

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

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

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

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

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

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

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

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

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

อภิปรายผล

ผลการศึกษาเรื่อง ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพพบประเด็นสำคัญที่นำมาอภิปรายได้ดังนี้

1. การเข้ารับบทบาทเป็นผู้ดูแล

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

นอกจากเหตุผลที่กล่าวข้างต้น ผู้ดูแลยังให้เหตุผลในการรับบทบาทเป็นผู้ดูแลว่าเป็น การทำหน้าที่ทางสังคมในฐานะเป็นบุตร เป็นค่านิยมและวัฒนธรรมที่ต้องดูแลบิดามารดาถึงร้อยละ 46.2 สอดคล้องกับสถานะภาพของผู้ดูแลที่พบว่าร้อยละ 63.5 เป็นบุตรของผู้สูงอายุ ซึ่งแสดงให้เห็นว่า การทดแทนบุญคุณผู้ที่เป็นบุพการีเป็นปัจจัยสำคัญในการเข้ารับบทบาทผู้ดูแลด้วยเช่นกัน

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

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

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

2. หน้าที่ของผู้ดูแล

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

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

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

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

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

3. ภาวะอารมณ์และจิตใจของผู้ดูแล

การดูแลผู้สูงอายุเป็นภารกิจหนักที่ต้องใช้เวลา กำลังกาย ความรู้และการเสียสละอย่างมาก ดังนั้น จึงก่อให้เกิดปัญหาต่อผู้ดูแลหลายประการโดยเฉพาะอย่างยิ่ง ปัญหาด้านอารมณ์และจิตใจ อาจนำไปสู่ความเครียดหรือความพึงพอใจได้

3.1 ภาวะอารมณ์และจิตใจ

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

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

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

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

ความสามารถในการใช้เหตุผลและการแก้ปัญหาของผู้ดูแล ซึ่งเมื่อเผชิญปัญหาและสามารถแก้ไขได้ก็จะทำให้ความเครียดลดน้อยลง

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

3.2 ภาวะอารมณ์และจิตใจด้านการได้รับรางวัลจากการดูแล

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

การศึกษาเชิงคุณภาพด้านรางวัลที่ได้รับจากการดูแลผู้สูงอายุไม่ปรากฏชัดเจนนัก เนื่องจากส่วนใหญ่ระบุว่า เป็นเรื่องปกติปฏิบัติสืบเนื่องกันมา ไม่รู้สึกรว่าเป็นเรื่องที่ต้องได้รับสิ่งตอบแทน แต่หากบุคคลใดไม่ดูแลบุพพการีของตน ย่อมได้รับการตำหนิติเตียนและประณามจากเพื่อนบ้าน ดังนั้น อาจกล่าวได้ว่า ผู้ดูแลไม่ได้คาดหวังสิ่งตอบแทนจากการดูแลผู้สูงอายุ ค่านิยมทางสังคมเกี่ยวกับความกตัญญูและการได้รับการยอมรับจากชุมชนตามบรรทัดฐานทางสังคม คือรางวัลที่ผู้ดูแลได้รับจากการดูแลผู้สูงอายุ

4. ปัญหาและความต้องการของผู้ดูแล

ผลการศึกษาปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุนั้น ทำให้แยกลักษณะปัญหาออกได้ 3 ประการคือ ปัญหาในการดูแล ปัญหาที่มีต่อผู้ดูแลและปัญหาจากระบบบริการ

4.1 ปัญหาในการดูแล

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

ปัญหาด้านการเงินนี้ เป็นปัญหาที่ผู้ดูแลส่วนใหญ่ได้ระบุไว้ในการศึกษาเชิงคุณภาพ และยังระบุว่า ปัญหาด้านการเงินมีผลต่อคุณภาพการดูแล เพราะหากรายได้ไม่ดี การดูแลก็ไม่ทั่วถึง อาหารก็กินตามมีตามเกิด รวมทั้งส่งผลต่อความขาดแคลนด้านอื่นๆ อีกด้วย

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

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

ปัญหาด้านผู้ช่วยเหลือ ปัญหาการขาดอุปกรณ์การดูแลและปัญหาพฤติกรรม

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

4.2 ปัญหาที่มีต่อผู้ดูแล

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

การเจ็บป่วยบ่อย “ในการประเมินสุขภาพตนเองของผู้ดูแลเกือบครึ่งหนึ่งของผู้ดูแลเป็นผู้ที่มีภาวะสุขภาพอยู่ในระดับที่ไม่ดี”

ปัญหาของผู้ดูแลอีกประการหนึ่งที่ต่างระบุตรงกันถึงปัญหาการรับเบี่ยงชีฟในประเด็นความไม่เพียงพอและการขาดโอกาส ปัญหาระบบบริการทางการแพทย์และสังคมที่ไม่มีในชนบท สิ่งเหล่านี้ผู้ดูแลเห็นว่า หากมีบริการเหล่านี้จะช่วยให้การดูแลของเขาสะดวกและง่ายขึ้นและยังมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้วย ซึ่งปัญหาเหล่านี้สอดคล้องกับการศึกษาของวรรณภา ศรีธัญรัตน์และผ่องพรรณ อรุณแสง (2545, น. 8) ที่ระบุว่า “บริการสุขภาพและสังคมสำหรับผู้สูงอายุไทยที่มีอยู่ เห็นว่ายังไม่พร้อมรับสถานการณ์ผู้สูงอายุ ยังเน้นการดูแลในสถาบันและเป็นแบบเฉียบพลัน ในขณะที่ผู้สูงอายุต้องการบริการทั้งสร้างและซ่อมสุขภาพ” และงานวิจัยของศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2547, น. 147) ได้กล่าวว่า บริการด้านสุขภาพและสังคมที่มีในประเทศไทยปัจจุบัน อยู่ในลักษณะจำกัดทั้งรูปแบบวิธีการและไม่สอดคล้องกับสภาพปัญหาความต้องการของผู้สูงอายุ

5. ความต้องการของผู้ดูแล

ผู้ดูแลมีความต้องการหลากหลายเรื่อง ซึ่งเป็นไปในทางเดียวกับปัญหาที่ได้ระบุไว้ โดยความต้องการอันดับแรกคือ ความต้องการด้านเศรษฐกิจ ต้องการมีรายได้เพิ่มขึ้นจากเดิม ต้องการมีเงินเป็นค่าอาหารสำหรับผู้สูงอายุและไว้ใช้จ่ายทั่วไป เมื่อนำผลการแสดงความคิดเห็นต่อการพัฒนาระบบบริการสำหรับผู้สูงอายุมาพิจารณาร่วม พบว่า ผู้ดูแลร้อยละ 19.3 เห็นว่า กิจกรรมที่ควรทำคือการหาเงินช่วยเหลือผู้สูงอายุ สำหรับบทบาทของชุมชนนั้นร้อยละ 13.8 ต้องการให้มีการจัดตั้งกองทุนไว้ใช้จ่ายด้านต่าง ๆ สำหรับผู้สูงอายุ และบทบาทของรัฐนั้น ร้อยละ 67.0 เห็นว่ารัฐควรช่วยเหลือเรื่องงบประมาณต่าง ๆ ซึ่งจะเห็นว่าผู้ดูแลมีความต้องการเรื่องเงินเป็นอย่างมาก และคิดว่าควรเป็นหน้าที่ทั้งของตนของชุมชนและของรัฐด้วย ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของจินตนา สมนึก (2540) ที่ระบุว่า “ความต้องการด้านรายได้ (Demand on Finances) การให้การดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพานั้น ผู้ดูแลต้องมีค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวกับการให้การดูแล เช่น ค่าเดินทาง ค่ารักษา ค่ายา ค่าอาหาร ค่าเครื่องนุ่งห่ม ค่าอุปกรณ์ ฯลฯ ทั้งนี้ครอบครัวหรือญาติผู้ดูแลส่วนมากมีบทบาทในเรื่องช่วยเหลือค่าใช้จ่ายแก่ผู้สูงอายุ”

ความต้องการข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวกับสภาพความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ ลักษณะอาการของโรคและการดูแลผู้สูงอายุเป็นสิ่งที่ผู้ดูแลมีความต้องการ ซึ่งสอดคล้องกับความไม่เพียงพอในความรู้เกี่ยวกับการดูแล และความวิตกกังวลต่อการดูแลที่ได้ระบุไว้แล้ว และหากนำความต้องการด้านความเข้าใจในสิ่งที่เกิดขึ้นจากความกลัวต่าง ๆ มาพิจารณาร่วมพบว่า ผู้ดูแลต้องการให้มีคนอยู่

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

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

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

ข้อเสนอแนะ

ระดับนโยบาย

1. นโยบายการจัดสวัสดิการ ควรแบ่งผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่มคือ

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

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

1.3 กลุ่มผู้สูงอายุวัยท้าย ซึ่งมีอายุตั้งแต่ 75 ปีขึ้นไป เป็นกลุ่มที่ต้องการการดูแลเป็นพิเศษ ต้องการการดูแลเฉพาะด้าน และต้องการการบรรเทาปัญหาต่าง ๆ ทั้งทางร่างกายและจิตใจให้

ลดน้อยลง ดังนั้น ควรเป็นนโยบายที่เน้นบริการเพื่อบรรเทา ผ่อนคลาย หรือลดความวิตกกังวลของผู้สูงอายุ เน้นนโยบายให้บริการในที่อยู่อาศัย

2. นโยบายสำหรับผู้ดูแล ควรเป็น Home –Based Care ที่เน้นบริการปฐมภูมิจากครอบครัวทั้งทางด้านสังคมและสุขภาพ และให้ความสำคัญกับผู้ดูแลทุกระดับ

3. นโยบายสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุควรเป็น Family – Based Care ซึ่งเป็นนโยบายที่เน้นการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว เพื่อให้ผู้สูงอายุได้อาศัยอยู่ในชุมชน

4. รัฐควรให้ความสำคัญกับการดูแลที่บ้าน เนื่องจากบริการเหล่านี้มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อสุขภาพกายและจิตของผู้สูงอายุ การสนับสนุนค่าใช้จ่าย อุปกรณ์ในการดูแล รวมทั้งการส่งเสริมด้านความรู้แก่ผู้ดูแล อันเป็นประโยชน์ต่อผู้ดูแลและส่งผลต่อการดูแลผู้สูงอายุ และทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

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

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

7. รัฐควรกำหนดนโยบายที่ชัดเจนต่อการส่งเสริมให้เอกชน ดำเนินธุรกิจให้บริการการดูแลผู้สูงอายุ รวมทั้งมีการกำกับควบคุมโรงเรียนสอนผู้ดูแลผู้สูงอายุให้มีมาตรฐาน

ระดับปฏิบัติการ

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

2. เนื่องจากการเข้ารับบทบาทเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ มาจากการทำหน้าที่ทางสังคม และเป็นกระบวนการที่เป็นธรรมชาติ ค่อยเป็นค่อยไป ทำให้ผู้ดูแลขาดการเตรียมตัวในการเข้ารับบทบาท และการทำหน้าที่ดังนั้น ควรมีการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุด้านต่างๆ แก่ผู้ดูแลและสมาชิก

ในครอบครัว โดยวิธีการอบรม เผยแพร่ความรู้ การปรับทัศนคติ รวมทั้งการส่งเสริมให้ตระหนักต่อ "คุณภาพการดูแล" ด้วย

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

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

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

6. ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความต้องการข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพและการดูแล ควรจัดให้มีศูนย์เอนกประสงค์ทำหน้าที่เป็นแหล่งให้ความรู้และข้อมูลต่าง ๆ แก่ผู้ดูแลและครอบครัวและเป็นแหล่งจัดการศึกษาเรียนรู้ตลอดชีวิตสำหรับผู้สูงอายุด้วย

7. ปัญหาด้านรายได้ นับเป็นปัญหาสำคัญต่อผู้ดูแลและครอบครัว ซึ่งเกิดจากการประกอบอาชีพ เป็นเกษตรกรและการศึกษาน้อย ดังนั้นควรมีการพิจารณาหาอาชีพเสริม สำหรับผู้ดูแลและครอบครัว เพื่อเป็นการเพิ่มรายได้ หรือส่งเสริมการเกษตรในครัวเรือน เพื่อนำมาเป็นอาหาร

8. สืบเนื่องจากปัญหาด้านรายได้ นอกจากส่งเสริมให้ผู้ดูแลได้มีอาชีพเสริมแล้ว ควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้มีการรวมกลุ่มอาชีพเพื่อสร้างรายได้ร่วมกัน โดยมีเครือข่ายชุมชนดำเนินการสนับสนุน

9. เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองระดับมาก ดังนั้นบริการทางสังคมที่จะจัดขึ้น ควรเป็นโครงการที่เสริมสร้างศักยภาพและสนับสนุนให้เกิดการติดต่อกับสังคม ได้แก่ การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้ทำกิจกรรมต่าง ๆ การรวมกลุ่มการเป็นอาสาสมัคร ฯลฯ

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

11. เพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีชีวิตความเป็นอยู่ที่ปราศจากภาวะพึ่งพาให้นานที่สุด ควรส่งเสริมผู้สูงอายุให้มีสุขภาพที่สมบูรณ์ทั้งด้านโภชนาการ การออกกำลังกาย การสมาคมและอื่น โดยมีจุดเน้นอยู่ที่กลยุทธ์ในการป้องกันโรค ร่วมกับการสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสม

งานวิจัยที่ควรทำต่อไป

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

บรรณานุกรม

หนังสือ

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

บทความ

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

วิทยานิพนธ์

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

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

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

นันทพร ศรีน้อม. "ประสบการณ์การเผชิญปัญหาของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน" วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิตสาขาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2544.

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

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

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

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

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

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

Book

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Internet

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

ภาคผนวก

อำเภอ.....จังหวัด.....

แบบสอบถามชุดที่.....

แบบสอบถามผู้ดูแลผู้สูงอายุ

โครงการระบบการดูแลระยะยาวในครอบครัวสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุเป็นโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนจาก สกว.เพื่อให้ศึกษาถึงการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว ปัญหาความต้องการของผู้ดูแล และระบบบริการและเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชน เพื่อนำผลที่ได้ไปปรับปรุงและพัฒนาบริการสวัสดิการสังคม สำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย

ด้วยเหตุที่ท่านเป็นผู้หนึ่งที่ได้รับการคัดเลือกให้เป็นผู้แทนในการตอบแบบสอบถาม คณะผู้วิจัยจึงขอความกรุณาจากท่านได้โปรดตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริง ข้อมูลที่ได้จากท่านมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการศึกษา โดยการตอบแบบสอบถามนี้จะไม่มีผลกระทบต่อท่าน แต่อย่างใด คณะผู้วิจัยฯ จะเก็บรักษาคำตอบไว้เป็นความลับโดยจะเสนอเป็นภาพรวมเท่านั้น

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณในความร่วมมืออย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

รองศาสตราจารย์ศศิพัฒน์ ยอดเพชร

หัวหน้าโครงการฯ

ผู้ที่ตอบแบบสอบถามนี้ ควรเป็นผู้ที่ใช้เวลาในการดูแลผู้สูงอายุในบ้านมากกว่าผู้อื่นและ
รู้เรื่องผู้สูงอายุมากกว่าผู้อื่น

คำชี้แจง ขอความกรุณาให้ท่านทำเครื่องหมาย ✓ ลงในหมายเลขที่ให้ไว้ตามความเป็นจริง

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

1. เพศ

(1) ชาย

(2) หญิง

2. อายุปี

3. สถานภาพสมรส

(1) โสด

(2) สมรส

(3) หย่าร้าง/หม้าย

4. ระดับการศึกษาของท่าน

(1) ไม่ได้เรียนหนังสือ

(2) จบประถมศึกษา 4 หรือ 6

(3) จบมัธยมศึกษาปีที่ 3

(4) จบมัธยมศึกษาปีที่ 6

(5) จบประกาศนียบัตร/เทียบเท่า

(6) จบปริญญาตรี

(7) จบปริญญาโท

(8) อื่น ๆ (ระบุ)

5. อาชีพของท่านในปัจจุบัน

(1) ไม่ได้ประกอบอาชีพเนื่องจากอายุมาก/เป็นแม่บ้าน/เป็นนักเรียนนักศึกษา

(2) ไม่ได้ประกอบอาชีพเนื่องจากต้องออกงานมาดูแลผู้สูงอายุ

(3) เป็นเกษตรกร/ทำไร่/ทำนา

(4) ผู้ดูแลรับจ้าง (มีรายได้จากการดูแล)

(5) รับจ้างทั่วไป

(6) ค้าขาย/งานบริการ

(7) ทำงานบริษัท

(8) รับราชการ ระบุหน่วยงาน.....

(9) อื่นๆ ระบุ.....

6. ท่านนับถือศาสนา

(1) พุทธ

(2) คริสต์

(3) อิสลาม

(4) อื่นๆ ระบุ.....

7. จำนวนผู้สูงอายุที่ท่านดูแล

(1) จำนวน 1 คน อายุ.....ปี เพศ.....

(2) จำนวน 2 คน อายุ.....ปี เพศ.....

(3) จำนวน 3 คน อายุ.....ปี เพศ.....

(4) อื่นๆ โปรดระบุ

8. จำนวนสมาชิกในครอบครัวของท่านที่อยู่ในครัวเรือนเดียวกันในปัจจุบัน

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

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

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

11. กรุณาประเมินฐานะทางเศรษฐกิจของท่านว่าอยู่ในระดับใด

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

ตอนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ

12. การเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ ท่านคิดว่ามาจากสาเหตุใด

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

13. ความสัมพันธ์ระหว่างท่านกับผู้สูงอายุที่ดูแลอยู่

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

14. ท่านดูแลผู้สูงอายุมาแล้ว.....ปี

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

ตอนที่ 3 การประเมินระดับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุในครอบครัวของท่านสามารถปฏิบัติกิจกรรมพื้นฐานต่อไปนี้ได้อย่างไร

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

23. ลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้

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

24. ใช้ห้องสุขา

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

25. การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน

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

26. การสวมใส่เสื้อผ้า

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

27. การขึ้นลงบันได 1 ชั้น

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

28. การอาบน้ำ

- (1) ต้องมีคนช่วยหรือทำให้
- (2) อาบน้ำเองได้

29. การกลั้นการถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

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

30. การกลั้นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

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

ตอนที่ 4 ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ

หน้าที่ผู้ดูแล ท่านได้ดูแลและช่วยเหลือผู้สูงอายุในเรื่องใดและระดับใดบ้าง

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

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

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

ความสามารถของผู้ดูแล ขอให้ท่านประเมินความสามารถของท่านในการดูแลผู้สูงอายุ
ตามประเด็นต่างๆ ดังนี้

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

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

ตอนที่ 5 ข้อมูลเกี่ยวกับเครือข่ายการดูแล

ความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น ในการดูแลผู้สูงอายุท่านเคยได้รับความช่วยเหลือจาก
ผู้อื่นอย่างไรบ้าง

ความช่วยเหลือจากนักวิชาชีพ

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

71. ท่านได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุมากน้อยเพียงใด

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

72. ท่านมีความสุขเพียงใดที่ได้รับความช่วยเหลือจากนักวิชาชีพเหล่านั้น

(1) ไม่มีความสุขเลย (2) มีน้อย (3) มีปานกลาง (4) มีมาก

ความช่วยเหลือจากญาติ

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

74. ความช่วยเหลือที่ได้รับจากญาติมีจำนวนมากน้อยเพียงใด

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

75. ท่านมีความสุขเพียงใดที่ได้รับความช่วยเหลือจากญาติ

(1) ไม่มีความสุขเลย (2) มีน้อย (3) มีปานกลาง (4) มีมาก

ความช่วยเหลือจากเพื่อนและเพื่อนบ้าน

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

ความช่วยเหลือที่ไม่ได้รับ

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

ตอนที่ 6 ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาของผู้ดูแล

ปัญหาของผู้ดูแล สิ่งเหล่านี้เป็นปัญหาของท่านหรือไม่

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

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

ข้อคิดเห็นอื่นๆ เกี่ยวกับปัญหาที่ไม่ปรากฏในคำถามนี้

.....

.....

.....

.....

.....

ตอนที่ 7 ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะอารมณ์และจิตใจและรางวัลจากการเป็นผู้ดูแล
ภาวะอารมณ์และจิตใจของผู้ดูแล ในรอบสัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านมีความรู้สึกต่าง ๆ
นี้หรือไม่และอยู่ในระดับใด

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

รางวัลจากการเป็นผู้ดูแล ท่านคิดว่ารางวัลที่ท่านได้รับจากการดูแลผู้สูงอายุคืออะไร

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

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

ตอนที่ 8 ข้อมูลเกี่ยวกับความต้องการของผู้ดูแล

ความต้องการของผู้ดูแล ท่านมีความต้องการในเรื่องต่อไปนี้ อยู่ในระดับใด

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

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

134. ความต้องการอื่นๆ โปรดเขียนโดยอิสระ

ตอนที่ 9 ข้อมูลเกี่ยวกับความคิดเห็นของท่านที่มีต่อการดูแลผู้สูงอายุ

135. ท่านคิดว่ายังมีความช่วยเหลืออะไรบ้างที่ควรทำให้ แต่ท่านยังไม่ได้ทำ/หรือไม่สามารถทำได้

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

136. ท่านคิดว่า มีงานชนิดใดที่ท่านเคยทำให้ผู้สูงอายุแล้ว ท่านรู้สึกว่ามีที่ไหนบ้างที่ท่านที่ต้องทำงานเช่นนั้น

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

137. มีอะไรบ้างที่ผู้สูงอายุพยายามทำด้วยตนเอง แต่ท่านคิดว่าเขาควรจะให้ท่านทำให้

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

138. มีอะไรบ้างที่ท่านต้องทำให้ผู้สูงอายุ ทั้งๆที่ท่านคิดว่า ผู้สูงอายุควรจะทำด้วยตัวเองได้

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

ท่านคิดว่า หากจะให้คนในครอบครัวดูแลผู้สูงอายุได้ดีที่สุด แต่ละฝ่ายควรทำอย่างไรบ้าง

139. คนในครอบครัว

140. เพื่อนบ้าน/ญาติ

141. ชุมชนที่ท่านอยู่อาศัย

142. รัฐบาล

ขอขอบพระคุณในความร่วมมืออย่างสูง

แนวคำถามการสนทนากลุ่ม กลุ่มผู้ดูแล (รอบที่ 1)

1. การรับบทบาทเป็นผู้ดูแลในครอบครัว

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

2. การทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุด้านใดบ้าง

- กิจกรรมประจำวันตั้งแต่เช้าจรดเย็นที่ผู้ดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ
- ผู้ช่วยในการดูแล
- ระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุ

3. ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ (ช่วยตัวเองได้, นอนอยู่กับเตียง, ช่วยตัวเองได้เล็กน้อยต้องดูแลใกล้ชิด)

4. ปัญหาของผู้ดูแลในครอบครัวมีอย่างน้อยเพียงใด เรื่องใดบ้าง

กาย

- การเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพ
 - การดูแลสุขภาพตนเอง
 - การเจ็บป่วยที่เนื่องมาจากการดูแลผู้สูงอายุ
-
-

จิตใจ

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

เศรษฐกิจ

- ผู้รับภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุ และความเพียงพอ
- การมีรายได้จากการดูแล
- ผลกระทบต่องานประจำ

กิจวัตรส่วนตัวของผู้ดูแล

- การติดต่อกับเพื่อนฝูง
- การมีเวลาเป็นของตัวเองเพื่อทำธุระส่วนตัว

5. ความต้องการ ที่จะช่วยให้การดูแลผู้สูงอายุดีขึ้น (บริการ วัสดุ ข่าวสาร จิตใจ)

อำเภอ.....จังหวัด.....

แนวคำถามการสนทนากลุ่ม กลุ่มผู้ดูแล (รอบที่ 2)

1. ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน ภาวะการช่วยตนเองในกิจวัตรประจำวัน ภาวะอารมณ์จิตใจ และความต้องการ

2. ลักษณะการอยู่อาศัยในครอบครัว การประกอบอาชีพ รายได้และกิจกรรมทางสังคมของครอบครัวและผู้ดูแลผู้สูงอายุ

3. การทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ

- กิจวัตรประจำวันตั้งแต่เช้าจรดเย็นที่ผู้ดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ
- หน้าที่ของผู้ช่วยในการดูแลในครอบครัว
- หน้าที่ของเพื่อนบ้าน/ เครือญาติในการดูแลผู้สูงอายุ
- หน้าที่ของชุมชนในการจัดบริการและอื่นๆ

4. ทักษะต่อการดูแล

- เหตุผลในการดูแล
- การประเมินปัญหาอุปสรรคในการดูแล
- วิธีการแก้ไขปัญหาต่างๆที่เกิดจากการดูแล
- ความรู้สึกที่มีต่อการดูแล

5. ปัญหาของผู้ดูแลในครอบครัว

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

6. การดูแลตนเองของผู้ดูแล

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

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

8. การป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาขาดผู้ดูแลผู้สูงอายุหรือผู้สูงอายุมีความทุกข์ยากลำบาก

- ระยะเวลาของการเริ่มต้น (ควรเริ่มต้นเมื่ออายุเท่าใด)
 - ควรเริ่มต้นเรื่องอะไรบ้าง
-
-

9. ประเมินความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวในชุมชนนี้ (ระดับใด ทำได้ดีหรือไม่ ถ้าดีดีด้านใด ถ้าไม่ดีไม่ดีด้านใด)

บทความเผยแพร่ 1

วิกฤตผู้ดูแลผู้สูงอายุ : ปัญหาที่ท้าทาย

รศ. ศศิพัฒน์ ยอดเพชร

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

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

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

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

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

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

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

กับสภาพปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ รวมทั้งยังไม่เอื้อต่อการให้ผู้สูงอายุอาศัยในบ้านได้ตามมาตรฐานขั้นต่ำที่พึงมี รัฐบาลขาดนโยบายในการจัดบริการที่ผสมผสานด้านการแพทย์และสังคม ที่จะให้ความช่วยเหลือครอบครัวที่มีปัญหา ผู้สูงอายุที่ต้องการบริการเฉพาะด้าน หรือบริการฉุกเฉินในบางครั้ง

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

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

•

ที่มา: รายงานการวิจัยเรื่อง ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว ในชุดโครงการวิจัยเรื่อง "ระบบการดูแลระยะยาวในครอบครัวสำหรับผู้สูงอายุ" คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

บทความเผยแพร่ 2

ข้อเสนอนโยบายสาธารณะสำหรับผู้สูงอายุ

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ

บทนำ

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

1. การคาดการณ์ผู้สูงอายุไทย

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

นั้น ซึ่งสอดคล้องกับสถาบันวิจัยและพัฒนาแห่งประเทศไทย (2547) คาดประมาณประชากรว่า จำนวนและสัดส่วนประชากรสูงอายุมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ประชากรวัยสูงอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป มีสัดส่วนเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง เป็นร้อยละ 10.4 ในปี พ.ศ. 2547 และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 11.7 ในปี พ.ศ. 2553 ซึ่งหมายความว่า ไม่เกิน 6 ปี ประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมวัยสูงอายุ ส่งผลกระทบต่อโครงสร้างทางอายุของประชากรในประเทศไทย ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว ส่งผลให้ประเทศไทยประสบปัญหาด้านผู้สูงอายุอย่างรุนแรง

การเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุเหล่านี้ หมายถึง ความรับผิดชอบและการแบกรับภาระทางสังคมต้องเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องด้วยเช่นกัน และเป็นสิ่งบอกเหตุสำคัญที่จะต้องมีการเตรียมระบบสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุ ให้สามารถรองรับกับปัญหาที่เกิดขึ้นในอนาคตได้อย่างเหมาะสม ซึ่งการจะพิจารณาถึงอนาคตว่าจะเป็นเช่นไรนั้น จำเป็นต้องพิจารณาถึงระบบบริการสวัสดิการสังคมที่อยู่ใน

2. ระบบสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ

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

ดังนั้นลักษณะการบริการที่รัฐจัดให้กับผู้สูงอายุปัจจุบัน ได้แก่

2.1 บริการด้านการรักษาพยาบาล ผู้สูงอายุได้รับสิทธิในการรักษาทั้งจากสถานบริการของรัฐ ซึ่งมีคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาล และสถานบริการในระดับตำบล (สถานีนอมาภัย) นอกจากนี้ได้เพิ่มการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุขึ้นอย่างกว้างขวาง

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

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

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

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

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

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

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

3. ปัญหาในการจัดบริการสวัสดิการสังคม

บริการสวัสดิการสังคมที่รัฐจัดให้ผู้สูงอายุนั้น อาจสรุปได้ว่าบริการต่างๆ เหล่านี้ ยังไม่เพียงพอกับความต้องการของผู้สูงอายุ รวมทั้งยังไม่สามารถตอบสนองกับปัญหาต่างๆ ของผู้สูงอายุได้อย่างแท้จริง ทั้งนี้ วิเคราะห์จากข้อเท็จจริงด้านต่างๆ ดังนี้

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

3.2 สืบเนื่องจากแนวคิดสวัสดิการต่างๆ ที่จัดโดยภาครัฐ ยังเป็นแนวคิดการสงเคราะห์เพื่อแก้ไขปัญหเฉพาะหน้าเน้นผู้สูงอายุที่ยากไร้ มากกว่าการแก้ไขปัญหภายใต้แนวคิดทุกอย่างเป็นสิทธิที่ผู้สูงอายุพึงได้รับอย่างเท่าเทียมกัน ดังนั้น จึงพบว่าบริการของรัฐมุ่งช่วยเหลือผู้ยากไร้มากกว่าการให้บริการตามสิทธิอันพึงมีพึงได้ของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มใหญ่ขาดสิทธิในการรับบริการ และมีผลกระทบต่อการพัฒนาและการดำเนินชีวิต

3.3 รูปแบบการจัดบริการ ไม่สอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ อาทิการจัดบริการสถานสงเคราะห์ ซึ่งไม่ใช่สิ่งที่คุณสูงอายุพึงพอใจ เนื่องจากประสงค์จะอยู่อาศัยในครัวเรือนของตน ภายใต้สิ่งแวดล้อมที่ตนคุ้นเคยมากกว่าโยกย้ายไปอยู่ที่อื่น โดยมีบริการต่างๆ เข้าถึงที่อยู่อาศัยในชุมชน

3.4 การจัดบริการสวัสดิการสังคมยังคงมีลักษณะเป็นรูปแบบเดียวทั่วประเทศ ขาดความสอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุในแต่ละพื้นที่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งขาดการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในการชี้แนะปัญหาความต้องการจากกลุ่มของเขาเอง ดังนั้นบริการต่างๆ จึงไม่สอดคล้องกับสภาพปัญหาของผู้สูงอายุอย่างแท้จริง

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

3.6 การดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว มีแนวโน้มขาดคุณภาพและขาดผู้ดูแลในอนาคต ซึ่งจะนำไปสู่ปัญหาอื่นๆ อีกมากมาย หน่วยงานของรัฐให้ความสำคัญกับผู้ดูแลในระดับน้อย เนื่องจากเห็นว่าเป็นหน้าที่ของครอบครัว ที่ต้องดูแลผู้สูงอายุ และการเข้ารับบทบาทเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ มาจากการทำหน้าที่ทางสังคม ทำให้ผู้ดูแลขาดการเตรียมตัวที่เหมาะสม

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

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

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

3.10 ผู้สูงอายุและครอบครัวมีทัศนคติต่อความชราว่าเป็นเรื่องธรรมชาติของชีวิตไม่จำเป็นต้องพัฒนาต่อไปอีก ซึ่งเรื่องนี้เป็นอุปสรรคต่อการดูแลและพัฒนาในด้านต่างๆ อย่างมาก

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

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

4. ข้อเสนอแนะนโยบายสาธารณะเพื่อการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ

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

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

4.1 นโยบายการสร้าง ความมั่นคงทางรายได้แก่ผู้สูงอายุ

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

อย่างไรก็ตาม ปัจจุบันสำนักงานประกันสังคมอยู่ระหว่างดำเนินการขยายการประกันสังคมสู่แรงงานนอกระบบ ซึ่งคาดว่าจะจะเป็นประโยชน์ต่อผู้สูงอายุได้

4.2 นโยบายการเพิ่มศักยภาพของผู้สูงอายุและครอบครัว

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

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

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

4.3 นโยบายการเพิ่มบริการในสถาบันให้ครอบคลุมปัญหาผู้สูงอายุ

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

ส่วนผู้สูงอายุนั้น ปัญหาการเจ็บป่วยเรื้อรัง ภาวะทุพพลภาพ และการนอนติดเตียง ได้เริ่มปรากฏเป็นปัญหาขึ้นในสังคมไทย และคาดว่าจะเพิ่มจำนวนสูงขึ้นในอนาคต ดังนั้นควรมีการเพิ่มบริการการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง และบริการดูแลภาวะสุดท้าย ทั้งในโรงพยาบาลระดับจังหวัด และชุมชนให้มากยิ่งขึ้น

ปัญหาด้านการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุประการหนึ่งคือ การส่งต่อไปรับการรักษา ยังสถานบริการอื่นๆ ผู้สูงอายุและครอบครัว ประสบปัญหาด้านการเงิน ไม่มีค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปยังโรงพยาบาล ดังนั้น ควรเพิ่มบริการสังคม ที่ครอบคลุมการรับส่งผู้สูงอายุ ไปยังสถานบริการอื่นอีก

จากข้อเสนอดังกล่าว สามารถนำเสนอเป็นแผนภาพได้ดังนี้

