



พัฒนาแนวทางและรูปแบบการจัดการ ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังเรื้อรัง Development Guideline and Model of Health Management in Elderly and Chronic patients

นพ.พิสิษฐ์ พิริยาพรธ

ผู้อำนวยการศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ รองคณบดีฝ่ายบริการ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
Pisit Piriyaapun, MD. Director of Health Science Center, Vice dean of service, Faculty of Medicine, Burapha University

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเพื่อพัฒนาแนวทางและรูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังเรื้อรัง ใช้แนวคิดบูรณาการการบริการสุขภาพ (Integrated Care) การมีส่วนร่วมของชุมชนในระบบบริการสุขภาพ (Community involvement in health care system) และนโยบายด้านการพัฒนาสาธารณสุขในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 10 ที่น้อมนำปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง เป็นแนวทางในการพัฒนา

วิธีดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย การวิจัยเชิงปริมาณและการวิจัยเชิงคุณภาพ โดย การวิจัยเชิงปริมาณเป็นการสำรวจสภาวะสุขภาพและความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุและผู้ป่วยเรื้อรังโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามผู้สูงอายุในจังหวัดชลบุรี จำนวน 379 คน จากการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นโดยอำเภอที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อำเภอปอทอง อำเภอพนสนธิคม และอำเภออ่าวอุดม และการวิจัยเชิงคุณภาพ ใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกตพฤติกรรมการจัดการดูแลและสิ่งแวดล้อมต่างๆ ในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุและผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การตรวจร่างกาย ภาวะโภชนาการ การให้คำปรึกษา การสร้างแนวทางการจัดการร่วมกันจากกระบวนการ Focus group ระหว่างผู้สูงอายุ ครอบครัว และบุคลากรทางด้านสุขภาพ

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบและแนวทางการจัดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง 2 โรค ได้แก่ โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วยส่วนประกอบ 5 ด้าน คือ 1) การจัดการดูแลสุขภาพตนเองแบบพอเพียงด้านสุขภาพจิต 2) ด้านโภชนาการ 3) ด้านการใช้ยา 4) ด้านการออกกำลังกาย 5) ด้านการรับบริการจากระบบบริการสุขภาพและชุมชน โดยมีผลการสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับใช้รูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพตนเองแบบพอเพียงของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง มีระดับคุณภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี (ค่าเฉลี่ย 3.89) และมีค่าความมีประโยชน์ ความเป็นไปได้ ความเหมาะสม และความถูกต้อง อยู่ในระดับดีมาก (ค่าเฉลี่ย 3.76)

ผลการสัมภาษณ์และ Focus group ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพดีภายใต้การเจ็บป่วยเป็นโรคเรื้อรังที่ปราศจากโรคแทรกซ้อน และมีการปฏิบัติตนที่เหมาะสมและได้มีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นจากผลของการปฏิบัติตนของผู้สูงอายุในด้านต่างๆ พบว่า ผู้สูงอายุสามารถใช้หลักความพอเพียงในการจัดการดูแลสุขภาพตนเองอย่างเป็นรูปธรรมและให้ความหมายดังนี้คือ

ความพอประมาณ คือ การรักษาความสมดุลของความสุขภาพดี กับการเจ็บป่วย ซึ่งหมายความว่า การใช้ชีวิตต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นการดูแลตนเองทางด้านจิตใจ อารมณ์ของผู้สูงวัย จะใช้หลักความสมดุลไม่มาก ไม่น้อยจนเกินไป

ความมีเหตุผล คือ การใช้ชีวิตอย่างมีเหตุผล ตามความจำเป็น ไม่ใช่สิ่งที่เกินฐานะและกำลัง ใช้อย่างคุ้มค่า ประหยัด

มีภูมิคุ้มกัน คือ มีการดูแลสุขภาพให้อยู่ในสภาพที่ดี สามารถเป็นตัวอย่างแก่ผู้อื่นได้ สามารถช่วยเหลือผู้อื่นได้บ้างตามสมควร

มีความรู้คุณธรรม การที่ผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวที่เป็นโรคเรื้อรัง ทำให้เกิดความตระหนักในเรื่องของการดูแลสุขภาพของตนเอง ทำให้เฝ้าหาความรู้ เรียนรู้อยู่ตลอดเวลา ให้ความสำคัญกับการนำความรู้ไปปฏิบัติ และ หมั่นทบทวนตรวจสอบตนเองว่านำไปใช้กับตนเองได้จริงหรือไม่ ส่วนความรู้เท่าทันโรคภัย เป็นเรื่องของสติที่ต้องเรียนรู้เพื่อให้เกิดความรู้เท่าทัน เมื่อรู้สติจะทำให้ไม่เกิดความหวั่นวิตก อยู่กับโรคนั้นได้อย่างมีความสุข และเกิดความสมดุล สามารถดูแลตนเองได้อย่างเท่าทันต่อการเปลี่ยนแปลงและพึ่งตนเองได้

สิ่งสำคัญยิ่งที่ผู้สูงอายุให้ความหมายและความสำคัญคือ การอยู่รวมกลุ่มเพื่อช่วยเหลือซึ่งกันและกัน สอดคล้องกับแนวคิดเรื่องแรงสนับสนุนทางสังคม ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่า มีกำลังใจในการต่อสู้กับความเปลี่ยนแปลงต่างๆ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณที่จะค่อยๆ เสื่อมถอยไปตามวัย ให้มีโอกาสใช้ชีวิตที่อุดมไปด้วยความสุขสมบูรณ์ในวัยสูงอายุได้อย่างพอเพียง

Abstract

Background

According to increasing of elderly people in Thailand that was estimated in 2000, 2010 and 2020 will be rising 9.19 , 11.36 and 15.28 percentage of Thai's population. The important of physical psychological and social problems in elderly were recognized by the government for a long time from public policy since The National Economic and Social development Act 5 (1982-1986) to the currently Act 10(2007-2011). The focusing of the Act 9 was promoted "All for Health" by developing health system and trying to use the sufficiency economic philosophy of Thai Royal King Bhumiphol. In order to clarify the vision in Act 10 is "Green and Happiness Society" for reforming the sufficiency health system. The development guideline and model for health management in elderly and chronic patients were necessary to collaborate seriously among the government, private sector and others, especially for improving the quality of their life in good environment and conducting with happiness.

Objective

The purpose of this research were designed to develop guideline and model of health management in elderly and chronic patients.

Methods

1. **Quantitative:** Survey by using the health status and needs of health care in elderly and chronic patients' questionnaires. The 379 samples from stratified random sampling older in Chonburi province.

2. **Qualitative:** Focus group for developing 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.



Results

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 ($Xbar = 3.89$) 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.

Conclusion

The sufficiency health system is appropriate applying in Thai elderly context. Social support was still needful and discipline in self care achieve their healthy.

บทนำ

จากการเพิ่มจำนวนผู้สูงอายุ พบว่าจำนวนผู้สูงอายุกำลังเพิ่มสัดส่วนขึ้นอย่างรวดเร็ว คาดการณ์ไว้ว่า ในปี 2543, 2553 และ 2563 จำนวนประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย จะเพิ่มเป็นร้อยละ 9.19, 11.36 และ 15.28 ของประชากรทั้งหมด สภาพปัญหาของผู้สูงอายุทั้งทางด้านความเสี่ยงของร่างกาย สภาพจิตใจและสังคม ทำให้รัฐบาลตระหนักว่าควรจะได้เตรียมการช่วยเหลือผู้สูงอายุในกรณีต่างๆ จึงได้กำหนดเป็นนโยบายไว้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ มาตั้งแต่ฉบับที่ 5 (พ.ศ. 2525-2529) จนถึงฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550-2554) ซึ่งเป็นฉบับปัจจุบัน ในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 9 ได้มุ่งเน้นการพัฒนาสุขภาพประชาชนและการระดมพลังทั้งสังคมเพื่อสร้างคุณภาพ (All for Health) โดยการพัฒนาระบบสุขภาพทั้งระบบซึ่งเกี่ยวข้องกับองค์กร ภาครัฐ และสถาบันต่างๆ ทั้งในภาคสาธารณสุขและนอกภาคสาธารณสุข เป็นการปรับทั้งบทบาทภารกิจและโครงสร้างองค์กร/กลไกของรัฐในการพัฒนาสุขภาพ ซึ่งในการดำเนินการตามแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 9 นี้ ได้กล่าวถึงการนำแนวคิดหลักการปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงกับสุขภาพแล้ว แต่ยังไม่มีการนำมาประยุกต์ อย่างเป็นรูปธรรม เพียงกล่าวถึงระบบสุขภาพพอเพียง สำหรับแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10 มี วิสัยทัศน์ "สังคมอยู่เย็นเป็นสุขร่วมกันภายใต้แนวคิดเศรษฐกิจพอเพียง" (Green and Happiness Society) โดยมุ่งสู่ระบบสุขภาพพอเพียง เพื่อสร้างให้สุขภาพดี บริการดี สังคมดี ชีวิตมีความสุขอย่างพอเพียง ดังนั้น การพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพที่เน้นการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ทุกฝ่าย จะต้องเข้ามาร่วมมือกันอย่างจริงจัง ทั้งภาครัฐและภาคเอกชน โดยเน้นการเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุ ครอบครัว ชุมชน และสังคม ในเรื่องของการป้องกัน ส่งเสริม พิ้นฟูและรักษาสุขภาพของตนเอง เพื่อให้ผู้สูงอายุ เหล่านั้น มีสุขภาพสมบูรณ์ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณค่า และมีความสุข มีคุณภาพชีวิตที่ดี และจากไปอย่างสมศักดิ์ศรี ซึ่งคณะผู้วิจัยได้สนใจการศึกษารูปแบบการดูแล ผู้สูงอายุโดยนำแนวทางแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 10 มาใช้เป็นกรอบในการดำเนินการ และทำการศึกษ โดยใช้กลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง 2 โรค คือ โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง มาพัฒนารูปแบบการ จัดการดูแลสุขภาพในจังหวัดชลบุรีเป็นต้นแบบก่อนเพื่อศึกษาความเป็นไปได้ และประสิทธิผลของโปรแกรมการ ดูแลสุขภาพที่คณะผู้วิจัยศึกษา

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง (โรคเบาหวาน, ความดันโลหิตสูง)

ผลการศึกษาวิจัย

1. การศึกษาวิเคราะห์ข้อมูลจากรายงานผลการศึกษาวิจัย ในแผนงานวิจัยย่อยที่ 1 เรื่อง “การสำรวจภาวะสุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การดูแลตนเองและการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังในภาคตะวันออก” (เวชกา กลิ่นวิชิตและคณะ, 2549) และทำการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุและผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อนำไปใช้เป็นแนวคิดในการพัฒนารูปแบบ

ผลการวิเคราะห์ ได้ศึกษาหลักการ/แนวคิด/ทฤษฎี ดังต่อไปนี้ ไปใช้ในการพัฒนารูปแบบ ได้แก่ แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการสุขภาพ นวัตกรรม 9 ประการ, แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเองของโอเรียม, การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะโรคและการเจ็บป่วยเรื้อรัง โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง, ผลการวิเคราะห์สถานการณ์และการพัฒนาคุณภาพผู้สูงอายุไทย ด้านการเจ็บป่วยและโรค ด้านพฤติกรรมเสี่ยง ด้านการดูแลสุขภาพ และด้านสวัสดิการคำรักษาพยาบาล, ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงกับสุขภาพ และผลการศึกษาวิจัยในระยะที่ 1 จากผลการศึกษาดังกล่าว สามารถนำองค์ประกอบที่คล้ายคลึงกัน มาหลอมรวมกัน เป็นองค์ประกอบที่ใช้เป็นกรอบในการพัฒนารูปแบบ ดังต่อไปนี้ คือ

การนำกรอบแนวคิดของ “ระบบสุขภาพพอเพียง” มาใช้ร่วมกับการจัดการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยที่เป็นโรคและภาวะความเจ็บป่วยเรื้อรัง โดยพิจารณาในกรอบของการจัดการสุขภาพตนเองแบบพอเพียงด้านสุขภาพจิต ด้านโภชนาการ ด้านการใช้ยา ด้านการออกกำลังกายและด้านการรับบริการจากระบบบริการสุขภาพ/ชุมชน โดยเน้นตามคุณลักษณะของระบบสุขภาพพอเพียง ดังนี้ (1) มีรากฐานที่เข้มแข็งจากการมีความพอเพียงทางสุขภาพในระดับครอบครัวและชุมชน (2) มีความรอบคอบและรู้จักความพอประมาณอย่างมีเหตุผลในด้านการเงินการคลังเพื่อสุขภาพในทุกระดับ (3) มีการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม และใช้อย่างรู้เท่าทัน โดยเน้นภูมิปัญญาไทยและการพึ่งตนเอง (4) มีการบูรณาการด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาลฟื้นฟูสภาพและคุ้มครองผู้บริโภค (5) มีระบบภูมิคุ้มกันที่ให้หลักประกันและคุ้มครองสุขภาพของประชาชน (6) มีคุณธรรม จริยธรรม คือ ความซื่อตรง ไม่โลภมาก และรู้จักพอ

2. การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง ผลการศึกษาวิจัยพบว่า ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีสุขภาพและความต้องการการดูแลในแต่ละด้าน ดังนี้

ด้าน	คะแนนเฉลี่ย, SD	ร้อยละ
ด้านสุขภาพจิต <ul style="list-style-type: none">• รู้สึกผิดหวัง• รู้สึกโกรธ กลัว วิตกกังวลไม่สามารถควบคุมสิ่งต่างๆ ได้• รู้สึกไม่มีความสุขและเศร้าหมอง	3.17 (0.68)	54.88 51.19 51.08
ด้านโภชนาการ <ul style="list-style-type: none">• กินอาหารต้ม นึ่ง อบ• กินผักเป็นประจำ• กินผลไม้ที่ไม่หวานจัด	3.25 (0.80)	64.38 58.31 49.97
ด้านการใช้ยา <ul style="list-style-type: none">- พฤติกรรมที่เหมาะสม<ul style="list-style-type: none">• กินยาตรงตามชนิดและปริมาณที่แพทย์สั่ง	2.43 (0.69)	59.20



ด้าน	คะแนนเฉลี่ย, SD	ร้อยละ
- พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม <ul style="list-style-type: none">• โรคเบาหวาน/กินยาเกินขนาดบางครั้งเกิดอาการแทรกซ้อน• โรคความดันโลหิตสูง/การขาดยา กินยาไม่ต่อเนื่อง ทำให้เกิดอาการของความดันโลหิตสูง เช่น มีน้ศีรษะ ตาลาย ปวด ต้นคอ		56.60 48.00
ด้านการออกกำลังกาย <ul style="list-style-type: none">• ออกกำลังกายสัปดาห์ละ 3-5 ครั้ง• ออกกำลังกายสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง• ไม่ออกกำลังกายเลย	3.11 (0.94)	50.40 36.41 9.76
ด้านการรับบริการจากระบบบริการสุขภาพ/ชุมชน <ul style="list-style-type: none">• ไม่เคยเจ็บป่วยจนถึงขั้นเข้าอนรักษาทันทีในโรงพยาบาล• เคยเจ็บป่วยจนถึงขั้นเข้าอนรักษาทันทีในโรงพยาบาล<ul style="list-style-type: none">- โรคระบบทางเดินหายใจ- โรคระบบไหลเวียน- โรคระบบต่อมไร้ท่อ• เคยได้รับอุบัติเหตุ• ไม่เคยได้รับอุบัติเหตุ<ul style="list-style-type: none">- จราจร- การทำงาน- ภายในบ้าน• การได้รับคำแนะนำทางสุขภาพ<ul style="list-style-type: none">- แพทย์- พยาบาล- สื่อวิทยุ โทรทัศน์ และสิ่งพิมพ์ต่างๆ• สิทธิการรักษา<ul style="list-style-type: none">- ประกันสุขภาพถ้วนหน้า- ชำระเงินเอง- เบิกได้ (ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ/อื่นๆ)• เลือกปฏิบัติอย่างไรเมื่อเจ็บป่วย<ul style="list-style-type: none">- ไปโรงพยาบาล- ไปสถานเอนามัย- ซักยามากินเอง• ต้องการใครดูแลเมื่อเจ็บป่วย<ul style="list-style-type: none">- บุตร/ธิดา- คู่สามี/ภรรยา- ดูแลตนเอง• การสูบบุหรี่<ul style="list-style-type: none">- ไม่สูบเลย- สูบเป็นครั้งคราว- สูบเป็นประจำ• การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์<ul style="list-style-type: none">- ไม่ดื่มเลย- ดื่มเป็นครั้งคราว- ดื่มเป็นประจำ	3.28 (0.88)	67.81 32.19 39.17 23.68 23.53 62.80 37.20 32.45 13.98 9.50 41.01 29.49 14.29 86.81 7.92 3.96 71.82 13.63 8.31 57.94 24.94 8.06 78.36 14.25 5.02 70.71 25.33 1.32

3. คณะผู้วิจัย ได้จัดประชุมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ วิชาชีพ แพทย์ พยาบาล พยาบาลชุมชน นักโภชนาการ เกษัชกร และนักวิจัย โดยได้ร่วมประชุม สรุปผลการการศึกษาวิจัย จากการสำรวจ สัมภาษณ์ ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง และศึกษาผลการทบทวนแนวคิดทฤษฎีในการจะนำมาใช้เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้สูงอายุ โดยได้สรุปประเด็นสำคัญ เพื่อให้สามารถนำไปใช้และมีความสะดวกต่อการจดจำเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติได้

4. ทำการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง แต่มีผลการตรวจร่างกายและมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ดี จำนวน 10 ท่าน เพื่อทำ Focus group 2 รอบ โดยใช้กระบวนการ dialogue เพื่อค้นหาและบันทึกคำบอกเล่าของผู้สูงอายุเกี่ยวกับพฤติกรรมการจัดการดูแลสุขภาพตนเองที่ดี และนำผลสรุปมาพิจารณาร่วมกันอีก เพื่อนำมาใช้เป็นประเด็นสำคัญในการสร้างรูปแบบในขั้นตอนต่อไป

5. พัฒนารูปแบบและแนวทางการจัดการการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังในการพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง ใช้แนวคิดการบูรณาการการบริการสุขภาพ (Integrated Care) การมีส่วนร่วมของชุมชนในระบบบริการสุขภาพ (Community involvement in health care system) และนโยบายด้านการพัฒนาสาธารณสุขในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 10 ที่น้อมนำปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงเป็นแนวทางการพัฒนาสุขภาพ โดยนำรูปแบบและแนวทางการจัดการดูแลสุขภาพ ที่ผ่านการประชุมทีมสหสาขาวิชาชีพ และผ่านการ Focus group ในกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังที่มีผลการดูแลสุขภาพตนเองในระดับดีมาก ซึ่งผู้สูงอายุกลุ่มนี้จะเป็นผู้ให้คำแนะนำและค่าน้ำหนักของการจัดการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง โดยทุกๆ ด้านจะให้ค่าคะแนนและค่าน้ำหนักมากที่สุด ในส่วนของความรู้คู่คุณธรรม (น้ำหนัก ร้อยละ 40) ซึ่งต้องมีสติ รู้เท่าทันโรค มีความฉลาด รู้เท่าทันอารมณ์ตนเอง มีวินัยและขยัน รู้วิธีการปฏิบัติตนที่ถูกต้องมีความสุข รู้คุณค่าในชีวิตของตนเองและผู้อื่น ส่วนด้านอื่นๆ ให้ค่าคะแนนและค่าน้ำหนักเท่าๆ กัน (ร้อยละ 20) อันได้แก่ ความพอประมาณ ความมีเหตุผล และการสร้างภูมิคุ้มกัน รายละเอียดในแต่ละองค์ประกอบมีดังนี้

ด้าน	ความพอประมาณ (20)	ความมีเหตุผล (20)	การสร้างภูมิคุ้มกัน (20)
สุขภาพจิต	<ul style="list-style-type: none"> - การยึดหลักทางสายกลาง - การหลีกเลี่ยงความเสี่ยง - การแบ่งปันและไม่เบียดเบียนใคร - การมีเครือข่ายและเข้าร่วมสังคมชุมชน 	<ul style="list-style-type: none"> - การสร้างและฝึกความเข้มแข็งทางจิตใจและอารมณ์อย่างสม่ำเสมอ - การตรวจสอบภาวะสุขภาพจิตและอารมณ์ของตนเองอยู่ตลอดเวลา 	<ul style="list-style-type: none"> - การมีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจทำให้มีกำลังใจ - การใช้เวลาในการฟื้นฟูสุขภาพจิตและการเห็นความสำคัญของการพักผ่อนหย่อนใจ - การอาสาสมัครช่วยงานในชุมชน/ช่วยครอบครัวลูกหลาน
โภชนาการ	<ul style="list-style-type: none"> - การยึดหลักทางสายกลาง - การหลีกเลี่ยงความเสี่ยงทานอาหารเฉพาะโรคที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย - การแบ่งปันและไม่เบียดเบียนใคร - การมีเครือข่ายและเข้าร่วมสังคมชุมชน 	<ul style="list-style-type: none"> - การเสาะแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารให้เหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่ - การตรวจสอบภาวะโภชนาการตนเองอยู่ตลอดเวลา 	<ul style="list-style-type: none"> - มีที่ปรึกษา/ให้ข้อมูลความรู้/เป็นที่พึ่งทางความรู้ด้านโภชนาการ - การให้ความสำคัญกับการเลือกรับประทานอาหาร - การเลือกรับประทานอาหารรับประทานเอง
การใช้ยา	<ul style="list-style-type: none"> - การใช้ยาตามความจำเป็นต่อความเจ็บป่วย 	<ul style="list-style-type: none"> - การเสาะแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาและยาที่ได้รับอย่างถูกต้องและเหมาะสมกับโรคและอาการที่เป็นอยู่ - การตรวจสอบการใช้ยาของตนเองอย่างสม่ำเสมอ 	<ul style="list-style-type: none"> - มีที่ปรึกษา/ให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา - การป้องกันความเสี่ยงในการใช้ยาโดยใช้ให้ถูกต้อง และศึกษาผลข้างเคียงของการใช้ยา

ด้าน	ความพร้อมประมาณ (20)	ความมีเหตุผล (20)	การสร้างภูมิคุ้มกัน (20)
ออกกำลัง กาย	- การออกกำลังกายและการเลือก ทำกิจกรรมที่เหมาะสมกับสุขภาพ ของตนเอง	- การเสาะแสวงหาความรู้เกี่ยวกับ การออกกำลังกายและการทำ กิจกรรมที่เหมาะสมกับโรคและ อาการที่เป็นอยู่ - ความมีวินัย ในการออกกำลังกาย และการประเมินตนเองอย่าง สม่ำเสมอ	- มีที่ปรึกษา/ให้ข้อมูลความรู้ เกี่ยวกับการออกกำลังกาย - การให้ความสำคัญกับการออก- กำลังกาย - การเลือกประเภทการออกกำลังกาย ที่เหมาะสม
การ รับบริการ ด้านสุขภาพ	- เลือกสถานบริการสุขภาพ ที่ใกล้บ้าน และมีความน่าเชื่อถือ - เข้าไปมีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรม เครือข่าย - เข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุของ โรงพยาบาล	- การศึกษา สอบถาม บอกต่อ สถานบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน - ศึกษากระบวนการ พหุติกรรม บริการของงานบริการสุขภาพ ประกอบการตัดสินใจในการดูแล	- สร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับสถาน- บริการสุขภาพ - การใช้เวลาในการเข้าร่วมกิจกรรม ซึ่งล้วนเป็นกิจกรรมที่มีประโยชน์ ต่อสุขภาพของตนที่สถานบริการ สุขภาพจัดให้

6. ผลการสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้รูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพตนเองแบบพอเพียงของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังพบว่า มีระดับคุณภาพโดยรวมอยู่ในระดับ ดี (ค่าเฉลี่ย 3.89) และมีค่าความมีประโยชน์ ความเป็นไปได้ ความเหมาะสม และความถูกต้อง อยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 3.76)

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการพัฒนารูปแบบและแนวทางการจัดการสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังพบว่า พื้นฐานที่สำคัญของแต่ละองค์ประกอบของการดูแลสุขภาพตนเอง คือ ความรู้ การรับรู้ และความสามารถในการเลือกประเภทและกิจกรรมในการปฏิบัติตนของผู้สูงอายุในการปฏิบัติตนเพื่อจัดการดูแลสุขภาพของตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของโอเรม (Orem, 1991) เกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเอง ซึ่งมีระดับการดูแลตนเอง 3 ระดับ คือ ระดับที่ 1 ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (foundation capabilities and disposition) เป็นความสามารถพื้นฐานของมนุษย์ที่จำเป็นสำหรับการกระทำอย่างจงใจโดยทั่วๆ ไป ระดับที่ 2 คือ พลัง 10 ประการ (10 power components) เป็นความสามารถที่เป็นตัวกลางในการเชื่อมการรับรู้ และการกระทำที่จงใจเพื่อการดูแลตนเองของมนุษย์ และระดับที่ 3 คือ ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเอง เป็นความสามารถที่จำเป็นและใกล้ชิดโดยตรงที่จะใช้ในการดูแลตนเองในขณะนั้น เช่น การคาดการณ์ (estimate operation) การปรับเปลี่ยน (transitional operation) และการลงมือปฏิบัติ (productive operation)

ส่วนองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับความต่อเนื่อง สม่ำเสมอในการปฏิบัติตัว เป็นสิ่งสำคัญรองลงมา ในมุมมองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง ใช้คำว่า “มีวินัย” ซึ่งปัจจัยที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีวินัยในการปฏิบัติได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ได้แก่ การรับรู้ของตนเอง และแรงสนับสนุนจากสังคม ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดในเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Rosenstock (1974) ซึ่งได้อธิบายพฤติกรรมป้องกันของบุคคล โดยบุคคลจะกระทำหรือเข้าใกล้สิ่งที่ตนพอใจ และคิดว่าสิ่งนั้นจะก่อให้เกิดผลดีแก่ตน และจะหนีห่างจากสิ่งที่ตนไม่ปรารถนา โดยมีองค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ 3 ด้าน คือ 1) ด้านการรับรู้ของบุคคล (Individual perception) ซึ่งเป็นการรับรู้ โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค ความรุนแรงของโรค ภาวะคุกคาม 2) ด้านปัจจัยร่วม (Modifying Factors) ได้แก่ ปัจจัยด้านลักษณะประชากร จิตสังคม และโครงสร้างทางความรู้หรือประสบการณ์เกี่ยวกับโรคนั้น 3) ด้านปัจจัยที่ส่งผลต่อความเป็นไปได้ของการปฏิบัติ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรค ส่วนแรงสนับสนุนจากสังคมส่วนใหญ่ เป็นแรงสนับสนุนในการร่วมเป็นสมาชิกของเครือข่ายของกลุ่ม

บุคคลที่ติดต่อกัน มีกิจกรรมร่วมกันของผู้สูงอายุเพื่อให้ความช่วยเหลือ แลกเปลี่ยนข้อมูล และบางครั้งมีการขยายขอบเขตไปสู่การสร้างความสัมพันธ์กับสถาบันทางสังคม เช่น กลุ่มชมรมผู้สูงอายุภายในจังหวัด กลุ่มชมรมผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือของสถานพยาบาลที่ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุในชุมชนนั้นๆ ซึ่งผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นสมาชิกมากกว่า 1 ชมรม ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของกอตต์ลิบ (Gottlieb, 1985:5-12) ซึ่งเป็นนักพฤติกรรมศาสตร์ที่ได้แบ่งระดับของการสนับสนุนทางสังคมเป็น 3 ระดับ คือ ระดับกว้าง (Macro Level) ที่เป็นการเข้ามามีส่วนร่วมในสังคมและสร้างความสัมพันธ์กับสถาบันในสังคมด้วยความสมัครใจ เพื่อช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ระดับกลุ่มเครือข่าย (Mezzo Level) เป็นกลุ่มบุคคลใกล้ชิดสนิทสนมเหมือนญาติ และระดับแคบ (Micro level) เป็นความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดมากที่สุด เช่น สามี ภรรยา และสมาชิกในครอบครัว

จะเห็นได้ว่า จากการสัมภาษณ์เชิงลึก และสอบถามผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง เมื่อไม่มีภาวะแทรกซ้อนและไม่มีอาการของการเจ็บป่วย ระดับการสร้างแรงสนับสนุน เป็นไปเพื่อการป้องกันตนเอง และเพื่อส่งเสริมสุขภาพให้อยู่ในสภาวะสุขภาพที่สมดุล แต่เมื่อเข้าสู่ภาวะการเจ็บป่วย และหากต้องได้รับการรักษาพยาบาล บุคคลที่ผู้สูงอายุต้องการแรงสนับสนุนในการดูแลตนเอง และการให้ความช่วยเหลือ คือ แรงสนับสนุนในระดับแคบ ได้แก่ บุคคลในครอบครัว เช่น บุตร ธิดา และคู่สามีหรือภรรยา ส่วนการให้คำแนะนำและคำแนะนำหนักของการพัฒนารูปแบบในการส่งเสริมสุขภาพเป็นการให้คำแนะนำโดยผู้สูงอายุเอง ซึ่งถือว่าเป็น Subjective อาจทำให้ผลการวิจัยมีความลำเอียงได้ ดังนั้นหากนำรูปแบบนี้ไปใช้ควรพัฒนาแบบประเมินผลในแต่ละองค์ประกอบเพื่อวัดผลลัพธ์ที่เกิดการนำรูปแบบไปใช้อย่างเป็นรูปธรรมต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. **รัฐบาลควรสนับสนุน** กลุ่ม องค์กร เครือข่ายเพื่อผู้สูงอายุในด้านงบประมาณ ช่องทางการสื่อสารเพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เข้าไปมีส่วนร่วมวางแผนช่วยเหลือองค์กรต่างๆ สร้างและเชื่อมต่อสังคมฐานความรู้ พัฒนาศักยภาพในการจัดการดูแลสุขภาพในหมู่มวลสมาชิก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้สูงอายุที่นับวันจะเพิ่มปริมาณมากขึ้นในลักษณะของโครงสร้างประชากร

2. **ควรสร้างเครือข่าย** ช่องทางการสื่อสารเพื่อให้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังสามารถเข้าถึงการรับบริการได้ง่าย เช่น การสร้างแหล่งเรียนรู้ในชุมชน การแสวงหาบุคคลต้นแบบ ให้กลุ่มผู้สูงอายุได้เรียนรู้จากประสบการณ์และส่งเสริมให้สหสาขาวิชาชีพ มีส่วนร่วมในชุมชนเพิ่มพูนองค์ความรู้ที่ถูกต้อง และเป็นการทวนสอบซึ่งกันและกันในการตัดสินใจ แล้วนำไปสู่การปฏิบัติที่ถูกต้องเหมาะสมต่อไป เนื่องจากผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง ต้องการให้มีที่ปรึกษาให้คำแนะนำที่ถูกต้องเหมาะสม เป็นการสร้างความมั่นใจ และสามารถเป็นที่พึ่งได้เมื่อต้องการการสนับสนุนด้านข้อมูลความรู้ ข่าวสารต่างๆ เป็นการสร้างภูมิคุ้มกันที่ดีในการดำเนินชีวิต

3. **ควรให้ข้อมูล** ข่าวสาร คำแนะนำ คำปรึกษาแก่ผู้สูงอายุเชิงรับและเชิงรุก ทั้งภายในสถานพยาบาล ชุมชน และรวมไปถึงบ้านของผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารอย่างทั่วถึง และรวดเร็วมากยิ่งขึ้น การรับรู้ของผู้สูงอายุต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ทำให้เป็นแรงกระตุ้นให้ผู้สูงอายุเกิดความตระหนักในการดูแล เอาใจใส่พฤติกรรมสุขภาพเพิ่มมากขึ้น

4. **การสนับสนุนทางอารมณ์** เช่น การให้การยอมรับนับถือ การแสดงถึงความห่วงใย เป็นปัจจัยที่ผู้สูงอายุต้องการมากที่สุดในด้านการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งจากการสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังที่มีสภาวะสุขภาพที่สมดุล ส่วนใหญ่จะมีแรงสนับสนุนจากการดูแลซึ่งกันและกัน ทำกิจกรรมร่วมกันในชมรม และมีความเข้มแข็งขึ้นเมื่อได้รับการยอมรับนับถือในกลุ่มผู้สูงอายุด้วยกันและเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพ เกิดแรงกระตุ้นทำให้มีวินัยในการดูแลสุขภาพของตนเอง ทำให้สภาวะสุขภาพดีขึ้น ดังนั้นในด้านการปฏิบัติควรสนับสนุนทางอารมณ์ให้ผู้สูงอายุมีกำลังใจในการปฏิบัติตนได้ดียิ่งขึ้น

5. การนำรูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพแบบพอเพียงของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง ไปใช้ในการปฏิบัติ อาจต้องมีการสร้างแนวปฏิบัติที่เป็นพฤติกรรมที่ควรปรากฏเพิ่มเติมขึ้นมา เพื่อให้สามารถนำไปใช้ในการตรวจสอบ ประเมินผล ได้อย่างเป็นรูปธรรมมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ในการทำวิจัยครั้งต่อไป ควรศึกษาผลการนำรูปแบบการวิจัยครั้งนี้ไปใช้ในการเพื่อทดสอบรูปแบบ และ ประเมินผล ความยั่งยืนของพฤติกรรมของผู้สูงอายุในการจัดการดูแลตนเองต่อไป ■

เอกสารอ้างอิง

1. เกริกศักดิ์ บุญญาพงศ์, สุรีย์ บุญญาพงศ์และสมศักดิ์ ฉันทะ. (2533). ชีวิตคนชราในจังหวัดเชียงใหม่. สถาบันวิจัยสังคม มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
2. ไกรสิทธิ์ ตันติศิรินทร์ และอุรวรรณ แยม์บริสุทธิ. (2544). โภชนาการกับสุขภาพของผู้สูงอายุ. สถาบันวิจัยโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล จังหวัดนครปฐม.
3. จันทร์พลอย สิ้นสุขเศรษฐ์. (2540). ภาวะสุขภาพและการดูแลตนเองของผู้สูงอายุจังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
4. จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ. (2538). การสำรวจสุขภาพประชากร อายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป ในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2538. กรุงเทพฯ. สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
5. ดนัย ธีวันดา และมลลิวี แสนใจ (2544). ศึกษาบทบาท ความต้องการการสนับสนุนของผู้ดูแลและความต้องการการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในเขต 7. ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 7: อุบลราชธานี.
6. เทพินทร์ พัชวรานุรักษ์. (2537). การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างครอบครัวกับการเลี้ยงดูและการดูแลผู้สูงอายุ. บัณฑิตวิทยาลัย คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
7. ธนูชาติธนานนท์. (2540). "ความเข้าใจเพื่อการพัฒนาคูณภาพชีวิตผู้สูงอายุ". วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. 20(2): เมษายน - มิถุนายน 2540.
8. บรรลุ ศิริพานิช. (2543) ชมรมผู้สูงอายุ: การศึกษารูปแบบการดำเนินงานที่เหมาะสม 2539. สภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ สมเด็จพระศรีนครินทร์บรมราชชนนี. สถาบันวิจัยระบบการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.
9. บรรลุ ศิริพานิช. (2540). "งานผู้สูงอายุในประเทศไทย". วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. 20(2): เมษายน-มิถุนายน 2540.
10. บุญใจ ศรีสถิตย์นรากุล. (2540). ระเบียบวิธีวิจัยทางการแพทย์. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
11. พิทักษ์ ศิริวัฒน์เมธานนท์และคณะ.(2540). "การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดนครนายก". วารสารวิชาการสาธารณสุข, 6(1): 118.
12. ประยงค์ ลิ้มตระกูล.(2546). การดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ชุมชนศรีวิชัย อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
13. วรณี จันทร์สว่าง. (2533). แบบแผนสุขภาพของผู้สูงอายุ สงขลา: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
14. วรพรรณ รุ่งศิริวงศ์.(2540). "โรคของผู้สูงอายุและการดูแลรักษา". วารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคเหนือ, 10 (9) : 33.
15. เวรกา กลินวิจิต และคณะ.(2549). การสำรวจภาวะสุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การดูแลตนเองและการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
16. ศรีจิตรา บุญนาค. (2549). ความต้องการดูแลของผู้สูงอายุ. เอกสารประกอบการประชุมพหุวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ปี พ.ศ. 2549. สมาคมพหุวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย.
17. สมบัติ ไชยวัฒน์. (2542) การสนับสนุนทางสังคมโดยเครือข่าย ความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง: รายงานการวิจัย. ภาควิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
18. ลีวรรณ อุณาภิรักษ์และคณะ. (2548). การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพในผู้สูงอายุ ระหว่างปี พ.ศ. 2533 ถึง พ.ศ. 2544.
19. สำนักงานส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ. (2547). นโยบายและมาตรการคุ้มครองผู้สูงอายุไทย. สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เยาวชนผู้ด้อยโอกาส คนพิการและผู้สูงอายุ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.
20. องอาจ สิทธิเจริญชัย และคณะ. (2540). "คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไทย: กรณีศึกษาจังหวัดนครสวรรค์". วารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคเหนือ, 10(10): 6.
21. Gordon, M.(1987). *Manual of Nursing Diagnosis*. 1986-1987. New York. McGraw-Hill book.
22. Miller, C.A.(1995). *Nursing care of older adults: Theory and practice*. 2 nd ed. Philadelphia: J.B.Lippincott.
23. Norris, C.M. "Self-Care". (1979). *American Journal of Nursing*. (March): 486-489.
24. Pender.N.J.(1996). *Health Promotion in Nursing Practice*(3rded). Stanford: Appletan and Lange.
25. Staab, A.S., & Hodges, L.C.(1996). *Essentials of gerontological nursing: Adaptation to the aging process*. Philadelphia: J.B.Lippincott.
26. Orem, DE. (1991). *Nursing Concepts of Practice* (4thed.). St.Louis: Mosby Year Book.