

พัฒนาแนวทางและรูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังเชิงรุก

นายพิสิทธิ์ พิริยาพรรณ และคณะ

A00054531
- 1 S.A. 2551 ๒๕๑/๒๖๑๗

247883

เริ่มบริการ

๓๐ ส.ค. ๒๕๕๗

รายงานวิจัยฉบับนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ
งบประมาณเงินแผ่นดิน ประจำปี 2550

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาวิจัยเรื่อง “พัฒนาแนวทางและรูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังเชิงรุก” สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความช่วยเหลือและความอนุเคราะห์จากผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ที่ให้ความกรุณาในการอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอขอบพระคุณ ชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลมหาวิทาลัยบูรพา ที่ให้ความกรุณาในการให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการร่วมประชุมกลุ่มย่อยเพื่อพัฒนาแนวทางและรูปแบบดังกล่าว

ขอขอบคุณคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยบูรพา ที่ให้ความกรุณาในการให้คำแนะนำ วิธีการ ดำเนินการศึกษาวิจัยเพื่อให้ตระหนักถึงสิทธิและเคารพความเป็นบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ขอขอบคุณ เจ้าหน้าที่และบุคลากรฝ่ายวิชาการและวิจัยและบุคลากรของศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา ที่ได้ช่วยเหลือในการเก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล และเป็นกำลังสำคัญในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ขอกราบระลึกถึงพระคุณของคุณครูบาอาจารย์ที่ประสาทวิชาความรู้ และให้ความสำคัญกับการศึกษา วิจัย และการเรียนรู้ตลอดชีวิต เพื่อพัฒนาตนเองและคณะผู้วิจัยให้สามารถแสวงหาความรู้เพื่อเป็นตัวอย่างแก่คนรุ่นหลังต่อไป ความสำเร็จอันเกิดจากการศึกษาวิจัยนี้ ขอมอบเป็นสิ่งทดแทนคุณ และขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

คณะผู้วิจัย

กันยายน 2551

ชื่อเรื่อง : พัฒนาแนวทางและรูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังเชิงรุก
 หัวหน้าโครงการวิจัย : นายพิสิทธิ์ พิริยาพรธม
 ผู้ร่วมวิจัย : นางเวรกา กลิ่นวิจิต นางสาวพวงทอง อินใจ
 นางสาวชั้นทอง สุขผ่อง นางสาวคณิงนิจ อุดิมาศ
 เกษียรหญิงจงจิตร อริยประยูร นายอดุลย์ ครัวมสมบูรณ์
 สาขา : วิทยาศาสตร์การแพทย์
 ทุนอุดหนุนการวิจัย : สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ งบประมาณแผ่นดิน พ.ศ. 2550
 ปีที่ทำการศึกษาวิจัย : 2550

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัย เพื่อพัฒนาแนวทางและรูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังเชิงรุก ใช้แนวคิด การบูรณาการการบริการสุขภาพ (Integrated Care) การมีส่วนร่วมของชุมชนในระบบบริการสุขภาพ (Community involvement in health care system) และนโยบายด้านการพัฒนาสาธารณสุขในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 10 ที่น้อมนำปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง เป็นแนวทางการพัฒนาสุขภาพ โดยมีขั้นตอนการพัฒนาแนวทางและรูปแบบดังนี้ คือ การสอบถามและสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกตพฤติกรรมจัดการการดูแล และสิ่งแวดล้อมต่างๆ ในการดูแลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุและผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การตรวจร่างกาย และภาวะโภชนาการ การให้คำปรึกษาและสร้างแนวทางการจัดการร่วมกันระหว่างครอบครัวและบุคลากรทางด้านสุขภาพเพื่อพัฒนารูปแบบการแนวทางในการดูแล จัดการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุและผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ผลจากการศึกษาวิจัย พบว่า

1. รูปแบบและแนวทางการจัดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง 2 โรค ได้แก่ โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วยส่วนประกอบ 5 ด้าน คือ
 - 1) การจัดการดูแลสุขภาพตนเองแบบพอเพียงด้านสุขภาพจิต
 - 2) การจัดการดูแลสุขภาพตนเองแบบพอเพียงด้านโภชนาการ
 - 3) การจัดการดูแลสุขภาพตนเองแบบพอเพียงด้านการใช้ยา
 - 4) การจัดการดูแลสุขภาพตนเองแบบพอเพียงด้านการออกกำลังกาย
 - 5) การจัดการดูแลสุขภาพตนเองแบบพอเพียงด้านการรับบริการจากระบบบริการสุขภาพและชุมชน
2. ผลการสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับใช้รูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพตนเองแบบพอเพียงของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง พบว่า มีระดับคุณภาพโดยรวมอยู่ในระดับ ดี (ค่าเฉลี่ย 3.89) และมีค่าความมีประโยชน์ความเป็นไปได้ ความเหมาะสม และความถูกต้อง อยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 3.76)
3. ผลการสัมภาษณ์และ Focus group ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพดีภายใต้การเจ็บป่วยเป็นโรคเรื้อรังที่ปราศจากโรคแทรกซ้อน และมีการปฏิบัติตนที่เหมาะสมและได้มีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นจากผลของการปฏิบัติตนของผู้สูงอายุในด้าน ต่าง ๆ พบว่า

ความพอประมาณ คือ การรักษาความสมดุลของควมมีสุขภาพดี กับ ความเจ็บป่วย ซึ่งหมายความว่า การใช้ชีวิตต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นการดูแลตนเองทางด้านจิตใจ อารมณ์ของผู้สูงวัย จะ ใช้หลักความสมดุลไม่มาก ไม่

น้อยจนเกินไป การออกกำลังกาย ก็ให้พอประมาณสมกับการประเมินกำลังของร่างกายของตน ต้องหมั่นสังเกตตนเองประเมินตนว่าสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้มากน้อยแค่ไหน สิ่งสำคัญคือ ความต่อเนื่องสม่ำเสมอที่ผู้สูงอายุมักใช้คำว่า “มีวินัย” จะทำให้ร่างกายค่อย ๆ แข็งแรงขึ้นและสามารถออกกำลังกายได้มากขึ้นตามลำดับ ส่วนการรับประทานอาหาร ก็ทานแต่พอประมาณ ไม่อึดหรือตามใจปาก ตามใจอยากเช่นเคย หากมีโรคประจำตัว เช่นเบาหวาน ก็พยายามงดอาหารประเภทแป้งและน้ำตาล เลือกรับประทานผักผลไม้แทนขนมหวาน ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ หรือน้ำอัดลม ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุเลือกที่จะประกอบอาหารทานเองเพื่อให้เกิดความมั่นใจในความสะอาด ไม่มีสารพิษเจือปน หากมีโรคความดัน โลหิตสูงก็เลือกรับประทานอาหารที่รสไม่จัด ไม่เค็ม รักษาสุขภาพจิต ทำสมาธิ ร่วมกิจกรรมกับทางชมรม ผู้สูงอายุกล่าวว่า “ยิ่งทำงานก็ยิ่งแข็งแรง ได้ฝึกสมอง ได้ออกกำลัง” การเลือกใช้บริการสุขภาพในสถานบริการที่ใกล้บ้าน ใกล้ใจ สร้างความคุ้นเคยและพอที่จะให้ความช่วยเหลือสถานพยาบาลในเรื่องใดได้บ้างก็พร้อมจะอาสา เช่น การอาสาเล่นดนตรีไทยในงาน โรงพยาบาล อาสาช่วยทำขนมไทยแจกผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล อาสาสอนการทำสิ่งประดิษฐ์ช่วยงานอาชีพหรือกิจกรรมแบบจิตอาสาตามความสมัครใจอื่น ๆ เพื่อให้เกิดความสมดุลแบบพอประมาณของจิตที่คิดจะให้และความพอประมาณของจิตที่คิดจะรับ เป็นการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ไม่ใช่แบบพึ่งพาและไม่เป็นภาระต่อกัน เป็นการเสริมสร้างคุณค่า เป็นการเปิดบัญชีออมใจต่อกัน

ความมีเหตุผล คือ การใช้ชีวิตอย่างมีเหตุผล ตามความจำเป็น ไม่ใช่สิ่งที่เกินฐานะและกำลัง ใช้อย่างคุ้มค่า ประหยัด

มีภูมิคุ้มกัน คือ มีการดูแลสุขภาพให้อยู่ในสภาพที่ดี สามารถเป็นตัวอย่างแก่ผู้อื่นๆ ได้ สามารถช่วยเหลือผู้อื่น ได้บ้างตามสมควร

มีความรู้คู่คุณธรรม การที่ผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวที่เป็น โรคเรื้อรัง ทำให้เกิดความตระหนัก ในเรื่องของ การดูแลสุขภาพของตนเอง ทำให้ใฝ่หาความรู้ เรียนรู้อยู่ตลอดเวลา ให้ความสำคัญกับการนำความรู้ที่ได้ไปปฏิบัติ และ หมั่นทบทวนตรวจสอบตนเองว่าสามารถนำไปใช้ประโยชน์กับตนเองได้จริงหรือไม่ ส่วนความรู้เท่าทันโรคภัยที่เบียดเบียน เป็นเรื่องของสติ ที่ต้องเรียนรู้เพื่อให้เกิดความรู้เท่าทัน เมื่อรู้สติ จะทำให้ไม่เกิดความหวุ่นวิตก ใฝ่อยู่กับโรคนั้น ได้ อย่างมีความสุข และเกิดความสมดุล สามารถดูแลตนเองได้อย่างเท่าทันต่อการเปลี่ยนแปลง และพึ่งตนเองได้

สิ่งสำคัญยิ่งอีกอย่างหนึ่งที่ผู้สูงอายุให้ความสำคัญและมีความสำคัญคือ การอยู่รวมกลุ่มเพื่อช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เป็นสิ่งที่สอดคล้องกับแนวคิดเรื่องแรงสนับสนุนทางสังคม ที่ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่า มีกำลังใจในการต่อสู้เผชิญกับความเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณที่จะค่อย ๆ เต็มมอดยไปตามวัย ให้มีโอกาสนในการใช้ชีวิตอุดมไปด้วยความสุขสมบูรณ์ในวัยสูงอายุนี้อย่างพอเพียง

3

Title : Development Guideline and Model of Health management in Elderly and Chronic patients
Researcher : Dr. Pisit Piriyaapun
Co-researcher: Mrs.Wethaka Klinwichit Miss Puangtong In-chai
Miss Khuntong Sookpong Miss Kanungnij U-simat
Miss Jongjit Ariyaprayoon Mr.Adul Kramsombun
Concentration : Health Science
Year : 2007

Abstract

The purpose of this research were designed to develop guideline and model of health management in elderly and chronic patients. The conceptual framework of Integrated care and community involvement in health care system were used with the health policy of sufficiency economic philosophy of Thai royal King Bhumiphol. The participants were the sample from eastern region of Thailand. The collecting data were used by indept-interview , questionnaire and observing their health management and behavior including the general and nutritional examination to consider guideline and model in multidisciplinary group of health science. The initiative guideline and model of health management in elderly and chronic patients were considered by 3 experts before use with the participants.

It was found that

1. The components of Guideline and Model of Health management in Elderly and Chronic patients are 5 components; mental health , nutrition , drug using compliance , exercise and choosing health service system in community.
2. The quality of using Guideline and Model of Health management in Elderly and Chronic patients was in good level ($X= 3.89$) and the average of the benefit , the feasibility , the appropriation and the accuracy were 3.76
3. By interviewing the elderly with chronic patients Always have the conceptual of the middle way for balancing their life between healthy and illness in body, mind ,emotion and spirit. The key success of this behavior was "discipline". The effective behavior is the best basic of health protector. The concerning of illness is effected to cognitive thinking for learning , practicing and improving their life. The most factor that help them was the bonding of their group for help each other such as the social supportive for the rest of their life.

สารบัญ

หน้า

กิตติกรรมประกาศ.....	ก
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ข
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ง
สารบัญ.....	จ
สารบัญตาราง.....	ช

บทที่

1	บทนำ.....	1
	ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
	วัตถุประสงค์ของการทำวิจัย.....	6
	ขอบเขตของการวิจัย.....	6
	นิยามศัพท์เฉพาะ.....	6
	ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	7
2	เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	8
	โรคและภาวะความเจ็บป่วยเรื้อรัง.....	8
	โรคความดันโลหิตสูง.....	10
	โรคเบาหวาน.....	16
	ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง.....	33
	แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการสุขภาพ.....	34
	แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง.....	36
	สถานการณ์และการพัฒนาคุณภาพผู้สูงอายุไทย.....	41
	งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	47
3	วิธีดำเนินการวิจัย	50
	ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	50
	ขั้นตอนการศึกษาวิจัย.....	50
	การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ.....	52

สารบัญ (ต่อ)

บทที่

หน้า

	การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	53
	การวิเคราะห์ข้อมูล.....	53
4	ผลการศึกษาวิจัย.....	54
	ขั้นตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากรายงานการศึกษาวิจัย เอกสารและงานวิจัย ที่เกี่ยวข้อง.....	54
	ขั้นตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ.....	58
	2.1 ด้านสุขภาพจิต.....	58
	2.2 ด้านโภชนาการ.....	58
	2.3 ด้านการใช้ยา.....	58
	2.4 ด้านการออกกำลังกาย.....	58
	2.5 ด้านการรับบริการจากระบบบริการสุขภาพและชุมชน.....	58
	ขั้นตอนที่ 3 การประชุมทีมสหสาขาวิชาชีพ.....	60
	ขั้นตอนที่ 4 การ Focus group.....	60
	ขั้นตอนที่ 5 การพัฒนารูปแบบและแนวทางการจัดการดูแลสุขภาพ.....	60
	ขั้นตอนที่ 6 การนำรูปแบบปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิ.....	66
	ขั้นตอนที่ 7 การสอบถามความคิดเห็นของผู้สูงอายุ.....	67
	ขั้นตอนที่ 8 การแก้ไขปรับปรุง.....	67
	ขั้นตอนที่ 9 การนำรูปแบบไปเผยแพร่.....	67
5	สรุปและ อภิปรายผล.....	68
	สรุปผลการวิจัย.....	70
	การอภิปรายผล.....	76
	ข้อเสนอแนะ.....	77

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
บรรณานุกรม.....	79
ภาคผนวก.....	82
ประวัติย่อคณะผู้วิจัย.....	88

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1	แสดงองค์ประกอบและค่าน้ำหนักของการจัดการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรค เรื้อรังด้านสุขภาพจิต.....71
2	แสดงองค์ประกอบและค่าน้ำหนักของการจัดการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรค เรื้อรังด้านโภชนาการ.....72
3	แสดงองค์ประกอบและค่าน้ำหนักของการจัดการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรค เรื้อรังด้านการใช้ยา.....73
4	แสดงองค์ประกอบและค่าน้ำหนักของการจัดการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรค เรื้อรังด้านการออกกำลังกาย.....74
5	แสดงองค์ประกอบและค่าน้ำหนักของการจัดการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรค เรื้อรังด้านการรับบริการสุขภาพ.....71

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากการเพิ่มจำนวนผู้สูงอายุ พบว่าจำนวนผู้สูงอายุกำลังเพิ่มสัดส่วนขึ้น อย่างรวดเร็วในปี 2536 ร้อยละ 7.2 ของประชากรไทย เป็นผู้มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ในปี 2538 ประชากรกลุ่มนี้เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 8.11 และคำนวณไว้ว่า ในปี 2543, 2553 และ 2563 จำนวนประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย จะเพิ่มเป็นร้อยละ 9.19, 11.36 และ 15.28 ของประชากรทั้งหมด และสภาพปัญหาของผู้สูงอายุทั้งทางด้านความเสื่อมของร่างกาย สภาพจิตใจ สังคมดังกล่าวได้กล่าวมาแล้ว ทำให้รัฐบาลตระหนักว่าควรจะได้มีการเตรียมการช่วยเหลือ ผู้สูงอายุในกรณีต่างๆ จึงได้กำหนดเป็นนโยบายไว้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ มาตั้งแต่ฉบับที่ 5 (พ.ศ.2525-2529) คณะรัฐมนตรีได้มีคำสั่ง แต่งตั้ง คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ เมื่อวันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2525 โดยมีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทย เป็นประธาน มีหน้าที่จัดทำแผนระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุ (2525- 2544) สำหรับแผนพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 6 (พ.ศ. 2530 - 2534) ได้ระบุว่ารัฐควรต้องมีบทบาท ในการสร้างความเข้าใจถึงปัญหาของผู้สูงอายุ กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป และยังคงสนับสนุนให้ประชาชน วางแผน หรือเตรียมการ เพื่อการพึ่งตนเอง ในยามสูงอายุ สำหรับแผนพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535- 2539) รัฐมีนโยบายสนับสนุน ให้(สูงอายุ)ได้มีหลักประกัน ในการรับบริการสาธารณสุข ทั้งทางด้านป้องกัน ส่งเสริมสุขภาพ ฟื้นฟู และรักษาพยาบาลกิจกรรมที่สำคัญประการหนึ่งคือ ปี พ.ศ. 2535 ได้จัดตั้ง สถาบันพัฒนาสุขภาพ และเวชศาสตร์ผู้สูงอายุเป็นหน่วยงาน ซึ่งสนองนโยบายของรัฐอย่างชัดเจน โดยให้มีการสงเคราะห์ด้านการรักษาพยาบาล แก่ผู้สูงอายุ (ให้ผู้สูงอายุได้รับบัตรสงเคราะห์ ในการรักษาพยาบาลอย่างทั่วถึง) ต่อมาในปี พ.ศ. 2537 รัฐมีนโยบายเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ในด้านการให้การดูแลความเป็นอยู่ ของผู้สูงอายุ ให้สามารถดำรงชีวิตในสังคม ได้อย่างมีความสุข และตามนโยบายของรัฐอีก 7 ปีข้างหน้า ก็มีเป้าหมายที่จะให้ ประชาชน ในประเทศมีสุขภาพอนามัยดี คือ สุขภาพดีถ้วนหน้าเมื่อปี พ.ศ. 2543 ซึ่งเป้าหมายหลักทางสังคม รัฐบาลจึงมุ่งส่งเสริมสุขภาพอนามัยของประชาชน โดยเน้นวัยสูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง จึงจัดให้มีการส่งเสริมสุขภาพอนามัย และสวัสดิภาพภาพผู้สูงอายุ ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีบทบาท และมี คุณค่า ความรู้ หรือประสบการณ์ที่ผู้สูงอายุ ได้สะสมมาตลอดชีวิต หากมีการถ่ายทอดอย่างทำให้ได้

ประโยชน์ทั้งผู้สูงอายุ และสังคม อีกทั้งยังส่งเสริมให้ชุมชน และสังคมมีบทบาท ในการร่วมมือ พัฒนา และช่วยเหลือผู้สูงอายุอีกด้วย

และในแผนพัฒนาสาธารณสุข ในช่วยของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540 - 2544) การพัฒนาประเทศ นับตั้งแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540 - 2544) เป็นต้นไป ได้มีการปรับเปลี่ยนแนวคิด ทิศทาง และกระบวนการพัฒนาใหม่ จากระดับที่เน้นการพัฒนาเศรษฐกิจ เป็นจุดมุ่งหมายหลักของการพัฒนา เป็นการเน้น “คน เป็นศูนย์กลาง” ดังนั้น การพัฒนาเศรษฐกิจ จึงมีบทบาทเป็นเพียงเครื่องมือที่สำคัญอย่างหนึ่ง ที่ช่วยให้ มีความสุข และคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น การพัฒนาสาธารณสุขมีความสอดคล้องกับทิศทาง การพัฒนา ประเทศ ที่เน้นคนเป็นศูนย์กลาง จึงได้กำหนดภาพลักษณ์สุขภาพของคนไทย ที่พึงประสงค์ เพื่อ เป็นกรอบของการพัฒนาด้านสาธารณสุข โดยกำหนดให้ เกิด และเติบโตขึ้นในครอบครัวที่มีความ พร้อม และอบอุ่น , ได้รับการพัฒนาทั้งทางกาย ทางใจ และสติปัญญา ดีพอที่จะปรับตัว และอยู่ใน โลกที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว สามารถตัดสินใจในการบริโภค และมีพฤติกรรมที่เอื้อต่อการมี สุขภาพดี มีจิตใจสบาย สงบ , มีหลักประกัน และสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่สมเหตุสมผล สะดวก คุณภาพดี โดยมีค่าใช้จ่ายที่เหมาะสม และเป็นธรรม , อยู่ในชุมชนที่เข้มแข็ง มีการรวมพลัง และมีความรับผิดชอบร่วมกัน ในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน โดยเฉพาะเด็ก ผู้สูงอายุ ผู้ด้อยโอกาส และผู้พิการ , ดำรงชีวิต และประกอบอาชีพ อยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดี และปลอดภัย , มีอายุยืนยาว อย่างมีคุณภาพ ไม่เจ็บป่วยอย่างไม่สมเหตุสมผล และตายอย่างสมศักดิ์ศรี ของความเป็นมนุษย์

วัตถุประสงค์ของการพัฒนาสาธารณสุข ได้กำหนดไว้ชัดเจนเกี่ยวกับผู้สูงอายุว่า เพื่อให้ ผู้สูงอายุมีสุขภาพแข็งแรง ตามวัย และดำรงชีวิตอยู่อย่างมีคุณค่า นโยบายของรัฐบาลชุด ฯพล ฯ พล เอกชวลิต ยงใจยุทธ เมื่อวันที่ 11 ธันวาคม 2539 นายกรัฐมนตรี ได้แถลงนโยบายต่อรัฐสภา ในข้อ 6. นโยบายด้านสังคม ข้อ 6.2.3. ว่าด้วยการส่งเสริมให้มีการช่วยเหลือ และดูแลผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ด้อยโอกาส และ ผู้ถูกทอดทิ้งทางสังคม อย่างจริงจัง และข้อ 6.3.6 ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนมี ความรู้ความเข้าใจ ในพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง การดูแลสุขภาพตนเอง การส่งเสริมสุขภาพ และ การป้องกันโรคโดยในงานส่งเสริมสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุ ในแผน ฯ 8 มีวัตถุประสงค์ ดังนี้ คือเพื่อให้ ผู้สูงอายุมีสุขภาพอนามัยที่พึงประสงค์ สามารถดูแล ตนเองได้ เพื่อส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัว และชุมชนมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพตนเอง ครอบครัว และชุมชน มีกิจกรรมหลัก คือพัฒนา คุณภาพบริการเพื่อส่งเสริม เฝ้าระวัง ป้องกันสุขภาพผู้สูงอายุ, เผยแพร่ความรู้ให้ผู้สูงอายุมี พฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องสามารถดูแลตนเองได้ , พัฒนาคูคลากรทุกระดับ ในการให้บริการ ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ , พัฒนาและส่งเสริมการใช้เทคโนโลยี การดูแลประชากรผู้สูงอายุ เพื่อการ ส่งเสริมสุขภาพ , ส่งเสริมการศึกษาวิจัย เพื่อหารูปแบบการดำเนินงาน เกี่ยวกับผู้สูงอายุ ทั้งในด้าน การส่งเสริม การป้องกัน การเฝ้าระวังสุขภาพ และการประเมินผล , ประสานงานกับหน่วยงานที่

เกี่ยวข้องกับ ทั้งภาครัฐ และเอกชน ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ , สนับสนุนให้ครอบครัว และชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ และยอมรับว่า ผู้สูงอายุเป็นส่วนหนึ่งของสังคม , สนับสนุนให้มีการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุในชุมชนต่างๆ ทั่วประเทศ โดยการพัฒนา คุณภาพชีวิต และพัฒนาระบบสารสนเทศ และการบริการจัดการ ให้เอื้อต่องาน ส่งเสริมสุขภาพ ตามกลุ่มเป้าหมาย

จะเห็นได้ว่า รัฐบาลและกระทรวงสาธารณสุขซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่รับผิดชอบ โดยตรงเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ ได้มีความพยายามในการสร้างรูปแบบการช่วยเหลือและวางแผนนโยบายมาตรการต่างๆ เพื่อสนับสนุนให้มีการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องมาจน ซึ่งการดำเนินการจะเน้นใน 4 ด้าน คือ 1) ป้องกัน และส่งเสริมสุขภาพ โดยสนับสนุนให้มีการตั้งชมรมผู้สูงอายุ มีเจ้าหน้าที่กระทรวงสาธารณสุข เป็นผู้ให้ความรู้ ให้คำแนะนำ ปลดสนับสนุนแก่โรงพยาบาลของรัฐ และเอกชนในการศึกษาแก่ผู้สูงอายุ 2) รักษาและฟื้นฟู โดยสนับสนุนให้โรงพยาบาลในจังหวัดต่างๆ เปิดคลินิกผู้สูงอายุขึ้น และให้บริการรักษาพยาบาลแก่ผู้สูงอายุ เป็นกรณีพิเศษ ในโรงพยาบาลต่างๆ 3) ด้านสาธารณสุขมูลฐาน สนับสนุนให้มีการจัดตั้งกลุ่มผู้สูงอายุ ในหมู่บ้านและฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุข กับผู้สื่อข่าวสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ 4) สนับสนุนและฝึกอบรม บุคลากรทางการแพทย์ และการศึกษาวิจัย เกี่ยวกับสุขภาพผู้สูงอายุ กิจกรรมที่กระทรวงสาธารณสุข ได้ดำเนินการบริการแก่ผู้สูงอายุที่ผ่านมา มีดังนี้

1. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ จัดตั้งขึ้นเมื่อ วันที่ 3 มิถุนายน 2537 ซึ่งเดิมเป็นหน่วยงานระดับกอง ใช้ชื่อว่า “สถาบันพัฒนาสุขภาพ และเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ”
2. ให้การสงเคราะห์ผู้สูงอายุ ด้านการรักษาพยาบาล
3. จัดทำบัตรประจำตัวผู้สูงอายุ แก่ผู้สูงอายุทุกประเภท ซึ่งเริ่มเมื่อปี พ.ศ. 2535 เพื่อใช้รับบริการทางด้าน การรักษาพยาบาล โดยไม่คิดมูลค่า จากสถานบริการสาธารณสุข และกรุงเทพมหานคร ปัจจุบันได้ดำเนินการไปแล้วประมาณ 83 % ของจำนวนประชากรผู้สูงอายุทั้งประเทศ
4. กำหนดแนวทางการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ เพื่อให้ความสะดวกแก่ผู้สูงอายุ ที่มารับบริการด้านสุขภาพ ในโรงพยาบาลของรัฐ ซึ่งทางกระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายให้ทุกโรงพยาบาล ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่ระดับอำเภอขึ้นไป ทุกแห่ง ต้องจัดคลินิกผู้สูงอายุขึ้น
5. กำหนดแนวทางการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ เพื่อดำเนินการด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสมรรถภาพ ในทุกอำเภอ โดยระดมความร่วมมือจากภาคเอกชน และชุมชน
6. จัดบริการตรวจ คัดกรองสุขภาพเบื้องต้น ในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนผสมผสานกับการบริการสุขภาพแก่ประชาชนในชุมชน โดยประชาชน ในชุมชนเอง ทั้งนี้ กระทรวงสาธารณสุขจะให้การสนับสนุน ในด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์

7. จัดให้บริการผู้สูงอายุถึงที่บ้าน (Home Health Care) โดยจัดทีมสุขภาพ (Health Team) ซึ่งประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักกายภาพบำบัด เป็นต้น ออกบริการตรวจ และรักษาผู้สูงอายุถึงที่บ้าน โดยสนับสนุนให้ดำเนินการในทุกจังหวัด ทั้งเขตเมือง และชนบท

ซึ่งในแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 8 กรมอนามัย โดยสำนักส่งเสริมสุขภาพ จะเน้นเรื่อง การพัฒนาคุณภาพ ของการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกัน พัฒนาศักยภาพของการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกัน พัฒนาศักยภาพของบุคลากร และการมีส่วนร่วมของประชาชน ในการดูแลสุขภาพของ ตนเองครอบครัว ตลอดถึงชุมชน และมีแนวทางการดำเนินงาน ในช่วงแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 8 โดย ด้านสุขภาพอนามัย เน้นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุรู้จักดูแลสุขภาพ การป้องกัน โรค ตลอดจนมีความรู้ ความเข้าใจ เรื่องโภชนาการ การออกกำลังกายที่ถูกต้อง และเหมาะสม , ส่งเสริมให้มีบริการทาง สุขภาพทางกายและจิต สำหรับผู้สูงอายุในด้าน การป้องกัน ดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสม , จัดกิจกรรมด้านต่างๆ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วม ทั้งเพื่อการพักผ่อนหย่อนใจ การถ่ายทอดความรู้ ประสบการณ์แก่ชนรุ่นหลัง , รณรงค์ให้ประชาชนและสังคม เห็นคุณค่าและประโยชน์ของการมี สมาชิก อยู่ร่วมกันในครอบครัว ตลอดจนมีคุณค่านิยมในการเคารพ กตัญญูทวดที่ตอปปูการี และ ผู้สูงอายุ และส่งเสริมให้ผู้สูงอายุ ได้มีโอกาสแสดงศักยภาพ ในการดูแลส่งเสริม สุขภาพตนเอง ครอบครัว และชุมชน

กล่าวโดยสรุปแล้ว แผนพัฒนาสาธารณสุข ในช่องของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม แห่งชาติ ฉบับที่ 8 นี้ มีแนวคิดเน้น “คน” เป็นศูนย์กลางของการพัฒนา รัฐจึงกำหนดนโยบาย ด้าน การพัฒนาสาธารณสุข โดยเฉพาะกลุ่มเป้าหมายผู้สูงอายุ อย่างต่อเนื่อง และชัดเจนขึ้น จาก แผนพัฒนาที่ผ่านมา ดังนั้น การพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพที่เน้นการส่งเสริมสุขภาพ ของผู้สูงอายุ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ทุกฝ่าย จะต้องเข้ามามีส่วนร่วมอย่างจริงจัง ทั้งภาครัฐ และ ภาคเอกชน โดยเน้นการเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุ ครอบครัว ชุมชน และสังคม ในเรื่องของการ ป้องกัน ส่งเสริม ฟื้นฟูและรักษาสุขภาพของตนเอง เพื่อให้ผู้สูงอายุเหล่านั้น มีสุขภาพสมบูรณ์ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจอารมณ์ และสังคม สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณค่า และมีความสุข มี คุณภาพชีวิตที่ดี และจากไปอย่างสมศักดิ์ศรี

ต่อมาในแผนพัฒนาสุขภาพ ฉบับที่ 9 ได้วิเคราะห์สถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและ เชื่อมโยงกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 พ.ศ. 2545-2549 โดยมีสาระสำคัญของแผนพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบคือ

1. แนวคิดหลักการของการพัฒนาสุขภาพ 2 ประการ คือ 1)สุขภาพ คือ สุขภาวะ และ 2) เน้นการพัฒนาสุขภาพทั้งระบบ
2. ความเชื่อมโยงของวิสัยทัศน์ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติกับการพัฒนาสุขภาพ

2.1 ประชาชนสุขภาพพอเพียงกับสุขภาพ

2.2 ภาพลักษณ์ของสังคมและระบบสุขภาพที่พึงประสงค์

3. วิสัยทัศน์และยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพ

4. แนวทางการบริหารจัดการและการติดตามประเมินผล

จากพันธกิจหลักของแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 9 ที่มุ่งเน้นการพัฒนาสุขภาพประชาชนและการระดมพลังทั้งสังคมเพื่อสร้างคุณภาพ (All for Health) โดยการพัฒนาสุขภาพทั้งระบบซึ่งเกี่ยวข้องกับองค์กร ประชาคม และสถาบันต่างๆ ทั้งในภาคสาธารณสุขและนอกภาคสาธารณสุข เป็นการปรับทั้งบทบาทภารกิจและโครงสร้างองค์กร/กลไกของรัฐในการพัฒนาสุขภาพ โดยมียุทธศาสตร์หลักที่จะดำเนินการให้บรรลุเป้าหมาย ยุทธศาสตร์ คือ เร่งการสร้างสุขภาพเชิงรุก การสร้างหลักประกันการเข้าถึงบริการสุขภาพถ้วนหน้า ปฏิรูประบบโครงสร้างและกลไกการบริหารจัดการระบบสุขภาพ การสร้างความเข้มแข็งของภาคประชาสังคมเพื่อสุขภาพ การบริหารจัดการความรู้และภูมิปัญญาเพื่อสุขภาพ และการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงและระบบสุขภาพใหม่ ซึ่งในการดำเนินการตามแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 9 นี้ ได้กล่าวถึงการนำแนวคิดหลักการปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงกับสุขภาพแล้ว แต่ยังไม่มีการนำมาประยุกต์อย่างเป็นรูปธรรม เพียงกล่าวถึงระบบสุขภาพพอเพียง ซึ่งมีคุณลักษณะดังนี้

1. มีรากฐานที่เข้มแข็งและรู้จักความพอเพียงทางสุขภาพในระดับครอบครัวและชุมชน
2. มีความรอบคอบและรู้จักความพอประมาณอย่างมีเหตุผลในด้านการเงิน การคลังเพื่อสุขภาพในทุกระดับ
3. มีการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม และอย่างรู้เท่าทัน โดยเน้นภูมิปัญญาไทยและการพึ่งตนเอง
4. มีการบูรณาการด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาลฟื้นฟูสภาพและคุ้มครองผู้บริโภค
5. ระบบภูมิคุ้มกันที่ให้หลักประกันและคุ้มครองสุขภาพของประชาชน
6. มีคุณธรรม จริยธรรม คือ ความซื่อตรง ไม่โลภมากและรู้จักพอ

สำหรับแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10 มีวิสัยทัศน์ “สังคมอยู่เย็นเป็นสุขร่วมกันภายใต้แนวคิดเศรษฐกิจพอเพียง” (Green and Happiness Society) โดยมุ่งสู่ระบบสุขภาพพอเพียงเพื่อสร้างให้สุขภาพดี บริการดี สังคมดี ชีวิตมีความสุขอย่างพอเพียง ซึ่งคณะวิจัยได้สนใจการศึกษารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยนำแนวทางแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 10 มาใช้เป็นกรอบในการดำเนินการ และทำการศึกษาโดยใช้กลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง 2 โรค คือ โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง โดยนำมาพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพในจังหวัดชลบุรี เป็นต้นแบบก่อนเพื่อศึกษาความเป็นไปได้ และประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพที่คณะผู้วิจัยศึกษา

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง (โรคเบาหวาน , ความดันโลหิตสูง)
2. เพื่อศึกษาแนวทางในการแก้ปัญหาและตอบสนองความต้องการดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วยเรื้อรัง

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา เพื่อศึกษารูปแบบการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังในจังหวัดชลบุรี

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุ ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่อยู่อาศัยในเขตพื้นที่เขตจังหวัดชลบุรี จำนวน 190,181 คน

กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุ ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่อยู่อาศัยในเขตพื้นที่เขตจังหวัดชลบุรี ที่ได้มาจากการสุ่มตัวอย่าง โดยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากตารางเครจซี่และมอร์แกน ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 384 คน

ตัวแปรที่ศึกษา คือ

1. การจัดการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย
2. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค
3. การสนับสนุนทางสังคม

นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่อยู่อาศัยในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย และมีโรคเรื้อรัง ที่มีความชุกของโรคและเป็นปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุ 2 โรค คือ โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง

การจัดการดูแล หมายถึง การส่งเสริม สนับสนุนให้เกิดสุขภาวะแก่ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง ตามแนวปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง เพื่อสร้างให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี ได้รับบริการที่ดี สังคมที่ดี และมีชีวิตที่มีความสุขอย่างพอเพียง

ภาวะสุขภาพ หมายถึง ความสมบูรณ์ แข็งแรงของร่างกาย สภาพเศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมสุขภาพ สภาพจิตใจ สภาพการอยู่ร่วมกันของครอบครัว รวมถึงสภาพจิตสัมผัสกับสิ่งที่มีคุณค่าทางจิตวิญญาณ เช่น การเสียสละ การเมตตากรุณา และเน้นหัวใจของสุขภาพ คือ การเคารพในคุณค่าและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

การดูแลตนเอง หมายถึง ความสามารถของผู้สูงอายุเกี่ยวกับ การใช้บริการทางการแพทย์ การออกกำลังกายและการดูแลสุขภาพ การประกอบกิจวัตรประจำวัน พฤติกรรมการบริโภคอาหาร และเครื่องดื่มน้ำ และพฤติกรรมการรับประทานยา

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค หมายถึง สิ่งที่แสดงให้เห็นถึงลักษณะการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุเพื่อทำให้สุขภาพแข็งแรง และลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเรื้อรังที่เป็นอยู่ เช่น การรับประทานยาและการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา การควบคุมและการจัดการความเครียด เป็นต้น

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือ ด้านบริการสุขภาพทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ เป็นการช่วยเหลือสนับสนุนใน 4 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ ด้านการประเมิน ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านวัตถุประสงค์ของซึ่งเป็นด้านเศรษฐกิจ รวมทั้งปัจจัยสนับสนุนต่างๆ เช่น การจัดสรรสภาพและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และการสนับสนุนด้านการดูแลทางจิตวิญญาณควมมีคุณค่าของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นการสนับสนุนสวัสดิการ การสงเคราะห์ และการให้ความช่วยเหลือจากครอบครัวรัฐบาล เอกชนหรือจากองค์กรอื่นๆ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. การนำผลการวิจัยมาใช้เป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมหรือโครงการที่เป็นประโยชน์และตอบสนองต่อความต้องการของชุมชน
2. เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการบริหารจัดการ และประกอบการตัดสินใจในการลงทุน หรือ การขยายกิจการ หรือขอข่ายงานให้มีความครอบคลุมและเข้าถึงความต้องการของผู้ใช้บริการด้านการรักษาพยาบาล
3. เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยในประเด็นอื่นที่เกี่ยวข้องต่อไป

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัย เพื่อพัฒนารูปแบบและแนวทางการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังในจังหวัดชลบุรี ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยหัวข้อสำคัญดังนี้

1. โรคและภาวะความเจ็บป่วยเรื้อรัง
 - 1.1 โรคความดันโลหิตสูง
 - 1.2 โรคเบาหวาน
2. ประสิทธิภาพของกิจกรรมเพียงกับสุขภาพ
3. แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการสุขภาพ
4. แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง
5. สถานการณ์และการพัฒนาคุณภาพผู้สูงอายุไทย
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

โรคและภาวะความเจ็บป่วยเรื้อรัง

ความหมายของโรคเรื้อรัง

อรุณรัตน์ กาญจนะ (2545, หน้า 11-13) ได้ให้ความหมายของโรคเรื้อรังไว้ดังนี้ โรคเรื้อรังเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ พยาธิสภาพที่เกิดขึ้นไม่สามารถทำให้กลับคืนสู่สภาวะปกติได้ มีการเปลี่ยนแปลงอย่างถาวรของร่างกาย ซึ่งมีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน คงใช้ระยะเวลาการดูแลเป็นเวลานาน การพยากรณ์ของโรคนั้นมีความแตกต่างกันตามสภาพของโรค อาการ อาการแสดง และภาวะแทรกซ้อนของโรคต่างๆ

โรส ภักดีโต (2540, หน้า 12) ได้กล่าวถึงโรคเรื้อรังตามความหมายของคณะกรรมการเกี่ยวกับการเจ็บป่วยเรื้อรังแห่งชาติ (The National Commission on Chronic Illness cite by Diamond & Jones, 1983 , p.33) ว่า เป็นภาวะที่ร่างกายมีความบกพร่อง หรือ ผิดปกติ โดยต้องมีข้อบ่งชี้ข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้

มีความผิดปกติของร่างกายอย่างถาวร

2. มีความบกพร่องของร่างกายที่เกิดจากโรคที่หลงเหลืออยู่
3. มีพยาธิสภาพของร่างกายโดยไม่สามารถกลับเป็นปกติได้ดั้งเดิม
4. ต้องการดูแลและฟื้นฟูสภาพร่างกาย
5. ต้องการคำแนะนำและดูแลจากเจ้าหน้าที่เป็นระยะเวลานาน

ฟิปปส์ (Phipps, 1995) ให้ความหมายของโรคเรื้อรังว่า จะพบลักษณะอย่างใดอย่างหนึ่งหรือ หลายอย่างดังนี้

1. มีการเปลี่ยนแปลงอย่างถาวร
2. มีความพิการหลงเหลืออยู่
3. มีพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นไม่กลับคืนสู่ปกติ
4. ต้องอาศัยการฟื้นฟูเป็นพิเศษในระยะยาว
5. ต้องมีการดูแลให้ความช่วยเหลือ

โทมัส (Thomas, 1987 , อ้างถึงในวาริรัตน์ แสงสุวรรณ , 2541, หน้า 19) ให้ความหมายของโรคเรื้อรังว่า เป็น โรคที่เกิดขึ้นแล้วมีผลให้ร่างกายมีรูปร่างหรือการทำงานของอวัยวะเสียหายชัดเจนต่อการมีชีวิตในสังคม สิ่งแวดล้อม และการเจ็บป่วยนั้นจะต้องมีอาการของโรค ซึ่งต้องการการดูแลรักษาเป็นเวลานาน การพยากรณ์โรคจะแตกต่างกันออกไป ตั้งแต่มีชีวิตอยู่เหมือนคนปกติหรืออาจเสียชีวิตได้ในเวลารวดเร็ว และการเจ็บป่วยนั้นจะรักษาให้หายได้ ตัวผู้ป่วยและญาติจะต้องให้การดูแลเป็นอย่างดี

ริชชี (Richie , 1984 , p.265) ได้ให้ความหมายของโรคเรื้อรังว่า เป็นภาวะเจ็บป่วยของร่างกายที่เกิดขึ้นติดต่อกันมากกว่า 3 เดือน ใน 1 ปี หรือมีระยะอยู่ในโรงพยาบาลต่อเนื่องกว่า 1 เดือน การเจ็บป่วยนั้นอาจมีการบีดเชื้อรุนแรงจนเสียชีวิตได้ในที่สุดหรืออาจทำให้ผู้ป่วยดำรงชีวิตอย่างปกติได้

ฮอบบ์ (Hobbs , 1984 , p.206) ได้ให้ความหมายของโรคเรื้อรังว่า เป็นภาวะที่เข้าไปรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันตามปกติ มากกว่า 3 เดือนใน 1 ปี หรือต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากกว่า 1 เดือน ใน 1 ปี

แกสคอกค์ (Gasscock, 1982 , p.502) ได้ให้ความหมายของโรคเรื้อรังว่าเป็นสภาวะที่ทำให้ร่างกายมีการเบี่ยงเบนการทำหน้าที่ในระยะเวลาที่ยาวนานกว่าการเจ็บป่วยเฉียบพลัน ซึ่งอาจจะ

ยาวนานเป็นเดือนปี หรือตลอดชีวิต และผลจากการเจ็บป่วยเรื้อรังนี้ทำให้ร่างกายไม่สามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติหรือเกิดความพิการได้

สรุปความหมายของโรคเรื้อรังว่าเป็น โรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ พยาธิสภาพที่เกิดขึ้นไม่สามารถทำให้กลับคืนสู่สภาวะปกติได้ มีการเปลี่ยนแปลงอย่างถาวรของร่างกายและการเปลี่ยนแปลงนี้มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน การดูแลต้องใช้ระยะเวลานาน ดังนั้นผู้ที่เป็โรคเรื้อรังต้องการความช่วยเหลือ การให้คำแนะนำพิเศษ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้ศึกษาโรคเรื้อรังทั้ง 2 โรค คือ โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน ซึ่งเป็นโรคเรื้อรังที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ และจำเป็นต้องได้รับการรักษาโดยการรับประทานยา เพื่อควบคุมโรค และหากมีการดูแลตนเองไม่ดีจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้

โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension)

โรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ภาวะที่ความดันของหลอดเลือดแดงสูงกว่าปกติในขณะพัก และสูงคงอยู่ตลอดเวลา (พิกุล บุญช่วง , 2539)

องค์การอนามัยโลกได้กำหนดว่าความดันโลหิตในผู้ใหญ่ไว้ดังนี้ ความดันโลหิตตัวบน (systolic blood pressure) ตั้งแต่ 160 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป หรือความดันโลหิตตัวล่าง (diastolic blood pressure) ตั้งแต่ 95 มิลลิเมตรปรอท และระดับความดันโลหิต 140/90 มิลลิเมตรปรอทหรือต่ำกว่าเป็นค่าความดันปกติ ส่วนพวกที่มีระดับความดันโลหิตระหว่าง 140/90 ถึง 160/95 มิลลิเมตรปรอท ถือว่าเป็นระดับก้ำกึ่ง มีแนวโน้มสูงได้ (borderline hypertension) ในการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตที่สูงแน่นอน จะต้องวัดโลหิตได้ค่าสูงกว่าปกติอย่างน้อย 3 ครั้ง ในระยะเวลาที่แตกต่างกัน แต่ละครั้งควรเว้นช่วงประมาณ 1 สัปดาห์ (สาธิตา เมธนาวิณ และสุภาวดี ด่านธำรงกุล , 2543)

การจำแนกประเภทความดันโลหิตสูง

1. จำแนกตามระดับความดันโลหิต

องค์การอนามัยโลกได้กำหนดค่าความดันโลหิตในผู้ใหญ่ไว้ดังนี้ (สาธิตา เมธนาวิณ และสุภาวดี ด่านธำรงกุล , 2543)

- 1..1. ความดันโลหิตสูง (high blood pressure) ความดันโลหิตตั้งแต่ 160/95 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป
- 1..2. ความดันโลหิตปกติ (normal blood pressure) ความดันโลหิตตั้งแต่ 140/90 มิลลิเมตรปรอทหรือต่ำกว่า ถึง 90/60 มิลลิเมตรปรอท

1.3. ความดันโลหิตระดับก้ำกึ่ง (borderline blood pressure) ความดันโลหิตระหว่าง 140/90 ถึง 160/95 มิลลิเมตรปรอท

คณะกรรมการตรวจประเมินและรักษาภาวะความดันโลหิตสูง แห่งสหรัฐอเมริกา

(The Joint National Committee on Detection , Evaluation and Treatment of High Blood Pressure, 1993) แบ่งความดันโลหิตตามระดับความรุนแรงดังนี้

1. ระดับปกติ (normal) มีความดันซิสโตลิก น้อยกว่า 130 มิลลิเมตรปรอทและความดันไดแอสโตลิก น้อยกว่า 85 มิลลิเมตรปรอท
2. ระดับปกติค่อนข้างสูง (high normal) มีความดันซิสโตลิก 130-139 มิลลิเมตรปรอทหรือความดันไดแอสโตลิก 85-89 มิลลิเมตรปรอท
3. ระดับความดันสูงเล็กน้อย (mild hypertension) มีความดันซิสโตลิก 140-159 มิลลิเมตรปรอทหรือความดันไดแอสโตลิก 90-99 มิลลิเมตรปรอท
4. ระดับความดันสูงปานกลาง (moderate hypertension) มีความดันซิสโตลิก 160-179 มิลลิเมตรปรอทหรือความดันไดแอสโตลิก 100-109 มิลลิเมตรปรอท
5. ระดับความดันสูงรุนแรง (severe hypertension) มีความดันซิสโตลิก 180-209 มิลลิเมตรปรอทหรือความดันไดแอสโตลิก 110-119 มิลลิเมตรปรอท

2. จำแนกโยอาศัยความเสี่ยงของอวัยวะต่างๆ คณะผู้เชี่ยวชาญองค์การอนามัยโลกได้การจำแนกโดยวิธีนี้ และแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ (สมชาติ โลจายะและอรพรรณ สุจิตตานนท์ , 2536 , หน้า 481)

2.2 ระดับหนึ่ง ความดันโลหิตสูงแต่ไม่มีความดันโลหิตสูงแต่ไม่มีการตรวจพบความเสี่ยงสภาพของอวัยวะต่างๆ

2.2 ระดับสอง ความดันโลหิตสูงและตรวจพบความเสี่ยงสภาพอย่างใดอย่างหนึ่งต่อไปนี้ ได้แก่ เวนทริเคิลซ้ายโต โดยการตรวจร่างกายหรือเอกซเรย์ทรวงอกหรือคลื่นไฟฟ้าหัวใจ หลอดเลือดแดงเรตินามีการตีบทั่วไปหมดหรือเฉพาะส่วน พบไข่ขาวในปัสสาวะหรือซีรั่มครีโตะนินสูงกว่าปกติ

2.2 ระดับสาม ความดันโลหิตสูงที่มีข้อบ่งชี้อวัยวะต่างๆ เสื่อมสภาพอันเป็นผลจากความดันโลหิตสูงได้แก่ ภาวะหัวใจวาย อัมพาตเกิดจากเลือดออกในสมองหรือภาวะสมองบวม (Hypertensive encephalopathy) เรตินาผิดปกติจากความดันเลือดสูง (Hypertensive retinopathy) มีเลือดออกหรือประสาทตาบวม (papilledema)

3. จำแนกตามสาเหตุของการเกิดโรค ได้เป็น 2 ชนิด (พึงใจ งามอุโฆษ, 2541 : สาลิกา เมธนาวิณ และสุภาวดี คำนธำรงกุล , 2543 ; Beare & Myers, 1994 ; Cunningham , 1986 ; Kaplan , 1995 ; Norton , 1995)

3.1 ความดันโลหิตสูงที่ทราบสาเหตุ (secondary hypertension) พบได้ร้อยละ 5-10 อาจเกิดจากการได้รับยาหรือฮอร์โมนบางอย่าง โรคพิษแห่งครรภ์ และจากโรคที่อวัยวะต่างๆ ที่พบมาก คือ โรคไต โรคของต่อมไร้ท่อ ถ้าได้รับการแก้ไขที่สาเหตุแล้วภาวะความดันโลหิตสูงจะหายไป

3.2 ความดันโลหิตสูงชนิดที่ไม่ทราบสาเหตุ (primary hypertension or essential hypertension) พบมากถึงร้อยละ 90-95 ส่วนมากเชื่อว่ามิปัจจัยหลายอย่างที่ทำให้เกิดโรคนี้ เช่น กรรมพันธุ์ การรับประทานเกลือมาก ความอ้วน การไม่ออกกำลังกาย ตลอดจนถึงการสูบบุหรี่ และดื่มเหล้า

สำหรับประเทศไทย จากรายงานการประชุมสัมมนาแนวทางในการดูแลรักษาภาวะความดันโลหิตสูงในประเทศไทย เมื่อปี พ.ศ. 2538 มีมติให้ใช้เกณฑ์ประยุกต์มาจากรายงานของคณะกรรมการตรวจ ประเมิน และรักษาภาวะความดันโลหิตสูง แห่งสหรัฐอเมริกา ซึ่งเป็นเกณฑ์เดียวกับเกณฑ์องค์การอนามัยโลก โดยให้เหตุผลว่าจากข้อมูลการประเมินสถานการณ์การกระจายระดับความดันโลหิตของคนไทย มีแนวโน้มลักษณะการกระจายอยู่ในกลุ่มภาวะความดันโลหิตค่อนข้างต่ำกว่าประเทศอื่นๆ เมื่อเทียบกับหลายประเทศทั่วโลก (ฉายศรี สุพรชัยศิลป์ชัย และ ศุภวรรณ มโนสุนทร , 2538)

ในการวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยจำแนกประเภทของโรคความดันโลหิตสูงตามสาเหตุของการเกิดโรค คือ เป็นชนิดที่ทราบสาเหตุและไม่ทราบสาเหตุ และเลือกศึกษาเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ส่วนระดับความรุนแรงของความดันโลหิตสูงตามเกณฑ์ที่ประยุกต์มาจากรายงานของคณะกรรมการตรวจประเมินและรักษาภาวะความดันโลหิตสูงแห่งสหรัฐอเมริกา ซึ่งเป็นเกณฑ์การวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทยปัจจุบัน

การรักษาโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (นภารัตน์ ธรพร , 2545 , หน้า 21-24)

การรักษาโรคความดันโลหิตสูง จุดมุ่งหมายร่วมกันของแพทย์และพยาบาลในการดูแล คือ การลดความดันโลหิต เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางโรคหัวใจและหลอดเลือด แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ แบ่งเป็น 2 วิธี คือ การรักษาด้วยยา (Pharmacologic therapies) และการรักษาโดยไม่ใช้ยา (Nonpharmacologic therapies) (สมจิต หนูเจริญกุล และพรทิพย์ มาลาธรรม , 2541 ; Beare&Myers , 1994 ; Cunningham , 1986 : Norton , 1995)

1. การรักษาด้วยยาลดความดันโลหิต (Drug treatment)

การรักษาความดันโลหิตสูงด้วยยา สามารถลดพยาธิสภาพที่เกิดจากความดันโลหิตสูง ลดอันตรายจากการเกิดอัมพาตสมอง และภาวะหัวใจล้มเหลวได้ เป้าหมายในการรักษาเพื่อให้ระดับความดันโลหิตเป็นปกติที่สุด ไม่มีอาการแทรกซ้อนของยาสะดวกในการใช้และเสียค่าใช้จ่ายน้อยที่สุดยาลดความดันโลหิตมีหลายชนิดและให้ผลไม่เหมือนกัน แล้วแต่สาเหตุ อาการและสภาพ อื่นๆ ของโรคความดันโลหิตสูง การใช้ยาลดความดันโลหิตสูงโดยทั่วไปใช้วิธีการเพิ่มยาเป็นลำดับขั้น (stepped care approach) โดยเริ่มจากขนาดต่ำให้น้อยครั้งที่สุดแล้วเพิ่มขนาดสูงขึ้น ถ้าความดันโลหิตยังสูงอยู่ก็พิจารณาขนาดใหม่เข้าไปตามขั้นตอน

คณะผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขาโรคความดันโลหิตสูง (2533) ได้กล่าวถึงขั้นตอนในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ในรายที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 เป็นการให้ยาลดความดันโลหิต ที่มีฤทธิ์ขับปัสสาวะกลุ่มไทอะไซด์ (Thiazide) ในขนาดที่น้อย หากกลุ่มนี้ราคาถูกมีประสิทธิภาพในการรักษาดี หากแพทย์นี้หรือมีปัสสาวะมากเกินไปก็จะใช้ยาริเซอรัปิน (Reserpine) หรือยาเมทิลโดปา (Methyldopa) หรือยาด้านเบต้า (Beta blockers) เป็นยาประเภทแรกแทน การใช้ยาเพียง 1 ชนิด สามารถควบคุมความดันโลหิตได้มากกว่าร้อยละ 50

ขั้นตอนที่ 2 หากใช้ยาในขั้นตอนที่ 1 แล้วยังคงควบคุมความดันโลหิตได้ไม่ดีก็พิจารณาเพิ่มยาประเภทที่ 2 คือ ยาริเซอรัปิน (Reserpine) หรือยาเมทิลโดปา (Methyldopa) หรือยาด้านเบต้า (Beta blockers) ยาปราโซซิน (Prazosin) หรือยาไฮดรอลาซีน (Hydralazine) ชนิดใดชนิดหนึ่งเข้าไปร่วมกับไทอะไซด์ ในรายที่แพ้ไทอะไซด์อาจพิจารณาฟูโรไมด์ (Furoimide) ในกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้ยา 2 ชนิด จะมีเพียงร้อยละ 10-15 ที่ต้องการยาชนิดที่ 3 หรือ 4

ขั้นตอนที่ 3 เป็นขั้นตอนที่ผู้ป่วยได้รับยาในขั้นตอนที่ 2 แล้วยังไม่ได้ผล ก็จะเพิ่มยาเข้าไปอีกได้แก่ ยาแกวนิธิดีน (Guanethidine) หรือยาด้านแคลเซียม (Calcium antagonistic) หรือยาปิดกั้นการสร้างแองจิโอเทนซิน (Angiotensin converting enzyme inhibitor) หรือมินอซิติดิล (Minoxidil) เป็นต้น

ขั้นตอนที่ 4 เป็นกรณีที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตสูงด้วยยาดังกล่าวข้างต้นก็ส่งผู้ป่วยไปปรึกษาผู้เชี่ยวชาญต่อไป

หลักการให้ยาลดความดันโลหิตจะเริ่มต้นด้วยขนาดต่ำเพื่อความดันลดลงช้าๆ ความดันโลหิตลดลงเร็วเกินไปจะทำให้สมองขาดเลือด เกิดอาการข้างเคียง เช่น เหนื่อยง่าย มึนงง อ่อนเพลีย บางครั้งหากมีอาการมากต้องหยุดยา นอกจากนี้ยังต้องให้ยาน้อยครั้งที่สุดเพื่อไม่ให้ผู้ป่วยเบื่อหรือลืม เนื่องจากผู้ป่วยต้องรับประทานยามาสม่ำเสมอเป็นเวลานาน มีผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยที่หยุด

รับประทานยาเอง เนื่องจากไม่มีอาการและจะรับประทานต่อเมื่อมีอาการปวดศีรษะ หรือ มึนงง การรับประทานยาอาจไม่ได้ผลเท่าที่ควร เนื่องจากผู้ป่วยรับประทานยา ไม่ครบตามกำหนด การวัดความดันโลหิตที่ไม่ถูกต้อง การได้รับยาอื่นที่ต้านฤทธิ์ยาลดความดันโลหิต เช่น ยาแก้หวัด ยาแก้ไอ เป็นต้น ดังนั้นระหว่างการรักษาด้วยยา ผู้ป่วยต้องมาพบแพทย์สม่ำเสมอถึงแม้จะไม่มีอาการผิดปกติก็ตาม

2. การรักษาโรคความดันโลหิตสูงโดยไม่ใช้ยา (Non drug treatment)

เป็นวิธีการควบคุมความดันโลหิตที่ผู้ป่วยต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวันให้สอดคล้องภาวะของโรค ได้แก่ การควบคุมอาหาร การควบคุมน้ำหนัก การออกกำลังกาย การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่เป็นสาเหตุของโรคแทรกซ้อนและการมาพบแพทย์อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องดังนี้

การควบคุมอาหาร

อาหารมีบทบาทอย่างมากในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง โดยเฉพาะอาหารประเภทที่มีไขมันชนิดอิ่มตัวและเกลือโซเดียม เพราะจะช่วยส่งเสริมให้ความดันโลหิตสูงขึ้น

การลดอาหารเค็ม จำกัดปริมาณโซเดียมที่รับประทานมีผลดีต่อผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยเฉพาะผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงเฉพาะความดันซิสโตลิก การจำกัดอาหารเค็มจะช่วยลดความโลหิตสูงได้ ปริมาณโซเดียมที่รับประทานในวันหนึ่ง ให้ประมาณ 2000 มิลลิกรัมหรือต่ำกว่า ซึ่งในทางปฏิบัติทำได้ยาก เนื่องจากอาหารส่วนใหญ่จะมีโซเดียมอยู่มาก การลดปริมาณอาหารที่รับประทานและลดการรับประทานสำเร็จรูป จะช่วยลดทั้งโซเดียม แคลอรี และไขมัน การจำกัดโซเดียมกระทำโดยจำกัดการรับประทานเกลือไม่เกิน 5 กรัมต่อวัน (ประมาณ 2-3 กรัมของโซเดียม) และไม่ให้เพิ่มรสเค็ม พยายามหลีกเลี่ยงอาหารที่มีเกลือปน เช่น ของดอง ของเค็ม ของตากแห้ง หรือ ที่มีปริมาณเกลือสูงอยู่แล้ว เช่น กะปิ น้ำปลา ซีอิ๊ว ผงชูรส

การลดอาหารที่มีไขมันอิ่มตัว เพื่อลดระดับโคเลสเตอรอล การมีโคเลสเตอรอลในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ส่งเสริมให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ อาหารประเภทที่มีไขมันอิ่มตัว มีมากในไขมันสัตว์และน้ำมันพืชบางชนิด ดังนั้นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควรหลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันประเภทนี้ และรับประทานอาหารที่มีไขมันชนิดไม่อิ่มตัว ซึ่งได้แก่ น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันข้าวโพด เป็นต้น

การควบคุมน้ำหนักตัว

น้ำหนักตัวและความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กันอย่างมาก น้ำหนักตัวยิ่งเพิ่มเร็วเท่าไร ความดันโลหิตจะเพิ่มสูงขึ้น (The Joint National Committee on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure, 1993) น้ำหนักตัวที่ลดลงทุก 1 กิโลกรัม จะทำให้ความดัน

โลหิตซิสโตลิกลดลง 2.5 มิลลิเมตรปรอท การลดน้ำหนักตัวในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่อ้วน เป็นวิธีการรักษาชนิดที่ไม่ใช้ยาที่ได้ผลที่สุด แม้ว่าความดันโลหิตจะไม่ลดลงแต่ก็ลดอันตรายจากโรคหัวใจและหลอดเลือดลงได้

การออกกำลังกาย

การออกกำลังกายทุกวันสม่ำเสมอ จะช่วยให้การทำงานของหัวใจดีขึ้น ช่วยลดกรดไขมันอิสระ ซึ่งจะมีผลช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดหลอดเลือดแข็ง นอกจากนี้ยังช่วยให้พลังงานในร่างกายถูกใช้มีผลต่อการลดน้ำหนักตัวและยังช่วยผ่อนคลายความตึงเครียดแก่ร่างกายด้วย การออกกำลังกายทำให้ความดันโลหิตลดลงจริง แต่ทั้งนี้ต้องกระทำอย่างสม่ำเสมอ การออกกำลังกายเพื่อรักษาระดับความดันโลหิตนั้น ยังไม่มีการศึกษาใดที่เฉพาะเจาะจงวิธีการที่เหมาะสม จึงนำวิธีการออกกำลังกายขึ้นพื้นฐานมาใช้ เพื่อเพิ่มสมรรถภาพการทำงานของหัวใจให้ดีขึ้น สำหรับผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงขั้นรุนแรง ควรคว่นการออกกำลังกายทุกชนิดจนกว่าจะควบคุมความดันโลหิตแล้ว

การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง

1. การงดสูบบุหรี่ เนื่องจากนิโคตินในบุหรี่จะกระตุ้นประสาทซิมพาเทติกให้หลั่งสารแคทีโคลามีน ทำให้หลอดเลือดหดตัวและหัวใจเต้นเร็วขึ้น จากการศึกษาของ โคซาร์ และแดนเนียล (Kochar & Daniels , 1987) พบว่า ผู้ชายที่มีความดันโลหิต ไดแอสโตลิกเท่ากับหรือมากกว่า 130 มิลลิเมตรปรอท ถ้าสูบบุหรี่วันละ 10 มวน หรือมากกว่าจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจมากขึ้น
2. การลดหรือเลิกดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การดื่มสุราในปริมาณน้อยจะทำให้โคเลสเตอรอลชนิดที่มีความหนาแน่นสูงเพิ่มขึ้น มีผลในการลดตะกอนไขมันเลือดได้ แต่โดยทั่วไปคนมักจะดื่มเกินพอดี เป็นระยะเวลาานาน อาจทำให้ความดันโลหิตสูงได้จากการที่เนื้อไตถูกทำลาย นอกจากนี้ยังพบว่า การดื่มสุรามากกว่า 1 ออนซ์ ทุกวัน จะทำให้ไขมันในเลือดสูงขึ้น ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงของหลอดเลือดแข็งหรือแตกได้ ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ดื่มสุราบ่อย ถ้าไม่ดื่มความดันโลหิตจะลดลงเรื่อยๆ จนลดลงมากที่สุด ภายใน 2 สัปดาห์ และยังคงลดลงต่อเนื่อง ไปถึง 6 สัปดาห์ และยังทำให้น้ำหนักตัวลดลงไปด้วย
3. การจัดการความเครียด เนื่องจากความเครียดทำให้หลอดเลือดทั่วร่างกายตีบ มีผลทำให้แรงต้านทานในหลอดเลือดมากขึ้น ทำให้เกิดความดันโลหิตสูงขึ้น ผู้ที่มีความเครียดอาจแสดงออกในรูปของการรับประทานอาหารจุบจิบ การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การออกกำลังกาย หากบุคคลไม่สามารถหลีกเลี่ยงความเครียดได้ ควรหาวิธีการผ่อนคลายให้ความเครียดลดลง เช่น การออกกำลังกายอย่างถูกวิธี การทำสมาธิ การบำบัดโดยใช้ศิลปะและดนตรี

โรคเบาหวาน (Diabetic Mellitus)

ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคเบาหวาน

สมาคมเบาหวานแห่งสหรัฐอเมริกา (American Diabetes Association , 1998 , pp. 1-66 ; Lehman , 1995 , pp. 1282-1294) ให้ความหมายของโรคเบาหวานว่า หมายถึง ความผิดปกติของตับอ่อนในการผลิตอินซูลิน ทำให้ร่างกายมีระดับน้ำตาลในเลือดสูง โดยมีค่าระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า 8-12 ชั่วโมง มากกว่า 140 มิลลิกรัม / เดซิลิตร ในการตรวจอย่างน้อย 2 ครั้ง หรือมีอาการปัสสาวะมาก รับประทานอาหารจุ และน้ำหนักร่างกายลดลง

วราภณ วงศ์ถาวรวาวัฒน์ (2545 , หน้า 1) ให้คำจำกัดของโรคเบาหวาน (diabetes mellitus) ว่าเป็นกลุ่มอาการของโรคทางเมตาบอลิซึมที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง อันเป็นผลมาจากความบกพร่องของการหลั่งอินซูลิน หรือทั้งสองอย่าง ทำให้เกิดสภาวะที่มีระดับน้ำตาลในกระแสเลือดสูงกว่าปกติ (hyperglycemia) เป็นเวลานาน ก่อให้เกิดการเสื่อมทำลายของเนื้อเยื่อต่างๆ ในร่างกาย และทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนซึ่งมีความสำคัญมากทางคลินิกหลายประการ

วิทยา ศรีตมา และ พันธุ์ศักดิ์ กังสวิวัฒน์ (2541 , หน้า 2) กล่าวว่า โรคเบาหวานหมายถึงสภาวะที่ร่างกายมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ โดยตรวจระดับน้ำตาลในเลือด ก่อนอาหารเช้าสูงมากกว่า หรือเท่ากับ 126 มิลลิกรัม / เดซิลิตร จำนวน 2 ครั้ง หรือตรวจครั้งเดียวเวลาใดก็ตามมากกว่า 200 มิลลิกรัม / เดซิลิตร ร่วมกับมีอาการของโรคเบาหวาน คือ ปัสสาวะบ่อย หิวบ่อย น้ำหนักลด

แบล็ค และ จาคอบส์ (Black & Jacobs, 1993 , p. 1175) ให้ความหมายของโรคเบาหวานว่าเป็นโรคที่เกิดจากตับอ่อนผลิตอินซูลินไม่เพียงพอหรือมีประสิทธิภาพ เป็นผลให้น้ำตาลในเลือดสูง ซึ่งมีผลกระทบต่อการเผาผลาญโปรตีนและไขมัน เป็นผลให้เกิดความผิดปกติของหลอดเลือดเล็กและใหญ่

สรุปโรคเบาหวาน เป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากความผิดปกติของตับอ่อน ที่มีความบกพร่องของการหลั่งอินซูลิน หรือการออกฤทธิ์ของอินซูลิน ทำให้ร่างกายมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ (hyperglycemia) ซึ่งมีผลกระทบต่อการเผาผลาญโปรตีนและไขมันเป็นผลให้เกิดความผิดปกติของหลอดเลือดเล็กและใหญ่

สาเหตุ

โรคนี้เกิดจากตับอ่อนสร้าง ฮอร์โมนอินซูลิน (insulin) ได้น้อยหรือไม่ได้เลย ฮอร์โมนชนิดนี้มีหน้าที่คอยช่วยให้ร่างกายเผาผลาญน้ำตาลมาใช้เป็นพลังงาน เมื่ออินซูลินในร่างกายไม่พอน้ำตาลก็ไม่ถูกนำไปใช้ จึงเกิดการคั่งของน้ำตาลในเลือดและอวัยวะต่างๆ เมื่อน้ำตาลคั่งในเลือด

หลายๆก็จะถูกไตกรองออกมาในปัสสาวะ ทำให้ปัสสาวะหวานหรือมีมดขึ้นได้ จึงเรียกว่า “เบาหวาน” (สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ , 2532)

ความคิดปกติพื้นฐานในทางชีวเคมีของเบาหวาน คือ ฤทธิ์ของอินซูลินลดน้อยลง ซึ่งอาจเกิดมาจากการขาดอินซูลิน (insulin deficiency) และ/หรือการตอบสนองของร่างกายต่ออินซูลินต่ำลง (insulin resistance) ร่างกายมีcatabolism สูงขึ้น ผลลัพธ์คือ ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น ซึ่งเมื่อสูงขึ้นเกินระดับ renal threshold จะเกิดน้ำตาลในปัสสาวะ (glycosuria) ในกรณีที่ร่างกายขาดอินซูลินอย่างมาก อาจมีภาวะกรดเมตาบอลิซึม จากการที่มีกรดคีโตนคั่งในร่างกาย (diabetic ketoacidosis) โรคนี้มักมีส่วนเกี่ยวข้องกับกรรมพันธุ์ กล่าวคือ มักมีพ่อ แม่ญาติพี่น้องเป็นโรคเบาหวานด้วย นอกจากนี้ยังมีสาเหตุอื่นๆ เช่น โรคอ้วน การมีบุตรมาก หรือเกิดจากการใช้ยา เช่น สเตียรอยด์ ยาขับปัสสาวะ ยาเม็ดคุมกำเนิด หรืออาจพบร่วมกับโรคอื่นๆ เช่น ตับอ่อนอักเสบเรื้อรัง มะเร็งตับอ่อน ตับแข็งระยะสุดท้าย คอพอกเป็นพิษ โรคคุชชิง เป็นต้น

อาการของโรคเบาหวาน

ลักษณะทางคลินิกของโรคเบาหวานส่วนใหญ่ขึ้นอยู่กับความรุนแรง ความยาวนาน และภาวะแทรกซ้อนของโรค ผู้ป่วยเบาหวานจำนวนมากไม่มีอาการหรือสังเกตเห็นของโรคชัดเจนแต่ได้รับการวินิจฉัยเพราะมีระดับน้ำตาลในเลือดสูง จากการตรวจเลือด ในทางตรงข้ามผู้ป่วยบางรายที่เพิ่งพบว่าเป็นเบาหวาน เมื่อมาพบแพทย์ด้วยเรื่องภาวะมีกรดคีโตนคั่งในเลือด หรือภาวะน้ำตาลในเลือดสูง โดยไม่มีอาการคั่งของกรดคีโตน มีอาการและสังเกตเห็นที่เป็นผลสืบเนื่องจากความผิดปกติทางชีวเคมีของร่างกาย คือ น้ำตาลในเลือดสูง ปัสสาวะบ่อย ดื่มน้ำบ่อย รับประทานจุ แต่ น้ำหนักตัวลด อ่อนเพลีย ตามัว เป็นต้น (กอบชัย พัววิไล, 2530)

ประเภทของเบาหวาน

องค์การอนามัยโลก (WHO, 1998) และสมาคมโรคเบาหวานของสหรัฐอเมริกา (The American Diabetes Association , ADA, 1997) ได้จำแนกประเภทของเบาหวานและสภาวะปกติที่ใกล้เคียงกันดังนี้ (Ecologic Classification of diabetes mellitus)

- 1) Type I diabetes (มีการทำลายของ beta cell ทำให้เกิดการขาดอินซูลินอย่างสิ้นเชิง)
 - A. Immune mediated
 - B. Idiopathic (non-immune mediated)

2) Type II diabetes (มีตั้งแต่ predominantly insulin resistance with relative insulin deficiency จนถึง predominantly secretory defect with insulin resistance)

3) ชนิดอื่นๆ

A. Genetics defects of – cell function at

B. Genetics defects in insulin action

C. Diseases of the exocrine pancreas

D. Endocrinopathies

E. Drug or chemical- induced

F. Infections

G. Uncommon forms of immune – mediated diabetes

H. Other genetics syndrome sometimes associated with diabetes

4) Gestational diabetes mellitus (GDM)

ซึ่งเราสามารถวินิจฉัยประเภทของโรคเบาหวานออกเป็นชนิดใหญ่ๆ ตามอาการสาเหตุ ความรุนแรงและการรักษาที่ต่างกัน โดยนำหลักการจำแนกประเภทของ WHO และ ADA มา ประกอบในการจำแนกประเภทดังนี้ (วราภณ วงศ์ถาวรรัตน์, 2545)

1. เบาหวานชนิดที่ 1 (Type I)

เป็นเบาหวานที่เกิดจากการขาดอินซูลิน โดยมีพยาธิสภาพที่ Islet cells of Langerhans ผู้ป่วย ชนิดนี้มีลักษณะดังนี้

ก. ส่วนใหญ่อายุน้อยกว่า 20 ปี

ข. อาการเกิดขึ้นทันทีทันใด

ค. มีรูปร่างผ่ายผอม

ง. ถ้าขาดการรักษาด้วยอินซูลินส่วนใหญ่จะเกิดโรคแทรกซ้อนชนิดเฉียบพลัน คือ diabetic ketoacidosis

เบาหวานชนิดที่ 1 (Type I) แต่เดิมใช้คำเรียกว่า Insulin- dependent diabetes mellitus : IDDM), Juvenile diabetes ส่วนใหญ่เกิดจาก cellular – mediated autoimmune ทำลาย β -cell ของ ตับอ่อน

เบาหวานชนิดที่ 2 (Type II) เดิมเรียกว่า Non – insulin – dependent mellitus : NIDDM) เป็นเบาหวานที่เกิดจากการขาดอินซูลิน แต่ไม่รุนแรงเท่าชนิดที่ 1 ร่วมกับมีภาวะ insulin resistance และการเพิ่ม hepatic gluconeogenesis ผู้ป่วยชนิดนี้มีลักษณะดังนี้

- ก. ส่วนใหญ่อายุมากกว่า 30 ปี
- ข. อาการเกิดขึ้นแบบค่อยเป็นค่อยไปหรือไม่มีอาการ
- ค. มีรูปร่างอ้วน หรือ ปกติ แต่มี abdominal/ visceral obesity

เบาหวานชนิดอื่นๆ ได้แก่

- โรคเบาหวานจากความผิดปกติทางพันธุกรรมของการทำงานของ β -cell
- โรคเบาหวานจากความผิดปกติทางพันธุกรรมของการออกฤทธิ์ของอินซูลิน
- โรคเบาหวานจากโรคของตับอ่อน
- โรคเบาหวานจากโรคของต่อมไร้ท่อ
- โรคเบาหวานที่เกิดจากยาหรือสารเคมี
- การติดเชื้อและโรคเบาหวาน
- โรคเบาหวานที่พบได้น้อย และเกี่ยวข้องกับภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง
- โรคเบาหวานที่พบขณะตั้งครรภ์
- โรคเบาหวานจาก Genetics syndrome

การตรวจวินิจฉัยโรคเบาหวาน

การตรวจวินิจฉัยให้ทำในกรณี

1. ผู้มีอาการของโรคเบาหวาน เช่น หิวน้ำบ่อย ปัสสาวะบ่อย น้ำหนักลด อ่อนเพลีย รับประทานมาก ตาฝ้า แผลหายช้า หรือมีประวัติติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ติดเชื้อผิวหนังบ่อย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง จากเชื้อรา
2. ผู้ที่มีอายุ 45 ปีหรือมากกว่า
3. ผู้ที่ไม่มีอาการ แต่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน ได้แก่
 - ก. ประวัติครอบครัวเป็นโรคเบาหวาน
 - ข. น้ำหนักเกิน ($BMI \geq 25 \text{ กก./ม}^2$)

ก. ประวัติ IGT (Impaired glucose tolerance) หรือ IFG (Impaired fasting glucose)

ง. ความดันโลหิตสูง ($\geq 140/90$ มม.ปรอท)

จ. HDL-Cholesterol ≤ 35 มก./ดล. และ/หรือ

Triglyceride ≥ 250 มก./ดล.

◦ ฉ. ประวัติคลอดลูกน้ำหนักเกิน 4 กก.หรือ

เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น gestational diabetes

การวินิจฉัยโรคเบาหวาน

มี 3 วิธีได้แก่

1. FPG ≥ 126 มก./ดล.

2. Casual (random) plasma glucose ≥ 200 มก./ดล.

ร่วมกับมีอาการของโรคเบาหวาน

3. Plasma glucose ที่ 2 ชั่วโมงหลังจากทำ

Oral glucose tolerance test (OGGT) ≥ 200 มก./ดล.

- การวินิจฉัย IFG (Impaired fasting glucose)

FPG 110-125 มก./ดล.

- การวินิจฉัย IGT (Impaired glucose tolerance)

1. FPG < 126 มก./ดล.

2. ระดับ plasma glucose ที่ 2 ชั่วโมง หลังจากทำ OGGT

มีค่า 140-199 มก./ดล.

ตาราง 2 การวินิจฉัยโรคเบาหวาน , Impaired fasting glucose (IFG) Impaired glucose tolerance (IGT)

	ปกติ	IFG	IGT	เบาหวาน
FPG (มก./คต.)	<110	110-125		≥ 126
OGGT 2-h PG (มก./คต.)	<140		140-199	≥ 200
Random PG (มก./คต.)	<160			≥ 200

หมายเหตุ : ถ้าค่าที่ใช้ในการวินิจฉัยในแต่ละวิธีข้างต้นอยู่ในเกณฑ์ของโรคเบาหวาน

ควรตรวจในวันอื่นอีก 1 ครั้ง เพื่อยืนยันการวินิจฉัย ยกเว้นในกรณีที่มี plasma glucose สูงชัดเจน

ในการวินิจฉัยโรคเบาหวานแต่เดิมใช้ระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่า หรือเท่ากับ 140 มิลลิกรัม / เดซิลิตร ปัจจุบันใช้ระดับน้ำตาลในเลือด 126-140 มิลลิกรัม / เดซิลิตร ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ทำการศึกษาวิจัยในผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานโดยวิธีการตรวจ FPG (Fasting Plasma Glucose) กับ การวินิจฉัยปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ร่วมด้วย เฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับว่าเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

โรคเบาหวานกับการรักษา

จุดมุ่งหมายในการรักษาโรคเบาหวาน

1. เพื่อให้ผู้ป่วยมีชีวิตที่ยืนยาวและมีความสุข
2. ปราศจากอาการต่างๆ ของโรคเบาหวาน
3. น้ำหนักตัวไม่มากหรือน้อยเกินไป การเจริญเติบโตปกติ
4. ปราศจากภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานหรือเกิดขึ้นน้อยที่สุด
5. ระดับน้ำตาล, HbA_{1c} และไขมันในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ

การรักษาโรคเบาหวาน ประกอบด้วย

1. การควบคุมอาหาร
2. การออกกำลังกาย

3. การใช้ยาลดระดับน้ำตาลในเลือด

4. การใช้อินซูลินฉีด

เนื่องจากเบาหวานเป็นโรคที่รักษาไม่ขาดหาย จึงต้องมีการให้ยารักษาเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ที่ดีที่สุดตลอดเวลา นอกจากนี้ ระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานจะมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาตามปริมาณและชนิดของอาหารที่รับประทาน ตามการออกกำลังกาย ภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน การใช้ยาบางชนิด ภาวะการเสื่อมของไต จึงต้องมีการปรับขนาดยาหรือการเปลี่ยนวิธีการรักษา เพื่อให้เกิดประโยชน์และปลอดภัยสูงสุดต่อผู้ป่วย ความยุ่งยากของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด คือ ระดับสูงไปก็ไม่ดี ระดับต่ำไปจนถึงระดับน้ำตาลต่ำในเลือดก็จะเป็นอันตราย แม้ว่าผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้เป็นอย่างดี ในที่สุดก็จะมีปัญหาเพราะการทำงานของตับอ่อนจะเสื่อมลงเรื่อยๆ ใน UKPDS ซึ่งติดตามผู้ป่วยชนิดที่ 2 ที่เพิ่มไ้ได้รับการวินิจฉัยตั้งแต่แรกๆ ไปเรื่อยๆ เป็นเวลาหลายปี สรุปได้ว่า การทำงานของตับอ่อนของผู้ป่วยในการหลั่งอินซูลินจะเสื่อมลงเรื่อยๆ ระดับ HbA_{1c} จะค่อยๆ เพิ่มขึ้นตามจำนวนปีที่เป็นเบาหวานทั้งๆที่มีการเพิ่มขนาดยาที่ใช้รักษา และเพิ่มชนิดของยา การดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานจึงต้องมีการติดตามการรักษา และปรับยาเป็นระยะๆ เพื่อให้ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ที่ดีที่สุด

หลักการควบคุมภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูงด้วยการใช้ยา

1. ชนิดของโรคเบาหวาน ถ้าเป็นชนิดที่ 1 ต้อง ใช้อินซูลิน ถ้าเป็นชนิดที่ 2 ส่วนใหญ่เริ่มด้วยการควบคุมอาหารอย่างเดียว หรือให้ยาเม็ดไปพร้อมกันรายที่อาการรุนแรงมากและระดับน้ำตาลสูงเกิน 250-300มก./ดล.

2. ผู้ป่วยชนิดที่ 2 ที่ต้องให้ยาเม็ด ถ้าอาการไม่รุนแรง จะใช้ยากลุ่มใดก่อนได้ โดยคำนึงถึงปัจจัยต่างๆ เช่น มีภาวะคีโตนอินซูลินมาก อ้วน ควรเลือกยากลุ่ม metformin และ thiazolidinediones ถ้าต้องการลด postprandial blood glucose ควรเลือกใช้ยากลุ่ม alphaglucoisidase inhibitors และกลุ่ม glinide ถ้าต้องการเพิ่มการหลั่งของอินซูลิน ควรเลือกใช้ sulphonylurea และกลุ่ม glinide ถ้าต้องการใช้ที่ออกฤทธิ์สั้น เช่น ในภาวะที่ไตทำงานเสื่อมลง กินอาหารไม่สม่ำเสมอ ควรใช้ sulphonylurea ประเภท Gliquidone , glipizide , ยาพวก glinide ยากลุ่ม alphaglucoisidase inhibitors ถ้าต้องการยาที่มีฤทธิ์แรงและยาว ให้ใช้ chlorpropamide , glibenclamide , glimepiride ส่วน gliclazide มีฤทธิ์ยาวปานกลาง ในทางปฏิบัติ ต้องคิดถึงราคาและฐานะทางการเงินของผู้ป่วยเสมอ เพราะต้องรักษาในระยะยาวและต้องคิดถึงผลข้างเคียงของยาด้วย

3. ถ้าให้ยาเม็ดชนิดเดียวไม่ได้ผล อาจให้ยาเม็ดควบกัน 2 ชนิดได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่มีฤทธิ์เสริมกัน การใช้ยาเม็ดควบกัน 3 ชนิด เริ่มมีใช้กันมากขึ้น แต่อาจสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายมากกว่า

ด.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี 2013

การใช้ยาฉีดอินซูลินแต่เพียงอย่างเดียว ส่วนใหญ่ใช้ในผู้ป่วยรายที่ปฏิเสธการฉีดยาและระดับน้ำตาลไม่สูงมากจนเกินไป เช่น ไม่เกิน 250 มก./ดล. และไม่มีอาการรุนแรง ควรเลือกยาที่ออกฤทธิ์แตกต่างกัน เช่น ถ้าใช้ Sulphonylurea (SU) ร่วมกับ metformin อยู่และยังไม่ได้ผล อาจเพิ่มยากลุ่ม alpha-glucoside inhibitors หรือ thiazolidiones แต่ไม่ควรเพิ่มยากลุ่ม glinide ซึ่งออกฤทธิ์กระตุ้นการหลั่งอินซูลินคล้ายกับ SU

4. ผู้ป่วยที่ยังควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ควรฉีดอินซูลิน อาจใช้ร่วมกับยาเม็ดหรือฉีดอินซูลินแต่เพียงอย่างเดียว

613.0438

พ ๕๖๔

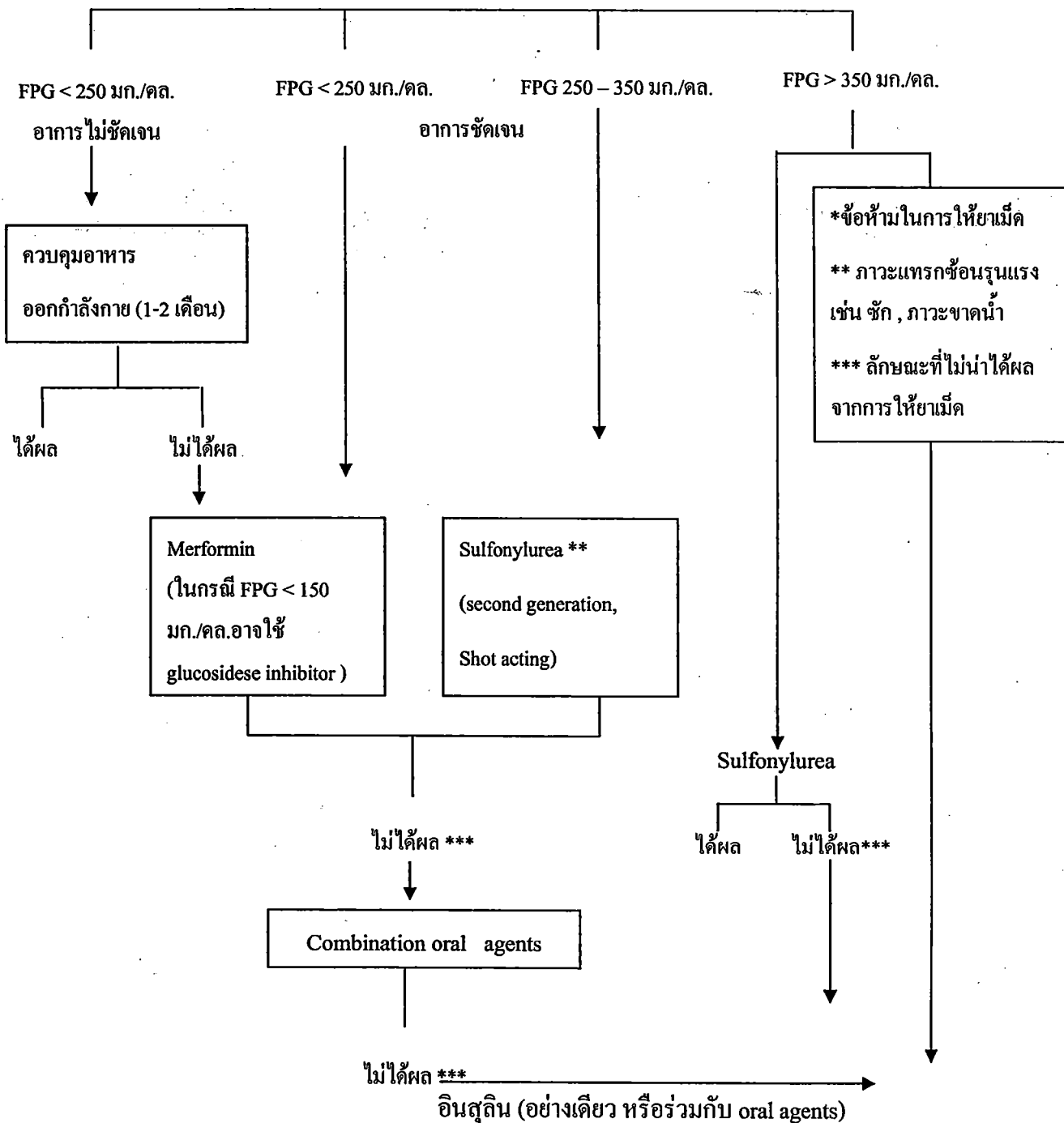
๑๒

247883

การรักษาผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยยา

การรักษาผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการใช้ยาลดระดับน้ำตาลในเลือดโดยพิจารณาตามแผนภูมิที่ 1 ที่ใช้ระดับ FPG ร่วมกับอาการเป็นเครื่องช่วยตัดสินใจในการเลือกรักษา

แผนภูมิที่ 1 การรักษาผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2



* ใช้ยากลุ่ม thiazolidine dione ในกรณีที่ไม่สามารถให้ยา metformin ได้

** ใ้ยา repaglinide ในกรณีแพ้ยาลดน้ำตาล, ในผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ

*** ไม่ได้ผล = FPG > 140 มก./ดล., HbA1c > 8% , Posprandial PG > 180 มก./ดล.

การรักษาเบาหวานโดยไม่ใช้ยา

จากการทบทวนความรู้ทางเทคนิคการดูแลรักษาเบาหวานโดยไม่ใช้ยา ของพงศ่อมร
บุญนาค (2542, หน้า 50-54) พบว่า

1. พฤติกรรมและวิถีชีวิตที่เป็นปัจจัยเสริมต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้แก่
 - 1.1 ปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน
 - 1.1.1 การรับประทานอาหาร และสัดส่วนของอาหาร (Carbohydrate , Protein, Fat, Fiber, Mineral)
 - 1.1.2 อ้วน
 - 1.1.3 การขาดการออกกำลังกาย
 - 1.1.4 ความเครียด
 - 1.1.5 การสูบบุหรี่
 - 1.1.6 พฤติกรรมรับประทานยาเบาหวานของผู้ป่วย
 - 1.2 หลักฐานการมีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคเบาหวาน
 - 1.3 กลไกการเกิดภาวะแทรกซ้อน และปริมาณของปัจจัยเสี่ยง ที่มีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคเบาหวาน (Dose effect)
2. วิถีชีวิตหรือปัจจัยเสี่ยงอื่นที่ส่งเสริมการดูแล เพื่อป้องกันการป่วยและภาวะแทรกซ้อนประกอบด้วย
 - 2.1 ปัจจัยด้านพฤติกรรมและวิถีชีวิตที่ส่งเสริม/สนับสนุนการดูแลสุขภาพในชีวิตประจำวัน
 - 2.2 ปัจจัยด้านพฤติกรรมและวิถีชีวิตที่ส่งผลต่อการเกิดโรค
 - 2.2.1 การขาดความเข้าใจและความเข้าใจผิดในเรื่องโรคเบาหวาน
 - 2.2.2 การขาดความสนใจในตนเองด้านสุขภาพ
 - 2.3 พฤติกรรมในการแสวงหาบริการและแสวงหาการดูแลตนเอง
 - 2.3.1 การคัดกรองโรคเบาหวาน

2.3.2 ปัจจัยที่สนับสนุน/ยับยั้งการไปรับบริการการคัดกรองโรคเบาหวานความเสดวคสบายในการไปใช้/รับบริการ การยอมรับ/ความเชื่อถือในทางเทคนิคของการคัดกรองโรคเบาหวาน ปัญหา/อุปสรรคต่อการไปใช้/รับบริการการคัดกรองโรคเบาหวาน ฯลฯ)

2.3.3 ปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุน/ยับยั้งต่อการแสวงหาบริการเพื่อการคัดกรองโรคเบาหวานของประชาชน/ชุมชน (อิทธิพลของสื่อ การคมนาคม ภูมิปัญญา ชุมชน ฯลฯ)

2.3.4 องค์ความรู้ที่จำเป็นในการคัดกรองโรคเบาหวาน (กลุ่มอายุที่ควรได้รับการคัดกรองโรคเบาหวาน เทคนิคและวิธีในการตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน/การตรวจน้ำตาลในปัสสาวะ เทคนิค เครื่องมือ การตรวจน้ำตาลในเลือด ฯลฯ)

2.4 การบริการทางการพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ

2.4.1 การตอบสนองทางจิตวิทยาสังคมของผู้ป่วยต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน

- การตอบสนองต่อตนเอง/การรับรู้ตนเองต่อการเจ็บป่วย
- การตอบสนองของผู้ป่วยต่อ สังคม ครอบครัว ชุมชน
- การตอบสนองต่อการรักษา/ความร่วมมือในการรักษา
- การตอบสนองต่อการดูแลตนเอง
- การตอบสนองต่อการเข้าถึงการบริการ
- ปัจจัยที่สนับสนุนต่อความร่วมมือในการดูแล (ราคา ระบบความช่วยเหลือเมื่อเจ็บป่วย เป็นต้น)
- ปัจจัยที่สนับสนุนต่อพฤติกรรมแสวงหาบริการ

2.4.2 การปฏิบัติตัวเมื่อผู้ป่วยเป็น โรคเบาหวาน

(1) การดูแลสุขภาพในชีวิตประจำวัน

- การปฏิบัติตัวในการรับประทานอาหาร การรู้จักเลือกอาหาร การจัดการอาหารรับประทาน/มื้อ/วัน วิธีการปรุงอาหาร
- การปฏิบัติตัวในการออกกำลังกาย วิธีการออกกำลังกาย เทคนิคการออกกำลังกาย ความถี่ในการออกกำลังกาย อวัยวะที่ควรออกกำลังกายเป็นพิเศษ
- การลด ละ เลิก การสูบบุหรี่ เทคนิคการอดบุหรี่
- การลด ละ เลิก การดื่มสุรา เทคนิคการอดสุรา
- การปฏิบัติตัวในการคลายเครียด เทคนิคการคลายเครียด
- การปฏิบัติตัวในการดูแลร่างกายตนเองเฉพาะที่ เทคนิคการดูแลเท้า
- การปฏิบัติตัวในการรับประทานยา ความเข้าใจ/พฤติกรรมการใช้ยา การปรับขนาดยาด้วยตนเอง

- การปฏิบัติตัวในการฉีด Insulin การปรับชนิดยาฉีดให้เหมาะสม
เทคนิคการฉีดยา

- การปฏิบัติตัวเมื่อพบว่า มีน้ำตาลในเลือดต่ำ

(2) การสำรวจและการประเมินตนเอง (Self monitoring)

- การสำรวจประเมินสภาพร่างกายทั่วไป

- การสำรวจร่างกายเฉพาะเท้า

- การประเมินน้ำหนักตนเอง

- การตรวจสอบน้ำตาลในปัสสาวะ/ในเลือดด้วยตนเอง เพื่อควบคุม
ระดับน้ำตาลในเลือด ความถี่ในการตรวจสอบ (ทุกมื้ออาหาร 1 ครั้ง/วัน)

- ข้อบ่งชี้ในการมาพบแพทย์ก่อนกำหนดนัด

- ข้อมูลที่ควรรู้/ได้รับเพิ่มเติมเพื่อควบคุม โรค เบาหวานและเมื่อมี

ภาวะแทรกซ้อน

- การบันทึกเพื่อสนับสนุนการดูแลรักษาอาการ น้ำหนัก

(3) การปรับตัวเองเข้ากับการเรื้อรัง

- การรับรู้ต่อการเจ็บป่วยเรื้อรัง

- การตอบสนองต่อการรักษาในระยะยาว ความสม่ำเสมอในการ
ติดตามรักษา

- ความร่วมมือในการรักษาระยะยาว

- ความร่วมมือในการดูแลตนเองระยะยาว

- การเลือกใช้สถานบริการใกล้บ้าน

(4) การดูแลตนเองในกรณีพิเศษ

- การดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย

- การดูแลตนเองเมื่อต้องเดินทางไกล

2.5 ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้ให้บริการ

2.5.1 การใช้บริการผู้ป่วยเรื้อรังในหน่วยบริการ บทบาท หน้าที่ของทีม
บริการ ความถี่ในการให้บริการ

- ไม่มีภาวะแทรกซ้อน

- มีภาวะแทรกซ้อน

2.5.2 การให้บริการผู้ป่วยเรื้อรังนอกหน่วยบริการ บทบาท หน้าที่ของ
ทีมบริการ ความถี่ในการให้บริการ

- ไม่มีภาวะแทรกซ้อน

- มีภาวะแทรกซ้อน

2.5.3 ปฏิสัมพันธ์ของครอบครัว ชุมชน ต่อการเจ็บป่วยเรื้อรัง (วิถีชีวิต ต่อการเจ็บป่วยเรื้อรัง)

- ครอบครัวต่อการเจ็บป่วยเรื้อรัง บทบาท การส่งเสริมดูแล
- ชุมชนต่อการเจ็บป่วยเรื้อรัง บทบาท การส่งเสริมดูแล

3. การให้บริการสุขภาพ

3.1 ประเด็นข้อมูลข่าวสารที่ประชาชนทั่วไปควรรู้ เพื่อ

- 3.1.1 การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค
- 3.1.2 การคัดกรองโรค
- 3.1.3 การรักษาพยาบาล/การฟื้นฟูสุขภาพ/การปฏิบัติตัว ฯลฯ การ

เจ็บป่วย

3.2 ประสิทธิภาพและกลวิธีการให้สุขภาพแบบต่างๆที่สอดคล้องกับวัฒนธรรม

ท้องถิ่น

3.3 การพัฒนาอุปกรณ์การให้สุขภาพ การจัดทำ/จัดหาอุปกรณ์

3.4 การพัฒนาเทคนิคการให้สุขภาพที่สอดคล้องกับวัฒนธรรม และวิธีการดำเนิน

ชีวิต เช่น การบรรยาย การอภิปราย (Group Discussion, Focus Group, Self Help Group, Peer Group)

3.5 เทคนิคการสาธิตดูแลตนเองที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตและวัฒนธรรมท้องถิ่น

3.6 เทคนิคการให้คำปรึกษา

ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานสามารถป้องกันได้ หากผู้ป่วยดูแลตนเองเป็นอย่างดี ตลอดจนมีการเฝ้าระวังอย่างเป็นระบบต่อเนื่อง และเมื่อเป็นแล้วก็สามารถชะลอการลุกลามได้ หากผู้ป่วยร่วมมือในการรักษา และดูแลตนเองอย่างระมัดระวัง โดยเฉพาะการรับประทานยาตามคำสั่งการรักษาของแพทย์

พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

1. การรับประทานยา

ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการรับประทานยาเม็ด จะต้องรับประทานยาให้ตรงตามเวลา และสม่ำเสมอทุกๆ วัน เมื่อลืมรับประทานยา ไม่ควรรับประทานเป็น 2 เท่าในครั้งต่อไปสำหรับการเก็บรักษา ควรเก็บรักษาไว้ในขวด หรือซองที่ปิดสนิทและเก็บไว้ในที่ที่มีความร้อนน้อยที่สุด ไม่ควรทิ้งยาให้ตากแดด เพราะจะทำให้ยาเสื่อมคุณภาพและจะทำให้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ผล (วิทยา ศรีมาดา , 2541 หน้า 39)

ผู้ป่วยโรคเบาหวานไม่ควรหยุดยาเอง แพทย์อาจจะพิจารณาลดขนาดของยาลง เมื่อระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ที่สามารถควบคุมได้ดี หรืออยู่ในเกณฑ์ปกติ ถ้าบรรจจะเป็นแผงให้แกะใช้เป็นวันๆ ไม่ควรแกะใส่ขวดไว้ หมาเก็บยาไว้ในตู้เย็น เพราะจะทำให้ยาอับชื้นและเสื่อมคุณภาพได้ และให้รับประทานยาก่อนอาหารประมาณ ครึ่งชั่วโมง เพื่อให้ยาได้ดูดซึมก่อนการออกฤทธิ์ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด เพราะยาบางตัวการดูดซึมอาจลดลงมาก ถ้ารับประทานพร้อมหรือหลังอาหาร ในผู้ป่วยที่มีภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ ส่วนใหญ่จะสัมพันธ์กับยารักษาเบาหวาน คือ ใช้น้ำตาลขนาด หรือใช้น้ำตาลมากเกินไป (วรรณิ นิธิยานันท์ , 2535 หน้า 86) หรือรับประทานยาเท่าเดิมแต่รับประทานอาหารน้อยลง ในทางตรงกันข้าม การขาดยารักษาโรคเบาหวาน จะทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูง โดยไม่มีภาวะกรดคั่งในเลือด เป็นภาวะฉุกเฉินที่พบบ่อยในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ดังนั้นการป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ และภาวะน้ำตาลในเลือดสูงโดยไม่มีกรดคั่งในกระแสเลือด ผู้ป่วยโรคเบาหวานจะต้องรับประทานยารักษาโรคเบาหวานอย่างถูกต้อง ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ วัตถุประสงค์ที่ผู้ป่วยรับประทานยาได้อย่างถูกต้อง ได้แก่ การรับประทานยาถูกชนิด ถูกขนาด ถูกเวลา ถูกวิธี และถูกคน ซึ่งต้องรับประทานอย่างสม่ำเสมอทุกๆ วัน ตามที่แพทย์สั่ง

2. การรับประทานอาหาร

การรับประทานอาหารที่ถูกต้องและเหมาะสมกับความต้องการ เป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งในการรักษาโรคเบาหวาน การได้รับอาหารที่มากเกินไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งอาหารที่มีน้ำตาลมากจะมีผลทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง เป็นเหตุให้เกิดโรคแทรกซ้อนได้ง่าย เช่น หลอดเลือดเปลี่ยนแปลงตีบแข็งก่อนเวลาอันควร ดังนั้นผู้ป่วยโรคเบาหวานจึงจำเป็นต้องควบคุมอาหารอย่างสม่ำเสมอเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน(วรรณิ นิธิยานันท์ , 2535 หน้า 8)

เนื่องจากเกือบร้อยละ 50 ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในคนไทยอยู่ในภาวะอ้วนเกินอาหารโดยไม่มีหลักเกณฑ์ที่ดี (สุรัตน์ โคมินทร์ , 2546 หน้า 78) จึงทำให้การควบคุมน้ำหนักตัว ระดับน้ำตาลและไขมันในเลือด มีความลำบาก การลดน้ำตาลจึงเป็นปัญหาหลักที่ต้องดูแล แต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอายุเกินวัยกลางคนและมักไม่มีการออกกำลังกายเป็นประจำจะลักษณะ ดังนั้นการ

ควบคุมอาหารอย่างเหมาะสมจึงเป็นเรื่องสำคัญที่สุด หากไม่ควบคุมอย่างเหมาะสม จะทำให้ต้องมุ่งความสำคัญไปเรื่องการช้ยา ซึ่งอาจจะเป็นเหตุทำให้น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นอีก

การลดน้ำหนักลงได้บ้างแม้เพียง 5-10 กิโลกรัมก็สามารถช่วยให้เบาหวานดีขึ้นได้ พึงจำไว้เสมอว่า การช้ยามากเกินไป จะมีผลทำให้เกิดภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดได้บ่อย ซึ่งจะมีผลทำให้ใจสั่นและหิวง่าย เป็นอุปสรรคต่อการลดน้ำหนัก ซึ่งกลับมีผลทำให้การควบคุมเบาหวานยากขึ้น เป็นวัฏจักรที่ไม่พึงประสงค์ ดังนั้นก่อนการลดอาหาร จำเป็นต้องประเมินว่า ผู้ป่วยได้ยามากเกินไปหรือไม่ หากมากเกินไปก็สามารถลดยาลงบางส่วน พร้อมๆ กับการลดอาหารจากปริมาณที่เคยกินเป็นประจำ จะช่วยให้น้ำหนักตัวลดลงช้าๆ และควบคุมเบาหวานได้ดีขึ้น โดยง่าย การควบคุมอาหารอย่างเหมาะสม ต้องเริ่มจากการรู้จักบริโภคนิสัยของผู้ป่วยแต่ละราย ในกรณีที่ผู้ป่วยน้ำหนักมากให้ตัดแปลงอาหารให้ได้พลังงานลดลงจากกินประจำอีกประมาณวันละ 250-500 แคลอรี หรือการการดับพลังงานประมาณวันละ 20-25 แคลอรีต่อกิโลกรัมน้ำหนักตัว โดยการลดพลังงานลงในอัตราส่วนที่เหมาะสม ซึ่งส่วนใหญ่ปรับลดในส่วนของน้ำตาลและไขมัน โดยเฉพาะส่วนของไขมันอิ่มตัวที่มาพร้อมเนื้อสัตว์ต่างๆ โดยการกินเนื้อไม่ติดมัน และลดไขมันอิ่มตัวส่วนหนึ่งจากน้ำมันที่ใช้ประกอบอาหาร ซึ่งอาจเป็นน้ำมันสัตว์ เช่น น้ำมันหมู มันเปลว หรือน้ำมันพืช เช่น น้ำมันถั่วเหลือง ถั่วลิสง รำข้าว ทานตะวัน การลดน้ำตาลนอกจาก หมายถึงน้ำตาลที่เติมในอาหารแล้ว ในอาหารไทยต้องนึกถึงการลดปริมาณน้ำจิ้มต่างๆ และผลไม้ด้วย ควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยออกกำลังกายตามอัตรภาพโดยสม่ำเสมอ เพื่อช่วยเมตะบอลิซึมให้ดีขึ้น โดยทั่วไปการกินอาหารเป็นมื้อหลัก 3 มื้อ จะช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 คุมน้ำตาลได้ดีขึ้น แต่บางครั้งผู้ป่วยปฏิบัติไม่ได้ เมื่อหิวมากก็กลับจะกินมากโดยควบคุมไม่อยู่ ดังนั้นผู้ป่วยบางคนอาจต้องการกินเป็นมื้อที่เล็กลงแต่บ่อยครั้งขึ้นก็ได้ ทั้งนี้มีกฎสำคัญ คือ ผลรวมของพลังงานจากอาหารที่กินหลายมื้อทั้งวันต้องไม่เกินผลรวมของพลังงานจากการกินมื้อหลักที่ควรได้ แต่การควบคุมน้ำหนักตัวมักจะมีคำถามลำบาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้ามีการกินหลายมื้อ อาจต้องการการดูแลพิเศษจากนักกำหนดอาหารหรือผู้เชี่ยวชาญด้านโภชนาบำบัด

ปริมาณโปรตีนที่ผู้ป่วยเบาหวานควรได้รับ

ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีปัญหาทางไต ควรได้รับ โปรตีนอย่างน้อยวันละ 0.8 กรัมต่อกิโลกรัมของน้ำหนักตัวที่ควรเป็น หรือไม่ต่ำกว่าร้อยละ 11-15 ของแคลอรีที่ได้รับทั้งวัน และไม่ควรเกินร้อยละ 20 ซึ่งในทางปฏิบัติคิดเป็นเนื้อสัตว์ที่สุกแล้วประมาณ 12-13 ช้อนโต๊ะต่อวัน ต่อเมื่อมีปัญหาไตเสื่อม โดยที่ Glomerular filtration rate (GFR) ลดลงชัดเจน จึงควรลดการกินโปรตีนลงเหลือ 0.6 กรัมต่อน้ำหนักตัวที่ควรเป็น หรือเท่ากับร้อยละ 8 ของแคลอรีที่ควรได้รับทั้งวัน หรือคิดเป็นเนื้อสัตว์สุกแล้วประมาณ 8 ช้อนโต๊ะต่อวัน

ปริมาณไขมันที่ผู้ป่วยเบาหวานควรได้รับ

โดยทั่วไปไม่ควรกินไขมันรวมมากกว่าร้อยละ 30 ของแคลอรีที่ควรได้รับทั้งวัน และมีแนวโน้มว่าปริมาณที่เหมาะสมอาจสมควรลดลงกว่านี้ ไขมันอิ่มตัวซึ่งเป็นไขมันจากสัตว์ควรได้รับน้อยที่สุด (ยกเว้นไขมันปลา) เพราะไขมันอิ่มตัวส่งเสริมให้ระดับโคเลสเตอรอล และ LDL-C ในเลือดสูงได้ง่าย ในทางปฏิบัติไขมันอิ่มตัวลดลงได้โดยลดการกินน้ำมันจากสัตว์รวมทั้งน้ำมันปาล์ม และน้ำมันมะพร้าวควรใช้น้ำมันถั่ว รำข้าว งา หรือน้ำมันมะกอก จำนวนไม่เกิน 3-4 ช้อนชาต่อมื้อ และควรประกอบอาหารด้วยวิธีต้ม ผัดด้วยน้ำมันจำนวนน้อย หรือใช้กระทะพิเศษที่ไม่ต้องใช้น้ำมัน ลดเนื้อมัน เพิ่มเนื้อปลา เพื่อจำกัดปริมาณโคเลสเตอรอล ให้ต่ำกว่า 300 มก./ วัน

ปริมาณคาร์โบไฮเดรตที่ควรได้รับ

ผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่ที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนมากปกติควรบริโภคธัญพืชประมาณ 11 ส่วน หรือข้าว 9-11 ทัพพี หรือขนมปัง 9-11 แผ่นต่อวัน ผลไม้วันละ 4-6 ส่วน (1 ส่วน เท่ากับ กล้วยน้ำว้า 1 ผล หรือกล้วยหอม 1/2 ผล หรือส้มเขียวหวาน 1 ผลใหญ่ หรือเงาะประมาณ 4 ผล หรือมะละกอ หรือ สับปะรด ประมาณ 6-8 คำ และน้ำตาลทราย ในปริมาณไม่เกินวันละ 4 ช้อนชา จะไม่ทำให้การควบคุมเบาหวานเลวลง ปริมาณผลไม้ที่รับประทาน จะต้องมีการจำกัดจำนวนด้วย ทั้งนี้เพราะผลไม้ไทยทำให้น้ำตาลเปลี่ยนแปลงได้มาก ดังนั้นผู้ป่วยผู้ป่วยเบาหวานไม่ควรบริโภคผลไม้มากเกินไปไม่ว่าจะเป็นผลไม้สดหรือดิบ

เครื่องดื่มที่เป็นนม ควรดื่มนมขาดมันเนยเป็นหลัก หากหาไม่ได้อนุญาตให้ใช้นมพร่องมันเนยวันละ 1-2 แก้ว นมถั่วเหลืองที่ไม่เติมน้ำตาลอาจนำมาดื่มแทนนมได้ แต่เครื่องดื่มที่มีพลังงานทุกชนิดต้องนำมาคำนวณแคลอรีประจำวันด้วยเสมอ มิฉะนั้นน้ำหนักจะเพิ่มได้มากและเบาหวานจะคุมได้ยากขึ้น

เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในปัจจุบันยอมให้ผู้ป่วยเบาหวานดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้บ้าง แต่ห้ามเกินวันละ 1 ส่วนหรือเท่ากับเหล้า (40% แอลกอฮอล์) 30-45 มล. / วัน ไวน์ประมาณ 100-120 มล. / วัน และเบียร์ไม่เกิน 1 กระป๋อง / วัน เมื่อดื่มแอลกอฮอล์ก็ต้องดื่มหลังเวลาอาหาร ห้ามดื่มในขณะที่ท้องว่างเพราะจะทำให้เกิดอาการน้ำตาลในเลือดต่ำได้ ประการที่สำคัญในผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์คือ ผู้ป่วยต้องลดอาหารไขมันลงไปจากปกติ 90 แคลอรีด้วย สำหรับแต่ละครั้งที่ดื่มแอลกอฮอล์

โยอาหาร

โยอาหารส่วนใหญ่เป็นคาร์โบไฮเดรตซึ่งชั้นที่ร่างกายไม่สามารถย่อยและดูดซึม จึงเหลือเป็นกากถ่ายออกทางอุจจาระ ทำให้สามารถช่วยบรรเทาอาการท้องผูก และลดการดูดซึมสารอาหารประเภทน้ำตาลและไขมัน อาหารที่ให้โยอาหารส่วนใหญ่ได้แก่ พวกผักส่วนที่เป็นก้านและใบ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผักใบเขียวเข้ม ซึ่งให้แคลอรีน้อย และผลไม้ซึ่งให้แคลอรีได้มาก มวลของโยอาหารทำให้อิ่มท้อง จึงช่วยในการลดน้ำหนัก ควรบริโภคอย่างน้อย 3 ถ้วยตวง แต่ถ้ากินผลไม้เพื่อเป็นแหล่งของโยอาหารมากๆ สามารถทำให้ผู้ป่วยได้แคลอรีเกินกลับอ้วนขึ้นและควบคุมน้ำหนัก

ไม่ได้ ดังนั้นผู้ป่วยเบาหวานจึงไม่ควรบริโภคผลไม้เกินวันละ 4-6 ส่วน ผู้ป่วยที่ไม่ชอบกินผักก็สามารถใช้โยเกิร์ตสำเร็จรูปได้ เพื่อช่วยให้การควบคุมน้ำตาลดีขึ้น

เกลือและวิตามิน

ผู้ป่วยที่กินอาหารครบหมู่ในสัดส่วนที่ดีและได้รับโยเกิร์ตเพียงพอ โดยเฉพาะอาหารที่พลังงานเกิน 1000 แคลอรี จะมีเกลือแร่และวิตามินมากพอ ส่วนเกลือ ได้จากการปรุงอาหารและน้ำจิ้มต่างๆ การได้เกลือมากๆ จะทำให้ตัวบวม ไตและหัวใจทำงานหนัก และความดันโลหิตสูงขึ้น จึงไม่ควรบริโภคเกลือโซเดียมคลอไรด์ เกิน 6 กรัมต่อวัน หรือคิดเป็นโซเดียมไม่เกิน 2.4 กรัมต่อวัน

การควบคุมเบาหวานโดยใช้แนวทางบริโภคตามธงโภชนบัญญัติของไทย

ในประเทศอเมริกาและแคนาดา มีการใช้หลักการของ food pyramid เป็นแนวทางในการบริโภคให้มีสุขภาพดี สำหรับในประเทศไทยก็ได้มีการประชุมโดยคณะทำงานจัดทำข้อปฏิบัติการกินอาหารเพื่อสุขภาพที่ดีของคนไทย ในปี พ.ศ. 2542 และสรุปเป็นแนวทางการบริโภคเพื่อสุขภาพตามแนวทางของธงโภชนบัญญัติของไทย (กระทรวงสาธารณสุข, 2542) โดยมีสัดส่วนอาหารต่างๆ ตามความต้องการจากน้อยไปมากดังนี้คือ ให้กินข้าววันละ 8-12 ทัพพี (1 ทัพพี = 60 กรัม หรือ 1/2 ถ้วยตวง) กินผักสด 4-6 ทัพพี (1 ทัพพี ประมาณ 1/2 ถ้วยตวง หรือ 40 กรัม) ต่อวัน ควรกินผลไม้วันละ 3-5 ส่วน (1 ส่วน เทียบเท่ากล้วยน้ำว้า 1 ผลหรือกล้วยหอม 1/2 ผล หรือส้มเขียวหวาน 1 ผลใหญ่ หรือเงาะประมาณ 4 ผล มะละกอประมาณ 6-8 คำ) ควรกินเนื้อสัตว์วันละ 5-9 ช้อนชา กินน้ำตาลให้น้อยไม่เกิน 2-3 ช้อนชา และกินเกลือให้น้อยที่สุดประมาณ 1 ช้อนชาต่อวัน ก็จะได้พลังงานประมาณ 1,600 ถึง 2,400 แคลอรีต่อวัน สำหรับผู้หญิงที่ทำงานนั่งอยู่กับโต๊ะทั้งวันจนถึงผู้ชายใช้แรงงานหนักและนักกีฬา โดยจะได้โปรตีนประมาณ 50 -70 กรัมต่อวัน และได้โซเดียมคลอไรด์ประมาณ 6 กรัมต่อวัน การบริโภคตามธงโภชนบัญญัติ จึงพอที่จะใช้เป็นแนวทางโภชนบำบัดสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน เพียงแต่ต้องมีการปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับภาวะโภชนาการ กิจกรรมที่กระทำและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละรายจึงจะบรรลุความสำเร็จในการควบคุมเบาหวานด้วยโภชนบำบัด

สรุป การควบคุมเบาหวานที่ดีต้องเริ่ม โดยการกินปริมาณที่เหมาะสมกับความต้องการของร่างกายที่จะทำให้น้ำหนักใกล้เคียงมาตรฐาน ผู้ป่วยอ้วนต้องลดน้ำหนัก ผู้ป่วยผอมควรเพิ่มน้ำหนัก หรือในผู้สูงอายุอาจต้องการอาหารระหว่างมือ บริโภคโยเกิร์ตให้มาพอสมควร ระมัดระวังบริโภคน้ำตาลและผลไม้ จำกัดปริมาณน้ำมันให้น้อย แม้ว่าจะเป็นน้ำมันพืชก็ตาม เนื้อสัตว์เป็นสิ่งจำเป็น แต่ควรกินเนื้อสัตว์ที่ไม่ติดมัน และไม่ควรทอดอาหารมากจนเกินไป ออกกำลังกายบ้าง จะช่วยให้การเผาผลาญน้ำตาลและไขมันดีขึ้น

3. การออกกำลังกายและการควบคุมเบาหวาน

การออกกำลังกายมีส่วนสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค แนะนำให้ออกกำลังกายอย่างน้อย 30 นาทีต่อครั้ง 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์ (ถ้าไม่มีข้อห้ามอื่น) ไม่ว่าจะเป็นโรคเบาหวาน

หรือไม่ก็ตาม การออกกำลังภายในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จะให้ประโยชน์สูงสุดเมื่อปฏิบัติตั้งแต่เป็นเบาหวานระยะแรก (ขณะที่ภาวะคีโตนินเป็นปกติเด่น) กลุ่มที่มีประโยชน์มากถัดมา คือ ในผู้ป่วยเบาหวานที่รักษาด้วยยาเม็ดลดระดับน้ำตาล และอินซูลินตามลำดับ สำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 ควรจะได้มีการวางแผนการปรับเปลี่ยนอินซูลิน ให้สอดคล้องกับกิจกรรม การรับประทานอาหาร (ปริมาณ ประเภท และเวลา) การออกกำลังกาย ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับความเข้มงวดในการควบคุมที่ต้องการ และเป้าหมายของผู้ป่วย

จากการศึกษาเอกสารเกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ และโรคเบาหวาน มีแนวทางการรักษา 2 แนวทาง คือ การรักษาโดยใช้ยา และการรักษาโดยไม่ใช้ยา ดังนั้น การช่วยให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดำเนินชีวิตประจำวัน ให้มีความสอดคล้องกับโรค และภาวะของโรคจะทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับความดันโลหิต หรือระดับน้ำตาลในเลือด และความรุนแรงของโรค ป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้ ซึ่งการควบคุมโรคให้ได้ผลดี ผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องและผู้ป่วยต้องมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ การรับรู้ ความรุนแรงของโรคภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เพื่อให้สามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง เนื่องจากโรคเหล่านี้เป็นโรคเรื้อรังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ดังนั้น คณะผู้วิจัยจึงเลือกศึกษาสภาพปัญหา ภาวะสุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การดูแลตนเองและการสนับสนุนทางสังคมในกลุ่มของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังทั้งสองโรคนี้ เพื่อให้ทราบพฤติกรรม การปฏิบัติของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน นำมาใช้เป็นแนวทางในการให้การดูแลส่งเสริมสุขภาพให้สอดคล้องกับแบบแผนดำเนินชีวิตประจำวัน เพื่อให้ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างถูกต้อง สามารถควบคุมอาการของโรคไม่ให้มีความรุนแรงขึ้น ไม่มีอาการแทรกซ้อนต่างๆ และสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ปกติสุข

ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงกับสุขภาพ

“เศรษฐกิจพอเพียง” เป็นปรัชญาที่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวทรงมีพระราชดำริสชี้แนะแนวทางการดำเนินชีวิตแก่พสกนิกรชาวไทย ซึ่งเป็นปรัชญานำทางในการพัฒนาประเทศให้ เป็นไปในทางสายกลาง โดยสาระหลักปรัชญานำทาง “เศรษฐกิจพอเพียง” มีหลักการสำคัญ 5 ประการที่จะเป็นแนวทางของแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 9 คือ *๑๒๓๔๕*

1. ยึดทางสายกลาง
2. มีความสมดุลพอดี
3. รู้จักพอประมาณอย่างมีเหตุผล
4. มีระบบภูมิคุ้มกัน
5. รู้เท่าทันโลก

ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงเป็นปรัชญาที่มองการพัฒนาอย่างเป็นองค์รวมเชื่อมโยงมิติทางเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรมและคุณธรรม ระบบสุขภาพภายใต้ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงจึงเป็น “ระบบสุขภาพพอเพียง” ซึ่งมีคุณลักษณะดังนี้

- (1) มีรากฐานที่เข้มแข็งจากการมีความพอเพียงทางสุขภาพในระดับครอบครัวและชุมชน
- (2) มีความรอบคอบและรู้จักความพอประมาณอย่างมีเหตุผลในด้านการเงินการคลังเพื่อสุขภาพในทุกระดับ
- (3) มีการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม และใช้อย่างรู้เท่าทัน โดยเน้นภูมิปัญญาไทยและการพึ่งตนเอง
- (4) มีการบูรณาการด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาลฟื้นฟูสภาพและคุ้มครองผู้บริโภค
- (5) มีระบบภูมิคุ้มกันที่ให้หลักประกันและคุ้มครองสุขภาพของประชาชน
- (6) มีคุณธรรม จริยธรรม คือ ความซื่อตรง ไม่โลภมาก และรู้จักพอ

แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการสุขภาพ

การบริหารทางสุขภาพ

ไพรด์และเฟอร์เรล (Pride and Ferrell, 1987, pp.630-632) ได้กล่าวถึงลักษณะพื้นฐานของบริการ 4 ประการ คือ บริการไม่มีตัวตน (intangibility), บริการไม่สามารถถูกแบ่งแยกได้ (inseparability), บริการไม่สามารถเก็บไว้ได้ (perishability) และ บริการมีความหลากหลายในตนเอง (variability or heterogeneity) เมื่อพิจารณากิจกรรมต่างๆ ในบริการทางแพทย์ที่ให้แก่ผู้รับบริการ เช่น การดูแล สุขภาพ การป้องกันโรค การวินิจฉัยโรค การรักษาโรค และการฟื้นฟูสุขภาพร่างกาย พบว่ากิจกรรมต่างๆ เหล่านี้มีคุณสมบัติ 4 ประการดังกล่าวข้างต้น จึงจัดได้ว่าบริการทางการแพทย์เป็นการให้บริการรูปแบบหนึ่งที่มีใช้สินค้า โดยมี แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ต่างๆ ในโรงพยาบาลเป็นผู้ให้บริการ

เอเคอร์ (Aaker, 1988, pp.213-215) ได้วิเคราะห์ความต้องการของผู้ป่วยเมื่อมาโรงพยาบาลและแบ่งออกได้เป็น 2 ประเภท ดังนี้คือ

1. บริการหลักที่ต้องการจริงๆ (core services) หมายถึง บริการที่ผู้รับบริการต้องการมากจนกระทั่งตัดสินใจมารับบริการครั้งนั้นๆ เช่น เมื่อผู้ป่วยต้องการรักษาโรคให้หายจึงตัดสินใจมาโรงพยาบาล ความต้องการบริการหลักนี้มักคงที่สำหรับปัญหาหรือความต้องการอย่างหนึ่ง หากไม่สามารถตอบสนองความต้องการชนิดนี้ได้ ผู้รับบริการมักเกิดความไม่พอใจ

2. บริการที่เกี่ยวข้อง (peripheral services) หมายถึง บริการที่เกี่ยวข้องกับบริการหลักอันจะมีส่วนช่วยส่งเสริมคุณภาพบริการ ซึ่งแบ่งตามมุมมองของผู้รับบริการได้ดังนี้

2.1 บริการที่คาดหวังจะได้รับ (expected services) หมายถึง บริการที่เกี่ยวข้องหลายอย่างกับบริการหลัก ที่ผู้รับบริการคาดหวังว่าจะได้รับจากผู้ให้บริการนอกเหนือจากบริการหลักที่ได้รับแล้ว เช่น ผู้รับบริการคาดหวังว่าจะได้รับบริการที่สะดวกรวดเร็ว ได้รับความรู้ความเห็นอกเห็นใจ เป็นต้น ความต้องการบริการในกลุ่มนี้จะเปลี่ยนไปตามสถานการณ์ บุคคล เวลา และสถานที่ ซึ่งการได้รับบริการตามที่ได้คาดหวังไว้จะทำให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจ

2.2 บริการที่นอกเหนือความคาดหมาย (augmented services) หมายถึง บริการที่ผู้รับบริการอยากจะได้รับ แต่ไม่ได้คาดหวังว่าจะได้รับจากผู้ให้บริการ เช่น ผู้รับบริการที่มารับบริการจากโรงพยาบาลของรัฐคาดว่าจะต้องนั่งรอนาน แต่กลับได้รับบริการที่รวดเร็วมาก เป็นต้น การได้รับบริการเช่นนี้จะทำให้ผู้รับบริการเกิดความปิติยินดีและอิมเมจ (delight) เป็นความรู้สึกยิ่งกว่าความพอใจ

ระบบบริการสุขภาพในอุดมคติ นวลักษณะ 9 ประการ

ระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย โดยส่วนใหญ่จะมีการพัฒนาจากการแพทย์แผนตะวันตก โดยไม่ได้ยึดถือเอาแนวคิดหนึ่งเป็นแกนหลัก การวาดภาพฝันในอุดมคติถึง ทางสายกลางของระบบบริการสุขภาพ เป็นสิ่งที่ไม่ง่ายนัก แต่หากพิจารณา ความต้องการของประชาชนเป็นพื้นฐาน ก็จะสามารถกำหนดระบบบริการสุขภาพในอุดมคติที่ควรจะเป็น ได้ดังต่อไปนี้ (สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ , 2542)

1. ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการที่ได้มาตรฐานอย่างทั่วถึง
2. เป็นระบบที่มีประสิทธิภาพ
3. ดูแล “คน” มิใช่เพียงแต่ดูแล “ไข้”
4. มีแรงจูงใจที่ก่อให้เกิดการแข่งขันและการร่วมมือของผู้ให้บริการ
5. มีความหลากหลาย
6. ประชาชนมีทางเลือกในการใช้บริการที่เหมาะสม
7. มีความรับผิดชอบที่สามารถตรวจสอบได้
8. ประชาชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบให้ดีขึ้น
9. มีการพัฒนาองค์ความรู้ที่ทันสมัยอยู่ตลอดเวลา

แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง

ความหมายของการดูแลตนเอง

โอเร็ม (Orem , 1995) ให้ความหมายของการดูแลตนเองว่าเป็นการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ของบุคคล เป็นการริเริ่มและการกระทำด้วยตนเอง เพื่อให้เกิดประโยชน์การดำรงไว้ซึ่งชีวิตสุขภาพ และความเป็นอยู่ที่ดี ทั้งในภาวะปกติและขณะเจ็บป่วย เป็นการกระทำอย่างจริงจัง มีเป้าหมาย มีระบบระเบียบ เป็นขั้นตอนและเมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพจะช่วยให้โครงสร้าง หน้าที่ และพัฒนาการการดำเนินไปได้ถึงขีดสูงสุดของแต่ละบุคคล

สไตเกอร์ และลิปสัน (Steiger and Lipson , 1985) ให้ความหมายของการดูแลตนเองว่าเป็นกิจกรรมที่ริเริ่มกระทำโดยบุคคล ครอบครัว ชุมชน เพื่อให้บรรลุหรือคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดีที่สุด

เพนเดอร์ (Pender , 1982) กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติที่บุคคลริเริ่ม และกระทำในวิถีทางของตนเองเพื่อรักษาชีวิต ส่งเสริมสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของตน

เลวิน (Levin , 197 อ้างถึงในสมจิต หนูเจริญกุล , 2536) ให้ความหมายการดูแลตนเองว่าเป็นกระบวนการที่บุคคลปฏิบัติด้วยตนเอง เพื่อส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ค้นหาหรือรักษาโรค ในระยะเริ่มแรก โดยใช้แหล่งบริการสุขภาพ โดยใช้แหล่งบริการสุขภาพ

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้นำแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเองของโอเร็มมาใช้ในการศึกษาวิจัยซึ่งโอเร็มมีจุดมุ่งหมายในการดูแลตนเองดังนี้

1. ส่งเสริมการทำหน้าที่ของร่างกายให้เป็นไปตามปกติ รวมทั้งพัฒนาการของบุคคลให้มีประสิทธิภาพตามกำหนด
2. ดำรงไว้ซึ่งโครงสร้าง หน้าที่ และพัฒนาการของร่างกายเพื่อดำเนินชีวิตตามปกติ
3. ป้องกัน ควบคุม หรือบรรเทาอาการตามกระบวนการการเกิดโรค
4. ป้องกันความพิการ หรือทดแทนสิ่งที่สูญเสียไปแล้ว
5. ส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดี

ตามแนวคิดของโอเร็ม ความสามารถในการดูแลตนเองประกอบด้วยโครงสร้าง 3 ระดับ คือ (Orem , 1991)

ระดับที่ 1 ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (foundation capabilities and dispositions) เป็นความสามารถขั้นพื้นฐานของมนุษย์ที่จำเป็นสำหรับการกระทำอย่างจริงจัง โดยทั่วไปประกอบด้วย *พื้นฐานของสติปัญญา*

1. ความสามารถ และทักษะในการเรียนรู้ ได้แก่ ความจำ ความสามารถในการอ่าน เขียน นับเลข รวมทั้งความสามารถในการหาและใช้เหตุผล

2. หน้าที่ของประสาทรับความรู้สึกทั้งการสัมผัส การมองเห็น การได้ยิน การได้กลิ่น และการรับรส

3. การรับรู้ในเหตุการณ์ต่างๆ ทั้งภายในและภายนอกตนเอง
4. การเห็นคุณค่าในตนเอง
5. นิสัยประจำตัว
6. ความตั้งใจ
7. ความเข้าใจในตนเอง
8. ความหวังใยในตนเอง
9. การยอมรับตนเอง
10. ระบบการจัดลำดับความสำคัญ การรู้จักแบ่งเวลาในการทำกิจกรรมต่างๆ
11. ความสามารถที่จะจัดการเกี่ยวกับตนเอง

ระดับที่ 2 พลังความสามารถ 10 ประการ (Ten power components) เป็นความสามารถซึ่งเป็นตัวกลางเชื่อมการรับรู้ และการกระทำที่จิตใจ เพื่อการดูแลตนเองของมนุษย์ ประกอบด้วย *พจนานุกรมไทย*

1. ความสนใจเอาใจใส่ในตนเอง รวมทั้งความสนใจเอาใจใส่ในภาวะแวดล้อมภายในและภายนอกตนเอง ตลอดจนปัจจัยที่สำคัญสำหรับการดูแลตนเอง
2. ความสามารถที่จะควบคุมพลังงานของร่างกายให้เพียงพอและต่อเนื่องสำหรับการดูแลตนเอง
3. ความสามารถที่จะควบคุมส่วนต่างๆ ของร่างกายเพื่อการเคลื่อนไหวในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง
4. ความสามารถที่จะใช้เหตุผลเพื่อการดูแลตนเอง
5. แรงจูงใจที่จะกระทำการดูแลตนเอง
6. ทักษะในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเอง และปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจ
7. ความสามารถในการเสาะแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง และสามารถจะจดจำและนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติได้
8. ทักษะในการใช้กระบวนการทางความคิด และสติปัญญา ตลอดจนการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น
9. ความสามารถในการจัดระบบการดูแลตนเอง
10. ความสามารถที่จะปฏิบัติดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง และสอดแทรกการดูแลตนเองเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิต ในฐานะบุคคลซึ่งมีบทบาทเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวและชุมชน

ระดับที่ 3 ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเอง (capabilities for self-care operation) เป็นความสามารถที่จำเป็น และใกล้ชิด โดยตรงที่จะใช้ในการดูแลตนเองในขณะนั้น

ทันทีเป็นที่แสดงให้เห็นถึงความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลอย่างแท้จริง ประกอบด้วยความสามารถ 3 ประการคือ

1. การคาดการณ (estimative operations) เป็นความสามารถในการตรวจสอบสถานการณ์ และองค์ประกอบในตนเอง และสิ่งแวดล้อมที่สำคัญสำหรับการดูแลตนเอง ความหมายและความต้องการในการปรับการดูแลตนเอง

2. การปรับเปลี่ยน (transitional operations) เป็นความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับสิ่งที่ควรกระทำ และจะกระทำกิจกรรม

3. การลงมือปฏิบัติ (productive operations) เป็นความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อสนองตอบต่อการดูแลตนเอง

พฤติกรรมสุขภาพ (health behavior) เป็นกิจกรรมใดๆ ของบุคคลที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อการดำรงไว้ซึ่งสุขภาพ แฮริสและกูเติน (Harris & Guten , 1979) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพ ว่าหมายถึงการกระทำใดๆ ของบุคคลที่กระทำปกติและสม่ำเสมอ โดยมีวัตถุประสงค์ในการป้องกันไม่ให้เกิดโรค

คาส์และคอบบ์ (Kael & Cobb , 1966 อ้างถึงในประภาเพ็ญ สุวรรณและสวิง สุวรรณ , 2536) กล่าวถึงพฤติกรรมสุขภาพไว้ 3 ประการ ดังนี้

1. พฤติกรรมการป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพ (preventive and promotive behavior) หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของผู้ที่เชื่อว่าตนเองมีสุขภาพดี และไม่เคยมีอาการเจ็บป่วยมาก่อน วัตถุประสงค์เพื่อดำรงภาวะสุขภาพ ส่งเสริมภาวะสุขภาพ และป้องกันอันตรายจากอุบัติเหตุและประกอบอาชีพ รวมไปถึงการได้รับภูมิคุ้มกันโรค

2. พฤติกรรมเมื่อรู้สึกไม่สบาย (illness behavior) หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของผู้ที่เริ่มไม่แน่ใจภาวะสุขภาพของตนเอง คือ เริ่มมีอาการผิดปกติเกิดขึ้น ทำให้เกิดความสงสัยว่าตนเองจะเจ็บป่วย และต้องการความกระจ่างในอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น โดยการแสวงหาความช่วยเหลือจากผู้อื่น เช่น ปรึกษาญาติ หรือเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพ

3. พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย (sick role behavior) หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของผู้ที่ทราบแล้วว่าตนเองเจ็บป่วย โดยอาจเป็นการทราบจากความคิดเห็นของผู้อื่นหรือความคิดเห็นของผู้ป่วยเองก็ได้ เช่น พฤติกรรมการบริโภค การควบคุมอาหาร รวมไปถึงการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกาย เช่น การออกกำลังกาย เป็นต้น

สรุปได้ว่า การดูแลตนเองของผู้สูงอายุ หมายถึงการกระทำหรือการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันของผู้อายุ ที่มีผลต่อการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพรวมทั้งการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นจากการเป็นโรคเรื้อรังต่างๆ ที่ผู้สูงอายุเป็นอยู่ ทั้งทางด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อน การจัดการความเครียด การเข้ารับการรักษาพยาบาล

เพื่อคงไว้ซึ่งความมีสุขภาพที่ดีทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม รวมทั้งสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุขตามสภาวะของผู้สูงอายุที่เป็นอยู่ ซึ่งเป็นพฤติกรรมการดูแลตนเอง

ความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุในที่นี้ อาจแยกประเภท เป็น (ศรีจิตรา บุนนาค , 2549 หน้า 97- 109)

1. ผู้สูงอายุที่ยังช่วยเหลือตนเองได้
2. ผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือบางส่วน
3. ผู้สูงอายุและผู้พิการที่ต้องการความช่วยเหลือทั้งหมด

1. ผู้สูงอายุที่ยังช่วยเหลือตนเองได้

1.1 เขตเมือง ผู้สูงอายุที่ยังช่วยเหลือตนเองได้ที่เป็น โสด เป็นหม้าย ไม่มีบุตรหลาน หรือญาติพี่น้อง ที่จะให้พักอาศัยอยู่ด้วย จำเป็นต้องนึกถึงที่พักอาศัย (housing) ที่มีระบบให้ความสะดวก ความปลอดภัย ความปลอดภัยในชีวิตทรัพย์สิน ดังเช่น สววกนิเวศน์ ของสภากาชาดไทย ในกรณีที่ยากจนขาดทุนทรัพย์และรายได้ กรมประชาสงเคราะห์หรือหน่วยงานที่ควรรับผิดชอบ ควรส่งเสริมให้มีบ้านพักคนชราให้เพียงพอ

สำหรับผู้ที่มิครอบครัว ให้เน้นความรัก ความสัมพันธ์อันดีในครอบครัวและสนับสนุนครอบครัวขยาย (Extended family) เท่าที่จะทำได้ นอกจากนั้นควรสนับสนุนองค์กรกึ่งเอกชน มีส่วนในการดำเนินการเสริมนโยบายของรัฐในเรื่องที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุ

1.2 เขตชนบท เนื่องจากในปัจจุบันนี้ มีการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนมีทรัพยากรผันมาจากส่วนกลาง มีชมรมผู้สูงอายุกันอยู่แล้วเป็นส่วนใหญ่ ควรเป็นหน้าที่ขององค์การบริหารส่วนตำบล ในการจัดการเรื่องที่อยู่อาศัยตามความเหมาะสมและความต้องการของชุมชนนั้นๆ

2. ผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือบางส่วน

2.1 เขตเมือง แนวนโยบายควรสนับสนุนให้อยู่ในครอบครัวเดิมให้นานที่สุด ช่วยเหลือตนเองได้นานที่สุดเป็นหลัก ควรสนับสนุนให้มีการบริการเรื่องที่อยู่อาศัยซึ่งมีผู้สูงอายุและผู้บริการชนิดที่รัฐช่วยเหลือบางส่วนหรือทำขึ้นโดยองค์กรกึ่งเอกชน และเอกชน

2.2 เขตชนบท องค์การบริหารส่วนตำบล ควรพิจารณาเรื่องที่พักอาศัยของผู้สูงอายุเหล่านี้ และจัดการเรื่อง “การเยี่ยมบ้าน” (home visiting service) ทั้งทางด้านกายภาพ การสาธารณสุขสังคม และสิ่งแวดล้อม

3. ผู้สูงอายุและผู้พิการที่ต้องการความช่วยเหลือทั้งหมด ซึ่งไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เลย

3.1 เขตเมือง ควรมีที่พักอาศัยและบริการ เช่นเกเดียวกับบ้านพักคนชรา หากแต่การจัดการเรื่องบริการตลอดทั้งวัน ทั้งของภาครัฐ ภาคกึ่งเอกชน และเอกชนเอง

3.2 เขตชนบท องค์การบริหารส่วนตำบล ควรพิจารณาถึงความต้องการของชุมชนนั้นๆ และพิจารณาให้เหมาะสมกับความต้องการ และทรัพยากรที่มีอยู่ เพื่อพยายามให้ทุกคนมีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ และควรมีงานทั้งทางด้านสุขภาพ และสังคม เยี่ยมตามสถานที่ดังกล่าว (home/ community/ visiting service)

นอกจากนั้นยังควรจัดให้มีสถานดูแลยามกลางวัน (day care center) ซึ่งสามารถนำผู้สูงอายุและผู้พิการฝากไว้ช่วงกลางวัน เช่นเดียวกับศูนย์ดูแลเด็กก่อนวัยเรียน

สำหรับทีมงานทั้งทางด้านสุขภาพและสังคม เพื่อเยี่ยมตามบ้าน ควรประกอบด้วยบุคลากรสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งชุมชนจำเป็นต้องสร้างบุคลากรจากชุมชนนั้นขึ้นมา เพื่อช่วยเหลือ และสร้างอาชีพใหม่ให้แก่ชุมชนนั่นเอง โดยมีคำตอบแทนให้ดำรงชีวิตอยู่ได้ โดยอาศัยทรัพยากรที่ องค์การบริหารส่วนตำบล ได้รับการจัดสรร และบริหารจัดการ รวมทั้งแสวงหาความช่วยเหลือจากภาคส่วนต่างๆ เข้ามาร่วมช่วยเหลือเท่าที่จะทำได้

ในสังคมไทย การดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยตนเองไม่ได้ ไม่ว่าจะในเมือง หรือชนบท โดยทั่วไปจะเป็นไปในลักษณะที่ญาติพี่น้อง ลูกหลาน มีบทบาทเป็นอย่างสูง ทำให้เกิดความสัมพันธ์ และความอบอุ่นในครอบครัว และชุมชน แต่เริ่มมีการเปลี่ยนแปลงไป เนื่องจากการพัฒนาประเทศดังนี้

1. แนวโน้มประชากรของไทย เป็นไปในลักษณะที่ผู้สูงอายุมีสัดส่วนสูงขึ้นไปอีก 2 ทศวรรษหน้า จะมีผู้สูงอายุถึงเกือบร้อยละ 15 ของประชากรทั้งประเทศ
2. การอพยพแรงงานจากชนบท เข้าเมือง หรือจากภาคหนึ่ง ไปอีกภาคหนึ่ง ไปอีกภาคหนึ่ง ทำให้ความเข้มแข็งของครอบครัว / ชุมชนลดลง
3. การที่สตรีมีโอกาส และเข้าสู่ตลาดแรงงานมากขึ้น เนื่องจากความจำเป็นทางเศรษฐกิจ จึงไม่สามารถเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุในบ้านได้
4. ครอบครัว ให้ความสำคัญต่อการศึกษามาก จึงมีการส่งเด็กเข้าเรียนในโรงเรียน จนถึงชั้นมัธยมศึกษา ทำให้ขาดแคลนกำลังคนที่จะดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ที่บ้าน
5. ผู้สูงอายุที่ยังช่วยตัวเองไม่ได้ แม้ส่วนหนึ่งจะมีส่วนช่วย ในการดูแลผู้สูงอายุ ที่ช่วยตัวเองไม่ได้ แต่ก็ยังมีจำนวนไม่น้อย ที่ยังมีภารกิจ หรืออาชีพนอกบ้าน ทำให้โอกาส หรือแนวโน้มในส่วนนี้ลดลงไป

จากการศึกษาวิเคราะห์ ความต้องการผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยตนเองไม่ได้ ในอีก 2 ทศวรรษหน้าของ สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ ผู้อำนวยการสำนักนโยบาย และแผนสาธารณสุข รักษาการนายแพทย์ใหญ่ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และคณะซึ่งการศึกษาครั้งนี้ เป็นการคาดการณ์ความต้องการ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยตัวเองไม่ได้ โดยอาศัยข้อมูล จากการคาดการณ์ปัจจุบัน ในการผลิตกำลังคนที่ดูแลผู้สูงอายุ และสถานบริการที่ดูแลผู้สูงอายุด้วย

ผลการศึกษาพบว่า เริ่มมีการจัดตั้งสถานพยาบาลเอกชน เพื่อรับดูแลผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น และมีการจัดการฝึกอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยดำเนินการร่วมกับ หลักสูตรการอบรมผู้ดูแลเด็กเล็ก

แต่ผู้สูงอายุที่ช่วยตัวเองไม่ได้ ส่วนมากยังคงอยู่ในการดูแลของครอบครัว จากสมมุติฐานที่ตั้งไว้ สามารถคาดการณ์ความต้องการ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยตนเองไม่ได้ ในอีก 20 ปีข้างหน้า รวมประมาณ 41,275-64,798 คน โดยเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ประมาณ 21,303 – 42,607 คน ผู้ดูแลในสถาบันประมาณ 19,972-22,191 คน

คณะผู้ศึกษาเสนอว่า รัฐ น่าจะหาทางสนับสนุน ให้มีการดูแลผู้สูงอายุ ที่ช่วยตนเองไม่ได้ โดยให้ดูแลภายในครอบครัว หรือชุมชนให้มากที่สุด ซึ่งแม้จะต้องการผู้ดูแล มากกว่าการอยู่ในสถาบัน แต่ก็จะทำให้ เกิดความผูกพัน ความอบอุ่น และความเข้มแข็งของสถาบันครอบครัว แนวทางที่รัฐสามารถสนับสนุนได้ เช่น การสนับสนุนด้านการเงิน แก่ผู้ที่ต้องดูแลผู้สูงอายุ ด้วยมาตรการทางภาษี สนับสนุนการจัดตั้งระบบดูแลผู้สูงอายุ ในชุมชน โดยผู้สูงอายุด้วยตนเอง ทั้งนี้ โดยการสนับสนุนค่าใช้จ่ายบางส่วน ในรูปของชมรมผู้สูงอายุ และ สนับสนุนด้านวิชาการ โดยการเยี่ยมบ้าน ของพยาบาล จากสถานพยาบาลของรัฐ หรือพยาบาลที่ชุมชนจ้างไว้ หรือสนับสนุนการจัดตั้งสถานดูแลผู้สูงอายุ ที่ช่วยตนเองไม่ได้ โดยให้อยู่ใกล้ชุมชน หรือสถานที่ทำงาน ส่วนการฝึกอบรมผู้ดูแลและผู้สูงอายุนั้น ควรจะมีการสนับสนุน การจัดตั้งสถานศึกษา ที่ได้มาตรฐาน รวมทั้ง การฝึกอบรมในชุมชน ในลักษณะสาธารณสุขมูลฐานด้วย

สถานการณ์และการพัฒนาคุณภาพผู้สูงอายุไทย

การเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุและการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและเศรษฐกิจที่เป็นไปอย่างรวดเร็ว ทำให้สังคมไทยได้กำหนดผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป คือผู้สูงอายุ จากข้อมูลจำนวนประชากรสูงอายุของประเทศไทยงานทะเบียนราษฎร ซึ่งให้เห็นว่า ประเทศไทยมีจำนวนประชากรสูงอายุเมื่อสิ้นปี พ.ศ. 2547 ประมาณ 6.2 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด การเพิ่มของจำนวนผู้สูงอายุของไทย เป็นผลมาจากความก้าวหน้าทางการแพทย์และสาธารณสุขและจากนโยบายการวางแผนครอบครัวที่ส่งผลให้อัตราการเจริญพันธุ์ของประชากรลดลง จึงทำให้ประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นและมีอายุยืนยาวขึ้น กลุ่มผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้นนี้ นำมาซึ่งภาวะเสี่ยงและปัญหาด้านสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เนื่องจากวัยสูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ถดถอย ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ และสังคม จากปัญหาดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นที่จะต้องเตรียมความพร้อมในระบบบริการทางสังคม และสุขภาพเพื่อให้ผู้สูงอายุเข้าสู่ภาวะวัยสูงอายุอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี (สำนักงานส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ , 2547)

อายุคาดเฉลี่ยของคนไทย จากข้อมูลของมหาวิทยาลัยมหิดล , 2548. สาระประชากร สถาบันวิจัยประชากรและสังคม พบว่า อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด ในเพศชาย คือ 66.1 ปี เพศหญิง 74.1 ปี อายุคาดเฉลี่ยเมื่ออายุ 60 ปี ในเพศชาย คือ 18.0 ปี เพศหญิง 20.9 ปี และอายุเฉลี่ยที่อายุ 80 ปี ในเพศชาย คือ 10.0 ปี เพศหญิง คือ 10.2 ปี

ประชากรสูงอายุไทยในปัจจุบันยังคงมีปัญหาสุขภาพเป็นหลัก โดยเฉพาะปัญหาโรคเรื้อรัง ปัญหาทุพพลภาพ และปัญหาโภชนาการ มีปัญหาด้านการเงินและความยากจนเป็นอันดับสอง แต่มีปัญหาด้านการขาดการดูแลเมื่ออยู่ในสถานะพึ่งพาในระดับต่ำ เนื่องจากผู้สูงอายุในปัจจุบันส่วนใหญ่สมรส และมีบุตรหลานในจำนวนที่เพียงพอที่จะให้การเกื้อกูลในด้านต่างๆ สำหรับปัญหาด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพและสวัสดิการสังคม ตลอดจนข้อมูลข่าวสารยังคงเป็นปัญหาสำคัญที่ต้องกล่าวถึง โดยเฉพาะในประการหลักเป็นปัญหาที่ชัดเจนในผู้สูงอายุหญิงเมื่อเทียบกับผู้สูงอายุชาย อันเป็นผลจากการค้อยกว่าของระดับการศึกษาและการอ่านออกกะเขียนได้ อย่างไรก็ตาม แนวโน้มที่เพิ่มขึ้นของปัญหาขาดแคลนการดูแลผู้สูงอายุเมื่อต้องพึ่งพา ควรได้รับการจับตามองและให้ความสำคัญอย่างต่อเนื่อง

การศึกษาและการเรียนรู้ของผู้สูงอายุไทย เป็นเรื่องที่ละเอียดอ่อน เนื่องจากการเรียนรู้เป็นกระบวนการที่มองไม่เห็นได้โดยตรง แต่สังเกตได้จากพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่มีต่อสภาวะการเรียนรู้ได้แก่ ทักษะคิด แรงจูงใจ ความเหนื่อยล้า ความเชื่อถือ ฯลฯ ดังนั้นหน่วยงานต่างๆ ต้องเข้าไปมีส่วนร่วมในการส่งเสริม สนับสนุนให้ผู้สูงอายุเกิดการเรียนรู้ด้วยตนเอง จากแหล่งความรู้และสภาพแวดล้อมต่างๆ ที่สัมพันธ์กับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุทั้งที่มีอยู่เอง และที่มนุษย์ตั้งใจสร้างขึ้นเพื่อกระตุ้นการเรียนรู้ หรือเป็นบริการและให้โอกาสทางการศึกษา เพื่อเสริมสร้างให้ผู้สูงอายุมีความรู้พื้นฐานในการดำรงชีวิต มีความรู้ ทักษะในการประกอบการตัดสินใจ เพื่อที่จะดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุขตามควรแก่อัตราภาพ จากการสำรวจประชากรสูงอายุของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษาปีที่ 4 ร้อยละ 61.5 มีผู้สูงอายุเพียงร้อยละ 10.2 ที่จบการศึกษาสูงกว่าประถมศึกษาปีที่ 4 และเกือบร้อยละ 20.0 ไม่มีการศึกษาหรือไม่เคยได้รับการศึกษาในระบบโรงเรียนเลย เมื่อพิจารณาการศึกษาของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลและนอกเทศบาล พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ไม่ว่าจะอยู่ในเขตเทศบาลหรือนอกเขตเทศบาล ก็จบการศึกษาระดับประถมศึกษาปีที่ 4 ถึงแม้ว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาประถมศึกษาปีที่ 4 แต่ก็ยังเป็นอุปสรรคต่อการดำรงชีวิต เนื่องจากผู้สูงอายุมีการเรียนรู้ตามแนววิถีชีวิต สามารถปรับตัวให้กลมกลืนกับสภาพสิ่งแวดล้อมได้อย่างมีประสิทธิภาพ ถ้าหากว่าการเรียนรู้นั้นเป็นไปด้วยความสมัครใจตรงกับความต้องการและความสนใจของผู้สูงอายุ เป็นการเปิด โอกาสให้ผู้สูงอายุเกิดความมั่นใจ สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข เมื่อผู้สูงอายุได้รับการศึกษาแล้วจะเกิดความเปลี่ยนแปลงและพัฒนา 3 ด้าน คือ ความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติ ซึ่งจะส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ดังจะเห็น ได้จากการเข้าร่วมกิจกรรมการเรียนรู้ ซึ่งมีหลายรูปแบบ เช่น การศึกษานอกโรงเรียน และการศึกษาตามอัธยาศัย เป็นต้น

การทำงานกับรายได้ เป็นอีกเรื่องหนึ่งที่มีความสำคัญกับผู้สูงอายุในลำดับต้นๆ การที่มีรายได้ที่เพียงพอ เป็นองค์ประกอบสำคัญต่อการดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพ ปัจจุบันผู้สูงอายุเป็นจำนวนมากยังมีความจำเป็นต้องทำงานเพื่อหารายได้มาเลี้ยงดูตนเอง และสมาชิกในครอบครัวอย่าง

ต่อเมื่อขณะที่ผู้สูงอายุจำนวนมากไม่น้อยที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดี แต่ยังมีศักยภาพ ความพร้อมและ
ต้องการทำงานต่อภายหลังเกษียณอายุ การเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุทำงาน จึงควรพิจารณาสภาพการ
ทำงานให้สอดคล้องเหมาะสมกับสภาพร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุเป็นสำคัญ ขณะเดียวกันการ
ออมถือเป็นปัจจัยหลักที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถใช้ชีวิตได้อย่างมั่นคง มีความสุข ไม่ต้องประสบ
กับภาวะเสี่ยงต่างๆ อย่างไรก็ตาม ประเทศไทยยังมีผู้สูงอายุที่ยากจนอยู่เป็นจำนวนมากที่ต้องได้รับการ
ดูแลเป็นพิเศษดังนั้น ในการพิจารณาสถานการณ์ทำงานและการมีรายได้ของผู้สูงอายุไทย ควร
พิจารณาทั้งในเชิงปัจเจกบุคคล และในภาพรวม

เมื่อพิจารณากลุ่มผู้สูงอายุที่ทำงาน ส่วนใหญ่จะทำงานอยู่ในภาคเกษตรกรรม จากเดิม ร้อย
ละ 65.5 ในปี 2544 เป็นร้อยละ 63.9 ในปี 2547 ขณะที่การทำงานนอกภาคเกษตรมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น
จากร้อยละ 34.4 ในปี 2544 เป็นร้อยละ 36.1 ในปี 2547 เมื่อพิจารณาสถานภาพการทำงานของผู้
สูงอายุ ส่วนใหญ่ประกอบธุรกิจส่วนตัวโดยไม่มีลูกจ้างและช่วยธุรกิจของครัวเรือนโดยไม่มีค่าจ้าง
มีถึงร้อยละ 80.4 รองลงมาเป็นลูกจ้างในภาครัฐ รัฐวิสาหกิจและเอกชน ประมาณ ร้อยละ 14.9
ขณะที่การรวมกลุ่มประกอบอาชีพของผู้สูงอายุยังมีสัดส่วนน้อยมากแต่ก็มีทิศทางที่ดีขึ้น โดยเพิ่ม
จากร้อยละ 0.03 ในปี 2544 เป็นร้อยละ 0.1 ในปี 2547 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 98.2 เป็นผู้มียาได้
ซึ่งรวมถึงผู้สูงอายุที่มีงานทำและไม่มียาได้ สำหรับแหล่งรายได้ที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้รับมาจาก
บุตรหญิงที่สมรสแล้วมากที่สุดถึงร้อยละ 53.5 รองลงมาได้รับจากบุตรชายที่สมรสแล้ว ร้อยละ 44.8
จากบุตรชายและบุตรหญิงที่ยังเป็น โสดประมาณร้อยละ 15.0 และร้อยละ 37.7 ได้จากการทำงาน

จากสถานภาพการทำงานดังกล่าว อาจสะท้อนให้เห็นว่า ผู้สูงอายุส่วนหนึ่งยังคงมีความ
ต้องการทำงาน โดยมีสาเหตุมาจากปัญหาทางเศรษฐกิจและการตระหนักว่าตนเองยังคงมีศักยภาพที่
จะทำงานได้ต่อไปได้ ดังนั้น เมื่อพิจารณาเทียบเคียงกับสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงโครงสร้าง
ประชากรไทยที่กำลังจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว อาจนำไปสู่การปรับการกำหนดอายุ
เกษียณจาก 60 ปี ออกไป รวมทั้งการปรับเงื่อนไขการทำงานให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุมากขึ้น เช่น
การทำงานชั่วคราว ชั่วโมงการทำงานน้อยลง และสภาพการทำงานไม่หนัก ฯลฯ อย่างไรก็ตาม
จำเป็นต้องปรับให้สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริง อาทิ การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุรวมตัวกัน
ประกอบอาชีพเพื่อสร้างรายได้อย่างต่อเนื่อง อาจต้องมริมาตรการสนับสนุนที่ดี หรือมีการกำหนด
สิ่งจูงใจให้สถานประกอบการรับผู้สูงอายุเข้าทำงาน เป็นต้น

ที่อยู่อาศัย กล่าวได้ว่า ลักษณะที่อยู่อาศัยด้านกายภาพ และของบ้านที่อยู่อาศัยสะท้อน
คุณภาพชีวิตของประชากร การอยู่บ้านที่ถูกสุขลักษณะและมีมาตรฐานสากลนับเป็นความต้องการ
ขั้นพื้นฐานที่ควรได้รับการตอบสนอง และเป็นที่ยอมรับกันว่าผู้สูงอายุต้องการสภาพที่อยู่อาศัยที่
แตกต่างจากประชาชนทั่วไป เนื่องจากความจำกัดในด้านการเคลื่อนไหวของร่างกายเมื่ออายุมากขึ้น
และอีกประเด็นหนึ่งที่มีมีการกล่าวกันอย่างกว้างขวาง คือ การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของ

ครอบครัวไทยจากครอบครัวขยายมาเป็นครอบครัวเดี่ยว ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุไม่ได้รับการดูแลเท่าที่ควร (สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ , 2547)

ผู้สูงอายุไทยกับภาวะสุขภาพ

สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (2547) ได้จัดทำบทความเกี่ยวกับผู้สูงอายุและภาวะสุขภาพ โดยมีรายงานสรุปดังนี้

1. แนวโน้มของผู้สูงอายุ

ประชากรสูงอายุในประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องจาก 1.7 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 4.9 ของประชากรทั้งประเทศในปี 2513 เป็น 5.9 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 9.5 ในปี 2543 และจากการคาดประมาณประชากรของประเทศไทยคาดว่าจะมีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 16.8 ในปี 2536 ผู้สูงอายุหญิงมีสัดส่วนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 5.3 ในปี 2513 เป็นร้อยละ 10.3 ในปี พ.ศ. 2543 ส่วนผู้สูงอายุชายเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 4.5 ในปี 2513 เป็นร้อยละ 8.7 ในปี 2543 และคาดการณ์ว่าจะมีผู้สูงอายุหญิงสูงถึงร้อยละ 18.5 ในปี 2536 ขณะที่ผู้สูงอายุชายเพียงร้อยละ 15.0 ในปี 2536

2. ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมย่อมส่งผลต่อสุขภาพที่ดี รวมทั้งถ้าได้มีการเตรียมความพร้อมเกี่ยวกับสุขภาพก่อนที่จะเข้าสู่วัยอายุ ย่อมทำให้โอกาสของการเจ็บป่วยหรือทุพพลภาพลดลงไปด้วยเช่นกัน

2.1 การเจ็บป่วยและโรค

ผู้สูงอายุรู้สึกป่วยหรือรู้สึกไม่สบายระหว่าง 1 เดือนก่อนวันสัมภาษณ์ ประมาณ 2.4 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 39.8 ของผู้สูงอายุทั้งสิ้น การเจ็บป่วยของผู้สูงอายุหมายถึงการป่วยทุกชนิดตั้งแต่ป่วยเล็กน้อยจนกระทั่งถึงป่วยหนัก และรวมถึงการที่รู้สึกตัวว่าไม่สบายด้วย ผู้สูงอายุหญิงมีอัตราการเจ็บป่วยสูงกว่า ผู้สูงอายุทั้งชายและหญิงป่วยหรือรู้สึกตัวว่าไม่สบายเฉลี่ยประมาณ 3 ครั้งต่อเดือน โดยกลุ่มโรคที่ป่วยมากที่สุดสามลำดับคือ โรกระบบกล้ามเนื้อ เส้นเอ็นกระดูกและข้อ โรกระบบทางเดินหายใจ และโรคหัวใจและหลอดเลือด

2.2 พฤติกรรมเสี่ยง

2.2.1 การสูบบุหรี่ และดื่มสุรา

เกือบ 1 ใน 4 ของผู้สูงอายุทั้งสิ้น สูบบุหรี่ โดยผู้สูงอายุชายมีสัดส่วนที่สูบบุหรี่สูงกว่าผู้สูงอายุหญิงอย่างเห็นได้ชัด คือ ร้อยละ 43.3 ขณะที่ผู้สูงอายุหญิงสูบบุหรี่เพียงร้อยละ 4.6 เท่านั้นผู้สูงอายุชายสูบบุหรี่เฉลี่ยวันละ 10 มวน ขณะที่ผู้สูงอายุหญิงสูบบุหรี่เฉลี่ยวันละ 6 มวน ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ดื่มสุรา มีผู้สูงอายุเกือบ 1 ใน 4 ยังคงดื่มสุรา โดยเป็นการดื่มนานๆ ครั้ง แต่มีผู้สูงอายุไม่น้อยที่ดื่มสุราทุกวัน ผู้สูงอายุดื่มสุราสูงกว่าหญิงร้อยละ 41.9 ขณะที่ผู้สูงอายุหญิงมีสัดส่วนที่ดื่มสุราเพียงร้อยละ 8.6

2.2.2 การขับขีวดยานพาหนะ

การขับขีวดยานพาหนะต่างๆ เป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเสียชีวิต บาดเจ็บและคุณภาพของผู้สูงอายุ โดยสรุปคือ

การใช้เข็มขัดนิรภัย ผู้สูงอายุยังคงเป็นผู้ขับหรือผู้โดยสารรถยนต์ตอน หน้า (ร้อยละ 60.6) แต่ไม่เคยใช้เข็มขัดนิรภัยเลยสูงถึงร้อยละ 44.1 และใช้ทุกครั้งเพียงร้อยละ 21.9 ผู้สูงอายุชายเป็นผู้ขับหรือโดยสารรถยนต์ตอนหน้าสูงกว่าหญิง แต่เกือบครึ่งของผู้สูงอายุหญิง ไม่เคยใช้เข็มขัดนิรภัยเลย และใช้ทุกครั้งเพียงร้อยละ 18.9 ขณะที่ผู้สูงอายุชายไม่เคยใช้เข็มขัดนิรภัยเลย มีร้อยละ 38.7 และ 1 ใน 4 ใช้เข็มขัดนิรภัยทุกครั้ง

การสวมหมวกกันน็อก กว่า 2 ใน 3 ของผู้สูงอายุขับขีวหรือโดยสารรถจักรยานยนต์ แต่มากกว่า ครึ่งไม่เคยสวมหมวกกันน็อกเลย มีเพียงร้อยละ 9.4 เท่านั้นที่สวมทุกครั้ง ผู้สูงอายุชายขับขีวหรือโดยสารรถจักรยานยนต์สูงกว่าหญิง แต่ผู้สูงอายุหญิงไม่เคยสวมหมวกกันน็อกเลยสูงถึงร้อยละ 66.9 และมีเพียงร้อยละ 6.2 เท่านั้นที่สวมทุกครั้ง ขณะที่ผู้สูงอายุชายไม่เคยสวมหมวกกันน็อกเลยร้อยละ 47.4 และสวมทุกครั้งร้อยละ 12.7

2.3 การดูแลสุขภาพ

2.3.1 การออกกำลังกาย

ผู้สูงอายุออกกำลังกายเป็นประจำเพียงร้อยละ 21.0 โดยเกือบครึ่งจะออกกำลังกายทุกวัน และในแต่ละครั้งจะใช้เวลาประมาณครั้งละ 10-20 นาที ผู้สูงอายุชายออกกำลังกายในสัดส่วนที่สูงกว่าผู้สูงอายุหญิง

2.3.2 ความหมายลำบากในการทำกิจกรรม

ผู้สูงอายุได้ประเมินตนเองถึงความรู้สึกยากลำบากในการทำกิจกรรมต่างๆ คือ การเคลื่อนไหว การดูแลตัวเอง การทำงานนอกบ้านหรือทำงานบ้าน การป่วยหรือรู้สึกไม่สบายอารมณ์ ความรู้สึก สมาธิ การจำ และการเข้าร่วมกิจกรรมกับผู้อื่น โดยแบ่งความรุนแรงจากมาก ปานกลาง คือเล็กน้อยถึงปานกลาง และไม่มีเลย สรุปได้ว่า กิจกรรมที่ผู้สูงอายุไม่มีความยากลำบากในการทำกิจกรรมเลยคือ การร่วมกิจกรรมกับบุคคลอื่นหรือการเข้าร่วมสังคัมชุมชน (ร้อยละ 64.2) การดูแลตนเอง (ร้อยละ 62.1) และความรู้สึกหุดหู่ เศร้าเสียใจหรือทวิตกกังวล (ร้อยละ 56.0) ขณะที่ผู้สูงอายุมีปัญหารุนแรงในการทำกิจกรรมได้แก่ การเคลื่อนไหว (ร้อยละ 11.5) การทำงานนอกบ้านหรือทำงานบ้าน (ร้อยละ 10.3) และปัญหาจากการป่วยหรือรู้สึกไม่สบาย (ร้อยละ 8.1) ผู้สูงอายุหญิงประเมินตนเองว่ามีความยากลำบากอย่างมากในทุกๆ กิจกรรมสูงกว่าผู้สูงอายุชาย

3. สวัสดิการคำรักษาพยาบาล

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้รับสวัสดิการคำรักษาพยาบาล (ร้อยละ 96.7) ซึ่งเป็นอีกทางหนึ่งที่จะช่วยแบ่งเบาหรือลดภาระด้านการเงินให้กับผู้สูงอายุ สวัสดิการคำรักษาพยาบาลได้แก่ ค่ายา

คำห้องพักในสถานพยาบาล รวมทั้งค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับอุปกรณ์เครื่องใช้ต่างๆ เป็นต้น สวัสดิการที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้รับ เป็นบัตรประกันสุขภาพ (ร้อยละ 82.4)

จากการสำรวจสุขภาพประชากรอายุ 50 ปีขึ้นไป ในประเทศไทย ดำเนินการโดยกระทรวงสาธารณสุข สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สถาบันวิจัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และสถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย มุลินธิสาธารณสุขแห่งชาติ ระหว่างปี พ.ศ. 2538-2539 (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรม และคณะ , 2539) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ได้ข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญของกลุ่มประชากรที่กำลังย่าง เข้าสู่ และ ผู้ที่อยู่ในวัยสูงอายุ ในด้านสภาพทางประชากรศาสตร์ วิถีชีวิตความเป็นอยู่ สถานะสุขภาพ การแสวงหาบริการเมื่อเจ็บป่วย พฤติกรรมสุขภาพ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรต่างๆ อันจะเป็นประโยชน์ในการวางแผน จัดบริการ และส่งเสริมสุขภาพอนามัย ได้อย่างสอดคล้อง กับความต้องการ การสำรวจนี้ เป็นการศึกษาระบบภาคตัดขวาง โดยการสุ่มตัวอย่าง 2 จังหวัด จากแต่ละ 12 เขต ที่อยู่ในพื้นที่บริการ ของกระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับกรุงเทพมหานครเป็น 25 จังหวัด ทำการสุ่มครัวเรือนตัวอย่าง และสุ่มเลือกคนที่มีอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป ในครัวเรือนนั้น 1 คน ทำการสัมภาษณ์โดยทีมของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด หรือโรงพยาบาลจังหวัด โดยใช้แบบสอบถาม จำนวน 74 หน้า

ผลการสำรวจประชากรตัวอย่าง ทั้งหมด 7,713 คน เป็นชายร้อยละ 43.2 อาศัยในเขตเมืองร้อยละ 26.1 ทั้งในเขตเมือง และชนบท จะมีหญิงมากกว่าชายในเกือบทุกกลุ่มอายุ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 86.1 ไม่เคยเข้าศึกษาในระบบ โรงเรียน แต่เพียงร้อยละ 20.8 เท่านั้นที่อ่านออกไม่ออกเขียนไม่ได้ เพศชายส่วนใหญ่ยังคงอยู่กับคู่สมรส ในขณะที่เพศหญิงจะมีสัดส่วนการเป็นหม้ายมากกว่า ในกรุงเทพฯ มีคนโสดมากกว่าภาคอื่น อัตราการคงทำงาน ในกลุ่มอายุ 50-59 ปี ร้อยละ 86.7 ส่วนกลุ่มอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ยังคงทำงานร้อยละ 51.1 ส่วนใหญ่ร้อยละ 80 จะเป็นเจ้าของบ้านที่อาศัยอยู่แหล่งรายได้ของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่จะได้จากบุตร และการทำงานของตนเอง และร้อยละ 62.8 จะไม่มีภาระหนี้สิน

เมื่อให้ตนเองประเมินสุขภาพของตน ส่วนใหญ่เห็นว่า ตนเองยังแข็งแรง หรือแข็งแรงมาก โดยเฉพาะประชาชนในกรุงเทพฯ ซึ่งจะคล้ายคลึงกับผู้สัมภาษณ์ประเมิน ในขณะที่สัมภาษณ์ อัตราการเจ็บป่วยเรื้อรัง ในรอบ 6 เดือน ก่อนการสำรวจ 5 อันดับ คือ ปวดเมื่อยหลัง / บั้นเอว ร้อยละ 16.0 ความดันโลหิตสูงร้อยละ 13.2 โรคกระเพาะอาหารร้อยละ 13.0 ไชข้ออักเสบ/ ข้อเสื่อม ร้อยละ 12.1 และโรคหัวใจร้อยละ 5.6 พบกระดูกหัก โรคตับ มะเร็ง น้อยกว่าร้อยละ 1 อัตราการบาดเจ็บจากการหกล้มนอกบ้าน ในเวลากลางวัน อัตราการเจ็บป่วยเล็กน้อย ในระยะ 1 เดือน ก่อนการสำรวจ คือ ร้อยละ 40.3 ด้วยสาเหตุหลักคือ หัวใจ/ น้ำมูกไหล (ร้อยละ 28.1) ปวดมีนศีรษะ (ร้อยละ 15.8) ปวดกล้ามเนื้อ (ร้อยละ 8.2) ปวดข้อ (ร้อยละ 5.9) ปวดจุดเสียดท้อง (ร้อยละ 5.3) พฤติกรรมแสวงหาบริการทางการแพทย์ทั่วไป ส่วนใหญ่ร้อยละ 49.4 ซึ่ขอรับประทานเอง ไปสถานอนามัย ร้อยละ 22.0 คลินิกเอกชนร้อยละ 11.3 และโรงพยาบาลรัฐร้อยละ 29.1 ด้วยสาเหตุที่แตกต่างกัน

ระหว่างกลุ่มอายุ 50-59 ปี (อัมพาต อาเจียนเป็นเลือด ถ่ายเป็นโลหิต ตกเลือด ฝืนนอน) กับกลุ่มอายุ ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป (ท้องเสีย โรคกระเพาะอาหาร ความดันโลหิตสูง) มีผู้เข้ารับบริการตรวจสุขภาพ น้อย คือ ตรวจความดันโลหิตเพียงร้อยละ 43.8 ตรวจเลือดร้อยละ 16.1 ตรวจปัสสาวะร้อยละ 13.3 น้อยที่สุด คือ ตรวจทวารหนักร้อยละ 0.9 เพศหญิงเข้าตรวจเต้านมเพียงร้อยละ 1.9 ตรวจภายในร้อยละ 3.1 อัตราการสูบบุหรี่ร้อยละ 30.7 ชายมากกว่าหญิง 5-6 เท่า อัตราเคี้ยวหมากร้อยละ 29.2 หญิงมากกว่าชาย 3-6 เท่า และอัตราการเสพสุราเป็นประจำร้อยละ 29.0 ชายมากกว่าหญิง 3-4 เท่า ประชากรที่สำรวจร้อยละ 73.5 รับประทานผักเป็นประจำทุกวัน ร้อยละ 29.0 รับประทานผลไม้ทุกวัน บริโภคเนื้อสัตว์ประจำเพียงร้อยละ 29.4 เนื้อปลาร้อยละ 29.4 นมสดร้อยละ 18.6 ชา / กาแฟร้อยละ 47.3 ส่วนใหญ่ได้ยา 1-2 ชนิด ส่วนใหญ่บริโภคยาระงับปวด ลดความดัน วิตามิน และยาเคลือบกระเพาะ มี ผู้ออกกำลังกายเป็นประจำทุกวัน ร้อยละ 44.1 เดินเล่นทุกวันร้อยละ 67.3 สวดมนต์ทำสมาธิทุกวันร้อยละ 56.5 พฤติกรรมทางเพศลดลงตามอายุ มีผู้ที่รู้สึกหงอยเหงาต่ำกว่าร้อยละ 10 และส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาทะเลาะเบาะแว้งกับสมาชิกในครอบครัว การเก็บออมเงินในครอบครัวมีน้อยกว่าครึ่ง นอกจากนี้ในหมู่บ้านที่สำรวจส่วนใหญ่ร้อยละ 41.5 เก็บออมเงินร้อยละ 38.8 การใช้เวลาว่างเมื่อเกษียณอายุ ร้อยละ 36.0 ตรวจร่างกายร้อยละ 31.8 และมีเพียงร้อยละ 13.7 ที่เตรียมการแบ่งปันทรัพย์สิน

ข้อเสนอแนะที่สำคัญจากการสำรวจครั้งนี้ คือ การศึกษารูปแบบการให้บริการตรวจร่างกาย เพื่อคัดกรองโรคที่สำคัญๆ กับกลุ่มประชากรในวัยนี้ การศึกษารูปแบบการส่งเสริมการรวมกลุ่มในชุมชนสำหรับผู้สูงอายุ นอกเหนือจากการชมรมผู้สูงอายุ ซึ่งอาจไม่สอดคล้องกับสภาพเฉพาะ ของแต่ละชุมชน นโยบายเพื่อส่งเสริมการใช้ยาอย่างเหมาะสม และป้องกันการใช้จ่ายเกินความจำเป็น รวมไปถึงการส่งเสริมให้กลุ่มประชากรนี้ ช่วยในการรณรงค์ เพื่อ การรับประทานอาหารที่เหมาะสมในวัยอื่นๆ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และคณะ (2540) ทำการศึกษา วิเคราะห์ ความต้องการผู้ดูแล ผู้สูงอายุที่ช่วยตนเองไม่ได้ ในอีก 2 ทศวรรษหน้า เริ่มมีการจัดตั้งสถานพยาบาลเอกชน เพื่อรับดูแล ผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น และมีการจัดการฝึกอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยดำเนินการร่วมกับ หลักสูตรการ อบรมผู้ดูแลเด็กเล็ก แต่ผู้สูงอายุที่ช่วยตัวเองไม่ได้ ส่วนมากยังคงอยู่ในการดูแลของครอบครัว จาก สมมุติฐานที่ตั้งไว้ สามารถคาดการณ์ความต้องการ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยตนเองไม่ได้ ในอีก 20 ปี ข้างหน้า รวมประมาณ 41,275 – 64,798 คน โดยเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ประมาณ 21,303- 42,607 คน ผู้ดูแลในสถาบันประมาณ 19,972-22,191 คน

คณะผู้ศึกษาเสนอว่า รัฐ น่าจะหาทางสนับสนุน ให้มีการดูแลผู้สูงอายุ ที่ช่วยตนเองไม่ได้ โดยให้ดูแลภายในครอบครัว หรือชุมชนให้มากที่สุด ซึ่งแม้จะต้องการผู้ดูแล มากกว่าการอยู่ในสถาบัน แต่ก็จะทำให้เกิดความผูกพัน ความอบอุ่น และความเข้มแข็งของสถาบันครอบครัว แนวทางที่รัฐสามารถสนับสนุนได้ เช่น การสนับสนุนด้านการเงิน แก่ผู้ที่ต้องดูแล ผู้สูงอายุด้วยมาตรการทางภาษี สนับสนุนค่าใช้จ่ายบางส่วน ในรูปแบบชมรมผู้สูงอายุ และสนับสนุนด้านวิชาการ โดยการเยี่ยมบ้านของพยาบาล จากสถานพยาบาลของรัฐ หรือพยาบาลที่ชุมชนจ้างไว้ หรือ สนับสนุนการจัดตั้งสถานดูแลผู้สูงอายุ ที่ช่วยตนเองไม่ได้ โดยให้อยู่ใกล้ชุมชน หรือสถานที่ทำงาน ส่วนการฝึกอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุนั้น ควรจะมีการสนับสนุน การจัดตั้งสถานศึกษา ที่ได้มาตรฐาน รวมทั้ง การฝึกอบรมในชุมชนในลักษณะสาธารณสุขมูลฐานด้วย

เกริกศักดิ์ บุญญานุกพงศ์ , สุรีย์ บุญญานุกพงศ์และสมศักดิ์ ฉันทะ (2533) ศึกษาชีวิตคนชรา ในจังหวัดเชียงใหม่ จากการประเมินด้วยตนเอง พบว่า คนชราทั้งในเขตเมืองและชนบทส่วนใหญ่ รู้สึกว่าสุขภาพของตนเองอยู่ในเกณฑ์ที่ปกติดีถึงดีมาก และจากการประเมินตามสภาพจริงที่เห็นก็พบว่า คนชราส่วนใหญ่มีความสามารถในการมองเห็น ได้ยินและการเคลื่อนไหวอยู่ในเกณฑ์ที่ดี โดยไม่มีความจำเป็นต้องใช้เครื่องมือ แต่เมื่อสอบถามถึงภาวะการเจ็บป่วย พบว่า คนชราส่วนใหญ่ มีโรคประจำตัวอย่างใดอย่างหนึ่ง ส่วนมากเป็น โรคที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกาย จากการที่ถูกใช้มานาน เช่น โรคข้อเสื่อม โรคเกี่ยวกับการย่อยอาหาร โรคที่เป็นเรื้อรังอื่นๆ เช่น เบาหวาน ความดัน โลหิตสูง หัวใจ ซึ่งพบไม่มากนัก

พิทักษ์ ศิริวิวัฒนเมธานนท์และคณะ(2540) พบว่า ร้อยละ 69.5 ผู้สูงอายุเปลี่ยนเสื้อผ้าที่สวมใส่และทำความสะอาดเอง ตลอดจนการทำความสะดวกในบ้านเรือน พร้อมทั้งจัดทำอาหารรับประทานเอง และพบว่า ร้อยละ 26 เจ็บป่วยด้วยโรคข้อ กล้ามเนื้อ การดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย ส่วนใหญ่เลือกใช้บริการสาธารณสุข

คนัย ธีวันดา และมลลธิ แสนใจ (2544) ทำการศึกษาบทบาท ความต้องการการสนับสนุนของผู้ดูแลและความต้องการการดูแลรักษาสุขภาพ ของผู้สูงอายุในเขต 7 ได้แก่ จังหวัดอุบลราชธานี ยโสธร ศรีสะเกษ มุกดาหาร อำนาจเจริญ ร้อยเอ็ด และนครพนม เก็บรวบรวมข้อมูล โดยวิธีการสัมภาษณ์ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาเกี่ยวกับโรคประจำตัว (ร้อยละ 51.0) โดยเป็นโรคปวดข้อมากที่สุด (ร้อยละ 36.5) รองลงมาคือ โรคกระเพาะอาหาร และโรคเบาหวาน (ร้อยละ 10.0 และ 2.3 ตามลำดับ) ผู้สูงอายุส่วนมาก สามารถทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ ได้ด้วยตนเอง โดยไม่ต้องมีคนช่วยเหลือ (มากกว่าร้อยละ90) อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุทุกคนอยากให้มีผู้ดูแลตลอดไป (ร้อยละ 100.0) และบุตรเป็นผู้ที่สูงอายุ อยากให้เป็นผู้ดูแลมากที่สุด (ร้อยละ 78.8) บทบาทหลักของผู้ดูแลคือการพาผู้สูงอายุไปพบแพทย์ (ร้อยละ 40.0) และการช่วยเหลือด้านการหุงหาอาหาร (ร้อยละ 96.5) ปัญหาส่วนใหญ่ของผู้ดูแล คือ ต้องดูแลผู้อื่นอีก นอกจากที่ต้องดูแลผู้สูงอายุ และปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย (ร้อยละ 61.6 และ 52.3 ตามลำดับ) ในด้านความต้องการของผู้ดูแล พบว่า ส่วนใหญ่

ต้องการความช่วยเหลือด้านเศรษฐกิจ (ร้อยละ 51.3) ต้องการทราบแหล่งสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุ (ร้อยละ 47.4) และต้องการความรู้ที่ถูกต้อง เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ (ร้อยละ 45.5) การดูแลผู้สูงอายุ เพื่อส่งเสริมให้มีสุขภาพอนามัยที่ดีนั้น ควรเน้นให้ผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจ ในการดูแลผู้สูงอายุ ที่เป็นโรคเรื้อรัง ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม โดยเฉพาะอย่างยิ่ง โรคปวคข้อ ซึ่งเป็นปัญหาสุขภาพส่วนใหญ่ของผู้สูงอายุ ดังนั้น การปฏิบัติตัวให้ถูกต้อง เช่น การควบคุมน้ำหนัก เพื่อป้องกันไม่ให้ข้อรับน้ำหนักตัวมากเกินไป การบริหารกล้ามเนื้อที่พุงข้อให้แข็งแรง การไม่ซื้อยามารับประทานเอง เมื่อมีอาการปวด จะช่วยบรรเทาปัญหาสุขภาพดังกล่าวของผู้สูงอายุลงได้ นอกจากนี้ควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุ เข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน โดยมีหน่วยงานภาครัฐ เอกชน และองค์กรส่วนท้องถิ่น เข้ามาสนับสนุนการดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง และสื่อมวลชนควรมีบทบาทในการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารประชาชน ในวงกว้าง เกี่ยวกับการดูแลรักษาสุขภาพ ที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ นอกจากนี้ ควรเผยแพร่แก่หน่วยงาน หรือองค์กรที่ให้ความช่วยเหลือ และสนับสนุน เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ให้แพร่หลายยิ่งขึ้น

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัย เพื่อพัฒนารูปแบบและแนวทางการจัดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง โดยมีขั้นตอนการศึกษาวิจัย ดังต่อไปนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่เขตจังหวัดชลบุรี จำนวน 190, 181 คน

กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่เขตจังหวัดชลบุรี ที่ได้มาจากการสุ่มตัวอย่าง โดยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากตารางเครชีจ์ และมอร์แกน ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 384 คน

ขั้นตอนการศึกษาวิจัย

มีขั้นตอนการดำเนินการวิจัย 9 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษา วิเคราะห์ข้อมูลจากรายงานผลการศึกษาวิจัย ในแผนงานวิจัยย่อยที่ 1 เรื่อง การสำรวจภาวะสุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การดูแลตนเองและการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังในภาคตะวันออก และทำการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยขั้นตอนนี้เป็นแบบวิเคราะห์เอกสาร ซึ่งประกอบด้วยประเด็นการวิเคราะห์ และรายการวิเคราะห์

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการ โดยการรวบรวมเอกสาร ตำราทางวิชาการ และผลงานการวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องมาทำการวิเคราะห์ สรุปประเด็นในแบบวิเคราะห์เอกสาร

การวิเคราะห์ข้อมูลในขั้นตอนนี้ ใช้การวิเคราะห์เนื้อหาและสรุปสาระสำคัญ จำแนกและเรียบเรียงรายการตามแบบวิเคราะห์ แล้วทำการสังเคราะห์สาระสำคัญเพื่อนำมาใช้ในการออกแบบรูปแบบและแนวทางการจัดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง

ขั้นตอนที่ 2 การเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงคุณภาพและปริมาณเกี่ยวกับการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังดังนี้

2.1 การสอบถามและการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ สาเหตุและปัจจัยการเกิดโรคเรื้อรัง ภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ของโรค

2.2 การสังเกตพฤติกรรมการจัดการดูแลสุขภาพ และสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง

2.3 การตรวจร่างกายทั่วไป และภาวะโภชนาการให้แก่ผู้สูงอายุ

2.4 การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุและสร้างแนวทางการจัดการร่วมกันระหว่างครอบครัว และบุคลากรทางด้านสุขภาพในการพัฒนารูปแบบและแนวทางในการดูแลจัดการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง

เครื่องมือที่ใช้การขั้นตอนนี้ เป็นแบบสอบถามภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง และแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง(semi structural interview) โดยใช้กรอบการสอบถามและการสัมภาษณ์ของ กอร์ดอน (Gordon , 1987) และแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender , 1996)

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการโดยผู้วิจัยติดต่อขอความร่วมมือจากชมรมผู้สูงอายุ และเครือข่ายของผู้สูงอายุในชุมชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เพื่อขอสอบถามและสัมภาษณ์กลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง 2 โรค ได้แก่ โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง

การวิเคราะห์ข้อมูล ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการทางสถิติสำหรับข้อมูลที่เป็นแบบสอบถาม ใช้วิธีการคำนวณ ค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) เพื่อวิเคราะห์สรุปประเด็นสาระสำคัญ

ขั้นตอนที่ 3 การประชุมทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อพิจารณาหาแนวทางในการพัฒนารูปแบบและแนวทางการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง

ขั้นตอนที่ 4 ทำการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังแต่มีผลการตรวจร่างกาย และมีพฤติกรรมจัดการดูแลสุขภาพที่ดี จำนวน 10 ท่าน เพื่อทำ Focus group 2 รอบ โดย

ในรอบที่ 1 เป็นการใช้กระบวนการ dialogue เพื่อค้นหาและบันทึกคำบอกเล่าของผู้สูงอายุเกี่ยวกับพฤติกรรมจัดการดูแลสุขภาพตนเองที่ดี

ในรอบที่ 2 เป็นการนำผลการสรุปรวบรวมผลการบันทึกและสรุปเป็นประเด็นสำคัญของผู้สูงอายุทั้ง 10 ท่าน มาพิจารณาอีกครั้ง และหาข้อสรุปร่วมกัน เพื่อนำมาใช้เป็น ประเด็นสำคัญในการสร้างรูปแบบในขั้นตอนต่อไป

ขั้นตอนที่ 5 การพัฒนารูปแบบและแนวทางในการจัดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง โดยใช้แนวคิดการบูรณาการสุขภาพ (Integrated Care) การมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดระบบบริการสุขภาพ (Community involvement in health care system) และนโยบายด้านการพัฒนาสาธารณสุขในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10 ที่น้อมนำปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง เป็น “ระบบสุขภาพพอเพียง” มาเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบและแนวทางการจัดการดูแล

สุขภาพ ที่ผ่านการประชุมทีมสหสาขาวิชาชีพด้านสุขภาพ แล้วนำไปปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความครอบคลุม ความเหมาะสม และความถูกต้องก่อนการนำไปใช้

ขั้นตอนที่ 6 การนำรูปแบบและแนวทางไปปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่านเพื่อตรวจสอบความครอบคลุม ความเหมาะสมและความถูกต้องของรูปแบบการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง

ขั้นตอนที่ 7 นำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คนก่อน เพื่อศึกษาข้อบกพร่องและความเหมาะสมของรูปแบบก่อนและนำผลการทดลองใช้ไปปรึกษาโครงการวิจัยเพื่อปรับแก้ให้มีความสมบูรณ์อีกครั้ง

เครื่องมือที่ใช้ เป็นแบบประเมินความมีประโยชน์ ความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และความถูกต้อง ของรูปแบบและแนวทางการจัดการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ขอความร่วมมือผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ในการสัมภาษณ์ความคิดเห็นเกี่ยวกับประเด็นเนื้อหาในรูปแบบเพื่อประเมินผล ความมีประโยชน์ ความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และความถูกต้อง

การวิเคราะห์ข้อมูล จากค่าคะแนนการประเมินผลความมีประโยชน์ ความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และความถูกต้องตามความคิดเห็นของผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ใช้ค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย

ขั้นตอนที่ 8 แก้ไขปรับปรุงรูปแบบให้มีความเหมาะสมและครอบคลุมโดยคำนึงถึงประโยชน์ของผู้สูงอายุและผู้ป่วยโรคเรื้อรังเป็นหลัก

ขั้นตอนที่ 9 นำรูปแบบการพัฒนาแนวทางดังกล่าว เผยแพร่เพื่อใช้ประโยชน์ต่อไป

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่น

1. โดยการนำแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและภาษาที่ใช้ให้สามารถสื่อความหมายที่ชัดเจน และมีความเข้าใจที่ตรงกัน โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน

2. รวบรวมข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิและอาจารย์ที่ปรึกษามาทำการแก้ไขและปรับปรุงก่อนนำไปทดลองใช้

3. นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (try out) กับประชากรผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมืองจังหวัดตราด จำนวน 30 คน เพื่อตรวจสอบความหมายของภาษาที่ใช้และความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม การวิเคราะห์ความเชื่อมั่นใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟา (Alpha coefficient) ของครอนบาค (Cronbach, 1981) ได้ค่าความเชื่อมั่น ทั้งฉบับ .9224

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขออนุญาตผู้อำนวยการศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อไปเก็บรวบรวมข้อมูลในเขตจังหวัดชลบุรี
2. ติดต่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและสาธารณสุขอำเภอรวมทั้งเจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นเพื่อขออนุญาตเข้าพื้นที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง โดยการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัยและขอความร่วมมือในการศึกษาวิจัย
3. ทำการเก็บแบบสอบถามและสัมภาษณ์จากกลุ่มตัวอย่างโดยคณะผู้วิจัย และการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

วิเคราะห์โดยใช้การคำนวณค่าสถิติพื้นฐาน ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป นำมาแจกแจงความถี่ และหาค่าร้อยละ
2. คำนวณค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความคิดเห็นของผู้สูงอายุต่อความมีประโยชน์ ความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และความถูกต้องของรูปแบบและแนวทางการจัดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

วิเคราะห์โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) เพื่อวิเคราะห์สรุป ประเด็นสาระสำคัญ

ซึ่งผู้วิจัยจะได้ดำเนินการเขียนสรุปผลการศึกษาวิจัยและอภิปรายผลต่อไป

บทที่ 4

ผลการศึกษาวิจัย

จากการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาแนวทางและรูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังเชิงรุก ผู้วิจัยขอเสนอผลการศึกษาวิจัยตามขั้นตอนการวิจัยดังนี้

1. การศึกษาวิเคราะห์ข้อมูลจากรายงานผลการศึกษาวิจัย ในแผนงานวิจัยย่อยที่ 1 และทำการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุและผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อนำไปใช้เป็นแนวคิดในการพัฒนารูปแบบ

ผลการวิเคราะห์

หลักการ/แนวคิด/ทฤษฎี	สาระที่นำไปใช้ในการพัฒนารูปแบบ
แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการสุขภาพ	นวัตกรรม 9 ประการ <ol style="list-style-type: none"> 1. ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการที่ได้มาตรฐานอย่างทั่วถึง 2. ระบบบริการมีประสิทธิภาพ 3. ดูแล “คน” มิใช่เพียงแต่ดูแล “ไข้” 4. มีแรงจูงใจที่ก่อให้เกิดการแข่งขันและการร่วมมือของผู้ให้บริการ 5. มีความหลากหลาย 6. ประชาชนมีทางเลือกในการใช้บริการที่เหมาะสม 7. มีความรับผิดชอบที่สามารถตรวจสอบได้ 8. ประชาชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบให้ดีขึ้น 9. มีการพัฒนาองค์ความรู้ที่ทันสมัยอยู่ตลอดเวลา
แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง	ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้นำแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเองของโอริเริ่มมาใช้ในการศึกษาวิจัยซึ่งโอริเริ่มมีจุดมุ่งหมายในการดูแลตนเองดังนี้ <ol style="list-style-type: none"> 1. ส่งเสริมการทำหน้าที่ของร่างกายให้

	<p>เป็นไปตามปกติ รวมทั้งพัฒนาการของบุคคลให้มีประสิทธิภาพตามกำหนด</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. ดำรงไว้ซึ่งโครงสร้าง หน้าที่ และพัฒนาการของร่างกายเพื่อดำเนินชีวิตตามปกติ 3. ป้องกัน ควบคุม หรือบรรเทาอาการตามกระบวนการการเกิดโรค 4. ป้องกันความพิการ หรือทดแทนสิ่งที่สูญเสียไปแล้ว 5. ส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดี <p>และมีโครงสร้าง 3 ระดับ คือ</p> <p>ระดับที่ 1 ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (foundation capabilities and dispositions)</p> <p>ระดับที่ 2 ระดับที่ 2 พลังความสามารถ 10 ประการ (Ten power components)</p> <p>ระดับที่ 3 ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเอง (capabilities for self-care operation)</p>
โรคและภาวะความเจ็บป่วยเรื้อรัง	
โรคความดันโลหิตสูง	<ol style="list-style-type: none"> 1. การรับประทานยา 2. การควบคุมอาหาร 3. การออกกำลังกายและการควบคุมน้ำหนักตัว 4. การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง <ul style="list-style-type: none"> - การสูบบุหรี่ - การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ - การจัดการความเครียด
โรคเบาหวาน	<ol style="list-style-type: none"> 1. การรับประทานยา 2. การรับประทานอาหาร 3. การออกกำลังกายและการควบคุมเบาหวาน

<p>สถานการณ์และการพัฒนาคุณภาพผู้สูงอายุไทย</p>	<p>1. การเจ็บป่วยและโรค</p> <p>2. พฤติกรรมเสี่ยง</p> <ul style="list-style-type: none"> - การสูบบุหรี่ และดื่มสุรา - การขับขี่ยานพาหนะ <p>3. การดูแลสุขภาพ</p> <ul style="list-style-type: none"> - การออกกำลังกาย - ความยากลำบากในการทำกิจกรรม <p>4. สวัสดิการการรักษาพยาบาล</p>
<p>ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงกับสุขภาพ</p>	<p>“ระบบสุขภาพพอเพียง” ซึ่งมีคุณลักษณะดังนี้</p> <p>(1) มีรากฐานที่เข้มแข็งจากการมีความพอเพียงทางสุขภาพในระดับครอบครัวและชุมชน</p> <p>(2) มีความรอบคอบและรู้จักความพอประมาณอย่างมีเหตุผลในด้านการเงินการคลังเพื่อสุขภาพในทุกระดับ</p> <p>(3) มีการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม และใช้อย่างรู้เท่าทัน โดยเน้นภูมิปัญญาไทยและการพึ่งตนเอง</p> <p>(4) มีการบูรณาการด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาลฟื้นฟูสภาพและคุ้มครองผู้บริโภค</p> <p>(5) มีระบบภูมิคุ้มกันที่ให้หลักประกันและคุ้มครองสุขภาพของประชาชน</p> <p>(6) มีคุณธรรม จริยธรรม คือ ความซื่อตรง ไม่โลภมาก และรู้จักพอ</p>
<p>ผลการศึกษาวิจัยระยะที่ 1</p>	<p>- ระดับความต้องการดูแลด้านสุขภาพมากที่สุดคือ ด้านการรับรู้ และการจัดการสุขภาพ</p> <p>ซึ่ง ส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรกระบบไหลเวียนโลหิต(29.94%)ส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง79.61%)รองลงมาเป็นโรคเกี่ยวกับระบบต่อมไร้ท่อ(19.52%) ส่วนใหญ่</p>

	<p>เป็นโรคเบาหวาน ส่วนผู้ที่เคยเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลส่วนใหญ่เป็นโรกระบบทางเดินหายใจ(39.71%) เฉลี่ย 2.18 ครั้ง / ปี ส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่(78.36%) และไม่ดื่มแอลกอฮอล์(70.71%) และเมื่อเจ็บป่วยมักจะไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล (71.82%) และผู้ที่คิดว่าจะสามารถดูแลตนเองได้ดีที่สุดใกล้ชีวิตที่สุดคือ บุตร-ธิดา(57.94%)</p> <p>- รองลงมาคือ ด้านบทบาทและความสัมพันธ์ในสังคม (social relationship)</p> <p>ผู้สูงอายุมีความรู้ดีกว่าคนในครอบครัวบอกเขาว่า ที่ครอบครัวอยู่ได้ทุกวันนี้เพราะตัวของผู้สูงอายุ($X = 3.857$, $SD = 1.099$) รองลงมาคือ ปัญหาส่วนใหญ่ของครอบครัวจะเป็นผู้จัดการ และเป็นผู้ตัดสินใจในการแก้ปัญหา($X = 3.810$, $SD = 1.167$)และรู้ดีกว่ามีคนใกล้ชีวิตที่ทำให้รู้สึกอบอุ่นปลอดภัย($X = 3.810$, $SD = 1.167$)</p>
--	---

จากผลการศึกษาดังกล่าว สามารถนำองค์ประกอบที่คล้ายคลึงกัน มาหลอมรวมกัน เป็นองค์ประกอบที่ใช้เป็นกรอบในการพัฒนารูปแบบ ดังต่อไปนี้ คือ

การนำกรอบแนวคิดของ “ระบบสุขภาพพอเพียง” มาใช้ร่วมกับการจัดการดูแลสุขภาพตนเอง ของผู้ป่วยที่เป็นโรคและภาวะความเจ็บป่วยเรื้อรัง โดย พิจารณาในกรอบของ

1. การจัดการสุขภาพตนเองแบบพอเพียงด้านสุขภาพจิต
2. การจัดการสุขภาพตนเองแบบพอเพียงด้านโภชนาการ
3. การจัดการสุขภาพตนเองแบบพอเพียงด้านการใช้จ่าย
4. การจัดการสุขภาพตนเองแบบพอเพียงด้านการออกกำลังกาย
5. การจัดการสุขภาพตนเองแบบพอเพียงด้านการรับบริการจากระบบบริการสุขภาพ / ชุมชน โดยเน้นตามคุณลักษณะของระบบสุขภาพพอเพียง ดังนี้

(1) มีรากฐานที่เข้มแข็งจากการมีความพอเพียงทางสุขภาพในระดับครอบครัวและชุมชน

(2) มีความรอบคอบและรู้จักความพอประมาณอย่างมีเหตุผลในด้านการเงินการคลังเพื่อ

สุขภาพในทุกระดับ

(3) มีการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม และใช้อย่างรู้เท่าทัน โดยเน้นภูมิปัญญาไทยและการพึ่งตนเอง

(4) มีการบูรณาการด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาลฟื้นฟูสภาพและคุ้มครองผู้บริโภค

(5) มีระบบภูมิคุ้มกันที่ให้หลักประกันและคุ้มครองสุขภาพของประชาชน

(6) มีคุณธรรม จริยธรรม คือ ความซื่อตรง ไม่โลภมาก และรู้จักพอ

2. การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังดังนี้

2.1 การสอบถามและสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับสาเหตุและปัจจัยการเกิดโรคเรื้อรังภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ของโรค

2.2 สังเกตพฤติกรรมการจัดการดูแล และสิ่งแวดล้อมต่างๆ ในการดูแลด้านสุขภาพของของผู้สูงอายุและผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

2.3 ตรวจร่างกายทั่วไป และภาวะโภชนาการให้แก่ผู้สูงอายุ

2.4 ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุและสร้างแนวทางการจัดการร่วมกันระหว่างครอบครัวและบุคลากรทางด้านสุขภาพในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ผลการศึกษาวิจัยพบว่า

ด้านสุขภาพจิต

ผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังจากโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ส่วนใหญ่มีสถานะสุขภาพจิต อยู่ในระดับ ปานกลาง ($X = 3.17$, $SD = 0.68$) ส่วนใหญ่รู้สึกผิดหวังเป็นบางครั้ง(54.88%) รู้สึกโกรธ กลัว วิตกกังวลและไม่สามารถควบคุมสิ่งต่าง ๆ ได้ในระดับน้อย ($X=1.77,SD=0.66$)ส่วนใหญ่รู้สึกโกรธ กลัว วิตกกังวลและไม่สามารถควบคุมสิ่งต่าง ๆ ได้เป็นบางครั้ง(51.19%) รู้สึกหมดหวังในชีวิต หรือรู้สึกว่าตนเองหมดหวังในชีวิต ในระดับน้อยที่สุด ($X=1.49,SD=0.63$) โดยส่วนใหญ่ไม่เคยรู้สึกเลย(58.05%) รู้สึกว่าตนเองไม่มีความสุข และเศร้าหมอง ในระดับ น้อย($X=1.65,SD=0.60$) ส่วนใหญ่ รู้สึกเป็นบางครั้ง(51.98%) และรู้สึกว่าสามารถจัดการกับสิ่งที่ทำให้รำคาญใจได้ ในระดับ ปานกลาง ($X=2.46,SD=0.86$) ส่วนใหญ่รู้สึก เป็นบางครั้ง (66.49%)

ด้านโภชนาการ

ผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังจากโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ส่วนใหญ่ มีสถานะสุขภาพด้านโภชนาการ อยู่ในระดับ ปานกลาง ($X = 3.25$, $SD = 0.80$) ส่วนใหญ่ ชอบรับประทานอาหารประเภท ต้ม นึ่ง อบ (64.38%) และ รับประทานผัก เช่น ผักกาด ผักคะน้า ผักบุ้ง หรือผักใบเขียวชนิด อื่น ๆ เป็นประจำ (5-7 วัน/สัปดาห์) (58.31%) ในระดับมาก ($X = 3.50$, $SD = 0.65$) ส่วนใหญ่ รับประทานอาหารตรงตามเวลาหรือใกล้เคียงกับเวลาเดิม เป็นประจำ (43.00%) อยู่ในระดับปานกลาง ($X = 2.95$, $SD = 1.03$) และรับประทานผลไม้ที่ไม่หวานจัด เช่น ชมพู่ ฝรั่ง พุทรา เป็นบางครั้ง (46.97%) อยู่ในระดับปานกลาง ($X = 2.54$, $SD = 1.01$)

ส่วนใหญ่ ไม่เคยมีปัญหาเกี่ยวกับการแพ้อาหาร เช่น เกิดอาการ บวม หายใจลำบาก ผื่นขึ้น หลังจากรับประทานอาหารนั้น ๆ (86.81%) อยู่ในระดับน้อยที่สุด ($X = 1.15$, $SD = 0.45$) และไม่เคยรับประทานทอफी ลูกอม ช็อกโกแลต และขนมขบเคี้ยว (66.75%) อยู่ในระดับน้อยที่สุด ($X = 1.37$, $SD = 0.56$)

ด้านการใช้ยา

ผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังจากโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ส่วนใหญ่ มีสถานะสุขภาพด้านการใช้ยา อยู่ในระดับ ปานกลาง ($X = 2.43$, $SD = 0.69$) โดย ส่วนใหญ่ จะรับประทานยาตรงตามชนิดและปริมาณตามที่แพทย์สั่ง ($X = 2.96$, $SD = 0.25$) ส่วนพฤติกรรมการรับประทานยาที่ไม่ถูกต้อง ส่วนใหญ่มักรับประทานยาเกินขนาดจนบางครั้งทำให้เกิดอาการแทรกซ้อน เช่น ในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานจะมีอาการระดับน้ำตาลในเลือดต่ำได้ ($X = 2.83$, $SD = 0.61$) ส่วนผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงพฤติกรรมการรับประทานยาที่ไม่ถูกต้องที่พบส่วนใหญ่ คือ การขาดยา รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ทำให้เกิดอาการของความดันโลหิตสูง เช่น มีศีรษะตาลาย ปวดต้นคอ ได้ ($X = 2.40$, $SD = 0.86$)

ด้านการออกกำลังกาย

ผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังจากโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ส่วนใหญ่ มีสถานะสุขภาพด้านการออกกำลังกายและการทำกิจกรรมต่าง ๆ อยู่ในระดับ ปานกลาง ($X = 3.11$, $SD = 0.94$) โดยส่วนใหญ่ออกกำลังกายสัปดาห์ละ 3-5 ครั้ง (50.40%) รองลงมา คือ 1-2 ครั้ง (36.41%) และไม่ออกกำลังกายเลย (9.76%)

ด้านการรับบริการจากระบบบริการสุขภาพ / ชุมชน

ผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังจากโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ส่วนใหญ่ ไม่เคยเจ็บป่วยจนถึงขั้นเข้านอนรักษาตัวในโรงพยาบาล (67.81%) สำหรับผู้ที่เคยเข้ารับการรักษาดัว

ในโรงพยาบาลส่วนใหญ่เป็นโรคเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ (39.71%) และเข้าโรงพยาบาลเฉลี่ย 2.18 ครั้ง / ปี ส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่(78.36%) และไม่ดื่มแอลกอฮอล์ (70.71%) อุบัติเหตุที่เคยได้รับ ส่วนใหญ่เป็นอุบัติเหตุจากการจราจร(32.45%) ได้รับคำแนะนำทางด้านสุขภาพส่วนใหญ่จากแพทย์ (41.01%) และใช้สิทธิการรักษาพยาบาล จากสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า(86.81%) และเมื่อเจ็บป่วยมักจะไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล (71.82%) และผู้ที่คิดว่าจะสามารถดูแลตนเองได้ดีที่สุดใกล้ชิดที่สุดคือ บุตร-ธิดา(57.94%) มีระดับความต้องการการดูแลด้านการรับรู้และการจัดการเกี่ยวกับสุขภาพ ส่วนใหญ่ในระดับปานกลาง (55.41%)

3. ประชุมทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อพิจารณาหาแนวทางในการพัฒนารูปแบบการแนวทางการดูแล จัดการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุและผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

คณะผู้วิจัย ได้จัดประชุมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ วิชาชีพ แพทย์ พยาบาล พยาบาลชุมชน นักโภชนาการ เภสัชกร และนักวิจัย โดยได้ร่วมประชุม สรุปผลการการศึกษาวิจัย จากการสำรวจสัมภาษณ์ ผู้สูงอายุที่เป็น โรคเรื้อรังที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง และศึกษาผลการทบทวนแนวคิดทฤษฎีในการจะนำมาใช้เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้สูงอายุ โดยได้สรุป ประเด็นสำคัญ เพื่อให้สามารถง่ายต่อการนำไปใช้และมีความสะดวกต่อการจดจำเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติได้

4. ทำการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่มี โรคเรื้อรังแต่มีผลการตรวจร่างกาย และมีพฤติกรรม การดูแลสุขภาพที่ดี จำนวน 10 ท่าน เพื่อทำ Focus group 2 รอบ โดย

ในรอบที่ 1 เป็นการใช้กระบวนการ dialogue เพื่อค้นหาและบันทึกคำบอกเล่าของผู้สูงอายุเกี่ยวกับพฤติกรรม การจัดการดูแลสุขภาพตนเองที่ดี .

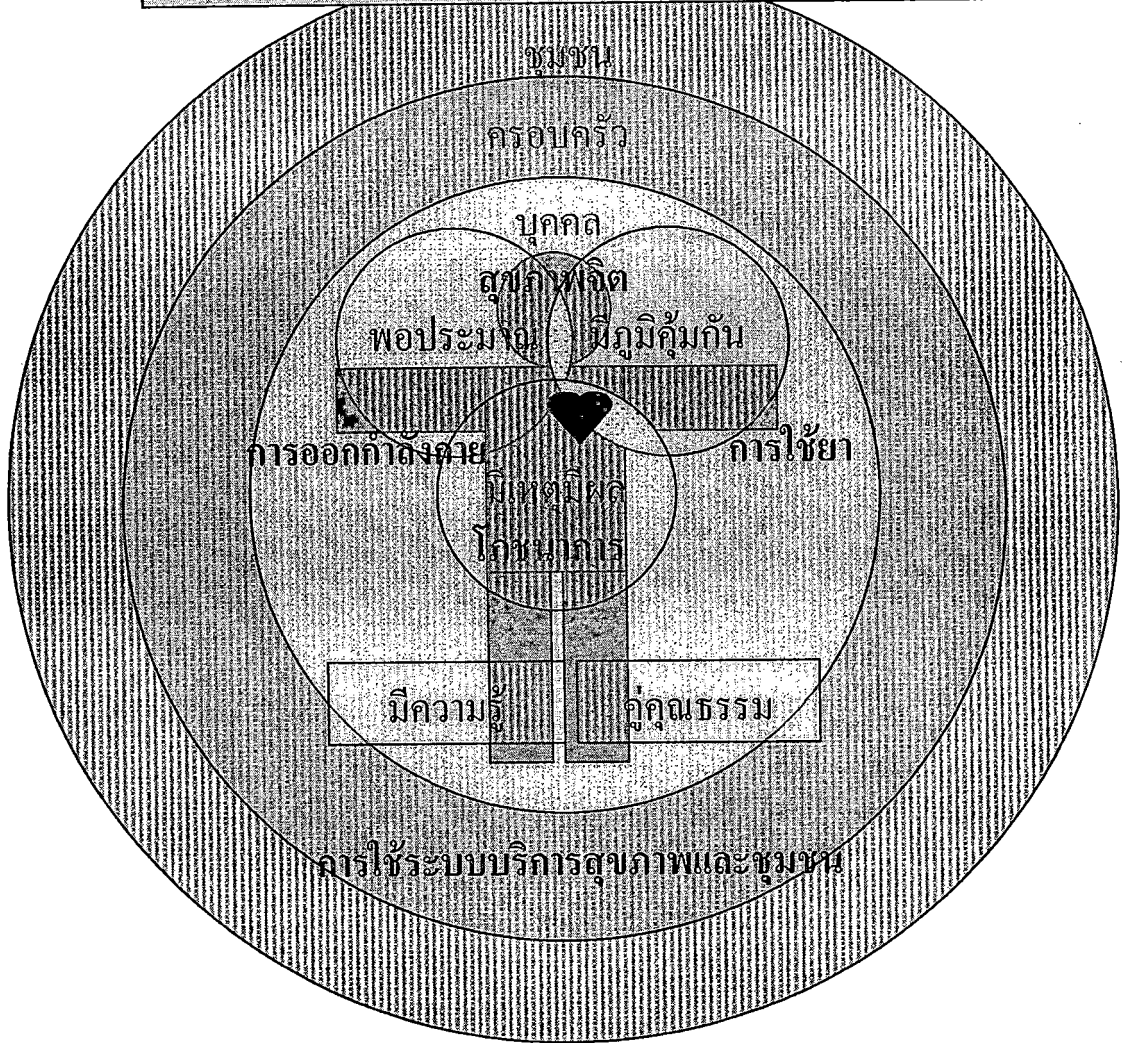
ในรอบที่ 2 เป็นการนำผลการสรุปรวบรวมผลการบันทึกและสรุปเป็นประเด็นสำคัญของผู้สูงอายุทั้ง 10 ท่าน มาพิจารณาร่วมกันอีกครั้ง และหาข้อสรุปร่วมกัน เพื่อนำมาใช้เป็น ประเด็นสำคัญในการสร้างรูปแบบในขั้นตอนต่อไป

5. พัฒนารูปแบบและแนวทางการจัดการการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง

ในการพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ที่เป็นโรคเรื้อรัง ใช้แนวคิด การบูรณาการการบริการสุขภาพ (Integrated Care) การมีส่วนร่วมของชุมชนในระบบบริการสุขภาพ (Community involvement in health care system) และนโยบายด้านการพัฒนาสาธารณสุขในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 10 ที่น้อมนำปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง เป็นแนวทางการพัฒนาสุขภาพ โดยนำรูปแบบและแนวทางการจัดการดูแลสุขภาพ ที่ผ่านการประชุมทีมสหสาขาวิชาชีพ และผ่านการ Focus group ในกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็น โรคเรื้อรังที่มีผลการดูแลสุขภาพตนเองในระดับดี มาก

รูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง

ความสมดุลของภาวะสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง



รูปแบบการดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง

ความพอประมาณ

- ยึดหลักทางสายกลาง
- หลีกเลี่ยงความเสี่ยง
- การแบ่งปันและไม่เบียดเบียนใคร
- มีเครือข่าย เข้าร่วมสังคม ชุมชน

ความมีเหตุมีผล

- สร้างและฝึกความเข้มแข็งทางจิตใจและอารมณ์อย่างสม่ำเสมอ
- ตรวจสอบภาวะสุขภาพจิตและอารมณ์ของตนเองอยู่ตลอดเวลา

การสร้างภูมิคุ้มกันที่ดี

- มีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจทำให้มีกำลังใจ
- การใช้เวลาในการฟื้นฟูสุขภาพจิต และการเห็นความสำคัญของการพักผ่อนหย่อนใจ
- การอาสาสมัครช่วยงานในชุมชน / ช่วยครอบครัวลูกหลาน

ความรู้คู่คุณธรรม

- มีสติปัญญา มีความรู้ในการดูแลตนเองอย่างเท่าทันต่อการเปลี่ยนแปลงและพึ่งตนเองได้
- การมีโรคประจำตัวทำให้เกิดความตระหนัก ในเรื่องการดูแลสุขภาพของตนเอง ทำให้ใฝ่หาความรู้ เรียนรู้อยู่ตลอดเวลา ให้ความสำคัญกับการนำความรู้ที่ได้ไปปฏิบัติ และทบทวนตรวจสอบตนเองว่าสามารถนำไปใช้ประโยชน์กับตนเองได้จริงหรือไม่
- ความรู้เท่าทันกับโรคร้ายที่เบียดเบียน เป็นเรื่องของสติ ที่ต้องเรียนรู้เพื่อให้เกิดความรู้เท่าทัน เมื่อรู้มีสติ จะทำให้ไม่เกิดความหวั่นวิตก ให้อยู่กับโรคให้ได้อย่างมีความสุขและความสมดุล

รูปแบบการดูแลด้านโภชนาการของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง

ความพอประมาณ

- ยึดหลักทางสายกลาง หลีกเลียงความเสี่ยง
- ทานอาหารเฉพาะที่มีประโยชน์ต่อร่างกายและเฉพาะโรค
- การแบ่งปันและไม่เบียดเบียนใคร
 - การแบ่งปันความรู้ในกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังด้วยกัน
- มีเครือข่าย เข้าร่วมสังคม ชุมชน

ความมีเหตุมีผล

- การเสาะแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารให้เหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่
- การตรวจสอบภาวะโภชนาการตนเองอยู่ตลอดเวลา

การสร้างภูมิคุ้มกันที่ดี

- มีที่ปรึกษา/ให้ข้อมูลความรู้/เป็นที่พึ่งทางความรู้ด้านโภชนาการ
- การให้ความสำคัญกับการเลือกรับประทานอาหาร
- การเลือกปรุงอาหารรับประทานเอง

ความรู้คู่คุณธรรม

- มีสติปัญญา มีความรู้ในการดูแลตนเองอย่างเท่าทันต่อการเปลี่ยนแปลงและพึ่งตนเองได้
- การมีโรคประจำตัวทำให้เกิดความตระหนัก ในเรื่องการดูแลสุขภาพของตนเอง ทำให้เฝ้าหาความรู้ เรียนรู้อยู่ตลอดเวลา ให้ความสำคัญกับการนำความรู้ที่ได้ไปปฏิบัติ และทบทวนตรวจสอบตนเองว่าสามารถนำไปใช้ประโยชน์กับตนเองได้จริงหรือไม่
- ความรู้เท่าทันกับโรคร้ายที่เบียดเบียน เป็นเรื่องของสติ ที่ต้องเรียนรู้เพื่อให้เกิดความรู้เท่าทัน เมื่อรู้มีสติ จะทำให้ไม่เกิดความหวั่นวิตก ให้อยู่กับโรคให้ได้อย่างมีความสุขและความสมดุล

รูปแบบการดูแลด้านการใช้ยาของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง

<p>ความพอประมาณ</p> <p>- การใช้ยาตามความจำเป็นต่อความเจ็บป่วย</p>	<p>ความมีเหตุมีผล</p> <p>- การเสาะแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาและยาที่ได้รับอย่างถูกต้องและเหมาะสมกับโรคและอาการที่เป็นอยู่</p> <p>- การตรวจสอบการใช้ยาของตนเองอย่างสม่ำเสมอ</p>	<p>การสร้างภูมิคุ้มกันที่ดี</p> <p>- มีที่ปรึกษา/ให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา</p> <p>- การป้องกันความเสี่ยงในการใช้ยา โดยใช้ให้ถูกต้องและศึกษาผลข้างเคียงของการใช้ยา</p>
--	---	--

ความรู้คู่คุณธรรม

- มีสติปัญญา มีความรู้ในการดูแลตนเองอย่างเท่าทันต่อการเปลี่ยนแปลงและพึ่งตนเองได้
- การมีโรคประจำตัวทำให้เกิดความตระหนัก ในเรื่องการดูแลสุขภาพของตนเอง ทำให้เฝ้าหาความรู้ เรียนรู้อยู่ตลอดเวลา ให้ความสำคัญกับการนำความรู้ที่ได้ไปปฏิบัติ และทบทวนตรวจสอบตนเองว่าสามารถนำไปใช้ประโยชน์กับตนเองได้จริงหรือไม่
- ความรู้เท่าทันกับโรคร้ายที่เบียดเบียน เป็นเรื่องของสติ ที่ต้องเรียนรู้เพื่อให้เกิดความรู้เท่าทัน เมื่อรู้มีสติ จะทำให้ไม่เกิดความหวั่นวิตก ให้อยู่กับโรคให้ได้ด้วยความสุขและความสมดุล

รูปแบบการดูแลด้านการออกกำลังกายของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง

<p>ความพอประมาณ</p> <p>- การออกกำลังกายและการเลือกทำกิจกรรมที่เหมาะสมกับสุขภาพของตนเอง</p>	<p>ความมีเหตุผล</p> <p>- การแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายและการทำกิจกรรมที่เหมาะสมกับโรคและอาการที่เป็นอยู่</p> <p>- ความมีวินัย ในการออกกำลังกายและการประเมินตนเองอย่างสม่ำเสมอ</p>	<p>การสร้างภูมิคุ้มกันที่ดี</p> <p>- มีที่ปรึกษา/ให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกาย</p> <p>- การให้ความสำคัญกับการออกกำลังกาย</p> <p>- การเลือกประเภทการออกกำลังกายที่เหมาะสม</p>
---	--	---

ความรู้คู่คุณธรรม

- มีสติปัญญา มีความรู้ในการดูแลตนเองอย่างเท่าทันต่อการเปลี่ยนแปลงและพึ่งตนเองได้
- การมีโรคประจำตัวทำให้เกิดความตระหนัก ในเรื่องการดูแลสุขภาพของตนเอง ทำให้ใฝ่หาความรู้ เรียนรู้อยู่ตลอดเวลา ให้ความสำคัญกับการนำความรู้ที่ได้ไปปฏิบัติ และทบทวนตรวจสอบตนเองว่าสามารถนำไปใช้ประโยชน์กับตนเองได้จริงหรือไม่
- ความรู้เท่าทันกับโรคภัยที่เบียดเบียน เป็นเรื่องของสติ ที่ต้องเรียนรู้เพื่อให้เกิดความรู้เท่าทัน เมื่อรู้มีสติ จะทำให้ไม่เกิดความหวั่นวิตก ให้อยู่กับโรคให้ได้อย่างมีความสุขและความสมดุล

7. นำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คนก่อน เพื่อศึกษาข้อบกพร่องและความเหมาะสมของรูปแบบก่อนและนำผลการทดลองใช้ไปปรึกษาโครงการวิจัยเพื่อปรับแก้ให้มีความสมบูรณ์อีกครั้ง

ผลการนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง 10 คน พบว่า ผู้สูงอายุมีความเห็นว่าข้อความที่ใช้เป็นข้อความในเชิงวิชาการ และต้องการให้ปรับรูปแบบและใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย เป็นคำกลอน ดังนี้

“ กินอาหารต้องไร้พิษ	ถนอมจิตไร้นิเวศน์
ออกกำลังและพักผ่อน	คิดซะก่อนค่อยบรรยาย
ละความโกรธและฟุ้งซ่าน	ความเกียจคร้านจงสลาย
ไม่ระแวงและสงสัย	ละเว้นในกามคุณ
รับประทานหนักช่วงเช้า	แล้วมาเบาเอาตอนเที่ยง
อาหารเย็นนั้นควรเลี้ยง	ไม่ควรเสีงทานกลางคืน
พักผ่อนอย่างเพียงพอ	มาพบหมอตตามกำหนด
เจริญจิตสมบริบท	ทุกข์ภัยหมดไม่เบียดเบียน”

8. แก้ไขปรับปรุงรูปแบบให้มีความเหมาะสมและครอบคลุม โดยคำนึงถึงประโยชน์ของผู้สูงอายุและผู้ป่วยโรคเรื้อรังเป็นหลัก

9. นำรูปแบบการพัฒนาแนวทางดังกล่าว เผยแพร่เพื่อใช้ประโยชน์ต่อไป

บทที่ 5

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบและแนวทางการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง โดยมีขั้นตอนการดำเนินการวิจัย 9 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษา วิเคราะห์ข้อมูลจากรายงานผลการศึกษาวิจัย ในแผนงานวิจัยย่อยที่ 1 เรื่อง การสำรวจภาวะสุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การดูแลตนเองและการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และทำการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยขั้นตอนนี้เป็นแบบวิเคราะห์เอกสาร ซึ่งประกอบด้วยประเด็นการวิเคราะห์ และรายการวิเคราะห์

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการ โดยการรวบรวมเอกสาร ตำราทางวิชาการ และผลงานการวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องมาทำการวิเคราะห์ สรุปประเด็นในแบบวิเคราะห์เอกสาร

การวิเคราะห์ข้อมูลในขั้นตอนนี้ ใช้การวิเคราะห์เนื้อหาและสรุปสาระสำคัญ จำแนกและเรียบเรียงรายการตามแบบวิเคราะห์ แล้วทำการสังเคราะห์สาระสำคัญเพื่อนำมาใช้ในการออกแบบรูปแบบและแนวทางการจัดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง

ขั้นตอนที่ 2 การเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงคุณภาพและปริมาณเกี่ยวกับการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังดังนี้

2.1 การสอบถามและการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ สาเหตุและปัจจัยการเกิดโรคเรื้อรัง ภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ของโรค

2.2 การสังเกตพฤติกรรมกรรมการจัดการดูแลสุขภาพ และสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง

2.3 การตรวจร่างกายทั่วไป และภาวะโภชนาการให้แก่ผู้สูงอายุ

2.4 การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุและสร้างแนวทางการจัดการร่วมกันระหว่างครอบครัว และบุคลากรทางด้านสุขภาพในการพัฒนารูปแบบและแนวทางในการดูแลจัดการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง

เครื่องมือที่ใช้การขั้นตอนนี้ เป็นแบบสอบถามภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง และแบบสัมภาษณ์กึ่ง โครงสร้าง(semi structural interview) โดยใช้กรอบการสอบถามและการสัมภาษณ์ของ กอร์ดอน (Gordon , 1987) และแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender , 1996)

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการ โดยผู้วิจัยติดต่อขอความร่วมมือจากชมรมผู้สูงอายุ และเครือข่ายของผู้สูงอายุในชุมชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เพื่อขอสอบถามและสัมภาษณ์กลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง 2 โรคได้แก่ โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง

การวิเคราะห์ข้อมูล ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการทางสถิติสำหรับข้อมูลที่เป็นแบบสอบถาม ใช้วิธีการคำนวณ ค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) เพื่อวิเคราะห์สรุปประเด็นสาระสำคัญ

ขั้นตอนที่ 3 การประชุมทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อพิจารณาหาแนวทางในการพัฒนารูปแบบและแนวทางการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง

ขั้นตอนที่ 4 ทำการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังแต่มีผลการตรวจร่างกาย และมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ดี จำนวน 10 ท่าน เพื่อทำ Focus group 2 รอบ โดย

ในรอบที่ 1 เป็นการใช้กระบวนการ dialogue เพื่อค้นหาและบันทึกคำบอกเล่าของผู้สูงอายุเกี่ยวกับพฤติกรรมจัดการดูแลสุขภาพตนเองที่ดี

ในรอบที่ 2 เป็นการนำผลการสรุปรวบรวมผลการบันทึกและสรุปเป็นประเด็นสำคัญของผู้สูงอายุทั้ง 10 ท่าน มาพิจารณาร่วมกันอีกครั้ง และหาข้อสรุปร่วมกัน เพื่อนำมาใช้เป็น ประเด็นสำคัญในการสร้างรูปแบบในขั้นตอนต่อไป

ขั้นตอนที่ 5 การพัฒนารูปแบบและแนวทางในการจัดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง โดยใช้แนวคิดการบูรณาการสุขภาพ (Integrated Care) การมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดระบบบริการสุขภาพ (Community involvement in health care system) และนโยบายด้านการพัฒนาสาธารณสุขในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10 ที่น้อมนำปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง เป็น “ระบบสุขภาพพอเพียง” มาเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบและแนวทางการจัดการดูแลสุขภาพ ที่ผ่านการประชุมทีมสหสาขาวิชาชีพด้านสุขภาพ แล้วนำไปปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความครอบคลุม ความเหมาะสม และความถูกต้องก่อนการนำไปใช้

ขั้นตอนที่ 6 การนำรูปแบบและแนวทางไปปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่านเพื่อตรวจสอบความครอบคลุม ความเหมาะสมและความถูกต้องของรูปแบบการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง

ขั้นตอนที่ 7 นำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คนก่อน เพื่อศึกษาข้อบกพร่องและความเหมาะสมของรูปแบบก่อนและนำผลการทดลองใช้ไปปรึกษาโครงการวิจัยเพื่อปรับแก้ให้มีความสมบูรณ์อีกครั้ง

เครื่องมือที่ใช้ เป็นแบบประเมินความมีประโยชน์ ความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และความถูกต้อง ของรูปแบบและแนวทางการจัดการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ขอความร่วมมือผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ในการสัมภาษณ์ ความคิดเห็นเกี่ยวกับประเด็นเนื้อหาในรูปแบบเพื่อประเมินผล ความมีประโยชน์ ความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และความถูกต้อง

การวิเคราะห์ข้อมูล จากค่าคะแนนการประเมินผลความมีประโยชน์ ความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และความถูกต้องตามความคิดเห็นของผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ใช้ค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย

ขั้นตอนที่ 8 แก้ไขปรับปรุงรูปแบบให้มีความเหมาะสมและครอบคลุม โดยคำนึงถึง ประโยชน์ของผู้สูงอายุและผู้ป่วยโรคเรื้อรังเป็นหลัก

ขั้นตอนที่ 9 นำรูปแบบการพัฒนาแนวทางดังกล่าว เผยแพร่เพื่อใช้ประโยชน์ต่อไป

สรุปผลการวิจัย

คณะผู้วิจัยสรุปผลการวิจัยดังนี้

1. รูปแบบและแนวทางการจัดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง 2 โรค ได้แก่ โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วยส่วนประกอบ 5 ด้าน คือ

1) การจัดการดูแลสุขภาพตนเองแบบพอเพียงด้านสุขภาพจิต

2) การจัดการดูแลสุขภาพตนเองแบบพอเพียงด้านโภชนาการ

3) การจัดการดูแลสุขภาพตนเองแบบพอเพียงด้านการใช้ยา

4) การจัดการดูแลสุขภาพตนเองแบบพอเพียงด้านการออกกำลังกาย

5) การจัดการดูแลสุขภาพตนเองแบบพอเพียงด้านการรับบริการจากระบบบริการสุขภาพ และชุมชนโดยมีองค์ประกอบ ในแต่ละด้านดังนี้

ตาราง 1 แสดงองค์ประกอบและค่าน้ำหนักของการจัดการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังด้านสุขภาพจิต

ด้าน	องค์ประกอบ	ค่าน้ำหนัก
ความพอประมาณ	การยึดหลักทางสายกลาง	5
	การหลีกเลี่ยงความเสี่ยง	5
	การแบ่งปันและไม่เบียดเบียนใคร	5
	การมีเครือข่ายและ เข้าร่วมสังคม ชุมชน	5
ความมีเหตุผล	การสร้างและฝึกความเข้มแข็งทางจิตใจและอารมณ์อย่างสม่ำเสมอ	10
	การตรวจสอบภาวะสุขภาพจิตและอารมณ์ของตนเองอยู่ตลอดเวลา	10
การสร้างภูมิคุ้มกันที่ดี	การมีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจทำให้มีกำลังใจ	10
	การให้เวลาในการฟื้นฟูสุขภาพจิต และการเห็นความสำคัญของการพักผ่อนหย่อนใจ	5
	การอาสาสมัครช่วยงานในชุมชน /ช่วยครอบครัวลูกหลาน	5
ความรู้คู่คุณธรรม	IQ คือ มีสติ รู้เท่าทันโรค	10
	EQ คือ มีความฉลาด รู้เท่าทันอารมณ์ตนเอง	10
	PQ คือ มีวินัยและขยัน รู้วิธีการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง	10
	SQ คือ มีความสุข รู้คุณค่าในชีวิตของตนและผู้อื่น	10
	รวม	100

ตาราง 2 แสดงองค์ประกอบและค่าน้ำหนักของการจัดการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังด้านโภชนาการ

ด้าน	องค์ประกอบ	ค่าน้ำหนัก
ความพอประมาณ	การยึดหลักทางสายกลาง	5
	การหลีกเลี่ยงความเสี่ยง ทานอาหารเฉพาะ โรคที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย	5
	การแบ่งปันและไม่เบียดเบียนใคร	5
	การมีเครือข่ายและ เข้าร่วมสังคัม ชุมชน	5
ความมีเหตุผล	การเสาะแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารให้เหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่	10
	การตรวจสอบภาวะโภชนาการตนเองอยู่ตลอดเวลา	10
การสร้างภูมิคุ้มกันที่ดี	มีที่ปรึกษา/ให้ข้อมูลความรู้/เป็นที่พึ่งทางความรู้ด้านโภชนาการ	10
	การให้ความสำคัญกับการเลือกรับประทานอาหาร	5
	การเลือกปรุงอาหารรับประทานเอง	5
ความรู้คู่คุณธรรม	IQ คือ มีสติ รู้เท่าทันโรค	10
	EQ คือ มีความฉลาด รู้เท่าทันอารมณ์ตนเอง	10
	PQ คือ มีวินัยและขยัน รู้วิธีการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง	10
	SQ คือ มีความสุข รู้คุณค่าในชีวิตของตนและผู้อื่น	10
	รวม	100

ตาราง 3 แสดงองค์ประกอบและค่าน้ำหนักของการจัดการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังด้านการใช้ยา

ด้าน	องค์ประกอบ	ค่าน้ำหนัก
ความพอประมาณ	การใช้ยาตามความจำเป็นต่อความเจ็บป่วย	20
ความมีเหตุผล	การเสาะแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาและยาที่ได้รับอย่างถูกต้องและเหมาะสมกับโรคและอาการที่เป็นอยู่	10
	การตรวจสอบการใช้ยาของตนเองอย่างสม่ำเสมอ	10
การสร้างภูมิคุ้มกันที่ดี	มีที่ปรึกษา/ให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา	10
	การป้องกันความเสี่ยงในการใช้ยา โดยใช้ให้ถูกต้อง และศึกษาผลข้างเคียงของการใช้ยา	10
ความรู้คู่คุณธรรม	IQ คือ มีสติ รู้เท่าทันโรค	10
	EQ คือ มีความฉลาด รู้เท่าทันอารมณ์ตนเอง	10
	PQ คือ มีวินัยและขยัน รู้วิธีการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง	10
	SQ คือ มีความสุข รู้คุณค่าในชีวิตของตนเองและผู้อื่น	10
	รวม	100

ตาราง 4 แสดงองค์ประกอบและค่าน้ำหนักของการจัดการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังด้านการออกกำลังกาย

ด้าน	องค์ประกอบ	ค่าน้ำหนัก
ความพอประมาณ	การออกกำลังกายและการเลือกทำกิจกรรมที่เหมาะสมกับสุขภาพของตนเอง	20
ความมีเหตุผล	การเสาะแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายและการทำกิจกรรมที่เหมาะสมกับโรคและอาการที่เป็นอยู่	10
	ความมีวินัย ในการออกกำลังกายและการประเมินตนเองอย่างสม่ำเสมอ	10
การสร้างภูมิคุ้มกันที่ดี	มีที่ปรึกษา/ให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกาย	10
	การให้ความสำคัญกับการออกกำลังกาย	5
	การเลือกประเภทการออกกำลังกายที่เหมาะสม	5
ความรู้คู่คุณธรรม	IQ คือ มีสติ รู้เท่าทันโรค	10
	EQ คือ มีความฉลาด รู้เท่าทันอารมณ์ตนเอง	10
	PQ คือ มีวินัยและขยัน รู้วิธีการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง	10
	SQ คือ มีความสุข รู้คุณค่าในชีวิตของตนและผู้อื่น	10
	รวม	100

ตาราง 5 แสดงองค์ประกอบและค่าน้ำหนักของการจัดการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังด้านการรับบริการด้านสุขภาพ

ด้าน	องค์ประกอบ	ค่าน้ำหนัก
ความพอประมาณ	เลือกสถานบริการสุขภาพที่ใกล้บ้าน และมีความน่าเชื่อถือ	10
	เข้าไปมีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมเครือข่าย	5
	เข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุของโรงพยาบาล	5
ความมีเหตุผล	การศึกษา สอบถาม บอกต่อสถานบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน	10
	ศึกษาระบบบริการ พฤติกรรมบริการของงานบริการสุขภาพประกอบการตัดสินใจในการดูแล	10
การสร้างภูมิคุ้มกันที่ดี	สร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับสถานบริการสุขภาพ	10
	การให้เวลาในการเข้าร่วมกิจกรรมซึ่งล้วนเป็นกิจกรรมที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพของตนที่สถานบริการสุขภาพจัดให้	10
ความรู้คู่คุณธรรม	IQ คือ มีสติ รู้เท่าทันโรค	10
	EQ คือ มีความฉลาด รู้เท่าทันอารมณ์ตนเอง	10
	PQ คือ มีวินัยและขยัน รู้วิธีการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง	10
	SQ คือ มีความสุข รู้คุณค่าในชีวิตของตนและผู้อื่น	10
	รวม	100

2. ผลการสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับใช้รูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพตนเองแบบพอเพียงของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง พบว่า มีระดับคุณภาพโดยรวมอยู่ในระดับ ดี (ค่าเฉลี่ย 3.89) และมีค่าความมีประโยชน์ ความเป็นไปได้ ความเหมาะสม และความถูกต้อง อยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 3.76)

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการพัฒนารูปแบบและแนวทางการจัดการสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังพบว่า พื้นฐานที่สำคัญของแต่ละองค์ประกอบของการดูแลสุขภาพตนเอง คือ ความรู้ การรับรู้ และความสามารถในการเลือกประเภทและกิจกรรมในการปฏิบัติตน ของผู้สูงอายุในการปฏิบัติตนเพื่อจัดการดูแลสุขภาพของตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของโอเร็ม (Orem , 1991) เกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเอง ซึ่งมีระดับการดูแลตนเอง 3 ระดับ คือ ระดับที่ 1 ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (foundation capabilities and disposition) เป็นความสามารถพื้นฐานของมนุษย์ที่จำเป็นสำหรับการกระทำอย่างจงใจโดยทั่ว ๆ ไป ระดับที่ 2 คือ พลัง 10 ประการ (10 power components) เป็นความสามารถที่เป็นตัวกลางในการเชื่อมการรับรู้ และการกระทำที่จงใจ เพื่อการดูแลตนเองของมนุษย์ และระดับที่ 3 คือ ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อ การดูแลตนเอง เป็นความสามารถที่จำเป็นและใกล้ชิด โดยตรงที่จะใช้ในการดูแลตนเองในขณะนั้น เช่น การคาดการณ์ (estimate operation) การปรับเปลี่ยน (transitional operation) และการลงมือปฏิบัติ (productive operation)

ส่วน องค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับความต่อเนื่อง สม่ำเสมอในการปฏิบัติตัว เป็นสิ่งที่สำคัญรองลงมา ในมุมมองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง ใช้คำว่า “มีวินัย” ซึ่ง ปัจจัยที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีวินัยในการปฏิบัติได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ได้แก่ การรับรู้ของตนเอง และ แรงสนับสนุนจากสังคม ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดในเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Rosenstock (1974) ซึ่งได้อธิบายพฤติกรรมป้องกันของบุคคล โดยบุคคลจะกระทำหรือเข้าใกล้สิ่งที่ตนพอใจ และคิดว่าสิ่งนั้นจะก่อให้เกิดผลดีแก่ตน และจะหนีห่างจากสิ่งที่ตนไม่ปรารถนา โดยมีองค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ 3 ด้าน คือ 1) ด้านการรับรู้ของบุคคล (Individual perception) ซึ่งเป็นการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค ความรุนแรงของโรค ภาวะคุกคาม 2) ด้านปัจจัยร่วม (Modifying Factors) ได้แก่ ปัจจัยด้านลักษณะประชากร จิตสังคม และ โครงสร้างทางความรู้หรือประสบการณ์เกี่ยวกับโรคนั้น 3) ด้านปัจจัยที่มีผลต่อความเป็นไปได้ของการปฏิบัติ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรค ส่วนแรงสนับสนุนจากสังคม ส่วนใหญ่เป็นแรงสนับสนุนในการร่วมเป็นสมาชิกของเครือข่าย ของกลุ่มบุคคลที่ติดต่อกัน มีกิจกรรมร่วมกันของผู้สูงอายุเพื่อให้ความช่วยเหลือ แลกเปลี่ยนข้อมูล และบางครั้งมีการขยายขอบเขตไปสู่การสร้างความสัมพันธ์กับสถาบัน

ทางสังคม เช่น กลุ่มชมรมผู้สูงอายุภายในจังหวัด กลุ่มชมรมผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือของสถานพยาบาล ที่ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุในชุมชนนั้น ๆ ซึ่งผู้สูงอายุส่วนใหญ่ เป็นสมาชิกมากกว่า 1 ชมรม ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ กอทต์ลิป (Gottlieb , 1985 : 5-12) ซึ่งเป็นนักพฤติกรรมศาสตร์ ที่ได้แบ่งระดับของการสนับสนุนทางสังคมเป็น 3 ระดับ คือ ระดับกว้าง (Macro Level) ที่เป็นการเข้ามามีส่วนร่วมในสังคมและสร้างความสัมพันธ์กับสถาบัน ในสังคมด้วยความสมัครใจ เพื่อช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ระดับกลุ่มเครือข่าย (Mezzo Level) เป็นกลุ่มบุคคลใกล้ชิดสนิทสนมเหมือนญาติ และระดับ แคบ (Micro level) เป็นความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดมากที่สุด เช่น สามี ภรรยา และสมาชิกในครอบครัว

จะเห็นได้ว่า จากการสัมภาษณ์เชิงลึก และสอบถามผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง เมื่อไม่มีภาวะแทรกซ้อน และไม่มีอาการของการเจ็บป่วย ระดับการสร้างแรงสนับสนุน เป็นไปเพื่อการป้องกันตนเอง และเพื่อสร้างเสริมสุขภาพให้อยู่ในสภาวะสุขภาพที่สมดุล แต่เมื่อเข้าสู่ภาวะการเจ็บป่วย และหากต้องได้รับการรักษาพยาบาล บุคคลที่ผู้สูงอายุต้องการแรงสนับสนุนในการดูแลตนเอง และการให้ความช่วยเหลือ คือ แรงสนับสนุนในระดับแคบ ได้แก่ บุคคลในครอบครัว เช่น บุตร ธิดา และคู่สามี หรือภรรยา

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ข้อเสนอแนะในการปฏิบัติ และข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

กระทรวงที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพและความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุ ทั้งกระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ควรสนับสนุน ส่งเสริมให้สถาบัน หรือองค์กรเครือข่ายที่รวมกลุ่มกันเพื่อดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ หรืออาจจะเป็นกลุ่มชมรมผู้สูงอายุ ด้านงบประมาณ ด้านช่องทางการติดต่อสื่อสารเพื่อการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ รวมทั้งการเข้าไปมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือวางแผนงานในองค์กรดังกล่าวเพื่อเป็นการเชื่อมต่อสร้างสังคมฐานความรู้ และพัฒนาให้มีศักยภาพที่สูงขึ้น ในการจัดการดูแลสุขภาพในหมู่มวลชนสมาชิก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้สูงอายุที่นับวันจะเพิ่มปริมาณมากขึ้น ในลักษณะของโครงสร้างประชากร

ข้อเสนอแนะในการปฏิบัติ

การนำรูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพแบบพอเพียงของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง ไปใช้ในการปฏิบัติ อาจต้องมีการสร้างแนวปฏิบัติที่เป็นพฤติกรรมที่ควรปรากฏเพิ่มเติมขึ้นมาเพื่อให้สามารถนำไปใช้ในการตรวจสอบ ประเมินผลได้อย่างเป็นรูปธรรมมากยิ่งขึ้น

การสร้างเครือข่าย เพื่อเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมนั้น ควรมีการจัดช่องทางสื่อสารที่ ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังสามารถเข้าถึงการรับบริการได้ง่าย เช่นการสร้างแหล่งเรียนรู้ในชุมชน การ แสวงหาบุคคลต้นแบบ เพื่อเป็นแบบอย่างให้กลุ่มผู้สูงอายุได้เรียนรู้จากประสบการณ์ และการที่ บุคลากรในสหสาขาวิชาชีพ ได้เข้าไปมีส่วนร่วมในชุมชนเพื่อเพิ่มพูนองค์ความรู้ที่ถูกต้อง และเป็น การทวนสอบซึ่งกันและกันในการตัดสินใจ เลือกลำนำไปสู่การปฏิบัติที่ถูกต้องเหมาะสม ต่อไป เนื่องจาก ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง ต้องการให้มีที่ปรึกษา ให้คำแนะนำที่ ถูกต้อง เหมาะสมเป็นการสร้างความมั่นใจ และสามารถเป็นที่พึ่งได้เมื่อต้องการการสนับสนุนด้าน ข้อมูลความรู้ ข่าวสารต่าง ๆ เป็นการสร้างภูมิคุ้มกันที่ดีในการดำเนินชีวิต

การรับรู้ของผู้สูงอายุต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ทำให้เป็นแรงกระตุ้นให้ผู้สูงอายุเกิด ความตระหนักในการดูแล เอาใจใส่พฤติกรรมสุขภาพเพิ่มมากขึ้น ดังนั้น การให้ข้อมูล ข่าวสาร คำแนะนำ การให้คำปรึกษา จึงเป็นสิ่งสำคัญที่บุคลากรผู้มีหน้าที่ด้านการบริการทางสุขภาพควร ให้ความสำคัญ ริเริ่มสร้างแนวทาง วิธีการต่าง ๆ เพื่อตอบสนองความต้องการเหล่านั้น ทั้งเชิงรับ และเชิงรุก ทั้งภายในสถานพยาบาล ชุมชน และรวมไปถึงบ้านของผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับรู้ ข้อมูลข่าวสารอย่างทั่วถึง และรวดเร็ว มากยิ่งขึ้น

การสนับสนุนทางอารมณ์ เช่น การให้การยอมรับนับถือ การแสดงถึงความห่วงใย เป็น ปัจจัยที่ผู้สูงอายุต้องการมากที่สุดในด้านการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งจากการสัมภาษณ์เชิงลึก ใน กลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังที่มีสภาวะสุขภาพที่สมดุล ส่วนใหญ่ จะมีแรงสนับสนุนทั้งระดับ แคบเช่น ผู้สูงอายุบางคนอยู่เป็นคู่ และให้การดูแลซึ่งกันและกัน ทำกิจกรรมร่วมกันในชมรม และมีความเข้มแข็งในเชิงของการได้รับการยอมรับนับถือในกลุ่มผู้สูงอายุด้วยกัน และเจ้าหน้าที่ด้าน สุขภาพ จึงทำให้สุขภาพจิตและสุขภาพกายดีขึ้น นอกจากนี้ ผู้สูงอายุบางคนที่มีร่วมกิจกรรมของ ชมรมได้รับแรงสนับสนุนทางอารมณ์จากการได้รับการยอมรับนับถือทำให้เกิดแรงกระตุ้นทำให้มี วินัยในการดูแลสุขภาพของตนเอง ทำให้สภาวะสุขภาพดีขึ้น ดังนั้น ในด้านการปฏิบัติควรสร้าง แนวทางในการสนับสนุนทางอารมณ์ให้มากขึ้นเพื่อให้ผู้สูงอายุมีกำลังใจในการปฏิบัติตนได้ดีขึ้น

3. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ในการทำวิจัยครั้งต่อไป ควรศึกษาผลการนำรูปแบบการวิจัยครั้งนี้ไปใช้ในการเพื่อทดสอบ รูปแบบ และประเมินผล ความยั่งยืนของพฤติกรรมของผู้สูงอายุในการจัดการดูแลตนเองต่อไป

บรรณานุกรม

- เกริกศักดิ์ บุญญานุกพงศ์, สุรีย์ บุญญานุกพงศ์และสมศักดิ์ ฉันทะ. (2533). ชีวิตคนชราในจังหวัด
เชียงใหม่. สถาบันวิจัยสังคม มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ไกรสิทธิ์ ดันติศิริรินทร์ และอุรวรรณ แยมบริสุทธิ์. (2544). โภชนาการกับสุขภาพของผู้สูงอายุ.
สถาบันวิจัยโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล จังหวัดนครปฐม.
- จันทร์พลอย สีนสุขเศรษฐ์. (2540). ภาวะสุขภาพและการดูแลตนเองของผู้สูงอายุจังหวัด
เชียงใหม่. วิทยานิพนธ์หลักสูตรสาธารณสุขมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรณ. (2538). การสำรวจสุขภาพประชากร อายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป ใน
ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2538. กรุงเทพฯ. สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย และสถาบัน
วิจัยระบบสาธารณสุข.
- คนัย ธีวันดา และมฤดี แสนใจ (2544). ศึกษาบทบาท ความต้องการการสนับสนุนของผู้ดูแล
และความต้องการการดูแลรักษาสุขภาพ ของผู้สูงอายุในเขต 7. ศูนย์ส่งเสริม
สุขภาพเขต 7 : อุบลราชธานี.
- เทพินทร์ พัทธานุกฤษ์. (2537). การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างครอบครัวกับการเลี้ยงดูและการดูแล
ผู้สูงอายุ. บัณฑิตวิทยาลัย คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ธนู ชาติชนานนท์.(2540). “ความเข้าใจเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ”. วารสารการ
ส่งเสริมสุขภาพ และอนามัยสิ่งแวดล้อม. 20 (2) : เมษายน - มิถุนายน
2540.
- บรรลุ ศิริพานิช. (2543) ชมรมผู้สูงอายุ : การศึกษารูปแบบการดำเนินงานที่เหมาะสม
2539.สภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรี
นครินทราบรมราชชนนี . สถาบันวิจัยระบบการสาธารณสุข กระทรวง
สาธารณสุข.
- บรรลุ ศิริพานิช. (2540). “งานผู้สูงอายุในประเทศไทย”. วารสารการ
ส่งเสริมสุขภาพ และอนามัยสิ่งแวดล้อม. 20 (2) : เมษายน - มิถุนายน
2540.
- บุญใจ ศรีสถิตยน์รากุล. (2540). ระเบียบวิธีวิจัยทางการแพทย์. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์
แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- พิทักษ์ ศิริวัฒนเมฆานนท์และคณะ.(2540). “การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดนครนายก”.
วารสารวิชาการสาธารณสุข , 6(1) : 118.
- ประยงค์ ถิ่นตระกูล.(2546). การดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ชุมชนศรีวิชัย อำเภอเมือง จังหวัด
เชียงใหม่. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วรรณิ์ จันทร์สว่าง. (2533). แบบแผนสุขภาพของผู้สูงอายุ สงขลา : คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- วรพรรณ รุ่งศิริวงศ์.(2540) . “โรคของผู้สูงอายุและการดูแลรักษา”. วารสารสาธารณสุข
มูลฐานภาคเหนือ, 10 (9) : 33.
- ศรีจิตรา บุญนาค. (2549). ความต้องการดูแลของผู้สูงอายุ. เอกสารประกอบการประชุมพัฒนา
วิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ปี พ.ศ. 2549. สมาคมพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูง
อายุไทย.
- สมบัติ ไชยวัฒน์. (2542) การสนับสนุนทางสังคมโดยเครือข่าย ความสามารถในการดูแล
ตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง : รายงานการวิจัย.
ภาควิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สิวรรณ อุณนาภิรักษ์และคณะ. (2548). การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพในผู้สูงอายุ
ระหว่างปี พ.ศ. 2533 ถึง พ.ศ. 2544.
- สำนักงานส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ. (2547). นโยบายและมาตรการคุ้มครองผู้สูงอายุ
ไทย.สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์ เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส คนพิการและ
ผู้สูงอายุ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.
- องอาจ สิทธิเจริญชัย และคณะ. (2540). “คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไทย : กรณีศึกษาจังหวัด
นครสวรรค์”. วารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคเหนือ , 10 (10) : 6.

Gordon, M.(1987) . **Manual of Nursing Diagnosis**. 1986-1987. New York . McGrew-Hill
book.

Miller, C.A.(1995). **Nursing care of older adults : Theory and practice**. 2nd ed.

Philadelphia : J.B.Lippincott.

Norris, C.M. “Self-Care”. (1979). **American Journal of Nursing**. (March) : 486-489.

Pender.N.J.(1996). **Health Promotion in Nursing Practice**(3rd ed). Stanford: Appletan and
Lange.

Staab, A.S., & Hodges, L.C.(1996). **Essentials of gerontological nursing : Adaptation to the aging process.** Philadelphia : J.B.Lippincott.

Orem, DE. (1991). **Nursing Concepts of Practice (4 th ed.)**. St.Louis : Mosby Year Book.

ภาคผนวก

ข้อมูลสำหรับผู้ป่วย

การวิจัย เรื่อง : พัฒนาแนวทางและรูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังเชิงรุก
เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน

ท่านเป็นผู้ที่ได้รับเชิญจากคณะผู้วิจัยให้เข้าร่วมโครงการวิจัย เพื่อศึกษาแนวทางในการแก้ปัญหาและตอบสนองความต้องการการดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วยเรื้อรัง แล้วนำมาพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน และ โรคความดันโลหิตสูง ก่อนที่ท่านจะตกลงเข้าร่วมการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ขอชี้แจงให้ท่านทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยดังนี้

1. คำชี้แจงเกี่ยวกับเหตุผลที่ต้องทำการศึกษาวิจัย

ปัจจุบันจำนวนผู้สูงอายุและผู้ป่วยเรื้อรังมีแนวโน้มสูงขึ้น ซึ่งโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง เป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ จำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง และเพื่อช่วยให้ทราบถึงแนวทางในการแก้ปัญหาและตอบสนองความต้องการการดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วยเรื้อรัง แล้วนำมาพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง คณะผู้วิจัยจึงมีความประสงค์ที่จะทำการศึกษาวิจัยครั้งนี้โดยนำความรู้ที่ได้มาพัฒนารูปแบบและสร้างกิจกรรมที่เป็นประโยชน์และเป็นการนำความรู้สู่ชุมชนตามภารกิจของหน่วยงานและมหาวิทยาลัยต่อไป

2. คำชี้แจงเกี่ยวกับขั้นตอนการเข้าร่วมโครงการวิจัย

ในการเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ ท่านจะได้รับการสัมภาษณ์หรือสอบถามจากคณะผู้วิจัย โดยการสัมภาษณ์จะมีแบบสอบถามเกี่ยวกับสาเหตุและปัจจัยการเกิดโรคเรื้อรัง ภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ของโรค และพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง สิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ในการดูแลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุและผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งข้อมูลต่าง ๆ ที่ท่านได้ให้ข้อมูลแก่คณะผู้ศึกษาวิจัย จะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนางานด้านการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสุขภาพของผู้สูงอายุและผู้ป่วยเรื้อรัง

ขั้นตอนการเข้าร่วมโครงการ

2.1 ท่านจะได้รับการอธิบายถึงวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย ประโยชน์ของการศึกษาวิจัย

2.2 การลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

2.3 ได้รับการสัมภาษณ์เพื่อตอบแบบสอบถามดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ อายุ เพศ การศึกษา ที่อยู่อาศัย

สถานภาพสมรส ที่มาของรายได้ และสิทธิการรักษา โรคประจำตัว ระยะเวลาของการได้รับการวินิจฉัยของโรคเรื้อรัง เป็นต้น

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุและผู้ป่วยเรื้อรัง

2.4 ได้รับการตรวจร่างกายทั่วไป เช่น การชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดความดันโลหิต วัดรอบเอว และการประเมินภาวะโภชนาการให้แก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย และบันทึกลงในแบบบันทึกการตรวจสุขภาพประจำตัวของผู้เข้าร่วมวิจัย

2.5 ได้รับการเชิญดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 1 – 2 คน เข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษาและร่วมสร้างแนวทางการดูแลร่วมกันระหว่างครอบครัว ผู้สูงอายุและบุคลากรทางการแพทย์ และจัดทำบันทึกการให้คำปรึกษา

2.6 ได้รับการบริการเยี่ยมบ้านโดยทีมสุขภาพ สหสาขาวิชาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล ทันตแพทย์ เภสัชกร นักโภชนาการ นักจิตวิทยา เป็นต้น

3. คุณสมบัติของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

1. เป็นผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยเรื้อรังที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป
2. อาศัยในเขตพื้นที่จังหวัดชลบุรี
3. ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยมีการลงนามยินยอมตามแบบฟอร์มที่คณะผู้วิจัยจัดทำขึ้น ซึ่งจะได้รับการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยมหาวิทยาลัยบูรพา

4. ประโยชน์ที่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยจะได้รับ

ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ จะได้รับการประเมินสถานะสุขภาพและพฤติกรรมดูแลตนเอง รวมทั้งการจัดการด้านสุขภาพ ตามแบบสัมภาษณ์ในด้านต่าง ๆ เพื่อค้นหาปัญหาหรือความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นในการดูแลตนเองและสุขภาพ และได้รับคำปรึกษาและคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเองจากทีมสุขภาพ สหสาขาวิชาชีพ หากพบความผิดปกติทางคณะผู้วิจัยจะได้ประสานงานแจ้งให้เจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุขที่เป็นผู้ดูแลในพื้นที่รับผิดชอบของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทราบ ซึ่งหากต้องได้รับการรักษาจากแพทย์นั้น ผู้ป่วยต้องเป็นผู้รับผิดชอบในการจ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง

การเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ เป็นไปโดยการสมัครใจ และหากท่านปฏิเสธไม่เข้าร่วมโครงการนี้ จะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการดูแลรักษาตามปกติที่ท่านควรจะได้รับจากโรงพยาบาลที่นี่และที่อื่น และแม้ว่าท่านตกลงเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้แล้ว ท่านก็ยังสามารถปฏิเสธและถอนตัว ยุติการเข้าร่วมโครงการนี้ เมื่อใดก็ได้ตามที่ท่านต้องการ โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ เช่นกัน

หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด กรุณาติดต่อได้ที่

นายแพทย์พิสิษฐ์ พิริยาพรณ

ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา

โทรศัพท์ 038-390324 , 390580 ต่อ 206

ซึ่งยินดีให้ข้อมูลแก่ท่านทุกเมื่อ และขอขอบคุณในความร่วมมือ มา ณ โอกาสนี้

ใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย
โครงการวิจัย เรื่อง พัฒนาแนวทางและรูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังเชิงรุก

วันที่ให้คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมนี้ ข้าพเจ้าได้รับฟังคำอธิบายจากผู้วิจัย ถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการในการศึกษาวิจัย รวมทั้งผลประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียดและมีความเข้าใจดีแล้ว

โดยผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจไม่ปิดบังซ่อนเร้น จนข้าพเจ้าพอใจ ข้าพเจ้าเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจและมีสิทธิ์จะปฏิเสธหรือบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เมื่อใดก็ได้ โดยการบอกเลิกการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้จะไม่มีผลต่อการดูแลรักษาที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

ขณะผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะข้อมูลในรูปที่เป็นผลสรุปการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกระทำได้เฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว มีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ หากข้าพเจ้ามีปัญหา หรือข้อสงสัยถึงผลที่เกิดขึ้นจากการวิจัย สามารถซักถามผู้วิจัยได้ทันที หรือซักถามหัวหน้าโครงการวิจัย โดยติดต่อที่ **นายแพทย์พิสิษฐ์ พิริยาพรรณ** ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา โทรศัพท์ 038-390324 , 390580 ต่อ 206

ลงชื่อ.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้ทำวิจัย

(.....)

ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหนังสือได้ แต่ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในใบยินยอมนี้ให้แก่ข้าพเจ้าฟังจนเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้าจึงลงนามหรือประทับลายนิ้วหัวแม่มือขวาของข้าพเจ้าในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงชื่อ.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้ทำวิจัย

(.....)



แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
มหาวิทยาลัยบูรพา

1. โครงการวิจัย

ภาษาไทย พัฒนาแนวทางและรูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังเชิงรุก
ภาษาอังกฤษ Development Guideline and Model of Health Management in Elderly and Chronic patients

2. ชื่อหัวหน้าโครงการวิจัย : นายแพทย์พิสิทธิ์ พิริยาพรณ

3. หน่วยงานที่สังกัด ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา

4. ผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ได้พิจารณารายละเอียดโครงการวิจัย เรื่องดังกล่าว
ข้างต้นแล้ว ในประเด็นที่เกี่ยวข้อง

- 1) เคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิของมนุษย์ที่ใช้เป็นตัวอย่างการวิจัย
- 2) วิธีการอย่างเหมาะสมในการได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโครงการการวิจัย (Informed consent) รวมทั้งการปกป้องสิทธิประโยชน์ และรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย
- 3) การดำเนินการวิจัยอย่างเหมาะสม เพื่อไม่ก่อความเสียหายต่อสิ่งที่ศึกษาวิจัย ไม่ว่าจะเป็นสิ่งที่มีชีวิต หรือไม่มีชีวิต

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มีมติเห็นชอบ ดังนี้

(/) รับรองโครงการวิจัย

(.) ไม่รับรอง

5. วันที่ให้การรับรอง : 26 มิถุนายน พ.ศ. 2550

ลงนาม

(ศาสตราจารย์ ดร.สมศักดิ์ พันธุ์วัฒนา)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย



รายชื่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
งานส่งเสริมการวิจัย กองบริการการศึกษา มหาวิทยาลัยบูรพา

เพื่อเป็นการคุ้มครอง และปกป้องต่อตัวอย่างที่จะดำเนินการวิจัยทั้งที่เป็นมนุษย์ สัตว์ พืช วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม ในการดำเนินงานวิจัยของมหาวิทยาลัยบูรพา และให้การดำเนินการวิจัยถูกต้องตามหลักจริยธรรม หลักสิทธิมนุษยชน และจรรยาบรรณนักวิจัย โดยพิจารณาและให้ความเห็นประเด็นจริยธรรมของโครงการวิจัย ในมนุษย์ สัตว์ พืช วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง	หน่วยงานที่สังกัด
1.	ศ.ดร.สมศักดิ์ พันธุ์วัฒนา	ประธานกรรมการ	สำนักงานอธิการบดี
2.	ศ.ดร.นพ.ศาสตรี เสาวคนธ์	รองประธานกรรมการ	คณะสาธารณสุขศาสตร์
3.	นพ.วรรณะ อุณาภูล	กรรมการ	คณะแพทยศาสตร์
4.	ดร.พิศมัย หอมจำปา	กรรมการ	คณะสาธารณสุขศาสตร์
5.	ดร.สมโภชน์ อเนกสุข	กรรมการ	คณะศึกษาศาสตร์
6.	ผศ.ดร.วุฒิชชาติ สุนทรสมัย	กรรมการ	คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์
7.	ดร.วรเทพ มุฑูวรรณ	กรรมการ	สถาบันวิทยาศาสตร์ทางทะเล
8.	นางสาวสุชาดา มณีสุธรรม	กรรมการ	งานวินัยและนิติกร กองการเจ้าหน้าที่
9.	รศ.ดร.วรรณิ์ เดียววิเศษ	กรรมการและเลขานุการ	สำนักงานอธิการบดี
10.	นางสาวกฤษณา วีระญาโณ	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ	งานส่งเสริมการวิจัย กองบริการการศึกษา
11.	นางสาวรุ่งนภา มานะ	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ	งานส่งเสริมการวิจัย กองบริการการศึกษา