

การสัมภาษณ์เชิงลึก
(In-depth Interview)

สารบัญ

I	บทสรุป	1
II	ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	2
III	วัตถุประสงค์	4
IV	ระเบียบวิธีวิจัย	5
V	ผลการศึกษา	7
	- สถานการณ์เอดส์/การติดเชื้อในจังหวัดเชียงใหม่ โดยเฉพาะใน กลุ่มผู้สูงอายุ	7
	- ผลกระทบของเอชไอวี/เอดส์ต่อผู้สูงอายุ	8
	- ปัญหาของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์	9
	- ความต้องการของผู้สูงอายุจากผลกระทบของเอชไอวี/เอดส์	11
	- บริการต่างๆที่จัดให้สำหรับผู้สูงอายุที่ติดเชื้อและครอบครัว	12
	- ปัญหาในการจัดการ/ดูแลผู้สูงอายุติดเชื้อที่ได้รับผลกระทบ	13
	- ความเข้าใจการจัดการ/ดูแลผู้สูงอายุติดเชื้อที่ได้รับผลกระทบ จากเอชไอวี/เอดส์ รวมทั้งครอบครัวของผู้ให้บริการ	13
	- ทักษะในการจัดการกับผู้สูงอายุที่ติดเชื้อที่ได้รับผลกระทบจาก เอชไอวี/เอดส์ รวมทั้งครอบครัวของผู้ให้บริการ	14
	- ข้อเสนอแนะเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุทั้งที่ติดเชื้อ และได้รับผลกระทบ	14
VI	เอกสารอ้างอิง	17
VII	ภาคผนวก	19
	- แนวคำถามในการสัมภาษณ์เชิงลึก	19
	- ทีมผู้สัมภาษณ์เชิงลึก	21

I บทสรุป

ผู้ให้ข้อมูล 40 คน ถูกคัดเลือกจากอำเภอต่างๆ ของจังหวัดเชียงใหม่ ที่เป็นสถานที่ทำการศึกษา เพื่อการสัมภาษณ์เจาะลึก ในช่วงระหว่างเดือนธันวาคม 2547 และเดือนมกราคม 2548

วัตถุประสงค์ของการสัมภาษณ์เพื่อประมวลความคิดข้อเสนอแนะจากผู้ให้ข้อมูลกลุ่มต่างๆ อันประกอบด้วย ทีมสุขภาพที่ทำงานในระดับต่างๆ กลุ่มเครือข่ายผู้ติดเชื้อ องค์กรชุมชนและเอกชน ผู้สูงอายุทั้งที่ติดเชื้อและได้รับผลกระทบจากการติดเชื้อ

ถึงแม้จะมีสถิติของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อในจังหวัดเชียงใหม่ แต่ด้วยเหตุผลหลายประการ จำนวนของผู้ติดเชื้อหรือผู้ที่ได้รับผลกระทบไม่สามารถทราบได้ชัดเจน

ผลกระทบจากการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ต่อผู้สูงอายุ ประกอบด้วยผลกระทบด้านเศรษฐกิจ สุขภาพ และจิต ผลกระทบดังกล่าวส่งผลต่อผู้สูงอายุในระดับที่แตกต่างกัน ทั้งนี้ขึ้นกับสถานการณ์หรือบริบทแต่ละบุคคล ครอบครัวและชุมชน

ในด้านเศรษฐกิจพบว่า สำหรับการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุมีรายได้ไม่น้อยมากหรือไม่มีเลย โดยเฉพาะในช่วงวัยผู้สูงอายุที่เป็นช่วงของการเสื่อมถอย ศักยภาพลดลงทั้งด้านการจัดการชีวิตและการทำงานเพื่อหารายได้ในกรณีดูแลหลานที่บิดา/มารดาติดเชื้อ หรือเสียชีวิตจากการติดเชื้อ ดังนั้นการช่วยเหลือด้านเศรษฐกิจจึงมีความจำเป็น เพื่อการดำรงชีวิตในแต่ละวัน ค่ารักษาและค่าเดินทาง รวมทั้งการฝึกอบรมด้านอาชีพเพื่อส่งเสริมรายได้

ผู้สูงอายุจำนวนมากประสบปัญหาความเครียด เนื่องจากขาดรายได้ ทศนคติของชุมชนต่อผู้สูงอายุและครอบครัว ความเจ็บป่วยและการตายของบุตรอันเป็นที่รัก และมองไม่เห็นอนาคตของบุตรหลาน ผู้สูงอายุจำนวนมากต้องการงานทำเพื่อเลี้ยงครอบครัวและตัวเองรับผิดชอบในการดูแลบุตรหลาน ทำให้ไม่มีเวลาและเหลือพลังงานที่จะดูแลตนเอง

ระบบสุขภาพและการดูแลที่เอื้อให้ผู้สูงอายุและการเข้าถึงระบบบริการดังกล่าว เป็นประเด็นที่ต้องการและต้องให้ความช่วยเหลือรีบด่วน ร่วมกับการเสริมสร้างรายได้ การช่วยเหลือสนับสนุนการศึกษาหรับหลานกำพร้าที่มารดาเสียชีวิตจากการติดเชื้อ

การแบ่งแยกทางสังคมต่อผู้สูงอายุที่ติดเชื้อและได้รับผลกระทบจากเอชไอวี/เอดส์ ยังคงมีอยู่ในชุมชนแต่ในระดับที่แตกต่างกัน ทั้งนี้ขึ้นกับแต่ละชุมชนและสถานการณ์ที่รายล้อมชุมชน การแยกตัวจากสังคมอาจเกิดจากตัวผู้สูงอายุหรือจากชุมชน อันส่งผลให้เกิดความโดดเดี่ยวและเครียดในผู้สูงอายุและครอบครัว ทำให้ขาดการช่วยเหลือประคับประคองจากเพื่อนบ้าน รวมทั้งขาดปฏิสัมพันธ์หรือมีปฏิสัมพันธ์น้อยมากทั้งกับชุมชนและวัดในชุมชน

ขณะที่มีการช่วยเหลือน้อยมากสำหรับผู้สูงอายุที่ติดเชื้อและได้รับผลกระทบ แต่การช่วยเหลือดังกล่าว ผู้สูงอายุยังเข้าถึงได้น้อยมาก มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่รัฐบาลจะต้องมีส่วนรับผิดชอบต่อการพัฒนากลยุทธ์การป้องกัน กำหนดนโยบาย และเพิ่มเงินช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ได้รับผลกระทบ และป้องกันผู้สูงอายุจากความเจ็บป่วย การเสริมสร้างศักยภาพ ทีมสุขภาพทุกระดับที่เข้าใจในความต้องการเฉพาะของผู้สูงอายุ เป็นสิ่งจำเป็น ทั้งนี้เพื่อให้ตระหนักในความสำคัญของการให้ข้อมูลที่สำคัญต่อชุมชน ธรรมชาติของโรคและผลกระทบของโรค

การมีส่วนร่วมและการยอมรับของชุมชนในการดูแลผู้ติดเชื้อและได้รับผลกระทบ จะต้องได้รับการสนับสนุนหรือเสริมสร้าง เพราะเป็นการแก้ปัญหาที่ดีที่สุดในการส่งเสริมคุณภาพชีวิต และการมีชีวิตที่เปี่ยมสุขในกลุ่มผู้สูงอายุ ที่ถือว่าเป็นส่วนสำคัญของสังคม

II ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในปัจจุบันประเทศไทยเผชิญความท้าทายที่ต้องการการพัฒนาใน 2 ประเด็น คือ การเพิ่มของประชากรผู้สูงอายุและการแพร่ระบาดของการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ การเพิ่มจำนวนประชากรผู้สูงอายุเป็นผลสำเร็จของโครงการวางแผนครอบครัวที่ทำให้อัตราการเกิดลดลง รวมทั้งการลดอัตราจากการพัฒนาสาธารณสุขและเทคโนโลยีด้านการรักษาพยาบาล จากสถิติในปี พ.ศ. 2546 (1 มกราคม) มีประชากรผู้สูงอายุที่อายุ 60 ปีขึ้นไป ประมาณร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด (62.8 ล้านคน) (Mahidol Population Gazette, 2003) มีการคาดประมาณว่าในปี พ.ศ. 2563 จำนวนผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด จังหวัดเชียงใหม่ซึ่งเป็นจังหวัดใหญ่ที่สุดในเขตภาคเหนือของประเทศไทย มีประชากรผู้สูงอายุจำนวนมาก พบว่าในปี พ.ศ. 2544 มีผู้สูงอายุร้อยละ 12.7 ของประชากรทั้งหมด (Chiang Mai Public Health Office, 2001) การเพิ่มของจำนวนผู้สูงอายุได้รับความสนใจจากรัฐบาลที่จะพยายามให้ผู้สูงอายุคงไว้ซึ่งสุขภาพและพึ่งตนเองได้ ไม่เกิดภาระ และที่สำคัญผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีเปี่ยมด้วยประสบการณ์ สามารถรังสรรค์งานที่มีคุณค่าต่อสังคม

สำหรับปัญหาการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์นั้น ประเทศไทยได้ผ่านประสบการณ์ของการระบาดของการติดเชื้อมากแล้ว ในปัจจุบันประสบปัญหาการระบาดในระดับรุนแรงปานกลาง จากสถิติในปี พ.ศ. 2527-2542 มีจำนวนผู้ป่วยเอดส์ 178,499 ราย และตาย 32,935 ราย (Division of Epidemiology, 1999) ในปี พ.ศ. 2546 คาดประมาณว่ามีจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ 570,000 ราย เป็นผู้ใหญ่ 560,000 รายที่เหลือเป็นเด็ก และมีจำนวน 5,800 ราย ที่เสียชีวิตจากเอดส์ (<http://www.avert.org/aidthai.htm>) มีการคาดประมาณว่า สำหรับประเทศไทยในปี พ.ศ. 2548 จะมี

ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ 1.8 ล้านคน และมากกว่า 800,000 คน จะเสียชีวิตจากเอดส์ (NESDR Working Group on HIV/AIDS Projection, 1994)

ในเขตภาคเหนือของประเทศไทย เป็นพื้นที่ที่มีการติดเชื้อสูงและยังคง มีการติดเชื้อสูงสุด พบว่าร้อยละ 40 ของการรายงานผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทยอยู่ในภาคเหนือ โดยเฉพาะเขต 6 จังหวัด ภาคเหนือ คือ เชียงราย ลำปาง เชียงใหม่ พะเยา ลำพูนและน่าน (Division of Epidemiology, 2005) จากรายงานของโสภณ แทนเพชร (2539) ในเขตภาคเหนือจะเป็นพื้นที่ที่มีหญิงบริการทางเพศที่มีเศรษฐกิจยากจน การศึกษาน้อย และในหญิงกลุ่มนี้ ขณะที่เป็แหล่งของรายได้ครอบครัว (Muecke, 1989) แต่ก็เป็นแหล่งที่ทำให้เกิดการแพร่ระบาดของ การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ เนื่องจากเป็นแหล่งที่ชายไทยเข้าถึงได้ง่าย และไม่มี การต่อต้านทางสังคมในการเข้าถึงแหล่งบริการทางเพศ

ในระดับจังหวัด เชียงใหม่เป็นศูนย์กลางของวิทยาการระบาดของ การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ผู้ป่วยเอดส์รายแรกในเชียงใหม่ถูก รายงานเมื่อปี พ.ศ. 2531 มีการระบาดสูงสุดในปี พ.ศ. 2537 จากนั้นจำนวนผู้ป่วยลดลง ตามลำดับ การติดเชื้อจะพบมากในกลุ่มที่เป็นวัยผู้ใหญ่ที่มีศั กยภาพสูง ในช่วงวัย 20-44 ปี ในเชียงใหม่มีผู้ป่วยเอดส์รายใหม่ 1,822 ราย ในปี พ.ศ. 2542, 1,228 ราย ในปี พ.ศ. 2543, 1,084 ราย ในปี พ.ศ. 2544, 846 รายในปี พ.ศ. 2545, 883 ราย ในปี พ.ศ. 2546 และ 248 ราย ในปี พ.ศ. 2547 ในปี พ.ศ. 2545 ผู้ติดเชื้อที่มีอาการและผู้ป่วยเอดส์ในเชียงใหม่มี 311 ราย และ 872 รายตามลำดับ และจำนวนนี้ลดลงเป็น 102 และ 349 ราย ตามลำดับ ในปี พ.ศ. 2547 (Chiang Mai Public Health Office, 2005) การลดจำนวนของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ เชื่อว่าเป็นผล มาจากความพยายามอย่างหนักของหน่วยงาน องค์กรต่างๆ รัฐบาลไทย และความร่วมมือจาก หน่วยงานพันธมิตรอื่นๆ โปรแกรมการควบคุมเอชไอวี สามารถลดจำนวนการไปเที่ยวหญิงอาชีพ พิเศษอย่างน้อยครั้งหนึ่ง เพิ่มการใช้ถุงยางอนามัย ลดอัตราการเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และ ลดจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ อย่างมีนัยสำคัญ (World Bank, 2000) ในช่วงปี พ.ศ. 2531-2544 จำนวน ผู้ป่วยเอดส์ 18,400 ราย เป็นชาย 13,134 ราย (17.4%) และเป็นหญิง 5,266 ราย (28.6%) และส่วน ใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 20-45 ปี การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ จะถูกมองว่าเป็นโรคที่มีผลกระทบต่อกลุ่มวัย เจริญพันธุ์และบุตรมากที่สุด อย่างไรก็ตามการติดเชื้อดังกล่าวยังส่งผลกระทบต่อกลุ่มผู้สูงอายุ ทั้งทางตรง และทางอ้อม ผลกระทบทางตรงเกิดเมื่อผู้สูงอายุติดเชื้อ ในขณะที่ผลกระทบทางอ้อม เกิดจากการติด เชื้อของสมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะบุตรหลานของผู้สูงอายุที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ ในประเทศไทยและ ประเทศที่กำลังพัฒนาอื่นๆ ผู้สูงอายุจะทำหน้าที่ดูแลจัดการกับบุตรที่ติดเชื้อมากกว่าในประเทศที่ พัฒนาแล้วหรือกลุ่มประเทศตะวันตก (Knodel, Vanlandingham, Saengtienchi, & Im-em, 2001) มี รายงานว่าในประเทศไทย ร้อยละ 70 ของผู้ป่วยเอดส์ ก่อนตายได้รับการดูแลจากบิดามารดาที่มีอายุ

ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป หรือญาติที่สูงวัย (Knodel et al., 2001) การมีส่วนร่วมในการดูแลดังกล่าว อาจเนื่องจากความขาดแคลนในระบบการดูแลสุขภาพที่เป็นทางการ การช่วยเหลือด้านเศรษฐกิจสำหรับผู้ป่วยเอดส์/ผู้ติดเชื้อ รวมทั้งโครงสร้างครอบครัว ลักษณะครอบครัวขยายที่มีสมาชิก 3 รุ่น : ปู่ย่าตายาย บิดามารดาที่ติดเชื้อ และหลาน อาศัยอยู่ร่วมกัน ยังคงเป็นลักษณะเด่นในสังคมไทย โดยเฉพาะในเขตพื้นที่ชนบท ในครอบครัวขยายเมื่อสมาชิกคนใดคนหนึ่งเกิดความเจ็บป่วย จะได้รับการดูแลจากสมาชิกคนอื่น โดยเฉพาะจากบิดามารดา (กรณีเป็นโสด) หรือ คู่สมรส (กรณีแต่งงาน) ผลกระทบจากการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ต่อผู้สูงอายุ จึงเป็นสิ่งที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ผลกระทบดังกล่าว ได้แก่ การดูแล การช่วยเหลือทางด้านเศรษฐกิจ การเลี้ยงดูหลานที่ กำพร้า ความเครียด การขาดการประคับประคอง ในช่วงสูงวัย ผลกระทบเหล่านี้เมื่อเกิดในช่วงสูงวัยที่เป็นวัยเสื่อมถอย สูญเสียศักยภาพทั้งทางกายจิตใจและเศรษฐกิจ จึงก่อให้เกิดปัญหาที่สำคัญ โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีรายได้น้อย

ในประเทศไทย การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญยิ่ง ที่สำคัญผลกระทบต่อผู้สูงอายุที่ต้องให้การดูแลบุตรที่เจ็บป่วยควรได้รับความสนใจ การคงไว้ซึ่งศักยภาพของผู้ดูแลเป็นสิ่งจำเป็นที่ต้องให้คุณค่าผู้สูงอายุในช่วงบั้นปลายของชีวิต และลดผลกระทบต่อผู้สูงอายุให้น้อยที่สุด การวางแผนแก้ไขปัญหาดังกล่าวจำเป็นต้องลดผลกระทบของเอชไอวี/เอดส์ และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ นักวางแผนจะต้องมีข้อมูลที่เพียงพอ โดยเฉพาะจะต้องชัดเจนในผลกระทบการติดเชื้อต่อผู้สูงอายุ การศึกษาครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลกระทบของการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ในผู้สูงอายุ ความรู้ในการป้องกันเอดส์และการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงใหม่

III วัตถุประสงค์

การศึกษาควรมุ่งที่จะศึกษามุมมองของผู้ให้ข้อมูลต่อผลกระทบเอชไอวี/เอดส์ ต่อผู้สูงอายุในเชียงใหม่

ปัญหาและความต้องการบริการสุขภาพที่มีอยู่ โดยมีประเด็นคำถามการวิจัย ดังนี้

1. อะไรคือผลกระทบของเอชไอวี/เอดส์ ต่อผู้สูงอายุ
2. อะไรคือปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุที่ได้รับผลกระทบจากการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์
3. บริการด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่ได้รับผลกระทบจากการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ มีอะไรบ้าง

IV. ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนาที่ประยุกต์การรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อให้ได้มุมมองของใน (inner perspective) ซึ่งเป็นบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีประสบการณ์ตรงจากการติดเชื้ดังกล่าว

สถานที่ทำการศึกษา

สถานที่ทำการศึกษาในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 4 อำเภอของจังหวัดเชียงใหม่ คือ อำเภอเมือง อำเภอดอยหล่อ อำเภอแม่ฮอน และอำเภอดอยสะเก็ด การคัดเลือก 4 อำเภอดังกล่าวกระทำภายใต้การปรึกษาผู้รับผิดชอบงานเอดส์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

ในการเลือกกลุ่มตัวอย่างได้ทำการคัดเลือกแบบเจาะจง โดยใช้ความยินยอมที่ให้ผู้วิจัยเข้าทำการสัมภาษณ์ ผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยประกอบด้วย กลุ่มบุคคล 4 กลุ่มจาก 4 อำเภอของจังหวัดเชียงใหม่ คือ

1. บุคลากรด้านสุขภาพ ในระดับจังหวัด คือนายแพทย์ฝ่ายวิชาการหรือ นายแพทย์ที่รับผิดชอบดูแลด้านเอดส์ 1 ท่านและพยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานด้านเอดส์ของเทศบาลเมือง 1 ท่าน ในระดับอำเภอจะเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ประจำโรงพยาบาลชุมชนที่รับผิดชอบงานด้านเอดส์ของอำเภอด้านเอดส์ของอำเภอดอยสะเก็ด อำเภอดอยหล่อ และอำเภอแม่ฮอน ส่วนในระดับตำบล จะเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำสถานีอนามัย รวมบุคคลทางด้านสุขภาพที่ให้ข้อมูล จำนวน 8 คน
2. ตัวแทนชุมชนและเครือข่าย ครอบคลุม กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน องค์การบริหารตำบลส่วนท้องถิ่น (อบต.) ประธานเครือข่ายผู้ติดเชื้อทั้ง 4 อำเภอ อำเภอละ 2 ท่าน รวม 8 คน โดยเน้นบุคคลที่มีความเกี่ยวข้องโดยตรง หรือรับผิดชอบงาน หรือให้ความช่วยเหลือดูแลผู้ติดเชื้อ หรือผู้สูงอายุ
3. ผู้สูงอายุที่ติดเชื้อใน 4 อำเภอ ที่มีอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป และ
4. ผู้สูงอายุที่ได้รับผลกระทบใน 4 อำเภอๆละ 2 คน รวม 8 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

ในการศึกษาครั้งนี้จะพัฒนาแนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลทั้ง 4 กลุ่ม ประกอบด้วยแนวคำถาม 3 ชุด คือ

1. แนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์บุคลากรด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นคำถามปลายเปิด จำนวน 8 ข้อ ครอบคลุมประเด็น ผลกระทบ ปัญหาสำคัญ ความต้องการของผู้สูงอายุทั้งที่ติดเชื้อและได้รับผลกระทบรวมทั้งปัญหาที่สำคัญ ความต้องการของผู้สูงอายุทั้งที่ติดเชื้อและได้รับผลกระทบ รวมทั้งปัญหาการเข้าถึงบริการ ความรู้ทักษะในการดูแลจัดการของผู้ให้บริการ และกลยุทธ์ที่ควรดำเนินในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อและได้รับผลกระทบ

2. แนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์ตัวแทนชุมชนและเครือข่าย เป็นคำถามปลายเปิด ครอบคลุมประเด็นคล้ายกับแนวคำถามในข้อ 1 แต่เพิ่มในบทบาทของชุมชนในการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุทั้งในกลุ่มติดเชื้อและได้รับผลกระทบจากการติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์

3. แนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่ติดเชื้อและได้รับผลกระทบ เป็นคำถามปลายเปิด เช่นเดียวกัน จะเน้นประเด็นที่เกี่ยวข้องโดยตรง คือปัญหา ความต้องการ ผลกระทบจากการติดเชื้อ ปัญหาและอุปสรรค การเข้าถึงบริการสุขภาพ

วิธีการรวบรวมข้อมูล

ในการศึกษาครั้งนี้มุ่งที่จะได้ข้อมูลเชิงคุณภาพที่สะท้อนสถานการณ์ของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ ตามมุมมองทั้งของผู้ใช้บริการ ผู้ให้บริการและผู้ที่เกี่ยวข้อง การรวบรวมข้อมูลใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก ในการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลแต่ละครั้ง จะใช้วิธีการบันทึกและอัดเทปร่วมด้วย โดยได้รับการอนุญาตจากผู้ให้ข้อมูลทุกครั้ง ผู้ช่วยวิจัยซึ่งผ่านการบวกรับรู้ในการบันทึกและวิธีการ/เทคนิคการสัมภาษณ์ซึ่งเป็นผู้ช่วยในการบันทึกข้อมูล และทำการถอดเทปการให้สัมภาษณ์เพื่อเตรียมพร้อมในการวิเคราะห์ข้อมูล

สำหรับสถานการณ์การสัมภาษณ์นั้น ใช้สถานการณ์ที่สะดวกสำหรับผู้ให้ข้อมูล โดยเน้นบริบทของความเป็นส่วนตัว (privacy context)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยได้รับความเห็นชอบและผ่านการพิจารณาด้านจริยธรรมในการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ผู้วิจัยทำการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยรวมทั้งขอความยินยอมในการเข้าร่วมวิจัยด้วยวาจา (Verbal consent) และให้สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูลในการยุติการให้ข้อมูลได้ตลอดเวลา หรือสามารถถอนตัวออกจากการศึกษาได้ตลอดตามความต้องการโดยไม่มีผลกระทบใดๆเกิดขึ้น รวมทั้งชี้แจงให้ทราบว่า การนำเสนอข้อมูลจะทำการเสนอในภาพรวมไม่มีการ

ระบุชื่อ และข้อมูลที่เกี่ยวข้องรวมได้จะปกปิดเป็นความลับ การเข้าถึงข้อมูลดังกล่าวมีเฉพาะทีมผู้วิจัยเท่านั้น และบทถอดเทปจะทำลาย เมื่อการวิจัยดำเนินการเสร็จสิ้นสมบูรณ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

บทถอดเทปทุกบทจะได้รับการอ่านจากผู้วิเคราะห์เพื่อทำความเข้าใจในเบื้องต้น หลังจากนั้นจะมีการให้รหัส วิเคราะห์ จัดหมวดหมู่ข้อมูล เชื่อมโยงข้อมูลและสรุปเป็นประเด็นหลักต่อไป

V. ผลการศึกษา

ข้อมูลที่น่าสนใจได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกในประเด็น ปัญหา ความต้องการ และผลกระทบที่เกิดขึ้นในกลุ่มผู้สูงอายุที่ติดเชื้อหรือผู้สูงอายุที่ได้รับผลกระทบจากเอชไอวี/เอดส์ ทำการสัมภาษณ์ทั้งบุคลากรที่เกี่ยวข้องทางด้านสุขภาพในระดับจังหวัดและอำเภอ กลุ่มเครือข่ายด้านเอชไอวี/เอดส์ องค์กรชุมชนและเอกชน ผู้สูงอายุที่ติดเชื้อ และผู้สูงอายุที่ได้รับผลกระทบจากเอชไอวี/เอดส์ ในจังหวัดเชียงใหม่ พื้นที่อำเภอที่ศึกษา 4 อำเภอ คือ อำเภอเมือง อำเภอแม่อน อำเภอดอยสะเก็ด และอำเภอดอยหล่อ จัดเป็นอำเภอที่มีอัตราการติดเชื้อในระดับสูงเมื่อเทียบกับอำเภออื่น

ผลการสัมภาษณ์ที่ได้จากบุคลากรทางด้านสุขภาพในระดับจังหวัดและอำเภอ กลุ่มเครือข่ายด้านเอชไอวี/เอดส์ องค์กรชุมชนและเอกชน ผู้สูงอายุที่ติดเชื้อ และผู้สูงอายุที่ได้รับผลกระทบจากเอชไอวี/เอดส์ จำแนกเป็น 9 ประเด็นดังนี้

1. สถานการณ์เอดส์ / การติดเชื้อในจังหวัดเชียงใหม่ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ

ข้อมูลในส่วนนี้ไม่สามารถสรุปได้แน่ชัด เนื่องจากการติดเชื้อในกลุ่มผู้สูงอายุยากต่อการระบุ ถ้าไม่มีการยอมรับและเปิดเผย ข้อมูลดังกล่าวจะต่ำกว่าสถานการณ์ที่แท้จริง อย่างไรก็ตามข้อมูลดังกล่าวที่เป็นทางการ ณ สาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ (วันที่ 22 ธันวาคม 2547) เฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุ เป็นดังนี้

ตาราง 1 จำนวนผู้ป่วยเอดส์จำแนกตามกลุ่มอายุและเพศ

อายุ (ปี)	ชาย		หญิง		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
50-54	253	2.0	81	1.6	334	1.8
55-59	169	1.3	52	1.0	221	1.2
>60	233	1.8	46	0.9	279	1.5

2. ผลกระทบของเอชไอวี/เอดส์ ต่อผู้สูงอายุ

ผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดมีความเห็นที่สอดคล้องกันในส่วนของคุณกระทบของเอชไอวี/เอดส์ต่อผู้สูงอายุที่สำคัญ คือ

2.1 ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ

มักจะพบว่าผู้สูงอายุขาดรายได้ในการดำรงชีวิต ทั้งจากบุตรที่ติดเชื้อหรือตนอยู่ในสภาพที่ไม่สามารถหารายได้เข้าครอบครัวจากภาวะสูงวัยร่วมกับความเจ็บป่วย ผู้สูงอายุบางรายไม่มีลูกหลานดูแลเลี้ยงดู ที่สำคัญผู้สูงอายุมักจะไม่ได้แสดงตัวขอความช่วยเหลือจากใคร จากความอับอาย ไม่อยากเปิดเผยให้ผู้อื่นรับรู้ ซึ่งเกี่ยวเนื่องกับวัฒนธรรมไทยที่มักจะมองผู้สูงอายุที่ ติดเชื้อเอชไอวีไปในทางลบ เป็นบุคคลที่มีพฤติกรรมทางเพศไม่ดี หรือคิดว่าผู้สูงอายุไม่สมควรจะเป็นผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี นอกจากนี้บางส่วนในชนบทผู้สูงอายุยังต้องทำงานหาเลี้ยงชีพตนเอง แต่จากความเสื่อมสภาพไปตามวัย ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถทำงานได้เหมือนคนวัยหนุ่มสาว ผลด้านเศรษฐกิจนี้จะเพิ่มเป็นเท่าตัวหากผู้สูงอายุต้องรับภาระเลี้ยงหลานที่บิดาหรือมารดาเสียชีวิตด้วยสาเหตุการติดเชื้อเอชไอวี ส่งผลให้ผู้สูงอายุต้องรับภาระเพิ่มขึ้น ต้องทำงานหารายได้ เพื่อทั้งการดำรงชีพและการศึกษาของหลาน นับเป็นภาระค่าใช้จ่ายสำคัญของผู้สูงอายุที่ต้องรับภาระ ดังคำระบุของผู้ให้ข้อมูล

“สูญเสียลูก ทำให้มีภาระทางเศรษฐกิจ การดูแลเขา(หลาน) เป็นภาระให้กับลูกที่อยู่ บางรายพื้นฐานเดิมไม่ดีอยู่แล้ว (ยากจน) ก็เหมือนกับว่าทำให้ลำบากมากขึ้น”

“คนที่เคยอยู่กับครอบครัว มีการช่วยเหลือกัน คือเด็กดูแลผู้ใหญ่ช่วยดูแลเด็ก เมื่อลูกเสียก่อนวัยอันควร ผู้สูงอายุต้องดูแลหลาน ต้องออกไปหางานทำ”

“ผมต้องรับภาระครอบครัวมากขึ้น มีภาระในการดูแลผู้ป่วย ดูแลตนเอง ตลอดจนเลี้ยงดูลูกหลานของผู้ที่เสียชีวิต ไม่มีลูกหลานใกล้ชิดดูแลตนเอง ลูกหลานห่างๆก็ไม่ได้ดูแลตลอด บางคนต้องดูแลหลานที่ติดเชื้อมานาน”

2.2 ผลกระทบทางด้านจิตใจ

ผู้สูงอายุมีความเครียดที่เกิดจากการรับภาระเลี้ยงหลาน ผู้สูงอายุต้องพยายามทำงานหาเลี้ยงหลาน ส่งเรียนเพื่อหาเงินจุนเจือชีวิตตนเองและหลานให้ดำรงชีวิตอยู่ได้ ทั้งๆที่สภาพร่างกายไม่เอื้ออำนวยให้สามารถทำงานหาเงินได้เต็มที่เหมือนวัยแรงงาน และความเครียดยังอาจเกิดจากความห่างตามวัยระหว่างผู้สูงอายุและหลาน หลายๆครั้งที่เกิดช่องว่างระหว่างสายสัมพันธ์ผู้สูงอายุและหลาน หรือผู้สูงอายุบางรายรู้สึกสูญเสีย ดังตัวอย่าง

“ผู้ยจะเครียดจากปัญหาทางเศรษฐกิจ และการเลี้ยงดูหลานเพิ่มขึ้น ซึ่งคนเฒ่าบางคนจะมีปัญหาการนอนหลับ”

“ผู้ยไม่แน่ใจว่าจะมีชีวิตอยู่ดูแลหลานนานแค่ไหนทำให้เครียดและวิตกกังวล ไหนจะเรื่องเงิน ไหนจะอยู่กิน มันสะปะ”

“มีความสูญเสียบุคคลในครอบครัว ผู้สูงอายุไม่เคยคาดหวังว่าตนเองต้องไปงานศพลูก แทนที่จะได้อยู่พร้อมหน้าพร้อมตา เป็นครอบครัวที่มีความสุข”

“ผู้สูงอายุมีผลกระทบทางด้านจิตใจ จากความสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักคือ

2.3 ผลกระทบทางด้านสุขภาพร่างกาย

นอกจากความเสื่อมตามวัยแล้ว ผู้สูงอายุที่ติดเชื้อและได้รับผลกระทบจะเกิดความเจ็บป่วยได้ง่าย ทั้งจากการขาดผู้ดูแล การทำงานเพื่อหารายได้จากภาวะที่เพิ่มขึ้นในการดูแลลูกที่ติดเชื้อหรือหลาน หรือจากภาวะเครียด ความวิตกกังวล อาจเสี่ยงต่อการติดเชื้อเพราะขาดความรู้รวมทั้งไม่มีเวลาดูแลตนเอง

“ต้องกลับมาทำงานเพื่อหารายได้ ทำให้มีเวลาดูแลตนเองน้อยลง”

“ต้องทำงานมากขึ้นทำให้สุขภาพกายแย่ง ไม่มีเวลาในการดูแลตนเอง และเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคนายเพราะหาบ้ผู้การดูแลตัวเก่า เวลานั้นก็บ้มีโดย”

3. ปัญหาของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

3.1 ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ

นับเป็นปัญหาที่สำคัญของผู้สูงอายุจากผลกระทบเอชไอวี/เอดส์ ผู้สูงอายุต้องการเงินเพื่อใช้ในการดำรงชีพตนเอง ค่ารักษาความเจ็บป่วยตนเอง รวมทั้งค่าเดินทางไปรับการรักษาพยาบาล บางรายต้องรับภาระเลี้ยงดูหลานที่บุตรของผู้สูงอายุเสียชีวิตด้วยโรคติดเชื้อ ปัญหาทางเศรษฐกิจของผู้สูงอายุจึงเพิ่มเป็นเท่าตัว เพราะต้องพยายามหาเงินจุนเจือให้หลานสามารถดำรงชีวิตต่อไปได้ แต่จากความเสื่อมทางด้านร่างกายตามวัยที่เพิ่มขึ้น ทำให้ไม่สามารถทำงานหาเงินมาจุนเจือครอบครัวที่ต้องรับภาระเลี้ยงดูหลานได้อย่างเพียงพอ อีกทั้งความช่วยเหลือที่ได้รับทั้งเบี้ยยังชีพ หรือจากองค์กรเอกชนไม่เพียงพอและครอบคลุม ต้องรอดตามคิว หากคนเดิมที่ได้รับความ

ช่วยเหลือยังไม่เสียชีวิต คนต่อไปตามคิวก็ยังไม่ได้รับเงินช่วยเหลือรายเดือนนั้น และเงินที่ได้รับสามารถช่วยเหลือได้เป็นครั้งคราวไป ไม่สามารถช่วยเหลือได้อย่างต่อเนื่อง

“ปัญหาเรื่องเศรษฐกิจเป็นเรื่องสำคัญ เพราะส่วนใหญ่ผู้สูงอายุเป็นพวกรักษาเข้ากินค่า อาศัยจากลูกหลานโดยตรง เมื่อลูกหลานเสียชีวิตทำให้ต้องทำงานรับจ้างรายวันประมาณวันละ 80-100 บาท งานไม่มีทุกวัน เดือนหนึ่งทำงาน สิบสี่สิบห้าวัน”

3.2 ปัญหาการเข้าถึงบริการทางสาธารณสุข

ผู้สูงอายุมีความละเอียดอ่อน ไม่กล้าเปิดเผยความเจ็บป่วยของตนเอง ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุที่ไปรับบริการทางด้านสาธารณสุขมักจะไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลแต่ไม่คิดว่าตนเองเป็นผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี อาการที่นำไปโรงพยาบาลเช่น เริม วัณโรคปอด ซึ่งเป็นโรคแทรกซ้อนของการติดเชื้อเอชไอวี หรือมีอาการที่เกี่ยวข้องให้ต้องสงสัยว่าเป็นผู้ติดเชื้อ และเจาะเลือดตรวจพบ ทั้ง ผู้สูงอายุมีอุปสรรคในการมารับบริการทางสุขภาพที่โรงพยาบาล ขาดผู้ดูแลพามาโรงพยาบาล และผู้ดูแลในการรับประทานยาตามแผนการรักษาอย่างสม่ำเสมอ

3.3 ปัญหาการถูกกีดกันแบ่งแยกทางสังคม

สังคมไม่ให้ความยอมรับผู้สูงอายุที่ติดเชื้อ มีความกลัวว่าจะติดเชื้อจากผู้สูงอายุ กลัวเด็กที่สงสัยว่าจะเป็นผู้ติดเชื้อจะแพร่กระจายเชื้อให้ผู้อื่นสังคมสร้างเงื่อนไขกีดกันซับซ้อนทำให้ผู้สูงอายุมีความเครียด วิตกกังวล และท้อแท้จิตใจ

“เพื่อนบ้านทำให้ผมเกิดความแตกต่าง เป็นรังเกียจเขา จากเคยคุยกันในบ้านต้องยืนตะโกนคุยกันนอกบ้าน บ้านเขาเป็นก็บ่อยมาสูเหมือนก่อน ”

3.4 ปัญหาทางสุขภาพด้านร่างกาย

ทั้งจากการทำงานมากขึ้นทำให้สุขภาพกายแยลง ไม่มีเวลาในการดูแลตนเอง หรือจากโรคประจำตัว เช่น ความดันโลหิตสูง โรคของข้อ ดังคำบอกเล่าของเจ้าหน้าที่สุขภาพ

“ผู้สูงอายุบางรายไม่มีเวลาดูแลตนเอง ต้องเลี้ยงลูกหลานติดเชื้อสุขภาพเป็นก็แยลงเรื่อย ๆ ”

“นอกจากความเสื่อมของร่างกาย ถดถอย การป่วยของเธอ (การติดเชื้อ) ทำให้สุขภาพแยลงไปอีก เครียดโดย”

3.5 ปัญหาทางด้านจิตใจ ด้านสุขภาพจิต

ผู้สูงอายุมีความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น ขาดความมั่นใจในการดำเนินชีวิตในสังคม วิตกกังวลต่อลูกหลาน กลัวลูกหลานอายุที่ตนเองติดเชื่อ รู้สึกผิดที่เป็นภาระให้ลูกหลาน และบางรายรู้สึกเป็นตราบาปในสังคม ดังคำระบุของผู้ให้ข้อมูล

“มีภาวะหมดหวังในระยะแรกที่เจอ เครียด จะไม่ยอมให้ความช่วยเหลือตนเอง ไหนๆตัวเองก็แก่แล้วรอวันตาย ค่อนข้างปิดตัวเอง ไม่ยอมรับความช่วยเหลือ --- กลัวสังคมรังเกียจ”

“นอกจากจะมีโรคประจำตัวอยู่แล้วเมื่อมาเจอปัญหา ก็จะมีเรื่องปัญหาทางด้านจิตใจ”

4. ความต้องการของผู้สูงอายุจากผลกระทบของเอชไอวี/เอดส์

4.1 ความช่วยเหลือสนับสนุนด้านเศรษฐกิจ

ทั้งเงินช่วยเหลือรายเดือนเพื่อการดำรงชีพ และส่งเสริมด้านคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้ดีขึ้น และค่าใช้จ่ายในการเลี้ยงดูบุตรหลานรวมทั้งทุนการศึกษา ความช่วยเหลือด้านนี้อาจกระทำโดยการส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุให้มีอาชีพที่เหมาะสมเช่น การจักสานตะกร้า กระจุง การส่งเสริมให้ปลูกดอกไม้ ต้นไม้ประดับที่ผู้สูงอายุไม่ต้องออกแรงมากนักในการทำงาน อีกทั้งยังมีคุณค่าทางจิตใจ นอกเหนือจากการเกิดรายได้ที่ยั่งยืน มีรายได้อย่างต่อเนื่อง สามารถหาเลี้ยงชีพตนเองได้ ชุมชนควรมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้สูงอายุ มีการส่งเสริมให้เกิดตลาดส่งสินค้าสำหรับผู้สูงอายุที่ได้รับผลกระทบของเอชไอวี การช่วยเหลือดังกล่าวยังก่อให้เกิดความจรรโลงใจในผู้สูงอายุ ผ่อนคลายความเครียด ช่วยทำให้มีกำลังใจที่ดีขึ้น

4.2 ความช่วยเหลือทางด้านบริการรักษาพยาบาล

การดำเนินความสะดวกรในการมารับบริการที่โรงพยาบาล และความเสมอภาคในการบริการการรักษาผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีด้วยยาต้านไวรัส ARV ผู้สูงอายุอาจถูกประเมินว่าเป็นผู้ไม่สมควรได้รับยาต้านไวรัส ซึ่งยาต้านไวรัสนี้ควรรับประทานอย่างต่อเนื่องจึงจะเกิดประสิทธิผล และทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไปได้ ยานี้อาจมีฤทธิ์ข้างเคียงที่ทำให้เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน และผู้สูงอายุอาจหยุดรับประทานยา ไม่รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ต้องมีผู้คอยดูแลอย่างใกล้ชิดในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง โดยที่ผู้สูงอายุอาจมีการติดเชื้อเอชไอวีมาก่อนวัยสูงอายุ และมาทราบเมื่อถึงวัยสูงอายุแล้ว ปัจจุบันผู้สูงอายุได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเพียงร้อยละ 12 ของจำนวนกลุ่มผู้สูงอายุที่ติดเชื้อทั้งหมด

4.3 ความต้องการกลุ่มสนับสนุนช่วยเหลือ

ทางด้านบริการทางวิชาการ และด้านสังคมสงเคราะห์ ที่ให้ความช่วยเหลือให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การดำเนินของโรค การป้องกันการติดเชื้อเพิ่ม ทักษะในการดูแลตนเอง และสนับสนุนทางด้านจิตใจให้สามารถต่อสู้ชีวิต ต่อสู้อุปสรรคต่างๆ กลุ่มสังคมสงเคราะห์ให้ความช่วยเหลือระดับประคองจิตใจ สอนให้ผู้สูงอายุสามารถผ่อนคลายความเครียดได้ด้วยตนเอง เช่น การสอนทำสมาธิ อีกทั้งเป็นที่ปรึกษาเกี่ยวกับโรคและส่งเสริมแรงใจ ให้สามารถดำรงชีพด้วยความสุขต่อไปได้

4.4 ความต้องการสนับสนุนทางด้านจิตใจ

ต้องการความเข้าใจจากบุคคลรอบข้าง ต้องการให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมให้กำลังใจ

5. บริการต่างๆที่จัดให้สำหรับผู้สูงอายุที่ติดเชื้อและครอบครัว

บริการที่จัดให้สำหรับผู้สูงอายุที่ติดเชื้อ และครอบครัวในสถานบริการด้านสาธารณสุขทั้งในโรงพยาบาลและสถานอนามัยไม่มีความแตกต่างจากบริการที่ให้กับคนวัยอื่น จากระบบการรักษาพยาบาลตามสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาท ทั้งบริการการรักษาด้วยยาต้านไวรัส การดูแลสุขภาพที่บ้าน การช่วยเหลือในส่วนเบี่ยงชีพ (ยังไม่ครอบคลุมผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือ)

นอกจากนี้ยังมีองค์กรที่ให้ความช่วยเหลือองค์กรที่ให้ความช่วยเหลือ เช่น มูลนิธิเกื้ออรุณ ให้ทุนการศึกษาเด็ก แต่มีเงื่อนไขว่าเด็กจะต้องเรียนเกรดดี แต่ในสภาพความเป็นจริงเด็กที่พ่อแม่ติดเชื้อจะมีความเครียด ไม่สามารถทำเกรดได้ดี ทำให้ขาดโอกาสในการศึกษา หรือ มูลนิธิของหมอมสม พริ้งพวงแก้ว ที่สนับสนุนทุนการศึกษาของเด็ก หรือองค์กรพันธกิจเอดส์ มูลนิธิสภาคริสตจักรเป็นองค์กรที่สร้างฐานคิดเกี่ยวกับเอดส์ ผนวกป้องกัน ส่งเสริมการสร้างบทเรียนเอดส์ มอของเรื่องเอดส์ในทางสร้างสรรค์ รับการส่งต่อให้คำปรึกษา ดูแลผู้ป่วยต่อจากโรงพยาบาล มีการเยี่ยมบ้านให้ความช่วยเหลือ ผู้ติดเชื้อและผู้ที่ได้รับผลกระทบ

ความคิดเห็นของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อต่อบริการ ผู้สูงอายุบางกลุ่มพอใจในการรักษาที่ได้รับ โดยเฉพาะผู้ที่ติดเชื้อที่เปิดเผยตนเอง เช่น บริการแก่ผู้ที่ได้รับผลกระทบ ผู้สูงอายุบางรายยังไม่พอใจ โดยเฉพาะเบี่ยงชีพยังได้ไม่ทั่วถึง และได้ในจำนวนที่ไม่เพียงพอต่อการครองชีพและภาวะที่เพิ่มขึ้น

6. ปัญหาในการจัดการ/ดูแลผู้สูงอายุติดเชื้อ/ที่ได้รับผลกระทบ

6.1 ขาดการเน้นนโยบายด้านการป้องกันโรค

รัฐบาลให้ความสำคัญในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขตามปัญหาที่เกิดขึ้น แต่ขาดการส่งเสริมทางด้านการป้องกันโรคในผู้สูงอายุ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นเร่งด่วนที่จะต้องพัฒนากลยุทธ์ขับเคลื่อนและนโยบายแก้ไขปัญหาในผู้สูงอายุ

6.2 ขาดบุคลากรที่เป็นผู้ให้คำปรึกษาอย่างเพียงพอ

เพื่อลดภาวะเสี่ยงต่างๆของโรค ทั้งในโรงพยาบาล และสถานเอนามัย งบประมาณสนับสนุนของรัฐบาลมีน้อยในการอบรมจัดสรรให้เกิดผู้ให้คำปรึกษา และผู้ให้คำปรึกษาเดิมที่ให้บริการให้คำปรึกษาแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีความล่าช้า เบื้องหน้าในการทำงานเป็นผู้ให้คำปรึกษา เพราะจำนวนผู้ติดเชื้อมีมากแต่จำนวนผู้ให้คำปรึกษามีน้อยไม่สมดุลกัน

6.3 ขาดบุคลากรผู้เชี่ยวชาญในการดูแลรักษาพยาบาลผู้สูงอายุ

ที่ความเข้าใจทั้งทางด้าน การเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีระ จิตใจ สามารถทำความเข้าใจ สื่อสารกับผู้สูงอายุให้เกิดความเข้าใจระหว่างแพทย์และผู้สูงอายุได้ มีทักษะในการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อให้การรักษาเกิดประสิทธิผล ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง

6.4 การเข้าถึงบริการสุขภาพ

ผู้สูงอายุไม่สามารถไปรับบริการจากสถานพยาบาลด้วยตนเองได้ ต้องคอยความช่วยเหลือจากผู้อื่นพาไปโรงพยาบาล และช่วยอำนวยความสะดวกในการรับการรักษาพยาบาลตามขั้นตอน ข้าราชการในการบริการทางโรงพยาบาลยังไม่สามารถกระจายข่าวสารไปสู่คนในชุมชนได้อย่างทั่วถึง ผู้สูงอายุมักจะไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลเมื่อมีอาการความเจ็บป่วยมากแล้ว อีกทั้งบริการที่จัดให้ไม่มีความเหมาะสมตามวัยผู้สูงอายุ เป็นเพียงการบริการช่วยเหลือเป็นครั้งคราว และไม่ทั่วถึง ซึ่งอาจเป็นเนื่องจากปัญหาด้านบุคลากรทางสาธารณสุขยังไม่เพียงพอต่อความต้องการของผู้ติดเชื้อ และงบประมาณจากรัฐบาลยังไม่เพียงพอ

7. ความเข้าใจการจัดการ/ดูแลผู้ติดเชื้อ/ได้รับผลกระทบจากเอชไอวี/เอดส์ รวมทั้งครอบครัวของผู้ให้บริการ

ผู้ให้บริการมีความรู้ในการดูแลผู้ติดเชื้อ รวมทั้งทักษะการให้คำปรึกษา แต่มักจะมองว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาด้านความเสื่อมทางด้านร่างกาย ทั้งด้านความจำ การรับรู้ และอาจมีปัญหาการสื่อสารกับเจ้าหน้าที่ผู้ให้การรักษา ดังนั้นการรักษาก็อาจจะไม่ได้รับการรักษาตรงตามความ

เจ็บป่วยที่เป็นอยู่ อีกทั้งยังขาดบุคลากรที่ดูแลและมีความเข้าใจ สามารถรับรู้ปัญหาและสามารถให้ความช่วยเหลือแก้ไขปัญหาของผู้สูงอายุได้ตรงตามสาเหตุของปัญหา

8. ทักษะในการจัดการกับผู้สูงอายุที่ติดเชื้อ/ได้รับผลกระทบจากเอชไอวี/เอดส์ รวมทั้งครอบครัวของผู้ให้บริการ

ทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้สูงอายุที่ติดเชื้อหรือได้รับผลกระทบมีดังนี้

- 1) ทักษะในด้านการเป็นผู้ให้คำปรึกษา ทางด้านวิชาการการดำเนินชีวิต การดูแลตนเอง ป้องกันการติดเชื้อเพิ่ม การดำรงชีวิตอยู่ร่วมกับคนในสังคม การรักษาโรคอย่างต่อเนื่อง
- 2) ทักษะในด้านการเป็นนักสังคมสงเคราะห์ ส่งเสริมทางด้านการบริการจิตใจ ส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อมีกำลังใจต่อสู้ชีวิต ปรึกษาประคองจิตใจ การคลายความเครียดด้วยวิธีต่างๆ
- 3) ทักษะในการดูแลรักษาผู้สูงอายุ สามารถเข้าใจธรรมชาติการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุ สามารถสื่อสารกับผู้สูงอายุได้อย่างมีคุณภาพ จึงจะสามารถให้การรักษาพยาบาลผู้สูงอายุได้อย่างมีคุณภาพ

9. ข้อเสนอแนะเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุทั้งที่ติดเชื้อและได้รับผลกระทบ

- 1) การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่ติดเชื้อและได้รับผลกระทบที่มีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ มีอาชีพ มีรายได้ที่ยั่งยืน และสามารถดำเนินกิจการได้ด้วยตนเองได้ เป็นอาชีพที่ผู้สูงอายุไม่ต้องออกแรงมากนัก ผู้สูงอายุสามารถทำได้ และเป็นอาชีพที่เสริมคุณค่าด้านจิตใจ มีตลาดรองรับสินค้า ผู้สูงอายุมีรายได้อย่างต่อเนื่อง ผู้สูงอายุสามารถดำเนินกิจการด้วยตนเองได้ มีเศรษฐกิจที่ดีขึ้น สามารถช่วยส่งเสริมให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุดีขึ้น
- 2) บริการทางด้านการรักษาพยาบาลควรเข้าถึงกลุ่มประชาชนผู้สูงอายุในชุมชนอย่างทั่วถึง มีการกระจายข่าวสารเข้าถึงผู้สูงอายุ มีแพทย์ พยาบาลที่มีทักษะเฉพาะทางด้านการรักษาพยาบาล ผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น มีความเข้าใจการเปลี่ยนแปลงทางสภาพร่างกาย และจิตใจของผู้สูงอายุ เพื่อให้เกิดการสื่อสารที่มีคุณภาพ และเกิดประสิทธิผลในการรักษาพยาบาลผู้สูงอายุ
- 3) มีเครือข่ายกลุ่มช่วยเหลือผู้สูงอายุทั้งที่ติดเชื้อและได้รับผลกระทบ เพื่อประโยชน์แก่กลุ่มผู้สูงอายุทั้งที่ติดเชื้อและได้รับผลกระทบได้อย่างทั่วถึง และดำเนินการอย่างต่อเนื่อง ควรสร้างกลุ่มผู้ช่วยเหลือเพิ่มเติมนอกเหนือจากเจ้าหน้าที่ทางสาธารณสุข เช่น ให้กลุ่มพระภิกษุมาช่วยเหลือในด้าน การปรึกษาประคองจิตใจ เป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ เป็นที่ปรึกษา ช่วยผ่อนคลายความเครียดวิตกกังวล

ปลงต่อสังขารที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน พระสามารถเข้ามาช่วยผู้สูงอายุได้ดี เพื่อให้ผู้สูงอายุใช้ธรรมะในการแก้ไขปัญหามานี้ชีวิต และมีกำลังใจสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข

4) มีการส่งเสริมความรู้แก่คนในชุมชนในท้องถิ่นให้มีส่วนร่วมในกิจกรรมดูแลผู้สูงอายุ ส่งเสริมคนในชุมชน รับรู้และตระหนักถึงความสำคัญของปัญหา ส่งเสริมให้มีความรู้ ความเข้าใจในการดำเนินโรค การติดต่อ การใช้ชีวิตร่วมกันในสังคม เพื่อให้คนในท้องถิ่นยอมรับผู้สูงอายุทั้งที่ติดเชื้และได้รับผลกระทบ เข้าใจปัญหาที่เกิดขึ้น และหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาร่วมกัน เกิดการแก้ไข ปัญหา และเกิดพัฒนาการต่อไป สามารถดำรงชีวิตร่วมกันได้ตามปกติสุข อีกทั้งชุมชนยังมีส่วนช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดรายได้ มีอาชีพ มีตลาดรองรับสินค้า ช่วยให้ผู้สูงอายุมีรายได้ที่ต่อเนื่อง

5) กิจกรรมที่จัดให้กับผู้สูงอายุทั้งที่ติดเชื้และได้รับผลกระทบ ควรเป็นกิจกรรมที่เป็นในกลุ่มใหญ่ ไม่แบ่งแยกเฉพาะเจาะจงว่าจัดสำหรับผู้สูงอายุทั้งที่ติดเชื้และได้รับผลกระทบ เพื่อป้องกันปัญหาต่างๆที่จะเกิดขึ้น ถูกสังคมรังเกียจ แบ่งแยกกลุ่มมากขึ้น

6) รัฐบาลควรมีนโยบายที่เน้นในเรื่องการป้องกันโรคมามากกว่าเดิม ที่เน้นในเรื่องการรักษาพยาบาลซึ่งเป็นปลายเหตุของปัญหา และควรแก้ไขปัญหอย่างครอบคลุมบริการที่รัฐบาลจัดให้สามารถเข้าถึงกลุ่มผู้สูงอายุทั้งที่ติดเชื้และได้รับผลกระทบอย่างทั่วถึง มีโครงการที่เป็นโครงการที่เกิดประโยชน์อย่างต่อเนื่องแก่ผู้สูงอายุทั้งที่ติดเชื้และได้รับผลกระทบ ควรเป็นการช่วยเหลือในระยะยาว และสามารถทำได้จริง กิจกรรมที่จัดให้ผู้สูงอายุทั้งที่ติดเชื้และได้รับผลกระทบควรเป็นกิจกรรมที่เหมาะสมกับวัยสูงอายุ และเกิดประโยชน์ต่อผู้สูงอายุ

7) รัฐบาลควรมีการสนับสนุนทางด้านงบประมาณในการฝึกผู้ให้คำปรึกษา และนักสังคมสงเคราะห์ให้มีบุคลากรเพิ่มมากขึ้นเพียงพอกับความต้องการ และมีการให้ความรู้ที่ทันสมัย มีการเฝ้าระวังอันตราย ลดภาวะเสี่ยงของการติดเชื้ ลดภาวะเสี่ยงต่อฤทธิ์ข้างเคียงของยาต้านไวรัส และสามารถให้การดูแลช่วยเหลือได้อย่างมีประสิทธิภาพ เกิดเครือข่ายความรู้ ทั้งในโรงพยาบาล และสถานเือนามัยต่างๆ เพื่อให้ผู้รับบริการเข้าถึงบริการครอบคลุมในทุกพื้นที่

8) รัฐบาลควรให้ความสนใจ มองปัญหาเรื่องการช่วยเหลือผู้สูงอายุทั้งที่ติดเชื้และได้รับผลกระทบ ให้ความช่วยเหลือทางด้านเศรษฐกิจ ค่าใช้จ่ายเพื่อการดำรงชีพ ค่าเลี้ยงดูเด็กที่พ่อแม่เสียชีวิตด้วยโรคติดเชื้เอชไอวี ให้ความช่วยเหลือเรื่องค่าใช้จ่ายในการเรียน อุปกรณ์ในการเรียนต่างๆ ค่ารักษาพยาบาล ค่าเลี้ยงดูดำรงชีพของเด็ก

9) รัฐบาลควรมีหน่วยงานที่ทำงานเกี่ยวกับการช่วยเหลือผู้ติดเชื้อย่างเป็นทางการ เป็นศูนย์รวมบริการ(alls in one) ให้ความช่วยเหลือทางด้านเศรษฐกิจ ให้คำปรึกษา สังคมสงเคราะห์ เพื่อ

ให้บริการแก่ผู้รับบริการได้ดีขึ้น มีคุณภาพการบริการช่วยเหลือ มีทีมงานที่เข้มแข็ง และสามารถ
กระจายความช่วยเหลือบริการได้อย่างทั่วถึง

VI เอกสารอ้างอิง

- Chiang Mai Public Health Office. (2005). *Document for public health task force monitoring: during January, 19-21, 2005*. Chiang Mai: Chiang Mai Public Health Office.
- Division of Epidemiology. (1999). *HIV/AIDS situation in Thailand, 1984-1999*. Bangkok.
- Division of Epidemiology. (2005). *HIV/AIDS situation in Thailand, 1999-2005*. Bangkok.
- Institute for Population and Social Research, Mahidol University. (2003). *Mahidol Population Gazette. Vol.(1) January, 2003*.
- Kanabus, A. & Fredriksson, J. (2005). The history of the HIV/AIDS epidemic in Thailand. *Information about HIV/AIDS in Thailand: Cross the history, present situation and future challenges of HIV/AIDS*. Retrieved July 26, 2005, from <http://www.avert.org/aidsthai.html>
- Knodel, J., Vanlandingham, M., Saengtienchai, C. & Im-em, W. (2001). Older people and AIDS: Quantitative evidence of the impact in Thailand. *Social Science & Medicine*, 52(9): 1313-1327.
- Knodel, J., Saengtienchai, C., Im-em, W., & Vanlandingham, M. (2001). "The impact of AIDS on parents and families in Thailand: A key informant approach." *Research on Aging*, 23(6): 633-670.
- Muecke, M.A. (1989). "Mother sold food, daughter sells her body: Cultural continuity in the Thai context of progress." Paper presented at the annual meeting of the American anthropological association, Phoenix, Arizona.
- National, Economic and Social Development Board (NESDB) working group on HIV/AIDS projections. (1994). "Projections for HIV/AIDS in Thailand 1987-2020." Bangkok.
- Saengtinchai, C. & Knodel, J. (2001). *Parents providing care to adult sons and daughters with HIV/AIDS in Thailand*. UNAIDS case study. Joint United nations Programme on HIV/AIDS.

Thangphet, S. (1996). *Community Knowledge and Response to AIDS Epidemic: A Case Study of village in Sanpatong District, Chiang Mai Province, Thailand*. Working Paper: Chiang Mai, Northern Development Center.

UNAIDS. (1999). *Report on the global HIV/AIDS epidemic*. Geneva.

Vanlandingham, M., Knodel, J., Im-em, W. & Saengtienchai, C. (2000). The impact of HIV/AIDS on older persons in developing countries: some observations based on the Thai case. *Journal of Family Issues*, 1-16.

World Bank. (2000). *Thailand's Response to AIDS: Building on Success, Confronting the Future*. Thailand social Monitor V, pp.10-11.

VII ภาคผนวก

แนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview)

โครงการเอชไอวี / เอดส์ และผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงใหม่

(1) แนวคำถามสำหรับทีมสุขภาพระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล

1. ปัญหาที่สำคัญของผู้สูงอายุจากที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ มีอะไรบ้าง?
ปัญหาที่สำคัญของผู้สูงอายุจากที่ได้รับผลกระทบจากเอชไอวี/เอดส์ มีอะไรบ้าง?
2. ความต้องการที่สำคัญของผู้สูงอายุที่ติด เชื้อเอชไอวี/เอดส์ มีอะไรบ้าง?
ความต้องการที่สำคัญของผู้สูงอายุที่ได้รับผลกระทบจาก เชื้อเอชไอวี/เอดส์ มีอะไรบ้าง?
3. บริการที่จัดให้ผู้สูงอายุและครอบครัวที่มีการติดเชื้อมีอะไรบ้าง แต่ละบริการมีเป้าหมายอย่างไร
ผู้สูงอายุหรือครอบครัวสามารถเข้าถึงหรือรับรู้ได้อย่างไร ใครเป็นผู้จัดหรือดำเนินการในการ
ให้บริการ มีปัญหาหรืออุปสรรคใดบ้างที่เกิดขึ้นที่ทำให้การให้บริการไม่บรรลุเป้าหมาย มีแนวทางใน
การแก้ไขอย่างไร ผู้สูงอายุและครอบครัวมีความคิดเห็นอย่างไรต่อบริการที่จัดให้? บริการที่จัดให้
ผู้สูงอายุที่ได้รับผลกระทบจากเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีอะไรบ้าง และจัดอย่างไร?
4. คุณมีความคิดเห็นอย่างไรในการจัดดำเนินงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่ติดเชื้อและผู้ได้รับผลกระทบจาก
เอชไอวี/เอดส์ และครอบครัว และควรมีวิธีการจัดการอย่างไร?
5. ทักษะใดที่คิดว่าจำเป็นในการดูแลหรือจัดการผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์?
ทักษะใดที่คิดว่าจำเป็นในการดูแลผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และครอบครัว?
6. ท่านคิดว่าผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ มีความรู้ในการดูแลตนเองอย่างไรบ้าง?
ท่านคิดว่าผู้สูงอายุที่ได้รับผลกระทบจากเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีการดูแลตนเองอย่างไรบ้าง?
7. ท่านคิดว่าถ้าจะส่งเสริมคุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุที่ติดเชื้อ รัฐควรมีนโยบายหรือแนวทางในการ
ดำเนินงานอย่างไร? ชุมชนควรมีบทบาทอย่างไรในการส่งเสริมคุณภาพชีวิต?
8. ผู้สูงอายุที่ต้องดูแลผู้ติดเชื้อมีความรู้ในการดูแลผู้ติดเชื้อมากน้อยแค่ไหน อย่างไร?
ผู้สูงอายุที่ต้องดูแลผู้ติดเชื้อมีทักษะในการดูแลผู้ติดเชื้อมากน้อยแค่ไหน อย่างไร?
10. ครอบครัวและชุมชนรับรู้ปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อ และผู้สูงอายุที่ได้รับ
ผลกระทบจากเอชไอวี/เอดส์ หรือไม่ และอย่างไร?
11. ผลกระทบของเอชไอวี/เอดส์ ต่อผู้สูงอายุโดยทั่วไปมีอะไรบ้าง?

(2) แนวคำถามสำหรับผู้สูงอายุที่ติดเชื้อ

1. ท่านมีปัญหาใดบ้าง มีความต้องการอย่างไร?
2. มีอะไรเกิดขึ้นกับตัวท่านบ้างภายหลังจากที่ท่านติดเชื้อ ใครให้การช่วยเหลือท่านและช่วยเหลืออย่างไร?
3. ในชุมชนมีบริการใดบ้างที่จัดให้กับท่าน ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรต่อบริการต่างๆที่จัดให้?
(ชุมชนมีการกระทำอย่างไรในการช่วยเหลือท่าน ริเริ่มโดยใคร อย่างไร ชุมชนคิดเอง ทำเอง ใช่หรือไม่)
4. ท่านมีปัญหาหรืออุปสรรคใดบ้างในการเข้าถึงบริการต่างๆที่จัดให้?
5. ครอบครัวมีความคิดเห็นอย่างไรต่อการติดเชื้อของท่านและรับรู้ปัญหา/ความต้องการของท่านหรือไม่?
6. ชุมชนมีความคิดเห็นอย่างไรต่อการติดเชื้อของท่าน และรับรู้ปัญหา/ความต้องการของท่านหรือไม่?
7. ท่านคิดว่าบริการใดบ้างที่ควรจัดให้กับผู้สูงอายุที่ติดเชื้อ ใครควรเป็นผู้ดำเนินการ และควรจัดบริการรูปแบบใดบ้าง?

หลังจากนั้นถามต่อว่าท่านอยากให้รัฐช่วยดำเนินการอะไรบ้าง อย่างไร? ขึ้นอยู่กับคำตอบข้อที่ 7*

(3) แนวคำถามสำหรับผู้สูงอายุที่ได้รับผลกระทบจากเอชไอวี/เอดส์

1. ท่านมีปัญหาใดบ้าง มีความต้องการอย่างไร?
2. มีอะไรเกิดขึ้นกับตัวท่านบ้าง ภายหลังจากคนในครอบครัวท่านติดเชื้อ?
3. ใครให้การช่วยเหลือท่านและช่วยเหลืออย่างไร?
4. ในชุมชนมีบริการใดบ้างที่จัดให้กับท่าน และท่านมีความคิดเห็นอย่างไรต่อบริการต่างๆที่จัดให้?
(ชุมชนมีการกระทำอย่างไรในการช่วยเหลือท่าน ริเริ่มโดยใคร อย่างไร ชุมชนคิดเอง ทำเอง ใช่หรือไม่)
5. ท่านมีปัญหาหรืออุปสรรคใดบ้างในการเข้าถึงบริการต่างๆที่จัดให้?
6. ท่านคิดบริการใดบ้างที่ควรจัดให้กับผู้สูงอายุที่ได้รับผลกระทบจากเชื้อ เอชไอวี/เอดส์ ใครควรเป็นผู้ดำเนินการ และควรจัดบริการรูปแบบใดบ้าง?

หลังจากนั้นถามต่อว่าท่านอยากให้รัฐช่วยดำเนินการอะไรบ้าง อย่างไร? ขึ้นอยู่กับคำตอบข้อที่ 6*

ทีมผู้สัมภาษณ์เชิงลึก

1. รศ. ดร. ชวพรพรรณ จันทร์ประสิทธิ์
2. ผศ. วราภรณ์ เลิศพูนวิไลกุล
3. อ. ดร. สุมาลี เลิศมัลลิกาพร
4. อ. เดชา ทำดี
5. อ. วชิรวรรณ สุวรรณไทร
6. อ. สติตย์ วงศ์สุรประภิต