



รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์

โครงการผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว

โดย

รองศาสตราจารย์ ศติพัฒน์ ยอดเพชร

สิงหาคม 2548

สัญญาเลขที่ RDG4730200/3



รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์
โครงการผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว

ผู้วิจัย

รองศาสตราจารย์ ศศิพัฒน์ ยอดเพชร

คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ชุดโครงการระบบการดูแลระยะยาวในครอบครัวสำหรับผู้สูงอายุ

สนับสนุนโดย

เครือข่ายวิจัยสุขภาพ สกว. โดยมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย

(ความเห็นในรายงานนี้เป็นของผู้วิจัย ผู้ให้ทุนไม่จำเป็นต้องเห็นด้วยเสมอไป)

บทคัดย่อ

การวิจัยเรื่อง ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาบทบาทหน้าที่ของ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ภาวะอารมณ์และจิตใจของผู้ดูแล ปัญหาและความต้องการของผู้ดูแล และ ข้อคิดเห็นของผู้ดูแลต่อระบบบริการผู้สูงอายุ รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงพรรณนา โดยมีการศึกษาเชิงผลานวิธี การคัดเลือกตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มแบบหลายระดับ เก็บข้อมูลโดยใช้ แบบสอบถาม จากผู้ดูแลผู้สูงอายุ 16 จังหวัด 32 หมู่บ้าน จำนวน 1,581 คน เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการสนทนากลุ่มกับผู้ดูแลจำนวน 320 คน และทำกรณีศึกษาผู้สูงอายุที่ช่วยตนเอง ไม่ได้อีก 40 ราย การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนาและเชิงอนุมาน วิเคราะห์ ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้วิธีวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการศึกษามีดังนี้

ผู้ดูแลส่วนใหญ่ร้อยละ 71.1 เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 25-39 ปี ร้อยละ 69.0 เป็น ผู้ที่สมรสแล้ว ร้อยละ 56.8 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา มีอาชีพเป็นเกษตรกร และมี สถานภาพเป็นบุตรของผู้สูงอายุ สำหรับผู้สูงอายุที่ดูแลนั้น เป็นเพศหญิงร้อยละ 50.5 ร้อยละ 48.6 มีอายุระหว่าง 60-69 ปี ร้อยละ 67.8 มีการเจ็บป่วยและเป็นโรค ร้อยละ 93.1 มีระดับการปฏิบัติ กิจวัตรประจำวันในระดับมาก การเข้ารับบทบาทเป็นผู้ดูแลนั้น เกิดจากการอยู่บ้านเดียวกันและ เป็นบุตร มีหน้าที่ทางสังคม ผู้ดูแลร้อยละ 46.4 มีความสามารถในการดูแลระดับปานกลาง ร้อยละ 54.1 มีแนวโน้มต่อความเครียดน้อย และมีเพียงร้อยละ 0.4 เท่านั้นที่มีแนวโน้มต่อความเครียด มากที่สุด สำหรับปัญหาในการดูแลนั้น ร้อยละ 48.2 มีปัญหาระดับปานกลาง ปัญหาสำคัญคือ ปัญหาด้านการเงิน ผู้ดูแลมีความต้องการด้านเศรษฐกิจเป็นอันดับสูงสุด ($\bar{X}=4.05$) และต้องการ ให้เครือข่ายต่างๆ มีความรับผิดชอบต่อผู้สูงอายุมากกว่าเดิมในทุกๆ ด้าน การวิเคราะห์ปัจจัยที่มี อิทธิพลต่อการทำหน้าที่ดูแล และภาวะอารมณ์จิตใจของผู้ดูแล พบว่า ความสามารถในการปฏิบัติ กิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ อธิบายการทำหน้าที่ได้ดีที่สุด ส่วนความสามารถในการดูแลนั้น รายได้ของผู้ดูแล อธิบายได้ดีที่สุดเช่นกัน

ข้อเสนอแนะในระดับนโยบาย ควรมีการจัดแบ่งผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่มคือ กลุ่มอายุ 50-60 ปี, 60-74 ปี และ 75 ปีขึ้นไป แล้วให้สวัสดิการตามลักษณะความต้องการ ที่ผันแปรไปตาม อายุ นโยบายการดูแลควรเน้นที่การดูแลระดับครอบครัว และการเสริมสร้างศักยภาพของผู้ดูแลใน ด้านต่างๆ การจัดบริการศูนย์เอนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุ ควรมีการวิจัยเชิงทดลอง เพื่อแสวงหา รูปแบบการจัดบริการการดูแลที่เหมาะสม การศึกษาการเสริมสร้าง ความเข้มแข็งให้กับบุตรผู้ดูแล และการหาคำตอบเกี่ยวกับรูปแบบ และการจัดกิจกรรมการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุ รวมทั้งบทบาทความสามารถของชุมชนในการจัดบริการสังคมแก่ผู้สูงอายุ

ABSTRACT

The objectives of the research entitled "Family Caregiver of Older Persons" are : to analyse the role and the obligation of the caregiver, to observe the emotional and psychological states and to study the problems and needs, along with the opinions of caregiver regarding the care service system for older persons. A descriptive research method is employed. The samples are randomly selected using multi-stage sampling. Quantitative data are gathered through questionnaires completed by 1,581 caregivers from 16 provinces and 32 villages. Research through focus group of 320 caregivers and Quantitative data were analyzed by using descriptive statistic and Inferential 40 case studies of caregivers who take care of older persons with disabilities. Quantitative Research and Qualitative data were analysed based on content analysis.

71.1% of the caregivers are female, age between 25-39 years and 69.0% are married. 56.8% of caregivers have completed primary education, are presently agriculturalists, and are the older persons' children. 50.5% of the older persons under care are female; 48.6% of them aged between 60-69 years and 67.8% are in poor health. 93.1% of the older persons have a high level of Activities Daily Life (ADL). The role of the caregiver arises from living in the same household with the older persons and from social responsibility that one should take care of his/her parents. 46.4 % of caregivers have a medium level of capability . 54.1% of them trend to have a low level of tension, while 0.4% have a high level of tension. In terms of problems encountered by the caregivers, 48.2 % of them face major concerns in which the critical problem relates to financial matters. The most needed support is evidently financial support. It is also noted that other related networks are required to increase their responsibilities for older persons in all aspects.

On policy level, the study recommendations are to segregate older persons into three groups, which are 50-60 years old, 60-74 years old and 75 years old and over. Next, is to provide the welfare needed depending on the age differences. The policies should emphasize on family-based care as well as enhancing the caregivers' capabilities in all aspects. It is also necessary to establish a multi-purpose centre for older persons. For future research, an experimental research should be conducted in the following areas : to find an appropriate pattern for care service, to strengthen the caregiver's capabilities and to study social participation level of older persons within their community.

บทสรุปผู้บริหาร

ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มบุคคลที่ต้องพึ่งพิงอาศัยผู้อื่น เมื่อประสบปัญหาสุขภาพทางร่างกาย ที่เสื่อมโทรมตามกาลเวลาและอายุ ในสังคมไทยเมื่อผู้สูงอายุตกอยู่ในภาวะที่ต้องการการดูแล สมาชิกครอบครัวเข้ามามีบทบาทมาก แต่เนื่องจากความเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ สังคม การเมืองและวัฒนธรรมในปัจจุบัน มีผลกระทบต่อสภาพชีวิตความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นกลุ่มประชากรที่มีอัตราเพิ่มขึ้น ท่ามกลางการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างครัวเรือนที่มีขนาดครัวเรือนลดลง การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวนี้ ทำให้ครอบครัวมีความอ่อนแอลง จนไม่สามารถเป็นที่คาดหวังของสังคมในเรื่องการรับบทบาทการดูแลได้เสมอไป ดังนั้นจึงจำเป็นต้องให้ความสำคัญและเพิ่มขีดความสามารถให้กับครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ งานวิจัยนี้จึงเป็นการศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว ซึ่งเป็นการดูแลทั้งผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะปกติและเจ็บป่วยเรื้อรังโดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาบทบาทหน้าที่ ภาวะอารมณ์จิตใจ ปัญหาและความต้องการของผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว รวมทั้งข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะต่างๆ เกี่ยวกับระบบบริการผู้สูงอายุ ที่จะประโยชน์ต่อการเสริมสร้างระบบการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว โดยมีผลการศึกษา ดังนี้

การรับบทบาทเป็นผู้ดูแล เกิดจากการอยู่บ้านเดียวกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งบุตรที่ไม่ได้แยกครอบครัวออกไป มีหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลัก หน้าที่ในการดูแล เป็นการดูแลในเรื่องทั่วไปในการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งผู้ดูแลเป็นทั้งผู้อำนวยความสะดวกให้กับผู้สูงอายุ และเป็นผู้ให้การช่วยเหลือในกรณีที่ผู้สูงอายุไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ความสามารถในการทำหน้าที่ผู้ดูแลนั้น ผู้ดูแลกึ่งหนึ่งประเมินว่า ตนมีความสามารถในระดับมาก ระดับความสามารถของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับสถานภาพของผู้ดูแลในครอบครัว เครือข่ายทางสังคม ระดับความรู้ของผู้ดูแล และการทำหน้าที่ในการดูแล นอกจากนี้ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการดูแล ยังขึ้นอยู่กับฐานะทางเศรษฐกิจและระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ แต่จากการวิจัยมีข้อสังเกตว่า คุณภาพการดูแลในทัศนะของผู้ดูแลคือ ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุ ให้มีการพอยู่พอกินพอรักษาเท่านั้น

แม้ว่าการดูแลผู้สูงอายุเป็นภารกิจหนัก แต่ผลการศึกษากลับพบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่มีความเครียดในการดูแล เนื่องจากมีการซึมซับบทบาทหน้าที่การเป็นผู้ดูแลและมีการปรับตัวให้ยอมรับกับบทบาทของตน แต่ในกรณีที่ผู้ดูแลมีความเครียดวิตกกังวลนั้น มักเกิดขึ้นเมื่อผู้ดูแลมีภาวะการดูแลเชิงซ้อนหรือมีความวิตกกังวลด้านการเงิน โดยการขาดแคลนด้านการเงินมีผลต่อ

ความขาดแคลนด้านอื่นๆ อีกด้วย ผู้ดูแลยังมีปัญหาด้านการขาดความรู้เกี่ยวกับการดูแลปัญหา ด้านผู้ช่วยเหลือ ปัญหาขาดอุปกรณ์การดูแล และปัญหาพฤติกรรมของผู้สูงอายุ โดยภาระการดูแล ผู้สูงอายุจะลดลงหากมีอุปกรณ์ช่วยดูแล หรือวิธีการที่เหมาะสมในการจัดการกับปัญหาพฤติกรรม ของผู้สูงอายุ ส่วนปัญหาที่มีต่อผู้ดูแล เกิดจากระบบบริการทั้งการแพทย์และสังคมที่ไม่มีในชนบท สิ่งเหล่านี้ผู้ดูแลเห็นว่า หากมีบริการเหล่านี้จะช่วยให้การดูแลสะดวกและง่ายขึ้น และยังมีผลต่อ คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้วย

ผู้ดูแลมีความต้องการด้านเศรษฐกิจมากที่สุด เพราะผู้ดูแลต้องมีค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้อง กับการให้การดูแล และต้องการให้เครือข่ายต่างๆ มีส่วนช่วยเหลือผู้สูงอายุมากขึ้นคือ ต้องการ ข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวกับสภาพความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ มีเพื่อนอยู่ด้วยเมื่อผู้สูงอายุมีอาการป่วย หนัก มีแพทย์มาตรวจสุขภาพผู้สูงอายุเป็นประจำ และมีความต้องการบริการทางสังคมเริ่มเกิดขึ้น ในบางพื้นที่ กรณีสมาชิกในครอบครัวต้องประกอบอาชีพนอกบ้าน สมาชิกต้องการศูนย์ดูแล กลางวัน (Day care) สำหรับฝากดูแลผู้สูงอายุในเวลากลางวัน ต้องการอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ และต้องการให้มีการจัดกิจกรรมต่าง ๆ สำหรับผู้สูงอายุ

ผู้ศึกษาข้อเสนอแนะในระดับนโยบายและระดับปฏิบัติการ มีดังนี้

ระดับนโยบาย

1. นโยบายการจัดสวัสดิการ ควรแบ่งผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่มคือ

1.1 กลุ่มเตรียมการเข้าสู่วัยสูงอายุ ซึ่งมีอายุในระหว่าง 50-60 ปี ควรเป็นนโยบาย ที่จะส่งเสริมให้มีชีวิตอยู่ดีมีสุข มีการเตรียมการทั้งการออม, ที่อยู่อาศัย, สุขภาพ, สังคมและ ความรู้ในการดูแลตนเองเมื่อเข้าสู่กลุ่มผู้สูงอายุวัยต้น

1.2 กลุ่มผู้สูงอายุวัยต้น ซึ่งมีอายุในระหว่าง 60 - 74 ปี เป็นกลุ่มที่ยังช่วยตนเองได้ ควรเป็นนโยบายที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพให้อยู่ในภาวะการพึ่งตนเองให้นานที่สุด ส่งเสริม การมีส่วนร่วมทั้งสังคม และส่งเสริมบทบาททางสังคมของผู้สูงอายุ

1.3 กลุ่มผู้สูงอายุวัยท้าย ซึ่งมีอายุตั้งแต่ 75 ปีขึ้นไป เป็นกลุ่มที่ต้องการการดูแลเป็น พิเศษ ต้องการการดูแลเฉพาะด้าน และต้องการการบรรเทาปัญหาต่าง ๆ ทั้งทางร่างกายและจิตใจ ให้ลดน้อยลง ดังนั้น ควรเป็นนโยบายที่เน้นบริการเพื่อบรรเทา ผ่อนคลาย หรือลดความวิตกกังวล ของผู้สูงอายุ เน้นนโยบายให้บริการในที่อยู่อาศัย

2. นโยบายสำหรับผู้ดูแล ควรเป็น Home -Based Care ที่เน้นบริการปฐมภูมิจาก ครอบครัวทั้งทางด้านสังคมและสุขภาพ และให้ความสำคัญกับผู้ดูแลทุกระดับ

3. นโยบายสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุควรเป็น Family – Based Care ซึ่งเป็นนโยบายที่เน้นการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว เพื่อให้ผู้สูงอายุได้อาศัยอยู่ในชุมชน

4. รัฐควรให้ความสำคัญกับการดูแลที่บ้าน เนื่องจากบริการเหล่านี้มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อสุขภาพกายและจิตของผู้สูงอายุ การสนับสนุนค่าใช้จ่าย อุปกรณ์ในการดูแล รวมทั้งการยกย่องและส่งเสริมด้านความรู้แก่ผู้ดูแล อันเป็นประโยชน์ต่อผู้ดูแลและส่งผลต่อการดูแลผู้สูงอายุ และทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

5. นโยบายการจัดบริการ ควรมีการแบ่งความรับผิดชอบของเจ้าหน้าที่ในชุมชนให้ชัดเจน เช่น บริการ Home health care ควรเป็นหน้าที่ของฝ่ายสาธารณสุขและการแพทย์ บริการช่วยเหลือในบ้าน Home Care , Home help service ควรเป็นหน้าที่ของชุมชน

6. รัฐควรกำหนดนโยบาย แผนการผลิตและพัฒนากำลังคน ด้านการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นทางการ (Formal Cargiver) เพื่อเตรียมรองรับปัญหาการขาดแคลนผู้ดูแลในอนาคต โดยควรเป็นความร่วมมือของภาคีด้านผู้สูงอายุทุกส่วน ได้แก่ องค์กรท้องถิ่น องค์กรวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง และหน่วยงานด้านผู้สูงอายุทั้งภาครัฐและเอกชน

7. รัฐควรกำหนดนโยบายที่ชัดเจนต่อการส่งเสริมให้เอกชน ดำเนินธุรกิจให้บริการการดูแลผู้สูงอายุ รวมทั้งมีการกำกับควบคุม โรงเรียนสอนผู้ดูแลผู้สูงอายุให้มีมาตรฐาน

ระดับปฏิบัติการ

1. ผู้ดูแลและผู้สูงอายุ มีทัศนคติต่อความชราว่าเป็นเรื่องธรรมดาของชีวิต ไม่จำเป็นต้องพัฒนาหรือดูแลต่อไปอีก ซึ่งเรื่องนี้เป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาในด้านต่างๆ ควรส่งเสริมหรือสร้างทัศนคติที่ดี ให้กับผู้ดูแลและบุคคลทั่วไปต่อความชราและการเป็นผู้สูงอายุ ส่งเสริมให้เห็นคุณค่าของการมีวิถีชีวิตที่ดีทั้งกาย จิตใจ สังคม และช่วยให้เกิดการปฏิบัติได้จริง

2. เนื่องจากการเข้ารับบทบาทเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ มาจากการทำหน้าที่ทางสังคม และเป็นกระบวนการที่เป็นธรรมชาติ ค่อยเป็นค่อยไป ทำให้ผู้ดูแลขาดการเตรียมตัวในการรับบทบาทและการทำหน้าที่ ซึ่งทั้งส่งผลต่อคุณภาพการดูแล ดังนั้น ควรมีการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุด้านต่างๆ แก่สมาชิกในครอบครัว โดยวิธีการอบรม เผยแพร่ความรู้ และการปรับทัศนคติ

3. กลุ่มผู้ดูแลกลุ่มหนึ่ง เป็นผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นกลุ่มที่ต้องให้ความสนใจด้วยเช่นกัน ภาวะความชราอาจเป็นอุปสรรคต่อการให้การดูแล และการดูแลมีผลต่อภาวะสุขภาพ และความวิตกกังวลต่อสุขภาพของผู้ดูแล ควรมีการจัดบริการเสริมสร้างความเข้มแข็ง ทั้งทางร่างกายและจิตใจ แก่กลุ่มผู้ดูแลที่สูงอายุ

4. สำหรับผู้ดูแลที่ต้องดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังและช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ควรให้มีการให้บริการที่บ้าน เช่น การดูแลที่บ้าน (Home care) การดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home health care) การดูแลส่วนบุคคล (Personal care) โดยเจ้าหน้าที่ทางสาธารณสุขและอาสาสมัครผู้ดูแล รวมทั้งการช่วยเหลือเกี่ยวกับกายอุปกรณ์และอุปกรณ์ดูแลบางประเภทด้วย

5. ควรมีการพัฒนาระบบบริการระดับปฐมภูมิในชุมชน (ตามโครงการ 30 บาท) ที่จะจัดให้มีบริการที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาของผู้สูงอายุมากยิ่งขึ้น ได้แก่ การจัดให้มีระบบส่งต่อ (Referral System) ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยฉุกเฉินไปยังบริการระดับทุติยภูมิ การมีระบบดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังในชุมชน และการมีบริการดูแลในภาวะสุดท้าย (Hospice Care) สำหรับผู้สูงอายุ

6. ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความต้องการข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพและการดูแล ควรจัดให้มีศูนย์เอนกประสงค์ทำหน้าที่เป็นแหล่งให้ความรู้และข้อมูลต่าง ๆ แก่ผู้ดูแลและครอบครัวและเป็นแหล่งจัดการศึกษาเรียนรู้ตลอดชีวิตสำหรับผู้สูงอายุด้วย

7. ปัญหาด้านรายได้ นับเป็นปัญหาสำคัญต่อผู้ดูแลและครอบครัว ซึ่งเกิดจากการประกอบอาชีพ เป็นเกษตรกรและการศึกษาน้อย ดังนั้นควรมีการพิจารณาหาอาชีพเสริม สำหรับผู้ดูแลและครอบครัว เพื่อเป็นการเพิ่มรายได้ หรือส่งเสริมการเกษตรในครัวเรือน เพื่อนำมาเป็นอาหาร

8. สืบเนื่องจากปัญหาด้านรายได้ นอกจากส่งเสริมให้ผู้ดูแลได้มีอาชีพเสริมแล้ว ควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้มีการรวมกลุ่มอาชีพเพื่อสร้างรายได้ร่วมกัน โดยมีเครือข่ายชุมชนดำเนินการสนับสนุน

9. เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองระดับมาก ดังนั้นบริการทางสังคมที่จะจัดขึ้น ควรเป็นโครงการที่เสริมสร้างศักยภาพและสนับสนุนให้เกิดการติดต่อกับสังคม ได้แก่ การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้ทำกิจกรรมต่างๆ การรวมกลุ่มการเป็นอาสาสมัคร ฯลฯ

10. เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถบรรลุถึงการคงอยู่กับการติดต่อทางสังคม และเป็นการบรรเทาปัญหาของผู้ดูแล ควรจัดให้มีศูนย์เอนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุ (Multipurpose-senior center) ที่เป็นศูนย์บริการทั้งผู้สูงอายุและครอบครัวพร้อมกัน

11. เพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีชีวิตความเป็นอยู่ที่ปราศจากภาวะพึ่งพาให้นานที่สุด ควรส่งเสริมผู้สูงอายุให้มีสุขภาพที่สมบูรณ์ทั้งด้านโภชนาการ การออกกำลังกาย การสมาคมและอื่น โดยมีจุดเน้นอยู่ที่กลยุทธ์ในการป้องกันโรค ร่วมกับการสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสม

งานวิจัยที่ควรทำต่อไป

1. ควรมีการวิจัยเชิงทดลองเพื่อแสวงหา รูปแบบการจัดบริการการดูแลที่เหมาะสม
2. ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับการเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับบุตรผู้ดูแล เพื่อช่วยให้การ

ดูแลผู้สูงอายุมีประสิทธิภาพต่อไป

3. ควรมีการศึกษาถึงบทบาทและความสามารถของชุมชนในการจัดบริการทางสังคมแก่

ผู้สูงอายุ

4. ควรมีการศึกษาเพื่อหารูปแบบและกิจกรรมการมีส่วนร่วมทางสังคมที่เหมาะสม

สำหรับผู้สูงอายุในภาวะความแตกต่างตาม ความรู้ความสนใจและพื้นที่อยู่อาศัย

Executive Summary

The ever changing society, economics, politics, and cultures have great influence on older persons quality of living, which is associated with the growing number of aging population. Due to these changes, family has become too fragile in which society cannot always rely on them to provide family-based care. Therefore, it is necessary to pay attention and increased family's ability in providing family-based care of older persons.

This research intends to study family caregiver of older persons, in which the role entails; providing care for older persons in healthy and chronic conditions. The objectives are to study the roles, the emotional state, the difficulties and the needs of the caregivers. The research also includes some comments and propositions concerning the family-based care for the older persons that will be valuable to the improvement of the family-based system. The study shows:

The caregiver's role arises from living in the same household as the older persons, in which the primary caregivers are usually children who did not move out of the house. They take action as a care manager and also care provider to assist unwell or disabled elders as well as to facilitate healthy individuals in their Activities Daily Life (ADL). Half of the caregivers evaluated their own capabilities as being of the higher level. The capability levels relate to the caregiver's position in terms of the family hierarchy, social perceptions, the education level, and the obligations associated with the caregiver's role. Moreover, economic factors and knowledge in taking care of older persons also influence the caretaking quality. However, the research has shown that the caring quality in the caregiver's mentality is the ability to provide enough food, a place to live, and adequate medication for older persons.

Although the task in older persons' care is a heavy one, the study has surprisingly found that most caregivers are stress-free. This is due to the individual caregiver being able to slowly absorb, adjust, and accept the role. The case of stressed caregivers usually arises from them having a caring or lacking financial stability, which

would eventually lead to other problems. Other problems that occur are: deficiencies in the caregivers' knowledge, lack of skilled helpers, lack of necessary equipments, and behaviors of older persons. Nevertheless, these problems can be reduced with the help of standard facility equipments, or appropriate procedures for handling older persons' behavior. As for the caregiver, if adequate medical services and social services, which are not available in rural areas, were to become accessible, the role would be greatly assisted and the burden caused by the problems lifted.

The most critical factor in influencing the capability of the caregiver in assuming his/her role concerns the financial stability that he/she is based upon. This is obviously due to the expenses of looking after older persons. Other factors that would help in facilitating the role of the caregiver are the application of information networks on the physical conditions of older persons:- having other individual for aid in times of critical illness on the part of older persons, as well as a medical doctor available to check older persons constantly, and the creation of social service centre in some areas. In the case of family members working away from home, and a day-care centre for older persons is requested, with activities and volunteers to look after the seniors.

The following recommendations on policy and administration were made by the researcher:

On the policy level

1. Welfare policy: division of the senior citizens into three groups:

1.1 The first stage group aged between 50-60 years who should prepare themselves for old age. The guideline for this group is the encouragement of decent standards of living through creating saving plans, and stable accommodation, healthcare, social knowledge, along with the necessary knowledge to look after themselves.

1.2 The second age group, aged between 60-74 years, who are still capable of looking after themselves. The suitable plan for this group is for them to maintain their health in good condition so that they can rely on themselves for as long as possible. They should also be encouraged to take part in social activities.

1.3 The third age group starts from 75 years onward. This group needs special attention, specific care, while their physical and mental disadvantages are to be eased.

2. Policy for caregivers : Home-based care is recommended, underlining primary care from the family. Hence, caregivers of any 'level' should be recognized and given equal significance.

3. Social welfare policy for senior citizens should be family-based care. This policy emphasizes family-based care for older persons so that older persons can still live in a familiar community.

4. The state should give importance to home-based care because this type of care is crucial for older persons' physical and mental health. Older persons will attain better standards of living if the state would provide and supply funding, necessary equipments, elevation of the caregiver's role, and encourage knowledge development to the caregiver, resulting in benefits for both the caregiver and older persons.

5. Management policy: A clear division of responsibilities should be appointed and established amongst the community staff. For example, home health care should be under the administration of the Medical and Health Care Division while caring at home and home support services should be the responsibility of the community (Local Administration).

6. The government should support policy that encourages human resources Training and development nation wide. The policy should be rigid and able to control the standard of all institutions involved in order to effectively provide quality personal, especially private caregivers quality.

The Operation Policy

1. Both the caregiver and older persons tend to regard the aging process as a normality of life that is no longer of any concern or which needs to be improved. This viewpoint is the obstacle to the development of benefits for older persons: this must be corrected. Attitudes towards old age of people and caregivers should encompass their ability to realize that no matter how old a person is, having a decent standard of living,

while being physically, mentally and socially well, matters. Moreover, follow-up action should be taken so as to support this realization.

2. Due to the fact that the role of the caregiver for older persons gradually starts from social obligation and natural processes, this has had an effect on the caregiver. That is the caregiver is not properly trained to handle the role and obligations to come, which in turns reflects on the caregiver's often inefficiency. Thus, members of the family should have sufficient knowledge in caring for older persons that can be done by organizing seminars, publicizing information and creating new perceptions.

3. The group of the caregivers, aged over 60 years, must also be recognized. Their age may be an obstacle in complicating the caregiver's role in their ability to handle problems. The role of caretaking can affect their health as well as cause anxiety. It is advised that aged-caregivers should receive support that would strengthen their physical and psychological health.

4. In the case of older persons with chronic illness and inability to look after themselves, the care should be provided at home, examples Home care, Home health care, and Personal care. These services should be provided by the staff from the Health Department and the community volunteers.

5. The Primary Care for the community (as in the 30 Baht Project) should be rightly adjusted to be in line with the older persons' complicatedness. For example; the Referral System which transfer older persons who are in need of an emergency treatment to the Secondary Level Care, the care for older persons who suffer with chronic illnesses and the Hospice Care for older persons in their final stages.

6. Caregivers are constantly in need of news and information on subjects concerning health and the means of caring. The multi-purpose senior centre where knowledge and information are available for caregivers and families would therefore be advantageous. The Centre can serve as a learning centre for the older persons as well.

7. The significant problem that the caregivers and their families have to confront is the financial problem which is rooted to the fact that their employments is mainly based in the agricultural sector and are thus prone to educational disadvantages. Thus, extra

jobs for extra income should be considered in the equation. The encouragement of home agriculture such as growing vegetables is also recommended.

8. Due to the income issue, and apart from the support plans for caregivers to attain extra jobs, older persons should also be supervised and supported by the community network to work in a group as co-operatives in order to earn some extra income.

9. Because the majority of older persons can manage themselves in daily activities, social service projects should also be designed for them, promoting the help needed in enhancing their capabilities and encouraging their contacts with society. This would include activities, gatherings, voluntarily works, etc.

10. The multi-purpose senior centre for older persons and their families would benefit, and to help older persons to stay in touch with society and ease the caregivers' workload.

11. To prolong older persons from becoming disable, older persons need encouragement to stay in good health which includes a healthy food, adequate exercise, frequent socializing, etc. The highlighted result of this strategy would be the prevention of illnesses, together with the creation of appropriate healthy conditions.

The recommendations for future research

1. An experimental research is recommended to study on an appropriate pattern for care service.

2. Studies on capability improvement for the caregiver, so that the care for the older persons would be increasingly efficient, are recommended.

3. Studies on the role and ability of the community in providing social services for the older persons are also recommended.

4. Studies on appropriate pattern and social participation activities for older with different education backgrounds, interests, and geographical area are recommended.

คำนำ

รายงานการวิจัยเรื่อง ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว เป็นส่วนหนึ่งของชุดโครงการวิจัย เรื่อง ระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในครอบครัว มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาบทบาทหน้าที่ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ภาวะอารมณ์และจิตใจของผู้ดูแล ปัญหาและความต้องการของผู้ดูแล และข้อคิดเห็นของผู้ดูแลต่อระบบบริการผู้สูงอายุ โดยเก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ กับผู้ดูแลผู้สูงอายุทั้ง 4 ภาค 16 จังหวัด

การดำเนินงานได้รับความร่วมมือจากบุคคลหลายฝ่าย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผู้ดูแลผู้สูงอายุในแต่ละพื้นที่ ที่ได้ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามและสนทนากลุ่ม ว่าที่ร้อยตรีเจตศักดิ์ จำปาเทศ นายอำเภอเมืองสุพรรณบุรี ผู้รับหน้าที่ประสานงานภาคสนามทุกจังหวัด ซึ่งคณะผู้วิจัยขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้ นอกจากนี้ผู้วิจัยขอขอบคุณ ศาสตราจารย์ นายแพทย์สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล ผู้จัดการโครงการวิจัยเพื่อวัยสูงอายุในการให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ และขอขอบคุณเครือข่ายวิจัยสุขภาพ สกว. โดยมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัยที่ได้ให้ทุนอุดหนุนการวิจัยครั้งนี้

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ	ก
Abstract	ข
บทสรุปผู้บริหาร	ค
Executive Summary	ง
คำนำ	จ
สารบัญตาราง	ด
บทที่ 1 บทนำ	1
1. ความสำคัญของปัญหา	1
1.1 วัตถุประสงค์	3
1.2 ขอบเขตการศึกษา	3
1.3 คำจำกัดความในการวิจัย	4
2. แนวความคิดและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	5
กรอบแนวคิด	25
3. ระเบียบวิธีวิจัย	26
3.1 วิธีการศึกษา	26
3.2 วิธีการเก็บข้อมูล	26
3.3 วิธีการคัดเลือกประชากร	26
3.4 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	28

3.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล	30
3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล	31
3.7 การนำเสนอข้อมูล	35
3.8 ข้อจำกัดในการศึกษา	35
3.9 ระยะเวลาที่ใช้ในการศึกษา	35
 บทที่ 2 คุณลักษณะและบทบาทหน้าที่ของผู้ดูแล	 36
ตอนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ดูแล	36
ตอนที่ 2 ข้อมูลพื้นฐานของผู้สูงอายุที่ดูแล	44
ตอนที่ 3 บทบาทผู้ดูแล	48
ตอนที่ 4 การทำหน้าที่ของผู้ดูแล	58
ตอนที่ 5 การทดสอบสถิติด้านการทำหน้าที่	68
ตอนที่ 6 ความสามารถของผู้ดูแลและคุณภาพการดูแล	73
ตอนที่ 7 การทดสอบสถิติด้านความสามารถของผู้ดูแล	78
 บทที่ 3 ภาวะอารมณ์และจิตใจของผู้ดูแล	 85
ตอนที่ 1 ภาวะอารมณ์และจิตใจของผู้ดูแล	85
ตอนที่ 2 การทดสอบสถิติด้านภาวะอารมณ์และจิตใจ	91
ตอนที่ 3 รางวัลที่ได้รับจากการเป็นผู้ดูแล	96
ตอนที่ 4 การทดสอบสถิติด้านรางวัลที่ได้รับจากการเป็นผู้ดูแล	100
 บทที่ 4 ปัญหาและความต้องการของผู้ดูแล	 105
ตอนที่ 1 ปัญหาของผู้ดูแล	105
ตอนที่ 2 ปัญหาที่มีต่อผู้ดูแล	112
ตอนที่ 3 การทดสอบสถิติด้านปัญหา	118
ตอนที่ 4 ความต้องการของผู้ดูแล	122
ตอนที่ 5 การทดสอบสถิติด้านความต้องการ	134

ตอนที่ 6 ความคิดเห็นของผู้ดูแลต่อบทบาทของเครือข่ายในการดูแล

ผู้สูงอายุ..... 138

บทที่ 5 สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ..... 144

สรุป..... 144

อภิปรายผล..... 147

ข้อเสนอแนะ..... 157

บรรณานุกรม..... 161

ภาคผนวก..... 169

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
2.1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ดูแล.....	37
2.2 ระดับการศึกษาและอาชีพของผู้ดูแล.....	39
2.3 ระดับรายได้ของผู้ดูแล.....	40
2.4 จำนวนสมาชิกในครัวเรือน.....	42
2.5 ลักษณะครอบครัว.....	43
2.6 ลักษณะการอยู่อาศัยในครัวเรือน.....	43
2.7 เพศและอายุของผู้สูงอายุที่ดูแล.....	45
2.8 อาการที่เจ็บป่วยและภาวะโรคของผู้สูงอายุ.....	46
2.9 การประเมินพฤติกรรมผู้สูงอายุโดยผู้ดูแล.....	47
2.10 การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ.....	48
2.11 ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแล และผู้สูงอายุ.....	49
2.12 เหตุผลในการเข้ารับบทบาทเป็นผู้ดูแล.....	51
2.13 ความรับผิดชอบของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุ.....	53
2.14 จำนวนปีที่ดูแลผู้สูงอายุ.....	54
2.15 ลักษณะการดูแลผู้สูงอายุและลักษณะครอบครัว.....	55
2.16 เครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุ.....	56
2.17 การดูแลทั่วไปของผู้ดูแล.....	59
2.18 หน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาและหลังสิ้นของผู้ดูแล.....	62
2.19 หน้าที่ในการจัดสภาพแวดล้อมให้กับผู้สูงอายุของผู้ดูแล.....	64
2.20 หน้าที่ในการเป็นผู้ประสานการติดต่อของผู้ดูแล.....	65
2.21 หน้าที่ในการเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ กับผู้สูงอายุของผู้ดูแล.....	66
2.22 การจัดอันดับการทำหน้าที่ของผู้ดูแล.....	67
2.23 ระดับการทำหน้าที่ของผู้ดูแล.....	68
2.24 ความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ของผู้ดูแลกับเพศ.....	68
2.25 ความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ของผู้ดูแลกับอายุ.....	69

2.26	ความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ของผู้ดูแลกับการศึกษา.....	70
2.27	ความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ของผู้ดูแลกับฐานะทางเศรษฐกิจ.....	70
2.28	การเปรียบเทียบการทำหน้าที่ผู้ดูแล จำแนกตามระดับอำเภอและตามภาค.....	71
2.29	การวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอนแสดงตัวแปร ที่มีอิทธิพลในการทำนาย ทำหน้าที่ในการดูแล.....	72
2.30	การประเมินความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุ.....	74
2.31	ระดับความสามารถในการดูแล.....	75
2.32	ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถของผู้ดูแลกับเพศ.....	78
2.33	ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถของผู้ดูแลกับอายุ.....	79
2.34	ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถของผู้ดูแลกับการศึกษา.....	80
2.35	ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถของผู้ดูแลกับฐานะทางเศรษฐกิจ.....	80
2.36	การเปรียบเทียบความสามารถในการดูแล จำแนกตามระดับอำเภอและตามภาค.....	81
2.37	การวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอนแสดงตัวแปร ที่มีอิทธิพลในการทำนาย ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุ.....	82
3.1	ภาวะอารมณ์และจิตใจของผู้ดูแลที่มีความวิตกกังวล.....	86
3.2	ภาวะอารมณ์และจิตใจของผู้ดูแลที่แสดงถึงความขัดแย้ง.....	86
3.3	ภาวะอารมณ์และจิตใจของผู้ดูแลที่แสดงถึงความรู้สึกคับข้องใจ.....	87
3.4	ระดับภาวะอารมณ์และจิตใจของผู้ดูแล.....	91
3.5	ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะอารมณ์และจิตใจกับเพศ.....	92
3.6	ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะอารมณ์และจิตใจกับการศึกษา.....	92
3.7	ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะอารมณ์และจิตใจกับอายุ.....	93
3.8	ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะอารมณ์และจิตใจกับฐานะทางเศรษฐกิจ.....	94
3.9	การเปรียบเทียบภาวะอารมณ์และจิตใจของผู้ดูแล จำแนกตามระดับอำเภอ และตามภาค.....	95
3.10	การวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอนแสดงตัวแปร ที่มีอิทธิพลในการทำนาย ภาวะอารมณ์และจิตใจของผู้ดูแล.....	96
3.11	ระดับความรู้สึกด้านความพึงพอใจของตนเองจากการเป็นผู้ดูแล.....	97
3.12	ระดับความรู้สึกด้านค่านิยมของสังคมจากการเป็นผู้ดูแล.....	98
3.13	ความรู้สึกด้านสัมพันธภาพกับผู้สูงอายุจากการเป็นผู้ดูแล.....	99

3.14	ระดับความรู้สึกต่อรางวัลจากการเป็นผู้ดูแล.....	100
3.15	ความสัมพันธ์ระหว่างรางวัลจากการเป็นผู้ดูแลกับเพศ.....	100
3.16	ความสัมพันธ์ระหว่างรางวัลจากการเป็นผู้ดูแลกับอายุ.....	101
3.17	ความสัมพันธ์ระหว่างรางวัลจากการเป็นผู้ดูแลกับการศึกษา.....	102
3.18	ความสัมพันธ์ระหว่างรางวัลจากการเป็นผู้ดูแลกับฐานะทางเศรษฐกิจ.....	102
3.19	การวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอนแสดงตัวแปร ที่มีอิทธิพลในการทำนาย รางวัลที่ผู้ดูแลได้รับ	103
4.1	ระดับปัญหาด้านการขาดความรู้ของผู้ดูแล.....	106
4.2	ระดับปัญหาด้านการเงินของผู้ดูแล.....	107
4.3	ปัญหาด้านผู้ช่วยเหลือ.....	109
4.4	ระดับปัญหาด้านพฤติกรรมของผู้สูงอายุ.....	111
4.5	ปัญหาสุขภาพของผู้ดูแล.....	112
4.6	ปัญหาด้านอุปกรณ์ช่วยดูแลผู้สูงอายุ.....	114
4.7	ปัญหาอื่น ๆ ของผู้ดูแล.....	116
4.8	การจัดอันดับปัญหา.....	117
4.9	ระดับปัญหา.....	117
4.10	ความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาของผู้ดูแลกับระดับเพศ.....	118
4.11	ความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาของผู้ดูแลกับอายุ.....	119
4.12	ความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาของผู้ดูแลกับการศึกษา.....	119
4.13	ความสัมพันธ์ระหว่างปัญหากับฐานะทางเศรษฐกิจ.....	120
4.14	การเปรียบเทียบปัญหา จำแนกตามระดับอำเภอและตามภาค.....	121
4.15	การวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอนแสดงตัวแปร ที่มีอิทธิพลในการทำนายกับ ปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุ.....	122
4.16	ระดับความต้องการด้านข้อมูลข่าวสารของผู้ดูแล.....	123
4.17	ความต้องการของผู้ดูแลด้านสิ่งอำนวยความสะดวก.....	124
4.18	ความต้องการของผู้ดูแลเมื่อเกิดภาวะความกลัว.....	125
4.19	ระดับความต้องการของผู้ดูแลด้านเวลา.....	126
4.20	ระดับความต้องการของผู้ดูแลด้านเศรษฐกิจ.....	127
4.21	ระดับความต้องการของผู้ดูแลด้านความช่วยเหลือในการดูแล.....	129

4.22	ความต้องการด้านอื่นๆ ของผู้ดูแล.....	130
4.23	การจัดอันดับความต้องการของผู้ดูแลต่อผู้สูงอายุ.....	133
4.24	ระดับความต้องการของผู้ดูแล.....	133
4.25	ความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการกับการศึกษา.....	134
4.26	ความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการกับอาชีพ.....	135
4.27	ความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการกับฐานะทางเศรษฐกิจ.....	135
4.28	ความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการกับความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับ ผู้สูงอายุ.....	136
4.29	การเปรียบเทียบความต้องการของผู้ดูแล จำแนกตามระดับอำเภอและตามภาค.....	137
4.30	การวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอนแสดงตัวแปร ที่มีอิทธิพลในการทำนายกับ ความต้องการของผู้ดูแล.....	138
4.31	ความเห็นของผู้ดูแลต่อกิจกรรมที่สมควรทำให้ผู้สูงอายุแต่ยังไม่ได้ทำ.....	139
4.32	ความเห็นของผู้ดูแลต่อการทำหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัว.....	139
4.33	ความเห็นของผู้ดูแลต่อการทำหน้าที่ของเพื่อนหรือญาติ.....	140
4.34	ความเห็นของผู้ดูแลต่อบทบาทของชุมชน.....	141
4.35	ความเห็นของผู้ดูแลต่อบทบาทของรัฐ.....	142

บทที่ 1

บทนำ

1. ความสำคัญของปัญหา

การดูแล (Caring) เป็นวัฒนธรรมของมนุษยชาติที่มีความเอื้ออาทรต่อกันและได้รับการสืบทอดมาช้านาน เป็นเรื่องที่มีความสำคัญต่อการดำรงชีวิตและการอยู่ในสังคมได้อย่างปกติของบุคคลทั่วไป ทั้งนี้เพราะการดูแลคือ กิจกรรมที่ช่วยเหลือผู้อื่นทั้งทางตรงและทางอ้อมที่แสดงออกในพฤติกรรมลักษณะต่าง ๆ เช่น การเข้าถึงความรู้สึก ความเห็นใจ (Empathic) ความสนใจ ความใส่ใจ (Attention) การประคับประคอง การสนับสนุนและเกื้อกูล (Supportive) การให้ข้อมูลและความรู้ต่าง ๆ (Education) และการอำนวยความสะดวกเพื่อการเข้าถึงบริการต่าง ๆ (Facilitative) ซึ่งสิ่งเหล่านี้ถือว่าเป็นความต้องการของบุคคล โดยเฉพาะอย่างยิ่งบุคคลที่ไม่สามารถพึ่งตนเองได้ อาทิ เด็ก เยาวชน ผู้เจ็บป่วย ผู้พิการและผู้สูงอายุ ซึ่งต่างต้องการการดูแลในลักษณะที่แตกต่างกัน ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่า การดูแลเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับความรับผิดชอบ ศีลธรรม จริยธรรม และประเพณีปฏิบัติที่มีต่อกัน โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อช่วยเหลือผู้ที่อ่อนแอกว่า ทั้งอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ โดยขึ้นอยู่กับสถานการณ์ ความจำเป็น และความผูกพันที่มีต่อผู้ดูแล (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2547, น. 12)

ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มบุคคลกลุ่มหนึ่ง ที่อยู่ในกลุ่มที่ต้องพึ่งพิงผู้อื่น ถึงแม้จะเป็นผู้สูงอายุจะเป็นวัฏจักรของชีวิตที่บุคคลทุกคนต้องเป็นอย่างค่อยเป็นค่อยไปก็ตาม แต่เมื่อถึงจุดหนึ่งภายใต้ความเสื่อมถอยของร่างกายที่เพิ่มตามอายุ ผู้สูงอายุต้องเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงผู้อื่นอย่างแน่นอน ซึ่งแหล่งพึ่งพิงสำคัญของผู้สูงอายุคือ สมาชิกในครอบครัวที่ประกอบด้วยบุคคลหลายรุ่นอายุ ร่วมทำหน้าที่และรับผิดชอบในการดูแลผู้สูงอายุด้วยกัน ถึงแม้การดูแลเหล่านี้ จะมีความแตกต่างตามฐานะทางเศรษฐกิจสังคมและปัจจัยที่มีอิทธิพลอื่น ๆ ก็ตาม แต่ในวิถีชีวิตและวัฒนธรรมของสังคม ต่างให้ความสำคัญกับการดูแลผู้สูงอายุด้วยกันทั้งสิ้น

สำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย แหล่งข้อมูลหลายแหล่งได้คาดประมาณประชากร ว่ามีการเพิ่มอย่างรวดเร็วของจำนวนและสัดส่วนของประชากรสูงอายุที่มีตั้งแต่อายุ 60 ปีขึ้นไป จากร้อยละ 9.5 ในปี 2543 เป็นร้อยละ 10.4 ในปี 2549 และเพิ่มเป็นร้อยละ 11.7 ในปี 2553 การมีสัดส่วนและจำนวนเพิ่มขึ้นเช่นนี้ ทำให้ต้องพิจารณาถึงระบบบริการต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นบริการ

ทางด้านเศรษฐกิจ สังคม และสาธารณสุข ว่าสามารถตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้นในอนาคตได้เพียงใด เครือข่ายการดูแลในครอบครัวควรจะมีลักษณะใด สิ่งที่ถูกฝ่ายได้สนใจคือ ผู้สูงอายุจะอยู่อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้อย่างไร

การมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุนั้น ปัจจัยสำคัญประการหนึ่งคือ การมีระบบเกื้อหนุนทางสังคมที่ดี ซึ่งได้แก่ การได้รับการดูแลจากสมาชิกในครอบครัว ญาติ เพื่อน เพื่อนบ้าน และชุมชนอย่างสมบูรณ์ สิ่งที่เป็นปัจจัยหลักนั้น คือการเกื้อหนุนจากครอบครัว แต่เมื่อพิจารณาถึงระบบการเกื้อหนุนครอบครัวของผู้สูงอายุในอนาคตแล้ว นักประชากรศาสตร์ได้นำเสนอว่า จากภาวะการเจริญพันธุ์ที่ลดลง มีผลให้ขนาดครัวเรือนโดยเฉลี่ยลดลงจาก 5.6 เป็นประมาณ 4 คนเศษในปัจจุบันแสดงให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างครัวเรือน ซึ่งหมายถึงองค์ประกอบของสมาชิกในครอบครัวจาก 3 รุ่นอายุ เป็น 2 รุ่นอายุ (นภาพร ขยอวรรณ, 2545, น. 2 -23) เมื่อเป็นเช่นนี้ คาดหมายว่าบุตรที่ดูแลบิดามารดาสูงอายุก็เป็นผู้อยู่ในวัยสูงอายุด้วยกัน ผู้ดูแลผู้สูงอายุอาจเป็นผู้สูงอายุเองที่ต้องดูแลซึ่งกันและกัน ซึ่งนับว่าเป็นปัญหาสำคัญที่ควรให้ความสนใจ

หากพิจารณาถึงการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุในครัวเรือน พบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คนเดียวมีจำนวนถึง 3 แสนคน หรือคิดเป็นร้อยละ 5.8 ของผู้สูงอายุทั้งหมด สำหรับผู้สูงอายุที่มีสมาชิกอาศัยอยู่ด้วยกันนั้นพบว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีจำนวนสมาชิก 4 - 5 คนลดลงจากร้อยละ 36.7 เป็นร้อยละ 35.6 แสดงให้เห็นถึงการลดลงของผู้ดูแลในครอบครัว (www.nso.go.th/ageing/elderly4.2.htm) ซึ่ง ผู้ดูแลนั้นถือเป็นหลักประกันที่สำคัญอย่างยิ่งประการหนึ่งของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่อยู่ในวัยชราหรือผู้ที่ไม่สามารถพึ่งพาตนเองได้ การเพิ่มขึ้นของจำนวนประชากรสูงอายุและการมีอายุที่ยืนยาว การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างครัวเรือน และระบบการเกื้อหนุนทางสังคม ล้วนมีผลต่อความต้องการผู้ดูแลเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ดูแลที่มีคุณภาพและศักยภาพที่จะช่วยเหลือ และดูแลให้การดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุเป็นไปอย่างราบรื่น

สำหรับสังคมไทย ครอบครัวถือเป็นสถาบันหลักในการดูแลสมาชิกในครอบครัว ซึ่งรวมถึงผู้สูงอายุด้วย ซึ่งเป็นเรื่องที่แต่ละครอบครัวปฏิบัติสืบทอดกันมายาวนาน อาจมีบ้างในเมืองใหญ่ที่สมาชิกในครอบครัวมีการกีดกัน จำเป็นต้องจัดหาผู้ดูแลภายนอกเข้ามาดูแลแทน แต่ลักษณะทั่วไปของแต่ละครอบครัวนั้น สมาชิกหรือญาติที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนเดียวกัน อาจเป็นสามี ภรรยา บุตร ญาติพี่น้อง จะรับหน้าที่ในการดูแล และนิยมเรียกว่า ญาติผู้ดูแล (Family Caregiver) ซึ่งการเข้ารับบทบาทเป็นญาติผู้ดูแลนี้ เริ่มจากภาวะทางร่างกายของผู้สูงอายุที่เสื่อมโทรม การไม่สามารถเคลื่อนไหวในภาวะที่ปกติ หรือช่วยเหลือตนเองได้ สมาชิกในครอบครัวจึงเริ่มเข้ามามีบทบาทในการช่วยเหลือและดูแล โดยสมาชิกเหล่านี้ อาจมีภารกิจอื่นๆ ที่ต้องปฏิบัติ หรือ

ว่างจากภารกิจก็ได้ ดังนั้น อาจกล่าวได้ว่า การมีบทบาทเป็นผู้ดูแลนั้น เป็นเรื่องที่มีได้มีการเตรียมการไว้ก่อนล่วงหน้า มีลักษณะค่อยเป็นค่อยไปอย่างเป็นธรรมชาติ และสังคมก็คาดหวังว่าผู้ดูแลในครอบครัวจะเป็นผู้มีบทบาทและหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุ รวมทั้งเป็นที่พึ่งพิงจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต

ดังที่กล่าวแล้วว่า สถานการณ์ในอนาคตจะเกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านประชากรหลายประการ การเปลี่ยนแปลงที่คาดว่าจะเกิดขึ้นนี้ ล้วนทำให้ครอบครัวอ่อนแอลง อาจถึงระดับที่ไม่สามารถรับกับบทบาทการดูแลที่เป็นที่คาดหวังของสังคมได้ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องเพิ่มขีดความสามารถด้านต่าง ๆ ให้กับครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุซึ่งหนึ่งในองค์ประกอบนี้คือ การให้ความสำคัญกับผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว เพื่อเสริมสร้างให้ครอบครัวมีความเข้มแข็งขึ้น ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้ จึงให้ความสำคัญกับผู้ดูแลในครอบครัว โดยสนใจใคร่รู้ว่า ลักษณะการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวในปัจจุบันเป็นเช่นไร ผู้ดูแลมีบทบาทและหน้าที่อย่างไร ผู้ดูแลมีภาวะอารมณ์จิตใจอย่างไร มีปัญหาและความต้องการใดบ้าง รวมทั้งมีข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะต่าง ๆ ที่จะประโยชน์ต่อการเสริมสร้างระบบการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวอย่างไรบ้าง ข้อมูลที่ได้จะทำให้เข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุในสังคมและวัฒนธรรมไทย และยังเป็นประโยชน์ในการวางแผนและกำหนดนโยบายที่เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

1.1 วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาบทบาทหน้าที่ของผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว
2. เพื่อศึกษา ภาวะอารมณ์และจิตใจของผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว
3. เพื่อศึกษาปัญหาและความต้องการของผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว

1.2 ขอบเขตการศึกษา

เป็นการศึกษาผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว ครอบคลุม 16 จังหวัด ได้แก่ จังหวัด เชียงราย นครสวรรค์ สุโขทัย ลำปาง นอนงบัวลำภู ขอนแก่น สกลนคร ศรีสะเกษ สุพรรณบุรี ราชบุรี ลพบุรี ระยอง สุราษฎร์ธานี นครศรีธรรมราช ตรัง และสงขลา

1.3 คำจำกัดความในการวิจัย

ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในพื้นที่ที่เป็นตัวอย่างในการศึกษาที่มีความสามารถในการดูแลตนเองได้ หรือผู้ที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ เจ็บป่วย อยู่ในภาวะพึ่งพิง

ผู้ดูแลผู้สูงอายุ หมายถึง ญาติหรือผู้ที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนเดียวกันที่ทำหน้าที่ช่วยเหลือ และรับผิดชอบการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ ทั้งทำเป็นประจำหรือทำต่อเนื่อง และให้เวลาในการดูแลมากกว่าผู้อื่น มีบทบาทเป็นผู้ดูแลหลักในครอบครัว

บทบาทหน้าที่ของผู้ดูแล หมายถึง การที่ผู้ที่ปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวมีบทบาทเป็นผู้ให้การช่วยเหลือ (Care Providers) ที่ปฏิบัติงานทดแทนผู้สูงอายุเนื่องจากผู้สูงอายุไม่สามารถกระทำได้ด้วยตนเอง ในที่นี้ได้แก่ การดูแลทั่วไป การดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาหลงลืม และการจัดสภาพแวดล้อม และมีบทบาทเป็นผู้จัดการสิ่งอำนวยความสะดวกในการดูแล (Care Managers) ที่ทำหน้าที่อำนวยความสะดวกต่าง ๆ ให้ผู้สูงอายุโดยที่งานเหล่านี้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินการได้ด้วยตนเอง ในที่นี้ได้แก่ การประสานงานการติดต่อ การจัดการด้านการเงินและกฎหมายและการมีส่วนร่วมในกิจกรรม

ภาวะอารมณ์และจิตใจของผู้ดูแล หมายถึง ความรู้สึกไม่สบายใจและสบายใจที่ผู้ดูแลมีต่อการดูแลผู้สูงอายุ โดยแสดงออกในลักษณะความวิตกกังวล ความขัดแย้ง การรู้สึกตำหนิตนเองและความรู้สึกยินดีต่อการเป็นผู้ดูแลในลักษณะของรางวัลที่ได้รับจากการเป็นผู้ดูแล

ปัญหาของผู้ดูแล หมายถึง อุปสรรคและข้อขัดข้องที่ทำให้การดูแลไม่เป็นไปตามที่คาดหวัง ในที่นี้แบ่งปัญหาออกเป็น 2 ประเภท คือ ปัญหาในการดูแล เป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการจัดการการดูแล ได้แก่ การขาดความรู้ของผู้ดูแล ปัญหาด้านการเงิน ปัญหาด้านผู้ช่วยเหลือ และปัญหาด้านพฤติกรรมของผู้สูงอายุและปัญหาที่มีต่อผู้ดูแล เป็นหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ อารมณ์และจิตใจของผู้ดูแล ได้แก่ ปัญหาสุขภาพของผู้ดูแลและปัญหาด้านภาวะอารมณ์จิตใจของผู้ดูแล

ความต้องการของผู้ดูแล หมายถึง สิ่งที่ผู้ดูแลมีความอยากได้เพื่อมาช่วยส่งเสริมหรือสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ในที่นี้ได้แก่ ความต้องการข้อมูลข่าวสาร ความต้องการด้านสิ่งอำนวยความสะดวก ความต้องการความเข้าใจในสิ่งที่เกิดขึ้นจากความกลัวต่าง ๆ ความต้องการด้านเวลา ความต้องการด้านเศรษฐกิจ และความต้องการความช่วยเหลือในการดูแล

2. แนวความคิดและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับผู้ดูแลนี้ เป็นการศึกษาจากเอกสารที่รวบรวมทั้งสิ้น 112 รายการ โดยแยกเป็นเอกสารที่เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุและเอกสารเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย/ผู้ป่วยเรื้อรัง โดยได้นำมาเรียบเรียงเพื่อให้เห็นภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุให้ชัดเจนขึ้น แต่เมื่อพิจารณาถึงความแตกต่างของชนิดและประเภทข้อมูลที่น่าสนใจ พบว่า มาจากแหล่งทุติยภูมิที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน อาทิ งานวิจัย วิทยานิพนธ์ หรือ เอกสารวิจัยส่วนบุคคล(สารนิพนธ์) ความเข้มข้นของระเบียบวิธี ตั้งแต่ขนาดของตัวอย่างและเครื่องมือย่อมมีความแตกต่างกัน และขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของงานนั้น ๆ ดังนั้นจึงมีผลต่อคุณภาพของข้อมูลได้ในระดับหนึ่ง

นอกจากนั้น เมื่อพิจารณาถึงความสมบูรณ์ของเนื้อหา พบว่า มีความซ้ำซ้อนในเนื้อหาโดยเฉพาะอย่างยิ่ง ความซ้ำซ้อนในแนวคิดและทฤษฎีที่นำมาอธิบาย ส่วนมากเป็นการแปลข้อความจากเอกสารต่างประเทศ แล้วมีการนำไปใช้อ้างอิงต่อกันอีกหลายทอด ซึ่งไม่ได้ช่วยขยายความรู้แต่อย่างใด เกิดเป็นการศึกษาซ้ำๆ ในเรื่องเดียวกัน ทำให้องค์ความรู้ด้านผู้ดูแลที่ศึกษาอยู่ในลักษณะจำกัด สิ่งที่เป็นอุปสรรคต่อการทบทวนวรรณกรรมเรื่องผู้ดูแลอีกประการหนึ่งคือ การศึกษาเรื่องผู้ดูแล ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยเรื้อรัง การศึกษาเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้สูงอายุโดยตรงมีน้อย และถึงหากมักเป็นการอิงทฤษฎีและแนวคิดจากต่างประเทศมาเป็นกรอบในการศึกษา มากกว่าการศึกษาในบริบทของวัฒนธรรมและสังคมไทย ดังนั้นภาพการศึกษาผู้ดูแลผู้สูงอายุที่พบ จึงเป็นภาพของการดูแลผู้เจ็บป่วยเรื้อรังหรือผู้สูงอายุที่นอนติดเตียง ซึ่งเป็นภาพลักษณะในสายตาของนักวิชาการต่างๆ มาเป็นเวลานาน

อย่างไรก็ตามเพื่อเป็นแนวทางในการวิจัยเรื่องนี้ ผู้วิจัยจึงได้ สรุปทฤษฎีและสาระสำคัญของการดูแลผู้สูงอายุ และได้นำมาเรียบเรียงในประเด็นดังต่อไปนี้

2.1 ทฤษฎีการแลกเปลี่ยน (Exchange Theory)

2.2 แนวคิดเกี่ยวกับการเป็นเพื่อนบ้าน (Neighborhood Based)

2.3 แนวคิดการดูแล

2.3.1 ความหมายผู้ดูแล

2.3.2 บทบาทและหน้าที่ของผู้ดูแล

2.3.3 คุณภาพการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว

2.3.4 บริการที่เอื้อต่อการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว

2.3.5 ปัญหาและความต้องการของผู้ดูแล

2.1 ทฤษฎีการแลกเปลี่ยน (Exchange Theory)

เป็นแนวคิดที่พัฒนามาจากทฤษฎีพฤติกรรมทางจิตวิทยาและเศรษฐศาสตร์ โดยมีความเชื่อพื้นฐานว่า การแลกเปลี่ยนทางสังคมเป็นวัฒนธรรมอย่างหนึ่งของมนุษย์ มนุษย์นิยมแลกเปลี่ยนสิ่งต่าง ๆ เพื่อประโยชน์ส่วนตน แต่เมื่อการแลกเปลี่ยนขาดแคลน สังคมจะเข้ามามีบทบาททดแทน ลักษณะการแลกเปลี่ยนเป็นพฤติกรรมทางสังคมระหว่างบุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป โดยมีองค์ประกอบคือ กิจกรรมที่เป็นทั้งรูปธรรมและนามธรรม และสิ่งตอบแทนซึ่งเป็นเงิน สิ่งของ และปัจจัยอื่น ๆ แนวคิดนี้ใช้อธิบายการแลกเปลี่ยนทางสังคมระหว่างผู้สูงอายุและสมาชิกอื่นในครอบครัว หากทำดีต่อผู้สูงอายุ สมาชิกอื่นได้รับทราบและรู้เห็น ก็จะปฏิบัติต่อเราเช่นกันในอนาคต

2.2 แนวคิดเกี่ยวกับการเป็นเพื่อนบ้าน (Neighborhood Based)

แนวคิดพื้นฐาน ความเป็นเพื่อนบ้านเป็นระบบเกื้อกูลกันของผู้คนในชุมชน โดยให้ความมีน้ำใจ ความเกื้อกูล การช่วยเหลือผู้ที่ประสบปัญหาและความต้องการความช่วยเหลือในชุมชนใกล้เคียงที่ตนอยู่อาศัยมาเป็นเครื่องมือ เพื่อช่วยในระบบพึ่งตนเองของชุมชนแข็งแกร่งขึ้น แนวคิดนี้มีจุดมุ่งหมาย เพื่อสร้างจิตสำนึกและพัฒนาศักยภาพของคนในชุมชน เพื่อให้เกิดการแก้ไขปัญหาและพัฒนาบริการต่าง ๆ โดยชุมชน และเพื่อระดมความร่วมมือในลักษณะการประสานความร่วมมือระหว่างองค์การภายนอกชุมชนและบุคลากรภายในชุมชน แนวคิดนี้ใช้อธิบายระบบเกื้อกูลของคนในชุมชนที่มีต่อผู้สูงอายุและผู้ดูแล

2.3 แนวคิดการดูแล

การดูแล คือ กิจกรรมการช่วยเหลือ หรือการดูแลที่กระทำโดยตรงหรือโดยอ้อม เป็นกระบวนการที่ส่งเสริมให้บุคคลดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างปกติ เป็นเรื่องของการให้ความสนใจ และห่วงใยผู้ที่ต้องพึ่งพิงผู้อื่น (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2547, น. 9) ในทางวิชาการได้มีผู้ให้ข้อคิดเห็นต่อแนวคิดการดูแลที่สำคัญดังนี้

(1) แนวคิดเกี่ยวกับแรงจูงใจในการช่วยเหลือ (Monitoring for Helping) ประกอบด้วย 2 แนวคิด (Schulz R., Bagel D., Moryez, E., and Visintiner, p, 1989) ดังนี้

1.1 แรงจูงใจเพื่อตอบสนองความต้องการของบุคคล (Egoistic Motivation) เป็นแรงจูงใจที่ผลักดันให้บุคคลช่วยเหลือผู้อื่นเพื่อหวังผลตอบแทนจากการกระทำนั้น ๆ

1.2 แรงจูงใจที่เกิดจากความเอื้ออาทรต่อกัน (Altruistic Motivation) เป็นแรงจูงใจที่เกิดจากความเห็นอกเห็นใจ ความสงสาร ที่มีต่อผู้ที่ต้องการพึ่งพิง

(2) แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับค่านิยมของบุคคลและสังคม จากการศึกษาเพื่ออธิบายแนวคิดเรื่องการดูแลโดยรวมแนวคิดของนักวิชาการ 35 คน จากบทความวิชาการ และการวิจัย สามารถแบ่งแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลได้ 5 ทศนะ (เพ็ญแข ชีวะะพันธ์, 2545) ได้แก่

2.1 ดูแลเป็นลักษณะประจำของมนุษยชาติ เพื่อให้มนุษย์สามารถรักษาเผ่าพันธุ์ไว้ แต่จะแตกต่างกันตามศักยภาพของแต่ละบุคคล โดยขึ้นกับประสบการณ์ การได้รับการดูแล ลักษณะเฉพาะของตัวบุคคล และขนบธรรมเนียมประเพณีในสังคมนั้น ๆ

2.2 การดูแลเป็นเรื่องของศีลธรรม จริยธรรม ตามค่านิยมพื้นฐานของบุคคลหรือสังคม

2.3 การดูแลเป็นการแสดงความสนใจห่วงใย การดูแลมีความเกี่ยวข้องกับอารมณ์ มีความรู้สึกเอาใจเขามาใส่ใจเรา สนใจ เป็นห่วง ต้องการปกป้อง และอุทิศให้

2.4 การดูแลเป็นการแสดงสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล จึงเป็นการดูแลที่เกิดขึ้นในครอบครัวระหว่างคนใกล้ชิด

2.5 การดูแลเป็นการปฏิบัติการเพื่อการรักษาพยาบาล ต้องใช้องค์ความรู้ทางวิทยาศาสตร์ การพยาบาล การแพทย์ และศาสตร์อื่นๆ เพื่อให้ผู้รับบริการคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดีหรือพ้นจากความเจ็บป่วย ตลอดจนสามารถถ่ายทอดความรู้ ให้คำปรึกษาแก่บุคคล สามารถจัดการกับปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น และมีความรู้ความเข้าใจในการประสานงานเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพได้

ดังนั้น อาจกล่าวได้ว่า แนวคิดการดูแลเป็นลักษณะพื้นฐานที่สำคัญของมนุษยชาติ เป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับความรับผิดชอบ ศีลธรรม จริยธรรม และประเพณีปฏิบัติที่มีต่อกัน โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อช่วยเหลือผู้ที่อ่อนแอกว่า ทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ โดยขึ้นอยู่กับสถานการณ์ ความจำเป็นและความผูกพันต่อผู้ที่ต้องดูแล

2.3.1 ความหมายผู้ดูแล

การดูแล (Caring) เป็นเรื่องที่มีความสำคัญต่อการดำรงชีวิตของบุคคลโดยทั่วไป เป็นการช่วยให้คนมีความเจริญเติบโตและอยู่ในสังคมได้อย่างปกติ ซึ่งสามารถจำแนกความหมายได้ 5 มิติ ดังนี้

(1) การให้ความหมายในมิติของการดำเนินการที่เป็นประโยชน์ต่อบุคคลอื่น เป็นการให้ความช่วยเหลือผู้อื่น ไม่ว่าผู้นั้นจะอยู่ในภาวะที่ปกติหรือไม่ปกติ เพื่อให้เป็นประโยชน์ต่อผู้อื่นและเพื่อตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐาน (คมสัน แก้วระยะ, 2544) นอกจากนี้ ผู้ดูแล คือ

ผู้ให้การสนับสนุนและมีอิทธิพลต่อการส่งเสริมและคงไว้ซึ่งความมีสุขภาพ ศรัทธาและความหวัง (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2547, น. 14)

(2) การให้ความหมายในมิติของการดำเนินการในลักษณะการให้ความช่วยเหลือกับบุคคลที่ต้องพึ่งพิงผู้อื่น เป็นการดูแลเอาใจใส่ผู้อื่น ไม่ว่าจะเป็นเพื่อนหรือญาติ ที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพหรือพิการ และต้องการความช่วยเหลือโดยส่งเสริมให้มีความอยู่รอด การมีสุขภาพดีและสวัสดิภาพของบุคคลที่ต้องพึ่งพา (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539, น. 89-92)

(3) การให้ความหมายในมิติของความสัมพันธ์ในครอบครัว หมายถึง ผู้ที่มีหน้าที่ดูแลเพราะความสัมพันธ์เป็นญาติที่ใกล้ชิดหรือมีข้อผูกมัดทางอารมณ์กับผู้ป่วย บางครั้งเรียกว่า ญาติผู้ดูแล

(4) การให้ความหมายในมิติของความรับผิดชอบต่อการดูแล เป็นการพิจารณาในประเด็นที่ว่า บุคคลนั้นได้ใช้เวลาส่วนใหญ่ หรือมีภาระกิจหลักในการดูแลผู้ป่วย ผู้พิการ ผู้สูงอายุ หรือผู้ที่อยู่ในภาวะการพึ่งพิงอื่น ๆ โดยแบ่งได้เป็น 2 ประเภท คือ ผู้ดูแลหลักหรือญาติผู้ดูแลหลัก (Primary Caregiver) และผู้ดูแลรองหรือญาติผู้ดูแลรอง (Secondary Caregiver)

(5) การให้ความหมายในมิติของรูปแบบการดูแลโดยแบ่งเป็นผู้ดูแลอย่างเป็นทางการ (Formal Caregiver) และผู้ดูแลอย่างไม่เป็นทางการ (Informal Caregiver)

(5.1) ผู้ดูแลอย่างเป็นทางการ (Formal Caregiver) หมายถึงผู้ดูแลที่ไม่มีญาติ เพื่อนหรือเพื่อนบ้าน แต่มีหน้าที่ดูแลผู้ที่ต้องพึ่งพิงโดยได้รับค่าตอบแทน ซึ่งอาจเป็นบุคลากรทางการแพทย์ พยาบาล รวมทั้งพนักงานหรือเจ้าหน้าที่จากศูนย์ที่ให้บริการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Health Care Assistant) (ศิริพันธ์ สาสัตย์, 2544, น. 69)

(5.2) ผู้ดูแลอย่างไม่เป็นทางการ (Informal Caregiver) บางครั้งมีผู้เรียกว่าผู้ดูแลตามขนบธรรมเนียม หมายถึง การให้ความดูแลที่ไม่ต้องชำระค่าบริการ ให้กับผู้สูงอายุที่อ่อนแอที่ต้องพึ่งพาหรือมีความต้องการช่วยเหลือ (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539, น. 2, 84-92 และ Horowitz, A. 1985, pp. 5, 194-246) ได้แก่ ญาติ เพื่อน หรือผู้เกี่ยวข้องอื่น ๆ ของผู้รับการดูแลที่ไม่ได้เสียค่าบริการ แต่เป็นกำลังสำคัญในการดูแลผู้ป่วย ผู้ที่อ่อนแอ หรือผู้ที่ต้องการที่พึ่งในบ้าน หรือชุมชน (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539, น. 2, 84-92, ศิริพันธ์ สาสัตย์, 2544, น. 69 และ Davis, L.L. 1992, pp. 15 (21):1-10)

ดังนั้นผู้ดูแล คือ บุคคลที่ทำหน้าที่ช่วยเหลือผู้ที่ไม่สามารถช่วยตนเองได้อย่างเต็มที่ และอยู่ในภาวะพึ่งพิง และผู้ที่ทำหน้าที่เป็นประโยชน์ต่อคนอื่นหรือผู้ให้ความช่วยเหลือ

บุคคลอื่น บุคคลเหล่านี้ส่วนใหญ่เป็นญาติ หรือสมาชิกในครอบครัว หรือเป็นผู้ที่มีอาชีพเป็นผู้ดูแล และอาสาสมัครผู้ดูแล

2.3.2 บทบาทและหน้าที่ของผู้ดูแล

(1) การเข้ารับบทบาทเป็นญาติของผู้ดูแล

การดำเนินการรับบทบาทผู้ดูแล เริ่มจากการเจ็บป่วย จากการเจ็บหรือจากความเสื่อมโทรมของร่างกายของบุคคลที่ต้องการได้รับการดูแล (ศศิพัฒน์ ยอดเพชรและคณะ, 2541, น. 41) เป็นภาวะที่เกิดปัญหากับสภาพร่างกายและจิตใจ จนไม่สามารถจะดูแลตนเองได้ ต้องพึ่งพิงผู้อื่น สำหรับผู้สูงอายุนั้น ภาวะทางร่างกายโดยเฉพาะอย่างยิ่งความเสื่อมโทรมของร่างกายมักเป็นปัจจัยสำคัญที่ต้องการผู้ดูแลให้เข้ามาช่วยเหลือ

สังคมมีความคาดหวังต่อการเข้ามารับบทบาทของบุคคลในฐานะญาติผู้ดูแล การศึกษาทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ พบว่า ผู้ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นสมาชิกในครอบครัว มีความเกี่ยวพันใกล้ชิดกันทางสายเลือด มีความเกี่ยวข้องเป็นบุตร เพศหญิง และอยู่ในวัยกลางคน โดยการรับหน้าที่เริ่มจากการที่บิดามารดาวัยสูงอายุ มีปัญหาความบกพร่องด้านร่างกาย ความบกพร่องทางด้านอารมณ์และการนึกคิด นอกจากนี้มีข้อสังเกตว่า การทำหน้าที่เป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังนั้น เป็นบทบาทที่ถูกกำหนดไว้แล้วสำหรับเพศหญิง ทั้งนี้เนื่องจากพื้นฐานความเชื่อทางสังคม และการปลูกฝังค่านิยมทางวัฒนธรรมที่มักคาดหวังให้สมาชิกเพศหญิงในครอบครัวต้องทำหน้าที่ในการดูแล ทั้งในฐานะที่เป็นมารดา ภรรยาและการดูแลสมาชิกที่เจ็บป่วย ส่วนเพศชายมักทำหน้าที่ช่วยเหลือจัดการด้านค่าใช้จ่ายการเดินทางหรือเรื่องอื่นๆ มากกว่าการให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรง (จอม สุวรรณโณ, 2541, pp. 47(3), 147-157 และ Blieszner, R and Macini, J.A. 1987, pp. 176-180) ในขณะเดียวกันการตระหนักถึงศักยภาพในบทบาทของเพศหญิงและเจตคติที่ดีในการดูแล รวมทั้งพันธกิจที่ต้องดูแลตอบแทนบุญคุณของผู้มีพระคุณ โดยเฉพาะบิดามารดา (จอม สุวรรณโณ, 2541, pp. 47(3), 147-157 และ Pohl, J.M., Body, C., Liang, J., and Given, C.W., 1995 pp. 68-75) ตลอดจนความรัก ความผูกพัน ความใกล้ชิดสนิทสนมกับผู้ป่วย ภายใต้พื้นฐานสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน (Beach, E.K., Moloney, B.H., and Arkon, O.H., 1992, pp. 30-38)

ปัจจัยสำคัญที่ทำให้ครอบครัวเข้ามารับบทบาทเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุนั้น คือ หน้าที่ของบุคคลในครอบครัวที่ต้องรับอุปการะผู้สูงอายุ เพื่อเป็นการทดแทนบุญคุณ (Beach, E.K., Moloney, B.H., and Arkon, O.H. 1992, pp. 1:30-38) ส่วนปัจจัยอื่นได้แก่ การมีค่านิยมทาง

สังคมในเรื่องความกตัญญูต่เวที รวมทั้งเป็นสมาชิกในครอบครัวคนสุดท้ายที่ยังอาศัยอยู่ในบ้านของบิดามารดา พี่น้องคนอื่นแยกครอบครัวไปตั้งครอบครัวใหม่ ดังนั้นจึงต้องรับหน้าที่ดูแล เป็นต้น อย่างไรก็ตาม นอกจากญาติที่จะเป็นผู้ดูแลแล้ว บางครอบครัวยังได้จ้างผู้ดูแลผู้สูงอายุจากสถานบริการ โรงเรียนผู้ดูแลมาดูแลผู้สูงอายุด้วย

เหตุสำคัญประการหนึ่งในการรับบทบาทหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ คือ การมีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุในฐานะบิดามารดา บุตร สามี ภรรยา ญาติพี่น้องหรือตอบแทนบุญคุณที่ผู้สูงอายุเคยช่วยเหลือผู้ดูแลมาก่อน ความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้สูงอายุและผู้ดูแลจะก่อให้เกิดความเข้าใจและสงสารที่ผู้ดูแลมีต่อผู้สูงอายุ ซึ่งทำให้ผู้ดูแลมีความตั้งใจและเต็มใจในการดูแล ดังนั้น สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ได้รับการดูแลจึงนับว่าเป็นปัจจัยที่สำคัญที่มีผลต่อผู้ดูแลกรณีที่ผู้ดูแลรู้สึกว่าการดูแลนั้นเป็นภาระนั้น ย่อมทำให้ความสัมพันธ์เป็นไปทางลบ นอกจากนั้นเหตุผลของการรับหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ อาจเกิดจากผู้ดูแลส่วนหนึ่งมีความผูกพันกับผู้สูงอายุโดยเป็นสามี ภรรยา บิดาหรือมารดากับบุตร เป็นความผูกพันที่ผู้สูงอายุมีต่อกันตั้งแต่ก่อนการเจ็บป่วย นอกจากนั้นการศึกษาของศศิพัฒน์ ยอดเพชร, ภาวนา พัฒนศรี, เล็ก สมบัติ และคณะ (2540; 2541; 2544) และนางลักษณ์ พันชมภู (2540) พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวส่วนใหญ่เป็นบุตร รองลงมาได้แก่ คู่สมรสของผู้สูงอายุ หลานและญาติอื่น ๆ

หน้าที่ของผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวสมาชิกในครอบครัว มีบทบาทตามสถานภาพในครอบครัวของตน เป็นบทบาทที่มีความเกี่ยวพันทางเครือญาติ หรือ Kinship Relationship (ถวิลย์ ธารโกษณ์, 2532) เพื่อที่จะแสดงบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว (ผู้ครองบทบาท) และผู้สูงอายุ (คู่บทบาท) ให้เหมาะสมตามความคาดหวังของสังคมได้ (บรรลุ ศิริพานิช, 2533, น. 6, 432-436) ซึ่งบทบาทการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุต้องสอดคล้องกับเป้าหมาย และความคาดหวังของครอบครัวและสังคมว่า สามารถตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุได้มากน้อยเพียงใด บทบาทที่ถูกกำหนดและคาดหวังของผู้ดูแล จึงทำให้เกิดหน้าที่การดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวที่ครอบคลุมการดำเนินชีวิตทั้งหมดของผู้สูงอายุ ซึ่งอาจกล่าวได้ว่า "ผู้ดูแล" ต้องมีบทบาทหน้าที่ในการดูแลที่สำคัญ 2 ประการ (นางลักษณ์ พันชมภู, 2540) คือ

1. ผู้ให้การช่วยเหลือ (Care Providers) หมายถึงผู้ที่ปฏิบัติกิจทดแทนผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุไม่สามารถทำกิจการนั้น ๆ ได้ด้วยตนเอง
2. ผู้จัดการสิ่งอำนวยความสะดวกในการดูแล (Care Managers) หมายถึงผู้ที่ปฏิบัติงานต่าง ๆ แทนผู้สูงอายุ ทั้งที่ในความเป็นจริงแล้วผู้สูงอายุยังสามารถจัดการได้ด้วยตนเอง (มาลินี วงษ์สิทธิ์และศิริวรรณ ศิริบุญ, 2541, ศิริวรรณ ศิริบุญ, 2544)

บทบาทการเป็นญาติผู้ดูแลเป็นเรื่องปกติในสังคม ครอบครัวที่มีผู้สูงอายุอาศัยอยู่สมาชิกในครอบครัวมักต้องรับบทบาทเป็นผู้ดูแล แต่การดูแลนั้นมีทั้งการดูแลผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้และผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง การกระทำบทบาทที่สำคัญและผู้ดูแลทำหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุโดยทั่วไป ได้แก่ การดูแลการดำรงชีวิตประจำวันทั่วไป เช่น การจัดหาและดูแลเรื่องอาหารการกิน การจัดที่อยู่อาศัยให้เหมาะสม การจัดหาและดูแลเครื่องนุ่งห่มเครื่องใช้ ตลอดจน ดูแลด้านอนามัยส่วนบุคคล การดูแลเมื่อเจ็บป่วย การอำนวยความสะดวกเรื่องพาหนะเดินทาง และการช่วยเหลือทั่วไปด้านการใช้แรงและกำลัง อาจกล่าวได้ว่าเป้าหมายการดูแลคือ เพื่อให้ผู้สูงอายุบรรลุถึงปัจจัยพื้นฐานของการดำรงชีวิต

(2) หน้าที่การดูแล

การดูแลที่สำคัญและมีความหมายสำหรับผู้สูงอายุ ไม่ว่าจะเป็นพิจารณาตามความคาดหวังของผู้สูงอายุเองหรือจากสัดส่วนการเกิดกุลที่ปรากฏอยู่ คือ การมีบทบาทดูแลด้านการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย “โดยทั่วไปครอบครัวมีบทบาทและหน้าที่ในการดูแลเอาใจใส่ผู้สูงอายุในยามเจ็บป่วยหรือจำเป็นต้องติดตามพาไปรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยการพบแพทย์และรับภาระเรื่องค่ารักษาพยาบาลของผู้สูงอายุ อีกทั้งต้องระมัดระวังเกี่ยวกับการจัดยาของผู้สูงอายุให้ทานให้ตรงเวลาอีกด้วย”

หน้าที่การดูแลเรื่องอาหาร เป็นบทบาทที่ครอบครัวให้ความสำคัญเป็นอันดับรองจากการดูแลเมื่อยามเจ็บป่วย โดยร้อยละ 82.3 และ ร้อยละ 85.0 ของครอบครัวได้ให้การจัดการดูแลด้านนี้แก่พ่อแม่ตามลำดับ โดยทั่วไปบทบาทของครอบครัวในด้านอาหารนี้เป็นบทบาทของการจัดการดูแลภายในครัวเรือนสำหรับสมาชิกทุกคนและมิได้ให้ความสำคัญสำหรับผู้สูงอายุเท่านั้น ในขณะที่เดียวกันผู้สูงอายุซึ่งเป็นสมาชิกหนึ่งในครอบครัว โดยเฉพาะสตรีที่มีสถานภาพเป็นแม่หรือย่าหรือยาย มักจะมีส่วนร่วมในการจัดการด้านอาหารสำหรับสมาชิกในครัวเรือน อาทิหน้าที่จัดหาอาหารและปรุงอาหาร สำหรับทุกคนในบ้านที่จะรับประทานอาหารร่วมกัน ดังนั้นในภาพรวมการจัดการด้านอาหารแก่ผู้สูงอายุนั้น มิได้มีการดำเนินการอย่างพิเศษแต่อย่างใด ถือเป็นเรื่องปกติของครอบครัวที่ต้องกินอยู่ร่วมกัน อย่างไรก็ตามในกรณีที่ผู้สูงอายุอยู่ในสภาวะพึ่งพิงหรือมีโรคเฉพาะและต้องการการจัดการด้านอาหารเป็นกรณีพิเศษ เช่น การให้อาหารทางสายยาง การควบคุมอาหารเพื่อโรคเบาหวาน ความต้องการอาหารที่มีปริมาณเกลือต่ำในผู้ที่มีโรคไตวายเรื้อรังหรือโรคหัวใจล้มเหลวหรือความต้องการวิตามินหรืออาหารเสริม เป็นต้น

ครอบครัวจะให้การถือฤกษ์เป็นการเฉพาะและแยกชัดเจนจากการดูแลเรื่องอาหารสำหรับสมาชิกอื่นๆ ในครัวเรือน

หน้าที่การดูแลด้านการจัดที่อยู่อาศัยให้เหมาะสมนั้น จากการศึกษา พบว่า มีน้อยมาก ส่วนใหญ่ถูกมองว่าเป็นเรื่องปกติที่เกิดขึ้นในแต่ละครอบครัว แต่แท้จริงแล้วการจัดที่อยู่อาศัยให้เหมาะสมถือว่าเป็นการตระหนักต่อการเลี้ยงดูอย่างมีคุณภาพของครอบครัว สำหรับหน้าที่ในการจัดหาเครื่องนุ่งห่มและเครื่องใช้อื่นๆ นั้นบุตรหลานจัดหาให้เป็นครั้งคราว โดยบุตรหลานนิยมซื้อให้เพียงปีละ 1 - 2 ครั้ง เฉพาะในโอกาสวันสำคัญ เช่น วันสงกรานต์หรือวันขึ้นปีใหม่

หน้าที่สำคัญของครอบครัวประการหนึ่ง คือ การดูแลและช่วยเหลือด้านการเงิน ซึ่งรวมถึงค่าใช้จ่ายส่วนตัวของผู้สูงอายุ การช่วยจัดหาอาชีพที่เหมาะสม ตลอดจนช่วยควบคุมดูแลและธุรกิจทรัพย์สินและผลประโยชน์ของผู้สูงอายุ บางครอบครัว อาจให้การช่วยเหลือด้านการเงิน ค่าใช้จ่ายส่วนตัวของผู้สูงอายุ การช่วยจัดหาอาชีพที่เหมาะสม ตลอดจนช่วยควบคุมดูแลธุรกิจทรัพย์สินและผลประโยชน์ของผู้สูงอายุ ลักษณะการปฏิบัติตามบทบาทนี้ได้แก่ การมอบเงินให้แก่ผู้สูงอายุ โดยส่วนใหญ่บุตรจะเป็นผู้ที่ทำหน้าที่นี้อย่างไรก็ตามในการพิจารณาถึงบทบาทของครอบครัวด้านนี้ พึงพิจารณาอย่างระมัดระวัง เนื่องจากครอบครัวอาจไม่ได้มอบเงินให้ผู้สูงอายุโดยตรง แต่อาจมีบทบาททางอ้อม เช่น การจัดหาอาหาร ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลค่าเครื่องนุ่งห่มและสาธารณูปโภคต่างๆ ส่วนการจัดหาอาชีพที่เหมาะสม สำหรับผู้สูงอายุนั้น พบว่า มีการปฏิบัติน้อยมาก

การทำหน้าที่ดูแลด้านสังคม เป็นบทบาทหนึ่งที่ครอบครัวปฏิบัติต่อผู้สูงอายุ โดยการให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัวและสังคมภายนอก ตลอดจนการดูแลให้ได้รับข่าวสาร เพื่อรับรู้ความเป็นไปของสังคมที่เป็นอยู่ การสนับสนุนให้ได้ทำงานอดิเรกตามสมควร การสนับสนุนให้มีส่วนเข้าร่วมในกิจกรรมทางศาสนาและดูแลให้ได้รับความบันเทิงต่าง ๆ ตามควรแก่วัยของผู้สูงอายุ บทบาทของผู้ดูแล เป็นลักษณะของการถือฤกษ์และสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้พบญาติและเพื่อนฝูง เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมเพื่อสังคม การสนับสนุนให้ร่วมกิจกรรมทางศาสนา เช่น การไปวัด การไปโบสถ์ การไปมัสยิด รวมทั้งร่วมกิจกรรมทางศาสนาอื่นๆ รวมทั้งการได้รับรู้ข่าวสารเพื่อรับทราบความเป็นไปในสังคมและเป็นการพัฒนาตนเองให้ทันสมัยเสมอ เมื่อเปรียบเทียบบทบาท การดูแลด้านนี้กับบทบาทด้านอื่นๆ พบว่า การตอบสนองความต้องการสังคมเป็นบทบาทที่ครอบครัวปฏิบัติค่อนข้างน้อย

หน้าที่ของผู้ดูแลประการสุดท้าย คือ การสร้างความรู้สึกรับรู้และเชื่อมั่นคงปลอดภัยแก่ผู้สูงอายุ การดูแลที่ตอบสนองความต้องการ การได้รับการยกย่องเห็น

ความสำคัญเป็นความต้องการที่มีรากฐานมาจากความสูญเสียต่างๆ ที่เกิดจากวัยสูงอายุ ผู้สูงอายุมีความรู้สึกอ่อนไหวและน้อยใจง่าย เกิดความรู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า ดังนั้นการได้รับการตอบสนอง โดยการยอมรับนับถือจึงเป็นสิ่งที่เกื้อหนุนต่อสภาวะทางด้านอารมณ์ของผู้สูงอายุอย่างมาก พฤติกรรมที่แสดงออกเป็นรูปธรรม ได้แก่ การให้ความเคารพ ให้เกียรติ ให้กำลังใจ ให้ความยกย่อง เพื่อก่อให้เกิดความมั่นคงในอารมณ์และเกิดความภาคภูมิใจ ซึ่งบทบาทนี้ผู้ดูแลได้ ทำหน้าที่พูดคุยแสดงความใกล้ชิดและให้ความสำคัญในการตัดสินใจ แต่เป็นที่น่าเสียดายว่า ข้อมูลด้านนี้ไม่มีการศึกษาเชิงปริมาณที่จะสามารถชี้ให้เห็นขนาดของการดำเนินการของผู้ดูแลได้

(3) ภาวะอารมณ์และจิตใจของผู้ดูแล

การดูแลผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงทุกประเภทรวมถึงผู้สูงอายุที่ช่วยตนเองไม่ได้

ถือว่าเป็นภารกิจที่มีความรับผิดชอบสูง เป็นงานหนักที่ต้องใช้เวลา กำลังกาย ความรู้และการเสียสละอย่างมาก ดังนั้นจึงก่อให้เกิดปัญหาต่อผู้ดูแลในหลายประการ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ปัญหาด้านอารมณ์และจิตใจ สภาพปัญหาดังกล่าว นำไปสู่ความเครียดของผู้ดูแลซึ่ง เป็นความรู้สึกอันเนื่องมาจากความกังวลใจ ความรู้สึกสับสน ความไม่แน่ใจ ความเบื่อหน่ายหรือ ความลำบากในการรับบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาที่บ้าน ปัญหาด้านอารมณ์และจิตใจของผู้ดูแลที่พบมาก ได้แก่

ความคลุมเครือในบทบาท เป็นภาวะความคาดหวังของสังคมที่มีต่อบทบาท อย่างใดอย่างหนึ่งไม่ชัดเจน ไม่มีข้อตกลงที่เป็นเสียงเดียวกัน การให้คำนิยามไว้เลื่อนลอยทำให้ผู้ ดำรงบทบาทไม่ทราบว่าตนจะปฏิบัติอย่างไรจึงจะถูกต้องเหมาะสม นอกจากนี้รวมถึงการขาด ความรู้ที่เฉพาะเจาะจงเกี่ยวกับบทบาทที่คาดหวัง ความสับสนที่เกิดขึ้นจากความคลุมเครือใน บทบาทนี้สามารถสร้างความตึงเครียดให้กับบุคคลได้ อาจกล่าวได้ว่า ความเครียดด้านความ คลุมเครือในบทบาท หมายถึง ความรู้สึกของผู้ดูแลที่ไม่แน่ใจว่าตนเองจะมีความสามารถพอที่จะ ดูแลผู้สูงอายุได้ ความคลุมเครือในบทบาทนี้เป็นสิ่งสำคัญในการรับบทบาทเป็นผู้ดูแล เพราะถ้า หากผู้ดูแลขาดความรู้และความเชี่ยวชาญในการปฏิบัติบทบาทหน้าที่ หรือไม่ทราบว่าจะปฏิบัติ บทบาทของตนเองอย่างไร ย่อมส่งผลถึงคุณภาพการดูแล และทำให้ผู้ดำรงบทบาทนั้นเกิด ความเครียด นอกจากนี้ยังรวมถึงบทบาทที่ซับซ้อนและการที่บุคคลขาดทรัพยากรที่เพียงพอใน การที่จะกระทำตามความคาดหวังของบทบาท อาจจะเป็นทรัพยากรทางด้านร่างกาย สติปัญญา อารมณ์หรือเศรษฐกิจที่มาสสนับสนุนการดูแลให้ดีขึ้น

นอกจากนั้น ภาระงานที่ต้องดูแลผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองไม่ได้หรือผู้ที่ต้องการดูแลบางประเภท เป็นการเพิ่มภาระงานให้กับสมาชิกในครอบครัว นอกเหนือจากภาระหน้าที่เดิมที่มีอยู่ ผู้ดูแลบางรายต้องรับบทบาท ทั้งเป็นผู้หาเลี้ยงครอบครัวผู้ทำงานบ้านและผู้ดูแลผู้สูงอายุในเวลาเดียวกันทำให้บทบาทบางอย่างบกพร่องหรือทำได้ไม่เต็มที่ขณะเดียวกันก่อให้เกิดปัญหาด้านอารมณ์และจิตใจตามมาได้

การศึกษามลกระทบของการดูแลที่มีต่อผู้ดูแล พบว่า ผลกระทบทางด้านจิตใจ ภาวะเครียดและความรู้สึกทางอารมณ์ของผู้ดูแล (Physiological Problem) มีลักษณะดังนี้

1. อารมณ์เศร้า (Sad) เป็นอารมณ์ที่เกิดขึ้นเมื่อเกิดการสูญเสียของสิ่งที่ตนรักไป ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกสูญเสียญาติของตนไปทั้ง ๆ ที่ยังมีชีวิตอยู่เนื่องจากผู้ป่วยจำผู้ดูแลไม่ได้ ไม่สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้ด้วยตนเอง มีบุคลิกลักษณะเปลี่ยนไปทำให้เกิดอารมณ์เศร้าเบื่อหน่าย รู้สึกไม่มีแรง ท้อแท้ไม่มีกำลังใจ

2. ความรู้สึกผิด (Guilt) บางครั้งผู้ดูแลอาจโกรธ ทะเลาะกับผู้ป่วย เนื่องจากไม่ให้ความร่วมมือในการดูแลหรือทำกิจกรรมต่างๆ และมักจะรู้สึกผิดจากการกระทำของตนเองในภายหลัง

3. ความโกรธ (Anger) ผู้ดูแลอาจโกรธผู้ป่วย โกรธตัวเองโกรธเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ พยาบาลหรือโกรธ สถานพยาบาลที่ไม่สามารถรักษาผู้ป่วยหรือดูแลผู้ป่วยให้ดีขึ้น

4. ความรู้สึกอับอาย (Embarrassment) ผู้ป่วยสมองเสื่อมนอกจากมีปัญหาทางด้านความจำแล้วยังมีปัญหาทางด้านพฤติกรรม บางครั้งผู้ป่วยอาจแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมในที่สาธารณะทำให้ผู้ดูแลเกิดความอับอายได้

5. ความรู้สึกโดดเดี่ยว (Lonely) ด้วยภาระที่ต้องดูแลผู้ป่วยเกือบตลอด 24 ชั่วโมง ทำให้ผู้ดูแลไม่มีโอกาสไปพบเพื่อนฝูง การพูดคุยกับเพื่อนทางโทรศัพท์อาจไม่สะดวกเหมือนถูกตัดขาดจากสังคม ทำให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกโดดเดี่ยวอยู่เสมอ

(4) ปัญหาและความต้องการของผู้ดูแล

การพิจารณาว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุมีปัญหาอย่างไรบ้างนั้น จากการทบทวนวรรณกรรม สามารถแบ่งการศึกษาเป็น 2 ประเด็น ได้แก่ ปัญหาในการดูแล และปัญหาที่มีต่อผู้ดูแล โดยมีข้อสรุปดังนี้

1. ปัญหาในการดูแล

ปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุเป็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการจัดการปัญหาต่างๆ ในการดูแล และปัญหาด้านผู้ดูแลโดยตรง การศึกษานิยมศึกษากลุ่มผู้ป่วยสมองเสื่อมมากกว่าผู้สูงอายุโดยทั่วไป ดังนั้น สภาพปัญหาอาจรุนแรงกว่าปกติ อย่างไรก็ตามสามารถนำมาอธิบายปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุได้ดังนี้

1.1) ผู้ดูแลขาดความรู้เรื่องโรคและการดูแล ผู้ดูแลส่วนใหญ่ขาดความรู้เรื่องโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่และมีความต้องการเรียนรู้เรื่องโรค แนวทางในการดูแลและรักษาที่ถูกต้อง

1.2) ปัญหาทางด้านพฤติกรรม จากการศึกษาพบว่า อาการกระวนกระวาย ไม่อยู่นิ่ง (Agitation) ของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับภาวะความเครียดในผู้ดูแลมากที่สุด

1.3) ระดับความช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วย (Activity of Daily Living หรือ ADL) จากการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยที่มีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองน้อยเท่าไร ย่อมต้องการเวลาในการดูแลมากขึ้น และยังทำให้ผู้ดูแลมีภาวะเครียดมากขึ้น

1.4) ระดับความเจ็บป่วย (Level of Illness) จากการศึกษา พบว่า มีความสัมพันธ์ ADL ของผู้ป่วยและภาวะเครียดในผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด กล่าวคือ ในผู้ป่วยที่มีภาวะความเจ็บป่วยมากขึ้น ย่อมต้องการการดูแลช่วยเหลือมากขึ้น และยังทำให้ผู้ดูแลมีภาวะความเครียดมากขึ้น

1.5) ความเชื่อและทัศนคติ (Belief and Attitude) ผู้ดูแลมักจะเชื่อว่าอาการสมองเสื่อมนั้น เป็นผลมาจากกรรมเก่าของผู้ป่วย และผู้ดูแลก็คิดว่าเป็นกรรมเก่าของตนเองเช่นกัน ในขณะที่เดียวกัน เพื่อนบ้านและชุมชนก็คิดว่าเป็นหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัวที่จะต้องให้การดูแลผู้ป่วยเอง จึงมีการหยิบนัยความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยและญาติค่อนข้างน้อย

1.6) ภาวะขาดแคลนผู้ดูแล จากภาวะปัจจุบันที่ทั้งผู้หญิงและผู้ชายต้องออกไปทำงานนอกบ้านและขนาดของครอบครัวมีจำนวนลดลง จากการคุมกำเนิดที่ได้ส่งผลทำให้เกิดภาวะขาดแคลนผู้ดูแล รวมทั้งคนทำงานบ้านที่สามารถดูแลผู้ป่วยได้ด้วยก็มีน้อย และการจ้างเจ้าหน้าที่ช่วยการดูแลจากศูนย์ต่างๆ ต้องเสียค่าใช้จ่ายที่ค่อนข้างสูง ซึ่งปัญหานี้คาดว่าจะรุนแรงยิ่งขึ้นในอนาคต

1.7) ปัญหาด้านการเงิน หากผู้ป่วยต้องการการดูแลที่ต้องใช้ระยะเวลาที่นานๆ ในแต่ละวันและเป็นการป่วยแบบเรื้อรังแล้ว จะทำให้ค่าใช้จ่ายในการดูแลและรักษาผู้ป่วยสูงตามไปด้วย ซึ่งส่วนใหญ่ญาติต้องรับภาระนี้ด้วยตนเองและอาจต้องออกจากงาน เพื่อมาให้การดูแลผู้ป่วยทำให้ขาดรายได้ ก่อให้เกิดปัญหาทางการเงินได้

(5) ปัญหาที่มีต่อผู้ดูแล

โดยทั่วไปผู้ดูแลผู้สูงอายุจะมีปัญหาที่คล้ายคลึงกัน ได้แก่ ปัญหาด้านร่างกาย อาการปวดหลัง ปวดต้นคอ ด้านจิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ เช่น นอนไม่หลับ การขาดอิสระต้องพึ่งผู้อื่นทั้งด้านเศรษฐกิจ การขาดความรู้ ประสบการณ์และเวลา นอกจากนี้การเอาใจใส่ดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาและความต้องการแตกต่างกันตามวัย และปัจเจกบุคคล อาจก่อให้เกิดความเครียดต่อผู้ดูแลอีกด้วย

ผลกระทบจากการเป็นผู้ดูแลนั้น ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในผลกระทบด้านลบมากกว่าด้านบวกโดยผลกระทบที่ชัดเจนมี 3 ด้านได้แก่ ผลกระทบด้านจิตใจ ผลกระทบทางด้านร่างกายและผลกระทบทางด้านสังคม เศรษฐกิจ โดยผลกระทบทางด้านจิตใจนั้นได้แยกประเด็นการศึกษาไว้ต่างหาก แต่ผลกระทบทางด้านร่างกายที่พบคือ

1. ผลกระทบทางด้านร่างกาย (Physiological Problem) ผู้ดูแลส่วนใหญ่มักจะทำหน้าที่เพียงคนเดียว มิได้มีการสับเปลี่ยน ทำให้เกิดความอ่อนเพลียไม่มีแรง และบางครั้งพักผ่อนไม่เพียงพอ อาจทำให้เจ็บป่วยได้อีกทั้งส่วนใหญ่ผู้ดูแลมักเป็นเพศหญิง ซึ่งเมื่อต้องออกแรงเกินกำลังในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยที่มีร่างกายใหญ่โตอาจทำให้เกิดอาการปวดเมื่อยตามร่างกายได้ โดยลักษณะปัญหาจำแนกได้ดังนี้

1.1) ปวดหลัง (Backache) ปวดต้นคอ ผู้ดูแลส่วนใหญ่มักบ่นว่ามีอาการปวดหลัง ปวดต้นคอ ปวดเมื่อยตามร่างกาย อันเนื่องมาจากการยกและการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยโดยวิธีที่ไม่ถูกต้องและเกินกำลังตัวเอง ปัญหาปวดหลังยังบ่งบอกถึงอาการที่มาจากภาวะจิตใจที่มีสาเหตุมาจากภาวะเครียดที่จะสื่อให้ทราบว่า ภาวะที่ผู้ดูแลรับไว้นั้นนับวันยิ่งเพิ่มมากขึ้นและเป็นอาการเตือนที่บ่งชี้ว่า ผู้ดูแลต้องการหยุดพักจากภavnนั้นๆ

1.2) อ่อนเพลียไม่มีแรง เนื่องจากผู้ป่วยสมองเสื่อมส่วนใหญ่มีปัญหาในการนอนไม่หลับ ทำให้ผู้ดูแลได้รับการพักผ่อนไม่เพียงพอ มีร่างกายอ่อนเพลียไม่มีแรง เกิดโรคแทรกซ้อนได้และยังทำให้ผู้ดูแลอารมณ์หงุดหงิดไม่ไหวง่ายส่งผลกระทบต่อทำให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรงได้เช่นกัน

1.3) มีปัญหาทางสุขภาพที่เพิ่มขึ้น (Increase Health Problem) ผู้ดูแลส่วนใหญ่จะเป็นสามีหรือภรรยา ซึ่งเป็นผู้สูงอายุด้วยกันทั้งคู่และมักมีโรคประจำตัวอยู่แล้ว ด้วยภาระที่ต้องต้องการให้การดูแล ผู้ป่วยอยู่ตลอดเวลา ทานอาหารไม่เป็นเวลา ทำให้มีเวลาดูแลสุขภาพตนเองลดลงไม่มีเวลาไปพบแพทย์ตามนัดทานยาไม่เป็นเวลาทานอาหารไม่เป็นเวลาพักผ่อนไม่

เพียงพอ โรคประจำตัวที่เป็นอยู่แล้วก็มีอาการกำเริบมากขึ้นและอาจมีปัญหาด้านสุขภาพอื่นๆ เพิ่มขึ้น

2. ผลกระทบทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ (Socio – Economic Problem)

2.1) การเปลี่ยนแปลงทางด้านรูปแบบการทำงาน มีผู้ดูแลหลายรายที่ต้องปรับลักษณะการทำงานของตนเองให้เข้ากับการดูแลผู้ป่วย เช่น อาจเปลี่ยนจากการทำงานเต็มเวลา เป็นทำงาน บางเวลาหรือบางรายอาจต้องเสียเวลาออกจากงาน เพื่อมาดูแลผู้ป่วยเต็มเวลา

2.2) รายได้ลดลง ถ้าผู้ดูแลมีการปรับลักษณะการทำงานหรือต้องลาออกจากงานเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยแล้วย่อมมีการสูญเสียรายได้และบางรายอาจมีหนี้สินเพิ่มขึ้นด้วย

2.3) ความขัดแย้งภายในครอบครัว การดูแลผู้ป่วยที่บ้านหากปราศจากการบริหารจัดการที่ดีแล้ว จะนำมาซึ่งปัญหาความสัมพันธ์ภายในครอบครัว อาจมีการผลัดภาระการดูแลและค่าใช้จ่ายระหว่างสมาชิกในครอบครัวได้หรือในรายที่ผู้ดูแลมีครอบครัวเป็นของตนเองแล้วอาจเกิดปัญหาที่ไม่มีเวลาให้ครอบครัวได้

2.4) รายได้ไม่เพียงพอ บางครอบครัวรายได้ไม่เพียงพอต่อค่าใช้จ่ายและมีผู้สูงอายุเพียงบางส่วนเท่านั้นที่ได้รับสวัสดิการด้านเงินสงเคราะห์สำหรับผู้สูงอายุและเงินที่ได้รับก็เป็นเพียงจำนวนน้อย ในขณะที่ครอบครัวมีภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นมาก

2.3.3 คุณภาพการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว

ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพการดูแลประกอบด้วย

(1) ปัจจัยด้านผู้สูงอายุ ได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Activity of Daily Living) และการรับรู้ทางเชาวน์ปัญญา (Cognitive)

(2) ปัจจัยด้านผู้ดูแล ได้แก่ ความเครียดของผู้ดูแล (Stress) และแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support)

ในอีกแนวคิดหนึ่ง นักวิชาการระบุว่าคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวนั้น ขึ้นอยู่กับ สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ (เพียเช ซีวเยพันธ์, 2545 , Phillips, L.R. and Pempusheski, V.F., 1986, pp. 62-76, Jiraporn Kespichayawathana, 1999 and Archbold, P.G., et al., 1990, pp. 375-384)

นอกจากนี้อีกแนวคิดหนึ่ง กล่าวว่า ความสามารถในการดูแล มีผลต่อคุณภาพการดูแล แต่การดูแลจะดีหรือไม่ ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ คุณลักษณะของผู้ดูแล

ภาวะสุขภาพทั้งของผู้ดูแลและผู้สูงอายุ ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุ ปัจจัยทางเศรษฐกิจรวมถึงรายได้ของครอบครัว ปัจจัยทางสังคมทั้งด้านการศึกษา ความรู้ความสามารถของผู้ดูแล สภาพแวดล้อมของที่อยู่อาศัย ศักยภาพการดูแลในครอบครัว และระบบบริการสุขภาพและสังคม

ปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้ล้วนส่งผลต่อคุณภาพการดูแล ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญในการให้บริการแก่ผู้สูงอายุ เพราะถึงแม้ว่าผู้สูงอายุจะได้รับการดูแลจากครอบครัวก็ตาม แต่หากการดูแลนั้นขาดคุณภาพแล้วย่อมเกิดผลไม่ดีต่อผู้สูงอายุ คุณภาพการดูแลขึ้นอยู่กับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ดูแลเอง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสังคมและปัจจัยอื่น ๆ ซึ่งหากเราต้องการดูแลผู้สูงอายุให้บรรลุถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดีแล้ว การดูแลในครอบครัวถือว่าเป็นมรรควิธีแรกที่ต้องให้ความสนใจและความสำคัญอย่างเต็มที่

2.3.4 บริการที่เอื้อต่อการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว

บริการที่สำคัญต่อผู้สูงอายุคือ บริการด้านสุขภาพและสังคม ซึ่งบริการทั้ง 2 ประเภทนี้ มีส่วนช่วยต่อการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวมาก

(1) บริการด้านสุขภาพ

บริการด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ แบ่งเป็นบริการในสถาบันและในชุมชน ปัจจุบันสถาบันที่ให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุ คือโรงพยาบาลที่มีบริการคลินิกผู้สูงอายุ คลินิกวัยทองและหอผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาล (เฉียบพลันและเรื้อรัง) และมีรูปแบบอื่น อาทิ สถานพยาบาลผู้สูงอายุ (nursing home) สถานสงเคราะห์เอกชน ศูนย์/สถานบริการสุขภาพ ศูนย์บริการผู้สูงอายุกลางวัน (day care center) การดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (home health care) ศูนย์บริการชุมชนแบบเบ็ดเสร็จหรือรูปแบบบริการแบบบูรณาการแก่ผู้สูงอายุในชุมชน และโรงเรียนสอนผู้ดูแลผู้สูงอายุ (วรรณภา ศิริวิญญูรัตน์, ผ่องพรรณ อรุณแสง (บรรณาธิการ), 2545, น. 63-69)

ศูนย์สุขภาพผู้สูงอายุ และโครงการฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ดำเนินการจัดตั้งโดยกรุงเทพมหานคร สำหรับภาคเอกชน ได้มีบริการสุขภาพผู้สูงอายุทั้งที่เป็นธุรกิจ และไม่ได้ดำเนินการเชิงธุรกิจโดยตรง (Non-profit) มีการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลเอกชนบางแห่ง การให้บริการการดูแลระยะกึ่งฉับพลัน และบริการการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ และปัญหาสังคม รวมทั้งบริการจัดหาผู้ดูแลไปดูแลผู้สูงอายุที่

บ้าน มีการเปิดโรงเรียนสอนผู้ดูแลผู้สูงอายุด้วย (สิริอร จันศิริกาญจน, ประคอง อินทรสมบัติและสุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล, 2545, น. 4-29)

บริการที่เข้าถึงผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในครอบครัวโดยตรงแล้ว นับว่ามีไม่กี่ยกเว้น เนื่องจากบริการสุขภาพส่วนใหญ่เป็นบริการในสถาบัน ลักษณะบริการที่ถึงบ้านผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังคงเป็นบริการเริ่มต้น หรือบริการที่อยู่ระหว่างการทดลองดำเนินการ

(2) บริการด้านสังคม

การดำเนินการด้านบริการสังคมสำหรับผู้สูงอายุทั้งของภาครัฐและภาคประชาชน เป็นบริการที่สนับสนุนช่วยเหลือผู้สูงอายุให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้ โดยจัดขึ้นในลักษณะของการดำเนินงานในสถาบัน การดำเนินงานในชุมชน และการสร้างองค์กรและเครือข่ายชุมชน (เล็ก สมบัติ, 2545, น. 8-9)

1. บริการสังคมในชุมชน (วรรณภา ศรีธัญญรัตน์, ผ่องพรรณ อรุณแสง (บรรณาธิการ), 2545, น.63-69) เป็นบริการที่จัดสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัว ซึ่งส่วนใหญ่ริเริ่มโดยกรมประชาสงเคราะห์ (ชื่อเดิม) ได้แก่ การจัดตั้งศูนย์บริการผู้สูงอายุในชุมชน (วัด) และมีเป้าหมายให้ชุมชนเกิดการตื่นตัว และมีส่วนร่วมในการดูแลการให้บริการด้านเศรษฐกิจและสังคมแก่ผู้สูงอายุ ภายหลังมีการจัดซื้ออุปกรณ์ออกกำลังกายให้ศูนย์ฯ แต่เนื่องจากปัญหาของผู้สูงอายุมีมากกว่าที่คิดไว้ ผู้สูงอายุไม่นิยมออกจากบ้านไปออกกำลังกาย การดำเนินงานด้านนี้จึงประสบความล้มเหลวน้อย และล้มเลิกไปเป็นจำนวนมาก

2. กองทุนส่งเสริมสวัสดิการผู้สูงอายุและครอบครัวในชุมชน (การสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ) เป็นการให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้ง ขาดผู้อุปการะ มีฐานะครอบครัวยากจน และประสงค์จะอาศัยอยู่ในบ้านของตนเอง จึงมีการจัดสวัสดิการสงเคราะห์ให้โดยมอบเงินเดือนๆ ละ 300 บาท ตั้งแต่ปี พ.ศ.2536

3. บริการอื่นๆ ในชุมชน เป็นบริการที่จัดตั้งองค์กรระดับหมู่บ้านให้เป็นศูนย์กลางการช่วยเหลือ และการสงเคราะห์ด้านต่างๆ แก่ประชาชนที่ทุกข์ยากในชุมชน ภารกิจของศูนย์ฯ ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุได้แก่ การพิจารณาคัดเลือกผู้สูงอายุเข้ารับเบี้ยยังชีพ การสงเคราะห์ผู้สูงอายุที่มีความทุกข์ยากลำบากเป็นครั้งคราว บริการฌาปนกิจสงเคราะห์ในชุมชน และการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ

4. บริการทางสังคมที่อยู่ระหว่างการทดลองดำเนินการ (สำนักงานส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ, 2547) คือโครงการนำร่องอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (อผส.) หรือ Home Care ดำเนินการโดยสำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส

คนพิการ และผู้สูงอายุ โดยสำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุได้ฝึกอบรมความรู้ ทักษะ และการเสริมสร้างทัศนคติให้แก่ประชาชนที่มีความสมัครใจจะปฏิบัติหน้าที่เป็นอาสาสมัครให้การคุ้มครองดูแล ช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ขาดผู้ดูแล ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ในจังหวัดน่าน ร่อง 8 จังหวัด ได้แก่ เพชรบุรี สุพรรณบุรี ขอนแก่น ร้อยเอ็ด เชียงใหม่ พิษณุโลก สุราษฎร์ธานี และสงขลา

(3) บริการที่ควรจัดขึ้นในประเทศไทย

1. บริการทางสุขภาพ (ภิญญา หนูภักดี, 2542, น. 103-113) การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ควรจัดให้มีการดูแลอย่างต่อเนื่อง ในสภาพแวดล้อมที่แตกต่างกันไป โดยเสนอโปรแกรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ต้องดูแลระยะยาว ที่ให้ชุมชนเป็นฐาน มี 4 โปรแกรม ได้แก่ โปรแกรมการดูแลสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน โปรแกรมศูนย์จัดการพยาบาลในการส่งเสริมสุขภาพแห่งชาติ โปรแกรมการดูแลต่อเนื่องในชุมชนหลังเกษียณเป็นโปรแกรมสำหรับช่วยเหลือเพื่อการอยู่อาศัย และโปรแกรมให้บริการสุขภาพแก่ผู้สูงวัย

2. บริการทางสังคม (ศิริวรรณ ศิริบุญ, 2545, น. 6-17)

1) การให้บริการแก่ผู้สูงอายุควรมีการประสานกันระหว่างบริการสุขภาพและบริการทางสังคม โดยจัดศูนย์ดูแลผู้สูงอายุกลางวัน (day care center) บริการดูแลที่บ้าน (home care) บริการเยี่ยมบ้าน (home visit) การจัดตั้งระบบเฝ้าระวังดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชนและการมีแหล่งพักพิงฉุกเฉินหรือบ้านพักฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุ (emergency shelter service)

2) การจัดอาสาสมัครในชุมชน เพื่อช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุทั้งในภาวะทั่วไป และอาสาสมัครในชุมชนที่ช่วยผลักดันผู้ดูแลในรูปของการมาช่วยเฝ้าหรือดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (elderly sitting)

บริการด้านสุขภาพและสังคมสำหรับผู้สูงอายุในปัจจุบัน ยังไม่สอดคล้องกับสภาพปัญหาความต้องการของผู้สูงอายุ และสภาพพื้นที่ จึงอาจปรับแนวคิดและรูปแบบการดูแลในต่างประเทศ มาใช้เป็นแบบอย่าง เพื่อให้การบริการด้านต่างๆ แก่ผู้สูงอายุมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

2.3.5 ปัญหาและความต้องการของผู้ดูแล

(1) ปัญหาของผู้ดูแล

ปัญหาของผู้ดูแลเองก็มีความซับซ้อนและรุนแรงตามลักษณะพื้นฐานของผู้ดูแลและปัญหาสุขภาพของผู้ดูแล โดยปัญหาที่เกิดขึ้นมีทั้งปัญหาในการดูแลและปัญหาที่มีต่อผู้ดูแล

ปัญหาในการดูแล เป็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับปัญหาต่าง ๆ ในการดูแลและปัญหาด้านผู้ดูแลโดยตรง ได้แก่ การขาดความรู้ในเรื่องโรคและการดูแล ปัญหาที่เกิดจากพฤติกรรมของผู้สูงอายุ ระดับความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ ความเชื่อและทัศนคติของผู้ดูแล การขาดแคลนผู้ดูแล และปัญหาด้านเศรษฐกิจ นอกจากนี้ปัญหาของผู้ดูแลมีความซับซ้อนและรุนแรงตามลักษณะพื้นฐานของผู้ดูแลและปัญหาสุขภาพของผู้ดูแล

โดยทั่วไปผู้ดูแลผู้สูงอายุจะมีปัญหาที่คล้ายคลึงกัน ได้แก่ ปัญหาด้านร่างกาย อาการปวดหลัง ปวดต้นคอ ด้านจิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ เช่น นอนไม่หลับ การขาดอิสระ ต้องพึ่งผู้อื่นในด้านเศรษฐกิจ การขาดความรู้ ประสบการณ์และเวลา นอกจากนี้การเอาใจใส่ดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาและความต้องการแตกต่างกันตามวัย และปัจเจกบุคคล อาจก่อให้เกิดความเครียดต่อผู้ดูแลอีกด้วย (เบญญา ยอดดำเนิน แอ็ดดิกซ์ และคณะ, 2542 และ วิไลวรรณ ทองเจริญ และคณะ, 2546 (4/1):13-15)

ผลกระทบจากการเป็นผู้ดูแลนั้น โดยผลกระทบที่ชัดเจนมี 3 ด้าน ได้แก่ ผลกระทบด้านจิตใจ ผลกระทบทางด้านร่างกายและผลกระทบทางด้านสังคมเศรษฐกิจ

1.ผลกระทบทางด้านจิตใจ ได้แก่ อารมณ์เศร้า ความรู้สึกผิด ความโกรธ ความรู้สึกอับอาย และความรู้สึกโดดเดี่ยว

2. ผลกระทบทางด้านร่างกาย ผู้ดูแลส่วนใหญ่มักจะทำหน้าที่เพียงคนเดียวมิได้มีการสับเปลี่ยน ทำให้เกิดความอ่อนเพลียไม่มีแรง บางครั้งพักผ่อนไม่เพียงพออาจทำให้เกิดการเจ็บป่วยได้ อีกทั้งส่วนใหญ่ผู้ดูแลเป็นเพศหญิงซึ่งต้องออกแรงเกินกำลังในการเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุที่มีร่างกายใหญ่โต ทำให้เกิดอาการปวดเมื่อยตามร่างกายได้ เช่น ปวดหลัง ปวดต้นคอ ซึ่งมักเกิดจากการยกและการเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุไม่ถูกต้อง เกินกำลังตัวเอง และจากความเครียด นอกจากอาการปวดเมื่อยและอ่อนเพลีย ผู้ดูแลจะมีปัญหาทางสุขภาพเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะผู้ดูแลที่เป็นสามี ภรรยา หรือเป็นผู้สูงอายุ ซึ่งมักมีโรคประจำตัว

3.) ผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจ เกิดจากการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการทำงาน ส่งผลให้รายได้ลดลง แต่รายจ่ายเพิ่มขึ้น เนื่องจากค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุ และค่าใช้จ่ายประจำวันต่างๆ ทำให้สมาชิกในครอบครัวมีปัญหา เกิดความขัดแย้งกันได้

จากสภาพปัญหาที่ผู้ดูแลถูกรบกวนดังกล่าวนี จะเห็นว่าเป็นการถูกรบกวนในภารกิจหรือกิจกรรมส่วนตัวไปจนถึงความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นและสังคม ซึ่งอาจทำให้การดำเนินชีวิตของบุคคลนั้นๆ เปลี่ยนแปลงไป บางครั้งอาจทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

บางอย่างไปโดยสิ้นเชิง แต่อย่างไรก็ตามผู้ดูแลบางรายอาจมีการปรับบทบาทของตนเองและยอมรับบทบาทใหม่ ทำให้ปัญหาต่างๆ ไม่เกิดขึ้นก็เป็นได้

(2) ความต้องการของผู้ดูแล

ความต้องการของผู้ดูแลมี 5 ประการ(Grant, JS, 1996, 14(14)883-902, Jallowice A and Power M.J, 1981(30):10-15 และ จินตนา สมนึก, 2540) คือ

1. ความต้องการด้านข้อมูลข่าวสาร (Demands on Information) ได้แก่ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพความเจ็บป่วย การเปลี่ยนแปลงต่างๆ ทางร่างกายของผู้สูงอายุ การพยากรณ์โรค การดำเนินโรค ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุเอง

2. ความต้องการด้านเวลา (Demands on Time) ระยะเวลาของการเจ็บป่วยที่เรื้อรังมานานกับระยะเวลาการดำเนินของโรคที่เกิดขึ้นยาวนานนั้น ทำให้เกิดผลกระทบกับเวลาของการดูแลที่มากขึ้นผู้ดูแลจึงต้องมีการจัดตารางประจำวันและบทบาทที่ต้องให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุหลายชั่วโมงในหนึ่งวัน โดยให้การดูแลทั้งในด้านอารมณ์และด้านร่างกาย

3. ความต้องการการช่วยเหลือในการดูแล (Assistance With Care) การได้รับการช่วยเหลืออย่างเป็นทางการหรือจากการช่วยเหลือกันภายในกลุ่มนั้น จะสามารถลดภาระของผู้ดูแลลงได้ โดยเฉพาะกับผู้ดูแลที่มีบทบาทในหลายๆ ด้านทั้งงานนอกบ้าน ในบ้านในครอบครัวที่มีผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงนั้นจะมีทั้งผู้ดูแลหลักและผู้ดูแลรอง รวมทั้งผู้ที่ให้การช่วยเหลือเป็นครั้งคราว

4. ความต้องการทางด้านรายได้ (Demands on Finances) การให้การดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงนั้น ผู้ดูแลต้องมีค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการให้การดูแล เช่น ค่าเดินทาง ค่ารักษา ค่ายา ค่าอาหาร ค่าเครื่องนุ่งห่ม ค่าอุปกรณ์ ค่าน้ำ ไฟและค่าโทรศัพท์ ทั้งนี้ครอบครัวหรือญาติผู้ดูแลส่วนมากจะมีบทบาทในเรื่องช่วยเหลือค่าใช้จ่ายแก่ผู้สูงอายุ

5. ความต้องการการสนับสนุนด้านจิตใจเพื่อช่วยเหลือและบรรเทาความกลัวต่างๆ ได้แก่ กลัวความรับผิดชอบที่ต้องดูแลผู้สูงอายุ กลัวการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต รวมทั้งต้องการพูดคุยกับเพื่อนหรือญาติ เพื่อลดความตึงเครียด

การทบทวนวรรณกรรมดังกล่าว ได้นำมาสรุปเรียบเรียงว่า การดูแลเป็นแนวคิดที่เกี่ยวกับแรงจูงใจในการช่วยเหลือ การมีความเชื่ออาทรต่อกัน เพื่อตอบสนองความต้องการของบุคคล และเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับค่านิยมของบุคคลและสังคมที่แสดงความรับผิดชอบต่อศีลธรรม จริยธรรมและประเพณีที่ปฏิบัติต่อกัน โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อช่วยเหลือผู้ที่อ่อนแอกว่าให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้

บุคคลที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นญาติหรือสมาชิกในครอบครัว แต่หากสมาชิกในครอบครัวไม่สามารถทำหน้าที่ได้ บุคคลที่เป็นอาสาสมัครผู้ดูแล อาชีพหรือสถาบันทางสังคมจะเป็นผู้เข้าถึงหน้าที่นี้แทน

การเข้ารับบทบาทเป็นผู้ดูแลนั้น เริ่มจากการเจ็บป่วยหรือการเกิดความเสื่อมโทรมของร่างกาย จนทำให้บุคคลนั้นไม่สามารถดูแลตนเองได้ต้องพึ่งพาผู้ดูแล สำหรับผู้สูงอายุนั้น ภาวะทางร่างกายโดยเฉพาะอย่างยิ่งความเสื่อมโทรมของร่างกาย มักเป็นปัจจัยที่สำคัญที่ต้องการผู้ดูแล นอกจากนั้น เป็นปัจจัยที่เกี่ยวกับการทำหน้าที่ของบุคคลที่ต้องอุปการะดูแลผู้สูงอายุเพื่อเป็นการทดแทนบุญคุณ และเป็นค่านิยมทางสังคมในเรื่องความกตัญญูทดแทน ดังนั้น ผู้ดูแลส่วนใหญ่จึงเป็นสมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุในฐานะบิดา มารดา บุตร สามี ภรรยา ญาติ พี่น้อง

การทำหน้าที่ของผู้ดูแลนั้น ส่วนใหญ่เป็นการดูแลในการดำรงชีวิตประจำวัน การกินอยู่ การพักผ่อน และใช้ชีวิตในครอบครัว การดูแลเกี่ยวกับกิจกรรมทางสังคม หรือการติดต่อธุรกิจต่างๆ มีค่อนข้างน้อย แต่ผู้ดูแลจะมีบทบาทและหน้าที่มากขึ้นตามสภาวะสุขภาพและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ เช่น ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังหรือกลุ่มที่นอนติดเตียง เป็นต้น

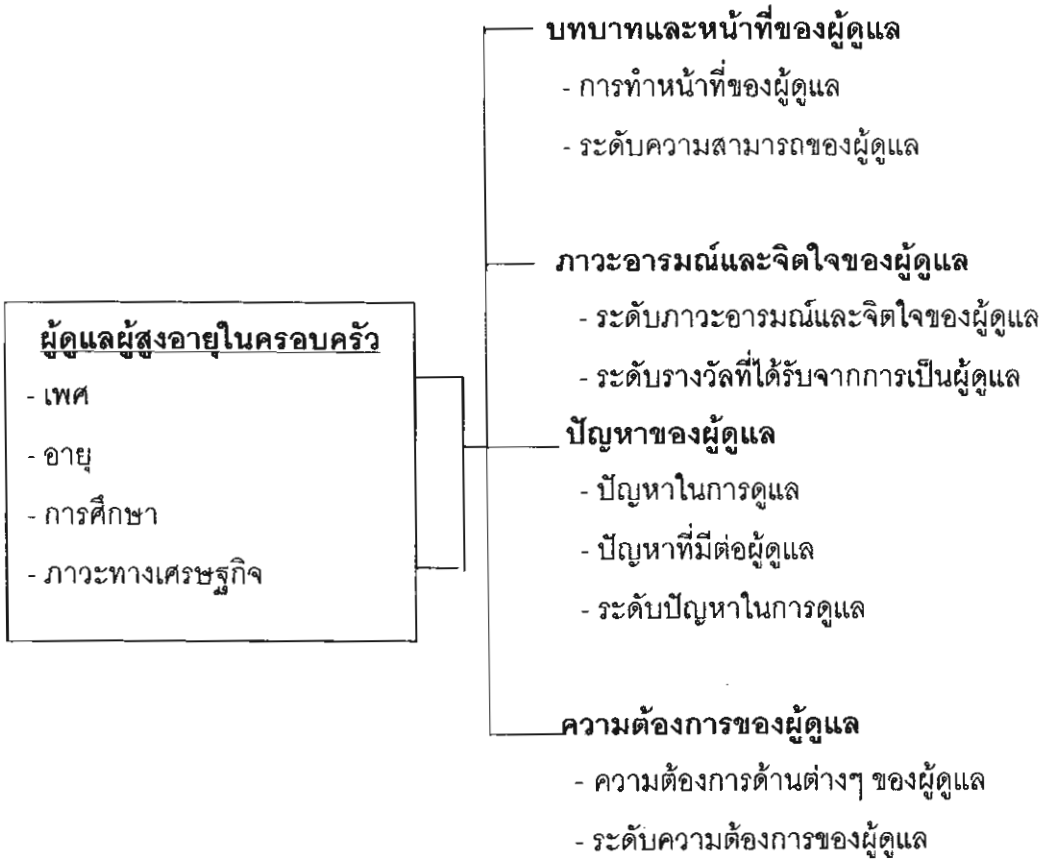
การทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุบางครั้ง อาจก่อให้เกิดปัญหาด้านอารมณ์และจิตใจแก่ผู้ดูแลได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ดูแลที่ต้องรับภาระหน้าที่ในการดูแลสมาชิกครอบครัวหลายกลุ่มวัย การมีภารกิจที่มากเกินไป รวมทั้งความวิตกกังวลอื่นๆ โดยภาพรวมภาวะอารมณ์และจิตใจของผู้ดูแลมักเกิดขึ้นในทางลบ เช่น ความเครียด ความวิตกกังวล ความรู้สึกท้อแท้หมดกำลังใจให้ผู้ดูแล การยกย่องจากบุคคลรอบข้าง และการสำนึกในบุญคุณของผู้สูงอายุที่เคยมีต่อตน ต้องทดแทนซึ่งเป็นจริยธรรมที่เกิดจากตัวผู้ดูแลเอง

การดูแลผู้สูงอายุบางครั้ง ย่อมเกิดปัญหาต่าง ๆ ได้ ปัญหาเหล่านี้เป็นสิ่งที่ต้องนำไปแก้ไข ปรับปรุง และแสวงหาทางออกเพื่อลดให้น้อยลงหรือให้หมดไปในที่สุด ปัญหาการดูแลผู้สูงอายุเกิดขึ้นใน 2 ลักษณะ กล่าวคือ ปัญหาที่เกิดจากการดูแล และปัญหาที่มีต่อผู้ดูแล โดยปัญหาที่เกิดจากการดูแลนั้น เกิดจากการขาดความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ ปัญหาทางการเงิน ปัญหาด้านขาดผู้ช่วยเหลือและปัญหาพฤติกรรมของผู้สูงอายุ ส่วนปัญหาที่มีต่อผู้ดูแลนั้นเกิดจากสภาวะทางสุขภาพของผู้ดูแล ปัญหาอารมณ์และจิตใจและปัญหาการขาดอุปกรณ์ด้านการดูแล เป็นต้น

การดูแลผู้สูงอายุนั้น บางครั้งผู้ดูแลรู้สึกว่ตนขาดแคลนทรัพยากรด้านต่างๆ ความต้องการของผู้ดูแลนั้น พบว่า ส่วนใหญ่เป็นความต้องการที่จะมาช่วยส่งเสริมสนับสนุนให้การดูแลผู้สูงอายุมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ซึ่งได้แก่ ความต้องการข้อมูลข่าวสาร ความต้องการด้านเศรษฐกิจ และความต้องการสิ่งบรรเทาจากความกลัวต่างๆ และความต้องการบริการจากรัฐ ซึ่งความต้องการเหล่านี้ หากได้รับการแก้ไขแล้ว คาดว่าจะสามารถช่วย การดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวให้ดำเนินไปอย่างราบรื่น

จากเนื้อหาที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม และข้อจำกัดดังกล่าวผู้วิจัยจึงมีความประสงค์จะศึกษาให้เห็นภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนในประเทศไทยว่ามีลักษณะใด โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่นอกเมืองหลวง และอยู่อาศัยในชุมชน มีวิถีชีวิต ความปกติทั่วไป เพื่อให้เป็นการบรรยายถึงสภาพ คุณลักษณะของผู้ดูแลและรายละเอียดของการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ไม่ประสงค์จะค้นหาหรือการอธิบายเชิงเหตุผลแต่ประการใด โดยมุ่งหวังว่าสิ่งที่ได้จากการศึกษาจะเป็นการนำเสนอภาพรวมของผู้ดูแลที่อยู่ในบริการของวัฒนธรรมและสังคมไทย และจะนำไปสู่การศึกษาที่ลึกซึ้งในอนาคต ดังนั้น ผู้วิจัย จึงมีกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังนี้

กรอบแนวคิด



3. ระเบียบวิธีวิจัย

3.1 วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงผสมวิธี (mixed method) โดยมีการศึกษาเชิงปริมาณเป็นหลัก การศึกษาเชิงคุณภาพเป็นตัวประกอบรอง (dominant-lessdominant design) และเป็นรูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive study)

3.2 วิธีการเก็บข้อมูล

1. การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นการสนทนากลุ่ม (focus group) กับผู้ดูแลหลักในครอบครัว จำนวน 32 กลุ่มๆ ละประมาณ 7-12 คน รวมทั้งสิ้น 320 คน
2. การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้แบบสอบถาม เก็บข้อมูลกับผู้ดูแลในครอบครัว 16 จังหวัด 32 อำเภอ รวมทั้งสิ้น 1,600 คน
3. เก็บข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจงกับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังและนอนติดเตียง จำนวน 40 ราย

3.3 การคัดเลือกประชากร

ประชากรในการศึกษาเชิงปริมาณ

กำหนดการสุ่มตัวอย่างแบบหลายชั้น Multi-stage sampling

ขั้นที่ 1 แบ่งพื้นที่ตามเขตภูมิศาสตร์เป็น 4 ภาค ใช้วิธีสุ่มแบบง่าย (Simple random sampling) นำรายชื่อจังหวัดจำแนกตามภาคใส่ฉลาก และหยิบแต่ละภาคสุ่ม โดยกำหนด ภาคละ 4 จังหวัด ทั้งหมด 16 จังหวัด ได้ดังนี้

- ภาคเหนือ ได้แก่ จังหวัดเชียงราย นครสวรรค์ สุโขทัย และลำปาง
- ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้แก่ จังหวัดหนองบัวลำภู ขอนแก่น สกลนครและ

ศรีสะเกษ

- ภาคกลาง ได้แก่ จังหวัดสุพรรณบุรี ราชบุรี ลพบุรี และระยอง
- ภาคใต้ ได้แก่ จังหวัดสุราษฎร์ธานี นครศรีธรรมราช ตรัง และสงขลา

ขั้นที่ 2 สุ่มตัวอย่างอำเภอ โดยใช้วิธีการสุ่มแบบ (Cluster random sampling) แบ่งอำเภอเป็น 2 กลุ่ม คือ

- กลุ่มอำเภอที่เจริญ (โดยการจัดอันดับของกรมการปกครองให้เป็นอำเภอชั้นที่พิเศษ ชั้น 1 และชั้นที่2)

- กลุ่มอำเภอล้าหลัง (โดยการจัดอันดับของกรมการปกครองให้เป็นอำเภอชั้นที่3 และ4) และทำการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย กำหนดกลุ่มละ 1 อำเภอ รวมเป็น 2 อำเภอ ต่อ 1 จังหวัด

ขั้นที่ 3 สุ่มตำบล โดยการจัดทำบัญชีรายชื่อตำบล และทำการสุ่มตัวอย่างตำบลแบบง่าย โดยกำหนดอำเภอละ 1 ตำบล รวมเป็น 32 ตำบล

ขั้นที่ 4 สุ่มหมู่บ้าน โดยจัดทำบัญชีรายชื่อหมู่บ้าน จำแนกตามตำบล และทำการสุ่มตัวอย่างหมู่บ้านแบบง่ายกำหนดตำบลละ 1 หมู่บ้าน รวมเป็น 32 หมู่บ้าน

ขั้นที่ 5 สุ่มครัวเรือนโดยจัดทำบัญชีรายชื่อครัวเรือนที่มีผู้สูงอายุอาศัยอยู่ และมีผู้ดูแลจำแนกตามบ้านเลขที่ ได้จำนวนครัวเรือนทั้งสิ้น 2,664 ครัวเรือน

- กำหนดขนาดตัวอย่างร้อยละ 60 ของขนาดประชากร คือจำนวน 1,598 ครัวเรือน

- แต่ละครัวเรือนทำการสุ่มตัวอย่างผู้ดูแลหลัก ซึ่งเป็นผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวมากกว่าคนอื่น โดยใช้วิธี Systematic random sampling กำหนดขนาดตัวอย่าง 1,600 ราย โดยใช้ช่วงห่างของการเลือกตัวอย่าง ($I = N/n$)

- แต่ละหมู่บ้านมีจำนวนตัวอย่างดังนี้

ภาค	จังหวัด	ระดับอำเภอ	อำเภอ	ตำบล	หมู่ที่	ชื่อบ้าน	ผู้ดูแล
ภาคเหนือ	เชียงใหม่	1	พาน	ธารทอง	6	สันมะแพ้น	107
		4	แม่ลาว	บัวสะลี	4	สันปูเลย	25
	นครสวรรค์	2	พยุหะคีรี	ยางขาว	3	มะขามเทศ	23
		3	โกรกพระ	โกรกพระ	5	บางจำ	42
	สุโขทัย	1	เมือง	ยางซ้าย	7	บางกระบาน	53
		3	คีรีมาศ	นาเชิงคีรี	2	นาเชิง	30
	ลำปาง	2	ห้างฉัตร	ปงยางคก	3	สันหลวง	46
		3	เกาะคา	ศาลา	2	ศาลาชัย	172
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	ขอนแก่น	1	บ้านไผ่	ในเมือง	8	หนองแวงไร่	32
		3	ชนบท	ห้วยแก	4	เหล่าเหนือ	55
	สกลนคร	1	เมือง	พังกว้าง	4	ห้วยทราย	55
		4	เต่างอย	บึงหวาย	1	บึงหวาย	30
	ศรีสะเกษ	2	กันทรารมย์	คำเนียม	2	อีต้อม	26
		3	ยางชุมน้อย	บึงบอน	7	โนนสูง	16
	หนองบัวลำภู	1	เมือง	นาคำไย	2	นาคำไย	47
		4	นาวัง	นาเหล่า	2	โคกนาเหล่า	32

ภาค	จังหวัด	ระดับ อำเภอ	อำเภอ	ตำบล	หมู่ที่	ชื่อบ้าน	ผู้ดูแล
ภาคกลาง	สุพรรณบุรี	1	เมือง	ดอนท้ายนา	2	บางปลาหมอ	85
		3	หนองหญ้าไซ	หนองโพธิ์	8	ลำพันบอง	55
	ราชบุรี	1	เมือง	คูบัว	3	ปู่ฟ้า	45
		4	วัดเพลง	เกาะसानพระ	8	เกาะมอญ	29
	ลพบุรี	2	โคกสำโรง	ถลุงเหล็ก	3	ถลุงเหล็ก	37
		3	หนองม่วง	ซอนสาระเดช	9	หนองแดง	38
	ระยอง	1	บ้านฉาง	บ้านฉาง	2	ประชุมมิตร	30
		3	กิ่ง อ.นิคมฯ	มะขามคู่	3	มะขามคู่	46
ภาคใต้	สุราษฎร์ธานี	1	พุนพิน	ท่าสะท้อน	2	บ่อกลิ้ง	74
		3	ท่าช้าง	คลองไทร	3	หน้าวัดอัมพาราม	74
	นครศรีธรรมราช	1	ปากพั่น	คลองน้อย	1	คลองน้อย	45
		4	เฉลิมพระเกียรติ	เขียร์เขา	1	บางนาร	28
	ตรัง	1	เมือง	บางรัก	4	ควนเปลว	44
		3	นาโยง	นาหมื่นศรี	8	ควนสวรรค์	45
	สงขลา	พ	หาดใหญ่	กอกูน	5	บ้านคลองพระ	107
		3	นาหม่อม	พิจิตร	4	คลองหะ	25

ประชากรในการศึกษาเชิงคุณภาพ

การคัดเลือกผู้เข้าร่วมกลุ่มสนทนา (focus group) โดยเลือกผู้ดูแลที่มีได้ถูกสุ่มเป็น ผู้ตอบข้อมูลเชิงปริมาณ หมู่บ้านประมาณ 7-12 คน จำนวน 32 หมู่บ้าน ได้กลุ่ม 32 กลุ่ม ประชากร 320 คน

3.4 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือเชิงปริมาณ แบบสอบถามได้สร้างขึ้นตามข้อมูลที่ได้จากการสนทนา กลุ่มในช่วงระยะเวลาที่ 1 รวมทั้งการศึกษาจากเอกสารวิชาการต่าง ๆ นอกจากนั้น ยังได้ประยุกต์ แบบการวัดต่างๆ มาใช้ในการเก็บข้อมูล ซึ่งได้แก่

1.1 ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Bathel ADL Index) ของศาสตราจารย์ นายแพทย์ สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล ใช้วัดระดับกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ

1.2 แบบวัดความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ของรองศาสตราจารย์เพ็ญศรี ระเบียบ เพื่อประยุกต์ใช้วัดระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ร่วมกับแบบ Bathel ADL Index ข้างต้น

1.3 แบบวัดภาวะทางอารมณ์และจิตใจของผู้ดูแล ประยุกต์ใช้แบบวัดของ Barbara J. Steward & Patricia G. Archbold. Family Caregiving Inventory: The Caregiver's View

1.4 เครื่องมือในการวิจัยแบ่งเป็น 9 ตอนดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม เป็นการสอบถามเกี่ยวกับสถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจของผู้ดูแลมีทั้งหมด 11 ข้อ

ตอนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ เป็นการสอบถามเกี่ยวกับสถานภาพทางสังคมของผู้สูงอายุ รายละเอียดเกี่ยวกับการดูแลมีทั้งหมด 9 ข้อ

ตอนที่ 3 การประเมินระดับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุมีทั้งหมด 10 ข้อ

ตอนที่ 4 ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ เป็นการสอบถามเกี่ยวกับหน้าที่ของผู้ดูแล การช่วยเหลือผู้สูงอายุและการประเมินความสามารถของผู้ดูแลมีทั้งหมด 39 ข้อ

ตอนที่ 5 ข้อมูลเกี่ยวกับเครือข่ายการดูแล เป็นการสอบถามเกี่ยวกับความช่วยเหลือที่ผู้ดูแลได้รับจากบุคคลอื่นมีทั้งหมด 11 ข้อ

ตอนที่ 6 ปัญหาของผู้ดูแล เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อขัดข้องต่าง ๆ ในการดูแลผู้สูงอายุมีทั้งหมด 10 ข้อ

ตอนที่ 7 ภาวะอารมณ์และจิตใจของผู้ดูแล เป็นการสอบถามความรู้สึกทั้งทางบวกและลบที่มีต่อการดูแลมีทั้งหมด 17 ข้อ

ตอนที่ 8 ความต้องการของผู้ดูแล เป็นการสอบถามความต้องการด้านต่าง ๆ ของผู้ดูแลที่จะช่วยให้การดูแลผู้สูงอายุดีขึ้นมีทั้งหมด 23 ข้อ

ตอนที่ 9 ความคิดเห็นอื่น ๆ ของผู้ดูแลที่มีต่อการดูแลผู้สูงอายุมีทั้งหมด 8 ข้อ และคำถามปลายเปิดเพื่อแสดงความคิดเห็นโดยเสรีมีจำนวน 4 ข้อ

รวมทั้งสิ้น 142 ข้อ .

2. เครื่องมือในการสนทนากลุ่ม การสนทนากลุ่ม แบ่งระยะเวลาออกเป็น 2 ช่วงเวลาโดยแบบสนทนาได้จัดทำขึ้นตามวัตถุประสงค์ของการเก็บข้อมูลแต่ละช่วงดังนี้

ช่วงระยะเวลาที่ 1 เพื่อศึกษาและสำรวจสถานการณ์โดยทั่วไปในการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว เพื่อนำข้อมูลบางส่วนมาเป็นแนวทางในการศึกษาเชิงปริมาณ และสนทนากลุ่มเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่การดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว ปัญหาอุปสรรคในการดูแลและความต้องการของผู้ดูแล

ช่วงระยะเวลาที่ 2 แนวสนทนากลุ่มเพิ่มประเด็นด้านบทบาทผู้ดูแล การดูแลรักษาตนเองของผู้ดูแล และความเครียดของผู้ดูแล

3. การทำกรณีศึกษา เป็นการศึกษาผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ โดยผู้วิจัยเข้าไปศึกษาในที่อยู่อาศัย แนวการศึกษาเน้นการดูแลรักษาในภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง และเทคนิควิธีการของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเรื้อรัง

การทดสอบเครื่องมือ

1. เครื่องมือเชิงปริมาณ

การทดสอบแบบสอบถาม (pre-test) แบ่งเป็น 2 ตอน ได้แก่ การทดสอบความถูกต้องของเนื้อหา (content validity) ของแบบสอบถามโดยนำไปปรึกษากับผู้เชี่ยวชาญและตรวจสอบกับเอกสาร แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไข การทดสอบเพื่อหาความเชื่อมั่นได้ไปทดสอบกับผู้ดูแลในอำเภอเมือง จังหวัดสระบุรี จำนวน 30 ราย แล้วนำมาคำนวณหาความเชื่อมั่นโดยวิธีสัมประสิทธิ์ของครอนบาชได้ค่าเท่ากับ 0.842

2. เครื่องมือเชิงคุณภาพ

มีการทดลองใช้ (try-out) เครื่องมือสนทนากลุ่มโดยทดลองสนทนากลุ่มกับผู้ดูแลที่อำเภอเมือง จังหวัดสระบุรีจำนวน 4 กลุ่ม แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขให้เป็นสภาพที่สอดคล้องกับข้อเท็จจริงมากที่สุด

3.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยได้ดำเนินการดังนี้

1. ได้มีการประสานงานกับผู้ประสานงานภาคสนามในแต่ละพื้นที่ล่วงหน้าเพื่อคัดเลือกผู้ดูแลและนัดวันสนทนา

2. สถานที่สนทนาส่วนใหญ่ใช้ศาลาวัดหรือสถานที่ของวัดเป็นที่สนทนา มีบางแห่งใช้ที่ทำการขององค์การบริหารส่วนตำบลและสถานีนอนามัย

3. การสนทนาใช้เวลาประมาณ 2 ชั่วโมง เมื่อสิ้นสุดการสนทนาได้มีการมอบของที่ระลึกให้กับผู้ดูแลทุกคน

4. การเก็บข้อมูลรอบที่ 2 ใช้วิธีเดียวกัน

5. การเก็บข้อมูลแบบกรณีศึกษา ผู้วิจัยได้เข้าเยี่ยมผู้สูงอายุและสนทนากับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังในที่อยู่อาศัย พร้อมกับมอบของที่ระลึกแก่ผู้สูงอายุและผู้ดูแลทุกราย

การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ผู้วิจัยได้ทำการติดต่อกับผู้ประสานงานในพื้นที่ที่รู้จักและมีความเข้าใจรายละเอียดของโครงการวิจัย และมีส่วนร่วมในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ให้แจกแบบสอบถามร่วมกับนักวิจัยตามบ้านต่าง ๆ ที่สุ่มตัวอย่างได้ เมื่อได้รับกลับคืนผู้ประสานงานตรวจสอบความถูกต้องและส่งคืนให้นักวิจัย อย่างไรก็ตาม ยังพบความผิดพลาดของการตอบจึงได้มีการเก็บข้อมูลซ่อมในรอบที่ 2 อีกครั้งหนึ่ง ได้แบบสอบถามกลับคืนทั้งสิ้น 1,581 ชุด คิดเป็นร้อยละ 98.8

3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปและใช้สถิติในการวิเคราะห์ดังนี้

1. ใช้สถิติเชิงพรรณนาได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนการทดสอบความสัมพันธ์ใช้สถิติเชิงอนุมาน ค่า Chi-square

* = 0.05

** = 0.01

*** = 0.001

2. ใช้สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ การทดสอบค่าที (Independent- sample t -test) การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple regression analysis)

3. การประเมินระดับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุได้ให้ผู้ดูแลเป็นผู้ประเมิน โดยกำหนดระดับการปฏิบัติเป็นคำถามแบบประมาณค่า (Rating scale) ให้เลือกตอบ 4 ระดับ โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ช่วยเหลือตนเองได้มาก	4	คะแนน
ช่วยเหลือตนเองได้ปานกลาง	3	คะแนน
ช่วยเหลือตนเองได้น้อย	2	คะแนน
ช่วยเหลือตนเองไม่ได้เลย	1	คะแนน

4. การประเมินหน้าที่และช่วยเหลือผู้สูงอายุของผู้ดูแล กำหนดระดับการทำหน้าที่เป็นคำถามแบบประมาณค่า (Rating scale) ให้เลือกตอบ 4 ระดับโดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ทำให้ทั้งหมด	4	คะแนน
ทำให้บ้าง	3	คะแนน
ทำให้น้อย	2	คะแนน
ไม่ได้ทำ	1	คะแนน

เกณฑ์การประเมินระดับการทำหน้าที่ แบ่งเป็น 4 ระดับ คือ ไม่ทำหน้าที่เลย , ทำหน้าที่ระดับน้อย, ทำหน้าที่ระดับปานกลาง และทำหน้าที่มาก

ไม่ทำหน้าที่เลย หมายถึง ผลรวมของค่าคะแนนของผู้ดูแลที่ไม่ได้ทำหน้าที่ดูแลเลย

ทำหน้าที่ระดับน้อย หมายถึง ผลรวมของค่าคะแนนของผู้ดูแลที่ทำหน้าที่ดูแลให้น้อย

ทำหน้าที่ระดับปานกลาง หมายถึง ผลรวมของค่าคะแนนของผู้ดูแลที่ทำหน้าที่ดูแลให้บ้าง

ทำหน้าที่ระดับมาก หมายถึง ผลรวมของค่าคะแนนของผู้ดูแลที่ทำหน้าที่ดูแลให้ทั้งหมด

5.การประเมินภาวะทางอารมณ์และจิตใจผู้ดูแล ให้คำถามแบบประมาณค่า (Rating Scale) ให้เลือกตอบ 5 ระดับ ดังนี้

ความรู้สึกเกิดขึ้นทุกวัน	5	คะแนน
ความรู้สึกเกิดขึ้น 5-6 ครั้ง ต่อสัปดาห์	4	คะแนน
ความรู้สึกเกิดขึ้น 3-4 ครั้ง ต่อสัปดาห์	3	คะแนน
ความรู้สึกเกิดขึ้น 1-2 ครั้ง ต่อสัปดาห์	2	คะแนน
ไม่รู้สึกเลย	1	คะแนน

การจัดแบ่งระดับภาวะทางอารมณ์และจิตใจแบ่งเป็น 5 ระดับ คือ มีแนวโน้มต้องความเครียดน้อย และไม่มีแนวโน้มต่อความเครียด , มีแนวโน้มต่อความเครียดปานกลาง มีแนวโน้มต่อความเครียดมาก, มีแนวโน้มต่อความเครียดมากที่สุด

ไม่มีแนวโน้มต่อความเครียด หมายถึง ผลรวมของค่าคะแนนของผู้ดูแลที่ไม่รู้สึกวิตกกังวล ความขัดแย้ง และความคับข้องใจเลย

มีแนวโน้มต่อความเครียดน้อย หมายถึง ผลรวมของค่าคะแนนของผู้ดูแลที่รู้สึกวิตกกังวล ความขัดแย้ง และความคับข้องใจที่เกิดขึ้น 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์

มีแนวโน้มต่อความเครียดปานกลาง หมายถึง ผลรวมของค่าคะแนนของผู้ดูแลที่รู้สึกวิตกกังวล ความขัดแย้ง และความคับข้องใจที่เกิดขึ้น 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์

มีแนวโน้มต่อความเครียดมาก หมายถึง ผลรวมของค่าคะแนนของผู้ดูแลที่รู้สึกวิตกกังวล ความขัดแย้ง และความคับข้องใจที่เกิดขึ้น 5-6 ครั้งต่อสัปดาห์

มีแนวโน้มต่อความเครียดมากที่สุด หมายถึง ผลรวมของค่าคะแนนของผู้ดูแลที่รู้สึกวิตกกังวล ความขัดแย้ง และความคับข้องใจที่เกิดขึ้นทุกวัน

6. การประเมินความรู้สึกต่อรางวัลที่ได้รับจากการเป็นผู้ดูแล ใช้คำถามแบบประมาณค่า (Rating scale) ให้เลือกตอบ 4 ระดับ ดังนี้

ได้รับมาก	4	คะแนน
ได้รับปานกลาง	3	คะแนน
ได้รับน้อย	2	คะแนน
ไม่รู้สึกว่าได้	1	คะแนน

การจัดแบ่งระดับรางวัลที่ได้รับเป็น 3 ระดับ คือ ไม่รู้สึกและรู้สึกน้อย, รู้สึกระดับปานกลาง และรู้สึกระดับมาก

ไม่รู้สึกและรู้สึกน้อย หมายถึง ผลรวมของค่าคะแนนของผู้ดูแลที่รู้สึกว่าได้มีผู้ที่มีความรู้สึกได้รับรางวัลระดับน้อยและไม่รู้สึกเลย

รู้สึกระดับปานกลาง หมายถึง ผลรวมของค่าคะแนนของผู้ดูแลที่ผู้ที่มีความรู้สึกได้รับรางวัลระดับปานกลางจากการดูแล

รู้สึกระดับมาก หมายถึง ผลรวมของค่าคะแนนของผู้ดูแลที่ผู้ที่มีความรู้สึกได้รับรางวัลระดับมากจากการดูแล

7. การประเมินปัญหาของผู้ดูแล กำหนดเป็นคำถามแบบประมาณค่า (Rating scale) ให้เลือกตอบ 4 ระดับดังนี้

มีปัญหามาก	4	คะแนน
มีปัญหาปานกลาง	3	คะแนน
มีปัญหาเล็กน้อย	2	คะแนน
ไม่มีปัญหา	1	คะแนน

การจัดแบ่งระดับปัญหา 4 ระดับ คือ ไม่มีปัญหา, มีปัญหาน้อย, มีปัญหาปานกลาง และมีปัญหา

ไม่มีปัญหา หมายถึง ผลรวมของค่าคะแนนของกลุ่มผู้ดูแลที่ระบุว่าไม่มีปัญหาในการดูแล

ปัญหาระดับน้อย หมายถึง ผลรวมของค่าคะแนนของกลุ่มผู้ดูแลที่มีปัญหาในการดูแลระดับน้อย

ปัญหาระดับปานกลาง หมายถึง ผลรวมของค่าคะแนนของกลุ่มผู้ดูแลที่มีปัญหาในการดูแลระดับปานกลาง

ปัญหาระดับมาก หมายถึง ผลรวมของค่าคะแนนของกลุ่มผู้ดูแลที่มีปัญหาในการดูแลระดับมาก

8. การประเมินความต้องการของผู้ดูแล กำหนดคำถามแบบประมาณค่า (Rating scale) ให้เลือกตอบ 5 ระดับ ดังนี้

ความต้องการมากที่สุด	5	คะแนน
ความต้องการมาก	4	คะแนน
ความต้องการปานกลาง	3	คะแนน
ความต้องการน้อย	2	คะแนน
ความต้องการน้อยที่สุด	1	คะแนน

การจัดแบ่งระดับความต้องการของผู้ดูแลเป็น 3 ระดับ คือ ความต้องการน้อย, ความต้องการปานกลาง และความต้องการมาก

ความต้องการระดับน้อย หมายถึง ผลรวมของค่าคะแนนของผู้ดูแลที่ระบุความต้องการในระดับน้อยและน้อยที่สุด

ความต้องการระดับปานกลาง หมายถึง ผลรวมของค่าคะแนนของผู้ดูแลที่ระบุความต้องการในปานกลาง

ความต้องการระดับมาก หมายถึง ผลรวมของค่าคะแนนของผู้ดูแลที่ระบุความต้องการในระดับมากและมากที่สุด

9. การกำหนดค่าของระดับของค่าเฉลี่ย โดยใช้สูตร
$$= \frac{Max - Min}{I}$$
 แบ่งดังนี้

9.1 ค่าเฉลี่ยของระดับคะแนนที่มี 3 ระดับ ดังนี้

1.00 - 2.00	หมายถึง ความคิดเห็นหรือการปฏิบัติในระดับน้อย
2.01 - 3.00	หมายถึง ความคิดเห็นหรือการปฏิบัติในระดับปานกลาง
3.01 - 4.00	หมายถึง ความคิดเห็นหรือการปฏิบัติในระดับมาก

9.2 ค่าเฉลี่ยของระดับคะแนนที่มี 5 ระดับ ดังนี้

- | | | |
|-------------|---------|---|
| 1.00 - 1.80 | หมายถึง | ความคิดเห็นหรือความต้องการในระดับน้อยที่สุด |
| 1.81 - 2.60 | หมายถึง | ความคิดเห็นหรือการปฏิบัติในระดับน้อย |
| 2.61 - 3.40 | หมายถึง | ความคิดเห็นหรือการปฏิบัติในระดับปานกลาง |
| 3.41 - 4.20 | หมายถึง | ความคิดเห็นหรือการปฏิบัติในระดับมาก |
| 4.21 - 5.00 | หมายถึง | ความคิดเห็นหรือการปฏิบัติในระดับมากที่สุด |

3.7 การนำเสนอข้อมูล

เป็นการนำเสนอแบบแผนงานการวิเคราะห์ โดยนำเสนอข้อมูลเชิงปริมาณเป็นหลัก ใช้ข้อมูลเชิงคุณภาพสนับสนุน หรืออธิบายภาพที่แตกต่าง แบ่งเนื้อหาเป็น 5 บท

3.8 ข้อจำกัดในการศึกษา

ในการประเมินระดับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุนั้น ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลทำการประเมินผู้สูงอายุในภาพรวม มิได้แยกเป็นรายบุคคล กรณีที่ผู้สูงอายุอยู่ในความดูแลมากกว่า 1 คนขึ้นไป จึงเป็นคำตอบที่รวมทั้งผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลจากผู้ดูแล 1 คน และมากกว่า ดังนั้น เพื่อให้เกิดความถูกต้อง ผู้วิจัยจึงนำเสนอเฉพาะการประเมินของผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุ 1 คนเท่านั้น

3.9 ระยะเวลาที่ใช้ในการศึกษา

ระยะเวลา 1 ปี ตั้งแต่ เดือนธันวาคม พ.ศ. 2546 ถึง เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2547

บทที่ 2

คุณลักษณะและบทบาทหน้าที่ของผู้ดูแล

การนำเสนอผลการศึกษาทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ ด้านคุณลักษณะและบทบาทหน้าที่ของผู้ดูแลนั้น ได้แบ่งเนื้อหาเป็น 7 ตอนดังนี้

- ตอนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ดูแล
- ตอนที่ 2 ข้อมูลพื้นฐานของผู้สูงอายุที่ดูแล
- ตอนที่ 3 บทบาทของผู้ดูแล
- ตอนที่ 4 การทำหน้าที่ของผู้ดูแล
- ตอนที่ 5 การทดสอบทางสถิติด้านการทำหน้าที่ของผู้ดูแล
- ตอนที่ 6 การประเมินความสามารถของผู้ดูแลและคุณภาพการดูแล
- ตอนที่ 7 การทดสอบทางสถิติด้านความสามารถของผู้ดูแล

ตอนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ดูแล

ข้อมูลพื้นฐานของผู้ดูแลประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา รายได้ ระดับการศึกษาและอาชีพ ผลการศึกษามีดังนี้

เพศ – อายุ

ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ ร้อยละ 71.1 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 28.9 เป็นเพศชาย มีอายุต่ำสุด 14 ปี และสูงสุด 82 ปี โดยร้อยละ 18.0 เป็นกลุ่มอายุระหว่าง 35-39 ปี ร้อยละ 17.3 เป็นกลุ่มอายุ 40-44 ปี ร้อยละ 13.2 เป็นกลุ่มอายุ 30-34 ปี หากพิจารณาจำแนกกลุ่มอายุ กลุ่มอายุวัยแรงงานตอนต้น คือ อายุระหว่าง 25-39 ปี เป็นกลุ่มที่รับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุมากกว่ากลุ่มอื่นๆ อย่างไรก็ตามการศึกษพบว่า ผู้ที่อยู่นอกวัยกำลังแรงงานจำนวนหนึ่ง ซึ่งเป็นผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ได้มีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุด้วยเช่นกัน

การศึกษาเชิงคุณภาพ ได้อธิบายว่าการที่ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง โดยมีอายุระหว่าง 40-60 ปี เป็นจำนวนมาก เนื่องจากสภาพสังคม ประเพณีที่ยึดถือปฏิบัติ อีกทั้งลักษณะการปฏิบัติต่อผู้สูงอายุเพศหญิงถูกมองว่ามีความละเอียดอ่อนมากกว่าเพศชาย เหตุผลสำคัญที่เพศชายเข้ามาดูแลผู้สูงอายุน้อยเนื่องจากเพศชายมีบทบาทหลักทางด้านเศรษฐกิจ เป็นฝ่ายหารายได้ให้ครอบครัว ดังที่ผู้ดูแลในหลายจังหวัด ให้เหตุผลที่ส่วนใหญ่สามีไม่ได้เป็นฝ่ายดูแลมารดาของเขา และให้ภรรยาเป็นผู้ดูแลเองเพราะ “เขาเป็นผู้ชาย”

สถานภาพสมรส – ศาสนา

ผู้ดูแลร้อยละ 69.0 เป็นผู้ที่มีสมรสแล้ว ร้อยละ 10.4 เป็นหม้าย หรือหย่าร้าง และที่เป็นโสด มีเพียง ร้อยละ 20.6 ทั้งนี้ผู้ดูแลร้อยละ 98.7 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 1.1 นับถือศาสนาอิสลาม และร้อยละ .2 นับถือศาสนาคริสต์ (ตารางที่ 2.1)

ตารางที่ 2.1

ข้อมูลพื้นฐานของผู้ดูแล

ข้อมูลพื้นฐาน	ร้อยละ (N=1,581)
เพศ	
- หญิง	71.1
- ชาย	28.9
อายุ	
- ต่ำกว่า 15 ปี	0.2
- 15-19 ปี	1.8
- 20-24 ปี	4.0
- 25-29 ปี	7.9
- 30-34 ปี	13.2
- 35-39 ปี	18.0
- 40-44 ปี	17.3
- 45-49 ปี	10.9
- 50-54 ปี	9.0
- 55-59 ปี	7.7
- 60-64 ปี	4.2
- 65-69 ปี	3.7
- 70-74 ปี	1.3
- 75-79 ปี	.6
- 80 ปีขึ้นไป	.2

ตารางที่ 2.1 (ต่อ)

ข้อมูลพื้นฐาน	ร้อยละ (N=1,581)
สถานภาพสมรส	
- สมรส	69.0
- โสด	20.6
- หย่าร้าง / หม้าย	10.4
ศาสนา	
- พุทธ	98.7
- อิสลาม	1.1
- คริสต์	.2

ระดับการศึกษา

ผู้ดูแลร้อยละ 56.8 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา คือ สำเร็จการศึกษา ระดับประถมศึกษาปีที่ 4 หรือประถมศึกษาปีที่ 6 ร้อยละ 11.9 สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาปีที่ 3 และร้อยละ 9.6 สำเร็จระดับปริญญาตรี ร้อยละ .4 สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโท และพบว่าร้อยละ 6.7 ไม่ได้รับการศึกษา

อาชีพ

ผู้ดูแลร้อยละ 36.9 ประกอบอาชีพด้านเกษตรกรรม โดยเป็นเกษตรกร ทำไร่ ทำนา ร้อยละ 24.8 มีอาชีพรับจ้างทั่วไป ซึ่งนับว่า 2 กลุ่มอาชีพนี้ เป็นกลุ่มใหญ่ที่สุด นอกจากนี้ร้อยละ 10.8 มีอาชีพค้าขาย หรือทำงานบริการ ส่วนอาชีพที่แน่นอนคือรับราชการ ร้อยละ 5.4 และทำงานบริษัท ร้อยละ 5.3 กลุ่มที่ไม่ได้ประกอบอาชีพนั้น ร้อยละ 8.0 เป็นผู้สูงอายุ แม่บ้าน นักเรียน นักศึกษา ที่น่าสังเกตคือมีร้อยละ 3.9 ไม่สามารถประกอบอาชีพได้เนื่องจากต้องดูแลผู้สูงอายุดังกล่าว (ตารางที่ 2.2)

ตารางที่ 2.2

ระดับการศึกษาและอาชีพของผู้ดูแล

ข้อมูลพื้นฐาน	ร้อยละ (N=1,581)
ระดับการศึกษา	
- ไม่ได้เรียนหนังสือ	6.7
- จบประถมศึกษา 4 หรือ 6	56.8
- จบมัธยมศึกษาปีที่ 3	11.9
- จบมัธยมศึกษาปีที่ 6	8.3
- จบประกาศนียบัตร / เทียบเท่า	6.3
- จบปริญญาตรี	9.6
- จบปริญญาโท	.4
อาชีพ	
- เกษตรกร/ทำไร่/ทำนา	36.9
- รับจ้างทั่วไป	24.8
- ค้าขาย/งานบริการ	10.8
- ไม่ได้ประกอบอาชีพเป็นแม่บ้าน / เป็นนักเรียนนักศึกษา	8.0
- รับราชการ	5.4
- ทำงานบริษัท	5.3
- ไม่ได้ประกอบอาชีพเนื่องจากต้องออกจากงานมาดูแลผู้สูงอายุ	3.9
- ผู้ดูแลรับจ้าง	.6
- อื่น ๆ	4.3

จากการสนทนากลุ่ม มีรายละเอียดเกี่ยวกับอาชีพผู้ดูแลที่ชัดเจนบางประเด็น อาทิ ผู้ดูแลบางคนในจังหวัดระยองปลูกผักขาย มีรายได้เสริมจากการเลี้ยงไก่ชน นอกจากนั้นยังได้รับเงินสวัสดิการสังคมจากองค์การบริหารส่วนตำบล เดือนละ 500 บาท ทั้งนี้ยังพบผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีสวัสดิการจากธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์ โดยเสียค่าใช้จ่ายในการเข้ากองทุน ผู้สูงอายุบางคนทำประกันชีวิต บางคนมีสวัสดิการกองทุนหมู่บ้าน

จากการสอบถามผู้ดูแลในภาคใต้ พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ดูแลมีอาชีพทำสวนยาง โดยเป็นเจ้าของสวนยางเอง มีรายได้เฉลี่ยประมาณ 400 บาทต่อวัน ซึ่งรายได้จากการทำสวนยางนี้จะนำไปใช้ในการซื้ออาหารรับประทาน ผู้ดูแลบางรายมีรายได้จากการปลูกผักขาย บางรายมีลูกส่งเงินมาให้ใช้จ่าย ผู้ดูแลบางรายได้รับเงินจากญาติเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในครอบครัว บางรายมีสภาพความเป็นอยู่ที่ดี มีเครื่องอำนวยความสะดวกครบครัน เช่น เครื่องซักผ้า โทรทัศน์ ตู้เย็น และเครื่องเล่นคาราโอเกะ ส่วนผู้สูงอายุนั้น บางรายเป็นเจ้าของสวนยาง มีรายได้เป็นของตัวเอง พึ่งพาลูกหลานให้ผู้ดูแลเฉพาะอาหารการกินเท่านั้น

รายได้

ผู้ดูแลที่ไม่มีรายได้ มีอยู่ร้อยละ 11.8 ส่วนผู้ดูแลที่มีรายได้นั้น ร้อยละ 8.5 มีรายได้ต่ำกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 30.2 มีรายได้ระหว่าง 10,001-30,000 บาท ร้อยละ 20.9 มีรายได้ระหว่าง 30,001-50,000 บาท นอกนั้นเป็นรายได้ที่กระจายไปยังกลุ่มอื่น ๆ รายได้เฉลี่ย 56,540 .05 บาทต่อปี รายได้สูงสุด 840,000 บาทต่อปี และต่ำสุด 1,000 บาทต่อปี

ครอบครัวของผู้ดูแลมีผู้ที่ไม่มียาได้ ร้อยละ 11.5 ซึ่งไม่แตกต่างกับครอบครัวผู้ดูแลที่มีรายได้นัก นั่นคือ ร้อยละ 19.5 ของครอบครัวผู้ดูแลมีรายได้ระหว่าง 10,001-30,000 บาท ร้อยละ 17.3 มีรายได้ระหว่าง 30,001-50,000 บาท และที่เหลือมีรายได้แตกต่างกันไป รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อปีเท่ากับ 97,355.65 บาท รายได้สูงสุด 3,500,000 บาท และต่ำสุด 1,000 บาท (ตารางที่ 2.3)

ตารางที่ 2.3
ระดับรายได้ของผู้ดูแล

ระดับรายได้	รายได้ต่อปี	
	ผู้ดูแล	ครอบครัวผู้ดูแล
	ร้อยละ (N = 1,394)	ร้อยละ (N = 1,399)
- ไม่มีรายได้	11.8	11.5
- ต่ำกว่า 10,000 บาท	8.5	3.7
- 10,001 – 30,000	30.2	19.5
- 30,001 – 50,000	20.9	17.3
- 50,001 – 70,000	6.3	8.9
- 70,001 – 90,000	6.5	9.2

ตารางที่ 2.3 (ต่อ)
ระดับรายได้ของผู้ดูแล

ระดับรายได้		รายได้ต่อปี	
		ผู้ดูแล	ครอบครัวผู้ดูแล
		ร้อยละ (N = 1,394)	ร้อยละ (N = 1,399)
-	90,001 – 110,000	7.0	8.7
-	110,001 – 130,000	1.7	3.6
-	130,001 – 150,000	1.4	4.4
-	150,001 – 170,000	0.5	1.1
-	170,001 – 190,000	0.7	1.2
-	190,001 บาทขึ้นไป	4.5	10.9
	Mean	56,540.05	97,355.65
	Maximum	840,000.00	3,500,000.00
	Minimum	1,000.00	1,000.00

จากข้อมูลส่วนตัวของผู้ดูแลและข้อมูลพื้นฐานของผู้ดูแล สรุปได้ว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็น บุตรของผู้สูงอายุ เป็นเพศหญิง มีสถานภาพสมรสที่สมรสแล้ว และนับถือพุทธศาสนา กว่าครึ่ง จบ การศึกษาชั้นประถมศึกษา และมีการประกอบอาชีพทำไร่ ทำนา และรับจ้างทั่วไป โดยส่วนใหญ่มีรายได้ ประมาณ 10,001-50,000 บาท รายได้เฉลี่ยเท่ากับ 56,540 บาทต่อปี

สมาชิกในครัวเรือนและลักษณะครอบครัวของผู้ดูแล

สมาชิกในครัวเรือนของผู้ดูแลนั้น มีสถานภาพเป็นบุตร ร้อยละ 30.3 โดยเป็นบุตรสาว มากกว่าบุตรชายเล็กน้อย เป็นบิดามารดาของผู้ดูแล ร้อยละ 29.2 สามเณรหรือภรรยา ร้อยละ 19.7 เป็นพี่ น้อง ร้อยละ 9.2 และเป็นญาติ ร้อยละ 8.7 โดยมีข้อสังเกตว่า ในกลุ่มที่เป็นบิดาหรือมารดานั้น เป็นผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป เป็นจำนวนมาก ส่วนบุตรชายหรือบุตรสาว และญาติเป็นกลุ่มที่อยู่ในวัย เยาวชนมากกว่ากลุ่มอื่นๆ ส่วนพี่หรือน้องนั้นเป็นกลุ่มที่มีอายุระหว่าง 25-39 ปี เป็นจำนวนมากเช่นกัน (ตารางที่ 2.4)

ตารางที่ 2.4
จำนวนสมาชิกในครัวเรือน

สมาชิกใน ครอบครัว	ร้อยละ							
	บิดา หรือ มารดา N=1,605	สามี หรือ ภรรยา N=1,084	บุตรชาย N= 834	บุตรสาว N= 835	พี่ N=251	น้อง N=253	ญาติ N=480	อื่นๆ N=160
อายุ								
- ต่ำกว่า 15 ปี	-	-	39.0	36.8	-	9.9	42.1	48.7
- 15-19 ปี	-	-	17.0	19.0	2.4	8.7	10.8	7.5
- 20-24 ปี	-	1.1	13.0	12.3	4.4	14.2	5.4	2.5
- 25-29 ปี	-	4.1	10.8	10.8	12.7	19.4	4.2	6.9
- 30-34 ปี	.2	9.9	7.6	8.4	13.9	18.2	2.9	5.6
- 35-39 ปี	.3	18.0	7.0	4.4	17.5	13.8	1.7	3.7
- 40-44 ปี	1.0	17.2	2.4	4.1	17.1	7.1	.6	1.9
- 45-49 ปี	2.7	13.0	1.8	1.6	12.7	4.3	1.5	-
- 50-54 ปี	2.7	7.7	.8	1.3	6.0	1.2	1.7	1.9
- 55-59 ปี	5.4	5.7	.5	.6	4.1	.4	1.0	.6
- 60-64 ปี	19.4	10.1	-	.4	4.4	.8	4.2	3.8
- 65-69 ปี	21.8	7.3	-	.1	1.6	.4	5.4	1.3
- 70-74 ปี	18.6	3.4	.1	.1	.8	1.2	6.9	5.0
- 75-79 ปี	12.4	1.7	-	-	1.6	-	4.1	2.5
- 80 ปีขึ้นไป	15.5	.8	-	.1	.8	0.4	7.5	8.1
รวม	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
N= 5,502	29.2	19.7	15.1	15.2	4.6	4.6	8.7	2.9
*รวมเฉพาะกลุ่ม			30.3		9.2			

ลักษณะครอบครัว

ลักษณะครอบครัวของผู้สูงอายุและผู้ดูแล ร้อยละ 59.6 มีลักษณะเป็นครัวเรือนขยาย ซึ่งประกอบด้วยบุคคลตั้งแต่ 3 ชั่วอายุคนขึ้นไป อาศัยอยู่ร่วมกัน ได้แก่ มารดา บุตร คู่สมรส เครือญาติ และร้อยละ 40.4 เป็นครัวเรือนเดี่ยว ซึ่งประกอบด้วยบุคคล 2 ชั่วอายุคน คือ บิดา มารดา หรืออยู่ร่วมกัน (ตารางที่ 2.5)

ตารางที่ 2.5
ลักษณะครอบครัว

ลักษณะครอบครัว	ร้อยละ (N=1,581)
ครัวเรือนขยาย	59.6
ครัวเรือนเดี่ยว	40.4
รวม	100.0

รูปแบบการอยู่อาศัยในครอบครัว

รูปแบบการอยู่อาศัยในครอบครัวของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ที่อาศัยอยู่กับผู้สูงอายุที่เป็นคู่สมรส หรือบิดา/มารดาของตน ปรากฏว่า รูปแบบที่พบมากที่สุดคือ ร้อยละ 36.6 เป็นผู้ดูแลที่อยู่อาศัยกับคู่สมรส บิดา/มารดาและบุตร ร้อยละ 14.5 ผู้ดูแลอาศัยอยู่กับบิดา/มารดา ร้อยละ 10.2 ผู้ดูแลอาศัยอยู่กับคู่สมรส บิดา/มารดา บุตร พี่น้อง ญาติและผู้อาศัย ร้อยละ 10.1 ผู้ดูแลอยู่กับคู่สมรสและบุตร ร้อยละ 8.6 ผู้ดูแลอาศัยอยู่กับบิดา/มารดาและพี่น้อง ร้อยละ 7.2 ผู้ดูแลอาศัยอยู่กับคู่สมรสของตน ซึ่งหมายถึงการที่ผู้สูงอายุต้องดูแลกันเอง ร้อยละ 6.5 ผู้ดูแล อาศัยอยู่กับคู่สมรส บิดา/มารดา บุตร พี่น้อง และร้อยละ 6.3 ผู้ดูแลอาศัยอยู่กับคู่สมรส และบิดา/มารดา (ตารางที่ 2.6)

ตารางที่ 2.6
ลักษณะการอยู่อาศัยในครัวเรือน

ลักษณะการอยู่อาศัย	ร้อยละ (N= 1,5 81)
- ผู้ดูแลและคู่สมรสของผู้ดูแล	7.2
- ผู้ดูแลและบิดามารดา	14.5
- ผู้ดูแล คู่สมรสและบุตร	10.1
- ผู้ดูแล คู่สมรสและบิดามารดา	6.3
- ผู้ดูแล บิดามารดา พี่และน้อง	8.6
- ผู้ดูแล คู่สมรส บิดามารดาและบุตร	36.6
- ผู้ดูแล คู่สมรส บิดามารดา บุตร พี่น้อง	6.5
- ผู้ดูแล คู่สมรส บิดามารดา บุตร พี่น้อง ญาติและผู้อาศัย	10.2
รวม	100.0

ข้อมูลเชิงคุณภาพอธิบายว่า ลักษณะครอบครัวเป็นครัวเรือนขยาย คือ มี ปู่ย่าหรือตา ยายในฐานะเป็นผู้สูงอายุ ซึ่งมีบิดามารดาเป็นผู้ดูแล และบุตรที่เป็นสมาชิกในครัวเรือน แต่ละครัวเรือน มักมีลูกหลายคน จึงทำให้มีจำนวนสมาชิกในครอบครัวมากและยังพบว่า ส่วนใหญ่ลูกสาวที่สมรสแล้ว ยังคงอาศัยอยู่ร่วมกับบิดามารดาของตน ในขณะที่ลูกชายนั้น เมื่อสมรสแล้วมักแยกครัวเรือนไป อยู่ร่วมกับครัวเรือนของฝ่ายภรรยา แต่มีบางครัวเรือน เช่น ในกลุ่มตัวอย่างจังหวัดระยอง พบว่า มีลูกชาย ที่ยังคงอาศัยอยู่กับบิดามารดา หลังจากที่ได้แต่งงานแล้ว ลูกสะใภ้จะเป็นผู้ดูแลแทน อีกกรณีหนึ่งที่พบ คือ เมื่อบุตรธิดาของผู้สูงอายุที่ได้สมรสแล้ว และมีสถานภาพหย่าร้างกับคู่สมรส ได้นำลูกของตนมา ฝากให้ผู้สูงอายุเลี้ยงดู เช่น ในจังหวัดสกลนคร เมื่อลูกชายของผู้สูงอายุแยกทางกับภรรยา และฝ่าย ภรรยาไปมีครอบครัวใหม่ ก็ได้นำลูกมาฝากให้มารดาของตนดูแล นอกจากนั้นมีผู้ดูแลบางส่วนที่ไม่ได้ อาศัยในครัวเรือนเดียวกัน แต่อยู่ในบริเวณเดียวกันหรือติดกัน เนื่องจากสมรส หรือตั้งครอบครัวใหม่ อัตราส่วนผู้ดูแลต่อผู้สูงอายุส่วนใหญ่ เป็น 1:1 คือผู้ดูแล 1 คน ดูแลผู้สูงอายุ 1 คน โดยดูแลพ่อ หรือ แม่คนใดคนหนึ่ง หรือดูแลญาติผู้ใหญ่ เช่น ป้า ลุง เป็นต้น อย่างไรก็ตามมีผู้ดูแลบางคนรับหน้าที่ดูแล ผู้สูงอายุ 2 หรือ 3 คน โดยส่วนมากเป็นพ่อ แม่ และย่าหรือยาย

ตอนที่ 2 ข้อมูลพื้นฐานของผู้สูงอายุที่ดูแล

ข้อมูลพื้นฐานของผู้สูงอายุประกอบด้วย เพศ อายุ ภาวะสุขภาพ พฤติกรรมและ ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ผลการศึกษามีดังนี้

เพศ - อายุ

ผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแล ร้อยละ 50.5 เป็นเพศหญิง และร้อยละ 49.5 เป็นเพศชาย หาก จำแนกตามอายุ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี โดยร้อยละ 25.3 มีอายุ ระหว่าง 65-69 ปี ร้อยละ 23.3 มีอายุระหว่าง 60-64 ปี ร้อยละ 22.6 มีอายุระหว่าง 70-74 ปี กลุ่มที่มี อายุมากคือ 80 ปีขึ้นไป มีถึงร้อยละ 15.6 อายุสูงสุดที่ดูแลคืออายุ 98 ปี (ตารางที่ 2.7)

ตารางที่ 2.7
เพศและอายุของผู้สูงอายุที่ดูแล

ข้อมูลพื้นฐาน	ร้อยละ (N=2,185)
เพศ	
หญิง	50.5
ชาย	49.5
อายุ	
- 60-64 ปี	23.3
- 65-69 ปี	25.3
- 70-74 ปี	22.6
- 75-79 ปี	13.2
- 80 ปีขึ้นไป	15.6

ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

จากการสอบถามผู้ดูแลถึงภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้คำตอบว่า ร้อยละ 67.8 ของผู้สูงอายุมีการเจ็บป่วยและเป็นโรค โดยลักษณะการเจ็บป่วยและเป็นโรคมียังนี้ ร้อยละ 39.4 มีอาการปวดเมื่อยตามตัว, ขา, หลังและกระดูก ร้อยละ 18.1 มีอาการความดันโลหิตสูง ร้อยละ 9.0 เป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 6.8 เป็นโรคหัวใจ และร้อยละ 4.3 เป็นโรคเกี่ยวกับกระเพาะอาหาร นอกจากนั้นยังป่วยเป็นโรคอื่น ๆ เช่น โรคเกี่ยวกับตา โรคภูมิแพ้ โรคเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ ไปจนถึงโรคมะเร็ง (ตารางที่ 2.8)

ตารางที่ 2.8

อาการที่เจ็บป่วยและภาวะโรคของผู้สูงอายุ

อาการ/โรค	ร้อยละ (N= 1,045)
- โรคปวดเมื่อยตามตัว, ขา, หลัง, กระดูก	39.4
- ความดันโลหิต	18.1
- เบาหวาน	9.0
- หัวใจ	6.8
- ภาวะอาหาร	4.3
- โรคลม, หอบ-หืด	3.5
- อัมพฤกษ์ อัมพาต	3.3
- โรคทางตา	2.5
- ใช้หวัด, ระบบทางเดินหายใจ	2.3
- โรคปอด	1.3
- ปวดท้อง	1.3
- ภูมิแพ้	.9
- วัณโรค	.8
- มะเร็ง	.8
- โรคเก๊า	.7
- ไต	.6
- ถุงลมโป่งพอง	.6
- ริดสีดวงทวาร	.5
- ประสบอุบัติเหตุ	.5
- เหน็บชา	.5
- โรคประสาท	.5
- ไทรอยด์	.4
- โรคผิวหนัง	.3
- ปวดฟัน, โรคฟัน	.3
- ตับ	.3
- ต่อมลูกหมาก	.2
- โรคเกี่ยวกับทางเดินปัสสาวะ	.2
- ภูน้ำดี, นิ่ว	.1

การประเมินพฤติกรรมผู้สูงอายุ

ผู้วิจัยได้ให้ผู้ดูแลประเมินพฤติกรรมทางอารมณ์และจิตใจของผู้สูงอายุในภาพรวมว่า ผู้สูงอายุที่ดูแลนั้นมีภาวะอารมณ์และจิตใจโดยทั่วไปเป็นอย่างไร โดยนำพฤติกรรมที่สังเกตมาให้ภาพกับ ผู้สูงอายุมาเป็นตัวชี้วัด คือ พฤติกรรมที่แสดงออกด้านบวก คือ การมีอารมณ์ดี สนุกสนาน ร่าเริงและ การอยู่อย่างสงบ ส่วนพฤติกรรมด้านลบ คือ การมีอารมณ์เปลี่ยนแปลงเสมอ ไม่มีความพอใจต่อสิ่ง ต่างๆ กระวนกระวาย และวุ่นวายตลอดเวลา ผลการศึกษา พบว่า ผู้ดูแลประเมินผู้สูงอายุว่า ร้อยละ 46.2 มีพฤติกรรมเฉยๆ ไม่เคยว่าใครหรือเรียกร้องอะไร ร้อยละ 41.3 มีอารมณ์เปลี่ยนแปลงเสมอ และ ร้อยละ 24.7 ขี้บ่น ไม่พอใจกับสิ่งใดเลย เป็นต้น (ตารางที่ 2.9)

ตารางที่ 2.9

การประเมินพฤติกรรมผู้สูงอายุโดยผู้ดูแล

พฤติกรรมผู้สูงอายุ	ร้อยละ (N=1,226)	
	มี	ไม่มี
- อารมณ์เปลี่ยนแปลงเสมอ	41.3	58.7
- ขี้บ่น ไม่พอใจสิ่งใดเลย	24.7	75.3
- มีความกระวนกระวายตลอดเวลา	8.5	91.5
- วุ่นวาย	5.4	94.6
- เฉยๆ ไม่เคยว่าใครและเรียกร้องอะไร	46.2	53.8
- อารมณ์ดี สนุกสนาน ร่าเริง	4.6	95.4

การประเมินระดับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุมีผลต่อคุณภาพการดูแล ผู้วิจัยจึงใช้แบบการประเมินสมรรถภาพในเชิงปฏิบัติ ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Bathel ADL Index) เป็นเครื่องมือในการประเมิน โดยการประเมินครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ให้ผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุคนเดียวเป็นผู้ประเมิน ดังนั้นจึงเป็นข้อมูลของผู้สูงอายุ จำนวน 1,226 คน จึงไม่ครอบคลุมผู้สูงอายุทั้งหมด ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้มาก โดยร้อยละ

93.1 สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ร้อยละ 4.0 สามารถปฏิบัติได้ส่วนใหญ่ ที่เหลือ ร้อยละ 1.1 และ 1.8 สามารถปฏิบัติได้น้อยมากและไม่ได้เลย ตามลำดับ (ตารางที่ 2.10)

ตารางที่ 2.10

การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ

กิจวัตรประจำวัน	ระดับการปฏิบัติ (ร้อยละ)				N
	ช่วยเหลือ ตัวเอง ไม่ได้เลย	ช่วยเหลือ ตนเองได้ น้อย	ช่วยเหลือ ตนเองได้ ปานกลาง	ช่วยเหลือ ตนเองได้ มาก	
รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำรับไว้	-	2.0	10.8	87.2	1,224
เรียบร้อยลวงหน้า	-	-	-	-	-
ล้างหน้า, หวีผม, แปรงฟัน, โกนหนวด ใน	1.0	7.3	-	91.7	1,213
ระยะ 24-48 ชั่วโมงที่ผ่านมา	-	-	-	-	-
ลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้	1.5	3.7	14.5	80.3	1,225
ใช้ห้องสุขา	4.0	13.2	-	82.8	1,217
การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน	2.4	1.4	12.8	83.4	1,225
การสวมใส่เสื้อผ้า	-	3.1	10.0	86.9	1,224
การขึ้นลงบันได 1 ชั้น	4.0	14.4	-	81.6	1,213
การอาบน้ำ	-	7.4	-	92.6	1,224
การกลั่นการถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์	-	2.7	16.0	81.3	1,224
ที่ผ่านมา	-	-	-	-	-
การกลั่นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา	2.4	16.3	-	81.3	1,207
รวม	1.8	1.1	4.0	93.1	1,226

ตอนที่ 3 บทบาทผู้ดูแล

โดยทั่วไปการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวเป็นเรื่องที่แต่ละครอบครัวปฏิบัติเป็นประจำอยู่แล้ว คำว่า "ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว" มีการเรียกแตกต่างกัน เช่น ผู้ดูแลในครอบครัว ญาติผู้ดูแล ซึ่งหมายถึง ญาติหรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือแก่ผู้สูงอายุที่บ้าน ผู้ดูแลในครอบครัวเป็นผู้มีอิทธิพลต่อ

การส่งเสริมและคงไว้ซึ่งความมีสุขภาพ ทรัพย์สิน และความหวัง เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุอยู่ในครอบครัวได้อย่างอบอุ่น การศึกษาเกี่ยวกับบทบาทผู้ดูแลและลักษณะการดูแล มีรายละเอียดดังนี้

1. การรับบทบาทเป็นผู้ดูแล

การรับบทบาทเป็นผู้ดูแล เป็นลักษณะของการปฏิบัติที่ไม่มีขั้นตอนการเข้ารับหน้าที่ที่แน่นอน มีลักษณะค่อยเป็นค่อยไป โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ภาวะความเสื่อมโทรมทางร่างกายเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุต้องมีผู้ดูแล นอกจากนี้ ความเป็นผู้ใหญ่มีวุฒิภาวะของผู้ดูแล ก็เป็นปัจจัยสำคัญเช่นกัน ดังนั้น การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ จึงพิจารณาความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับผู้สูงอายุเป็นหลัก โดยเชื่อว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นสมาชิกในครอบครัวอยู่แล้ว นอกจากนั้นยังได้สอบถามถึงเหตุผลในการรับเป็นผู้ดูแล และจำนวนปีที่ดูแลอีกด้วย ผลการศึกษามีดังนี้

ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ

ผลการศึกษาสามารถแบ่งสถานภาพของผู้ดูแลออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1 เป็นกลุ่มของผู้ดูแลที่อยู่ในครัวเรือนเดียวกัน โดยผู้ดูแลร้อยละ 43.4 มีสถานภาพเป็นบุตรสาว ร้อยละ 20.1 เป็นบุตรชาย ร้อยละ 10.2 เป็นภรรยา ส่วนที่เหลือมีสถานภาพเป็นสามี บุตรสะใภ้และบุตรเขย ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ผู้ดูแล ส่วนใหญ่มีสถานภาพเป็นบุตรของผู้สูงอายุ กลุ่มที่ 2 เป็นกลุ่มเพื่อนหรือเพื่อนบ้าน มีร้อยละ 4.9 หากผู้อาศัยอยู่ในครัวเรือนโดยไม่ใช่ญาติรวมอยู่ในกลุ่มนี้ด้วยมีถึงร้อยละ 7.6 กลุ่มที่ 3 เป็นผู้ดูแลรับจ้างมีเพียงร้อยละ 0.3 (ตารางที่ 2.11)

ตารางที่ 2.11

ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแล และผู้สูงอายุ

ความสัมพันธ์	ร้อยละ (N= 1,581)
- เป็นสามี	5.1
- เป็นภรรยา	10.2
- เป็นบุตรสาว	43.4
- เป็นบุตรชาย	20.1
- เป็นบุตรเขย	2.5
- เป็นบุตรสะใภ้	5.9
- เป็นเพื่อน/เพื่อนบ้าน	4.9
- เป็นผู้ดูแลรับจ้าง	.3
- เป็นผู้อาศัย, ลูกจ้าง, และอื่น ๆ	7.6

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุแล้ว ข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม ได้ชี้ให้เห็นบทบาทด้านการดูแลที่สำคัญ 2 ประการกล่าวคือ

(1) ผู้สูงอายุดูแลผู้สูงอายุด้วยกัน

ผู้ดูแลในวัยสูงอายุที่เข้ารับบทบาทหน้าที่ผู้ดูแล ส่วนใหญ่ดูแลคู่สมรสของตน แต่เนื่องจากโดยภาพรวม ผู้สูงอายุเพศชายมีอายุมากกว่าเพศหญิง ผู้มีสถานภาพเป็นภรรยาจึงรับบทบาทดูแลสามีเป็นส่วนใหญ่ ดังที่ปรากฏในอำเภอพาน จังหวัดเชียงรายว่า มีผู้สูงอายุที่ต้องดูแลตนเอง โดยฝ่ายภรรยาเป็นผู้ดูแลสามี เมื่อถึงวันเทศกาลสำคัญๆ ในแต่ละปี ถึงจะมีลูกหลานมา แต่ผู้ดูแลบางคนก็ไม่กล่าวโดยบุตรหลาน ดังที่ผู้ดูแลบางรายกล่าวว่า “เขาไม่ได้ละเลย แต่ทุกคนต่างก็มีภาระกันทุกคน” ในขณะที่บางรายภรรยาต้องดูแลสามีที่ติดเชื้อ AIDS บางกรณีสามีต้องดูแลภรรยาที่เจ็บป่วยช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ เช่น เป็นอัมพาต ซึ่งพบเพียง 1-2 รายเท่านั้น การที่ผู้สูงอายุดูแลผู้สูงอายุด้วยกันนี้ ผู้ดูแลจำนวนมากกล่าวถึงภาวะของตนว่า “เตี้ยอึดค้อม” ซึ่งแสดงให้เห็นถึงภาวะที่อ่อนแอของตนด้วยเช่นกัน ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่า ปัจจุบันผู้สูงอายุมีบทบาทในการดูแลซึ่งกันและกันมากขึ้น นอกจากการดูแลผู้สูงอายุในสถานภาพคู่สมรสแล้ว จากการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลในภาคใต้ ซึ่งอยู่ในวัยสูงอายุ ยังมีสถานภาพเป็นบุตรของผู้สูงอายุ ทำหน้าที่ หรือรับบทบาทการดูแลด้วย

(2) การดูแลเชิงซ้อน

ผู้ดูแลที่อยู่ในสถานะที่เรียกว่ามี “บทบาทเชิงซ้อน” (Sandwich Roles) คือ การที่ต้องดูแลทั้งบุตรและบุพการีพร้อม ๆ กัน นอกจากนั้นยังมีบทบาทหลาย ๆ ด้าน ไม่ว่าจะเป็นบทบาทของการเป็นภรรยา แม่บ้านและสตรีทำงานเพื่อหารายได้ (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2547, น. 53) ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มผู้ดูแลที่มีอายุระหว่าง 30-50 ปี ส่วนใหญ่มีฐานะเป็นบุตรของผู้สูงอายุ ที่มีบทบาทดูแลบิดามารดาของตน หรือมีฐานะเป็นสะใภ้ หรือเขยดูแลบิดามารดาของคู่สมรส ในสถานภาพที่แท้จริง บุคคลเหล่านี้ยังรับบทบาทเป็นบิดามารดาของบุตร หรือมีภาระในการดูแลบุตรของตน ซึ่งบางครอบครัวหมายความว่ารวมถึงการดูแลหลานอีกด้วย อาจกล่าวได้ว่า เป็นการรับภาระการดูแล บุคคลหลายช่วงอายุ เป็นบทบาทเชิงซ้อน คือผู้ดูแลซึ่งส่วนใหญ่เป็นแม่บ้านมีบทบาทในการดูแลเชิงซ้อน โดยใช้เวลาร่วมทั้งวัน ดูแลทั้งรุ่นที่ 1 และรุ่นที่ 3 พร้อมกัน คือดูแลทั้งผู้สูงอายุ และบุตรหลานของตน ดังที่พบในกลุ่มผู้ดูแลในภาคเหนือ ที่อำเภอพาน จังหวัดเชียงรายว่า บุตรสาวต้องย้ายบ้านมาดูแลทั้งหลาน และมารดาของตน หลังจากที่บิดาเสียชีวิต เช่นเดียวกันกับผลการวิจัยที่พบในภาคกลางว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นบุตรหรือหลานที่ได้สมรสแล้ว อาทิผู้ดูแลบางรายใน

จังหวัดสุพรรณบุรีต้องรับหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ สามิ บุตรหรือหลานของตนเอง ส่วนผู้ดูแลผู้สูงอายุบางรายในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เมื่อผู้ดูแลหมดภาระหน้าที่ในการดูแลบุตรหลานของตนแล้ว จะกลับมามีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุ ที่เป็นบิดามารดาของตนได้อย่างเต็มที่มากขึ้น เช่น จังหวัดขอนแก่น เมื่อลูกสาวของผู้ดูแลมีครอบครัวไป ทำให้ผู้ดูแลมีเวลากลับมาทำหน้าที่ดูแลบิดาเพียงอย่างเดียวได้มากขึ้น

นอกจากผู้ดูแลที่เกี่ยวข้องทางสายเลือดแล้ว ยังมีบางครอบครัวที่ผู้ดูแล ซึ่งมีฐานะเป็นสะใภ้ ต้องมีหน้าที่ดูแลทั้งบุตรของตน และผู้สูงอายุที่เป็นบิดามารดาของฝ่ายสามีคือ ต้องดูแลทั้งลูกและแม่สามี เป็นต้น

เหตุผลในการเข้ารับบทบาทเป็นผู้ดูแล

ผู้ดูแลส่วนใหญ่ คือ ร้อยละ 52.2 ให้เหตุผลว่า เนื่องจากอยู่บ้านเดียวกัน จึงต้องดูแล ร้อยละ 27.0 เป็นหน้าที่ทางสังคม คือ เป็นหน้าที่ของลูกที่ต้องดูแลบิดามารดา ร้อยละ 19.2 เป็นค่านิยมและวัฒนธรรมของชุมชน ที่มีต่อบิดามารดา ญาติผู้ใหญ่ และเพื่อนบ้านที่อยู่บริเวณใกล้เคียง และร้อยละ 1.6 ให้เหตุผลว่าเนื่องมาจากกรรมเก่า (ตารางที่ 2.12)

ตารางที่ 2.12

เหตุผลในการเข้ารับบทบาทเป็นผู้ดูแล

เหตุผล	ร้อยละ (N= 1,581)
- มาจากการอยู่บ้านเดียวกัน	52.2
- เป็นหน้าที่ทางสังคม	27.0
- เป็นค่านิยม / วัฒนธรรมชุมชน	19.2
- มาจากกรรมเก่า	1.6

ข้อมูลเชิงปริมาณดังกล่าว สอดคล้องกับข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสนทนากลุ่มผู้ดูแลที่มีรายละเอียดเกี่ยวกับการเข้ารับบทบาทเป็นผู้ดูแลว่า สมาชิกในครอบครัวเป็นผู้มีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุ โดยผู้ที่รับบทบาทนี้จะเป็นคู่สมรส และเป็นบุตรที่ยังไม่ได้สมรส หรือไม่มีงานทำข้างนอกหมู่บ้าน เพื่อเป็นการตอบแทนบุญคุณ ประเด็นสำคัญที่เป็นประเด็นร่วมของทุกชุมชน คือ การที่ผู้สูงอายุมีความรักในที่อยู่อาศัยเดิมของตน ไม่ประสงค์ที่จะย้ายบ้าน ดังนั้นบุตรหลานที่อยู่อาศัยในบ้านนั้น จึงต้องรับภาระในการดูแลผู้สูงอายุโดยอัตโนมัติ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีลักษณะ "ติดที่" "ติด

บ้าน" และพูดในทำนองเดียวกันเกือบทั้งสิ้น เช่น ผู้สูงอายุภาคเหนือกล่าวว่า "...เป็นเฮือนเก่า... ต้องอยู่บ้านของตน...ถือว่าเป็นเฮือนเก่า..." ซึ่งหมายถึง ต้องอยู่บ้านดั้งเดิมของตนที่อยู่มาแต่ก่อน จึงทำให้ผู้ดูแลต้องอาศัยอยู่ร่วมบ้านเดียวกันกับผู้สูงอายุ

จากการศึกษาการเข้ารับบทบาทหน้าที่เป็นผู้ดูแลในทุกพื้นที่ พบว่า เกิดจากสมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัว ที่สมรสและแยกครอบครัวไป หรือไปทำงานนอกบ้าน ทำให้สมาชิกครอบครัวที่เหลืออยู่ต้องเข้ารับบทบาทหน้าที่การดูแล อีกทั้งผู้สูงอายุบางรายมีบุตรน้อย หรือมีเพียงคนเดียว ดังนั้นบุตรจึงต้องอาศัยอยู่ในครัวเรือนเดียวกัน มีอยู่บ้างที่ผู้สูงอายุเลือกผู้ดูแลเอง โดยจะร้องขอให้บุตรที่เหลืออยู่อาศัยอยู่ในบ้านหลังเดิม ไม่ให้ย้ายครัวเรือน เพื่ออยู่เป็นเพื่อน หรืออีกนัยหนึ่ง คือ การอยู่สืบทอดทรัพย์สินของตน ดังนั้นจะเห็นว่าการดูแลเป็นความผูกพันในครอบครัว การเข้ารับบทบาทหน้าที่ผู้ดูแลโดยส่วนใหญ่ เกิดจากการอาศัยอยู่ในครัวเรือนเดียวกัน เป็นความเคยชินที่ปฏิบัติมา ดังนั้นจึงไม่รู้สึกรถึงความเป็นภาระ ไม่จำเป็นต้องการเตรียมตัวหรือเตรียมใจในการเข้ารับบทบาทหน้าที่นี้ อาจกล่าวได้ว่าบทบาทที่ได้รับมีลักษณะค่อยเป็นค่อยไป ผู้ดูแลสามารถปรับบทบาทที่ได้รับให้เข้ากับสภาพชีวิตปกติได้

ในพื้นที่เขตภาคใต้ จังหวัดตรังพบว่า ผู้ดูแลคือบุตรของผู้สูงอายุที่สลับกันดูแล มีการตกลงรับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุที่เป็นพี่น้องกัน ซึ่งผู้สูงอายุบางครั้งต้องย้ายที่อยู่ไปอยู่กับบุตรอีกคนเมื่อถึงเวลาแลกเปลี่ยนเวรกัน นอกจากนี้กรณีที่บุตรที่ทำหน้าที่ผู้ดูแลในช่วงนั้น ๆ ไม่ว่าง สามารถฝากไว้กับบุตรคนอื่น ให้ดูแลแทนตนได้ แต่ต้องรับหน้าที่ซื้ออุปกรณ์เครื่องใช้ต่าง ๆ และต้องมาดูแลบ้างประมาณ 2-3 วัน ต่อ 1 ครั้ง เช่นเดียวกับในภาคกลางที่หมู่พี่น้องมีการตกลงสลับกันดูแลผู้สูงอายุ แต่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จากการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลบางคน ต้องออกจากงานมารับบทบาทดูแลผู้สูงอายุไม่มีรายได้หรือไม่สามารถทำกิจกรรมส่วนตัวอื่น ๆ ได้

มีข้อสังเกตประการหนึ่ง ที่พบน้อยมากในการเข้ารับบทบาทผู้ดูแลว่า เกิดจากเหตุการณ์ผลักดัน หรือเหตุการณ์ที่เป็นอุบัติเหตุ ไม่คาดคิดมาก่อน ทำให้ต้องเข้ารับบทบาทผู้ดูแลตัวอย่างผู้ดูแลที่มีอายุน้อย 2 ราย ในจังหวัดหนองบัวลำภู และจังหวัดตรัง เข้ามารับบทบาทผู้ดูแล เนื่องจากมารดาเสียชีวิต และมารดาไม่มีญาติพี่น้อง ผู้ดูแล 2 ราย ซึ่งเป็นเพศหญิงจึงต้องรับภาระนี้โดยรายหนึ่งดูแลตา และอีกรายหนึ่งดูแลยาย นอกจากนี้ ผู้ดูแลบางคนรับบทบาทเนื่องจากสืบต่อจากพี่น้องมา เช่น จังหวัดตรัง ผู้ดูแลรับบทบาทหน้าที่จากพี่ และน้องของผู้ดูแล เมื่อพี่มีภาระมาก และน้องชายต้องเกณฑ์ทหาร ทำให้ผู้ดูแลในปัจจุบัน เป็นผู้รับหน้าที่ต่อมา เป็นการรับช่วงต่อช่วงที่สาม นอกจากนี้มีปัจจัยอื่นเข้ามาเกี่ยวข้องคือ การได้รับสิ่งตอบแทน เช่น ผู้สูงอายุยกสวนยางให้ จึงต้องรับบทบาทเป็นผู้ดูแลมารดา หรือผู้สูงอายุนั้นๆ

การเตรียมตัวเข้าเป็นผู้ดูแลนั้น ผู้ดูแลกลุ่มหนึ่งระบุว่า “ไม่เคยคิด ไม่เคยเตรียม เป็นการซุ่มมาเรื่อย ๆ ตั้งแต่เกิด เห็นพ่อแม่ดูแลปู่ ย่า ตา ยาย มาก่อน คิดว่าเมื่อเราดูแลพ่อแม่เรา พ่อเราแก่ลูกก็จะเลี้ยงดูเราเอง” ซึ่งแสดงให้เห็นความคิดของผู้ดูแลว่ามีแนวคิดด้านความกตัญญูแทรกอยู่ ดังนั้นการเข้ารับบทบาทหน้าที่การดูแลนี้ ทั้งหมดต่างทำด้วยความเต็มใจ สมัคใจ เป็นการแสดงถึงความรักความผูกพันในครอบครัว รวมถึงเป็นการแสดงความกตัญญู หรือการทดแทนพระคุณ อีกทั้งเป็นการแสดงตัวอย่างที่ดีให้กับลูกหลานให้ยึดถือปฏิบัติ “..ลูกหลานจะได้เลี้ยงดูเรายามแก่...” นอกจากนั้นผู้ดูแลในภาคเหนือ ที่จังหวัดเชียงรายคนหนึ่งระบุว่า “ต้องแบ่งกันดูแลกับพี่สาว เวียนตามบ้าน สลับกันดู ต้องมีคนใดคนหนึ่งคอยดูแลตลอดเวลา” ในขณะที่ผู้ดูแลที่จังหวัดสกลนครรายหนึ่ง กล่าวถึงความรู้สึกที่มีต่อบทบาทผู้ดูแลของตนว่า “เต็มใจดูแล”

จำนวนผู้สูงอายุที่ต้องดูแล

ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวรับผิดชอบผู้สูงอายุตั้งแต่ 1-3 คน โดยร้อยละ 77.8 รับผิดชอบผู้สูงอายุ 1 คน ร้อยละ 21.8 รับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุ 2 คน และร้อยละ 0.4 รับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุ 3 คน (ตารางที่ 2.13)

ตารางที่ 2.13

ความรับผิดชอบของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุ

รับผิดชอบผู้สูงอายุ	จำนวนผู้ดูแล (N=1,576)	ร้อยละ (100.0)
1 คน	1,226	77.8
2 คน	344	21.8
3 คน	6	0.4

จำนวนปีที่รับบทบาทผู้ดูแล

เรื่องจำนวนปีที่ผู้ดูแลทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลนั้น พบว่า ร้อยละ 28.3 รับบทบาทเป็นผู้ดูแลและผู้สูงอายุมาประมาณ 6-10 ปี ร้อยละ 26.3 รับบทบาทได้เพียง 1-5 ปี ร้อยละ 14.7 ดูแลมาประมาณ 16-20 ปี มีร้อยละ 14.0 ไม่สามารถระบุได้ว่าดูแลมากี่ปี เนื่องจากอาศัยอยู่ด้วยกันมาตลอด และดูแลกันโดยธรรมชาติ แต่หากนับแล้ว อยู่ด้วยกันมามากกว่า 26 ปี ขึ้นไป (ตารางที่ 2.14)

ตารางที่ 2.14
จำนวนปีที่ดูแลผู้สูงอายุ

จำนวนปี	ร้อยละ (N= 1,581)
- 1-5 ปี	26.3
- 6-10 ปี	28.3
- 11-15 ปี	12.3
- 16-20 ปี	14.7
- 21-25 ปี	4.3
- 26 ปีขึ้นไป (อยู่ด้วยกันมาตลอดเวลา)	14.0

ระยะเวลาในการดูแล ที่เป็นข้อมูลเชิงปริมาณข้างต้นนี้ สามารถอธิบายโดยใช้ข้อมูลคุณภาพเพิ่มเติมว่า สำหรับผู้ดูแลที่อยู่ในครัวเรือนเดียวกัน หรือบริเวณเดียวกันจะดูแลปู่ตายาย หรือดูแลญาติผู้ใหญ่ สำหรับผู้ดูแลที่ดูแลแม่สามี หรือพ่อสามี หรือดูแลผู้ที่ไม่ใช่ญาติของตนเองทางสายเลือดจะเข้ามารับบทบาทผู้ดูแลเมื่อสมรส และโดยเฉลี่ยมีระยะเวลาการดูแลมากกว่า 10 ปี

เหตุผลของการรับบทบาทเป็นผู้ดูแล สมาชิกในครอบครัวเข้ารับบทบาทการดูแลตามสถานภาพในครอบครัว เกิดจากการที่ผู้สูงอายุบางคนมีบุตรน้อย บางคนมีบุตรที่แยกครอบครัวออกไป ดังนั้นบุตรที่ยังอาศัยอยู่กับบิดามารดาจึงเป็นผู้ดูแล หรือบางกรณีที่ผู้สูงอายุเลือกผู้ดูแลเอง หรือบางรายเป็นการเข้ารับบทบาทโดยไม่คาดคิด ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่าบทบาทของผู้ดูแลนั้นเป็นบทบาทที่เกี่ยวข้องทางเครือญาติ (Kinship Relationship) โดยส่วนใหญ่มีบทบาทเป็นญาติผู้ดูแลที่บ้าน (Family Caregiver) มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดเป็นหลัก

บทบาทของผู้ดูแลรอง

การศึกษาภาระการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อดูว่าผู้ดูแลมีความรับผิดชอบ หรือมีภาระมากน้อยเพียงใด มีผู้ช่วยเหลือในการดูแลหรือไม่ พบว่าผู้ดูแลร้อยละ 59.0 เป็นผู้ดูแลคนเดียวเป็นส่วนใหญ่ โดยมีผู้ช่วยบ้างบางเวลา ร้อยละ 25.7 เป็นผู้ดูแลบางเวลา และมีผู้ช่วยเป็นส่วนใหญ่ ส่วนผู้ที่ดูแลคนเดียว ไม่มีผู้ช่วยนั้นมีร้อยละ 15.3 (ตารางที่ 2.15)

ตารางที่ 2.15 ลักษณะการดูแลผู้สูงอายุและลักษณะครอบครัว

ลักษณะการดูแลและครอบครัว	ร้อยละ (N= 1,581)
- ดูแลคนเดียวเป็นส่วนใหญ่ (มีผู้ช่วยบางเวลา)	59.0
- ดูแลบางเวลา (มีผู้ช่วยส่วนใหญ่)	25.7
- ดูแลคนเดียว ไม่มีผู้ช่วย	15.3

ข้อมูลเชิงปริมาณดังกล่าวนี้ แสดงว่า ผู้ดูแลเหล่านี้มีบทบาทเป็นผู้ดูแลหลัก และมีผู้ดูแลรอง คอยช่วยเหลือทั้งทางด้านการดูแล และเศรษฐกิจ การสนทนากลุ่มได้คำตอบว่า สมาชิกในครอบครัว "...จะแบ่งกันทำหน้าที่ ใครว่างไม่มีงานทำก็จะมาดูแล..." และนาน ๆ ครั้งจะเข้ามาช่วยผู้ดูแลหลัก หรือตามแต่จะได้รับการไหว้วาน แต่หากพิจารณาอย่างละเอียดแล้วพบว่า ผู้ดูแลหลักจะดูแลทางด้านร่างกาย และจิตใจของผู้สูงอายุโดยตรง ส่วนผู้ดูแลรอง (Secondary Caregiver) มักจะดูแลทางด้านเศรษฐกิจ ข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่ม พบว่า ผู้ดูแลรองส่วนใหญ่เป็นสมาชิกในครอบครัว เช่น ลูก หลาน พี่ น้อง คู่ สมรส หรือญาติอื่น ๆ ที่อาศัยในครัวเรือนเดียวกันหรือใกล้เคียง โดยเฉพาะอย่างยิ่งบุตรของผู้ดูแลหลัก ที่มีสถานภาพโสด และยังอยู่ในวัยศึกษา มักถูกมอบหมายจากผู้ดูแลหลักให้ช่วยแบ่งเบาภาระในบางเวลา บางโอกาส เช่น นำอาหารมาให้ผู้สูงอายุ หรือช่วยเหลือดูแลในการทำกิจวัตรส่วนตัวของผู้สูงอายุในด้านอื่นๆ ในกรณีที่ผู้ดูแลหลักไม่ว่างต้องประกอบภารกิจอื่น หรือทำอาหาร ผู้ดูแลรองจะเข้ามาในลักษณะการอยู่เป็นเพื่อน พูดคุยคลายเหงา ซึ่งช่วงระยะเวลาการดูแลเป็นช่วงที่ว่างเว้นจากงานปกติ หรือกลับจากโรงเรียน อาจกล่าวได้ว่า ผู้ดูแลรองเป็นผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลและให้การดูแลในลักษณะของผู้ช่วยผู้ดูแลหลัก

อย่างไรก็ตาม กลุ่มผู้ดูแลรองที่ยังอยู่ในวัยศึกษา มีปัญหาในการช่วยเหลือครอบครัวบ้าง ทั้งนี้เนื่องจากมี "การบ้าน" ที่ต้องทำเป็นจำนวนมาก จึงไม่มีเวลาช่วยดูแล หรือช่วยงานบ้านอย่างเต็มที่ ส่วนญาติที่ไปทำงานต่างถิ่น ไม่ได้อาศัยอยู่ร่วมกับผู้สูงอายุ มีบทบาทเป็นฝ่ายช่วยเหลือในด้านภาระค่าใช้จ่ายของครอบครัว แทนการดูแลโดยตรง เช่น เขตพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดสกลนคร มีบางครอบครัวที่หลาน ซึ่งไปทำงานห่างไกลบ้าน เป็นผู้ช่วยเรื่องค่าใช้จ่ายในครอบครัว โดยมอบให้กับ ผู้ดูแลหลัก บางครั้งอาจช่วยเหลือเรื่องการจัดหาสิ่งของเครื่องอุปโภคบริโภคให้ด้วย เช่น ผู้ดูแลในจังหวัดเชียงใหม่กล่าวว่า "พี่มาเยี่ยมบ้าง เอาของกิน ของใช้มาให้ ไม่ได้ให้เงิน เพราะฐานะไม่ค่อยดีเหมือนกัน" นอกจากนี้ ผู้ดูแลหลักในเขตพื้นที่ภาคใต้ ที่อยู่ในวัยสูงอายุ มักมีผู้ดูแลรองที่เป็นคู่สมรส เป็นผู้ช่วยดูแล แต่ในอำเภอปากพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช กลับพบว่าส่วนใหญ่มีแต่ผู้ดูแลหลัก ในทางกลับกันบางครั้งผู้สูงอายุเองได้แสดงบทบาทการเป็นผู้ดูแลบุคคลอื่นในครอบครัว เช่น

การช่วยดูแลบุตรของผู้ดูแล ตั้งแต่ยังน้อยเป็นเพื่อน ให้การอบรมสั่งสอน และอาจรวมถึงอาบน้ำ (ในกรณีที่ยังเด็ก) ป้อนข้าว หุงหาอาหารด้วย ซึ่งอาจกล่าวได้ว่า ผู้ดูแลเองมีบทบาทในการช่วยเหลือผู้ดูแลหลัก และผู้สูงอายุยังได้ทำประโยชน์ช่วยผู้ดูแลหลักอีกด้วย

เครือข่ายการดูแล

นอกจากบุคคลในครอบครัวที่เป็นเครือข่ายการดูแลแล้ว ยังมีบุคคลอื่นได้แก่ นักวิชาชีพ ญาติ เพื่อน และเพื่อนบ้านที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุด้วย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลได้รับความช่วยเหลือจากญาติมากที่สุด ร้อยละ 83.0 ถัดไปเป็นเครือข่ายประเภทเพื่อนหรือเพื่อนบ้าน ร้อยละ 74.5 และเครือข่ายสุดท้ายคือ กลุ่มนักวิชาชีพซึ่งเป็นกลุ่มที่ให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุน้อยที่สุด เพียงร้อยละ 38.5 เท่านั้น (ตารางที่ 2.16)

ตารางที่ 2.16

เครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุ

ประเภทเครือข่าย	ได้รับความช่วยเหลือ	ไม่ได้รับความช่วยเหลือ	รวม (N=1,581)
- นักวิชาชีพ	38.5	61.5	100.0
- ญาติ	83.0	17.0	100.0
- เพื่อน/เพื่อนบ้าน	74.5	25.5	100.0

การสนทนากลุ่ม ได้ให้ข้อมูลเครือข่ายเพิ่มเติมว่า การจะพิจารณาว่าใครเป็นเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุบ้างนั้น พิจารณาจากความสัมพันธ์ทางสังคมที่บุคคลต่าง ๆ มีต่อผู้สูงอายุ ในชุมชนชนเพื่อนบ้านมีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุร่วมกับครอบครัว (Neighborhood Care) โดยเฉพาะอย่างยิ่งเพื่อนบ้านที่อาศัยอยู่ใกล้กัน ซึ่งในแต่ละวันผู้สูงอายุมีการคบหาสมาคมกับคนวัยเดียวกัน มีการพูดคุยกันยามว่าง แบ่งปันอาหาร พืชผัก ผลไม้ต่าง ๆ ให้ บางครั้งอยู่เป็นเพื่อนเมื่อลูกหลาน หรือผู้ดูแลอื่น ๆ ไม่สามารถรับภาระได้ และคนเหล่านี้มักอยู่ในบริเวณใกล้เคียงกัน การอยู่อาศัยใกล้กันในฐานะเพื่อนบ้านนี้ บางรายมีสถานภาพเป็นญาติทางสายโลหิตเดียวกันด้วย แต่ส่วนใหญ่มักจะอยู่อาศัยด้วยกันมานาน จนมีความสัมพันธ์กันดุจเครือญาติ

ผู้ดูแลในภาคเหนือ เช่น ที่จังหวัดเชียงราย มีเพื่อนบ้านที่สามารถฝากดูแลผู้สูงอายุแทนได้ ดังที่กล่าวว่า “คอยช่วยเหลือกัน อยู่ในหมู่บ้าน ก็เป็นญาติกันอยู่แล้ว” และเล่าถึงเพื่อนบ้านให้ฟังว่า “ดี บ่ได้เป็นญาติกัน” บางครั้งเพื่อนบ้านไม่อาจมาช่วยดูแลได้ “แต่มาเฝ้า” หรือมาเยี่ยมเยียนกันเสมอ

ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า ผู้ดูแลในจังหวัดขอนแก่น มีการเปลี่ยนเวรช่วยกันดูแล ในหมู่บ้านตึ๋งนอง และบางครั้งฝากให้เพื่อนบ้านดูแล ในจังหวัดสกลนคร พบว่า ผู้สูงอายุ 1 ราย ไม่มีผู้ดูแล เนื่องจากหลานต้องทำงานในพื้นที่อื่น อีกทั้งตัวผู้สูงอายุเองไม่เต็มใจที่จะไปอาศัยอยู่ที่อื่น จึงอาศัยอยู่ในบ้านของตน มีเพื่อนบ้านที่อยู่ในละแวกเดียวกัน มาเป็นผู้ดูแล โดยเพื่อนบ้านที่มีบ้านใกล้ที่สุด รับภาระมากกว่าผู้อื่น เพื่อนบ้านที่อยู่ถัดไปเป็นผู้ดูแลรอง “เวลาไม่อยู่ไปทำงานก็ฝากผู้สูงอายุไว้กับเพื่อนบ้านได้ เมื่อตกเย็นหากเพื่อนบ้านไม่เห็นไฟฟ้าเปิด ก็จะไปดูช่วยเปิดไฟและดูแลแทน” แม้ว่า เป็นเครือญาติแต่เป็นญาติห่างๆ เมื่อถามถึงสาเหตุในการเข้ารับบทบาท ต่างบอกว่า “...บ้านใกล้กัน...อยู่กินด้วยกัน แต่พ่อแต่แม่เป็นญาติห่างๆ กัน...” และพบว่า มีบางรายที่ผู้ดูแลไม่ได้เป็นญาติกันกับผู้สูงอายุ แต่มาดูแลให้ เพราะ “คนใกล้ชิดกัน ช่วยเหลือกันมา เอื้อเฟื้อเผื่อแผ่กันมาตั้งนานแล้ว” นอกจากนี้ฐานะทางเศรษฐกิจ หรือปัจจัยทางด้านการเงินมีส่วนที่ทำให้เพื่อนบ้านเข้ามามีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุด้วย โดยผู้สูงอายุที่มีเพื่อนบ้านผลัดเปลี่ยนกันมาดูแลนี้ ต่างมีฐานะดี ไม่ต้องพึ่งผู้อื่นเรื่องการเงิน เพื่อนบ้านจึงมีความเต็มใจในการดูแล เพราะไม่กระทบกระเทือนกับรายได้ของเพื่อนบ้านและไม่มีปัญหามากนัก ในจังหวัดขอนแก่น พบว่า ผู้สูงอายุหนึ่งรายถูกทอดทิ้ง ไม่ได้รับการดูแลจากบุตรของตนหรือแม้แต่เครือญาติ ได้รับแต่ความช่วยเหลือทางด้านการเงินจากบุตรเท่านั้น นอกจากนี้ยังพบภาวะความขัดแย้งในครอบครัว คือ ผู้สูงอายุขัดแย้งกับลูกสะใภ้ ทั้งนี้เนื่องจากสภาพร่างกายของผู้สูงอายุเองที่ไม่สามารถควบคุมการขับถ่าย ทำให้ขับถ่ายเรี่ยราด ลูกสะใภ้ไม่พอใจจึงมีปากเสียงกัน

ในภาคกลาง พบว่า ที่จังหวัดระยองนั้น ผู้ดูแลมีญาติส่งเงินหรือสิ่งของเครื่องใช้มาให้ ในขณะที่ในจังหวัดสุพรรณบุรี ผู้ดูแลบางคนฝากให้ญาติหรือเพื่อนบ้านดูแลผู้สูงอายุแทนตนบางช่วงเวลา โดยให้เหตุผลว่า “ฝากดูแลตลอดเวลาไม่ได้ เพราะไม่ค่อยไว้ใจ เป็นห่วง อยากดูแลเองมากกว่า” บางรายที่มีเพื่อนบ้านซึ่งมีฐานะไม่ค่อยดี มีการแบ่งปันข้าวของกันน้อย แต่จะมาหาเป็นเพื่อนพูดคุยปรับทุกข์ ซึ่งนับว่าเป็นการสนับสนุนด้านกำลังใจอีกประการหนึ่ง

ในเขตพื้นที่ภาคใต้เครือข่ายเพื่อนบ้านและชุมชน มีลักษณะต่างจากภาคอื่นๆ เนื่องจากสภาพอาณาเขตของตัวบ้านที่เป็นสวนยางพารา ทำให้สภาพบ้านเรือนไม่ได้อยู่ในบริเวณใกล้เคียงกัน อีกทั้งส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร ทำสวนยาง ต้องทำงานในเวลากลางคืน และเสร็จสิ้นในช่วงเช้านั้นญาติและเพื่อนบ้านจะพักผ่อนเวลากลางวัน ทำงานกลางคืน แต่ผู้สูงอายุนอนพักผ่อนในเวลากลางคืน และตื่นในเวลากลางวัน ทำให้เวลาไม่สอดคล้องกัน นอกจากนี้แม้ว่าจะมีเพื่อนบ้านที่เป็นญาติกันก็ไม่สามารถฝากฝัง หรือช่วยดูแลผู้สูงอายุได้ เพราะทุกคนก็ต้องทำงานทั้งสิ้น แม้ว่าส่วนใหญ่ผู้ดูแลในภาคใต้ไม่สามารถฝากเพื่อนบ้านดูแลผู้สูงอายุได้ แต่ผู้ดูแลจะสามารถฝากผู้สูงอายุไว้กับบุคคลที่เป็นบุตร หรือหลานโดยตรงของตัวผู้ดูแลเอง

ดังนั้นระบบเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุที่พบในแต่ละภาค ดังที่กล่าวมาข้างต้น สะท้อนให้เห็นถึงความมีน้ำใจระหว่างเพื่อนมนุษย์ ที่ช่วยเหลือกันในยามที่ผู้อื่นมีปัญหา จึงทำให้พบเห็นการช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุแทนกันในหมู่เพื่อนบ้าน

ตอนที่ 4 การทำหน้าที่ของผู้ดูแล

ผู้วิจัยได้แบ่งหน้าที่การดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลตามชนิดของกิจกรรมที่ปฏิบัติ ได้แก่ การดูแลทั่วไป การดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาและหลังล้ม การจัดสภาพแวดล้อม การประสานการติดต่อ การจัดการด้านการเงินและกฎหมาย การมีส่วนร่วมในกิจกรรม และอื่นๆ ผลการศึกษามีดังนี้

หน้าที่ในการดูแลทั่วไป

การดูแลทั่วไป หมายถึง การดูแลเกี่ยวกับการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยได้กำหนดลักษณะกิจกรรมเป็นตัวชี้วัดไว้ 12 รายการ ซึ่งเมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) ของตัวชี้วัดดังกล่าว โดยแบ่งระดับค่าเฉลี่ยออกเป็น 3 ระดับ ค่าเฉลี่ยที่มีระดับมากคือที่มีค่า ตั้งแต่ 3.01 ขึ้นไป พบว่า ไม่มีผู้ดูแลมีบทบาทในเรื่อง ใดๆ ในระดับมาก ส่วนใหญ่มีระดับการปฏิบัติหน้าที่ในระดับปานกลาง ได้แก่ การเตรียมอาหารให้ผู้สูงอายุ $\bar{X}=2.64$ เป็นค่าเฉลี่ยในอันดับที่สูงที่สุด อันดับต่อมาเป็นการซื้อของใช้ส่วนตัว $\bar{X}=2.42$ การจัดเตรียมยาให้ผู้สูงอายุรับประทาน $\bar{X}=2.14$ การเตรียมเสื้อผ้า/ของใช้ของผู้สูงอายุ $\bar{X}=2.02$ การตัดผม/เล็บมือ - เท้า $\bar{X}=1.92$ การซื้อยา/ติดต่อขอยาจากแพทย์และการรับประทานอาหาร(ปกติ) $\bar{X}=1.72$ การช่วยพยุงให้เดิน $\bar{X}=1.66$ การแต่งกายให้ผู้สูงอายุ $\bar{X}=1.54$ การลุกออกจากเตียง $\bar{X}=1.46$ และอันดับสุดท้ายเป็นเรื่องของการอาบน้ำและการใช้ห้องส้วมมีค่าเฉลี่ยที่เท่ากันคือ $\bar{X}=1.45$ ภาพรวมการทำหน้าที่นี้เท่ากับ $\bar{X}=1.84$ หมายถึงผู้ดูแลมีการทำหน้าที่ระดับน้อย

เมื่อพิจารณาระดับของการปฏิบัติตามบทบาทโดยใช้ค่าร้อยละ กิจกรรมที่ผู้ดูแลไม่ต้องทำให้ผู้สูงอายุมากที่สุดคือ การใช้ห้องน้ำ ร้อยละ 77.1 ซึ่งสอดคล้องกับคุณลักษณะของผู้สูงอายุที่ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ส่วนกิจกรรมที่ทำให้ทั้งหมดในระดับสูงสุดคือ การซื้อยา/ติดต่อขอยาจากแพทย์/สถานอนามัย ร้อยละ 36.9 (ตารางที่ 2.17)

ตารางที่ 2.17
การดูแลทั่วไปของผู้ดูแล

ลักษณะกิจกรรม	ระดับการดูแล (ร้อยละ)				$\bar{X}$	S.D.
	ไม่ได้ทำ	ทำน้อย	ทำให้บ้าง	ทำให้ทั้งหมด		
- การอาบน้ำ	75.8	7.8	11.1	5.3	1.45	0.88
- การใช้ห้องส้วม	77.1	6.5	11.6	4.8	1.45	0.88
- การแต่งกายให้ผู้สูงอายุ	71.7	8.7	13.6	6.0	1.54	0.94
- การเตรียมอาหารให้ผู้สูงอายุ	32.4	6.3	25.9	35.4	2.64	1.25
- การเตรียมเสื้อผ้า/ของใช้ให้ผู้สูงอายุ	51.8	9.0	24.4	14.8	2.02	1.17
- การรับประทานอาหาร(ปกติ)	65.9	7.5	14.4	12.2	1.72	1.10
- การซื้อยา/ติดต่อขอยาจากแพทย์/ อนามัย	25.5	6.9	30.7	36.9	1.72	1.19
- การลูกออกจากเตียง	75.9	7.9	10.4	5.8	1.46	0.90
- การซื้อของใช้ส่วนตัว	37.4	8.3	28.7	25.6	2.42	1.22
- การตัดผม/เล็บมือ-เท้า	55.6	10.8	19.6	14.0	1.92	1.14
- การช่วยพยุงให้เดิน	65.6	9.0	18.6	6.8	1.66	1.00
- การจัดเตรียมยาให้ผู้สูงอายุ รับประทาน	46.7	8.3	28.4	16.6	2.14	1.18
รวม					1.84	.75

N=1,581

การสนทนากลุ่มผู้ดูแล ให้รายละเอียดเพิ่มเติมว่า เรื่องการดูแลผู้สูงอายุที่พอจะช่วยเหลือตนเองได้นั้น ส่วนใหญ่ผู้ดูแลในทุกภาค ไม่ได้มีการดูแลเป็นพิเศษ เป็นการทำกิจวัตรประจำวันตามปกติ มีบ้างบางครั้งที่ช่วยพูดคุยไม่ให้ผู้สูงอายุรู้สึกเหงา ให้มีความสุข หรือมีสุขภาพจิตดี และเรื่องอาหาร ต่างก็พยายามทำในสิ่งที่ดีที่สุด เท่าที่ความสามารถจะอำนวยให้ได้ เพื่อให้ผู้สูงอายุสุขภาพอนามัยดี ผู้ดูแลมักเป็นผู้ประกอบอาหารทุกมื้อ และเป็นอาหารปกติทั่วไป ส่วนอาหารพิเศษสำหรับผู้สูงอายุนั้น หากทำได้ก็จะทำให้เป็นพิเศษ โดยเป็นอาหารที่ย่อยง่าย และบางเวลามีการให้เครื่องดื่ม เช่น น้ำเต้าหู้ หรือน้ำนมถั่วเหลือง และทำอาหารที่ผู้สูงอายุ

ต้องการ กรณีที่ผู้สูงอายุรับประทานอาหารได้น้อย ผู้ดูแลต้องเอาใจใส่และจัดหาให้เป็นพิเศษ ผู้ดูแลในจังหวัดระยองคนหนึ่งเล่าว่า ต้องพยายามขอร้องให้ผู้สูงอายุรับประทานอาหาร ถ้าไม่รับประทานข้าว ก็ต้องให้ดื่มมมแทน

ในยามที่ผู้สูงอายุเจ็บป่วย ผู้ดูแลพาไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาล หรือสถานเอนามัยที่อยู่ใกล้บ้าน หรือไปที่คลินิกเอกชน เช่น กรณีของผู้ดูแลในภาคใต้ที่อำเภอท่าฉาง จังหวัดสุราษฎร์ธานี ผู้ดูแลนิยมนพาผู้สูงอายุไปรักษาที่คลินิกมากกว่าโรงพยาบาล เนื่องจากเมื่อพาไปโรงพยาบาล ผู้สูงอายุรู้สึกว่าจะไม่ได้รับการรักษาอย่างดี ได้รับแต่ยาแก้ไข้หรือพาราเซตามอลเท่านั้น แต่หากไปคลินิกจะได้รับยามากกว่า

ลักษณะการดูแลขึ้นอยู่กับปัจจัยทางเศรษฐกิจ ดังที่ผู้ดูแลในจังหวัดนครสวรรค์กล่าวว่า "...รายได้ไม่ดี การดูแลคนแก่ก็ไม่ทั่วถึง ..." ดังนั้นอาหารจะเป็นตามมีตามเกิด "กินอยู่เท่าที่หาได้.." ไม่ได้มีอาหารพิเศษที่ทำเฉพาะและเหมาะสมกับวัย ในขณะที่ผู้ดูแลบางท่านยอมรับว่าลำบาก เวลาต้องพาผู้สูงอายุไปพบแพทย์เนื่องจากไม่มีรถโดยสาร ต้องเหมารถไป ผู้ดูแลยามเจ็บป่วยซื้อสิ่งของเครื่องใช้ให้ แต่มีบางรายที่สามารถจัดซื้อเครื่องช่วยเดินให้กับผู้สูงอายุได้

นอกจากการดูแลเรื่องกิจวัตรส่วนตัวและสุขภาพของผู้สูงอายุแล้ว ผู้ดูแลบางคน เช่น ในจังหวัดระยองยังพาผู้สูงอายุไปเที่ยว หรือมีการทำกิจกรรมอื่น ๆ ร่วมกัน เช่น การดักบาตร การดูข่าวหรือดูโทรทัศน์ การออกกำลังกาย ส่วนการดูแลผู้สูงอายุที่ยังพอช่วยเหลือตนเองได้นั้น ผู้ดูแลเน้นการดูแลช่วงเช้าและเย็น ในกลางวันผู้สูงอายุจะดูแลตนเอง มีบางรายเท่านั้นที่ผู้ดูแลต้องกลับบ้านเมื่อถึงเวลาอาหารแต่ละมื้อ เพื่อดูแลเรื่องอาหาร กรณีที่ผู้ดูแลประกอบอาชีพอยู่ที่บ้าน มีเวลาดูแลผู้สูงอายุทั้งวัน ดังที่ผู้ดูแลบางรายในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เช่น ผู้ดูแลที่จังหวัดขอนแก่นทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุทั้งวัน เนื่องจากมีอาชีพทอดผ้าอยู่บ้าน ส่วนผู้ดูแลในภาคใต้ ผู้ดูแลส่วนใหญ่ประกอบอาชีพทำสวนยาง ซึ่งจะต้องกรีดยางในเวลากลางคืน 24.00 นาฬิกา จนกระทั่งประมาณ 6.00-8.00 นาฬิกา แล้วจะเข้านอนเมื่อ 10.00 นาฬิกา จนถึงบ่าย บางรายจนถึง 20.00 นาฬิกา ซึ่งกลุ่มนี้ จะมีเวลาดูแลผู้สูงอายุน้อย แต่นิยมซื้ออาหารสำเร็จให้ผู้สูงอายุรับประทาน ในกลุ่มผู้ดูแลที่มีอาชีพรับราชการ ค้าขายของชำ ทำสวน และบางรายไม่ได้มีอาชีพหรือเป็นแม่บ้าน ซึ่งเป็นผู้มีเวลาดูแลผู้สูงอายุมากกว่ากลุ่มแรก มีการรับประทานอาหารร่วมกันในช่วงเช้าและเย็น ลักษณะการดูแลจะดูแลในเรื่องทั่วไป เช่น การทำอาหาร 3 มื้อ บางครั้งในผู้สูงอายุบางรายก็ทำอาหารเอง หรือซื้อมารับประทานเอง โดยส่วนใหญ่ พบว่า มีการทานอาหารร่วมกัน นอกจากนั้นผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ มักช่วยทำงานบ้าน เช่น กวาดบ้าน ถูบ้าน หรือดายหญ้า โดยถือว่าเป็นการออกกำลังกายด้วย

การดูแลผู้สูงอายุขึ้นอยู่กับสภาวะทางด้านสุขภาพ และความสามารถในการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ จากการวิจัยพบว่า การดูแลที่มีสุขภาพร่างกายแข็งแรง หรือช่วยเหลือตนเองได้ จะส่งผลให้มีภาระการดูแลไม่มากมากนัก แต่หากช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ภาระของผู้ดูแลจะมากขึ้นตามลำดับ การดูแลผู้สูงอายุมักต้องดูแลทั้งวัน โดยเริ่มตั้งแต่การตื่นนอนจนกระทั่งเข้านอน (รวมทั้งระหว่างนอนด้วย) การดูแลผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้นั้น เป็นการดูแลในเรื่องทั่วไป ส่วนใหญ่เป็นเรื่องการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น การจัดหาอาหาร การทำความสะอาดเครื่องนอน บ้านเรือน การซักผ้า และงานอื่นๆ ผู้ดูแลมีบทบาทเป็นผู้อำนวยความสะดวกในการดูแลที่ทำหน้าที่ต่าง ๆ แทนผู้สูงอายุ ซึ่งโดยความเป็นจริงแล้ว ผู้สูงอายุบางรายยังสามารถจัดการงานต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง

หน้าที่การดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาและหลงลืม

ผู้สูงอายุที่มีปัญหาและหลงลืม หมายถึง ผู้ที่มีปัญหาด้านอารมณ์ จิตใจ ปัญหาการหลงลืม หรือ ควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ ผู้วิจัยได้กำหนดตัวชี้วัดไว้ 5 ตัว ผลการศึกษา พบว่า ผู้ดูแลมีการปฏิบัติระดับปานกลาง ในเรื่องเกี่ยวกับการช่วยค้นหาสิ่งของที่ผู้สูงอายุมักนำไปซ่อนไว้แล้วลืม $\bar{X}=2.32$ นอกจากนี้เป็นการปฏิบัติในระดับน้อยในเรื่องการจัดการกับความปั่นป่วนหรือการไม่หลับไม่นอนของผู้สูงอายุ $\bar{X}=1.94$ การดูแลเมื่อผู้สูงอายุตะโกนเสียงดัง $\bar{X}=1.93$ การทำความสะอาดเมื่อผู้สูงอายุปัสสาวะ หรือขับถ่ายเลอะเทอะโดยไม่ตั้งใจ $\bar{X}=1.80$ และการช่วยดูแลผู้สูงอายุรับประทานอาหารทางสายยาง $\bar{X}=1.16$ ภาพรวมของการทำหน้าที่เท่ากับ $\bar{X}=1.83$ หมายถึง ผู้ดูแลมีการทำหน้าที่ระดับน้อย

เมื่อพิจารณาตัวชี้วัดในด้านการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มที่มีปัญหาและหลงลืม โดยใช้ค่าร้อยละ พบว่า ผู้ดูแลมีระดับการปฏิบัติสูงสุด ในการช่วยค้นหาสิ่งของที่ผู้สูงอายุมักนำไปซ่อนไว้แล้วลืม คือร้อยละ 33.5 (ตารางที่ 2.18)

ตารางที่ 2.18

หน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาและหลังล้มของผู้ดูแล

การดูแล	ระดับการปฏิบัติ (ร้อยละ)				$\bar{X}$	S.D.
	ไม่ได้ทำ	ทำน้อย	ทำให้บ้าง	ทำให้ทั้งหมด		
- การทำความสะอาดเมื่อผู้สูงอายุปัสสาวะ/ขับถ่าย เลอะเทอะโดยไม่ได้ตั้งใจ	62.0	8.5	16.7	12.8	1.80	1.12
- การช่วยค้นหาสิ่งของที่ผู้สูงอายุมักนำไปซ่อนไว้แล้วลืม	34.7	15.3	33.5	16.5	2.32	1.11
- การให้อาหาร (ทางสายยาง)	92.0	2.3	3.3	2.4	1.16	0.59
- การดูแลเมื่อผู้สูงอายุตะโกนเสียงดัง (อารมณ์ไม่ดี)	49.0	18.2	23.8	9.0	1.93	1.04
- การจัดการกับความปั่นป่วนหรือการไม่หลับไม่นอนของผู้สูงอายุ	50.0	16.3	23.5	10.2	1.94	1.07
รวม					1.83	.86

N= 1,581

นอกจากผู้สูงอายุที่มีปัญหาและหลังล้มแล้ว การดูแลยังรวมถึงผู้สูงอายุที่ช่วยตนเองไม่ได้อีกด้วย ผู้วิจัยแบ่งผู้สูงอายุกลุ่มนี้เป็น 2 ประเภท กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่นอนอยู่กับที่ไม่สามารถช่วยตนเองได้เลย กับผู้สูงอายุที่สามารถเคลื่อนไหวและติดต่อกับผู้อื่น แต่ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ตลอดเวลา เป็นกลุ่มโรคสมองเสื่อม ซึ่งพบในเกือบทุกชุมชน ผู้ดูแลมีภาระในการดูแลอย่างมาก นอกจากการหาอาหารให้รับประทานแล้ว ยังต้องรับภาระในการทำความสะดวกร่างกาย การขับถ่าย ป้อนอาหาร และการดูแลอื่น ๆ ในกลุ่มนี้ผู้ดูแลทำหน้าที่เป็นผู้ให้การช่วยเหลือ เป็นการปฏิบัติงานแทนผู้สูงอายุเนื่องจากผู้สูงอายุไม่สามารถทำกิจกรรมนั้น ๆ ได้ด้วยตนเอง

ช่วงเวลาในการดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้นั้น พบว่า ผู้ดูแลต้องดูแลตลอดทั้งวัน โดยผู้ดูแลต้องอาศัยอยู่ร่วมกันกับผู้สูงอายุ หากแต่เดิมไปประกอบอาชีพหรือไปตั้งถิ่นฐานที่อื่นไม่ได้อาศัยร่วมกับผู้สูงอายุ ก็ต้องย้ายมาดูแลผู้สูงอายุในบ้านตนเอง เพื่อให้มีเวลาดูแลได้เต็มที่ เนื่องจากต้องช่วยทำกิจวัตรส่วนตัวประจำวันให้กับผู้สูงอายุตลอดเวลา ผู้ดูแลส่วนมากต้องออกจากงาน หรือไม่ได้ประกอบอาชีพใดๆ เพื่อมารับบทบาทหน้าที่เพียงอย่างเดียว กรณีที่ต้องไปทำกิจวัระ

บางอย่างผู้ดูแลจะฝากเพื่อนบ้านให้ดูแลแทน แต่กรณีที่ที่ไม่สามารถฝากเพื่อนบ้านหรือญาติดูแลได้ จะทิ้งผู้สูงอายุไว้เพียงบางช่วง ดังที่กล่าวว่า “ฝากไม่ได้ ทำนาเหมือนกัน นาใกล้บ้าน ทิ้งไว้แล้ว กลับมาดู” หากผู้ดูแลบางคนมีความจำเป็นต้องทำงาน เช่น ทำนา ก็จำเป็นต้องปล่อยให้ผู้สูงอายุอยู่ลำพังคนเดียว

ผู้ดูแลซึ่งดูแลผู้สูงอายุที่เป็นอัมพาต เล่าให้ฟังว่า “ต้องดูแลอาหารรสชาติอ่อน ๆ เมื่อหนาวก็ห่มผ้าหรือพาไปนั่งตากแดด จับให้ลูกนอน คอยทำความสะอาดให้อาบน้ำให้ ไม่สบายก็พาไปอนามัย” บางคนก็เล่าว่า “คอยต้มน้ำอุ่นให้อาบ ช้อนแขน พุงเข้าห้องน้ำ ทำความสะอาดทั้งตัว และเสื้อผ้า หาดัก หาน้ำยา หาลามาด้อมกิน ” บางรายที่เป็นผู้สูงอายุดูแลกันเอง ในยามเจ็บป่วยเข้าโรงพยาบาล ก็ต้องไปนอนเฝ้าไข้กันเอง หากผู้ดูแลมีญาติที่เป็นแพทย์ หรือรู้จักกับบุคคลที่มีความรู้ด้านสุขภาพดี ผู้สูงอายุจะได้รับการดูแลที่ดีขึ้น เช่น ผู้ดูแลคนหนึ่ง เล่าว่า “ลูกน้องสาวเป็นหมอ มาทำกายภาพบำบัดให้อุยเสมอ ตรวจสุขภาพตามนัดประจำ” ส่วนผู้ดูแลในจังหวัดระยองซึ่งดูแลผู้สูงอายุที่เป็นอัมพาตเช่นเดียวกัน ผู้ดูแลจะให้ผู้ป่วยนอนอยู่ในบริเวณที่โล่ง แต่มีที่กัน พุงให้ลูกนั่ง นอนอาบน้ำให้ ใช้ผ้าอ้อมสำหรับผู้ใหญ่ หากผู้สูงอายุขับถ่ายออกมามาก ลูกทั้ง 2 คน ต้องช่วยกันทำความสะอาด ส่วนอาหารจะทำอาหารเหลว เช่น ข้าวต้ม ต้มจืด รับประทาน

ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ต่างประสบกับภาวะความลำบากในการดูแลผู้สูงอายุในช่วงระยะแรก แต่เมื่อดูแลไปได้ช่วงหนึ่ง ผู้ดูแลเกิดความเคยชิน จึงไม่รู้สึกว่าเป็นความทุกข์ยาก อย่างไรก็ตามผู้ดูแลบางรายต้องรับภาระการดูแลเชิงซ้อน คือ ดูแลผู้สูงอายุและบุตรหรือหลานของตน ซึ่งผู้ดูแลไม่สามารถทำกิจธุระส่วนตัว หรือจำต้องอยู่ในบ้านตลอดเวลา นอกจากนี้ มีผู้ดูแลบางรายที่ต้องรับภาระการดูแลมากกว่า 2 คน คือดูแลบิดาและบุตรชาย พิจารณาในเวลาเดียวกัน

ดังนั้นกล่าวได้ว่า การดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยตนเองไม่ได้ ผู้ดูแลมีภาระความรับผิดชอบมากกว่าการดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้ เพราะผู้ดูแลจำเป็นต้องเอาใจใส่ดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งมีปัญหาสุขภาพตลอดทั้งวัน

หน้าที่ในการจัดการสภาพแวดล้อม

หน้าที่การจัดการสภาพแวดล้อมให้กับผู้สูงอายุ หมายถึง การปรับปรุงที่อยู่อาศัยและบริเวณแวดล้อมให้เหมาะสมกับสภาพร่างกายของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยได้กำหนดตัวชี้วัดไว้ 5 ด้าน ซึ่งเมื่อพิจารณาผลที่ได้ พบว่า ผู้ดูแลมีการดำเนินการเรื่องต่างๆ ต่อไปนี้ในระดับปานกลาง ได้แก่ การเพิ่มแสงสว่างในกลางคืนให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ $\bar{X} = 2.55$ ซึ่งมีค่าเฉลี่ยที่สูงที่สุด อันดับต่อมาเป็นการจัดบริเวณบ้านให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ และการจัดห้องพักให้กับผู้สูงอายุ $\bar{X} = 2.51$ อันดับสุดท้าย

เป็นการปรับปรุงทางเดิน รววจับในบ้านให้สอดคล้องกับสภาพของผู้สูงอายุ $\bar{X} = 2.06$ ภาพรวมของการทำหน้าที่ในการจัดสภาพแวดล้อมให้กับผู้สูงอายุเท่ากับ $\bar{X} = 2.40$ หมายถึง ผู้ดูแลมีการทำหน้าที่ระดับปานกลาง

เมื่อพิจารณาตัวชี้วัดในด้านการจัดสภาพแวดล้อมให้กับผู้สูงอายุ โดยใช้ค่าร้อยละ พบว่าผู้ดูแลมีการปฏิบัติด้านการเพิ่มแสงสว่างในเวลากลางคืนให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุมากที่สุดคือร้อยละ 30.7 สิ่งที่ไม่ได้ทำสูงสุดคือการปรับปรุงทางเดิน รววจับในบ้านให้สอดคล้องกับสภาพของผู้สูงอายุ ร้อยละ 49.1 (ตารางที่ 2.19)

ตารางที่ 2.19

หน้าที่ในการจัดสภาพแวดล้อมให้กับผู้สูงอายุของผู้ดูแล

กิจกรรม	ระดับการปฏิบัติ (ร้อยละ)				$\bar{X}$	S.D.
	ไม่ได้ทำ	ทำน้อย	ทำให้บ้าง	ทำให้ทั้งหมด		
- การจัดบริเวณบ้านให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ	31.8	12.1	29.9	26.2	2.51	1.19
- การปรับปรุงทางเดิน รววจับในบ้านให้สอดคล้องกับสภาพของผู้สูงอายุ	49.1	12.2	22.1	16.6	2.06	1.17
- การจัดหาอุปกรณ์ในห้องน้ำ/ห้องส้วมเพิ่มเติมเพื่ออำนวยความสะดวกให้ผู้สูงอายุ	38.4	10.4	26.5	24.7	2.38	1.22
- การเพิ่มแสงสว่างในกลางคืนให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ	32.4	11.3	25.6	30.7	2.55	1.23
- การจัดห้องพักให้ผู้สูงอายุ	33.3	10.6	27.8	28.3	2.51	1.22
รวม					2.40	1.02

N=1,581

หน้าที่การประสานงานติดต่อ

การเข้ารับหน้าที่เป็นผู้ประสานงานติดต่อ หมายถึง การที่ผู้ดูแลเป็นธุระในการดำเนินการเรื่องต่างๆให้กับผู้สูงอายุ ซึ่งผู้วิจัยได้กำหนดตัวชี้วัดไว้ 5 ด้าน คือ การติดต่อกับบุคคลอื่น การเป็นเพื่อนพูดคุย การติดต่อธุรกิจอื่น ๆ การจัดการเรื่องเงิน และการดำเนินการเอกสารทางกฎหมาย ซึ่งเมื่อพิจารณาตัวชี้วัดดังกล่าว พบว่า การดำเนินการจัดทำเอกสารทางกฎหมายให้แก่ผู้สูงอายุ $\bar{X}$ = 2.80 เป็นค่าเฉลี่ยที่มีการทำหน้าที่ระดับปานกลางแต่มีค่าสูงกว่าค่าเฉลี่ยอื่น รองลงมาคือ การเป็นเพื่อนพูดคุย $\bar{X}$ = 2.76 การจัดการเรื่องเงิน $\bar{X}$ = 2.73 การติดต่อธุรกิจอื่น ๆ $\bar{X}$ = 2.66 และการติดต่อกับบุคคลอื่น $\bar{X}$ = 2.56 ซึ่งทั้งหมดอยู่ในระดับปานกลาง ภาพรวมการปฏิบัติหน้าที่ $\bar{X}$ = 2.70 หมายถึง ผู้ดูแลมีการปฏิบัติในระดับปานกลาง

เมื่อพิจารณาตัวชี้วัดในด้านการเป็นผู้ประสานงานติดต่อ โดยใช้ค่าร้อยละ พบว่า การอยู่เป็นเพื่อนคุยมีค่าร้อยละสูงสุดคือ ร้อยละ 42.6 ซึ่งหมายถึงเป็นกิจกรรมที่มีการปฏิบัติมากกว่ากิจกรรมอื่น (ตารางที่ 2.20)

ตารางที่ 2.20

หน้าที่ในการเป็นผู้ประสานการติดต่อของผู้ดูแล

กิจกรรม	ระดับการปฏิบัติ (ร้อยละ)				$\bar{X}$	S.D.
	ไม่ได้ทำ	ทำน้อย	ทำให้บ้าง	ทำให้ทั้งหมด		
- การติดต่อกับบุคคลอื่น	26.9	10.9	38.0	24.2	2.56	1.12
- การเป็นเพื่อนพูดคุย	21.9	7.9	42.6	27.6	2.76	1.08
- การติดต่อธุรกิจอื่น ๆ	27.8	8.7	33.4	30.1	2.66	1.18
- การจัดการเรื่องเงิน	25.5	7.6	35.0	31.9	2.73	1.16
- การทำเอกสารทางกฎหมาย	27.6	7.5	22.5	42.4	2.80	1.25
รวม					2.70	.92

N=1,581

หน้าที่ในการเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ กับผู้สูงอายุ

สำหรับหน้าที่การเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ กับผู้สูงอายุ ผู้วิจัยได้กำหนดตัวชี้วัดไว้ 5 ด้าน คือ การทำสมาธิหรือฝึกจิตใจ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมพักผ่อนกับผู้สูงอายุ เช่น ดูโทรทัศน์

การช่วยผู้สูงอายุให้เข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ทางสังคม การให้ผู้สูงอายุได้รับรู้ข่าวสารเพื่อทราบความเป็นไปในสังคม และการพาไปสถานพยาบาลเมื่อผู้สูงอายุต้องไปพบแพทย์ พบว่า การพาไปสถานพยาบาลเมื่อผู้สูงอายุต้องไปพบแพทย์ $\bar{X} = 3.04$ เป็นค่าเฉลี่ยที่ผู้ดูแลทำในระดับมาก การมีส่วนร่วมในกิจกรรมพักผ่อนกับผู้สูงอายุ เช่น ดูโทรทัศน์ $\bar{X} = 2.66$ การให้ผู้สูงอายุได้รับรู้ข่าวสารเพื่อทราบความเป็นไปในสังคม $\bar{X} = 2.57$ การช่วยผู้สูงอายุให้เข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ทางสังคม $\bar{X} = 2.46$ เป็นค่าเฉลี่ยที่ผู้ดูแลมีบทบาทในระดับปานกลาง การทำสมาธิหรือฝึกหัดจิตใจ $\bar{X} = 1.97$ นั้นอยู่ในระดับน้อย ภาพรวมของการทำหน้าที่ด้านนี้ $\bar{X} = 2.54$ หมายถึง ผู้ดูแลมีการปฏิบัติในระดับมาก

เมื่อพิจารณาตัวชี้วัดในด้านการเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ กับผู้สูงอายุ โดยใช้ค่าร้อยละ พบว่า ผู้ดูแลมีการปฏิบัติหน้าที่ในระดับปานกลาง ในเรื่องของการให้ผู้สูงอายุได้รับรู้ข่าวสารเพื่อทราบความเป็นไปในสังคม ร้อยละ 47.5 (ตารางที่ 2.21)

ตารางที่ 2.21

หน้าที่ในการเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ กับผู้สูงอายุของผู้ดูแล

กิจกรรม	ระดับการปฏิบัติ (ร้อยละ)				$\bar{X}$	S.D.
	ไม่ได้ทำ	ทำน้อย	ทำให้บ้าง	ทำให้ทั้งหมด		
- การทำสมาธิ หรือฝึกหัดจิตใจ	51.4	11.8	25.4	11.4	1.97	1.11
- การมีส่วนร่วมในกิจกรรมพักผ่อนกับผู้สูงอายุ เช่น ดูโทรทัศน์	25.2	9.4	40.1	25.3	2.66	1.11
- การช่วยผู้สูงอายุให้เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ทางสังคม	28.7	14.5	38.8	18.0	2.46	1.09
- การให้ผู้สูงอายุได้รับรู้ข่าวสารเพื่อทราบความเป็นไปในสังคม	22.6	13.8	47.5	16.1	2.57	1.01
- การพาไปสถานพยาบาลเมื่อผู้สูงอายุต้องไปพบแพทย์	18.6	6.2	28.0	47.2	3.04	1.13
รวม					2.54	.84

N=1,581

การจัดอันดับการทำหน้าที่ของผู้ดูแล

เมื่อนำค่าเฉลี่ยระดับการปฏิบัติของแต่ละตัวชี้วัดมาจัดเรียงลำดับ พบว่า ผู้ดูแลได้ทำหน้าที่ประสานการติดต่อ ดูแลเป็นธุระให้กับผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยสูงสุด $\bar{X} = 2.70$ อันดับถัดไปเป็นการเข้าร่วมกิจกรรมกับผู้สูงอายุ $\bar{X} = 2.54$ และการจัดสภาพแวดล้อม $\bar{X} = 2.40$ หน้าที่ปฏิบัติน้อยที่สุด ได้แก่ การดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาและหลงลืม $\bar{X} = 1.83$ ภาพรวมของการทำหน้าที่ของผู้ดูแลมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ $\bar{X} = 2.26$ หมายถึง ผู้ดูแลได้ทำหน้าที่การดูแลผู้สูงอายุ ระดับปานกลาง (ตารางที่ 2.22)

ตารางที่ 2.22

การจัดอันดับการทำหน้าที่ของผู้ดูแล

หน้าที่	$\bar{X}$	S.D.
- การประสานงานการติดต่อ	2.70	.92
- การเข้าร่วมกิจกรรมกับผู้สูงอายุ	2.54	.84
- การจัดสภาพแวดล้อมภายในที่อยู่อาศัย	2.40	1.02
- การดูแลทั่วไป	1.84	.86
- การดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาและหลงลืม	1.83	.75
รวม	2.26	.72

N=1,581

ภาพรวมระดับการทำหน้าที่ของผู้ดูแล

เมื่อนำรายการการทำหน้าที่ของผู้ดูแล จำนวน 32 ข้อมาจัดแบ่งระดับการทำหน้าที่เป็นภาพรวมของการทำหน้าที่ของผู้ดูแลนั้น พบว่า ผู้ดูแลร้อยละ 46.9 กระทำหน้าที่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 31.9 กระทำหน้าที่ระดับน้อยและร้อยละ 13.0 กระทำในระดับมาก ส่วนที่ไม่ได้ทำในบางรายการ มีร้อยละ 8.2 (ตารางที่ 2.23)

ตารางที่ 2.23
ระดับการทำหน้าที่ของผู้ดูแล

ระดับ	ร้อยละ (N=1581)
ไม่ได้ทำหน้าที่บางรายการ	8.2
ทำหน้าที่ระดับน้อย	31.9
ทำหน้าที่ระดับปานกลาง	46.9
ทำหน้าที่ระดับมาก	13.0
รวม	100.0

ตอนที่ 5 การทดสอบทางสถิติด้านการทำหน้าที่

5.1 การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่กับตัวแปรอิสระ
ผลการศึกษา มีดังนี้

ความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ของผู้ดูแลกับเพศ

การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ของผู้ดูแลกับเพศของผู้ดูแล ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ดูแลที่ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุในระดับปานกลาง ร้อยละ 47.5 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 45.5 เป็นเพศชาย ผู้ดูแลที่ทำหน้าที่ระดับมาก ร้อยละ13.4 เป็นเพศหญิง และร้อยละ 12.1 เป็นเพศชาย (ตารางที่ 2.24)

ตารางที่ 2.24

ความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ของผู้ดูแลกับเพศ

ระดับหน้าที่	เพศ		รวม
	ชาย	หญิง	
ไม่สามารถทำหน้าที่ได้บางรายการ	6.6	8.9	8.2
ทำหน้าที่ระดับน้อย	35.8	30.2	31.9
ทำหน้าที่ระดับปานกลาง	45.5	47.5	46.9
ทำหน้าที่ระดับมาก	12.1	13.4	13.0
รวม	100.0	100.0	100.0 (N - 1,573)

$\chi^2 = 5.90593$

ความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ของผู้ดูแลกับอายุ

การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ของผู้ดูแลกับอายุของผู้ดูแล มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยผู้ดูแลที่ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุในระดับปานกลาง ร้อยละ 52.0 เป็นผู้ดูแลที่มีอายุระหว่าง 15-24 ปี รองลงมาคือ ผู้ดูแลที่มีอายุระหว่าง 25-59 ปีและ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งมีร้อยละ 48.2 และ 32.5 ตามลำดับ (ตารางที่ 2.25)

ตารางที่ 2.25

ความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ของผู้ดูแลกับอายุ

ระดับหน้าที่	อายุ			รวม
	15-24 ปี	25-59 ปี	60 ปีขึ้นไป	
ไม่สามารถทำหน้าที่ได้บางรายการ	5.1	7.5	15.9	8.2
ทำหน้าที่ระดับน้อย	33.7	30.9	39.5	31.9
ทำหน้าที่ระดับปานกลาง	52.0	48.2	32.5	46.9
ทำหน้าที่ระดับมาก	9.2	13.4	12.1	13.0
รวม	100.0	100.0	100.0	100.0 (N=1,581)

$$X^2 = 26.18823^{***}$$

ความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ของผู้ดูแลกับการศึกษา

การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ของผู้ดูแลกับระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ดูแลที่ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุระดับปานกลาง ร้อยละ 52.3 เป็นผู้ดูแลที่จบชั้นมัธยมศึกษา รองลงมา คือ ผู้ดูแลที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีและสูงกว่า และผู้ดูแลที่ไม่ได้รับการศึกษา/จบชั้นประถมศึกษา ซึ่งมีร้อยละ 49.0 และ 44.2 ตามลำดับ (ตารางที่ 2.26)

ตารางที่ 2.26

ความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ของผู้ดูแลกับการศึกษา

ระดับหน้าที่	ระดับการศึกษา			รวม
	ไม่ได้รับการศึกษา/ ประถมศึกษา	มัธยมศึกษา	ปริญญาตรี และสูงกว่า	
ไม่สามารถทำหน้าที่ได้บางรายการ	9.2	5.5	8.9	8.2
ทำหน้าที่ระดับน้อย	33.6	28.9	29.4	31.9
ทำหน้าที่ระดับปานกลาง	44.2	52.3	49.0	46.8
ทำหน้าที่ระดับมาก	13.0	13.3	12.7	13.1
รวม	100.0	100.0	100.0	100.0 (N=1,576)

$$X^2 = 11.84988$$

ความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ของผู้ดูแลกับฐานะทางเศรษฐกิจ

การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ของผู้ดูแลกับฐานะทางเศรษฐกิจของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยผู้ดูแลที่ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุในระดับปานกลาง ร้อยละ 48.3 เป็นผู้ดูแลมีฐานะทางเศรษฐกิจระดับปานกลาง รองลงมา คือ ผู้ดูแลที่มีฐานะยากจนและฐานะดี ร้อยละ 44.1 และ 41.4 ตามลำดับ (ตารางที่ 2.27)

ตารางที่ 2.27

ความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ของผู้ดูแลกับฐานะทางเศรษฐกิจ

ระดับหน้าที่	ฐานะทางเศรษฐกิจ			รวม
	ยากจน	ปานกลาง	ดี	
ไม่สามารถทำหน้าที่ได้บางรายการ	10.9	6.4	16.3	8.2
ทำหน้าที่ระดับน้อย	31.6	33.0	24.0	32.1
ทำหน้าที่ระดับปานกลาง	44.1	48.3	41.4	46.7
ทำหน้าที่ระดับมาก	13.4	12.3	18.3	13.0
รวม	100.0	100.0	100.0	100.0 (N=1,565)

$$X^2 = 23.17154^{***}$$

5.2 วิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยระดับการทำหน้าที่จำแนกตามระดับอำเภอและตามภาค

เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ ได้พิจารณาคุณลักษณะของพื้นที่ที่เป็น 2 ประเภทคือ กลุ่มที่ 1 เป็นอำเภอชั้นพิเศษ, ชั้น 1 และชั้น 2 และกลุ่มที่ 2 เป็นอำเภอชั้นที่ 3 และ 4 ดังนั้นผู้วิจัยจึงศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับการทำหน้าที่ ตามระดับอำเภอและตามภาคต่างๆ ด้วย ดังนี้

คะแนนเฉลี่ยของระดับการทำหน้าที่ระหว่างอำเภอชั้นพิเศษ, ชั้น 1, ชั้น 2 และระดับอำเภอชั้น 3, 4 ในภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคกลาง ภาคตะวันออก มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 แสดงให้เห็นว่าระดับการทำหน้าที่ผู้ดูแลในพื้นที่ทั้ง 2 กลุ่ม มีความแตกต่างกัน โดยภาคเหนือ อำเภอชั้นพิเศษ 1,2 มีค่าเฉลี่ยของระดับการทำหน้าที่ผู้ดูแลมากกว่าอำเภอชั้น 3,4 แต่ภาคกลาง และตะวันออก อำเภอชั้นพิเศษ 1,2 มีค่าเฉลี่ยต่ำกว่าอำเภอชั้น 3,4 ส่วนภาคใต้ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยอำเภอชั้นพิเศษ 1,2 มีค่าเฉลี่ยสูงกว่าอำเภอชั้น 3,4 เมื่อพิจารณาภาพรวมทุกภาคแล้ว พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่อำเภอชั้นพิเศษ 1,2 มีค่าเฉลี่ยสูงกว่าอำเภอชั้น 3,4 (ตารางที่ 2.28)

ตารางที่ 2.28

การเปรียบเทียบการทำหน้าที่ผู้ดูแล จำแนกตามระดับอำเภอและตามภาค

ประเด็น	ภาค	ระดับอำเภอ	N	$\bar{X}$	SD	t	P
การทำหน้าที่ผู้ดูแล	เหนือ	อ.ชั้น พ, 1,2	231	2.3103	.571	7.72	.000
		อ.ชั้น 3,4	260	1.8220	.821		
	ตะวันออก เฉียงเหนือ	อ.ชั้น พ,1,2	156	1.9115	.650	-5.41	.000
		อ.ชั้น 3,4	131	2.3084	.579		
	กลางและ ตะวันออก	อ.ชั้น พ, 1,2	199	2.2448	.691	-4.41	.000
		อ.ชั้น 3,4	172	2.5623	.692		
	ใต้	อ.ชั้น พ, 1,2	195	2.4732	.648	1.13	.257
		อ.ชั้น 3,4	163	2.4001	.570		
	รวมทุกภาค	อ.ชั้น พ, 1,2	781	2.2546	.665	1.07	.283
		อ.ชั้น 3,4	726	2.2150	.761		

5.3 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ

ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ เมื่อใช้คะแนนการทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุเป็นตัวแปรตามพบว่า ตัวแปรอิสระทั้ง 7 ตัว สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของคะแนนการทำหน้าที่ในการดูแลได้ร้อยละ 38.29 โดยการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ อธิบายการทำหน้าที่ได้ดีที่สุด รองลงมาได้แก่ ความสามารถในการดูแล ระดับการศึกษา รายได้ของผู้ดูแล รายได้ของครอบครัว และความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ ตามลำดับ อย่างไรก็ตาม มีเพียง 3 ตัวแปรที่สามารถอธิบายการทำหน้าที่ของผู้ดูแลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ความสามารถในการดูแล การประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ และระดับการศึกษา โดยตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อการทำหน้าที่ในทางลบ ได้แก่ ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ รายได้ของครอบครัว อาชีพ รายได้ของผู้ดูแล และโดยเฉพาะอย่างยิ่งการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ กล่าวคือ หากผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้มาก ผู้ดูแลจะทำหน้าที่ในการดูแลน้อยกว่าผู้ที่ประเมินว่าผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้น้อย (ตารางที่ 2.29)

ตารางที่ 2.29

ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ เมื่อใช้ตัวแปรอิสระทั้งหมด 7 ตัว เป็นตัวพยากรณ์ และใช้คะแนนการทำหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุเป็นตัวแปรตาม

ตัวพยากรณ์	ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอย		t	p
	B	Beta		
- ความสามารถในการดูแล	.28595	.31942	14.717	.0000
- ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ	-.01765	-.00777	-.356	.7221
- รายได้ของครอบครัว	-.00000006	-.01266	-.480	.6314
- อาชีพ	-.05874	-.04002	-1.777	.0757
- การประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	-.09908	-.50236	-23.125	.0000
- ระดับการศึกษา	.07857	.05231	2.234	.0256
- รายได้ของผู้ดูแล	-.00000004	-.04313	-1.586	.1129

R= .61881

R² = .38292

F= 117.81551

(P<.0001)

ตอนที่ 6 ความสามารถของผู้ดูแลและคุณภาพการดูแล

6.1 การประเมินความสามารถของผู้ดูแล

นอกจากหน้าที่ของผู้ดูแลซึ่งระบุว่า ได้มีการปฏิบัติในระดับใดบ้างแล้วนั้น ผู้วิจัยได้ให้ผู้ดูแลประเมินความสามารถของตน โดยกำหนดตัวชี้วัดของความสามารถว่า ประกอบด้วยความสามารถในการประเมินสภาพร่างกายจิตใจและการพักผ่อนของผู้สูงอายุ ความสามารถในการจัดการกับพฤติกรรมบางอย่างของผู้สูงอายุ และความสามารถในการจัดหาทรัพยากร เพื่อช่วยในการดูแลผู้สูงอายุ ผลการศึกษาแต่ละด้านปรากฏดังนี้

ความสามารถในการประเมินสภาพร่างกายจิตใจและการพักผ่อนของผู้สูงอายุนั้น ผู้ดูแลประเมินว่าตนมีความสามารถในการประเมินความเพียงพอในการพักผ่อนของผู้สูงอายุได้ในระดับปานกลาง แต่เมื่อเรียงลำดับค่าเฉลี่ยแล้ว พบว่า มีค่าสูงกว่าการประเมิน สภาพร่างกายและจิตใจ โดยค่าเฉลี่ยเท่ากับ $\bar{X} = 2.90$ และ $\bar{X} = 2.69$ ตามลำดับ

ความสามารถในการจัดการกับพฤติกรรมบางอย่างของผู้สูงอายุ ผู้ดูแลมีความสามารถในการควบคุมสถานการณ์เมื่อผู้สูงอายุหลงลืม หรือ จำไม่ได้ว่าเป็นใครอยู่ที่ไหน ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย $\bar{X} = 2.77$ เช่นเดียวกับความสามารถในการสังเกตปัญหาที่เกิดจากการกระทำของผู้สูงอายุ $\bar{X} = 2.62$ และ การช่วยจัดการกับปัญหาผู้สูงอายุทำร้าย หรือว่ากล่าวผู้อื่นอย่างรุนแรง $\bar{X} = 2.59$ ที่อยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน เมื่อเรียงลำดับค่าเฉลี่ยแล้ว การควบคุมสถานการณ์เมื่อผู้สูงอายุหลงลืมเป็นค่าเฉลี่ยที่ทำได้มากที่สุด

ความสามารถในการจัดหาทรัพยากรเพื่อช่วยในการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ดูแลมีความสามารถในการจัดการ หรือจัดหาให้บุคคลจากสถาบันต่างๆ เข้ามาช่วยดูแลผู้สูงอายุ $\bar{X} = 2.78$ และความสามารถในการจัดหาอุปกรณ์ในการช่วยเหลือผู้สูงอายุ $\bar{X} = 2.72$ ในระดับปานกลาง

เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยของการประเมินความสามารถ พบว่า ผู้ดูแลประเมินว่าตนมีความสามารถระดับปานกลาง ในทุกรายการ และเมื่อใช้ค่าร้อยละ พบว่า โดยภาพรวมผู้ดูแลร้อยละ 46.3 สามารถดูแลผู้สูงอายุได้ในระดับปานกลาง รองลงมาคือ ร้อยละ 32.6 ทำได้มาก และร้อยละ 17.6 ทำได้น้อย ตามลำดับ (ตารางที่ 2.30)

ตารางที่ 2.30

การประเมินความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุ

การดูแล	ระดับการปฏิบัติ (ร้อยละ)				$\bar{X}$	S.D.
	N=1,581					
	ไม่สามารถประเมินได้	ทำน้อย	ทำได้ระดับปานกลาง	ทำได้มาก		
<u>ความสามารถในการประเมินสภาพร่างกายจิตใจและการพักผ่อน</u>						
- สามารถประเมินภาวะร่างกายจิตใจของผู้สูงอายุได้	20.4	15.7	38.9	25.0	2.69	1.06
- สามารถประเมินการพักผ่อนที่เพียงพอของผู้สูงอายุได้	14.5	11.8	42.4	31.3	2.90	1.00
<u>ความสามารถในการจัดการกับพฤติกรรมบางอย่างของผู้สูงอายุ</u>						
- สามารถควบคุมสถานการณ์การหลงลืมของผู้สูงอายุได้	17.4	16.5	37.6	28.5	2.77	1.05
- สามารถจัดการปัญหาที่ผู้สูงอายุทำร้าย/ว่ากล่าวผู้อื่นอย่างรุนแรงได้	23.1	18.5	34.9	23.5	2.59	1.08
- สามารถสังเกตปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดจากการกระทำของผู้สูงอายุ	20.6	19.9	36.7	22.8	2.62	1.05
<u>ความสามารถในการจัดหาทรัพยากร</u>						
- สามารถจัดการหาอุปกรณ์ในการช่วยเหลือผู้สูงอายุได้	15.7	21.4	37.8	25.1	2.72	1.00
- สามารถจัดการ/จัดแจงให้บุคคลจากหน่วยงานด้านสังคมและสุขภาพช่วยเหลือผู้สูงอายุได้	16.9	16.4	38.9	27.8	2.78	1.03
รวม	3.5	17.6	46.3	32.6	2.72	.98

ภาพรวมระดับความสามารถในการดูแล

เมื่อนำรายการประเมินความสามารถของผู้ดูแล ทั้ง 3 ด้าน รวม 7 ข้อ มาจัดระดับตามระดับการปฏิบัติ โดยแบ่งออกเป็น 3 ระดับ พบว่าผู้ดูแลร้อยละ 46.4 มีความสามารถระดับปานกลาง ร้อยละ 32.6 มีความสามารถสูง และ ร้อยละ 21.0 มีความสามารถต่ำ (ตารางที่ 2.31)

ตารางที่ 2.31

ระดับความสามารถในการดูแล

ระดับ	ร้อยละ (N=1,581)
ความสามารถต่ำ	21.0
ความสามารถปานกลาง	46.4
ความสามารถสูง	32.6
รวม	100.0

6.2 คุณภาพการดูแล

ข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม นำมาอธิบายการประเมินความสามารถของผู้ดูแล และคุณภาพการดูแล ได้ว่า ความสามารถและคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ หลายประการ ปัจจัยสำคัญที่สุด ได้แก่ สภาพร่างกาย จิตใจของผู้สูงอายุและปัจจัยทางเศรษฐกิจ

(1) ปัจจัยด้านสภาพร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุ ปัญหาทางด้านร่างกายที่เกิดจากความเสื่อมของร่างกายและภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ ที่ส่งผลต่อความสามารถและคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุ เมื่อผู้สูงอายุไม่สามารถเคลื่อนไหวหรือดำเนินชีวิตประจำวันได้เช่นที่ผ่านมา ส่งผลให้เกิดปัญหาด้านจิตใจและอารมณ์ เกิดความหงุดหงิด รู้สึกไร้ค่าตนเอง หากผู้ดูแลไม่สามารถดูแลหรือทำภารกิจให้ได้ทัน “ทันใจ” จะมีอาการไม่พอใจ อารมณ์อ่อนไหว น้อยใจ ผู้ดูแลทางภาคเหนือกล่าวเป็นเสียงเดียวกันว่า “คนเฒ่าเป็นขี้ให้ หูบตี อุบได้ยิน ก็เกียด จมทั้งวัน” หมายถึงผู้สูงอายุชอบร้องไห้บ่อยๆ หูฟังไม่ชัด เวลาพูดแล้ว ไม่ได้ยิน ก็โกรธและบ่นทั้งวัน เป็นต้น ผู้ดูแลเพศชายรายหนึ่งอยู่ในภาคใต้ กล่าวว่า “ผู้สูงอายุบ่น บ่นทั้งวัน ไร้ค่า ไร้รู้ทันหรือ ต้องแลกกันไป”

ผู้ดูแลบางคนดูแลเท่าที่ความสามารถของตนจะทำได้ ดังที่กล่าวว่า “ดูแลเท่าที่จะทำได้ หาพืชผักสวนครัว ปลาใกล้บ้าน เช่น ปลาช่อนมาให้กิน ไม่ได้ซื้ออาหารเสริม” แต่มีผู้สูงอายุที่เป็น

อัมพาตบางคนได้ทำกายภาพบำบัดเป็นประจำ เพราะผู้ดูแลมีญาติเป็นแพทย์ นอกจากนี้ ผู้ดูแลบางท่านได้หาความรู้ในการดูแลโดยการดูข่าว หรือฟังจากลูกหลานที่มีความรู้ และเพื่อนเล่าสู่กันฟัง

ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ผู้ดูแลได้พยายามจัดหาอุปกรณ์ หรือแสวงหาวิธีการช่วยเหลือให้สามารถช่วยตนเองได้ เท่าที่กำลังความสามารถของตนจะทำได้ โดยช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ แทนตัวผู้สูงอายุ ซื้อยามาให้รับประทาน หรือพาไปพบแพทย์บ้างยามเจ็บป่วย หรือหาวิธีการช่วยเหลือในการเดิน ,การเข้าห้องน้ำ, การรับประทานอาหาร เป็นต้น โดยครอบครัวใด สมาชิกมี สัมพันธภาพที่ดีต่อกัน สมาชิกก็จะช่วยกัน ทำให้ผู้ดูแลมีปัญหาในการดูแลน้อย แต่หากครอบครัวใด สัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี ก็ส่งผลให้ไม่มีคุณภาพในการดูแล เช่น บางกรณีที่พบในจังหวัดระยอง ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็น อัมพฤกษ์ มีบุตรชายที่ไปทำงานต่างถิ่น ต้องอาศัยอยู่กับลูกสะใภ้และหลานชาย แต่ความสัมพันธ์ระหว่างลูกสะใภ้และหลานชายไม่ดีคือ ลูกชายไม่นับถือแม่ เพราะแม่ประพฤติตัวไม่เหมาะสม ดื่มเหล้าตลอดเวลา จึงมีแต่หลานดูแลตามมีตามเกิด มาป้อนข้าวให้อย่า ช่วงเวลาพักกลางวันและหลังโรงเรียนเลิก อย่างไรก็ตามหลานชายยังเด็ก ขาดวุฒิภาวะห่วงที่จะเล่น ส่วนลูกสะใภ้มีอาการติดเหล้า ผู้สูงอายุจึงไม่ได้รับการดูแลที่ดี มักถูกละทิ้งขาดคุณภาพในการดูแล จนอยู่ในสภาพที่อันตรายความตาย

ผู้สูงอายุที่มีปัญหาการเจ็บป่วย เช่น เป็นโรคสมองเสื่อม อัมพาต อาการที่ปรากฏคือ ความจำเสื่อม พูดถึงเรื่องต่างๆ ที่คิดสร้างแต่งเรื่องขึ้นมาเอง พูดถึงหรือบอกว่าเห็นคนที่เสียชีวิตไปแล้วมาขึ้นอยู่ในห้อง หรือเพิ่งได้พูดคุยกัน ผู้ดูแลที่ประสบเหตุการณ์นี้ต่างบอกว่า ตนรู้สึกกลัวผียิ่งกลางคืนมีความกลัวเพิ่มขึ้น ผู้สูงอายุบางรายไม่สามารถควบคุมภาวะการขับถ่ายได้ ทำเลอะเทอะบริเวณบ้าน เพิ่มความยากลำบากในการดูแลขึ้นไปอีก บางครั้งถอดเสื้อผ้าเดินในบริเวณบ้าน สร้างความอับอายให้ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว พฤติกรรมต่างๆ เหล่านี้ เป็นผลมาจากความเจ็บป่วยทางร่างกาย ส่งผลต่อภาวะการดูแล และจิตใจของผู้ดูแล โดยผู้ดูแลที่สามารถควบคุมอารมณ์และความรู้สึกได้นั้น ทำให้บรรยากาศการดูแลเป็นไปอย่างราบรื่น แต่หากควบคุมอารมณ์ไม่ได้ บรรยากาศการดูแลเป็นไปในทางลบ และส่งผลทางลบต่อคุณภาพการดูแลด้วยเช่นกัน

สำหรับผู้สูงอายุที่ยังช่วยตนเองได้และไม่มีปัญหาด้านการเจ็บป่วยนั้น ผู้สูงอายุกลับมีบทบาทในการช่วยเหลืองานในครอบครัว รวมทั้งช่วยดูแลสมาชิกอื่น เช่น หลาน อีกด้วย กรณีผู้ดูแลที่มีสถานภาพเป็นสามีหรือภรรยา ซึ่งมีอายุมากกว่า 60 ปีด้วยกันนั้น ผู้ดูแลมีปัญหาด้านร่างกายอยู่บ้าง ผู้สูงอายุต่างเข้าใจในสภาพปัญหานี้ และช่วยดูแลกันและกันไป ความสามารถในการดูแลจึงขึ้นอยู่กับความพึงพอใจของทั้ง 2 ฝ่ายด้วย

(2) **ปัจจัยทางเศรษฐกิจ** เป็นปัจจัยที่สำคัญอีกประการหนึ่ง ที่มีผลต่อความสามารถในการดูแล แม้ว่าผู้ดูแลจะมีความเต็มใจที่จะดูแลก็ตาม แต่บางครั้งการดูแลต้องจัดหาอาหาร ยา หรืออุปกรณ์พิเศษอื่นๆ เพิ่มเติม ซึ่งต้องใช้เงินในการซื้อหา มา ครอบครัวที่ขาดแคลนไม่สามารถจัดหาได้ ทำให้ผู้ดูแลบางรายรู้สึกผิดที่ตนไม่สามารถให้สิ่งที่ดีแก่ผู้สูงอายุได้ ดังที่กล่าวว่า “ขาดเงินทองต้องทำงานอื่นด้วย เวลามีนงานทำก็อาจจะดูแลได้ไม่เต็มที่ ตอนนี้ก็กินตามมีตามเกิด ถ้ามีเงินก็คงดีกว่านี้” ในขณะที่บางครอบครัวซึ่งมีฐานะดี จะสามารถจัดเครื่องอุปโภคบริโภคให้ผู้สูงอายุได้อย่างครบครัน เช่น ผู้ดูแลในจังหวัดเชียงใหม่คนหนึ่งเล่าถึงการให้อาหารเสริมแก่ผู้สูงอายุ และใช้ Walker ในการช่วยเดิน

ในการสนทนา ได้ให้ผู้ดูแลประเมินความสามารถของตนในการดูแล ซึ่งต่างประเมินความสามารถในการดูแลของตนว่า ดูแลได้ดีปานกลาง แม้มีความตั้งใจดีที่จะดูแล แต่ก็ดูแลไม่ได้ดีที่สุด เพราะมีภาระหน้าที่ส่วนตัว หรือมีปัญหาด้านเศรษฐกิจ ผู้ดูแลในภาคเหนือส่วนใหญ่ประเมินความสามารถของตนในการดูแลระดับปานกลาง ด้วยเหตุผลจากปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ ถึงกับกล่าวว่า “...เงินเท่านั้น อยู่ได้เพราะเงิน...” ผู้ดูแลที่จังหวัดขอนแก่น กล่าวว่า “ได้ดูแลเต็มที่แล้ว แต่จะดีที่สุดหรือเปล่าไม่รู้ และภูมิใจที่มีแม่” ส่วนผู้ดูแลที่จังหวัดสกลนคร กล่าวว่า “ไม่เต็มที่ทั้งด้านอาหาร ที่อยู่อาศัย เพราะถ้าดูแลได้เต็มที่คงจะจัดอาหารเสริมสุขภาพให้ได้” โดยภาพรวมเห็นได้ว่าผู้ดูแลในภาคตะวันออกเฉียงเหนือคิดว่าการดูแลผู้สูงอายุนั้นได้ทำเต็มความสามารถแล้ว ดูแลได้ดีเต็มที่ได้อะไรหรือไม่ นั่น ไม่สามารถบอกได้ ทราบแต่ว่าทำสุดความสามารถแล้ว “อาหารการกินก็รู้ว่าควรทำอะไรที่ดีต่อสุขภาพ แต่บางทีก็ไม่มีให้กิน” สิ่งที่สามารถทำได้มากที่สุด คือ การให้กำลังใจ โดยไม่ปล่อยให้ผู้สูงอายุอยู่ตามลำพัง จะปรึกษาหารือในเรื่องต่างๆ ตลอดเวลา

ผู้ดูแลในภาคกลางแต่ละคนประเมินความสามารถในการดูแลแตกต่างกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับภาระรับผิดชอบ โดยผู้ดูแลที่รับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุเพียงคนเดียว ได้ประเมินความสามารถของตนว่า ทำงานอย่างเต็มที่ แตกต่างกับผู้ดูแลที่มีภาระดูแลบุคคลอื่น ๆ คือบุตร ซึ่งเป็นบุตรยังเล็ก และอยู่ในวัยกำลังศึกษา มีเวลาในการดูแลจำกัด ทำให้การดูแลไม่ละเอียด ไม่ใส่ใจ หรือดูแลไม่เต็มที่ ผู้ดูแลในจังหวัดระยอง ต่างประเมินความสามารถในการดูแลค่อนข้างสูง หรือร้อยละ 70-80 เนื่องจากผู้สูงอายุยังสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ สามารถทำงานบ้าน ถางหญ้า รดน้ำ ปลูกผัก หรือทำตามความต้องการได้ อีกทั้งผู้ดูแลไม่ได้ดูแลผู้สูงอายุตลอดเวลา ผู้ดูแลในภาคใต้ต่างประเมินความสามารถของตนในการดูแลแล้ว “เราว่าดีแล้ว ดูแลได้แค่นั้น ดีแล้วตามประสา” อย่างไรก็ตามผู้ดูแลบางคนกลับรู้สึกว่าความสามารถในการดูแลไม่ดีเท่าที่ควร ในกรณีที่ผู้สูงอายุมีภาวะทางจิตใจและอารมณ์ไม่ปกติ มีความเครียดส่งผลกระทบต่อคุณภาพการดูแลด้วย “เขาไม่ถูกใจ ไม่รู้จะเอาใจอย่างไร” จากที่กล่าวมาเห็นว่า

ผู้ดูแลโดยรวมต่างรู้สึกพึงพอใจในคุณภาพการดูแล คิดว่าเป็นกิจวัตรประจำวัน ไม่รู้สึกเหน็ดเหนื่อย และเป็นความเคยชินในการดูแล

ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่า ผู้ดูแลต่างพึงพอใจกับความสามารถของตนในการดูแลผู้สูงอายุ โดยรับรู้ถึงความจำกัดของทรัพยากรบางอย่าง หรือบางรายรู้สึกว่าตนยังทำได้ไม่เต็มที่หรือทำได้ไม่ดีเท่าที่ควร แต่ในภาพรวมผู้ดูแลทั้งหมดต่างมีความเต็มใจในการดูแล และประเมินคุณภาพการดูแลว่าได้ทำอย่างดีที่สุดแล้ว

ตอนที่ 7 การทดสอบทางสถิติด้านความสามารถของผู้ดูแล

7.1 การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถของผู้ดูแลกับตัวแปรอิสระ

ผลการศึกษา มีดังนี้

ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถของผู้ดูแลกับเพศ

การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถกับเพศของผู้ดูแล ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ดูแลที่มีความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุระดับปานกลาง ร้อยละ 49.7 เป็นเพศชาย และร้อยละ 44.9 เป็นเพศหญิง แต่ร้อยละ 33.8 ของเพศหญิงมีความสามารถในระดับสูง สูงกว่าผู้ดูแลชาย ซึ่งมีร้อยละ 29.9 (ตารางที่ 2.32)

ตารางที่ 2.32

ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถของผู้ดูแลกับเพศ

ระดับความสามารถ	เพศ		รวม
	ชาย	หญิง	
น้อย	20.4	21.3	21.0
ปานกลาง	49.7	44.9	46.3
มาก	29.9	33.8	32.7
รวม	100.0	100.0	100.0 (N=1581)

$$X^2 = 3.22061$$

ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถของผู้ดูแลกับอายุ

การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถกับอายุของผู้ดูแล มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยร้อยละ 53.0 ของผู้ดูแลที่มีอายุ 15-24 ปี มีความสามารถระดับปานกลาง สูงกว่าผู้ดูแลที่มีอายุ 25-59 ปี และอายุ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งมีร้อยละ 46.3 และ 42.7 ตามลำดับ (ตารางที่ 2.33)

ตารางที่ 2.33

ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถของผู้ดูแลกับอายุ

ระดับความสามารถ	อายุ			รวม
	15-24 ปี	25-59 ปี	60 ปีขึ้นไป	
น้อย	19.4	19.9	31.8	21.0
ปานกลาง	53.0	46.3	42.7	46.4
มาก	27.6	33.8	25.5	32.6
รวม	100.0	100.0	100.0	100.0 (N=1581)

$$X^2 = 14.83083^*$$

ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถของผู้ดูแลกับการศึกษา

การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถของผู้ดูแลกับการศึกษาของผู้ดูแล ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ดูแลที่มีความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุระดับปานกลาง ร้อยละ 47.2 เป็นผู้ดูแลที่ไม่ได้รับการศึกษา/จบชั้นประถมศึกษา รองลงมาคือ ผู้ดูแลที่จบชั้นมัธยมศึกษา และจบการศึกษาระดับปริญญาตรีและสูงกว่า ซึ่งมีร้อยละ 45.6 และ 42.7 ตามลำดับ (ตารางที่ 2.34)

ตารางที่ 2.34

ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถของผู้ดูแลกับการศึกษา

ระดับความสามารถ	ระดับการศึกษา			รวม
	ไม่ได้รับการศึกษา/ ประถมศึกษา	มัธยมศึกษา	ปริญญาตรี และสูงกว่า	
น้อย	21.6	20.7	18.5	21.1
ปานกลาง	47.2	45.6	42.7	46.3
มาก	31.2	33.7	38.8	32.6
รวม	100.0	100.0	100.0	100.0 (N=1576)

$$X^2 = 3.94710$$

ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถของผู้ดูแลกับฐานะทางเศรษฐกิจ

การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถของผู้ดูแลกับฐานะทางเศรษฐกิจของผู้ดูแล มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยผู้ดูแลที่มีความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุปานกลาง ร้อยละ 47.0 เป็นผู้ดูแลที่มีฐานะปานกลาง รองลงมาคือ ผู้ดูแลที่มีฐานะยากจนและฐานะดี ซึ่งมีร้อยละ 46.8 และ ร้อยละ 36.5 ตามลำดับ (ตารางที่ 2.35)

ตารางที่ 2.35

ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถของผู้ดูแลกับฐานะทางเศรษฐกิจ

ระดับความสามารถ	ฐานะทางเศรษฐกิจ			รวม
	ยากจน	ปานกลาง	ดี	
น้อย	24.3	20.5	16.4	21.2
ปานกลาง	46.8	47.0	36.5	46.3
มาก	28.9	32.5	47.1	32.5
รวม	100.0	100.0	100.0	100.0 (N=1565)

$$X^2 = 13.93710^*$$

7.2 การวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยระดับความสามารถในการดูแลจำแนกตามระดับอำเภอและตามภาค

การวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยระดับความสามารถในการดูแล จำแนกตามระดับอำเภอชั้นพิเศษ, ชั้น 1, ชั้น 2 และระดับอำเภอชั้น 3,4 พบว่าภาคเหนือ และภาคกลาง ภาคตะวันออก มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยภาคเหนือชั้น อำเภอชั้นพิเศษ, 1,2 มีค่าเฉลี่ยระดับความสามารถสูงกว่าอำเภอชั้น 3,4 แต่ภาคกลางและตะวันออก อำเภอชั้น 3,4 มีค่าเฉลี่ยสูงกว่าอำเภอชั้นพิเศษ, 1,2 ส่วนภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคใต้ ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และอำเภอชั้น 3,4 มีค่าเฉลี่ยระดับความสามารถสูงกว่าอำเภอชั้นพิเศษ,1,2 เช่นเดียวกัน เมื่อพิจารณาภาพรวมทุกภาคแล้ว พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และอำเภอชั้น 3,4 มีค่าเฉลี่ยระดับความสามารถสูงกว่าอำเภอชั้นพิเศษ,1,2 (ตารางที่ 2.36)

ตารางที่ 2.36

การเปรียบเทียบความสามารถในการดูแล จำแนกตามระดับอำเภอและตามภาค

ประเด็น	ภาค	ระดับอำเภอ	N	$\bar{X}$	SD	t	P
ความสามารถ	เหนือ	อ.ชั้น พ,1,2	231	2.6382	.728	2.80	.005
		อ.ชั้น 3,4	260	2.4495	.759		
	ตะวันออก	อ.ชั้น พ,1,2	156	2.7766	.720	-.17	.867
		อ.ชั้น 3,4	131	2.7906	.690		
	กลางและ ตะวันออก	อ.ชั้น พ,1,2	199	3.0524	.710	-2.89	.004
		อ.ชั้น 3,4	172	3.2633	.692		
	ใต้	อ.ชั้น พ,1,2	195	2.4520	.704	-1.22	.223
		อ.ชั้น 3,4	163	2.5688	1.039		
	รวมทุกภาค	อ.ชั้น พ,1,2	781	2.7249	.748	.14	.891
		อ.ชั้น 3,4	726	2.7306	.645		

7.3 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแล

ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ เมื่อใช้คะแนนความสามารถในการดูแลเป็นตัวแปรตาม พบว่า ตัวแปรอิสระทั้ง 5 ตัว สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของคะแนนความสามารถในการดูแลได้ร้อยละ 1.383 โดยรายได้ของผู้ดูแล อธิบายความสามารถในการดูแลได้ดีที่สุด รองลงมา ได้แก่ การประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ภาวะอารมณ์จิตใจ ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ และอาชีพ ตามลำดับ อย่างไรก็ตาม ถ้านับเฉพาะตัวแปรที่สามารถอธิบายความสามารถในการดูแลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีเพียง 2 ตัวแปร คือ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และรายได้ ซึ่งความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ เป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในทางลบ กล่าวคือ ผู้ดูแลที่ประเมินว่าผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหรือช่วยเหลือตนเองได้มาก จะมีความสามารถในการดูแลน้อยกว่าผู้ดูแลที่ประเมินว่าผู้สูงอายุปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้น้อย ในทำนองเดียวกันกับภาวะอารมณ์จิตใจของผู้ดูแล คือ ผู้ดูแลที่มีภาวะความเครียดมาก จะมีความสามารถในการดูแลน้อยกว่าผู้ที่มีความเครียดน้อย (ตารางที่ 2.37)

ตารางที่ 2.37

ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ เมื่อใช้ตัวแปรอิสระทั้งหมด 5 ตัว เป็นตัวพยากรณ์ และใช้คะแนนความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุเป็นตัวแปรตาม

ตัวพยากรณ์	ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอย		t	p
	B	Beta		
- การประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	-.01596	-.07287	- 2.799	.0052
- ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ	.01948	.00785	.306	.7593
- อาชีพ	.00865	.00536	.207	.8360
- รายได้ของผู้ดูแล	.00001	.08343	3.166	.0016
- ภาวะอารมณ์จิตใจ	-.03312	-.02578	-.975	.3295

R = .11760

R² = .01383

F = 4.22129

(P < .001)

สรุป

ผู้ดูแลผู้สูงอายุหรือญาติผู้ดูแล ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป โดยบุคคลเหล่านี้ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งมีสถานภาพเป็นบิดา มารดา หรือญาติตายายของตนในครอบครัว ผู้ดูแลเหล่านี้ ส่วนใหญ่รับหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ 1 คนในครอบครัว มีเพียงจำนวนน้อยเท่านั้นที่ดูแลผู้สูงอายุมากกว่า 1 คนขึ้นไป สำหรับผู้สูงอายุที่ต้องดูแลนั้นมีสัดส่วนเป็นเพศหญิงสูงกว่าเพศชายเล็กน้อย มีอายุระหว่าง 65-74 ปีเป็นจำนวนมากกว่ากลุ่มอื่นๆ โดยผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง มีเพียงร้อยละ 1.8 เท่านั้นที่ไม่สามารถปฏิบัติได้

หน้าที่ของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุนั้น มีทั้งการดูแลทั่วไปซึ่งเป็นการดูแลเกี่ยวกับการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ การดูแลเรื่องอาหาร เสื้อผ้า ความเป็นอยู่ ตั้งแต่ตื่นนอนจนเข้านอน รวมทั้งการเป็นธุระด้านต่างๆ แทนผู้สูงอายุ การทำหน้าที่ของผู้ดูแลนี้ส่วนใหญ่ต่างระบุว่า เป็นกิจกรรมที่ต้องทำเป็นกิจวัตรอยู่แล้ว ไม่รู้สึกว่าเป็นภาระ ซึ่งผู้สูงอายุส่วนใหญ่ต่างมีภาวะร่างกายที่แข็งแรงช่วยเหลือตนเองได้ หน้าที่ด้านการดูแลส่วนบุคคล ซึ่งรวมอยู่ในการดูแลทั่วไปจึงมีค่าเฉลี่ยในระดับต่ำ แต่ภารกิจที่มีได้ปฏิบัติเป็นกิจวัตร ซึ่งได้แก่ การประสานการติดต่อ การเป็นธุระให้กับผู้สูงอายุนั้น ผู้ดูแลเห็นว่า เป็นลักษณะการกระทำที่ต้องทำเป็นพิเศษซึ่งผู้สูงอายุไม่สามารถกระทำได้ด้วยตนเอง ผู้ดูแลต้องกระทำแทน ดังนั้นหน้าที่ในด้านการประสานงานการติดต่อ จึงมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าค่าอื่นๆ ภาพรวมระดับการทำหน้าที่ของผู้ดูแลนั้น พบว่า ผู้ดูแลร้อยละ 46.9 ทำหน้าที่ในระดับปานกลาง มีเพียงร้อยละ 13.0 เท่านั้น ที่ทำหน้าที่ระดับมาก ที่เหลือเป็นการทำหน้าที่ระดับน้อยและไม่ได้ทำในบางรายการ

ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่า ผู้ดูแลมีบทบาทหน้าที่ในการดำเนินกิจกรรมแทนผู้สูงอายุสูงกว่าบทบาทหน้าที่ในกิจวัตรประจำวัน และต่างมีความพึงพอใจกับการรับบทบาทเป็นผู้ดูแลและพอใจกับความสามารถของตนในการดูแลผู้สูงอายุ โดยต่างระบุว่า ได้ทำอย่างดีที่สุดแล้ว

การพิจารณาความสามารถของผู้ดูแล โดยให้ผู้ดูแลประเมินด้วยตนเอง พบว่า ผู้ดูแลประเมินว่ามีความสามารถในการประเมินการพักผ่อนที่เพียงพอของผู้สูงอายุในระดับมาก ($\bar{X}=2.78$) เช่นกัน เมื่อพิจารณาค่าร้อยละ ของระดับความสามารถของผู้ดูแลแล้ว พบว่า ร้อยละ 46.3 ประเมินความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง และร้อยละ 32.6 มีความสามารถดูแลผู้สูงอายุในระดับมาก ที่เหลือเป็นความสามารถในระดับน้อยและไม่สามารถประเมินได้

การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการทำหน้าที่ดูแลนั้น พบว่า ความสามารถในการดูแลการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุและระดับการศึกษาสามารถอธิบายการทำหน้าที่ของผู้ดูแลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และความสามารถในการปฏิบัติ

กิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุอธิบายการทำงานที่ได้ดีที่สุด ส่วนความสามารถในการดูแลนั้น
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุและรายได้ของผู้ดูแล สามารถอธิบาย
ความสามารถในการดูแลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยรายได้ของผู้ดูแลอธิบายความสามารถใน
การดูแลได้ดีที่สุด

บทที่ 3

ภาวะอารมณ์และจิตใจของผู้ดูแล

การดูแลผู้สูงอายุเป็นภารกิจที่มีความรับผิดชอบสูง เป็นงานหนักที่ต้องใช้เวลา กำลังกาย ความรู้และการเสียสละอย่างมาก ดังนั้นจึงก่อให้เกิดปัญหาต่อผู้ดูแลในหลายประการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาด้านอารมณ์และจิตใจ ซึ่งอาจนำไปสู่ความเครียดของผู้ดูแลได้ ในทางตรงกันข้ามผู้ที่ไม่มีปัญหาด้านอารมณ์และจิตใจ ย่อมมีความพึงพอใจต่อการรับหน้าที่ผู้ดูแลดังกล่าว ซึ่งอาจกล่าวได้ว่า การดูแลผู้สูงอายุส่งผลกระทบทั้งทางลบและทางบวก ต่ออารมณ์และจิตใจของผู้ดูแล ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้จึงกำหนดความหมายของภาวะอารมณ์และจิตใจของผู้ดูแลไว้ว่า เป็นความรู้สึกไม่สบายใจที่มีต่อการดูแลผู้สูงอายุที่แสดงออกในลักษณะความวิตกกังวล ความขัดแย้งและการรู้สึกตำหนิตนเอง และความรู้สึกยินดีต่อการเป็นผู้ดูแลในลักษณะของรางวัลที่ได้รับจากการดูแลผู้สูงอายุ โดยผลการศึกษาในบทนี้ มีเนื้อหา 4 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ภาวะอารมณ์และจิตใจของผู้ดูแล

ตอนที่ 2 การทดสอบทางสถิติด้านภาวะอารมณ์และจิตใจ

ตอนที่ 3 รางวัลที่ได้รับจากการเป็นผู้ดูแล

ตอนที่ 4 การทดสอบทางสถิติด้านรางวัลจากการเป็นผู้ดูแล

ตอนที่ 1 ภาวะอารมณ์และจิตใจของผู้ดูแล

ในการดูแลผู้สูงอายุนั้น หากผู้ดูแลต้องดูแลผู้สูงอายุเพียงลำพังหรือต้องรับหน้าที่หลายๆ อย่าง จนทำให้ไม่มีเวลาเป็นส่วนตัวหรือ มีความกังวลในเรื่องการดูแลหลายๆ เรื่อง และรู้สึกว่าตนเองต้องรับภาระหนักจากการดูแล ก็อาจทำให้ผู้ดูแลเกิดความวิตกกังวล และมีแนวโน้มที่จะเกิดความเครียดได้ ผู้วิจัยจึงได้กำหนดตัวชี้วัดภาวะอารมณ์และจิตใจของผู้ดูแล ที่เกิดจากการดูแลผู้สูงอายุ 3 ด้าน ได้แก่ ภาวะอารมณ์และจิตใจที่มีความวิตกกังวล ภาวะอารมณ์และจิตใจเกี่ยวกับความขัดแย้งและภาวะอารมณ์และจิตใจที่รู้สึกตำหนิตนเอง ผลการศึกษามีดังนี้

ภาวะอารมณ์และจิตใจที่มีความวิตกกังวล

ผู้ดูแล ร้อยละ 25.5 มีความวิตกกังวลในเรื่องค่าใช้จ่ายประมาณ 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ โดยร้อยละ 14.6 มีความวิตกกังวลอยู่ทุกวัน ค่าเฉลี่ยของระดับความวิตกกังวล $\bar{X} = 2.18$ อยู่ในระดับมาก ส่วนความวิตกกังวลด้านความเพียงพอของความรู้และสุขภาพของตนนั้น ร้อยละ 29.3

และ 28.7 มีความวิตกกังวล 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ โดยทั้ง 2 รายการมีค่าเฉลี่ย $\bar{X} = 1.73$ และ $\bar{X} = 1.77$ ในระดับปานกลาง (ตารางที่ 3.1)

ตารางที่ 3.1

ภาวะอารมณ์และจิตใจของผู้ดูแลที่มีความวิตกกังวล

ภาวะอารมณ์และจิตใจ	ร้อยละ(N=1,581)					$\bar{X}$	S.D.
	ไม่รู้สึกละเลย	1-2 ครั้ง/ สัปดาห์	3-4 ครั้ง/ สัปดาห์	5-6 ครั้ง/ สัปดาห์	ทุกวัน		
- วิตกกังวลกลัวไม่มีเงินใช้จ่ายเพียงพอ	45.0	25.5	10.2	4.7	14.6	2.18	1.42
- วิตกกังวลว่าไม่มีความรู้เพียงพอที่จะดูแลผู้สูงอายุ	54.6	29.3	8.1	3.6	4.4	1.73	1.04
- วิตกกังวลต่อสุขภาพของตน	54.6	28.7	7.9	2.4	6.4	1.77	1.11

ภาวะอารมณ์และจิตใจที่เกี่ยวข้องกับความขัดแย้ง

ผู้ดูแลส่วนหนึ่งรู้สึกที่มีความขัดแย้งทั้งกับผู้สูงอายุและกับสมาชิกในครอบครัว โดยร้อยละ 28.7 รู้สึกที่มีความขัดแย้งกับผู้สูงอายุที่ดูแลสัปดาห์ละ 1-2 ครั้งแต่ที่มีความขัดแย้งทุกวัน มีเพียงร้อยละ 1.2 ส่วนความขัดแย้งกับสมาชิกในครอบครัวนั้น ร้อยละ 24.4 มีความขัดแย้ง 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ ซึ่งทั้ง 2 ประการ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลางและน้อยตามลำดับ (ตารางที่ 3.2)

ตารางที่ 3.2

ภาวะอารมณ์และจิตใจของผู้ดูแลที่แสดงถึงความขัดแย้ง

ภาวะอารมณ์และจิตใจ	ร้อยละ(N=1,581)					$\bar{X}$	S.D.
	ไม่รู้สึกละเลย	1-2 ครั้ง/ สัปดาห์	3-4 ครั้ง/ สัปดาห์	5-6 ครั้ง/ สัปดาห์	ทุกวัน		
- มีความขัดแย้งกับผู้สูงอายุที่ดูแล	64.3	28.7	4.7	1.1	1.2	1.46	0.74
- มีความขัดแย้งกับสมาชิกในครอบครัว	69.6	24.4	4.5	0.8	0.7	1.38	0.67

ภาวะอารมณ์และจิตใจที่แสดงความรู้สึกคับข้องใจ

ผู้ดูแลส่วนน้อยที่มีปัญหาด้านนี้ โดยร้อยละ 26.2 รู้สึกว่าไม่มีเวลาได้พูดคุยกับสมาชิกอื่นในครอบครัวสัปดาห์ละ 1-2 ครั้งและร้อยละ 5.9 รู้สึกทุกวัน ร้อยละ 18.3 รู้สึกผิดเกี่ยวกับสภาพการณ์ที่เป็นอยู่ คือ รู้สึกโกรธ, ไม่พอใจผู้สูงอายุ และร้อยละ 12.5 มีความคับแค้นใจจนต้องแอบร้องไห้สัปดาห์ละ 1-2 ครั้งเช่นกัน โดยค่าเฉลี่ยของระดับความรู้สึก $\bar{X} = 1.63, 1.44, 1.24$ อยู่ในระดับปานกลางทั้งหมด (ตารางที่ 3.3)

ตารางที่ 3.3

ภาวะอารมณ์และจิตใจของผู้ดูแลที่แสดงถึงความรู้สึกคับข้องใจ

ภาวะอารมณ์และจิตใจ	ร้อยละ (N=1,581)					$\bar{X}$	S.D.
	ไม่รู้สึก เลย	1-2ครั้ง/ สัปดาห์	3-4ครั้ง/ สัปดาห์	5-6ครั้ง/ สัปดาห์	ทุกวัน		
- ไม่มีเวลาที่จะพูดคุยกับสมาชิก อื่นๆ ในครอบครัว	61.4	26.2	5.4	1.1	5.9	1.63	1.05
- รู้สึกผิดเกี่ยวกับสภาพการณ์ที่ เป็นอยู่ (โกรธ, ไม่พอใจผู้สูงอายุ)	72.2	18.3	5.4	1.4	2.7	1.44	0.85
- คับแค้นใจจนต้องแอบร้องไห้	82.6	12.5	3.6	0.7	0.6	1.24	0.61

ข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม นำมาอธิบายภาวะอารมณ์และจิตใจของผู้ดูแลได้ชัดเจนขึ้นว่าในกลุ่มผู้ดูแลที่มีปัญหาด้านจิตใจ เกิดจากสาเหตุหลายประการ โดยส่วนหนึ่งเกิดจากภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ความเจ็บป่วย สภาพร่างกายและจิตใจอารมณ์ของผู้สูงอายุ ทำให้มีผลต่อความเครียดของผู้ดูแล หากผู้สูงอายุอารมณ์ดี ไม่บ่นหรือถอนใจ ทำให้ผู้ดูแลพึงพอใจ “ไม่ถอนใจมาก ทำอะไรให้ก็ไม่เคยว่า” แต่หากผู้สูงอายุมีสภาพจิตใจไม่ปกติ ย่อมส่งผลต่อความเครียดของผู้ดูแลด้วย บางครั้งผู้ดูแลรู้สึกท้อใจ เบื่อหน่าย ต้องการให้ลูกหลานคนอื่นรับภาระนี้แทน

กรณีที่ผู้ดูแลมีความเครียดและความวิตกกังวลนั้น สาเหตุอีกประการหนึ่งเกิดจากปัจจัยทางเศรษฐกิจ รายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่ายและไม่สามารถซื้อหาสิ่งของหรืออาหารที่เหมาะสมให้ผู้สูงอายุได้ เช่น ผู้ดูแลในจังหวัดเชียงราย กล่าวว่า “คิดมาก ไม่มีอะไรกิน นอนน้ำตาไหล” หรือมีความกังวลเรื่องสุขภาพของผู้สูงอายุ เพราะอยากให้ผู้สูงอายุหาย จากการเจ็บป่วย โดยมีจำนวนหนึ่งที่ดำเนินตนเองว่า ความทุกข์ยากของตนเองเป็นปัจจัยสำคัญในการควบคุม

อารมณ์และความรู้สึกที่มีต่อผู้สูงอายุ

สาเหตุอีกประการหนึ่ง ที่ทำให้ผู้ดูแลมีปัญหาด้านจิตใจ คือ กลุ่มผู้ดูแลที่มีได้คาดคิดว่าจะต้องรับบทบาทนี้ ไม่มีการเตรียมตัวเตรียมใจในการดูแล ผู้ดูแลรู้สึกเหน็ดเหนื่อย จนบางครั้งมีผลต่อภาวะสุขภาพของตน และมักกล่าวว่า “คนแก่ขี้บ่น น้อยใจ หลงลืม” ทำให้บางครั้งผู้ดูแลรู้สึกน้อยใจในการดูแล และอึดอัดเมื่อผู้สูงอายุบ่น ไม่พอใจ นอกจากนี้ผู้ดูแลยังรู้สึกเครียด เบื่อชีวิต ไม่มีความสุขทางใจ รู้สึกมีภาระที่ต้องดูแลผู้สูงอายุ หรือรู้สึกเป็นเวรเป็นกรรม อย่างไรก็ตามสำหรับผู้ดูแลที่ไม่มีปัญหาทางด้านจิตใจจะไม่รู้สึกเบื่อ ด้วยเหตุผลที่ว่า การดูแลพ่อแม่เป็นการแสดงความกตัญญู เป็นสิ่งที่ดี นอกจากนี้ยังประณามคนอื่นที่ทิ้งไม่สนใจใยดีพ่อแม่ หรือผู้สูงอายุอีกด้วย

การแก้ไขปัญหาทางด้านจิตใจของผู้ดูแล

เมื่อผู้ดูแลมีความเครียดและวิตกกังวลจนเกือบถึงจุดที่ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ สมาชิกในครัวเรือนจะเข้ามาช่วยรับภาระแทนบางช่วงเวลา เช่น บุตรหรือสามี แม้เป็นการดูแลเพียงชั่วคราว แต่ทำให้ผู้ดูแลผ่อนคลายความตึงเครียดได้บ้าง ผู้ดูแลบางรายจะใช้วิธีพูดคุยกับเพื่อนบ้าน ปรับทุกข์หรือเล่าเรื่องความคับข้องใจให้เพื่อนบ้านได้รับทราบ ทำให้ผ่อนคลายลงบ้าง

ผู้ดูแลในภาคเหนือบางคนมีวิธีการแก้ไขปัญหาคือความเครียด ความเบื่อหน่ายของตน ในการดูแลผู้สูงอายุที่จู้จี้ขี้บ่น ด้วยการพยายามทำใจ “ปลง” โดย “ปล่อยให้อยู่บ่น ไม่ต้องสนใจ” นอกจากนั้นความศรัทธาในศาสนา ส่งผลถึงความเชื่อของผู้ดูแลในทุกๆภาค ให้ระลึกว่า การเลี้ยงดูบิดามารดา หรือญาติที่สูงอายุเป็นกุศลเป็นบุญ เป็นมงคลกับชีวิต แต่หากไม่ดูแลจะมีบาปติดตัว ดังที่ ผู้ดูแลในจังหวัดระยองคนหนึ่งกล่าวว่า “เต็มใจทำ บาปบุญคู่กัน เบื่อก็กทำไ้ได้ เราเป็นลูก” บางคนก็เล่าถึงการเตรียมตัว เตรียมใจเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุว่า “ไม่เคยคิดเตรียมตัว เป็นการซุ่มซ่ามตั้งแต่เกิด คิดว่าเมื่อเราดูแลพ่อแม่ พ่อเราแก่อีกหน่อยลูกก็เลี้ยงดูเรา”

เรื่องความเครียด หรือความวิตกกังวล โดยมากไม่ได้เกิดจากการดูแลผู้สูงอายุ แต่เกิดจากปัจจัยทางเศรษฐกิจ รายได้ที่ไม่พอกับรายจ่าย อีกทั้งการรับภาระการดูแลคนอื่น ๆ นอกจากผู้สูงอายุ เช่น บุตร หรือน้อง ทำให้ผู้ดูแลบางคนร้องไห้คนเดียว นอกจากความเครียดที่เกิดจากปัจจัยทางเศรษฐกิจแล้ว ผู้ดูแลบางรายเกิดความเครียดกับปัจจัยอื่นๆ อาทิ การไม่มีหลักประกันด้านฌาปนกิจ เนื่องจากผู้สูงอายุมีอายุมากขึ้นเกรงว่าเมื่อเสียชีวิต จะไม่มีเงินทำศพ นอกจากนั้นบางรายยังถูกโกงเงินจากหน่วยงานที่ดำเนินการด้านสมาคมฌาปนกิจอีกด้วย ดังนั้นวิธีการคลายเครียดของผู้ดูแล คือ การพูดคุยกับเพื่อนบ้านเพื่อปรับทุกข์ หรือเข้ากลุ่ม ชมรมผู้สูงอายุ และมีบางกรณีที่ผู้ดูแลอยู่ในวัยรุ่น ใช้วิธีเดินเล่นเพื่อพักผ่อนสมอง เช่น ผู้ดูแลเพศชายคนหนึ่งในจังหวัด

สกลนคร เล่าถึงการแก้ปัญหาความรู้สึกเครียดของตนว่า "โมโหก็ไปเดินเล่น" อย่างไรก็ตามแม้ว่าผู้ดูแลจะมีอารมณ์โกรธ เบื่อ หรือไม่พอใจ เครียดกับภาระ และรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้สูงอายุ แต่ผู้ดูแลต่างระบุว่า "ถึงอย่างไรก็ต้องทนกับหน้าที่ที่ได้รับ"

การรับบทบาทนี้ สำหรับผู้ที่ไม่มีเตรียมตัวเตรียมใจในการดูแล เช่น ผู้ที่เข้ามาเป็นสมาชิกในครอบครัวฐานะสะกั ทำให้เกิดความรู้สึกถึงภาระในการดูแลและความยากลำบากต่างๆ ทั้งการปรนนิบัติและด้านจิตใจ เมื่อต้องมารับหน้าที่นี้ เขาไม่สามารถปฏิเสธได้ ด้วยความเกรงใจคู่สมรสและเกรงสังคมจะครหาจึงต้องรับหน้าที่ดูแล ผู้ดูแลรายหนึ่งกล่าวว่า "เป็นเวรเป็นกรรมกันมา ต้องดูแลไปจนกว่าใครจะหมดเวรหมดกรรมไปก่อน" ซึ่งแสดงให้เห็นความขมขื่นในการดูแลผู้สูงอายุเป็นทุกขภาระที่เขาไม่สามารถแสดงออกได้ ผู้ดูแลรายหนึ่งระบุว่า บางครั้งต้องร้องไห้คนเดียว ท้อใจกับสภาพที่เป็นอยู่ จนบางครั้งอยากให้ตนเองตายไปก่อน

กลุ่มที่มีปัญหาในการปรับตัวอีกกลุ่มหนึ่ง คือกลุ่มผู้ดูแลที่มีงานประจำ ต้องปรับเวลาการทำงาน ทำให้รู้สึกเหนื่อย เครียด และไม่มีความสุข ตรงกันข้ามกับผู้ดูแลที่เป็นเกษตรกร หรือมีกิจการส่วนตัวทำที่บ้าน กลุ่มนี้จะมีอิสระกว่ากลุ่มแรกและปรับตัวได้ดีกว่า เพราะไม่จำเป็นต้องปรับเวลาการทำงาน

นอกจากนี้ผู้ดูแลบางคนรู้สึกน้อยใจผู้สูงอายุ ที่ไม่ได้รับการชมเชยจากผู้สูงอายุ ซึ่งมักจะชมผู้อื่นที่มาเยี่ยมมากกว่า โดยเฉพาะอย่างยิ่ง บุตรที่อยู่ห่างไกล หากมาเยี่ยมแล้ว ผู้สูงอายุจะชื่นชมและยินดีมาก ผู้ดูแลบางรายรู้สึกเบื่อหน่ายกับหน้าที่ โดยเฉพาะภาวะอารมณ์จิตใจ และภาวะความเสื่อมทางร่างกายของผู้สูงอายุ ที่ต่อต้านการรักษาสุขภาพ หรือการให้คำแนะนำของผู้ดูแล โดยผู้สูงอายุมักดื้อไม่ยอมทานยา หรือไปพบแพทย์ตามนัด ส่วนอารมณ์โกรธ หรือไม่พอใจก็มีบ่อยขึ้น แต่ผู้ดูแลคิดว่าเป็นเรื่องเล็กน้อยเท่านั้น เช่น ผู้ดูแลในจังหวัดระยอง ซึ่งตอบข้อซักถามที่ว่ารู้สึกอย่างไรระหว่างที่ดูแลผู้สูงอายุว่า "บางครั้งตนรู้สึกน้อยใจ" บางคนก็"เครียดเพราะทำทุกอย่าง" ในส่วนของความเครียดนั้น ผู้ดูแลที่จังหวัดหนองบัวลำภู กล่าวว่า "บางครั้งเวลาที่ผู้สูงอายุบ่นมากๆก็รำคาญ มักบ่นว่าลูกไม่มาหา หูผู้สูงอายุก็ไม่ค่อยดีไม่ได้ยิน เวลาเราพูดแรงๆ ดังๆก็หาว่าตะคอก" สิ่งที่คุณดูแลต้องฟังผู้สูงอายุบ่นเป็นประจำก็คือ เรื่อง สุขภาพ และการรักษาสุขภาพ บางครั้งทำให้ผู้ดูแลเหนื่อยกับการดูแลผู้สูงอายุอยากให้ลูกหลานคนอื่นมารับไปดูแลบ้าง

ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ในเขตภาคกลาง มีความเหนื่อยกับการดูแล แต่ต่างก็มีความเต็มใจ อย่างไรก็ตามการดูแลนั้น เป็นการดูแลเชิงซ้อน ซึ่งต้องดูแลทั้งบิดาหรือมารดา และบุตรหลานของตน นอกจากนี้บางรายต้องดูแลพี่สาวของตนอีกด้วย ผู้ดูแลบางราย

กล่าวว่า "...เป็นทั้งบุญและบาปในการดูแล..." เนื่องจากบางครั้งผู้ดูแลมีความรำคาญ จนอาจแสดงความไม่พอใจกับผู้สูงอายุ ซึ่งผู้ดูแลรู้สึกผิดที่ทำเช่นนั้น

ปัญหาด้านจิตใจของผู้ดูแลในภาคใต้ นั้น สรุปได้ว่า ขึ้นอยู่กับสภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ของผู้สูงอายุ และตัวของผู้ดูแลว่ามีปัญหาทางด้านสุขภาพหรือไม่ ซึ่งถ้ามีปัญหาทางด้านสุขภาพแล้ว ผู้ดูแลจะรู้สึกเหน็ดเหนื่อยในการดูแล จนบางครั้งเป็นลมและรู้สึกรำคาญผู้สูงอายุ "คนแก่ขี้บ่นน้อยใจ หลงลืม" ทำให้บางครั้งผู้ดูแลรู้สึกน้อยใจในการดูแล และอดอึดเวลาผู้สูงอายุบ่น ไม่พอใจ นอกจากนี้ผู้ดูแลรู้สึกเครียด เบื่อชีวิต ไม่มีความสุขทางใจ เป็นภาระในการดูแลผู้สูงอายุ เป็นเวรกรรม อย่างไรก็ตามสำหรับผู้ดูแลที่ไม่มีปัญหาทางด้านสุขภาพจะไม่รู้สึกเบื่อ ด้วยเหตุผลที่ว่า การดูแลพ่อแม่เป็นการแสดงความกตัญญูเป็นสิ่งที่ดี นอกจากนี้ยังประณามคนอื่น ที่ทิ้งไม่สนใจใยดีพ่อแม่หรือผู้สูงอายุอีกด้วย เพราะการเลี้ยงดูบุพการีเป็นการทดแทนพระคุณ แสดงความกตัญญู เป็นหน้าที่ทางสังคมที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ ดังที่ผู้ดูแลส่วนใหญ่กล่าวในทำนองเดียวกันว่า "...ธรรมดา ลูกต้องทดแทนคุณพ่อแม่..."

กล่าวโดยสรุป ถึงแม้ผู้ดูแลกลุ่มหนึ่ง มีปัญหาด้านอารมณ์และจิตใจทางลบต่อการดูแลผู้สูงอายุก็ตาม แต่ในภาพรวม ส่วนใหญ่ผู้ดูแลไม่รู้สึกทางลบต่อบทบาทนี้

ภาพรวมระดับภาวะอารมณ์และจิตใจของผู้ดูแล

ระดับภาวะอารมณ์และจิตใจของผู้ดูแลในภาพรวม เมื่อนำข้อคำถามเกี่ยวกับภาวะอารมณ์และจิตใจของผู้ดูแลทั้งหมดมาแบ่งกลุ่มตามระดับของความรู้สึกที่เกิดขึ้น โดยคาดว่า ภาวะอารมณ์จิตใจที่มีความวิตกกังวล ความขัดแย้ง และความคับข้องใจเหล่านี้ จะนำไปสู่ความรู้สึกเครียดต่อบทบาทที่ได้รับ ผลการศึกษาปรากฏว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ร้อยละ 54.1 มีแนวโน้มต่อความเครียดน้อย ร้อยละ 17.1 มีแนวโน้มต่อความเครียดปานกลาง ร้อยละ 25.7 ไม่มีแนวโน้มต่อความเครียด โดยกลุ่มที่แนวโน้มต่อความเครียดมากจนถึงมากที่สุด มีเพียงร้อยละ 3.1 เท่านั้น (ตารางที่ 3.4)

ตารางที่ 3.5

ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะอารมณ์และจิตใจกับเพศ

แนวโน้มต่อความเครียด	เพศ		รวม
	ชาย	หญิง	
ไม่มีและมีระดับน้อย	78.9	80.2	79.8
มีระดับปานกลาง	18.5	16.6	17.1
มีระดับมากและมากที่สุด	2.6	3.2	3.1
รวม	100	100	100 (N=1,573)

$$X^2 = 1.35608$$

ภาวะอารมณ์และจิตใจกับการศึกษา

การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างภาวะอารมณ์และจิตใจกับการศึกษาของผู้ดูแล มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยร้อยละ 91.1 ของผู้ดูแลที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีและสูงกว่า ไม่มีแนวโน้มต่อความเครียดและมีระดับน้อย สูงกว่าผู้ดูแลที่จบชั้นมัธยมศึกษาและไม่ได้รับการศึกษา/ประถมศึกษา ซึ่งมีร้อยละ 83.5 และร้อยละ 76.7 ตามลำดับ (ตารางที่ 3.6)

ตารางที่ 3.6

ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะอารมณ์และจิตใจกับการศึกษา

แนวโน้มต่อความเครียด	ระดับการศึกษา			รวม
	ไม่ได้รับการศึกษา/ ประถมศึกษา	มัธยมศึกษา	ปริญญาตรีและ สูงกว่า	
ไม่มีและมีระดับน้อย	76.7	83.5	91.1	79.9
มีระดับปานกลาง	19.4	15.0	8.3	17.2
มีระดับมากและมากที่สุด	3.9	1.5	.6	2.9
รวม	100	100	100	100 (N=1,576)

$$X^2 = 26.85638^{***}$$

ภาวะอารมณ์และจิตใจกับอายุ

การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างภาวะอารมณ์และจิตใจกับอายุของผู้ดูแล ไม่มี
ความสัมพันธ์ต่อกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยร้อยละ 80.2 ของผู้ดูแลที่มีอายุระหว่าง 25-59 ปี ไม่มีแนวโน้มต่อความเครียดและมีระดับน้อย สูงกว่าผู้ดูแลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปและอายุระหว่าง 15-24 ปีเล็กน้อย ซึ่งมีร้อยละ 79.6 และร้อยละ 74.5 ตามลำดับ (ตารางที่ 3.7)

ตารางที่ 3.7

ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะอารมณ์และจิตใจกับอายุ

แนวโน้มต่อความเครียด	อายุ			รวม
	15-24 ปี	25-59 ปี	60ปีขึ้นไป	
ไม่มีและมีระดับน้อย	74.5	80.2	79.6	79.8
มีระดับปานกลาง	23.5	16.7	17.3	17.1
มีระดับมากและมากที่สุด	2.0	3.1	3.1	3.1
รวม	100	100	100	100 (N=1,581)

$X^2 = 3.65328$

ภาวะอารมณ์และจิตใจกับฐานะทางเศรษฐกิจ

การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างภาวะอารมณ์และจิตใจกับฐานะทางเศรษฐกิจ มี
ความสัมพันธ์ต่อกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.001 โดยร้อยละ 91.3 ของผู้ดูแลที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดี ไม่มีแนวโน้มต่อความเครียดและมีระดับน้อยสูงกว่าผู้ดูแลที่มีฐานะทางเศรษฐกิจปานกลางและยากจน ซึ่งมีร้อยละ 83.3 และร้อยละ 67.1 ตามลำดับ (ตารางที่ 3.8)

ตารางที่ 3.8

ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะอารมณ์และจิตใจกับฐานะทางเศรษฐกิจ

แนวโน้มต่อความเครียด	ฐานะทางเศรษฐกิจ			รวม
	จน	ปานกลาง	ดี	
ไม่มีและมีระดับน้อย	67.1	83.3	91.3	79.7
มีระดับปานกลาง	26.8	14.6	6.8	17.2
มีระดับมากและมากที่สุด	6.1	2.1	1.9	3.1
รวม	100	100	100	100 (N=1,565)

$X^2 = 60.12397^{***}$

2.2 การวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยระดับภาวะอารมณ์และจิตใจของผู้ดูแลจำแนกตามระดับอำเภอและตามภาค

การวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยระดับภาวะอารมณ์และจิตใจที่ปกติของผู้ดูแล จำแนกตามระดับอำเภอและตามภาคต่างๆ พบว่า ภาคเหนือ ภาคกลาง ภาคตะวันออก และภาคใต้ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยภาคเหนือและภาคใต้ ในอำเภอชั้นพิเศษ,1,2 มีค่าเฉลี่ยระดับภาวะอารมณ์จิตใจที่ปกติ สูงกว่าอำเภอชั้น 3,4 แต่ภาคกลางและตะวันออก อำเภอชั้น 3,4 มีค่าเฉลี่ยสูงกว่าอำเภอชั้นพิเศษ,1,2 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และอำเภอชั้นพิเศษ,1,2 มีค่าเฉลี่ยระดับภาวะอารมณ์จิตใจที่ปกติสูงกว่าอำเภอชั้น 3,4 เมื่อพิจารณาภาพรวมของทุกภาคแล้ว พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.001 และอำเภอชั้น 3,4 มีค่าเฉลี่ยระดับภาวะอารมณ์จิตใจที่ปกติ สูงกว่าอำเภอชั้นพิเศษ,1,2 (ตารางที่ 3.9)

ตารางที่ 3.9

การเปรียบเทียบภาวะอารมณ์และจิตใจของผู้ดูแล จำแนกตามระดับอำเภอและตามภาค

ประเด็น	ภาค	ระดับอำเภอ	N	$\bar{X}$	SD	t	P
ภาวะอารมณ์และจิตใจ	เหนือ	อ.ชั้น พ, 1,2	231	1.8966	.692	7.12	.000
		อ.ชั้น 3,4	260	1.4856	.587		
	ตะวันออก	อ.ชั้น พ,1,2	156	1.7973	.743	2.02	.045
		อ.ชั้น 3,4	131	1.6365	.578		
	กลางและตะวันออก	อ.ชั้น พ,1,2	199	1.3354	.492	-3.93	.000
		อ.ชั้น 3,4	172	1.5465	.542		
	ใต้	อ.ชั้น พ,1,2	195	1.6897	.714	3.60	.000
		อ.ชั้น 3,4	163	1.4578	.446		
	ภาพรวมทุกภาค	อ.ชั้น พ,1,2	781	1.6821	.697	5.00	.000
		อ.ชั้น 3,4	726	2.5210	.548		

N=1,507

2.3 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะอารมณ์และจิตใจของผู้ดูแล

ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ เมื่อใช้คะแนนภาวะอารมณ์และจิตใจของผู้ดูแลเป็นตัวแปรตาม พบว่า ตัวแปรอิสระทั้ง 6 ตัว สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของคะแนนภาวะอารมณ์และจิตใจของผู้ดูแลได้ร้อยละ 2.8276 โดยรายได้ของผู้ดูแล สามารถอธิบายภาวะอารมณ์และจิตใจของผู้ดูแลได้ดีที่สุด รองลงมาได้แก่ ความคิดเห็นของผู้ดูแลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ,ระดับการศึกษา ,การทำหน้าที่ดูแล, รายได้ของครอบครัว และอาชีพ ตามลำดับ อย่างไรก็ตาม ถ้านับเฉพาะตัวแปรที่สามารถอธิบายภาวะอารมณ์และจิตใจของผู้ดูแลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีเพียง 4 ตัวแปร คือ การทำหน้าที่ดูแล, รายได้ของผู้ดูแล ,ระดับการศึกษา และการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ โดยมี 3 ตัวแปร ที่เป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อภาวะอารมณ์และจิตใจของผู้ดูแลในทางลบ กล่าวคือ ผู้ดูแลที่มีรายได้น้อย การศึกษาน้อย และประเมินว่าผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้น้อยนั้น จะเกิดความรู้สึกทางภาวะอารมณ์และจิตใจมากและอาจเกิดภาวะเครียดได้ (ตารางที่ 3.10)

ตารางที่ 3.10

ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ เมื่อใช้ตัวแปรอิสระทั้งหมด 6 ตัว
เป็นตัวพยากรณ์และใช้คะแนนภาวะอารมณ์และจิตใจของผู้ดูแลเป็นตัวแปรตาม

ตัวพยากรณ์	ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอย		t	p
	B	Beta		
- การทำหน้าที่ดูแล	.07353	.08612	2.778	.0055
- รายได้ของผู้ดูแล	-.000001	-.14321	-4.335	.0000
- อาชีพ (เกษตรกร, ไม่ใช่เกษตรกร)	.02379	.01900	.692	.4892
- ระดับการศึกษา	-.14553	-.11356	-4.021	.0001
- การประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ	-.02323	-.13791	-4.443	.000
- รายได้ของครอบครัว	-.0000001	-.02808	-.873	.3827

R = .28276

R² = .28276

F = 19.30706

(p < .0001)

ตอนที่ 3 รางวัลที่ได้รับจากการเป็นผู้ดูแล

การรับบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุในอีกด้านหนึ่ง ยังก่อให้เกิดผลดีต่อผู้ดูแล โดยบางครั้งทำให้ผู้ดูแลรู้สึกที่ตนเองได้รับรางวัลจากการดูแลผู้สูงอายุซึ่งเป็นเสมือนกำลังใจ หรือตัวเสริมสร้างพลังให้มีการดูแลผู้สูงอายุต่อไป ผู้วิจัยได้ให้ผู้ดูแลประเมินรางวัลที่ได้รับจากการดูแล 3 ด้านคือ ด้านความพึงพอใจของตนเอง ด้านค่านิยมของสังคม และด้านสัมพันธภาพกับผู้สูงอายุ ผลการศึกษามีดังนี้

ด้านความพึงพอใจของตนเอง

ผู้วิจัยได้กำหนดตัวชี้วัดรางวัลที่ได้รับจากการดูแลผู้สูงอายุด้านทำให้เกิดความพึงพอใจต่อตนเองออกเป็น 4 ประการ ซึ่งเมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยของตัวชี้วัดดังกล่าว พบว่า การดูแลผู้สูงอายุเป็นการให้ประสบการณ์ที่สำคัญมีค่าเฉลี่ย $\bar{X} = 3.48$ หมายถึง ผู้ดูแลมีความรู้สึกกับรางวัลในเรื่องนี้ระดับสูงและยังเป็นค่าเฉลี่ยที่สูงกว่าค่าเฉลี่ยอื่นๆ การได้ดูแลผู้สูงอายุทำให้เกิดความเข้าใจสถานการณ์ของการเป็นผู้สูงอายุ มีค่าเฉลี่ย $\bar{X} = 3.46$ การได้ดูแลผู้สูงอายุ เป็นรางวัลชีวิตสำหรับตนเอง มีค่าเฉลี่ย $\bar{X} = 3.38$ และอันดับสุดท้าย การได้รับการเรียนรู้เกี่ยวกับสุขภาพ และความ

เจ็บป่วยในฐานะเป็นดูแล มีค่าเฉลี่ย $\bar{X} = 3.35$ ซึ่งทั้งหมดเป็นค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง และภาพรวมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.42 หมายถึงผู้ดูแลมีความรู้สึกด้านความพึงพอใจของตนเองระดับสูง

เมื่อพิจารณาระดับความรู้สึกถึงรางวัลที่ได้รับจากการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยใช้ค่าร้อยละ พบว่า ผู้ดูแลมักมีความรู้สึกพึงพอใจในการเป็นผู้ดูแล ในระดับมากทุกประเด็น โดยการได้ดูแลผู้สูงอายุ เป็นการให้รางวัลชีวิตเป็นความรู้สึกที่ผู้ดูแลพอใจมาก ร้อยละ59.6 รองลงมาเป็นการให้ประสบการณ์ที่สำคัญ ร้อยละ59.1 และการทำให้เข้าใจสถานการณ์ของการเป็นผู้สูงอายุโดยทั่วไป ร้อยละ 56.8 (ตารางที่ 3.11)

ตารางที่ 3.11

ระดับความรู้สึกด้านความพึงพอใจของตนเองจากการเป็นผู้ดูแล

สิ่งที่ได้รับ	ร้อยละ				$\bar{X}$	S.D.
	ไม่รู้สึก	ระดับความรู้สึก				
		น้อย	ปานกลาง	มาก		
- การได้ดูแลผู้สูงอายุเป็นการให้รางวัลชีวิต	7.7	6.2	26.5	59.6	3.38	0.90
- การได้ดูแลผู้สูงอายุทำให้เข้าใจสถานการณ์ของการเป็นผู้สูงอายุโดยทั่วไป	3.0	5.0	35.2	56.8	3.46	0.73
- การดูแลผู้สูงอายุเป็นการให้ประสบการณ์ที่สำคัญ	3.2	4.3	33.4	59.1	3.48	0.73
- ได้รับการเรียนรู้อย่างมากเกี่ยวกับสุขภาพและความเจ็บป่วย	4.1	7.6	37.4	50.9	3.35	0.79
รวม					3.42	0.79

N=1,581

ด้านค่านิยมของสังคม

สำหรับด้านค่านิยมของสังคม พบว่า การได้ดูแลผู้สูงอายุเป็นการตอบแทนบุญคุณผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.66 ซึ่งหมายถึง ผู้ดูแลมีความรู้สึกในเรื่องนี้ระดับสูงและยังเป็นค่าเฉลี่ยสูงสุด การได้ดูแลหรือช่วยผู้สูงอายุเป็นการทำสิ่งสำคัญมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.58 และการได้ดูแลผู้สูงอายุ ทำให้ได้รับความชื่นชม และเห็นความสำคัญจากบุคคลรอบข้าง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.24

เป็นค่าเฉลี่ยระดับสูง และภาพรวมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.49 หมายถึงผู้ดูแลมีความรู้สึกด้านการได้รับรางวัลจากสังคมระดับสูง

เมื่อพิจารณาระดับความรู้สึกถึงรางวัลที่ได้รับ โดยใช้ค่าร้อยละ พบว่า การได้ดูแลผู้สูงอายุเป็นการตอบแทนบุญคุณผู้สูงอายุ มีค่าความรู้สึกในระดับมาก ร้อยละ 75.9 โดยที่ระดับความรู้สึกของผู้ดูแลต่อการได้ดูแลผู้สูงอายุเป็นการทำให้รู้สึกว่าได้ทำในสิ่งที่สำคัญอยู่ในระดับมากเช่นกัน แต่มีค่าร้อยละ 68.8 (ตารางที่ 3.12)

ตารางที่ 3.12

ระดับความรู้สึกด้านค่านิยมของสังคมจากการเป็นผู้ดูแล

สิ่งที่ได้รับ	ร้อยละ				X̄	S.D.
	ไม่รู้สึก	ระดับความรู้สึก				
		น้อย	ปานกลาง	มาก		
- การได้ดูแลผู้สูงอายุทำให้ได้รับความชื่นชมและเห็นความสำคัญจากบุคคลรอบข้าง	6.4	7.1	42.2	44.3	3.24	0.84
- การได้ดูแล/ช่วยผู้สูงอายุเป็นการทำให้รู้สึกว่าได้ทำในสิ่งที่สำคัญ	3.3	4.6	23.3	68.8	3.58	0.73
- การได้ดูแลผู้สูงอายุเป็นการตอบแทนบุญคุณผู้สูงอายุ	3.9	2.7	17.5	75.9	3.66	0.71
					3.49	0.76

N=1,581

ด้านสัมพันธภาพกับผู้สูงอายุ

ความรู้สึกได้รับรางวัลด้านสัมพันธภาพกับผู้สูงอายุ พบว่า การได้ดูแลผู้สูงอายุ ทำให้สมาชิกในครอบครัวใกล้ชิดซึ่งกันและกัน $\bar{X} = 3.54$ เป็นความรู้สึกในระดับสูง การได้ดูแลผู้สูงอายุทำให้ สัมพันธภาพกับผู้สูงอายุดี $\bar{X} = 3.45$ อยู่ในระดับสูง และภาพรวมค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.49แสดงว่า ผู้ดูแลมีความรู้สึกถึงรางวัลที่ได้รับด้านสัมพันธภาพกับผู้สูงอายุระดับสูง

เมื่อพิจารณาระดับความรู้สึกถึงรางวัลที่ได้รับ โดยใช้ค่าร้อยละ ผู้ดูแลต่างประเมินระดับความรู้สึกในระดับมาก ในประเด็นที่ว่า การได้ดูแลผู้สูงอายุทำให้ครอบครัวรู้สึกใกล้ชิดซึ่งกันและกัน

มีร้อยละ 64.6 ส่วนการได้ดูแลผู้สูงอายุทำให้สัมพันธ์ภาพกับผู้สูงอายุดีขึ้น ร้อยละ 57.4 (ตารางที่ 3.13)

ตารางที่ 3.13

ความรู้สึกด้านสัมพันธ์ภาพกับผู้สูงอายุจากการเป็นผู้ดูแล

สิ่งที่ได้รับ	ร้อยละ				X̄	S.D.
	ไม่รู้สึก	ระดับความรู้สึก				
		น้อย	ปานกลาง	มาก		
- การได้ดูแลผู้สูงอายุทำให้สัมพันธ์ภาพกับผู้สูงอายุดีขึ้น	3.7	4.6	34.3	57.4	3.45	0.75
- การได้ดูแลผู้สูงอายุช่วยทำให้ทุกคนในครอบครัวรู้สึกใกล้ชิดซึ่งกันและกัน	3.4	3.9	28.1	64.6	3.54	0.72
รวม					3.49	0.73

N=1,581

ระดับความรู้สึกตารางวัดที่ได้รับจากการดูแลผู้สูงอายุนี้ เป็นแรงจูงใจที่ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกมีกำลังใจ และเป็นการเสริมพลัง ดังนั้นจึงนำระดับความรู้สึกมาจัดแบ่งเป็น 4 ระดับแล้ว พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ร้อยละ 78.9 มีความรู้สึกต่อรางวัลที่ได้รับจากการดูแลผู้สูงอายุในระดับมาก และร้อยละ 17.1 มีความรู้สึกต่อรางวัลที่ได้รับจากการดูแลผู้สูงอายุระดับปานกลาง และร้อยละ 3.1 มีความรู้สึกต่อรางวัลที่ได้รับในระดับน้อย และไม่รู้สึกละเลย มีเพียงร้อยละ .9 เท่านั้น (ตารางที่ 3.14)

ตารางที่ 3.14

ระดับความรู้สึกต่อรางวัลจากการเป็นผู้ดูแล

ระดับความรู้สึกมีกำลังใจและเสริมพลัง	ร้อยละ (N= 1581)
ระดับมาก	78.9
ระดับปานกลาง	17.1
ระดับน้อย	3.1
ไม่รู้สึกเลย	0.9
รวม	100.0

ตอนที่ 4 การทดสอบทางสถิติด้านรางวัลจากการเป็นผู้ดูแล

4.1 การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างรางวัลจากการเป็นผู้ดูแลและตัวแปรอิสระ

เพื่อให้เกิดความเข้าใจอย่างชัดเจน ต่อความรู้สึกต่อรางวัลจากการเป็นผู้ดูแลกับปัจจัยอื่น ๆ ผู้วิจัยจึงได้ทำการทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรต่าง ๆ โดยแบ่งระดับความรู้สึกออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ผู้ที่ไม่รู้สึกและรู้สึกน้อย , ผู้ที่รู้สึกระดับปานกลาง และรู้สึกระดับมาก ดังนี้

รางวัลจากการเป็นผู้ดูแลกับเพศ

การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างรางวัลจากการเป็นผู้ดูแลกับเพศของผู้ดูแล ไม่มีความสัมพันธ์ต่อกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ดูแลที่มีความรู้สึกมีกำลังใจและเสริมพลังระดับมาก ร้อยละ 79.5 เป็นเพศหญิง และร้อยละ 77.8 เป็นเพศชาย (ตารางที่ 3.15)

ตารางที่ 3.15

ความสัมพันธ์ระหว่างรางวัลจากการเป็นผู้ดูแลกับเพศ

ระดับความรู้สึกมีกำลังใจและเสริมพลัง	เพศ		รวม
	ชาย	หญิง	
ไม่รู้สึกและรู้สึกน้อย	3.5	4.3	4.1
รู้สึกระดับปานกลาง	18.7	16.2	16.9
รู้สึกระดับมาก	77.8	79.5	79.0
รวม	100	100	100 (N=1,573)

$X^2 = 2.4491$

รางวัลจากการเป็นผู้ดูแลกับอายุ

การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างรางวัลจากการเป็นผู้ดูแลกับอายุของผู้ดูแล มี
ความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยผู้ดูแลที่มีความรู้สึกมีกำลังใจ
และเสริมพลังในระดับมาก ร้อยละ 80.9 เป็นผู้ดูแลที่มีอายุระหว่าง 25 – 59 ปี รองลงมาคือผู้ที่มี
อายุระหว่าง 15 -24 ปี และ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งมีร้อยละ 70.4 และ 66.9 ตามลำดับ (ตารางที่ 3.16)

ตารางที่ 3.16

ความสัมพันธ์ระหว่างรางวัลจากการเป็นผู้ดูแลกับอายุ

ระดับความคิดเห็น	อายุ			รวม
	15-24 ปี	25-59 ปี	60ปีขึ้นไป	
ไม่รู้สึกและรู้สึกน้อย	9.2	3.4	5.7	4.0
รู้สึกระดับปานกลาง	20.4	15.7	27.4	17.1
รู้สึกระดับมาก	70.4	80.9	66.9	78.9
รวม	100	100	100	100 (N=1,581)

$$X^2 = 27.32086^{***}$$

รางวัลจากการเป็นผู้ดูแลกับการศึกษา

การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างรางวัลจากการเป็นผู้ดูแลกับการศึกษาของผู้ดูแล ไม่มี
ความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ดูแลที่มีความรู้สึกมีกำลังใจและเสริมพลัง
ระดับมาก ร้อยละ 80.3 เป็นผู้ดูแลที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีและสูงกว่า รองลงมาคือ
ผู้ดูแลที่ไม่ได้รับการศึกษา/จบชั้นประถมศึกษา และจบชั้นมัธยมศึกษา ซึ่งมีร้อยละ 79.2 และ
77.6 ตามลำดับ (ตารางที่ 3.17)

ตารางที่ 3.17

ความสัมพันธ์ระหว่างรางวัลจากการเป็นผู้ดูแลกับการศึกษา

ระดับความรู้สึกมีกำลังใจ และเสริมพลัง	ระดับการศึกษา			รวม
	ไม่ได้รับ การศึกษา/ ประถมศึกษา	มัธยมศึกษา	ปริญญาตรีและ สูงกว่า	
ไม่รู้สึกและรู้สึกระดับน้อย	4.0	4.5	2.6	4.0
รู้สึกระดับปานกลาง	16.8	17.9	17.1	17.1
รู้สึกระดับมาก	79.2	77.6	80.3	78.9
รวม	100	100	100	100 (N=1,576)

$$X^2 = 3.23857$$

รางวัลจากการเป็นผู้ดูแลกับฐานะทางเศรษฐกิจ

การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างรางวัลจากการเป็นผู้ดูแลกับฐานะทางเศรษฐกิจ มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยผู้ดูแลที่มีความรู้สึกมีกำลังใจและเสริมพลังระดับมาก ร้อยละ 81.7 เป็นผู้ดูแลที่มีฐานะทางเศรษฐกิจระดับปานกลาง รองลงมา คือ ผู้ดูแลที่มีฐานะดีและยากจน ซึ่งมีร้อยละ 80.9 และ 72.9 ตามลำดับ (ตารางที่ 3.18)

ตารางที่ 3.18

ความสัมพันธ์ระหว่างรางวัลจากการเป็นผู้ดูแลกับฐานะทางเศรษฐกิจ

ระดับความรู้สึกมีกำลังใจและ เสริมพลัง	ฐานะทางเศรษฐกิจ			รวม
	จน	ปานกลาง	ดี	
ไม่รู้สึกและรู้สึกน้อย	3.8	4.2	3.9	4.1
รู้สึกระดับปานกลาง	23.3	14.9	14.4	17.0
รู้สึกระดับมาก	72.9	80.9	81.7	78.9
รวม	100	100	100	100 (N=1,565)

$$X^2 = 15.01630^*$$

4.2 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อรางวัลที่ผู้ดูแลได้รับ

ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ เมื่อใช้คะแนนรางวัลที่ผู้ดูแลได้รับเป็นตัวแปรตาม พบว่า ตัวแปรอิสระทั้ง 6 ตัว สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของคะแนนรางวัลที่ผู้ดูแลได้รับได้ร้อยละ 3.98 โดยการทำหน้าที่ดูแลอธิบายปัญหาในการดูแลได้ดีที่สุด รองลงมาได้แก่ การประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ รายได้ของผู้ดูแล อาชีพ ระดับการศึกษา และรายได้ของครอบครัว ตามลำดับ ตัวแปรอิสระดังกล่าว มีเพียง 2 ตัวแปรคือ การทำหน้าที่ดูแล และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ที่สามารถอธิบายรางวัลที่ผู้ดูแลได้รับได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับการศึกษาและรายได้ของครอบครัวมีอิทธิพลต่อรางวัลที่ผู้ดูแลได้รับในทางลบคือ หากผู้ดูแลมีการศึกษาและรายได้ของครอบครัวสูงจะมีความรู้สึกต่อรางวัลน้อย (ตารางที่ 3.19)

ตารางที่ 3.19

ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ เมื่อใช้ตัวแปรอิสระทั้งหมด 6 ตัว เป็นตัวพยากรณ์ และใช้คะแนนรางวัลที่ผู้ดูแลได้รับเป็นตัวแปรตาม

ตัวพยากรณ์	ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอย		t	p
	B	Beta		
- การทำหน้าที่ดูแล	.18144	.22394	7.071	.0000
- รายได้ของผู้ดูแล	.00000004	.05408	1.602	.1093
- อาชีพ	.05467	.04601	1.640	.1013
- ระดับการศึกษา	- .03082	- .02534	-.878	.3799
- การประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	.01949	.12198	3.847	.0001
- รายได้ของครอบครัว	- .000000006	- .00172	-.052	.9584

R= .19958

R² = .03983

F= 9.21672

(P < .0001)

สรุป

ผลการศึกษาภาวะอารมณ์และจิตใจของผู้ดูแล พบว่า ผู้ดูแลมีภาวะอารมณ์จิตใจที่มีความวิตกกังวลเรื่องค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุสูงกว่าด้านอื่นๆ โดยมีความวิตกกังวลต่อความรู้ของตนเองว่าไม่เพียงพอที่จะดูแลผู้สูงอายุและสุขภาพของตนในลำดับรองลงมา ซึ่งความวิตก

กังวลนี้สอดคล้องกับสถานภาพทางรายได้ของผู้ดูแลที่ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่มีรายได้น้อย และสอดคล้องกับสถานะทางด้านการศึกษาที่ต่างก็จบชั้นประถมศึกษาเป็นส่วนใหญ่ ส่วนประเด็นด้านความสัมพันธ์ในครอบครัวนั้น เช่น ความขัดแย้งกับผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัวนั้น ถึงแม้จะปรากฏเป็นความวิตกกังวลอยู่บ้าง แต่ผู้ดูแลแสดงความรู้สึกเป็นจำนวนน้อยเช่นเดียวกับความรู้สึกคับข้องใจต่างๆ เมื่อพิจารณาความถี่ของการเกิดความรู้สึกแล้ว พบว่า ความวิตกกังวลต่อภาวะด้านการเงินเป็นความถี่ที่เกิดสูงสุด ซึ่งเมื่อมีการทดสอบความสัมพันธ์กับตัวแปรแล้ว พบว่า การศึกษาระดับประถมศึกษาจะมีผลต่อภาวะอารมณ์และจิตใจของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะอารมณ์และจิตใจของผู้ดูแล พบว่า การทำหน้าที่ดูแล, รายได้ของผู้ดูแล, ระดับการศึกษา และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ สามารถอธิบายภาวะอารมณ์และจิตใจของผู้ดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ส่วนประเด็นด้านความรู้สึกทางบวกที่ได้รับจากการดูแลหรือรางวัลจากการเป็นผู้ดูแลนั้น ผู้ดูแลให้ความเห็นด้านค่านิยมทางสังคมสูงกว่าด้านอื่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งความรู้สึกที่ว่า การได้ดูแลผู้สูงอายุเป็นการตอบแทนบุญคุณผู้สูงอายุเช่นเดียวกับความรู้สึกที่ว่า การได้ดูแลผู้สูงอายุเป็นการทำในสิ่งสำคัญ ส่วนความคิดเห็นเกี่ยวกับความพึงพอใจของตนเองและสัมพันธ์ภavnัน้อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อรางวัลที่ผู้ดูแลได้รับนั้น มีเพียง 2 ตัวแปรคือ การทำหน้าที่ และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ สามารถอธิบายรางวัลที่ผู้ดูแลได้รับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการศึกษานี้ แสดงให้เห็นว่าค่านิยมทางสังคมด้านความกตัญญูยังคงมีอิทธิพลต่อความรู้สึกนึกคิดของผู้ดูแล ซึ่งความรู้สึกเชิงบวกนี้อาจเป็นเสมือนแรงจูงใจให้เกิดการดูแลผู้สูงอายุ โดยผลการศึกษา ยัง พบว่า ภาวะอารมณ์จิตใจมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกต่อรางวัลที่ได้รับของผู้ดูแล ด้วยเหตุนี้การเสริมแรงด้านค่านิยมทางสังคมที่ดี น่าจะเป็นสิ่งที่พึงส่งเสริมให้เกิดขึ้นต่อไป

บทที่ 4

ปัญหาและความต้องการของผู้ดูแล

ในการดูแลผู้สูงอายุนั้น บางครั้งผู้ดูแลมีอุปสรรคและข้อขัดข้องที่ทำให้การดูแลไม่เป็นไปตามที่ต้องการและคาดหวัง ซึ่งปัญหาในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้แบ่งออกเป็น 2 ประเภทได้แก่ ปัญหาในการดูแล และปัญหาต่อผู้ดูแล นอกจากนั้นปัญหายังมีผลต่อความต้องการด้านต่างๆ ของผู้ดูแลอีกด้วย ดังนั้นในบทนี้ได้แบ่งเนื้อหาการนำเสนอเป็น 6 ตอน ได้แก่

ตอนที่ 1 ปัญหาของผู้ดูแล

ตอนที่ 2 ปัญหาที่มีต่อผู้ดูแล

ตอนที่ 3 การทดสอบทางสถิติด้านปัญหา

ตอนที่ 4 ความต้องการของผู้ดูแล

ตอนที่ 5 การทดสอบทางสถิติด้านความต้องการของผู้ดูแล

ตอนที่ 6 ความคิดเห็นของผู้ดูแลต่อบทบาทของเครือข่ายในการดูแลผู้สูงอายุ

โดยมีรายละเอียดของผลการศึกษาดังนี้

ตอนที่ 1 ปัญหาของผู้ดูแล

เป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการจัดการการดูแล ซึ่งผู้วิจัยได้กำหนดตัวชี้วัดปัญหา ได้แก่ การขาดความรู้ของผู้ดูแล ปัญหาด้านการเงิน ปัญหาด้านผู้ช่วยเหลือ และปัญหาด้านพฤติกรรมของผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบข้อมูลที่น่าสนใจดังนี้

ปัญหาด้านการขาดความรู้ของผู้ดูแล

ผลการศึกษาปัญหาด้านการขาดความรู้ของผู้ดูแล โดยพิจารณาจากค่าเฉลี่ยของระดับปัญหา พบว่า ปัญหาการขาดความรู้ เกี่ยวกับโรคต่าง ๆ ของผู้สูงอายุ $\bar{X} = 2.59$ สูงกว่าค่าเฉลี่ยของปัญหาการขาดความรู้เกี่ยวกับแนวทางการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งเท่ากับ 2.50 แต่ทั้ง 2 ประเด็นมีค่าระดับอยู่ในระดับปานกลางเท่ากัน

เมื่อพิจารณาระดับของปัญหา โดยใช้ค่าร้อยละ พบว่า ปัญหาการขาดความรู้เกี่ยวกับแนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในระดับปานกลางมีค่าสูงสุด คือ ร้อยละ 38.5 (ตารางที่ 4.1)

ตารางที่ 4.1

ระดับปัญหาด้านการขาดความรู้ของผู้ดูแล

สภาพปัญหา	ระดับปัญหา (ร้อยละ)				$\bar{X}$	S.D.
	ไม่มี ปัญหา	น้อย	ปาน กลาง	มาก		
- ขาดความรู้เกี่ยวกับโรคต่าง ๆ ของ ผู้สูงอายุ	23.3	18.7	33.4	24.6	2.59	1.10
- ขาดความรู้เกี่ยวกับแนวทางการดูแล ผู้สูงอายุ	25.4	17.5	38.5	18.6	2.50	1.06
รวม					2.54	1.02

N=1,581

ปัญหาด้านการเงิน

ปัญหาของผู้ดูแลเกี่ยวกับการไม่มีเงินเพียงพอในการดูแล $\bar{X} = 2.70$ หมายถึง ผู้ดูแลมีปัญหาระดับปานกลาง แต่เป็นค่าเฉลี่ยที่สูงกว่าค่าเฉลี่ยอื่น ๆ รองลงมาเป็นปัญหาทางด้านการหาเงินในการดูแล $\bar{X} = 2.68$ และ ปัญหาไม่ได้รับความช่วยเหลือด้านการเงินจากสมาชิกในครอบครัว $\bar{X} = 2.37$ เป็นปัญหาระดับปานกลางเช่นกัน

เมื่อพิจารณาระดับของปัญหา โดยใช้ค่าร้อยละ พบว่า การไม่มีเงินเพียงพอในการดูแล เป็นปัญหาในระดับมาก ร้อยละ 32.1 และมีภาระในการหาเงินในระดับมากร้อยละ 30.6 แต่มีข้อสังเกตว่าผู้ดูแล ร้อยละ 32.7 ตอบว่าไม่มีปัญหาในเรื่องการไม่ได้รับความช่วยเหลือด้านการเงิน ใกล้เคียงกับผู้ที่ตอบว่าการไม่ได้รับเงินช่วยเหลือเป็นปัญหาในระดับปานกลาง ร้อยละ 31.8 (ตารางที่ 4.2)

ตารางที่ 4.2
ระดับปัญหาด้านการเงินของผู้ดูแล

สภาพปัญหา	ระดับปัญหา (ร้อยละ)				$\bar{X}$	S.D.
	ไม่มี ปัญหา	น้อย	ปาน กลาง	มาก		
- ไม่มีเงินเพียงพอในการดูแล	24.7	12.8	30.4	32.1	2.70	1.61
- ไม่ได้ได้รับความช่วยเหลือ ด้านการเงิน	32.7	16.8	31.8	18.7	2.37	1.12
- มีภาระการหาเงินในการดูแล	23.7	14.7	31.0	30.6	2.68	1.14
รวม					2.58	1.09

N=1,581

ข้อมูลการสนทนากลุ่มกับผู้ดูแล พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นผู้รับผิดชอบ หรือจัดการดูแลค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุ แหล่งที่มารายได้ของผู้ดูแลมาจากการประกอบอาชีพ เช่น เกษตรกรรม ทำไร่ ทำนา ทำสวน อาชีพ หัตถกรรม รับจ้าง และทำงานประจำ ตามลำดับ เช่น ผู้ดูแลในภาคเหนือส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรรมและรับจ้าง ผู้รับจ้างทั้งเพศชายและหญิงได้อัตราค่าจ้างเท่ากัน คือประมาณ 100 บาท/วัน การใช้จ่ายในครอบครัว ใช้เงินที่หัวหน้าครอบครัวหามาได้ ส่วนค่าใช้จ่ายของผู้สูงอายุก็รวมอยู่ในจำนวนนี้ด้วย แต่มีบางครอบครัวที่ญาติพี่น้องมีส่วนร่วมในการให้ค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุ

ผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยตัวเองไม่ได้ เล่าว่า “ต้องเปลี่ยนรูปแบบการทำงานจากที่เคยทำงานต่างถิ่นมาทำที่บ้าน หรือออกจากงานมาดูแลผู้สูงอายุ” เช่น ผู้ดูแลคนหนึ่งในจังหวัดเชียงราย เล่าว่า ตนเคยทำงานขับรถส่งวัสดุก่อสร้าง ต่อมาเมื่อมารดาป่วย ไม่มีผู้ดูแล ต้องกลับมาทำนา เพื่อดูแลมารดา โดยมีรายได้จากการขายข้าวบ้าง ในขณะที่ผู้ดูแลบางรายมีอาชีพเสริม เช่น การเย็บผ้าโหล การรับจ้างแกะมะขาม เพื่อเป็นการหารายได้เพิ่มเติมให้ครอบครัว ผู้ดูแลรายหนึ่งเล่าว่า “รายได้จากการทำนาลดลงจากเดิม เพราะข้าวราคาตก ทำให้ต้องรับจ้างไถนา ได้รับค่าจ้างวันละ 140-150 บาท ในเดือนตุลาคมรับจ้างเกี่ยวข้าว หรือไม่ก็รับจ้างทำไร่ข้าวโพด มีรายได้วันละ 120 บาท หากผู้ดูแลเป็นเกษตรกร หรือมีที่ดินทำกิน หรือผู้ดูแลที่ทำงานที่บ้านจะไม่ได้รับผลกระทบทางเศรษฐกิจเวลาหยุดงานเพื่อมาดูแลผู้สูงอายุ แต่ผู้ที่มีอาชีพรับจ้างจะได้รับผลกระทบต่อการดูแลผู้สูงอายุมากที่สุด เนื่องจากไม่สามารถหยุดงานเพื่อมาดูแลผู้สูงอายุได้ ถ้าหยุด ก็หมายถึง การขาดรายได้ของครอบครัว

อีกปัญหาหนึ่งของผู้มีอาชีพรับจ้าง คือ การมีอายุมากขึ้นทำให้ความสามารถทางกายลดลง จึงไม่มีผู้จ้างงาน มีผลต่อรายได้ของครอบครัว

เมื่อสอบถามถึงปัญหาเศรษฐกิจของผู้ดูแลแล้ว พบว่า ผู้ดูแลทุกภาคมักมีปัญหาด้านการเงิน คือ มีเงินไม่พอใช้จ่ายภายในครอบครัว ผู้ดูแลที่ไม่มีไร่นาและไม่มีผู้ว่าจ้าง จะยิ่งประสบปัญหาด้านการเงินมากขึ้น ดังที่ผู้ดูแลรายหนึ่ง เล่าว่า “ไม่มีข้าวกิน ญาติให้บ้าง เงินขอข้าวกินบ้าง” นอกจากนั้นยังมีบางรายที่มีปัญหาเรื่องหนี้สินที่ยืมจากกองทุนหมู่บ้าน หรือธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์ ผู้ดูแลในภาคเหนือเล่าว่า “บางครั้งถ้ามีเงินไม่พอใช้ เนื่องจากขาดรายได้ชั่วคราว ผู้ดูแลก็จะไปซื้อข้าวกับร้านค้า เชื้อเอาไว้ก่อน เมื่อมีเงินจึงนำไปจ่ายคืน” โดยเฉพาะช่วงลงทุนในการเกษตร เช่น ซื้อปุ๋ย เมล็ดพันธุ์ ส่วนเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุ ลูกหลานช่วยกันออกค่าใช้จ่ายบ้างแต่รายได้มักไม่พอกับรายจ่าย เพราะยาามีราคาแพง โดยเฉพาะถ้าไปรักษาที่โรงพยาบาลเอกชนหรือคลินิก นอกจากนั้นอาจมีค่าใช้จ่ายอื่น ๆ เช่น ผู้ดูแลบางคนมีการว่าจ้างผู้อื่นช่วยดูแลผู้สูงอายุที่ต้องมีการพยาบาลตลอดเวลา

ผู้ดูแลในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เล่าถึงความลำบากของตนในด้านเศรษฐกิจว่า “ลำบาก ต้องขุดหัวมันกิน มีหนี้สินจากที่ยืมกองทุนหมู่บ้าน” เรื่องการช่วยเหลือทางการเงินจากญาติพี่น้องนั้นมีน้อยมาก เนื่องจากส่วนใหญ่ยากจนเช่นเดียวกัน บางรายมีญาติพี่น้องช่วยเหลือทางด้านการเงิน โดยให้เงินสำหรับค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ในบ้าน หรือซื้อสิ่งของ เครื่องใช้ให้กับผู้สูงอายุ หรือให้เงินผู้สูงอายุ แต่ผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่ได้รับการช่วยเหลือใด ๆ จากญาติเลย หรือเงินที่ได้รับการช่วยเหลือเป็นจำนวนที่น้อย เพื่อบรรเทาปัญหาเฉพาะหน้าเป็นครั้งคราวเท่านั้น

ผู้ดูแลในภาคกลางบางคน เล่าว่า “เงินไม่พอใช้ ต้องยืมเงินผู้อื่นจนมีหนี้สิน” ผู้ดูแลเป็นผู้รับผิดชอบหลักเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งค่าใช้จ่ายในแต่ละเดือนจะเพียงพอหรือไม่ ก็ขึ้นอยู่กับค่ารักษาพยาบาลที่ต้องจ่ายในเดือนนั้น “...ถ้าป่วย รักษาดี ๆ อย่างคลินิก หรือโรงพยาบาล ก็ไม่พอ...” ซึ่งเมื่อมีการรักษาพยาบาลจากสถานรักษาพยาบาลเอกชน หรือโรงพยาบาล โดยไม่ได้ใช้บริการจากสวัสดิการที่รัฐจัดให้ จะเสียค่ารักษาพยาบาลที่สูง เนื่องจากผู้ดูแลไม่ต้องการเสียเวลาในการรอคิว รายจ่ายที่จ่ายให้กับผู้สูงอายุส่วนใหญ่ เป็นเรื่องอาหารเสริม หรืออาหารบำรุง หรือซื้อนมสดให้ผู้สูงอายุ ผู้ดูแลในภาคใต้บางราย เช่น ในเขตพื้นที่จังหวัดนครศรีธรรมราช มีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจเงินไม่พอใช้จ่ายในการรักษาโรค และค่าพาหนะเดินทาง ต้องกู้ยืมหรือขอความช่วยเหลือจากญาติ

รายจ่ายที่ผู้ดูแลรับภาระในการดูแลผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่เป็นค่าใช้จ่ายในการรักษาสุขภาพเป็นหลัก เช่น ค่ายา ค่าเหมารถไปโรงพยาบาล ค่ารักษาพยาบาล แม้ว่าจะมีสวัสดิการด้าน

การรักษาพยาบาล เช่น บัตรทอง 30 บาท ผู้ดูแลส่วนหนึ่งไม่ให้ความเชื่อมั่นในตัวยาที่ใช้ในการรักษา อีกทั้งใช้เวลานานในการรอรับการรักษา ดังนั้นการรักษามักจะใช้บริการที่คลินิกหรือโรงพยาบาล ทำให้เสียค่าใช้จ่ายสูง ส่วนค่าใช้จ่ายอื่นๆ คือ ค่าใช้จ่ายประจำวัน ค่าอาหาร ของใช้ และ การลงทุนในการทำงานภาคเกษตร โดยเฉพาะอย่างยิ่งในภาคเกษตรที่ต้องมีการซื้อปุ๋ย เมล็ดพันธุ์ นอกจากนี้มีค่าใช้จ่ายทางด้านสังคม เช่น ช่วยงานบวช งานแต่ง งานศพ เป็นต้น

ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่า ผู้ดูแลกลุ่มหนึ่งมีปัญหาทางเศรษฐกิจ “....รายได้ไม่ดี การดูแลคนแก่ก็ไม่ทั่วถึง...” อาหารจะเป็นตามมีตามเกิด “....กินอยู่เท่าที่หาได้...” ผู้ดูแลเห็นว่าปัญหาทางด้านเศรษฐกิจเป็นปัญหาที่สำคัญ ที่จำเป็นต้องได้รับการแก้ไข เพราะส่งผลต่อการดูแล นอกจากนั้นยังมีผลกระทบต่อสภาพร่างกาย จิตใจ และการทำกิจกรรมอื่นๆ ไม่ว่าจะเป็นกิจกรรมทางสังคม หรือกิจกรรมส่วนตัวอีกด้วย

ปัญหาด้านผู้ช่วยเหลือ

ผลการศึกษาพบว่า ปัญหาการมีภาระรับผิดชอบหลายอย่าง $\bar{X} = 2.68$ เป็นค่าเฉลี่ยในระดับสูงและสูงกว่าค่าเฉลี่ยอื่นๆ อันดับต่อมาเป็นปัญหาด้านการรับภาระหน้าที่ในบ้านหลายหน้าที่ $\bar{X} = 2.31$ ซึ่งเป็นค่าเฉลี่ยในระดับปานกลาง ส่วนปัญหาการไม่ได้รับการยอมรับที่ดีในบ้าน $\bar{X} = 1.69$ อยู่ต่ำกว่าตัวชี้วัดอื่นๆ อย่างไรก็ดีตาม แสดงให้เห็นว่า ผู้ดูแลได้รับการยอมรับจากคนในครอบครัวมาก (ตารางที่ 4.3)

ตารางที่ 4.3

ปัญหาด้านผู้ช่วยเหลือ

สภาพปัญหา	ระดับปัญหา (ร้อยละ)				$\bar{X}$	S.D.
	ไม่มีปัญหา	น้อย	ปานกลาง	มาก		
- มีภาระรับผิดชอบหลายอย่าง	23.6	14.8	31.0	30.6	2.68	1.14
- ไม่ได้รับการยอมรับที่ดีในบ้าน	57.8	20.3	17.0	4.9	1.69	0.92
- มีภาระหน้าที่ในบ้านหลายหน้าที่	36.2	16.6	26.8	20.4	2.31	1.16
รวม					2.22	.87

ปัญหาการขาดผู้ช่วยเหลือในการดูแลมีผลกระทบต่อการใช้เวลาส่วนตัว หรือเวลาในการปฏิบัติกิจวัตรส่วนตัวของผู้ดูแล ได้แก่ เวลาสำหรับพูดคุยกับเพื่อนฝูง กิจกรรมชุมชน กิจกรรมยามว่าง การพักผ่อนค้างคืน หรือทำธุระต่างถิ่นเป็นเวลาหลายวัน ทำให้ผู้ดูแลไม่สามารถกระทำได้อบอวนัก เนื่องจากขาดผู้ช่วยเหลือและผู้ดูแลบางคนในจังหวัดขอนแก่น เล่าว่า “ต้องดูแลคนเดียว ญาติคนอื่นต้องสั่งถึงจะมา ดูแลลำบากเหนื่อยบ้าง รำคาญบ้าง” นอกจากนั้น หากผู้ดูแลมีบทบาทเป็นผู้นำชุมชน มีหน้าที่หลายด้าน เช่น เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.) เป็นผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน กำนัน ทำให้มีภาระในการดูแลมากขึ้น

ผู้ดูแลอีกกลุ่มหนึ่งมีความเห็นว่า การดูแลผู้สูงอายุเป็นภาระหน้าที่ที่ทำให้ตนเป็นทุกข์ หรือที่เรียกว่า “ทุกข์ภาระของผู้ดูแล” ซึ่งบทบาทและภาระของผู้ดูแลผู้สูงอายุจะยิ่งเพิ่มมากขึ้น และความถี่ของการดูแลประเภทต่างๆจะยิ่งทวีสูงขึ้น เมื่อผู้สูงอายุประสบปัญหาในการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันด้วยตนเองไม่ได้เพิ่มขึ้น หรือผู้สูงอายุประสบปัญหาที่ทำให้ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2547 น.50) ข้อความดังกล่าวนี้สอดคล้องกับผลการวิจัยที่พบว่า ผู้ดูแลเชิงซ้อนมีเป็นจำนวนมาก เนื่องจากผู้ดูแลส่วนใหญ่ต่างก็มีคู่สมรสและมีครอบครัว มากกว่าผู้ดูแลที่มีสถานภาพเป็นโสด จึงทำให้มีผู้ดูแลบางรายที่ต้องดูแลบุคคลต่างๆในครอบครัวเพียงผู้เดียว รู้สึกเหน็ดเหนื่อยและเป็นทุกข์กับภารกิจนี้ โดยกล่าวว่าไม่มีเวลาพักผ่อน “ต้องดูแลทั้งลูก ทั้งแม่ และทั้งพ่อ วุ่นวายทั้งวัน”

ด้านการติดต่อเพื่อน ไม่มีผลกระทบมากนักเมื่อมารับบทบาทผู้ดูแล เนื่องจากผู้ดูแลโดยส่วนใหญ่เป็นเกษตรกรหรือประกอบอาชีพรับจ้างทางการเกษตร ดังนั้นสามารถติดต่อพูดคุยกับเพื่อนได้ เพื่อนของผู้ดูแลส่วนใหญ่จะเป็นเพื่อนข้างบ้าน หรืออยู่ในบริเวณใกล้เคียงกัน นอกจากนี้ยังมีกิจกรรมที่ทำร่วมกันทั้งกิจกรรมชุมชน และกิจกรรมส่วนบุคคล เช่น งานบวช งานแต่งงาน งานศพ งานกุศล ผ้าป่า เป็นต้น ซึ่งกิจกรรมชุมชน และกิจกรรมส่วนบุคคลทั้งสองแบบนี้ ผู้สูงอายุสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ด้วย ดังเห็นได้จากที่ผู้ดูแลในภาคใต้ซึ่งส่วนใหญ่ผู้ดูแลยังคงปฏิบัติกิจวัตรประจำวันตามปกติ ไม่มีการเปลี่ยนแปลง และมีการติดต่อเพื่อนฝูงตามเวลาว่างงานหมู่บ้าน เช่น งานศพ งานบวช และงานแต่งงาน ในบางพื้นที่ เช่น อำเภอนาโยง จังหวัดตรัง การช่วยงานนั้นจะมีการให้เงินอย่างต่ำ 100 บาท และมีการไปรวมกลุ่มออกกำลังกายบ้างที่สถานีนอนามัย นอกจากนี้เมื่อผู้ดูแลติดธุระก็จะมีคนอื่นช่วยดูแล เช่น เพื่อนบ้าน ญาติ

อย่างไรก็ตาม เวลาในการทำกิจกรรม หรือกิจวัตรส่วนตัวของผู้ดูแลนั้น ขึ้นอยู่กับสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งถ้าผู้สูงอายุมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง หรือสามารถช่วยเหลือตนเองได้ ผู้ดูแลสามารถมีกิจวัตรส่วนตัวได้ตามปกติ เพียงแต่ละระยะเวลาอาจลดน้อยลง แต่หากถ้า

ผู้สูงอายุไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ หรือมีอาการเจ็บป่วย ผู้ดูแลในทุกภาคเล่าตรงกันว่า ไม่มีเวลาพักผ่อนหรือทำกิจวัตรส่วนตัวเลย สิ่งนี้นับเป็นปัญหาสำคัญของผู้ดูแล

ปัญหาด้านพฤติกรรมของผู้สูงอายุ

สำหรับปัญหาด้านพฤติกรรมของผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า ปัญหาผู้สูงอายุไม่โง่ง่าย หรือเอาแต่ใจ $\bar{X} = 1.96$ ซึ่งหมายถึงผู้ดูแลมีปัญหาด้านนี้ระดับน้อย แต่เป็นค่าเฉลี่ยที่สูงกว่า ค่าเฉลี่ยปัญหาด้านผู้สูงอายุไม่ให้ความร่วมมือในการดูแล ซึ่งมี $\bar{X} = 1.72$

เมื่อพิจารณาระดับปัญหาโดยใช้ค่าร้อยละ พบว่า ผู้ดูแลมักไม่มีปัญหาด้านนี้ โดยปัญหาด้านการไม่ให้ความร่วมมือของผู้สูงอายุสูงสุด มีค่าร้อยละคือ 55.2 (ตารางที่ 4.4)

ตารางที่ 4.4

ระดับปัญหาด้านพฤติกรรมของผู้สูงอายุ

สภาพปัญหา	ระดับปัญหา (ร้อยละ)				$\bar{X}$	S.D.
	ไม่มีปัญหา	น้อย	ปานกลาง	มาก		
- ผู้สูงอายุไม่ให้ความร่วมมือในการดูแล	55.2	22.6	17.0	5.2	1.72	0.92
- ผู้สูงอายุไม่โง่ง่าย, เอาแต่ใจ	43.1	25.7	23.0	8.2	1.96	0.99
รวม					1.84	.86

N=1,581

ผู้ดูแลบางกลุ่มไม่มีภาระการดูแลมากนัก เนื่องจากผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้ เช่น ผู้ดูแลในจังหวัดนครสวรรค์กล่าวว่า "ไม่ค่อยรบกวนลูกหลาน ช่วยเหลือตนเองได้ ยาหมอดก็เอามาให้" สอดคล้องกับที่ผู้ดูแลในจังหวัดระยองของบางคนก็ไม่มีภาระมาก เพราะผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตนเอง หรือทำงานอื่นเล็กๆ น้อยๆ ได้ เป็นการช่วยแบ่งเบาภาระให้กับผู้ดูแล เนื่องจาก "ธรรมดาคนแก่ไม่ชอบหยุดนิ่ง" หรือที่ผู้ดูแลในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดสกลนครกล่าวว่า "ไม่เบื่อ เต็มใจทำ" นานองเดียวกันกับผู้ดูแลในจังหวัดขอนแก่น ที่กล่าวว่า "ไม่เบื่อเพราะเต็มใจตั้งใจไว้แล้วต้องดูแล"

ตอนที่ 2 ปัญหาที่มีต่อผู้ดูแล

ได้แก่ ปัญหาสุขภาพของผู้ดูแล และภาวะอารมณ์จิตใจของผู้ดูแล ซึ่งผู้วิจัยได้แยกภาวะอารมณ์จิตใจของผู้ดูแลนำเสนอไว้เป็นตอนหนึ่งๆ โดยเฉพาะแล้ว ดังนั้นในบทนี้จะกล่าวถึงปัญหาด้านสุขภาพของผู้ดูแล ปัญหาการขาดอุปกรณ์ในการดูแล และปัญหาอื่นๆ

ปัญหาด้านสุขภาพของผู้ดูแล

ปัญหาด้านสุขภาพของผู้ดูแล พบว่า ปัญหาที่เกิดจากอาการปวดหัว เป็นไข้ไม่สบาย หรือปวดหลัง $\bar{X} = 2.16$ ซึ่งสูงกว่าปัญหาความเหน็ดเหนื่อยด้านร่างกาย $\bar{X} = 2.13$ โดยทั้ง 2 ประเด็นมีค่าอยู่ในระดับปานกลางเหมือนกัน (ตารางที่ 4.5)

ตารางที่ 4.5

ปัญหาสุขภาพของผู้ดูแล

สภาพปัญหา	ระดับปัญหา (ร้อยละ)				$\bar{X}$	S.D.
	ไม่มีปัญหา	น้อย	ปานกลาง	มาก		
- มีความรู้สึกเหน็ดเหนื่อยด้านร่างกาย	37.5	21.8	30.6	10.1	2.13	1.03
- มีอาการปวดหัว เป็นไข้ ไม่สบาย หรือปวดหลังบ่อยๆ	35.0	24.3	30.1	10.6	2.16	1.02
รวม					2.14	.96

N=1,581

ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นผู้มีสภาพร่างกายปกติ อายุระหว่าง 41-50 ปี ยังอยู่ในวัยทำงาน ร่างกายแข็งแรง จิตใจอารมณ์แจ่มใส และผู้สูงอายุที่ต้องดูแลนั้น ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ จึงไม่มีผลต่อสุขภาพแต่อย่างใด แต่มีผู้ดูแลบางกลุ่มที่มีโรคประจำตัว ได้แก่ ปวดศีรษะ ไมเกรน หอบ โรคกระเพาะอาหาร โรคหัวใจ ไทรอยด์ ปวดหลังเนื่องจากกระดูกสันหลังคด โรคไต เส้นเลือดตีบ คอเรสเตอรอลสูง หรือผ่านการผ่าตัดหน้าท้อง ทำให้ทำงานหนักไม่ได้ ผู้ดูแลที่มีอายุมากหรืออยู่ในวัยสูงอายุมักเป็นโรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ผู้ดูแลบางคนมีความพิการ เช่น หูไม่ได้ยิน และพิการบางประเภท

ส่วนผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสหรืออยู่ในวัย 60 ปีขึ้นไป มีอาการเจ็บป่วยอื่น ๆ ร่วมกับอาการปวดเมื่อยตามร่างกาย เนื่องจากสภาพร่างกายที่เสื่อมโทรม เช่น หูด งูสวัด มีน้ำตาไหล และมีโรคประจำตัว เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวานด้วย

ผู้ดูแลในภาคเหนือ ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวคือ โรคกระเพาะ ปวดศีรษะ ขาดตามมือ และเท้า ผู้ดูแลในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมักเป็นโรคหัวใจ ภูมิแพ้ หอบ และปวดหลัง ผู้ดูแลในภาคกลางบางรายมีโรคประจำตัวคือ ภูมิแพ้และสมองเสื่อม ส่วนผู้ดูแลในภาคใต้ส่วนใหญ่มีสุขภาพดี แข็งแรงไม่มีโรค หรือมีปัญหาทางด้านสุขภาพ มีการดูแลตัวเองเป็นอย่างดี อาจกล่าวได้ว่า มีผู้ดูแลจำนวนไม่มากนักที่มีปัญหาด้านสุขภาพกาย

นอกจากปัญหาที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงสภาพร่างกายไปตามกาลเวลา หรือโรคประจำตัวแล้ว การมีปัญหาทางร่างกายที่เกิดจากการเป็นผู้ดูแลนั้นมีไม่มากนัก เช่น การวิ่งเวียนศีรษะ ปวดหลัง ปวดข้อหรือปวดเมื่อยตามร่างกาย กรณีที่ผู้ดูแลอยู่ในวัยสูงอายุ มีปัญหาจากความเหน็ดเหนื่อยในการดูแล และส่งผลให้สุขภาพทรุดโทรมบ้าง เช่น ผู้ดูแลในภาคเหนือบางคนเล่าว่าตนก็ “ป่วยอิดๆ อดๆ กินข้าวไม่ค่อยลง แน่นท้อง ปวดเมื่อย” ในขณะที่ผู้ดูแลในภาคตะวันออกเฉียงเหนือบางรายที่จังหวัดขอนแก่น มีอาการปวดขา เพราะนั่งทอดผ้าทั้งวัน ผู้ดูแลในจังหวัดสกลนครเล่าว่าตนมีอาการปวดเมื่อยไปทั้งตัว เพราะต้องอุ้มผู้สูงอายุตลอดเวลา ส่วนผู้ดูแลในภาคกลางส่วนใหญ่ เล่าว่าตนเหนื่อยและอ่อนเพลีย ดังนั้นอาจสรุปได้ว่า ผู้ดูแลมีปัญหาทางกายที่เกิดจากการดูแลผู้สูงอายุระดับหนึ่ง

การศึกษาพบว่า ผู้ดูแลมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลรักษาพยาบาลตนเองไม่ถูกต้องนัก มักปล่อยให้อาการเจ็บป่วยหายไปเอง หรือทานยาแก้ปวด เช่น พาราเซตามอล ส่วนยาที่ใช้มักจะซื้อยารับประทานเอง หรือบุตรของผู้ดูแลเป็นผู้ซื้อยามาให้ วิธีการรักษาพยาบาลตัวเองยามเจ็บป่วยของผู้ดูแลภาคเหนือ มีทั้งผู้ที่พยายามรักษาดูแลด้วยตนเอง เช่น เมื่อมีอาการของโรคกระเพาะ ก็พยายามรับประทานอาหารให้ตรงเวลา ไม่เครียด ส่วนใหญ่มักนิยมซื้อยาแก้ปวดรับประทานเอง เช่นเดียวกับผู้ดูแลในภาคกลาง ที่ส่วนใหญ่ซื้อยารับประทานเอง ผู้ดูแลอีกกลุ่มหนึ่งรักษาด้วยวิธีพื้นบ้าน ใช้ยาสมุนไพร หรือรักษาตามวิธีการที่บอกเล่ากันต่อ ๆ มา เช่น ผู้ดูแลในจังหวัดขอนแก่น มีวิธีการรักษาโรคภัยไข้เจ็บของตน โดยใช้สมุนไพร หรือปล่อยให้หายเอง ส่วนผู้ดูแลในจังหวัดสกลนคร มีทั้งที่หาซื้อยารับประทานเอง เลี่ยงอาหารแสลงที่ทำให้มีอาการของโรคเพิ่มมากขึ้น หรือใช้สมุนไพรเพียงอย่างเดียว โดยไม่เคยไปตรวจสุขภาพหรือพบแพทย์เลย แต่บางทีก็มีเจ้าหน้าที่อนามัยมาให้บริการการรักษาพยาบาลโรคต่างๆ ไปบ้าง

อย่างไรก็ตามผู้ดูแลบางรายรับการรักษาจากทางอนามัย คลินิก โรงพยาบาล มีทั้งที่ไปรักษาเป็นประจำ และรักษาเพียงบางครั้ง เช่น ผู้ดูแลบางคนก็ไปพบแพทย์ เพื่อรักษาโรคกระเพาะ บางรายไปรับยาลดความเครียดเป็นประจำ บางรายไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลหรือสถานอนามัยบ้าง แต่ไม่สม่ำเสมอ ทั้งนี้การรับการรักษาดังกล่าวจะขึ้นอยู่กับที่ตั้งของสถานรักษาพยาบาล เวลาของผู้ดูแล ฐานะทางเศรษฐกิจ และอาการของโรค จากการวิจัย พบว่าผู้ดูแลที่มีอาการหนัก จะเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล หรืออนามัย มากกว่าการรักษาที่คลินิก เนื่องจากค่ารักษาพยาบาลถูกกว่า นอกจากนั้น การที่ผู้ดูแลมีสิทธิในบัตรทองหรือบัตร 30 บาท หรือผู้ดูแลบางรายได้รับสวัสดิการจากทางราชการตามสิทธิของบุตรที่รับราชการ ทำให้สามารถเข้ารับการรักษาพยาบาลจากหน่วยงานของรัฐได้

ผู้ดูแลบางรายมีการตรวจเช็คสุขภาพเป็นประจำ หรือเคยได้รับการตรวจสุขภาพมาแล้ว ทั้งนี้เป็นสวัสดิการการรักษาพยาบาลที่ได้รับจากรัฐ นอกจากนี้มีการเสริมสร้างสุขภาพด้วยการออกกำลังกาย ผู้ดูแลที่มีการออกกำลังกายเป็นประจำ อาการปวดเมื่อยทั้งที่เกิดจากการทำงาน และจากการดูแลลดลง หรือหมดไป อาจกล่าวได้ว่า ผู้ดูแลรักษาตนเองเป็นบางรายเท่านั้น

ปัญหาขาดอุปกรณ์ด้านการดูแล

ปัญหาด้านอุปกรณ์การดูแลผู้สูงอายุ พบว่าปัญหาการขาดพาหนะในการเดินทาง $\bar{X} = 2.15$ ซึ่งเป็นปัญหาระดับปานกลาง สำหรับปัญหาทางอุปกรณ์เสริม เช่น ไม้เท้า, รถเข็น ฯลฯ มี $\bar{X} = 1.87$ ซึ่งอยู่ในระดับน้อย (ตารางที่ 4.6)

ตารางที่ 4.6

ปัญหาด้านอุปกรณ์ช่วยดูแลผู้สูงอายุ

สภาพปัญหา	ระดับปัญหา(ร้อยละ)				$\bar{X}$	S.D.
	ไม่มีปัญหา	น้อย	ปานกลาง	มาก		
- ขาดอุปกรณ์เสริม เช่น ไม้เท้า,รถเข็น ฯลฯ ในการดูแล	55.5	15.5	16.2	12.8	1.87	1.10
- ขาดพาหนะในการเดินทาง	46.6	11.4	22.0	20.0	2.15	1.21
รวม					2.01	1.01

การศึกษาโดยสนทนากลุ่ม พบว่า ผู้ดูแลได้แก้ไขปัญหการขาดอุปกรณ์ด้านการดูแล ด้วยการทำอุปกรณ์ขึ้นช่วยเหลือการเคลื่อนไหวของผู้สูงอายุเอง เช่น ผู้ดูแลในจังหวัดขอนแก่น ดูแลผู้สูงอายุที่พิการทางสายตา มีวิธีการดูแลคือ ใช้เชือกซึ่งดัดงัดบันไดบ้านไปถึงห้องสุขา ที่อยู่บริเวณในสวนข้างบ้าน ให้ผู้สูงอายุจับเชือก เดินคลำทางไปจนถึงห้องสุขาได้

นอกจากนั้นพบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่ในภาคใต้มีความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ สามารถจัดหาอุปกรณ์ เครื่องมือเครื่องใช้ในการดูแลได้ ผู้สูงอายุที่มีปัญหาหิวข้าว เคลื่อนย้ายลำบากหรือมีความเสื่อมทางร่างกาย เช่น หูไม่ได้ยิน ตาฝ้าฟาง เคลื่อนไหวช้า หรือเดินไม่ได้ ผู้ดูแลให้ผู้สูงอายุสวมรองเท้ายางกันลื่นในบ้าน หรือมีการใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยเดิน อย่างไรก็ตาม กลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่มีรายได้ค่อนข้างดี จึงสามารถจัดหาอุปกรณ์เหล่านี้ได้

ปัญหาอื่น ๆ

ผู้วิจัยได้ให้ผู้ดูแลแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาต่าง ๆ เพิ่มเติม โดยปัญหาที่ผู้ดูแลได้เสนอมานั้น ผู้วิจัยได้นำคำตอบเหล่านี้แบ่งปัญหาเป็น 3 ประการคือ

1. ปัญหาที่เกิดจากผู้ดูแล
2. ปัญหาที่เกิดจากผู้สูงอายุ
3. ปัญหาที่เกิดจากการบริการ หรือความช่วยเหลือของรัฐ

สำหรับปัญหาที่เกิดจากตัวผู้ดูแลนั้น ปัญหาที่ผู้ดูแลให้ความเห็นมากที่สุด ร้อยละ 18.7 เป็นปัญหาด้านสุขภาพกายและจิต รองลงมาคือ ร้อยละ 17.0 เป็นปัญหาที่ผู้ดูแลเป็นห่วงวิตกกังวลในตัวผู้สูงอายุ และร้อยละ 3.5 เป็นปัญหการขาดอุปกรณ์ออกกำลังกาย

ทางด้านปัญหาที่เกิดจากตัวผู้สูงอายุ พบว่า ปัญหาผู้สูงอายุชอบทำงาน ช่วยเหลือตัวเอง มีค่าร้อยละ 10.2 และร้อยละ 8.6 เป็นปัญหาผู้สูงอายุดื้อรั้นและเอาแต่ใจตนเอง

ปัญหาที่เกิดจากการบริการหรือความช่วยเหลือของรัฐ ร้อยละ 17.0 มีปัญหาทางด้านเบี้ยยังชีพ เช่น ไม่เพียงพอ หรือน้อย ฯลฯ ร้อยละ 7.7 มีปัญหาการได้รับความช่วยเหลือจากรัฐและร้อยละ 6.9 มีปัญหาการขาดความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่ของรัฐ (ตารางที่ 4.7)

ตารางที่ 4.7
ปัญหาอื่น ๆ ของผู้ดูแล

ลักษณะปัญหา	ร้อยละ (N=111)
<u>ปัญหาที่เกิดจากตัวผู้ดูแล</u>	
- ปัญหาความวิตกกังวลเป็นห่วงผู้สูงอายุ	18.9
- ปัญหาด้านสุขภาพกายและจิต	11.7
- ปัญหาขาดอุปกรณ์ออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ	3.6
- ปัญหาขาดการติดต่อกับญาติพี่น้อง หรือญาติที่น้องอยู่ห่างไกล	2.7
- ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ มีฐานะยากจน	2.7
- ปัญหาสภาพที่อยู่อาศัยไม่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ	2.7
<u>ปัญหาที่เกิดจากตัวผู้สูงอายุ</u>	
- ปัญหาผู้สูงอายุชอบทำงาน หรือช่วยเหลือตนเอง	10.8
- ปัญหาความดีใจรับ เอาแต่ใจของผู้สูงอายุ	9.0
<u>ปัญหาที่เกิดจากการบริการ หรือการให้ความช่วยเหลือจากรัฐ</u>	
- ปัญหาที่เกิดจากเบี้ยยังชีพ เช่น ไม่เพียงพอ หรือน้อย ไม่ได้รับเบี้ยยังชีพ	18.9
- ปัญหาการไม่ได้รับ หรือไม่เพียงพอความช่วยเหลือจากรัฐ	8.1
- ปัญหาการขาดความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่ของรัฐ	7.3
- จิตแพทย์ หรือแพทย์อาสาสมัครไม่เพียงพอ	2.7
- ปัญหางานบริการทางสังคมไม่เพียงพอ	0.9

การจัดอันดับปัญหา

เมื่อนำปัญหามาจัดอันดับเป็น 2 กลุ่มคือมีปัญหามาก ได้แก่ผู้ที่ตอบว่ามีปัญหาในการดูแลระดับมาก ส่วนปัญหาน้อย ได้แก่ ผู้ที่ตอบว่ามีปัญหาในการดูแลน้อยและปานกลาง พบว่าปัญหาด้านการเงินเป็นปัญหามากอันดับแรกสุดของผู้ดูแล (ร้อยละ 57.3) รองลงมาเป็นปัญหาด้านผู้ช่วยเหลือ (ร้อยละ 53.1) การขาดความรู้ (ร้อยละ 51.9) พฤติกรรมของผู้สูงอายุ (ร้อยละ 49.1) สุขภาพกายของผู้ดูแล (ร้อยละ 44.5) และปัญหาการขาดอุปกรณ์ช่วยดูแล (ร้อยละ 39.7) ตามลำดับ

เมื่อพิจารณาจากค่าเฉลี่ยของระดับปัญหา พบว่า ปัญหาด้านการเงิน ($\bar{X} = 2.59$) เป็นปัญหาที่สูงที่สุด ถัดไปเป็นปัญหาการขาดความรู้ ปัญหาการขาดผู้ช่วยเหลือเรียงตามลำดับ (ตารางที่ 4.8)

ตารางที่ 4.8
การจัดอันดับปัญหา

ลักษณะการดูแล	ระดับของปัญหา (ร้อยละ) N=1,581		$\bar{X}$	S.D.
	น้อย	มาก		
- ปัญหาด้านการเงิน	42.7	57.3	2.59	1.09
- ปัญหาด้านผู้ช่วยเหลือ	46.9	53.1	2.23	.87
- ปัญหาการขาดความรู้	48.1	51.9	2.55	1.02
- ปัญหาด้านพฤติกรรมผู้สูงอายุ	50.9	49.1	1.84	.86
- ปัญหาด้านสุขภาพผู้ดูแล	55.5	44.5	2.15	.96
- ปัญหาขาดอุปกรณ์ช่วยดูแล	60.3	39.7	2.01	1.01

ภาพรวมระดับปัญหา

เมื่อนำระดับปัญหาตามประเด็นต่างๆ ทั้ง 6 ด้านมาแบ่งระดับเป็น 4 ระดับ ตามค่าคะแนนที่ได้ พบว่า ผู้ดูแลร้อยละ 7.1 ไม่มีปัญหาในการดูแล ผู้ดูแลร้อยละ 48.5 มีปัญหาระดับปานกลาง และร้อยละ 30.7 มีปัญหาน้อย และร้อยละ 13.7 มีปัญหามากที่สุด (ตารางที่ 4.9)

ตารางที่ 4.9
ระดับปัญหา

ปัญหา	ร้อยละ(N=1,581)
ไม่มีปัญหา	7.1
มีปัญหาน้อย	30.7
มีปัญหাপานกลาง	48.5
มีปัญหามาก	13.7
รวม	100.0

ตอนที่3 การทดสอบทางสถิติด้านปัญหา

3.1 การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาและตัวแปรอิสระ
ผลของการศึกษามีดังนี้

ความสัมพันธ์ระหว่างปัญหากับเพศ

การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัญหากับเพศของผู้ดูแล ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ดูแลที่มีปัญหาปานกลาง ร้อยละ 49.0 เป็นเพศชายและร้อยละ 48.2 เป็นเพศหญิง ส่วนผู้ดูแลที่มีปัญหามาก ร้อยละ 13.8 เป็นผู้ดูแลหญิง ร้อยละ 13.6 เป็นเพศชาย (ตารางที่ 4.10)

ตารางที่ 4.10

ความสัมพันธ์ระหว่างปัญหากับเพศ

ระดับหน้าที่	เพศ		รวม
	ชาย	หญิง	
ไม่มีปัญหา	7.5	7.1	7.2
มีปัญหาน้อย	29.9	30.9	30.6
มีปัญหาปานกลาง	49.0	48.2	48.5
มีปัญหามาก	13.6	13.8	13.7
รวม	100.0	100.0	100.0 (N=1,573)

$X^2 = 0.24035$

ความสัมพันธ์ระหว่างปัญหากับอายุ

การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัญหากับอายุของผู้ดูแล ไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ดูแลที่มีปัญหาปานกลาง ร้อยละ 58.2 เป็นผู้ดูแลที่มีอายุระหว่าง 15-24 ปี และผู้ดูแลที่มีปัญหามาก ร้อยละ 14.4 เป็นผู้ดูแลที่มีอายุระหว่าง 25-59 ปี (ตารางที่ 4.11)

ตารางที่ 4.11

ความสัมพันธ์ระหว่างปัญหากับอายุ

ระดับหน้าที่	อายุ			รวม
	15-24 ปี	25-59 ปี	60 ปีขึ้นไป	
ไม่มีปัญหา	7.1	7.3	5.7	7.1
มีปัญหาน้อย	22.5	30.9	33.8	30.7
มีปัญหามาก	58.2	47.4	51.6	48.5
มีปัญหามาก	12.2	14.4	8.9	13.7
รวม	100.0	100.0	100.0	100.0 (N=1,581)

$$X^2 = 8.96545$$

ความสัมพันธ์ระหว่างปัญหากับการศึกษา

การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัญหากับการศึกษาของผู้ดูแล มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยผู้ดูแลที่มีปัญหามาก ร้อยละ 50.4 เป็นผู้ดูแลที่ไม่ได้รับการศึกษา/จบชั้นประถมศึกษา และผู้ดูแลที่มีปัญหาน้อย ร้อยละ 40.8 เป็นผู้ดูแลที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีและสูงกว่า (ตารางที่ 4.12)

ตารางที่ 4.12

ความสัมพันธ์ระหว่างปัญหากับการศึกษา

ระดับหน้าที่	ระดับการศึกษา			รวม
	ไม่ได้รับการศึกษา/ ประถมศึกษา	มัธยมศึกษา	ปริญญาตรีและสูง กว่า	
ไม่มีปัญหา	5.5	7.6	16.6	7.2
มีปัญหาน้อย	28.2	32.7	40.8	30.6
มีปัญหามาก	50.4	47.5	38.8	48.5
มีปัญหามาก	15.9	12.2	3.8	13.7
รวม	100.0	100.0	100.0	100.0 (N=1,576)

$$X^2 = 50.36722^{***}$$

ความสัมพันธ์ระหว่างปัญหากับฐานะทางเศรษฐกิจ

การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัญหากับฐานะทางเศรษฐกิจของผู้ดูแล มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยผู้ดูแลที่มีปัญหาปานกลาง ร้อยละ 55.7 เป็นผู้ที่มีฐานะยากจน ผู้ดูแลที่มีปัญหาน้อย ร้อยละ 52.9 เป็นผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดี (ตารางที่ 4.13)

ตารางที่ 4.13

ความสัมพันธ์ระหว่างปัญหากับฐานะทางเศรษฐกิจ

ระดับหน้าที่	ฐานะทางเศรษฐกิจ			รวม
	ยากจน	ปานกลาง	ดี	
ไม่มีปัญหา	4.3	6.8	20.2	7.1
มีปัญหาน้อย	11.9	35.6	52.9	30.8
มีปัญหาปานกลาง	55.7	48.2	23.1	48.4
มีปัญหามาก	28.1	9.4	3.8	13.7
รวม	100.0	100.0	100.0	100.0 (N=1,565)

$$X^2 = 23.17154^{***}$$

3.2 การวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยระดับปัญหาจำแนกตามระดับอำเภอและภาค

การวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยระดับปัญหาของผู้ดูแล จำแนกตามระดับอำเภอและตามภาคต่างๆ พบว่า ภาคเหนือไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยอำเภอชั้นพิเศษ, 1,2 มีค่าเฉลี่ยของระดับปัญหาสูงกว่าอำเภอชั้น 3,4 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01 และอำเภอชั้น 3,4 มีค่าเฉลี่ยระดับปัญหาสูงกว่าอำเภอชั้นพิเศษ, 1,2 ภาคกลางและตะวันออก มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และอำเภอชั้น 3,4 มีค่าเฉลี่ยระดับปัญหาสูงกว่าอำเภอชั้นพิเศษ, 1,2 แต่ในภาคใต้ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และอำเภอชั้นพิเศษ, 1,2 มีค่าเฉลี่ยสูงกว่าอำเภอชั้น 3,4 เมื่อพิจารณาภาพรวมทุกภาคแล้ว พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และอำเภอชั้น 3,4 มีค่าเฉลี่ยระดับปัญหาสูงกว่าอำเภอชั้นพิเศษ, 1,2 (ตารางที่ 4.14)

ตารางที่ 4.14

การเปรียบเทียบปัญหา จำแนกตามระดับอำเภอและตามภาค

ประเด็น	ภาค	ระดับ อำเภอ	N	$\bar{X}$	SD	t	P
ปัญหา	เหนือ	อ.ชั้นพ,1,2	231	2.3788	.603	1.11	.262
		อ.ชั้น3,4	260	2.3088	.775		
	ตะวันออก	อ.ชั้นพ,1,2	156	2.2376	.775	-3.04	.003
		อ.ชั้น3,4	131	2.4875	.617		
	กลางและ ตะวันออก	อ.ชั้นพ,1,2	199	1.9594	.688	-4.27	.000
		อ.ชั้น3,4	172	2.2907	.718		
	ใต้	อ.ชั้นพ,1,2	195	2.2938	.713	2.43	.015
		อ.ชั้น3,4	163	2.1091	.713		
	รวมทุกภาค	อ.ชั้นพ, 1,2	781	2.2225	.708	1.85	0.65
		อ.ชั้น 3,4	726	2.2919	.751		

3.3 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อปัญหา

ผลการวิเคราะห์หัตถดอยพหุคูณ เมื่อใช้คะแนนปัญหาการดูแลผู้สูงอายุเป็นตัวแปรตาม พบว่า ตัวแปรอิสระทั้ง 6 ตัว สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของคะแนนปัญหาของผู้ดูแลผู้สูงอายุได้ร้อยละ 14.75 โดยการทำหน้าที่ดูแลอธิบายปัญหาของผู้ดูแลได้ดีที่สุด รองลงมาได้แก่ รายได้ของผู้ดูแล รายได้ของครอบครัว ระดับการศึกษา ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ และอาชีพ ตามลำดับ ตัวแปรอิสระดังกล่าว สามารถอธิบายปัญหาของผู้ดูแลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้นอาชีพเท่านั้นที่ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ดูแลที่มีรายได้ของตนเอง รายได้ครอบครัว ระดับการศึกษาสูง และมีความเห็นว่าผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้มากจะมีปัญหาน้อย รายได้ของผู้ดูแล รายได้ของครอบครัว ระดับการศึกษา และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ มีอิทธิพลต่อปัญหาในการดูแลในทางลบ (ตารางที่ 4.15)

ตารางที่ 4.15

ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ เมื่อใช้ตัวแปรอิสระทั้งหมด 6 ตัว เป็นตัวพยากรณ์ และใช้คะแนน
ปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุเป็นตัวแปรตาม

ตัวพยากรณ์	ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอย		t	p
	B	Beta		
- การทำหน้าที่ดูแล	.21223	.21157	7.090	.0000
- รายได้ของผู้ดูแล	- .000002	.19359	- 6.088	.0000
- อาชีพ	.02369	.01611	.609	.5425
- ระดับการศึกษา	- .12883	- .08556	- 3.147	.0017
- การประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	- .01555	- .07858	- 2.630	.0086
- รายได้ของครอบครัว	- .0000004	- .09929	- 3.207	.0014

R= .38408

R² = .14751

F=38.44366

(P<.0001)

ตอนที่ 4 ความต้องการของผู้ดูแล

ในการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ดูแลมีความต้องการหลากหลายที่จะมาช่วยส่งเสริมหรือสนับสนุน
ให้การดูแลผู้สูงอายุมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น การวิจัยเรื่องนี้ กำหนดตัวชี้วัดความต้องการออกได้
หลายด้าน ได้แก่ ความต้องการข้อมูลข่าวสาร ความต้องการสิ่งอำนวยความสะดวก ความ
ต้องการความเข้าใจในสิ่งที่เกิดขึ้นจากความกลัวต่างๆ ความต้องการด้านเวลา ความต้องการด้าน
เศรษฐกิจ และความต้องการความช่วยเหลือในการดูแล โดยในแต่ละด้าน มีรายละเอียด ดังนี้

ความต้องการด้านข้อมูลข่าวสาร

การพิจารณาจากค่าเฉลี่ยของระดับความต้องการด้านข้อมูลข่าวสารของผู้ดูแล พบว่า
ค่าเฉลี่ยของความต้องการด้านข้อมูลเกี่ยวกับสภาพความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุมี $\bar{X}$ = 3.86 เป็น
ค่าเฉลี่ยในระดับมากและสูงกว่าค่าเฉลี่ยอื่น ๆ รองลงมาเป็นค่าเฉลี่ยความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับ
ลักษณะอาการของโรค $\bar{X}$ = 3.83 ความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับอาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากโรค

$\bar{X} = 3.82$ ความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ $\bar{X} = 3.82$ ซึ่งค่าเฉลี่ยทั้งหมดอยู่ในระดับมากเท่ากัน

เมื่อพิจารณาความต้องการด้านข้อมูลข่าวสารของผู้ดูแล โดยใช้ค่าร้อยละ พบว่า ผู้ดูแลมีความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุสูงกว่าด้านอื่น ๆ คือ ร้อยละ 34.1 โดยเป็นความต้องการในระดับปานกลาง ส่วนความต้องการในระดับมากที่สุด ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะอาการของโรค ซึ่งมีร้อยละ 32.3 (ตารางที่ 4.16)

ตารางที่ 4.16

ระดับความต้องการด้านข้อมูลข่าวสารของผู้ดูแล

ความต้องการ	ระดับความต้องการ(ร้อยละ)					$\bar{X}$	S.D.
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด		
- ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ	31.8	30.7	30.7	4.9	1.9	3.86	0.98
- ข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะอาการของโรค	32.3	29.6	29.3	6.5	2.3	3.83	1.03
- ข้อมูลเกี่ยวกับอาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากโรค	32.0	29.8	28.5	7.3	2.4	3.82	1.04
- ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ	28.0	31.9	34.1	5.2	0.8	3.81	0.93
รวม						3.83	.95

N=1,581

ความต้องการด้านสิ่งอำนวยความสะดวก

เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ย พบว่า ความต้องการแหล่งบริการที่เป็นประโยชน์ต่อผู้สูงอายุ $\bar{X} = 3.89$ ซึ่งเป็นความต้องการในระดับมากและสูงกว่าค่าเฉลี่ยอื่น ๆ รองลงมาเป็นความต้องการสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุ $\bar{X} = 3.82$ และความต้องการอุปกรณ์ที่ช่วยในการดูแลผู้สูงอายุที่เหมาะสมกับสภาพแวดล้อม $\bar{X} = 3.72$ ซึ่งเป็นความต้องการระดับมากเช่นกัน

เมื่อพิจารณาระดับความต้องการด้านสิ่งอำนวยความสะดวกของผู้ดูแลตามตัวชี้วัดดังกล่าว โดยใช้ค่าร้อยละ พบว่า ผู้ดูแลมีความต้องการแหล่งบริการที่เป็นประโยชน์ต่อผู้สูงอายุสูงกว่าด้านอื่น ๆ คือ ร้อยละ 40.5 ซึ่งเป็นความต้องการในระดับมาก (ตารางที่ 4.17)

ตารางที่ 4.17

ความต้องการของผู้ดูแลด้านสิ่งอำนวยความสะดวก

ความต้องการ	ระดับความต้องการ(ร้อยละ)					$\bar{X}$	S.D.
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด		
- สิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุ	27.3	37.3	27.6	6.3	1.5	3.82	0.95
- อุปกรณ์ที่ช่วยในการดูแลผู้สูงอายุที่เหมาะสมกับสภาพแวดล้อม	24.4	36.2	29.2	7.8	2.4	3.72	0.99
- แหล่งบริการที่เป็นประโยชน์ต่อผู้สูงอายุ	28.0	40.5	25.3	4.3	1.9	3.89	0.93
รวม						3.81	.82

N=1,581

ข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม พบว่า ผู้ดูแลบางรายมีความต้องการสิ่งของ หรือเครื่องใช้ เช่น เสื้อหนาว ผ้าห่ม โดยเฉพาะในฤดูหนาวสำหรับผู้สูงอายุที่ขาดแคลน นอกจากนี้ต้องการอาชีพเสริมสำหรับผู้สูงอายุเองที่สามารถทำงานได้อยู่ แต่ลักษณะงานต้องเหมาะสมกับวัย เช่น การเลี้ยงหมู เป็ด ไก่ การปลูกผักสวนครัว โดยมีการให้ความรู้ พร้อมทั้งการศึกษาดูงานจากชุมชนอื่นๆ บ้าง นอกจากนั้นผู้ดูแลในจังหวัดสุพรรณบุรี ยังต้องการให้มีรถรับจ้างในหมู่บ้าน เมื่อต้องการนำผู้สูงอายุไปโรงพยาบาล

ความต้องการเมื่อภาวะความกลัว

จากการพิจารณาค่าเฉลี่ยของตัวชี้วัดดังกล่าว พบว่า ค่าเฉลี่ยของความต้องการอยากมีคนอยู่ด้วยเมื่อผู้สูงอายุเจ็บป่วยหนัก $\bar{X}=3.98$ ซึ่งเป็นความต้องการในระดับมากและมีค่าสูงกว่าค่าเฉลี่ยอื่น ๆ รองลงมาเป็นความต้องการอยากมีที่พึ่งเมื่อมีความทุกข์ใจว่าจะมีการเปลี่ยนแปลง

ต่าง ๆ เกิดขึ้นในชีวิต $\bar{X} = 3.42$ และความต้องการอยากมีคนช่วยปลอบใจเมื่อเกิดความกลัวต่อการดูแลผู้สูงอายุ $\bar{X} = 3.31$ ซึ่งค่าเฉลี่ยทั้งหมดอยู่ในระดับมากด้วยกัน

เมื่อพิจารณาระดับความต้องการเมื่อเกิดภาวะความกลัวของผู้ดูแล โดยใช้ค่าร้อยละพบว่า ผู้ดูแลมีความต้องการให้มีคนอยู่ด้วยเมื่อผู้สูงอายุเจ็บป่วยหนักในระดับมากกว่าด้านอื่น โดยเป็นความต้องการระดับมาก ร้อยละ 37.5 และระดับมากที่สุด ร้อยละ 35.3 (ตารางที่ 4.18)

ตารางที่ 4.18

ความต้องการของผู้ดูแลเมื่อเกิดภาวะความกลัว

ความต้องการ	ระดับความต้องการ(ร้อยละ)					$\bar{X}$	S.D.
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด		
- มีคนช่วยปลอบใจเมื่อเกิดความกลัวต่อการดูแลผู้สูงอายุ	15.4	29.4	33.3	14.6	7.3	3.31	1.12
- มีที่พึ่งเมื่อมีความทุกข์ใจว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ เกิดขึ้นในชีวิตของตน	17.7	30.4	33.7	12.8	5.4	3.42	1.09
- มีคนอยู่ด้วยเมื่อผู้สูงอายุเจ็บป่วยหนัก	35.3	37.5	19.1	5.9	2.2	3.98	0.99
						3.57	.90

N=1,581

ความต้องการด้านเวลา

ผลการศึกษาโดยพิจารณาจากค่าเฉลี่ยของตัวชี้วัดดังกล่าว พบว่า ค่าเฉลี่ยของความต้องการมีเวลามาก ๆ เพื่อดูแลผู้สูงอายุ $\bar{X} = 3.81$ เป็นค่าเฉลี่ยในระดับมากและสูงกว่าค่าเฉลี่ยอื่น ๆ รองลงมาเป็นค่าเฉลี่ยความต้องการมีเวลาสำหรับตัวเองได้คิด ได้ทำในสิ่งที่ต้องการ $\bar{X} = 3.36$ ค่าเฉลี่ยความต้องการมีเวลาสำหรับตนเองได้พักผ่อนให้เต็มที่ $\bar{X} = 3.25$ และค่าเฉลี่ยความต้องการมีเวลาสำหรับตนเองในการไปสังสรรค์กับคนอื่น ๆ $\bar{X} = 2.99$ ซึ่งค่าเฉลี่ยทั้งหมดอยู่ในระดับปานกลาง

เมื่อพิจารณาระดับความต้องการด้านเวลาของผู้ดูแลตามตัวชี้วัดดังกล่าว โดยใช้ค่าร้อยละ พบว่า ผู้ดูแลมีความต้องการมีเวลาสำหรับตนเองได้พักผ่อนให้เต็มที่สูงสุด คือ ร้อยละ 40.6 โดยเป็นความต้องการในระดับปานกลาง (ตารางที่ 4.19)

ตารางที่ 4.19

ระดับความต้องการของผู้ดูแลด้านเวลา

ความต้องการ	ระดับความต้องการ(ร้อยละ)					$\bar{X}$	S.D.
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด		
- มีเวลาสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุให้เต็มที่	27.5	37.1	26.4	6.9	2.1	3.81	0.98
- มีเวลาสำหรับตัวเองได้คิด/ ได้ทำในสิ่งที่ต้องการ	15.6	27.4	38.9	13.5	4.6	3.36	1.04
- มีเวลาสำหรับตนเองได้พักผ่อนให้เต็มที่	14.5	23.4	40.6	15.2	6.3	3.25	1.08
- มีเวลาสำหรับตนเองในการไปสังสรรค์กับคนอื่น ๆ	10.9	17.6	40.2	22.0	9.3	2.99	1.10
รวม						3.35	.84

N=1,581

ความต้องการเวลาเพื่อทำธุระอื่นนี้ เกี่ยวข้องกับความต้องการบริการที่จะมาช่วยในการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งได้แก่ ต้องการศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ สำหรับผู้สูงอายุ สำหรับผู้สูงอายุที่ไม่มีลูกหลานคอยดูแลหรือละเลยหรือติดธุระหรือได้รับการทอดทิ้ง โดยเป็นศูนย์บริการสำหรับผู้สูงอายุในหมู่บ้านที่เป็นศูนย์กลางวัน (Day Care) ทั้งการดูแลสุขภาพทางกาย และจิตใจ เช่น การทำกายภาพบำบัด การบริการอาหาร ทั้งอาหารเสริม และอาหารประจำวัน โดยผู้ดูแลในภาคตะวันออกเฉียงเหนือต้องการให้มีการจัดอาหารส่งให้ผู้สูงอายุเป็นเวลาอย่างน้อยวันละมื้อ และต้องการอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ เป็นอีกความต้องการหนึ่งที่ผู้ดูแลต้องการเพื่อให้คอยดูแลเป็นหูเป็นตา ตรวจเฝ้าระวังคนแปลกหน้า เนื่องจากผู้สูงอายุอาศัยอยู่ในบ้านเพียงคนเดียวในช่วงเวลากลางวัน มักจะมีคนแปลกหน้ามาขโมยของในบ้านหรือทำร้ายผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในอำเภอโกรกพระ จังหวัดนครสวรรค์ นอกจากนี้อาสาสมัครสามารถทำหน้าที่ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่

เจ็บป่วย และไม่มีผู้ดูแลด้วย ผู้ดูแลให้ความเห็นว่าควรมีอัตราส่วนอาสาสมัคร 1 คนต่อผู้สูงอายุในหมู่บ้าน 5 คน

ความต้องการด้านเศรษฐกิจ

พิจารณาจากค่าเฉลี่ย พบว่า ความต้องการมีรายได้เพิ่มขึ้น $\bar{X} = 4.18$ หมายถึงผู้ดูแลมีความต้องการในระดับมากที่สุดและสูงกว่าค่าเฉลี่ยอื่น ๆ รองลงมาเป็นความต้องการด้านเงินเป็นค่าอาหารสำหรับผู้สูงอายุ $\bar{X} = 4.05$ ความต้องการเงินเป็นค่าใช้จ่ายทั่วไปสำหรับผู้สูงอายุ (เสื้อผ้า, โทรศัพท์, เครื่องนอน ฯลฯ) $\bar{X} = 3.92$ ซึ่งความต้องการทั้ง 2 ประการนี้ต่างอยู่ในระดับปานกลางเท่ากัน

เมื่อพิจารณาระดับความต้องการด้านเศรษฐกิจของผู้ดูแล โดยใช้ค่าร้อยละ พบว่าผู้ดูแลมีความต้องการทุกประเด็นในระดับมากที่สุด โดยประเด็นการมีรายได้ที่เพิ่มขึ้น เป็นความต้องการอยู่ในระดับมากที่สุด สูงกว่าประเด็นอื่น ๆ คือ ร้อยละ 45.0 (ตารางที่ 4.20)

ตารางที่ 4.20

ระดับความต้องการของผู้ดูแลด้านเศรษฐกิจ

ความต้องการ	ระดับความต้องการ (ร้อยละ)					$\bar{X}$	S.D.
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด		
- มีรายได้เพิ่มขึ้น	45.0	35.5	14.3	2.8	2.4	4.18	0.94
- มีเงินเป็นค่าอาหารสำหรับผู้สูงอายุ	40.2	35.2	17.0	4.4	3.2	4.05	1.02
- มีเงินเป็นค่าใช้จ่ายทั่วไปสำหรับผู้สูงอายุ (เสื้อผ้า, โทรศัพท์, เครื่องนอน ฯลฯ)	35.2	34.5	21.2	5.2	3.9	3.92	1.06
รวม						4.05	.89

N=1,581

จากการสนทนากลุ่ม ผู้ดูแลส่วนมากมีความต้องการได้รับความช่วยเหลือทางด้านเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ เนื่องจากมีภาระค่าใช้จ่ายสูง อีกทั้งผู้ดูแลบางคนต้องหยุดงานเพื่อดูแลผู้สูงอายุ ดังนั้นผู้ดูแลส่วนใหญ่ต้องการเบี้ยยังชีพสำหรับผู้สูงอายุ โดยให้กับผู้สูงอายุทุกคน อย่างน้อยให้กับผู้สูงอายุที่อายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไป เนื่องจากผู้สูงอายุมีอายุมาก " 70 ทำงานไม่ได้แล้ว

ช่วยเหลือตัวเองได้ ก็ดีใจ...." ผู้สูงอายุได้รับเบี้ยยังชีพประมาณหมู่บ้านละ 5 คน ซึ่งไม่เพียงพอ กับความต้องการตามลำดับ ผู้สูงอายุบางคนไม่สามารถจะรอได้ เสียชีวิตไปก่อนหลายราย

ผู้ดูแลบางกลุ่มต้องการอาชีพเสริมที่บ้านโดยจัดสวัสดิการกู้ยืมเงิน เพื่อดูแลผู้สูงอายุ พร้อมกับประกอบอาชีพเสริม เช่น การทำดอกไม้ประดิษฐ์ หรือทำเครื่องใช้จักรสาน และมีตลาด รองรับชิ้นงานด้วย รวมทั้งมีการจัดตั้งกลุ่มเพื่อให้มีการสำรองเงินกองกลางของชุมชน โดยบริหาร และจัดตั้งกลุ่มเอง และประการสุดท้ายเป็นความต้องการให้มีการจัดตั้งทุนสำรองในหมู่บ้าน สำหรับดูแลผู้สูงอายุทั้งในการรักษาพยาบาลและบริโภค

ความต้องการด้านความช่วยเหลือในการดูแล

ความต้องการความช่วยเหลือในการดูแล พิจารณาจากค่าเฉลี่ย พบว่า ความต้องการ ให้ชุมชนมีสถานบริการสำหรับผู้สูงอายุโดยเฉพาะ $\bar{X} = 4.25$ เป็นความต้องการในระดับมากที่สุด และสูงกว่าค่าเฉลี่ยอื่น ๆ รองลงมาเป็นค่าเฉลี่ยความต้องการให้มีการจัดอาหารให้ผู้สูงอายุที่ไม่มีที่ พึ่งได้รับประทานฟรี $\bar{X} = 4.15$ ความต้องการให้บุคลากรทางการแพทย์ (เจ้าหน้าที่อนามัย, หมอ) ช่วยดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้านเป็นครั้งคราว $\bar{X} = 3.99$ ความต้องการให้คนในครอบครัวมาช่วยดูแล ผู้สูงอายุบ้าง $\bar{X} = 3.61$ และความต้องการให้มีผู้ดูแลอาสาสมัครผลัดเปลี่ยนมาดูแลผู้สูงอายุ $\bar{X} = 3.52$ ซึ่งตัวชี้วัดทั้งหมดมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากเช่นเดียวกัน ส่วนความต้องการให้เพื่อน/ เพื่อนบ้าน ช่วยแบ่งเบาภาระการดูแลผู้สูงอายุเป็นครั้งคราวนั้นมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.84$)

เมื่อพิจารณาระดับของความ ต้องการด้านความช่วยเหลือในการดูแลตามตัวชี้วัด ดังกล่าว โดยใช้ค่าร้อยละ พบว่า ผู้ดูแลมีความต้องการให้ชุมชนมีสถานบริการสำหรับผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอยู่ในระดับมากที่สุด สูงกว่าด้านอื่นๆ คือ ร้อยละ 47.2 (ตารางที่ 4.21)

เป็นจุดๆ ทั้งนี้ผู้ดูแลในจังหวัดหนองบัวลำภู ได้กล่าวถึงโรงพยาบาลในจังหวัดของตนไว้ “ก่อนอื่นอยากให้ช่วยทำโรงพยาบาลหนองบัวลำภูให้ดีกว่า เพราะงบประมาณที่ใช้จัดการในโรงพยาบาลยังไม่มาสักที ไปรับบริการที่ใดก็บอกว่างบประมาณไม่มี”

ผู้ดูแลในภาคเหนือและตะวันออกเฉียงเหนือมีความต้องการบัตรทอง 30 บาทมาก และที่น่าสังเกตคือ ผู้ดูแลบางรายในจังหวัดสกลนครไม่เคยทราบเรื่องการสงเคราะห์ผู้สูงอายุและบัตร 30 บาท นอกจากนั้นผู้ดูแลยังต้องการให้มีเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ รวมทั้งนักสังคมสงเคราะห์ เช่น แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข มาให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรค การดูแลรักษาสุขภาพ และความรู้ด้านโภชนาการแก่ผู้ดูแลและผู้สูงอายุ รวมถึงการประชาสัมพันธ์ข่าวสาร ทั้งที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุและผู้ดูแล แต่ผู้ดูแลบางคนไม่ต้องการโครงการนี้เนื่องจากคิดว่าตนไม่มีเวลาเข้าร่วม

สำหรับบริการเสริมอื่นๆ นั้นผู้ดูแลจำนวนมากต้องการบริการอาหารเสริมสุขภาพ เช่น นมสด ต้องการสถานที่ออกกำลังกาย ต้องการบริการกายอุปกรณ์ เช่น ไม้เท้าเพื่อความสะดวกในการเคลื่อนไหว อุปกรณ์ช่วยหายใจ ทางเภสัชกรรมสำหรับผู้สูงอายุ หรือมีบริการตรวจวัดสายตา ตัดแว่นตา เป็นต้น

ความต้องการอื่น ๆ ของผู้ดูแล

นอกจากความต้องการดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้น ผู้ดูแลยังได้แสดงถึงความต้องการอื่นๆ อีก โดยผู้ดูแลที่ตอบแบบสอบถามจำนวน 335 คน ได้แสดงถึงความต้องการดังนี้ ร้อยละ 38.8 ต้องการได้รับความช่วยเหลือในด้านการเงิน และเบี้ยยังชีพสำหรับผู้สูงอายุ ร้อยละ 17.6 ต้องการให้ภาครัฐสนับสนุนด้านการแพทย์อนามัย และร้อยละ 14.9 ต้องการให้มีกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุ หรือจัดตั้งชมรมสำหรับผู้สูงอายุ (ตารางที่ 4.

ตารางที่ 4.22

ความต้องการด้านอื่นๆ ของผู้ดูแล

ความต้องการ	ร้อยละ(N=335)
- ความช่วยเหลือในด้านการเงินและเบี้ยยังชีพสำหรับผู้สูงอายุ	38.8
- รัฐสนับสนุนด้านการแพทย์อนามัย	17.6
- กิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุ หรือชมรม	14.9
- ให้ลูกหลานดูแลมีความรักความเข้าใจ	11.9
- มีองค์กรเฉพาะทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ	4.8

ตารางที่ 4.22 (ต่อ)

ความต้องการด้านอื่นๆ ของผู้ดูแล

ความต้องการ	ร้อยละ (N= 335)
- สาธารณูปโภคและเครื่องอุปโภค	4.2
- มีสุขภาพจิตดีและคุณภาพชีวิตที่ดี	2.4
- มีงานทำหรืออาชีพที่มั่นคง	2.1
- ให้ผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตนเองและทำงานเล็กๆ น้อยๆ ได้	0.9
- มีบริการปรึกษาจิตแพทย์หรือนักจิตวิทยา	0.9
- ยกเลิกการรักษาพยาบาล	0.9
- ให้มีความเข้าใจกันและกัน	0.6

ในด้านความต้องการอื่นๆนี้ ผู้ดูแลต้องการให้ภาครัฐเอาใจใส่ และเห็นความสำคัญในผู้สูงอายุมากขึ้น โดยผู้ดูแลในจังหวัดเชียงใหม่รายบอกว่า “รัฐบาลไม่ให้การช่วยเหลือ” ผู้ดูแลส่วนใหญ่ต้องการบริการทางด้านสาธารณูปโภค เช่น น้ำประปา จากการวิจัยพบว่าในพื้นที่อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดนครศรีธรรมราช ไม่มีน้ำประปาใช้ ต้องใช้น้ำจากบ่อ ซึ่งผู้สูงอายุบางคนไม่สามารถตักน้ำจากบ่อมาใช้ได้ หรือในเขตอำเภอพุนพิน จังหวัดสุราษฎร์ธานี ไม่มีถนนเข้าหมู่บ้าน จึงต้องการถนน เพื่อความสะดวกในการเคลื่อนย้ายหรือขนส่งผู้สูงอายุ หรือต้องการพัฒนาสถานที่รักษาพยาบาลให้มีคุณภาพ และเหมาะสม เช่น ในเขตจังหวัดหนองบัวลำภู ต้องการให้โรงพยาบาล มีคุณภาพดีกว่าเดิม เนื่องจากไม่มีงบประมาณในการบริหารจัดการในโรงพยาบาล จึงทำให้บริการไม่มาตรฐาน

ความคิดเห็นของผู้ดูแลต่อการป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาขาดแคลนผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุถูกทอดทิ้ง ละเลย ปัญหาผู้สูงอายุมีความทุกข์ยากลำบาก และการเสริมสร้างให้เป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพนั้น ผู้ดูแลทุกภาคให้ความเห็นตรงกันว่า ปัจจัยที่สำคัญที่สุดคือ “เงิน” ถ้ามีเงิน ลูกหลานจะสนใจดูแล มีบางรายที่ลูกหลานซึ่งเป็นผู้ดูแลจะได้ทรัพย์สินมรดกมากกว่าลูกคนอื่นๆ เช่น ผู้ดูแลในจังหวัดระยองกล่าวว่า “ต้องมีเงินเก็บ...” ผู้สูงอายุมีเงินจะสามารถหาซื้อปัจจัย และสามารถจ้างผู้ดูแลอื่นๆ ดูแลได้ด้วย “...ดูแลจ้างคนอื่น เวลาป็น ลูกหลานจะเข้ามา...” ซึ่งควรเริ่มต้นเก็บเงินตั้งแต่อายุ 35-36 ปี เป็นต้นไป

ในการทำงานเดียวกันกับผู้ดูแลในภาคใต้ ซึ่งมีความเห็นว่า ควรเริ่มตั้งแต่ทำงาน ผู้ดูแลบางคนให้ความเห็นว่าควรเริ่มต้นในวัย 30 ปี แต่บางรายให้ความเห็นว่าควรเริ่มตั้งแต่วัยเด็ก ให้มี

อาชีพแบ่งเงินเก็บไว้ใช้จ่ายเป็นสัดส่วน เก็บหอมรอมริบไว้ใช้จ่ายยามชรา อย่างไรก็ตามผู้ดูแลโดยส่วนใหญ่ไม่สามารถมีเงินเก็บเพื่อการใช้จ่ายในอนาคต เนื่องจากภาระค่าใช้จ่ายสูงกว่ารายได้ที่ได้รับมา ดังนั้นผู้ดูแลต้องการอาชีพเสริม สามารถทำเมื่อมีเวลาว่างจากงานประจำ

แนวทางป้องกันปัญหาผู้สูงอายุถูกทอดทิ้งที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือ การที่ผู้สูงอายุมีการดูแลรักษาสุขภาพของตนเองเป็นประจำ เพื่อให้มีสุขภาพแข็งแรงไม่เป็นภาระต่อบุตรหลาน นอกจากนี้ควรปลูกฝังเรื่องความกตัญญู โดยแสดงตัวอย่างให้เห็น และสอนให้เห็นถึงความกตัญญูว่าจะส่งผลอย่างไรต่อตนเอง รวมถึงการแสดงความรัก ความผูกพันในครอบครัว การแสดงให้เห็นคุณค่าของผู้สูงอายุ การเคารพนบถนอ การไหว้ผู้สูงอายุ ผู้ดูแลในจังหวัดระยองกล่าวถึงการป้องกันปัญหาการขาดผู้ดูแล หรือลดปัญหาผู้สูงอายุถูกทอดทิ้งว่า ควรเริ่มต้นที่ความรัก ความผูกพันกันในครอบครัว ให้ครอบครัวรักกัน มีความสามัคคี เอาใจใส่ทางด้านจิตใจ แต่มีผู้ดูแลบางคนกล่าวว่า เป็นเรื่องของจิตสำนึก “บางทีสอนก็ช่วยไม่ได้”

สำหรับภาครัฐผู้ดูแลต้องการให้ภาครัฐมีบทบาทในการป้องกันปัญหา โดยให้ความสนใจต่อการสนับสนุนทางการเงินแก่บางครอบครัวที่ไม่มีเงินใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน และบางครอบครัวที่ไม่ได้รับความช่วยเหลือจากลูกหลาน แม้ว่าครอบครัวนั้นๆ ไม่มีผู้สูงอายุอยู่ก็ตาม แต่จะเป็นการป้องกันปัญหาผู้สูงอายุถูกทอดทิ้งในอนาคต หรือเพื่อให้สามารถเลี้ยงดูตนเองได้ อย่างไรก็ตามยังมีผู้ดูแลบางส่วนที่ไม่ได้ให้ความคิดเห็นในเรื่องนี้

การจัดอันดับความต้องการของผู้ดูแล

เมื่อนำความต้องการมาจัดอันดับ พบว่า ความต้องการด้านเศรษฐกิจ ($\bar{X} = 4.05$) เป็นความต้องการที่สูงที่สุด ถัดมาเป็นความต้องการด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก ความช่วยเหลือในการดูแล ความเข้าใจในสิ่งที่เกิดจากความกลัวและด้านเวลาตามลำดับ (ตารางที่ 4.23)

ตารางที่ 4.23

การจัดอันดับความต้องการของผู้ดูแลต่อผู้สูงอายุ

ลักษณะการดูแล	ระดับความต้องการ(ร้อยละ)			$\bar{X}$	S.D.
	N=1,581				
	มาก	ปานกลาง	น้อย		
- ความต้องการด้านเศรษฐกิจ	83.4	12.3	4.3	4.05	.89
- ความต้องการข้อมูลข่าวสาร	73.6	23.8	2.6	3.83	.95
- ความต้องการสิ่งอำนวยความสะดวก	74.8	21.3	3.9	3.81	.82
- ความต้องการความช่วยเหลือในการดูแล	81.4	16.8	1.8	3.72	.69
- ความต้องการเมื่อเกิดภาวะ ความกลัว	66.5	26.1	7.4	3.57	.90
- ความต้องการด้านเวลา	59.6	31.2	9.2	3.35	.84

ภาพรวมระดับความต้องการของผู้ดูแล

เมื่อนำความต้องการของผู้ดูแลมาจัดเป็น 3 ระดับแล้ว พบว่า ในภาพรวมผู้ดูแลมีความต้องการด้านต่าง ๆ ในระดับมาก ถึงร้อยละ 90.0 ระดับปานกลาง ร้อยละ 9.7 และระดับน้อย ร้อยละ 0.3 (ตารางที่ 4.24)

ตารางที่ 4.24

ระดับความต้องการของผู้ดูแล

ระดับความต้องการ	จำนวน (N=1581)	ร้อยละ (100.0)
- น้อย	5	0.3
- ปานกลาง	153	9.7
- มาก	1423	90.0

ตอนที่ 5 การทดสอบทางสถิติด้านความต้องการ

5.1 การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการของผู้ดูแลกับตัวแปรอิสระ

ความต้องการกับการศึกษา

ความต้องการกับการศึกษา มีความสัมพันธ์ต่อกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.001 ผู้ดูแลที่มีความต้องการระดับน้อย โดยร้อยละ .6 สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีและสูงกว่า ผู้ดูแลที่มีความต้องการระดับปานกลาง ร้อยละ 14.1 จบชั้นมัธยมศึกษา และผู้ดูแลที่มีความต้องการระดับมากคือ ผู้ดูแลที่ไม่ได้รับการศึกษา/ จบชั้นมัธยมศึกษา (ตารางที่ 4.25)

ตารางที่ 4.25

ความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการกับการศึกษา

ระดับความต้องการ	การศึกษา			รวม
	ไม่ได้รับการศึกษา/ ประถมศึกษา	มัธยมศึกษา	ปริญญาตรีและสูง กว่า	
น้อย	.2	.5	.6	.3
ปานกลาง	7.2	14.1	14.0	9.7
มาก	92.6	85.4	85.4	90.0
รวม	100.0	100.0	100.0	100.0 (N=1,576)

$\chi^2 = 21.10367^{***}$

ความต้องการกับอาชีพ

ความต้องการกับอาชีพมีความสัมพันธ์ต่อกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ผู้ดูแลที่มีความต้องการระดับน้อย ร้อยละ 1.1 เป็นผู้ดูแลที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ และผู้ดูแลที่มีความต้องการระดับปานกลาง ยังคงเป็นผู้ดูแลที่ไม่ได้ประกอบอาชีพที่มีค่าร้อยละมากกว่ากลุ่มอื่น คือมีร้อยละ 15.3 ส่วนผู้ดูแลที่มีความต้องการระดับมาก ร้อยละ 91.6 ประกอบอาชีพเป็นเกษตรกร/ค้าขาย/บริการ (ตารางที่ 4.26)

ตารางที่ 4.26

ความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการกับอาชีพ

ระดับความต้องการ	อาชีพ			รวม
	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	เกษตรกร/ค้าขาย/บริการ	รับจ้าง/รับราชการ/ทำงานบริษัท	
น้อย	1.1	.2	.2	.3
ปานกลาง	15.3	8.2	10.0	9.6
มาก	83.6	91.6	89.8	90.1
รวม	100.0	100.0	100.0	100.0 (N=1,579)

$$\chi^2 = 13.15226^*$$

ความต้องการกับฐานะทางเศรษฐกิจ

ความต้องการกับฐานะทางเศรษฐกิจของผู้ดูแล ไม่มีความสัมพันธ์ต่อกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยร้อยละ 14.4 ของผู้ดูแลที่มีฐานะดี มีความต้องการระดับปานกลาง แต่เป็นที่น่าสนใจพบว่า ผู้ดูแลที่มีความต้องการระดับน้อย และระดับมากกว่ากลุ่มอื่น เป็นผู้ดูแลที่มีฐานะยากจน โดยร้อยละ 0.5 มีความต้องการน้อย ร้อยละ 91.4 มีความต้องการมาก (ตารางที่ 4.27)

ตารางที่ 4.27

ความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการกับฐานะทางเศรษฐกิจของผู้ดูแล

ความต้องการ	การประเมินฐานะทางเศรษฐกิจของผู้ดูแล			รวม
	จน	ปานกลาง	ดี	
น้อย	.5	.3	.0	.3
ปานกลาง	8.1	9.7	14.4	9.6
มาก	91.4	90.0	85.6	90.1
รวม	100.0	100.0	100.0	100.0 (N=1,565)

$$\chi^2 = 4.57554$$

ความต้องการกับความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ

การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการกับความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01 โดยผู้ดูแลที่มีความต้องการน้อย ร้อยละ 1.2 เป็นคู่สมรสกัน ผู้ดูแลที่มีความต้องการระดับปานกลาง ร้อยละ 14.0 เป็นเพื่อน/เพื่อนบ้าน/ผู้ดูแลรับจ้าง/ญาติ แต่ผู้ดูแลที่มีความต้องการระดับมาก สูงถึงร้อยละ 91.6 คือผู้ดูแลที่เป็นบุตร/บุตรเขย/สะใภ้ (ตารางที่ 4.28)

ตารางที่ 4.28

ความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการกับความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ

ความต้องการ	ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ			รวม
	คู่สมรส	บุตร/บุตรเขย/สะใภ้	เพื่อน/เพื่อนบ้าน/ผู้ดูแลรับจ้าง/ญาติ	
น้อย	1.2	0.1	0.5	0.3
ปานกลาง	11.7	8.3	14.0	9.5
มาก	87.1	91.6	85.5	90.2
รวม	100.0	100.0	100.0	100.0
				(N=1,572)

$\chi^2 = 16.39623^{**}$

5.2 การวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยระดับความต้องการของผู้ดูแล จำแนกตามระดับอำเภอและภาค

การวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยระดับความต้องการของผู้ดูแล จำแนกตามระดับอำเภอและตามภาคต่างๆ พบว่า ภาคเหนือและภาคใต้ ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และทั้ง 2 ภาคนี้ อำเภอชั้น 3,4 มีค่าเฉลี่ยระดับความต้องการสูงกว่าอำเภอชั้นพิเศษ, 1,2 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และอำเภอชั้น 3,4 มีค่าเฉลี่ยระดับความต้องการสูงกว่าอำเภอชั้นพิเศษ, 1,2 ภาคกลาง ภาคตะวันออก มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และอำเภอชั้น 3,4 มีค่าเฉลี่ยระดับความต้องการสูงกว่าอำเภอชั้นพิเศษ, 1,2 เช่นเดียวกัน เมื่อพิจารณาภาพรวมทุกภาค พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.001 และอำเภอชั้น 3,4 มีค่าเฉลี่ยระดับความต้องการสูงกว่าอำเภอชั้นพิเศษ, 1,2 (ตารางที่ 4.29)

ตารางที่ 4.29

การเปรียบเทียบความต้องการของผู้ดูแล
จำแนกตามระดับอำเภอและตามภาค

ประเด็น	ภาค	ระดับ อำเภอ	N	$\bar{X}$	SD	t	P
ความต้องการ	เหนือ	อ.ชั้น พ,1,2	231	3.7218	.518	-48	.633
		อ.ชั้น 3,4	260	3.7446	.541		
	ตะวันออก	อ.ชั้น พ,1,2	156	3.8241	.477	-2.59	.010
		อ.ชั้น 3,4	131	3.9867	.570		
	กลางและ ตะวันออก	อ.ชั้น พ,1,2	199	3.5172	.563	-6.92	.000
		อ.ชั้น 3,4	172	3.9118	.529		
	ใต้	อ.ชั้น พ,1,2	195	3.6221	.692	1.13	.258
		อ.ชั้น 3,4	163	3.5535	.477		
	รวมทุกภาค	อ.ชั้น พ,1,2	781	3.6662	.580	-4.07	.000
		อ.ชั้น 3,4	726	3.7850	.551		

5.3 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความต้องการของผู้ดูแล

ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ เมื่อใช้คะแนนความต้องการของผู้ดูแลเป็นตัวแปรตาม พบว่า ตัวแปรอิสระทั้ง 6 ตัว สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของคะแนนความต้องการของผู้ดูแลได้ร้อยละ 3.16 โดยการทำหน้าที่ดูแลอธิบายความต้องการของผู้ดูแลได้ดีที่สุด รองลงมา ได้แก่ รายได้ของผู้ดูแล ระดับการศึกษา อาชีพ ความเห็นของผู้ดูแลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ และรายได้ของครอบครัว ตามลำดับ ตัวแปรอิสระดังกล่าว มีเพียง 2 ตัวแปรคือ การทำหน้าที่ดูแล และรายได้ของครอบครัว ที่สามารถอธิบายความต้องการของผู้ดูแลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยรายได้ของผู้ดูแล อาชีพ การศึกษา และรายได้ของครอบครัวมีอิทธิพลต่อความต้องการของผู้ดูแลในทางลบ คือ หากผู้ดูแล มีการประกอบอาชีพ การศึกษา รายได้ของครอบครัว และโดยเฉพาะอย่างยิ่งมีรายได้ของตนเองมาก จะมีความต้องการน้อย (ตารางที่ 4.30)

ตารางที่ 4.30

ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ เมื่อใช้ตัวแปรอิสระทั้งหมด 6 ตัว เป็นตัวพยากรณ์ และใช้คะแนนความต้องการของผู้ดูแลเป็นตัวแปรตาม

ตัวพยากรณ์	ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอย		t	p
	B	Beta		
- การทำหน้าที่ดูแล	.11996	.15536	4.885	.0000
- รายได้ของผู้ดูแล	-.00000006	-.06950	- 2.050	.0405
- อาชีพ	-.03704	-.03271	- 1.161	.2460
- ระดับการศึกษา	-.05356	-.04622	- 1.595	.1109
-การประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	.00446	.02919	.917	.3595
- รายได้ของครอบครัว	-.000000001	-.00521	- .158	.8745

$R = .17775$
 $F = 7.24864$

$R^2 = .03160$
($P < .0001$)

ตอนที่ 6 ความเห็นของผู้ดูแลต่อบทบาทของเครือข่ายในการดูแลผู้สูงอายุ

เพื่อที่จะดูแลผู้สูงอายุให้มีคุณภาพดีกว่าเดิม ผู้ดูแลต่างได้แสดงความคิดเห็นต่อบทบาทของตนเอง สมาชิกในครอบครัว เพื่อนบ้าน ญาติ ชุมชน และรัฐบาล ดังนี้

บทบาทของผู้ดูแล

ผู้ดูแลจำนวน 233 ราย ได้แสดงความคิดเห็นต่อบทบาทที่ควรให้ความช่วยเหลือแก่ผู้สูงอายุ โดยการจัดกิจกรรมต่างๆให้กับผู้สูงอายุคือ ร้อยละ 21.9 ต้องการช่วยหรือนำผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรม ชมรม หรือมีงานอดิเรก ร้อยละ 19.8 ต้องการมีเวลามากกว่าเดิมเพื่อทำหน้าที่ได้อย่างเต็มที่ ร้อยละ 19.3 ต้องการหาเงินช่วยเหลือสำหรับผู้สูงอายุ และร้อยละ 16.3 หาความรู้เกี่ยวกับการดูแลที่ถูกต้อง นอกจากนั้นเป็นเรื่องอื่นๆ (ตารางที่ 4.31)

ตารางที่ 4.31

ความเห็นของผู้ดูแลต่อกิจกรรมที่สมควรทำให้ผู้สูงอายุแต่ยังไม่ได้ทำ

กิจกรรม	ร้อยละ(N=233)
- การให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรม / ชมรมหรือมีงานอดิเรก	21.9
- อยากมีเวลาคุยมากกว่านี้	19.8
- เงินช่วยเหลือ	19.3
- หาความรู้เกี่ยวกับการดูแลที่ถูกต้อง	16.3
- ดูแลที่อยู่อาศัย หรือจัดหาสิ่งอำนวยความสะดวก	9.0
- ทำให้ชีวิตความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุดีขึ้น	6.9
- พาไปพบแพทย์ หรือไปโรงพยาบาล	3.4
- ให้มีงานทำ / อาชีพ	3.4

บทบาทของสมาชิกในครอบครัว

ผู้ดูแลจำนวน 1,109 ราย ได้แสดงความเห็นต่อบทบาทของสมาชิกในครอบครัวแตกต่างกัน โดยร้อยละ 32.7 ต้องการให้สมาชิกในครอบครัวมีความกตัญญูตเวที ให้การดูแลเอาใจใส่ ร้อยละ 21.8 ต้องการให้สมาชิกในครอบครัวแสดงความรัก ความเห็นอกเห็นใจผู้อื่น และร้อยละ 16.5 ต้องการให้สมาชิกมีความรู้ ความเข้าใจในเรื่องการดูแลผู้สูงอายุ ตามลำดับ (ตารางที่ 4.32)

ตารางที่ 4.32

ความเห็นของผู้ดูแลต่อการทำหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัว

การทำหน้าที่	ร้อยละ (N=1,109)
- มีความกตัญญูตเวที ให้การดูแลเอาใจใส่	32.7
- มีความสามัคคี ความร่วมมือกันและกัน	22.9
- ให้ความรัก ความเห็นอกเห็นใจผู้อื่น	21.8
- มีความรู้ ความเข้าใจเรื่องการดูแลผู้สูงอายุ	16.5
- หาเวลาว่างในการอยู่ดูแลผู้สูงอายุ	4.3
- มีอาชีพเสริม หรือมีรายได้ประจำ	0.9
- มีการทำกิจกรรมร่วมกัน	0.8
- มีสถานที่ทำงานใกล้บ้าน	0.1

บทบาทของญาติและเพื่อนบ้าน

ผู้ดูแลจำนวน 998 ราย ได้แสดงความเห็นต่อบทบาทของญาติและเพื่อนบ้าน โดยร้อยละ 40.3 ต้องการให้ญาติหรือเพื่อนบ้านเยี่ยมเยียน พุดคุยไปมาหาสู่ ร้อยละ 39.6 ต้องการให้เพื่อนบ้าน หรือญาติมีความเอื้ออาทร เอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ ร้อยละ 6.9 ต้องการให้เพื่อนบ้านหรือญาติ มีความรักต่อกัน เข้าใจกัน นอกนั้นเป็นเหตุผลอื่น ๆ (ตารางที่ 4.33)

ตารางที่ 4.33

ความเห็นของผู้ดูแลต่อการทำหน้าที่ของเพื่อน หรือญาติ

การทำหน้าที่	ร้อยละ(N= 947)
- เยี่ยมเยียนพุดคุยไปมาหาสู่กัน	40.3
- ความเอื้ออาทร เอื้อเฟื้อเผื่อแผ่	39.6
- ให้ความสำคัญ การยอมรับ ดูแลกัน	7.1
- ความรักต่อกัน เข้าใจกัน	6.9
- ให้คำปรึกษาแนะนำเรื่องต่างๆ	3.9
- จัดกิจกรรม หรือเข้าชมรม	1.1
- ไม่ควรยุ่งเกี่ยวกัน	1.1

บทบาทของชุมชน

ผู้ดูแลจำนวน 919 ราย ได้แสดงความเห็นถึงบทบาทที่ชุมชนควรทำต่อผู้สูงอายุ โดยร้อยละ 25.2 ต้องการให้ชุมชนมีกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุ หรือมีการตั้งชมรมสำหรับผู้สูงอายุ ร้อยละ 19.1 ต้องการให้ชุมชนเห็นความสำคัญของผู้สูงอายุ และดูแลผู้สูงอายุ ร้อยละ 13.8 มีการจัดตั้งกองทุนไว้ใช้จ่ายด้านต่าง ๆ นอกนั้นเป็นเรื่องเกี่ยวกับความช่วยเหลือด้านการแพทย์และอื่น ๆ (ตารางที่ 4.34)

ตารางที่ 4.34

ความเห็นของผู้ดูแลต่อบทบาทของชุมชน

บทบาท	ร้อยละ(N= 919)
- ตั้งชมรมผู้สูงอายุ หรือมีกิจกรรมผู้สูงอายุ	25.2
- มองเห็นความสำคัญหรือดูแลผู้สูงอายุ	19.1
- จัดตั้งกองทุนไว้ใช้จ่ายด้านต่าง ๆ	13.8
- ช่วยเหลือซึ่งกันและกันทุกด้าน	12.3
- รักกัน เข้าใจกัน และเห็นใจกัน	10.9
- จัดสภาพชุมชนให้มีสภาพแวดล้อมที่ดี	8.9
- ให้ความช่วยเหลือด้านการแพทย์แก่ผู้สูงอายุ	3.2
- มีการแลกเปลี่ยนความรู้ข่าวสารต่าง ๆ	2.7
- จัดประชุมสังสรรค์	2.3
- จัดตั้งอาสาสมัครให้ช่วยดูแล	1.6

บทบาทของรัฐ

สำหรับหน้าที่ของรัฐบาล ผู้ดูแลจำนวน 1032 ราย แสดงความเห็นเกี่ยวกับบทบาทของ
รัฐต่อผู้สูงอายุ โดยร้อยละ 67.0 แสดงความคิดเห็นว่า ต้องการให้รัฐบาลช่วยเหลือเรื่อง
งบประมาณต่าง ๆ เพื่อใช้ในการดูแลผู้สูงอายุ ร้อยละ 16.6 ต้องการให้รัฐให้ความช่วยเหลือ ดูแล
สุขภาพและความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุ ร้อยละ 4.6 รัฐควรมีองค์กรเฉพาะในการดูแลผู้สูงอายุ
นอกนั้นเป็นบริการอื่น ๆ (ตารางที่ 4.35)

ตารางที่ 4.35

ความเห็นของผู้ดูแลต่อบทบาทของรัฐ

บทบาท	ร้อยละ(N=1,032)
- ช่วยเหลือเรื่องงบประมาณต่าง ๆ	67.0
- ให้ความช่วยเหลือดูแลสุขภาพและความเป็นอยู่	16.6
- มีองค์การเฉพาะสำหรับการดูแลผู้สูงอายุ	4.6
- สร้างสาธารณูปโภคต่าง ๆ	3.9
- จัดตั้งชมรมหรือมีกิจกรรมผู้สูงอายุ	3.6
- ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีอาชีพ	2.8
- บริการข่าวสารความรู้ต่าง ๆ	1.4
- จัดประกวดผู้สูงอายุสุขภาพดี	0.1

สรุป

จากการศึกษาปัญหาและความต้องการของผู้ดูแลที่มีต่อการดูแลผู้สูงอายุนั้น ในปัญหาที่มีต่อการดูแล ผู้ดูแลต่างระบุว่า ปัญหาด้านการเงิน ได้แก่ การไม่มีเงินเพียงพอในการดูแล การมีภาระในการหาเงิน และการไม่ได้รับความช่วยเหลือด้านการเงิน จากสมาชิกในครอบครัว เป็นปัญหาอันดับสูงสุด โดยมีปัญหาการขาดความรู้ในการดูแล ทั้งความรู้เกี่ยวกับโรคต่างๆ และแนวทางในการดูแลเป็นอันดับรองลงมา ซึ่งปัญหา 2 ประการนี้ ถือว่าเป็นปัญหาที่สำคัญในระบบการดูแลในครอบครัว เนื่องจากสภาพการดูแลผู้สูงอายุนั้น ปัญหาสุขภาพของผู้ดูแลที่เกิดจากความเหน็ดเหนื่อย และการเจ็บป่วยเล็กน้อยเป็นปัญหาที่มีค่าสูงกว่าปัญหาการขาดอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้สูงอายุ เมื่อพิจารณาภาพรวมว่าผู้ดูแลมีปัญหาในระดับใด ร้อยละ 48.5 มีปัญหาระดับปานกลาง ร้อยละ 30.7 มีปัญหาระดับน้อย ที่มีปัญหาระดับมาก มีร้อยละ 13.7 และไม่มีปัญหาเลย มีร้อยละ 7.1

การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาของผู้ดูแลและตัวแปรที่สำคัญ พบว่า ปัญหาของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับระดับการศึกษาและฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว การศึกษาเกี่ยวกับความต้องการของผู้ดูแล พบว่า มีความสอดคล้องกับปัญหา กล่าวคือ ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความต้องการด้านเศรษฐกิจในระดับมาก และมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าค่าอื่นๆ โดยมีความต้องการข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสภาพความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ อาการของโรค และการดูแลผู้สูงอายุ ส่วนความต้องการสิ่งอำนวยความสะดวกนั้น ผู้ดูแลต้องการแหล่งบริการที่เป็นประโยชน์ต่อผู้สูงอายุสูงกว่า

ค่าอื่นๆ เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการของผู้ดูแล พบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับระดับการศึกษา อาชีพ ฐานะทางเศรษฐกิจ และความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ

การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุ พบว่า การทำหน้าที่ในการดูแล อธิบายปัญหาของผู้ดูแลได้ดีที่สุด โดยรายได้ของผู้ดูแล รายได้ครอบครัว ระดับการศึกษา ความสามารถอธิบายปัญหาผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความต้องการของผู้ดูแลนั้น การทำหน้าที่ผู้ดูแลสามารถอธิบายความต้องการของผู้ดูแลได้ดีที่สุด โดยการทำหน้าที่ผู้ดูแลและรายได้ครอบครัวสามารถอธิบายความต้องการของผู้ดูแลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผู้ดูแลได้แสดงความคิดเห็นต่อเครือข่ายในการดูแลผู้สูงอายุ โดยเห็นว่าผู้ดูแลเองมีความต้องการให้ผู้สูงอายุได้เข้าร่วมกิจกรรม หรือมีงานอดิเรก สำหรับสมาชิกในครอบครัวนั้น ควรมีความกตัญญูให้การดูแล เอาใจใส่ผู้สูงอายุให้มากกว่าเดิม เพื่อน หรือญาติ ควรมีความเอื้ออาทรเผื่อแผ่ต่อผู้สูงอายุ สำหรับชุมชนนั้น ควรมีการตั้งชมรมผู้สูงอายุหรือมีกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน และภาครัฐควรสนับสนุนงบประมาณต่างๆให้มากขึ้น

ผลการศึกษาที่สรุปนี้ กล่าวได้ว่า ประเด็นด้านเศรษฐกิจ เป็นประเด็นที่สำคัญที่สุดของผู้ดูแล ไม่ว่าจะเป็นด้านปัญหา หรือด้านความต้องการ โดยด้านความรู้เป็นปัญหาและความต้องการถัดไป ส่วนด้านผู้ช่วยเหลือและอุปกรณ์ต่างๆในการเสริมความช่วยเหลือ เป็นสิ่งที่ผู้ดูแลมีความต้องการเช่นกัน

บทที่ 5

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

สรุป

การศึกษาเรื่อง ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว เป็นการศึกษาเชิงผสมวิธี โดยศึกษาเชิงปริมาณเป็นหลักและเชิงคุณภาพเป็นรองกับผู้ดูแลผู้สูงอายุใน 16 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดเชียงราย นครสวรรค์ สุโขทัย ลำปาง หนองบัวลำภู ขอนแก่น สกลนคร ศรีสะเกษ สุพรรณบุรี ราชบุรี ลพบุรี ระยอง สุราษฎร์ธานี นครศรีธรรมราช ตรัง และนราธิวาส การคัดเลือกตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายระดับ โดยเริ่มจากสุ่มจังหวัด สุ่มอำเภอในจังหวัด ๆ ละ 2 อำเภอ และสุ่มตำบล หมู่บ้าน ตามลำดับ ในแต่ละหมู่บ้านจัดทำบัญชีรายชื่อผู้สูงอายุ และทำการสุ่มผู้ดูแลของแต่ละหลัง ได้จำนวนผู้ดูแลสำหรับการศึกษาเชิงปริมาณ 1581 คน ส่วนตัวอย่างในการศึกษาเชิงคุณภาพนั้น ได้ทำการสุ่มตัวอย่างผู้ดูแล หมู่บ้านละประมาณ 7-12 คน รวมทั้งสิ้น 320 คน การจัดทำกรณีศึกษา จากผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ช่วยตนเองไม่ได้ การศึกษาเชิงปริมาณใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือ ส่วนการศึกษาเชิงคุณภาพใช้วิธีการสนทนากลุ่ม การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนาและเชิงอนุมาน ได้แก่ ค่าร้อยละ การวัดแนวโน้มเข้าสู่ส่วนกลาง ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบความสัมพันธ์โดยใช้ค่า Chi-square และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) ส่วนการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการศึกษาโดยสรุปมีดังนี้

ผู้ดูแลส่วนใหญ่ร้อยละ 71.1 เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 25-39 ปี ร้อยละ 69.0 เป็นผู้ที่มีสมรสแล้ว ร้อยละ 56.8 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 36.9 มีอาชีพเป็นเกษตรกร/ทำไร่/ทำนา และร้อยละ 24.8 รับจ้างทั่วไป ร้อยละ 11.8 ไม่มีรายได้ ร้อยละ 30.2 มีรายได้ระหว่าง 10,001-30,000 บาท และร้อยละ 20.9 มีรายได้ระหว่าง 30,001-50,000 บาท สำหรับผู้สูงอายุที่ดูแลนั้น เป็นเพศหญิงร้อยละ 50.5 มากกว่าเพศชายเล็กน้อย ผู้สูงอายุมีสถานภาพเป็นบิดา/มารดาของผู้ดูแล ร้อยละ 48.6 มีอายุระหว่าง 60-69 ปี ด้านภาวะสุขภาพนั้น ผู้สูงอายุร้อยละ 67.8 มีการเจ็บป่วยและเป็นโรค ส่วนการประเมินระดับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ โดยให้ผู้ดูแลเป็นผู้ประเมินนั้น ผู้สูงอายุร้อยละ 93.1 สามารถช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวันในระดับมาก มีเพียงร้อยละ 1.8 เท่านั้น ที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้เลย

การรับบทบาทเป็นผู้ดูแลนั้น ร้อยละ 52.2 ให้เหตุผลว่า เกิดจากการอยู่บ้านเดียวกัน และเป็นบุตร โดยร้อยละ 28.3 ดูแลมาประมาณ 6-10 ปี จำนวนผู้สูงอายุที่ต้องดูแลนั้น ร้อยละ

77.8 ผู้ดูแลผู้สูงอายุ 1 คน และมีร้อยละ 0.4 ดูแลถึง 3 คน ผู้ดูแลร้อยละ 59.0 มีลักษณะการดูแลคนเดียวเป็นส่วนใหญ่ มีผู้ช่วยบางเวลา เครือข่ายการดูแลที่ได้รับความช่วยเหลือมากที่สุดคือญาติ โดยภาพรวมของการทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลนั้น ผู้ดูแลร้อยละ 46.9 มีการทำหน้าที่ในระดับปานกลาง และผู้ดูแล ร้อยละ 40.1 มีการทำหน้าที่ในระดับน้อยและบางรายไม่ได้ทำเลย การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่กับตัวแปรอิสระ พบว่า อายุและฐานะทางเศรษฐกิจ มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.001 และจากการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการทำหน้าที่ดูแลนั้น พบว่า ความสามารถในการดูแล การประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุและระดับการศึกษา สามารถอธิบายการทำหน้าที่ของผู้ดูแลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ อธิบายการทำหน้าที่ได้ดีที่สุด

การประเมินความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุ พบว่า ผู้ดูแลร้อยละ 46.4 มีความสามารถในระดับปานกลาง รองลงมา ร้อยละ 32.6 มีความสามารถสูง และร้อยละ 21.0 มีความสามารถต่ำ การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถกับตัวแปรอิสระ พบว่า อายุและฐานะทางเศรษฐกิจ มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ส่วนการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลนั้น พบว่า ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุและรายได้ของผู้สูงอายุ เป็นตัวแปรที่อธิบายความสามารถในการดูแลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยรายได้ของผู้ดูแลสามารถอธิบายความสามารถในการดูแลได้ดีที่สุด

ในการศึกษาภาวะอารมณ์และจิตใจของผู้ดูแลเกี่ยวกับแนวโน้มต่อความเครียดนั้น ผู้ดูแลร้อยละ 54.1 มีแนวโน้มต่อความเครียดน้อย ร้อยละ 25.7 ไม่มีแนวโน้มต่อความเครียด ร้อยละ 17.1 มีแนวโน้มต่อความเครียดปานกลาง ร้อยละ 2.7 มีแนวโน้มต่อความเครียดมาก และมีเพียงร้อยละ 0.4 เท่านั้นที่มีแนวโน้มต่อความเครียดมากที่สุด การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างระดับภาวะอารมณ์และจิตใจของผู้ดูแลกับตัวแปรอิสระ พบว่า การศึกษาและฐานะทางเศรษฐกิจ มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะอารมณ์และจิตใจของผู้ดูแล พบว่า การทำหน้าที่ รายได้ของผู้ดูแล ระดับการศึกษาและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ สามารถอธิบายภาวะอารมณ์และจิตใจของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุสามารถอธิบายภาวะอารมณ์และจิตใจได้ดีที่สุด

ในการดูแลผู้สูงอายุบางครั้ง ผู้ดูแลรู้สึกว่าการได้รับรางวัลจากการดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ การดูแลผู้สูงอายุก่อให้เกิดความพึงพอใจต่อตนเองในระดับสูง ($X = 3.42$) ด้านค่านิยมของสังคม

ระดับสูง ($\bar{X} = 3.49$) และด้านสัมพันธภาพกับผู้สูงอายุระดับสูง ($\bar{X} = 3.49$) การแบ่งระดับความรู้สึกเป็น 4 ระดับ พบว่า ผู้ดูแลร้อยละ 78.9 มีความรู้สึกมีกำลังใจและเสริมพลังในระดับมาก และผู้ดูแลร้อยละ 17.1 มีความรู้สึกในระดับปานกลาง ในการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกที่ได้รับรางวัลจากการดูแลผู้สูงอายุกับตัวแปรอิสระ พบว่า อายุและฐานะทางเศรษฐกิจมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และ 0.05 ตามลำดับ ส่วนการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อรางวัลที่ผู้ดูแลได้รับนั้น มีเพียง 2 ตัวแปร คือ การทำหน้าที่และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ สามารถอธิบายรางวัลที่ผู้ดูแลได้รับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยการทำหน้าที่ที่สามารถอธิบายความรู้สึกเกี่ยวกับการได้รับรางวัลได้ดีที่สุด

ปัญหาของผู้ดูแล หมายถึง สิ่งที่เป็นอุปสรรคและข้อขัดข้องที่ทำให้การดูแลไม่เป็นไปตามที่คาดหวัง ประการแรกคือ ปัญหาด้านการเงิน ($\bar{X} = 2.58$) ปัญหาการขาดความรู้ ($\bar{X} = 2.54$) และปัญหาด้านขาดผู้ช่วยเหลือ ($\bar{X} = 2.22$) เมื่อแบ่งระดับปัญหาออกเป็น 4 ระดับ ผู้ดูแลร้อยละ 48.5 มีปัญหาระดับปานกลาง ร้อยละ 30.7 มีปัญหาน้อย ร้อยละ 13.7 มีปัญหามาก และมีเพียงร้อยละ 7.1 ที่ระบุว่าไม่มีปัญหา การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างระดับปัญหากับตัวแปรอิสระ พบว่า การศึกษาและฐานะทางเศรษฐกิจมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.001 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุ พบว่า การทำหน้าที่ รายได้ของผู้ดูแล รายได้ครอบครัว ระดับการศึกษา ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ สามารถอธิบายปัญหาของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยการทำหน้าที่ในการดูแล อธิบายปัญหาของผู้ดูแลได้ดีที่สุด

ส่วนความต้องการของผู้ดูแลนั้น ผู้ดูแลมีความต้องการด้านเศรษฐกิจเป็นอันดับสูงสุด ($\bar{X} = 4.05$) ถัดไปเป็นความต้องการข้อมูลข่าวสาร ($\bar{X} = 3.83$) และความต้องการด้านสิ่งอำนวยความสะดวก ($\bar{X} = 3.81$) นอกนั้นเป็นความต้องการอื่นๆ เมื่อจัดแบ่งระดับความต้องการ ผู้ดูแลร้อยละ 90.0 มีความต้องการระดับมาก ร้อยละ 9.7 ต้องการระดับปานกลาง และ 0.3 ต้องการระดับน้อย การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการและตัวแปรอิสระ พบว่า การศึกษา อาชีพ และความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001, 0.05 และ 0.01 ตามลำดับ ส่วนการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความต้องการของผู้ดูแลนั้น พบว่า การทำหน้าที่และรายได้ครอบครัวสามารถอธิบายความต้องการของผู้ดูแลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยการทำหน้าที่ผู้ดูแลสามารถอธิบายความต้องการของผู้ดูแลได้ดีที่สุด

ความคิดเห็นของผู้ดูแลที่มีต่อบทบาทของเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุ โดยเน้นการแสดงบทบาทของเครือข่ายต่างๆ สำหรับบทบาทของผู้ดูแล ให้ความเห็นต่อบทบาทของตนที่สมควรทำให้ผู้สูงอายุ แต่ยังไม่ได้ทำ คือร้อยละ 21.9 ต้องการให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรม ร่วมชมรม หรือมีงานอดิเรก ร้อยละ 19.8 อยากมีเวลาดูมากกว่านี้ ร้อยละ 19.3 อยากมีเงินช่วยเหลือ ที่เหลือเป็นความต้องการด้านความรู้ สิ่งอำนวยความสะดวกและอื่นๆ

ความคิดเห็นอื่นๆ ของผู้ดูแลนั้น ผู้ดูแลต้องการให้แต่ละฝ่ายมีบทบาทดังนี้ สมาชิกในครอบครัว ร้อยละ 32.7 เห็นว่าควรมีความกตัญญูกตเวที ให้การดูแลเอาใจใส่มากที่สุด บทบาทของญาติและเพื่อนบ้าน ร้อยละ 40.3 ควรมาเยี่ยมเยียน ไปมาหาสู่และพูดคุย ร้อยละ 39.6 ต้องการให้มีความเอื้ออาทร เอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ต่อกัน บทบาทของชุมชน ร้อยละ 25.2 ควรมีการตั้งชมรมผู้สูงอายุ หรือมีกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุ และสุดท้ายเป็นบทบาทของรัฐ ร้อยละ 67.0 ควรให้ความช่วยเหลือเรื่องงบประมาณต่างๆ มากที่สุด

อภิปรายผล

ผลการศึกษาเรื่อง ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพพบประเด็นสำคัญที่นำมาอภิปรายได้ดังนี้

1. การเข้ารับบทบาทเป็นผู้ดูแล

การศึกษาเชิงปริมาณ พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวส่วนใหญ่เป็นบุตรของผู้ดูแล และเป็นเพศหญิงที่สมรสแล้ว มีอายุระหว่าง 25-39 ปี เหตุผลในการเข้ารับบทบาทเป็นผู้ดูแลนั้น ร้อยละ 52.2 มาจากการอยู่บ้านเดียวกัน การศึกษาเชิงคุณภาพอธิบายการรับบทบาทเป็นผู้ดูแลว่าเป็นลักษณะของการปฏิบัติที่ไม่มีขั้นตอน เป็นลักษณะค่อยเป็นค่อยไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งบุตรที่ไม่ได้อพยพหรือโยกย้ายไปอยู่ที่อื่นต้องรับบทบาทนี้ กรณีที่เป็นบุตรชายที่สมรสแล้วและมีภรรยาเข้ามาอยู่ในบ้านด้วย ภรรยาจะรับบทบาทเป็นผู้ดูแลหลักแทนสามี ผลที่พบนี้สอดคล้องกับการศึกษาการดูแลผู้ป่วยที่สามารถนำมาอธิบายผู้สูงอายุได้ ผู้ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นสมาชิกในครอบครัวมีความเกี่ยวพันใกล้ชิดกันทางสายเลือด มักเกี่ยวข้องเป็นบุตร เพศหญิงวัยกลางคน นอกจากนั้นยังมีการศึกษาที่ระบุว่า การทำหน้าที่เป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังนั้น เป็นบทบาทที่ถูกกำหนดไว้สำหรับเพศหญิง ส่วนเพศชายมักทำหน้าที่ช่วยเหลือจัดการด้านค่าใช้จ่าย การเดินทาง หรือเรื่องอื่น ๆ มากกว่าการให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรง (จอม สุวรรณโณ, 2541, น. 47 (3) : 147-157 และ Blieszness, M.R. and Pery, G.R. 1993, pp. 4,14-16)

นอกจากเหตุผลที่กล่าวข้างต้น ผู้ดูแลยังให้เหตุผลในการรับบทบาทเป็นผู้ดูแลว่าเป็น การทำหน้าที่ทางสังคมในฐานะเป็นบุตร เป็นค่านิยมและวัฒนธรรมที่ต้องดูแลบิดามารดาถึงร้อยละ 46.2 สอดคล้องกับสถานะภาพของผู้ดูแลที่พบว่าร้อยละ 63.5 เป็นบุตรของผู้สูงอายุ ซึ่งแสดงให้เห็นว่า การทดแทนบุญคุณผู้ที่เป็นบุพการีเป็นปัจจัยสำคัญในการเข้ารับบทบาทผู้ดูแลด้วยเช่นกัน

นอกจากนั้น ผลการศึกษาเชิงคุณภาพ ยังได้อธิบายให้เห็นถึงความคิดของผู้ดูแลว่า การที่ตนได้ดูแลบิดามารดา เป็นการสอนให้บุตรหลานได้รู้จักหน้าที่ของตน ต้องการแสดงตัวอย่างที่ดี ให้บุตรหลานได้เรียนรู้ และคาดหวังว่า อนาคตของบุตรหลานก็จะดูแลตนเช่นนี้บ้าง ซึ่งความคิดนี้ สามารถนำทฤษฎีการแลกเปลี่ยน (Exchange Theory) มาอธิบายได้ว่า บุคคลคาดหวังจะได้รับ ผลตอบแทนจากผู้อื่นเช่นเดียวกับที่ได้มอบให้กับผู้อื่น

การเข้ารับบทบาทเป็นผู้ดูแลนั้น ยังมีผู้ดูแลร้อยละ 1.6 ที่ระบุว่า มาจากกรรมเก่า ซึ่งกลุ่มนี้เข้ามาเป็นผู้ดูแลโดยไม่ได้คาดคิด เช่น การเสียชีวิตของผู้ดูแลเดิม การที่ต้องดูแลคู่สมรส หรือ บิดามารดาของคู่สมรสโดยมิได้สมัครใจ การที่ผู้ดูแลกลุ่มนี้ ระบุเหตุผลดังกล่าว สามารถนำผล การศึกษามาอธิบายว่าเกิดจากความคลุมเครือในบทบาทเป็นภาวะความคาดหวังของสังคมที่มีต่อบทบาทอย่างใดอย่างหนึ่งไม่ชัดเจน ไม่มีข้อตกลงเป็นเสียงเดียวกัน การให้คำนิยามเลือนลอย ทำให้ผู้ ดำรงบทบาทไม่ทราบว่าตนจะปฏิบัติอย่างไรจึงจะถูกต้องเหมาะสม(คมสัน แก้วระยะ, 2544 และทัศนา บุญทอง ,2525, น.93-102) นอกจากนี้รวมถึงการขาดความรู้ที่เฉพาะเจาะจงเกี่ยวกับบทบาทที่คาดหวัง และความสับสนที่เกิดขึ้นจากความคลุมเครือในบทบาทนี้สามารถสร้างความเครียดให้กับบุคคลได้ (คมสัน แก้วระยะ, 2544 และ Stuart, G.W. and Sundeed, S.J., 1987) อาจกล่าวได้ว่า ความเครียด ด้านความคลุมเครือในบทบาท ซึ่งเป็นความรู้สึกของผู้ดูแลในความไม่แน่ใจและไม่ชัดเจนในการรับ บทบาท ความรู้สึกของผู้ดูแลในความไม่แน่ใจและไม่ชัดเจนในการรับบทบาทดูแลผู้สูงอายุ และไม่ แน่ใจว่าตนเองจะมีความสามารถพอที่จะดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพา ความคลุมเครือในบทบาทนี้เป็นสิ่ง สำคัญในการรับบทบาทเป็นผู้ดูแล เพราะถ้าหากผู้ดูแลขาดความรู้และความเชี่ยวชาญในการปฏิบัติ บทบาทหน้าที่หรือไม่ทราบว่าจะปฏิบัติบทบาทของตนอย่างไร ย่อมส่งผลถึงคุณภาพการดูแลและทำ ให้ผู้ดำรงบทบาทนั้นเกิดความเครียด(คมสัน แก้วระยะ, 2544 และรุจา ภูโฆบูลย์, 2537)

ผลการศึกษายังพบว่า มีผู้ดูแลบางรายที่มีภาวะการดูแลเชิงซ้อน คือต้องดูแลบุตร หลานของตนเองด้วย เป็นภาระที่หนักสำหรับผู้ดูแล จึงทำให้กลุ่มนี้มีทัศนคติเชิงลบต่อการดูแล ซึ่ง สอดคล้องกับการศึกษาของ ศุภรีใจ เจริญสุข, 2537 ที่ระบุว่า ความมีบทบาทมากเกินไปเป็นภาวะที่ บทบาทดำรงบทบาทและถูกคาดหวังในหลายบทบาทมากเกินไปในเวลาที่กำหนดเป็นบทบาทที่มีมาก เกินกว่าจะทำได้และมีเวลาน้อยเกินกว่าที่จะทำให้สำเร็จ

2. หน้าที่ของผู้ดูแล

การศึกษาเชิงคุณภาพ ให้ข้อมูลว่าผู้ดูแลมีหน้าที่ดูแลในเรื่องทั่วไปในการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น การจัดหาอาหาร การทำความสะอาดบ้านเรือน และเครื่องนุ่งห่มเท่านั้น และส่วนใหญ่เป็นสิ่งที่ทำโดยปกติวิสัยทำเป็นประจำไม่มีพิเศษ ซึ่งจากการสังเกตในพื้นที่ที่กัมพูชา ซึ่งแสดงว่าผู้ดูแลมีบทบาทเป็นผู้อำนวยความสะดวกให้กับผู้สูงอายุ (Care Manager) แต่ข้อมูลเชิงปริมาณได้ระบุหน้าที่ของผู้ดูแลว่า นอกจากการดูแลทั่วไปซึ่งผู้ดูแลปฏิบัติน้อยกว่าหน้าที่อื่น ๆ แล้ว ผู้ดูแลยังทำหน้าที่ประสานงานและการติดต่อให้กับผู้สูงอายุ การร่วมกิจกรรมกับผู้สูงอายุ การจัดสภาพแวดล้อมภายในที่อยู่อาศัยและการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาและหลงลืมอีกด้วย ซึ่งแสดงว่าผู้ดูแลเป็นผู้ให้การช่วยเหลือ (Care Providers) ผู้สูงอายุหรือปฏิบัติกิจทดแทนผู้สูงอายุเนื่องจากผู้สูงอายุไม่สามารถทำกิจกรรมนั้น ๆ ได้ด้วยตนเอง อาจกล่าวได้ว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีบทบาทที่เป็นทั้งผู้อำนวยความสะดวกและผู้ให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุ โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับบริการขั้นพื้นฐานและช่วยเหลือความพิการต่างๆ ในการทำกิจวัตรประจำวัน โดยบริการขั้นพื้นฐานประกอบด้วย การช่วยเหลือ การให้กำลังใจ ความอบอุ่น การจัดหาอาหารที่เหมาะสม เครื่องนุ่งห่มและการดูแลสุขภาพ เป็นต้น

การดูแลผู้สูงอายุจะดีมาน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับความสามารถในการดูแล ผู้ดูแลร้อยละ 46.4 มีความสามารถดูแลผู้สูงอายุในระดับปานกลาง และร้อยละ 32.6 มีความสามารถระดับสูง ผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลกับปัจจัยต่าง ๆ พบว่า อายุและฐานะทางเศรษฐกิจ มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งปัจจัยดังกล่าวนี้เป็นเรื่องเกี่ยวกับสถานะในครอบครัวของผู้ดูแลทั้งสิ้น ผลที่ปรากฏเป็นการเน้นให้เห็นบทบาทของครอบครัวว่ามีความสำคัญต่อการดูแลผู้สูงอายุอย่างมาก

การศึกษาเชิงคุณภาพโดยการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ พบว่าผู้สูงอายุมีปัญหาแตกต่างกัน บางรายพอช่วยเหลือตนเองได้ แต่ขาดผู้ดูแลต้องอาศัยอยู่อย่างแร้นแค้น บางรายมีการเจ็บป่วย นอนติดเตียง ซึ่งผู้สูงอายุเหล่านี้ผู้ดูแลต้องดูแลเป็นพิเศษ ซึ่งหมายถึงต้องมีผู้ดูแลเฉพาะ ผู้ดูแลบางรายต้องออกจากงานและมาเฝ้าดูแลผู้สูงอายุอย่างเดียว ซึ่งส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง สำหรับคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มนี้ ผู้ดูแลแต่ละรายมีคุณภาพในการดูแลเป็นอย่างมาก อาทิ มีความอดทนสูง มีความสามารถพิเศษในการดัดแปลงอุปกรณ์ต่างๆ ให้เป็นอุปกรณ์เสริมการดูแลผู้สูงอายุตามสภาพร่างกายของผู้สูงอายุ ถึงแม้อุปกรณ์เหล่านี้มีลักษณะตามมีตามเกิด แต่ผู้ดูแลแต่ละรายมีความภาคภูมิใจต่อความสามารถของตน และคาดว่าจะสิ่งที่ดีที่สุดเท่าที่ทำได้

ปัจจัยสำคัญต่อคุณภาพการดูแล อีกประการหนึ่งคือระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล ซึ่งพบว่าผู้ดูแลที่มีความรู้มาก มีความสามารถดูแลผู้สูงอายุได้มากกว่าผู้ที่มีความรู้น้อย ซึ่งการมีความรู้ช่วยให้ผู้ดูแลได้เข้าใจปัญหาและเข้าใจผู้สูงอายุได้มากกว่า อย่างไรก็ตาม การศึกษาเชิงคุณภาพพบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่ได้ให้ความสำคัญกับความรู้ในการดูแล เพราะต่างก็อยู่ดูแลกันไป สิ่งที่สำคัญและเป็นปัจจัยหลักในการดูแลคือเงิน หากมีเงินแล้วคุณภาพการดูแลก็จะดีตามไปด้วย อย่างไรก็ตามการวิเคราะห์เชิงสถิติ สามารถอธิบายปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุว่า ปัจจัยด้านการรายได้ของผู้ดูแล สามารถอธิบายความสามารถได้ดีที่สุด อันดับถัดไปคือการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ผลที่ได้ดังกล่าวนี้ แตกต่างจากการศึกษาของเพ็ญแข ชีวะพันธ์, 2545, Phillips, L.R. and Pempusheski, V.F., 1986 pp. 62-76, Jirapom Kespichayawathana, 1999 and Archbold, P.G., et al., 1990 pp. 375-384 ที่ระบุว่าคุณภาพการดูแลในครอบครัว ขึ้นอยู่กับสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุ แต่ใกล้เคียงกับอีกประเด็นหนึ่งที่เพ็ญแข ชีวะพันธ์, 2545, Phillips, L.R. and Pempusheski, V.F., 1986, pp. 62-76, Jirapom Kespichayawathana, 1999 and Archbold, P.G., et al., 1990, pp. 375-384 และ Shyu Y.L., Archbold, P.G. and Imle, M., 1998, pp. 62-76 ได้กล่าวว่า “การดูแลที่มีคุณภาพ เกิดจากความสมดุลระหว่างการให้การดูแล และครอบครัวของผู้ดูแล ซึ่งมี 3 องค์ประกอบคือ การยอมรับหน้าที่ของผู้ดูแล การพิจารณาอย่างรอบคอบถึงผลดีผลเสียในการปฏิบัติ และการใช้แนวทางที่สมดุลเป็นแนวทางในการปฏิบัติ” ผลการศึกษานี้ สามารถนำมาอธิบายการทำหน้าที่ที่มีประสิทธิภาพของผู้ดูแลได้

การศึกษาถึงคุณภาพการดูแลนี้ เป็นมุมมองของนักวิจัยที่พยายามค้นหาคุณภาพการดูแล แต่ในการสนทนากลุ่มรวมทั้งการเยี่ยมผู้สูงอายุในสภาพจริง ประเด็นคุณภาพการดูแลอยู่ในความคิดของผู้ดูแลและครอบครัวน้อยมาก ถึงแม้เขาเหล่านั้นจะมีเป้าหมายการดูแลที่มุ่งให้ผู้สูงอายุมีความสุขที่สุดก็ตาม ความเข้าใจต่อคำว่า “คุณภาพ” ยังอยู่ห่างไกล เขาเข้าใจแต่เพียงว่าทำอย่างไรจะให้ผู้สูงอายุ “มีอยู่มีกินไปวันๆ ไม่ต้องอดมื้อกินมื้อ มีเงินรักษาเมื่อเจ็บป่วยก็เพียงพอแล้ว” ดังนั้นอาจสรุปได้ว่า คุณภาพการดูแลในทัศนะของผู้ดูแลคือความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุให้มีการพออยู่พอกินพอรักษาเท่านั้น

3. ภาวะอารมณ์และจิตใจของผู้ดูแล

การดูแลผู้สูงอายุเป็นภารกิจหนักที่ต้องใช้เวลา กำลังกาย ความรู้และการเสียสละอย่างมาก ดังนั้น จึงก่อให้เกิดปัญหาต่อผู้ดูแลหลายประการโดยเฉพาะอย่างยิ่ง ปัญหาด้านอารมณ์และจิตใจ อาจนำไปสู่ความเครียดหรือความพึงพอใจได้

3.1 ภาวะอารมณ์และจิตใจ

การศึกษาภาวะอารมณ์และจิตใจที่นำไปสู่ความเครียดของผู้ดูแลพบว่า ผู้ดูแลมีความวิตกกังวลในระดับน้อย ในภาพรวม ผู้ดูแลร้อยละ 54.1 มีแนวโน้มต่อความเครียดน้อย และมีเพียงร้อยละ 0.4 เท่านั้นที่มีแนวโน้มต่อความเครียดมากที่สุด การศึกษาเชิงคุณภาพให้ผลที่สอดคล้องกันว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่มีความเครียดในการดูแล เนื่องจากการรับบทบาทเป็นผู้ดูแลเป็นงานที่มีลักษณะค่อยเป็นค่อยไป แสดงให้เห็นถึงการปรับตัวอย่างช้า ๆ ของผู้ดูแล นอกจากนั้น ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ในกลุ่มที่มีปัญหาด้านอารมณ์และจิตใจนั้นเกิดจากความเครียดในบทบาท คือการดำรงบทบาทที่มากเกินไป (Role Overload) ซึ่งเกิดจากการที่ไม่สามารถทำหน้าที่ในบทบาทต่าง ๆ ตามเวลาที่มีอยู่ได้ทั้งหมด เช่นกลุ่มที่มีภาวะการดูแลเชิงซ้อน กลุ่มที่มีได้คาดคิดว่าจะต้องรับบทบาทนี้ และกลุ่มที่มีอาชีพหลักเป็นงานที่ต้องทำงานตามเวลากำหนด กลุ่มเหล่านี้แสดงออกในลักษณะของความขมขื่นใจและมองบทบาทการดูแลเป็นทุกขภาวะ ผลการศึกษาดังกล่าวนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ มาลินี วงษ์สิทธิ์และศิริวรรณ ศิริบุญ (2541) ที่ระบุว่า “บทบาทและภาระของผู้ดูแลผู้สูงอายุ จะยิ่งเพิ่มมากขึ้นและความถี่ของการดูแลประเภทต่างๆจะยิ่งทวีสูงขึ้น เมื่อผู้สูงอายุเกิดปัญหาในการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันด้วยตนเองไม่ได้เพิ่มขึ้น หรือผู้สูงอายุประสบปัญหาที่ทำให้ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ การให้การดูแลผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาในภาวะกิจกรรมในชีวิตประจำวันหลายอย่าง เป็นการดูแลที่ผู้ดูแลจะต้องมีบทบาทภาระและเพิ่มเวลาในการให้การดูแลมากขึ้น เช่น การป้อนข้าว ป้อนน้ำ การอาบน้ำให้ การเปลี่ยนเสื้อผ้าให้ การพาไปห้องน้ำหรือส้วม การจัดยาให้และการพาไปพบแพทย์ เป็นต้น” นอกจากนั้น การศึกษาของวรรณนิภา บุญระยอง (2543 น. 11-16) นำมาอธิบายทุกขภาวะของผู้ดูแลว่า สามารถเกิดขึ้นได้ทุกระดับ ตั้งแต่ ทุกขภาวะน้อยไปจนถึงมาก ส่วนใหญ่เกิดจากสภาวะความเลื่อมทางร่างกายของผู้สูงอายุและภาวะการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ตัวอย่างการศึกษาที่พบในประเทศไทย มักเป็นด้านที่เกี่ยวข้องกับการทำกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การขับถ่าย การทำความสะอาดร่างกายและแต่งตัว “ในด้านการถ่ายปัสสาวะจะเป็นภาระพอสมควร เรื่องการปัสสาวะรดผ้าถุง ฟูกนอน ซึ่งทำให้ผู้ดูแล 5 ราย ต้องเคียดร้อนในการซักผ้าถุงบ่อยๆ และซื้อฟูกเปลี่ยนบ่อย ซึ่งระยะหลังผู้ดูแลจะใช้เพียงเสื่อน้ำมันปูรองให้นอนแทนเท่านั้น” ส่วนที่เป็นภาระมาก ได้แก่ เรื่องการถ่ายอุจจาระ เนื่องจากการถ่ายที่

เลอะเทอะ ภาชนะทำความสะอาดไม่ดีหรือลืมทำ รวมทั้งการถ่ายนอกร้องน้ำ การละเลงป้ายข้างฝา อันทำให้ผู้ดูแลและผู้ใกล้ชิดเกิดความรังเกียจและสงกลืนเหม็นรบกวน นอกจากนั้น ทุกข์ภาวะที่ไม่รุนแรง ได้แก่ การมีผู้สูงอายุสมองเสื่อมอยู่ในครอบครัว ทำให้เกิดความไม่เข้าใจ โดยบางครั้งถึงขั้นทะเลาะวิวาทระหว่างผู้สูงอายุกับคนอื่นในครอบครัว เกิดความไม่เข้าใจระหว่างพี่น้องผู้ดูแลและยังสร้างความรำคาญให้แก่เพื่อนบ้าน

ลักษณะภาวะอารมณ์และจิตใจของผู้ดูแลอีกประการหนึ่ง ได้แก่ ความวิตกกังวลด้านการเงิน กล่าวว่ามีเงินใช้จ่ายเพียงพอ ซึ่งผู้ดูแลร้อยละ 14.6 มีความรู้สึกวิตกกังวลทุกวัน และร้อยละ 25.5 มีความวิตกกังวล 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ ผู้ดูแลมีความวิตกกังวลกับรายได้ รายรับ และรายจ่ายในแต่ละวัน ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลคุณลักษณะของผู้ดูแลที่ส่วนใหญ่ร้อยละ 36.9 มีอาชีพเป็นเกษตรกร ทำไร่ ทำนา และร้อยละ 24.8 รับจ้างทั่วไป และร้อยละ 30.2 มีรายได้เฉลี่ยปีละ 10,001-13,000 บาทต่อปี ผลการศึกษาสอดคล้องของ Given, B.A. และ Given. C.W., 1991 ที่ระบุลักษณะความเครียดนี้ว่าเกิดจากภาระค่าใช้จ่ายในการดูแล (Strain from Economic Burden) ซึ่งสถานะทางเศรษฐกิจของผู้ดูแลเป็นองค์ประกอบที่สำคัญต่อการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาเป็นแหล่งประโยชน์ในการช่วยเหลือดูแล เมื่อประสบปัญหาเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายต่างๆ รวมทั้งค่ารักษาพยาบาลเจ็บป่วย ทำให้ความยากลำบากในการดูแลลดลง รับรู้ภาระในการดูแลลดลงและน่าจะลดความเครียดในบทบาทผู้ดูแลได้ (Lueckenotte, A.G., 1996) ทั้งนี้ฐานะเศรษฐกิจถือเป็นสาเหตุของความเครียดได้อย่างต่อเนื่อง การมีฐานะที่มั่นคงจะเป็นแรงสนับสนุนให้ผู้ดูแลเผชิญกับความเครียดได้ดีขึ้น (นันทพร ศรีนิม , 2544 และ Pratt, C. et al., 1989: 258-262 และ สุตศิริ หิรัญขุนทด, 2541)

การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างระดับภาวะอารมณ์และจิตใจของผู้ดูแลกับระดับการศึกษาและฐานะทางเศรษฐกิจของผู้ดูแล มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะอารมณ์และจิตใจของผู้ดูแล พบว่า การทำหน้าที่, รายได้ของผู้ดูแล ระดับการศึกษา และการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ สามารถอธิบายภาวะอารมณ์และจิตใจของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งผลการศึกษาได้ผลเช่นเดียวกับการศึกษาของวิลลาร์ตน์ กูวราวุฒิพานิช (2537, 33-38) ที่ระบุว่าปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุประการหนึ่ง ได้แก่ ระดับการศึกษา ผู้ดูแลที่มีการศึกษาดี จะมีการใช้เหตุผล สถิติปัญญาและวิธีการแก้ปัญหา รู้จักที่จะหาแหล่งสนับสนุนความช่วยเหลือจากแหล่งต่างๆ มาได้มากขึ้น ซึ่งการศึกษาเป็นปัจจัยทางด้านตัวบุคคลในการที่จะใช้สถิติปัญญาในการประเมินสถานการณ์ได้ตรงกับความเป็นจริง จึงอาจมีความเครียดน้อยกว่าผู้ที่ประเมินเหตุการณ์ไม่ถูกต้อง ดังนั้นระดับการศึกษาของผู้ดูแลจึงมีความสำคัญต่อความเครียดของผู้ดูแล เนื่องจากเกี่ยวข้องกับ

ความสามารถในการใช้เหตุผลและการแก้ปัญหาของผู้ดูแล ซึ่งเมื่อเผชิญปัญหาและสามารถแก้ไขได้ก็จะทำให้ความเครียดลดน้อยลง

ด้านระยะเวลาในการดูแลนั้น ผู้ดูแลจำนวนหนึ่งมีระยะเวลาการดูแลมากกว่า 15 ปีขึ้นไป ซึ่งการมีประสบการณ์ในการดูแล ระยะเวลายาวนานเช่นนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของสุจิตรา เหลืองอมรเลิศ (2537) มาสนับสนุนข้อค้นพบนี้ โดยระยะเวลาในการดูแล เป็นตัวบ่งชี้ถึงประสบการณ์และทักษะในการดูแล ระยะเวลาที่ยืดยาว ผู้ดูแลยิ่งจะมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ทำให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจและมีแรงจูงใจในการดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้องและสามารถแก้ไขปัญหาต่างๆได้อย่างเหมาะสม โดยไม่รู้สึกรีบเร่ง จึงส่งผลให้ผู้ดูแลไม่รู้สึกเหนื่อยล้าที่จะให้การดูแลผู้ป่วย

3.2 ภาวะอารมณ์และจิตใจด้านการได้รับรางวัลจากการดูแล

การดูแลผู้สูงอายุไม่ได้ก่อให้เกิดปัญหาต่อภาวะอารมณ์และจิตใจเพียงอย่างเดียวเท่านั้น บางครั้งผู้ดูแลเกิดความรู้สึกในทางบวก ซึ่งหมายถึง เกิดความรู้สึกที่ดีทั้งต่อตนเองและต่อผู้สูงอายุ ความรู้สึกดังกล่าวนี้ มีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุอย่างมาก การศึกษาเชิงปริมาณพบว่า ผู้ดูแลร้อยละ 78.9 มีความรู้สึกมีกำลังใจและเสริมพลังในระดับมาก โดยเห็นว่าการเป็นผู้ดูแลก่อให้เกิดความรู้สึกที่ดีได้ โดยผู้ดูแลมีค่าเฉลี่ยของระดับความรู้สึกด้านค่านิยมของสังคมในระดับสูง ซึ่งได้แก่การได้รับความชื่นชมและเห็นความสำคัญจากบุคคลรอบข้าง การได้ตอบแทนบุญคุณผู้สูงอายุ ความรู้สึกที่ว่าดูแลผู้สูงอายุเป็นการได้ทำในสิ่งที่สำคัญ ความรู้สึกดังกล่าวนี้ สอดคล้องกับเหตุผลในการรับบทบาทเป็นผู้ดูแล และสอดคล้องกับแนวคิดเกี่ยวกับแรงจูงใจในการช่วยเหลือ แรงจูงใจที่เกิดจากความเอื้ออาทรต่อกัน (Altruistic Motivation) เป็นแรงจูงใจที่เกิดจากความเห็นอกเห็นใจ ความสงสารที่มีต่อผู้ที่ต้องการพึ่งพิง โดยอาจมีปัจจัยอื่นเข้ามาเกี่ยวข้อง เช่น เป็นคนในครอบครัวเดียวกัน เกี่ยวข้องเป็นญาติหรือมีบุญคุณต่อกัน (Schulz R. , Bages D., Moryez, E., and Visintiner, 1989)

การศึกษาเชิงคุณภาพด้านรางวัลที่ได้รับจากการดูแลผู้สูงอายุไม่ปรากฏชัดเจนนัก เนื่องจากส่วนใหญ่ระบุว่า เป็นเรื่องปกติปฏิบัติสืบเนื่องกันมา ไม่รู้สึกรว้างว่าเป็นเรื่องที่ต้องได้รับสิ่งตอบแทน แต่หากบุคคลใดไม่ดูแลบุพพการีของตน ย่อมได้รับการตำหนิติเตียนและประณามจากเพื่อนบ้าน ดังนั้น อาจกล่าวได้ว่า ผู้ดูแลไม่ได้คาดหวังสิ่งตอบแทนจากการดูแลผู้สูงอายุ ค่านิยมทางสังคมเกี่ยวกับความกตัญญูและการได้รับการยอมรับจากชุมชนตามบรรทัดฐานทางสังคม คือรางวัลที่ผู้ดูแลได้รับจากการดูแลผู้สูงอายุ

4. ปัญหาและความต้องการของผู้ดูแล

ผลการศึกษาปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุนั้น ทำให้แยกลักษณะปัญหาออกได้ 3

ประการคือ ปัญหาในการดูแล ปัญหาที่มีต่อผู้ดูแลและปัญหาจากระบบบริการ

4.1 ปัญหาในการดูแล

ปัญหาสำคัญที่ผู้ดูแลระบุได้แก่ ปัญหาด้านการเงิน ($\bar{X}=2.59$) เกี่ยวกับการไม่มีเงินเพียงพอในการดูแล การมีภาระในการหาเงิน และการไม่ได้รับความช่วยเหลือด้านการเงิน ซึ่งเมื่อพิจารณาระดับรายได้ต่อปีของผู้ดูแลแล้ว พบว่า มีความสัมพันธ์ทางสถิติระดับนัยสำคัญที่ 0.001 โดยผู้ดูแลที่มีปัญหามากมีรายได้ระหว่าง 10,001-30,000 บาทต่อปี เมื่อพิจารณาถึงรายได้ของครอบครัว พบว่า มีความสัมพันธ์ในระดับนัยสำคัญที่ 0.001 เช่นเดียวกัน โดยครอบครัวที่มีปัญหามากและน้อยมีรายได้ระหว่าง 10,001-30,000 บาท และครอบครัวที่มีปัญหาน้อย มีร้อยละ 10.9 เป็นครอบครัวที่มีรายได้ตั้งแต่ 190,001 บาทต่อปีขึ้นไป ปัญหารายได้ของครอบครัวนั้น เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการดูแล เนื่องจากผู้ที่มีรายได้สูงจะมีโอกาสในการแสวงหาสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพ เช่น การจัดหาอาหารที่มีคุณค่า รวมทั้งการใช้บริการทางสุขภาพอย่างเหมาะสม ซึ่งผู้ดูแลที่มีรายได้น้อยน่าจะมีภาระในการดูแลมากกว่าผู้ที่มีรายได้ครอบครัวมาก(ไพรินทร์ กันทะนะ,2543) การศึกษาหลายเรื่อง พบว่า ผู้ดูแลมีปัญหาด้านการเงิน เนื่องจากผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ต้องออกจากงานมาดูแลผู้ป่วยอยู่กับบ้าน นอกจากนั้นถึงแม้จะมีเงินแต่ภาระค่าใช้จ่ายด้านอื่นๆจะเพิ่มขึ้น (สุดศิริ หิรัญขุนทะ ,2541 และจินตนา สมนึก ,2540) ผู้ดูแลผู้สูงอายุบางคน นอกจากจะต้องประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองและครอบครัวแล้ว ยังมีภาระที่จะต้องดูแลผู้สูงอายุ ต้องมีภาระงานบ้าน และมีภาระค่าใช้จ่ายอื่นๆ นอกเหนือจากค่าใช้จ่ายเพื่อตนเองและเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ เช่น ค่าใช้จ่ายเพื่อการจ้างคนมาทำงานบ้านเพื่อช่วยแบ่งเบาภาระหรือชดเชยกับเวลาที่ต้องใช้ไปในการดูแลผู้สูงอายุ (มาลินี วงษ์สิทธิ์และศิริวรรณ ศิริบุญ,2541)

ปัญหาด้านการเงินนี้ เป็นปัญหาที่ผู้ดูแลส่วนใหญ่ได้ระบุไว้ในการศึกษาเชิงคุณภาพ และยังระบุว่า ปัญหาด้านการเงินมีผลต่อคุณภาพการดูแล เพราะหากรายได้ไม่ดี การดูแลก็ไม่ทั่วถึง อาหารก็กินตามมีตามเกิด รวมทั้งส่งผลต่อความขาดแคลนด้านอื่นๆ อีกด้วย

ปัญหาประการถัดมาเป็นปัญหาด้านการขาดความรู้เกี่ยวกับการดูแล ($\bar{X}= 2.55$) โดยผู้ดูแลส่วนใหญ่ขาดความรู้เกี่ยวกับโรคต่าง ๆ ของผู้สูงอายุ และการขาดความรู้เกี่ยวกับแนวทางการดูแล ซึ่งมีความสัมพันธ์กับระดับความเพียงพอของความรู้และระดับการศึกษาของผู้ดูแล ที่ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาปีที่ 4 หรือ ปีที่ 6 ผลการศึกษาเชิงคุณภาพได้ให้ข้อเท็จจริงของการดูแลว่า ดูแลตามมีตามเกิด เมื่อเจ็บป่วยก็ได้รับคำแนะนำจากเพื่อนบ้านชุมชน ซึ่งแสดงให้เห็น

เห็นว่า แหล่งความรู้ของผู้ดูแลมาจากแหล่งที่ไม่เป็นทางการ จากการปฏิบัติสืบทอดกันมา มากกว่า การได้จากแหล่งที่เป็นทางการ การศึกษาดังกล่าวนี้อาจสามารถนำผลการศึกษาของเพ็ญแข ชีวະพันธ์ (2545) มาอธิบายเพิ่มเติมได้ว่าประสบการณ์การอบรมและการดูแลผู้สูงอายุมาเป็นเวลานาน มีผลต่อ คุณภาพการดูแลผู้สูงอายุ หากพิจารณาว่าประสบการณ์การอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุว่ามีผล ต่อคุณภาพการดูแลหรือไม่นั้น พบว่า ผู้ดูแลที่เคยผ่านการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ย คุณภาพการดูแลสูงกว่า โดยมีคุณภาพการดูแลอยู่ในระดับดี ส่วนผู้ดูแลที่ไม่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับ คุณภาพการดูแลมีค่าเฉลี่ยคุณภาพการดูแลต่ำกว่า แต่คุณภาพการดูแลก็ยังอยู่ในระดับดี เช่นเดียวกัน เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ของระดับการศึกษาของผู้ดูแลและคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุ นั้น พบว่า ผู้ดูแลที่จบการศึกษาในระดับอุดมศึกษา มีค่าเฉลี่ยคุณภาพการดูแลสูงสุด โดยมีคุณภาพ การดูแลอยู่ในระดับดี ส่วนผู้ดูแลที่ไม่ได้เรียนหนังสือมีค่าเฉลี่ยคุณภาพการดูแลต่ำสุด โดยมีคุณภาพ การดูแลอยู่ในระดับปานกลาง

ปัญหาด้านผู้ช่วยเหลือ ปัญหาการขาดอุปกรณ์การดูแลและปัญหาพฤติกรรม

ผู้สูงอายุ นับว่ามีความเกี่ยวข้องกัน ผู้สูงอายุที่มีปัญหาพฤติกรรมสูง ผู้ดูแลย่อมต้องการช่วยเหลือและ อุปกรณ์ช่วยดูแลสูงตามไปด้วย ปัญหาด้านผู้ช่วยเหลือ นั้น เกิดจากผู้ดูแลมีภาระรับผิดชอบหลาย อย่าง มีหน้าที่ในบ้านหลายหน้าที่ ซึ่งหากนำจำนวนสมาชิกในครัวเรือนมาพิจารณาร่วม โดยแต่ละ ครัวเรือนมีสมาชิกจำนวนมาก และลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวขยาย น่าจะมีเครือข่ายการดูแล มากกว่านั้น ปรากฏว่าผู้ดูแลร้อยละ 59.0 ดูแลคนเดียวเป็นส่วนใหญ่ และร้อยละ 15.3 ดูแลคนเดียว ไม่มีผู้ช่วย ทำให้เห็นสภาพปัญหาการขาดผู้ช่วยเหลือได้ชัดเจนขึ้น ซึ่งนำไปสู่ข้อสรุปว่า การมีสมาชิก ในครัวเรือนมากหรือน้อย ไม่มีผลต่อภาระหน้าที่การดูแลของผู้ดูแล ถึงอย่างไรก็ตามผู้ดูแลต้อง รับผิดชอบผู้สูงอายุมากกว่าผู้อื่น ภาระดังกล่าวนี้จะลดลง หากมีอุปกรณ์ช่วยดูแลหรือมีวิธีการที่ เหมาะสมในการจัดการกับปัญหาพฤติกรรมของผู้สูงอายุ

4.2 ปัญหาที่มีต่อผู้ดูแล

ปัญหาด้านสุขภาพของผู้ดูแลส่วนใหญ่เกิดจากการปวดหัว เป็นไข้ ปวดหลัง ซึ่งเป็นการเจ็บป่วยเล็กน้อย ผู้ดูแลส่วนใหญ่ระบุว่า การดูแลผู้สูงอายุมิได้ทำให้เกิดการเจ็บป่วยทาง ร่างกายแต่อย่างใด บางกลุ่มระบุว่า โดยปกติทำงานหนักอยู่แล้ว การดูแลผู้สูงอายุเป็นงานที่เบากว่า งานปกติ ในกลุ่มผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีอาการเจ็บป่วยเรื้อรัง ช่วยตนเองไม่ได้นั้น มีบางรายที่มี อาการเจ็บหลัง เนื่องจากต้องอุ้มผู้สูงอายุไปอาบน้ำ หรืออุ้มเข้าห้องน้ำแต่เพียงจำนวนน้อย ดังนั้นอาจ กล่าวได้ว่า ผู้ดูแลมีปัญหาสุขภาพทางกายที่เกิดจากการดูแลผู้สูงอายุในระดับต่ำ ซึ่งผลการศึกษา นี้ แตกต่างจากการศึกษาของอัจฉรา เอ็นซ์และปริยา รุ่งโสมภัก (2541, น.60) ที่ระบุว่า ผู้ดูแลบางรายมี

การเจ็บป่วยบ่อย “ในการประเมินสุขภาพตนเองของผู้ดูแลเกือบครึ่งหนึ่งของผู้ดูแลเป็นผู้ที่มีภาวะสุขภาพอยู่ในระดับที่ไม่ดี”

ปัญหาของผู้ดูแลอีกประการหนึ่งที่ต่างระบุตรงกันถึงปัญหาการรับเบี้ยยังชีพใน ประเด็นความไม่เพียงพอและการขาดโอกาส ปัญหาระบบบริการทางการแพทย์และสังคมที่ไม่มีใน ชนบท สิ่งเหล่านี้ผู้ดูแลเห็นว่า หากมีบริการเหล่านี้จะช่วยให้การดูแลของเขาสะดวกและง่ายขึ้นและยัง มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้วย ซึ่งปัญหาเหล่านี้สอดคล้องกับการศึกษาของวรรณภา ศรีธัญ รัตน์และผ่องพรรณ อรุณแสง (2545, น. 8) ที่ระบุว่า “บริการสุขภาพและสังคมสำหรับผู้สูงอายุไทยที่ มีอยู่ เห็นว่ายังไม่พร้อมรับสถานการณ์ผู้สูงอายุ ยังเน้นการดูแลในสถาบันและเป็นแบบเฉียบพลัน ในขณะที่ผู้สูงอายุต้องการบริการทั้งสร้างและซ่อมสุขภาพ” และงานวิจัยของศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2547, น. 147) ได้กล่าวว่า บริการด้านสุขภาพและสังคมที่มีในประเทศไทยปัจจุบัน อยู่ในลักษณะ จำกัดทั้งรูปแบบวิธีการและไม่สอดคล้องกับสภาพปัญหาความต้องการของผู้สูงอายุ

5. ความต้องการของผู้ดูแล

ผู้ดูแลมีความต้องการหลากหลายเรื่อง ซึ่งเป็นไปในทางเดียวกับปัญหาที่ได้ระบุไว้ โดยความต้องการอันดับแรกคือ ความต้องการด้านเศรษฐกิจ ต้องการมีรายได้เพิ่มขึ้นจากเดิม ต้องการ มีเงินเป็นค่าอาหารสำหรับผู้สูงอายุและไว้ใช้จ่ายทั่วไป เมื่อนำผลการแสดงความคิดเห็นต่อการพัฒนา ระบบบริการสำหรับผู้สูงอายุมาพิจารณาร่วม พบว่า ผู้ดูแลร้อยละ 19.3 เห็นว่า กิจกรรมที่ควร ทำคือการหาเงินช่วยเหลือผู้สูงอายุ สำหรับบทบาทของชุมชนนั้นร้อยละ 13.8 ต้องการให้มีการจัดตั้ง กองทุนไว้ใช้จ่ายด้านต่าง ๆ สำหรับผู้สูงอายุ และบทบาทของรัฐนั้น ร้อยละ 67.0 เห็นว่ารัฐควร ช่วยเหลือเรื่องงบประมาณต่าง ๆ ซึ่งจะเห็นว่าผู้ดูแลมีความต้องการเรื่องเงินเป็นอย่างมาก และคิดว่า ควรเป็นหน้าที่ทั้งของตนของชุมชนและของรัฐด้วย ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ จินตนา สมนึก (2540) ที่ระบุว่า “ความต้องการด้านรายได้ (Demand on Finances) การให้การดูแล ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงนั้น ผู้ดูแลต้องมีค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการให้การดูแล เช่น ค่าเดินทาง ค่ารักษา ค่ายา ค่าอาหาร ค่าเครื่องนุ่งห่ม ค่าอุปกรณ์ ฯลฯ ทั้งนี้ครอบครัวหรือญาติผู้ดูแลส่วนมากมี บทบาทในเรื่องช่วยเหลือค่าใช้จ่ายแก่ผู้สูงอายุ”

ความต้องการข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวกับสภาพความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ ลักษณะ อาการของโรคและการดูแลผู้สูงอายุเป็นสิ่งที่ผู้ดูแลมีความต้องการ ซึ่งสอดคล้องกับความไม่เพียงพอ ในความรู้เกี่ยวกับการดูแล และความวิตกกังวลต่อการดูแลที่ได้ระบุไว้แล้ว และหากนำความต้องการ ด้านความเข้าใจในสิ่งที่เกิดขึ้นจากความกลัวต่าง ๆ มาพิจารณาร่วมพบว่า ผู้ดูแลต้องการให้มีคนอยู่

ด้วยเมื่อผู้สูงอายุเจ็บหนักในระดับสูงสุด ความต้องการดังกล่าวนั้นนอกจากจะสอดคล้องกับการศึกษาของ Grant, JS. (1996) ที่ระบุว่า "ผู้ดูแลมักมีความต้องการด้านข้อมูลข่าวสาร (Demand on Information) ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพความเจ็บป่วย การเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ทางร่างกายของผู้สูงอายุ การพยากรณ์โรค การดำเนินโรค ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและผู้สูงอายุเอง และความต้องการสนับสนุนด้านจิตใจเพื่อช่วยเหลือบรรเทาความกลัวต่าง ๆ "

การศึกษาเชิงคุณภาพระบุความต้องการบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ โดยต้องการให้มีแพทย์มาตรวจสุขภาพผู้สูงอายุเป็นประจำ อีกทั้งต้องการให้มีแพทย์ประจำอยู่ที่อนามัยอย่างน้อย 1 คน ซึ่งความต้องการแพทย์เป็นสิ่งที่ผู้ดูแลทุกภาคต้องการมากที่สุด ส่วนใหญ่ระบุว่า กรณีที่ไม่มีแพทย์หรือขาดแคลนแพทย์ ควรมีการจัดสรรให้แพทย์มาประจำสถานีอนามัยเดือนละ 1-2 ครั้ง นอกจากนั้นเป็นความต้องการข้อมูลข่าวสารด้านการรักษาโรค ป้องกันโรค และโภชนาการ สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาการเคลื่อนไหว ต้องการอุปกรณ์เพื่อเพิ่มความสะดวกในการเคลื่อนไหว

ความต้องการบริการทางสังคมเริ่มเกิดขึ้นในบางพื้นที่ กรณีสมาชิกในครอบครัวต้องประกอบอาชีพนอกบ้าน สมาชิกต้องการศูนย์ดูแลกลางวัน (Day care) สำหรับฝากดูแลผู้สูงอายุในเวลากลางวัน ต้องการอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุและต้องการให้มีการจัดกิจกรรมต่าง ๆ สำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งความต้องการเหล่านี้ เป็นลักษณะความต้องการที่มีมุมมองต่อผู้สูงอายุและบริการสังคมแนวใหม่ ที่เน้นให้ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมในสังคมและครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุน เพื่อเสริมสร้างศักยภาพของผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะ

ระดับนโยบาย

1. นโยบายการจัดสวัสดิการ ควรแบ่งผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่มคือ

1.1 กลุ่มเตรียมการเข้าสู่วัยสูงอายุ ซึ่งมีอายุในระหว่าง 50-60 ปี ควรเป็นนโยบายที่จะส่งเสริมให้มีชีวิตอยู่ดีมีสุข มีการเตรียมการทั้งการออม, ที่อยู่อาศัย, สุขภาพ, สังคมและความรู้ในการดูแลตนเองเมื่อเข้าสู่กลุ่มผู้สูงอายุวัยต้น โดยในวัยนี้ ควรมีหลักประกันด้านต่างๆ ครบถ้วนแล้ว

1.2 กลุ่มผู้สูงอายุวัยต้น ซึ่งมีอายุในระหว่าง 60 - 74 ปี เป็นกลุ่มที่ยังช่วยตนเองได้ ควรเป็นนโยบายที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพให้อยู่ในภาวะการพึ่งตนเองให้นานที่สุด ส่งเสริมการมีรายได้อย่างต่อเนื่อง ส่งเสริมการมีส่วนร่วมกับสังคม และส่งเสริมบทบาททางสังคมของผู้สูงอายุ

1.3 กลุ่มผู้สูงอายุวัยท้าย ซึ่งมีอายุตั้งแต่ 75 ปีขึ้นไป เป็นกลุ่มที่ต้องการการดูแลเป็นพิเศษ ต้องการการดูแลเฉพาะด้าน และต้องการการบรรเทาปัญหาต่าง ๆ ทั้งทางร่างกายและจิตใจให้

ลดน้อยลง ดังนั้น ควรเป็นนโยบายที่เน้นบริการเพื่อบรรเทา ผ่อนคลาย หรือลดความวิตกกังวลของผู้สูงอายุ เน้นนโยบายให้บริการในที่อยู่อาศัย

2. นโยบายสำหรับผู้ดูแล ควรเป็น Home –Based Care ที่เน้นบริการปฐมภูมิจากครอบครัวทั้งทางด้านสังคมและสุขภาพ และให้ความสำคัญกับผู้ดูแลทุกระดับ

3. นโยบายสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุควรเป็น Family – Based Care ซึ่งเป็นนโยบายที่เน้นการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว เพื่อให้ผู้สูงอายุได้อาศัยอยู่ในชุมชน

4. รัฐควรให้ความสำคัญกับการดูแลที่บ้าน เนื่องจากบริการเหล่านี้มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อสุขภาพกายและจิตของผู้สูงอายุ การสนับสนุนค่าใช้จ่าย อุปกรณ์ในการดูแล รวมทั้งการส่งเสริมด้านความรู้แก่ผู้ดูแล อันเป็นประโยชน์ต่อผู้ดูแลและส่งผลต่อการดูแลผู้สูงอายุ และทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

5. นโยบายการจัดบริการ ควรมีการแบ่งความรับผิดชอบของเจ้าหน้าที่ในชุมชนให้ชัดเจน เช่น บริการ Home health care ควรเป็นหน้าที่ของฝ่ายสาธารณสุขและการแพทย์ บริการช่วยเหลือในบ้าน Home Care , Home help service ควรเป็นหน้าที่ของนักสังคมสงเคราะห์ที่ปฏิบัติในงานระดับชุมชน (อบต.)

6. ควรมีการกำหนดนโยบาย แผนการผลิตและพัฒนากำลังคน ด้านผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นทางการ (Formal Caregiver) เพื่อเตรียมรองรับกับปัญหาการขาดแคลนผู้ดูแลในอนาคต โดยควรเป็นความร่วมมือของภาคีด้านผู้สูงอายุทุกส่วน ได้แก่ องค์กรท้องถิ่น องค์กรวิชาชีพที่เกี่ยวข้องและหน่วยงานด้านผู้สูงอายุทั้งภาครัฐและเอกชน

7. รัฐควรกำหนดนโยบายที่ชัดเจนต่อการส่งเสริมให้เอกชน ดำเนินธุรกิจให้บริการการดูแลผู้สูงอายุ รวมทั้งมีการกำกับควบคุมโรงเรียนสอนผู้ดูแลผู้สูงอายุให้มีมาตรฐาน

ระดับปฏิบัติการ

1. ผู้ดูแลและผู้สูงอายุ มีทัศนคติต่อความชราว่าเป็นเรื่องธรรมดาของชีวิต ไม่จำเป็นต้องพัฒนาหรือดูแลต่อไปอีก ซึ่งเรื่องนี้เป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาในด้านต่างๆ ควรส่งเสริมหรือสร้างทัศนคติที่ดี ให้กับผู้ดูแลและบุคคลทั่วไปต่อความชราและการเป็นผู้สูงอายุ ส่งเสริมให้เห็นคุณค่าของการมีวิถีชีวิตที่ดีทั้งกาย จิตใจ สังคม และช่วยให้เกิดการปฏิบัติได้จริง

2. เนื่องจากการเข้ารับบทบาทเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ มาจากการทำหน้าที่ทางสังคม และเป็นกระบวนการที่เป็นธรรมชาติ ค่อยเป็นค่อยไป ทำให้ผู้ดูแลขาดการเตรียมตัวในการเข้ารับบทบาท และการทำหน้าที่ดังนั้น ควรมีการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุด้านต่างๆ แก่ผู้ดูแลและสมาชิก

ในครอบครัว โดยวิธีการอบรม เผยแพร่ความรู้ การปรับทัศนคติ รวมทั้งการส่งเสริมให้ตระหนักต่อ “คุณภาพการดูแล” ด้วย

3. กลุ่มผู้ดูแลกลุ่มหนึ่ง เป็นผู้ที่มิอายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นกลุ่มที่ต้องให้ความสนใจด้วยเช่นกัน ภาวะความชราอาจเป็นอุปสรรคต่อการให้การดูแล และการดูแลมีผลต่อภาวะสุขภาพ และความวิตกกังวลต่อสุขภาพของผู้ดูแล ควรมีการจัดบริการเสริมสร้างความเข้มแข็ง ทั้งทางร่างกายและจิตใจ แก่กลุ่มผู้ดูแลที่สูงอายุ

4. สำหรับผู้ดูแลที่ต้องดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังและช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ควรมีการให้บริการที่บ้าน เช่น การดูแลที่บ้าน (Home care) การดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home health care) การดูแลส่วนบุคคล (Personal care) โดยเจ้าหน้าที่ทางสาธารณสุข นักสังคมสงเคราะห์ และอาสาสมัครผู้ดูแล รวมทั้งการช่วยเหลือเกี่ยวกับกายอุปกรณ์และอุปกรณ์ดูแลบางประเภทด้วย

5. ควรมีการพัฒนาาระบบบริการระดับปฐมภูมิในชุมชน (ตามโครงการ 30 บาท) ที่จะจัดให้มีบริการที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาของผู้สูงอายุมากยิ่งขึ้น ได้แก่ การจัดให้มีระบบส่งต่อผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยฉุกเฉินไปยังบริการระดับทุติยภูมิ (Referral System) การมีระบบดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังในชุมชน และการมีบริการดูแลในภาวะสุดท้ายสำหรับผู้สูงอายุ (Hospice Care)

6. ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความต้องการข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพและการดูแล ควรจัดให้มีศูนย์เอนกประสงค์ทำหน้าที่เป็นแหล่งให้ความรู้และข้อมูลต่าง ๆ แก่ผู้ดูแลและครอบครัวและเป็นแหล่งจัดการศึกษาเรียนรู้ตลอดชีวิตสำหรับผู้สูงอายุด้วย

7. ปัญหาด้านรายได้ นับเป็นปัญหาสำคัญต่อผู้ดูแลและครอบครัว ซึ่งเกิดจากการประกอบอาชีพ เป็นเกษตรกรและการศึกษาน้อย ดังนั้นควรมีการพิจารณาหาอาชีพเสริม สำหรับผู้ดูแลและครอบครัว เพื่อเป็นการเพิ่มรายได้ หรือส่งเสริมการเกษตรในครัวเรือน เพื่อนำมาเป็นอาหาร

8. สืบเนื่องจากปัญหาด้านรายได้ นอกจากส่งเสริมให้ผู้ดูแลได้มีอาชีพเสริมแล้ว ควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้มีการรวมกลุ่มอาชีพเพื่อสร้างรายได้ร่วมกัน โดยมีเครือข่ายชุมชนดำเนินการสนับสนุน

9. เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองระดับมาก ดังนั้นบริการทางสังคมที่จะจัดขึ้น ควรเป็นโครงการที่เสริมสร้างศักยภาพและสนับสนุนให้เกิดการติดต่อกับสังคม ได้แก่ การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้ทำกิจกรรมต่าง ๆ การรวมกลุ่มการเป็นอาสาสมัคร ฯลฯ

10. เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถบรรลุถึงการคงอยู่กับการติดต่อทางสังคม และเป็นการบรรเทาปัญหาของผู้ดูแล ควรจัดให้มีศูนย์เอนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุ (Multipurpose-senior center) ที่เป็นศูนย์บริการทั้งผู้สูงอายุและครอบครัวพร้อมกัน

11. เพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีชีวิตความเป็นอยู่ที่ปราศจากภาวะพึ่งพาให้นานที่สุด ควรส่งเสริมผู้สูงอายุให้มีสุขภาพที่สมบูรณ์ทั้งด้านโภชนาการ การออกกำลังกาย การสมาคมและอื่น โดยมีจุดเน้นอยู่ที่กลยุทธ์ในการป้องกันโรค ร่วมกับการสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสม

งานวิจัยที่ควรทำต่อไป

1. ควรมีการวิจัยเชิงทดลองเพื่อแสวงหารูปแบบการจัดบริการการดูแลที่เหมาะสม
2. ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับการเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับบุตรผู้ดูแล เพื่อช่วยให้การดูแลผู้สูงอายุมีประสิทธิภาพต่อไป
3. ควรมีการศึกษาถึงบทบาทและความสามารถของชุมชนในการจัดบริการทางสังคมแก่ผู้สูงอายุ
4. ควรมีการศึกษาเพื่อหารูปแบบและกิจกรรมการมีส่วนร่วมทางสังคมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุในภาวะความแตกต่างตามความรู้ ความสนใจ และพื้นที่อยู่อาศัย

บรรณานุกรม

หนังสือ

ถวิลย์ ธารโกชน. จิตวิทยาสังคม. กรุงเทพมหานคร: โอ เอส พริ้นติ้ง เฮ้าส์, 2532.

เบญจา ยอดดำเนิน แอ็ดดิเก้ และคณะ. พฤติกรรมสุขภาพ: ปัญหา ตัวกำหนด และทิศทาง. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2542.

รุจา ภูโพลย์. การพยาบาลครอบครัว : แนวคิดทฤษฎีและการนำไปใช้. พิมพ์ครั้งที่ 2. ขอนแก่น : ขอนแก่นการพิมพ์, 2537.

เล็ก สมบัติ. "การดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ." ในสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, นภาพร ชโยวรรณและศศิพัฒน์ ยอดเพชร (บรรณาธิการ) ผู้สูงอายุในประเทศไทย รายงานการทบทวนองค์ความรู้และสถานการณ์ในปัจจุบันตลอดจนข้อเสนอแนะทางนโยบายและการวิจัย. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2545 .

วรรณภา ศรีธัญรัตน์ และ ผ่องพรรณ อรุณแสง. การสังเคราะห์องค์ความรู้เพื่อจัดทำข้อเสนอการปฏิรูประบบบริการสุขภาพและการสร้างหลักประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์คลังนานา, 2545.

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ. การพัฒนาสถาบันครอบครัว : ปัจจัยสำคัญในการเกื้อหนุนผู้สูงอายุ. รายงานการวิจัย. กรุงเทพมหานคร : คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2541 : 41.

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. ผู้ดูแลผู้สูงอายุ : การสังเคราะห์องค์ความรู้. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2547.

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, ภาวนา พัฒนศิริ, เล็ก สมบัติ และคณะ. การเกื้อหนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุ : พื้นที่การศึกษาในเขตภาคกลาง. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล และ คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2540.

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, ภาวนา พัฒนศิริ, เล็ก สมบัติ และคณะ. การเกื้อหนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุ: พื้นที่ การศึกษาในเขตภาคเหนือ. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล และ คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2541.

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, ภาวนา พัฒนศิริ, เล็ก สมบัติ และคณะ. การเกื้อหนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุ: พื้นที่ การศึกษาในเขตภาคใต้. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล และคณะสังคมสงเคราะห์ ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2544.

ศิริพันธ์ สาส์ตย์. "ทุกขภาวะของผู้ดูแล." รายงานการประชุมวิชาการประจำปี พ.ศ. 2544. กรุงเทพฯ: สมาคมพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่ง จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2544.

สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ. การพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรัง : มโนคติสำคัญสำหรับการดูแล. พิมพ์ครั้งที่ 1 . ขอนแก่น : ห้างจัดการขอนแก่นการพิมพ์, 2537

สำนักงานส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ. โครงการนำร่องอาสาสมัคร ดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (Home care). ปีงบประมาณ 2546. โรงพิมพ์วิญญูชน: กรุงเทพมหานคร, 2547.

บทความ

จอม สุวรรณโณ. "ญาติผู้ดูแลแหล่งประโยชน์ที่สำคัญของผู้ป่วยเรื้อรัง." วารสารพยาบาล, (2541):3, 145-147.

ทัศนาศา บัญทอง. "ทฤษฎีบทบาท แนวคิด และการนำไปใช้ในวิชาชีพพยาบาล." วารสารพยาบาลศาสตร์. (ตุลาคม – ธันวาคม 2525) : 93 – 102.

นภาพร ชโยวรรณ. "ประชากรสูงอายุไทย." ใน ผู้สูงอายุในประเทศไทย รายงานการทบทวนองค์ความรู้, หน้า 2/23. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, นภาพร ชโยวรรณ และ ศศิพัฒน์ ยอดเพชร (บรรณาธิการ) กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2545.

บรรลุ ศิริพานิช. "สุขภาพผู้สูงอายุ." วารสารคลินิก, (2533):6, 432-436.

ภิญญา หนูภักดี. "รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องดูแลระยะยาว โดยใช้ชุมชนเป็นฐานในระบบสุขภาพที่กำลังเปลี่ยนแปลง." วารสารการศึกษาพยาบาล (2542):10 (2), 103-113.

มาลินี วงษ์สิทธิ์ และศิริวรรณ ศิริบุญ. ครอบครัวและผู้สูงอายุ : ศึกษากรณีกรุงเทพมหานครและจังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2541.

ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. "ญาติผู้ดูแลที่บ้าน แนวคิดและปัญหาในการวิจัย." รามาสืบดีสาร (2539):2:84-92.

วรรณภา บุญระยอง. "ภาระครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม." วารสารสมาคมพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. 2543 ; 1 (4) : 11 – 7

วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช. "การส่งเสริมบทบาทในครอบครัวในฐานะผู้ดูแล" วารสารพยาบาลศาสตร์ 2537 ; ตุลาคม-ธันวาคม : 33-38

วิไลวรรณ ทองเจริญ และคณะ. "รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม." วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. (2546):(4/1):13-15.

ศิริวรรณ ศิริบุญ. "ผู้ดูแล." ในสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, นภาพร ชโยวรรณ และ ศศิพัฒน์ ยอดเพชร (บรรณาธิการ) รายงานฉบับสมบูรณ์ โครงการ "ผู้สูงอายุในประเทศไทย รายงานการทบทวนองค์ความรู้และสถานการณ์ในปัจจุบัน ตลอดจนข้อเสนอแนะทางนโยบายและการวิจัย". กรุงเทพมหานคร : กองทุนสนับสนุนการวิจัย, 2544 : หน้า 6 -7.

ศิริวรรณ ศิริบุญ. "ผู้ดูแล." ใน ผู้สูงอายุในประเทศไทย รายงานการทบทวนองค์ความรู้และสถานการณ์ในปัจจุบันตลอดจนข้อเสนอแนะทางนโยบายและการวิจัย, หน้า 6-17. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, นภาพร ชโยวรรณ และ ศศิพัฒน์ ยอดเพชร กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2545.

สิริอร ฉันทศิริกาญจน, ประคอง อินทรสมบัติ และ สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. "สุขภาพกับผู้สูงอายุ." ใน ผู้สูงอายุในประเทศไทย รายงานการทบทวนองค์ความรู้และสถานการณ์ในปัจจุบันตลอดจน, หน้า 2/23. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, นภาพร ชโยวรรณ และ ศศิพัฒน์ ยอดเพชร (บรรณาธิการ) กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2545.

อัจฉรา เอ็นท์,ปรียา รุ่งโรสสกุล.การศึกษาบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุกับการรักษาสุขภาพของผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย.สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2541 : 60.

วิทยานิพนธ์

คมสัน แก้วระยะ. "ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ กับความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุ เขตเทศบาลเมือง จังหวัดเพชรบุรี." วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2544.

จินตนา สมนึก. "ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกับภาวะในการดูแล และความต้องการการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล." วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 2540.

นงลักษณ์ พันชมภู. "การรับรู้ประสบการณ์ของผู้ดูแลที่บ้านในการดูแลผู้ป่วยที่รักษาโดยวิธีล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง." วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2540.

นันทพร ศรีน้อม. "ประสบการณ์การเผชิญปัญหาของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน" วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิตสาขาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2544.

เพ็ญแข ชีวะพันธ์. "คุณภาพการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา: กรณีศึกษาในเขตอำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี." วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2545.

ไพรินทร์ กันทะนะ. "ภาระของผู้ดูแลที่ติดเชื้อเอชไอวี." วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2543.

ศุภกรใจ เจริญสุข. ความสัมพันธ์ระหว่างภูมิหลัง พฤติกรรมการเผชิญสถานการณ์ชีวิตและการสนับสนุนทางสังคมกับความเครียดในบทบาทตามความรู้ของอาจารย์พยาบาลในวิทยาลัยพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข." วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2537.

สุดา เทพศิริ. "ผลของการใช้ต่อแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาต่อความเครียดในบทบาทผู้ดูแล." วิทยานิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2540.

สุดศิริ นีรัญชนะ. "การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง." วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลศึกษามหาวิทยาลัยมหิดล, 2541.

อาพร สุขสวัสดิ์. "บทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาล : ศึกษาเฉพาะกรณีพระนครศรีอยุธยา." วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาประชากรศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534.

Book

Arochbold, P.G., et al. "Mentality and preparedness as predictors of caregiver role strain." Research in Nursing & Health 1990; 13 : 375 – 384.

Beach, E.K., Moloney, B.H., and Arkon, O.H. "The spouse: A factor in recovery after myocardial infarction." In Heart & Lung:Journal of Critical Care, (1992):1, 30-38.

Blieszner, R and Macini, J.A. "Enduring ties: Older adults' parental role and responsibilities." In Family Relations (1987):2:176-180.

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

de Meness, M.R. and Perry , G.R. " The plight of caregiver." Home Health Care Nurse 1993 ; 4 : 16 – 14.

Given, B.A. and Given, C.W. "Family caregiving for the elderly." In Annual Review of Nursing Research. New York: Springer Publishing Company, 1991.

Grant , JS. "Home care problems experienced by stoke survivors and their family caregiver." In Home Health Care Nurse.(1996):14(14), 883-902.

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

Jalowice A.and Power,M.J., "Stress and coping in hypertensive and emergency patients." In Nursing Research. (1981):(30). 10-15.

- Jiraporn Kespichayawathana. "Katanyu Katavedi' and caregiving for frail elderly parents : The perspectives of thesis families in Metropolitan Bangkok Thailand." A issertation Presented to Oregon Health Sciences University Shool of Nursing, 1999.
- Lueckenotte, A.G. Gerontologic Nursing. St. Louis Mission : Mosby Year Book Inc, 1996.
- Pratt , C. et al. "A model legal financial education workshop for families caring for neurological impairs elders. "Gerontologist.1989;2 (29) : 258 – 262.
- Phillips, L.R. and Pempusheski, V.F. "Caring for the frail elderly at home: Award a theoretical expansion of the dynamic of poor quality family caregiving." In Advanced in Nurse Science 8 (1986):7, 62-76.
- Pohl, J.M., Body, C., Liang, J., and Given.C.W. "Analysis of the impact of mother-daughter relationships on the commitment to caregiving." In Nursing Reseach. (1995):2, 68-75.
- Schuly R., Bagel D., Moyez, E., and Visintiner,P. "Psychological paradigms of understanding caregiving." In Light, E. & Lebowitz, B.D (Eds.) Alzheimer's Disease Treatment and Family Stress: Directions for Reseach. Rockville: Us Department of Health and Human Sevices,1989.
- Shyu Y.L., Archbold, P.G. and Imle, M. "Finding a balance point: A process control to understanding. Family caregiving in Taiwanese family." In Research in Nursing and Health (1998):21, 261-270.
- Stuart,G.W. and Sundeen,S.J. Principles and Practice of Psychotic Nursing. St.Louts:The CV Mostly Co.,1987

Suthida Phongphangam. "Effects of a Home-Based Management Intervention Program for Family Caregiver of Elderly patients Undergoing Hip Arthroplasty on Caregivers Adaption, and Satisfaction." Thesis, The Degree of Master of Nursing Science (Adult Nursing), Faculty of Graduate Studies, Mahidol University, 2003.

Internet

http://www.nso.go.th/ageing/elderly_4.2.htm.

ภาคผนวก

อำเภอ.....จังหวัด.....

แบบสอบถามชุดที่.....

แบบสอบถามผู้ดูแลผู้สูงอายุ

โครงการระบบการดูแลระยะยาวในครอบครัวสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุเป็นโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนจาก สกว. เพื่อให้ศึกษาถึงการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว ปัญหาความต้องการของผู้ดูแล และระบบบริการและเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชน เพื่อนำผลที่ได้ไปปรับปรุงและพัฒนาบริการสวัสดิการสังคม สำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย

ด้วยเหตุที่ท่านเป็นผู้หนึ่งที่ได้รับการคัดเลือกให้เป็นผู้แทนในการตอบแบบสอบถาม คณะผู้วิจัยจึงขอความกรุณาจากท่านได้โปรดตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริง ข้อมูลที่ได้จากท่านมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการศึกษา โดยการตอบแบบสอบถามนี้จะไม่มีผลกระทบต่อท่าน แต่อย่างใด คณะผู้วิจัยฯ จะเก็บรักษาคำตอบไว้เป็นความลับโดยจะเสนอเป็นภาพรวมเท่านั้น

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณในความร่วมมืออย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

รองศาสตราจารย์ศศิพัฒน์ ยอดเพชร

หัวหน้าโครงการฯ

ผู้ที่ตอบแบบสอบถามนี้ ควรเป็นผู้ที่ใช้เวลาในการดูแลผู้สูงอายุในบ้านมากกว่าผู้อื่นและ
รู้เรื่องผู้สูงอายุมากกว่าผู้อื่น

คำชี้แจง ขอความกรุณาให้ท่านทำเครื่องหมาย ✓ ลงในหมายเลขที่ให้ไว้ตามความเป็นจริง

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

1. เพศ

(1) ชาย

(2) หญิง

2. อายุปี

3. สถานภาพสมรส

(1) โสด

(2) สมรส

(3) หย่าร้าง/หม้าย

4. ระดับการศึกษาของท่าน

(1) ไม่ได้เรียนหนังสือ

(2) จบประถมศึกษา 4 หรือ 6

(3) จบมัธยมศึกษาปีที่ 3

(4) จบมัธยมศึกษาปีที่ 6

(5) จบประกาศนียบัตร/เทียบเท่า

(6) จบปริญญาตรี

(7) จบปริญญาโท

(8) อื่น ๆ (ระบุ)

5. อาชีพของท่านในปัจจุบัน

(1) ไม่ได้ประกอบอาชีพเนื่องจากอายุมาก/เป็นแม่บ้าน/เป็นนักเรียนนักศึกษา

(2) ไม่ได้ประกอบอาชีพเนื่องจากต้องออกงานมาดูแลผู้สูงอายุ

(3) เป็นเกษตรกร/ทำไร่/ทำนา

(4) ผู้ดูแลรับจ้าง (มีรายได้จากการดูแล)

(5) รับจ้างทั่วไป

(6) ค้าขาย/งานบริการ

(7) ทำงานบริษัท

(8) รับราชการ ระบุหน่วยงาน.....

(9) อื่นๆ ระบุ.....

6. ท่านนับถือศาสนา

(1) พุทธ

(2) คริสต์

(3) อิสลาม

(4) อื่นๆ ระบุ.....

7. จำนวนผู้สูงอายุที่ท่านดูแล

(1) จำนวน 1 คน อายุ.....ปี เพศ.....

(2) จำนวน 2 คน อายุ.....ปี เพศ.....

(3) จำนวน 3 คน อายุ.....ปี เพศ.....

(4) อื่นๆ โปรดระบุ

8. จำนวนสมาชิกในครอบครัวของท่านที่อยู่ในครัวเรือนเดียวกันในปัจจุบัน

ข้อ	สมาชิกในครอบครัว	จำนวน/คน	อายุ/ปี	หมายเหตุ
8.1	บิดา หรือ มารดา			
8.2	คู่สมรส(สามี/ภรรยา)			
8.3	บุตรชาย			
8.4	บุตรหญิง			
8.5	พี่			
8.6	น้อง			
8.7	ญาติ ระบุ.....			
8.8	อื่นๆ			

9. รายได้ของท่านต่อปี (ประมาณ)บาท ท่านได้รายได้มาจาก.....

10. รายได้ของครอบครัวต่อปี (ประมาณ)บาท ท่านได้รายได้มาจาก.....

11. กรุณาประเมินฐานะทางเศรษฐกิจของท่านว่าอยู่ในระดับใด

- (1) จนมาก (2) จน (3) ปานกลาง
(4) ค่อนข้างดี (5) ดีมาก

ตอนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ

12. การเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ ท่านคิดว่ามาจากสาเหตุใด

- (1) มาจากกรรมเก่า (2) มาจากการอยู่บ้านเดียวกัน
(3) เป็นหน้าที่ทางสังคม (4) อื่นๆ ระบุ.....

13. ความสัมพันธ์ระหว่างท่านกับผู้สูงอายุที่ดูแลอยู่

- (1) เป็นสามี (2) เป็นภรรยา (3) เป็นบุตรสาว
(4) เป็นบุตรชาย (5) เป็นบุตรเขย (6) เป็นบุตรสะใภ้
(7) เป็นเพื่อน/เพื่อนบ้าน (8) เป็นผู้ดูแลรับจ้าง (9) เป็นญาติ

14. ท่านดูแลผู้สูงอายุมาแล้ว.....ปี

15. ผู้สูงอายุที่ท่านดูแล มีภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคใดบ้าง.....
16. ท่านคิดว่าผู้สูงอายุที่ท่านดูแลมีพฤติกรรมอย่างไร (ตอบได้หลายข้อ)
 - (1) มีความกระวนกระวายตลอดเวลา (2) อารมณ์เปลี่ยนแปลงบ่อย
 - (3) วุ่นวาย (4) ซ้ำบ่น ไม่พอใจอะไรเลย
 - (5) เฉยๆ ไม่เคยว่าใครและเรียกร้องอะไร (6) อื่นๆ ระบุ.....
17. ลักษณะการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวเป็นอย่างไร
 - (1) ท่านดูแลคนเดียวเท่านั้นไม่มีผู้ช่วย
 - (2) ท่านดูแลคนเดียวเป็นส่วนใหญ่ (มีผู้ช่วยบางเวลา)
 - (3) ท่านดูแลบางเวลา (มีผู้ช่วยส่วนใหญ่)
18. ท่านเคยได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุจากที่ไหนบ้าง
 - (1) ไม่เคยได้รับจากที่ไหน (2) พังวิทยุ/ดูทีวี (3) อ่านหนังสือเอง
 - (4) เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์สอน/อธิบายให้ฟัง (5) เพื่อนฝูงเล่าสู่กันฟัง
 - (6) อื่นๆ ระบุ.....
19. ท่านคิดว่าความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ ที่ท่านมีอยู่เพียงพอหรือไม่
 - (1) ไม่เพียงพอ (2) เพียงพอ
20. กรณีที่ไม่เพียงพอท่านต้องการความรู้เพิ่มเติมในเรื่องใด.....

ตอนที่ 3 การประเมินระดับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุในครอบครัวของท่านสามารถปฏิบัติกิจกรรมพื้นฐานต่อไปนี้ได้อย่างไร

21. รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้เรียบร้อยแล้ว
 - (1) ไม่สามารถดักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนให้
 - (2) ดักอาหารเองได้ แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนดักเตรียมไว้ให้ หรือตัดให้เป็นชิ้นเล็กๆ ไว้ล่วงหน้า
 - (3) ดักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ
22. ล้างหน้า,หวีผม,แปรงฟัน,โกนหนวด ในระยะ 24-48 ชั่วโมงที่ผ่านมา
 - (1) ต้องการความช่วยเหลือ
 - (2) ทำได้เอง (รวมทั้งที่ทำได้เอง ถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)

23. ลูกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้

- (1) ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คนสองคนช่วยกันยกขึ้น
- (2) ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คน หรือคนทั่วไป 2 คน พยายามมาจึงจะนั่งอยู่ได้
- (3) ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตาม หรือช่วยพยุงเล็กน้อย/ต้องมีคนดูแล เพื่อความปลอดภัย
- (4) ทำได้เอง

24. ใช้ห้องสุขา

- (1) ช่วยตนเองไม่ได้
- (2) ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้หลังจากเสร็จธุระ) แต่ต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่ง
- (3) ช่วยตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมได้เอง, ทำความสะอาดได้เรียบร้อยหลังจากเสร็จธุระ, ถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)

25. การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน

- (1) เคลื่อนที่ไปไหนมาไหนไม่ได้
- (2) ใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนมาเข็นให้) และจะต้องเข้าออกมุมห้อง/ประตูได้
- (3) เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุง หรือบอกให้ทำตาม/ต้องให้ความสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย
- (4) เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง

26. การสวมใส่เสื้อผ้า

- (1) ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองแทบไม่ได้หรือน้อย
- (2) ช่วยตัวเองได้ราวร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย
- (3) ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใส่เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)

27. การขึ้นลงบันได 1 ชั้น

- (1) ไม่สามารถทำได้
- (2) ต้องการคนช่วย
- (3) ขึ้นลงได้เอง (ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น walker จะต้องเอาขึ้นลงได้ด้วย)

28. การอาบน้ำ

- (1) ต้องมีคนช่วยหรือทำให้
- (2) อาบน้ำเองได้

29. การกลั้นการถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

- (1) กลั้นไม่ได้ หรือต้องการ การสวนอุจจาระอยู่เสมอ
- (2) กลั้นไม่ได้เป็นบางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์)
- (3) กลั้นได้เป็นปกติ

30. การกลั้นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

- (1) กลั้นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลเองได้
- (2) กลั้นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง)
- (3) กลั้นได้เป็นปกติ

ตอนที่ 4 ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ

หน้าที่ผู้ดูแล ท่านได้ดูแลและช่วยเหลือผู้สูงอายุในเรื่องใดและระดับใดบ้าง

ข้อ	การดูแล	ไม่ได้ ทำ	ระดับการทำ		
			ทำน้อย	ทำให้บ้าง	ทำให้ ทั้งหมด
31	การอาบน้ำ				
32	การใช้ห้องส้วม				
33	การแต่งกายให้ผู้สูงอายุ				
34	การเตรียมอาหารให้ผู้สูงอายุ				
35	ช่วยเตรียมเสื้อผ้า/ของใช้				
36	การรับประทานอาหาร(ปกติ)				
37	การรับประทานอาหาร(ทางสายยาง)				
38	การลุกออกจากเตียง				
39	การซื้อของใช้ส่วนตัว				
40	การตัดผม/เล็บมือ-เท้า				
41	การช่วยพยุงให้เดิน				

ข้อ	การดูแล	ไม่ได้ ทำ	ระดับการทำ		
			ทำน้อย	ทำให้บ้าง	ทำให้ ทั้งหมด
42	การรับประทานยา				
43	การทำความสะอาดเมื่อผู้สูงอายุปัสสาวะ/ ขับถ่ายเลอะเทอะโดยไม่ได้ตั้งใจ				
44	การซื้อยา/ติดต่อขอยาจากแพทย์/อนามัย				
45	การช่วยค้นหาสิ่งของที่ผู้สูงอายุมักจะนำไป ซ่อนไว้แล้วลืม				
46	การดูแลเมื่อผู้สูงอายุตะโกนเสียงดัง (อารมณ์ไม่ดี)				
47	การจัดการกับความปั่นป่วนหรือการไม่ หลับไม่นอนของผู้สูงอายุ				
48	การจัดบริเวณบ้านให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ				
49	การปรับปรุงทางเดิน ราวจับในบ้านให้ สอดคล้องกับสภาพของผู้สูงอายุ				
50	การจัดหาอุปกรณ์ในห้องน้ำ/ห้องส้วม เพิ่มเติมเพื่ออำนวยความสะดวกให้ผู้สูงอายุ				
51	การเพิ่มแสงสว่างในกลางคืนให้เหมาะสม กับผู้สูงอายุ				
52	การจัดห้องพักให้ผู้สูงอายุ				
53	การติดต่อกับบุคคลอื่น				
54	การเป็นเพื่อนพูดคุย				
55	การติดต่อธุรกิจอื่นๆ				
56	การช่วยผู้สูงอายุได้พบกับความต้องการ ด้านจิตวิญญาณ (แนะนำการสวดมนต์, ทำสมาธิ)				
57	การมีส่วนร่วมในกิจกรรมพักผ่อนกับ ผู้สูงอายุ เช่น ดูโทรทัศน์				

ข้อ	การดูแล	ไม่ได้ ทำ	ระดับการทำ		
			ทำน้อย	ทำให้บ้าง	ทำให้ ทั้งหมด
58	การช่วยผู้สูงอายุให้เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ทางสังคม				
59	การให้ผู้สูงอายุได้รับรู้ข่าวสารเพื่อทราบ ความเป็นไปในสังคม				
60	การจัดการเรื่องเงิน				
61	การให้คำปรึกษาพยาบาลเมื่อผู้สูงอายุต้อง ไปพบแพทย์				
62	การทำเอกสารสำคัญทางกฎหมาย				

ความสามารถของผู้ดูแล ขอให้ท่านประเมินความสามารถของท่านในการดูแลผู้สูงอายุ
ตามประเด็นต่างๆ ดังนี้

ข้อ	ความสามารถ	ไม่ สามารถ ประเมินได้	ระดับความสามารถ		
			ทำได้ น้อย	ทำได้ ปานกลาง	ทำได้ มาก
63	ท่านสามารถบอกได้ว่าวันนี้ผู้สูงอายุมี สภาพร่างกาย/จิตใจเป็นอย่างไร				
64	ท่านสามารถบอกได้ว่า วันนี้ผู้สูงอายุมีการ พักผ่อนอย่างเพียงพอหรือไม่อย่างไร				
65	ท่านช่วยควบคุมสถานการณ์เมื่อผู้สูงอายุ หลงลืม/จำไม่ได้ว่าเป็นใคร และอยู่ที่ไหน				
66	ท่านช่วยจัดการปัญหาผู้สูงอายุทำร้าย/ว่า กล่าวผู้อื่นอย่างรุนแรง				
67	ท่านสังเกตปัญหาต่างๆที่เกิดจากการ กระทำของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ				

ข้อ	ความสามารถ	ไม่ สามารถ ประเมินได้	ระดับความสามารถ		
			ทำได้ น้อย	ทำได้ ปานกลาง	ทำได้ มาก
68	ท่านสามารถจัดการหาอุปกรณ์ในการ ช่วยเหลือผู้สูงอายุได้				
69	ท่านเข้ามามีความสามารถจัดการ/จัดแจงให้บุคคล จากหน่วยงานด้านสังคมและสุขภาพ ช่วยเหลือผู้สูงอายุ (เช่น อนามัย/ โรงพยาบาล ฯลฯ)				

ตอนที่ 5 ข้อมูลเกี่ยวกับเครือข่ายการดูแล

ความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น ในการดูแลผู้สูงอายุท่านเคยได้รับความช่วยเหลือจาก
ผู้อื่นอย่างไรบ้าง

ความช่วยเหลือจากนักวิชาชีพ

70. บุคคลที่ให้ความช่วยเหลือได้แก่ใครบ้าง โปรดระบุ (เช่น เป็นครู, เพื่อนบ้าน, อนามัย ฯลฯ
.....)

71. ท่านได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุมากน้อยเพียงใด
(1) ไม่มีเลย (2) มีโปรดระบุจำนวน.....คน

72. ท่านมีความสุขเพียงใดที่ได้รับความช่วยเหลือจากนักวิชาชีพเหล่านั้น
(1) ไม่มีความสุขเลย (2) มีน้อย (3) มีปานกลาง (4) มีมาก

ความช่วยเหลือจากญาติ

73. ญาติที่ให้ความช่วยเหลือเป็นใครบ้าง โปรดระบุ (เช่น พี่ ป้า น้า อา ฯลฯ.....)

74. ความช่วยเหลือที่ได้รับจากญาติมีจำนวนมากน้อยเพียงใด
(1) ไม่มีเลย (2) มี โปรดระบุจำนวน.....คน

75. ท่านมีความสุขเพียงใดที่ได้รับความช่วยเหลือจากญาติ
(1) ไม่มีความสุขเลย (2) มีน้อย (3) มีปานกลาง (4) มีมาก

ความช่วยเหลือจากเพื่อนและเพื่อนบ้าน

76. ผู้ที่ให้ความช่วยเหลือเป็นเพื่อนบ้านที่บ้านอยู่ติดกันหรือไม่ หรืออยู่ลักษณะใด กรุณาอธิบาย.....
77. ความช่วยเหลือที่เพื่อนและเพื่อนบ้านได้ให้กับผู้สูงอายุมีจำนวนมากน้อยเพียงใด
(1) ไม่มีเลย (2) มี โปรตระบุจำนวน.....คน
78. ท่านมีความสุขเพียงใดที่ได้รับความช่วยเหลือจากเพื่อนและเพื่อนบ้าน
(1) ไม่มีความสุขเลย (2) มีน้อย (3) มีปานกลาง (4) มีมาก

ความช่วยเหลือที่ไม่ได้รับ

79. ท่านคิดว่ามีบุคคลใดอีกที่ควรให้ความช่วยเหลือท่าน แต่เขาไม่ได้ให้ความช่วยเหลือเลย
(1) ไม่มี (2) มี โปรตระบุ.....
80. กรณีที่มี ท่านผิดหวังเพียงใดที่เขาไม่สามารถช่วยเหลือ
(1) ไม่ผิดหวังเลย (2) ผิดหวังน้อย
(3) ผิดหวังปานกลาง (4) ค่อนข้างผิดหวังมาก

ตอนที่ 6 ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาของผู้ดูแล

ปัญหาของผู้ดูแล สิ่งเหล่านี้เป็นปัญหาของท่านหรือไม่

ข้อ	สภาพปัญหา	ไม่มี ปัญหา	ระดับปัญหา		
			น้อย	ปาน กลาง	มาก
81	ขาดความรู้เกี่ยวกับโรคต่างๆของผู้สูงอายุ				
82	ขาดความรู้เกี่ยวกับแนวทางการดูแลผู้สูงอายุ (อาหาร, การออกกำลังกาย, ฯลฯ)				
83	ไม่มีเงินเพียงพอในการดูแล				
84	ไม่มีการช่วยเหลือ เช่น ด้านการเงิน การดูแล ฯลฯ จากสมาชิกในครอบครัว				
85	มีการระงับการใช้จ่ายเงินในการดูแลและ รับผิดชอบหลายอย่าง				

ข้อ	สภาพปัญหา	ไม่มี ปัญหา	ระดับปัญหา		
			น้อย	ปาน กลาง	มาก
86	ไม่ได้รับการยอมรับที่ดีในบ้าน				
87	ต้องรับภาระหน้าที่ในบ้านหลายหน้าที่				
88	ผู้สูงอายุไม่ให้ความร่วมมือในการดูแล				
89	ผู้สูงอายุไม่ให้ง่าย, เอาแต่ใจ				
90	ขาดอุปกรณ์เสริมเช่น ไม้เท้า, รถเข็น ฯลฯ ในการดูแล				
91	ขาดพาหนะในการเดินทาง				
92	มีความรู้สึกเหน็ดเหนื่อยด้านร่างกาย				
93	มีอาการปวดหัว เป็นไข้ ไม่สบาย หรือปวดหลังบ่อยๆ				

ข้อคิดเห็นอื่นๆ เกี่ยวกับปัญหาที่ไม่ปรากฏในคำถามนี้

.....

.....

.....

.....

.....

ตอนที่ 7 ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะอารมณ์และจิตใจและรางวัลจากการเป็นผู้ดูแล
ภาวะอารมณ์และจิตใจของผู้ดูแล ในรอบสัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านมีความรู้สึกต่าง ๆ
นี้หรือไม่และอยู่ในระดับใด

ข้อ	ปัญหา	ไม่ รู้สึก เลย	ระดับความรู้สึก			
			1-2 ครั้ง/ สัปดาห์	3-4 ครั้ง/ สัปดาห์	5-6 ครั้ง/ สัปดาห์	ทุก วัน
94	ไม่มีเวลาที่จะพูดคุยกับสมาชิกอื่นๆ ใน ครอบครัว					
95	รู้สึกผิดเกี่ยวกับสภาพการณ์ที่เป็นอยู่					
96	มีความขัดแย้งกับผู้สูงอายุที่ดูแล					
97	มีความขัดแย้งกับสมาชิกในครอบครัว					
98	แอบร้องไห้					
99	วิตกกังวลกลัวไม่มีเงินใช้จ่ายเพียงพอ					
100	วิตกกังวลว่าไม่มีความรู้เพียงพอที่จะดูแล ผู้สูงอายุ					
101	รู้สึกว่าสุขภาพตนเองไม่ดี					

รางวัลจากการเป็นผู้ดูแล ท่านคิดว่ารางวัลที่ท่านได้รับจากการดูแลผู้สูงอายุคืออะไร

ข้อ	สิ่งที่ได้รับ	ไม่ รู้สึก ว่าได้เลย	ระดับความคิดเห็น		
			น้อย	ปาน กลาง	มาก
102	การได้ดูแลผู้สูงอายุเป็นการให้รางวัลชีวิตสำหรับท่านแล้ว				
103	การได้ดูแลผู้สูงอายุทำให้ท่านได้รับความชื่นชมและเห็น ความสำคัญจากบุคคลรอบข้าง				
104	การได้ดูแลผู้สูงอายุทำให้สัมพันธ์ภาพของท่านกับ ผู้สูงอายุดีขึ้น				

ข้อ	สิ่งที่ได้รับ	ไม่ รู้สึกว่าได้เลย	ระดับความคิดเห็น		
			น้อย	ปานกลาง	มาก
105	การได้ดูแล/ช่วยผู้สูงอายุเป็นการทำให้ท่านรู้สึกว่าได้ทำในสิ่งที่สำคัญ				
106	การได้ดูแลผู้สูงอายุทำให้ท่านเข้าใจสถานการณ์ของการเป็นผู้สูงอายุโดยทั่วไป				
107	การได้ดูแลผู้สูงอายุช่วยทำให้ทุกคนในครอบครัวรู้สึกใกล้ชิดซึ่งกันและกัน				
108	การได้ดูแลผู้สูงอายุ เป็นการตอบแทนบุญคุณที่ผู้สูงอายุ				
109	การดูแลผู้สูงอายุเป็นการให้ประสบการณ์ที่สำคัญสำหรับท่าน				
110	ท่านได้รับการเรียนรู้อย่างมากเกี่ยวกับสุขภาพและความเจ็บป่วยในฐานะที่เป็น ผู้ดูแล				

ตอนที่ 8 ข้อมูลเกี่ยวกับความต้องการของผู้ดูแล

ความต้องการของผู้ดูแล ท่านมีความต้องการในเรื่องต่อไปนี้ อยู่ในระดับใด

ข้อ	ความต้องการ	ระดับความต้องการ				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
111	ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ					
112	ข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะอาการของโรค					
113	ข้อมูลเกี่ยวกับอาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากโรค					
114	ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ					
115	สิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุ					
116	อุปกรณ์ที่ช่วยในการดูแลผู้สูงอายุที่เหมาะสมกับสภาพแวดล้อม					
117	แหล่งบริการที่เป็นประโยชน์ต่อผู้สูงอายุ					

ข้อ	ความต้องการ	ระดับความต้องการ				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
118	อยากมีคนช่วยปลอบใจเมื่อเกิดความกลัวต่อการดูแลผู้สูงอายุ					
119	อยากมีที่พึ่งเมื่อมีความทุกข์ใจว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงต่างๆ เกิดขึ้นในชีวิตของตน					
120	อยากมีคนอยู่ด้วยเมื่อผู้สูงอายุเจ็บป่วยหนัก					
121	อยากมีเวลามากๆ เพื่อดูแลผู้สูงอายุให้เต็มที่					
122	อยากมีเวลาสำหรับตัวเองได้คิด/ ได้ทำในสิ่งที่ต้องการ					
123	อยากมีเวลาสำหรับตนเองได้พักผ่อนให้เต็มที่					
124	อยากมีเวลาสำหรับตนเองในการไปสังสรรค์กับคนอื่นๆ					
125	ความต้องการทางด้านรายได้เพิ่ม					
126	ต้องการเงินเป็นค่าอาหารสำหรับผู้สูงอายุ					
127	ต้องการเงินเป็นค่าใช้จ่ายทั่วไปสำหรับผู้สูงอายุ (เสื้อผ้า, โทรศัพท์, เครื่องนอนฯลฯ)					
128	ต้องการให้คนในครอบครัวมาช่วยดูแลผู้สูงอายุบ้าง					
129	ต้องการให้เพื่อน/เพื่อนบ้าน ช่วยแบ่งเบาภาระการดูแลผู้สูงอายุเป็นครั้งคราว					
130	ต้องการให้บุคลากรทางการแพทย์ (เจ้าหน้าที่อนามัย, หมอ) ช่วยดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้านเป็นครั้งคราว					
131	ต้องการให้มีผู้ดูแลอาสาสมัคร ผลัดเปลี่ยนมาดูแลผู้สูงอายุ					
132	ต้องการให้มีการจัดหาอาหารให้ผู้สูงอายุที่ไม่มีที่พึ่งได้รับประทานฟรี					
133	ต้องการให้ชุมชนมีสถานบริการสำหรับผู้สูงอายุโดยเฉพาะ					

134. ความต้องการอื่นๆ โปรดเขียนโดยอิสระ

ตอนที่ 9 ข้อมูลเกี่ยวกับความคิดเห็นของท่านที่มีต่อการดูแลผู้สูงอายุ

135. ท่านคิดว่ายังมีความช่วยเหลืออะไรบ้างที่ควรทำให้ แต่ท่านยังไม่ได้ทำ/หรือไม่สามารถทำได้

(1) ไม่มี (2) มี (ถ้ามีคืออะไรบ้าง).....

136. ท่านคิดว่า มีงานชนิดใดที่ท่านเคยทำให้ผู้สูงอายุแล้ว ท่านรู้สึกว่ามีที่ไหนบ้างที่ท่านที่ต้องทำงานเช่นนั้น

(1) ไม่มี (2) มี (ถ้ามีคืออะไรบ้าง).....

137. มีอะไรบ้างที่ผู้สูงอายุพยายามทำด้วยตนเอง แต่ท่านคิดว่าเขาควรจะให้ท่านทำให้

(1) ไม่มี (2) มี (ถ้ามีคืออะไรบ้าง).....

138. มีอะไรบ้างที่ท่านต้องทำให้ผู้สูงอายุ ทั้งๆที่ท่านคิดว่า ผู้สูงอายุควรจะทำด้วยตัวเองได้

(1) ไม่มี (2) มี (ถ้ามีคืออะไรบ้าง).....

ท่านคิดว่า หากจะให้คนในครอบครัวดูแลผู้สูงอายุได้ดีที่สุด แต่ละฝ่ายควรทำอย่างไรบ้าง

139. คนในครอบครัว

140. เพื่อนบ้าน/ญาติ

141. ชุมชนที่ท่านอยู่อาศัย

142. รัฐบาล

ขอขอบพระคุณในความร่วมมืออย่างสูง

แนวคำถามการสนทนากลุ่ม กลุ่มผู้ดูแล (รอบที่ 1)

1. การรับบทบาทเป็นผู้ดูแลในครอบครัว

- ในแต่ละครอบครัวผู้ดูแลผู้สูงอายุประกอบด้วยใครบ้าง
 - เหตุผลที่ต้องดูแลผู้สูงอายุ (อาสหรือถูกบังคับ , เต็มใจหรือหน้าที่)
 - ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุ (บุตร, คู่สมรส, บิดามารดา, ผู้หารายได้เลี้ยงครอบครัว, ลูกจ้าง)
-
-

2. การทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุด้านใดบ้าง

- กิจกรรมประจำวันตั้งแต่เช้าจรดเย็นที่ผู้ดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ
- ผู้ช่วยในการดูแล
- ระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุ

3. ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ (ช่วยตัวเองได้, นอนอยู่กับเตียง, ช่วยตัวเองได้เล็กน้อยต้องดูแลใกล้ชิด)

4. ปัญหาของผู้ดูแลในครอบครัวมีอย่างน้อยเพียงใด เรื่องใดบ้าง

กาย

- การเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพ
 - การดูแลสุขภาพตนเอง
 - การเจ็บป่วยที่เนื่องมาจากการดูแลผู้สูงอายุ
-
-

จิตใจ

- คนส่วนใหญ่มีการเตรียมตัวหรือเตรียมใจในการดูแลผู้สูงอายุหรือไม่อย่างไร
 - มีปัญหาในการปรับตัวให้เข้ากับบทบาทอื่นๆ หรือไม่ อย่างไร
 - ความรู้สึกโกรธ เบื่อหน่าย หรือไม่พอใจที่ต้องทำหน้าที่นี้
-
-

เศรษฐกิจ

- ผู้รับภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุ และความเพียงพอ
- การมีรายได้จากการดูแล
- ผลกระทบต่องานประจำ

กิจวัตรส่วนตัวของผู้ดูแล

- การติดต่อกับเพื่อนฝูง
- การมีเวลาเป็นของตัวเองเพื่อทำธุระส่วนตัว

5. ความต้องการ ที่จะช่วยให้การดูแลผู้สูงอายุดีขึ้น (บริการ วัสดุ ข่าวสาร จิตใจ)

อำเภอ.....จังหวัด.....

แนวคำถามการสนทนากลุ่ม กลุ่มผู้ดูแล (รอบที่ 2)

1. ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน ภาวะการช่วยตนเองในกิจวัตรประจำวัน ภาวะอารมณ์จิตใจ และความต้องการ

2. ลักษณะการอยู่อาศัยในครอบครัว การประกอบอาชีพ รายได้และกิจกรรมทางสังคมของครอบครัวและผู้ดูแลผู้สูงอายุ

3. การทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ

- กิจวัตรประจำวันตั้งแต่เช้าจรดเย็นที่ผู้ดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ
- หน้าที่ของผู้ช่วยในการดูแลในครอบครัว
- หน้าที่ของเพื่อนบ้าน/ เครือญาติในการดูแลผู้สูงอายุ
- หน้าที่ของชุมชนในการจัดบริการและอื่นๆ

4. ทักษะต่อการดูแล

- เหตุผลในการดูแล
- การประเมินปัญหาอุปสรรคในการดูแล
- วิธีการแก้ไขปัญหาต่างๆที่เกิดจากการดูแล
- ความรู้สึกที่มีต่อการดูแล

5. ปัญหาของผู้ดูแลในครอบครัว

- การเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพกาย
 - การเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพจิต ภาวะอารมณ์และจิตใจ (ความเครียด ความวิตกกังวล ทุกข์อกทุกข์ใจ)
 - การเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจของแต่ละครอบครัว
-
-

6. การดูแลตนเองของผู้ดูแล

- การแบ่งเวลา
 - การทำงานประจำ (อาชีพหลัก)
 - การดูแลผู้อื่นและคนในครอบครัว
 - การสังสรรค์/สมาคมกับเพื่อนฝูงและผู้อื่น
-
-

7. ความต้องการที่จะช่วยให้การดูแลผู้สูงอายุดีขึ้น (บริการ, วัตถุ, ข่าวสาร, จิตใจ)

8. การป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาขาดผู้ดูแลผู้สูงอายุหรือผู้สูงอายุมีความทุกข์ยากลำบาก

- ระยะเวลาของการเริ่มต้น (ควรเริ่มต้นเมื่ออายุเท่าใด)
 - ควรเริ่มต้นเรื่องอะไรบ้าง
-
-

9. ประเมินความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวในชุมชนนี้ (ระดับใด ทำได้ดีหรือไม่ ถ้าดีดีด้านใด ถ้าไม่ดีไม่ดีด้านใด)

บทความเผยแพร่ 1

วิกฤตผู้ดูแลผู้สูงอายุ : ปัญหาที่ท้าทาย

รศ. ศศิพัฒน์ ยอดเพชร

สถาบันวิจัยและพัฒนาแห่งประเทศไทยได้คาดประมาณประชากรว่า จำนวนและสัดส่วนประชากรสูงอายุมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ประชากรวัยสูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปมีสัดส่วนเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง คาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 10.4 ในปี พ.ศ. 2547 และเพิ่มขึ้นร้อยละ 11.7 ในปี พ.ศ. 2553 **"ไทยเหลือเวลาอีกเพียง 6 ปี ถึง พ.ศ. 2552 ก่อนจะเข้าสู่สังคมวัยสูงอายุ"** การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรดังกล่าวนี้ ทำให้ต้องพิจารณาถึงบริการสังคมต่าง ๆ ที่มีอยู่ในปัจจุบัน ไม่ว่าจะเป็นบริการด้านเศรษฐกิจ สังคม ซึ่งรวมถึงบริการด้านสาธารณสุขด้วยว่าจะสามารถตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุที่จะเพิ่มมากขึ้นในอนาคตได้อย่างไรหรือเพียงพอ

โดยทั่วไปผู้สูงอายุมีความต้องการการเอาใจใส่จากสมาชิกในครอบครัว ต้องการมีเงินใช้จ่ายในการยังชีพ ต้องการได้รับการรักษาเมื่อยามเจ็บป่วย และต้องการการดูแลในภาวะสุดท้ายของชีวิต ดังนั้น จึงเป็นหน้าที่ของผู้ดูแลที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุได้บรรลุถึงความต้องการเหล่านี้ ความต้องการของผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นตามอายุและความชราภาพที่เกิดขึ้น เมื่อผู้สูงอายุมีอายุมากขึ้นหรือเกิดการเจ็บป่วย ช่วยตนเองไม่ได้ เป็นช่วงระยะเวลาที่ต้องเริ่มเข้าสู่ระบบการพึ่งพิง ซึ่งหมายถึงการต้องพึ่งผู้อื่นทั้งระบบเศรษฐกิจและสังคม ในช่วงระยะเวลาดังกล่าวนี้ ผู้ดูแลจะมีบทบาทมากยิ่งขึ้น เพราะต้องทำหน้าที่ในการช่วยเหลือหรืออำนวยความสะดวกในเรื่องต่าง ๆ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีพได้ ดังนั้น ผู้ดูแลจึงถือเป็นหลักประกันที่สำคัญยิ่งประการหนึ่งของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่อยู่ในวัยชรา หรือผู้ที่ไม่สามารถพึ่งพาตนเองได้

ผลการวิจัยเรื่อง ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว ได้รายงานข้อเท็จจริงในการดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทยว่า ปัจจุบันครอบครัวมีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีสายสัมพันธ์ในฐานะบุตรหรือเครือญาติ โดยร้อยละ 63.5 เป็นบุตร ซึ่งบุตรหญิงมีบทบาทมากกว่าบุตรชายในอัตราร้อยละ 43.4 และ ร้อยละ 20.1 ตามลำดับ สิ่งที่น่าสังเกต คือ ผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี มีบทบาทเป็นผู้ดูแลถึงร้อยละ 10.0 ข้อมูลดังกล่าวนี้แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งในปัจจุบันยังได้รับการดูแลจากครอบครัว แต่หากพิจารณาถึงการเพิ่มขึ้นของจำนวนประชากรผู้สูงอายุ การมีอายุที่ยืนยาวและการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างครัวเรือน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การลดลงของ

ประชากรวัยเด็กแรกเกิด - 14 ปี ที่ลดลงอย่างรวดเร็วจากร้อยละ 24.3 ในปีพ.ศ. 2543 เป็นร้อยละ 20.0 ในปีพ.ศ. 2558 การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวนี้ ชี้ให้เห็นถึงการลดลงอย่างต่อเนื่องของเครือข่ายการดูแลในครอบครัว บุตรซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่สำคัญ จะเริ่มขาดแคลนในอนาคต ทั้งนี้ ยังไม่นับรวมถึงการอพยพแรงงานจากชนบทเพื่อเข้าสู่ตลาดแรงงานตามกระแสทุนนิยมแล้ว คาดว่าการขาดแคลนผู้ดูแลผู้สูงอายุจะเพิ่มทวีขึ้น

สภาพปัญหาการขาดแคลนผู้ดูแลผู้สูงอายุยังไม่สิ้นสุด หากนำข้อมูลการคาดประมาณสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุมาพิจารณา พบข้อมูลที่น่าสนใจว่า “ในปี พ.ศ. 2558 ประเทศไทยจะมีประชากรสูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพระยะยาวประมาณร้อยละ 18.8 ของประชากรสูงอายุทั้งประเทศ ต้องมีคนดูแลในการเดินหรือเคลื่อนที่ออกนอกบริเวณบ้านหรือที่พักอาศัยประมาณร้อยละ 4.7 และต้องนอนอยู่บนเตียงไม่สามารถลุกนั่งหรือเคลื่อนย้ายได้ ร้อยละ 0.9 ของประชากรสูงอายุทั้งประเทศ” (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล) สถิติดังกล่าวนี้ สามารถพยากรณ์ได้ว่า **การขาดแคลนผู้ดูแลทั่วไปจะเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่าในอีก 20 ปีข้างหน้า และจำนวนผู้ดูแลผู้สูงอายุจะเพิ่มเป็น 3 เท่าสำหรับการดูแลผู้สูงอายุที่นอนติดเตียง** ทั้งนี้ยังไม่รวมถึงกลุ่มผู้มีปัญหาด้านสติปัญญาที่ต้องใช้ชีวิตอยู่จนชราภาพ ต้องการการดูแลซ้ำซ้อนคือทั้งฐานะผู้พิการและฐานะผู้สูงอายุพร้อมกัน

การคาดการณ์เพียง 2 ประเด็นดังกล่าว ทำให้เห็นว่าภาวะการขาดแคลนผู้ดูแลจะมีมากขึ้นและอาจจะเป็นปัญหาสำคัญประการหนึ่ง สภาพปัญหาการขาดแคลนผู้ดูแลนั้น อาจเนื่องมาจากเหตุผลหลายประการกล่าวคือ ประการแรก ความไม่สอดคล้องระหว่างความต้องการของผู้สูงอายุและความต้องการผู้ดูแล ความสามารถในการหาผู้ดูแล ขึ้นอยู่กับสภาวะทางสุขภาพกาย จิต และอารมณ์ เครือข่ายการดูแลในครอบครัว ชุมชน รวมทั้งความสามารถทางด้านเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ หรืออาจกล่าวได้ว่า เป็นความสามารถในการจ่ายเงินเพื่อซื้อบริการต่างๆ ซึ่งหากพิจารณาในสถานการณ์ปัจจุบัน ครอบครัวยังสามารถจัดการกับปัญหานี้ได้ แต่สำหรับอนาคตนั้น มีแนวโน้มว่าปัญหาและความต้องการผู้ดูแลของผู้สูงอายุ เป็นเรื่องที่ไม่ได้รับการตอบสนอง ทั้งนี้เนื่องจากระดับอุปสงค์และอุปทานมีความแตกต่างกัน

ประการที่สอง ความไม่สอดคล้องระหว่างนโยบายและการปฏิบัติ กล่าวคือ ประเทศไทยมีนโยบายให้ผู้สูงอายุได้อยู่กับครอบครัวนานที่สุดเท่าที่จะนานได้ เนื่องจากวัฒนธรรมและประเพณีที่ยึดความกตัญญูต่อบิดามารดาเป็นที่ตั้ง รัฐบาลได้จัดสวัสดิการและบริการสังคมบางประเภท อาทิ เบี้ยยังชีพสำหรับผู้สูงอายุที่ยากจนและขาดผู้อุปการะ รายละ 300 บาทต่อเดือน การจัดให้มีสถานสงเคราะห์ หรือส่งเสริมให้มีการรวมกลุ่มในลักษณะชมรมผู้สูงอายุ ซึ่งไม่เพียงพอ

กับสภาพปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ รวมทั้งยังไม่เอื้อต่อการให้ผู้สูงอายุอาศัยในบ้านได้ตามมาตรฐานขั้นต่ำที่พึงมี รัฐบาลขาดนโยบายในการจัดบริการที่ผสมผสานด้านการแพทย์และสังคม ที่จะให้ความช่วยเหลือครอบครัวที่มีปัญหา ผู้สูงอายุที่ต้องการบริการเฉพาะด้าน หรือบริการฉุกเฉินในบางครั้ง

ประการสุดท้ายเป็นปัญหาการประสานงานระหว่างภาคเอกชน-รัฐ-ชุมชน เท่าที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน ศักยภาพของภาครัฐไม่สามารถให้การดูแลผู้สูงอายุอย่างทั่วถึง การให้บริการดูแลผู้สูงอายุรูปแบบต่าง ๆ เป็นการดำเนินการคล้ายการบรรเทาปัญหาเฉพาะหน้า ในขณะที่ภาคเอกชนที่ให้บริการสุขภาพและการดูแลผู้สูงอายุก็ยังไม่ได้รับการสนับสนุน หรือได้รับความร่วมมือจากภาครัฐเท่าที่ควร ทั้งในด้านการลงทุนและบริการจัดการ ด้านนโยบาย ด้านวิชาการและหรือบุคลากรและด้านกฎหมาย นอกจากนี้เมื่อพิจารณาถึงการประสานงานระหว่างภาครัฐ ภาคเอกชนและชุมชนแล้ว พบว่าด้านชุมชนยังขาดความเข้มแข็งในการรวมตัวหรือร่วมมือกับภาคเอกชนและรัฐ ในการแสวงหาแนวทางหรือรูปแบบที่เหมาะสม ที่จะช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนเดียวกัน

การเกิดภาวะวิกฤตผู้ดูแลที่กำลังจะถึงนี้ นับว่าเป็นปัญหาที่ท้าทายผู้ที่เกี่ยวข้องในการวางแผนและจัดบริการ ทั้งด้านสาธารณสุข ด้านเศรษฐกิจและด้านสวัสดิการสังคม ที่จะต้องมีการเตรียมการอย่างเร่งด่วน การช่วยกันวางแผนและเร่งรัดในการแก้ไขปัญหาคาดแคลนผู้ดูแลผู้สูงอายุทั้งในระดับนโยบาย บริหารและบริการ มีการกำหนดแผนการผลิตและพัฒนากำลังคน ด้านการดูแลผู้สูงอายุระดับชาติอย่างจริงจังและชัดเจน การควบคุมมาตรฐานการผลิตผู้ดูแลผู้สูงอายุเพื่อผลิตผู้ดูแลที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพ การปรับปรุงและจัดระบบบริการสุขภาพและระบบสังคมให้สามารถเอื้อต่อการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวได้ รวมทั้งการเสริมสร้างศักยภาพของผู้สูงอายุให้เตรียมตัวรับปัญหานี้ ล้วนเป็นสิ่งที่ต้องช่วยกันพิจารณาและวางแผนรองรับกับปัญหาต่าง ๆ ที่กล่าวมาทั้งสิ้น ทั้งนี้ เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุและครอบครัว ได้อยู่อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีและเหมาะสมในอนาคต

•

ที่มา: รายงานการวิจัยเรื่อง ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว ในชุดโครงการวิจัยเรื่อง "ระบบการดูแลระยะยาวในครอบครัวสำหรับผู้สูงอายุ" คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

บทความเผยแพร่ 2

ข้อเสนอนโยบายสาธารณะสำหรับผู้สูงอายุ

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ

บทนำ

เอกสารฉบับนี้เรียบเรียงจากการวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัย บทความ ตัวเลขทางสถิติ และเอกสารทางวิชาการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ และอีกส่วนหนึ่งมาจากรายงานการวิจัยเรื่องการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว(2547) และเรื่อง “ค่านิยมและความคาดหวังของผู้สูงอายุต่อพหุวัย ความคาดหวังของพหุวัยต่อผู้สูงอายุ” (2547) เพื่อนำเสนอภาพข้อมูลด้านประชากรผู้สูงอายุ และระบบสวัสดิการที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน ทั้งนโยบายและการดำเนินงานต่างๆ เพื่อให้เห็นสถานะที่เกิดขึ้นจริงในสังคมไทย แนวคิดต่อการพัฒนานโยบายสาธารณะสำหรับผู้สูงอายุที่เน้นระบบทางด้านสังคมเป็นหลัก โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้เป็นเอกสารนำการอภิปราย และการแสดงความคิดเห็นของนักวิชาการสหวิชาชีพ เพื่อนำไปสู่กระบวนการเคลื่อนไหวด้านนโยบายต่อไป ดังนั้นเอกสารนี้จึงประกอบไปด้วย การคาดการณ์ผู้สูงอายุของไทย ระบบสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ ปัญหาในการจัดบริการ และข้อเสนอแนะนโยบายสาธารณะเพื่อผู้สูงอายุ

1. การคาดการณ์ผู้สูงอายุไทย

อัตราการเพิ่มของประชากรสูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว และมีอัตราสูงกว่าประชากรในวัยอื่นๆ ได้แก่ วัยเด็กและวัยทำงาน ปรากฏการณ์นี้เกิดจากการลดลงของระดับการเกิด และอัตราการตายของประชากร โดยใช้การคาดการณ์ถึงแนวโน้มของภาวะเจริญพันธุ์เป็นเกณฑ์ พบว่า สัดส่วนของระดับการเกิดของประชากรในวัยเด็ก และอัตราการตายของประชากรสูงอายุลดลงอย่างต่อเนื่อง ข้อมูลจากนภาพร ชัยวรรณ, 2542, กองวางแผนทรัพยากรมนุษย์ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2538, คณะทำงานคาดประมาณประชากร สำนักคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ, 2542, กล่าวถึงสัดส่วนประชากรเด็กลดลงจากร้อยละ 40 ในปี พ.ศ. 2523 เป็นประมาณร้อยละ 25 ในปี พ.ศ. 2543 และลดลงเหลือร้อยละ 22 และร้อยละ 20 ในปี พ.ศ. 2553 และ พ.ศ. 2563 ตามลำดับ ส่วนสัดส่วนประชากรสูงอายุได้เพิ่มจากประมาณร้อยละ 5 เป็น ร้อยละ 9 ร้อยละ 11 และร้อยละ 15 ของแต่ละปีพุทธศักราชเดียวกัน

นั้น ซึ่งสอดคล้องกับสถาบันวิจัยและพัฒนาแห่งประเทศไทย (2547) คาดประมาณประชากรว่าจำนวนและสัดส่วนประชากรสูงอายุมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ประชากรวัยสูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีสัดส่วนเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง เป็นร้อยละ 10.4 ในปี พ.ศ. 2547 และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 11.7 ในปี พ.ศ. 2553 ซึ่งหมายความว่า ไม่เกิน 6 ปี ประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมวัยสูงอายุ ส่งผลกระทบต่อโครงสร้างทางอายุของประชากรในประเทศไทย ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวส่งผลให้ประเทศไทยประสบปัญหาด้านผู้สูงอายุอย่างรุนแรง

การเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุเหล่านี้ หมายถึง ความรับผิดชอบและการแบกรับภาระทางสังคมต้องเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องด้วยเช่นกัน และเป็นสิ่งบอกเหตุสำคัญที่จะต้องมีการเตรียมระบบสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุ ให้สามารถรองรับกับปัญหาที่เกิดขึ้นในอนาคตได้อย่างเหมาะสม ซึ่งการจะพิจารณาถึงอนาคตว่าจะเป็นเช่นไรนั้น จำเป็นต้องพิจารณาถึงระบบบริการสวัสดิการสังคมที่อยู่ใน

2. ระบบสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ

หากพิจารณาระบบสวัสดิการสังคม โดยให้ความหมายว่าเป็นระบบการจัดบริการของประเทศ เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาดังกล่าว สวัสดิการสังคมควรครอบคลุมลักษณะบริการ 3 ประเภทได้แก่ การประกันสังคม (Social Insurance) การช่วยเหลือสาธารณะ (Public assistance) และบริการสังคม (Social Services) ซึ่งในประเทศไทยภาครัฐได้จัดการบริการแก่ผู้สูงอายุครอบคลุมทั้ง 3 ประเภทดังกล่าว แต่เน้นหนักการช่วยเหลือสาธารณะ ซึ่งเป็นลักษณะของการให้การสงเคราะห์ผู้สูงอายุที่ยากจน ไร้ที่พึ่งพิง และประสบปัญหาด้านต่างๆ มากกว่าการให้บริการประเภทอื่นๆ

ดังนั้นลักษณะการบริการที่รัฐจัดให้กับผู้สูงอายุปัจจุบัน ได้แก่

2.1 บริการด้านการรักษาพยาบาล ผู้สูงอายุได้รับสิทธิในการรักษาทั้งจากสถานบริการของรัฐ ซึ่งมีคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาล และสถานบริการในระดับตำบล (สถานีนอมาภัย) นอกจากนี้ได้เพิ่มการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุขึ้นอย่างกว้างขวาง

2.2 สวัสดิการด้านที่อยู่อาศัยและการดูแล ปัจจุบันมีสถานสงเคราะห์ของรัฐจำนวน 20 แห่ง รับผู้สูงอายุได้ประมาณ 3,000 คน และหลังการปฏิรูปโครงสร้างราชการ สถานสงเคราะห์จำนวน 13 แห่งได้ถ่ายโอนไปให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นผู้ดูแลอีก 7 แห่งสังกัดกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

2.3 **สวัสดิการการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน** ในลักษณะของศูนย์บริการสังคมผู้สูงอายุ จำนวน 18 แห่ง ศูนย์บริการผู้สูงอายุในวัดโดยชุมชน จำนวน 200 แห่งเป็นลักษณะบริการตรวจรักษาโรค กายภาพบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพ และศูนย์กิจกรรมผู้สูงอายุ แต่ปัจจุบันศูนย์บริการผู้สูงอายุในวัดโดยชุมชนที่ยังเปิดบริการอยู่มีเพียงไม่กี่ราย

2.4 **สวัสดิการการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ** เป็นการจัดการเงินช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุรายละ 300 บาท/เดือน ในปี 2547 ผู้สูงอายุได้รับเบี้ยยังชีพประมาณ 500,000 คน รัฐจ่ายเงินประมาณ 1,500 ล้านบาทในปัจจุบัน และองค์การบริหารส่วนตำบลบางแห่ง ได้จัดสรรเงินสนับสนุนเพิ่มเติม และเพิ่มจำนวนผู้รับบริการตามความเหมาะสม

2.5 **บริการด้านรวมกลุ่มและการมีส่วนร่วมทางสังคม** ที่ปรากฏชัดเจนคือการส่งเสริมการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ โดยมีทั้งสภาผู้สูงอายุเป็นแกนนำ (ปัจจุบันมี 5, 374 ชมรม) และกระทรวงสาธารณสุขเป็นแกนนำ นอกนั้นเป็นการลดค่าบริการ และค่าเดินทางบางประเภทสำหรับผู้สูงอายุ

2.6 **สวัสดิการด้านการประกันสังคม** มีการประกันสุขภาพตั้งแต่ปี 2539 เงินบำนาญสุขภาพ เงินบำนาญสุขภาพกองทุนบำนาญข้าราชการ และกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ ซึ่งส่วนใหญ่สวัสดิการด้านนี้ครอบคลุมกลุ่มผู้ประกอบการอาชีพที่มีรายได้แน่นอน

2.7 **สวัสดิการการคุ้มครองสิทธิด้านต่างๆ** จัดขึ้นตาม พ.ร.บ. ผู้สูงอายุแห่งชาติ พ.ศ. 2546 ปัจจุบันครอบคลุมการคุ้มครองบางประเภท ส่วนใหญ่ยังอยู่ระหว่างการจัดทำกฎกระทรวงเพื่อรองรับพระราชบัญญัตินี้

ลักษณะบริการดังกล่าวบางประเภท ได้ดำเนินการมาไม่น้อยกว่า 40 ปี และมีการพัฒนารูปแบบบ้าง อย่างไรก็ตาม เมื่อเปรียบเทียบกับประเทศต่างๆ พบว่าบริการสวัสดิการที่รัฐจัดให้ผู้สูงอายุนั้น มีน้อยประเภทกว่าประเทศอื่นๆ มาก และยังไม่ครอบคลุมผู้สูงอายุทั้งหมด ทั้งนี้จึงควรพิจารณาว่า ปัญหาในการจัดสวัสดิการสังคมของรัฐในปัจจุบันมีอย่างไรบ้าง เพื่อนำไปสู่ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อไป

3. ปัญหาในการจัดบริการสวัสดิการสังคม

บริการสวัสดิการสังคมที่รัฐจัดให้ผู้สูงอายุนั้น อาจสรุปได้ว่าบริการต่างๆ เหล่านี้ ยังไม่เพียงพอกับความต้องการของผู้สูงอายุ รวมทั้งยังไม่สามารถตอบสนองกับปัญหาต่างๆ ของผู้สูงอายุได้อย่างแท้จริง ทั้งนี้ วิเคราะห์จากข้อเท็จจริงด้านต่างๆ ดังนี้

3.1 นโยบายของรัฐในการจัดการบริการสวัสดิการแก่ผู้สูงอายุ ถูกกำหนดขึ้นภายใต้แนวคิดแบบบรรเทาปัญหา (Residual Model of Social Welfare) การจัดสวัสดิการสังคมเกิดจากปัญหาของประชาชน รัฐจัดบริการตอบสนองเพื่อบรรเทาปัญหา หรือชะลอปัญหาไปชั่วระยะเวลาหนึ่ง ในลักษณะการสงเคราะห์เฉพาะหน้า ซึ่งไม่สอดคล้องกับวิธีการแก้ไขปัญหามาระยะยาว ทำให้เกิดปัญหาต่างๆ ตามมาเป็นลูกโซ่ นอกจากนั้น บริการส่วนใหญ่ที่มีเป็นบริการแบบตั้งรับเน้นบริการในสถาบัน (Institution Care) ซึ่งผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่สามารถไปใช้บริการได้ เนื่องจากมีความยากลำบากในการเดินทางไปรับบริการ อันเกิดจากภาวะสุขภาพเสื่อมถอยและภาวะทางเศรษฐกิจที่ฝืดเคืองไม่สามารถจ่ายค่าเดินทางได้ ทำให้ไม่สามารถเข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึง

3.2 สืบเนื่องจากแนวคิดสวัสดิการต่างๆ ที่จัดโดยภาครัฐ ยังเป็นแนวคิดการสงเคราะห์เพื่อแก้ไขปัญหามุ่งเฉพาะหน้าเน้นผู้สูงอายุที่ยากไร้ มากกว่าการแก้ไขปัญหามายาวแนวคิดทุกอย่างเป็นสิทธิที่ผู้สูงอายุพึงได้รับอย่างเท่าเทียมกัน ดังนั้น จึงพบว่าบริการของรัฐมุ่งช่วยเหลือผู้ยากไร้มากกว่าการให้บริการตามสิทธิอันพึงมีพึงได้ของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มใหญ่ขาดสิทธิในการรับบริการ และมีผลกระทบต่อการพัฒนาและการดำเนินชีวิต

3.3 รูปแบบการจัดบริการ ไม่สอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ อาทิการจัดบริการสถานสงเคราะห์ ซึ่งไม่ใช่สิ่งที่คุณสูงอายุพึงพอใจ เนื่องจากประสงค์จะอยู่อาศัยในครัวเรือนของตน ภายใต้สิ่งแวดล้อมที่ตนคุ้นเคยมากกว่าโยกย้ายไปอยู่ที่อื่น โดยมีบริการต่างๆ เข้าถึงที่อยู่อาศัยในชุมชน

3.4 การจัดบริการสวัสดิการสังคมยังคงมีลักษณะเป็นรูปแบบเดียวทั่วประเทศ ขาดความสอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุในแต่ละพื้นที่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งขาดการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในการชี้แนะปัญหาความต้องการจากกลุ่มของเขาเอง ดังนั้นบริการต่างๆ จึงไม่สอดคล้องกับสภาพปัญหาของผู้สูงอายุอย่างแท้จริง

3.5 ปัญหาความยากจนของผู้สูงอายุในชนบท เป็นเรื่องที่ยังไม่ได้รับการแก้ไข ถึงแม้จะมีการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพเดือนละ 300 บาทก็ตาม แต่ยังไม่ทั่วถึงและครอบคลุมผู้สูงอายุที่ยากจนได้ทั้งหมด ผู้สูงอายุในชนบทจำนวนมาก ไม่สามารถระบุได้ว่ามีรายได้เพียงใดในแต่ละปีเนื่องจากไม่เคยได้รับเงินจากแหล่งเกื้อหนุนใดๆ เลย นอกจากนั้นครอบครัวและผู้ดูแลผู้สูงอายุ มีความวิตกกังวลต่อรายได้ของครอบครัวในระดับสูงเช่นกัน

3.6 การดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว มีแนวโน้มขาดคุณภาพและขาดผู้ดูแลในอนาคต ซึ่งจะนำไปสู่ปัญหาอื่นๆ อีกมากมาย หน่วยงานของรัฐให้ความสำคัญกับผู้ดูแลในระดับน้อย เนื่องจากเห็นว่าเป็นหน้าที่ของครอบครัว ที่ต้องดูแลผู้สูงอายุ และการเข้ารับบทบาทเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ มาจากการทำหน้าที่ทางสังคม ทำให้ผู้ดูแลขาดการเตรียมตัวที่เหมาะสม

3.7 คุณภาพและความยั่งยืนของบริการ บริการต่างๆ ที่จัดขึ้น อาทิ เช่น ศูนย์บริการผู้สูงอายุในวัด หรือ ชมรมผู้สูงอายุ ยังขาดคุณภาพและความยั่งยืน อาจกล่าวได้ว่า ชุมชนและผู้สูงอายุ ยังไม่เข้ามาเป็นเจ้าของอย่างเต็มที่ จึงทำให้บริการเหล่านี้ล่มสลายไปเป็นจำนวนมาก

3.8 การปฏิรูปโครงสร้างระบบราชการ ทำให้องค์กรภาครัฐที่เป็นองค์กรหลัก (กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์) มีบทบาทเป็นผู้ปฏิบัติงานด้านมหภาคกับผู้สูงอายุ (วางแผน การติดตาม ประเมิน ตรวจสอบ กำหนดมาตรฐาน) มากกว่าการให้บริการระดับจุลภาค (การให้บริการโดยตรง) โดยบริการระดับนี้ได้ถ่ายโอนให้กับองค์กรส่วนท้องถิ่น ซึ่งยังขาดทั้งประสบการณ์และบุคลากรทางวิชาชีพ สิ่งเหล่านี้เริ่มส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุในชุมชนที่ขาดผู้ดูแลอย่างเป็นทางการ และนับวันปัญหาจะทวีมากขึ้นและสืบเนื่องจากการปฏิรูประบบราชการ การถ่ายโอนงานสวัสดิการสังคมให้แก่องค์กรท้องถิ่น ยังอยู่ในภาวะสับสน ขาดความพร้อมในการบริหารจัดการ รวมทั้งเจ้าหน้าที่ระดับท้องถิ่น ยังขาดความรู้ความเข้าใจในเรื่องการจัดสวัสดิการ จึงทำให้ผู้สูงอายุขาดการดูแลอย่างเหมาะสม

3.9 การขาดความรู้ด้านสิทธิต่างๆ ของผู้สูงอายุ ปัญหาการรับบริการสวัสดิการผู้สูงอายุ ประการหนึ่ง คือ การไม่ทราบถึงสิทธิต่างๆ ของตน โดยหน่วยงานภาครัฐละเลยต่อการให้ความรู้ด้านนี้แก่ผู้สูงอายุ ความไม่รู้ทั้งสิทธิที่พึงได้รับ เงื่อนไข วิธีการเข้ารับบริการ รวมทั้งกฎระเบียบของหน่วยงานภาครัฐ ก่อให้เกิดความยุ่งยากในการรับบริการ ทำให้ผู้สูงอายุจำนวนมากเข้าไม่ถึงบริการ

3.10 ผู้สูงอายุและครอบครัวมีทัศนคติต่อความชราว่าเป็นเรื่องธรรมชาติของชีวิตไม่จำเป็นต้องพัฒนาต่อไปอีก ซึ่งเรื่องนี้เป็นอุปสรรคต่อการดูแลและพัฒนาในด้านต่างๆ อย่างมาก

3.11 ค่านิยมทางสังคมที่มีต่อผู้สูงอายุลดลง การเปลี่ยนแปลงเศรษฐกิจและสังคมส่งผลให้บุคคลที่มีอายุระหว่าง 15-59 ปี มีค่านิยมทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับการให้คุณค่า ความกตัญญูทดแทน การเชื่อในระบบอาวุโส และการเคารพยกย่องผู้สูงอายุลดน้อยลงกว่าในอดีต ส่งผลให้บุคคลในวัยดังกล่าวมีแบบแผนพฤติกรรมอย่างไม่เหมาะสม ซึ่งส่งผลกระทบต่อระบบการเกื้อหนุนทางสังคมของผู้สูงอายุในทางที่ลดลง

จากสถานการณ์และปัญหาในการจัดบริการสวัสดิการสังคมดังกล่าว เป็นอุปสรรคต่อการพัฒนารูปแบบบริการด้านต่างๆ สำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งกระทบต่อความมั่นคงทางสังคม ได้แก่ ความมั่นคงทางด้านรายได้ สุขภาพ ผู้ดูแล หลักประกันทางสังคม ค่านิยม และระบบการเฝ้าระวังทางสังคม ดังนั้นจึงนำเสนอนโยบายสาธารณะสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อนำไปสู่การอภิปราย และแสดงความคิดเห็นต่อไป

4. ข้อเสนอแนะนโยบายสาธารณะเพื่อการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ

เมื่อพิจารณาถึงความจำเป็นของการจัดให้มีนโยบายสาธารณะ เพื่อการดูแลผู้สูงอายุนั้น อาจกล่าวได้ว่า เป็นนโยบายที่เร่งด่วนอย่างมาก เนื่องจากสถานการณ์ของผู้สูงอายุ ทั้งอัตราการเพิ่มของประชากร ภาวะสุขภาพทั้งร่างกาย จิตใจ และระบบการดูแลทางสังคม มีแนวโน้มเข้าสู่ภาวะวิกฤต และมีทุกขภาวะเพิ่มขึ้น กลไกในการขับเคลื่อนระบบบริการสุขภาพ และระบบบริการสังคมที่ผ่านมายังขาดประสิทธิภาพ ส่วนสถานการณ์ปัจจุบัน ในภาวะการเปลี่ยนแปลงและการรื้อสร้างระบบบริการของหน่วยงานภาครัฐ ที่ยังอยู่ในระยะการวางแผนและริเริ่มปฏิบัติ ภายใต้อำนาจหน้าที่ที่ผ่านการปฏิรูปมาไม่นาน การดำเนินงานยังคงเป็นแบบแยกส่วน และมีลักษณะลงมือลองผิดลองถูก ซึ่งหากไม่มีการกำหนดนโยบายและกรอบการดำเนินงานอย่างเป็นระบบแล้ว อาจทำให้เกิดผลเสียต่อระบบบริการสาธารณะของประเทศและต่อผู้สูงอายุได้

นโยบายที่เหมาะสมสำหรับการจัดสวัสดิการเพื่อผู้สูงอายุนั้น ควรเป็นนโยบายที่เกี่ยวข้องกับระบบการดูแลระยะยาว (Long-Term Care System) เนื่องจากการดูแลระยะยาวเป็นการจัดบริการ ทั้งอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ เพื่อทดแทนความต้องการพื้นฐานที่จะช่วยให้นุคคลที่สูญเสียหรือเสื่อมความสามารถ สามารถกระทำหน้าที่ทางสังคม มีสุขภาพและความเป็นอยู่ทางสังคมที่ดีที่สุดเท่าที่จะทำได้ เป็นลักษณะของการดูแลอย่างต่อเนื่อง และเชื่อมโยงกันระหว่างผู้ดูแลในครอบครัว สถาบันและชุมชน โดยให้มีการกระจายบริการ ทั้งด้านสุขภาพและสังคม ไปถึงกลุ่มเป้าหมายให้ได้มากที่สุด ดังนั้น จึงมีข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้

4.1 นโยบายการสร้าง ความมั่นคงทางรายได้แก่ผู้สูงอายุ

ปัญหาด้านเศรษฐกิจ ซึ่งหมายถึงการมีรายได้ เพื่อใช้จ่ายในชีวิตประจำวันเป็นปัญหาสำคัญอันดับต้น ที่ทั้งผู้สูงอายุและครอบครัวประสบในปัจจุบัน และต่างมีความต้องการที่จะมีรายได้ เพื่อการยังชีพมากยิ่งขึ้น แนวทางที่เป็นไปได้คือ ผู้ที่อยู่ในกำลังแรงงานที่มีรายได้แน่นอน ควรเข้าสู่ระบบการประกันสังคม ทั้งนี้ให้เป็นไปตามมาตรการที่กำหนดในแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 ส่วนกลุ่มผู้ที่มีรายได้ไม่แน่นอน ควรพิจารณาให้กองทุนผู้สูงอายุมีบทบาทด้านนี้

อย่างไรก็ตาม ปัจจุบันสำนักงานประกันสังคมอยู่ระหว่างดำเนินการขยายการประกันสังคมสู่แรงงานนอกระบบ ซึ่งคาดว่าจะประโยชน์ต่อผู้สูงอายุได้

4.2 นโยบายการเพิ่มศักยภาพของผู้สูงอายุและครอบครัว

สืบเนื่องจากนโยบายการจัดสวัสดิการแบบบูรณาการปัญหา และแบบตั้งรับในสถาบัน ส่งผลต่อการเข้าถึง และความทั่วถึงของบริการอย่างไม่เหมาะสม ดังนั้น จึงควรปรับเปลี่ยนแนวคิด การให้บริการเป็นแนวคิดเชิงสภาวะแวดล้อม (The ecological perspective) ซึ่งเป็นแนวคิดที่ให้ความสำคัญแก่งานในลักษณะองค์รวม (Holistic View) โดยมองที่คุณค่าของงานมากกว่า ลักษณะงาน เพราะฉะนั้นงานที่มีคุณค่าจึงเป็นงานที่ให้ผลตอบแทนทั้งทางเศรษฐกิจ สังคม และ จิตใจคือความพึงพอใจ ด้วยเหตุนี้จึงมุ่งสร้างการมีส่วนร่วมเพื่อให้เกิดความภาคภูมิใจ ความเท่าเทียมกันให้เกิดขึ้น และแนวคิดนี้เน้นการพัฒนาแบบยั่งยืน (Sustainable development) ในด้านสวัสดิการผู้สูงอายุนั้น แนวคิดเชิงสภาวะแวดล้อมเป็นแนวคิดที่เหมาะสม ในการกำหนดนโยบายสวัสดิการผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง สอดคล้องกับความหมายของผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ ตามนัยแห่งความมีศักยภาพและความสามารถ

จากแนวคิดดังกล่าวนี้ รูปแบบการจัดบริการควรกำหนดนโยบายหลัก เป็นการ จัดบริการระดับครอบครัวและชุมชน (Family and Community Based) ให้บริการระบบปฐมภูมิ จากครอบครัว ทั้งด้านสุขภาพและสังคม เป็นระบบหลัก โดยมีระบบทุติยภูมิจากชุมชนเป็นระบบสนับสนุน

ลักษณะบริการที่ควรเกิดขึ้นได้แก่ บริการสุขภาพในระดับครอบครัว บริการด้านผู้ดูแล ทั้งญาติผู้ดูแลและอาสาสมัคร ศูนย์บริการผู้สูงอายุในชุมชน และการเฝ้าระวังผู้สูงอายุให้พ้นจากสภาพปัญหาต่างๆ ทั้งนี้บริการดังกล่าวควรอยู่ภายใต้การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน อย่างไรก็ตาม การดูแลควรสร้างความตระหนักถึงระบบคุณค่า และความเชื่อที่ถูกต้องเกี่ยวกับผู้สูงอายุ เพื่อให้เกิดการยอมรับและปฏิบัติต่อผู้สูงอายุอย่างเหมาะสม และเคารพคุณค่า และศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ

4.3 นโยบายการเพิ่มบริการในสถาบันให้ครอบคลุมปัญหาผู้สูงอายุ

วัยสูงอายุเป็นวัยที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรังสูงกว่าวัยอื่นๆ อัตราการครองเตียง และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลก็สูงตามไปด้วย แนวโน้มสัดส่วนของผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นในอนาคต ย่อมหมายถึงภาระความรับผิดชอบของรัฐต่อปัญหานี้ และหากพิจารณาถึงลักษณะโรคที่เจ็บป่วยแล้ว ส่วนใหญ่เป็นโรคที่ป้องกันได้ ดังนั้นนโยบายการสร้างเสริมสุขภาพ ที่ครอบคลุมการให้ความรู้ด้านสุขภาพ การออกกำลังกายและนันทนาการ ควรดำเนินต่อไปอย่างต่อเนื่อง และเน้นหนักกลุ่มวัยกลางคนให้มาก เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมเข้าสู่ภาวะการเป็นผู้สูงอายุไวล่วงหน้า

ส่วนผู้สูงอายุนั้น ปัญหาการเจ็บป่วยเรื้อรัง ภาวะทุพพลภาพ และการนอนติดเตียง ได้เริ่มปรากฏเป็นปัญหาขึ้นในสังคมไทย และคาดว่าจะเพิ่มจำนวนสูงขึ้นในอนาคต ดังนั้นควรมีการเพิ่มบริการการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง และบริการดูแลภาวะสุดท้าย ทั้งในโรงพยาบาลระดับจังหวัด และชุมชนให้มากยิ่งขึ้น

ปัญหาด้านการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุประการหนึ่งคือ การส่งต่อไปรับการรักษา ยังสถานบริการอื่นๆ ผู้สูงอายุและครอบครัว ประสบปัญหาด้านการเงิน ไม่มีค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปยังโรงพยาบาล ดังนั้น ควรเพิ่มบริการสังคม ที่ครอบคลุมการรับส่งผู้สูงอายุ ไปยังสถานบริการอื่นอีก

จากข้อเสนอดังกล่าว สามารถนำเสนอเป็นแผนภาพได้ดังนี้

