



รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์

**โครงการผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว**

โดย

รองศาสตราจารย์ ศติพัฒน์ ยอดเพชร

สิงหาคม 2548

สัญญาเลขที่ RDG47302003



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 เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม จากผู้ดูแลผู้สูงอายุ 16 จังหวัด 32 หมู่บ้าน จำนวน 1,581 คน เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการสนทนากลุ่มกับผู้ดูแลจำนวน 320 คน และทำกรณีศึกษาผู้สูงอายุที่ช่วยตนเอง ไม่ได้อีก 40 ราย การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนาและเชิงอนุมาน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้วิธีวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการศึกษามีดังนี้

ผู้ดูแลส่วนใหญ่ร้อยละ 71.1 เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 25-39 ปี ร้อยละ 69.0 เป็นผู้ที่สมรสแล้ว ร้อยละ 56.8 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา มีอาชีพเป็นเกษตรกร และมีสถานภาพเป็นบุตรของผู้สูงอายุ สำหรับผู้สูงอายุที่ดูแลนั้น เป็นเพศหญิงร้อยละ 50.5 ร้อยละ 48.6 มีอายุระหว่าง 60-69 ปี ร้อยละ 67.8 มีการเจ็บป่วยและเป็นโรค ร้อยละ 93.1 มีระดับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในระดับมาก การเข้ารับบทบาทเป็นผู้ดูแลนั้น เกิดจากการอยู่บ้านเดียวกันและเป็นบุตร มีหน้าที่ทางสังคม ผู้ดูแลร้อยละ 46.4 มีความสามารถในการดูแลระดับปานกลาง ร้อยละ 54.1 มีแนวโน้มต่อความเครียดน้อย และมีเพียงร้อยละ 0.4 เท่านั้นที่มีแนวโน้มต่อความเครียดมากที่สุด สำหรับปัญหาในการดูแลนั้น ร้อยละ 48.2 มีปัญหาระดับปานกลาง ปัญหาสำคัญคือ ปัญหาด้านการเงิน ผู้ดูแลมีความต้องการด้านเศรษฐกิจเป็นอันดับสูงสุด ( $\bar{X}=4.05$ ) และต้องการให้เครือข่ายต่างๆ มีความรับผิดชอบต่อผู้สูงอายุมากกว่าเดิมในทุกๆ ด้าน การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการทำหน้าที่ดูแล และภาวะอารมณ์จิตใจของผู้ดูแล พบว่า ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ อธิบายการทำหน้าที่ได้ดีที่สุด ส่วนความสามารถในการดูแลนั้น รายได้ของผู้ดูแล อธิบายได้ดีที่สุดเช่นกัน

ข้อเสนอแนะในระดับนโยบาย ควรมีการจัดแบ่งผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่มคือ กลุ่มอายุ 50-60 ปี, 60-74 ปี และ 75 ปีขึ้นไป แล้วให้สวัสดิการตามลักษณะความต้องการ ที่ผันแปรไปตามอายุ นโยบายการดูแลควรเน้นที่การดูแลระดับครอบครัว และการเสริมสร้างศักยภาพของผู้ดูแลในด้านต่างๆ การจัดบริการศูนย์เอนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุ ควรมีการวิจัยเชิงทดลอง เพื่อแสวงหารูปแบบการจัดบริการการดูแลที่เหมาะสม 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 ท่ามกลางการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างครัวเรือนที่มีขนาดครัวเรือน ลดลง การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวนี้ ทำให้ครอบครัวมีความอ่อนแอลง จนไม่สามารถเป็นที่คาดหวัง ของสังคมในเรื่องการรับบทบาทการดูแลได้เสมอไป ดังนั้นจึงจำเป็นต้องให้ความสำคัญและเพิ่มขีดความสามารถให้กับครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ งานวิจัยนี้จึงเป็นการศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว ซึ่งเป็นการดูแลทั้งผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะปกติและเจ็บป่วยเรื้อรังโดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาบทบาทหน้าที่ ภาวะอารมณ์จิตใจ ปัญหาและความต้องการของผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว รวมทั้งข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะต่างๆ เกี่ยวกับระบบบริการผู้สูงอายุ ที่จะ เป็นประโยชน์ต่อการเสริมสร้างระบบการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว โดยมีผลการศึกษา ดังนี้

การรับบทบาทเป็นผู้ดูแล เกิดจากการอยู่บ้านเดียวกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งบุตรที่ไม่ได้ แยกครอบครัวออกไป มีหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลัก หน้าที่ในการดูแล เป็นการดูแลในเรื่องต่างๆไปในการ ดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งผู้ดูแลเป็นทั้งผู้อำนวยความสะดวกให้กับผู้สูงอายุ และเป็นผู้ให้การ ช่วยเหลือในกรณีที่ผู้สูงอายุไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ความสามารถในการทำหน้าที่ผู้ดูแลนั้น ผู้ดูแลกึ่งหนึ่งประเมินว่า ตนมีความสามารถในระดับมาก ระดับความสามารถของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับสถานภาพของผู้ดูแลในครอบครัว เครือข่ายทางสังคม ระดับความรู้ของผู้ดูแล และการทำหน้าที่ในการดูแล นอกจากนี้ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการดูแล ยังขึ้นอยู่กับฐานะทางเศรษฐกิจและระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ แต่จากการวิจัยมีข้อสังเกตว่า คุณภาพ การดูแลในทัศนะของผู้ดูแลคือ ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุ ให้มีการพออกพอกินพอรักษา เท่านั้น

แม้ว่าการดูแลผู้สูงอายุเป็นภารกิจหนัก แต่ผลการศึกษากลับพบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่มีความเครียดในการดูแล เนื่องจากมีการซึมซับบทบาทหน้าที่การเป็นผู้ดูแลและมีการปรับตัวให้ ยอมรับกับบทบาทของตน แต่ในกรณีที่ผู้ดูแลมีความเครียดวิตกกังวลนั้น มักเกิดขึ้นเมื่อผู้ดูแลมี ภาวะการดูแลเชิงซ้อนหรือมีความวิตกกังวลด้านการเงิน 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 ควรเป็นนโยบายที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพให้อยู่ในภาวะการณ์พึ่งตนเองให้นานที่สุด ส่งเสริม การมีส่วนร่วมทั้งสังคม และส่งเสริมบทบาททางสังคมของผู้สูงอายุ

1.3 กลุ่มผู้สูงอายุวัยท้าย ซึ่งมีอายุตั้งแต่ 75 ปีขึ้นไป เป็นกลุ่มที่ต้องการการดูแลเป็น พิเศษ ต้องการการดูแลเฉพาะด้าน และต้องการการบรรเทาปัญหาต่าง ๆ ทั้งทางร่างกายและจิตใจ ให้น้อยลง 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 Caregiver) เพื่อเตรียมรองรับปัญหาการขาดแคลนผู้ดูแลในอนาคต โดยควรเป็นความร่วมมือของภาคีด้านผู้สูงอายุทุกส่วน ได้แก่ องค์กรท้องถิ่น องค์กรวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง และหน่วยงานด้านผู้สูงอายุทั้งภาครัฐและเอกชน

7. รัฐควรกำหนดนโยบายที่ชัดเจนต่อการส่งเสริมให้เอกชน ดำเนินธุรกิจให้บริการการดูแลผู้สูงอายุ รวมทั้งมีการกำกับควบคุม โรงเรียนสอนผู้ดูแลผู้สูงอายุให้มีมาตรฐาน

### ระดับปฏิบัติการ

1. ผู้ดูแลและผู้สูงอายุ มีทัศนคติต่อความชราว่าเป็นเรื่องธรรมดาของชีวิต ไม่จำเป็นต้องพัฒนาหรือดูแลต่อไปอีก ซึ่งเรื่องนี้เป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาด้านต่างๆ 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 ทั้งทางร่างกาย และจิตใจ 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 ว่าที่ร้อยตรีเชิดศักดิ์ 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 .....	ช
คำนำ .....	ฐ
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	หน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาและหลงลืมของผู้ดูแล.....	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 ที่มีอิทธิพลในการทำนายการทำหน้าที่ในการดูแล.....	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 ที่มีอิทธิพลในการทำนายความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุ.....	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 จำแนกตามระดับอำเภอและตามภาค.....	95
3.10	การวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอนแสดงตัวแปร ที่มีอิทธิพลในการทำนายภาวะอารมณ์และจิตใจของผู้ดูแล.....	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 ชัยววรรณ, 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](http://www.nso.go.th/ageing/elderly4.2.htm)) ซึ่ง ผู้ดูแลนั้นถือเป็นหลักประกันที่สำคัญอย่างยิ่งประการหนึ่งของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่อยู่ในวัยชราหรือผู้ที่ไม่สามารถพึ่งพาตนเองได้ การเพิ่มขึ้นของจำนวนประชากรสูงอายุและการมีอายุที่ยืนยาว การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างครัวเรือน และระบบการเกื้อหนุนทางสังคม ล้วนมีผลต่อความต้องการผู้ดูแลเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ดูแลที่มีคุณภาพและศักยภาพที่จะช่วยเหลือ และดูแลให้การดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุเป็นไปอย่างราบรื่น

สำหรับสังคมไทย ครอบครัวถือเป็นสถาบันหลักในการดูแลสมาชิกในครอบครัว ซึ่งรวมถึงผู้สูงอายุด้วย ซึ่งเป็นเรื่องแต่ละครอบครัวปฏิบัติสืบทอดกันมายาวนาน อาจมีบ้างในเมืองใหญ่ที่สมาชิกในครอบครัวมีภารกิจมาก 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 หนองบัวลำภู 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) ที่ปฏิบัติกิจทดแทนผู้สูงอายุเนื่องจากผู้สูงอายุไม่สามารถกระทำได้ด้วยตนเอง 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 เป็นหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอารมณ์และจิตใจของผู้ดูแล ได้แก่ ปัญหาสุขภาพของผู้ดูแลและปัญหาด้านภาวะอารมณ์จิตใจของผู้ดูแล

ความต้องการของผู้ดูแล หมายถึง สิ่งที่ผู้ดูแลมีความอยากได้เพื่อมาช่วยส่งเสริมหรือสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ในที่นี้ได้แก่ ความต้องการข้อมูลข่าวสาร ความต้องการด้านสิ่งอำนวยความสะดวก ความต้องการความเข้าใจในสิ่งที่เกิดขึ้นจากความกลัวต่างๆ ความต้องการด้านเวลา ความต้องการด้านเศรษฐกิจ และความต้องการความช่วยเหลือในการดูแล

## 2. แนวความคิดและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับผู้ดูแลนี้ เป็นการศึกษาจากเอกสารที่รวบรวมทั้งสิ้น 112 รายการ โดยแยกเป็นเอกสารที่เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุและเอกสารเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย/ผู้ป่วยเรื้อรัง โดยได้นำมาเรียบเรียงเพื่อให้เห็นภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุให้ชัดเจนขึ้น แต่เมื่อพิจารณาถึงความแตกต่างของชนิดและประเภทข้อมูลที่น่าเสนอ พบว่า มาจากแหล่งวิทยุมิตที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน 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 สรุปทฤษฎีและสาระสำคัญของ การดูแลผู้สูงอายุ 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 บริการที่เชื่อมต่อการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว
  - 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 แนวคิดนี้นำมาอธิบายการแลกเปลี่ยนทางสังคมระหว่างผู้สูงอายุและสมาชิกอื่นในครอบครัว หากทำดีต่อผู้สูงอายุ สมาชิกอื่นได้รับทราบและรู้เห็น ก็จะมีปฏิบัติต่อเราเช่นกันในอนาคต

## 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 ชีวยะพันธ์, 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) เป็นเรื่องที่มีความสำคัญต่อการดำรงชีวิตของบุคคล โดยทั่วไป เป็นการช่วยให้คนมีความเจริญเติบโตและอยู่ในสังคมได้อย่างปกติ ซึ่งสามารถจำแนกความหมายได้ 5 มิติ ดังนี้

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

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

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

(3) การให้ความหมายในมิติของความสัมพันธ์ในครอบครัว หมายถึง ผู้ที่มีหน้าที่ดูแลเพราะความสัมพันธ์เป็นญาติที่ใกล้ชิดหรือมีข้อผูกมัดทางอารมณ์กับผู้ป่วย บางครั้งเรียกว่า ญาติผู้ดูแล

(4) การให้ความหมายในมิติของความรับผิดชอบต่องานการดูแล เป็นการพิจารณาในประเด็นที่ว่า บุคคลนั้นได้ใช้เวลาส่วนใหญ่ หรือมีภาระกิจหลักในการดูแลผู้ป่วย ผู้พิการ ผู้สูงอายุ หรือผู้ที่อยู่ในภาวะการพึ่งพิงอื่น ๆ โดยแบ่งได้เป็น 2 ประเภท คือ ผู้ดูแลหลักหรือ ญาติผู้ดูแลหลัก (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 สาสัดย์, 2544, น. 69)

(5.2) ผู้ดูแลอย่างไม่เป็นทางการ (Informal Caregiver) บางครั้งมีผู้เรียกว่าผู้ดูแลตามขนบธรรมเนียม หมายถึง การให้ความดูแลที่ไม่ต้องชำระค่าบริการ ให้กับผู้สูงอายุที่อ่อนแอที่ต้องพึ่งพาหรือมีความต้องการช่วยเหลือ (ยูพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539, น. 2, 84-92 และ Horowitz, A. 1985, pp. 5, 194-246) ได้แก่ ญาติ เพื่อน หรือผู้เกี่ยวข้องอื่น ๆ ของผู้รับ การดูแลที่ไม่ได้เสียค่าบริการ แต่เป็นกำลังสำคัญในการดูแลผู้ป่วย ผู้ที่อ่อนแอ หรือผู้ที่ต้องการที่พึ่งในบ้าน หรือชุมชน (ยูพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539, น. 2, 84-92, ศิริพันธ์ สาสัดย์, 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 คือหน้าที่ของบุคคลในครอบครัวที่ต้องรับอุปการะผู้สูงอายุ เพื่อเป็นการทดแทนบุญคุณ (Beach, E.K., Moloney, B.H., and Arkon, O.H. 1992, pp. 1:30-38) ส่วนปัจจัยอื่นได้แก่ การมีค่านิยมทาง

สังคมในเรื่องความกตัญญูทศเวที รวมทั้งเป็นสมาชิกในครอบครัวคนสุดท้ายที่ยังอาศัยอยู่ในบ้านของบิดามารดา พี่น้องคนอื่นแยกครอบครัวไปตั้งครอบครัวใหม่ ดังนั้นจึงต้องรับหน้าที่ดูแล เป็นต้น อย่างไรก็ตาม นอกจากญาติที่จะเป็นผู้ดูแลแล้ว บางครอบครัวยังได้จ้างผู้ดูแลผู้สูงอายุจากสถานบริการ โรงเรียนผู้ดูแลมาดูแลผู้สูงอายุด้วย

เหตุสำคัญประการหนึ่งในการรับบทบาทหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ คือ การมีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุในฐานะบิดามารดา บุตร สามี ภรรยา ญาติพี่น้องหรือตอบแทนบุญคุณที่ผู้สูงอายุเคยช่วยเหลือผู้ดูแลมาก่อน ความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้สูงอายุและผู้ดูแลจะก่อให้เกิดความเห็นใจและสงสารที่ผู้ดูแลมีต่อผู้สูงอายุ ซึ่งทำให้ผู้ดูแลมีความตั้งใจและเต็มใจในการดูแล ดังนั้น สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ได้รับการดูแลจึงนับว่าเป็นปัจจัยที่สำคัญที่มีผลต่อผู้ดูแลกรณีที่ผู้ดูแลรู้สึกว่าการดูแลนั้นเป็นภาระนั้น ย่อมทำให้ความสัมพันธ์เป็นไปทางลบ นอกจากนี้ เหตุผลของการรับหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ อาจเกิดจากผู้ดูแลส่วนหนึ่งมีความผูกพันกับผู้สูงอายุโดยเป็นสามี ภรรยา บิดาหรือมารดากับบุตร เป็นความผูกพันที่ผู้สูงอายุมีต่อกันตั้งแต่ก่อนการเจ็บป่วย นอกจากนั้นการศึกษาของศศิพัฒน์ ยอดเพชร, ภาวณา พัฒนศรี, เล็ก สมบัติ และคณะ (2540; 2541; 2544) และนางลักษณ์ พันชมภู (2540) พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวส่วนใหญ่เป็นบุตร รองลงมา ได้แก่ คู่สมรสของผู้สูงอายุ หลานและญาติอื่น ๆ

หน้าที่ของผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวสมาชิกในครอบครัว มีบทบาทตามสถานภาพในครอบครัวของตน เป็นบทบาทที่มีความเกี่ยวพันทางเครือญาติ หรือ Kinship Relationship (ถวิทย์ ธารโภชน, 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 ไม่ว่าจะพิจารณาตามความคาดหวังของผู้สูงอายุเองหรือจากสัดส่วนการเกิดกุลที่ปรากฏอยู่ คือ การมีบทบาทดูแลด้านการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย “โดยทั่วไปครอบครัวมีบทบาทและหน้าที่ในการดูแลเอาใจใส่ผู้สูงอายุในยามเจ็บป่วยหรือจำเป็นต้องติดตามพาไปรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยการพบแพทย์และรับภาระเรื่องค่ารักษาพยาบาลของผู้สูงอายุ อีกทั้งต้องระมัดระวังเกี่ยวกับการจัดยาของผู้สูงอายุให้ทานให้ตรงเวลาอีกด้วย”

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

ครอบครัวจะให้การเกื้อกูลเป็นการเฉพาะและแยกชัดเจนจากการดูแลเรื่องอาหารสำหรับสมาชิกอื่นๆ 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 มีการปฏิบัติมีน้อยมาก

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

หน้าที่ของผู้ดูแลประการสุดท้าย คือ การสร้างความรู้สึกรับรองใจและความมั่นคงปลอดภัยแก่ผู้สูงอายุ 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 นำไปสู่ความเครียดของผู้ดูแลซึ่งเป็นความรู้สึกอันเนื่องมาจากความกังวลใจ ความรู้สึกสับสน ความไม่แน่ใจ ความเบื่อหน่ายหรือความลำบากในการรับบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพิงที่บ้าน ปัญหาด้านอารมณ์และจิตใจของผู้ดูแลที่พบมาก ได้แก่

ความคลุมเครือในบทบาท เป็นภาวะความคาดหวังของสังคมที่มีต่อบทบาทอย่างใดอย่างหนึ่งไม่ชัดเจน ไม่มีข้อตกลงที่เป็นเสียงเดียวกัน การให้คำนิยามไว้เลื่อนลอยทำให้ผู้ดำรงบทบาทไม่ทราบว่าตนจะปฏิบัติอย่างไรจึงจะถูกต้องเหมาะสม นอกจากนี้รวมถึงการขาดความรู้ที่เฉพาะเจาะจงเกี่ยวกับบทบาทที่คาดหวัง ความสับสนที่เกิดขึ้นจากความคลุมเครือในบทบาทนี้สามารถสร้างความตึงเครียดให้กับบุคคลได้ อาจกล่าวได้ว่า ความเครียดด้านความคลุมเครือในบทบาท หมายถึง ความรู้สึกของผู้ดูแลที่ไม่แน่ใจว่าตนเองจะมีความสามารถที่จะดูแลผู้สูงอายุได้ ความคลุมเครือในบทบาทนี้เป็นสิ่งสำคัญในการรับบทบาทเป็นผู้ดูแล เพราะถ้าหากผู้ดูแลขาดความรู้และความเชี่ยวชาญในการปฏิบัติบทบาทหน้าที่ หรือไม่ทราบว่าจะปฏิบัติบทบาทของตนเองอย่างไร ย่อมส่งผลถึงคุณภาพการดูแล และทำให้ผู้ดำรงบทบาทนั้นเกิดความเครียด นอกจากนี้ยังรวมถึงบทบาทที่ซับซ้อนและการที่บุคคลขาดทรัพยากรที่เพียงพอในการที่จะกระทำตามความคาดหวังของบทบาท อาจจะเป็นทรัพยากรทางด้านร่างกาย สติปัญญา อารมณ์หรือเศรษฐกิจที่มาสสนับสนุนการดูแลให้ดีขึ้น

นอกจากนั้น ภาระงานที่ต้องดูแลผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองไม่ได้หรือผู้ที่ต้องการดูแลบางประเภท เป็นการเพิ่มภาระงานให้กับสมาชิกในครอบครัว นอกเหนือจากภาระหน้าที่เดิมที่มีอยู่ ผู้ดูแลบางรายต้องรับบทบาท ทั้งเป็นผู้หาเลี้ยงครอบครัวผู้ทำงานบ้านและผู้ดูแลผู้สูงอายุในเวลาเดียวกันทำให้บทบาทบางอย่างบกพร่องหรือทำได้ไม่เต็มที่ขณะเดียวกันก่อให้เกิดปัญหา ด้านอารมณ์และจิตใจตามมาได้

การศึกษาผลกระทบของการดูแลที่มีต่อผู้ดูแล พบว่า ผลกระทบทางด้านจิตใจ ภาวะเครียดและความรู้สึกทางอารมณ์ของผู้ดูแล (Physiological Problem) มีลักษณะดังนี้

1. อารมณ์เศร้า (Sad) เป็นอารมณ์ที่เกิดขึ้นเมื่อเกิดการสูญเสียของที่ตนรักไป ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกสูญเสียญาติของตนไปทั้ง ๆ ที่ยังมีชีวิตอยู่เนื่องจากผู้ป่วยจำผู้ดูแลไม่ได้ ไม่สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้ด้วยตนเอง มีบุคลิกลักษณะเปลี่ยนไปทำให้เกิดอารมณ์เศร้า เบื่อหน่าย 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 การศึกษานิยามศึกษากลุ่มผู้ป่วยสมองเสื่อมมากกว่าผู้สูงอายุโดยทั่วไป ดังนั้น สภาพปัญหาอาจรุนแรงกว่าปกติ อย่างไรก็ตามสามารถนำมาอธิบายปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุได้ดังนี้

1.1) ผู้ดูแลขาดความรู้เรื่องโรคและการดูแล ผู้ดูแลส่วนใหญ่ขาดความรู้เรื่องโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่และมีความต้องการเรียนรู้เรื่องโรค แนวทางในการดูแลและรักษาที่ถูกต้อง

1.2) ปัญหาทางด้านพฤติกรรม จากการศึกษาพบว่า อาการกระวนกระวายไม่อยู่นิ่ง (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 จึงมีการหยิบยื่นความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยและญาติค่อนข้างน้อย

1.6) ภาวะขาดแคลนผู้ดูแล จากภาวะปัจจุบันที่ทั้งผู้หญิงและผู้ชายต้องออกไปทำงานนอกบ้านและขนาดของครอบครัวมีจำนวนลดลง จากการศึกษาการคุมกำเนิดที่ได้ส่งผลทำให้เกิดภาวะขาดแคลนผู้ดูแล 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 ปัญหาปวดหลังยังบ่งบอกถึงอาการที่มาจากภาวะจิตใจที่มีสาเหตุมาจากภาวะเครียดที่จะสื่อให้ทราบว่ ภาวะที่ผู้ดูแลรับไว้ นั้นนับวันยิ่งเพิ่มมากขึ้น และเป็นอาการเตือนที่บ่งชี้ว่า ผู้ดูแลต้องการหยุดพักจากภาวะนั้นๆ

1.2) อ่อนเพลียไม่มีแรง เนื่องจากผู้ป่วยสมองเสื่อมส่วนใหญ่มีปัญหาในการนอนไม่หลับ ทำให้ผู้ดูแลได้รับการพักผ่อนไม่เพียงพอ มีร่างกายอ่อนเพลียไม่มีแรง เกิดโรคแทรกซ้อนได้และยังทำให้ผู้ดูแลอารมณ์หงุดหงิดไม่โง่งายส่งผลกระทบต่อให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรงได้เช่นกัน

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

เพียงพอ โรคประจำตัวที่เป็นอยู่แล้วก็มีอาการกำเริบมากขึ้นและอาจมีปัญหาด้านสุขภาพอื่นๆ เพิ่มขึ้น

## 2. ผลกระทบทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ (Socio – Economic Problem)

2.1) การเปลี่ยนแปลงทางด้านรูปแบบการทำงาน มีผู้ดูแลหลายรายที่ต้องปรับลักษณะการทำงานของตนเองให้เข้ากับภาระในการดูแลผู้ป่วย 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 (เพ็ญแข ชีวะะพันธ์, 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 นับว่ามีไม่กี่ยกชนิด 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 การดำเนินงานด้านนี้จึงประสบความสำเร็จน้อย 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 และอาสาสมัครในชุมชนที่ช่วยผลัดเปลี่ยนผู้ดูแลในรูปของการมาช่วยเฝ้าหรือดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (elderly sitting)

บริการด้านสุขภาพและสังคมสำหรับผู้สูงอายุในปัจจุบัน ยังไม่สอดคล้องกับสภาพปัญหาความต้องการของผู้สูงอายุ และสภาพพื้นที่ จึงอาจปรับแนวคิดและรูปแบบการดูแลในต่างประเทศ มาใช้เป็นแบบอย่าง เพื่อให้การบริการด้านต่างๆ แก่ผู้สูงอายุมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

## 2.3.5 ปัญหาและความต้องการของผู้ดูแล

### (1) ปัญหาของผู้ดูแล

ปัญหาของผู้ดูแลเองก็มีความซับซ้อนและรุนแรงตามลักษณะพื้นฐานของผู้ดูแลและปัญหาสุขภาพของผู้ดูแล โดยปัญหาที่เกิดขึ้นมีทั้งปัญหาในการดูแลและปัญหาที่มีต่อผู้ดูแล

ปัญหาในการดูแล เป็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับปัญหาต่างๆ 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 แอ็ดติ๊กซ์ 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

จากสภาพปัญหาที่ผู้ดูแลถูกรบกวนดังกล่าวนี้ จะเห็นว่าเป็นการถูกรบกวนในภารกิจหรือกิจกรรมส่วนตัวไปจนถึงความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นและสังคม ซึ่งอาจทำให้การดำเนินชีวิตของบุคคลนั้นๆ เปลี่ยนแปลงไป บางครั้งอาจทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

บางอย่างไปโดยสิ้นเชิง แต่อย่างไรก็ตามผู้ดูแลบางรายอาจมีการปรับบทบาทของตนเองและยอมรับบทบาทใหม่ ทำให้ปัญหาต่างๆ ไม่เกิดขึ้นก็เป็นได้

## (2) ความต้องการของผู้ดูแล

ความต้องการของผู้ดูแลมี 5 ประการ(Grant, JS, 1996, 14(14)883-902, Jalowice 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 และเป็นค่านิยมทางสังคมในเรื่องความกตัญญูตักเตือนตักเตือนผู้ดูแลส่วนใหญ่จึงเป็นสมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุในฐานะบิดา มารดา บุตร สามี ภรรยา ญาติ พี่น้อง

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

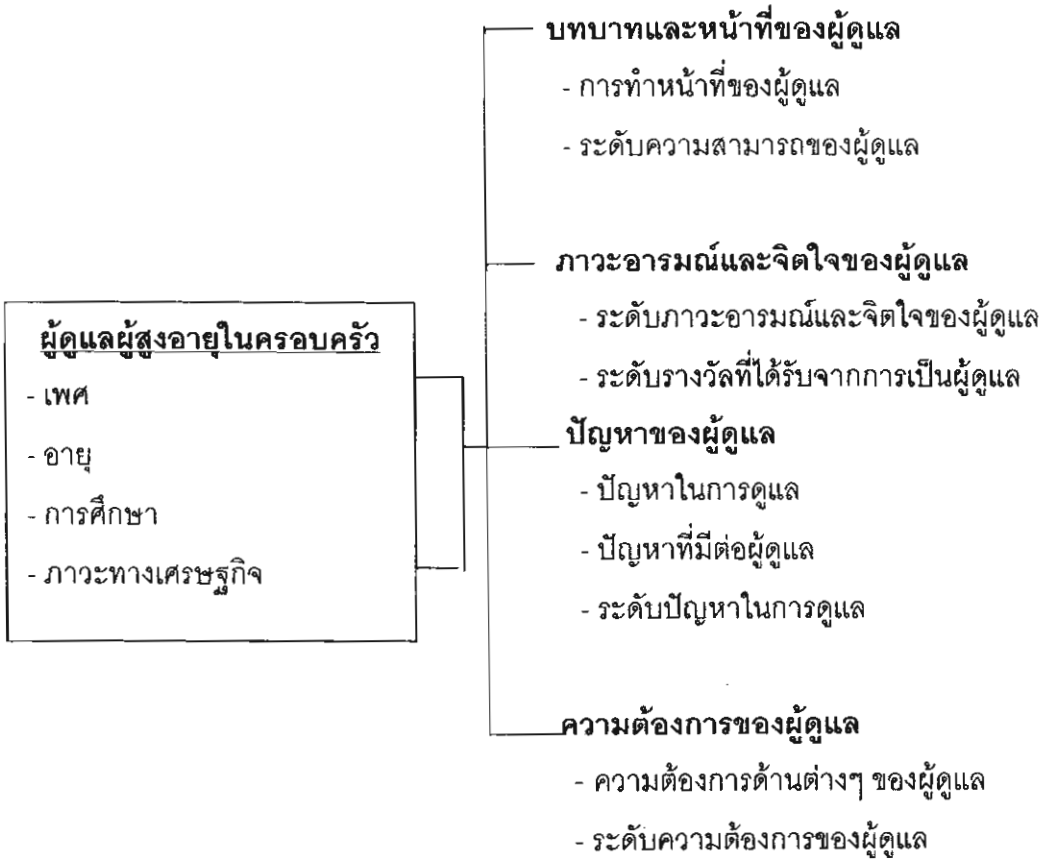
การทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุบางครั้ง อาจก่อให้เกิดปัญหาด้านอารมณ์และจิตใจแก่ผู้ดูแลได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ดูแลที่ต้องรับภาระหน้าที่ในการดูแลสมาชิกครอบครัวหลายกลุ่มวัย การมีภารกิจที่มากเกินไป รวมทั้งความวิตกกังวลอื่นๆ โดยภาพรวมภาวะอารมณ์และจิตใจของผู้ดูแลมักเกิดขึ้นในทางลบ เช่น ความเครียด ความวิตกกังวล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

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

การดูแลผู้สูงอายุนั้น บางครั้งผู้ดูแลรู้สึกว่าคุณขาดแคลนทรัพยากรด้านต่างๆ ความต้องการของผู้ดูแลนั้น พบว่า ส่วนใหญ่เป็นความต้องการที่จะมาช่วยส่งเสริมสนับสนุนให้การดูแลผู้สูงอายุมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ซึ่งได้แก่ ความต้องการข้อมูลข่าวสาร ความต้องการด้านเศรษฐกิจ และความต้องการสิ่งบรรเทาจากความกังวลต่างๆ 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) นำรายชื่อจังหวัดจำแนกตามภาคใส่ชลาก และหยิบแต่ละภาคสุ่ม โดยกำหนด ภาคละ 4 จังหวัด ทั้งหมด 16 จังหวัด ได้ดังนี้

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

- 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	เชียงราย	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	โนนเมือง	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	ดอนก่ายาน	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	ท่าฉาง	คลองไทร	3	หน้าวัดอัมพาราม	74
	นครศรีธรรมราช	1	ปากพอง	คลองน้อย	1	คลองน้อย	45
		4	เฉลิมพระเกียรติ	เข็ยรเขา	1	บางนาร	28
	ตรัง	1	เมือง	บางรัก	4	ควนเปลว	44
		3	นาโยง	นาหมื่นศรี	8	ควนสวรรค์	45
	สงขลา	พ	หาดใหญ่	กอบูน	5	บ้านคลองพระ	107
		3	นาหม่อม	พิจิตร	4	คลองหะ	25

### ประชากรในการศึกษาเชิงคุณภาพ

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

### 3.4 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือเชิงปริมาณ แบบสอบถามได้สร้างขึ้นตามข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มในช่วงระยะเวลาที่ 1 รวมทั้งการศึกษาจากเอกสารวิชาการต่าง ๆ นอกจากนั้น ยังได้ประยุกต์แบบการวัดต่างๆ 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** เป็นการศึกษาผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยตนเองไม่ได้ 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 มีบางแห่งใช้ที่ทำการขององค์การบริหารส่วนตำบลและสถานีอนามัย

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
ไม่รู้สึกว่าได้รับ	1	คะแนน

การจัดแบ่งระดับรางวัลที่ได้รับเป็น 3 ระดับ คือ ไม่รู้สึกและรู้สึกน้อย, รู้สึกระดับปานกลาง และรู้สึกระดับมาก

ไม่รู้สึกและรู้สึกน้อย หมายถึง ผลรวมของค่าคะแนนของผู้ดูแลที่รู้สึกว่าได้รับผู้ที่มีความรู้สึกได้รับรางวัลระดับน้อยและไม่รู้สึกเลย

รู้สึกระดับปานกลาง หมายถึง ผลรวมของค่าคะแนนของผู้ดูแลที่ผู้ที่มีความรู้สึกได้รับรางวัลระดับปานกลางจากการดูแล

รู้สึกระดับมาก หมายถึง ผลรวมของค่าคะแนนของผู้ดูแลที่ผู้ที่มีความรู้สึกได้รับรางวัลระดับมากจากการดูแล

7. การประเมินปัญหาของผู้ดูแล กำหนดเป็นคำถามแบบประมาณค่า (Rating scale) ให้เลือกตอบ 4 ระดับดังนี้

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

การจัดแบ่งระดับปัญหา 4 ระดับ คือ ไม่มีปัญหา, มีปัญหาน้อย, มีปัญหาปานกลาง และมีปัญหา