# รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์

# โครงการ
# ตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของครอบครัวและชุมชนชนบทไทย


โดย

รองศาสตราจารย์ ศศิพัฒน์ ยอดเพชร

รองศาสตราจารย์ เล็ก สมบัติ

อาจารย์ ปรียานุช โชคธนวณิชย์

นางสาว ธนิกานต์ ศักดาพร

คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์



สนับสนุนโดย

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย

(มีนาคม 2552)

# คำนำ

การวิจัยเรื่อง “ตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของครอบครัวและชุมชนในชนบทไทย” มีวัตถุประสงค์ในการศึกษาเพื่อศึกษารูปแบบและถอดตัวแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุของครอบครัวที่ได้รับการพิจารณาว่ามีการดูแลที่ดีศึกษารูปแบบและถอดตัวแบบการการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุของชุมชนที่ได้รับการพิจารณาว่ามีการจัดการที่ดี รวมทั้งศึกษารูปแบบและถอดตัวแบบกลวิธีการจัดการในครอบครัวและชุมชนการวิจัยเรื่องนี้เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ ใช้วิธีการศึกษาเฉพาะกรณี รูปแบบการศึกษาเชิงพรรณนาโดยการคัดเลือกครอบครัวและชุมชนที่ได้รับการพิจารณาว่ามีการดูแลและการจัดบริการที่ดีจากภาคต่างๆ ทั้ง 4 ภาคทั่วประเทศ ซึ่งผู้วิจัยได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดีจากผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายจนงานวิจัยสามารถสำเร็จลุล่วงตามวัตถุประสงค์

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณคณะกรรมการบริหารสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข(สวรส.) ที่ให้ทุนสนับสนุนการวิจัย และขอขอบคุณคณะผู้บริหารและบุคลากรในองค์การบริหารส่วนตำบลทั้ง 4 แห่งได้แก่องค์การบริหารส่วนตำบลแม่พริก อำเภอแม่สรวย จังหวัดเชียงราย องค์การบริหารส่วนตำบลเขาสวนกวาง อำเภอเขาสวนกวาง จังหวัดขอนแก่น องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านแพ้ว อำเภอบ้านแพ้ว จังหวัดสมุทรสาคร องค์การบริหารส่วนตำบลปากพูน อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช ที่ให้โอกาสคณะผู้วิจัยเข้าศึกษาในพื้นที่ทั้งการให้ข้อมูลต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อการศึกษาวิจัย ขอขอบคุณทีมบุคลากรด้านสาธารณสุขทั้งในระดับชุมชนระดับสถานีอนามัยและโรงพยาบาลทุกท่านที่ไม่สามารถเอ่ยนามได้ครบถ้วน ที่ได้ให้ข้อมูลที่กระจ่างชัดเจนแก่ผู้วิจัย และสุดท้ายขอขอบคุณผู้สูงอายุและครอบครัวทั้ง 8 ครอบครัวและทีมอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่ได้ให้ความร่วมมืออย่างดียิ่งในการเป็นตัวแบบที่ดีในการวิจัยครั้งนี้จนสำเร็จลงได้ คณะผู้วิจัยคาดหวังว่าการศึกษาเรื่องนี้จะเกิดประโยชน์คุณูปการต่อการดูแลและจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุไทย

คณะผู้วิจัย
มีนาคม 2552

# สารบัญ

หน้า

คำนำ..... ก
บทคัดย่อ ..... ข
ABSTRACT..... ค
บทสรุปสำหรับผู้บริหาร..... ง
Executive Summary..... ฎ
สารบัญ ..... ด

บทที่

**1 บทนำและระเบียบวิธีการศึกษา..... 1**

ความสำคัญของปัญหา..... 1
วัตถุประสงค์..... 2
คำจำกัดความในการวิจัย ..... 2
ระเบียบวิธีวิจัย..... 3
วิธีการเก็บข้อมูลเพื่อถอดแบบ..... 3
การตรวจสอบคุณภาพข้อมูล..... 8
การวิเคราะห์ข้อมูล..... 9
ประโยชน์ที่ได้รับ ..... 10

**2 แนวความคิดและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง..... 11**

ข้อมูลประชากรสูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา..... 11
แนวคิดเกี่ยวกับการพึ่งพาของผู้สูงอายุ..... 17
แนวคิดการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ..... 21
แนวคิดการดูแลผู้สูงอายุและการดูแลระยะยาวในครอบครัว..... 30
แนวคิดการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน..... 44
แนวคิดการถอดบทเรียน..... 50
บทบาทของผู้ปฏิบัติงานในชุมชน 54
กรอบแนวคิด..... 58

**สารบัญ (ต่อ)**


| บทที่ | | หน้า |
|---|---|---|
| **3** | **ตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของครอบครัว** | **59** |
| | ตอนที่ 1 ข้อมูลผู้ดูแลและผู้รับการดูแล : จุดเริ่มต้นของตัวแบบที่ดี | 60 |
| | ตอนที่ 2 ตัวแบบการดูแลที่ดี: วิธีการและเทคนิค | 73 |
| | ตอนที่ 3 ปัจจัยสนับสนุนและเป็นอุปสรรคต่อการดูแลที่ดี | 93 |
| **4** | **การดูแลผู้สูงอายุที่ดีของชุมชนชนบทไทย** | **111** |
| | กรณีศึกษาที่ 1 ตำบลบ้านแพ้ว อำเภอบ้านแพ้ว จังหวัดสมุทรสาคร | 111 |
| | กรณีศึกษาที่ 2 ตำบลแม่พริก อำเภอแม่สรวย จังหวัดเชียงราย | 131 |
| | กรณีศึกษาที่ 3 ตำบลปากพูน อำเภอเมืองนครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช | 148 |
| | กรณีศึกษาที่ 4 ตำบลเขาสวนกวาง อำเภอเขาสวนกวาง จังหวัดขอนแก่น | 170 |
| | ตัวชี้วัดการเป็นตัวแบบการดูแลที่ดีในชุมชน | 190 |
| | ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการจัดบริการของชุมชน | 199 |
| **5** | **สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ** | **205** |
| | สรุปผล | 205 |
| | อภิปรายผล | 207 |
| | ข้อเสนอแนะ | 214 |
| **บรรณานุกรม** | | **219** |
| **ภาคผนวก** | | |

# บทคัดย่อ

การวิจัยเรื่อง “ตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของครอบครัวและชุมชนในชนบทไทย” มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบและถอดตัวแบบการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุของครอบครัวและการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุของชุมชนที่ได้รับการคัดเลือกว่ามีการจัดบริการที่ดี กรณีตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคือ ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพาระดับ 3 และ 4 จำนวน 8 ราย อาศัยอยู่ในพื้นที่ที่เป็นตัวอย่างในการถอดแบบ ได้แก่ อบต.แม่พริก อ.แม่สรวย จ.เชียงราย อบต.เขาสวนกวาง อ.เขาสวนกวาง จ.ขอนแก่น อบต.บ้านแพ้ว อ.บ้านแพ้ว จ.สมุทรสาคร และอบต.ปากพูน อ.เมือง จ.นครศรีธรรมราช การวิเคราะห์ข้อมูลใช้การวิเคราะห์จากคำตอบที่ได้จากการสนทนาเป็นการวิเคราะห์เนื้อหา และวิเคราะห์สาระของข้อมูลอีกครั้ง ผลการศึกษา โดยสังเขปมีดังนี้

ผู้สูงอายุที่ศึกษาเป็นเพศหญิง 6 ราย ชาย 2 ราย อายุต่ำสุด 66 ปี อายุสูงสุด 90 ปี อายุเฉลี่ย 82.87 ปี นับถือศาสนาพุทธ 7 ราย อิสลาม 1 ราย สถานภาพสมรสเป็นหม้าย 7 ราย และยังอยู่กับคู่สมรส 1 ราย ทุกรายมีอาการเจ็บป่วยเรื้อรัง และพึ่งตนเองได้ในระดับน้อยไปจนถึงพึ่งพาตนเองไม่ได้เลย โดยมีบุตรเป็นผู้ดูแลหลัก วิธีการและเทคนิคการดูแลที่ดีประกอบด้วยตัวชี้วัด 9 ประการ ได้แก่ การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล การจัดการเรื่องยา การช่วยเหลือในการเคลื่อนไหว การดูแลแผลกดทับ การจัดหาอาหารที่เหมาะสม การป้อนอาหาร การดูแลด้านการขับถ่าย การสร้างความมั่นคงทางด้านอารมณ์ และการดูแลด้านจิตวิญญาณ ส่วนชุมชนที่มีการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุที่ดี ประกอบด้วยตัวชี้วัด 7 ประการ ได้แก่ การมีระบบดูแลอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ การมีทีมงานที่เข้มแข็ง การใช้ทุนทางสังคมให้เป็นประโยชน์ การแก้ไขปัญหาโดยสร้างความตระหนักรู้แก่ชุมชน การมีฐานข้อมูลผู้สูงอายุที่สมบูรณ์ และการมีระบบการประเมินบริการ

ข้อเสนอแนะจากการศึกษา ระดับนโยบายควรมีการเพิ่มประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพและสังคมที่บ้าน การสร้างระบบบริหารการดูแล ระดับปฏิบัติงาน ควรมีการพัฒนารูปแบบการให้บริการระดับท้องถิ่น โดยสร้างทีมการดูแลที่สามารถให้บริการดูแลระยะยาวได้อย่างมีคุณภาพ การเพิ่มบริการสนับสนุนบริการในครอบครัว และบริการทางเลือกสำหรับอุปกรณ์การดูแล ระดับครอบครัว คือ การแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ ส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ และควรมีการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อหารูปแบบการดูแลที่ดีของชุมชนอย่างบูรณาการ และสร้างตัวชี้วัดการดูแลที่ดีต่อไป

## ABSTRACT

The research on “Good models on the elderly care by family and community in rural areas in Thailand” aims to study formats and duplicate the models for the long term care for older persons in the family and services management for the older persons in the community from the models selected as having good service management. A case study were 8 elderly with dependency level 3 and 4 who resided in the sampling areas, namely, Mae Prik Sub-District Administrative Organization, Mae Sua District, Chiang Rai Province, Kao Suan Kwang Sub-District Administrative Organization, Kao Suan Kwang District, Khon Kaen Province, Banpaew Sub-District Administrative Organization, Banpaew District, Samutsakhon Province, and Pakpoon Sub-District Administrative Organization, Muang District, Nakhonsithammarat Province. The data analysis included the content analysis, or analyzing answers gathered from conversations and the thematic analysis. The study results were summarized as follows.

Of all samples, there were 6 females and 2 males. The minimum and maximum ages were 66 and 90 years, respectively, with the mean of 82.87 years. The religion of 7 elderly was Buddhism and another one was Islam. With regard to marriage status, 7 elderly were widow and another one was marriage. All elderly had chronic illness and were not able to rely on or slightly relied on themselves. Main caregivers were children. Methods and techniques of good careing covers 9 indicators, namely, personal hygiene care, medicine management, movement assistance, pressure ulcers care, proper food, feeding, excretion, emotional stability and spirit. Proper management for elderly of communities included 7 indicators, namely, formal and informal care system, strong team, beneficial social capital, solving by creating community recognition, complete elderly database and service evaluation system.

The recommendations from the study are that, at the policy level, the efficiency of the health and social service system at home should be enhanced and the care management system should be established. At the operational level, local services should be developed by creating qualified long-term care teams, and increasing supporting service for families and care tool alternatives. At the family level, the recommendation are seeking knowledge on elderly care and enhancing family members to participate in elderly care. The action research on integrated and proper community care should be conducted and proper indicators should be set.

## บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

แนวโน้มของอัตราส่วนการเป็นภาระของประชากรสูงอายุมีแนวโน้มสูงกว่าวัยเด็กอย่างมาก ใน พ.ศ.2558 ประเทศไทยจะมีประชากรสูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพระยะยาว ประมาณร้อยละ 18.8 ของประชากรสูงอายุทั้งประเทศ ซึ่งในกลุ่มนี้ มีร้อยละ 0.9 ที่ไม่สามารถลุกนั่ง หรือเคลื่อนย้ายได้ ร้อยละ 6.9 ต้องการพึ่งพาผู้ดูแลในการดูแลสุขภาพ (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ, 2542) ข้อมูลดังกล่าวนี้แสดงให้เห็นถึงความจำเป็นในการเตรียมระบบการดูแลผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง กลุ่มผู้สูงอายุที่เข้าสู่ภาวะพึ่งพาที่จะต้องประสบปัญหาด้านการดูแลมากยิ่งขึ้น นอกจากนั้นเมื่อพิจารณาในแต่ละครอบครัว พบว่า

การดูแลผู้สูงอายุในชนบทไทยนั้นได้เกิดการเปลี่ยนแปลง ทั้งเชิงโครงสร้าง บทบาท และหน้าที่ของครอบครัวเป็นอย่างมาก แต่ครอบครัวยังคงรักษาประเพณี วัฒนธรรมในการดูแลซึ่งกันและกัน รวมทั้งคงไว้ซึ่งความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันในครอบครัว ใช้เป็นเครื่องมือในการดูแลผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองไม่ได้ให้สามารถดำเนินชีวิตอย่างเหมาะสม ซึ่งการดำเนินการนี้หากมีการศึกษาถ่ายทอดรูปแบบการดูแลจากครอบครัวและชุมชนผ่านการจัดการความรู้อย่างเป็นระบบแล้ว น่าจะเป็นประโยชน์ต่อการพิจารณากำหนดนโยบาย และการวางแผนระบบการดูแลระยะยาวของประเทศไทยในอนาคต

การศึกษาเรื่อง “ตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของครอบครัวและชุมชนในชนบทไทย” มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษารูปแบบและถอดตัวแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุของครอบครัวและการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุของชุมชน ที่ได้รับการคัดเลือกว่ามีการจัดบริการที่ดี โดยคัดเลือกพื้นที่ที่อยู่นอกเขตเมืองหรือนอกเขตเทศบาล ได้รับการกล่าวถึง/ยกย่อง ว่ามีการจัดการด้านผู้สูงอายุที่ดี และมีการจัดบริการผู้สูงอายุในลักษณะใดลักษณะหนึ่งที่เด่นชัด ได้ชุมชนในเขตองค์การบริหารส่วนตำบล 4 แห่ง ได้แก่ ต.แม่พริก ต.เขาสวนกลาง ต.บ้านแพ้ว และ ต.ปากพูน แล้วทำการคัดเลือกครอบครัวที่มีผู้สูงอายุอยู่ในภาวะพึ่งพาระดับ 3 และระดับ 4 ที่ชุมชนได้ร่วมกันพิจารณาและคัดเลือกว่ามีการดูแลผู้สูงอายุที่ดี ชุมชนละ 2 ราย รวมทั้งสิ้น 8 ราย มีการดำเนินการทางจริยธรรมแล้วจึงเข้าศึกษา วิธีการศึกษาใช้การศึกษาเฉพาะกรณี (Case Study) การสัมภาษณ์การสนทนา การสังเกตกับผู้ดูแลหลัก และสมาชิกในครอบครัว และการเข้าร่วมสนทนากลุ่มกับเพื่อนบ้าน เครือข่าย และสมาชิกในชุมชน มีการตรวจสอบข้อมูลโดยตรวจสอบสามเส้า จากแหล่งข้อมูลที่แตกต่างกัน และวิธีการเก็บข้อมูลที่แตกต่างกัน การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลจากคำตอบที่ได้จากการสนทนาและสัมภาษณ์ เป็นการวิเคราะห์เนื้อหา(Content Analysis) และการวิเคราะห์สาระของข้อมูล (Thematic Analysis) อีกครั้ง ผลการศึกษาโดยสรุป มีดังนี้

**ตัวแบบการดูแลที่ดีในครอบครัว**

การเป็นตัวแบบที่ดีในการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพานั้น มีองค์ประกอบสำคัญหลายประการได้แก่ สมาชิกในครอบครัว ญาติ เพื่อนบ้าน ชุมชน สถาบันทางวิชาชีพ และบริการ

สนับสนุนต่างๆ ซึ่งจากการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลในครอบครัว เป็นองค์ประกอบแรกที่มีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพามากที่สุด

จากกรณีศึกษาพบว่าผู้ที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักทั้งหมดเป็นบุตรของผู้สูงอายุ โดยเป็นหญิงมากกว่าชาย และเหตุผลในการเข้ามาเป็นผู้ดูแลประการหนึ่งคือ เพื่อทดแทนบุญคุณบุพการี และเป็นผู้ที่มีอำนาจทางเศรษฐกิจและสังคมน้อยกว่าสมาชิกคนอื่นในครอบครัวทั้งในด้านอาชีพที่สร้างรายได้น้อยกว่าคนอื่น การศึกษาที่เกี่ยวพันไปสู่อาชีพ ภาวะสุขภาพ เช่น มีโรคประจำตัวที่เป็นข้อจำกัดในการทำงานอาชีพ หรือสภาพร่างกายพิการ สถานะในสังคมเช่นเป็นโสด เป็นบุตรคนเดียว เป็นบุตรคนโต เป็นผู้หญิง

อย่างไรก็ตาม พบว่าผู้ดูแลหลักมีความสามารถในการทำหน้าที่ได้อย่างดีเป็นที่พอใจของผู้สูงอายุและได้รับการยอมรับในระดับชุมชนว่าเป็นผู้ที่ดูแลผู้สูงอายุได้ดี โดยผู้ดูแลใช้วิธีการและเทคนิคต่างๆ ที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีสุขวิทยาส่วนบุคคลที่ดีในด้านความสะอาดร่างกายเสื้อผ้าที่นอน ได้รับอาหารและยาที่ตรงตามเวลา มีการเคลื่อนไหวร่างกายไม่มีแผลกดทับ และการดูแลทางด้านอารมณ์จิตใจและจิตวิญญาณผู้สูงอายุด้วย แม้ว่าในบางครอบครัวจะมีข้อจำกัดของฐานะทางการเงินแต่ผู้ดูแลสามารถจัดการให้ผู้สูงอายุมีความเป็นอยู่ที่ดีตามสถานภาพของครอบครัวนั้นๆได้

คณะผู้วิจัย พบประเด็นที่น่าสนใจเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนสภาวะแวดล้อมในที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุ เป็นเรื่องที่ต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษ เนื่องจากผู้สูงอายุที่เข้าสู่ภาวะพึ่งพา ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้อย่างสมบูรณ์ ดังนั้น การจัดสภาพแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุจึงเป็นเรื่องที่สำคัญและมีความจำเป็นอย่างยิ่ง เพราะสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุจะช่วยลดความเสี่ยงในการดูแล รวมถึงการทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีด้วย

**ตัวแบบการดูแลที่ดีในชุมชน**

ปัจจัยที่อยู่ภายนอกครอบครัว ได้แก่ นักวิชาชีพ เพื่อนบ้าน ผู้นำในชุมชน รวมทั้งสถาบันที่เป็นทางการ ได้แก่ อำเภอ โรงพยาบาล อบต. และอื่นๆ ซึ่งมีความสำคัญในฐานะเป็นสถาบันที่ทำหน้าที่ในการบริหารจัดการดูแล การสนับสนุนบริการ งบประมาณ และบุคลากร โดยสถาบันเหล่านี้มีบทบาทในระดับมหภาคมากกว่าบทบาทระดับจุลภาค หรือการให้บริการโดยตรง ผลจากการศึกษาสามารถอธิบายได้ว่า องค์การบริหารส่วนตำบลที่เข้มแข็งและมีการจัดการที่ดี มีการกำหนดนโยบายด้านผู้สูงอายุที่เด่นชัด การกำหนดทีมการดูแล การบริหารทรัพยากร การมีระบบข้อมูลสารสนเทศที่ดี และมีการประเมินบริการ รวมทั้งสามารถให้การดูแลผู้สูงอายุในระบบการดูแลระยะยาวได้อย่างบูรณาการ ทั้งสุขภาพและสังคมทำให้เกิดผลดีต่อการดูแลระยะยาวได้อย่างมาก

ผู้สูงอายุที่เข้าสู่ภาวะพึ่งพานั้น ปัญหาด้านสุขภาพและการเจ็บป่วย นับว่าเป็นปัญหาหลักที่ครอบครัวและผู้ดูแลมีความวิตกกังวล เกรงจะไม่สามารถ “รับมือ” หรือ “ให้การดูแลที่ดี” ได้ แต่จากกรณีศึกษาพบว่า ในชุมชนที่มีระบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้านโดยพยาบาลชุมชนและพยาบาล Home Health Care รวมทั้ง อสม. และ อผส. ได้ทำหน้าที่เสริมแรงแก่ครอบครัวและเป็นเครือข่าย

ในการดูแลที่ดี ที่ช่วยเติมเต็มระบบการดูแลระยะยาวให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น อย่างไรก็ตาม พบว่า พยาบาลที่ได้ทำหน้าที่ในชุนชน ต้องทำหน้าที่ด้านสังคมด้วย

นอกจากนั้น ความรู้และบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของ อสม. และ อผส. ที่มีอยู่ไม่เพียงพอต่อการให้บริการกับผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังหรือเป็นผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา ยังต้องมีการพัฒนาความรู้ และการเพิ่มทักษะการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพาให้มากยิ่งขึ้น จึงจะสามารถปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทที่ได้รับมอบหมายอย่างมีประสิทธิผล

3. บทบาทของสถาบันที่เป็นทางการ ได้แก่ อำเภอ โรงพยาบาล อบต. และอื่นๆ ในการดูแลระยะยาวนั้น มีความสำคัญในฐานะเป็นสถาบันที่ทำหน้าที่ในการบริหารจัดการดูแล การสนับสนุนบริการ งบประมาณ และบุคลากร ซึ่งเป็นบทบาทในระดับมหภาคมากกว่าบทบาทระดับจุลภาค หรือการให้บริการโดยตรง ผลจากการศึกษาสามารถอธิบายได้ว่า สถาบันที่เข้มแข็งและมีการจัดการที่ดี ได้แก่ การกำหนดนโยบายด้านผู้สูงอายุที่เด่นชัด การกำหนดทีมการดูแล การบริหารทรัพยากร การมีระบบข้อมูลสารสนเทศที่ดี และมีการประเมินบริการ สามารถให้การดูแลผู้สูงอายุในระบบการดูแลระยะยาวได้อย่างบูรณาการ โดยชุมชนสามารถรวมนโยบายด้านสุขภาพและสังคมเข้าด้วยกันได้

แต่สภาพปัญหาที่ค้นพบจากงานวิจัยคือ การขยายบริการด้านสังคมของหน่วยงานด้านสุขภาพ ซึ่งอาจเกิดจากความจำเป็นที่ขาดแคลนบุคลากรด้านสังคมหรือภาวะปัญหาความต้องการของผู้สูงอายุและผู้ดูแลมีหลากหลายลักษณะ และเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง การจัดบริการด้านสังคมภายใต้ข้อจำกัดเรื่องความเชี่ยวชาญและทักษะเฉพาะด้าน ทำให้รูปแบบบริการสะท้อนความต้องการของผู้สูงอายุและครอบครัวที่แท้จริง ดังนั้น สถาบันควรพิจารณาถึงการใช้นักวิชาชีพเฉพาะด้านให้มากขึ้น

4. ปัจจัยที่สำคัญที่เป็นระบบสนับสนุนที่สำคัญต่อการดูแลผู้สูงอายุที่ดีในครอบครัวและในชุมชนคือการมีระบบฐานข้อมูลที่สามารถนำมาใช้ประกอบการตัดสินใจและกำหนดแนวทางการดำเนินงานที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของชุมชน เนื่องจากแต่ละชุมชนจะมีความแตกต่างกันในหลายๆด้าน ผู้นำชุมชนหรือผู้กำหนดนโยบายต้องมีวิสัยทัศน์ที่จะสร้างความเข้าใจต่อประชาชนในชุมชน ร่วมลงมือปฏิบัติ เกิดความตระหนักในการร่วมมือกันเพื่อประโยชน์แก่ชุมชน การมีภาวะผู้นำ ประชาชนเชื่อมั่น และศรัทธา

การจัดทำฐานข้อมูลสุขภาพเชิงคุณภาพและสังคม เป็นประโยชน์ต่อหน่วยงานที่จัดบริการในชุมชนอย่างมาก ทำให้ทราบข้อเท็จจริงที่เกิดขึ้นทำให้การวางแผนบริการเป็นไปอย่างบูรณาการ เกิดประสิทธิภาพทั้งด้านการบริหารและการให้บริการ นอกจากนั้น ยังเป็นระบบเฝ้าระวังปัญหาในชุมชนที่สำคัญ เนื่องจากการมีฐานข้อมูลของบุคลากรที่เป็นกลุ่มเสี่ยง ไม่ว่าจะเป็นกลุ่มยากจน เจ็บป่วยด้วยโรค เจ็บป่วยเรื้อรัง กลุ่มผู้พิการ และผู้สูงอายุ ทำให้ได้ทราบสถานการณ์ของปัญหาและความรุนแรง และนำมาวางแผนแก้ไขอย่างบูรณาการได้ทันท่วงที ดังนั้นจึงควรส่งเสริมให้ชุมชนจัดทำฐานข้อมูลที่เหมาะสมต่อไป

5. ระบบการประเมินผลการดำเนินงาน ระบบการประเมินผลการดำเนินงาน พบว่ามีการประเมินการทำงาน การจัดบริการ การสอบถามประเมินความสุข ความพึงพอใจในตนเองของผู้สูงอายุ ผู้พิการในชุมชน แล้วนำข้อมูลที่ได้มาพิจารณาร่วมกันระหว่างหน่วยงาน ผู้นำชุมชน อาสาสมัคร ไปสู่การแก้ไขปัญหาต่างๆ และพัฒนาบริการใหม่ขึ้นมา

**ข้อเสนอแนะ**

**ระดับนโยบาย**

1. กระทรวงสาธารณสุข ควรเพิ่มประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพที่บ้าน ให้สอดคล้องกับสภาพปัญหา และความต้องการของผู้สูงอายุมากยิ่งขึ้น โดยควรมีการดำเนินการดังนี้
   - 1.1 การทบทวนกรอบการให้บริการที่เป็นปัจจุบัน เพื่อสร้างรูปแบบการดูแลการดูแลใหม่ โดยพิจารณาฐาน การให้บริการจากบริการในสถาบันสู่บริการในชุมชน และครอบครัว
   - 1.2 กำหนดแนวทางและเงื่อนไขความสำเร็จของบริการ โดยมีเป้าหมายการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ ภายใต้ระบบการดูแลระยะยาว
   - 1.3 กำหนดนโยบายการสร้างความร่วมมือกับเครือข่ายสุขภาพและสังคมให้ชัดเจน และสร้างระบบการประสานงานที่ดี
   - 1.4 กำหนดแนวทางในการบูรณาการช่องทางการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา โดยใช้บริการสุขภาพเป็นตัวนำ
2. หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ควรมีการวางแผนและกำหนดกลวิธีในการกำหนดรูปแบบบริการโดยครอบครัวและการดูแลระยะยาวร่วมกัน ทั้งนี้ ควรพิจารณาให้มีการดำเนินงานดังนี้
   - 2.1 ควรกำหนดอัตรากำลังบุคลากร ทั้งระดับวิชาชีพและอาสาสมัคร ได้แก่ พยาบาลชุมชน และนักสวัสดิการชุมชน หรือนักสังคมสงเคราะห์ชุมชน ในระดับพื้นที่
   - 2.2 ควรกำหนดโครงสร้างระบบบริการการดูแลระยะยาวที่เข้าสู่ครอบครัวและชุมชน โดยให้มีผู้บริการโครงการ และกำหนดอำนาจหน้าที่ที่ชัดเจน
   - 2.3 ควรมีการส่งเสริมให้มีการใช้ข้อมูลและเทคโนโลยีเพื่อการสื่อสารให้เป็นประโยชน์ เฉพาะอย่างยิ่งการสร้างระบบการให้คำปรึกษาแนะนำผ่านมือถือและโทรศัพท์บ้าน
   - 2.4 ควรมีการกำหนดมาตรฐานที่พึงมีของวัสดุอุปกรณ์ในการดูแลเพื่อประโยชน์ต่อการให้บริการ

**3. ระดับปฏิบัติงาน**

ควรมีการปรับเปลี่ยนการปฏิบัติงานในระดับท้องถิ่นให้สามารถรองรับกับปัญหาการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังในครอบครัว โดยควรพิจารณาดำเนินการ ดังนี้

3.1 ควรมีการจัดทำระบบข้อมูลผู้สูงอายุที่ครอบคลุมทั้งด้านสุขภาพและสังคม (ควรศึกษาจากโครงการ FAB ของมหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ และอบต.ปากพูน จ.นครศรีธรรมราช) และให้สามารถนำมาใช้ประโยชน์ในการจัดบริการต่างๆ ในชุมชนได้

3.2 ควรมีการสร้างทีมการดูแล เพื่อทำหน้าที่ในชุมชน โดยทีมประกอบด้วย นักสังคมสงเคราะห์ชุมชน ทำหน้าที่เป็นผู้บริหารจัดการรายกรณี (Case Manager) พยาบาลวิชาชีพ ผู้ช่วยดูแล/พยาบาลผู้ช่วย (ที่ผ่านการอบรมเฉพาะด้าน LTC) อาสมสมัครดูแลผู้สูงอายุ และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

3.3 ควรมีการจัดบริการในครอบครัว ภายใต้การสนับสนุนและการจัดการของท้องถิ่น ได้แก่ สนับสนุนสิ่งที่จำเป็นในการดูแลระยะยาว การให้ความรู้แก่ผู้ดูแลและบริการสุขภาพขั้นพื้นฐาน

3.4 ควรมีการจัดบริการทางเลือกในชุมชน เพื่อช่วยให้ครอบครัวสามารถดูแลผู้สูงอายุได้ โดยการสนับสนุนอุปกรณ์การดูแลที่มีคุณภาพ มีระบบการรวมอุปกรณ์การดูแลเพื่อให้บริการแก่ครอบครัวที่จำเป็น และพัฒนาระบบส่งต่อไปยังสถานบริการระบบปฐมภูมิ

**4. สำหรับครอบครัว**

4.1 ครอบครัวและผู้ดูแลควรแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มเติมอยู่ตลอดเวลา

4.2 ส่งเสริมให้สมาชิกครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ

4.3 สร้างการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุของสมาชิกในครอบครัวได้รับทราบ

4.4 ผู้ดูแลควรศึกษาและหาข้อมูลเกี่ยวกับเครือข่ายการดูแลและทรัพยากรต่างๆ

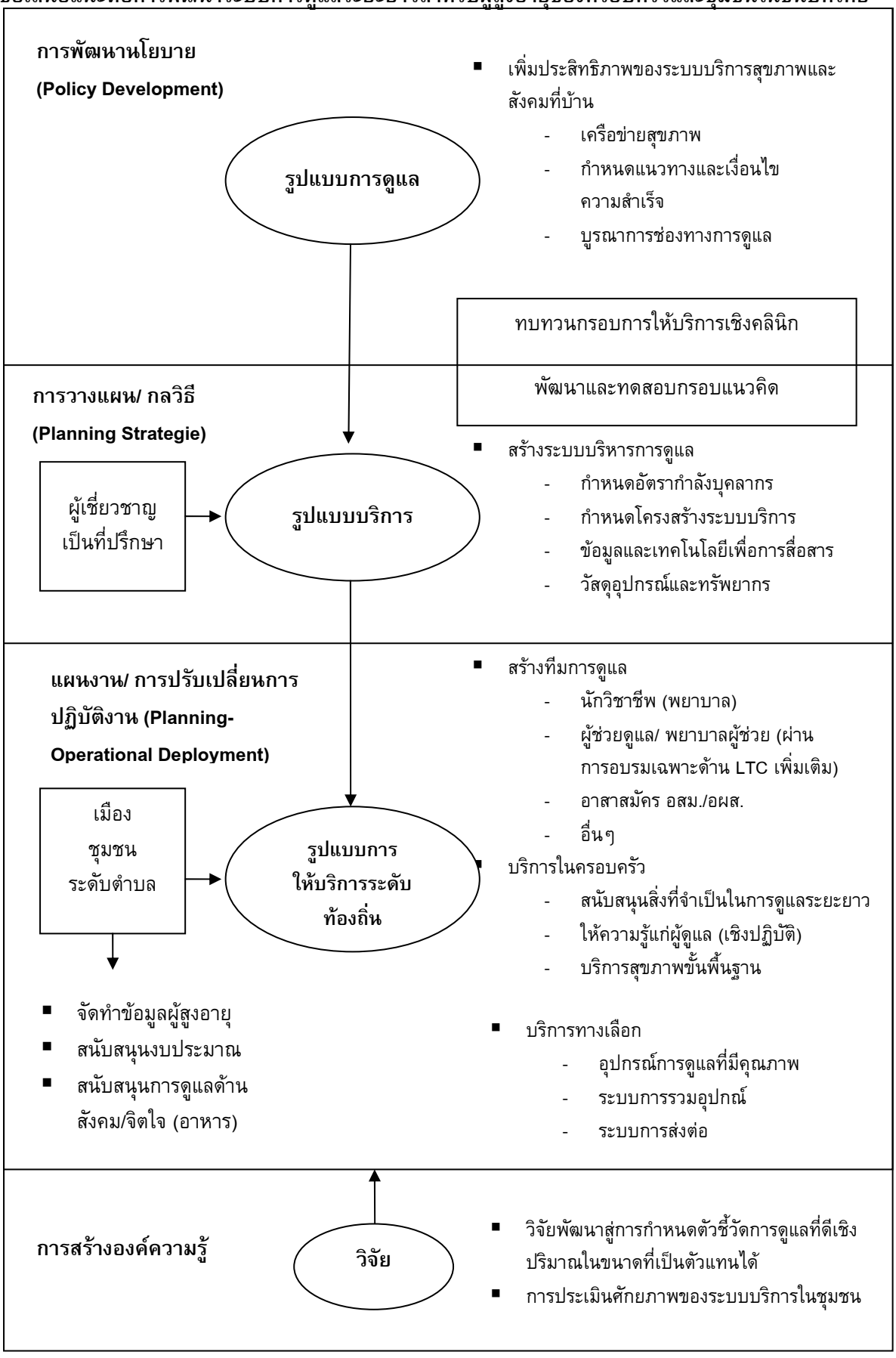
**5. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป**

5.1 ควรมีการวิจัยเชิงทดลองระบบบริการดูแลระยะยาวที่ดีในชุมชน เพื่อสร้างกลไกการจัดการที่มีคุณภาพ

5.2 ควรมีการวิจัยเพื่อกำหนดตัวอย่างตัวชี้วัดการดูแลที่ดีเชิงปริมาณกับขนาดตัวอย่างที่สามารถเป็นตัวแทนระดับประเทศได้

5.3 ควรมีการติดตามและประเมินศักยภาพของระบบบริการในชุมชน เพื่อแสวงหาจุดแข็งและจุดอ่อนของระบบและพัฒนาให้เป็นระบบบริการที่ดีต่อไป

**ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุของครอบครัวและชุมชนในชนบทไทย**



## Executive Summary

Trend of burden ratio of population aging is significantly higher than that of children. In 2020, more than 700,000 older persons need some forms of long-term care. If Thailand is in the situation of morbidity expansion as found in many developed countries, it means that the number of older persons in need of special care will be higher than the projected trend. Therefore, the rapid ageing of the society and the increase in proportion of those suffering from chronic illness and disability have exerted substantial pressure on the demand for long-term care. It is clear that development of comprehensive long-term care (LTC) provision is essential for assuring acceptable quality of life of Thai older persons who need assistance with the basic task necessary for their physical, mental and social functioning. (Suthichai Chittapunkul et.al., 1999)

Elderly care in rural areas in Thailand had extremely changed in terms of family's structures, roles, and responsibilities, but the family still kept cultures and traditions on mutual care as well as maintained good relationship in the family as a tool for the dependent elderly care so they can live their lives properly. If the family and community care patterns were systematically studied and transferred through knowledge management, it would be very useful for the consideration on policy making and planning for Thailand's long term care systems in the future.

The objective of the study of "Good models on the elderly care by family and community in rural areas in Thailand" is to study formats and duplicate the models for the long term care for older persons in the family and services management for the older persons in the community from the models selected as having good service management, being in suburban or outside the municipality, being mentioned/praised as good service management for older persons, and having distinct characteristics on service management for older persons. The families with dependent older persons in level 3 and 4 were selected from communities in 4 Sub-district Administrative Organizations (SAO), Mae Sua District, Chiang Rai Province, Kao Suan Kwang Sub-District Administrative Organization, Kao Suan Kwang District, Khon Kaen Province, Banpaew Sub-District Administrative Organization, Banpaew District, Samutsakhon Province, and Pakpoon Sub-District Administrative Organization, Muang District, Nakhonsithammarat Province. Two families with good elderly care were considered and selected from each community to be total of 8 families.

The study was conducted after the ethical procedure was complete. The study method is based on case study, interview, conversation, observation with the main caregivers and family's members, and group conversation with neighbors, networks, and community's members. Data were verified in three ways from different data resources and different data collecting method. Data analysis for conversations and interviews were based on content analysis and then thematic analysis. The study can be concluded as follows.

**Good Model on the Elderly Care by Family**

A good model for the dependent elderly care consists of several important components such as family's members, relatives, neighbors, communities, professional institutions, and many supporting services. From the study, it was found that the caregiver in the family is the first component that has the most effect on the dependent elderly care.

According to the case study, it was found that all main caregivers were children of the older persons, more women than men, and one reason for being the caregiver was to recompense their parents and being one who was inferior in economic and social authorities than other family's members including lower income than others, had education related to health related occupation such as congenital diseases, handicapped, and social status such as being single, single child, the oldest child, woman. However, it was found that the main caregiver was capable of performing the task satisfactory for older persons and was recognized at the community level as a good caregiver. The caregivers use different methods and techniques to aid older persons to have good personal hygiene in cleanliness of body and belongings, receive food and medicines on time, have body movement to prevent pressure ulcer care, and also receive mental and spiritual care. Even though there was financial limitation in some families but the caregivers could manage older persons to have good living by their family's status.

The research team found an interesting aspect on changes in habitat environments of older persons. It should be specially taken care of since dependent older persons cannot help themselves completely. Therefore, the environmental arrangement for older persons is very crucial and important because suitable environments for older persons will reduce the risk on care as well as give them good quality of lives.

**Good Model on the Elderly Care by Community**

External factors apart from the family such as official institutions like Subdistrict Administrative Organizations, hospitals, etc., are important as the institutions responsible

for managing and supporting care services, budget, and personnel. These institutions play more roles in a macro level than a micro level or direct services. The study showed that strong SAOs with good management, clear policy for older persons, good care teams, good resource management, good information system, and having service evaluation, as well as being able to provide a long term care service to older persons completely in both health and social aspects will significantly lead good effect for the long term care.

Roles of professional fellows, volunteers, and neighbors are important for dependent older persons because a rapid increase in health problems makes the family and caregiver worried that they cannot “handle” or “provide good care”. But from the case study, it was found that in the community that has continued home care would have a complete long term care system with the assistance from the community nurses and home health care nurses as well as care volunteers and public health volunteers to support the family and the network for good care services. However, since the expansion of social services in health organizations comes from the needs with lack of social personnel or continuously and increasingly having problems with the needs of the older persons and caregivers in many aspects and the social service management under limitation of specialty and specific skills, hence the service format cannot reflect real needs of older persons and families. Therefore, the institutions should consider using more specific and skilled professional fellows.

In addition, knowledge and responsibilities of caregiving volunteers and public health volunteers are not enough to provide services to older persons with chronic illness or dependent ones. Therefore, they should develop knowledge and skills on the dependent elderly care in order to perform their assigned task effectively.

An important supporting system for the elderly care by the community is a good database system using for decision making and specify operating guidelines to be in line with the community’s problems and needs. The creation of a qualitative and social database will be beneficial for service organizations in the community. It will provide facts that lead to integrated service planning resulting in efficiency of service providing and management. In addition, it can be a monitoring system in the community to understand the problem situation and severity and to completely resolve the problem in time because the database contains list of personnel who are at risk either from poverty, illness from disease, chronic illness, handicapped people, or older persons. Therefore, the creation of database for the community should be promoted.

**Recommendations:**

**Policy Level**

1. The Ministry of Public Health should increase the efficiency of home heath service system to be in line with problems and needs of older persons by considering the followings.
   1.1. Review current service frameworks to create new care models by considering services provided from institutions to services in communities and families.
   1.2. Specify services' guidelines and success conditions with an objective for good quality of life for older persons under the long term care system.
   1.3. Specify policies to clearly create collaboration with health and social networks and create a good coordination system.
   1.4. Specify guidelines to integrate elderly care channels for dependent older persons by using the health service as the leading component.
2. Related organizations such as the Ministry of Public Health and the Ministry of Social Development and Human Security should plan and identify methodologies to specify service formats by family and a mutual long term care service by considering the followings.
   2.1. Specify human resources both in professional and volunteer levels such as community's nurses and community welfare workers or community social works at the area level.
   2.2. Specify structure of a long term care service for families and communities by having project service providers and clearly specifying their roles and authorizations.
   2.3. Promote the usage of information and technologies for communication, especially setting up counseling systems through mobile phones and home phones.
   2.4. Specify supposed standards for materials and equipments used in care services for the benefit of the services.

**3. Operating Level**

Practices in the local level should be changed in order to support an increase in older persons with chronic illness by considering the followings.

3.1. Provide database systems of older persons to cover both social and health aspects (Should study from the FAB project of Walairaksana University and Pak Poon Subdistrict Administrative Organization, Nakhon Srithammarat) for benefits of several services in the community.

3.2. Have care teams to work in the community consisting of community social workers acting as case managers, professional nurses, assistant nurses/assistant caregivers (who pass the LTC special training program), care volunteers, and public health volunteers in the village.

3.3. Provide services in the family under the local's support and management such as supporting necessary items for a long term care, providing knowledge to caregivers and basic health services.

3.4. Provide alternative services in the community to aid families in caregiving of their older persons by supporting quality care equipments, having a equipment collection system to service the family in need, and developing a referring system to primary service stations.

**4. Family Level**

4.1. Family and caregivers should always look for knowledge on the elderly care.

4.2. Promote participation of family members in the elderly care.

4.3. Create participation in the elderly care acknowledged by family members.

4.4. Caregivers should study and search information related to the care networks and resources.

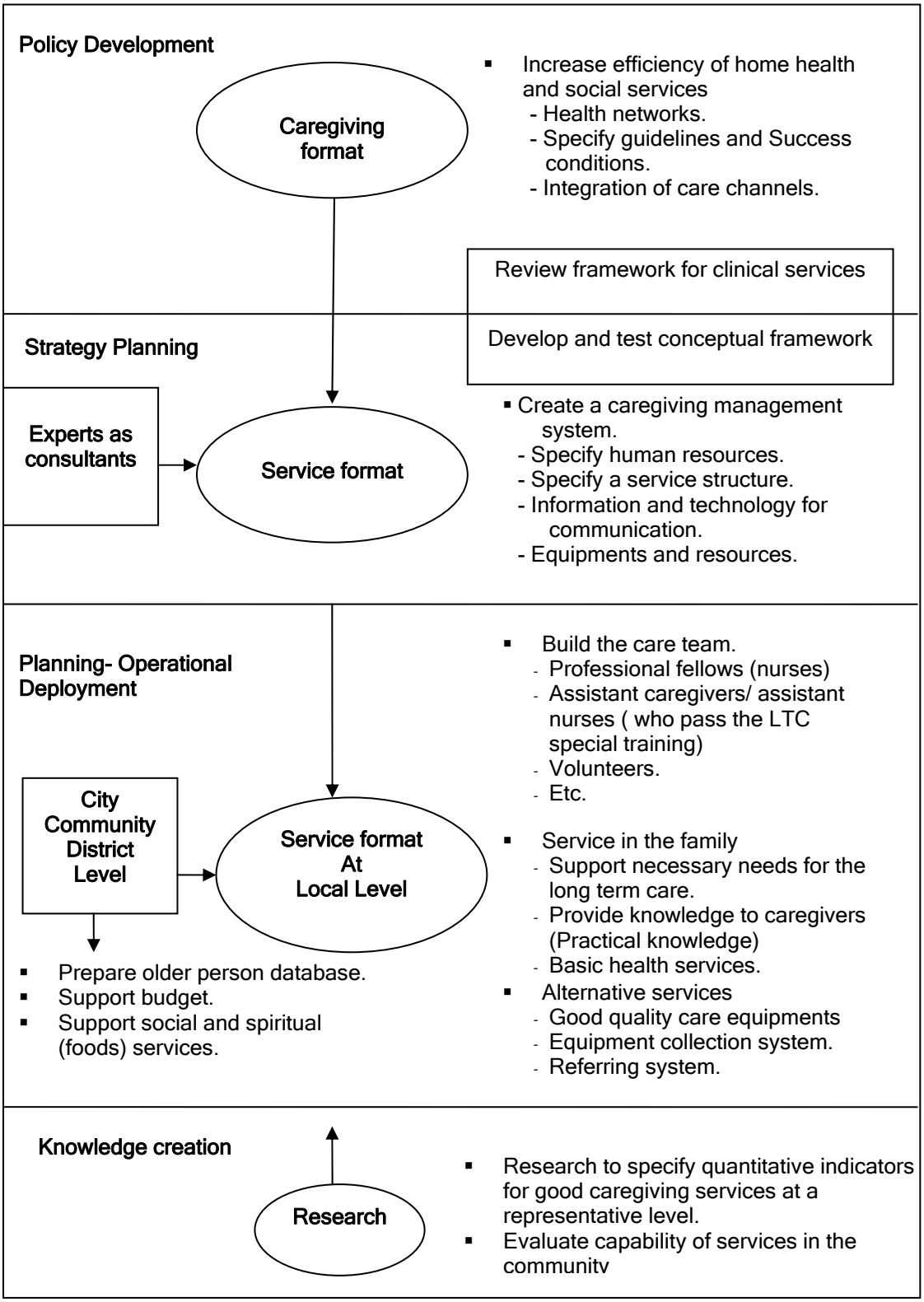
**5. Recommendations for Future Research**

5.1. An experimental research for a good long term care service in the community should be conducted to create a good quality management mechanism.

5.2. A research should be conducted to specify examples of good care indicator quantitatively and sample sizes that can represent at a national level.

5.3. Capability of community services should be monitored and evaluated in order to look for the system's strengths and weaknesses and further develop them to be good services.

**Recommendation for development of a long term care system for older persons by the family and community in rural areas in Thailand.**



# บทที่ 1
# บทนำ

## 1. ความสำคัญของปัญหา

แนวโน้มของอัตราส่วนการเป็นภาระของประชากรสูงอายุเมื่อเทียบกับวัยแรงงานมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเพิ่มจากร้อยละ 10 ใน พ.ศ.2505 มาเป็นร้อยละ 19.6 ใน พ.ศ. 2553 และเป็นร้อยละ 29.6 ใน พ.ศ.2568 ซึ่งในเวลานั้น สังคมไทยจะกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุเต็มรูปแบบ และหลังจาก พ.ศ.2573 เป็นต้นไป อัตราส่วนการเป็นภาระในวัยสูงอายุ มีแนวโน้มสูงกว่าวัยเด็กอย่างมาก (มูลนิธิสถาบันพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2550) นอกจากนั้น การประมาณการสถานะสุขภาพผู้สูงอายุ ได้พบว่า ใน พ.ศ.2558 ประเทศไทยจะมีประชากรสูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพระยะยาว ประมาณ 1,644,658 คน (ร้อยละ 18.8 ของประชากรสูงอายุทั้งประเทศ) ซึ่งในกลุ่มนี้ มีร้อยละ 0.9 ที่ไม่สามารถลุกนั่ง หรือเคลื่อนย้ายได้ ร้อยละ 6.9 ต้องการพึ่งพาผู้ดูแลในการดูแลสุขภาพ (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ, 2542) ข้อมูลดังกล่าวนี้แสดงให้เห็นถึงความจำเป็นในการเตรียมระบบการดูแลผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มผู้สูงอายุที่เข้าสู่ภาวะพึ่งพาที่นับวันจะมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น

การดูแลผู้สูงอายุเป็นลักษณะพื้นฐานที่สำคัญของแต่ละสังคม เป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับความรับผิดชอบ ค่านิยม วัฒนธรรม และประเพณีปฏิบัติที่มีต่อกัน โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีสภาวะทางร่างกายที่อ่อนแอกว่าให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ ซึ่งผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลนี้ส่วนใหญ่เป็นสมาชิกในครอบครัว โดยอาจมีผู้ดูแลที่ให้การสนับสนุน เช่น เพื่อนบ้าน เครือญาติ กลุ่มอาสาสมัครในชุมชน และทีมวิชาชีพอื่นๆ ซึ่งการดูแลในครอบครัวต้องอาศัยบริการหลากหลายประเภท ทั้งจากชุมชนและสถาบันเข้ามาสนับสนุนให้การดูแลนั้นมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น แต่การดูแลจะบรรลุผลเพียงใดขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง วิธีการและกลวิธีการดูแลที่แต่ละครอบครัวและชุมชนมีความแตกต่างกัน ทั้งเชิงปัจจัยส่วนบุคคล เชิงค่านิยมเชิงการจัดการ และเชิงความแตกต่างของพื้นที่

ลักษณะการดูแลผู้สูงอายุในชนบทไทยนั้น ปัจจุบันครอบครัวและผู้สูงอายุต้องเผชิญกับสถานการณ์เปลี่ยนแปลงของสังคมที่รวดเร็ว และรุนแรงตามกระแสโลก จึงทำให้เกิดผลกระทบต่อครอบครัว ทั้งเชิงโครงสร้าง บทบาท และหน้าที่ แต่ขณะเดียวกันครอบครัวยังคงรักษาประเพณีวัฒนธรรมในการดูแลซึ่งกันและกัน รวมทั้งคงไว้ซึ่งความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันในครอบครัว ให้เป็นเครื่องมือในการดูแลผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองไม่ได้ให้สามารถดำเนินชีวิตอย่าง

เหมาะสม ซึ่งการดำเนินการนี้หากมีการศึกษาถ่ายทอด รูปแบบการดูแลจากครอบครัวและชุมชนผ่านการจัดการความรู้อย่างเป็นระบบแล้ว น่าจะเป็นประโยชน์ต่อการพิจารณากำหนดนโยบาย และการวางแผนระบบการดูแลระยะยาวของประเทศไทยในอนาคต

**1.1 วัตถุประสงค์**

(1) เพื่อศึกษารูปแบบและถอดตัวแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุของครอบครัวที่ได้รับการพิจารณาว่ามีการดูแลที่ดี

(2) เพื่อศึกษารูปแบบและถอดตัวแบบการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุของชุมชนที่ได้รับการพิจารณาว่ามีการจัดการที่ดี

(3) เพื่อศึกษารูปแบบและถอดตัวแบบกลวิธีการจัดการในครอบครัวและชุมชน

**1.2 ขอบเขตการศึกษา**

ศึกษาเฉพาะครอบครัวที่ได้รับการคัดเลือกจาก 4 ภาค ๆละ 1 ครอบครัว รวม 4 ครอบครัว และการศึกษาระดับชุมชน ได้รับการคัดเลือกจาก 4 ภาค ๆละ 1 ชุมชน รวม 4 ชุมชน

**1.3 คำจำกัดความในการวิจัย**

**ผู้สูงอายุ** หมายถึง ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพาซึ่งต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในเรื่องการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น การดูแล การให้อาหาร ที่อยู่อาศัย เสื้อผ้า การปกป้องคุ้มครอง การรักษาเมื่อเจ็บป่วย การแสดงความรักความห่วงใย

**ผู้ดูแล** หมายถึง ญาติหรือผู้ที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนเดียวกันที่ทำหน้าที่ช่วยเหลือและรับผิดชอบการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ ทั้งทำเป็นประจำหรือทำต่อเนื่อง และให้เวลาในการดูแลมากกว่าผู้อื่น มีบทบาทเป็นผู้ดูแลหลักในครอบครัว

**ชุมชนชนบท** หมายถึง พื้นที่ที่ตั้งอยู่นอกเขตเมืองหรือเขตเทศบาล เป็นพื้นที่ในความรับผิดชอบขององค์การบริหารส่วนตำบล

**การดูแลระยะยาว** หมายถึง การจัดบริการสุขภาพและสังคมที่มีรูปแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ เพื่อตอบสนองความต้องการได้รับความช่วยเหลือของผู้ที่ประสบภาวะยากลำบาก อันเนื่องมาจากภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง การประสบอุบัติเหตุ ความพิการต่าง ๆ ตลอดจนผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในชีวิตประจำวัน

**ตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของครอบครัว** หมายถึง ผลการเรียนรู้การศึกษาพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่เข้าสู่ภาวะพึ่งพาระดับ 3 และระดับ 4 ที่ชุมชนได้ตกลงร่วมกันว่า มีพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่ดี โดยมีเนื้อหาครอบคลุมพฤติกรรมด้านการปฏิบัติดูแลผู้สูงอายุทั้ง กาย จิตวิญญาณ และความรู้สึกนึกคิด ที่มีต่อการดูแลผู้สูงอายุ

**ตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดีในชุมชน** หมายถึง ผลการเรียนรู้จากการศึกษาการบริหารจัดการ และการให้บริการแก่ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพาระดับ 3 และระดับ 4 ของชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

## 2. ระเบียบวิธีวิจัย

**2.1 ประเภทการวิจัย** เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ใช้วิธีการศึกษาเฉพาะกรณี (Case Study Approach) รูปแบบการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive Research) ที่มุ่งเสนอรายละเอียดของกรณีศึกษาด้วยเทคนิคการบรรยาย

**2.2 วิธีการเก็บข้อมูลเพื่อถอดแบบ** แบ่งเป็น 2 ขั้นตอน ดังนี้

### 1. ขั้นตอนการคัดเลือกพื้นที่และเกณฑ์ที่กำหนด

1.1 การกำหนดคำนิยามคำว่า ชุมชนชนบท

ชุมชน (Community) หมายถึง กลุ่มคนกลุ่มหนึ่ง ซึ่งอาศัยอยู่ในพื้นที่หนึ่งร่วมกัน มีวัฒนธรรมร่วมกัน มีแบบแผนการดำเนินชีวิตแบบเดียวกัน มีความรู้สึกว่าเป็นพวกเดียวกัน และสามารถรวมตัวกันเพื่อบรรลุเป้าหมายอันใดอันหนึ่งร่วมกัน คำว่า ชุมชนชนบท (Rural community) หมายถึง พื้นที่ที่ตั้งอยู่นอกเขตเมือง เขตเทศบาล โดยตั้งอยู่ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบล ซึ่งมีความเจริญทางวัตถุน้อย ผู้คนส่วนใหญ่มีอาชีพทางการเกษตรกรรม

1.2 เกณฑ์การคัดเลือกพื้นที่

(1) อยู่นอกเขตเมืองหรือนอกเขตเทศบาล

(2) ได้รับการกล่าวถึง/ยกย่อง จากสาธารณะชนว่ามีการจัดการด้านผู้สูงอายุที่ดี และมีการจัดบริการผู้สูงอายุในลักษณะใดลักษณะหนึ่งที่เด่นชัด

(3) ใช้วิธีการสุ่มแบบมีจุดหมาย (Purposive Sampling) ภาคละ1 ชุมชน โดยแต่ละชุมชนมีคุณสมบัติที่แตกต่างกัน คัดเลือกพื้นที่แต่ละภูมิภาค ได้ดังนี้

| ภาค | พื้นที่คัดเลือก | เหตุผล |
|---|---|---|
| ภาคเหนือ | อบต.แม่พริก<br>อ.แม่สรวย<br>จ.เชียงราย<br>(ประชาชนมีฐานะดีปานกลาง) | 1. มีรพ.แม่สรวยเป็นผู้นำสำคัญ เป็นรพ.ชุมชนที่ได้รับการคัดเลือกเป็น Best Practice ด้านการดูแลผู้สูงอายุ<br>2. ชุมชนสร้างเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุ รวมทั้ง มีการผสานกับอาสาสมัครในพื้นที่<br>3. มีกระบวนการเชื่อมประสานการ |

| ภาค | พื้นที่คัดเลือก | เหตุผล |
|---|---|---|
| | | รักษาพยาบาลทุกระบบ รวมทั้งมี Home Health Care ด้วย |
| ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ | อบต.เขาสวนกวาง อ.เขาสวนกวาง จ.ขอนแก่น (อบต.ขนาดเล็กประชาชนฐานะยากจน) | 1. มีผู้สูงอายุในตำบลกว่า 300 คน<br>2. มีศูนย์อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุในชุมชน (ต้องการศึกษาและหาทางเชื่อมบทบาทการดูแลกับศูนย์อเนกประสงค์)<br>3. บุคลากร (อบต.+เจ้าหน้าที่) เข้มแข็ง ใส่ใจเรื่องผู้สูงอายุ |
| ภาคกลาง | อบต.บ้านแพ้ว อ.บ้านแพ้ว จ.สมุทรสาคร | 1. มี รพ.บ้านแพ้ว ซึ่งเป็นองค์การมหาชนให้บริการหลัก (ต้องการดูว่า ในชุมชนที่มีการบริการในสถาบันที่ดี ผู้สูงอายุในครอบครัวได้รับการดูแลเพียงใด) |
| ภาคใต้ | อบต.ปากพูน อ.เมือง นครศรีธรรมราช จ.นครศรีธรรมราช (อบต.ขนาดใหญ่ประชาชนฐานะดี) | 1. เป็นชุมชนที่มีความเข้มแข็งใช้แนวปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงในการพัฒนาชุมชนจนสามารถพึ่งตนเองได้<br>2. มีผู้นำที่มีวิสัยทัศน์ด้านสวัสดิการ<br>3. มีอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชน |

1.3 กำหนดวิธีการคัดเลือกครอบครัว โดยใช้ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informance) เป็นผู้ให้ข้อมูล ได้ทำการติดต่อนัดหมายกับผู้ให้ข้อมูลสำคัญไว้ล่วงหน้า

1.4 การสนทนากับผู้ให้ข้อมูลสำคัญ คณะผู้วิจัยได้เดินทางไปในพื้นที่ตำบล/สถานที่ที่ได้นัดหมายสนทนากลุ่ม และสัมภาษณ์ผู้นำชุมชน ทั้งอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ ได้แก่ นายอำเภอ ปลัดอำเภอ ปลัด อบต. กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ชมรมผู้สูงอายุ และเจ้าหน้าที่อื่นๆ โดยประเด็นการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์มุ่งเน้นไปที่ความหมายและคุณลักษณะของการดูแลผู้สูงอายุที่ดีตามทัศนะของผู้นำ โดยผู้วิจัยได้บันทึกเกณฑ์ไว้และให้ผู้ให้ข้อมูลสำคัญเสนอรายชื่อหมู่บ้านที่มีการดูแลที่ดีและเลือกไว้พื้นที่ละ 2 แห่ง

1.5 เมื่อได้เกณฑ์จากผู้นำแล้ว คณะผู้วิจัยได้ทำการสนทนากลุ่มประเด็นเดิมกับพยาบาลชุมชนที่ทำงานกับผู้สูงอายุในชุมชนนั้นๆ โดยตรง เพื่อสนทนาและค้นหาเกณฑ์การดูแลที่ดีในครอบครัว เนื่องจากเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลแต่ละแห่งมีความใกล้ชิดกับผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยและญาติ

1.6 เมื่อเก็บข้อมูลข้อมูลเรียบร้อยแล้ว คณะผู้วิจัยได้สรุปตัวชี้วัดการดูแลที่ดีในของชุมชน ประกอบด้วยลักษณะดังนี้

1. การที่บุตรหลาน สมาชิกในครอบครัว เอาใจใส่ต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุในทุกเรื่อง ได้แก่

1.1) การจัดหาอาหาร

1.2) ป้อนอาหาร / หรือให้อาหาร

1.3) การอาบน้ำ เปลี่ยนเสื้อผ้า

1.4) การพาไปพบแพทย์เมื่อเจ็บป่วย

1.5) จัดหาสิ่งอำนวยความสะดวก

1.6) จัดที่อยู่อาศัยสะอาด ไม่มีกลิ่นเหม็น

2. การที่บุตรหลานมีความห่วงใย เอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุ ได้แก่

2.1) การอยู่เป็นเพื่อนตลอดเวลา(นอนด้วย)

2.2) ไม่ทิ้งพ่อแม่ไปไหนนาน (มีการฝากเพื่อนบ้านดูแล)

2.3) พูดคุย เล่าเรื่อง

3. การที่บุตรหลานมีความเคารพนับถือ ได้แก่

3.1) ไม่โต้เถียง ถึงแม้จะถูกบิดาด่าว่า

3.2) บอกกล่าวเมื่อจะออกจากบ้าน

3.3) ขอคำแนะนำจากพ่อแม่ก่อนจะดำเนินการอะไร

**2. การคัดเลือกครอบครัวผู้สูงอายุ**

2.1 จากตัวชี้วัดที่ได้จึงทำการสนทนากลุ่มอีกครั้งกับผู้ใหญ่บ้าน พยาบาล อสม. อผส. และผู้แทนชมรมผู้สูงอายุ โดยให้กลุ่มเสนอรายชื่อครอบครัวที่มีการดูแลผู้สูงอายุที่ดีในแต่ละพื้นที่ โดยคัดเลือกพื้นที่ 2-3 ราย

2.2 คณะผู้วิจัยร่วมกับกลุ่มดังกล่าว ออกทำการเยี่ยมบ้าน เพื่อสังเกตสภาพจริง โดยไปเยี่ยมบ้านที่ได้รับการเสนอชื่อทุกหลัง จากการสำรวจข้อมูลเบื้องต้น เพื่อคัดเลือกกรณีศึกษาร่วมกับพยาบาลวิชาชีพในแต่ละพื้นที่ เพื่อคัดเลือกผู้สูงอายุที่พึ่งพาในระดับมากและพึ่งพาโดยสมบูรณ์เท่านั้น ซึ่งมีลักษณะดังนี้

1. รับประทานอาหาร

- ตักอาหารเองได้
- ตักอาหารเองได้ แต่ต้องมีคนเตรียมอาหารให้
- ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนให้
- รับอาหารทางสายยาง

2. การลุกนั่งจากที่นอน
   - ลุกไม่ได้
   - ต้องมีคนช่วยพยุง ไม่สามารถลุกขึ้นได้เอง
3. การใช้ห้องสุขา
   - ทำเองได้บ้าง แต่ต้องมีผู้ช่วยเหลือ
   - ช่วยตัวเองไม่ได้เลย
4. การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน
   - เดินได้ในระยะสั้น โดยมีไม้เท้าช่วยพยุง
   - ยืนได้ แต่เดินเองไม่ได้ ต้องมีผู้ช่วยพยุง
   - เดินไม่ได้ แต่เคลื่อนที่ด้วยการถัดตัวไปได้
   - เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้
5. การแต่งกาย
   - ช่วยตัวเองได้เล็กน้อย ประมาณ 50 %
   - ช่วยตัวเองไม่ได้เลย
6. การอาบน้ำ
   - ช่วยตัวเองได้เล็กน้อย
   - ไม่สามารถอาบน้ำเอง ต้องมีผู้อาบน้ำให้
7. การควบคุมการขับถ่าย
   - ทำเองได้บ้าง
   - ช่วยตัวเองไม่ได้เลย

2.3 ผลการคัดเลือกได้รายชื่อครอบครัวที่ได้รับการคัดเลือกว่ามีการดูแลที่ดี ดังนี้

| **พื้นที่** | | **ชื่อผู้สูงอายุ (นามสมมติ)** | **ที่อยู่** |
|---|---|---|---|
| สมุทรสาคร | ต.บ้านแพ้ว อ.บ้านแพ้ว | นายสมบูรณ์ (อายุ 86 ปี) | หมู่ 2 ต.บ้านแพ้ว |
| | | นางสมศรี (อายุ 88 ปี) | หมู่ 4 ต.บ้านแพ้ว |
| เชียงราย | ต.แม่พริก อ.แม่สรวย | นางยอดคำ (อายุ 80 ปี) | หมู่ 12 ต.แม่พริก |
| | | นายคำปัน (อายุ 84 ปี) | หมู่ 2 ต.แม่พริก |
| ขอนแก่น | ต.เขาสวนกวาง อ.เขาสวนกวาง | นางบุญ (อายุ 82 ปี) | หมู่ 4 ต.เขาสวนกวาง |
| | | นางศรี (อายุ 80 ปี) | หมู่ 3 ต.เขาสวนกวาง |
| นครศรีธรรมราช | ต.ปากพูน อ.เมืองฯ | นางสมหญิง (อายุ 76 ปี) | หมู่ 3 ต.ปากพูน |
| | | นางมาลาตี (อายุ 105 ปี) | หมู่ 6 ต.ปากพูน |

**หมายเหตุ**

คณะผู้วิจัยได้เปลี่ยนแปลงผู้สูงอายุที่คัดเลือกจำนวน 2 ราย เนื่องจาก

1. ในพื้นที่ภาคเหนือ เมื่อคณะผู้วิจัยศึกษาและสนทนาเชิงลึก ในครั้งที่ 2-3 พบว่าผู้สูงอายุที่เป็นกรณีศึกษามีพฤติกรรมดื่มสุราทุกวัน โดยการจัดหาให้ของบุตรสาวที่เป็นผู้ดูแล ซึ่งคณะผู้วิจัยเห็นว่าไม่เหมาะสมที่เป็นตัวแบบที่ดี ควรคัดเลือกผู้สูงอายุรายใหม่

2. ในพื้นที่ภาคใต้ ผู้สูงอายุที่คัดเลือกไว้เสียชีวิตระหว่างเก็บข้อมูลรอบแรก จึงคัดเลือกผู้สูงอายุรายใหม่แทน

**2.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

คณะผู้วิจัยเริ่มทำการศึกษาร่วมกับพยาบาลชุมชน หรืออสม. หรือ อผส. ซึ่งทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงาน และนัดหมายครอบครัวที่กำหนดไว้ล่วงหน้า โดยคณะผู้วิจัยเริ่มต้นด้วยการสร้างสัมพันธภาพ ทักทาย และสนทนาทั่วไป จากนั้นจึงอธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการศึกษา และขออนุญาตจากผู้สูงอายุเป็นรายกรณี เมื่อได้รับอนุญาตแล้วจึงเริ่มต้นการสนทนา

**แนวทางการสนทนากลุ่มการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน** ประกอบด้วย

1. ประเภท ชนิด และบริการที่มีอยู่ในชุมชน
2. การกระจายบริการ และการเชื่อมประสานระบบการดูแลและบริการผู้สูงอายุในชุมชน
3. ปัจจัยแห่งความสำเร็จ อุปสรรคที่ทำให้ล้มเหลว และศักยภาพในการพัฒนาระบบบริการต่างๆ
4. บทบาทชุมชน (การกำหนดนโยบาย, การสร้างทีมงาน, การเป็นหุ้นส่วน, การกระจายทรัพยากร, การให้ข้อมูลข่าวสาร และการประเมินผล)
5. แนวทางการพัฒนา ขยายผล และระบบสนับสนุนการดูแลระยะยาวให้มีการบูรณาการและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

**แนวคำถามการถอดตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว** ประกอบด้วย

1. ภาวะการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ การรักษา การควบคุมอาการของโรคด้วยพฤติกรรมสุขภาพ สุขภาพจิต สุขภาพทางสังคม และสุขภาพทางจิตวิญญาณ
2. การจัดการดูแลในครอบครัวของผู้ดูแลหลัก ในครอบครัวและกลวิธี
3. บทบาทของเครือข่ายการดูแล และเครือข่ายความช่วยเหลือ
4. บริการการดูแล ที่ครอบครัวไปใช้บริการ ทั้งจากชุมชนและสถาบัน
5. วิธีเข้าถึงบริการ และปัญหาอุปสรรค
6. ค่าใช้จ่ายต่างๆ ที่เกิดขึ้น และการบริหารการเงิน

7. ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแล (ค่านิยม,วัฒนธรรม,ภาวะการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ ฯลฯ)

8. คุณภาพการดูแล (ผู้ดูแล, อุปกรณ์ช่วยเหลือ, ภาวะแวดล้อม)

9. ความต้องการได้รับการสนับสนุนจากสถาบัน ชุมชน และเครือข่ายอื่นๆ ประมาณการความต้องการบุคคลช่วยเหลือ

**2.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล**

คณะผู้วิจัยมีการเก็บรวมรวมข้อมูล ทั้งการถ่ายภาพ การสนทนา และการบันทึกเทปไปพร้อมกัน จนได้เวลาพอสมควรที่คาดว่าจะไม่เป็นการรบกวนครอบครัวผู้สูงอายุ จึงได้เตรียมตัวลากลับ โดยมีการมอบของที่ระลึกให้แต่ละครอบครัวเพื่อแสดงความขอบคุณ และได้กล่าวขออนุญาตครอบครัวผู้สูงอายุล่วงหน้าในการที่จะเข้ามาศึกษาอีก ซึ่งครอบครัวผู้สูงอายุส่วนใหญ่เต็มใจและยินดีให้กลับมาสนทนาได้อีก

คณะผู้วิจัยได้กลับไปสนทนากับครอบครัวผู้สูงอายุนั้นๆ อีก โดยเฉลี่ยครอบครัวละประมาณ 3 ครั้ง

**2.5 การตรวจสอบคุณภาพข้อมูล**

เพื่อให้ผลการศึกษามีความน่าเชื่อถือ คณะผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบคุณภาพข้อมูลดังนี้

**(1) การตรวจสอบข้อมูลจากแหล่งข้อมูลที่แตกต่างกัน**

คณะผู้วิจัยได้มีการตรวจสอบคุณภาพของข้อมูล ตั้งแต่การคัดเลือกชุมชน การคัดเลือกตัวแบบและการถอดตัวแบบ โดยมีการศึกษาทั้งจากเอกสารที่เผยแพร่เกี่ยวกับข้อมูลชุมชน การสังเกตในสถานการณ์จริง การสัมภาษณ์เป็นรายบุคคลกับบุคคลที่น่าเชื่อถือ ได้แก่ นายอำเภอ นายกองค์การบริหารส่วนตำบล ผู้ใหญ่บ้าน เป็นต้น การสนทนากลุ่มกับบุคคลในชุมชน ทั้งผู้นำอย่างเป็นทางการ และประชาชนทั่วไป ซึ่งพบว่าข้อมูลส่วนใหญ่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน แสดงว่าข้อมูลมีความน่าเชื่อถือในระดับมาก

**(2) การตรวจสอบข้อมูลจากเวลาที่แตกต่างกัน**

คณะผู้วิจัยมีการแบ่งระยะเวลาการศึกษาออกเป็นช่วง โดยแต่ละช่วงใช้ระยะเวลาห่างกันไม่เกิน 2 เดือน ในแต่ละกรณีศึกษาและแต่ละชุมชน มีการเก็บข้อมูลอย่างน้อย 2 ครั้ง ในกรณีศึกษาแต่ละราย กำหนดช่วงเวลาเข้าไปศึกษาแตกต่างกันในแต่ละครั้ง เช่น เข้าไปช่วงเช้า ช่วงกลางวันถึงบ่าย และช่วงเย็น เพื่อสะท้อนให้เห็นถึงความแตกต่างของการดูแลในแต่ละช่วงเวลา โดยพบว่าข้อมูลที่ได้รับไม่แตกต่างกัน นอกจากนั้นการเข้าสู่ชุมชนในช่วงระยะเวลาที่ห่างกันประมาณ 1 เดือน พบว่า ข้อมูลที่พบนั้นไม่แตกต่างกันเช่นกัน แสดงว่าข้อมูลที่ได้มีความน่าเชื่อถือในระดับมาก

**(3) การตรวจสอบข้อมูลโดยใช้วิธีเก็บข้อมูลที่แตกต่างกัน**

คณะผู้วิจัยได้ใช้วิธีการศึกษาจากเอกสาร การสัมภาษณ์ และใช้วิธีการสนทนากลุ่มกับกลุ่มผู้นำ กลุ่มผู้ปฏิบัติงาน รวมถึงคนในชุมชน การสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ดูแล และการสังเกตที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อม รวมทั้งการสนทนากับกรณีศึกษาบางรายที่สามารถพูดคุยได้ (เป็นเจ้าของข้อมูล) พบว่า ข้อมูลมีความสอดคล้อง และเป็นไปในทิศทางเดียวกัน แสดงว่าข้อมูลมีความน่าเชื่อถือระดับมาก

**2.6 การวิเคราะห์ข้อมูล**

คณะผู้วิจัยมีการวิเคราะห์ข้อมูลตั้งแต่การศึกษาและเก็บข้อมูลเป็น 2 ระยะ ระยะแรกเป็นการวิเคราะห์ข้อมูลจากคำตอบที่ได้จากการสนทนากลุ่ม กรณีศึกษา และการสังเกต หลังจากถอดเทปเป็นคำพูดเรียบร้อยแล้ว ได้ดำเนินการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) หรือคำพูดอีกครั้งเพื่อนำไปสู่การจัดลำดับหมวดหมู่ เมื่อจัดหมวดหมู่เสร็จแล้ว จึงทำการวิเคราะห์แก่นเนื้อหาหรือวิเคราะห์สาระของข้อมูลอีกครั้ง (Thematic Analysis) โดยกระบวนการวิเคราะห์ กระทำเช่นนี้ในทุกพื้นที่

**2.7 การตีความหมายและการให้ความหมาย**

คณะผู้วิจัยใช้วิธีการตีความหมาย โดยพิจารณาจากความเหมือนและความต่างของข้อมูล โดยจัดหมวดหมู่ที่เหมือนกันไว้ด้วยกัน พร้อมทั้งให้ความหมายโดยอิงการตรวจสอบกับแนวความคิด และสถานการณ์ที่เป็นวัฒนธรรมชุมชน

**2.8 การนำเสนอข้อมูล**

คณะผู้วิจัย แบ่งเนื้อหาการนำเสนอ เป็น 5 บท ดังนี้

บทที่ 1 บทนำและระเบียบวิธีการศึกษา
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง
บทที่ 3 ผลการศึกษารายกรณี
บทที่ 4 ผลการศึกษาชุมชน
บทที่ 5 สรุป อภิปรายผล และเสนอแนะ

**2.9 ประเด็นจริยธรรม**

เนื่องจากการศึกษากับผู้สูงอายุเป็นเรื่องที่ละเอียดอ่อน และเกี่ยวข้องกับบริบทด้านวัฒนธรรม และการเคารพนับถือ การนำเสนอข้อมูลส่วนตัว หรือการให้ผู้ให้สัมภาษณ์แสดงข้อมูลส่วนตัวเป็นเรื่องที่ควรระมัดระวังอย่างยิ่ง ดังนั้น นอกจากจะขออนุญาตการเก็บข้อมูลแล้ว คณะผู้วิจัยได้คำนึงถึงการอนุญาตอย่างเป็นลายลักษณ์อักษรด้วย จึงมีการขออนุญาตให้

ผู้สูงอายุหรือผู้ดูแลแสดงความยินยอมที่จะร่วมเป็นผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ตามรายละเอียดของใบยินยอมที่แสดงไว้ ซึ่งคณะผู้วิจัยได้รับการอนุญาตทุกราย

**2.10 ระยะเวลาที่ใช้ในการศึกษา**

ระยะเวลา 7 เดือน (1 กันยายน 2551 - 31 มีนาคม 2552)

**2.11 ประโยชน์ที่ได้รับ**

(1) ข้อมูลการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชนที่เป็นตัวแบบที่ดี สามารถนำไปเป็นบทเรียนรู้แก่บุคคลอื่นและสังคมได้

(2) ข้อมูลการดูแลที่ดีทั้งในครอบครัวและชุมชน สะท้อนบริบทการดูแลของสังคมไทยที่ชัดเจนและสามารถนำไปกำหนดนโยบาย และระบบการดูแลระยะยาวของทางราชการและเอกชนที่เหมาะสมต่อไป

(3) ผลที่ได้จากการวิจัย จะนำไปสู่การขยายองค์ความรู้ด้านการดูแลผู้สูงอายุของประเทศจะมีการศึกษาต่อยอดในประเด็นอื่นๆ ต่อไป

# บทที่ 2

# แนวความคิดและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยเรื่อง “ตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของครอบครัวและชุมชนในชนบทไทย” มีวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. ข้อมูลประชากรสูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา
2. แนวคิดเกี่ยวกับการพึ่งพาของผู้สูงอายุ
3. แนวคิดการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ
4. แนวคิดการดูแลผู้สูงอายุและการดูแลระยะยาวในครอบครัว
5. แนวคิดการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน
6. แนวคิดการถอดบทเรียน
7. บทบาทของผู้ปฏิบัติงานในชุมชน

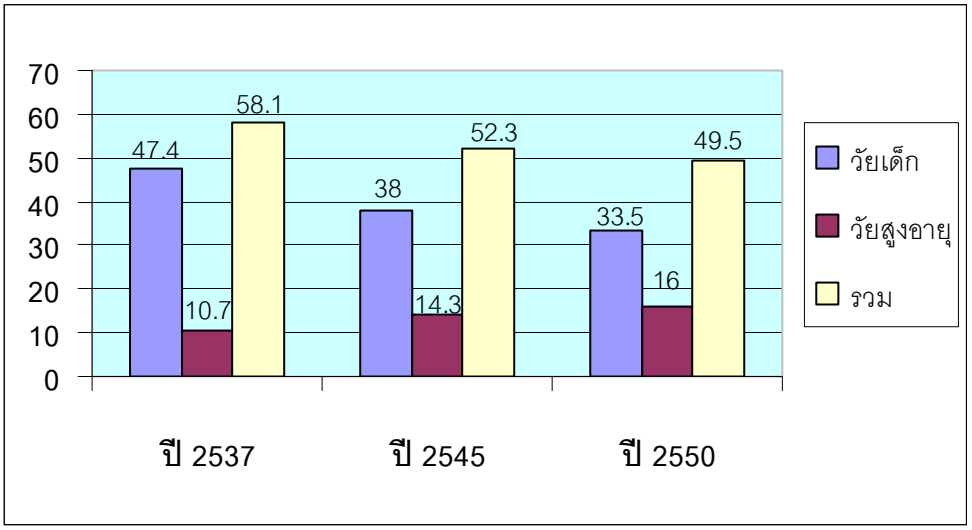
## 1. ข้อมูลประชากรสูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา

### 1.1 อัตราส่วนการเป็นภาระวัยสูงอายุ หรืออัตราการพึ่งพาวัยสูงอายุ (Aging Dependency Ratio)

ผลการสำรวจในปี 2550 ประเทศไทยมีสัดส่วนของประชากรวัยสูงอายุเพิ่มมากขึ้นจนเกือบเป็นครึ่งหนึ่งของประชากรวัยเด็ก ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ที่อยู่ในวัยกำลังแรงงานจะต้องรับภาระในการเลี้ยงดูและดูแลผู้สูงอายุมากขึ้น โดยผลการศึกษาอัตราส่วนการเป็นภาระวัยสูงอายุมีแนวโน้มสูงขึ้นในปี 2550 ประชากรวัยกำลังแรงงาน 100 คน ต้องรับภาระเลี้ยงดูผู้สูงอายุ 16 คน นอกเขตเทศบาลมีอัตราส่วนการเป็นภาระวัยสูงอายุ สูงกว่าในเขตเทศบาล (17 คน และ 15 คน ตามลำดับ) แสดงให้เห็นว่าอัตราส่วนการเป็นภาระวัยสูงอายุมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างชัดเจน ขณะที่อัตราส่วนการเป็นภาระวัยเด็กมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นผลมาจากการลดลงของอัตราเจริญพันธุ์ทั้งมวลในอดีต โดยปี 2537 อัตราการเป็นภาระในวัยเด็กเท่ากับ 47 คน ลดลงมาเป็น 38 คนในปี 2545 และลดต่ำลงเหลือ 34 คนในปี 2550 หมายความว่า ในอนาคตภาระในการเลี้ยงดูเด็กของคนที่อยู่ในวัยแรงงานจะลดต่ำลง แต่จะต้องรับภาระในการเลี้ยงดูคนชราเพิ่มขึ้นเมื่อพิจารณาอัตราส่วนการเป็นภาระวัยสูงอายุเป็นรายภาค พบว่าภาคเหนือมีอัตราส่วนการเป็นภาระวัยสูงอายุสูงสุด คือ 19 คน รองลงมาคือ ภาคตะวันออก

เฉียงเหนือ ภาคใต้ และภาคกลาง (17 คน 16 คน และ 15 คน ตามลำดับ) กรุงเทพมหานครมีอัตราส่วนการเป็นภาระวัยสูงอายุต่ำสุดคือ 13 คน (แผนภาพที่ 1)

**แผนภาพที่ 1 สภาวะทางสุขภาพ เศรษฐกิจ และการเกื้อหนุนของผู้สูงอายุที่นำไปสู่ความสามารถในการช่วยตนเองจนเข้าสู่ภาวะพึ่งพา พบข้อมูลที่สำคัญดังนี้**




ที่มา: สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2550, น.ฉ.

**(1) ภาวะสุขภาพ** โรคเรื้อรังที่พบบ่อยในผู้สูงอายุไทย คือ การมีโรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัว ซึ่งเป็นโรคไม่ติดต่อซึ่งเกิดจากพฤติกรรมการบริโภคอาหารและวิถีการดำเนินชีวิตที่ไม่เหมาะสม ประกอบกับภาวะเครียดเหล่านี้เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดโรคต่างๆ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน หัวใจ หลอดเลือดในสมองตีบร้อยละ 5.1 ภาวะสุขภาพร่างกายโดยรวมจากการให้ผู้สูงอายุประเมินภาวะสุขภาพทั่วๆ ไปโดยรวมของตนเองในระหว่าง 7 วันก่อนวันสัมภาษณ์ พบว่าไม่ถึงครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 43.0) ของผู้สูงอายุประเมินว่าตนเอง มีสุขภาพดี ร้อยละ 28.9 ประเมินว่าตนเองมีสุขภาพปานกลางร้อยละ 21.5 ประเมินว่าตนเองมีสุขภาพไม่ดี ร้อยละ 2.8 ประเมินว่าตนเองมีสุขภาพไม่ดีมากๆ มีเพียงร้อยละ 3.8 ที่ประเมินว่าตนเองมีสุขภาพดีมาก (ตารางที่ 1) ภาวะการมีสุขภาพที่ดีสวนทางกับวัยที่เพิ่มขึ้น กลุ่มผู้สูงอายุวัยต้นประเมินว่าตนเองมีสุขภาพดีและดีมากในสัดส่วนที่สูงกว่ากลุ่มผู้สูงอายุวัยกลางและวัยปลาย สุขภาพดี (ร้อยละ 50.2 ร้อยละ 34.8 และ ร้อยละ 26.4 ตามลำดับ) สุขภาพดีมาก (ร้อยละ 4.9 ร้อยละ 2.5 และ ร้อยละ 1.5) สัดส่วนของผู้สูงอายุชายที่มีภาวะสุขภาพดี และดีมากสูงกว่าผู้สูงอายุหญิง สุขภาพดี (ร้อยละ 47.8 และ ร้อยละ 39.1) สุขภาพดีมาก (ร้อยละ 5.4 และ ร้อยละ 2.6) ในเขตเทศบาลมีสัดส่วนของผู้สูงอายุที่ประเมิน ว่าตนเองมีสุขภาพดีมาก ดี และปานกลางสูงกว่านอกเขตเทศบาลดีมาก (ร้อยละ 4.8 และ ร้อยละ 3.4) ดี (ร้อยละ 44.3 และ ร้อยละ

42.5) ปานกลาง (ร้อยละ 29.5 และ ร้อยละ 28.7) สำหรับนอกเขตเทศบาลมีสัดส่วนของผู้สูงอายุที่ประเมินว่าตนเองมีสุขภาพไม่ดีและไม่ดีมาก ๆ สูงกว่าในเขตเทศบาล ไม่ดี (ร้อยละ 22.3 และ ร้อยละ 19.6) ไม่ดีมากๆ (ร้อยละ 3.1 และ ร้อยละ 1.8) (ตารางที่ 1)

**ตารางที่ 1 ร้อยละของผู้สูงอายุในแต่ละกลุ่มช่วงวัย เพศ และเขตที่อยู่อาศัย จำแนกตามผลการประเมินภาวะสุขภาพโดยรวมของตนเองในระหว่าง 7 วันก่อนวันสัมภาษณ์ พ.ศ. 2550**

| กลุ่มช่วงวัย เพศ และเขตที่อยู่อาศัย | รวม | ผลการประเมินภาวะสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุ | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | ดีมาก | ดี | ปานกลาง | ไม่ดี | ไม่ดีมากๆ |
| **รวม** | **100.0** | **3.8** | **43.0** | **28.9** | **21.5** | **2.8** |
| **กลุ่มช่วงวัย** | | | | | | |
| วัยต้น (60-69 ปี) | 100.0 | 4.9 | 50.2 | 26.5 | 16.7 | 1.7 |
| วัยกลาง (70-79 ปี) | 100.0 | 2.5 | 34.8 | 32.8 | 26.3 | 3.6 |
| วัยปลาย (80 ปีขึ้นไป) | 100.0 | 1.5 | 25.4 | 30.7 | 34.6 | 6.8 |
| **เพศ** | | | | | | |
| ชาย | 100.0 | 5.4 | 47.8 | 26.7 | 17.9 | 2.2 |
| หญิง | 100.0 | 2.6 | 39.1 | 30.7 | 24.4 | 3.2 |
| **เขตที่อยู่อาศัย** | | | | | | |
| ในเขตเทศบาล | 100.0 | 4.8 | 44.3 | 29.5 | 19.6 | 1.8 |
| นอกเขตเทศบาล | 100.0 | 3.4 | 42.5 | 28.7 | 22.3 | 3.1 |

ที่มา: สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2550, น. 21

**(2) ภาวะทางเศรษฐกิจ - แหล่งที่มาของรายได้หรือทรัพย์สิน** ผลสำรวจพบว่าในรอบปีที่แล้ว ผู้สูงอายุร้อยละ 14.8 เป็นผู้ที่มีรายได้/ทรัพย์สินจากแหล่งรายได้/ทรัพย์สิน 1 แหล่ง ร้อยละ 30.8 มีรายได้/ทรัพย์สินจาก 2 แหล่ง มีผู้สูงอายุที่มีรายได้/ทรัพย์สินจาก 3 แหล่ง และมากกว่า 3 แหล่งขึ้นไป ในสัดส่วนที่เท่ากัน (ร้อยละ 27.2) เมื่อพิจารณาแหล่งรายได้หรือที่มาของเงินและทรัพย์สินของผู้สูงอายุในแต่ละแหล่ง พบว่าส่วนใหญ่ได้มาจากบุตรที่สมรส(บุตรหญิง ร้อยละ 60.2 บุตรชายร้อยละ 53.1) รองลงมาได้มาจากการทำงาน (ร้อยละ 37.8) เงินออม (ร้อยละ 31.7) เบี้ยยังชีพคนชรา (ร้อยละ 24.4) คู่สมรส (ร้อยละ 23.3) และได้รับจากบุตรโสดทั้งหญิงและชายใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 15.7 และ ร้อยละ 15.1 ตามลำดับ)

**(3) แหล่งรายได้หลักของผู้สูงอายุ** แหล่งรายได้ที่สำคัญหรือแหล่งรายได้หลักในการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุส่วนใหญ่ (ร้อยละ 52.3) คือ บุตร (รวมบุตรเลี้ยง/บุตรบุญธรรม) แหล่งรายได้หลักรองลงมาคือจากการทำงานของผู้สูงอายุเอง (ร้อยละ 28.9) จากคู่สมรส (ร้อยละ 6.1) จากเงินบำเหน็จ/บำนาญ (ร้อยละ 4.4) จากดอกเบี้ยที่งอกเงยขึ้นมาจากเงินที่ผู้สูงอายุเก็บออมไว้/เงินออม/จากการขายทรัพย์สินที่มีอยู่ (ร้อยละ 2.9) และจากเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุเดือนละ 500 บาท (ร้อยละ 2.8) สัดส่วนของผู้สูงอายุชายที่ดำรงชีพอยู่ด้วยเงินที่ได้จากการทำงานสูงกว่าผู้สูงอายุหญิงถึง 2.2 เท่า (ร้อยละ 41.4 และ ร้อยละ 18.7 ตามลำดับ) ขณะที่สัดส่วนของผู้สูงอายุหญิงที่ดำรงชีพอยู่ด้วยเงินที่ได้รับจากบุตรสูงกว่าผู้สูงอายุชาย (ร้อยละ 61.5 และร้อยละ 40.8) นอกเขตเทศบาลมีสัดส่วนของผู้สูงอายุที่ดำรงชีพอยู่ด้วยเงินที่ได้รับจากบุตร การทำงานและจากเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุสูงกว่าในเขตเทศบาล จากบุตร (ร้อยละ 53.2 และ ร้อยละ 49.8 ตามลำดับ) จากการทำงาน (ร้อยละ 31.1 และ ร้อยละ 23.3) จากเบี้ยยังชีพ (ร้อยละ 3.3 และ ร้อยละ 1.4) ขณะที่ในเขตเทศบาลมีสัดส่วนของผู้สูงอายุที่ดำรงชีพอยู่ด้วยเงินบำเหน็จ/บำนาญและจากดอกเบี้ยเงินออม/เงินออม/ทรัพย์สินสูงกว่านอกเขตเทศบาล จากเงินบำเหน็จ/บำนาญ (ร้อยละ 10.1 และ ร้อยละ 2.1) จากดอกเบี้ยเงินออม/เงินออม/ทรัพย์สิน ร้อยละ 5.1 และ ร้อยละ 2.0) (ตารางที่ 2)

**ตารางที่ 2 ร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามแหล่งรายได้ เพศ และเขตที่อยู่อาศัย พ.ศ. 2550**

| แหล่งรายได้หลักของผู้สูงอายุ | รวม | เพศ | | เขตที่อยู่อาศัย | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | ชาย | หญิง | ในเขตเทศบาล | นอกเขตเทศบาล |
| **รวม** | **100.0** | **100.0** | **100.0** | **100.0** | **100.0** |
| บุตร | 52.3 | 40.8 | 61.5 | 49.8 | 53.2 |
| การทำงาน | 28.9 | 41.4 | 18.7 | 23.3 | 31.1 |
| คู่สมรส | 6.1 | 3.8 | 7.9 | 6.7 | 5.9 |
| เงินบำเหน็จ/บำนาญ | 4.4 | 6.6 | 2.5 | 10.1 | 2.1 |
| ดอกเบี้ยเงินออม/เงินออม/ทรัพย์สิน | 2.9 | 3.0 | 2.7 | 5.1 | 2.0 |
| เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ | 2.8 | 2.5 | 3.0 | 1.4 | 3.3 |
| พี่น้อง/ญาติ | 2.3 | 1.4 | 2.9 | 2.9 | 2.0 |
| อื่นๆ | 0.5 | 0.4 | 0.6 | 0.6 | 0.5 |

ที่มา: สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2550, น.12.

**1.2 อัตราส่วนเกื้อหนุนผู้สูงอายุ (Potential Support Ratio)**

อัตราส่วนเกื้อหนุนผู้สูงอายุ หมายถึง จำนวนคนในวัยแรงงาน (อายุ 15-59 ปี) เทียบกับจำนวนผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) อัตราส่วนเกื้อหนุนผู้สูงอายุเป็นดัชนีอีกตัวหนึ่งที่จะแสดงให้เห็นถึงจำนวนคนในวัยแรงงานที่มีศักยภาพที่จะดูแลเกื้อหนุนผู้สูงอายุหนึ่งคน อัตราส่วนนี้ตรงข้ามกับอัตราการเป็นภาระผู้สูงอายุ (Old-age dependency ratio) และใช้กันทั่วไปในฐานะเป็นตัวชี้วัดประชากรสูงอายุ (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2550) อัตราส่วนเกื้อหนุนผู้สูงอายุมีแนวโน้มลดลง โดยในปี 2537 ประเทศไทยมีอัตราส่วนเกื้อหนุนผู้สูงอายุเท่ากับ 9.3 ในปี 2545 ลดลงมาเป็น 7.0 และล่าสุดปี 2550 ลดลงมาเหลือ 6.3 หมายความว่าในปี 2550 มีคนที่อยู่ในวัยแรงงานจำนวน 6 คน ที่จะเลี้ยงดูผู้สูงอายุ 1 คน อัตราส่วนเกื้อหนุนผู้สูงอายุที่ลดลดลงอย่างต่อเนื่องดังกล่าวจะส่งผลกระทบโดยตรงต่อผู้สูงอายุในอนาคตอันใกล้ ซึ่งเป็นตัวชี้วัดถึงศักยภาพของแรงงานในการสนับสนุนผู้สูงอายุลดลงด้วย และส่งผลถึงความมั่นคงของสังคมโดยรวม กล่าวคือผู้อยู่ในวัยแรงงานจะต้องรับภาระในการเลี้ยงดูและดูแลผู้สูงวัยเพิ่มมากขึ้นจะต้องเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงวัยเพิ่มขึ้น และในที่สุดผู้ที่อยู่ในวัยแรงงานและผู้สูงวัยจะอยู่ในสภาพอ่อนแอ

**1.3 การมีผู้ดูแลปรนนิบัติในการทำกิจวัตรประจำวัน ความสามารถในการดูแลตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ**

จากตาราง แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ (ร้อยละ 88.0) สามารถดูแลตนเองในการทำกิจวัตรประจำวัน ร้อยละ 10.9 มีผู้ดูแล ร้อยละ 1.1 ไม่มีผู้ดูแล แต่ต้องการมีผู้มาดูแลปรนนิบัติในการทำกิจวัตรประจำวัน สัดส่วนของกลุ่มผู้สูงอายุวัยต้นสามารถที่จะดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มผู้สูงอายุวัยกลางและวัยปลาย (ร้อยละ 93.5 ร้อยละ 84.8 และร้อยละ 65.0 ตามลำดับ) ในทางกลับกันกลุ่มผู้สูงอายุวัยต้นมีผู้ดูแลปรนนิบัติต่ำกว่ากลุ่มผู้สูงอายุวัยกลางและวัยปลาย (ร้อยละ 5.6 ร้อยละ 13.8 และ ร้อยละ 33.9) สำหรับผู้สูงอายุที่ไม่มีผู้ดูแลแต่ต้องการผู้ดูแลของทุกช่วงวัยมีสัดส่วนใกล้เคียงกัน (ระหว่างร้อยละ 0.9 – 1.4) ผู้สูงอายุทั้งชายและหญิงส่วนใหญ่ยังสามารถดูแลตนเองได้และมีสัดส่วนใกล้เคียงกัน โดยชายสูงกว่าหญิงเล็กน้อย (ร้อยละ 89.4 และร้อยละ 86.9) ในขณะที่สัดส่วนของผู้สูงอายุชายที่มีผู้ดูแลต่ำกว่าหญิง (ร้อยละ 9.7 และ ร้อยละ 11.9) เมื่อเปรียบเทียบการดูแลปรนนิบัติในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุระหว่างในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาล พบว่ามีรูปแบบเช่นเดียวกับชายและหญิง กล่าวคือผู้สูงอายุที่อยู่นอกเขตเทศบาลสามารถดูแลตนเองได้มีสัดส่วนสูงกว่าในเขตเทศบาลเล็กน้อย (ร้อยละ 88.4 และ ร้อยละ 87.1) ในขณะที่สัดส่วน ผู้สูงอายุที่อยู่นอกเขตเทศบาลที่มีผู้ดูแลต่ำกว่าในเขตเทศบาล (ร้อยละ 10.4 และ ร้อยละ 12.0)

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ (ร้อยละ 40.5) มีบุตรหญิงเป็นผู้ดูแลรองลงมาคือคู่สมรส บุตรชาย และบุตรเขย/บุตร/สะใภ้

(ร้อยละ 28.0 ร้อยละ 12.0 และ ร้อยละ 6.9 ตามลำดับ) ร้อยละ 3.4 มีบุตรของบุตร (หลาน) เป็นผู้ดูแลปรนนิบัติในชีวิตประจำวัน ครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 53.2) ของผู้สูงอายุชายมีภรรยาเป็นผู้ดูแลปรนนิบัติ รองลงมามีบุตรหญิงดูแล (ร้อยละ 24.4) ขณะที่ครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 51.0) ของผู้สูงอายุหญิงมีบุตรหญิงเป็นผู้ดูแล รองลงมามีบุตรชายและสามี เป็นผู้ดูแลในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 12.7 และ ร้อยละ 11.5 ตามลำดับ) (ตารางที่ 3)

**ตารางที่ 3 ร้อยละของผู้สูงอายุในแต่ละช่วงวัย เพศ และเขตที่อยู่อาศัยจำแนกตามการมีผู้ดูแลปรนนิบัติในการทำกิจวัตรประจำวัน พ.ศ. 2550**

| กลุ่มช่วงวัย เพศ และเขตที่อยู่อาศัย | รวม | การดูแลปรนนิบัติในการทำกิจวัตรประจำวัน | | |
|---|---|---|---|---|
| | | ดูแลตนเอง | ไม่มีผู้ดูแลแต่ต้องการ | มีผู้ดูแล |
| **รวม** | **100.0** | **88.0** | **1.1** | **10.9** |
| **กลุ่มช่วงวัย** | | | | |
| วัยต้น (60-69) | 100.0 | 93.5 | 0.9 | 5.6 |
| วัยกลาง (70-79) | 100.0 | 84.8 | 1.4 | 13.8 |
| วัยปลาย (80 ปีขึ้นไป) | 100.0 | 65.0 | 1.1 | 33.9 |
| **เพศ** | | | | |
| ชาย | 100.0 | 89.4 | 0.9 | 9.7 |
| หญิง | 100.0 | 86.9 | 1.2 | 11.9 |
| **เขตที่อยู่อาศัย** | | | | |
| ในเขตเทศบาล | 100.0 | 88.1 | 0.9 | 12.0 |
| นอกเขตเทศบาล | 100.0 | 87.4 | 1.2 | 10.4 |

ที่มา: สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2550, น.17

จากข้อมูลทางสถิติที่นำเสนอ ทำให้เห็นว่า ภาวะทางสุขภาพ ระดับการพึ่งตนเองและเครือข่ายการเกื้อหนุนของผู้สูงอายุเริ่มลดลง ซึ่งจำเป็นที่จะต้องนำข้อมูลเหล่านี้มาศึกษาหาข้อมูล เพื่อสร้างระบบการดูแลและการเกื้อกูลที่เหมาะสมต่อไป

## 2. แนวคิดเกี่ยวกับการพึ่งพาของผู้สูงอายุ

การพึ่งพาของผู้สูงอายุ เป็นภาวะที่เกิดจากการลดลงของความสามารถด้านต่างๆ ทั้งกายและสังคม ซึ่งนักวิชาการได้ให้ความหมายไว้ใกล้เคียงกันดังนี้

### 2.1 ความหมายของภาวะการพึ่งพา

Tiden และ Weinert (1987) ให้ความหมายภาวะพึ่งพาว่า เป็นความต้องการการช่วยเหลือจากบุคคลอื่น ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หรือกิจกรรมอื่นๆ เพื่อตอบสนองความต้องการในส่วนที่ตนไม่สามารถปฏิบัติได้ ซึ่งเป็นการระบุอย่างกว้างไม่เฉพาะเจาะจง เช่นเดียวกับ สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (2542) ให้ความหมายของภาวะพึ่งพาว่า ภาวะที่ผู้สูงอายุไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้อย่างเป็นอิสระ ต้องการความช่วยเหลือ หรือการเฝ้าระวังดูแลจากบุคคลอื่น

ส่วน Matterson และ Connell (1987) และ Milli Keane (2000) ให้ความหมายของภาวะพึ่งพา ที่กว้างกว่าความหมายแรก โดยระบุถึงลักษณะของความบกพร่องที่ครอบคลุมทั้งร่างกายและจิตใจว่าหมายถึง ความต้องการความช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวันในด้านใดด้านหนึ่งหรือมากกว่านั้น อันเป็นผลสืบเนื่องจากความบกพร่องทางด้านร่างกายและจิตใจ และยังอธิบายถึงลักษณะการพึ่งพาที่ต้องการจากบุคคลอื่นว่าแบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่ การพึ่งพาในกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การอาบน้ำ การสวมเสื้อผ้า การขับถ่าย เป็นต้น และการพึ่งพากิจวัตรด้านอื่นๆ เพื่อการดำรงชีพ ได้แก่ การทำความสะอาดบ้าน การจับจ่ายซื้อของ การเตรียมอาหาร การใช้โทรศัพท์ การติดต่อสื่อสาร การจัดการทางด้านการเงิน

ดังนั้น ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา หมายถึง การที่ผู้สูงอายุต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในเรื่องกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานและกิจวัตรด้านอื่นๆ เพื่อการดำรงชีพซึ่งได้แก่ การดูแล การให้อาหาร ที่อยู่อาศัย เสื้อผ้า การปกป้องคุ้มครอง การรักษาเมื่อเจ็บป่วย การแสดงความรักความห่วงใย และการจัดการด้านการเงินเป็นต้น

### 2.2 สาเหตุของการเกิดภาวะพึ่งพาในผู้สูงอายุ

สาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพานั้น ส่วนใหญ่ได้ระบุว่าเกิดจากความเสื่อมของร่างกาย เนื่องจากภาวะชราภาพ อุบัติเหตุการเจ็บป่วยด้วยโรค ซึ่งยุพาพิน ศิริโพธ์งาม (2539) ได้ระบุว่ามาจากสาเหตุ 3 ประการ ได้แก่

1. ข้อจำกัดหรือข้อบกพร่องทางร่างกายหรือการทำหน้าที่ของอวัยวะ ข้อจำกัดดังกล่าวอาจเกิดจากกลุ่มอาการของโรคหลอดเลือดสมอง ความพิการ หรือการเสี่ยงของอวัยวะ

ต่างๆ ของผู้ป่วย ซึ่งมีผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ในด้านกิจกรรมพื้นฐานหรือกิจกรรมขั้นสูง เช่น การดูแลรักษาเฉพาะเจาะจงแต่ละโรค

2. ปัญหาความบกพร่องของสติปัญญาหรือความเบี่ยงเบนของพฤติกรรมที่เกิดขึ้น เช่น อาการหลงลืม ซึมเศร้า ความหวาดระแวง เป็นต้น ซึ่งเกิดขึ้นโดยไม่สามารถคาดคะเนล่วงหน้าได้

3. การเปลี่ยนแปลงทางสภาวะทางอารมณ์ความรู้สึกหรือความต้องการส่วนบุคคลในผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งสามารถเกิดขึ้นตลอดเวลาขึ้นอยู่กับคุณลักษณะส่วนบุคคลและผลกระทบจากอาการเจ็บป่วยของโรค

**2.3 ระดับของการพึ่งพา**

ผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพานี้ มีการกำหนดระดับการพึ่งพาที่แตกต่างกันตั้งแต่จากน้อยไปหามาก โดยสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (2542) แบ่งระดับการพึ่งพาออกเป็น 4 ระดับคือ

***ระดับการพึ่งพาเล็กน้อย*** หมายถึง ผู้มีความต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันน้อย โดยส่วนใหญ่จะสามารถปฏิบัติได้เอง

***ระดับการพึ่งพาปานกลาง*** หมายถึง ผู้มีต้องการได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันปานกลาง

***ระดับการพึ่งพามาก*** หมายถึง ผู้มีความต้องการได้รับความช่วยเหลือบุคคลอื่นในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันค่อนข้างมาก

***ระดับการพึ่งพาโดยสมบูรณ์*** หมายถึง ผู้มีความต้องการได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันทั้งหมด

**2.4 การประเมินภาวะการพึ่งพา**

การประเมินภาวะการพึ่งพาของผู้สูงอายุ ประเมินจากความสามารถในการทำ หรือได้ทำกิจกรรมที่กำหนดหรือไม่ ตามที่บุคคลสุขภาพปกติสามารถปฏิบัติได้ ดังนั้น กิจกรรมที่ถูกเลือกใช้จึงเป็นกิจกรรมที่ปฏิบัติในกิจวัตรประจำวัน ซึ่งมีผู้สร้างเครื่องมือที่ใช้สำหรับการประเมินแตกต่างกันไปตามวัตถุประสงค์การวัด เช่น ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index) ดัชนีจุฬาเอดีแอล (Chula ADL Index) เป็นต้น ซึ่งแต่ละวิธีมีดัชนีชี้วัดที่ใกล้เคียงกัน (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2542) ดังนี้

**ตารางที่ 4 ดัชนีชี้วัดภาวะการพึ่งพาของผู้สูงอายุ**

| ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index) | ดัชนีจุฬาเอดีแอล (Chula ADL Index) |
|---|---|
| **1. การรับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า (Feeding)**<br>0. ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนให้<br>1. ตักอาหารเองได้ แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนตักเตรียมไว้ให้ หรือตัดให้เป็นชิ้นเล็กๆ ไว้ล่วงหน้า<br>2. ตักอาหารและช่วยตนเองได้เป็นปกติ | **1. เดินหรือเคลื่อนที่นอกบ้าน (Walking outdoor)**<br>0. เดินไม่ได้<br>1. ใช้รถเข็นและช่วยตัวเองได้ หรือต้องการคนประคอง 2 ข้าง<br>2. ต้องการคนช่วยพยุง หรือไปด้วยตลอด<br>3. เดินได้เอง (รวมทั้งที่ใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น walker) |
| **2. การล้างหน้า, หวีผม, แปรงฟัน, โกนหนวด ในระยะ 24-48 ชั่วโมงที่ผ่านมา (Grooming)**<br>0. ต้องการความช่วยเหลือ<br>1. ไม่ต้องการความช่วยเหลือ | **2. ทำหรือเตรียมอาหาร/หุงข้าว (Cooking)**<br>0. ทำไม่ได้<br>1. ต้องการคนช่วยในการทำ หรือจัดเตรียมการบางอย่างไว้ให้ล่วงหน้าจึงจะทำได้<br>2. ทำได้เอง |
| **3. ลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้ (Transfer)**<br>0. ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วล้มเสมอ) หรือใช้คน 2 คนช่วยยกขึ้น<br>1. ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คน ใช้คนทั่วไป 2 คนพยุง หรือดันขึ้นมาจึงจะนั่งอยู่ได้<br>2. ต้องการความช่วยเหลือได้บ้าง เช่น บอกให้ทำตาม หรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย<br>3. ทำได้เอง | **3. ทำความสะอาด/ถูบ้าน/ซักรีดเสื้อผ้า (Heavy house work)**<br>0. ทำไม่ได้/ ต้องมีคนช่วย<br>1. ทำได้เอง |
| **4. ใช้ห้องสุขา (Toilet Use)**<br>0. ช่วยตัวเองไม่ได้<br>1. ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความตัวเองได้หลังจากเสร็จธุระ) แต่ต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่ง | **4. ทอนเงิน/ แลกเงิน (Money exchange)**<br>0. ทำไม่ได้/ ต้องมีคนช่วย<br>1. ทำได้เอง |

| ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล<br>(Barthel ADL Index) | ดัชนีจุฬาเอดีแอล<br>(Chula ADL Index) |
|---|---|
| **5. การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน (Mobility)**<br>0. เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้<br>1. ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และจะต้องเข้าออกมุมห้องหรือประตูได้<br>2. เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุง หรือบอกให้ทำตาม หรือต้องให้ความสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย<br>3. เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง | **5. การใช้บริการขนส่งสาธารณะ เช่น บริการรถเมล์ รถสองแถว (Public transport)**<br>0. ไม่สามารถทำได้<br>1. ทำได้แต่ต้องมีคนดูแลไปด้วย |
| **6. การสวมใส่เสื้อผ้า (Dressing)**<br>0. ต้องมีคนสวมใส่ ช่วยตัวเองแทนไม่ได้หรือได้น้อย<br>1. ช่วยตัวเองได้ราวร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย<br>2. ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใช้เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้) | |
| **7. การขึ้นลงบันได 1 ขั้น (Stairs)**<br>0. ไม่สามารถกระทำได้<br>1. ต้องการคนช่วย<br>2. ขึ้นลงได้เอง (ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น walker จะต้องขึ้นลงได้ด้วย) | |
| **8. การอาบน้ำ (Bathing)**<br>0. ต้องมีคนช่วย หรือทำให้<br>1. อาบน้ำได้เอง | |
| **9. การกลั้นการถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (Bowels)**<br>0. กลั้นไม่ได้หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ<br>1. กลั้นไม่ได้เป็นบางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์)<br>2. กลั้นได้เป็นปกติ | |

| ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index) | ดัชนีจุฬาเอดีแอล (Chula ADL Index) |
|---|---|
| **10. การกลั้นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (Bladder)**<br>0. กลั้นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลได้<br>1. กลั้นไม่ได้เป็นบางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์)<br>2. กลั้นได้เป็นปกติ | |

## 3. แนวคิดการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ

### 3.1 ความหมาย

การให้ความหมายของคำว่า การดูแลระยะยาวนี้ ได้มีนักวิชาการทั้งในและต่างประเทศได้ให้ความหมายที่แตกต่างกันดังนี้ U.S Department of Health and Human Services ให้ความหมายที่เน้นถึงบริการด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเรื้อรัง กล่าวคือ เป็นการให้บริการสุขภาพที่มีความหลากหลาย หรือการดูแลส่วนบุคคลที่จำเป็นต้องใช้เวลาในการดูแลเป็นเวลานาน (Brody Elaine M. ,1997, p.14) หรือเป็นการดูแลสุขภาพแบบเต็มพิกัด ทั้งบริการดูแลสุขภาพส่วนบุคคลและการบริการทางสังคม ที่ให้บริการที่บ้านและในชุมชน เป็นเวลายาวนานอย่างต่อเนื่อง แก่บุคคลที่สูญเสียศักยภาพในการดูแลตนเองและต้องพึ่งพาผู้อื่น (เยาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม, 2550) เพื่อทำให้บุคคลที่ยังอยู่ในช่วงการฟื้นฟูจากการเจ็บป่วยเรื้อรังให้สามารถทำหน้าที่ได้อย่างปกติ มีสุขภาวะและคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งผู้ทำหน้าที่ช่วยเหลือในการดูแลระยะยาว ส่วนมากไม่จำเป็นต้องมีทักษะ (non-skilled personal care assistance) ในการดูแลโดยเฉพาะเจาะจงมากนัก เนื่องจากการให้บริการเป็นกิจกรรมทั่วไป เช่น การดูแลกิจวัตรประจำวัน ซึ่งเกี่ยวข้องกับการกินอาหาร อาบน้ำ แต่งตัว ช่วยพาไปห้องน้ำ การเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุจากเตียงหรือเก้าอี้ เป็นต้น

อีกความหมายหนึ่ง เป็นความหมายที่เน้นการจัดบริการและระบบการบริหารจัดการโดยเธอร์ดอร์ เอช.คอฟ (Theodore, 1982, p.1) มีมุมมองว่า ตั้งแต่ในช่วงต้นปี ค.ศ. 1980 คำว่า การดูแลระยะยาว มีความเชื่อมโยงถึงบริการทางสังคมและสุขภาพที่มีความสัมพันธ์และต่อเนื่องกัน โดยความเกี่ยวข้องระหว่างการให้บริการโดยผ่านสถาบันกับการให้บริการโดยไม่ผ่านสถาบัน รวมทั้งการประสานระหว่าง นโยบายสาธารณะ งบประมาณ การจัดการรายบุคคล (case management) เพื่อจัดเตรียมทางเลือกที่เหมาะสมเพื่อให้บริการแก่บุคคลที่จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือ ไม่ว่าจะเป็นผู้พิการ ผู้ป่วยเรื้อรังในรูปแบบบริการทางเลือกที่หลากหลาย

เพื่อสนับสนุนให้พวกเขาสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างอิสระ เช่นเดียวกัน Hooyman, Nancy R. and Kiyak, H. Asuman (2002, p.539) นิยามว่า การดูแลระยะยาวเป็นการกล่าวถึงระดับของภาพกว้างในการให้บริการสนับสนุน และการเตรียมช่วยเหลือแก่บุคคลที่เป็นผู้ป่วยเรื้อรังหรือมีความพิการที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวันได้อย่างอิสระ

นอกจากนั้นยังมีผู้ให้ความหมายในมิติของความต้องการของบุคคล และบทบาทของนักวิชาชีพที่จะตอบสนองความต้องการเหล่านั้น ซึ่งได้แก่ Thomas Day ที่กล่าวว่า “การดูแลระยะยาว คือ ความต้องการของบุคคลหนึ่งที่ต้องการให้อีกบุคคลช่วยเหลือเขาเกี่ยวกับด้านร่างกายหรืออารมณ์เป็นระยะเวลานาน โดยการช่วยเหลือดังกล่าวอาจมีความต้องการให้ช่วยเหลือในกิจกรรมต่างๆ หรือในด้านสุขภาพ ซึ่งอาจรวมถึงการช่วยเหลือกิจกรรมดังต่อไปนี้ การเดิน การอาบน้ำ การแต่งตัว การใช้ห้องน้ำ การจัดการเรื่องการเงิน เป็นต้น” (http://www.longtermcarelink.net/eldercare/long_term_care.htm) และ สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2548, น.94) ระบุว่า การจัดบริการระยะยาว หมายถึง กิจกรรมที่ผู้ดูแล ซึ่งอาจเป็นบุคลากรวิชาชีพ (professional in health, social and others) หรือ ประชาชนทั่วไป (family, friends and / or neighbours) ให้กับบุคคลที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตสูงสุดเท่าที่จะเป็นไปได้ โดยคำนึงถึงความเป็นตัวของตัวเอง ความเป็นอิสระและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ เป็นการจัดบริการเพื่อให้บุคคลสามารถประกอบกิจวัตรประจำวัน (Activities of daily living) เพื่อให้อยู่ในสังคมได้ โดยมุ่งตอบสนองกิจกรรมพื้นฐานใน 6 กลุ่มด้วยกัน คือ การแต่งตัว การเดิน การอาบน้ำ การซื้อหาสินค้าบริโภคอุปโภค การเตรียมอาหาร และการดูแลที่พักอาศัย ซึ่งความหมายดังกล่าวนี้ไม่แตกต่างจากที่ ศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2549, น.25) ได้อธิบายว่า การดูแลระยะยาว หมายถึง การจัดบริการอย่างเป็นทางการหรือไม่เป็นทางการ ที่เป็นลักษณะการดูแลอย่างต่อเนื่อง และเชื่อมโยงกันระหว่างการดูแลในครอบครัว สถาบันและชุมชน โดยให้เกิดการกระจายบริการด้านสุขภาพสังคมไปสู่กลุ่มเป้าหมายให้ทั่วถึงที่สุด ทั้งนี้เพื่อทดแทนความต้องการขั้นพื้นฐานที่จะช่วยให้บุคคลที่สูญเสียหรือเสื่อมความสามารถกระทำหน้าที่ทางสังคม มีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดเท่าที่จะกระทำได้

**ดังนั้น ในการวิจัยเรื่องนี้ ให้ความหมายของ การดูแลระยะยาว ว่าหมายถึง การจัดบริการสุขภาพและสังคมที่มีรูปแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ เพื่อตอบสนองความต้องการได้รับความช่วยเหลือของผู้ที่ประสบภาวะยากลำบากอันเนื่องมาจากภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง การประสบอุบัติเหตุ ความพิการต่าง ตลอดจนผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในชีวิตประจำวัน โดยบริการทดแทนดังกล่าวอาจไม่ได้เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลจากแพทย์โดยตรง หากแต่จะมุ่งเน้นในด้านการฟื้นฟู บำบัด รวมถึงการส่งเสริมสุขภาพให้แก่กลุ่มคนเหล่านี้อย่างสม่ำเสมอและ**

**ต่อเนื่อง เพื่อให้เขามีคุณภาพชีวิตที่ดีสามารถดำเนินชีวิตให้เป็นอิสระเท่าที่จะเป็นไปได้ โดยอยู่บนพื้นฐานของการเคารพศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์**

**3.2 ผู้ที่มีความจำเป็นต้องใช้บริการการดูแลระยะยาว**

ดังที่กล่าวไว้ในความหมายว่า การดูแลระยะยาวมีความจำเป็นแก่ผู้ป่วยเรื้อรัง หรือผู้พิการที่ต้องได้รับการช่วยเหลือจากผู้ดูแลในการดำเนินชีวิตประจำวัน อันเนื่องมาจากภาวะความเจ็บป่วยเรื้อรัง หรือผู้ป่วยหลังเข้ารับการรักษาภาวะเฉียบพลัน ที่ควรได้รับการบำบัดหรือฟื้นฟูภายหลังการรักษาทางการแพทย์ ผู้พิการ ทุพลภาพ และผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในชีวิตประจำวัน

ในประเด็นกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ถูกจัดให้เป็นกลุ่มที่มีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลระยะยาวนั้น เป็นสาระสำคัญของประเทศต่างๆ ที่เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ เช่น สหรัฐอเมริกา จากสถิติ U.S. Department of Health and Human Services ปี 2008 พบว่าประชากรผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 65 ปี มีความจำเป็นต้องใช้บริการการดูแลระยะยาวประมาณ 9 ล้านคน โดยในปี 2020 จะมีจำนวนเพิ่มสูงขึ้นเป็น 12 ล้านคนในขณะที่คนส่วนใหญ่ที่มีอายุ 65 ปี หรือมากกว่า ยังเป็นผู้ที่ต้องการการดูแลระยะยาวดังกล่าว อย่างไรก็ตาม บุคคลที่ต้องการการดูแลระยะยาวสามารถมีอายุเท่าใดก็ได้ จากสถิติร้อยละ 40 ของประชากรปัจจุบันคือผู้ได้รับการดูแลระยะยาวประเทศญี่ปุ่น และสาธารณรัฐเยอรมัน โรงพยาบาลจะจัดเตรียมทั้งการดูแลระยะยาวและการดูแลการป่วยแบบเฉียบพลัน/สาหัส (acute care) ดังนั้นตัวเลขของผู้สูงอายุที่เข้ามารับบริการโดยผ่านสถาบัน/สถานพยาบาลจึงมีจำนวนเพิ่มขึ้น ส่งผลให้การดูแลในโรงพยาบาลมีค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น และบุคคลเหล่านี้ต้องการการดูแลระยะยาวทั้งสิ้น (Hooyman, Nancy R. and Kiyak, H. Asuman 2002, p.344)

สำหรับประเทศไทย ถึงแม้ไม่มีการศึกษาสถิติโดยตรง แต่มีการเก็บข้อมูลและมีงานวิจัยหลายเรื่องที่สามารถนำมาทำนายความต้องการการดูแลระยะยาวได้ อาทิ การวิจัยเรื่อง “ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย” ของ สุทธิชัย จิตะพันธุ์ และคณะ ปี 2542 พบว่า ภาวะทุพพลภาพ ภาวะพึ่งพา และกลุ่มอาการสมองเสื่อมเป็นภาระของประเทศ โดยเฉพาะภาวะทุพพลภาพนับเป็นปัญหาสำคัญยิ่งของผู้สูงอายุไทย ประมาณร้อยละ 7.0 ของประชากรสูงอายุจำเป็นต้องมีผู้ดูแลและร้อยละ 1.6 ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด โดยในจำนวนนี้มากกว่าครึ่งต้องการการดูแลเกือบตลอดเวลา

นอกจากนั้น หากพิจารณาจาก การคาดประมาณสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุแสดงว่าในปี พ.ศ. 2558 ประเทศไทยจะมีประชากรสูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพระยะยาวจำนวน 1,644,685 คน (ร้อยละ 18.8 ของประชากรสูงอายุทั้งประเทศ) ต้องมีคนดูแลในการเดินหรือเคลื่อนที่ออกนอกบริเวณบ้านหรือที่พักอาศัยจำนวน 412,910 คน (ร้อยละ 4.7 ของประชากร

สูงอายุทั้งประเทศ) และต้องนอนอยู่บนเตียงไม่สามารถลุกนั่งหรือเคลื่อนย้ายได้จำนวน 78,622 คน (ร้อยละ 0.9 ของประชากรสูงอายุทั้งประเทศ) ทั้งนี้ มีผู้สูงอายุทั้งหมดที่ต้องการพึ่งพาผู้ดูแลในการดูแลสุขลักษณะส่วนบุคคลจำนวน 602,316 คน (ร้อยละ 6.9 ของประชากรสูงอายุทั้งประเทศ) จากผลการศึกษาความชุกของกลุ่มอาการสมองเสื่อม พบว่าร้อยละ 3.4 ของผู้สูงอายุไทยในปัจจุบันประสบปัญหานี้ ประมาณว่าในปี 2558 จะมีผู้สูงอายุที่มีอาการสมองเสื่อมราว 291,633 คน (ร้อยละ 3.3 ของประชากรสูงอายุทั้งประเทศ) โดยประมาณร้อยละ 50.0 ของจำนวนนี้เกิดจากโรคอัลไซเมอร์ (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ, 2542)

นงลักษณ์ พะไกยะ (2551) ได้ศึกษาความต้องการกำลังคนดูแลผู้สูงอายุ โดยคาดการณ์ความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพ ข้อมูลที่นำมาใช้คาดการณ์ความต้องการกำลังคนนี้ คือ ข้อมูลมาตรฐานกำลังคนโดยใช้ข้อมูลจากการศึกษาของสำนักวิจัยและพัฒนากำลังคน (2551) ข้อมูลการเจ็บป่วยจากการสำรวจของสำนักจากสถิติแห่งชาติ (2551) โดยการคาดการณ์มีความสัมพันธ์กับข้อมูลผู้สูงอายุจากการรายงานของมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย(2549) พบว่า ในการคาดการณ์ผู้สูงอายุพบว่า ในปี 2553 ประเทศไทยจะมีผู้สูงอายุสูงมากถึง 7,639,000 คน และในจำนวนนี้มีผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือจากคนอื่น 499,873 คน (ร้อยละ 6.5) และในปี 2563 ผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นมากถึง 10,776,000 คน และในจำนวนนี้ผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น 741,766 คน (ร้อยละ 6.9) ดังรายละเอียดในตาราง

**ตารางที่ 5 การคาดการณ์จำนวนผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้ และผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพาในปี 2553 และ 2563**

| ปี | ดูแลผู้สูงอายุ | ต้องการคนดูแล | รวม |
|---|---|---|---|
| **2553** | 7,139,127 | 499,873 | 7,639,000 |
| **2563** | 10,034,234 | 741,766 | 10,776,000 |

จากสถิติดังกล่าว ทำให้คาดการณ์ได้ว่าภาระในการดูแลผู้สูงอายุที่ทุพพลภาพและช่วยเหลือตนเองไม่ได้จะเป็นปัญหาที่มีความสำคัญยิ่งสำหรับประเทศไทยในอนาคต ดังนั้นแนวคิดการดูแลระยะยาวในครอบครัวจึงได้ถูกนำมาศึกษาและเตรียมการอย่างเร่งด่วน เพื่อให้ทันรับกับสภาพการเข้าสู่ภาวะพึ่งพาของผู้สูงอายุไทยในอนาคตไทย

### 3.3 รูปแบบการดูแลระยะยาว

ลักษณะของบริการที่จัดขึ้นตามแนวคิด การดูแลระยะยาว ประกอบด้วย บริการหลายลักษณะ ซึ่งองค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2000, p.1) กล่าวว่า

การดูแลระยะยาว เป็นบริการที่จำเป็นในระบบสุขภาพ และระบบสังคม โดยเป็นกิจกรรมที่จัดขึ้นสำหรับผู้ที่ต้องการได้รับการดูแล จากผู้ให้การดูแลที่ไม่เป็นทางการ (ครอบครัว เพื่อน และเพื่อนบ้าน) และผู้ให้การดูแลที่เป็นทางการ (นักวิชาชีพ และผู้ช่วย) ตลอดจนผู้ให้การดูแลตามประเพณี และอาสาสมัคร ส่วน คอฟฟ์ (Koff, 1982) ระบุว่า บริการสำหรับการดูแลระยะยาวประกอบด้วย การให้ข้อมูลข่าวสาร การให้บริการการส่งเรื่องต่อไปยังหน่วยงานอื่น การประสานงานระหว่างสหวิชาชีพ และการให้บริการผู้สูงอายุเป็นรายบุคคล เนื่องจากผู้สูงอายุแต่ละรายมีความต้องการที่แตกต่างกันออกไป ขึ้นอยู่กับสภาพปัญหาและแหล่งที่ให้การพึ่งพาหรือให้การสนับสนุน การมีบริการดูแลระยะยาวจะช่วยให้ผู้สูงอายุที่เป็นผู้รับบริการสามารถทำกิจกรรมที่ต้องการในชีวิตประจำวันได้ เป็นการช่วยปรับปรุงคุณภาพชีวิตตามความจำเป็นของบุคคลและความจำเป็นในการดำรงชีวิต กลุ่มผู้รับบริการที่อยู่ในข่ายของการได้รับบริการระยะยาวนี้ คือ บุคคลผู้ที่ความสามารถในการทำหน้าที่เสื่อมถอยลงและต้องการบริการที่ใช้ระยะเวลายาวนาน ซึ่งการบริการเหล่านี้จะเน้นไปที่การฟื้นฟู การรักษาและรวมถึงการส่งเสริมคุณภาพชีวิต (Sherwood, 1975) โดยการดูแลระยะยาวส่วนใหญ่ของประเทศต่างๆ ในภูมิภาคเอเชียแปซิฟิค รวมทั้งประเทศไทยเป็นการดูแลในครัวเรือนของสมาชิกในครอบครัว ดังนั้นรูปแบบการดูแลระยะยาวจึงมีรูปแบบที่หลากหลาย

รูปแบบการดูแลระยะยาว ขึ้นอยู่กับมิติของการพิจารณา หากพิจารณาตามมิติของลักษณะการให้บริการ เธอร์ดอร์ เอช.คอฟ (Theodore H. Koff) (อ้างใน ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2549, น.22) ได้แบ่งรูปแบบของการดูแลระยะยาวออกเป็น 4 ประเภท ดังนี้

**1. รูปแบบบูรณาการศูนย์บริการ (Intergrated Home – Service Center Model)** เป็นการรวมบริการที่ให้บริการพื้นฐานด้านสุขภาพและบริการสังคมที่ให้การสนับสนุนผู้สูงอายุนอกเหนือจากบริการในครอบครัว เป็นการจัดบริการภายในศูนย์ที่ให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าไปรับบริการได้ตามความสะดวกและตามความพร้อมโดยเสียค่าใช้จ่ายบางส่วน สถานที่จัดบริการคือ ศูนย์บริการสุขภาพ ศูนย์นันทนาการ รูปแบบในการให้บริการ มีการดูแลสุขภาพ การให้คำปรึกษา การจัดรถรับ – ส่ง การจ้างงาน การจัดอาหาร การออกกำลังกาย การดูแลสุขภาพอนามัยที่บ้าน บริการดูแลสุขภาพกลางวัน (day health care) บริการด้านกฎหมาย บริการทางโทรศัพท์

**2. รูปแบบการรวมบริการ (Congregate Service Model) เป็นการรวบรวมบริการ** ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นการจัดบริการพื้นฐานหลากหลายชนิดเข้าด้วยกัน โดยมีสถาบันเข้ามาให้การดูแลและจัดหาบริการที่ตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ ซึ่งสถานที่จัดบริการคือ ครอบครัวอุปถัมภ์ บ้านพักคนชรา มีรูปแบบในการให้บริการ เช่น อาหาร นันทนาการ การให้ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพ การทำงานอดิเรก บริการแม่บ้าน การดูแลสุขภาพอนามัยที่บ้าน

บริการแม่บ้าน บริการรถรับ–ส่ง บริการนี้มีความแตกต่างจากรูปแบบที่ 1 เนื่องจากมีสถาบันเข้ามาให้บริการและบริการส่วนใหญ่ที่จัดให้ก็เป็นบริการพื้นฐานภายในบ้าน

**3. รูปแบบการดูแลที่บ้าน (Home Care Service)** เป็นบริการเบื้องต้นสำหรับผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ที่บ้านเพื่อตอบสนองความต้องการของครอบครัวและผู้สูงอายุ อีกทั้งเป็นการหลีกเลี่ยงการนำผู้สูงอายุไปอยู่กับสถาบัน โดยสถานที่จัดบริการคือบ้าน รูปแบบในการให้บริการ ได้แก่บริการทางโทรศัพท์ แม่บ้าน อาหาร บริการแม่บ้าน บริการดูแลสุขภาพกลางวัน การดูแลสุขภาพอนามัยที่บ้าน เพื่อนเยี่ยมบ้าน บริการแม่บ้าน บริการรถรับ – ส่งเพื่อไปรักษาพยาบาล

**4. รูปแบบการดูแลในสถาบัน (Institution Care Model)** เป็นทางเลือกสุดท้ายสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแล การบำบัด ฟื้นฟู และการพักฟื้นภายหลังเจ็บป่วย ทั้งนี้เนื่องจากการดูแลในสถาบันจะทำให้ระดับการช่วยเหลือตนเองหรือการพึ่งพาตนเองลดน้อยลง อีกทั้งบริการในสถาบันต้องอาศัยการสนับสนุนด้านงบประมาณจากรัฐเป็นจำนวนมาก ซึ่งสถานที่จัดบริการคือ หน่วยงานที่ให้การดูแลรักษาระยะยาวในโรงพยาบาล โดยมีบริการคือ ห้องพัก และการทำความสะอาด การให้การพยาบาล การดูแลด้านการแพทย์ นันทนาการ การให้คำปรึกษา การทำจิตบำบัด อาชีวบำบัด ศาสนบำบัด และบริการสังคมอื่นๆ

นอกจากนั้น องค์การอนามัยโลก ได้แบ่งรูปแบบการดูแลออกตามมิติของสถานที่และหน่วยงานหลักในการจัดบริการ โดยแบ่งรูปแบบของการดูแลระยะยาวออกเป็น 4 ประเภท ดังนี้

**1. การดูแลระยะยาวในสถาบัน (Institute Long-Term Care)** หมายถึง การเตรียมการดูแลของบุคคลตั้งแต่ 3 คนหรือมากกว่า ในสถานที่เดียวกัน

**2. การดูแลที่บ้าน (Home Care)** เป็นการเตรียมการดูแลในบ้าน หรือการให้ชุมชนมีส่วนร่วม ในการดูแลบุคคลที่ครอบครัวออกไปทำงานที่อื่น หรือเป็นชุมชนแออัด

**3. การดูแลที่เป็นทางการ (Formal Care)** เป็นการจัดบริการ โดยองค์การภาครัฐ องค์การเอกชน และภาคประชาชนในระดับท้องถิ่น ชาติ และนานาชาติ โดยมีนักวิชาชีพ (แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์) ผู้ช่วยงานและอาสาสมัคร เป็นผู้ให้บริการ

**4. การดูแลที่ไม่เป็นทางการ (Informal Care)** เป็นการดูแล โดย ครอบครัว เพื่อนบ้าน เพื่อน และอาสาสมัคร

ซึ่งการแบ่งขององค์การอนามัยโลกดังกล่าวนี้ สอดคล้องกับกนิษฐา บุญธรรมเจริญ และ ศิริพันธุ์ สาสัตย์ (2550, น.43) ได้แบ่งรูปแบบของการบริการระยะยาวอย่างเป็นทางการในแต่ละประเทศแบ่งออกเป็น 2 ประเภทใหญ่ คือ

**1. บริการดูแลในสถานบริการ (institutional-based care)** เป็นบริการดูแลผู้สูงอายุในสถานที่พักอาศัย เช่น สถานพยาบาลผู้สูงอายุ สถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

สถานดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุ ศูนย์ฟื้นฟูสภาพ และสถานดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกึ่งฉุกเฉิน

**2. บริการดูแลโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (community-based care)** เป็นบริการในชุมชนหรือบ้านของผู้สูงอายุ เช่น การดูและระยะยาวแบบไม่ค้างคืน (ศูนย์บริการทางสังคมผู้สูงอายุกลางวัน) การดูแลที่บ้าน (บริการทางด้านการแพทย์ พยาบาล และบริการช่วยเหลืองานบ้าน) บริการเยี่ยมเยียนบ้านโดยอาสาสมัคร เป็นต้น

จากรูปแบบการดูแลระยะยาวดังกล่าว เห็นได้ว่า การดูแลระยะยาวครอบคลุมระดับบริการทั้งในสถาบัน ชุมชน และครอบครัว

### 3.4 ลักษณะบริการในระบบการดูแลระยะยาว

การศึกษาของ สุวัฒนา เลิศมโนรัตน์ (2546) ระบุถึง ประโยชน์ทดแทนภายใต้การคุ้มครองของระบบประกันการดูแลระยะยาว (Insurance Benefits) ซึ่งประโยชน์ทดแทนที่ผู้ประกันตนจะได้รับ ประกอบด้วย บริการหลัก 2 ประเภท คือ บริการในบ้าน (In-Home Services) และบริการในสถาบัน (Institutional Services) โดยบริการทั้ง 2 ประเภทนี้ สามารถนำมาเป็นกรอบในการกำหนดรูปแบบบริการดูแลระยะยาวได้ดังนี้

**(1) บริการในบ้าน (In-Home Services)**

1) บริการดูแลในบ้าน (Home-visit services)
   - 1.1 ผู้ช่วยงานในบ้าน
   - 1.2 อาบน้ำในบ้าน
   - 1.3 ตรวจเช็คสุขภาพ โดยพยาบาล
   - 1.4 ทำกายภาพบำบัดในบ้าน
   - 1.5 บริการทางแพทย์ในบ้าน

2) บริการดูแลเคลื่อนที่ (Commuting services)
   - 2.1 รับฝากดูแลในเวลากลางวัน
   - 2.2 รับทำกายภาพบำบัดภายในศูนย์

3) บริการฝากดูแลระยะ (Short-Term stay services)
   - 3.1 บริการฝากดูแลระยะสั้นทางบริการสังคม
   - 3.2 บริการฝากดูแลระยะสั้นทางการแพทย์

4) บริการให้เช่าอุปกรณ์และบริการให้เงินช่วยเหลือ (rentals/subsides for welfare equipment and subsides for home remodeling)
   - 4.1 บริการให้เช่าอุปกรณ์ดูแลสุขภาพ
   - 4.2 บริการให้เงินช่วยเหลือซื้ออุปกรณ์ดูแลสุขภาพ

4.3 บริการให้เงินช่วยเหลือปรับปรุงซ่อมแซมบ้าน

5) บริการอื่นๆ

5.1 บ้านพักผู้สูงอายุกลุ่มที่มีอาการสมองเสื่อม

5.2 สถานพยาบาลพิเศษของเอกชน

**(2) บริการในสถาบัน (Institutional Services)**

1) บ้านพักผู้สูงอายุ (Special nursing home for the elderly)

2) สถานพยาบาลผู้สูงอายุ (Facilities for nursing the elderly)

3) สถานพยาบาลทางการแพทย์ (Medical facilities)

### 3.5 การจัดบริการดูแลระยะยาวในประเทศไทย

จากสถานการณ์เร่งด่วนและความสำคัญที่กล่าวมาทำให้พิจารณาว่า การจัดบริการดูแลระยะในประเทศไทยมีอยู่ในลักษณะใด ซึ่งพบว่าการดูแลผู้เจ็บป่วยเรื้อรังและผู้สูงอายุที่เข้าสู่ภาวะพึ่งพาในประเทศไทยยังคงเป็นหน้าที่หลักของครอบครัว โดยเฉพาะการดูแลส่วนบุคคลที่มีลักษณะแบบเฉพาะตัวตามความรู้และฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวนั้นๆ ถึงแม้ปัจจุบันการดูแลสุขภาพของประชาชนเป็นการเข้าสู่ระบบหลักประกันด้านสุขภาพแล้วก็ตามแต่ยังไม่ได้ให้ความครอบคลุมไปถึงการดูแลระยะยาว อย่างไรก็ตาม ในส่วนของการบริการทางสังคมยังมีลักษณะเฉพาะทั้งรูปแบบและบริการ การดูแลระยะยาวสำหรับผู้มีภาวะพึ่งพาจึงเป็นบทบาทของครอบครัวที่ต้องให้การดูแลทางกาย จิตใจ และให้การสนับสนุนทางด้านการเงินอีกด้วย บริการทางการแพทย์ที่รับผิดชอบโดยกระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพเป็นหลัก ได้มีการขยายขอบเขตบริการครอบคลุมไปถึงการให้บริการสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care) ที่ประกอบด้วยทีมแพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ และนักกายภาพบำบัดแล้ว แต่พบว่าสามารถจัดบริการได้เป็นครั้งคราวและเฉพาะพื้นที่เท่านั้น มิได้ครอบคลุมปัญหาและความต้องการของประชาชนที่ต้องการบริการส่วนใหญ่ได้

ในส่วนของกรมอนามัย ได้มีการดำเนินโครงการ “การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน” โดยมีวัตถุประสงค์ในการดำเนินโครงการเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน และเป็นการลดอัตราเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย รวมถึงเพื่อเป็นการลดความวิตกกังวล ทั้งต่อตัวผู้ป่วย ญาติ และผู้ดูแล ซึ่งการดูแลในลักษณะดังกล่าวนี้ จะช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายที่รวมทั้งค่ารักษาพยาบาล ค่าเดินทาง และค่าเสียโอกาสของญาติและผู้ดูแล อีกทั้งเป็นการลดจำนวนเตียงผู้ป่วยเรื้อรังและจำนวนวันที่นอนโรงพยาบาล นอกจากนี้ ยังเป็นการเพิ่มการหมุนเวียนของอัตราเตียงว่างเพื่อรองรับผู้ป่วยฉุกเฉินอีกด้วย (สำนักส่งเสริมสุขภาพ, 2548, น. 1-2) โดยการให้บริการดูแลที่บ้านนั้น ผู้ป่วยสูงอายุโดยมากเป็นผู้ป่วยที่เพิ่งออกจากโรงพยาบาลหรือเป็นผู้ป่วยที่ต้องการได้รับการดูแลเป็นพิเศษ เช่น เป็นผู้ป่วยที่มีแผลเรื้อรัง มีท่อสายยางติด

ตัว เป็นผู้ป่วยที่ทุพพลภาพ เป็นผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง หรือเป็นผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ซึ่งการให้บริการโดยทั่วไปของโครงการดังกล่าว คือ การจัดบริการโปรแกรมดูแลสุขภาพที่บ้าน ซึ่งประกอบด้วย บริการเยี่ยมบ้าน (Home Visit) การตรวจสุขภาพ การแนะนำการปรับสภาพแวดล้อมและที่อยู่อาศัยให้เหมาะสม การบริการพยาบาลผู้ป่วย รวมถึงมีบริการสำหรับผู้ที่ต้องการการดูแลพิเศษ (สมาคมพฤฒาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2550, น.61) อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานนี้ยังเป็นเพียงความพยายาม ที่จะให้บริการด้านสุขภาพเข้าสู่ผู้สูงอายุในครอบครัว ปัจจุบัน กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข(2551) ได้มีการทดลอง โครงการเสริมสร้างระบบบริการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน “รูปแบบการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้านและดูแลระยะยาว (LTC) โดยชุมชนและท้องถิ่น” เป็นฐาน 12 จังหวัด ในพื้นที่ความรับผิดชอบของศูนย์อนามัย ซึ่งนับว่าเป็นการดำเนินการที่ดีและเหมาะสมอย่างยิ่ง

ในส่วนของบริการด้านสังคม กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์มอบหมายให้กรมพัฒนาสังคม และสำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ เป็นผู้ดำเนินงานหลักในการกำหนดนโยบายและจัดบริการแก่ผู้สูงอายุ โดย ภารกิจที่เกี่ยวข้องกับบริการในชุมชนและครอบครัวที่สำคัญคือ ภารกิจของศูนย์ในการจัดสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน และอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน โดยมีปรัชญาพื้นฐานที่ว่า ควรมีการเสริมสร้างจิตสำนึกให้ชุมชนดูแลผู้สูงอายุภายในชุมชนของตนเอง นอกนั้นเป็นบริการที่จัดโดยองค์กรปกครองปกครองส่วนท้องถิ่นที่รับผิดชอบการจ่ายเบี้ยยังชีพแก่ผู้สูงอายุ การสงเคราะห์ในด้านปัจจัย 4 การส่งเสริมการรวมกลุ่ม และกิจกรรมทางสังคมต่างๆ จากบริการของหน่วยงานที่รับผิดชอบการจัดบริการด้านสุขภาพและสังคมสำหรับผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชนที่กล่าวมา จะเห็นว่าบริการดูแลระยะยาวของประเทศไทย ยังอยู่ในระหว่างการริเริ่มดำเนินการและยังเป็นการดำเนินการที่แยกส่วนระหว่างบริการด้านสุขภาพและสังคม ยังมิได้มีรูปแบบบูรณาการบริการแต่อย่างใด ซึ่งนับว่าเป็นประเด็นสำคัญที่ต้องพิจารณาเพื่อแสวงหาตัวแบบการดูแลที่เหมาะสำหรับประเทศไทยในอนาคต

**การกำหนดรูปแบบดังกล่าวนี้มีมิติร่วมกันคือ การดูแลในครอบครัวและสถาบัน ส่วนรูปแบบอื่น ๆ เป็นลักษณะของการกล่าวถึงวิธีการจัดบริการและผู้ทำหน้าที่ในการจัดบริการที่แตกต่างกัน ดังนั้น อาจกล่าวได้ว่า สิ่งที่ขาดไม่ได้ในการดูแลระยะยาวคือการดูแลในครอบครัวและในสถาบัน โดยการดูแลในครอบครัวเป็นจุดเน้นที่สำคัญและเป็นทั้งจุดเริ่มต้นและจุดสุดท้ายของการดูแลระยะยาว**

## 4. แนวคิดการดูแลผู้สูงอายุและการดูแลระยะยาวในครอบครัว

### 4.1 แนวคิดการดูแล

การดูแล คือ กิจกรรมการช่วยเหลือ หรือการดูแลที่กระทำโดยตรง หรือโดยอ้อม เป็นกระบวนการที่ส่งเสริมให้บุคคลดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างปกติ เป็นเรื่องของการให้ความสนใจ และห่วงใยผู้ที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น ในทางวิชาการได้มีผู้เสนอข้อคิดเห็นต่อแนวคิดการดูแลที่สำคัญ (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2547 น.10) ดังนี้

**(1) แนวคิดเกี่ยวกับแรงจูงใจในการช่วยเหลือ** แรงจูงใจในการช่วยเหลือ (Motivation for Helping) สามารถนำมาอธิบายแรงจูงใจในการดูแลผู้อื่น อันประกอบด้วย 2 แนวคิด คือ

1) แรงจูงใจ เพื่อตอบสนองความต้องการของบุคคล (Egoistic Motivation) เป็นแรงจูงใจที่ผลักดันให้บุคคลช่วยเหลือผู้อื่น เพื่อหวังผลตอบแทนจากการกระทำนั้น ๆ ได้แก่ การได้รับค่าจ้างตอบแทน การได้รับคำชมจากบุคคลอื่นและสังคม หรือการสำนึกต่อความผิด หากไม่ทำการช่วยเหลือผู้อื่น

2) แรงจูงใจ ที่เกิดจากความเอื้ออาทรต่อกัน (Altruistic Motivation) เป็นแรงจูงใจที่เกิดจากความเห็นอกเห็นใจ ความสงสาร ที่มีต่อผู้ที่ต้องการพึ่งพิง โดยอาจมีปัจจัยอื่นเข้ามาเกี่ยวข้อง เช่น เป็นคนในครอบครัวเดียวกัน เกี่ยวข้องเป็นญาติหรือมีบุญคุณต่อกันมาก่อน จึงทำให้เกิดความผูกพัน และรู้สึกอยากช่วยเหลือ

จากแนวคิดแรงจูงใจที่นำเสนอ บุคคลใดจะดูแลผู้อื่นนั้น อาจมาจากแรงจูงใจทั้ง 2 ประการดังกล่าวก็ได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การดูแลในครอบครัวมักเริ่มต้นจากความเอื้ออาทรก่อน แล้วจึงพัฒนาไปสู่ การตอบสนองความต้องการของบุคคล แต่โดยส่วนใหญ่แล้วมักเกิดจากแรงจูงใจประเภทแรงจูงใจที่เกิดจากความเอื้ออาทรต่อกันมากที่สุด

**(2) แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับค่านิยมของบุคคลและสังคม** การอธิบายแนวคิดเรื่องการดูแลโดยรวบรวมแนวคิดของนักวิชาการ 35 คน จากบทความวิชาการ และการวิจัย วิเคราะห์เนื้อหาของข้อมูลที่ได้มาทั้งหมด ได้แบ่งแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลไว้ 5 ทัศนะ (Morse et al., 1990.) ได้แก่

1) ดูแลเป็นลักษณะประจำของมนุษยชาติ เพื่อให้มนุษย์สามารถรักษาเผ่าพันธุ์ไว้ แต่จะแตกต่างกันตามศักยภาพของแต่ละบุคคล โดยขึ้นกับประสบการณ์ การได้รับการดูแลมาก่อน ลักษณะเฉพาะของตัวบุคคล และขนบธรรมเนียมประเพณีในสังคมนั้น ๆ

2) การดูแลเป็นเรื่องของศีลธรรม จริยธรรม ตามค่านิยมพื้นฐานของบุคคล หรือสังคม การดูแลแสดงออกโดยพฤติกรรม ภาพลักษณ์และลักษณะทางอารมณ์ เช่น

การแสดงความเห็นอกเห็นใจ ความอ่อนโยนให้กำลังใจ จะเห็นมากในผู้ดูแลในครอบครัวเดียวกัน

3) การดูแลเป็นการแสดงความสนใจห่วงใย การดูแลมีความเกี่ยวข้องกับอารมณ์ มีความรู้สึกเอาใจเขามาใส่ใจเรา สนใจ เป็นห่วง ต้องการปกป้อง และอุทิศให้ การดูแลที่พัฒนาขึ้นในบุคคลมี 4 ระยะ คือ ความผูกพัน ความพยายามที่จะให้ ความใกล้ชิด และการแสดงยืนยัน ความห่วงใย ถ้าการพัฒนาไม่ครบทั้ง 4 ระยะนี้ ก็จะไม่ถือว่าเป็นการดูแล

4) การดูแลเป็นการแสดงสัมพันธภาพระหว่างบุคคล จึงเป็นการดูแลที่เกิดขึ้นในครอบครัว ระหว่างคนใกล้ชิด

5) การดูแลเป็นการปฏิบัติการ เพื่อการรักษาพยาบาล การอธิบายกิจกรรมที่ดูแลต้องใช้องค์ความรู้ทางวิทยาศาสตร์ การพยาบาลการแพทย์ และศาสตร์อื่น ๆ ผู้ดูแลในทัศนะนี้จะต้องมีความรู้ และทักษะในการนำความรู้ดังกล่าวมาใช้ เพื่อให้ผู้รับบริการคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี หรือพ้นจากความเจ็บป่วย ตลอดจนสามารถถ่ายทอดความรู้ ให้คำปรึกษาแก่บุคคล สามารถจัดการกับปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้น และมีความรู้ ความเข้าใจในการประสานงานเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพได้

ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่า แนวคิดการดูแลเป็นลักษณะพื้นฐานที่สำคัญของมนุษยชาติ เป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับความรับผิดชอบ ศีลธรรม จริยธรรม และประเพณีปฏิบัติที่มีต่อกัน โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อช่วยเหลือผู้ที่อ่อนแอกว่า ทั้งโดยเป็นทางการ และไม่เป็นทางการ โดยขึ้นอยู่กับสถานการณ์ ความจำเป็นและความผูกพันต่อผู้ที่ต้องดูแล

### 4.2 การดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว

ในอดีตที่ผ่านมาการดูแลผู้สูงอายุเป็นหน้าที่ของครอบครัวโดยสังคมมักไม่ค่อยให้ความสำคัญและคำนึงถึงความจำเป็นในการจัดบริการเพื่อดูแลผู้สูงอายุมากนัก เนื่องจากครอบครัวสามารถรับภาระในการดูแลได้อย่างดี ภายใต้เครือข่ายของสมาชิกครอบครัวที่มีเป็นจำนวนมาก ปัจจุบันทัศนคติและแนวคิดของสังคมเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงไป เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างครอบครัวและวิถีการดำเนินชีวิตของประชาชน สังคมให้ความสำคัญกับการดูแลผู้สูงอายุมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งการให้ความสำคัญกับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว คือ การดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพาที่บ้าน จึงจำเป็นต้องให้ความสนใจในการจัดบริการให้แก่ผู้สูงอายุให้สามารถมีสภาพชีวิตและความเป็นอยู่ที่ดี ดังนั้นครอบครัวจึงควรมีการเตรียมและเรียนรู้วิธีการในการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถมีอายุที่ยืนยาวขึ้นและไม่เป็นภาระต่อสังคมในอนาคต

การดูแลในครอบครัวเป็นรูปแบบหนึ่งของบริการดูแลในระยะยาว (Long-Terms Care) โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยและเพิ่งออกจากโรงพยาบาล กลับไปพักฟื้นและ

ดูแลสุขภาพที่บ้านต้องการบริการชนิดนี้เป็นอย่างมาก ทั้งนี้นอกจากบุคคลในครอบครัวแล้ว บางครั้งยังมีบุคลากรทางด้านการแพทย์ เช่น พยาบาล เจ้าหน้าที่อนามัย หรืออาสาสมัคร ซึ่งมีบทบาทในบริการดูแลที่บ้านด้วยเช่นกัน การดูแลในครอบครัวสำหรับผู้สูงอายุ คือการให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ไม่สามารถไปใช้บริการที่จัดขึ้นในหน่วยงานต่างๆ ได้ และเป็นการให้ผู้สูงอายุและครอบครัวใช้ศักยภาพที่มีอยู่ทั้งความรู้ ความสามารถ ทรัพยากร และสัมพันธภาพอันดีระหว่างกัน ให้เกิดประโยชน์ต่อผู้สูงอายุอย่างเต็มที่

**4.3 ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว**

ผู้ที่มีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว คือ สมาชิกในครอบครัวนั้น และผู้ที่มีหน้าที่อยู่นอกครอบครัว ดังนั้นผู้ดูแลผู้สูงอายุจึงมีทั้งผู้ดูแลอย่างเป็นทางการและผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ โดย ศิริพันธ์ สาสัตย์ (2544) ให้ความหมายของ ผู้ดูแลอย่างเป็นทางการ (Formal Caregiver) หมายถึงผู้ดูแลที่มิใช่ญาติ เพื่อนหรือเพื่อนบ้าน แต่มีหน้าที่ดูแลผู้ที่ต้องพึ่งพาโดยได้รับค่าตอบแทน ซึ่งอาจเป็นบุคลากรทางการแพทย์ พยาบาล รวมทั้งพนักงานหรือเจ้าหน้าที่จากศูนย์ที่ให้บริการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Health Care Assistant) และผู้ดูแลอย่างไม่เป็นทางการ (Informal Caregiver) หรือผู้ดูแลตามขนบธรรมเนียม ได้แก่ สมาชิกในครอบครัว ญาติ เพื่อน หรือผู้เกี่ยวข้องอื่น ๆ ของผู้รับการดูแลที่ไม่ได้เสียค่าบริการ แต่เป็นกำลังสำคัญในการดูแลผู้ป่วย ผู้ที่อ่อนแอ หรือผู้ที่ต้องการที่พึ่งในบ้านหรือชุมชน ซึ่งสำหรับผู้สูงอายุไทยแล้ว ผู้ดูแลอย่างไม่เป็นทางการ ซึ่งได้แก่ คู่สมรส บุตรของผู้สูงอายุ เป็นผู้ทำหน้าที่นี้มากกว่ากลุ่มอื่นๆ

การเข้าสู่บทบาทผู้ดูแล การดำเนินการรับบทบาทผู้ดูแล เริ่มจากการเจ็บป่วย จากการเจ็บหรือจากความเสื่อมโทรมของร่างกายของบุคคลที่ต้องการได้รับการดูแล (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ, 2547 น.41) เป็นภาวะที่เกิดปัญหากับสภาพร่างกายและจิตใจ จนไม่สามารถจะดูแลตนเองได้ ต้องพึ่งพิงผู้อื่น สำหรับผู้สูงอายุนั้น ภาวะทางร่างกายโดยเฉพาะอย่างยิ่งความเสื่อมโทรมของร่างกายมักเป็นปัจจัยสำคัญที่ต้องการผู้ดูแลให้เข้ามาช่วยเหลือ

สังคมมีความคาดหวังต่อการเข้ามารับบทบาทของบุคคลในฐานะญาติผู้ดูแล ซึ่งจากการศึกษาทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ พบว่า ผู้ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นสมาชิกในครอบครัว มีความเกี่ยวพันใกล้ชิดกันทางสายเลือด มีความเกี่ยวข้องเป็นบุตร เพศหญิง และอยู่ในวัยกลางคน โดยการรับหน้าที่เริ่มจากการที่บิดามารดาวัยสูงอายุ มีปัญหาความบกพร่องด้านร่างกาย ความบกพร่องทางด้านอารมณ์และการนึกคิด นอกจากนี้มีข้อสังเกตว่าการทำหน้าที่เป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังนั้น เป็นบทบาทที่ถูกกำหนดไว้แล้วสำหรับเพศหญิง ทั้งนี้เนื่องจากพื้นฐานความเชื่อทางสังคม และการปลูกฝังค่านิยมทางวัฒนธรรมที่มักคาดหวังให้สมาชิกเพศหญิงในครอบครัวต้องทำหน้าที่ในการดูแล ทั้งในฐานะที่เป็นมารดา ภรรยาและการดูแลสมาชิกที่เจ็บป่วย ส่วนเพศชายมักทำหน้าที่ช่วยเหลือจัดการด้านค่าใช้จ่ายการเดินทางหรือเรื่องอื่น ๆ มากกว่าการให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรง (จอม สุวรรณโณ, 2541, pp. 47(3), 147-157

และ Blieszner, R and Macini, J.A. 1987,pp.176-180) ขณะเดียวกันการตระหนักถึงศักยภาพในบทบาทของเพศหญิงและเจตคติที่ดีในการดูแล รวมทั้งพันธกิจที่ต้องดูแลตอบแทนบุญคุณของผู้มีพระคุณ โดยเฉพาะบิดามารดา (จอม สุวรรณโณ, 2541, pp. 47(3), 147-157 และ Pohl, J.M., Body, C., Liang, J., and Given, C.W.,1995 pp. 68-75) ตลอดจนความรักความผูกพัน ความใกล้ชิดสนิทสนมกับผู้ป่วย ภายใต้พื้นฐานสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน (Beach, E.K. et al,1992, pp. 30-38)

ปัจจัยสำคัญที่ทำให้ครอบครัวเข้ามารับบทบาทเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุนั้น คือหน้าที่ของบุคคลในครอบครัวที่ต้องรับอุปการะผู้สูงอายุ เพื่อเป็นการทดแทนบุญคุณ (Beach, E.K. et al,1992, pp. 1:30-38) ส่วนปัจจัยอื่นได้แก่ การมีค่านิยมทางสังคมในเรื่องความกตัญญูกตเวที รวมทั้งเป็นสมาชิกในครอบครัวคนสุดท้ายที่ยังอาศัยอยู่ในบ้านของบิดามารดา พี่น้องคนอื่นแยกครอบครัวไปตั้งครอบครัวใหม่ ดังนั้นจึงต้องรับหน้าที่ดูแล เป็นต้น อย่างไรก็ตาม นอกจากญาติที่จะเป็นผู้ดูแลแล้ว บางครอบครัวยังได้จ้างผู้ดูแลผู้สูงอายุจากสถานบริการ หรือโรงเรียนผู้ดูแลมาดูแลผู้สูงอายุด้วย

เหตุสำคัญประการหนึ่งในการรับบทบาทหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ คือ การมีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุในฐานะบิดามารดา บุตร สามี ภรรยา ญาติพี่น้องหรือตอบแทนบุญคุณที่ผู้สูงอายุเคยช่วยเหลือผู้ดูแลมาก่อน ความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้สูงอายุและผู้ดูแลจะก่อให้เกิดความเห็นใจและสงสารที่ผู้ดูแลมีต่อผู้สูงอายุ ซึ่งทำให้ผู้ดูแลมีความตั้งใจและเต็มใจในการดูแล ดังนั้นสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ได้รับการดูแลจึงนับว่าเป็นปัจจัยที่สำคัญที่มีผลต่อผู้ดูแล กรณีที่ผู้ดูแลรู้สึกว่าการดูแลนั้นเป็นภาระนั้น ย่อมทำให้ความสัมพันธ์เป็นไปทางลบ นอกจากนั้นเหตุผลของการรับหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ อาจเกิดจากผู้ดูแลส่วนหนึ่งมีความผูกพันกับผู้สูงอายุโดยเป็นสามี ภรรยา บิดาหรือมารดากับบุตร เป็นความผูกพันที่ผู้สูงอายุมีต่อกันตั้งแต่ก่อนการเจ็บป่วย นอกจากนั้น การศึกษาของศศิพัฒน์ ยอดเพชร, ภาวนา พัฒนศรี, เล็ก สมบัติ (2540; 2541; 2544) และนงลักษณ์ พื้นชมภู (2540) พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวส่วนใหญ่เป็นบุตร รองลงมามา ได้แก่ คู่สมรสของผู้สูงอายุ หลานและญาติอื่น ๆ

### 4.4 หน้าที่การดูแล

การดูแลที่สำคัญและมีความหมายสำหรับผู้สูงอายุ ไม่ว่าจะพิจารณาตามความคาดหวังของผู้สูงอายุเองหรือจากสัดส่วนการเกื้อกูลที่ปรากฏอยู่ คือ การมีบทบาทดูแลด้านการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย โดยทั่วไปครอบครัวมีบทบาทและหน้าที่ในการดูแลเอาใจใส่ผู้สูงอายุในยามเจ็บป่วยหรือจำเป็นต้องติดตามพาไปรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยการพบแพทย์และรับภาระเรื่องค่ารักษาพยาบาลของผู้สูงอายุ อีกทั้งต้องระมัดระวังเกี่ยวกับการจัดยาของผู้สูงอายุให้ทานให้ตรงเวลาอีกด้วย

หน้าที่การดูแลเรื่องอาหาร เป็นบทบาทที่ครอบครัวให้ความสำคัญเป็นอันดับรองจากการดูแลเมื่อยามเจ็บป่วย โดยร้อยละ 82.3 และ ร้อยละ 85.0 ของครอบครัวได้ให้การจัดการดูแลด้านนี้แก่พ่อแม่ตามลำดับ โดยทั่วไปบทบาทของครอบครัวในด้านอาหารนี้เป็นบทบาทของการจัดการดูแลภายในครัวเรือนสำหรับสมาชิกทุกคนและมิได้ให้ความสำคัญสำหรับผู้สูงอายุเท่านั้น ในขณะเดียวกันผู้สูงอายุซึ่งเป็นสมาชิกหนึ่งในครอบครัว โดยเฉพาะสตรีที่มีสถานภาพเป็นแม่หรือย่าหรือยาย มักจะมีส่วนร่วมในการจัดการด้านอาหารสำหรับสมาชิกในครัวเรือน อาทิหน้าที่จัดหาอาหารและปรุงอาหาร สำหรับทุกคนในบ้านที่จะรับประทานอาหารร่วมกัน ดังนั้นในภาพรวมการจัดการด้านอาหารแก่ผู้สูงอายุนั้น มิได้มีการดำเนินการอย่างพิเศษแต่อย่างใด ถือเป็นเรื่องปกติของครอบครัวที่ต้องกินอยู่ร่วมกัน อย่างไรก็ตาม ในกรณีที่ผู้สูงอายุอยู่ในสภาวะพึ่งพิงหรือมีโรคเฉพาะและต้องการการจัดการด้านอาหารเป็นกรณีพิเศษ เช่น การให้อาหารทางสายยาง การควบคุมอาหารเพื่อโรคเบาหวาน ความต้องการอาหารที่มีปริมาณเกลือต่ำในผู้ที่มีโรคไตวายเรื้อรังหรือโรคหัวใจล้มเหลวหรือความต้องการวิตามินหรืออาหารเสริม เป็นต้น ครอบครัวจะให้การเกื้อกูลเป็นการเฉพาะ และแยกชัดเจนจากการดูแลเรื่องอาหารสำหรับสมาชิกอื่นๆ ในครัวเรือน

หน้าที่การดูแลด้านการจัดที่อยู่อาศัยให้เหมาะสมนั้น จากการศึกษาพบว่า มีน้อยมาก ส่วนใหญ่ถูกมองว่าเป็นเรื่องปกติที่เกิดขึ้นในแต่ละครอบครัว แต่แท้จริงแล้วการจัดที่อยู่อาศัยให้เหมาะสมถือว่าเป็นการตระหนักต่อการเลี้ยงดูอย่างมีคุณภาพของครอบครัว สำหรับหน้าที่ในการจัดหาเครื่องนุ่งห่มและเครื่องใช้อื่น ๆ นั้นบุตรหลานจัดหาให้เป็นครั้งคราว โดยบุตรหลานนิยมซื้อให้เพียงปีละ 1 -2 ครั้ง เฉพาะในโอกาสวันสำคัญ เช่น วันสงกรานต์ หรือวันขึ้นปีใหม่

หน้าที่สำคัญของครอบครัวประการหนึ่ง คือ การดูแลและช่วยเหลือด้านการเงิน ซึ่งรวมถึงค่าใช้จ่ายส่วนตัวของผู้สูงอายุ การช่วยจัดหาอาชีพที่เหมาะสม ตลอดจนช่วยควบคุมดูแลและธุรกิจทรัพย์สินและผลประโยชน์ของผู้สูงอายุ บางครอบครัวอาจให้การช่วยเหลือด้านการเงิน ค่าใช้จ่ายส่วนตัวของผู้สูงอายุ การช่วยจัดหาอาชีพที่เหมาะสม ตลอดจนช่วยควบคุมดูแลธุรกิจทรัพย์สินและผลประโยชน์ของผู้สูงอายุ ลักษณะการปฏิบัติตามบทบาทนี้ได้แก่ การมอบเงินให้แก่ผู้สูงอายุ โดยส่วนใหญ่บุตรจะเป็นผู้ทำหน้าที่นี้ อย่างไรก็ตามในการพิจารณาถึงบทบาทของครอบครัวด้านนี้ ควรมีการพิจารณาอย่างระมัดระวัง เนื่องจากครอบครัวอาจไม่ได้มอบเงินให้ผู้สูงอายุโดยตรง แต่อาจมีบทบาททางอ้อม เช่น การจัดหาอาหาร ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลค่าเครื่องนุ่มห่มและสาธารณูปโภคต่างๆ ส่วนการจัดหาอาชีพที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุนั้น พบว่า มีการปฏิบัติน้อยมาก

การทำหน้าที่ดูแลด้านสังคม เป็นบทบาทหนึ่งที่ครอบครัวปฏิบัติต่อผู้สูงอายุ โดยการให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัวและสังคมภายนอก ตลอดจนการดูแลให้ได้รับข่าวสาร เพื่อรับรู้ความเป็นไปของสังคมที่เป็นอยู่ การสนับสนุนให้ได้ทำงานอดิเรกตาม

สมควร การสนับสนุนให้มีส่วนเข้าร่วมในกิจกรรมทางศาสนาและดูแลให้ได้รับความบันเทิงต่าง ๆ ตามควรแก่วัยของผู้สูงอายุ บทบาทของผู้ดูแล เป็นลักษณะของการเกื้อกูลและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้พบญาติและเพื่อนฝูง เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมเพื่อสังคม การสนับสนุนให้ร่วมกิจกรรมทางศาสนา เช่น การไปวัด การไปโบสถ์ การไปมัสยิด รวมทั้งร่วมกิจกรรมทางศาสนาอื่น ๆ รวมทั้งการได้รับรู้ข่าวสารเพื่อรับทราบความเป็นไปในสังคมและเป็นการพัฒนาตนเองให้ทันสมัยเสมอ เมื่อเปรียบเทียบบทบาท การดูแลด้านนี้กับบทบาทด้านอื่นๆ พบว่า การตอบสนองความต้องการสังคมเป็นบทบาทที่ครอบครัวปฏิบัติค่อนข้างน้อย

หน้าที่ของผู้ดูแลประการสุดท้าย คือ การสร้างความรู้สึกอบอุ่นใจและความมั่นคงปลอดภัยแก่ผู้สูงอายุ การดูแลที่ตอบสนองความต้องการ การได้รับการยกย่องเห็นความสำคัญเป็นความต้องการที่มีรากฐานมาจากความสูญเสียต่างๆ ที่เกิดจากวัยสูงอายุ ผู้สูงอายุมีความรู้สึกอ่อนไหวและน้อยใจง่าย เกิดความรู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า ดังนั้นการได้รับการตอบสนอง โดยการยอมรับนับถือจึงเป็นสิ่งที่เกื้อหนุนต่อสภาวะทางด้านอารมณ์ของผู้สูงอายุอย่างมาก พฤติกรรมที่แสดงออกเป็นรูปธรรม ได้แก่ การให้ความเคารพ ให้เกียรติ ให้กำลังใจ ให้ความยกย่อง เพื่อก่อให้เกิดความมั่นคงในอารมณ์และเกิดความภาคภูมิใจ ซึ่งบทบาทนี้ผู้ดูแลได้ ทำหน้าที่พูดคุยแสดงความใกล้ชิดและให้ความสำคัญในการตัดสินใจ แต่เป็นที่น่าเสียดายว่าข้อมูลด้านนี้ไม่มีการศึกษาเชิงปริมาณที่จะสามารถชี้ให้เห็นขนาดของการดำเนินการของผู้ดูแลได้

ดังนั้น อาจกล่าวได้ว่า แนวคิดการดูแลเป็นลักษณะพื้นที่ที่สำคัญของมนุษยชาติ เป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับความรับผิดชอบ ศีลธรรม จริยธรรม และประเพณีที่มีต่อกัน โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อช่วยเหลือผู้ที่อ่อนแอกว่า ทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ โดยขึ้นอยู่กับสถานการณ์ ความจำเป็น และความผูกพันต่อผู้ดูแล

**4.5 องค์ประกอบการดูแล** (พะยอม อยู่สวัสดิ์ อ้างใน พัชรินทร์ คำอินทร์, 2548) ประกอบด้วย 8 ประการ ดังนี้

(1) ผู้ให้การดูแลต้องมีความรู้เกี่ยวกับบุคคลที่จะให้การดูแล คือรู้จักบุคคลนั้นและรู้วิธีการที่จะให้การช่วยเหลือ

(2) ความจริงใจ ผู้ให้การดูแลมีความเต็มใจ และแสดงออกถึงความรู้สึกที่แท้จริงของตนที่จะให้การช่วยเหลือบุคคล

(3) ผู้ให้การดูแลและบุคคลที่รับการดูแลนั้นจะต้องมีพันธภาพที่ดีต่อกันมีความไว้วางใจซึ่งกันและกัน

(4) ความรู้สึกอ่อนน้อม จะทำให้ผู้ดูแลเรียนรู้สิ่งต่างๆ จากผู้รับการดูแล อีกทั้งทำให้ไม่เกิดการใช้อำนาจกับผู้รับการดูแล

(5) ผู้ให้การดูแลต้องมีความอดทนเพื่อเปิดโอกาสให้ผู้รับการดูแลได้คิดและตัดสินใจด้วยตนเอง ให้เขาได้พัฒนาศักยภาพของตนเอง

(6) ความหวัง เป็นการมองอนาคต เพื่อเป็นแรงกระตุ้นให้ผู้ดูแลมีการปฏิบัติอย่างมีเป้าหมายและต่อเนื่อง

(7) ความกล้าหาญ เป็นการปฏิบัติบนพื้นฐานของจริยธรรม เพื่อปกป้องศักดิ์ศรีและสิทธิของบุคคล

(8) การเลือกแนวทางการช่วยเหลือบุคคล ในการดูแลบุคคลต้องมีการมองปัญหาจากหลายแนว มีการประเมินการดูแลและปรับปรุงและการเลือกที่เหมาะสมอยู่เสมอ

สุดา เทพศิริ (2540) สรุปความต้องการของผู้สูงอายุในการดูแลตนเองที่ผู้ดูแลจำเป็นต้องมีดังต่อไปนี้

(1) เรียนรู้การป้องกันอาการแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงตามธรรมชาติ หรือภาวะโรคเรื้อรัง โดยการหลีกเลี่ยงปัจจัยที่ทำให้อาการแทรกซ้อน และเรียนรู้วิธีการแก้ไขในระยะเริ่มต้น เช่น การควบคุมอาหารในผู้สูงอายุที่ป่วยเบาหวาน เพื่อรักษาน้ำตาลในระดับเลือดให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม การพลิกตัวในผู้สูงอายุที่เป็นอัมพาต เป็นต้น

(2) เรียนรู้เรื่องยาและการรักษา เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับยา และการรักษาถูกต้องเหมาะสม โดยการหลีกเลี่ยงปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการหรือจากภาวะของโรคเรื้อรัง โดยการเรียนรู้ชนิดของยา จำนวน ขนาด วิธีใช้ รวมทั้งฤทธิ์ข้างเคียง และอาการแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากการใช้ยา รู้จักอาการผิดปกติและวิธีแก้ไขทันท่วงที

(3) ป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นในผู้สูงอายุ ได้แก่

1) การป้องกันอุบัติเหตุจากการหกล้ม ซึ่งเป็นสาเหตุส่วนใหญ่ที่ทำให้ผู้สูงอายุกระดูกหัก ทำให้ต้องเข้ารักษาพยาบาล และใช้เวลาในการฟื้นฟูเป็นระยะเวลานาน ผู้ดูแลต้องคอยดูแลสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัย ดูแลพื้นห้องให้สะอาด แห้ง มีแสงสว่างเพียงพอ มีราวยึดเกาะในห้องน้ำ เป็นต้น

2) การป้องกันการสำลักและอาหารติดค้างอยู่ในหลอดลม พบได้มากในผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องในการเคลื่อนไหว เป็นอัมพาต หรือมีภาวะแทรกซ้อนจากโรค เช่น มีอาการเจ็บป่วยจากการกลืนอาหาร ผู้ดูแลต้องคอยดูแลให้ผู้สูงอายุรับประทานอาหารช้าๆ ไม่รีบเร่ง หมั่นตรวจสอบฟันปลอมให้แน่นพอดี

(4) การดูแลการขับถ่ายและระบายของเสีย ปัญหาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่เป็นปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุ เนื่องจากมีผลกระทบทางด้านร่างกายและจิตใจ ทำให้อับอาย มีกลิ่นเหม็น น่ารังเกียจ พักผ่อนไม่เพียงพอ ต้องลุกขึ้นปัสสาวะบ่อยๆ เกิดความน่ารำคาญ เบื่อหน่าย ผู้ดูแลจึงควรช่วยดูแลให้ผู้สูงอายุดื่มน้ำให้เพียงพอ เพื่อเพิ่มความตึงตัวให้กระเพาะปัสสาวะ ให้ความช่วยเหลือเมื่อผู้สูงอายุต้องการปัสสาวะ ดูแลความสะอาดผิวหนัง และบริเวณอวัยวะ

สืบพันธุ์เป็นพิเศษ ปัญหาท้องผูก เป็นปัญหาสำคัญในการขับถ่ายของผู้สูงอายุ ผู้ดูแลต้องคอยหลีกเลี่ยงอาหารที่มีกากแข็ง ย่อยยาก กระตุ้นให้มีการออกกำลังกาย และฝึกการขับถ่ายอุจจาระให้เป็นปกติทุกวัน

(5) การดูแลให้มีภาวะโภชนาการที่ดี พบว่าอาการแน่นอึดอัดท้อง เป็นปัญหาสำคัญที่เกิดจากหลายสาเหตุ เช่น โรคหลอดอาหารอักเสบ โรคแผลในกระเพาะอาหาร โรคกระเพาะอาหารอักเสบ มะเร็งกระเพาะอาหาร มะเร็งลำไส้ใหญ่ และปัญหาทางด้านจิตใจ ผู้ดูแลจึงควรปรึกษาแพทย์เพื่อรักษาอาการที่เหมาะสม ให้รับประทานอาหารที่ย่อยง่าย มีคุณค่าทางโภชนาการสูง ให้ทีละน้อยแต่ว่าบ่อยครั้ง หลีกเลี่ยงการทานอาหารหนักในมื้อใดมื้อหนึ่ง เพราะจะเพิ่มความดันในช่องท้อง หลีกเลี่ยงอาหารรสจัด ร้อนจัดหรือเย็นจัด อาหารที่ทำให้เกิดแก๊สกระตุ้นดื่มน้ำมากๆ ประมาณวันละ 2,000-3,000 มิลลิลิตร

(6) การคงไว้ซึ่งความสามารถในการประกอบกิจกรรม และพักผ่อนให้เหมาะสม โดยเลือกกิจกรรมการออกกำลังกาย การประกอบกิจวัตรประจำวันต่างๆ ให้สมดุลกับการพักผ่อน ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุประกอบกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเอง ตามความสามารถ ดูแล และจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม แนะนำช่วยเหลือในขณะที่มีกิจกรรมต่างๆ เช่น การเคลื่อนย้ายตนเองไปมา การทรงตัว การใช้เครื่องช่วยเดิน เป็นต้น

(7) การคงไว้ซึ่งความมีคุณค่าในตัวเอง วัยสูงอายุเป็นวัยที่มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม เคลื่อนไหวไม่คล่องแคล่ว มีอาการเหนื่อยล้าได้ง่าย ต้องพึ่งพาบุคคลอื่นช่วยดูแล ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกด้อยค่า เป็นภาระกับบุคคลอื่น ผู้ดูแลจึงควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีทัศนะคติที่ดีต่อชีวิต ยอมรับการพึ่งพาบุคคลอื่น และผู้ดูแลควรแสดงพฤติกรรมที่แสดงถึงเคารพนับถือ มีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้สูงอายุ

### 4.6 ความสามารถของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ

ครอบครัวเป็นสถาบันที่สำคัญที่ให้การดูแลสมาชิกในสังคม เป็นแหล่งที่ให้ความรัก ความคุ้มครองและความมั่นคงทางจิตใจแก่สมาชิกครอบครัว สำหรับกลุ่มผู้สูงอายุนั้น ความต้องการการเอาใจใส่และความรักจากครอบครัวจะมีสูงกว่ากลุ่มวัยอื่นๆ และต่างคาดหวังว่าครอบครัวจะเป็นแหล่งพักพิงแหล่งสุดท้ายในชีวิตของเขาการดูแลในครอบครัวสำหรับผู้สูงอายุ คือ การให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ไม่สามารถไปใช้บริการที่จัดขึ้นในหน่วยงานต่างๆ ได้ และเป็นการให้ผู้สูงอายุและครอบครัวใช้ศักยภาพที่มีอยู่ ทั้งความรู้ ความสามารถ ทรัพยากร และสัมพันธภาพอันดีระหว่างกัน ให้เกิดประโยชน์ต่อผู้สูงอายุเต็มที่

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2544, น. 91-92) ได้กล่าวถึงปัจจัยที่ทำให้ครอบครัวมีความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุไว้ว่า ขึ้นอยู่กับปัจจัย ดังนี้

**(1) โครงสร้างของครอบครัว** ครอบครัวที่มีจำนวนบุคคลในครัวเรือนน้อย จะมีเครือข่ายการดูแลที่น้อยตามไปด้วย ครอบครัวที่เป็นโสด ม่าย หรือหย่าร้าง มักเกิดปัญหาในการขาดผู้ดูแล เช่นเดียวกับครอบครัวหรือบุคคลที่อยู่ตามลำพังห่างไกลจากเพื่อนบ้านย่อมประสบปัญหา เช่นเดียวกัน ด้วยเหตุนี้ แนวคิดเกี่ยวกับเครือข่ายทางสังคม ควรถูกนำมาพิจารณาทดแทนปัญหาดังกล่าว

**(2) ผู้ดูแลหลักในครอบครัว (Family Caregivers)** การเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพของผู้สูงอายุ ทำให้เกิดผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต การกระทำกิจกรรมร่วมกับบุคคลอื่น การเกิดปัญหาสุขภาพทำให้เกิดการพึ่งพา เกิดการเปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัว เนื่องจากต้องเสียค่าใช้จ่ายในการดูแล การรักษาพยาบาลและผู้ดูแลขาดความเป็นส่วนตัว การศึกษาหลายเรื่องที่ผ่านมาระบุว่า บุตรเป็นผู้ดูแลในครอบครัวที่สำคัญ บุตรเป็นส่วนหนึ่งที่กระตุ้นการให้การดูแลผู้สูงอายุ เป็นผู้มีรายได้เลี้ยงครอบครัว เป็นผู้สนับสนุนทางด้านอารมณ์ จิตใจ และสังคม เมื่อในครอบครัวใดบุตรต้องรับภาระในการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยแล้วอาจทำให้บทบาทและภาระหน้าที่ของเขาดังกล่าวลดลงหรือสูญสิ้นไป ดังนั้นในแต่ละครอบครัวควรมีการเสริมสร้างและพัฒนาทักษะของการสร้างสัมพันธ์ที่ดีและการอยู่ร่วมกันของบุคคลอื่นในครอบครัวด้วย

**(3) อัตราการเจริญพันธุ์** การแยกกันอยู่ การหย่าร้าง และการเป็นม่าย ปัจจุบันจำนวนและสัดส่วนของประชากรสูงอายุในประเทศไทยมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งตรงข้ามกับจำนวนและสัดส่วนของประชากรวัยเด็ก และวัยเจริญพันธุ์ที่มีแนวโน้มลดลงท่ามกลางจำนวนคู่สมรส ซึ่งการให้ความเอาใจใส่ดูแลนี้ ส่วนใหญ่เกิดจากความรักความต้องการดูแลเอาใจใส่ และให้ความช่วยเหลือเป็นระยะยาวระหว่างการสมรส แต่เมื่อเกิดการแยกกันอยู่ การหย่าร้างและการเป็นม่าย รวมทั้งอัตราการได้รับการดูแลจากบุตรลดลง เมื่อถึงวัยสูงอายุแล้ว ผู้สูงอายุจะไม่ได้รับการสนับสนุนในด้านต่าง ๆ จึงไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ และเป็นสาเหตุหนึ่งที่ผู้สูงอายุต้องได้รับการช่วยเหลือจากสถาบันมากขึ้น

**(4) การมีส่วนร่วมในกำลังแรงงานของสตรี** เป็นที่ยอมรับกันว่าบุตรมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุโดยเฉพาะบุตรสาวซึ่งอยู่ในวัยแรงงาน ต้องประกอบอาชีพหารายได้จุนเจือครอบครัว รวมถึงการดูแลรับผิดชอบค่าใช้จ่ายสำหรับผู้สูงอายุที่มีอาการเจ็บป่วยและต้องพึ่งพาอยู่ตลอดเวลา และจากการที่ต้องดูแลผู้สูงอายุดังกล่าว ทำให้ต้องหยุดทำงาน ลดชั่วโมงการทำงาน หรือต้องออกจากงานก่อนเวลา การกระทำดังกล่าวมีผลกระทบต่อสตรีในฐานะเป็นบุตรคือการดูแลผู้สูงอายุทำได้ไม่เต็มที่ และกระทบต่อความรับผิดชอบในภาระการทำงานของสตรีในฐานะที่เป็นกำลังแรงงานอีกด้วย

**(5) ภาวะการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุและผู้ดูแล** ความบกพร่องของสมรรถภาพในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับภาระของผู้ดูแล ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลมีผลต่อความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุ การดูแลผู้สูงอายุเกือบตลอดเวลาถือว่าเป็นภาระงานที่ค่อนข้างหนัก ดังนั้นหากผู้ดูแลมีปัญหาภาวะสุขภาพไม่ว่าจะทางด้านร่างกายหรือด้านจิตใจก็ตามจะทำให้ผู้ดูแลเกิดความเหนื่อยล้าอ่อนเพลีย ไม่มีแรง ความเครียด อารมณ์หงุดหงิด โกรธง่าย อันจะนำไปสู่ความเหนื่อยหน่าย (Burnout) ได้เช่นกัน

**(6) ค่านิยมทางสังคม** วรรณลักษณ์ เมียนเกิด (2549) ได้ศึกษาพบว่า ค่านิยมทางสังคมมีผลต่อการดูแลในครอบครัว โดยระบุว่า ค่านิยมเป็นสิ่งที่แสดงเอกลักษณ์เฉพาะกลุ่มที่เป็นบรรทัดฐานที่กำหนดการประพฤติปฏิบัติของบุคคลในสังคม ลักษณะค่านิยมของคนไทยมุ่งเน้นไปที่ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ที่ต่างยึดถือปฏิบัติอย่างเคร่งครัด โดยเฉพาะค่านิยมเกี่ยวกับผู้สูงอายุ อันได้แก่ การยึดถือระบบอาวุโส การให้ความเคารพ การยกย่องให้เกียรติ เชื่อฟังคำสั่งสอน และการให้ความดูแลเอาใจใส่แก่ผู้สูงอายุ

**(7) รายได้ของครอบครัว** ไพรินทร์ กันทนะ (2543) ระบุว่า รายได้ของครอบครัวเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการดูแล เนื่องจากผู้ที่มีรายได้สูงจะมีโอกาสในการแสงหาสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพ เช่น การจัดหาอาหารที่มีคุณค่า รวมทั้ง การใช้บริการทางสุขภาพอย่างเหมาะสม ซึ่งผู้ดูแลที่มีรายได้น้อยน่าจะมีภาระในการดูแลมากกว่าผู้ที่มีรายได้ของครอบครัวมาก

**(8) สภาพแวดล้อมภายในที่อยู่อาศัย** ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ (2541) ศึกษาพบว่า สภาวะแวดล้อมเป็นสิ่งที่มีความซับซ้อนประกอบด้วยปัจจัยหลายด้าน ทั้งด้านตัวบุคคล สถานการณ์ และสภาวะแวดล้อมอื่นที่เกี่ยวข้อง มนุษย์มีการเคลื่อนไหว มีการรับรู้ มีการสั่งสมประสบการณ์และพยายามที่จะสร้างกฎเกณฑ์ที่เป็นเอกภาพ ในด้านการเปลี่ยนแปลงสภาวะแวดล้อมให้เกิดความสมดุลกับความต้องการเพื่อให้บรรลุซึ่งความมั่นคงในชีวิต ด้วยการตอบสนองเอาใจใส่และปรับปรุงสภาวะแวดล้อมให้เกิดความพึงพอใจและเหมาะสมกับความต้องการของตน ในกลุ่มผู้สูงอายุการจัดสภาวะแวดล้อมมีผลต่อการดำเนินชีวิตมากกว่ากลุ่มบุคคลวัยอื่นๆ ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุมีความสามารถในการควบคุมสภาวะแวดล้อมลดลง โดยไม่สามารถควบคุมหรือปรับสภาพให้ลดลงจะก่อให้เกิดปัญหามีผลกระทบต่อกายภาพ สังคม และจิตใจ การจัดการและปรับปรุงสภาพแวดล้อมจึงมีความจำเป็นสำหรับผู้สูงอายุอย่างมาก

**(9) ระบบบริการสุขภาพและสังคม** ระบบบริการสุขภาพ ถือเป็นกุญแจสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาตนเองอย่างจริงจัง เท่าที่ความสามารถของเขาจะกระทำได้ การมีระบบส่งต่อที่ดีจะช่วยเสริมให้ผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนั้นระบบบริการทางสังคมยังสามารถเกื้อหนุนให้ผู้ดูแลใช้ทรัพยากร ในการช่วยเหลือผู้สูงอายุได้มากขึ้น แต่จากการศึกษาพบว่า “บริการสุขภาพและสังคมสำหรับผู้สูงอายุ ยังเน้น

การดูแลในสถาบันและเป็นแบบเฉียบพลัน ในขณะที่ผู้สูงอายุต้องการการบริการทั้งสร้างและซ่อมสุขภาพ โดยเฉพาะการดูแลระยะยาวที่ยังมีน้อย และขาดการควบคุมคุณภาพที่เหมาะสม (วรรณภา ศรีธัญรัตน์ และ ผ่องพรรณ อรุญแสง, 2545, น.8)

**(10) เครือข่ายการดูแลทางสังคม** แนวคิดเครือข่ายทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุและครอบครัวได้ถูกนำมาใช้มาก เมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม เศรษฐกิจมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตในครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ครอบครัวที่มีผู้สูงอายุอาศัยอยู่ด้วยซึ่งมักเกิดปัญหาในการอุปการะเลี้ยงดู อาทิ การจัดหาผู้ดูแล การแสวงหาเครือข่ายและแหล่งบริการสังคมต่างๆ ยิ่งในสถานการณ์ปัจจุบัน ครอบครัวมีขนาดเล็กมีสมาชิกจำนวนไม่มากและต่างมีภารกิจประจำวันของตนเอง ทำให้ปัญหาในเรื่องนี้เพิ่มสูงขึ้น ดังนั้นเครือข่ายทางสังคมจึงได้ถูกนำมาพิจารณาเพื่อทดแทน และเสริมสร้างบทบาทที่ขาดไปของครอบครัว ซึ่งถือว่าเป็นการดูแลทางสังคม (Social Care) รูปแบบหนึ่ง การอธิบายถึงเครือข่ายทางสังคมของการดูแลผู้สูงอายุคือการที่สมาชิกของสังคมให้การดูแลผู้สูงอายุผ่านเครือข่ายทางสังคมที่ผู้สูงอายุมีอยู่ ผู้สูงอายุจะได้รับการดูแลหรือเข้าถึงการดูแลมากน้อยเพียงใดส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับเครือข่ายทางสังคม โดยภาพรวมแล้วการดูแลผู้สูงอายุจะมีเครือข่ายทางสังคมที่สำคัญอยู่ 2 ลักษณะ คือ เครือข่ายอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2541 น.10-15)

**(11) การเกื้อหนุนทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุในครอบครัว** ถึงแม้ผู้สูงอายุโดยทั่วไปจะมีปัจจัยเกื้อหนุนทางสังคมอ่อนแอกว่าประชากรวัยอื่นก็ตาม แต่ผู้สูงอายุเกือบทุกคนมีระบบเกื้อหนุนบางอย่างอยู่บ้าง ระบบดังกล่าวมีความสำคัญต่อการช่วยให้การดำเนินต่อไปได้แท้ที่จริงและสมาชิกในครอบครัวเป็นผู้ให้ความเกื้อหนุนอย่างมากมาย ทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมและ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ ครอบครัวมีบทบาทในการเกื้อหนุนผู้สูงอายุด้านต่างๆ อาทิ การทำกิจกรรมร่วมกัน การยกย่องเคารพนับถือ ครอบครัวที่มีระบบการเกื้อหนุนสูงทำให้ความสามารถในการดูแลดีกว่าครอบครัวที่ขาดแคลน

จากประเด็นที่เป็นปัจจัยสำคัญดังกล่าว เป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับทั้งระบบของสังคม ระบบการดูแล ตัวผู้สูงอายุ และผู้ดูแล ซึ่งในเฉพาะประเด็นด้านผู้ดูแลนั้น ได้มีผู้ศึกษาถึงเกณฑ์พิจารณาความสามารถของผู้ดูแลผู้อยู่ในภาวะพึ่งพา ที่พอจะนำมาอธิบายถึงผู้ดูแลที่มิได้มาจากนักวิชาชีพได้ โดยเกณฑ์พิจารณาความสามารถของผู้ดูแล Orem D.E (1995) อ้างถึงในเตือนใจ ภักดีพรหม (2548, น.38-39) เท่านั้น สามารถนำมาอธิบายความสามารถของผู้ดูแลได้ โดย Orem ระบุว่า ความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลผู้ที่ต้องพึ่งพา (Capabilities for dependent operation) เป็นความสามารถที่จำเป็นในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาในขณะนั้น (Orem, 1999) ประกอบด้วย

1. ความสามารถในการคาดคะเน (Estimate) เป็นความสามารถในการที่จะรู้คิดเกี่ยวกับความหมาย และความจำเป็นของการกระทำ รู้ความหมายของเงื่อนไข ปัจจัย และการควบคุมเงื่อนไขและปัจจัยเหล่านั้น

2.ความสามารถในการปรับเปลี่ยน (Transition) เป็นการสะท้อนถึงความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับสิ่งที่สามารถจะกระทำเพื่อสนองตอบต่อความต้องการการดูแลที่จะเป็นของบุคคลที่ต้องพึ่งพา

3. ความสามารถในการลงมือปฏิบัติ (Productive operation) ประกอบด้วย การเตรียมเพื่อการดูแลตนเอง โดยการเตรียมตัวเองหรือสิ่งแวดล้อม และลงมือปฏิบัติการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาตามเป้าหมายที่เฉพาะเจาะจงตามช่วงเวลา

**กล่าวโดยสรุป คุณภาพการดูแลนับเป็นหัวใจสำคัญในการให้บริการแก่ผู้สูงอายุ เพราะถึงแม้ว่าผู้สูงอายุจะได้รับการดูแลจากครอบครัวก็ตาม แต่หากการดูแลนั้นขาดคุณภาพแล้วย่อมไม่เกิดผลดีต่อผู้สูงอายุ คุณภาพการดูแลขึ้นอยู่กับปัจจัยที่เกี่ยวกับผู้ดูแลเอง ปัจจัยที่เกี่ยวกับสังคมและปัจจัยอื่น ๆ ซึ่งหากเราต้องการดูแลผู้สูงอายุให้บรรลุถึงยังการมีคุณภาพชีวิตที่ดีแล้ว การดูแลในครอบครัวถือว่าเป็นมรรควิธีแรกที่ต้องให้ความสำคัญ**

### 4.7 การดูแลผู้สูงอายุที่ดีในครอบครัว

ในการศึกษาครั้งนี้ มุ่งศึกษาการดูแลที่ดีในครอบครัวที่มีต่อผู้สูงอายุ ซึ่งจากการทบทวนแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่ดี พบว่า มีนักวิชาการได้เสนอ Hey และคณะ (1998) ดังนี้

**1. การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล** หมายถึง พฤติกรรมของผู้ดูแลในการช่วยเหลือผู้สูงอายุในด้านการดูแลรักษาความสะอาดผิวหนัง ผม มือ เท้า เล็บ ตา หู จมูก ปาก ฟัน อวัยวะสืบพันธุ์ และการช่วยเหลือในการอาบน้ำในห้องน้ำ และการเลือกเสื้อผ้าที่เหมาะสม

**2. การดูแลเรื่องอาหาร** หมายถึง พฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุให้ได้รับอาหารครบคุณค่าโภชนาการ และเหมาะสมกับสภาพร่างกายของผู้สูงอายุ

**3. การใช้ยา** หมายถึง พฤติกรรมของผู้ดูแลในการช่วยเหลือผู้สูงอายุให้ได้รับยาถูกชนิด ถูกขนาด ถูกเวลา ถูกทาง และใช้ยาตามคำสั่งแพทย์ การสังเกตอาการผิดปกติจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา ผลจากการใช้ยา และการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาในการรับประทานยา

**4. การจัดสภาพแวดล้อม** หมายถึง พฤติกรรมของผู้ดูแลในการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม สำหรับผู้สูงอายุที่พึ่งพา และการจัดเตรียมห้องพักที่มีลักษณะอากาศ

ถ่ายเทดี มีอุปกรณ์ที่จำเป็น เช่น โต๊ะหัวเตียง เก้าอี้นั่งข้างเตียง เตียงนอนที่ไม่สูง หรือปูที่นอนบนพื้น ห้องนอนอยู่บริเวณชั้นล่าง และอยู่ใกล้ห้องน้ำ

**5. การช่วยเหลือในการเคลื่อนไหว** หมายถึง พฤติกรรมของผู้ดูแลในการเคลื่อนไหวร่างกายของผู้สูงอายุ เช่น จัดท่านอน การพลิกตะแคงตัว การพยุงลุกเดิน เป็นต้น

**6. การสังเกตอาการผิดปกติ** หมายถึง พฤติกรรมของผู้ดูแลในการสังเกตอาการที่ผิดปกติของผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาในเบื้องต้น เมื่อมีลักษณะอาการดังนี้ การนอนไม่หลับ อาการซึมเศร้า ข้อยึดติด และแผลกดทับ

**7. การประเมินความต้องการและส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ** หมายถึง พฤติกรรมของผู้ดูแลในการพูดคุยอย่างอ่อนโยน การบอกเล่าเหตุการณ์ทีเปลี่ยนแปลง หรือที่เกิดขึ้นใหม่ภายในบ้าน และเข้าใจง่าย การถามความต้องการของผู้สูงอายุ และการกล่าวถึงกิจกรรมต่างๆ ก่อนที่ผู้ดูแลจะปฏิบัติต่อผู้สูงอายุ และการนำลูกหลานเข้าเยี่ยม การพูดคุยอย่างสม่ำเสมอทุกวัน

**8. การใช้แหล่งบริการที่เป็นประโยชน์ด้านสุขภาพ** หมายถึง พฤติกรรมของผู้ดูแลในการนำผู้สูงอายุมาตรวจตามนัดหมายอย่างสม่ำเสมอ และการเลือกใช้สถานบริการด้านสุขภาพใกล้บ้านในกรณีฉุกเฉินหรือจำเป็น เช่น โรงพยาบาลใกล้บ้าน สถานีอนามัย ศูนย์สาธารณสุข คลินิกต่างๆ

### 4.8 การดูแลระยะยาวในครอบครัว

บทบาทของครอบครัวที่มีต่อผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงที่สัมพันธ์กับวัฏจักรชีวิตผู้สูงอายุ และสมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัว โดยบทบาทมีการเปลี่ยนแปลงไปพร้อมๆ กับกระบวนการเปลี่ยนถ่ายอำนาจและความรับผิดชอบจากสมาชิกรุ่นหนึ่งไปยังอีกรุ่นหนึ่ง ภายใต้ปัจจัยทางเศรษฐกิจและสุขภาพ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญต่อกระบวนการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวนี้ ในระยะที่ผู้สูงอายุยังมีสุขภาพที่ดีพอ ไม่อยู่ในสถานะพึ่งพา และยังมีความสามารถในเชิงเศรษฐกิจของครอบครัว ผู้สูงอายุจะอยู่ในบทบาทของผู้ให้ ผู้มีอำนาจ และผู้เกื้อกูลแก่สมาชิกในครอบครัว ในกรณีที่ผู้สูงอายุมีความสามารถในเชิงเศรษฐกิจถดถอยแต่ยังมีสุขภาพดีและไม่ต้องพึ่งพา ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุยังคงดำรงบทบาทผู้ให้และผู้รับที่สมดุลมากขึ้น โดยยังให้การเกื้อกูลทางสังคมและกายภาพแก่สมาชิกคนอื่นๆ เช่น การดูแลบ้าน การดูแลหลาน เป็นต้น แต่การเปลี่ยนถ่ายอำนาจและความรับผิดชอบไปยังสมาชิกรุ่นต่อไป เริ่มเกิดขึ้นอย่างช้าๆ และต่อเนื่อง สมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัวมีบทบาทเกื้อกูลแก่ผู้สูงอายุมากขึ้นทั้งในด้านเศรษฐกิจและสังคม จนเมื่อผู้สูงอายุมีปัญหาทางสุขภาพและเป็นเหตุให้อยู่ในระยะพึ่งพา ต้องการการดูแลเกื้อกูล บทบาทของผู้สูงอายุจะเปลี่ยนชัดเจนจาก *“ผู้ให้”* เป็น *“ผู้รับ”* ระยะการเปลี่ยนแปลงนี้อาจสร้างผลกระทบทางจิตใจแก่ผู้สูงอายุและครอบครัว หรืออาจเกิดความขัดแย้งที่รุนแรงขึ้นได้ อันเป็นผลโดยตรง

จากการเปลี่ยนบทบาทของผู้สูงอายุจากผู้ที่เคยสามารถเป็นผู้เกื้อกูลช่วยเหลือ มาเป็นผู้พึ่งพา ซึ่งไม่อาจหลีกเลี่ยงผลกระทบที่มีต่อบทบาทและวิถีชีวิตของสมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะผู้ที่รับหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลัก (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, นภาพร ชโยวรรณ และ ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2545, น.3-8, 3-9) ซึ่งปัญหาเหล่านี้นับวันจะทวีความรุนแรงมากขึ้น

จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2551, น.36) ระบุว่า “ผู้สูงอายุที่พิการมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยในปี 2544 ผู้สูงอายุที่พิการมีร้อยละ 5.8 ของผู้สูงอายุทั้งหมด เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 9.3 ในปี 2545 และเพิ่มขึ้นเป็น 15.3 ในปี 2550 ในจำนวนผู้สูงอายุที่พิการเป็นหญิงมากกว่าชาย ซึ่งโดยปกติหญิงมีอายุคาดเฉลี่ยสูงกว่าชาย ดังนั้นผู้สูงอายุที่เป็นหญิง นอกจาก จะประสบปัญหาว้าเหว่อยู่คนเดียว เนื่องจากคู่สมรสจากไปก่อนแล้วยังประสบปัญหาเกี่ยวกับความพิการ ทำให้มีความยากลำบากในการดำรงชีวิต ยิ่งถ้าขาดผู้ดูแลก็ยิ่งมีความยากลำบากมากยิ่งขึ้น ลักษณะความพิการที่พบมากในผู้สูงอายุ 3 ลำดับแรก ได้แก่ สายตาเลือนราง หูตึงสองข้าง และอัมพฤกษ์ โดยผู้หญิงจะมีสัดส่วนสายตาเลือนรางสองข้างสูงกว่าชาย แต่ผู้สูงอายุชายจะหูตึงและเป็นอัมพฤกษ์สูงกว่าผู้สูงอายุหญิง เป็นที่น่าสังเกตว่าผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จะเริ่มมีลักษณะบกพร่องดังกล่าวอย่างเด่นชัด มากกว่าลักษณะบกพร่องอย่างอื่น กล่าวคือ ในวัยสูงอายุสายตาจะเริ่มมีความเสื่อมมากที่สุด ลำดับถัดไป คือ หู และการเคลื่อนไหวของแขน ขา ลำตัว อ่อนแรงลงไป ไม่สามารถใช้อวัยวะดังกล่าวได้ดีเหมือนเดิม (อัมพฤกษ์)” และหลังจากนั้นผู้สูงอายุเริ่มเข้าสู่ภาวะการพึ่งพาและนอนติดเตียงในที่สุด ซึ่งเป็นการเข้าสู่การพึ่งพาโดยสมบูรณ์

### 4.9 องค์ประกอบการดูแลระยะยาวในครอบครัว

จากที่ระบุไว้ในตอนต้นว่า การดูแลระยะยาวมีหลากหลายรูปแบบทั้งในสถาบันและในครอบครัว ซึ่งการดูแลระยะยาวในครอบครัวเป็นบริการที่จัดให้กับบุคคลที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง เพื่อช่วยให้ผู้รับบริการสามารถมีคุณภาพชีวิตที่ดี พึ่งพาตนเองได้ดี และเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ได้ตามความเหมาะสม ผู้ที่ต้องการการดูแลระยะยาวในครอบครัวจำเป็นต้องได้รับบริการการดูแล ทั้งกาย จิตใจ และการฟื้นฟู รวมถึงได้รับการสนับสนุนทางการเงิน กฎหมาย และสังคมด้วย ดังนั้น อาจกล่าวว่า การดูแลระยะยาวในครอบครัวมีองค์ประกอบต่างๆ ดังนี้ (World Health Organization, 2000, p.9)

(1) การประเมินสถานการณ์ปัญหา และการควบคุมให้มีบริการตามที่กำหนดไว้
(2) การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันสุขภาพ การป้องกันและการบำบัดรักษาตามความจำเป็น
(3) สิ่งอำนวยความสะดวกในการดูแลตนเอง การช่วยเหลือตนเอง การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน และการพิทักษ์สิทธิ์

(4) การจัดหาเครื่องใช้พื้นฐาน เช่น เครื่องช่วยหรือเครื่องมือในการช่วยฟังและช่วยเดิน รวมทั้งยาต่างๆ

(5) การสนับสนุนพิเศษสำหรับผู้มีปัญหาทางจิต เช่น วิกลจริต หรือปัญหาทางจิตอื่นๆ

(6) การพัฒนาเครือข่ายที่ไม่เป็นทางการเพื่ออำนวยความสะดวกทางสังคม

(7) การกำหนดเกณฑ์ทางสังคมและบทบาทในการดูแลของชุมชน

การดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว เป็นลักษณะของการดำเนินงาน หรือกิจกรรมการให้บริการดูแลในครอบครัวอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง เพื่อแก้ไขปัญหาของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง และช่วยให้ครอบครัวได้ดำเนินชีวิตไปได้อย่างปกติ ดังนั้น การดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวจึงหมายถึง การดูแลสมาชิกครอบครัวทั้งหมดให้สามารถใช้ชีวิตร่วมกันกับผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยได้อย่างมีคุณภาพที่ดี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกัน บำบัดรักษา และฟื้นฟูสภาพร่างกาย จิตใจของผู้สูงอายุ ด้วยเหตุนี้ วิธีการดูแลในครอบครัวจึงเป็นการดูแลทั้งการเจ็บป่วย (Diseased Approach) การดูแลเฉพาะราย (Case Approach) และการดูแลสมาชิกทั้งครอบครัว (The Whole Approach) โดยจุดสำคัญของการดูแลระยะยาวในครอบครัว คือ การจัดบริการสำหรับบุคคลที่มีปัญหาการเจ็บป่วยเรื้อรัง ไม่สามารถดูแลตนให้มีชีวิตความเป็นอยู่ที่ดี ดังนั้น การบูรณาการระบบบริการจึงเป็นเรื่องสำคัญของระบบการดูแลระยะยาว เพราะการบูรณาการวิธีการดูแลให้เป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน จะทำให้เกิดผลดีในด้านการรักษาพยาบาลและด้านอื่นๆ เกิดประสิทธิภาพในการให้บริการและสามารถลดค่าใช้จ่ายของครอบครัวและภาครัฐได้มาก ซึ่งจะเป็นประโยชน์ทั้งต่อผู้สูงอายุ ครอบครัว และประเทศชาติในที่สุด

## 5. แนวคิดการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

### 5.1 พัฒนาการของแนวคิดสู่บริการผู้สูงอายุ

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2549) ได้กล่าวถึง พัฒนาการของแนวคิดการดูแลในชุมชนว่า บริการที่จัดให้กับชุมชนเป็นจุดเริ่มต้นของการนำแนวคิดนี้มาใช้ในสังคมไทย ซึ่งเริ่มโดยกลุ่มที่ให้บริการด้านสาธารณสุขและสุขภาพ ในลักษณะของการเยี่ยมเยียนและดูแลสุขภาพในชุมชน แนวคิดนี้เริ่มมีบทบาทอย่างจริงจัง เมื่อนำไปใช้เป็นแนวคิดพื้นฐาน ในการให้บริการกับผู้พิการในชุมชนต่างๆ ที่เรียกว่าแนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชน (Community-Based Rehabilitation) หรือเรียกย่อว่า CBR ต่อมามีการนำมาใช้ในงานสาธารณสุขมูลฐาน โดยเน้นการมีส่วนร่วมของประชาชนในชุมชนเป็นหลักคือ การจัดตั้งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)ขึ้น หลังจากนี้ได้มีหน่วยงานทั้งด้านการเกษตร ด้านพัฒนาชุมชน และด้านประชาสงเคราะห์ นำไปปรับใช้ในการให้บริการต่างๆ อย่างแพร่หลาย

แนวคิดการใช้ชุมชนมาเป็นพื้นฐานในการปฏิบัติงานนั้น มีความหมายถึง การปฏิบัติงานที่มุ่งใช้คุณลักษณะของชุมชน และทรัพยากรในชุมชนเป็นเครื่องมือ เพื่อสร้างจิตสำนึกร่วมของประชาชนในการดำเนินการเพื่อชุมชนและโดยชุมชน ซึ่งแนวคิดนี้ถือเป็นรูปแบบ หรือวิธีการอย่างหนึ่งของ การป้องกันปัญหาต่างๆ ของบุคคลในชุมชนให้มีการเข้าสู่สถาบันที่ให้บริการน้อยลง และเป็นวิธีการที่หน่วยงานของรัฐและเอกชนจะทำหน้าที่หลักในการให้คำแนะนำ กระตุ้น และการร่วมสนับสนุนบางประการ จุดเด่นของแนวคิดนี้อยู่ที่ การมีรากฐานมาจากหลักประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม โดยสร้างให้ประชาชน ในชุมชนมีส่วนร่วม ในการคิดวิเคราะห์ปัญหาของชุมชนเอง ร่วมกำหนดแนวทาง แผนการดำเนินงาน การแก้ไขปัญหา ร่วมลงมือปฏิบัติและร่วมในการพิจารณาประเมินผลในกิจกรรมนั้นๆ ทั้งนี้เพื่อให้เกิดการเรียนรู้และตระหนักในกระบวนการแก้ไขปัญหาต่างๆ ของชุมชนเอง ซึ่งเป็นการสนับสนุนให้ประชาชนเกิดความเข้มแข็งสามารถจัดการต่างๆ ในชุมชนด้วยตนเอง ด้วยเหตุนี้แนวคิดการใช้ชุมชนเป็นพื้นฐานในการปฏิบัติงานจึงมีจุดมุ่งหมาย ดังนี้

1. เพื่อสร้างจิตสำนึกและพัฒนาศักยภาพของคนในชุมชน
2. เพื่อให้เกิดการแก้ไขปัญหา และพัฒนาบริการต่างๆ โดยชุมชน
3. เพื่อระดมความร่วมมือในลักษณะการประสานความร่วมมือ ระหว่างองค์กรภายนอกชุมชน และบุคลากรภายในชุมชน

การให้บริการกับประชาชนตามแนวคิดดังกล่าว กลุ่มผู้สูงอายุนับว่าเป็นกลุ่มเป้าหมายในการให้บริการกลุ่มหนึ่ง ที่ได้รับบริการ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง บริการด้านสุขภาพและอนามัย การให้บริการกับผู้สูงอายุในชุมชนนั้น นอกจากหน่วยงานต่างๆ จะมีส่วนในการนำบริการเข้าไปแล้ว ประชาชนในชุมชนยังมีบทบาทต่อการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุแตกต่างกัน โดยมาลินี วงษ์สิทธิ์ (2542, น. 223) กล่าวว่า คือ “กลุ่มผู้นำชุมชน จะเป็นแกนสำคัญในการวางแผน และดำเนินการให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุภายในชุมชน รวมทั้งทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงาน การให้การดูแล และบริการผู้สูงอายุ ทั้งในระดับภายในชุมชน และระหว่างชุมชนหรือระหว่างชุมชนกับองค์กร กลุ่มคนหนุ่มสาวเป็นกำลังสำคัญ ทั้งทางด้านกำลังกาย กำลังความคิด และสติปัญญา ในการให้บริการแก่ผู้สูงอายุ กลุ่มผู้ที่กำลังจะเข้าสู่วัยสูงอายุจะเป็นกลุ่มที่มีบทบาทในการช่วยกำหนดแนวทาง และสะท้อนความต้องการ และปัญหาของผู้สูงอายุ ในอนาคต สำหรับกลุ่มผู้สูงอายุเองมีประสบการณ์ ความรู้ความชำนาญที่สามารถถ่ายทอด หรือนำมาใช้ให้เกิดประโยชน์ ทั้งต่อตนเอง ต่อผู้สูงอายุอื่นๆ และชุมชนส่วนรวมได้”

### 5.2 รูปแบบและลักษณะบริการสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน

ดังที่กล่าวแล้วว่า บริการในชุมชนสำหรับผู้สูงอายุเป็นบริการที่จัดขึ้นในชุมชนที่จะช่วยเหลือผู้สูงอายุให้สามารถดำรงชีวิตอย่างอิสระและสามารถทำหน้าที่ในชีวิตประจำวันได้ เป็น

บริการที่เกิดจากความร่วมมือระหว่างครอบครัว ชุมชน องค์การ สถาบันทางสังคม และผู้สูงอายุ ลักษณะบริการ บริการเกี่ยวกับสุขภาพ บริการสังคม บริการด้านอาหารโภชนาการ บริการด้านข้อมูลข่าวสาร บริการด้านที่พักอาศัย บริการด้านการเดินทาง บริการส่งต่อ ศูนย์บริการในเวลากลางวัน หรือการจัดการรายกรณี (Case Management) โดยบริการที่จัดในชุมชนนี้จะเป็นการจัดโดยหน่วยงานภาครัฐหรือเอกชน อาสาสมัคร วัด โบสถ์ หรือองค์กรส่วนท้องถิ่นก็ได้ ขึ้นอยู่กับสภาพท้องถิ่นนั้นๆ

### 5.3 การดูแลที่บ้านในชุมชนชนบท (Rural Home Care)

G.D. Rowles, J. E. Beaulieu, and W. W. Myers (1996) ได้นำเสนอความสำคัญของการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านว่า การดูแลผู้สูงอายุที่บ้านมีความสำคัญมากในระบบการดูแลระยะยาว ในต่างประเทศบริการดูแลที่บ้าน (Home Care) มีความครอบคลุมถึงการดูแลสุขภาพที่บ้าน เป็นการดูแลหลังการป่วย การดูแลอาการเรื้อรัง การจากเจ็บป่วยเฉียบพลัน การดูแลระยะสุดท้ายและการพยาบาลสุขภาพ บริการสนับสนุนเพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุมีชีวิตที่ดีขึ้น และบริการอื่นๆ ที่ช่วยให้ผู้ดูแลและสมาชิกครอบครัวสามารถกระทำหน้าที่ได้อย่างเหมาะสม

ลักษณะที่เป็น Home Care มีกิจกรรมที่หลากหลายเกี่ยวกับสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการรักษาด้วยยา ความต้องการทางสังคม กายภาพบำบัด การฟื้นฟูร่างกาย การช่วยเหลือในการเคลื่อนไหวร่างกาย ช่วยเหลือในกิจกรรมประจำวัน และช่วยเหลือในอาชีวบำบัด หรือเป็นการสนับสนุนทางสังคมในด้านต่างๆ เช่น การดูแลในบ้าน ดูแลด้านอาหาร เรื่องกิจส่วนตัว ด้านจิตใจอารมณ์ และเรื่องอื่นๆ ที่เป็นวิถีชีวิตประจำวัน และบริการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องและจำเป็น เช่น การให้คำปรึกษา การสังคมสงเคราะห์ การมีอาสาสมัครเข้ามาช่วยเหลือ และการดูแลระยะสุดท้ายที่บ้าน ทั้งผู้ป่วยและครอบครัว

จากลักษณะดังกล่าวนี้ อาจกล่าวได้ว่า บริการดูแลที่บ้านสามารถครอบคลุมกลุ่มผู้พึ่งพากลุ่มอื่นๆ ได้ด้วย และเป็นตัวช่วยลดภาระการอยู่อาศัยในโรงพยาบาลลง

### 5.4 ประเด็นที่ควรคำนึงถึงในการจัดบริการดูแลที่บ้านสำหรับผู้สูงอายุในชนบท

การเข้าถึงบริการสุขภาพในชนบท มีความสำคัญเกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพที่บ้าน และการดูแลโดยชุมชน องค์ประกอบสำคัญเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุในชนบท (Krach, 1996, pp. 68-71) มีดังนี้

***1) การจัดบริการที่ครอบคลุมและตอบสนองความต้องการ*** โดยมีหน่วยบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ มีการจัดบริการที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับโรค และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้สูงอายุ

***2) การมีความรู้แหล่งบริการ*** การที่ผู้สูงอายุในชนบทจะเข้าใช้บริการหรือเข้าถึงบริการสุขภาพได้นั้น ต้องรู้จักหน่วยงานที่ให้บริการ และประเภทบริการที่จัดให้ ตลอดจนคุณภาพที่จะพึงได้รับการบริการนั้น ๆ

***3) การจัดบริการที่เหมาะสม*** เป็นบริการที่ผู้สูงอายุในชนบทสามารถนำมาปรับใช้เมื่อต้องกลับมาดูแลที่บ้าน หรือในชุมชน โดยการจัดหาวัสดุ เครื่องใช้จากในท้องถิ่นได้

***4) ข้อยกเว้นหรือข้อจำกัดของบริการ*** ผู้สูงอายุในชนบทแต่ละท้องถิ่นหรือแต่ละภาคมีความแตกต่างกัน ดังนั้นบริการที่จัดให้สำหรับผู้สูงอายุในชนบทควรปรับเปลี่ยนให้สอดคล้องกับข้อจำกัด หรือเงื่อนไขของผู้สูงอายุ

***5) การสนับสนุนด้านต่าง ๆ*** สิ่งที่เป็นปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุในชนบท แต่ละท้องถิ่นมีความต้องการช่วยเหลือแตกต่างกัน ดังนั้นการสนับสนุนเพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับบริการที่ตรงกับปัญหาความต้องการ จะช่วยให้เกิดโอกาสและช่องทางการเข้าถึงบริการมากขึ้น

***6) ความพอเพียงของบริการ*** ในการสร้างโอกาสการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ จะต้องมีความพอเพียง และความเหมาะสม เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับประโยชน์จากบริการ

### 5.5 อุปสรรคของการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในชนบท

ในหลักการจัดบริการการดูแลระยะยาวผู้สูงอายุจะต้องได้รับบริการที่เสมอภาคอย่างทั่วถึงและผู้สูงอายุต้องสามารถเข้าถึงบริการอย่างเท่าเทียม (equal access) ไม่ว่าจะอาศัยอยู่ที่ไหน หรือสถานภาพทางร่างกายเป็นเช่นไร เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบตามสภาพข้อเท็จจริงที่เกิดขึ้น ผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตชนบทและในเขตเมือง ถ้ามีความต้องการในการได้รับบริการในสภาพปัญหาที่เหมือนกันหรือสภาพปัญหาที่รุนแรงกว่าผู้สูงอายุในเขตเมืองซึ่งพบว่าผู้สูงอายุในชนบทมีปัญหาในการเข้าถึงบริการมากกว่า โดยเฉพาะบริการด้านสุขภาพ ซึ่งส่วนใหญ่ได้รับบริการจากหน่วยงานภาครัฐน้อยทั้งในด้านคุณภาพบริการสุขภาพ ปัญหาในด้านการเข้าถึงบริการ และระบบคมนาคมขนส่ง

ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในชนบทประสบปัญหาสุขภาพมากอันเนื่องมาจากรายได้น้อย สภาพที่อยู่อาศัยไม่เหมาะสม ขาดโอกาสทางการศึกษาและมีนิสัยในการดื่มสุราและสูบบุหรี่ ดังนั้นกลุ่มผู้สูงอายุในชนบทจึงตกอยู่ในสภาพกลุ่มเสี่ยงมากกว่ากลุ่มในเขตเมือง โดยทั่วไปการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในชนบทประสบปัญหาอุปสรรค 6 ประการดังนี้ (Coward, Netzer, and C. W. Peek, 1996 .pp.11-28)

**1. ความไม่สอดคล้องของลักษณะบริการในการดูแลระยะยาว**

การดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในชนบทที่มีสภาพปัญหาและความต้องการที่สลับซับซ้อน จำเป็นต้องมีการกำหนดแนวทาง วิธีการดำเนินการที่เหมาะสมซึ่งไม่ได้

หมายความว่าต้องเป็นรูปแบบเดียวที่เป็นต้นแบบ และนำไปใช้ในทุกพื้นที่ สังคมชนบทเป็นสังคมแบบบูรณาการทุกภาคส่วน ไม่สามารถจัดสรรเป็นส่วนหรือกำหนดความรับผิดชอบที่ชัดเจนของครอบครัวได้ สังคมชนบทต้องการระบบการจัดบริการที่มีความยืดหยุ่น เหมาะสมกับสภาพแวดล้อมที่เป็นอยู่ ดังนั้นในการจัดบริการ นักวิชาชีพจะต้องให้ความสำคัญกับสภาพที่เป็นอยู่จริงของผู้สูงอายุในพื้นที่นั้นๆ

นักวิชาการด้านผู้สูงอายุได้ส่งเสริมให้จัดบริการต่อเนื่องครอบคลุมทั้งด้านสมรรถนะทางร่างกายและทางสังคมให้แก่ผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นสิ่งสะท้อนถึงการลดลงทั้งการพึ่งพาและภาวะสุขภาพจำเป็นต้องพึ่งพาบุคลากรภายนอกมากขึ้น

ลักษณะบริการที่ควรจัดในการสนับสนุนส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ เช่น ศูนย์ผู้สูงอายุในชุมชน (Senior Center) ข้อมูลข่าวสารและบริการส่งต่อ การฝึกอบรม หลักสูตรต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีและสามารถพึ่งพาตนเองได้

ส่วนผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้หรือเคลื่อนไหวได้ช้าลงบริการที่จัดให้ควรเป็นบริการที่ช่วยเหลือให้มีการจัดส่งอาหารไปถึงบ้าน จัดส่งพยาบาลไปดูแลที่บ้าน หรือบริการดูแลในเวลากลางวัน นอกจากนั้น มีข้อเสนอเกี่ยวกับทางเลือกในการบริการเพื่อลดปัญหาความเหลื่อมล้ำระหว่างเมืองและชนบทว่าควรเพิ่มบริการพื้นฐานที่เหมาะสมกับในชนบท เช่น การจัดสิ่งอำนวยความสะดวกพื้นฐาน การจัดบริการพาหนะและบริการส่งต่อ เป็นต้น และควรพิจารณาเกี่ยวกับการจัดบริการที่จำเป็นที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุซึ่งภายใต้สภาพแวดล้อมที่จำกัด หรือมีลักษณะของพื้นที่ที่จำกัดว่า ไม่จำเป็นต้องมีรูปแบบเดียวกัน และนำไปใช้ดำเนินงานในทุกพื้นที่ นักวิชาชีพต้องระลึกเสมอว่า ลักษณะของสังคมชนบทแต่ละพื้นที่มีความแตกต่างกัน และมีลักษณะเฉพาะของตนเอง ดังนั้น บริการดูแลระยะยาวของชุมชนชนบทควรจัดขึ้นแตกต่างกัน

การจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในชนบท ควรกำหนดเป้าหมายร่วมกันในกลุ่มสหวิชาชีพ ถึงสิ่งที่จะดำเนินการที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาของผู้สูงอายุ ไม่ควรกำหนดจากบริการที่องค์กรสามารถจะดำเนินการ เพราะจะทำให้เกิดความแตกต่างของการได้รับบริการและเกิดประเด็นความไม่เท่าเทียมขึ้นได้

**2. ความยากลำบากในการสร้างสิ่งจูงใจสำหรับผู้ปฏิบัติงานในชุมชนชนบท**

เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในชนบท นักวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุได้แก่ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ ทันตแพทย์ นักกายภาพบำบัด นักจิตวิทยา นักเทคนิคห้องชันสูตรโรค เจ้าหน้าที่ X-Ray และผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับสายตา ซึ่งปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน ขาดสิ่งจูงใจหลากหลายประการ

การที่จะทำให้นักวิชาชีพดังกล่าวเข้าไปทำงานในชนบทได้ต้องมีการสร้างแรงจูงใจด้านเศรษฐกิจ เช่น การเพิ่มเงินเดือน การสร้างหลักประกันรายได้ หรือการเพิ่มค่าจ้าง

เป็นต้น หรือการใช้วิธีทำสัญญากับนักศึกษาในรูปแบบของเงินกู้เพื่อการศึกษา โดยมีสัญญาให้กลับมาปฏิบัติงานในพื้นที่ภายหลังสำเร็จการศึกษา นอกจากนี้ ยังมีวิธีการแก้ไขปัญหาการขาดแคลนนักวิชาชีพที่จะลงไปทำงานในชนบท โดยเสนอให้สร้างนวัตกรรมในการจัดบริการไปสู่ผู้สูงอายุกรณีฉุกเฉิน โดยการใช้ระบบสื่อสารทางไกลจากศูนย์บริการส่วนกลางไปยังศูนย์บริการในชนบทด้วยวิธีให้คำปรึกษาในการวินิจฉัยโรค และการตรวจรักษาทางโทรศัพท์ หรือวิทยุสื่อสาร หรืออีกวิธีการหนึ่ง คือ การจัดบริการลงไปสู่ชุมชนในชนบทเป็นระยะ ทั้งการจัดหน่วยเคลื่อนที่ หรือมีคลินิกเคลื่อนที่เป็นโครงสร้างการเข้าถึงชุมชน

ในขณะเดียวกันในระดับชุมชนเองก็พยายามแสวงหาวิธีการในการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในท้องถิ่นนั้นๆ โดยการแสวงหาวิธีการต่างๆ ในการดูแลผู้สูงอายุซึ่งเป็นความพยายามที่จะหาวิธีเหมาะสมและสอดคล้องกับสภาพของท้องถิ่น ถือเป็นการพิทักษ์และคุ้มครองสิทธิผู้สูงอายุในชุมชน และต้องการให้มีการกำหนดเป็นนโยบายของชุมชนต่อไป

**3. ปัญหาในภาพรวมและการประสานการจัดบริการ**

ความพยายามในการที่จะสร้างความร่วมมือให้เกิดความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันในการจัดบริการระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในชนบท โดยรวมบริการทั้งด้านสุขภาพและสังคมเข้าด้วยกัน แต่ติดขัดในเรื่องของระบบการบริหารงานในองค์กรภาครัฐที่มีการแยกส่วนอย่างชัดเจนแต่หน่วยงานหลัก เช่น สถานพยาบาลต่างพยายามขยายบริการด้านสังคมออกไปภายใต้ข้อจำกัดเรื่องความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน ทำให้ขาดรูปแบบการดูแลระยะยาวที่สะท้อนความต้องการและคุณลักษณะของชุมชนอย่างแท้จริง

บริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ มีความหมายและลักษณะคล้ายคลึงกับการจัดสถานบริบาล (Nursing Home) โดยปัจจุบันมีการขยายบริการออกไปกว้างขวางในลักษณะของการช่วยเหลือบุคคลที่เจ็บป่วยเรื้อรัง และผู้ที่ไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ รวมไปถึงบริการที่ช่วยเหลือครอบครัวให้มีความเป็นอยู่ที่เหมาะสมในบ้านหรือชุมชนนั้นๆ ซึ่งสามารถทำได้ในระดับหนึ่งแต่ก็เป็นรูปแบบที่ไม่ถูกต้องนัก

**4. ขาดรูปแบบการดูแลระยะยาวที่สะท้อนความต้องการและคุณลักษณะของชุมชนอย่างแท้จริง**

การกำหนดรูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในชนบทยังขาดรูปแบบที่เป็นเอกลักษณ์ของชนบทอย่างแท้จริง การกระจายบริการในชุมชนชนบทมีความจำเป็นที่จะต้องเป็นรูปแบบที่เป็นภาพรวมของการสะท้อนวิถีชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนนั้นๆ และสร้างขึ้นภายใต้ความสามารถที่ดีที่สุดของท้องถิ่นนั้น จึงจะสามารถจัดบริการให้กับประชาชนของตน กล่าวโดยสรุป รูปแบบการดูแลระยะยาวในชนบทต้องไม่ลอกเลียนรูปแบบบริการของชุมชน

เมือง ควรเป็นรูปแบบที่ปรับเปลี่ยนไปตามพื้นที่สภาพแวดล้อม และวัฒนธรรมของแต่ละท้องถิ่นที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่

**5. ปัญหาด้านงบประมาณในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในชนบท**

เนื่องจากการดูแลระยะยาวในกลุ่มผู้สูงอายุเป็นสถานการณ์ที่มีความจำเป็นมากขึ้น และมีจำนวนผู้ที่ต้องการการดูแลเพิ่มมากขึ้น จึงต้องพิจารณาถึงการจัดสรรงบประมาณสนับสนุนเพื่อให้ระบบการจัดบริการดูแลระยะยาวมีคุณภาพ และสามารถตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ ทั้งในองค์การภาครัฐ ภาคเอกชน และชุมชน ทั้งการดูแลในสถาบันและในชุมชน

**6. การขาดข้อมูลเกี่ยวกับการศึกษาวิจัยสภาพปัญหาที่แท้จริงของผู้สูงอายุในชนบท**

สภาพความเป็นอยู่ คุณภาพชีวิต ตลอดจนคุณภาพของกิจกรรมโครงการที่จัดบริการแก่ผู้สูงอายุ เป็นสิ่งสะท้อนถึงการขาดแคลนการศึกษาวิจัยที่จะสร้างความเข้าใจต่อการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในชนบทในหลายๆ ด้าน เช่น การจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุและครอบครัวที่อยู่ในชนบท กลยุทธ์ และกลไกในการจัดบริการ ข้อมูลที่เกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการดูแล และบริการต่างๆ ประสิทธิภาพ ประสิทธิผลของระบบการจัดบริการ ตลอดจนงานวิจัยที่สะท้อนถึงผลลัพธ์และทางเลือกต่างๆ สำหรับการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในชนบท

## 6. แนวคิดการถอดบทเรียน

การถอดบทเรียน ถือได้ว่าเป็นอีกวิธีการหนึ่งที่จะช่วยให้เกิดการพัฒนาการดำเนินงาน งานที่เป็นลักษณะของงานปฏิบัติ เนื่องจากจะช่วยให้เกิดความกระจ่างชัดและได้แนวทางการดำเนินงานที่ดีที่สุด ซึ่งการถอดบทเรียนเป็นการศึกษาทบทวนและสร้างกระบวนการเรียนรู้จากสิ่งที่ผ่านมา และถ่ายทอดออกมาเป็นบทสรุปการดำเนินงานที่มีขั้นตอนชัดเจน สามารถแสดงให้เห็นภาพการทำงานได้อย่างเป็นรูปธรรม ดังนั้นการถอดบทเรียน คือ การทบทวนหรือสรุปประสบการณ์การปฏิบัติงานที่ผ่านมาโดยละเอียด เป็นการนำเสนอปัจจัยสาเหตุที่ทำให้เกิดผลอย่างที่เป็นอยู่ในปัจจุบันทั้งที่สำเร็จและล้มเหลว หรืออาจกล่าวได้ว่าการถอดบทเรียนก็เพื่อสืบค้นความรู้จากการปฏิบัติงานโดยใช้วิธีการสกัดความรู้และประสบการณ์ที่ฝังลึกจากกลุ่มเป้าหมาย พร้อมทั้งบันทึกรายละเอียดขั้นตอนการปฏิบัติงาน ผลการปฏิบัติงาน และความรู้ใหม่ๆที่เกิดขึ้นระหว่าง การปฏิบัติงานทั้งที่สำเร็จหรือล้มเหลวเพื่อเป็นแนวทางในการ

ปรับปรุงการปฏิบัติงานให้บรรลุเป้าหมาย ซึ่งการถอดบทเรียนนั้น สามารถนำมาสู่การเผยแพร่ศึกษาเรียนรู้ได้ต่อไป (รัตนา ดวงแก้ว อ้างใน www.edbkk1.go.th/aoc/09_sep/ study.doc)

**ขั้นตอนการถอดบทเรียน**

**6.1 ขั้นเตรียมการถอดบทเรียน**

1) สร้างทีมงานถอดบทเรียนที่มีความรู้ความสามารถในการปฏิบัติงานได้จริง ประมาณ 3-6 คน สร้างความสัมพันธ์ที่ดีให้เกิดขึ้นภายในทีมงาน เน้นการเคารพซึ่งกันและกัน ไว้วางใจซึ่งกันและกัน และความเท่าเทียมกัน

2) ทำความกระจ่างชัดกับสาระที่จะถอดบทเรียนในแต่ละกระบวนการดำเนินงานทั้งหมด

3) กำหนดบทบาทหน้าที่ของทีมงานถอดบทเรียน ตั้งแต่หัวหน้าทีมซึ่งเป็นผู้ที่ทำให้การถอดบทเรียนดำเนินงานได้อย่างราบรื่นและบรรลุเป้าหมายที่กำหนด จัดกระบวนการ เป็นผู้ที่กระตุ้นให้ผู้ร่วมถอดบทเรียน ได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์และความคิดเห็นจากกิจกรรมที่ได้ปฏิบัติ เป็นผู้ที่มีทักษะในการตั้งคำถาม และสามารถสร้างบรรยากาศ ในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน

ผู้จดบันทึก เป็นผู้จดบันทึกการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประสบการณ์ การอภิปรายของผู้ร่วมถอดบทเรียน พร้อมทั้งเขียนเรียบเรียงเป็นเรื่องราวให้น่าสนใจตั้งแต่เริ่มต้นจนสิ้นสุดโครงการ

ผู้ประสานงาน เป็นผู้ช่วยเหลือให้ทีมงานถอดบทเรียนมีความสะดวกในการติดต่อระหว่างสมาชิกทีมงานถอดบทเรียนเพื่อให้สามารถทำงานร่วมกันได้อย่างดี รวมทั้งประสานความร่วมมือจากบุคคลภายนอกที่เกี่ยวข้องกับการถอดบทเรียน

4) จัดทำปฏิทินการถอดบทเรียน เพื่อวางแผนการดำเนินการถอดบทเรียนของแต่ละกิจกรรมตั้งแต่เริ่มต้นจนสิ้นสุดการดำเนินงาน โดยหัวข้อที่ควรปรากฏในปฏิทินการถอดบทเรียนได้แก่ ลำดับที่ของกิจกรรม ประเด็นกิจกรรม ระยะเวลาในการดำเนินงานแต่ละกิจกรรม ผู้รับผิดชอบกิจกรรม และวัสดุอุปกรณ์ที่ต้องใช้ในกิจกรรม ทั้งนี้ ผู้จดบันทึกต้องจดรายละเอียดของข้อมูลทุกขั้นตอน บันทึกเสียง พร้อมทั้งสังเกตบรรยากาศในระหว่างการถอดบทเรียนและจดบันทึก ไว้ประกอบการจัดทำรายงานการถอดบทเรียน

**6.2 ขั้นดำเนินการถอดบทเรียน**

ทีมงานควรแจ้งกำหนดการ ระยะเวลาและสถานที่ที่จะดำเนินการถอดบทเรียนให้กลุ่มเป้าหมายที่ร่วมถอดบทเรียนทราบล่วงหน้า ในขั้นนี้ประกอบด้วย 2 ขั้นตอนย่อย คือ การถอดบทเรียน และการบันทึกบทเรียน การถอดบทเรียนมีขั้นตอนที่สำคัญ 4 ขั้นตอน คือ

1. การสร้างบรรยากาศ เพื่อให้ผู้เข้าร่วมการถอดบทเรียนมีความผ่อนคลายเป็นกันเอง ซึ่งอาจใช้เพลงหรือเกมในการละลายพฤติกรรม รวมทั้งผู้อำนวยกระบวนการควรชี้แจงถึงความเสมอภาคและสิทธิในการร่วมแสดงความคิดเห็นของผู้ร่วมการถอดบทเรียน

2. การกำหนดกติกาในการถอดบทเรียนอย่างมีส่วนร่วม โดยกติกาควรครอบคลุมประเด็นที่สำคัญ ดังนี้

1) เป้าหมายการถอดบทเรียนคืออะไร มีวัตถุประสงค์เพื่ออะไร

2) วิธีการถอดบทเรียนใช้วิธีอะไร เช่น ใช้การระดมความคิดเห็น เน้นการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และไม่โต้เถียงหรือทะเลาะวิวาท

3) หน้าที่ของผู้ร่วมถอดบทเรียนเป็นอย่างไร เช่น ทุกคนให้ข้อเสนอแนะยอมรับความจริง และเสนอแนะแนวทางการปรับปรุงงานให้ดีขึ้น

4) ข้อพึงระวังในการถอดบทเรียนควรเป็นอย่างไร เช่น ไม่ตำหนิ และไม่ประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้ร่วมถอดบทเรียน

3. การจัดกิจกรรมอุ่นเครื่อง ผู้อำนวยกระบวนการชี้แจงให้ผู้ร่วมถอดบทเรียนเข้าใจวัตถุประสงค์และวิธีดำเนินกิจกรรมเพื่อให้สามารถทบทวนความทรงจำจากการเข้าร่วมกิจกรรมที่ผ่านมา

4. การเข้าสู่ประเด็นสำคัญของการถอดบทเรียน เป็นขั้นตอนสำคัญในการสกัดความรู้จากผู้ร่วมถอดบทเรียน โดยมีขั้นตอนดังนี้

1) การเล่าประสบการณ์จากวิธีการปฏิบัติงานของผู้ร่วมถอดบทเรียน

2) การเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างวิธีการปฏิบัติงานที่กำหนดในแผนปฏิบัติงานกับวิธีการปฏิบัติงานจริง

3) การวิเคราะห์ผลการปฏิบัติงานที่ทำได้เป็นอย่างดี

4) การให้ข้อเสนอแนะวิธีการปฏิบัติงานต่อไปให้ดีขึ้น

5) การวิเคราะห์อุปสรรคที่เกิดขึ้นระหว่างการปฏิบัติงาน

6) การให้ข้อเสนอแนะวิธีการป้องกันไม่ให้เกิดอุปสรรคในการปฏิบัติงาน

7) ข้อเสนอแนะในสิ่งที่ควรทำเพิ่มเติมในการปฏิบัติงานที่ผ่านมา

8) การประเมินความพึงพอใจผลการปฏิบัติงานที่ผ่านมา

ทั้งนี้ผู้จดบันทึกต้องจดรายละเอียดของข้อมูลทุกขั้นตอน บันทึกเสียง พร้อมทั้งสังเกตบรรยากาศในระหว่างการถอดบทเรียน และจดบันทึกไว้ประกอบการจัดทำรายงานการถอดบทเรียน

การบันทึกบทเรียน ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ

1. การเตรียมตัวก่อนบันทึกบทเรียน เป็นขั้นตอนที่ผู้จดบันทึกควรเตรียมความพร้อมก่อนบันทึกบทเรียนใน 4 ประเด็นคือ 1) ศึกษารายละเอียดของโครงการ/กิจกรรมที่

จะถอดบทเรียน 2) ศึกษารายละเอียดการถอดบทเรียนเกี่ยวกับกรอบแนวคิด ขั้นตอนการถอดบทเรียน และประเด็นคำถามที่ใช้ในการถอดบทเรียน 3) จัดเตรียมอุปกรณ์ในการบันทึกการถอดบทเรียน และ4) เตรียมความพร้อมด้านทางด้านร่างกายจิตใจ

2. การบันทึกข้อมูลการถอดบทเรียน ข้อมูลที่ต้องจดบันทึกระหว่างการถอดบทเรียน คือ 1) ข้อมูลขั้นตอนและวิธีการจัดกิจกรรมถอดบทเรียน 2) ข้อมูลการเล่าเรื่อง การวิเคราะห์ และการอภิปรายของผู้ร่วมถอดบทเรียน 3) ข้อมูลบรรยากาศในระหว่างการถอดบทเรียน

3. การสรุปและรายงานการถอดบทเรียน ผู้จดบันทึกต้องอ่านรายงานการถอดบทเรียนให้ที่ประชุมของผู้ร่วมถอดบทเรียนและทีมงานการถอดบทเรียนได้รับทราบข้อมูลที่จดบันทึกไว้เพื่อให้มีการปรับแก้และเพิ่มเติมให้ข้อมูลมีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น โดยบทเรียนที่ถอดได้ต้องได้รับการสรุปให้เห็นอย่างน้อย 2 ประเด็นคือ

1) อะไรคือสิ่งที่ดีอยู่แล้วและควรทำต่อไปเพื่อกลับไปวางแผนพัฒนาลงมือทำ แล้วตามด้วยการวิจัยให้ก้าวหน้าต่อเนื่องเป็น D&R (Development and Research)

2) อะไรคือสิ่งที่ยังบกพร่องเป็นจุดอ่อน และควรจะปรับปรุงอย่างไร มีความรู้พอที่จะปรับปรุงหรือไม่ ถ้าไม่ ควรทำวิจัยเพื่อหาแนวทางปรับปรุงเป็นการวิจัยแล้วพัฒนาแบบ R&D (Research & Development)

ทั้งนี้ D&R และ R&D ควรเป็นการวิจัยแบบ PAR (Participatory Action Research) ที่เน้นกระบวนการเรียนรู้ของคนทั้งหมด

**6.3 ขั้นเขียนรายงานการถอดบทเรียน** แบ่งเป็น 3 หัวข้อ หลัก ดังนี้

1. ความเป็นมาของโครงการ /กิจกรรมที่จะถอดบทเรียน วัตถุประสงค์ของการถอดบทเรียน

2. การเตรียมการถอดบทเรียน เป็นการเล่ารายละเอียดของขั้นตอนต่างๆ ในข้อ 1) – 4) ซึ่งได้แก่ วิธีการ ทีมงาน บทบาทหน้าที่ กรอบแนวคิด เทคนิคการถอดบทเรียน กลุ่มเป้าหมายที่ร่วมถอดบทเรียน และปฏิทินการถอดบทเรียน

3. เนื้อเรื่องการดำเนินการถอดบทเรียน เป็นการเล่ารายละเอียด ซึ่งครอบคลุม

- ประสบการณ์จากวิธีการปฏิบัติงานจริงของผู้ร่วมถอดบทเรียน
- วิธีการปฏิบัติงานที่กำหนดในแผนปฏิบัติงาน
- เปรียบเทียบความแตกต่าง
- สิ่งที่ทำได้เป็นอย่างดีจากการปฏิบัติ
- ข้อเสนอแนะวิธีการปฏิบัติงานต่อไปให้ดีขึ้น
- ปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นระหว่างการปฏิบัติงาน

- ข้อเสนอแนะวิธีการป้องกันไม่ให้เกิดอุปสรรคในการปฏิบัติงาน
- ข้อเสนอแนะในสิ่งที่ควรทำเพิ่มเติมในการปฏิบัติงานที่ผ่านมา
- ประเมินความพึงพอใจผลการปฏิบัติงานที่ผ่านมา

**6.4 ขั้นติดตามการนำบทเรียนไปใช้ประโยชน์** ในขั้นตอนนี้ให้ความสำคัญกับการนำบทเรียนที่เรียนรู้จากการปฏิบัติงานไปใช้เพื่อให้การปฏิบัติงานต่อไปมีประสิทธิภาพและเกิดประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น ดังนั้นหัวหน้าทีมหรือผู้เอื้อควรได้มีการนิเทศกำกับติดตามการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องเป็นระยะๆ เพื่อตรวจสอบว่าได้มีการนำบทเรียนไปใช้ประโยชน์หรือไม่เพียงไร เพราะอะไร

## 7. บทบาทของผู้ปฏิบัติงานในชุมชน

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2549, น.266-271) รูปแบบการให้บริการสำหรับผู้สูงอายุจะเปลี่ยนแปลงไปตามสภาพปัญหา ความต้องการและสภาพสังคม ปัจจุบันการปฏิบัติงานสวัสดิการสังคม ภายใต้แนวคิดเชิงสภาวะแวดล้อม (The Ecological Perspective) ได้รับการยอมรับ และถูกนำมาใช้อย่างกว้างขวาง และถูกเลือกสรรว่าเป็นแนวคิดที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการให้บริการผู้สูงอายุ ตามปรัชญาของการเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ (Productive Aging) เป็นการเน้นศักยภาพที่เข้มแข็งที่มีอยู่ของผู้สูงอายุมากกว่าภาวะความอ่อนแอและการพึ่งพา ผู้สูงอายุมีศักยภาพที่เข้มแข็งในหลายๆ ด้านอาทิ การตัดสินใจ (The Determination) ที่มีพื้นฐานมาจากประสบการณ์และการคิดอย่างรอบคอบ จึงเป็นการตัดสินใจที่มีความน่าเชื่อถือและมีโอกาสผิดพลาดน้อย ความพอใจในหน้าที่การงาน (The Qualification of Work) ความพอใจในผลสำเร็จ (The Satisfaction in Accomplishment) และความสามารถในการดำเนินชีวิตอย่างมีชีวิตชีวา (The Capacity for Enjoyment) เป็นเสมือนพลังสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุมองโลกอย่างเข้าใจ และรับทราบถึงความล้มเหลว ความผิดหวัง รวมทั้งวิธีการที่จะทำให้เกิดผลสำเร็จด้วย การพัฒนาระบบการให้บริการ โดยใช้ระบบสภาวะแวดล้อมนั้น จะช่วยให้เกิดบทบาทของการประสานความร่วมมือ การโต้ตอบ การประนีประนอมและการแทรกแซง เพื่อนำไปสู่บริการที่เหมาะสมต่อไป

สำหรับประชาชนนั้น ปัจจุบันได้มีการเรียนรู้ เพื่อพัฒนาและปรับปรุงตนเองมากยิ่งขึ้น และตระหนักว่าตนไม่เพียงแต่เป็นสมาชิกในวัฒนธรรมและสังคมเท่านั้น แต่ยังเป็นสมาชิกของสังคมโลก และวัฒนธรรมที่หลากหลายของมวลมนุษย์ เป็นการพิจารณาในประเด็นของแนวคิดเชิงสภาวะแวดล้อมเช่นกัน วิสัยทัศน์ของประชาชนในปัจจุบัน จึงเป็นการเปลี่ยนแปลงตนเองให้เข้ากับกระแสสังคมโลกที่เรียกว่าโลกาภิวัฒน์ (Globalization) ซึ่งเป็นแรงผลักดันให้ เกิดการบรรลุยังความต้องการที่สูงสุดของแต่ละบุคคล และเป็นหลักประกันขั้นต่ำสำหรับบุคคลทุกกลุ่ม

อายุ ในความปลอดภัยและโอกาสที่จะทำหน้าที่อย่างดีที่สุด ภายใต้ศักยภาพที่มีอยู่ของตนเอง และเพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมในสังคมเช่นผู้อื่น การเปลี่ยนแปลงวิสัยทัศน์ของประชาชนดังกล่าวนี้ ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในบทบาทของนักสวัสดิการสังคม ผู้ปฏิบัติงานกับประชาชนในหลากหลายลักษณะปัญหาและแนวคิด สถานการณ์ที่เกิดขึ้นนี้ มีผลต่อการปฏิบัติงานสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุด้วยเช่นกัน ดังนั้น นักสวัสดิการสังคมที่ปฏิบัติงานด้านผู้สูงอายุ จึงมีการปรับเปลี่ยนรูปแบบการปฏิบัติงานแบบต่างคนต่างทำมาเป็นทำงานเป็นทีม (Teamwork Approach) และกำหนดบทบาทหน้าที่ของผู้ปฏิบัติแต่ละฝ่ายให้ชัดเจน

สิ่งที่มีค่าอย่างมาก ในการปฏิบัติงานของนักสวัสดิการสังคม คือ การที่ได้ปฏิบัติงานเกี่ยวข้อง หรือใกล้ชิดกับวิชาชีพอื่นๆ ซึ่งมาจากหลากหลายวิชาชีพที่ต่างก็ต่างมีแนวปฏิบัติ มุมมอง แนวคิด และเทคนิคการปฏิบัติงานแตกต่างกันไป แต่ทุกวิชาชีพต่างมีเป้าหมายที่มุ่งให้เกิดผลดีต่อผู้สูงอายุในภาพรวม การปฏิบัติงานเป็นทีม เกิดจากนักวิชาชีพต่างๆ ได้ตระหนักถึงปัญหาที่เกิดกับผู้รับบริการ ว่าไม่สามารถแก้ไขได้โดยนักวิชาชีพใดวิชาชีพหนึ่ง ในขอบเขตอันจำกัดของวิชาชีพนั้นๆ ปัญหาของผู้รับบริการมักเกี่ยวพันกันเป็นลูกโซ่ จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากนักวิชาชีพที่มีความรู้ความถนัดแตกต่างกัน เพื่อให้ความช่วยเหลือ และร่วมมือกันให้บรรลุเป้าหมายในการปฏิบัติงานกับผู้สูงอายุนั้นๆ ลักษณะทีมงานในการให้การบริการสำหรับผู้สูงอายุโดยมีองค์ประกอบของทีมบริการ 4 ทีม ดังนี้ (Marshell, 1996 pp.129-137)

1. ทีมบริการสังคม (The Social Services Team)
2. ทีมสุขภาพ (The Health Team)
3. ทีมอาสาสมัคร และองค์กรเอกชน (The Voluntary Team and Private Sector)
4. กลุ่มสำคัญอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง (The Important Groups)

**1. ทีมบริการสังคม (The Social Services Team)**

ทีมบริการสังคมเป็นทีมที่ประกอบด้วย นักสังคมสงเคราะห์ นักประชาสงเคราะห์ นักพัฒนาชุมชน และนักอาชีวบำบัด ซึ่งจะทำงานร่วมกันทั้งในหน่วยงาน เช่น สถานสงเคราะห์ และในชุมชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งบริการดูแลที่บ้าน (Home Help Service) ที่นักวิชาชีพต่างๆ จะทำงานเป็นทีมอย่างชัดเจน ทีมบริการสังคมมีหน้าที่หลัก ในการศึกษาปัญหาความต้องการของผู้สูงอายุ การให้คำปรึกษา การแก้ไขปัญหาและจัดบริการต่างๆ ซึ่งรวมทั้งการฟื้นฟูและการส่งต่อด้วย ในการปฏิบัติงานทีมบริการสังคมนั้น นักสังคมสงเคราะห์ควรทำหน้าที่เป็นหัวหน้าหรือผู้ประสานงานในกลุ่ม ทั้งนี้ เนื่องจากนักวิชาชีพมีความแตกต่างกัน ทั้งในด้านความรู้และการจัดการ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อประเภท และคุณภาพของบริการที่ผู้สูงอายุจะได้รับ นักสังคมสงเคราะห์อาจต้องทำหน้าที่เป็นหัวหน้าทีม เพื่อแก้ไขปัญหาต่างๆ และเพื่อสร้างความมั่นใจในการจัดบริการต่างๆ แก่ผู้สูงอายุ

ลักษณะการให้บริการทั้งในหน่วยงานและในชุมชน ได้มีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างต่อเนื่อง ทั้งในรูปแบบและลักษณะการให้บริการ ทีมบริการสังคมจำเป็นต้องทราบข้อมูลการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้อย่างต่อเนื่องเป็นระยะๆ รวมทั้งระบบการติดต่อและการเชื่อมความสัมพันธ์ที่ดีกับหน่วยงานอื่น เพื่อให้รับกับการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้น และสามารถส่งต่อผู้สูงอายุไปยังหน่วยงานอื่นได้อย่างเหมาะสม นักสังคมสงเคราะห์ นักพัฒนาชุมชนและนักอาชีวบำบัดจำเป็นต้องมีข้อมูลของผู้สูงอายุที่ตนปฏิบัติงานด้วย และสามารถให้ข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ต่อทีมงานอื่นๆ ในลักษณะการแลกเปลี่ยนได้เช่นกัน

**2. ทีมสุขภาพ (The Health Team)**

ทีมสุขภาพเป็นทีมที่มาจากหน่วยงานอื่น ที่แตกต่างจากทีมบริการสังคม ซึ่งประกอบด้วย แพทย์ทั่วไป พยาบาลจากโรงพยาบาล พยาบาลในชุมชน พยาบาลฝึกหัด นักกายภาพบำบัด ผู้ดูแลสุขภาพ และนักจิตวิทยา ที่ให้บริการทั้งในหน่วยงานและในชุมชน โดยมีหน้าที่ในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุทั้งที่เจ็บป่วยและอยู่ในภาวะปกติ ทั้งนี้เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพที่จะเกิดกับผู้สูงอายุ

การใช้บริการของผู้สูงอายุนั้น ส่วนใหญ่มักเกิดจากปัญหาด้านสุขภาพ ทำให้ทีมสุขภาพเป็นทีมแรกที่เผชิญกับปัญหาของผู้สูงอายุ ดังนั้นการให้บริการควรตระหนักว่าปัญหากาย จิต สังคม เป็นปัญหาที่เกี่ยวข้องและเชื่อมโยงกัน ทีมสุขภาพต้องพิจารณาปัญหาอื่นๆ และทำการส่งต่อ (Refer) ผู้สูงอายุให้ทีมอื่นต่อไปด้วย

**3. ทีมอาสาสมัครและองค์การเอกชน (The Voluntary Team and Private Sector)**

อาสาสมัครเป็นกลุ่มปฏิบัติงานที่สำคัญกลุ่มหนึ่งในการให้บริการและดูแลผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเยี่ยมเยียน ให้กำลังใจและคำแนะนำปรึกษาแก่ผู้สูงอายุ ในชุมชน ในต่างประเทศ จะมีอาสาสมัครที่เรียกว่า “ A Sister In ” จะทำหน้าที่ช่วยแบ่งเบาภาระของครอบครัว หรือผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยเข้าไปช่วยดูแล เป็นทั้งเพื่อนและผู้อำนวยความสะดวกแก่ผู้สูงอายุในที่อยู่อาศัย นอกจากนี้ บางแห่งยังมีเพื่อนบ้านที่ทำหน้าที่เป็นอาสาสมัครเข้าไปเยี่ยมผู้สูงอายุที่บ้าน เรียกว่า “A Good-Neighbour” โดยเข้าไปเยี่ยมเยียน พูดคุย อ่านหนังสือให้ฟัง และบริการการติดต่อกับผู้อื่นด้วยในประเทศไทย อาสาสมัครเหล่านี้จะมีอยู่บ้างไม่แพร่หลายนัก เช่น อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุของกรมประชาสงเคราะห์ และอาสากาชาดของสภากาชาดไทย ที่ออกเยี่ยมบ้านตามโครงการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care) ซึ่งเป็นการดูแลผู้ป่วยโดยทั่วไป แต่อาจรวมถึงผู้สูงอายุด้วย

**4. กลุ่มสำคัญอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง (The Important Group)**

กลุ่มสำคัญอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลและบริการเพื่อผู้สูงอายุ ประกอบด้วยบุคคลหลายฝ่าย ซึ่งนอกจากหน่วยงานและเจ้าหน้าที่ภาครัฐที่มีหน้าที่โดยตรงแล้ว เจ้าหน้าที่ฝ่ายท้องถิ่น ได้แก่ องค์การบริหารส่วนตำบล กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน และผู้นำชุมชนจะเป็นผู้ที่มีบทบาท

สำคัญในการสนับสนุนทั้งงบประมาณ บุคลากร และทรัพยากรอื่นๆ ที่จำเป็นสำหรับการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุ นอกจากนั้นกลุ่มเหล่านี้ยังเป็นผู้ที่ได้รับการยอมรับจากคนในชุมชน ดังนั้น อาจกล่าวได้ว่า เขาจะช่วยระดมความร่วมมือต่างๆ ของคนในชุมชนสำหรับการดูแลผู้สูงอายุได้อีกทางหนึ่งตัว

การทำงานเป็นทีม จะเกิดผลดีต่อผู้สูงอายุที่จะได้รับบริการทั้งการป้องกัน แก้ไข การพัฒนาและฟื้นฟูอย่างสมบูรณ์ และถูกต้องตามหลักวิชาการของแต่ละวิชาชีพ ซึ่งจะเกิดผลดีต่อผู้สูงอายุและระบบการให้บริการโดยรวม

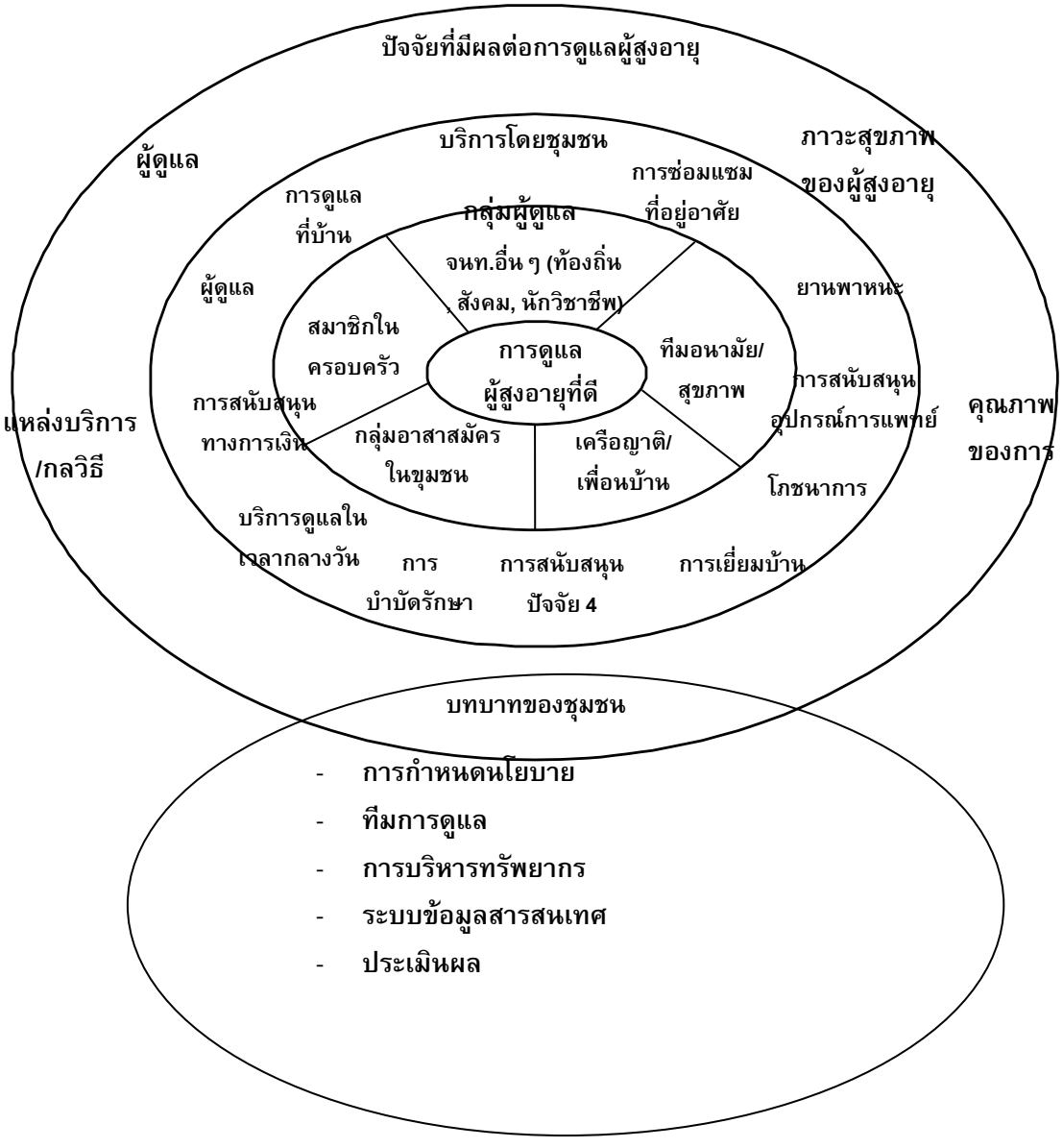
## สรุป

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัย พบว่า การจัดบริการดูแลระยะยาวที่ดีในครอบครัวและชุมชนนั้น ควรประกอบด้วยปัจจัยต่างๆ ที่สัมพันธ์กัน ซึ่งได้แก่ เครือข่ายการดูแลที่ไม่เป็นทางการ และเป็นทางการ และบริการต่างๆ ที่มีในชุมชน โดยเครือข่ายการดูแลที่ไม่เป็นทางการได้แก่ สมาชิกในครอบครัว เครือญาติ/เพื่อนบ้าน ส่วนเครือข่ายที่เป็นทางการ ได้แก่ บุคลากรด้านสุขภาพ (แพทย์ พยาบาล) บุคลากรด้านสังคม (นักสังคมสงเคราะห์ นักพัฒนาชุมชน ฯลฯ) และอื่นๆ รวมทั้งกลุ่มอาสาสมัครในชุมชน ที่มีบทบาทสนับสนุนผู้ดูแลในครอบครัว

การดูแลที่ดีในครอบครัว จำเป็นต้องพึ่งพาบริการในชุมชน โดยบริการที่มีอยู่เกิดขึ้นจากบทบาทของชุมชน ซึ่งได้แก่ หน่วยงานด้านการปกครอง และกลุ่ม ชมรมต่างๆ ที่มีอยู่ในชุมชน มีหน้าที่ในการกำหนดนโยบายด้านการบริการแก่ผู้สูงอายุ โดยการจัดให้มีทีมดูแลและการบริหารทรัพยากรโดยการจัดหางบประมาณ บุคลากร วัสดุอุปกรณ์ และระบบฐานข้อมูลสารสนเทศ ภายใต้การบริหารจัดการที่ดี เพื่อมุ่งให้เกิดผลดีต่อผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง โดยลักษณะบริการดูแลในชุมชน ประกอบด้วย บริการสุขภาพที่บ้าน การดูแลที่บ้าน การเยี่ยมบ้าน การสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ ศูนย์บริการผู้สูงอายุ การฟื้นฟูสุขภาพ และการสงเคราะห์อื่นๆ ซึ่งหากชุมชนมีการจัดบริการเหล่านี้อย่างเป็นระบบ ตั้งแต่การริเริ่มการบริการ การจัดทีมงาน การจัดสรรทรัพยากร การให้ข้อมูลข่าวสารและการติดตามประเมินผล จะทำให้บริการในชุมชนมีความสอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุ แก้ไขปัญหาและสนับสนุนให้การดูแลผู้สูงอายุที่บ้านดียิ่งขึ้น

อย่างไรก็ตาม การดูแลที่ดีขึ้นอยู่กับตัวแปรที่สำคัญคือ ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งหากมีอาการเจ็บป่วยเรื้อรังมาก ย่อมทำให้การดูแลประสบปัญหามากตามไปด้วย และการทำหน้าที่ของผู้ดูแล ซึ่งหากผู้ดูแลมีศักยภาพมากเพียงใด ย่อมทำให้การดูแลดีมากเท่านั้น นอกจากนั้น ยังขึ้นอยู่กับเครือข่ายการดูแล โดยครอบครัวที่มีสมาชิกจำนวนมาก ย่อมมีเครือข่ายการดูแลที่มากกว่า ความเชื่อและทัศนคติของสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับหลักศาสนา

ค่านิยมเรื่องความกตัญญูและบาปบุญคุณโทษ สัมพันธภาพของสมาชิก และทรัพยากรที่มีอยู่ในครอบครัว ไม่ว่าจะเป็นความรู้ เงิน และการจัดการ ดังปรากฏในแผนภาพ



# บทที่ 3

# ตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของครอบครัว

สังคมไทยให้ความสำคัญต่อความกตัญญูและการเคารพผู้สูงอายุโดยถือว่า ผู้สูงอายุหรือบิดา มารดาเป็นพรหมของบุตร เป็นผู้ให้กำเนิดและเป็นผู้ที่อุปการะเลี้ยงดูบุตรมาตั้งแต่เล็ก บุตรหลานต้องมีหน้าที่ในการทดแทนบุญคุณด้วยการปฏิบัติที่ดี การอุปการะและการเลี้ยงดู ดังนั้นการปฏิบัติต่อบิดามารดาหรือผู้สูงอายุที่ดีจึงเป็นเสมือนจารีต (Morals) ซึ่งเป็นกฎเกณฑ์ทางสังคมเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและข้อห้ามต่างๆ ของสังคมที่กำหนดว่า การกระทำใดถูก การกระทำใดผิด ผู้ที่ฝ่าฝืนจารีตจะถูกลงโทษจากสังคม ด้วยเหตุนี้สังคมไทยจึงยังเคร่งครัดต่อบทบาทของบุตรหลานในการดูแลบิดามารดา เฉพาะอย่างยิ่ง บิดามารดาที่เข้าสู่วัยสูงอายุและพึ่งพาตนเองได้น้อยลง

การปฏิบัติเมื่อผู้สูงอายุอยู่ในภาวะพึ่งพาเป็นสิ่งที่สังคมให้ความสำคัญเป็นพิเศษและต่างคาดหวังว่าผู้สูงอายุจะได้รับการดูแลที่ดีจากบุตรหลานและครอบครัวเมื่อยามเจ็บป่วยจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต ซึ่งการดูแลที่ดีนั้น มีผู้ให้นิยามและตัวชี้วัดที่หลากหลายขึ้นอยู่กับฐานคติความเชื่อ และวิถีปฏิบัติของครอบครัว ซึ่งรวมถึงพื้นที่ในการตั้งถิ่นฐาน ฐานะทางเศรษฐกิจ และปัจจัยอื่นๆ ดังนั้นการศึกษาเพื่อทำความเข้าใจต่อตัวแบบการดูแลที่ดีในพื้นที่ชนบทของไทย จึงเป็นกรณีศึกษาที่พยายามอธิบายและฉายภาพบริบทการดูแลที่ดีในสังคมชนบทไทยในระดับหนึ่ง

การศึกษาเพื่อถอดตัวแบบการดูแลที่ดีนี้ เป็นการเสนอตัวแบบจากการศึกษาโดยการสังเกต สนทนา สัมภาษณ์เชิงลึกและการเข้าร่วมในสถานการณ์จริง โดยมีจุดมุ่งหมายที่จะให้ผู้อ่านเกิดความสนใจและคิดอยากจะปฏิบัติตาม มุ่งให้เกิดผลทางจิตวิทยามากกว่าการลอกเลียน ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงพยายามถอดตัวแบบทางพฤติกรรม (Behavioral Modeling) ของผู้ดูแลที่มีต่อผู้สูงอายุ โดยเน้นการใช้คำพูดทางวาจาเป็นตัวถ่ายทอดพฤติกรรม ผลการศึกษาพบพฤติกรรมที่เป็นตัวชี้วัดตัวแบบการดูแลที่ดี 9 ประการ 32 ตัวชี้วัด โดยการนำเสนอคณะผู้วิจัยเริ่มด้วยการให้ข้อมูลของผู้ดูแล ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นของการดูแลที่ดี ข้อมูลของผู้สูงอายุที่เป็นผู้ได้รับการดูแลและต่อด้วยวิธีการและเทคนิคการดูแลที่ดี ฯลฯ โดยมีลำดับการนำเสนอดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลผู้ดูแลและผู้รับการดูแล : จุดเริ่มต้นของตัวแบบที่ดี

ตอนที่ 2 ตัวแบบการดูแลที่ดี : วิธีการและเทคนิค

ตอนที่ 3 ปัจจัยเสริมที่ช่วยให้เป็นการดูแลที่ดี : ความต้องการได้รับการสนับสนุน

ในแต่ละตัวแบบสามารถนำเสนอข้อค้นพบได้ ดังนี้

## ตอนที่ 1 ข้อมูลผู้ดูแลและผู้รับการดูแล : จุดเริ่มต้นของตัวแบบที่ดี

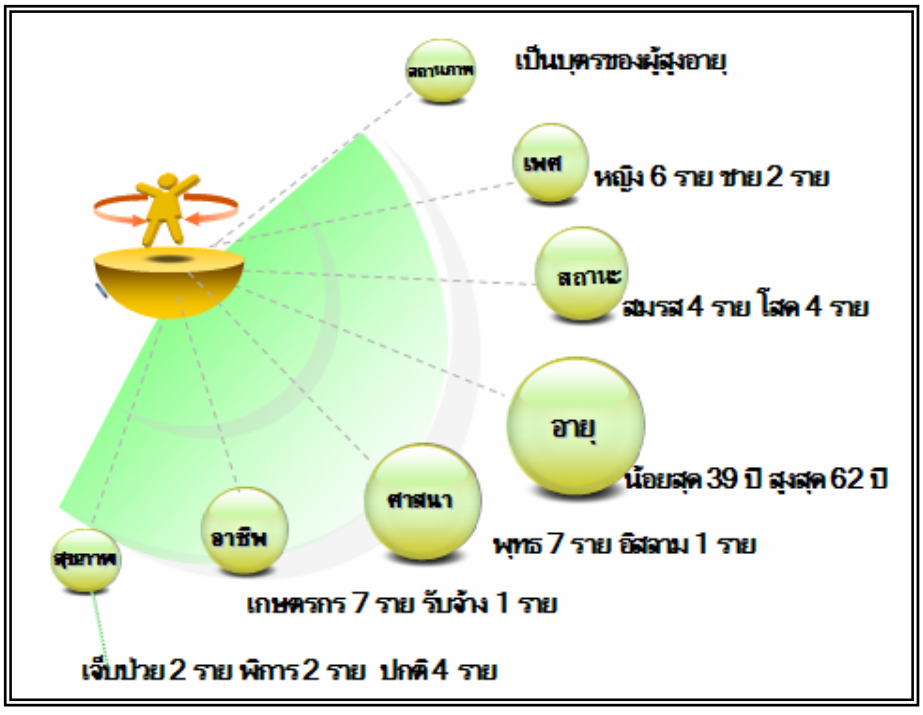
### 1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล

ผู้ดูแลผู้สูงอายุในการศึกษาเพื่อถอดตัวแบบการดูแลที่ดีครั้งนี้ พบว่า ผู้ดูแลทุกคนเป็นบุตรของผู้สูงอายุ โดยเป็นบุตรสาว 6 ราย มีสถานภาพโสด 3 ราย สมรส 3 ราย บุตรชาย 2 ราย มีสถานภาพโสด 1 ราย สมรส 1 ราย

อายุของผู้ดูแล อายุน้อยที่สุด 39 ปี อายุมากที่สุด 62 ปี นอกจากนั้นมีอายุอยู่ในช่วงระหว่าง 40-60 ปี นับถือศาสนาพุทธ 7 ราย อิสลาม 1 ราย ผู้ดูแลส่วนมากมีอาชีพเดิมเป็นเกษตรกร รองลงมามีอาชีพรับจ้าง แต่เมื่อเข้าสู่บทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุไม่ได้ประกอบอาชีพใดๆ กรณีที่ผู้ดูแลมีคู่สมรสแล้ว งานด้านเกษตรกรรม ทำสวน ไร่ นา คู่สมรสจะทำแทน มีเพียง 1 ราย ที่สามีของผู้ดูแลไปทำงานที่ต่างประเทศ ได้เงินมาช่วยเหลือครอบครัว

ด้านสภาวะของผู้ดูแล พบว่า ผู้ดูแลมีโรคประจำตัวได้รับการรักษาอยู่ คือ โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน และมะเร็งเต้านม 2 ราย สภาพร่างกายพิการ 2 ราย คือ หลังค่อม และกระดูกแข้งคด และหูได้ยินเสียงไม่ชัดเจน

โดยมีผู้ดูแลรอง เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือผู้ดูแลหลัก หรือทำหน้าที่แทน ช่วยแก้ไขปัญหาหรือหนุนเสริม ทั้งทางกายและจิตใจแก่ผู้ดูแลหลัก ได้แก่ น้องชาย พี่ชาย พี่สาว ลูก พ่อ หรือสามี




**สรุปภาพรวมคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ดูแล**

**1.2 การเข้าสู่บทบาทผู้ดูแล**

การเข้าสู่บทบาทของผู้ดูแล เริ่มจากการเจ็บป่วย หรือจากสภาพความเสื่อมโทรมของผู้ที่ต้องการการดูแล ที่อยู่ในภาวะที่สภาพร่างกายและจิตใจไม่สามารถดูแลหรือช่วยเหลือตัวเองได้ ต้องพึ่งพิงผู้อื่น โดยผู้สูงอายุในภาวะความเสื่อมของระบบต่างๆ ของร่างกาย เป็นปัจจัยสำคัญที่ต้องการผู้ดูแลมาช่วยเหลือ (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2541, น.41) ในขณะเดียวกัน ผู้ดูแลซึ่งเป็นสมาชิกในครอบครัว ก็ต้องทำหน้าที่ของครอบครัวต้องอุปการะผู้สูงอายุ เพื่อเป็นการทดแทนบุญคุณ และมีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุในฐานะบิดามารดา บุตร สามี ภรรยา ที่มีความรักความผูกพันต่อกัน ส่วนการเป็นผู้ดูแลหลักและผู้ดูแลรองของผู้สูงอายุในครอบครัวเกิดจากปัจจัยหลายประการ ทั้งปัจจัยที่เกิดจากเงื่อนไขเฉพาะของบุคคล ปัจจัยทางหน้าที่ทางสังคม และความสามารถเชิงอำนาจ และความพร้อมของบุคคลนั้นๆ

จากการศึกษาการดูแลผู้สูงอายุที่ดีในครอบครัวผู้สูงอายุ จำนวน 8 ราย ทั้ง 4 ภาค นั้น พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุมากที่สุดคือ 90 ปี อายุน้อยที่สุด 66 ปี เป็นชาย 2 ราย หญิง 6 ราย ทุกคนช่วยตนเองได้น้อย จนถึงช่วยตนเองไม่ได้เลย ผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่เป็นบุตรสาว 6 ราย ผู้ดูแลที่เป็นบุตรชาย 2 ราย และผู้ดูแลที่เป็นโสดมี 3 ราย ส่วนการเข้าสู่บทบาทการดูแล ผลการศึกษาพบว่า การเข้าสู่บทบาทของผู้ดูแลมีเหตุผลดังนี้

**1) การเป็นผู้ที่มีอำนาจทางเศรษฐกิจและสังคมน้อยกว่าสมาชิกคนอื่นในครอบครัว**

กรณีนี้พบว่า ในครอบครัวที่ผู้สูงอายุมีบุตรหลายคน แต่ละคนมีอาชีพต่างกัน เช่น รับราชการ ค้าขาย ทำการเกษตร และมีการแยกย้ายครอบครัวไปอยู่ต่างหากจากครอบครัวของผู้สูงอายุ เมื่อผู้สูงอายุเจ็บป่วยหรือเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงต้องการผู้ดูแล ในกลุ่มพี่ๆ น้องๆ จึงมีการปรึกษาหารือกัน เพื่อแสวงหาสมาชิกในครอบครัวที่มาทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ โดยมีข้อตกลงกันในการทำหน้าที่ช่วยเหลือบางด้านแทนกัน โดยพบว่า ผู้ที่ถูกกำหนดเป็นผู้ดูแลหลัก คือ ผู้ที่สามารถลดบทบาทหน้าที่จากอาชีพหลักและหน้าที่ในครอบครัวลงได้ เช่น ผู้ดูแลหลักเดิมมีอาชีพเกษตรกรรม ทำสวน ส่วนพี่ๆ น้องๆ รับราชการอยู่ต่างจังหวัด เมื่อรับหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลัก จึงลดบทบาทในสวนลง ให้ภรรยาดูแลแทน และพี่น้องที่รับราชการจะให้เงินสำหรับเป็นค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุ และเป็นค่าอาหารในครอบครัวของผู้ดูแลหลักด้วย ดังคำพูดที่สะท้อนว่า

*“คนอื่นก็ว่างกันนี่ ก็รู้ๆกันอยู่ ข้าราชการมันลำบากกันหน่ะ”*

*“ถ้าทำราชการ ยังไงมันก็ต้องสละ ถ้าว่าอยู่บ้าน ยังไงก็ต้องทำ”*

**2) การเป็นโสด และเป็นบุตรคนโตของครอบครัว**

ผู้ดูแลหลักเป็นโสด เป็นบุตรคนโตของครอบครัว มีอาชีพทำสวนมะพร้าว สมาชิกในครอบครัวลงความเห็นร่วมกันว่า จะมีผู้เป็นภาระผูกพันน้อยที่สุด จึงควรมาทำหน้าที่ผู้ดูแลหลัก ส่วนการดูแลสวนมะพร้าวใช้วิธีจ้างคนมาดูแลแทน โดยน้องๆ จะช่วยรับภาระดูแลในด้านอื่นๆ แทนให้ เช่น ดูแลสุขภาพ ความเป็นอยู่ของผู้ดูแลหลักอีกทางหนึ่ง เพราะผู้ดูแลหลักรายนี้มีโรคความดันโลหิตสูง และยังรักษาโรคมะเร็งเต้านมอยู่ จึงต้องพบแพทย์สม่ำเสมอ เป็นต้น

นอกจากนี้ ผู้ดูแลหลักอีกรายหนึ่ง มีสถานภาพโสดเช่นกัน เป็นพี่ชายคนโต เดิมมีอาชีพทำนาและรับจ้างอาศัยอยู่ในครอบครัว น้องชายของผู้ดูแลหลักเดิมไปทำงานอยู่ต่างจังหวัด เมื่อบิดาเจ็บป่วยต้องการการดูแล จึงต้องลดงานนอกบ้านลง ให้น้องชายมารับหน้าที่แทน และครอบครัวของน้องชายจะทำหน้าที่ให้เงินและทำอาหารให้ทั้งผู้สูงอายุและผู้ดูแลหลักด้วย นอกจากนี้ กรณีศึกษานี้ยังพบว่า ผู้ดูแลมีบุคลิกภาพผิดปกติเล็กน้อย คือ พูดช้า ติดอ่าง ได้ยินไม่ชัด และเป็นคนค่อนข้างเงียบเฉย แต่สื่อสารเข้าใจได้ทุกอย่าง จึงเป็นเหตุผลหนึ่งที่สามารถลดภารกิจนอกบ้านได้แล้วมาทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ

**3) การเป็นผู้มีสภาพร่างกายพิการ**

ผู้ดูแลเพศหญิงรายหนึ่ง มีภาวะร่างกายพิการ ในช่วงวัยเด็กผู้ดูแลมีพัฒนาการช้า เดินได้เมื่ออายุประมาณ 8 ปี และมีสภาพร่างกายที่มีความพิการ คือ มีลักษณะหลังค่อม ประกอบกับการที่ไม่ได้เรียนหนังสือ จึงสามารถทำงานได้เพียงบางประเภท ซึ่งปัจจุบันผู้ดูแลมีรายได้จากการทำงานที่บ้านโดยการเย็บชุดชั้นในส่งโรงงาน และมีเพียงตัวผู้ดูแลเท่านั้นที่ยังไม่ได้แต่งงาน ส่วนบุตรคนอื่นๆ ได้แต่งงานและแยกครอบครัวไปอยู่ที่อื่นทั้งหมด ฉะนั้นผู้ดูแลจึงเป็นผู้ที่สมาชิกในครอบครัวเห็นว่ามีความเหมาะสมในการดูแลผู้สูงอายุ เนื่องจากมีสถานภาพโสด อีกทั้งยังสามารถประกอบอาชีพที่บ้าน ซึ่งเอื้อต่อการดูแลผู้สูงอายุเป็นอย่างยิ่ง

กรณีนี้ผู้ดูแลเป็นบุตรคนที่ 3 จากจำนวนบุตรทั้งหมด 6 คน แม้ว่าในครอบครัวจะไม่ได้มีการตกลงกันในหมู่พี่น้อง แต่เนื่องจากพี่น้องทุกคนได้แต่งงานและแยกครอบครัวไป ประกอบกับผู้ดูแลได้ลาออกจากอาชีพรับจ้าง และมีความพิการทางขา ส่งผลให้ผู้ดูแลต้องรับผิดชอบในการดูแลผู้สูงอายุ

**4) การเป็นบุตรที่เป็นเพศหญิง : ประเด็นค่านิยมทางสังคม**

จากกรณีศึกษาพบว่า ผู้ดูแลหลักของครอบครัว มีความเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลบิดามารดาในฐานะที่เป็นลูกผู้หญิง ภารกิจในบ้านควรเป็นหน้าที่ของผู้หญิง ดังนั้น บุตรสาวจึงต้องรับภาระในการดูแลบิดามารดา

*“ประเพณีเป็นอย่างนั้น ลูกผู้หญิงจะต้องเลี้ยงแม่”*

*“ก็เป็นผู้หญิงคนเดียว อยู่กับแม่”*

*“คนรามัญ คนมอญ เขาไม่ให้ไปง่ายๆ นะ เขาไม่ให้ทิ้งพ่อแม่ โดยมากคนมอญเขาแบบว่า คือว่าทดแทนกันน่ะ สมัยก่อนพ่อแม่เลี้ยงเรา พอตอนนี้เราเลี้ยงพ่อแม่ มันถือว่ากลับกัน ตอนนี้แม่ก็ยังพูดเลยว่า “ข้าเป็นเด็กแล้วนะ ” ตอนนี้เขาเป็นเด็ก เราเป็นคนใหญ่ต้องเลี้ยงเขา”*

*“พี่คิดว่าเป็นหน้าที่ของลูกนะ โดยเฉพาะลูกผู้หญิง*

**5) ความรักความผูกพันภายในครอบครัว**

พบว่า ผู้ดูแลหลัก มีความผูกพันกับผู้สูงอายุ เนื่องจากอยู่บ้านเดียวกับผู้สูงอายุมาตลอด สามารถรับรู้และเข้าใจผู้สูงอายุว่าต้องการอะไร และจะสื่อสารอะไร เมื่อผู้สูงอายุไม่สามารถช่วยตนเองได้ ก็ยินดีที่จะทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลัก และไม่เชื่อว่าคนอื่นจะดูแลได้ดีเทียบเท่ากับตัวเองดูแล และเกรงว่าบุคคลอื่นจะไม่รักผู้สูงอายุเท่าตนเอง

*“ก็พ่อแม่ดูแลเรามาตั้งแต่เด็ก เราก็ต้องดูแลแกนะ กงกรรมกงเกวียน..เชื่อว่าการดูแลพ่อแม่เราได้บุญ ก็เชื่อบาปบุญคุณโทษ ในศาสนาอิสลามมันก็เหมือนๆ กันนะ เป็นหน้าที่ของลูกอย่าละเลย เขาเลี้ยงเรามาตั้งแต่เด็ก ถ้าไม่ดูแลเขาว่าไม่เจริญ ไม่ได้ขึ้นสวรรค์ ไม่ว่าเราจะลำบากยังไงก็ต้องดูแลพ่อแม่”*

*“กลัวว่าลูกเมียจะไม่เข้าใจ ไม่รักพ่อรักแม่ ผมเลยตั้งใจไว้ว่า จะไม่มีทำให้เราไม่สบายใจ พ่อมาเป็นแบบนี้ ยิ่งไปกันใหญ่ เลยไม่อยากมีภรรยา”*

*“ก็ความเป็นแม่ ความผูกพัน และอีกอย่างก็แล้วแต่ปัจจัย แต่ก็ส่งเงินมาให้ แต่ถึงเขาไม่ส่งเงินมาก็ดูแล เพราะมันเป็นหน้าที่...ไม่ได้คิดว่าต้องเป็นเวรเป็นกรรม ..แม่ก็รู้ แม่ก็ชอบเรียกหา”*

*“เหมือนกับว่าดูแลกันผิดมือ เหมือนไม่รู้ใจ เวลาหลานๆ ดูก็เหมือนกัน เวลานอนเขาก็จะไม่รู้ว่าสบายไหม แต่ถ้าฉันอยู่ เตี่ยไม่สบายตัว อาการจะออก เหมือนเขาจะขยับ แขนจะขยับ อะไรแบบนี้ เหมือนนอนไม่สบายตัว เหมือนท่านี้ เรานอนไม่สบาย เตี่ยก็คงนอนไม่สบาย ก็ไปขยับเขยื้อน ไปทำให้เขาสบาย เขาก็จะนอนเฉย ถึงรู้ว่า ...เตี่ยคงเหมือนเรา”*

*“คนอื่นที่เราจ้างเขามาดู เรามีเงินไปจ้าง เขาก็ไม่มาดูให้ ต้องคนที่ไม่รังเกียจถึงจะทำให้ คนที่รับจ้างดูคนป่วยหน่ะมีเยอะ แต่ไม่เคยจ้าง มีแต่หลานนี่แหล่ะ”*

**6) ความกตัญญูต่อบุพการี**

นอกจากความรู้สึกรักและผูกพันที่ผู้ดูแลมีต่อผู้สูงอายุแล้ว ส่วนหนึ่งเป็นสำนึกของความกตัญญู และการตอบแทนพระคุณบิดามารดา และสำนึกด้วยตนเองว่า บิดามารดาคาดหวังจะได้รับการดูแลจากตนด้วย

*“คิดว่า พ่อดูแลเราให้โตมา รักษาดูแลเรามา หาอะไรให้กิน พอพ่อไม่สบาย เราก็ดูแล”*

*“ตอนหนุ่มๆ (พ่อ) เป็นคนโมโหง่าย โกรธง่าย หายเร็ว ใจดี ถ้าเป็นบางคน คงทนไม่ไหว ต้องอดทน เพราะคือว่า เขาเลี้ยงเรามา ถ้าพ่อไม่บีบจมูกตอนเด็กๆ ก็ไม่มีแล้ว บางคนฆ่าลูกเต้าตอนเด็ก เพราะไม่รักลูก แต่พ่อรักเรา พอพ่อเจ็บ เราต้องคิดว่า พ่อรักเราขนาดนี้ เวลาพ่อเจ็บ เราต้องดูแลจนอายุขัย...”*

*“พี่นี่แหล่ะ ก็รับปากกับพ่อ...ตอนนั้น พี่ยังไม่อยู่ที่นี่ อยู่ดอนทะเล พี่ก็เอาไอ้โน่นไอ้นี่มาให้บ้าง เดิมแม่อยู่กับพ่อ พ่อตายปี 33 แล้วก็มาอยู่กับพี่ อยู่บ้านหลังโน้น เดิมพ่ออยู่กับแม่ พอพ่อเสียก็มาอยู่กับพี่....”*

*“...พอออกเรือนไปแล้ว ก็อยู่กับแฟนเขา (หมายถึงแฟนพี่สาว) .... ออกเรือน คือ การไปมีบ้านใหม่ มีบ้านเลขที่อะไรใหม่หมด แต่นี่ยังอยากอยู่กับแม่ (หมายถึงตนเอง) ถ้าออกเรือนไปใครจะอยู่กับแม่”*

**7) ความพร้อมด้านเศรษฐกิจและสังคม**

พบว่า ผู้ดูแลหลักบางราย รับหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลัก เพราะเหตุผลที่ตนเองและครอบครัวมีความพร้อมระดับหนึ่งที่จะดูแลผู้สูงอายุได้ นอกจากนี้เป็นการประเมินด้วยตนเอง ประกอบด้วยจิตสำนึกที่มองว่า เป็นหน้าที่ของลูกที่ต้องดูแลพ่อแม่

*“เมื่อก่อนโน้น บ้านหลังเล็กกว่านี้มาก...เราต้องอดทน เมื่อก่อนยืมเงินคนอื่น สองหมื่นสามหมื่น ก็ไม่มีใครให้ เพราะเราจน กลัวไม่มีใช้ ธกส. ยังไม่ให้เลย..”*

*“เดิมมันยากจน มันไม่มีอะไรจะกิน ข้าวก็ไม่มีจะกิน..”*

*“ก่อนไปต่างประเทศ นานี่ทำได้ปีละครั้ง ข้าวไม่พอกิน เมื่อก่อนต้องขอข้าววัด..ไปกับแฟน ขอซื้อข้าวที่วัด ข้าวเหนียวนี่แหละ ขอบูชามา..กับข้าวหาเอง ของพื้นบ้านแหละ”*

*“ไม่พอก็ดิ้นรนไปต่างประเทศ กู้เงินไปต่างประเทศ ให้แฟนไปก่อน”*

*“ก็มีตังค์ใช้ พอกินพอใช้ ได้สร้างบ้านใหม่ ซื้อที่นาเพิ่มอีก 10 ไร่”*

ความพร้อมด้านสังคม หมายถึง การมีสถานะในครอบครัวและบทบาทหน้าที่ที่เหมาะสม เช่น เป็นโสด เป็นหัวหน้าครอบครัว หรือเป็นแม่บ้าน เป็นผู้ทำงานอาสาสมัครในชุมชน โดยพบผู้ดูแลเป็นโสดถึงสามคน จึงมีภาระผูกพันน้อยที่สุด จึงเหมาะสมที่จะเป็นผู้ดูแลหลัก

*“เขาไม่ได้แต่งงานด้วย คนที่จะคอยดูแลได้ คือคนโสดจะมีเวลาเยอะ”*

ผู้ดูแลที่มีสภาพร่างกายพิการ แต่ยังสามารถทำงานอาชีพที่อยู่กับบ้านได้ ไม่จำเป็นต้องออกไปทำงานที่ต้องแข่งขันกับภายนอกครอบครัว จึงสามารถทำหน้าที่ดูแลหลักได้ ส่วนบุคคลอื่นๆ ก็ช่วยเหลือสนับสนุนและแบ่งเบาภาระของผู้ดูแลหลักได้

**8) การเป็นบุตรคนเดียวของครอบครัว**

ถึงแม้จะมีเพียงรายเดียว แต่เป็นประเด็นที่น่าสนใจ การเป็นบุคคลคนเดียวของครอบครัว เป็นความสัมพันธ์ที่แนบแน่น มีการดำรงชีวิตอยู่ด้วยกันระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ เมื่อผู้สูงอายุประสบภาวะสภาพร่างกายเสื่อมโทรมลง อันเนื่องมาจากความสูงวัยจึงต้องดูแลช่วยเหลือ และเมื่อบุตรแต่งงานก็จะนำคู่สมรสเข้ามาอยู่ที่บ้านด้วย และคู่สมรสและบุตรก็จะทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลรอง ช่วยอีกแรงหนึ่งถือว่าเป็นหน้าที่ของลูกที่พึงกระทำ

*“พี่คิดว่าเป็นหน้าที่ของลูกนะ”*

จากการศึกษา พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุให้ความสำคัญกับการดูแลผู้สูงอายุเป็นสิ่งที่ควรปฏิบัติเป็นเรื่องของศีลธรรม จริยธรรม ที่ได้รับการสั่งสอนในศาสนา และค่านิยมที่ถือปฏิบัติสืบต่อกันมา และคาดหวังว่าเมื่อตนเองเป็นผู้สูงอายุก็จะได้รับการปฏิบัติดูแลเช่นเดียวกับที่ตนเองปฏิบัติ

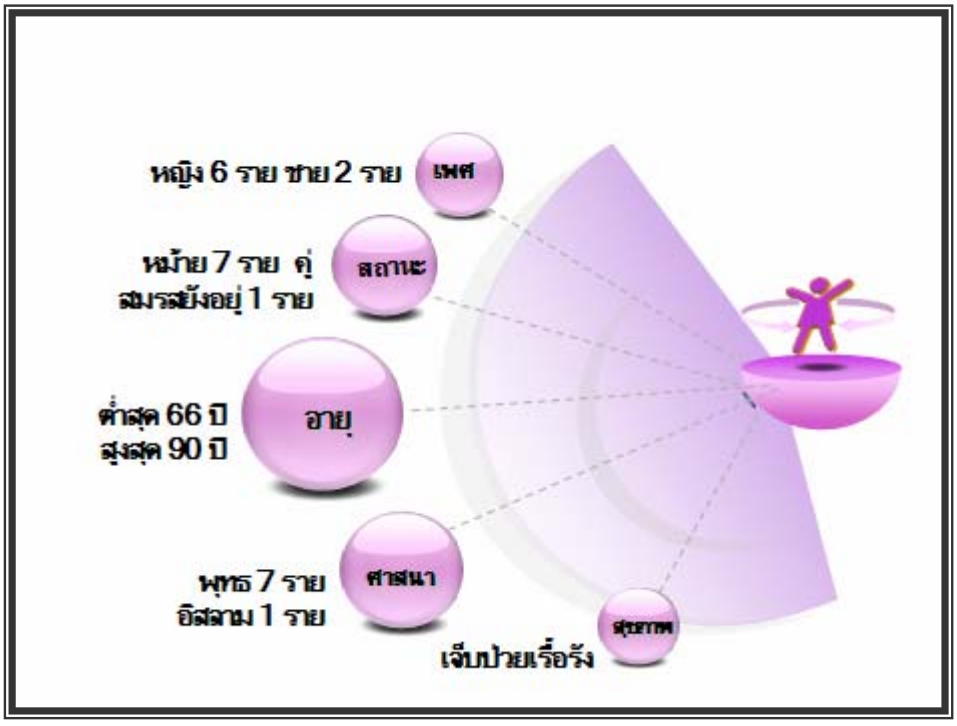
**1.3 ข้อมูลผู้สูงอายุและภาวะการเจ็บป่วย**

**1) ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ**

ผู้สูงอายุที่เป็นกรณีศึกษาครั้งนี้ มีจำนวน 8 ราย เพศหญิง 6 ราย เพศชาย 2 รายอายุน้อยที่สุด 66 ปี อายุมากที่สุด 90 ปี นอกจากนี้มีอายุตั้งแต่ 81 ปี 84 ปี จำนวน 3 ราย 86 ปี และ 89 ปี มีสถานภาพหม้าย (คู่สมรสเสียชีวิต) 7 ราย คู่สมรสยังอยู่ด้วยกัน 1 ราย (เป็นผู้ดูแลรอง) นับถือศาสนาพุทธ 7 ราย อิสลาม 1 ราย

**สรุปภาพรวมข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ**

| ข้อมูล / รายที่ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| เพศชาย | – | – | ✓ | – | ✓ | – | – | – |
| เพศหญิง | ✓ | ✓ | – | ✓ | – | ✓ | ✓ | ✓ |
| อายุ (ปี) (เฉลี่ย 82.87) | 84 | 66 | 84 | 90 | 85 | 89 | 84 | 81 |
| สถานภาพสมรส | หม้าย | สมรส | หม้าย | หม้าย | หม้าย | หม้าย | สมรส | หม้าย |
| ลูกชาย (คน) | 4 | – | 2 | 1 | 4 | 5 | 6 | 2 |
| ลูกสาว (คน) | 2 | 1 | – | 5 | 3 | – | 2 | 2 |
| จำนวนบุตร (คน) | 6 | 1 | 2 | 6 | 7 | 5 | 8 | 4 |




**2) ระยะเวลาการเข้าสู่ภาวะพึ่งพาของผู้สูงอายุ**

การเข้าสู่ภาวะพึ่งพาของผู้สูงอายุแต่ละรายมีระยะเวลาที่แตกต่างกัน โดยมีผู้สูงอายุที่ได้เข้าสู่ภาวะพึ่งพาเป็นระยะเวลาที่นานที่สุด คือ 12 ปีจำนวน 1 ราย รองลงมาเป็นเวลา 9 ปี 1 ราย เวลา 4 ปี จำนวน 2 ราย และ 1 ปี จำนวน 2 ราย

**3) ภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ**

ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุประกอบด้วย ภาวะสุขภาพร่างกาย จิตใจ ความเจ็บป่วย ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน อาทิ การรับประทานอาหาร การแต่งกาย การขับถ่าย ฯลฯ ดังมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

**(1) ลักษณะภายนอกทั่วไป**

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีน้ำหนักมากที่สุด 55 กิโลกรัม น้อยที่สุด 36 กิโลกรัม สูงสุด 162 เซนติเมตร ต่ำสุด 144 เซนติเมตร มีรอบเอวน้อยสุด 25 นิ้ว มากสุด 33 นิ้ว วัดอุณหภูมิร่างกายมีค่าปกติ ค่าเฉลี่ยประมาณ 37 องศาเซลเซียส และมีอัตราชีพจรและการหายใจเป็นปกติทุกคน

**สรุปลักษณะภายนอกของผู้สูงอายุ**

| ลักษณะภายนอก / รายที่ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| น้ำหนัก (กิโลกรัม) | 50 | 48 | 36 | 38 | 40 | 55 | 41 | 50 |
| ส่วนสูง (เซนติเมตร) | 153 | 156 | 154 | 155 | 162 | 158 | 144 | 155 |
| รอบเอว (นิ้ว) | 32 | 30 | 25 | 25 | 28 | 33 | 27 | 29 |
| อุณหภูมิ (C) | 35.5 | 37.0 | 36.4 | 36.0 | 37.0 | 37.0 | 37.0 | 37.0 |
| ชีพจร (ครั้งต่อนาที) | 101 | 76 | 84 | 75 | 74 | 76 | 68 | 72 |
| การหายใจ | ปกติ | ปกติ | ปกติ | ปกติ | ปกติ | ปกติ | ปกติ | ปกติ |

**(2) ลักษณะกายภาพ**

ลักษณะกายภาพ หมายถึง อวัยวะต่างๆ ในร่างกายผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีลักษณะภายนอก เช่น ผิวหนัง ต่อมน้ำเหลือง ศีรษะ ผม หน้า ปกติทุกคน และมีผู้สูงอายุ 1 รายที่เคยได้รับการผ่าตัดสมองต้องเปิดกะโหลกศีรษะ อวัยวะบนใบหน้าของผู้สูงอายุ ได้แก่ ใบหู คอ จมูก ปาก มีลักษณะปกติ ยกเว้นตาซึ่งมีลักษณะนัยน์ตาขาวขุ่น มีผู้สูงอายุ 4 ราย เนื่องจากเป็นต้อ ทั้งเป็นต้อกระจก ต้อเนื้อ และต้อหิน ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีฟันแท้พอที่จะใช้เคี้ยวอาหารได้ เหลือเพียง 1-2 ซี่ หรือไม่เหลือฟันแท้ ต้องใช้ฟันปลอม สำหรับอวัยวะภายในได้แก่ ผนังอก นม ปอด หัวใจ ตับ ไต ม้าม กระดูกสันหลัง เป็นปกติ

นอกจากนั้น ยังพบว่า ผู้สูงอายุทุกรายมีปัญหาการเคลื่อนไหว เนื่องจากขาไม่สามารถทำงานอย่างปกติ มีผู้สูงอายุ 2 ราย ที่ขาไม่สามารถใช้การได้เลย ที่เหลือนั้นมีสภาพขาไม่มีแรง ไม่สามารถยืนได้ปกติ มีผู้สูงอายุเพียง 2 ราย มีปัญหาการเคลื่อนไหวระดับมาก

เนื่องจากผ่าตัดสมอง ส่วนการใช้แขนหยิบจับสิ่งของ พบว่า ส่วนใหญ่ไม่สามารถหยิบจับสิ่งของได้

**สรุปลักษณะกายภาพของผู้สูงอายุ**

| ลักษณะ / รายที่ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ผิวหนัง | ปกติ | ปกติ | ปกติ | ปกติ | ปกติ | ปกติ | ปกติ | ปกติ |
| ต่อมน้ำเหลือง | ปกติ | ปกติ | ปกติ | ปกติ | ปกติ | ปกติ | ปกติ | ปกติ |
| ศีรษะ | ปกติ | ปกติ | ปกติ | ปกติ | ปกติ | ปกติ | ปกติ | ปกติ |
| กะโหลก | ปกติ | ผ่าตัด | ปกติ | ปกติ | ปกติ | ปกติ | ปกติ | ปกติ |
| ผม | ปกติ | ปกติ | ปกติ | ปกติ | ปกติ | ปกติ | ปกติ | ปกติ |
| หน้า | ปกติ | ปกติ | ปกติ | ปกติ | ปกติ | ปกติ | ปกติ | ปกติ |
| ตา | ต้อ | ต้อ | ปกติ | ปกติ | ปกติ | ปกติ | ต้อ | ต้อ |
| หู | ปกติ | ปกติ | ปกติ | ไม่ค่อยได้ยิน | ปกติ | ปกติ | ไม่ค่อยได้ยิน | ปกติ |
| จมูก | ปกติ | ปกติ | ปกติ | ปกติ | ปกติ | ปกติ | ปกติ | ปกติ |
| ปาก - เหงือก | ปกติ | ปกติ | ปกติ | ปกติ | ปกติ | ปกติ | ปกติ | ปกติ |
| ปาก - ฟัน | ฟันแท้บางซี่ | ฟันแท้บางซี่ | ฟันปลอม | เหลือฟันแท้ 1 ซี่ | เหลือฟันแท้ 3 ซี่ | ฟันปลอม | ฟันแท้บางซี่ | ฟันแท้บางซี่ |
| คอ - ไทรอยด์ | ปกติ | ปกติ | ปกติ | ปกติ | ปกติ | ปกติ | ปกติ | ปกติ |
| คอ - หลอดลม | ปกติ | ปกติ | ปกติ | ปกติ | ปกติ | ปกติ | ปกติ | ปกติ |
| คอ - ต่อมน้ำเหลือง | ปกติ | ปกติ | ปกติ | ปกติ | ปกติ | ปกติ | ปกติ | ปกติ |
| ทรวงอก - ผนังอก | ปกติ | ปกติ | ปกติ | ปกติ | ปกติ | ปกติ | ปกติ | ปกติ |
| ทรวงอก - นม | ปกติ | ปกติ | ปกติ | ปกติ | ปกติ | ปกติ | ปกติ | ปกติ |
| ทรวงอก - ปอด | ปกติ | ปกติ | ปกติ | ปกติ | ปกติ | ปกติ | ปกติ | ปกติ |
| หัวใจ - จังหวะ | ปกติ | ปกติ | ปกติ | ปกติ | ปกติ | ปกติ | ปกติ | ปกติ |
| หัวใจ - เสียงหัวใจ | ปกติ | ปกติ | ปกติ | ปกติ | ปกติ | ปกติ | ปกติ | ปกติ |
| ท้อง - ตับ | ปกติ | ปกติ | ปกติ | ปกติ | ปกติ | ปกติ | ปกติ | ปกติ |
| ท้อง- ม้าม | ปกติ | ปกติ | ปกติ | ปกติ | ปกติ | ปกติ | ปกติ | ปกติ |
| ท้อง- ไต | ปกติ | ปกติ | ปกติ | ปกติ | ปกติ | ปกติ | ปกติ | ปกติ |
| อวัยวะเพศ | ปกติ | ปกติ | ผ่าตัด | ปกติ | ปกติ | ใส่สาย | ปกติ | ปกติ |
| ทวารหนัก | ริดสีดวง | ปกติ | ปกติ | ปกติ | ปกติ | ปกติ | ปกติ | ปกติ |
| กระดูกสันหลัง | ปกติ | ปกติ | ปกติ | ปกติ | ปกติ | ปกติ | ปกติ | ปกติ |
| แขน-ขา | แขนและขาไม่มีแรง | แขนไม่มีแรง | ขาใช้งานไม่ได้ | ขาไม่มีแรง | แขนและขาใช้งานไม่ได้ | ขาไม่มีแรง | ขาไม่มีแรง | แขนและขาไม่มีแรง |
| การตรวจระบบประสาท | เสื่อม | — | — | — | — | — | — | จิต |

| | เล็กน้อย | | | | | | | หลอน |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| หอบ หืด ถุงลมโป่งพอง | ปกติ | ปกติ | ปกติ | ปกติ | ปกติ | ปกติ | ปกติ | ปกติ |
| เลือด | ปกติ | ปกติ | ปกติ | ปกติ | ปกติ | ปกติ | ปกติ | ปกติ |
| โรคอื่นๆ | – | – | – | – | – | – | – | – |

**(3) ประวัติการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ**

โรคที่ผู้สูงอายุเป็น พบว่าผู้สูงอายุแต่ละราย มีโรคประจำตัวตั้งแต่ 1 – 5 โรค โดยเกือบทั้งหมดเป็นความดันโลหิตสูง (7 ราย) เป็นโรคหัวใจ โรคเบาหวาน และนัยน์ตาเป็นต้อ จำนวน 4 ราย เป็นมะเร็ง 2 ราย นอกจากนั้นเจ็บป่วยด้วยโรคเส้นเลือดสมอง โรคพาร์กินสัน จิตหลอน และโรคไต

**สรุปอาการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุของผู้สูงอายุ**

| อาการ / รายที่ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| โรคหัวใจ | ✓ | ✓ | – | – | ✓ | ✓ | – | – |
| โรคเส้นเลือดสมองตีบ ตัน แตก | – | – | – | – | – | ✓ | – | – |
| ความดันโลหิตสูง | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| เบาหวาน | ✓ | ✓ | – | – | – | – | – | – |
| โรคมะเร็ง | – | ✓ | – | – | ✓ | – | – | – |
| ต้อกระจก | ✓ | ✓ | – | – | – | – | ✓ | ✓ |
| โรคอื่นๆ | – | – | – | – | ✓ | – | – | ✓ |

**(4) ความสามารถในการรับประทานอาหาร**

ความสามารถในการรับประทานอาหาร พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ (5 ราย) สามารถทานข้าวได้เอง จำเป็นต้องมีคนป้อนให้ทาน 2 ราย และที่ไม่สามารถทานข้าวได้แล้วต้องใส่สายอาหาร 1 ราย สำหรับการดื่มน้ำ ผู้สูงอายุดื่มน้ำในปริมาณมากน้อยแตกต่างกัน โดยเฉลี่ยแล้ว ผู้สูงอายุจะดื่มน้ำวันละ 5 แก้วครึ่ง

**สรุปความสามารถในการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ**

| การทานอาหาร / รายที่ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. ทานได้เอง | – | – | ✓ | ✓ | - | ✓ | ✓ | ✓ |
| 2. ป้อน | ✓ | ✓ | – | – | – | – | – | – |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 3. ใส่สายยาง | – | – | – | – | ✓ | – | – | – |
| 4. การดื่มน้ำ (แก้ว) | 3 | 6 | 6 | 8 | 2 | 5 | 10 | 3 |

**(5) การรับประทานอาหาร**

อาหารของผู้สูงอายุที่รับประทานได้ส่วนใหญ่มีรสจืด ชนิดข้าวที่รับประทานมีทั้งข้าวสวย ข้าวต้ม ข้าวเหนียว ส่วนเนื้อนั้น ผู้สูงอายุทานได้ทั้ง หมู ไก่ ปลา สำหรับผักและผลไม้ผู้สูงอายุได้รับประทานผักพื้นบ้านและผลไม้ที่มีอยู่ในพื้นที่และตามฤดูกาลเป็นประจำส่วนอาหารของผู้สูงอายุที่ต้องรับประทานอาหารทางสายยางอาหารที่ผู้ดูแลจัดให้ได้แก่ เนื้อปลา ไข่ ฟักทอง แครอท โดยไม่ได้ให้รับประทานทานอาหารเสริมประเภทนมเนื่องจากทำให้ผู้สูงอายุท้องเสีย นอกจากนั้นยังพบว่า มีผู้สูงอายุ 3 รายที่รับประทานหมากพลู และรับประทานเมี่ยง 1 ราย

**สรุปอาหารที่ผู้สูงอายุรับประทาน**

| ชนิด / รายที่ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **ข้าวที่รับประทาน** | | | | | | | | |
| 1. ข้าวเหนียว | – | – | – | – | – | – | – | ✓ |
| 2. ข้าวสวย | – | ✓ | ✓ | ✓ | – | ✓ | ✓ | – |
| 3. ข้าวต้ม | ✓ | – | – | – | – | ✓ | – | – |
| 4. น้ำข้าว/ข้าวบดละเอียด | – | – | – | – | – | – | – | – |
| **รสชาติของอาหาร** | | | | | | | | |
| 1. จืด | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | – | ✓ | ✓ | ✓ |
| 2. หวาน | – | – | – | – | – | – | – | – |
| 3. เค็ม | – | – | – | – | – | – | – | – |
| 4. เปรี้ยว | – | – | – | – | – | – | – | – |
| 5. เผ็ด | – | – | – | – | – | – | – | – |
| **ประเภทของอาหารที่รับประทาน** | | | | | | | | |
| 1. เนื้อสัตว์ /ไก่ /หมู / ปลา | หมู | ไก่ หมู ปลา | ไก่ หมู ปลา | ปลา | ปลา | หมู | ไก่ หมู ปลา | ปลา |
| 2. ถั่ว | – | – | – | – | – | – | – | – |
| 3. ไข่ | ✓ | – | ✓ | ✓ | ✓ | – | ✓ | – |
| 4. ผัก | ผักพื้นบ้าน | ผักพื้นบ้าน | ผักพื้นบ้าน | ผักพื้นบ้าน | ผักพื้นบ้าน | ผักพื้นบ้าน | ผักพื้นบ้าน | ผักพื้นบ้าน |
| 5. ผลไม้ | ตาม | ตาม | ตาม | ตาม | ตาม | ตาม | ตาม | ตาม |

| | ฤดูกาล | ฤดูกาล | ฤดูกาล | ฤดูกาล | ฤดูกาล | ฤดูกาล | ฤดูกาล | ฤดูกาล |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 6. เครื่องดื่มร้อน (โกโก้ ,โอวันติน, น้ำเต้าหู้) | – | – | – | – | – | – | – | ✓ |
| 7. น้ำผลไม้ | ✓ | – | – | ✓ | ✓ | – | ✓ | – |
| 8. น้ำชา/กาแฟ | – | – | – | – | – | – | – | – |
| 9. นมสำหรับผู้ป่วยที่ให้อาหารทางสายยาง | – | – | – | – | ✓ | – | – | – |
| 10. อาหารปั่น | – | – | – | – | ✓ | – | – | – |
| 11. หมาก | – | – | – | – | – | ✓ | ✓ | ✓ |
| 12. บุหรี่ | – | – | – | – | – | – | – | – |
| 13. เครื่องดื่มชูกำลัง | – | – | – | – | – | – | – | – |
| 14. เมี่ยง | – | – | ✓ | – | – | – | – | – |
| 15. สุรา | – | – | – | – | – | – | – | – |
| 16. อื่นๆ | – | – | – | – | – | – | – | – |

**(6) การขับถ่าย**

ด้านการขับถ่าย พบว่า การถ่ายอุจจาระ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีอาการท้องผูก 5 ราย และถ่ายเหลว 2 ราย เฉลี่ยแล้วมีการถ่ายประมาณ 2 ครั้งต่อสัปดาห์ วิธีการที่ผู้ดูแลใช้เมื่อผู้สูงอายุมีอาการท้องผูก ได้แก่ การใช้นิ้วล้วงเกี่ยวอุจจาระออกมา การสวนอุจจาระหรือการให้รับประทานยาถ่าย ให้ดื่มเกลือแร่ ด้านการถ่ายปัสสาวะของผู้สูงอายุมีความถี่ในการปัสสาวะแตกต่างกัน เฉลี่ยประมาณ 3-5 ครั้งต่อวัน แต่ในบางรายปัสสาวะ 10 ครั้งต่อวัน และมีผู้สูงอายุ 1 รายที่ใส่สาย NG

**สรุปลักษณะการขับถ่ายของผู้สูงอายุ**

| ลักษณะ / รายที่ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. ขับถ่ายอุจจาระ-ปกติ | – | – | – | – | – | – | ✓ | – |
| 2. ขับถ่ายอุจจาระ-เหลว | – | – | – | – | ✓ | ✓ | – | – |
| 3. ขับถ่ายอุจจาระ-ท้องผูก | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | – | – | – | ✓ |
| 4. การขับถ่ายอุจจาระ | 2-3 วัน ครั้ง | 3-5 วัน ครั้ง | 3 วัน ครั้ง | 3-4 วัน ครั้ง | วันละ ครั้ง | วันละ ครั้ง | วันละ ครั้ง | 2 วัน ครั้ง |
| 5. การขับถ่ายปัสสาวะต่อวัน | 10 ครั้ง | 5-8 ครั้ง | 8-10 ครั้ง | 10 ครั้ง | 10 ครั้ง | 5 ครั้ง | 3-4 ครั้ง | 3-4 ครั้ง |
| **การช่วยเหลือขับถ่าย** | | | | | | | | |
| 1. ล้วง แคะ | ✓ | ✓ | ✓ | – | ✓ | – | – | – |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 2. สวนอุจจาระ | – | – | – | ✓ | – | ✓ | – | – |
| 3. ทานยา | – | – | – | ✓ | – | ✓ | – | – |
| 4. อื่นๆ | – | – | – | – | – | – | ✓ | – |

**(7) การแต่งกาย**

ผู้ดูแลจะให้ผู้สูงอายุสวมใส่เสื้อผ้าที่สะอาด ได้รับการซักล้างแล้ว และมีการผลัดเปลี่ยนเสื้อผ้าทุกวัน อย่างน้อยวันละ 1 ชุด โดยมีผู้สูงอายุที่ใส่ผ้าอ้อมสำเร็จรูปด้วย จำนวน 3 ราย และที่ใช้แผ่นรอง 1 ราย ซึ่งมีการเปลี่ยนแผ่นรองทุกวัน

**สรุปลักษณะการแต่งกายของผู้สูงอายุ**

| การแต่งกาย / รายที่ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. สวมเสื้อผ้าปกติ | – | – | – | – | – | – | – | – |
| 2 ผ้าอ้อมสำเร็จรูป | ✓ | – | – | ✓ | – | ✓ | – | – |
| 3. แผ่นรอง | – | – | – | – | ✓ | – | – | – |
| 4. อื่นๆ | – | – | – | – | – | – | – | – |

**(8) การนอนของผู้สูงอายุ**

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีอาการนอนไม่หลับ โดยผู้สูงอายุจะนอนหลับๆ ตื่นๆ และระยะเวลาการนอนแต่ละวัน ประมาณ 8-10 ชั่วโมงต่อวัน โดยจะนอนเป็น 2 ช่วง คือหลังเที่ยงและช่วงกลางคืน

**สรุปลักษณะการนอนของผู้สูงอายุ**

| การนอน / รายที่ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. การนอนหลับ | นอนไม่หลับ | ปกติ | นอนไม่หลับ | ปกติ | นอนไม่หลับ | นอนไม่หลับ | นอนไม่หลับ | นอนไม่หลับ |
| 2. นอนวันละ (ชั่วโมง) | 12 ชั่วโมง | 6-8 ชั่วโมง | 6-7 ชั่วโมง | 10 ชั่วโมง | 8 ชั่วโมง | 5 ชั่วโมง | 6-7 ชั่วโมง | 5 ชั่วโมง |

**(9) การมองเห็นและการได้ยิน**

การมองเห็นและการได้ยินเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุ 4 รายที่มีอาการได้ยินไม่ชัดเจน ต้องพูดคุยเสียงดังๆ เช่นเดียวกับ การมองเห็น เนื่องจากมีผู้สูงอายุ 4 รายที่เป็นต้อกระจก จึงทำให้มองเห็นบุคคลหรือสิ่งต่างๆไม่ชัดเจน พร่ามัว

**สรุปลักษณะการมองเห็นและการได้ยินของผู้สูงอายุ**

| การรับรู้ / รายที่ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. การได้ยิน | ปกติ | ไม่ชัด | ปกติ | ไม่ชัด | ไม่ชัด | ไม่ชัด | ไม่ชัด | ไม่ชัด |
| 2. การมองเห็น | ไม่ชัด | ไม่ชัด | ปกติ | ปกติ | ไม่ชัด | ไม่ชัด | ไม่ชัด | ไม่ชัด |

**(10) ภาวะสุขภาพจิต**

ปัญหาที่พบส่วนใหญ่อาการ วิตกกังวล นอนไม่หลับ และมีอาการความจำเสื่อม หลงลืม เป็นครั้งคราว รองลงมามีอาการหวาดระแวง กลัว ส่วนอาการขี้โมโห หงุดหงิดง่าย และอาการซึมเศร้าพบไม่มากนัก และมี 1 รายที่มีอาการพูดกับตนเองตลอดเวลา

**สรุป ภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ**

| อาการ / รายที่ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. มีความวิตกกังวล | ✓ | – | ✓ | – | – | ✓ | – | ✓ |
| 2. ซึมเศร้า | – | – | – | – | – | – | – | ✓ |
| 3. นอนไม่หลับ | ✓ | – | ✓ | – | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| 4. ระแวง กลัว | ✓ | – | – | – | – | – | – | ✓ |
| 5. ความจำเสื่อมหลงลืม | ✓ | ✓ | – | ✓ | – | ✓ | – | – |
| 6. ขี้โมโห ฉุนเฉียวง่าย | – | – | – | – | – | ✓ | – | – |
| 7. อื่นๆ | – | – | ✓ | – | – | – | – | – |

## ตอนที่ 2 ตัวแบบการดูแลที่ดี: วิธีการและเทคนิค

### 2.1 การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล

ผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลจากครอบครัว ทุกคนอยู่ในสภาวะช่วยตนเองได้น้อยมาก จนถึงไม่สามารถช่วยตนเองได้เลย ดังนั้นการที่จะมีสุขภาวะทางกายที่ดีได้ต้องพึ่งพาผู้ดูแลที่จะให้การช่วยเหลือเอาใจใส่ในการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล ตั้งแต่การดูแลความสะอาดของร่างกายทุกส่วน ตั้งแต่การล้างหน้า ปาก ฟัน การอาบน้ำ ทำความสะอาดร่างกาย ทำความสะอาดเสื้อผ้าและเครื่องนอนซึ่งจะมีส่วนช่วยให้ผู้สูงอายุมีภาวะร่างกายที่สะอาดไม่มีกลิ่น และไม่เป็นสาเหตุไปสู่การรับเชื้อโรคเข้าสู่ร่างกาย ผลการศึกษาพบตัวแบบการดูแลที่ดีด้านสุขวิทยาส่วนบุคคลใน 3 ประเด็น ดังนี้

**1) การดูแลความสะอาด การล้างหน้า /ปาก /ฟัน**

หน้าที่ของผู้ดูแลต่อผู้สูงอายุในครอบครัวเริ่มตั้งแต่การตื่นนอนของผู้สูงอายุ ผู้ดูแลใช้วิธีการสังเกตว่าผู้สูงอายุลืมตาตื่นหรือยัง มีอาการปกติหรือไม่ ถ้าไม่ตื่นผู้สูงอายุมีอาการนอนไม่หลับตอนตี 3 ตี 4 แล้วจะหลับต่อจนถึงเช้า

ผู้ดูแลใช้วิธีการปลุกให้ตื่น แล้วช่วยในการล้างหน้า ล้างปาก ล้างฟัน เช่น ตักน้ำมาให้ หรือประคองไปห้องน้ำ หรือบางรายผู้ดูแลใช้วิธีใช้ผ้าชุบน้ำล้วงเข้าปาก เช็ดทั่วปากและเหงือก เพื่อไม่ให้มีกลิ่น กรณีที่ใส่ฟันปลอมก็ถอดฟันปลอมไปล้างหรือแปรง ดังคำพูดที่ว่า

*“อันดับแรกเลยตื่นมา เขาจะถามหาไม้เท้า “เอาไม้เท้ามา” เราก็ถาม “แม่จะไปไหน” “จะไปห้องน้ำ” เราก็ช่วยเขาไปห้องน้ำ ออกมาเขาก็มานั่งตรงนี้ มาล้างหน้าแปรงฟันตรงนี้ เขาทำเอง เราก็ยกน้ำมาให้”*

*“ปลุกจ๊ะ บางวันก็ไม่ได้ปลุก ตื่นเอง”*

*“ฟันก็หลุดเยอะนะ แต่ไม่ได้ใส่ยังเคี้ยวได้อยู่...ไม่ได้ใช้สำลีเช็ดค่ะ ใช้แปรงเอา”*

*“...ฟันไม่ได้แปรงใช้สำลีชุบน้ำเช็ดเอา”*

**2) การอาบน้ำ ทำความสะอาดร่างกาย**

ผู้สูงอายุที่มีสภาพนอนติดเตียงหรือช่วยตัวเองแทบจะไม่ได้เลยนั้น ใช้เวลาในการนอนมากกว่าลุกไปใช้พื้นที่อื่น สิ่งที่เป็นการปฏิบัติและเป็นการดูแลที่ดีนั้น ผู้ดูแลให้ความสำคัญกับการทำความสะอาดร่างกายผู้สูงอายุตั้งแต่การอาบน้ำ เช็ดตัว สระผม ซักเสื้อผ้า เปลี่ยนผ้าอ้อม แผ่นรอง หรือถุงปัสสาวะ

การอาบน้ำนั้น ผู้ดูแลส่วนมากไม่อาบน้ำให้ผู้สูงอายุทุกวัน บางรายอาบวันเว้นวัน บางรายให้เช็ดตัวทุกวัน เปลี่ยนผ้าอ้อมและแผ่นรอง ผู้สูงอายุที่นอนติดเตียงใช้วิธีเช็ดตัววันละครั้ง เช็ดทุกส่วนของร่างกาย ผู้สูงอายุที่พอช่วยตนเองได้มีการอาบน้ำ สระผม โดยวิธีการอาบน้ำนั้น ผู้ดูแลที่สามารถอุ้มผู้สูงอายุได้ จะอุ้มไปที่ห้องน้ำหรือบริเวณที่อาบน้ำ/ซักล้าง ซึ่งส่วนใหญ่เป็นระเบียงบ้านแล้วอาบน้ำให้ บางครั้งสระผมไปพร้อมกัน ถ้าวันที่อากาศหนาวจะต้มน้ำผสมน้ำพออุ่นอาบให้กรณีที่ผู้ดูแลมีสภาพร่างกายพิการไม่สามารถอุ้มผู้สูงอายุได้ก็จะรอจนสมาชิกใน ครอบครัวบางคนที่สามารถช่วยได้มาช่วยอุ้มไปอาบน้ำ สระผม โดยเฉลี่ยผู้สูงอายุอาบน้ำ และสระผมสัปดาห์ละ 2 ครั้ง

*“... แต่เราไม่ปลุกนะให้นอนหลับจนกว่าจะให้ลุกเอง พอลุกพี่ก็เปิดมุ้ง เช็ดตัว...พี่เช็ดให้ทุกวัน ทำทุกวัน เช็ดช่วงล่างก่อน แล้วก็เปลี่ยนผ้าเช็ดด้านบน เสร็จแล้วก็นอน”*

*“อาบน้ำ 1 ครั้ง ถ้าหนาวก็ไม่อาบ เช็ดตัวเอา...สระผมอาทิตย์ละ 2 ครั้ง...ก็อุ้มไปนั่งที่เก้าอี้ ตัดแล้วก็สระ”*

*“หน้าหนาวก็ต้มน้ำอาบ”*

*“ตอนใหม่ๆ ช่วยกัน พี่ชาย พี่สาว ใครว่างก็ช่วยกันอุ้มไปอาบในห้องน้ำ เพราะนานเข้าก็อุ้มไม่ไหว ลูกก็อุ้มไม่ไหวแล้ว ก็เช็ดตัวที่เตียง เช็ดแบบโรงพยาบาลเลย... เช็ดอย่างเดียว แต่ใช้สบู่เหลวแล้วก็ใช้น้ำเช็ด เช็ดวันละ 2 ครั้ง เช้า เย็น แต่ถ้าอากาศหนาวก็วันละครั้ง สายๆ”*

*“เช็ดตัว เปลี่ยนแพมเพิร์สอีกรอบหนึ่ง...แกนอน แต่กว่าแกจะหลับก็สามทุ่ม ก็เอาที่นอนมาปูนอนตรงนี้”*

*“อาบน้ำให้ ตอนไหนจะอาบน้ำ ฉันก็อาบให้ บางวันเขาก็บอกว่าไม่อาบน้ำ แกหนาว ก็ไม่ได้อาบให้”*

*“สระผมตรงนี้ (หมายถึงที่เตียง) ก็เอาผ้ายางมารองใช้หมอนสูงๆ เอากะละมังมารองตอนสระผม”*

**3) การทำความสะอาดเสื้อผ้าและเครื่องนอน**

การทำความสะอาดเสื้อผ้าและเครื่องนอนนั้น ผู้ดูแลให้ความสำคัญกับเสื้อผ้าและเครื่องนอน โดยเชื่อว่าจะทำให้เกิดความสะอาด ความสบายต่อผู้สูงอายุโดยทั่วไป ผู้ดูแลมีการเปลี่ยนเสื้อผ้าที่ใส่ทุกวัน และนำเสื้อผ้าที่ใช้แล้วไปซัก ผู้สูงอายุบางรายใส่เสื้อผ้าได้เอง ผู้ดูแลได้ช่วยหาเสื้อผ้ามาให้ แต่บางรายผู้ดูแลต้องช่วยเปลี่ยนให้ และพร้อมกันนั้นผู้ดูแลจะเปลี่ยนเสื้อผ้าปูที่นอน หรือแผ่นรองกันเลอะปัสสาวะ และเปลี่ยนถุงปัสสาวะด้วย

*“บางทีวันสองวันก็เปลี่ยน แต่พวกผ้าถึงก็จะเปลี่ยนบ่อย”*

*“พี่ซักแยกของแม่อุ๊ย ซักมือ...ผ้าปูที่นอนเปื้อนก็ซักแล้ว หมอนเอาตากแดดอาทิตย์ละครั้ง”*

*“แล้วผ้าเช็ดหน้านี่เราเช็ดให้แก่เช็ดเอง...เปลี่ยนทุกวัน วันละผืน นี่ก็เอาไปซักมือ”*

*“เสื้อผ้าก็ซักเครื่อง ทีแรกซักมือ ซักแยก...ทางโรงพยาบาลแนะหน่ะให้ใช้ฆ่าเชื้อ แต่เราใช้ปกติเพราะแกไม่แพ้”*

*“ปูผ้ายางเพราะกลัวเวลาฉี่จะเลอะ แล้วปูผ้าทับอีกที กันไว้ไม่ให้ซึมลงไปที่นอน”*

จากการปฏิบัติของผู้ดูแลสรุปได้ว่า การดูแลที่ดีนั้นต้องมีความเข้าใจ มีความละเอียดรอบคอบ ไม่ละเลยสิ่งเล็กๆน้อยๆ ในด้านสุขวิทยาส่วนบุคคล โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ และไม่สามารถร้องขอหรือบอกกล่าวผู้อื่นได้ ผู้ดูแลต้องเข้าใจและเรียนรู้ ปฏิบัติให้ด้วยความรัก ความเมตตา จากกรณีศึกษาทั้ง 8 กรณีพบว่า ผู้สูงอายุได้รับการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคลเป็นอย่างดี สิ่งที่ปรากฏและเป็นตัวชี้วัดได้คือ ความสะอาดของหน้าตา ร่างกายทุกส่วน เสื้อผ้า เครื่องนอนที่ปราศจากกลิ่น และความอับชื้น จนเป็นที่ยอมรับของผู้ได้พบเห็น

**ภาพแสดง การดูแลความสะอาดเสื้อผ้าและเครื่องนอน**

## 2.2 วิธีการจัดเรื่องยา

เนื่องจากกรณีที่ศึกษาทั้งหมดเป็นกลุ่มที่เข้าสู่ภาวะพึ่งพาในระดับที่ 3 และ 4 โดยแต่ละรายต่างมีโรคประจำตัวที่ต้องรักษาด้วยยา ดังนั้นผู้ดูแลจึงมีหน้าที่ในการช่วยเหลือผู้สูงอายุให้ได้รับยาถูกชนิด ถูกขนาด ถูกเวลา และใช้ยาตามคำสั่งแพทย์ ผลการศึกษาพบว่า การดูแลที่ดีของผู้ดูแลในครอบครัวเรื่องการใช้ยา มีประเด็นสำคัญที่สามารถเป็นตัวแบบที่ดี 5 ประเด็น ดังนี้

**1) ให้ยาถูกต้องตามคำแนะนำของแพทย์ (ถูกชนิด ถูกเกณฑ์ ถูกขนาด)**

การที่ผู้สูงอายุเจ็บป่วยและเข้ารักษาในโรงพยาบาล (บางราย) แพทย์ได้สั่งยาพร้อมระบุวิธีการรับประทานยามาด้วย ซึ่งผู้ดูแลปฏิบัติตามอย่างดีและค่อนข้างเคร่งครัด

*"...เป็นคนจัดยาให้...กินยา 3 เวลา เช้า กลางวัน เย็น...ไม่ต่ำกว่าสิบเม็ด มีทั้งก่อนและหลัง และก่อนนอนด้วย"*

นอกจากผู้สูงอายุที่สามารถรับประทานยาได้เองแล้ว ยังมี 1 ราย ที่ต้องให้อาหารทางสายยาง ซึ่งผู้ดูแลได้ให้ยาตามคำแนะนำของแพทย์ คือ ช่วงเช้า กลางวัน และเย็นโดยผ่านสายยาง ดังที่ผู้ดูแลอธิบายว่า

*"ก็ตามที่หมอสั่ง เราให้ตามนั้นเลย คือเช้า กลางวัน เย็น เราก็บดให้ทางสายลิ้งค์ ป้อนข้าวเสร็จ ให้ยาต่อเลย แต่ถ้าก่อนอาหาร เราก็ให้ยาก่อน"*

สำหรับผู้สูงอายุที่มีความยากลำบากในการกลืนอาหาร ผู้ดูแลใช้วิธีการบดยาให้ละเอียดแล้วป้อนให้ ซึ่งพบ 1 รายในพื้นที่จังหวัดสมุทรสาคร โดยผู้ดูแลกล่าวว่า

*"แม่ต้องกินยาวันละ 3 ครั้ง เราได้จัดเตรียมยาให้ โดยบดยาให้ละเอียดแล้วจึงให้แม่กินกับน้ำ"*

โดยการเตรียมยาผู้ดูแลมีถ้วยซ้อนกันหลายใบคล้ายปิ่นโต บดยาในช่วงเวลาเช้าเที่ยวเดียว แบ่งเป็น 3 มื้อ แล้วจัดให้ผู้สูงอายุทานหลังอาหาร

**2) การดูแลให้ได้รับยาอย่างต่อเนื่อง**

เนื่องจากผู้สูงอายุได้ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และบางรายใช้สิทธิการเป็นข้าราชการของบุตร ดังนั้นเมื่อยาใกล้หมด ผู้ดูแลได้ไปขอรับยาที่โรงพยาบาล หรือ แพทย์ได้นัดล่วงหน้าไปตามนัดทำให้การรับยาเป็นไปอย่างสะดวก ไม่ต้องรอคิวนาน โดยผู้ทำหน้าที่ไปรับยา มักเป็นผู้ดูแลรองหรือเพื่อนบ้านเป็นผู้ไปรับแทน

จากการศึกษาพบมีเพียง 1 รายที่สามารถไปตรวจรักษาที่โรงพยาบาลได้ โดยไปที่โรงพยาบาลเดือนละ 1 ครั้ง บุตรชายอุ้มขึ้นรถกระบะไปพร้อมกันกับผู้ดูแลรอง

*"พาไปครั้งล่าสุด 19 ม.ค. นัดทุกเดือน เดือนละครั้ง ไปแต่เช้าแหละ...ก็วัดความดัน ให้ยามาทาน"*

*"ไปตามหมอนัด นัดทุกเดือนบ้าง สามเดือนบ้าง เราก็อุ้มไป เหมารถไป 300 บาท บางทีก็เอาไปเอายาพี่ก็ไปคนเดียว เนี๊ยะ หมอจะมารู้ดีกว่าเราได้ยังไง ถ้าเรื่องของการปฏิบัตินะ เดิมแม่ยังนั่งได้อยู่"*

**3) ครอบครัวจัดหายานอกบัญชียาหลัก**

บางครั้งโรงพยาบาลไม่สามารถจ่ายยานอกบัญชียาหลักให้ได้ ครอบครัวผู้สูงอายุต้องซื้อเอง ดังเช่น ครอบครัวหนึ่งต้องซื้อยาขยายหลอดเลือด ดังคำกล่าวที่ว่า

*“ก็มียาบางชนิดค่ะ อย่างยาขยายเส้นเลือด ต้องซื้อกันเอง เม็ดละ 4 บาทกว่า ต้องกินทุกวัน วันละสามครั้ง”*

**4) ความสามารถฉีดยาให้ผู้สูงอายุ**

ในกรณีที่ศึกษามี 3 รายที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน แพทย์ให้ฉีดอินซูลินวันละ 2 ครั้ง เช้าและเย็น โดยให้ผู้ดูแลเป็นผู้ฉีดให้กับผู้สูงอายุและบางครอบครัวมีการสอนให้สมาชิกในครอบครัวให้สามารถฉีดยาแทนได้ และผู้ดูแลสามารถสังเกตอาการของผู้สูงอายุว่าจำเป็นต้องให้ยาหรือไม่ ดังคำกล่าวที่ว่า

*“เภสัชฯ สอนฉีดค่ะ… พี่ก็สอนลูกต่อ”*

*“ลูกสาวพี่ก็ฉีดเป็น”*

*“…เป็นคนจัดยาให้…กินยา 3 เวลา เช้า กลางวัน เย็น…ไม่ต่ำกว่าสิบเม็ด มีทั้งก่อนและหลัง และก่อนนอนด้วย”*

นอกจากนั้นการฉีดยาเป็นการถ่ายทอดความรู้ระหว่างผู้ดูแลกันเอง

*“พี่วันอบรมคนเดียว แล้วมาสอน เราก็จำเอา คือมันชินไง ทำทุกวัน”*

**5) การใช้ยาสมุนไพรเสริมการรักษา**

ในบางครอบครัวจะมีการใช้ยาสมุนไพรควบคู่กับยาแผนปัจจุบัน โดยเล่าว่า หลังใช้ผู้สูงอายุก็มีอาการดีขึ้น ดังคำพูดที่ว่า

*“มีบ้างเอามาต้ม มาบีบ มาคั้น มีหญ้าหนวดแมว ทองพันชั่ง เอาใบมาประคบ ใช้แล้วอาการดีขึ้น”*

**ภาพแสดง การจัดการดูแลเรื่องยา**

**2.3 การช่วยเหลือในการเคลื่อนไหว**

การช่วยเหลือในการเคลื่อนไหว เป็นพฤติกรรมของผู้ดูแลที่ช่วยทำให้การเคลื่อนไหวของผู้สูงอายุเป็นไปอย่างราบรื่นหรือทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกสบาย พฤติกรรมดังกล่าว ประกอบด้วย การช่วยในการเดิน การจัดท่านอน และการพลิกตัวตะแคงตัว เป็นต้น ผลการศึกษาพบตัวแบบการดูแลที่ดีในประเด็นดังกล่าว ดังนี้

**1) จัดหาอุปกรณ์ช่วยในการเดิน**

ถึงแม้กรณีศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในภาวะที่นอนติดเตียง แต่มี 2 รายที่สามารถเดินได้โดยการช่วยเหลือของผู้ดูแล ร่วมกับการใช้ไม้เท้า ดังสะท้อนจากคำกล่าวที่ว่า

*“มื้อเย็นเสร็จ บางวันก็ลุกเดิน เดินในบ้านนี่แหล่ะ...บางวันก็ลุกไหว บางวันก็จับลุก...ใช้ไม้ช่วยพยุง เป็นไม้ไผ่ ทำเอง”*

*“ฉันก็พยุงไป บางทีก็มีไม้เท้ามา บางทีก็ไม่มี”*

*“ถ้าแม่จะเดิน เขาจะเอาไม้เท้าเคาะ ฉันก็จะพาไป”*

**2) การพาผู้สูงอายุออกไปเที่ยวนอกบ้าน**

มีกรณีศึกษาเพียง 1 ราย ที่พาผู้สูงอายุออกไปนอกบ้าน โดยอุ้มลงมาจากบันได แล้วนั่งรถเข็น เข็นไปในบริเวณชุมชนใกล้บ้าน รถเข็นเป็นของโรงพยาบาลที่ให้ยืมมาใช้ร่วมกัน 2 บ้าน โดยบ้านเพื่อนบ้านใช้ช่วงบ่ายถึงเย็น ส่วนบ้านผู้สูงอายุใช้ช่วงเช้า

*“เอาแม่นั่งรถเข็นไปแถวๆ นี้ เปิ้นชอบ”*

หรือบางครั้งพาไปเยี่ยมญาติ อาทิตย์ละประมาณ 2 ครั้ง

**3) การช่วยพลิกตัว**

สำหรับผู้สูงอายุที่เคลื่อนไหวไม่ได้ ผู้ดูแลมิได้ปล่อยให้นอนแต่เพียงอย่างเดียว ได้พยายามช่วยในการพลิกตัว ซึ่งผู้ดูแลส่วนใหญ่ได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ให้พลิกตัวทุกๆ 2 ชั่วโมง พบว่า ครอบครัวได้ดูแลเอาใจใส่พลิกตัวอย่างดี ดังคำกล่าวที่ว่า

*“พอเที่ยงเราก็ฟีตอาหาร แล้วก็พลิกตัวอีกรอบหนึ่ง...พอบ่ายเราก็พลิกตัว หลังจากให้อาหารเย็น แกก็นอนเล่นของแก ประมาณ 2 ทุ่ม เราก็พลิกตัวอีก และไปพลิกตัวอีกทีตอนห้าทุ่มหรือเที่ยงคืน”*

แม้ว่าจะมีการพลิกตัวอย่างสม่ำเสมอ แต่ผู้สูงอายุบางรายมีอาการปวดเมื่อยบ้าง โดยผู้ดูแลจะใช้วิธีการสังเกตพฤติกรรมของผู้สูงอายุ ดังประโยคที่ว่า

*“เขาอยู่ในท่าสบาย เขาจะนอนนาน ถ้าเขาเมื่อย เขาจะกระแทกขยับขา ส่งเสียงให้รู้ เขาคงเมื่อยอะนะ ไม่ไหวแล้วนะ”*

บางครั้งผู้ดูแลมีการใช้หมอนรองหลัง และรองขา เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกสบายขึ้น

*“พอเปิ้นเมื่อย ก็เอาหมอนหนุนหลัง ฮื้อเปิ้นลุกขึ้นหน่อย เปิ้นก็สบาย”*

บางครอบครัวมีการประยุกต์ตุ๊กตาที่มีลักษณะนิ่ม มาช่วยหนุนหลังหรือขาให้ผู้สูงอายุเมื่อพลิกตัว

*“โรงพยาบาลเขาก็บอกว่าก็พลิกเฉยๆ เขาจะไม่ช่วยเอาตุ๊กตาหมอนมาหนุนให้อะไรอย่างนี้ เขาก็พลิกเอาแล้วก็ออกไปเลย...คิดเองทำอย่างไรให้นอนสบาย”*

**ภาพแสดงการดูแลด้านการเคลื่อนไหว**

**2.4 การดูแลแผลกดทับ**

สิ่งที่ช่วยให้เกิดการดูแลที่ดีนั้น เกิดจากความรู้ ความสามารถของผู้ดูแล ที่คอยสังเกตพฤติกรรมของผู้สูงอายุ และพยายามหาสิ่งของหรือวิธีการดูแลให้ผู้สูงอายุรู้สึกสบายและพึงพอใจ ผลการศึกษาพบสาระสำคัญดังนี้

**1) การประยุกต์ใช้วัสดุ/อุปกรณ์ที่หาได้ง่ายมาช่วยในการดูแล**

จากการศึกษา พบว่า ผู้ดูแลได้มีการประยุกต์ใช้วัสดุ/อุปกรณ์ที่หาได้ง่าย และมีราคาไม่แพงมาช่วยในการดูแลเพื่อป้องกันแผลกดทับหรืออำนวยความสะดวกให้แก่ผู้สูงอายุ ดังเช่น มีการนำตุ๊กตาที่มีลักษณะนิ่มมาช่วยรองบริเวณที่มีอาการของผู้สูงอายุขณะทำการพลิกตัว ซึ่งช่วยลดการเกิดแผลกดทับของผู้สูงอายุ โดยผู้ดูแลเล่าว่า

*“พวกตุ๊กตาคอยเอาไว้ใส่ตามแขนขา เพราะมันจะได้ไม่หนีบมาก ถ้าหนีบมากจะเป็นแผล”*

*“โรงพยาบาลเขาบอกว่า ก็พลิกเฉยๆ เขาจะไม่ช่วยเอาตุ๊กตาหมอนมาหนุนให้อะไรอย่างนี้ เขาก็พลิกเอาแล้วก็ออกไปเลย”*

หรือการนำหมอนมารองที่อวัยวะบางส่วนผู้สูงอายุ เพื่อช่วยลดอาการกดทับ ดังคำพูดที่ว่า

*“แกเจ็บหัวเข่า ก็เอาหมอนรอง”*

ผู้ดูแลในบางครอบครัวได้คิดค้นนำถุงมือยางใส่น้ำมาวางใต้ก้นหรือเท้าของผู้สูงอายุ โดยให้เหตุผลที่ว่า

*“ทำมานานแล้ว....คิดเองค่ะ.....เห็นมันนิ่มดี ใช้ถุงมือยางสีขาวค่ะ เอาใส่น้ำให้มันนิ่มเพราะกลัวก้นแกเป็นแผล”*

เช่นเดียวกับการนำ “โรลม้วนผม” มาพันผ้าให้นิ่มและให้ผู้สูงอายุได้กำไว้ในมือ เพื่อ

**ภาพแสดงการนำถุงมือยางมา**

ป้องกันแผลกดทับบริเวณฝ่ามือ ผู้ดูแลได้แรงบันดาลใจมาจากการสังเกตเห็นโรลม้วนผมที่ร้านทำผม และคิดว่าน่าจะนำมาช่วยป้องกันแผลกดทับได้ ดังคำพูดที่ว่า

*"โรลม้วนผมที่นิ่มๆ หน่อย ..ก็ได้ผล มือไม่มีแผลไม่มีอะไร อันนี้เวลาเราคลำมันจะบุ๋ม ถ้าแผลมากเราก็ไม่ใช้ ความจริงต้องใช้ผ้าก๊อต จะได้บาง ประสาความคิดของเราเอง จะอนามัย ไม่อนามัยไม่รู้ เอาสะดวก ตรงนี้มันโปร่งเป็นไม้.."*

นอกจากนี้ ผู้ดูแลบางคนได้ตระหนักว่า การที่ผู้สูงอายุไม่สามารถเดินได้ หากต้องการบ้วนเสลด/น้ำลาย ถ้าใช้กระโถนก็จะหนักเกินไปสำหรับผู้สูงอายุ แต่ถ้าหากเป็นขวดน้ำพลาสติกเจาะรอง ซึ่งจะมีน้ำหนักเบากว่ากระโถนมาก จะทำให้ผู้สูงอายุหยิบใช้ได้สะดวกขึ้น ดังประโยคที่ว่า

*"อันนี้ (หมายถึงขวดน้ำพลาสติก) วางไว้เป็นรางให้แกถุยน้ำลาย กระโถนมันหนัก อันนี้ไม่หนัก เราก็เบาแรง"*

ในบางครอบครัวที่ผู้สูงอายุยังพอเดินได้ ได้มีการตัดไม้จากป่าใกล้บ้านมาเป็นไม้เท้าให้แก่ผู้สูงอายุอีกด้วย

**2) การพลิกตัวตามเวลา**

ผู้สูงอายุที่ช่วยตนเองไม่ได้ ต้องมีการพลิกตัวตามเวลา เพื่อไม่ให้เกิดแผลกดทับ ผู้ดูแลจึงมานอนด้วยเพื่อช่วยพลิกตัว

*"มานอนกับอุ๊ยในห้องเลย เพราะต้องพลิกตัวเวลาเป็นแผล เพราะเดี๋ยวจะเจ็บก้น ส่วนลูกอีกคนนอนกับพ่อเขา"*

**3) การรักษาแผลกดทับ**

สำหรับการดูแลแผลที่เกิดจากการกดทับ นอกเหนือจากการมีพยาบาลมาช่วยในการดูแลและทำความสะอาดแผลที่บ้านแล้ว ผู้ดูแลได้มีเทคนิคเพิ่มเติมเพื่อช่วยให้แผลกดทับหายเร็วขึ้นโดยการใช้ยาแผนโบราณและน้ำเกลือ ดังคำบอกเล่าที่ว่า

*"พยาบาลเขาก็จะล้าง บอกว่าล้างแบบนี้ๆ นะ ก็จะบอก แต่เราก็จะเปลี่ยนบ้างไง ใช้ยาไทยโรย...ก็ได้ผล เป็นยาจีน..ไม่ให้เขาเห็น (หัวเราะ) แต่เวลาเขามาล้างก็ล้างปกติ ก็ใช้ของเขาด้วย แต่เราก็ใช้โรยแผลให้มันแห้ง"*

*"แผลที่เท้า....ใช้น้ำเกลือล้าง"*

**2.5 จัดทำอาหารที่เหมาะสม**

ในการดูแลด้านอาหารแก่ผู้สูงอายุ ผู้ดูแลเป็นผู้จัดเตรียมอาหารให้แก่ผู้สูงอายุตามความต้องการ และความเหมาะสมกับสภาพทางร่างกายของผู้สูงอายุ ดังเช่นในบางครอบครัวผู้สูงอายุจำเป็นต้องใช้การให้อาหารทางสายยาง และผู้สูงอายุแต่ละรายจะมีความต้องการอาหารแต่ละมื้อแตกต่างกัน เริ่มตั้งแต่ 3 มื้อ ถึง 4 มื้อ ดังนั้นการจัดทำอาหารจึงเป็นเรื่องที่แต่ละครอบครัวได้คิดค้น ปรับปรุงวิธีการให้เหมาะสมและสอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุ โดยมีสาระสำคัญดังนี้

**1) การจัดทำอาหารสำหรับให้ทางสายยาง**

จากการศึกษาพบว่า มีผู้สูงอายุ 1 ราย ที่ไม่สามารถรับประทานอาหารได้ด้วยตนเอง จำเป็นต้องได้รับอาหารทางสายยาง ซึ่งผู้ดูแลจะเป็นผู้จัดเตรียมอาหารและให้อาหารแก่ผู้สูงอายุ

*“อาหารที่เราปั่นเองมีอุปกรณ์ เราจะลวกทำความสะอาดให้เรียบร้อย ถึงจะปั่น อย่างไข่นานๆ จะให้สักครั้ง ปั่นครั้งหนึ่งกินได้ 2 มื้อ แล้วก็เก็บ ไม่ได้เอาเก็บตู้เย็นใส่ไว้ในนี้ แล้วก็อุ่น”*

*“...เราดูว่าถ้าเราให้เยอะมากไป เราปั่นเกิน แกก็จะไอ เราก็หยุด คือมันจะล้นกระเพาะ เราต้องสังเกตเอาเอง บางที แกก็จะอ๊วกออกมาเลย...”*

*“ถ้าช่วงไม่สบายเป็นอะไร ไต หรือท้องอืด ก็จะลดอาหารลง เหลือสัก 300”*

**ภาพแสดง อุปกรณ์การจัดทำอาหารสำหรับให้ทางสายยาง**

**2) การจัดทำอาหารสำหรับผู้สูงอายุที่เคี้ยวอาหารได้เอง**

ด้านผู้สูงอายุที่สามารถรับประทานอาหารได้ตามปกติ ผู้ดูแลเน้นการเตรียมอาหารที่ทำใหม่ๆ ที่มีลักษณะนิ่ม ย่อยง่าย รสจืด ชนิดของอาหารจะเป็นประเภท ปลา ผักพื้นบ้าน

*“ให้ทานผักเยอะๆ เนื้อก็สุก แล้วก็ไม่ทานเผ็ด..กินกับข้าวแยก”*

*“ให้ทานอาหารพื้นบ้านเรานี่แหล่ะ แม่อุ๊ยชอบทานปลานิลต้ม”*

*“ต้องทำให้ละเอียด ต้มให้เปื่อย ไม่เปื่อยก็เคี้ยวไม่ได้ อย่างพวกมะเขือต้องลวกน้ำซะก่อน พอผัดแล้วมันจะนิ่มขึ้นมา”*

อาหารบางชนิดจะมีความละเอียดในการประกอบ โดยยึดภาวะการเคี้ยวอาหารได้ของผู้สูงอายุเป็นหลัก

*“ทำอาหารให้ยายต่างหาก..กินมื้อเดียว..ก็ทำใหม่ไม่ชอบ.อย่างเก่า..ทำใหม่จ๊ะทุกวัน..อาหารต้องบดให้ละเอียด ไก่ต้องต้มก่อน แล้วฉีกให้แก เพราะชิ้นใหญ่แกกินไม่ได้ บางทีใช้สับ ปลาต้องเอาก้างออกให้หมดเลย”*

*“ข้าวสวย หรือข้าวต้ม ไข่ต้ม ไข่ดาว แกงเลียงเนื้อกินได้ แต่ทานของเผ็ดไม่ได้”*

*“พี่ตื่นมาก็ตั้งข้าวเลย เป็นข้าวต้มเละๆ ใส่หมูใส่ผัก ต้มหม้อดิน อาหารต้องเปลี่ยนทุกวัน บางวันก็ใส่ไข่ลงไป ผักก็ใส่ หมากหมก ผักหวานบ้าน ใส่แต่น้ำให้เปื่อย เนื้อไม่ใส่ ต้องต้มให้เปื่อย หมูก็กินได้แบบน้ำ”*

**3) การจัดทำอาหารสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคประจำตัว**

ในบางครอบครัวที่ผู้สูงอายุมีโรคประจำตัว ผู้ดูแลจะเป็นผู้คอยระมัดระวังในการควบคุมอาหาร ดังเช่น

*“ถ้ามีความดันสูงขึ้น ก็จะทำอาหารพวกต้มมะระให้ทาน”*

*“เมื่อก่อนทานข้าวเหนียวแล้วน้ำตาลขึ้น..พอกินข้าวเหนียวแล้วไปโรงพยาบาล หมอก็บอกว่าน้ำตาลขึ้น ไม่ให้กินข้าวเหนียว..น้ำตาล ของดองลาบดิบ พวกนี้กินไม่ได้”*

*“ก่อนหน้านี้ ตอนเย็น..แกวูบ น้ำตาลลดลง พี่ต้องเองน้ำหวานให้กิน”*

**4) การเลือกซื้ออาหารที่ผู้สูงอายุชื่นชอบ**

แม้ว่าในบางครอบครัวผู้ดูแลจะซื้ออาหารบางมื้อเพื่อให้ผู้สูงอายุได้บริโภค ผู้ดูแลพยายามซื้ออาหารที่ผู้สูงอายุชื่นชอบ เพื่อให้ผู้สูงอายุรับประทานอาหารได้มากขึ้น ดังคำพูดที่ว่า

*“กับข้าวที่พ่อชอบ คือ ผัดถั่วฝักยาว ผัดกะหล่ำ ไข่ทอด หมูปิ้ง กล้วยน้ำว้า ปลาดุกปิ้ง ปลาที่มาจากลำห้วย ถ้าเป็นปลาเลี้ยง พ่อไม่ชอบ บางครั้งผมจะไปหาปลาที่ลำห้วยให้พ่อกิน”*

*“พวกขนม กล้วยทอด ขนมครก แล้วก็แตงโม แกชอบมาก”*

*“แม่เขาชอบกินปลา ข้าวซื้อเช้าเย็น ซื้อเฉพาะกับ ข้าวไม่ต้อง”*

*“เห็ดที่บ้านเราไม่มี หวายบางทีก็ไปซื้อที่ตลาดนู้น (หมายถึงในตัวจังหวัด) ....ของอีสานแกบอกว่าอร่อย ไม่อยากกินหมู แกว่ามันเหม็น”*

**ภาพแสดง อาหารที่ผู้สูงอายุชื่นชอบ เช่น กล้วยทอด หมากพลู**

**2.6 ความสามารถในการป้อนอาหาร**

เมื่อผู้ดูแลได้จัดเตรียมอาหารที่เหมาะสมกับความต้องการและสภาพร่างกายของผู้สูงอายุแล้ว ความสามารถในการป้อนอาหารให้แก่ผู้สูงอายุบางราย ถือว่ามีความสำคัญต่อการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุเนื่องจากผู้สูงอายุบางรายมีอาการเบื่ออาหาร รับประทานได้น้อย และมีน้ำหนักตัวลดลง

**1) การจัดหาอาหารเฉพาะตัว**

ผู้สูงอายุบางรายสามารถรับประทานอาหารด้วยตนเองได้ แต่บางรายไม่สามารถรับประทานด้วยตนเอง ผู้ดูแลเป็นคนป้อนให้แก่ผู้สูงอายุ โดยมีเทคนิคการป้อน การหลอกล่อให้รับประทานดังนี้

*“เวลากินก็จะปั้นเป็นคำๆ ไว้บนจานให้ เวลาพ่อถือข้าวไม่แน่น ผมก็จะช่วยเอาข้าวใส่ปากให้พ่อ”*

**2) การรับประทานอาหารเป็นเพื่อน**

ผู้สูงอายุบางรายไม่อยากรับประทานอาหาร หรือรับประทานอาหารได้น้อย ผู้ดูแลจึงรับประทานอาหารเป็นเพื่อนผู้สูงอายุ หรือคุยไปป้อนไป

*“คุยไป ป้อนข้าวไป ฟังเพลงไป”*

*“บางวันก็นั่งกินด้วย บางวันก็กินคนเดียว บางวันก็ป้อนเอา”*

*“เวลากินข้าวนั่งเลย กินตรงนี้เลย พี่ก็ป้อน ไม่ต้องลุกจากที่ไปไหนไกล ยกไม่ไหว”*

*“นอนกินค่ะ เพราะเขาบอกว่าโรคนี้ต้องการความรัก ความอบอุ่น กลายเป็นโรคที่ต้องการให้คนทำให้ คนชราจะกลับไปเป็นเด็ก”*

**ภาพแสดง การการดูแลด้านการป้อนอาหารและน้ำ**

## 2.7 ดูแลด้านการขับถ่าย

ในการดูแลด้านการขับถ่าย ผู้ดูแลในแต่ละครอบครัวจะมีเทคนิคที่แตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับความสามารถในการเคลื่อนไหวของร่างกายและควบคุมการขับถ่ายของผู้สูงอายุแต่ละราย รวมถึงฐานะทางเศรษฐกิจในครัวเรือนด้วย

จากการศึกษา พบว่า มีผู้สูงอายุเพียงรายเดียวที่ต้องใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์โดยการเจาะหน้าท้องเพื่อช่วยในการขับถ่ายปัสสาวะ นอกนั้นจะเป็นการดูแลที่มีอุปกรณ์ช่วยเหลือที่แตกต่างกัน โดยมีรายละเอียดที่แตกต่างกัน ดังนี้

### 1) การปรับปรุงที่อยู่อาศัยเพื่อสะดวกต่อการขับถ่าย

ในบางรายที่ผู้สูงอายุพอจะช่วยเหลือตนเองได้ ผู้ดูแลจะมีหน้าที่พาไปเข้าห้องน้ำ หรือช่วยนำกระโถนไปเททิ้ง หรือการเจาะร่องที่พื้นบ้านเพื่อให้ผู้สูงอายุขับถ่ายได้ ดังคำบอกเล่าที่ว่า

*“เวลาถ่ายแกถ่ายเอง ล้างก้นเอง แต่เราต้องเอากระโถนไปทิ้งให้”*

*“เจาะร่องไว้ แล้วแกฉี่เสร็จ ก็เอาปี๊บวางไว้ และก็เอาไปเททิ้ง ทำเชือกไว้ พอทำธุระเสร็จแล้วก็ปิด..อยู่บ้างในบ้าน ที่ข้างๆ แกนอน กลัวว่าจะล้มเลยเจาะไว้ที่ข้างๆ แกนอน”*

**ภาพแสดง การปรับปรุงที่อยู่อาศัยเพื่ออำนวยความสะดวกในการขับถ่าย**

**2) การใช้วัสดุใกล้ตัวมาเป็นอุปกรณ์ช่วยดูแล**

ในบางครอบครัว ผู้ดูแลมีเทคนิคที่น่าสนใจ คือ การนำ “ถุงแซ่ว” หรือทุกพลาสติกมารัดแบบหลวมๆ ที่อวัยวะเพศของผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถปัสสาวะได้สะดวกขึ้น

*“เอาถุงแซ่ว (ถุงพลาสติก) มามัดไว้ที่อวัยวะเพศของพ่อ..มัดหลวมๆ....เอาพลาสติกมารองที่นอนเผื่อถุงรั่ว”*

**3) การใช้สิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้ป่วย**

สำหรับในบางครอบครัวที่มีฐานะทางเศรษฐกิจค่อนข้างดี จะใช้ผ้าอ้อมผู้ใหญ่แก่ผู้สูงอายุ ดังคำพูดที่ว่า

*“ปัสสาวะ เราก็ใช้แพมเพิร์ส”*

*“เราก็บอกให้ถ่ายเลยใส่แพมเพิร์ส..ฉี่ใส่แพมเพิร์ส แล้วเอาผ้ามาเช็ดเอา”*

แต่ไม่ใช่ทุกครอบครัวจะใช้ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ กับผู้สูงอายุได้ ดังเช่นในกรณีของบางครอบครัวได้เปลี่ยนจากการใช้ผ้าอ้อมผู้ใหญ่มาเป็นผ้าอ้อมแบบเป็นผืนๆ แทน เนื่องจากเกิดการแพ้หรือใส่เฉพาะผ้าถุง ไม่ใส่กางเกงใน และใช้ผ้ายางพลาสติกปูไว้ใต้ผ้าปูที่นอนแทน ดังประโยคที่ว่า

*“ถ่ายแล้วใช้เปลี่ยนผ้าอ้อม เพราะแพมเพิร์สใช้แล้วก้นเป็นแผล..ลองใช้ 4 วัน ก็รู้ว่าไม่ดี..บางทีก็ใส่ บางทีก็ไม่ (กางเกงใน) เพราะเดี๋ยวแกฉี่ราด”*

*“ปูผ้ายางเพราะกลัวเวลาฉี่จะเลอะ แล้วปูผ้าทับอีกที กันไว้ไม่ให้ซึมลงไปที่นอน”*

**4) การสังเกตการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย**

แต่ในกรณีที่ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อย หรือช่วยเหลือตนเองไม่ได้เลย เกี่ยวกับด้านการขับถ่ายอุจจาระ ผู้ดูแลบางครอบครัวจะมีเทคนิคการสังเกตว่า ผู้สูงอายุต้องการขับถ่ายเมื่อใด โดยใช้วิธีการสัมผัสร่างกายและดูลักษณะของการหายใจ หรือฟังจากคำพูดผู้สูงอายุ ดังคำพูดที่ว่า

*“จะดูว่าหายใจเหนื่อยแค่ไหน บางทีหายใจมาร้อน มันไม่แน่นอน.. ถ้าคนเราไม่ถ่ายเลยร่างกายมันจะไข้ขึ้นสูงมาก...ท้องจะแข็ง กันถ้าแข็ง ท้องจะไม่ระบาย รูก้นแกจะเปิด เดี๋ยวจะถ่ายไม่ออก เราก็ใช้ถุงมือล้วง”*

*“...ท้องเสียจะหลวมๆ เหมือนคนท้อง จะบวม”*

*“บ่นค่ะ..เวลาไม่ถ่ายจะบ่น”*

*“แกไม่เรียกแต่ก็บอกนะว่าปวดท้องจะถ่าย”*

**5) เทคนิคการช่วยในการขับถ่าย**

ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เลย “การช่วยในการขับถ่าย” ถือว่ามีความสำคัญและจำเป็นต่อตัวผู้สูงอายุ โดยผู้ดูแลบางครอบครัวใช้เทคนิคการล้วงทวาร มีเกณฑ์นับวันในการล้วง/วิธีการล้วง และการใช้อุปกรณ์ช่วยล้วง เช่น การใช้ถุงพลาสติก ถุงมือยาง โลชั่น และสบู่เหลวมาช่วยล้วง ดังคำบอกเล่าดังนี้

*“ไม่ถ่าย 3 วัน 4 วัน หัวท้าย อย่างวันนี้เราจะให้ถ่าย ให้ยาสวนยาระบายบ้าง...3 วันหัวท้าย 4 วันหัวท้าย สมมติวันพุธ พฤหัสฯ ศุกร์ วันพุธล้วง...”*

*“ถ้าพ่อจะถ่าย มัน (อุจจาระ) จะโผล่ออกมา แต่พ่อมักไม่รู้สึกตัว ต้องช่วยล้วงออก ถ้าจะให้ออกง่าย ต้องให้พ่อช่วยเบ่งด้วย...ก็ถุงนั่นแหล่ะครับ เพราะพ่อลุกไม่ได้ นอนเอามือล้วง เพราะบางวันก็ถ่ายออกเอง บางวันก็ถ่ายยาก ตอนที่ถ่ายยากใช้มือล้วงเอาที่แข็งๆ ออก แล้วจะถ่ายออก ทำแบบนี้มาตลอด”*

*“เวลาถ่ายไม่ออกก็ใส่ถุงมือ เอาสบู่ฟอก แล้วก็ล้วงเอา”*

*“ถุงมือที่สวมแบบนี้ ใช้สบู่ลื่นๆ ใช้เป็นครีมเหลว ทาไปนิดๆ ล้วงจะใช้นิ้วชี้ควักออก เขี่ยออก”*

*“ตอนล้วงก็ใช้ครีมโลชั่นทานะ แต่แม่แก่แล้วก็หย่อนไป ตอนนี้ไม่ได้ใช้ก็ต้องควักออกมาส่วนหน้าออกมา..หมดสิ สุดมือก็หมดแล้ว แต่มันจะแข็งก็ต้องดึงออกมา”*

**6) การใช้สมุนไพรช่วยในการขับถ่าย**

นอกเหนือจากนี้ ได้มีการนำ “สมุนไพร” มาใช้ เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุขับถ่ายได้สะดวกขึ้น ดังคำพูดที่ว่า

*“..ตอนนี้เราให้ทานยาไทยด้วย แกก็ถ่ายออกมาเองบ้าง..เป็นยาน้ำยาสัมเกลี้ยง”*

*“เมื่อก่อน หมอให้..เคยทานมะขามแขก เดี๋ยวนี้ไม่ทานแล้ว”*

*“...กินเป็นยาสมุนไพร โรงพยาบาลวชิราวุธให้มา ถ้าไม่ถ่ายก็ให้กิน..หมอบอกว่าไม่ถ่ายก็ให้กิน”*

**2.8 การสร้างความมั่นคงทางอารมณ์**

การดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับค่านิยมทางสังคม เพราะค่านิยมจะเป็นบรรทัดฐานที่กำหนดการประพฤติปฏิบัติของบุคคลในสังคม ค่านิยมของคนไทยมุ่งเน้นไปที่ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่ต่างยึดถือปฏิบัติ ค่านิยมเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ได้แก่ การให้ความเคารพ เชื่อฟังคำสั่งสอน การให้ความดูแลเอาใจใส่และให้ความห่วงใย สนใจต่อความรู้และความต้องการของผู้สูงอายุ

จากการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุได้มีการปฏิบัติที่ดี นับตั้งแต่การคอยสังเกตอารมณ์ และท่าทางของผู้สูงอายุที่แสดงออกทั้งที่บอกกล่าวได้ และแสดงด้วยท่าทางที่แสดงให้ทราบว่าต้องการบอกอะไรต่อผู้ดูแล เช่น การกระพริบตา การส่งเสียงในลำคอ การพยักหน้า การวางท่าทาง แขนขา สายตา และคำพูดที่บอกกล่าวได้ ผู้ดูแลได้ปฏิบัติตามที่ผู้สูงอายุต้องการและแสดงออกให้ผู้สูงอายุทราบว่าตนเองมีความห่วงใย เชื่อฟัง ปฏิบัติตาม และบางครั้งมีความจำเป็นต้องออกไปนอกบ้านก็บอกกล่าวต่อผู้สูงอายุ ถ้าผู้สูงอายุไม่อนุญาตหรือไม่เห็นด้วยก็ไม่ไป หรือบางครั้งจำเป็นต้องเลือก ก็เลือกที่อยู่บ้านเพื่อดูแลผู้สูงอายุ

ลักษณะการแสดงออกที่เป็นการสร้างความมั่นคงทางอารมณ์ ได้แก่

**1) การอยู่เป็นเพื่อนตลอดเวลา**

กรณีศึกษารายหนึ่ง ผู้ดูแลเล่าว่าผู้สูงอายุกลัวตาย กลัวอยู่คนเดียวต้องการให้มีคนอยู่เป็นเพื่อนโดยนั่ง เดินหรือยืนให้สามารถมองเห็นได้ตลอด

*“แกกลัว แกไม่อยากอยู่คนเดียว แกจะเรียกให้มานั่งกับแม่ แต่ถ้าไม่มาแกจะบอกว่า “ทิ้งแม่ไปหมดแล้ว” แกก็ว่าแค่นี้แหล่ะ”*

*“ขนาดทานข้าว แกยังเรียกให้มานั่งด้วยเลย บางทีเราก็บอกว่า ต้องเตรียมข้อมูล อ่านหนังสือ ไปจัดรายการ”*

*“ตอนนี้ก็นอน เอาแต่นอน แล้วก็เรียกลูกเข้าไปหา บอกว่า “มานี่เข้ามาในมุ้ง” พอเราถามว่าให้เข้าไปทำไม แกบอกว่า “มานั่งกับแม่ในมุ้ง”*

**2) การหาผู้ดูแลแทน**

ผู้ดูแลจะมีความผูกพันกับผู้สูงอายุและรู้สึกว่า ถ้าตนไม่ได้อยู่ดูแลหรือให้คนอื่นมาดูแลแทนจะไม่เหมือนกัน ผู้สูงอายุจะไม่สบายเท่าที่ตนเองดูแล จึงสละงานสังคมในชุมชนไป

*“บอกจ๊ะ ต้องบอกน้องชายด้วยว่าให้ดูแม่ บอกก่อนล่วงหน้า”*

*“แม่จะรู้ว่าไปวัด ต้องบอก ถ้าไม่บอกแกจะถามหา”*

*“นอนค้างไม่ได้.... กลัวยายจะเป็นอะไร ค้างไม่ได้ ถ้าค้างลูกจะโทรตาม ค้างไม่ได้”*

*“ไม่ได้ ต้องกลับ อยู่ต่อไม่ได้ เพราะยายแกจะถามหา ว่าไปนานจัง”*

*“งานวัด งานแต่ง เราไปแต่ไม่ได้อยู่นาน”*

*“ไม่น้อยใจนะ เราอยู่ดูแลแม่ดีกว่าไปแบบนั้น”*

**3) การขอคำแนะนำ / ขออนุญาตก่อนที่จะดำเนินการทำสิ่งใด**

ผู้ดูแลจะให้ความสำคัญกับจิตใจและอารมณ์ของผู้สูงอายุ และจะต้องบอกกล่าวให้ทราบทุกครั้งที่ตนเองจะไปที่ไหน จะดำเนินการใด

*“เราก็จะพยายามถามว่า พ่ออยากกินอะไร อยากกินอะไรให้บอก เจ็บที่ไหนให้บอก จะได้ทำตามที่พ่อบอก”*

**4) การสร้างอารมณ์ขัน**

การที่ผู้ดูแลใช้เวลาอยู่กับผู้สูงอายุมาก จึงซึมซับอารมณ์ และความคิดของผู้สูงอายุได้ และจะทราบว่าผู้สูงอายุมีอารมณ์ดี หรือไม่ดี มีความเครียด หรือหงุดหงิด และเมื่อสังเกตเห็นก็พยายามสร้างบรรยากาศให้ผ่อนคลาย โดยการเปิดเพลง หรือเพลงพื้นบ้าน (จ้อย/ซอ) หรือเปิดโทรทัศน์รายการที่ชอบ หรือให้หลานๆ มาชวนผู้สูงอายุคุย เล่าเรื่องสนุกสนานให้ฟัง ทำให้ผู้สูงอายุมีอารมณ์ดีขึ้น

## 2.9 เทคนิคการดูแลสุขภาพจิตและจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ

กิจกรรมที่ผู้ดูแลใช้เป็นเทคนิคการดูแลสุขภาพจิตและจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ มีดังนี้

**1) การใช้ศาสนาช่วย**

ในการดูแลด้านสุขภาพจิตและจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ ผู้ดูแลหลายครอบครัวได้มีการนำหลักศาสนา วัฒนธรรมพื้นบ้าน การใช้โทรทัศน์เพื่อคลายเหงา ตลอดจนการใช้ “คำพูด” ถามสารทุกข์สุกดิบหรือคำปลอบใจให้แก่ผู้สูงอายุ ดังคำพูดดังต่อไปนี้

*“เจ็บที่ไหนบ้าง สบายดีไหม ถ้าเราไม่ถาม เราก็จะไม่รู้พ่อเจ็บที่ไหนบ้าง”*

**2) การคุยปลอบใจ**

การดูแลที่พบจากการถอดบทเรียน ผู้ดูแลมีความเข้าใจ ความต้องการ ความเครียดของผู้สูงอายุ แล้วพยายามพูดคุย ซักถาม ปลอบใจ และพยายามหากิจกรรมมาให้ผู้สูงอายุเพลิดเพลิน ผ่อนคลายความเครียด

*“บางครั้งพ่อหงุดหงิด เครียด อาการเจ็บขา ไปไหนไม่ได้ ผมก็ปลอบใจ เปิดทีวีให้ดู พ่อจะไม่เครียด”*

*“พ่อจะบ่นว่าอยากตาย ก็ปลอบว่า โรคนี้พ่อไม่ได้เป็นคนเดียว มันต้องเจ็บทุกคน ลูกไม่ได้ทิ้งขว้าง อย่าไปคิดอะไรมาก บางทีพ่อเครียดก็เปิด “ซอ” ให้ฟัง พ่อชอบฟังซอ บางทีก็เปิดทีวีให้ดู พ่อก็หายเครียด”*

ผู้ดูแลบางรายใช้เสียงจากวิทยุและโทรทัศน์เป็นเพื่อน ไม่ให้ผู้สูงอายุเหงาและว้าเหว่

*“...เปิดทิ้งๆ ไว้ (พระเทศน์) ไม่รู้ว่าแกได้ยินรึเปล่า”*

*“...เวลาไปข้างนอกจะเปิดทีวีไว้ให้ดู ให้ฟังเสียงเหมือนมีคนอยู่ด้วย”*

การใช้หลักศาสนาช่วยผ่อนคลายความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่มีต่อความตาย

*“เมื่อก่อนละหมาด..แต่เดี๋ยวนี้อ่านให้ฟัง”*

*“พี่ก็บอกคำของพระพุทธเจ้าว่า “แม่จ๋า คนเราต้องเกิดแก่เจ็บตาย ตอนนี้แม่คิดถึงพระพุทธ พระธรรม พระสงฆ์นะ อย่างน้อยก็ท่องไป นะโมตะสะ..” แต่แม่ก็จะบอกว่า “ขอให้แม่ เกิด แก่ เจ็บ ตาย” รู้เรื่องแต่ให้ไปเกิด แก่ เจ็บ ตาย แค่นั้น”*

## ตอนที่ 3 ปัจจัยสนับสนุนและเป็นอุปสรรคต่อการดูแลที่ดี

การที่จะให้เกิดการดูแลที่ดีได้นั้น การสนับสนุนจากเครือข่ายทางสังคม ไม่ว่าจะเป็นสมาชิกในครอบครัว เพื่อนบ้าน เครือญาติ ชุมชน และสถาบัน ต่างเป็นปัจจัยสนับสนุนให้เกิดการดูแลที่ดีแก่ผู้สูงอายุได้ อย่างไรก็ตาม บางครั้งครอบครัวอาจประสบปัญหาในการดูแลหรือพบข้อขัดข้องที่ทำให้การดูแลไม่บรรลุผลตามที่ต้องการได้ ดังนั้น ข้อมูลที่พบต่อไปนี้สะท้อนปัจจัยสนับสนุนและเป็นอุปสรรคดังกล่าว

### 3.1 การสนับสนุนจากเครือข่ายไม่เป็นทางการ

เครือข่ายมีบทบาทสำคัญในการช่วยครอบครัวดูแลผู้สูงอายุ ทำให้เกิดการเป็นแบบอย่างที่ดี โดยเครือข่ายมีบทบาทเกื้อกูลด้านกำลังใจ สิ่งของและข้อมูลข่าวสารแก่ครอบครัวและผู้ดูแล ผลจากการศึกษาพบบทบาทของเครือข่ายไม่เป็นทางการ ดังนี้

**1) เครือญาติ**

จากการศึกษา พบว่า ในทุกกรณีศึกษา รูปแบบเครือข่ายที่เป็นความสัมพันธ์ในลักษณะเครือญาติ อาทิ ลูก หลาน มีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุที่เข้มข้นมากที่สุด เริ่มตั้งแต่การดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ การพาผู้สูงอายุไปโรงพยาบาล การให้ความช่วยเหลือด้านค่าใช้จ่าย ตลอดจนการพูดคุยให้กำลังใจแก่ตัวผู้สูงอายุและผู้ดูแล ดังคำพูดที่สะท้อนความสัมพันธ์ระหว่างเครือญาติที่ว่า

> *“พี่ชายคนโตแต่งงานอยู่น้ำพอง ลูกสาวเขาแต่งงานกับฝรั่ง เขาก็พอมี บางทีก็ขอเขา ทีละ 500 บาท ถ้าเหมารถพาพ่อ แม่ ไปหาหมอนะ ก็บอกว่าจะพาพ่อแม่ไปหาหมอ ค่ายาพอมี แต่ค่ารถไม่มี เขาก็ลอกว่า เออๆ เดี๋ยวเขาจะเอาไปเสียให้”*

> *“มีวันสงกรานต์หรือวันเกิดตา ที่ลูกหลานมาหา วันเกิดทำบุญให้เลี้ยงพระ ก็มีลูกหลานที่สนิท”*

> *“เสาร์ อาทิตย์ พวกกรุงเทพฯ เขาก็จะมา 2-3 คน เขาจะเปลี่ยนกันมา เขาจะมาตอนกลางคืน สักคืนสองคืนแล้วก็กลับไป...หลานก็มีมาเสาร์อาทิตย์ โดยมากเขาเรียน แต่เวลายายคุย ก็นั่งคุยกับลูกหลาน เขาเพลิน พอได้นั่งคุยแล้ว หลานต้องหนีก่อน แกไม่ยอมถอย”*

*“ส่วนคนที่สี่ก็ส่งเสบียง จะเป็นระบบลูกโซ่ คือเวียนกันไป ถ้าพี่อยู่ก็จะหาอะไรมาหมักให้ คนเล็กไม่ค่อยส่ง ส่งเงินแทน เพราะอาหารต้องส่งข้ามประเทศ…แบบใช้หลักการมีส่วนร่วม น้องคนเล็กส่งมา แล้วคนนั้นก็ซื้อเสบียงส่งต่อไง เวียนไปแบบนี้ เอาเงินบ้าง เอาของมาให้บ้าง”*

*“ลูกชายคนโตมาเดือนละหน ก็มาป้อนข้าว ป้อนน้ำ มาที อยู่ 2-3 วัน บางทีก็มาสิบวันแล้วก็กลับ…ปกติไม่มีอะไรฉุกเฉินนะ ถ้ามีอะไรหลานสาวก็จะมาดูแล”*

**2) เพื่อนบ้าน**

เครือข่ายในชุมชนเป็นเครือข่ายที่มีระดับความสัมพันธ์ที่เข้มข้นน้อยกว่าเครือข่ายเครือญาติ เนื่องจากบทบาทของเครือข่ายในชุมชน เป็นลักษณะของการให้การสนับสนุนทางด้านอารมณ์และสังคม อาทิ การมาเยี่ยมเยียนผู้สูงอายุที่บ้าน การมาพูดคุยให้กำลังใจ ซึ่งจากการศึกษา พบว่ากรณีศึกษาส่วนใหญ่จะมีเพื่อนบ้านมาเยี่ยมบ้านอย่างสม่ำเสมอ ดังกรณีศึกษาต่อไปนี้

*“มีเพื่อนบ้านมาให้กำลังใจ บอกให้ทานข้าวเยอะๆ จะได้หาย”*

*“มีพระ เจ้าอาวาสมาเยี่ยม มีคนเก่าๆ เพื่อนสมัยรุ่นเดียวกันกับเขามีมาเยี่ยมบ้างแต่แกไม่รู้เรื่อง เพื่อที่ยังไม่เป็นอัมพฤกษ์อัมพาตเขายังเดินได้”*

*“เพื่อนบ้านก็มา…ก็ซื้อของฝากเรื่อยๆ”*

**3.2 การสนับสนุนจากเครือข่ายเป็นทางการ**

เครือข่ายที่เป็นทางการที่ให้การสนับสนุน มีดังนี้

**1) องค์การบริหารส่วนตำบล**

องค์การบริหารส่วนตำบล ยังมีบทบาทในการให้เงินช่วยเหลือแก่ผู้สูงอายุกรณีเบี้ยยังชีพ ดังกรณีศึกษาที่ 1, 2, 3, 4 และ 8 สำหรับในกรณีศึกษาที่ 4 และ 8 เป็นเบี้ยยังชีพคนพิการเนื่องจากผู้ดูแลเป็นผู้พิการ จึงได้รับเงินช่วยเหลือจาก อบต. อีกด้วย

อย่างไรก็ตามการมาเยี่ยมเยียนของเครือข่ายในชุมชน ทั้งเพื่อนบ้านและอาสาสมัครในชุมชน พบว่า ช่วยทำให้ผู้สูงอายุรวมถึงผู้ดูแล คลายเหงา มีกำลังใจและสุขภาพจิตที่ดีขึ้น

*“ก็ดีค่ะ ไม่รำคาญ เพราะเวลาไม่มีใครมาก็เหงา”*

*“ก็ดี ทำให้แกมีกำลังใจขึ้น”*

**2) พยาบาล (HHC)**

เครือข่ายวิชาชีพมีบทบาทสำคัญในด้านการดูแลผู้สูงอายุ ทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การบำบัดรักษา ฟื้นฟูสมรรถภาพแก่ผู้สูงอายุ รวมถึงบทบาทเชิงตั้งรับในสถานพยาบาล และบทบาทเชิงรุกในการลงพื้นที่เยี่ยมบ้าน ดังคำกล่าวที่ว่า

*“พวกหมอ พยาบาลมาเยี่ยมเดือนหนึ่งมา 2-3 ครั้ง หมอแอ๋วมาบ่อย มาทุกวันพุธ มาวัดความดัน”*

*“หมอก็มาเดือนเว้นเดือน บางเดือนก็บ่อย…มาล้างแผล ตอนนั้นมีแผลกดทับ”*

โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในบางกรณีที่เครือข่ายวิชาชีพ พยาบาลเยี่ยมบ้าน (Home health care) มีบทบาทในการดูแลค่อนข้างสูง ทั้งในด้านการเปลี่ยนอุปกรณ์ทางการแพทย์ในการดูแลผู้สูงอายุ การเบิกยา อุปกรณ์ทำแผล นอกจากนี้ผู้ดูแลหรือครอบครัวสามารถโทรเรียกเพื่อนบ้านในกรณีที่ผู้สูงอายุเจ็บป่วยฉุกเฉินได้

*“ถ้ามาเยี่ยมก็คือ พยาบาลอย่างเดียว เดือนละครั้ง พยาบาลที่ออกพื้นที่นะคะ เขาจะมีหน่วยคอยดูแลผู้ป่วย ผู้สูงอายุตามบ้าน จะมีพยาบาลคนหนึ่ง ผู้ช่วยคนหนึ่ง”*

*“พยาบาลมา แต่ถ้าไม่มีอะไรก็เดือนละครั้ง แต่ถ้ามีอะไรโทรไปก็มาเลย เมื่อเช้าเขาก็มาเจาะเลือดให้ แผลนี่เย็นๆ จะมาล้างให้”*

*“พยาบาลมาเปลี่ยนสายฉี่ และเบิกยามาให้ อุปกรณ์การล้างแผล ถ้าเป็นมากเราถึงพาไปโรงพยาบาล”*

*“ถ้ามีอะไรก็โทรบอกเขา…บ้านอยู่บ้านแพ้วเป็นพยาบาลมานานแล้ว รุ่นเก่าค่ะ ออกตามท้องที่ แกรู้จักคนพื้นที่เยอะ จะได้ดูแลง่าย สะดวก”*

**3) อาสาสมัครในชุมชน**

อาสาสมัครในชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ พบว่า มีทั้งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ อาสาสมัครดูแลผู้พิการ รวมถึงอาสาสมัครทางศาสนา ได้แก่ ซิสเตอร์ซึ่งจะมีเฉพาะในกรณีศึกษาของภาคเหนือ โดยบทบาทของอาสาสมัครจะมีบทบาทในการเยี่ยมเยียน ให้การสนับสนุนทางด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม และบริการทาง

การแพทย์ขั้นพื้นฐานแก่ผู้สูงอายุ อาทิ การตรวจความดัน การให้ความรู้เบื้องต้นในการดูแลตลอดจนการบีบนวดให้แก่ผู้สูงอายุ

*“อาสาสมัคร จะมาเดือนเว้นเดือน แยกกันดูเป็นกลุ่มๆ ...มาวัดความดัน มาให้กำลังใจ พูดคุย ผู้สูงอายุบางคนปวดเมื่อยก็มาบีบนวดให้”*

*“อาสาฯ (อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ) มาค่ะ เวลามาบางทีก็อยู่ บางทีเราก็ไม่อยู่ ไม่ได้มาทำอะไร มาคุยกับยาย เอาขนมมาให้...ยายก็ดีใจ”*

*“ซิสเตอร์ก็มา ถามว่าเป็นอย่างไร เอาขนมมาให้”*

*“ซิสเตอร์เคยมา 2 ครั้ง ก็มาเที่ยวหา มาคุย มาบีบนวดให้ แกก็มีกำลังใจขึ้น”*

**3.3 ค่านิยมด้านความกตัญญู**

“ผู้ดูแล” เป็นบุคคลที่มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อคุณภาพการดูแลของผู้สูงอายุ จากการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลเป็นผู้เอาใจใส่ในการดูแลผู้สูงอายุด้วยความรัก ความห่วงใยอย่างสม่ำเสมอ จึงจะทำให้ผู้สูงอายุมีทั้งสุขภาพกาย ใจที่แข็งแรง ดังประโยคที่สะท้อนว่า

*“มันเป็นจิต เป็นด้วยใจ เรามีจิตใต้สำนึก หนึ่งเราเป็นลูก เป็นหน้าที่เราก็เอาความสมัยใหม่มาผสมกับจิตใจ แต่จิตใจต้องมาก่อน เพราะจริงๆ คนไม่เหม็นขี้เหรอ บางคนเห็นก็แขยงแล้ว กลิ่นปากอย่างนี้ หมอบางคนยังเหม็นเลย...”*

**3.4 ความรู้ความสามารถของผู้ดูแล**

ผู้ดูแลบางรายเคยเป็น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มาก่อน ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่ดี ดังประโยคที่ว่า

*“พี่เคยเป็น อสม. ดูแลคนแก่ พี่ก็รู้”*

*“ก็เรียนอยู่ รักษาอยู่...อบรม อสม. ด้วย แล้วพี่ก็ศึกษาแพทย์แผนโบราณด้วย มันใช้ควบคู่กันไป ก็มีความรู้อยู่บ้าง”*

*“หมอจะมารู้ดีกว่าเราได้อย่างไร ถ้าเรื่องของการปฏิบัตินะ เราทำกับมือ”*

**3.5 สุขภาวะของผู้ดูแล**

การที่ผู้ดูแลต้องดูแลผู้สูงอายุเป็นระยะเวลานาน ย่อมส่งผลกระทบในหลายๆ ด้านแก่ตัวผู้ดูแล อาทิ ด้านการประกอบอาชีพ รายได้ การพักผ่อน นันทนาการ และสภาวะอารมณ์จิตใจของผู้ดูแลด้วย จากการศึกษา พบว่า ภาวะความเครียดจากการเป็นผู้ดูแลและการจัดการความเครียดของผู้ดูแลในกรณีศึกษาพบว่า ผู้ดูแลกล่าวว่าตนเองไม่มีภาวะความเครียด หากเครียดก็จะปรึกษากับญาติพี่น้อง

*“ไม่เครียด เครียดทำไมไม่รู้นะ”*

*“หนูไม่เครียด แต่พี่สาวเขาจะเครียด เวลาเตี่ยถ่ายท้อง กลัวจะตาย แกจะเป็นโรคกังวล ตัวแกก็ไม่สบาย…เครียดก็ปรึกษาพี่ปรึกษาน้อง… นั่งเฉยๆ จะผ่อนแล้วก็ปลงๆ ทำให้จิตใจสงบ เมื่อถึงเวลาอะไรจะเกิดก็ต้องเกิด”*

*“ไม่เครียด ไม่คิดน้อยใจเลยค่ะ”*

สำหรับในกรณีศึกษารายหนึ่ง ผู้ดูแลกล่าวว่า มีอาการเครียดบ้างเป็นบางวัน เนื่องจากจะต้องมีภาระการดูแลหลายอย่าง หากเครียดก็จะใช้วิธีบ่นเพื่อแก้เครียด

*“บางวันก็เครียด บางวันก็ไม่เครียดเพราะมันหลายอย่าง บางวันก็ต้องดูแลลูก ยาย ก็บอกให้หาข้าวให้กินหน่อย เราก็เหนื่อย ต้องห่อข้าวให้ลูกอีก กว่าจะครบ 5 คน…เวลาเครียดก็ลงที่ลูก…ไม่ด่าค่ะ บ่นเฉยๆ”*

ในกรณีศึกษาบางราย ผู้ดูแลกล่าวว่า แม้ว่าตนจะไม่มีโอกาสไปชมการแสดงหรือการละเล่นที่จัดขึ้นในชุมชนเพราะความเป็นห่วงบิดา บางทีก็ทำให้เกิดความท้อใจบ้าง แต่ก็ไม่ได้ทำให้เกิดความน้อยใจแต่อย่างใด และจะหาวิธีการเพื่อให้ตนเองเกิดความผ่อนคลาย อาทิ การดูโทรทัศน์ ไปเที่ยวหาเพื่อนบ้านในช่วงสั้นๆ ทดแทน

*“เวลาท้อไม่ได้ทำอะไร เวลาพ่อด่าก็คิดว่าเป็นธรรมดา… บางครั้งก็ท้อ คิดไปคิดมา ก็ต้องต่อสู้…”*

**3.6 ภาวะเศรษฐกิจของผู้ดูแล**

ครอบครัวมีส่วนสำคัญในการสนับสนุนค่าใช้จ่ายการดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิง เนื่องจากตัวผู้สูงอายุเองมีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลทั้งในด้านค่าใช้จ่ายด้านอาหาร ยารักษาโรค รวมถึงค่าใช้จ่ายต่างๆ ที่ผู้ดูแลหรือครอบครัวจำเป็นต้องจ่ายเพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่ดี

จากการศึกษานี้ สามารถแบ่งประเด็นเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในครอบครัว ได้แก่ ด้านรายรับในครอบครัว ด้านรายจ่ายทั่วไป และด้านรายจ่ายเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุ โดยมีรายละเอียดดังนี้

**1) รายรับของครอบครัว**

ครอบครัวส่วนใหญ่ไม่สามารถประเมินรายรับของตนเองได้ รายรับในครอบครัวส่วนใหญ่มาจากรายได้ของพี่น้องหรือญาติที่ให้ความช่วยเหลือ เนื่องจากตัวผู้สูงอายุเองและผู้ดูแลไม่สามารถหารายได้เข้าครอบครัวได้

*“รายได้เดาไม่ได้ บางครั้งก็ถูกบางครั้งก็แพง ต้นทุนก็สูง ...ปีที่แล้วได้ข้าวประมาณ 300 ถังต่อกระสอบ”*

*“ค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่น้องสาวจะเป็นคนดูแลค่าใช้จ่ายทั้งหมด เริ่มตั้งแต่ ค่ากับข้าว อาหารเสริมค่าแพมเพิร์ส 1 วันเปลี่ยนประมาณ 2 รอบ แป้งซื้อเดือนละสองครั้ง กระดาษชำระแบบม้วนอีก”*

*“จากลูกชายคนรอง ประมาณ ครั้งละ 200 – 400 บาท ซึ่งให้ไม่แน่นอน*

*“ลูกๆ คนอื่นไม่ส่ง แต่เวลามาเยี่ยมก็จะให้...บางทีก็ 500 บาท บางทีก็ 1000 บาท มาเยี่ยมบ่อยนะ เขาโทรมาถามทุกวันว่าแม่เป็นยังไงบ้าง”*

นอกจากนี้ครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุจำนวน 3 ราย มีรายได้เพิ่มจากการรับเบี้ยชีพผู้สูงอายุเป็นจำนวนเงิน 500 บาท บางรายรับเงิน 3 เดือนต่อ 1 ครั้ง และมีผู้ดูแลที่มีภาวะความพิการได้รับเบี้ยยังชีพจาก อบต.จำนวน 2 ราย

**2) รายจ่ายทั่วไป**

ด้านค่าใช้จ่ายทั่วไปในครอบครัวพบว่า เป็นค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการเตรียมอาหารให้แก่ผู้สูงอายุ มีกรณีศึกษา 1 รายที่ครอบครัวต้องเสียค่าใช้จ่ายทั้งอุปกรณ์การให้อาหารทางสายยางที่ต้องเปลี่ยนเมื่อถึงระยะเวลาที่กำหนดและอาหารที่ให้ทางสายยาง ดังคำบอกเล่าของผู้ดูแลที่ว่า

*“2 ครั้งเอง ไปเปลี่ยนสายอาหาร สายให้อาหารพอ 6 เดือนมันจะชำรุด ฟิตอาหารมันจะไม่เข้าแล้ว ถ้าใช้แบบดี มือเดียวไม่ดึงแรง ก็ใช้ได้ประมาณ 1 ปี ค่าเปลี่ยนสายยางต่อครั้งประมาณ หมื่นสอง (12,000) ค่าสายยางอุปกรณ์ 7 พันกว่า ค่าวางยาอีกรวมแล้วก็ 12,000 แต่เบิกได้แค่ 7,000 อีก 3,000 เบิกไม่ได้ มันเป็นส่วนเกิน”*

*“อาหารที่ใช้ปั่น ตกวันละ 100 บาท (4 มื้อ) กรณีอาหารก็มีปลา 2 ตัว ตก 200 บาท”*

สำหรับบางครอบครัวจ่ายค่าอาหารผู้สูงอายุรวมกับค่าอาหารของสมาชิกในครอบครัว แต่มีบางครอบครัวที่ทำอาหารแยกให้กับผู้สูงอายุต่างหาก

*“กับข้าวบางครั้งก็ไม่ซื้อ บางครั้งก็ซื้อ ตกวันละประมาณ 30-50 บาท”*

*“จ่ายค่ากับข้าว เงินซื้ออยู่ ซื้อกิน ก็ถูๆไถๆไป มีอะไรก็กินไป แม่ก็เน้นกินปลา ส่วนปลาก็แล้วแต่จะซื้อ ถ้าซื้อปลานิลจะแพงตัวละ 50-60 บาท แต่ถ้าซื้อปลานิลจะกินได้ 2 มื้อ เช้า-เย็น มื้อละประมาณ 30 บาท ตอนกลางวันไม่ได้ซื้อ บางทีตกไปมื้อละ 60 บาทค่ากับข้าวมื้อนึง กลางวันก็กินเหลือจากตอนเช้า บางทีก็ตำส้มตำสอยมาตำกินเอง”*

*“ค่ากับข้าวประมาณ 4000 บาทต่อเดือน”*

*“ค่าอาหารจำนวน 2 คน เฉลี่ยเป็นค่ากับข้าว 30 บาทต่อวัน”*

นอกจากนั้นจะเป็นค่าใช้จ่ายทั่วไปภายในบ้าน ได้แก่ ค่าไฟฟ้า น้ำประปา แก๊ส ค่าเล่าเรียนบุตร

*“ค่าไฟฟ้าประมาณ 120 บาทต่อเดือน ค่าน้ำไม่เสียเพราะใช้น้ำบาดาล”*

*“เสียค่าแก๊ส 290 บาททำกับข้าว ใช้ได้ไม่เกินหนึ่งเดือน …ค่าน้ำมันรถมอเตอร์ไซค์มี 3 คัน 100 บาทต่อสัปดาห์”*

*“ค่าแก๊สเดือนเดียวยังไม่พอเลย อยากกินไรตอนไหนก็ทำ ต้องทำให้ลูกอีก”*

*“ซื้อจ๊ะ ซื้อเสื้อผ้า รองเท้า ดูแลหมดเลย”*

*“ก็เขาไม่มีเงินใช้ เวลาไปนาเกี่ยวข้าว เขาไม่มีเงินมาขอ ก็ให้…บางทีก็ 1000 บาท บางทีก็ 400-500 บาท…นาน เวลาเขาไม่มีถึงจะขอ”*

*“บางเดือนก็ไม่พอ บางเดือนก็สองหมื่น ลูกเรียนมัธยมก็ต้องใช้เงินไม่ได้ ห่อข้าว ให้เงินไป 20 บาท”*

**3) รายจ่ายเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล**

ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ผู้สูงอายุทั้งหมดไม่เสียค่าใช้จ่ายในการเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล โดยมีผู้สูงอายุจำนวน 3 ราย ที่สามารถใช้สิทธิ์เบิกจ่ายข้าราชการของบุตรได้ นอกจากนั้นใช้สิทธิ์หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ยกเว้นผู้สูงอายุบางรายที่ต้องมีการใช้ยานอกบัญชียาหลักและการช่วยอุปกรณ์ช่วยเหลือซึ่งครอบครัวจะต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่ม

*“ก็มียาบางชนิดค่ะ อย่างยาขยายเส้นเลือดต้องซื้อกินเอง เม็ดละสี่บาทกว่าต้องกินทุกวันวันละสามครั้ง”*

*“ค่ายาขยายหลอดเลือด ฉันต้องจ่ายให้แม่เอง”*

*“ต้องใช้เครื่องออกซิเจน ซึ่งจะต้องจ่าย ค่ามัดจำถึง 4,000 บาท ค่าออกซิเจน ครั้งละ 140 บาท”*

อย่างไรก็ดี แม้ว่าผู้สูงอายุจะไม่เสียค่าใช้จ่ายดังกล่าว แต่ภาระค่าใช้จ่ายแฝงที่ติดตามมาคือ การสูญเสียรายได้กรณีที่ต้องหยุดงานเพื่อพาผู้สูงอายุไปโรงพยาบาล รวมถึง ค่าพาหนะพาผู้สูงอายุไปโรงพยาบาล เนื่องจากมีหลายครอบครัวที่ไม่มีรถยนต์ส่วนตัวที่สามารถพาผู้สูงอายุไปได้เอง ค่าอาหารของผู้ดูแลเมื่อต้องไปอยู่โรงพยาบาลเพื่อเฝ้าผู้สูงอายุ หรือแม้กระทั่งการที่ผู้ดูแลไปรับยาให้ผู้สูงอายุแทน เหล่านี้ถือเป็นภาระค่าใช้จ่ายแก่ผู้ดูแลและครอบครัวเป็นอย่างยิ่ง

*“ค่ารถในการไปรับยาแทนประมาณ 180 บาทต่อครั้ง”*

*“เที่ยวละ 50 บาท ถ้าญาติก็ 40 บาท ไปกลับก็ 80 บาท เขาลดให้”*

*“เกือบทุกอาทิตย์ แกป่วยก็ไป เวลาไปเหมารถไปครั้งละ 100 บาท ทั้งไปและรอรับกลับ… เหมารถสามล้อไป ส่วนค่าหมอไม่ต้องเสีย…มันหนักแค่ค่ารถเท่านั้น”*

*“บางทีก็พอ บางทีก็ไม่พอใช้ บางเดือนค่าใช้จ่ายเยอะ เวลาไปโรงพยาบาล มีค่าเหมารถไปโรงพยาบาล ค่ากับข้าว”*

บางครอบครัวมีผู้ดูแลที่ต้องรับภาระการดูแลทั้งบิดามารดา เมื่อผู้สูงอายุคนใดคนหนึ่งเกิดภาวะเจ็บป่วย ผู้ดูแลต้องรีบพาผู้สูงอายุไปโรงพยาบาลหรือคลินิกทุกครั้งโดยมีความคิดที่ว่าป้องกันไว้ดีกว่าที่ให้ผู้สูงอายุเกิดอาการหนักกว่าเดิม แต่ภาระที่ตามมาคือ ค่าใช้จ่ายที่สูงมากขึ้นโดยเฉพาะเมื่อพาผู้สูงอายุไปรับการรักษาที่คลินิก

*“ถ้าไปคลินิก เหมารถไป 350 บาท ค่ายาประมาณ 500 บาท”*

*"ช่วงนั้นหมดเงินประมาณ 15,000 บาท หน้าหนาวที่ผ่านมา 26 วัน เพราะว่าต้องวิ่งเข้าวิ่งลอก ค่ารถ"*

*"ตอนพ่อมานอนอยู่ที่บ้าน ก็ต้องมีคนอยู่เป็นเพื่อน ก็ต้องซื้อของกิน กาแฟ มาให้เขากินด้วย คนอยู่เป็นเพื่อนตั้งหลายคน"*

*"น้องชายก็เคยบอกว่า เงินจะมีแค่ไหน ก็เอาไปให้หมอหมด ค็อกแค็กก็ไปๆ ฉันก็ตอบไปว่า ก็ฉันอยู่คนเดียว พวกสูไม่ได้มาช่วยเฝ้า เวลานอนโรงบาล ฉันก็ต้องรับผิดชอบวิ่งไป วิ่งมาคนเดียว เวลาไปอยู่โรงบาลมันลำบากขนาดไหน สูไม่เคยมาเฝ้า จะไปรู้ได้อย่างไร เป็นเป็นนิดๆ หน่อยๆ ก็ต้องพาไปหาหมอ"*

ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลเพิ่มเติมในบางครอบครัวเป็นค่านวดตัวให้แก่ผู้สูงอายุ รวมถึงค่าจ้างผู้ดูแลแทนในกรณีที่ผู้ดูแลไม่อยู่

*"เดิมยังเดินได้อยู่ก็ให้เพื่อนของลูกแถวนี้ดูให้ จ้าง 300 บาท/เดือน"*

*"ค่านวดตัว ครั้งละประมาณ 100 กว่าบาท เดือนนึงจ่ายไปประมาณ 3 – 4 ครั้ง"*

**ตารางค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุ**

| รายการ | บาท/เดือน | หมายเหตุ |
|---|---|---|
| **กรณีศึกษาที่ 1** | | |
| ค่ารักษาพยาบาล | - | ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า |
| ค่าอาหาร | 930 | (30 บาท × 31 วัน) รวมทั้งผู้ดูแล |
| ค่าไฟฟ้า | 120 | - |
| ค่าน้ำ | - | ใช้น้ำบาดาล |
| ค่าเครื่องดื่มและอื่นๆ | 50 | - |
| ค่าเสื้อผ้าผู้สูงอายุ | 100 | - |
| ค่าสูญเสียรายได้ของผู้ดูแล | 6,200 | (200 บาท × 31 วัน ) |
| **รวม** | **7,400** | - |
| **กรณีศึกษาที่ 2** | | |
| ค่ารักษาพยาบาล | - | ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า |
| ค่ายาขยายหลอดเลือด | 372 | เบิกไม่ได้ (เม็ดละ 4 บาท กิน 3 เม็ดต่อ 1 วัน× 31 วัน) |
| ค่าเหมารถจากเชียงรายไป รพ.สวนดอก เชียงใหม่ | 800 | 800 บาท ต่อ 1 ครั้ง |

| รายการ | บาท/เดือน | หมายเหตุ |
|---|---|---|
| ค่าเดินทางของผู้ดูแลไปรับยาที่ | 180 | 180 บาท ต่อ 1 ครั้ง |
| โรงพยาบาลในตัวเมืองเชียงราย | | (เดือนละ 1 ครั้ง) |
| ค่าอาหาร | 1,550 | (50 บาท × 31 วัน) |
| ค่าเสื้อผ้าผู้สูงอายุ | 100 | |
| ค่าสูญเสียรายได้ของผู้ดูแล | 5,000 | (200 บาท × 25 วัน ) |
| **รวม** | **8,002** | |
| **กรณีศึกษาที่ 3** | | |
| ค่ารักษาพยาบาล | - | ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า |
| ค่าเหมารถไปโรงพยาบาล | 400 | ครั้งละ 100 บาท × 4 ครั้งต่อเดือน |
| ค่าอาหาร | 1,860 | 60 บาท × 31 วัน |
| ค่าไฟ | 1,100 | - |
| ค่าแก๊สหุงต้ม | 290 | 1 ถัง ต่อ เดือน |
| ค่าโทรศัพท์มือถือของผู้ดูแลติดต่อสามีจาก | 1,500 | - |
| ต่างประเทศ | | |
| ค่าเสื้อผ้า / ผ้าถุง | 100 | - |
| ค่ากระดาษชำระ | 250 | - |
| ค่าสูญเสียรายได้ของผู้ดูแล | 40,000 | งานเดิมอยู่ต่างประเทศ |
| ค่าหมาก น้ำหวาน ฯลฯ | 400 | 100 บาท × 4 สัปดาห์ |
| **รวม** | **45,900** | |
| **กรณีศึกษาที่ 4** | | |
| ค่ารักษาพยาบาล | - | ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า |
| ค่ายาจากคลินิกเอกชน | 500 | - |
| ค่าเหมารถไปคลินิก | 1,400 | 350 บาท × 4 วัน |
| ค่ารถรับจ้างไปโรงพยาบาล | 80 | ไปกลับ (80 บาท × 1 วัน ) |
| ค่ามัดจำถังออกซิเจน | 4,000 | - |
| ค่าเติมออกซิเจน | 140 | 140 บาท × 1 ครั้ง |
| ค่ากาแฟ/อาหาร ผู้มาช่วยดูแลผู้สูงอายุ | 100 | 100 บาท × 1 ครั้ง |
| ค่าเสื้อผ้า | 100 | |
| ค่าอาหาร | 1,860 | 60 บาท / วัน รวมทั้งครอบครัว |
| ค่าหมากพลู | 20 | มัดละ 5 บาท / 4 ครั้งต่อเดือน |
| ค่าน้ำดื่ม | 144 | ถังละ 12 บาท× 3 ถัง ต่อสัปดาห์ |
| ค่าไฟฟ้า | 180 | |
| ค่าสูญเสียรายได้ของผู้ดูแล | 5,000 | (200 บาท × 25 วัน ) |
| **รวม** | **13,524** | |

| รายการ | บาท/เดือน | หมายเหตุ |
|---|---|---|
| **กรณีศึกษาที่ 5** | | |
| ค่ารักษาพยาบาล | - | ใช้สิทธิ์เบิกข้าราชการ |
| ค่าอุปกรณ์สายยาง | 7,000 | เปลี่ยน 2 ครั้งต่อปี |
| ค่าเปลี่ยนสายยางที่โรงพยาบาล | 12,000 | เปลี่ยน 2 ครั้งต่อปี |
| ค่าสายอาหาร | 2,300 | |
| ค่ามัดจำถังออกซิเจน | 3,500 | |
| ค่าถังออกซิเจน | 7,500 | 5 ถังต่อสัปดาห์ |
| ค่าสายยางดูดเสลด | 800 | เบิกได้บางส่วน |
| ค่าเตียงลม | 12,000 | เปลี่ยนมาแล้ว 3 ครั้ง |
| ค่ารถโรงพยาบาลมารับ | 400 | ไป-กลับ |
| ค่าอาหารที่ใช้ให้ทางสายยาง | 3.100 | 4 มื้อ × 25 บาท × 31 วัน |
| ค่าผ้าอ้อมผู้ใหญ่ | 400 | |
| ค่ากระดาษชำระ | 1,000 | |
| ค่าแป้งฝุ่น | 100 | |
| ค่าสบู่เหลว | 100 | |
| ค่าผ้าก๊อซ | - | เบิกได้ |
| โลชั่น | 150 | |
| ค่าจ้างหลานดูแลแทน | 400 | |
| ค่าสูญเสียของผู้ดูแลหลัก | 5,000 | วันละ 200 บาท × 25 วัน |
| ค่าสูญเสียรายได้ของผู้ดูแล | 3,000 | วันละ 200 บาท × 15 วัน |
| **รวม** | **60,600** | |
| **กรณีศึกษาที่ 6** | | |
| ค่ารักษาพยาบาล | - | ใช้สิทธิ์ข้าราชการของบุตร |
| ค่าเชื้อเพลิงพาหนะนำผู้สูงอายุจากบ้านไปโรงพยาบาล | 1,000 | นับระยะทางจากการที่บุตรเดินทางจากกรุงเทพฯถึงบ้านผู้สูงอายุและไปโรงพยาบาล (ไป-กลับ) เดือนละ 1 ครั้ง |
| ค่านวดตัว | 480 | 120 บาท × 4 ครั้ง ต่อเดือน |
| ค่าอาหาร | 1,550 | 50 บาท × 31 วัน |
| ค่าหมากพลู | 80 | 20 บาท × 4 ครั้ง ต่อเดือน |
| ค่าโทรศัพท์ | 300 | |
| ค่าไฟ | 100 | |
| ค่าน้ำ | 60 | |
| ค่าสูญเสียรายได้ของผู้ดูแล | 5,000 | วันละ 200 บาท × 25 วัน |
| **รวม** | **8,570** | |

| รายการ | บาท/เดือน | หมายเหตุ |
|---|---|---|
| **กรณีศึกษาที่ 7** | | |
| ค่ารักษาพยาบาล | - | ใช้สิทธิ์ข้าราชการของบุตร |
| ค่าเหมารถโรงพยาบาล | 300 | |
| ค่าผ้าอ้อมผู้ใหญ่ | 380 | |
| ค่าน้ำยาเช็ดช่องปาก | 150 | |
| ค่าสบู่ | 50 | |
| ค่าอาหาร | 1,550 | 50 บาท × 31 วัน |
| ค่าจ้างผู้ดูแลแทน | 300 | |
| ค่าสูญเสียรายได้ของผู้ดูแล | 5,000 | วันละ 200 บาท × 25 วัน |
| **รวม** | **7,730** | |
| **กรณีศึกษาที่ 8** | | |
| ค่ารักษาพยาบาล | - | ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า |
| ค่าผ้าอ้อมผู้ใหญ่ | 800 | 200 บาท ต่อ 7 วัน |
| ค่าเสื้อผ้า | 120 | |
| ค่าอาหาร | 1,860 | 60 บาท × 31 วัน (รวมผู้ดูแล) |
| ค่าเครื่องดื่ม (รังนก) | 2,480 | 1 ขวด × 80 บาท × 31 วัน |
| ค่าสูญเสียรายได้ของผู้ดูแล | 5,000 | วันละ 200 บาท × 25 วัน |
| **รวม** | **10,260** | |

จากการศึกษาทั้ง 8 กรณีศึกษา พบว่า ฐานะทางเศรษฐกิจมีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับภาระค่าใช้จ่ายของผู้สูงอายุ ซึ่งประกอบด้วย ครอบครัวที่มีฐานะทางเศรษฐกิจที่แตกต่างกัน คือ ครอบครัวที่มีฐานะค่อนข้างดี (กรณีศึกษาที่ 5) ครอบครัวที่มีฐานะปานกลาง (กรณีศึกษาที่ 2, 3, 6, 7, 8) ครอบครัวที่มีฐานะยากจน (กรณีศึกษาที่ 1 และ 4)

สำหรับค่าใช้จ่ายที่ผู้ดูแลและครอบครัวต้องรับผิดชอบในการดูแลผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่เป็นค่าอาหารและอาหารเสริมที่จัดเตรียมให้แก่ผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุใน 1 รายมีความจำเป็นต้องได้รับอาหารทางสายยางซึ่งค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 3,100 บาทต่อเดือน นอกจากนี้ในครอบครัวดังกล่าวจะมีค่าใช้จ่ายสูงเกี่ยวกับค่าอุปกรณ์ทางการแพทย์ ค่าใช้จ่ายในการเปลี่ยนอุปกรณ์ทางการแพทย์ต่างๆ ซึ่งครอบครัวต้องจ่ายหลายหมื่นบาทต่อปี แต่สำหรับผู้สูงอายุในครอบครัวที่ยากจน ดังกรณีศึกษาที่ 1 และ 4 นั้น พบว่า ผู้ดูแลต้องจำกัดงบประมาณค่าใช้จ่ายในการซื้ออาหารให้แก่ผู้สูงอายุ โดยใช้วิธีการซื้ออาหารมา 1 ชนิดแต่เก็บไว้กินหลายๆ มื้อ เนื่องจากในครอบครัวมีเงินไม่เพียงพอเพราะเงินส่วนใหญ่ได้นำไปใช้เป็นค่าเดินทางพาผู้สูงอายุไปโรงพยาบาล ฉะนั้นการมีรายได้ไม่เพียงพอในครอบครัว จึงส่งผลให้ผู้สูงอายุอยู่ในภาวะ

ทุพโภชนาการ โดยสังเกตได้จากลักษณะและชนิดของอาหารที่ผู้สูงอายุรับประทานอาหารในแต่ละมื้อ เช่น ปลาส้ม ของหมักดองต่างๆ เป็นต้น

นอกจากนี้การที่ผู้ดูแลพาผู้สูงอายุไปโรงพยาบาล จัดเป็นค่าใช้จ่ายที่สูงในทุกครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งในครอบครัวที่ต้องจ้าง/เหมารถญาติหรือเพื่อนบ้านไปส่งที่โรงพยาบาลเพราะไม่มีรถยนต์เป็นของตนเอง หากผู้สูงอายุครอบครัวใดเจ็บป่วยหลายครั้งใน 1 เดือน นั่นแสดงว่าผู้ดูแลและครอบครัวจำเป็นต้องเตรียมหาค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ดังเช่นในกรณีศึกษาที่ 4 ครอบครัวมีฐานะยากจน ผู้ดูแลต้องเสียค่ารถรับจ้างพาผู้สูงอายุไปส่งที่โรงพยาบาลไปกลับ 80 บาท หากต้องพาผู้สูงอายุไปที่คลินิกก็ต้องเหมารถไปกลับ ครั้งละประมาณ 350 บาทต่อครั้ง โดยการที่ผู้ดูแลเลือกพาผู้สูงอายุไปที่คลินิกนั้น เนื่องจากผู้ดูแลรายนี้มีภาวะหลังค่อมและขาพิการ เคลื่อนไหวร่างกายได้ลำบากและต้องดูแลผู้สูงอายุถึง 2 คนแต่เพียงลำพัง และตัวของผู้สูงอายุและผู้ดูแลเอง มีความเชื่อว่ายาจากแพทย์ที่คลินิกให้ผลดีกว่ายาจากโรงพยาบาลและมีการให้บริการที่รวดเร็วกว่า ซึ่งส่งผลให้ผู้ดูแลต้องใช้วิธีการกู้เงินหรือหยิบยืมเงินจากเพื่อนบ้านมาก่อน เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับบริการทางการแพทย์

อย่างไรก็ตาม การที่ผู้สูงอายุแต่ละรายเดินทางไปโรงพยาบาลในแต่ละครั้ง แม้ว่าผู้สูงอายุทุกรายจะไม่เสียค่าใช้จ่าย เนื่องจากผู้สูงอายุมีสิทธิตามหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือ ใช้การเบิกตามสิทธิข้าราชการของบุตร แต่ครอบครัวต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายอื่นๆ เพิ่มเติมที่นอกเหนือจากค่าพาหนะ อาทิ ค่าอาหารแก่ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวที่ต้องพาผู้สูงอายุมาส่งที่โรงพยาบาลในตัวจังหวัดและต่างจังหวัด การสูญเสียรายได้จากการทำงานเมื่อต้องหยุดงาน รวมถึงเมื่อผู้สูงอายุกลับมาพักฟื้นที่บ้านผู้ดูแลต้องจ้างคนมาดูแลแทนโดยค่าจ้างประมาณ 300 - 400 บาทต่อ 1 ครั้ง เป็นต้น

สำหรับผู้สูงอายุที่นอนติดเตียง ต้องช่วยเหลือในการทำความสะอาดร่างกายและการขับถ่าย ค่าใช้จ่ายที่ครอบครัวต้องจ่ายไปส่วนใหญ่เป็นสิ่งของเครื่องใช้ที่จำเป็นต้องใช้ทุกวัน วันละหลายๆ ครั้ง ได้แก่ ผ้าอ้อมผู้ใหญ่มีผู้สูงอายุใช้จำนวน 3 ราย เฉลี่ยค่าใช้จ่ายตั้งแต่ 380 – 800 บาทต่อเดือน ค่ากระดาษชำระเฉลี่ยตั้งแต่ 250-1,000 บาทต่อเดือน แป้งฝุ่นประมาณ100 บาท สบู่เหลวประมาณ 50–100 บาท โลชั่นประมาณ 150 บาท รวมถึงหมากพลู น้ำหวานในรายที่เป็น โรคเบาหวานประมาณ 20 – 400 บาทต่อเดือน

ค่าใช้จ่ายสิ่งของเครื่องใช้ที่จำเป็นข้างต้นนั้น แม้ว่าเมื่อพิจารณาสิ่งของเป็นรายชิ้นหรือต่อวัน ราคาอาจไม่สูงมากแต่หากรวมกันหลายๆชิ้น ต้องใช้เป็นจำนวนครั้งละมากๆ และใช้อย่างต่อเนื่องเป็นเวลานาน เช่น กระดาษชำระ ค่าอาหาร ฯลฯ ถือว่าเป็นภาระอันหนักอึ้งสำหรับผู้ดูแลที่ไม่มีรายได้และสมาชิกครอบครัวที่ต้องดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงเป็นระยะเวลานาน

### 3.7 การดูแลผู้สูงอายุของครอบครัว

การดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว นอกจากผู้ดูแลแล้ว คอบครัวยังได้รับความช่วยเหลือจากเครือข่ายอื่นๆ ดังนี้

**1) เครือข่ายจากญาติ**

ผู้ดูแลทั้ง 8 รายได้รับความช่วยเหลือจากเครือญาติของตน ได้แก่ ญาติที่เป็นพี่เป็นน้อง มากกว่ากลุ่มที่เป็นลุงป้าน้าอาและลูกของผู้ดูแล การได้รับความช่วยเหลือจากญาติเป็นสิ่งที่ผู้ดูแลมีความสุขมาก ญาติของผู้สูงอายุจะช่วยอยู่เป็นเพื่อนผู้สูงอายุ มาชวยพูดคุย และหาอาหารหรือขนมที่ผู้สูงอายุชอบรับประทานมาให้

**2) เครือข่ายเพื่อนและเพื่อนบ้าน**

ผู้ดูแลทั้ง 8 รายได้รับความช่วยเหลือจากเพื่อนและเพื่อนบ้าน บริการที่ได้รับจะเป็นการพาไปส่งโรงพยาบาล ขับรถให้ มาเยี่ยมบ้าน ชวนคุย อยู่เป็นเพื่อน และช่วยให้คำปรึกษา ช่วยตอนที่ผู้ดูแลไม่สบาย และให้ยืมเงิน

**3) เครือข่ายนักวิชาชีพ**

ผู้ดูแลทั้ง 8 ราย ได้รับความช่วยเหลือจากวิชาชีพ ได้แก่ พยาบาล พนักงานอนามัยที่เข้ามาเยี่ยมบ้าน ช่วยให้คำแนะนำในการดูแลสุขภาพพื้นฐาน ช่วยสอนในการทำแผล การป้อนอาหาร การฟื้นฟูอวัยวะส่วนต่างๆ และให้คำแนะนำในการช่วยเหลือผู้สูงอายุในเรื่องการดูแลแผลกดทับ การสังเกตอาการผิดปกติ และช่วยประสานการส่งต่อผู้สูงอายุไปรับบริการที่โรงพยาบาลศูนย์ กรณีที่มีความจำเป็น

ผู้สูงอายุที่ ต.บ้านแพ้ว ต.แม่พริก และ ต.ปากพูน ได้รับการเยี่ยมบ้านจากทีมพยาบาล ทีม HHC มาดูแลสม่ำเสมอ นอกจากนี้ ทีม HHC ยังช่วยในการฝึกอบรม ให้คำแนะนำ อสม. อผส.ในชุมชนในการเยี่ยมบ้านและช่วยบริการสุขภาพเบื้องต้นด้วย

**4) เครือข่ายชุมชน**

จากการศึกษาผู้ดูแลและผู้สูงอายุทุกรายพบว่าได้รับความช่วยเหลือจากอาสาสมัครในชุมชนเป็นประจำ อาสาสมัครในชุมชนในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) ซึ่งผ่านการอบรมความรู้จากสถานีอนามัยศูนย์อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุในชุมชน (ประสานงาน) หรือโรงพยาบาลโดยอาสาสมัครกลุ่มดังกล่าวทำหน้าที่ เข้าไปเยี่ยมบ้าน ไปพูดคุยทักทาย ให้กำลังใจ ให้คำแนะนำแก่ ผู้สูงอายุ ผู้ดูแลในการดูแลสุขภาพพื้นฐาน ช่วยลดความวิตกกังวลในการดูแล เนื่องจากอาสาสมัครทั้งสองกลุ่มเป็น

สมาชิกในสังคม บางคนเป็นเครือญาติ บางคนเป็นผู้นำกิจกรรม ผู้นำกลุ่ม เป็นที่รู้จักคุ้นเคย และบางรายมีบ้านอยู่ใกล้กัน เช่น ตำบลเขาสวนกวาง หรืออยู่ในหมู่บ้านหรือตำบลเดียวกัน เมื่ออาสาสมัครเข้าไปเยี่ยมบ้าน จะช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า ยังเป็นที่รู้จัก และมีคนนอกบ้านมาเยี่ยมมาคุยด้วย ทำให้มีอารมณ์สดชื่นขึ้น

อผส.ที่ตำบลแม่พริก เมื่อเข้ามาเยี่ยมบ้านจะช่วยพูดให้กำลังใจผู้สูงอายุ ช่วยออกกำลังกายยืดแขนยืดขา เปลี่ยนผ้าปูที่นอน ตากผ้าห่ม เปลี่ยนเสื้อผ้า บางรายช่วยให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแลในการไปพบแพทย์ หรือรับการตรวจรักษา และช่วยประสานสถานีอนามัยหรือโรงพยาบาล ส่งผู้สูงอายุไปรับการตรวจและรับยา นอกจากนี้ ต.ปากพูน ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีบทบาทเป็น อสม.อีกตำแหน่งหนึ่ง

นอกจากนั้นผู้นำชุมชน /องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ นายกองค์การบริหารส่วนตำบล และเจ้าหน้าที่ภายใน อบต. สมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบล (ส.อบต) ผู้ใหญ่บ้าน ผู้นำกลุ่มดังกล่าว จะมีบทบาทในการช่วยเหลือในด้านการจ่ายเบี้ยยังชีพ ไปเยี่ยมบ้าน และการสนับสนุนให้เจ้าหน้าที่ในสำนักงานเข้าไปติดตามดูแล บางพื้นที่เช่น อบต.ปากพูน ได้จัดสรรทุนสนับสนุนให้เด็กเยาวชนในพื้นที่ศึกษาด้านพยาบาล ให้ทุนการศึกษาเด็กนักเรียนเข้ามาทำหน้าที่ อสม.น้อย เข้าไปทำกิจกรรมในหมู่บ้านกับผู้สูงอายุ หรือกิจกรรมในชุมชนอื่นๆ เพื่อสร้างและปลูกฝังจิตสำนึกรักชุมชน และสนใจกิจกรรมต่างๆ ในชุมชน นอกจากนี้ อบต.ปากพูนยังได้จัดรถรับส่งผู้ป่วยฉุกเฉิน รวมทั้งผู้สูงอายุไปโรงพยาบาลใกล้เคียง

**3.8 ปัญหาของผู้ดูแล**

ในการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวประสบปัญหา ดังนี้

**1) ปัญหาด้านการขาดความรู้ในการดูแล**

มีผู้ดูแล 2 รายระบุว่าขาดความรู้เกี่ยวกับแนวทางการดูแลผู้สูงอายุ การออกกำลังกายในระดับมาก อีกจำนวนหนึ่ง ขาดความรู้เกี่ยวกับโรคต่างๆ ของผู้สูงอายุบ้างในระดับปานกลาง แต่มีเพียง 1 ราย ที่ผู้ดูแลกล่าวว่า ไม่มีปัญหาในเรื่องของความรู้ในการดูแล ซึ่งที่เป็นเช่นนี้ เนื่องจากครอบครัวมี HHC Worker มาให้คำแนะนำ และเยี่ยมผู้สูงอายุเป็นประจำ

**2) ปัญหาด้านเศรษฐกิจของผู้ดูแล**

นับเป็นปัญหาที่ผู้ดูแลส่วนใหญ่ได้ระบุว่า กระทบต่อการดูแลและการดำรงชีพ โดยมีผู้ดูแลถึง 3 ราย ที่ระบุว่า ครอบครัวมีปัญหาด้านนี้ระดับมาก และอีก 3 ราย ที่ระบุว่ามีปัญหาในบางครั้ง สามารถช่วยเหลือตนเองได้อย่างจำกัดมีเพียง 2 ราย ที่ไม่มีปัญหาเนื่องจาก พี่-น้อง-สามี สามารถประกอบอาชีพได้และตนมีเงินเก็บเพียงพอ นอกจากนี้ ผู้ดูแล 4 รายได้ระบุถึง

ปัญหาด้านเศรษฐกิจเพิ่มเติมว่าต้องรับภาระในการใช้จ่ายเงินในการดูแลผู้สูงอายุและรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในบ้านหลายอย่าง ไม่ว่าจะเป็นค่าอาหาร ค่าเล่าเรียนของลูก และอื่นๆ

ในด้านผู้ช่วยเหลือด้านการเงินนั้น ผู้ดูแลที่มีผู้ช่วยเหลือมีจำนวน 3 ราย นอกจากนั้น ขาดผู้ช่วยเหลือ โดยผู้ที่ขาดผู้ช่วยเหลือระดับมากมี 1 ราย

**3) ปัญหาด้านสุขภาพกายและจิตของผู้ดูแล**

เนื่องจากผู้ดูแลที่ศึกษาเป็นทั้งผู้สูงอายุและผู้ที่มีปัญหาทางด้านร่างกายและการเจ็บป่วย เมื่อรับภาระในการดูแลผู้สูงอายุ พบว่า ผู้ดูแลที่มีปัญหาสุขภาพระดับมาก 2 ราย คือ มีอาการปวดศีรษะ เป็นไข้ ไม่สบาย และปวดหลัง อีก 2 ราย มีอาการเช่นเดียวกันแต่ไม่บ่อยนัก มีเพียง 1 รายที่ไม่มีปัญหาด้านสุขภาพ แต่ผู้ดูแลทั้งหมดได้กล่าวว่า การดูแลผู้สูงอายุทำให้เกิดความรู้สึกเหน็ดเหนื่อยค่อนข้างมาก

ส่วนปัญหาด้านสุขภาพจิตนั้น ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีภาวะอารมณ์และจิตใจปกติ มีบ้างที่วิตกกังวลกับสุขภาพของตนเอง โดยเฉพาะผู้ดูแลที่เจ็บป่วย มีความวิตกกังวลเกิดขึ้นทุกวัน และมี 3 รายที่มีความวิตกกังวลในสุขภาพของตนสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง ความวิตกกังวลที่ผู้ดูแลได้สนทนาด้วยถัดมาคือ วิตกกังวลกลัวไม่มีเงินใช้จ่ายเพียงพอ โดยมีประมาณ 4 ราย นอกนั้น มี 1 ราย ที่วิตกกังวลว่าจะไม่มีความรู้เพียงพอที่จะดูแลผู้สูงอายุได้ มีข้อน่าสังเกตที่พบว่า มีผู้แล 2 ราย ที่ระบุว่าต้องแอบร้องไห้อยู่เป็นประจำ เนื่องจากต้องรับภาระการดูแล และความสงสารผู้สูงอายุ

**4) ปัญหาการขาดแคลนพาหนะในการเดินทาง**

การขาดแคลนพาหนะในการเดินทางเพื่อนำผู้สูงอายุไปโรงพยาบาล เป็นปัญหาที่ผู้ดูแลเกือบทุกราย (6 ราย) ระบุว่า เป็นปัญหาถึงแม้บางพื้นที่มีบริการจากชุมชนและโรงพยาบาลก็ตาม แต่ขาดความสะดวกและการรอคอยเป็นเวลานาน มีเพียง 2 รายที่ไม่พบปัญหาทางด้านนี้

**5) ปัญหาการขาดอุปกรณ์เสริมในการดูแล**

อุปกรณ์เสริมในการดูแล ได้แก่ ไม้เท้า รถเข็น อุปกรณ์ช่วยเดิน ในการดูแลนั้น มีผู้ดูแล 3 รายที่ระบุว่า มีปัญหารุนแรง เนื่องจากยากจนไม่สามารถซื้ออุปกรณ์เสริมได้ ต้องประยุกต์เองตามมีตามเกิดและมี 3 รายที่สามารถจัดหาอุปกรณ์ทุกอย่างได้ด้วยตนเอง นอกนั้นมีปัญหาเช่นกันแต่ในระดับน้อย

### 3.9 ความต้องการของผู้ดูแล

ความต้องการของผู้ดูแล สอดคล้องกับสภาพปัญหาในการดูแลที่กล่าวข้างต้น ซึ่งผู้ดูแลส่วนใหญ่ต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุทุกๆ ด้าน มี 1 รายที่ต้องการความรู้เกี่ยวกับโภชนาการที่เหมาะสม สิ่งที่เป็นความต้องการร่วมของผู้ดูแล คือ ข้อมูลเกี่ยวกับโรคที่ผู้สูงอายุเป็นอยู่ อาการ และลักษณะการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากโรคนั้นๆ รวมทั้งแนวทางในการให้ความช่วยเหลือ เมื่อผู้สูงอายุเจ็บป่วยฉุกเฉิน

สิ่งที่ต้องการอันดับถัดมา คือ สิ่งอำนวยความสะดวกและอุปกรณ์ที่ช่วยในการดูแล เช่น รถเข็น อุปกรณ์ช่วยเดิน อุปกรณ์ช่วยฟัง เสื้อผ้า เครื่องกันหนาว นอกจากนั้น เป็นความต้องการด้านการเงิน เช่น เบี้ยยังชีพที่เพิ่มจำนวนขึ้น ค่าอาหาร ค่าเสื้อผ้า และค่าเดินทางไปพบแพทย์ เป็นต้น

ความต้องการสนับสนุนด้านจิตใจ เป็นสิ่งหนึ่งที่ผู้ดูแลมีความต้องการ คือ ต้องการที่พึ่งทางใจทั้งเมื่อมีความทุกข์และเมื่อผู้สูงอายุเจ็บป่วย รวมทั้งเจ็บป่วยหนักด้วย โดยบุคคลที่ผู้ดูแลต้องการให้มาช่วยดูแลผู้สูงอายุนั้น ส่วนมากต้องการให้สมาชิกในครอบครัวมาช่วยบ้าง มาเปลี่ยนเวร มาแวะคุย หรืออยู่เป็นเพื่อน ต้องการมีบุคลากรทางการแพทย์ช่วยดูแลบางครั้ง โดยระบุว่า “เดือนละครั้งก็ยังดี” ส่วนอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุนั้น ครอบครัวต้องการไม่มากนัก เช่นเดียวกับกลุ่มเพื่อนบ้าน/เพื่อน ที่จะมาช่วยแบ่งเบาภาระการดูแล พบว่าผู้ดูแลต้องการน้อยที่สุด

สิ่งที่ควรให้ความสนใจเป็นพิเศษ และน่าจะเป็นบริการที่สามารถจัดหาได้ให้แก่ผู้สูงอายุได้ง่าย คือ การสนับสนุนอาหารให้แก่ผู้สูงอายุที่มีฐานะไม่ดีได้รับประทาน โดยอาหารควรสอดคล้องกับสภาพร่างกายและภาวะโรคของผู้สูงอายุด้วย

ในส่วนความต้องการที่เกี่ยวกับผู้ดูแลโดยตรงเช่น เวลาสำหรับพักผ่อน เวลาไปสังสรรค์กับผู้อื่นนั้น ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความต้องการน้อยที่สุด ถึงแม้ว่าตนเองเจ็บป่วยก็ตามคิดว่าไม่จำเป็นมากนัก

### 3.10 ความภาคภูมิใจในการดูแล

ผู้ดูแลส่วนใหญ่ เห็นว่าการดูแลบิดามารดาของตนเองก่อให้เกิดความภาคภูมิใจ ทำให้ตนได้รับความชื่นชม และเห็นความสำคัญจากบุคคลรอบข้าง คำชื่นชมเหล่านี้ทำให้ผู้ดูแลเกิดความ ภาคภูมิใจว่าตนเองได้ทำในสิ่งที่สำคัญ ซึ่งนับว่าเป็นการให้รางวัลสำหรับชีวิตของผู้ดูแล

**จากภาพรวมสะท้อนให้เห็นว่าตัวแบบการดูแลที่ดีในครอบครัวนั้น มีหลักพื้นฐานสำคัญที่เริ่มต้นมาจากค่านิยม ความกตัญญูของผู้ดูแลที่ให้คุณค่า และความสำคัญต่อผู้สูงอายุ โดยค่านิยมและความกตัญญูดังกล่าวได้แสดงออกมาในรูปแบบ**

**ของพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีวิธีการและเทคนิคการดูแลที่มีความแตกต่างหลากหลายตามวัฒนธรรมชุมชนในแต่ละท้องถิ่น แต่ผู้ดูแลแต่ละรายล้วนมีจุดมุ่งหมายเดียวกันคือ การดูแลเพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งในด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม จิตใจและจิตวิญญาณ และเพื่อให้ผู้สูงอายุอยู่เป็นร่มโพธิ์ ร่มไทรให้กับครอบครัวให้ได้นานที่สุดเท่าที่กระทำได้ นอกจากนี้การศึกษาตัวแบบการดูแลที่ดีในครอบครัวนี้ ยังสะท้อนให้เห็นว่าค่านิยม ความกตัญญูและการช่วยเหลือเกื้อกูลกันระหว่างเครือญาติและคนในชุมชนตามแบบประเพณี วัฒนธรรมของคนไทยยังคงดำรงอยู่ในสังคมไทย**

# บทที่ 4
# การดูแลผู้สูงอายุที่ดีของชุมชนชนบทไทย

การศึกษาตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของชุมชนชนบทไทย คณะผู้วิจัยได้ศึกษา โดยใช้วิธีศึกษาข้อมูลจากเอกสารและแหล่งข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ การสัมภาษณ์ และการสนทนากลุ่มกับผู้ที่มีบทบาทในการกำหนดนโยบาย จัดบริการ และให้บริการในชุมชน ซึ่งได้แก่ นายอำเภอ นายกองค์การบริหารส่วนตำบล ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล สมาชิกชมรมผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย พยาบาลชุมชน พยาบาล Home Health Care และอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) และอาสาสมัครขององค์กร มูลนิธิ และเครือข่ายศาสนา และผู้สูงอายุในชุมชน รวมทั้งการสังเกตในสถานการณ์จริง ผลการศึกษาปรากฏรายละเอียดของ 4 พื้นที่ ดังนี้

## กรณีศึกษาที่ 1 ตำบลบ้านแพ้ว อำเภอบ้านแพ้ว จังหวัดสมุทรสาคร

จากการสนทนากลุ่มกับผู้ที่มีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ได้แก่ ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล สมาชิกชมรมผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้สูงอายุในพื้นที่ และการสัมภาษณ์พยาบาล Home Health Care จากโรงพยาบาลบ้านแพ้วที่รับผิดชอบการจัดบริการสุขภาพประชาชนในตำบลบ้านแพ้ว ได้ข้อมูลดังนี้

### 1. ลักษณะทางกายภาพของตำบล

ตำบลบ้านแพ้ว เป็นตำบลหนึ่งใน 12 ตำบลของอำเภอบ้านแพ้ว จังหวัดสมุทรสาคร มีเนื้อที่ 20.01 ตารางกิโลเมตร อาณาเขตทางทิศเหนือติดต่อกับเขตตำบลตลาดจินดา จังหวัดนครปฐม ทิศใต้ติดต่อกับเขตตำบลหลักสาม ทิศตะวันออกติดต่อกับเขตตำบลหลักสอง และทิศตะวันตก ติดต่อกับเขตตำบลหนองหัว อำเภอบ้านแพ้ว

**แผนที่แสดงอาณาเขตตำบลบ้านแพ้ว**

**การปกครองโดยองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านแพ้ว** ซึ่งเป็นองค์กรขนาดกลาง ได้รับการจัดตั้งตามประกาศกระทรวงมหาดไทย วันที่ 16 ธันวาคม พ.ศ. 2539 พื้นที่รับผิดชอบครอบคลุมตำบลบ้านแพ้วนอกเขตเทศบาลตำบลบ้านแพ้ว 10 หมู่บ้าน ได้แก่ หมู่ที่ 2 บ้านหนองบัว หมู่ที่ 3 บ้านดอนวัว หมู่ที่ 4 บ้านปลายคลองตาปลั่ง หมู่ที่ 5 บ้านกลางคลองตาปลั่ง หมู่ที่ 7 บ้านรางป่ากล้วย หมู่ที่ 8 บ้านไทรทอง หมู่ที่ 9 บ้านศรีพิพัฒน์ หมู่ที่ 10 บ้านใหม่คลองดำเนิน และบางส่วนของหมู่ที่ 1 บ้านคลองแพ้ว และหมู่ที่ 6 บ้านคลองใหญ่ รวม 1,963 ครัวเรือน ปี 2551 มีจำนวนประชากรที่อาศัยอยู่จริง ทั้งหมด 6,033 คน เป็นชาย 2,879 คน หญิง 3,154 คน ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 26 - 49 ปี คิดเป็นร้อยละ 42 ของประชากรทั้งหมด

**ตารางแสดง ประชากรของตำบลบ้านแพ้วที่อาศัยอยู่จริงจำแนกตามช่วงอายุและเพศ**

| อายุ | จำนวนคนในครัวเรือน (คน) | | |
|---|---|---|---|
| | รวม | ชาย (คน) | หญิง(คน) |
| น้อยกว่า 1 ปี | 24 | 11 | 13 |
| 1 - 2 ปี | 66 | 38 | 28 |
| 3 - 5 ปี | 201 | 99 | 102 |
| 6 - 11 ปี | 472 | 240 | 232 |
| 12 - 14 ปี | 275 | 137 | 138 |
| 15 - 17 ปี | 298 | 154 | 144 |
| 18 - 25 ปี | 763 | 351 | 412 |
| 26 - 49 ปี | 2,526 | 1,223 | 1,303 |
| 50 - 60 ปี | 811 | 363 | 448 |
| มากกว่า 60 ปีขึ้นไป | 597 | 263 | 334 |
| รวม | 6,033 | 2,879 | 3,154 |

ที่มา : ศูนย์ข้อมูลเพื่อการพัฒนาชนบท กองวิชาการและแผนงาน กรมการพัฒนาชุมชน กระทรวงมหาดไทย, รายงานผลข้อมูลความจำเป็นพื้นฐานระดับครัวเรือน ปี 2551

**สภาพทั่วไปของชุมชน**

ประชากรในพื้นที่ประกอบอาชีพ ทำนาข้าว ทำสวนผลไม้ ทำสวนกล้วยไม้ ทำสวนพืชผักนาชนิด และเลี้ยงปลา (ปลาช่อนและปลาสลิด) เลี้ยงกุ้ง ผลิตผลทางการเกษตรที่สำคัญ ได้แก่ มะพร้าวน้ำหอม มะนาว องุ่น ฝรั่ง ชมพู่ แก้วมังกร เป็นต้น

**วิถีชีวิตของชุมชน**

“มะนาวน้ำดี มากมีองุ่น หอมกรุ่นกลิ่นมะพร้าว ดงชาวรามัญ” เป็นคำขวัญประจำตำบลบ้านแพ้ว สะท้อนให้เห็นถึงวิถีชีวิตชุมชน ที่ยังเป็นสังคมเกษตรกรรม ทำสวนมะนาว ทำไร่องุ่น และมีมะพร้าวมากมายในพื้นที่ ประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลบ้านแพ้วมีหลายกลุ่มชน ซึ่งกลุ่มใหญ่ ๆ ได้แก่ เชื้อชาติไทย เชื้อชาติรามัญ (มอญ) เชื้อชาติจีน และเชื้อชาติไทย ประชากรในตำบลบ้านแพ้ว ร้อยละ 90 มีเชื้อสายรามัญ และนับถือพุทธศาสนา ดำเนินชีวิตแบบชาวไทยภาคกลางทั่วไป และประเพณีของชาวมอญรามัญ มีวัฒนธรรมเคารพนับถือผู้ใหญ่ มีความสามัคคี รักใคร่เอื้ออาทรต่อกัน เทศกาลปีใหม่จะมีกิจกรรมทำบุญขึ้นปีใหม่ที่ศาลาอเนกประสงค์ของหมู่บ้านเป็นประจำทุกปี เทศกาลสงกรานต์ จะจัดประเพณีรดน้ำผู้สูงอายุเป็นประจำทุก ๆ ปีเช่นกัน

**สภาพปัญหาของผู้สูงอายุในชุมชน**

ปัญหาที่สำคัญของผู้สูงอายุในตำบลบ้านแพ้ว คือ ปัญหาสุขภาพ กล่าวคือ ผู้สูงอายุในตำบลป่วยเป็นโรคความดัน เบาหวาน อัมพฤกษ์ อัมพาต หลอดเลือดในสองตีบ ถุงลมโป่งพอง จำนวนมาก นอกจากนี้ ปัญหาการขาดผู้ดูแลในเวลากลางวัน เนื่องจากสมาชิกในครอบครัวไปประกอบอาชีพนอกชุมชน และเด็กเยาวชนไปโรงเรียน ทำให้ผู้สูงอายุอยู่กับบ้านเพียงลำพังมีสภาพค่อนข้างเหงา

**ทัศนะต่อการดูแลผู้สูงอายุที่ดีในครอบครัว**

เนื่องจากประชากรส่วนใหญ่ในตำบลบ้านแพ้ว สืบเชื้อสายชนชาติรามัญ (มอญ) ซึ่งมีค่านิยมที่สำคัญเกี่ยวกับดูแลบุพการี ซึ่งครอบครัวจะต้องมีลูกหนึ่งคน (โดยเฉพาะลูกคนสุดท้อง) ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ ทำให้ในพื้นที่นี้ครอบครัวยังทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวของตนเองอยู่ ไม่มีการทอดทิ้งผู้สูงอายุ ดังประโยคในการสนทนาที่ว่า

*“ก็ต้องอยู่ดูแลคนหนึ่ง ไม่ทอดทิ้ง รามันไม่เคยทอดทิ้งผู้ใหญ่ ยังไงแม่ก็ไม่ยอมให้อด ลูกอดก็อดไป”*

*“รามันต้องดูแล จะอดก็อดไป”*

*“ยังไงก็ไม่ทอดทิ้ง ถึงลูกจะไปไหนก็ต้องเหลือที่บ้านไว้คนหนึ่งแล้วแต่ความสะดวกของครอบครัว”*

*“ไม่ทอดทิ้ง ทูนเหนือหัวเลย พ่อแม่”*

ครอบครัวและชุมชนดูแลผู้สูงอายุดีด้วยวัฒนธรรม ด้วยสิ่งที่หล่อหลอมกันมาจากเชื้อสายของชุมชน โดยเฉพาะความเป็นชาวรามัญ

**2. สถาบันที่จัดบริการสำหรับผู้สูงอายุ**

สถาบันในชุมชน ประกอบด้วย สถาบันภาครัฐ เอกชน และภาคประชาชน ซึ่งต่างมีบทบาทในการจัดบริการสำหรับประชาชนในชุมชนทุกวัยรวมทั้งผู้สูงอายุด้วย ในตำบลบ้านแพ้วมีสถาบันที่ดำเนินการ ดังนี้

**2.1 โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน)** เป็นโรงพยาบาลชุมชน ขนาด 180 เตียง มีบทบาทหน้าที่สำคัญในการให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชาชนในพื้นที่อำเภอบ้านแพ้ว รวมถึงกลุ่มผู้สูงอายุภายในตำบล โดยมีฐานะเป็นสถานบริการปฐมภูมิของประชาชนในตำบล จึงเป็นผู้ให้บริการดูแลผู้สูงอายุโดยตรง การให้บริการที่โรงพยาบาลมีตั้งแต่บริการตรวจรักษาโรคทั่วไป อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน และบริการผ่าตัดฉุกเฉิน รวมถึงบริการคลินิกพิเศษ

เฉพาะทาง ได้แก่ คลินิกกุมารเวชกรรม คลินิกศัลยกรรม คลินิกกระดูก คลินิกหู-คอ-จมูก คลินิกสูติ-นรีเวชกรรม คลินิก ENT คลินิกจักษุ คลินิกเบาหวาน คลินิกโรคหัวใจ คลินิกไต คลินิกโรคไทรอยด์ คลินิก COPD คลินิก TB คลินิกทันตกรรม คลินิกกายภาพบำบัด และคลินิกให้คำปรึกษา HIV

การดูแลผู้สูงอายุในชุมชนหรือที่บ้าน โรงพยาบาลจัดแบ่งทีมให้บริการ 2 ทีม คือ

**1) ทีมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค** จะให้บริการด้านส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ทำการประเมินความเสี่ยงว่าผู้สูงอายุมีโอกาสเป็นเจ็บป่วย โดยมีพยาบาลวิชาชีพจากโรงพยาบาลไปให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพ รวมถึงการประสานต่อ เพื่อให้ความช่วยเหลือต่างๆ *“ไปดูไปประเมิน ดูว่ามีความเสี่ยงต่อหัวใจหรือหลอดเลือดหรือเปล่า ไปดูว่าต้องการความช่วยเหลืออะไรบ้าง”*

**2) ทีมดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care)** เป็นทีมที่ขึ้นอยู่กับฝ่ายส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ซึ่งจะให้บริการการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านโดยเฉพาะ โดยเป็นผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยมารักษาที่โรงพยาบาลแล้วกลับไปรักษาตัวที่บ้าน โดยทีมจะตามไปดูแลต่อที่บ้าน และสอนให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้สูงอายุอย่างถูกต้อง รวมถึงการประเมินการให้ความช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ เช่น รถเข็น ถังออกซิเจน *“ไปเยี่ยมบ้านและประเมินว่า ผู้สูงอายุมีความจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ช่วย เช่น รถเข็น อุปกรณ์เครื่องช่วยเดิน ถังออกซิเจน โรงพยาบาลจะมีบริการให้”*

**2.2 ศูนย์ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตำบลบ้านแพ้ว** เป็นศูนย์เครือข่ายของโรงพยาบาลบ้านแพ้ว ซึ่งเปิดเมื่อ วันที่ 12 มิถุนายน 2551 เพื่อที่จะให้บริการแก่ผู้ป่วยโดยเฉพาะผู้สูงอายุบ้านแพ้ว ที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ได้รับบริการที่สะดวก และรวดเร็ว โดยไม่จำเป็นต้องเดินทางไปยังโรงพยาบาล โดยมีแพทย์ที่เชี่ยวชาญเภสัชกร พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ประจำอยู่ที่ศูนย์นี้

**2.3 วัด** วัดเป็นศูนย์รวมจิตใจของผู้สูงอายุในตำบลจะเห็นได้จากคำกล่าวที่ว่า *“โดยพื้นเพ คนที่นี่ (บ้านแพ้ว) ผู้สูงอายุจะไปทำบุญเป็นประจำอยู่แล้ว นอกจากไม่ไหวจริงๆ ถึงไม่ไปทำบุญ ถือศีล นอนค้างวัดกันอยู่แล้ว” “ส่วนมากทุกคนจะไปทำบุญ ทุกวันพระ”* นอกจากนี้ วัดยังสนับสนุนการทำกิจกรรมของผู้สูงอายุ โดยเปิดพื้นที่ให้ผู้สูงอายุไปทำกิจกรรม หรือสามารถใช้เป็นที่ประชุมได้ *“เจ้าอาวาส จัดสถานที่ให้โรงพยาบาลสามารถที่จะทำกิจกรรมอะไร ก็ให้ไปทำตรงนั้นได้เลย“*

**2.4 ชมรมผู้สูงอายุ** ชมรมผู้สูงอายุของบ้านแพ้ว มี 2 ชมรม ได้แก่ 1 ชมรมผู้สูงอายุบ้านแพ้ว 2 ชมรมผู้สูงอายุไทยรัฐ กิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ เดือนหนึ่งจะมาทำกิจกรรม ออกกำลังกาย ตรวจสุขภาพ โดยทั่วไปไม่มีบทบาทต่อผู้สูงอายุมากนัก

**2.5 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)** มีบทบาทเป็นผู้ช่วยประสานงานกับหน่วยงานอื่น อสม.ตำบลบ้านแพ้ว อสม. มีบทบาททางด้านสาธารณสุขมูลฐาน เช่น การดูแลด้านสุขภาวะแวดล้อม เช่น สำรวจดูแลลูกน้ำยุงลาย การกระจายข่าวสารความรู้สุขภาพต่างๆ เช่น รณรงค์มะเร็งเต้านม เป็นต้น อย่างไรก็ตาม ประชาชนในตำบลบ้านแพ้วมีการจัด **“ทีมจิตอาสา”** ส่วนมากเป็นแม่บ้านที่เกษียณ โดยไปเยี่ยมให้กำลังใจ บางครั้งก็จะไปทำความสะอาดบ้านให้แก่ผู้สูงอายุ

## 3. บริการสำหรับผู้สูงอายุในครอบครัว

บริการที่ครอบครัวได้รับ เพื่อสนับสนุนในการดูแลผู้สูงอายุ มีดังนี้

### 3.1 บริการจากเพื่อนบ้าน

วิถีชีวิตของคนบ้านแพ้ว เป็นคนซึ่งใช้ชีวิตเรียบง่าย เป็นสังคมค่อนข้างกึ่งชนบทอยู่แบบพึ่งพาอาศัยกัน เอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ มีความรักความผูกพันแบบเครือญาติ และยังยึดมั่นในขนบธรรมเนียมประเพณี ผู้สูงอายุในชุมชนบ้านแพ้วจึงได้รับการดูแลช่วยเหลือเป็นอย่างดีจากครอบครัว

*“ส่วนมากก็ไม่ค่อยจะมี เพราะส่วนมากลูกหลานก็จะดูแลดีกันอยู่แล้ว เขาจะไม่ทอดทิ้ง”*

*“ถ้าครอบครัวไหนไม่สามารถจะดูแลผู้สูงอายุ คนในชุมชนจะมาช่วยกันดูแล ในฐานะที่เป็นสมาชิกคนหนึ่งในชุมชนต้องดูแลกัน”*

*“อยู่ชุมชนเดียวกันไม่ใช่ญาติ ก็เหมือนญาติ”*

หากมีผู้สูงอายุในชุมชนบ้านแพ้วคนใดเจ็บป่วย คนในชุมชนเมื่อทราบข่าวก็จะไปเยี่ยม ไปให้กำลังใจแก่ผู้สูงอายุ และอาจมีการพักค้างคืน

*“สมมติว่ายาย แกไม่สบายนะนอนอยู่บ้านเป็นเดือนอย่างนี้ ก็จะมีคนไปเยี่ยมกันตลอด ถ้ารู้ว่าป่วยเขาก็จะไปดูแล ไปให้กำลังใจ ไปนอนค้าง”*

*“พอรู้ข่าวก็ไป ไม่สบายมากแล้ว ก็จะไปเยี่ยมกัน”*

เช่นเดียวกัน ผู้สูงอายุที่ป่วยและรักษาตัวที่โรงพยาบาล ญาติของผู้สูงอายุได้มาอยู่เฝ้า โดยสลับเปลี่ยนกันอยู่ดูแลตลอดเวลา และเมื่อคนในชุมชนทราบข่าวก็ได้ไปเยี่ยมอาการและอยู่เฝ้าเป็นเพื่อนญาติผู้สูงอายุ

*"โรงพยาบาลเนี่ย คนป่วยน้อยกว่าคนไม่ป่วย" คือ คนที่มาเฝ้าจะเยอะมากกว่าคนป่วย โดยเฉพาะห้อง ICU จะมานอนเฝ้ากันเต็ม นอนปูเสื่อกัน คนที่มีงานทำก็ทำไป แต่ก็ญาติกัน เขาจะหมุนเวียนเปลี่ยนกัน"*

*"คนไม่สบายเจ็บไข้นอนอยู่บ้านทั้งหมดไม่ว่าจะเป็นหมู่ 4 หมู่ 5 หมู่ 9 หมู่ 7 อะไรอย่างนี้ ถ้ารู้ข่าวนะก็จะมาเยี่ยมกัน มานอนเฝ้า"*

หากคนในชุมชนมีความเดือนร้อนขัดสน จะช่วยเหลือกันไม่แยกว่าต้องเป็นวัยใด แต่สำหรับผู้สูงอายุที่ใกล้เสียชีวิต คนในชุมชนก็จะมาอยู่ช่วยเหลือ ทั้งให้กำลังใจ ให้คำปรึกษา และเมื่อผู้สูงอายุเสียชีวิตลง ก็จะช่วยงานศพด้วย

*"เราให้ความสำคัญเหมือนกันหมดเลย ถ้าบ้านนี้ขัดสนหน่อย มีข้าวสารมีอะไรก็เอาไปให้ ถ้าเกิดคนแก่สักคนใกล้สิ้นชีวิตแล้ว มากันตั้งแต่เช้าบางทีก็อยู่ 3 วัน 3 คืนเลย มาให้กำลังใจกัน มาปรึกษากัน คอยไปมาถามข่าวคราวว่าเป็นไงบ้าง พอสิ้นชีวิตก็ช่วยจัดงานศพ ถ้าจนจริงๆไม่ต้องกลัว ของเหลือเพียบเลย เรื่องงานศพช่วยกันเต็มที่ ค่าโลง ทุกอย่างช่วยกันออก"*

นอกจากนี้ ผู้สูงอายุที่อยู่ลำพัง เพื่อนบ้านจะให้การช่วยเหลือดูแลความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุนั้น เช่น การทำอาหารไปให้ทาน ไปทำความสะอาดบ้าน เป็นต้น

*"เพื่อนบ้าน ก็จะเอาอาหารไปให้เพื่อนบ้านทำให้ แล้วก็จะเอาไปให้คุณยายนะค่ะ เพราะลำพังเขาอยู่คนเดียว เขาก็ทำไม่ไหว"*

**3.2 บริการจาก อบต.บ้านแพ้ว**

องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านแพ้ว จัดทำนโยบายโดยให้สภาองค์การบริหารส่วนตำบล (ส.อบต) เป็นวางโยบาย โดยอ้างอิงจากนโยบายส่วนกลาง และศึกษาจากปัญหาของชุมชน ส่วนการปฏิบัติงานได้มีการจัดทำเป็นแผนงานสังคมสงเคราะห์

การแบ่งหน้าที่ในการดำเนินงานให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุในพื้นที่ แบ่งหน้าที่ตามโครงสร้างขององค์กร คือ สำนักปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล มีหน้าที่รับผิดชอบเกี่ยวกับการบริหารงานทั่วไป ส่วนการคลังมีหน้าที่รับผิดชอบเกี่ยวกับการเงิน ส่วนโยธามีหน้าที่รับผิดชอบเกี่ยวกับงานด้านวิศวกรรม โดยจัดให้มีเจ้าหน้าที่ตามตำแหน่ง 1 คน หรือมีผู้ที่ได้รับ

มอบหมายให้ปฏิบัติงาน โดยออกเป็นคำสั่งของหน่วยงานในการมอบหมายงาน บทบาทของ อบต.บ้านแพ้ว ด้านการดูแลผู้สูงอายุในตำบลบ้านแพ้วมีไม่มากนัก เนื่องจากทำข้อตกลงกับโรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์กรมหาชน) เพื่อให้โรงพยาบาลที่ทำหน้าที่รับผิดชอบการจัดบริการสาธารณสุขโดยตรง อบต.จัดสรรงบประมาณดำเนินโครงการต่างๆ ด้านผู้สูงอายุ ได้แก่ โครงการเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ โครงการเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุที่พิการสนับสนุนศูนย์สุขภาพตำบล กิจกรรมวันผู้สูงอายุ โครงการอุดหนุนศูนย์สามวัยสนับสนุนอาสาสมัครในการดูแลผู้สูงอายุและคนพิการ และการสนับสนุนโรงพยาบาลบ้านแพ้ว นอกจากนี้ยังจัดบริการผู้สูงอายุ ได้แก่ การอบรมให้ความรู้และฝึกอบรมวิชาชีพ จัดกิจกรรมรวมกลุ่มลักษณะเครือข่ายหรือชุมชน จัดหาวิทยากรให้ความรู้

**ค่าใช้จ่ายในการดำเนินงานผู้สูงอายุ ของ อบต.บ้านแพ้ว**

| รายการ/โครงการ | | งบประมาณ | จ่ายจริง |
|---|---|---|---|
| 1. | โครงการเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ | 1,200,000 | 1,200,000 |
| 2. | โครงการเบี้ยยังชีพคนพิการ (ที่เป็นผู้สูงอายุ) | 186,000 | 186,000 |
| 5. | เงินสนับสนุนศูนย์สุขภาพตำบล | 100,000 | 100,000 |
| 6. | เงินจัดกิจกรรมวันผู้สูงอายุ | 130,000 | 130,000 |
| 7. | เงินโครงการที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุ<br>7.1 โครงการอุดหนุนศูนย์สามวัย | 100,000 | 100,000 |
| 8. | ค่าตอบแทนโครงการอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ | - | - |
| 9. | ค่าสนับสนุนอาสาสมัครในการดูแลผู้สูงอายุ และคนพิการ | 140,000 | 140,000 |
| 10. | อื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง<br>10.1 สนับสนุน รพ.บ้านแพ้ว | 166,400 | 166,400 |
| | **รวม** | **2,022,400** | **2,022,400** |

### 3.3 บริการจากโรงพยาบาลบ้านแพ้ว

โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์กรมหาชน) เป็นโรงพยาบาลที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ตำบลบ้านแพ้ว ในฐานะที่แปรรูปเป็นองค์กรมหาชน เป็นโรงพยาบาลในกำกับของรัฐ กล่าวคือ ยังคงเป็นโรงพยาบาลของรัฐ ไม่ใช่เอกชนที่ค้ากำไร และยังคงได้รับงบประมาณอุดหนุนจากรัฐ โดยที่งบประมาณที่โรงพยาบาลบ้านแพ้วได้รับจะจ่ายสำหรับบริการสาธารณสุขทั้งอำเภอ ได้แก่ บริการของโรงพยาบาลบ้านแพ้ว และสถานีอนามัยทุกแห่งในอำเภอ โดยโรงพยาบาลจะจ่ายค่าบริการตามอัตราที่กำหนดร่วมกันโรงพยาบาลและสถานีอนามัย

โรงพยาบาลบ้านแพ้ว กำหนดพันธกิจ 4 ประการ คือ

1. สร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคแก่ประชาชนในพื้นที่
2. ให้การรักษาพยาบาลโดยมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
3. ฟื้นฟูสภาพทั้งร่างกายและจิตใจ
4. เป็นแหล่งแลกเปลี่ยนเรียนรู้ขององค์กรและสถาบันต่างๆ

พันธกิจแรกที่โรงพยาบาลให้ความสำคัญ คือ *"สร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคแก่ประชาชนในพื้นที่"* ฝ่ายที่รับผิดชอบผู้สูงอายุโดยตรง คือ ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยมีหน้าที่ดูแลเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้ที่มีความเสี่ยงต่อโรคต่าง เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ทั้งในและนอกโรงพยาบาล นอกจากนี้ภายในโรงพยาบาลเป็นสถานที่ตั้งของชมรมผู้สูงอายุตำบลบ้านแพ้ว โรงพยาบาลได้สนับสนุนให้ผู้สูงอายุมาทำกิจกรรมร่วมกันและให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ

ในกลุ่มผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังหรือไม่สามารถเคลื่อนที่ นอนติดเตียง ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ไม่มีผู้ดูแล โรงพยาบาลได้ให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุ โดยจัดบริการถึงที่บ้านของผู้สูงอายุ หรือที่เรียกว่า **"ทีมดูแลสุขภาพที่บ้าน"** ไปให้การดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยที่เข้ารักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง จากโรงพยาบาลติดตามไปดูแลต่อที่บ้าน หลักการทำงานที่โรงพยาบาลมอบให้ในการไปเยี่ยมผู้สูงอายุเป็นรายกรณี ไปดูแลตามสภาพ แนวคิดที่ลงไป คือ ด้านร่างกาย อารมณ์จิตใจ สังคม สิ่งแวดล้อม ภายใต้หลักการใช้บ้านเป็นศูนย์กลางในการดูแลผู้ป่วย ที่ให้ญาติผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการดูแลกับทางโรงพยาบาล

> *"ทางด้านร่างกาย อารมณ์จิตใจ สังคม สิ่งแวดล้อมด้วย จะดูด้วยบางทีคิดว่าอันไหนที่ช่วยเราก็ช่วยให้สบายขึ้น คนที่เราดูแลอยู่ เนื้อตัวสบายขึ้น เราก็ยินดี เราก็อยากทำให้"*
>
> *"สระผม ตัดเล็บ อุ้มไปอาบน้ำ คนไข้เนื้อตัวเหนอะหนะ เราคิดว่าคนไข้ถ้าเนื้อตัวสบาย จิตใจก็จะสบาย ร่างกายหายเร็ว คนสูงอายุบางทีลูกหลานไม่มีเวลามานั่งพูดคุย ออกกันหมด เหลือคนไข้คนเดียว บางบ้านนะคะ เย็นค่ำๆถึงจะกลับ เวลาเราไปเยี่ยมไปพูดคุยกำลังใจเขาจะดีใจ ถ้ามีจิตอาสา เข้าไปพูดคุย ชั่วโมงครึ่งชั่วโมง ไปอ่านหนังสือให้ฟัง พาเดิน*
>
> *ถ้ามีจิตอาสาร่วมไปกับเรา เราจะไปส่ง บางทีเราไม่มีเวลาอ่านให้ ถ้าวัยรุ่นเราจะมีหนังสืออ่านเล่น ถ้าเป็นผู้ใหญ่ เราจะมีหนังสือธรรมมะ ให้เขายืม บ้านไหนมี VCD จะเปิดให้ญาติฟัง พวกระยะสุดท้ายจะได้กำลังใจที่ดีหนังสือ เราให้เขายืม วิชาการสนุกสนาน"*

## 4. การเชื่อมประสานระบบการดูแลผู้สูงอายุ

ระบบการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว ประกอบด้วยระบบต่างๆ ดังนี้

### 4.1 ทีมงาน

ทีมงาน หมายถึง กลุ่มคนผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการผู้สูงอายุในตำบลบ้านแพ้ว ประกอบด้วย 3 กลุ่ม ดังนี้

**4.1.1 ทีมจากโรงพยาบาลบ้านแพ้ว** โรงพยาบาลบ้านแพ้วมีบทบาทและหน้าที่สำคัญในการดูแลผู้สูงอายุในตำบลบ้านแพ้ว โดยให้บริการด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุทั่วไป และผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง

**4.1.2 ทีมจากองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านแพ้ว** บทบาทของ นายก อบต. และ ปลัด อบต. ทำหน้าที่ในการประสานกลยุทธ์ โดยยึดหลัก “ผ่อนปรน ยืดหยุ่น และต่อรอง” บริการที่จัดให้แก่ผู้สูงอายุ ได้แก่ การอบรมให้ความรู้และฝึกอบรมวิชาชีพ จัดกิจกรรมรวมกลุ่มลักษณะเครือข่ายหรือชุมชน จัดหาวิทยากรให้ความรู้ และการให้การสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ

**4.3.3 ทีมจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)** ในพื้นที่ตำบลบ้านแพ้ว อสม. มีบทบาททางด้านสาธารณสุขมูลฐาน เช่น การดูแลด้านสุขภาวะแวดล้อม เช่น สำรวจดูแลลูกน้ำยุงลาย การกระจายข่าวสารความรู้สุขภาพต่างๆ เช่น รณรงค์มะเร็งเต้านม เป็นต้น อย่างไรก็ตาม ประชาชนในตำบลบ้านแพ้วมีการจัด **“ทีมจิตอาสา”** ส่วนมากเป็นแม่บ้านที่เกษียณแล้ว ไปเยี่ยมให้กำลังใจ บางครั้งก็จะไปทำความสะอาดบ้านให้แก่ผู้สูงอายุ

### 4.2 การบูรณาการบริการผู้สูงอายุในครอบครัวของตำบลบ้านแพ้ว

เครือข่ายที่ดูแลผู้สูงอายุของตำบลบ้านแพ้ว รองจากครอบครัวซึ่งเป็นอันดับแรก มี อสม. โรงพยาบาลเป็นอันดับ 2 มี อบต.เป็นอันดับ 3 ผู้นำชุมชน ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน ที่เหลืออาจจะเป็น พมจ. ที่ไกลออกไป เป็นอันดับท้ายๆ โดยมีการบูรณาการบริการ ดังนี้

#### 4.2.1 การประสานระหว่างครอบครัวกับโรงพยาบาล

***1) ผู้สูงอายุไปรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาล***

หากผู้สูงอายุเจ็บป่วยต้องเข้ารักษาพยาบาล สมาชิกภายในครอบครัวของผู้สูงอายุเป็นผู้รับภาระหลัก แต่หากครอบครัวไม่สามารถดูแลและรับภาระได้ (ซึ่งมีค่อนข้างน้อยมาก) อสม.ซึ่งส่วนใหญ่อยู่บ้านข้างเคียงหรือใกล้ๆ กัน ก็จะมีบทบาทช่วยเหลือด้านประสานงาน ส่งต่อไปยังโรงพยาบาลเพื่อรักษาพยาบาลต่อไป

*"จะไปหาหมอ ไม่สบายอย่างนี้ ไม่มีใครพาไป ก็ให้คนข้างบ้านพาไป ลูกเขาไม่ว่าง ลูกเขาไม่อยู่ อาการก็เจ็บหนัก"*

*"เมื่อก่อนวิกฤตหรือเกิดอะไรกับคนใดคนหนึ่ง เพื่อนบ้านจะเข้าไปก่อน ส่วน อสม. หน่วยงานอื่นๆ จะเข้าตามไปทีหลัง"*

*"ต้องการความช่วยเหลือ บอกผ่าน อสม. ตรงนี้ก็จะบอกถึงศูนย์ที่ให้ความช่วยเหลือ"*

*"อสม. คือคนใกล้ตัว ทีนี้ถ้าถามว่า อสม.ทำงานคนเดียวได้ไหม ถ้าไม่ได้ก็ต้องแจ้งหาคนที่จะมาช่วย เมื่อ อสม. เห็นว่าคนนี้ควรได้รับการช่วยก็จะแจ้งมาที่โรงพยาบาล หรือแจ้งที่สถานีอนามัย สถานีพยาบาลก็จะส่งไปโรงพยาบาลใกล้บ้าน"*

***2) โรงพยาบาลให้บริการที่บ้านของผู้สูงอายุ***

โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) มีโครงการการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care : HHC) สุขภาพดีเริ่มต้นที่บ้าน เริ่มดำเนินการปี 2536 บริการนี้รับผู้ป่วยเป็นสมาชิกโดยความสมัครใจ ทีมของโรงพยาบาลจะไปเยี่ยมผู้ป่วยถึงบ้านด้วยรถยนต์หรือเรือ ทุกวันจันทร์ถึงศุกร์ในเวลาราชการ เพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยและญาติได้มีส่วนร่วมช่วยดูแลสุขภาพ โดยใช้บ้านของผู้ป่วยแทนโรงพยาบาล โดยมีวัตถุประสงค์สำคัญ 7 ประการ คือ

1. เป็นหน่วยงานที่สามารถให้การดูแลรักษาพยาบาลต่อเนื่องระหว่างโรงพยาบาลและบ้านผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. ทำให้ผู้ป่วยและญาติมั่นใจในการดูแลสุขภาพด้วยการพึ่งพาตนเองมากขึ้น
3. สามารถลดอัตราการครองเตียง
4. สามารถลดค่าใช้จ่ายด้านการรักษาผู้ป่วยในของโรงพยาบาลอย่างเป็นรูปธรรม
5. ลดค่าใช้จ่ายด้านครัวเรือนของผู้ป่วยและญาติขณะรักษาในโรงพยาบาล
6. สามารถสร้างความรักความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยเอง
7. โรงพยาบาลเป็นที่ศรัทธาของผู้ป่วยและญาติ ตลอดจนชุมชนมากขึ้น

กลุ่มเป้าหมายของโครงการ มี 5 กลุ่ม ได้แก่

1. ผู้ป่วยเรื้อรังในเขตอำเภอบ้านแพ้ว ที่เดินทางมาลำบากHT./DM./CVA./CA./Asthma/ COPD./TB./PC
2. จิตเวช,ล้างไต,ทำแผล Bed sore,แผลหลังOR เปลี่ยนสายNG,สาย Cath ฯ
3. ผู้สูงอายุที่ถูกจำหน่าย (discharge) ออกจากโรงพยาบาล
4. ติดตามผู้ป่วยที่ไม่มาตามนัดของโรงพยาบาล
5. ผู้ป่วยหลังคลอดในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาล

**ทีมงานของ HHC มีบุคลากร จำนวน 4 คน ประกอบด้วย**

1. แพทย์ / เภสัชกร(ที่ปรึกษา)
2. พยาบาลวิชาชีพ
3. นักกายภาพบำบัด
4. ผู้ช่วยเหลือคนไข้ และพนักงานขับรถ

ปัจจุบัน ทีม Home Health Care มีวิสัยทัศน์ “แลทุกเรื่อง ต่อเนื่องถึงบ้าน ให้บริการแบบองค์รวม” และกำหนดพันธกิจไว้ 4 ข้อ ได้แก่

1. ให้การดูแลรักษาพยาบาล
2. ฟื้นฟูสภาพ
3. ควบคุม ป้องกันโรค
4. ส่งเสริมสุขภาพแบบบูรณาการ

**การให้บริการของ ทีม HHC**

1. ออกเยี่ยม ให้บริการโดยตรงแก่ผู้ป่วยโดยตรง ทุกวันจันทร์ถึงศุกร์ (8.00-16.00 น.) วัดความดัน ตรวจเบาหวาน ทำแผล เปลี่ยนสายอาหาร เปลี่ยนสายปัสสาวะ รับยาแทน

2. ดำเนินการประเมินผลในผู้ป่วยแต่ละครั้งที่ออกเยี่ยม และประเมินความพึงพอใจ รวมถึงให้ความรู้เมื่อสิ้นสุดกิจกรรมในแต่ละราย

3. ดำเนินการให้คำแนะนำการขึ้นทะเบียนแก่ผู้ป่วย รวมถึงเป็นแหล่งประโยชน์ในการจัดหาอุปกรณ์ตามความเหมาะสมให้กับผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุขตามความเหมาะสม

4. เป็นผู้ประสานงาน ดำเนินการส่งต่อผู้ป่วยให้เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย ซึ่งมีหน้าที่รับผิดชอบผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องที่บ้านตามเขตรับผิดชอบ เพื่อเป็นการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและเป็นการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในอนาคต

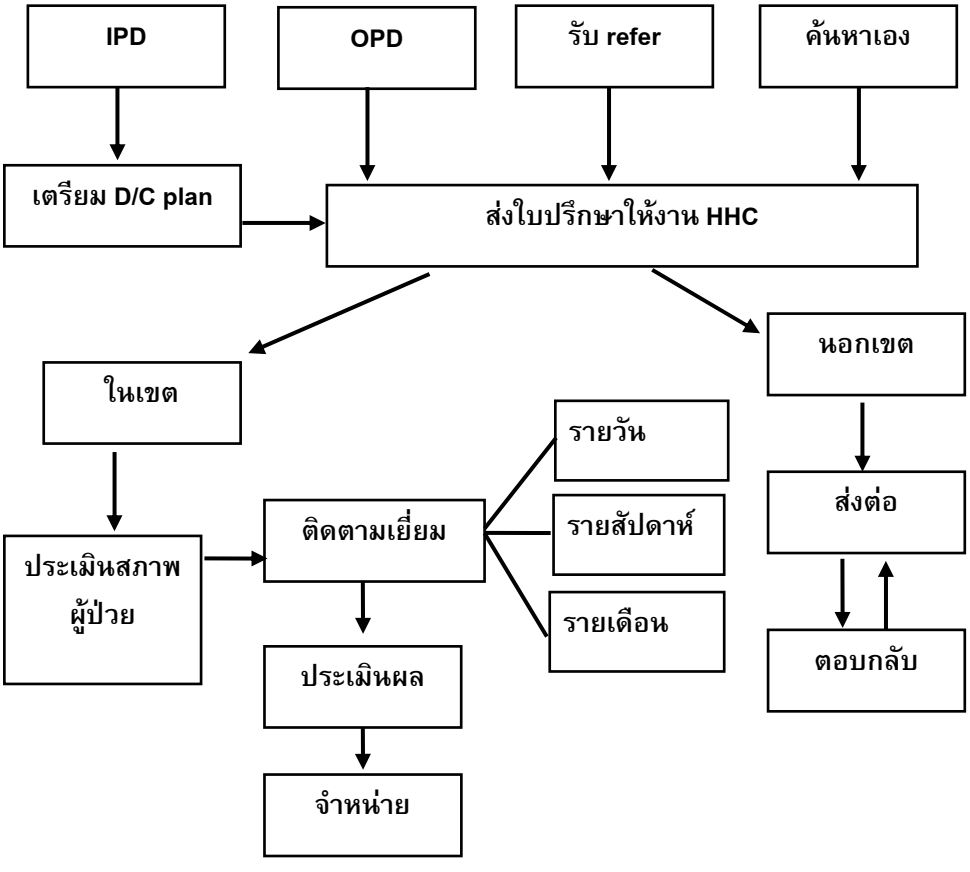
5. สนับสนุนช่วยเหลือด้านจิตใจเป็นที่ปรึกษาปัญหาสุขภาพ

6. จัดอบรมเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยด้านการรักษา ฟื้นฟูที่บ้าน และการดำเนินการประเมินความรู้ก่อนและหลังการอบรม

กระบวนการดำเนินงานของทีม HHC เริ่มตั้งแต่การเตรียมการ เตรียมทีมงาน เตรียมเอกสาร แบบฟอร์ม คู่มือ การประสานงาน และการสำรวจรวบรวมข้อมูล

**ขั้นตอนการดำเนินงาน**

1. การรับ CASE เตรียม Discharge plan ส่งใบเยี่ยมบ้านให้ งาน HHC
2. HHC ประเมินสภาพและปัญหาผู้ป่วย เยี่ยมทุกวัน/ทุกสัปดาห์/ทุกเดือน
3. เยี่ยมผู้ป่วย ติดตามความก้าวหน้าหลังการจำหน่าย
4. ประเมินผล/บันทึก/ร่างกาย / จิตใจ / อารมณ์ / สิ่งแวดล้อม
5. การ D/C จาก HHC Death / Refer / ทุเลา




**แผนภูมิแสดงขั้นตอนการดำเนินงานของทีม HHC**

**การออกหน่วยให้บริการของทีม HHC แต่ละครั้ง ประกอบด้วย**

1) ยานพาหนะ เป็นรถยนต์กระบะ 4 ประตู 1 คัน
2) อุปกรณ์สำหรับเจ้าหน้าที่ที่ออกหน่วย ได้แก่ กระเป๋า อุปกรณ์ของใช้ / น้ำยาต่างๆ / ปรอท / ไฟฉาย / ไม้กดลิ้น STET. / BP. เครื่องตรวจน้ำตาล Set Dressing Set สวนปัสสาวะ กรรไกร Syringe /เข็ม ถุงมือ

3) อุปกรณ์สนับสนุน เช่น เตียง Fowler's เครื่อง Suction Gauge $O_2$ , ถัง $O_2$ รถเข็น ไม้เท้า Asepto Syringe Gauze / สำลีถาดทำแผล / ถ้วยน้ำยา / Forceps

**ค่าใช้จ่าย HHC**

โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) ตั้งงบประมาณฝ่าย HHC ปี 2550 เป็นจำนวน 1,467,936 บาท และเพิ่มจำนวนเป็น 1,802,425 บาท ในปี 2551 การดำเนินงาน มีค่าน้ำมันรถ ค่าซ่อมรถ ค่ายา ค่าเวชภัณฑ์ ค่าเบี้ยเลี้ยง ค่าทำงานล่วงเวลา (OT)

| เดือน | ค่าน้ำมันรถ | ค่าซ่อมรถ | ค่ายา | ค่าเวชภัณฑ์ | ค่าเบี้ยเลี้ยง | ค่า OT | รวม (บาท) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ต.ค. | 7,494 | - | 264,561 | 3,000 | 5,700 | 4,620 | 285,375 |
| พ.ย. | 9,224 | 156 | 289,929 | 1,489 | 6,500 | 5,523 | 312,821 |
| ธ.ค. | 7,618 | 1,200 | 223,446 | 1,560 | 5,100 | 5,797 | 218,480 |
| ม.ค. | 12,512 | 8,400 | 280,225 | 2,688 | 6,700 | 6,598 | 317,123 |
| ก.พ. | 10,136 | 2,654 | 261,134 | 4,222 | 6,000 | 6,278 | 290,424 |
| มี.ค. | 8,112 | 8,654 | 269,348 | - | 6,000 | 5,084 | 297,198 |
| เม.ย. | 9,644 | - | 294,773 | 2,033 | 5,100 | 6,035 | 317,585 |
| พ.ค. | 15,460 | - | 235,449 | 3,272 | 5,200 | 5,200 | 264,581 |
| มิ.ย. | 9,570 | - | 315,880 | 1,847 | 6,200 | 6,491 | 339,988 |
| ก.ค. | 15,088 | 3,895 | 301,725 | 3,312 | 6,100 | 5,892 | 336,012 |
| ส.ค. | 13,445 | - | 246,522 | - | 5,500 | 5,734 | 271,201 |
| ก.ย. | 10,136 | 6,530 | 289,379 | 4,711 | 6,400 | 5,226 | 322,382 |
| รวม | 128,439 | 31,489 | 3,272,371 | 28,134 | 70,500 | 68,478 | 3,599,411 |

### 4.2.2 การประสานระหว่างโรงพยาบาลบ้านแพ้วกับ อบต.บ้านแพ้ว

เนื่องจากโรงพยาบาลต้องรับผิดชอบดูแลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่บ้านแพ้ว ทางโรงพยาบาลได้จัดบุคลากรไว้ที่ทำการองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านแพ้ว 1 คน เพื่อให้การติดต่อประสานงานเป็นไปอย่างราบรื่น โครงการที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของคนในพื้นที่ อบต.สนับสนุนงบประมาณให้แก่โรงพยาบาล โดยทางโรงพยาบาลจะสอบถามมาก่อนว่าตั้งงบประมาณไว้หรือไม่ แล้วจึงเขียนโครงการเข้ามาให้สอดคล้องกัน สำหรับ อบต.ได้ทำ

บันทึกข้อตกลงร่วมกับโรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) เพื่อให้โรงพยาบาลจัดบริการสุขภาพในศูนย์สุขภาพชุมชนสำหรับผู้สูงอายุ

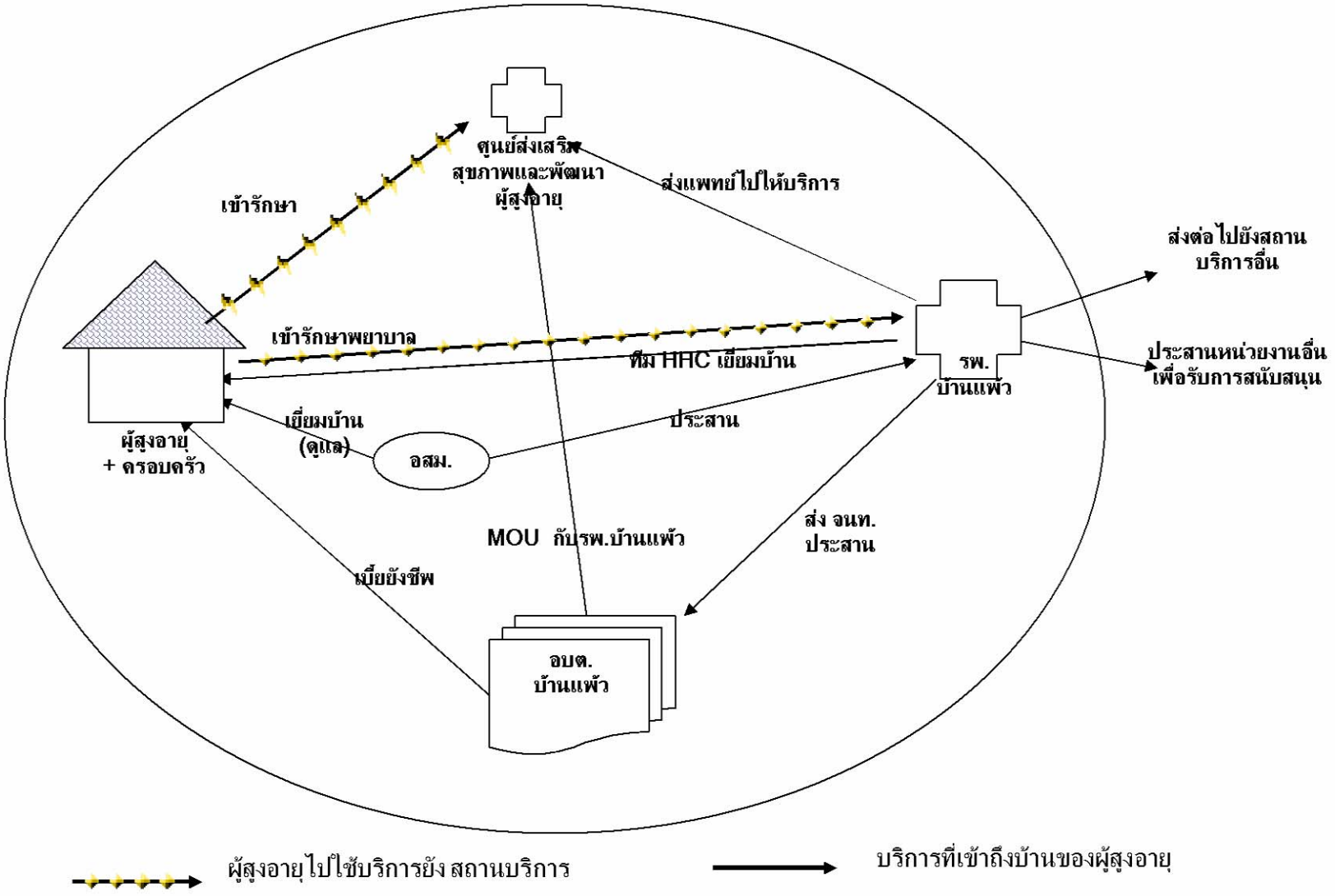
**4.2.3 ช่องทางการเข้าถึงบริการสุขภาพและสังคมของผู้สูงอายุในตำบลบ้านแพ้ว**

การเข้าถึงบริการสุขภาพและสังคมของผู้สูงอายุและครอบครัว มีหลายช่องทางทั้งการเข้ารับบริการยังสถานบริการ การขอความช่วยเหลือจากผู้นำชุมชน และการรับบริการที่บ้านจากบุคลากรด้านสุขภาพที่บ้าน โดยมีรายละเอียดดังนี้

การเข้ารับบริการยังสถานบริการ ผู้สูงอายุในตำบลบ้านแพ้วที่มีอาการเจ็บป่วยไม่รุนแรง หรือป่วยเป็นโรคเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ได้เข้ารับการรักษาพยาบาลยังศูนย์ส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาผู้สูงอายุของตำบล โดยมีแพทย์ที่เชี่ยวชาญเภสัชกร พยาบาล จากโรงพยาบาลบ้านแพ้วมาประจำ เนื่องจากมีการทำ MOU ระหว่าง อบต.บ้านแพ้ว อีกทางหนึ่ง ผู้สูงอายุอาจจะเลือกไปรักษาที่โรงพยาบาลบ้านแพ้วโดยตรง สำหรับผู้สูงอายุที่ขัดสนยากไร้ อบต.บ้านแพ้วได้ช่วยเหลือโดยการจัดเบี้ยยังชีพ เดือนละ 500 บาท

บางครั้ง อสม.ไปเยี่ยมดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน เมื่อพบว่าผู้สูงอายุมีปัญหาจะแจ้งไปให้โรงพยาบาลบ้านแพ้วทราบ ทางโรงพยาบาลบ้านแพ้วจะส่งเจ้าหน้าที่มาที่บ้านของผู้สูงอายุเพื่อประเมินสภาพปัญหาและแนวทางให้ความช่วยเหลือ หากมีอาการเจ็บป่วยที่โรงพยาบาลจะรักษาได้ก็รับเข้าพักในโรงพยาบาล หากอาการหนักเกินกว่าโรงพยาบาลสามารถดูแลได้ โรงพยาบาลจะส่งต่อไปให้โรงพยาบาลขนาดใหญ่ และกรณีที่ต้องการความช่วยเหลือด้านวัสดุสิ่งของเครื่องใช้จะประสานไปยังหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องให้

นอกจากนี้ โรงพยาบาลบ้านแพ้ว มีบริการหน่วยสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน (HHC) ภายในทีมจะมีพยาบาลวิชาชีพ ผู้ช่วยพยาบาล และพนักงานขับรถ ไปให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เพื่อติดตามไปดูแลผู้สูงอายุต่อที่บ้าน และในกรณีเร่งด่วนฉุกเฉิน ผู้สูงอายุสามารถโทรศัพท์ติดต่อไปให้ทางโรงพยาบาลบ้านแพ้ว นำรถพยาบาลไปรับผู้สูงอายุที่บ้านเพื่อไปรักษาพยาบาลตลอด 24 ชั่วโมง ดังแผนภาพต่อไปนี้




แผนภาพ การเชื่อมประสานระหว่างบ้าน หน่วยงาน/องค์กร เพื่อให้บริการผู้สูงอายุในตำบลบ้านแพ้ว

**4.2.4 การประเมินผล**

การประเมินผลการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ ทีม HHC ได้รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับจำนวนผู้ที่รับบริการ และจำนวนการให้บริการ และสรุปความต้องการของผู้สูงอายุและญาติผู้สูงอายุ ได้ดังต่อไปนี้

**จำนวนผู้รับบริการการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน**

ข้อมูลการให้บริการของทีม HHC 3 ปีที่ผ่านมา มีจำนวนผู้รับบริการการดูแลต่อเนื่องที่บ้านเพิ่มขึ้นทุกปี คือ ปี 2549 จำนวน 681 คน ปี 2550 เพิ่มเป็นจำนวน 710 คน และ 776 คน ในปี 2551 โดยผู้ที่มารับบริการเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย และเมื่อจำแนกตามกลุ่มอายุ พบว่า ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่มารับบริการมากที่สุด โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60-79 ปี

| ผู้รับบริการ (คน) | ปี 2549 | 2550 | 2551 |
|---|---|---|---|
| ชาย | 251 | 242 | 257 |
| หญิง | 430 | 468 | 519 |
| รวม | 681 | 710 | 776 |
| **กลุ่มอายุ** | | | |
| 0 - 5 ปี | 9 | 11 | 14 |
| 6-20 ปี | 10 | 7 | 13 |
| 21-59 ปี | 142 | 144 | 144 |
| 60-79 ปี | 332 | 348 | 410 |
| 80-89 ปี | 163 | 160 | 161 |
| 90 ปี | 19 | 37 | 32 |
| 100 ปีขึ้นไป | 6 | 3 | 2 |

**ประเภทผู้สูงอายุตามเกณฑ์มาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (ต.ค.50 –ก.ย.51)**

ประเภทที่ 1 มีอุปกรณ์การแพทย์ติดตัวถาวร 12 ราย

ประเภทที่ 2 ป่วยเป็นอัมพาต 174 ราย

ประเภทที่ 3 หลังผ่าตัดภายใน 10 วัน 1 ราย

ประเภทที่ 4 ป่วยเรื้อรัง เช่น DM, HT 71 ราย

**ผลการดำเนินงานให้บริการของทีม HHC**

**ตารางแสดง จำนวนการให้บริการของทีม HHC ระหว่างปี 2549 – 2551**

| บริการ (ครั้ง) | 2549 | 2550 | 2551 |
|---|---|---|---|
| ตรวจน้ำตาลในเลือด | 528 | 655 | 624 |
| ใส่สายอาหาร | 202 | 167 | 161 |
| ใส่สายสวนปัสสาวะ | 379 | 356 | 312 |
| ทำแผล | 1,943 | 450 | 940 |
| กายภาพ | 1,033 | 429 | 1,433 |

**ความต้องการของผู้ป่วยและญาติ**

1. มีโอกาสหายเป็นปกติหรือไม่
2. ใช้เวลานานเท่าไร
3. คาดว่าจะพิการหรือมีข้อจำกัดอะไรบ้าง
4. อาการจะเลวลงหรือไม่
5. แผนการรักษาพยาบาลต่อไปเป็นอย่างไร
6. การกลับมาติดตามผลการรักษาพยาบาล [F/U]
7. ยา/ผลข้างเคียงของยาเป็นอย่างไร

**ประสิทธิผลของการให้บริการ HHC ด้านการลดค่าใช้จ่ายเมื่อต้องพักรักษาพยาบาลภายในโรงพยาบาล**

การเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายที่ครอบครัวต้องจ่ายเมื่อผู้สูงอายุเจ็บป่วยนอนโรงพยาบาล ดังนี้

รายละเอียดค่าใช้จ่ายเมื่อต้องนอนโรงพยาบาล

| | | |
|---|---|---|
| ค่าอาหาร | 120 | บาท/วัน |
| ค่าบริการผู้ป่วยใน | 100 | บาท/วัน |
| ค่าใช้จ่ายอื่น ๆ | X | บาท/วัน |
| รวมเฉลี่ยประมาณคนละ | 220 | บาท/วัน |

*คาดว่าจะมีผู้ป่วยประมาณ 50 รายที่จำเป็นต้องนอนรพ.* เพราะฉะนั้นจะสามารถประหยัดค่าใช้จ่ายในส่วนนี้ได้ประมาณ = 220x365x50 = 4,015,000 บาท/ปี

องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านแพ้วยังไม่มีการประเมินงานในลักษณะที่เป็นลายลักษณ์อักษร แต่จะประเมินในลักษณะการสังเกตความพึงพอใจของผู้ที่มาร่วมกิจกรรม อย่างไร

ก็ตาม จากการสนทนากับสมาชิกในชุมชน พบว่า นายก อบต.มีทุนทางสังคมค่อนข้างสูง กล่าวคือ มีภาวะผู้นำ ประชาชนเชื่อมั่น และศรัทธา ดังนั้น การดำเนินงานจึงได้รับความร่วมมือ สร้างความพึงพอใจ และเกิดการยอมรับในระดับสูง

**4.2.5 ความพอเพียงในการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุ**

พยาบาล HHC เห็นว่าการให้บริการผู้สูงอายุยังมีไม่เพียงพอ เนื่องจากบุคลากรไม่เพียงพอ จำนวนผู้สูงอายุมีเพิ่มมากขึ้น ต้องพึ่งบริการสุขภาพมากยิ่งขึ้น สอดคล้องกับองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านแพ้ว ที่เห็นว่าบริการสำหรับผู้สูงอายุยังไม่เพียงพอ เนื่องจากการขาดแคลนงบประมาณและบุคลากรสนับสนุน

**5. ความคิดเห็นต่อการพัฒนาระบบแบบบูรณาการ**

ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มผู้นำในชุมชน พบว่าต่างมีความต้องการพัฒนาบริการสำหรับผู้สูงอายุ ดังนี้

**5.1 ควรมีการกำหนดแผนงานและกลยุทธ์ที่ชัดเจน** เนื่องจากผู้สูงอายุเลือกที่จะรับรู้สิ่งที่เป็นประโยชน์โดยตรงต่อตนเองในการดำรงชีพ มากกว่าสิ่งอำนวยความสะดวกอื่นๆ ที่จัดให้ ดังนั้นการจัดบริการต้องเป็นบริการที่ผู้สูงอายุสนใจ การดำเนินงานควรจัดทำแผนงานและกลยุทธ์ในการทำงานที่ครอบคลุมทั้ง ปริมาณงาน บุคลากร และงบประมาณ

**5.2 การส่งเสริมการมีส่วนร่วมในทุกเครือข่าย** การจัดบริการการดูแลผู้สูงอายุให้มีประสิทธิภาพ หน่วยงานที่รับผิดชอบในการดำเนินการควรส่งเสริม รวมทั้งให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ โดยการจัดตั้งอาสาสมัครในชุมชน และจัดทำเป็นเครือข่าย

**5.3 ความต้องการเอกสารทางวิชาการ** ในระดับนโยบาย คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ ควรจัดทำเป็นคู่มือการปฏิบัติงาน และสนับสนุนทางด้านวิชาการ ทรัพยากร และสถานที่ เพื่อใช้เป็นข้อมูลและแหล่งรวมผู้สูงอายุ สำหรับองค์กรที่ให้ทุน เช่น สสส. ควรสนับสนุนงบประมาณที่นอกเหนือจากด้านสุขภาพโดยตรง

**5.4 การเพิ่มบุคลากรเฉพาะด้าน** บุคลากรที่อบต.เห็นว่าจะทำให้การดำเนินงานช่วยเหลือผู้สูงอายุในชุมชนดียิ่งขึ้น อบต. บ้านแพ้ว เห็นว่า บุคลากรในตำแหน่ง นักสังคมสงเคราะห์ พยาบาล และแพทย์ ตามลำดับจะช่วยเหลือการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุได้มากขึ้น และหากมีตำแหน่ง อบต. สามารถสนับสนุนงบประมาณได้

**6. อนาคตของการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน**

ควรจัดตั้งเป็นเครือข่ายให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม จัดการดำเนินงานที่มีลักษณะการบริการด้านสุขภาพและสังคมที่เข้าถึงครอบครัว เช่น บริการด้านอาหาร โดย อบต. สนับสนุนงบประมาณให้แก่ชุมชนจัดบริการ บริการดูแลที่บ้าน บริการส่งต่อไปยังสถานพยาบาล โดย อบต. สนับสนุนงบประมาณ และโรงพยาบาลในพื้นที่ดำเนินการ

**การปฏิบัติงานของ HHC**
**โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์กรมหาชน)**

## กรณีศึกษาที่ 2 ตำบลแม่พริก อำเภอแม่สรวย จังหวัดเชียงราย

ข้อมูลการดูแลผู้สูงอายุในตำบลแม่พริก จังหวัดเชียงราย ได้จากการสนทนากลุ่มบุคคลที่มีบทบาทเกี่ยวข้องกับการจัดบริการผู้สูงอายุ ซึ่งได้แก่ ผู้นำชุมชน สมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบล(ส.อบต) ผู้ใหญ่บ้าน พยาบาลจากโรงพยาบาลแม่สรวย ประธานอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ประธานชมรมผู้สูงอายุ ผู้อาวุโสในหมู่บ้าน

### 1. ลักษณะทางกายภาพของตำบล

ตำบลแม่พริก เป็นตำบลหนึ่งของอำเภอแม่สรวย จังหวัดเชียงราย มีพื้นที่ทั้งหมด 38.04 ตารางกิโลเมตร อาณาเขตทางทิศเหนือติดต่อกับตำบลแม่สรวย ทิศใต้ติดต่อกับตำบลศรีถ้อย ตำบลเจดีย์หลวง ทางทิศตะวันออกติดต่อกับ อำเภอพาน และทิศตะวันตกติดต่อกับตำบลป่าแดด จังหวัดเชียงราย

**แผนที่แสดงอาณาเขตตำบลแม่พริก**

**การปกครองโดยองค์การบริหารส่วนตำบลแม่พริก** ซึ่งเป็นองค์กรขนาดเล็ก องค์การบริหารส่วนตำบลแม่พริกมีพื้นที่รับผิดชอบ 38.036 ตารางกิโลเมตร ครอบคลุมตำบลแม่พริกทั้งหมด 13 หมู่บ้าน ได้แก่ หมู่ที่ 1 บ้านแม่พริก หมู่ที่ 2 บ้านหัวทุ่ง หมู่ที่ 3 บ้านสันจำปา หมู่ที่ 4 บ้านปางกลาง หมู่ที่ 5 บ้านปางต้นผึ้ง หมู่ที่ 6 บ้านปางอาณาเขต หมู่ที่ 7 บ้านทุ่งฟ้าผ่า หมู่ที่ 8 บ้านหัวริน หมู่ที่ 9 บ้านปางอ้อย หมู่ที่ 10 บ้านโฮ่ง หมู่ที่ 11 บ้านปางซาง หมู่ที่ 12 บ้านชุมชนสันจำปา หมู่ที่ 13 บ้านป่าซางพัฒนา รวม 1,938 ครัวเรือน ปี 2551 มีจำนวนประชากรที่อาศัยอยู่จริง ทั้งหมด 4,093 คน เป็นชาย 2,159 คน หญิง 1,934 คน ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 26 - 49 ปี คิดเป็นร้อยละ 32.64 ของประชากรทั้งหมด สำหรับผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีร้อยละ 11.40

ตารางแสดง ประชากรของตำบลแม่พริกที่อาศัยอยู่จริงจำแนกตามช่วงอายุและเพศ

| อายุ | จำนวนคนในครัวเรือน (คน) | | |
|---|---|---|---|
| | รวม | ชาย (คน) | หญิง(คน) |
| น้อยกว่า 1 ปี | 25 | 15 | 10 |
| 1 - 2 ปี | 54 | 35 | 19 |
| 3 - 5 ปี | 89 | 52 | 37 |
| 6 - 11 ปี | 264 | 164 | 100 |
| 12 - 14 ปี | 166 | 85 | 81 |
| 15 - 17 ปี | 155 | 79 | 76 |
| 18 - 25 ปี | 405 | 222 | 183 |
| 26 - 49 ปี | 1,632 | 828 | 804 |
| 50 - 60 ปี | 733 | 380 | 353 |
| มากกว่า 60 ปีขึ้นไป | 570 | 299 | 271 |
| **รวม** | **4,093** | **2,159** | **1,934** |

ที่มา : ศูนย์ข้อมูลเพื่อการพัฒนาชนบท กองวิชาการและแผนงาน กรมการพัฒนาชุมชน กระทรวงมหาดไทย, รายงานผลข้อมูลความจำเป็นพื้นฐานระดับครัวเรือน ปี 2551

**สภาพทั่วไปของชุมชน**

ประชากรของตำบลแม่พริกส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ แต่ยังมีส่วนหนึ่งที่นับถือศาสนาคริสต์ การประกอบอาชีพในพื้นที่เป็นเกษตรกรรม ซึ่งส่วนใหญ่ปลูกพืชสวน พืชไร่ และทำนา พืชสวนที่ปลูก เช่น ขนุน ลำไย มะม่วง มะละกอ กล้วย ส้มเกลี้ยง เป็นต้น พืชไร่ที่ปลูก เช่น ถั่วเหลือง ข้าวโพด ถั่วลิสง

**วิถีชีวิตของชุมชน**

ประชาชนในตำบลแม่พริก มีลักษณะเป็นความสัมพันธ์แบบเครือญาติ มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน มีความเป็นอยู่ที่เรียบง่าย กิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุส่วนใหญ่ในตำบล *"ตื่นขึ้นมา ก็นึ่งข้าว แล้วก็ออกกำลังกาย"* มีความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ช่วยเหลือซึ่งกัน *"กินกันตามสภาพที่เป็นอยู่ ไม่ถือว่าขาดแคลน ถ้าขาดแคลน ก็จะมีคนฮื้อ (ให้) "*

**สภาพปัญหาของผู้สูงอายุในชุมชน**

จากการเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมทางสังคม คือ ลูกหลานของคนในชุมชนออกไปเรียนในตัวเมือง ลูกหลานจากครอบครัวไปทำงานต่างถิ่นเพื่อหารายได้ ครอบครัวจึงมีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุน้อยลง และบางครอบครัวอาจมีผู้สูงอายุต้องอยู่ตามลำพัง โดยไม่สามารถคาดหวังในตัวลูกหลานของตนว่าจะพึ่งพาได้ในยามบั้นปลาย เนื่องจากลูกแต่ละคนแต่งงานแยกย้ายไปมีครอบครัวที่จังหวัดอื่น

> *"ครอบครัวไหนที่ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวดี ถือว่า แล้วแต่บุญแต่กรรม แดดออกมาก็เอาพัดลมมาเปิด ถึงเวลาก็เอาข้าวมากิน อาบน้ำ เสียเงินตั้ง 8500 บ้านเราเดือน 3000 ทำงานในร่ม กวาดบ้าน เอาคนแก่อาบน้ำ บ้านเรายังมีอยู่"*

ผู้สูงอายุรายหนึ่งได้กล่าวว่า *"เราคาดหวัง 50 ต่อ 50 ว่างก็มา ไม่ว่างก็ไม่มา ลูกอยู่ในหมู่บ้านเดียวกัน บางเดือนก็ไม่มาหา"*

นอกจากนี้ ผู้สูงอายุไม่คาดหวังว่า ตนเองจะสามารถพึ่งพาลูกหลานตนเองได้ เมื่ออยู่ในภาวะเจ็บป่วยหรืออยู่ในภาวะพึ่งพา

> *"รุ่นหลานรุ่นเหลน ม.1 ม.2 ที่ยังไม่ออกจากบ้าน ก็ไม่มีประโยชน์น่ะ ใช้อะไรไม่ได้สักอย่าง เลิกโรงเรียนมาวันเสาร์วันอาทิตย์ ก็ไปเที่ยว ทำรายงานอะไรก็ไม่รู้ ม.1-ม.3 นี่งานบ้านไม่ทำ มาสังเกตดู ต่างกันกับตอนที่เราเป็นเด็กเมื่อก่อน เลี้ยงวัวเลี้ยงควายล้างจานนี่ทำหมด เดี๋ยวนี้ทำรายงานบ้านเพื่อน..."*

> *"เราเคยปฏิบัติพ่อเราเมื่อก่อน เราเรียนไม่สูง ก็ทำนาอยู่ที่บ้าน เมื่อก่อนส่งลูกไปเรียนเชียงราย 120 เดี๋ยวนี้อาทิตย์ละ 600 ไม่พอ มันต่างกัน ...."*

**ทัศนะต่อการดูแลผู้สูงอายุที่ดีในครอบครัว**

ชุมชนเห็นว่าเป็นหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัวที่จะดูแลผู้สูงอายุภายในครอบครัวของตน โดยกล่าวว่า ***"ครอบครัวดูแลกันเอง"*** *และ* ***"ครอบครัว คือลูกหลานดูก่อน"***

การดูแลที่ดี ชุมชนให้ความหมายในบริบทของชุมชน *"ชุมชนเราฐานะอย่างนี้ คนอยู่อย่างนี้ การดูแลอย่างนี้ถือว่าดีแล้ว"* ลักษณะของครอบครัวมีลักษณะสำคัญ คือ ***"ดูแลดี หมายความว่า คน ๆ นั้นต้องมีคนช่วย ช่วยตลอด"*** และ ***"ได้กินอาหารที่ดี"***

ครอบครัวที่ชุมชนเห็นว่ามีการดูแลผู้สูงอายุที่ดี ครอบครัวที่มีลูกคอยดูแลผู้สูงอายุอยู่ตลอดเวลา ไม่ทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพัง ลูกซึ่งเป็นผู้ดูแลจะจัดเตรียมอาหาร เตรียมยาให้ในตอนเช้า แล้วออกไปทำงาน พอถึงตอนเที่ยง ก็จะกลับมาดูแลพ่อที่บ้าน ตอนบ่ายก็กลับไปทำงานต่อ บ้านเรือนที่อยู่ละแวกบ้านผู้สูงอายุ เป็นน้องของผู้ดูแล ว่างๆ ก็จะมาช่วยดูแล นอกจากนี้ ทุกสองสัปดาห์ หรือทุกเดือน กลุ่มอาสาจะไปเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ

> *"case หนึ่ง ลูกเขาก็ทำอะไรให้ในตอนเช้า ไปรับจ้าง ตอนเที่ยงก็กลับมา มาอยู่จนถึงบ่าย แล้วก็ไปรับจ้างต่อ ในด้านที่อยู่ ละแวกบ้าน จะเป็นพี่น้องกัน จะช่วยดูในช่วงที่ลูกไม่อยู่ ในกลุ่มของผู้สูงอายุ ก็จะไปเยี่ยมบ้านอาสาสมัครไปดูทุกสองสัปดาห์ หรือทุกเดือน ก็แล้วแต่อาการเป็นยังไง"*

**2. บริการที่มีอยู่ในชุมชนและบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุ**

สถาบันในชุมชน ประกอบด้วย สถาบันภาครัฐ เอกชน และภาคประชาชน ซึ่งต่างมีบทบาทในการจัดบริการสำหรับประชาชนในชุมชนทุกวัยรวมทั้งผู้สูงอายุด้วย ในตำบลแม่พริก มีสถาบันที่ดำเนินการดังนี้

**2.1 โรงพยาบาลแม่สรวย** เป็นโรงพยาบาลชุมชน ขนาด 30 เตียง และตั้งอยู่ในพื้นที่ตำบลแม่พริก ดังนั้นโรงพยาบาลแม่สรวย จึงเป็นโรงพยาบาลที่รับผิดชอบในการให้บริการรักษาพยาบาลแก่ประชาชนในตำบลแม่พริก ซึ่งโรงพยาบาลแห่งนี้มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุในตำบลแม่พริก เนื่องจากในพื้นที่ดังกล่าวมีประชากรสูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จำนวนมากถึง 880 คน โดยเป็นผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพประมาณ 5-10 %

**2.2 ศูนย์คาทอลิกแม่สรวย** เนื่องจากอำเภอแม่สรวยมีประชากรชาวไทยภูเขาตั้งถิ่นฐานอยู่จำนวนมากจึงมีศูนย์คาทอลิกอยู่ด้วยรวมถึงตำบลแม่พริกนี้ด้วย ซึ่งหนึ่งในหน้าที่ของผู้เผยแพร่ศาสนา (ซิสเตอร์) คือการดูแลเพื่อนมนุษย์ด้วยกัน ดังนั้นในตำบลมีพริกจึงมีซิสเตอร์เข้าไปช่วยเหลือผู้สูงอายุในชุมชน โดยส่วนใหญ่เน้นที่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุติดเชื้อโดยเฉพาะคนที่ป่วยอยู่บ้าน โดดเดี่ยว ยากจนไม่มีใครดูแล

**2.3 วัด** มีบทบาทให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุในชุมชนไม่มาก ส่วนใหญ่เป็นการให้การสนับสนุนด้านพื้นที่ ให้ใช้สถานที่ออกกำลังกาย จัดกิจกรรม รวมกลุ่มประชุมของชมรมผู้สูงอายุ

**2.4 ชมรมผู้สูงอายุตำบลแม่พริก** สมาชิกของชมรมมีการรวมกลุ่มกันออกกำลังกายที่ลานวัด ทุกวันจันทร์ อังคาร พุธ แต่ส่วนใหญ่ผู้ที่มาเข้าร่วมกิจกรรมเฉลี่ยอาทิตย์ละครั้ง นอกจากนี้ยังมีการประชุมสมาชิกในชมรมเดือนละครั้ง และสมาชิกจะนำอาหารมาทานเอง ในการดำเนินการของกิจกรรมกลุ่มผู้สูงอายุนั้น เน้นการส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวม โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของกลุ่มผู้สูงอายุและหลักการ 6 อ. เป็นหลัก ซึ่งได้แก่ 1.ออกกำลังกาย 2.อาหาร 3.อารมณ์ 4.อโรคยา 5.อนามัยสิ่งแวดล้อม 6.อบายมุข

**2.5 กิ่งกาชาดอำเภอ** เนื่องจากตำบลแม่พริก เป็นชุมชนที่ตั้งอยู่ในภาคเหนือตอนบน และมีภูมิประเทศส่วนใหญ่เป็นภูเขา ทำให้ฤดูหนาวมีอุณหภูมิต่ำ ผู้สูงอายุต้องประสบภัยหนาว กิ่งกาชาดอำเภอเป็นหน่วยงานที่ให้ความช่วยเหลือเครื่องอุปโภคบริโภคที่จำเป็นต่อผู้สูงอายุ เช่น เสื้อกันหนาว ผ้าห่ม เป็นต้น

**2.6 อบต.แม่พริก** เป็นองค์กรขนาดเล็ก การกำหนดนโยบายการดำเนินงานผู้สูงอายุ กำหนดไว้ในนโยบายด้านการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ สังคมและการเมือง หัวข้อส่งเสริมและแก้ไขปัญหาเด็ก สตรี เยาวชน ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ติดเชื้อ และผู้ด้อยโอกาสทางสังคม ซึ่งบทบาทของ อบต.เป็นด้านการสนับสนุนด้านการเงิน โดยจะกำหนดตามความเหมาะสมกับจำนวนผู้สูงอายุ วิถีชีวิต ความต้องการเป็นหลัก วิสัยทัศน์การพัฒนา *“ชุมชนเข้มแข็ง สิ่งแวดล้อมสะอาด ปราศจากโรคา การศึกษาดีเด่น มุ่งเน้นวัฒนธรรมประเพณี โครงสร้างพื้นฐานดี เศรษฐกิจพอเพียง”* ดังนั้น อบต.แม่พริก มีนโยบายด้านการส่งเสริมคุณภาพชีวิตการอุดหนุนกลุ่มผู้สูงอายุในการจัดงานภาคีชุมชน และบทบาทในด้านการช่วยเหลือสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ โดย อบต. มีความพยายามกระจายบริการ (เบี้ยยังชีพ) ให้ทั่วถึงมากยิ่งขึ้น กล่าวคือ ปัจจุบันตำบลแม่พริก มีผู้สูงอายุทั้งหมด 840 คน มีผู้สูงอายุที่ได้เบี้ยยังชีพ 500 บาทต่อเดือน มีจำนวน 394 คน ได้รับงบอุดหนุน จำนวน 173 คน และงบประมาณของ อบต. จัดสรรให้แก่ผู้สูงอายุจำนวน 121 คน เพื่อให้มีจำนวนผู้สูงอายุได้รับเงินเบี้ยยังชีพเพิ่มขึ้น และเบี้ยยังชีพเป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุคาดหวังมาก จากคำกล่าวว่า *“ถึงวาระสุดท้าย บุญมีก็ได้ไป*

**ค่าใช้จ่ายในการดำเนินงานผู้สูงอายุ ของ อบต.แม่พริก**

| รายการ/โครงการ | | งบประมาณ | จ่ายจริง |
|---|---|---|---|
| 1. | โครงการเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ | 726,000 | 726,000 |
| 2. | เงินจัดกิจกรรมวันผู้สูงอายุ | 75,000 | 75,000 |
| 3. | เงินโครงการที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุ<br>3.1 งานภาคีชุมชน | 20,000 | 20,000 |
| 4. | ค่าตอบแทนโครงการอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ<br>(หมายเหตุ: พมจ.รับผิดชอบ) | - | - |
| 5. | อื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง | - | - |
| | **รวม** | **821,000** | **821,000** |

**2.7 อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ** หรือที่เรียกว่า ***"กลุ่มอาสา"*** เป็นกลุ่มที่มีบทบาทสำคัญกลุ่มหนึ่งที่ให้บริการดูแลผู้สูงอายุในตำบลแม่พริก

**2.8 สถานีอนามัย** เป็นสถานพยาบาลที่อยู่ใกล้บ้านผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุทั่วไปในชุมชน เมื่อมีอาการเจ็บป่วยก็จะมาใช้บริการที่นี่

**3. บริการสำหรับผู้สูงอายุในครอบครัว**

บริการที่ครอบครัวได้รับ เพื่อสนับสนุนในการดูแลผู้สูงอายุ มีดังนี้

**3.1 บริการจากเพื่อนบ้าน**

จากสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชน ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถคาดหวังได้ว่าลูกหลานของตนจะดูแลตัวเองในยามที่ตนเจ็บป่วยหรืออยู่ในภาวะพึ่งพิงได้ ผู้สูงอายุต้องมีทรัพย์สิน เช่น เงินเก็บ หรือที่ดินจำนวนหนึ่ง เพื่อที่เป็นทุนทรัพย์สำหรับค่าใช้จ่ายเมื่อตนเองอยู่ในภาวะพึ่งพิง อีกทั้งเห็นว่ากลุ่มคนวัยเดียวกัน เพื่อนบ้านที่อยู่ใกล้เคียงนั้นสามารถให้ความช่วยเหลือได้มากกว่า

*"เราทำสิ่งแวดล้อมรอบบ้านเรา เวลาเราเป็นอะไรกลางคืนเรียกลูกยังไม่เท่ากับเพื่อนบ้าน จ้างเพื่อนบ้านยังดีกว่า ลูกหลานมันอยู่ไกล กว่าจะโทรไปเรียก บ้านใกล้ๆ เขามาก่อน"*

**3.2 บริการจากโรงพยาบาลแม่สรวย**

ที่ตั้งโรงพยาบาลแม่สรวยนั้นอยู่ในพื้นที่ตำบลแม่พริก ดังนั้นการให้บริการสำหรับผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง บริการด้านสุขภาพ จึงเป็นหน้าที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลแม่สรวย เดิมการดำเนินการของโรงพยาบาลมีการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุมาตั้งแต่ปี 2523 กิจกรรมเน้นด้านสุขภาพเป็นหลัก เช่น การอบรมให้ความรู้ด้านสุขภาพ เจ้าหน้าที่กลุ่มการพยาบาลได้สังเกตว่า ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยบางคนมีโรคประจำตัวมากกว่า 3 โรค ซึ่งบางโรคสามารถป้องกันได้ และบางโรครักษาหายได้หากผู้สูงอายุและลูกหลานมีความรู้ความเข้าใจและสามารถดูแลเบื้องต้นได้ อย่างไรก็ตาม ปัญหาคือ ผู้สูงอายุไม่มีคนดูแล เช่น บางคนซื้อยามากินเอง ไม่มีใครพาไปหาหมอ ดังนั้นปี 2543 โรงพยาบาลได้ดำเนินงานในรูปแบบทีมสหสาขาวิชาชีพ เริ่มจากหัวหน้ากลุ่มการพยาบาลชักชวนให้กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟูจัดเจ้าหน้าที่สนับสนุนกิจกรรมสุขภาพของกลุ่มผู้สูงอายุในตำบลแม่พริก

**4. การเชื่อมประสานระบบการดูแลผู้สูงอายุ**

ระบบการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว ประกอบด้วยระบบต่างๆ ดังนี้

**4.1 ทีมงาน** หมายถึง กลุ่มคนผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการผู้สูงอายุในตำบลแม่พริกประกอบด้วย 4 กลุ่ม ดังนี้

***4.1.1 ทีมจากโรงพยาบาลแม่สรวย*** ในที่นี้หมายถึง พยาบาลจากโรงพยาบาลแม่สรวย ซึ่งเป็นผู้ดำเนินการกับประชาชนในตำบลโดยตรง เนื่องจากผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพกล่าวคือ มีผู้สูงอายุ ประมาณ 5-10 % ของจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังและมีโรคประจำตัว และบทบาทของโรงพยาบาล หลักๆ คือ การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ และคอยกระตุ้นให้คนในชุมชนสนใจในดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ของตน

*“ไปดูแลเรื่องความเจ็บป่วย กระตุ้นให้ชุมชนสนใจเรื่องนี้ ให้เพื่อนเยี่ยม ให้อาสาสมัครเยี่ยม”*

พยาบาลยังมีบทบาทเป็นผู้ประสานความช่วยเหลือผู้สูงอายุ ทั้งการช่วยเหลือด้านการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล และการแสวงหาความช่วยเหลือจากแหล่งอื่นๆ ภายนอกโรงพยาบาล

*“บทบาทของเราเป็นผู้เชื่อมโยง ประสานทั้งในโรงพยาบาล เรามาคุยกันก่อนว่า ถ้าเราไปเจอ case อย่างนี้ เราจะทำยังไง ข้างนอกละเราจะให้ใครมาช่วย”*

*“เราส่งชื่อให้เขา แล้วเขาก็ส่งชื่อให้เรา เพราะว่าเขาจะช่วยค้นหาที่ว่าเขาดูแล เรื่องความเป็นอยู่ ความสุขสบาย สิ่งแวดล้อมในบ้าน เราก็ดูแลในส่วนนี้ แต่เราทำได้น้อยกว่าเขา เราไปดูเรื่องสุขภาพ เรื่องการใช้ยา เรื่องปัญหาสุขภาพ ถ้ามีบาง case ที่เป็นปัญหาในด้านสังคม เราก็ประสานในชุมชนอีกทีหนึ่ง”*

*“เราไม่ได้ไปพูดว่าจะต้องทำอย่างโน้นอย่างนี้ เป็นหน้าที่ของชุมชนจริงๆ เราไม่ได้เน้น แต่ว่าในฐานะที่เราเป็นเพื่อนมนุษย์ด้วยกัน คนบ้านเดียวกัน เราต้องเอื้อกัน เผื่อวันหน้าถ้าเราเป็นอย่างนั้นบ้างละ จะมีใครดูแลเราไหม เขาคิดได้ เขาคิดแค่นี้ แต่ว่าการจัดการเป็นเรื่องของชุมชนเอง ว่าเขาจะทำยังไง เราเพียงแต่ให้แนวคิดว่าเราเพื่อนบ้านกันนะ พี่บอกว่าพี่เป็นคนนอกนะ พี่ยังมาช่วยดูแลขนาดนี้เลย แล้วทำไมคนบ้านใกล้กันดูแลกันไม่ได้เหรอ เขาก็คิด เรื่องการจัดการก็จะเป็นของชุมชนเอง”*

***4.1.2 ทีมจากอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ*** ภายในตำบลแม่พริก มีอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ หรือที่เรียกว่า *“กลุ่มอาสา”* ทำหน้าที่ให้การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุในตำบล ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีการก่อตั้งมาก่อนที่จะมี อผส.ของกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

*“กลุ่มอาสา เริ่มจากที่หมอไม่ค่อยมา หมอมาเดือนละครั้ง ชาวบ้านต้องดูแลกันเอง เลยตั้งกลุ่มผู้สูงอายุ เก็บเงินคนละบาทสองบาท เพื่อเป็นค่าตอบแทนหมอ เป็นค่ายา วิตามิน หลังจากนั้นโรงพยาบาล อบต. ก็มาร่วม”*

กิจกรรมที่อาสาสมัครดำเนินการ เช่น การพบปะเยี่ยมเยียนดูแลทุกข์สุขทั่วไป การไปเยี่ยมไข้ เป็นกำลังใจทั้งที่บ้านและหากจำเป็นก็จะไปที่โรงพยาบาลด้วยหากผู้สูงอายุขาดคนดูแลและไม่สามารถช่วยตัวเองได้ อาสาสมัครช่วยทำความสะอาดร่างกาย ที่พักอาศัย และเสื้อผ้า และการประสานส่งต่อผู้สูงอายุไปขอรับการช่วยเหลือยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่อไป

*“ส่วนใหญ่ช่วยเหลือตนเองได้ ก็ยังทำงานกันอยู่ค่ะ ก็ยังไปรับจ้างอยู่ ไปปลูกนาไปทำอะไรอยู่ ก็มีส่วนน้อยที่ติดเตียงและช่วยเหลือตนเองไม่ได้ เราก็คิดว่าจะสร้างอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุขึ้นมาเพื่อจะดูแลในกลุ่มนี้ค่ะ”*

*“บางครอบครัว จะเป็นอาสา เป็น อสม. ชุมชนช่วยดูอีกที เพราะว่าในบ้านเขายากจน ถ้าพูดถึงการดูแล คนในบ้านดูแลไม่ค่อยดีเท่าไร แต่*

*ชุมชนมีส่วนร่วมถ้าครอบครัวจะดูแลเขาทั้งหมดเป็นองค์รวมได้ดี มันก็ยาก ไม่สมบูรณ์ทั้งหมด เพราะว่าเขาต้องไปทำมาหากินด้วย ถ้าครอบครัวดูทั้งหมดมันเป็นไปไม่ได้ แต่ถ้าบริบทโดยรวมเขาจะอยู่อย่างมีความสุขในระดับหนึ่ง"*

**4.1.3 ทีมจากองค์การบริหารส่วนตำบลแม่พริก** ได้แก่ บุคลากรเจ้าหน้าที่ในองค์การบริหารส่วนตำบลแม่พริก และสมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบลมีบทบาทในการสนับสนุนงบประมาณ สำหรับการจัดภาคีผู้สูงอายุ และสนับสนุนกลุ่มผู้นำชุมชน ซึ่งได้แก่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ให้ดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ของตน

**4.1.4 ทีมจากศูนย์คาทอลิกแม่สรวย** ตำบลแม่พริกมีซิสเตอร์เข้าไปเยี่ยมผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งเป้าหมายของการเยี่ยมผู้สูงอายุเน้นกลุ่มผู้สูงอายุติดเชื้อ โดยเฉพาะคนที่ป่วยอยู่บ้าน โดดเดี่ยว ยากจนไม่มีใครดูแล ก่อนจะทำงานที่แม่สรวย ซิสเตอร์เคยทำงานองค์กรอิสระเกี่ยวกับกลุ่มชาติพันธุ์ ต่อมาได้ทำงานกับคนพื้นที่สูงและพื้นที่ราบ เกี่ยวกับเรื่องของศาสนา ดังนั้นซิสเตอร์ถือว่าเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุที่ไม่มีคนดูแล เป็นผู้นำความช่วยเหลือจากแหล่งต่างๆ มายังผู้สูงอายุ ซึ่งปกติชุมชนจะไม่ค่อยรับทราบปัญหาของคนเหล่านี้

### 4.2 การบูรณาการบริการผู้สูงอายุในครอบครัวของตำบลแม่พริก

การบูรณาการบริการผู้สูงอายุในครอบครัวได้มีการสร้างทีมงานที่มาจากอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุในตำบล โดยการริเริ่มของพยาบาลโรงพยาบาลแม่สรวยกับประชาชนในตำบลโดยตรง

#### *4.2.1 การประสานระหว่างครอบครัวกับโรงพยาบาล*

1) ผู้สูงอายุไปรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาล

ผู้สูงอายุมีอาการเจ็บป่วยฉุกเฉินต้องเข้ารักษาพยาบาล สมาชิกภายในครอบครัวของผู้สูงอายุจะเป็นเครือข่ายลำดับแรกที่จะเป็นผู้พาผู้สูงอายุไปโรงพยาบาลแม่สรวย หากลูกหลานไม่อยู่ลำดับถัดมาจะขอให้เพื่อนบ้านซึ่งเป็นอาสา (อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ) อาสาจะประสานกับพ่อหลวง (ผู้ใหญ่บ้าน) ส่งต่อไปที่โรงพยาบาล

*"ถ้าลูกอยู่ ลูกก็พาไป ถ้าไม่อยู่ก็ขออาสา อาสาก็ขอพ่อหลวงต่อ"*

ในกรณีที่ผู้ใหญ่บ้านไม่ว่างหรือเป็นช่วงเวลากลางคืน ประชาชนในพื้นที่สามารถติดต่อ อบต.แม่พริก ที่ศูนย์บริการประชาชนเพื่อขอความช่วยเหลือได้ โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆ

*“ภายในหมู่บ้าน ถ้าไม่มีรถ ไม่มีอะไร ก็สามารถขอความช่วยเหลือนี้ได้”*

นอกจากนี้ กรณีฉุกเฉิน โรงพยาบาลแม่สรวย มีเบอร์โทรศัพท์ฉุกเฉินให้ติดต่อรถพยาบาลมารับได้โดยตรง

*“ถ้าฉุกเฉิน พ่อหลวงไม่อยู่ อะไรไม่อยู่ โทรเข้าทางโรงพยาบาลได้ ให้เบอร์โทรของโรงพยาบาลไว้”*

นอกจากนั้น เครือข่ายเพื่อนบ้านได้เข้ามามีบทบาทสำคัญด้วยเช่นกัน

2) โรงพยาบาลให้บริการที่บ้านของผู้สูงอายุ

ในตำบลแม่พริก พยาบาลเวชศาสตร์ชุมชนและครอบครัวของโรงพยาบาลแม่สรวย เป็นฝ่ายที่รับผิดชอบการจัดบริการดูแลที่บ้าน และเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการผลักดันให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ โดยนำเสนอความคิดให้กับผู้สูงอายุและให้ผู้สูงอายุไปค้นหาชักชวนอาสาสมัครด้วยตนเอง หรือผ่านผู้นำชุมชน อสม. ช่วงเริ่มแรกอาสาสมัครจะได้รับการอบรมจากทีมสหสาขาวิชาชีพของโรงพยาบาล ทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ มีการทดลองการเยี่ยมบ้าน ฝึกการจดบันทึกและให้คำแนะนำ จากนั้นอาสาสมัครกลับไปลองทำและส่งบันทึกกลับมาให้เจ้าหน้าที่ทราบเพื่อประเมินผล การอบรมมีหลายรุ่นด้วยกัน นอกจากนี้ อาสาสมัครแบ่งพื้นที่รับผิดชอบการเยี่ยมบ้าน และทุกๆ เดือนจะมีหนึ่งวันที่อาสาสมัครมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ถึงปัญหาของแต่ละคน และร่วมกันแก้ไขปัญหา และช่วงบ่ายของวันที่มาคุยแลกเปลี่ยนกันนั้น ทุกคนจะไปเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ร่วมกัน ซึ่งการพบปะกันแบบนี้จะหมุนเวียนสัญจรไปทุกหมู่บ้าน และจากการดำเนินการดังกล่าวของกลุ่มอาสาสมัครก็พบว่า ครอบครัวและชุมชนเริ่มเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ

**ตัวอย่าง การดำเนินงานของพยาบาลชุมชนเพื่อสร้างอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชน**

**การวิเคราะห์ปัญหาผู้สูงอายุ**

ปี 2544 ทีมสหสาขาวิชาชีพได้ร่วมกับกลุ่มผู้สูงอายุ ผู้ใหญ่บ้าน อสม. อบต. และแม่บ้าน ฝึกวิเคราะห์ปัญหาผู้สูงอายุ มีการอบรมการฝึกวิเคราะห์ปัญหาชุมชนโดยใช้การเรียนรู้เชิงปฏิบัติการร่วมกับเจ้าหน้าที่ทุกฝ่ายงานโรงพยาบาลแม่สรวย ทำให้ชุมชนมีการรวมตัวเพื่อพูดคุยปัญหาของผู้สูงอายุอย่างจริงจัง ในที่สุดก็ได้ปัญหาของผู้สูงอายุ ได้แก่ ปัญหาเศรษฐกิจ เป็นปัญหานำของทุกกลุ่ม ปัญหาสังคมเป็นปัญหาตามมา ส่วนปัญหาสุขภาพจะอยู่ในลำดับที่ 3

**การเชื่อมโยงปัญหา → วิถีชีวิต →สุขภาพ**

การเชื่อมโยงสภาพปัญหาของทีมสหสาขาวิชาชีพ ทำให้ทราบสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุบางคนความดันโลหิตยังคงสูง มาจากความกังวลเรื่องเงินทอง เรื่องลูกหลาน ฯลฯ

**การใช้ภูมิปัญญา →กิจกรรม →ขยายกระแส**

ทีมสหวิชาชีพได้ใช้ภูมิปัญญามาแก้ปัญหา แต่ละขั้นตอนจะมีเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลเป็นพี่เลี้ยงตลอดทุกกิจกรรม รายละเอียดมีดังนี้

1) การสร้างกิจกรรมเพื่อปลุกกระแส เมื่อตำบลแม่พริกได้เป็นเจ้าภาพและมีอาสาฯ จากตำบลต่างๆ มาร่วมเตรียมงาน การจัดงานดังกล่าวได้สร้างกระแสตื่นตัวให้กับกลุ่มผู้สูงอายุตำบลแม่พริกเป็นอย่างมาก กลุ่มผู้สูงอายุตระหนักถึงศักยภาพ ภูมิปัญญา ความเข้มแข็ง กิจกรรมเป็นหลักตามความต้องการของกลุ่ม ได้แก่ ชั่งน้ำหนัก วัดความดันโลหิต ออกกำลังกาย ฯลฯ และกิจกรรมตามความสนใจ เช่น เล่นดนตรีพื้นเมือง ร้องจ้อยซอ เป็นต้น

2) ผลของกิจกรรม ผู้สูงอายุรู้สึกสนุกสนานและรู้สึกภาคภูมิใจ ผู้นำชุมชน หน่วยงานส่วนราชการ ส่วนท้องถิ่น พูดกระตุ้นเกิดการรวมกลุ่ม เด็กเยาวชนจากโรงเรียนและชุมชนเข้ามาร่วมกิจกรรมกับผู้สูงอายุ โดยได้เรียนรู้ตามฐานความรู้ภูมิปัญญาต่างๆ

3) ขยายกระแสสู่ตำบลอื่น อาสาสมัครหารือกันและมีมติให้จัดงานสัญจร โดย 2 ครั้งแรก มีเฉพาะผู้สูงอายุเป็นหลัก เมื่อสามารถดำเนินการได้แล้ว ครั้งที่ 3 จึงได้ชักชวนผู้พิการเข้ามาร่วมสัญจรด้วย

4) ความพอเพียงบนวิถีแห่งวัฒนธรรมดั้งเดิม การจัดงานแต่ละครั้ง ใช้งบประมาณเพียงครั้งละ 2,000 บาท โดยทางโรงพยาบาลเป็นผู้ของบประมาณสนับสนุนจาก อบต.แม่พริก ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุจะห่อข้าวกันมาเอง ค่าใช้จ่ายจึงมีเพียงทำอาหารเสริม และเงินส่วนที่เหลือให้ไว้สนับสนุนการดำเนินงานของกลุ่ม

**การสร้างเครือข่ายระดับตำบล** การให้บริการดูแลผู้สูงอายุในตำบลแม่พริก ใช้รูปแบบเครือข่าย การจัดงานภาคีชุมชนตำบลแม่พริก โดยหวังจะเห็นความร่วมมือร่วมใจของทั้งตำบลในการพัฒนาตำบลแม่พริกให้เป็นตำบลแห่ง ครอบครัวอบอุ่น ชุมชนเข้มแข็ง สิ่งแวดล้อมสวยงาม มีกิจกรรมรองรับอย่างเป็นรูปธรรม ทางโรงพยาบาลจึงเป็นเจ้าภาพในการคืนข้อมูลสู่ชุมชน โรงเรียน คืนข้อมูลเกี่ยวกับโครงการครอบครัวของเด็กนักเรียน เกษตรอำเภอได้คืนข้อมูลในเรื่องเกษตรปนเปื้อนสารพิษและสถานการณ์ปัญหามลภาวะในชุมชน ธกส.คืนข้อมูลเรื่องภาวะหนี้สินของเกษตรกร และโรงพยาบาลคืนข้อมูลสถานการณ์ปัญหาของผู้สูงอายุและมุมมองต่อครอบครัว โดยมีทีมสหสาขาวิชาชีพของโรงพยาบาล นายกองค์การบริหารส่วนตำบล ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล ผู้ใหญ่บ้าน อสม. แม่บ้าน เยาวชน ผู้สูงอายุ ผู้พิการ เข้าร่วมเสวนา

**การจัดกระบวนการจัดการความรู้**

**การประเมิน →การสะท้อนกลับ →การถ่ายทอด**

กลุ่มผู้สูงอายุที่เคยเข้าร่วมงานมาแล้ว จะสรุปผลที่เกิดขึ้น ปัญหาและข้อเสนอแนะ และถ่ายทอดความรู้จากตัวเองให้กลุ่มผู้สูงอายุที่จะจัดต่อไป

การจัดภาคีครั้งแรกๆ เจ้าหน้าที่จะมีบทบาทสูงในการร่วมบริหารจัดการให้คำแนะนำ ช่วยคิด ช่วยเขียน ช่วยทำ เมื่อจัดไปหลายรอบ รอบที่ 3 รอบที่ 4 ผู้สูงอายุสามารถใช้กลุ่มในการบริหารจัดการงานได้ด้วยตนเองมากขึ้นตามลำดับ และสามารถดึงศักยภาพจากชุมชนมาร่วมจัดงานด้วย ทาง

โรงพยาบาลได้จัดทำโครงการสร้างสุขภาวะชุมชนผู้สูงอายุ ผู้พิการผ่านกระบวนการจัดการความรู้โดยทำงานร่วมกับสถาบันวิชาการเพื่อการพัฒนาเครือข่ายสุขภาพชุมชน(สวสช.) เพื่อเอื้ออำนวยให้ผู้สูงอายุผู้พิการสามารถใช้กระบวนการจัดการความรู้ผ่านเวทีเรียนรู้สัญจร กระบวนการทำงานร่วมกันในอันที่จะปรับกระบวนทัศน์แกนนำผู้สูงอายุ ผู้พิการ พัฒนาศักยภาพความเข้มแข็ง เกิดการทำงานเป็นเครือข่ายสุขภาพผู้สูงอายุ ผู้พิการโดยชุมชนมีส่วนร่วม ผลักดันให้เกิดกลุ่มตัวอย่างเสริมสร้างประสบการณ์ และปัญญาในการสร้างเสริมสุขภาพ ขยายผลสู่หมู่บ้านอื่นครอบครัวและชุมชนเข้ามามีบทบาทในการดูแลสนับสนุนผู้สูงอายุให้สามารถดูแลตนเองตามศักยภาพ สุดท้ายสามารถใช้พลังปัญญาผ่านพลังเครือข่ายชุมชนเพื่อขับเคลื่อนสู่สุขภาวะชุมชนซึ่งครอบคลุมถึงสุขภาวะของผู้สูงอายุในที่สุด

การดูแลผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในชุมชนด้วยกลวิถี “เพื่อนช่วยเพื่อน”โดยนำกลุ่มคนที่มีโรคลักษณะเดียวกัน ให้ข้อมูล ให้กำลังใจกันจากการที่ได้เห็นภาพของการเยี่ยมเยียนของผู้สูงอายุที่อยู่ใกล้กันโดยธรรมชาติอยู่ก่อนแล้ว จึงได้แต่เพียงนำสิ่งที่มีอยู่แล้วมาใช้ประโยชน์ในการดูแลสุขภาพ โดยอาศัยการกระตุ้นเตือน ความผูกพัน และศักยภาพของพลังกลุ่ม

**กลวิธีการทำงานด้านผู้สูงอายุ**

**1. การสร้างอุดมการณ์ร่วมของชุมชน** การนำภาคีชุมชนตำบลแม่พริก เป็นยุทธศาสตร์สำคัญในการสร้างอุดมการณ์ชุมชนอยู่เย็นเป็นสุข ผ่านแนวความคิด “ครอบครัวอบอุ่น ชุมชนเข้มแข็ง สิ่งแวดล้อมสวยงาม” ซึ่งเป็นประเด็นหลักในการรณรงค์ทั่วทั้งตำบล การได้มีโอกาสมาทักทาย ไหว้กัน ร่วมกิน พูดคุย ละเล่นสนุกสนานร่วมกัน ตั้งแต่หัวบ้านท้ายบ้าน ดังเช่นในอดีต ช่วยสร้างความรู้สึกเป็นหนึ่งเดียว ความสามัคคีทั่วทั้งตำบล ความร่วมมือร่วมใจหันหน้าเข้าหากัน เพื่อที่จะทำประโยชน์หรือแก้ไขปัญหาร่วมกันเพื่อตำบล

นอกจากนี้ ภาคีชุมชน ยังเป็นเวทีของการสร้างคุณค่าของคน ได้แก่ การที่หมู่บ้านมอบรางวัลคนดีศรีหมู่บ้าน ให้แก่อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ ที่ดูแลบิดามารดาและช่วยเหลืองานชุมชนดีเด่น และรางวัลครอบครัวดีเด่น ให้กับผู้สูงอายุที่ดูแลกันเองในครอบครัวและช่วยเหลืองานชุมชนเป็นอย่างดี

**2. ใช้ฐานการเรียนรู้ภูมิปัญญาพื้นบ้าน (Node Forming)** การพบปะแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของหมอเมืองซึ่งเป็นภูมิปัญญาพื้นบ้าน เพื่อผลักดันให้หมอเมือง เป็นแกนนำสำคัญของเศรษฐกิจพอเพียงในมิติของการดูแลสุขภาพเคียงคู่ไปกับชุมชน โดยเริ่มจากบ้านหมอเมือง ให้มีการปลูกสมุนไพร ผักพื้นบ้าน อย่างน้อย 40 ชนิดในบ้าน การนำเด็กนักเรียนมาเรียนรู้เรื่องสมุนไพร ผักพื้นบ้านในสวนสมุนไพรในบ้านหมอเมืองและผู้สูงอายุ เพื่อถ่ายทอดภูมิปัญญา เป็นแบบอย่างให้เยาวชน และจูงใจให้นำไปสู่การปลูกและใช้ในครัวเรือนของชุมชนต่อไป ซึ่งในปัจจุบันหมอเมืองและผู้สูงอายุได้นำผลิตผลไปขายที่ตลาดปลอดสารในโรงพยาบาลแม่สรวยด้วย

**3. เครือข่ายสุขภาวะ (Networking)** จากการทำงานภาคีชุมชนตำบลแม่พริก ได้กลายเป็นการจุดประกายให้นำไปสู่การพบปะพูดคุยกันเชิงลึก เพื่อเป็นเครือข่ายความร่วมมือของทุกหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน รวมถึงภาครัฐ ได้แก่ โรงพยาบาล โรงเรียน เกษตรอำเภอ พัฒนาชุมชนอำเภอ พัฒนาสังคมอำเภอ ธกส. อบต. ฯลฯ ในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ วางแผนดำเนินการเพื่อทำประเด็น

“ครอบครัวอบอุ่น ชุมชนเข้มแข็ง สิ่งแวดล้อมสวยงาม” นำไปสู่สุขภาวะของตำบลที่เป็นจริง

**4. การดำเนินการเชิงลึกผ่านกิจกรรมชุมชน**

*4.1 กลุ่มผู้สูงอายุ* ซึ่งมีกิจกรรมภายใต้ร่มเงาศาสนาและวัฒนธรรม ประเพณีที่ดีงาม ปัจจุบันมีกิจกรรมผู้สูงอายุประจำเดือนครบทั้ง 13 หมู่บ้าน ทั้งด้านสุขภาพ อาชีพ เศรษฐกิจพอเพียง ฯลฯ กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน การจัดการความรู้ง่ายๆ เพื่อการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง โดยใช้พลังกลุ่มของกลุ่มผู้สูงอายุ

*4.2 ชมรมผู้พิการ* การสร้างและใช้ศูนย์ร่วมกันระหว่างผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ติดเชื้อ ฯลฯ และชุมชนโดยเป็นที่ประชุมของหมู่บ้านด้วย

*4.3 จิตอาสา* อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุและผู้พิการ โดยได้มีการเยี่ยมให้กำลังใจผู้ป่วยอัมพาตเรื้อรังที่นอนโรงพยาบาลเป็นระยะเวลานาน ผู้ป่วยรู้สึกมีกำลังใจ เนื่องจากปัจจุบันอยู่คนเดียวตามลำพัง โดยอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุจะเริ่มจากการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวตนเองเป็นเบื้องต้น และขยายไปสู่การดูแลผู้สูงอายุที่เป็นเพื่อนบ้าน และไปสู่การดูแลผู้สูงอายุทั่วไป ซึ่งปัจจุบันมีเครือข่ายอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุครบทั้ง 13 หมู่บ้าน

**การประเมินผล**

การประเมินผลการดูแลของอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ ทุกเดือนจะมีการประชุมร่วมกันของอาสาสมัคร เพื่อมาเล่าเรื่องที่อาสาสมัครไปปฏิบัติมา ปัญหาที่เกิดขึ้น และร่วมกันเสนอแนวทางแก้ไขปัญหา

**4.2.3 ช่องทางการเข้าถึงบริการสุขภาพและสังคมของผู้สูงอายุในตำบลแม่พริก**

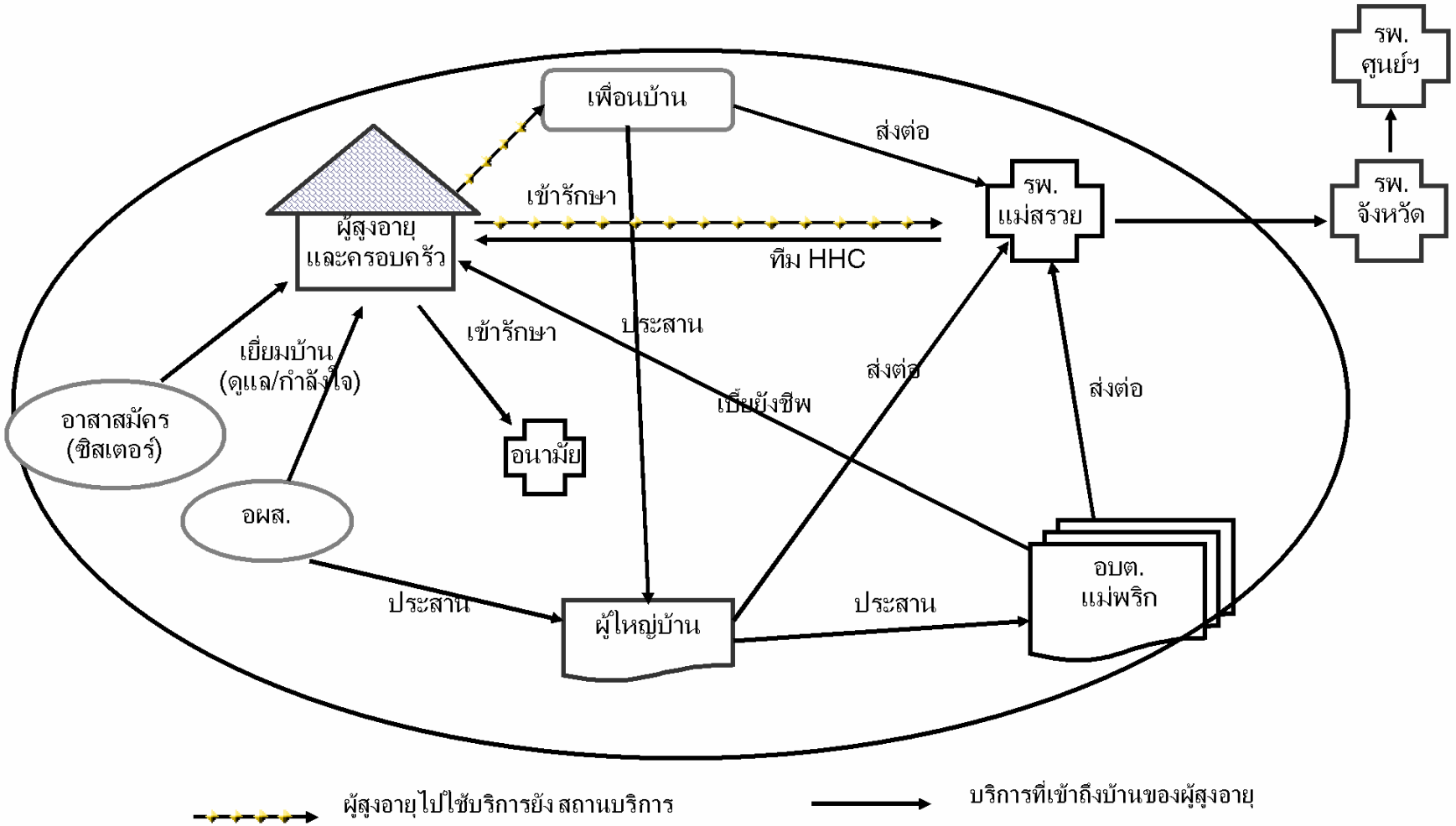
การเข้าถึงบริการสุขภาพและสังคมของผู้สูงอายุและครอบครัว มีหลายช่องทาง ทั้งการเข้ารับบริการยังสถานบริการ การขอความช่วยเหลือจากเพื่อนบ้าน ผู้นำชุมชน และการรับบริการที่บ้านจากบุคลากรด้านสุขภาพที่บ้าน โดยมีรายละเอียดดังนี้

ผู้สูงอายุในตำบลแม่พริก เมื่อมีอาการเจ็บป่วยทั่วไปจะไปใช้บริการสถานีอนามัยประจำตำบลที่อยู่ใกล้บ้าน อีกทางหนึ่งผู้สูงอายุอาจไปรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลแม่สรวย ในกรณีที่ผู้สูงอายุไม่มีรถที่จะนำไปส่งที่สถานพยาบาล ผู้สูงอายุจะไปขอความช่วยเหลือจากเพื่อนบ้าน (บางคนเป็น อผส./อสม.) ให้ช่วยประสานไปยังผู้นำชุมชน เช่น ผู้ใหญ่บ้านให้ช่วยพาไปส่งยังสถานพยาบาล และในกรณีฉุกเฉิน ผู้สูงอายุจะโทรศัพท์ติดต่อไปให้ทางโรงพยาบาลแม่สรวยนำรถพยาบาลมารับผู้สูงอายุไปรักษาพยาบาล

ในกลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่เพียงลำพังไม่มีลูกหลานคอยดูแล ในตำบลแม่พริกมีอาสาสมัครหลายกลุ่มให้บริการที่บ้านของผู้สูงอายุ เช่น อผส. อสม. และซิสเตอร์ โดยอาสาสมัครจะคอยไปเยี่ยมเยียนถามไถ่สารทุกข์สุกดิบ ดูแลอาการป่วยของผู้สูงอายุ สุขอนามัย

ส่วนตัว รวมถึงการดูแลสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุ และอาสาสมัครเหล่านี้ทำงานในงานในรูปแบบเครือข่ายร่วมกับพยาบาลชุมชนจากโรงพยาบาลแม่สรวยที่ออกเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุในตำบลเป็นประจำอยู่แล้ว เพื่อให้ความช่วยเหลือแก่ผู้สูงอายุในตำบลแม่พริกมีประสิทธิภาพมากที่สุด นอกจากนี้ อบต.แม่พริก ได้จัดเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพให้แก่ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ด้วย ดังแผนภาพ

พยาบาลโรงพยาบาลแม่สรวย และกลุ่มอาสาสมัครในตำบลแม่พริก




แผนภาพ การเชื่อมประสานระหว่างบ้าน หน่วยงาน/องค์กร เพื่อให้บริการผู้สูงอายุในตำบลแม่พริก

**5. ความคิดเห็นต่อการระบบแบบบูรณาการ**

การจัดบริการผู้สูงอายุให้ประสบความสำเร็จ จะต้องเน้นการมีส่วนร่วมจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องของหน่วยงานที่รับผิดชอบ *“หมอ อบต. ผู้นำ ผู้สูงอายุ ร่วมกันทำ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องการกินที่พักอาศัย เข้าไปช่วยอย่างเต็มที่ทุกฝ่าย”* ดังนั้น *“หากผู้สูงอายุเจ็บป่วย ทุกฝ่ายเป็นเครือข่ายกัน ช่วยเหลือกัน”* ทั้งหน่วยงานที่ให้บริการสุขภาพ บริการสังคม และผู้บริหารท้องถิ่น มีการร่วมมือ มีการจัดสรรงบประมาณ บุคลากร รวมถึงชุมชนร่วมกัน

**5.1 การเชื่อมประสานบริการสุขภาพและสังคม**

เนื่องจาก โรงพยาบาล หน่วยงานราชการ อบต. มีที่ตั้งอยู่ใกล้กัน ก็จะมีการพูดคุยร่วมกัน ระหว่างแพทย์ พยาบาล หน่วยงานราชการ รวมทั้งอาสาสมัคร เพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลและประสานบริการต่างๆ แก่กัน

**5.2 การจัดบริการการดูแลผู้สูงอายุให้มีประสิทธิภาพ**

1) องค์กรต่างๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชน ร่วมกันดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง
2) อบรมความรู้และเพิ่มทักษะ
3) จัดหางบประมาณในการดำเนินงาน
4) เป้าหมายสุดท้ายคือ การมีส่วนร่วมจากทุกฝ่าย
5) มีการประเมินผล เก็บข้อมูล

**5.3 ความต้องการได้รับการสนับสนุน**

1) ความต้องการอันดับแรก คือ การสร้างความเข้าใจในการมีส่วนร่วม
2) อบรมเพิ่มความรู้ ทักษะในการปฏิบัติงาน
3) งบประมาณ
4) บุคลากร
5) สถานที่

หน่วยงานที่จะสนับสนุนได้ เริ่มจากส่วนที่ใกล้ตัวก่อน คือ ชุมชน อบต. พัฒนาชุมชน พัฒนาสังคม และส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับชุมชน

**5.4 บุคลากรที่อบต. เห็นว่าจะทำให้การดำเนินงานช่วยเหลือผู้สูงอายุในชุมชนดียิ่งขึ้น**

ลำดับความสำคัญของบุคลากรที่ อบต.แม่พริก เห็นว่า อาสาพัฒนาชุมชน จะสามารถช่วยเหลืองานด้านผู้สูงอายุได้ดียิ่งขึ้น รองลงมาคือ นักพัฒนาชุมชน ถัดมาคือ นักสังคมสงเคราะห์ เจ้าหน้าที่อนามัยชุมชน พยาบาล แพทย์ ตามลำดับ

**5.5 การสนับสนุนด้านงบประมาณจากองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.)**

อบต. แม่พริก สามารถสนับสนุนงบประมาณได้เป็นบางส่วน เช่น อุดหนุนพัฒนาชุมชนอำเภอแม่สรวย อุดหนุนอาสาสมัครพัฒนาชุมชน อุดหนุนโรงพยาบาล โดยอาศัยบุคลากรในหน่วยงานที่มีอยู่ ส่วนอาสาพัฒนาชุมชนนั้นเป็นบุคลากรที่มีในชุมชนอยู่แล้ว

**6. อนาคตของการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน**

**6.1 การปลูกฝังค่านิยมที่ดีสำหรับเด็ก** ตำบลแม่พริก มีแนวทางแก้ไขปลูกฝังค่านิยมของเด็กเยาวชน โดยการให้ลูกหลานของ อผส. ติดตาม อผส. ไปเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ เรียกว่า ***"อาสาสมัครน้อย"***

> *"แรกเริ่ม ลูกหลานในหมู่บ้าน อผส.ไปหัดสอนมัดโบว์ ผูกเปียให้ เวลาเด็กขอไปกับ อผส.พ่อแม่จะปล่อยให้ไปด้วย เด็กก็ได้ตามอผส. ไปเยี่ยมบ้านด้วย และเด็กชอบซักถามผู้สูงอายุบ่อยๆ เพราะตัวผู้สูงอายุมีภูมิปัญญาอยู่แล้ว ผู้สูงอายุก็ชอบ เด็กก็ชอบ"*

นอกจากนี้ กลุ่มผู้สูงอายุยังมีแนวคิดที่จะโครงการที่มีการสร้างความสัมพันธ์โดยมีกิจกรรมร่วมกันระหว่างผู้สูงอายุ เยาวชน และเด็ก

> *"ได้งบมา เอาไปสอนนักเรียนทำกิจกรรมในโรงเรียน ทำแกงด้วย เอาพิธีกรเป็นคนแก่ สอนขนบธรรมเนียม สอนทำอาหาร ภูมิใจอยากให้มีอีก เด็กอยากทำ"*

**6.2 การจัดหาผู้ดูแลผู้สูงอายุวิชาชีพสำหรับชุมชน** อบต.แม่พริกมีแนวคิดที่จะส่งเด็กไปเรียนเกี่ยวกับเรื่องการดูแลผู้สูงอายุ หรือเป็นผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุ ที่ศูนย์ฝึกอาชีพที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ และเมื่อ เด็กเรียนสำเร็จแล้ว ทางอบต.แม่พริกจะรับเข้าทำงานเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุของตำบลแม่พริก

## กรณีศึกษาที่ 3 ตำบลปากพูน อำเภอเมืองฯ จังหวัดนครศรีธรรมราช

การเก็บรวบรวมข้อมูลจากการสนทนากลุ่มคนที่มีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ได้แก่ นายกองค์การบริหารส่วนตำบลปากพูน หัวหน้าสถานีอนามัยปากพูน ประธานชมรมผู้สูงอายุ ประธานอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุในพื้นที่

### 1. ลักษณะทางกายภาพของตำบล

ตำบลปากพูน นั้นเป็นตำบลหนึ่งของอำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช อาณาเขตของตำบลปากพูนนั้น ทิศเหนือติดต่อกับตำบลโพธิ์ทอง อ.ท่าศาลา ทิศใต้ติดต่อกับตำบลโพธิ์เสด็จ และตำบลนาเคียน อ.เมือง ตะวันออกติดต่อกับตำบลท่าชัก อ.เมือง และอ่าวไทย และตะวันตกติดกับตำบลดอนตะโก อ.ท่าศาลา และตำบลนาเรียง อ.พรหมคีรี จ.นครศรีธรรมราช

**แผนที่แสดงอาณาเขตตำบลปากพูน**

**การปกครองโดยองค์การบริหารส่วนตำบลปากพูน** อบต.ปากพูน มีพื้นที่ทั้งหมด 69.34 ตารางกิโลเมตร รับผิดชอบครอบคลุม 12 หมู่บ้าน ได้แก่ หมู่ 2 บ้านดอนทะเล หมู่ 3 บ้านสักงาม หมู่ 4 บ้านห้วยไทร หมู่ 5 บ้านแสงจันทร์ หมู่ 6 บ้านท่าเตียน หมู่ 7 บ้านบ่อโพธิ์ หมู่ 8 บ้านปากพูน หมู่ 9 บ้านตลาดพฤหัสฯ หมู่ 10 บ้านศาลาบางปู หมู่ 11 บ้านปากพยิง หมู่ 12 บ้านปากน้ำเก่า และบางส่วนของ หมู่ 1 บ้านไสม่วงหัส รวม 10,578 ครัวเรือน ปี 2551 มีจำนวนประชากรที่อาศัยอยู่จริงทั้งหมด 32,528 คน เป็นชาย 16,680 คน หญิง 15,848 คน มีผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 17.59 (รายงานสถิติจำนวนประชากรและบ้าน รายจังหวัด รายอำเภอ และรายตำบล ณ เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2551)

**ตารางแสดง ประชากรของตำบลปากพูนที่อาศัยอยู่จริงจำแนกตามช่วงอายุและเพศ**

| อายุ | จำนวนคนในครัวเรือน (คน) | | |
|---|---|---|---|
| | รวม | ชาย (คน) | หญิง(คน) |
| น้อยกว่า 1 ปี | 165 | 86 | 79 |
| 1 - 2 ปี | 297 | 150 | 147 |
| 3 - 5 ปี | 512 | 261 | 251 |
| 6 - 11 ปี | 1,556 | 783 | 773 |
| 12 - 14 ปี | 823 | 421 | 402 |
| 15 - 17 ปี | 820 | 419 | 401 |
| 18 - 25 ปี | 2,148 | 1,146 | 1,002 |
| 26 - 49 ปี | 6,076 | 3,054 | 3,022 |
| 50 - 60 ปี | 1,787 | 859 | 928 |
| มากกว่า 60 ปีขึ้นไป | 1,892 | 866 | 1,026 |
| **รวม** | **16,076** | **8,045** | **8,031** |

ที่มา : ศูนย์ข้อมูลเพื่อการพัฒนาชนบท กองวิชาการและแผนงาน กรมการพัฒนาชุมชน กระทรวงมหาดไทย, รายงานผลข้อมูลความจำเป็นพื้นฐานระดับครัวเรือน ปี 2551

**สภาพทั่วไปของชุมชน**

ภูมิประเทศเป็นที่ราบชายฝั่งทะเล ลักษณะเป็นดินทราย ชาวบ้านส่วนใหญ่จะประกอบอาชีพหลากหลาย เช่น ทำนา ทำสวนยาง รับจ้างทั่วไป ข้าราชการ ธุรกิจก่อสร้าง และอาชีพประมงสำหรับชุมชนที่อยู่ใกล้ทะเล

**วิถีชีวิตของชุมชน**

*“อนุสาวรีย์ วีระไทย สูงไฟประภาคาร สถานที่ตั้งกองทัพภาค มีมากสองสนามบิน ถิ่นกุ้งปลาสมบูรณ์ เพิ่มพูนอิฐแดงแหล่งดินเผา หัตถกรรมหนังตะลุงย่านลิเภา สัมพันธ์เราไทยมุสลิม”* เป็นคำขวัญประจำตำบลปากพูน แสดงให้เห็นถึงความอุดมสมบูรณ์ ทั้งทรัพยากรธรรมชาติ เส้นทางคมนาคม ศิลปวัฒนธรรมของท้องถิ่น และความสัมพันธ์ที่ดีของคนในพื้นที่ ซึ่งประชากรร้อยละ 80 นับถือศาสนาพุทธ ส่วนที่เหลือนับถือศาสนาอิสลาม ทำให้ปัญหาเรื่องการทอดทิ้งผู้สูงอายุค่อนข้างมีน้อย ถ้าใครเอาพ่อแม่มาทอดทิ้งไว้ บทลงโทษค่อนข้างสูง ประกอบกับชาวมุสลิมมีพิธีกรรมทุกวัน ความเป็นเครือญาติ ครอบครัวขยายพอมีอยู่บ้าง แม้จะเป็นครอบครัวเดี่ยว ก็เป็นครอบครัวเดี่ยวในครอบครัวขยาย สมมติพ่อแม่มีเนื้อที่ 4-5 ไร่ ลูกแยกบ้านมาก็ยังมาอยู่ในบริเวณบ้านเดียวกับพ่อแม่ มีประเพณีวัฒนธรรม เช่น เดือนสิบ ปีใหม่ ลูกหลานจะกลับมาบ้าน

**สภาพปัญหาของผู้สูงอายุ**

ผู้สูงอายุในตำบลปากพูนส่วนใหญ่เป็นความดันโลหิตสูงและเบาหวาน เนื่องจากชอบประทานอาหารรสจัด ทั้งรสเค็มและรสหวาน และผู้สูงอายุบางรายมีอาการความจำเสื่อม โรคที่พบบ่อย ได้แก่ โรคหัวใจขาดเลือด โรคไขมันในเลือดสูง โรคความดันโลหิตสูง โรคข้อเข่าเสื่อมและกระดูกพรุน โรคเบาหวาน โรคในช่องปาก โรคตา โรคระบบทางเดินอาหารและทางเดินปัสสาวะ และโรคมะเร็ง นอกจากนี้ กลุ่มอาการที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ได้แก่ อาการปวดตามข้อ ปวดหลัง ปวดเอว ปัญหาด้านสุขภาพจิต อาการขี้หลง-ขี้ลืม อาการหน้ามืด วิงเวียน เป็นลม และ อาการนอนไม่หลับ ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุจะนำไปสู่ความจำเป็นของการต้องการผู้ดูแล และส่งผลทางอ้อมต่อสังคม เศรษฐกิจ นอกจากนี้ยังเป็นภาระต่อระบบบริการสุขภาพอย่างมากในอนาคต

**ทัศนะต่อการดูแลผู้สูงอายุที่ดีในครอบครัว**

ลักษณะของครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุดี คือ บุตรหลานของผู้สูงอายุอยู่ดูแลผู้สูงอายุตลอด และผู้สูงอายุได้รับการดูแลทั้งทางกายและใจ คือ ดูแลเรื่องอาหารที่ถูกสุขลักษณะ ที่นอนเสื้อผ้าสวมใส่ที่สะอาด

> *“การดูแลของบุตรหลาน เขาดูแลทุกวัน ตอนนี้อาสาสมัครที่ดูแลก็เป็นลูกของแกเอง”*
>
> *“ดูจากพฤติกรรมของคนแก่ที่ดูแล ที่อยู่อาศัย ที่หลับที่นอนที่สะอาด เสื้อผ้า อาหารการกิน ดูจากบริบทล่ะก็ ที่ดูว่าดูแลดี ก็คือ ผู้เป็นลูกจะมาบอกอย่างสม่ำเสมอ ว่าเป็นอย่างนี้นะ บ้านเรือนบ้านช่องที่เตรียมให้*

*แม่เขานี่ต้องสะอาด ดูที่สุขภาพก็แข็งแรงดี สุขภาพดี โดยเฉพาะสุขภาพจิต สุขภาพใจ สุขภาพกายอาจมีปัญหานิดหน่อย แกจะเป็นคนมีปัญหาเรื่องจิตในระดับหนึ่งด้วย หลงๆลืมๆ อะไรบ้าง ผู้สูงอายุคนนี้ มีปัญหาเรื่องจิตอยู่ด้วย แต่ลูกดูแลได้ขนาดนั้น คิดว่าดี"*

**2. สถาบันที่จัดบริการสำหรับผู้สูงอายุ**

สถาบันในชุมชน ประกอบด้วย สถาบันภาครัฐ เอกชน และภาคประชาชน ซึ่งต่างมีบทบาทในการจัดบริการสำหรับประชาชนในชุมชนทุกวัยรวมทั้งผู้สูงอายุด้วย ในตำบลปากพูนมีสถาบันที่ดำเนินการ ดังนี้

**2.1 องค์การบริการส่วนตำบลปากพูน** นายก อบต.ปากพูนเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลความเป็นอยู่ของประชากรตำบลปากพูน โดยมองว่า องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นมีหน้าที่ในการจัดระบบการบริการสาธารณะต่างๆที่ตอบสนองความต้องการของประชาชนในพื้นที่ ดังนั้นจึงกำหนดวิสัยทัศน์ว่า *"พลเมืองมีความรู้ อยู่อย่างไม่ยากจน สุขภาพคนแข็งแรง"* โดยมีรายละเอียดการดำเนินงานดังนี้

พลเมืองมีความรู้ คือ การส่งเสริมให้พลเมืองมีการเรียนรู้ตลอดชีวิต ทั้งในระบบและนอกระบบ เสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน และสังคมให้เป็นรากฐานที่มั่นคง

อยู่อย่างไม่ยากจน คือ ทุกครัวเรือน มีรายได้ ลดรายจ่าย ส่งเสริมการออมให้กับประชาชน ยึดหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง

สุขภาพคนแข็งแรง คือ ส่งเสริมให้คนมีสุขภาพอนามัยที่สมบูรณ์และแข็งแรง ทั้งร่างกายและจิตใจ

การกำหนดนโยบายการดำเนินงานของ อบต. ปากพูน เทคนิคมีว่า "ท้องถิ่นจะร่วมกันขับเคลื่อนนโยบายต่างๆ มาจากนโยบายจากส่วนกลาง จังหวัด ท้องถิ่น และภาคส่วนประชาชน" การส่งเสริมการมีส่วนร่วมในประชาชนทุกกลุ่มเป้าหมาย เช่น ผู้สูงอายุ คนพิการ เด็กวัยรุ่น และกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ แต่ละกลุ่มสามารถกำหนดนโยบายของตัวเอง และนำเสนอต่อที่ประชุมของสภาองค์การบริหารส่วนตำบล จากนั้นคณะผู้บริหารจะนำมากำหนดเป็นนโยบายและวิธีการดำเนินงานต่อไป

นโยบายสาธารณะด้านการดูแลผู้สูงอายุของอบต.ปากพูน มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองได้ สมาชิกในครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสแสดงศักยภาพในการส่งเสริมสุขภาพของตนเอง ครอบครัวและชุมชน โดยมีปรัชญาแนะแนวทางการดำเนินงาน ดังนี้

1. สร้างหลักประกันในวัยสูงอายุ เป็นกระบวนการสร้างความมั่นคงให้แก่สังคม

2. ผู้สูงอายุมีคุณค่าและศักยภาพ สมควรได้รับการส่งเสริมสนับสนุนให้มีส่วนร่วมอันเป็นประโยชน์ต่อสังคม

3. ผู้สูงอายุมีศักดิ์ศรีและสมควรดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนอย่างมีคุณภาพสมเหตุสมผลและสมวัย

4. ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ใช่บุคคลด้อยโอกาสหรือเป็นภาระต่อสังคม ถึงแม้ว่าผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งจะประสบความทุกข์ยาก แต่มีความต้องการเกื้อกูลจากสังคมและรัฐบางช่วงเวลาของวัยเท่านั้น

5. จำนวนผู้สูงอายุมีแนวโน้มว่าอนาคตจะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ และมีความต้องการมีชีวิตทางสังคมที่จะเปิดโลกภายนอกมากขึ้น ดังนั้นการจัดการกิจกรรมต่างๆ เพื่อพัฒนาสุขภาพอนามัยของผู้สูงอยู่ควรอยู่ในรูปแบบของชุมชนช่วยชุมชน

**ค่าใช้จ่ายในการดำเนินงานผู้สูงอายุ ของ อบต.ปากพูน อ.เมือง จ.นครศรีธรรมราช**

| | รายการ/โครงการ | งบประมาณ | จ่ายจริง |
|---|---|---|---|
| 1. | โครงการเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ | 3,500,000 | 3,489,500 |
| 2. | โครงการเบี้ยยังชีพสูงอายุที่พิการ | 1,878,000 | 1,727,500 |
| 3. | ซื้อผ้าผู้สูงอายุวันผู้สูงอายุ | 150,000 | 99,000 |
| 4. | โครงการผู้สูงอายุเล่านิทาน | 12,600 | 12,600 |
| 5. | โครงการจัดซื้อวัสดุการแพทย์ในการดูแลผู้สูงอายุและผู้พิการ | | |
| | 5.1 เครื่องผ้ายืด | 200,000 | 200,000 |
| | 5.2 เบาะรองนั่ง | 7,500 | 0.00 |
| | 5.3 ครุภัณฑ์กายภาพบำบัด | 997,500 | 0.00 |
| | 5.4 เตียงผู้ป่วย | 230,000 | 0.00 |
| | 5.5 เครื่องประคบน้ำร้อน | 90,000 | 0.00 |
| | 5.6 เครื่องดึงกระดูก | 270,000 | 0.00 |
| | 5.7 เครื่องอัลตร้าซาวด์ | 200,000 | 0.00 |
| 6. | โครงการตรวจคัดกรองสุขภาพ | 170,000 | 170,000 |
| 7. | โครงการจัดซื้อวัสดุเครื่องมือแพทย์เพื่อตรวจสุขภาพ | 72,000 | 72,000 |
| 8. | โครงการสนับสนุนอาสาสมัครในการดูแลผู้สูงอายุและผู้พิการ | 500,000 | 500,000 |
| 9 | โครงการจัดซื้อรถให้อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (จักรยาน) | 230,000 | 230,000 |

| | รายการ/โครงการ | งบประมาณ | จ่ายจริง |
|---|---|---|---|
| 10. | โครงการประเมินผลการดูแลผู้สูงอายุประจำเดือน | 43,200 | 43,200 |
| 11. | โครงการตอบแทนผู้สูงอายุเล่านิทานเด็ก | 28,000 | 28,000 |
| 12. | โครงการแว่นตาผู้สูงอายุ | 40,000 | 40,000 |
| 13. | โครงการใส่ฟันปลอมให้ผู้สูงอายุ | 20,000 | 20,000 |
| 14. | โครงการส่งเสริมการออกกำลังกายผู้สูงอายุ | 30,000 | 30,000 |
| 15. | ค่าตอบแทนผู้สูงอายุสอนเพลงพื้นบ้านให้เด็กฟัง | 28,000 | 28,000 |
| 16. | การดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเรื้อรัง | 45,000 | 45,000 |
| 17. | โครงการอื่นที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ รักษาโรค ฝึกอาชีพ ฯลฯ | ไม่สามารถรวบรวม เป็นตัวเลขแน่นอนได้ | |
| | รวม | 8,741,800 | 6,734,800 |

**2.2 สถานีอนามัยปากพูน และสถานีอนามัยบ้านศาลา** อบต.ปากพูน ได้รับโอนภารกิจด้านสาธารณสุขมา ดังนั้น อบต.จึงรับผิดชอบการบริหารจัดการสถานบริการสุขภาพจัดการเอง ซึ่งมีสถานีอนามัยในพื้นที่ 2 สถานีอนามัย คือ สถานีอนามัยปากพูน และสถานีอนามัยบ้านศาลาบางปู สถานีอนามัยทั้งสองเป็นสถานบริการที่ให้บริการแก่ผู้สูงอายุ และเป็นแหล่งสนับสนุนด้านต่างๆ ให้แก่อาสาสมัครกลุ่มต่างๆ

**2.3 ชมรมผู้สูงอายุ** ชมรมผู้สูงอายุศูนย์อนามัยที่ 11 มีสมาชิกของชมรมจำนวน 213 คน ภายใต้การดูแลจากศูนย์อนามัยที่ 11 กิจกรรมที่จัดเน้นการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม คือ ร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ทุกวันจันทร์และพฤหัสของสัปดาห์ ผู้สูงอายุจะมีร่วมกิจกรรมต่างๆ เช่น ไหว้พระสวดมนต์ทำสมาธิ ออกกำลังกาย กิจกรรมนันทนาการ และงานฝีมือ

**2.4 ศูนย์เด็กเล็ก** ตำบลปากพูนมีศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 6 แห่ง โรงเรียนอนุบาล 1 แห่ง ภายในศูนย์เด็กจะได้ทำนา ปลูกข้าว ปลูกผักปลอดสารพิษ เลี้ยงเป็ด ไก่ สีข้าว เพื่อการเรียนรู้ เป็นการพัฒนาเด็กทั้งกาย จิตใจ สังคม และมีการนำเอาผู้สูงอายุเข้ามาช่วยเหลือในการดูแลเด็กเล็กที่ศูนย์ฯ โดยผู้สูงอายุมาเล่านิทาน ร้องเพลงให้เด็กฟัง เพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีกิจกรรมคลายความเหงา สำหรับผู้สูงอายุที่ต้องอยู่คนเดียวศูนย์ฯ มีการจัดกิจกรรมนำเด็กเยี่ยมผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อไปทำความสะอาดบ้านผู้สูงอายุ

*“ให้ผู้สูงอายุมีงานทำ โดยการเอาผู้สูงอายุมาเล่านิทานให้ศูนย์เด็กเล็กฟัง สามารถระดมผู้สูงอายุที่สามารถร้องเพลงกล่อมเด็กมาทำ CD ได้ 100 กว่าเพลง ที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เด็ก 3 ขวบ จะมีโครงการเน้นให้ครูพาเด็กไปเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุถึงบ้าน ผู้สูงอายุที่ไม่มีหลานก็เอาเด็ก 3*

*ขวบมาอยู่กับเขาสักครึ่งวัน ให้เขาเล่านิทาน เล่นกับเด็ก เด็กช่วยทำความสะอาด เก็บขยะในบ้านเรือน"*

*"ตอนนี้เราจ้างผู้สูงอายุมาเล่านิทาน ร้องเพลงกล่อม วันละ 100 บาท ประมาณ 1-2 ชั่วโมง ทั่วตำบลมี 7-8 คน สลับสับเปลี่ยนแต่ละศูนย์ โดยการสนับสนุนจากสภาการศึกษาแห่งชาติ เด็กอยู่ในวัยเรียน 2 ขวบครึ่ง – 3 ขวบครึ่ง อยู่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 4-5 ขวบอยู่อนุบาล เด็กที่อยู่ในความรับผิดชอบของ อบต.จะมีผู้สูงอายุดูแลตลอด"*

**2.5 กองทุนสวัสดิการชุมชนองค์การบริหารส่วนตำบลปากพูน อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช** เนื่องจาก อบต. ปากพูนเห็นถึงความสำคัญด้านสวัสดิการ และการเกื้อกูลกันของประชาชนในชุมชน จึงได้จัดตั้งกองทุนนี้ขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์ 3 ประการ ได้แก่

1. การพัฒนาคนในชุมชนให้เกิดความรัก ความสามัคคี และมีความรับผิดชอบช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

2. ส่งเสริมให้มีการบริการด้านสวัสดิการของชุมชนให้ครอบคลุมทุกเรื่องทั้งตำบล

3. ส่งเสริมให้คนในชุมชนเกิดความสำนึก มีความรับผิดชอบร่วมกันทั้งตำบล

บุคคลหรือกลุ่มองค์กรที่จะเป็นสมาชิกกองทุน จะต้องเสียค่าสมัคร 20 บาท และไม่สามารถเรียกค่าสมัครคืนได้ไม่ว่ากรณีใดๆ และจะได้รับสวัสดิการต่อเมื่อเป็นสมาชิกครบ 90 วัน และสมาชิกจะต้องสะสมเงินออมทรัพย์ วันละหนึ่งบาท นำมาให้คณะกรรมการฝ่ายบริหารทุกๆ สามสิบวันที่องค์การบริหารส่วนตำบลปากพูน

สวัสดิการที่สมาชิกจะได้มี 6 ประเภท ได้แก่

(1) สวัสดิการด้านการเกิด

(2) สวัสดิการด้านผู้สูงอายุ

(3) สวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลและสาธารณสุข

(4) สวัสดิการเมื่อเสียชีวิต

(5) สวัสดิการด้านการศึกษา

(6) สวัสดิการด้านอื่นๆ

การจ่ายเงินสวัสดิการด้านผู้สูงอายุ สมาชิกที่อายุ 60 ปีขึ้นไป จะได้รับเงินสวัสดิการเป็นรายเดือน ตามระยะเวลาการเป็นสมาชิก ดังนี้

เมื่อเป็นสมาชิกครบ 3 ปี ได้รับสวัสดิการเดือนละ 200 บาท

เมื่อเป็นสมาชิกครบ 6 ปี ได้รับสวัสดิการเดือนละ 400 บาท

เมื่อเป็นสมาชิกครบ 9 ปี ได้รับสวัสดิการเดือนละ 800 บาท
เมื่อเป็นสมาชิกครบ 12 ปี ได้รับสวัสดิการเดือนละ 1,000 บาท
เมื่อเป็นสมาชิกครบ 15 ปี ได้รับสวัสดิการเดือนละ 1,200 บาท
เมื่อเป็นสมาชิกครบ 18 ปี ได้รับสวัสดิการเดือนละ 1,400 บาท
เมื่อเป็นสมาชิกครบ 21 ปี ได้รับสวัสดิการเดือนละ 1,600 บาท
เมื่อเป็นสมาชิกครบ 24 ปี ได้รับสวัสดิการเดือนละ 1,800 บาท
เมื่อเป็นสมาชิกครบ 27 ปี ได้รับสวัสดิการเดือนละ 2,000 บาท
เมื่อเป็นสมาชิกครบ 30 ปี ได้รับสวัสดิการเดือนละ 2,200 บาท

*"คนที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จะได้เงินสวัสดิการเป็นรายเดือน ก็แล้วแต่ว่าเขามีระยะเวลาการเป็นสมาชิกนานเท่าไหร่ ถ้าใครเป็นสมาชิกมาแล้ว 3 ปี และมีอายุครบ 60 ปี จะได้รับเงินสวัสดิการเดือนละ 200 บาท 4-6 ปี ได้ 400 บาท แล้วแต่ระยะเวลา สูงสุดเดือนละ 2,700 บาท"*

กรณีที่ผู้สูงอายุเจ็บป่วย มีสิทธิได้รับเงินจากการเข้ารักษาพยาบาลไม่ว่าจะเป็นของรัฐและเอกชน คืนละ 200 บาท จ่ายให้ผู้ป่วย 100 บาท และผู้ที่มาเฝ้าไข้ 100 บาท ทั้งนี้ ไม่เกิน 10 วันต่อปี ครั้งละ 3 คืน

*"มีกองทุนสวัสดิการให้สวัสดิการตั้งแต่ เกิด แก่ เจ็บ ตาย ในส่วนของผู้สูงอายุถ้าเจ็บไข้ได้ป่วย เมื่อเป็นสมาชิกของกองทุน ไปนอนโรงพยาบาล กองทุนสวัสดิการชุมชนจะช่วยเหลือให้คืนละ 200 บาทต่อครั้ง ปีนึงไม่เกิน 10 คืน นอกจากเรามีรถพยาบาลรับส่งอยู่แล้ว ผู้สูงอายุก็จะได้สวัสดิการตรงนั้นไปด้วย ที่พูดว่าสวัสดิการเพราะว่า ให้ทุกคนสมัครใจและบูรณาการร่วมกับประกันสังคม นั่นคือเจ็บไข้ได้ป่วย"*

**2.6 กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลปากพูน** อบต.ปากพูนได้ร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) จัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลปากพูนขึ้น คณะกรรมการของกองทุนจะประกอบด้วย นายกเป็นประธาน ปลัด อบต.เป็น เลขานุการ และมีตัวแทนอสม.และตัวแทนชุมชนเป็นกรรมการ

วิสัยทัศน์ของกองทุนสุขภาพตำบลปากพูน "ประชาชนมีสุขภาพดี ชีวีมีความสุข เข้าถึงบริการสาธารณสุขอย่างทั่วถึง พัฒนาซึ่งกองทุนสุขภาพอย่างยั่งยืน"

เพื่อให้ประชาชนในตำบลได้มีส่วนร่วมในหลักประกันสุขภาพ ทั้งในส่วนของการเป็นผู้มีสิทธิในการเข้ารับบริการการบริหารจัดการ การตรวจสอบ และรับรองคุณภาพ จะทำให้สามารถตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนได้มากขึ้น

**ยุทธศาสตร์ของกองทุนสุขภาพตำบลปากพูน**

กองทุนสุขภาพตำบลปากพูนได้กำหนดยุทธศาสตร์เพื่อให้เกิดการพัฒนาในกองทุนสุขภาพ จำนวน 4 ยุทธศาสตร์ ดังนี้

**1. ยุทธศาสตร์ด้านการจัดบริการสุขภาพ** ประกอบด้วย 1 แนวทาง คือ

1.1 แนวทางการจัดบริการสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ ซึ่งประกอบด้วย

(1) การจัดบริการชุดสิทธิประโยชน์สำหรับหญิงมีครรภ์

(2) การจัดบริการชุดสิทธิประโยชน์สำหรับเด็กเล็ก (แรกเกิดถึงต่ำกว่า 1 ปี)

(3) การจัดบริการชุดสิทธิประโยชน์สำหรับเด็กโต (อายุ 6 ปี ถึงต่ำกว่า 25 ปี)

(4) การจัดบริการชุดสิทธิประโยชน์สำหรับผู้ใหญ่ (อายุ 25 ปี ขึ้นไป)

(5) การจัดบริการชุดสิทธิประโยชน์สำหรับกลุ่มผู้พิการและทุพพลภาพ

2. ยุทธศาสตร์ด้านการสนับสนุนหน่วยบริการสาธารณสุข

3. ยุทธศาสตร์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ

4. ยุทธศาสตร์ด้านการบริหารจัดการกองทุนสุขภาพตำบล

**3. วัตถุประสงค์**

1. เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการได้ง่าย มีส่วนร่วมรับผิดชอบทั้งในด้านความเป็น เจ้าของการควบคุมกำกับและร่วมรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในระดับที่สมเหตุสมผล

2. เพื่อให้ประชาชนได้รับการคุ้มครองสิทธิอย่างเต็มที่และมีกลไกในการคุ้มครองสิทธิที่เป็นจริง

3. เพื่อสนับสนุนให้หน่วยบริการระดับปฐมภูมิจัดหน่วยบริการร่วมกันในลักษณะเครือข่ายและให้บริการได้อย่างครอบคลุมกว้างขวาง โดยเฉพาะผู้ด้อยโอกาสในตำบลปากพูน

4. เพื่อให้สิทธิประโยชน์หลักและรูปแบบหรือกลไกการจ่ายเงินแก่ผู้ให้บริการจะต้องเป็น มาตรฐานเดียวกัน

5. เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

6. เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการฟื้นฟูสภาพของหน่วยบริการหรือสถานที่บริการอื่น ๆ หรือ สถานบริการทางเลือกต่างๆ

7. เพื่อส่งเสริมให้กลุ่มเป้าหมายที่เป็นกลุ่มแม่และเด็ก กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มผู้พิการ กลุ่ม ผู้ประกอบอาชีพที่มีความเสี่ยงและกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่อยู่ในชุมชนสามารถเข้าถึง

บริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพอย่างน้อยตามชุดสิทธิประโยชน์ที่คณะกรรมการ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

8. เพื่อให้เกิดการพัฒนาสุขภาพของคนในท้องถิ่นโดยการบริหารจัดการของท้องถิ่น

9. เพื่อให้ประชาชนในท้องถิ่นมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

**4. เป้าหมาย**

1. สร้างหลักประกันสุขภาพให้ประชาชนในตำบลทุกคนสามารถเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุขได้ตามสิทธิอันพึงมีพึงได้

2. ส่งเสริมให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดี

3. ส่งเสริมให้ประชาชนสามารถพึ่งตนเองทางด้านสุขภาพได้มากขึ้น

4. ส่งเสริมให้ประชาชนสามารถเข้ามามีส่วนร่วมดูแลและบริหารจัดการระบบสุขภาพได้ โดยถือว่า “สุขภาพ” เป็นเรื่องของประชาชนทุกคน

5. ส่งเสริมให้ระบบหลักประกันสุขภาพมีความยั่งยืนซึ่งจำเป็นต้องเป็นระบบที่มุ่งเน้น “การสร้าง” สุขภาพมากกว่าการ “ ซ่อม” สุขภาพ

**5. ภารกิจ** การจัดบริการสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ของ 5 กลุ่มเป้าหมาย ซึ่งผู้สูงอายุอยู่ในกลุ่มเป้าหมายที่ 4 การจัดบริการชุดสิทธิประโยชน์สำหรับผู้ใหญ่ ( อายุตั้งแต่ 25 ปี ขึ้นไป) บริการที่จัดให้ได้แก่

1. มีบริการซักประวัติ การประเมินพฤติกรรมสุขภาพและการตรวจร่างกาย

2. มีบริการการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

3. มีบริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การให้คำปรึกษาแนะนำและการให้ความรู้

งบประมาณที่ได้มานั้นจะใช้ในจ่ายดังนี้

1.ด้านสิทธิประโยชน์ โดยโอนไปให้ สอ./ รพ. ใช้คัดกรองภาวะเสี่ยงของประชาชน

2.ด้านการส่งเสริมบริการ ซื้อเวชภัณฑ์ทางการแพทย์

3.ด้านการส่งเสริมสุขภาพ

4.ด้านการบริหารจัดการ ส่งเด็กในพื้นที่ไปเรียน ด้านสาธารณสุข

**3. บริการสำหรับผู้สูงอายุในครอบครัว**

บริการที่ครอบครัวได้รับ เพื่อสนับสนุนในการดูแลผู้สูงอายุ มีดังนี้

**3.1 บริการจากเพื่อนบ้าน**

บทบาทการดูแลผู้สูงอายุของชุมชน อบต.เน้นการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน ให้ผู้สูงอายุที่ยังแข็งแรงสุขภาพดี เป็นอาสาสมัครเพื่อช่วยเหลือสังคมในด้านต่างๆ แต่งตั้ง ***"คณะรัฐมนตรีภาคประชาชน"*** โดยคณะรัฐมนตรีประกอบด้วย รองนายก 1 คน เลขาธิการ 1 และรัฐมนตรีจำนวนประมาณ 30 คน เป็นการยกย่องและสร้างความภาคภูมิใจแก่ผู้สูงอายุที่มาร่วมทำงาน ในตำแหน่งต่างๆ เช่น รัฐมนตรีดูแลผู้พิการ รัฐมนตรีสวัสดิการสังคม รัฐมนตรีดูแลผู้สูงอายุ เพื่อเข้ามาช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ

> *"มีรองนายก 1 เลขา 1 แต่มีรัฐมนตรีเกือบ 30 คน ท่านรัฐมนตรีต่างๆเหล่านี้ เข้ามาช่วยเหลือดูแล นี่เป็นข้อมูลเบื้องต้นในการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ"*

สำหรับผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพัง จะมี อผส. มาช่วยดูแลผู้สูงอายุ และมีรถพยาบาลเวลาเจ็บป่วย นอกจากนี้ อบต. กำหนดกิจกรรมการเยี่ยมผู้สูงอายุที่ไม่มีคนดูแลไว้ในกิจกรรมของศูนย์เด็กเล็กฯ ที่อบต.รับผิดชอบด้วย หากที่พักอาศัยของผู้สูงอายุทรุดโทรม อาสาสมัครเข้าไปดูแล ซ่อมแซม หรือสร้างใหม่และไปความสะอาดบ้านให้

**3.2 บริการจาก อบต.ปากพูน**

การจัดบริการดูแลผู้สูงอายุ อบต.ปากพูนมีบทบาทสำคัญอย่างมากที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุบริการการดูแลที่ดี นอกจากการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพซึ่งเป็นบริการให้แก่ผู้สูงอายุที่ยากจนไม่มีคนดูแล ได้มีเงินสำหรับการใช้จ่ายเพื่อการดำรงชีวิต ปี 2551 มีจำนวนผู้ได้รับเบี้ยยังชีพ 109 คน โดยผู้สูงอายุที่ได้รับเบี้ยยังชีพมาจากการทำประชาคมคัดเลือก "การจ่ายเบี้ยยังชีพ มี 3 ประการหลัก 1.รายได้ไม่เพียงพอ 2. ลูกหลานทอดทิ้ง 3. มีบุตรหลาน แต่เขาไม่สามารถดูแลได้ แล้วทำประชาคม เสนอชื่อโหวตนับคะแนน" และผู้สูงอายุทุกคนในพื้นที่ตำบลปากพูนทุกคนจะได้รับการตรวจร่างกาย ปีละ 1 ครั้ง

นอกจากนี้ อบต. ยังให้การสนับสนุนทุกๆ ด้าน ทั้งด้านงบประมาณ บุคลากร วัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือ ความรู้ คำปรึกษา คำแนะนำต่างๆ การฝึกอบรม และศึกษาดูงาน รวมถึงการประสานงานกับองค์กรหรือหน่วยงานอื่น เพื่อให้การจัดบริการแก่ผู้สูงอายุมีประสิทธิภาพและประสบผลสำเร็จ ดังนั้น ภายใน อบต. จึงมีแผนงานพัฒนาคุณภาพคนพิการและผู้สูงอายุที่รับผิดชอบงานด้านผู้สูงอายุภายในตำบลปากพูนโดยตรง และการจัดให้มีรถพยาบาล (ambulance) ที่มีเจ้าหน้าที่ประจำตลอด 24 ชั่วโมง ไว้สำหรับคอย รับ-ส่ง ผู้ป่วยไปรักษาตามเวลาที่หมอนัด การเตรียมความพร้อมอุปกรณ์ทั้งการช่วยเหลือภายในรถ และกรณีเสียชีวิต อบต.จะดูแลนำส่งที่วัดเพื่อประกอบพิธีกรรมทางศาสนา

*"นี่เราต้องไปดูผู้สูงอายุที่ไม่มีความอบอุ่น ไม่มีคนดูแล และมีเจ้าหน้าที่ อบต. 100 กว่าคน และเป็นอาสาสมัครทั้งหมด ดูแลผู้สูงอายุที่พิการ เจ้าหน้าที่ดูแลเดือนละครั้ง การขับเคลื่อนสังคมที่ไม่ทอดทิ้งกัน"*

*"มีแผนงานพัฒนาคุณภาพคนพิการและผู้สูงอายุ รถพยาบาลไปรับส่งด้วย บริการตลอด 24 ชั่วโมง และมีเจ้าหน้าที่ประจำ ให้บริการวันละหลายรอบ รับ-ส่ง ผู้ป่วยไปรักษาตามเวลาที่หมอนัด"*

**3.3 บริการจากสถานีอนามัยปากพูน**

ผู้สูงอายุได้รับการดูแลจากสถานีอนามัยปากพูน ซึ่งเป็นสถานพยาบาลใกล้ตัวของผู้สูงอายุ ดูแลรักษาโรคเรื้อรัง การฟื้นฟูสภาพ และออกเยี่ยมบ้านดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้สูงอายุรับบริการสะดวกและเป็นพี่เลี่ยงให้กับอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ คนในตำบลปากพูนที่อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป จะมีบันทึกสุขภาพประจำตัว เมื่อไปที่รับบริการตรวจสุขภาพหรือรักษาพยาบาลที่สถานีอนามัยหรือสถานบริการทุกแห่งทั้งรัฐและเอกชนจะต้องนำสมุดนี้ติดตัวไปด้วย เพื่อให้ทีมสุขภาพบันทึกข้อมูลสุขภาพการตรวจรักษาตั้งแต่ในอดีตจนถึงปัจจุบันอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ

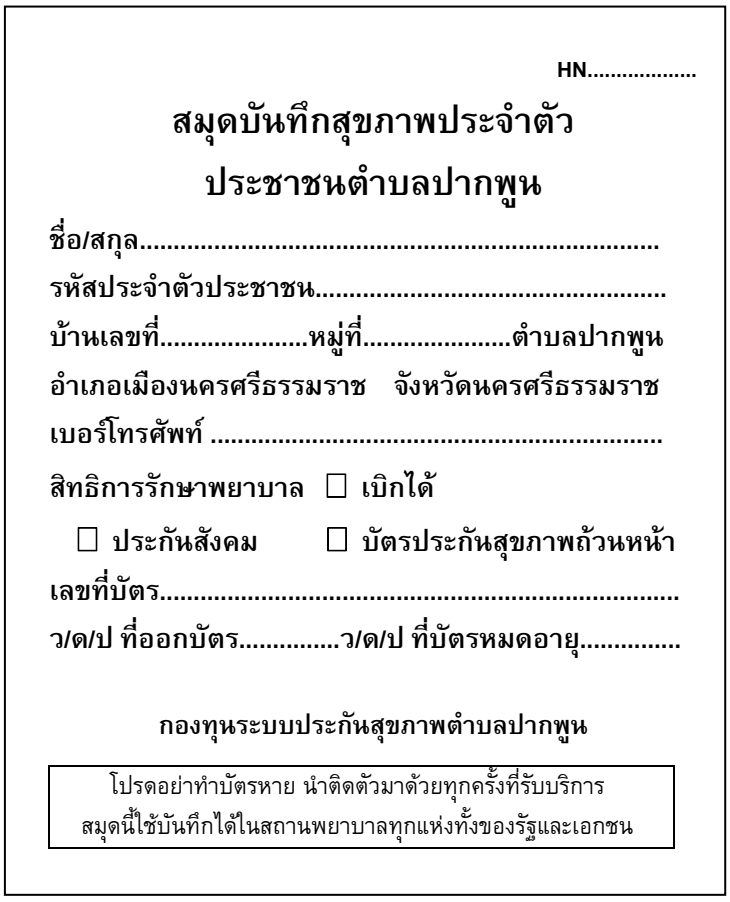
รายละเอียดเกี่ยวกับบันทึกสุขภาพประจำตัว มี 4 เรื่อง ได้แก่

(1) ข้อมูลผู้เป็นเจ้าของบัตร ได้แก่ ชื่อนามสกุล เพศ อายุ ที่อยู่ หมายเลขติดต่อ วันเดือนปีเกิด สถานภาพ จำนวนบุตร การใช้สิทธิการรักษาพยาบาลของประกันสังคมหรือหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

(2) ข้อมูลด้านสุขภาพ ได้แก่ ชื่อที่อยู่ของผู้ที่ให้ติดต่อกรณีฉุกเฉิน หมู่เลือด ประวัติการแพ้ โรคประจำตัว ยาที่ใช้ประจำ ประวัติการเจ็บป่วย อุบัติเหตุ ประวัติการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัวว่าเป็นโรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน หอบหืด /ถุงลมโป่งพอง เรื้อรัง ทาลัสซีเมีย หรือโรคอื่นๆ

(3) ผลการตรวจสุขภาพ ได้แก่ น้ำหนัก ส่วนสูง ค่าดรรชนีมวลกาย รอบเอว น้ำหนักที่ควรจะเป็น อุณหภูมิร่างกาย อัตราการเต้นของชีพจร การหายใจ ลักษณะภายนอกของร่ายกาย ผิวหนัง ต่อมน้ำเหลือง ศีรษะ กะโหลก ผม หน้า ตา หู จมูก ปาก (เหงือก,ฟัน) คอ(ไทลอยด์, หลอดลม, ต่อมน้ำเหลือง) ทรวงอก(ผนัง นม ปอด) ท้อง(ตับ ม้าม ไต) หัวใจ อวัยวะเพศ ทวารหนัก กระดูกสันหลัง แขนขา การตรวจระบบประสาท เบาหวาน หอบ หืด ถุงลมโป่งพอง และโรคอื่นๆ ผลการตรวจคลื่นหัวใจ ผลการตรวจทางรังสีวิทยา

(4) ข้อแนะนำ ลักษณะของอาการผิดปกติ ที่เมื่อเป็นให้ไปพบแพทย์



HN.....

**สมุดบันทึกสุขภาพประจำตัว**

**ประชาชนตำบลปากพูน**

**ชื่อ/สกุล.....**

**รหัสประจำตัวประชาชน.....**

**บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบลปากพูน**

**อำเภอเมืองนครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช**

**เบอร์โทรศัพท์ .....**

**สิทธิการรักษาพยาบาล ☐ เบิกได้**

**☐ ประกันสังคม ☐ บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า**

**เลขที่บัตร.....**

**ว/ด/ป ที่ออกบัตร.....ว/ด/ป ที่บัตรหมดอายุ.....**

**กองทุนระบบประกันสุขภาพตำบลปากพูน**

โปรดอย่าทำบัตรหาย นำติดตัวมาด้วยทุกครั้งที่รับบริการ
สมุดนี้ใช้บันทึกได้ในสถานพยาบาลทุกแห่งทั้งของรัฐและเอกชน

**ภาพ ปกหน้าของสมุดบันทึกสุขภาพประจำตัว**

## 4. การเชื่อมประสานระบบการดูแลผู้สูงอายุ

ระบบการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว ประกอบด้วยระบบต่างๆ ดังนี้

### 4.1 ทีมงาน

หมายถึง ทีมผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการผู้สูงอายุในตำบลปากพูน ซึ่งแนวทางการทำงานของนายกองค์การบริหารส่วนตำบลปากพูน การสร้างความร่วมมือจากทุกภาคส่วนเพื่อจัดบริการผู้สูงอายุ

> *“มีทฤษฎีที่ใช้คือ “เผงย Theory” คำว่า เผงย ก็คือรูที่เข้าออกของแย้ ซึ่งมันจะทำทางออกสำรอง 4-5 รู ดังนั้นไม่ว่าจะอุดทางไหนก็มีทางออกเสมอ เมื่อรวมกับการทำงานอย่างมีส่วนร่วมก็จะสร้างพลังอย่างมหาศาล”*

ในตำบลปากพูน ทุกฝ่ายไม่ว่า ผู้นำชุมชน อาสาสมัคร เจ้าหน้าที่หน่วยงานภาครัฐและเอกชน ร่วมกันดำเนินงานรูปแบบเครือข่าย เชื่อมโยงทุกระดับทั้งระดับบุคคล ชุมชน องค์กร

หน่วยงาน หรือสถาบันต่างๆ จากภาครัฐ เอกชน มาร่วมดูแล โดยองค์การ สถาบัน หน่วยงานที่ดำเนินงานเพื่อให้บริการผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 4 ทีม ดังนี้

**4.1.1 ทีมจากองค์การบริหารส่วนตำบลปากพูน** เจ้าหน้าที่ของอบต. ทุกคนมีบทบาทสำคัญในการให้บริการสำหรับผู้สูงอายุ เนื่องจากนายกอบต.ให้เจ้าหน้าที่เป็นอาสาสมัครทั้งหมด เพื่อให้ อบต. มีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพของคนในชุมชนอย่างจริงจัง โดยคติพจน์ในการทำงานว่า “เราทำเพื่อให้ ไม่ได้ทำเพื่อเอา” คือ กำหนดระยะเวลาและวิธีการเป็นการสร้างแรงจูงใจให้เกิดขึ้นแก่ผู้ปฏิบัติงาน เพราะรู้ว่าองค์กรคาดหวังอะไร ก่อให้เกิดการประสานงานที่ดี ทำให้กิจกรรมต่าง ๆ ที่จัดวางไว้มุ่งไปที่จุดมุ่งหมายเดียวกัน

**4.1.2 ทีมจากสถานีอนามัย** แม้ว่าบุคลากรของสถานีอนามัยปากพูนจะมีเพียง 5 คน รับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุหลายพันคน แต่สถานีอนามัยได้มีอาสาสมัครเป็นผู้ช่วยดำเนินงานและการให้บริการ นอกจากนี้ สถานีอนามัยปากพูนอยู่ภายใต้ CPU ของโรงพยาบาลศูนย์ฯ และมีโรงพยาบาลในเครือข่ายที่เป็นคู่สัญญาหลักโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 3 โรงพยาบาล คือ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลท่าศาลา และโรงพยาบาลค่ายวชิราวุธของสถานพยาบาลภาคที่ 4 ทำให้บริการดูแลผู้สูงอายุในตำบลปากพูนมีความทั่วถึง

**4.1.3 ทีมจากอาสาสมัคร** อบต.ปากพูน สนับสนุนให้มีอาสาสมัครหลากหลายประเภท เพื่อช่วยดูแลประชากรทุกกลุ่มในตำบลปากพูน กลุ่มอาสาสมัครที่มี ได้แก่ อาสาสมัครดูแลเด็ก อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ อาสาสมัครดูแลผู้พิการ อาสาสมัครดูแลหญิงหลังคลอด สำหรับทีมจากอาสาสมัครที่เกี่ยวข้องการให้บริการดูแลผู้สูงอายุโดยตรง มีจำนวน 3 ทีม ได้แก่ ทีมจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ทีมจากอสม.น้อย และทีมจากอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) แต่ทีมมีบทบาทดังนี้

***(1) ทีมจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)*** ในตำบลปากพูนมีอาสาสมัครอยู่หลากหลายกลุ่ม ซึ่งคุณสมบัติสำคัญของอาสาสมัครที่แต่กลุ่มมีร่วมกัน คือ ต้องเป็น อสม. ด้วย เพราะการเป็น อสม.นั้นหมายถึงการได้รับการอบรมความรู้ด้านสุขภาพและมีประสบการณ์การดูแลพฤติกรรมสุขภาพอนามัยมาแล้วระดับหนึ่ง การพัฒนาไปดูแลเฉพาะกลุ่มเป้าหมายจะสะดวกมากกว่า และทุกวันที่ 5 ของเดือน จะมีการประชุมอาสาสมัครเพื่อบอกกล่าวเรื่องราวที่พบ และร่วมกันแก้ปัญหา รวมถึง อบต.ก็ได้รับการสะท้อนปัญหา

***(2)* ทีมจากอสม.น้อย** อบต. ปากพูน มีโครงการที่ให้เด็กเยาวชนในตำบลปากพูนที่อายุตั้งแต่ 11 ปีขึ้นไป มาสมัครเป็น อสม. น้อย คอยให้คำแนะนำ และเฝ้าระวังภาวะสุขภาพของคนในชุมชน โดยจะทำงาน ทำงานควบคู่กับ อสม. ผู้ใหญ่

***(3)* ทีมจากอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส.)** ตำบลปากพูนเป็นหนึ่งในพื้นที่นำร่องการจัดอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) ทำให้มีอาสาสมัครมีแนวทางการดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรม ปัจจุบันตำบลปากพูนมีอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ 80 คน อผส. 1 คน รับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุ 5 ครัวเรือน และ อผส.ทุกคน ได้รับจักรยานคนละ คันเพื่อให้สามารถเดินทางได้สะดวก และมี “สมุดบันทึกกิจกรรมอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน” เพื่อจดบันทึกว่ามีการดูแลผู้สูงอายุอย่างไรบ้าง และมีการให้รางวัลตอบแทนเพื่อเป็นแรงจูงใจ

> *“เรามีอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ 80 คน เอามาจากอาสาสมัครแบ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญหมด เอาอาสาสมัครส่วนหนึ่งมาเป็นผู้เชี่ยวชาญดูแลผู้สูงอายุ ผ่านการอบรม ให้ความรู้จากพัฒนาสังคม โรงพยาบาล การดูแลผู้สูงอายุ กาย จิต สังคม วิญญาณ เราจะดูแลกันอย่างไร คนเหล่านี้ก็จะมีประสบการณ์ และองค์ความรู้เฉพาะที่ต้องลงไปดูแล*
>
> *นอกจากนั้น ยังมีการบันทึกสมุดกิจกรรมอาสาสมัครที่ลงไปดูแลผู้สูงอายุ เขาจะบันทึกแต่ละครั้งที่ไปดูแลผู้สูงอายุ เขาได้ช่วยเหลือหรือทำกิจกรรมอะไรบ้าง พูดเป็นเพื่อน พาไปวัด ไปหาหมอ อาทิตย์ละ 1 ครั้ง อาสาสมัคร 1 คน ดูแลผู้สูงอายุ อาทิตย์ละ 1 ครั้ง เดือนละ 4 ครั้ง และเราให้รางวัลสำหรับอาสาสมัครคนละ 300 บาทต่อเดือน ซื้อรถจักรยานให้ 80 คัน ได้ออกกำลังกายและรักษาสิ่งแวดล้อม อาสาสมัคร 1 คน ดูแลผู้สูงอายุ 5 คน 1:5”*

**4.1.4 ทีมจากสถาบันการศึกษาในพื้นที่** อบต. ปากพูน ได้เห็นความสำคัญของการเรียนรู้ และการสร้างคน จึงได้มีการร่วมมือกับม.วลัยลักษณ์ ทำบันทึกข้อตกลงความร่วมมือในโครงการสร้างพยาบาลของชุมชนโดยชุมชนเพื่อชุมชน และการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน โดยให้ทุนการศึกษาต่อคณะพยาบาลศาสตร์แก่ลูกหลานตำบลปากพูนเรียน โดย ม.วลัยลักษณ์ได้กำหนดให้นักศึกษาทางด้านสุขภาพ เช่นแพทย์ พยาบาลต้องมาฝึกงานในชุมชน ซึ่งจะมีครอบครัวอุปถัมภ์ ตลอดการฝึกงาน นักศึกษาต้องพักอยู่กับครอบครัวอุปถัมภ์และชุมชน

> *“ตั้งแต่ปีหนึ่งมาดูเรื่องนี้ ปีสองมาดูเรื่องนั้น ปีสามมาดูเรื่องโน้น จนปีสี่มีความเข้าใจบริบทของชุมชน เข้าใจผู้ป่วยที่ไม่มาตามนัด เช่น สามีต้องไปออกเรือ หากไม่ได้ออกเรือเลย จะไม่มีรายได้”*

นอกจากนี้ ที่สถานีอนามัยบ้านศาลาบางปู อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ ไปตรวจสุขภาพให้แก่ประชาชนที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังและโรคทั่วไปทุกวันอังคารและวันศุกร์

## 4.2 การบูรณาการบริการผู้สูงอายุในครอบครัวของตำบลปากพูน

### 4.2.1 การประสานระหว่างครอบครัวกับสถานพยาบาล (สถานีอนามัย)

***1) ผู้สูงอายุไปรักษาพยาบาลที่สถานพยาบาล***

กรณีที่ผู้สูงอายุเจ็บป่วยต้องเข้ารักษาพยาบาล ครอบครัวของผู้สูงอายุจะเป็นผู้นำผู้สูงอายุส่งเข้ารักษายังสถานพยาบาล หากครอบครัวไม่สามารถนำส่งผู้สูงอายุเองได้ ก็สามารถแจ้งมายังที่ อบต. ซึ่งมีบริการรถพยาบาล (ambulance ไว้คอย รับ-ส่งผู้ป่วยไปรักษาตามเวลาที่หมอนัด) และมีเจ้าหน้าที่ประจำตลอด 24 ชั่วโมง มีการเตรียมความพร้อมอุปกรณ์การช่วยเหลือ อีกทั้งกรณีเสียชีวิตบริการรถพยาบาลจะดูแลนำส่งที่วัดเพื่อประกอบพิธีกรรมทางศาสนา

***2) สถานพยาบาลให้บริการที่บ้านของผู้สูงอายุ***

การให้บริการดูแลที่บ้านผู้สูงอายุจากสถานีอนามัย เริ่มต้นจากอาสาสมัครซึ่งดูแลผู้สูงอายุคนนั้นอยู่ ปกติแล้วอาสาสมัครที่ตำบลปากพูนนั้นเป็นผู้เชี่ยวชาญในแต่ละกลุ่ม ซึ่งอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุก็จะมีความรู้เกี่ยวกับดูแลผู้สูงอายุเป็นอย่างดี อย่างไรก็ตาม หากอาสาสมัครไม่สามารถให้บริการดูแลได้ ก็จะเป็นผู้ประสานมายังสถานีอนามัยให้เข้าไปดูแล

### 4.2.2 การประสานระหว่างครอบครัว สถานพยาบาล และองค์การบริหารส่วนตำบล

การประสานระหว่างครอบครัว สถานพยาบาล และองค์การบริหารส่วนตำบล โดยการสร้างอาสาสมัครเด็กและเยาวชนให้เข้ามาเป็น อสม.น้อย มาทำงานชุมชน สร้างจิตสำนึก สร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชน ภายใต้แนวคิดการพัฒนาอย่างเป็นองค์รวม โดยภายในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กฯ เด็กจะได้ทำนา ปลูกข้าว ปลูกผักปลอดสารพิษ เลี้ยงเป็ด ไก่ สีข้าวเพื่อการเรียนรู้ เป็นการพัฒนาเด็กทั้งกาย จิตใจ สังคม และมีการนำเอาผู้สูงอายุเข้ามาช่วยเหลือในการดูแลเด็กเล็กที่ศูนย์ฯ ผู้สูงอายุมาเล่านิทาน ร้องเพลงให้เด็กฟัง เพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีกิจกรรมคลายความเหงา สำหรับผู้สูงอายุที่ต้องอยู่คนเดียว ศูนย์ฯ มีการจัดกิจกรรมนำเด็กเยี่ยมผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อไปทำความสะอาดบ้านผู้สูงอายุ ส่วนเด็กที่อยู่โรงเรียนประถมศึกษา การให้ทุนการศึกษาของอบต. ผู้ที่จะได้รับทุนต้องเป็น อสม.น้อย

นอกจากนี้ ระบบฐานข้อมูลสุขภาพครอบครัวและชุมชน (Family and Community Assessment Program: FAP) มีการใช้อาสาสมัครต่างๆ รวมถึง อสม.น้อย เป็นผู้รวบรวมข้อมูลสุขภาพของครอบครัว ซึ่งโปรแกรมนี้ ได้รับการพัฒนาจาก มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ เป็นโปรแกรมช่วยประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูล ให้ทราบปัญหาทางด้านสุขภาพของคนในชุมชน หลังจากนั้นนำข้อมูลคืนสู่ชุมชนโดยใช้เวทีประชาคม ให้ประชาชนได้รับรู้และเลือก

ปัญหาที่ได้จากฐานข้อมูล หรือเสนอความต้องการเพิ่มเติมจากข้อมูลที่มีอยู่ เพื่อที่จะร่วมกันกำหนดเป็นโครงการ และพัฒนาเป็นแผนพัฒนาสุขภาพในระดับตำบลต่อไป

**4.2.3 ช่องทางการเข้าถึงบริการสุขภาพและสังคมของผู้สูงอายุในตำบลปากพูน**

การเข้าถึงบริการสุขภาพและสังคมของผู้สูงอายุและครอบครัว มีหลายช่องทาง ทั้งการเข้ารับบริการยังสถานบริการ การขอความช่วยเหลือจากผู้นำชุมชน และการรับบริการที่บ้านจากบุคลากรด้านสุขภาพที่บ้านทั้งบุคลากรวิชาชีพและอาสาสมัคร โดยมีรายละเอียดดังนี้

การเข้ารับบริการยังสถานบริการ ผู้สูงอายุในตำบลปากพูนเมื่อเจ็บป่วย จะเข้ารับการรักษาที่สถานีอนามัยในพื้นที่ ได้แก่ สถานีอนามัยตำบลปากพูน และสถานีอนามัยบ้านศาลาบางปู กรณีที่ไม่มีรถรับส่ง ผู้สูงอายุสามารถขอความช่วยเหลือไปยังอาสาสมัคร (อสม./อผส.) ที่อยู่ใกล้บ้าน พาไปส่งยังสถานพยาบาล อีกทางหนึ่งผู้สูงอายุสามารถติดต่อมายังที่ทำการ อบต. ซึ่งจะมีบริการรถพยาบาลมารับที่บ้านผู้สูงอายุเพื่อส่งยังสถานพยาบาลได้ตลอดเวลา

นอกจากนี้ อบต.ปากพูน ได้สนับสนุนงบประมาณจัดบริการสังคมแก่ผู้สูงอายุ โดยการจัดสรรเบี้ยยังชีพให้แก่ผู้สูงอายุที่ยากไร้ และสนับสนุนให้เด็กและเยาวชนได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ โดยการมอบทุนการศึกษาให้แก่ผู้ที่เป็น อสม.น้อย และการกำหนดให้เด็กในศูนย์เด็กเล็กฯ ไปเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง และการสร้างบุคลากรวิชาชีพที่มาทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ โดยการสนับสนุนทุนการศึกษา ทำ MOU กับคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ ให้นักศึกษาและ อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มาฝึกปฏิบัติในชุมชน

**4.2.4 การประเมินผล**

อบต.ปากพูนมีปรัชญาการบริการว่า

> *“ประชาชนคือบุคคลที่สำคัญที่สุด ที่มาเยือนในสถานที่แห่งนี้ ท่านมิได้มาพึ่งพาเรา เราต่างหากที่จะต้องพึ่งพาท่าน ท่านมิได้มาขัดจังหวะการทำงานของเรา หากแต่การรับใช้ท่าน คือวัตถุประสงค์ของเรา ท่านมิใช่บุคคลภายนอก ท่านเป็นส่วนหนึ่งขององค์การแห่งนี้ทีเดียว ในการรับใช้ท่านเรามิได้ขอ ให้ความช่วยเหลืออะไรท่านเลย ท่านเป็นฝ่ายช่วยเหลือเราโดยโอกาสเรา ที่จะรับใช้ท่าน”*

ดังนั้น อบต.จึงได้มีการประเมินผลการดำเนินงานในกลุ่มผู้ให้บริการต่างๆ ได้แก่ การประเมินการให้บริการในสำนักงาน การประเมินกลุ่มอาสาสมัคร ทั้ง อพมก. ผู้ดูแลเด็กแยกกัน และการประเมินกลุ่ม อผส. กองสาธารณสุขเป็นฝ่ายรับผิดชอบโดยใช้แบบประเมินความสุขของผู้สูงอายุในชุมชน

แผนภาพ การเชื่อมประสานระหว่างบ้าน หน่วยงาน/องค์กร เพื่อให้บริการผู้สูงอายุในตำบลปากพูน

**5. ระบบข้อมูลสารสนเทศ**

**ระบบฐานข้อมูลสุขภาพครอบครัวและชุมชน** (Family and Community Assessment Program) หรือเรียกย่อ **โปรแกรม FAP** เป็นเครื่องมือสำคัญของ อบต.ปากพูน ในการจัดทำนโยบายเพื่อให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีของคนในตำบลปากพูน โดยมีกระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนในตำบลทุกกลุ่มวัย เข้ามาร่วมจัดเก็บข้อมูลสุขภาพของครอบครัว นำข้อมูลมาบันทึกในโปรแกรม FAP ซึ่งเป็นโปรแกรมคอมพิวเตอร์ที่พัฒนาขึ้นด้วยโปรแกรมจัดการฐานข้อมูล Microsolf Access ช่วยประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูลได้อย่างรวดเร็ว และมีการเชื่อมโยงข้อมูลเชิงแผนที่ด้วยโปรแกรม Google Earth หลังจากนั้นนำข้อมูลคืนสู่ชุมชนโดยใช้เวทีประชาคมให้ประชาชนได้รับรู้และเลือกปัญหาที่ได้จากฐานข้อมูลหรือเสนอความต้องการเพิ่มเติมจากข้อมูลที่มีอยู่ เพื่อที่จะร่วมกันกำหนดเป็นโครงการ และพัฒนาเป็นแผนพัฒนาสุขภาพในระดับตำบล

**5.1 ข้อมูลที่บันทึก** ข้อมูลรายบุคคล ประกอบด้วย บันทึกข้อมูลการตรวจสุขภาพ บันทึกภาวะสุขภาพจิต ระดับของการมีความสุข พฤติกรรมสุขภาพ การคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ พฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ พฤติกรรม การออกกำลังกายของบุคคล ความรู้เรื่องการรับประทานอาหาร และพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ซึ่งในแต่ละแบบบันทึกจะต้องมีการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถาม และการตรวจร่างกายมาก่อน รายละเอียดของแต่ละแบบบันทึกของบุคคลดังนี้

1) บันทึกข้อมูลการตรวจสุขภาพรายบุคคล ประกอบด้วย การบันทึกการตรวจร่างกายตั้งแต่หัวจรดเท้าตามระบบทั้งหมด 30 ข้อ ถ้าพบสิ่งผิดปกติให้ระบุสิ่งที่ตรวจพบหลังข้อคำถามเหล่านั้น

2) บันทึกภาวะสุขภาพจิตรายบุคคล โดยสัมภาษณ์บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปด้วยแบบประเมินภาวะสุขภาพจิตของกรมสุขภาพจิต ซึ่งข้อคำถามมีจำนวน 12 ข้อ ในแต่ละข้อจะมีคำตอบให้เลือก 4 คำตอบ คือ ดีกว่าปกติ ปกติ น้อยกว่าปกติ น้อยกว่าปกติมาก

3) แบบประเมินความสุขของคนไทย (Thai Happiness Indicators: THI-15) แนวคิดความสุข จากการมีความสามารถในการจัดการปัญหาในการดำเนินชีวิต มีศักยภาพที่จะพัฒนาตนเองเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี รวมถึงความดีงามภายในจิตใจ ภายใต้สภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ แบ่งระดับความสุขออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีความสุขมากกว่าคนทั่วไป (Good) มีความสุขเท่ากับคนทั่วไป (Fair) มีความสุขน้อยกว่าคนทั่วไป (Poor)

4) แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล โดยแบ่งออกเป็นพฤติกรรมด้านต่างๆ ได้แก่ อาหาร การออกกำลังกาย อนามัย และการดูแลตนเอง

5) แบบคัดกรองภาวะสมองของผู้สูงอายุ โดยเก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป ประเมินภาวะสมองของผู้ที่ตอบคำถาม แบ่งระดับเป็นผู้สูงอายุมีภาวะสมองปกติและมีภาวะสมองผิดปกติ

7) แบบบันทึกความรู้เรื่องการรับประทาน มีคำถามจำนวน 23 ข้อ เป็นลักษณะ เลือกตอบว่าใช่หรือไม่ใช่

8) แบบบันทึกพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ประกอบด้วยคำถามจำนวน 26 ข้อ เป็น คำถามบวกและคำถามลบมีคำถามจำนวน 10 ข้อ การให้คะแนน ปฏิบัติประจำได้ 3 คะแนน ปฏิบัติบ่อยได้ 2 คะแนน ปฏิบัตินานๆ ครั้งได้ 1 คะแนน และถ้าไม่เคยปฏิบัติเลย ได้ 0 คะแนน

**5.2 การบันทึกข้อมูลครอบครัว** ประกอบด้วยข้อมูลของครอบครัวด้านต่างๆ ซึ่งประกอบด้วยข้อมูลที่ต้องการบันทึก

1. ลำดับที่ของครอบครัวที่ได้รับการบันทึก
2. วันที่ ใช้บันทึกข้อมูลวันที่ที่บันทึก
3. อำเภอ
4. ตำบล
5. หมู่บ้าน
6. บ้านเลขที่
7. ครอบครัวที่
8. โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้
9. ชื่อหัวหน้าครอบครัว
10. ชื่อผู้ให้สัมภาษณ์
11. ชื่อผู้ที่บันทึกข้อมูลครอบครัว

**5.3 ข้อมูลผังเครือญาติ** บันทึกข้อมูลเบื้องต้นของบุคคลที่มีความสัมพันธ์กันทางสายเลือด 3 ช่วงอายุ โดยบันทึกชื่อ อายุ โรคที่เป็น และสาเหตุที่ทำให้เสียชีวิต

**5.4 ข้อมูลการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว** ด้านความรักความอบอุ่น ด้านการอบรมสมาชิก ด้านการผลิตสมาชิกใหม่ ด้านเศรษฐกิจ ด้านการดูแลสุขภาพ และข้อมูลด้านสิ่งแวดล้อมของครอบครัว

**5.5 การบันทึกการดูแลสุขภาพครอบครัว** การบันทึกข้อมูลการดูแลสุขภาพครอบครัว เป็นขั้นตอนหลังจากที่ได้บันทึกข้อมูลสุขภาพรายครอบครัวแล้วนำข้อวินิจฉัยภาวะสุขภาพครอบครัวที่ได้มาวางแผน และให้บริการสุขภาพตามความเหมาะสม

**5.6 การบันทึกข้อมูลชุมชน** การบันทึกข้อมูลชุมชน ประกอบด้วย 5 ประเด็น การบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับ สถานที่ และสิ่งแวดล้อม ข้อมูลทางสังคม โครงการบริการสุขภาพชุมชน และข้อมูลการวินิจฉัยสุขภาพชุมชน

1) ข้อมูลเกี่ยวกับสถานที่และสิ่งแวดล้อม เป็นการบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับสถานที่ตั้งอาณาเขต ภูมิประเทศ ภูมิอากาศ การคมนาคม ประวัติของหมู่บ้าน และทุนทางสังคม

2) ข้อมูลเกี่ยวกับบุคคล เป็นการบันทึกข้อมูลด้านประชากร สถิติชีพและข้อมูลเชิงคุณภาพของบุคคล

3) ข้อมูลทางสังคม เป็นการบันทึกข้อมูลเชิงคุณภาพเกี่ยวกับ ผู้นำและปราชญ์ชาวบ้าน ทุนทางวัฒนธรรม ทุนทางการเมือง ปฏิทินชุมชน ระบบบริการสุขภาพชุมชน ความต้องการ และการระบุปัญหาจากชุมชน และการจัดการของชุมชน

4) โครงการบริการสุขภาพชุมชน

5) บันทึกข้อมูลการวินิจฉัยชุมชน

**5.7 การเชื่อมโยงข้อมูลเชิงแผนที่** เป็นการเชื่อมโยงข้อมูลจากฐานข้อมูลที่บันทึกไว้ไปสู่ข้อมูลเชิงแผนที่ในโปรแกรม Google Earth เพื่อประกอบการตัดสินใจวางแผนบริการสุขภาพให้เหมาะกับสภาพของพื้นที่และบริบท ในการใช้ข้อมูลดังกล่าวมีประโยชน์ดังนี้

1) ช่วยให้ทีมสุขภาพรู้ตำแหน่งที่ตั้ง และระยะห่างจากสถานที่สำคัญต่างๆ ของครอบครัวในเขตรับผิดชอบว่าตั้งอยู่ตรงไหน ลักษณะของบ้านเป็นอย่างไร ช่วยให้ประหยัดเวลาที่ใช้ในการเดินทางไปเยี่ยมบ้าน

2) ช่วยให้ทีมสุขภาพทราบลักษณะทางกายภาพและขอบเขตของชุมชนได้อย่างรวดเร็ว

3) ช่วยให้ทีมสุขภาพรู้ตำแหน่งที่ตั้งของแหล่งเอื้อประโยชน์ที่มีอยู่ในชุมชนว่าอยู่ตรงไหนบ้างช่วยให้สามารถตัดสินใจวางแผนได้อย่างรวดเร็ว และสามารถนำแหล่งประโยชน์เหล่านั้นมาวางแผนใช้ประโยชน์ในการดำเนินงานได้

4) ช่วยให้ทีมสุขภาพรู้ว่าบ้านของผู้นำและปราชญ์ชาวบ้านอยู่บริเวณใดของชุมชน

5) ช่วยให้ทีมสุขภาพรู้ว่าการเกิดโรคทั้งโรคเรื้อรัง และโรคทั่วไปเกิดขึ้นบริเวณใดบ้างตามระยะเวลาที่ต้องการทราบเพื่อใช้วางแผนในการควบคุมโรค

6) ช่วยให้ทีมสุขภาพรู้ว่าพฤติกรรมสุขภาพด้านต่างๆของประชาชนในชุมชน เช่นพฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย ส่วนใหญ่แล้วบริเวณไหนของชุมชน

ผลจากการที่ อบต. ได้รับรู้เกี่ยวกับปัญหาและความต้องการทางด้านสุขภาพในพื้นที่ ประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการมีข้อมูลที่สะท้อนปัญหาและความต้องการทางด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ทั้งระดับ บุคคล ครอบครัว และชุมชนที่เป็นปัจจุบัน นำไปสู่การพัฒนาโครงการและกิจกรรมในการพัฒนาสุขภาพชุมชนในหลายกิจกรรม และในการเก็บข้อมูลกลุ่มอาสาสมัคร ซึ่งเป็นกลุ่มเยาวชนในพื้นที่มีส่วนร่วมในการเก็บข้อมูล โดยให้ผู้ใหญ่ที่อยู่ในครอบครัวเป็นคนให้ข้อมูลเอง เพราะบางครั้งเป็นส่วนของข้อมูลเชิงลึก

**6. ความคิดเห็นต่อการพัฒนาระบบแบบบูรณาการ**

องค์การบริหารส่วนตำบลปากพูนให้แก่ความสำคัญแก่ผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก โดยผู้สูงอายุจะต้องได้รับสวัสดิการอย่างทั่วถึงและต้องได้รับการดูแลอย่างทั่วถึง ความหมายว่า การจัดบริการที่ผู้สูงอายุต้องได้รับบริการทั้งด้านความเป็นอยู่ สุขภาพกาย จิตใจ อารมณ์ ฯลฯ

ดังนั้น อบต.ปากพูน จึงเห็นว่า การจัดบริการผู้สูงอายุยังไม่เพียงพอเนื่องจากผู้สูงอายุมีจำนวนมาก แต่บุคลากรที่ให้บริการยังมีจำนวนน้อย ดังนั้นเพื่อเป็นการแก้ปัญหาดังกล่าว อบต.เห็นว่า ควรจัดอบรมอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุให้กับประชาชนทั่วไปเพื่อคนเหล่านั้นจะได้นำความรู้ที่ได้ไปดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัว

ปัจจัยที่จะช่วยให้ดำเนินการประสบความสำเร็จได้ คือ การมีระบบอาสาสมัครให้ผู้ประสิทธิภาพ ซึ่งหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งหน่วยงานภาครัฐ เช่น สาธารณสุข พัฒนาสังคม และหน่วยงานภาคเอกชน ควรมีการร่วมมือทั้งด้านวิชาการและอื่นๆ

สำหรับอุปสรรค ได้แก่ งบประมาณมีจำนวนจำกัด เมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนผู้สูงอายุที่จะต้องได้รับการดูแล หน่วยงานของรัฐมีภารกิจอีกมาก อาสาสมัครก็มีภารกิจด้านครอบครัวและปัญหาทางเศรษฐกิจ

**7. อนาคตของการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน**

การให้บริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ มี 2 แนวทาง ได้แก่

**1. การสร้างหลักประกันเมื่อชราภาพ**

อบต. มีความเห็นว่า ประชาชนต้องมีส่วนร่วมในการดูแล ซึ่งจะทำให้งบประมาณของท้องถิ่นที่จะไปดูแลลดน้อยลง โดยการตั้ง ***"กองทุนสวัสดิการชุมชน"*** เพื่อให้คนในชุมชนได้เกิดความสำนึกมีความรับผิดชอบร่วมกันทั้งตำบล คนในตำบลที่สมัครสมาชิกต้องจ่ายวันละหนึ่งบาทเพื่อนำไปจัดสวัสดิการชุมชน เป็นการขับเคลื่อนภาคสังคมที่ไม่ทอดทิ้งกันร่วมกัน

*"เงินออมวันละบาทจะไม่มีการคืน หมายความว่า วันนี้เราอายุ 30 ปี ผมจ่ายวันละบาทไปดูแลผู้อื่น ดูแลรักษาผู้สูงอายุ คนพิการ แต่มาวันหนึ่งที่ผมเป็นผู้สูงอายุด้วย คนอื่นๆ เขาก็ต้องระดมเงินช่วยเหลือผมเช่นกัน เป็นแนวคิดการขับเคลื่อนกองทุนสวัสดิการ เป็นการขับเคลื่อนสังคมที่ไม่ทอดทิ้งกัน นอกจากในกองทุนแล้ว*

*ซึ่งกองทุนนี้ดูแลตั้งแต่เด็กแรกเกิด มีของขวัญ เงิน มีเงินทำขวัญเด็ก นอนโรงพยาบาลให้คืนละ 200 บาท มีต้นไม้ให้เด็กคนละ 20 ต้น เผื่อไว้ให้เขาสร้างโรงงานออกซิเจนไว้รองรับชีวิตเขา สำหรับคนที่ 60 ปีขึ้นไป*

*จะได้เงินสวัสดิการเป็นรายเดือน แล้วแต่ระยะเวลาการเป็นสมาชิก เริ่มต้นที่สมาชิกมาแล้ว 3 ปี จะได้รับเงินสวัสดิการเดือนละ 200 บาท เป็นสมาชิกมาแล้ว 4-6 ปี ได้เดือนละ 400 บาท และถ้าเป็นสมาชิกมา 30 ปีแล้วจะได้วงเงินสูงสุดคือ 2,700 บาท"*

**2. การสร้างบุคลากรที่ให้บริการดูแลผู้สูงอายุโดยเฉพาะ**

อบต.ปากพูนมีกำหนดแนวทางการสร้างบุคลากรเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ โดยเน้นการปลูกฝังค่านิยมในศูนย์เด็กเล็กให้มีความเคารพผู้ใหญ่ สำหรับเด็กโตขึ้นระดับชั้นมัธยมศึกษาจะมีทุนการศึกษามอบให้ โดยมีคุณสมบัติว่าต้องเป็น อสม.น้อย นอกจากนี้ อบต.ปากพูนยังได้ ทำบันทึกข้อตกลงร่วมกับมหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์เพื่อผลิตพยาบาลชุมชน โดย อบต.สนับสนุนค่าเล่าเรียนแก่เด็กที่ได้รับทุนตลอดการศึกษา และเมื่อจบมาก็จะมีงานรองรับ

**นายธนาวุฒิ ถาวรพราหมณ์**
**( นายกองค์การบริหารส่วนตำบลปากพูน)**

## กรณีศึกษาที่ 4 ตำบลเขาสวนกวาง อำเภอเขาสวนกวาง จังหวัดขอนแก่น

จากการสัมภาษณ์บุคคลที่มีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ฝ่ายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ นายกองค์การบริหารส่วนตำบล ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล และนักพัฒนาชุมชนขององค์การบริหารส่วนตำบลเขาสวนกวาง ฝ่ายปฏิบัติงานด้านสุขภาพ ได้แก่ หัวหน้าพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชนในโรงพยาบาลเขาสวนกวาง เจ้าหน้าที่สาธารณสุขของสถานีอนามัย และสนทนากลุ่มกับผู้นำที่ไม่เป็นทางการ เช่น ประธานชมรมผู้สูงอายุ ประธานอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุในพื้นที่

### 1. ลักษณะทางกายภาพของตำบล

ตำบลเขาสวนกวาง เป็นตำบลหนึ่งใน 5 ตำบลของอำเภอเขาสวนกวาง จังหวัดขอนแก่น มีเนื้อที่ 52.59 ตารางกิโลเมตร อาณาเขตทางทิศเหนือติดเขตอำเภอโนนสะอาด จังหวัดอุดรธานี ทิศใต้ติดเขตตำบลคำม่วง ทิศตะวันออกติดเขตอำเภอกระบวน อำเภอน้ำพอง และทิศตะวันตกติดต่อเขตตำบลดงเมืองแอม

**แผนที่แสดงอาณาเขตตำบลเขาสวนกวาง**

**การปกครองโดยองค์การบริหารส่วนตำบลเขาสวนกวาง** ซึ่งเป็นองค์กรขนาดเล็กแรกเริ่ม อบต.เขาสวนกวาง มีสมาชิกเพียง 5 หมู่บ้าน และเมื่อปี พ.ศ.2544 มีหมู่บ้านที่ถูกจัดตั้งขึ้นใหม่ จำนวน 1 หมู่บ้าน ทำให้ปัจจุบันมีหมู่บ้านที่อยู่ในความรับผิดชอบขององค์การบริหารส่วนตำบลเขาสวนกวาง จำนวนทั้งหมด 6 หมู่บ้าน ได้แก่ หมู่ที่ 3 บ้านคำนางปุ่ม หมู่ที่ 4 บ้านป่าหวายนั่ง หมู่ที่ 6 บ้านนาค้อ หมู่ที่ 7 บ้านหนองสองห้อง หมู่ที่ 9 บ้านหนองตะนา และหมู่ที่ 11 บ้านคำนางปุ่ม

อบต. เขาสวนกวางรับผิดชอบ มีจำนวน 839หลังคาเรือน รวมมีทั้งหมด 3,613คน

| อายุ | ชาย (คน) | หญิง(คน) |
|---|---|---|
| น้อยกว่า 1 ปี | 14 | 17 |
| 1- 6 ปี | 164 | 120 |
| 7-12 ปี | 179 | 182 |
| 13-17 ปี | 145 | 150 |
| 18-60 ปี | 1,186 | 1,160 |
| 60 ปี ขึ้นไป | 156 | 196 |
| รวม | 1,844 | 1,825 |

ที่มา : สำนักงานพัฒนาชุมชนอำเภอเขาสวนกวาง

http://cddweb.cdd.go.th/khaosuankwang

ในกลุ่มประชากรผู้สูงอายุที่อยู่เขตการปกครองของ อบต. เขาสวนกวาง มีจำนวนทั้งสิ้น 305 คน เป็นชาย 136 คน และหญิง 169 คน โดยมีรายละเอียดผู้สูงอายุแต่ละหมู่บ้านดังนี้

| หมู่บ้าน | ชาย | หญิง | รวม |
|---|---|---|---|
| 1. บ้านคำนางปุ่ม หมู่ที่ 3 | 28 | 33 | 61 |
| 2. บ้านป่าหวายนั่ง หมู่ที่ 4 | 41 | 48 | 89 |
| 3. บ้านนาค้อ หมู่ที่ 6 | 18 | 24 | 42 |
| 4. บ้านหนองสองห้อง หมู่ที่ 7 | 24 | 29 | 53 |
| 5. บ้านหนองตะนา หมู่ที่ 9 | 4 | 5 | 9 |
| 6. บ้านคำนางปุ่ม หมู่ที่ 11 | 21 | 30 | 51 |
| รวม | 136 | 169 | 305 |

ที่มา : องค์การบริหารส่วนตำบลเขาสวนกวาง. รายงานการดำเนินงานและความก้าวหน้าการจัดตั้งศูนย์อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุในชุมชน (กุมภาพันธ์-มิถุนายน 2550)

**สภาพทั่วไปของชุมชน**

ตำบลเขาสวนกวางมีภูมิประเทศเป็นพื้นที่ราบเชิงเขาอยู่ในเขตเกษตรน้ำฝน ไม่มีแม่น้ำไหลผ่าน มีเพียงลำห้วยเสือเต้นที่กักเก็บน้ำได้ตลอดปี สภาพภูมิอากาศในฤดูร้อนอากาศร้อนจัด ฤดูหนาวอากาศจะหนาวจัด มีลมแรง และแห้งแล้ง ปริมาณน้ำฝนค่อนข้างน้อย

**วิถีชีวิตของชุมชน**

ประชาชนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม อาชีพหลักได้แก่ ทำนา ทำไร่ ทำสวน รับจ้าง พูดภาษาไทยอีสาน และนับถือศาสนาพุทธ

**สภาพปัญหาของผู้สูงอายุ**

ปัญหาความยากจน เป็นปัญหาสำคัญของตำบลเขาสวนกวาง ชาวบ้านมีรายได้ค่อนข้างต่ำ ลูกหลานของคนในชุมชนจึงมีการย้ายถิ่นไปหางานทำที่อื่น ทำให้ประชากรส่วนใหญ่ในตำบลมีอยู่สองวัย คือ วัยเด็ก และวัยสูงอายุ และปัญหาของผู้สูงอายุนั้น ส่วนใหญ่มีปัญหาด้านการมีรายได้น้อย การไม่สามารถทำงานได้ และที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุมีความทรุดโทรด

**ทัศนะต่อการดูแลผู้สูงอายุที่ดีในครอบครัว**

จากสภาพปัญหาของที่ผู้สูงอายุถูกทอดทิ้งให้อยู่บ้านเพียงลำพัง หรือต้องเลี้ยงหลานที่ยังเล็ก ชุมชนจึงมองว่า ครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุที่ดีนั้น คือ มีสมาชิกในครอบครัวอยู่ด้วยตลอดเวลาผู้สูงอายุไม่เจ็บป่วยก็จะพาไปรักษาพยาบาล แม้ว่าครอบครัวจะยากจนมีรายได้น้อย แต่ก็พยายามให้ผู้สูงอายุได้รับการรักษาที่ดีที่สุด

**2. สถาบันที่จัดบริการสำหรับผู้สูงอายุ**

สถาบันในชุมชน ประกอบด้วย สถาบันภาครัฐ เอกชน และภาคประชาชน ซึ่งต่างมีบทบาทในการจัดบริการสำหรับประชาชนในชุมชนทุกวัยรวมทั้งผู้สูงอายุด้วย ในตำบลเขาสวนกวาง มีสถาบันที่ดำเนินการ ดังนี้

**2.1 สถานีอนามัยเขาสวนกวาง** ขอบเขตการให้บริการของสถานีอนามัยเขาสวนกวาง มีหน้าที่รับผิดชอบประชากร 6 หมู่บ้านที่อยู่ในตำบลเขาสวนกวางเขต อบต. ดังนั้นการดูแลผู้สูงอายุในตำบลเขาสวนกวางจึงเป็นหน้าที่โดยตรงของสถานีอนามัยเขาสวนกวางโดยตรง

สถานีอนามัยเขาสวนกวางมีการจัดบริการนอกสถานที่ คือ มีการออกหน่วยเคลื่อนที่ไปบริการในชุมชนเดือนละครั้ง เวียนไปตามหมู่บ้านทั้ง 11 หมู่บ้านของตำบลเขาสวนกวาง เพื่อไปให้บริการส่งเสริมสุขภาพแก่คนในชุมชน ผู้ที่มาใช้บริการจะได้รับตรวจสุขภาพ

เบื้องต้น ตรวจเลือด วัดความดันโลหิต คัดกรองเบาหวาน เพื่อประเมินความเสี่ยงในการที่จะป่วยเป็นอัมพฤกษ์ อัมพาต บริการตรวจคัดกรองด้านสุขภาพจิต เพื่อประเมินความเสี่ยงในการที่จะฆ่าตัวตาย โดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าและใช้แบบประเมินความสุขควบคู่กัน สถานที่จัดบริการส่วนใหญ่เป็นศาลาอเนกประสงค์ของวัด ซึ่งผู้ที่มาใช้บริการนั้นจะเป็นคนที่ยังแข็งแรงสามารถเดินทางมาได้เอง

**2.2 โรงพยาบาลอำเภอเขาสวนกวาง**

โรงพยาบาลอำเภอเขาสวนกวาง เป็นโรงพยาบาลชุมชนมีขอบเขตความรับผิดชอบการดูแลสุขภาพของประชาชนภายในอำเภอเขาสวนกวางทั้งหมด บริการสำหรับผู้สูงอายุภายในโรงพยาบาลอยู่ภายใต้ความรับผิดชอบของฝ่ายส่งเสริมและป้องกันสุขภาพ เนื่องจากโรงพยาบาลเขาสวนกวางไม่มีคลินิกผู้สูงอายุ ทางโรงพยาบาลจึงจัด “บัตรคิวผู้สูงอายุ” ให้ผู้สูงอายุที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลสามารถเลื่อนลำดับการเข้าตรวจรักษาก่อน

การดูแลผู้สูงอายุในตำบลเขาสวนกวาง เป็นหน้าที่รับผิดชอบของกลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน โรงพยาบาลเขาสวนกวาง ซึ่งมีบุคลากรในกลุ่มงาน จำนวน 6 คน ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ 4 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขชุมชน 1 คน และนักวิชาการสาธารณสุข 1 คน ทำหน้าที่รับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุและอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ 5 หมู่บ้านที่อยู่ในการปกครองของเทศบาลจำนวน 38 คน โรงพยาบาลเขาสวนกวางเป็นผู้อบรมความรู้ให้ อผส. ที่อยู่รับผิดชอบของโรงพยาบาล ปีละหนึ่งครั้ง ระยะเวลา 3 วัน เนื้อหาที่อบรม ได้แก่ การรับประทานอาหาร การปฐมพยาบาลเบื้องต้น การทำแผล การเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุ การทำความสะอาด สุขลักษณะ การวัดสัญญาณชีพ และการให้ยา เพื่อให้ อผส.ไปดูแลผู้สูงอายุได้อย่างถูกต้อง และโรงพยาบาลจะมีการไปนิเทศ อผส. แต่ละหมู่บ้าน 2 ครั้งต่อเดือน เพื่อสะท้อนปัญหาในชุมชน และติดตามการปฏิบัติงานของ อผส.

**2.3 อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส.)** อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในตำบลเขาสวนกวาง แบ่งเป็น 2 กลุ่มตามพื้นที่รับผิดชอบ คือ อผส.ที่ดูแลผู้สูงอายุในเขตเทศบาลจำนวน 38 คน มีโรงพยาบาลเขาสวนกวางเป็นพี่เลี่ยง อบรมให้ความรู้ และสอนวิธีการดูแลผู้สูงอายุ ส่วน อผส.ที่ดูแลผู้สูงอายุในเขต อบต.เขาสวนกวาง จำนวน 40 คน ทางอบต.เป็นผู้รับผิดชอบดำเนินการ ซึ่งจะได้รับการอบรมจากสำนักงานพัฒนาสังคมฯ และการประเมินผลจากเจ้าหน้าที่ของอบต.

**2.4 อาสาสมัครสาธารณะสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)** ตำบลเขาสวนกวางมี อสม. จำนวน 150 คน บางคนอาจรับบทบาทเป็นอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตาม อผส.ที่ดูผู้สูงอายุในเขตอบต. ส่วนใหญ่จะไม่เคยเป็นอสม.มาก่อน

**2.5 สัจจะกองบุญวันละ 1 บาท** เป็นการจัดสวัสดิการชุมชน ของ อบต.เขาสวนกวาง ให้ออมวันละบาท เก็บทุก 30 วัน เพื่อนำมาจัดสวัสดิการให้แก่คนที่เป็นสมาชิก โดยมีการแบ่งสัดส่วนการจัดสวัสดิการ ดังนี้

100 เปอร์เซ็นต์ ของสัจจะกองบุญ แบ่งเป็น
60 เปอร์เซ็นต์ สำหรับจัดสวัสดิการช่วยเหลือสมาชิก
5 เปอร์เซ็นต์ สำหรับคณะกรรมการเก็บเงิน
35 เปอร์เซ็นต์ พัฒนากองทุน

สวัสดิการที่ได้รับเมื่อเป็นสมาชิกครบ 180 วันแล้ว ได้แก่

<u>เกิด</u> สมาชิก(หญิง) เมื่อคลอดบุตร ได้ค่าทำขวัญให้เด็ก 500 บาท

<u>แก่</u> ผู้ที่อายุครบ 60 ได้รับเงินบำนาญรายเดือน ตามระยะเวลาการเป็นสมาชิก

ฝากสัจจะครบ 15 ปี ได้รับเงินบำนาญเดือนละ 300 บาท
ฝากสัจจะครบ 20 ปี ได้รับเงินบำนาญเดือนละ 400 บาท
ฝากสัจจะครบ 25 ปี ได้รับเงินบำนาญเดือนละ 500 บาท
ฝากสัจจะครบ 30 ปี ได้รับเงินบำนาญเดือนละ 600 บาท
ฝากสัจจะครบ 35 ปี ได้รับเงินบำนาญเดือนละ 700 บาท
ฝากสัจจะครบ 40 ปี ได้รับเงินบำนาญเดือนละ 800 บาท
ฝากสัจจะครบ 45 ปี ได้รับเงินบำนาญเดือนละ 900 บาท
ฝากสัจจะครบ 50 ปี ได้รับเงินบำนาญเดือนละ 1,000 บาท
ฝากสัจจะครบ 55 ปี ได้รับเงินบำนาญเดือนละ 1,100 บาท
ฝากสัจจะครบ 60 ปี ได้รับเงินบำนาญเดือนละ 1,200 บาท

<u>เจ็บป่วย</u> นอนโรงพยาบาล ช่วยค่ารักษาพยาบาล 100 บาท ครั้งละไม่เกิน 3 วัน และไม่เกิน 15 วันต่อปี

<u>เสียชีวิต</u> ได้ค่าจัดงานศพ 2,500 บาท

<u>ทุนการศึกษา</u> สมาชิกสามารถกู้โดยไม่มีดอกเบี้ย

**2.6 องค์การบริหารส่วนตำบลเขาสวนกวาง** อบต.มีขอบเขตรับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุใน 6 หมู่บ้าน ได้แก่ หมู่ที่ 3, 4, 6 ,7 ,9 และหมู่ที่ 11 จึงมีทรัพยากรที่จะใช้ในการบริหารงานไม่เพียงพอ ทั้งงบประมาณ และบุคลากร นโยบายการบริหารของ อบต.จะเกี่ยวข้องกับปัญหาความเป็นอยู่ เน้นการเพิ่มรายได้ลดรายจ่ายให้แก่คนในชุมชน

วิสัยทัศน์ในการดำเนินงานขององค์การบริหารส่วนตำบลเขาสวนกวาง คือ

“พัฒนาคุณภาพชีวิต เศรษฐกิจรุ่งเรือง
องค์กรเข็มแข็ง บริการประทับใจ
โปร่งใสพัฒนา ประชาสุขใจ”

การดำเนินงานผู้สูงอายุมีโครงสร้างขององค์กร ดังนี้ นายกอบต. เป็นผู้กำหนดนโยบาย ปลัดอบต. จัดทำโครงการที่สอดคล้องกับนโยบาย และนักพัฒนาชุมชนของ อบต.เป็นฝ่ายปฏิบัติ นอกจากนี้ อบต.ยังสนับสนุนค่าน้ำมันรถให้แก่ผู้ใหญ่บ้านและสมาชิกอบต. เพื่อคอยให้บริการรับส่งผู้สูงอายุในกรณีที่ต้องใช้บริการขนส่ง

การกำหนดนโยบายการดำเนินงานเพื่อส่งเสริมพัฒนาช่วยเหลือผู้สูงอายุภายในพื้นที่การปกครองขององค์การบริหารส่วนตำบลเขาสวนกวางมาจากประชาชน โดยให้ประชาชนแสดงความคิดเห็น เสนอความต้องการผ่านเวทีประชาคม ผ่านคณะจัดทำแผนพัฒนา และนายกอบต. กำหนดนโยบายผ่านความเห็นชอบของสภาองค์การบริหารส่วนตำบล (ส.อบต.) ได้นโยบายด้านผู้สูงอายุ คือ *“การจัดสวัสดิการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพให้แก่ผู้สูงอายุ 60 ไปขึ้นไปทุกคน”* นอกจากนี้การจ่ายเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพของ อบต.เขาสวนกวาง มีวิธีการจ่ายเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพเป็นรายเดือน และทุกสามเดือนก็จะให้มารับที่ศูนย์อเนกประสงค์ฯ นี้ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้มาพบปะกัน การออกกำลังกาย และมีกิจกรรมตรวจสุขภาพจากสถานีอนามัยเขาสวนกวาง

**2.7 ศูนย์อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุ** ตำบลเขาสวนกวางเป็นพื้นที่นำร่องจัดตั้งศูนย์อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุในชุมชนแห่งแรกๆ ของประเทศไทย โดยมีวัตถุประสงค์ให้เป็นสถานที่ให้ผู้สูงอายุได้มาสังสรรค์ พบปะกัน และทำกิจกรรมต่างๆ รวมถึงให้หน่วยงานอื่นเข้ามาจัดบริการให้แก่ผู้สูงอายุ ศูนย์ได้เริ่มเปิดอย่างเป็นทางการมาในวันที่ 4 สิงหาคม 2550 มีการรวบรวมข้อมูลผู้สูงอายุเป็นฐานข้อมูลผู้สูงอายุตำบลเขาสวนกวาง มีรายละเอียดเกี่ยวกับ ชื่อนามสกุล ที่อยู่อาศัย สภาพปัญหาหลัก สภาวะสุขภาพ บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วยในครอบครัว

## 3. บริการสำหรับผู้สูงอายุในครอบครัว

บริการที่ครอบครัวได้รับ เพื่อสนับสนุนในการดูแลผู้สูงอายุ มีดังนี้

### 3.1 บริการจากเพื่อนบ้าน

การดูแลผู้สูงอายุในตำบลเขาสวนกวาง เพื่อนบ้านมีบทบาทค่อนข้างน้อย เนื่องจากมีสภาพปัญหาทางเศรษฐกิจคล้ายกัน คือมีฐานะยากจน การช่วยเหลือดูแลจึงเป็นลักษณะการช่วยเหลือทางจิตใจ ไปเยี่ยมเยียน ให้กำลัง ไปพูดคุย หน้าที่การดูแลผู้สูงอายุเป็นหน้าที่ของครอบครัว

**3.2 บริการจาก อบต.เขาสวนกวาง**

อบต.เป็นหน่วยงานหลักที่สนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานของศูนย์อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุ การสงเคราะห์เบี้ยยังชีพแก่ผู้สูงอายุ อบต.จะเป็นผู้ให้เบี้ยยังชีพแก่ผู้สูงอายุถึงบ้าน เพื่อเยี่ยมเยียนให้กำลังใจและดูความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุ สำหรับผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย นายก อบต.จะไปเยี่ยมถึงบ้านพร้อมของเยี่ยมเล็กน้อย

**ค่าใช้จ่ายในการดำเนินการด้านผู้สูงอายุของ อบต.เขาสวนกวาง**

| รายการ/โครงการ | | งบประมาณ | จ่ายจริง |
|---|---|---|---|
| 1. | โครงการเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ | 1,566,000 | 1,566,000 |
| 2. | โครงการเบี้ยยังชีพสูงอายุที่พิการ | 198,000 | 198,000 |
| 3. | เงินสนับสนุนศูนย์อเนกประสงค์ | 100,000 | 100,000 |
| 4. | เงินจัดกิจกรรมวันผู้สูงอายุ | 40,000 | 40,000 |
| 5. | เงินโครงการที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุ<br>5.1 โครงการส่งเสริมศักยภาพชมรมผู้สูงอายุ | 64,860 | 64,860 |
| 6. | ค่าตอบแทนโครงการอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (หมายเหตุ: พมจ.รับผิดชอบ) | 144,000 | 144,000 |
| 7. | ค่าสนับสนุนอาสาสมัครในการดูแลผู้สูงอายุ และคนพิการ | 30,000 | 30,000 |
| | รวม | 2,142,860 | 2,142,860 |

**3.2 บริการจากสถานีอนามัยเขาสวนกวาง**

สถานีอนามัยตำบลเขาสวนกวาง มีบทบาทหลักในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตการปกครองของ อบต. การดำเนินงานภายใต้วิสัยทัศน์ว่า *"วิชาการก้าวหน้า พัฒนาทีมงานบริการดีมีมาตรฐาน ดำเนินงานสุขภาพองค์รวม"* และกำหนดพันธกิจ 4 เรื่อง ได้แก่

(1) จัดบริการสาธารณสุขตามมาตรฐาน เป็นทั้งระบบเชิงรับและเชิงรุกในชุมชน โดยใช้หลักการเวชปฏิบัติในครอบครัว

(2) บริหารงานแบบมีส่วนร่วม มีความสามัคคีในหน่วยงาน มุ่งประสิทธิภาพและประสิทธิผล

(3) บุคลากรสาธารณสุขมีการพัฒนาองค์ความรู้ทางวิชาการอย่างสม่ำเสมอ

(4) พัฒนาระบบบริหารให้ได้มาตรฐาน บริหารด้านคุณภาพอย่างเสมอภาคและเท่าเทียมกัน

## 4. การเชื่อมประสานระบบการดูแลผู้สูงอายุ

ระบบการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว ประกอบด้วยระบบต่างๆ ดังนี้

### 4.1 ทีมงาน

ทีมงาน หมายถึง กลุ่มคนผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการผู้สูงอายุในตำบลเขาสวนกวาง ประกอบด้วย 4 กลุ่ม ดังนี้

**4.1.1 ทีมจากสถานีอนามัยเขาสวนกวาง** มีบุคลากรที่ปฏิบัติงาน 4 คน ได้แก่ 1) พยาบาลวิชาชีพ 1 คน 2) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 2 คน และ3) เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน 1 คน การให้บริการผู้สูงอายุจึงเป็นลักษณะบริการในสถาบัน และให้ อผส.เป็นตัวแทนในการแจ้งข่าวสาร ปัญหาต่างๆ ที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุในแต่ละหมู่บ้านที่ อผส.ดูแล

**4.1.2 ทีมจากอบต.เขาสวนกวาง** อบต.จัดบุคลากรตำแหน่งนักพัฒนาชุมชน 1 คนเป็นผู้รับผิดชอบด้านการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่โดยตรง

**4.1.3 ทีมจากโรงพยาบาลเขาสวนกวาง** โรงพยาบาลจะเข้าไปดูแลผู้สูงอายุกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เช่น เป็นอัมพฤกษ์ อัมพาต กลุ่มงานเวชปฏิบัติฯ ของโรงพยาบาลดำเนินงานร่วมกับนักกายภาพบำบัด ไปดูแลในแต่ผู้สูงอายุแต่ละรายที่บ้าน และมีการสอนวิธีการดูแลได้ถูกต้องให้แก่ญาติผู้ดูแล เช่น สอนการดูแลแผล สอนการเคลื่อนย้าย เป็นต้น

**4.1.4 ทีมจากอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส.)** ในที่นี้จะกล่าวถึง อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) ในเขตการปกครององค์การบริหารส่วนตำบลเขาสวนกวาง เพราะเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุโดยตรง อบต.เขาสวนกวางได้ดำเนินโครงการในปี 2550 โดยรับสมัครบุคคลที่อายุตั้งแต่ 45 ปีขึ้นไปในแต่ละหมู่บ้านให้มาเป็นอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ และปี 2551 มี อผส. 40 คน ดูแลผู้สูงอายุจำนวน 305 คน โดยได้รับการฝึกอบรมความรู้และวิธีการดูแลผู้สูงอายุ มีวิทยากรจากพัฒนาสังคมประจำจังหวัด ความรู้ที่ได้รับได้แก่ การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โภชนาการ การออกกำลังกาย

วิธีภาคปฏิบัติงานของ อผส. ได้แบ่งหน้าที่การดูแลผู้สูงอายุเป็น 6 กลุ่มละ 6-8 คน แยกกันดูแลผู้สูงอายุภายใน 6 หมู่บ้าน โดยมีกำหนดการเยี่ยมผู้สูงอายุทุกๆ 15 วัน และจะไปพร้อมกันทุกคนในแต่ละกลุ่ม การเยี่ยมบ้าน อผส. เน้นการดูแลทางจิตใจมากกว่าการดูแลปัญหาสุขภาพ ไปคุยถามสารทุกข์สุขดิบ การเตือนการกินยา

**4.1.5 ทีมจากอาสาสมัครสาธารณะสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)** ในช่วยเหลือผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงหรือต้องการความช่วยเหลือ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ อสม. จะเป็นผู้แจ้งปัญหาให้แก่สถานีอนามัยหรือโรงพยาบาลชุมชนเพื่อดำเนินการให้ความ

ช่วยเหลือต่อไป นอกจากนี้การที่ อสม.ได้รับการฝึกอบรมวิชาการจากหน่วยงานสาธารณสุข ปีละครั้งอย่างสม่ำเสมอ ทำให้ อสม. สามารถประเมินความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากดูแลไม่ถูกวิธี ช่วยให้ผู้สูงอายุได้การช่วยเหลืออย่างรวดเร็ว ดังนั้นในหมู่บ้านที่มี อสม.ที่เป็น อผส.มากก็จะช่วยให้การดูแลผู้สูงอายุดีขึ้น

**4.1.6 ทีมจากเด็กเยาวชน (บรรณารักษ์น้อย)** โครงการอาสาสมัครบรรณารักษ์น้อย เป็นโครงการที่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากศูนย์พัฒนาสังคมหน่วยที่ 5 จังหวัดขอนแก่น โดยให้เด็กๆ ในแต่ละหมู่บ้านทำหน้าที่เป็นอาสาบรรณารักษ์น้อย หมู่บ้านละ 10 คน ผลัดเปลี่ยนออกปฏิบัติงาน เดือนละ 2 คน นำหนังสือไปให้สมาชิกในชุมชนได้ใช้บริการ อ่านหนังสือทุกวันเสาร์-อาทิตย์ และช่วงเย็นหลังเลิกเรียน อาสาสมัครจะได้รับรถจักรยานพร้อมกระเป๋าหนังสือ และหนังสือความรู้ต่างๆ จำนวน 2 ชุด อาสาสมัครจะต้องจดบันทึกรายงานผลการให้บริการไว้ด้วย อบต.ให้รางวัลอาสาสมัครเดือนละ 500 บาท เพื่อเป็นการให้กำลังใจในการทำความดี และสนับสนุนเป็นค่าใช้จ่ายเล็กๆ น้อยๆ อย่างไรก็ตาม โครงการฯ นี้ได้หยุดการดำเนินโครงการชั่วคราวมาตั้งแต่มกราคม 2552 เพราะขาดงบประมาณสนับสนุนการดำเนินโครงการ

## 4.2 การบูรณาการบริการผู้สูงอายุในครอบครัวของตำบลเขาสวนกวาง

### 4.2.1 การประสานระหว่างครอบครัวกับ สถานีอนามัย

***1) ผู้สูงอายุไปรักษาพยาบาลที่สถานพยาบาล***

โดยทั่วไปการเข้ารักษาพยาบาลของผู้สูงอายุที่ตำบลเขาสวนกวาง เมื่อมีอาการเจ็บป่วย ครอบครัวหรือเครือญาติจะนำผู้สูงอายุไปพบยังสถานพยาบาลที่ใกล้ที่สุด ได้แก่ สถานีอนามัยเขาสวนกวาง โรงพยาบาลเขาสวนกวาง และโรงพยาบาลน้ำพอง เนื่องจากทั้ง 3 สถานพยาบาลนี้ มีระยะทางในการเดินทางไปใกล้เคียงกัน โดยใช้รถยนต์เป็นพาหนะนำส่งสถานพยาบาล หากครอบครัวไม่มีรถก็จะจ้างรถรับจ้างพาไป บางครั้งก็จ้างรถสามล้อส่งผู้สูงอายุ

***2) สถานีอนามัยให้บริการที่บ้านของผู้สูงอายุ***

การให้บริการดูแลที่บ้านของสถานีอนามัยเขาสวนกวาง (รวมทั้งจากโรงพยาบาล) มุ่งเน้นการให้บริการแก่ผู้สูงอายุเจ็บป่วยเรื้อรัง หรือเป็นผู้ที่มีความพิการทุพพลภาพ ต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งทางสถานีอนามัยได้รับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุเหล่านี้จากโรงพยาบาลให้เข้าไปให้บริการพยาบาลดูแลที่บ้านของผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตาม กรณีที่ผู้สูงอายุเจ็บป่วยกะทันหัน หรือเป็นช่วงกลางคืน ไม่สามารถหารถรับจ้างพาผู้สูงอายุไปโรงพยาบาลได้ ทางโรงพยาบาลเขาสวนกวางจะมีหมายเลขโทรศัพท์ฉุกเฉินสำหรับให้ครอบครัวผู้สูงอายุติดต่อให้รถโรงพยาบาลไปรับผู้สูงอายุถึงบ้าน

**4.2.2 การประสานระหว่างครอบครัว สถานีอนามัย และ องค์การบริหารส่วนตำบล**

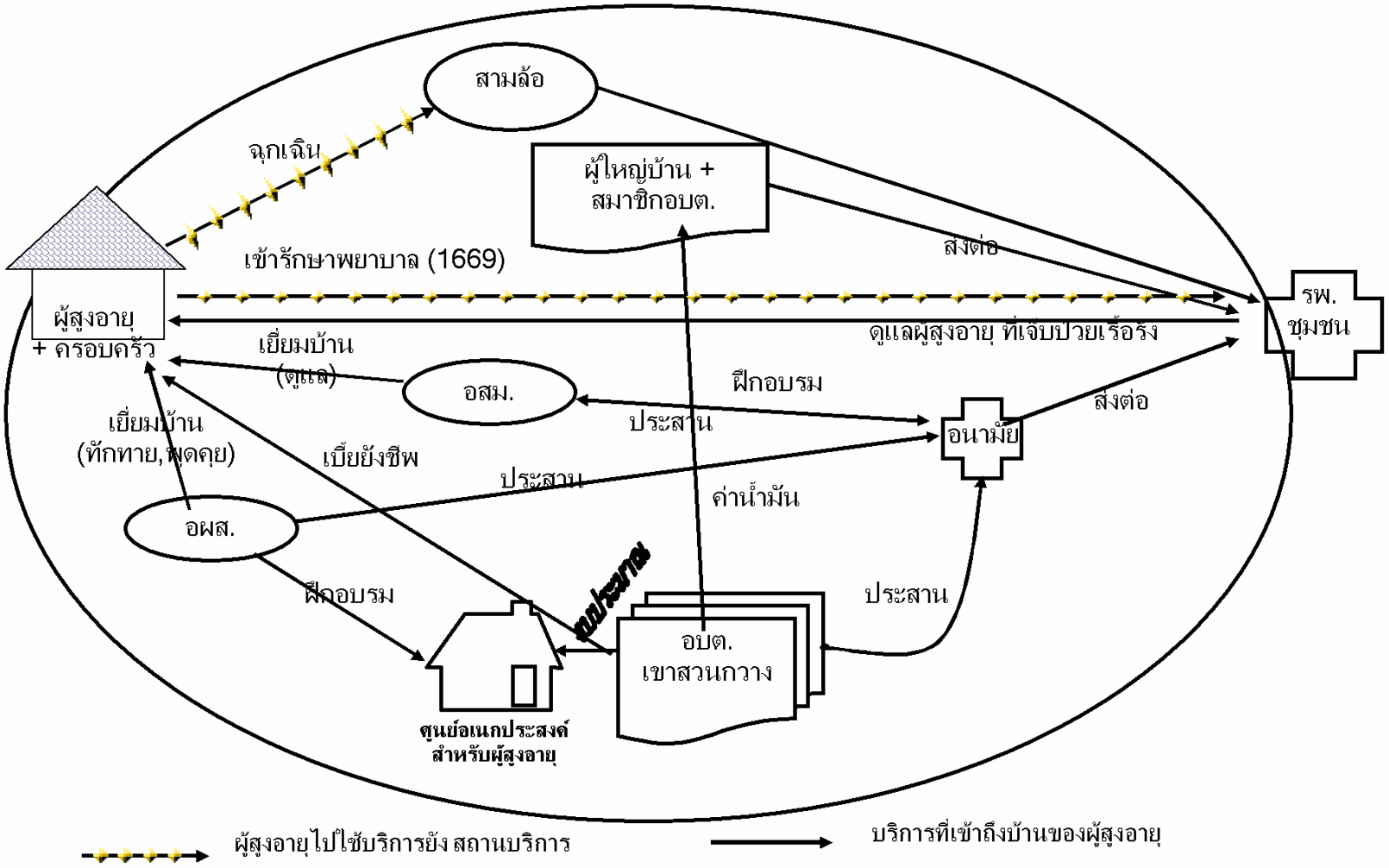
การให้บริการดูแลผู้สูงอายุในตำบลเขาสวนกวาง ยังขาดระบบการประสานบริการดูแลระหว่างครอบครัว สถานีอนามัย และองค์การบริหารตำบลเขาสวนกวาง แต่ละฝ่ายยังคงแยกกันดูแล ครอบครัวเป็นผู้มีบทบาทรับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุโดยตรง อบต.เขาสวนกวาง รับผิดชอบบริการทางสังคม และสถานีอนามัยรับผิดชอบบริการสุขภาพ ซึ่ง อบต.เขาสวนกวางได้จัดสร้างศูนย์ศูนย์อเนกประสงค์ประสงค์สำหรับผู้สูงอายุขึ้นเพื่อให้เป็นที่ประสานบริการสุขภาพและสังคม แต่อย่างไรก็ตาม การบริการของศูนย์อเนกประสงค์ฯ นั้นก็ยังคงไม่สามารถให้บริการต่อเนื่องได้ ผู้สูงอายุไม่สามารถเดินทางมายังศูนย์ได้เอง ต้องมีผู้มาส่งหรือไปรับจากบ้านมาที่ศูนย์ฯ และการร่วมมือในกิจกรรมที่ศูนย์ฯ ยังคงเป็นลักษณะหน่วยงานจัดและให้ผู้สูงอายุเข้าร่วม มากกว่าที่เป็นกิจกรรมที่เกิดขึ้นจากผู้สูงอายุเอง

**4.2.3 ช่องทางการเข้าถึงบริการสุขภาพและสังคมของผู้สูงอายุในตำบลเขาสวนกวาง**

การเข้าถึงบริการสุขภาพและสังคมของผู้สูงอายุและครอบครัว มีหลายช่องทางทั้งการเข้ารับบริการยังสถานบริการ การขอความช่วยเหลือจากผู้นำชุมชน และการรับบริการที่บ้านจากบุคลากรด้านสุขภาพที่บ้าน โดยมีรายละเอียดดังนี้

เมื่อผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตการปกครองของ อบต.เขาสวนกวางเจ็บป่วย ผู้สูงอายุไปรักษาที่โรงพยาบาลเขาสวนกวาง มากกว่าสถานีอนามัยเขาสวนกวางที่เป็นสถานบริการปฐมภูมิ เนื่องจากไม่สะดวกในการเดินทาง ผู้สูงอายุบางคนอาจไปรักษาที่โรงพยาบาลน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น เนื่องจากมีพื้นที่ติดกับตำบล และบางคนอาจไปรักษาพยาบาลที่คลินิกเอกชนในตัวเมือง ในครอบครัวผู้สูงอายุที่ไม่มีรถยนต์ที่จะพาผู้สูงอายุไปยังสถานพยาบาลก็ต้องจ้างรถรับจ้างหรือผู้สูงอายุสามารถขอความช่วยเหลือจากผู้นำชุมชน ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน สมาชิกสภาอบต. ให้พาไปส่ง เนื่องจาก อบต.เขาสวนกวาง มีการให้งบสนับสนุนค่าน้ำมันรถในส่วนนี้ และในกรณีฉุกเฉิน ผู้สูงอายุสามารถติดต่อให้โรงพยาบาลเขาสวนกวางส่งรถพยาบาลมารับถึงบ้านได้

นอกจากนี้ อบต.เขาสวนกวาง ได้จัดสรรเงินเบี้ยยังชีพให้แก่ผู้สูงอายุที่ยากไร้ และการให้งบสนับสนุนแก่อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) เพื่อคอยทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุในแต่ละหมู่บ้าน โดย อผส. เหล่านั้นต้องมาอบรมการดูแลที่ศูนย์อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุ เมื่อ อผส. ไปเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุมีปัญหา อผส.จะติดต่อขอความช่วยเหลือไปยังสถานีอนามัยเขาสวนกวาง และเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยจะประสานกับโรงพยาบาลเขาสวนกวางเพื่อส่งต่อการรักษา




แผนภาพ การเชื่อมประสานระหว่างบ้าน หน่วยงาน/องค์กร เพื่อให้บริการผู้สูงอายุในตำบลเขาสวนกวาง

**4.2.4 การประเมินผล**

ผู้ประเมินผลการดำเนินงาน ประกอบด้วยเจ้าหน้าที่ อบต. ผู้บริหารและสมาชิก อบต. วิธีการประเมินผล กระทำหลายวิธีได้แก่ (1) ประเมินโดยการสอบถามจากผู้สูงอายุ ประชาชน และสภา อบต. (2) ประเมินจากการสังเกต ความพึงพอใจ การให้ความร่วมมือของผู้ที่มาใช้บริการ(3) ประเมินจากแบบสำรวจการทำปฏิบัติงานรอบ 15 วัน ของ อผส. ผลการประเมิน พบว่า ผู้สูงอายุและประชาชนมีความพึงพอใจในกิจกรรมต่างๆ และมีส่วนร่วมในการทำงาน

## 5. บทบาทของศูนย์อเนกประสงค์ในการเชื่อมประสานบริการ

ศูนย์อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุในชุมชน องค์การบริหารส่วนตำบลเขาสวนกวาง อำเภอเขาสวนกวาง จังหวัดขอนแก่น เป็นศูนย์ฯ พื้นที่นำร่องในการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุ โดยมีวัตถุประสงค์ให้เป็นศูนย์รวมสำหรับองค์กรและขุมชนในการจัดบริการและกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุและชุมชน โดยการใช้หลัก “ศูนย์อเนกประสงค์ เป็นของชุมชน โดยชุมชน เพื่อคนทุกวัย” เป็นพื้นฐานในการดำเนินงานของศูนย์ฯ

**5.1 บทบาทเชื่อมประสานระหว่างคนในชุมชน**

กิจกรรมของศูนย์อเนกประสงค์ฯ ที่ขึ้นในปี 2550 โดยการสนับสนุนงบประมาณจากองค์การบริหารส่วนตำบลเขาสวนกวาง มีดังนี้

1. กิจกรรมวันเด็กแห่งชาติ
2. โครงการอบรมคุณธรรมและจริยธรรม และทัศนศึกษาดูงานผู้สูงอายุ
3. โครงการจัดงานประเพณีสงกรานต์ (กิจกรรมวันผู้สูงอายุ)
4. กิจกรรมตรวจสุขภาพประจำปีสำหรับผู้สูงอายุ
5. กิจกรรมจ่ายเบี้ยยังชีพ ผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ป่วยเอดส์
6. โครงการฝึกอบรมทบทวนอาสาสมัครป้องกันภัยฝ่ายพลเรือนและศึกษาดูงาน
7. โครงการประเพณีเข้าพรรษา
8. โครงการประเพณีทอดกฐิน
9. โครงการฝึกอบรมอาชีพการทำม้าหินอ่อน
10. โครงการฝึกอบรมอาชีพการจับจีบผ้า
11. โครงการฝึกอบรมอาชีพการทำสาคูไส้หมู
12. โครงการฝึกอบรมอาชีพการจัดดอกไม้สด
13. กิจกรรมฝึกอบรมผู้นำออกกำลังกายประจำหมู่บ้าน
14. กิจกรรมตั้งกองทุนสัจจะกองบุญ วันละ 1 บาท

15. กิจกรรมตั้งสมาคมฌาปนกิจกิจสงเคราะห์
16. โครงการบ้านท้องถิ่นไทย เทิด ไท้องค์ราชันย์ 80 พรรษา

**5.2 บทบาทเชื่อมประสานกับเครือข่าย**

อบต.เขาสวนกวาง ได้เชื่อมประสานหน่วยงาน ซึ่งได้แก่ สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จังหวัดขอนแก่น สำนักงานแรงงานจังหวัดขอนแก่น ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุขอนแก่น ศูนย์พัฒนาสังคม หน่วยที่ 5 จังหวัดขอนแก่น สถานีอนามัยตำบลเขาสวนกวาง และวิทยาลัยเทคนิคน้ำพอง จัดกิจกรรมที่ศูนย์อเนกประสงค์ฯ โดยมีกิจกรรม ดังต่อไปนี้

1. โครงการส่งเสริมและสนับสนุนการจัดสวัสดิการสังคมเชิงบูรณาการระดับพื้นที่
2. โครงการสาธิตต้นแบบการสร้างพลังงานทดแทนจากพืชสบู่ดำ (ส่งเสริมการปลูกสบู่ดำเชิงพาณิชย์)
3. โครงการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยผู้สูงอายุในชุมชน
4. โครงการเสริมสร้างให้ผู้สูงอายุใช้ภูมิปัญญาสร้างอาชีพและรายได้
5. โครงการครอบครัวสัมพันธ์
6. โครงการส่งเสริมค่านิยมการใช้จ่ายเพื่อสวัสดิการผู้สูงอายุ (ลดรายจ่าย) ในชุมชน
7. โครงการส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมให้ผู้สูงอายุ (ซ่อมแซมบ้านให้ผู้สูงอายุที่ยากจน)
8. โครงการฝึกอบรมอาชีพการทำแคบหมูและน้ำพริก
9. โครงการฝึกอบรมอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ
10. โครงการบรรณารักษ์น้อย
11. โครงการอบรมราษฎรอาสาสมัครพิทักษ์ป่า (รสทป.)
12. กิจกรรมการมอบเงินช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้สูงอายุ

อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุไม่สามารถมาที่ศูนย์ฯ ได้อย่างอิสระ เพราะมีระยะทางไกลจากที่พักอาศัยของผู้สูงอายุ *“ถ้าไม่มีรถรับส่ง ก็ไม่สามารถมาได้”* ดังนั้น บริการสำหรับผู้สูงอายุจึงเกิดจาก อบต. เป็นฝ่ายจัดขึ้น แล้วผู้สูงอายุจะเป็นผู้ร่วมกิจกรรม เช่น โครงการส่งเสริมการมีงานทำเพื่อผู้สูงอายุ โครงการอบรมอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) การเดินทางมาที่ศูนย์อเนกประสงค์ ผู้ใหญ่บ้าน และสมาชิก อบต. เป็นผู้รับ-ส่งให้ หรือต้องจ้างรถให้ไปรับผู้สูงอายุ

### 5.3 การเชื่อมประสานการจัดบริการผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง

ในกลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพาหรือไม่มีผู้ดูแล ศูนย์อเนกประสงค์ฯ เป็นจุดเชื่อมของผู้ที่ให้บริการสุขภาพและผู้ที่ให้บริการสังคม เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยตำบลเขาสวนกวางเป็นผู้ที่ให้บริการสุขภาพ และอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) เป็นผู้ที่ให้บริการทางสังคม

บริการผู้สูงอายุที่บ้านของอผส.ในตำบลเขาสวนกวาง มีจุดเริ่มต้นที่ศูนย์อเนกประสงค์ฯ โดยองค์การบริหารส่วนตำบลเขาสวนกวาง ได้จัด “โครงการอบรมอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ” โครงการดังกล่าวมีเป้าหมายเพื่อให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ขาดผู้ดูแล ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ถูกทอดทิ้ง ถูกละเลยเพิกเฉยและผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลไม่ถูกต้อง โดยให้ประชาชนในชุมชนที่สมัครใจ ทำหน้าที่เป็นผู้ให้การดูแลช่วยเหลือ ฟื้นฟูผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่ง อผส.จะได้รับการฝึกอบรมพัฒนาศักยภาพ ให้ความรู้ ฝึกทักษะ และส่งเสริมทัศนคติที่ดีในการดูแลผู้สูงอายุ จากหน่วยงานของกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

เมื่อได้ อผส.ที่ผ่านการอบรมแล้วจำนวนทั้งสิ้น 40 คน อบต.ให้ อผส.เหล่านี้เป็นผู้รวบรวมรายชื่อและข้อมูลของผู้สูงอายุ ไว้เป็นฐานข้อมูลผู้สูงอายุในชุมชนไว้ที่ศูนย์อเนกประสงค์ จากนั้นสถานีอนามัยได้ใช้บัญชีรายชื่อผู้สูงอายุ เพื่อจัดบริการสุขภาพที่เหมาะสมให้แก่ผู้สูงอายุแต่ละคน เนื่องจากสถานที่ตั้งของสถานีอนามัยที่รับผิดชอบดูแลสุขภาพประชากรในเขตการปกครอง อบต. มีทางหลวงแผ่นดินคั่นกลาง ทำให้ผู้ที่จะไปใช้บริการไม่สะดวก และจำนวนผู้ปฏิบัติงานของสถานีอนามัยมีจำนวนจำกัด สถานีอนามัยจึงให้ อผส. เป็นผู้รายงานปัญหาของผู้สูงอายุ เมื่อต้องการให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังหรือไปให้บริการถึงบ้านผู้สูงอายุ สถานีอนามัยจะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุจาก อผส. หรือ อสม.เป็นหลัก เพราะถือว่าเป็นคนในพื้นที่และบ้านใกล้เรือนเคียง ถ้าจะให้สถานีอนามัยไปดูแลผู้สูงอายุที่บ้านให้ อผส.หรือ อสม. แจ้งเป็นรายๆ ไป หาก อผส. เห็นว่าการเจ็บป่วยเรื้อรังของผู้สูงอายุเป็นเรื่องปกติ ไม่ใช่ปัญหา จึงไม่รายงานให้สถานีอนามัยทราบ ผู้สูงอายุนั้นอาจจะไม่ได้บริการดูแลที่บ้าน

**ภาพศูนย์อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุในตำบลเขาสวนกวาง**

**6. ระบบข้อมูลสารสนเทศ**

ศูนย์อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุในชุมชน มีการจัดทำฐานข้อมูลผู้สูงอายุตำบลเขาสวนกวาง ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้ (ภาพตาราง)

1. ลำดับที่
2. ชื่อนามสกุลผู้สูงอายุ
3. อายุ
4. บ้านเลขที่
5. หมู่บ้าน
6. เบอร์ติดต่อ
7. สภาพปัญหาหลัก (อยู่พอกิน /ชราภาพ /ยากจน /ไม่มีคนดูแล)
8. สภาวะสุขภาพ (ปกติ /เจ็บป่วยเรื้อรัง /พิการ)
9. จำนวนสมาชิกในครอบครัว (รวมผู้สูงอายุ)
10. บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วยในครอบครัวของผู้สูงอายุ (อยู่คนเดียว/ อยู่กับคู่สมรส /อยู่กับคู่สมรสและบุตรหลาน /อยู่กับบุตรหลาน)
11. หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน

## แบบรายงานข้อมูลผู้สูงอายุตำบลเขาสวนกวางที่ศูนย์อเนกประสงค์ฯ

| ที่ | ชื่อ-สกุล | อายุ | เลขที่บ้าน | หมู่ที่ | เบอร์ติดต่อ | สภาพปัญหาหลัก | ภาวะสุขภาพ | | | จำนวนสมาชิกในครอบครัว | บุคคลที่อยู่อาศัยด้วย | | | | เลขบัตรประจำตัวประชาชน |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | ปกติ | เจ็บป่วยเรื้อรัง | พิการ | | อยู่คนเดียว | อยู่กับคู่สมรส | อยู่กับคู่สมรสและบุตรหลาน | อยู่กับบุตรหลาน | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |

ฐานข้อมูลผู้สูงอายุในศูนย์อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุ ทำให้ทราบว่าผู้สูงอายุในตำบลเขาสวนกวาง มีปัญหามากที่สุดในเรื่อง การมีรายได้น้อย อันดับสอง คือ มีปัญหาด้านการไม่สามารถทำงานได้ และอันดับสาม คือ ที่อยู่อาศัยทรุดโทรม

สภาพปัญหาของผู้สูงอายุตำบลเขาสวนกวาง ดังนี้

| ปัญหา | จำนวน |
|---|---|
| ไม่มีปัญหา สุขภาพร่างกายปกติ | 28 |
| มีโรคประจำตัว | 15 |
| ที่อยู่อาศัยทรุดโทรม | 29 |
| ที่อยู่อาศัยทรุดโทรมและใช้งานไม่ได้ | 9 |
| ที่อยู่อาศัยทรุดโทรมและมีโรคประจำตัว | 1 |
| ทำงานไม่ได้ | 30 |
| ทำงานไม่ได้และยากจน | 3 |
| พออยู่พอกิน | 32 |
| ไม่มีที่ทำกิน และที่อยู่อาศัยทรุดโทรม | 3 |
| ยากจน | 17 |
| ยากจนไม่มีคนดูแล | 12 |
| ยากจนไม่มีที่ทำกิน | 5 |
| รายได้น้อย | 48 |
| มีหนี้สิน | 5 |
| ขาดผู้นำครอบครัว | 1 |
| ไม่ระบุ | 65 |
| รวม | 305 |

ชื่อ – สกุล อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน..... อายุ..... ปี
ที่อยู่เลขที่..... หมู่บ้าน..... หมู่ที่.....ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....

| วัน เดือน ปี ที่ให้การดูแลผู้สูงอายุ | กิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุ (จำนวนครั้ง) | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | เยี่ยมเยียนดูแลผู้สูงอายุ | ดูแลอนามัยส่วนตัว | ดูแลเรื่องอาหาร | ช่วยเหลือการใช้ยา | ทำความสะอาดที่อยู่อาศัย | ทำอาหารให้ผู้สูงอายุ | ทำไปร่วมกิจกรรมในชุมชน | ทำไปร่วมกลุ่มต่างๆ | ให้การกระตุ้นให้ผู้สูงอายุเคลื่อนไหว | การทำกายภาพผู้สูงอายุ | ให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ | ให้การดูแลด้านจิตใจ | ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเป็นประธานชมรมผู้สูงอายุ | ประสานงานให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุ | จัดกิจกรรมให้ผู้สูงอายุ | อื่นๆ(ระบุ) | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |

ลงชื่อ..... อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ ลงชื่อ..... ผู้รับรองการปฏิบัติงาน

แบบรายงานผลการปฏิบัติงานรอบ 15 วัน ของ อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในตำบลเขาสวนกวาง

**7. ความคิดเห็นต่อการพัฒนาระบบแบบบูรณาการ**

อบต.เขาสวนกวาง เห็นว่าการให้บริการสำหรับผู้สูงอายุยังไม่เพียงพอ ทั้งในด้านบุคลากรที่จะให้บริการ เนื่องจากมีนักพัฒนาชุมชนเป็นผู้รับผิดชอบโดยตรงเพียง 1 ตำแหน่ง และอบต. เป็น อบต. ขนาดเล็ก งบประมาณด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิต การจัดสวัสดิการมีไม่มาก ทำให้ไม่สามารถจัดสวัสดิการได้อย่างทั่วถึง รวมถึงสิ่งสิ่งอำนวยความสะดวก การบริการ พัสดุ ครุภัณฑ์ต่างๆ ยังไม่พร้อม

สถานีอนามัย เห็นว่า อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) ควรจะมีความรู้เรื่องโรค หรืออาการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุบ้าง และ เห็นว่า อสม. ที่เป็น อผส. สามารถดูแลผู้สูงอายุได้ละเอียดกว่า *“ถ้า อสม. ไม่มีปัญหา ความรู้ เสริมนิดหน่อย แต่ถ้า อผส. ความรู้ รับไม่หมด”* และสมุดบันทึกกิจกรรมของ อผส. ไม่สามารถแจ้งข้อมูลที่ สถานีอนามัยจะนำไปใช้ประโยชน์ได้เพียงพอ เนื่องจากไม่มีรายละเอียดการปฏิบัติ แจ้งเพียงว่าได้ทำกิจกรรมนั้นแล้ว *“อย่างไปดูแลผู้สูงอายุ ก็เช็คว่า ไปดูแลแล้ว แต่ไม่บอกว่า ไปดูแลแบบไหน”*

**การจัดบริการการดูแลผู้สูงอายุให้มีประสิทธิภาพ**

1. การส่งเสริมให้คนในชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ โดยจัดให้อาสาสมัครผู้สูงอายุที่บ้าน (อผส.) ฝึกอบรมเป็นประจำ เพื่อให้สามารถดูแลผู้สูงอายุได้อย่างถูกต้อง
2. มีตัวแทนจากชุมชนเข้าร่วมเป็นประธาน และคณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุของแต่ละหมู่บ้าน
3. อบต. จัดกิจกรรมต่างๆ เพื่อให้ผู้สูงอายุ อาสาสมัครผู้สูงอายุที่บ้าน (อผส.) และประชาชนทั่วไป ได้มีโอกาสได้ทำกิจกรรมร่วมกัน เช่น วันสงกรานต์

**ความต้องการได้รับการสนับสนุน**

1. ต้องการให้สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ให้การสนับสนุนด้านงบประมาณ คำแนะนำด้านการดำเนินงานผู้สูงอายุ การจัดสวัสดิการแก่ผู้สูงอายุ
2. ต้องการให้สำนักงานสาธารณสุขดูแลด้านสุขภาพผู้สูงอายุ
3. ต้องการให้ศูนย์พัฒนาฝีมือแรงงาน จัดฝึกอบรมด้านอาชีพให้ผู้สูงอายุ
4. ต้องการให้หน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องเข้ามาให้การสนับสนุน

**ความคิดเห็นต่อการจัดบริการผู้สูงอายุให้ประสบความสำเร็จ**

1. ผู้นำต้องมีวิสัยทัศน์ เห็นความสำคัญของผู้สูงอายุ
2. บุคลากรมีความรู้ ความสามารถ มีจิตอาสา ดูแลงานด้านการให้บริการผู้สูงอายุ
3. การได้รับงบประมาณสนับสนุน และมีบุคลากรให้ความรู้ คำแนะนำ

4. การให้ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็น เสนอความต้องการ

5. มีการจัดบริการที่ตรงตามความต้องการของผู้สูงอายุ

6. การให้สวัสดิการ และบริการอย่างทั่วถึง เสมอภาค เท่าเทียม ให้ความเป็นธรรมกับผู้สูงอายุและประชาชนทุกคน

**8. อนาคตของการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน**

อบต. เขาสวนกวาง ให้ความเห็นด้านการจัดบริการดูแลระยะยาว ต้องมีการเพิ่มบุคลากรที่ดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น จัดอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (อผส.) ดูแลผู้สูงอายุถึงบ้านและมอบเบี้ยยังชีพให้ผู้สูงอายุทุกเดือน และ อบต. จัดสรรงบประมาณ และขอความร่วมมือจากหน่วยงานต่างๆ และหาก อบต. มีงบประมาณที่เพียงพอ จะเปิดรับตำแหน่งเจ้าหน้าที่อนามัยชุมชนเพื่อให้การดำเนินงานช่วยเหลือผู้สูงอายุในชุมชนดียิ่งขึ้นการให้บริการผู้สูงอายุดียิ่งขึ้น

นอกจากนี้ อบต.เขาสวนกวาง มีความเห็นว่าจะต้องมีการสร้างคนในชุมชนให้เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุวิชาชีพ โดยการส่งลูกหลานหมู่บ้านละ1 คน ไปเรียนพยาบาล และกลับมาทำงานที่ชุมชน

> *“เราต้องมาสร้างของเราเอง ตอนนี้มันมีนโยบายอย่างพยาบาล ที่ขอนแก่นก็มีหนังสือมาอยู่ แต่ที่นี้ระเบียบมันไม่เอื้อ ถ้าระเบียบเอื้อนี่เป็นนโยบายที่ผมจะส่งคนในตำบลไปเรียนพยาบาลแล้วก็บรรจุเอง มาดูแลคนในตำบล แต่ผมมาดูแล้วถ้าเรารับบรรจุมันก็ผิดระเบียบ มันก็ต้องไปสอบ แต่ถ้าเป็นลูกจ้างเขาก็ไม่พอใจ ไม่ก้าวหน้า นี่จะมีวิธียังไงส่งเรียนแล้วให้บรรจุได้ ผมกำลังปรึกษาทางผอ.จังหวัดว่ามันติดขัดอะไรไหม ถ้าไม่ติดขัดก็จะส่งไปเรียนหมู่บ้านละคน จริงๆ ถ้าไม่ได้ก็เป็นลูกจ้างก็ได้”*

**นายวัฒนศักดิ์ จังจรูญ**

**( นายกองค์การบริหารส่วนตำบลเขาสวนกวาง)**

## ตัวชี้วัดการเป็นตัวแบบการดูแลที่ดีในชุมชน

จากรายละเอียดของตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดีในชุมชน ที่ได้นำเสนอแล้ว ชี้ให้เห็นว่า การเป็นตัวแบบที่ดีของชุมชนประกอบด้วย ตัวชี้วัด 7 ประการ ดังนี้

**1. การมีบริการดูแลอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการในชุมชน**

**1.1 การดูแลที่เป็นทางการ** หมายถึง การดูแลโดยบุคลากรวิชาชีพ คือ แพทย์ พยาบาล และอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) หรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง สถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่ ซึ่งได้แก่ ศูนย์สุขภาพชุมชน สถานีอนามัย โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป ที่ว่าการอำเภอ อบต. และสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด

ลักษณะของการดูแลที่เป็นทางการที่เป็นตัวแบบการดูแลที่ดีของชุมชน เกิดจากการที่ผู้นำหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่ง เป็นผู้ริเริ่มจัดบริการผู้สูงอายุ ภายใต้บทบาทและขอบเขตภาระหน้าที่ของตน บางพื้นที่ริเริ่มโดยสถานบริการสาธารณสุข บางพื้นที่ริเริ่มโดยหน่วยงานท้องถิ่น ในภาพรวมบริการที่เป็นทางการมีดังนี้

1.1 บริการด้านสุขภาพอนามัย

- บริการตรวจสุขภาพนอกสถานที่
- บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care)
- บริการพยาบาลฉุกเฉิน
- การสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์การแพทย์ และเครื่องใช้สำหรับผู้ป่วยสูงอายุ
- การให้คำแนะนำเรื่องสุขภาพและอาการของโรค

1.2 บริการสังคม

- กองทุนหลักประกันสุขภาพ อบต.ปากพูน
- กองทุนชุมชน ได้แก่ สัจจะกองบุญวันละ 1 บาท กองทุนสวัสดิการชุมชน
- ชมรมผู้สูงอายุ
- การดูแลจากเพื่อนบ้าน
- อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
- อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ
- ศูนย์อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุ
- ศูนย์เด็กเล็ก

จุดแข็งของระบบบริการอย่างเป็นทางการ คือ การมีอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน บทบาทในการช่วยเหลือครอบครัวได้แก่ การเยี่ยมเยียน ดูแลทุกข์สุข อาหาร การกินยา ทำ

ความสะอาดร่างกาย ทำความสะอาดบ้าน พาไปออกกำลังกาย พาไปนอกบ้าน พาไปร่วมกิจกรรมทางศาสนา หรืองานในชุมชน พาไปพบแพทย์หรือช่วยประสานให้บุคลากรทางการแพทย์มาตรวจรักษา รวมไปถึงการให้การสนับสนุนทางด้านจิตใจ โดยแต่ละชุมชนมีการดำเนินการดังนี้

ตำบลแม่พริก มีอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ หรือที่เรียกว่า “กลุ่มอาสา” ทำหน้าที่ให้การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุในตำบล ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีการก่อตั้งมาก่อนที่จะมี อผส.ของกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กิจกรรมที่อาสาสมัครดำเนินการ เช่น การพบปะเยี่ยมเยียนดูแลทุกข์สุขทั่วไป การไปเยี่ยมไข้ เป็นกำลังใจทั้งที่บ้านและหากจำเป็นจะไปที่โรงพยาบาลด้วย กรณีผู้สูงอายุขาดคนดูแลและไม่สามารถช่วยตัวเองได้ อาสาสมัครจะช่วยเรื่องทำความสะอาดร่างกาย ที่พักอาศัย และเสื้อผ้า และจะประสานส่งต่อผู้สูงอายุไปขอรับการช่วยเหลือยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่อไป

ตำบลบ้านแพ้ว มีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีบทบาททางด้านสาธารณสุขมูลฐาน เช่น การดูแลด้านสุขภาวะแวดล้อม เช่น สำรวจดูแลลูกน้ำยุงลาย การกระจายข่าวสารความรู้สุขภาพต่างๆ เช่น รณรงค์มะเร็งเต้านม เป็นต้น อย่างไรก็ตามประชาชนในตำบลบ้านแพ้วมีการจัด “ทีมจิตอาสา” ส่วนมากจะเป็นแม่บ้านที่เกษียณอายุ เพื่อไปเยี่ยม สอบถาม ให้กำลังใจแก่ผู้สูงอายุ

ตำบลปากพูน มีอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) เป็นหนึ่งในพื้นที่นำร่องการจัดอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) ทำให้มีอาสาสมัครมีแนวทางการดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรม ปัจจุบันตำบลปากพูนมีอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ 80 คน อผส. 1 คน รับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุ 5 ครัวเรือน และ อผส.ทุกคน ได้รับจักรยานคนละ 1 คันเพื่อให้สามารถเดินทางได้สะดวก และมี “สมุดบันทึกกิจกรรมอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน” เพื่อจดบันทึกว่ามีการดูแลผู้สูงอายุอย่างไรบ้าง และมีการให้รางวัลตอบแทนเพื่อเป็นแรงจูงใจ นอกจากนี้ อบต.ปากพูน ได้สนับสนุนให้มีอาสาสมัครหลากหลายประเภท เพื่อช่วยดูแลประชากรทุกกลุ่มในตำบลพูน กลุ่มอาสาสมัครที่มีได้แก่ อาสาสมัครดูแลเด็ก อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ อาสาสมัครดูแลผู้พิการ อาสาสมัครดูแลหญิงหลังคลอด ซึ่งคุณสมบัติสำคัญของอาสาสมัครที่แต่กลุ่มมีร่วมกัน คือ ต้องเป็น อสม. ด้วย เพราะการเป็น อสม.นั้นหมายถึงการได้รับการอบรมความรู้ด้านสุขภาพและมีประสบการณ์การดูแลพฤติกรรมสุขภาพอนามัยมาแล้วระดับหนึ่ง การพัฒนาไปดูแลเฉพาะกลุ่มเป้าหมายจะสะดวกมากกว่า และทุกวันที่ 5 ของเดือน จะมีการประชุมอาสาสมัครเพื่อบอกกล่าวเรื่องราวที่พบ และร่วมกันแก้ปัญหา รวมถึง อบต.ก็ได้รับการสะท้อนปัญหา

ตำบลเขาสวนกวาง ได้ดำเนินโครงการอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) มาตั้งแต่ปี 2550 โดยรับสมัครบุคคลที่อายุตั้งแต่ 45 ปีขึ้นไปในแต่ละหมู่บ้านให้มาเป็นอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ ปัจจุบันมี อผส. จำนวน 40 คน ดูแลผู้สูงอายุจำนวน 305 คน โดยอาสาสมัครได้รับการฝึกอบรมความรู้และวิธีการดูแลผู้สูงอายุ มีวิทยากรจากพัฒนาสังคมและความมั่นคงของ

มนุษย์ประจำจังหวัด อผส.ได้แบ่งหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุเป็น 6 กลุ่มละ 6-8 คน แยกกันดูแลผู้สูงอายุภายใน 6 หมู่บ้าน โดยมีกำหนดการเยี่ยมผู้สูงอายุทุกๆ 15 วัน และไปพร้อมกันทุกคนในแต่ละกลุ่ม การเยี่ยมบ้าน อผส. ไปคุยถามสารทุกข์สุขดิบ การเตือนการกินยา มากกว่าการดูแลปัญหาสุขภาพ ส่วนทีมอาสาสมัครสาธารณะสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตำบลเขาสวนกวางมี อสม. จำนวน 150 คน บางคนอาจรับบทบาทเป็น อผส.ด้วย ให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงหรือต้องการความช่วยเหลือ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ อสม.เป็นผู้แจ้งปัญหาให้แก่สถานีอนามัยหรือโรงพยาบาลชุมชนเพื่อดำเนินการให้ความช่วยเหลือต่อไป นอกจากนี้ การที่ อสม.ได้รับการฝึกอบรมวิชาการจากหน่วยงานสาธารณสุข ปีละครั้งอย่างสม่ำเสมอ ทำให้ อสม. สามารถประเมินความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากดูแลไม่ถูกวิธี ช่วยให้ผู้สูงอายุได้การช่วยเหลืออย่างรวดเร็ว

**1.2 การดูแลที่ไม่เป็นทางการ** หมายถึง บริการดูแลผู้สูงอายุ โดย ครอบครัว เพื่อนบ้าน และอาสาสมัคร ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แยกครอบครัวออกไปเป็นสาระสำคัญหลัก ดังนั้นการดูแลที่ไม่เป็นทางการ จึงครอบคลุมเฉพาะเพื่อนบ้าน และอาสาสมัครในชุมชน โดยแต่ละพื้นที่มีบริการดูแลที่ไม่เป็นทางการ ดังนี้

บริเวณพื้นที่ตำบลแม่พริก อำเภอแม่สรวยมี ศูนย์คาทอลิกอยู่ในตำบลแม่พริกนี้ ซึ่งหนึ่งในหน้าที่เผยแพร่ศาสนา (ซิสเตอร์) คือการดูแลเพื่อนมนุษย์ด้วยกัน ดังนั้นจึงมีซิสเตอร์เข้าไปช่วยเหลือผู้สูงอายุในชุมชนตำบลแม่พริก โดยส่วนใหญ่เน้นที่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่ติดเชื้อ โดยเฉพาะคนที่ป่วยอยู่บ้าน โดดเดี่ยว ยากจนไม่มีใครดูแล ส่วนวัดในพุทธศาสนา มีบทบาทให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุไม่มากนัก ส่วนใหญ่เป็นการให้การสนับสนุนด้านพื้นที่ ให้ใช้เป็นสถานที่ออกกำลังกาย จัดกิจกรรม และรวมกลุ่มชมรมผู้สูงอายุ

**2. บริการด้านสุขภาพที่เข้าถึงครอบครัวผู้สูงอายุ**

โดยการดูแลสุขภาพอนามัยของประชาชนแต่ละพื้นที่ มีหน่วยงานดำเนินงานเป็นแกนหลัก จัดบริการ และเชื่อมประสานการดูแลสุขภาพ โดยมีระบบการให้บริการดังนี้

**2.1 พื้นที่ที่มีหน่วยงานด้านสาธารณสุขเป็นแกนนำ** พบความแตกต่างในการจัดระบบบริการดังนี้ ตำบลบ้านแพ้ว การดูแลสุขภาพของประชาชนเป็นความรับผิดชอบของโรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์กรมหาชน) โดยโรงพยาบาลมีพันธกิจที่ต้องดูแลภาวะสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ ซึ่งรวมถึงกลุ่มผู้สูงอายุด้วย บริการสุขภาพของโรงพยาบาล นอกจากการรักษาที่โรงพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยแล้ว หลังออกจากโรงพยาบาล มีบริการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care) โดยพยาบาลวิชาชีพออกไปติดตามผลการรักษา ให้การดูแลสุขภาพและรักษาอาการเบื้องต้น สอนญาติผู้ดูแล รวมถึงประเมินความต้องการด้านอุปกรณ์การดูแลของ

ผู้สูงอายุและครอบครัวด้วย ซึ่งการจัดบริการเข้าถึงครอบครัวนี้เป็นการบริหารจัดการภายใต้ระบบของโรงพยาบาล

ตำบลแม่พริก การให้บริการเข้าถึงครอบครัวดำเนินการโดยโรงพยาบาลแม่สรวย โดยพยาบาลวิชาชีพ มีทีมเข้าไปเยี่ยมเยียน ให้คำแนะนำและดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังถึงที่บ้าน รวมทั้งการเป็นที่ปรึกษาของอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุอีกด้วย การบริหารจัดการเป็นระบบราชการ ภายใต้การดูแลของโรงพยาบาล โดยพยาบาลวิชาชีพนี้ เป็นที่รู้จักของสมาชิกในชุมชนเป็นอย่างดี ส่วนตำบลเขาสวนกวาง การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเป็นหน้าที่รับผิดชอบโดยตรงของสถานีอนามัยเขาสวนกวาง การให้บริการของสถานีอนามัยส่วนใหญ่เป็นการให้บริการภายในสถาบัน เนื่องจากมีข้อจำกัดในเรื่องจำนวนบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน หากผู้สูงอายุจำเป็นต้องได้รับบริการการดูแลที่บ้าน เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยจะดำเนินการให้ความช่วยเหลือ โดยการส่งความต้องการและความจำเป็นในการดูแลต่อผู้สูงอายุไปยังโรงพยาบาลอำเภอเขาสวนกวาง ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่รับทราบเพื่อให้บุคลากรวิชาชีพ เช่น พยาบาล นักกายภาพบำบัด ไปดูแลในแต่ผู้สูงอายุแต่ละรายที่บ้าน และมีการสอนวิธีการดูแลได้ถูกต้องให้แก่ญาติผู้ดูแล เช่น สอนการดูแลแผล สอนการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย เป็นต้น

**2.2 พื้นที่ที่มีหน่วยงานด้านการปกครองเป็นแกนหลัก** ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ พบเพียงแห่งเดียว คือ อบต.ปากพูน ซึ่งได้รับการถ่ายโอนสถานีอนามัยเรียบร้อยแล้ว ดังนั้นการบริหารจัดการจึงสามารถบูรณาการบริการได้มากกว่าที่อื่นๆ มีบริการที่เชื่อมต่อจากสถาบันโรงพยาบาลและอบต.ในระดับดีและมีเยี่ยมบ้านโดย Home Health Care ยังมีไม่ทั่วถึง แต่มีอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุได้เข้าร่วมดูแลแทน

**3. การใช้ทุนทางสังคมให้เป็นประโยชน์**

ทุนทางสังคมในเชิงนามธรรม หมายถึง ค่านิยม วัฒนธรรมของประชาชน ความไว้วางใจระหว่างกัน และเป็นชุดของความสัมพันธ์ที่อยู่บนความคาดหวัง และค่านิยมร่วมกัน หรือในเชิงรูปธรรมอาจมองสังคมจากตัวองค์กร สถาบัน หรือชุมชน ที่นอกเหนือจากระบบค่านิยม และวิธีปฏิบัติในองค์กร ชุมชน หรือสังคมเท่านั้น ทุนทางวัฒนธรรมได้ถูกยอมรับว่าเป็นสิ่งที่มีอยู่แล้วในสังคมไทย และถูกมองในมิติที่เป็นพลังทางสังคม ที่เป็นพลังจากการรวมคน รวมความดี รวมความรู้ และปัญญา เพื่อนำมาแก้ไขปัญหาสังคม (วรวุฒิ โรมรัตนพันธ์,มปป.) แนวคิดดังกล่าวนี้ ทุกชุมชนได้พยายามค้นหาทุนทางสังคมในชุมชนของตน เพื่อนำมาเสริมหรือผลักดันให้เกิดการดูแลผู้สูงอายุขึ้นในชุมชนของตน

สิ่งที่แต่ละชุมชนได้นำมาใช้มากที่สุดคือ การใช้ทุนมนุษย์ในการดำเนินงานด้านสุขภาพ และการดูแลผู้สูงอายุ โดยเริ่มจากการให้โอกาสเด็กและเยาวชนเข้ามีส่วนร่วมในกิจกรรม ซึ่งในอบต.ปากพูน ได้สร้างเด็กให้เป็น “อสม.น้อย” ทำงานควบคู่ไปกับ อสม.ผู้ใหญ่

ส่วนประธาน อผส. ต.แม่พริก ได้จัดให้มี อสม.น้อย ปฏิบัติงานร่วมกับ อผส.ผู้ใหญ่ ส่วน อบต. เขาสวนกวาง ได้จัดให้มีบรรณารักษ์น้อยโดยเป็นนักเรียนในพื้นที่ ทำหน้าที่ขี่จักรยานนำหนังสือที่ผู้สูงอายุสนใจไปส่งให้ หรือไปอ่านหนังสือให้ผู้สูงอายุฟังที่บ้าน เป็นต้น

นอกจากทุนมนุษย์ ที่เป็นเด็ก/เยาวชน แล้ว ยังมีการใช้ผู้ใหญ่เป็นทุนมนุษย์ที่สำคัญในตำแหน่ง อสม. และ อผส. โดย อสม. ที่อบต.ปากพูน แบ่งเป็นหลายประเภท เช่น อสม. ผู้เชี่ยวชาญ (แม่อาสา) ผู้ดูแลกลุ่มผู้ป่วยความดัน เบาหวาน ผู้พิการ แนะนำกายภาพบำบัด การไต่ถามทุกข์สุข และภาวะสุขภาพอื่นๆ นอกจากนี้ การเรียกชื่อตำแหน่งของอาสาสมัครเหล่านี้จะเรียกเป็นตำแหน่งในคณะรัฐมนตรี เช่น ผู้ที่เป็นประธาน อสม.ฟังดูแล้วธรรมดาไป เราก็มาเปลี่ยนเป็น"รัฐมนตรี อสม." และมีการตั้งกระทรวงต่างๆ ตามหน้าที่ เช่น กระทรวงพัฒนาสังคมก็จะมีรัฐมนตรี 1 คน และถ้ากระทรวงใดมีความสามารถในการทำงาน ทางอบต.ก็จะมีงบประมาณสนับสนุนให้

การใช้ทุนทางปัญญาเกิดขึ้นไม่เฉพาะแต่การแก้ไขปัญหาผู้สูงอายุโดยตรงเท่านั้น แต่เป็นการแก้ไขปัญหาประชาชนทั้งในชุมชน เช่น อบต.ปากพูนมีการใช้ผงนัวแทนผงชูรส ที่อบต.แม่พริก มีการให้ผู้สูงอายุที่มีภูมิปัญญาด้านสมุนไพร แนะนำสมุนไพรช่วยรักษาอาการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ การรับประทานอาหารสมุนไพร การกินอาหารตามธาตุ อาหารตามฤดูกาล การนวด อบ ประคบสมุนไพร และการนวดเบื้องต้น เป็นต้น

ส่วนพื้นที่ตำบลแม่พริก มีการพบปะแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของหมอเมืองซึ่งเป็นภูมิปัญญาพื้นบ้าน เพื่อผลักดันให้หมอเมือง เป็นแกนนำสำคัญของเศรษฐกิจพอเพียงในมิติของการดูแลสุขภาพเคียงคู่ไปกับชุมชน โดยเริ่มจากบ้านหมอเมืองให้มีการปลูกสมุนไพรผักพื้นบ้านอย่างน้อย 40 ชนิดในบ้าน การนำเด็กนักเรียนมาเรียนรู้เรื่องสมุนไพรผักพื้นบ้าน ในสวนสมุนไพรในบ้านหมอเมืองและผู้สูงอายุ เพื่อถ่ายทอดภูมิปัญญาเป็นแบบอย่างให้เยาวชน และจูงใจให้นำไปสู่การปลูกและใช้ในครัวเรือนของชุมชนต่อไป ซึ่งในปัจจุบันหมอเมืองและผู้สูงอายุได้นำผลิตผลไปขายที่ตลาดปลอดสารที่โรงพยาบาลแม่สรวยด้วย

**4. ความเข้มแข็งของวัฒนธรรมชุมชน**

สิ่งที่เป็นจุดแข็งของพื้นที่ๆ ศึกษา คือ การที่สมาชิกในชุมชนมีการใช้วัฒนธรรมชุมชนตั้งการแต่ความเป็นกลุ่ม/ พวก/ เครือญาติ ที่ตั้งรกรากอยู่ด้วยกันมานาน เป็นเครื่องมือในการดูแลและแสดงความเอื้ออาทรต่อกัน และใช้ความรู้ความสามารถในการช่วยเหลือผู้สูงอายุ ถึงแม้แต่ละพื้นที่จะมีวิถีของวัฒนธรรมและการดำเนินชีวิตที่แตกต่างกัน แต่ทุกพื้นที่มีพื้นฐานของการเกื้อกูลซึ่งกันและกัน

ภารกิจของอาสาสมัคร คือ การเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ สัปดาห์ละครั้ง เดือนละ 4 ครั้ง โดยมีหน้าที่ไปพูดคุยเป็นเพื่อน พาไปวัด ไปพบแพทย์ และประสานความช่วยเหลือต่างๆ ปัจจุบันมี

การสร้าง อสม.ในกลุ่มเด็กและเยาวชน โดยให้เด็กและเยาวชนอายุ 11 ปีขึ้นไป เป็น อสม.น้อย เพื่อปลูกฝังค่านิยมในการดูแลผู้สูงอายุและจิตอาสา โดย อสม.น้อย ร่วมงานกับอสม. ในวันหยุดเสาร์-อาทิตย์ ซึ่งนอกจากนี้ การเป็นกลุ่มชุมชนไทยมุสลิมทำให้ปัญหาเรื่องการทอดทิ้งผู้สูงอายุค่อนข้างมีน้อย ดังคำพูดที่ว่า *"ถ้าใครเอาพ่อแม่มาทอดทิ้งไว้ บทลงโทษค่อนข้างสูง ประกอบกับชาวมุสลิมมีพิธีกรรมทุกวัน ความเป็นเครือญาติ ครอบครัวขยายพอมีอยู่ แม้จะเป็นครอบครัวเดี่ยว ก็เดี่ยวในขยาย สมมติพ่อแม่มีเนื้อที่ 4-5 ไร่ ลูกแยกบ้านมา ก็ยังคงอยู่ในบริเวณบ้านเดียวกับพ่อแม่ ส่วนผู้ที่นับถือพุทธศาสนา ปีใหม่ลูกหลานจะกลับมาบ้านเพื่อเคารพพ่อแม่"*

ประชาชนในตำบลแม่พริก มีลักษณะเป็นความสัมพันธ์แบบเครือญาติ มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน มีความเป็นอยู่ที่เรียบง่าย กิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุส่วนใหญ่ในตำบล *"ตื่นขึ้นมา ก็นึ่งข้าว แล้วก็ออกกำลังกาย"* มีความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ช่วยเหลือซึ่งกัน *"กินกันตามสภาพที่เป็นอยู่ ไม่ถือว่าขาดแคลน ถ้าขาดแคลน ก็จะมีคนฮื้อ (ให้")*

กรณีศึกษาอำเภอแม่สรวย อบต.แม่พริก เริ่มจากกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนที่ช่วยกันดูแลผู้ที่มีสภาวะทางสุขภาพคล้ายคลึงกับตน *"เฮาเอาคนที่มีโรคเหมือนกัน มาคุยกัน ให้กำลังใจกัน แนะนำสิ่งดีที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ ทำให้คนเฒ่าเปิ้นมีความอบอุ่นใจ บ่คิดมาก"* ต่อมากลุ่มได้ขยายตัวเพิ่มขึ้น และคนในชุมชนรู้สึกเห็นความสำคัญกับการมีเพื่อนช่วยเพื่อนว่าได้ช่วยเหลือผู้สูงอายุอย่างมาก

> *"เวลาเราเป็นอะไรกลางคืน ลูกยังไม่เท่ากับเพื่อนบ้าน จ้างเพื่อนบ้านดีกว่า ลูกหลานมันอยู่ไกล กว่าจะโทรไปเรียก บ้านใกล้ๆ เขามาก่อน"*

> *"เพื่อนบ้านอายุสี่สิบ ห้าสิบ พึ่งได้เยอะกว่า ต่างหมู่บ้าน ต่างอำเภอ กว่าจะโทรไปหาเขา"*

อบต.บ้านแพ้ว ถึงแม้บทบาทของอาสาสมัครต่างๆ ไม่ค่อยเด่นชัดนัก แต่ความเป็นชุมชนชาวรามัญ และวิถีชีวิตชุมชนที่ยังคงประกอบอาชีพเกษตรกรรม มีการพบปะกันอยู่เสมอ ทำให้ความเป็นหมู่พวกค่อนข้างสูง จึงนับเป็นจุดแข็งที่ผู้มีเชื้อสายเดียวกันไม่ทอดทิ้งกัน

สมาชิกกลุ่มสนทนาให้ความเห็นว่า ครอบครัวและชุมชนดูแลผู้สูงอายุดีด้วยวัฒนธรรม ด้วยสิ่งที่หล่อหลอมกัน มาจากเชื้อสายของชุมชน โดยเฉพาะความเป็นชาวรามัญ

เนื่องจากประชากรส่วนใหญ่ในตำบลบ้านแพ้ว สืบเชื้อสายชนชาติรามัญ (มอญ) ซึ่งมีค่านิยมที่สำคัญเกี่ยวกับการดูแลบุพการี ซึ่งครอบครัวจะต้องมีลูกคนหนึ่ง (โดยเฉพาะลูกคนสุดท้อง) ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ ทำให้ในพื้นที่นี้ครอบครัวยังทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวของตนเองอยู่ ไม่มีการทอดทิ้งผู้สูงอายุ

> *"ก็ต้องอยู่ดูแลคนหนึ่ง ไม่ทอดทิ้ง รามันไม่เคยทอดทิ้งผู้ใหญ่ ยังไงแม่ก็ไม่ยอมให้อด ลูกอดก็อดไป"*

*"รามันต้องดูแล จะอดก็อดไป"*

*"ยังไงก็ไม่ทอดทิ้ง ถึงลูกจะไปไหนก็ต้องเหลือที่บ้านไว้คนหนึ่ง แล้วแต่ความสะดวกของครอบครัว"*

*"ไม่ทอดทิ้ง ทูนเหนือหัวเลยพ่อแม่"*

**5. การแก้ไขปัญหาโดยการสร้างความตระหนักรู้แก่ชุมชน**

กรณีศึกษาของ อบต. ปากพูน จากข้อมูลที่มีการเก็บรวบรวมข้อมูลไว้ ผู้นำชุมชนเริ่มใช้ฐานข้อมูลในการแก้ไขปัญหาชุมชนในหมู่ 12 โดยเริ่มกระบวนการคัดกรองประชาชน 600 คน พบว่า มีปัญหาเป็นโรคความดันโลหิตสูง 448 คน และส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ สาเหตุสำคัญคือโภชนาการ ได้แก่ การรับประทานอาหารที่มันจัด เค็มจัด จึงเริ่มให้ความรู้และแก้ไขปัญหา สิ่งที่พบจากการคัดกรองเพิ่มเติม คือ ร้อยละ 58 ของครัวเรือนมีการรับประทานอาหารที่เป็นมัน ร้อยละ 71 ใช้ผงชูรส สูบบุหรี่ และดื่มชานมข้นที่ใส่น้ำตาล ซึ่งเป็นวิถีชีวิตที่เปลี่ยนไม่ได้ แต่ต้องแก้ไข ชุมชนได้ร่วมกันคิดแก้ไขปัญหาด้วยการระดมสมอง หาทางออกและในที่สุดก็พบวิธีแก้ที่เป็นวิถีชีวิตของชุมชน และสามารถแก้ไขปัญหาได้

*"เขาอาจจะชอบในรสชาติผงชูรส เราจึงมาดูว่ามีอะไรที่จะแทนผงชูรสได้ เขาจึงคิดผงนัว ประกอบด้วย ข้าวคั่ว ผักขม ผักตำลึง มาบดเข้าด้วยกัน ใช้แทนผงชูรสได้*

ส่วน ต. แม่พริก บางหมู่บ้านไม่มี อสม.แต่ชาวบ้านได้ดูแลกันเอง จึงได้ริเริ่มกิจกรรมให้ชุมชนเกิดความตระหนักต่อปัญหาสุขภาพและแนวทางร่วมกันแก้ไขปัญหา และมีทีมสหวิชาชีพของโรงพยาบาลแม่สรวย ได้รวมกลุ่มกับผู้สูงอายุและชุมชน ฝึกวิเคราะห์ปัญหาอย่างแท้จริง และนำไปสู่การจัดกิจกรรมต่างๆ เพื่อการแก้ไขปัญหาของผู้สูงอายุมาอีกหลายกิจกรรมในเวลาต่อมา

**6. การมีฐานข้อมูลผู้สูงอายุ (ด้านสุขภาพ)**

จากการศึกษาภาคสนามพบว่ามีเพียง 2 พื้นที่ศึกษา คือ ตำบลปากพูนและตำบลเขาสวนกวางที่มีการจัดทำฐานข้อมูลผู้สูงอายุ โดยทั้งสองพื้นที่มีความแตกต่างกันดังนี้

ตำบลเขาสวนกวาง มีศูนย์เนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุในชุมชน ได้จัดทำฐานข้อมูลผู้สูงอายุตำบลเขาสวนกวาง ซึ่งมีรายละเอียดเกี่ยวกับ ชื่อนามสกุลผู้สูงอายุ ที่อยู่อาศัย สภาพปัญหาหลัก สภาวะสุขภาพ บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วยในครอบครัว จากข้อมูลผู้สูงอายุ จำนวน 303 คน แบ่งผู้สูงอายุได้เป็น 11 กลุ่ม (อีก 2 คน อายุน้อยกว่า 60 ปี และไม่ระบุอายุ) และจัดเก็บตามสภาพปัญหาของผู้สูงอายุ ฐานข้อมูลผู้สูงอายุในศูนย์เนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุ ทำให้

ทราบว่าผู้สูงอายุในตำบลเขาสวนกวาง มีปัญหามากที่สุดในเรื่อง การมีรายได้น้อย อันดับสอง คือ มีปัญหาด้านการไม่สามารถทำงานได้ และอันดับสาม คือ ที่อยู่อาศัยทรุดโทรม อย่างไรก็ตาม ข้อมูลเหล่านี้ได้นำไปใช้ในการกำหนดนโยบายของ อบต. และนำมาใช้ในการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุค่อนข้างน้อย

ตำบลปากพูน มีการจัดทำฐานข้อมูลสุขภาพ ที่เรียกว่า โปรแกรมประเมินสุขภาพครอบครัวและชุมชน FAP (FAMILY AND COMMUNITY ASSESSMENT PROGRAM : FAP) เป็นโปรแกรมคอมพิวเตอร์ที่พัฒนาขึ้นด้วยโปรแกรมจัดการฐานข้อมูล Microsoft Access 2000 และเชื่อมโยงข้อมูลเชิงแผนที่ด้วยโปรแกรม Google Earth ช่วยให้ผู้ใช้มีแนวทางในการเก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลครอบครัวและชุมชนอย่างง่าย รวดเร็วกว่าการประมวลผลด้วยมือ ตลอดจนสามารถเชื่อมโยงข้อมูลที่มีอยู่กับภาพของแผนที่ที่ประชากรอาศัยอยู่ เพื่อให้สามารถใช้ข้อมูลดังกล่าวในการตัดสินใจวางแผนเพื่อการบริการสุขภาพชุมชนที่มีประสิทธิภาพสูงสุด

**7. การมีระบบการประเมินบริการ**

ถึงแม้พื้นที่การศึกษาส่วนใหญ่มีระบบการประเมินไม่เด่นชัดนัก แต่กรณีศึกษา อบต. ปากพูน และอบต.แม่พริก พบระบบการประเมินผลการดำเนินงานที่นำไปสู่การแก้ไขปัญหาต่างๆ และพัฒนาบริการใหม่ขึ้นมา โดยมีรายละเอียดการประเมิน ดังนี้

อบต.ปากพูนมีปรัชญาการบริการว่า

> *“ประชาชนคือบุคคลที่สำคัญที่สุด ที่มาเยือนในสถานที่แห่งนี้ ท่านมิได้มาพึ่งพาเรา เราต่างหากที่จะต้องพึ่งพาท่าน ท่านมิได้มาขัดจังหวะการทำงานของเรา หากแต่การรับใช้ท่าน คือวัตถุประสงค์ของเรา ท่านมิใช่บุคคลภายนอก ท่านเป็นส่วนหนึ่งขององค์การแห่งนี้ทีเดียว ในการรับใช้ท่าน เรามิได้ขอ ให้ความช่วยเหลืออะไรท่านเลย ท่านเป็นฝ่ายช่วยเหลือเราโดยโอกาสเรา ที่จะรับใช้ท่าน”*

ดังนั้น อบต.จึงได้มีการประเมินผลการดำเนินงานในกลุ่มผู้ให้บริการต่างๆ ได้แก่ การประเมินการให้บริการในสำนักงาน การประเมินกลุ่มอาสาสมัคร ทั้ง อพมก. ผู้ดูแลเด็ก แยกกัน และการประเมินกลุ่ม อผส. กองสาธารณสุขเป็นฝ่ายรับผิดชอบโดยใช้แบบประเมินความสุขของผู้สูงอายุในชุมชน

การทำงานของอาสาสมัคร มีการประเมินมีการทำของอาสาสมัครทุกเดือน มีการประเมินความสุขในกลุ่มผู้พิการ และผู้สูงอายุ เป็นแบบประเมินความสุข อสม.แต่ละกลุ่มประเมินครอบครัว กลุ่มแม่อาสาประเมินแม่ที่ตั้งท้อง และแม่หลังคลอด กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุประเมิน

ผู้สูงอายุ การดูแลผู้พิการประเมินความสุขของคนพิการ ผู้ดูแลเด็กเล็กประเมินครอบครัวเด็ก ข้อมูลที่ได้จะบันทึกใน FAP และนำเสนอในที่ประชุมใหญ่ทุกวันที่ 5 ของเดือน จะเป็นการประชุมร่วมกันของอาสาสมัครทุกกลุ่ม ร่วมกับอบต. ว่าการดำเนินงานมีปัญหาอะไร และมีความต้องการการสนับสนุนอะไร

สำหรับเขตพื้นที่ตำบลแม่พริกนั้น องค์การบริหารส่วนตำบลแม่พริก มีการประเมินผลการดำเนินงาน โดยการเก็บข้อมูลจากการดำเนินงานในแต่ละพื้นที่ ซึ่งผลการประเมินนโยบายด้านผู้สูงอายุในแต่ละปี ถ้าคิดเป็นเปอร์เซ็นต์เกือบ 100 % เมื่อเปรียบเทียบกับการบริหารงานในด้านอื่นๆ นอกจากนี้ยังมีการเมินตามระบบงานของกลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชนแล้ว กลุ่มนี้ยังมีการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุประเมินกันเอง โดยเริ่มกิจกรรมจากการให้ผู้สูงอายุแต่ละคนจับคู่เพื่อนสนิทในกลุ่ม และเขียนถึงข้อดีของแต่ละคน ให้ต่างฝ่ายต่างสลับกันอ่านความดีของเพื่อน ผู้ที่อ่านไม่ได้ มีผู้อื่นช่วยอ่านให้ ผู้ที่เขียนไม่ได้ มีเพื่อนและบุตรหลานช่วยเขียนให้ การรับทราบความดีของตนเองจากผู้อื่นเป็นเทคนิคสร้างการยอมรับระหว่างกลุ่ม เมื่อสมาชิกมีความรู้สึกร่วมกันแล้ว การแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพดูง่ายขึ้น

องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านแพ้วยังไม่มีการประเมินงานในลักษณะที่เป็นลายลักษณ์อักษร แต่จะประเมินในลักษณะการสังเกตความพึงพอใจของผู้ที่มาร่วมกิจกรรม แต่นายก อบต.มีทุนทางสังคมค่อนข้างสูง กล่าวคือ มีภาวะผู้นำ ประชาชนเชื่อมั่น และศรัทธา ดังนั้น การดำเนินงานจึงได้รับความร่วมมือ และการยอมรับในระดับสูง

อบต.เขาสวนกวาง มีผู้ประเมินผลการดำเนินงาน ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่ อบต. ผู้บริหารและสมาชิกอบต. โดยทำการประเมินผลกระทำหลายวิธี ได้แก่

(1) ประเมินโดยการสอบถามจากผู้สูงอายุ ประชาชน และสภา อบต.

(2) ประเมินจากการสังเกต ความพึงพอใจ การให้ความร่วมมือของผู้ที่มาใช้บริการ

(3) ประเมินจากแบบสำรวจการทำปฏิบัติงานรอบ 15 วัน ของ อผส.

ผลการประเมิน พบว่า ผู้สูงอายุและประชาชนมีความพึงพอใจในกิจกรรมต่างๆ และมีส่วนร่วมในการทำงาน

## ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการจัดบริการของชุมชน

ความสำเร็จในการจัดบริการของชุมชน ประกอบด้วยประเด็นที่สำคัญดังนี้

**1. การมีอาสาสมัครในระดับชุมชน ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ**

สิ่งที่เป็นจุดแข็งของพื้นที่ๆ ศึกษา คือ การที่สมาชิกในชุมชนมีความเอื้ออาทรต่อกันและใช้ความรู้ความสามารถในการช่วยเหลือผู้สูงอายุ ถึงแม้แต่ละพื้นที่จะมีวิธีการดำเนินงานที่แตกต่างกัน แต่ทุกพื้นที่จัดตั้งขึ้นมาจากแนวคิดสังคมไม่ทอดทิ้งกัน

โดยกรณีแรก อบต. ปากพูน มีการจัดตั้งอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งอาสาสมัครเหล่านี้ส่วนใหญ่คือผู้ที่เป็น อสม.เดิม ผ่านการอบรมโดยนักพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด และโรงพยาบาล เรียบร้อยแล้ว ปัจจุบันมีอาสาสมัครจำนวน 80 คน โดยแต่ละคนมีการจำแนกความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน ในส่วนผู้สูงอายุมีการจำแนกผู้เชี่ยวชาญดูแลผู้สูงอายุที่เป็นผู้ที่มีประสบการณ์และองค์ความรู้เฉพาะ นอกจากอาสาสมัครแล้วเจ้าหน้าที่ อบต. ประมาณ 100 คน ต่างก็เป็นอาสาสมัครด้วย โดยเจ้าหน้าที่ดูแลเดือนละ 1 ครั้ง ภารกิจของอาสาสมัคร คือ การเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ สัปดาห์ละครั้ง เดือนละ 4 ครั้ง โดยมีหน้าที่ไปพูดคุยเป็นเพื่อน พาไปวัด ไปพบแพทย์ และประสานความช่วยเหลือต่างๆ ซึ่ง อบต.มีค่าตอบแทนให้ ไม่เรียกว่าค่าจ้าง แต่เรียกว่า เงินสำหรับเสียสละทางสังคม เดือนละ 300 บาท และสนับสนุนจักรยาน 80 คัน ให้อาสาสมัครคนละ 1 คัน อาสาสมัคร 1 คน ดูแลผู้สูงอายุ 5 คน ปัจจุบันมีการสร้าง อสม.ในกลุ่มเด็กและเยาวชน โดยให้เด็กและเยาวชนอายุ 11 ปีขึ้นไป เป็น อสม.น้อย เพื่อปลูกฝังค่านิยมในการดูแลผู้สูงอายุและจิตอาสา โดย อสม.น้อย ร่วมงานกับอสม. ในวันหยุดเสาร์-อาทิตย์

กรณีศึกษาตำบลแม่พริก ถ้าเอ่ยถึงคำว่า “อาสา” ในตำบลแม่พริก ผู้สูงอายุจะรู้ทันทีว่าหมายถึง อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งเริ่มต้นจากเจ้าหน้าที่จากกลุ่มการพยาบาล เป็นผู้ริเริ่มผลักดันเพื่อให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุตามศักยภาพ โดยขายความคิดให้กับผู้สูงอายุและให้ผู้สูงอายุไปค้นหาชักชวน อาสาสมัครด้วยตนเอง หรือผ่านผู้นำชุมชน อสม.

เริ่มจากกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนที่ช่วยกันดูแลผู้ที่มีสภาวะทางสุขภาพคล้ายคลึงกับตน *“เฮาเอาคนที่มีโรคเหมือนกัน มาคุยกัน ให้กำลังใจกัน แนะนำสิ่งดีที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ ทำให้คนเฒ่าเปิ้นมีความอบอุ่นใจ บ่คิดมาก”* ต่อมากลุ่มได้ขยายตัวเพิ่มขึ้น และคนในชุมชนรู้สึกเห็นความสำคัญกับการมีเพื่อนช่วยเพื่อนว่าได้ช่วยเหลือผู้สูงอายุอย่างมาก

> *“เวลาเราเป็นอะไรกลางคืน ลูกยังไม่เท่ากับเพื่อนบ้าน จ้างเพื่อนบ้านดีกว่า ลูกหลานมันอยู่ไกล กว่าจะโทรไปเรียก บ้านใกล้ๆ เขามาก่อน”*

> *“เพื่อนบ้านอายุสี่สิบ ห้าสิบ พึ่งได้เยอะกว่า ต่างหมู่บ้าน ต่างอำเภอ กว่าจะโทรไปหาเขา”*

ตำบลเขาสวนกวาง มีอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) อบต.เขาสวนกวาง รับสมัครจากคนในหมู่บ้านที่อายุตั้งแต่ 45 ปีขึ้นไป ให้มาดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งจะแบ่งอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุทั้งหมด 40 คน เป็น 6 กลุ่มๆ ละ 6-8 คน แยกกันดูแล โดยมีกำหนดการเยี่ยมผู้สูงอายุทุกๆ 15 วัน และจะไปพร้อมกันทุกคนในแต่ละกลุ่ม การเยี่ยมบ้าน อผส. เน้นการดูแลทางจิตใจมากกว่าการดูแลปัญหาสุขภาพ ไปคุยถามสารทุกข์สุขดิบ การเตือนการกินยา

**2. การแก้ไขปัญหาโดยการสร้างความตระหนักรู้แก่ชุมชน**

กรณีศึกษาของ อบต. ปากพูน จากข้อมูลที่มีการเก็บรวบรวมข้อมูลไว้ ผู้นำชุมชนเริ่มใช้ฐานข้อมูลในการแก้ไขปัญหาชุมชนในหมู่ 12 โดยเริ่มกระบวนการคัดกรองประชาชน 600 คน พบว่า มีปัญหาเป็นโรคความดันโลหิตสูง 448 คน และส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ สาเหตุสำคัญคือโภชนาการ ได้แก่ การรับประทานอาหารที่มันจัด เค็มจัด จึงเริ่มให้ความรู้และแก้ไขปัญหา สิ่งที่พบจากการคัดกรองเพิ่มเติม คือ ร้อยละ 58 ของครัวเรือนมีการรับประทานอาหารที่เป็นมัน ร้อยละ 71 ใช้ผงชูรส สูบบุหรี่ และดื่มชานมข้นที่ใส่น้ำตาล ซึ่งเป็นวิถีชีวิตที่เปลี่ยนไม่ได้ แต่ต้องแก้ไข ชุมชนได้ร่วมกันคิดแก้ไขปัญหาด้วยการระดมสมอง หาทางออกและในที่สุดก็พบวิธีแก้ที่เป็นวิถีชีวิตของชุมชน และสามารถแก้ไขปัญหาได้

กรณีศึกษาของตำบลแม่พริก อำเภอแม่สรวย ในปี 2543 กลุ่มพยาบาลและงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลแม่สรวย ได้เข้าทำกิจกรรมในชุมชนกับกลุ่มผู้สูงอายุ โดยเชิญผู้นำชุมชน ซึ่งได้แก่ อสม. พระภิกษุ มาร่วมกลุ่มด้วย กิจกรรมแรกเป็นการสร้างสัมพันธภาพกับชุมชน โดยการจัดกิจกรรมสุขภาพ เช่น การชั่งน้ำหนัก วัดความดันโลหิต ออกกำลังกาย เล่นดนตรีพื้นเมือง ร้อยจ้อยและซอ เป็นต้น ซึ่งกิจกรรมมีต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 1 ปี ต่อมาผู้ใหญ่บ้าน อสม. อบต. และแม่บ้าน ทีมสหวิชาชีพของโรงพยาบาลแม่สรวย ได้รวมกลุ่มกับผู้สูงอายุและชุมชน ฝึกวิเคราะห์ปัญหาอย่างแท้จริง และนำไปสู่การจัดกิจกรรมต่างๆ เพื่อการแก้ไขปัญหาของผู้สูงอายุมาอีกหลายกิจกรรม ในที่สุดตำบลแม่พริกจึงมีอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุจากทุกหมู่บ้าน ทั้งที่มาจากอสม. ผู้สูงอายุด้วยกันเอง ครอบครัวผู้สูงอายุ และอดีต อสม.ช่วงเริ่มแรก อาสาสมัครเหล่านี้ จะได้รับการอบรมจากทีมสหสาขาวิชาชีพของโรงพยาบาล ทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ มีการทดลองให้เยี่ยมบ้าน ฝึกการจดบันทึก ให้คำแนะนำ หลังจากนั้นให้กลับไปลองทำและทดลองส่งบันทึกกลับมาให้เจ้าหน้าที่ทราบเพื่อประเมินผล ต่อมาอาสาสมัครสามารถดำเนินงานได้ด้วยตนเอง การดำเนินงานเรื่องอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุได้ดี มีการทำงานร่วมกันทุกภาคส่วน เราได้ทราบว่าที่นั่น นอกจากการแบ่งพื้นที่รับผิดชอบของอาสาสมัครแต่ละคนในการเยี่ยมบ้านแล้ว ทุกเดือนจะมีวันหนึ่งที่มานั่งพูดคุยแลกเปลี่ยนเรียนรู้ถึงปัญหาของแต่ละคน และการแก้ไข สิ่งดี ๆ ที่เกิดขึ้น และบ่ายวันนั้นทุกคนก็จะไปเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ มีปัญหาซับซ้อน 1 รายร่วมกัน ซึ่งการพบปะนี้จะหมุนเวียนสัญจรไปทุกหมู่

**3. การได้รับความร่วมมือจากเครือข่าย**

ในการปฏิบัติงานระดับครอบครัวและชุมชน เครื่องมือสำคัญประการหนึ่งที่ช่วยให้กระบวนการปฏิบัติงานบรรลุผล คือ การแสวงหาความร่วมมือของเครือข่าย ซึ่งเครือข่าย คือ ลักษณะของการทำงานที่มีความเชื่อมโยง ประสานกันระหว่างองค์กรกับองค์กร บุคคลกับบุคคล

หรือองค์กรกับบุคคล ซึ่งเอื้อประโยชน์ต่อกันในหลายๆ ด้าน ดังนั้น การได้รับความร่วมมือจากเครือข่าย จึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้การปฏิบัติงานบรรลุผล กรณีศึกษา อบต.ปากพูน เป็นตัวอย่างสำคัญที่มีการแสวงหาความร่วมมือจากเครือข่ายทุกระดับ ตั้งแต่กระบวนการเริ่มต้นแสวงหาความร่วมมือของเครือข่าย โดยหน่วยงานที่รับผิดชอบได้แก่ อบต. และฝ่ายสาธารณสุขของอบต. ได้มีการประชาสัมพันธ์แนวทางการดำเนินงานให้ชุมชนทราบอย่างทั่วถึง เพื่อให้เกิดการตระหนักต่อปัญหาของตนเองและชุมชน หรือกรณีของโรงพยาบาลแม่สรวย ที่พยาบาลได้ร่วมรณรงค์ให้ประชาชนเกิดการตระหนักต่อปัญหาเช่นกัน

ความร่วมมือจากเครือข่าย เป็นปัจจัยสำคัญในการเติมเต็มให้การจัดบริการในชุมชนมีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น ดังเห็นได้จากบริการบางประเภท เช่น การรักษาพยาบาล หรือการดูแลผู้เจ็บป่วยเรื้อรัง ได้รับความร่วมมือจากเครือข่ายสุขภาพไม่ว่าจะเป็นสถานีอนามัย โรงพยาบาล บริการด้านข้อมูลข่าวสาร ความรู้ทางวิชาการ และเทคโนโลยีจากสถาบันการศึกษาในพื้นที่ คือ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

“...การดูแลสุขภาพผู้ป่วยเรื้อรัง เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ได้รับการดูแลและได้รับการเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง โดยทีมสุขภาพ นักศึกษาพยาบาลศาสตร์จาก สำนักพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ พร้อมทั้งทีมคณาจารย์การควบคุมโรคติดต่อ และการระบาดของโรคในพื้นที่ เช่นโรคไข้เลือดออก โรคฉี่หนูอุจจาระร่วง ไข้หวัดนก ชุมชนได้จัดการดูแลและทำโครงการในการแก้ไขโดยชุมชนเอง และมีส่วนร่วมถือเป็นภารกิจของชุมชนในบทบาทและหน้าที่ของชุมชนในการรับผิดชอบในการดูแลกันเองถือเป็นหน้าที่ของทุกคน อบต. เพียงแต่สนับสนุนในส่วนงบประมาณบางส่วนให้การแนะนำเท่านั้น...”

**4. ระบบสนับสนุนจากสถาบันที่ให้บริการอย่างเป็นทางการ**

จากการศึกษา จะพบว่าสถาบันต่างๆที่ให้บริการอย่างเป็นทางการในชุมชนมีบทบาทช่วยเหลือในการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว ให้เป็นการดูแลที่ดี ได้แก่สถาบันทางด้านสาธารณสุข ได้แก่สถานีอนามัย โรงพยาบาล และสถาบันทางการปกครองได้แก่องค์การบริหารส่วนตำบล จากกรณีศึกษาพบว่าโรงพยาบาลบ้านแพ้วมีโครงการการดูและสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care) ให้บริการผู้ป่วยโดยจัดทีมของโรงพยาบาลไปเยี่ยมผู้ป่วยถึงบ้านด้วยรถยนต์ หรือเรือ เพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยและญาติได้มีส่วนช่วยดูแลสุขภาพ รวมทั้งให้คำแนะนำ ในการรับประทานอาหารและยา การให้อาหาร การพลิกตัว การฝึกบริหารร่างกาย รวมทั้งการเจาะเลือด วัดความดันโลหิต การพูดคุยให้กำลังใจผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีกำลังใจและมีความมั่นใจมากขึ้นในการดูแลผู้สูงอายุ

กรณีโรงพยาบาลแม่สรวย ได้จัดพยาบาลชุมชนทำหน้าที่เยี่ยมบ้าน เพื่อให้บริการด้านการบำบัดฟื้นฟูและให้คำปรึกษาแนะนำแก่ผู้ดูแลและผู้สูงอายุ ทำให้ผู้ดูแลและผู้สูงอายุ

ปฏิบัติตนเองได้ถูกต้องและมีความมั่นใจ เช่นเดียวกับสถานีอนามัยปากพูนที่จัดเจ้าหน้าที่ออกไปเยี่ยมบ้านผู้ป่วยและผู้สูงอายุทุกรายเพื่อให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ

นอกจากสถาบันด้านสาธารณสุขแล้ว สถาบันทางการปกครอง คือ องค์การบริหารส่วนตำบล ผู้บริหารยังมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนให้เกิดการดูแลที่ดีในครอบครัวและชุมชน โดยจัดสรรงบประมาณแก่หน่วยงานในพื้นที่และอาสาสมัคร เช่น อบต.แม่พริก สนับสนุนงบประมาณบางส่วนให้โรงพยาบาล อาสาสมัครในชุมชนและพัฒนาชุมชนแม่สรวย อบต.ปากพูนจัดโครงการ อสม.น้อย ทำให้เยาวชนและชุมชนตื่นตัวในการดูแลสุขภาพและเข้ามามีบทบาทในชุมชนมากขึ้น นอกจากนี้ อบต.ปากพูน ได้จัดให้มีรถบริการฉุกเฉินรับ-ส่งผู้ป่วยผู้สูงอายุไปรับบริการจากโรงพยาบาลได้ตลอด 24 ชั่วโมง

**5. การมีระบบฐานข้อมูลที่ดีในชุมชน**

กรณีศึกษาของอบต.ปากพูน ที่มีการจัดทำระบบฐานข้อมูลที่รวมทั้งข้อมูลเชิงคุณภาพและสังคม ทำให้การวางแผนบริการเป็นไปอย่างบูรณาการ เกิดประสิทธิภาพทั้งด้านการบริหารและการให้บริการ นอกจากนั้น ยังเป็นระบบเฝ้าระวังปัญหาในชุมชนที่สำคัญ เนื่องจากการมีฐานข้อมูลของบุคลากรที่เป็นกลุ่มเสี่ยง ไม่ว่าจะเป็นกลุ่มยากจน เจ็บป่วยด้วยโรค เจ็บป่วยเรื้อรัง กลุ่มผู้พิการ และผู้สูงอายุ ทำให้ได้ทราบสถานการณ์ของปัญหาและความรุนแรง และนำมาวางแผนแก้ไขอย่างบูรณาการได้ทันท่วงที

นอกจากนั้น การมีระบบฐานข้อมูลที่ถูกจัดเก็บและเชื่อมประสานกับหน่วยงานให้บริการหลักอย่างเป็นระบบและสามารถเรียกใช้ได้อย่างสะดวก ยังเป็นการอำนวยความสะดวกให้กับผู้ให้บริการ รวมทั้งเป็นการประสานระบบบริการสุขภาพและสังคมอีกด้วย

**6. การมีผู้นำที่มีจิตสวัสดิการ**

จากการเปลี่ยนแปลงระบบสวัสดิการของประเทศ ลงสู่ระบบสวัสดิการชุมชน โดยการจัดสวัสดิการเป็นเรื่องที่สมาชิกในชุมชนต้องเรียนรู้ปัญหาของชุมชน เสนอปัญหา กำหนดความต้องการและวิธีการแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง แต่เนื่องจากเรื่องนี้ค่อนข้างเป็นเรื่องใหม่สำหรับสังคมไทย เฉพาะอย่างยิ่งสังคมชนบทที่ประชาชน ไม่สามารถระบุปัญหาและวิธีการแก้ไขปัญหาที่มาจากฐานรากของชุมชนเอง ประชาชนไม่กล้าแสดงความคิดเห็นและมอบการตัดสินใจต่างๆ ให้กับผู้นำในชุมชน ซึ่งส่วนใหญ่มักเป็นนายกองค์การบริหารส่วนตำบล กำนัน หรือผู้ใหญ่บ้าน ดังนั้นหากชุมชนใดมีผู้นำที่เข้มแข็งและเป็นผู้นำที่มีจิตสวัสดิการที่มีความรู้ ความสามารถด้านการจัดสวัสดิการที่ถูกต้องและเหมาะสมจะทำให้เกิดระบบสวัสดิการที่ดีในชุมชน ดังเช่นที่พบในพื้นที่ อบต.ปากพูน อบต.เขาสวนกวาง และอบต.แม่พริก

# บทที่ 5

# สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยเรื่อง “ตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของครอบครัวและชุมชนในชนบทไทย” มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษารูปแบบและถอดตัวแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุของครอบครัวและการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุของชุมชน ที่ได้รับการคัดเลือกว่ามีการจัดบริการที่ดี โดยคัดเลือกพื้นที่ที่อยู่นอกเขตเมืองหรือนอกเขตเทศบาล ได้รับการกล่าวถึง/ยกย่อง ว่ามีการจัดการด้านผู้สูงอายุที่ดี และมีการจัดบริการผู้สูงอายุในลักษณะใดลักษณะหนึ่งที่เด่นชัด ได้ชุมชนในเขต อบต. 4 แห่ง แล้วทำการคัดเลือกครอบครัวที่มีผู้สูงอายุอยู่ในภาวะพึ่งพาระดับ 3 และระดับ 4 ที่ชุมชนได้ร่วมกันพิจารณาและคัดเลือกว่ามีการดูแลผู้สูงอายุที่ดี ชุมชนละ 2 ราย รวมทั้งสิ้น 8 ราย มีการดำเนินการทางจริยธรรมแล้วจึงเข้าศึกษา วิธีการศึกษาใช้การศึกษาเฉพาะกรณี (Case Study) การสัมภาษณ์ การสนทนา การสังเกตกับผู้ดูแลหลัก และสมาชิกในครอบครัว และการเข้าร่วมสนทนากลุ่มกับเพื่อนบ้าน เครือข่าย และสมาชิกในชุมชน มีการตรวจสอบข้อมูลโดยตรวจสอบสามเส้า จากแหล่งข้อมูลที่แตกต่างกัน และวิธีการเก็บข้อมูลที่แตกต่างกัน การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลจากคำตอบที่ได้จากการสนทนาและสัมภาษณ์ เป็นการวิเคราะห์เนื้อหา(Content Analysis) และการวิเคราะห์สาระของข้อมูล (Thematic Analysis) อีกครั้ง ผลการศึกษาโดยสรุป มีดังนี้

## ตัวชี้วัดการดูแลที่ดีในทัศนะของประชาชนในชุมชนชนบท

จากการสนทนากลุ่มกับสมาชิกในชุมชน ได้ข้อสรุปตัวชี้วัดการดูแลที่ดีในความคิดเห็นของประชาชนในชุมชนชนบท ดังนี้

1. การที่บุตรหลานและสมาชิกในครอบครัว เอาใจใส่ต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุในทุกเรื่อง ได้แก่ การจัดหาอาหาร ป้อนอาหาร /หรือจัดเตรียมอาหาร การอาบน้ำ เปลี่ยนเสื้อผ้า การพาไปพบแพทย์เมื่อเจ็บป่วย จัดหาสิ่งอำนวยความสะดวก จัดที่อยู่อาศัยสะอาดไม่มีกลิ่นเหม็น

2. การที่บุตรหลานมีความห่วงใย เอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุ ได้แก่ การอยู่เป็นเพื่อนตลอดเวลา ไม่ทิ้งพ่อแม่ไปไหนนาน พูดคุยเล่าเรื่อง และการสร้างอารมณ์ขัน

3. การที่บุตรหลานมีความเคารพนับถือ ได้แก่ ไม่โต้เถียง ถึงแม้จะถูกบิดาด่าว่า บอกกล่าวเมื่อจะออกจากบ้าน และขอคำแนะนำจากพ่อแม่ก่อนจะดำเนินการใดๆ

**ข้อมูลผู้สูงอายุที่เป็นกรณีศึกษา**

ผู้สูงอายุที่เป็นกรณีศึกษา 8 ราย เป็นเพศหญิง 6 ราย เป็นเพศชาย 2 ราย อายุต่ำสุด 66 ปี อายุมากที่สุด 90 ปี อายุเฉลี่ย 82.87 ปี นับถือศาสนาพุทธ 7 ราย อิสลาม 1 ราย สถานภาพสมรสเป็นหม้าย 7 ราย และยังอยู่กับคู่สมรส 1 ราย

ประวัติการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ โรคที่ผู้สูงอายุเป็น ผู้สูงอายุแต่ละคนมีโรคประจำตัวตั้งแต่ 1 – 5 โรค โดยเกือบทั้งหมดเป็นความดันโลหิตสูง (7 ราย) เป็นโรคหัวใจ โรคเบาหวาน และนัยน์ตาเป็นต้อจำนวน 4 รายเท่ากัน เป็นมะเร็ง 2 ราย ส่วนอาการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุได้แก่ โรคเส้นเลือดสมอง โรคพาร์กิมสัน จิตหลอน ไตเสื่อม

**ข้อมูลผู้ดูแลหลักในครอบครัว**

ผู้ดูแลทุกคนเป็นบุตรของผู้สูงอายุ โดยเป็นบุตรสาว 6 ราย บุตรชาย 2 ราย มีสถานภาพโสด 4 ราย อายุต่ำที่สุด 39 ปี อายุมากที่สุด 62 ปี นับถือศาสนาพุทธ นับถือศาสนาพุทธ 7 ราย อิสลาม 1 ราย ผู้ดูแลอาชีพเดิมเป็นเกษตรกรและรับจ้าง มีโรคประจำตัว คือ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และมะเร็งเต้านม 2 ราย และพิการ 2 ราย

การเข้าสู่บทบาทผู้ดูแลเริ่มจากการเจ็บป่วย และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุลดลงอย่างมากจนเข้าสู่ภาวะพึ่งพา สมาชิกในครอบครัวจึงเข้ารับหน้าที่เป็นผู้ดูแล โดยการเข้าสู่บทบาทผู้ดูแล เกิดจากเงื่อนไขหลายประการได้แก่ การเป็นผู้มีอำนาจทางเศรษฐกิจและสังคมน้อยกว่าสมาชิกคนอื่นในครอบครัว การเป็นโสดและเป็นบุตรคนโตของครอบครัว การเป็นผู้มีสภาพร่างกายพิการ การเป็นบุตรที่เป็นเพศหญิง:ประเด็นค่านิยมทางสังคม ความรักความผูกพันภายในครอบครัว ความกตัญญูต่อบุพการี ความพร้อมด้านเศรษฐกิจและสังคม การเป็นบุตรคนเดียวของครอบครัว ผู้ดูแลทุกรายทำหน้าที่ในการดูแลด้วยตนเองทุกลักษณะ และมีความภาคภูมิใจที่ได้ดูแลบิดามารดาของตน

**ตัวแบบการดูแลที่ดีในครอบครัวและในชุมชน**

การนำเสนอตัวแบบการดูแลที่ดีนี้ เป็นการถอดตัวแบบทางพฤติกรรมของผู้ดูแลที่มีต่อผู้สูงอายุ โดยมุ่งหวังให้เกิดผลทางจิตวิทยามากกว่าการลอกเลียน ผลการศึกษา พบว่าตัวแบบการดูแลที่ดีของครอบครัว ประกอบด้วยตัวชี้วัดหลัก ประกอบด้วยตัวชี้วัด 9 ประการ ได้แก่ การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล การจัดการเรื่องยา การช่วยเหลือในการเคลื่อนไหว การดูแลแผลกดทับ การจัดอาหารอาหารที่เหมาะสม การป้อนอาหาร การดูแลด้านการขับถ่าย การสร้างความมั่นคงทางด้านอารมณ์ และการดูแลด้านอารมณ์ จิตใจ และจิตวิญญาณ

ตัวแบบการดูแลที่ดีในชุมชน ประกอบด้วยตัวชี้วัด 7 ประการ ได้แก่ การมีระบบดูแลอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ การมีทีมงานที่เข้มแข็ง การใช้ทุนทางสังคมให้เป็น

ประโยชน์ การแก้ไขปัญหาโดยสร้างความตระหนักรู้แก่ชุมชน การมีฐานข้อมูลผู้สูงอายุที่สมบูรณ์ และการมีระบบการประเมินบริการที่มีประสิทธิภาพ

**อภิปรายผล**

ผลการศึกษาตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของครอบครัวและชุมชนในชนบทไทย ผู้ศึกษามีจุดมุ่งหมายที่จะสะท้อนพฤติกรรมการดูแลที่ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวได้ปฏิบัติต่อผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นบิดา มารดาของตนอย่างดีที่สุดภายใต้สภาวะที่เอื้ออำนวยและภาวะที่เป็นข้อจำกัดภายใต้สถานการณ์ของครอบครัวนั้นๆ และการจัดบริการของชุมชนที่ช่วยสนับสนุนให้ครอบครัวมีความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุมากขึ้น จากการศึกษาพบประเด็นที่สำคัญนำมาอภิปรายได้ดังนี้

1. การเป็นตัวแบบที่ดีในการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพานั้น มีองค์ประกอบสำคัญหลายประการได้แก่ สมาชิกในครอบครัว ญาติ เพื่อนบ้าน ชุมชน สถาบันทางวิชาชีพ และบริการสนับสนุนต่างๆ ซึ่งจากการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลในครอบครัว เป็นองค์ประกอบแรกที่มีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพามากที่สุด เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างครอบครัวที่ทำให้สมาชิกในครอบครัวมีจำนวนน้อยลง รวมกับการเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิตของบุตรที่แยกไปตั้งครอบครัวใหม่ ก่อให้เกิดภาวการณ์ขาดแคลนผู้ดูแล ดังนั้นผู้ที่เหลืออยู่หรือผู้ที่มีอำนาจต่อรองน้อยกว่าผู้อื่นเข้ารับบทบาทเป็นผู้ดูแล จากกรณีศึกษาพบว่าผู้ที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักทั้งหมดเป็นบุตรของผู้สูงอายุ โดยเป็นหญิงมากกว่าชาย และเหตุผลในการเข้ามาเป็นผู้ดูแลประการหนึ่งคือ เพื่อทดแทนบุญคุณบุพการี และเป็นผู้ที่มีอำนาจทางเศรษฐกิจและสังคมน้อยกว่าสมาชิกคนอื่นในครอบครัวทั้งในด้านอาชีพที่สร้างรายได้น้อยกว่าคนอื่น การศึกษาที่เกี่ยวพันไปสู่อาชีพ ภาวะสุขภาพ เช่น มีโรคประจำตัวที่เป็นข้อจำกัดในการทำงานอาชีพ หรือสภาพร่างกายพิการ สถานะในสังคมเช่นเป็นโสด เป็นบุตรคนเดียว เป็นบุตรคนโต เป็นผู้หญิง พบว่าปัจจัยดังกล่าวเป็นเหตุผลที่นำไปสู่การเป็นผู้ดูแลหลักในครอบครัว ซึ่งการเข้าสู่บทบาทดังกล่าวนี้ สอดคล้องกับผลการศึกษาของศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2547และ Beach, E.K. et al, 1992) ที่ระบุว่าผู้ทำหน้าที่ดูแลส่วนใหญ่เป็นสมาชิกในครอบครัว มีความเกี่ยวพันใกล้ชิดกันทางสายเลือด และปัจจัยสำคัญที่ทำให้ครอบครัวเข้ามารับบทบาทเป็นผู้ดูแล ถือเป็นหน้าที่ของบุคคลในครอบครัวที่ต้องอุปการะผู้สูงอายุเพื่อเป็นการทดแทนบุญคุณ เป็นเรื่องของความกตัญญูกตเวทีด้วย การศึกษาพบความแตกต่างด้านเพศของผู้ดูแล ที่ส่วนใหญ่ระบุว่าเป็นเพศหญิง แต่การศึกษาครั้งนี้พบว่ามีเพศชายเข้ามารับบทบาทนี้เช่นกัน นอกจากนั้นยังพบประเด็นที่น่าสนใจ ซึ่งควรมีการนำไปพิจารณาหรือหาข้อสรุปในภาพกว้างต่อไปว่า ผู้รับบทบาทเป็นผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นผู้มีอำนาจทางเศรษฐกิจและสังคมที่ด้อยกว่าสมาชิกอื่นๆในครอบครัวจริง

หรือไม่ เมื่อไม่สามารถออกไปประกอบอาชีพหรือรับภาระด้านอื่นได้ จึงถูกกำหนดจากครอบครัวให้ทำหน้าที่นี้

อย่างไรก็ตาม พบว่าผู้ดูแลหลักมีความสามารถในการทำหน้าที่ได้อย่างดีเป็นที่พอใจของผู้สูงอายุและได้รับการยอมรับในระดับชุมชนว่าเป็นผู้ที่ดูแลผู้สูงอายุได้ดี โดยผู้ดูแลใช้วิธีการและเทคนิคต่างที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีสุขวิทยาส่วนบุคคลที่ดีในด้านความสะอาดร่างกายเสื้อผ้าที่นอน ได้รับอาหารและยาที่ตรงตามเวลา มีการเคลื่อนไหวร่างกายไม่มีแผลกดทับ นอกจากการดูแลทางกายภาพแล้วผู้ดูแลยังมีการดูแลทางด้านอารมณ์จิตใจและจิตวิญญาณผู้สูงอายุด้วย แม้ว่าในบางครอบครัวจะมีข้อจำกัดของฐานะทางการเงินแต่ผู้ดูแลสามารถจัดการให้ผู้สูงอายุมีความเป็นอยู่ที่ดีตามสถานภาพของครอบครัวนั้นๆได้ ซึ่งประเด็นการดูแลที่ดีนี้หากนำแนวปฏิบัติในการดูแลที่ดีทางการพยาบาลมาพิจารณาแล้ว อาจกล่าวได้ว่าคุณภาพการดูแลสามารถยอมรับได้ในระดับหนึ่ง ทั้งนี้เนื่องจากความแตกต่างของฐานะทางเศรษฐกิจและอาชีพมีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุทางกายภาพ เช่น การจัดหาอาหาร การมีอุปกรณ์เสริมในการดูแล มีอาหารเสริมที่มีราคาแพง และบางครอบครัวมีความสามารถในการจัดหาเตียง อุปกรณ์ช่วยหายใจหรืออุปกรณ์ในการให้อาหารทางสายยาง แต่ในขณะเดียวกันบางครอบครัวก็จัดหาอาหารโดยเก็บผักพื้นบ้าน หาปลา และอาหารพื้นบ้านที่มีราคาถูก ที่ผู้สูงอายุชอบรับประทานมาให้ หรือประยุกต์ใช้อุปกรณ์ สิ่งของที่มีราคาไม่แพงมาใช้ในการดูแลเช่นถุงพลาสติก โรลม้วนผม หรือถุงมือยาง เป็นต้น ซึ่งเป็นความพยายามของครอบครัวที่ใช้ความตั้งใจเป็นเครื่องมือสำคัญเพื่อก่อให้เกิดการดูแลที่ดีโดยพบว่าผู้ดูแลปฏิบัติต่อผู้สูงอายุด้วยความรักความหวังดีและความเต็มใจจนเป็นที่พอใจของผู้สูงอายุ

การปรับเปลี่ยนสภาวะแวดล้อมในที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุ เป็นเรื่องที่ต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษ เนื่องจากผู้สูงอายุที่เข้าสู่ภาวะพึ่งพา ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้อย่างสมบูรณ์ ดังนั้น การจัดสภาพแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุจึงเป็นเรื่องที่สำคัญและมีความจำเป็นอย่างยิ่ง เพราะสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุจะช่วยลดความเสี่ยงในการดูแล รวมถึงการทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีด้วย ครอบครัวผู้สูงอายุที่ตำบลบ้านแพ้วได้ปรับปรุงสภาพแวดล้อมให้แก่ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพาระดับสมบูรณ์ โดยมีการต่อเติมห้องให้ผู้สูงอายุได้อยู่ใกล้ชิดครอบครัว มีการติดเครื่องปรับอากาศ แต่ห้องมีลักษณะค่อนข้างทึบ มีแสงแดดเข้าถึงได้น้อย ต้องเปิดไฟตลอดเวลา และห้องอยู่ติดกับโรงครัวที่มีกลิ่นอาหารเล็ดลอดเข้าไปในห้อง ซึ่งไม่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุนักหรือบางครอบครัวให้ผู้สูงอายุนอนบนเสื่อเพียงอย่างเดียว เพื่อป้องกันการขับถ่ายลงบนฟูก และเพื่อความสะดวกในการทำความสะอาด หรือผู้สูงอายุบางรายสามารถเคลื่อนไหวได้บ้างโดยการใช้อุปกรณ์ช่วย แต่ครอบครัวมิได้มีการปรับปรุงพื้นที่ให้สะดวกต่อการเคลื่อนไหวของผู้สูงอายุ เนื่องจากสถานะของครอบครัวที่ยากจนและขาดความรู้ ซึ่งสิ่งเหล่านี้ นำไปสู่การดูแลที่ขาดคุณภาพ หากมีการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลและ

ครอบครัว รวมทั้งมีบริการด้านนี้เกิดขึ้นจะทำให้ผู้สูงอายุมีชีวิตอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมได้

ผู้ศึกษามีข้อสังเกตเกี่ยวกับความเชื่อ วิธีคิด และการปฏิบัติของผู้ดูแลที่มีความเข้าใจว่าสิ่งนั้นเป็นการดูแลที่ดี แต่อาจส่งผลเสียในด้านอื่นต่อผู้สูงอายุได้ เช่น การจัดหาอาหารที่ผู้สูงอายุชอบให้รับประทานซ้ำๆ แต่อาหารนั้นขาดคุณค่าทางหลักโภชนาการ การซื้ออาหารเสริมหรือเครื่องดื่มที่มีการโฆษณาว่าบำรุงสุขภาพและมีราคาแพง การใช้ถุงพลาสติกหุ้มอวัยวะเพศรองปัสสาวะเป็นต้น นอกจากนี้ พบว่า ผู้ดูแลบางรายมีความเชื่อว่าการได้รับยามากและต่างชนิดกันและการไปพบแพทย์บ่อยๆและไม่ซ้ำคลินิก จะช่วยให้ผู้สูงอายุหายจากอาการเจ็บป่วยหรือแข็งแรงขึ้น ซึ่งลักษณะเช่นนี้จะไม่ส่งผลดีต่อผู้สูงอายุ

2. ปัจจัยสำคัญที่ก่อให้เกิดการดูแลที่ดี คือ ความสามารถในการจัดการของสมาชิกในครอบครัว ทั้งเรื่องการกำหนดบทบาทหน้าที่ของสมาชิกให้เป็นผู้ดูแล ซึ่งพบว่ามีการจัดการและมอบหมายหน้าที่อย่างลงตัว ในกรณีที่ผู้สูงอายุมีบุตรหลายคน ครอบครัวมีการเลือกสรรบุคคลที่ควรทำหน้าที่เป็นผู้แลหลัก ส่วนสมาชิกคนอื่นๆก็สนับสนุนในสิ่งที่จะช่วยครอบครัวให้สามารถรับผิดชอบต่อบิดามารดาได้ เช่นเป็นผู้ประกอบอาชีพหาเลี้ยงครอบครัวแทน โดยรับผิดชอบค่าใช้จ่ายทั้งหมดในครอบครัว ซึ่งส่วนใหญ่เพศชายเป็นผู้รับผิดชอบหน้าที่นี้ ผลการศึกษาที่พบแตกต่างจากสถิติของสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2550) ที่ระบุว่าบุตรหญิงเป็นผู้เกื้อกูลรายได้มากกว่าบุตรชาย (61.5 : 40.8) แต่หากไม่จำแนกตามเพศอาจยืนยันได้ว่าบุตรยังคงเป็นแหล่งเกื้อกูลหลักด้านการเงินแก่บิดามารดา

การเข้ารับบทบาทเป็นผู้ดูแลโดยละทิ้งงานและหน้าที่เดิมที่มีอยู่นั้น ผู้ดูแลได้รับสิ่งชดเชยความสูญเสียนี้คือ การยอมรับและเห็นความสำคัญจากสมาชิกในครอบครัว ที่เห็นคุณค่าของผู้ดูแล มีการให้กำลังใจและเกิดความ"เกรงใจ" กันมากขึ้น ซึ่งการค้นพบประเด็นนี้จากงานวิจัย อาจกล่าวได้ว่า บุตรและสมาชิกในครอบครัวยังมีความเคารพบิดามารดาที่สูงอายุ ค่านิยมความเชื่อด้านความกตัญญูต่อบุพพการียังมิได้หายไปจากสังคมชนบท สมาชิกในครอบครัวยังให้ความสำคัญต่อการเกื้อกูล อุปการะบิดามารดาเมื่อยามเจ็บป่วยและเข้าสู่ภาวะพึ่งพา ซึ่งเป็นการแสดงให้เห็นว่า การดูแลเป็นเรื่องของศีลธรรมจริยธรรม ตามค่านิยมพื้นฐานของบุคคลและชุมชน และเกิดแรงบันดาลใจที่มาจากความเอื้ออาทรต่อกัน (altruistic motivation) เป็นความสงสารที่มีต่อผู้ที่ต้องการพึ่งพิง รวมทั้งเป็นแรงจูงใจเพื่อตอบสนองความต้องการของบุคคล (egoistic motivation) ที่ผลักดันให้ต้องช่วยเหลือผู้อื่นเพื่อหวังผลตอบแทนจากการกระทำนั้นๆ เช่นการเห็นความสำคัญ การได้รับคำชมจากบุคคลอื่นและสังคม รวมทั้งการสำนึกต่อความผิดหากไม่ทำการช่วยเหลือผู้อื่น นอกจากนั้นค่านิยมในชุมชนชนบทยังมีความเข้มแข็งและเหนียวแน่นในด้านวัฒนธรรมเชื้อชาติ เช่น คนไทยเชื้อสายมอญ ผู้นับถือ

ศาสนาอิสลาม หรือผู้นับถือศาสนาพุทธต่างมีความรักใคร่ในกลุ่มของตน ปฏิบัติตัวตามประเพณีและหลักศาสนา จึงเป็นการเพิ่มแรงสนับสนุนด้านการดูแลผู้สูงอายุให้มากขึ้น

3. จากองค์ประกอบต่างๆที่กล่าวมาข้างต้น อาจกล่าวได้ว่าเป็นปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของครอบครัว มีทั้งปัจจัยที่มีอยู่ในครอบครัวที่สมาชิกมีส่วนร่วมกันที่จะสร้างและดำรงไว้ด้วยความร่วมมือร่วมใจกัน นอกจากนี้ยังต้องอาศัยปัจจัยที่อยู่ภายนอกครอบครัว ทั้งจากนักวิชาชีพ จากเพื่อนบ้าน จากผู้นำในชุมชน ที่ให้ความสำคัญ และเข้ามาช่วยเหลือครอบครัวดังที่ World Health Organization (2000, p.9) กล่าวถึงองค์ประกอบที่สำคัญของการดูและระยะยาวในครอบครัวกลุ่มผู้ที่ต้องการการพึ่งพาว่า นอกจากครอบครัวจะมีบทบาทสำคัญในการจัดการกับสถานการณ์ด้วยตนเองแล้ว ครอบครัวยังมีความต้องการที่จะได้รับการสนับสนุนจากแหล่งบริการภายนอกครอบครัว นั่นคือเครือข่ายต่างๆ อาจกล่าวได้ว่าเครือข่ายเป็น เครื่องมือสำคัญประการหนึ่งที่ช่วยให้กระบวนการปฏิบัติงานบรรลุผล คือ ความร่วมมือของเครือข่าย ซึ่งเครือข่าย คือ ลักษณะของการทำงานที่มีความเชื่อมโยง ประสานกันระหว่างองค์กรกับองค์กร บุคคลกับบุคคล หรือองค์กรกับบุคคล ซึ่งเอื้อประโยชน์ต่อกันในหลายๆ ด้าน ดังนั้น การได้รับความร่วมมือจากเครือข่าย จึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้การดูแลผู้สูงอายุประสบความสำเร็จ ในกรณีศึกษาชุมชนพบว่า มีเครือข่าย ทั้งหน่วยงานภาครัฐ ได้แก่ ทีมสุขภาพและอนามัย นักวิชาชีพต่างๆ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ นายกองค์การบริหารส่วนตำบล กลุ่มอาสาสมัครในชุมชน ญาติ เพื่อนบ้าน ที่เห็นความสำคัญต่อการดูแลผู้สูงอายุ ต่างฝ่ายต่างให้ความร่วมมือกันในการทำงาน และพบว่าเครือข่ายต่างๆ เหล่านั้นมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันทั้งแบบที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ มีลักษณะที่เอื้ออาทรกันเหมือนญาติ มีความนับถือและไว้วางใจกัน และเครือข่ายนี้นับวันจะมีความสำคัญยิ่งขึ้นในสังคม ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดเครือข่ายทางสังคม ศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2541) ที่ระบุว่า แนวคิดเครือข่ายทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุและครอบครัวได้ถูกนำมาใช้มาก เมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม เศรษฐกิจ มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของครอบครัว ครอบครัวที่มีผู้สูงอายุอาศัยอยู่ด้วย มักเกิดปัญหาในการอุปการะเลี้ยงดู อาทิ การจัดหาผู้ดูแล การแสวงหาเครือข่าย และแหล่งบริการทางสังคมต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง สถานการณ์ปัจจุบัน ครอบครัวมีขนาดเล็ก มีสมาชิกจำนวนไม่มาก และต่างมีภารกิจประจำวันของตนเอง ทำให้ปัญหาเรื่องนี้เพิ่มสูงขึ้น ดังนั้นเครือข่ายทางสังคมจึงได้ถูกนำมาพิจารณาเพื่อทดแทน และเสริมสร้างบทบาทที่ขาดไปของครอบครัว

4. บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) ที่มีต่อการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ได้ทวีความสำคัญมากยิ่งขึ้นในชนบท จากการศึกษาพบว่า การทำหน้าที่ อสม. หรือ อผส. หรือบางครั้งเป็นบุคคลเดียวกัน และอาจรวมทั้งการมีสถานภาพการเป็นเพื่อนบ้านด้วยกันนั้น ได้ช่วยเหลือด้านจิตใจ และอารมณ์แก่ผู้ดูแล และ

ครอบครัวอย่างมาก และเป็นแหล่งเกื้อกูลอันดับแรกของการให้ความช่วยเหลือด้านอื่นๆ แต่เนื่องจากภาวะการเจ็บป่วยและปัญหาด้านเศรษฐกิจของครอบครัวผู้สูงอายุมีมากมาย ความรู้และบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของ อสม. และ อผส. ที่มีอยู่ไม่เพียงพอต่อการให้บริการกับผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังหรือเป็นผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา ซึ่งในการศึกษาพบ อสม.บางรายเท่านั้นที่มีสามารถในการดูแลผู้สูงอายุเหล่านี้ได้เป็นอย่างดี เนื่องจากเป็น อสม.มาเป็นเวลานานและผ่านการอบรมฝึกฝนมาโดยตลอด แต่หากมีระยะเวลาการเป็น อสม. ค่อนข้างสั้น และเป็น อผส. แล้ว ยังต้องมีการพัฒนาความรู้ และการเพิ่มทักษะการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพาให้มากยิ่งขึ้น จึงจะสามารถปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทที่ได้รับมอบหมายอย่างมีประสิทธิผล

5. จากข้อจำกัดด้านคุณลักษณะของผู้ดูแล ฐานะทางเศรษฐกิจ และวัฒนธรรมชุมชน ก่อนให้เกิดความช่วยเหลือจากเครือข่ายทั้งระดับ ชนิด และประเภทที่แตกต่างกัน โดยเครือข่ายใกล้ชิดที่สุดคือเครือญาตินั้น ผลจากการศึกษาพบว่าความเป็นเครือญาติของชุมชนชนบทมิได้นับจากการสืบสายเลือดเดียวกันแต่เพียงอย่างเดียว ความใกล้ชิด “บ้านติดกัน” หรือ “เห็นมาตั้งแต่เกิด” ได้ก่อให้เกิดความผูกพันใกล้ชิด และพึ่งพากันเสมือนเป็นญาติสนิท ดังนั้น จึงพบว่าเพื่อนบ้านเป็นแหล่งเกื้อกูลผู้สูงอายุและครอบครัวที่สำคัญ ไม่ว่าจะเป็นการเยี่ยมเยือนให้กำลังใจ การดูแลแทน การมอบสิ่งของรับประทานเล็กๆ น้อยๆ ไปจนถึงการช่วยเหลือในภาวะฉุกเฉิน ซึ่งความเป็นเพื่อนบ้านนับเป็นระบบการเกื้อกูลที่สำคัญของคนในชุมชน เป็นเครือข่ายทางสังคมของกลุ่มคนที่อาศัยอยู่ในสิ่งแวดล้อมเดียวกัน มีสัมพันธภาพที่ใกล้ชิดและเจริญงอกงามอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น เมื่อฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งเกิดปัญหาหรือต้องการความช่วยเหลือ ความที่อยู่ใกล้ชิดกันทำให้เกิดการเข้าถึงปัญหาได้อย่างรวดเร็วก่อนการช่วยเหลือจากแหล่งอื่น นับว่าเครือข่ายเพื่อนบ้านเป็นเสมือนญาติเป็นแหล่งเกื้อกูลที่สำคัญของผู้สูงอายุในชนบท

ผู้สูงอายุที่เข้าสู่ภาวะพึ่งพานั้น ปัญหาด้านสุขภาพและการเจ็บป่วย นับว่าเป็นปัญหาหลักที่ครอบครัวและผู้ดูแลมีความวิตกกังวล เกรงจะไม่สามารถ “รับมือ” หรือ “ให้การดูแลที่ดี” ได้แต่จากกรณีศึกษาพบว่า ในชุมชนที่มีระบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้านโดยพยาบาลชุมชนและพยาบาล Home Health Care ซึ่งมีบทบาทในด้านการรักษาโรค การดูแลแผลกดทับ รวมถึงการให้กำลังใจให้แก่ผู้สูงอายุ การอบรม การให้ความรู้ เตรียมความพร้อมแก่ผู้ดูแล ทั้งในด้านการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ การจัดเตรียมอาหาร และการให้อาหารทางสายยาง ความรู้ด้านโภชนาการ และการรับประทานยาที่เหมาะสม ตลอดจนการให้กำลังใจ คำชมเชยให้แก่ผู้ดูแล เพื่อให้เกิดกำลังใจในการดูแลผู้สูงอายุต่อไป ซึ่งนับว่าพยาบาลได้ทำหน้าที่เสริมแรงแก่ครอบครัวและเป็นเครือข่ายในการดูแลที่ดี ที่ช่วยเติมเต็มระบบการดูแลระยะยาวให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

อย่างไรก็ตาม พบว่า พยาบาลที่ได้ทำหน้าที่ในชุนชน ต้องทำหน้าที่ด้านสังคมด้วย คือ การปลอบใจผู้ดูแล การเตือนเรื่องเวลานับของแพทย์ ค่าใช้จ่ายในการดูแล การส่งต่อไปรับ

บริการ รวมทั้งการติดต่อรับยาของผู้สูงอายุด้วย ทำให้พยาบาลมีภาระงานที่มากเกินความจำเป็น และอาจทำให้เกิดการลดลงของคุณภาพการดูแลด้านสุขภาพ ผลการค้นพบนี้ แสดงให้เห็นถึงความจำเป็นเร่งด่วนในการปรับปรุงและพัฒนาทีมการดูแลในชุมชนให้เหมาะสมยิ่งขึ้น

6. บทบาทของสถาบันที่เป็นทางการ ได้แก่ อำเภอ โรงพยาบาล อบต. และอื่นๆ ในการดูแลระยะยาวนั้น มีความสำคัญในฐานะเป็นสถาบันที่ทำหน้าที่ในการบริหารจัดการดูแล การสนับสนุนบริการ งบประมาณ และบุคลากร ซึ่งเป็นบทบาทในระดับมหภาคมากกว่าบทบาทระดับจุลภาค หรือการให้บริการโดยตรง ผลจากการศึกษาสามารถอธิบายได้ว่า สถาบันที่เข้มแข็งและมีการจัดการที่ดี ได้แก่ การกำหนดนโยบายด้านผู้สูงอายุที่เด่นชัด การกำหนดทีมการดูแล การบริหารทรัพยากร การมีระบบข้อมูลสารสนเทศที่ดี และมีการประเมินบริการ สามารถให้การดูแลผู้สูงอายุในระบบการดูแลระยะยาวได้อย่างบูรณาการ โดยชุมชนสามารถรวมนโยบายด้านสุขภาพ และสังคมเข้าด้วยกันได้ ถึงแม้ในการศึกษาครั้งนี้ พบเพียง 1 กรณีศึกษาก็ตาม ต่อความสำเร็จนี้ ควรจะเป็นแบบอย่างในการพิจารณาสำหรับสถาบันทางการอื่นๆ ต่อไป ถึงแม้ในขณะนี้จะติดขัดในเรื่องของระบบบริหารงานในองค์กรภาครัฐที่มีการแยกส่วนสุขภาพและสังคมออกจากกันอย่างชัดเจน แต่ในอนาคตหากมีการบูรณาการระบบบริการ หรือมีการบูรณาการในระดับชุมชน เช่น อบต.ปากพูนแล้ว จะทำให้เกิดระบบการดูแลระยะยาวที่ถูกต้องและเหมาะสมต่อไป

สิ่งที่ค้นพบจากงานวิจัยคือ การขยายบริการด้านสังคมของหน่วยงานด้านสุขภาพ ซึ่งอาจเกิดจากความจำเป็นที่ขาดแคลนบุคลากรด้านสังคมหรือภาวะปัญหาความต้องการของผู้สูงอายุและผู้ดูแลมีหลากหลายลักษณะ และเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง การจัดบริการด้านสังคมภายใต้ข้อจำกัดเรื่องความเชี่ยวชาญและทักษะเฉพาะด้าน ทำให้รูปแบบบริการสะท้อนความต้องการของผู้สูงอายุและครอบครัวที่แท้จริง ดังนั้น สถาบันควรพิจารณาถึงการใช้นักวิชาชีพเฉพาะด้านให้มากขึ้น

7. ปัจจัยที่สำคัญที่เป็นระบบสนับสนุนที่สำคัญต่อการดูแลผู้สูงอายุที่ดีในครอบครัวและในชุมชนคือการมีระบบฐานข้อมูลที่สามารถนำมาใช้ประกอบการตัดสินใจและกำหนดแนวทางการดำเนินงานที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของชุมชน เนื่องจากแต่ละชุมชนจะมีความแตกต่างกันในหลายๆด้าน ผู้นำชุมชนหรือผู้กำหนดนโยบายต้องมีวิสัยทัศน์ที่จะสร้างความเข้าใจต่อประชาชนในชุมชน ร่วมลงมือปฏิบัติ เกิดความตระหนักในการร่วมมือกันเพื่อประโยชน์แก่ชุมชน การมีภาวะผู้นำ ประชาชนเชื่อมั่น และศรัทธา Krach (1994, pp.68-71) กล่าวถึงหลักการในการจัดบริการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ จะต้องได้รับบริการที่เสมอภาคและทั่วถึง และผู้สูงอายุต้องมีความสามารถเข้าถึงบริการอย่างเท่าเทียม (equal access) ไม่ว่าจะอยู่ที่ไหนหรือมีสภาพร่างกายอย่างไร แต่พบว่าอุปสรรคของการดูแลระยะยาวสำหรับ

ผู้สูงอายุในชนบทประการหนึ่งคือ การขาดข้อมูลเกี่ยวกับการศึกษาสภาพปัญหาที่แท้จริงของผู้สูงอายุ ที่จะนำมาสร้างความเข้าใจต่อการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุเช่นการกำหนดกลยุทธ์ กลไกการจัดบริการ การจัดการเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการดูแลและลักษณะการจัดบริการต่างๆ

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่ามีเพียงชุมชนเดียวคือ อบต.ปากพูนที่มีการจัดทำฐานข้อมูลสุขภาพครอบครัวและชุมชน (Family and Community Assessment Program : FAP) โดยมีกระบวนการดำเนินการสร้างการมีส่วนร่วมให้ประชาชนในตำบลเข้ามาร่วมจัดเก็บข้อมูลสุขภาพของครอบครัว มีการบันทึกและประมวลผล วิเคราะห์ข้อมูลแล้วนำข้อมูลสู่เวทีประชาคมให้ประชาชนได้รับรู้และร่วมกันเลือกปัญหาที่ได้จากฐานข้อมูล กำหนดเป็นโครงการพัฒนาเป็นแผนพัฒนาสุขภาพในระดับตำบล ซึ่งสอดคล้องกับ ที่ Krount (1994)เสนอให้ชุมชนแต่ละชุมชนมีการจัดระบบฐานข้อมูลภายในชุมชนของตนเองเพื่อการกำหนดรูปแบบการดูแลระยะยาวที่สะท้อนความต้องการและคุณลักษณะของชุมชนอย่างแท้จริง ต้องไม่ลอกเลียนแบบบริการของชุมชนเมือง ควรเป็นรูปแบบที่ปรับเปลี่ยนตามพื้นที่ สภาพแวดล้อมและวัฒนธรรมของแต่ละท้องถิ่นที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ผู้สูงอายุ

การจัดทำฐานข้อมูลสุขภาพเชิงคุณภาพและสังคม เป็นประโยชน์ต่อหน่วยงานที่จัดบริการในชุมชนอย่างมาก ทำให้ทราบข้อเท็จจริงที่เกิดขึ้นทำให้การวางแผนบริการเป็นไปอย่างบูรณาการ เกิดประสิทธิภาพทั้งด้านการบริหารและการให้บริการ นอกจากนั้น ยังเป็นระบบเฝ้าระวังปัญหาในชุมชนที่สำคัญ เนื่องจากการมีฐานข้อมูลของบุคลากรที่เป็นกลุ่มเสี่ยง ไม่ว่าจะเป็นกลุ่มยากจน เจ็บป่วยด้วยโรค เจ็บป่วยเรื้อรัง กลุ่มผู้พิการ และผู้สูงอายุ ทำให้ได้ทราบสถานการณ์ของปัญหาและความรุนแรง และนำมาวางแผนแก้ไขอย่างบูรณาการได้ทันท่วงที ดังนั้นจึงควรส่งเสริมให้ชุมชนจัดทำฐานข้อมูลที่เหมาะสมต่อไป

8. ระบบการประเมินผลการดำเนินงาน ระบบการประเมินผลการดำเนินงาน พบว่ามีการประเมินการทำงาน การจัดบริการ การสอบถามประเมินความสุข ความพึงพอใจในตนเองของผู้สูงอายุ ผู้พิการในชุมชน แล้วนำข้อมูลที่ได้มาพิจารณาร่วมกันระหว่างหน่วยงาน ผู้นำชุมชน อาสาสมัคร ไปสู่การแก้ไขปัญหาต่างๆ และพัฒนาบริการใหม่ขึ้นมา

จากกรณีศึกษาพบว่า ชุมชนที่มีการบริหารจัดการที่ดีแก่ผู้สูงอายุและครอบครัว นอกจากจะมีการสร้างระบบฐานข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับประชากรในชุมชนทุกๆ กลุ่มแล้ว พบว่าชุมชนยังมีการประเมินผลการดำเนินงานทำให้ทราบว่า การจัดบริการที่ผู้สูงอายุและครอบครัวได้รับนั้นมีคุณภาพมากน้อยเพียงใด เช่น อบต.ปากพูน ได้จัดทำแบบสอบถามความสุขและความพึงพอใจในตนเองของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นแบบประเมินแบบง่ายๆ ที่ต้องการทราบถึงความเป็นอยู่ และปัญหาของผู้สูงอายุ โดยคณะกรรมการบริหารอบต. นอกจากนี้ยังใช้วิธีประเมินโดยการสอบถามความคิดเห็นของผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัว

9. ผู้นำ ปัจจัยที่สำคัญอีกปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการจัดบริการเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่ดีในครอบครัว นั่นคือ ผู้นำ จากกรณีศึกษาจะพบว่าผู้นำชุมชนจะทำหน้าที่ในการวางแนวนโยบาย การกำหนดวิสัยทัศน์ขององค์กร ที่จะพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในชุมชนกลุ่มต่างๆ และผลักดันให้คณะกรรมการ เจ้าหน้าทีผู้เกี่ยวข้องในกิจกรรมนั้นๆ ลงมือปฏิบัติ เช่น อบต.ปากพูน พบว่า ผู้นำจะนำทีมลงไปเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุทุกบ้านในตำบล ทำให้ทราบปัญหาและความต้องการ แล้วนำมากำหนดเป็นโครงการใหม่ๆ ในตำบล อบต.บ้านแพ้วมีการทำข้อตกลงกับโรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) เพื่อให้โรงพยาบาลเข้ามาทำหน้าที่รับผิดชอบในการจัดบริการสาธารณสุข และอบต.จัดงบประมาณสนับสนุนในการดำเนินงาน เป็นต้น ทำให้ผู้สูงอายุและครอบครัวได้รับบริการจากเจ้าหน้าที่ภาครัฐ และได้รับการช่วยเหลือ บรรเทาปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุ อบต.เขาสวนกวาง ผู้นำในระดับท้องถิ่น นับตั้งแต่ นายก อบต. จนถึงผู้ใหญ่บ้าน ผู้นำกลุ่มกิจกรรมในพื้นที่ มีการประชุมพบปะกันสม่ำเสมอ เพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ติดตามสถานการณ์ปัญหาในชุมชน และหาวิธีการแก้ไขปัญหาต่างๆ ทำให้อบต. สามารถจัดตั้งศูนย์อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุขึ้น เพื่อให้เป็นสถานที่จัดกิจกรรมร่วมกันของผู้สูงอายุ กลุ่มวัยต่างๆ ในชุมชน

ผู้นำที่พบในการศึกษามีส่วนสำคัญที่ทำให้การจัดบริการผู้สูงอายุในชุมชนเป็นตัวแบบที่ดีดังเช่นที่พบในพื้นที่ อบต.ปากพูน อบต.เขาสวนกวาง และ อบต.แม่พริก หากชุมชนใดมีผู้นำที่เข้มแข็งและเป็นผู้นำที่มีจิตสวัสดิการที่มีความรู้ ความสามารถด้านการจัดสวัสดิการที่ถูกต้องและเหมาะสมจะทำให้เกิดระบบสวัสดิการที่ดีในชุมชนได้

**ข้อเสนอแนะ**

**1. ระดับนโยบาย**

1.1 กระทรวงสาธารณสุข ควรเพิ่มประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพที่บ้าน ให้สอดคล้องกับสภาพปัญหา และความต้องการของผู้สูงอายุมากยิ่งขึ้น โดยควรมีการดำเนินการดังนี้

1) การทบทวนกรอบการให้บริการที่เป็นปัจจุบัน เพื่อสร้างรูปแบบการดูแลการดูแลใหม่ โดยพิจารณาฐาน การให้บริการจากบริการในสถาบันสู่บริการในชุมชน และครอบครัว
2) กำหนดแนวทางและเงื่อนไขความสำเร็จของบริการ โดยมีเป้าหมายการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ ภายใต้ระบบการดูแลระยะยาว
3) กำหนดนโยบายการสร้างความร่วมมือกับเครือข่ายสุขภาพและสังคมให้ชัดเจน และสร้างระบบการประสานงานที่ดี
4) กำหนดแนวทางในการบูรณาการช่องทางการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา โดยใช้บริการสุขภาพเป็นตัวนำ

1.2 หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ควรมีการวางแผนและกำหนดกลวิธีในการกำหนดรูปแบบบริการโดยครอบครัวและการดูแลระยะยาวร่วมกัน ทั้งนี้ ควรพิจารณาให้มีการดำเนินงานดังนี้

1) ควรกำหนดอัตรากำลังบุคลากร ทั้งระดับวิชาชีพและอาสาสมัคร ได้แก่ พยาบาลชุมชน และนักสวัสดิการชุมชน หรือนักสังคมสงเคราะห์ชุมชน ในระดับพื้นที่
2) ควรกำหนดโครงสร้างระบบบริการการดูแลระยะยาวที่เข้าสู่ครอบครัวและชุมชน โดยให้มีผู้บริการโครงการ และกำหนดอำนาจหน้าที่ที่ชัดเจน
3) ควรมีการส่งเสริมให้มีการใช้ข้อมูลและเทคโนโลยีเพื่อการสื่อสารให้เป็นประโยชน์เฉพาะอย่างยิ่งการสร้างระบบการให้คำปรึกษาแนะนำผ่านมือถือและโทรศัพท์บ้าน
4) ควรมีการกำหนดมาตรฐานที่พึงมีของวัสดุอุปกรณ์ในการดูแลเพื่อประโยชน์ต่อการให้บริการ

**2. ระดับปฏิบัติงาน**

ควรมีการปรับเปลี่ยนการปฏิบัติงานในระดับท้องถิ่นให้สามารถรองรับกับปัญหาการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังในครอบครัว โดยควรพิจารณาดำเนินการ ดังนี้

1) ควรมีการจัดทำระบบข้อมูลผู้สูงอายุที่ครอบคลุมทั้งด้านสุขภาพและสังคม (ควรศึกษาจากโครงการ FAP ของมหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ และอบต.ปากพูน จ.นครศรีธรรมราช) และให้สามารถนำมาใช้ประโยชน์ในการจัดบริการต่างๆในชุมชนได้
2) ควรมีการสร้างทีมการดูแล เพื่อทำหน้าที่ในชุมชน โดยทีมประกอบด้วย นักสังคมสงเคราะห์ชุมชน ทำหน้าที่เป็นผู้บริหารจัดการรายกรณี (Case Manager) พยาบาลวิชาชีพ ผู้ช่วยดูแล/พยาบาลผู้ช่วย (ที่ผ่านการอบรมเฉพาะด้าน LTC) อาสมสมัครดูแลผู้สูงอายุ และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
3) ควรมีการจัดบริการในครอบครัว ภายใต้การสนับสนุนและการจัดการของท้องถิ่น ได้แก่ สนับสนุนสิ่งที่จำเป็นในการดูแลระยะยาว การให้ความรู้แก่ผู้ดูแลและบริการสุขภาพขั้นพื้นฐาน
4) ควรมีการจัดบริการทางเลือกในชุมชน เพื่อช่วยให้ครอบครัวสามารถดูแลผู้สูงอายุได้ โดยการสนับสนุนอุปกรณ์การดูแลที่มีคุณภาพ มีระบบการรวมอุปกรณ์การดูแลเพื่อให้บริการแก่ครอบครัวที่จำเป็น และพัฒนาระบบส่งต่อไปยังสถานบริการระบบปฐมภูมิ

**3. สำหรับครอบครัว**

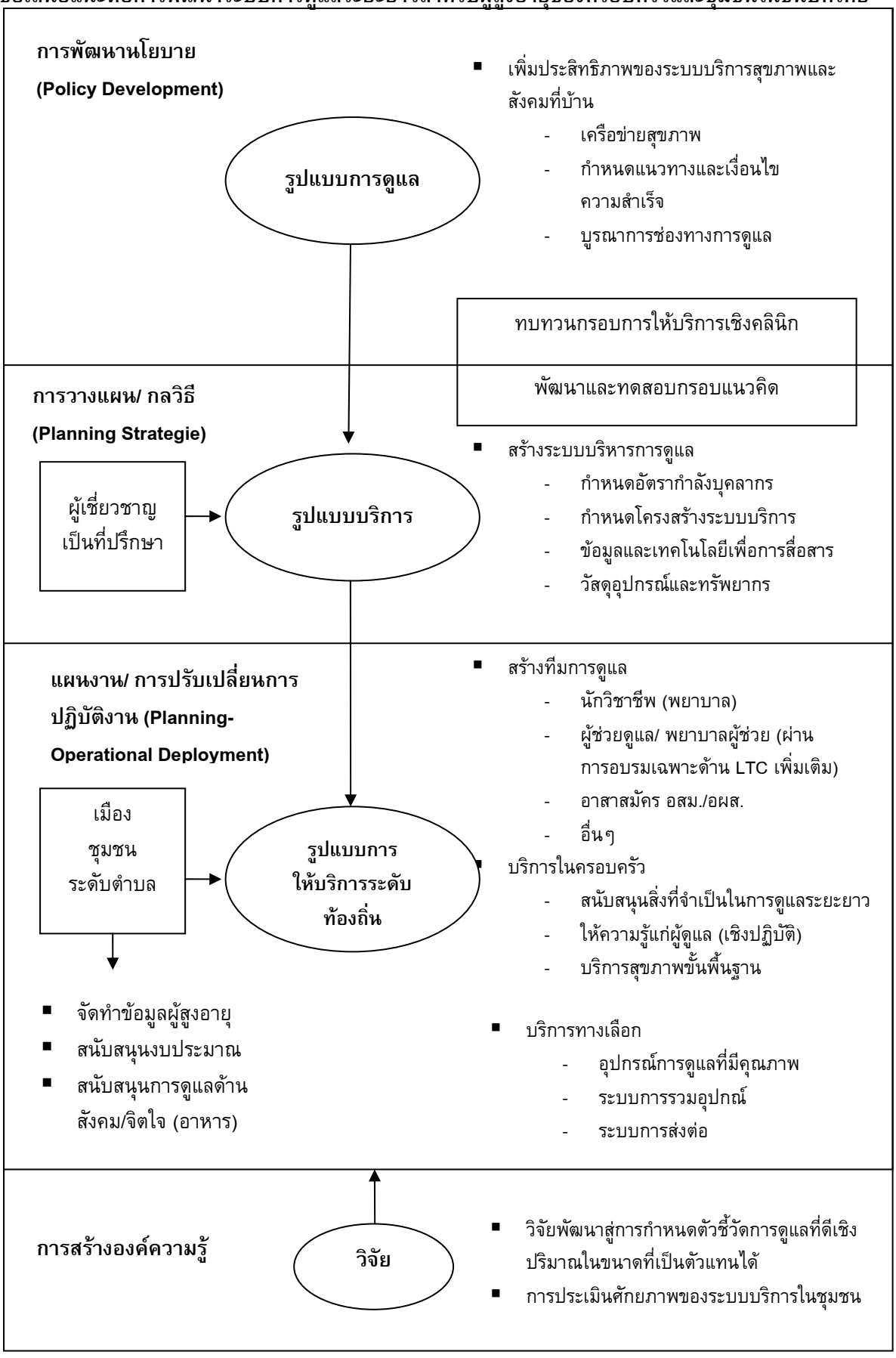
1) ครอบครัวและผู้ดูแลควรแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มเติมอยู่ตลอดเวลา

2) ส่งเสริมให้สมาชิกครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ
3) สร้างการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุของสมาชิกในครอบครัวได้รับทราบ
4) ผู้ดูแลควรศึกษาและหาข้อมูลเกี่ยวกับเครือข่ายการดูแลและทรัพยากรต่างๆ

**4. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป**

1) ควรมีการวิจัยเชิงทดลองระบบบริการดูแลระยะยาวที่ดีในชุมชน เพื่อสร้างกลไกการจัดการที่มีคุณภาพ
2) ควรมีการวิจัยเพื่อกำหนดตัวอย่างตัวชี้วัดการดูแลที่ดีเชิงปริมาณกับขนาดตัวอย่างที่สามารถเป็นตัวแทนระดับประเทศได้
3) ควรมีการติดตามและประเมินศักยภาพของระบบบริการในชุมชน เพื่อแสวงหาจุดแข็งและจุดอ่อนของระบบและพัฒนาให้เป็นระบบบริการที่ดีต่อไป

**ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุของครอบครัวและชุมชนในชนบทไทย**



# บรรณานุกรม

## หนังสือ


กฤช เพิ่มทันจิตต์, 2536. ทฤษฎีและแนวความคิดเกี่ยวกับกระบวนการเกิดเป็นเมือง. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ บริษัท ครีเอทีฟ พับลิชชิ่ง จำกัด.

บุษยมาส สินธุประภา, 2539. สังคมวิทยาความสูงอายุ. เชียงใหม่ : โรงพิมพ์สมพรการพิมพ์.

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2550. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2549. กรุงเทพฯ: เดือนตุลา.

_____, 2551. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2550. กรุงเทพฯ: บริษัท ทีคิวพี จำกัด.

ราชบัณฑิตยสถาน, 2546. พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542. กรุงเทพฯ: นานมีบุ๊คส์.

วรรณภา ศรีธัญรัตน์ และผ่องพรรณ อรุณแสง, 2545. การสังเคราะห์องค์ความรู้เพื่อจัดทำข้อเสนอการปฏิรูประบบบริการสุขภาพและการสร้างหลักประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์คลังนานา.

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2545. *ครอบครัวและผู้สูงอายุ* ใน สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล นภาพร ชโยวรรณ และศศิพัฒน์ ยอดเพชร (บรรณาธิการ), 2545 . ผู้สูงอายุในประเทศไทย รายงานการทบทวนองค์ความรู้และสถานการณ์ในปัจจุบันตลอดจนเสนอแนะทางนโยบายและการวิจัย. กรุงเทพมหานคร : สาขาวิชาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

_____, 2547. ผู้ดูแลผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์,

ศิริวรรณ ศิริบุญ. และมาลินี วงษ์สิทธิ์, 2535. ข้อเท็จจริงและทัศนคติของผู้สูงอายุและคนหนุ่มสาวในกรุงเทพมหานครต่อบทบาททางเศรษฐกิจและสังคมของผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ : สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2550 . สุขภาพคนไทย 2550 . กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์ พับลิชชิ่ง.

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ,2549. การสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 3 พ.ศ. 2546-2547. กรุงเทพ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.

สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, กนิษฐา บุญธรรมเจริญ, ศิริพันธุ์ สาสัตย์, อาทิตยา เทียมไพรวัลย์ และสิรินทร์ยา พูลเกิด, 2550. รูปแบบการดูแลสุขภาวะผู้สูงอายุในระยะยาวโดยชุมชน. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.

กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. รายงานการสำรวจประชากรผู้สูงอายุประเทศไทย พ.ศ.2545.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2551. ผู้สูงอายุไทย 2550 มุมมอง/เสียงสะท้อนจากข้อมูลสถิติ. กรุงเทพ : บริษัท พี เอ ลีฟวิ่ง จำกัด.

สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2548. คู่มือการดำเนินงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน. นนทบุรี: กลุ่มอนามัยผู้สูงอายุ สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.

สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ, 2542. ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย.กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ.

สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2541. หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, ชัยยศ คุณานุสนธิ์, วิพุธ พูลเจริญ, ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ศาล, 2542 . ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย . กรุงเทพมหานคร : สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติและสำนักนโยบายแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.

อานนท์ อาภาภิรม, 2525. สังคม วัฒนธรรมและประเพณีไทย. กรุงเทพมหานคร: โอเดียนสโตร์.

**งานวิจัยและวิทยานิพนธ์**

จินตนา สมนึก, 2548. ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกับภาระในการดูแลและความต้องการการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลที่บ้าน. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยบูรพา.

เตือนใจ ภักดีพรหม, 2548. ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม. พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นงลักษณ์ พื้นชมพู, 2540. การรับรู้ประสบการณ์ของผู้ดูแลที่บ้านในการดูแลผู้ป่วยที่รักษาโดยวิธีล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.

นิยดา ภู่อนุสาสน์, 2531. การศึกษาเปรียบเทียบความคาดหวังในชีวิตของเด็กวัดสระแก้วกับเด็กในครอบครัวปกติ. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตร.

พัชรินทร์ คำอินทร์, 2548. ประสบการณ์การได้รับการดูแลของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพาโดยผู้ดูแลในครอบครัว. พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ไพรินทร์ กันทนะ, 2543. ภาระของผู้ดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัย เชียงใหม่.

มาลินี วงษ์สิทธิ์ และศิริวรรณ ศิริบุญ, 2541. ครอบครัวและผู้สูงอายุ: ศึกษากรณีกรุงเทพมหานคร และจังหวัดพระนครศรีอยุธยา.กรุงเทพฯ : สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

วรรณลักษณ์ เมียนเกิด, 2549. ค่านิยมและความคาดหวังของผู้สูงอายุและพหุวัย. กรุงเทพฯ: มิศเตอร์ ก๊อปปี้ (ประเทศไทย) จำกัด.

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทย ในประเด็นการเกื้อหนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุพื้นที่ในเขตภาคเหนือ. รายงานการวิจัยโครงการศึกษาวิจัยครบวงจรผู้สูงอายุในประเทศไทย. มหาวิทยาลัยมหิดล, 2541.

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2549. โครงการระบบการดูแลระยะยาวในครอบครัวสำหรับผู้สูงอายุ: รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์. กรุงเทพฯ :มิสเตอร์ก๊อปปี้.

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, ภาวนา พัฒนศรี, เล็ก สมบัติ, 2540. การเกื้อหนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุ : พื้นที่การศึกษาในเขตภาคกลาง. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล และคณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

_____, 2541. การเกื้อหนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุ :พื้นที่การศึกษาในเขตภาคเหนือ. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล และคณะสังคม สงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

_____, 2544. การเกื้อหนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุ :พื้นที่การศึกษาในเขตภาคใต้. กรุงเทพ มหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล และคณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

สุดศิริ หิรัญชุนหะ, 2541. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

สุดา เทพศิริ, 2540. ผลของการใช้ตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาต่อความเครียดในบทบาทผู้ดูแล. วิทยานิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุวัฒนา เลิศมโนรัตน์ ,2546. ระบบประกันสังคมของญี่ปุ่น : กรณีศึกษาการดูแลระยะยาว. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต คณะศิลปะศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

อาพร สุขสวัสดิ์, 2534. บทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาล: ศึกษาเฉพาะกรณีพระนครศรีอยุธยา. วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาประชากรศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

**เอกสารอื่น ๆ**

กนิษฐา บุญธรรมเจริญ และ ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2550. การพยาบาลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังและการดูแลระยะยาว. เอกสารประกอบการอบรมวิชาการ ระหว่าง วันที่ 7-9 กุมภาพันธ์ กรุงเทพมหานคร.

จอม สุวรรณโณ. *"ญาติผู้ดูแล : แหล่งประโยชน์ที่สำคัญของผู้ป่วยเรื้อรัง."* วารสารพยาบาล 2541; 3 : 145 – 147.

นภาพร ชโยวรรณ, 2548. *"กลุ่มผู้สูงอายุที่เปราะบางในประเทศไทย"* วารสารประชากรศาสตร์ ปีที่ 21ฉบับ 1 มีนาคม.

มาลินี วงษ์สิทธิ์ ,2542. *"ชุมชนกับการบริการผู้สูงอายุ : บทเรียนจากประสบการณ์."* เอกสารในการสัมมนาเรื่อง สู่วัยผู้สูงอายุด้วยคุณภาพ รายงานการประชุมวิชาการแห่งชาติว่าด้วยผู้สูงอายุ. วันที่ 22-24 พฤศจิกายน.

ยุพาพิน ศิรโพธิ์งาม ,2539. *ญาติผู้ดูแลที่บ้าน:แนวคิดและปัญหาในการวิจัย*. รามาธิบดีพยาบาลสาร. (1) 84-93.

วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิพานิชล, 2538. *ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะพักฟื้นและครอบครัว* *วารสารพยาบาล* 44, 2 (เม.ย.-มิ.ย. 38) 88-92.

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2541. *"บทบาทประชาสังคมกับการดูแลผู้สูงอายุ"*. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการประจำปี เรื่อง เสริมสร้างดูแลแก่ผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ : สมาคมพฤฒาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย.

ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2544. *"ทุกขภาระของผู้ดูแล."* ใน รายงานการประชุมวิชาการประจำปี. กรุงเทพมหานคร: สมาคมพฤฒาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย.กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สมาคมพฤฒาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย, 2550. การประชุมวิชาการประจำปี 2550 เรื่อง การดูแลต่อเนื่องและการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุไทย ระหว่างวันที่ 21 - 23 พ.ย. 2550. หนังสือประกอบการประชุม.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2551. *ร่างกรอบแนวคิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรและผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อการพัฒนาประเทศ*. เอกสารประกอบการประชุมการระดมความคิดเห็น (Focus Group).

สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2545 . *"การดูแลระยะยาวและทิศทางนโยบายที่ควรจะเป็นสำหรับประเทศไทยและภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก"* วารสารพฤฒาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. ปีที่ 3 ฉบับที่ 4 (ตุลาคม-ธันวาคม 2545):40-42.

**Books**

Beach, E.K. et al, 1992. *The spouse: a factor in recovery after acute myocardial infarction* in Heart & lung 21. St. Louis ETATS-UNIS

Beaulieu, J. E., 1992. Small rural hospital with long-term care: 1983 to 1987. The Journal of Rural Health, 8, 121-127.

Blieszner, R and Macini, J. A. , 1987 *"Enduring ties: Older adults' parental role and responsibilities."* In Family Relations , 176-180.

Brody, Flaine, 1977. Long – Term Care for of Older Pelple. New York: Human Sciences Press.

Brown, Lesley, 1993. The New Shorter Oxford English Dictionary on historical principles. Oxford: Clarendon.

Coward, R. T., J. K. Netzer, and C. W. Peek, 1996. "*Obstacles to Creating High Quality Long-Term Care Services for Rural Elders."* Pp. 11-28 in Long-Term Care for the Rural Elderly, edited by G. D. Rowles J. E. Beaulieu, and W. W. Myers. New York.

G. D. Rowles, J. E. Beaulieu, and W. W. Myers, 1996 . Long-Term Care for the Rural Elderly. New York, NY: Springer Publishing Company, Inc.

Davis,L.L, 1992. *"Building a Science of Caring for CareGivers."* Family & Community Health, 15(21):1-10.

Hey D.P.,et al.,1998. *Depression in Duthie*. E.H. & Katz,P.R (Eds.) Practixe if Geriatrics, Philadelphia: Saunders Company.

Hooyman, Nancy R. and Kiyak, H. Asuman , 2002. Social Gerontology. Asimont Schuter Company: Needham Heights.

Horowitz, A., 1985. *"Family caregiving to the frail elderly."* In C. Elisdorfer (Ed). Annual Review of Gerontology & Geriatrics. :5, 194-246.

Krach P., et al 1996. *Functional status of the oldest-old in a home setting*. Journal of Advanced Nursing, 24, 456–464.

Matterson, M. and Connell, E. ,1988. Gerontological nursing concepts and practice. USA. WB : Saunders Company.

Milli-Keane, 2000. Medical Dictionary. Avakiable from.: http:// www.msn.com

Montgomery.R.J.V., Goyea,J.G. and Hooyman,N.R. "*Care giving and the experience of subjective and objective burden."* Family Relation . 34 (January 1985):19-26.

Morse J., Solberg S., Neander W., Bottorff J. & Johnson J. ,1990. "*Concepts of caring and caring as a concept."* Advances in Nursing Science 13(1), 1-14.

Orem., D.E. (1980). Nursing: Concepts of Practices. New York: McGraw Hill.

Pohl, J. M., Boyd, C., Liang, J., Given, C. W. ,1995*. Analysis of the impact of mother–daughter relationships on the commitment to caregiving*. Nursing Research, 44,68-75.

Sherwood, S., 1975. *"Long – Term Care : Issues, Perspectives and Directions."* Long – Term Care : A Handbook for Researchers, Planners, and Providers. Ed.S . Sherwood, New York : Spectrum Publications.

Sutthichai Jitapunkul , 2007. Road of Development Towards Aging Society: Crossroad of the Nation in the 21st Century.

Theodore H. Koff, 1982. Long – Term Care An Approach to Serving the Frail Elderly. Canada : Little, Brown & Company.

Tiden,V.P. and Weinert,1987. C. *Social Support and The Chronically individual*. Nursing Clinic of North America 22: 613-620.

United Nations., 1993. The sex and age distribution of the world population: 1992 revision. ST/ESA/SER. A/134 New York.

World Health Organization, 2000. *Home-Based Long – Term Care*, Report of a WHO Study group : Home – Based Long – Term Care. Geneva.

## สื่ออิเล็กทรอนิกส์

Thomas Day. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา http://www.longtermcarelink.net/eldercare/long_term_care.htm

U.S. Department of Health and Human Services .[ออนไลน์]. แหล่งที่มา http://www.longtermcarelink.net/eldercare/long_term_care.htm

กนิษฐา บุญธรรมเจริญ และ ศิริพันธุ์ สาสัตย์.,2548. การดูแลระยะยาวในประเทศต่างๆ, สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: http://library.nhso.go.th/pages/nhsodoc/e-nhso/E4900013.pdf

กนิษฐา บุญธรรมเจริญ, 2551.ภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุไทย. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา http://www.cps.chula.ac.th/html_th/pop_base/ageing/ageing_050.htm.

ไกรสิทธิ์ ตันติศิรินทร์ และ อุรุวรรณ แย้มบริสุทธิ์. โภชนาการกับสุขภาพของผู้สูงอายุ. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา http://www.thaihealth.or.th/

นงลักษณ์ พะไกยะ, 2551.ความต้องการ กำลังคนด้านสุขภาพ.[ออนไลน์]. แหล่งที่มา: http://www.thainhf.org/document/media/media_677.pdf.

เยาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม, นโยบายเรื่องการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ บทเรียนจากประเทศเพื่อนบ้าน. งานนำเสนอประกอบการบรรยาย [ออนไลน์]. แหล่งที่มา:http://dental.anamai. moph .go.th/oralhealth/elderly/anamai/Richmond_Feb50/set1_ ageingpolicy. ppt,

รัตนา ดวงแก้ว [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: http:// www.edbkk1.go.th/aoc/09_sep/ study.doc

สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2549. การสำรวจและศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ 4 ภาคของไทย. [ออนไลน์]. แหล่งที่มาhttp://www.agingthai. org/file/content/4regions.pdf

สำนักทะเบียนกลาง กรมการปกครอง, 2550. จำนวนราษฎรทั่วราชอาณาจักร แยกเป็นกรุงเทพมหานคร และจังหวัดต่างๆ ตามหลักฐานการทะเบียนราษฎร ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2550 .[ออนไลน์]. แหล่งที่มา http://www.dopa.go.th/stat/y_stat50.html

สุรศักดิ์ โควสุภัทร์. การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว.งานนำเสนอ .[ออนไลน์]. แหล่งที่มา www.agingthai.org/file/content/clu4.ppt

สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, พินทุสร เหมพิสุทธิ์, ทิพวรรณ อิสรพัฒนาสกุล. การศึกษาวิเคราะห์ความต้องการผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยตนเองไม่ได้ ในอีก 2 ทศวรรษหน้า. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา http://www.thaihealth.or.th/

# ภาคผนวก

**โครงการตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของครอบครัวและชุมชนในชนบทไทย**

วันที่.....

ที่อยู่.....

.....

**ใบยินยอมของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย**

**(Informed Consent Form)**

ข้าพเจ้าในฐานะเป็นผู้ดูแล นาย /นาง ..... ได้ทราบจากผู้วิจัยชื่อ รองศาสตราจารย์ ศศิพัฒน์ ยอดเพชร ที่อยู่ คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ เลขที่ 2 ถนนพระจันทร์ เขตพระนคร กรุงเทพมหานคร 10200 ซึ่งได้ลงนามไว้ท้ายของเอกสารนี้ ถึงวัตถุประสงค์ และแนวการศึกษาวิจัย ซึ่งประกอบด้วยการสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม การแสดงความคิดเห็นตามหัวข้อสนทนา มีการบันทึกเทป และการถ่ายภาพประกอบ ซึ่งได้รับทราบจากผู้วิจัยว่า เทปดังกล่าวจะได้รับการเก็บรักษาอย่างปลอดภัย และจะทำลายเมื่อสิ้นสุดการสนทนาการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนภาพประกอบจะใช้ในการนำเสนอภาพวิดีโอ และลงในหนังสือโดยไม่ปรากฏหน้าและชื่อ

ข้าพเจ้ายินดีเข้าเป็นผู้มีส่วนร่วมการศึกษาวิจัยครั้งนี้ โดยสมัครใจและมีสิทธิที่จะปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยได้ตามต้องการ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งไม่มีผลใดๆ ต่อข้าพเจ้า

ข้าพเจ้ายินดีให้ข้อมูลของข้าพเจ้าแก่ผู้วิจัย เพื่อประโยชน์ในการศึกษาวิจัย โดยผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเป็นความลับ และจะเปิดเผยเฉพาะข้อมูลสรุปผลการวิจัย

ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการศึกษาครั้งนี้ ภายใต้เงื่อนไขที่ได้ระบุไว้ข้างต้น

**วันที่** ..... **ลงชื่อ** .....

( )

ลงนาม ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

**วันที่** ..... **ลงชื่อ**.....

**(รองศาสตราจารย์ ศศิพัฒน์ ยอดเพชร)**

หัวหน้าโครงการฯ

**วันที่** ..... **ลงชื่อ** .....

( )

พยาน

**แบบประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ**

ชื่อ/สกุล ……

บ้านเลขที่..... หมู่ที่.....ชื่อหมู่บ้าน……

ตำบล……อำเภอ.....

จังหวัด.....

เบอร์โทรศัพท์……

เพศ…… อายุ…… ปี

สถานภาพ ☐ โสด

☐ สมรส จำนวนบุตร ……..คน หญิง.....คน ชาย .....คน

สิทธิการรักษาพยาบาล

☐ เบิกได้

☐ ประกันสังคม

☐ บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า

**ประวัติการเจ็บป่วยของ<u>บุคคลในครอบครัว</u>**

- โรคหัวใจ ☐ ไม่มี ☐ มี ใครเป็นระบุ……
- โรคเส้นเลือดสมอง ตีบ ตัน แตก ☐ ไม่มี ☐ มี ใครเป็นระบุ……
- ความดันโลหิตสูง ☐ ไม่มี ☐ มี ใครเป็นระบุ……
- เบาหวาน ☐ ไม่มี ☐ มี ใครเป็นระบุ……
- โรคมะเร็ง ☐ ไม่มี ☐ มี ใครเป็นระบุ……ชนิด……
- โรคอื่นๆ ระบุ……

**ประวัติการเจ็บป่วยของ<u>ผู้สูงอายุ</u>**

- โรคหัวใจ ☐ มี ☐ ไม่มี
- โรคเส้นเลือดสมอง ตีบ ตัน แตก ☐ มี ☐ ไม่มี
- ความดันโลหิตสูง ☐ มี ☐ ไม่มี
- โรคมะเร็ง ☐ มี ☐ ไม่มี
- โรคอื่นๆ ……

**การตรวจร่างกาย**

น้ำหนัก.....……กิโลกรัม ส่วนสูง……เซนติเมตร

ค่าดรรชนีมวลกาย ..... รอบเอว.....นิ้ว

น้ำหนักที่ควรจะเป็น .....กิโลกรัม

อุณหภูมิ..... C ชีพจร.....ครั้งต่อนาที

การหายใจ .....

**ลักษณะทั่วไป**

***ผิวหนัง*** .....

***ต่อมน้ำเหลือง***.....

***ศีรษะ*** .....

***กะโหลก***.....

***ผม*** .....

***หน้า*** .....

***ตา***.....

***หู*** ..... .....

***จมูก***..... .....

***ปาก*** - เหงือก .. .....

- ฟัน ... .....

***คอ*** - ไทรอยด์ .. .....

- หลอดลม ... .....

- ต่อมน้ำเหลือง.... .....

***ทรวงอก*** - ผนังอก .....

- นม .....

- ปอด.....

***หัวใจ*** - จังหวะ.....

- เสียงหัวใจ.....

***ท้อง*** - ตับ.....

- ม้าม.....

- ไต.....

***อวัยวะเพศ*** .....

***ทวารหนัก*** .....

***กระดูกสันหลัง***.....

***แขน-ขา***..... .....

***การตรวจระบบประสาท*** ... .....

***เบาหวาน***.... .....

***หอบ หืด ถุงลมโป่งพอง*** ..... .....

***เลือด*** .... .....

***โรคอื่น ๆ*** ... .....

**บันทึกทางห้องปฏิบัติการ**

| การตรวจเลือด | ค่าปกติ | วันที่ | |
|---|---|---|---|
| | | ตรวจได้ | แปรผล |
| **CRB** การตรวจนับเม็ดเลือด | | | |
| - Hb % | ช. 14-18 | | |
| | ญ.12-16 | | |
| - Hct % | ช.42-52<br>ญ.37-48 | | |
| - WBC cell/ cu.mm | 5,000-10,000 | | |
| **Biochemistry สารเคมีในเลือด** | | | |
| - น้ำตาล Blood Sugar mg/dL | 70-110 | | |
| **หน้าที่ของไต** | | | |
| - BUN mg/dL | 8-25 | | |
| - Cr. mg/dL | 0.5-1.5 | | |
| - Uric- acid mg/dL | 3.6-7.7 | | |
| **ไขมัน** | | | |
| - Cholesterol mg/dL | 150-200 | | |
| - Triglyceride mg/dL | 50-200 | | |
| - HDL mg/dL | 35-65 | | |
| - LDL mg/dL | 150-190 | | |
| - Chol/ HLD-C Ratio | 0-6 | | |
| **หน้าที่ของตับ** | | | |
| - Albumin mg/dL | 3.5-5.5 | | |
| - Globulin mg/dL | 1.5 | | |
| - Alk phosphatase IU | 4.0 | | |
| - SGOT IU | 39-117 | | |
| - SGPT IU | 5-40 | | |
| - HBsAg | 5-36 | | |
| - Anti - HBs | Negative | | |
| - Anti - HBc | Negative | | |
| UA | Negative | | |
| Stool | Negative | | |
| อื่นๆ | | | |
| | | | |

**การรับประทานอาหาร**

ผู้สูงอายุรับประทานอาหารลักษณะใด

☐ 1.ทานได้เอง ☐ 2.ป้อน ☐ 3.ใส่สายยาง (ระบุ.....)

**ชนิดของอาหาร**

1. ข้าวเหนียว / ข้าวสวย / ข้าวต้ม / น้ำข้าวหรือข้าวบดละเอียด
2. อาหารที่รับประทานส่วนใหญ่ทำจาก
   - ☐ 2.1 ข้าวหรืออาหารที่ทำจากแป้ง
   - ☐ 2.2 เนื้อสัตว์ /ไก่ /หมู /ปลา
   - ☐ 2.3 ถั่ว
   - ☐ 2.4 ไข่
   - ☐ 2.5 ผัก ระบุชนิด .....
   - ☐ 2.6 ผลไม้ ระบุชนิด .....
   - ☐ 2.7 เครื่องดื่มร้อน (โกโก้, โอวันติน, น้ำเต้าหู้)
   - ☐ 2.8 น้ำผลไม้
   - ☐ 2.9 น้ำชา /กาแฟ
   - ☐ 2.10 อื่นๆ ระบุ.....

3. นมสำหรับผู้ป่วยที่ให้อาหารทางสายยาง.....
4. อาหารปั่น.....
5. ผู้สูงอายุดื่มน้ำ ประมาณ ..... แก้ว
6. รสชาติของอาหารที่ผู้สูงอายุชอบ
   - ☐ 6.1 จืด ☐ 6.3 หวาน ☐ 6.5 เค็ม
   - ☐ 6.2 เปรี้ยว ☐ 6.4 เผ็ด ☐ 6.6 อื่นๆ .....
7. ผู้สูงอายุรับประทานอาหารเหล่านี้ หรือไม่
   - ☐ 7.1 หมาก ☐ 7.3 เครื่องดื่มชูกำลัง ☐ 7.5 สุรา
   - ☐ 7.2 บุหรี่ ☐ 7.4 เมี่ยง ☐ 7.6 อื่นๆ .....

**การขับถ่าย**

1. ผู้สูงอายุมีการขับถ่ายอุจจาระอย่างไร
   - ☐ 1. ปกติ ☐ 2. เหลว ☐ 3. ท้องผูก
2. ความถี่ในการขับถ่าย.....
   .....
3. กรณีท้องผูก ผู้ดูแลได้ดำเนินการอย่างไร .....
   .....
4. ผู้สูงอายุปัสสาวะบ่อยแค่ไหน .....
   .....

**เสื้อผ้าที่ใช้**

1.ใช้เสื้อผ้าปกติ

.....

.....

.....

2. ใส่ผ้าอ้อมสำเร็จรูป

.....

.....

.....

3. ไม่ใส่อะไร แต่ใช้แผ่นรอง

.....

.....

.....

4. อื่นๆ

.....

.....

.....

**การนอน**

ผู้สูงอายุมีการหลับเป็นปกติหรือไม่

.....

.....

โดยเฉลี่ย นอนวันละกี่ชั่วโมง .....

**การได้ยินของผู้สูงอายุ**

.....

.....

.....

**การมองเห็นของผู้สูงอายุ**

.....

.....

.....

**ประเมินภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ**

- ☐ มีความวิตกกังวล
- ☐ ซึมเศร้า
- ☐ นอนไม่หลับ
- ☐ ระแวง กลัว

☐ ความจำเสื่อม หลงลืม
☐ ขี้โมโห ฉุนเฉียวง่าย
☐ อื่นๆ ระบุ .....

ยาที่รับประทานในปัจจุบัน (ระบุประเภท ชนิด ความถี่ในการรับประทาน)

.....
.....
.....
.....

ได้จากที่ใด .....
.....

การรักษาอื่นๆ (แผลกดทับ ฯลฯ) .....
.....
.....
.....

ค่ารักษาพยาบาล (ค่าซื้อยา และอุปกรณ์ดูแล) ประมาณเดือนละ ..... บาท
.....
.....

ใครเป็นผู้รักษาพยาบาล

.....
.....
.....

**กรณีศึกษาที่ 1**
**ตาคำปัน**

สัมภาษณ์วันที่ 20 ตุลาคม 51
**ผู้ให้สัมภาษณ์และผู้ดูแลหลัก**: นายพนธ์ (บุตรชาย / พี่ชาย)
**ผู้ดูแลรอง:** นายยิ่ง (น้องชาย)
หมู่ 2 บ้านหัวทุ่ง ต.แม่พริก อ.แม่สรวย จ.เชียงราย

**ประวัติผู้สูงอายุ**

ตาคำปัน อายุ 84 ปี อาชีพเดิมคือ ทำนา ได้สมรส กับนางปราณี (เสียชีวิตด้วยโรคหัวใจตีบ เมื่อวันที่ 4 มีนาคม 2550) มีบุตรด้วยกันทั้งหมด 12 คน (ชาย 10 คน หญิง 2 คน) ปัจจุบันมีบุตรที่ยังมีชีวิตอยู่ 2 คน คือ นายพนธ์ อายุ 49 ปี ซึ่งเป็นผู้ดูแลหลัก (สถานภาพโสด) และนายยิ่ง อายุ 45 ปี เป็นผู้ดูแลรอง สมรสแล้วกับนางจันฉาย อายุ 41 ปี มีบุตรชาย 1 คน

**สาเหตุของการเจ็บป่วย**

สาเหตุของการเดินไม่ได้ของผู้สูงอายุ เกิดจากเมื่อประมาณ 40 ปีที่ผ่านมาตาคำปันถูกรถชน (รถดั้มพ์) จอดแล้วเบรกแตก บริเวณโรงยาบ่ม บ้านแม่สรวย ซึ่งขณะนั้นมีรถดัมพ์ลากดินจอดซ่อมอยู่ ตาคำปันได้เดินผ่านหลุมใหญ่ แล้วรถคันดังกล่าวไหลลงมาทับด้านหลัง (รถจอดบนเนินสูง แล้วไหลลงมาทับตาคำปันด้านหลัง แล้วด้านหน้าเป็นก้อนหิน) ผลจากการชนดังกล่าวทำให้ฟันหักทั้งหมด และเสียอัณฑะไป 1 ลูก หลังเกิดเหตุได้ถูกนำส่งที่โรงพยาบาลโอเวอร์บรู๊ค โดยเจ้าของรถพาไป และอยู่รักษาอาการที่โรงพยาบาลประมาณหนึ่งเดือน หลังจากนั้นภรรยาเป็นผู้ดูแล เมื่อตาคำปันมีอาการดีขึ้นก็สามารถไปทำงานแต่ทำไม่ได้เต็มที่ เนื่องจากเดินไม่ถนัด ทำงานได้ประมาณ 2 ปี ขาเริ่มไม่มีแรง จึงไม่ค่อยอยากจะไปไหน จากนั้นจึงใช้การถัด นั่งอยู่ประมาณ 5 กว่าปีบนบ้าน

หากต้องการขับถ่ายพนธ์กับยิ่งก็จะช่วยอุ้มไป เนื่องจากมารดาซึ่งเป็นผู้ดูแล ณ ขณะนั้นมีรูปร่างเล็กไม่สามารถอุ้มตาคำปันได้ ต่อมาประมาณ 5-6 ปีต่อมาตาคำปันไม่สามารถนั่งได้จนกระทั่งต้องนอน โดยนอนมาประมาณ 11-12 ปีแล้ว

จากการพูดคุยกับบุตรชาย พบว่า ก่อนหน้านี้ตาคำปันเคย ตกส้วม ขาเดาะ และบุตรได้พาไปโรงพยาบาลแม่สรวย (รถพยาบาลนำส่ง) แพทย์จังหวัดส่งต่อไปที่โรงพยาบาลในเชียงราย ต้องพักรักษาตัวอยู่โรงพยาบาลประมาณ 28- 29 วัน อารมณ์ตอนหนุ่มๆ เป็นคนโมโหร้าย โกรธง่าย หายเร็ว ใจดี สุขภาพร่างกายปัจจุบันแข็งแรงดี ขาเดินไม่ได้ เวลาพลิกต้องพลิกทั้งตัว มีอาการปวดขาอย่างเดียว มีการใช้ฟันปลอม ภายหลังจากประสบอุบัติเหตุ มีอาการเบื่ออาหารบ้าง เป็นบางครั้ง ถ้าของกินไม่อร่อย จะกินได้ไม่มาก ขับถ่ายอาทิตย์ละครั้ง มีการใช้ยาสมุนไพรแก้ปวดท้องบ้าง (ยาเมือง) นอกจากนี้มีโรคแทรกซ้อนอยู่ คือ เป็นโรคปอด เพราะเคยสูบบุหรี่ แต่เลิกมา 6 ปีมาแล้ว

**ข้อมูลผู้ดูแลหลัก**

นายพนธ์ อายุ 49 ปี ซึ่งเป็นผู้ดูแลหลัก (สถานภาพโสด) ได้เรียนหนังสือภาคผู้ใหญ่ พออ่านออกเขียนได้ แต่ไม่คล่องมาก (ได้รับใบประกาศฯ เขียนว่าจบหลักสูตร ป.4)

ขณะที่ตาคำปันแข็งแรง เดินได้ ตนเองจะมีอาชีพรับจ้างปลูกหอม สัปดาห์หนึ่งทำงาน 5-6 วัน ได้รายได้วันละ 120 บาท ช่วงที่ยิ่ง (น้องชาย) ไปทำงานกรุงเทพฯ รับหน้าที่ก็ดูแลตาคำปัน และมารดา เมื่อตาคำปันประสบอุบัติเหตุ สามารถช่วยเหลือตนเองได้น้อย และมารดาได้เสียชีวิตลง ตนเองต้องรับหน้าที่ดูแลตาคำปันเป็นหลัก

ผู้ดูแลเล่าว่า เดิมบิดาเคยบอกว่า *"ตั๋วผู้หญิงก็อยู่ในนี้ ผู้ชายก็อยู่ในนี้"* มีหมายความว่า เมื่อมีการประชุมแม่บ้าน ก็เป็นพนธ์เช่นเดียวกับการประชุมพ่อบ้านในหมู่บ้าน สะท้อนให้เห็นว่าธุระภายในและภายนอกบ้าน ล้วนเป็นภาระที่พนธ์ต้องรับผิดชอบทั้งสิ้น

ภาวะสุขภาพของพนธ์ในปัจจุบัน ไม่มีโรคประจำตัว มีปวดท้องและปวดหัวเข่าแต่ไม่ได้ไปโรงพยาบาล โดยส่วนตัวมองว่าตนเองไม่ค่อยได้ดูแลสุขภาพ แต่ก็ไม่สูบบุหรี่ มีดื่มสุราบ้างหากเป็นงานสังสรรค์แต่ไม่มากนัก

ด้านความต้องการของผู้ดูแล เครื่องช่วยฟังเพราะหูไม่ค่อยได้ยิน เกิดจากสมัยเด็กเล่นน้ำและน้ำเข้าหู ปัจจุบันนี้ไม่ได้คาดหวังความช่วยเหลือจากใคร คิดว่าหากตนเองเป็นอะไรไป คิดว่าต้องเป็นน้อง (ยิ่ง) ที่ต้องดูแลต่อไป และตนเองมีความภูมิใจในการดูแลตาคำปันมาก

**<u>เหตุผลของการเป็นผู้ดูแล</u>**

พนธ์ซึ่งถือเป็นผู้ดูแลหลักได้ให้เหตุผลในการดูแลบิดาที่เจ็บป่วยไว้ว่า

> *"คิดว่าพ่อดูแลเราให้โตมา รักษาดูแลเรามา หาอะไรให้กิน พอพ่อไม่สบายเราก็ดูแล"*

> *"ตอนหนุ่มๆ (ตาคำปัน) เป็นคนโมโหร้าย โกรธง่าย หายเร็ว ใจดี ถ้าเป็นบางคนทนไม่ไหว ต้องอดทนเพราะคิดว่าเขาเลี้ยงเรามา ถ้าพ่อไม่บีบจมูกตอนเด็กๆก็ไม่มีแล้ว บางคนฆ่าลูกเต้าตอนเด็กเพราะไม่รักลูก แต่พ่อรักลูก พอพ่อเจ็บเราต้องคิดว่าพ่อรักเราขนาดนี้ เวลาพ่อเจ็บเราต้องดูแลจนถึงอายุขัย"*

และบอกเหตุผลว่าที่ตนเองยังไม่พร้อมจะมีครอบครัวเพราะเกรงว่าครอบครัวจะไม่เข้าใจอาการเจ็บป่วยของตาคำปันและการที่ตนต้องใช้เวลาส่วนใหญ่ในการดูแลตาคำปัน ซึ่งสะท้อนได้จากประโยคที่ว่า

> *"กลัวว่าลูก เมียจะไม่เข้าใจ ไม่รักพ่อ รักแม่ ผมเลยตั้งใจไว้ว่าจะไม่มี ทำให้เราไม่สบายใจ พ่อมาเป็นแบบนี้ ยิ่งไปกันใหญ่ เลยไม่อยากจะได้ภรรยา"*

แม้ว่าตนเองจะไม่ได้เป็นบุตรชายคนเดียวเพราะยังมีน้องชายอีกคน แต่พนธ์ก็ให้เหตุผลซึ่งสะท้อนให้เห็นความมกตัญญูที่มีต่อตาคำปันว่า

> *"เขาก็พอตัว เขาก็ต้องดูแลลูก แต่บางทีน้องก็มาดูแล"*

**<u>ข้อมูลผู้ดูแลรอง</u>**

ช่วงที่ยิ่งมีอายุ 16–17 ปี ยิ่งเคยไปทำงานร้านขายเครื่องใช้ไฟฟ้าที่ กทม. 5-6 ปี ได้รับเงินเดือนประมาณ 3,000 บาท เนื่องจากที่บ้านมีรายได้น้อย จากนั้นกลับมาที่บ้านแต่งงานอยู่บ้านประมาณ 3 ปี กลับไปกทม.อีก ไปทำงานร้านติดตั้งจานดาวเทียมประมาณ 4 ปี และตัดสินใจกลับบ้านที่แม่สรวย

ตอนกลับมาตาคำปันก็ไม่ค่อยสบายแล้ว มีแค่ 2 คนพี่น้อง มารดาก็บอกว่าให้กลับบ้านเสียเพราะ บิดาและมารดาก็อายุมากแล้ว

ปัจจุบัน ยิ่ง สมรส กับ นางจัน มีบุตรชายร่วมกัน 1 คน ชื่อ ชัย อายุ 19 ปี มีอาชีพ ทำนา (นาของตาคำปันและมารดา มีประมาณ 9 ไร่) ส่วนใหญ่ใช้บริโภคในครัวเรือน ถ้าเหลือจึงนำไปขาย นอกจากนี้ยังทำสวนและขับรถตู้รับส่งเด็กนักเรียนไปส่งที่ตัวเมืองเชียงราย ส่วนภรรยามีอาชีพทำสวน (ปลูกดอกไม้และพริก)

แม้ว่าพนธ์จะเป็นผู้ดูแลหลักแต่ยิ่งผู้ดูแลรองก็ได้ให้ความช่วยเหลือในด้านต่างๆทั้งทางตรงและทางอ้อมในการดูแลตาคำปัน แม้ว่ายิ่งจะมีหน้าที่หลักในการหาเงินช่วยเหลือแก่ตาคำปันและตัวพนธ์เอง แต่ก็มีการสับเปลี่ยนดูแลตาคำปันเป็นบางครั้งในขณะที่พนธ์เหนื่อยล้าจากการดูแลบ้าง ดังประโยคที่ว่า

*“บางทีผมก็พักผ่อนเพราะบางครั้งไม่ค่อยได้นอน ก็ให้น้องมาเปลี่ยนตอนกลางคืน”*

สำหรับความรู้สึกของยิ่งที่ต้องรับภาระในการดูทั้งครอบครัวของตนเอง รวมถึงค่าใช้จ่ายในการดูแลตาคำปันและพี่ชายที่ต้องเลิกรับจ้างมาดูแลตาคำปัน แทนที่มารดาที่เสียชีวิตไป โดยยิ่งได้สะท้อนว่า

*“ไม่หนักใจครับ ก็เป็นตาคำปัน เป็นพี่ก็ต้องช่วยอยู่แล้ว ก็วางแผนอนาคตว่าเมื่อแม่เสียลำพังเงินก็ไม่มี ก็ต้องเก็บหอมรอมริบ ไม่ได้แบ่งว่าพี่ต้องรับผิดชอบส่วนนี้ไม่ได้คิด ต้องรับผิดชอบร่วมกัน แค่พี่ดูแลตาคำปันก็ดีแล้ว”*

*“...ไม่ได้ให้เป็นรายเดือนครับ แต่จะถามว่ามีใช้จ่ายไหม ถ้ามีก็ยังไม่ให้บางครั้งไปตลาดก็ซื้อมาเผื่อ”*

จากคำพูดเหล่านี้ล้วนสะท้อนให้เห็นถึงความสัมพันธ์และการช่วยเหลือเกื้อกูลตามแบบวัฒนธรรมไทยในชุมชนชนบทได้เป็นอย่างดี

**<u>ภาวะการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ</u>**

ด้านประวัติการเจ็บป่วยตาคำปันเคยกระดูกหักที่ต้นขา (Fracture of Lower end –Former-closed) ไม่มีอาการของโรคอื่นๆ บุคคลในครอบครัวไม่มีประวัติการเจ็บป่วยใดๆ ผลการตรวจร่างกายมีน้ำหนัก 36 กิโลกรัม ยืนไม่ได้เลยนอนตลอดเวลา อุณหภูมิ 36.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 84 ครั้ง ครั้งต่อนาที การหายใจ 22 ครั้งต่อนาที

ลักษณะทั่วไปของร่างกายปกติ ผิวหนังยืดหยุ่นดี ต่อมน้ำเหลืองปกติ ผมสีขาว ไม่มีฟันแท้ ใส่ฟันปลอมทั้งหมด แนวกระดูกสันหลังคด แขนปกติใช้งานได้ทั้ง 2 ข้าง ขาทั้ง 2 ข้างอ่อนแรง เข่างอเหยียดไม่ได้

การรับประทานอาหาร บางครั้งทานได้เอง บางครั้งต้องให้ผู้ดูแลป้อน อาหารที่รับประทานเป็นข้าวเหนียว รับประทานกับอาหารรสจืดปรุงจากเนื้อสัตว์ ไก่ หมู ปลา ไข่ ผักพื้นบ้าน ชอบรับประทานกล้วยน้ำว้า ดื่มน้ำวันละ 6 แก้ว นอกจากนี้จะเคี้ยวเมี่ยงนานๆ ครั้ง

การขับถ่าย มักจะท้องผูก 3 วัน จึงจะขับถ่าย 1 ครั้ง โดยผู้ดูแลจะช่วยล้วงออก ปัสสาวะไม่สามารถกลั้นหรือควบคุมการปัสสาวะได้ ก่อนปัสสาวะบางครั้งจะรู้สึกปวดบริเวณหัวหน่าว

เสื้อผ้าที่ใช้ปกติ ผู้ดูแลจะช่วยสวมใส่ให้แก่ตาคำปัน เมื่ออากาศหนาวจะใส่ถุงเท้า ไม่ใช้ผ้าอ้อมผู้ใหญ่สำเร็จรูปหรือแผ่นรอง

การนอนส่วนใหญ่นอนหลับได้เป็นปกติ นานๆครั้งจะมีอาการนอนไม่หลับ ตาคำปันมักเข้านอนเวลาประมาณ 3 ทุ่ม ตื่นนอนประมาณตี 4 โดยเฉลี่ยนอนวันละ 6-7 ชั่วโมง

ส่วนการได้ยินและการมองเห็นเป็นปกติ ผลการประเมินภาวะสุขภาพจิต บางครั้งมีความวิตกกังวลกลางคืนนอนไม่หลับจะพูดไปเรื่อยเปื่อย แต่ไม่โวยวาย

**<u>การจัดการดูแลในครอบครัวของผู้ดูแลหลัก ในครอบครัวและกลวิธี</u>**

พนธ์เป็นผู้ดูแลหลักในการดูแลตาคำปัน โดยการดูแลของพนธ์เริ่มตั้งแต่เมื่อตาคำปันตื่นนอนขึ้นมาจะเก็บปัสสาวะของตาคำปันไปทิ้ง เนื่องจากตาคำปันไม่สามารถลุกยืนหรือเดินไปห้องน้ำด้วยตนเองได้ พนธ์ได้ใช้วิธีใช้ยางรัดถุงพลาสติกมัดกับอวัยวะเพศของตาคำปันตลอด เมื่อตาคำปันต้องการขับถ่าย พนธ์ก็ใช้ถุงพลาสติกในการช่วยล้วงทวาร กรณีที่ตาคำปันต้องการจะถ่าย

*“ถ้าตาคำปันจะถ่าย มัน(อุจจาระ)จะโผล่ออกมา แต่ตาคำปันมักไม่รู้สึกตัว ต้องช่วยล้วงออก ถ้าจะให้ออกง่าย ต้องให้ตาคำปันช่วยเบ่งด้วย”*

*“ก็ถุงนั่นแหล่ะครับ เพราะตาคำปันลุกไม่ได้ นอนเอามือล้วง เพราะบางวันก็ถ่ายออกเอง บางวันก็ถ่ายยาก ตอนที่ถ่ายยากใช้มือล้วงเอา ที่แข็งๆออก แล้วจะถ่ายเอง ทำแบบนี้มาตลอด”*

การใช้ถุงพลาสติกเพื่อป้องกันปัสสาวะเกิดจากแพทย์ที่เชียงรายให้ความรู้ แต่การใช้ถุงในการล้วงนั้นเกิดจากการเรียนรู้ด้วยตนเอง

*“หมอที่เชียงรายสอนเรื่องการใช้ถุงพลาสติก แต่การล้วง คิดด้วยตนเอง ใช้ไม้กลัวเป็นแผล แต่ใช้มือนิ้วเดียวทำ ไม่เป็นแผล”*

หลังจากนั้นก็จะใช้ผ้าขาวชุบน้ำเช็ดหน้าให้ตาคำปันและให้ตาคำปันบ้วนปาก และจะนำฟันปลอมไปล้าง โดยใช้สก๊อตไบร์ทขัดทุกวัน เพื่อป้องกันกลิ่น และจะเปลี่ยนเสื้อผ้าเมื่อเหม็นกลิ่นเหงื่อหรือเหม็นปัสสาวะ แต่ก่อนที่จะเปลี่ยนก็ถามตาคำปันทุกครั้งว่าต้องการเปลี่ยนหรือไม่ ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงการดูแลเอาใจใส่ตาคำปัน บางวันตาคำปันมีอาการหน้ามืด เวียนหัว พนธ์จะนำยาดม ยาหม่องมาให้ตาคำปัน ขณะเดียวกันก็จะถามตาคำปันว่าวันนี้อาการเป็นอย่างไร ดังประโยคที่ว่า

*“...เจ็บที่ไหนบ้าง สบายดีไหม ถ้าเราไม่ถาม เราก็จะไม่รู้ เจ็บที่ไหนบ้าง”*

นอกจากนี้เวลาไปเดินตลาด หากเห็นเสื้อผ้าดีๆ สวยงาม พนธ์จะซื้อให้ตาคำปัน โดยไม่ต้องรอถึงวาระสำคัญ

ตามปกติ พนธ์สระผมให้ตาคำปันวันเว้นวัน เช่นเดียวกับการอาบน้ำ หากตาคำปันต้องการอาบน้ำตนเองจะเป็นผู้อุ้มไปอาบ บางคราวก็มียิ่งมาช่วยอุ้ม เมื่อจะอาบน้ำก็จะใช้เสื่อปูนอนที่พื้นแล้วก็อาบน้ำให้ตาคำปัน เฉลี่ยอาทิตย์หนึ่งอาบน้ำ 2-3 วัน โดยน้ำที่ใช้อาบจะใช้น้ำเย็น เนื่องจากช่วงนี้เป็นฤดูร้อน แต่หากเป็นฤดูหนาว ใช้วิธีต้มน้ำผสมน้ำเย็น

จากนั้นก็จะนำถุงพลาสติกมามัดหลวมๆที่อวัยวะเพศของตาคำปัน และจะมีผ้าพลาสติกรองที่นอนไว้ป้องกันเผื่อถุงรั่ว

หากตอนกลางวันอากาศร้อนมาก ก็จะเอาผ้าชุบน้ำในตู้เย็นมาเช็ด และเปิดพัดลมให้ หากช่วงฤดูหนาวมีการใช้ถุงน้ำร้อนวางบนท้องตาคำปันไว้ และใส่ถุงเท้าให้ตาคำปันด้วย ด้านเสื้อผ้าจะซักรวมกัน แต่มีการแยกเสื้อกับกางเกงก่อนไปซัก

**<u>การจัดเตรียมอาหาร</u>**

การจัดเตรียมอาหารพนธ์จะเป็นคนจัดเตรียมให้ตาคำปัน แต่บางครั้งไม่มีเวลาน้องสะใภ้ชื่อจันก็จะไปซื้อให้ที่ตลาดโดยให้ซื้อเตรียมไว้มากๆ หรือบางครั้งก็ทางน้องสะใภ้ก็จะฝากของกิน แกง หรือขนมมาให้อยู่บ่อยครั้ง โดยปกติตาคำปันจะรับประทานอาหารวันละ 3 มื้อ ไม่เป็นเวลาแน่นอน ถ้าหิวก็จะเรียกให้พนธ์นำอาหารมาให้ ซึ่งลักษณะอาหารของพนธ์กับตาคำปันจะเป็นชนิดเดียวกันและจะรับประทานด้วยกัน เมื่อถึงเวลารับประทานอาหาร พนธ์จะปั้นข้าวเหนียวเป็นคำๆไว้บนจานให้กับตาคำปันและจะคอยช่วยตาคำปันเมื่อตาคำปันไม่สามารถทานเองได้ ส่วนอาหารเสริมเป็นนมถั่วเหลือง

*“เวลากินก็จะปั้นเป็นคำๆไว้บนจานให้ เวลาตาคำปันถือข้าว (เวลาจะทาน)ไม่แน่น ผมก็จะช่วยเอาข้าวใส่ปากให้ตาคำปัน”*

*“กับข้าวที่ตาคำปันชอบ คือ ผัดถั่วฝักยาว ผัดกะหล่ำ ไข่ทอด หมูปิ้ง กล้วยน้ำหว้า ปลาดุกปิ้ง ปลาที่มาจากลำห้วย ถ้าเป็นปลาเลี้ยง ตาคำปันไม่ชอบ บางครั้งพนธ์จะไปหาปลาที่ลำห้วยให้ตาคำปันรับประทาน”*

*“อาหารที่ตาคำปันรับประทานไม่ได้ เช่น ผักกาดดอง ผักส้ม ปลานิล เพราะจะปวดเมื่อย”*

**<u>ด้านการดูแลด้านร่างกาย</u>**

ด้านการออกกำลังกายพนธ์ได้ช่วยตาคำปันออกกำลังแขนบ้าง แต่ถ้าตาคำปันเหนื่อยก็จะพัก แต่ทำไม่สม่ำเสมอ

**<u>ด้านการดูแลด้านจิตใจ</u>**

สำหรับวิธีการดูแลด้านจิตใจของตาคำปัน พนธ์จะใช้วิธีการปลอบใจและให้ดูโทรทัศน์ เพื่อให้ตาคำปันคลายเครียดและหายหงุดหงิด ดังประโยคที่ว่า

*“บางครั้งตาคำปันหงุดหงิด เครียด อาการเจ็บขา ไปไหนไม่ได้ ผมก็ปลอบใจเปิดทีวีให้ดูตาคำปันจะได้ไม่เครียด”*

หรือการพยายามถามถึงความต้องการของตาคำปันว่าต้องการอะไร ดังเช่น

*“เราก็จะพยายามถามว่าตาคำปันอยากกินอะไร อยากกินอะไรให้บอก เจ็บที่ไหนให้บอก จะได้ทำตามที่ตาคำปันบอก”*

*“ตาคำปันจะบ่นว่าอยากตาย ก็ปลอบว่า โรคนี้ตาคำปันไม่ได้เป็นคนเดียว มันก็ต้องเจ็บทุกคน ลูกไม่ได้ทิ้งขว้าง อย่าไปคิดอะไรมาก บางทีตาคำปันเครียดก็เปิด “ซอ” ให้ฟัง ตาคำปันชอบฟังซอ บางทีก็เปิดทีวีให้ดู ตาคำปันก็หายเครียด”*

รวมถึงการเปิดธรรมะให้ตาคำปันฟังด้วย เนื่องจากสมัยยังเดินได้ ตาคำปันเป็นคนชอบไปวัด และมีการสื่อสารกัน อย่างเช่นเวลาดูละครในโทรทัศน์ก็สนทนากันบ้าง นอกจากนี้พนธ์ยังนอนด้วยกันกับตาคำปัน และหากต้องการไปรับจ้างการ พนธ์จะขออนุญาตตาคำปันทุกครั้ง

*"บอกว่า ไปรับจ้างนะ ถ้าตาคำปันไม่เจ็บ ไม่เป็นอะไรก็จะให้ไป ถ้าตาคำปันเจ็บขาตาคำปันก็จะไม่ให้ไป วันนี้ตาคำปันเจ็บขา ไม่ต้องไป"*

**บทบาทของเครือข่ายการดูแล และเครือข่ายความช่วยเหลือ**

**<u>เครือข่ายครอบครัวและเครือญาติ</u>**

เครือข่ายทางสังคมที่เอื้อต่อการดูแลตาคำปัน เริ่มจากสมาชิกในครอบครัว นั่นคือ การมีบุตรชายทั้ง 2 คน คอยดูแล โดยเฉพาะอย่างยิ่ง พนธ์ ซึ่งเป็นผู้ดูแลหลัก ถัดมาคือ เครือญาติ เช่น การมีญาติทางมารดา (น้องมารดา) มาเยี่ยมตาคำปันบ่อย และมักนำกล้วยมาฝาก การมีหลาน (ลูกของยิ่ง ชื่อบุญชัย อายุ19 ปี เรียนที่ลำปาง) กลับมาเยี่ยมถือเป็นการสร้างเสริมกำลังใจให้ทั้งตาคำปันและพนธ์เป็นอย่างดี

**<u>เครือข่ายในชุมชน</u>**

ด้านเครือข่ายทางวิชาชีพในชุมชน พบว่า มีพยาบาล มาให้ความรู้และตรวจสุขภาพ เช่น วัดความดันและซิสเตอร์มาเยี่ยมเยียนให้กำลังใจ ดังคำพูดของพนธ์ที่ว่า

*"พวกหมอ พยาบาลมาเยี่ยมเดือนหนึ่งมา 2-3 ครั้ง "หมอแอ๋ว มาบ่อย มาทุกวันพุธ มาวัดความดัน"*

*"ซิสเตอร์ก็มา ถามว่าเป็นอย่างไร เอาขนมมาให้"*

**<u>บริการการดูแลที่ครอบครัวไปใช้บริการ ทั้งจากชุมชนและสถาบัน</u>**

ตาคำปันมีสิทธิการรักษาพยาบาลจากบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยบริการการดูแลที่ครอบครัวไปใช้บริการ ได้แก่ สถานีอนามัยและโรงพยาบาลแม่สรวย

**ค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น และการบริหารการเงิน**

**<u>ด้านรายรับ</u>**

พนธ์ ผู้ดูแลหลัก ไม่ได้ประกอบอาชีพในปัจจุบันเพราะต้องดูแลบิดา ส่วนยิ่ง ผู้ดูแลรองมีอาชีพ ทำนา (นาของตาคำปัน มีประมาณ 9 ไร่) ข้าวที่ได้ส่วนใหญ่ใช้บริโภคในครัวเรือน ดังนั้นค่าใช้จ่ายสำหรับผู้สูงอายุพนธ์จะได้จาก 2 แหล่ง คือ จากบุตรชายคนรอง คือ ยิ่ง ประมาณ ครั้งละ 200 – 400 บาท ซึ่งให้ไม่แน่นอน และผู้สูงอายุเองได้รับเบี้ยยังชีพจำนวน 500 บาทต่อเดือน (3 เดือนรับ 1 ครั้ง) จากอบต.

**<u>ด้านรายจ่าย</u>**

รายจ่ายในครอบครัว ได้แก่ ค่าอาหารจำนวน 2 คน คือ ตาคำปันและพนธ์ เฉลี่ยเป็นค่ากับข้าว 30 บาทต่อวัน (สูงสุด 40 บาท กินได้ 2 วัน) รวมประมาณ 1,000 บาท ค่าไฟฟ้าประมาณ 120 บาทต่อเดือน ค่านำไม่เสียเพราะใช้น้ำบาดาล และไม่มีค่าใช้จ่ายด้านยาเพิ่มแต่อย่างใด

**<u>การบริหารการเงิน</u>**

นอกจากนี้การที่ครอบครัวมีทุนทางสังคม เช่น การที่ครอบครัวมีอาชีพทำนา ทำให้สมาชิกในบ้านมีข้าวสารกินเพียงพอตลอดทั้งปี และยังมีเหลือขาย แม้ว่าการมีข้าวเหลือขายจะเป็นของบ้านยิ่ง แต่ก็ส่งผลมาถึงบ้านตาคำปันกับพนธ์ เพราะยิ่งได้ให้ค่าใช้จ่ายในการดูแลตาคำปันบ้างรวมถึงสภาพแวดล้อมที่ยังคงความเป็นชนบทที่มีผักริมรั้วสามารถหากินได้ง่าย ปัจจัยเหล่านี้ช่วยทำให้ปัญหาค่าใช้จ่ายของครอบครัวไม่มากเท่าที่ควร

**ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแล**

ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลตาคำปันได้แก่ ค่านิยมความกตัญญูของบุตรที่มีต่อตาคำปัน รวมถึงการมีสถานภาพโสดของผู้ดูแล แม้ว่าผู้ดูแลจะไม่ได้ประกอบอาชีพใดๆ แต่การได้รับการช่วยเหลือเกื้อกูลจากเครือญาติ คือ น้องชาย และเงินช่วยเหลือจากอบต. ส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้สูงอายุได้ดีในระดับหนึ่ง อย่างไรก็ตามเนื่องจากผู้ดูแลมีภาวะทางสติปัญญาค่อนข้างต่ำและไม่ได้เรียนหนังสือ ส่งผลให้ไม่ทราบวิธีการดูแลผู้สูงอายุที่เหมาะสม

**คุณภาพการดูแล (ผู้ดูแล, อุปกรณ์ช่วยเหลือ, ภาวะแวดล้อม)**

**<u>ผู้ดูแล</u>**

ตาคำปัน เคยมีแผลกดทับที่ก้นครั้งเดียว เมื่อปีพ.ศ. 2550 ขณะนั้นยิ่ง ผู้ดูแลรอง ได้พาไปโรงพยาบาลล้างแผล ทำความสะอาดจนปัจจุบันหายเป็นปกติ แสดงให้เห็นว่า แม้จะมีแผลกดทับแต่ครอบครัวก็พยายามดูแลอย่างดีที่สุดโดยไม่ปล่อยปละละเลยให้แผลหายเองแต่ได้พาไปโรงพยาบาลสะท้อนให้เห็นถึงการเอาใจใส่ต่อตัวผู้ป่วย และพนธ์เองเคยพยายามให้ตาคำปันยืน แต่ปัจจุบันไม่ทำแล้ว เพราะเห็นว่าตาคำปันขางอแล้ว แต่อย่างไรก็ตามดังที่ได้กล่าวแล้วว่า เนื่องจากตัวผู้ดูแลเองมีภาวะทางสติปัญญาค่อนข้างต่ำไม่ได้เรียนหนังสือ ประกอบกับภาวะยากจน จึงทำให้ไม่ได้เรียนรู้เกี่ยวกับการจัดเตรียมอาหารที่เหมาะสมให้แก่ผู้สูงอายุ รวมถึงความรู้เกี่ยวกับการบริหารร่างกาย

**<u>ภาวะปัญหา/ความเครียดและการจัดการปัญหาของผู้ดูแล</u>**

ปัจจุบันนี้พนธ์บอกว่าปัญหาในการดูแลตาคำปันคือ เรื่องการขาดรายได้ เนื่องจากเมื่อก่อนที่มารดายังมีชีวิตอยู่และเป็นผู้ดูแลตาคำปัน ตนเองเคยรับจ้างและมีรายได้เป็นของตนเอง ต่อมาเมื่อมารดาเสียชีวิตน้อง (ยิ่ง) ได้ให้พนธ์เป็นผู้ดูแลตาคำปันไม่ต้องออกไปรับจ้างข้างนอก โดยค่าใช้จ่ายยิ่งจะเป็นผู้ดูแลแทน แต่พนธ์เองก็มองว่าเรื่องเงินยังคงเป็นปัญหาต่อการดูแลตาคำปัน เพราะความเกรงใจที่มีต่อน้องและน้องก็ต้องมีครอบครัวต้องดูแล จะขอเงินบ่อยครั้งก็ไม่สะดวกใจนัก

จากการที่ต้องดูแลตาคำปันที่ป่วยเรื้อรังมานาน ส่งผลให้พนธ์เกิดความท้อใจบ้าง ดังประโยคที่ว่า

*"บางครั้งก็ท้อ คิดไปคิดมา ก็ต้องต่อสู้ เวลาท้อไม่ได้ทำอะไร เวลาตาคำปันด่า ก็คิดว่าเป็นธรรมดา"*

แม้ว่าพนธ์จะไม่สามารถไปดูการแสดง การละเล่นที่จัดขึ้นในชุมชนได้อย่างเช่นคนส่วนใหญ่ แต่พนธ์ก็ไม่ได้น้อยใจ และแสวงหาวิธีการผ่อนคลายง่ายๆ ใกล้ตัว เช่น การดูโทรทัศน์ ดูเพลง รายการตลก หรือไปเที่ยวหาเพื่อนข้างๆบ้าน ในช่วงสั้นๆ แต่ก็รีบกลับมาเพราะเป็นห่วงตาคำปัน

**<u>อุปกรณ์ช่วยเหลือ</u>**

ผู้สูงอายุไม่มีอุปกรณ์ช่วยเหลือแต่อย่างใด ยกเว้นหมอนรองหลังและรองขาเท่านั้น ส่วนด้านการได้รับข่าวสารข้อมูล พบว่า ผู้สูงอายุได้รับข่าวสารจากทางโทรทัศน์และพยาบาลเป็นบางครั้ง

**<u>ภาวะแวดล้อม</u>**

บ้านของตาคำปันมีลักษณะเป็นบ้านไม้ ยกพื้นสูง ประกอบด้วย 1 ห้องนอน และ 1 ห้องนั่งเล่นดูทีวี ซึ่งเป็นที่ๆ ตาคำปันนอนพักอยู่ด้วย นอกจากนี้มีห้องครัวอยู่ด้านหลัง ซึ่งติดกับที่อาบน้ำของตาคำปัน โดยพนธ์เป็นผู้อุ้มตาคำปันมาอาบน้ำบนพื้นไม้บริเวณที่ล้างจานซักผ้าอยู่เสมอ

ในด้านการจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมให้แก่ผู้สูงอายุพบว่า การจัดเตียงนอนให้แก่ผู้สูงอายุยังไม่มีความเหมาะสม เนื่องจากเตียงเก่าและยุบอาจส่งผลต่อหลังของผู้สูงอายุ ทำให้เมื่อผู้สูงอายุนอนไม่สบายเท่าที่ควร

**<u>คำชื่นชมจากคนในชุมชน</u>**

จากการที่พนธ์ดูแลตาคำปันด้วยความกตัญญู เอาใจใส่ มาเป็นระยะเวลานาน ส่งผลให้ชาวบ้านให้การยกย่องพนธ์โดยพนธ์ได้เล่าให้ฟังว่า

*"เป็นคนดีคนหนึ่ง ช่วยการช่วยงาน ช่วยตาคำปัน ช่วยแม่"*

*" ดีนะ ดูแลตาคำปันแม่... ธรรมดาเวลารับจ้างจะห่อข้าวไปกิน แต่ไม่กินกับพวก จะมากินที่บ้าน เพราะตาคำปันกินข้าวคนเดียว กลัวตาคำปันกินข้าวคนเดียวแล้วสำลัก ไม่มีใครดู ตอนนั้นแม่ยังมีชีวิตอยู่ ผมก็ไปรับจ้างทุกวัน แต่แม่ก็สำลักข้าวเหมือนกัน บ่อยกว่าตาคำปัน"*

*"เวลาไปรับจ้างเขาก็จะบอกว่าให้กินข้าวที่นี่ (หมายถึงที่ทำงาน) แล้วค่อยกลับบ้าน แต่ผมจะกลับมากินที่บ้าน..เพราะกลัวตาคำปัน แม่สำลักข้าว"*

**********

**กรณีศึกษาที่ 2**
**ยายยอดคำ**

**สัมภาษณ์วันที่ 16 มกราคม 2552**
ผู้ให้สัมภาษณ์และผู้ดูแลหลัก: นางสม (บุตรสาว)
หมู่ 1 ต.แม่พริก อ.แม่สรวย จ.เชียงราย

**ประวัติผู้สูงอายุ**

ยายยอดคำ (66 ปี) สมรสกับ ตาจัน (77 ปี) หลังจากอยู่กินกัน 10 ปี จึงได้มีบุตรสาวร่วมกัน 1 คน ชื่อ นางสม (40 ปี)

นางสมเล่าว่า สมัยก่อนยายยอดคำเป็นชอบทำกิจกรรมทางสังคม โดยเข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุในชุมชน ไปวัดทำบุญ และไม่สูบบุหรี่ เคยกินหมากมาก่อนแต่ปัจจุบันเลิกกินแล้ว

ปัจจุบันสมาชิกที่อยู่ร่วมกันในครอบครัว คือ ยายยอดคำ (ผู้ป่วย) พ่ออุ้ยจัน (สามี) นางสม (บุตรสาว) สามีของสม บุตรสาว และ บุตรชาย รวมทั้งหมด 6 คน

**สาเหตุการเจ็บป่วย**

ก่อนหน้านี้ยายยอดคำเริ่มมีฝีที่คอ มีอาการไม่สบาย มีอาการเวียนศีรษะ แต่ยังสามารถพูดได้ ทางครอบครัวได้พายายยอดคำไปใช้บริการที่โรงพยาบาลแม่สรวย อ.แม่สรวย จ.เชียงราย โดยหมอให้ยามารับประทาน ดังประโยคที่ว่า

*"ไปหาหมอ หมอให้ยามา นอนหลับแล้วก็ดีขึ้น ตอนหลังแกพูดจาสับสนเลย เห็นท่าไม่ดี พาไปโรงพยาบาลเชียงราย (โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์)"*

หลังจากเข้ารับการรักษาครอบครัวเห็นว่ามีอาการแย่ลง ประกอบกับยายยอดคำมีอาการพูดจาสับสน จึงย้ายการรักษาพยาบาลไปที่โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์เพื่อไปเอกซ์เรย์ถึงสาเหตุของโรค โดยใช้สิทธิ์การรักษาแบบฉุกเฉิน ผลการเอกซ์เรย์ครั้งแรก พบว่า มีอาการสมองบวม จึงทำการรักษาได้รับการรักษาโดยวิธีการฉีดยาและรับประทานยา รวมถึงการทำกายภาพบำบัดประมาณ 1 เดือน ต่อมาผลเอกซ์เรย์ครั้งที่สอง พบว่า มีเนื้อร้ายในสมอง ประมาณเดือนมกราคม 2551 จึงเข้ารับการผ่าตัด ดังประโยคของผู้ดูแลที่ว่า

*"ไปโรงพยาบาล เอ็กซ์เรย์ ตอนแรกหมอบอกว่าเป็นสมองบวม พอเอ็กซ์เรย์ครั้งที่สองก็รู้ว่าแม่อุ๊ยเป็นเนื้อร้ายในสมอง เป็นตอน ม.ค. 51"*

*"ฉีดยา กินยาอยู่ 1 เดือน กายภาพบำบัดแล้วก็ผ่าตัดสมอง เอาชิ้นเนื้อไปตรวจแล้ว พบว่าเป็นเนื้อร้าย ก็ส่งโรงพยาบาลสวนดอกที่เชียงใหม่ไปผ่าตัด หมดไป 3-4 แสน อยู่โรงพยาบาล 2 เดือนกว่า"*

ยายยอดคำเคยได้รับการฉายแสง 2 เดือน 1 ครั้ง เพื่อรักษาโรคเกี่ยวกับสมอง แต่ไปฉายได้ประมาณ 2 ครั้ง เครื่องเสีย จึงไม่ได้ไปฉายต่อ แต่เปลี่ยนที่รับยามาเป็นที่โรงพยาบาลแม่สรวยแทน

*“ฉายสองเดือนวันละแสง สองอาทิตย์ก็หยุด วันหยุดก็หยุด เครื่องหยุดก็หยุด รวมแล้วก็สองครั้ง”*

*“ก็ไม่ค่อยไปแล้ว เพราะยาเหลือ หมอเขามาดูก็บอกยังใช้ได้ ยังไม่หมดอายุ ตอนนี้ก็สองเดือนไปที ไม่ได้ไปที่เชียงรายประชานุเคราะห์ ไปที่แม่สรวยแทน”*

หลังจากการรับการรักษาตัวที่โรงพยาบาลสวนดอก จ. เชียงใหม่ได้ประมาณ 2 เดือนเศษ ทางครอบครัวจึงได้พายายยอดคำมาดูแลที่บ้านต่อไป

**ข้อมูลผู้ดูแลหลัก**

นางสม (40 ปี) อาชีพทำนา/ทำสวน เมื่ออายุได้ 23 ปี ได้สมรสกับสามี อาชีพ ทำนา/ทำสวน ปัจจุบันมีบุตรร่วมกันจำนวน 2 คน เป็นบุตรสาว (18 ปี) กำลังศึกษาชั้น ม.6 และบุตรชาย (13 ปี) กำลังศึกษาชั้น ม.1 ทั้งคู่กำลังศึกษาที่โรงเรียนมัธยมใกล้บ้าน

**เหตุผลของการเป็นผู้ดูแล**

เนื่องจากการเป็นบุตรสาวเพียงคนเดียว ภายหลังที่มารดาเจ็บป่วย สมจึงมีหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลัก โดยมีพ่ออุ๊ย (สามียายยอดคำ) มาช่วยดูแลบ้าง แต่พ่ออุ๊ยก็มีอายุมากและมีโรคประจำตัวเช่นกัน อย่างไรก็ตามสามีของสมและบุตรก็คอยให้ความช่วยเหลือสมในการดูแลมารดาด้วย

นอกเหนือจากสาเหตุการเป็นบุตรคนเดียว สมเล่าว่าการดูแลมารดาถือเป็นหน้าที่ของลูกที่พึงกระทำ ซึ่งสะท้อนถึงความกตัญญู ดังคำพูดที่ว่า

*“พี่คิดว่าเป็นหน้าที่ของลูกนะ”*

*“บางคนเขาไปต่างจังหวัดทอดกฐิน ผ้าป่า ไม่อยากไป....เมารถ เราอยู่กับแม่ดีกว่า”*

**ข้อมูลผู้ดูแลรอง**

ตาจัน มีโรคประจำตัวคือ โรคหัวใจ ไปโรงพยาบาล 2 เดือน/ครั้ง สมเล่าว่าบางครั้งเมื่อตนเองไม่สบาย หรือติดธุระไปงานนอกบ้าน จะมีพ่ออุ๊ย คอยดูแลเป็นผู้ดูแลรอง แม้ว่าพ่ออุ๊ยจะฉีดอินซูลินให้แก่ยายยอดคำไม่ได้ แต่พ่ออุ๊ยจะช่วยในเรื่องการพูดคุย ให้กำลังใจ การให้อาหาร และจะมีหลานๆมาช่วยดูแลด้วย

*“ถ้าพี่ไม่อยู่ พ่ออุ๊ย กับลูกๆ จะช่วยดูแล...พ่ออุ๊ยได้เยอะ ป้อนข้าวได้ แต่ฉีดอินซูลินไม่ได้ อาบน้ำไม่ได้”*

*“ลูกๆก็ช่วยป้อนข้าว เปลี่ยนผ้าฉี่ได้ เขาเมื่อยอยากพลิกตัว ลูกจะทำตามที่แกบอกแหละ”*

**ภาวะการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ การดูแลสุขภาพกาย สุขภาพจิต และด้านสังคม**

ยายยอดคำ เป็นโรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และมะเร็งที่สมอง มีประวัติการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว คือ นายจันสามียายยอดคำป่วยเป็นโรคหัวใจ

ผลการตรวจร่างกาย มีน้ำหนักประมาณ 48 กิโลกรัม และส่วนสูง 156 เซนติเมตร อุณหภูมิปกติ ไม่มีไข้ ชีพจร 76 ครั้งต่อนาที การหายใจ 22 ครั้งต่อนาที

การรับประทานอาหาร ยายยอดคำไม่สามารถรับประทานอาหารได้เอง ต้องให้ผู้ดูแลป้อนอาหารทุกมื้อ อาหารที่รับประทานคือ ข้าวสวย อาหารรสจืด รับประทานกับอาหารที่ปรุงจากเนื้อสัตว์ เช่น ไก่ หมู ปลา เห็ด ผักตามบ้านที่ปลูกเอง ผลไม้ที่ชอบรับประทานคือ ส้มเขียวหวาน ใน 1 วัน ดื่มน้ำประมาณ 6 แก้ว ไม่ได้รับประทานอาหารประเภทหมาก บุหรี่ สุรา หรือเครื่องดื่มบำรุงกำลังต่าง ๆ

การขับถ่าย มีอาการท้องผูก ขับถ่ายประมาณ 3-5 วัน จะขับถ่าย 1 ครั้ง โดยผู้ดูแลช่วยในการขับถ่าย ใช้วิธีสวมถุงมือยางฟอกถูด้วยสบู่ แล้วช่วยเขี่ย ล้วง การขับถ่ายปัสสาวะ กลางวันประมาณ 3-4 ครั้ง กลางคืนประมาณ 5 ครั้ง

ด้านเสื้อผ้าที่ใช้ เป็นการสวมเสื้อตามปกติ สวมผ้าถุง ไม่ใส่กางเกงใน และไม่ได้ใช้ผ้าอ้อม หรือแผ่นรอง ด้านการนอน มีการหลับนอนเป็นปกติ ทั้งกลางวันกลางคืน โดยเฉลี่ยนอนวันละ 6-8 ชั่วโมง

ลักษณะการได้ยินและการมองเห็น เป็นการได้ยินเป็นปกติ แต่ไม่สามารถพูดสื่อสารกับผู้อื่นได้ การมองเห็นปกติ

ผลการประเมินสภาวะสุขภาพจิตของยายยอดคำ มีลักษณะความจำเสื่อม หลงลืม

ยาที่รับประทาน มีดังนี้

1. Dilantin 3 tap G hs
2. Predmisolare 2 × 1 pc
3. Fluoxetine 1 × 1 pc
4. Vit B.co 1 × 3 pc
5. Humclin 10 U วันละ 1 ครั้ง (Insulin ฉีด)
6. Codergocrine 1 mg 1 × 3 pc (รพศ.เชียงราย)

โดยได้รับยาเหล่านี้จากโรงพยาบาลแม่สรวย และโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์

ผู้ที่รักษาพยาบาลคือ นางสม (บุตรสาว) นายจัน (สามี) และหลาน (ชาย-หญิง) 2 คน

ด้านความสมบูรณ์ของร่างกาย ยายยอดคำมีปัญหาด้านสายตาไม่สามารถมองเห็นได้ชัดเจน เนื่องจากเป็นต้อหิน และหลังจากการผ่าตัดสมอง ไม่สามารถพูดได้แต่หูได้ยินและฟังเข้าใจ สามารถกลั้นอุจจาระได้บ้าง แต่ไม่สามารถกลั้นปัสสาวะได้ สำหรับความสามารถในการเคลื่อนไหวนั้นยายยอดคำไม่สามารถเคลื่อนไหวมือขวาได้ สามารถขยับมือข้างซ้ายได้บ้างแต่ไม่สามารถใช้มือตักอาหารรับประทานได้เอง ดังคำพูดที่ว่า

*“มือซ้ายขยับได้บ้าง แต่ตักข้าวก็หล่น ข้างขวาไม่ได้เลย”*

แม้ว่ายายยอดคำจะสามารถนั่งได้ แต่ไม่สามารถเดินได้ด้วยตนเอง หากต้องการเคลื่อนย้ายหรือออกไปข้างนอก ผู้ดูแลจะเป็นผู้อุ้มมารดาด้วยตนเองหรือใช้รถเข็นของโรงพยาบาลเมื่อต้องการพามารดาไปเที่ยวละแวกบ้าน

ผู้ดูแลเล่าว่าภายหลังจากการผ่าตัดยายยอดคำเคยได้รับการกายภาพ โดยมีนักกายภาพมาสอน แต่ปัจจุบันไม่ได้ทำแล้ว ดังคำพูดที่ว่า

*“เคยยกแขนกายภาพ แม่อุ๊ยก็ร้องบ้างไม่ร้องบ้าง นักกายภาพก็มาสอน”*

**ด้านภาวะสุขภาพจิต**

ผู้ดูแลเล่าว่ายายยอดคำเป็นคนอารมณ์ดี ชอบดูทีวีบ้างเป็นบางครั้ง และชอบฟังวิทยุ ฟังเพลง ฟังเทศน์ ดังคำพูดที่ว่า

*“แม่อุ๊ยแกก็อารมณ์ดี เวลาหมอมาก็ยกมือให้หมอ”*

*“แม่อุ๊ยดูทีวีบ้าง บางทีก็ดูกับเด็กๆ (หลาน)… แกชอบฟังวิทยุ ฟังเพลง ฟังพระเทศน์ก็ฟัง …ชอบดูละครเนี้ย เย็นฤดี มันตลก …ยิ้ม แกตลก”*

นอกจากนี้การที่ผู้ดูแลป้อนอาหารให้กับมารดา ได้มีการพูดคุย สร้างกำลังใจให้แก่มารดา ถือเป็นการช่วยส่งเสริมให้มารดามีสุขภาพจิตที่ดีขึ้น ดังคำพูดที่ว่า

*“คุยไป ป้อนข้าวไป ฟังเพลงไป”*

*“บอกว่าแม่ไม่ต้องเป็นห่วงจะดูแลให้”*

**ด้านสุขภาพทางสังคม**

ด้านสุขภาพสังคมของยายยอดคำ ผู้ดูแลเล่าว่าช่วงที่ยายยอดคำยังแข็งแรง ยายยอดคำเป็นคนร่าเริง ชอบทำกิจกรรมและเข้าสังคม โดยเห็นได้จากการเข้าเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุในหมู่บ้านซึ่งมีสมาชิกกว่า 30 คน ดังคำบอกเล่าที่ว่า

*“ยายยอดคำเป็นคนร่าเริง ชอบกิจกรรม ไปกิจกรรมผู้สูงอายุ เข้าชมรมด้วยนะ มีออกกำลังบ้าง…ยายยอดคำไปเอาไม้กระบองมาวาด แล้วแกบอกว่าหายปวดแขน”*

**ด้านสุขภาพทางจิตวิญญาณ**

หลังจากยายยอดคำไม่สบาย ผู้ดูแลได้ไปขอน้ำมนต์จากหมอเมือง 2 ครั้ง มาให้มารดา โดยมีคนแนะนำว่า เคยมีคนเป็นมะเร็งดื่มน้ำมนต์แล้วหาย ผู้ดูแลจึงไปขอมาให้มารดาบ้าง

*“ไปสองครั้ง…เป็นวัด เขาเป็นคนแก่ธรรมดา เป็นหมอเมือง…มีคนเป็นมะเร็งเขาก็หาย…เอามากิน กินเหมือนน้ำป่าว เอาทีละ 1 แกลลอน…ไม่มีค่าพ่อหมอค่ะ”*

**การจัดการดูแลในครอบครัวของผู้ดูแลหลัก ในครอบครัวและกลวิธี**

ด้านการจัดการดูแลของครอบครัว เมื่อยายยอดคำไม่สบาย ได้มีสม บุตรสาวเพียงคนเดียวของครอบครัว รับหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักยายยอดคำประมาณ 2 ปีที่ผ่านมา ผู้ดูแลรอง คือ สามีของยายยอดคำเอง อย่างไรก็ตามสามี และบุตรทั้ง 2 คน ของน้อยก็ช่วยดูแลยายยอดคำด้วยเช่นกัน

โดยในช่วงที่ยายยอดคำต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลในตัวเมืองเชียงรายและในตัวเมืองเชียงใหม่ สมาชิกในครอบครัวจะสับเปลี่ยนหมุนเวียนกันมาดูแล ดังการสนทนาที่ว่า

*“ช่วงไปโรงพยาบาลดูอยู่หลายคน คนที่ดูบ่อยๆคือ พี่เอง ถ้าพี่ไม่อยู่จะเป็นตาจัน แฟนกับลูกพี่ดูเป็นครั้งคราว”*

ภายหลังจากการผ่าตัดสมอง ส่งผลให้ยายยอดคำไม่สามารถพูดและเคลื่อนไหวร่างกายได้ด้วยตนเอง จากการที่ผู้ดูแลมีอาชีพทำนา ทำสวนกับสามี ผู้ดูแลต้องลดงานในการไปทำนาเพื่อจะได้มีเวลาในการดูแลมารดา จากไปทำนาทุกวัน ก็จะไปเฉพาะเสาร์ อาทิตย์ เมื่อมีตาจันหรือลูกๆช่วยอยู่ดูแลยายยอดคำเท่านั้น

**<u>ด้านการดูแลมารดา</u>**

ในการดูแลมารดาหรือยายยอดคำนั้น ผู้ดูแลเล่าว่าตนเองจะตื่นนอนตอนเช้าประมาณ ตีสี่ ตี่ห้า และจะรีบทำอาหารให้มารดาและสมาชิกในครอบครัวให้เรียบร้อย เวลาประมาณ 9 โมงกว่าๆ จะเป็นเวลาที่มารดาตื่น ผู้ดูแลจะเป็นผู้ล้างหน้า แปรงฟันและฉีดอิซูลินและล้างแผลให้กับมารดา

สำหรับการทำความสะอาดฟันของมารดา เนื่องจากยายไม่ได้ใส่ฟันปลอมแต่ยังคงมีฟันแท้เหลืออยู่ ผู้ดูแลจะใช้วิธีการแปรงฟันให้กับมารดา ดังคำพูดที่ว่า

*“ฟันก็หลุดเยอะนะ แต่ไม่ได้ใส่ยังเคี้ยวได้อยู่…ไม่ได้ใช้สำลีเช็ดค่ะ ใช้แปรงเอา”*

ด้านการอาบน้ำ ผู้ดูแลจะอาบน้ำให้มารดาวันละ 1 ครั้ง แต่ถ้าอากาศหนาวมากก็จะใช้วิธีการต้มน้ำอาบหรือเช็ดตัว ส่วนการสระผมอาทิตย์ละ 2 ครั้ง ผู้ดูแลอุ้มมารดาไปสระผม ตัดผมบริเวณที่ล้างจานด้วยตนเอง

*“อาบน้ำ 1 ครั้ง ถ้าหนาวก็ไม่อาบ เช็ดตัวเอา…สระผมอาทิตย์ละ 2 ครั้ง…ก็อุ้มไปนั่งที่เก้าอี้ ตัดแล้วก็สระ”*

*“หน้าหนาวก็ต้มน้ำอาบ”*

จากนั้นจึงพามารดามารับประทานอาหารประมาณตอน 10 โมง ดังประโยคที่ว่า

*“ตี 4-5 ก็ลุกมาทำกับข้าวเรียบร้อยแล้ว ก็เอาแม่อุ๊ยล้างหน้า แปรงฟัน แล้วก็ฉีดอินซูลิน ล้างแผล แล้วก็พามากินข้าว”*

โดยผู้ดูแลเล่าว่าโดยปกติอาหารที่ยายยอดคำชอบรับประทานจะเป็นอาหารประเภทแกงจืดใส่ปลาและผักต่างๆ และการทำอาหาร 1 ครั้ง โดยสามารถรับประทานได้ 2 มื้อ

*“ทำอะไรแกก็กินหมด แกงจืดๆ ใส่ปลา ใส่ผักต่างๆ”*

ส่วนอาหารที่ยายยอดคำรับประทานไม่ได้จะเป็นอาหารประเภทหวาน น้ำตาล ข้าวาเหนียวเนื่องจากยายยอดคำต้องมีการควบคุมน้ำตาล รวมถึงอาหารประเภทดองและดิบ ดังที่ผู้ดูแลได้บอกว่า

*“น้ำตาล ของดอง ลาบดิบ พวกนี้กินไม่ได้”*

เมื่อถามสาเหตุของการเป็นแผลที่เท้าของยายยอดคำ ผู้ดูแลได้เล่าว่าได้เห็นแผลตอนที่พามารดาไปอาบน้ำ ซึ่งเกิดจากการสภาพอากาศที่หนาวเย็นและแห้ง โดยตนเองไม่ได้พาไปหาหมอแต่ได้นำน้ำเกลือมาล้างแผลก็ทำให้แผลดีขึ้น

*"แผลที่เท้าเป็นเพราะอากาศมันหนาว แห้ง พอพาไปอาบน้ำก็เห็นว่าเป็นแผล ...ไม่ได้ไปหาหมอ ใช้น้ำเกลือล้างเอง เดิมเคยมีแผลกดทับที่ก้น ก็หายแล้ว"*

หลังจากรับประทานอาหารเช้าเสร็จเรียบร้อย ยายยอดคำก็นอนพักผ่อน บางครั้งผู้ดูแลก็จะมาบีบนวดให้ยายบ้าง ถ้าว่างจากการทำงานบ้าน ยายยอดคำจะรับประทานอาหารกลางวันตอนประมาณ บ่ายโมงถึงบ่ายสองโมง โดยในช่วงบ่ายผู้ดูแลจะพายายนั่งรถเข็นที่โรงพยาบาลแม่สรวยได้มอบให้กับผู้สูงอายุที่ไม่สามารถเดินได้ในชุมชนได้ใช้ร่วมกัน โดยผู้ดูแลได้พายายนั่งรถเข็นไปเที่ยวที่บ้านญาติประมาณอาทิตย์ละ 2 ครั้ง และผู้ดูแลสังเกตเห็นว่าหลังพายายออกไปเที่ยว ยายจะรู้สึกสดชื่นขึ้น ดังประโยคที่ว่า

*"บางครั้งแกก็นอน... ก็นั่งๆ นอนๆ บีบไปนวดไป พี่นวดเองบางครั้งก็พาไปเที่ยวบ้านญาติ... ไปอาทิตย์ละประมาณ 2 ครั้งพาไปเที่ยวแล้ว แกก็สดชื่นนะ"*

ยายยอดคำจะรับประทานอาหารเย็นประมาณ 1 ทุ่ม หรือถ้าอาหารเย็นเสร็จเมื่อไหร่ก็จะรับประทานทันที

*"นอนประมาณ1 ทุ่ม... ไม่แน่นอนเสร็จเมื่อไหร่ก็กินเลย"*

จากนั้นก็จะเข้านอนประมาณ 2 ทุ่มกว่าในห้องนอนกับผู้ดูแลและลูกอีกหนึ่งคน ส่วนห้องนอนอีกห้องหนึ่งสามีและลูกอีกคนหนึ่งจะนอนด้วยกัน การแยกห้องนอนในลักษณะดังกล่าว เพราะผู้ดูแลมีความเป็นห่วงมารดาในเรื่องการของพลิกตัวเพื่อป้องกันแผลกดทับที่ต้องทำทุก 2 ชั่วโมง

*"ไม่ดูทีวี แกนอนเลย...สองทุ่มกว่าก็นอนค่ะ"*

*"ยายยอดคำก็นอนกับลูกพี่ พี่ เพราะต้องพลิกตัวเวลาเป็นแผล เพราะเดี๋ยวจะเจ็บกัน ส่วนลูกอีกคนนอนกับพ่อเขา"*

**<u>ด้านการขับถ่าย</u>**

ด้านการขับถ่ายของยายยอดคำ ผู้ดูแลเล่าว่าเมื่อมารดาต้องการขับถ่ายตนเองสังเกตเห็นว่ามารดาจะคราง ออกมา ดังคำพูดที่ว่า

*"เวลาแกจะถ่ายแกจะคราง ค่ะ"*

นอกจากนี้ผู้ดูแลจะใช้ผ้าอ้อมแทนการใช้ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ เนื่องจากก่อนหน้านี้เคยใช้ผ้าอ้อมผู้ใหญ่แล้ว กันของมารดาเป็นแผล หรือตอนในช่วงกลางวันเมื่อมารดาใส่ผ้าถุง ผู้ดูแลจะไม่สวมกางเกงในให้กับมารดา แต่จะใช้ผ้ายางรองที่เตียง หากมารดาต้องการปัสสาวะก็สามารถปัสสาวะได้ทันที ดังคำพูดที่ว่า

*"ก็ถ่ายแล้วใช้เปลี่ยนผ้าอ้อม เพราะแพมเพิร์สใช้แล้วก้นเป็นแผล...ลองใช้ 4 วันก็รู้ว่าไม่ดี"*

*"บางทีก็ใส่ (หมายถึงกางเกงใน) บางทีก็ไม่เพราะเดี๋ยวแกฉี่ราด"*

สำหรับการท้องผูกของยายยอดคำโรงพยาบาลได้เคยให้มะขามแขกเพื่อช่วยในการระบาย แต่ปัจจุบันผู้ดูแลบอกว่าไม่ได้ใช้แล้ว และตามปกติประมาณ 4-5 วัน ยายยอดคำจะถ่ายหนึ่งครั้ง โดยผู้ดูแลได้จะ

ใช้วิธีการล้วงทวารโดยมีเทคนิค คือ สวมถุงมือยางสีขาวแบบนิ่ม นำสบู่เหลวมาฟอกที่ถุงมือ จากนั้นจึงค่อยล้วง

*"เวลาถ่ายไม่ออกก็ใส่ถุงมือ เอาสบู่ฟอก แล้วก็ล้วงเอา"*

ความรู้หรือวิธีในการล้วง ผู้ดูแลเล่าว่าสังเกตจากการที่พยาบาลมาล้วงทวารให้มารดา และฝึกฝนเรื่อยมา

*"เมื่อก่อนหมอให้ เคยทานมะขามแขกเดี๋ยวนี้ไม่ทานแล้ว"*

*"ก็เห็นหมอล้วงก็สังเกตเอา…หมอไม่ได้สอนเราตรงๆ แต่เราดูเอาว่าทำยังไง …เราทำคนเดียว"*

**<u>ด้านการพลิกตัว</u>**

ก่อนหน้านี้ยายยอดคำเคยมีแผลกดทับหนึ่งครั้ง ผู้ดูแลได้พามารดาไปรักษาที่โรงพยาบาล โดยแพทย์ได้แนะนำว่าให้พลิกตัวมารดาทุก 2 ชั่วโมง โดยปกติผู้ดูแลจะเป็นคนคอยพลิกตัวมารดาด้วยตนเอง ดังประโยคที่ว่า

*"ก็รักษา พาไปโรงพยาบาลนะ…ก็บอกว่าไม่ได้พลิกตัวไปไหนนอนหงายท่าเดียวตลอด ตอนนี้เขาให้พลิกตัวทุก 2 ชั่วโมง ซ้าย 2 ชั่วโมง ขวา 2 ชั่วโมง"*

*"พี่เป็นคนพลิกตัวเอง แม่อุ๊ยพลิกเองไม่ได้ นอนตะแคงไม่ได้ นั่งได้ แต่เดินไม่ได้เลย"*

นอกจากนี้ผู้ดูแลยังได้คิดเทคนิค คือ การนำถุงมือยางสีขาวใส่น้ำรองที่เท้าของมารดาเพื่อป้องกันแผลกดทับ หรือการเอาหมอนรองหัวเข่าเพื่อป้องกันอาการปวดเข่าของมารดา ดังคำบอกเล่าที่ว่า

*"ทำนานแล้ว…คิดเองค่ะ… เห็นมันนิ่มดี"*

*"แกเจ็บหัวเข่า ก็เอาหมอนรอง"*

**<u>ด้านอาหาร</u>**

ผู้ดูแลมีวิธีดูแลอาหารของมารดา โดยผู้ดูแลเป็นผู้ปรุงอาหารเอง โดยเน้นอาหารรสจืด ให้รับประทานผักและปลา งดการทานอาหารหวานและข้าวเหนียว เนื่องจากการมารดาเป็นโรคเบาหวานต้องมีการคุมปริมาณน้ำตาลอย่างเคร่งครัด ดังคำพูดที่ว่า

*"ให้ทานอาหารพื้นบ้านเรานี่แหละ แม่อุ๊ยชอบทานปลานิลต้ม"*

*"เมื่อก่อนทานข้าวเหนียวแล้วน้ำตาลขึ้น…พอกินข้าวเหนียวแล้วไปโรงพยาบาลหมอก็บอกว่าน้ำตาลขึ้นไม่ให้กินข้าวเหนียว"*

*"อย่างวันนี้ก็กินหัวปลีกับต้มปลา"*

สำหรับอาหารเสริมของยายยอดคำไม่มีการทานวิตามินเสริม แต่ผู้ดูแลได้ให้มารดาดื่มนมถั่วเหลืองแทน และมีการใช้ยาสมุนไพรควบคู่กับการใช้ยาแผนโบราณ

*"มีนมจืด นมถั่วเหลือง"*

*“มีบ้างเอามาต้ม มาบีบ มาคั้น มีหญ้าหนวดแมว ทองพันชั่ง เอาใบ..มาประคบ ใช้แล้วอาการดีขึ้น”*

**<u>ด้านการฉีดอินซูลิน</u>**

เนื่องจากยายยอดคำมีโรคประจำตัว คือ โรคเบาหวาน ก่อนหน้านี้ต้องได้รับการฉีดอินซูลินวันละ 2 ครั้ง เช้าและเย็น ดังคำพูดที่ว่า

*“ก่อนหน้าตอนเย็นต้องฉีดอีกครั้งแกวูบ น้ำตาลลดลง พี่ต้องเอาน้ำหวานให้กิน แกก็ดีขึ้นเป็นอย่างนี้มานานแล้ว ไปวัดน้ำตาลก็ 30 เวลาจะวูบเหงื่อออกตามมือ เท้าเราก็ต้องสังเกตเอา”*

ต่อมาจึงลดเหลือวันละหนึ่งครั้ง โดยผู้ดูแลเล่าว่าตนเองได้รับความรู้จากเภสัชกรในการสอนฉีดอินซูลิน ต่อมาผู้ดูแลจึงได้สอนให้แก่ลูกสาว ดังคำบอกเล่าที่ว่า

*“เภสัชฯ สอนฉีดค่ะ… พี่ก็สอนลูกต่อ”*
*“ลูกสาวพี่ก็ฉีดเป็น”*

**<u>ด้านการทำความสะอาดเครื่องนุ่งห่ม</u>**

ผู้ดูแลเล่าเกี่ยวกับการทำความสะอาดเสื้อผ้าของมารดาโดยตนเองจะเป็นคนซักเสื้อผ้าให้กับมารดา แยกซักโดยวิธีการซักมือ ส่วนปลอกหมอน ผ้าปูที่นอน หากเปื้อนเมื่อไหร่ ตนเองก็จะซักทันที สำหรับหมอนและผ้าห่มจะนำตากแดดอาทิตย์ละครั้ง

*“พี่ซักแยกของยายยอดคำ ซักมือ…ผ้าปูที่นอนเปื้อนก็ซัก แล้วหมอนเอาตากแดด อาทิตย์ละครั้ง”*

**บทบาทของเครือข่ายการดูแล และเครือข่ายความช่วยเหลือ**

**<u>เครือข่ายครอบครัว/เครือญาติ</u>**

ในกรณีที่ยายยอดคำไม่สบายหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน ผู้ดูแลเล่าว่าจะมีเครือข่ายให้ความช่วยเหลือ คือ ญาติที่สามารถพึ่งพาตอนฉุกเฉินได้

*“ถ้าฉุกเฉินเราสามารถเรียกญาติที่เคยพาไปเชียงใหม่ได้”*

**<u>เครือข่ายในชุมชน</u>**

เครือข่ายแรกในชุมชนที่มีบทบาทในการดูแลยายยอดคำคือ สถานพยาบาล โดยบทบาทของสถานพยาบาลที่เกี่ยวข้องในการรักษาและฟื้นฟูยายยอดคำได้แก่ โรงพยาบาลแม่สรวยซึ่งเป็นโรงพยาบาลใกล้บ้านแห่งแรกที่ยายยอดคำไปรักษาเกี่ยวกับฝีที่คอ ถัดมาคือโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ จ.เชียงราย ที่ยายยอดคำเข้าไปใช้บริการเกี่ยวกับการผ่าตัดสมอง และโรงพยาบาลสวนดอก จ.เชียงใหม่เข้าไปรับบริการเกี่ยวกับการฉายแสงที่สมอง

บทบาทที่สำคัญของสถานพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งบทบาทของโรงพยาบาลแม่สรวย นอกเหนือจากการบำบัดรักษาแล้ว ยังมีบทบาทในการให้ความรู้ทั้งในเรื่องของวิธีการฉีดอินซูลิน ความรู้ด้านโภชนาการ ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันแผลกดทับและเป็นโรงพยาบาลที่ส่งพยาบาลเยี่ยมบ้านมาดูแลภายหลังจากนอนติดเตียง ดังคำบอกเล่าของผู้ดูแลพูดถึงบุคลากรทางการแพทย์ที่ให้ความรู้ตนเองเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพมารดา

*"หมอก็บอกว่าไม่ได้พลิกตัวไปไหนนอนหงายท่าเดียวตลอด ตอนนี้เขาให้พลิกตัวทุก 2 ชั่วโมง ซ้าย 2 ชั่วโมง ขวา 2 ชั่วโมง"*

*"เภสัชฯ สอนเรื่องการฉีดอินซูลิน"*

*"หมอมาก็เดือนเว้นเดือน บางเดือนก็บ่อย…มาล้างแผล ตอนนั้นมีแผลกดทับ"*

เครือข่ายต่อมา คือ องค์การบริหารส่วนตำบลแม่พริกที่มีบทบาทในการให้เงินช่วยเหลือแก่ยายยอดคำเป็น จำนวนเงิน 500 บาท เป็นเวลา 3 เดือนแล้ว ดังคำพูดที่ว่า

*"ได้ปีนี้ปีแรก ต้นปี ได้มาสามเดือนแล้ว…สามเดือน 500 บาท อันนี้ได้จากอบต….บางทีคนแก่เยอะเขาต้องแบ่งกัน"*

เครือข่ายอาสาสมัครในชุมชน เช่น ซิสเตอร์ อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) ตลอดจนเพื่อนบ้านบางคนที่มีบทบาทมาเยี่ยมเยียน พูดคุย ให้กำลังใจ ส่งผลให้ยายยอดคำมีสุขภาพจิตและสังคมที่ดีขึ้น ดังคำพูดที่ว่า

*"ซิสเตอร์เคยมา 2 ครั้ง ก็มาเที่ยวหา มาคุย มาบีบนวดให้…แกก็ดีใจ มีกำลังใจขึ้น"*

*"อาสาสมัครฯมาเดือนเว้นเดือน แยกกันดูแลเป็นกลุ่มๆ…มาวัดความดัน มาให้กำลังใจ มาพูดคุย ผู้สูงอายุบางคนปวดเมื่อยก็มาบีบนวดให้"*

*"มีเพื่อนบ้านมาให้กำลังใจ บอกให้ทานข้าวเยอะๆ จะได้หาย…แล้วก็มีอุ๊ยแดงที่มา"*

สำหรับความรู้สึกของผู้ดูแลเองนั้น มองว่าการที่มีคนมาเยี่ยมมารดามากๆ นอกจากจะทำให้มารดามีกำลังใจที่ดีแล้ว ยังส่งผลต่อสุขภาพจิตของตนเองอีกด้วย ดังคำพูดที่สะท้อนว่า

*"ดีใจค่ะ ไม่รำคาญ เพราะเวลาไม่มีใครมาก็เหงา"*

**บริการการดูแลที่ครอบครัวไปใช้บริการทั้งจากชุมชนและสถาบัน**

ผู้สูงอายุและครอบครัวไปใช้บริการจากโรงพยาบาลแม่สรวย โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ และโรงพยาบาลสวนดอก จ.เชียงใหม่ โดยใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

**<u>วิธีเข้าถึงบริการ และปัญหาอุปสรรค</u>**

ผู้ดูแลกล่าวว่าวิธีการเข้าถึงบริการสถานพยาบาลไม่มีปัญหาแต่อย่างใด เป็นไปตามขั้นตอนของโรงพยาบาล

*"ไม่มีเลย ไปโรงพยาบาลไม่มีปัญหา ก็เป็นไปตามขั้นตอน"*

**ค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น และการบริหารการเงิน**

**<u>รายรับ</u>**

รายรับของครอบครัวส่วนใหญ่ได้รับจากการทำนา ทำสวนของสามีผู้ดูแลเพียงคนเดียว แต่จะมีบางสัปดาห์ของวันหยุดเสาร์ อาทิตย์ที่ผู้ดูแลสามารถไปช่วยงานสามีได้ โดยให้บุตรทั้ง 2 คน ช่วยดูแลผู้สูงอายุให้แทน

**<u>รายจ่าย</u>**

ค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลมารดา ผู้ดูแลเล่าว่าก่อนหน้านี้จะเสียค่าใช้จ่ายไปกับค่าพาหนะเดินทางจากเชียงรายไปเชียงใหม่ เนื่องจากครอบครัวตนเองไม่มีรถยนต์ จึงต้องเหมารถญาติไปแต่ต้องจ่ายค่าน้ำมันให้คนขับรถประมาณ 800 บาท ไปกลับ ต่อ 1 ครั้ง นอกจากค่ารถแล้ว จะเป็นค่ายาบางชนิดที่ครอบครัวจะต้องจ่ายเอง เช่น ยาขยายหลอดเลือด เป็นต้น

*"ก็มียาบางชนิดค่ะ อย่างยาขยายเส้นเลือดต้องซื้อกินเอง เม็ดล่ะ สี่บาทกว่า ต้องกินทุกวันวันละสามครั้ง"*

เช่นเดียวกับเมื่อต้องไปรับยาที่โรงพยาบาลเชียงราย ผู้ดูแลจะใช้วิธีการไปรับยาแทนมารดา ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง 180 บาทต่อครั้ง อย่างไรก็ตาม แม้ว่าทางครอบครัวจะมีที่นาเป็นของตนเองจำนวนหลายไร่ แต่รายรับจากการทำนา ทำสวนที่ปลูกผักกาดและข้าวโพดก็ไม่แน่นอน ดังคำพูดที่ว่า

*"รายได้เดาไม่ได้ บางครั้งก็ถูกบางครั้งก็แพง ต้นทุนก็สูง ...ปีที่แล้วได้ข้าวประมาณ 300 ถังต่อกระสอบ...ของจากสวน ราคาไม่แน่นอน ขึ้นๆ ลงๆ ไม่พอก็กู้ ธกส."*

สำหรับค่าอาหารผู้ดูแลเล่าว่า ตกประมาณ 30-50 บาทต่อวัน แต่จะเสียเป็นบางวันเท่านั้น

*"กับข้าวบางครั้งก็ไม่ซื้อ บางครั้งก็ซื้อ ตกวันละประมาณ 30-50 บาท"*

**ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแล**

ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ค่านิยมความกตัญญู ต่อบิดา มารดาในการดูแลยายยอดคำ ผู้ดูแลมองว่าการดูแลมารดาเป็นหน้าที่ของบุตรพี่พึงกระทำ

ลักษณะโครงสร้างครอบครัว เนื่องจากผู้ดูแลเป็นบุตรคนเดียว จึงต้องรับหน้าที่ในการดูแลบิดามารดาซึ่งสอดคล้องกับค่านิยมของผู้ดูแลและวัฒนธรรมของไทย

รวมถึงการมีเครือข่ายทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการที่ช่วยทั้งในด้านความรู้ กำลังใจให้ทั้งแก่ผู้สูงอายุและผู้ดูแล

**คุณภาพการดูแล (ผู้ดูแล, อุปกรณ์ช่วยเหลือ, ภาวะแวดล้อม)**

**<u>ด้านผู้ดูแล</u>**

การเป็นผู้ดูแลหลักทำให้ผู้ดูแลต้องมีหน้าที่ในการดูแลทุกด้านให้แก่มารดา รวมถึงการดูแลสมาชิกทุกคนในครอบครัว ทำให้ผู้ดูแลต้องลดการทำงานที่นาและสวนลง ส่งผลให้ครอบครัวขาดรายได้ เนื่องจากสามีต้องหาเลี้ยงเป็นหลัก เช่นเดียวกับเมื่อมีงานบุญ งานกุศลผู้ดูแลเล่าว่า ผู้ดูแลสามารถไปร่วมได้แต่จะไปไม่นาน เพราะเป็นห่วงมารดา สะท้อนได้จากคำพูดที่ว่า

*“งานวัด งานแต่ง เราไปแต่ไม่ได้อยู่นาน”*
*“ไม่น้อยใจนะ เราอยู่ดูแลแม่ดีกว่าไปแบบนั้น”*

ด้านสุขภาพของผู้ดูแล แม้ว่าผู้ดูแลจะไม่มีโรคประจำตัว แต่มักจะมีอาการปวดหลัง ปวดสะโพก เนื่องจากต้องอุ้มมารดาไปอาบน้ำ เข้านอน โดยสามีจะมาช่วยในกรณีที่อยู่บ้านด้วยกัน

*“ตั้งแต่อุ้มยายยอดคำนี่แหละยังไม่ถึงปีค่ะ ประมาณ 2-3 เดือนมานี้ ตอนนี้ก็เจ็บตรงสะโพก หลัง…นอนพักก็ดีขึ้น…ก็ขอยามาบ้าง เตรียมไว้ ถ้าแฟนมีเวลาก็ช่วยกันอุ้ม”*

ในเวลาว่างผู้ดูแลจะใช้เวลาในการพักผ่อนระยะสั้นๆหรือฟังเพลง เพราะต้องเตรียมตัวทำงานบ้านและดูแลบุตรเมื่อกลับมาจากโรงเรียน หากต้องการจะไปข้างนอกเยี่ยมเยียนเพื่อนบ้านก็จะพามารดาไปด้วยเสมอ

*“พี่ก็นั่งฟังเพลง หลับบ้างแต่หลับนานไม่ได้…เดี๋ยวเด็กๆ ก็กลับมาต้องเตรียมทำงานอีก…ไม่ค่อยไป ถ้าไปก็ไปพร้อมอุ๊ย”*

ด้านภาวะความเครียด ผู้ดูแลบอกว่าตนเองไม่มีความเครียดในการดูแลมารดา และไม่อยากให้มารดาอยู่ที่โรงพยาบาลนานๆ เพราะกลัวว่ามารดาจะเจ็บ และคิดว่าตนเองดูแลมารดาเต็มที่แล้ว ดังประโยคที่ว่า

*“ไม่เครียด เครียดทำไมก็รู้นะ”*
*“ไม่อยากให้แม่อยู่โรงพยาบาล เพราะเวลาแม่ดูดเสมหะมีเลือดออกมาด้วย กลัวแม่เจ็บ อยากให้แม่มาอยู่บ้าน”*
*“คิดว่าดูแลเต็มที่แล้ว…ก็อยากแม่ให้ดีขึ้น”*

**<u>ด้านอุปกรณ์ช่วยเหลือ</u>**

ยายยอดคำใช้รถเข็นที่โรงพยาบาลแม่สรวยให้ยืม ยายยอดคำจะใช้ร่วมกับอุ้ยตึง ที่อาศัยข้างบ้านสลับกันใช้โดยหากยายยอดคำใช้รถเข็นช่วงเช้า ช่วงบ่ายอุ้ยตึงและครอบครัวจะใช้ต่อ

*“นี่อุ้ยตึงออกไปแล้ว (หมายถึงใช้รถเข็นเสร็จแล้ว) เราก็ยืมต่อ”*

**ด้านภาวะแวดล้อม**

ที่พักอาศัยของยายยอดคำและครอบครัว เป็นลักษณะบ้านไม้ทั้งหลัง ยกพื้นสูง ตามปกติผู้ดูแลจะพายายยอดคำนั่งและนอนตรงห้องรับแขก แต่เมื่อถึงเวลากลางดึก จึงอุ้มยายยอดคำไปนอนในห้อง

**ความต้องการได้รับการสนับสนุนจากสถาบัน ชุมชน และเครือข่ายอื่น ๆประมาณการค่าใช้จ่าย**

**ความต้องการบุคคลช่วยเหลือ**

ผู้ดูแลคิดว่าตนเองได้รับความช่วยเหลือจากสถาบันต่าง ๆเพียงพอแล้ว แต่สิ่งที่มีความต้องการเพิ่มเติม คือ การได้รับความรู้เกี่ยวกับด้านโภชนาการให้แก่มารดา

*“อยากรู้เรื่องอาหารการกิน...อยากให้คนมาบอก”*

**********

**กรณีศึกษาที่ 3**

**ยายบุญ**

สัมภาษณ์วันที่ 20 พฤศจิกายน 2551
ผู้ให้สัมภาษณ์และเป็นผู้ดูแลหลัก: นางแวว (บุตรสาว)
บ้านป่าหวายนั่ง ต.เขาสวนกลาง อ.เขาสวนกวาง จ.ขอนแก่น

**ประวัติผู้สูงอายุ**

ยายบุญ อายุ 84 ปี พื้นเพเป็นคนบ้านป่าหวายนั่ง หมู่ 4 เขาสวนกวาง สมรสกับนายสมบูรณ์ โดยสามีได้เสียชีวิตด้วยโรคปอด (เมื่อหลานอายุได้ 19 ปี) อาชีพเดิมของทั้งคู่คือ การทำนาโดยมีที่นาเป็นของตนเอง และมีบุตรร่วมกันทั้งหมด 8 คน ได้แก่

คนที่ 1 คนโตเป็นบุตรชาย สถานภาพสมรสและมีบุตรจำนวน 2 คน อาชีพ ขายของ (โรงขนมจีน) ปัจจุบันอาศัยที่ชุมแพ

คนที่ 2 บุตรสาว สถานภาพสมรส มีบุตรผู้ชายทั้งหมด 4 คน อาชีพ ทำนา อยู่จังหวัดหนองคาย

คนที่ 3 บุตรชาย สถานภาพสมรส มีบุตร 2 คน อาชีพ ทำนา อาศัยอยู่ที่บ้านโนนสูง จ.อุดรธานี

คนที่ 4 บุตรชาย อายุ 45 ปี สมรสแต่ไม่มีบุตร อาชีพ ทำนา

คนที่ 5 บุตรชาย สถานภาพสมรส มีบุตร 2 คน อาชีพ ทำนา อยู่บ้านดงเมืองแอม เขาสวนกวาง

คนที่ 6 บุตรชาย สถานภาพหย่าร้าง มีบุตร 3 คน เคยอยู่ที่อุบลราชธานี อาชีพ ทำนา ปัจจุบันอาศัยอยู่ด้วยกันที่มารดา (ยายบุญ) และนำบุตรทั้งหมดมาอยู่ด้วย

คนที่ 7 บุตรสาว นางแวว (ผู้ดูแลหลัก) สมรสแล้ว มีบุตรจำนวน 3 คน ปัจจุบันสามีทำงานอยู่ที่ประเทศอิสราเอล

คนที่ 8 บุตรสาว นายแสงจันทร์ สถานภาพโสด มีอาชีพทำนา พักอาศัยในบ้านเดียวกับมารดา (ยายบุญ)

ปัจจุบันมีสมาชิกในบ้าน ประกอบด้วย ยายบุญ บุตรชายคนที่ 6 (บุตรตนเอง 3 คน) บุตรชายคนสุดท้อง และแวว (บุตรตนเอง 3 คน) พร้อมกับสามีที่มาอยู่บ้างชั่วคราวเนื่องจากต้องทำงานที่ต่างประเทศ

จากคำบอกเล่าของบุตรสาวได้เล่าว่า แต่เดิมยายบุญเป็นคนใจดี ชอบไปทำบุญ แต่ภายหลังจากเดินไม่สะดวก จึงไม่ได้ไปทำบุญเหมือนอย่างเคย

**<u>สาเหตุการเจ็บป่วย</u>**

ยายบุญเริ่มป่วยในช่วง 4-5 ปีที่ผ่านมา โดยไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายช่วงล่างได้สะดวกนัก (นอนมากกว่าเดิน) สามารถเดินได้ในระยะสั้นๆ เนื่องจากขาไม่มีแรงและมีอาการปวดขา หากต้องการขับถ่ายจะใช้วิธีนั่งกระโถน ดังการสนทนาดังนี้

*“แม่เดินไปไหนไกไม่ได้...เดินไม่ไหว ไม่มีแรงช่วยตัวเอง...เวลาไปปัสสาวะไปอะไร ก็ช่วยตัวเองได้อยู่”*

แม้ว่าจะเดินได้ไม่สะดวก แต่ยายบุญพอที่จะช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง อาทิ สามารถรับประทานอาหารเองได้ อาบน้ำและใส่เสื้อผ้าเองได้แต่ต้องมีคนพยุงหรืออุ้มเมื่อไปห้องน้ำ

**<u>ข้อมูลผู้ดูแลหลัก</u>**

นางแวว อายุ 39 ปี เป็นบุตรสาวคนที่ 7 จากจำนวนบุตรทั้งหมด 8 คน สมรสกับ นายชัยเชิด อายุ 40 ปี มีบุตรจำนวน 3 คน ปัจจุบันชัยเชิดผู้เป็นสามีทำงานอยู่ที่ประเทศอิสราเอล

นางแววหรือผู้ดูแลหลักได้เล่าเกี่ยวกับประวัติครอบครัวตนเองว่า เดิมทีนั้นครอบครัวตนมีฐานะยากจนมาก แม้ว่ายายบุญ(มารดา) จะมีที่นาเป็นของตนเองถึง 17 ไร่ ได้ผลผลิตเป็นข้าวสารประมาณ 130-140 เกวียน แต่ก็ไม่เพียงพอที่จะเลี้ยงดูคนทั้งครอบครัวให้ได้ตลอดทั้งปี ซึ่งในขณะนั้นมีสมาชิกในครอบครัวทั้งหมด 7 ชีวิต ตนเองต้องการจะกู้ยืมเงินจากที่ใด ก็ไม่มีใครให้ยืม จึงทำให้ผู้ดูแลและสามีตัดสินใจเดินทางไปทำงานต่างประเทศ ดังคำพูดที่ว่า

*“เมื่อก่อนบ้านหลังเดิมเล็กกว่านี้มาก...เราต้องอดทน เมื่อก่อนยืมคนอื่น 20000-30000 ก็ไม่มีใครให้ เพราะเราจน กลัวไม่มีใช้ ธกส. ยังไม่ให้เลย”*

*“เดิมมันยากจน มันไม่มีอะไรจะกิน ข้าวก็ไม่มีจะกิน...”*

*“ก่อนไปต่างประเทศ นานี่ทำได้ปีละครั้ง ข้าวไม่พอกิน เมื่อก่อนต้องขอข้าววัด...ไปกับแฟน ขอซื้อข้าวที่วัด ข้าวเหนียวนี่แหละ ขอบูชามา...กับข้าวหาเอง ของพื้นบ้านแหละ”*

*“ไม่พอก็ดิ้นรนไปต่างประเทศ กู้เงินไปต่างประเทศ ให้แฟนไปก่อน”*

ชัยเชิดผู้เป็นสามีได้เดินทางไปประเทศอิสราเอลก่อนเมื่อปี 2540 โดยได้ส่งเสียเงินมาให้ทางบ้าน ทำให้ฐานะทางบ้านดีขึ้น ดังประโยคของผู้ดูแลที่ว่า

*"ก็มีตังค์ใช้ พอกินพอใช้ ได้สร้างบ้านใหม่ ซื้อที่นาเพิ่มอีก 10 ไร่"*

ต่อมาประมาณปี 2543 ผู้ดูแลจึงได้เดินทางไปทำงานที่ประเทศเดียวกันกับสามี เนื่องจากพี่ชายกับน้องชายที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันไม่กล้าที่จะเดินทางไปทำงานที่ต่างประเทศ ประกอบกับได้สนับสนุนให้ผู้ดูแลเดินทางไปแทน โดยทั้งคู่จะช่วยกันดูแลมารดา ทำให้ผู้ดูแลตัดสินใจไปทำงานแม้ว่าตนเองต้องการจะอยู่ดูแลมารดาก็ตาม ดังประโยคที่ว่า

*"เขา (หมายถึงพี่ชายและน้องชาย) ไม่กล้าไป ทำพาสปอร์ตยังไม่กล้าเลย กลัว ที่จริงอยากให้น้องชายไป เพราะว่าอยากอยู่กับแม่แต่น้องชายไม่ไป ว่าจะอยู่กับแม่ พี่สาวไปเถอะ จะอยู่กับแม่"*

โดยเดินทางไปทำงาน 5 ปี และในช่วงเวลา 2 ปีจะกลับบ้าน 1 ครั้ง โดยสามีได้รับเงินเดือนประมาณเดือนละ 40000-50000 บาท ส่วนผู้ดูแลได้รับเงินเดือน เดือนละ 30000 บาท และถ้าทำโอทีจะได้เงินเพิ่มประมาณ 40000 บาท ต่อเดือนหลังจากทำงานเก็บเงินและมีฐานะดีขึ้น สามารถสร้างบ้านใหม่และซื้อที่ดินเพิ่มให้กับครอบครัว ผู้ดูแลจึงกลับประเทศไทย เพื่อมาดูแลมารดาและบุตร ส่วนสามียังคงทำงานอยู่ที่ต่างประเทศซึ่งกลับมาบ้านบ้างเป็นครั้งคราว

**<u>เหตุผลของการเป็นผู้ดูแล</u>**

เหตุผลของการกลายมาเป็นผู้ดูแลยายบุญผู้เป็นมารดานั้น ผู้ดูแลได้เล่าว่า เนื่องมาจากประเพณีที่สืบต่อกันมาว่าการเป็นลูกผู้หญิงมีหน้าที่ต้องดูแลมารดา ดังประโยคที่ว่า

*"ประเพณีเป็นอย่างนั้น ลูกผู้หญิงต้องเลี้ยงแม่"*
*"ก็เป็นผู้หญิงคนเดียวอยู่กับแม่"*

แม้ว่าครอบครัวนี้จะมีบุตรสาว (คนที่ 2) อีกคนหนึ่ง แต่ผู้ดูแลบอกว่าพี่สาวคนดังกล่าวได้ "ออกเรือน" ไปอยู่ที่หนองคายกับสามีก่อนแล้ว เช่นเดียวกับผู้ดูแลที่แต่งงานกับสามีเมื่อมารดายังแข็งแรงอยู่ แต่เมื่อมารดาป่วย ไม่สามารถดูแลตนเองได้ ด้วยความห่วงใยมารดาที่ว่า พี่สาวได้ออกเรือนไปอยู่ต่างจังหวัดแล้ว จะไม่มีใครดูแลมารดา ผู้ดูแลจึงมีหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักมารดา

*"... พอออกเรือนไปแล้ว ก็อยู่กับแฟนเขา (หมายถึงพี่สาว)...ออกเรือน คือ การไปมีบ้านใหม่ มีบ้านเลขที่อะไรใหม่หมด แต่นี่ยังออกอยู่กับแม่ (หมายถึงตนเอง) ถ้าออกเรือนไปใครจะอยู่กับแม่"*

เหตุผลหนึ่งที่ผู้ดูแลออกจากงานที่ต่างประเทศและกลับมาดูแลมารดา เนื่องจาก มีรายได้เพียงพอต่อการยังชีพ สามารถเก็บเงินจนกระทั่งปลูกบ้านถาวรได้ มีเงินฝากธนาคาร และใช้รายได้จากสามีเพียงคนเดียว เพียงพอต่อการใช้ชีวิตในครอบครัวด้วย

**ข้อมูลผู้ดูแลรอง**

ผู้ดูแลรองในครอบครัวได้แก่ บุตรสาวของผู้ดูแล บุตรชายคนที่ 6 และ บุตรชายคนสุดท้อง โดยจะสับเปลี่ยนดูแลตามโอกาส เช่น กรณีที่ผู้ดูแลต้องไปร่วมงานบุญต่างๆ เป็นต้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งบุตรสาวจะช่วยเป็นลูกมือทำกับข้าวตอนเช้ารวมถึงการซักเสื้อผ้าอีกด้วย

*"ลูกสาวช่วยแม่ได้ ตอนเช้าทำกับข้าว ก็ได้เขาช่วยทำ"*
*"ใช้เครื่อง ต้องซักให้น้อง ลูก หลาน บางทีลูกสาวก็ซักให้"*
*"ลูกสาวก็ช่วย สั่งลูกให้ปัดนู้น กวาดนี่"*

**ภาวะการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ การดูแลสุขภาพกาย สุขภาพจิต และด้านสังคม**

นางบุญเป็นโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว ผลการตรวจร่างกาย มีน้ำหนัก 41 กิโลกรัม ส่วนสูง 144 เซนติเมตร ค่าดรรชนีมวลกาย 20.19 รอบเอว 27 นิ้ว อุณหภูมิ 37$^{\circ}$ C ชีพจร 68 ครั้งต่อนาที การหายใจ 20 ครั้งต่อนาที

การรับประทานอาหาร สามารถรับประทานอาหารเองได้ ชนิดของอาหารคือ ข้าวสวย รับประทานกับอาหารที่ปรุงจากเนื้อสัตว์ ไก่ หมู ปลา ผักกาด เป็นอาหารรสจืด ผลไม้ที่รับประทาน ได้แก่ ส้ม ละมุด แก้ว มังกร และดื่มน้ำผลไม้ ดื่มน้ำประมาณวันละ 10 แก้ว นอกจากนี้ จะเคี้ยวหมากวันละ 1 คำ ไม่ดื่มเครื่องดื่มประเภทอื่น ๆ

การขับถ่าย มีการขับถ่ายเป็นปกติวันละครั้ง บางวันมีอาการท้องผูก ผู้ดูแลให้ดื่มเกลือแร่ ปัสสาวะวันละ 3-4 ครั้ง

เสื้อผ้าที่ใช้ ใส่เสื้อผ้าเป็นปกติ สามารถสวมใส่ผ้าได้ นุ่งผ้าถุงเองได้ ผลัดเสื้อผ้าทุกวัน ไม่ใช้ผ้าอ้อมหรือแผ่นรองใด ๆ

การนอน นางบุญอาการนอนไม่ค่อยหลับ ตี 1 ตี 2 จะตื่น ประมาณตี 3-4 ก็จะนอน ทุกวัน โดยเฉลี่ยนอนวันละ 6-7 ชั่วโมง

การได้ยินและการมองเห็น นางบุญได้ยินเสียงชัดเจน เมื่อพูดคุยสามารถตอบสนทนาได้อย่างรู้เรื่อง ตาทั้งสองข้างพร่ามัว มีขาวขุ่นที่ตาทั้งสองข้าง (Cataract) แต่ตาข้างขวา สามารถมองได้ดีกว่า

ผลการประเมินภาวะสุขภาพจิต มีสภาพจิตใจดี ญาติและลูก ๆ คอยให้กำลังใจตลอด

**การจัดการดูแลในครอบครัวของผู้ดูแลหลัก ในครอบครัวและกลวิธี**

แววในฐานะผู้ดูแลหลักเล่าว่าหลังจากที่ตนกลับมาอยู่ที่ประเทศไทย ไม่ได้ประกอบอาชีพใดๆ แต่จะมีหน้าที่หลักในการดูแลมารดา บุตรและความเรียบร้อยภายในบ้าน โดยมีวิธีในการดูแลมารดา เริ่มจากตอนเช้าปลุกมารดา ในบางครั้งมารดาจะตื่นนอนเองบ้าง โดยจะจัดให้เตรียมน้ำและกระโถนให้มารดาล้างหน้าล้างตาที่เตียง และจัดยาให้มารดารับประทาน โดยในช่วงดังกล่าวผู้ดูแลก็จะเตรียมอาหารไปด้วยโดยจะมีบุตรสาวคอยช่วย หลังจากยายบุญรับประทานยาเสร็จสักพักจึงค่อยให้รับประทานอาหาร ดังคำบอกเล่าที่ว่า

*"ปลุกจ๊ะ บางวันก็ไม่ได้ปลุก ตื่นเอง ยายกินข้าวแล้วก็นอนต่อ...ตื่นเช้ามาก็ทำอาหาร ทำกับข้าวให้แม่กิน ต้องเอายาให้กินก่อน...กินยาเสร็จสักพักแล้วค่อยให้กินข้าวหรือกินยาเสร็จกินข้าวเลย"*

โดยอาหารที่จัดเตรียมให้มารดาจะเป็นอาหารประเภท ข้าว ผัก และปลา ผู้ดูแลเล่าว่ามารดาสามารถรับประทานอาหารได้ด้วยตนเองและรับประทาน 3 มื้อในหนึ่งวัน โดยตนเองจะคอยเอาใจใส่ถามอยู่เสมอว่ามารดาต้องการจะรับประทานอะไร และจะทำอาหารของมารดาแยกจากสมาชิกในครอบครัว เนื่องจากมารดาไม่สามารถรับประทานเผ็ดได้และจะทำกินให้หมดในมื้อเดียวเพราะมารดาชอบที่จะเปลี่ยนชนิดของอาหารเสมอ ดังคำพูดที่ว่า

*"ทำให้อาหารให้ยายต่างหาก...กินมื้อเดียว...ก็ทำใหม่ไม่ชอบอย่างเก่า... ทำใหม่จ๊ะ ทุกวัน"*

สอดคล้องกับที่เจ้าหน้าที่ อบต. ที่เป็นผู้นำทางไปบ้านของยายบุญและได้อยู่ในช่วงการสัมภาษณ์ในช่วงต้นๆ ได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับวัฒนธรรมการกินของชาวอีสานที่ว่า ชาวอีสานส่วนใหญ่นิยมประกอบอาหารและจะรับประทานให้หมด ไม่ให้เหลือค้างไว้ ยกเว้นอาหารบางประเภท เช่น แจ่ว ดังคำพูดที่ว่า

*"ส่วนมากคนอีสานเวลา เขากินข้าว เขาจะทำกินใหม่ทุกมื้อ ทำแล้วก็กินๆ จะไม่กินอาหารค้างคืน ยกเว้นพวกที่เก็บใส่ตู้เย็นค้างคืนได้ ก็ตักแบ่งกินได้ แต่ถ้าเป็นน้ำพริกสดๆ ถ้ากินเสร็จก็จะทิ้ง"*

อาหารที่ยายบุญชอบรับประทานเป็นพิเศษ คือ แกงหน่อไม้ส้ม แกงหวาย และบางวันผู้ดูแลก็จะนั่งรับประทานอาหารกับมารดาหรือบางวันก็ป้อนอาหารมารดาด้วย

*"บางวันก็นั่งกินด้วย บางวันก็กินคนเดียว บางวันก็ป้อนเอา...คนแก่เอาใจยาก ใจน้อย (หัวเราะ)"*

หลังจากรับประทานอาหารเสร็จยายบุญจะไม่แปรงฟัน แต่จะใช้วิธีการ ล้างปาก บ้วนปาก และล้างมือ เนื่องจากยายมีฟันแท้เหลือไม่มากนักและไม่ได้ใส่ฟันปลอม ผู้ดูแลเคยถามเรื่องการใส่ฟันปลอมให้กับมารดา แต่ได้รับคำตอบจากหมอว่าไม่สามารถใส่ให้ได้

หลังจากยายบุญรับประทานอาหารเที่ยงเสร็จ จะนอนพักผ่อน แล้วจึงรับประทานอาหารมื้อเย็น จากนั้นจะลุกเดินภายในบ้าน โดยจะมีผู้ดูแลช่วยจับลุก แต่ถ้าบางวันลุกไหวก็จะลุกด้วยตนเอง โดยในการเดินจะมีไม้เท้าซึ่งในครอบครัวทำเองจากไม้ไผ่ช่วยในการเดิน

*"มื้อเย็นเสร็จบางวันก็ลุกเดิน เดินในบ้านนี่แหล่ะ...บางวันลุกไหว บางวันก็จับลุก...ใช้ไม้ช่วยพยุง เป็นไม้ไผ่ ทำเอง"*

สำหรับการรับประทานอาหารเสริม พบว่า ยายบุญไม่มีการใช้ยาสมุนไพรหรืออาหารเสริมแต่อย่างใด ยกเว้น การดื่มน้ำเต้าหู้และการรับประทานผลไม้ อาทิ ส้มเขียวหวาน ละมุด แตงโม เป็นต้น

**<u>การอาบน้ำ</u>**

ด้านวิธีการอาบน้ำ ผู้ดูแลจะใช้วิธีประคองมารดาเดินพาไปอาบน้ำที่ห้องน้ำ หรือบางครั้งก็จะมีพี่ชายหรือน้องชายช่วยอุ้มพาไปอาบน้ำ โดย 2 วัน จะอาบ 1 ครั้งหรือใช้วิธีการเช็ดตัว ดังประโยคที่ว่า

*"พาไปอาบ บางวันก็อุ้ม บางวันก็ให้เดินประคองเอา"*
*"ไม่อาบทุกวัน บางวันก็ 2 วัน อาบที บางวันเช็ดตัวให้"*

*"เวลาอาบน้ำก็ถูสบู่ให้ สระผมให้"*

ในกรณีที่มีอากาศหนาว ผู้ดูแลได้ใช้การเช็ดตัวหรือการต้มน้ำให้กับมารดาอาบ สะท้อนถึงความเอาใจใส่ที่มีต่อมารดา

*"หน้าหนาวก็ให้อาบน้ำอุ่น"*

**ด้านการขับถ่าย**

ด้านความสามารถในการขับถ่าย ยายบุญสามารถขับถ่ายและชำระล้างได้ด้วยตนเอง ผู้ดูแลมีหน้าที่คือ การนำกระโถนไปทิ้ง ความถี่ในการขับถ่ายประมาณ 2 วันต่อ 1 ครั้ง หากไม่ได้ขับถ่ายจะมีการบ่นให้กับผู้ดูแลฟังบ้าง แต่ไม่ได้ใช้ยาระบายในการขับถ่ายแต่อย่างใด

*"ถ่ายออกค่ะ แต่ไม่ทุกวัน บางทีก็ 2 วัน/ครั้ง ถ่ายเองไม่ต้องล้วง"*

*"บ่นค่ะ เวลาไม่ถ่ายจะบ่น"*

*"ไม่ต้อง ยาระบายก็ไม่เอา เราต้องรู้ใจเขาว่าเขาอยากได้อะไร อยากทำอะไร"*

*"ไม่มีแผลค่ะ (หมายถึงแผลกดทับบริเวณก้น) เวลาถ่ายแกถ่ายเอง ล้างก้นเอง แต่เราต้องเอากระโถนไปทิ้งให้"*

**ด้านการทำความสะอาดเครื่องนุ่งห่ม**

ผู้ดูแลจะเป็นผู้เก็บเอาเสื้อผ้าไปซักให้ แต่การแต่งกายยายบุญสามารถแต่งกายได้ด้วยตนเอง

*"ซักให้ แต่ใส่เองได้"*

กรณีที่ผู้ดูแลต้องการจะร่วมงานประเพณีต่างๆในหมู่บ้าน อาทิ งานศพ งานบวช งานแต่งงานก็สามารถเข้าร่วมได้ โดยจะมีพี่ชายหรือน้องชายที่อาศัยบ้านเดียวกันคอยดูแล อย่างไรก็ตามเมื่อผู้ดูแลจะออกไปข้างนอกหรือทำบุญที่วัดก็จะบอกมารดาเสมอ และผู้ดูแลไม่สามารถออกไปนอนค้างนอกบ้าน เพราะเป็นห่วงมารดา อันสะท้อนให้เห็นจากคำพูดที่ว่า

*"บอกจ๊ะ ต้องบอกน้องชายด้วยว่าให้ดูแม่ บอกก่อนล่วงหน้า"*

*"แม่จะรู้ว่าไปวัด ต้องบอก ถ้าไม่บอกแกจะถามหา"*

*"นอนค้างไม่ได้...กลัวยายจะเป็นอะไร ค้างไม่ได้ ถ้าค้างลูกจะโทรตาม ค้างไม่ได้"*

*"ไม่ได้ ต้องกลับ อยู่ต่อไม่ได้ เพราะยายแกจะถามหา ว่าไปนานจัง"*

รวมถึงตัวอย่างความเอาใจใส่ของผู้ดูแลที่มีต่อมารดาที่ชอบการกินหมาก ก็จะพยายามให้ยายพึงพอใจ หากตนเองไม่ว่างก็จะให้หลานช่วยตำให้ยาย ดังประโยคที่ว่า

*"เราตำหมากเองให้ยาย บางทีก็ให้หลานตำให้"*

ด้านพาหนะในการเดินทาง ทางครอบครัวจะใช้พาหนะมอเตอร์ไซค์ในการเดินทาง โดยมีทั้งหมดจำนวน 3 คัน คันแรกพี่ชายและน้องชายไว้เดินทางไปทำนา คันที่ 2 ให้บุตรคนโตของผู้ดูแลเดินทางไป

โรงเรียน ส่วนเด็กๆที่เหลืออีก 3 คนปั่นจักรยานไปโรงเรียน ฉะนั้นจะเหลือมอเตอร์ไซค์ที่บ้านอีกคันที่ไว้ใช้ในยามฉุกเฉินในกรณีที่ยายบุญไม่สบาย ดังคำพูดที่ว่า

*"เด็กๆ ปั่นจักรยานไป 3 คน โตแล้วเอารถไป 1 คัน อีกคันทิ้งไว้ที่บ้าน ไว้ใช้เวลาฉุกเฉิน จะได้ตามคน เผื่อยายเป็นอะไร คนอื่นจะได้รู้เรื่อง"*

**<u>ด้านการทานยา</u>**

ยายบุญยาประจำตัวคือ แก้โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยจะมีผู้ดูแลปลุกกินยาทุกวัน ได้แก่ มื้อเช้า กลางวัน และเย็น

*"...เป็นคนจัดยาให้...กินยา 3 เวลา เช้า กลางวัน เย็น...ไม่ต่ำกว่าสิบเม็ด มีทั้งก่อนและหลัง และก่อนนอนด้วย"*

*"ยายต้องฉีดอินซูลินทุกวัน วันละครั้ง ช่วยกัน ส่วนใหญ่หลานเป็นคนฉีด"*

**บทบาทของเครือข่ายการดูแล และเครือข่ายความช่วยเหลือ**

**<u>เครือข่ายครอบครัว/เครือญาติ</u>**

นอกเหนือจากลูกหลานที่อยู่ต่างจังหวัดมาเยี่ยมเยียนและมีค่าใช้จ่ายมาให้ยายบุญบ้างแล้ว ก็จะมีลูกพี่ลูกน้องของยายมาเยี่ยมเยียนทุกวัน มาให้กำลังใจและช่วยทำอาหารที่ยายบุญชอบ ดังคำบอกเล่าที่ว่า

*"มีลูกพี่ลูกน้อง เป็นญาติกันแม่เขาเป็นพี่น้องกับยาย มาทุกวันเลย"*

*"มีค่ะ พ่อลุง เป็นพี่ชายของแฟน บ้านอยู่ติดกัน มาดูกัน เวลาอยากอะไรก็ทำให้กิน แกดูแล"*

*"ดีค่ะ...ทำอาหารอีสาน แกงเห็ดให้กิน"*

**<u>เครือข่ายในชุมชน</u>**

ด้านอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) มีบทบาทในการเยี่ยมเยียน พูดคุย ให้กำลังใจ ทำให้ยายบุญมีกำลังใจที่ดีขึ้น ดังคำกล่าวของผู้ดูแลที่ว่า

*"อาสาฯมาค่ะ เวลามาบางทีก็อยู่ บางทีเราก็ไม่อยู่ ไม่ได้มาทำอะไร มาคุยกับยาย เอาขนมมาให้...ยายก็ดีใจ"*

ด้านผู้ดูแลได้สะท้อนความรู้สึกว่าการที่มีคนมาเยี่ยมเยียนมารดาของตน ทำให้มารดามีกำลังใจที่ดีขึ้น ดังประโยคที่ว่า

*"ก็ดี ทำให้แกมีกำลังใจขึ้น"*

*"...เวลาทำอาหารอะไรแกก็ยิ้ม เพื่อนบ้านแกก็ถามหาทุกวัน"*

**บริการการดูแล ที่ครอบครัวไปใช้บริการ ทั้งจากชุมชนและสถาบัน**

ผู้สูงอายุได้ไปใช้บริการที่สถานีอนามัยและโรงพยาบาลเขาสวนกวาง ใช้สิทธิการรักษาพยาบาล คือ การใช้บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า

**ค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น และการบริหารการเงิน**

**<u>รายรับ</u>**

เนื่องจากผู้ดูแลไม่ได้ประกอบอาชีพใด ๆ รายได้ทั้งหมดจึงได้รับจากสามีที่ได้ส่งเงินมาให้จากต่างประเทศ โดยสามีจะให้นายจ้างโอนให้เข้าบัญชีของตน นอกจากนี้ยังมีรายรับเป็นเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ที่ได้จาก อบต. โดยได้รับตั้งแต่ยายอายุ 60 ปี ด้านบุตรของยายบุญเมื่อมาเยี่ยมจะให้เงินไว้ให้ยายบุญใช้จ่ายบ้าง

*“ลูก ๆคนอื่นไม่ส่ง แต่เวลามาเยี่ยมก็จะให้…บางทีก็ 500 บาท บางทีก็ 1000 บาท มาเยี่ยมบ่อยนะ เขาโทรมาถามทุกวันว่าแม่เป็นยังไงบ้าง”*

**<u>รายจ่าย</u>**

อย่างไรก็ตามผู้ดูแลยอมรับว่าเงินที่ได้รับไม่เพียงพอต่อค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน แม้ว่ามารดาตนจะไม่เสียค่ารักษาพยาบาลแต่ก็มีค่าพาหนะและค่าอาหารเมื่อต้องเดินทางไปโรงพยาบาล เพราะครอบครัวมีเพียงรถมอเตอร์ไซค์ ไม่สามารถพามารดาไปโรงพยาบาลได้ ดังคำพูดที่ว่า

*“บางทีก็พอ บางทีก็ไม่พอใช้ บางเดือนค่าใช้จ่ายเยอะ เวลาไปโรงพยาบาล มีค่าเหมารถไปโรงพยาบาล ค่ากับข้าว”*

*“เกือบทุกอาทิตย์ แกป่วยก็ไป เวลาไปเหมารถไปครั้งละ 100 บาท ทั้งไปและรอรับกลับ… เหมารถสามล้อไป ส่วนค่าหมอไม่ต้องเสีย…มันหนักแค่ค่ารถเท่านั้น”*

*“บางเดือนก็ไม่พอ บางเดือนก็สองหมื่น ลูกเรียนมัธยมก็ต้องใช้เงิน ไม่ได้ห่อข้าว ให้เงินไป 20 บาท”*

นอกจากนี้จะมีค่าใช้จ่ายในครอบครัว ได้แก่ ค่าอาหาร และค่าเครื่องนุ่งห่ม แม้ว่ายายบุญจะเคลื่อนไหวช่วงล่างไม่สะดวกแต่ทางครอบครัวไม่ได้เสียค่าผ้าอ้อมหรือ ผ้าอ้อมสำหรับผู้ใหญ่แต่อย่างใด เพราะยายใช้กระโถนในการขับถ่าย โดยรายละเอียดค่าใช้จ่ายในการดูแลมารดาจำแนกได้ดังนี้

**<u>ค่าอาหาร</u>**

ผู้ดูแลกล่าวว่าเสียอาหารให้แก่สมาชิกทุกคนในบ้าน ประมาณเดือนละ 4000 บาท

*“ค่ากับข้าวประมาณ 4000 บาทต่อเดือน”*

*“ของหวาน ผลไม้ ปลา เนื้อหมู ไข่ ส่วนนมโอวัลตินเขาไม่กิน ไม่ชอบ แกจะกินน้ำเต้าหู้เป็นบางครั้ง”*

**<u>ค่าเครื่องนุ่งห่ม</u>**

สำหรับเครื่องนุ่งห่มโดยมาก ผู้ดูแลจะเป็นผู้ซื้อให้แก่มารดา ซึ่งใช้เงินในส่วนที่สามีส่งมาให้

*“มีค่ะ แกจะเรียก อยากได้เสื้อ ผ้าถุง เวลารถเข็นมาขาย”*

*“บ่อยนะ อยากได้เกือบทุกครั้งเลย ขนาดลิปเขายังซื้อเองเลย”*

**ค่าไฟ ค่าน้ำ**

เนื่องจากสมาชิกในบ้านอยู่ร่วมกันหลายคน ค่าไฟจึงเสียประมาณเดือนละ 1100 บาท ที่เสียค่าไฟมากเพราะส่วนหนึ่งต้องใช้ปั๊มน้ำ

*“ค่าไฟ น้ำเป็นน้ำปั๊ม รวมค่าไฟ 1100 บาท ไม่มีประปาหมู่บ้าน ทุกบ้านเขาก็ปั๊มเอา”*

**ค่าเชื้อเพลิง**

ครอบครัวนี้ใช้ทั้งแก๊สและเตาถ่านในการหุงต้ม (ใช้เตาถ่านเมื่อแก๊สหมด) โดยเสียค่าแก๊ส 290 บาท ใช้ได้ไม่เกินหนึ่งเดือน และค่าน้ำมันรถมอเตอร์ไซค์ 100 บาท/สัปดาห์ (3 คัน)

*“ค่าแก๊สเดือนเดียวยังไม่พอเลย อยากกินไรตอนไหนก็ทำ ต้องทำให้ลูกอีก”*

**ค่าโทรศัพท์**

ผู้ดูแลใช้โทรศัพท์มือถือเพื่อติดต่อสามีที่ต่างประเทศ โดยใช้เป็นระบบเติมเงิน ประมาณ 1500 บาท ต่อเดือน

*“โทรศัพท์บ้านไม่มี ส่วนเติมเงินตกประมาณ 1500 ต่อเดือน”“ก็มันแพง แฟนโทรมา บางทีก็ต้องโทรไป นาทีเท่าไหร่ตอนนี้ไม่รู้เลย แต่มันก็โทรได้ทุกเวลา บางทีไม่ได้รับก็เสียเงินแล้ว”*

*“การ์ดใบนึงประมาณ 800 บาท เงินไทย ใช้ได้ 3 ชั่วโมง ที่นู้นถ้ารายเดือนก็ต้องจำเดือนละ 700-800 บ้านเราก็ 7000-8000 บาท”*

**ค่าอุปการะเสื้อผ้ารองเท้าสมาชิกในบ้านทั้งหมด**

ผู้ดูแลเล่าว่า นอกเหนือจากที่ตนเองต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลมารดา บุตรตนเองแล้ว ต้องให้การช่วยเหลือค่าใช้จ่ายแก่สมาชิกในบ้านทุกคน แม้ว่าพี่ชายและน้องชายจะมีอาชีพทำนา แต่บางครั้งเงินก็ไม่เพียงพอ แววก็จะเป็นผู้ช่วยเหลือ ดังคำบอกเล่าที่ว่า

*“ซื้อจ๊ะ ซื้อเสื้อผ้า รองเท้า ดูแลหมดเลย”*

*“ก็เขาไม่มีเงินใช้ เวลาไปนาเกี่ยวข้าว เขาไม่มีเงินมาขอ ก็ให้...บางทีก็ 1000 บาท บางทีก็ 400-500 บาท...นาน เวลาเขาไม่มีถึงจะขอ*

*”“ไม่บ่นนะ เวลาเราไม่มีก็บอกเขา เขาก็ไม่”*

**ค่าใช้จ่ายอื่น ๆ**

นอกจากนี้ยังมีค่าใช้จ่ายอื่นๆ ได้แก่ ค่าน้ำหวาน ค่าหมากของยายบุญ อาทิตย์ละ 100 บาท และค่ากระดาษชำระ

*“ทิชชู ซื้อมาเป็นแพ็ก แพ็กละ 200-300 บาท ใช้ได้นานเป็นเดือน”*

โดยกิตมองว่าหากมีรายได้เดือนละ 15,000 – 20,000 บาท จึงจะเพียงพอในการดูแลผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัว

**ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแล (ค่านิยม, วัฒนธรรม, ภาวะการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ ฯลฯ)**

ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลในครอบครัวนี้ ได้แก่

**ปัจจัยด้านประเพณี** อาทิ การออกเรือน การเป็นลูกผู้หญิงที่ต้องมีบทบาทในการดูแลบิดา มารดาเมื่อยามแก่ชรา

**ปัจจัยด้านความสัมพันธ์ภายในครอบครัว** ในครอบครัวของยายบุญจะมีความผูกพันระหว่างเครือญาติค่อนข้างดี โดยสังเกตได้จากการช่วยเหลือด้านเงินทองระหว่างพี่น้อง หรือการเกื้อกูลกันเมื่อสมาชิกคนใดคนหนึ่งมีปัญหา ดังเช่น กรณีของบุตรชายคนที่ 6 ที่ประสบปัญหาการหย่าร้างกับภรรยาและต้องรับภาระการเลี้ยงดูบุตรตนเองอีก 3 คน สมาชิกในครอบครัวเดิมก็ต้อนรับเมื่อเขาต้องการกลับมาอยู่ด้วย หรือ การที่ทุกคนในบ้านทั้งหมดนอนรวมกันที่ห้องโถงชั้นล่าง ใกล้กับที่ยายบุญนอน แม้ว่าภายในบ้านจะมีห้องนอนทั้งชั้นบนและชั้นล่าง แต่ทุกคนต่างมานอนรวมกัน อันสะท้อนให้เห็นสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว ดังประโยคที่ว่า

> *“ห้า หก คน นอนนี่ หลาน เหลิน นอนนี่หมดเลย (หมายถึงห้องรับแขกชั้นล่าง)…ลูกก็นอนเต็มนี่ ไม่มีใครขึ้นข้างบนสักคน เอาที่นอนมาปูเรียงกันเลย นอนตรงนี้เลย”*

**คุณภาพการดูแล (ผู้ดูแล, อุปกรณ์ช่วยเหลือ, ภาวะแวดล้อม)**

**ด้านผู้ดูแล**

เนื่องจากสามีต้องไปทำงานต่างประเทศ ผู้ดูแลจึงต้องรับภาระหลักเปรียบได้กับการเป็น “หัวหน้าครัวเรือน” ในการดูแลมารดา ตลอดจนความเป็นอยู่ของสมาชิกภายในครอบครัว ทั้งในด้านงานบ้าน ค่าใช้จ่ายต่างๆ อย่างไรก็ตามผู้ดูแลมองว่าความรับผิดชอบเหล่านี้ “ไม่ได้เป็นปัญหา” แต่โดยส่วนตัวยอมรับว่ามีเครียดบ้าง ดังประโยคที่ว่า

> *“ไม่เป็นปัญหาค่ะ บางวันก็เครียด บางวันก็ไม่เครียด เพราะมันหลายอาง บางวันต้องดูแลลูก ยายก็บอกให้หาข้าวให้กินหน่อย เราก็เหนื่อย ต้องห่อข้าวให้ลูกอีก กว่าจะครบ 5 คน ตอนเช้าก็ต้องกินก่อนไป กินแล้วก็ห่อไป แล้วก็ให้เงิน”*

โดยเฉพาะอย่างยิ่งการรับหน้าที่ดูแลหุงหาอาหาร ผู้ดูแลเล่าตนเองต้องทำอาหารให้มารดาก่อน จากนั้นทำให้บุตรและหลานที่ต้องไปโรงเรียน และจึงเป็นพี่ชายและน้องชายที่ต้องออกไปทำนา โดยจะต้องทำอาหารจำนวนมาก เนื่องจากสมาชิกทั้งหมดต้องรับประทานอาหารเช้าและต้องห่ออาหารกลางวันไปรับประทานด้วย

*"ทำก่อนเลย ของยายทำก่อน พอตื่นมาก็ให้ยายกินก่อนเลย แล้วก็ของลูกๆ แล้วก็ของน้องอีก"*

*"ค่ะ ทำคนเดียวหมดเลย ของน้องไปไร่ไปนาก็ต้องหาให้"*

**ภาวะความเครียดและการจัดการความเครียดของผู้ดูแล**

จากการเกิดภาวะความเครียดภายในบ้านและสามีที่ต้องอยู่ไกลกัน ทำให้ผู้ดูแลมีการระบายอารมณ์กับคนในบ้านบ้าง ดังคำพูดที่ว่า

*"เวลาเครียดก็ลงที่ลูก...ไม่ด่าค่ะ บ่นเฉยๆ"*

*"เป็นห่วงแฟนเรื่องสุขภาพ"*

อย่างไรก็ตาม ด้วยความเอาใจใส่ของผู้ดูแลที่มีต่อมารดา จึงมีเสียงของคนภายนอกชื่นชมการดูแลมารดา ดังคำพูดของเพื่อนบ้านที่มาเยี่ยมเยียนยายบุญในวันเดียวกับที่ทีมวิจัยไปพูดคุย ดังประโยคที่ว่า

*"เขา (หมายถึงแวว) ดูแลแม่ดี...ทำให้ทุกอย่าง อยากกินอะไรก็ทำให้กิน ทำความสะอาดบ้านหมด...ดีหมดทุกอย่าง"*

*"ไม่เคยบ่น มีแต่บอกว่า กินยากมาก อยากกินอันนั้น อยากกินอันนี้ (หมายถึงยายบุญ)"*

บางครั้งที่ยายบุญผู้เป็นมารดาต้องการรับประทานอาหารที่หาซื้อไม่ได้แถวละแวกบ้าน ผู้ดูแลได้พยายามไปหาซื้อเพื่อให้มารดาได้รับประทานอาหารที่ชอบ ดังคำพูดที่ว่า

*"เห็ดที่บ้านเราไม่มี หวาย บางทีไปซื้อที่ตลาดนู้น (หมายถึงในตัวจังหวัด)"*

*"กิน ของอีสานแกบอกว่าอร่อย ไม่อยากกินหมู แกว่ามันเหม็น"*

*"ไก่กินค่ะ แต่ต้องบดให้ละเอียด ต้องต้มก่อนแล้วก็ฉีกให้แก เพราะชิ้นใหญ่แกกินไม่ได้ บางทีใช้สับ...ปลากินแต่ต้องเอาก้างออกให้หมดเลย"*

**ด้านอุปกรณ์ช่วยเหลือ**

ยายบุญมีอุปกรณ์ในการช่วยเดิน คือ ไม้เท้าที่ครอบครัวทำให้โดยทำจากไม้ไผ่

**ด้านภาวะแวดล้อม**

ด้านสภาวะแวดล้อมของครอบครัวทางด้านกายภาพเป็นบ้านเดี่ยว 2 ชั้น (ชั้นล่างเป็นปูน ชั้นบนเป็นไม้) แต่ยายบุญจะนอนอยู่ชั้นล่างตลอดเวลา ซึ่งง่ายแก่การเดินและไปห้องน้ำ นอกจากนี้รอบๆบ้านมีสวนเล็กๆ และมีชานบ้านให้นั่งเล่น จากการสัมภาษณ์ผู้ดูแล พบว่า ยายออกมาเดินเล่นนอกบ้านบ้างแต่ไม่บ่อยนัก

ด้านสภาวะแวดล้อมด้านสัมพันธภาพในครัวเรือน เนื่องจากมีสมาชิกจำนวนมากอยู่ในครอบครัว ประกอบกับเมื่อถึงเวลานอนทุกคนจะนอนรวมกันและมีการช่วยเหลือดูแลยาย ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงสัมพันธภาพที่อบอุ่นในครอบครัว

การนอนโดยปกติยายบุญจะมีเตียงเหล็ก ปูด้วยฟูก ตั้งอยู่ชั้นล่าง บริเวณห้องรับแขกของบ้าน ซึ่งเป็นเตียงที่ยายบุญใช้นอนพักทั้งในช่วงกลางวันและกลางคืนและจะมีไม้เท้าที่ทำจากไม้วางไว้บริเวณหัวเตียง

เสมอ เมื่อถึงช่วงกลางคืนสมาชิกภายในบ้านทุกคน จะมานอนพื้นห้องตรงกลางบ้านทั้งหมด ดังคำบอกเล่าของผู้ดูแลที่ว่า

*"ห้า หก คน นอนนี่ หลาน เหลิน นอนนี่หมดเลย (หมายถึงห้องรับแขกชั้นล่าง)...ลูกก็นอนเต็มนี่ ไม่มีใครขึ้นข้างบนสักคน เอาที่นอนมาปูเรียงกันเลย นอนตรงนี้เลย"*

รายละเอียดที่สังเกตได้เพิ่มเติม คือ ในตู้กระจกชั้นล่างจะมีผ้านวมเต็มตู้ โดยผู้ดูแลบอกว่าทุกคนไว้ใช้นอนตอนกลางคืน

สำหรับการนอนรวมกันในลักษณะดังกล่าว ทำให้สมาชิกในบ้านสามารถช่วยกันดูแลยายบุญได้ เนื่องจากผู้ดูแลต้องรับภาระในการดูแลหลักที่ต้องดูแลทั้งบ้านและดูแลทั้งคน ได้พักผ่อนบ้าง เมื่อมีอะไรเกิดขึ้นจะได้สมาชิกเพิ่มเติมในการช่วยดูแลยายบุญ ดังประโยคสนทนาที่ว่า

*"ตื่นมาดูละ กับน้องชาย...ผุดลุกผุดนั่ง*

**********

**กรณีศึกษาที่ 4**

**ยายศรี**

สัมภาษณ์วันที่ 20 พฤศจิกายน 2551
ผู้ให้สัมภาษณ์และผู้ดูแลหลัก - นางสาวกุหลาบ
ที่อยู่ ต.เขาสวนกลาง อ.เขาสวนกวาง จ.ขอนแก่น

**<u>ประวัติผู้สูงอายุ</u>**

นางศรี อายุ 81 ปี แต่งงานกับ นายแคน อายุ 80 ปี มีบุตรร่วมกันทั้งหมด 4 คน เป็นชาย 2 คน และหญิง 2 คน ได้แก่ บุตรชายคนที่ 1มีอาชีพเป็นคนเลี้ยงวัว แต่งงานแล้วและย้ายไปอยู่ที่อำเภอน้ำพอง บุตรสาวคนที่ 2 (กุหลาบ) เป็นผู้ดูแลหลักของครอบครัว บุตรชายคนที่ 3 และบุตรสาวคนที่ 4 ไปทำงานต่างจังหวัด

โดยบุตรทุกคนยังมีชีวิตอยู่แต่ได้แต่งงานและแยกย้ายกันไปอยู่ที่อื่น ยกเว้นกุหลาบ (บุตรสาวคนที่สอง) ที่ยังอาศัยอยู่ร่วมกันกับผู้สูงอายุ

**<u>ข้อมูลผู้ดูแลหลัก</u>**

นางสาวกุหลาบ อายุ 56 ปี มีอาชีพรับจ้างเย็บผ้าที่บ้าน โดยผู้ดูแลมีสภาพร่างกายที่มีความพิการ คือ มีลักษณะหลังค่อม และมีประวัติการเข้ารักษามะเร็งเต้านม นอกจากความทุพพลภาพทางร่างกาย กุหลาบยังต้องดูแลพ่อ (ตาแคน) ที่ป่วยเป็นโรคถุงลมโป่งพอง และโรคหัวใจ

**<u>เหตุผลของการเป็นผู้ดูแล</u>**

กุหลาบกล่าวว่า การที่ตนเองเป็นผู้ดูแลมารดาและบิดานั้น เกิดจากการที่พี่น้องแต่งงานและแยกย้ายครอบครัวไปหมดแล้ว มีเพียงตนเองที่ยังโสดและสามารถเลี้ยงดูมารดาและบิดาได้

*"เท่าที่จำได้ ก็ประมาณช่วยตัวเองได้ 16-17 ปี ตอนพี่น้องเขาแยกย้ายออกไปมีครอบครัว"*

**<u>ภาวะการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ การดูแลสุขภาพกาย สุขภาพจิต และด้านสังคม</u>**

ยายศรีมีอาการโรคพาร์คินสัน (Parkinson) และจิตหลอนเมื่อ 1 ปีที่ผ่านมา ต้องเข้ารักษาอาการจิตเวชในโรงพยาบาล มีภาวะแขนขามีอาการอ่อนแรง ไม่สามารถก้าวเดินไปข้างหน้าได้ ต้องใช้ไม้ค้ำยันช่วย ประวัติการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัวคือ สามีเป็นโรคหัวใจ ลูกสาวคนที่ 2 เป็นโรคมะเร็งเต้านม

ผลการตรวจร่างกาย มีน้ำหนัก 50 กิโลกรัม ส่วนสูง 155 เซนติเมตร ค่าดรรชนีมวลกาย 20.83 รอบเอว 29 นิ้ว อุณหภูมิ 37$^{\circ}$ C ชีพจร 72 ครั้งต่อนาที การหายใจ 20 ครั้งต่อนาที

การรับประทานอาหาร ยายศรีไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ ต้องให้ผู้ดูแลป้อน ชนิดอาหารเป็นข้าวเหนียว รับประทานกับอาหารที่ปรุงจากเนื้อสัตว์ ไก่ หมู ปลา ไข่ (นาน ๆ ครั้ง) ผักบุ้ง รับประทานอาหารรสจืด ผลไม้ที่รับประทานคือ ส้ม องุ่น และน้ำผลไม้ ดื่มน้ำประมาณวันละ 3-4 แก้ว เคี้ยวหมาก แต่ไม่ได้รับประทานเครื่องดื่มชูกำลังหรือส่า

การขับถ่าย มีอาการท้องผูก ไม่ค่อยขับถ่าย ผู้ดูแลได้ใช้ยาระบาย ที่ขอจากหมอให้รับประทานและซื้อส้มให้กินบางวัน ปัสสาวะเฉลี่ยวันละ 1 ครั้ง

เสื้อผ้าที่ใช้ ยายศรีใส่เสื้อผ้าไม่ค่อยได้ ต้องให้ญาติหรือผู้ดูแลช่วยในการสวมใส่ จะเป็นเสื้อแขนสั้นกางเกงคล้ายผ้าถุง ไม่ได้ใช้ผ้าอ้อมสำเร็จรูปหรือแผ่นรอง

การนอน สามารถนอนหลับได้ กลางคืนตื่นประมาณ ตี 1 ตี 2 จากนั้นก็นอนต่อ เฉลี่ยแล้วนอนวันละ 8-10 ชั่วโมง

การได้ยิน ยายศรีได้ยินเป็นปกติทั้ง 2 ข้าง สามารถสนทนากับญาติ หรือผู้ดูแลได้ แต่มีลักษณะตาพร่ามัวทั้ง 2 ข้าง (Glaucoma)

ผลการประเมินภาวะสุขภาพจิต ยายศรีมีอาการความจำเสื่อม หลงลืม

ยาที่รับประทานในปัจจุบันจาก โรงพยาบาลชุมชนเขาสวนกวาง มีดังนี้

- Diclotenic 25 mg 1×3 opc
- Vit B1-6-12 1×2 opc
- MTV 1×2 opc
- Para. 500 mg 2 tab oprn
- Levodopa 100 mg + Carbidopa 25 mg 2×2 opc
- Blam
- HAloperldol 2 mg 1×1 oha
- Benzhexal HCl 2 mg 1×1 oha
- Hista oph ตอนเช้า – เย็น
- Mom 240 ml 2 ช้อนโต๊ะ oha

**สาเหตุของการเจ็บป่วย**

ผู้ดูแลเล่าว่ายายศรีมีภาวะแขนขาอ่อนแรงและเป็นโรคพาร์คินสันเมื่อประมาณ 1 ปีที่ผ่านมา หากต้องการเดินยายศรีต้องใช้ไม้เท้าช่วยพยุงหรือมีคนช่วยประคอง นอกจากนี้ยังมีอาการจิตเวชร่วมด้วย

**การจัดการดูแลในครอบครัวของผู้ดูแลหลัก ในครอบครัวและกลวิธี**

ปัจจุบัน บ้านที่กุหลาบอาศัยอยู่ประกอบด้วย กุหลาบ ยายศรี และพ่อของกุหลาบ (ตาแคน) การเข้ารับบทบาทดูแลพ่อแม่โดยผู้ดูแลเล่าว่าเท่าที่จำความได้ ผู้ดูแลได้ช่วยเหลือตัวเองตั้งแต่อายุได้ประมาณ 16-17 ปี โดยพี่น้องได้แยกย้ายออกไปมีครอบครัว ส่วนตนเองยังโสด ไม่ได้แต่งงาน

**ด้านความรู้ในการดูแล**

ด้านความรู้ของผู้ดูแล ผู้ดูแลเล่าว่าเกิดมาจากประสบการณ์ โดยบอกว่า ตนเองเรียนหนังสือน้อย เพราะตอนเล็กๆ กว่าจะเดินได้ก็อายุ 8-9 ปี ดังนั้นการดูแลของกุหลาบ

*"ทำได้เท่าไรก็ทำเท่านั้น" "ก็ดิ้นรนกันไปเท่าที่ทำได้ ไม่ถึงกับดีเลิศ ก็ทำเท่าที่มีกำลังจะทำ เท่าที่ภูมิปัญญาจะมี"*

**ด้านการทำความสะอาดร่างกาย**

กิจวัตรประจำวันของผู้ดูแลในแต่ละวันเริ่มจากการหาไม้เท้าให้แก่ผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุตื่นขึ้นมา จะเรียกหาไม้เท้าเป็นลำดับแรกเพื่อจะเดินไปเข้าห้องน้ำ จากนั้นผู้ดูแลจะทำความสะอาดร่างกายให้แก่ผู้สูงอายุ โดยเริ่มจากการล้างหน้าแปรงฟันและการทำอาหาร

*"อันดับแรกเลยตื่นมา เขาจะถามหาไม้เท้า"*

*"เอาไม้เท้ามา เราก็ถาม แม่จะไปไหน เขาก็บอกว่าจะไปห้องน้ำเราก็เอามาให้ ออกมาเขาก็มานั่งตรงนี้ มาล้างหน้าแปรงฟันตรงนี้ เขาทำเอง เราก็ยกน้ำมาให้ แล้วฉันก็ไปซื้อกับข้าวมาทำให้ กิน"*

*"ตอนไหนจะอาบน้ำ ฉันก็อาบให้ บางวันเขาก็บอกว่าไม่อาบน้ำ แกหนาว ก็ไม่ได้อาบให้ สำหรับเสื้อผ้า บางวัน ถ้าผ้าถุงของแม่ฉันเปลี่ยนให้แม่ อาบน้ำก็จะเปลี่ยนให้วันละชุด"*

นอกจากนี้ยายศรีสามารถควบคุมการขับถ่าย และใช้ห้องสุขาได้เอง แต่ผู้ดูแลเป็นผู้พยุงไป บางทีก็มีไม้เท้าช่วยเสริม แต่สำหรับการใส่เสื้อผ้า การอาบน้ำ และการเคลื่อนไหว ผู้ดูแลต้องช่วยเหลือ

**ด้านการดูแลเรื่องอาหาร**

ด้านการรับประทานอาหารนั้น ยายศรีสามารถรับประทานได้เอง ผู้ดูแลจะคอยจัดเตรียมอาหารพื้นบ้านที่หาได้ง่ายๆให้แก่ผู้สูงอายุ

*"มื้อเช้าซื้อปลาส้มก้อน ก้อนละ 5 บาท 2 ก้อน มะขามหวาน 1 ถุง แล้วก็ซื้อถั่ว 1 มัดมาตำกินตอนกลางวัน พ่อเขากินข้าวเจ้า เพราะกินข้าวหุงมันไม่แน่นท้อง ปกติเขากินข้าวเหนียว ก็เลยหุงข้าวเจ้าให้กิน 3 มื้อเลย"*

*"กินข้าวไม่ค่อยเป็นเวลา กินกับใบมะขามก็อิ่มแล้ว แม่ก็ไม่ค่อยกินเยอะ หุงข้าวมื้อละ 2-3 กระป๋อง เช้า-กลางวัน เย็นก็หุงใหม่ บางทีบ้านข้างๆก็เอาฟัก แฟงมาให้"*

ตอนกลางวันจะกินข้าวด้วยกัน มารดาจะชอบรับประทานข้าวกับกล้วย และไม่ได้ทานอาหารเสริมใดต่อจากนั้น ยายศรีก็จะนอนกลางวัน ส่วนกุหลาบก็ทำงานเย็บผ้าต่อ

**<u>ด้านการจัดเตรียมยา</u>**

หลังอาหารแต่ละมื้อ ผู้ดูแลจัดยาให้ทาน โดยแบ่งเป็นยาของบิดาและมารดา เพราะทั้งบิดาและมารดาของกุหลาบต่างมีโรคประจำตัวโดยมีการแยกยาเป็นถุงและจะจับยาใส่มือให้แก่ผู้สูงอายุแต่ละคน ดังคำกล่าวที่ว่า

*"มีเป็นถุงๆ แยกกันอยู่แล้วและ มีชื่อติดอยู่ ที่ยาแต่ละซอง"*

*"บอกว่าอันนี้ของแม่ อันนี้ของพ่อ บางทีก็จับใส่มือ กินแล้วเขาก็ไปนอนเล่นในห้องเขา ฉันก็ไปทำงานของฉัน (เย็บผ้า)"*

บางครั้งที่ผู้สูงอายุไม่ขับถ่าย กุหลาบก็จะนำยาระบายมาให้ผู้สูงอายุทาน แต่ก็จะให้นานๆ กินที เป็นยาที่ได้รับมาจากหมอที่โรงพยาบาล ช่วงตอนเย็นๆ ยายศรีจะเข้านอนแต่หัวค่ำ แต่ผู้ดูแล กับบิดาคงนั่งดูโทรทัศน์ด้วยกัน

*"พอกินข้าวเย็นเสร็จ นั่งแป๊ปเดี๋ยว แม่ก็นอนแล้ว ไม่รู้ว่าหลับหรือไม่หลับหรอก ไปนอนก่อน"*

ช่วงเวลากลางคืน ผู้ดูแลจะเตรียมกระโถนให้แก่มารดาเพื่อไม่ให้ผู้สูงอายุเดินไปเข้าห้องน้ำอย่างลำบาก และผู้ดูแลจะนอนคั่นกลางระหว่างที่นอนของยายศรีและบิดา

*"เวลากลางคืนบางทีก็เตรียมกระโถนให้ ถ้าเขาอยากเดินก็ให้เขาเข้าห้องน้ำ ถ้าไม่อยากเข้า ห้องน้ำก็ให้เขานั่งกระโถน"*

**<u>การดูแลด้านสุขภาพจิต</u>**

ในด้านการดูแลด้านสุขภาพจิต ผู้ดูแลจะคอยถามสาระทุกข์สุขดิบกับผู้สูงอายุอยู่เป็นประจำตลอดจนจัดหาเครื่องนุ่งห่มให้ตามความเหมาะสม ดังประโยคที่ว่า

*"แม่เป็นยังไงบ้างวันนี้ แม่ก็บอก กูจะเป็นอะไร กูก็นอนของกูเฉยๆ นี่แหละสบาย"*

*"ผ้าถุงฉันซื้อตลาดนัด ผ้าเช็ดตัวนี่ก็ซื้อตอนไปหาหมอที่โรงพยาบาล ฝนมันตกกลัวแม่หนาว ก็เลยซื้อผ้าแพรให้เขาผืนนึง"*

ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความเอาใจใส่และห่วงใยของผู้ดูแลที่มีต่อผู้สูงอายุ

**บทบาทของเครือข่ายการดูแล และเครือข่ายความช่วยเหลือ**

**<u>เครือข่ายครอบครัว/เครือญาติ</u>**

ผู้ดูแลมีพี่น้อง 4 คน แต่ละคน ก็แยกครอบครัวไปกันแล้ว โดยพี่ชายคนโตแต่งงานอยู่น้ำพอง (ใกล้กับเขาสวนกลางที่ผู้ดูแลอาศัยอยู่) พี่คนที่สอง แต่งงานอยู่บริเวณแถวจังหวัดอุดรธานี ทำไร่ ทำนา และน้องคนสุดท้องทำงานก่อสร้างที่ธรรมกาย โดยส่งลูกเรียนจบปริญญาตรี ทั้งนี้บทบาทของเครือญาติที่ให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุและผู้ดูแล มีดังนี้

**<u>ด้านการสนับสนุนด้านการเงิน</u>**

พี่น้องของผู้ดูแลประกอบอาชีพเกษตรกร และทำงานรับจ้าง มีรายได้ค่อนข้างต่ำ ทำให้ไม่สามารถสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการดูแลได้มากนัก ดังประโยคที่ว่า

*“บางเที่ยว เขาก็เสียให้ บางทีเขาก็ว่าไม่มี”*

*“พี่ชายคนโตแต่งงานอยู่น้ำพอง ลูกสาวเขาแต่งงานกับฝรั่ง เขาก็พอมี บางทีก็ขอเขา ที ละ 500 ถ้าเหมารถพาพ่อแม่ไปหาหมอนะ อ้ายทิดเดี๋ยวจะพาพ่อแม่ไปหาหมอ ค่ายาพอมี แต่ค่ารถไม่มี เขาก็ว่า เออๆเดี๋ยวจะเอาไปเสียให้ เขาก็ว่าค่ารถ 350 บาท”*

*“ถ้าเราขัดสน เอ่ยปากขอ เขาก็ส่งมาให้เดือนละ 1,000-1,500 บาท”*

*“ไม่มีเงินขึ้นมา ก็ต้องโทรไปหาน้อง ถ้าน้องบอกว่า ตอนนี้ไม่สามารถช่วยเหลือได้ ก็จะขอยืมคุณยายที่อยู่ข้างบ้าน ก็บอกเขาว่า อีนางมันให้มายืมเงินยายก่อน เดี๋ยวมันเอามาให้”เขาก็ให้ยืม”*

**<u>ด้านการสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของ</u>**

ผู้ดูแลได้ข้าวสาร มาจากหลานที่ทำนา โดยหลานเอาไป 2 ส่วน ให้แก่ผู้ดูแล 1 ส่วน นอกจากนี้ยังมีเครื่องนุ่งห่ม และเครื่องใช้ที่ญาตินำมามอบให้ ดังคำบอกเล่าของผู้ดูแลที่ว่า

*“สมมติได้ 100 กระสอบ ให้เรา 30 กระสอบ ที่เหลือเขาก็เขาไป ได้ขายได้กิน”*

“บางครั้งหลานซื้อผ้าถุงมาให้” และ “ลูกเขยเขาซื้อทีวีมาให้ช่วงปีใหม่ บอกว่าตาชอบดูมวย เลยซื้อมาเป็นของขวัญปีใหม่”

**<u>เครือข่ายในชุมชน</u>**

เพื่อนบ้านมีบทบาทในการช่วยเหลือผู้ดูแลและครอบครัวในด้านการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ในการช่วยดูแลผู้สูงอายุ ตลอดจนการช่วยเหลือด้านการเงิน อาหาร และข้อมูลข่าวสารจากเพื่อนบ้าน

**1. ด้านสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์** ผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนถังออกซิเจนจากเพื่อนบ้านที่อยู่ในชุมชน ซึ่งมีอาชีพเลี้ยงสัตว์น้ำและมีอุปกรณ์อยู่

*"ช่วงนี้เขาไม่ค่อยได้เลี้ยงกบ เอาไปใช้ก่อนได้ แต่ต้องเติมลมให้เขาแล้วก็ไปส่งเขาคืน เลยไม่ต้องเช่า แต่ต้องไปเติมด้วยตัวเอง"*

**2. ค่าใช้จ่าย** ผู้ดูแลสามารถหยิบยืมเงินค่าใช้จ่ายต่างเพื่อนบ้านได้ ดังคำกล่าวที่ว่า

*"ก็ต้องถูๆไถๆ ก็ต้องยืม"*

*"ยืมยายข้างบ้าน ถ้ายืมเขาพันนึง ก็เอาไปใช้เขา เพราะเขาไม่เอาดอก"*

*"พ่อใหญ่เติบ ที่ทำงานร้านยกทรงรัตนา ที่อยู่ขอนแก่น ทำกับเขามานาน แล้วแต่ว่าหยุดไป เพราะพ่อกับแม่ไม่สบายมาก็เลยหยุด คราวนี้เขาก็แวะมาเยี่ยมเขาเห็นว่า ไม่มีอะไรทำอยู่ว่างๆ เขาก็เลยว่าเดี๋ยวจะเอางานมาให้ทำ เขาก็เลยจะเอามาลงให้อีก"*

**3. อาหาร** ผู้สูงอายุได้รับหมากพลูจากเพื่อบ้านในบางครั้ง

*"ข้างๆบ้าน ถ้าเขาซื้อเยอะเขาก็เอามาให้"*

**4. แจ้งข่าวสาร** ผู้ดูแลได้รับแจ้งข่าวสารจากคนในชุมชนเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ดังคำพูดที่ว่า

*"บอกว่าฉีดยาถุงลมโป่งที่นี่จะดี ก็เลยพาไป ก็ดีขึ้น"*

**<u>บริการการดูแล ที่ครอบครัวได้รับจากสถาบัน</u>**

ผู้ดูแลต้องพามารดาไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลเขาสวนกวาง โดยสามารถใช้สิทธิการรักษาพยาบาลใช้บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ ทั้งนี้กุหลาบได้ให้เหตุผลของการพามารดาและบิดาไปพบแพทย์บ่อยๆว่า

*"น้องชายก็เคยบอกว่า เงินจะมีแค่ไหน ก็เอาไปให้หมอหมด ค็อกแค็กก็ไปๆ ฉันก็ตอบไปว่า ก็ฉันอยู่คนเดียว พวกสูไม่ได้มาช่วยเฝ้า เวลานอนโรงบาล ฉันก็ต้องรับผิดชอบวิ่งไป วิ่งมาคนเดียว เวลาไปอยู่โรงบาลมันลำบากขนาดไหน สูไม่เคยมาเฝ้าจะไปรู้ได้อย่างไร เปิ้นเป็นนิดๆ หน่อยๆ ก็ต้องพาไปหาหมอ"*

*"บางเดือนก็ไป 2 ครั้ง บางเดือนก็ไป 1 ครั้งไปจนสนิทกับคุณหมอที่นั่น บางทีก็ลัดคิวให้ ไม่อยากให้ยายรอนาน บางทีก็นัดเดียวกันกับตา"*

*"บัตรคิวก็เอาใกล้กัน เพราะต้องตอบแทนพ่อ พ่อเขาหูตึง เวลาเขาต้องการยาอะไรเขาก็จะบอกตอนเย็นก่อนไปหาหมอว่า เออ ขอยาอันนั่นให้กูด้วยเด้อ ก็จะบอกหมอว่า อยากได้ยาหยอดตา ยาระบาย"*

*"ถ้าไม่พาไปก็กลัวเขาจะเป็นมาก" และ "ไม่อยากให้เขานอนโรงพยาบาล ถ้านอนนี่ยุ่งนะ ต้องเที่ยวไปเที่ยวมา ค่าสามล้อมันแพง"*

*"โทรไปกว่าน้องสาวเขาจะลางานได้ มันนาน พอเขามาก็สับเปลี่ยนกัน อยู่ได้เท่าที่เขาอยู่ได้ ลูกเขาก็ต้องใช้เงินทุกวัน ลูกเขา 3 คน ต้องเรียนหนังสือหมดทุกคน เขาก็ต้องหาเงินให้ลูกเขา"*

*"น้องสาวไม่เคยว่าหรอก แต่พี่ชายเขาชอบพูด ฉันก็ว่า หมดก็ช่างมัน ขอให้พ่อแม่อยู่ดีมีแรงก็พอ ตราบใดที่มีชีวิตไม่ปล่อยให้พ่อแม่ลำบากหรอก"*

นอกจากนี้มีอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) ที่ได้มาเยี่ยมเยียนผู้สูงอายุและผู้ดูแลเป็นประจำ

*"ผ่านประจำ ทักทายกันประจำ บางทีก็เคยอาศัยเวลาพยุงคนแก่นะ"*

*"ผ่านมาก็ถามว่ากินข้าวรึยัง กินข้าวกับอะไร เคยมีขนมปังมาแจกตอนกลางคืน นอกจากนั้นเฉยๆ นั่นล่ะ"*

**<u>วิธีเข้าถึงบริการ และปัญหาอุปสรรค</u>**

กรณีที่เกิดเจ็บป่วยฉุกเฉินในเวลากลางคืน ผู้ดูแลจะเรียกสามล้อหรือโทรเรียกรถพยาบาลฉุกเฉินที่เบอร์ 1669 เพื่อให้รถพยาบาลฉุกเฉินมารับ เนื่องจากตนเองไม่มีรถยนต์

*"หาสามล้อพ่อใหญ่มี เขาให้เบอร์โทรโรงพยาบาลมาไว้ ถ้ามีอะไรฉุกเฉิน ก็เอามาติดไว้หน้าบ้าน ถ้าไปโรงพยาบาลเขาก็เอารถมารับถึงบ้าน"*

**ค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น และการบริหารการเงิน**

**<u>รายรับ</u>**

รายได้ที่นำมาใช้ภายในครอบครัว มีแหล่งที่มา ดังนี้

**จากเบี้ยยังชีพ** ครอบครัวของผู้ดูแลได้รับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ ทั้งสามคน บิดาและมารดาได้รับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ส่วนผู้ดูแลได้รับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพคนพิการ จำนวน 3 คน คนละ 500 บาท รวม 1,500 บาท

**จากการรับจ้าง** ผู้ดูแลทำงานรับจ้างเย็บขอบชุดชั้นใน ซึ่งมีเถ้าแก่นำวัสดุมาให้ถึงที่บ้าน ค่าแรงที่ได้นั้นไม่ได้เป็นรายเดือน แต่ได้ตามจำนวนงาน คือ โหลละ 10 บาท เถ้าแก่จะลงของให้ทีละ 4 ชุด ชุดละ 6 มัด มัดละ 1 โหล วันหนึ่ง ได้ประมาณ 60 บาท 6 โหล

**จากการกู้ยืมเพื่อนบ้าน** ผู้ดูแลจะกู้ยืมเพื่อนบ้าน หากขัดสนไม่มีจริงๆ

**รายจ่าย**

**<u>รายจ่ายทั่วไป</u>**

ส่วนใหญ่เป็นค่าใช้จ่ายด้านค่าอาหาร และซื้อเครื่องอุปโภคบริโภคแก่ผู้สูงอายุ

*"จ่ายค่ากับข้าว เงินซื้ออยู่ ซื้อกิน ก็ถูๆไถๆไป มีอะไรก็กินไป แม่ก็เน้นกินปลา ส่วนปลาก็แล้วแต่จะซื้อ ถ้าซื้อปลานิลจะแพงตัวละ 50-60 บาท แต่ถ้าซื้อปลานิลจะกินได้ 2 มื้อ เช้า-เย็น มื้อละประมาณ 30 บาท ตอนกลางวันไม่ได้ซื้อ บางทีตกไปมื้อละ 60 บาทค่ากับข้าวมื้อนึง กลางวันก็กินเหลือจากตอนเช้า บางทีก็ตำส้มตำสอยมาตำกินเอง"*

นอกจากนี้ผู้ดูแลยังมีค่าใช้จ่ายอื่นๆต่อเดือน ดังนี้ ค่าหมากพลู มัดละ 5 บาท ค่าน้ำดื่มประมาณ 3 ถังต่อสัปดาห์ ถังละ 12 บาท ค่าไฟฟ้าตามปกติเสียประมาณ 300 กว่า ค่าใช้จ่ายอื่นๆ เช่น ค่าซื้อเสื้อผ้า เป็นต้น

**<u>รายจ่ายเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล</u>**

ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลเพื่อรักษาอาการของโรค ได้แก่ ค่ายา ค่าเครื่องมืออุปกรณ์ รวมถึงค่าใช้จ่ายในการเดินทาง นอกจากนี้ผู้ดูแลพาพ่อไปรักษาที่โรงพยาบาล บางครั้งก็จะไปคลินิกที่อยู่ที่อำเภอน้ำพอง ซึ่งห่างไกลจากที่ผู้ดูแลอยู่อาศัย ทำให้มีค่าใช้จ่ายในการเดินทางไป กลับ ดังนี้

*"ค่ายาถ้าอยู่โรงพยาบาลไม่เสีย แต่จะจ่ายเฉพาะค่ารถรับจ้างเที่ยวละ 50 บาท ถ้าญาติก็ 40 บาท ไปกลับก็ 80 บาท เขาลดให้"*

*"ถ้าไปคลินิกเหมารถไป 350 บาท ค่ายาประมาณ 500 บาท"*

กรณีของบิดาผู้ดูแล ซึ่งป่วยเป็นโรคหัวใจ และโรคถุงลมโป่งพอง ไปพบแพทย์ที่คลินิกเป็นประจำ บางเดือน 2 ครั้ง ถ้าหน้าหนาวจะไปบ่อย ขึ้นอยู่กับอาการที่เป็น เช่นเดียวกับกรณียายศรี คือ ค่าโรงพยาบาลไม่เสียเนื่องจากใช้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ผู้ดูแลจึงเสียเฉพาะค่ารับรับจ้าง นอกจากนี้ ยังมีค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับอุปกรณ์ที่ใช้ ได้แก่ ค่าเช่าถังออกซิเจน ผู้ดูแลเล่าว่าช่วงปีก่อน พ่อผู้ดูแลป่วยจนต้องเข้าโรงพยาบาล ทำให้เสียเงินไปมาก ดังคำบอกเล่าที่ว่า

*"ช่วงนั้นหมดเงินประมาณ 15,000บาท หน้าหนาวที่ผ่านมา 26 วัน เพราะว่าต้องวิ่งเข้าวิ่งออก ค่ารถ"*

*"ต้องใช้เครื่องออกซิเจน ซึ่งจะต้องจ่าย ค่ามัดจำถึง 4,000 บาท ค่าออกซิเจนครั้งละ 140 บาท"*

*"ตอนพ่อมานอนอยู่ที่บ้าน ก็ต้องมีคนอยู่เป็นเพื่อน ก็ต้องซื้อของกิน กาแฟมาให้เขากินด้วย คนอยู่เป็นเพื่อนตั้งหลายคน"*

**<u>ด้านเทคนิคการบริหารจัดการทางการเงิน</u>**

ผู้ดูแลใช้วิธีฝากขายไร่ คือฝากขายกับหลาน เวลาไม่มีก็บอกเขา เขาก็หาเงินมาให้ และใช้ที่ดินในการค้ำประกัน เพื่อขอกู้ยืมเงินมาใช้เป็นค่ารักษาพยาบาล

*"ไม่ได้สัญญากัน ไม่ได้โอน เพราะเป็นหลาน เขาเป็นหลาน น้องเขาเป็นน้อง พ่อ เขาทำปลูกอ้อย ปลูกมัน เป็นดอกเบี้ยกับญาติเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการดูแล"*

นอกจากนี้ผู้ดูแลได้พยายามบริหารจัดการทางการเงิน เพื่อใช้เป็นค่ารักษาพยาบาลผู้สูงอายุ เงินค่ารักษาพยาบาล มาจากการนำที่ดินของบิดาจำนวน 5 ไร่ ไปวางค้ำประกันกับญาติ ของผู้ดูแล (หลาน) แล้วรับเงินเป็นครั้งๆ โดยบันทึกว่าได้รับเงินมาเท่าไรแล้ว

*"ก็เอามาทีละพัน สองพัน ไม่ได้เอาเป็นเดือน แล้วแต่ฉันจะเรียกเอา ถ้าเวลาพ่อเข้าโรงพยาบาลถึงจะเอา คือเงินตรงนี้เอาไว้ใช้เฉพาะเวลาไปหาหมออย่างเดียวถ้าไม่ทำอย่างนั้น ก็ไม่มีเงิน ถ้าแม่เป็นหนัก"*

**ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแล (ค่านิยม, วัฒนธรรม, ภาวะการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ ฯลฯ)**

ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุ ปัจจัยแรกเกิดจากค่านิยมความกตัญญูของผู้ดูแลที่มีต่อบิดา มารดา ปัจจัยที่สอง ความพิการของตัวผู้ดูแล ทำให้ต้องทำงานอยู่ที่บ้าน จึงมีความเหมาะสมในการดูแลผู้สูงอายุ และปัจจัยสุดท้าย การที่ผู้ดูแลมีสถานภาพโสด ทำให้มีเวลาในการดูแลผู้สูงอายุได้มากกว่าบุตรคนอื่นๆ

**คุณภาพการดูแล (ผู้ดูแล, อุปกรณ์ช่วยเหลือ, ภาวะแวดล้อม)**

**<u>ด้านผู้ดูแล</u>**

ผู้ดูแลได้ประเมินตนเองในการดูแลผู้สูงอายุว่า ตนเองได้ทำหน้าที่ที่ดีที่สุดแล้ว ดังคำพูดที่ว่า

*"ฉันก็ว่าฉันทำดีที่สุดแล้ว เพราะฉันก็เจ็บ บางครั้งก็เจ็บตามข้อ บางทีก็ปวดหัว เราจะฝืนสังขารก็ไม่ได้ ก็ทำได้เท่านี้ มันก็สุดความสามารถของตัวเราเองแล้ว"*

**<u>ด้านภาวะเครียดในบทบาทผู้ดูแล</u>**

ด้านภาวะเครียดในบทบาทผู้ดูแล ผู้ดูแลยอมรับว่ามีความเครียดในการดูแลผู้สูงอายุบ้าง หากอยู่ในภาวะความเครียด จะใช้การพูดลอยๆเพื่อระบายอารมณ์ดังกล่าว

*"เวลาโมโห โกรธ บางทีก็พูดลอยๆ ว่า ไม่ได้ขึ้นสวรรค์หรอก มีแต่จะตกนรกก็ไม่รู้"*

*"เวลาเหนื่อย ก็พูดลอยๆไป ไม่รู้ได้บาปหรือบุญ"*

**ปัญหาที่เกิดกับผู้ดูแล**

ปัญหาทางสุขภาพอันเนื่องจากกุหลาบรับภาระดูแลพ่อแม่ ซึ่งทั้งสองคนต่างมีโรคประจำตัว ทำให้กุหลาบไม่ค่อยได้ดูแลตนเอง ดังคำพูดที่ว่า “เวลาไปโรงพยาบาล เสียแต่ค่ารถ อย่างอื่นไม่ได้ซื้อของอะไรกลับมากินเลย” ประกอบกับภาวะพิการและลักษณะงานของกุหลาบทำ ส่งผลให้เกิดอาการปวดเมื่อยขาเนื่องจากต้องนั่งเย็บผ้าตลอดทั้งวัน

**อุปกรณ์ช่วยเหลือ**

ผู้สูงอายุมีการใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือ คือ ไม้เท้า ในการช่วยเดิน หากต้องการไปห้องน้ำจะต้องให้คนช่วยพยุงไป

**ภาวะแวดล้อม**

สภาพที่พักอาศัยของผู้สูงอายุและครอบครัว ตัวบ้านอยู่ห่างจากถนนของหมู่บ้านประมาณ 20 เมตร ลักษณะเป็นบ้านสองชั้น ชั้นล่างก่ออิฐ ส่วนชั้นบนเป็นไม้ หลังคามุงสังกะสี พื้นที่รอบๆ ปลูกต้นไม้หลายชนิด เช่น มะละกอ กล้วย ตะไคร้ พริก เป็นต้น บริเวณหลังบ้านมีการเลี้ยงไก่ และสุนัข

นอกจากนี้ยังมีวิถีชีวิตของชุมชนชนบท อาทิ การปลูกผักสวนครัว รั้วกินได้ การไปมาหาสู่ในละแวกบ้าน

*“ปลูกเอาไว้กิน กินทั้งหมู่บ้านนั่นแหละ เวลาวันพระ วันศีลวันพรเขาก็มาเก็บไปร้อย อยู่กันอย่างง่ายๆ ถ้อยทีถ้อยอาศัยกันไป”*

บ้านเรือนที่ตั้งอยู่รอบๆ บ้านของผู้ดูแล ส่วนใหญ่เป็นญาติทางแม่

*“พ่อเขาเป็นน้องของแม่ เป็นอา บ้านหลังตรงนั้นของน้องสาวคนเล็กไปทำงานก่อสร้างที่วัดธรรมกาย เวลาว่างๆ ก็มานั่งกินข้าวกันเป็นกลุ่ม นี่ ก็อยู่กันอย่างง่ายๆ ถ้อยทีถ้อยอาศัยกันไป”*

**การยกย่องเชิดชูจากคนในชุมชน**

การยกย่องเชิดชูจากคนในชุมชนที่มีต่อผู้ดูแลในการดูแลบิดา มารดา สะท้อนได้จากคำบอกเล่าของผู้ดูแลที่ว่า คนขับสามล้อเขาก็บอกว่า

*“ถ้าลูกกูเป็นอย่างมึงก็คงดี ฉันก็ทำเท่าที่ฉันทำได้นั่นแหละ เวลาอารมณ์ดีก็ดีอารมณ์ร้ายก็ร้ายนั่นแหละ”*

**ความต้องการได้รับการสนับสนุนจากสถาบัน ชุมชน และเครือข่ายอื่น ๆ ประมาณการความต้องการบุคคลช่วยเหลือ**

ด้านความต้องการของผู้ดูแล พบว่า ผู้ดูแลต้องการผู้ที่มาคอยช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ อาทิ การพาไปโรงพยาบาล เนื่องจากสภาพร่างกายของผู้ดูแลค่อนข้างลำบากเมื่อต้องพามารดาไปพบแพทย์ ดังคำกล่าวที่ว่า

*"นี่ก็อยู่ตัวคนเดียว หลานก็ยังไม่ได้แต่งงานสักคนมา อยู่นี่ก็ไม่มีงานทำ เพียงแต่อยากให้เขามาอยู่เวลาเลิกงาน มาเป็นเพื่อน เวลานั้นจะได้ฝากเขาช่วยพาไปหาหมอ หาอะไร"*

**ข้อมูลเพิ่มเติม**

*จากการลงพื้นที่เพื่อเก็บข้อมูลเพิ่มเติมเมื่อวันที่ 2 มีนาคม 2552 พบว่า นายแคนได้เสียชีวิตลงที่โรงพยาบาลเมื่อเดือนกุมภาพันธ์ที่ผ่านมา โดยผู้ดูแลเป็นผู้พาบิดาไปโรงพยาบาลและจัดงานศพให้ที่บ้าน โดยใช้เงินชดเชยที่ได้รับจากการที่บิดาเสียชีวิต*

**********

**กรณีศึกษาที่ 5**
**ตาสังข์**

**สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 วันที่ 3 ตุลาคม 2551**
ผู้ให้สัมภาษณ์: นางนุช (บุตรสาวคนเล็ก)
ผู้ดูแลหลัก คือ นางสาววัน (บุตรสาวคนโต) ไม่อยู่ขณะขอเข้าสัมภาษณ์
**สัมภาษณ์ครั้งที่ 2 วันที่ 28 ตุลาคม 2551**
ผู้ให้สัมภาษณ์: นางสาววัน (บุตรสาวคนโต / ผู้ดูแลหลัก) และ นางนุช (ผู้ดูแลรอง)
หมู่ 2 บ้านรางตัน ต.บ้านแพ้ว อ.บ้านแพ้ว จ.สมุทรสาคร

**ประวัติผู้สูงอายุ**

ตาสังข์ อายุ 86 ปี เกิดที่ท่าน้ำ อ.ดำเนินสะดวก จ.ราชบุรี ภรรยาได้เสียชีวิต เมื่อประมาณปี 2531 ด้วยโรคตับแข็งและกระเพาะรั่ว มีอายุรวมได้ 58 ปี ทั้งคู่มีบุตรรวมกันทั้งหมด 7 คน เป็นชาย 4 คน และหญิง 3 คน ได้แก่

- คนที่ 1 บุตรสาว สถานภาพโสด
- คนที่ 2 บุตรชาย สมรสแล้ว (ขณะนี้ป่วยเป็นโรคมะเร็งและเป็นเจ้าของบ้านที่อาศัยปัจจุบัน)
- คนที่ 3 บุตรสาว มีอาชีพค้าขายอาหารตามสั่ง (ร้านบานบุรี)
- คนที่ 4 บุตรชาย รับราชการตำรวจ (อยู่รังสิต)
- คนที่ 5 บุตรชาย มีอาชีพเกษตรกร
- คนที่ 6 บุตรชาย รับราชการทหาร (อยู่ทุ่งสองห้อง กทม.)
- คนที่ 7 บุตรสาว สมรสแล้ว มีอาชีพค้าขายอาหารตามสั่ง (ร้านบานบุรี)

จากคำบอกเล่าของนุช บุตรสาวคนสุดท้อง เกี่ยวกับประวัติของตาสังข์ ได้ข้อมูลว่า เดิมตาสังข์ของตาสังข์ (ปู่) เป็นคนจีนอพยพมาตั้งรกรากที่เมืองไทย ฉะนั้นตาสังข์หรือตาสังข์ของตนนั้นจึงมีเชื้อสายจีนแรกเริ่มตาสังข์ของตนมีอาชีพเป็นทหาร และได้สมรสกับมารดา ซึ่งคนไทยเชื้อสายเขมร ต่อมาได้มีการ

บุกเบิกป่าเพื่อทำสวน ปลูกพืชล้มลุก อาทิ พวกแตงโม ต้นหอม และเป็นพืชยืนต้น ส้ม ละมุด สุดท้ายคือมะพร้าว และเป็นสวนที่กลายเป็นมรดกตกทอดสู่ลูกจนถึงปัจจุบัน

ด้านลักษณะนิสัยของตาสังข์ นุชได้เล่าว่าเท่าที่จำความได้ ตาสังข์เป็นคนใจดี มักเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมโดยสม่ำเสมอ อาทิ การเป็นกรรมการวัด เถ้าแก่งานแต่งงาน รวมถึง การร่วมบริจาคเงินให้แก่โรงพยาบาลบ้านแพ้วด้วย ดังคำพูดที่ว่า

*"ใจดี เวลาใจดีก็ดี เวลาโมโหร้ายก็ร้าย เข้มงวด มีกฎเกณฑ์ แกเป็นทหารผ่านศึกมาก่อน"*

*"คุณตาเคยทำบุญกับโรงพยาบาลบ้านแพ้วมา 20 กว่าปีแล้ว ก็มีชื่ออยู่ ("เคยเป็นผู้บริจาค"-เสียงผู้วิจัย) ใช่ เขาเห็นนามสกุล แล้วคุณหมอสนิทกับผอ.คนเก่าเลยฝากต่อๆ กันมา ผอ.วิชิต"*

ปัจจุบันสมาชิกในครอบครัวที่อาศัยอยู่กับตาสังข์ ประกอบด้วย วัน (ผู้ดูแลหลัก) บุตรชายคนที่ 2 และหลานสาว 1 คน

**<u>ข้อมูลผู้ดูแลหลัก</u>**

ผู้ดูแลหลักของตาสังข์คือ นางสาววัน อายุ 57 ปี สถานภาพโสด เป็นบุตรคนโตของครอบครัว มีหน้าที่หลักในการช่วยเหลือและดูแลตาสังข์ มีเพียงในช่วงเย็นๆ ที่จะมีผู้ดูแลรอง คือ นุช บุตรคนเล็กของครอบครัวมาช่วยผลัดเปลี่ยน หรือในบางกรณีที่วันติดธุระนุชจะเป็นผู้มาช่วยดูแลแทน

แต่เดิมวันมีอาชีพทำสวนซึ่งเป็นอาชีพที่เป็นมรดกตกทอดของตาสังข์ แต่ปัจจุบันวันได้กลายเป็นผู้ดูแลหลักและเลิกการทำสวน แต่ยังคงมีรายได้จากการจ้างคนงานทำสวนมะพร้าวที่ตนเป็นเจ้าของและเป็นมรดกตกทอดจากตาสังข์

อดีตวันเคยเป็นมะเร็งที่เต้านมและได้รักษาเรียบร้อยแล้ว แต่ยังคงมีโรคประจำตัว คือ โรคความดันโลหิตสูง โดยจะต้องรับประทานยาสมุนไพร อาทิ ขมิ้นชัน ฟ้าทะลายโจรเป็นประจำ

*"...ตอนตัดเต้านมฉันไม่เคยทำอะไรเลย มาหายาแผนไทยกิน ไม่ได้ทำคีโมอะไรเลย หมอบอกว่าอาจจะเป็นผลต่อเนื่องมาจากตรงนั้นว่าไม่ได้ทำอะไรเลย แต่ตอนนี้เขาก็ไม่ได้อะไรเลย ไม่ได้ให้คีโม ให้ยาเลย..."*

**<u>เหตุผลของการเป็นผู้ดูแล</u>**

แม้ว่าตาสังข์จะมีลูกหลายคน แต่สมาชิกในครอบครัวมีความคิดว่าควรจะให้วัน ดูแล ตาสังข์ เนื่องจากมีภาระผูกพันน้อยที่สุด ดังคำกล่าวของนุชที่เอ่ยถึง "ความโสด" ว่ามีส่วนสำคัญในความเหมาะสมที่จะเป็นผู้ดูแลตาสังข์

*"เขาไม่ได้แต่งงานด้วย คนที่จะดูแลได้คือคนโสด จะมีเวลาเยอะ"*

*"เขาบอกว่าลูกผู้หญิงดูแล เขาบอกพวกพี่ๆ ลูกป้า มีลูก 7 คน ดูแลจริงๆได้สองคน คนที่มีลูกคนเดียวจะทำยังไงใครจะดู"*

แม้ว่าครอบครัวของตาสังข์จะมีฐานะทางเศรษฐกิจค่อนข้างดี เพียงพอที่จะจ้างคนมาดูแลได้ แต่ลูกๆ โดยเฉพาะวันกลับมองว่า การจ้างคนนอกครอบครัวมาดูแลตาสังข์ไม่สามารถดูแลได้ดีเมื่อเทียบกับที่ตนดูแลเอง ซึ่งสะท้อนให้เห็นความห่วงใยและความเต็มใจในการดูแลตาสังข์ของวันเอง

*"เหมือนกับว่าดูแลกันผิดมือ เหมือนไม่รู้ใจ เวลาหลานๆดูก็เหมือนกัน เวลานอนเขาก็จะไม่รู้ว่าสบายไหม แต่ถ้าฉันอยู่ เตี่ยไม่สบายตัว อาการจะออก เหมือนขาจะขยับ แขนจะขยับอะไรแบบนี้ เหมือนนอนไม่สบายตัว เหมือนท่านี้เรานอนไม่สบาย เตี่ยก็คงนอนไม่สบาย ก็ไปขยับเขยื้อนไปทำให้เขาสบาย เขาก็จะนอนเฉย ถึงได้รู้ว่าเตี่ยคงเหมือนเรา"*

*"คนอื่นที่เราจ้างเขามาดู เรามีเงินไปจ้างเขา ก็ไม่มาดูให้ ต้องคนที่ไม่รังเกียจถึงจะทำได้ คนที่รับจ้างดูคนป่วยมีเยอะ แต่ไม่เคยจ้าง มีแต่หลานนี่เหละ"*

**<u>ข้อมูลผู้ดูแลรอง</u>**

ผู้ดูแลรอง คือ นางนุชเป็นลูกสาวคนสุดท้องของครอบครัว แต่เดิมนุชได้อาศัยอยู่ ร่วมกับตาสังข์ พี่สาว (วัน) พี่ชาย (บุตรชายคนที่ 2) และหลานสาว ต่อมาได้แต่งงาน มีบุตร แล้วจึงแยกเรือนอยู่ในละแวกใกล้เคียงกัน อย่างไรก็ตามนุชต้องมาที่บ้านที่ตาสังข์พักเป็นประจำ เพราะต้องมาช่วยดูแลตาสังข์และทำงานที่ร้านอาหาร "บานบุรี" ซึ่งเป็นร้านขายอาหารตามสั่งบริเวณหน้าบ้านที่ตาสังข์อาศัยอยู่ โดยมีบุตรสาวคนที่ 3 และตนเอง (นุช) ตั้งขึ้นร่วมกัน

สำหรับตัวนุชจะมีหน้าที่ช่วยดูแลตาสังข์ในช่วงเย็นๆบ้าง หรือในกรณีที่พี่สาวไม่อยู่ อย่างไรก็ดีนุชเองก็สามารถดูแลตาสังข์ได้ในหลายๆด้าน เช่น การให้อาหารทางสายยาง การล้างทวาร รวมถึงการเช็ดตัว แต่งตัว เป็นต้น ในกรณีที่ผู้ดูแลทั้ง 2 คน ไม่อยู่หรือไม่สะดวกก็จ้างให้หลานสาวมาช่วยดูแล

**ภาวะการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ การดูแลสุขภาพกาย สุขภาพจิต และด้านสังคม**

ประวัติการเจ็บป่วย ตาสังข์เป็นโรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง ไตเสื่อม ปวดข้อ ประวัติการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว บุตรทั้ง 7 คน เป็นโรคความดันโลหิตสูง บุตร 1 คน เป็นโรคเบาหวาน บุตรสาว 1 คน เป็นมะเร็งเต้านม

ด้านการตรวจร่างกายผู้สูงอายุ มีอุณหภูมิ 37 C ชีพจร 74 ครั้งต่อนาที การหายใจปกติ ผิวหนังมีสภาพปกติ

การรับประทานอาหาร ตาสังข์รับประทานอาหารโดยวิธีใส่สายยางทางหน้าท้อง ชนิดของอาหารทำจากปลา ไข่ ฟักทอง แครอท น้ำผลไม้ เป็นอาหารปั่น 300 cc ต่อมื้อ รับประทานวันละ 4 มื้อ เช้า กลางวัน เย็น และ 5 ทุ่ม หรือเที่ยงคืน ไม่ได้ให้นมเพราะมีอาการท้องเสีย ดื่มน้ำวันละประมาณ 2 แก้ว

การขับถ่ายเหลว วันละ 1 ครั้ง กรณีท้องผูก ผู้ดูแลจะทำการล้วงออกหรือสวนอุจจาระปัสสาวะบ่อย เนื่องจากใส่สาย NG วันละ 500 cc

เสื้อผ้าที่ใช้ เป็นเสื้อผ้าสวมใส่ปกติ มีการเปลี่ยนทุกวัน ๆ ละ 2 ชุด ทำความสะอาดเป็นอย่างดี ไม่ได้ใช้ผ้าอ้อมสำเร็จรูปเพราะกลัวเกิดแผลกดทับ และจะมีการติดเชื้อ ผู้ดูแลใช้แผ่นรอง และมีการเปลี่ยนทุกวัน นอกจากนี้ตาสังข์มีแผลกดทับบริเวณที่ก้นและข้อเท้า

การนอน มีการนอนหลับปกติ ส่วนมากจะหลับ ๆ ตื่น ๆ โดยเฉลี่ยนอนวันละ 8 ชั่วโมงหรือมากกว่า

การได้ยินและการมองเห็น ไม่แน่ใจเรื่องการได้ยินและการมองเห็น แต่ก็มีปฏิกิริยาตอบสนองบ้าง และเวลาเข้าไปใกล้ ๆ จะกระพริบตา

ผลประเมินภาวะสุขภาพ มีอาการนอนไม่หลับ

ผู้ที่รักษาพยาบาลคือ น.ส.วัน

นายแพทย์ผู้รักษา นพ.ดุสิต ปัญญาประเสริฐ สามารถใช้สิทธิการรักษาพยาบาลเบิกได้

**<u>สาเหตุการเจ็บป่วย</u>**

สำหรับสาเหตุของอาการเจ็บป่วยของตาสังข์นั้น นุชได้เล่าว่า สมัยตาสังข์หนุ่มๆจะมีประจำตัว คือ โรคกระเพาะ ต่อมามี โรคหัวใจ โรคความดันสูง และปัจจุบันมีโรคเก๊าท์และไตร่วมด้วย โดยตอนเริ่มป่วยตาสังข์ต้องนั่งรถเข็นคนไข้ แต่ยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้บ้าง อาทิ การขับถ่าย ดังประโยคของนุชที่ว่า

*"...แต่หนุ่มเป็นโรคกระเพาะไม่มากนะก็เป็นตอนโตแล้ว และก็เป็นโรคหัวใจตอนหลัง แต่เคยหายมาแล้วครั้งหนึ่ง ทานพวกยาแผนไทย แต่ยาหลวงก็กินนะ กินติดต่อกัน ก็มียาไทยด้วย..."*

*"...แต่ช่วงนั้นสามารถอุ้มไปถ่ายในห้องน้ำได้ ต้องพยุงคนละข้าง..."*

ภายหลังจากนั่งรถเข็นได้ประมาณ 2 ปี ต่อมาจึงไม่สามารถเดินได้ สาเหตุส่วนหนึ่งเกิดจากกล้ามเนื้อลีบ แม้ว่าครอบครัวจะพยายามพาไปนวดหรือทำกายภาพบำบัดระยะหนึ่งแต่ไม่สามารถทำให้ตาสังข์เดินได้ เพราะผู้ดูแลและครอบครัวเกรงว่าขณะทำกายภาพบำบัดตาสังข์จะเจ็บปวด จึงเลิกทำกายภาพบำบัด เมื่อขาดการทำกายภาพบำบัดอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอจึงทำให้ร่างกายไม่ได้รับการเคลื่อนไหวและเดินไม่ได้ในที่สุด

*"ก็นาน ก็นวดมาตลอด ก็นวดแผนไทย"*

*"ก็ตั้งแต่แรกๆ แต่ช่วงหลังไม่ได้นวดเพราะมันยึดไปหมดแล้ว...มันเจ็บ เขาจะร้อง"*

*"ก็ค่อยๆลดการนวดประมาณ 3 ปี"*

ด้านสายตาและการมองเห็นของตาสังข์ในปัจจุบัน นุชเล่าว่า ตาสังข์ยังสามารถมองเห็นได้ กระพริบตา สบตาได้ ส่วนความสามารถในการรับประทานอาหารภายหลังจากเจ็บป่วย พบว่า ขณะที่ยังสามารถนั่งรถเข็นได้ ตาสังข์สามารถรับประทานอาหารอ่อนๆ จำพวกข้าวต้มได้ ต่อมาเมื่ออาหารทรุดหนักต้องนอนติดเตียง จึงเปลี่ยนมาให้อาหารทางสายยางผ่านจมูกได้ประมาณ 2 ปี และเปลี่ยนเป็นให้อาหารทางหน้าท้องเป็นระยะเวลา 3 ปีมาแล้ว ส่วนการพูดนั้น ตาสังข์ไม่สามารถพูดได้มาเป็นระยะเวลาประมาณ 5 ปีแล้ว นอกจากนี้ยังมีการให้ออกซิเจนเป็นบางครั้ง ในกรณีที่หายใจติดขัด

*"...เพราะทีแรกแกยังคุยรู้ ทานข้าวต้มได้ แล้วต่อมาก็นั่งเข็นรถแล้วก็เดิน ป้อนเหมือนเด็ก ต่อมาให้ทางจมูก ให้ทางสายยาง ให้อาหารทางสายยาง 2 ปี เขาก็เปลี่ยนมาเจาะหน้าท้องเพราะลงถึงกระเพาะเร็ว ให้สายยางมาถึง 3 ปีแล้ว จมูก 2 ปี แล้วค่อยเปลี่ยนเป็นหน้าท้อง เมื่อก่อนต้องป้อนเป็นข้าวต้มเละๆ"*

วันบอกว่าหมอที่โรงพยาบาลบ้านแพ้ว เคยแนะนำให้เจาะคอ เพื่อจะได้สะดวกเวลาดูดเสลด แต่ตนเองและครอบครัวไม่ต้องการให้ตาสังข์ทรมานจึงปฏิเสธไป

*"หมอก็เคยบอกให้เจาะคอ ก็บอกไม่เจาะหรอก งั้นก็พร้อมที่จะไปได้ตลอดเวลานะ บอกว่าทำใจได้ ไม่ให้เขาทรมาน"*

**<u>การจัดการดูแลในครอบครัวของผู้ดูแลหลัก ในครอบครัวและกลวิธี</u>**

หลังจากที่ตาสังข์เริ่มป่วยและไม่สามารถเดินได้ตามปกตินั้น แต่เดิมตาสังข์ได้อยู่บ้านอีกหลังหนึ่งที่อยู่ในซอยกับวันเข้าไปในซอยประมาณ 800 เมตร แต่เนื่องจากบ้านหลังนั้นมีเพียงตาสังข์และวันเท่านั้น ลูกๆ จึงได้ปรึกษากันและเคลื่อนย้ายตาสังข์มาที่บ้านปัจจุบันซึ่งได้ดัดแปลงด้านหน้าบ้านเปิดเป็นร้านขายอาหารตามสั่งขนาดย่อมชื่อ "ร้านบานบุรี" โดยมีบุตรสาวคนที่ 3 กับบุตรสาวคนที่ 7 เป็นผู้ดูแล ดังคำพูดที่ว่า

*"ที่นี้ถ้าอยู่ในบ้านต้องอยู่คนเดียวกับเตี่ย ไม่ไหวคนเดียว"*

*"ก็พี่วันกับหนูนี่แหละค่ะ เพราะเมื่อก่อนจะอยู่บ้านหลังใน (หลังใหญ่) แต่พอเดินไม่ได้และพี่วันยกไม่ไหวก็เลยมาอยู่บ้านหลังนี้"*

*"น้องสาวเลยให้ออกมาอยู่ข้างนอก ถึงจะคับแคบ กลางวันเขาไม่ได้ดูกลางคืนเขายังมาช่วย ไม่ไหว ถ้าเจ๊ (หมายถึงวัน) ไปอยู่โรงพยาบาล ถ้าอยู่บ้านใน ก็เรียกรถมารับทีสองคน เลยย้ายมาอยู่"*

โดยได้ตกลงกันว่าวันจะเป็นผู้ดูแลหลัก ส่วนผู้ดูแลรองคือ นุช เนื่องจากพี่น้องคนอื่นๆมีงานประจำมีเพียงวันเท่านั้นที่ไม่ได้ทำงานประจำและยังไม่ได้แต่งงาน

*"พี่วันเฝ้าทั้งวันทั้งคืน วันไหนเขาจะไม่อยู่ก็น้อยครั้ง เพราะหนูขายของด้วยไง ดูแลเด็กด้วย"*

กรณีที่วันไม่สามารถดูแลตาสังข์ได้ก็จะให้นุชช่วยดูแลและมักเน้นย้ำในเรื่องของการดูแลแผลกดทับของผู้เป็นตาสังข์

*"เขาก็บอกว่าให้ดูแผลให้ดีนะ"*

**<u>ด้านวิธีการดูแลผู้สูงอายุ</u>**

สำหรับวิธีการดูแลตาสังข์ซึ่งไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกาย รับประทานอาหารหรือขับถ่ายได้เอง หน้าที่ของวันหรือนุชจึงเริ่มตั้งแต่ตื่นนอนเพื่อเตรียมอาหารที่จะให้ทางสายยางกับตาสังข์ควบคู่ไปกับการทำความสะอาดตัวผู้ป่วยและพลิกตัว ดังคำบอกเล่ารายละเอียดในการดูแลตาสังข์ดังนี้

*"ตื่นขึ้นมาต้องจัดอาหารฟิต แต่มันฟิตจะไม่ตรง 6 โมงนะ เพราะเราตื่นสาย 6 โมง เราจะนำมาอาหารมาปั่นก่อน พอประมาณโมงครึ่งฟิตอาหาร ช่วงที่เราฟิตอาหารเราก็เทฉี่ พลิกตัว แล้วก็ประมาณ 2 ชั่วโมง เราถึงเข้ามาเช็ดตัวอีกครั้งหนึ่ง เช็ดตัวเสร็จก็*

*จะมีการดูดเสลด เพราะเสลดมันจะพันคอ แกก็จะหลับ พอเที่ยงเราก็มาฟิตอาหาร แกก็จะพลิกตัวอีกรอบหนึ่ง”*

ด้านการเตรียมอาหารผู้ดูแลให้ความสำคัญในเรื่องของความสะอาดของอุปกรณ์ในการปั่นอาหารเป็นอย่างมาก

*“อาหารที่เราปั่นเองมีอุปกรณ์ เราจะลวกทำความสะอาดให้เรียบร้อย ถึงจะปั่น อย่างไข่นานๆจะให้สักครั้ง ปั่นครั้งหนึ่งกินได้ 2 มื้อ แล้วก็เก็บ ไม่ได้เอาเก็บตู้เย็นใส่ไว้ในนี้ แล้วก็อุ่น”*

*“พอหลังจากเที่ยง พอบ่ายเราก็พลิกตัว พอสี่โมงเราก็เตรียมนึ่งอาหาร สี่โมงก็กว่าจะเสร็จ 6 โมงป้อน ฟิตครั้งหนึ่งมันจะอยู่ได้ 2 ถ้วย 2 เหยือก เช้ากับเย็น ถ้าเกินจากนั้นมันจะบูด”*

*“แกก็นอนเล่นของแก ประมาณ 2 ทุ่ม เราก็พลิกตัว”*

*“พลิกตัวไม่นานเท่าไหร่ ประมาณ 3-5 นาที”*

*“ถ้าเราง่วงก็ให้ก่อน ตอน 5 ทุ่มได้ แต่ตามหลักแล้วเที่ยงคืน ถ้าแกไม่หลับแกก็ต้องไอเพราะกลางคืนมันเย็น ต้องคอยดูดเสลด”*

แม้ว่าจะมีการพลิกตัวอย่างสม่ำเสมอ แต่ตาสังข์ก็มีอาการปวดเมื่อยบ้าง โดยผู้ดูแลจะใช้วิธีการสังเกตพฤติกรรมของตาสังข์ ดังประโยคที่ว่า

*“เขาอยู่ในท่าสบายเขาจะนอนนาน ถ้าเขาเมื่อยเขา เขาจะกระแทก ขยับขา ส่งเสียงให้รู้ เขาคงเมื่อยอะนะ ไม่ไหวแล้วนะ”*

**<u>ด้านการจัดเตรียมยา</u>**

สำหรับการรับประทานยา ผู้ดูแลได้ให้ยาตามคำแนะนำของแพทย์ คือ ช่วงเช้า กลางวัน และเย็นโดยให้ผ่านทางสายยาง

*“ก็ตามที่หมอสั่ง เราก็ให้ตามนั้นเลย คือเช้า กลางวัน เย็น เราก็บด ให้ทางสายลิ้งค์ ป้อนข้าวเสร็จ ให้ยาต่อเลย แต่ถ้าก่อนอาหาร เราก็ให้ยาก่อน”*

แม้ว่าในครอบครัวจะตกลงกันว่าผู้ดูแลหลักคือ วันแต่ในความเป็นจริงก็จะมีญาติพี่น้องมาช่วยกันดูแล ซึ่งสะท้อนความสัมพันธ์ในครอบครัวได้เป็นอย่างดี

*“ ตั้งแต่แกเริ่มหลงเลย แต่ทุกคนก็ช่วยกันนะ ช่วยกันยก แต่ที่ดูแลแบบต่อเนื่องก็แค่ 2 คน ทุกคนก็ช่วย”*

**<u>ด้านการดูแลอาหาร</u>**

การดูแลด้านอาหาร ในขณะที่ตาสังข์ยังสามารถรับประทานอาหารได้ ประเภทอาหารจะเป็นข้าวต้มกับหมูหยอง และพวกแกงจืด ต่อมาเมื่อตาสังข์ไม่สามารถรับประทานอาหารได้ ครอบครัวจึงได้ปรับเปลี่ยนมาเป็นการให้อาหารทางสายยางซึ่งวันได้รับคำแนะนำจากพยาบาลโรงพยาบาลบ้านแพ้ว

*"ปริมาณอาหารให้ประมาณ 400 CC เขาเรียกอะไรนะ 1 ถ้วยตวง มีตัวเลขอยู่"*

*"...เอานึ่ง ปั่น แล้วก็ฟิต วันนึง ให้ 4 ครั้ง 6 โมงเช้า 12 นาฬิกา 6 โมงเย็นเที่ยงคืน"*

*"ก็เหมือนกันทุกวันเลย ก็จะมีพวกตำลึง ผักโขม แครอท ฟักทอง เนื้อปลากล้วย ถ้าตอนเช้าไข่หนึ่งฟอง ตอนเย็นไม่ต้องใส่ไข่ แต่ตอนครั้งแรกเอาเฉพาะไข่ขาวอย่างเดียวนะ"*

*"...ต่อมาๆ ร่างกายขาด มันจะซีดลงไป ก็เลยให้กินไข่แดงด้วย ไปเจาะเลือด"*

สำหรับอาหารเสริมผู้ดูแลได้ให้นมแก่ผู้สูงอายุที่จัดให้โดยโรงพยาบาล

*"นมถุงของโรงพยาบาล เป็นนมผู้สูงอายุ นมคนป่วย...ชงเอง"*

**<u>ด้านการอาบน้ำ แต่งตัว</u>**

เริ่มต้นจากการที่ลูกๆช่วยอุ้มตาสังข์ไปอาบน้ำในห้องน้ำ และแต่งตัวในตอนเช้า ต่อมาได้เปลี่ยนวิธีมาเป็นการเช็ดตัวที่เตียง เนื่องจากมีความยากลำบากในการอุ้ม ดังประโยคที่สะท้อนว่า

*"ตอนใหม่ๆ ช่วยกัน พี่ชาย พี่สาว ใครว่างก็ช่วยกันอุ้มไปอาบในห้องน้ำ เพราะนานเข้าก็อุ้มไม่ไหว ลูกก็อุ้มไม่ไหวแล้ว ก็เช็ดตัวที่เตียง เช็ดแบบโรงพยาบาลเลย .....เช็ดอย่างเดียว แต่ใช้สบู่เหลวแล้วก็ใช้น้ำเช็ด เช็ดวันละ 2 ครั้ง เช้า เย็น แต่ถ้าอากาศหนาวก็วันละครั้ง สายๆ"*

เมื่อผู้วิจัยถามว่าหลังอาบน้ำมีการใช้ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ด้วยหรือไม่ ผู้ดูแลได้เปรียบเทียบการใช้ผ้าอ้อมผู้ใหญ่กับแผ่นรองกับตัวตาสังข์ ดังประโยคที่ว่า

*"ใช้แค่แผ่นรองเฉยๆ สมัยก่อนใช้แพมเพิรส์ แต่มันอบไข่ หน้าขามันจะพอง เพราะแกไม่ดุกดิกไง แค่ขยับขา พลิกตัวไม่ได้"*

**<u>ด้านการหมุนเวียนผู้ดูแลผู้สูงอายุ</u>**

ในกรณีที่วันไม่สะดวก คนถัดมาจะเป็นนุช แต่ถ้าทั้งคู่ไม่สะดวก ก็จะจ้างหลาน(ลูกของป้า) โดยจะมีหน้าที่ในการให้อาหารและเช็ดตัวให้กับตาสังข์

*"...หลานแกแค่ฟิตอาหารให้ได้อย่างเดียว การเช็ดตัวก็น้อยครั้ง เพราะเขายกไม่ไหว"*

*"พี่สาวเขาจะรู้สึก แค่วันเดียวให้เตี่ยเป็นอย่างนี้ มันจะไม่เหมือนที่ดูแลทุกวันเขาก็จะบ่น"*

**<u>ด้านการทำความสะอาดเครื่องนุ่งห่ม</u>**

ในการดูแลตาสังข์ผู้ดูแลได้ให้ความสำคัญกับการทำความสะอาดทั้งในเรื่องของการซักล้างและการนำเครื่องนุ่งห่มไปผึ่งแดดเพื่อฆ่าเชื้อโรค ดังประโยคที่ว่า

*"เสื้อผ้าก็ซักเครื่อง ทีแรกซักมือ ซักแยก...ทางโรงพยาบาลแนะนำให้ใช้ฆ่าเชื้อ แต่เราใช้ปกติเพราะแกไม่แพ้"*

*"หมอน ผ้าห่ม ผ้าปูที่นอน ทำความสะอาดก็อาทิตย์หนึ่ง หรือเปรอะฉี่เปรอะอะไร ก็เอาไปซัก อย่างหมอนเราก็เปลี่ยนปลอกแล้วก็ผึ่งแดดอาทิตย์ละครั้ง หรือเดือนละครั้ง"*

*"ก็แล้วแต่การเลอะ แต่ผ้าปูที่นอนเปลี่ยนบ่อย...ประมาณอาทิตย์ละครั้ง"*

นอกเหนือจากการดูแลในกิจวัตรประจำวันของตาสังข์แล้ว สมาชิกในครอบครัวได้มีการคุยกันเกี่ยวกับการจัดการค่าใช้จ่ายกรณีที่ตาสังข์เสียชีวิต โดยให้ลูกชายเป็นคนจัดการเพราะลูกสาวได้มีหน้าที่ในการดูแลตาสังข์ขณะที่มีชีวิตอยู่

*"น้องบอกว่าถ้าเตี่ยเป็นไรไป ลูกผู้หญิงไม่ต้องออกเงิน เพราะดูแลตรงนี้แล้ว"*

**<u>ด้านภาวะสุขภาพจิต</u>**

การที่ต้องอยู่ในสภาวะที่เคลื่อนไหวอย่างยากลำบากก่อนที่จะนอนติดเตียงนั้น นุช กล่าวว่า ตาสังข์เคยบ่นว่ามีความรำคาญและหงุดหงิดอยู่บ้างเช่นกัน แต่ทางครอบครัวก็พยายามช่วยกันเพื่อให้ตาสังข์มีสุขภาพจิตที่ดีขึ้น ดังประโยคที่ว่า

*"ก็ปรึกษากันว่า เตี่ยพูดไม่ได้แล้วนะ ก็ดูแลกันไปตามแบบนี้ ตามสถานการณ์ เราก็พูดคุยกับเขา พูดคุยเล่น เรียกชื่อบ้าง แกก็โมโห (หัวเราะ) "ถามว่าหนูชื่ออะไร จำได้ไหม แกก็ยิ้ม"*

**<u>ด้านการดูแลด้านจิตวิญญาณ</u>**

ผู้ดูแลได้นำหิ้งพระมาวางด้านหลังเตียงนอนของตาสังข์ ซึ่งสะท้อนถึงการให้ความสำคัญกับศาสนาต่อตัวผู้สูงอายุ ดังคำกล่าวของนุชที่ว่า

*"ทีแรกพระเขามาทำบุญ พระให้มา แล้วเขาเอาไปวางไว้ตรงนู้น หนูเลยบอกว่าเอามาวางไว้บนหัวเตียงเตี่ยดีกว่า เพราะเตี่ยจะได้เห็นพระบ้าง"*

*"...เปิดวิทยุฟังเทศน์บางทีก็เปิดให้ฟัง แต่ก็ไปไหนไม่ได้ ถ้าไปไหนก็ต้องหาคนมาดูแทน"*

เนื่องจากตาสังข์ ไม่สามารถเดินได้และมีอุปกรณ์ช่วยเหลือหลายประเภท อาทิ เตียงลม เครื่องดูดเสลด เครื่องช่วยหายใจ (ใช้บางครั้ง) มอเตอร์เตียงลม และการอยู่ในห้องปรับอากาศ กรณีที่เกิดไฟดับ (ขณะสัมภาษณ์เกิดไฟดับประมาณ 20 วินาที) ผู้วิจัยได้ถามเกี่ยวกับกรณีการเกิดไฟฟ้าดับ ผู้ดูแลทำอย่างไร พบว่า ผู้ดูแลไม่ตกใจและบอกว่ากรณีแบบนี้จะเกิดขึ้นนานๆครั้ง หากเกิดขึ้นก็จะเปิดหน้าต่างเพื่อให้อากาศระบายหรือพาไปโรงพยาบาล ดังประโยคที่ว่า

*"แต่มันดับไม่นานไง แต่ถ้าแย่จริงๆเราก็พาไปโรงบาล"*

**บทบาทของเครือข่ายการดูแล และเครือข่ายความช่วยเหลือ**

**เครือข่ายครอบครัว**

ในช่วงที่ตาสังข์เริ่มป่วย และมีอาการหลงลืมจนกระทั่งเดินไม่ได้ แม้ว่าผู้ดูแลหลักๆ จะมีเพียงวันและนุชแต่บุตรทุกคนก็ได้มีการช่วยเหลือในการดูแลตาสังข์ และมีการมาเยี่ยมสม่ำเสมอ ดังประโยคที่ว่า

*"...ตั้งแต่แกเริ่มหลงเลย แต่ทุกคนก็ช่วยกันนะ ช่วยกันยก แต่ที่ดูแลแบบต่อเนื่องก็แค่ 2 คน ทุกคนก็ช่วย"*

เช่นเดียวกับเครือญาติที่อยู่ห่างไกล เมื่อถึงวาระสำคัญก็จะมาเยี่ยมเยียนตาสังข์อย่างสม่ำเสมอ อันสะท้อนให้เห็นถึงความสัมพันธ์อันแนบแน่นระหว่างเครือญาติ

*"มีวันสงกรานต์หรือวันเกิดตา ที่ลูกหลานมาหา วันเกิดทำบุญให้ เลี้ยงพระ ก็ลูกหลานที่สนิท"*

**เครือข่ายชุมชน**

ด้านเครือข่ายในชุมชน จะมีเพื่อนและวัดที่เป็นเครือข่ายให้การดูแลในด้านของสุขภาพจิต /ด้านจิตวิญญาณ ดังกรณีเจ้าอาวาสที่มาเยี่ยมเยียนตาสังข์บ้าง

*"มีพระ เจ้าอาวาสมาเยี่ยม มีคนเก่าๆ เพื่อนสมัยรุ่นเดียวเขา ก็มีมาบ้างมาเยี่ยม แต่แกก็ไม่รู้เรื่อง เพื่อนที่ยังไม่เป็นอัมพฤกษ์อัมพาต เขายังเดินได้"*

*"เป็นเจ้าอาวาส เป็นเพื่อนอะไรแบบนี้..."*

นอกเหนือจากเครือญาติที่ให้การช่วยเหลือสนับสนุนในการดูแลตาสังข์แล้ว เครือข่ายด้านวิชาชีพที่มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการรักษาและให้ความรู้/คำแนะนำต่อตาสังข์และผู้ดูแล คือ โรงพยาบาลบ้านแพ้ว โดยบริการที่ทางครอบครัวได้รับเริ่มตั้งแต่การมีพยาบาลประจำครอบครัวไปเยี่ยมที่บ้านเดือนละ 1 ครั้ง ให้บริการเปลี่ยนสายยาง เบิกยา ทำแผลกดทับให้ ดังคำบอกเล่าของผู้ดูแลที่ว่า

*"พยาบาลมา แต่ถ้าไม่มีอะไรก็เดือนละครั้ง แต่ถ้ามีอะไรโทรไปก็มาเลย เมื่อเช้าเขาก็มาเจาะเลือดให้ แผลนี่เย็นๆ จะมาล้างให้"*

*"...ถ้ามาเยี่ยมก็คือ พยาบาลอย่างเดียว เดือนละครั้ง พยาบาลที่ออกพื้นที่นะคะ เขาจะมีหน่วยคอยดูผู้ป่วย ผู้สูงอายุตามบ้าน...มีพยาบาลคนหนึ่ง ผู้ช่วยคนหนึ่ง"*

*"พยาบาลมาเปลี่ยนสายฉี่ และเบิกยามาให้ อุปกรณ์การล้างแผลถ้าเป็นมาก เราถึงพาไปโรงพยาบาล"*

*"พยาบาลมาสอนการใช้ถังออกซิเจนด้วย การดูดเสลด การล้างแผลกรณีมีผลกดทับ"*

*"จะตัดแผลที่ตายแล้วออก เขาว่าเราทำไม่สะอาด เขาจะมาวันละครั้งมาดูแลอาทิตย์นี้ที่เขามาทุกวัน ถ้าแผลเล็กๆเราจะทำเอง เจ็ดโมงมา"*

*"ถ้ามีอะไรก็โทรบอกเขา...บ้านอยู่บ้านแพ้วเป็นพยาบาลมานานแล้ว รุ่นเก่าคะ ออกตามท้องที่ เขารู้จักคนพื้นที่เยอะ จะได้ดูแลง่าย สะดวก"*

นอกจากนี้ทางโรงพยาบาลบ้านแพ้วยังมีบริการอบรมให้แก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ต้องได้รับอาหารทางสายยาง ดังตัวอย่างของวันที่ได้รับการอบรมความรู้เกี่ยวกับวิธีการให้อาหารทางสายยางสำหรับผู้สูงอายุที่นอนติดเตียง รวมถึงวิธีการนวดผู้ป่วยด้วย

*".. เขาเรียกเราไปอบรมก่อนว่าการล้าง การเตรียมของนึ่ง แล้วถึงเอามาปั่น... ก็เป็นพวกอาหารที่มีประโยชน์ก็เป็นพวกตับ ผักใบสีเขียว ประมาณกี่ขีด กี่ชิ้น..."*

*"เราเคยไปนวดที่โรงพยาบาลบ้านแพ้ว นวดแผนไทย"*

*"...ก็เคยพาเตี่ยไปนวดตั้งแต่แรกๆ แต่ช่วงหลังไม่ได้นวด เพราะมันยึดไปหมดแล้ว ก็ทำกายภาพรอบบ่าย"*

รวมถึงการให้คำแนะนำเกี่ยวกับยาและอุปกรณ์ต่างๆที่ให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วย อาทิ เครื่องดูดเสลด ถังออกซิเจน ฯลฯ ดังประโยคที่ว่า

*"...ก็ต้องให้มีถังออกซิเจน และเครื่องดูดเสลด แต่ว่าโรงพยาบาลเขาไม่มีให้ผู้ป่วยนอก เราก็เลยต้องซื้อเอง เขาให้เครื่องดูดเสลดมานะ แต่มันดูดไม่ขึ้น มันเล็กมาก มันรุ่นเก่า"*

*"...เขาเบิกมาให้ พวกผ้าก๊อซ ยาเหลือง...ยาทานก็เบิกมาให้..."*

นอกเหนือจากพยาบาลจากโรงพยาบาลบ้านแพ้วจะมาเยี่ยมให้การรักษาพยาบาลและกำลังใจแก่ตาสังข์และผู้ดูแลแล้ว ยังได้มีการพาบุคคลภายนอกมาศึกษาดูงาน อันเป็นการสะท้อนให้เห็นถึงการดูแลที่ดีที่สามารถเป็นต้นแบบให้แก่บุคคล/วิชาชีพอื่นๆได้เป็นอย่างดี

*"โรงพยาบาลบ้านแพ้วเขาจะพามา จะเป็นพยาบาลหรือผู้ช่วยก็ไม่รู้ ไม่ใช่พยาบาลมั้ง ใส่ชุดสีฟ้า เขามาศึกษาว่าเราดูแลอย่างไร"*

รวมถึงอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) ก็จะมาเยี่ยมเยียนบ้าง ครั้งคราว จากการสัมภาษณ์เกี่ยวกับเครือข่ายในการช่วยเหลือจะเห็นได้ว่า จะมีบทบาทของญาติ เพื่อนบ้าน ศาสนา โรงพยาบาลบ้านแพ้ว และอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุเป็นเครือข่ายสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุ โดยตัวผู้ดูแลเห็นว่าการมีคนมาเยี่ยมเยียนไม่ได้ก่อให้เกิดความรำคาญกลับการเป็นการสร้างกำลังใจให้แก่ตนและตาสังข์ ดังคำพูดที่ว่า

*"ก็ใครมาก็ได้ที่มาเยี่ยมเยียนให้กำลังใจ ให้ทุกคน"*

**<u>บริการการดูแล ที่ครอบครัวได้รับจากสถาบัน</u>**

ตาสังข์ได้รับการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลบ้านแพ้ว(องค์การมหาชน) ตั้งแต่การบำบัดรักษาด้านความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ และบริการจากพยาบาลเยี่ยมบ้าน (Home Health Care) โดยพยาบาลวิชาชีพ โดยผู้ดูแลกล่าวว่า นอกเหนือจากการได้รับการอบรมในการดูแลผู้สูงอายุก่อนที่ตาสังข์ได้ออกจากโรงพยาบาล อาทิ การจัดเตรียมอาหารสำหรับฟิตทางสายยาง การใช้อุปกรณ์เพื่อดูดเสมหะ การใช้เครื่องช่วยหายใจแล้ว ยังได้รับบริการการเยี่ยมบ้านจากพยาบาลวิชาชีพ (Home Health Care) ที่มาให้ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุทั้งในด้านการพลิกตัว การดูแลแผลกดทับ ตลอดจนการเปลี่ยนอุปกรณ์ทางการแพทย์ให้แก่ตาสังข์ ดังคำพูดที่ว่า

*"..ถุงนี่ 15 วันเราเปลี่ยนเอง แต่สายเปลี่ยนไม่ได้ พยาบาลจะเปลี่ยนให้เดือนละครั้ง"*

สำหรับในกรณีที่ฉุกเฉิน อาทิ ตาสังข์ไม่สบาย มีภาวะเกล็ดเลือดต่ำครอบครัวสามารถโทรเรียกพยาบาลเยี่ยมบ้านหรือรถพยาบาลฉุกเฉิน จากโรงพยาบาลบ้านแพ้ว จากนามบัตรที่ได้รับจากพยาบาลเยี่ยมบ้าน ดังประโยคที่ว่า

*"โทรเรียกรถพยาบาลมารับ เพราะรถเรานอนไม่ได้"*

นอกเหนือจากนี้ ทางทีมวิจัยได้มีการพูดคุยกับพยาบาลวิชาชีพจากโรงพยาบาลบ้านแพ้ว ที่มีหน้าที่ในการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ (Home Health Care) โดยพยาบาลเยี่ยมบ้าน ได้เล่าว่า

แนวคิดของการออกไปเยี่ยมบ้านโดยพยาบาล มีจุดเริ่มต้นจากการที่มีผู้ป่วยจำนวนมากเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล ทำให้เกิดภาวะผู้ป่วยล้นเตียง โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุที่มีอาการของโรคคงที่และมักจะอยู่โรงพยาบาลนาน ทางโรงพยาบาล จึงมีแนวคิดที่พยายามให้ผู้สูงอายุที่มีอาการของโรคที่คงที่กลับไปรักษาที่บ้าน โดยจะมีพยาบาลเยี่ยมบ้าน (Home Health Care) ออกไปเยี่ยมเยียน ให้ความรู้และให้การรักษาพยาบาลที่บ้านผู้ป่วย และ ตาสังข์ ถือเป็นผู้ป่วยที่ตรงกับเกณฑ์การดูแลที่บ้าน ดังคำบอกเล่าที่ว่า

*"เริ่มแรก เข้ามารักษาที่โรงพยาบาล เตียงไม่เยอะไม่พอให้นอน เริ่มมีผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุที่มีอาการคงที่แล้ว เพราะผู้สูงอายุจะครองเตียงนาน เป็นโรคชรา เป็นอัมพฤกษ์ อัมพาต มาตรวจโรคแล้ว หมอคิดว่า เอายากลับไปทานที่บ้าน นอนนานๆ เป็นแผลกดทับ เราก็ไปดูแผลให้ ถ้าแผลใหญ่เราก็ไปทุกวัน แผลเล็กอาจจะไปอาทิตย์ครั้ง สองอาทิตย์ครั้ง แนะนำให้ญาติทำเป็น สอนให้ดูดเสมหะ มีเครื่องให้ยืม มีเตียงให้ยืม กลับบ้านได้ ไปจัดบ้านให้ อย่างตาสังข์มีเงินจะต่อห้องอะไรเอง ถ้าไม่มีเงิน บางทีก็อยู่ตามบ้าน" (พยาบาลเยี่ยมบ้าน)*

*"ก่อนจะออกจากโรงพยาบาล เราต้องสอนเขาก่อนตั้งแต่อยู่โรงพยาบาลแล้วคะ ให้ออกซิเจน อาหารเหลว เดี๋ยวนี้สบาย เพราะมีอาหารสำเร็จรูป คล้ายๆ นมเด็ก ชงแล้วให้กินได้เลย" (พยาบาลเยี่ยมบ้าน)*

สำหรับหลักการในการทำงานของพยาบาลเยี่ยมบ้าน คือ การไปเยี่ยมบ้านแต่ละครั้งจะไม่ดูแลเฉพาะด้านร่างกาย หากแต่จะรวมไปถึงด้านอารมณ์ จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยและครอบครัวอีกด้วย ดังคำพูดที่ว่า

*"สำหรับหลักการทำงานที่โรงพยาบาลมอบให้ในการไปเยี่ยม case หลักการคือว่าไปดูแลตามสภาพ แนวคิดที่ลงไป คือว่า ด้านร่างกาย อารมณ์จิตใจทางด้านร่างกาย อารมณ์จิตใจ สังคม สิ่งแวดล้อมด้วย จะดูด้วย บางทีคิดว่าอันไหนที่ช่วยเราก็ช่วยให้สบายขึ้น คนที่เราดูแลอยู่ เนื้อตัวสบายขึ้น เราก็ยินดี เราก็อยากทำให้*

*...สระผม ตัดเล็บ อุ้มไปอาบน้ำ คนไข้เนื้อตัวเหนอะหนะ เราคิดว่าคนไข้ถ้าเนื้อตัวสบาย จิตใจก็จะสบาย ร่างกายหายเร็ว คนสูงอายุบางทีลูกหลานไม่มีเวลามานั่งพูดคุย ออกกันหมด เหลือคนไข้คนเดียว บางบ้านนะคะ เย็นค่ำๆถึงจะกลับ เวลาเราไปเยี่ยมไปพูดคุยกำลังใจเขาจะดีใจ*

*ถ้ามีจิตอาสา เข้าไปพูดคุย ชั่วโมงครึ่งชั่วโมง ไปอ่านหนังสือให้ฟัง พาเดิน ถ้ามีจิตอาสาร่วมไปกับเรา เราจะไปส่ง บางทีเราไม่มีเวลาอ่านให้ ถ้าวัยรุ่นเราจะมีหนังสืออ่านเล่น ถ้าเป็นผู้ใหญ่ เราจะมีหนังสือธรรมมะ ให้เขายืม บ้านไหนมี VCD จะเปิดให้ญาติฟัง พวกระยะสุดท้ายจะได้กำลังใจที่ดี หนังสือ เราให้เขายืม วิชาการสนุกสนาน"*

ด้านเจ้าหน้าที่ในการออกไปเยี่ยมบ้านแต่ละครั้ง จะประกอบไปด้วย พยาบาลวิชาชีพ ผู้ช่วยพยาบาล และคนขับรถ โดยจะมีการวางแผนว่าในแต่ละครั้งจะลงเยี่ยมบ้านผู้ป่วยกี่รายและจะต้องเตรียมอุปกรณ์ในการรักษาพยาบาลประเภทใดบ้าง ดังประโยคที่ว่า

*"ส่วนมากอุปกรณ์ทำแผลนะคะ เราจะรู้ว่าเราจะไปเยี่ยมคนไหนจะต้องวางแผน กำหนดไว้ก่อนเราจะกำหนดก่อนว่าจะไปเยี่ยมใคร กี่ราย เฉพาะที่เราวางแผนไว้ บางทีโทรมาตามว่าสายปัสสาวะหลุด สายอาหารหลุด ก็ต้องไปต่างหาก...วันหนึ่งจะตกประมาณ 10-20 รายขึ้นไป เราจะดูว่าตามอาการคนไข้..."*

สำหรับบริการที่ตาสังข์ได้รับจากพยาบาลเยี่ยมบ้านโรงพยาบาลบ้านแพ้ว คือ บริการเกี่ยวกับการให้ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ ทั้งในด้านการดูแลแผลกดทับ การพลิกตัว การเปลี่ยนอุปกรณ์ทางการแพทย์ อาทิ การเปลี่ยนสายยางอาหาร สายยางปัสสาวะ เครื่องดูดเสมหะ ฯลฯ เนื่องจากพยาบาลวิชาชีพมาเยี่ยมบ้านตาสังข์บ่อยครั้ง จึงมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลวิชาชีพกับตาสังข์และครอบครัว ดังคำพูดที่ว่า

*"อย่างบ้านตาสังข์เรารู้จักกันมานาน เราเจตนาดี อยากให้พ่อเขาดี"*

**<u>วิธีเข้าถึงบริการ และปัญหาอุปสรรค</u>**

ด้านการเข้าถึงการรักษาพยาบาล จากคำบอกเล่าของผู้ดูแล พบว่า ในการดูแลตาสังข์ไม่มีปัญหาในการเข้าถึงบริการ สาเหตุส่วนหนึ่งเกิดจากการมีระบบดูแลที่ดีของโรงพยาบาลบ้านแพ้ว ในการจัดพยาบาลลงเยี่ยมบ้านสม่ำเสมอ และทางครอบครัวสามารถติดต่อขอรับการบริการได้ในกรณีที่ฉุกเฉิน ตลอดจนการมีความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างตัวตาสังข์เองกับโรงพยาบาล ดังประโยคที่ว่า

*"โทรเรียกรถพยาบาลมารับ เพราะรถเรานอนไม่ได้ ไม่นาน ครึ่งชั่วโมง ถ้าด่วนเขาจะมาเลย"*

*"...คุณตาเคยทำบุญกับโรงพยาบาลบ้านแพ้วมา 20 กว่าปีแล้ว ก็มีชื่ออยู่ เคยเป็นผู้บริจาค... เขาเห็นนามสกุล แล้วคุณหมอสนิทกับผอ.คนเก่าเลยฝากต่อๆกันมา ผอ.วิชิต...ก็ไม่ค่อยมีปัญหาอะไร"*

*"เตี่ยเขามาทำบุญกับโรงพยาบาล ได้ร่วมสร้างโรงพยาบาล เขาได้ไปรับเหรียญ ไปรับที่โรงพยาบาล 5 ธันวา เครื่องราชชั้นไรไม่รู้"*

**ค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น และการบริหารการเงิน**

**<u>รายรับ</u>**

รายรับในครอบครัวส่วนใหญ่ได้มาจากการจัดเก็บเงินในรูปแบบ “กงสี” โดยมีผู้ดูแลหลักคือ พี่สาวคนโต (วัน) เป็นผู้ควบคุมการใช้เงิน นอกจากนี้ยังมีพี่น้องได้ให้แก่ผู้ดูแลบ้าง เมื่อมาเยี่ยมเยียนตาสังข์หรือบางคนออกค่าใช้จ่ายให้ เช่น ค่าสิ่งของเครื่องใช้ของผู้สูงอายุ

**<u>รายจ่าย</u>**

ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของตาสังข์จะใช้สิทธิ์เบิกค่ารักษาพยาบาลของบุตรชายซึ่งเป็นข้าราชการทั้ง 2 คน สลับกันไป ยกเว้นกรณีที่มีค่ายาเพิ่มหรือค่าใช่จ่ายที่เบิกไม่ได้จะใช้เงินกงสีที่มีรายได้มาจากสวนมะพร้าวซึ่งวันเป็นผู้ดูแล หรือมีบุตรคนอื่นๆช่วยบ้างตามกำลังฐานะ

> *“ทั้งสองคน เปลี่ยนกัน ถ้านอนโรงพยาบาลก็สลับกัน ถ้าประจำก็เป็นของทหาร เขาทำเรื่องได้ง่ายกว่า”*

> *“เบิกได้จากสวัสดิการของพี่ชาย สิทธิ์ราชการ นอกจากเสียค่ายาเพิ่ม พี่วันจะเป็นคนจ่าย ใช้เงินในกงสี คือพี่วันเขาอยู่ในกงสี”*

> *“...ก็ช่วยกันนะ อย่างน้องชายอีกคนเขาบอกว่า เขาไม่ได้มีเวลามาดูเดี่ยแบบนี่ จะซื้ออะไรให้เดี่ยขอให้บอก เขามาแล้วจะให้เราไปซื้อ อย่างเดียงนี่เขาช่วยครึ่งหนึ่ง อย่างเดี่ยนอนโรงพยาบาลค่าห้องส่วนเกิน เขาก็ช่วย อย่างช่วงที่ซื้อแพมเพิร์ส ซื้อแผ่นรอง แป้งอะไรพวกนี้ หมวยเขาก็ช่วย คือน้องคนนี้นุช จะช่วยแล้วส่วน ยาอะไรขาดเหลือคนเป็นทหารเขาจะซื้อพวกอุปกรณ์”*

สำหรับรายละเอียดค่าใช้จ่ายในการดูแลตาสังข์ ประกอบไปด้วย สิ่งต่อไปนี้ ค่าเปลี่ยนสายยางที่โรงพยาบาล ราคา 12,000 บาท ต่อครั้ง ค่าสายยางอุปกรณ์ 7 พันกว่าบาท ซึ่งจะต้องเปลี่ยน 2 ครั้งต่อ 1 ปี

> *“2 ครั้งเอง ไปเปลี่ยนสายอาหาร สายให้อาหารพอ 6 เดือนมันจะชำรุด ฟิตอาหารมันจะไม่เข้าแล้ว ถ้าใช้แบบดี มือเดียวไม่ดึงแรง ก็ใช้ได้ประมาณ 1 ปี ค่าเปลี่ยนสายยางต่อครั้งประมาณ หมื่นสอง (12,000) ค่าสายยางอุปกรณ์ 7 พันกว่า ค่าวางยาอีกรวมแล้วก็ 12,000 แต่เบิกได้แค่ 7,000 อีก 3,000 เบิกไม่ได้ มันเป็นส่วนเกิน”*

นอกจากนี้ยังมีค่าใช้จ่ายอื่นๆ ดังนี้ ค่าสบู่เหลว แป้ง ค่าผ้าอ้อมผู้ใหญ่ แผ่นรอง ค่าผ้าอ้อมผู้ใหญ่แป้งฝุ่น ประมาณเดือนละ 500 บาท กระดาษชำระเดือนละ 1,000 บาท ผ้าก๊อซ แผ่นยาง (ไม่เสียค่าใช้จ่ายเพราะพี่ชายเบิกมาให้ สายยางดูดเสลดเบิกได้ มีแค่สายอาหารเบิกได้ไม่หมดค่าถังออกซิเจน 145 บาทต่อถังใช้ใน 1 สัปดาห์ เฉลี่ยต่อเดือน 7,500 บาท จำนวน 5 ถัง ค่าสายอาหาร 2,300 บาท (เบิกไม่ได้) ถุงมือ ค่ายาทุกอย่างประมาณ 1,000 บาทต่อเดือน อาหารที่ใช้ปั่นตกวันละ 100 บาท (4 มื้อ) กรณีอาหารก็มีปลา 2 ตัว ตก 200 บาท ค่าสูญเสียรายได้กรณีที่ไม่ได้ทำงาน (นุช) วันละ 200 บาท รวมเดือนละ 6,000 บาท (2 คน) ค่าอาหาร 3000 บาท ค่าจ้างหลานดูแล กรณีไม่อยู่ไปงานทำบุญ 200 – 400 บาท ต่อวัน เตียง 12,000 บาท (เปลี่ยนแล้ว 3 ครั้ง) รถโรงพยาบาลมารับ ค่าบริการ ครั้งละ 200 บาท ปัจจุบันไปกลับ 400 บาท

**<u>ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแล (ค่านิยม, วัฒนธรรม, ภาวะการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ ฯลฯ)</u>**

สำหรับเหตุผลในการดูแลตาสังข์ผู้ดูแลมองว่า เป็นเรื่องของการตอบแทนบุญคุณ การได้บุญกุศล อันเป็นการสะท้อนให้เห็นถึงค่านิยมและวัฒนธรรมดั้งเดิมของไทยที่มีความเกี่ยวข้องกับศาสนา รวมถึงความผูกพันภายในครอบครัว

*"คิดว่าพ่อแม่เลี้ยงดูเรามาตั้งแต่เล็ก แล้วตอนนี้แกไม่ไหวแล้ว เราก็ต้องเลี้ยงแก เป็นการตอบแทนและได้บุญกุศลด้วย ได้แก่ตัวเอง"*

*"เป็นเพราะการผูกพันป่ะ เพราะดูแลกันทุกวัน พอไม่อยู่วันเดียวแกก็คิดถึง"*

*"เตี่ยจะเป็นไงมั่ง …แกจะบ่นของแกเรื่อยไป"*

*"…มันอยู่ที่บุญของพ่อแม่แต่ละคนป่ะ มันก็มีส่วนใช่ป่ะ เนี่ยะพี่น้องก็พูดกัน มีลูกตั้ง 7 คน แต่ดูแลแค่ 2 คน แต่คนอื่นเขาก็ให้ตังค์มาบ้างอะไรแบบนี้นะ คือเขามีหน้าที่ต้องทำงาน…"*

กรณีที่ผู้ดูแลหลักติดธุระ ไม่สามารถดูแลตาสังข์ได้ รวมถึงผู้ดูแลรอง (นุช) ไม่สะดวกเพราะต้องทำงานขายอาหารและดูแลบุตรของตน วันก็จะจ้างหลานสาวมาช่วยดูแลเป็นครั้งคราว แต่วันก็ยังคงมีความรู้สึกว่าไม่มีใครดูแลตาสังข์ได้ดีเท่ากับตน โดยวันใช้คำว่า "ผิดมือ เหมือนไม่รู้ใจ" เป็นการสะท้อนให้เห็นถึงความรักและเอาใจใส่ตาสังข์เป็นอย่างยิ่ง

*"เหมือนกับว่าดูแลกันผิดมือ เหมือนไม่รู้ใจ เวลาหลานๆ ดูก็เหมือนกัน เวลานอนเขาก็จะไม่รู้ว่าสบายไหม แต่ถ้าฉันอยู่ เตี่ยไม่สบายตัว อาการจะออก เหมือนขาจะขยับ แขนจะขยับอะไรแบบนี้ เหมือนนอนไม่สบายตัว เหมือนท่านี้เรานอนไม่สบาย เตี่ยก็คงนอนไม่สบาย ก็ไปขยับเขยื้อนไปทำให้เขาสบาย เขาก็จะนอนเฉย ถึงได้รู้ว่าเตี่ยคงเหมือนเรา"*

**คุณภาพการดูแล (ผู้ดูแล, อุปกรณ์ช่วยเหลือ, ภาวะแวดล้อม)**

**<u>ด้านผู้ดูแล</u>**

ประเด็นด้านผู้ดูแลเกี่ยวกับความตึงเครียดและวิธีการจัดการความเครียดของผู้ดูแล พบว่า ผู้ดูแลหลักจะมีอาการเจ็บป่วยทั้งในโรคความดันโลหิตสูงและอาการเจ็บเข่า ซึ่งมีอาการเรื้อรังมานาน

*"อุ้มมีข้อเข่า จะแย่ จะเสียว ก็เป็น เวลาเรายก ก็ใส่อยู่ตลอด แป้งบ้างอะไรบ้างอะไรก็ใส่ไว้ในกระเป๋า ฉันก็ไม่ค่อยดี เคยตัดเต้านมมาข้างหนึ่งคะ" (วัน)*

ด้านภาวะความเครียดในบทบาทผู้ดูแล พบว่า ผู้ดูแลรองไม่ประสบปัญหาความเครียด โดยมองว่าการปรนนิบัติ ดูแลตาสังข์คือหน้าที่ที่บุตรต้องกระทำ

*"ไม่เหนื่อย มันเป็นหน้าที่ ทำไปมันก็ชิน มันเป็นหน้าที่"*

*"หนู(นุช)ไม่เครียด แต่พี่สาวเขาจะเครียด เวลาเตี่ยถ่ายท้อง กลัวจะตาย แก (วัน )จะเป็นโรคกังวล ตัวแกก็ไม่สบาย"*

อย่างไรก็ตามหากผู้ดูแลมีความเครียดขึ้นมาก็จะพูดคุยปรึกษากันในหมู่พี่น้องหรือพยายามทำจิตใจให้สงบ เพื่อลดอาการเครียด

*"น้องนุชนี่เขารู้ไหมว่าพี่วันไม่ค่อยสบายใจ" (ผู้วิจัย)*

*"รู้ จะมีอาการเหมือนคนเป็นลม ได้เวลาข้าวน้องสาวเขาจะมาเรียกให้กิน" (วัน)*

*"เครียดก็ปรึกษาพี่ปรึกษาน้อง... นั่งเฉยๆ จะผ่อนแล้วก็ปลงๆ จะเอาเหมือนทำให้จิตใจสงบ เมื่อถึงเวลาอะไรจะเกิดก็ต้องเกิด" (วัน)*

**<u>ด้านอุปกรณ์ช่วยเหลือ</u>**

ด้านเตียงนอน ตาสังข์ได้ใช้เตียงไม้เตี้ยๆนอนมาก่อน ต่อมาจึงเป็นเตียงผู้ป่วย และเป็นเตียงลมซึ่งถือเป็นอุปกรณ์ชิ้นแรกๆที่ครอบครัวได้ซื้อให้กับตาสังข์ (ซื้อมาได้ประมาณ 5 ปี เปลี่ยนไปแล้ว 3 เตียง) เนื่องจากเห็นว่าการใช้เตียงลม ทำให้แผลกดทับของตาสังข์ลดลงและพักผ่อนได้ดีขึ้น ดังประโยคที่ว่า

*"...แต่ครั้งแรกเลยเพราะไม่มีเตียงลม จึงเป็นแผลกดทับที่ก้นเยอะมาก...."*

*"...ก็ซื้อเอง ก็ประมาณ 5 ปี ตอนแรกนอนเตียงนู้น แต่ยกไม่ไหว ก็เลยซื้อเตียงลมมาช่วยได้เยอะ แต่ถ้าไปโรงพยาบาลมีตัวนี้นะ แผลจะเต็มทั้งตัวเลย ตอนนี้ก็มีแผลเหลือเล็กน้อย คือตอนนี้เนื้อแกไม่ค่อยดีแล้ว พอเนื้อไปสีกับเตียงก็เลยเป็นแผล ..."*

*"...จะหลับพักผ่อนได้ดีกว่า เพราะมันมีกั้นเตียงลมได้ เพราะเมื่อก่อนเตียงมันเตี้ยและแข็งด้วย..."*

นอกเหนือจากเตียงลมแล้ว ก็จะมีสายยางในการให้อาหารทางช่องท้อง และการมีถังแก๊สออกซิเจนในกรณีที่ฉุกเฉิน

*"อันนี้ (ถังแก๊สออกซิเจน) ซื้อมาจากร้าน แต่ต้องมัดจำถัง ก็แล้วแต่ว่าตาจะหายใจสะดวกหรือไม่สะดวก"*

*"ก็แล้วแต่ว่าตาจะหายใจสะดวกหรือไม่สะดวก แต่ต้องมีอยู่ตลอด กลางคืนจะหายใจไม่ค่อยสะดวก อากาศมันเย็น"*

**<u>ด้านภาวะแวดล้อม</u>**

สถานที่พักอาศัยในปัจจุบันของครอบครัว ได้แบ่งพื้นที่เปิดเป็นร้านขายอาหารตามสั่ง ชื่อร้าน "บานบุรี" ซึ่งเป็นของบุตรสาว 2 คน คือ นางนุชและนางมา โดยมีสมาชิกที่อาศัยในบ้าน ประกอบด้วย ผู้สูงอายุ (ตาสังข์) บุตรสาวคนโต ชื่อวัน สถานภาพโสด พี่ชายคนที่ 2 (เจ้าของบ้าน) แต่งงานแล้วแต่ภรรยากับลูกแยกกันอยู่ และหลานสาว 1 คนชื่อเปิ้ล (บุตรของนางมา) กำลังศึกษา แต่เดิมนั้นนุช (ผู้ดูแลรอง) ได้อาศัยอยู่บ้านหลังนี้ด้วย และได้ย้ายบ้านไปละแวกใกล้เคียง หลังจากสมรสแล้วซึ่งสามารถเดินหากันได้

ภายในห้องนอน นอกเหนือจากตาสังข์แล้ว ยังมีบุตรอีก 2 คน นอนอยู่ด้วย โดยตาสังข์จะนอนระหว่างตรงกลางบนเตียงลม โดยส่วนใหญ่วันจะเป็นผู้ที่คอยดูแลตาสังข์ตลอดทั้งคืน แม้ว่าจะมีบุตรชาย

คนที่2 (บุตรชายตาสังข์) นอนอยู่ด้วย แต่ไม่สามารถช่วยดูแลได้มากนัก เนื่องจากป่วยเป็นมะเร็งที่ปอดและต่อมลูกหมากโต

*"พี่ชายคนที่ 2 คนที่อยู่ข้างนอก นอนเฉยๆ แกเป็นต่อมลูกหมากโต มะเร็งที่ปอด และหมอนรองกระดูกแต่ผ่าตัดไม่ได้ แกอยู่บ้านข้างใน ไม่มีใครดูแล..."*

*"ตัวแกเองยังช่วยเหลือไม่ค่อยไหวเลย ก็มีพี่วัน นอกจากแกไอ แกจะออกไปเรียก"*

อย่างไรก็ตามทางครอบครัวได้มีการพยายามจัดสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการดูแลผู้สูงอายุ อาทิ การนำคอมพิวเตอร์และทีวี เข้ามาตั้งไว้ในห้องพักของผู้สูงอายุ เพื่อให้ญาติหรือหลานเข้ามาทำกิจกรรมในห้อง จะได้เป็นการดูแลด้านสุขภาพจิตและสังคมผู้สูงอายุไปในตัวแล้ว ผู้ดูแลได้มีการรักษาความสะอาดเสื้อผ้า หมอน ผ้าห่ม ผ้าปูที่นอน ตลอดจนพื้นห้องเพื่อสร้างสุขอนามัยที่ดีแก่ผู้สูงอายุ

*"ผ้าห่ม ผ้าปูที่นอนก็อาทิตย์หนึ่ง หรือเปรอะฉี่ เปรอะอะไร ก็เอาไปซัก อย่างหมอนเราก็เปลี่ยนปลอกแล้วก็ผึ่งแดด"*

"ก็แล้วแต่การเลอะ แต่ผ้าปูที่นอนเปลี่ยนบ่อย...ประมาณอาทิตย์ละครั้ง"

*"ก็กวาดวันละ 3 ครั้ง ถูครั้งเดียว เพราะฝุ่นจะเยอะ"*

*"แอร์เปิดตั้งแต่ 4 โมงเช้า ปิด 6 โมงเช้า" (มีแอร์ในห้อง 2 ตัว เสีย 1 ตัว)*

**<u>การยกย่องเชิดชูคนในชุมชน</u>**

จากการดูแลเอาใจใส่ผู้สูงอายุได้สะท้อนการดูแลที่ดี โดยครอบครัวหรือผู้ดูแลมักได้รับคำชมเชยจากพยาบาลเยี่ยมบ้าน รวมทั้งญาติๆด้วยกันเอง ดังคำพูดที่ว่า

*"มีแต่คนชมว่าสะอาด พวกญาติพี่น้องที่มาเยี่ยม คนที่เข้ามาเยี่ยม"*

*"เขาก็เล่าว่าที่นี่สะอาด...เข้ามาไม่มีกลิ่นเลย"*

*"อย่างพี่อ้อย เข้ามาเยี่ยม เมื่อก่อนมาก็ชม ดูสินี่ลูกเขาดูแลดี ถึงอยู่ได้ทุกวันนี้ ดูแลเตี่ยไม่มีเหม็นไม่มีอะไร บางคนเข้าไปนี่เหม็นฉี่ เราก็ดีใจ พอดีใจเราก็พยายามทำตรงนี้ไว้ให้ดี"*

**ความต้องการได้รับการสนับสนุนจากสถาบัน ชุมชน และเครือข่ายอื่น ๆ ประมาณการความต้องการบุคคลช่วยเหลือ**

สำหรับมุมมองของผู้ดูแลที่มีต่อครอบครัวตนเองและครอบครัวอื่นๆที่ต้องดูแลผู้สูงอายุที่นอนติดเตียงนั้น ผู้ดูแลมองว่าการดูแลดังกล่าวจำเป็นต้องมีภาระค่าใช้จ่ายสูงและต้องมีเวลาว่างในการดูแล ภาครัฐไม่สามารถช่วยได้ทั้งหมด ควรเป็นหน้าที่ความรับผิดชอบของลูกๆเป็นอันดับแรก

*"เราก็เบิกได้เยอะแล้ว อีกหน่อยเดียว คือเราไม่รบกวน ก็ดีแล้ว"*

*"...รัฐก็ช่วยในหลักประกัน 30 บาท เยอะแล้ว ถ้าจะมาช่วยอีกก็หลายครอบครัว มันก็ไม่ทั่วถึงอยู่ดี ลูกต้องรับผิดชอบ...รัฐเขาก็ช่วยบ้าง แต่ช่วยไม่ทุกครอบครัวหรอก มันเป็นแค่ส่วนหนึ่ง"*

*"...เพราะว่าเป็นพ่อแม่เรา ให้คนอื่นมาช่วยเหลือ แล้วเขาจะมาช่วยเหลือตลอดได้อย่างไร..."*

ในตอนท้ายวันได้กล่าวทิ้งท้ายไว้อย่างน่าสนใจว่า ความต้องการที่จะได้รับการช่วยเหลือจากรัฐควรจะเป็นในกรณีของผู้สูงอายุที่ไม่มีบุตร หรือ ขาดผู้ดูแลยามเจ็บป่วย ดังเช่นกรณีของตนในอนาคต

*"ที่นี่ตรงเตี่ยไม่มีปัญหา แต่ว่าถึงตัวเราใครจะทำ เมื่อก่อนคิดนะ ทำใจไม่ได้ พวกญาติๆบอกให้ทำใจ ทำใจไม่ใช่ว่าเตี่ยตายแล้วเราเสียใจ ถ้าเตี่ยตายแล้วเราจะอยู่กับใคร ใครจะดูเรา" (วัน)*

**********

**กรณีศึกษาที่ 6**

**ยายสมศรี**

สัมภาษณ์วันที่ 3 ตุลาคม 51
หมู่ 4 บ้านธรรมเจดีย์ ต.บ้านแพ้ว อ.บ้านแพ้ว จ.สมุทรสาคร

**<u>ประวัติผู้สูงอายุ</u>**

นางสมศรี เกิดปี 2463 มีเชื้อสายมอญ ปัจจุบันอายุ 89 ปี แต่งงานกับนายรุ่ง (เสียชีวิตแล้ว ประมาณ 10 ปี) มีบุตรด้วยกัน 5 คน เป็นลูกชายทั้งหมด

บุตรชายคนโต อายุประมาณ 64 ปี ทำเกษตรกรรม อยู่ที่หมู่บ้านดอนโค ตำบลบ้านแพ้ว
บุตรชายคนที่ 2 (เกียรติ) อายุ 62 ปี เป็นผู้ดูแลหลัก
บุตรชายคนที่ 3 อายุ ประมาณ 50 ปี เป็นทหารเรือ ที่จังหวัดตราด
บุตรชายคนที่ 4 เป็นข้าราชการ อยู่ที่กรุงเทพมหานคร
บุตรชายคนที่ 5 เป็นทนายความ อยู่กรุงเทพมหานคร

ผู้ดูแลเล่าว่า สมัยก่อนผู้สูงอายุ เคยย้ายไปอยู่อาศัยที่ มหาชัย คลองครุ ตำบลท่าทราย ซึ่งติดกับตัวเมืองสมุทรสาคร และได้ย้ายกลับมาอยู่ที่เดิม (บ้านแพ้ว) อีกครั้ง เมื่อประมาณสิบกว่าปีที่ผ่านมา อาชีพดั้งเดิมของผู้สูงอายุเป็นเกษตรกร ทำนา ทอผ้าขาย และสานเสื่อขาย

ก่อนที่ผู้สูงอายุจะเดินไม่ได้ผู้สูงอายุนั้น ผู้สูงอายุอยู่อาศัยเพียงลำพัง เนื่องจากสามีเสียชีวิต และลูกๆ ก็แยกย้ายไปตั้งครอบครัวที่อื่น เวลาว่างก็ทำสวน ปลูกมะพร้าว ดายหญ้าข้างบ้านไปเรื่อยเปื่อย และไปวัดเป็นประจำ โดยเฉพาะเมื่อมีงานบุญ งานประเพณีที่วัด (วัดธรรมเจดีย์) เป็นแม่ครัวใหญ่ เวลาจัดงานที่วัดก็จะไปทุกครั้ง แต่เมื่อไม่สามารถเดินได้ก็ไม่ได้ไป โดยผู้สูงอายุมีอุปนิสัย ชอบความสะอาด เป็นระเบียบเรียบร้อย ดังคำพูดที่ว่า

*"อยู่ไม่นิ่ง คือทำงานตลอด ตื่นไว 6 โมง 6 โมงกว่าหน่อย ก็ตื่นแล้ว และค่อนข้างจู้จี้ขี้บ่น"*

*"สกปรกไม่ได้ บ้านไม่ถูสักวัน จะนั่งบ่น"*

**ข้อมูลผู้ดูแลหลัก**

ผู้ดูแลชื่อ นายเกียรติ (บุตรชายคนที่ 2) อายุ 62 ปี ก่อนหน้าที่จะรับหน้าที่ผู้ดูแล ประกอบอาชีพทำสวน ภรรยามีอาชีพขายเกาเหลาอยู่ที่บ้านสิงห์ (เป็นหมู่บ้านในพื้นที่ตำบลบ้านแพ้ว) มีบุตรด้วยกัน 3 คน ประกอบด้วย คนที่ 1 บุตรชายคนโต อายุ 20 ไม่ได้เรียนหนังสือ คนที่ 2_บุตรสาวเรียนพยาบาลทหารเรืออยู่กรุงเทพฯ คนที่ 3 บุตรสาว กำลังศึกษาอยู่ที่โรงเรียนวัดธรรมเจดีย์

**สาเหตุของการเป็นผู้ดูแล**

การเข้ามารับบทบาทผู้ดูแล ผู้ดูแลได้กล่าวว่า

*"คนรามัญ คนมอญ เขาไม่ให้ไปง่ายๆนะ เขาไม่ให้ทิ้งพ่อแม่ โดยมากคนมอญเขาแบบว่า คือว่าทดแทนกัน สมัยก่อนพ่อแม่เลี้ยงเรา พอตอนนี้เราเลี้ยงพ่อแม่ มันถือว่ากลับกัน ตอนนี้แม่ก็ยังพูดเลยว่า "ข้าเป็นเด็กแล้วนะ" ตอนนี้เขาเป็นเด็ก เราเป็นคนใหญ่ต้องเลี้ยงเขา"*

เมื่อผู้สูงอายุเดินไม่ได้นั้น พี่น้องของผู้ดูแลมีการพูดคุยกัน ได้ตกลงว่าให้ดูแลเป็นคนดูแล เนื่องจาก นอกจากพี่คนโตแล้ว น้องคนอื่นก็รับราชการที่จังหวัดอื่น

*"คนอื่นก็ไม่ว่างกันนี่ ก็รู้ๆกันอยู่ ข้าราชการมันก็ลำบากกันหน่ะ" และ "ถ้าทำข้าราชการ ยังไงมันก็ต้องสละ ถ้าว่าอยู่บ้านยังไงก็ต้องทำ"*

นอกจากนี้การมีความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้สูงอายุ โดยผู้ดูแลเป็นบุตรคนที่สอง จากพี่น้องทั้งหมด 5 คน และรับหน้าที่ดูแลมา "ประมาณใกล้ๆ ปีแล้ว" ซึ่งผู้ดูแลย้ายมาดูแลผู้สูงอายุโดยให้เหตุผลว่า

*"นอนนี่ ทิ้งไม่ได้" (ก่อนหน้าที่ผู้สูงอายุจะเดินไม่ได้ บ้านผู้ดูแลอยู่คนละหลังกับบ้านของผู้สูงอายุ)*

**ภาวะการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ การดูแลสุขภาพกาย สุขภาพจิต และด้านสังคม**

**ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ**

ประวัติการเจ็บป่วย ปัจจุบันผู้สูงอายุเป็นโรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง โรคเส้นเลือดสมองตีบ การตรวจร่างกาย อุณหภูมิ 37C ชีพจร 76 ครั้งต่อนาที การหายใจปกติ

การรับประทานอาหาร ยายสมศรีสามารถทานอาหารได้เอง ชนิดอาหารเป็นข้าวสวย รับประทานกับอาหารที่ปรุงจากเนื้อสัตว์ ไก่ หมู ปลา ผักทุกชนิด อาหารรสจืด

ผลไม้ตามฤดูกาล ดื่มน้ำวันละ 5 แก้ว และเคี้ยวหมาก การขับถ่ายเหลว วันละ 1 ครั้ง ตอนเช้า กรณีท้องผูก จะรับประทานยาระบาย แต่จะเน้นรับประทานผักและผลไม้ และดื่มน้ำมาก ๆ

เสื้อผ้าที่ใช้ ใช้เสื้อผ้าปกติ มีการผลัดเปลี่ยนทุกวัน ผู้ดูแลจะซักเสื้อผ้าให้ทุกวัน แต่ไม่ค่อยอาบน้ำ ผู้ดูแลเช็ดตัวให้ทุกวัน ส่วนผ้าอ้อมสำเร็จรูปจะใช้ในกรณีที่ไม่สบาย ลุกไม่ไหว จะใช้ 2 ผืน คือ กลางวัน 1 ผืน กลางคืน 1 ผืน และไม่ได้ใช้แผ่นรอง

การนอน กลางคืนจะนอนไม่ค่อยหลับ หลับ ๆ ตื่น ๆ ส่วนตอนกลางวันจะนอนบ่อย ครึ่งชั่วโมงก็ตื่นและนอนหลับต่ออีก โดยเฉลี่ยนอนวันละ 5 ชั่วโมง

การได้ยินและการมองเห็น ต้องพูดดัง ๆ ถึงจะได้ยิน แต่การมองเห็นชัดเจน

ผลการประเมินภาวะสุขภาพจิตของยายสมศรี จะมีความวิตกกังวล นอนไม่หลับ ขี้โมโหฉุนเฉียวง่าย โดยยายสมศรีใช้สิทธิการรักษาพยาบาล เบิกได้จากบุตรที่เป็นข้าราชการ

ผู้ที่รักษาพยาบาลคือ บุตรชายคนที่ 2 และภรรยา

นายแพทย์ผู้รักษา นพ.ฐิติกรณ์ อรุณโรจน์

ด้านปัญหาทางสุขภาพ ผู้สูงอายุ “เดินไม่ได้ ขาไม่มีแรง” การเคลื่อนที่ของผู้สูงอายุเป็นลักษณะใช้ “กระเถิบ” ไปยังที่ต่างๆ และมีปัญหาเกี่ยวกับการรับฟังทำให้ได้ยินเสียงไม่ชัดเจน บางครั้งผู้สูงอายุมีอาการลักษณะ “หลงลืมนิดๆหน่อยๆ”

**การจัดการดูแลในครอบครัวของผู้ดูแลหลัก ในครอบครัวและกลวิธี**

ในการดูแลในครอบครัว ผู้ดูแลเล่าว่าความรู้ของผู้ดูแล เกิดจากประสบการณ์ที่ทำด้วยตนเอง ดังคำกล่าวที่ว่า “ทำกันเอง กับข้าวนี่คือว่า เราก็รู้ว่าแกไม่ชอบเผ็ดๆ เราก็ทำจืดๆให้” และ “อยู่ไปๆมันก็ชิน มันก็เริ่มจะรู้ว่า ถ้ายายแกบ่นอย่างนี้ เป็นอะไรยังไง เราก็ให้”

โดยปกติผู้ดูแลจะตื่นนอน ประมาณตีสี่กว่าๆ โดยตื่นมาต้องทำกับข้าวกับปลา ประมาณ 7 โมง เนื่องจากเป็นเวลารับประทานอาหารของผู้สูงอายุ กับข้าวที่ยายสมศรีชอบกิน หรือผู้ดูแลทำให้รับประทานบ่อยๆ เป็นอาหารประเภทแกงจืด ปลาเค็ม แกงส้ม พวกแกงคั่ว อาหารที่ชอบก็ปลาเค็ม แตงโม จากนั้นผู้ดูแลจะให้กินยา ยาบำรุงหัวใจ หลังจากนั้นแกก็นอนพักผ่อนถึง ประมาณ 5 โมง (11 นาฬิกา) กินข้าวเย็น ส่วนมากจะทำให้ใหม่ แกจะชอบทานข้าวต้ม ข้าวต้มส่วนมากมื้อเช้า มื้อกลางวันก็จะหมดแล้ว มื้อเย็น กับมื้อกลางคืน คือจะกินวันละสี่มื้อ ตอน 5 ทุ่ม ทานอีกพวกข้าวต้มอีกเที่ยว มื้อละชามละชาม บางมื้อก็หมด บางมื้อก็ไม่หมด

**การดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ**

ผู้สูงอายุใส่ฟันปลอมและเป็นผู้ทำความสะอาดฟันและช่องปากเอง ส่วนผู้ดูแลเป็นคนจัดเตรียมแปรงให้

**การดูแลด้านอาหาร**

เนื่องจากผู้สูงอายุ “กินเก่ง แข็งแรง” และ “ไม่ค่อยชอบผลไม้” จึงให้ทานพวกวิตามิน และ”อาหารเสริม” ผู้สูงอายุได้ทานอาหารเสริมซึ่งมีลักษณะเป็นเครื่องดื่มคล้ายโอวันติน วันละครั้ง ช่วงข้าวเช้า” สำหรับ “หมากพลู” ที่ผู้สูงอายุทานนั้น บางครั้งผู้ดูแลก็จะช่วยเตรียมให้แต่ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุจะเป็นคนจัดการเองทั้งหมด

ผู้ดูแลจะคอยดูแลด้านอาหารการกินของผู้สูงอายุ โดยไม่ทำอาหารที่มีรสชาติเค็ม เปรี้ยว และมีรสจัด เมื่อผู้สูงอายุมีภาวะความดันสูงขึ้น ก็จะทำอาหารพวกต้มมะระให้ทาน กับข้าวที่ผู้ดูแลทำให้ผู้สูงอายุทานเป็นอาหารประเภทแกงจืด ปลาเค็ม แกงส้ม พวกแกงคั่ว แกงเผ็ดไม่เอา อาหารที่ผู้สูงอายุชื่นชอบ

*“ปลาเค็ม ปลานิล จืดๆ ปลาบ้านเรานี่แหล่ะ ถ้าปลาทะเลกินไม่ได้มันเค็มจัด รสจัด และพวกขนม กล้วยทอด ขนมครก แล้วก็แตงโม แกชอบมาก การทำอาหารต้องทำให้ละเอียด ต้มให้เปื่อย ไม่เปื่อยก็เคี้ยวไม่ได้ ตัวอย่างเช่น พวกมะเขือต้องลวกน้ำซะก่อน พอผัดแล้วมันก็จะนิ่มขึ้นมา”*

**การดูแลด้านการรับประทานยา**

ผู้สูงอายุต้องรับประทานยาวันละ 3 ครั้ง ผู้ดูแลจึงจัดเตรียมยาให้แก่ผู้สูงอายุ โดยโคลกยาให้ละเอียดแล้วจึงให้ผู้สูงอายุทาน การเตรียมยาของผู้ดูแล จะเป็นถ้วยเหมือนปิ่นโต จัดตอนเช้าเที่ยวเดียว ตอนกลางวันก็เอามาอย่างหนึ่ง ตอนเย็นก็อย่างหนึ่ง

**การดูแลเสื้อผ้าเครื่องนุ่งห่ม**

ผู้ดูแลเป็นผู้เปลี่ยนเสื้อผ้าให้แก่ผู้สูงอายุ

*“บางทีวันสองวันก็เปลี่ยนเที่ยว แต่พวกผ้าถุงก็จะเปลี่ยนบ่อย”*

**การทำความสะอาดร่างกาย**

ผู้ดูแลจะเช็ดตัวในช่วงเช้ากับเย็น (ก่อนนอน) ผู้ดูแลเป็นผู้เช็ดตัวให้ ส่วนการอาบน้ำสระผมทำสัปดาห์ละสองครั้ง ภรรยาของผู้ดูแลเป็นผู้อาบให้ซึ่งเวลาอาบน้ำจะนั่งบนเก้าอี้ตรงชานบ้าน

**การดูแลด้านการขับถ่ายของผู้สูงอายุ**

ผู้ดูแลเล่าว่าผู้สูงอายุไม่มีปัญหาเรื่องการขับถ่าย ไม่มีโรคท้องผูกท้องเสีย “พวกเข้าห้องน้ำ ไม่ต้องเดือดร้อน เขานั่งของเขาเอง” นอกจากนี้ผู้ดูแลจะเจาะร่องที่พื้นไว้ให้แก่ผู้สูงอายุ เมื่อผู้สูงอายุปัสสาวะเสร็จ ก็เอาปี๊บวางไว้ และนำปัสสาวะไปเททิ้ง ซึ่งทำร่องเดียว ทำเชือกไว้ พอทำธุระเสร็จแล้วก็ปิด โดยผู้ดูแลบอกเหตุผลของการทำร่องไว้ว่า บางทีผู้สูงอายุอยู่ข้างในบ้านคนเดียว กลัวว่าผู้สูงอายุจะล้ม เลยเจาะไว้ที่ข้างๆ แกนอน

**การดูแลด้านสังคม**

ผู้สูงอายุได้ร่วมงานสงกรานต์ทุกปี โดยผู้ดูแลจะให้นั่งรถและข้ามสะพานเพื่อไปวัด

**การดูแลทางจิตใจและอารมณ์**

ผู้ดูแลกล่าวว่าในการดูแลด้านอารมณ์ จิตใจของผู้สูงอายุ ผู้ดูแลจะใช้วิธีพูดคุยหรือบางครั้งเมื่อผู้สูงอายุบ่นเมื่อยๆ ก็นวดให้ บางครั้งก็ตามคนนวดที่บ้าน เพื่อให้ผู้สูงอายุสบายใจ เกิดความผ่อนคลาย ดังประโยคที่ว่า

*“แม่ไม่ค่อยพูด ต้องแหย่ๆ”*

*“บางทีบอกว่า วันศุกร์ลูกชายจะมาแล้วนะ วันพรุ่งนี้ลูกชายจะมาแล้วนะ”*

**คุณภาพการดูแล**

**<u>ด้านผู้ดูแล</u>**

ในการดูแลผู้สูงอายุผู้ดูแลมีความรู้สึกสะท้อนผ่านประโยคที่ว่า

*“มันเหนื่อย แต่จะทำยังไงได้”*

*“รู้สึกเหงาบ้าง พอดีว่าอยู่กันสองคน คุยกันบ้าง อะไรกันบ้าง เหงาก็ข้ามฝั่ง (ไปที่วัดธรรมเจดีย์) คุยกับเพื่อนทางนู้น โทรศัพท์ไปหาครอบครัวทุกวัน”*

สำหรับปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ดูแลกล่าวว่าผู้สูงอายุหงุดหงิดง่าย ผู้ดูแลต้องรู้จักการทำใจ

*“มีบ้าง คือว่าหงุดหงิดง่าย คนเราพอเดินได้ มันก็ทำอะไรได้อย่างใจ พอเดินไม่ได้ มันก็ต้องเปลี่ยนไปมั่ง เราก็ต้องทำใจ”*

ผู้ดูแลมีปัญหาเรื่องรายได้ ค่าใช้จ่ายในการเลี้ยงดูบุตรทั้ง 3 คน ผู้ดูแลเป็นคนจ่ายเองเป็นส่วนใหญ่ เนื่องจากผู้ดูแลมีอาชีพทำสวนเป็นอาชีพหลัก

*“ไม่พอให้ค่าลูกเรียน ลูกสาวก็กู้เอา ถ้าไม่มีเงินตัวนี้ ก็ไม่มีโอกาสได้เรียน เอ้าพูดตามหลักนะ เขาก็ได้เงินกู้มา”*

ด้านความคาดหวังในตัวบุตรหลานเมื่อตัวเองถึงวัยพึ่งพิงผู้ดูแลมองว่า

*"รุ่นก่อนมันไม่เหมือนรุ่นใหม่ ถ้ารุ่นใหม่ควบคุมไม่ดีก็ไปไกล สมัยก่อนมันไม่มีรถ ไม่มีอะไรใช่ไหม พอเย็นก็ต้องอยู่บ้าน ไปได้ไม่ไกล เพราะใช้เดินเอา พายเรือเท่านั้นเอง"*

*"อันนี้พูดยาก อนาคตข้างหน้า มันกะเกณฑ์ไม่ได้เลย แต่ผมก็ดีใจนะ มันก็ต้องอยู่บ้านคนหนึ่ง ลูกชายคนโตผมก็ไม่ได้เรียนนะ ทำโรงงาน ก็คือว่ามันก็อยู่บ้าน ก็ต้องอยู่กันไปแบบนี้ แต่ว่า 2 คนก็ไม่ได้หวังนะ เขาไปแล้วล่ะ"*

**<u>ด้านอุปกรณ์ช่วยเหลือ</u>**

ผู้สูงอายุไม่มีการใช้ไม้เท้าหรืออุปกรณ์ช่วยเหลือใดๆ หากต้องการเคลื่อนไหว จะใช้วิธีการนั่งกระเถิบ และให้ผู้ดูแลช่วยอุ้มพาไป

**<u>ด้านภาวะแวดล้อม</u>**

ที่ตั้งของบ้านอยู่ถัดจากสะพานข้ามคลองทางเข้าวัดธรรมเจดีย์ ลักษณะเป็นเรือนไม้ชั้นเดียว อยู่ริมคลองดำเนินสะดวก หน้าบ้านหันหน้าเข้าคลอง มีการต่อเติมส่วนครัวไว้ด้านหลัง พื้นที่รอบๆ บ้านมีการปลูกพืชผักสวนครัวหลายชนิด และมีเสียงของเรือยนต์ที่แล่นผ่านเป็นระยะๆ

ผู้ดูแลทำความสะอาดชานเรือนที่พักทุกวัน เนื่องจากว่า ผู้สูงอายุมีอุปนิสัยชอบความสะอาด เป็นระเบียบ เรียบร้อย ทำให้ผู้ดูแลได้รับนิสัยมาด้วยเช่นกัน เช่น ที่นอนต้องพับ ต้องเก็บที่นอนให้เรียบร้อย

"จะขยุ้มๆไม่ได้หรอก เดี๋ยวแกก็นั่งบ่น" แม้ว่าบ้านที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุตั้งเรือนติดริมคลอง แต่ไม่มีปัญหาเรื่องของยุง แต่ส่วนใหญ่เป็นเรื่องของแมลงวัน ซึ่งทำให้ผู้ดูแลต้องคอยใช้ไม้ปัดเพื่อไล่แมลงวันให้หรือกลางมุ้งเมื่อผู้สูงอายุต้องการนอน

**ค่าใช้จ่ายในการดูแล**

**<u>รายรับ</u>**

ผู้ดูแลจะจ่ายน้อยกว่าพี่น้องคนที่ไม่ดูแล คือ

"น้องชายทั้ง 3 คน เป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่าย แต่ถ้าขาดเหลืออะไร ผู้ดูแลจะเป็นผู้ออก"

"พวกน้องๆ เขาก็ออกกัน เราก็นั่นมั่ง ช่วยกันมั่ง ก็ช่วยกัน 4-5 คน...ได้รับเงินจากพี่น้อง สัปดาห์ละ 3 – 4 ร้อยบาท เพื่อเป็นค่าอาหาร"

**<u>รายจ่าย</u>**

**1) ค่าใช้จ่ายการรักษาพยาบาล**

ค่ายาทั้งหลาย ใช้สิทธิ์ของลูกคนที่รับราชการทหาร เนื่องจากความสะดวกในการเบิกจ่ายมากกว่าส่วนลูกคนอื่นก็ใช้สิทธิ์อื่นแทน

**2) ค่าใช้จ่ายเครื่องอุปโภคบริโภค**

ค่าอาหารสำหรับรับประทานในแต่ละวัน รวมถึงค่าอาหารว่างซึ่งเป็นพวกหมากพลู

*"กับข้าวกับปลา ทางนู้นเขาจะซื้อมา พวกน้อง ๆ จะซื้อมา แล้วก็มาเก็บไว้ แล้วก็คนทำ"*

*"ทีแรกเขาตัดเงินเดือนให้แม่ เดือนละพันนะ สามคน เป็นเดือนละ 3 พัน แม่เอาไว้ใช้จ่ายซื้อกับข้าวเองแต่เดี๋ยวนี้แกทำอะไรไม่ได้ก็ไม่ได้ให้ ก็เลยเอาเงินก้อนนี้ใช้จ่ายซื้อกับข้าว ค่าหมากพลูเนื่องจากผู้สูงอายุเป็นคนกินหมาก จึงมีค่าใช้จ่ายของหมากพลู ผู้ดูแลและญาติผู้ดูแลเป็นผู้ซื้อมาให้สัปดาห์ละครั้ง พลูประมาณ 20 บาท"*

**3) ค่าใช้จ่ายสาธารณูปโภค**

ค่าโทรศัพท์ "เสียค่าโทรศัพท์ เป็นรายเดือน"

*"ค่าไฟเมื่อเดือนที่แล้วร้อยกว่าบาท มันเกินสองยูนิต ค่าน้ำเดือนนึงก็ประมาณห้า หกสิบบาท"*

**4) ค่าใช้จ่ายอื่น ๆ**

ค่านวดตัว ครั้งละประมาณ 100 กว่าบาท เดือนหนึ่งจ่ายประมาณ 3–4 ครั้ง รวมมีค่าใช้จ่ายด้านนี้ประมาณ 300-400 บาทต่อเดือน

**บทบาทของเครือข่ายการดูแล และเครือข่ายความช่วยเหลือ**

**เครือข่ายครอบครัว/เครือญาติ**

**<u>ภรรยาของผู้ดูแล</u>**

(1) สอนเกี่ยวกับการทำอาหาร

(2) เป็นผู้ที่อาบน้ำ สระผมให้แก่ผู้สูงอายุ สัปดาห์ละสองครั้ง รวมถึงการสระผม ซึ่งเวลาอาบน้ำ จะนั่งบนเก้าอี้ตรงชานเรือน น้ำที่นำมาใช้เป็นน้ำบาดาล

**<u>ญาติพี่น้อง</u>**

ในกลุ่มพี่น้องของผู้ดูแลได้มีการติดต่อสื่อสารระหว่างกันอยู่เสมอ และสอบถามว่าอาการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุเป็นอย่างไร

*"ติดต่อแทบทุกวัน คือถ้าข้างนี้เป็นอะไรก็โทรไปบอก ทางนู้นเขาก็โทรถามว่า หายยัง หายยัง ถ้าหายแล้วเขาก็สบายใจ ไม่มา"*

**(1) ช่วยให้ผู้ดูแลมีเวลาพักผ่อนอยู่กับครอบครัว** โดยพี่น้องของผู้ดูแลมีการสลับกันมาดูแลผู้สูงอายุในช่วงวันหยุด

*"เสาร์อาทิตย์ พวกกรุงเทพเขาก็จะมา 2-3 คนเค้าจะเปลี่ยนกันมา แต่ว่าวันจันทร์เราก็ต้องมา คือว่าทุกวัน ตั้งแต่อาทิตย์เย็นถึงเสาร์เช้า คือพวกนั้นเขาจะมากลางคืน สักคืนสองคืนแล้วก็กลับ*

*ส่วน "(ลุงทวีป) ที่อยู่ใกล้ๆ มาๆ คุยๆ แล้วเขาก็กลับ" สำหรับคุณภาพของการดูแลนั้น ผู้ดูแลเห็นว่า พี่น้องของตนสามารถดูแล "ได้เหมือนกัน เขามา ผมก็กลับ เขาก็ดูแลเหมือนผมนั่นแหล่ะ"*

**(2) ช่วยไปรับส่งผู้สูงอายุไปพบแพทย์** เนื่องจากผู้สูงอายุมีโรคหัวใจและความดันโลหิตสูงจึงต้องพบแพทย์ทุกเดือน ซึ่งในวันที่แพทย์นัดตรวจ พี่น้องของผู้ดูแลจะมารับผู้สูงอายุไปโรงพยาบาล บางครั้งก็ต้องลางานมา

**(3) ช่วยเหลือด้านค่าใช้จ่ายต่าง ๆ เช่น** ค่าใช้จ่ายการรักษาพยาบาล ค่าสาธารณูปโภค ค่าเครื่องอุปโภคบริโภค ค่าอาหาร ค่าอาหารเสริม รวมถึงค่าใช้จ่ายอื่นๆ เช่น ค่าจ้างคนที่มานวด

**<u>หลาน</u>**

บางครั้งพวกหลานๆ มาเยี่ยมผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่จะมาในวันหยุด ซึ่งผู้สูงอายุมีความพึงพอใจ มากที่ลูกหลานมาหา

*" ก็มีมาเสาร์อาทิตย์ โดยมากเขาเรียน มาเที่ยวมาคุย ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกดีใจ"*

*"นั่งคุยกับลูกหลานเขา เพลิน พอได้นั่งคุย แล้วหลานต้องหนีก่อน แกไม่ยอมถอย"*

**<u>เครือข่ายในชุมชน</u>**

ด้านเครือข่ายในชุมชน พบว่า มีอบต. ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน ได้นำผู้สูงอายุไปรวมกันทำกิจกรรมที่วัดธรรมเจดีย์ ผู้สูงอายุที่มาร่วมงานจะได้รับอาหารเสริมประเภทโอวันติน คนละสองซอง ส่วนผู้สูงอายุที่นอนติดเตียงไม่สามารถออกนอกบ้านได้ ทางอบต. จะมาถึงที่บ้าน เพื่อเอาสิ่งของมาให้

**บริการการดูแลที่ครอบครัวได้รับจากสถาบัน**

**<u>การใช้บริการทางการแพทย์</u>**

ผู้สูงอายุมีโรคประจำตัว ทุกเดือนหมอที่โรงพยาบาลบ้านแพ้วจะนัดหมายให้ไปตรวจสุขภาพ ซึ่งผู้ดูแลจะพาไปที่โรงพยาบาลเอง โดยพี่น้องคนที่มีรถจะทำหน้าที่สลับกันพาไปส่ง นอกจากนี้ ยังมีพยาบาลของโรงพยาบาลมาเยี่ยมถึงบ้าน

**********

**กรณีศึกษาที่ 7**

**สมหญิง**

**สัมภาษณ์ วันที่ 11 ธันวาคม 2551**

ผู้ให้สัมภาษณ์และผู้ดูแลหลัก: นางสมทรง (บุตรคนที่ 3)

ผู้ให้สัมภาษณ์และผู้ดูแลรอง: นางสมศรี (บุตรคนที่ 1)

หมู่ 3 บ้านสักงาม ต.ปากพูน อ.เมือง จ.นครศรีธรรมราช

**ประวัติผู้สูงอายุ**

ยายสมหญิง อายุ 84 ปี สมรสกับนายเศรษฐี ปัจจุบันเสียชีวิตลงด้วยอาการเส้นเลือดในสมองแตก มีบุตรร่วมกันทั้งหมด 6 คน ดังนี้

บุตรคนแรกชื่อนางสมศรี (ผู้ดูแลรอง) อายุ 64 ปี สถานภาพสมรส ไม่ได้ประกอบอาชีพ มีบุตร 3 คน แยกครอบครัวไปนานแล้ว

คนที่ 2 บุตรชาย อาชีพขายของ สถานภาพสมรส มีบุตรห้าคน อยู่ตลาดหัวอิฐ

คนที่ 3 นางสมทรง (ผู้ดูแลหลัก) อาชีพนักจัดรายการสถานีวิทยุ หมอสมุนไพร คนทรงเจ้า สถานภาพสมรส มีบุตร 5 คน อยู่กับมารดา

คนที่ 4 บุตรสาว อายุ 50 ปีเศษ มีครอบครัวแต่ยังไม่มีบุตร อยู่วังขัน

คนที่ 5 บุตรชาย อาชีพรับราชการ ตำแหน่งนักวิชาการ ที่กรมการค้าภายใน อยู่กทม.

คนที่ 6 บุตรสาวชื่อระเบียบ อาชีพรับจ้าง ที่ประเทศบาห์เรน สถานภาพโสด

สมทรง ผู้ดูแลหลัก ได้เล่าให้ฟังว่าอาชีพดั้งเดิมของมารดาและบิดา คือ การทำนา แต่หลังจากบิดาเสียและมารดาอายุมากขึ้นและไม่สบายจึงเลิกทำ คงเหลือแต่บ่อปลาเท่านั้น โดยมารดาจะเป็นคนชอบไปวัดทำบุญ ใจดีและเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ และสอนบุตรให้เป็นคนยินดี ดังคำพูดของสมทรงที่ว่า

> *“ไม่มีหงุดหงิด นี่บุญของแกจริงๆ ไม่เคยเห็นแม่ด่าใครจริงๆ คือแม่แกไม่เคยว่าไรมาตั้งแต่ไหนแต่ไรแล้ว ...แม่สอนให้มีความเอื้อเฟื้อ แกว่า “ช่างเขาเถอะ” แกเล่าให้ฟังว่า เขาด่ากันทีนี้ คนที่โดนด่าก็รับไว้ เหมือนกับเขาโยนเข่ง ที่ไม่มีอะไรพอไปรับก็สบายเลย คือด่ามาไม่เจ็บ ไม่รับ เราก็ว่าเขาก็สอนดี เสร็จแล้วคนที่ด่าก็เหนื่อยก็หยุดเอง เราภูมิใจว่าแม่สอนดี”*

**ข้อมูลผู้ดูแลหลัก**

นางสมทรง อายุ 51 สถานภาพสมรส มีบุตรทั้งหมด 5 คน บุตรทั้ง 3 คนแรก จบการศึกษาแล้ว ส่วนบุตรอีก 2 คน กำลังศึกษาต่อระดับอุดมศึกษา ปัจจุบันสมทรงหรือผู้ดูแลได้ดูแลมารดาเป็นระยะเวลากว่า 9

ปี แล้ว นอกจากนี้ผู้ดูแลยังประกอบอาชีพหลายอย่าง เป็นทั้งอาสาสมัครสาธารณสุขฯ ชาวบ้านมักนิยมเรียกสมทรงว่า “หมอสมทรง”และนักจัดรายการวิทยุชุมชนโดยจะจัดรายการทุกเสาร์ อาทิตย์ วันละ 2 ชั่วโมง

*“จัดทุกวัน เสาร์ อาทิตย์ ก็พูดเรื่องคนทำความดี รายการภูมิปัญญาท้องถิ่น ใครทำยินดีก็มาเล่า แล้วก็เรื่องสมุนไพรพวกนี้ ...ก็มีเสียเปอร์เซ็นต์ให้สถานีเขา ก็อบต.นี่แหละ เราดีใจที่ให้ความรู้ประชาชน”*

แม้ว่าผู้ดูแลจะจบการศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 แต่ผู้ดูแลมีความภาคภูมิใจว่าความรู้ที่ตนมีทั้งจากการศึกษาด้วยตนเองและเรียนรู้จากประสบการณ์มีไม่แพ้ผู้ที่จบการศึกษาในระดับสูง โดยสะท้อนได้จากคำพูดที่ว่า

*“จบป.5 แต่ว่าภูมิใจ ความรู้ของหมอสมทรงมากกว่าคนจบป.ตรี ป.โท”*

*“ก็ไปมาแล้วอาจารย์ที่ปรึกษาให้พี่ไปสัมภาษณ์ทางนั้น ทางนี้ หมอสมทรงเรียนมหาวิทยาลัยชีวิตนะ ได้เกียรติบัตรคนยินดีศรีตระกูล และประสบการณ์ชีวิต เราเป็นคนของส่วนรวม”*

*“ ตอนนั้น เวลาจะไปเรียนก็ไปยากลำบาก ต้องไปวัดเทวราราม นครนู้น ไม่ไปหรอก แม่เคยให้ไปเรียนนู้น อยู่กับน้า แต่มันไม่เหมือนแม่ เลยกลับมา”*

*“ตอนนี้ก็ว่าง ๆ ก็อ่าน อ่านเรื่องยาสมุนไพร เราอยากทำโครงการเพิ่มสักงานให้เรียนรู้ด้วยตนเอง เกี่ยวกับสมุนไพร เราไม่ได้ให้เรียน เราให้เรียนรู้ด้วยตนเอง พอดีที่พ่อปลูกไว้มีอยู่บ้าง เราก็หามาเพิ่มอีก เป็นการสานฝัน พวกน้อง ๆ บอกว่าพี่จะทำอะไรเกี่ยวกับสมุนไพรให้บอกเพราะพี่เป็นคนดีของที่นี่”*

นอกจากนี้ผู้ดูแลยังทำกิจกรรมอีกหลายอย่างอาทิ การเป็นหมอสมุนไพรและ การเข้าทรง โดยทั้ง 2 อย่างได้รับการสืบทอดจากบิดา ดังคำบอกเล่าที่ว่า

*“ที่ว่าเป็นหมอ คือ เป็นหมอสมุนไพร และหมอดู”*

*“ลูกคนอื่น ๆ ไม่เป็นเพราะเขาไม่ได้รับมา เรารับมาก่อนพ่อสิ้นลม เราก็บอกพ่อเลยนะว่าอะไรของพ่อ สมทรงรับมาไว้ที่สมทรง”*

*“ไม่มี ไม่ดีพี่ไม่ทำ เราทำแต่ของดี ก่อนนี้พี่ก็รับของพ่อ ก็เป็นร่างทรง พี่ก็ไหว้ครูทุกสามปี”*

*“มันก็มีคาถา แต่ไม่สามารถบอกใครได้ เราเชื่อเรานับถือ บอกไปเดี๋ยวบางคนไม่เชื่อ ก่อนมารับของพ่อ พี่ก็รับเป็นร่างทรง คือมีครูหมออยู่แล้วในตัว”*

*“ก็หมอบีบ หมอดู หมอยาอยู่ที่พ่อหมด...พ่อดูได้หมดทั้งสองลายมือ ลงเลขดูเป็นหมด...พ่อไม่ได้ถ่ายทอด ฟังเอาเอง ตำราเป็นอยู่เต็ม เป็นหนังสือภาษาไทย และของขอม คืออย่างนี้นะ เวลาหมอดูสมัยก่อนเขาจะตาย เขาก็เขียนไว้ไม่มีใครรับก็มาให้พ่อไว้ พระก็ให้พ่อไว้ หมอยังก็รับมา วันก่อนก็จะตายแต่ไม่มีใครรับลูกไม่รับก็ไม่ตาย เราก็รับไว้ ส่งดวงจิตดวงวิญญาณให้”*

**<u>เหตุผลของการเป็นผู้ดูแล</u>**

ก่อนหน้านี้ที่บิดายังมีชีวิตอยู่และมารดายังคงแข็งแรง ผู้ดูแลอาศัยอยู่ที่หาดใหญ่ ต่อมาจึงย้ายมาอยู่ที่นครศรีธรรมราช เมื่อบิดาเสียชีวิตลงเมื่อปี 2533 และมารดาเริ่มเจ็บป่วยประกอบกับบุตรคนอื่นๆ ไม่สามารถมาดูแลมารดาได้ เช่น ทำงานอยู่ต่างประเทศ ต่างจังหวัด มีภาระในการเลี้ยงดูครอบครัว นอกจากนี้ผู้ดูแลได้เคยรับปากกับบิดาว่าจะดูแลมารดา จึงตัดสินใจย้ายมาอยู่ดูแลมารดา โดยก่อนหน้าที่บิดาจะเสียชีวิตตนเองอาศัยอยู่ที่หาดใหญ่ ต่อมาย้ายมาอยู่ที่บ้านดอนทะเล ตำบลปากพูน อำเภอเมืองนครศรีธรรมราช ดังคำบอกเล่าที่ว่า

> *"พี่นี่แหละ ก็รับปากกับพ่อ ...ตอนนั้นพี่ยังไม่อยู่ที่นี่นะ อยู่ดอนทะเล พี่ก็เอาไอ้นู้น ไอ้นี่มาให้บ้าง เดิมแม่อยู่กับพ่อ พ่อตายปี 33 แล้วก็มาอยู่กับพี่ ตอนแรกพี่อยู่หาดใหญ่ ไปโตที่นู้น พี่ๆ น้องๆ ก็มาเยี่ยม"*

ผู้ดูแลไม่ได้เป็นบุตรสาวเพียงคนเดียวของครอบครัว แต่ด้วยความรักและความผูกพันที่มีต่อทั้งบิดาและมารดา และมีความเข้าใจถึงภาระหน้าที่การงานของพี่น้องในครอบครัว ตนเองจึงเสียสละมาดูแลมารดาอันสะท้อนถึงความกตัญญูต่อบุพการีและสำนึกในหน้าที่ของบุตรที่ต้องเลี้ยงดูบิดามารดา อีกทั้งมารดายังชอบเรียกหายืนยงอีกด้วย ดังประโยคที่ว่า

> *"ก็ความเป็นแม่ ความผูกพัน และอีกอย่างก็แล้วแต่ปัจจัย คือ อย่างน้องคนเล็กเขาไม่ได้ดูแล แต่ก็ส่งเงินมาให้ แต่ถึงเขาไม่ส่งพี่ก็ดูแลเพราะมันเป็นหน้าที่...ไม่ได้คิดว่าต้องเป็นเวร เป็นกรรม...แม่ก็รู้ แม่ก็ชอบเรียกหา"*

ด้านสัมพันธภาพในครอบครัว ผู้ดูแลเล่าว่าหากเป็นปัญหาเกี่ยวกับการดูแลจะไม่มี แต่เคยมีประเด็นที่ว่าน้องชายต้องการให้มารดาอยู่ที่โรงพยาบาล แต่ผู้ดูแลมองว่าโรคชราที่มารดาเป็น การดูแลของคนในครอบครัวมีความสำคัญกว่าการที่มารดาต้องอยู่ที่โรงพยาบาล สะท้อนได้จากคำพูดที่ว่า

> *"ถ้าเรื่องอุดมการณ์ก็เหมือนกัน แต่ว่าอาจมีเถียงกันบ้าง อย่างน้องชายอยากให้แม่อยู่โรงพยาบาล เราก็บอกว่าจะไปอยู่ได้ไง โรคนี้ไม่ใช้โรคที่ต้องไปอยู่โรงพยาบาล ไม่อยากให้ไปโดนแยงจมูก แยงปาก...เพราะเขาบอกว่าโรคนี้ต้องการความรัก อบอุ่น กลายเป็นโรคที่ต้องการให้คนทำให้ โรคชราจะกลับไปเป็นเด็ก"*

**<u>ข้อมูลผู้ดูแลรอง</u>**

นางสมศรี (64 ปี) เป็นบุตรสาวคนโตของครอบครัว มีบทบาทเป็นผู้ดูแลรอง เนื่องจากตนเองมีภาระที่ต้องเลี้ยงดูบุตรที่พิการทางสายตาอันเนื่องมาจากอุบัติเหตุ (บุตรได้รับเงินช่วยเหลือเดือนละ 500 บาท) ทำให้ตนเองต้องแบ่งเวลาในการดูแลบุตรชาย ไม่สามารถดูแลมารดาทั้งวันได้ แต่ก็จะมาช่วยผู้ดูแลดูแลมารดา ในช่วงที่ผู้ดูแลไปจัดรายการที่สถานีวิทยุ และจะมานอนตอนกลางคืนเป็นเพื่อนมารดาด้วย

> *"พี่ต้องดูแลลูกด้วย เพราะลูกเป็นทหารอากาศ ซ้อมเครื่องบินพระที่นั่งของฟ้าชาย แล้วมีระบบรวน มีอะไรดีดออกมาโดนตาบอดสองข้างเลย ตอนนั้นเพิ่งจบ กำลังดี*

*เลย ยศ เรืออากาศตรี พี่ก็ดูแล พี่นอนที่นี่ แต่เมื่อก่อนก็นอนนู้นดูแลลูก พอแม่มาเป็นแบบนี้ก็มาดูแม่" (สมศรี)*

หากวันใดที่ผู้ดูแลรองไม่อยู่บ้านหรือมานอนกับมารดา สามีของผู้ดูแลรองจะเป็นคนช่วยดูแลบุตรให้แทน

**ภาวะการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ การดูแลสุขภาพกาย สุขภาพจิต และด้านสังคม**

**<u>ภาวะสุขภาพ</u>**

ประวัติการเจ็บป่วย ยายสมหญิง มีโรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง และต้อกระจกตาข้างซ้าย ประวัติการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว มีบุตรสาว 1 คนเป็นโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน และไทรอยด์

ผลการตรวจร่างกาย มีส่วนสูง 153 เซนติเมตร รอบเอว 32 นิ้ว อุณหภูมิ 35.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 101 ครั้งต่อนาที BP 131/109 pul 101

การรับประทานอาหาร หากยายสมหญิงไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ ผู้ดูแลจะต้องป้อนชนิดอาหารเป็นข้าวต้ม รับประทานกับอาหารที่ปรุงจากหมูบด ไข่ ผักหวาน ตำลึง ผลไม้ชอบรับประทานส้มแป้น และดื่มน้ำผลไม้ ดื่มน้ำวันละประมาณ 3 แก้ว

การขับถ่ายมักจะท้องผูก ใช้หลายวันจึงจะขับถ่าย ผู้ดูแลใช้นิ้วล้วงควักอุจจาระออกมา ปัสสาวะวันละประมาณ 10 ครั้ง

เสื้อผ้าที่ได้ เป็นการสวมเสื้อผ้าตามปกติ ผู้ดูแลช่วยสวมให้ ใช้ผ้าอ้อมสำเร็จรูป แต่ไม่ใช้แผ่นรอง

การนอน ยายสมหญิงจะนอนหลับบ้าง ไม่หลับบ้าง จะมีอาการหวาดระแวง กลัวตนเองจะเสียชีวิต โดยเฉลี่ยนอนหลับวันละ 12 ชั่วโมง

การได้ยินและการมองเห็น ได้ยินและการมองเห็นเป็นปกติ

ผลการประเมินภาวะสุขภาพจิต พบว่า มีความวิตกกังวล ระแวงกลัว ความจำเสื่อม หลงลืม ไม่ค่อยช่วยตนเอง อยากให้ผู้อื่นเอาใจใส่ ชอบนอน และไม่ได้รับประทานยาใดๆ ใช้สิทธิในการรักษาพยาบาลสามารถเบิกได้จากบุตรชายที่รับราชการ

**<u>ด้านภาวะสุขภาพจิต</u>**

ผู้ดูแลเล่าว่ามารดาเป็นคนอารมณ์ยินดี ไม่หงุดหงิด เนื่องจากเป็นคนชอบทำบุญและไม่เบียดเบียนใคร และลูกๆที่อยู่ไกลก็โทรศัพท์และมาเยี่ยมเยียนบ่อยครั้ง ดังประโยคที่ว่า

*"นอนกินค่ะเพราะเขาบอกว่าโรคนี้ต้องการความรัก อบอุ่น กลายเป็นโรคที่ต้องการให้คนทำให้ โรคชรา กลับไปเป็นเด็ก...แต่ แตกต่างกับเด็กตรงนี้แม่ไม่หงุดหงิด"*

*"ไม่มีหงุดหงิด นี่บุญของแกจริงๆ ไม่เคยเห็นแม่ด่าใครจริงๆ คือแม่แกไม่เคยว่าไรมาตั้งแต่ไหนแต่ไรแล้ว ...แม่สอนให้มีความเอื้อเฟื้อ แกว่า "ช่างเขาเถอะ" แกเล่าให้ฟังว่า เขาด่ากันทีนี้ คนที่โดนด่าก็รับไว้ เหมือนกับเขาโยนเข่ง ที่ไม่มีอะไร พอไปรับก็สบายเลย คือด่ามาไม่เจ็บ ไม่รับ...แม่ก็ชอบไปวัด คือ ทำดีได้ดีนะ"*

*“น้องที่อยู่กรุงเทพฯ โทรมาหาแม่บ่อยไม่ทุกวัน เวลากลับมาก็จะซื้ออะไรมาให้บ้าง”*

**<u>สาเหตุการเจ็บป่วย</u>**

สาเหตุการเดินไม่ได้ของยายสมหญิง เกิดจากความชราและมีการเคลื่อนไหวร่างกายน้อย จากที่เดินได้บ้าง มาสู่การนั่ง จนกระทั่งนอนเพียงอย่างเดียว อย่างไรก็ตามยายสมหญิงสามารถพลิกตัวได้ ดังประโยคของสมทรงที่ว่า

*“วันที่ 14 ส.ค. หมอนัดให้ไปตรวจตา ก่อนไปก็ยังพาแม่เดินสี่ขาไปอาบน้ำได้ พี่ก็อาบน้ำให้ พอไปตามหมอนัด นั่งรถเข็นไป ทีนี้รับยาได้ เราก็พาแม่กลับ พอจะกลับก็จูงกลับนะ แต่แม่ก็ไม่เอาแล้วบอกว่าจะนั่ง ตอนนั้นแหละที่แม่เป็น (นั่งไม่ได้)แล้ว”*

*“แกชอบนอนอยู่บ้านแกนั่งบ้าง นอนบ้าง แต่วันนั้นนั่งนานไป เราก็ไม่โทษหมอเพราะต้องรอตามคิว พอทีนี้กลับมาอยู่บ้านก็นอนเลย ประเดี๋ยวก็นอน”*

*“ไม่ได้แล้ว แต่พลิกตัวได้อยู่ เวลาแกเป็นเหน็บก็พลิกตัว แต่ถ้าเราอยู่ทางนี้ก็จะพลิกไปทางนู้น”*

ปัจจุบันยายสมหญิงสามารถเห็นและฟังได้แต่มีโรคประจำตัว คือ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และริดสีดวงทวาร

**<u>การจัดการดูแลในครอบครัวของผู้ดูแลหลัก ในครอบครัวและกลวิธี</u>**

ผู้ดูแลกล่าวว่าในการดูแลมารดา ตามปกติตนเองกับพี่สาวคนโต (สมศรี) จะนอนบริเวณพื้นติดกับเตียงของมารดา สามีของผู้ดูแลจะนอนในห้อง บางครั้งจะมีหลานมานอนด้วย พอถึงรุ่งเช้าผู้ดูแลจะตื่นขึ้นมาเตรียมอาหาร ขณะรอมารดาตื่น โดยจะไม่ปลุกมารดาแต่จะให้พักผ่อนจนเพียงพอ เมื่อมารดาตื่นขึ้นมาผู้ดูแลจึงจะเปิดมุ้งให้มารดา จากนั้นจึงเช็ดตัว ส่วนการสระผมผู้ดูแลจะใช้วิธีการเช็ดผมและช่วยมารดาในการขับถ่าย ดังประโยคที่ว่า

*“พี่นอนตรงนี้สลับกับพี่สาว บางทีก็นอนหลายคน หลานมานอนด้วย แต่เราไม่ปลุกนะให้นอนหลับจนกว่าจะให้ลุกเอง พอลุกพี่ก็เปิดมุ้ง เช็ดตัว…พี่เช็ดให้ทุกวันทำทุกวัน เช็ดช่วงล่างก่อน แล้วก็เปลี่ยนผ้าเช็ดด้านบน เสร็จแล้วก็นอน เพราะช่วงล่างเราก็รีดออกมา…ก็ใช้เวลานานเป็นชั่วโมง… เวลาถ่ายนี่แกท้องผูกต้องใช้นิ้วควักออกมา”*

ด้านการขับถ่ายของมารดา ผู้ดูแลเล่าว่า มารดาไม่สามารถขับถ่ายได้ด้วยตนเองและไม่ได้ถ่ายทุกวัน ต้องช่วยขับถ่ายด้วยการล้วงทวารซึ่งผู้ดูแลจะใช้วิธีการสวมถุงมือและใช้โลชั่นทาเพื่อหล่อลื่นก่อนการล้วง ดังคำบอกเล่าที่ว่า

*“ถ่ายไม่ทุกวันช่วงนี้ถ่ายน้อย”*

*“พอแม่จะถ่าย แม่บอกก็รอ แต่พอไม่ออกมา เราก็ต้องกำจัด โดยการเอามือแยงเข้าไป ใส่ถุงมือ… พี่เคยเป็นอสม. ดูแลคนแก่ พี่ก็รู้ ตอนล้วงก็ใช้ครีมโลชั่นทานะ แต่*

*แม่แก่แล้วก็หย่อนไป ตอนนี้ไม่ได้ใช้ ก็ต้องควักออกมาส่วนหน้าออกมา...หมดสิ สุดมือก็หมดแล้ว แต่มันจะแข็งก็ต้องดึงออกมา"*

*"ร้องแต่เราต้องเอาออก เพราะเอาออกแล้วแม่ก็ไม่ร้องแล้วสบายตัว"*

ด้านเทคนิคในการล้วงทวารนั้น นอกเหนือจากการได้เป็นอสม.ดูแลผู้สูงอายุแล้ว ผู้ดูแลยังได้ศึกษาเกี่ยวกับตำรายาแผนโบราณด้วย โดยมองว่าปัจจัยทั้งสองอย่างเกื้อหนุนในการดูแลมารดาของตนเป็นอย่างดี

*"ก็เรียนอยู่ รักษาอยู่...อบรมอสม.ก็ด้วย แล้วพี่ก็ศึกษาแพทย์แผนโบราณด้วย มันใช้ควบคู่กันไป ก็มีความรู้อยู่บ้าง แม่จะบอกว่าปวดท้อง ก็จะล้วงให้ ปัสสาวะเราก็ใช้แพมเพิส ถ่ายก็ใช้แพมเพิส แต่เราก็ช่วยล้วงออกมา เพราะเราก็รู้ว่าคนแก่ให้ยาระบายไม่ได้แล้ว มันจะไหล ใครบอกเราก็ไม่ทำ"*

สำหรับอาหารยายสมหญิงนั้น ผู้ดูแลกล่าวว่าจะสับเปลี่ยนชนิดอาหารทุกวัน เน้นอาหารอ่อนๆ เพราะมารดาไม่มีฟัน ไม่มีการยาสมุนไพร แต่จะมีอาหารเสริม โดยจะให้นอนรับประทาน ดังคำกล่าวที่ว่า

*"พี่ตื่นมาก็ตั้งข้าวเลย เป็นข้าวต้มเละๆ ใส่หมูใส่ผัก ต้มหม้อดินอาหารต้องเปลี่ยนทุกวัน บางวันก็ใส่ไข่ลงไป ผักก็ใส่ หมากหมก ผักหวานบ้าน ใส่แต่น้ำ ให้เปื่อย เนื้อไม่ใส่ ต้องต้มให้เปื่อย หมูก็กินได้แบบน้ำ นอกจากนี้ก็กินข้าวโอ๊ต นมกระป๋องบ้าง กล่องบ้าง ไวตามิลบ้าง...ไม่ให้กินสมุนไพร"*

*"นอนกินค่ะเพราะเขาบอกว่าโรคนี้ต้องการความรัก อบอุ่น กลายเป็นโรคที่ต้องการให้คนทำให้ โรคชราจะ กลับไปเป็นเด็ก"*

หลังจากรับประทานอาหารเสร็จเรียบร้อย ผู้ดูแลจะทำความสะอาดช่องปากมารดาด้วยการใช้สำลีชุบน้ำยาบ้วนปาก โดยจะทำทุกครั้งหลังรับประทานอาหารเสร็จเรียบร้อย

*"ใช้สำลีชุบน้ำยา ทำหลังทานอาหารทุกมื้อ ลุกขึ้นก็ทำในปาก แล้วก็ล้างข้างล่าง ใช้น้ำยาลดอาการเจ็บคอด้วย"*

นอกเหนือจากการดูแลทั่วไปแล้ว ผู้ดูแลได้ใช้การพูดคุย การปลอบ การอยู่ใกล้ๆ การร้องเพลงลายลักษณ์ซึ่งเป็นวัฒนธรรมของทางภาคใต้เพื่อให้มารดาคลายความเหงา ให้มีกำลังใจในการดำเนินชีวิตมากขึ้น บางครั้งมารดาก็จะเรียกผู้ดูแลไปนั่งกับมารดาในมุ้ง เช่นเดียวกับสมศรีจะใช้วิธีอ่านหนังสือให้มารดาฟัง ดังประโยคที่ว่า

*"พี่ก็บอกคำของพระพุทธเจ้าว่า "แม่จ้า คนเราต้องเกิดแกเจ็บตาย ตอนนี้แม่คิดถึงพระพุทธ พระธรรม พระสงฆ์นะอย่าน้อยก็ท่องไปนะโมตัสสะ..." แต่แม่ก็จะบอกว่า "ขอให้แม่ เกิด แก่ เจ็บ ตาย" รู้เรื่องแต่ให้ไปเกิด แก่ เจ็บ ตาย แค่นั้น"*

*"แกกลัว แกไม่อยากอยู่คนเดียว แกจะเรียกให้มานั่งกับแม่ แต่ถ้าไม่มาแกจะบอกว่า "ทิ้งแม่ไปหมดแล้ว" แกก็ว่าแค่นี้แหละ"*

*“ขนาดทานข้าวแกยังเรียกให้มานั่งด้วยเลย บางทีเราก็บอกว่าต้องเตรียมข้อมูล อ่านหนังสือ ไปจัดรายการ”*

*“ตอนนี้ก็นอนเอาแต่นอน แล้วก็เรียกลูกเข้าไปหา บอกว่า “มานี่เข้ามาในมุ้ง” พอเราถามว่าให้เข้าไปทำไม แกบอกว่า “มานั่งกับแม่ในมุ้ง”*

*“ก็เหมือนกัน เอาหนังสือมาอ่านให้ฟัง”*

ด้านกลวิธีในการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ดูแลกล่าวว่าการดูแลเกิดจากประสบการณ์ที่ตนเคยเป็น อสม. และเป็นหมอสมุนไพร ดังคำพูดที่ว่า

*“ไม่มีการสอน มันเป็นจิต กงกรรมกงเกวียน ไม่มีการบอกสอน”*

*“เราอาศัยว่าเคยเห็นและทำ”*

*“หมอจะมารู้ดีกว่าเราได้ยังไง ถ้าเรื่องของการปฏิบัตินะ”*

*“พี่เคยเป็นอสม. ดูแลคนแก่ พี่ก็รู้”*

**<u>การทำความสะอาดช่องปาก</u>**

ผู้ดูแลจะทำความสะอาดช่องปากมารดาด้วยการใช้สำลีชุบน้ำยาบ้วนปาก โดยจะทำทุกครั้งหลังรับประทานอาหารเสร็จเรียบร้อย

*“ใช้สำลีชุบน้ำยา ทำหลังทานอาหารทุกมื้อ ลุกขึ้นก็ทำในปาก แล้วก็ล้างข้างล่าง ใช้น้ำยาลดอาการเจ็บคอด้วย”*

**<u>ด้านการขับถ่าย</u>**

เมื่อถึงเวลาขับถ่ายผู้ดูแลจะใช้วิธีการล้วง โดยได้นำโลชั่นทาที่นิ้วของตนเองก่อนค่อยๆล้วงทวารให้ให้แก่ผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในการขับถ่าย

*“เวลาถ่ายนี่แกท้องผูกต้องใช้นิ้วควักออกมา”*

*“แม่บอกก็รอ แต่พอไม่ออกมา เราก็ต้องกำจัด โดยการเอามือแยงเข้าไป ใส่ถุงมือ”*

*“พี่เคยเป็นอสม. ดูแลคนแก่ พี่ก็รู้ ตอนล้วงก็ใช้ครีม โลชัน ทานะ แต่แม่แกแล้วก็หย่อนไป ตอนนี้ไม่ได้ใช้”*

*“ก็ต้องควักออกมา…หมดสิ สุดมือก็หมดแล้ว แต่มันจะแข็งก็ต้องดึงออกมา”*

**<u>เทคนิคด้านอาหาร</u>**

สำหรับอาหารยายสมหญิงนั้น ผู้ดูแลกล่าวว่าจะสับเปลี่ยนชนิดอาหารทุกวัน เน้นอาหารอ่อนๆ เพราะมารดาไม่มีฟัน ไม่มีการยาสมุนไพร แต่จะมีอาหารเสริม โดยจะให้นอนรับประทาน ดังคำกล่าวที่ว่า

*"พี่ตื่นมาก็ตั้งข้าวเลย เป็นข้าวต้มเละๆ ใส่หมูใส่ผัก ต้มหม้อดินอาหารต้องเปลี่ยนทุกวัน บางวันก็ใส่ไข่ลงไป ผักก็ใส่ หมากหมก ผักหวานบ้าน ใส่แต่น้ำ ให้เปื่อย เนื้อไม่ใส่ ต้องต้มให้เปื่อย หมูก็กินได้แบบน้ำ นอกจากนี้ก็กินข้าวโอ๊ต นมกระป๋องบ้าง กล่องบ้าง ไวตามิลบ้าง...ไม่ให้กินสมุนไพร"*

**<u>ด้านเทคนิคการดูแลสุขภาพจิต</u>**

คำปลอบใจมารดาและร้องเพลงลายลักษณ์เพื่อคลายความเหงาและสร้างความบันเทิงทั้งแก่ตัวผู้ดูแลและผู้สูงอายุ

*"พี่ก็บอกคำของพระพุทธเจ้าว่า "แม่จ้า คนเราต้องเกิดแกเจ็บตาย ตอนนี้แม่คิดถึงพระพุทธ พระธรรม พระสงฆ์นะอย่าน้อยก็ท่องไปนะโมตัสสะ..." แต่แม่ก็จะบอกว่า "ขอให้แม่ เกิด แก่ เจ็บ ตาย" รู้เรื่องแต่ให้ไปเกิด แก่ เจ็บ ตาย แค่นั้น"*

*"แกกลัว แกไม่อยากอยู่คนเดียว แกจะเรียกให้มานั่งกับแม่ แต่ถ้าไม่มาแกจะบอกว่า "ทิ้งแม่ไปหมดแล้ว" แกก็ว่าแค่นี้แหละ"*

*"ขนาดทานข้าวแกยังเรียกให้มานั่งด้วยเลย บางทีเราก็บอกว่าต้องเตรียมข้อมูล อ่านหนังสือ ไปจัดรายการ"*

*"ตอนนี้ก็นอนเอาแต่นอน แล้วก็เรียกลูกเข้าไปหา บอกว่า "มานี่เข้ามาในมุ้ง" พอเราถามว่าให้เข้าไปทำไม แกบอกว่า "มานั่งกับแม่ในมุ้ง"*

*"ก็เหมือนกัน เอาหนังสือมาอ่านให้ฟัง"*

**<u>บทบาทของเครือข่ายการดูแล และเครือข่ายความช่วยเหลือ</u>**

**<u>เครือข่ายครอบครัว/เครือญาติ</u>**

ผู้ดูแลเล่าว่าในการดูแลมารดาพี่ๆน้องๆจะคอยช่วยเหลือกัน ดังคำพูดที่ว่า

*"ส่วนคนที่สี่ก็ส่งเสบียง จะเป็นระบบลูกโซ่ คือเวียนกันไป ถ้าพี่อยู่ก็จะหาอะไรมาหมักให้ คนเล็กไม่ค่อยส่ง ส่งเงินแทน เพราะอาหารต้องส่งข้ามประเทศ...แบบใช้หลักการมีส่วนร่วม น้องคนเล็กส่งมา แล้วคนนั้นก็ซื้อเสบียงส่งต่อไง เวียนไปแบบนี้ เอาเงินบ้าง เอาของมาให้บ้าง"*

**<u>เครือข่ายในชุมชน</u>**

เครือข่ายในชุมชนที่คอยให้ความช่วยเหลือ ได้แก่ เพื่อนบ้าน ที่ผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ที่ดีกับเพื่อนบ้าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ดูแลหลักที่เป็นหมอยา เครือข่ายวัด อสม. ในชุมชน ดังคำพูดที่ว่า

*"เพื่อนบ้านรู้จักทั้งหมดแหละ ไหวัครูหมอยา (หมายถึงตนเอง)"*

*"กำนันไม่ต้องพูดถึง แต่อบต.ที่รับผิดชอบตรงนี้ และก็อาสาสมัคร ผู้ใหญ่ก็เป็นลูกหลานกันเองก็มาเยี่ยมแก อบต. ม.วลัยลักษณ์ และอนามัย"*

*"วัดก็มาบ่อย เดือนสิงหาก็นิมนต์มาเจริญพระพุทธมนต์"*

**<u>บริการการดูแลที่ครอบครัวได้รับจากสถาบัน</u>**

ผู้สูงอายุได้ไปใช้บริการที่สถานีอนามัยและโรงพยาบาลวชิราวุธ ดังคำพูดที่ว่า

*"ไปรพ.วชิราวุธ แล้วก็อนามัยเราก็เอาไปที่นู้น"*

*"ไปตามหมอนัด นัดทุกเดือนบ้าง สามเดือนบ้าง เราก็อุ้มไป เหมารถไป 300 บาท บางทีก็ไปเอายาพี่ก็ไปคนเดียว เนี้ยหมอจะมารู้ดีกว่าเราได้ยังไง ถ้าเรื่องของการปฏิบัตินะ เดิมแม่ยังนั่งได้อยู่"*

**ค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น และการบริหารการเงิน**

**<u>ด้านรายรับ</u>**

ผู้สูงอายุได้รับค่าใช้จ่ายในการดูแลจากบุตรสาวคนสุดท้องที่ทำงานต่างประเทศ โดยจะส่งเงินผ่านมาทางบุตรสาวคนที่ 4 ประมาณ 2 -3 พันบาทเป็นประจำ โดยผู้ดูแลยังมีอาชีพเป็นนักจัดรายการวิทยุทำให้มีรายได้เล็กๆน้อยๆในการดูแลตนเองกับผู้สูงอายุ นอกจากนี้ผู้สูงอายุใช้สิทธิ์ค่ารักษาพยาบาลเบิกได้โดยบุตรชายคนที่ 5 อาชีพ รับราชการ ตำแหน่งนักวิชาการ ที่กรมการค้าภายใน อยู่กทม นอกจากนี้

**<u>ด้านรายจ่าย</u>**

ส่วนรายละเอียดค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวกับมารดา ผู้ดูแลกล่าวว่า ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยเดือนละประมาณ หกพันบาท ได้แก่ น้ำยาบ้วนปากใช้เช็ดช่องปาก 150 บาท ต่อเดือน สบู่ผ้าอนามัยผู้ใหญ่ถุงใหญ่ 380 บาท ค่าเหมารถไปโรงพยาบาลวชิราวุธ 300 บาทต่อครั้ง ค่าอาหาร และค่าใช้จ่ายจ้างให้เพื่อนลูกดูแล เมื่อผู้ดูแลไปจัดรายการวิทยุเป็นบางครั้ง 300 บาท ดังคำพูดที่ว่า

*"เดิมยังเดินได้อยู่ก็ให้เพื่อนของลูกแถวนี้ดูให้ จ้าง 300 บาท/เดือน"*

**ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแล (ค่านิยม, วัฒนธรรม, ภาวะการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ ฯลฯ)**

**ค่านิยม**

ผู้ดูแลมีค่านิยมที่ว่าการดูแลผู้สูงอายุเป็นหน้าที่และเป็นการแสดงความกตัญญูต่อบุพการี

*"มันเป็นจิต เป็นด้วยใจ เรามีจิตใต้สำนึก หนึ่งเราเป็นลูก เป็นหน้าที่ เราก็เอาความสมัยใหม่มาผสมกับจิตใจใช้สำลี แต่จิตใจต้องมาก่อน เพราะจริง ๆ คนไม่เหม็นขี้เหรอ บางคนเห็นก็แขยงแล้ว กลิ่นปากอย่างนี้ หมอยังเหม็นเลยบางคน ไม่มีจิตวิญญาณอย่างเมื่อก่อนเขาไหว้ครูเขาว่า "ไหว้คุณครูอาจารย์ผู้รู้สรรเสริญน้ำใจ สอนให้คิดรู้มีวินัย เราขอไหว้เหนือเกล้าเกศา" เมื่อก่อนครูเราไหว้นะ เพราะครูมีจิตวิญญาณของครู เป็นเหมือนเรือนส่งข้ามฝาก ส่งให้เด็กไปได้ดิบได้ยินดี แต่เดียวนี้ส่งเด็กไปสกปรก ไม่ดี (ม๊องซอง)"*

*"ครอบครัวของแม่จะอบอุ่น มีการสนับสนุน สนับสนุนทางไหน แม่มีลูกหกคน พี่เป็นพี่คนหัวปี เราจะแบ่งภาระอย่างสมทรงก็ดูแล น้องระเบียงคนสุดท้องอยู่บาเรนก็รับภาระเรื่องค่าใช้จ่าย ทีนี้พอพูดถึงความสามัคคีครอบครัวนี้ได้เลย เพราะอย่างหนึ่ง คือแม่ก็สอนสมศรีด้วย แม่จะเป็นคนที่ว่า ใครจะว่ายังไงให้นิ่งอย่างเดียว ส่วนดีของแม่ก็เยอะ เราก็โชคดีที่ได้เกิดมาเป็นลูกของพ่อกับแม่ แล้วอย่างที่อาจารย์ถามว่าทำไมถึงเลือกหมอสมทรง เพราะเราเป็นหมอสมุนไพร หมอนวด หมอบีบด้วย ทีนี้เราอยากจะเชิดชูตรงนี้สักนิดว่าพอเป็นหมอตรงนี้ ก็เลยให้เขียนไปเลยภาคภูมิใจ หมอสมทรงมาอยู่ตรงนี้พ่อเป็นผู้ก่อ แล้วพ่อก็บอกลูกหรือหมอสมทรงว่า "ถ้าหมอยังอยู่พ่อจะไม่ตาย พ่อจะตายแต่ตัว ส่วนชื่อพ่อยังอยู่"*

*" เราอยากเอาตรงนี้มาตีแผ่ และประทับใจคำของแม่ แม่บอกว่า ใครจะว่าไงช่างมันเถอะ" เพราะเมื่อก่อนหมอสมทรงมาอยู่ตรงนี้มีแต่คนบอกว่าหมอสมทรงบ้าไมค์ แต่ไปงานไหนช่วยเหลือแต่ส่วนรวม มาช่วยเป็นพิธีกร แม่บอกใครจะว่ายังไงช่างเขา พอคลื่นร้อยสี่เกิด หมอสมทรงทำรายได้ให้กับเมืองนครฯ ค่าโฆษณา เดือนหนึ่งหลายบาท คลื่นนี้เกิดมาสองปีกว่า แต่หมอสมทรงนิสัยอย่างนี้มาแต่ไหนแต่ไร"*

**การเป็นอาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านและหมอสมุนไพร**

การที่ผู้ดูแลเป็นทั้งอาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.) และหมอสมุนไพร(หมอยา) ส่งผลให้มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุได้เป็นอย่างยินดี ดังคำบอกเล่าที่ว่า

*"พี่เคยเป็นอสม. ดูแลคนแก่ พี่ก็รู้..."*

**คุณภาพการดูแล**

**ด้านผู้ดูแล**

ผู้ดูแลไม่มีภาวะความเครียดและความน้อยใจ เนื่องจากตนเองมีค่านิยมในความกตัญญูและคิดว่าเป็นหน้าที่ในการดูแลมารดา หากเครียดจะใช้วิธีการร้องเพลงลายลักษณ์ และคิดว่าตนเองดูแลมารดาเต็มที่และยินดีที่สุดแล้ว

*“ไม่เครียดไม่นึกน้อยใจเลยที่เป็นเรา”*

*“ให้พิจารณาเอาเองให้เราบอกว่าเราทำดีเราก็ไม่กล้าบอก แต่ถ้าให้เราคิด เราก็คิดว่าดีที่สุดแล้ว”*

**<u>อุปกรณ์ช่วยเหลือ</u>**

ผู้สูงอายุไม่มีการใช้ไม้เท้าหรืออุปกรณ์ช่วยเหลือใดๆ หากต้องการเคลื่อนไหวจะมีผู้ดูแลคอยช่วยพยุง

**<u>ภาวะแวดล้อม</u>**

ผู้ดูแลได้พยายามจัดภาวะแวดล้อมให้เอื้อต่อการดูแลผู้สูงอายุ โดยการนำผู้สูงอายุออกมานอนบริเวณห้องรับแขกแทนการนอนในห้องนอน เนื่องจากจะได้มีคนดูแลได้สะดวกมากขึ้น

**ภาคผนวกตัวอย่างเนื้อลายลักษณ์**

การร้องลายลักษณ์ซึ่งเป็นเอกลักษณ์ของเมืองนครศรีธรรมราช ซึ่งผู้ดูแลได้นำมาใช้เป็นเทคนิคในการดูแลสุขภาพจิตของมารดาเช่นกัน ดังคำบอกเล่าของผู้ดูแลที่สะท้อนผ่านการร้องลายลักษณ์

*“แม่ก็จะมีเพลงปลอบใจ ให้กำลังใจตัวเอง ฟังแล้วว่าคลายเครียดไปด้วย พี่ใช้บทหมอแผนโบราณ แต่ภาษาไม่ใต้เรียกว่าเพลง เป็นของโบราณของนครฯ นี่ใครร้องได้บุญมาก แปดหมื่นสี่ธรรมขรรค์ เป็นของดีของคนใต้ หายาก แล้วแต่เอกลักษณ์ของใครที่ร้องไหว้คุณปิตุเลศ ก็จะว่า “ถวายคุณปิตุเลศ ยกไหว้เหนือหัวเป็นการไหว้ เป็นหญิงเป็นชาย ด้วยคุณปิตุมารดา พระคุณนั้นหนาหนักกว่าแผ่นดิน หนักกว่า กว้างกว่า ยิ่งกว่าแผ่นดิน พรรณนาไม่สิ้นพระคุณมากมาย และยังทรงบำบัดความเวทนา ลำบากยากไร้ และยังเป็นห่วงลูกทั้งหญิงชาย คนเราทั้งหลายยกยอพระคุณ ตั้งใจรักษา หายาเมตตาเป็นมูล กลัวลูกจะดับสูญด้วยโรคโรคา สูญเสียเงินทอง ช่วยกันประคอง ปกป้องเยียวยา เมื่อลูกเป็นไข้เกิดใจกรุณาย่อมมีน้ำตา โศกาอาวรณ์ อาบน้ำ ป้อนข้าว น้ำนมหาให้เฝ้าดูหลับนอน หวังให้ลูกรอด อดหลับอดนอน กล่อมเกลี้ยงเลี้ยงมา เมื่อลูกหายพอใกล้จะมืด ไม่เห็นลูกก็อ่อนใจ ไปเที่ยวตามหา ถามหา น้ำตาหลั่งไหล เมื่อพบลูกแล้วจิตใจก็ผ่องใส พาลูกกลับไปให้อยู่ในบ้านเรือน สอนให้รู้รักทุกสิ่งยิ่งนัก ด้วยรัก ตักเตือนคนเป็นหนุ่มสาว มีเย้ามีเรือนต้องพินิจคิดอยู่ทุกเวลา ตามพี่ ตามน้อง ช่วยกันประคองปกป้อง เยียวยา ทำให้ครบจบพรหมวิหารกับบิดรมารดา มีลูกของตนดูแลตนไม่ได้ ลองคิดดูไว้ ควรทำให้เป็นมรรคผล ให้ปฏิบัติอย่าได้สับสน ถ้าจะไหว้คุณควรไหว้บูรพา กราบไหว้ ด้วยใจศรัทธา จะเกิดวัฒนา เจริญสืบไป” เอาแค่นี้นะ เขาบอกว่าให้คนรู้จักบาปบุญคุณโทษ”*

**********

**กรณีศึกษาที่ 8**
**ยายมาลาตี**

**สัมภาษณ์ วันที่ 12 ธันวาคม 2551**
ผู้ให้สัมภาษณ์และผู้ดูแลหลัก : นางสางเปรมปรี (บุตรสาวคนที่สาม)
ต.ปากพูน อ.เมือง จ.นครศรีธรรมราช

**<u>ประวัติผู้สูงอายุ</u>**

ยายมาลาตี อายุ 90 ปี สถานภาพหม้าย นับถือศาสนาอิสลาม สามีเสียชีวิตด้วยโรคหอบเมื่อปี 2516 มีบุตรร่วมกัน ทั้งหมด 6 คน ดังนี้

คนโตบุตรสาว อายุ 70 ปี สถานภาพหม้าย มีบุตร 9 คน เป็นแม่บ้าน

คนที่สองบุตรสาว อายุ 68 ปี สถานภาพสมรส มีบุตร 4 คน เป็นแม่บ้าน

คนที่สามบุตรสาว เปรมปรี (ผู้ดูแลหลัก) อายุ 60 ปี อดีตทำงานกับอาจารย์ ปัจจุบันดูแลมารดาเพียงอย่างเดียว

คนที่สี่บุตรสาว อายุ 50 ปี สถานภาพสมรส บุตร 2 คน อาชีพค้าขาย

คนที่ห้าบุตรสาว อายุ 49 ปี สถานภาพสมรส บุตร 3 คน ไม่สามารถทำงานได้ เนื่องจากเป็นอัมพฤกษ์

คนที่หกบุตรสาว แม้นมาศ อายุ 46 ปี สถานภาพสมรส บุตร 1 คน อาชีพรับจ้าง

เปรมปรี บุตรสาวคนที่ 3 ซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักเล่าว่า ช่วงที่มารดายังแข็งแรงมารดามีอาชีพขายข้าวต้มและขายของเล็กๆ น้อยๆ หลังจากที่สามีเสียชีวิต มารดาไม่ได้สมรสใหม่ โดยได้ดูแลบุตรทุกคนเป็นอย่างดี แต่เดิมตนและมารดาอาศัยอยู่ที่บ้าน พี่สาวคนโต ต่อมา จึงได้ย้ายมาอยู่ที่บ้าน น้องสาวคนสุดท้องประมาณปี 2549

ปัจจุบันสมาชิกในบ้านมีทั้งหมด 5 คน ได้แก่ ยายมาลาตี (ผู้ป่วย) เปรมปรี(ผู้ดูแลหลัก/บุตรคนที่ 3) แม้นมาศ (บุตรคนที่ 6) สามี และหลานชาย 1 คน

**<u>ข้อมูลผู้ดูแลหลัก</u>**

เปรมปรี อายุ 60 ปี สถานภาพโสด อดีตทำงานรับจ้าง (ทำงานกับอาจารย์) ปัจจุบันไม่ได้ประกอบอาชีพ มีหน้าที่ดูแลมารดาเพียงอย่างเดียว

ปัจจุบันผู้ดูแลมีภาวะความพิการที่ขา โดยได้รับเบี้ยยังชีพคนพิการจาก อบต. เดือนละ 500 บาท ตั้งแต่ปี 2550 และเคยเข้ารับการผ่าตัดที่มะเร็งเต้านม

**<u>เหตุผลในการเป็นผู้ดูแล</u>**

เปรมปรีเล่าการที่ตนได้กลายมาเป็นผู้ดูแลหลัก ไม่ได้มีการตกลงกันในหมู่พี่น้อง แต่เนื่องจากพี่น้องทุกคนได้แต่งงานและแยกครอบครัวไป ตนจึงรับหน้าที่เป็นผู้ดูแลมารดาตั้งแต่ประมาณปี 2550

*"ไม่ได้ตกลงกันแต่พี่อยู่กับแกอยู่แล้ว คนอื่นเขาก็แยกครอบครัวไปอยู่ต่างหาก"*

นอกจากนี้ผู้ดูแลยังกล่าวว่าการดูแลมารดาถือเป็นหน้าที่ที่บุตรจะต้องกระทำเพื่อตอบแทนบุญคุณ ซึ่งสอดคล้องกับหลักคำสอนของศาสนาอิสลามที่กล่าวว่าการเลี้ยงดูบิดา มารดาถือเป็นหน้าที่ที่พึงกระทำ และมีความเกี่ยวข้องกับความเชื่อเรื่องบุญและกรรมด้วย ดังประโยคที่สะท้อนออกมาว่า

*"...ก็พ่อแม่ดูแลเรามาตั้งแต่เด็ก เราก็ต้องดูแลแกนะ กงกรรมกงเกวียน ...เชื่อว่าการ ดูแลพ่อแม่เราจะได้บุญก็เชื่อบาปบุญคุณโทษ ในศาสนาอิสลามมันก็เหมือนๆกันนะ เป็นหน้าที่ของลูกอย่าละเลย เขาเลี้ยงเรามาตั้งแต่เล็ก ถ้าไม่ดูแลเขาว่าไม่เจริญ ไม่ได้ขึ้นสวรรค์ ไม่ว่าเราจะลำบากยังไงก็ต้องดูแลพ่อแม่"*

**<u>ข้อมูลผู้ดูแลรอง</u>**

แม้นมาศ (บุตรสาวคนที่หก) อายุ 46 ปี สถานภาพสมรส บุตร 1 คน อาชีพรับจ้าง แม้นมาศเป็นผู้ดูแลรอง โดยเปรมปรีจะดูแลมารดาตั้งแต่เวลาหกโมงเช้าจนถึงเย็นๆ เมื่อแม้นมาศกลับมาจากการทำงานจะมาช่วยพี่สาวดูแลมารดาต่อ อย่างไรก็ตามสมาชิกคนอื่นๆในบ้าน รวมถึงพี่น้องของเปรมปรีและแม้นมาศ จะเวียนมาให้ความช่วยเหลือตามความจำเป็น อาทิ ช่วยอุ้มและไปส่งโรงพยาบาล หรือ พาไปเข้าห้องน้ำเป็นบางครั้ง

**ภาวะการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ การดูแลสุขภาพกาย สุขภาพจิต และด้านสังคม**

**<u>ด้านภาวะสุขภาพ</u>**

ประวัติด้านสุขภาพ ยายมาลาตีมีโรคประจำตัวคือ เป็นโรคความดันโลหิตสูง ด้านประวัติการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว มีบุตรสาว (นางสาวเปรมปรี) เป็นโรคหัวใจความดันโลหิตสูง มะเร็งเต้านม และมีลักษณะพิการ คือ กระดูกแข้งขวางอกผิดรูป

การตรวจร่างกายของยายมาลาตี พบว่า มีน้ำหนัก 38 กิโลกรัม สูง 155 เซนติเมตร ค่าดัชนีมวลกาย 15.81 รอบเอว 25 นิ้ว อุณหภูมิ 36 องศาเซลเซียส ชีพจร 75 ครั้งต่อนาที การหายใจเป็นปกติ BP. 155/88 น้ำตาล 89 mg /dl ลักษณะทั่วไปปกติ มีฟันเหลือ 1 ซี่ หูไม่ค่อยได้ยิน

การรับประทานอาหาร ไม่สามารถรับประทานอาหารได้เอง ต้องให้ผู้ดูแลป้อน อาหารที่รับประทานปรุงจากเนื้อ ผัก ไข่ เป็นอาหารรสจืด ทานกับข้าวสวยบางครั้งก็ทานกับข้าวต้ม ทานผลไม้ทุกชนิดและน้ำผลไม้ที่คั้นจากผลไม้สด ดื่มน้ำวันละ 8 แก้ว ไม่รับประทานอาหาร ประเภทเครื่องดื่มบำรุงกำลังอื่นๆ

การขับถ่ายมักจะท้องผูก ขับถ่ายสัปดาห์ละ 2 ครั้งผู้ดูแลให้รับประทานยาสมุนไพรที่ได้รับจากโรงพยาบาล ไม่ได้ช่วยล้วงออก ให้ขับถ่ายเอง ปัสสาวะบ่อย และใช้ผ้าอ้อมสำเร็จผู้ใหญ่เป็นประจำ

การนอนเป็นปกติดี นอนวันละ 10 ชั่วโมงโดยเฉลี่ย การมองเห็นปกติดีแต่หูไม่ค่อยได้ยิน

ผลประเมินสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ มีอาการนอนไม่หลับ ความจำเสื่อม หลงลืมเป็นครั้งคราว

ยาที่รับประทานในปัจจุบัน เป็นยาบำรุง รับประทานวันละ 3 ครั้ง เช้า กลางวัน เย็น เริ่มเป็นแผลกดทับเล็กน้อยบริเวณก้น

**<u>สาเหตุการเจ็บป่วย</u>**

เปรมปรีเล่าว่าสาเหตุที่ยายมาลาตีเดินไม่ได้เกิดจากการล้ม แต่เกิดจากภาวะสูงวัย ดังคำพูดที่ว่า

*"แกนอนแบบนี้มานานแล้วนะ...ไม่ได้ล้ม แกก็ชราธรรมดา แก่แล้วลุกไม่ไหว"*

แม้ว่ายายมาลาตีจะเดินไม่ได้ แต่มีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองได้บ้าง เช่น การนั่งได้เองโดยไม่ต้องพิงพนัก สามารถพลิกตัวได้ แต่ถ้าลุกก็ต้องมีคนช่วยพยุง ดังคำพูดที่ว่า

*"นั่งได้ไม่ต้องพิง แกนั่งพิงได้...ลุกเองไม่ไหว ลุกไม่ไหวต้องพยุง พลิกตัวเองได้"*

**<u>การจัดการดูแลในครอบครัวของผู้ดูแลหลัก ในครอบครัวและกลวิธี</u>**

เปรมปรีเล่าว่าในการดูแลมารดานั้น เริ่มจากที่ตนเองจะปลุกมารดาที่นอนบริเวณห้องรับแขกประมาณ 8 โมงเช้า จากนั้นจะเปลี่ยนผ้าอ้อมผู้ใหญ่ให้มารดาและนำผ้าชุบน้ำเช็ดตัว มารดาให้สะอาดจากนั้นจึงเปลี่ยนผ้าปูที่นอนให้ (2 วันเปลี่ยน 1 ครั้ง) สำหรับการทำความสะอาดฟันนั้น เนื่องจากมารดามีฟันเหลือเพียงไม่กี่ซี่ เปรมปรีจะใช้วิธีนำสำลีชุบน้ำทำความสะอาดช่องปาก แทนการแปรงฟัน

*"ตื่นเช้ามาก็เช็ดตัว เปลี่ยนแพมเพิร์ส... ก็เอาผ้าชุบน้ำเช็ดตัว เปลี่ยนแพม-เพิร์ส แล้วก็เปลี่ยนผ้าปูที่นอน...ฟันไม่ได้แปรงใช้สำลีชุบน้ำเช็ดเอา"*

สำหรับการสระผมเปรมปรีจะเลือกใช้แชมพูเด็กบ้างหรือแชมพูธรรมดาบ้าง และจะนำผ้ายางมารองที่เตียง ใช้หมอนสูงๆมารองที่คอ และนำกะละมังมารองน้ำในขณะสระผม

*"สระผมตรงนี้ (ที่เตียง - นักวิจัย)ก็เอาผ้ายางมารองใช้หมอนสูงๆ เอากะละมังมารองตอนสระผม"*

**<u>ด้านการขับถ่าย</u>**

ยายมาลาตีมีอาการท้องผูกบ่อย ประมาณ 5-6 วันถึงจะถ่าย 1 ครั้ง เปรมปรีจะให้ยาสมุนไพรครั้งละ 2 เม็ด ที่ได้รับจากโรงพยาบาลวชิราวุธเพื่อช่วยในการขับถ่ายในกรณีที่มารดามีปัญหาด้านการขับถ่าย แต่ตามปกติยายมาลาตีจะใส่แพมเพิร์สอยู่เป็นประจำ และเมื่อจะถ่ายก็จะถ่ายใส่แพมเพิร์ส ดังประโยคที่ว่า

*"แกไม่เรียก แต่ก็บอกนะว่าปวดท้องจะถ่าย"*

*"ไม่ได้ล้วง แต่ก็หลายวันกว่าจะถ่าย แต่ให้ยาระบาย"*

*"ต้องมาดูเอง แต่หลายวันแกจะได้ (ถ่าย) สักครั้ง แกท้องผูก...กินเป็นยาสมุนไพร โรงพยาบาลวชิราวุธให้มา ถ้าไม่ถ่ายก็ให้กิน...หมอบอกว่าไม่ถ่ายก็ให้กิน กินครั้งละ 2 เม็ด"*

*"เราก็บอกให้ถ่ายเลยใส่แพมเพิร์ส...ไม่ต้องฉี่ใส่แพมเพิร์สแล้วก็เอาผ้ามาเช็ดเอา"*

หลังจากดูแลเรื่องการขับถ่าย อาบน้ำ เช็ดตัวเรียบร้อยแล้ว ประมาณ 8 โมงครึ่งจะเป็นเวลารับประทานอาหารเช้า เปรมปรีเล่าว่า มารดาจะรับประทานอาหารวันละ 3 มื้อ โดยอาหารที่เตรียมให้ยายมาลาตีจะเป็นประเภทอาหารรสจืด อาทิ แกงเลียง ไข่ประเภทต่างๆ ส่วนข้าวจะเป็นทั้งข้าวสวยและข้าวต้ม และระมัดระวังไม่ปรุงอาหารรสจัด โดยเปรมปรีต้องป้อนอาหารให้มารดาที่เตียงนอน เพราะตนเองมีปัญหาเกี่ยวกับขาไม่สามารถอุ้มมารดาไปทานที่อื่นได้ ดังประโยคที่ว่า

*"ข้าวสวยหรือข้าวต้ม ไข่ต้ม ไข่ดาว แกงเลียงเนี้ยะกินได้ แต่ทานของเผ็ดไม่ได้"*

*"เวลากินข้าวนั่งเลย กินตรงนี้เลย พี่ก็ป้อน ไม่ต้องลุกจากที่ไปไหนไกลยกไม่ไหว"*

หลังรับประทานอาหารเช้าเสร็จ ยายมาลาตีจะต้องรับประทานยาเพื่อรักษาโรคความดันโลหิตสูง

*"ทานเสร็จ 9 โมง ก็ทานยาความดัน 2 เม็ด"*

และนอนพักผ่อน กระทั่งถึงเวลาเที่ยง จะตื่นมารับประทานอาหารกลางวันซึ่งเปรมปรีจะทำให้ใหม่ เช่น แกงเลียง ไข่ทอด ไข่ต้ม นอนพักผ่อนอีกครั้งหนึ่ง และรับประทานอาหารเย็นประมาณ 6 โมงเย็น

*"แกก็นอน นอนอีกถึงเย็น ตื่นมาก็ทานข้าว"*

สำหรับอาหารเสริมของยายมาลาตีจะเป็นประเภทผลไม้ น้ำผลไม้ รังนกและของหวานต่างๆ ดังประโยคที่ว่า

*"กินบ้าง ผลไม้บ้าง ของหวานบ้าง...แต่ก็กินพวกรังนกแหละ เพราะหมอบอกให้กินรังนกดี ผลไม้ต้องคั้นน้ำให้แกกิน คั้นเอากากออก ไม่กินเป็นกลีบเดี๋ยวแกคันคอ"*

หลังจากรับประทานอาหารเย็น เปรมปรีจะใช้เช็ดตัวและเปลี่ยนผ้าอ้อมผู้ใหญ่ให้มารดาอีกครั้งหนึ่ง ประมาณ 3 ทุ่ม จึงนอนที่บริเวณห้องรับแขกหน้าโทรทัศน์ โดยมีเปรมปรีกับแม้นมาศ นอนเฝ้าตอนกลางคืนด้วย

*"เช็ดตัว เปลี่ยนแพมเพิร์สอีกรอบหนึ่ง...แกนอน แต่กว่าแกจะหลับก็สามทุ่ม ก็เอาที่นอนมาปูนอนตรงนี้"*

ด้านการเตรียมเตียงนอนสำหรับมารดานั้นเปรมปรีจะใช้วิธีนำผ้ายางพลาสติกรองบนฟูก จากนั้นจึงใช้ผ้าปูเตียงทับอีกชั้นหนึ่ง ที่ทำเช่นนี้เพื่อป้องกันปัสสาวะซึมรดที่นอน และจะเตรียมผ้าขนหนูผืนเล็กไว้ข้างเตียง เผื่อมารดาต้องการใช้หยิบเช็ดตามที่ต้องการ

*"ปูผ้ายางเพราะกลัวเวลาฉี่จะเลอะ แล้วปูผ้าทับอีกที กันไว้ไม่ให้ซึมลงไปที่นอน"*

"แล้วผ้าเช็ดหน้านี่เราเช็ดให้แกเช็ดเอง...เปลี่ยนทุกวัน วันละผืน นี่ก็เอาไปซักมือ"

นอกจากนี้เปรมปรีได้นำขวดพลาสติกขนาดเล็ก มาเจาะรูสี่เหลี่ยมด้านข้างทำเป็นรางเพื่อให้มารดาได้บ้วนน้ำลาย โดยนำมาวางไว้ใกล้เตียงเพื่อให้มารดาหยิบใช้ได้สะดวก ดังประโยคที่ว่า

*"อันนี้วางไว้เป็นรางให้แกถุยน้ำลาย กระโถนมันหนัก อันนี้ไม่หนัก เราก็เบาแรง...คิดเอง"*

**<u>ด้านการสับเปลี่ยนผู้ดูแลมารดา</u>**

เปรมปรีจะเป็นผู้ดูแลหลักมารดาตั้งแต่เวลา 6 โมงเช้าถึงตอนเย็นๆ ถัดจากนั้นจะเป็นแม้นมาศผู้ดูแลรองดูแลต่อ

*"พี่ดูแลแม่ ตั้งแต่ หกโมงเช้าถึงเย็นแหละแม้นมาศมาก็รับดูแลต่อ แ ต่ ไ ม่ ไ ด้ดูแลไรมากแล้ว แกก็จะนอนแล้ว ก็มาเฝ้ามาคุยอะไรแบบนั้นแหละ"*

ในกรณีที่เปรมปรีต้องทำละหมาด เปรมปรีจะทำการละหมาดที่บ้าน ซึ่งสะดวกต่อการดูแลมารดาหากมีสิ่งใดฉุกเฉิน เปรมปรีเล่าว่าก็สามารถให้สมาชิกในบ้านช่วยกันดูแลได้

*"พี่ทำละหมาดตลอด ตอนพี่ทำละหมาด...แกนอนอย่างนี้แหละ ไม่เป็นไรปล่อยแกได้ เราก็ทำที่บ้านนะ...ก็ช่วยทุกคนแหละ แต่ที่ดูแลหลักก็เรานี่แหละ ทุกคนมาก็มาช่วยดูแล"*

หรือในกรณีที่มารดาจำเป็นต้องไปโรงพยาบาล แม้นมาศจะเป็นคนพามารดาไปโรงพยาบาลแทนเปรมปรี เนื่องจากไม่มีอุปสรรคด้านความพิการ จึงสามารถพามารดาไปโรงพยาบาลได้สะดวกหรือกรณีที่ต้องไปรับเบี้ยยังชีพที่อบต. บางครั้งที่เปรมปรี จำเป็นต้องเดินทางไปรับแทนเอง ก็จะให้ลูกหลานมาช่วยดูแลมารดา

*"เวลาไปโรงพยาบาลก็มีอุไรพาไป"*

*"เวลาไปรับเงินที่อบต. ก็ให้แกนอนอย่างนี้แหละ ไม่เป็นไร แต่ถ้าไปนานก็ให้หลานมาดูแทน"*

**<u>ด้านสุขภาพจิต</u>**

เปรมปรีกล่าวว่า มารดาเป็นคนที่มีสุขภาพจิตดี และตนเองมักจะดูแลด้วยการเปิดโทรทัศน์เพื่อแก้เหงาให้แก่มารดาและมีการนวดให้แก่มารดาด้วย

*"เป็นคนไม่คิดอะไร สุขภาพจิตดี"*

*"เปิดทีวีสักสองสามชั่วโมงก็ปิด ปิดสักพักก็เปิดใหม่...ดูสังข์ทองอยู่"*

*"เวลาแกนอนอยู่ ก็มีนวดให้"*

**ด้านสุขภาพจิตวิญญาณ**

สำหรับการดูแลด้านจิตวิญญาณนั้น เปรมปรีเล่าว่าตามปกติเมื่อมารดายังแข็งแรง ท่านจะต้องทำละหมาดเพราะท่านนับถือศาสนาอิสลาม แต่เมื่อไม่สามารถลุกหรือเคลื่อนไหวเพื่อทำละหมาดได้แล้ว เปรมปรีจะเป็นคนอ่านพระคัมภีร์ให้ฟัง บางครั้งก็จะมีลูกหลานมาช่วยอ่านด้วย หลังจากฟังพระคัมภีร์แล้วเปรมปรีสังเกตเห็นว่า มารดามีความสุขมากขึ้นซึ่งเห็นได้จากรอยยิ้ม ดังคำพูดที่ว่า

*"แกไม่ต้องทำละหมาดแล้ว ยกเว้นทำไม่ไหวก็อ่านพระคัมภีร์ให้ฟังนานๆ ครั้ง...ก็มีหลาน แล้วก็น้องช่วยอ่านด้วย...เขามาเองยายไม่ว่าอะไร แต่ฟังแล้วก็ยิ้ม"*

**บทบาทของเครือข่ายการดูแล และเครือข่ายความช่วยเหลือ**

**เครือครอบครัว /เครือญาติ**

ด้านเครือข่ายในการดูแลยายมาลาตีพบว่า บุตรหลานเป็นเครือข่ายที่สำคัญในการดูแลผู้สูงอายุ ดังเช่น กรณีของบุตรสาวคนโตที่มาเยี่ยมเยียน และหากมีโอกาสก็จะปรนนิบัติรับใช้บุพการีตามสมควร หรือกรณีของแม้นมาศที่พามารดาไปโรงพยาบาล เป็นต้น

*"พี่สาวคนโต มาเดือนละหน ก็มาป้อนข้าวป้อนน้ำ เช็ดตัว มาทีอยู่สองสามวัน บางทีก็มาสิบวันแล้วก็กลับ"*

อย่างไรก็ตามในกรณีฉุกเฉินที่ผู้ดูแลหลักและรองไม่อยู่ ผู้ดูแลคาดหวังว่าหลานสาวจะเป็นเครือข่ายที่สำคัญอีกหนึ่งคนในการที่จะช่วยเหลือดูแลมารดาของตนได้ ดังคำพูดที่ว่า

*"ปกติก็ไม่มีไรฉุกเฉินนะ ถ้ามีหลานก็มาดูหลานสาว...หลานสาวไม่ได้อยู่บ้านนี้ 22 ปี เรียนอยู่ วานมาให้ดูแลยายได้ วางใจได้"*

**เครือข่ายในชุมชน**

ยายมาลาตีมีเพื่อนบ้านและอสม.มาเยี่ยมสม่ำเสมอ อีกทั้งหากเกิดเหตุกรณีฉุกเฉิน เปรมปรีคิดว่าสามารถพึ่งพาเพื่อนบ้านได้เช่นกัน ดังคำพูดที่ว่า

*"เพื่อนบ้านก็มา...ก็ซื้อของมาฝากเรื่อยๆ"*

*"ไม่มี แต่อสม.มา...ก็มีที่มาเป็นอาสาสมัครที่ดูแลคนพิการ ผู้สูงอายุ...ก็มาดูแล พูดคุย เรื่องสุข ทุกข์"*

*"แล้วถ้าเกิดว่ามีอะไรฉุกเฉินนี่เพื่อนบ้านจะมาช่วยไหม" (นักวิจัย)*

*"ช่วยนะ เพื่อนบ้านเขาดี"*

*"ก็มีอะไรก็มาให้ ทำอะไรก็มาให้กินตลอด"*

**บริการการดูแล ที่ครอบครัวได้รับจากสถาบัน**

ยายมาลาตีใช้บริการที่โรงพยาลวชิราวุธทุกเดือน เดือนละ 1 ครั้ง โดยบุตรชายอุ้มขึ้นรถกระบะของครอบครัวและแม้นมาศ (ผู้ดูแลรอง) เป็นผู้พาไป

*"พาไปครั้งล่าสุดก็ 19 ม.ค. นัดทุกเดือน เดือนละครั้ง ไปแต่เช้าแหละ...ก็วัดความดัน ให้ยามาทาน"*

**ค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น และการบริหารการเงิน**

**<u>รายรับ</u>**

บุตรสาวคนสุดท้องเป็นผู้รับผิดชอบในการดูแลค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุทั้งหมด

**<u>รายจ่าย</u>**

ค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุเริ่มตั้งแต่ ค่ากับข้าว อาหารเสริมค่าผ้าอ้อมสำเร็จรูป 1 วัน เปลี่ยนประมาณ 2 รอบแป้งซื้อเดือนละสองครั้ง กระดาษชำระแบบม้วน โดยผู้ดูแลมองว่าส่วนใหญ่จะเสียค่าใช้จ่ายไปกับผ้าอ้อมผู้ใหญ่ (แพมเพิร์ส) เฉลี่ยประมาณ 7 วัน 200 บาท ส่วนค่าอาหารเสริมเป็นรังนกวันละขวด ขวดละ 80 บาท ส่วนค่าใช้จ่ายอื่นๆ เช่น ผ้าถุง ปีหนึ่งจะซื้อประมาณ 3 ผืน

**คุณภาพการดูแล**

**<u>ด้านผู้ดูแล</u>**

จากการที่ผู้ดูแลต้องดูแลมารดาที่ต้องนอนติดเตียง ประกอบกับการที่ตนเองมีความพิการเกี่ยวกับขา ผู้ดูแลกล่าวว่าตนเองไม่ได้เครียดหรือน้อยใจเพราะคิดว่าลูกๆทุกคนต่างก็ทำหน้าที่ที่เหมาะสมกับตนเอง ดังคำพูดที่ว่า

*"ไม่น้อยใจ เพราะคนอื่นเขาทำงาน...เข้าใจเขาอยู่ไกล...พี่อยู่บ้านพี่ก็ดูแล"*

**<u>ด้านอุปกรณ์ช่วยเหลือ</u>**

ยายมาลาตีไม่มีอุปกรณ์ในการช่วยเหลือใดๆ หากต้องการเคลื่อนย้ายจะต้องอาศัยผู้ดูแลพาอุ้มไป

**<u>ด้านภาวะแวดล้อม</u>**

จากการศึกษาพบว่า แม้ว่ามารดาจะมีความต้องการอยากออกไปเที่ยวข้างนอกบ้านเนื่องจากผู้ดูแลหลักมีความพิการเกี่ยวกับขา ทำให้ไม่สามารถพามารดาออกไปนอกบ้านได้ แต่เมื่อมีคนมาเยี่ยมเยียนก็จะวานให้พามารดาออกไปข้างนอกบ้าง

*"ก็ยกแกไหวนะ แต่ตอนนี้เรายกไม่ได้ ยกไม่ไหวแรงไม่พอ พิการขาแล้วก็ยากนะ...แม่ก็บ่นแต่เราพาไปไม่ไหว บางทีเขามาเยี่ยมคนที่แข็งแรงก็จะพาออกไป"*

*"ก็ไม่บ่นนะ เพราะก็บอกแกว่าไม่มีใครพาไปนะ เราพาไปไม่ไหว แกก็ไม่น้อยใจ แกก็เข้าใจ"*

**ความต้องการได้รับการสนับสนุนจากสถาบัน ชุมชน และเครือข่ายอื่น ๆ ประมาณการความต้องการบุคคลช่วยเหลือ**

ผู้ดูแลมีความต้องการ “รถเข็น” ให้แก่มารดา เพื่อที่จะสามารถพามารดาไปเข้าห้องน้ำได้ด้วยตนเอง รวมถึงความต้องการที่จะให้มารดาได้เปิดหูเปิดตาโดยการพาไปเที่ยวข้างนอกบ้านบ้าง ดังคำพูดที่ว่า

*“แต่ถ้ามีรถเข็นจะได้พาไปเข้าห้องน้ำได้ ...ได้มาจะได้พาแกไปเที่ยว”*

สำหรับความต้องการที่มีต่อองค์การบริหารส่วนตำบล ผู้ดูแลมีความต้องการให้มีการเยี่ยมเยียนจากบุคลากรในท้องถิ่นหรือการมีผู้ช่วยเหลือผู้ดูแลในการทำงานบ้านเพื่อที่ผู้ดูแลจะได้ดูแลผู้สูงอายุได้อย่างเต็มที่

*“อบต.ก็ให้แวะเยี่ยมถ้ามีผู้ดูแลก็ดี แต่ถ้าไม่มีผู้ดูแลก็น่าจะมีคนมาดูแลทำความสะอาดบ้านให้บ้าง”*

**********