ที่ยากจน มีบริการรับส่งไปรักษาตาที่อำเภอเสนา นอกจากนี้แล้วก็ยังไม่ได้รับความช่วยเหลือด้านอื่น”

2.3 การดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่อยู่บ้านตามลำพัง และเมื่อเกิดเจ็บป่วยฉุกเฉินขณะที่ผู้ดูแลต้องออกไปทำงานนอกบ้าน ผลการศึกษาพบว่า ญาติผู้ดูแลได้เตรียมการไว้ก่อนออกไปทำงานนอกบ้าน ตลอดจนการเตรียมการเพื่อให้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ได้รับการช่วยเหลือทันท่วงที เมื่อเกิดเจ็บป่วยฉุกเฉินขณะที่ผู้ดูแลออกไปทำงานนอกบ้าน

2.3.1 การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโรคเรื้อรังเมื่อต้องออกไปทำงานของผู้ดูแลพบว่าส่วนใหญ่ผู้ดูแลจะจัดเตรียม ยา อาหาร เพื่ออำนวยความสะดวกให้กับผู้สูงอายุโรคเรื้อรังขณะที่ตนเองไม่อยู่บ้านไว้ก่อนล่วงหน้า ดังตัวอย่างคำพูด

“ก่อนออกไปทำงานจะจัดยาไว้ให้ครบทุกมือเลย โดยแยกเป็นชุดๆ มือเช้า กลางวัน เย็น”

“ต้องจัดเตรียมอาหารไว้ให้ก่อนออกจากบ้านไปทำงานรับจ้าง จัดยาไว้ให้จะได้กินสะดวก ถ้าวันไหนอาการไม่ค่อยจะดีก็ต้องวิ่งกลับมาดูตอนกลางวัน”

2.3.2 การจัดการ/ขอความช่วยเหลือเมื่อผู้ดูแลไม่อยู่ กรณีเกิดอาการฉุกเฉินพบว่า ทั้งหมดใช้วิธีฝากเพื่อนบ้านข้างเคียง อาสาสมัครสาธารณสุข ให้ช่วยนำส่งโรงพยาบาลหรือส่งข่าวให้ผู้ดูแลทราบเมื่อเกิดเจ็บป่วยฉุกเฉิน หรือเตรียมจัดหารถรับส่งไปโรงพยาบาลไว้ก่อนล่วงหน้า หรือใช้บริการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของโรงพยาบาล ดังตัวอย่างคำพูด

“เวลาออกไปทำงานก็ฝากข้างบ้านดูแล เขามีรถถ้าเป็นมากก็ให้เขาพาส่งโรงพยาบาลเลย แล้วก็ค่อยมาจ่ายเงินเขา หรือบางทีก็ให้เบอร์โทรศัพท์ แล้วให้เพื่อนบ้านโทรไปบอก”

“ฝากเพื่อนบ้านไว้ ถ้าเกิดแกไม่สบายมากก็ให้เพื่อนบ้านโทรไปตามที่ทำงาน”

“ถ้าเจ็บหนักก็ให้เรียกรถโรงพยาบาลมารับ ฝาก อสม. จัดการให้”

2.4 การจัดการในการรับการรักษาต่อเนื่องของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง เมื่อผู้สูงอายุโรคเรื้อรังถึงกำหนดที่ต้องไปพบแพทย์ แต่ผู้ดูแลต้องออกไปทำงาน ไม่สามารถพาไปโรงพยาบาลด้วยตนเองได้พบว่า ผู้ดูแลหาคนทำหน้าที่แทน เช่น ฝากเพื่อนบ้านรับยาแทน ให้ญาติคนอื่นพาไปแทน กลางวันเพื่อพาไปตรวจ ยกเว้นถ้ามีเหตุสุดวิสัยก็จะขาดนัดเป็นบางครั้ง ดังตัวอย่างคำพูด

“ฝากกับข้างบ้านที่ต้องไปรับยาเหมือนกันพาไป และฝากไปรับยาให้”

“ไปโรงพยาบาลต้องมีคนพาไป ถ้าเราไม่ว่างก็ต้องให้ลูกคนอื่นพาไป ปล่อยให้แกไปคนเดียวไม่ได้ ขึ้นรถลำบากเดี๋ยวเกิดอุบัติเหตุ”

“ให้คนไข้ไปโรงพยาบาลคนเดียวไม่ได้หรอก เดี่ยววูบ นั่งรถหมอคนเดียวกลัวแกเวียนหัวต้องหาคนไปเป็นเพื่อน ก็ต้องไปตามญาติๆพาแกไปแทน”

“เขาจะไปหาหมอ ก็ต้องกลางวันไปเป็นเพื่อนเขา นอกจากจำเป็นมากจริงๆถึงจะขาดนัด แต่นานๆจะขาดที”

2.5 ความต้องการความช่วยเหลือในการจัดบริการเพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ในส่วนของผู้ดูแลพบว่า ต้องการให้มีแพทย์มาตรวจที่สถานีนามัยใกล้บ้าน แต่ถ้าไม่สามารถทำได้ก็ต้องการให้สนับสนุนรถรับส่งผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในการไปตรวจตามนัดและควรมีผู้ดูแลที่ทำหน้าที่แทนญาติตามไปดูแลและคอยอำนวยความสะดวกให้แก่ผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ดังตัวอย่างคำพูด

“อยากให้หมอมาตรวจที่สถานีนามัยเลยถ้าเป็นไปได้ อย่างน้อยเลิกงานจะได้พามาตรวจด้วยตัวเองได้”

“ถ้าเทศบาลมีรถรับส่งก็อยากจะให้มีคนพาไปด้วยและทำทุกอย่างแทนเราได้ เช่น ติดต่อ ทำบัตร รับยาและทุกอย่างที่เราเคยทำให้ ไม่ใช่พาไปส่งแล้วปล่อยเลยตามเลย”

ผลการศึกษาสำหรับผู้บริหารขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้บริหารขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 2 คน ประกอบด้วยผู้บริหารสูงสุดและผู้บริหารที่ดูแลรับผิดชอบงานทางด้านสาธารณสุข เป็นเพศหญิง 1 คน เพศชาย 1 คน อายุ น้อยกว่า

40 ปี 1 คน ส่วนอีกคนอายุ 50 ปีขึ้นไป ระดับการศึกษา ต่ำกว่าปริญญาตรี 1 คน และอีกคนสำเร็จปริญญาตรี ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในตำแหน่งหน้าที่ น้อยกว่า 1 ปี 1 คน และระหว่าง 1-5 ปี อีก 1 คน

2. รายงานผลการศึกษาจากการสัมภาษณ์ผู้บริหารขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

2.1 การรับรู้ปัญหาสุขภาพและผลกระทบ และการแก้ไขปัญหาในปัจจุบันขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นพบว่า ผู้นำองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรับรู้ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่ดี และปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุส่งผลกระทบต่อองค์กรและสังคมและชุมชนเป็นอย่างมาก แต่ในปัจจุบันองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นยังไม่มีแผนรองรับอย่างเป็นรูปธรรม

2.1.1 การรับรู้ปัญหาสุขภาพ ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรับรู้ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่ว่า ส่วนใหญ่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง คือ โรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน โดยการขอข้อมูลจากสถานีอนามัย ดังตัวอย่างคำพูด

“ก็รู้ว่าคนแก่ส่วนใหญ่ก็จะมีโรคความดันโลหิตสูง และเบาหวาน นอกจากนี้ยังมี โรคชรา ปวดข้อเดินไม่ไหว และเป็นโรคทางสายตา”

“ก็พอรู้ข้อมูล จากสถานีอนามัยตำบลบางกระสันอยู่ข้างว่า ส่วนมากผู้สูงอายุในพื้นที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานกันมาก และเป็นปัญหาสำคัญของพื้นที่”

2.1.2 ด้านผลกระทบต่อองค์กร ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้ให้ข้อมูลว่า เทศบาลจะต้องจัดสรรงบประมาณเพื่อแก้ปัญหาเพิ่มมากขึ้นตามขนาดของปัญหาที่พบ เพื่อให้การช่วยเหลือด้านสวัสดิการและสังคมที่เป็นผลสืบเนื่องมาจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง มีผลต่อทิศทางการวางแผนพัฒนาชุมชน ดังตัวอย่างคำพูด

“การเจ็บป่วยของผู้สูงอายุส่งผลกระทบทำให้ครอบครัวแบกรับภาระในการดูแลหาเงิน ได้ไม่เต็มที่ ฐานะยากจน ถ้าเกิดพิการขึ้นมาเทศบาลก็ต้องมีภาระในการดูแลผู้พิการอีกด้วย”

“ผลกระทบกับหน่วยงานและชุมชน ครอบครัวของผู้สูงอายุต้องแบกรับภาระในการดูแล โดยเฉพาะโรคเรื้อรังก่อให้เกิดปัญหาต่อเนื่อง เช่น ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ สังคม เทศบาลต้องจัดสรรงบประมาณเพื่อแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น ทั้งทางด้านส่งเสริมสุขภาพ งานป้องกันควบคุมโรค จัดสรรงบสวัสดิการเบี้ยยังชีพสำหรับผู้สูงอายุ และสวัสดิการสำหรับผู้พิการ”

2.1.3 การแก้ไขปัญหาในปัจจุบัน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นยังไม่มีแผนวางแผนแก้ปัญหาในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังโดยตรง แต่ก็มีมีการประสานงานกับสถานบริการสาธารณสุข ในการทำบัตรประกันสุขภาพให้ครอบครัว เพื่อให้ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเข้าถึงบริการสุขภาพสะดวกและทั่วถึง และมีนโยบายที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุทั่วไปคือ แผนการช่วยเหลือทางด้านสังคมสงเคราะห์แก่ผู้สูงอายุที่ยากไร้เป็นส่วนมาก ดังตัวอย่างคำพูด

“ในเรื่องของการเจ็บป่วยเทศบาลจะประสานงานกับสถานีนามัยในเรื่องการติดตามเยี่ยมบ้าน การค้นหาผู้สูงอายุที่ยังไม่ได้สิทธิการรักษาพยาบาลฟรีให้ได้รับสิทธิ์ครอบคลุมเพื่อให้เข้าถึงบริการการรักษาพยาบาล”

“ปัจจุบันก็ยังไม่มีแผนในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังเฉพาะ เทศบาลจะเน้นการดูแลในเรื่องชีวิตความเป็นอยู่ ให้ความช่วยเหลือดูแลเป็นพิเศษทุกๆด้านแก่ผู้สูงอายุที่ยากไร้”

2.2 แผนนโยบายที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุและผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในปัจจุบันของเทศบาลตำบลบางกระสั้น

ผลการศึกษาพบว่า เทศบาลตำบลบางกระสั้นมีการกำหนดแผนสุขภาพของผู้สูงอายุทั่วไป ไม่มีแผนเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ส่วนใหญ่จะให้ความช่วยเหลือทางด้านสวัสดิการสังคม เช่น การแจกเบี้ยยังชีพ ส่วนทางด้านสุขภาพก็จัดตามที่คุณสูงอายุร้องขอ หรือจากการรับรู้ปัญหาจากการสอบถามความต้องการผู้สูงอายุในเขตเทศบาล ซึ่งจัดในรูปแบบของโครงการสั้นๆ แต่เทศบาลตำบลบางกระสั้นจะให้ความสำคัญกับการช่วยเหลือผู้สูงอายุเป็นพิเศษดังตัวอย่างคำพูด

“นโยบายเกี่ยวกับผู้สูงอายุคือ ผมจะกำหนดนโยบายให้ได้รับเบี้ยยังชีพทุกคนและแจกมานานแล้ว จัดงานวันสูงอายุให้ทุกปีเพื่อให้ผู้สูงอายุได้มาพบปะพูดคุยกันและถือโอกาสรับฟังปัญหาเพื่อนำมาแก้ไขกับผู้สูงอายุ ผมให้ความสำคัญเป็นพิเศษอยู่แล้ว”

“เกี่ยวกับผู้สูงอายุโรคเรื้อรังไม่ได้มีนโยบายโดยเฉพาะ แต่ก็ช่วยจัดการเรื่องสวัสดิการด้านการดูแลรักษา โดยการมอบหมายให้ผู้นำชุมชน กำหนดผู้ใหญ่บ้าน สืบหาผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบของตนเอง เพื่อค้นหาผู้ที่ยังไม่มีสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาล และประสานงานกับสถานีนามัยตำบลบางกระสั้นเรื่องการทำบัตรประกันสุขภาพให้ครอบคลุม เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการของรัฐอย่างเท่าเทียมและทั่วถึง”

“โครงการเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่ผ่านมาคือโครงการ ตรวจคัดกรองต่อกระจก และพาไปตรวจวัดสายตา ตัดแว่นแจกในผู้สูงอายุที่มีฐานะยากจน ผู้ที่ตรวจพบว่ามีปัญหาจะจัดรถรับส่งและพาไปรักษาที่โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในอำเภอเสนา”

2.3 การให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน ในกรณีญาติผู้ดูแลออกทำงานนอกบ้าน ในกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินหรือต้องการช่วยเหลือเร่งด่วน

ผลการศึกษาพบว่าเทศบาลตำบลบางกระสั้นมีบริการรถรับส่ง ให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยฉุกเฉินไปโรงพยาบาล แต่ยังไม่ครอบคลุมไปถึงกลุ่มผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่ไปรับการรักษาต่อเนื่อง แต่เทศบาลตำบลบางกระสั้นพร้อมที่จะให้ความร่วมมือและให้การสนับสนุน ในการจัดบริการเพื่อให้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังได้รับการรักษาต่อเนื่อง แต่ต้องมีการกำหนด

เกณฑ์สำหรับผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีสิทธิ์ใช้บริการ เพื่อให้ผู้มีความจำเป็น และผู้ยากไร้ได้รับความช่วยเหลือและเข้าถึงบริการ ดังตัวอย่างคำพูด

“ถ้าเจ็บป่วยฉุกเฉินทางเทศบาลก็มีรถฉุกเฉินรับส่งให้ฟรี แต่ถ้าไปรักษาตามปกติสามารถไปเองได้ก็ยังไม่มีการ”

“หากมีการกำหนดเกณฑ์ เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่ยากไร้ หรือมีความจำเป็นต้องใช้รถของเทศบาลพาไปรักษาที่ยินดีให้การสนับสนุนอยู่แล้ว”

2.4 แนวคิดและ/หรือแผนและนโยบายที่จะดำเนินการให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ที่อยู่บ้านลำพังและอยู่ลำพังบางช่วงเวลาให้ได้รับการรักษาต่อเนื่อง

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจุบันยังไม่มียุทธศาสตร์ในการให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุโรคเรื้อรังชัดเจน แต่ได้จัดสรรงบประมาณสำหรับจัดทำโครงการจิตอาสา จัดอบรมจิตอาสาและอาสาสมัครสาธารณสุขให้มีความรู้ในเรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน เพื่อให้ออกเยี่ยมผู้สูงอายุ และคอยให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุที่อยู่บ้านตามลำพัง วางแผนจัดหาทรัพยากรเพื่อให้เพียงพอต่อการจัดบริการทางด้านสุขภาพในอนาคต และยินดีให้ความร่วมมือและให้การสนับสนุนถ้าทางด้านสาธารณสุขร้องขอ ในการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุโรคเรื้อรังให้ได้รับการรักษาต่อเนื่องทุกรูปแบบ ดังตัวอย่างคำพูด

“เทศบาลมีการจัดสรรงบประมาณสำหรับอบรม อสม. และจิตอาสา ให้มีความรู้ในเรื่องโรคของผู้สูงอายุ การดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง เพื่อให้สามารถนำความรู้ที่ได้รับไปดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุในชุมชนได้”

“กำลังอยู่ในระหว่างดำเนินการเรื่องการจัดซื้อรถพยาบาลเพื่อนำมาใช้ในหน่วยระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน วางแผนจัดหาบุคลากรให้เพียงพอนี้ก็เตรียมรับบุคลากรทางด้านสาธารณสุขมาเพิ่มอีกเพื่อจะได้มีกำลังเพียงพอในการให้บริการประชาชนในพื้นที่”

“เทศบาลตำบลบางกระสั้นได้มีการติดตามผลการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง โดยการประสานกับผู้นำชุมชน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน และสถานีอนามัยในการติดตามเยี่ยมบ้านที่มีผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และทางเทศบาลได้วางแผนการออกเยี่ยมบ้านร่วมกับสถานีอนามัยในพื้นที่”

“เทศบาลจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เพื่อรับ-ส่งผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลรักษาอย่างทันที่เมื่อเกิดเจ็บป่วยฉุกเฉิน บริการรถในการส่งผู้ป่วยไปรับการรักษาต่อ ในรายที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาจากแพทย์”

2.5 ความต้องการการช่วยเหลือในการจัดบริการเพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังให้ได้รับการรักษาต่อเนื่อง ผลการศึกษามีดังนี้

2.5.1 ความต้องการความช่วยเหลือจากชุมชน พบว่า องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ต้องการความร่วมมือจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในชุมชน เช่น ผู้นำชุมชน ญาติผู้ดูแล และประชาชนในพื้นที่ ได้มีส่วนร่วมในการให้การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุโรคเรื้อรังร่วมกัน ดังตัวอย่างคำพูด

“อยากให้ทุกคนในชุมชนให้ความร่วมมือสอดส่องดูแลผู้สูงอายุในชุมชน เช่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ได้ออกเยี่ยมบ้านเพื่อให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง และรายงานให้เทศบาลทราบเป็นระยะ ส่วนประชาชนในพื้นที่ก็ต้องมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลการเจ็บป่วยแก่เทศบาลอย่างต่อเนื่อง”

2.5.2 ความต้องการความช่วยเหลือจากหน่วยงานสาธารณสุข ต้องการให้ทางสาธารณสุขเป็นที่เล็งใจในเรื่องการให้บริการทางด้านสุขภาพ เป็นผู้วางระบบในการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง นับตั้งแต่การกำหนดเกณฑ์ของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่จะได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนรับส่งจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อไปรับการรักษาต่อเนื่อง เป็นผู้ประสานงานระหว่างผู้สูงอายุโรคเรื้อรังกับเทศบาล จัดช่องทางบริการเพื่ออำนวยความสะดวกในการรับส่งผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง และกำหนดผู้ประสานงานให้ชัดเจนเพื่อสะดวกในการติดต่อสื่อสาร และควรมีการประชุมเพื่อหาแนวทางพัฒนาระบบร่วมกันสม่ำเสมอ และให้เป็นที่ปรึกษาในการให้การดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ตลอดจนส่งต่อข้อมูลเกี่ยวกับผู้สูงอายุโรคเรื้อรังแก่เทศบาลอย่างต่อเนื่อง ดังตัวอย่างคำพูด

“อยากให้ทางสาธารณสุขเป็นผู้ประสานงานระหว่างผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง กับเทศบาล และ เป็นผู้ตั้งเกณฑ์สำหรับผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่สมควรได้รับการสนับสนุนการมารับการรักษาต่อเนื่องจากเทศบาล และ ค่อยนำมาเสนอเทศบาลอีกที ในส่วนของโรงพยาบาล ต้องจัดช่องทางบริการ และกำหนดวันนัดหมายในการรับส่งผู้สูงอายุโรคเรื้อรังเพื่ออำนวยความสะดวกให้กับเทศบาลที่จะต้องเป็นผู้รับส่งผู้สูงอายุโรคเรื้อรังจะได้ไม่เสียเวลาการทำงานของเจ้าหน้าที่เทศบาลด้วย สาธารณสุขควรกำหนดผู้รับผิดชอบในโครงการนี้เพื่อความสะดวกในการประสานงานการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยระหว่างกันสม่ำเสมอ และควรมีการประชุม ปรึกษาหารือกันเป็นระยะในขณะทำงาน”

“อยากให้โรงพยาบาล ช่วยในเรื่องการวินิจฉัยโรคและการรักษาพยาบาล มีการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยมาให้เทศบาล เพื่อที่จะได้ลงติดตามเยี่ยมบ้าน อยากให้เป็นพี่เลี้ยงคอยช่วยเหลือ แนะนำและมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังต่อเนื่อง”

ผลการศึกษสำหรับผู้บริหารทางด้านสาธารณสุข

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้บริหารทางด้านสาธารณสุข

ผู้บริหารทางด้านสาธารณสุขมีจำนวนทั้งหมด 3 คน เพศหญิง 1 คน เพศชาย 2 คน อายุ 59 ปี 1 คน 50 ปี 2 คน ระดับการศึกษาสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโท 1 คน ระดับปริญญาตรี 2 คน ระยะเวลาการทำงานจากมากที่สุดไปถึ้นน้อยสุด 22, 20 และ 7 ปี ตามลำดับ

2. ผลการศึกษา จากการสัมภาษณ์ผู้บริหารทางด้านสาธารณสุข 3 คน มีดังนี้

2.1 การรับรู้ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ผลกระทบต่อระบบบริการของหน่วยงานและการแก้ไขปัญหาปัจจุบันพบว่า ผู้บริหารทางด้านสาธารณสุขทั้ง 3 คน ต่างรับทราบปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่ดี ซึ่งปัญหาการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ ส่งผลกระทบต่อองค์กรผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ผู้ดูแล ตลอดจนสังคมและชุมชนเป็นอย่างมาก ส่วนการแก้ปัญหาในปัจจุบันยังเป็นแบบตั้งรับในโรงพยาบาล การแก้ปัญหาสุขภาพในปัจจุบันยังไม่ได้ผลเท่าที่ควรเพราะขาดการทำงานเชิงรุก และต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกส่วนที่เกี่ยวข้องในการแก้ไขปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ ดังนี้

2.1.1 การรับรู้ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่ ผู้บริหารทางด้านสาธารณสุขรับรู้ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่อำเภอบางปะอินเป็นอย่างดีทั้ง 3 คน ดังตัวอย่างคำพูด

“ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่ ส่วนใหญ่คือโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน ซึ่งทั้ง 2 โรครวมกัน คิดเป็น 2 ใน 3 ของผู้ป่วยทั้งหมดซึ่งนับว่าสูงมาก”

“ก็รู้ว่าปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่ส่วนใหญ่ คือ โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน”

“ปัญหาสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุคือโรคเรื้อรังต่างๆ ซึ่งเป็นโรคที่มากับความชรา โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ซึ่งนับว่าเป็นปัญหาสุขภาพโดยรวมของจังหวัดพระนครศรีอยุธยาอยู่แล้ว”

2.1.2 ประเด็นในเรื่องผลกระทบ ผลการศึกษพบว่าผู้บริหารทางด้านสาธารณสุข มีความคิดเห็นว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุส่งผลกระทบต่อองค์กร ผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ผู้ดูแล และผู้ป่วยอื่นๆที่มารับบริการดังนี้

- ผลกระทบต่อองค์กร ผู้บริหารทางด้านสาธารณสุขเห็นว่า การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุ มีผลกระทบต่อการจัดสรรงบประมาณค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพที่สูงขึ้น โดยเฉพาะผู้ป่วยที่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาล สถานบริการเกิดความแออัด ภาระงานของเจ้าหน้าที่เพิ่มขึ้น หน่วยงานต้องจัดหรือปรับคุณภาพบริการให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังอยู่ตลอดเวลา ดังตัวอย่างคำพูด

“ผลกระทบต่อโรงพยาบาลก็คือค่าใช้จ่ายในการรักษามากขึ้น เพราะจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ในขณะที่เดียวกันคนไข้รายเก่าก็ควบคุมอาการของโรคไม่ได้ เกิดโรคแทรกซ้อนทำให้ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาเพิ่มมากขึ้น”

“ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่นอนโรงพยาบาล จะมีค่าใช้จ่ายจะสูงกว่ารักษาแบบผู้ป่วยนอกมาก มีการจัดสรรงบประมาณเพื่อพัฒนาคุณภาพบริการและมาตรฐานการดูแลรักษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงมาก ซึ่งกลุ่มนี้ส่วนใหญ่ก็เป็นผู้สูงอายุแทบทั้งนั้น”

“ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้นทำให้เกิดความแออัดในโรงพยาบาล ต้องใช้บุคลากรเพิ่มขึ้น เพื่อให้เพียงพอกับผู้รับบริการ ต้องขยายวันให้บริการเพิ่ม มีการใช้ทรัพยากรเพิ่มมากขึ้นทั้งทางด้านอัตราค่าจ้าง การจัดหาสิ่งอำนวยความสะดวกและความปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง”

“เจ้าหน้าที่ให้การดูแลไม่ทั่วถึงเนื่องจากปริมาณผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ แต่เจ้าหน้าที่ยังมีเท่าเดิม และงานของสถานีนามียจะต้องทำเองหมดทุกอย่างไม่ว่าจะเป็นงานบริหาร บริการ ส่งเสริม ป้องกัน รักษา จึงทำให้การดูแลไม่ทั่วถึง”

- ผลกระทบกับตัวผู้สูงอายุโรคเรื้อรังและผู้ดูแล คือผู้สูงอายุโรคเรื้อรังได้รับการดูแลไม่ครอบคลุมทั่วถึง เนื่องจากปริมาณผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่เพิ่มขึ้นและบุคลากรมีจำกัดรอคิวนาน ทำให้ผู้ดูแลเสียเวลาในการทำงาน ผู้ดูแลต้องรีบกลับไปทำงานทำให้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังไม่ได้รับการดูแลตามโปรแกรมที่ทางโรงพยาบาลจัดให้ครบ ดังตัวอย่างคำพูด

“ปริมาณผู้ป่วยมากขึ้น ทำให้การดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังไม่ทั่วถึงและการดูแลไม่เป็นไปตามมาตรฐาน การที่มีผู้ป่วยจำนวนมากขึ้น ทำให้การบริการล่าช้า รอานาน ไม่สะดวกในการรอรับบริการ”

“ได้รับบริการไม่ครบตามโปรแกรมที่ทางโรงพยาบาลจัดให้ เพราะลูกหลานที่พามาต้องรีบกลับไปทำงาน การดูแลไม่ทั่วถึง และส่งผลต่อการควบคุมอาการของโรค”

- ผลกระทบต่อผู้ป่วยอื่นๆ จำนวนผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่เพิ่มขึ้น ทำให้โรงพยาบาลเกิดความแออัด ผู้รับบริการรอคิวนาน เสียเวลา ดังตัวอย่างคำพูด

“ปัญหากับผู้รับบริการอื่นๆอันเนื่องมาจากผู้สูงอายุโรคเรื้อรังมีจำนวนมากขึ้น ทำให้โรงพยาบาลเกิดความแออัด มีปัญหารอคิวนาน เกิดความไม่สะดวกในการรับบริการ และอาจได้รับบริการไม่ครอบคลุมเนื่องจากเจ้าหน้าที่ต้องทำงานอย่างรวดเร็ว เพื่อให้สามารถดูแลผู้รับบริการได้ทั้งหมดในเวลาจำกัด”

2.1.3 การแก้ไขปัญหาปัจจุบันของทางด้านสาธารณสุข

ผลการศึกษาพบว่า การแก้ไขปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ผู้บริหารโรงพยาบาลมีความเห็นว่า ปัจจุบันยังเป็นระบบตั้งรับอยู่เฉพาะในโรงพยาบาล จัดสิ่งแวดล้อมให้สะดวก ปลอดภัยและพัฒนามาตรฐานการดูแลสุขภาพ ส่วนการดำเนินงานเชิงรุกในชุมชนยังทำได้ไม่ดีเท่าที่ควร เนื่องจากขาดการมีส่วนร่วมของชุมชน ทรัพยากร งบประมาณและบุคลากรมีไม่เพียงพอที่จะขยายระบบบริการในเชิงรุก ด้านสถานีนอนามัยในเครือข่ายก็ให้การดูแลในชุมชน ออกเยี่ยมบ้านแต่มีปัญหาอัตรากำลังมีน้อยและมีภาระงานหลายหน้าที่ทำให้การติดตามเยี่ยมบ้านไม่ครอบคลุมทั่วถึง และไม่สามารถติดตามเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุโรคเรื้อรังได้ทั้งหมด ดังตัวอย่างคำพูด

“การแก้ไขปัญหาในปัจจุบัน เป็นการแก้ไขปัญหา การให้บริการในโรงพยาบาลเพื่อให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจและเข้าถึงบริการ โดยการจัดหาสิ่งอำนวยความสะดวก เช่น การจัดการเข็นนั่งสำหรับผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยให้เพียงพอ ปรับปรุงภูมิทัศน์ จัดทำสวนหย่อมให้ผู้สูงอายุสามารถไปนั่งรอด้านนอกได้ ขยายเวลาเปิดคลินิกจากเดิม คลินิกเบาหวานมีเพียงวันพุธวันเดียว ปัจจุบันขยายบริการเป็น 3 วัน ส่วนในโรคความดันโลหิตสูงเดิม จะไม่ได้แยกคลินิก ปัจจุบันแยกเป็นคลินิกโรคความดันโลหิตสูงทุกวันจันทร์ เพราะต้องการขยายเวลาการให้บริการลดความแออัดด้วย”

“การดำเนินงานเชิงป้องกันในชุมชนยังน้อยมาก เนื่องจากเรายังขาดอัตรากำลังและงบประมาณอยู่ตอนนี้ ในส่วนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นบางส่วนก็เข้ามามีบทบาทและมีส่วนร่วมมากขึ้น เช่น การสนับสนุนงบประมาณ มีส่วนร่วมและสนับสนุนกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันอุบัติเหตุและสาธารณสุข ที่ทางโรงพยาบาลจัดขึ้น เข้าร่วมเป็นเครือข่ายระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน สนับสนุนรถรับส่งผู้ป่วยยากไร้เมื่อโรงพยาบาลร้องขอเป็นต้น”

“การแก้ปัญหาปัจจุบันของโรงพยาบาลยังเป็นแบบตั้งรับ ได้แก่ การพัฒนาคุณภาพการรักษาและคุณภาพบริการภายใน จัดหาสิ่งอำนวยความสะดวกและปรับปรุงระบบบริการเพื่อให้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังได้รับความสะดวกสบาย ลดขั้นตอนบริการเพื่อให้ได้รับบริการที่รวดเร็ว แต่ขาดการบริการเชิงรุก อันเนื่องมาจากอัตรากำลังและงบประมาณไม่เพียงพอ มี PCU แต่ยังไม่ครอบคลุม ถ้าหากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วม คงจะสามารถขยาย PCU ให้ครอบคลุมได้ แต่ยังขาดการตอบรับจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ส่วนองค์การบริหารส่วนจังหวัด เริ่มเข้ามามีส่วนสนับสนุนมีส่วนในการร่วมคิดร่วมพัฒนา แต่ยังไม่เต็มที่ในเรื่องของงบประมาณเพราะยังติดขัดเรื่องการเงินการคลัง”

“การแก้ไขปัญหาก็ปัจจุบันก็คือ มีการออกเยี่ยมบ้านแต่ยังไม่ครอบคลุม เพราะบุคลากรไม่เพียงพอและศักยภาพเจ้าหน้าที่สถานีนามัยก็ไม่เท่ากัน ซึ่งก็ยังเป็นปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังอยู่พอสมควร”

2.2 ปัญหาในการดูแลรักษาต่อเนื่องของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง แผนและนโยบายในการดำเนินการจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ผลการศึกษามีดังนี้

2.2.1 ปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่สำคัญคือ ขาดนัด ไม่มารับการรักษาต่อเนื่อง มีปัญหาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วย ผู้ป่วยละเลยในเรื่องการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ดังตัวอย่างคำพูด

“ปัญหาการดูแลรักษา คือการขาดนัดไม่มารับยาต่อเนื่อง การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อควบคุมอาการของโรค ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังเปลี่ยนยาก ผมว่าคนไข้ยังขาดความตระหนัก ในการดูแลตนเองอยู่มาก รู้ทุกอย่างแต่ไม่ค่อยปฏิบัติทำให้การรักษายากยิ่งขึ้น ควบคุมอาการได้ไม่ดีเท่าที่ควรจะเป็น ทั้งที่ทางโรงพยาบาลก็พัฒนาคุณภาพของการรักษามาตลอด”

“ปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง คือ ปัญหาการขาดนัด เพราะส่วนมากลูกหลานไปทำงานในช่วงกลางวัน จึงไม่สะดวกในการมารับการรับบริการ เพราะเสียเวลาในการทำงานเนื่องจากปริมาณผู้ป่วยมากมีปัญหาในการรอรับบริการนาน”

“ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังขาดยา รักษาไม่ต่อเนื่อง ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังบางพื้นที่ที่สถานีนามัยยังไม่เป็นศูนย์สุขภาพชุมชนต้องเดินทางมารับการรักษาที่โรงพยาบาลเอง ซึ่งลำบากมาก ถ้าหากลูกหลานต้องทำงานก็มารับการรักษาต่อเนื่องไม่ได้ แทนที่จะรับยาที่สถานีนามัยใกล้บ้านได้ แต่ครอบครัวไม่เพียงพอสำหรับสถานีนามัยที่ไม่ใช่ PCU ศักยภาพเจ้าหน้าที่ก็ไม่เพียงพอที่จะให้การดูแลได้”

2.2.2 แผนของโรงพยาบาลบางปะอิน/ทางด้านสาธารณสุขเกี่ยวกับการจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในปัจจุบัน ผลการศึกษพบว่านโยบายในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่ผ่านมายังเป็นการตั้งรับที่โรงพยาบาลโดยได้พัฒนาในเรื่องคุณภาพบริการ ปรับปรุงภูมิทัศน์ และจัดหาสิ่งอำนวยความสะดวกให้แก่ผู้ใช้บริการ ปรับระบบบริการให้เอื้อต่อการมารับการรักษาต่อเนื่อง และมีแผนการพัฒนาศักยภาพสถานีนามัยเพื่อให้สามารถให้บริการแก่ประชาชนในพื้นที่ตามนโยบาย ใกล้บ้านใกล้ใจ ดังตัวอย่างคำพูด

“แผนตอนนี้ของโรงพยาบาลยังเป็นแบบตั้งรับ เช่น จัดหาสิ่งอำนวยความสะดวกและดูแลความปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ พัฒนาศักยภาพบริการภายในโรงพยาบาล พัฒนามาตรฐานการดูแลรักษา เรายังขาดแผนเชิงรุก การขยายเครือข่าย PCU ยังไม่ครอบคลุม และในส่วนของส่งเสริมสุขภาพยังทำได้ไม่ต่อเนื่องและเป็นรูปธรรม ซึ่งส่วนนี้ต้องได้รับความร่วมมือ

จากหลายหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เราเองก็คิดจัดเรื่องงบประมาณ พอเราคิดโครงการไปนำเสนอ อบต. ก็ไม่สามารถดำเนินการต่อได้เนื่องจากเขายังไม่เห็นความสำคัญ ความจริงในเรื่องระบบนัดต่างๆ ถ้าท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วมและชุมชนเข้มแข็งก็จะสามารถติดตามผู้สูงอายุให้ได้รับการรักษาต่อเนื่องได้ครอบคลุมยิ่งขึ้น”

“ตอนนี้โรงพยาบาลบางปะอินมีการปรับระบบบริการ เพื่อให้เอื้อต่อการที่ผู้สูงอายุได้รับการรักษาต่อเนื่อง โดยอนุโลมให้ญาติมารับยาแทนได้ 1 ครั้ง ครั้งที่ 2 ให้ผู้ป่วยมารับยาเอง แต่ถ้าไม่มาก็ส่งข้อมูลไปให้เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยติดตามให้”

“พัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน โดยส่งข้อมูลกลับไปให้สถานีอนามัยใกล้บ้านเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่อง ประสานงานเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยไปเยี่ยมบ้าน แต่ยังไม่ครอบคลุม มีการส่งข้อมูลการเยี่ยมบ้านมีการตอบกลับเพียง ร้อยละ 60”

“พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเน้นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงและวางแผนดำเนินนโยบายใกล้บ้านใกล้ใจ โดยการพัฒนาศักยภาพของสถานีอนามัยทุกสถานีอนามัยให้เป็น PCU”

2.3 การให้การช่วยเหลือในด้านการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่อยู่บ้านตามลำพังหรืออยู่บ้านตามลำพังบางช่วงเวลาเพื่อให้ได้รับการรักษาต่อเนื่อง และการให้การช่วยเหลือในกรณีที่เกิดเจ็บป่วยฉุกเฉิน ผลการศึกษาพบว่า โรงพยาบาลบางปะอินมีระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน บริการเวลาเจ็บป่วยฉุกเฉินหรือกรณีที่มีการร้องขอให้ไปรับที่บ้านเนื่องเจ็บป่วยจากเดินทางลำบาก ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ขาดผู้ดูแล มีระบบการส่งต่อข้อมูลเยี่ยมบ้านไปยังสถานีอนามัย เพื่อให้สถานีอนามัยติดตามเยี่ยมบ้านและให้การดูแลต่อเนื่องในชุมชน ปรับระบบบริการเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการได้ง่าย ส่วนสถานีอนามัย มีการออกเยี่ยมบ้านร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่ เมื่อเกิดเจ็บป่วยฉุกเฉินช่วยประสานงานกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของโรงพยาบาล ดังตัวอย่างคำพูด

“ในปัจจุบัน การให้ความช่วยเหลือ ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังอยู่บ้านตามลำพัง เพื่อให้ได้รับการดูแลรักษาต่อเนื่อง โรงพยาบาลจัดระบบบริการที่เอื้อต่อผู้สูงอายุโรคเรื้อรังให้สามารถรับยาต่อเนื่องได้มากที่สุด โดยอนุญาติให้สามารถรับยาแทนได้ กรณีผู้สูงอายุเดินทางลำบากและถูกหลานติดภารกิจไม่สามารถพามาตรวจได้ตาม

“มีระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เพื่อออกมารับผู้ป่วยที่บ้านเมื่อเกิดเจ็บป่วยฉุกเฉิน”

“ในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน เมื่อกลับบ้านจะส่งต่อข้อมูลให้สถานีอนามัยออกเยี่ยมบ้านและดูแลต่อเนื่อง กรณีผู้สูงอายุที่อยู่บ้านตามลำพังจะมีทีมลงไปให้

ความรู้สึอนญาติและผู้ดูแลที่บ้าน เพื่อนบ้าน ในเรื่องการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน และประสานงานกับสถานีนอนามัยใกล้บ้านในการติดตามเยี่ยมบ้าน”

“ส่วนการมารับการรักษาต่อเนื่องในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลจะใช้ระบบนัดและจัดระบบบริการในคลินิกให้ง่ายต่อการติดตาม พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศช่วยในการค้นหาผู้ป่วยขาดนัด ขยายวันบริการ โดยจัดระบบ เช่น วันอังคารทั้งหมดเป็นผู้ป่วยนอกเขต วันพุธเป็นของพื้นที่ วันพฤหัสบดีเป็นของตำบลอื่นๆในเขตอำเภอบางปะอิน ปัญหาของสถานบริการที่ไม่ใช่ PCU หลักจะใช้เป็นระบบที่เลี้ยง แบ่งการดูแลเป็นโซน ถ้ามีปัญหาจะมีพยาบาลผู้ประสานงาน PCU (PCU manager) เป็นผู้ประสานและให้คำแนะนำ”

2.4 แนวคิดในการจัดบริการให้กับผู้สูงอายุโรคเรื้อรังเพื่อให้ได้รับความสะดวก การมารับบริการต่อเนื่องและเข้าถึงบริการได้ง่าย

ผลการศึกษาพบว่าแนวคิดในการจัดบริการที่สะดวกต่อการมารับการรักษาต่อเนื่องของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง คือพัฒนาศักยภาพสถานีอนามัยในเครือข่ายเพื่อให้เป็นสถานบริการทางด้านสุขภาพตามนโยบายใกล้บ้านใกล้ใจ โดยนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในการพัฒนาและประสานความร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วมในการช่วยสนับสนุนผู้สูงอายุโรคเรื้อรังให้ได้รับการรักษาต่อเนื่อง และจัดทำโครงการจิตอาสาเพื่อให้ชุมชนได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในพื้นที่ด้วยดังตัวอย่างคำพูด

“ในปี 2551 โรงพยาบาลได้เข้าร่วมโครงการพัฒนาระบบบริการร่วมกับ สปสช. มีแผนพัฒนา PCU ให้มีศักยภาพมากขึ้น เช่น แผนการพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศให้สามารถส่งข้อมูลจากโรงพยาบาลไปยัง PCU โดยผ่านทางอินเทอร์เน็ต เจ้าหน้าที่สามารถปรึกษาแพทย์ผ่านทางอินเทอร์เน็ตได้ โดยผู้ป่วยไม่ต้องเดินทางมารับบริการที่โรงพยาบาล”

“มีแผนประสานงานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นขอสนับสนุนรถรับส่งผู้ป่วยมารับบริการตามนัด เนื่องจากรถโรงพยาบาลมีไม่เพียงพอ เพราะต้องใช้ในการส่งต่อผู้ป่วยด้วย”

“ความเห็นในการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ควรจะพัฒนาทุกสถานีอนามัยให้เป็น PCU ทุกแห่ง ขยายกรอบยา รวมทั้งพัฒนาศักยภาพของบุคลากรให้มีความรู้ความสามารถในการให้การดูแลผู้สูงอายุ โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างมีประสิทธิภาพ”

“ให้ชุมชนได้มีส่วนร่วมในการดูแลกันเอง โดยควรมีจิตอาสาในชุมชนและพัฒนาความรู้ในเรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ให้คอยดูแลเยี่ยมเยียนผู้สูงอายุที่อยู่บ้านตามลำพังไม่มีคนดูแล โดยต้องได้รับความร่วมมือจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ด้วยในการสนับสนุนเรื่องค่าตอบแทนให้กับจิตอาสา เพื่อให้เขาได้ทำงานได้เต็มที่ ไม่สร้างความสะดวก รวดเร็ว และมีความสบายใจในการทำงาน”

2.5 ด้านการต้องการช่วยเหลือและการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการช่วยเหลือผู้สูงอายุโรคเรื้อรังให้ได้รับการรักษาต่อเนื่อง พบว่าผู้บริหารทางสาธารณสุข มีความต้องการการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการจัดบริการเพื่อสนับสนุนการมารับการรักษาต่อเนื่องในเรื่องรถรับส่ง และการให้การสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังต่อเนื่องในชุมชนทุกรูปแบบ โดยเฉพาะสนับสนุนและเป็นเจ้าภาพโครงการจิตอาสา เช่นการเยี่ยมผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียว สนับสนุนงบประมาณ มีการจัดตั้งคณะกรรมการจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง เพื่อวางแผนในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังได้อย่างต่อเนื่องและพัฒนารูปแบบการดูแลที่เหมาะสมกับแต่ละบริบท ดังตัวอย่างคำพูด

“อยากให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุโรคเรื้อรังมากขึ้น เช่น สนับสนุนในการรับส่งผู้สูงอายุมายังโรงพยาบาลเพื่อรับการรักษาต่อเนื่อง กรณีที่เดินทางลำบากและลูกหลานออกไปทำงาน”

“ให้การช่วยเหลือ เมื่อผู้สูงอายุโรคเรื้อรังกลับสู่ชุมชนเช่นในรายที่เดินไม่ได้ สนับสนุนในเรื่องอุปกรณ์เสริม เช่น รถเข็นนั่ง อุปกรณ์ช่วยเดิน ช่วยในการเยี่ยมเยียนดูแลผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวในชุมชนในรูปแบบของจิตอาสา”

“มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลของผู้ป่วยระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับสาธารณสุขอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ โดยจัดตั้งในรูปแบบคณะกรรมการ มีตัวแทนจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องมาร่วมเป็นคณะกรรมการ กำหนดให้มีการประชุม เป็นระยะอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ เพื่อร่วมกันวางแผนในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง และพัฒนารูปแบบการดูแลที่เหมาะสม ทุกสถานีอนามัยเร่งพัฒนาศักยภาพให้สามารถดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้เหมือน PCU หลัก”

“อยากให้ทุกภาคส่วนได้ร่วมมือในการวางแผนการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังร่วมกัน และผมก็พร้อมจะสนับสนุนไม่ว่าจะเป็นเรื่องของการขยายกรอบยา การสนับสนุนทางด้านวิชาการ แต่สิ่งที่ยังมีข้อจำกัดก็คือ งบอุดหนุนและงบประมาณ อยากลองฟังเสียงขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นก่อน ยังไม่อยากจะบอกว่าการสนับสนุนเรื่องใด เพราะเท่าที่รู้คือ เขาคิดเรื่องระเบียบการเงินการคลัง ขนาครับปากว่าจะช่วย จะเอาเข้าจริงแล้วก็ช่วยไม่ได้สักที”

“อยากให้ อบต. เป็นผู้รับผิดชอบโครงการจิตอาสา โดยดูแลเรื่องค่าตอบแทนจิตอาสา เพื่อให้จิตอาสาสามารถทำงานได้ โดยไม่เป็นภาระให้กับครอบครัว”

เปรียบเทียบบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและบทบาทตามความคาดหวังของประชาชน

บทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

จากผลการศึกษา พบว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเทศบาลตำบลบางกระสั้น ยังไม่แสดงบทบาทการให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุโรคเรื้อรังโดยเฉพาะ แต่จะให้การช่วยเหลือดูแลในด้านสวัสดิการสังคม และกิจกรรมสันทนาการกับผู้สูงอายุทั่วไป เช่นการแจกเบี้ยยังชีพ สงเคราะห์ผู้สูงอายุที่มีฐานะยากจน และการจัดงานวันผู้สูงอายุเพื่อรับฟังปัญหาและเพื่อให้ผู้สูงอายุมีโอกาสพบปะสังสรรค์กันปีละครั้ง มีการจัดโครงการระยะสั้นตามปัญหาและความต้องการของประชาชน และมีการจัดบริการ การให้การช่วยเหลือฉุกเฉิน โดยมีบริการรถรับส่งไปโรงพยาบาลโดยไม่คิดค่าใช้จ่าย กรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน แต่ยังไม่ครอบคลุมบริการการไปตรวจตามนัดในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง เพราะเห็นว่าสามารถป้องกันได้

บทบาทตามความคาดหวังของประชาชน

ผลการศึกษาพบว่าบทบาทตามความคาดหวังของประชาชน 1) ต้องการให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสนับสนุนรถรับส่งในการไปรับการรักษาในวันที่ผู้ดูแลออกไปทำงานนอกบ้าน และจัดให้มีผู้ดูแลตามไปดูแลและอำนวยความสะดวกแทนญาติ 2) ต้องการให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นร่วมมือกับทางด้านสาธารณสุขในการพัฒนาศักยภาพสถานีนอนามัยให้มีมาตรฐานเท่าเทียมกับโรงพยาบาลและต้องการให้มีแพทย์ตรวจตลอดจนสามารถตรวจทางห้องปฏิบัติการได้เหมือนโรงพยาบาล

บทที่ 5

อภิปรายผลการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และบทบาทตามความคาดหวังของประชาชนที่มีต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการสนับสนุนการมารับการรักษาต่อเนื่องของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

1. ผลการศึกษาเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป

ประชาชนกลุ่มผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

กรณีศึกษามีทั้งหมดมี 10 คนส่วนใหญ่เป็น เพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 90 ซึ่งตรงกับผลการสำรวจผู้สูงอายุโรคเรื้อรังจำแนกตามเพศพบว่ามีเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2549) อายุอยู่ระหว่าง 70-75 ปี ร้อยละ 50 และ 80 ปีขึ้นไปร้อยละ 10 ซึ่งตรงกับการสำรวจผู้สูงอายุโรคเรื้อรังพบมากที่สุดในกลุ่มอายุ 70 ปีขึ้นไป (สำนักงานสถิติแห่งชาติ การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ, 2549) ประวัติการเจ็บป่วยพบว่าเป็นทั้งโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวานรวมทั้งที่มีโรคแทรกซ้อน คิดเป็นร้อยละ 50 สอดคล้องกับผลสำรวจสุขภาพประชากรไทยที่พบว่าผู้สูงอายุส่วนมากมีโรคประจำตัว มากกว่า 1 โรค (เยาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม, 2550) แหล่งที่มาของรายได้ มาจากบุตรร้อยละ 60 สอดคล้องกับผลการสำรวจแหล่งที่มารายได้ของผู้สูงอายุ จากการสำรวจสถานะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 3 พ.ศ. 2546-2547 ที่พบว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีรายได้ ได้รับความช่วยเหลือจากบุตรมากที่สุดซึ่งมีถึงร้อยละ 90 (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2549) สัมพันธ์ภาพกับผู้ดูแลในฐานะบุตรคิดเป็นร้อยละ 70 ซึ่งตรงกับการศึกษาของ ปิ่นนเรศ กาศอุดม และ คณะ(2548) ที่พบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังส่วนใหญ่เป็นบุตรที่เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 80 ซึ่งตรงกับผลการสำรวจผู้ดูแลผู้สูงอายุเวลาเจ็บป่วย ร้อยละ 59.1 เป็นบุตรเพศหญิง (วารสาร ภูมิสวัสดิ์ และคณะ, 2549) ผู้ดูแลทั้งหมดประกอบอาชีพเกษตรกร ค้าขาย รับจ้าง/พนักงานรัฐวิสาหกิจ และรับราชการ ซึ่งต้องออกไปทำงานนอกบ้านบางช่วงเวลา สิทธิในการรักษา ใช้บัตรประกันสุขภาพร้อยละ 70 และใช้สิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 20 ซึ่งตรงกับผลการสำรวจสวัสดิการของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. 2549 พบว่าผู้สูงอายุได้รับสวัสดิการสูงที่สุด คิดเป็นร้อยละ 97.7 และส่วนใหญ่เป็นสวัสดิการประเภทบัตรประกันสุขภาพ

ผลการศึกษาจากการสนทนากลุ่มผู้สูงอายุโรคเรื้อรังและผู้ดูแล และสัมภาษณ์ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและผู้บริหารทางด้านสาธารณสุข เพื่อหาประเด็นสำคัญ มีดังนี้

1. การรับรู้ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ และการแก้ปัญหาการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

การรับรู้ปัญหาสุขภาพและผลกระทบ พบว่า ทั้งผู้สูงอายุโรคเรื้อรังและผู้ดูแล ทราบถึงโรคและภาวะแทรกซ้อนของตนเอง หรือผู้สูงอายุที่ตนเองดูแลอยู่เป็นอย่างดี และผู้สูงอายุโรคเรื้อรังมีความเห็นว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังส่งผลกระทบต่อความสามารถในการทำงาน และการช่วยเหลือตนเองได้น้อยลง อยู่ในภาวะพึ่งพามากขึ้น มีปัญหาอุปสรรคในการเดินทางออกนอกบ้านโดยลำพัง ซึ่งการแก้ปัญหาสุขภาพในปัจจุบันคือ การปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางด้านสุขภาพ เช่นการรับประทานยาสม่ำเสมอ ไปพบแพทย์ตามนัด การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเรื่องการรับประทานอาหาร สอดคล้องกับผลการศึกษา ของ เพลินพิศ และคณะ (2543) ที่พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่รับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง โดยผู้ที่มีปัญหาสุขภาพเรื้อรัง จะมีความสามารถในการทำงาน และการช่วยเหลือตนเองลดลง และมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่การปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ เช่นการออกกำลังกาย และการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ เป็นต้น

ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรับรู้ว่ามีปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และพบมากที่สุดคือความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน โดยได้รับข้อมูลจากบุคลากรทางด้านสาธารณสุข ของสถานีอนามัยบางกระสัน ซึ่งการที่ได้รับทราบข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ จึงทำให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเริ่มมีความตระหนัก และเห็นความสำคัญของการให้การช่วยเหลือและสนับสนุนการให้การดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาการพัฒนากระบวนการเบาหวานในชุมชนแบบมีส่วนร่วมของภาคการเมืองท้องถิ่น ซึ่งพบว่าบุคลากรทางด้านสาธารณสุขสื่อสารปัญหาสุขภาพและผลกระทบของโรคเรื้อรังในชุมชนให้ผู้นำท้องถิ่นได้รับรู้และตระหนักถึงความสำคัญของปัญหา จนเกิดข้อตกลงร่วมกันของทุกภาคส่วนในการจัดทำแผนควบคุมป้องกันการเกิดโรค และร่วมมือกันในการดำเนินงานจนโครงการประสบผลสำเร็จ (ศิริวัฒน์ ไชยพะณี, 2551) แต่ที่ผ่านมามาจนถึงปัจจุบัน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เทศบาลบางกระสันยังไม่ได้มีบทบาทมากนักในการให้ความช่วยเหลือและสนับสนุนเพราะเห็นว่า การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ครอบครัวยุสูงอายุโรคเรื้อรังสามารถดูแลตนเองได้ สอดคล้องกับการศึกษา ความคิดเห็นของผู้นำชุมชนกับบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุ โรคเรื้อรัง ซึ่งพบว่าผู้นำชุมชน มีความเห็นว่าการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังเป็นความรับผิดชอบของครอบครัวต้องดูแลกันเองในระดับมากที่สุด ร้อยละ 53.4 (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2549) ส่วนในเรื่องการดูแลรักษาเป็นความรับผิดชอบของทางด้านสาธารณสุข แต่อย่างไรก็ตามองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นก็ได้จัดตั้งหน่วยบริการการแพทย์

ฉุกเฉินชุมชนไว้บริการประชาชน โดยมีบริการ รถรับส่งไปโรงพยาบาล โดยไม่คิดค่าใช้จ่ายเวลาเกิดเจ็บป่วยฉุกเฉิน แต่ยังไม่ครอบคลุมในกลุ่มผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ที่ไปรับการตรวจตามปกติ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ศิริวรรณ ศิริบุญ (2544) ที่พบว่าผู้นำชุมชนมีบทบาทน้อยในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง จะมีบทบาทเกี่ยวข้องก็ต่อเมื่อประชาชนต้องการความช่วยเหลือเร่งด่วน เช่น การนำส่งโรงพยาบาลกรณีมีปัญหาเจ็บป่วยหนัก หรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน การให้ข่าวสาร และแนะนำบริการสังคมที่จำเป็น ดังนั้น การแก้ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในปัจจุบัน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจึงยังแสดงบทบาทไม่เด่นชัด แต่จะเน้นในด้านการให้การดูแลเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตและสวัสดิการสังคม เช่น การแจกเบี้ยยังชีพสำหรับผู้สูงอายุทั่วไป และกิจกรรมนันทนาการ เช่นการจัดงานวันผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาบทบาทองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พบว่ามีบทบาทแคบๆ เกี่ยวข้องกิจกรรมทางศาสนา ประเพณี และมีหน้าที่เป็นกรรมการจัดสรรงบประมาณชำระค่าธรรมเนียม ซึ่งได้จากกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เพื่อจัดสรรให้แก่ผู้สูงอายุที่ยากจนไร้ที่พึ่ง

● ผู้บริหารทางด้านสาธารณสุขรับรู้ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่เป็นอย่างดี และเห็นว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานในผู้สูงอายุ เป็นปัญหาสำคัญอันดับต้นๆ ของเขตพื้นที่อำเภอบางปะอิน ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ผู้ดูแลโรงพยาบาล ตลอดจนส่งผลกระทบต่อผู้มารับบริการอื่นๆ เช่น โรงพยาบาลเกิดความแออัดเนื่องจากมีจำนวนผู้สูงอายุโรคเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น โรงพยาบาลต้องจัดสรรงบประมาณเพิ่มในการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจในการรักษาผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง อันเนื่องมาจากความต้องการบริการที่เพิ่มมากขึ้นทั้งทางด้านการรักษาพยาบาลและบริการสังคม ด้านคุณภาพบริการในการรักษาพยาบาล กระบวนการดูแลรักษาผู้สูงอายุโรคเรื้อรังมีความซับซ้อนและต้องการการดูแลแบบบูรณาการสูง จึงทำให้เกิดค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และ คณะ, 2544) นอกจากนี้ ทั้งผู้บริหารทางด้านสาธารณสุข และผู้ดูแล ต่างมีความเห็นตรงกันว่าผู้สูงอายุโรคเรื้อรังยังมีปัญหาในเรื่องการดูแลตนเอง อาจเป็นไปได้ว่า การให้คำแนะนำของบุคลากรทางด้านสุขภาพยังไม่เพียงพอที่จะสามารถทำให้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังเข้าใจและดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม เนื่องจากมีเวลาจำกัดในการให้บริการ ซึ่งถ้าหากมีเวลาเพียงพอที่จะสอนสุขศึกษาตามโปรแกรมที่ทางโรงพยาบาลจัดให้ ก็จะสามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้องและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ดีขึ้นสอดคล้องกับผลการศึกษาพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง มีการจัดกิจกรรมเรื่องอาหาร การออกกำลังกาย การคลายเครียด โดยใช้เทคนิคการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลการศึกษาพบว่าภายหลังเข้าร่วมกิจกรรม 3 เดือน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดี

ขึ้น ทั้งในเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการคลายเครียด (สุพัตรา เบญจชัยญญลักษณ์ และ นริศรา คลื่นแก้ว, 2550)

2. ความเข้าใจ และการให้ความสำคัญกับการรักษาต่อเนื่อง และปัญหาการได้รับการรักษาต่อเนื่อง

ผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง และ ผู้ดูแล ต่างก็ มีความรู้ ความเข้าใจในเรื่อง การดูแลรักษาว่าโรคที่เป็นอยู่เป็นโรคเรื้อรัง ต้องรับประทานยาต่อเนื่อง ไปตรวจตามแพทย์นัดสม่ำเสมอ เพราะได้รับข้อมูลบุคลากรทางด้านสุขภาพแต่ก็ไม่สามารถไปตรวจตามแพทย์นัดได้ทุกครั้ง ซึ่งมีสาเหตุมาจากไม่มีคนพาไปตรวจ เพราะผู้ดูแลต้องออกไปทำงานนอกบ้าน จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุทุกคนมีข้อจำกัดในการเดินทาง ไม่สามารถเดินทางโดยรถประจำทางสาธารณะเพียงลำพังได้เพราะกลัวเกิดอุบัติเหตุเวลาข้ามถนน และบางครั้งมีอาการเวียนศีรษะ จึงต้องมีคนดูแลเวลาเดินทางเพื่อความปลอดภัยจากการพลัดตกหกล้มและแม้ว่าส่วนใหญ่ ร้อยละ 70 เป็นผู้ที่ช่วยเหลือตนเองได้ก็ตาม สอดคล้องกับผลการศึกษาปัจจัยเสี่ยงของการหกล้มของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่อาศัยอยู่ในชุมชน พบว่าผู้สูงอายุมีปัญหาเกี่ยวกับการทรงตัวและหกล้ม โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหลายโรคและผลข้างเคียงของยารักษาโรคบางชนิดที่ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังใช้ประจำซึ่ง เป็นปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับการหกล้มในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง (ลัดดา เกียมวงศ์, วันทนา มณีศรีวงศ์กุล และสุทธิชัยจิตพันธ์กุล, 2544 ; วิภาวี กิจกำแหง, นิพัช กิตติมานนท์ และศุภสิทธิ์ พรรณนารุโนทัย, 2549) และสอดคล้องกับการศึกษา การประเมินพึงพาดตนเองของผู้สูงอายุซึ่งไม่มีภาวะทุพพลภาพในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน พบว่าถึงแม้ว่าผู้สูงอายุจะช่วยเหลือตนเองได้แต่ก็ไม่สามารถเดินทางลำพังได้ถึงร้อยละ45 เนื่องจาก ปัญหา ปวดเข่า สายตาไม่ดี (เขาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม และ สุพัตรา อติโพธิ์ , 2543; วราภรณ์ ภูมิสวัสดิ์และคณะ, 2549)

นอกจากนี้ผู้สูงอายุจำนวน 3 คนที่ขาดนัดจากสาเหตุอื่น เช่น ลืมวันนัด ถึงแม้เจ้าหน้าที่จะเขียนวันนัดให้ แต่ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังบางคนอ่านหนังสือไม่ออก มีปัญหาทางด้านสายตา ทำให้เข้าใจข้อมูลสุขภาพที่ได้รับไม่ถูกต้อง ปรับขนาดยาเอง ขาดยา หรือขาดนัดเพราะติดภาระกิจอื่น ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษา การประเมินและพัฒนาคุณภาพบริการผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ในด้านเหตุผลที่ผู้รักษาไปตรวจตามนัดไม่ได้ทุกครั้งคือ คิดว่าหายแล้ว/ไม่มีอาการ, มียาเหลือ/ซื้อยากินเอง/ไปรักษาที่อื่น, ไม่ว่าง/ไปไม่สะดวก และ ไม่มีคนพาไป (สุรเกียรติ อาชานุกาภาพและ คณะ, 2542)

การขาดนัดอาจมาจากปัจจัยทางเศรษฐกิจครอบครัวของผู้ดูแล จากข้อมูลส่วนบุคคล จะเห็นว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังส่วนใหญ่มีฐานะยากจน ซึ่งรายได้ของครอบครัวน้อยกว่าหรือเท่ากับ 2,000 บาท ซึ่งเกณฑ์ของความจำเป็นพื้นฐาน กำหนดให้ ครอบครัวที่มีรายได้ต่ำกว่า 2,500

บาท เป็นครอบครัวผู้มีรายได้น้อย สิ่งที่คุณดูแลให้ความสำคัญเป็นอันดับแรกคือ การหารายได้มาเลี้ยงครอบครัว ถึงแม้ว่า การไปรับการรักษาไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย แต่ยังคงต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่ไม่เกี่ยวกับการรักษา หรือเสียรายได้จากการหยุดงาน (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2549) ดังนั้นผู้ดูแลจึงเลือกที่จะลางานหรือขาดงานเท่าที่สามารถทำได้ เพื่อพาผู้สูงอายุโรคเรื้อรังไปตรวจตามนัด ถ้าไม่สามารถมาได้เนื่องจากกระทบกับรายได้ ก็จะเลือกที่จะขาดนัดแทน

3. นโยบายและแผนในการจัดบริการ สำหรับผู้สูงอายุโรคเรื้อรังให้ได้รับการรักษาต่อเนื่อง

ผู้อำนวยการปกครองส่วนท้องถิ่น ได้วางแผนสำหรับผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง โดยมีการเตรียมการวางแผนในการจัดหาทรัพยากร เช่น วางแผนซื้อรถพยาบาลเพิ่ม และรับสมัครบุคลากรทางด้านสุขภาพเพิ่ม เพื่อให้มีคุณภาพและเพียงพอต่อการสนับสนุนการไปรับการรักษาต่อเนื่องของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง และมีแผนที่จะจัดทำโครงการจิตอาสาให้คุณดูแลผู้สูงอายุที่อยู่บ้านเพียงลำพังทั้งที่เป็นผู้สูงอายุโรคเรื้อรังและผู้สูงอายุทั่วไป ซึ่งมีแนวคิดสอดคล้องกับการศึกษาการดำเนินงานขยายโครงการอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้านของสำนักส่งเสริมและฝึกอบรม มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ (2549) ที่พบว่าอาสาสมัครสามารถให้การดูแลผู้สูงอายุในชุมชน โดยผู้สูงอายุไม่ถูกทอดทิ้งและดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข โดยการประสานความร่วมมือกับประชาชนในชุมชน นอกจากนี้ยังมีโครงการออกเยี่ยมบ้านร่วมกับเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยในพื้นที่ ส่วนการจัดบริการเพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการรักษาต่อเนื่อง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นยินดีให้ความร่วมมือกับทางด้านสาธารณสุข โดยเฉพาะการรับส่งผู้สูงอายุโรคเรื้อรังเพื่อไปรับการรักษาต่อเนื่อง แต่ควรมากำหนดกฎเกณฑ์ร่วมกัน ให้ภาคทุกส่วนมีส่วนร่วม และมีความรู้สึกเป็นเจ้าของร่วมกัน เพื่อเกิดการใช้ทรัพยากรอย่างสมเหตุ สมผลและคุ้มค่า ผู้ยากไร้ได้เข้าถึงบริการอย่างแท้จริง

ทางด้านสาธารณสุขมีแนวคิดของการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุโรคเรื้อรังเพื่อให้ได้รับการรักษาต่อเนื่อง และได้ดำเนินการมาอย่างต่อเนื่อง ในอนาคตมีแผนที่จะพัฒนาบุคลากร และศักยภาพสถานีอนามัยในด้านการดูแลรักษา และแผนพัฒนาระบบเทคโนโลยีมาใช้ในการดูแลรักษา โดยเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยสามารถขอคำปรึกษาแพทย์ผ่านทางอินเทอร์เน็ต และแพทย์สั่งการรักษาผ่านทางอินเทอร์เน็ต เพื่ออำนวยความสะดวกแก่ผู้ป่วยและไม่ต้องเดินทางมารักษาที่โรงพยาบาล ลดความแออัด และเพื่อให้สถานีอนามัยเป็นสถานที่รักษาใกล้บ้านใกล้ใจในอนาคต นอกจากนี้ยังมีแผนที่จะขอความร่วมมือจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการสนับสนุน ารับส่งผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน มารับการรักษาต่อเนื่อง และให้การดูแลช่วยเหลือ อย่างต่อเนื่อง ขณะที่ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังกลับสู่ชุมชน

4. ความต้องการการช่วยเหลือในการจัดบริการเพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังให้เข้าถึงบริการ

ประชาชนคาดหวังให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสนับสนุนรถรับส่งไปตรวจตามนัด ในวันที่ผู้ดูแลออกไปทำงานนอกบ้าน แต่ถ้าหากวันที่ผู้ดูแลอยู่ ก็ต้องการไปตรวจตามนัดกับผู้ดูแล แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง มีความต้องการให้มีผู้ดูแลขณะเดินทางและให้ความช่วยเหลืออำนวยความสะดวกให้ ในการเข้ารับบริการดูแลรักษา ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาความต้องการ และความคาดหวังของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ที่มีความคาดหวังจากครอบครัว และชุมชนคือ ให้ช่วยดูแลพาไปพบแพทย์ และช่วยจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้ (เพลินพิศ ฐานิวัดน์ และคณะ, 2543) ซึ่งตรงกับความต้องการของผู้ดูแลที่เสนอแนะว่า กรณีมีรถรับส่งควรจัดให้มีผู้ดูแล ติดตามไปด้วยเพื่ออำนวยความสะดวกให้กับผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง นอกจากนี้ยังเห็นว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรร่วมมือทางด้านสาธารณสุข ในการพัฒนาศักยภาพสถานีนอนามัย ให้สามารถให้การดูแลรักษา ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังได้ และมีมาตรฐานเทียบเท่ากับโรงพยาบาล ต้องการให้มีแพทย์มาตรวจที่สถานีนอนามัย สามารถตรวจทางห้องปฏิบัติการได้เหมือนไปตรวจที่โรงพยาบาล แต่หากไม่มีแพทย์มาตรวจรักษา และไม่สามารถตรวจทางห้องปฏิบัติการได้เหมือนที่โรงพยาบาล ยังต้องการไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลต่อ โดยเฉพาะผู้ที่มีโรคแทรกซ้อน เพราะเห็นว่าเจ้าหน้าที่สถานีนอนามัย ไม่สามารถตรวจและวินิจฉัยได้เหมือนแพทย์ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาความต้องการการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ในด้านมุมมองของประชาชนต่อระบบบริการสุขภาพว่า สถานบริการไม่เพียงพอให้บริการ สถานีนอนามัยไม่บริการตลอด 24 ชั่วโมง ขาดแพทย์ในการตรวจรักษาการเจ็บป่วย ที่มีปัญหาซับซ้อน การเจ็บป่วยฉุกเฉินที่หน่วยบริการปฐมภูมิไม่สามารถให้การรักษาได้ กรณีต้องส่งต่อก็ไม่มีความเหมาะสม (วิจิตร ศรีสุพรรณ และ คณะ, 2546; วราภรณ์ ภูมิสวัสดิ์, 2549) จะเห็นได้ว่าความต้องการของภาคประชาชนสอดคล้องกับ แผนการยกระดับศูนย์สุขภาพชุมชนให้เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของรัฐบาล ในปัจจุบัน ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เพื่อปรับภารกิจและยกระดับการให้บริการสุขภาพของสถานีนอนามัย / ศูนย์สุขภาพชุมชน เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยให้มุ่งเน้นการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการให้บริการปฐมภูมิที่จำเป็น 2) เพื่อพัฒนาศักยภาพของ “ทีมสุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล” ให้มีขีดความสามารถในการให้บริการสุขภาพแบบองค์รวม และเชิงรุก 3) เพื่อพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดบริการสุขภาพ ที่สอดคล้องกับบริบทของชุมชน (<http://hph.moph.go.th> 10 /12/2009) ในส่วนความเห็นเรื่องความต้องการพยาบาลเวชปฏิบัติมาประจำสถานีนอนามัยนั้น ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังและผู้ดูแล ต่างมีข้อคิดเห็นตรงกันว่ายินดีมารับบริการ

เฉพาะกรณีที่เป็น โรคเรื้อรัง ซึ่งไม่มีโรคแทรกซ้อน เนื่องจากคิดว่าไม่มีเครื่องมืออุปกรณ์ในการตรวจวินิจฉัย

ผู้นำองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ต้องการได้รับการสนับสนุนจากประชาชนในพื้นที่ ช่วยกันสอดส่องดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังและค้นหา ปัญหาความต้องการของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่ของตนเองและส่งข้อมูลให้กับเทศบาลเพื่อจะได้หาแนวทางแก้ไขปัญหาและบรรเทาความเดือดร้อน มีความต้องการได้รับการสนับสนุนจากทางด้านสาธารณสุขคือ ให้คำแนะนำและเป็นพี่เลี้ยงการดำเนินงานทางด้านสุขภาพ ส่วนในเรื่องการสนับสนุนรับส่งผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเทศบาลบางกระสันยินดีให้การสนับสนุน แต่ให้ทางด้านสาธารณสุขเป็นผู้จัดทำแนวทางในการขอใช้บริการของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง เป็นผู้ประสานงานระหว่างผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่จะไปตรวจตามแพทย์นัดกับเทศบาลทุกครั้ง จัดช่องทางบริการสำหรับรับส่งผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง เฉพาะเพื่ออำนวยความสะดวกในการมารับมาส่งขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และกำหนดผู้รับผิดชอบเพื่อจะได้ติดต่อประสานงานกันได้สะดวก ซึ่งความต้องการสนับสนุนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สอดคล้องกับองค์ประกอบของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งประกอบองค์ประกอบหลักใหญ่ๆ คือชุมชน และระบบสุขภาพ ซึ่งต้องมีการประสานการทำงานเพื่อให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังเข้าถึงบริการได้ และได้รับการอย่างมีประสิทธิภาพ ด้วยวิธีการต่างๆ โดยการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว และชุมชนให้การสนับสนุน (ปัทมา โกมุต : 2551; เทพ หิมะทองคำ และคณะ, 2547)

ทางด้านสาธารณสุขมีความต้องการการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการจัดทำโครงการจิตอาสาช่วยเหลือผู้สูงอายุในชุมชน โดยให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นผู้สนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานและค่าตอบแทนแก่จิตอาสา ส่วนทางด้านสาธารณสุขจะเป็นรับผิดชอบในการพัฒนาศักยภาพจิตอาสา ให้มีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังได้ อย่างมีประสิทธิภาพ และโครงการจิตอาสาที่มีความยั่งยืน โดยที่จิตอาสาเองเข้ามาทำงานด้วยความสบายใจ ไม่สร้างภาระให้ครอบครัว และสามารถให้การดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชนได้ทั่วถึงในกรณีที่ผู้ดูแลไม่อยู่บ้าน สอดคล้องกับผลการศึกษา การดำเนินงานขยายผลโครงการอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ขององค์การบริหารส่วนตำบลสระคูจังหวัดร้อยเอ็ดพบว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลจากจิตอาสา มีสภาพความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น โครงการประสบผลสำเร็จ สามารถขยายผลการดูแลไปยังผู้ปกครองกลุ่มอื่นๆ อีก และปัจจัยแห่งความสำเร็จ ที่สำคัญคือ จิตอาสาที่มีทัศนคติที่ดีต่อโครงการ และมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ โดยมีองค์กรต่างๆให้การสนับสนุน เช่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เจ้าหน้าที่จากสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ในการฝึกอบรมและเป็นพี่เลี้ยงในการดำเนินงาน ได้รับการสนับสนุนด้านงบประมาณในการดำเนินงาน

และค่าตอบแทนจิตอาสา ได้รับการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทำให้จิตอาสาสามารถปฏิบัติงานได้ โดยไม่สร้างภาระให้ครอบครัว (สำนักงานส่งเสริมและฝึกอบรม มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ : 2549)

ต้องการให้ช่วยสนับสนุนรับส่งผู้สูงอายุโรคเรื้อรังมารับการรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาล สนับสนุนในเรื่องกายอุปกรณ์ และอยากให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วมสนับสนุนในการจัดบริการ เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังได้รับการรักษาต่อเนื่องและเข้าถึงบริการได้ และผู้บริหารทางด้านสาธารณสุข ยินดีให้การสนับสนุนทุกเรื่องแต่มีข้อจำกัดในเรื่องงบประมาณและบุคลากรในชุมชนซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการสังเคราะห์การวิจัยและพัฒนาเครื่องมือและกลไกการทำงานในชุมชนในระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ พบว่าในเรื่องการสร้างเสริมเข้มแข็งให้แก่องค์กรในชุมชนนั้น องค์กรต่างๆจะต้องตระหนักและรับรู้ปัญหาและมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา ซึ่งในส่วนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรมีบทบาทในการจัดระบบบริการสุขภาพมากขึ้น ตลอดจนสนับสนุนกิจกรรมด้านสุขภาพด้วยการสนับสนุนงบประมาณ สนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ และอื่นๆที่ทำให้ประชาชนได้เข้าถึงบริการ (ชนิชฐา นันทบุตร และคณะ, 2547)

บทบาทในการให้การดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง และบทบาทตามความคาดหวังของประชาชนที่มีต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ปัจจุบันองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้เข้ามามีบทบาทในการให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุมากขึ้น โดยหลักๆจะสนับสนุนทางด้านงบประมาณ จากการศึกษารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพและการให้การดูแลผู้สูงอายุภายใต้เงื่อนไขการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุจังหวัดสงขลา ที่ชุมชนร่วมจัดบริการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของภาคส่วนที่เกี่ยวข้องและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีบทบาทในเรื่องการสนับสนุนงบประมาณ จัดทำโครงการและทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงานกับหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง รวมถึงร่วมดำเนินงาน การที่ผู้นำองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามามีบทบาทในการ สนับสนุนและร่วมดำเนินงาน นับเป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จของโครงการ (เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์ และ คณะ, 2543) เช่นเดียวกันกับการศึกษาการขยายผลโครงการอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้านของตำบลสระคู จังหวัดร้อยเอ็ด ที่โครงการประสบผลสำเร็จ และโครงการสามารถดำเนินการต่อเนื่องได้ พบว่ามาจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วม และสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงาน และค่าตอบแทนต่างๆสำหรับผู้ปฏิบัติงานเพื่อดูแลผู้สูงอายุในชุมชน (สำนักส่งเสริมและฝึกอบรม มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, 2549) ส่วนจากผลการศึกษาขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เทศบาลตำบลบางกระสั้น พบว่ายังแสดงบทบาทการให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุโรคเรื้อรังไม่ชัดเจน แต่จะให้ความช่วยเหลือดูแลทางด้าน

สวัสดิการสังคม เช่นการแจกเบี้ยยังชีพ และการจัดงานวันผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุ ได้พบปะสังสรรค์ ปีละครั้ง กับการจัดโครงการระยะสั้นตามปัญหาและความต้องการของประชาชน

ส่วนบทบาทตามความคาดหวังของประชาชนพบว่า 1) ต้องการให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสนับสนุนรณรงค์ในการไปรับการรักษาพยาบาลต่อเนื่อง ในวันที่ผู้ดูแลออกไปทำงานนอกบ้าน 2) ต้องการให้มีความร่วมมือกับทางด้านสาธารณสุขเพื่อพัฒนาศักยภาพ สถานีอนามัย ให้มีมาตรฐานเท่าเทียมกับโรงพยาบาล และ ต้องการให้มีแพทย์ตรวจ ตลอดจนสามารถตรวจทางห้องปฏิบัติการได้ เหมือนโรงพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับ ร่าง แผนการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพ.ศ. 2552-2555 ว่าด้วยการยกระดับ ศูนย์สุขภาพชุมชนให้เป็น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโดยรัฐบาลปัจจุบัน ซึ่งมีขอบเขตของการทำงาน และจุดเน้นคือ 1) ดำเนินการเชิงรุก โดยมุ่งเข้าหาประชาชนและชุมชนเพื่อการสร้างสุขภาพเป็นหลัก รวมทั้งมุ่งจัดการกับปัจจัยเสี่ยงที่เป็นต้นเหตุของปัญหาสุขภาพ 2) บริการอย่างต่อเนื่องและสามารถให้คำปรึกษากับผู้ป่วย ตลอด 24 ชั่วโมง โดยสามารถปรึกษาแพทย์ในโรงพยาบาลที่เลี้ยง หรือส่งต่อผู้ป่วยได้ตลอดเวลา ทั้งนี้อาจมีบริการเตียงนอนเพื่อสังเกตอาการ โดยไม่รับผู้ป่วยไว้นอนค้างคืน และหากมีกรณีฉุกเฉิน ก็ มีระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในการออกไปรับผู้ป่วยและให้การปฐมพยาบาลก่อนส่งต่อ 3) มีความเชื่อมโยงและมีส่วนร่วม โดยมีความเชื่อมโยงกับบริการสุขภาพในระดับอื่น ในการดูแลผู้ป่วยรายกรณีอย่างมีประสิทธิภาพ และมีส่วนร่วมอย่างเข้มแข็งในการดำเนินงานของประชาชน ชุมชน และโครงการ (<http://www.hph.moph.go.th> 10 /12/2009)

เมื่อเปรียบเทียบบทบาทที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการ กับบทบาทตามความคาดหวังของประชาชนที่มีต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นพบว่าบทบาทจริงขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการสนับสนุนผู้สูงอายุโรคเรื้อรังให้ได้รับการรักษาต่อเนื่องนั้นยังไม่มีนโยบายและแผนที่ชัดเจน แต่จะให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุทั่วไปทางด้านสวัสดิการสังคมเป็นหลัก มีหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินชุมชน บริการรับส่งผู้สูงอายุโรคเรื้อรังกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินไปโรงพยาบาล แต่ไม่ครอบคลุมกลุ่มผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่ไปตรวจตามนัด เนื่องจากความไม่เพียงพอของทรัพยากร แต่อย่างไรก็ตามองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้วางแผนที่จะจัดหาบุคลากรทางด้านสุขภาพ และรถพยาบาล เพื่อเตรียมขยายผลให้บริการในกลุ่มผู้สูงอายุโรคเรื้อรังต่อไป และวางแผนจัดทำโครงการจิตอาสา เพื่อไปให้การดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่อยู่ในชุมชน เวลาผู้ดูแลออกไปทำงานนอกบ้าน ส่วนความคาดหวังของประชาชนที่มีต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น คือต้องการให้สนับสนุนรณรงค์ ทั้งในเวลาเจ็บป่วยฉุกเฉินและไปตรวจตามนัดในวันที่ผู้ดูแลออกไปทำงานนอกบ้าน โดยจัดหาผู้ดูแลร่วมเดินทางไปด้วยเพื่อคอยให้ความช่วยเหลือแทนญาติ และต้องการให้ร่วมกับทางด้านสาธารณสุขในการพัฒนาศักยภาพสถานีอนามัย ปรับโครงสร้างให้มีมาตรฐานการดูแลรักษาผู้สูงอายุโรคเรื้อรังให้เท่าเทียมกับโรงพยาบาล

บทที่ 6

สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อ ศึกษาบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และบทบาทตามความคาดหวังของประชาชนที่มีต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการสนับสนุน การมารับการรักษาต่อเนื่องในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง สรุปผลการศึกษามีดังนี้

ข้อมูลส่วนบุคคล

1. ประชาชนประกอบด้วย

1.1 ประชาชนกลุ่มผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

กรณีศึกษามีทั้งหมดมี 10 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 9 คน อายุอยู่ระหว่าง 70-79 ปี จำนวน 5 คน และ 80 ปีขึ้นไป จำนวน 1 คน ระดับการศึกษาจบชั้นประถมศึกษา จำนวน 6 คน มีผู้ดูแลซึ่งเป็นบุตร จำนวน 7 คน แหล่งที่มาของรายได้มาจากบุตร จำนวน 6 คน ประวัติ การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เป็นโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานร่วมกับมีโรคแทรกซ้อน จำนวน 5 คน ระยะเวลาในการรักษา 1-10 ปีและมากกว่า 10 ปี สัดส่วนเท่ากันจำนวนกลุ่มละ 5 คน ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพในการรักษา จำนวน 7 คน และประเมินความสามารถในการเดินทาง โดยได้รับแจ้งสาธณะจากการซักถามพบว่า ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังทั้งหมดมีข้อจำกัดในเรื่องการเดินทางโดยได้รับแจ้งสาธณะเพียงลำพัง

1.2 ประชาชนกลุ่มผู้ดูแล

กรณีศึกษามีทั้งหมด 10 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 8 คน อายุ 15-59 ปี จำนวน 9 คน สถานภาพสมรส คู่ 8 คน อาชีพ ค้าขาย 4 คน ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง เป็น บุตรจำนวน 8 คน รายได้ของผู้ดูแลต่อเดือนต่ำกว่า 1,000 บาท/เดือนจำนวน 2 คน อยู่ระหว่าง 1,001 - 2,000 บาท/เดือน จำนวน 4 คน ประวัติการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่อยู่ในความดูแลเป็น ทั้งโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน 4 คน มีประวัติขาดการรักษาทุกคน สิทธิในการรักษา ส่วนมากใช้ สิทธิบัตรประกันสุขภาพในการรักษา จำนวน 8 คน

2. กลุ่มผู้บริหาร

2.1 ผู้บริหารขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 2 คน ประกอบด้วยผู้บริหารสูงสุดและผู้บริหารที่ดูแลรับผิดชอบงานทางด้านสาธารณสุข เป็นเพศหญิง 1 คน เพศชาย 1 คน อายุไม่น้อยกว่า 40 ปี 1 คน อายุ 50 ปีขึ้นไป 1 คน ระดับการศึกษา ต่ำกว่าปริญญาตรี 1 คน และสำเร็จปริญญาตรี 1 คน ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในตำแหน่งหน้าที่ น้อยกว่า 1 ปี 1 คน และระหว่าง 1-5 ปี 1 คน

2.2 ผู้บริหารทางด้านสาธารณสุข

ผู้บริหารทางด้านสาธารณสุขมีจำนวนทั้งหมด 3 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย 2 คน อายุ 50 ปี 2 คน ระดับการศึกษาสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโท 1 คน ระดับปริญญาตรี 2 คน ระยะเวลาการทำงานจากมากที่สุดไปถึ้น้อยสุด 22, 20 และ 7 ปี ตามลำดับ

สรุปผลการศึกษาจากการสนทนากลุ่มผู้สูงอายุโรคเรื้อรังและผู้ดูแลและสัมภาษณ์ในกลุ่มผู้บริหาร องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และผู้บริหารด้านสาธารณสุข ตามประเด็นสำคัญมีดังนี้

บทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ถึงแม้ว่าผู้นำองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะรับรู้ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่ดี และมีความเข้าใจในเรื่องการดูแลรักษา แต่ในปัจจุบันองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นยังมีบทบาทน้อยมาก ในด้านการสนับสนุนและช่วยเหลือเกี่ยวกับการดูแลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ยังไม่มีนโยบายหรือแผนเกี่ยวกับผู้สูงอายุโรคเรื้อรังเฉพาะ แต่จะมีบทบาทในการให้การดูแลสงเคราะห์ผู้ยากไร้ และดูแลช่วยเหลือทางด้านสวัสดิการสังคม เช่นการแจกเบี้ยยังชีพสำหรับผู้สูงอายุ และจัดบริการหน่วยกู้ชีพฉุกเฉินเพื่อให้บริการผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินไปส่งโรงพยาบาลโดยไม่คิดค่าบริการ แต่ไม่ครอบคลุมการให้บริการผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่ไปตรวจตามนัด

บทบาทตามความคาดหวังของประชาชนมีต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการสนับสนุนการมารับการมารับการรักษาต่อเนื่องในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

ด้านประชาชนทั้งผู้สูงอายุโรคเรื้อรังและผู้ดูแลต่างก็คาดหวังให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทในการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง โดยสนับสนุนรถรับส่งไปตรวจที่โรงพยาบาลตามแพทย์นัดในวันที่ผู้ดูแลออกไปทำงาน และควรจัดให้มีผู้ดูแลเดินทางไปให้ความช่วยเหลือแทนญาติ และคาดหวังให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับทางด้านสาธารณสุขพัฒนาศักยภาพสถานีอนามัย ให้สามารถดูแลรักษาผู้สูงอายุโรคเรื้อรังได้ โดยให้มีมาตรฐานการรักษาเท่าเทียมกับโรงพยาบาล

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการการศึกษา

1. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรจะสนับสนุนรณรงค์ส่งเสริมผู้สูงอายุโรคเรื้อรังไปรับการรักษาต่อเนื่อง แต่ต้องมีการกำหนดเกณฑ์ และแนวทางในการดำเนินงานร่วมกัน ระหว่าง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และสาธารณสุข เพื่อให้มีการใช้ทรัพยากรอย่างสมเหตุสมผล และผู้ยากไร้สามารถเข้าถึงบริการได้ ซึ่งการจัดบริการรณรงค์ส่งเสริมผู้สูงอายุโรคเรื้อรังให้ได้รับการรักษาต่อเนื่องโดยการสนับสนุนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนั้น ด้านสาธารณสุขควรจะอำนวยความสะดวกในเรื่องการจัดระบบการนัด การจัดช่องทางมารับบริการ และการส่งต่อข้อมูลกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและสถานอนามัยในพื้นที่ เพื่ออำนวยความสะดวกให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการรณรงค์ส่งเสริมผู้สูงอายุโรคเรื้อรังไปรับการรักษาต่อเนื่อง ควรจัดตั้งเป็นรูปแบบคณะกรรมการเพื่อจะได้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

2. ควรมีการดำเนินโครงการจิตอาสาในชุมชน โดยความร่วมมือระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและสาธารณสุขเพื่อเป็นการสร้างเครือข่ายในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังร่วมกัน โดยมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นผู้สนับสนุนโครงการด้านงบประมาณ และสาธารณสุขเป็นผู้สนับสนุนทางด้านวิชาการ และเป็นที่ปรึกษาให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการดำเนินกิจกรรมทางด้านสุขภาพ

3. ควรมีความร่วมมือระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและทางด้านสาธารณสุขในการพัฒนาศักยภาพสถานอนามัยให้เป็นศูนย์สุขภาพชุมชน เพื่อให้สามารถดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อจำกัดของการศึกษา

ผลการศึกษาไม่สามารถนำไปอ้างอิงกลุ่มประชากรได้ เนื่องจากการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง และจำนวนกลุ่มประชากรเล็ก แต่อาจสามารถนำรูปแบบไปเป็นแนวทางในการศึกษา ที่มีลักษณะคล้ายกันได้

บทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการสนับสนุนการมารับการรักษาต่อเนื่องในผู้สูงอายุ
โรคเรื้อรัง : กรณีศึกษา

ROLE OF LOCAL ADMINISTRATIVE AUTHORITY TO SUPPORT CONTINUITY
CARE OF OLDER PERSONS WITH CHRONIC ILLNESS : CASE STUDY

ระเบียบ เทียมมณี 4937542 RACN/M

พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

คณะกรรมการที่ปรึกษาสารนิพนธ์ : สุปาณี เสนาดีสัย, วท.บ. (พยาบาล) เกียรตินิยมอันดับ 2,
M.S., วันทนา มณีศรีวงศ์กุล, D.N.Sc. (Primary Care)

บทสรุปแบบสมบูรณ์

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุไทยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และมีอายุยืนยาวขึ้น สถิติในปี 2549 ประเทศไทยมีจำนวนประชากรผู้สูงอายุ ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปจำนวน 6.5 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 10.6 ของประชากรทั้งประเทศ อายุคาดเฉลี่ยในผู้สูงอายุเพศหญิงเท่ากับ 75 ปี และผู้สูงอายุเพศชายเท่ากับ 68.2 ปี (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2549) ในขณะที่อัตราส่วนการเกื้อหนุนของผู้สูงอายุ ซึ่งหมายถึงคนในวัยแรงงานอายุ 15-59 ปี ที่มีศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุมีแนวโน้มลดลง และในทางตรงข้ามพบว่า อัตราส่วนการพึ่งพิงของผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น การที่สัดส่วนของผู้สูงอายุมากขึ้นก่อให้เกิดปัญหาการขยายตัวของโรคเรื้อรัง และโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญและมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นในผู้สูงอายุคือ โรคความดันโลหิตสูง และ โรคเบาหวาน (วารสาร ภูมิศาสตร์ และคณะ, 2549) จากสถิติรายงานการเฝ้าระวังโรคเรื้อรัง ของกรมอนามัย ปี 2550 พบว่าโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน ที่มีภาวะแทรกซ้อนพบมากที่สุดในกลุ่มผู้สูงอายุ โดยพบถึงร้อยละ 55.23 และ 46.9 ตามลำดับ (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2549) ซึ่งการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ถ้าไม่ได้รับการดูแลรักษาเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจะส่งผลให้เกิดภาวะทุพพลภาพระยะยาวไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ทำให้เกิดภาวะการพึ่งพิงสูง มีความต้องการการดูแลเพิ่มมากขึ้น ส่งผลกระทบต่อระบบ

สุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคมของประเทศ จึงนับว่ามีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังควรได้รับการดูแลรักษาต่อเนื่องเพื่อเป็นการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพ ลดภาวะพึ่งพิง ไม่เป็นภาระต่อครอบครัว สังคม และ ชุมชน ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังสามารถดำรงชีวิตได้ตามปกติสุขตามสภาพถึงแม้จะมีโรคเรื้อรัง

อำเภอบางปะอินมีประชากรผู้สูงอายุจำนวน 10,756 คน คิดเป็นร้อยละ 13.41 และมีอายุยืนยาวมากที่สุดในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา โดยอายุคาดเฉลี่ยในเพศหญิง เท่ากับ 89 ปี และเพศชาย เท่ากับ 84 ปีตามลำดับ (อำเภอบางปะอิน, 2550) ปัญหาสุขภาพที่สำคัญของผู้สูงอายุอำเภอบางปะอิน คือเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โดยพบว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวานมากที่สุด จากสถิติของคลินิกโรคเรื้อรังงานผู้ป่วยนอก อำเภอบางปะอินปี 2550 มีผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 815 ราย จากจำนวนผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมด 1,434 ราย และผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน จำนวน 526 ราย จากจำนวนผู้ที่เป็นโรคเบาหวานทั้งหมด 1600 ราย(งานผู้ป่วยนอก, 2550) และพบว่ายังมีปัญหาด้านการรักษาต่อเนื่องเพราะผู้ดูแลส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างในโรงงานอุตสาหกรรมที่อยู่ในชุมชน ซึ่งต้องทำงานเป็นผลัด มีวันหยุดไม่แน่นอน ไม่สามารถพาผู้สูงอายุโรคเรื้อรังมาตรวจตามนัดได้ทุกครั้ง จึงทำให้ขาดยาจนเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงตามมา มีผลต่อค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่สูงมากขึ้น จำนวนครั้งและระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น ในกรณีมีอาการแทรกซ้อนรุนแรงเฉียบพลันต้องแก้ไขภาวะฉุกเฉินแล้วส่งไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลในระดับที่สูงขึ้น จะส่งผลให้เกิดภาระกับผู้ดูแลในการเดินทางไปเยี่ยม และเกิดการสูญเสียเศรษฐกิจจากการขาดงานของผู้ดูแล จึงสมควรที่ผู้เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนได้ให้ความสำคัญกับการสนับสนุนการมารับการรักษาต่อเนื่องของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง เพื่อติดตามผลการรักษา และแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพก่อนเกิดภาวะแทรกซ้อน โดยเฉพาะอย่างยิ่งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นซึ่งถือได้ว่าเป็นเจ้าของสุขภาพชุมชน ตามแนวนโยบายกระจายอำนาจทางด้านสุขภาพ จึงเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการให้การสนับสนุนการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชนที่รับผิดชอบ ผู้ศึกษาจึงสนใจศึกษา บทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการสนับสนุนการมารับการรักษาต่อเนื่องในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง เพื่อนำผลการศึกษาไปเสนอแนะแนวทางในการพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ให้ได้รับการรักษาต่อเนื่อง ภายใต้การสนับสนุนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการสนับสนุนการมารับการรักษาต่อเนื่องในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

2. เพื่อศึกษาบทบาทตามความคาดหวังของประชาชนต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการสนับสนุนการมารับการรักษาต่อเนื่องของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้ข้อเสนอแนะแนวทางการสนับสนุนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการมารับการรักษาต่อเนื่องของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง
2. ได้แนวทางในการจัดรูปแบบการจัดบริการให้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังมารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยได้รับการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นกรณีศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการสนับสนุนการมารับการรักษาต่อเนื่องของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง 2) ศึกษาบทบาทตามความคาดหวังของประชาชนที่มีต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการสนับสนุนการมารับการรักษาต่อเนื่องของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง โดยดำเนินการดังนี้

ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา เป็นประชากร 3กลุ่มหลักที่เกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในเขตเทศบาลตำบลบางกระสั้น อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ประกอบด้วยผู้บริหารทางด้านสาธารณสุข ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังและผู้ดูแล

กลุ่มตัวอย่าง ผู้ศึกษาได้มาโดยวิธีการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด ดังนี้

1. ผู้บริหารทางด้านสาธารณสุข 3 คน ประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางปะอิน หัวหน้าฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลบางปะอิน และสาธารณสุขอำเภอบางปะอิน
2. ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 2 คน ประกอบด้วย นายกเทศมนตรี เทศบาลบางกระสั้น และหัวหน้ากองสาธารณสุข เทศบาลบางกระสั้น
3. ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังและผู้ดูแลกลุ่มละ 10 คน
 - 3.1 ผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง
 - 3.1.1 ผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป
 - 3.1.2 อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลตำบลบางกระสั้น

3.1.3 เป็นโรคความดันโลหิตสูงและ/หรือโรคเบาหวานทั้งที่มีโรคร่วมและไม่มีโรคร่วม

3.1.4 อยู่บ้านคนเดียวหรืออยู่คนเดียวบางช่วงเวลา ขณะที่ผู้ดูแลต้องออกไปทำงานหรือประกอบอาชีพนอกบ้าน

3.1.5 ไม่สามารถเดินทางมาโรงพยาบาลได้โดยลำพังโดยการสอบถามจากผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

3.2 ผู้ดูแล

3.2.1 ญาติที่เป็นผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง และเป็นผู้ที่พาผู้สูงอายุไปโรงพยาบาล

3.2.2 เป็นผู้ที่ต้องมีภาระทำงานนอกบ้านบางช่วงเวลาหรือประกอบอาชีพรับจ้างโรงงาน อุตสาหกรรม หรือประกอบอาชีพรับจ้างหรืออื่นๆ ในช่วงกลางวัน หรือทำงานเป็นผลัด

3.2.3 อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลบางกรณี

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย

1. แบบสอบถาม เป็นแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปสำหรับผู้สูงอายุโรคเรื้อรังและผู้ดูแลมี 2 ชุด ดังนี้

1.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปสำหรับผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาต่อเนื่อง สิทธิในการรักษา

1.2 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล ระยะเวลาที่ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุและการดูแลรักษา

2. แนวคำถามในการสนทนากลุ่มสำหรับผู้สูงอายุโรคเรื้อรังและผู้ดูแลมี 2 ชุด ประกอบด้วย

2.1 แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม สำหรับผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง โดยมีประเด็นคำถามเกี่ยวกับการรับรู้ปัญหาสุขภาพและผลกระทบของการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง การแก้ปัญหาในปัจจุบัน การรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและความสำคัญของการรักษาต่อเนื่อง บทบาทการดูแลตนเอง การเข้าถึงบริการ ความต้องการความช่วยเหลือ

2.2 แบบสนทนากลุ่ม สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาระต้องออกไปประกอบอาชีพนอกบ้านบางช่วงเวลา โดยมีประเด็นคำถามเกี่ยวกับการรับรู้ปัญหาสุขภาพและ

ผลกระทบของการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ โรคเรื้อรัง การรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและความสำคัญของการรักษาต่อเนื่อง บทบาทการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง การบริหารจัดการกรณีผู้สูงอายุโรคเรื้อรังต้องไปรักษาต่อเนื่องขณะที่ต้องออกไปทำงานนอกบ้าน ความต้องการการช่วยเหลือ

3. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป สำหรับบันทึกข้อมูลของผู้บริหารมีทั้งหมด 2 ชุดประกอบด้วย

3.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปสำหรับบันทึกข้อมูลของผู้บริหารขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคล เพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการทำงาน

3.2 แบบบันทึกข้อมูลสำหรับผู้บริหารทางด้านสาธารณสุข ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคล เพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการทำงาน

4. แนวคำถามสัมภาษณ์เป็นแบบคำถามปลายเปิด 2 ชุด

4.1 แนวคำถามสัมภาษณ์สำหรับผู้บริหารขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ประเด็นคำถามประกอบด้วย การรับรู้ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในพื้นที่รับผิดชอบ การรับรู้ถึงความสำคัญในการรักษาต่อเนื่องเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง บทบาทในการให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง แนวคิดในการพัฒนาระบบบริการเพื่อให้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังได้รับการรักษาต่อเนื่อง ความต้องการสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

4.2 แบบสัมภาษณ์สำหรับผู้บริหารของสาธารณสุข ประเด็นคำถามประกอบด้วย การรับรู้ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในพื้นที่รับผิดชอบ การให้ความสำคัญในการติดตามการรักษาต่อเนื่องของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน บทบาทในการให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง แนวคิดในการพัฒนาระบบบริการเพื่อให้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังได้รับการรักษาต่อเนื่อง ความต้องการสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ยื่นหนังสือเพื่อขออนุมัติทำการศึกษา จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ที่คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี หลังจากได้รับอนุมัติ ผู้ศึกษาขอหนังสือราชการจากบัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล ถึงนายกเทศมนตรีเทศบาลบางกระสั้น สาธารณสุขอำเภอบางปะอิน และผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางปะอิน อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา เพื่อขออนุญาตในการเก็บข้อมูล ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา พร้อมทั้งนัดหมายวันและเวลา ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในแต่ละกลุ่มตัวอย่าง

2. การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ สำหรับกลุ่มผู้สูงอายุโรคเรื้อรังและผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ผู้ศึกษาดำเนินการดังนี้

2.1 ประสานงานกับเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย และอาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่ ถ่วงหน้า เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ โรคเรื้อรังและผู้ดูแลตามคุณสมบัติที่กำหนด ซึ่งประกอบด้วยผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลตำบลบ้านบางกระสันและรับการรักษา โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ทั้งที่มีโรคร่วมและไม่มีโรคร่วม ที่โรงพยาบาลบางปะอิน และมีประวัติขาดการรักษาตั้งแต่ 1 ครั้งขึ้นไป จำนวน 10 คน และผู้ดูแลหลักที่พาผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ไปตรวจรักษาจำนวน 10 คน ซึ่งอาจเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างหรือไม่ก็ได้

2.2 นัดหมายเวลาและสถานที่ในการตอบแบบสอบถามและสนทนากลุ่ม

2.3 จัดเตรียมคำถาม แบบสนทนากลุ่ม อุปกรณ์ที่ใช้ประกอบการสนทนากลุ่ม เครื่องบันทึกเสียงและเครื่องบันทึกภาพ ผู้จัดบันทึก และผู้ช่วย อย่างละ 1 คน

2.4 ก่อนทำการสนทนากลุ่ม แนะนำวิธีการสนทนากลุ่มให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจ

2.5 ดำเนินการสนทนากลุ่ม ณ ห้องประชุมสถานีอนามัยตำบลบางกระสัน

2.6 การสนทนากลุ่มใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง

3. การรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ สำหรับผู้บริหารด้านสาธารณสุข และผู้บริหารขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ใช้วิธีสัมภาษณ์เป็นรายบุคคล ดำเนินการดังนี้

3.1 เข้าพบและประสานงานเพื่อขอสัมภาษณ์และนัดหมาย วัน เวลาและสถานที่

3.2 จัดเตรียมคำถาม แบบสัมภาษณ์ อุปกรณ์ที่ใช้ประกอบการสัมภาษณ์ เครื่องบันทึกเสียงและเครื่องบันทึกภาพ ผู้จัดบันทึกและผู้ช่วย อย่างละ 1 คน

3.3 ดำเนินการสัมภาษณ์

3.4 เวลาสัมภาษณ์ประมาณ 1 ชั่วโมง

4. การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ผู้ศึกษาดำเนินการแจกแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปให้กับกลุ่มตัวอย่าง และจัดเก็บด้วยตนเอง ก่อนการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ค่าร้อยละ
2. รวบรวมประเด็นที่ได้จากการสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์ นำมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา เปรียบเทียบแต่ละประเด็น เพื่อตอบวัตถุประสงค์ของการศึกษาในครั้งนี้ และอภิปรายผลการศึกษา ตลอดจนเสนอแนะแนวทางการจัดระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุเพื่อให้ได้รับการรักษาต่อเนื่องโดยการสนับสนุนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้สูงอายุโรคเรื้อรังและผู้ดูแลกลุ่มละ 10 คน ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 2 คน และผู้บริหารทางด้านสาธารณสุข 3 คน ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 9 คน อายุอยู่ระหว่าง 70-79 ปี จำนวน 5 คน และ 80 ปีขึ้นไป จำนวน 1 คน ระดับการศึกษาจบชั้นประถมศึกษา จำนวน 6 คน มีผู้ดูแลซึ่งเป็นบุตร จำนวน 7 คน แหล่งที่มาของรายได้มาจากบุตร จำนวน 6 คน ประวัติ การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เป็นโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานร่วมกับมีโรคแทรกซ้อนจำนวน 5 คน ระยะเวลาในการรักษา 1-10 ปีและมากกว่า 10 ปี สัดส่วนเท่ากันจำนวนกลุ่มละ 5 คน ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพในการรักษาจำนวน 7 คน และประเมินความสามารถในการเดินทางโดยรถรับจ้างสาธารณะจากการซักถามพบว่า ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังทั้งหมดมีข้อจำกัดในเรื่องการเดินทางโดยรถรับจ้างสาธารณะเพียงลำพัง กลุ่มผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 8 คน อายุ 15-59 ปี จำนวน 9 คน สถานภาพสมรส คู่ 8 คน อาชีพ ค้าขาย 4 คน ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง เป็นบุตร จำนวน 8 คน รายได้ของผู้ดูแลต่อเดือนต่ำกว่า 1,000 บาท/เดือน จำนวน 2 คน อยู่ระหว่าง 1,001 - 2,000 บาท/เดือน จำนวน 4 คน ประวัติการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่อยู่ในความดูแลเป็น ทั้งโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน 4 คน มีประวัติขาดการรักษาทุกคน สิทธิในการรักษา ส่วนมากใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพในการรักษา จำนวน 8 คน

ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 2 คน ประกอบด้วยผู้บริหารสูงสุดและผู้บริหารที่ดูแลรับผิดชอบงานทางด้านสาธารณสุข เป็นเพศหญิง 1 คน เพศชาย 1 คนอายุน้อยกว่า 40 ปี 1 คน อายุ 50 ปีขึ้นไป 1 คน ระดับการศึกษา ต่ำกว่าปริญญาตรี 1 คน และสำเร็จปริญญาตรี 1 คน ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในตำแหน่งหน้าที่ น้อยกว่า 1 ปี 1 คน และระหว่าง 1-5 ปี 1 คน ผู้บริหารทางด้านสาธารณสุขมีจำนวนทั้งหมด 3 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย 2 คนอายุ 50 ปี 2 คน ระดับการศึกษาสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโท 1 คน ระดับปริญญาตรี 2 คน ระยะเวลาการทำงานจากมากที่สุดไปถึงน้อยสุด 22, 20 และ 7 ปี ตามลำดับ

ผลการศึกษาจากการสนทนากลุ่มในกลุ่มผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ผู้ดูแล และจากการสัมภาษณ์ เชิงลึกสำหรับผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และผู้บริหารทางด้านสาธารณสุขมีประเด็นสำคัญ ดังนี้

1. การรับรู้ปัญหาสุขภาพ และผลกระทบของการเจ็บป่วยและการแก้ปัญหาสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า

- ผู้สูงอายุ และผู้ดูแล ทุกคนต่างก็ รับรู้ปัญหาสุขภาพ และโรคแทรกซ้อนที่ตนเองเป็น/ผู้สูงอายุที่ตนเองดูแลอยู่เป็นอย่างดี ซึ่งในการแก้ปัญหาสุขภาพปัจจุบันคือ การพยายามปฏิบัติ

ตนตามคำแนะนำของบุคลากรทางด้านสุขภาพแนะนำ เช่นการรับประทานยาต่อเนื่อง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการรับประทานอาหาร เพื่อให้สามารถควบคุมอาการของโรคและป้องกันโรคแทรกซ้อนดังตัวอย่างคำพูด

“เป็นโรคเบาหวานมา 10 กว่าปีแล้ว มีไขมันในเลือดด้วย”

“กินยาที่ลูกจัดเอาไว้ให้เป็นชุดๆ ก่อนไปทำงาน ต้องกินยาตลอดนะเพราะกลัวน้ำตาลจะขึ้น”

ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และผู้บริหารทางด้านสาธารณสุขต่างก็รับรู้ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่เป็นอย่างดีโดยเฉพาะผู้บริหารทางด้านสาธารณสุข รับรู้และตระหนักถึงปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุในพื้นที่โดยเฉพาะเป็นโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานจำนวนมากและเป็นปัญหาสุขภาพอันดับต้นๆ ที่หาแนวทางแก้ไขมาตลอด และเห็นว่าปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่ส่งผลกระทบต่อครอบครัวของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง รวมทั้งการจัดสรรงบประมาณของหน่วยงาน โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะต้องจัดสรรงบประมาณเพื่อช่วยเหลือสวัสดิการสังคมเพิ่มขึ้น ส่วนสาธารณสุขจะต้องเพิ่มงบประมาณค่าใช้จ่ายด้านการดูแลรักษาและการจัดบริการเพื่อให้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง สะดวกในการมารับการรักษาต่อเนื่องดังตัวอย่างคำพูด

“ก็พอรู้ข้อมูลจากสถานีอนามัยตำบลบางกระสันอยู่บ้างว่า ส่วนมากผู้สูงอายุในพื้นที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานกันมาก และเป็นปัญหาสำคัญของพื้นที่”

“ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่ ส่วนใหญ่คือ โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน ซึ่งทั้ง 2 โรครวมกันคิดเป็น 2 ใน 3 ของผู้ป่วยทั้งหมดซึ่งนับว่าสูงมาก”

“การเจ็บป่วยของผู้สูงอายุส่งผลกระทบต่อครอบครัวแบกรับภาระในการดูแล หาเงินได้ไม่เต็มที่ ฐานะยากจน ถ้าเกิดพิการขึ้นมาเทศบาลก็ต้องมีภาระในการดูแลผู้พิการอีกด้วย ”

“ผลกระทบต่อโรงพยาบาลก็คือค่าใช้จ่ายในการรักษามากขึ้น เพราะจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ในขณะที่เดียวกันคนไข้รายเก่าก็ควบคุมอาการของโรคไม่ได้ เกิดโรคแทรกซ้อนทำให้ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาเพิ่มมากขึ้น”

- การแก้ปัญหาในปัจจุบันองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นยังไม่ค่อยมีบทบาทมากนัก และยังไม่มียุทธศาสตร์และแผนในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังเฉพาะ แต่จะเน้นการดูแลในเรื่องคุณภาพชีวิต และสวัสดิการสังคม เป็นหลัก

- การแก้ไขปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ผู้บริหารโรงพยาบาลมีความเห็นว่า ปัจจุบันยังตั้งรับอยู่เฉพาะในโรงพยาบาล เช่น จัดสิ่งแวดลอมให้ปลอดภัยและพัฒนามาตรฐาน

การดูแลรักษา และจัดระบบบริการให้เอื้อต่อการได้รับการรักษาต่อเนื่อง ส่วนการดำเนินงานเชิงรุก ในชุมชนยังทำได้ไม่ดีเท่าที่ควร สถานือนามัยในเครือข่ายที่ให้การดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน ยังมีปัญหาอัตราค่าลงไม่เพียงพอและมีภาระงานหลายหน้าที่ทำให้การติดตามเยี่ยมบ้านไม่ครอบคลุมทั่วถึง และไม่สามารถติดตามเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุโรคเรื้อรังได้ทั้งหมด ดังตัวอย่างคำพูด

“การแก้ไขปัญหานั้นในปัจจุบัน เป็นการแก้ไขปัญหาการให้บริการในโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจและเข้าถึงบริการ โดยการจัดหาสิ่งอำนวยความสะดวก เช่น การจัดหารถเข็นนั่งสำหรับผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยให้เพียงพอ ขยายเวลาเปิดคลินิกจาก เดิมที่คลินิกเบาหวานมีเพียงวันพุธวันเดียว ปัจจุบันขยายบริการเป็น 3 วัน ส่วนในโรคความดัน โลหิตสูงเดิม จะไม่ได้แยกคลินิก ปัจจุบันแยกเป็นคลินิกโรคความดันโลหิตสูงทุกวันจันทร์ เพราะ ต้องการขยายเวลาการให้บริการลดความแออัดด้วย”

2. ความเข้าใจและการให้ความสำคัญกับการรับการรักษาต่อเนื่อง และปัญหาในการดูแลรักษาต่อเนื่อง

- ผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ได้รับข้อมูลจากเจ้าหน้าที่ทางด้านสุขภาพ เข้าใจเรื่องการดูแลรักษาโรคและค่อนข้างให้ความสำคัญกับการรับการรักษาต่อเนื่อง แต่มีปัญหาไม่สามารถไปรับการรักษาต่อเนื่องได้ทุกครั้ง ส่วนใหญ่เนื่องจากผู้ดูแลออกไปทำงานนอกบ้าน และผู้สูงอายุโรคเรื้อรังมีข้อจำกัดในการเดินทางโดยรถประจำทางสาธารณะดังตัวอย่างคำพูด

“หมอบอกเหมือนกันว่าต้องกินยาคุมเบาหวานตลอด เพราะถ้าไม่คุมน้ำตาลเบาหวานจะขึ้นตา ขึ้นไต และเป็นแผลที่เท้าต้องตัดเท้า”

“ลูกพาไปรับยา ถ้าไปไม่ได้ก็จะวานญาติคนอื่นไปแทน ถ้าหาใครไม่ได้ก็ต้องขาดนัดแต่ไม่บ่อย”

ด้านผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รับรู้และเข้าใจว่าโรคเรื้อรังที่ผู้สูงอายุ เป็นอยู่ต้องได้รับการรักษาต่อเนื่องแต่ในปัจจุบันยังไม่ได้มีนโยบายหรือแผนให้การดูแลช่วยเหลือ โดยเฉพาะ ส่วนมากจะเน้นการช่วยเหลือทางด้านสวัสดิการสังคม และสงเคราะห์ผู้ด้อยโอกาส ผู้ยากไร้เป็นต้น แต่จะช่วยเหลือผู้ที่ยังไม่มีบัตรประชาชนให้มีสิทธิครอบคลุมเพื่อให้เข้าถึงบริการได้

“เกี่ยวกับผู้สูงอายุโรคเรื้อรังไม่ได้มีนโยบายโดยเฉพาะ แต่ก็ช่วยจัดการเรื่องสวัสดิการด้านการดูแลรักษา โดยการมอบหมายให้ผู้นำชุมชน กำนันผู้ใหญ่บ้าน สสำรวจผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบของตนเอง เพื่อค้นหาผู้ที่ยังไม่มีสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาล และประสานงานกับสถานอนามัยตำบลบางกระสันเรื่องการทำบัตรประกันสุขภาพ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการของรัฐอย่างเท่าเทียมและทั่วถึง”

ส่วนผู้บริหารทางด้านสาธารณสุขมีความเห็นว่า ปัญหาในการดูแลรักษาผู้สูงอายุโรคเรื้อรังคือการขาดการรักษา และ ปฏิบัติตนยังไม่ถูกต้องโดยเฉพาะในเรื่องการปฏิบัติตนในเรื่องการรับประทานอาหารซึ่งสอดคล้องกับความเห็นของญาติผู้ดูแลและผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง รับประทานอาหารตามใจชอบ

“ปัญหาการดูแลรักษา คือการขาดนัดไม่มารับยาต่อเนื่อง การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อควบคุมอาการของโรค ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังเปลี่ยนยาก ผมว่าคนไข้ยังขาดความตระหนัก ในการดูแลตนเองอยู่มาก รู้ทุกอย่างแต่ไม่ค่อยปฏิบัติทำให้การรักษายากยิ่งขึ้น ควบคุมอาการได้ไม่ดีเท่าที่ควรจะเป็น ทั้งที่ทางโรงพยาบาลก็พัฒนาคุณภาพของการรักษามาตลอด”

3. แนวคิดในการจัดบริการให้กับผู้สูงอายุโรคเรื้อรังเพื่อให้ได้รับความสะดวกการมารับบริการต่อเนื่องและเข้าถึงบริการได้ง่าย

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นปัจจุบันยังไม่มีนโยบายและแผนในการให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุโรคเรื้อรังชัดเจน แต่ในอนาคตมีแผนจะจัดทำโครงการจิตอาสา จัดอบรมจิตอาสาและอาสาสมัครสาธารณสุขให้มีความรู้ในเรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อให้ออกเยี่ยมผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง และคอยให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุที่อยู่บ้านตามลำพัง วางแผนจัดหาทรัพยากรเพื่อให้เพียงพอต่อการจัดบริการทางด้านสุขภาพในอนาคต และยินดีให้ความร่วมมือและให้การสนับสนุนถ้าทางด้านสาธารณสุขร้องขอ ในการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุโรคเรื้อรังให้ได้รับการรักษาต่อเนื่องทุกรูปแบบ ส่วนกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินมีบริการรถรับส่งไปโรงพยาบาลโดยไม่คิดค่าใช้จ่าย ดังตัวอย่างคำพูด

“เทศบาลมีการจัดสรรงบประมาณสำหรับอบรม อสม. และจิตอาสา ให้มีความรู้ในเรื่องโรคของผู้สูงอายุ การดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง เพื่อให้สามารถนำความรู้ที่ได้รับไปดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุในชุมชนได้”

“กำลังอยู่ในระหว่างดำเนินการเรื่องการจัดซื้อรถพยาบาลเพื่อนำมาใช้ในหน่วยระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน วางแผนจัดหาบุคลากรให้เพียงพอ นี้ก็เตรียมรับบุคลากรทางด้านสาธารณสุขมาเพิ่มอีกเพื่อจะได้มีกำลังเพียงพอในการให้บริการประชาชนในพื้นที่

แนวคิดในการจัดบริการที่สะดวกต่อการมารับการรักษาต่อเนื่องของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ของทางด้านสาธารณสุข คือพัฒนาศักยภาพสถานีอนามัยในเครือข่ายเพื่อให้เป็นสถานบริการทางด้านสุขภาพตามนโยบายใกล้บ้านใกล้ใจ โดยนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในการพัฒนาและประสานความร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วมในการช่วยสนับสนุนผู้สูงอายุ

โรคเรื้อรังให้ได้รับการรักษาต่อเนื่อง และจัดทำโครงการจิตอาสาเพื่อให้ชุมชนได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในพื้นที่ด้วย ดังตัวอย่างคำพูด

“การจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ควรจะพัฒนาทุกสถานีนอนามัยให้เป็น PCU ทุกแห่ง ขยายกรอบขยายรวมทั้งพัฒนาศักยภาพของบุคลากรให้มีความรู้ความสามารถในการให้การดูแลผู้สูงอายุ โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างมีประสิทธิภาพ”

“มีแผนประสานงานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นขอสนับสนุนรถรับส่งผู้ป่วยมารับบริการตามนัด เนื่องจากรถโรงพยาบาลมีไม่เพียงพอ เพราะต้องใช้ในการส่งต่อผู้ป่วยด้วย”

4. ความต้องการ การช่วยเหลือในการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุโรคเรื้อรังเพื่อให้ได้รับการรักษาต่อเนื่อง

ในส่วนของประชาชนทั้งผู้สูงอายุโรคเรื้อรังและผู้ดูแลมีความต้องการให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสนับสนุนรถรับส่งไปตรวจตามที่แพทย์นัด หากตรงกับวันที่ผู้ดูแลออกไปทำงานนอกบ้าน และต้องการให้มีความร่วมมือกับทางด้านสาธารณสุขพัฒนาศักยภาพสถานีนอนามัยให้มีมาตรฐานการดูแลรักษาเทียบเท่ากับ โรงพยาบาล สำหรับกลุ่มผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนต้องการให้มีแพทย์มาตรวจ ถ้าไม่มีแพทย์ก็ขอกลับไปตรวจที่โรงพยาบาลเหมือนเดิม ส่วนผู้ดูแลต้องการให้จัดผู้ดูแลแทนญาติตามไปด้วยกรณีมีรถรับส่ง ดังตัวอย่างคำพูด

“ถ้าที่สถานีนอนามัยมียาและรักษาได้ก็ดี แคร็บยาเดิมก็รับที่สถานีนอนามัย แต่ถ้าเป็นมาก หรือหมอนัดตรวจพิเศษ จึงไปตรวจกับหมอที่โรงพยาบาลก็ได้”

ด้านผู้นำองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้องการได้รับการสนับสนุนจาก ประชาชนในการให้ข้อมูลการเจ็บป่วย และทางด้านสาธารณสุขเป็นที่เล็งเห็นสนับสนุนการดำเนินงานบริการด้านสุขภาพ และเป็นผู้จัดทำแนวทางการจัดบริการทางด้านสุขภาพ ตลอดจนกำหนดกฎเกณฑ์ต่างๆ ในการเรียกใช้หน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินชุมชน เพื่อให้ผู้ยากไร้เข้าถึงบริการได้

“อยากให้ทุกคนในชุมชนให้ความร่วมมือสอดส่องดูแลผู้สูงอายุในชุมชน เช่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ได้ออกเยี่ยมบ้านเพื่อให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง และรายงานให้เทศบาลทราบเป็นระยะ ส่วนประชาชนในพื้นที่ก็ต้องมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลการเจ็บป่วยแก่เทศบาลอย่างต่อเนื่อง”

อภิปรายผลการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และบทบาทตามความคาดหวังของประชาชนที่มีต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการสนับสนุนการมารับการรักษาต่อเนื่องของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

ผลการศึกษาจากการสนทนากลุ่มผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง และผู้ดูแลและสัมภาษณ์เชิงลึกผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและผู้บริหารสาธารณสุข เพื่อหาประเด็นสำคัญ มีดังนี้

1. การรับรู้ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุและการแก้ปัญหาในปัจจุบัน การเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

การรับรู้ปัญหาสุขภาพและผลกระทบ พบว่าทั้งผู้สูงอายุโรคเรื้อรังและผู้ดูแล ทราบถึงโรคและภาวะแทรกซ้อนของตนเอง หรือผู้สูงอายุที่ตนเองดูแลอยู่เป็นอย่างดี และผู้สูงอายุโรคเรื้อรังมีความเห็นว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังส่งผลกระทบต่อความสามารถในการทำงาน และการช่วยเหลือตนเองได้น้อยลง อยู่ในภาวะพึ่งพามากขึ้น มีปัญหาอุปสรรคในการเดินทางออกนอกบ้าน โดยลำพัง ซึ่งการแก้ปัญหาสุขภาพในปัจจุบันคือ การปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางด้านสุขภาพ เช่นการรับประทานยาสม่ำเสมอ ไปพบแพทย์ตามนัด การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเรื่องการรับประทานอาหาร สอดคล้องกับผลการศึกษา ของเพลินพิศ และคณะ (2543) ที่พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่รับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง โดยผู้ที่มีปัญหาสุขภาพเรื้อรัง จะมีความสามารถในการทำงาน และการช่วยเหลือตนเองลดลง และมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่การปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ เช่น การออกกำลังกาย และการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ เป็นต้น

ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรับรู้ ว่า ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และพบมากที่สุดคือโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน โดยได้รับข้อมูลจากบุคลากรทางด้านสาธารณสุขของสถานีอนามัยบางกระสัน ซึ่งการที่ได้รับทราบข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ จึงทำให้ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเริ่มมีความตระหนัก และเห็นความสำคัญของการให้การช่วยเหลือและสนับสนุนการให้การดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาการพัฒนาระบบบริการเบาหวานในชุมชนแบบมีส่วนร่วมของภาคการเมืองท้องถิ่น ซึ่งพบว่าบุคลากรทางด้านสาธารณสุขสื่อสารปัญหาสุขภาพและผลกระทบของโรคเรื้อรังในชุมชนให้ผู้นำท้องถิ่นได้รับรู้และตระหนักถึงความสำคัญของปัญหา จนเกิดข้อตกลงร่วมกันของทุกภาคส่วนในการจัดทำแผนควบคุมป้องกันโรค และร่วมมือกันในการดำเนินงานจนโครงการประสบผลสำเร็จ (ศิริวัฒน์ ไชยหะนิจ, 2551) ในปัจจุบัน การแก้ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นยังแสดงบทบาทไม่เด่นชัด แต่จะเน้นในด้านการให้การดูแลเกี่ยวกับ

คุณภาพชีวิตและสวัสดิการสังคม เช่น การแจกเบี้ยยังชีพสำหรับผู้สูงอายุทั่วไป และ กิจกรรมนันทนาการ เช่น การจัดงานวันผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พบว่ามีบทบาทแคบๆ เกี่ยวข้องเฉพาะกิจกรรมทางศาสนา ประเพณี และมีหน้าที่เป็นกรรมการจัดสรรงบประมาณระดมทุน ซึ่งได้จากกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เพื่อจัดสรรให้แก่ผู้สูงอายุที่ยากจนไร้ที่พึ่ง (ศิริวรรณ ศิริบุญ, 2544)

ผู้บริหารทางด้านสาธารณสุขรับรู้ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่เป็นอย่างดี และเห็นว่า การเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานในผู้สูงอายุเป็นปัญหาสำคัญอันดับต้นๆ ของเขตพื้นที่อำเภอบางปะอิน ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ผู้ดูแล โรงพยาบาล ตลอดจนส่งผลกระทบต่อผู้มารับบริการอื่นๆ เช่น โรงพยาบาลเกิดความแออัด เนื่องจากมีจำนวนผู้สูงอายุโรคเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น โรงพยาบาลต้องจัดสรรงบประมาณเพิ่มในการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจในการรักษาผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง อันเนื่องมาจากความต้องการบริการที่เพิ่มมากขึ้นทั้งทางด้านการรักษาพยาบาลและบริการสังคม ด้านคุณภาพบริการในการรักษาพยาบาล กระบวนการดูแลรักษาผู้สูงอายุโรคเรื้อรังมีความซับซ้อนและต้องการการดูแลแบบบูรณาการสูง จึงทำให้เกิดค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และ คณะ, 2544) นอกจากนี้ ทั้งผู้บริหารทางด้านสาธารณสุข และผู้ดูแล ต่างมีความเห็นตรงกันว่าผู้สูงอายุโรคเรื้อรังยังมีปัญหาในเรื่องการดูแลตนเอง อาจเป็นไปได้ว่า การให้คำแนะนำของบุคลากรทางด้านสุขภาพยังไม่เพียงพอที่จะสามารถทำให้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังเข้าใจและดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม เนื่องจากมีเวลาจำกัดในการให้บริการซึ่งถ้าหากมีเวลาเพียงพอที่จะสอนสุขภาพตามโปรแกรมที่ทางโรงพยาบาลจัดให้ ก็จะสามารถ ปฏิบัติตนได้ถูกต้องและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ดีขึ้นสอดคล้องกับผลการศึกษากิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง มีการจัดกิจกรรมเรื่องอาหาร การออกกำลังกาย การคลายเครียด โดยใช้เทคนิคการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ที่พบว่าภายหลังเข้าร่วมกิจกรรม 3 เดือน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดีขึ้น ทั้งในเรื่องการรับประทาน อาหาร การออกกำลังกาย และ การคลายเครียด (สุพัตรา เบญจัญญุลักษณ์ และ นริศรา คลื่นแก้ว, 2550)

2. ความเข้าใจ และการให้ความสำคัญกับการรักษาต่อเนื่อง และปัญหาการได้รับการรักษาต่อเนื่อง

ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังและผู้ดูแลต่างก็มีความรู้ ความเข้าใจในเรื่อง การดูแลรักษาว่าโรคที่เป็นอยู่เป็นโรคเรื้อรัง ต้องรับประทานยาต่อเนื่อง ไปตรวจตามแพทย์นัดสม่ำเสมอ เพราะได้รับ

ข้อมูลบุคลากรทางด้านสุขภาพแต่ก็ไม่สามารถไปตรวจตามแพทย์นัดได้ทุกครั้ง ซึ่งมีสาเหตุมาจากไม่มีคนพาไปตรวจ เพราะผู้ดูแลต้องออกไปทำงานนอกบ้าน จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุทั้ง 10 คนมีข้อจำกัดในการเดินทาง ไม่สามารถเดินทางโดยรถประจำทางสาธารณะเพียงลำพังได้เพราะกลัวเกิดอุบัติเหตุเวลาข้ามถนน และบางครั้งมีอาการเวียนศีรษะ จึงต้องมีคนดูแลเวลาเดินทางเพื่อความปลอดภัยจากการพลัดตกหกล้มและแม้ว่าส่วนใหญ่ จำนวน 7 คนเป็นผู้ที่ช่วยเหลือตนเองได้ก็ตาม สอดคล้องกับผลการศึกษาปัจจัยเสี่ยงของการหกล้มของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่อาศัยอยู่ในชนบท ที่พบว่าผู้สูงอายุมีปัญหาเกี่ยวกับการทรงตัวและหกล้ม โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหลายโรคและผลข้างเคียงของยารักษาโรคบางชนิดที่ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังใช้ประจำ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการหกล้มในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง (ลัดดา เถียมวงศ์, วันทนา มณีศรีวงศ์กุล และสุทธิชัยจิตพันธ์กุล, 2544 ; วิภาวี กิจกำแหง, นิพัช กิตติมานนท์ และศุภสิทธิ พรรณนารุโนทัย, 2548) และสอดคล้องกับการศึกษา การประเมินการพึ่งพาตนเองของผู้สูงอายุซึ่งไม่มีภาวะทุพพลภาพในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน พบว่าถึงแม้ว่าผู้สูงอายุจะช่วยเหลือตนเองได้แต่ก็ไม่สามารถเดินทางลำพังได้ ถึงร้อยละ 45 เนื่องจากปัญหา ปวดเข่า สายตาไม่ดี (เขาวรัตน์ ปรปักษ์งาม และ สุพัตรา อดิโพธิ์, 2543; วราภรณ์ ภูมิสวัสดิ์และคณะ, 2549)

3. นโยบายและแผนในการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุโรคเรื้อรังให้ได้รับการรักษาต่อเนื่อง

ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้วางแผนการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง โดยมีการเตรียมการวางแผนในการจัดหาทรัพยากร เช่น วางแผนซื้อรถพยาบาลเพิ่ม และรับสมัครบุคลากรทางด้านสุขภาพเพิ่ม เพื่อให้บริการมีคุณภาพและเพียงพอต่อการสนับสนุนการรับการรักษาต่อเนื่องของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง และมีแผนที่จะจัดทำโครงการจิตอาสา ให้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่บ้านเพียงลำพังทั้งที่เป็นผู้สูงอายุโรคเรื้อรังและผู้สูงอายุทั่วไป และมีโครงการเยี่ยมบ้านร่วมกับเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยในพื้นที่ ส่วนการจัดบริการเพื่อให้ผู้สูงอายุให้ได้รับการรักษาต่อเนื่องยินดีให้ความร่วมมือกับทางด้านสาธารณสุข โดยเฉพาะการรับส่งผู้สูงอายุโรคเรื้อรังเพื่อไปรับการรักษาต่อเนื่อง แต่ควรกำหนดกฎเกณฑ์ร่วมกัน ให้ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วม และมีความรู้สึกเป็นเจ้าของร่วมกัน เพื่อเกิดการใช้ทรัพยากรอย่างสมเหตุ สมผลและคุ้มค่า ผู้ยากไร้ได้เข้าถึงบริการอย่างแท้จริง

ทางด้านสาธารณสุขมีแนวคิดของการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุโรคเรื้อรังเพื่อให้ได้รับการรักษาต่อเนื่อง และได้ดำเนินการมาอย่างต่อเนื่อง ในอนาคตมีแผนที่จะพัฒนาบุคลากร และศักยภาพสถานีอนามัยในการดูแลรักษาโรคเรื้อรัง มีแผนพัฒนาระบบเทคโนโลยีมาใช้ในการดูแลรักษาผ่านทางอินเทอร์เน็ต เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยสามารถขอคำปรึกษาแพทย์ และแพทย์สั่งการ

รักษาผ่านทางอินเทอร์เน็ต เพื่ออำนวยความสะดวกแก่ผู้ป่วยและไม่ต้องเดินทางมารักษาที่โรงพยาบาล ลดความแออัด และเพื่อให้สถานีนามัยเป็นสถานที่รักษาใกล้บ้านใกล้ใจในอนาคต นอกจากนี้ยังมีแผนที่จะขอความร่วมมือจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการสนับสนุนรับส่งผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชนมารับการรักษาต่อเนื่อง และให้การดูแล ช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง ขณะที่ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังกลับสู่ชุมชน

4. ความต้องการความช่วยเหลือในการจัดบริการเพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังให้เข้าถึงบริการ

ประชาชนคาดหวังในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สนับสนุนรับส่งไปตรวจตามนัด ในวันที่ผู้ดูแลออกไปทำงานนอกบ้าน แต่ถ้าหากวันที่ผู้ดูแลอยู่ ก็ต้องการไปตรวจตามนัดกับผู้ดูแล แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง มีความต้องการให้มีผู้ดูแลขณะเดินทางและให้ความช่วยเหลืออำนวยความสะดวกในการเข้ารับบริการดูแลรักษา ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาค้นคว้าความต้องการและความคาดหวังของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ที่มีความคาดหวังจากครอบครัวและชุมชนคือ ให้ช่วยดูแลพาไปพบแพทย์ และจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้ (เพลินพิศ ฐานิวัฒน์ และคณะ, 2544) ซึ่งตรงกับความต้องการของผู้ดูแลที่เสนอแนะว่า กรณีมีรถรับส่งควรจัดให้มีผู้ดูแล ติดตามไปด้วยเพื่ออำนวยความสะดวกให้กับผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง นอกจากนี้ยังเห็นว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรร่วมมือทางด้านสาธารณสุข ในการพัฒนาศักยภาพสถานีนามัยให้สามารถให้การดูแลรักษาผู้สูงอายุโรคเรื้อรังได้ และมีมาตรฐานเทียบเท่ากับโรงพยาบาล ต้องการให้มีแพทย์มาตรวจที่สถานีนามัย สามารถตรวจทางห้องปฏิบัติการได้เหมือนไปตรวจที่โรงพยาบาล แต่หากไม่มีแพทย์มาตรวจรักษา และไม่สามารถตรวจทางห้องปฏิบัติการได้เหมือนที่โรงพยาบาล ยังต้องการไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลต่อ โดยเฉพาะผู้ที่มีโรคแทรกซ้อน เพราะเห็นว่าเจ้าหน้าที่สถานีนามัย ไม่สามารถตรวจและวินิจฉัยได้เหมือนแพทย์ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาค้นคว้าความต้องการการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ในด้านมุมมองของประชาชนต่อระบบบริการสุขภาพว่า สถานบริการไม่เพียงพอให้บริการ สถานีนามัยไม่บริการตลอด 24 ชั่วโมง ขาดแพทย์ในการตรวจรักษาการเจ็บป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน การเจ็บป่วยฉุกเฉินที่หน่วยบริการปฐมภูมิไม่สามารถให้การรักษาได้ กรณีต้องส่งต่อก็ไม่มีพาหนะนำส่งให้ (วิจิตร ศรีสุพรรณ และ คณะ, 2546; วราภรณ์ ภูมิสวัสดิ์, 2547) จะเห็นได้ว่าความต้องการของประชาชนสอดคล้องกับแผนการยกระดับศูนย์สุขภาพชุมชนให้เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของรัฐบาลปัจจุบัน ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เพื่อปรับภารกิจและยกระดับการให้บริการสุขภาพของสถานีนามัย / ศูนย์สุขภาพชุมชน เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยให้มุ่งเน้นการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการให้บริการปฐมภูมิที่จำเป็น 2) เพื่อพัฒนา

ศักยภาพของ “ทีมสุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล” ให้มีขีดความสามารถในการให้บริการสุขภาพแบบองค์รวม และเชิงรุก 3) เพื่อพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดบริการสุขภาพ ที่สอดคล้องกับบริบทของชุมชน (<http://www.hph.moph.go.th> 10/12/2009) ในส่วนความเห็นเรื่องความต้องการพยาบาลเวชปฏิบัติ มาประจำสถานีอนามัย นั้น ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังและผู้ดูแล ต่างมีข้อคิดเห็นตรงกันว่ายินดีมารับบริการเฉพาะกรณี ที่เป็นโรคเรื้อรังที่ไม่มีโรคแทรกซ้อน เนื่องจากคิดว่าไม่มีเครื่องมืออุปกรณ์ในการตรวจวินิจฉัย และยังไม่เคยเห็นบทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติ และไม่ทราบถึงความแตกต่างของพยาบาลเวชปฏิบัติ กับบทบาทบุคลากรทางการแพทย์ที่สถานีอนามัยเนื่องจากตำบลบางกระแสนังไม่มีศูนย์สุขภาพชุมชนและยังไม่เคยมีพยาบาลเวชปฏิบัติประจำที่สถานีอนามัย

ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ต้องการได้รับการสนับสนุนจากประชาชนในพื้นที่ช่วยกันดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังและ ค้นหาปัญหาความต้องการของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่ของตนเองและส่งข้อมูลให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อจะได้หาแนวทางแก้ไขปัญหาและบรรเทาความเดือดร้อน มีความต้องการได้รับการสนับสนุนจากทางด้านสาธารณสุขคือ ให้คำแนะนำและเป็นพี่เลี้ยงการดำเนินงานทางด้านสุขภาพ ส่วนในเรื่องการสนับสนุนรถรับส่งผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเทศบาลบางกระแสนยินดีให้การสนับสนุน แต่ให้ทางด้านสาธารณสุขเป็นผู้จัดทำแนวทางในการขอใช้บริการของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง และเป็นผู้ประสานงานระหว่างผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่จะไปตรวจตามแพทย์นัดกับเทศบาลทุกครั้ง

บทบาทในการให้การดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง และบทบาทตามความคาดหวังของประชาชนต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

บทบาทตามการรับรู้ของประชาชน

ปัจจุบันองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้เข้ามามีบทบาทในการให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุมากขึ้น โดยหลักๆจะสนับสนุนทางด้านงบประมาณ จากการศึกษารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพและการให้การดูแลผู้สูงอายุภายใต้เงื่อนไขการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุจังหวัดสงขลาที่ชุมชนร่วมจัดบริการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีบทบาทในเรื่องการสนับสนุนงบประมาณ จัดทำโครงการทำ หน้าที่เป็นผู้ประสานงานกับหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้องรวมถึงร่วมดำเนินงาน การที่ผู้นำองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามามีบทบาทในการสนับสนุนและร่วมดำเนินงาน นับเป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จของโครงการ (เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์ และคณะ, 2543) เช่นเดียวกันกับการศึกษา การขยายผลโครงการอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้านของตำบลสระคู จังหวัดร้อยเอ็ด ที่ประสบผลสำเร็จของโครงการ โดยที่โครงการสามารถดำเนินการต่อเนื่องได้ พบว่ามาจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้า

มามีส่วนร่วม และสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงาน และค่าตอบแทนต่างๆสำหรับผู้ปฏิบัติงานเพื่อดูแลผู้สูงอายุในชุมชน (สำนักงานส่งเสริมและฝึกอบรม มหาวิทยาลัย เกษตรศาสตร์, 2549) ส่วนจากผลการศึกษาขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เทศบาลตำบลบางกระสั้น พบว่ายังแสดงบทบาทการให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุโรคเรื้อรังไม่ชัดเจน แต่จะให้ความช่วยเหลือดูแลทางด้านสวัสดิการสังคม เช่น การแจกเบี้ยยังชีพ และการจัดงานวันผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้พบปะสังสรรค์ ปีละครั้ง กับการจัดโครงการระยะสั้นตามปัญหาและความต้องการของประชาชน

บทบาทตามความคาดหวังของประชาชน

บทบาทตามความคาดหวังของประชาชน 1) ต้องการให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สนับสนุนรถรับส่งในการไปรับการรักษาพยาบาลต่อเนื่อง ในวันที่ผู้ดูแลออกไปทำงานนอกบ้าน 2) ต้องการให้มีความร่วมมือกับภาคสาธารณสุขเพื่อพัฒนาศักยภาพ สถานีอนามัย ให้มีมาตรฐานเท่าเทียมกับโรงพยาบาล และต้องการให้มีแพทย์ตรวจ ตลอดจนสามารถตรวจทางห้องปฏิบัติการได้ เหมือนโรงพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับ ร่าง แผนการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพ.ศ. 2552-2555 ว่าด้วยการยกระดับศูนย์สุขภาพชุมชนให้เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโดยรัฐบาลปัจจุบัน ซึ่งมีขอบเขตของการทำงาน และจุดเน้นคือ 1) ดำเนินการเชิงรุกโดยมุ่งเข้าหาประชาชนและชุมชนเพื่อการสร้างสุขภาพเป็นหลัก รวมทั้งมุ่งจัดการกับปัจจัยเสี่ยงที่เป็นต้นเหตุของปัญหาสุขภาพ 2) บริการอย่างต่อเนื่องและสามารถให้คำปรึกษากับผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง โดยสามารถปรึกษาแพทย์ในโรงพยาบาลพี่เลี้ยง หรือส่งต่อผู้ป่วยได้ตลอดเวลา ทั้งนี้อาจมีบริการเตียงนอนเพื่อสังเกตอาการ โดยไม่รับผู้ป่วยไว้นอนค้างคืน และหากมีกรณีฉุกเฉินก็มีระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในการออกไปรับผู้ป่วยและให้การปฐมพยาบาลก่อนส่งต่อ 3) มีความเชื่อมโยงและมีส่วนร่วม โดยมีความเชื่อมโยงกับบริการสุขภาพในระดับอื่น ในการดูแลผู้ป่วยรายกรณีอย่างมีประสิทธิภาพ และมีส่วนร่วมอย่างเข้มแข็งในการดำเนินงานของประชาชน ชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ

บทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และบทบาทตามความคาดหวังของประชาชน ต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการสนับสนุนการมารับการรักษาต่อเนื่องในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง มีประเด็นสำคัญดังนี้

1. บทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามการรับรู้ของประชาชน ถึงแม้ว่าผู้นำองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะรับรู้ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่ดี และมีความเข้าใจในเรื่อง

การดูแลรักษา แต่ในปัจจุบันองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นยังมีบทบาทน้อยมาก ในด้านการสนับสนุน และช่วยเหลือเกี่ยวกับการดูแลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ยังไม่มีนโยบายหรือแผนเกี่ยวกับ ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังเฉพาะ แต่จะมีบทบาทในการให้การดูแลส่งเสริมที่ ผู้ยากไร้ และดูแลช่วยเหลือ ทางด้านสวัสดิการสังคม เช่น การแจกเบี้ยยังชีพสำหรับผู้สูงอายุ และจัด บริการหน่วยกู้ชีพฉุกเฉิน เพื่อให้บริการผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินไปส่ง โรงพยาบาลโดยไม่คิดค่าบริการ แต่ไม่ครอบคลุมการให้บริการ ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่ไปตรวจตามนัด

2. บทบาทตามความคาดหวังของประชาชนมีต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ประชาชนทั้งผู้สูงอายุโรคเรื้อรังและผู้ดูแลต่างก็คาดหวังให้้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทในการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง โดยสนับสนุนรถรับส่งไปตรวจที่โรงพยาบาลตามแพทย์นัดในวันที่ผู้ดูแลออกไปทำงาน และควรจัดให้มีผู้ดูแลเดินทางไปให้ความช่วยเหลือแทนญาติ และคาดหวังให้้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับทางด้านสาธารณสุขพัฒนาศักยภาพสถานีนามัย ให้สามารถดูแลรักษาผู้สูงอายุโรคเรื้อรังได้ โดยให้มีมาตรฐานการรักษาเท่าเทียมกับโรงพยาบาล

ข้อเสนอแนะ

1. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรสนับสนุนรถรับส่งผู้สูงอายุโรคเรื้อรังให้ไปรับการรักษาต่อเนื่อง แต่ต้องมีการกำหนดเกณฑ์ และแนวทางในการดำเนินงานร่วมกันระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและสาธารณสุข เพื่อให้มีการใช้ทรัพยากรอย่างสมเหตุสมผล และผู้ยากไร้สามารถเข้าถึงบริการได้ ซึ่งการจัดบริการรถรับส่งผู้สูงอายุโรคเรื้อรังให้ได้รับการรักษาต่อเนื่องโดยการสนับสนุนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนั้น ด้านสาธารณสุขควรจะอำนวยความสะดวกในเรื่องการจัดระบบการนัด การจัดช่องทางการรับบริการ และการส่งต่อข้อมูลกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและสถานีนามัยในพื้นที่ เพื่ออำนวยความสะดวกให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการรับส่งผู้สูงอายุโรคเรื้อรังไปรับการรักษาต่อเนื่อง ควรจัดตั้งเป็นรูปแบบคณะกรรมการเพื่อจะได้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

2. ควรมีการดำเนินโครงการจิตอาสาในชุมชน โดยความร่วมมือระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและสาธารณสุขเพื่อเป็นการสร้างเครือข่ายในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังร่วมกัน โดยมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นผู้สนับสนุนด้านงบประมาณ และสาธารณสุขเป็นผู้สนับสนุนทางด้านวิชาการ และเป็นทีปรึกษาให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการดำเนินกิจกรรมทางด้านสุขภาพ

3. ควรมีความร่วมมือระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและสาธารณสุขในการพัฒนาศักยภาพสถานีนามัยให้เป็นศูนย์สุขภาพชุมชน เพื่อให้สามารถดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อจำกัดของการศึกษา

ผลการศึกษาไม่สามารถนำไปอ้างอิงประชากรกลุ่มอื่นได้ เนื่องจากเป็นการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง และจำนวนกลุ่มประชากรเล็ก แต่อาจสามารถนำรูปแบบไปเป็นแนวทางในการศึกษาที่มีลักษณะคล้ายกันได้



ROLE OF LOCAL ADMINISTRATIVE AUTHORITY TO SUPPORT CONTINUITY
CARE OF OLDER PERSONS WITH CHRONIC ILLNESSES: CASE STUDY

RABEAB TEAMMANEE 4937542 RACN/M

M.N.S. (COMMUNITY HEALTH NURSE PRACTITIONER)

THEMATIC PAPER ADVISORY COMMITTEE : SUPANEE SENADISAI, B.Sc.
(Nursing) Hon, M.S., WANTANA MANEESRIWONGUL, D.N.Sc., (Primary Care)

EXTENDED SUMMARY

Study background and justification

The current proportion among Thai population of different age groups shows that number of elderly population is instantly in rising trend and the life expectancy at birth of Thai people maximizes. In 2006, Thailand had 6.5 millions of population aged 60 and over years old. In other words, 10.6% of the Thai entire population was elderly. The life expectancy at birth of Thai females was 75 years, while the life expectancy at birth of Thai males was 68.2 years. (Foundation of Thai Gerontology Research and Development, 2008) This happened while the dependency ratio between working people (aged 15-59 years old) and elderly declined, but the number of elderly requiring being look after increased. The increasing number of elderly leads to the increasing rates of chronic illnesses. The leading chronic illnesses reported among Thai elderly were hypertension and diabetes mellitus (Waraporn Poomsawas et al., 2006). According to the surveillance of chronic illnesses by the Department of Health (2007), hypertension and diabetes mellitus were the major causes of health complications— 55.23% and 46.9% respectively – found in Thai elderly. Hence, it is crucial that the elderly with chronic illnesses access to continuity of care to prevent them from experiencing health complication and disability, and decrease their dependency demands and burden to the family, society, and community.

Most importantly, the elderly are able to live a quality life under their chronic illness condition.

Bangpa-In District is a home to 10,756 elderly persons, or 13.41% of total Bangpa-In residences. The elderly of this location was recorded to have the longest life expectancy in comparison to those of other locations in Pranakornsri-Ayuthaya Province. The life expectancy at birth of Bangpa-In females is 89 years, and the life expectancy at birth of Bangpa-In males is 84 years. The leading chronic health problems reported in Bangpa-In elderly were hypertension and diabetes mellitus. In 2007, according to the report of chronic illness out-patient clinic in Bangpa-In district, out of 1,434 hypertension patients, 815 of them were elderly, and out of 1,600 diabetic patients, 526 of them were elderly (Chronic Patient registration, Bangpa-In Hospital, 2007). The chronic ill persons did not continuously receive recommended cares and treatments because their caretakers were mostly work in factories located in the community. The caretakers worked in rotation with no fixed days off from work. Thus, they, at times, were unable to take their elders to receive cares and treatments according to predetermined appointments. As a result, the chronic ill elderly tended to live without medications needed for controlling the condition of chronic illnesses leading them to develop health complications. When complications occur, cost of treatment, time and duration of hospitalization increase. When health complication becomes severe and acute, the patients are referred to a hospital with more advanced technology and capacity. The situation causes a life burden to the patients' relatives as they have to travel further to visit the patients. The relatives may need to take day(s) off from work in order to be by the side of the patients. This might lead the family to face with financial difficulty. Therefore, it is important that every related agency realizes the necessity of the provision of continuous cares to the elderly with chronic illness in order to monitor the results of treatment prescribed, and to promptly deal with health problems before health complications develop. Local administrative authority, as holding the position as the owner of community health based on the decentralization of health policy, should take an active role in supporting the continuity of cares provided to chronic ill elderly living in its designated area. Hence, the researcher was interested in identifying the roles of the local administrative authority in supporting the continuity of care provided to the local elderly with chronic

illnesses. The results of the study were expected to be valuable for developing a model of continuous healthcare services for chronic ill elderly with the support of the local administrative authority.

Purpose of the study

1. To identify roles of local administrative authority in supporting the continuous healthcare services provided to elderly with chronic illness
2. To identify expectations of community members on the roles of local administrative authority in supporting the continuous healthcare services provided to elderly with chronic illness

Expected benefits

1. Presenting recommendations of how the local administrative authority could support the continuity of care provided to chronic ill elderly
2. Possessing directions valuable for developing a system of continuous healthcare services for chronic ill elderly with the support of the local administrative authority

Methodology

This case study was aimed at 1) identifying roles of local administrative authority in supporting the continuous healthcare services provided to elderly with chronic illness, and 2) identifying expectations of community members on the roles of local administrative authority in supporting the continuous healthcare services provided to elderly with chronic illness. The procedures are as follow.

Population and samples

The study population was three major agencies– community member representatives, local administrative authority representatives, and local healthcare team representatives– involving in providing cares to chronic ill elderly in Bangkrason subdistrict of Bangpra-In district, Pranakornsri-Ayuthaya province.

Samples: The researcher adopted purposive sampling method to recruit the study participants regarding the following inclusion criteria.

1. Three public health personnel with administrative positions, including the director of Bangpra-In Hospital, the head nurse of Bangpra-In Hospital, and the head of Bangpra-In District Health Office.

2. Two local administrative authority representatives, including the mayor and the head of public health division of Bangkrason subdistrict administrative office.

3. Twenty community member representatives, including 10 elderly with chronic illness, and 10 caretakers of the elderly with chronic illness.

3.1 Elderly with chronic illness.

3.1.1 Elderly with chronic illness aged 60 years old and over.

3.1.2 Living in the designated area of Bangkrason subdistrict administrative office

3.1.3 Being diagnosed with hypertension and/or diabetes mellitus.

3.1.4 Living alone or being alone at particular because caretakers are at work

3.1.5 Unable to travel to hospital alone assessed based on the information told by the chronic ill elderly

3.2 Caretaker

3.2.1 The elderly with chronic illness's direct line of relative.

3.2.2 Having to go for work some duration of time, or working at factory, or doing other jobs during daytime, or working on rotation basis.

3.2.3 Living in the designated area of Bangkrason subdistrict administrative office.

Study instruments

The instruments used to collect information for the study were:

1. Two sets of questionnaires to obtain demographic information of the participants.

1.1 A questionnaire to obtain demographic information of elderly with chronic illness – personal information, history of chronic illness, history of continuity of care/treatment received, and eligible health welfare scheme.

1.2 A questionnaire to obtain demographic information of the caretakers of chronic ill elderly – personal information, numbers of years of being in the position to look after the elderly, and accessibility to information regarding chronic illness in elderly and its cares and treatment.

2. Two sets of focus group guideline used in representatives of community members.

2.1 The focus group for elderly with chronic illness was emphasized on the knowledge of health problem and its effects, perception of information concerning the chronic illness and the importance of continuity of treatment, self-care roles, and accessibility to supportive care services.

2.2 The focus group for the chronic ill elderly's caretakers who worked outside their homes was emphasized on knowledge of elderly's health problem and its effects, the perception of information concerning the chronic illness and the importance of continuity of treatment, roles of caretakers looking after chronic ill elderly, the management for ensuring that the elderly accessed to continuous treatment while they also had to go to work, and needs of support.

3. Two sets of demographic survey were used with two separated groups, one was for the local administrative authority representatives while the other was for the local public health personnel administrators. The items in the questionnaires comprised of gender, age, education, number of years working in their position.

4. Two sets of opened end questions in-dept interviews were developed, one was for the local administrative authority representatives while the other was for the local public health administrators. These consisted of a set of questions revolving around their knowledge of elderly diagnosed with chronic health problems living in their catchment area, the perception of the importance of continuity of treatment in order to prevent health complications, and their roles in supporting the continuity of care provide to the chronic ill elderly, as well as their opinions on developing a system to support the continuity of care provided to the elderly with chronic illness, and the needs for support from related agencies.

Procedures of data collection

1. Once the study proposal was approved by Human Ethic Committee, Faculty of Medical, Ramathibodi hospital, the researcher obtained a formal letter from the Mahidol Graduate Faculty– addressed to the mayor of the Bang-Krason local administrative authority, the head of the Bangpra-In District Health Office, and the director of Bangpra-In hospital– to invite them to take part in the study and to be interviewed, as well as to schedule place and time for conducting interviews with each group.

2. For the procedures to collect qualitative information from the elderly with chronic illness, and the caretakers of the elderly with chronic illness, the researcher followed the steps illustrated below:

2.1 Contacting and collaborating with field coordinator in advanced to recruit the community member representatives who met the inclusion criteria. The participants recruited were 10 elderly with chronic illness who lived in the Bangkrason subdistrict administrative area, and received treatment for hypertension and diabetes mellitus at Bangpra-In Hospital, and 10 caretakers of elderly with chronic illness. The elderly and caretakers could be recruited either in pair or separate individuals.

2.2 Scheduling date, time, and place for conducting focus.

2.3 Preparing questions, focus group guideline, instruments needed for focus group, including recording device, camera, one note taker, and one general assistant.

2.4 Before beginning the on focus group, the nature of the focus group discussion was briefed to all participants.

2.5 Conducting focus group at the seminar room of Bangkrason Health Center. Clarifying the fundamental rules and agreement to the participants.

2.6 Each focus group lasted one hour.

3. For the procedures to collect qualitative information from the public health personnel and the local administrative authority representatives holding administrative positions, the researcher arranged to have one-on-one interview with each of them, following the steps illustrated below:

3.1 Arranging for a meeting with each participant to set date, time and place of interview

3.2 Preparing questions, focus group guideline, instruments needed for focus group, recording device, camera, one note taker, and one general assistant

3.3 Conducting interviews

3.4 Each interview lasted one hour

4. For the procedure to collect quantitative information the researcher distributed the questionnaire copies to each group of participants prior to conducting focus groups and interviews.

Data analysis

1. The information of the participants' demographic information was analyzed using descriptive statistics– mean and percentage

2. The information gained from the focus groups and in-depth interviews was analyzed and categorized, as well as compared and contrasted to reach the answers for the research questions and objectives. The study results were then discussed, and the directions the development of a system of continuous healthcare services for chronic ill elderly with the support of the local administrative authority, were recommended.

Study results

Samples were consisted of 10 elderly chronic illness, and 10 caretakers, 2 local administrative authorities and 3 local public health administrators. For the elderly with chronic illness. There were nine females and one male, with 60 as minimum age and over 80 years old as maximum age. Six of them possessed primary school. Seven of them had their children as their caretakers. Six of the entire number received financial support from their children. Two of the ten were diagnosed with hypertension, whereas, other three were diagnosed with diabetes mellitus and the rest were diagnosed with both hypertension and diabetes mellitus. Five out of ten reported to experience complications as a result of their diagnosis. Equal (5:5) number of them had been diagnosed with the chronic illness ranged from 1 to 10 years, and over. Seven of the elderly used public health security card to cover their health expenses. And, according to the result of gained from the interviews, all of the elderly were unable to travel by public transport without companies. The caretakers of elderly with

chronic illness mostly aged 15-59 years old were recruited for this group, eight females and two males. While two out of ten were single, the other eight were married. Four of them were tradesmen. Eight of them were children of chronic ill elderly. Two caretakers earned less than 1,000 baht/month, while other four earned 1000-2000 baht/month. Four caretakers had experienced of caring for elderly diagnosed with both diabetes mellitus and hypertension. All ten caretakers had experienced looking after elderly with non-adherence to treatment regimen. Eight of them held public health security welfare.

Local administrative authority representatives were one female and one male one held highest position in the office, while another held responsibility for public health services, in which one was at the age of 40, whereas another was over 50 years old. One of them possessed education at bachelor degree, and another possessed education level below bachelor degree. Regarding work experience, one had one year of experience, another had 1-5 years of experience in the current positions. The local public health administrators were comprised of one female, two males. One of them was 59 years old, and the other two were at their early 50s. One participant completed master degree, and the other two completed bachelor degree. Their years of experience in their positions, ranked from lowest to highest, were 22, 20, and 7.

The study results gained from the focus group discussions with elderly diagnosed as chronic illness and from the caretakers, and the information gained from in-depth interviews with local administrative authority, and local public health administrator were concluded as follow.

1. Aware of the chronic illnesses in elderly, and problem-solving approach

The elderly knew about their own chronic illnesses and complications. Similarly, the caretakers were aware of elderly's chronic illness and potential complications. To keep the health condition under control and to prevent the development of complications they followed health personnel's recommendations, for example, adhering to medication regime, and modifying diet behavior.

“(I have been diagnosed) with diabetes mellitus for over 10 years, (I also had) high lipid level in the blood”

“Taking medications as given by my children before (children) going to work... (I) must take medication because (I am) afraid of high blood sugar level”

The local administrative authority and the health personnel also were aware of chronic illness among elderly living in their designated area. The public health personnel in administrative positions, in particular, possessed a good view of elderly health problems in their catchment areas. They understood that hypertension and diabetes mellitus were the two major chronic health problems in which they constantly seek for ways to deal with. The local administrative representatives viewed that the chronic illness in elderly affected the elderly and family as well as the distribution of organizational budget because they needed to allocate a budget to help the family of elderly facing financial burden. And if elderly become disable because of chronic illness, the fund to support disable persons would required an increase. This view was affirmed by the public health personnel.

“(I) had some information given by the staff of Bangkrason Health center... the major health problems in elderly are hypertension and diabetes mellitus; it has become major problems of this area”

“Hypertension and diabetes are counted as major illnesses found in elderly living in this area...and proportion of those diagnose with all two chronic illness in comparison to the total number of patients was 2:3, which considered as high proportion”

“The illness of elderly adds burden to family. The family living with poverty faces with financial difficulty and when there is a chronic illness person in the family, the routine work schedule is disturbed, and the community have to take care of those who developed complications and became disable”

“The hospital’s expenses would increase as a result of the increasing number of new patients, while having to deal with those who developed complications”

Currently, the roles of local administrative authority on the elderly health remained unclear. The authority had not yet had policy and plan concerning care for elderly with chronic illness in place. The activities had been carried out by the authority were focused on quality of life and social welfare.

In response to the elderly health, the hospital director stated that, the hospital roles were passive. The hospital had continuously improved safety precaution and standard of care, as well as developed a system to enable continuity of care. At community level, the local health institute had also not been successful at establishing proactive approach. The human resource at the local health institute was still limited, and its staffs were overload with multiple tasks. Thus, they were unable to visit elderly with chronic illness at their home.

“The measures taken up to deal with the problems in hospital were mainly focused on patients’ accessibility to the healthcare, and patients’ satisfaction towards services, such as provision of wheel chairs to serve patients who had limited mobility, extending office time of diabetic clinic from one day to three days a week. And nowadays there is a hypertension clinic opened on Monday in order to expand the services and deal with overcrowded problem.”

2. Understand and aware of continuity treatment and its problems

The elderly and the caretakers understood that the continuity of treatment, and keeping up with doctor appointment are necessary for keeping chronic illness under control. They got this information from health personnel. However, the elderly at times failed to go for follow up appointment because their caretakers had work engagement. And the elderly with chronic illness did not favor traveling alone on public transport due to their poor health condition.

“Doctor suggested that (I) must take medication to control the health condition, if they don’t, the blood sugar level would increase and complications of eyes and kidneys might be occurred, and (If I) have wound on the foot, (my foot might) be amputated”

“My kid takes me to go to get the medication, otherwise I would ask my neighbour, and if there is no one to take me, I would miss my appointment, but not often”

Though the local administrative authority understood that the continuity of care for elderly with chronic illness is crucial, they had not yet had specific plan and policy to provide support the elderly. What they had done was focused on providing social welfare, and providing some financial support to those living in poverty condition. They also took a role in identifying people who did not have health security card in order to enhance people’s accessibility to healthcare.

“About elderly with chronic illness, we do not have policy in place. However, we helped with distributing social welfare. We have community leaders, “Kumnun” (head of subdistrict) and “Pu Yai Ban” (head of village) helping to identify elderly living in their areas that have not obtained any kind of health welfare. This activity is carried out to ensure equity of accessibility to healthcare services of elderly”

The problems concerning elderly with chronic illness raised by the health personnel were the elderly’ s non-adherence to treatment regime, and the elderly’s inability to modify their diet behavior. The later one was supported by the caretakers who stated that elderly under their care consume food as they like.

“The problems concerning treatment for elderly were missing follow up appointment, non adherence to medication regime, and inability to modify lifestyle to control the health condition. I think the patients lack of concern on the matter. They knew but they don’t do according to their knowledge. It is difficulty to deal with the situation. The situation has not improved even though the hospital has improved the quality of services”

3. Management policy and plan on continuity of care provided to elderly with chronic illness

The local administrative authority had not yet established a plan and policy to support elderly with chronic illness. But in the future they plan to participate in “Health Volunteer Project” to ensure the accessibility to proper care of elderly with chronic illness who live alone. The local administrative authority stated that they were willing to collaborate and cooperate with supporting the continuity of care for elderly with chronic illness as requested by health personnel. They plan to allocate enough resources to support the services provided to the elderly, such as by providing free of charge transport for taking the elderly to and back from their follow up appointment.

“Our subdistrict office has allocated budget to cover training village health volunteers and volunteers in “Chit Arsa Project” to have knowledge of caring for elderly and elderly with chronic illness. We hope that the volunteers could apply the knowledge into their real practice in taking of the elderly in their community”

“We are in the process of buying another emergency vehicle, and allocating more health personnel so we would have enough resources to provide services to our residents”

Public health personnel had been constantly provided services to elderly with chronic illness and enhanced their continuity of care. In the future, they plan to improve the knowledge and skill of health staff, and capability of the health center in providing care. They also posted the idea of using internet technology as a way to promote and develop collaboration and cooperation among related agencies. And they planned to invite the local administrative authority to take part in the development of continuity of care for elderly with chronic illness. The health personnel agreed that the “Chit Arsa Project” could be a way to invite community participation in caring for elderly living in their area.

“To provide health services to elderly with chronic illness, every health center should be up graded to PCU, expanding list of medications, and improving health staff’s competencies in

providing effective caring for elderly diagnosed with diabetes mellitus and hypertension.

“(We) intend to invite the local administrative authority to provide financial support for buying a vehicle for taking the elderly to and back from their hospital appointment. The hospital does not have enough vehicles to carry out this mission as its vehicles are used for referring patients”

4. Needs of support to ensure the accessibility of elderly with chronic illness to healthcare services

The elderly and caretakers expected that the local administrative authority would support them in form of providing transport to take them to their appointment at the hospital on the days that their caretakers had work engagement. The caretakers added that it would be best if someone was being assigned to go along with the elderly while traveling on the transport. The elderly and the caretakers furthermore suggested that the local administrative authority should cooperate with the health center in improving their capability to look after elderly with chronic illness and increase the staff’s competencies in order to collaborate with those working in hospital setting. In the absence of physician and laboratory test at the health center, the elderly, especially those who developed health complications, still needed to go to hospital for follow up appointment.

“If we could receive mediation and necessary treatment at the health center it would be good. However, if we have severe condition, or we have an appointment for a special test we could go to hospital”

The community leaders of local administrative authority required support from community members to report the information of problems and needs of the elderly. And they asked the health personnel to supervise them in carrying out services concerning health, to develop direction of health services, and to set criteria of people eligible to use the service.

“(We) would like to see everyone in the community helping with caring and monitoring elderly living in the community, such as “Kumnun” and “Pu Yai Ban” regularly visit the elderly living in their area in order to offer continuous assistance, and report the situation to us. We also expected that community members would inform us about their health problems.”

Discussion

The following is the discussion of the results gained from the focus group interviews with community members and in-depth interviews with the local administrative authorities and local public health administrators.

1. Aware of the chronic illnesses in elderly, and problem-solving approach

This study found that the elderly knew about their own chronic illnesses and complications. Likewise, the caretakers were aware of elderly’s chronic illness and potential complications. The elderly perceived that the chronic illness elevated their levels of dependency, while decrease the ability to perform daily activities. They found that commuting on public transport on their own was impossible. They deal with the problems by following health personnel’s recommendations, for example, adhering to medication regime, keeping physician appointment, modifying diet behavior. This result was congruent with those of Plenpis et al, (2000) which revealed that most elderly were aware of their health status, and those with chronic illness were aware of the decline of their level of independency. And similar to the results of this study, which stated that the elderly often followed the directions such as exercise and diet given by physician.

The local administrative authority was aware of chronic illness among elderly living in their designated area. They were informed by the healthcare personnel of Bangkrason health centre that hypertension and diabetes mellitus were the two main chronic health problems. The information given raised the awareness of the local administrative authority, and made them realized the urgent needs for their support and assistance to help the community dealing with the situation. Siriwat Chaikanij

(2008) pointed out that when the health personnel share information and communicate with the community leaders about chronic health problem and its effects, related agencies are prone to collaborate with developing a strategy plan to prevent occurrence of chronic illness, and are willing to transform the plan into successful actions. However, up until now, the roles of Bangkrason local administrative authority on providing support to elderly with chronic illness were not clearly displayed. Nowadays, their major roles were to ensure the elderly quality of life and social welfare “such as. distributing pension to all elderly, arranging recreation activities such as celebrating elderly day” Siriwan Siriboon (2001) agreed that the roles of local administrative authority on supporting the needs of elderly remained limited. The authority mainly involved in arranging religious-custom activities, and took the role as distributor of elderly pension fund which actually allocated by the Ministry of Social Development and Human Security.

The local public health administrators possessed a good view of elderly health problems in their catchment areas. They agreed that hypertension and diabetes mellitus in elderly had raised a great concern in Bangpra-In District. The illnesses not only affect the elderly, but also their caretakers, hospital, and other clients of health institutes. For example, the increasing number of chronic ill elderly cramped the hospital spaces, and the hospital needed to obtain more funding for healthcare and treatment. This situation was also demonstrated in a study of effects of demands on healthcare services among elderly with chronic illness on economics by Suthichai Jatapunkul et al, (2001). The researchers pointed out that the demands on healthcare, treatment and social services, the quality of care, and the advanced technologies required for treatment of the health problems caused the increase of health expenditure. The health personnel and the caretakers shared the same view on the elderly were unable to perform self-care practice. They suspected that healthcare providers did not provide sufficient knowledge to the elderly– due to their workload and limited time. Thus, the elderly did not have enough knowledge to understand their conditions, and to look after themselves properly. Only if healthcare providers have substantial time to give health education according to health education program, the clients would be able to improve their health practice and behavior. This statement was relevant to a previous study of one’s self-care behavior when being diagnosed

with hypertension and/or diabetes mellitus. This study revealed that after three months of participating in health education activities– which were carried out by knowledge exchange revolved around the knowledge of self-care practice, diet, exercise, stress management, the hypertensive clients’ all aspects of health behavior improved (Supatra Benjathanyaluck & Narisra Kleankaew, 2007).

1. Understand and aware of continuity treatment and its problems

The elderly and the caretakers understood that the continuity of treatment, and keeping up with doctor appointment are necessary for keeping chronic illness under control. They got this information from health personnel. However, the elderly at times failed to go for follow up appointment because their caretakers had work engagement. In this study, all ten elderly with chronic illness expressed that their ability to travel alone was limited due to their poor health condition (i.e. feeling dizziness, and risk of fall). For safety reason, they required to have caretakers accompanied them when they travel. A study on risk factors of fall in rural elderly with chronic illness revealed that multiple chronic illnesses and effects of medications were the factors inducing fall in elderly diagnosed with chronic illness (Ladda Tiamwong, Wantanee Maneesriwongkul & Suthichai Chitpankul, 2001; Wipawee Kijkumheang, Nipat Kittimanon & Supasith Punnarunothai, 2005). This is congruent with a study on independency level-self-assessment of elderly with ability to perform daily activities. The study illustrated that though 45% of the elderly had ability to perform daily activities they were unable to travel alone because of health conditions– knee pain, poor eye vision (Yaowarat Porapuckkam & Supatra Athipoh, 2000; Waraporn Poomsawas et al, 2006).

2. Management policy and plan on continuity of care provided to elderly with chronic illness

The local administrative authority had established a plan to support elderly with chronic illness– buying more emergency vehicle, increasing the numbers of health personnel. The allocation of these further resources was aimed at supporting the continuity of cares among elderly with chronic illness. A “Health Volunteer Project” was also discussed as another way to ensure the access of elderly living alone

to proper care. The local administrative authority, furthermore, expressed the interest in joining health personnel to visit elderly at their own homes. The local administrative authority stated that they were willing to collaborate and cooperate with supporting the continuity of care for elderly with chronic illness by providing transport for the elderly to go to follow up appointment. However, they suggested that all agencies involved should take part in the plan in order to establish common understanding, and to ensure proper utilization of resources, as well as to ensure accessibility to health services of population living in poverty condition.

Public health personnel addressed that for their part; they had been constantly provided services to elderly with chronic illness and enhanced their continuity of care. In the future, they plan to improve the knowledge and skill of health staff, and capability of the health center in providing care. They also raised the idea of using internet technology as a way to communicate with physician, and for physician to order treatment through video link system. These methods were expected to save patients time from traveling to hospital, solving hospital overcrowded problem, and to encourage people to come to receive care at their nearby health center. In order to improve continuity of care, the health personnel also expressed that they intended to request the local administrative authority to provide financial support for buying vehicle used for transporting elderly with chronic illness from their home to the health center for following up care/treatment.

3. Needs of support to ensure the accessibility of elderly with chronic illness to healthcare services

The elderly and caretakers expected that the local administrative authority would support them in form of providing transport to take them to their appointment at the hospital on the days that their caretakers had work engagement. However, they still preferred to be taken to hospital by their caretakers when the caretakers were available. This pointed out that the elderly with chronic illness needed assistance from the caretakers while they traveled to and from hospital. In her study, Pleanpit Thaniwat et al, (2001) the expectation of elderly with chronic illness towards their family and community were assisting them to go to see physician, and paying their healthcare expenses. In this current study, the caretakers recommended that there

should be someone accompanying the elderly when the elderly commuting to hospital by the transport provided by the local administrative authority. The elderly and the caretakers furthermore suggested that the local administrative authority should cooperate with the health center in improving the capability of the health center to be able look after elderly with chronic illness, and to increase the staff's competencies to collaborate with those working in hospital setting, and to arrange to have a physician coming to the health center. The elderly and caretakers pointed out it would be best if they could have their required laboratory test done at the health center. In the absence of physician and laboratory test, the elderly, especially those who developed health complications, still needed to go to hospital for follow up appointment. This statement was congruent with those addressed in the study of people's expectation on primary care services carried out by Wichit Srisupan et al, (2003). The findings of this previous study revealed that the number of primary care institutes was limited, the health center did not provide 24 hours services and did not have physician to perform examination for patients with complicated health problems, the health center did not capability to handle emergency cases, and did not have vehicle to transfer emergency cases to hospital. People's expectation support the government plan to 1) up grade the community health center to subdistrict health promoting hospital which focuses on health promotion, disease prevention, and primary care services, 2) to improve the staff of the subdistrict health promoting hospital to be able to provide holistic and proactive healthcare services, 3) to enhance community participation and collaboration from related agencies in developing healthcare services suitable with the community context. The elderly with no health complications and the caretakers said that they would come to receive care provided by nurse practitioner if there is one at the health center. They expressed that they felt uncertain about the competencies of the nurse practitioner as they had not been informed what the roles of the nurse practitioner are, and how the roles were different from those who were not nurse practitioner. In addition, they viewed that the health center did not have proper equipment to provide treatment to them if they had developed health complications. In the time when this study taken place, there was neither community health center nor nurse practitioner at Bangkrason Health center.

The community leaders suggested that the community members should take part in monitoring the number of elderly with chronic illness living in their area, identifying problems and needs of the elderly, reporting the information to the local administrative authority. So that they could get together to establish plan to solve the problems identified. The community leaders also required the health personnel to supervise them in carrying out services concerning health. About the arrangement to have transport to take the elderly with chronic illness to and back from hospital, the local administrative authority was willing to provide financial support. However, they required the health personnel to set criteria of people eligible to use the service. They suggested that the health personnel should act as mediator between the elderly with chronic illness with the need to travel to appointment and the local administrative authority.

The expectation of community members on the roles of local administrative authority in provision of care for elderly with chronic illness

Nowadays, the collaboration of local administrative authority in supporting elderly increased. The authority mainly provided financial support. A study on model of health promotion and care provided to elderly under the condition of elderly participation carried out in Songkhla Province revealed that the participation of local administrative authority in form of providing support and being part of health team was the significant contributing factor of the success of the project (Pleanpit Thaniwattananon et al, 2000). This evidence was also supported by the result of the study taken place in Sraku Subdistrict of Roi-Et Province which illustrated that the sustainability of the project could happen when the local administrative authority participated in the project and provided financial support to cover reward paid to the volunteers (The Support and Training Office, Kasetsart University, 2006). The study results of this current study showed that the roles concerning the matter of Bangkrason local administrative authority was not prominent. What the authority had done so far included providing social welfare (distributing elderly pension), arranging an event to celebrate “Elderly Day” once a year, and implementing some other short term projects according to problems and needs of population.

Roles as expected by community members

The roles expected by community members comprised of 1) the requirement for the local administrative authority to provide transport for taking them to and back from hospital on the day that their caretakers were away at work, 2) the requirement to collaborate with the health center to increase the capability of the health center to match those of hospital setting, to arrange for physician to come to provide health services at the health center, and to have laboratory test available at the health center. These requirements were congruent with those indicated in the Drafted Plan of Subdistrict Health Promoting Hospital year 2010-2014. (<http://www.hph.moph.go.th10/12/2009>) According to the drafted plan, the health center would be transformed to subdistrict health promoting hospital which its main focuses as first, implementing proactive approach to promote health of community and to eliminate and manage health risk factors, second, providing continuity of care and having healthcare services covering 24 hours, as well as being able to consult physician of contracted hospital and to refer patients to the hospital at all times. There would be beds at the health promoting hospital for the patients to stay in case of needed close observation, but the beds are not for stay overnight. Furthermore, the health promoting hospital should have emergency health team to pick patients up at their own homes, and to perform first aid needed before referring the patients. And 3) a link and collaboration from other levels of health services should be established in order to ensure that the patients access to necessary cares and treatment. In addition, strengthening participation and collaboration among people, community and local administrative agencies was recommended in order to bring the plan to success.

Summary

Roles of local administrative authority and expectations of community members on the role of local administrative authority in supporting the continuity care of older persons with chronic illness were as follows:

1 Roles of local administrative authority

The local administrative authority understood and recognized the importance of medication adherence needed in elderly with chronic illness. However,

their roles and plan concerning solving this matter remained vague. What the authority had done so far included providing social welfare (distributing elderly pension), and implementing some other short term projects according to problems and needs of population. The local administrative authority had not yet developed specific plan in response to the situation, however, there is emergency vehicle for transporting chronic ill elderly to hospital, but for emergency cases only

2. Roles as expected by community members

The roles expected by community members are the requirement for the local administrative authority to provide transport with an assistant for taking them to and back from hospital on the day that their caretakers were away at work. They also suggested the local authority to collaborate with the health center to improve the capability of the health center to match those of hospital setting,

Recommendations

The local administrative authority should supply vehicle for transporting elderly with chronic illness to hospital for receiving continuous cares, while the public health sector develops criteria of elderly eligible to use the transporting service. The clarification of the criteria is recommended to ensure the fairness of resource distribution. The public health sector could also act as mediator between the local administrative authority and the elderly with chronic illness when transport is needed. They were recommended to constantly pass on information to local administrative authority and the community health center. A committee should be established to be responsible for monitoring and improving the transporting services according to changing situation, and ensuring the accessibility of the transporting service and continuous treatment among the chronic ill elderly with financial difficulty.

1. The local administrative authority together with the local public health sector should develop the “volunteer project” which the outcome of the project is the network for providing support to elderly with chronic illness. To implement this project, the local administrative authority is in the position to provide financial support while the public health sector is in the position to provide support in form of training the volunteers to improve their knowledge and skills of cares for elderly with chronic

illness. The health personnel could also act as a source of health knowledge and activities for the local administrative authority.

2. The local administrative authority and local health center should work together to develop the health center to become a primary care unit in order to expand the availability of treatments and medications required by elderly with chronic illness.

Limitation of the study

The results of the study could not be generalized because the study participants were purposively selected, and recruited in small number. Nevertheless, the results as well as the study methods and procedures could be applied to conduct future studies conducted in similar context.

เอกสารอ้างอิง

- กรมอนามัย. (2550). *สุขภาพของคนไทย*. รายงานประจำปี 2550 กรมอนามัย. กระทรวงสาธารณสุข.
- กระทรวงสาธารณสุข. *รายงานการสาธารณสุขไทย 2548-2550*. กรุงเทพฯ : สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข.
- ขนิษฐา นันทบุตร, กล้าเพ็ญ โสภบารุง, ปิยะธิดา นาคะเกษียร, ปราณี ชีโรโสภณ และจินตนา ลีละไกรวรรณ .(2547). *การสังเคราะห์การวิจัยและพัฒนาเครื่องมือและกลไกการทำงานชุมชนในระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ*. คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ทะเบียนราษฎร์อำเภอบางปะอิน. (2550). *ข้อมูลประชากรตามทะเบียนราษฎร์อำเภอบางปะอิน, อำเภอบางปะอิน, จังหวัดพระนครศรีอยุธยา*
- คณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี. (2550 - 2554). *แผนพัฒนาเศรษฐกิจสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 พ.ศ.2550-2554*.
- คณะกรรมการการศึกษาכלระบบสุขภาพแห่งชาติและบทบาทโครงสร้างกระทรวงสาธารณสุข. (2549). *การสังเคราะห์כלในระบบสุขภาพแห่งชาติและบทบาทหน้าที่โครงสร้างกระทรวงสาธารณสุข*. นนทบุรี, สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, (บทคัดย่อ)
- งานผู้ป่วยนอก, (2550). *ทะเบียนผู้ป่วยโรคเรื้อรัง*. โรงพยาบาลบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
- งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน. (2550). *ทะเบียนส่งต่อผู้ป่วยอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน*. โรงพยาบาลบางปะอิน, จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
- ชื่นฤทัย กาญจนะจิตตรา, ชาย โพธิ์สิตา, กฤตยา อาชวนิจกุล, อุมภรณ์ ภัทรวาริชย์, กุลวีณ์ ศิริรัตน์มงคล, หทัยรัตน์ เสียงดังและสุภรต์ จรัสสิทธิ์. (2550). *สุขภาพคนไทย*. อมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์พับลิชชิ่ง.
- दनัย เอกะโรหิต. (2549). *ประสิทธิผลการรักษาผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุเพื่อป้องกัน Macrovascular complication ในโรงพยาบาลน้ํงเกล้า*. วารสารวิชาการโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป, 3(8).
- ดิเรก ปัทมสิริวัฒน์. (2547). *การกระจายอาจจากส่วนกลางให้ท้องถิ่นและภูมิภาค ประเมินความก้าวหน้าและอุปสรรคและนัยต่อสุขภาพประชาชน*

- ดิลก กิโยทัย. (2546). ความดันโลหิตสูง : จาก JNC VII สู่การประยุกต์ใช้ทางคลินิก. วารสารคลินิก, 19(12), 1,019-1022.
- เทพ หิมะทองคำ, ชัยชาญ ดีโรจนวงศ์, พงศ์อมร บุญนาค, วัลลา ตันตโยทัยและสุนทรี นาคะเสถียร (2547). โครงการทบทวนความรู้เกี่ยวกับเบาหวานและน้ำตาลในเลือด. นนทบุรี : กระทรวงสาธารณสุขและมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ.
- นัยนา อากาศวรรณกุล, รัตนาภรณ์ อิมหมั่นงาม, นุชนางค์ เขียวเข้ว่า. (2548). ความชุกโรคเบาหวาน และภาวะเบาหวานแฝงในประชากรกลุ่มญาติผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการ ณ ศูนย์สุขภาพชุมชนจอหอ ปี พ.ศ.2547. วารสารควบคุมโรค. 31(2), 164 -174.
- ประสิทธิ์ ลีระพันธ์ และ รุจิณา อรรถสิทธิ์. (2548). สถานการณ์และเงื่อนไขการกระจายอำนาจด้านสุขภาพในท้องถิ่น: กรณีศึกษาจากการพัฒนานำร่องรูปแบบ กสพ. จังหวัดภูเก็ต. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) กระทรวงสาธารณสุข.
- ปิ่นนเรศ กาศอุดม, รวีวรรณ เผ่ากัณหา, วารี กังใจ, คณิศรณั แก้วแดง และ รัชมน นามวงศ์. (254). สถานการณ์ ปัญหาความต้องการและพลังอำนาจ ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่บ้าน. (บทคัดย่อ).
- ปัทมา โกมุท. (2551). ต้นแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. วารสารคลินิก, 24(4), 316-324.
- ปรีดา เต๋ออาร์กซ์, กิรณา เต๋ออาร์กซ์, นิภาพร สุขศิริ, ราไพแก้ววิเชียร. (2542-2550). ทบทวนการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. สถาบันวิจัยสุขภาพ.
- พีระ บุรณะกิจเจริญ. (2551). ความดันโลหิตสูง. สรรพสารวงการแพทย์. 10(272), หน้าพิเศษ 2-5
- พงศ์อมร บุญนาค. (2549). ผลของยา pioglitazone ต่อการลด macrovascular events และการเสียชีวิตในผู้ป่วยเบาหวานที่มีประวัติโรคหัวใจและหลอดเลือด. Medical Progress. 5(2), 48-53.
- พรพิมล ปัญงพงษ์. (2551). ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในผู้ป่วยเบาหวานของโรงพยาบาลสมุทรปราการ. วารสารโรงพยาบาลสมุทรปราการ. 24(1) 101-110.
- พรเทพ ศิริวนารังสรรค์, อำนวย กาจีนะ, อรสา โฉมวิริยะ, สุมาภรณ์ แซ่ลิ่ม, กรรณิกา เรืองเดช. (2542). บทบาทของเทศบาลต่อการพัฒนางานสาธารณสุข.
- เพชร รอดอารีย์. (2547). โครงการวิจัยลงทะเบียนผู้ป่วยเบาหวาน. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- เพลินพิศ ฐานิพัฒนานนท์, วิภาวี คงอินทร์, พัชรียา ไชยลังกา, นवलจันทร์ รมณารักษ์, สาวิตรี ลิ้มชัยอรุณเรือง, อุษณีย์ ตันตรีบุรณ์และสุนันทา พงษ์ไพบูลย์. (2543). รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ และการให้การดูแลผู้สูงอายุภายใต้เงื่อนไขการมีส่วนร่วมของชุมชน และตรงกับความต้องการของผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาในจังหวัดสงขลา, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

- ภัทรา อังสุวรรณ. (2548). ปัจจัยเสี่ยงในผู้ป่วยโรคสมองตีบหรืออุดตันระยะเฉียบพลันในสถาบันประสาทวิทยา. วารสารสถาบันประสาทวิทยา, 7(2), 35.
- มัทนา พนานิรามย์. (2546). หลักประกันของผู้สูงอายุ : บทเรียนไทยจาก 5 ประเทศในเอเชียใต้. วารสารธรรมศาสตร์, 21(1), 5-8.
- มาลินี วงษ์สิทธิ์. (2544). โครงการผู้สูงอายุในประเทศไทย รายงานการทบทวนองค์ความรู้และสถานการณ์ในปัจจุบัน ตลอดจนข้อเสนอแนะทางนโยบายและการวิจัย. ในสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ, *ชุมชนและผู้สูงอายุ* (บทที่ 7 หน้า 9).
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.), (2549). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย ปี พ.ศ.2549*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เดือนตุลา.
- มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ (มสช.). (2549). *เขาวานสถานการณ์ปัจจุบัน 1*. <http://www.thainhf.org> เข้าถึงเมื่อวันที่ 10 กรกฎาคม 2551.
- เยาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม. (2550). *ผู้สูงวัยกับโรคเรื้อรัง*. <http://hp.anamai.moph.go.th/elderly/PPT> เข้าถึง เมื่อ 29 มกราคม 2551.
- เยาวรัตน์ ปรปักษ์ขามและสุพัตรา อติโพธิ. (2543). *รายงานการศึกษาศาถาภาวะสุขภาพและแนวโน้มของประชากรสูงอายุ*. สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ระพีพรรณ คำหอม และคณะ. (2547). *ปัจจัยที่มีผลต่อความต้องการบริการสวัสดิการสังคมของผู้สูงอายุในเขตชนบท*, รายงานการวิจัย, สถาบันวิจัยและให้คำปรึกษาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 124 ตอนที่ 47 ก 24 สิงหาคม 2550, หน้า 23.
- โรงพยาบาลบางปะอิน. (2551). *รายงานการทบทวนค่าใช้จ่ายผู้ป่วยรายกรณี*. โรงพยาบาลบางปะอิน, จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
- ลัดดา เทียมวงศ์, วันทนา มณีศรีวงศ์กุล, สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2544). *ปัจจัยเสี่ยงของการหกล้มของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน*. วารสารพัฒนศึกษาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. 2(2), 46-54.
- วชิร รุจิโมระ. (2550). *การศึกษาย้อนหลัง 3 ปี ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. วารสารกรมการแพทย์. 32(3), 326 - 336.
- วรารักษ์ ภูมิสวัสดิ์, จิตนภา วาณิโรตม์, นิติกุล ทองน่วม, พงงาม พงศ์จตุรวิทย์, วิภาพรรณ สุวรรณชต, สมจินต์ โฉมวัฒนะชัย, สมฤดี หลั่นม่วงและอรารรรณ คูหา. (2549). *โครงการวิจัยการสำรวจและศึกษาศาถาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ 4 ภาคของไทย*. กรุงเทพฯ ชุมชนุสสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

- วิจิตร ศรีสุพรรณ, ประศิน สุจฉายา, ขนิษฐา นันทบุตรและอุไร หัตถกิจ. (2546). *พยาบาลและระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ*. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- วินัย ลีสมีทธิ, ศุภสิทธิ์ พรรณนารุโนทัย, (2544). *หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น : ความเป็นไปได้ของการบรรลุความครอบคลุมถ้วนหน้า*. รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์, สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- วิภาวี กิจกำแหง, นิพัช กิตติมานนท์, ศุภสิทธิ์ พรรณนารุโนทัย. (2549). *ปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน*. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 15(5), 787.
- วิโรจน์ เจริญจรัสรังษี. (2550). *ทบทวนวรรณกรรมเรื่องต้นแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง*. ภาควิชาเวชศาสตร์เวชกรรมและสังคม, คณะแพทยศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิไลลักษณ์ หมคมลทินและพรชัย สิทธิศรีณย์กุล. (2551). *การสำรวจการสร้างเสริมสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น*. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2(2), 226 -232.
- วีรพัฒน์ เชาธรรมทรศน์, แพรวพรรณ ต้นสกุล, แพรวพรรณ เดียวสุรินทร์. (2543). *รูปแบบการร่วมมือจัดบริการสาธารณสุขระหว่างหน่วยงานภาครัฐและองค์กรส่วนท้องถิ่นในเขตเทศบาลนครหาดใหญ่ และเทศบาลตำบลบ้านพรุ ก่อนการกระจายอำนาจ*.
- วงสาวท โกศลวัฒน์. (2547). *สถานการณ์ด้านอาหารและโรกระบบหัวใจและหลอดเลือด*. สถาบันวิจัยโภชนาการ, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศราวุธ ชนเสรี. (2550). *การพัฒนาคลินิกเบาหวานในรูปแบบเครือข่ายผู้ป่วยเบาหวาน*. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 17(ฉบับเพิ่มเติม 4) SIV 1071.
- สรันยา สุคันชไชยวงศ์. (2550). *ไมโครอัลบูมินูเรียและจอประสาทตาเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลแพร่*. วารสารกรมการแพทย์. 32(3), 277 - 282.
- ศิริพันธ์ สาสัต์ย์. (2549). *คลินิกผู้สูงอายุในทัศนะของพยาบาล. คู่มือแนวทางการจัดตั้งและดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุ*. ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- ศิริพันธ์ สาสัต์ย์. (2549). *โครงการทบทวนความรู้เรื่อง “ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นทางการของไทย”* คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิริพันธ์ สาสัต์ย์และเตือนใจ ภักดีพรหม. (2550). *โครงการทบทวนความรู้เรื่อง ระบบสถานบริบาลผู้สูงอายุ*, รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์.
- ศิริวัฒน์ ไชยหะนิจ. *การพัฒนากระบวนการเบาหวานในชุมชนแบบมีส่วนร่วมของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด*. วารสารสุขภาพประชาชนภาคอีสาน. 22(4), 26-28.

- ศิริวรรณ ศิริบุญ. (2544). โครงการ “ผู้สูงอายุในประเทศไทย รายงานทบทวนองค์ความรู้และสถานการณ์ในปัจจุบัน ตลอดจนข้อเสนอแนะทางนโยบายและการวิจัย” ในสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ, ผู้ดูแล (บทที่ 6 หน้า 4.)
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2549). โครงการระบบการดูแลระยะยาวในครอบครัวสำหรับผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2548). การดูแลรักษาโรคผู้สูงอายุแบบสหสาขาวิชา. กรุงเทพฯ: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2548). คู่มือแนวทางการจัดตั้งและดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ : ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2549). แนวทางเวชปฏิบัติการป้องกัน การคัดกรองและสืบค้นระยะเริ่มแรกของโรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจ และโรคมะเร็งในผู้สูงอายุ. ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สนั่น คะรัมย์, กลนีย์ บุญเพชร, จินตนา แฟมโรสง. (2551) ร่วมแรงกายใจ สานสายใยผูกพัน พัฒนาฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงวัย อำเภอพุทธไธสง จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารสุขภาพภาคประชาชน ภาคอีสาน, 22(ฉบับพิเศษ) 30-34.
- สิทธิศักดิ์ เขียมวงศ์แพทย์. (2550). คู่มือผู้ป่วยเบาหวาน. สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร.
- สิรินทร นันทศิริกาญจน์, ประคอง อินทรสมบัติ, และสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2544). โครงการผู้สูงอายุในประเทศไทย รายงานการทบทวนองค์ความรู้และสถานการณ์ในปัจจุบัน ตลอดจนข้อเสนอแนะทางนโยบายและการวิจัย. ในสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ, สุขภาพกับผู้สูงอายุ (บทที่ 4 หน้า 26).
- สุจิตรา ประสานสุข, ชนะ ศิริยานานท์, อภินันท์ ณ นคร, สุวีจนา อธิภาส และสมุทพร จงวิศาล. (2541). สาเหตุของการเวียนศีรษะในผู้สูงอายุและการบำบัดฟื้นฟู.
- สมจิตร ชุมจันทร์, พลอยทราย บุศราคัมภ, ชิงชิง พุเจริญ, ปณิศา ลิมปวัฒน์ และกิตติศักดิ์ สวรรษาวิสุทธิ. (2546). ผลการรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลศรีนครินทร์.(บทคัดย่อ)
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2546). แนวคิดการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในระบบสุขภาพตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สมชาย กาญจนสุด, เพ็ญรุ่ง บุญรักษ์, โสรัจจะ ชูแสง, อโนทัย โวหาร. (2548). คู่มือการจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน(พ.ศ. 2548). 3, สำนักงานจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน, กระทรวงสาธารณสุข.

- สมบัติ ไชยวัฒน์, ดวงฤดี ลาสุชะ, ทิพาพร วงษ์หงส์กุล, ยูพาพิน กลิ่นขจร. (2542). การสนับสนุนทางสังคมโดยเครือญาติความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง. (บทคัดย่อ).
- สมพร ตั้งควนิชัย. (2549). ปัจจัยที่ส่งผลต่อการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงระดับรุนแรง. <http://gotoknow.org/blog/community2nurs63801> เข้าถึงเมื่อวันที่ 30 พฤษภาคม 2551.
- สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์. (2548). ทะเบียนผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน. สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์.
- สรรเสริญ จารุโรจน์สกุลชัย. (2551). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดดำในจอประสาทตาอุดตัน. วารสารโรงพยาบาลเมืองสมุทรปราการ. 24(1), 111.
- สาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา, สำนักงาน. (2549). รายงานประจำปี 2549 ข้อมูลประชากรและสถานะสุขภาพ. พระนครศรีอยุธยา, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา.
- สุนทร พรธิสาร, ญัญฉิณี จรัสเจริญวิทยา และทิพาพร ธารวานิช. (2551). การศึกษาความชุกของภาวะหลอดเลือดแดงส่วนปลายแข็งและอุดตันในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ. ธรรมศาสตร์เวชสาร. 8(1), 32 – 39.
- สุพัตรา เบญจัญญ์ฤกษ์ และนริศรา คลื่นแก้ว. (2550). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน. วารสารสุขภาพประชาชนภาคอีสาน 22(4), 44-45.
- สุภาภรณ์ เตโชวานิชย์. (2546). แนวคิดการให้บริการสุขภาพแบบองค์รวมแก่ผู้สูงอายุแก่ผู้สูงอายุ ณ ศูนย์สุขภาพชุมชนในเขตจังหวัดพิษณุโลก. คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- สุขภาพคนไทย. 2550, <http://www.ipsr.mahidol.ac.th>. เข้าถึงเมื่อวันที่ 1 กันยายน 2551.
- สุนทรภรณ์ จิตสมานนท์. (2551). ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะเบาหวานเข้าจอประสาทตาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารวิชาการ โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป. 10(5), 965.
- สุนทราวดี เชียรพิเชฐ, รวีวรรณ เผ่ากัณหา, สุวรรณ จันทร์ประเสริฐ, ผ่องศรี เกียรติเลิศสนภา, วารี กังใจ, จินตนา วัชรสินธุ์, สุภาภรณ์ ด้วงแพง, กนกนุช ชื่นเลิศสกุล, วรณี เดียวอิศเรศ, ฉันทนา จันทวงศ์, วิภา วิเสโส, ศิริยุพา สนั่นเรื่องศักดิ์, อารีรัตน์ ขำอยู่, นารีรัตน์ สัจจพงษ์พนา, อรพินท์ หลักแหลม, ภรณ์ สวัสดิ์ชูโต,

- สุพิศ ศิริอรุณรัตน์, เขมรดี มาสิงบุญ. (2546). รายงานการวิจัยเรื่องการพัฒนารูปแบบการให้บริการสุขภาพพระคัมภีร์ภูมิเพื่อชุมชนแห่งสุขภาพ : กรณีศึกษาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วิทยาลัยพยาบาลศาสตรมหาวิทาลัยบูรพา.
- สุดารัตน์ ตันสุกสวัสดิกุล และ จรินทร์ อัสวหาญฤทธิ. (2548). ผู้สูงอายุและความดันโลหิตสูง. คู่มือแนวทางการจัดตั้งและดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุ. ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, ชัยยศ คุณานุสนธิ์, วิพุธ พูลเจริญ, ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล. (2542). ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพฯ: โสภิตติก พับลิชชิ่ง.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2544). โครงการผู้สูงอายุในประเทศไทย รายงานการทบทวนองค์ความรู้และสถานการณ์ในปัจจุบัน ตลอดจนข้อเสนอแนะทางนโยบายและการวิจัย
- สุรเกียรติ อาชานุภาพ. (2544). ตำราการตรวจรักษาโรคทั่วไป : โรคความดันโลหิตสูง. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.
- สุรเกียรติ อาชานุภาพเนตร, นภา ชุมทอง, สุรเชษฐ์ สถิตนิรามัย, ประวิทย์ ลี้สถาพร. (2542). การประเมินและพัฒนาคุณภาพบริการผู้ป่วยความดันโลหิตสูง
- สุวรรณ จันทร์ประเสริฐ. (2540-2542). การวิเคราะห์ค่าใช้จ่ายและประโยชน์ของการให้บริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ : กรณีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. ชลบุรี: คณะพยาบาลศาสตรมหาวิทาลัยบูรพา.
- สุพัตรา เบญจัญญุลักษณ์ และนริศรา กลิ่นแก้ว. (2551). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน. วารสารสุขภาพภาคประชาชน ภาคอีสาน. 22(4), 39 - 46.
- สำนักส่งเสริมและฝึกอบรม มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. (2549). การศึกษาการดำเนินงานขยายผลโครงการอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน. มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- อรสา พันธุ์ภักดี, รสสุคนธ์ วาริตสกุล และ สถิตยัพร นพพลับ. (2550). คู่มือการดูแลตนเองเมื่อเป็นโรคความดันโลหิต. กรุงเทพฯ : จุดทอง.
- อภัสณี บุญญารกุล. (2549). *The Changing Epidemiology of Childhood Diabetes*. Medical Progress. 5(2), 29 – 32.
- อุษณีย์ กุหลาบขาวและจามจรี สมบัติวงษ์. (2550). คุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน จังหวัดสระแก้ว ปี 2548-2549. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 17(ฉบับเพิ่มเติม 4) SIV 1062.
- อำพล จินดาวัฒนะ, ปาณบดี เอกะจิมปะกะ และสุณี พิพัฒน์โรจนกมล. (2548-2550). การสาธารณสุขไทย : การปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

[http:// www.clinic.worldmedic.com](http://www.clinic.worldmedic.com) เข้าถึงเมื่อวันที่ 4 มกราคม 2551.

http://www.cps.chula.ac.th/html_th/pop_base/ageing/ageing_041.htm เข้าถึงเมื่อวันที่ 5 พฤษภาคม 2551.

http://www.cps.chula.ac.th/pop_info/thai/nop7/aging/policy13.html เข้าถึงเมื่อวันที่ 15 พฤษภาคม 2551.

<http://www.med.cmu.ac.th/dept/patama> เข้าถึงเมื่อวันที่ 15 พฤษภาคม 2551.

<http://www.northphc.org/4phc/1> เข้าถึง เมื่อวันที่ 3 มกราคม 2552.

<http://www.hph.moph.go.th> เข้าถึงเมื่อวันที่ 10 ธันวาคม 2552.





แบบสอบถาม สำหรับกลุ่มผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปสำหรับผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

1. เพศ ชาย หญิง
2. อายุ.....ปี
3. ระดับการศึกษา ประถมศึกษา มัธยมศึกษา
 อื่นๆ ระบุ.....
4. สถานภาพสมรส โสด คู่
 หย่า หม้าย
 อื่นๆ ระบุ.....
5. ความสัมพันธ์กับผู้ดูแล บุตร คู่สมรส
 อื่นๆ ระบุ.....
6. แหล่งที่มาของรายได้ บุตร คู่สมรส
 อื่นๆ ระบุ.....
7. ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 ความดันโลหิตสูง เบาหวาน
 อื่นๆ ระบุ.....
8. ระยะเวลาในการรักษา
 1 – 10 ปี มากกว่า 10 ปี
9. ความสม่ำเสมอในการรักษา
 ท่านมาพบแพทย์ทุกครั้งตามนัด
 ท่านมาพบแพทย์ไม่ได้ทุกครั้งตามนัด
 อื่นๆ ระบุ.....
10. สิทธิในการรักษา
 ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพ
 ใช้สิทธิบัตรประกันสังคม
 ใช้สิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ
 อื่นๆ ระบุ

ส่วนที่ 2 แบบการสนทนากลุ่มสำหรับ กลุ่มผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

1. ท่านคิดว่าการเจ็บป่วยของท่านมีผลกระทบต่อท่านและครอบครัวท่านอย่างไร ปัจจุบันแก้ไขปัญหาการเจ็บป่วยอย่างไร
2. ท่านทราบหรือไม่ว่าโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานต้องได้รับการรักษาต่อเนื่อง มีปัญหาในการได้รับการรักษาต่อเนื่องอย่างไร
3. ถ้าบุตรหลานของท่านไปทำงานท่านดูแลสุขภาพตัวเองอย่างไรถ้าจำเป็นต้องไปพบแพทย์ หรือเจ็บป่วยฉุกเฉินท่านจะขอความช่วยเหลือจากใครได้บ้าง
4. ปัจจุบันถ้าต้องไปรับยาตามแพทย์นัดกรณีที่ถูกหลานไปทำงานท่านปฏิบัติอย่างไร
5. ท่านต้องการความช่วยเหลือและสนับสนุนจากโรงพยาบาลและเทศบาลในการดูแลรักษาโรคที่ท่านเป็นอยู่อย่างไรบ้าง

แบบสอบถาม สำหรับ กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

- | | | |
|--|------------------------------|-----------------------------|
| 1. เพศ | () ชาย | () หญิง |
| 2. อายุ | () ต่ำกว่า 15 ปี | () 15-59 ปี |
| | () 60 ปีขึ้นไป | |
| 3. ระดับการศึกษา | () ประถมศึกษา | () มัธยมศึกษา |
| | () อนุปริญญา | () ปริญญาตรี |
| | () สูงกว่าปริญญาตรี | () อื่นๆ ระบุ..... |
| 4. สถานภาพสมรส | () โสด | () คู่ |
| | () หย่า | () หม้าย |
| | () อื่นๆ ระบุ..... | |
| 5. อาชีพ | () เกษตรกรรม | () ค้าขาย |
| | () รับจ้าง/พนักงานบริษัท | () นักธุรกิจ |
| | () พนักงานรัฐวิสาหกิจ | () รับราชการ |
| | () อื่นๆ ระบุ..... | |
| 6. รายได้ | () 1,000 – 2,000 บาท/เดือน | () 2,001– 4,000 บาท/เดือน |
| | () 4,001– 7,000 บาท/เดือน | () 7,001– 10,000 บาท/เดือน |
| | () 10,001–15,000 บาท/เดือน | () 1,500– 20,000 บาท/เดือน |
| | () มากกว่า 20,000 บาท/เดือน | () อื่นๆ ระบุ..... |
| 7. ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง | () บุตร | () คู่สมรส |
| | () อื่นๆ โปรดระบุ..... | |
| 8. ประวัติการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุในดูแล (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) | () ความดันโลหิตสูง | () เบาหวาน |
| | () อื่นๆ (ระบุ)..... | |
| 8. ระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง | () 1 – 10 ปี | () มากกว่า 10 ปี |

9. การพาผู้สูงอายุโรคเรื้อรังไปรับการรักษาต่อเนื่อง

- () พาไปพบแพทย์ทุกครั้งตามนัด
- () พาไปพบแพทย์ตามนัดบางครั้ง
- () อื่นๆ ระบุ.....

10. สิทธิในการรักษาของผู้สูงอายุในความดูแล

- () ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพ
- () ใช้สิทธิบัตรประกันสังคม
- () ใช้สิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ
- () อื่นๆ ระบุ.....

ส่วนที่ 2 แบบสนทนากลุ่ม สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

1. ท่านคิดว่าการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ท่านดูแลมีผลกระทบต่อท่านและครอบครัวท่านอย่างไร ปัจจุบันแก้ไขปัญหาการเจ็บป่วยอย่างไร
2. ท่านทราบหรือไม่ว่าโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานต้องได้รับการรักษาต่อเนื่อง
3. ท่านมีส่วนดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในครอบครัวของท่านอย่างไร กรณีที่ท่านไปทำงาน ท่านเตรียมการอย่างไรเพื่อรองรับการเจ็บป่วยฉุกเฉินของผู้สูงอายุในครอบครัวของท่านขณะที่ท่านไม่อยู่บ้าน
4. ปัจจุบันถ้าท่านต้องออกไปทำงานและผู้สูงอายุที่ท่านดูแลอยู่ต้องไปพบแพทย์ตามนัดท่านจัดการอย่างไร
5. ท่านต้องการความช่วยเหลือและสนับสนุนจากโรงพยาบาลและเทศบาลในการดูแลรักษาผู้สูงอายุที่ท่านดูแลอยู่อย่างไรบ้าง

แบบสอบถาม สำหรับผู้บริหารขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น**ส่วนที่ 1** แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้บริหารขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

1. เพศ () ชาย () หญิง
2. อายุ.....ปี
3. ระดับการศึกษา () ปริญญาตรี
() สูงกว่าปริญญาตรี () อื่นๆ ระบุ.....
4. ตำแหน่ง.....

ส่วนที่ 2 แบบการสัมภาษณ์ผู้นำองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

1. ท่านคิดว่าปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่รับผิดชอบของท่านมีอะไรบ้าง ส่งผลกระทบต่อหน่วยงานหรือชุมชนอย่างไร ปัจจุบันแก้ไขปัญหอย่างไร
2. ท่านทราบหรือไม่ว่า โรคเรื้อรังเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง
3. ปัจจุบันท่านให้การช่วยเหลือผู้สูงโรคเรื้อรังในชุมชนของท่านอยู่บ้านตามลำพัง หรืออยู่ลำพังบางช่วงเวลาอย่างไรในกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน หรือต้องการความช่วยเหลือ
4. ท่านมีแนวคิดในการให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่ต้องอยู่บ้านตามลำพัง หรือในช่วงเวลาที่ผู้ดูแลออกไปทำงานนอกบ้าน เพื่อให้ได้รับการรักษาต่อเนื่อง อย่างไรบ้าง
5. ท่านต้องการความช่วยเหลือและสนับสนุนจากใครหรือหน่วยงานใดบ้างในจัดบริการการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชนของท่านให้ได้รับการรักษาต่อเนื่อง

แบบสอบถาม สำหรับผู้บริหารทางด้านสาธารณสุข**ส่วนที่ 1** แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้บริหารทางด้านสาธารณสุข

1. เพศ () ชาย () หญิง
2. อายุ.....ปี
3. ระดับการศึกษา () ปริญญาตรี () สูงกว่าปริญญาตรี
() อื่นๆ ระบุ.....
4. ตำแหน่ง.....

ส่วนที่ 2 แบบการสัมภาษณ์ผู้บริหารทางด้านสาธารณสุข

1. ท่านคิดว่าปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่รับผิดชอบของท่านมีอะไรบ้าง ส่งผลกระทบต่อหน่วยงาน หรือระบบบริการอย่างไร ปัจจุบันแก้ไขปัญหอย่างไร
2. ปัจจุบันท่านมีปัญหาในการดูแลรักษาต่อเนื่องของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังอย่างไรบ้าง เมื่อผู้สูงอายุโรคเรื้อรังไม่มาติดตามการรักษาตามนัดท่านแก้ปัญหาอย่างไร
3. ปัจจุบันท่านได้ให้การช่วยเหลือในด้านการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่ไม่มีผู้ดูแลบางช่วงเวลา หรืออยู่ตามลำพังอย่างไรบ้าง เพื่อลดหรือชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อน การให้ความช่วยเหลือเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน
4. ท่านมีแนวคิดในการจัดบริการให้กับผู้สูงอายุโรคเรื้อรังเพื่อให้ได้รับความสะดวก การมารับบริการต่อเนื่องและเข้าถึงบริการอย่างไร
5. ท่านต้องการความช่วยเหลือและสนับสนุนจากการองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการช่วยเหลือผู้สูงอายุโรคเรื้อรังให้ได้รับการรักษาต่อเนื่องอย่างไรบ้าง



คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
 ถนนพระราม 6 กทม. 10400
 โทร. (662) 354-7275, 201-1296 โทรสาร (662) 354-7233
 Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University
 Rama VI Road, Bangkok 10400, Thailand
 Tel. (662) 354-7275, 201-1296 Fax (662) 354-7233

เอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
 คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี
 มหาวิทยาลัยมหิดล

เลขที่ ๒๕๕๑/๑๑๔๐

ชื่อโครงการ	บทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการสนับสนุนการมารับการรักษา ต่อเนื่องในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง : กรณีศึกษา
เลขที่โครงการ/รหัส	ID ๑๑-๕๑-๕๓ ย
ชื่อหัวหน้าโครงการ	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วันทนา มณีศรีวงศ์กุล
ที่ทำงาน	ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยสอดคล้องกับแนวปฏิบัติฯ เอสซึ่งก
 จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี

ลงนาม

กรรมการและเลขานุการจริยธรรมการวิจัยในคน (รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงดวงฤดี วัฒนศิริชัยกุล)

ลงนาม

ประธานกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน (ศาสตราจารย์ นายแพทย์บุญส่ง องค์พิพัฒนกุล)

วันที่รับรอง ๒ ธันวาคม ๒๕๕๑



คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
ถนนพระราม 6 กทม. 10400
โทร. (662) 354-7275, 201-1296 โทรสาร (662) 354-7233
Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University
Rama VI Road, Bangkok 10400, Thailand
Tel. (662) 354-7275, 201-1296 Fax (662) 354-7233

**Documentary Proof of Ethical Clearance Committee on Human Rights
Related to Researches Involving Human Subjects
Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University**

MURA2008/1140

Title of Project	Role of Local Administrative Authority to Support Continuity Care of Older Persons with Chronic Illness
Protocol Number	ID 11-51-53
Principal Investigator	Asst. Prof. Dr. Wantana Maneesriwongul
Official Address	Department of Nursing Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital Mahidol University

The aforementioned project has been reviewed and approved by Committee on Human Rights Related to Researches Involving Human Subjects, based on the Declaration of Helsinki.

Signature of Secretary
Committee on Human Rights Related to
Researches Involving Human Subjects *Duangrurdee*
Assoc. Prof. Duangrurdee Wattanasirichaiagoon, M.D.

Signature of Chairman
Committee on Human Rights Related to
Researches Involving Human Subjects *Boonsong*
Prof. Boonsong Ongphiphadhanakul, M.D.

Date of Approval December 2, 2008

ประวัติผู้ศึกษา

ชื่อ	นาง ระเบียบ เทียมมณี
วัน เดือน ปี เกิด	15 มีนาคม พ.ศ. 2504
สถานที่เกิด	อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย
ประวัติการศึกษา	วิทยาลัยพยาบาลอัคร (พ.ศ. 2523-2525) ประกาศนียบัตรพยาบาลและผดุงครรภ์ (ระดับต้น) มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช (พ.ศ. 2529-2531) พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล (พ.ศ. 2549 - 2552) พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)
ที่อยู่ปัจจุบัน	บ้านเลขที่ 190 หมู่ 2 ต. บ้านว่าน อ. ท่าบ่อ จ. หนองคาย เบอร์โทรศัพท์ (081) 91959720 E-mail: rabeab_meen@hotmail.com
ตำแหน่งและสถานที่ปฏิบัติงาน	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ โรงพยาบาลบางปะอิน อ. บางปะอิน จ. พระนครศรีอยุธยา เบอร์โทรศัพท์ (035)261174 ต่อ 110 E-mail: rabeab_meen@hotmail.com