

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันผู้สูงอายุนับเป็นกลุ่มประชากรที่มีแนวโน้มเพิ่มจำนวนมากขึ้นทุกปี โดยจากเดิมประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทยคิดเป็นร้อยละ 8.11 ในปี พ.ศ. 2538 เมื่อปี พ.ศ. 2543 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 9.19 และมีการคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2553 ประเทศไทยจะมีประชากรผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 11.4 ซึ่งสาเหตุการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุเนื่องมาจากอายุขัยเฉลี่ยของประชากรเพิ่มสูงขึ้น¹

โดยส่วนใหญ่แล้วผู้ป่วยสูงอายุมักมีภาวะโรคหลายโรคร่วมกันจึงส่งผลให้ผู้ป่วยสูงอายุมักได้รับยาหลายชนิด แต่ด้วยข้อจำกัดของอายุที่เพิ่มขึ้น ทำผลให้สภาพการทำงานของร่างกายเสื่อมลง เช่น ความจำ การมองเห็น การเคลื่อนไหว² ซึ่งสิ่งเหล่านี้นับเป็นปัจจัยที่ทำให้การใช้ยาของผู้สูงอายุมักเป็นไปอย่างไม่มีประสิทธิภาพ ดังเช่นในการศึกษาของ ศรีสมล และคณะ ที่พบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมที่โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ในช่วงวันที่ 1-31 พฤษภาคม 2545 ส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 60 ปีคิดเป็นร้อยละ 45.65 และร้อยละ 24.64 ของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลมีสาเหตุเนื่องมาจากปัญหาจากการใช้ยา โดยปัญหาที่พบมากที่สุดคือ ปัญหาการไม่ได้รับยาตามสั่งร้อยละ 52.50 และการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาสูงถึงร้อยละ 12.5³ ดังนั้นผู้ป่วยสูงอายุจึงจัดได้ว่าเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดปัญหาจากการใช้ยา

จากเหตุผลที่ระบบการทำงานของผู้สูงอายุเสื่อมลง ทำให้ผู้สูงอายุบางรายที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ จำเป็นต้องพึ่งพาคือคนอื่นคอยดูแลให้การช่วยเหลือในด้านต่างๆ ได้มีการประมาณจำนวนผู้ดูแลผู้ป่วยในสหราชอาณาจักรอังกฤษพบว่าจำนวนของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงถึง 5.7 ล้านคน โดยคิดเฉลี่ยแล้วทุกๆ 6 หลังคาเรือนจะมี 1 หลังคาเรือนที่มีผู้ดูแลผู้ป่วย⁴ เช่นเดียวกับงานวิจัยที่ทำในประเทศไทย ที่พบว่ามีถึงร้อยละ 75.4 ของผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุมีผู้ดูแลให้ความช่วยเหลือในกิจกรรมต่างๆ⁵ นอกจากนี้ยังมีการศึกษา ในผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวพบว่าร้อยละ 74.8 ผู้ป่วยสูงอายุมีผู้ดูแลให้ความช่วยเหลือที่บ้าน⁶ เห็นได้ว่าผู้ป่วยสูงอายุจำนวนมากที่มีผู้ดูแลคอยให้ความช่วยเหลือ ซึ่งความช่วยเหลือของผู้ดูแลถือได้ว่าเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมอย่างหนึ่ง

ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (social support) กล่าวถึง พลังที่เกิดจากการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม มีความสัมพันธ์ที่ส่งผลโดยตรงต่อสุขภาพและการเป็นอยู่ที่ดีขึ้นของบุคคลในสังคม ซึ่งบุคคลแต่ละคนมีความเชื่อมโยงเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันและมีอิทธิพลในสิ่งแวดล้อมของบุคคล โดยผ่านสายใยการเชื่อมโยงของเครือข่ายทางสังคม แรงสนับสนุนทางสังคมจะช่วยกำหนดความรู้สึกรับรู้ของบุคคลแห่งการเป็นเจ้าของ ได้รับความรัก ความไว้วางใจ การให้คุณค่า และการตอบสนองความต้องการต่างๆ ในแต่ละบุคคล โดยประเภทของการสนับสนุนจะประกอบด้วย การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ การสนับสนุนช่วยเหลือด้านกายภาพ การสนับสนุนด้านการให้ความรู้ข่าวสาร และการสนับสนุนด้านการประเมินเปรียบเทียบกับพฤติกรรม⁷ เนื่องจากผู้ดูแลมักเป็นบุคคลที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยสูงอายุมากที่สุด

จึงนับว่าเป็นบุคคลที่มีส่วนส่งเสริมแรงสนับสนุนทางสังคมสำหรับผู้ป่วยสูงอายุได้อย่างดี โดยผู้ดูแลมักมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในฐานะ คู่สมรสพ่อแม่ บุตรหลานหรือเพื่อน⁴ สอดคล้องกับการศึกษาของปิยะรัตน์⁵ ที่พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยร้อยละ 50 มีความสัมพันธ์กันในฐานะคู่สมรส⁶ และจากการศึกษาของ สมยศและคณะ พบว่าผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในฐานะบุตรหลานร้อยละ 50 รองลงมาคือความสัมพันธ์ในฐานะคู่สมรสร้อยละ 26.22⁶ และพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง^{6,7} ซึ่งเพศของผู้ดูแลเป็นอีกตัวแปรหนึ่งที่มีผลทำให้ลักษณะการให้ความช่วยเหลือของผู้ดูแลต่อผู้ป่วยแตกต่างกัน จากการศึกษาของ ปิยะรัตน์ พบว่า ผู้ดูแลเพศหญิงจะเน้นการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยด้านกายภาพ ในขณะที่ผู้ดูแลเพศชายจะเน้นให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยด้านข้อมูลข่าวสาร⁶ และจากการศึกษาของ สมยศ และคณะ ที่ทำการศึกษาศักยภาพของผู้ดูแลกับภาวะการควบคุมโรคในผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุชนิดไม่พึ่งอินซูลิน พบว่าปัจจัยส่วนบุคคลและพฤติกรรมของผู้ดูแลที่มีผลทำให้ภาวะการควบคุมโรคของผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) ได้แก่ อายุ สถานะภาพสมรส รายได้ครอบครัวต่อปี เวลาอยู่กับผู้ป่วยในแต่ละวันและทัศนคติของผู้ดูแล⁸

ซึ่งความช่วยเหลือของผู้ดูแลเหล่านี้ นับเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลให้สภาวะโรคของผู้ป่วยดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สมบัติ ไชยวัฒน์ ที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมโดยเครือญาติ ส่งผลให้ความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างดีขึ้น⁹ เช่นเดียวกับการศึกษาของ จุฬาลักษณ์¹⁰ ซึ่งศึกษาปัญหาการไต่ยาที่บ้านของผู้สูงอายุหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลลอง จังหวัดแพร่ พบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ไต่ยาเองมีปัญหาจากการไต่ยาจำนวน 22 ราย (ร้อยละ 82.75) ซึ่งมากกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีผู้ดูแลการไต่ยา และจำนวนปัญหาจากการไต่ยาของกลุ่มที่ไต่ยาเองมีมากกว่ากลุ่มที่มีผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$)¹⁰ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของปิยะรัตน์⁵ ซึ่งทำการศึกษาศักยภาพการช่วยเหลือด้านยาของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวพบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่มีผู้ดูแลคอยให้ความช่วยเหลือด้านยาพบปัญหาการล้มรับประทานยาร้อยละ 11 ซึ่งน้อยกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีผู้ดูแลคอยให้ความช่วยเหลือด้านยาที่พบปัญหาการล้มรับประทานยาร้อยละ 24⁶ Gupte และคณะ ได้สรุปไว้ว่าผู้ดูแลมีบทบาทสำคัญในการให้ความช่วยเหลือด้านยาแก่ผู้สูงอายุ¹¹

ดังนั้นในฐานะบุคลากรทางการแพทย์ เกษัชกรซึ่งจัดเป็นผู้ที่มีความรู้และเชี่ยวชาญด้านยามากที่สุด ควรให้ความสำคัญกับบทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยในด้านการให้ความช่วยเหลือด้านยาแก่ผู้ป่วยสูงอายุ เพื่อเป็นอีกแนวทางหนึ่งในการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการไต่ยาให้เกิดประโยชน์สูงสุด ซึ่งจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและลดจำนวนครั้งในการเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล ซึ่งจะส่งผลให้ค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลของประเทศลดลง

จากการศึกษาที่ผ่านมามักเน้นการค้นหาสิ่งที่ผู้ดูแลทำให้แก่ผู้ป่วยและลักษณะของผู้ดูแลที่ส่งผลต่อผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วย โดยการสัมภาษณ์จากผู้ป่วย ทำให้การศึกษาส่วนใหญ่ได้เฉพาะมุมมองของผู้ป่วย ในต่างประเทศมีหลายการศึกษาที่มีการสัมภาษณ์ผู้ดูแลโดยตรงซึ่งทำให้ได้ทราบมุมมองของผู้ดูแล แต่ขณะนี้ในประเทศไทยมีเพียงงานวิจัยของ สมยศและคณะ⁶ ที่ทำการสัมภาษณ์ผู้ดูแลแต่เป็นการศึกษาศักยภาพของผู้ดูแลในเรื่องต่างๆ ไปไม่ได้เน้นด้านยา ส่วนงานวิจัยที่ทำด้านยา เป็นงานวิจัยเชิงปริมาณซึ่งไม่สามารถตอบคำถามเชิงลึกได้ ดังนั้นการศึกษานี้ผู้ทำการวิจัยจึงสนใจที่จะค้นหาลักษณะพฤติกรรมช่วยเหลือด้านยาของผู้ดูแลที่ส่งผลต่อผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยในมุมมองของ

ผู้ดูแล โดยใช้ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมมาเป็นกรอบแนวคิดเพื่ออธิบายถึงลักษณะการช่วยเหลือของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาการให้ความช่วยเหลือด้านยาแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุต่อไป

1.2 คำถามในงานวิจัย

ผู้ดูแลมีส่วนช่วยเหลือด้านยาของผู้ป่วยสูงอายุอย่างไรบ้าง

1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาพฤติกรรมการช่วยเหลือด้านยาของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุ

1.4 ขอบเขตงานวิจัย

ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่ศูนย์สุขภาพชุมชน

1.5 วิธีการดำเนินงานวิจัย

งานวิจัยเป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ โดยมีลำดับขั้นตอนดังต่อไปนี้

- 1.5.1. การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง เป็นการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธี การสุ่มแบบเจาะจง โดยคัดเลือกจากผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีคุณสมบัติเข้าเกณฑ์การวิจัยที่ตั้งไว้
- 1.5.2. เครื่องมือวิจัย คือคณะผู้ทำการวิจัยจำนวน 2 คน แบบสอบถาม แนวทางการสัมภาษณ์ เทปและเครื่องบันทึกเสียง
- 1.5.3. วิธีการเก็บข้อมูล ใช้วิธีการสัมภาษณ์ระดับลึกโดยมีแบบสอบถามและแนวทางการสัมภาษณ์ บันทึกข้อมูลการสัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้ป่วยโดย เครื่องบันทึกเสียง ซึ่งทำการขออนุญาตก่อนทำการสัมภาษณ์
- 1.5.4. วิเคราะห์ข้อมูลโดย การถอดคำพูดที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ดูแลจากเทปบันทึกเสียง แล้วนำมาวิเคราะห์โดยตีความข้อมูล ซึ่งใช้หลักตรรกวิทยา โดยวิธีการอุปนัย
- 1.5.5. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้ นำเสนอโดยการเขียนบรรยายพรรณนาและตีความหมาย อธิบายปรากฏการณ์การช่วยเหลือของผู้ดูแล

1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ผลการศึกษานี้ช่วยให้เข้าใจบทบาทพฤติกรรมการช่วยเหลือด้านยาของผู้ป่วยสูงอายุ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมความร่วมมือระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ดูแลผู้ป่วยและผู้ป่วย เกี่ยวกับการใช้ยา และนอกจากนี้ผลการศึกษานี้ยังอาจนำไปใช้เป็นแนวทางการตอบสนองความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุจากบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น