

รายงานผลการวิจัย เรื่อง

ผลกระทบและการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้วัฒนธรรมไทย

โดย

นางศิริภาณี ศรีหาค

นพ.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์

นางสาวคณิศร เต็งรัง

สนับสนุนโดย

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.)

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	ก
บทคัดย่อภาษาไทย	ข
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ง
บทสรุปสำหรับผู้บริหาร	จ
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย	3
1.3 ขอบเขตของการวิจัย	4
1.4 นิยามศัพท์เฉพาะ	5
1.5 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	5
บทที่ 2 วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	6
2.1 สถานการณ์ภาวะพึ่งพาในระยะยาวของผู้สูงอายุ	6
2.2 ความหมายและแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลระยะยาว	10
2.3 รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวของประเทศไทยและต่างประเทศ	15
2.4 นโยบายและแผนงานการดูแลผู้สูงอายุของประเทศไทยและต่างประเทศ	31
2.5 กรอบแนวคิดการศึกษาวิจัยเบื้องต้น	46
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	48
3.1 รูปแบบออกแบบการวิจัย	48
3.2 พื้นที่ศึกษา	48
3.3 กลุ่มเป้าหมายของการวิจัย	48
3.4 เครื่องมือการวิจัย	50
3.5 ขั้นตอนดำเนินการวิจัย	56
3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล	56
3.7 จริยธรรมในการวิจัย	57
บทที่ 4 ประสพการณ์การพึ่งพาในระยะยาวของผู้สูงอายุในสังคมไทย	59
4.1 บริบทชุมชนของพื้นที่วิจัย	59
4.2 สถานะทางสังคมและสุขภาพของผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาในระยะยาว	64
4.3 ประสพการณ์การเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาการดูแลระยะยาว	69

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 5 ผลกระทบและการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในสังคมไทย	85
5.1 สถานะทางสังคมและสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่พึ่งพาระยะยาว	85
5.2 ภาระและผลกระทบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองขาดเลือด และโรคเรื้อรัง	97
5.3 ภาระและผลกระทบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม	116
5.4 บทบาทอาสาสมัครและองค์กรในชุมชนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว	131
บทที่ 6 สรุปผลวิจัยและการอภิปรายผล	141
6.1 สรุปผลการวิจัย	141
6.2 การอภิปรายผลการวิจัย	148
6.3 ข้อเสนอแนะจากการวิจัย	157
เอกสารอ้างอิง	160
ภาคผนวก	169
ภาคผนวก ก เครื่องมือการวิจัย	169
● แนวทางการสัมภาษณ์	169
● แบบประเมินภาวะพึ่งพาระยะยาวและภาวะสมองเสื่อม	181
ภาคผนวก ข ประวัติผู้วิจัย	187

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 เปรียบเทียบอัตราความชุกของภาวะพึ่งพาและแนวโน้มการเกิดภาวะพึ่งพาของผู้สูงอายุ	7
ตารางที่ 2 อัตราการเกิดภาวะพึ่งพาระยะยาวของผู้สูงอายุ จำแนกตามเพศและอายุ	8
ตารางที่ 3 เปรียบเทียบระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวใน 5 ประเทศ	26
ตารางที่ 4 เปรียบเทียบนโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ใน 5 ประเทศ	41
ตารางที่ 5 ลักษณะกลุ่มเป้าหมายและพื้นที่วิจัย	50
ตารางที่ 6 กระบวนการการดำเนินการวิจัยเพื่อควบคุมคุณภาพของนักวิจัย	55
ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละลักษณะทั่วไปของผู้สูงอายุ	65
ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุ (รายภาค)	67
ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละภาวะพึ่งพาระยะยาวและภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ	68
ตารางที่ 10 จำนวนและร้อยละสาเหตุการเกิดภาวะพึ่งพาระยะยาวของผู้สูงอายุ	69
ตารางที่ 11 จำนวนและร้อยละอาการแสดงออกของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม	76
ตารางที่ 12 ลักษณะทางประชากรของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาระยะยาว	85
ตารางที่ 13 จำนวนและร้อยละความสัมพันธ์ผู้ดูแลกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาระยะยาว	90
ตารางที่ 14 จำนวนและร้อยละภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาระยะยาว	94
ตารางที่ 15 จำนวนและร้อยละของภาระและผลกระทบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวจำแนกตามรายด้าน	97
ตารางที่ 16 จำนวนและร้อยละภาระและผลกระทบด้านร่างกายของผู้ดูแลผู้สูงอายุระยะยาว	98
ตารางที่ 17 จำนวนและร้อยละของภาระและผลกระทบด้านอารมณ์ของผู้ดูแลผู้สูงอายุระยะยาว	103
ตารางที่ 18 จำนวนและร้อยละภาระและผลกระทบด้านเศรษฐกิจของผู้ดูแลผู้สูงอายุระยะยาว	108
ตารางที่ 19 จำนวนและร้อยละของภาระและผลกระทบด้านสังคมของผู้ดูแลผู้สูงอายุระยะยาว	112
ตารางที่ 20 จำนวนและร้อยละผลกระทบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจำแนกตามรายด้าน	116
ตารางที่ 21 จำนวนและร้อยละภาระและผลกระทบด้านร่างกายของผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม	117
ตารางที่ 22 จำนวนและร้อยละภาระและผลกระทบด้านอารมณ์ของผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม	121
ตารางที่ 23 จำนวนและร้อยละภาระและผลกระทบด้านเศรษฐกิจของผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม	125
ตารางที่ 24 จำนวนและร้อยละภาระและผลกระทบด้านสังคมของผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม	128
ตารางที่ 25 จำนวนและร้อยละรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในสังคมไทย	135
ตารางที่ 26 จำนวนและร้อยละรูปแบบผู้ดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในสังคมไทย	136

คำนำ

การวิจัยเรื่อง ผลกระทบและการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้วัฒนธรรมไทย มีวัตถุประสงค์หลัก เพื่อศึกษาประสบการณ์ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว รวมทั้งศึกษาบทบาทขององค์กรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งมีพื้นที่ครอบคลุมทุกภูมิภาคของสังคมไทย โดยใช้วิธีการศึกษาเชิงคุณภาพ ในกลุ่มเป้าหมาย คือผู้สูงอายุ ผู้ดูแล และผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง คณะผู้วิจัยได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดีจากผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายในพื้นที่ งานวิจัยสามารถสำเร็จลุล่วงตามวัตถุประสงค์ จึงขอกราบขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

คณะผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณที่ปรึกษาโครงการวิจัย ได้แก่ นายแพทย์สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ แพทย์หญิงลัดดา ดำริการเลิศ มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย แพทย์หญิงสิรินทร ฉันทศิริกาญจน หน่วยเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ภาควิชาอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี แพทย์หญิงวราลักษณ์ ศรีนนท์ ประเสริฐ สาขาอายุรศาสตร์ปจฉิมวัย ภาควิชาอายุรศาสตร์ แพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล และ Assist. Prof. Dr. Hongtu Chen ผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ จาก Harvard University ประเทศสหรัฐอเมริกา ที่กรุณาให้ความคิดเห็น ข้อเสนอแนะ คำปรึกษา และสนับสนุนให้การดำเนินงานศึกษานี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

ในการวิจัยครั้งนี้ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.) และสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข คณะผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ และคาดหวังว่าการศึกษาเรื่องนี้จะเกิดประโยชน์สูงสุดตามวัตถุประสงค์ของผู้ให้ทุนสนับสนุนและก่อให้เกิดคุณูปการต่อการดูแลและจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุในสังคมไทย

คณะผู้วิจัย

ธันวาคม 2556

บทคัดย่อ

รายงานผลการวิจัยนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ภาระและผลกระทบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว และ บทบาทขององค์กรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในสังคมไทย ใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสำรวจ การสังเกต การสัมภาษณ์เจาะลึก การสนทนากลุ่ม และศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้อง จากกลุ่มผู้สูงอายุ 179 คน ผู้ดูแล 187 คน และผู้ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่การวิจัยคือ 13 ตำบล 9 จังหวัด ครอบคลุม 5 ภูมิภาคของประเทศไทย ระยะเวลาตั้งแต่เดือนมิถุนายน 2555 – พฤษภาคม 2556 แล้ววิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา วิเคราะห์ประเด็น และแจกแจงความถี่และร้อยละ

ผลการศึกษาพบว่าประสบการณ์เกิดภาวะพึ่งพาระยะยาวของผู้สูงอายุ มี 4 เส้นทาง คือ ภาวะ Stroke ภาวะสมองเสื่อม โรคเรื้อรังร่วม และอายุที่มากกว่า 80 ปี ด้านสถานะของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาระยะยาวในสังคมไทย พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่อยู่ในภาวะไร้อำนาจต่อรอง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ประมาณร้อยละ 85.0 ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีปัญหาภาวะสุขภาพและต้องการการพึ่งพาด้านสุขภาพ โดยพบผู้ดูแลหนึ่งในสามมีปัญหาโรคเรื้อรัง หนึ่งในสามของผู้ดูแลเป็นผู้สูงอายุ และผู้ดูแลส่วนใหญ่มีรับภาระดูแลครอบครัว สามในสี่ของผู้ดูแลยังประกอบอาชีพอยู่ ประมาณหนึ่งในเก้ามีผู้ที่ต้องดูแลระยะยาวมากกว่า 1 คน และผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย โดยพบว่าแบบแผนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในสังคมไทยเป็นการภายในครอบครัว โดยผู้ดูแลในครอบครัว ซึ่งพบว่าการดูแลอยู่ภายใต้เงื่อนไขของความกดดัน

ด้านภาระการดูแลผู้สูงอายุ พบว่าการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ Stroke และโรคเรื้อรังอื่น ก่อให้เกิดภาระและผลกระทบด้านการเศรษฐกิจมากที่สุดเกือบ 4 ใน 5 ซึ่งทำให้ครอบครัวมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น รายได้ลดลง จนทำให้เกิดหนี้สินและผู้ดูแลขาดโอกาสในการประกอบอาชีพ และพบว่ามากกว่า 2 ใน 3 ของผู้ดูแลมีภาระและผลกระทบด้านอารมณ์ ทำให้เกิดความวิตกกังวล ความรู้สึกเศร้า และอารมณ์เครียดที่รุนแรง ทำให้เกิดปัญหาความขัดแย้งภายในครอบครัวและญาติพี่น้องมากกว่าสองในห้า อีกทั้งพบว่ามากกว่าสองในสามของผู้ดูแลเกิดภาระและผลกระทบด้านร่างกายจากการทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ เช่น เหนื่อยล้าร่างกาย ปวดหลัง ปวดเอว มีปัญหาสุขภาพเพิ่มมากขึ้น และพบว่าการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวส่วนใหญ่เป็นเพียงการดูแลกิจวัตรประจำวัน มีผู้สูงอายุถึงร้อยละ 45 ไม่ได้รับการฟื้นฟูสภาพ

ส่วนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม พบว่าทำให้เกิดภาระและผลกระทบด้านอารมณ์เป็นปัญหาที่พบมากที่สุด 4 ใน 5 ของผู้ดูแล ผู้ดูแลมากกว่า 3 ใน 4 เกิดภาระและผลกระทบด้านร่างกาย ด้านสังคม และด้านเศรษฐกิจ ทำให้ผู้ดูแลลาออกจากงานและหยุดงาน ร้อยละ 11 เพื่อทำหน้าที่ผู้ดูแล และพบว่า มีข้อจำกัดของการวินิจฉัยและความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมทำให้ผู้สูงอายุขาดโอกาสในการบำบัด ร้อยละ 72 นอกจากนี้พบว่าขาดความต่อเนื่องของการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในระบบบริการสุขภาพ รวมทั้งขาดหลักประกันคุณภาพการดูแลที่บ้านและการบูรณาการภารกิจขององค์กรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

การวิจัยครั้งนี้ จึงสรุปได้ว่าการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวก่อให้เกิดภาระและผลกระทบกับผู้ดูแล และครอบครัวที่อยู่ท่ามกลางความไม่พร้อมของครอบครัวและระบบการสนับสนุนในชุมชน ดังนั้นการพัฒนาระบบสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในและการออกแบบระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีทางเลือกให้สำหรับผู้ดูแลและครอบครัวในชุมชนได้แก่ พัฒนาสถานบริการปฐมภูมิ ส่งเสริมบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลในครอบครัว รวมถึงกำหนดมาตรฐานและการควบคุมคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของประเทศ อันนำไปสู่การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่ยั่งยืนและสอดคล้องกับวัฒนธรรมไทย

Abstract

This study was a qualitative research aiming to study the experience of long-term care, its associated burden and impact as well as the role of organizations involved in long - term care for the elderly in Thailand. Data were collected, from June of 2012 to May of 2013, through indepth interview, focus group discussion, and direct observation of 179 elderly persons and 187 caregivers, at 13 districts of nine provinces and five regions of Thailand. The data were analyzed using content analysis, thematic analysis, and frequency and percentage.

The experiences of long-term dependency of the elderly with stroke, dementia, co - morbidity, and aged 80 years and above, were documented. The care givers who provided long-term care for the elderly in Thailand showed that the majority of them feel relative powerless; most of them (85%) were female; one-third had a chronic health problem; and one-third were elderly caregivers. Three-quarters of caregivers also work, about one in nine people need to provide long-term care for more than one person, and the majority had never experienced any long term care. In addition, it was found that the pattern of family caregivers for long-term elderly care in Thai social that the caring was subject of gratitude.

Regarding the burden and effect of care, nearly four in five caregivers who care for the elderly with stroke and co-morbidity experienced the economic burden, due to costs of care, financial debt, and a lack of opportunities for career development. More than two in three of caregivers experienced emotional burden including anxiety, depression, and severe stress, and conflicts within relatives. More than two-thirds of caregivers experienced physical burden of elderly care, including fatigue, body pain, increased health problems. And, the majority of long-term care for the elderly was only activities daily living care. It found the elderly 45 % who did not receive rehabilitation.

Also, the psychological burden and emotional problems were the most common, about four in five, among those who provided care to elderly people with dementia. More than three in four of these caregivers experienced physical, social and economic burdens. Moreover, 11% of paid care workers quit their job. And, it found the restrictions of diagnosis and knowledge of the elderly with dementia that the elderly lack of opportunity in the treatment of 72%. In addition, there is a lack of continuity of care for the elderly in the long-term health care system, a lack of assurance for the quality of home care, and the lack of integration of missions of the organizations involved in the care of the elderly in a community.

In conclusion, the long-term care for the elderly in Thailand results in tremendous burden on caregivers and families amidst the unavailability of family and community support systems. Therefore, support system development and system design for long-term elderly care options for caregivers and families in the community include; development of primary care services, promote the role of local government in the long term care system for the elderly, development potential family caregivers, and standardization and quality control long-term elderly care nationality. Thus, leading to the development of a sustainable aged care that is in accord with the culture of Thailand.

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

สถานการณ์ประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มสูงขึ้น ทำให้ประเทศไทยเข้าสู่ภาวะสังคมผู้สูงอายุ ซึ่งมีความต้องการการพึ่งพาเพิ่มสูงขึ้น พบผู้สูงอายุถึงร้อยละ 10.1 ที่ต้องมีผู้ดูแลการทำกิจวัตรประจำวัน (National Statistical Office, 2008) โดยเฉพาะการพึ่งพาในระยะยาวที่เกิดจากความยากลำบากในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขึ้นรุนแรง ซึ่งพบความชุก ร้อยละ 19 ในเขตกรุงเทพมหานคร (Jittapankul et al, 1999) และเขตชนบท จังหวัดขอนแก่น พบร้อยละ 12 (Sihapark et al, 2013) ในขณะที่จากการประเมินแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545 – 2564) พบว่า ความยากจนของประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มสูงขึ้น การลดลงของศักยภาพการเกื้อหนุนของครอบครัว และประชากรวัยแรงงาน ภาวะพึ่งพาและความต้องการการดูแลระยะยาวที่เพิ่มสูงขึ้น (วิพรรณ ประจวบเหมาะ และคณะ, 2553)

การศึกษาผลกระทบและภาระการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้วัฒนธรรมไทยครั้งนี้ จึงเป็นการแสวงหาความรู้เกี่ยวกับแบบแผนการดูแลผู้สูงอายุ ภาระและผลกระทบการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชนของสังคมไทย ตลอดจนบทบาทขององค์กรที่ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งที่ผ่านมาการศึกษาเกี่ยวกับภาระและผลกระทบของผู้ดูแลไทยยังมีข้อจำกัด การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ ในพื้นที่ 13 ตำบล 9 จังหวัด ครอบคลุม 5 ภูมิภาคของประเทศไทย มีช่วงระยะเวลาตั้งแต่เดือนมิถุนายน 2555 – พฤษภาคม พ.ศ. 2556 โดยใช้วิธีการสำรวจ การสังเกต การสัมภาษณ์เจาะลึก การสนทนากลุ่ม และศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้อง จากกลุ่มเป้าหมายผู้สูงอายุ 179 คน ผู้ดูแล 187 คน และผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง 88 คน แล้ววิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) และวิเคราะห์ประเด็น (Thematic analysis) ส่วนข้อมูลเชิงปริมาณ นำมาวิเคราะห์เชิงพรรณนา ด้วยการแจกแจงความถี่และร้อยละ ซึ่งผลการศึกษามีดังต่อไปนี้

1) ประสบการณ์การเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาในระยะยาว

1.1) ภาวะสมองขาดเลือด ภาวะสมองเสื่อม โรคเรื้อรังร่วม และอายุที่มากกว่า 80 ปี: 4 เส้นทางหลักของการเกิดภาวะพึ่งพาในระยะยาวของผู้สูงอายุไทย

พบว่าเส้นทางการเกิดภาวะพึ่งพาในระยะยาวของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนเกิดจาก 4 เส้นทางหลัก คือ (1) ภาวะสมองขาดเลือด (Stroke) พบว่าโรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาที่สำคัญของผู้สูงอายุในสังคมไทย ที่ทำให้เกิดภาวะสมองขาดเลือด และนำไปสู่การเกิดภาวะพึ่งพาในระยะยาวของผู้สูงอายุ เกือบ 1 ใน 3 ของผู้สูงอายุไทย (2) โรคเรื้อรังร่วม พบว่ามากกว่า 2 ใน 5 ผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพาในระยะยาวจากการเกิดโรคเรื้อรังร่วม ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่จากโรคความดันโลหิตสูง (3) ภาวะสมองเสื่อม พบว่า 2 ใน 5 ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาในระยะยาวมีภาวะสมองเสื่อมที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เมื่อปรากฏอาการสมองเสื่อมที่ชัดเจนแล้ว และนำไปสู่ภาวะพึ่งพาในระยะยาว และ (4) พบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 80 ปี มากกว่า 1 ใน 9 ประสบปัญหาความอ่อนแอของร่างกายและความเสื่อมของระบบประสาทสัมผัสโดยเฉพาะการมองเห็น

1.2) การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวส่วนใหญ่เป็นเพียงการดูแลกิจวัตรประจำวัน ขาดการฟื้นฟูสภาพ และการป้องกัน ทำให้เกิดอุบัติเหตุซ้ำและมีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงยิ่งขึ้น

พบว่าภาระหน้าที่การดูแลผู้สูงอายุที่ต้องการการพึ่งพาระยะยาวเป็นบทบาทของผู้ดูแลและครอบครัวที่ต้องรับภาระเพียงลำพัง โดยขาดการสนับสนุนจากหน่วยงานในชุมชน กิจกรรมการดูแลที่ผู้สูงอายุเหล่านี้ได้รับจึงเป็นเพียงแค่ “การดูแลกิจวัตรประจำวัน” ทำให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 45 ไม่ได้รับการฟื้นฟูสภาพและขาดการป้องกัน โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองขาดเลือด พบว่าบางส่วนเกิดภาวะสมองขาดเลือดซ้ำ จนนำไปสู่ภาวะพึ่งพาระยะยาวที่มีระดับความรุนแรงมากยิ่งขึ้น และบางส่วนมีอาการภาวะสมองเสื่อมตามมา

1.3) ข้อจำกัดของการวินิจฉัยและความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมทำให้ผู้สูงอายุขาดโอกาสในการบำบัดรักษาที่เหมาะสม

พบว่าผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมเริ่มเข้ารับการตรวจวินิจฉัยในสถานบริการสุขภาพเมื่อปรากฏอาการชัดเจน ในขณะที่พบว่าศักยภาพการตรวจวินิจฉัยและการรักษาโรคของสถานบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิและระดับทุติยภูมิมีข้อจำกัด ต้องส่งต่อในสถานบริการระดับตติยภูมิ ทำให้ผู้สูงอายุไม่ถึง 1 ใน 6 ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เฉพาะทาง และพบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 72 หยุดการรักษาและไม่ได้เข้ารับการบำบัดรักษา ในขณะที่ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมของผู้ดูแลมีจำกัด การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมส่วนใหญ่จึงได้แต่ “เฝ้าดู” เท่านั้น

2) สถานะของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาระยะยาวในสังคมไทย

พบว่าสถานะของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ปรากฏในสังคมไทย มี 3 ลักษณะดังนี้

2.1) ผู้ดูแลส่วนใหญ่อยู่ในสภาวะไร้อำนาจ

พบว่าผู้ที่ทำบทบาทหน้าที่บทบาทดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาระยะยาว ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ประมาณร้อยละ 85. โดยเกือบครึ่งหนึ่งเป็นลูกสาว และ 1 ใน 7 เป็นภรรยา และในสังคมมุสลิมพบผู้ดูแลเป็นลูกสะใภ้ ถึง 2 ใน 5 และพบว่าส่วนใหญ่เป็นผู้ที่ทำงานภาคการเกษตร แตกต่างจากญาติพี่น้องอื่นๆ ที่ประกอบอาชีพอยู่ในเขตเมือง มีรายได้ที่มากกว่าผู้ดูแล และมีฐานะหน้าที่ดีกว่าผู้ดูแล สถานะของผู้ดูแลส่วนใหญ่จึงตกอยู่ใน “สภาวะไร้อำนาจ” ทั้งการต่อรองในครอบครัวและสังคม ผู้ดูแลอยู่ในสภาวะ “น้ำท่วมปาก” การเรียกร้องขอความช่วยเหลือจากญาติพี่น้องจึงเสมือนการเรียกร้องให้กับตัวเอง

2.2) ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีปัญหาสุขภาพและต้องการการพึ่งพาด้านสุขภาพ

ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีปัญหาสุขภาพความไม่พร้อมทางด้านร่างกาย โดย 1 ใน 3 อยู่ในวัยสูงอายุ และ 1 ใน 3 มีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และเกือบร้อยละ 2 มีความพิการและมีปัญหาในการดูแลตนเอง ผู้ดูแลจึงเป็นกลุ่มคนที่อยู่ในภาวะมีความต้องการการพึ่งพา แต่ต้องแบกรับภาระดูแลผู้สูงอายุที่พึ่งพาระยะยาว เนื่องจากสมาชิกในครอบครัวที่มีภาวะสุขภาพดีออกไปทำงานนอกบ้านทิ้งภาระการดูแลให้ผู้ที่มีภาวะเจ็บป่วย หรือมีปัญหาสุขภาพต้องรับผิดชอบดูแล

2.3) ผู้ดูแลมีบทบาทเชิงซ้อนและรับภาระดูแลเพียงลำพัง

ผู้ดูแลผู้สูงอายุระยะยาวส่วนใหญ่มีหน้าที่ภายในครอบครัวเดิม และ 3 ใน 4 ของผู้ดูแลยังประกอบอาชีพอยู่ การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวทำให้ภาระเพิ่มขึ้น ในขณะที่หน้าที่ในการทำงานภายในครอบครัวของผู้ดูแล

ยังคงเดิม และพบว่าส่วนใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยว ผู้ดูแลมากกว่าร้อยละ 80 จึงต้องรับภาระดูแลเพียงลำพัง และผู้ดูแลประมาณ 1 ใน 9 ต้องดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพาระยะยาว มากกว่า 1 คน อีกทั้งผู้ดูแลเกือบร้อยละ 90 ไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย และต้องดูแลที่มีระยะเวลาเฉลี่ยถึง 4 ปี

3) ภาระการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

พบว่าภาระการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองขาดเลือดและโรคเรื้อรัง ก่อให้เกิดภาระและผลกระทบต่อผู้ดูแลทุกด้าน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ และสังคม มากกว่าร้อยละ 70.0 โดยเฉพาะด้านเศรษฐกิจพบมากที่สุด เกือบ 4 ใน 5 รองมาคืออารมณ์ ด้านสังคม พบ 2 ใน 3 และด้านร่างกาย อย่างไรก็ตามพบว่าภาระการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมก่อให้เกิดผลกระทบต่อทุกด้านมากกว่าการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองขาดเลือด และโรคเรื้อรัง โดยพบผลกระทบต่อผู้ดูแลเกือบทุกด้านมากกว่าร้อยละ 80 โดยเฉพาะภาระและผลกระทบด้านจิตใจ และด้านสังคม พบมากกว่าร้อยละ 85 ยกเว้นผลกระทบด้านเศรษฐกิจ

ภาระและผลกระทบ	ภาวะStroke และโรคเรื้อรัง	ภาวะ Dementia	ภาระและผลกระทบ	ภาวะStroke และโรคเรื้อรัง	ภาวะ Dementia
1. ด้านร่างกาย	70.06 %	80.56 %	2. ด้านจิตใจ	73.94 %	86.11 %
1) เหนื่อยล้าร่างกาย	52.41 %	58.34 %	1) เครียด วิตกกังวล	72.19%	94.45 %
2) ปวดหลังและเข่า	28.34 %	28.71 %	2) ซึมเศร้า	25.14%	50.00 %
3) ปัญหาอนอนไม่หลับ	17.11 %	13.89 %	3) เครียดรุนแรง ทำร้าย ตนเองและผู้สูงอายุ	4.28%	11.11 %
4) มีการเจ็บป่วย	4.80 %	6.93 %			
3. ด้านสังคม	72.73 %	86.11 %	4. ด้านเศรษฐกิจ	79.68 %	75.00 %
1) กิจกรรมการพักผ่อน ลดลง	34.92 %	52.78 %	1) ค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น	100.00 %	100.00 %
2) กิจกรรมทางสังคมลดลง	29.63 %	27.78 %	2) รายได้ลดลง	25.11 %	30.55 %
3) ขัดแย้งกับญาติพี่น้อง และครอบครัว	41.28 %	19.43 %	3) เสียโอกาสในการ ประกอบอาชีพ	27.37 %	20.55 %
4) กิจกรรมทางศาสนา ลดลง	5.29 %	0.00 %	4) เงินไม่พอใช้ มีหนี้	13.41 %	8.33 %
			5) ลาออกจากงาน	5.30%	11.11%

โดยพบว่าภาวะและผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุสามารถจำแนกออกเป็น 5 ลักษณะดังนี้

3.1) ภาวะค่าใช้จ่ายการดูแล การแสวงหาการรักษา และการเสียสละโอกาสการประกอบอาชีพของผู้ดูแลก่อให้เกิดผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจและหนี้สินกับครอบครัว

พบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองขาดเลือด และโรคเรื้อรังทำให้ครอบครัวมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น จากการแสวงหาการรักษาทุกประเภท พบถึงร้อยละ 45 และค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับอุปกรณ์การดูแล เช่น แพนเพิร์ส มีรายได้ลดลง พบว่าผู้ดูแลร้อยละ 30 มีรายได้ลดลง เนื่องจากต้องหยุดงานหรือลาออกจากงาน ทำให้เงินไม่พอใช้ มีหนี้สิน พบว่าค่าใช้จ่ายในการแสวงหาการรักษามีสูง ทำให้บางครอบครัวไม่มีเงินพอสำหรับค่าใช้จ่าย เกิดปัญหาด้านหนี้สิน และ ผู้ดูแลเสียโอกาสในการประกอบอาชีพ มากกว่า 1 ใน 4 โดยพบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุ ประมาณร้อยละ 8 ต้องลาออกจากงานหรือหยุดการประกอบอาชีพเดิม ส่วนในผู้สูงอายุสมองเสื่อมพบว่าภาวะและผลกระทบด้านการเศรษฐกิจที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแล 3 ใน 4 น้อยกว่าผู้ป่วยที่มีภาวะสมองขาดเลือดและโรคเรื้อรัง อย่างไรก็ตามพบว่าทำให้ผู้ดูแลลาออกจากงาน มากถึงร้อยละ 11 เพื่อมาทำหน้าที่ในการดูแล ทำให้ผู้ดูแลเหล่านี้เสียโอกาสในการประกอบอาชีพ และพบว่าภาวะค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการดูแล ได้แก่ ค่าจ้างผู้ดูแล ค่าอุปกรณ์การดูแล และอาหาร มีจำนวนสูงกว่าการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองขาดเลือด

3.2) การดูแลผู้สูงอายุที่พึ่งพากระยะยาวเพียงลำพัง ทำให้ผู้ดูแลส่วนใหญ่รู้สึกโดดเดี่ยวและรู้สึกเครียดจนนำไปสู่การทำร้ายตนเองและผู้สูงอายุ

พบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุระยะยาวทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลมี 3 ลักษณะ ได้แก่ อารมณ์วิตกกังวล เครียด พบเกือบ 3 ใน 4 ของผู้ดูแล ซึ่งมีระดับความรุนแรงตั้งแต่ วิตกกังวล หงุดหงิด คับข้องใจ และเครียดกับสภาพที่ต้องเป็นผู้ดูแล อารมณ์เศร้า พบเกือบ 1 ใน 4 ของผู้ดูแล ได้แก่ ความรู้สึกสงสาร ท้อแท้ น้อยใจ ร้องไห้ คิดอยากหนีออกจากบ้าน และ อารมณ์เครียดรุนแรง พบผู้ดูแลมีความรู้สึกคิดฆ่าตัวตาย ทะเลาะ หรือทำร้ายผู้สูงอายุ ร้อยละ 4

3.3) ภาวะเครียดเป็นผลกระทบหลักด้านอารมณ์ของการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่เกิดจากข้อจำกัดของความรู้เกี่ยวกับโรคของผู้ดูแล

พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่มีความรู้เกี่ยวกับอาการของโรค ทำให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองขาดเลือด และโรคเรื้อรัง เกิดอารมณ์วิตกกังวล เครียด พบมากถึงร้อยละ 88 ทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกเครียด และมีความรู้สึกวิตกกังวล อารมณ์เศร้า พบร้อยละ 50 ของผู้ดูแลที่ต้องอดทนกับอารมณ์และพฤติกรรมผิดปกติของผู้สูงอายุที่บางครั้งทำร้ายผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกสงสาร มีอารมณ์เศร้า ร้องไห้บ่อย และรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง และพบว่าผู้ดูแลร้อยละ 12 มีอารมณ์เครียดรุนแรง มีการทะเลาะ ทำร้ายผู้สูงอายุ หรือ ถูกผู้สูงอายุทำร้าย ร้อยละ 8 ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกผิด และเกิดคำถามกับตนเองถึง “บุญหรือบาป” ของการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม

3.4) กิจกรรมในชุมชนและแหล่งสนับสนุนที่ลดลง ทำให้ผู้ดูแลขาดโอกาสทางสังคมและทำให้เกิดความขัดแย้งกับญาติพี่น้อง

พบว่าผู้ดูแลตกอยู่กับสภาวะของการดูแลเพียงลำพังเกือบตลอด 24 ชั่วโมง ทำให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองขาดเลือด และ โรคเรื้อรัง เกือบ 1 ใน 3 กิจกรรมทางสังคมลดลง ทั้งการเข้าร่วมกิจกรรมชุมชน การพบปะเพื่อน การทำกิจกรรมร่วมกับเพื่อน เพื่อนบ้าน ส่งผลทำให้ผู้ดูแลมีปฏิสัมพันธ์กับคนอื่น ๆ ในชุมชนและสังคมลดลง ทำให้ผู้ดูแลขาดโอกาสในการทำกิจกรรมทางศาสนาและขาดการพักผ่อน ถึง 1 ใน 3 นอกจากนี้

พบว่า การดูแลที่ขาดการสนับสนุนและถูกผลกระทบให้ดูแลเพียงลำพัง ทำให้เกือบร้อยละ 38 มีความขัดแย้งกับญาติพี่น้อง โดยเฉพาะการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม พบว่าทำให้ผู้ดูแลเกิดผลกระทบด้านสังคมมากที่สุดถึงร้อยละ 86 ทำให้ผู้ดูแลขาดโอกาสทางสังคม ขาดโอกาสทำกิจกรรมส่วนตัว

3.5) กิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่ต้องดูแลอย่างใกล้ชิดเกือบ 24 ชั่วโมงเพียงลำพัง ขาดโอกาสพักผ่อน ได้ส่งผลให้เกิดอาการเหนื่อยล้าและปัญหาสุขภาพของผู้ดูแล

พบว่ามากกว่าครึ่งหนึ่งของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองขาดเลือด และโรคเรื้อรังมี อาการเหนื่อยล้าร่างกาย ได้แก่ อาการเหนื่อย อ่อนเพลีย เมื่อยล้าร่างกาย อาการปวดหลัง ปวดเอว มากกว่า 1 ใน 4 ของผู้ดูแล จากบางการดูแลบางกิจกรรมที่ต้องยกตัวของผู้สูงอายุ เช่น การอาบน้ำ การขับถ่าย และการเคลื่อนย้าย มีปัญหาการนอนหลับ พบมากกว่า 1 ใน 5 ของผู้ดูแล ทำให้ไม่ได้พักผ่อน นอนไม่หลับ มีอาการวิงเวียนศีรษะ และพบว่าผู้ดูแลเกือบร้อยละ 5 มีปัญหาสุขภาพเพิ่มขึ้น ทำให้มีภาวะเจ็บป่วยเพิ่มมากขึ้น และไม่สามารถควบคุมอาการของโรค ส่วนการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม ผลกระทบด้านร่างกายพบมากในช่วงระยะที่ปรากฏอาการสมองเสื่อมรุนแรง ได้แก่ อาการเหนื่อยล้าร่างกาย พบมากกว่าครึ่งหนึ่ง และมีปัญหาการนอนหลับ พบเกือบ 1 ใน 5 ส่วนช่วงระยะที่มีอาการรุนแรงพบว่าทำให้ผู้ดูแลมีสุขภาพเพิ่มขึ้น ร้อยละ 8

4) วัฒนธรรมชุมชนและบทบาทองค์กรในชุมชนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

4.1) ครอบครัวเป็นสถาบันหลักของการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในสังคมไทย

พบว่าแบบแผนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในสังคมไทยเป็นการดูแลภายในครอบครัว โดยร้อยละ 95.5 เป็นการดูแลโดยผู้ดูแลในครอบครัว ด้วยค่านิยมความเชื่อ “ความกตัญญูทดแทน” เช่นเดียวกันในสังคมไทยมุสลิม หลักคำสอนของทางศาสนาที่ลูกต้องดูแลพ่อแม่ “สวรรค์อยู่ใต้ฝ่าเท้ามารดา” ซึ่งเป็นหลักปฏิบัติในการกระทำต่อพ่อแม่ชาวมุสลิม การดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้เป็นหน้าที่ลูก ทำให้ส่วนใหญ่ต้องรับภาระการดูแลเพียงลำพัง และปฏิเสธรับความช่วยเหลือจากคนภายนอก อย่างไรก็ตามการปฏิเสธไม่รับความช่วยเหลือของผู้ดูแลในครอบครัว ไม่ได้หมายความว่าผู้ดูแลไม่ต้องการการช่วยเหลือ แต่ด้วยบทบาทที่ถูกสังคมกำหนดและจับจ้องต่อการทำหน้าที่ ทำให้ผู้ดูแลเลือกที่จะปฏิเสธ ส่วนผู้ดูแลแล้วจ้างพบร้อยละ 9.5 ซึ่งพบทั้งในเขตชนบท และในเขตเมือง และพบว่าทุกครอบครัวที่จ้างผู้ดูแลจากศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ ประสบปัญหาผู้ดูแลลาออก พฤติกรรมของผู้ดูแลที่ไม่ใส่ใจ บางรายทำร้ายผู้สูงอายุ และนอกจากนี้พบว่าในชุมชนรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุอื่น ๆ ได้แก่ ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุกลางวัน สถานบริการผู้สูงอายุ สถานให้ความช่วยเหลือในการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ

4.2) การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน ขาดหลักประกันคุณภาพการดูแลที่บ้านและความต่อเนื่องของการดูแลในระบบบริการสุขภาพ

ในสถานบริการปฐมภูมิพบว่าสถานที่และระบบบริการของหน่วยงานไม่เอื้อต่อการให้บริการผู้สูงอายุที่พึ่งพาระยะยาว ทำให้ผู้สูงอายุประสบปัญหาในการเดินทาง และขาดอุปกรณ์อำนวยความสะดวก มีความยากลำบากในการเคลื่อนย้าย พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้รับการติดตามดูแลจากสถานบริการปฐมภูมิ ทั้งที่ผู้สูงอายุมากกว่า 1 ใน 4 มีปัญหาการดูแลด้านการแพทย์ที่เกินศักยภาพการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัว และพบว่าแนวทางการปฏิบัติดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่บ้านมีความลักลั่นขึ้นอยู่กับเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน

4.3) ชุมชนมีโครงสร้างองค์กรที่รองรับการทำงานผู้สูงอายุทั้งด้านสวัสดิการและสุขภาพ แต่ขาดกลไกขับเคลื่อนและบูรณาการงานผู้สูงอายุระยะยาวเชิงรูปธรรม

พบว่าในชุมชนระดับตำบลทั้งองค์กรที่เกี่ยวข้องกับการจัดสวัสดิการทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ ได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กองทุนฌาปนกิจสงเคราะห์ ชมรมผู้สูงอายุ และองค์กรดูแลด้านสุขภาพ ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อย่างไรก็ตามความช่วยเหลือด้านสุขภาพและด้านสวัสดิการไม่ครอบคลุมผู้สูงอายุ และไม่ตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ เช่น ขึ้นทะเบียนผู้พิการ 1 ปี และมีการแยกทำตามภารกิจของแต่ละองค์กร

5. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

5.1 ข้อเสนอแนะสำหรับกระทรวงสาธารณสุข

1) พัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้เป็นแหล่งสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวใน

ชุมชน

การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิให้มีระบบบริการที่เอื้อต่อการบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว และมีศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ได้แก่ การปรับปรุงสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อย การฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุ การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในเชิงรุก รวมถึงความสามารถในการวินิจฉัยและการดูแลโรคที่มีความซับซ้อนมาก เช่น ภาวะสมองเสื่อม ภาวะสมองขาดเลือด และอัตราากำลังที่เพียงพอต่อการให้บริการ จะช่วยสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในครอบครัว

2) กำหนดมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวและควบคุมคุณภาพการดูแลทั่วประเทศ

การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวควรมีระบบการตรวจประเมิน คัดกรองแยกประเภทผู้สูงอายุที่มีมาตรฐาน จัดชุดสิทธิประโยชน์และการสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุแต่ละประเภทที่ชัดเจน จึงมีความจำเป็นที่ต้องกำหนดมาตรฐานชัดเจนและถูกตรวจสอบคุณภาพเพื่อการพัฒนา โดยเฉพาะระบบการส่งต่อและการดูแลที่บ้านซึ่งเป็นกลไกการขับเคลื่อนสำคัญของระบบการสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของสถานบริการสุขภาพของประเทศไทยที่จะทำให้ผู้ดูแลและผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ

3) การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในระบบบริการสุขภาพและในชุมชน

การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาในระยะยาวมีความซับซ้อน และต้องการบริการที่มีความเฉพาะ การเตรียมบุคลากร ผู้ดูแล และครอบครัวเพื่อรองรับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวมีความจำเป็น ที่ผู้ดูแลทุกระดับต้องได้รับการพัฒนาศักยภาพ โดยเฉพาะผู้ดูแลในครอบครัวและบุคลากรสาธารณสุขในระดับปฐมภูมิ ซึ่งเป็นกลไกสำคัญของการขับเคลื่อนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน ที่ต้องได้รับการพัฒนาความรู้และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวอย่างมีคุณภาพ

5.2 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสำหรับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ได้แก่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงสาธารณสุข สภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยฯ องค์กรเอกชน ควรร่วมออกแบบและสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในสังคมไทยดังต่อไปนี้

1) ออกแบบระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีทางเลือกสำหรับผู้ดูแลและครอบครัวในชุมชน

ควรมีการออกแบบระบบการดูแลที่รองรับผู้สูงอายุและผู้ดูแลทุกประเภท ตั้งแต่สุขภาพดี ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ และมีอาการเจ็บป่วยเฉพาะ เช่น การดูแลผู้สูงอายุกลางวัน การให้ความช่วยเหลือในการดำรงชีวิต การดูแลระยะสุดท้าย เพื่อเป็นทางเลือกสำหรับผู้ดูแลและครอบครัวภายใต้แนวคิดสนับสนุนการดูแลในครอบครัวและชุมชน โดยการวางแผนและกำหนดกลวิธีในการกำหนดรูปแบบบริการดูแลระยะยาวร่วมกันของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งผู้มีส่วนได้เสีย เช่น ผู้สูงอายุ ผู้ดูแลและครอบครัว

2) ส่งเสริมให้เกิดการจัดตั้งกองทุนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนโดยชุมชน

กระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวมีความจำเป็น เพื่อช่วยลดภาระของผู้ดูแลและครอบครัว การส่งเสริมให้เกิดกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนโดยชุมชน เป็นการระดมทรัพยากรในชุมชน เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุและระบบสนับสนุนผู้ดูแลในชุมชนโดยชุมชน ให้ผู้ดูแลในครอบครัวได้ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ และทำให้องค์กรในชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีคุณภาพ ตามบริบททางสังคมวัฒนธรรมและทำให้ผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดี

3) สนับสนุนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้มีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวองค์กรปกครองส่วนภายใต้กองทุนส่งเสริมสุขภาพตำบล

การสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่สอดคล้องกับบริบทของแต่ละพื้นที่ ให้มีบทบาทในการออกแบบและดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้กองทุนส่งเสริมสุขภาพตำบล จะทำให้เกิดพลังการขับเคลื่อนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวและเกิดการเชื่อมโยงจากนโยบายการดูแลสุขภาพของประชาชนสู่แนวทางการปฏิบัติที่มีทิศทางชัดเจน ทำให้ผู้ดูแลและผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันโครงสร้างประชากรโลกมีการเปลี่ยนแปลง ขนาดสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ในประเทศที่พัฒนาแล้ว พบว่าผู้สูงอายุ อายุ 60 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 8 ในปี ค.ศ. 1950 เป็นร้อยละ 11 ในปีค.ศ. 2009 และคาดว่าจะเพิ่มเป็นร้อยละ 22 ตามลำดับ (United Nation, 2009) ในขณะที่อายุขัยเฉลี่ยแรกเกิดของประชากรโลกเพิ่มขึ้นจาก 66 ปี ในปีค.ศ. 2000 – 2005 เป็น 69 ปีในปีค.ศ.2010 และคาดว่าจะเพิ่มเป็น 72.4 ปี ในค.ศ.2025 – 2030 (United Nations, 2002) ประเทศต่างๆทั่วโลก จึงเริ่มเผชิญกับสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น

ในประเทศไทยนั้นประชากรผู้สูงอายุ เป็นผู้ที่อายุ 60 ปีขึ้นไป (พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ, 2546) มีอัตราสูงชันอย่างรวดเร็วเช่นกัน โดยพบว่าในปีพ.ศ. 2545 พบสัดส่วนผู้สูงอายุร้อยละ 9.4 เพิ่มเป็นร้อยละ 10.7 ในปีพ.ศ.2550 และร้อยละ 11.2 ในปีพ.ศ.2552 ตามลำดับ (National Statistical Office, 2008; UnitedNation, 2009) องค์การสหประชาชาติยังคาดคะเนว่าแนวโน้มประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปของประเทศไทยจะเพิ่มเป็นร้อยละ 17.1 ในปี ค.ศ. 2025 และเพิ่มเป็นร้อยละ 27.1 ในค.ศ.2050 อีกทั้งอายุขัยเฉลี่ยของประชากรแรกเกิดได้เพิ่มขึ้นจาก 61.4 ปี ในค.ศ.1975 – 1980 เป็น 70.8 ปี ในค.ศ. 2000 - 2005 และประมาณการว่าจะเพิ่มเป็น 76.8 ปี ในค.ศ.2025 – 2030(United Nations, 2002) แนวโน้มจำนวนประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว และอายุขัยของประชากรที่ยืนยาวมากยิ่งขึ้นทำให้ประเทศไทยเข้าสู่ภาวะสังคมผู้สูงอายุ

ซึ่งพบว่ามีสัดส่วนการพึ่งพาเพิ่มสูงขึ้น ทั้งการพึ่งพาทางด้านเศรษฐกิจซึ่งพบว่าผู้สูงอายุมีภาวะเปราะบางทางเศรษฐกิจถึง 1 ใน 4 คน และ ร้อยละ 13.7 มีรายได้ไม่พอเพียงรายจ่าย (Chayovan, 2005) และยังพบว่าอัตราการพึ่งพิงของประชากรวัยแรงงานต่อการรับภาระเลี้ยงดูผู้สูงอายุเพิ่มจากร้อยละ 14.3 ในปี พ.ศ. 2545 เป็น 16.0 ในปี พ.ศ. 2550 (National Statistical Office, 2008) นอกจากนี้พบว่าผู้สูงอายุมีความต้องการพึ่งพาทางด้านสุขภาพสูง โดยพบว่าร้อยละ 50.0 มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหรือมีสุขภาพไม่แข็งแรง โรคเรื้อรังที่พบมากที่สุดคือโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด พบร้อยละ 42.66 โรคระบบต่อมไร้ท่อ พบร้อยละ 24.34 โรคระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ร้อยละ 20.85 และยังมีอายุยืนยาวขึ้นโอกาสเกิดโรคเรื้อรังหรือมีปัญหาสุขภาพสูงมากขึ้น (The national commission on the elderly, 2006) ปัญหาการพึ่งพาทางสุขภาพ ก่อให้เกิดภาระในการดูแลผู้สูงอายุ

การเจ็บป่วยและโรคเรื้อรังเป็นสาเหตุหลักที่นำมาสู่ข้อจำกัดหรือการสูญเสียความสามารถในการประกอบกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ (WHO, 2003; Verbrugge & Jette, 1994) ทำให้ผู้สูงอายุมีความต้องการการพึ่งพากิจวัตรประจำวัน ซึ่งจากสำรวจข้อมูลสุขภาพประชาชนพบผู้สูงอายุมีความยากลำบากในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน ร้อยละ 15.5 โดยพบว่าในเขตชนบทมีความชุกร้อยละ 16.5 ขณะที่ในเขตเมืองพบร้อยละ 13.5 ตามลำดับ (วิชัย เอกพลากรและคณะ, 2552) โดยเฉพาะปัญหาการปฏิบัติกิจวัตร

ประจำวันพื้นฐานขั้นรุนแรงหรือที่เรียกว่า ภาวะทุพพลภาพรุนแรง ซึ่งเป็นปัญหาที่มีความสัมพันธ์กับความ ต้องการการดูแลระยะยาว (Lafortune and Balestat, 2007) ซึ่งการศึกษาในประเทศไทยเขต กรุงเทพมหานครพบความชุก ร้อยละ 19 (Jittapankul et al, 1994) และเขตชนบทพบ ร้อยละ 12 (Sihapark, et al, 2013) และจากการสำรวจพบว่าผู้สูงอายุไทยร้อยละ 10.1 ต้องมีผู้ดูแลการทำกิจวัตร ประจำวัน (Knodel & Chayovan, 2008; National Statistical Office, 2008)

การดูแลระยะยาว เป็นการดูแลที่สำคัญส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพและสังคม ซึ่งจะรวมถึงกิจกรรมที่ ดำเนินการสำหรับคนที่ต้องการการดูแลโดยผู้ดูแลไม่เป็นทางการ ผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นทางการ รวมถึง วิชาชีพ และ ผู้ช่วย และผู้ดูแลแบบดั้งเดิม และอาสาสมัคร (WHO, 2000) จากการคาดประมาณจำนวน ผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพรุนแรง ในปี 2552 พบว่ามีความต้องการการดูแลระยะยาว ในเพศชายประมาณ 60,000 คน เพศหญิง 100,00 คน และอีก 20 ปีข้างหน้า จะเพิ่มขึ้นเป็น 100,000 คน และ 140,000 คน ตามลำดับ และจากประมาณการค่าใช้จ่ายด้านการรักษาของผู้ที่มีภาวะทุพพลภาพรุนแรง ในปี พ.ศ. 2552 พบ ประมาณ 90-11,354 ล้านบาท และจะเพิ่มเป็น 2766-34,573 ล้านบาทในปี พ.ศ.2567 (Srithamrongsawat et al., 2009) ภาวะทุพพลภาพรุนแรงของผู้สูงอายุจึงส่งผลกระทบต่ออัตราการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจของ ประเทศ จากการศึกษาในประเทศสวีเดนพบว่าเมื่อเทียบกับผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (GDP) ค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุเหล่านี้มีสัดส่วนเพิ่มสูงขึ้น โดยในปีพ.ศ.2543 พบร้อยละ 2.84 และคาดว่าปีพ.ศ. 2563 จะเพิ่มสูงเป็นร้อยละ 3.61 (Jacobzone, Cambois and Robine, 2000) ภาวะทุพพลภาพรุนแรง ส่งผลกระทบโดยตรงต่อผู้สูงอายุ และทำให้เกิดการพึ่งพาระยะยาวที่มีผลกระทบต่อผู้ดูแลและครอบครัว ทั้ง ภาระการดูแลและภาระค่าใช้จ่าย ทั้งยังส่งผลกระทบต่อภาระค่าใช้จ่ายทั้งทางด้านเศรษฐกิจและสังคมของ ประเทศชาติ (Lafortune and Balestat, 2007)

อย่างไรก็ตามการศึกษาที่ผ่านมาในประเทศไทยพบว่าบริการสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้และผู้ดูแลมีข้อจำกัดมากทั้งด้านสุขภาพและสังคม บทบาทหลักในการดูแลผู้สูงอายุที่ต้อง พึ่งพาระยะยาวเป็นเรื่องของครอบครัว (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ, 2552) และพบว่าผู้ดูแลหลักเป็นผู้ ที่มีอำนาจทางเศรษฐกิจและสังคมน้อยกว่าสมาชิกคนอื่นในครอบครัว ส่วนอาสาสมัครที่มีอยู่ในชุมชน ได้แก่ อสม. อพส. มีความรู้ไม่เพียงพอต่อการให้บริการกับผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังหรือเป็นผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะ พึ่งพา (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ, 2552) อีกทั้งพบว่าปัจจุบันสังคมไทยมีการเปลี่ยนแปลงทางสังคม วัฒนธรรม ซึ่งแม้จะพบว่าระบบเครือญาติที่ใกล้ชิดกัน ระบบสังคมและครอบครัวที่ให้คุณค่าเชิงบวกแก่ ผู้สูงอายุ เป็นบริบททางสังคมวัฒนธรรมที่ทำให้ผู้สูงอายุมีความสุข (Siriruecha, 2002) แต่พบว่าในปัจจุบัน โครงสร้างครอบครัวของสังคมไทยเปลี่ยนจากครอบครัวขยายเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น จากร้อยละ 28.9 เป็นร้อยละ 31.0 อาศัยอยู่คนเดียวเพียงลำพังเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.7 เป็นร้อยละ 7.5 จากปีพ.ศ.2546 และพ.ศ.2550 ตามลำดับ (National Statistical Office, 2008) และลักษณะครอบครัวมีขนาดเล็กลง บุตรที่ ทำบทบาทเป็นผู้ดูแลบิดามารดามีจำนวนน้อย และผู้หญิงที่มีการศึกษาออกไปทำงานนอกบ้าน (Choowattanapakorn, 1999a)

นอกจากนี้ในแต่ละภูมิภาคของประเทศที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรมและกำลังเผชิญการเปลี่ยนแปลงทางวัฒนธรรม ผู้สูงอายุส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ มีความเชื่อในเรื่องเวรกรรม (Choowattanapakorn, 1999b; Pinyuchon & Gray, 1997) แต่ประชาชนส่วนหนึ่งของภาคใต้ นับถือศาสนาอิสลาม มีวิถีการดำเนินชีวิตตามคำสอนของศาสนาอิสลาม (Rattanapun et al., 2009) ในขณะที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ การดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุอยู่ภายใต้วัฒนธรรมความเชื่อ ฮีต 12 คอง 14 ที่มีการประเพณีทำบุญร่วมกันทุกเดือน (บัวพันธ์ พรหมพักพิง, 2546; สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ, 2552) ด้านภาคเหนือ โดยเฉพาะชุมชนในภาคเหนือตอนบนจะมีภาษาถิ่นและดำเนินชีวิตตามแบบวัฒนธรรมของชาวล้านนา มีสังคมเครือญาติ แต่ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับภาระของปัญหาโรคเอดส์ และเด็กกำพร้า (ศิริณี ปันคำ, 2542; สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ, 2552) ส่วนภาคกลาง แม้จะเคยเป็นแหล่งอารยธรรมเก่าแก่ แต่ปัจจุบันชุมชนเผชิญการขยายตัวของภาคอุตสาหกรรมและความเป็นเมือง ส่งผลให้ชุมชนมีการปรับตัวอาชีพนอกภาคเกษตรกรรมมากขึ้นและมีผลต่อรูปแบบการอยู่ร่วมกันของครอบครัว (ศิริพันธุ์ สาสัจย์ และคณะ, 2552)

การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุเป็นสิ่งที่มีความสำคัญและจำเป็นต่อการสำหรับสังคมไทย ซึ่งที่ผ่านมากรอบดำเนินงานผู้สูงอายุอยู่ภายใต้แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ที่มีการพัฒนาปรับปรุงให้สอดคล้องกับสังคมไทย อย่างไรก็ตามพบว่าจากการประเมินแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545 – 2564) ในช่วงหลังการดำเนิน 5 ปี พบว่า สถานการณ์ผู้สูงอายุของประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงและเป็นประเด็นท้าทายต่อการดำเนินงานตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติที่สำคัญ คือ ความยากจนของประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มสูงขึ้น การลดลงของศักยภาพการเกื้อหนุนของครอบครัวและประชากรวัยแรงงาน และภาวะพึ่งพาที่สูงขึ้นและความต้องการการดูแลระยะยาว (วิพรรณ ประจวบเหมาะ และคณะ, 2553) ในขณะที่การศึกษาที่ผ่านมามีข้อจำกัดเกี่ยวกับการศึกษาภาระและผลกระทบของผู้ดูแล รวมทั้งสภาพปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีความแตกต่างกันในแต่ละมิติวัฒนธรรมของสังคมไทย การศึกษาผลกระทบและภาระการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้วัฒนธรรมไทยครั้งนี้ จึงเป็นการแสวงหาความรู้เกี่ยวกับแบบแผนการดูแลผู้สูงอายุ ภาระและผลกระทบการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชนของสังคมไทยที่แปรผันไปตามเวลาตลอดจนบทบาทขององค์กรที่ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุในเขตชนบทภายใต้วัฒนธรรมทั้ง 4 ภูมิภาคของประเทศไทยด้วยการวิจัยเชิงคุณภาพ ซึ่งจะนำไปสู่การออกแบบพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่ยั่งยืน และเป็นแนวทางพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมไทย รวมทั้งผลักดันให้เกิดชุดสิทธิประโยชน์สำหรับผู้ดูแลและครอบครัวต่อไป

1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

- 1) เพื่อศึกษาประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของครอบครัวและชุมชนไทย
- 2) เพื่อศึกษาภาระและผลกระทบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของครอบครัวและสังคมไทย
- 3) เพื่อศึกษาบทบาทอาสาสมัครในชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และองค์กรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุในสังคมไทย

1.3 ขอบเขตของการวิจัย

1.3.1 เนื้อหาการวิจัย

ขอบเขตการศึกษา ประกอบด้วย ประสพการณ์การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ภาระและผลกระทบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว บทบาทอาสาสมัครในชุมชน องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และองค์กรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุใน 5 ภูมิภาคของประเทศไทย

1.3.2 ประชากร

ประชากรในการศึกษาในครั้งนี้มี 3 กลุ่ม คือ

1) ผู้สูงอายุ

เป็นประชากรกลุ่มเป้าหมายหลักของการวิจัย ได้แก่ ประชากรผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง เป็นผู้ที่มีประสพภาวะความยากลำบากในการปฏิบัติกิจกรรมขั้นพื้นฐานในการดูแลตนเอง ซึ่งประเมินจากเครื่องมือ Barthel index ในระดับทุพพลภาพรุนแรง (ต่ำกว่า 12 คะแนน) หรือ มีภาวะสมองเสื่อม ที่ต้องได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์

2) ผู้ดูแลและครอบครัว

เป็นผู้ดูแลหลักที่มีประสพการณ์ทำหน้าที่ในการดูแลทำกิจกรรมขั้นพื้นฐานให้กับผู้สูงอายุที่มีประสพภาวะยากลำบาก หรือ ช่วยเหลือตนเองได้น้อย หรือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่อาศัยอยู่ในครอบครัว ทั้งผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกภายในครอบครัวและผู้ดูแลที่ได้รับการว่าจ้าง

3) ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

เป็นกลุ่มบุคคลในชุมชน ที่มีประสพการณ์ส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุและสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ได้แก่ กลุ่มผู้นำชุมชน เช่น องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน ผู้ช่วยกลุ่มอาสาสมัครในชุมชน ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุข, อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ และ อาสาสมัครอื่น ๆ กลุ่มแกนนำผู้สูงอายุ ได้แก่ ผู้นำทางศาสนา ผู้นำชมรม ประธาน/กรรมการผู้สูงอายุของชุมชน และกลุ่มเจ้าหน้าที่ของรัฐ ได้แก่ ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลชุมชน ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่หน่วยกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และ ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่หน่วยอื่นๆในพื้นที่

1.3.3 พื้นที่ศึกษาวิจัย

พื้นที่การศึกษามีขอบเขตครอบคลุมตำบลใน 9 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดเชียงราย จังหวัดพิจิตร จังหวัดเลย จังหวัดศรีสะเกษ จังหวัดขอนแก่น จังหวัดราชบุรี จังหวัดจันทบุรี จังหวัดนครศรีธรรมราช และจังหวัดยะลา ซึ่งครอบคลุม 5 ภูมิภาคของประเทศไทย

1.4 นิยามศัพท์เฉพาะ

1.4.1 ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง อาศัยอยู่ในพื้นที่วิจัย 13 ตำบล ของจังหวัดเชียงราย จังหวัดพิจิตร จังหวัดเลย จังหวัดศรีสะเกษ จังหวัดขอนแก่น จังหวัดราชบุรี จังหวัดจันทบุรี จังหวัดนครศรีธรรมราช และจังหวัดยะลา

1.4.2 การดูแลระยะยาว หมายถึง การดูแลที่ครอบคลุมมิติทั้งสังคม สุขภาพ เศรษฐกิจและสภาพแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุที่ประสบภาวะยากลำบากในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน อันเนื่องมาจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง หรือมีความพิการทุพพลภาพ ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วนหรือไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในชีวิตประจำวัน ซึ่งอาจเป็นการดูแลที่บ้าน หรือในสถานบริการโดยผู้ดูแลที่เป็นทางการ ได้แก่ บุคลากรด้านสุขภาพ ด้านสังคม และไม่เป็นทางการ ได้แก่ ครอบครัว เพื่อนบ้าน ญาติพี่น้อง คนอื่น ๆ ที่มีความเชื่อมโยงกันตามวัฒนธรรม ความเชื่อ และบริบททางสังคมของบุคคล ครอบครัว และชุมชน

1.4.3 ภาระและผลกระทบ หมายถึง การรับรู้ต่อภาระที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติหน้าที่และผลกระทบของการปฏิบัติหน้าที่ให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีช่วยเหลือตนเองได้น้อย หรือมีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ ด้านสังคม และด้านเศรษฐกิจ ซึ่งมีทั้งผลกระทบทางด้านลบและผลกระทบทางบวก

1.5 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ผลของการศึกษาวิจัยคาดว่าจะสามารถนำไปใช้ได้ทั้งในระดับนโยบายและระดับปฏิบัติของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานภายใต้สังกัด เช่น สำนักงานสาธารณสุข โรงพยาบาล สถานีอนามัย กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์และหน่วยงานภายใต้สังกัด เช่น ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น รวมถึงหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง และประชาชนในพื้นที่ ซึ่งสามารถนำผลการศึกษาวิจัยไปใช้ประโยชน์ ได้แก่

- 1) เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการเตรียมระบบการดูแลระยะยาวที่สอดคล้องกับสังคมไทยสำหรับผู้บริหารและผู้ที่เกี่ยวข้องเชิงนโยบายระดับประเทศในการวางแผนดูแลผู้สูงอายุและจัดระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของประเทศไทยในอนาคต
- 2) เพื่อใช้เป็นข้อมูลสำหรับชุมชนและท้องถิ่นในการวางแผนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน
- 3) เพื่อนำเสนอแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนภายใต้วัฒนธรรมไทย
- 4) เพื่อนำเสนอวัฒนธรรมการดูแลผู้สูงอายุ และการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน ที่สามารถแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการดูแลผู้สูงอายุของประเทศไทยและสากลได้

บทที่ 2

กรอบการทบทวนวรรณกรรม

การวิจัยผลกระทบและการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้วัฒนธรรมไทย มีการทบทวนวรรณกรรมและการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้านี้ ประกอบด้วยประเด็น ต่อไปนี้

- 2.1 สถานการณ์ภาวะพึ่งพาในระยะยาวของผู้สูงอายุ
- 2.2 ความหมายและแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลระยะยาว
- 2.3 รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวของประเทศไทยและต่างประเทศ
- 2.4 นโยบายและแผนงานการดูแลผู้สูงอายุของประเทศไทยและต่างประเทศ
- 2.5 กรอบแนวคิดการศึกษาค้นคว้าเบื้องต้น

2.1 สถานการณ์ภาวะพึ่งพาในระยะยาวของผู้สูงอายุ

ปัจจุบันโครงสร้างประชากรโลกและของประเทศไทยเปลี่ยนแปลง จำนวนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มจำนวนสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว ทำให้หลายประเทศเข้าสู่ภาวะสังคมผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นกลุ่มประชากรที่มีความต้องการการพึ่งพาที่เพิ่มสูงขึ้น จากปัญหาด้านสุขภาพ ด้านเศรษฐกิจและสังคม อันเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงในลักษณะการเสื่อมถอย ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ของผู้สูงอายุ

ซึ่งจากการวิเคราะห์ข้อมูลประชากรภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุในแต่ละทวีป พบว่าในทวีปแอฟริกามีความชุกของภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุ ร้อยละ 9.6 (Harwood, Sayer, and Hirschfeld, 2004) โดยเฉพาะในประเทศอียิปต์ พบอัตราความชุกของการเกิดความยากลำบากในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันในทุกกิจกรรมสูง ในเพศชาย พบร้อยละ 22.4 เพศหญิงร้อยละ 28.5 และในประเทศตุนิเซีย พบอัตราความชุกในเพศชายร้อยละ 32.0 เพศหญิง ร้อยละ 46.8 (Yount and Agree, 2005) ด้านทวีปอเมริกาแถบละตินอเมริกา พบภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุ ร้อยละ 7.5 (Harwood, Sayer, and Hirschfeld, 2004) โดยเฉพาะในประเทศสหรัฐอเมริกา และ ประเทศแคนาดา มีรายงานภาวะทุพพลภาพ ร้อยละ 16.6 และร้อยละ 6.0 ตามลำดับ

ส่วนประเทศในทวีปเอเชียพบว่ารายงานการเผยแพร่ภาวะทุพพลภาพที่ประเมินจากเครื่องมือประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันที่ปรากฏรายงานบ่อย ได้แก่ประเทศไต้หวัน ประเทศไทย ประเทศญี่ปุ่น ประเทศอิหร่าน ประเทศมาเลเซีย พบว่าอัตราความชุกของเกิดภาวะทุพพลภาพในประเทศเหล่านี้พบในอัตราสูงไม่เกินร้อยละ 20 ยกเว้นประเทศญี่ปุ่น (Sherina and Mustaqim, 2002, Jintapunkul, et al, 2003, Schoeni, et al., 2005, Okochi, 2005) ส่วนในประเทศแถบทวีปยุโรปมีรายงานเกี่ยวกับอัตราความชุกของการเกิดภาวะทุพพลภาพจำนวนมากและมีรายงานข้อมูลระดับประเทศที่สมบูรณ์ และทวีปโอเชียเนีย มีรายงานการเผยแพร่มากในประเทศออสเตรเลีย พบร้อยละ 22 และพบว่าอัตราการเกิดภาวะทุพพลภาพเพิ่มสูงขึ้น (Giles , Cameron and Crotty, 2003, Harwood, Sayer, and

Hirschfeld, 2004) ซึ่งจากการศึกษาเปรียบเทียบความชุกของการเกิดภาวะทุพพลภาพและแนวโน้มของการเกิดภาวะทุพพลภาพของประเทศและกลุ่มประเทศต่างๆ ในโลกตั้งแต่ปี 2000 – 2050 มีดังต่อไปนี้

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบอัตราความชุกของภาวะพึ่งพาและแนวโน้มการเกิดภาวะพึ่งพาของผู้สูงอายุ

ประเทศ/กลุ่มประเทศ	อัตราการเกิดภาวะพึ่งพา (ร้อยละ)					
	2000	2010	2020	2030	2040	2050
China	7.8	8.3	9.6	11.6	13.0	14.0
Established Market Economic	7.2	7.8	8.6	9.7	10.2	10.4
Former Socialist Economic of Europe	7.9	7.9	8.9	9.7	10.8	12.5
India	8.7	8.8	9.2	10.0	11.0	12.1
Latin America and Caribbean	7.3	7.5	8.1	8.9	9.6	10.6
Meddle – Eastern Crescent	7.8	7.8	8.1	8.5	9.1	9.8
Sub – Saharan Africa	9.7	9.6	9.6	9.6	9.8	10.5
Other Asia and Islands	7.7	7.9	8.5	9.3	10.2	11.1

ที่มา: Harwood H.R., Sayer A.A., and Hirschfeld M, 2004

สำหรับประเทศไทยเป็นประเทศที่มีสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป สูงขึ้นอย่างรวดเร็ว จากการสำรวจภาวะพึ่งพาพบว่าผู้สูงอายุมีภาวะความต้องการการพึ่งพาการดูแลกิจวัตรประจำวัน ร้อยละ 15.5 มีภาวะทุพพลภาพ (วิชัย เอกพลากร และคณะ, 2552) และจากการคาดประมาณจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพารุนแรง ในปี 2552 พบว่ามีความต้องการการดูแลระยะยาว ในเพศชายประมาณ 60,000 คน เพศหญิง 100,000 คน และอีก 20 ปีข้างหน้า จะเพิ่มขึ้นเป็น 100,000 คน และ 140,000 คน ในเพศหญิงและชายตามลำดับ และจากประมาณการค่าใช้จ่ายด้านการรักษาของผู้ที่มีการพึ่งพารุนแรง ในปีพ.ศ. 2552 พบประมาณ 908 - 11,354 ล้านบาท และจะเพิ่มเป็น 2766 - 34,573 ล้านบาทในปีพ.ศ. 2567 (Srithamrongsawat, et al, 2009) นอกจากนี้จากการศึกษา ยังพบว่าการเกิดภาวะพึ่งพาการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุ ในแต่ละช่วงของอายุมีความแตกต่างกันดังนี้

ตารางที่ 2 อัตราการเกิดภาวะพึ่งพาในระยะยาวของผู้สูงอายุจำแนกตามเพศและอายุ

ภาวะพึ่งพาในระยะยาว	Male				Female			
	All	60-69	70-79	80+	All	60-69	70-79	80+
Long-term disability	17.4	14.6	19.4	27.6	20.2	14.9	23.4	36
Total disability	22	19.5	22.9	33.3	27.2	22.7	30.6	39.7
Self-care Dependence	5.7	4	5.4	16.1	7.9	4.4	8.9	20.9

ที่มา: Jintapunkul, et al. 2003

ภาวะทุพพลภาพเป็นกระบวนการเกิดที่นำไปสู่ภาวะพึ่งพาของผู้สูงอายุมีความสลับซับซ้อนและเป็นกระบวนการที่เกิดพัฒนาการอย่างต่อเนื่องจากภาวะพร่องหน้าที่ (Impairment) เกิดภาวะจำกัดในการทำหน้าที่ (Functional limitation) ไปสู่การเกิดข้อจำกัดหรือข้อบกพร่องในการปฏิบัติกิจกรรมที่เคยทำเป็นประจำที่เรียกว่าภาวะพึ่งพา (Patrick and Peach, 1989, Rejeski and Focht, 2002, Verbrugge and Jette, 1994, Yong, 2003) ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพพลภาพที่นำไปสู่การพึ่งพาในระยะยาวในผู้สูงอายุมี 4 สาเหตุหลัก คือ โรคเรื้อรังหรืออาการเจ็บป่วย ภาวะสมองเสื่อม การหกล้ม และกระบวนการสูงอายุ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1) โรคเรื้อรัง โรคเรื้อรังหรืออาการเจ็บป่วยทำให้ร่างกายเกิดพยาธิสภาพ ทำให้เกิดการสูญเสียหน้าที่ตามระบบร่างกายที่เจ็บป่วย ทำให้เกิดข้อจำกัดทางด้านร่างกายและจิตใจ และนำมาสู่การสูญเสียความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน (Rejeski and Focht, 2002b, Verbrugge and Jette, 1994) ซึ่งโรคหรือการเจ็บป่วยที่รายงานการวิจัย พบว่ามีความสัมพันธ์สูงต่อการเกิดภาวะทุพพลภาพ ได้แก่ โรคเรื้อรังร่วมตั้งแต่ 2 ชนิด พบว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคร่วมเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพพลภาพ (Jagger, et al, 2007, Marengoni, et al, 2009, Tas, et al., 2007, Sihapark, et al, 2013) นอกจากนี้ยังพบว่า ภาวะ Stroke เป็นโรคเรื้อรังทางระบบหัวใจและหลอดเลือดมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุ และโรค Arthritis พบว่าเป็นโรคเรื้อรังในระบบกระดูกและกล้ามเนื้อที่มีระดับความสัมพันธ์สูงกับการเกิดภาวะทุพพลภาพเช่นกัน (Spiers et al., 2005) ส่วนการศึกษาในประเทศไทย พบว่าโรคเรื้อรังที่เป็นสาเหตุการเกิดโรคร่วมของผู้สูงอายุ คือ โรคความดันโลหิตสูง และพบว่าผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 6-9 ไม่ได้รับการรักษา และร้อยละ 23-25 ไม่สามารถควบคุมอาการได้ (วิชัย เอกพลากร และคณะ, 2552, Sihapark, et al, 2013)

2) ภาวะสมองเสื่อม เป็นการเปลี่ยนแปลงทางการรับรู้ เป็นกระบวนการคิด การเรียนรู้และการจดจำ ที่เป็นผลจากเหตุทั้งภายในและภายนอกของผู้สูงอายุเอง สันนิษฐานว่ากลไกการเกิดการสูญเสียการรับรู้ประกอบด้วย 4 อย่างคือ ข้อมูลที่อยู่ในกระบวนการ การทำหน้าที่เกี่ยวกับการจดจำของสมอง ข้อจำกัดในการ

ทำหน้าที่ของสมอง และการทำหน้าที่ของประสาทรับรู้ลึก (Park and Schwarz, 2000) ผลการติดตามผู้สูงอายุระยะเวลา 10 ปี พบว่าภาวะสมองเสื่อมมีระดับนัยสำคัญสูงกับกระบวนการเกิดภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุในประเทศฝรั่งเศส และผลการศึกษาในประเทศเยอรมันที่พบว่าภาวะสมองเสื่อมเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุ เช่นเดียวกับการศึกษาในประเทศไทย (Spiers et al., 2005, Tas, et al., 2007, Tas, et al., 2006, WHO, 2003, Sihapark, 2013) ซึ่งผลการสำรวจข้อมูลระดับประเทศไทยพบผู้สูงอายุมีอาการสงสัยภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 12.4 (วิชัย เอกพลกร และคณะ, 2552)

3) การหกล้ม พบว่าในผู้สูงอายุนั้นระบบกระดูกและกล้ามเนื้อทั้งรูปร่างและโครงสร้างเปลี่ยนไป ความแข็งแรงและความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง การทำหน้าที่ของกล้ามเนื้อลดลง จึงทำให้ผู้สูงอายุมีปัญหาโรคของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง โอกาสเกิดการได้รับบาดเจ็บ โดยเฉพาะการหกล้มมีสูง การหกล้มทำให้เกิดความกลัวต่อการหกล้ม ทำให้ผู้สูงอายุพยายามหลีกเลี่ยงการปฏิบัติกิจกรรม จึงทำให้เกิดการสูญเสียความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ทำให้ความสมดุลของการควบคุมร่างกายเสียไป จนนำมาสู่ความยากลำบากในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน (Delbaere et al., 2004) โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไปการหกล้มเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะทุพพลภาพ (Dunn et al., 1992, Sihapark, 2013) เช่นเดียวกับข้อสรุปขององค์การอนามัยโลกและการศึกษาในประเทศที่พัฒนาแล้วที่ผ่านมา (WHO, 2003)

4) อายุ พบว่าอายุที่เพิ่มสูงขึ้นมีผลให้ร่างกายเกิดกระบวนการทุพพลภาพและทำให้เสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพพลภาพ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุมาก กระบวนการชราภาพจะทำให้เกิดการทำงานของระบบประสาทสัมผัสและประสาทสั่งการลดลง เกิดกระบวนการเสื่อมของระบบหายใจและหัวใจ ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ และระบบประสาทเป็นต้น (WHO, 2003) รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมของแต่ละบุคคลที่มีผลให้เมื่อเข้าสู่ผู้สูงอายุ มีโอกาสเกิดภาวะทุพพลภาพ ดังรายงานการวิจัยที่พบว่าอายุเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการเกิดภาวะทุพพลภาพ ยิ่งมีอายุเพิ่มขึ้นโอกาสเกิดภาวะทุพพลภาพก็เกิดขึ้นสูง (Fuchs et al., 1998, Jagger et al., 2001, Spiers et al., 2005, Tas U, et al., 2007, Tas U, et al., 2006, Berlau, et al., 2009) ซึ่งพบว่าอายุเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการเกิดภาวะทุพพลภาพ ยิ่งมีอายุเพิ่มขึ้นโอกาสเกิดภาวะทุพพลภาพก็เกิดขึ้นสูง (Marengoni A, et al, 2009, Tas U, et al., 2007, WHO, 2003)

สถานการณ์ประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มสูงขึ้นจนทำให้ประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นกลุ่มคนที่ประสบปัญหาโรคเรื้อรัง และภาวะความเสื่อมถอยด้านสุขภาพ จนนำไปสู่ปัญหาความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง และต้องการการดูแลจากผู้อื่นทั้งการดูแลทางเศรษฐกิจ ด้านสังคม และด้านสุขภาพ ทำให้เกิดภาวะพึ่งพาในระยะยาวในผู้สูงอายุที่ส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุ ครอบครัว และประเทศ

2.2 ความหมายและแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลระยะยาว

2.2.1 ความหมายและแนวคิดการดูแลระยะยาว

การดูแลเป็นหัวใจที่สำคัญของการดูแลระยะยาว (Long Term Care) ซึ่งเป็นแนวคิดหลักที่ถูกนำมากล่าวถึงในการให้บริการด้านสุขภาพ จากสภาพปัญหาสังคมผู้สูงอายุ และภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังของประชากรโดยเฉพาะปัจจุบันประชากรผู้สูงอายุที่มีจำนวนเพิ่มสูงขึ้น การดูแลจึงเป็นพื้นฐานของความเป็นมนุษย์ เป็นสิ่งที่ปฏิบัติและสัมผัสได้ ซึ่งเกี่ยวข้องกับปัจจัย 10 ประการ (Watson, 2008, 2009) คือ

- 1) สร้างระบบค่านิยมการมองประโยชน์ผู้อื่นและความมีเมตตาต่อเพื่อนมนุษย์ ปลุกฝังการปฏิบัติด้วยรักและความเมตตาและจิตใจที่สงบมั่นคงทั้งกับตนเองและผู้อื่น ซึ่งเป็นพื้นฐานของความรัก
- 2) สร้างความศรัทธาและความหวัง ในการมีชีวิตอยู่กับความจริง ซึ่งเป็นการสร้างความหวังและศรัทธาที่เป็นไปได้และเชื่อในความเป็นไปของชีวิตบนโลก ทั้งของตนเองและผู้อื่น
- 3) เป็นการปลุกฝังความไวต่อความรู้สึกของตนเองและผู้อื่น ปลุกฝังการปฏิบัติทางจิตวิญญาณ และการหลอมรวมตนเอง ให้หลุดพ้นจากความเป็นตัวตนของตนเอง
- 4) เป็นการสร้างสัมพันธ์ภาพการช่วยเหลืออย่างไว้วางใจ คงไว้ซึ่งสัมพันธ์ภาพแห่งการช่วยเหลือเพื่อการดูแล โดยอาศัยการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ความเข้ากันได้กับผู้ป่วย ความเห็นอกเห็นใจ และความรู้สึกอบอุ่นใจ ในการมีปฏิสัมพันธ์อย่างอบอุ่นกับผู้ป่วย
- 5) ส่งเสริมและยอมรับความรู้สึกทางบวกและทางลบ แลกเปลี่ยนความรู้สึก และเตรียมตัวเองเพื่อรับความรู้สึกทั้งในทางบวกและลบ
- 6) ใช้วิธีการแก้ปัญหาและตัดสินใจอย่างเป็นระบบ ให้เป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการดูแล ที่เชื่อมต่อกับความสามารถทางศิลปะแห่งการพยาบาลด้วยความรัก
- 7) ส่งเสริมการเรียนการสอน การเรียนรู้ประสบการณ์ ซึ่งระหว่างกันของพยาบาลและผู้ป่วย ให้ความสนใจกับความเป็นหนึ่งเดียวของชีวิตและความหมาย แบบอัตวิสัย ให้ความใส่ใจและอยู่กับกรอบความคิดของผู้อื่น
- 8) ปรคับประคอง สนับสนุน และแก้ไขสิ่งแวดล้อมด้านกายภาพ จิตสังคม และจิตวิญญาณ / สร้างสรรค์ สภาพแวดล้อมแห่งการบำบัด
- 9) พึงพอใจที่จะช่วยเหลือเพื่อตอบสนองความต้องการของบุคคลอื่น
- 10) ยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้น พลังที่มีอยู่ อันเกี่ยวกับการมีชีวิต ความตาย

ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าแนวคิดการดูแลระยะยาวที่ถูกนำมาใช้ และพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุอย่างแพร่หลายในปัจจุบัน มีความหลากหลาย ซึ่งสามารถสรุปแนวคิดการดูแลระยะยาวได้ 6 ประการ ดังต่อไปนี้ (Brody E. M., 1997, Theodore, 1982, WHO, 2000, กนิษฐา บุญธรรมเจริญ และ ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2551, ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2549, ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ, 2552, ศิริพันธุ์ สาสัตย์ และคณะ, 2552)

- 1) เป็นการดูแลสำหรับบุคคลที่ป่วยเรื้อรังหรือมีความพิการหรือทุพพลภาพ ที่ทำให้เกิดการสูญเสียความสามารถในการประกอบกิจกรรมอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วยหรือความพิการ
- 2) เป็นการดูแลที่ต้องใช้ระยะเวลายาวนาน อย่างต่อเนื่อง
- 3) กิจกรรมการดูแลที่มีความหลากหลายที่เกี่ยวข้องกับการสูญเสียหรือเสื่อมความสามารถในการทำหน้าที่ทางด้านสุขภาพ ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม ได้แก่ การดูแลกิจวัตรประจำวัน เช่น การกินอาหาร อาบน้ำ แต่งตัว ช่วยพาไปห้องน้ำ การเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุจากเตียงหรือเก้าอี้
- 4) เป็นการบริการที่เกิดขึ้นที่บ้าน ในชุมชน หรือในสถาบัน เช่น ครอบครัว สถานสงเคราะห์ ผู้สูงอายุ สถานดูแลผู้สูงอายุกลางวัน โรงพยาบาล Nursing Home
- 5) เป็นบริการที่จัดขึ้นโดยผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ ได้แก่ ผู้ดูแลในครอบครัว เพื่อน เพื่อนบ้าน อาสาสมัครในชุมชน และผู้ดูแลที่เป็นทางการ เช่น วิชาชีพ และ ผู้ช่วยด้านสุขภาพ สังคมและอาชีพอื่น ๆ
- 6) มีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลสามารถให้การช่วยเหลือดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพาในระยะยาวในการดูแล การฟื้นฟู การบำบัด รวมถึงการส่งเสริมสุขภาพที่มีคุณภาพ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดำเนินชีวิตให้เป็นอิสระเท่าที่จะเป็นไปได้ บนพื้นฐานของการเคารพศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

สำหรับประเทศไทยนั้นในการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ได้มีการปรับปรุงการให้ความหมายของการดูแลระยะยาวขององค์การอนามัยโลกว่าหมายถึง การดูแลที่ครอบคลุมทุกมิติทั้งสังคมสุขภาพ เศรษฐกิจและสภาพแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุที่ประสบภาวะยากลำบาก อันเนื่องมาจากการเจ็บป่วยเรื้อรังหรือมีความพิการทุพพลภาพ ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วนหรือไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในชีวิตประจำวัน โดยผู้ดูแลที่เป็นทางการ (บุคลากรด้านสุขภาพและสังคม) และไม่เป็นทางการ (ครอบครัวเพื่อน เพื่อนบ้าน) รวมถึงการบริการในครอบครัว ชุมชนหรือสถานบริการ (สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ, 2552)

การดูแลระยะยาว จึงเป็นการดูแลที่สำคัญส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพและบริการทางสังคม รวมถึงกิจกรรมที่ดำเนินการสำหรับคนที่ต้องการการดูแล ดังนั้นผู้ดูแลจึงเป็นหัวใจสำคัญของการดูแลระยะยาว ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาได้มีการแบ่งประเภทของผู้ดูแล ออกเป็นหลายประเภท ได้แก่ การแบ่งตามลักษณะการทำงาน 1) ผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ (Informal caregivers) หมายถึง ผู้ดูแลให้การช่วยเหลือในการดูแลชีวิตประจำวันต่างๆ แก่ผู้ป่วย ที่ไม่ผ่านการฝึกอบรมมาก่อน ผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ส่วนตัวกับผู้รับการดูแล การดูแลเกิดจากความรัก ความผูกพัน สำนึกในบุญคุณหรือหน้าที่ แรงจูงใจของการดูแลอาจมาจากความสัมพันธ์ทางอารมณ์ หรือจากครอบครัว ซึ่งสมาชิกในครอบครัวยังคงมีส่วนที่ใหญ่ที่สุดของ การดูแลระยะยาว เช่น ลูก หลาน ญาติ เพื่อน หรือเพื่อนบ้านของผู้ป่วย เป็นต้น เป็นการดูแลที่มุ่งเน้นเฉพาะการให้การดูแลโดยไม่รับค่าตอบแทน 2) ผู้ดูแลอย่างเป็นทางการ (Formal caregiver) หมายถึง ผู้ดูแลที่ผ่านการฝึกอบรมเฉพาะและการศึกษาสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นทางการ ทั้งทางคลินิก ทางสังคม และการให้บริการสาธารณสุข ตามมาตรฐานของการดูแล ด้านการดูแลสุขภาพของวิชาชีพ ได้แก่ สร้างมาตรฐานของการดูแลที่ตรวจสอบการยึดมั่นในมาตรฐานของการดูแล และแบบบูรณาการดูแลด้านสุขภาพและด้านสังคมให้เข้ากับความต้องการของแต่ละบุคคล ซึ่งอาจให้บริการที่บ้าน ในชุมชน หรือในสถาบัน (WHO, 2000, ศิริพันธ์ สาสัจย์, 2544, ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2549, ศิริพันธ์ สาสัจย์ และคณะ, 2552)

นอกจากนี้ยังสามารถแบ่งตามปริมาณการช่วยเหลือที่ให้ ได้แก่ 1) ผู้ดูแลหลัก หมายถึง ผู้ที่เป็นหลักในการรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโดยตรงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าผู้อื่น บุคคลที่ได้รับการระบุว่าเป็นผู้ที่ให้การช่วยเหลือดูแลในระยะเวลาเจ็บป่วย หรืออาจเป็นผู้ดูแลที่คิดเป็นชั่วโมงดูแลต่อวันสูงสุด หรือผู้ที่อาจยอมรับว่าตนเองเป็นผู้ดูแล ทำหน้าที่ปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น อาบน้ำ แต่งตัว ดูแลกิจวัตรประจำวัน ดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล ดูแลเรื่องการกินยา การทำแผล เป็นต้น โดยให้เวลาของการดูแลสม่ำเสมอมากกว่าผู้อื่น 2) ผู้ดูแลรอง หมายถึง บุคคลอื่นที่อยู่ในเครือข่ายของการให้การดูแลเท่านั้น อาจมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมบางอย่าง แต่ไม่ได้ทำอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง หรือมีระยะเวลาของการดูแลคิดเป็นชั่วโมงน้อยกว่าผู้ดูแลหลัก เช่น ให้การดูแลผู้ป่วยแทนเป็นครั้งคราวเมื่อมีความจำเป็น เป็นธุระพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ พาผู้ป่วยไปปฏิบัติธรรม (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2544, ศิริพันธุ์ สาสัตย์ และคณะ, 2552, ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2549)

อย่างไรก็ตามผู้ดูแลในแต่ละสังคมที่ความแตกต่างกันตามบริบททางวัฒนธรรม โดยในสังคมไทยจากผลการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่มีลักษณะความสัมพันธ์กับผู้ป่วย เป็นผู้ดูแลที่เป็นญาติหรือญาติผู้ดูแล (Family caregiver) ที่เป็นผู้ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่เป็นสมาชิกในครอบครัวเดียวกัน ซึ่งกลุ่มผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์เป็น ลูกสาว ภรรยา ลูกสะใภ้ (วรรณรัตน์ ลาวัณ และ คณะ, 2547, ศิริหาภา, 2556, Caffrey, 1992) ผู้ดูแลจึงเป็นบุคคลที่มีความสำคัญในระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวซึ่งมีความแตกต่างกันตามบริบททางสังคมและวัฒนธรรม ซึ่งจากการศึกษาความหมายและแนวคิดการดูแลระยะยาว จะเห็นได้ว่าการดูแลระยะยาวจะต้องประกอบด้วยองค์ประกอบที่สำคัญอย่างน้อย 3 ประการ คือ ผู้ดูแล ผู้สูงอายุ และกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุ

ในการศึกษาภาระและผลกระทบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้วัฒนธรรมไทยในครั้งนี้ การให้ความหมายของการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ดัดแปลงจากการให้คำนิยามขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2000) และสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ, 2552) ซึ่งหมายถึง การดูแลที่ครอบคลุมมิติทั้งสังคม สุขภาพ เศรษฐกิจและสภาพแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุที่ประสบภาวะยากลำบากในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน อันเนื่องมาจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง หรือมีความพิการทุพพลภาพ ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วนหรือไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในชีวิตประจำวัน ซึ่งอาจเป็นการดูแลที่บ้าน หรือในสถานบริการโดยผู้ดูแลที่เป็นทางการ ได้แก่ บุคลากรด้านสุขภาพ ด้านสังคม และไม่เป็นทางการ ได้แก่ ครอบครัว เพื่อนบ้าน ญาติพี่น้อง คนอื่นๆ ที่มีความเชื่อมโยงกันตามวัฒนธรรม ความเชื่อ และบริบททางสังคมของบุคคล ครอบครัว และชุมชน

2.2.2 แนวคิดเกี่ยวกับภาระการดูแล

การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาระยะยาว เป็นการดูแลอย่างต่อเนื่อง ในช่วงระยะเวลาที่ยาวนานพบว่าได้ก่อให้เกิดภาระและส่งผลกระทบต่อผู้ดูแล ครอบครัว และชุมชน ซึ่งการศึกษาระยะและผลกระทบของการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่ผ่านมา พบว่ามีมิติภาระและผลกระทบของการดูแล ประกอบด้วย 4 มิติ (Chou, 2000) ได้แก่

1) ภาระของผู้ดูแลเป็นการรับรู้ของบุคคล เนื่องจากผู้ดูแลมีความต่างกันในแต่ละบุคคล ดังนั้นการรับรู้ต่อภาระของผู้ดูแลย่อมต่างกัน รวมทั้งขึ้นกับลักษณะและความรุนแรงของความเจ็บป่วยเรื้อรังแต่ละประเภท

2) ภาวะของผู้ดูแลเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นหลายมิติ ทั้งภาวะที่เกิดขึ้นทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ และด้านเศรษฐกิจ

3) ภาวะของผู้ดูแลเป็นมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาขึ้นกับความต้องการและคาดหวังของผู้ดูแล

4) ภาวะของผู้ดูแลเป็นจะเพิ่มขึ้นได้เสมอ ขึ้นกับความสมดุลของความต้องการกับสิ่งที่มีอยู่ของผู้ดูแล

ซึ่งภาวะและผลกระทบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว พบว่าสามารถแบ่งออกเป็นด้าน 3 ด้าน (WHO, 2000, ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2552) ดังนี้

1) ผลกระทบทางด้านจิตใจ (Psychological) ความรู้สึกทางอารมณ์ของผู้ดูแล ซึ่งพบว่าผู้ดูแลแสดงออกโดย 1.1) อารมณ์เศร้า เป็นอารมณ์ ที่เกิดขึ้นเมื่อเกิดการสูญเสียของที่ตนรักไป ผู้ดูแลจะรู้สึกสูญเสียญาติของตนไปทั้งๆที่ยังมีชีวิตอยู่เนื่องจากผู้ป่วยจำผู้ดูแลไม่ได้ ไม่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง มีบุคลิกลักษณะ เปลี่ยนไปทำให้เกิดอารมณ์เศร้า เบื่อหน่าย ท้อแท้ ไม่มีกำลังใจ รู้สึกไม่มีแรง 1.2) ความรู้สึกผิด บางครั้งผู้ดูแลอาจจะโกรธ ทะเลาะกับผู้ป่วยเนื่องจากไม่ให้ความร่วมมือในการดูแลกิจกรรมหรือทำกิจกรรมต่างๆ แล้วมักจะรู้สึกผิดจากการกระทำของตนเองภายหลัง 1.3) ความโกรธ ผู้ดูแลอาจโกรธผู้ป่วย โกรธตนเอง หรือโกรธเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์พยาบาล หรือโกรธสถานพยาบาลที่ไม่สามารถให้การพยาบาลการรักษาผู้ป่วยหรือดูแลผู้ป่วยให้ดีขึ้นได้ 1.4) ความรู้สึกอับอาย เช่นในกรณี ผู้ป่วยสมองเสื่อม นอกจากจะมีปัญหาด้านความจำแล้ว ยังมีปัญหาด้านพฤติกรรม บางครั้งผู้ป่วยไปแสดงพฤติกรรมไม่เหมาะสมในที่สาธารณะทำให้เกิดความอับอายได้ 1.5) ความรู้สึกโดดเดี่ยว ด้วยภาวะที่ต้องดูแลผู้ป่วยเกือบตลอดเวลา 24 ชั่วโมง ทำให้ผู้ดูแลไม่มีโอกาสไปพบปะเพื่อนฝูง การพูดคุยกับเพื่อนทางโทรศัพท์อาจไม่สะดวก เสมือนถูกตัดขาดจากสังคมทำให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกโดดเดี่ยวอยู่เสมอ และ 1.6) ความรู้สึกเครียด เป็นความรู้ที่ที่เกิดจากการรับภาระดูแลผู้สูงอายุเพียงลำพัง และต้องอยู่ดูแลตลอดเวลา

2) ผลกระทบทางด้านร่างกาย (Physiological) ปัญหาที่ผู้ดูแลประสบอยู่บ่อยๆ ด้านร่างกาย ได้แก่ 2.1) ปวดหลัง ผู้ดูแลส่วนใหญ่มักบ่นว่ามีอาการปวดหลัง ปวดเมื่อยตามตัวร่างกายอันเนื่องมาจากการยกและการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยโดยวิธีที่ไม่ถูกต้องและเกินกำลังตัวเอง และปัญหาปวดหลังยังบ่งบอกถึงอาการที่มาจากภาวะจิตใจ ที่มีสาเหตุจากภาวะเครียดที่จะสื่อให้ทราบว่าที่ผู้ดูแลรับไว้นั้นนับวันยิ่งมากขึ้น และเป็นอาการเตือนที่บ่งชี้ว่าผู้ดูแลต้องการหยุดพักจากภาระนั้น 2.2) อ่อนเพลียไม่มีแรง ซึ่งทำให้ผู้ดูแลไม่มีเวลาในการพักผ่อน หรือพักผ่อนไม่เพียงพอ ทำให้ร่างกายอ่อนแอเกิดโรคแทรกซ้อนได้ และยังทำให้ผู้ดูแลมีอารมณ์หงุดหงิดโมโหง่ายส่งผลกระทบต่อการให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรงได้เช่นกัน 2.3) ปัญหาทางสุขภาพเพิ่มขึ้น ผู้ดูแลซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นสามีหรือภรรยาและสูงอายุด้วยกันทั้งคู่และมักมีโรคประจำตัว ด้วยภาวะที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วยอยู่ตลอดเวลาทำให้การดูแลสุขภาพตนเองลดลง ไม่มีเวลาไปพบปะแพทย์ตามนัด รับประทานยาไม่เป็นเวลา พักผ่อนไม่เพียงพอ รับประทานอาหารไม่เป็นเวลา โรคประจำตัวที่เป็นกำเริบมากขึ้นและอาจมีปัญหาด้านสุขภาพอื่นๆเพิ่มมากขึ้น

3) ผลกระทบด้านสังคม เศรษฐกิจ (Socio- economic) ได้แก่ 3.1) การเปลี่ยนแปลงทางด้านรูปแบบการทำงาน มีผู้ดูแลบางรายอาจต้องปรับลักษณะการทำงานของตนให้เข้ากับภาระในการดูแลผู้ป่วย เช่น

เปลี่ยนจากการทำงานเต็มเวลาไปเป็นทำงานบางเวลา หรือบางราย ต้องลาออกจากการประจำเพื่อมาดูแลผู้ป่วยเต็มเวลา 3.2) รายได้ลดลง ถ้าผู้ดูแลมีการปรับลักษณะงานหรือต้องลาออกจากการประจำเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยแล้วย่อมมีการสูญเสียรายได้เกิดขึ้นและบางรายอาจเป็นหนี้สินเพิ่มขึ้นอีกน้อย 3.3) ความขัดแย้งภายในครอบครัว การดูแลผู้ป่วยที่บ้านหากปราศจากการบริหารจัดการที่ดีแล้วจะนำมาซึ่งปัญหาความสัมพันธ์ภายในครอบครัวได้ หรือในรายที่ผู้ดูแลมีครอบครัวเป็นของตนเองและอาจเกิดปัญหาที่ไม่มีเวลาให้ครอบครัวได้อย่างไรก็ตาม ผลกระทบจากการดูแลเหล่านี้อาจมีมากน้อยแตกต่างกันตามอาการเจ็บป่วยและประเภทของโรค

นอกจากภาระและผลกระทบด้านลบแล้วพบว่า การดูแลระยะยาวยังทำให้เกิดผลกระทบด้านบวกต่อผู้ดูแลหลายประการ ดังจากการศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลและผู้ป่วยสมองเสื่อมในประเทศไทย (ศิริพันธุ์ สาสัตย์ และคณะ, 2534, Sasat, 1998 อ้างใน ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2551) พบว่ามีเหตุผลในการดูแลผู้ป่วยจากหลายประการ ได้แก่ 1) ได้ทดแทนบุญคุณ การดูแลผู้ป่วยในบริบทของไทยได้รับอิทธิพลจากศาสนาพุทธ ทำให้ผู้ดูแลส่วนใหญ่ตอบว่าการดูแลญาติผู้ใหญ่ที่เจ็บป่วยนั้นเป็นการทดแทนพระคุณที่เคยได้รับมาและมีความเต็มใจอย่างยิ่งที่จะให้การดูแลต่อไป 2) ได้ทำหน้าที่ที่พึงกระทำในฐานะเป็น สามีส / ภรรยาหรือเป็นลูกหลาน เป็นสาเหตุที่ผู้ดูแลส่วนใหญ่ตอบ อย่างไรก็ตาม การทำหน้าที่ที่พึงกระทำทำให้เกิดคำถามถึงคุณภาพในการดูแล ซึ่งหากผู้ดูแลไม่ต้องการให้การดูแลแล้วแต่ต้องด้วยหน้าที่และสังคมบังคับก็อาจเกิดปัญหาในการดูแลได้ 3) การตอบแทนคุณความดี ประเด็นนี้มักจะพบในผู้ดูแลที่เป็นสามี ภรรยา ซึ่งบางรายเกิดความเบื่อหน่าย จากภาระงานและพฤติกรรมของผู้ป่วย แต่เนื่องจากผู้ป่วยเคยติดกับตนมาจึงไม่สามารถทอดทิ้งไปได้ หรือพบได้ในรายที่ผู้ป่วยเป็นญาติที่เคยให้ความเมตตาแก่ผู้ดูแลมาก่อน ผู้ดูแลจึงยินดีที่ให้การดูแลเพื่อตอบแทนคุณความดีนั้น 4) ส่งเสริมสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลดีขึ้น ถึงแม้ว่าจากการศึกษาพบว่าความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยส่วนใหญ่ จะเลวลงแต่ก็มีผู้ดูแลบางรายที่ยอมรับว่าการให้การดูแลผู้ป่วยทำให้ความสัมพันธ์ ระหว่างตนเองกับผู้ป่วยดีขึ้น เนื่องจากมีเวลาใกล้ชิดกันมากขึ้นและผู้ป่วยก็ให้ความรักแก่ตนเองมากขึ้น

ซึ่งการศึกษาภาระและผลกระทบของการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่ผ่านมา พบว่า

สามารถแบ่งออกเป็นด้าน 3 ด้าน (Yeatman, et al. , 1993 อ้างถึงใน ศิริพันธุ์ สาสัตย์ และคณะ, 2551) ดังนี้

1) ผลกระทบทางด้านร่างกาย พบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยเฉลี่ยมีปัญหาสุขภาพสูงกว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าและผู้ดูแลที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วย จะมีปัญหาสุขภาพมากกว่าผู้ดูแลที่ไม่ได้อาศัยอยู่บ้านเดียวกัน ปัญหาที่ผู้ดูแลประสบอยู่บ่อย ๆ เช่น ปวดหลัง อ่อนเพลียไม่มีแรง นอนหลับไม่เพียงพอ โรคประจำตัวที่เป็นอยู่แล้วมีอาการกำเริบมากขึ้นและอาจมีปัญหาสุขภาพอื่นๆ เพิ่มมากขึ้นผู้ดูแลมีภาวะเครียดจากการขาดความรู้เรื่องโรคและการดูแล

2) ผลกระทบทางด้านจิตใจ ภาวะเครียดและความรู้สึกทางอารมณ์ของผู้ดูแล เช่น อารมณ์เศร้า ความรู้สึกผิด ความโกรธ ความรู้สึกอับอาย และความรู้สึกโดดเดี่ยว ด้วยภาระที่ต้องดูแลผู้ป่วยเกือบตลอด 24 ชั่วโมง ขาดผู้ดูแลอื่นมาผลัดเปลี่ยน ทำให้ผู้ดูแลไม่มีโอกาสไปพบปะเพื่อนฝูง การพูดคุยกับเพื่อนทางโทรศัพท์ อาจไม่สะดวก เสมือนถูกตัดขาดจากสังคม ทำให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกโดดเดี่ยวอยู่เสมอ

3) ปัญหาทางการเงิน เนื่องจากที่ต้องใช้ระยะเวลาที่นานในการดูแล ทำให้ค่าใช้จ่ายในการดูแลและรักษาผู้ป่วยสูงตามไป นอกจากนี้ยังมีสาเหตุมาจาก ผู้ดูแลการเปลี่ยนแปลงทางด้านรูปแบบการทำงาน เช่น ปรับลักษณะการทำงานหรือต้องลาออกจากงานเพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุ ทำให้มีรายได้ลดลงได้

อย่างไรก็ตามนอกจากภาระและผลกระทบด้านลบแล้วพบว่า การดูแลระยะยาวยังทำให้เกิดผลกระทบด้านบวกต่อผู้ดูแลหลายประการ ดังจากการศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุระยะยาว พบว่าเหตุผลสำคัญในการรับบทบาทหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ คือ 1) การมีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุในฐานะบิดามารดา บุตร สามี ภรรยา ญาติพี่น้องหรือตอบแทนบุญคุณที่ผู้สูงอายุเคยช่วยเหลือผู้ดูแลมาก่อน ความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้สูงอายุและผู้ดูแลจะก่อให้เกิดความเห็นใจและสงสารที่ผู้ดูแลมีต่อผู้สูงอายุ ซึ่งทำให้ผู้ดูแลมีความตั้งใจและเต็มใจในการดูแล 2) การทดแทนบุญคุณ “กตัญญู กตเวที” การดูแลผู้สูงอายุในบริบทของไทยได้รับอิทธิพลจากศาสนาพุทธ ทำให้ผู้ดูแลส่วนใหญ่รู้สึกว่าเป็นการทดแทนพระคุณที่เคยได้รับมาและความเต็มใจที่จะให้การดูแลต่อไป 3) เป็นการทำตามบทบาทหน้าที่ ที่พึงกระทำต่อผู้สูงอายุในฐานะเป็น คู่สมรส หรือ บุตรหลาน (Caffrey, 1992; ศศิพัฒน์ ยอดเพชรและคณะ, 2552, ศิราณี ศรีหาภาค, 2556)

จากการศึกษาที่ผ่านมาจะเห็นได้ว่าการทำหน้าที่บทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ถึงแม้จะเป็นบทบาทที่ผู้ดูแลต้องปฏิบัติต่อผู้สูงอายุที่ส่วนใหญ่มักมีความสัมพันธ์กันในครอบครัวแต่พบว่าการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวเป็นภารกิจที่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ จึงมุ่งเน้นในการศึกษาภาระและผลกระทบของการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ที่ให้ความหมายไว้ว่า การรับรู้ต่อภาระที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติหน้าที่และผลกระทบของการปฏิบัติหน้าที่ในการให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีช่วยเหลือตนเองได้น้อย หรือมีภาวะบกพร่องทางเข่าปัญญา ซึ่งประกอบด้วย ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านเศรษฐกิจ ซึ่งมีทั้งผลกระทบทางด้านลบและผลกระทบทางบวก

2.3 รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวของประเทศไทยและต่างประเทศ

การศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลทั้งด้านสุขภาพและสังคมที่ผ่านมีความหลากหลาย ซึ่งจากการทบทวนรูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่ผ่าน มาพบว่า องค์การอนามัยโลกจำแนกรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว 4 ลักษณะ (WHO, 2000) คือ 1) การดูแลระยะยาวในสถาบัน (Institute Long-Term Care) หมายถึง การดูแลผู้สูงอายุตั้งแต่ 3 คนหรือมากกว่าในสถานที่เดียวกัน 2) การดูแลที่บ้าน (Home Care) เป็นการดูแลที่บ้าน หรือการให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ ขณะที่ครอบครัวออกไปทำงานที่อื่น 3) การดูแลอย่างเป็นทางการ (Formal Care) เป็นการจัดการดูแลโดยองค์กรภาครัฐ องค์กรเอกชน และภาคประชาชนในระดับท้องถิ่น ชาติ และนานาชาติ โดยกลุ่มวิชาชีพ (แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์) ผู้ช่วยงานและอาสาสมัคร และ 4) การดูแลอย่างไม่เป็นทางการ (Informal Care) เป็นการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว โดย ครอบครัว เพื่อนบ้าน เพื่อน และอาสาสมัคร

นอกจากนี้พบว่า การดูแลระยะยาวในสถาบันสามารถจัดแบ่งประเภทของการดูแลออกเป็น 5 ประเภทใหญ่ ๆ คือ (Australia of Health and Welfare, 2005, ศิริพันธุ์ สาสัต์ย และคณะ, 2552, ศิริพันธุ์ สาสัต์ย, ทศนา ชูวรรณะปรกรณ์ และ เพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์, 2552)

1) บ้านพักคนชรา (Residential home) หมายถึง การจัดสถานที่พักสำหรับผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้ ผู้สูงอายุที่พักอาศัยจะต้องสามารถเดินเองได้ ช่วยเหลือตนเองได้ ไม่ได้ต้องการการดูแลจากพยาบาล วิชาชีพหรือผู้ช่วยดูแล ต้องการการดูแลในด้านการดูแลสุขภาพส่วนบุคคล เช่น การอาบน้ำ แต่งตัว

2) สถานที่ให้การช่วยเหลือในการดำรงชีวิต (Assisted living setting) เป็นสถานที่ พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดทางด้านร่างกายหรือมีความพิการที่ต้องการช่วยเหลือใน การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันบางอย่างไม่สามารถพักอาศัยอยู่ที่บ้านได้เองอย่างปลอดภัย แต่ต้องการอยู่อย่างอิสระมากที่สุดเท่าที่จะมากได้ มีบริการการดูแลสุขภาพส่วนบุคคล และการดูแลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ แต่ไม่ต้องการการดูแลที่ต้องใช้ทักษะทางการแพทย์หรือการพยาบาล

3) สถานบริการ (Nursing home) หมายถึง เป็นสถานที่ให้การดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีอาการป่วยไม่มากที่จะต้องรับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาลแต่ไม่สามารถอยู่ที่บ้านได้ และเป็นสถานที่ให้บริการการดูแลที่ต้องใช้ทักษะทางการแพทย์ 24 ชั่วโมงต่อวัน หรือให้บริการกำกับดูแลในด้านการรับประทานยา การรับประทานอาหารและการช่วยเหลือด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันบางอย่าง แก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบาง มีโรคเรื้อรัง มีความพิการทางด้านร่างกาย หรือ ทางด้านการรับรู้ด้านเขว่นปัญญา (สมองเสื่อม) หรือพิการทั้งสองอย่าง

4) สถานดูแลระยะยาวในโรงพยาบาล (Long-term care hospital) หมายถึง สถานที่ให้ การรักษาพยาบาลทั่วไป ที่ให้บริการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาเป็นระยะเวลาอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 3 เดือนขึ้นไป ซึ่งอาจเป็นโรงพยาบาลของรัฐหรือโรงพยาบาลเอกชน

5) สถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Hospice care) หมายถึง สถานที่ให้การดูแลผู้ป่วย ก่อนเสียชีวิต เพื่อช่วยในการดูแลลดอาการเจ็บปวด หรืออาการอื่นๆ โดยมุ่งเน้นการให้มีความสุขสบายและเปิดโอกาสให้มีเวลาอยู่กับครอบครัวและเพื่อนๆ เป้าหมายในการดูแลก็คือ ส่งเสริมคุณภาพชีวิตมากที่สุดเท่าที่จะมากได้ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยไปอย่างสงบในวันสุดท้ายของชีวิตโดยไม่ให้การรักษา

อย่างไรก็ตามรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในแต่ละสังคมมีความแตกต่างกันตามบริบททางวัฒนธรรม ซึ่งจากการทบทวนรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ใช้ในประเทศต่างๆ และในประเทศไทยที่ผ่านมาจึงต่อไป

2.3.1 รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในประเทศออสเตรเลีย

รูปแบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุของประเทศออสเตรเลีย มีระบบการดูแลเฉพาะที่เรียกว่า Age Care Service ซึ่งเป็นระบบบริการสุขภาพที่ผสมผสานร่วมกันระหว่างภาครัฐและเอกชน แพทย์เวชปฏิบัติ เอกชนเป็นผู้ดูแลให้การดูแลระดับปฐมภูมิ (Primary) การดูแลเฉพาะทาง (Special care) และการดูแลชุมชน (Public) โดยการควบคุมของมลรัฐ โรงพยาบาลเอกชนให้บริการอย่างครอบคลุม ซึ่งมุ่งเน้นสนับสนุนการบริการขั้นพื้นฐานให้กับผู้ที่มีภาวะทุพพลภาพทุกคน โดยให้ชุดสิทธิประโยชน์ในการดูแลอย่างครอบคลุมแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงต่อการย้ายเข้าไปอยู่ในสถานบริการ และให้การสนับสนุนผู้ดูแลในครอบครัว ระบบบริการเป็นแบบผสมผสานระหว่างภาครัฐและเอกชน ภาครัฐมีโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุแห่งชาติ ประกอบด้วยการดูแลผู้สูงอายุในสถานบริการ และโปรแกรมการดูแลในชุมชน มีระบบการประกันสุขภาพของภาครัฐ และการประกันสุขภาพของภาคเอกชน ค่าใช้จ่ายแบ่งออกเป็น 2 ระบบ ตามระบบประกัน

สุขภาพที่เลือก มีการให้เงินอุดหนุนการดูแลในระยะยาวในทุกกลุ่มอายุที่มีภาวะทุพพลภาพ โดยไม่มีข้อจำกัดด้านรายได้หรือทรัพย์สิน (วรรณภา ศรีธัญรัตน์ และ ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2545, Donelan et al., 2000, Australia of Health and Welfare, 2005) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1) ระบบบริการสุขภาพ

1.1) การดูแลผู้สูงอายุที่บ้านพักคนชรา (Residential aged care) ได้แก่ Nursing home และ Hostel ซึ่งมีความแตกต่างกันขึ้นกับระดับการดูแล โดย Nursing home เกือบครึ่งหนึ่งเป็นของเอกชน มีเป้าหมายเพื่อให้บริการผู้สูงอายุที่อ่อนแอ ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถตอบสนองความต้องการทางสังคมได้และเป็นผู้สูงอายุที่ต้องการการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง การบริการที่ให้ ได้แก่ งานบ้าน การช่วยเหลือกิจวัตร งานรักษาพยาบาล ส่วน Hostel ผู้สูงอายุเป็นผู้ที่ประกอบกิจวัตรประจำวันได้เอง หรือ ต้องการการดูแลน้อยมาก และโดยส่วนใหญ่เป็นขององค์กรการกุศล

1.2) โปรแกรมการดูแลที่บ้านและชุมชน (Home and community care program, HACC) เป็นการร่วมลงทุนระหว่างรัฐบาลกลางและมลรัฐ จัดบริการสนับสนุนตามความต้องการของชุมชน สำหรับผู้สูงอายุที่พอจะดูแลตนเองได้และต้องการอยู่ที่บ้าน และส่วนใหญ่จะเป็นผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลสุขภาพร่วมด้วย บริการที่ให้ ได้แก่ การพยาบาลที่บ้าน การดูแลส่วนบุคคล การดูแลระยะสุดท้าย การช่วยทำงานบ้าน

1.3) ชุดการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน (Community aged care package) เป็นบริการที่ให้กับผู้สูงอายุที่ขอย้ายบ้านแต่ต้องการการดูแลเทียบเท่าบริการใน Hostel หรือต้องการความช่วยเหลือในเรื่อง การทำกิจกรรมประจำวัน การดูแลตนเอง การรับประทานยา ส่วนใหญ่จะไม่มีการดูแลด้านสุขภาพ หรือดูแลแต่น้อยมาก ขึ้นกับรัฐบาลท้องถิ่นจะจัดการให้ ซึ่งเป็นการให้บริการเต็มรูปแบบโดยมีการดูแลร่วมกับผู้ให้การดูแล (Care provider) นอกจากนี้ยังมีบริการอื่นๆ ในชุมชน ได้แก่ ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุกลางวัน (Day therapy center)

2) การสนับสนุนผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุ (Cares)

การปรับเปลี่ยนนโยบายการดูแลผู้สูงอายุจาก Residential care เป็นบริการ Home – Base Care ของรัฐบาลทำให้ผู้ดูแลปฐมภูมิได้รับความสนใจมากขึ้น เพราะมีส่วนสำคัญในนโยบายให้ผู้สูงอายุอยู่ในชุมชน เนื่องจากเป็นกลุ่มที่ผู้สูงอายุค่อนข้างไว้วางใจและวางใจรับการบริการมากกว่าผู้อื่น รัฐบาลจึงสนับสนุนคนกลุ่มนี้โดย การจัดตั้งศูนย์เครือข่ายผู้ดูแลระดับชาติ (National Net Work of Carer Resource Centers) เพื่อให้ข้อมูลและคำแนะนำผู้ดูแลและร่วมกับ ศูนย์เครือข่ายให้การดูแลระยะสุดท้าย (National Net Work of Care Respite Centers) เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้สูงอายุในระยะสุดท้ายได้อย่างสะดวก นอกจากนี้รัฐบาลกลางยังให้การสนับสนุนการเงินโดยให้กับผู้ดูแลซึ่งเป็นบำนาญที่ให้กับผู้ดูแลเต็มเวลา และมีการจ่ายค่าดูแลให้กับผู้ดูแลที่อยู่ที่บ้าน ที่คุณภาพเทียบเท่ากับระดับการดูแลใน Nursing home

3) การดูแลผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ (Wellbeing and Productive ageing)

รัฐบาลจัดให้มีองค์กรต่างๆ สำหรับผู้สูงอายุมากมาย เกือบทุกชุมชน ทั้งที่ชุมชนริเริ่มหรือโดยรัฐบาล และองค์กรระดับชาติที่จะมีบทบาทของตนเองและเชื่อมโยงเกี่ยวข้องกันเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิต พักพิทักษ์

สิทธิ และเป็นตัวแทนของผู้สูงอายุในการสะท้อนความต้องการ รัฐบาลเห็นความสำคัญของการสูงวัยอย่างมีสุขภาพ หรือการให้ผู้สูงอายุพึ่งตนเองได้ และมีส่วนร่วมในกิจกรรมของสังคม ซึ่งจุดเน้นอยู่ที่กลยุทธ์การป้องกันสาเหตุของโรคและความพิการร่วมกับการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม โดยคำนึงถึงวัฒนธรรม เชื้อชาติ ศักยภาพและความชอบของผู้สูงอายุ เชื่อว่าการเจ็บป่วยเรื้อรังจะสามารถลดลงได้จากการส่งเสริมสุขภาพและการมีวิถีสุขภาพตั้งแต่อายุน้อย ๆ

4) องค์กรประเมินและควบคุมคุณภาพระบบบริการผู้สูงอายุ

ในการดูแลผู้สูงอายุจะมีองค์กรประเมิน ซึ่งประกอบด้วย 2 องค์กร คือ ทีมประเมินการดูแลผู้สูงอายุ (Aged Care Assessment Team, ACAT) เป็นทีมที่ประกอบด้วยบุคลากรด้านสุขภาพหลายอาชีพ ทำหน้าที่ประเมินการดูแลด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคม เพื่อพิจารณาการเข้ารับบริการ ที่ผู้สูงอายุควรได้รับการดูแลรูปแบบต่าง ๆ ที่รัฐบาลจัดสรรให้ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมและส่วนใหญ่เป็นการดูแลที่บ้าน (Home-based) และองค์กรให้การรับรอง (Accredit Agency) เป็นการควบคุมคุณภาพสถานพยาบาลที่ไม่ใช่โรงพยาบาลภายใต้ระบบประกันคุณภาพ จะเป็นผู้ประเมินคุณภาพของการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (Residential aged care) ตามมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งที่ผ่านการประเมินเท่านั้นถึงจะได้เงินสนับสนุนจากรัฐบาลกลาง

2.3.2 รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่น

สัดส่วนประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มสูงขึ้น ส่งผลต่อการจัดระบบสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุของประเทศญี่ปุ่น รัฐบาลได้ตอบสนองปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุที่มีจำนวนมาก โดยการเตรียมการเรื่องการประกันและเตรียมการตั้งแต่มองเข้าสู่วัยสูงอายุ ด้วยการจัดตั้งระบบประกันการดูแลระยะยาวขึ้น โดยมีกฎหมายรองรับการจัดระบบบริการ มี 2 กลุ่ม คือ บริการที่จัดให้กับประชาชนกลุ่มก่อนวัยสูงอายุ และบริการที่จัดให้กับประชากรผู้สูงอายุ ซึ่งบริการที่จัดให้กับประชากรผู้สูงอายุได้รับการประกันว่าจะได้รับการดูแลและสนับสนุนจากสังคมโดยรวม มุ่งเน้นให้ผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางและให้บริการดูแลระยะยาวที่มีคุณภาพ มีการจัดระบบบริการที่ผู้รับบริการสามารถเลือกได้ ให้บริการส่งเสริมสุขภาพและการแพทย์ที่จำเป็นอย่างครอบคลุม ส่งเสริมหน่วยงานองค์กรเอกชนต่าง ๆ ที่ร่วมให้บริการ โดยผู้รับบริการจะต้องจ่ายสมทบ นอกจากนี้ รัฐบาลมีนโยบายลดหย่อนภาษีสำหรับผู้ดูแลบิดามารดาที่มีอายุมากกว่า 70 ปี ขึ้นไป เพื่อส่งเสริมวัฒนธรรมการให้การสนับสนุนผู้สูงอายุโดยครอบครัว (วรรณภา ศรีธัญรัตน์ และคณะ, 2545, ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2546, Olivia et al., 2006, Campbell & Ikegami, 2000) ซึ่งรายละเอียดของกิจกรรม มีดังนี้

1) บริการที่จัดให้กับประชาชนกลุ่มก่อนวัยสูงอายุ

มีจุดประสงค์ 2 ประการคือ เพื่อส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคชรา และส่งเสริมให้บุคคลกลุ่มนี้มีชีวิตที่อิสระหลังการเจ็บป่วยโดยไม่ต้องพาผู้อื่น กิจกรรม ได้แก่ จัดคู่มือประกันสุขภาพ การให้สุขศึกษา การให้คำปรึกษาทางสุขภาพ การตรวจสุขภาพ ทั้งการตรวจสุขภาพพื้นฐาน การตรวจขั้นซ้ำซ้อน การให้คำแนะนำในการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต การฝึกสมรรถนะ และการเยี่ยมบ้านเพื่อให้คำปรึกษา

2) บริการที่จัดให้กับประชากรสูงอายุ

ลักษณะบริการการดูแลที่จัดขึ้นสำหรับผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่นมีความหลากหลาย ดังต่อไปนี้

2.1) การให้บริการที่บ้าน (Home service) เป็นผู้สูงอายุที่อยู่บ้าน เมื่อเจ็บป่วยต้องการบำบัด จะไปรับบริการดูแลแบบผู้ป่วยนอก (Out Patient Care) แล้วแพทย์ลงความเห็นให้พักรักษาตัวที่บ้าน หรือสถานบำบัดที่มีบริการโดยผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย

(1) การให้บริการช่วยเหลือที่บ้าน (Home help service) ได้แก่ บริการฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้าน (Home-visit rehabilitation) เป็นบริการเพื่อช่วยฟื้นฟูสภาพการทำงานของร่างกายสำหรับผู้เจ็บป่วยให้มีประสิทธิภาพดีขึ้น บริการให้คำแนะนำทางการแพทย์ที่บ้าน (Home visit medical advice) จัดขึ้นเพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยซึ่งมีความยากลำบากในการเข้ารับบริการที่โรงพยาบาล โดยการจัดส่งบุคลากรไปเยี่ยมบ้านผู้ป่วย

(2) บริการดูแลแบบไปกลับ (Commuting care services) ได้แก่ บริการดูแลกลางวัน (Day-service nursing care) เป็นบริการที่จัดขึ้นเพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสพบปะสังสรรค์ทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่น ช่วยส่งเสริมการดูแลด้านสุขภาพ และช่วยลดภาระการดูแลของครอบครัว บริการฟื้นฟูสมรรถภาพกลางวัน (Day-service rehabilitation) เป็นบริการเพื่อช่วยฟื้นฟูการทำงานทางร่างกายของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยให้มีประสิทธิภาพดีขึ้นโดยมีบริการจัดรถรับส่งผู้ป่วยให้มารับบริการทำกายภาพบำบัดที่ศูนย์บริการ

(3) บริการฝากดูแลระยะสั้น (Short-term stay service) ได้แก่ บริการฝากดูแลระยะสั้นทางบริการสังคม (Welfare short-stay) เป็นบริการที่จัดขึ้นเพื่อช่วยเหลือผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวซึ่งไม่สามารถทำหน้าที่ดูแลได้ชั่วคราว บริการฝากดูแลระยะสั้นทางการแพทย์ (Medical short - stay) เป็นบริการที่คล้ายคลึงกับบริการฝากดูแลระยะสั้นทางบริการสังคม ที่เน้นสำหรับผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยต้องได้รับการดูแลทางการแพทย์เป็นพิเศษ ซึ่งครอบครัวที่ไม่สามารถดูแลผู้สูงอายุได้ชั่วคราว

(4) บริการให้เช่าและให้เงินช่วยเหลือซื้ออุปกรณ์ดูแลสุขภาพ (Rental and allowance for health care equipments) ได้แก่ บริการให้เช่าอุปกรณ์ดูแลสุขภาพ (Rental of health care equipments) เป็นบริการเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยที่ทุพพลภาพให้สามารถพึ่งพาตนเองได้และเพื่ออำนวยความสะดวกในการดำเนินชีวิตประจำวัน ผู้ใช้บริการสามารถเช่าอุปกรณ์ดูแลสุขภาพได้ บริการให้เงินช่วยเหลือซื้ออุปกรณ์ดูแลสุขภาพ (Allowance for purchasing home health care equipments) บริการนี้จัดขึ้นเพื่ออำนวยความสะดวกในการขยับถ่าย การอาบน้ำสำหรับผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยที่อาศัยอยู่ในบ้าน

(5) บริการให้เงินช่วยเหลือการปรับปรุงซ่อมแซมบ้าน (Allowance for home remodeling) เพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยให้มีความมั่นคงปลอดภัยในการดำรงชีวิตอยู่ในบ้าน เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดอุบัติเหตุต่างๆ วงเงินช่วยเหลือในการปรับปรุงซ่อมแซมบ้าน

(6) บริการอื่น ๆ (Other service) ได้แก่ บริการบ้านพักกลุ่มผู้สูงอายุสมองเสื่อม (Dementia elderly group home) เพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุสมองเสื่อม ซึ่งมีความยากลำบากในการดำเนินชีวิตที่บ้านของตนเอง ศูนย์ดูแลแบบพิเศษ (Specific facilities for nursing care) บริการนี้เป็นศูนย์ดูแลสำหรับผู้สูงอายุที่ดำเนินการโดยภาคเอกชน ซึ่งได้รับการรับรองจากทางจังหวัดว่าเป็นส่วนหนึ่งของบริการจากระบบประกัน

2.2) การให้บริการในสถาบัน (Institutional service) เป็นกลุ่มผู้สูงอายุเจ็บป่วย หรือ ภาวะสมองเสื่อม ที่ต้องการการบำบัดอย่างใกล้ชิด และต้องได้รับการรักษาได้ทั้งในโรงพยาบาล หรือ มีอาการดีขึ้น แต่ยังไม่สามารถออกจากเตียงได้ ได้แก่

(1) บ้านพักดูแลผู้สูงอายุพิเศษ (Special nursing home for the elderly) เป็นบริการที่จัดขึ้นเพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแล เนื่องจากมีอาการบกพร่องทางด้านร่างกายหรือจิตใจ แต่ประสบกับปัญหาความยากลำบากในการดูแลที่บ้าน

(2) ศูนย์ดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ (Health care facilities for the elderly) มีลักษณะผสมผสานระหว่างบ้านผู้สูงอายุและโรงพยาบาล ที่รองรับผู้ป่วยเพิ่งออกจากโรงพยาบาล ลักษณะการให้บริการจึงเน้นเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพทางด้านร่างกายเป็นพิเศษ

(2) สถานพยาบาลทางการแพทย์ (Medical nursing care facilities) เป็นบริการส่วนหนึ่งที่จัดขึ้นในโรงพยาบาล มีจุดมุ่งหมายเพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีอาการเจ็บป่วยหนัก และเรื้อรัง ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการรักษาพยาบาลทางการแพทย์อย่างต่อเนื่อง

3) การประเมินผู้สูงอายุเพื่อการจัดให้บริการ

การใช้บริการระบบประกันการดูแลระยะยาว ผู้เอาประกันหรือผู้สูงอายุที่มีอายุ 65 ปี และผู้ที่มีอายุ 40 - 60 ปีจะต้องถูกรับรองสภาพร่างกายที่ต้องการความช่วยเหลือ จำแนกตามประเภทจากแพทย์ประจำครอบครัว โดยมีเทศบาลเป็นผู้พิจารณาความเห็นของแพทย์และตัดสินใจประเภทการดูแล

4) ระบบการประกันการดูแลระยะยาว (Long Term Care Insurance System)

ระบบการประกันการดูแลระยะยาวเป็นแผนที่ออกมากลางปี ค.ศ.2000 ที่รัฐบาลกลาง จังหวัด และเทศบาลดำเนินการร่วมกัน ในด้านการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน การจัดการออกใบรับรองความต้องการดูแลระยะยาว คำสั่งคณะรัฐมนตรีและกระทรวง การสนับสนุนการเงินของเทศบาลและสนับสนุนระบบ การเตรียมความพร้อมของเทศบาลและจังหวัด การสนับสนุนการปรับผ่านของการบริหารระดับท้องถิ่น และการอบรมผู้เชี่ยวชาญการสนับสนุน

5) หน่วยงานและผู้รับผิดชอบการดูแลระบบสุขภาพ

ระบบบริการสุขภาพดำเนินการร่วมกันระหว่างรัฐบาลกลาง จังหวัด เทศบาล มีเอกชนเป็นผู้ดำเนินการให้บริการที่บ้าน ในสถาบันหรือศูนย์ส่วนใหญ่เป็นเอกชน ส่วนระบบประกันการดูแลระยะยาว (Long Term Care Insurance System) ผู้รับผิดชอบด้านการเงินคือผู้เอาประกันต้องรวมจ่ายภาคีรัฐบาลในรูปของภาษี และภาคธุรกิจประกัน

2.3.3 รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในประเทศสหรัฐอเมริกา

ประเทศสหรัฐอเมริกาเป็นประเทศที่มีแนวโน้มของการเกิดภาวะพึ่งพาอาศัยระยะยาว ในปีค.ศ.1989 ร้อยละ 20.3, ปีค.ศ. 1994 ลดลงเหลือร้อยละ 18.7, ปีค.ศ. 1999 ร้อยละ 17.9 และ ในปีค.ศ. 2004/05 พบร้อยละ 16.6 (Lafortune and Balestat, 2007) การดำเนินงานที่เกี่ยวกับระบบสุขภาพ เพื่อรองรับปัญหาของผู้สูงอายุระยะยาวในประเทศสหรัฐอเมริกา จึงอยู่ภายใต้แผนการประกันสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลระยะยาว คือ Medicare สำหรับผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป หรือผู้ที่มีภาวะทุพพลภาพที่มีอายุน้อยกว่า ซึ่งผู้มีสิทธิ

รับ ต้องมีการจ่ายภาษี จ่ายเงินค่าประกันด้วย และแผนการประกันสุขภาพ Medicaid เป็นเงินที่รัฐบาลสนับสนุนสำหรับผู้ป่วยที่มีฐานะยากจน ซึ่งเป็นกองทุนที่มาจากเงินภาษี และส่วนใหญ่เป็นการดูแลระยะยาวในสถานบริบาล ส่วนผู้ให้บริการ คือกลุ่มผู้ให้บริการประกันสุขภาพทั้งภาครัฐและเอกชน ผู้ที่อยู่ในเกณฑ์ได้รับ Medicare จะได้รับสิทธิประโยชน์ ภายใต้ระบบประกันสังคม การประกันสุขภาพแต่ละแผนแตกต่างกันตามเบี้ยประกันที่กำหนดไว้ และทุกแผนประกัน จะต้องมีการจ่ายร่วมกันระหว่างผู้ประกันตนและผู้รับประกัน (Luggen & Meiner, 2001, Ebersole & Hess, 2001, วรรณภา ศรีธีรรัตน์ และ คณะ, 2545, Haber, 2007, กนิษฐา บุญธรรมเจริญ และ ศิริพันธ์ สาสัจย์, 2008) ซึ่งมีดังต่อไปนี้

1) การดูแลในสถานพยาบาล

การดูแลผู้สูงอายุชาวอเมริกาในสถานพยาบาล ประกอบด้วย การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ซึ่งการป้องกันโรคในผู้สูงอายุจะครอบคลุมในประกัน Medicare การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลัน การดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน และ การดูแลระยะยาว และ Medicaid เป็นการประกันคุณภาพสำหรับการรักษาในโรงพยาบาล สถานบริบาล (Nursing home) การดูแลที่บ้านโดยวิชาชีพและไม่ใช้วิชาชีพ (Skilled and unskilled nursing home) หรือ การดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home health care) ซึ่งประเทศสหรัฐอเมริกาได้ตระหนักถึงคุณภาพในการดูแลในสถานบริบาล จึงนำไปสู่การปฏิรูปข้อบังคับของสถานบริบาลและออกพระราชบัญญัติ เรียกว่า Omnibus Budget Reconciliation Act. (OBRA) ในปี ค.ศ. 1989 ส่งผลต่อการเพิ่มคุณภาพการดูแลในสถานบริบาล และได้พัฒนาเครื่องมือในการประเมินมาตรฐาน ที่มีชื่อว่า Minimum Data Set-Resident Assessment Instrument (MDS-RAI) เพื่อใช้เป็นเครื่องมือมาตรฐานในการประเมินผู้สูงอายุในสถานบริการระยะยาวที่มีความครอบคลุมมากยิ่งขึ้น เป็นรูปแบบเดียวกันทั่วประเทศสหรัฐอเมริกา ทำให้ทราบถึงสภาพและต้นเหตุของปัญหาทางคุณภาพสำหรับทั้งบุคลากรและผู้ประเมิน ผู้พักอาศัยและสิ่งอำนวยความสะดวก ช่วยในการพัฒนางานแผนการดูแล โดยสหสาขาวิชาชีพเพื่อปรับปรุงการปฏิบัติการทางคลินิก ซึ่งใช้ประเมินผู้สูงอายุแรกรับขณะอยู่ในโรงพยาบาล และเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงการเจ็บป่วย เน้นข้อมูลความสามารถผู้สูงอายุก่อนมีภาวะทุพพลภาพ และป้องกันภาวะเสื่อม

2) การดูแลผู้สูงอายุที่บ้านและในชุมชน

ซึ่งการบริการดูแลในชุมชนมีบริการ 2 แบบ คือ บริการที่เป็นทางการ (Formal service) ได้แก่ การดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home health care) เป็นบริการระยะสั้น เพื่อประเมิน สังเกต สอน และให้ทักษะทางเทคนิคบางอย่าง และเพื่อการดูแลสุขภาพส่วนบุคคล นอกจากนี้ยังมีบริการดูแลที่บ้าน (Homemaker service) ที่จัดให้แก่ผู้สูงอายุที่มีความต้องการโดยเฉพาะ ส่วนบริการที่ไม่เป็นทางการ (Informal service) บริการที่จัดให้ ได้แก่ ศูนย์ผู้สูงอายุ (Senior citizen centers) ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุกลางวัน (Adult day care center) บริการด้านโภชนาการ (Nutrition service) บริการขนส่งสาธารณะ (Transportation service) การดูแลระยะสุดท้าย (Respite care) เป็นต้น ซึ่งผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน เป็นอาสาสมัครที่เป็นทางการ มาจากสถาบันและองค์กรต่าง ๆ และอาสาสมัครไม่เป็นทางการ ที่มักเป็นสมาชิกในครอบครัว เพื่อนฝูง เพื่อนบ้าน ส่วนบุคลากรที่มีสุขภาพประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักอาชีวบำบัด ซึ่งพยาบาลเป็นบุคลากรหลักกลุ่มใหญ่ที่สุด

3) การควบคุมคุณภาพการบริการ

มีการควบคุมคุณภาพการบริการของสถานบริการ โดย JCAHO เป็นองค์กรรับรองคุณภาพของสถานบริการ มีการออกกฎหมายเพื่อควบคุมการให้บริการตามมาตรฐาน ส่วนคุณภาพการให้การดูแลผู้สูงอายุที่บ้านและชุมชนมีองค์กร JCAHO และ CHAP ที่ได้รับการรับรองจากรัฐบาลกลาง ให้สามารถออกใบรับรองหน่วยงานให้การดูแลที่บ้านและในชุมชนได้

2.3.4 รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในประเทศมาเลเซีย

ประเทศมาเลเซีย เป็นประเทศในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้และเป็นเพื่อนบ้านของประเทศไทย ซึ่งจากการสำรวจผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ในเมือง Mukim Sepang พบว่าอัตราความชุกของการเกิดภาวะทุพพลภาพหรือร้อยละ 15.7 (Sherina MS and Mustaqim, 2002) ซึ่งมีสัดส่วนที่ใกล้เคียงกับของประเทศไทย แต่อย่างไรก็ตามระบบการดูแลผู้สูงอายุของประเทศมาเลเซียมีความแตกต่างจากประเทศไทย (วาทีณี บุญชะลัษี. 2552, Barraclough, 2000) โดยระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของประเทศมาเลเซีย ประกอบด้วย

1) การให้การดูแลในระยะยาว

ความพยายามที่ปรากฏอย่างชัดเจนที่สุดของรัฐบาลมาเลเซียในเรื่องของการให้การดูแลระยะยาวคือ การจัดตั้งบ้านพักสำหรับผู้เจ็บป่วยเรื้อรัง (Home for Chronically ill) ซึ่งในปัจจุบันมีอยู่ 2 ศูนย์ ศูนย์หนึ่งอยู่ที่ Kuala Kabu Baru, Selangor และอีกศูนย์หนึ่งที่เมือง Dungum บ้านพักเหล่านี้จัดให้บริการดูแลรักษา และการคุ้มครอง (Protection) แก่ผู้สูงอายุ (อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป) ที่เจ็บป่วยเรื้อรัง โดยมีกิจกรรมในการให้บริการและเอื้ออำนวยในเรื่องของการให้การดูแล การคุ้มครองป้องกัน การรักษาทางการแพทย์ การให้คำแนะนำปรึกษา การทำกายภาพบำบัด การแนะนำการสวดมนต์ (Devotion guide) กิจกรรมทางศาสนา และกิจกรรมการพักผ่อนหย่อนใจ ซึ่งโดยปกติผู้ที่พักอาศัยอยู่ที่บ้านนี้จะอยู่ไปจนกระทั่งเสียชีวิต ในด้านบริการทางการแพทย์ (Medical service) สำหรับการให้การดูแลในระยะยาวของมาเลเซีย นั้น ผู้ที่แสดงบทบาทหลักคือโรงพยาบาลของรัฐ (Public hospital) รัฐบาลมาเลเซียมีเป้าหมายว่าจะขยายการดูแลผู้สูงอายุ (Geriatric care) เข้าในโรงพยาบาลอำเภอ (District hospital) ทั้งหมดภายในปี ค.ศ. 2020

2) การจัดบริการการดูแลในชุมชน (Community care service)

ดังได้กล่าวแล้วว่า ครอบครัวยังเป็นผู้ให้การดูแลที่สำคัญ แต่การดูแลในชุมชน (Community care) จะสามารถช่วยในการแบ่งเบาภาระและความกดดันจากการดูแลระยะยาวของครอบครัวได้ กิจกรรมที่เน้นชุมชนเป็นฐาน (Community-based activity) มีความสำคัญในการสนับสนุนต่อครอบครัวที่นับได้ว่าเป็นสถาบันหลักของการดูแลระยะยาวได้ทั้งในปัจจุบันและอนาคต

3) การจัดบริการการดูแลในสถานดูแล (Institutional care service)

การจัดบริการการให้การดูแลในสถานดูแลแก่ผู้สูงอายุของประเทศมาเลเซีย จำแนกตามประเภทลักษณะของบริการ และองค์กรที่จัดการ แบ่งออกได้ดังต่อไปนี้

3.1) สถานพยาบาลผู้สูงอายุ (Nursing Home) เป็นรูปแบบที่จัดขึ้นโดยภาคเอกชน (Private sector involvement) ส่วนใหญ่ตั้งอยู่ในเขตเมือง ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความสามารถในการจ่ายได้ของกลุ่มเป้าหมาย ประเภทของบริการจะแตกต่างกับการดูแลที่บ้าน (Home to Home) แต่โดยพื้นฐานส่วนใหญ่

แล้วจะเหมือนกัน แม้ว่าสถานพยาบาลผู้สูงอายุจะจัดขึ้นโดยเอกชน แต่ก็มี การควบคุมโดย กระทรวงด้าน สุขภาพ (Ministry of Health) หรือ แผนกสวัสดิการสังคม (Social Welfare Department) บริการของ สถานพยาบาลประเภทนี้ พบว่ายังจำกัดอยู่ในกลุ่มผู้ที่สามารถจ่ายได้เท่านั้น สำหรับปัญหาที่พบของ สถานพยาบาลลักษณะนี้ ก็คือยังไม่มีกฎข้อบังคับ และการให้คำแนะนำโดยผู้มีอำนาจ ซึ่งมีผลทำให้คุณภาพ ของบริการไม่คงที่ ไม่มีมาตรฐาน ในจำนวนนับเป็นร้อย ๆ แห่งมีเพียง 188 แห่งเท่านั้นที่ได้รับใบอนุญาต โดย แผนกสวัสดิการสังคมว่าเป็นศูนย์ที่มีคุณสมบัติครบถ้วนในการดูแล

3.2) บริการที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุ (Shelter service) ในส่วนของการให้การดูแลแก่ผู้สูงอายุใน ด้านที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุ (Shelter care) ที่จัดให้บริการโดยภาครัฐและภาคเอกชนแล้ว ยังมีบริการที่พัก อาศัยอีกรูปแบบหนึ่งที่เรียกว่า Rumah Sejahtera รูปแบบนี้จัดขึ้นภายใต้การบริหารขององค์กรไม่ถือกำไรที่ ชื่อว่า Central Welfare Council Peninsular Malaysia (MPKSM) เป็นที่พักอาศัยที่จัดให้สำหรับผู้สูงอายุที่ ช่วยเหลือตัวเองได้ บ้านเหล่านี้อยู่ภายใต้การดูแลแนะนำจากแผนกสวัสดิการสังคม ซึ่งได้จ่ายเงินช่วยเหลือให้ ในการดำเนินการ บริการที่จัดขึ้นภายใต้การดำเนินการของ MPKSM จะคล้ายคลึงกับบริการที่พักอาศัยแบบ ชาวบ้านดั้งเดิมหรือแบบญาติ (Old folk home) ที่ดำเนินการโดยแผนกสวัสดิการสังคมกระทรวงพัฒนาสังคม และความ เป็นเอกภาพของชาติ (Ministry of National Unity and Social Development) นอกจากนี้ยังมี การสร้างกระท่อมในหมู่บ้าน และบริการให้แก่ผู้สูงอายุที่ยังลังเลใจในการหาที่อยู่ใหม่ ในขณะนี้ทั้งบ้านพัก อาศัย

3.3) ศูนย์ดูแลกลางวัน (Day Care Center) ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุกลางวัน มีความแตกต่างจากศูนย์ ดูแลกลางวัน ที่ดำเนินโดย MPKSM โดยศูนย์ดูแลกลางวันเป็นสถานที่สำหรับผู้สูงอายุ ให้มีการพบปะสังสรรค์ ทางสังคมและรื่นเริงร่วมกัน แต่ศูนย์ดูแลกลางวันจะเป็นสถานที่ที่ให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่ไม่สามารถทำกิจวัตร ประจำวันได้ (Daily living activity) โดยผู้สูงอายุมีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 3 ชั่วโมง และอย่างน้อย 3 วันในหนึ่งสัปดาห์

4) รูปแบบอื่น ๆ ของการจัดบริการ

4.1) บริการที่จัดให้โดยองค์กรอาสาสมัคร รัฐบาลมาเลเซียมีนโยบายในการที่จะให้ความช่วยเหลือ และกระตุ้นสมาคมอาสาสมัคร ในการจัดการให้การดูแลและการจัดที่พักอาศัยแก่ผู้สูงอายุ โดยให้การ ช่วยเหลือในรูปของเงินช่วยเหลือในการจัดบริการในชุมชนแก่ผู้สูงอายุ ซึ่งองค์กร The National Council of Senior Citizens Organization Malaysia (NASCOM) เป็นสมาคมที่มีการจัดทำแผนปฏิบัติการที่สอดคล้อง กับแผน 5 ปี ที่ดำเนินตามกรอบนโยบายผู้สูงอายุแห่งชาติที่ได้ความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญจาก United Nations Economic and Social Commission for Asia Pacific (ESCAP)

4.2) กิจกรรม/โครงการที่จัดโดยสมาคม /องค์กรภาคเอกชน บทบาทของความร่วมมือจาก ภาคเอกชน ในการให้การสนับสนุนต่อการดูแลผู้สูงอายุนั้น หลายสมาคม/องค์กรได้มีการดำเนินการระดมทุนที่ใน การให้ความช่วยเหลือต่อประชาชนหลายกลุ่มซึ่งรวมทั้งผู้สูงอายุด้วย โดยการให้ความช่วยเหลือและการดูแล ต่อผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะจัดออกมาในช่วงวันนักขัตฤกษ์ ในรูปแบบของการบริจาคเป็นเงินและความเมตตา แต่ มีแนวคิดที่ว่ากลุ่มสมาคม สามารถแสดงบทบาทในการริเริ่มกิจกรรมโครงการที่มากกว่าที่เป็นอยู่ได้อีก ดังเช่น

ตัวอย่างของการริเริ่มโครงการโดยสมาคม ได้แก่ การบุกเบิกแนวคิดเกี่ยวกับหมู่บ้านที่ให้การดูแลชุมชน (Community Caring Village) ขององค์กรเอกชน

2.3.5 รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทย

ประเทศไทยเป็นประเทศที่มีสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป สูงขึ้นอย่างรวดเร็วจากการศึกษาระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของประเทศไทย พบว่ายังไม่มีรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่เป็นรูปธรรม การบริการผู้สูงอายุที่มีอยู่ แบ่งออกเป็นบริการทางการแพทย์ บริการที่ให้ในสถานบริการ เช่น มีการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาล ส่วนโรงพยาบาลเอกชนบางแห่งให้บริการดูแลผู้สูงอายุทั้งแบบ long - term care, day care และ home care สถานบริบาลผู้สูงอายุให้บริการโดยภาคเอกชน ส่วนการบริการสุขภาพและสังคม ส่วนใหญ่ให้บริการโดยหน่วยงานภาครัฐ เช่น สถานสงเคราะห์คนชรา ศูนย์บริการทางสังคมผู้สูงอายุ อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้านการประกันสุขภาพ และสวัสดิการเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ โดยมีสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้สวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลฟรีแก่ผู้สูงอายุที่มีบัตรทอง (สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ, 2548) ซึ่งรายละเอียดของการบริการเพื่อรองรับการดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านมาของประเทศไทย มีดังนี้ (วรรณภา ศรีธัญรัตน์ และ คณะ, 2545, วาทีนี บุญชะลิกชี, 2552, กนิษฐา บุญธรรมเจริญ และ ศิริพันธ์ สาสัจย์, 2008, Jitapunkul and Wivatvanit, 2008)

ระบบบริการสุขภาพภาครัฐ รับผิดชอบโดยกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ โรงพยาบาล ซึ่งในปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขมีความพยายามผลักดันให้เกิดคลินิกผู้สูงอายุขึ้นในโรงพยาบาลทุกแห่งทั่วประเทศ และสถานเอนามัย หรือหน่วยบริการปฐมภูมิ เป็นบริการด่านแรกของผู้สูงอายุ ซึ่งการจัดบริการที่ให้ส่วนใหญ่เป็นการรักษาพยาบาลเบื้องต้น การเยี่ยมบ้าน และการฟื้นฟูสมรรถนะที่บ้าน

1) บริการสุขภาพภาคเอกชน หรือมูลนิธิ ได้แก่ โรงพยาบาลเอกชน มีทั้งที่ดำเนินการเชิงธุรกิจโดยตรง และสถานสงเคราะห์คนชราที่ให้บริการฟรี ซึ่งจะจัดให้สำหรับผู้สูงอายุที่ยากไร้ ไม่มีญาติ ส่วนใหญ่เป็นการดำเนินงานโดยมูลนิธิ หรือสถานสงเคราะห์ที่ให้การสงเคราะห์ผู้สูงอายุที่ยากจนฟรีและเก็บเงินบางส่วนดำเนินงานภายใต้การสนับสนุนของสมาคมเครือข่ายต่าง ๆ ศูนย์/สถานบริการสุขภาพ เน้นกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพทั่วไป ที่ไม่เฉพาะสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุ nursing home รับดูแลเฉพาะผู้สูงอายุที่เป็นการ nursing care ไม่ได้ให้บริการรักษาพยาบาล ส่วนใหญ่อยู่ในกรุงเทพฯ โรงเรียนสอนผู้ดูแลผู้สูงอายุ เป็นหลักสูตรระยะสั้นสอนวิชาชีพการดูแลเด็กเล็กและผู้สูงอายุ มีการทำเป็นธุรกิจครบวงจร

2) หลักประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ประเทศไทยมีหลักประกันสุขภาพและระบบสวัสดิการสุขภาพอยู่หลายระบบ ได้แก่ ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ ระบบประกันสังคม และระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

3) ระบบบริการสถานผู้สูงอายุที่ดูแลโดยกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ได้แก่ ศูนย์บริการทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ เป็นศูนย์บริการทางสุขภาพและสังคมสำหรับผู้สูงอายุ ที่ประกอบด้วยบริการเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย นันทนาการ การกีฬา

4) เครือข่ายผู้สูงอายุอย่างเป็นทางการ และไม่เป็นทางการ ได้แก่ ชมรมผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุในเครือข่ายสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี เพื่อดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ นันทนาการ พบปะสังสรรค์ ทำนุบำรุงศิลปวัฒนธรรม และส่งเสริมสุขภาพจิต

รูปแบบการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุที่ผ่านมาของประเทศไทย สามารถจำแนกรูปแบบการดูแลระยะยาวตามสถานที่ให้บริการเป็น 2 รูปแบบ คือ การให้บริการโดยใช้สถานบริการเป็นฐาน ได้แก่ บ้านพักคนชรา สถานดูแลช่วยเหลือการดำรงชีวิต สถานบริการ สถานดูแลผู้ป่วยระยะยาวในโรงพยาบาล และสถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า สถานบริการดังกล่าวส่วนใหญ่อยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร และเขตปริมณฑล ในภูมิภาคพบในเขตเทศบาลของจังหวัดใหญ่ ซึ่งพบว่าส่วนใหญ่ประสบปัญหาขาดแคลนบุคลากรเฉพาะด้าน เช่น พยาบาล นักกายภาพบำบัด และพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาโรคเรื้อรัง และมีภาวะพึ่งพา นอกจากนี้พบว่าผู้ให้การดูแลมีทัศนคติทางลบต่อผู้สูงอายุ (ศิริพันธ์ุ สาสัติย์ และคณะ, 2552) ส่วนรูปแบบของการดูแลระยะยาว เป็นการให้บริการโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน ซึ่งการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าสถานพยาบาลในชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีบทบาทหลักในการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งพบว่าบริการสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะช่วยเหลือตัวเองไม่ได้และผู้ดูแลนั้นยังมีจำกัดมากทั้งด้านสุขภาพและสังคม บทบาทในการดูแลหลักยังเป็นเรื่องของครอบครัว แม้ปัจจุบันจะมีอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในบางพื้นที่แต่ส่วนใหญ่เป็นการดูแลทั่วไป และขาดหน่วยงานในพื้นที่สนับสนุนการทำงานของอาสาสมัคร (สัมฤทธิ์ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ, 2552) ซึ่งระบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุใน 5 ประเทศที่มีความแตกต่างของการเกิดภาวะทุพพลภาพดังที่นำเสนอมาในข้างต้น มีความแตกต่างและคล้ายคลึงกับประเทศไทยในประเด็นต่าง ๆ ที่เปรียบเทียบได้ดังตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวใน 5 ประเทศ

ประเทศ	การดูแลในชุมชน	การดูแลในสถาบัน	การดูแลโดยรูปแบบอื่น	หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก	การควบคุมคุณภาพ
ออสเตรเลีย	- มีนโยบายชัดเจนเน้นการดูแลที่บ้านและชุมชนเป็นฐาน - มีบุคลากรวิชาชีพทางด้านสุขภาพ เช่น แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด ประจำชุมชน - เป็นระบบการดูแลส่วนใหญ่ของประเทศ	- มีขนาดเล็กกลง การให้บริการลดลง และเกณฑ์ประเมินการเข้ารับบริการ - รัฐบาลมีนโยบายลดขนาดและปรับรูปแบบเป็นการดูแลในชุมชน	- การดำเนินงานในรูปแบบของอาสาสมัคร มูลนิธิการกุศล - รัฐบาลส่งเสริมให้สิทธิผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุ และส่งเสริมการดำเนินงานขององค์กรต่างในชุมชน	- รัฐบาลเป็นกลไกสำคัญในการริเริ่มและดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุ - มลรัฐร่วมดำเนินการตามนโยบายรัฐบาลกลางและตามปัญหาในพื้นที่ - หน่วยงานที่จัดดำเนินกิจกรรมส่วนใหญ่เป็นเอกชน - ประชาชนมีส่วนร่วมรับผิดชอบสุขภาพตนเองในรูปของภาษี	- ชัดเจนมีการควบคุมคุณภาพโดยองค์กรอิสระอย่างชัดเจน - มีมาตรฐานการประเมินจัดระดับผู้สูงอายุและการให้บริการในสถานบริการอย่างชัดเจน
สหรัฐอเมริกา	- เป็นระบบบริการที่สำคัญและมีขนาดใหญ่ที่สุดของประเทศ ได้แก่ การดูแลสุขภาพที่บ้าน บริการดูแลที่บ้าน ศูนย์ผู้สูงอายุ ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุกลางวัน การดูแลระยะสุดท้าย	- มีการปฏิรูปข้อบังคับของสถานบริบาลและออกพระราชบัญญัติ เรียกว่า Omnibus Budget Reconciliation Act (OBRA) เพื่อควบคุมคุณภาพของสถานบริการ	- การดำเนินงานในรูปแบบของอาสาสมัคร มูลนิธิการกุศล	- รัฐมีแผนการประกันสุขภาพระยะยาว คือ Medicare สำหรับผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป หรือผู้ที่มีภาวะทุพพลภาพที่มีอายุน้อยกว่า อยู่ภายใต้ระบบประกันสังคม การที่มีความแตกต่างกันตามเบี้ยประกัน	- มีการควบคุมคุณภาพทั้งในชุมชนและสถานพยาบาล โดยองค์กรอิสระที่รับผิดชอบชัดเจน และมีมาตรฐานในการควบคุมคุณภาพอย่างชัดเจน

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ใน 5 ประเทศ (ต่อ)

ประเทศ	การดูแลในชุมชน	การดูแลในสถาบัน	การดูแลโดยรูปแบบอื่น	หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก	การควบคุมคุณภาพ
สหรัฐอเมริกา	- พยาบาลเป็นบุคลากรหลักกลุ่มใหญ่ที่สำคัญในการขับเคลื่อนระบบ - มีอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ - ทีมบุคลากร ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักอาชีวบำบัด	- พัฒนาเครื่องมือในการประเมินมาตรฐาน ที่มีชื่อว่า Minimum Data Set- Resident Assessment Instrument (MDS-RAI) เพื่อใช้ประเมินผู้สูงอายุในสถานบริการเพื่อควบคุมการดูแลให้เป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วประเทศ		แต่ทุกแผนประกันต้องมีการจ่ายร่วมกัน ระหว่างผู้ประกันตนและผู้รับประกัน - รัฐมีแผนการประกันสุขภาพ Medicaid สำหรับผู้ป่วยที่มีฐานะยากจนที่มาจากเงินภาษี - รัฐบาลกลางวางนโยบาย แผนงาน บริหารจัดการ ให้ทุนและประสานงานองค์กรต่างๆ - มลรัฐดำเนินงานตามแผน รัฐบาลกลาง	
ญี่ปุ่น	- เป็นการให้บริการดูแลผู้สูงอายุเจ็บป่วยหรือหลังรับบริการในสถาบันแล้วทีมประเมินให้สามารถรับบริการที่บ้านได้	- เป็นบริการที่ให้สำหรับผู้สูงอายุที่ป่วย หรือ มีสมองเสื่อมต้องการการบำบัดอย่างใกล้ชิด หรือประสบกับปัญหาความยากลำบากในการดูแลที่บ้าน หรือมีอาการดีขึ้นแต่ยังไม่สามารถออก	- มีการจัดบริการให้กับประชากรก่อนวัยสูงอายุเพื่อส่งเสริมการดูแลสุขภาพและการป้องกันโรคชรา - ใช้ระบบประกันการดูแลระยะยาว ที่ผู้เอาประกันหรือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 65 ปี	- มีการบูรณาการกระทรวงที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ สวัสดิการ และ แรงงานเป็นกระทรวงเดียว - ระบบการประกันการดูแลระยะยาวเป็นแผนที่ออกมา กลางปี ค.ศ.2000	- มีการประเมินผู้สูงอายุเพื่อการจัดให้บริการ จากแพทย์ประจำครอบครัว เทศบาลเป็นผู้พิจารณาความเห็นของแพทย์และตัดสินใจจัดประเภทการดูแล

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ใน 5 ประเทศ

ประเทศ	การดูแลในชุมชน	การดูแลในสถาบัน	การดูแลโดยรูปแบบอื่น	หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก	การควบคุมคุณภาพ
ญี่ปุ่น (ต่อ)	- มีแพทย์ประจำครอบครัว ช่วยในการดูแล - การให้บริการที่บ้าน มีหลากหลายรูปแบบขึ้นอยู่กับความต้องการและความจำเป็นในการดูแล	จากเตียงได้ - เป็นการดูแลโดยทีมวิชาชีพ ด้านสุขภาพ - มีหลากหลายรูปแบบเพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการรักษาดูแลทางด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง - มีเอกชนเป็นผู้ดำเนินการ ให้บริการที่บ้าน ในสถาบัน หรือศูนย์ส่วนใหญ่เป็นเอกชน	และผู้ที่มีอายุ 40 – 60 ปี	ที่รัฐบาลกลาง จังหวัด และเทศบาลดำเนินการร่วมกัน - รัฐบาลมีกฎหมายรองรับการจัดระบบบริการสำหรับประชาชนกลุ่มก่อนวัยสูงอายุและประชากรผู้สูงอายุ - รัฐบาลมีนโยบายลดหย่อนภาษีสำหรับผู้ดูแลบิดามารดาที่มีอายุมากกว่า 70 ปีขึ้นไป - ส่วนระบบประกันการดูแลระยะยาว ผู้รับผิดชอบด้านการเงินคือ ผู้เอาประกันต้องรวมจ่ายภาครัฐบาลในรูปของภาษี และภาคธุรกิจประกัน	

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ใน 5 ประเทศ (ต่อ)

ประเทศ	การดูแลในชุมชน	การดูแลในสถาบัน	การดูแลโดยรูปแบบอื่น	หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก	การควบคุมคุณภาพ
มาเลเซีย	- ครอบครัวเป็นผู้ให้การดูแลที่สำคัญในชุมชน - การดูแลในชุมชน จะสามารถช่วยในการแบ่งเบาภาระและความกดดันจากการดูแลระยะยาวของครอบครัวได้ แต่ยังมีข้อขัดแย้งและไม่ครอบคลุม	- ส่วนใหญ่ให้บริการโดยเอกชน - มีหลายรูปแบบ เช่น สถานพยาบาล สถานที่พักอาศัย ศูนย์ดูแลกลางวัน - ส่วนใหญ่ตั้งอยู่ในเขตเมืองและบริการของสถานพยาบาลประเภทนี้ยังจำกัดวงอยู่ในกลุ่มผู้ที่สามารถจ่ายได้เท่านั้น	- ส่วนใหญ่ดูแลโดยมูลนิธิองค์กรเอกชนไม่หวังผลกำไร - บริการที่พักรักษาสำหรับผู้สูงอายุ ในส่วนของการให้การดูแลแก่ผู้สูงอายุในด้านที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุ - มีบริการที่พักรักษาสำหรับผู้สูงอายุ เช่น Rumah Sejahtera	- ครอบครัวรับผิดชอบและทำให้ที่ดูแลเป็นหลัก - รัฐบาลเป็นผู้กำหนดนโยบายและแผนการดำเนินงานสู่ระดับปฏิบัติ - สถานบริการของรัฐงบประมาณส่วนใหญ่มาจากรัฐบาล - ในสถานบริการเอกชน ประชาชนจ่ายค่าบริการแก่สถานบริการ	- สถานบริการมีการควบคุมโดยกระทรวงด้านสุขภาพหรือ แผนกสวัสดิการสังคม - ยังไม่มีกฎหมาย ข้อบังคับ และการให้คำแนะนำโดยผู้มีอำนาจ ซึ่งมีผลทำให้คุณภาพบริการไม่คงที่ ไม่มีมาตรฐาน - มีหน่วยงานที่รับผิดชอบควบคุมคุณภาพแต่ต้องขออนุญาตและต่อเป็นรายปี ทำให้ในทางปฏิบัติไม่มีใครขออนุญาต
ไทย	- ยังไม่มีรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่เป็นรูปธรรม ส่วนใหญ่เป็นการดูแลที่ไม่เป็นทางการโดยครอบครัวเป็นผู้ให้การดูแลเป็นหลัก	- มีศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ สถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุที่อยู่ในสังกัดของกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ประจำจังหวัดใหญ่ และเขตกรุงเทพฯ	- เครือข่ายผู้สูงอายุอย่างเป็นทางการ และไม่เป็นทางการได้แก่ชมรมผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุในเครือข่ายสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย ดำเนินกิจกรรมส่งเสริม	- ครอบครัวรับภาระในการดูแลเป็นหลัก - มีสวัสดิการให้สำหรับผู้สูงอายุที่ต้องเข้ารับบริการในสถานบริบาล หรือสถานสงเคราะห์ของรัฐฟรี แต่	- ไม่มีกฎหมาย ข้อบังคับ การควบคุมสถานบริบาล ซึ่งมีผลต่อคุณภาพของบริการ - มีแผนพัฒนาผู้สูงอายุ และพรบ.ผู้สูงอายุแห่งชาติ แต่แผนการดูแลผู้สูงอายุระยะ

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ใน 5 ประเทศ (ต่อ)

ประเทศ	การดูแลในชุมชน	การดูแลในสถาบัน	การดูแลโดยรูปแบบอื่น	หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก	การควบคุมคุณภาพ
ไทย (ต่อ)	- มีหน่วยงานทางศาสนาที่ให้การดูแลผู้สูงอายุในชุมชนทั้งในรูปแบบเข้าไปเยี่ยมกลับหรือช่วยเหลือให้การดูแลประจำในบางพื้นที่ - มีการพัฒนาอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน	- มีสถานบริบาลผู้สูงอายุขององค์กรทางศาสนาที่ไม่หวังกำไรในบางพื้นที่ - โรงพยาบาลเอกชนบางแห่งให้บริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว แต่ส่วนใหญ่จำกัดอยู่ในกลุ่มคนที่สามารถเสียค่าใช้จ่ายได้ - มีสถานบริบาลผู้สูงอายุของเอกชน - ส่วนหน่วยงานด้านสุขภาพให้การบริการรักษาพยาบาลในรูปผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน	สุขภาพ นันทนาการ พบปะสังสรรค์ ทำนุบำรุงศิลปวัฒนธรรมและส่งเสริมสุขภาพจิต	พบว่ามีความจำกัดทำให้ไม่สามารถให้บริการผู้สูงอายุได้ทั้งหมด - มีสวัสดิการเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุแต่จำนวนเพียง 600 – 1000 บาทต่อเดือนขึ้นกับช่วงอายุ - สวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลฟรีแก่ผู้สูงอายุมีโดยมีสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	ยาว เริ่มมีความชัดเจนขึ้นในแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 ฉบับปรับปรุง

ที่มา: ผู้วิจัย

จะเห็นได้ว่ารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่ผ่านมามีความหลากหลาย อย่างไรก็ตามพบว่าสามารถจำแนกออกเป็น 2 กลุ่มคือ รูปแบบการดูแลที่ใช้บ้านและชุมชนเป็นฐานปฏิบัติการ และรูปแบบการดูแลที่ใช้สถาบันเป็นฐานการดูแล ซึ่งจากการวิเคราะห์เปรียบเทียบรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ของทั้ง 5 ประเทศ แล้วสามารถสรุปรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวได้ดังต่อไปนี้

1) รูปแบบการดูแลระยะยาว พบว่าแนวโน้มของรูปแบบการดูแลในประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่น ออสเตรเลีย ญี่ปุ่น ส่วนใหญ่มีแนวโน้มใช้ครอบครัว และชุมชนเป็นฐานปฏิบัติการมากยิ่งขึ้น และมีการสนับสนุนอย่างเป็นรูปธรรมของภาครัฐบาล ทั้งนี้อาจเนื่องจากสามารถลดภาระและต้นทุนการดูแลระยะยาวของภาครัฐ สามารถรองรับจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้นในอนาคต และทำให้เกิดความยั่งยืน

2) รูปแบบการดูแลระยะยาวเป็นการดูแลทั้งด้านสุขภาพและด้านสังคม โดยผู้ดูแลมีทั้งแบบที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ โดยเฉพาะบุคลากรด้านสุขภาพ เช่น พยาบาล ในประเทศที่พัฒนาแล้วเป็นกลุ่มที่เป็นหัวใจสำคัญของกระบวนการขับเคลื่อนการดูแลระยะยาว

3) การควบคุมคุณภาพของการให้บริการดูแลระยะยาว มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งในการประเมินและควบคุมการปฏิบัติงานของบุคลากรที่ให้บริการ โดยเฉพาะการมีมาตรฐานและเป้าหมายที่ชัดเจนในการปฏิบัติงานจะช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่ดี และมีคุณภาพ

4) การบูรณาการงานผู้สูงอายุ เห็นได้ว่าประเทศที่มีการควบคุมการเกิดภาวะทุพพลภาพได้ดี เป็นประเทศที่มีการจัดระบบสุขภาพผู้สูงอายุชัดเจน มีหน่วยงานรับผิดชอบกำหนดนโยบาย แผนงาน เป้าหมายที่ชัดเจน และมีการบูรณาการงานการดูแลผู้สูงอายุให้มีความเป็นเอกภาพทั้งในระดับประเทศ ระดับท้องถิ่น

5) การดูแลระยะยาวเป็นความรับผิดชอบร่วมกัน ทั้งภาครัฐบาล ท้องถิ่น เจ้าหน้าที่ภาครัฐ เอกชน และผู้สูงอายุ ซึ่งในประเทศที่พัฒนาแล้ว มีการกำหนดนโยบาย กฎหมาย แนวทางปฏิบัติ รองรับอย่างชัดเจนในการจัดรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของประเทศ

2.4 นโยบายและแผนงานการดูแลผู้สูงอายุของประเทศไทยและต่างประเทศ

นโยบายและแผนงานการดูแลผู้สูงอายุเป็นสิ่งที่มีความจำเป็น ที่นำไปสู่การออกแบบระบบบริการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว การกำหนดแนวทางปฏิบัติอย่างชัดเจน ซึ่งจากการศึกษานโยบายและแผนงานการดูแลผู้สูงอายุของประเทศต่าง ๆ มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

2.4.1 นโยบายและแผนงานการดูแลผู้สูงอายุของประเทศออสเตรเลีย

จากการรายงานการศึกษาพบว่าอัตราความชุกของการเกิดภาวะทุพพลภาพรุนแรงที่ทำให้เกิดการพึ่งพาระยะยาว มีสาเหตุมาจากอายุที่มากขึ้น โรคเรื้อรัง ได้แก่ Arthritis Heart Problem และ Dementia และพบว่าโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน สูงขึ้นในช่วงระหว่าง 5 ปี ขณะที่ความชุกของโรคอ้วนของประชากรชาวออสเตรเลียเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็วระหว่างปี 1980 – 2000 (AIHW,2000 cited in Lafortune and Balestat, 2007) ความชุกที่เพิ่มสูงมากขึ้นเป็นผลให้เกิดภาวะทุพพลภาพ ที่ทำให้เกิดข้อจำกัดในการทำกิจกรรมและทำหน้าที่ของผู้สูงอายุในช่วงเวลาต่อมา ซึ่งคาดประมาณว่าอีก 30 ปี จะมีอุบัติการณ์เกิดภาวะทุพพลภาพร้อยละ 70.0 (Giles, Cameron and Crotty,2003: 5) ปัญหาเหล่านี้ได้ส่งผลให้เกิดนโยบายที่

เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุในประเทศออสเตรเลียดังนี้ (วรรณภา ศรีธัญรัตน์ และ ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2545, Donelan et al., 2000)

1) นโยบายและกฎหมายเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ

รัฐบาลออสเตรเลียได้มีนโยบายที่เกี่ยวกับการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุที่สำคัญคือ การปฏิรูประบบการดูแลผู้สูงอายุของประเทศออสเตรเลีย (Australian residential care system) นโยบายเน้นการพัฒนาการดูแลที่ใช้ชุมชนและบ้านเป็นฐาน (Home care and community base care) นโยบายการพักอาศัยที่บ้านของผู้สูงอายุ (Staying at home care and support for older Australia) ให้งบประมาณช่วยเหลือการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

2) หลักประกันสำหรับผู้สูงอายุ

หลักประกันสำหรับผู้สูงอายุชาวออสเตรเลีย ได้แก่ ระบบการประกันสังคม ภาษีที่จ่ายเข้ากองทุนสาธารณะ (Public fund) ซึ่งเป็นความรับผิดชอบส่วนหนึ่งของผู้สูงอายุที่มีต่อสุขภาพตนเอง ซึ่งครอบคลุมประชากรผู้สูงอายุทุกคน นอกจากนี้คือรัฐบาลกลาง และมลรัฐยังเป็นผู้ให้งบประมาณแก่สถานบริการ เพื่อให้การดูแลประชาชนชาวออสเตรเลียทุกคน

3) ระบบการเงินการคลัง

แหล่งที่มาของงบประมาณ มาจากภาษีทั่วไปที่จัดเก็บโดยรัฐบาล และรัฐบาลจัดสรรให้กับรัฐบาลมลรัฐและเขตปกครอง เป็นงบประมาณช่วยเหลือการดูแลผู้สูงอายุ (Financial assistant grant) รัฐบาลกลางเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการให้ทุน การบริการสุขภาพ และการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านพักคนชรา (Residential aged care) และเป็นผู้ให้ทุนส่วนใหญ่กับโครงการของ HACC program รัฐบาลมลรัฐและเขตปกครองร่วมให้ทุนในโครงการ HACC program บางอย่าง และให้ทุนบางส่วนกับบริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน และให้ทุนสำหรับการดำเนินงานในเรื่องบริการประเมิน (Assessment service) ขององค์กรการกุศลที่ไม่ใช่ในรูปเงิน

2.4.2 นโยบายและแผนงานการดูแลผู้สูงอายุของประเทศญี่ปุ่น

จากข้อมูลจำนวนประชากรผู้สูงอายุพบว่าประเทศญี่ปุ่น เป็นประเทศที่มีสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไปมากที่สุด และมีอายุยืนที่สุดของโลก โดยพบสัดส่วนผู้สูงอายุถึงร้อยละ 22.0 และประชากรมีอายุเฉลี่ย 82 ปี (Population Reference Bureau. 2008) และพบอัตราความชุกของภาวะทุพพลภาพทุกระดับ ร้อยละ 21.2 (Schoeni, et al., 2005) และพบรายงานผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพระดับสูงร้อยละ 7.8 ในปี 2004 (Lafortune and Balestat, 2007) ซึ่งประเทศญี่ปุ่นมีนโยบายในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวดังนี้ (วรรณภา ศรีธัญรัตน์ และคณะ, 2545, Olivia et al., 2006)

1) นโยบายและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

รัฐบาลญี่ปุ่นได้มีนโยบายและออกกฎหมายเพื่อการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ ได้แก่ การกำหนดมาตรฐานขั้นต่ำในความเป็นอยู่และการดำเนินชีวิตที่ดีและเหมาะสม นโยบายให้มีสวัสดิการแก่ผู้สูงอายุ นโยบายการปฏิรูปหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง คือกระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการสังคมและกระทรวงแรงงาน เป็น กระทรวงสาธารณสุข แรงงาน และสวัสดิการ ออกกฎหมายการให้บริการสุขภาพและทางการแพทย์ กฎหมายการประกันสุขภาพ กฎหมายการประกันการดูแลระยะยาว นโยบายแผนทอง แผนนางฟ้า

2) หลักประกันสำหรับผู้สูงอายุ

นโยบายเกี่ยวกับหลักประกันสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุของประเทศญี่ปุ่น ได้แก่ การประกันการดูแลสุขภาพ (Health care insurances) ที่ครอบคลุมประชาชนทุกคน การช่วยเหลือด้านสาธารณะ (Public assistance) ที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุ คือการจัดสวัสดิการแก่ผู้สูงอายุ การประกันการดูแลระยะยาว (Long term care insurance) ที่ผู้ต้องการการดูแลมีการร่วมจ่าย ร้อยละ 10 ทำให้ผู้สูงอายุทุกคนอยู่ในระบบประกันนี้ ระบบบำนาญ การจ้างงานผู้สูงอายุ และการทดลองจ่ายเงินอุดหนุนครอบครัวที่ให้การดูแลผู้สูงอายุ

3) ระบบการเงินการคลัง

ค่าใช้จ่ายในเรื่องสวัสดิการและสุขภาพของประเทศญี่ปุ่น มี 3 ส่วน คือ เป็นของผู้สูงอายุ รัฐบาล และการประกัน การใช้บริการสุขภาพและสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ จะเป็นลักษณะจ่ายร่วมในอัตราคงที่ และจ่ายเพิ่มตามความสามารถในการจ่าย

4) ระบบข้อมูลสารสนเทศ และการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างประเทศ

ระบบสารสนเทศของประเทศญี่ปุ่นที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลในการให้บริการสุขภาพและสวัสดิการสังคมแก่ผู้สูงอายุค่อนข้างชัดเจน มีการกำหนดแผนการศึกษาวิจัย 3 กลุ่มคือ ประชากร สุขภาพและสวัสดิการทั่วไป สถิติสวัสดิการสังคม และสถิติสุขภาพ นอกจากนี้ประเทศญี่ปุ่นมีการประชุมแลกเปลี่ยนข้อมูลการจัดบริการและการประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุกับนานาชาติ

2.4.3 นโยบายและแผนงานการดูแลผู้สูงอายุของประเทศสหรัฐอเมริกา

ประเทศสหรัฐอเมริกาเป็นประเทศที่มีแนวโน้มของการเกิดภาวะทุพพลภาพลดลงอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ปี 1982 ซึ่งพบอัตราความชุกร้อยละ 20.7, ในปี 1984 พบร้อยละ 20.2, ปี 1989 พบร้อยละ 20.3, ปี 1994 พบร้อยละ 18.7, ปี 1999 พบร้อยละ 17.9 และ ในปี 2004/05 ลดลงเหลือร้อยละ 16.6 (Lafortune and Balestat, 2007) ซึ่งพบว่า ตั้งแต่ค.ศ. 1990 – 2002 พบว่าอัตราการเกิดภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุในประเทศสหรัฐอเมริกาลดลงร้อยละ 1.55 – 0.92 ต่อปี (Freedman, Martin, Schoeni., 2002) ซึ่งการดำเนินงานด้านนโยบายที่เกี่ยวกับระบบสุขภาพดูแลผู้สูงอายุของประเทศสหรัฐอเมริกามีรัฐบาลกลางที่รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ เป็นผู้วางนโยบาย แผนงาน บริหารจัดการ ให้ทุนและประสานงานกับองค์กรต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน ซึ่งนโยบายที่เกี่ยวข้อง ดังต่อไปนี้ (วรรณภา ศรีธัญรัตน์ และคณะ, 2545, Haber, 2007)

1) นโยบายและกฎหมายที่สำคัญ

นโยบายเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่สำคัญของสหรัฐอเมริกา ได้แก่ โครงการ Medicare และ Medicaid เป็นการประกันคุณภาพสำหรับการรักษาในโรงพยาบาล สถานะบริบาล (Nursing home) การดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home health care) ซึ่ง Medicare จะได้รับเงินสนับสนุนจากรัฐบาลกลาง ส่วน Medicaid ได้รับการสนับสนุนจากมลรัฐเพื่อให้การประกันสุขภาพแก่คนยากไร้ นอกจากนี้ยังมีนโยบายรับรองคุณภาพบริการดูแลระยะยาว (Long term care facilities)

2) การประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ (Medicare)

เป็นโครงการประกันสุขภาพที่ใหญ่ที่สุด ให้หลักประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุชาวอเมริกันอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป และผู้ทุพพลภาพที่มีอายุต่ำกว่า 65 ปี ซึ่งประกอบด้วยการประกันที่ต้องจ่ายเมื่อเจ็บป่วยเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาล (Hospital insurance) และการประกันการรักษาพยาบาล (Medical insurance) เป็นโครงการจ่ายค่ารักษาพยาบาลในส่วนที่เป็นค่าบริการทางการแพทย์ ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก ค่ารักษาพยาบาลที่เป็นประกันแบบ Hospital insurance ไม่จ่ายให้

3) ระบบข้อมูลสารสนเทศ

สหรัฐอเมริกา มีเทคโนโลยีและข้อมูลข่าวสาร และการทำวิจัยเกี่ยวกับผู้สูงอายุ องค์กรทั้งภาครัฐและเอกชน มีระบบสารสนเทศที่ดีในแต่ละส่วน และมีข้อมูลหลากหลาย มีหน่วยงานสำคัญรับผิดชอบด้านข้อมูลผู้สูงอายุอเมริกัน คือ หน่วยงาน US Census Bureau

4) หน่วยงานที่รับผิดชอบและองค์กรด้านผู้สูงอายุ

นอกจากหน่วยงานของรัฐบาลกลางที่เป็นผู้วางนโยบาย แผนงาน บริหารจัดการ ให้ทุนและประสานงานกับองค์กรต่าง ๆ แล้ว ยังมีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับบริการการดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ แผนกสุขภาพและการบริการสุขภาพ (Department of health and health service, HHS) เป็นหน่วยงานที่ประกันสุขภาพให้ทุนองค์กรต่าง ๆ องค์กรบริการจัดการด้านผู้สูงอายุ (Administration on aging, AOA) เป็นหน่วยปฏิบัติการสำคัญด้านผู้สูงอายุของ HHS โดยเป็นศูนย์กลางของรัฐบาลกลาง ประสานงานกับมลรัฐ องค์กร และหน่วยงานระดับท้องถิ่น AOA เป็นหน่วยงานที่สนับสนุนการให้บริการที่บ้านและในชุมชนแก่ผู้สูงอายุ โดยทั่วไป และกลุ่มที่มีปัญหาเศรษฐกิจและสังคม องค์กรบริหารงบประมาณการดูแลสุขภาพ (Health care financing administration, HCFA) เป็นหน่วยงานบริหารจัดการด้านค่าใช้จ่ายประกันสุขภาพ และสถาบันสุขภาพแห่งชาติ (National institute of health, NIH) เป็นศูนย์กลางและหน่วยงานสนับสนุนการวิจัยด้านสุขภาพทั้งในและต่างประเทศ

2.4.4 นโยบายและแผนงานการดูแลผู้สูงอายุของประเทศมาเลเซีย

จากการศึกษาแผนงานนโยบายการดูแลผู้สูงอายุของประเทศมาเลเซีย พบว่าในปีค.ศ. 1995 รัฐบาลได้จัดทำนโยบายผู้สูงอายุแห่งชาติขึ้น เพื่อเตรียมรับกับสังคมที่กำลังเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging society) โดยมีเป้าหมายเพื่อการสร้างสรรค์สังคมสำหรับผู้สูงอายุ เพิ่มคุณค่า ศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ ในครอบครัว สังคม และประเทศชาติ เพิ่มศักยภาพของผู้สูงอายุ เพื่อให้เป็นกำลังส่วนหนึ่งในการพัฒนาประเทศ มีการจัดทำแผนปฏิบัติการเพื่อรองรับนโยบาย รวมทั้งมีการจัดระบบการประเมินผล ประเมินความก้าวหน้าของกิจกรรมต่าง ๆ ในระหว่างปี ค.ศ. 1997-2005 โดยกรมสวัสดิการสังคมเป็นผู้รับผิดชอบงานโดยส่วนรวมทั้งหมด และจัดตั้งคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติขึ้น นโยบายเกี่ยวกับผู้สูงอายุแห่งชาติประเทศมาเลเซีย ปี 1996 มีดังนี้ (วาทีนิ บุญชะลิกษ์, 2552, Barraclough, 2000)

1) โครงการและนโยบายเพื่อการดูแลสุขภาพที่มีอยู่ เป็นเครือข่ายโรงพยาบาลและคลินิก มีการจัดหาบริการด้านการแพทย์และสุขภาพอนามัยแก่บุคคลทุกกลุ่มอายุ รวมถึงกลุ่มผู้สูงอายุ มีการจัดบริการฟื้นฟูสภาพ เช่น กายภาพบำบัด และการรักษาโรคอันเกิดจากการประกอบอาชีพให้แก่ผู้สูงอายุ แต่อย่างไรก็ตาม

บริการและการอำนวยความสะดวกต่าง ๆ ดังกล่าวไม่ได้ครอบคลุมไปถึงพื้นที่ในเขตชนบท ไม่มีโรงพยาบาลเฉพาะทาง หรือดีกผู้ป่วยสูงอายุบริการโดยเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุ มีเพียงคลินิกพิเศษสำหรับการรักษาผู้สูงอายุเท่านั้น

2) การเงินเพื่อการดูแลสุขภาพ จากการที่ต้นทุนค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเป็นสิ่งที่ต้องคำนึงถึงตั้งแต่ในระดับบุคคล ครอบครัวและรัฐบาล จึงมีการดำเนินการโครงการพัฒนาและจัดตั้งระบบการเงินเพื่อสุขภาพแหล่งที่มาของเงินเพื่อการดูแลสุขภาพมาจากหลายทาง ทั้งจากรัฐบาล และประชาชนเป็นผู้จ่ายเอง จากนายจ้าง หรือจากการประกันสุขภาพ ระบบการประกันสุขภาพ

3) โครงการดูแลสุขภาพเพื่อสูงอายุ โครงการนี้ริเริ่มขึ้นในปี ค.ศ. 1995 ทำให้ผู้สูงอายุทุกคนมีสิทธิในการรับการดูแลจากรัฐบาล มีจุดประสงค์ที่จะปรับปรุงและดูแลรักษาสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยมีเป้าหมายสูงสุดที่จะส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ วัตถุประสงค์เฉพาะเพื่อป้องกันและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ให้สามารถดำรงชีวิตอย่างมีความสุข มีสุขภาพที่ดี จัดตั้งบริการโดยเฉพาะทางด้านสูงอายุในระดับภูมิภาคและระดับรัฐ ในปีค.ศ. 2000 พัฒนาแผนปฏิบัติการในการฝึกอบรม วิจัย ที่จำเป็นในการดูแลผู้สูงอายุ และจัดหาบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ โดยอาศัยการเข้าถึงชุมชนเป็นพื้นฐาน เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ในชุมชนได้โดยไม่เป็นภาระ

2.4.5 นโยบายและแผนงานการดูแลผู้สูงอายุของประเทศไทย

การดำเนินงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุของประเทศไทยมีพัฒนาการยาวนาน เช่น การกำหนดพระราชบัญญัติบำเหน็จบำนาญ การจัดตั้งบ้านบางแค เพื่อรองรับผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้ง อย่างไรก็ตามนโยบายและแผนงานผู้สูงอายุของประเทศไทยที่ชัดเจน ได้เริ่มดำเนินการอย่างเป็นรูปธรรม โดยมีการจัดทำแผนงานผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ.2525 – 2544) ซึ่งเกิดขึ้นหลังจากการประชุมผู้สูงอายุโลกครั้งที่ 1 (The First World Assembly on Aging) ที่กรุงเวียนนา ประเทศออสเตรีย ทำให้ประเทศไทยได้จัดตั้งคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติขึ้นใน พ.ศ. 2529 และได้จัดทำแผนระยะยาวเพื่อผู้สูงอายุขึ้น สำคัญของแผนฉบับนี้ มาจากข้อเสนอแนะของแผนดูแลผู้สูงอายุระหว่างประเทศ (International Plan of Action on Aging) แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 1 มีวัตถุประสงค์เพื่อจัดเตรียมผู้สูงอายุให้มีความรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงตามวัย การปรับตัวด้านสิ่งแวดล้อมและการดูแลสุขภาพที่จำเป็น จัดเตรียมผู้สูงอายุเกี่ยวกับการให้การสนับสนุนและการคุ้มครองของครอบครัวและชุมชน รวมทั้งบริการสวัสดิการอื่น ๆ ตามความจำเป็นที่ต้องการ ให้การสนับสนุนบทบาทของผู้สูงอายุในการมีส่วนร่วมในครอบครัวและกิจกรรมอื่น ๆ เน้นความรับผิดชอบของสังคมต่อผู้สูงอายุ แผนดังกล่าวครอบคลุม 4 ด้าน ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ คือ ด้านสุขภาพ การศึกษา รายได้ และการจ้างงานและสังคมวัฒนธรรม และได้มีการกำหนดนโยบายเพื่อผู้สูงอายุของรัฐบาลในแต่ละสมัย ได้แก่

1. การออกกฎหมายและระเบียบข้อบังคับเกี่ยวกับการพัฒนาศักยภาพและสุขภาพของผู้สูงอายุในสมัยนายอานันท์ ปันยารชุน

2. การสร้างหลักประกันสำหรับการบริการสุขภาพและให้การสงเคราะห์แก่ผู้สูงอายุในสมัยนายอานันท์ ปันยารชุน

3. การดูแลความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุให้สามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุข ในสมัยนายชวน หลีกภัย

4. การสนับสนุนการสร้างระบบประกันสุขภาพเพื่อให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการสาธารณสุข ในสมัยนายบรรหาร ศิลปอาชา

5. การสร้างระบบประกันสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุเพื่อให้ได้รับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลและสถานบริการของรัฐโดยไม่ต้องเสียค่ารักษา ในสมัยพลเอกชวลิต ยงใจยุทธ โดยกิจกรรมและโครงการที่ได้จัดทำขึ้นเพื่อตอบสนองนโยบายของรัฐบาลที่สำคัญ ๆ ได้แก่

1) การจัดตั้งสถานสงเคราะห์คนชรา ให้ที่พักพิงแก่ผู้สูงอายุ จำนวน 20 แห่ง ศูนย์บริการผู้สูงอายุ ให้บริการผู้สูงอายุในเวลากลางวัน จำนวน 13 แห่ง บริการที่พักฉุกเฉิน และบริการเคลื่อนที่สำหรับผู้สูงอายุในชุมชน ดำเนินการโดยกองสวัสดิการสงเคราะห์กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม นอกจากนี้ใน พ.ศ. 2542 ได้มีการจัดตั้งศูนย์บริการสังคมสำหรับผู้สูงอายุขึ้นในวัด (Social Services Centres for Older Persons in Temples) ให้ผู้นำชุมชนเป็นผู้ดำเนินการ จัดกิจกรรมด้านสันติภาพและการโครงการด้านการส่งเสริมสุขภาพ

2) โครงการเงินอุดหนุนกองทุนส่งเสริมสวัสดิการผู้สูงอายุในชุมชน เริ่มดำเนินการในพ.ศ. 2536 โดยกรมประชาสงเคราะห์มอบเงินยังชีพ 200 บาทต่อเดือนแก่ผู้สูงอายุที่มีความจำเป็นด้านการเงิน ขาดผู้ดูแลหรือผู้อุปการะและไม่สามารถประกอบอาชีพได้ ซึ่งเพิ่มขึ้นเป็น 300 บาทต่อเดือนในปี พ.ศ. 2542 และรัฐบาลปัจจุบันได้เพิ่มจำนวนเงินขึ้นต่ำเป็น 600 บาท และเป็นขั้นบันไดตามช่วงอายุ สูงสุด 1,000 บาทต่อปีครอบครัวผู้สูงอายุทุกคน

3) โครงการสวัสดิการด้านการสงเคราะห์การรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลและสถานบริการของรัฐ โดยไม่คิดมูลค่า เริ่มดำเนินการใน พ.ศ. 2532 โดยกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้ดำเนินการให้บริการครอบคลุมผู้สูงอายุทุกคนที่ไม่ได้รับสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาล โดยไม่คิดมูลค่าจากแหล่งอื่น

4) การจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุขึ้นในโรงพยาบาลขนาด 60 เตียงขึ้นทุกแห่ง เป็นบริการผู้ป่วยนอกให้บริการการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และตรวจรักษาโรคในระยะเฉียบพลัน ไม่ครอบคลุมการฟื้นฟูสภาพ และไม่มีบริการต่อเนื่องสู่ชุมชน เช่น การเยี่ยมบ้าน ส่วนบริการผู้ป่วยในที่มีอยู่ไม่มีโครงการที่จำเพาะกับผู้สูงอายุ เป็นบริการที่แทรกรวมอยู่ในหอผู้ป่วยอายุรศาสตร์ และจัดขึ้นเฉพาะในโรงพยาบาลที่มีแพทย์ทางเวชศาสตร์ผู้สูงอายุประจำอยู่เท่านั้น และยังไม่มีบริการการดูแลระยะยาว (Long-stay care service) ที่ให้บริการโดยภาครัฐ

5) การจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุเพื่อดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ใน พ.ศ. 2537 มีผู้สูงอายุที่จดทะเบียนอยู่ในชมรมผู้สูงอายุ จำนวน 3,487 คน ซึ่งอาจมีจำนวนมากกว่านี้ เนื่องจากหลายชมรมไม่ได้มีการจดทะเบียนอย่างเป็นทางการ ชมรมส่วนใหญ่ตั้งอยู่ที่โรงพยาบาลจังหวัด ปี พ.ศ. 2541 ได้มีการจัดตั้งสภาผู้สูงอายุ ทำหน้าที่สนับสนุนส่งเสริมการดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุทั้งหมดที่จดทะเบียน และรัฐบาลยังให้การสนับสนุนกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุโดยผ่านทางกระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม

6) องค์กรเอกชนหลายองค์กร เช่น สภาคาชาดไทย มูลนิธิดวงประทีป Help Age International องค์กรศาสนา และองค์กรที่ไม่แสวงหากำไรหลายแห่ง ได้ให้บริการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน โดยเฉพาะผู้ที่อยู่ใน

พื้นที่ทางไกลและยากจน แผนการช่วยเหลือผู้สูงอายุระหว่างประเทศ (Help Age International) ดำเนินกิจกรรมหลายโครงการที่มุ่งสนับสนุนการสร้างรายได้แก่ผู้สูงอายุในเขตชนบท และให้ทุนในการดำเนินโครงการบริการชุมชน ทั้งบริการด้านสุขภาพและด้านสังคมในหลายพื้นที่ องค์กรเอกชนบางแห่งมีการดำเนินการโครงการบ้านพักและสถานพยาบาลผู้สูงอายุ (Nursing home) มีสถานพยาบาลผู้สูงอายุของเอกชนเกิดขึ้นเป็นจำนวนมากในช่วงสิบปีที่ผ่านมา ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในกรุงเทพมหานคร และโรงพยาบาลเอกชนที่ให้บริการเฉียบพลัน (Acute-care private hospital) หลายแห่งได้ปรับห่อผู้ป่วยในให้สามารถให้การดูแลระยะยาวได้

7) การรณรงค์ส่งเสริมทัศนคติ ค่านิยม เรื่องความอาวุโสและค่านิยมในเรื่องครอบครัว โดยการกำหนดให้มีวันผู้สูงอายุแห่งชาติและวันครอบครัวในช่วงระหว่างประเพณีสงกรานต์ ซึ่งถือเป็นวันปีใหม่ของไทย มีกิจกรรมหลายโครงการที่จัดทำขึ้นเพื่อส่งเสริม ประชาสัมพันธ์ ทั้งในรายการทางโทรทัศน์ วิทยุ และการจัดงานพิธีในหลายพื้นที่ของประเทศ

ต่อมาในช่วงปี 2542 ประเทศไทยได้ลงนามปฏิญญาผู้สูงอายุไทย ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

ข้อ 1 ผู้สูงอายุต้องได้รับปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่าและศักดิ์ศรี ได้รับการพิทักษ์และคุ้มครองให้พ้นจากการถูกทอดทิ้ง และละเมิดสิทธิโดยปราศจากการเลือกปฏิบัติโดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ไม่สามารถพึ่งตนเองได้ และผู้พิการที่สูงอายุ

ข้อ 2 ผู้สูงอายุควรอยู่กับครอบครัวโดยได้รับความเคารพ รัก ความเข้าใจ ความเอื้ออาทร การดูแลเอาใจใส่ การยอมรับ บทบาทของกันและกันระหว่างสมาชิกในครอบครัว เพื่อให้เกิดความสัมพันธ์อันดีในการอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข

ข้อ 3 ผู้สูงอายุควรได้รับโอกาสในการศึกษาเรียนรู้ และพัฒนาศักยภาพของตนเองอย่างต่อเนื่อง เข้าถึงข้อมูลข่าวสารและบริการทางสังคม อันเป็นประโยชน์ในการดำรงชีวิต เข้าใจถึงการเปลี่ยนแปลงของสังคมรอบด้าน เพื่อสามารถ ปรับบทบาทของตนให้สมวัย

ข้อ 4 ผู้สูงอายุควรได้ถ่ายทอดความรู้ประสบการณ์ให้สังคม มีโอกาสได้ทำงานที่เหมาะสมกับวัย และตามความสมัครใจ โดยได้รับค่าตอบแทนที่เป็นธรรม เพื่อให้เกิดความภาคภูมิใจและเห็นชีวิตมีคุณค่า

ข้อ 5 ผู้สูงอายุควรได้เรียนรู้ในการดูแลสุขภาพอนามัยของตนเอง ต้องมีหลักประกันและสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพอนามัยอย่างครบวงจรโดยเท่าเทียมกัน รวมทั้งได้รับการดูแลจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิตอย่างสงบ ตามคตินิยม

ข้อ 6 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่พึ่งพาตนเองได้ สามารถช่วยเหลือครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในสังคม เป็นแหล่งภูมิปัญญาของคนรุ่นหลัง มีการเข้าสังคม มีนันทนาการที่ดี และมีเครือข่ายช่วยเหลือซึ่งกันและกันในชุมชน

ข้อ 7 รัฐโดยการมีส่วนร่วมขององค์กรภาคเอกชน ประชาชน สถาบันสังคม ต้องกำหนดนโยบายและแผนหลักด้านผู้สูงอายุ ส่งเสริมและประสานให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการอย่างต่อเนื่องให้บรรลุผลตามเป้าหมาย

ข้อ 8 รัฐโดยการมีส่วนร่วมขององค์กรภาคเอกชน ประชาชน สถาบันสังคม ต้องตรากฎหมายว่าด้วยผู้สูงอายุ เพื่อเป็นหลักประกันและการบังคับใช้ในการพิทักษ์สิทธิคุ้มครองสวัสดิภาพ และจัดสวัสดิการแก่ผู้สูงอายุ

ข้อ 9 รัฐโดยการมีส่วนร่วมขององค์กรภาคเอกชน ประชาชน สถาบันสังคม ต้องรณรงค์ปลูกฝังค่านิยมให้สังคมตระหนักถึงคุณค่าของผู้สูงอายุตามวัฒนธรรม ไทย ที่เน้นความกตัญญูทวดเทวีและเอื้ออาทรต่อกัน

หลังจากสิ้นสุดแผนพัฒนาผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 1 ได้มีการจัดทำแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545 - 2564) ขึ้นมาจากการวิเคราะห์สภาพปัญหาผู้สูงอายุของประเทศไทย ทำให้พบว่าแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 มีลักษณะที่แตกต่างจากแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับแรก 3 ประการ คือ (คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ, 2553)

1) แผนฉบับแรกเน้นว่าผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่เคยทำคุณประโยชน์ให้กับสังคม และสมควรได้รับการตอบแทน แต่ในฉบับนี้มองว่าผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่มีประโยชน์ต่อสังคม และสมควรส่งเสริมให้คงคุณค่าไว้ให้นานที่สุด แต่ในกรณีที่เกิดอยู่ในสถานะต้องพึ่งพิงผู้อื่น ครอบครัวและชุมชนจะต้องเป็นด่านแรกในการเกื้อหนุนเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงอยู่ในชุมชนได้อย่างมีคุณภาพที่สมเหตุสมผลได้นานที่สุด โดยมีสวัสดิการจากรัฐเป็นระบบเสริม เพื่อให้เกิดหลักประกันในวัยผู้สูงอายุและความมั่นคงทางสังคม

2) แผนฉบับนี้จัดทำยุทธศาสตร์ที่มีลักษณะที่บูรณาการและแบ่งออกตามเป้าหมายทางยุทธศาสตร์เป็นหลัก

3) มีการกำหนดดัชนีและเป้าหมายของมาตรการต่าง ๆ เพื่อประโยชน์ในการดำเนินการให้บรรลุจุดหมาย เพื่อการติดตามประเมินผลการดำเนินการ และได้ระบุมาตรการในการติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง

แผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่สอง ได้กำหนดให้มีการติดตามประเมินแผน ระยะเวลาทุก 5 ปี ซึ่งจากการประเมินผลการดำเนินงานของแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 จึงได้มีการปรับปรุงแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545 – 2564) ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 1 พ.ศ. 2552 ซึ่งมีปรัชญาที่สำคัญ คือ ผู้สูงอายุไม่ใช่บุคคลที่ด้อยโอกาส หรือ เป็นภาระต่อสังคม แต่สามารถมีส่วนร่วม เป็นพลังพัฒนาสังคม จึงควรได้รับการส่งเสริมและเกื้อกูลจากครอบครัว ชุมชน และรัฐให้ดำรงชีวิตอยู่อย่างมีคุณค่า มีศักดิ์ศรี และคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีให้นานที่สุด โดยมีวัตถุประสงค์ และยุทธศาสตร์ในการดำเนินงาน คือ (คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ, 2553, วิพรรณ ประจวบเหมาะ และคณะ, 2553)

วัตถุประสงค์

1) เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีด้วยการดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่า มีศักดิ์ศรี พึ่งตนเองได้ และมีหลักประกันที่มั่นคง

2) เพื่อสร้างจิตสำนึกให้สังคมไทยตระหนักถึงผู้สูงอายุในฐานะบุคคลที่มีประโยชน์ต่อส่วนรวม และส่งเสริมให้คงคุณค่าไว้ให้นานที่สุด

3) เพื่อให้ประชาชนทุกคนตระหนักถึงความสำคัญของการเตรียมการ และมีการเตรียมความพร้อมเพื่อการเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ

4) เพื่อให้ประชาชน ครอบครัว ชุมชน ท้องถิ่น องค์กรภาครัฐ และเอกชนตระหนักและมีส่วนร่วมในภารกิจด้านผู้สูงอายุ

5) เพื่อให้มีกรอบและแนวทางการปฏิบัติงานที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุสำหรับทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง อันจะนำไปสู่การบูรณาการงานด้านผู้สูงอายุ

ยุทธศาสตร์

1) ยุทธศาสตร์ด้านการเตรียมความพร้อมของประชากรเพื่อวัยสูงอายุที่มีคุณภาพ ประกอบด้วย มาตรการหลักประกันรายได้เพื่อวัยสูงอายุ การให้การศึกษาและเรียนรู้ตลอดชีวิต และ การปลูกจิตสำนึกให้คนในสังคมตระหนักถึงคุณค่าและศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ

2) ยุทธศาสตร์ด้านการส่งเสริมและพัฒนาผู้สูงอายุ ประกอบด้วย มาตรการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันการเจ็บป่วย และการดูแลตนเองเบื้องต้น ส่งเสริมการรวมกลุ่มและสร้างความเข้มแข็งของผู้สูงอายุ ส่งเสริมด้านการงานและการหารายได้ของผู้สูงอายุ สนับสนุนผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ ส่งเสริมสนับสนุนสื่อทุกประเภทให้มีรายการเพื่อผู้สูงอายุและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้รับความรู้และสามารถเข้าถึงข่าวสารและสื่อ และ ส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม

3) ยุทธศาสตร์ด้านระบบคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ ประกอบด้วย มาตรการคุ้มครองรายได้หลักประกันสุขภาพ ด้านครอบครัว ผู้ดูแล และการคุ้มครอง และระบบบริการและเครือข่ายเกื้อหนุน

4) ยุทธศาสตร์ด้านการบริหารจัดการเพื่อการพัฒนาทางด้านผู้สูงอายุอย่างบูรณาการระดับชาติ และการพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ ประกอบด้วย มาตรการการบริหารจัดการเพื่อการพัฒนาทางด้านผู้สูงอายุอย่างบูรณาการระดับชาติ และส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ

5) ยุทธศาสตร์ด้านการประมวล พัฒนา และเผยแพร่องค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุ และการติดตาม ประเมินผลการดำเนินการตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ประกอบด้วย มาตรการสนับสนุนและส่งเสริมการวิจัยและพัฒนาองค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุ สำหรับการกำหนดนโยบายและการพัฒนาการบริการ หรือการดำเนินการที่เป็นประโยชน์แก่ผู้สูงอายุ ดำเนินการให้มีการติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติที่มีมาตรฐานอย่างต่อเนื่อง และระบบข้อมูลทางด้านผู้สูงอายุให้ถูกต้องและทันสมัย โดยมีระบบฐานข้อมูลที่สำคัญด้านผู้สูงอายุที่ง่ายต่อการเข้าถึงและสืบค้น

ส่วนนโยบายการบริหารราชการแผ่นดินของรัฐบาลด้านผู้สูงอายุในปี 2554 พบว่ารัฐบาลมีนโยบายเกี่ยวกับผู้สูงอายุดังนี้ (<http://www.oppo.oppo.go.th>)

1) จัดให้มีเบี้ยยังชีพรายเดือนแบบขั้นบันไดสำหรับผู้สูงอายุ โดยผู้ที่มีอายุ 60-69 ปี จะได้รับ 600 บาท อายุ 70-79 ปี จะได้รับ 700 บาท อายุ 80-89 ปี จะได้รับ 800 บาท และอายุ 90 ปีขึ้นไป จะได้รับ 1,000 บาท

2) นโยบายสังคมและคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ได้แก่ การพัฒนาสุขภาพของประชาชน พัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน วิยชรา และผู้พิการ สนับสนุนโครงการจัดตั้งศูนย์ส่งเสริมคุณภาพชีวิต

ผู้สูงอายุและผู้พิการ เพื่อดูแลผู้สูงอายุและผู้พิการให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยให้ได้เข้าถึงการบริการอย่างมีศักดิ์ศรี มีคุณภาพ และเป็นธรรม รวมทั้งให้มีระบบการฟื้นฟูสุขภาพในชุมชน จัดการประชาสัมพันธ์เชิงรุก เพื่อเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพผ่านสื่อแขนงต่าง ๆ อย่างเป็นระบบ

3) นโยบายความมั่นคงของชีวิตและสังคม เสริมสร้างให้ผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ด้อยโอกาสมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ด้วยการจัดสิ่งอำนวยความสะดวกสาธารณะต่าง ๆ สำหรับรองรับผู้สูงอายุ และ คนพิการ สร้างความพร้อมในการเป็นสังคมผู้สูงอายุ พัฒนาบริการสุขภาพอนามัยและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุร่วมเป็นพลังขับเคลื่อนสังคมภายใต้หลักคิดที่ว่าผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่มีประสบการณ์สูง สมควรให้มีส่วนร่วมในการพัฒนาบ้านเมือง

ด้านกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง พบว่ามติบอร์ดสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเห็นชอบยุทธศาสตร์การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว แঙ্গสัดส่วนประชากรสูงอายุมากขึ้น ต้องมีการจัดระบบการดูแลที่เหมาะสม ตั้งเป้าผู้สูงอายุได้รับการดูแลในชุมชน สถานพยาบาลมีระบบรองรับ ท้องถิ่นมีหน้าที่จัดระบบในชุมชน ภาครัฐสนับสนุน จัดชุดสิทธิประโยชน์ พัฒนาบุคลากร และงบประมาณ ดังนั้น คณะอนุกรรมการฯ ได้จัดทำยุทธศาสตร์ระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีเป้าประสงค์ คือ บุคคล ครอบครัวและชุมชน ได้รับการสนับสนุนให้มีขีดความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุ ให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีศักดิ์ศรีในครอบครัวและชุมชน โดยเชื่อมโยงกับระบบบริการสุขภาพและบริการทางสังคม อย่างมีประสิทธิภาพ โดยใช้ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในกลุ่มผู้สูงอายุและงบกองทุนท้องถิ่น ในการตรวจคัดกรองและทำทะเบียนเพื่อจัดกลุ่มผู้สูงอายุตามระดับการพึ่งพิง ตลอดจนจัดบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันภาวะทุพพลภาพ ขณะเดียวกันเตรียมเสนอต่อคณะรัฐมนตรีเพื่อพิจารณา จัดสรรงบประมาณเพิ่มเติมเพื่อพัฒนาระบบบริการตามแผนยุทธศาสตร์ จัดให้มีแหล่งการคลังสำหรับจัดบริการดูแลระยะยาวที่ยั่งยืน และมอบหมายหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องร่วมดำเนินการตามแผนยุทธศาสตร์ (Mon, 2013-08-05, ประเทศไทย)

นโยบายการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ จึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญและเป็นกรอบในการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุของแต่ละประเทศ ซึ่งจากการศึกษาเปรียบเทียบนโยบายด้านการดูแลผู้สูงอายุในต่างประเทศทั้ง 5 ประเทศกับประเทศไทย ที่มีความแตกต่างและคล้ายคลึงในประเด็นต่าง ๆ ที่เปรียบเทียบได้ดังตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบนโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ใน 5 ประเทศ

ประเทศ	นโยบายและกฎหมาย	หลักประกันสุขภาพผู้สูงอายุ	ระบบการเงินการคลัง	นโยบายอื่น	หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก
ออสเตรเลีย	- การปฏิรูประบบการดูแลผู้สูงอายุในบ้านพักคนชราของประเทศ (Australian residential care system) - นโยบายเน้นการพัฒนาการดูแลที่ใช้ชุมชนและบ้านเป็นฐาน - นโยบายสนับสนุนให้ผู้สูงอายุพักอาศัยและดูแลที่บ้าน (Staying at home care and support for older Australia) โดยให้งบประมาณช่วยเหลือการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน - มีกฎหมายรองรับการปฏิรูประบบการดูแลผู้สูงอายุ - มีโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุแห่งชาติ ประกอบด้วย การดูแลผู้สูงอายุในสถานบริการและโปรแกรมการดูแลในชุมชน	- มีระบบการประกันสุขภาพของภาครัฐ และการประกันสุขภาพของภาคเอกชน โดยผู้สูงอายุทุกคนมีหลักประกันสุขภาพและสวัสดิการเมื่อสูงอายุ	- งบประมาณจากภาษีทั่วไปจัดเก็บโดยรัฐบาลและจัดสรรให้รัฐบาลมลรัฐและเขตปกครอง - รัฐบาลกลางเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการให้ทุน การบริการสุขภาพ และการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านพักคนชรา (Residential aged care) และเป็นผู้ให้ทุนส่วนใหญ่กับการดูแลที่บ้านและชุมชน (HACC program) - รัฐบาลมลฑลและเขตปกครองร่วมให้ทุน การดูแลที่บ้านและชุมชน (HACC program) บางอย่างและให้ทุนบางส่วนกับบริการดูแลที่บ้านพักคนชราและให้ทุนสำหรับดำเนินการประเมินองค์การการกุศลไม่ใช่ในรูปแบบเงิน - รัฐให้เงินอุดหนุนการดูแลในระยะยาวในทุกกลุ่มอายุที่มีภาวะทุพพลภาพ - ประชาชนมีส่วนร่วมรับผิดชอบสุขภาพโดยการเสียภาษีที่ชัดเจน	- รัฐบาลส่งเสริมให้สิทธิผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุ และส่งเสริมการดำเนินงานขององค์กรต่างในชุมชน - มีระบบข้อมูลสารสนเทศ และการวิจัยในผู้สูงอายุ	- รัฐบาลเป็นกลไกสำคัญในการริเริ่มและดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุ - มลรัฐร่วมดำเนินการตามนโยบายรัฐบาลกลางและตามปัญหาในพื้นที่ - หน่วยงานที่จัดดำเนินกิจกรรมส่วนใหญ่เป็นเอกชน

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบนโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ใน 5 ประเทศ (ต่อ)

ประเทศ	นโยบายและกฎหมาย	หลักประกันสุขภาพผู้สูงอายุ	ระบบการเงินการคลัง	นโยบายอื่น	หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก
สหรัฐอเมริกา	- โครงการ Medicare และ Medicaid เป็นการประกันคุณภาพสำหรับการรักษาในโรงพยาบาล, nursing home, การดูแลที่ต้องอาศัยทักษะทางวิชาชีพ และไม่ใช้ทักษะ (skilled and unskilled nursing home หรือ home health] care) - นโยบายรับรองคุณภาพ การอำนวยความสะดวกให้มีการดูแลระยะยาว (Long term care facilities) การวิจัยสร้างเครื่องมือประเมิน The minimum data set (MDS) เน้นข้อมูลความสามารถผู้สูงอายุก่อนมีภาวะทุพพลภาพ และป้องกันภาวะเสื่อม	- โครงการ Medicare และ Medicaid ให้หลักประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุชาวอเมริกันอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป ผู้ทุพพลภาพที่มีอายุต่ำกว่า 65 ปี ซึ่งประกอบด้วยประกันเมื่อเจ็บป่วยเข้ารับการรักษา (Hospital insurance) เป็นประกันสุขภาพที่จ่ายเมื่อต้องเข้ารับบริการการรักษาในสถานพยาบาล และการประกันการรักษาพยาบาล (Medical insurance) เป็นโครงการจ่ายค่ารักษาพยาบาลในส่วนที่เป็นค่าบริการทางการแพทย์ ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก ค่ารักษาพยาบาลที่ประกันแบบ Hospital insurance ไม่จ่ายให้	- ประชาชนชาวอเมริกันรับผิดชอบสุขภาพตนเอง โดยการทำประกันชีวิตในโครงการ Medicare และ Medicaid - Medicare จะได้รับเงินสนับสนุนจากรัฐบาลกลาง ส่วน Medicaid ได้รับการสนับสนุนจากมลรัฐเพื่อให้การประกันสุขภาพแก่คนยากไร้	- ระบบข้อมูลสารสนเทศมีระบบสารสนเทศที่ดีในแต่ละส่วนและมีข้อมูลหลากหลาย มีหน่วยงานสำคัญรับผิดชอบด้านข้อมูลผู้สูงอายุอเมริกัน คือ US Census Bureau	- รัฐบาลกลาง รัฐบาลมลรัฐ - Department of health and health service (HHS) ให้ทุนองค์กรต่างๆ - Administration on aging (AOA) ศูนย์กลางของรัฐบาลกลางประสานงานกับมลรัฐองค์กร และหน่วยงานท้องถิ่น - Health care financing administration(HCFA) บริหารจัดการค่าใช้จ่ายประกันสุขภาพ - National institute of health (NIH) สนับสนุนการวิจัยด้านสุขภาพทั้งในและต่างประเทศ

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบนโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ใน 5 ประเทศ (ต่อ)

ประเทศ	นโยบายและกฎหมาย	หลักประกันสุขภาพผู้สูงอายุ	ระบบการเงินการคลัง	นโยบายอื่น	หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก
ญี่ปุ่น	- การกำหนดมาตรฐานขั้นต่ำในความเป็นอยู่และการดำเนินชีวิตที่ดีและเหมาะสม - นโยบายให้มีสวัสดิการแก่ผู้สูงอายุ ออกกฎหมายการให้บริการสุขภาพและทางการแพทย์ - กฎหมายการประกันสุขภาพ กฎหมายการประกันการดูแลระยะยาว นโยบายแผนทองแผนนางฟ้า - มีนโยบายเกี่ยวกับหลักประกันสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุคือ Health care insurances - รัฐบาลมีนโยบายลดหย่อนภาษีสำหรับผู้ดูแลบิดามารดาที่มีอายุมากกว่า 70 ปีขึ้นไป	- มีระบบประกันการดูแลระยะยาวครอบคลุมประชาชนทุกคน - มีระบบบำนาญ การจ้างงานผู้สูงอายุ	- ค่าใช้จ่ายในเรื่องสวัสดิการและสุขภาพของประเทศญี่ปุ่น มี 3 ส่วน คือ เป็นของผู้สูงอายุ รัฐบาล และการประกัน การใช้บริการสุขภาพและสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุจะเป็นลักษณะจ่ายร่วมในอัตราคงที่ และจ่ายเพิ่มตามความสามารถในการจ่ายงบประมาณที่ใช้ในการให้บริการต่างๆมาจาก 2 ส่วน คือ public fund และ insurers contribution	- การทดลองจ่ายเงินอุดหนุนครอบครัวที่ให้การดูแลผู้สูงอายุ - มีระบบสารสนเทศและการวิจัยในผู้สูงอายุ - ส่งเสริมหน่วยงานองค์กรเอกชนต่างๆ ร่วมให้บริการผู้รับบริการ	- กระทรวงสาธารณสุข สวัสดิการและแรงงาน - จังหวัด - เทศบาล - ผู้ให้ประกัน - การจัดสวัสดิการแก่ผู้สูงอายุ Long term care insurance ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมจ่าย ร้อยละ 10 ผู้สูงอายุทุกคนอยู่ในระบบประกัน

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบนโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ใน 5 ประเทศ (ต่อ)

ประเทศ	นโยบายและกฎหมาย	หลักประกันสุขภาพผู้สูงอายุ	ระบบการเงินการคลัง	นโยบายอื่น	หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก
มาเลเซีย	- มีแผนพัฒนาและยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพ - โครงการดูแลสุขภาพเพื่อสูงอายุ ปีค.ศ. 1995 มีจุดประสงค์ปรับปรุงและดูแลรักษาสุขภาพของผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตามยังไม่ครอบคลุมพื้นที่ในเขตชนบท ไม่มีโรงพยาบาลเฉพาะทาง	- ครอบคลุมประชาชนกลุ่มที่อยู่ในภาคราชการ และ ภาคการทำงานที่เป็นรูปแบบทางการ แต่ยังขาดประชาชนที่อยู่ในระบบที่ไม่เป็นทางการ - โครงการและนโยบายเพื่อการดูแลสุขภาพที่มีอยู่ มีเฉพาะในเขตพื้นที่ที่มีสถานบริการ - การบริการดูแลผู้สูงอายุที่ไม่ได้เป็นของรัฐผู้สูงอายุต้องจ่ายเอง	- งบประมาณจากรัฐบาลกลาง ได้แก่ กองทุนระดับชาติ - ประชาชนเป็นผู้จ่ายเอง ได้แก่ การประกันชีวิตส่วนบุคคล - นายจ้างหรือจากการประกันสังคม - กองทุนสำรองเลี้ยงชีพ - ข้าราชการและลูกจ้าง	- มีโครงการที่อยู่อาศัย - โครงการบริการดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชนเป็นฐาน - สนับสนุนการมีส่วนร่วมของภาคเอกชนในการจัดหาบริการด้านต่าง ๆ ให้แก่ผู้สูงอายุที่สามารถซื้อบริการได้ โดยรัฐต้องมีระบบการประกันคุณภาพบริการที่ผู้สูงอายุพึงจะได้รับ	- มีรัฐบาลกลางควบคุมกำกับโดยการแต่งตั้งคณะกรรมการและระบบควบคุมกำกับความก้าวหน้า และตั้งคณะกรรมการเพื่อพิจารณาประเด็นต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง - มีการประเมินผลโครงการและกิจกรรมโดย กระทรวงและกรมต่างๆ ร่วมกันรับผิดชอบ - มีหน่วยงานที่มองภาพรวมของประเทศ คือ กรมสวัสดิการสังคม
ไทย	- พรบ. ผู้สูงอายุ 2546 - แผนพัฒนาผู้สูงอายุแห่งชาติ - พรบ.หลักประกันสุขภาพ - กองทุนส่งเสริมสวัสดิการผู้สูงอายุในชุมชน - กองทุนผู้สูงอายุ - คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ	- หลักประกันสุขภาพในการรับบริการจากสถานพยาบาลของรัฐและเครือข่ายสำหรับผู้สูงอายุทุกคน โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	- งบประมาณจากรัฐบาลเป็นส่วนใหญ่ในการจัดระบบบริการ และ สวัสดิการ - กองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการ - กองทุนสำรองเลี้ยงชีพ - ประกันสังคม	- สวัสดิการเบี้ยยังชีพ - สวัสดิการทางสังคม เช่น การประกอบอาชีพ เบี้ยช่วยเหลือเด็ตร้อน - ศูนย์บริการทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ - สถานสงเคราะห์	- กระทรวงสาธารณสุข - กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ - กระทรวงอื่นที่เกี่ยวข้อง - องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ที่มา: ผู้วิจัย

จากการวิเคราะห์เปรียบเทียบนโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของทั้ง 5 ประเทศ จะเห็นว่า บทเรียนของกระบวนการขับเคลื่อนให้เกิดการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่สำคัญ ประกอบด้วย 5 ประการ คือ

- 1) มีกฎหมาย นโยบาย แผนงาน เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่ชัดเจน และมีกลไกการขับเคลื่อนที่เชื่อมโยงแผนงาน นโยบายสู่การปฏิบัติทั่วทั้งประเทศ ซึ่งในประเทศที่พัฒนาแล้วพบว่าเป็นการดำเนินการในเชิงรุกจากส่วนกลางสู่ระดับท้องถิ่น
- 2) การสร้างหลักประกันสุขภาพให้สำหรับประชาชนทุกคน เมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ และเกิดการเจ็บป่วย หรือมีภาวะที่ต้องพึ่งพาระยะยาว ทุกคนมีสิทธิในการเข้ารับบริการการดูแลระยะยาวโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย
- 3) ระบบการเงินการคลังที่ให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเอง สุขภาพเป็นสิทธิและหน้าที่ของทุกคนที่ต้องร่วมรับผิดชอบและดูแล ดังนั้นการสร้างให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเองจะทำให้เกิดความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเอง
- 4) มีหน่วยงานที่รับผิดชอบชัดเจนและมีความเป็นเอกภาพ ทั้งในระดับชาติ ระดับท้องถิ่น และระดับครอบครัว จะทำให้มีการกำหนดนโยบาย เป้าหมาย และแผนงานที่ชัดเจน ก่อให้เกิดคุณภาพของแผนงาน ทำให้ผู้สูงอายุได้รับประโยชน์สูงสุด
- 5) มีระบบการวิจัยและข้อมูลสารสนเทศที่ครอบคลุมและมีความสมบูรณ์มากที่สุด ระบบข้อมูลผู้สูงอายุเป็นสิ่งที่จำเป็นต่อการวางแผนนโยบายผู้สูงอายุ ทำให้สามารถวิเคราะห์ประเมินผลการดำเนินงานหรือปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ ได้ชัดเจน ส่งผลต่อการกำหนดนโยบายและทิศทางของประเทศ

จากแผนงานนโยบายที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุของประเทศไทย พบว่าการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุด้านสาธารณสุขในประเทศไทยมีการวางยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุชัดเจน แต่ปัญหาของประเทศไทยคือการนำแผนงาน นโยบายลงสู่การปฏิบัติ ซึ่งจากการติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ใน 5 ปีแรก พบว่าจำนวนตัวชี้วัดของแผนที่ผ่านการประเมินมีเพียงร้อยละ 57.9 โดยเฉพาะยุทธศาสตร์ที่มีจำนวนดัชนีชี้วัดที่ได้รับการประเมินในสัดส่วนที่ต่ำ ได้แก่ ยุทธศาสตร์ที่ 1 เรื่องการเตรียมความพร้อมของประชากรเพื่อวัยสูงอายุที่มีคุณภาพ ยุทธศาสตร์ที่ 5 เรื่องการประมวลและพัฒนานองค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุและการติดตามประเมินผล ผ่านร้อยละ 50.0 และยุทธศาสตร์ที่ 3 เรื่องระบบคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ ผ่านร้อยละ 57.7 (วิพรรณ ประจวบเหมาะ และคณะ, 2553)

ดังนั้นจึงเห็นได้ว่าประเทศไทยมีนโยบายที่ค่อนข้างมีชัดเจนในการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ ซึ่งมีความสอดคล้องกับปัญญาผู้สูงอายุสากล แต่ที่ผ่านมามีปัญหาการดำเนินงานเกิดอุปสรรคในการดำเนินนโยบายสู่การปฏิบัติ โดยเฉพาะในแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ในยุทธศาสตร์ที่ 3 ถึงแม้จะกำหนดให้มีระบบคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ แต่พบว่ามาตรการจัดตั้งและพัฒนาบริการทางสุขภาพและทางสังคม รวมทั้งระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน เพิ่งจะมีการแก้ไขเพิ่มเติมในช่วงของการปรับปรุงแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 เมื่อปีพ.ศ. 2552 อีกทั้งในทางปฏิบัติ ยังไม่มีความชัดเจนในการดำเนินรูปแบบการดูแลระยะยาวในประเทศ

ไทย มีความหลากหลายและไม่มีความชัดเจนในทางปฏิบัติ นโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวจึงเป็นสิ่งที่มีความจำเป็นสำหรับผู้สูงอายุไทยที่ต้องการความชัดเจนในทางปฏิบัติ และมีความสอดคล้องกับบริบททางสังคมและวัฒนธรรม ซึ่งการศึกษาวิจัยผลกระทบและการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้วัฒนธรรมไทย จึงเป็นการศึกษาเพื่อสะท้อนสภาพปัญหาและความต้องการของครอบครัวและชุมชน เพื่อการจัดทำข้อเสนอแนะทางนโยบายในการออกแบบพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่เหมาะสมสำหรับบริบทของสังคมไทยต่อไป

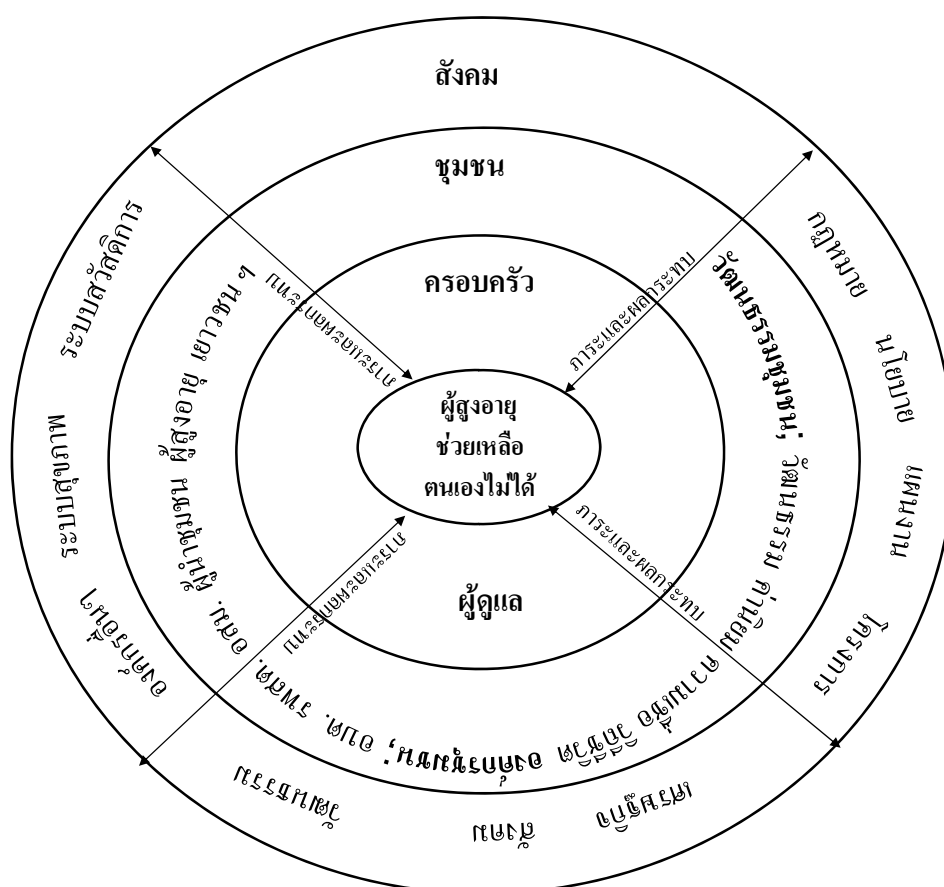
2.5 กรอบแนวคิดการศึกษาวิจัยเบื้องต้น

ในปัจจุบันโครงสร้างประชากรโลกและของประเทศไทยเปลี่ยนแปลงไป จำนวนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มจำนวนสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว ประชากรผู้สูงอายุกลับกลายเป็นกลุ่มเป้าหมายที่มีปัญหาและผลกระทบที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงในลักษณะเสื่อมถอย ที่เรียกว่า กระบวนการชราภาพ ซึ่งเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงที่สะท้อนถึงโอกาสของผู้สูงอายุแต่ละคนที่จะมีชีวิตอยู่รอดยาวนานขึ้น หรือต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและจิตใจ รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมของแต่ละบุคคล กระบวนการชราภาพ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายที่เกิดขึ้นกับทุกระบบของร่างกาย ตั้งแต่ระดับเซลล์ เนื้อเยื่อ จนถึงอวัยวะ ซึ่งส่งผลกระทบโดยตรงต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุทั้งการเกิดภาวะเจ็บป่วยหรือโรคประจำตัว (Burke & Laramie, 2004, Hess, 2004) นอกจากนี้ การเปลี่ยนแปลงของระบบประสาทในผู้สูงอายุ มีความสำคัญทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางการรับรู้ (Miller, 2009, Timiras, 2002) เช่น โรคอัลไซเมอร์ ภาวะสมองเสื่อม (Milwian & Iversen, 2002) และ ส่วนการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม มีความเกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ในชีวิต ที่เปลี่ยนแปลงแตกต่างกันไปตามช่วงเวลาวางจร ทำให้การตอบสนองต่อสังคมเปลี่ยนไป (Askham, 2002) การลดบทบาทของตนเองให้น้อยลง มีผลทำให้ผู้สูงอายุผู้สูงอายุจะค่อย ๆ ถดถอยออกจากสังคม (Miller, 2009) การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในช่วงสูงอายุ ทั้งการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตใจ และสังคม ส่งผลกระทบโดยตรงต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ การเกิดภาวะเจ็บป่วยหรือโรคประจำตัว ปัญหาทางเศรษฐกิจ และที่สำคัญยังทำให้เกิดความยากลำบากในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันของผู้สูงอายุ (WHO, 2001) ซึ่งนำไปสู่การเกิดข้อจำกัดหรือข้อบกพร่องในการปฏิบัติกิจกรรมที่เคยทำเป็นประจำ (Rejeski and Focht, 2002, Verbrugge and Jette, 1994, WHO, 2001b) โดยเฉพาะการพึ่งพาระยะยาว

การดูแลระยะยาวเป็นการดูแลที่สำคัญส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพและสังคม ที่จะรวมถึงกิจกรรมที่ดำเนินการสำหรับคนที่ต้องการการดูแลโดยผู้ดูแลไม่เป็นทางการ ผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นทางการ รวมถึงวิชาชีพ ผู้ช่วย และผู้ดูแลแบบดั้งเดิม และอาสาสมัคร (WHO, 2000) ซึ่งในประเทศไทยการศึกษาการดูแลระยะยาวที่ผ่านมาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาสถานการณ์ดูแลระยะยาวที่มีอยู่ ซึ่งสามารถจำแนกรูปแบบการดูแลตามสถานที่ให้บริการเป็น 2 รูปแบบ คือ การให้บริการโดยใช้สถานบริการเป็นฐาน ได้แก่ บ้านพักคนชรา สถานดูแลช่วยเหลือการดำรงชีวิต สถานบริบาล สถานดูแลผู้ป่วยระยะยาวในโรงพยาบาล และ สถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ส่วนใหญ่พบในเขตกรุงเทพมหานครและเขตปริมณฑล ในเขตเทศบาลของจังหวัดใหญ่ (ศิริพันธุ์ สาสัตย์ และคณะ, 2552) ส่วนอีกรูปแบบของการดูแลระยะยาวคือการให้บริการโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน พบว่าบทบาทในการดูแลหลักเป็นเรื่องของครอบครัว (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ, 2552)

อย่างไรก็ตามปัจจุบันโครงสร้างครอบครัวของสังคมไทยเปลี่ยนจากครอบครัวขยายเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น ลักษณะครอบครัวมีขนาดเล็กลง บุตรที่ทำบทบาทเป็นผู้ดูแลบิดามารดามีจำนวนน้อย อีกทั้งในแต่ละภูมิภาคของประเทศไทยที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรมและกำลังเผชิญการเปลี่ยนแปลงทางวัฒนธรรมซึ่งจะมีผลต่อรูปแบบการอยู่ร่วมกันภายในครอบครัว การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวจึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญและจำเป็นต่อการสำหรับสังคมไทย แต่จากการประเมินแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 ในช่วงหลังการดำเนิน 5 ปี พบว่าความยากจนของประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มสูงขึ้น การลดลงของศักยภาพการเกื้อหนุนของครอบครัวและประชากรวัยแรงงาน และภาวะพึ่งพิงที่สูงขึ้นและความต้องการการดูแลระยะยาว (วิพรรณประจวบเหมาะ และคณะ, 2553)

การศึกษาผลกระทบและภาระการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้วัฒนธรรมไทยครั้งนี้ จึงเป็นการแสวงหาความรู้เกี่ยวกับแบบแผนการดูแลผู้สูงอายุ ภาระและผลกระทบการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชนของสังคมไทยที่แปรผันไปตามเวลา ตลอดจนบทบาทขององค์กรที่ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุในเขตชนบทภายใต้วัฒนธรรมทั้ง 4 ภูมิภาคของประเทศไทยเพื่อผลักดันให้เกิดการออกแบบพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของประเทศไทย ซึ่งมีกรอบแนวคิดการศึกษาเบื้องต้น ประกอบด้วย ภาระและผลกระทบที่เกิดจากการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งประกอบด้วย 3 ระดับ ได้แก่ ผู้ดูแลและครอบครัว ชุมชน และสังคม ซึ่งอยู่ภายใต้วัฒนธรรมชุมชน องค์กรชุมชน และโครงสร้างทางกฎหมาย นโยบาย แผนงาน โครงการ เศรษฐกิจ สังคม ระบบสุขภาพ และระบบสวัสดิการ ดังแผนภาพต่อไปนี้



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัยเบื้องต้น

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

3.1 รูปแบบของการวิจัย

การศึกษาวิจัยเรื่องผลกระทบและการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้วัฒนธรรมไทย เป็นการศึกษาประสบการณ์ แบบแผนและวัฒนธรรมการดูแลผู้สูงอายุ และการะและผลกระทบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของสังคมไทย ซึ่งการดูแลระยะยาวเป็นส่วนหนึ่งที่สำคัญหนึ่งของระบบสุขภาพและสังคมมีความสัมพันธ์กับตามวัฒนธรรม ความเชื่อที่เชื่อมโยงกับบริบททางสังคม ตั้งแต่ระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และ ประเทศชาติ ในการศึกษาครั้งนี้จึงเลือกรูปแบบวิธีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) เพื่อสะท้อนประสบการณ์ของผู้สูงอายุ ผู้ดูแล และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน โดยใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์เจาะลึก การสนทนากลุ่ม และ การสังเกตแบบมีส่วนร่วม

3.2 พื้นที่ศึกษาวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้นอกจากมีเป้าหมายเพื่อศึกษาประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในครอบครัวแล้ว ในวัตถุประสงค์ข้อที่ 3 ของการวิจัยมีเป้าหมายเพื่อสะท้อนภาพการดูแลระยะยาวในระดับชุมชนของหน่วยงานและองค์กรที่มีบทบาทดูแลผู้สูงอายุ เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ดังนั้นพื้นที่เป้าหมายของการวิจัยจึงมีหน่วยเป็นตำบล ซึ่งจะสามารถสะท้อนภาพของบทบาทและการะของหน่วยงานได้ชัดเจน สอดคล้อง และครอบคลุมวัตถุประสงค์ของการวิจัย นอกจากนี้ในการคัดเลือก พื้นที่วิจัยมีการกำหนดเกณฑ์เบื้องต้น คือ พื้นที่ทั้งในเขตเมืองและเขตชนบท และมีความหลากหลายทางชาติพันธุ์ และกระจายครอบคลุมทุกภูมิภาคของประเทศไทย ได้แก่ ภาคเหนือ ภาคกลาง ภาคใต้ ภาคตะวันออก ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และ ซึ่งในขั้นแรกกำหนดพื้นที่วิจัย 1 ตำบล ต่อ 1 จังหวัด และให้ได้กลุ่มเป้าหมายจำนวน 20 รายต่อ 1 จังหวัด อย่างไรก็ตามจากการออกแบบการสำรวจข้อมูลกลุ่มเป้าหมายผู้สูงอายุที่พึ่งพาระยะยาวในชุมชนทั้งตำบลในครั้งแรกพบว่าจำนวนกลุ่มเป้าหมายเฉลี่ย 13.77 ราย ต่อ 1 ตำบล (ต่ำสุด 8 คน – สูงสุด 22 คน) จึงทำให้บางจังหวัดต้องขยายพื้นที่วิจัยออกเป็น 2 ตำบล เพื่อให้ได้กลุ่มเป้าหมายที่สามารถสะท้อนข้อมูลของผู้สูงอายุในแต่ละจังหวัดได้ จึงทำให้พื้นที่วิจัยขยายเพิ่มขึ้นเป็น 13 ตำบล 9 จังหวัด ครอบคลุม 5 ภูมิภาค และให้ครอบคลุมผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาระยะยาวทั้งหมดในตำบล (รายละเอียดในตารางที่ 5)

3.3 กลุ่มเป้าหมายของการวิจัย

กลุ่มเป้าหมายในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ที่มีประสบการณ์หรือเกี่ยวข้องโดยตรงกับประเด็นหรือวัตถุประสงค์ของการวิจัย และเลือกโดยวิธี Snowball Sampling จากบุคคลที่ถูกกล่าวถึง ซึ่งมีเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) กลุ่มเป้าหมายมีดังต่อไปนี้

ผู้สูงอายุ

- 1) ผู้สูงอายุ เพศหญิง หรือ ชาย ที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป
- 2) เป็นผู้ที่กำลังประสบภาวะความยากลำบาก มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมขั้นพื้นฐานในการดูแลตนเอง ซึ่งประเมินจากเครื่องมือ Barthel index ในระดับทุพพลภาพรุนแรง (ต่ำกว่า 12 คะแนน) หรือ มีภาวะบกพร่องทางความรู้ปัญญา ที่เรียกว่า ภาวะสมองเสื่อม ซึ่งประเมินจาก เครื่องมือ MMSE - Thai
- 3) เป็นผู้ที่มีภาวะพึ่งพา หรือ long term disability
- 4) มีความหลากหลายของสาเหตุการเกิดภาวะทุพพลภาพรุนแรง ได้แก่ อายุ การเจ็บป่วย/โรคเรื้อรัง ภาวะสมองเสื่อม อุบัติเหตุหกล้ม ซึ่ง การเจ็บป่วย/โรคเรื้อรัง และ ภาวะสมองเสื่อม ที่ต้องได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์
- 5) สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้
- 6) สมัครใจเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครให้ข้อมูล
- 7) จำนวนกลุ่มเป้าหมายอย่างน้อย 20 ครอบครัว ต่อ หนึ่งจังหวัด

ผู้ดูแลและครอบครัว

- 1) เป็นผู้ทำหน้าที่ดูแลหลักในด้านการทำกิจกรรมขั้นพื้นฐานการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในปัจจุบันตามเกณฑ์คัดเข้าของกลุ่มเป้าหมายผู้สูงอายุในข้างต้น ซึ่งอาจเป็นคนในครอบครัวหรือเป็นผู้ดูแลที่จ้าง
- 2) มีความหลากหลายทางด้านลักษณะประชากรของผู้ดูแล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ อาชีพ ฐานะทางเศรษฐกิจ
- 3) สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้
- 4) สมัครใจเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครให้ข้อมูล
- 5) จำนวนกลุ่มเป้าหมายอย่างน้อย 20 ครอบครัวต่อหนึ่งจังหวัด

ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง

- 1) เป็นผู้ที่มีประสบการณ์เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ตามเกณฑ์คัดเข้าของกลุ่มเป้าหมายผู้สูงอายุในข้างต้น
- 2) มีความหลากหลายทางด้านลักษณะประชากรของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่
 - 2.1) กลุ่มผู้นำชุมชน เช่น องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน ผู้ช่วย
 - 2.2) กลุ่มอาสาสมัครในชุมชน ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุข, อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ และอาสาสมัครอื่น ๆ
 - 2.3) กลุ่มแกนนำผู้สูงอายุ ได้แก่ ผู้นำทางศาสนา ผู้นำชมรม ประธาน/กรรมการผู้สูงอายุของชุมชน
 - 2.4) กลุ่มเจ้าหน้าที่ของรัฐ ได้แก่ ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.), ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลชุมชน, ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่หน่วยกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และ ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่หน่วยอื่นๆ ในพื้นที่
- 3) จำนวนกลุ่มเป้าหมายในแต่ละกลุ่มขึ้นอยู่กับกรอบอิมิตัวของข้อมูล

ตารางที่ 5 ลักษณะกลุ่มเป้าหมายและพื้นที่วิจัย

พื้นที่	ตำบล	ผู้สูงอายุ		ผู้ดูแล	
	จำนวน	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. เขตเมือง	1				
เขตเทศบาล อ.เมือง จ.นครศรีธรรมราช		10	5.59	13	6.95
2. กึ่งเมือง	1				
ต.ป่าอ้อดอนชัย อ.เมือง เชียงราย		16	8.94	16	8.56
3. ชนบท	11	153	85.47		
1) ต.บางแก้ว อ.บางแพ จ.ราชบุรี		20	11.17	20	10.70
2) ต.คูคำ อ.ซำสูง ขอนแก่น		20	11.17	20	10.70
3) ต.วังตระกู อ.บางมูลนาก พิจิตร		8	4.47	8	4.28
4) ต.ลำประดา อ.บางมูลนาก จ.พิจิตร		13	7.26	13	6.95
5) ต.สัมปอ อ.ราชสีห์ จ.ศรีสะเกษ		22	12.29	22	11.76
6) ต.ขุนทะเล อ.ลานสกา จ.นครศรีธรรมราช		10	5.59	10	5.35
7) ต.ด่านซ้าย อ.ด่านซ้าย จ.เลย		21	11.73	24	12.83
8) ต.เขาวงกต อ.แก่งหางแมว จ.จันทบุรี		9	5.03	9	4.81
9) ต.สามพี่น้อง อ.แก่งหางแมว จ.จันทบุรี		10	5.59	10	5.35
10) ต.โกตาบารู อ.รามัน จ.ยะลา		10	5.59	12	6.42
11) ต.อาซ่อง อ.รามัน จ.ยะลา		10	5.59	10	5.35
รวม	13	179	100.0	187	100.0

3.4 เครื่องมือการวิจัย

ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ ใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้
 แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) แนวทางการสังเกตแบบมีส่วนร่วม (Participation Observation) และการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ซึ่งขอบเขตการศึกษาประกอบด้วย วัฒนธรรมความเชื่อเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุในอดีตและปัจจุบัน ภาระและผลกระทบในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล และครอบครัว และบทบาทของอาสาสมัครในชุมชนและองค์กรต่าง ๆ กับการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนของสังคมไทย โดยรายละเอียดของเครื่องมือมีดังต่อไปนี้

3.4.1 การควบคุมคุณภาพเครื่องมือวิจัย

เครื่องมือวิจัยเชิงคุณภาพ มีรายละเอียดของการควบคุมคุณภาพของเครื่องมือวิจัยจำแนกตามประเภทของเครื่องมือดังรายละเอียดต่อไปนี้

1) การพัฒนาเครื่องมือเชิงคุณภาพ

เครื่องมือเชิงคุณภาพ ได้แก่ การสัมภาษณ์เจาะลึก การสังเกตแบบมีส่วนร่วม การศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้อง การสนทนากลุ่ม มีแนวทางในการสร้างเครื่องมือโดย การกำหนดกรอบประเด็นให้ครอบคลุมเนื้อหาตามแนวคิดและทฤษฎี ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ และทดลองใช้ในพื้นที่ใกล้เคียงกับพื้นที่วิจัย ซึ่งประเด็นกรอบคำถามของเครื่องมือการวิจัยมีดังต่อไปนี้ (รายละเอียดของเครื่องมืออยู่ในภาคผนวก)

ชุดคำถามการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ข้อที่ 1

1) ความหมายมุมมองเกี่ยวกับการดูแลระยะยาวเป็นอย่างไร ? ประสพการณ์การดูแลระยะยาวเป็นอย่างไร ? สาเหตุการเกิดการดูแลระยะยาวและระยะเวลาเป็นอย่างไร ? ความต้องการและกิจกรรมการดูแลประจำวันเป็นอย่างไร ? การใช้บริการดูแลระยะยาวในสถานบริการสุขภาพเป็นอย่างไร ?

2) เหตุผลของการเป็นผู้ดูแลคืออะไร ? กิจกรรมการดูแลระยะยาวเป็นอย่างไร ? ปัญหาหรืออุปสรรคในการดูแลเป็นอย่างไร ? ผลลัพธ์ที่ได้อะไรบ้างจากการเป็นผู้ดูแล ? แบบแผนการปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชนไทยเป็นอย่างไร ? ความเชื่อเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลและครอบครัวเป็นอย่างไร ?

3) วัฒนธรรมความเชื่อและวิถีปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุเป็นอย่างไร ? บริบททางกาลเวลามีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางวัฒนธรรมความเชื่อและวิถีปฏิบัติอย่างไร ? บริบททางสังคม วัฒนธรรมอะไรที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้สูงอายุ ? การเปลี่ยนแปลงทางสังคมและครอบครัวมีผลต่อวัฒนธรรมการดูแลผู้สูงอายุอย่างไร ? การดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อยหรือมีการเจ็บป่วยระยะยาวในชุมชน เป็นอย่างไร ? มุมมองของชุมชนต่อการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนเป็นอย่างไร ?

ชุดคำถามการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ข้อที่ 2

1) บทบาทการดูแลผู้สูงอายุ พัฒนาการและการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจอารมณ์ และสังคม ของผู้ดูแลกับการดูแลที่แปรผันไปตามเวลา (Time) เป็นอย่างไร ?

2) ภาระค่าใช้จ่าย (Cost) ปัญหาและผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจของผู้ดูแลและครอบครัวต่อการในการดูแลผู้สูงอายุเป็นอย่างไร ?

3) บทบาทของครอบครัว และพลวัตในครอบครัว (Family Dynamic) ของผู้ดูแลผู้สูงอายุเป็นอย่างไร ?

4) ความสัมพันธ์ของภาระการดูแลกับบริบทเวลารอบ 1 ปี ที่ผ่านมา และ ผลกระทบต่อวิถีการดำเนินชีวิต และการจัดการปัญหาของผู้ดูแลและครอบครัวที่ผ่านมาอย่างไร ?

ชุดคำถามการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ข้อที่ 3

- 1) อาสาสมัครในชุมชนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุเกิดขึ้นได้อย่างไร? บทบาทและดำเนินกิจกรรมอย่างไรในการดูแลผู้สูงอายุ? ผลการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนที่ผ่านมาเป็นอย่างไร?
- 2) ความต้องการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครในการดูแลผู้สูงอายุเป็นอย่างไร? ศักยภาพการดูแลผู้สูงอายุตามแนวคิด Home ward ของอาสาสมัครเป็นอย่างไร?
- 3) ภาระและบทบาทขององค์กรภาครัฐ องค์กรท้องถิ่น และ องค์กรเอกชน ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนที่ผ่านมาเป็นอย่างไร? การบริการที่เกี่ยวข้องกับการดูแลระยะยาวที่จัดขึ้น? ปัญหาอุปสรรคและความต้องการการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนเป็นอย่างไร? กฎหมายและนโยบายเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ?

นอกจากนี้มีการประเมินภาวะพึงพาระยะยาว และภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุก่อนการสัมภาษณ์ เพื่อคัดกรองระดับการพึ่งพาระยะยาวและ ภาวะสมองเสื่อมโดยใช้เครื่องมือมีดังต่อไปนี้

2) เครื่องมือประเมินภาวะพึ่งพาระยะยาว

ใช้เครื่องมือ the Barthel index (Collin et al., 1988) เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางและง่ายในการสื่อสารกับผู้ตอบ ประกอบด้วยการประเมิน 10 กิจกรรม ได้แก่ การรับประทานอาหาร การลุกนั่งจากเตียง การใช้ห้องน้ำ การเข้าและออกจากห้องน้ำ การล้างหน้าหวีผม อาบน้ำ การเดินในทางราบ เดินขึ้นลงบันได แต่งตัว การกลืนอุจจาระ กลืนปัสสาวะ และเครื่องมือนี้ได้รับการแปลเป็นภาษาไทย (Jitapunkul, 1994) โดยใช้เกณฑ์การตัดสินภาวะทุพพลภาพรุนแรง คือ เท่ากับหรือน้อยกว่า 12 คะแนนจากคะแนนเต็ม 20 คะแนน (Challis et al., 2000; Jitapunkul et al., 2003) ซึ่งจากการทดลองใช้เครื่องมือกับผู้สูงอายุที่มีลักษณะใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 รายในพื้นที่ชนบทของอำเภอน้ำพอง พบว่าใช้ระยะเวลาในเฉลี่ย 8 นาที ผู้สูงอายุสามารถตอบได้ไม่ยาก และมีค่าสัมประสิทธิ์ของอัลฟา (Alpha) เท่ากับ .8458 (Sihapark et al, 2013)

3) เครื่องมือประเมินภาวะสมองเสื่อม

ใช้เครื่องมือทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น Mini-Mental State Examination (Folstein et al., 1975) พบว่า มีค่าความไว(sensitivity) เท่ากับร้อยละ 81.0 มีค่าความจำเพาะ (Specificity) เท่ากับ ร้อยละ 83.0 (Tombaugh et al., 1996) ในประเทศไทยนั้นเครื่องมือทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (MMSE - Thai) ถูกนำมาใช้อย่างแพร่หลายทั้งในคลินิกและชุมชน และได้รับการแปลเป็นภาษาไทย มีคะแนนตั้งแต่ 0-30 คะแนน ในการศึกษาครั้งนี้ ใช้จุดตัดตามระดับการศึกษา โดยต่ำกว่าประถมศึกษา ใช้จุดตัดคะแนน ≤ 14 คะแนน ระดับการศึกษาชั้นประถม ใช้จุดตัดคะแนน ≤ 17 คะแนน และสูงกว่าประถมศึกษา ใช้จุดตัดคะแนน ≤ 23 คะแนน (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2542) และจากการทดลองใช้เครื่องมือกับผู้สูงอายุ จำนวน 30 รายในพื้นที่ชนบทของอำเภอน้ำพอง พบว่าใช้ระยะเวลาในเฉลี่ย 13 นาที ผู้สูงอายุสามารถตอบได้ไม่ยาก และมีค่าสัมประสิทธิ์ของอัลฟา (Alpha) เท่ากับ .7606 (Sihapark et al, 2013)

3.4.2 การควบคุมคุณภาพของผู้ใช้เครื่องมือการวิจัย

นอกจากการควบคุมคุณภาพของเครื่องมือการวิจัยแล้ว ในการวิจัยครั้งนี้มีการควบคุมคุณภาพของผู้ใช้เครื่องมือการวิจัย โดยทีมนักวิจัยมีคุณสมบัติ ผ่านการฝึกอบรม (Training) การวิจัยเชิงคุณภาพ และเทคนิคการเก็บข้อมูล และ การวิเคราะห์เชิงคุณภาพจากสำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ (สวสส.) และมีประสบการณ์ในการวิจัยเชิงคุณภาพ

1) การควบคุมคุณภาพในการเก็บรวบรวมข้อมูล (Quality control data correction)

การควบคุมคุณภาพในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในครั้งนี้ อาศัยความไว้วางใจ (Trustworthiness) ของผู้ถูกวิจัยต่อนักวิจัย (Stringer & Genat, 2004) ซึ่งวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อสร้างความไว้วางใจและเพื่อให้เกิดคุณภาพของเครื่องมือการวิจัยเชิงคุณภาพในครั้งนี้มีดังต่อไปนี้

1.1) ความน่าเชื่อถือได้ต่อสิ่งที่ค้นพบ (Credibility) ผู้วิจัยได้สร้างความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่ค้นพบในครั้งนี้โดย

(1) การติดตามเอาใจใส่เป็นระยะเวลายาวนานต่อเนื่อง (Prolonged engagement)

กระบวนการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้วางแผนเริ่มต้นสร้างสัมพันธภาพกับบุคลากรประจำสถานีนามัยประจำตำบล และองค์การบริหารส่วนตำบลเพื่อเปิดทางเข้าสู่พื้นที่อื่นๆของชุมชน และกำหนดระยะเวลาในการติดตามกระบวนการของชุมชนอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง และทุกครั้งที่มีความสำคัญที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุในชุมชน เป็นระยะเวลานาน 12 เดือน เพื่อให้เกิดความไว้วางใจในตัวนักวิจัย และทำให้ผู้วิจัยเกิดความเข้าใจบริบทชุมชนมีเข้าใจในมุมมองของคนใน

(2) การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลด้วยวิธีการตรวจสอบสามเส้า (Triangulation)

ในกระบวนการวิจัยใช้วิธีการตรวจสอบข้อมูลด้านวิธีการ (Methods triangulation) โดยการรวบรวมข้อมูลที่ใช้หลากหลายวิธีประกอบกัน ทั้งสังเกต สัมภาษณ์เจาะลึก สนทนากลุ่ม ศึกษาเอกสาร การถ่ายภาพ เก็บข้อมูลเชิงปริมาณ การใช้ข้อมูลจากทุกแหล่งข้อมูล (Data Triangulation) แหล่งข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้จึงมี 3 กลุ่มคือกลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มผู้ดูแล และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งหมดในกระบวนการวิจัย

(3) มีการสรุปบทวนการวิจัยร่วมกับกลุ่มเป้าหมาย (Participant debriefing)

ในกระบวนการวิจัยทุกกระบวนการอาศัยการทำวิจัยร่วมกันระหว่าง ทีมนักวิจัยกลาง กับ ทีมนักวิจัยในพื้นที่ โดยการทบทวนวิธีการ ข้อมูล และเหตุการณ์ เป็นระยะๆ เปิดโอกาสให้ทีมนักวิจัยกลาง และทีมนักวิจัยในพื้นที่ มีการตรวจสอบ ทบทวนข้อมูลดิบ การวิเคราะห์ เพื่อให้เกิดการทบทวนความเหมาะสมของวิธีการต่าง ๆ และทำให้มีความชัดเจนในการอธิบายและตีความเหตุการณ์ต่าง ๆ

(5) การวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัย เกิดจากกรณีศึกษาที่มีความหลากหลาย (Diverse case analysis)

ทั้งการวิเคราะห์จำแนกตามกลุ่มโรค การวิเคราะห์จำแนกตามพื้นที่ และการวิเคราะห์จำแนกตามประเด็นข้อค้นพบ ซึ่งจะช่วยให้การอธิบายผลการศึกษามีความชัดเจน น่าเชื่อถือ และมีความสมบูรณ์มากขึ้น

(6) การวิจัยครั้งนี้ใช้ข้อมูลในภาคสนามที่มีความเพียงพอ และมีความอึดตัว (Referential adequacy)

ซึ่งได้การรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ด้วยการสัมภาษณ์เจาะลึก ผู้สูงอายุจำนวน 179 คน ผู้ดูแล

187 คน ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง จำนวน 88 คน การสนทนากลุ่ม 38 ครั้ง การสังเกตแบบมีส่วนร่วม 182 ครั้ง เพื่อใช้ในการวิเคราะห์ สังเคราะห์ สรุปผลการวิจัย และสร้างกรอบแนวคิดในการวิจัย

1.2) ความสามารถในการนำไปใช้ประโยชน์ต่อได้ (Transferability) ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ได้แม้จะเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ แต่กระบวนการคัดเลือกพื้นที่ที่ให้ครอบคลุมและกระจายทุกบริบทของประเทศไทย ทำให้ได้ข้อมูลที่มีความอึดตัว รวมทั้งกลุ่มเป้าหมายที่เป็นกลุ่มประชากรทั้งหมดในตำบล ทำให้ขนาดของกลุ่มเป้าหมายมีจำนวนปริมาณที่มากเพียงพอที่จะสามารถอธิบายประเด็นข้อค้นพบครบตามวัตถุประสงค์

1.3) รายละเอียดของกระบวนการวิจัย (Dependability) การวิจัยครั้งนี้ได้พยายามให้รายละเอียดทุกขั้นตอนและกระบวนการของระเบียบวิธีวิจัยเพื่อให้สามารถมองเห็นกระบวนการได้อย่างชัดเจน ซึ่งจะนำไปสู่ความน่าเชื่อถือของการวิจัย

1.4) ความสามารถในการยืนยันได้ของข้อมูล (Conformability) กระบวนการวิจัยในครั้งนี้ได้ออกแบบการจัดเก็บข้อมูลดิบในการวิจัยทั้งหมดโดยการบันทึกทั้งหมดและการลงโปรแกรมคอมพิวเตอร์ที่สามารถตรวจสอบข้อมูลแหล่งที่มาของข้อมูลได้โดยการจัดทำรหัสข้อมูลกำกับรายการข้อมูลทุกอย่างในกระบวนการวิจัย ตลอดจนได้ออกแบบวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม Excel ในการจัดเก็บและวิเคราะห์ข้อมูล ซึ่งสามารถย้อนกลับมาแหล่งของข้อมูลได้อย่างชัดเจนและสะดวก

ซึ่งรายละเอียดของกระบวนการดำเนินการวิจัยเพื่อควบคุมคุณภาพของนักวิจัย มีดังตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 6 กระบวนการการดำเนินการวิจัยเพื่อควบคุมคุณภาพของนักวิจัย

กิจกรรม	วันที่	สถานที่
1. ประชุมเชิงปฏิบัติการทางวิชาการวิธี วิทยาในงานวิจัยเชิงคุณภาพ : วิธีการ เก็บข้อมูล หัวข้อ “การวิจัยและพัฒนา นโยบายและรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ”	12-15 มิถุนายน 2555	โรงแรมมิราเคิล แกรนด์ กรุงเทพมหานคร
2. ติดตามเยี่ยมพื้นที่วิจัย 9 จังหวัด	20 – 23 มิถุนายน 2555	จังหวัดศรีสะเกษ จังหวัดเลย และ จังหวัดขอนแก่น
	12 – 13 กรกฎาคม 2555	จังหวัดราชบุรี
	24- 30 กันยายน 2555	จังหวัดเลย และ จังหวัดราชบุรี
	12 – 16 พฤศจิกายน 2555	จังหวัดเชียงราย และ จังหวัดพิจิตร
	9 – 11 ธันวาคม 2555	จังหวัดยะลา
	24 – 28 ธันวาคม 2555	จังหวัดจันทบุรี และ จังหวัดนครศรีธรรมราช
3. อบรมเชิงปฏิบัติการเรื่องการวิเคราะห์ ข้อมูลและการเขียนในงานวิจัยเชิง คุณภาพ	9-12 กันยายน 2555	โรงแรมสามพราน ริเวอร์ไซด์ จังหวัดนครปฐม
4. ประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่องการ นำเสนอข้อค้นพบเบื้องต้นของการวิจัย	7-10 มกราคม 2556	โรงแรมสามพราน ริเวอร์ไซด์ จังหวัดนครปฐม
5. ประชุมเชิงปฏิบัติการรายงาน ความก้าวหน้า และวางแผนการพัฒนา งานวิจัยในอนาคต	15 มีนาคม 2556	มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ
6. ประชุมเชิงปฏิบัติการการนำเสนอผล การศึกษาวิจัย “ผลกระทบและการะการ ดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้วัฒนธรรม ไทย”	3-6 มิถุนายน 2556	โรงแรมบัดดี้โอเรียนทอล ริเวอร์ไซด์ อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี
7. นำเสนอผลการศึกษาวิจัย “ผลกระทบ และการะการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ภายใต้วัฒนธรรมไทย” ต่อผู้เกี่ยวข้อง ทางนโยบาย	29 พฤศจิกายน 2556	สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

3.5 ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนการวิจัย ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นเตรียมการ

- 1) ประชุมเชิงปฏิบัติการเตรียมทีมวิจัยเกี่ยวกับการใช้เครื่องมือการวิจัย
- 2) ทีมวิจัยประสานงานเตรียมชุมชน หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย

อธิบายการยินยอมเข้าร่วมโครงการ

- 3) ทีมวิจัยทำความคุ้นเคยชุมชน โดยเข้าไปสร้างสัมพันธ์ภาพกับชุมชน

ขั้นดำเนินการ

1) ทีมวิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในชุมชน โดยการศึกษาข้อมูลทุติยภูมิ และ mapping กลุ่มเป้าหมาย บริบทชุมชน สัมภาษณ์เชิงเจาะลึก (In-depth interview) การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) กลุ่มเป้าหมายในการวิจัย หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และ การสังเกตแบบมีส่วนร่วมกิจกรรมในชุมชน ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ

- 2) วิเคราะห์ข้อมูลการวิจัย
- 3) คณะผู้วิจัยประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อตรวจทานข้อมูลในพื้นที่และให้ข้อเสนอแนะในพื้นที่วิจัยทั้ง

9 แห่ง

- 4) ประชุมเชิงปฏิบัติการนำเสนอผลการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยและรายงานความก้าวหน้า

งานวิจัย

ขั้นสรุปผลการวิจัย

- 1) คัดเลือกข้อมูลให้ชุมชน
- 2) ประชุมเชิงปฏิบัตินำเสนอสรุปรายงานโครงการวิจัย
- 3) จัดทำสรุปเล่มรายงานการวิจัย
- 4) นำเสนอและเผยแพร่ผลการวิจัย

3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาเชิงคุณภาพ ได้แก่ การสัมภาษณ์เจาะลึก การสังเกตแบบมีส่วนร่วม การสนทนากลุ่ม และศึกษาเอกสาร จะถูกนำมาวิเคราะห์โดย

1) กำหนดตารางบันทึกข้อมูลการสัมภาษณ์เจาะลึก การสังเกตแบบมีส่วนร่วม การสนทนากลุ่ม ให้เป็นแนวทางเดียวกันและให้ครอบคลุมประเด็น

2) ตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูลหลังการเก็บข้อมูลทุกครั้ง และข้อมูลที่ได้จะถูกนำมาจัดพิมพ์ลงในแบบฟอร์มบันทึกการลงข้อมูลโดยใช้ตารางโปรแกรม excel ให้แล้วเสร็จเร็วที่สุด

3) ข้อมูลที่บันทึกเสร็จจะถูกนำมากำหนดรหัสของข้อมูล โดย นักวิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยเป็นคนกำหนดรหัสข้อมูลที่ตนเองรวบรวมมาได้ในแต่ละฉบับโดยอิสระ

- 4) ตรวจสอบการกำหนดรหัสของข้อมูลแต่ละฉบับด้วยการให้นักวิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยลงรหัสข้อมูลซ้ำในบันทึกข้อมูลที่ไม่ใช่ของตนเองโดยอิสระ
- 5) นักวิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยร่วมแลกเปลี่ยนการลงรหัสข้อมูล โดยการตีความ (Interpretation) ข้อมูล ตรวจสอบการลงรหัสข้อมูลและลงรหัสข้อมูลใหม่
- 6) วิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) และ วิเคราะห์ประเด็น (Thematic analysis) ตามลำดับขั้นของข้อมูล
- 7) จัดกลุ่มของข้อมูลจากรหัสข้อมูล และนำไปสู่การสร้างบทสรุปย่อ แล้วจึงสร้างเป็นบทสรุปของการศึกษาแต่ละประเด็น (Thematic analysis) ตามวัตถุประสงค์การวิจัย
- 8) สร้าง Framework จากข้อมูลที่ได้ในภาคสนาม
- 9) ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลจากการวิเคราะห์ ด้วยวิธีสะท้อนข้อมูลกับชุมชน การนำเสนอผลการวิเคราะห์ต่อที่ปรึกษาโครงการวิจัย และให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเพื่อตรวจสอบยืนยันว่าข้อมูลที่น่าเชื่อถือสมบูรณ์ครอบคลุมประเด็นที่ศึกษา

3.7 จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยในมนุษย์ ที่อยู่ในช่วงวัยสูงอายุ ซึ่งเป็นผู้ที่มีความเปราะบาง ดังนั้นประเด็นในการพิจารณาด้านจริยธรรมในการวิจัยที่ยึดประกอบด้วย 3 ประเด็นหลักของ Stringer and Genat (2004) ได้แก่

- 1) การปกป้องผลประโยชน์ อันตราย และข้อมูล เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลเกิดความมั่นใจในการวิจัย (Confidentiality)

กระบวนการวิจัยทุกขั้นตอนของการวิจัยจะมีการสื่อสารข้อมูลให้ผู้สูงอายุ ครอบครัว และ ชุมชนได้รับทราบอย่างกระจ่าง ทุกขั้นตอนในกระบวนการวิจัย กิจกรรมการวิจัยมีความยืดหยุ่น ปรับได้ตามบริบทของพื้นที่เพื่อให้มีความเหมาะสมและเกิดประโยชน์สูงสุดกับชุมชน

- 2) การขออนุญาตเกี่ยวกับการกระทำในข้อมูลเช่น การนำเสนอเผยแพร่ (Permissions)

การวิจัยครั้งนี้ กลุ่มเป้าหมายหลักของการดำเนินกิจกรรมวิจัย คือ ผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นวัยที่มีความเปราะบางดังนั้นในการขออนุญาตเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยยึดหลักการขออนุญาต 2 ประเด็นคือการขออนุญาตทำการวิจัยโดยผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ได้รับการพิจารณาอนุมัติโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากสถาบันพัฒนาการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์ (สคม.) กระทรวงสาธารณสุข หนังสือเลขที่ 911/2555 ลงวันที่ 21 มิถุนายน 2555 และ เลขที่ 1251/2555 ลงวันที่ 16 สิงหาคม 2555 และการขออนุญาตจากชุมชน ครอบครัว และผู้สูงอายุในพื้นที่วิจัย รวมทั้งการขออนุญาตการเผยแพร่แนะนำเสนอข้อมูลต่อผู้อื่น

3) แบบฟอร์มการขออนุญาต (Informed consent)

ในแบบฟอร์มการขออนุญาตทำการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย คือ

- (1) ชี้แจงสิทธิของผู้ให้ข้อมูล
- (2) ชี้แจงวัตถุประสงค์ และวิธีการดำเนินการเก็บข้อมูลอย่างละเอียด ทั้ง 5 วงรอบ
- (3) การขอถอนตัวจากการวิจัย การยินยอมให้หรือไม่ให้ข้อมูลที่ไม่ต้องการตอบและสามารถหยุดการให้ข้อมูลได้หากมีความประสงค์
- (4) เปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลสอบถามข้อสงสัยได้ตลอดระหว่างการสัมภาษณ์

บทที่ 4

ประสบการณ์การพึ่งพาระยะยาวของผู้สูงอายุในสังคมไทย

ผลการศึกษาประสบการณ์เกิดภาวะพึ่งพาระยะยาวของผู้สูงอายุ 9 จังหวัด ซึ่งครอบคลุม 5 ภูมิภาคของประเทศไทย ด้วยวิธีการสัมภาษณ์เจาะลึก การสังเกตแบบมีส่วนร่วม ผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาระยะยาวจำนวน 179 คน ผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 187 ราย และผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง 88 คน ผลการศึกษาประสบการณ์การพึ่งพาระยะยาวของผู้สูงอายุ นำเสนอดังต่อไปนี้

- 4.1 บริบทชุมชนของพื้นที่วิจัย
- 4.2 สถานะทางสังคมและสุขภาพของผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาระยะยาว
- 4.3 ประสบการณ์การเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาการดูแลระยะยาว

4.1 บริบทชุมชนของพื้นที่วิจัย

การศึกษาวิจัยภาระและผลกระทบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในสังคมไทยครั้งนี้ มีพื้นที่การศึกษาวิจัย 9 จังหวัด 13 ตำบล ครอบคลุมทั้งเขตชนบท เขตกึ่งเมือง และในเขตเมือง ดังรายละเอียดของบริบทของการศึกษาวิจัยทั้ง 5 ภูมิภาคของประเทศไทย ต่อไปนี้

1) ภาคเหนือ

พื้นที่ศึกษาวิจัย มีจำนวน 1 ตำบล คือ ตำบลป่าอ้อดอนชัย อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย เป็นพื้นที่เขตกึ่งเมือง อยู่ห่างจากอำเภอเมืองประมาณ 16 กิโลเมตร มีเส้นทางการคมนาคมเข้าออกระหว่างหมู่บ้านและในตัวจังหวัดสะดวก พื้นที่วิจัยเป็นชุมชนดั้งเดิมของชาวพื้นเมือง มีลักษณะพื้นที่เป็นที่ราบ พื้นที่ส่วนใหญ่เป็นนาข้าว ลักษณะบ้านเรือนที่อยู่อาศัยส่วนใหญ่เป็นบ้านไม้ได้ถุนสูง และบ้าน 2 ชั้น ชั้นบนทำด้วยไม้ ชั้นล่างก่อปูน ประชาชนในพื้นที่ส่วนใหญ่เป็นคนดั้งเดิม ดำรงชีพด้วยอาชีพเกษตรกรรม ได้แก่ ทำนา ทำสวน และอาชีพรับจ้างในตัวจังหวัด ช่วงกลางวันในชุมชนจะพบเห็นแต่ผู้สูงอายุเป็นส่วนใหญ่ ส่วนคนวัยทำงานออกไปทำงานภาคเกษตร หรือรับจ้างในเมือง กลับเข้าบ้านช่วงเย็น มีสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ หรือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2 แห่ง คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลป่าอ้อดอนชัย และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงเทพนิมิต ซึ่งเป็นพื้นที่วิจัย และพื้นที่ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลประจำจังหวัดเชียงราย นอกจากนี้พบว่าในตำบลมีกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่โดดเด่น คือโครงการสนับสนุนการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุในชุมชน โองเถียนคนเฒ่าสร้างสุข โดยการสนับสนุนขององค์การบริหารส่วนจังหวัดเชียงราย และเทศบาลตำบลป่าอ้อดอนชัย เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุรวมกลุ่มทำกิจกรรม เช่น การถ่ายทอดภูมิปัญญา การเยี่ยมเยียนผู้สูงอายุที่ป่วย ส่วนผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มเป้าหมายของการวิจัยครั้งนี้ พบว่า ข้อมูลเบื้องต้นของกลุ่มเป้าหมายได้จากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในชุมชนทั้งหมด

2) ภาคกลาง

ประกอบด้วย 2 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดพิจิตร และจังหวัดราชบุรี

พื้นที่วิจัยในจังหวัดพิจิตร มีจำนวน 2 ตำบล คือ ตำบลลำประดา และตำบลวังตะกู่ อำเภอบางมูลนาก ทั้ง 2 ตำบลเป็นพื้นที่เขตชนบทมีลักษณะเป็นพื้นที่ราบ มีแม่น้ำน่านไหลผ่าน พื้นที่ส่วนใหญ่เป็นนาข้าว ประชาชนส่วนใหญ่เป็นคนดั้งเดิม มีอาชีพหลัก คือ การเกษตร โดยเฉพาะอาชีพทำนา ซึ่งพบว่าประชาชนส่วนหนึ่งที่มีฐานะ มีจำนวนที่นาหลายสิบไร่ ในพื้นที่มีโรงสีข้าวขนาดใหญ่ จำนวน 3 แห่ง ประชาชนส่วนใหญ่จึงทำงานอยู่ในชุมชนในบริเวณที่นา และสวนของตนเอง ในพื้นที่วิจัยมีสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิคือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลำประดา และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังตะกู่ โดยมีสถานบริการทุติยภูมิที่รับผิดชอบ คือ โรงพยาบาลบางมูลนาก การดูแลผู้สูงอายุในอำเภอบางมูลนาก พบว่ามีการรวมตัวของผู้สูงอายุ ในรูปแบบของชมรมผู้สูงอายุที่มีสมาชิกอยู่ทุกหมู่บ้านและทุกตำบล ภายใต้การดูแลของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งมีกิจกรรมหลักคือ การทำกองทุนฌาปนกิจสงเคราะห์ กองทุนผู้สูงอายุของอำเภอ โดยการเก็บรวบรวมเงินจากสมาชิกผู้สูงอายุ เพื่อใช้ในกิจกรรมการเยี่ยมเยียนสมาชิกผู้สูงอายุ เมื่อมีการเจ็บป่วยหรือเสียชีวิต ชมรมการจัดกิจกรรมพบปะกันทุกเดือนและมีกิจกรรมเพื่อการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุทุกเดือน นอกจากนี้ในตำบลลำประดา องค์การบริหารส่วนตำบลให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพของประชาชน มีการจัดบริการรถรับส่งประชาชนเข้ารับบริการในสถานบริการต่าง ๆ ทั้งภายในและภายนอกจังหวัด และพบว่าประชาชนมีปัญหาผู้ป่วยจิตเวชที่เพิ่มสูงขึ้นกว่าทุกพื้นที่ของอำเภอบางมูลนาก ส่วนข้อมูลเบื้องต้นกลุ่มเป้าหมายของการวิจัยในครั้งนี้ได้จากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทั้งหมด

จังหวัดราชบุรี มีพื้นที่วิจัย คือ ตำบลบางแก้ว อำเภอบางแพ เป็นพื้นที่เขตชนบท ที่ราบลุ่ม ชาวบ้านเป็นคนดั้งเดิม อาศัยอยู่เป็นชุมชน ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ทำนา ปลูกผัก และทำสวนผลไม้ เส้นทางคมนาคมสะดวก มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบางแก้ว เป็นสถานบริการระดับปฐมภูมิ ส่วนสถานบริการระดับทุติยภูมิ อยู่ในความดูแลของโรงพยาบาลบางแพ ลักษณะพื้นที่ในเขตอำเภอเป็นชุมชนกึ่งเมือง มีโรงงานอุตสาหกรรม โรงพยาบาลบางแพจัดระบบบริการดูแลผู้สูงอายุ ให้มีการกำหนดเส้นทางด่วนสำหรับผู้สูงอายุที่อายุ 70 ปีขึ้นไป ส่วนในตำบลบางแก้ว การดูแลผู้สูงอายุในชุมชนมี 2 ช่องทาง คือการเยี่ยมบ้านโดยเจ้าหน้าที่เมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และมีทีมติดตามเยี่ยมบ้าน และช่องทางการเยี่ยมโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน) ซึ่งจะเยี่ยมผู้สูงอายุในความดูแล และมีการประชุมทุกเดือน นอกจากนี้พบว่าในอำเภอบางแพมีโครงการนำร่องของการดูแลผู้พิการโดยกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยมีนักกายภาพบำบัดการเยี่ยมผู้พิการ อย่างน้อย 60 รายต่อเดือน และในปีที่ 2 ได้ขยายการดูแลโดยจัดให้มีทีมฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และเยาวชนให้เป็นอาสาสมัครดูแลฟื้นฟูผู้พิการที่รับช่วงต่อจากนักกายภาพบำบัดในชุมชน และมีโครงการคัดกรองโรคซึมเศร้าเนื่องจากพื้นที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูง และพบว่าในอำเภอบางแพมีสถานบริการผู้สูงอายุซึ่งเป็นของเอกชนเปิดกิจการมาได้ 6 ปี เป็นธุรกิจภายในครอบครัว ค่าบริการ 14,000 – 15,000 บาทต่อเดือน มีผู้สูงอายุจำนวน 24 คน ส่วนใหญ่มาจากต่างจังหวัดและในกรุงเทพมหานคร ข้อมูลผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มเป้าหมายในการ

วิจัยครั้งนี้ ได้จากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และบางส่วนได้รับข้อมูลการส่งต่อจากโรงพยาบาล บางแพ

3) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ประกอบด้วย 3 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดศรีสะเกษ จังหวัดขอนแก่น และจังหวัดเลย ซึ่งพบว่าทั้ง 3 พื้นที่เป็นเขตชนบท โดยอยู่ในตำบลรอบนอกเขตเทศบาล 2 ตำบล ได้แก่ ตำบลสัมป่อย จังหวัดศรีสะเกษ และตำบลคูคำ จังหวัดขอนแก่น และอยู่ในเขตเทศบาล 1 ตำบล คือ ตำบลด่านซ้าย จังหวัดเลย

ตำบลสัมป่อย อำเภอราชีไศล จังหวัดศรีสะเกษ มีพื้นที่ครอบคลุม 17 หมู่บ้าน เป็นพื้นที่เขตชนบทของอีสาน สภาพบ้านเรือนในชุมชนเป็นบ้านถาวรหลังใหญ่ มีถนนคอนกรีตเข้าสู่หมู่บ้าน การเดินทางเข้าออกสะดวก ประชาชนประกอบอาชีพทางการเกษตร ได้แก่ ทำนา ปลูกพริก ปลูกหอมแดง โดยเฉพาะการปลูกหอมแดง ปลูกพริก ช่วงกลางวันคนวัยแรงงานจะออกไปทำนา ทำสวน ส่วนผู้สูงอายุทำงานที่บ้านเกี่ยวกับคัดเลือกหอมแดง มัดหอม ซึ่งรวมกลุ่มกันทำงานใต้ถุนบ้าน ส่วนสถานบริการสุขภาพ มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 1 แห่ง มีบุคลากรสาธารณสุข จำนวน 5 คน ที่รับผิดชอบดูแลเป็นรายหมู่บ้าน มีระบบอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่ถูกฝึกอบรมโดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทั้งนี้อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นคนเดียวกัน จำนวน 95 คน ส่วนอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่ถูกอบรมโดยกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ มีจำนวน 5 คน (ทั้งหมดเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน) นอกจากนี้พบว่ามีระบบการดูแลผู้ป่วยระยะยาวที่เชื่อมโยงจากโรงพยาบาลชุมชนประจำอำเภอกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยทีมเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ซึ่งเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพจากโรงพยาบาลชุมชน ประกอบด้วย แพทย์ นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ พยาบาลวิชาชีพ และพยาบาลจาก PCU นอกจากนี้พบว่า เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลชุมชน จากโครงการอบรมการฟื้นฟูสภาพในชุมชน โดยเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจะถูกฝึกงานที่โรงพยาบาลราชีไศล นาน 6 สัปดาห์ ทำให้สัมพันธ์ภาพระหว่างเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลชุมชน และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีความแนบแน่น ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนลงมาเยี่ยมผู้ป่วยด้วยตนเองในบางครั้ง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีรถรับส่งผู้ป่วยเอง นอกจากนี้ยังพบว่าวัดในตำบลใกล้เคียงกับพื้นที่วิจัยได้จัดบริการดูแลผู้สูงอายุกลางวันด้วย อย่างไรก็ตาม พบว่าโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไม่มีข้อมูลผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อย ข้อมูลกลุ่มเป้าหมายเบื้องต้นทั้งหมดได้จากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ตำบลคูคำ อำเภอขามสูง จังหวัดขอนแก่น อยู่ห่างจากจังหวัด ประมาณ 30 กิโลเมตร มีสภาพเป็นชุมชนชนบทดั้งเดิมที่มีอายุมากกว่า 100 ปี มีเส้นทางคมนาคมการติดต่อระหว่างหมู่บ้านและอำเภอบางหมู่บ้านเป็นถนนลูกรัง เดินทางลำบากช่วงฤดูฝน ชาวบ้านประกอบอาชีพเกษตรกรรมเป็นหลัก ได้แก่ ทำนา ปลูกผักปลอดสารพิษ ซื่อขายวัวควายในตลาดวัวควาย ซึ่งมีภาษาถิ่นเรียกกันว่า นายฮ้อย ส่วนกลุ่มสตรีมีอาชีพรับจ้างเย็บผ้าโหล และพบว่ากลุ่มวัยแรงงานของหมู่บ้านประมาณ 1 ใน 3 อพยพไปทำงานในกรุงเทพมหานคร และเขตปริมณฑลโดยทิ้งให้ผู้สูงอายุอาศัยอยู่บ้านเพียงลำพัง หรือทำหน้าที่เลี้ยงหลาน และชาวบ้านส่วนหนึ่งยังมีอาชีพรับจ้างโดยจะเดินทางเข้าไปรับจ้างในเมืองแบบเช้าไปเย็นกลับ ได้แก่ โรงงานเย็บผ้า โรงงานทอแห

อวน รับจ้างก่อสร้าง โดยอาศัยรถรับเหมาออกจากหมู่บ้านประมาณ 6 โมงเช้า และกลับเข้ามาในหมู่บ้าน 6 โมงเย็น ในแต่ละหมู่บ้านจะมีรถรับเหมาประมาณ 2 - 3 คัน ส่วนการดูแลสุขภาพของชุมชน มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล 1 แห่ง มีบุคลากรจำนวน 5 คน ไม่มีระบบบริการดูแลผู้สูงอายุ โดยเฉพาะการดูแลผู้สูงอายุเหมือนกับผู้ป่วยทั่วไป มีกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทั้งหมดจำนวน 101 คน แบ่งหน้าที่รับผิดชอบดูแลประชาชน 1 คนต่อ 10 ครอบครัว และมีอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 5 คน ที่ได้รับการอบรมจากกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และพบว่าในชุมชนมีการจัดทำโครงการอบรมอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งผู้เข้ารับการอบรม คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้สูงอายุ และผู้ดูแลในชุมชน จำนวน 40 คน ใช้งบกองทุนสุขภาพตำบล นอกจากนี้พบว่าผู้สูงอายุ มีการรวมกลุ่มทำกิจกรรมทางศาสนา จำศีลนอนวัดในช่วงวันพระและช่วงเข้าพรรษา ช่วยเหลือกิจกรรมพิธีกรรมทางศาสนาและวัฒนธรรมของชุมชน และมักจับกลุ่มกับตามละแวกบ้านใกล้เคียง 3-5 คน และมีชมรมออกกำลังกายกลุ่มรำไม้พลองบ้านคู ส่วนข้อมูลกลุ่มเป้าหมายเบื้องต้นทั้งหมดได้จากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ตำบลด่านซ้าย อำเภอด่านซ้าย จังหวัดเลย เป็นพื้นที่วิจัยเขตชนบทที่ตั้งอยู่ในเขตเทศบาล ลักษณะพื้นที่เป็นที่ราบสลับภูเขา มีเส้นทางคมนาคมสะดวก ประชาชนส่วนใหญ่เป็นคนดั้งเดิมในพื้นที่ มีอาชีพทางการเกษตร ได้แก่ ทำนา ทำสวนยางพารา ทำไร่ ด้านระบบบริการสุขภาพ พบว่าพื้นที่วิจัยเป็นเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลชุมชน ทำหน้าที่ดูแลสุขภาพประชาชน มีทั้งหมด 17 ชุมชน โดยมีฝ่ายเวชปฏิบัติครอบครัวทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบ ซึ่งมีพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 6 คน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจำนวน 200 คน มีการประชุมร่วมกันทุกเดือน มีการฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กิจกรรมการดูแล ได้แก่ กิจกรรมเยี่ยมบ้านของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กิจกรรมการติดตามต่อเนื่องที่บ้าน(Home Health Care) โรงพยาบาลชุมชนมีความต้องการพัฒนาหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน นอกจากนี้ในโรงพยาบาลมีกองทุนดูแลสุขภาพของอำเภอ ซึ่งกองทุนดูแลสุขภาพได้รับบริจาคจากคนในชุมชน บริจาคให้คนละจำนวน 1 บาทต่อเดือน เงินในกองทุนใช้ในการดูแลรักษาสุขภาพของคนในชุมชน เช่น การส่งต่อ การผ่าตัดตา ประชาชนจ่าย 1,000 บาท ต่อตา 1 ข้าง และเมื่อผู้สูงอายุเสียชีวิต รวมทั้งการดูแลงานผู้สูงอายุของอำเภอ โดยมีนักกายภาพบำบัดรับผิดชอบงานผู้สูงอายุ ทำให้ข้อมูลของผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลและส่งต่อไปดูแลที่บ้าน และบางส่วนได้จากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

4) ภาคตะวันออก

อำเภอแก่งหางแมว จังหวัดจันทบุรี พื้นที่วิจัยในการศึกษารั้งนี้ ประกอบด้วย 2 ตำบลคือ ตำบลเขาวงกต มีพื้นที่วิจัยทั้งหมด 4 หมู่บ้าน และตำบลสามพี่น้อง มีพื้นที่วิจัย 5 หมู่บ้าน จากทั้งหมด 10 หมู่บ้าน สภาพภูมิประเทศเป็นภูเขาและที่ราบ อากาศร้อนชื้น เส้นทางคมนาคมในเส้นทางหลักสะดวก แต่ภายในบริเวณหมู่บ้านบางส่วนเป็นถนนลูกรัง ประชาชนส่วนใหญ่เป็นคนดั้งเดิมของพื้นที่ ประกอบอาชีพทำสวนยางสวนผลไม้ และทำไร่มันสำปะหลัง สภาพบ้านเรือนปลูกอยู่ในแหล่งชุมชนตามเส้นทางคมนาคม และปลูกอยู่ตามสวนยางพาราหรือสวนผลไม้ ซึ่งต้องออกไปกรีดยางตั้งแต่ เวลา 03.00 น./04.00น. และช่วงฤดูเก็บเกี่ยวผลไม้จะออกจากบ้านแต่เช้า กลับเข้าบ้านค่ำ สถานบริการสาธารณสุข พบมีหน่วยบริการสุขภาพ ตำบลละ 1

แห่ง คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขาวงกต และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสามพี่น้อง และมีสถานบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิ เป็นโรงพยาบาลชุมชน ขนาด 30 เตียง ข้อมูลกลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่ได้จากอาสาสมัครในชุมชน และบางส่วนจากหน่วยบริการสุขภาพ ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมายส่วนหนึ่งมีภาวะแทรกซ้อน เช่น แผล Bedsore จากการนอนนาน และต้องการการดูแลที่บ้าน

5) ภาคใต้

พื้นที่วิจัยในภาคใต้ประกอบด้วย 2 จังหวัด คือ จังหวัดนครศรีธรรมราช และจังหวัดยะลา

จังหวัดนครศรีธรรมราช มีพื้นที่การวิจัยมีอยู่ในเขตเมือง และเขตชนบท พื้นที่เขตเมืองอยู่ในเขตเทศบาลเมืองปากพูน เป็นชุมชนเมือง มีลักษณะเป็นหมู่บ้านจัดสรร และหมู่บ้านดั้งเดิม การคมนาคมสะดวก ประชาชนมีอาชีพรับจ้าง สถานบริการสุขภาพคือโรงพยาบาลมหาราชนครนครศรีธรรมราช ซึ่งเป็นสถานบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิ ข้อมูลกลุ่มเป้าหมายวิจัยซึ่งเป็นผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลระยะยาวในเขตเมือง ได้จากข้อมูลการเข้ารับบริการและส่งต่อจากหน่วยงานภายในโรงพยาบาล และมีส่วนหนึ่งที่ได้รับข้อมูลจากโครงการโรงพยาบาล 20,000 เตียง ซึ่งเป็นโครงการที่โรงพยาบาลเทศบาลนครนครศรีธรรมราชได้เปิดดำเนินการให้บริการแก่ประชาชนในเขตเทศบาล ตั้งปีพ.ศ. 2548 หลังจากที่โรงพยาบาลเทศบาลนครนครศรีธรรมราช ได้เปิดอย่างเป็นทางการ ในปีพ.ศ. 2547 ภายใต้ปัญหาประชาชนจำนวนมากที่เจ็บป่วยอยู่ที่บ้าน และไม่ได้รับการดูแลสุขภาพ ทำให้หลายคนต้องเสียชีวิตและพิการ ทำให้เป็นภาระกับครอบครัว ลูกหลาน ญาติ และผู้ดูแล โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่มีฐานะยากจน และญาติไม่สามารถนำผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลได้ เนื่องจากต้องประกอบอาชีพ เช่น ผู้ป่วยอัมพฤกษ์ อัมพาต พิการ ผู้ป่วยจิตเวช ผู้ที่อยู่ในวัยชรา และผู้ที่ขาดผู้เลี้ยงดู โดยมอบเตียงจากโรงพยาบาลให้ไปใช้ที่บ้าน พร้อมทั้งจัดทีมแพทย์ พยาบาลออกทำการรักษาถึงบ้านทุกวันอย่างสม่ำเสมอโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย

ส่วนพื้นที่ชนบทอีกตำบลหนึ่งของจังหวัดนครศรีธรรมราช คือ ตำบลขุนทะเลเป็นหนึ่งในจำนวนห้าตำบลของอำเภอลานสกา จังหวัดนครศรีธรรมราช ตั้งอยู่ทางทิศตะวันออกห่างจากอำเภอลานสกาประมาณ 9 กิโลเมตร เป็นพื้นที่ชนบท ลักษณะภูมิอากาศอยู่ภายใต้อิทธิพลของมรสุมตะวันออกเฉียงเหนือ และมรสุมตะวันตกเฉียงใต้ ทำให้มีฤดูกาลเพียง 2 ฤดูเท่านั้น คือ ฤดูร้อน ฤดูฝน เส้นทางคมนาคมสะดวก เป็นถนนลาดยางและถนนคอนกรีตภายในหมู่บ้าน ภายใต้การดูแลของเทศบาลตำบลลานสกา และมีสถานบริการสาธารณสุข 2 แห่ง คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ่อทราย ตั้งอยู่หมู่ที่ 5 และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสอ ตั้งอยู่ที่หมู่ 3 ประชาชนประกอบอาชีพเกษตรกรรม ได้แก่ ทำนา ทำสวนผลไม้ รองมาคือค้าขาย และรับจ้าง ข้อมูลกลุ่มเป้าหมายผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลระยะยาว ได้จากการติดตามกรณีศึกษาที่ส่งต่อจากโรงพยาบาล และจากข้อมูลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

จังหวัดยะลา ประกอบด้วย 2 ตำบล คือตำบลโกตาบารู อำเภอรามัน ซึ่งเป็นเมืองทางประวัติศาสตร์ และตำบลอาซ่อง อำเภอรามัน เป็นพื้นที่ชนบท ภูมิประเทศลักษณะเป็นภูเขาสลับที่ราบ ชาวบ้านในพื้นที่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมเป็นหลัก โดยเฉพาะการทำสวนยางพารา สวนผลไม้ต่าง ๆ เช่นทุเรียน ลองกอง เงาะ เป็นต้น และทำนาเป็นอาชีพเสริมเพื่อบริโภค ชาวบ้านส่วนใหญ่จึงออกกรีดยางตั้งแต่ ตี 3 ตี 4 ส่วนอุตสาหกรรมในตำบล จะมีโรงงานขนาดเล็ก เช่น โรงงานตีบาร์ การค้าขายน้ำมัน อยู่ช่อมรด ลักษณะภูมิอากาศ

มี 2 ฤดู ได้แก่ ฤดูฝนและฤดูร้อน ลักษณะการตั้งถิ่นฐานบ้านเรือนของชาวบ้าน ตามริมเส้นทางการคมนาคม ซึ่งเป็นเส้นทางหลักไปสู่อำเภอรามัน และจังหวัดนราธิวาส ส่วนประชาชนที่ตั้งบ้านเรือนในละแวกนี้จะทำการค้าขายเป็นส่วนใหญ่ นอกจากนั้นจะมีการตั้งถิ่นฐานบ้านเรือนบริเวณละแวกเดียวกันกับบ้านเครือญาติของตนเอง เมื่อมีการแต่งงานเกิดขึ้น ก็จะมีการแยกออกไปสร้างบ้าน สร้างครอบครัวใหม่ แต่ก็ยังอยู่ในละแวกใกล้เคียงกับบ้านบิดา มารดา บ้านพี่ บ้านน้อง ซึ่งอาจจะแยกเป็นครอบครัวเดี่ยว หรือจะยังเป็นครอบครัวใหญ่ ลักษณะของบ้านดั้งเดิมเป็นบ้านชั้นเดียว สร้างด้วยไม้ ยกพื้นสูงเพื่อการป้องกันสัตว์ต่าง ๆ และเพื่อป้องกันน้ำท่วมในฤดูฝน บ้านสมัยใหม่สร้างบ้านด้วยปูนซีเมนต์ เป็นบ้านชั้นเดียวหรือสองชั้น การคมนาคม ใช้เส้นทางทางบกทางเดียว มีรถประจำทางเป็นรถตุ๊ก ๆ เป็นหลัก แต่โดยส่วนใหญ่ชาวบ้านจะใช้รถส่วนตัว เนื่องจากสะดวก ระยะทางไม่ไกลจากตัวเมืองมากนัก และรถโดยสารประจำตัว ซึ่งเป็นรถตุ๊ก ๆ มีจำนวนน้อย พื้นที่วิจัยทั้ง 2 ตำบล มีหน่วยบริการปฐมภูมิ คือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลลาซ่อง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโกตาบารู หน่วยบริการทุติยภูมิ คือโรงพยาบาลรามัน ชาวบ้านนับถือศาสนาอิสลาม และดำเนินชีวิตตามหลักของศาสนาอิสลาม ข้อมูลกลุ่มเป้าหมายผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลระยะยาว ได้จากข้อมูลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

4.2 สถานะทางสังคมและสุขภาพของผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาระยะยาว

4.2.1 ลักษณะทางประชากรผู้สูงอายุ

จากการวิเคราะห์ข้อมูลลักษณะทางประชากรของกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาระยะยาว พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชายในอัตราเกือบ 2 : 1 อายุเฉลี่ยของประชากรเท่ากับ 79.42 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ต่อไม่มีคู่สมรสเกือบ 6 : 1 ส่วนใหญ่ร้อยละ 94.0 อาศัยอยู่ร่วมกับผู้อื่น มีจำนวนสมาชิกในครอบครัวเฉลี่ย 3 คน และมีผู้สูงอายุที่พึ่งพาระยะยาวที่อาศัยอยู่เพียงคนเดียวตามลำพังร้อยละ 6.2 โดยพบว่าในภาคเหนือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพระยะยาว มีสัดส่วนของเพศชายต่อเพศหญิงใกล้เคียงกัน อายุเฉลี่ยของผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพ 77.1 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 87.5 และครอบครัวมีขนาดจำนวนสมาชิกเฉลี่ย 3 คน ส่วนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ผู้สูงอายุเหล่านี้มีอายุเฉลี่ยการเกิดภาวะพึ่งพาน้อยกว่าทุกภาค คือ 76.75 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 76.2 และครอบครัวมีขนาดจำนวนสมาชิกเฉลี่ย 3.7 คน ด้านภาคกลาง พบว่าผู้สูงอายุมีอายุเฉลี่ยสูงที่สุด คือ 82 ปี มีจำนวนสมาชิกในครัวเรือนน้อยที่สุด เฉลี่ย 3 คน ภาคตะวันออก พบสัดส่วนเพศชายต่อเพศหญิงประมาณ 1:3 มีอายุเฉลี่ย 81.6 ปี มีจำนวนสมาชิกในครอบครัวเฉลี่ย 3.4 คน และ ภาคใต้ มีสัดส่วนของเพศชายต่อเพศหญิงใกล้เคียงกัน มีอายุเฉลี่ยเกือบ 81 ปี มีจำนวนสมาชิกเฉลี่ยในครอบครัวสูงสุดของประเทศไทย 4.2 คน รายละเอียดดังตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละลักษณะทั่วไปของผู้สูงอายุ

ลักษณะทั่วไปของผู้สูงอายุ	รวมทั้งหมด	ภาคเหนือ	ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	ภาคกลาง	ภาคตะวันออก	ภาคใต้
	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน
	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)
1. เพศ						
ชาย	62 (34.64)	7 (43.8)	22 (32.4)	11 (26.8)	5 (26.3)	18 (45.0)
หญิง	116 (64.80)	9 (56.3)	41 (60.3)	30 (73.2)	14 (73.7)	22 (55.0)
2. อายุ (ปี) Mean (S.D.)	79.42 (9.35)	77.06(7.93)	76.75(9.96)	82.07(8.42)	81.63(8.69)	80.8(9.17)
60-69 ปี	28 (15.64)	4 (25.0)	16 (25.4)	3 (7.3)	1 (5.3)	4 (10.0)
70 – 79 ปี	59 (32.96)	4 (25.0)	23 (36.5)	11 (26.8)	7 (36.8)	12 (30.0)
80 ปีขึ้นไป	102 (56.98)	8 (50.0)	24 (38.1)	27 (65.9)	11 (57.9)	14 (35.0)
3. ศาสนา						
พุทธ	159 (88.83)	16(100.0)	63 (100.0)	41 (100.0)	19 (100.0)	20 (50.0)
อิสลาม	20 (11.17)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	20 (50.0)
4. สถานภาพสมรส						
มีคู่สมรส	151 (84.36)	14 (87.5)	48 (76.2)	40 (97.6)	19 (100.0)	30 (75.0)
ไม่มีคู่สมรส	28 (15.64)	2 (12.5)	15 (23.8)	1 (2.4)	0 (0.0)	10 (25.0)
โสด	7 (3.91)	1 (6.3)	4 (6.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
หม้าย หย่า แยก	21 (11.73)	1 (6.3)	11 (17.5)	1 (2.4)	0 (0.0)	0 (0.0)
5. จำนวนสมาชิกครอบครัว (คน) Mean (S.D.)	3.75 (1.84)	3.06 (1.48)	3.71(2.00)	3.0 (1.71)	3.42 (1.57)	4.22 (1.47)
1 คน	11(6.15)	2 (12.5)	3 (4.8)	2 (4.9)	1 (5.3)	0 (0.0)
2 – 4 คน	118(65.92)	11 (68.8)	40 (63.5)	27 (65.9)	16 (84.2)	19 (47.5)
5 – 7 คน	44(24.58)	3 (18.8)	15 (23.8)	3 (7.3)	2 (10.5)	17 (42.5)
8 – 10 คน	4(2.23)	0 (0.0)	2 (3.2)	1 (2.4)	0 (0.0)	4 (10.0)
11 คนขึ้นไป	2(1.12)	0 (0.0)	1 (1.6)	1 (2.4)	0 (0.0)	0 (0.0)
6. อาชีพเดิม						
ไม่ได้ทำงาน	12(6.70)	1 (6.3)	0 (0.0)	2 (4.9)	19 (100.0)	10 (25.0)
เกษตรกร	152(84.92)	14 (87.5)	56 (88.9)	37 (90.2)	0 (0.0)	26 (65.0)
ข้าราชการ	11(6.15)	0 (0.0)	6 (9.5)	1 (2.4)	0 (0.0)	4 (10.0)
รับจ้าง	3(1.68)	1 (6.3)	0 (0.0)	1 (2.4)	0 (0.0)	3 (7.5)
ค้าขาย	1(0.56)	0 (0.0)	1 (1.6)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)

4.2.2 โรคเรื้อรังในผู้สูงอายุที่พึ่งพาระยะยาว

จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาระยะยาว ส่วนใหญ่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเกือบร้อยละ 88.0 โรคที่พบบมากที่สุด คือโรคความดันโลหิตสูงพบร้อยละ 56 รองมาคือโรคเรื้อรังร่วม พบร้อยละ 42 ภาวะสมองเสื่อม พบร้อยละ 20 และ โรคเบาหวาน พบร้อยละ 17 และพบว่าประมาณ 1 ในสามมีภาวะ Stroke โดยพบว่าในภาคเหนือ ผู้สูงอายุถึงร้อยละ 94 มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โดยพบโรคความดันโลหิตสูง และ โรคเรื้อรังร่วม พบสูงที่สุดของประเทศ ในอัตราร้อยละ 63 รองมา คือ เบาหวาน และ โรคหัวใจ ภาวะสมองเสื่อม ส่วนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 86 เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูงพบสูงที่สุดของประเทศ พบถึงถึงร้อยละ 65 รองมาคือ โรคเรื้อรังร่วม โรคเบาหวาน และ สมองเสื่อม ด้านภาคกลาง พบว่าผู้สูงอายุเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเกือบร้อยละ 76 โรคที่พบบมากที่สุดคือ โรคความดันโลหิตสูง รองมาคือ โรคเรื้อรังร่วม ภาวะสมองเสื่อม และโรคเบาหวาน ภาคตะวันออก ผู้สูงอายุทุกคนเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังสูงสุด ร้อยละ 100.0 ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูงรองมา ภาวะสมองเสื่อม โรคเรื้อรังร่วม และ โรคเบาหวาน ตามลำดับ โดยเฉพาะภาวะสมองเสื่อมพบสูงสุดเมื่อเปรียบเทียบกับภาคอื่น ๆ ร้อยละ 42 และภาคใต้ พบว่าผู้สูงอายุเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ร้อยละ 80.0 ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง รองมาคือ โรคเรื้อรังร่วม ภาวะสมองเสื่อม และโรคเบาหวาน รายละเอียดดังตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุ (รายภาค)

โรคเรื้อรัง	รวมทั้งหมด	เหนือ	ตะวันออกเฉียงเหนือ	กลาง	ตะวันออก	ใต้
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
1.โรคเรื้อรัง						
ไม่เป็น	21 (11.73)	0 (0.00)	9 (14.3)	4 (9.76)	0 (0.0)	8 (20.0)
เป็น	158 (88.27)	16 (100.0)	54 (85.7)	37 (90.24)	19 (100.0)	32 (80.0)
1.1 โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด						
1) Hypertension	101 (56.42)	10(62.5)	41 (65.1)	20 (48.8)	9 (47.4)	22 (55.0)
2) Chronic heart disease	6 (3.35)	3 (18.3)	2 (3.2)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (2.5)
1.2 โรคระบบประสาท						
1) Dementia	32 (17.88)	2(12.5)	17 (26.98)	12 (29.3)	8 (42.1)	7 (17.5)
2) Parkinson disease	5 (2.79)	2(12.5)	0 (0.0)	2 (4.9)	0 (0.0)	1 (2.5)
3) Alzheimer	4 (2.23)	1 (6.3)	1 (1.6)	2 (4.9)	0 (0.0)	0 (0.0)
1.3 โรคระบบต่อมไร้ท่อ						
1) Diabetic mellitus	30 (16.76)	4 (25.0)	19 (30.16)	5 (12.2)	1 (5.3)	3 (7.5)
2) Thyroid	1 (0.56)	1 (6.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (2.5)
1.4 โรคระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ						
1) Osteo arthritis	11 (6.15)	0 (0.0)	5 (7.9)	3 (7.3)	2 (10.5)	2 (5.0)
2) Herniated disc	10 (5.59)	0 (0.0)	4 (6.3)	1 (2.4)	0 (0.0)	1 (2.5)
3) Gout	8 (4.67)	2(12.5)	5 (7.9)	1 (2.4)	0 (0.0)	0 (0.0)
4) Tuberculosis of bones	4 (2.23)	0 (0.0)	1 (1.6)	0 (0.0)	1 (5.3)	0 (0.0)
1.5 โรคทางระบบประสาทสัมผัส						
1) Blindness	5 (2.79)	0 (0.0)	3 (4.8)	1 (2.4)	1 (5.3)	0 (0.0)
2) Cataract	3 (1.68)	2 (12.8)	0 (0.0)	1 (2.4)	0 (0.0)	0 (0.0)
1.6 การได้รับบาดเจ็บ/อุบัติเหตุ						
1) Fall	8 (4.67)	0 (0.0)	6 (9.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (5.0)
2) Fracture femur	4 (2.23)	0 (0.0)	2 (3.2)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (2.5)
3) Spinal cord Injury	1 (0.56)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุ (ต่อ)

ลักษณะทั่วไปของผู้สูงอายุ	รวมทั้งหมด	เหนือ	ตะวันออก	กลาง	ตะวันออก	ใต้
			เฉียงเหนือ			
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
1. โรคเรื้อรัง (ต่อ)						
1.7 โรคระบบทางเดินปัสสาวะและอวัยวะสืบพันธุ์						
1) Chronic renal failure	9 (5.03)	2 (12.5)	7 (11.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
2) Benign prostatic hyperplasia	3 (1.68)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (4.9)	0 (0.0)	1 (2.5)
3) Kidney stone	2 (1.12)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (5.0)
1.8 โรคระบบอื่นๆ						
1) Cancer	6 (3.35)	0 (0.0)	3 (4.8)	1 (2.4)	1 (5.3)	1 (2.5)
2) Chronic obstructive pulmonary disease	5 (2.79)	2 (12.5)	1 (1.6)	1 (2.4)	0 (0.0)	0 (0.0)
3) Schizophrenia	2 (1.12)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (2.4)	1 (5.3)	0 (0.0)
4) Epilepsy	2 (1.12)	0 (0.0)	1 (1.6)	1 (2.4)	0 (0.0)	0 (0.0)
2. โรคเรื้อรังรวม	75 (41.90)	10 (62.5)	27 (42.86)	19 (46.34)	5 (26.32)	14 (35.0)
3. ภาวะ Stroke	58 (32.40)	5 (31.25)	20 (31.75)	8 (19.51)	7 (36.84)	18 (90.0)

ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละภาวะพึ่งพาระยะยาวและภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ

ผลการประเมิน	จำนวน	ร้อยละ
1. ผลประเมินภาวะสมองเสื่อม		
สงสัยมีภาวะสมองเสื่อม	101	56.42
ปกติ	52	29.05
ไม่สามารถประเมินได้	26	14.53
2. ผลประเมินภาวะพึ่งพา		
ไม่มีภาวะพึ่งพาระยะยาว (มากกว่า 12 คะแนน)	30	16.76
มีภาวะพึ่งพาระยะยาว (≤ 12 คะแนน)	149	83.24
พึ่งพาทั้งหมด (0-4 คะแนน)	42	23.46
พึ่งพารุนแรง (5-8 คะแนน)	32	17.88
พึ่งพาปานกลางถึงรุนแรง (9-12 คะแนน)	75	41.90

จากการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมโดยใช้แบบประเมินภาวะสมองเสื่อม MMSE - Thai พบว่าผู้สูงอายุทั้งหมดจำนวน 179 คน มีอาการสงสัยภาวะสมองเสื่อมมากกว่าครึ่งหนึ่ง ซึ่งมีผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์มากกว่าหนึ่งในเจ็ด ส่วนภาวะพึ่งพาในระยะยาวที่ประเมินจากแบบประเมิน Barthel Index พบว่ามีระดับคะแนนต่ำกว่า 12 ซึ่งมีภาวะพึ่งพาในระยะยาว มากกว่า ร้อยละ 80 โดยเป็นกลุ่มไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เลย ที่ต้องมีผู้ปฏิบัติดูแลกิจวัตรประจำวันแทนทั้งหมดเกือบหนึ่งในสี่ อย่างไรก็ตามพบว่าผู้สูงอายุประมาณร้อยละ 17 ไม่มีภาวะพึ่งพา ซึ่งผู้สูงอายุกลุ่มนี้ทั้งหมดเป็นผู้สูงอายุที่มีปัญหาภาวะสมองเสื่อมแต่ยังช่วยเหลือตนเองได้

4.3 ประสพการณ์การเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาการดูแลระยะยาว: ภาวะStroke ภาวะสมองเสื่อม โรคเรื้อรังร่วม และอายุที่มากกว่า 80 ปี 4 เส้นทางหลักภาวะพึ่งพาในระยะยาวของผู้สูงอายุไทย

จากการศึกษาพบว่าประสพการณ์ของผู้สูงอายุระยะยาวมีความแตกต่างกันตามลักษณะและภาวะของโรค ซึ่งพบว่าสาเหตุหลักของเกิดภาวะพึ่งพาในระยะยาวของผู้สูงอายุ เกือบ 1 ใน 3 คือการเกิดภาวะ Stroke รองลงมาประมาณ 1 ใน 5 คือ โรคทางระบบประสาท ได้แก่ ภาวะสมองเสื่อม Parkinsonism และ Alzheimer โรคเรื้อรังร่วม ร้อยละ 16 และ อายุมากกว่า 80 ปี ร้อยละ 12 ตามลำดับ ซึ่งรายละเอียดของประสพการณ์การเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่เกิดภาวะพึ่งพาในระยะยาวดังต่อไปนี้

ตารางที่ 10 จำนวนและร้อยละสาเหตุการเกิดภาวะพึ่งพาในระยะยาวของผู้สูงอายุ

สาเหตุหลักการเกิดภาวะพึ่งพา	จำนวน (179 คน)	ร้อยละ
1. โรคเรื้อรัง		
1) Stroke	58	32.40
2) โรคทางระบบประสาท	41	22.91
Dementia	32	17.88
Parkinson	5	2.79
Alzheimer	4	2.23
3) Co morbidity	28	15.64
4) OA/ Gouts	14	5.59
5) Blindness	6	3.35
6) Handicap	4	2.23
7) CA	4	2.23
8) Schizophrenia	2	1.12
2. Age มากกว่า 80 ปี	21	11.73
3. Fall	8	4.47

4.3.1 การพึ่งพาระยะยาวของผู้สูงอายุที่มีภาวะ Stroke

จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุต้องการการพึ่งพาระยะยาวของสังคมไทย มีสาเหตุจากภาวะ Stroke 1 ใน 3 ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุทุกคนเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลจังหวัด และถูกส่งต่อให้กลับมารับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน และจำหน่ายให้ไปดูแลที่บ้านและชุมชน อย่างไรก็ตามพบว่าข้อมูลผู้สูงอายุที่มีภาวะ Stroke ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีอย่างจำกัด และส่วนใหญ่ขาดข้อมูลการส่งต่อผู้สูงอายุที่พึ่งพาระยะยาว นอกจากนี้พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่ได้รับการเตรียมตัวให้เข้าสู่ภาวะของผู้ดูแล ส่วนผู้ที่ได้รับการเตรียมตัวไม่ใช่ผู้ดูแลหลักและไม่ใช่นักในครอบครัว และยังพบว่าผู้สูงอายุที่พึ่งพาระยะยาว บางกรณีเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาตัวในโรงพยาบาล เช่น แผลกดทับ กระดูกต้นขาหักจากการตกเตียง และพบว่าเมื่อผู้สูงอายุกลับสู่ชุมชน ภาระหน้าที่การดูแลผู้สูงอายุเหล่านี้เป็นบทบาทของผู้ดูแลและครอบครัวที่ต้องรับภาระเพียงลำพัง ทั้งการแสวงหาการรักษา การดูแลกิจวัตรประจำวัน การดูแลผู้สูงอายุเหล่านี้จำกัอยู่เฉพาะในครอบครัว โดยขาดการสนับสนุนจากหน่วยงานอื่น ๆ ในพื้นที่ และพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้รับการฟื้นฟูสภาพ ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกทุกข์ทรมานและมีภาวะแทรกซ้อน ก่อให้เกิดภาระและผลกระทบแก่ผู้ดูแลและครอบครัว ซึ่งเส้นทางของภาวะพึ่งพาระยะยาวที่เกิดจากภาวะ Stroke สามารถแบ่งออกเป็น 3 กลุ่มดังต่อไปนี้

1) การพึ่งพาระยะยาวของผู้สูงอายุที่มีภาวะ Stroke ครั้งแรก

จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะ Stroke ส่วนใหญ่มีประวัติเจ็บป่วยด้วยโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจ โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูงพบว่ามีมากกว่าครึ่งหนึ่งมีประวัติโรคความดันโลหิตสูงประจำตัว ส่วนใหญ่มีประวัติการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ หรือไม่ทราบว่าตนเองมีภาวะความดันโลหิตสูงมาก่อน ทำให้เกิดภาวะ Stroke และนำมาสู่ปัญหาความสามารถในการดูแลกิจวัตรประจำวันเพื่อดูแลตนเอง ทำให้เกิดภาวะการพึ่งพาผู้อื่น ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุเกิดความทุกข์ทรมาน และสูญเสียคุณค่าในตนเอง

กรณีศึกษาที่ 73 ยายชื่น อายุ 81 ปี รูปร่างสูงใหญ่ เดิมมีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ ไม่มีโรคประจำตัว ต่อมาเมื่ออายุได้ 76 ปี (พ.ศ.2548) เริ่มมีอาการของโรคหัวใจ คือ แน่นหน้าอก หายใจไม่สะดวก เหนื่อยง่าย ไปตรวจที่โรงพยาบาลชุมชน แพทย์บอกเป็นหัวใจขาดเลือด และโรคความดันโลหิตสูงร่วม ต้องนอนรับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน ประมาณหนึ่งเดือน และรับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้านตลอด แต่ยังคงทำงานและขายของได้บ้าง ต้นปีพ.ศ. 2555 ยายชื่นมีอาการชักซ้ายอ่อนแรง ญาติพาไปรักษาที่โรงพยาบาลจังหวัด ได้รับการรักษาโดยการทำกายภาพ แต่ไม่รักษาต่อเนื่อง เนื่องจากไม่มีคนพาไปโรงพยาบาล ทำให้ต้องหยุดทำกายภาพ ต่อมาไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองในกิจวัตรประจำวัน เช่น การอาบน้ำ แปรงฟัน เข้าห้องน้ำ สภาพปัจจุบันของยายชื่น ตัวสูงใหญ่ รูปร่างอ้วน รู้สึกตัวดี พุดคุยตลอด เคลื่อนไหวไม่ได้ นอนบนพื้นกระดาน สวมแอมเพิร์สตลอดเวลา มีจ้างหมอนวดมานวดบ้านบางวัน

เช่นเดียวกับ**กรณีศึกษา 107** ป้าอารีย์ วัย 78 ปี เป็นโรคเบาหวาน เมื่อ 30 ปีก่อน จนกระทั่งปีพ.ศ. 2548 เริ่มมีตามัว 2 ข้าง ปีพ.ศ.2549 ปวดขาทั้ง 2 ข้าง แพทย์วินิจฉัยว่ากระดูกสันหลังเสื่อมและมีแผ่นนิวเคลียสต้องตัดนี้ ปีพ.ศ.2552 มีน้ำตาลสูงไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ แพทย์เปลี่ยนวิธีการรักษา

จากการรับประทานยาเป็นวิธีฉีดยาอินซูลิน ช่วงแรกมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมาช่วยฉีดยาที่บ้าน ช่วง 7 โมงเช้าวันละครึ่ง ประมาณ 1 ปี ต่อมาน้อง (ลูกสาว) ซึ่งมีความพิการเป็นผู้ดูแล เริ่มเรียนรู้และฉีดอินซูลินให้ป้าอารีย์ เดือนกรกฎาคมพ.ศ. 2552 ป้าอารีย์ลื่นล้มในห้องน้ำ มีอาการปวดหลังมาก แพทย์ตรวจวินิจฉัยพบกระดูกสันหลังเสื่อมต้องนั่งรถเข็น เดือนธันวาคมพ.ศ.2552 ป้าอารีย์ เดินหกล้ม ลำตัวแขนและขาข้างขวากระแทกพื้นแต่ยังรู้สึกตัวดี 2-3 วันต่อมามีอาการซึม เริ่มมีไข้ ไข้ขึ้นสูง ตาลอย พูดจาสับสน ญาติพาไปรักษาที่โรงพยาบาล แพทย์ตรวจสมอง (CT brain) พบมีภาวะสมองฝ่อ และ Stroke ให้นอนโรงพยาบาลนาน 2 สัปดาห์ ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ต้องทำกิจวัตรประจำวันให้ทุกอย่าง และใส่แอมเพิร์ส โดยมีน้องลูกสาวซึ่งมีความพิการเป็นผู้ดูแลหลัก ซึ่งตลอดระยะเวลาของการเจ็บป่วยที่ผ่านมาไม่เคยมีเจ้าหน้าที่มาเยี่ยม ประมาณเดือนมกราคมพ.ศ. 2554 อาการป้าอารีย์ ค่อยๆดีขึ้น โดยมีทีมนักกายภาพบำบัดและเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลประจำจังหวัดเข้ามาเยี่ยม

2) การพึ่งพาระยะยาวของผู้สูงอายุที่มีภาวะ Stroke ช้ำ

พบว่าการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ Stroke ทั้งหมด ส่วนใหญ่เป็นการดูแลภายในครอบครัว ซึ่งผู้ดูแลและครอบครัวพยายามแสวงหาการรักษาทุกวิถีทาง อย่างไรก็ตามพบว่าผู้สูงอายุเหล่านี้ส่วนใหญ่ขาดการป้องกัน และการฟื้นฟูสภาพ ได้รับเพียงการดูแลกิจวัตรประจำวันจากผู้ดูแลและครอบครัว โดยขาดการดูแลจากหน่วยงานและองค์กรในท้องถิ่น ทำให้ผู้สูงอายุบางส่วนที่มีประวัติ Stroke เกิดภาวะ Stroke ช้ำ และนำไปสู่ภาวะพึ่งพาระยะยาวอีกครั้ง ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะStroke ช้ำ ส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรงของภาวะ Stroke รุนแรงมากขึ้น และบางรายอาจมีภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ตามมา

กรณีศึกษาที่ 5 ตาที่ ชายชรารูปร่างสูงใหญ่ วัย 67 ปี อาศัยอยู่กับภรรยาชื่อ พี่สมจิตร หมอนวดแผนไทย ลูกจ้างประจำโรงพยาบาลชุมชน และบุตรชาย 2 คน ตาที่มีโรคประจำตัว คือ เบาหวาน รักษาตัวโดยการรับประทานยา แต่ตาที่ไม่ได้รับประทานยาสม่ำเสมอ ไม่ไปพบหมอตตามนัด และยังคงดื่มสุร่ายู่ตลอดหลังกลับจากตลาดวัวควาย จนกระทั่งในช่วงต้นเดือนธันวาคม พ.ศ.2551 หลังตื่นนอนตอนเช้ามาตาที่มีอาการปากเบี้ยว พูดไม่ชัด พี่สมจิตรพาไปรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน และส่งต่อไปรักษาที่โรงพยาบาลในจังหวัด แพทย์บอกว่ามีอาการเส้นเลือดในสมอง (Stroke) ต้องนอนโรงพยาบาล 3 วัน นักกายภาพบำบัดได้ช่วยสอนวิธีการทำกายภาพบำบัดเพื่อฟื้นฟูสภาพให้กับพี่สมจิตร เมื่อพ้นขีดอันตรายแพทย์ได้ส่งกลับมารักษาต่อที่โรงพยาบาลชุมชน ประมาณ 1 สัปดาห์ แพทย์ให้กลับบ้านและรับประทานยา เบาหวาน ชนิดเดิม และให้ยา ละลายลิ่มเลือดเพิ่ม พี่สมจิตรเป็นผู้ดูแลได้ใช้ความรู้เรื่องนวดแผนไทยบำบัดสามีทุกวันช่วงเช้าและก่อนนอน ครั้งละ 1 ชั่วโมง ร่วมกับและแสวงหาการรักษาทุกวิธีทั้งแผนปัจจุบันและการแพทย์ทางเลือกประมาณ 1 ปี อาการของตาที่ดีขึ้นสามารถเดินได้ โดยไม่ได้รับการเยี่ยมจากบุคลากรทางสาธารณสุขและความช่วยเหลือจากหน่วยงานในท้องถิ่น

หลังจากหายจากการเจ็บป่วยตาที่ยังแอบดื่มสุรา และรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ทำให้ต่อมาต้นปี พ.ศ. 2553 ในช่วงฤดูหนาว ตาที่มีอาการปากเบี้ยว เดินไม่ได้ ต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชนและได้รับการส่งต่อไปโรงพยาบาลในจังหวัดอีกครั้ง แพทย์บอกว่ามีอาการสมองฝ่อและอาการจะไม่เหมือนเดิม ในระหว่างที่นอนที่โรงพยาบาล 4 คืน พี่สมจิตรผู้ดูแลได้รับการสอนเรื่องกายภาพบำบัดซ้ำอีกครั้ง เมื่อตาที่อาการ

ดีขึ้นแพทย์ส่งต่อไปโรงพยาบาลชุมชน นานเกือบอาทิตย์จึงกลับมารักษาที่บ้าน พี่สมจิตรต้องดูแลทำกิจวัตรประจำวันและทำกายภาพบำบัดโดยวิธีการนวดแผนไทยให้หลังตื่นนอน และ ก่อนนอน ประมาณ 1 เดือน ตาที่มีอาการดีขึ้น สามารถเดินไปไหนได้ไกล แต่ยังมีแสบต็มสุรา

ปลายเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2554 หลังตื่นนอนตาที่มีอาการปวดหนักปากเบี้ยว ไม่สามารถเดินได้ เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน และได้รับการส่งต่อไปโรงพยาบาลจังหวัดอีกครั้ง อาการตาที่หนักมากจนแพทย์บอกว่าให้ทำใจ นอนโรงพยาบาลนานประมาณ 2 สัปดาห์ โดยมีพี่สมจิตรดูแลโดยการนวด เมื่ออาการดีขึ้นแพทย์ ได้ส่งต่อมานอนที่โรงพยาบาลชุมชนประมาณเกือบ 2 สัปดาห์และกลับมาอยู่ที่บ้าน พี่สมจิตรบอกว่าดูแลสามีเพียงลำพัง ไม่เคยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและองค์กรในชุมชนเข้ามาช่วยดูแล

3) การพึ่งพาระยะยาวของผู้สูงอายุที่มีภาวะ Stroke จนนำไปสู่ภาวะสมองเสื่อม

จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่มีประวัติเกิดภาวะ Stroke บางส่วนมีภาวะสมองเสื่อมตามมา ทั้งผู้สูงอายุที่มีภาวะ Stroke ครั้งแรก และผู้สูงอายุที่มีภาวะ Stroke ซ้ำ ซึ่งเป็นประสบการณ์เจ็บป่วยที่มีความซับซ้อน สร้างความยากลำบากต่อการดูแลของผู้ดูแลและครอบครัว ทำให้ภาวะพึ่งพาที่มีความรุนแรงมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้พบว่าต้องอาศัยของบุคลากรสาธารณสุขที่มีความเชี่ยวชาญสูง เกิดการสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง และพบว่าผู้สูงอายุที่มีประวัติเป็นภาวะ Stroke เหล่านี้ ในขณะที่การสนับสนุนและความช่วยเหลือจากองค์กรภาครัฐและองค์กรในท้องถิ่นมีให้อย่างจำกัด ส่วนใหญ่ผู้ดูแลและครอบครัวต้องเป็นผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลเพียงลำพัง ทั้งการดูแล และการแสวงหารักษา ทำให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จึงได้รับเพียงแค่งการดูแลกิจวัตรประจำวัน ขาดโอกาสในการบำบัดรักษาที่เหมาะสมจากสถานบริการสุขภาพ

กรณีศึกษาที่ 110 ตาคลอง อายุ 77 ปี ข้าราชการบำนาญ มีประวัติโรคความดันโลหิตสูง เดือนธันวาคม พ.ศ. 2536 ตาคลองขับรถไปทำงาน ในลักษณะแวก่งไปแวก่งมา จนต้องมีคนช่วยขับรถมาส่งที่บ้าน และคนข้างบ้านพบตาคลองล้มแข็ง แขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง ปากเบี้ยว จึงให้คนพาไปพบหมอนวด และส่งไปคลินิกแพทย์ พบเป็นอัมพฤกษ์ รับประทานยาอาการไม่ดีขึ้น จึงไปรักษาที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย และกลับมารักษาที่บ้าน โดยรักษาร่วมกับการนวดและหมอนวดโบราณ จนอาการดีขึ้น สามารถขับรถและทำงานได้ปกติ แต่เริ่มมีอาการเปลี่ยนแปลง หงุดหงิด โมโหง่าย ใจร้อน ใครทำอะไรให้ไม่ถูกใจ วางเสื้อผ้าไม่เป็นที่ อาหารไม่ถูกใจ จะขว้างปาสิ่งของ ภรรยาออกไปไหนไม่ได้ต้องขออนุญาต ฉีกเสื้อผ้า ฉีกธนบัตร แพทย์บอกว่าเป็นอาการของโรค แต่ลุงคล่องไม่ได้ทานยาต่อเนื่อง

ปีพ.ศ.2540 มีอาการแขนขาอ่อนแรง ไม่สามารถใส่เสื้อผ้าได้ ญาตินำส่งโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ พบว่ามีความดันสูงและเป็นโรคหัวใจ ทานยาโรคหัวใจที่คลินิกและยาความดันที่โรงพยาบาลจังหวัด ปลายปี พ.ศ. 2543 ท้องอืดท้องเฟ้อ อาหารไม่ย่อย ปีพ.ศ. 2544 ตรวจร่างกาย พบก้อนเนื้อในช่องท้อง ตรวจผลชิ้นเนื้อพบเป็นมะเร็ง ผ่าตัด ตัดลำไส้ออก 14-15 เซนติเมตร นอนโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย 23 วัน มีโรคเก๊าท์ร่วมด้วย ไม่สามารถเดินจรดปลายเท้าได้ เมื่ออาการดีขึ้นได้เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลในจังหวัด ต่อมาตาคลองมีอาการหงุดหงิดมาก โมโห โกรธง่าย ทำร้ายสิ่งของ ต้องคอยดูแลใกล้ชิด ช่วยเหลือตนเองได้ แต่ต้องให้ป้าอาบน้ำ เวลาป้าไปไหนนาน ๆ ตามักอารมณ์ไม่ดี เทอาหารทิ้งเรียกราดถ้าไม่พอใจ และบางครั้งดื่มน้ำ

ปลายปีพ.ศ. 2544 ตาคลอง มีอาการเวียนศีรษะ ซึม หายใจไม่ออก ตัวร้อน ไปรพ.คลินิก แพทย์ส่งต่อไปโรงพยาบาลจังหวัด นอนโรงพยาบาล 5 วัน หมดสติ นอน ICU 20 วัน พบว่าเส้นเลือดหัวใจตีบ ลิ่มเลือดอุดตัน เริ่มมีอาการหลงสับสน อาการไม่ดีขึ้นแพทย์ส่งตัวไปโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกรุงเทพฯ ผ่าตัดทำ by pass พบเส้นเลือดหัวใจตีบ 4 เส้น นอนโรงพยาบาล 13 คืน กลับจากโรงพยาบาลช่วยเหลือตัวเองได้น้อยลง เดินไม่ได้ ปัสสาวะบนเตียง นั่งถ่ายบนเก้าอี้ ต้องพุงนั่ง นั่งรถเข็นทำกิจวัตรได้น้อยลง พักฟื้นรักษาตัวที่บ้านอาการดีขึ้น ทานข้าวเองได้ เริ่มเดินได้ มีอารมณ์หงุดหงิด มีหลงลืมมากขึ้น เช่น ไม่รู้จักเสื้อผ้าตัวเอง ไม่รู้จักเงิน นับเงินไม่ครบ หลงสถานที่ สับสนเวลาเปิดไฟบ้านแสงสะท้อนกระจกเข้าใจว่าข้างบ้านใช้ไฟบ้านตัวเองจะให้ปิดไฟ ปีพ.ศ. 2545 ไปตรวจที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยพบว่าสมองเสื่อม

ปีพ.ศ. 2554 ตาคลองตื่นขึ้นมา ไม่พบป้านวย ไม่พอใจมาก เมื่อป้านวยกลับมา ตาคลองโกรธ โมโหจนเกิดอาการ อาเจียน นอนเกร็ง เพื่อนบ้านนำส่งโรงพยาบาล มีอาการชักกระตุก ความดันโลหิตสูงขึ้น ไม่รู้สึกตัว เข้ารับการรักษาที่ห้อง ICU ใส่เครื่องช่วยหายใจ โรงพยาบาลส่งตาคลองไปทำ MRI ที่โรงพยาบาลเอกชน พบว่าเส้นเลือดสมองตีบข้างซ้าย ทำให้อ่อนแรงข้างขวา และย้ายไปโรงพยาบาลในจังหวัด นอน 2 เดือน ต้องเจาะคอให้อาหารทางหน้าท้อง ช่วงอยู่ใน ICU มีชัก กระตุกทุกวัน แพทย์ตรวจน้ำตาลสูง 600 กว่าต่อมาย้ายตัวไปโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย นอนรักษาอยู่ 2 เดือนด้วยอาการชักเกร็งทุกวัน มีไข้ ท้องเสีย อาการดีขึ้นวางแผนกลับบ้าน โดยมีป้าอำนวยการยารักษาและเยี่ยมเยียนเป็นผู้ดูแล และจ้างผู้ดูแลจากศูนย์เอกชนมาช่วยดูแลขณะอยู่ในโรงพยาบาล พยาบาลฝึกให้พี่เลี้ยงทำแผล ให้อาหาร ดูดเสมหะ ฉีดอินซูลิน เพื่อให้เกิดความชำนาญก่อนกลับบ้าน และได้ดัดแปลงบ้าน จัดห้องให้สะอาด มีอุปกรณ์ เติง ถึงออกซิเจน ห้องน้ำคล้ายกับ ICU ของโรงพยาบาล สำหรับดูแลตาคลองโดยเฉพาะ ซึ่งการดูแลทั้งหมดนี้เป็นสิ่งที่ครอบครัวต้องรับภาระเพียงลำพัง ที่ผ่านมารการเจ็บป่วยของตาคลองไม่ได้รับการเยี่ยมจากเจ้าหน้าที่ จนกระทั่งปีพ.ศ. 2554 มีทีมนักกายภาพบำบัดและเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลมารักษาเยี่ยม และพบว่าผู้ดูแลจ้างต้องเปลี่ยนถึง 4 คน ปัจจุบันอาการตาคลอง ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ เจาะคอ ใส่สาย NG ไม่สามารถโต้ตอบได้ มองบ้างเมื่อได้ยินเสียงป้านวยเรียก

เช่นเดียวกับ **กรณีศึกษาที่ 150** ตาปันชายชราที่อาศัยอยู่กับภรรยาและลูกสาว เดิมมีสุขภาพแข็งแรงไม่เคยเข้ารับการรักษาตัวที่โรงพยาบาล เริ่มมีอาการครั้งแรก ปีพ.ศ. 2538 เมื่ออายุ 61 ปี ตาปันบ่นปวดศีรษะมาก ทานยาแก้ปวด นอนพัก หลับได้เป็นปกติ ระยะหลังเป็นมากขึ้น ไม่เคยไปตรวจรักษา ปีพ.ศ. 2553 ช่วงวันเทศกาลสงกรานต์ ตาปันดื่มเหล้าหนึ่งแก้ว มีอาการปวดศีรษะมาก ทานยาแก้ปวดพารา แล้วนอนหลับ ช่วงเย็นวันนั้นมีอาการชัก เกร็ง ปากเบี้ยว กัดฟันแน่น และไม่หายใจ พาส่งโรงพยาบาลประจำจังหวัด นอน 2 วัน ญาติขอไปรักษาที่โรงพยาบาลเอกชน แพทย์บอกมีเส้นเลือดในสมองแตกต้องผ่าตัด หลังผ่าตัด อาการดีขึ้น หมดค่าใช้จ่าย 63,000 บาท กลับมาพักฟื้นที่บ้าน อาการดีขึ้นสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ไปพบหมอที่โรงพยาบาลเอกชนตามนัดทุกเดือน หมดค่ายาครั้งละ 1,000 - 2,000 บาท

ประมาณกลางปีพ.ศ. 2553 ตาปันเริ่มมีอาการเบลอ จำใครไม่ได้ บางทีลืมนว่าจะทำอะไร แม่เียนภรรยาพาไปโรงพยาบาลเอกชน แพทย์วินิจฉัยพบเส้นเลือดในสมองฝ่อ ให้ทานยาเป็นประจำ จนกระทั่งเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2553 ตาปันตกเก้าอี้ ศรีษะฟาดพื้น ต้องผ่าตัดสมอง หลังจากการผ่าตัด กลับมาบ้านอาการดีขึ้น

สามารถเดินไปไหนมาไหนได้ ช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง แต่ต้องดูแลใกล้ชิด ต่อมาเดือนตุลาคม 2553 ตาปิ่นลูก ยืนเองแล้วล้ม ศีรษะกระแทกพื้นแต่รู้สึกตัวดี รุ่งเช้าวันต่อมามีอาการอาเจียรเรื้อรัง จึงพาไปโรงพยาบาลเอกชน ต้องเข้ารับการผ่าตัดสมองอีกครั้ง หลังจากการผ่าตัด ตาปิ่นไม่สามารถสื่อสาร ไม่สามารถเดินได้ ไม่สามารถ ช่วยเหลือตัวเองในกิจวัตรประจำวันได้ นิ้วมือสองข้าง แขนเกร็ง มักจะกำมือตลอดเวลา โดยมีแม่เย็นภรรยา เป็นผู้ดูแลตลอด 24 ชั่วโมง ซึ่งแม่เย็นเล่าให้ฟังว่าตั้งแต่ป่วยครั้งแรกมาจนถึงปัจจุบันไม่มีเจ้าหน้าที่เข้ามาดูแล หรือมาเยี่ยมเยียนเลย ต้องดูแลสามีเองเพียงลำพัง

4.3.2 การพึ่งพาระยะยาวของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

จากการศึกษาประสบการณ์การพึ่งพาระยะยาวของผู้สูงอายุที่เกิดภาวะสมองเสื่อม จำนวน 36 คน พบว่าในระยะแรกที่เริ่มมีอาการผู้ดูแลและครอบครัวไม่รับรู้ถึงความผิดปกติที่เกิดขึ้น และเข้าใจว่าเป็นอาการ ปกติของผู้สูงอายุจึงไม่ได้รับการรักษา จนกระทั่งปรากฏอาการผิดปกติของพฤติกรรม ผู้สูงอายุจึงเริ่มได้รับการ เข้ารับการรักษาในสถานบริการสาธารณสุข อย่างไรก็ตามพบว่าศักยภาพการตรวจวินิจฉัยและการรักษาโรคของ สถานบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิและระดับทุติยภูมิมีข้อจำกัด ทำให้พบว่ามีผู้สูงอายุไม่ถึง 1 ใน 6 ที่ได้รับการ วินิจฉัยจากแพทย์ ต้องส่งต่อผู้สูงอายุเข้ารับบริการในสถานบริการระดับตติยภูมิที่อยู่ในจังหวัด ทำให้เกิด ความยากลำบากในการเข้ารับบริการของผู้สูงอายุและครอบครัว อีกทั้งผู้ดูแลส่วนใหญ่ขาดความรู้เกี่ยวกับโรค สมองเสื่อม เมื่อพบว่าเป็นภาวะโรคที่รักษาไม่หายและอาการของผู้สูงอายุไม่ดีขึ้น ผู้ดูแลและครอบครัวจึงหยุด การรักษา ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมไม่ได้รับการบำบัดรักษาที่ถูกต้อง ทำให้อาการของโรครุนแรง เรื่อยยิ่งขึ้น สร้างความทุกข์ทรมานให้กับผู้สูงอายุและผู้ดูแล นอกจากนี้พบว่าผู้ดูแลและครอบครัวต้องดูแล ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมเพียงลำพัง ขาดการสนับสนุนหรือช่วยเหลือจากหน่วยงานภาครัฐและท้องถิ่น ความ เข้าใจเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมของชุมชนมีจำกัด การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในชุมชนจึงเป็นเพียง แค่การเฝ้าดูผู้สูงอายุที่บ้านเท่านั้น ซึ่งกระบวนการเกิดภาวะพึ่งพาระยะยาวในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมใน ชุมชน สามารถจำแนกออกเป็น 3 ระยะตามอาการแสดงของของภาวะสมองเสื่อมดังต่อไปนี้

1) ระยะเริ่มมีอาการสมองเสื่อม และช่วยเหลือตนเองได้

จากการสัมภาษณ์เจาะลึกผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาระยะยาวจากอาการสมองเสื่อม พบว่าอาการ แสดงออกของภาวะสมองเสื่อมที่ปรากฏในระยะแรกของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่เป็นอาการหลงลืม มีพฤติกรรม หงุดหงิดง่าย ผู้สูงอายุเหล่านี้สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ซึ่งเป็นพฤติกรรมการแสดงออกที่ผู้ดูแลคิดว่าเป็นเรื่องปกติ ทั่วไปของผู้สูงอายุ จึงไม่ให้ความสนใจ และไม่สามารถสังเกตเห็นอาการผิดปกติที่เริ่มเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ ทำให้ ผู้สูงอายุเหล่านี้ไม่ได้รับการคัดกรองและไม่ได้รับการรักษาในระยะเริ่มแรก จนปรากฏอาการสมองเสื่อมชัดเจน

กรณีศึกษาที่ 9 ตาประสาท วัย 78 ปี รูปร่างผอมสูง อดีตข้าราชการครูเกษียณอายุ ในระยะก่อน ป่วยอาศัยอยู่กับพัชรินทร์ (ลูกสาว) ต่อมาปีพ.ศ. 2546 พัทชรินทร์แต่งงาน ตาประสาทเริ่มมีอาการหวงของ หวง ทุกอย่าง “เริ่มแรกเรามีอาการหวงของ มีแต่หวงหวงทุกแนวกฎแหง รถไถนา เราบให้ลูกเราของทุกอย่างเราเก็บ ไว้หมด ทีแรกลูกถามเราก็บอกว่าบ่เห็น แต่เราเก็บเอาไว้ ของอยู่ในเฮือนเรา..” ทำให้ลูกเขยไม่ค่อยพอใจ และ เกิดเหตุทะเลาะชกตีกับลูกเขย ทำให้ลูกสาวและลูกเขยแยกครอบครัวออกไป ตาประสาทจึงอาศัยอยู่เพียงคน เดียวตามลำพัง ต่อมาเดือนมิถุนายน ปีพ.ศ. 2548 ตาประสาทป่วยเป็นโรคเกาท์เข้ารับรักษาในโรงพยาบาลชุมชน

นาน 1 สัปดาห์ ขณะที่นอนโรงพยาบาลอาการของตาประสาทจะเปลี่ยนแปลงไป มักพูดเรื่องเก่า ๆ ไม่รู้จักสถานที่ มีพฤติกรรมเดินตลอดเวลา มักถามถึงแต่ทรัพย์สินสมบัติ “มักเฝ้าแต่ความเก่า บໍู้ว่ามอ่งที่นอนอยู่เป็นโรงพยาบาลเราก้เฝ้า ผู้ใดลืตื้แท้นอมาสร้างบ้านให้คนอยู่ เป็นบໍือเฝ้า มักย่างไปนั้มนานี้แต่ก่อนบໍื่บໍื่ชอบไปไส คนมาชวนก็บໍื่ไป ช่วงหลังเป็นมໍื่ลืไป ไปเข้าเย็น เดินไปเรื่อย แล้วเรามໍื่ถามถึงแต่ทรัพย์สินสมบัติ” ไปรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวช หมอบอกเป็นโรคสมองเสื่อม เมื่อกลับมาอยู่บ้านมีอาการหลง

และกรณีศึกษาที่ 52 ยายสมบุญ อายุ 83 ปี ไม่มีโรคประจำตัว เล็กกับสามีตั้งแต่ลูกยังเล็ก และต่อมาลูกบวชตั้งแต่อายุ 7 ปี ยายอาศัยอยู่บ้านคนเดียว โดยมีน้องชาย หลานที่อยู่ละแวกบ้านใกล้เคียงคอยดูแล มีพี่ยุพินหลานสาวเป็นผู้ดูแลเล่าให้ฟังว่า อาการเริ่มแรกของยาย คือ หงุดหงิดง่าย แต่รู้สึกว่ามันเป็นเรื่องปกติของคนแก่ “ก่อนหน้านั้เฝ้าหงุดหงิดง่าย เรามໍื่รู้” จนกระทั่งช่วงเข้าพรรษาของปีพ.ศ. 2555 ในวันศีลแรก พี่ยุพินเล่าให้ฟังว่าวันนั้นเก็บข้าวของเตรียมตัวไปวัด ยายแต่งตัวพร้อม พาไปวัด เหตุการณ์ปกติผ่านพ้นไป ต่อมาวันศีลที่สอง ยายขอไปวัดด้วย แต่เมื่อไปถึงวัดแล้วก็เกิดเรื่อง ช่วงแรกยายลุกเข้าออกจากศาลาวัดตลอด และลุกไปปัสสาวะและอุจจาระในห้องน้ำตลอด จนมีปัสสาวะอุจจาระเรี่ยราด ต้องรีบพากลับบ้าน “วันพระที่สองเดียวซั้ เดียวเยียว ตั้งแต่นั้นบໍื่พาไปอื่กเลย” พี่ยุพินจึงพาไปหาหมอที่คลินิก 3 ครั้ง หมอตรวจครั้งละ 300 บาท และพาไปหาหมอพระ 2 ครั้งหมอตรวจครั้งละ 100 บาท อาการเหมือนเดิมไม่ดีขึ้น จึงไม่ได้พาไปรักษาที่ไหน ทุกวันนี้ได้แต่ดูแลยายอยู่ที่บ้าน

2) ระยะปรากฏอาการภาวะสมองเสื่อมชัดเจนและต้องการการพึ่งพาบางส่วน

เป็นระยะที่ผู้สูงอายุปรากฏอาการแสดงออกของภาวะสมองเสื่อมชัดเจน ทำให้ผู้ดูแลและครอบครัวรับรู้ถึงความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ ซึ่งอาการแสดงออกที่ผิดปกติของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมที่ผู้ดูแลรับรู้ได้ ประกอบด้วย 9 กลุ่มอาการ ดังนี้ 2.1) หลงลืม เช่น จำบ้านไม่ได้ การกลับบ้านไม่ถูก ไม่สามารถจดจำชื่อลูกหลาน ทำแต่บอกไม่ได้ทำ กินแล้วแต่บอกไม่ได้กิน 2.2) พุดผิดปกติ เช่น พุดเรื่องเดิมซ้ำ ๆ พุดคนเดียว พุดอยู่ตลอดเวลา พุดวุ่นไม่รู้เรื่อง 2.3) อารมณ์รุนแรง ซึ่งมีทั้งอารมณ์ก้าวร้าวรุนแรง เช่น โกรธ หงุดหงิด โมโหง่าย หวาดระแวง และอารมณ์กลัวรุนแรง เช่น กลัวการอยู่คนเดียว ร้องไห้ง่าย 2.4) เดินผิดปกติ เช่น ชอบเดินออกจากบ้าน เดินตลอดช่วงกลางวัน 2.5) หวงสิ่งของ เช่น ซ่อนสิ่งของ และหวงสิ่งของที่เคยถูกเอาไปเมื่อในอดีต 2.6) จัดเก็บสิ่งของ เช่น พับ เก็บ สิ่งของ เสื้อผ้า ห่อผ้าเตรียมออกจากบ้าน 2.7) ขับถ่ายเรี่ยราด และสกปรก เช่น ปัสสาวะและอุจจาระเรี่ยราด เล่นอุจจาระ 2.8) เคลื่อนไหวน้อยลง เช่น นั่งอยู่ที่เดิม นอนตัวแข็ง 2.9) พฤติกรรมผิดปกติซ้ำ ๆ เช่น เคาะพื้นตลอด รับประทานอาหารตลอดเวลา เดิมเป็นคนประหยัดเมื่อมีอาการจะเปิดไฟทั่วบ้านทิ้งไว้ตลอด

ตารางที่ 11 จำนวนและร้อยละอาการแสดงออกของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

อาการแสดงออกของ ภาวะสมองเสื่อม	รวมทั้งหมด		Dementia by Doctor		Suspected Dementia	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	ร้อยละ	จำนวน
1. หลงลืม						
หลงลืม	56	55.45	36	100.00	20	30.77
จำลูกหลานไม่ได้	18	17.82	15	41.67	3	4.62
กลับบ้านไม่ได้	10	9.90	8	22.22	2	3.08
2. พุดผิดปกติ						
พูดววน ไม่รู้เรื่อง	16	15.84	7	19.44	9	13.85
พูดลำบาก ไม่ชัด	5	4.95	1	2.78	4	6.15
พูดคนเดียว	4	3.96	4	11.11	0	0.00
พูดซ้ำ	2	1.98	1	2.78	1	1.54
พูดเรื่องเดิมซ้ำๆ	2	1.98	2	5.56	0	0.00
พูดน้อยลง	2	1.98	0	0.00	2	3.08
3. อารมณ์รุนแรง						
หงุดหงิด โกรธง่าย	8	7.92	5	13.89	3	4.62
โมโหง่าย	6	5.94	6	16.67	0	0.00
หวาดระแวง	4	3.96	2	5.56	2	3.08
กลัวอยู่คนเดียว	2	1.98	1	2.78	1	1.54
ร้องไห้ง่าย	1	0.99	1	2.78	0	0.00
4. เดินผิดปกติ						
ชอบเดินจากบ้าน	8	7.92	8	22.22	0	0.00
เดินตลอดช่วงกลางวัน	2	1.98	2	5.56	0	0.00
เดินยาก แขนขา สั่น	2	1.98	1	2.78	1	1.54
เดินกระเด้งเท้า	1	0.99	0	0.00	1	1.54
5. หวงสิ่งของ						
ซ่อนสิ่งของ	5	4.95	4	11.11	1	1.54
หวงสิ่งของ	2	1.98	2	5.56	0	0.00
6. จัดเก็บสิ่งของ						
พับ เก็บสิ่งของ เสื้อผ้า	4	3.96	3	8.33	1	1.54
7. ขับถ่ายเรี่ยราด และสกปรก						
อุจจาระ ปัสสาวะเรี่ยราด	3	2.97	1	2.78	2	3.08

ตารางที่ 11 จำนวนและร้อยละอาการแสดงออกของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (ต่อ)

อาการแสดงออกของ ภาวะสมองเสื่อม	รวมทั้งหมด		Dementia by Doctor		Suspected Dementia	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	ร้อยละ	จำนวน
8. เคลื่อนไหวน้อยลง						
นั่งอยู่ที่เดิม	3	2.97	2	5.56	1	1.54
นอนตัวแข็ง	1	0.99	1	2.78	0	0.00
9. พฤติกรรมผิดปกติซ้ำๆ						
เคาะพื้นตลอด	2	1.98	0	0.00	2	3.08
ติดคนดูแล	2	1.98	2	5.56	0	0.00
นอนเปิดไฟตลอด	1	0.99	1	2.78	0	0.00
เปิดทีวีเสียงดังตลอด	1	0.99	1	2.78	0	0.00
รับประทานอาหารตลอด	1	0.99	0	0.00	1	1.54
เดินแก้ผ้า	1	0.99	0	0.00	1	1.54

ซึ่งในช่วงระยะนี้พบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม บางขณะจะมีการรับรู้หลงเหลืออยู่ ผู้สูงอายุเหล่านี้จะมีอาการสับสน มีการแสดงออกทางสีหน้าและแววตาที่แสดงความรู้สึกไม่ปลอดภัย ไม่แน่ใจ มีความทุกข์ ส่วนผู้ดูแลส่วนใหญ่พบว่าไม่เข้าใจอาการสมองเสื่อมที่ผู้สูงอายุเป็น จนนำไปสู่การทะเลาะกับผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุบางรายถูกทำร้าย และในบางกรณีผู้ดูแลก็ถูกผู้สูงอายุทำร้ายเช่นเดียวกัน และทำให้เกิดการทอดทิ้งผู้สูงอายุ ส่วนการช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุ พบว่าถึงแม้ผู้สูงอายุเหล่านี้จะปรากฏอาการชัดเจนที่เกี่ยวกับอาการสมองเสื่อม แต่ผู้สูงอายุเหล่านี้ยังคงสามารถช่วยเหลือตนเองได้ สามารถเดินได้เอง อาบน้ำได้ ไปห้องน้ำได้ รับประทานอาหารได้เอง แต่ต้องมีผู้ดูแลทำหน้าที่คอยกำกับทำให้ผู้สูงอายุเหล่านี้ช่วยเหลือตนเอง

กรณีศึกษาที่ 62 ป้าวิ อายุ 71 ปี คนอำเภโพนาราม จังหวัดราชบุรี เชื้อสายมอญ สามีเสียชีวิตแล้ว อาศัยอยู่กับน้อง (ลูกสาว) ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ต่อมา ปี 2552 เริ่มเป็นแผลที่เท้ารักษาที่โรงพยาบาลชุมชน อาการไม่ดีขึ้น แพทย์ลงความเห็นว่าควรตัดนิ้วเท้าที่เป็นแผลออก ป้าวิไม่ยอม เครียดมาก จึงส่งตัวไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลชุมชนอีกอำเภอหนึ่ง รักษาตัวประมาณ 2 เดือน แผลดีขึ้นไม่ได้ตัดนิ้วเท้า และมารักษาเบาหวานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล แต่ไม่สามารถคุมระดับน้ำตาลได้ มีแผลที่เท้าบ่อยๆ ลูกสาวพามาขูดเท้าประจำ ป้าวิจะมีปากเสียงกับน้องเป็นประจำทั้งต่อหน้าคนอื่นและที่บ้าน

ในปีพ.ศ. 2553 น้องเริ่มสังเกตว่าป้าวิ มีอาการหลงลืม เดินออกจากบ้านแล้วกลับมาบ้านไม่ถูก ต้องมีคนมาส่งที่บ้าน มีครั้งหนึ่งไปทำบุญที่วัดซึ่งอยู่ห่างจากบ้านประมาณ 200 เมตร เสร็จจากการทำบุญ กลับบ้านไม่ได้ ต้องมีคนมาส่ง และการรับประทานยาเบาหวานไม่ได้จำ ขาดรับยาหลายรอบ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลต้องนำยามาให้และพบว่ายาเหลือเยอะมาก น้องสังเกตเห็นพฤติกรรมที่เปลี่ยนไปของแม่ จึงพาไปตรวจที่โรงพยาบาลจังหวัด แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นสมองเสื่อม หลังรับประทานยารักษาแล้วมีอาการก้าวร้าว ด่าทั้งวัน มีพฤติกรรมก้าวร้าวมาก ลูกสาวจึงให้หยุดยาและไม่ได้รักษาที่ใดอีก แต่ระวัง

ไม่ให้แม่ออกจากบ้านเพราะกลัวว่าจะหลงไปที่อื่น ปัจจุบันมีอาการหลงลืมเป็นบางเวลา ลืมไปว่าอาบน้ำหรือยัง ถ้าคิดว่าตนเองยังไม่อาบน้ำ จะอาบน้ำซ้ำ ๆ อยู่หลายครั้งต่อวัน ลืมว่ากินอาหารแล้วหรือยังจะหาของกินทั้งวัน น้องชื่อนมกล่องไว้ที่บ้าน จะตึ๋มนมจนกว่าจะหมด ถ้าห้ามไม่ให้กินหรือไม่ให้อาบน้ำ ป้าจะโกรธ จะด่าลูกสาวทันที จะงอน นอนนิ่ง เดินหลง จนหาทางออกจากห้องนอนไม่ได้ ชอบเก็บทุกอย่างไว้ใต้หมอน แล้วหาไม่เจอ ชอบโทษว่าคนอื่นเอาของไปเป็นประจำ บางครั้งจำชื่อลูกไม่ได้ แต่บางครั้งจะยังสามารถระลึกความจำได้ เช่น ถามเบอร์โทรศัพท์จะบอกจำเบอร์ไม่ได้ แต่ถ้าขึ้นต้นให้ 1 - 2 ตัว จะบอกตัวเลขที่เหลือได้

กรณีศึกษาที่ 124 คุณตาเซย อายุ 83 ปี ข้าราชการบำนาญ จังหวัดเลย ไม่มีโรคประจำตัว ต่อมาปี พ.ศ. 2546 ขณะอยู่ที่บ้านกับภรรยาคนใหม่ มีอาการวูบ ไม่รู้สึกตัว ลูกสาวพาไปโรงพยาบาลด้านซ้าย นอนโรงพยาบาลประมาณ 2 - 3 วัน เกิดอาการแขน ขาซีกขวามืออ่อนแรง ลูกสาวพาไปโรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น แพทย์บอกเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบ นอนรักษาตัวบนเตียงตลอด ลูกไม่ได้ ปากเบี้ยวพูดไม่ได้ ประมาณ 1 เดือน อาการเริ่มดีขึ้น ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง แพทย์นัดตรวจทุก 3 เดือน ประมาณ ปลายปี 2552 ตาไม่พอใจลูกสาวคนที่เคยดูแล คิดว่าลูกสาวและลูกเขยจะฆ่า จะใส่ยาพิษ โกรธไม่พอใจ โมโหตะโกน ร้องด่าไล่ ปัจจุบันจึงอาศัยอยู่กับลูกสาวคนเล็ก ตาสามารถเดินได้โดยต้องมีคนพยุง ช่วยพยุงลูกจากเตียง เกาะราวเดินขึ้นได้ออกกำลังกายเอง ยึดเหยียดแขนขาข้างขวาได้เอง ตามีปัญหาการพูดและจำไม่ได้ตั้งแต่ป่วยครั้งแรก ต่อมาในปีพ.ศ. 2553 ตาพูดน้อยลงเรื่อย ๆ บางทีพูดเต็มประโยค ปากไม่เบี้ยว และมีอาการหลงลืม จะจำได้ต้องคิดนาน ๆ พูดไม่ตรงความหมาย ผิดความหมาย คำพูดสลับความหมาย เช่น หนาวเป็นร้อน เรียกลูกว่าแม่ จดจำความหลังได้บ้าง มักพูดย้ำ ๆ ซ้ำ ๆ พูดไม่เป็นประโยค ทำท่ารำคาญตนเอง และอารมณ์เสียบ่อย

3) มีอาการสมองเสื่อมระยะสุดท้ายทำให้เกิดการพึ่งพาระยะยาวอย่างสมบูรณ์

ในขณะนี้ผู้สูงอายุจะมีอาการหลงลืมอย่างสมบูรณ์ มีการสูญเสียการรับรู้ ไม่สามารถรับรู้เรื่องราวและพฤติกรรมที่เคยแสดงออกในช่วงระยะที่ปรากฏอาการสมองเสื่อมอย่างชัดเจนจะลดลงอย่างเห็นได้ชัด เช่น อารมณ์โมโหร้าย ก้าวร้าว หงุดหงิด การเดิน การรื้อสิ่งของ ในช่วงนี้ผู้สูงอายุจะนิ่ง มีการเคลื่อนไหวน้อยลง การช่วยเหลือตนเองลดลง จนกระทั่งบางรายไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้เอง ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการทำกิจกรรมทุกอย่าง เช่น การอาบน้ำ การรับประทานอาหาร การเดิน การขับถ่ายปัสสาวะ และอุจจาระ นอกจากนี้พบว่าผู้สูงอายุที่มีอาการสมองเสื่อมระยะสุดท้าย จะมีปัญหาสุขภาพเกิดการเจ็บป่วยและภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย

ดังเช่น กรณีศึกษาที่ 60 ยายสุบิน หญิงหม้ายวัย 88 ปี เดิมมีสุขภาพแข็งแรง ไม่มีโรคประจำตัว ยายสุบินต้องเลี้ยงลูกทั้ง 8 คนเพียงคนเดียวมาตลอด เมื่อลูก ๆ แต่งงานแยกย้ายไปมีครอบครัวที่อื่น ได้ส่งหลาน ๆ มาให้ยายสุบินเลี้ยง ยายสุบินเป็นคนอารมณ์ดี ชอบร้องชอบรำ ชอบตีกลองเวลามีนางบวชนาคก็จะไปรำหน้านาคเป็นประจำ กระทั่งปีพ.ศ. 2550 ยายสุบินมีอาการปวดท้องมาก ท้องอืด และปัสสาวะบ่อย 5-10 นาที/ครั้ง พาไปรักษาที่โรงพยาบาลหมอบอกว่าเป็นโรคกรวยไตอักเสบ ให้ยาและน้ำเกลือ นอนโรงพยาบาลอยู่ 7 วัน และส่งต่อไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลจังหวัด อาการยายสุบินดีขึ้น แต่ยายสุบินไม่ยอมเดิน บอกว่าขายึดขาไม่เท่ากัน และปวดหลัง ยายสุบินเคลื่อนไหวโดยการถัดขึ้นลงบันไดบ้าน และภายในบ้าน แต่ยังช่วยเหลือตนเองทำกิจวัตรได้ด้วยตนเอง

จนกระทั่งปีพ.ศ. 2552 ยายสุบินเริ่มมีแขนขาไม่มีแรง ไม่สามารถถัดขึ้นลงบันไดได้ จึงถัดไปมาอยู่บนบ้านเท่านั้น แต่ยังสามารช่วยเหลือตัวเองได้ทุกอย่าง อาบน้ำ ขับถ่ายเข้าห้องน้ำเอง และกินอาหารเองโดยมีคนเตรียมอาหารไว้ให้ ยายสุบินเริ่มมีอาการหลงลืมบ่อย มีอาการอารมณ์ร้าย หงุดหงิดเป็นพัก ๆ ซึ่งต่างจากเดิมเป็นคนอารมณ์ดีรักลูกรักหลาน จดจำชื่อลูกหลานไม่ได้ ตอนกลางคืนมีอาการเห็นคนนั้นคนนี้ กลัวคนจะมาลักขโมยของ แต่ญาติไม่ได้พาไปรักษาที่ไหนเพราะคิดว่าไม่ได้เจ็บป่วยเป็นโรคอะไร ช่วงกลางปีพ.ศ. 2555 ยายสุบินมักตื่นมาตอนกลางคืนเปิดไฟฉายมารื้อสิ่งของมาวางไว้ข้างตัว กลัวคนอื่นจะมาลักขโมย กลางคืนลูกมาทานข้าวหลายครั้ง ผู้ดูแลต้องเตรียมสำหรับอาหารไว้ให้ ทานข้าววันละหลายครั้ง ทานแล้วบอกว่ายังไม่ได้ทาน มีอาการอาทิตยละประมาณ 2-3 ครั้ง เวลาฟังเทศน์ในวิทยุจะเอาเงินถวายวิทยุ แต่ยังช่วยเหลือตัวเองได้ ปลายเดือนธันวาคมวันที่ 27 ธันวาคม 2555 ยายสุบิน ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ นอนอยู่บนที่นอน ญาติไม่ได้พาไปรักษา ซ้ำยาแก้ปวดและน้ำเกลือที่คลินิกแพทย์มาให้ทาน

กรณีศึกษาที่ 106 ยายเอื้อน อายุ 83 ปี หม้าย อาศัยอยู่กับลูกชายคนที่ 4 ลูกจ้างประจำของโรงพยาบาล ในอำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช เดิมยายมีสุขภาพแข็งแรง ช่วยเลี้ยงหลานอยู่ที่กรุงเทพ ต่อมาเริ่มมีอาการป่วย ลูกจึงพามาส่งให้อยู่กับลูกชายคนที่ 4 ที่บ้านเกิดจังหวัดนครศรีธรรมราช ต้นปีพ.ศ. 2554 ยายเอื้อนเริ่มมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ชอบรื้อผ้ามาพับตอนดึกๆ เดินมาก ปีนกำแพงบ้าน ไปตัดหญ้าข้างบ้าน แต่ยังสามารช่วยเหลือตัวเองได้ปกติ ทำอาหารทานได้เอง ลูกพาไปโรงพยาบาล แพทย์วินิจฉัยว่า โรคสมองเสื่อม ในปีนี้มีสลดหกล้มบ่อย ได้รับบาดเจ็บต้องนอนโรงพยาบาล 2 ครั้ง ครั้งสุดท้ายเดือนตุลาคม แพทย์วินิจฉัยสมองได้รับการบาดเจ็บต้องใส่สายอาหารทางจมูก ไม่สามารถเดินได้ด้วยตนเอง นอนใส่แอมเฟร็ส ต้องพี่เลี้ยงคอยดูแลที่บ้าน 1 คน ต่อมาในเดือนมีนาคม 2555 มีไข้สูง แพทย์พบว่าปอดติดเชื้อ มีน้ำในสมอง แพทย์จะทำการผ่าตัดญาติไม่ยินยอม จึงนอนโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช 2 เดือน ไม่สามารช่วยเหลือตัวเองได้ พูดไม่ได้ ใส่ NG tube และยายเริ่มจำลูกตัวเองไม่ได้ มีอารมณ์ดีอย่างเดียว มีแผลกดทับ ไม่ได้ตอบ

กรณีศึกษาที่ 46 ยายเนียง อาศัยอยู่ร่วมกับ ลูกชาย หลานสาว หลานชาย และเหลน ผู้ดูแลเล่าอาการของยายให้ฟังว่า เมื่อ 3 ปีก่อน เริ่มมีอาการบางวันจำได้ บางวันจำไม่ได้ หมอบอกว่ามีอาการสมองเสื่อม ในช่วงระยะแรกยายอารมณ์หงุดหงิด โกรธ โมโห ด่าคนไปทั่ว จนต่อมาไม่สามารถจำใครได้ แต่อารมณ์ดีขึ้น ชอบดูทีวี ดูรายการตลก การ์ตูน แต่การช่วยเหลือตนเองลดลง ทุกวันนี้ยายสามารช่วยเหลือตนเองได้บ้าง เข้าห้องน้ำได้ ทานอาหารได้ แต่กิจกรรมอื่นต้องมีคนคอยช่วยเหลือ และไม่สามารถเดินได้เอง “ย่าอายุถอยไปเป็นเด็ก แล้วหลังจากนั้นยายจะนอนหลับหลังดูทีวี บางวันไม่หลับก็ต้องดูตลอดคืน แม้จะไม่สามารถไปไหนมาไหนได้...” **กรณีศึกษาที่ 25** ยายละมุน อายุ 83 ปี เริ่มป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมเมื่อ 10 ปีก่อน มีอาการจำไม่ได้ ถ่ายอุจจาระไม่รู้จักรัก ถ้าถ่ายอุจจาระแล้วป้อจจาระ มีอารมณ์ร้าย หนีออกจากบ้านเป็นประจำ จน 4-5 ปีก่อนเริ่มจดจำอะไรไม่ได้ นั่งอยู่นิ่ง ๆ ไม่ช่วยเหลือตนเอง แต่ยังนั่งได้ พอเดินได้บ้าง ชอบเล่นปลั๊กไฟ ต่อมา 2-3 ปี การช่วยเหลือตนเองลดลงมาก เดินไม่ได้ เริ่มมีข้อเข่าและข้อสะโพกติดงอ ไม่พูดกับใคร นอนหลับตาเกือบทั้งวัน ผู้ดูแลต้องพลิกตะแคงตัวป้องกันแผลกดทับ

4.3.3 ภาวะพึ่งพาในระยะยาวของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังร่วม

พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง มากกว่าร้อยละ 87 ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ภาวะสมองเสื่อม โรคเบาหวาน ต้อกระจก โรคข้อเสื่อม ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุต้องเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลและต้องมียาทำให้เกิดการพึ่งพาด้านสุขภาพ และจากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุเกือบครึ่งหนึ่งมีภาวะโรคเรื้อรังร่วม โดยเฉพาะการเกิดโรคเรื้อรังร่วม กับโรคความดันโลหิตสูง พบมากที่สุด ซึ่งนำไปสู่ภาวะสุขภาพที่อ่อนแอ เกิดภาวะแทรกซ้อน และการรักษาที่ซับซ้อน และทำให้เกิดการพึ่งพาผู้ดูแลมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะการเกิดภาวะโรคไตวายเรื้อรังที่ต้องรักษาโดยวิธี CAPD ซึ่งพบจำนวน 2 ราย พบว่าเป็นประสบการณ์ที่ทำให้เกิดการพึ่งพาในระยะยาวที่มีความรุนแรงและมีความซับซ้อนในการรักษา ต้องพึ่งพาผู้ดูแลที่มีทักษะและสามารถดูแลอย่างใกล้ชิดตลอดเวลาและต้องมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูง ซึ่งสร้างความทุกข์ทรมานให้กับผู้สูงอายุและครอบครัวมาก

กรณีศึกษาที่ 153 ยายบัวแก้ว อายุ 68 ปี อาศัยอยู่กับสามี และครอบครัวของบุตรสาว ในเขตกิ่งเมือง ยายบัวแก้ว มักมีอาการปวดเมื่อย ตามตัว ปวดขา ปวดหลัง จากการทำงานเป็นประจำ และรักษาด้วยการไปที่สถานพยาบาลในหมู่บ้าน เริ่มมีอาการป่วยครั้งแรก ปีพ.ศ. 2547 มีอาการ เจ็บบริเวณไหล่ ร้าวลงด้านหลัง เจ็บหน้าอก แน่นหน้าอก หายใจลำบาก เป็น ๆ หาย ๆ เกือบปี ญาติพาไปรักษาโรงพยาบาลจังหวัด หมอวินิจฉัยเป็นเส้นเลือดไปเลี้ยงหัวใจตีบ ต้องส่งตัวไปรักษาที่ โรงพยาบาลมหาราชเชียงใหม่ ใส่ balloon และนอนรักษาตัวประมาณ 1 เดือน หลังกลับไปอยู่บ้าน อยู่ได้ประมาณ 1 เดือน หกล้มในห้องน้ำ ทำให้ balloon เสียหาย ต้องกลับไปใส่เส้นลวดที่โรงพยาบาลมหาราชเชียงใหม่อีกครั้ง ปีพ.ศ. 2548 มีอาการเบื่ออาหาร ผอมลง มือสั่น ใจสั่น ไปตรวจที่โรงพยาบาลจังหวัด แพทย์วินิจฉัยเป็นโรคไทรอยด์ ให้อาหารกลับมาทานที่บ้าน ซึ่งต้องไปรับยาเป็นประจำทุกเดือน

ปีพ.ศ. 2550 ได้รับการตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง จากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตรวจพบมีความเสี่ยง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ส่งไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลในจังหวัด พบเป็นเบาหวานและความดันโลหิตสูง ให้อาหารมาทาน แต่ยายบัวแก้วไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ กลางปีพ.ศ. 2552 เริ่มมีอาการบวมที่ขาทั้งสองข้าง ใบหน้าบวม เป็น ๆ หาย ๆ ไปรักษา หมอบอกว่าเป็นโรคไต รักษาโดยการรับประทานยา อาการบวมไม่ดีขึ้น เป็น ๆ หาย ๆ จนกระทั่งเดือนพฤศจิกายน 2555 มีอาการบวมตามใบหน้า ขา ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย เดินไม่ค่อยได้ เพลีย ไม่มีแรง ไปรักษาที่โรงพยาบาล ได้ยามาทานเหมือนเดิม ต่อมาเดือน มกราคม ปีพ.ศ. 2556 เริ่มมีอาการอาเจียน ท้องเสีย ไม่มีแรง เป็นได้ 2 วัน ไปรักษาที่โรงพยาบาล แพทย์ตรวจและบอกว่าเป็น “ไตวายแบบเฉียบพลัน” ต้องรักษาโดยวิธีฟอกไต ยายเล่าความรู้สึกในการถูกล้างไตว่า “ตอนน้ำยาเข้าไปมันแสบท้องขนาด แสบจนร้อนเลย แต่ฟอกเสร็จ มันพะอืดพะอม เมาทัวไค่ฮาก(อยากอาเจียน)” อาการปัจจุบันหลังจากที่ต้องฟอกไต เริ่มอ่อนเพลีย ไม่มีแรง เคลื่อนไหวร่างกายได้น้อยลง ต้องใช้ไม้เท้าช่วยพยุงเวลาเดิน มีคนช่วยเตรียมอาหารให้ แต่ทานข้าวได้น้อย ขับถ่ายได้ปกติ แต่จะถ่ายลงกระโถน ไม่มีแรงเดินไปห้องน้ำซึ่งจะอยู่อีกด้านฝั่งห้องครัว และมีอาการติดเชื้อจากการฟอกไตบ่อย ๆ มีอาการติดเชื้อเดือนละ 2-3 ครั้ง บางครั้งมีอาการแทรกซ้อน ไข้สูง ต้องนอนโรงพยาบาล

4.3.4 ภาวะพึ่งพาระยะยาวของผู้สูงอายุที่มีอายุมาก

จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุมากกว่าหนึ่งในสิบไม่มีประวัติโรคประจำตัว และพบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 80 ปีขึ้นไป ร้อยละ 71.43 มีร่างกายอ่อนแอลงทั้งที่ไม่มีโรคเรื้อรัง ทำให้ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลง นอกจากนี้พบว่าผู้สูงอายุกลุ่มนี้จะมีความเสื่อมของระบบประสาทสัมผัส เช่น การได้ยิน การมองเห็น โดยเฉพาะการมองเห็นพบถึงร้อยละ 23.81 และพบปัญหาความเชื่อเกี่ยวกับการรักษาดวงตาทำให้ผู้สูงอายุบางส่วนไม่ได้รับการบำบัดที่ถูกต้อง และบางส่วนมีปัญหาในการเข้าถึงบริการรักษาที่มีเฉพาะในโรงพยาบาลจังหวัด มีผลทำให้เกิดปัญหาทางการมองเห็นที่รุนแรงมากขึ้นและนำไปสู่การเกิดภาวะตาบอดในผู้สูงอายุ เกือบร้อยละ 3 ซึ่งทำให้ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุลดลง และเกิดภาวะพึ่งพาระยะยาวจนในที่สุด

กรณีศึกษาที่ 36 ยายเตี้ยม หญิงหม้าย วัย 98 ปี อาศัยอยู่กับลูก 3 คน ปีพ.ศ. 2547 ยายเตี้ยม ขณะอายุ 90 ปี เริ่มทำงานไม่ไหว การมองเห็นและการได้ยินเริ่มไม่ชัด จนกระทั่งในปีพ.ศ. 2553 ยายเตี้ยม อายุ 95 ปี ยายเริ่มมีอาการอ่อนแอลงอย่างเห็นได้ชัด ขาที่เคยแข็งแรงสามารถนั่งยองๆ ถอนหลักรอบบ้านได้ เริ่มไม่มีแรง มือที่เคยมีพลังสามารถจับด้ามมีดตำจอบถากหญ้า ได้อ่อนแรงลง จนทำให้ยายเตี้ยมต้องนอนไม่ยอมลุก ลูกพาไปรักษาโรงพยาบาลชุมชน และส่งต่อไปโรงพยาบาลในจังหวัด แพทย์ให้ความเห็นว่ายายมีอาการอ่อนแรง และควรผ่าตัดต้อที่ตาทั้ง 2 ข้าง แต่ยายเตี้ยมปฏิเสธการผ่าตัด หลังจากออกจากโรงพยาบาล ครั้งนั้น อาการของยายเตี้ยมไม่ได้ดีขึ้น ยังคงนอนตลอดเวลา ไม่สามารถลุกขึ้นนั่งด้วยตนเองได้เลย มีเพียงการขยับไปมาเวลาที่รู้สึกเมื่อยตัวเท่านั้น ทำให้ลูกทั้ง 3 คนต้องคอยดูแลอย่างใกล้ชิด ปัจจุบันยายเตี้ยม จะนอนอยู่บนที่นอนปิกนิกบริเวณกลางบ้านทั้งวัน ทั้งคืน ไม่สามารถลุกนั่งด้วยตัวเองได้ และหุติงมาก ตาทั้ง 2 ข้างจะปิดสนิทตลอดเวลาบางครั้งมีน้ำตาไหลออกมาจากตาทั้ง 2 ข้าง ยายเตี้ยมไม่ค่อยพูด นานๆ ถึงจะพูดออกมาสักครั้ง และเริ่มจำอายุตนเอง และชื่อลูกไม่ค่อยได้

กรณีศึกษา 160 ตาคำ อายุ 87 ปี อาศัยอยู่กับภรรยา วัย 78 ปี และลูกชาย ตามีสุภาพแข็งแรง ไม่มีโรคประจำตัว ในปีพ.ศ. 2542 ขณะอายุได้ 74 ปี ตาคำเริ่มมีอาการแสบตา คันตาขวา มองเห็นไม่ชัด รักษาแผนโบราณ แต่อาการไม่ทุเลา ลูกจึงพาไปรักษาที่ โรงพยาบาลจังหวัด แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นต้อกระจก รักษาโดยวิธีหยอดยาตามาเรื่อย ๆ จนครั้งสุดท้ายแพทย์แจ้งว่าตาขวาบอดรักษาไม่ได้ ตาคำจึงเริ่มพึ่งพายายในการทำกิจวัตรประจำวัน ต่อมาปีพ.ศ. 2546 ตาคำก็เริ่มคันตาที่ตาซ้ายอีก ตามัว ๆ เริ่ม มองไม่เห็น ลูกพาไปรักษาที่โรงพยาบาลอีกแห่งหนึ่ง แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นต้อหิน นอนโรงพยาบาลอยู่ 2 วัน หลังจากนั้นแพทย์นัดไปทุกเดือน ๆ แต่ไม่ได้รักษาอะไรเพิ่มเติม จึงหยุดไปโรงพยาบาล จนมีอาการตามัว มองไม่เห็น เวลาแสบตาจะซื้อยาหยอดตามาหยอด 2-3 วัน มีขี้ตาสีเหลืองและ น้ำตาไหล เป็น ๆ หาย ๆ มาตลอด ตาคำจึงต้องพึ่งพาภรรยาในการช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวันทุกอย่าง ตั้งแต่ตื่นนอน จนเข้านอน ได้แก่ อาบน้ำ รับประทานอาหาร เข้าห้องน้ำ การเคลื่อนไหว เป็นต้น ปีพ.ศ. 2548 ตาคำเริ่มป่วยมีอาการหอบ หายใจลำบาก จนทนไม่ไหว ไปรักษาที่โรงพยาบาล หมอบอกเป็นโรคหอบหืด แต่อาการไม่ดีขึ้น และในปีพ.ศ. 2554 ตาเริ่มมีอาการหลงลืม เรื่องการกินอาหาร มักจะถามกินข้าวบอยขึ้น ต้นเดือนธันวาคม 2555 ตาคำเริ่มมีอาการแพ้ แต่ก็ยังพูดคุ้ยได้บ้าง ตาคำพูดคุ้ยด้วยแต่จับประเด็นไม่ได้ ยายคำบอกว่าเมื่อสองวันก่อน พาไปตรวจตามนัด หมอบอกว่าตาเริ่มมี

สมองฝ่อ ทำให้พูดไปเรื่อย ๆ ตามที่อยากพูด แล้วมีไต่สายด้วย “ตาค้างอยู่ไม่นาน” ยายสาบอกว่าตัวเองทำใจไว้แล้ว สงสารตาที่ต้องทรมาน หลังจากนั้นอีกประมาณหนึ่งสัปดาห์ตาค้างเสียชีวิต

4.3.5 การพึ่งพาระยะยาวของผู้สูงอายุที่เกิดจากการหกล้ม

จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุ เกือบร้อยละ 5.0 มีภาวะพึ่งพาระยะยาวจากปัญหาการหกล้มและทำให้กระดูกขาหัก ไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ ทำให้ไม่สามารถทำกิจกรรมการดูแลตนเองที่ต้องเคลื่อนไหวได้ เช่น การขับถ่าย การอาบน้ำ การแต่งกาย ต้องอาศัยผู้ดูแลช่วยเหลือ ส่วนกิจกรรมที่ไม่ต้องเคลื่อนไหว และกิจกรรมการดูแลตนเอง ได้แก่ การรับประทานอาหาร การล้างหน้าแปรงฟัน สามารถทำได้เองโดยมีการจัดเตรียมอุปกรณ์ให้ นอกจากนี้พบว่าผู้สูงอายุที่มีการหกล้มและช่วยเหลือตนเองไม่ได้ส่วนใหญ่ไม่ได้รับการฟื้นฟู จนทำให้เกิดปัญหาข้อยึดติด และเคลื่อนไหวไม่ได้ จนนำไปสู่การพึ่งพาระยะยาวที่รุนแรงมากขึ้น ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาระยะยาวส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และจากการสังเกตสภาพที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่าห้องน้ำผู้สูงอายุส่วนใหญ่ใช้โถส้วมแบบนั่งยอง ๆ และไม่มีราวจับในห้องน้ำ ห้องน้ำอยู่ห่างจากบ้าน ส่วนห้องนอน พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่นอนบนที่นอนฟูกขึ้นสูงจากพื้นไม่เกิน 10 เซนติเมตร

กรณีศึกษาที่ 6 ยายผัน หญิงชรา อายุ 82 ปี อาศัยอยู่กับหลานชายและหลานสะใภ้วัยสูงอายุ ยายผันเป็นคนมีสุขภาพแข็งแรงไม่มีโรคประจำตัว เดือนมกราคม 2553 ยายเข้าห้องน้ำช่วงกลางคืน แล้วลื่นล้มในห้องน้ำ มีอาการฟกช้ำแต่ไม่ได้ไปรักษา ต่อมาเดือนกุมภาพันธ์ 2553 ยายผันลุกเข้าห้องน้ำ แล้วหกล้มในห้องน้ำอีกครั้ง และไม่สามารถลุกได้ รู้สึกปวด ๆ ที่ต้นขามาก รอคอยรถพยาบาลมาขึ้น จึงเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน แพทย์ตรวจ X ray พบว่าขาข้างซ้ายหักไม่ได้เข้าเฟือก ญาติพาไปรักษาที่คลินิกแพทย์บอกกระดูกหัก แต่มีปัญหากระดูกผุ ผ่าตัดไม่ได้ ยายผันจึงไม่สามารถเดินได้ตั้งแต่นั้นมา และทำให้ยายผันต้องพึ่งพายาบำบัดหลานสะใภ้ในการทำกิจวัตรประจำวัน

กรณีศึกษาที่ 3 ยายพุดธา อายุ 79 ปี อาศัยอยู่กับบุตรชาย และสะใภ้ เดิมยายพุดธามีสุขภาพแข็งแรง เริ่มมีอาการป่วยเมื่ออายุได้ 76 ปี (เดือน มิถุนายน 2553) ด้วยอาการวิงเวียนศีรษะ ปวดหัวตัว ปวดขา เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน ถูกส่งตัวไปที่โรงพยาบาลในจังหวัด 1 เดือน แพทย์บอกมีอาการทางเดินปัสสาวะติดขัด และช็อก (shock) หลังจากออกจากโรงพยาบาล ยายเดินหลังค่อมลง ขาสั่น มือสั่น เดินไปไหนไกลไม่ได้ และต้องเข้าออกโรงพยาบาลบ่อยด้วยอาการวิงเวียนศีรษะ จนกระทั่งวันจันท์ (6 เมษายน) ปีพ.ศ. 2554 ยายพุดธา ลื่นหกล้มบริเวณหน้าบ้าน แล้วลุกไม่ขึ้น ปวดกระดูกขา ลูกชายพาไปโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล และส่งไปรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน แพทย์เอกซเรย์พบว่ากระดูกปกติให้กลับบ้าน แต่ยายมีอาการปวดมาก ไม่สามารถยืนได้ด้วยตนเอง หลังกลับจากโรงพยาบาล ยายลุกเดินไม่ได้ และญาติไม่ได้พาไปรักษาที่ไหน เพราะเคลื่อนย้ายลำบากและไม่มีเงิน จึงรักษาตามอาการที่บ้าน และไปขอยาที่โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลมารับประทาน ในช่วงแรกหลังออกมาจากโรงพยาบาลยายพุดธาเคลื่อนย้ายตัวเองโดยการถัดตัวไปมาในบ้านนานประมาณ 4 เดือน ต่อมามีอาการปวดข้อ บางครั้งมีข้อบวมแดง ยายจึงนั่งอยู่กับที่ไม่ขยับตัวไปไหน จนกระทั่งปลายปีพ.ศ. 2555 ยายมีอาการข้อติด ช่วยตนเองไม่ได้ ได้แต่นั่งอยู่กับที่ และมีแผลกดทับบริเวณก้นกบ ยายบ่นเจ็บแผล ลูกสะใภ้ทำแผลให้ยาย วันละครึ่งตอนเย็น

4.3.6 การพึ่งพาระยะยาวของผู้สูงอายุโรค Parkinson

จากการศึกษาผู้สูงอายุที่จำนวน 5 ราย ที่ป่วยด้วยโรค Parkinson พบว่าการเกิดภาวะพึ่งพาระยะยาวของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรค Parkinson เกิดจากอาการกำเริบของโรค Parkinson ผู้ป่วยสูงอายุมีอาการมือสั่น ปวดเกร็งของกล้ามเนื้อ โดยเฉพาะอาการปวดกล้ามเนื้อพบว่าผู้สูงอายุ Parkinson มีอาการปวดรุนแรงมาก ในขณะที่มีอาการปวด กล้ามเนื้อมีลักษณะการหดตัวเป็นก้อนแข็ง ทำให้ผู้สูงอายุทุกข์ทรมานกับอาการปวดที่รุนแรง และมีส่งผลต่อการเดินหรือเคลื่อนไหวของผู้สูงอายุที่ทำให้ยากลำบาก และทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง

กรณีศึกษาที่ 149 อ้อยแสง อายุ 62 ปี ป่วยเป็น Parkinson เมื่อ 10 ปีก่อน จึงเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลในจังหวัด ได้ยามารับประทาน เมื่อ 6 ปีที่ผ่านมา อ้อยแสงมีอาการรุนแรงมากขึ้น มือสั่น ยายนำ (ภรรยา) จึงพาอ้อยแสงไปแสวงหาการรักษาทั้งหมอฟันบ้าน หมอเป่า ความเชื่อเรื่องสิ่งเหนือธรรมชาติ และ ทำตามที่หมอพื้นบ้าน หรือหมอทรงแนะนำ ส่วนการรักษาแผนปัจจุบันกับโรงพยาบาลในจังหวัดนั้นช่วงแรกๆ อ้อยแสงเข้าไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลเชิงรายด้วยตนเอง โดยเหมารถไปโรงพยาบาลครั้งละ 300 – 400 บาท แต่อ้อยแสงมีความรู้สึกว่ายากไม่อยากดูแลตนเอง ช่วงหลังจึงให้ยายนำไปรับยาแทนตลอดมา “หมอบอกว่าตาอ้อยป่วยเรื่อง เอะยายมา (หมายถึงให้ภรรยาเข้ามาแทน)” อ้อยแสงมีความรู้สึกว่ายากที่รับประทานไม่ได้ทำให้อาการดีขึ้น

อ้อยแสงมีปัญหานอนคว่ำไม่ได้ และทุกวันเวลา 11 นาฬิกา จะมีอาการปวดท้อง ท้องของอ้อยแสงจะแข็งเกร็ง นานประมาณ 1 ชั่วโมง ปวดรุนแรงมากจนต้องให้ยายนำเหยียบหลัง กดท้อง อ้อยแสงเล่าว่าอาการปวดท้องทุกข์ทรมานมาก อาการปวดท้องมักเป็นก่อนรับประทานอาหาร อาการปวดจะไม่รุนแรงมาก ถ้าทานข้าวและยาช่วงกลางวันทันเวลา จากการตรวจร่างกายพบกล้ามเนื้อหน้าท้องแข็งเกร็ง ทดสอบการแตะนิ้วชี้และจมูก สามารถทำได้ ให้เดินสามารถเดินได้ เปลี่ยนจากท่านอนเป็นท่านั่งต้องมีที่จับจึงสามารถลุกได้นอกจากนี้อ้อยแสงมีปัญหาปัสสาวะออกน้อย อุจจาระลำบาก อ้อยแสงรู้สึกความทุกข์ทรมานจากอาการปวดและการเจ็บป่วยเรื้อรังไม่หาย อาการมีแต่แย่งลง ไม่สามารถช่วยตนเองได้ต้องพึ่งพายายนำตลอดเวลา ทำให้ตนเองรู้สึกคุณค่าในตัวเองลดลง อยากตาย มักบ่นอยากตายให้ภรรยาฟังอยู่ตลอด และเคยมีความคิดอยากแขวนคอตายแต่ไม่สามารถทำได้(ไม่มีกำลังพอจะทำได้) “อยากตายหลายเตื่อ เคยคิดจะเอาเชือกมาแขวนแต่มันก็บ่มีแสงพอลียะได้...บ่ต้องไปฮักษา ฮักษาจะใดก็บ่ดีขึ้น ปล่อยม้นตายไปเลย”

กรณีศึกษาที่ 49 ตาแพง อายุ 78 ปี ป่วยด้วยโรค Parkinson อาศัยอยู่กับภรรยา (ยายมาลา) และลูกสาว(พี่สมใจ)และสามี ตาแพงเป็นคนมีฐานะดี มีเงินมาก มีที่นามากกว่า 400 ไร่ อาการป่วยของตาแพงเริ่มเมื่อ 4 ปีก่อน ด้วยมีอาการมือสั่น ปากสั่น เข้ารับการรักษาโรงพยาบาลต่าง ๆ ทั้งโรงพยาบาลเอกชน โรงพยาบาลจังหวัด คลินิกแพทย์ และโรงพยาบาลชุมชน หมอบอกเป็นโรค Parkinson รักษาไม่หาย ช่วงนั้นยังเดินได้ ช่วยเหลือตนเองได้ ต่อมาเมื่อ 3 ปีก่อนหกล้ม ฝ่าตัดใส่เหล็กตามสะโพก ไปรักษาทั้งโรงพยาบาลเอกชน คลินิก โรงพยาบาลรัฐ ไม่สามารถเดินได้ หมดเงินค่ารักษามากกว่า 100,000 บาท ปัจจุบันรับยาที่โรงพยาบาลชุมชน ตาแพงมีอาการปวดแขน ขา ตาเล่าให้ฟังว่าช่วงป่วยแรก ๆ มีอาการปวดแขน ขา ต้องให้หา

หมอนวด นวดแล้วจะเบา เคยทานยาสมุนไพร ตามบอกว่าทุกวันนี้มีเรื่องทุกซี้ใจคือเดินไม่ได้ “ชีวิตอยู่ได้ ทุกซี้ใจคือเรื่องเดินไม่ได้”

กรณีศึกษาที่ 47 ลุงพร อายุ 67 ปี ป่วยเป็นโรค Parkinson ไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล นครสวรรค์เมื่อ 6 ปีก่อน หมอนัดครั้งสุดท้ายไม่ได้ไปเพราะไม่มีเงินว่าจ้างรถ ทุกวันนี้จะมีอาการปวดเกร็งจากโรค Parkinson อยู่ตลอดเวลา มีอาการสั่น ไม่มีกำลังแขน เกร็ง ปวด รับประทานยาได้เพียงแค่ว่ามีปวดศรีษะ ปวดแขน ปวดขา ร้าวมาขา ต้องทานยา 3 เวลา หมอรักษาอาการปวดเกร็งโดยให้ทานยาคลายกล้ามเนื้อ แต่อาการไม่ทุเลา เวลามีอาการปวดหลังต้องนอนเหยียด ให้หายปวดเอง ต่อมาปีพ.ศ.2552 มีอาการปวดและมือสั่นมากขึ้น ต้องใช้มือขวาเพียงข้างเดียวในการทำกิจกรรม เช่น ทานข้าว

บทที่ 5

ผลกระทบและการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในสังคมไทย

การศึกษาวิจัยเรื่อง ผลกระทบและการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้วัฒนธรรมไทย เป็นการศึกษาประสบการณ์ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่พึ่งพาระยะยาว ใน 5 ภูมิภาคของประเทศไทย ผลการศึกษาผลกระทบและการดูแลผู้สูงอายุที่พึ่งพาระยะยาวในประเทศไทย นำเสนอต่อไปนี้

- 5.1 สถานะทางสังคมและสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่พึ่งพาระยะยาว
- 5.2 ภาระและผลกระทบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ Stroke และโรคเรื้อรัง
- 5.3 ภาระและผลกระทบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม
- 5.4 บทบาทอาสาสมัครและองค์กรในชุมชนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

5.1 สถานะทางสังคมและสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่พึ่งพาระยะยาวในสังคมไทย

จากการศึกษาลักษณะทางประชากรของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาระยะยาว จำนวน 187 คน พบว่าผู้ดูแลของประเทศไทยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง โดยมีสัดส่วนของเพศหญิงต่อเพศชายในอัตราเกือบ 4 : 1 อายุเฉลี่ยของผู้ดูแลเท่ากับ 53.68 ปี และพบว่า 1 ใน 3 ของผู้ดูแลเป็นผู้สูงอายุ นอกจากนี้พบว่าผู้ดูแลยังประกอบอาชีพอยู่ โดยพบ 3 ใน 4 ของผู้ดูแลยังประกอบอาชีพอยู่ 1 ใน 4 ประกอบอาชีพรับจ้าง ผู้ดูแลส่วนใหญ่ต้องดูแลเองเพียงลำพังมีเพียงประมาณ 1 ใน 3 ที่มีผู้ช่วยดูแลในครอบครัว หรือ มีญาติพี่น้องคนอื่นมาช่วยดูแล โดยมีระยะเวลาดูแลเฉลี่ย 4.07 ปี และยังพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์ ประมาณ 1 ใน 9 ต้องดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาระยะยาวและดูแลผู้อื่นมากกว่า 1 คน รายละเอียดดังตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 12 ลักษณะทางประชากรของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาระยะยาว

ลักษณะทางประชากรของผู้ดูแล	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	33	17.65
หญิง	154	82.35
2. อายุ		
น้อยกว่า 20 ปี	1	0.53
20 – 29 ปี	6	3.21
30 – 39 ปี	14	7.49
40 – 49 ปี	60	32.09
50 – 59 ปี	49	26.20
60 – 69 ปี	34	18.18
70 – 79 ปี	12	6.42
80 ปี ขึ้นไป	11	5.88

ตารางที่ 12 ลักษณะทางประชากรของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาระยะยาว (ต่อ)

ลักษณะทางประชากรของผู้ดูแล	จำนวน	ร้อยละ
3. อาชีพ		
ไม่ได้ทำงานก่อนเป็นผู้ดูแล	26	13.90
ลาออกจากงาน	10	5.30
หยุดทำงาน	5	2.67
รับจ้าง	52	27.81
ทำนา	32	17.11
ค้าขาย	25	13.37
ทำสวนยางพารา	21	11.23
ข้าราชการ	9	4.81
ทำสวนผลไม้	5	2.67
ฟาร์มเลี้ยงหมู	2	1.07
4. มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วย	23	12.85
5. มีภาระดูแลมากกว่า 1 คน	23	12.85
6. ดูแลคนเดียวเพียงลำพัง	150	83.79
7. ระยะเวลาการดูแลระยะยาว		
น้อยกว่า 1 ปี	11	6.15
1 – 2 ปี	59	32.96
3 – 4 ปี	50	27.93
5 – 6 ปี	34	18.99
7 – 10 ปี	19	10.61
มากกว่า 10 ปี	6	3.35

จากข้อมูลลักษณะทางประชากรของผู้ดูแล แสดงให้เห็นถึงสถานะทางสังคมของผู้ดูแลซึ่งเป็นคนที่มีบทบาทสำคัญในเส้นทางการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว และจากการสัมภาษณ์เจาะลึก และการสังเกตผู้ดูแลผู้สูงอายุที่พึ่งพาระยะยาว จำนวน 187 คน สามารถสรุปแบบแผนของสถานะทางสังคมและเศรษฐกิจของผู้ดูแลผู้สูงอายุได้ดังต่อไปนี้

5.1.1 ผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์ดูแล มีบทบาทเชิงซ้อนในครอบครัว และรับภาระดูแลเพียงลำพัง

1) ผู้ดูแลมีหลายบทบาทในครอบครัวและต้องรับภาระดูแลเพียงลำพัง

พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย 53.68 ปี ซึ่งผู้ดูแลเหล่านี้ส่วนใหญ่มีหน้าที่และรับภาระภายในครอบครัวเดิมอยู่แล้ว ได้แก่ ทำงานบ้าน ดูแลคนในครอบครัว รวมถึง 3 ใน 4 ของผู้ดูแลยังประกอบอาชีพอยู่

เมื่อมีผู้สูงอายุในครอบครัวที่ต้องการการดูแลระยะยาว ผู้ดูแลเหล่านี้จึงต้องมีภาระเพิ่มขึ้น ในขณะที่หน้าที่ในการทำงานภายในครอบครัวเดิมก็ยังคงอยู่เช่นเดิม นอกจากนี้พบว่าครอบครัวส่วนใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยว ผู้ดูแลจึงต้องรับภาระและทำหน้าที่ดูแลตามลำพังเพียงคนเดียว มีเพียงประมาณ 1 ใน 3 ที่มีผู้ช่วยดูแลในครอบครัว หรือมีญาติพี่น้องคนอื่น ๆ มาช่วยดูแล โดยมีระยะเวลาเฉลี่ยของการดูแล 4 ปี ภาระการดูแลที่ยาวนาน และบทบาทเชิงซ้อนในครอบครัวทำให้เกิดผลกระทบตามมา ดังกรณีศึกษาต่อไปนี้

กรณีศึกษาที่ 152 พี่สุพรรณ อายุ 52 ปี ป่วยด้วยโรคเบาหวาน เป็นลูกสาวที่ทำหน้าที่ดูแลยายคำ ปัน อายุ 83 ปี ประวัติโรค COPD ความดันโลหิตสูง และเบาหวาน ulya ที่โรงพยาบาลในจังหวัด เมื่อ 7 ปีก่อน หกล้มกระดูกแขนหัก จนกระทั่งเมื่อ 3 ปีก่อน อายุมากขึ้น เริ่มช่วยตนเองไม่ได้ มีภาวะนอนติดกับเตียง แต่ยังพูดคุยรู้เรื่องดี เมื่อ 1 ปีก่อนไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ มีข้อยึดติด และพูดไม่ได้ ทำให้ผู้ดูแลไม่สามารถพาผู้ป่วยไปรับยาเบาหวาน ความดันได้ จึงขาดยาประมาณ 1 ปี ไม่เคยมีบุคลากรด้านสุขภาพมาเยี่ยม พี่สุพรรณ เล่าให้ฟังว่าต้องดูแลยายเพียงลำพังตั้งแต่เข้าจรถเย็น เข้ามาต้องเช็ดตัว เปลี่ยนเสื้อผ้า เปลี่ยนผ้าอ้อม ต้องพลิกตัวทุก 2 ชั่วโมง ป้อนอาหาร ทำแผล อาบน้ำให้ 2-3 วันต่อครั้ง และต้องรีบอาบน้ำเช็ดนํ้ายายจะหนาว พี่สุพรรณเล่าว่าปกติยายจะอารมณ์ดี ยกเว้นแต่ทุกวันพระ วันโกน ยายจะมีอารมณ์โมโห รุนแรง ร้องเสียงดังตลอดวันทำให้ผู้ดูแลเครียด “อารมณ์โมโห ร้องเสียงดังทุกวันโกน แกจะโกรธ โมโห ร้องเสียงดังทุกวันพระ จนเราเครียด”

นอกจากนี้พี่สุพรรณยังต้องดูแลพี่สาวที่พิการจากอุบัติเหตุรถมอเตอร์ไซด์ล้ม ทำให้รู้สึกเหนื่อยมาก “บางวันน้ำก็ไม่ได้อาบ ข้าวก็ไม่ได้กิน” และพี่สุพรรณ ยังมีบทบาทเป็นผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน และเป็นประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ต้องรับผิดชอบและทำหน้าที่ดูแลชาวบ้านด้วย ภาระในการดูแลแม่ทำให้พี่สุพรรณ ไปไหนลำบาก ไปไหนไกลไม่ได้ ต้องดูแลครอบครัว รวมทั้งต้องรับภาระค่าใช้จ่ายทั้งหมดในครอบครัว พี่สุพรรณเล่าให้ฟังว่าสิ่งที่อยากได้ คือให้มีเจ้าหน้าที่มาตรวจ มาดูแลมารดา อยากให้มีผู้ช่วยเหลือ เพราะตนเองไม่ได้มีความรู้มาก ต้องการคำแนะนำ และอยากทำบัตรผู้พิการให้มารดา เคยไปติดต่อที่โรงพยาบาลในจังหวัด เจ้าหน้าที่บอกให้พยายายมาด้วย ซึ่งไม่สามารถทำได้จึงทำให้ยายยังไม่ได้บัตรผู้พิการทั้งที่พิการมาได้ 3 ปี

2) ผู้ดูแลไม่มีประสบการณ์การดูแล

จากการศึกษาพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ถึงร้อยละ 87 รวมถึงผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่ได้รับการเตรียมตัวเพื่อเข้าสู่บทบาทของผู้ดูแล และพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่ได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่องจากหน่วยงานในชุมชน นอกจากนี้พบว่า 1 ใน 9 ของผู้ดูแลต้องรับภาระดูแลผู้ป่วยหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงมากกว่า 1 คน ภาระการดูแลเพียงลำพังทำให้ผู้ดูแลมีความเหน็ดเหนื่อยและโดดเดี่ยว

กรณีศึกษาที่ 137 น้อย ลูกสาว วัย 52 ปี อาชีพค้าขาย สถานภาพโสด ผู้ดูแลตาเหรียญ อายุ 86 ปี ตาเหรียญเป็นพ่อแสนประจำอำเภอด่านซ้าย มีประวัติโรคกระดูกสันหลังทับเส้นประสาท ปี 2552 เริ่มมีอาการขาอ่อนแรง ขามือขาเท้าชาวมเป็นบางวัน บางวันอ่อนแรงมากจนต้องนั่งรถเข็น เดือนธันวาคม 2554 ขาอ่อนแรงมากขึ้น เดินไม่ได้ เคลื่อนย้ายตัวเองโดยการถัดกัน มีแผลกดทับที่ก้น น้อย(ลูกสาว)ต้องทำหน้าที่ดูแลตาเหรียญและหาเลี้ยงครอบครัว น้อยตื่นนอนตั้งแต่ตี 2 เตรียมของไปขายที่ตลาด กลับมาจากตลาด

ประมาณ 6 โมง เปิดทีวีให้ตา ดู แล้วไปตักน้ำใส่กะละมังเพื่อให้ตาเหรียญล้างหน้าแปรงฟัน เปลี่ยนกางเกงเอง หลังจากนั้นน้อยจะเก็บปัสสาวะไปทิ้ง จากนั้นมาเตรียมอาหารเช้า ตาเหรียญกินอาหารเช้า บางครั้งน้อยกินอาหารเข้ากับคุณตา จากนั้นเก็บกวาดบ้าน เก็บผ้าที่คุณตาใช้ไปซักทุกวัน ทำงานบ้านเสร็จ น้อยจะนอนพัก 1 ชั่วโมง ประมาณเที่ยงจะพาตาเหรียญเข้าห้องน้ำและอาบน้ำ ประมาณบ่ายโมง น้อยไปทำงานที่สวนผัก ช่วงเย็นกลับมาจากสวนผัก พาตาเหรียญเข้าห้องน้ำและอาบน้ำ เก็บผ้าที่ตากไว้มาให้คุณตาเหรียญพับเสื้อผ้า จากนั้นเตรียมอาหารเย็น ตาเหรียญทานข้าว หลังจากนั้นน้อยจะเตรียมทำของไปขายที่ตลาดในรุ่งขึ้น ตาเหรียญเข้านอนประมาณ 3 ทุ่ม ก่อนนอนน้อยต้องนำปัสสาวะเททิ้ง น้อยไม่มีเวลาพักผ่อน นอนวันละไม่เกิน 5 ชั่วโมง

ปัจจุบันน้อยมีปัญหาเรื่องปวดหลัง ปวดมาก จนไม่สามารถที่จะยกแก้วน้ำดื่มได้ ยึดหลังไม่ขึ้น เป็นนาน 1 อาทิตย์ ไม่ได้ไปหาหมอ ซื้อยาทานเองและไปหาหมอนวดอาการดีขึ้น แต่ยังมีอาการถ้ายกหรือเคลื่อนย้ายตาเหรียญจากที่นอนไปห้องน้ำ บางครั้งมีอาการเสียวที่กระดูกหลัง ต้องใส่ที่รัดเอาไว้ น้อยเล่าว่า คุณตาเพราะเป็นหน้าที่ของลูก น้อยมีพี่น้องที่ยังมีชีวิตอยู่ 7 คน บวชพระ 2 รูป อยู่ต่างจังหวัด 1 คน และลูกสาวที่เหลืออีก 4 คนรวมทั้งน้อยอาศัยอยู่ในหมู่บ้าน และมีบ้านอยู่รอบ ๆ บ้านพ่อ ในช่วงแรกที่ตาป่วยนอนโรงพยาบาล ลูกมาเยี่ยม แต่ภายหลังที่ตาเหรียญกลับมาอยู่บ้าน ลูกๆเหล่านั้นไม่ได้มาดูแล บางครั้งน้อยต้องทำงานถึง 2 ทุ่ม อาหารยังไม่ได้ทำ พ่อยังไม่ได้นอนข้าว ไม่เคยมีพี่น้องมาถาม กลางคืนก็นอนกัน 2 คนพ่อลูก “กลางคืนกว่าสี่ได้นอน บางคืนก็ตึก นอนกันกันนอน 2 คน” น้อยรู้สึกน้อยใจและไม่พอใจที่ไม่มีพี่น้องคนใดมาช่วยดูแลพ่อเลย

5.1.2 ผู้ดูแลอยู่ในสภาวะไร้อำนาจต่อรอง

พบว่าผู้ดูแลที่ทำหน้าที่บทบาทของการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาระยะยาว ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ที่มีพื้นฐานเป็นผู้ที่ทำงานภาคการเกษตรและอาศัยอยู่ในครอบครัวหรืออยู่ในชุมชน ซึ่งเป็นสถานะทางสังคมที่ด้อยกว่าญาติพี่น้องคนอื่นๆ และยังรับบทบาทหน้าที่เชิงซ้อนในครอบครัวก่อนเข้ารับบทบาทผู้ดูแล เมื่อต้องรับภาระดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ผู้ดูแลเหล่านั้นยังมีภาระมากขึ้น นอกจากนี้ส่วนใหญ่ยังต้องรับภาระดูแลเพียงลำพัง ไม่มีคนช่วยดูแล ทั้งที่ส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยที่ช่วยตนเองไม่ได้ในระยะยาว ในขณะที่หน้าที่ในการทำงานภายในครอบครัวเดิมยังคงอยู่เช่นเดิม และครอบครัวมีขนาดเล็กลง ผู้ดูแลจึงจำต้องรับสภาพทำหน้าที่เป็นผู้ดูแล ที่อยู่ในสภาวะ “เหมือนน้ำท่วมปาก (พูดไม่ได้)” การเรียกร้องขอความช่วยเหลือจากญาติพี่น้องจึงเสมือนการเรียกร้องให้กับตัวเอง การแสดงออกทางคำพูดหรือการกระทำต้องระมัดระวัง ด้วยค่านิยมเรื่อง “กตัญญู กตเวที” ที่สังคมคาดหวังและกดดันผู้ดูแล ภาระการดูแลที่เพิ่มขึ้นจึงทำให้ผู้ดูแลที่อยู่ใน “ภาวะไร้อำนาจ” การต่อรองกับผู้คนและสังคม มีความรู้สึกเหน็ดเหนื่อยและโดดเดี่ยว

1) ผู้ดูแลเป็นผู้มีสถานะทางสังคมด้อยกว่าคนอื่น

พบว่าผู้ดูแลที่ทำหน้าที่บทบาทของการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาระยะยาว ส่วนใหญ่มีพื้นฐานเป็นผู้ที่ทำงานภาคการเกษตรและอาศัยอยู่ในครอบครัวหรืออยู่ในชุมชน รองมาคืออาชีพรับจ้าง โดยสถานที่ทำงานส่วนใหญ่สามารถเดินทางไป-กลับได้ แตกต่างจากญาติพี่น้องอื่นๆ ที่ประกอบอาชีพอยู่ในเขตเมือง หรือต่างพื้นที่ และมีรายได้ประจำในปริมาณที่มากกว่าผู้ดูแล ซึ่งต่างจากญาติพี่น้องคนอื่นๆ ที่ส่วนใหญ่จะทำงานอยู่ใน

กรุงเทพมหานครหรือในตัวจังหวัด และมีฐานะหน้าที่ สถานะทางการเงินที่ดีกว่าผู้ดูแลในครอบครัวทำให้การเรียกร้องหรือขอความช่วยเหลือจากญาติพี่น้องทำได้ยากลำบาก

ดังเช่น **กรณีศึกษาที่ 3** วรรณ อายุ 38 ปี มีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท อาชีพรับจ้างเป็นแม่บ้านเงินเดือน 5,000 บาทต่อเดือน วรรณแต่งงานและอาศัยอยู่กับยายพุทธาซึ่งเป็นแม่ของสามี วรรณรู้สึกว่ามีสามีดีกว่าตนเองมากกว่าพี่น้องของตนเอง เมื่อยายพุทธาหกล้ม ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ต้องมีคนดูแล วรรณยินยอมลาออกจากงานและเข้ามาทำบทบาทในการดูแลแม่ของสามี เนื่องจากเงินเดือนของตนเองน้อยกว่าสามี ซึ่งมีอาชีพรับจ้างเช่นกัน วรรณเล่าให้ฟังว่ากิจวัตรประจำวันและการดูแลยายในแต่ละวันเริ่มตั้งแต่ตี 5 ตื่นขึ้นมาทำกับข้าวและห่อข้าวให้สามีไปทำงาน แล้วจึงทำอาหารให้ตนเองและยาย เสร็จแล้วอาบน้ำ อุ้มยายออกมานั่งที่หน้าบ้าน ประมาณ 7 โมงเช้า ป้อนข้าวยายๆกินข้าวเยอะทุกวัน จากนั้นจึงไปซักผ้า เมื่อยายอุจจาระ จะอุ้มไปนั่งถึงหน้าบ้าน เมื่ออุจจาระเสร็จจะราดน้ำลงไปทิ้ง และถ้ายายปัสสาวะก็เช็ด ยายจะปัสสาวะวันละ 2-3 ครั้ง อุจจาระ 2-3 วันต่อครั้ง ช่วงกลางวันจะเปิดเทปทสดมณฑ์จากสถานีธรรม หรือเปิดเพลงให้ฟังเรื่อย ๆ ตอนเย็นจึงจัดอาหารให้ยายกินข้าวเอง แล้วอุ้มเข้าบ้าน ปกติยายนอนไม่เกิน 3 ทุ่ม ส่วนอาบน้ำไม่ได้อาบน้ำทุกวัน ใช้วิธีเช็ดตัว 2 -3 วันครั้ง เพราะยายจะหนาว ยายมีแผลกดทับบริเวณก้นกบ ยายบ่นเจ็บแผล วรรณทำแผลให้ยาย วันละครั้งตอนเย็น ตอนนี้อยู่แผลอาการดีขึ้น แต่ยายเริ่มมีอาการหลงว่ามีคนมาหา

กรณีศึกษาที่ 29 พี่สมบัติเป็นลูกสาว อายุ 52 ปี ผู้ดูแลตาเปรม อายุ 85 ปี อดีตข้าราชการครูเก่าป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง รักษาที่โรงพยาบาลชุมชน มีอาการเดินได้ลำบากมา 3 ปี นอนไม่ค่อยหลับ ชอบทำร้ายภรรยา ซึ่งป่วยด้วยโรคเบาหวาน ตาและยายมีลูก 10 คน อาศัยอยู่ที่หมู่บ้าน 3 คน แต่พี่สมบัติเป็นลูกสาว ต้องทำหน้าที่ดูแลพ่อแม่ พี่สมบัติมีความรู้สึกน้อยใจที่พี่น้องไม่ดูแลพ่อแม่ ทั้งให้เป็นหน้าที่ของตนเองและไม่ให้ความช่วยเหลือทั้งที่ลูกคนอื่นมีรายได้ดีมีหน้าที่การงานที่ดีกว่าตนเอง แต่ตนเองต้องรับภาระดูแลพ่อแม่ซึ่งพี่น้อง 3 คน ส่งเงินให้พ่อแม่แต่ไม่ได้ให้กับพี่สมบัติผู้ดูแลเลย พี่สมบัติไม่สามารถหนีไปทำงานที่อื่น ทั้งพ่อแม่ไปไหนไกลไม่ได้ ต้องดูแลพ่อแม่ จึงอยู่บ้านและประกอบอาชีพขายของเล็กๆน้อยๆ เช่น ทอดกล้วย ซึ่งเงินไม่เคยพอใช้ และมีงาน ๆ ครั้งพี่พ่อแม่เงินที่ได้รับจากลูกคนอื่นที่ให้อาหาร เพื่อเป็นค่าดูแล ครั้งละ 500 บาทเท่านั้น

2) ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง

จากการศึกษาในทุกภูมิภาคของประเทศไทยพบว่าผู้ที่รับบทบาทและทำหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาเรยะยาว มากกว่า 3 ใน 4 เป็นเพศหญิง และส่วนใหญ่เป็นลูกสาว ซึ่งพบว่าเกือบทุกชุมชนมีวัฒนธรรมความเชื่อและวิถีปฏิบัติสืบต่อกันมาเกี่ยวกับการเลี้ยงดูพ่อแม่ผู้สูงอายุ เป็นบทบาทของคนภายในครอบครัว โดยมีคาดหวังกับผู้หญิงโดยเฉพาะลูกสาว จากการศึกษาพบว่าเกือบครึ่งหนึ่งของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์เป็นลูกสาว และการดูแลพ่อแม่ที่สูงอายุเป็นสิ่งที่เป็นวิถีความเชื่อที่แสดงออกถึงความกตัญญู กตเวทิต์ ดังนั้นแม้จะลำบากหรือเหน็ดเหนื่อยมากแค่ไหนลูกสาวต้องทำหน้าที่ดูแล หากไม่ดูแลหรือดูแลไม่ดีจะถูกประณาม ถูกนินทา และในกรณีของสังคมมุสลิม ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นลูกสะใภ้ ส่วนครอบครัวที่ไม่มีลูกสาว เพศหญิงที่มีสถานะอื่นในครอบครัวก็ถูกเลือกให้ทำหน้าที่ผู้ดูแล ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ดูแลอันดับถัดมาจากลูกสาว คือ ภรรยา พบ 1 ใน 7 ของผู้ดูแล และลูกสะใภ้พบเกือบ 1 ใน 10 ส่วนเพศชายพบว่าลูกชายดูแล

ผู้สูงอายุประมาณร้อยละ 9 รองมาคือสามี ร้อยละ 5 นอกจากนี้พบผู้ดูแลที่ได้รับการว่าจ้างเกือบ 1 ใน 10 ซึ่งผู้ดูแลที่ว่าจ้างทั้งหมดเป็นเพศหญิง ซึ่งประสบการณ์ของผู้หญิงกับการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาเร่ยาวที่มีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุที่แตกต่างกันมีดังนี้

ตารางที่ 13 จำนวนและร้อยละความสัมพันธ์ผู้ดูแลกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาเร่ยาว

ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ	จำนวน	ร้อยละ
1. มีความสัมพันธ์		
1) ลูกสาว	88	47.06
2) ภรรยา	29	15.51
3) สะใภ้	17	9.09
4) ลูกชาย	16	8.56
5) สามี	10	5.35
6) หลาน	10	5.35
7) พี่น้อง	3	1.60
8) แม่	1	0.53
9) ลูกเขย	1	0.53
2. ไม่มีความสัมพันธ์		
1) ผู้ดูแลว่าจ้าง	17	8.99
2) อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ	13	7.26
3) เพื่อนบ้าน / ผู้นำชุมชน	4	2.14

2.1) ลูกสาว

วัฒนธรรมความเชื่อและวิถีปฏิบัติสืบต่อกันมาเกี่ยวกับการเลี้ยงดูพ่อแม่ผู้สูงอายุของสังคมไทยส่วนใหญ่ถือเป็นหน้าที่ของลูกสาว ลูกสาวถูกเลือกให้ทำหน้าที่ดูแลพ่อแม่ ดังเช่นในสังคมอีสาน ชุมชนมีความเชื่อว่าลูกสาวจะทำหน้าที่ดูแลพ่อแม่ได้ดีกว่าลูกชาย และลูกสะใภ้ดูแลพ่อแม่ของสามีไม่ดีเท่ากับลูกในสายเลือด ดังนั้นในแต่ละครอบครัวเมื่อลูกคนอื่น ๆ แต่งงานแล้วจะต้องจะแยกครอบครัวออกไป จนเหลือเฉพาะลูกสาวคนเล็ก ในกรณีที่ลูกสาวคนเล็กไม่สามารถอยู่ดูแลพ่อแม่ได้ ลูกสาวคนอื่นที่พ่อแม่เห็นว่าเหมาะสมจะถูกเลือกให้ดูแลและอาศัยอยู่กับพ่อแม่ ส่วนในกรณีที่ครอบครัวไหนไม่มีลูกสาว พ่อแม่จะเลือกลูกชายให้อยู่อาศัยกับพ่อแม่ ซึ่งผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลพ่อแม่ต่อไปจึงกลายเป็นลูกชายและลูกสะใภ้

กรณีศึกษาที่ 7 พูนสุข วัย 45 ปี ลูกสาวผู้ทำหน้าที่ดูแลยายหนู เล่าให้ฟังว่าในอดีตอยู่รวมกันเป็นครอบครัวใหญ่ มีตนเองและสามี พ่อแม่ ต่อมาเมื่อน้องชายแต่งงาน จึงเสียสละให้น้องชายอยู่กับแม่และหวังให้น้องสะใภ้ดูแลแม่ แต่พ่อและแม่ไม่สามารถอยู่กับลูกสะใภ้ได้ แม่ออกไปอยู่บ้านที่สร้างไว้เพียงคนเดียวตามลำพัง ส่วนพ่อได้มาอยู่กับพูนสุข จนกระทั่งพ่อป่วยพูนสุขต้องทำหน้าที่ดูแลและเมื่อยายหนูช่วยตนเอง

ไม่ได้ พูนสุขต้องมาทำหน้าที่ดูแลแม่เช่นเดิม “บ้านเก่าเรา (หมายถึงยายหนู) อยู่กับผู้ช่วยและเมียเรา สมัยนั้นอยู่นานหมด พอผู้ช่วยเราแต่งงาน หนูนี้แหละเสียสละ ให้เรากับเมียเลี้ยงพ่อเลี้ยงแม่ ผู้นี้เสียสละเลยออกมาเลย แต่พ่อแม่ก็อยู่กับลูกสะใภ้ไปได้ ออกมาอยู่หน้าหนู...” ซึ่งยายหนู ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ สะท้อนประสบการณ์การได้รับจากการดูแลของลูกผู้ชาย ลูกสะใภ้ และลูกผู้หญิงว่า “ลูกผู้ชาย (หมายถึงรวมถึงสะใภ้) เบี่ยงแม่เป็นดอก อย่างผู้ช่วย เขาบู้จักเบี่ยง บ่คือลูกผู้หญิง แม่มีผู้หญิง 3 คน ตายไป 1 คน อีกคนอยู่กาญจนบุรี... ตอนนี้เหลืออยู่บ้านนี้ก็มีแต่พูนสุขนี่แหละ”

เช่นเดียวกับกรณีศึกษาที่ 12 เวทีตา ลูกสาวหล้า (คนสุดท้อง) ของยายสมปอง ได้รับมอบหมายให้ทำหน้าที่เลี้ยงดูพ่อแม่ เวทีตาเล่าว่าต้องดูแลยายสมปองที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ทุกอย่าง ต้องตื่นตั้งแต่ตี 4 ลูกมานั่งข้าว ทำอาหารให้ทุกคนในบ้าน แล้วจึงล้างหน้าแปรงฟัน เตรียมของให้ยายล้างหน้าแปรงฟัน หลังจากนั้นจะจับยายถ่ายปัสสาวะ อุจจาระ เช็ดตัว แล้วจึงเปลี่ยนเสื้อผ้า ใส่แอมเพิสต์ ซึ่งบางครั้งมีลูกอยู่ก็จะช่วย แต่ถ้าไม่มีคนมาช่วยเวทีตาต้องทำเองทั้งหมด แล้วจึงเตรียมอาหารให้ยายรับประทานเอง ประมาณ 2-3 วัน เวทีตาจะอาบน้ำให้ยายครั้งหนึ่ง โดยอาบน้ำตอนบ่าย เวทีตาจะลากเสื้อที่ยายนั่งอยู่ไปหอน้ำ ถ้ามีคนอื่นอยู่ด้วยจะช่วยกันลาก ถ้าไม่มีใครจะลากคนเดียว และอาบน้ำให้ยาย เวทีตาดูแลยายสมปองเป็นคนเดียวเป็นส่วนใหญ่มานาน 3 เดือน ซึ่งน้องปาล์มลูกสาว เล่าให้ฟังว่าบางครั้งแม่ไม่ได้นอน เนื่องจากยายร้องครางตลอด แม่นอนเฝ้ายายด้านล่างเพียงลำพัง เพราะถ้าคนอื่นมาดูแลก็ไม่สามารถทำให้ถูกใจยายได้มีแต่แม่คนเดียวเท่านั้นที่ทำได้ “มีแต่แม่เราว่าตอนนอนตอนกลางคืน บางคืนยายเราครางตลอดแม่บ่ได้นอนเลย เรานอนอยู่ตรงนี้ 2 คนกับยาย บ่มีผู้ใดเอาเราได้ บ่ถูกใจยายเรามีแต่แม่คนเดียว” เมื่อยายต้องนอนโรงพยาบาลก็มีเพียงเวทีตาเท่านั้นที่นอนเฝ้ายาย ซึ่งในระยะเวลา 3 เดือนนี้ ยายเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแล้ว 3 ครั้ง เวทีตามีอาการอ่อนเพลีย กินอาหารได้น้อย และมีน้ำหนักลดลง 4 กิโลกรัมในระยะเวลา 3 เดือนของการดูแลยาย

2.2) ภรรยา

พบว่าผู้ดูแลที่มีสถานะเป็นคู่สมรสและอาศัยอยู่กับคู่สมรสผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ภาระการดูแลเป็นหน้าที่ของคู่สมรส โดยเฉพาะภรรยา พบว่าผู้ดูแลที่เป็นภรรยาสะท้อนเหตุผลในการดูแลคู่สมรสที่ต้องการพึงพาระยะยาวว่าเกิดจากความรัก ความผูกพันในอดีตของคู่สมรส ทำให้ผู้ดูแลต้องทำหน้าที่ดูแล “คู่ทุกข์คู่ยาก” ของตนเอง ไม่ทอดทิ้งกัน ส่วนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาระยะยาวเกือบทั้งหมดมีความรู้สึกพึงพอใจในการดูแลที่ได้รับจากคู่สมรส ทั้งคู่สมรสที่เป็นสามี หรือภรรยา

กรณีศึกษาที่ 8 ยายกอง อายุ 62 ปี ภรรยาผู้ดูแลตาสี อายุ 67 ปี ทั้งคู่อาศัยอยู่กันสองคน ตาสีเดิมมีสุขภาพแข็งแรง เริ่มมีอาการป่วยครั้งแรกเดือนมกราคม 2554 มีอาการปวดหลังมาก เริ่มไปรักษาโดยวิธีนวดกับแพทย์พื้นบ้าน อาการไม่ทุเลา เดือนกุมภาพันธ์ 2554 จึงเริ่มไปรับการรักษาที่คลินิกแพทย์ อาทิตย์ละ 3-4 วัน มีอาการปวดมากขึ้น อาการไม่ทุเลา ปลายเดือนพฤษภาคม 2554 ตาสีจึงไปคลินิกแพทย์ในจังหวัด ตามคำแนะนำของเพื่อนบ้าน แพทย์ฉีดยาและให้ยาบรรเทาอาการปวดกล้ามเนื้อมารับประทาน อาการไม่ทุเลา เดือนสิงหาคม 2554 ตาสีปัสสาวะไม่ออก ไปโรงพยาบาลชุมชน พบนิ่วในกระเพาะปัสสาวะ จึงส่งต่อไปโรงพยาบาลในจังหวัด แพทย์วินิจฉัยเป็นนิ่วใช้วิธีการรักษาโดยการสลายนิ่วและให้กลับบ้าน และนัดดูอาการอีก 7 วัน ไม่พบก้อนนิ่ว แพทย์ให้กลับบ้าน เมื่อกลับมาบ้านตาสีมีอาการปวดท้องรุนแรงมาก ขาทั้งสองข้าง

อ่อนแรง เดินไม่ได้ จึงเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน แพทย์ส่งตัวไปโรงพยาบาลจังหวัด นอนโรงพยาบาล 18 วัน อาการไม่ดีขึ้น จึงส่งต่อไปรักษาที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ตาสีได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น วัณโรคกระดูก ตาสีรู้สึกทุกข์ทรมานกับการช่วยเหลือตนเองไม่ได้ รู้สึกว่าตนเองเป็นภาระกับภรรยา

ยายกองมีสุขภาพแข็งแรง ไม่มีโรคประจำตัว ยายกองเล่าให้ฟังถึงกิจกรรมในการดูแลตาสี และกิจวัตรของตนเองให้ฟังว่า ต้องตื่นตั้งแต่ตี 4 - 5 ลูกมาหนึ่งข้าว กวาดบ้าน เก็บที่นอนล้างหน้าแปรงฟัน พอ 6 โมงเช้าจะจัดเตรียมสิ่งของให้ตาสีล้างหน้าแปรงฟัน และช่วยดูแลการขับถ่ายของตา แขนและมือทั้งสองข้างของตาสียังใช้การได้ แต่ตาสียืนไม่ได้ เดินไม่ได้ และนั่งตรงไม่ได้ มีปัญหาปวดหลังมาก ดังนั้นจึงต้องป้อนข้าวให้ตาสี เตรียมอาหารเที่ยงไว้ให้ตาสี จากนั้นประมาณ 9 โมงเช้า ยายจะออกไปสวนเพื่อปลูกผัก หาของป่า และดูแลนา ยายกองจะกลับบ้านประมาณบ่าย 2 - 3 โมงเย็น กลับมาพาตาสีอาบน้ำเปลี่ยนเสื้อผ้า และเตรียมอาหารเย็น ทานอาหารเย็น ประมาณ 1 ทุ่ม ทั้งคู่จะเข้านอน บางครั้งยายต้องแบกตาสีเพื่อพาเข้าห้องน้ำ ยายกองบอกรู้สึกเหนื่อยกับการดูแลตาสีเหมือนกัน แต่มีความจำเป็นต้องดูแลและทิ้งกันไม่ได้ รู้สึกกังวลใจอยากให้ตาสีหายจากการเจ็บป่วยจะได้ไม่มีภาระ แต่ทำใจให้ยอมรับได้ ตาสีเล่าความรู้สึกต่อการดูแลที่ได้รับว่า ภรรยาดูแลและทำกิจกรรมประจำวันให้ทุกอย่าง รวมถึงการพาไปรับการรักษา และพาตาสีไปฝึกเดินในลำคลองท้ายหมู่บ้านทุกเช้า เย็น “ผมคิดว่าเราเป็นแม่เลยละ ผมก็บอกแม่เอ๋ยอย่าทิ้งลูก เลยนะ เราทำทุกอย่างตั้งแต่พาผมเข้าห้องน้ำ อาบน้ำให้ ผมชี้ถ่ายบ่ได้ปวดหลายเราก็กว้างเอาออกให้ แต่ก่อนมันปวดคนป่วยก็มีเมี่ยง มีแต่มันหนัก เราทำทุกอย่าง”

กรณีศึกษาที่ 74 ตาขจร อดีตข้าราชการเกษียณอายุ เมื่อ 2 ปีก่อน (พ.ศ.2553) เริ่มจำอะไรไม่ได้ เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลเลิศจิน เป็นโรคอัลไซเมอร์ รักษาโดยการรับประทานยา 1 ปี อาการไม่ดีขึ้น เวลากินยาแล้วมีอาการง่วงจึงหยุดยา และภรรยาพามาอยู่ดูแลที่จังหวัดราชบุรีตามลำพัง เมื่อ 3 เดือนที่ผ่านมา (เมษายน 2555) ตาขจรมีอาการปวดท้อง ปวดหัวอยู่ตลอดเวลา ผู้ดูแลรู้สึกกังวลใจที่ตาขจรรู้สึกหงุดหงิดจากเดิมหนัก 50 กว่ากิโลกรัม เหลือแค่ 38 กิโลกรัม และกลัวคุณตาฆ่าตัวตาย เพราะตาขจรมีอาการปวดศีรษะมาก กลัวจะเกิดอะไรขึ้นกับตา และไม่รู้สึกละเลยหรือเป็นภาระในการดูแลสามี

2.3) ลูกสะใภ้

จากการศึกษาพบว่าในกรณีของครอบครัวที่ไม่มีลูกสาว ลูกสะใภ้เป็นทางเลือกอีกทางหนึ่งของครอบครัวในการเลือกผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว ซึ่งพบว่าสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างลูกสะใภ้และผู้สูงอายุมีความสำคัญต่อการทำบทบาทในการดูแลของลูกสะใภ้ แต่อย่างไรก็ตามพบว่าในสังคมไทยมุสลิม ลูกชายจะเป็นผู้ที่อยู่อาศัยกับพ่อแม่ ส่วนลูกสาวจะแยกครอบครัวไปอยู่กับครอบครัวของสามี ลูกสะใภ้จึงมีบทบาทในการดูแลพ่อแม่สามี และการดูแลพ่อแม่ของสามีมีผลต่อการใช้ชีวิตคู่ของตนเอง ในการศึกษาครั้งนี้จึงพบว่าในสังคมมุสลิมพบผู้ดูแลเป็นลูกสะใภ้ 2 ใน 5 รองมาคือลูกสาว 1 ใน 3 และพบว่าไม่มีผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คนเดียวเพียงลำพังในสังคมมุสลิม นอกจากนี้พบว่าในหลักคำสอน และความศรัทธาในศาสนา เรื่อง “*สวรรค์อยู่ใต้ฝ่าเท้ามารดา*” และการสงเคราะห์แก่หญิงหม้าย จึงมีผลต่อความรับผิดชอบต่อการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นพ่อแม่ และแม่ บทบาทการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในสังคมมุสลิมจึงเป็นของเพศหญิงเช่นกัน

กรณีศึกษาที่ 176 ยูโซ๊ะ ผู้สูงอายุเพศชาย อายุ 78 ปี เดิมมีประวัติโรคความดันโลหิตสูง เดิมยูโซ๊ะอาศัยอยู่กับภรรยา อายุ 46 ปี และลูกชาย ต่อมาเมื่อยูโซ๊ะมีอาการป่วยช่วยเหลือตนเองไม่ได้ เวลาทำกิจกรรมจะรู้สึกเหนื่อย และลูกชายเห็นว่ายูโซ๊ะไม่ได้รับการดูแลดีจากภรรยา จึงเอายูโซ๊ะมาอยู่อาศัยด้วยกันและให้ภรรยาของตนเอง ซึ่งเป็นลูกสะใภ้ของยูโซ๊ะทำหน้าที่ดูแล ยูโซ๊ะตื่นตี 5 ครึ่ง ตื่นมาเพื่อจะละหมาด ลูกสะใภ้จะพาลงบันไดให้ไปอาบน้ำล้างและเช็ดตัวเอง หลังละหมาดจะรับประทานอาหารเช้า ยูโซ๊ะจะละหมาดวันละ 5 ครั้ง ส่วนการขับถ่ายปัสสาวะ และอุจจาระสามารถทำได้เองได้เอง ลูกชายได้จ้างช่างในหมู่บ้าน มาดัดแปลงทำที่ถ่ายอุจจาระและปัสสาวะในห้องนอนโดยทำฝาปิดเปิดได้เอง และมีบ่อเกรอะแยกต่างหาก ลูกสะใภ้ที่ทำหน้าที่ดูแลที่บ้านเพียงลำพัง รู้สึกเหนื่อยมากกับการดูแลแต่ไม่กล้าพูด นอกจากนี้ลูกสะใภ้มีแม่ที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้บ้านอยู่ใกล้กันอยากไปหาพยาบาลดูแลตัวเอง แต่ทำไม่ได้ต้องดูแลยูโซ๊ะ อย่างไรก็ตามเธอคิดว่าแม่อีกคงมีลูกสะใภ้ที่ดูแลเหมือนกับที่ตนดูแลยูโซ๊ะ

ส่วนในสังคมไทยพุทธ แม้ว่าลูกสะใภ้อาจจะไม่ใช่ผู้ดูแลที่ดีที่สุดในการรับรู้ของสังคม แต่ในครอบครัวที่ไม่มีลูกสาว ลูกสะใภ้จึงเป็นทางเลือกหนึ่งที่มีความจำเป็นอยู่ ซึ่งพบว่าความสัมพันธ์ของผู้สูงอายุและลูกสะใภ้มีผลต่อการดูแล ดังเช่นขณะที่กรณีศึกษาที่ 16 ยายมวย ผู้สูงอายุที่มีประวัติโรคหัวใจและเกิดภาวะ Stroke ต่อมาเมื่อสามีเสียชีวิต ลูกชายและสะใภ้ไม่ให้ความช่วยเหลือ เมื่ออาการดีขึ้นจึงตัดสินใจหนีออกไปอยู่สถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุของศาสนา แต่ไม่สามารถอยู่ได้จึงกลับมาอยู่ในชุมชนเพียงคนเดียวตามลำพัง อาศัยกินข้าววัด โดยที่ลูกชายและลูกสะใภ้ที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้านและมีฐานะดีไม่ได้มาดูแล “ไม่มีใครอยู่นำ ตอนหลังจากหายป่วย น้อยใจลูก ปี 2546 จึงตัดสินใจไปอยู่ที่สถานสงเคราะห์บ้านโยเซฟ จังหวัดขอนแก่น 1 ปี...”

5.1.3 ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีปัญหาภาวะสุขภาพและต้องการการพึ่งพาด้านสุขภาพ

จากการศึกษาผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุระยะยาว พบว่าร้อยละ 68 ของผู้ดูแลต่างมีความต้องการการพึ่งพาด้านสุขภาพ ทั้งปัญหาจากภาวะโรคเรื้อรัง ความพิการ และช่วงวัยที่อยู่ในวัยผู้สูงอายุ แต่ผู้ดูแลเหล่านี้ต้องรับภาระ เนื่องจากสมาชิกในครอบครัวหรือญาติพี่น้องที่มีสุขภาพแข็งแรง มีสถานะทางสังคมที่สูงกว่าและต้องประกอบหาเลี้ยงชีพ และทิ้งภาระในการดูแลให้กับสมาชิกในครอบครัวที่ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ และอาศัยอยู่บ้านร่วมกับผู้สูงอายุที่ต้องรับภาระ ทั้ง ๆ ที่มีความพิการและต้องการการดูแลสุขภาพเช่นกัน ซึ่งการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องดูแลระยะยาวต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด กิจกรรมบางกิจกรรม เช่น การอาบน้ำ การเข้าห้องน้ำ เป็นภาระงานที่หนักเกิน ที่แม้แต่คนปกติก็ทำได้ยากลำบาก ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแลที่ต้องการการดูแลด้านสุขภาพของผู้ดูแล และทำให้ผู้ดูแลเกิดปัญหาสุขภาพและมีการเจ็บป่วย ดังรายละเอียดภาวะสุขภาพของผู้ดูแลและกรณีศึกษาต่อไปนี้

1) ผู้ดูแลมีภาวะเจ็บป่วย

จากการศึกษาพบว่าปัญหาสุขภาพโดยเฉพาะโรคเรื้อรัง เป็นปัญหาของผู้ดูแลที่ไม่ได้น้อยไปกว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแล โดยพบว่าผู้ดูแล 1 ใน 3 มีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่พบมากที่สุดถึง 1 ใน 5 และหนึ่งในสิบ ป่วยด้วยโรคเบาหวาน รวมทั้งมีผู้ดูแลที่ป่วยด้วยโรคเมอเร็ง และมีปัญหาโรคจิตเภท (รายละเอียดดังตารางที่ 14) ซึ่งการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลระยะยาว ทำให้ผู้ดูแลมี

ความเครียดและส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ดูแล รวมทั้งบางส่วนไม่มีเวลาดูแลตนเอง ละเลยการดูแลสุขภาพของตนเอง จึงส่งผลต่อปัญหาภาวะสุขภาพของผู้ดูแลอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

ตารางที่ 14 จำนวนและร้อยละภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาระยะยาว

ภาวะสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
1. อายุมากกว่า 60 ปี	57	30.48
2. มีความพิการ	3	1.60
3. โรคประจำตัว		
1) ไม่มีโรคเรื้อรัง	119	63.64
2) มีโรคเรื้อรัง	68	36.36
HT	37	19.79
DM	18	9.63
CA	4	2.14
OA	4	2.14
CHD	3	1.60
Thyroid	3	1.60
COPD	2	1.07
TB	2	1.07
เนื้องอกที่มดลูก	2	1.07
Schizophrenia	2	1.07
Blindness	2	1.07
Stone	1	0.53
Mental retard	1	0.53
Hepatitis	1	0.53
CRF	1	0.53
Epilepsy	1	0.53
Cataract	1	0.53
สะเก็ดเงิน	1	0.53

กรณีศึกษาที่ 57 พี่ประกัน (อายุ 43 ปี) ผู้ดูแลลุงจีน เป็นลูกสาวคนสุดท้อง มีประวัติเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง เมื่อท้องใกล้คลอดจึงกลับมาอยู่บ้าน พร้อมดูแลพ่อเนื่องจากช่วงก่อนหน้านี้ให้หลาน ๆ เด็ก ๆ ที่อยู่บ้านอยู่ดูแลพ่อ แต่พ่อไม่ได้รับการดูแลที่ดี พี่สาวต้องโทรไปหาตลอด “ก่อนหน้านี้ให้เด็กฉีดยาให้ แต่ไม่ได้ดูแล ยาไม่ได้ฉีดยา พี่สาวต้องโทรหาตลอด” ต่อมาเมื่อ 3 เดือนก่อน พี่ประกัน คลอดลูก

คลอดได้ 7 วัน ลูกมีปัญหาเกี่ยวกับหัวใจ และลูกเสียชีวิต (ตอนนี้ลูกเสียชีวิตไปได้ 3 เดือน) ทำให้พี่ประกันเสียใจมาก พี่ประกันต้องกลับมาอยู่บ้านทำหน้าที่ดูแลพ่อ พี่ประกันเล่าให้ฟังว่า 6 โมงเช้าต้องปลุกพ่อ เพื่อฉีดยาให้พ่อตอนเช้า หลังเที่ยงพ่อกจะนอน ประมาณบ่าย 3 โมงเย็นพาพ่อไปห้องน้ำเพื่ออาบน้ำ พ่อสามารถอาบน้ำได้ด้วยตนเอง ประมาณ 4 โมงเย็น พาไปฝึกเดินออกกำลังกายที่วัดใหญ่ พ่ออยากเดินได้เป็นปกติ โดยเฉพาะตอนนี้ผ่าตัดใส่ท่อกระจก ได้ 2 สัปดาห์ ในโครงการผ่าตัดฟรี ต้องหยุดยาทุก 4 เวลา และต้องพาพ่อไปรับยาที่โรงพยาบาล ทั้งที่มีรถบัสรับส่งฟรีเพื่อพาผู้ป่วยไปโรงพยาบาลฟรี (โครงการของสสข.) แต่พ่อไม่สามารถขึ้นรถได้ รถไม่เหมาะ ลูกสาวต้องพาพ่อไปส่งโรงพยาบาลโดยเหมารถไปรับยา ส่วนสุขภาพของพี่ประกัน มีปัญหาตรวจพบก้อนเนื้องอกที่มดลูก แพทย์นัดผ่าตัด

กรณีศึกษาที่ 55 พี่เผชิญ ลูกชายวัย 46 ปี ผู้ดูแลยายทองคำ เดิมทำงานที่โรงงานในจังหวัดสมุทรปราการ และเป็นคนที่ดื่มสุราจัด จนต่อมาป่วยด้วยโรคเบาหวาน เมื่อ 2-3 ปีก่อน ต้องกลับมาอยู่บ้านเพื่อดูแลแม่ซึ่งป่วยและช่วยเหลือตนเองได้น้อย เนื่องจากพี่น้องคนอื่นทำงานอยู่ต่างจังหวัด มีรายได้ดี มีกิจการดี ไม่มีใครมาดูแลแม่ ตนเองต้องเสียสละมาดูแลแม่แทนพี่น้อง การดูแลแม่ที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ทำให้เกิดความเครียดกับพี่เผชิญ เมื่อ 2 ปีที่แล้ว พี่เผชิญเครียดมากกับคำบ่นของแม่ ทำให้ทะเลาะกัน จนเคยคิดจะหนีออกจากบ้าน และพบว่าพี่เผชิญไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ และมีความกังวลใจเกี่ยวกับโรคเบาหวานที่เป็นอยู่

2) ผู้ดูแลเป็นผู้พิการ

จากการศึกษาพบว่าผู้ดูแลเกือบร้อยละ 2 มีความพิการ และมีปัญหาในการดูแลตนเองแต่ต้องรับภาระทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ต้องการการพึ่งพาระยะยาว เนื่องจากสมาชิกในครอบครัวหรือญาติพี่น้องที่มีสุขภาพแข็งแรง ต่างมีหน้าที่ต้องประกอบหาเลี้ยงชีพ และทิ้งภาระการดูแลให้กับสมาชิกในครอบครัวที่ไม่มีงานทำที่อาศัยอยู่บ้านร่วมกับผู้สูงอายุ แม้ผู้ดูแลจะมีความพิการและต้องการการดูแล โดยไร้ซึ่งอำนาจในการต่อรอง

กรณีศึกษาที่ 107 นางสาวสุภาภรณ์ หรือน้อง ลูกสาว วัย 44 ปี ผู้ดูแลป้าอารีย์ น้องเป็นลูกสาวคนที่ 7 ซึ่งมีความพิการจากภาวะเลือดออกในสมองต้องทำการผ่าตัดสมอง หลังจากฟื้นฟูสภาพ น้องสามารถเดินได้เอง แต่มีปัญหาในการทรงตัว มีปัญหาความพิการทางการเคลื่อนไหว มักมีอาการเดินเซไปมาบ่อย และหกล้มบ่อย น้องอาศัยอยู่กับพ่อและแม่ส่วนพี่น้องคนอื่นรับราชการ มีการทำงานทำและแยกครอบครัวออกไป เมื่อป้าอารีย์ป่วยและช่วยเหลือตนเองไม่ได้ น้องจึงต้องทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลป้าอารีย์ ทำทุกอย่างตั้งแต่การทำอาหาร อาบน้ำ เปลี่ยนแอมเฟรลีส ฉีดยาเบาหวาน พาเข้าห้องน้ำ โดยมีพ่อซึ่งเป็นผู้สูงอายุอีกคนที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง

เช่นเดียวกับยายหวล **กรณีศึกษาที่ 35** อาศัยอยู่กับกิ๊ก หลานสาว อายุ 24 ปี เพียงสองคนในบริเวณสวนยางพารา กิ๊กเกิดมาด้วยสติไม่สมประกอบ มีโรคประจำตัว และไม่มีเลขบัตรประชาชน เนื่องจากพ่อและแม่ไม่ได้แจ้งเกิด เมื่อยายหวลมีอาการขาอ่อนแรง ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ กิ๊กจึงกลายเป็นคนดูแลยายหวล ตื่นเช้ามาก็จะให้หุงข้าว ทำอาหาร และทำงานบ้านเล็ก ๆ น้อย ๆ และออกไปรับจ้างหยอดน้ำกรดยางได้เงินมาใช้จ่ายในครอบครัว ส่วนยายหวลมีรายได้จากเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ และเบี้ยผู้พิการ ทั้งคู่อาศัยอยู่ในบ้านกลางสวน

ยางพารา ไม่มีไฟฟ้าใช้ ต้องใช้ฟันหุงข้าว โดยที่ไม่มีลูกหลานคนอื่นของยายหวลที่มีสุขภาพปกติเข้ามาช่วยดูแลเลย

3) ผู้ดูแลเป็นผู้สูงอายุด้วยกัน

หนึ่งในสามของผู้ดูแลอยู่ในวัยผู้สูงอายุ พบว่าครอบครัวในเขตชนบทและเขตเมืองส่วนใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยว และลูกหลานเข้ามาทำงานในเมืองทิ้งให้ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ด้วยกันเพียงลำพัง เมื่อผู้สูงอายุหรือคู่สมรสมีปัญหาต้องการการพึ่งพาระยะยาว บทบาทและหน้าที่ของการเป็นผู้ดูแลจึงตกเป็นของผู้สูงอายุที่เหลืออยู่ ในขณะที่ผู้ดูแลที่เป็นผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาด้านสุขภาพพร้อมด้วย ปัญหาภาวะสุขภาพของผู้ดูแลที่ต้องทำหน้าที่ดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุระยะยาว จึงส่งผลทำให้ผู้ดูแลบางส่วนเกิดปัญหาการเจ็บป่วยเกิดขึ้นภายหลังการดูแลผู้สูงอายุ

กรณีศึกษาที่ 6 ยายบัตติ อายุ 70 ปี อาศัยอยู่ร่วมกับสามีวัยสูงอายุ และ ยายผันญาติของสามี วัย 82 ปีเช่นกัน ยายบัตติเริ่มทำหน้าที่ผู้ดูแล เมื่อเดือนกุมภาพันธ์ 2553 เนื่องจากยายผันลื่นล้มขณะเข้าห้องน้ำ ลูกไม่ได้ รู้สึกปวด ๆ ที่ต้นขา ยายผันรองจนถึงเช้า มีอาการปวดมากขึ้นเลยบอกหลาน หลานพาเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลช้างสูง แพทย์ตรวจเอ็กซเรย์ (x ray) พบว่าขาข้างซ้ายหัก ไม่ได้เข้าเฝือกและหลังจากนั้นเดินไม่ได้ แพทย์บอกว่ากระดูกหักแต่มีปัญหกระดูกยุบ ยายผันจึงไม่สามารถเดินได้ตั้งแต่นั้นมา ยายบัตติจึงต้องทำหน้าที่ดูแลยายผัน ส่วนตาหนู สามีมีปัญหากระดูกทับเส้น ไม่ได้ผ่าตัดเพราะกระดูกยุบ ประมาณ 6 เดือนก่อน (มิถุนายน 2555) ไม่ค่อยมีแรง ช่วยเหลือตนเองได้น้อยลง มืองอลำบาก ขยับมือข้างลง ขาข้างซ้ายแข็ง และเมื่อ 2 เดือนก่อน ตาหนูไต่ตอนเช้าเป็นประจำ มีเสมหะกลืนเหม็น ไปรักษาที่คลินิกแพทย์พบว่าปอดเป็นฝี จึงเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย นอนโรงพยาบาล 3 สัปดาห์ ยายบัตติจึงต้องทำหน้าที่ดูแลตาหนูอีกคนหนึ่ง

กรณีศึกษาที่ 83 ยายเพียร อายุ 74 ปี (ภรรยา นายบุญคำ) ป่วยด้วยโรคหอบหืด เดิมครอบครัวมีฐานะเมื่อลูกเขยคนโตเสียชีวิตครอบครัวลำบาก ลูกสาวคนโตจึงทำงานนอกบ้านเพื่อหาเลี้ยงครอบครัว ภาระในการดูแลตาเต้ทุกอย่างจึงตกอยู่ที่ยายเพียร ต้องดูแลสามี (นายบุญคำหรือตาเต้) อายุ 75 ปี ซึ่งมีอาการหลงลืม และต้องการการพึ่งพาระยะยาวจากอุบัติเหตุซ้ำ ครั้งแรกจากฟ้าผ่าซิบกางเกง ต่อมาเกิดอุบัติเหตุตกจากที่สูง หลังจากการรักษาตัวในโรงพยาบาล มีอาการทำอะไรเชื่องช้า หลงลืมมากขึ้น กลับบ้านไม่ถูก ทำให้ยายเพียรต้องคอยดูแล และคอยกำกับบอกตลอด ตั้งแต่ตื่นนอนจนถึงเข้านอน แพทย์บอกว่าเป็นโรคสมองเสื่อม เคยรับการรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวช แต่หลังรับประทานยาแล้วมีอาการง่วงซึม จึงหยุดกินยามานาน 6 ปี ตาเต้มีอาการโมโหง่าย มักด่าและทะเลาะกับยายเพียรเป็นประจำ ยายเพียรเครียดจัด มีความรู้สึกทุกข์มากเหนื่อยมากที่ดูแลมานาน 6 ปี จนเคยคิดจะกินยาฆ่าตัวตายและให้สามีตายด้วย “เมื่อไหร่จะตายเสียที” (เหนื่อยเหลือเกิน) “ถ้าตายไปก่อนก็จะตายตาม” (ขณะสนทนาร้องไห้) ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2555 ตาเต้ จะไม่ยอมกินข้าวถ้าภรรยาไม่กินด้วย ระบุว่าภรรยาจะใส่ยาพิษในอาหาร

5.2 ภาวะและผลกระทบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ Stroke และโรคเรื้อรัง

จากการศึกษาพบว่า การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวก่อให้เกิดภาวะและผลกระทบต่อนักดูแลทุกด้าน ทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ เศรษฐกิจ และสังคม มากกว่าร้อยละ 70.0 โดยเฉพาะด้านเศรษฐกิจพบมากที่สุดเกือบ 4 ใน 5 รองมาคืออารมณ์ พบ 2 ใน 3 ด้านสังคม และด้านร่างกาย ซึ่งรายละเอียดของภาวะและผลกระทบการดูแลผู้สูงอายุแต่ละด้าน มีดังต่อไปนี้

ตารางที่ 15 จำนวนและร้อยละของภาวะและผลกระทบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวจำแนกตามรายด้าน

ภาวะและผลกระทบ	มี	ไม่มี
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
1. ภาวะและผลกระทบด้านร่างกาย	131 (70.06)	56 (29.94)
2. ภาวะและผลกระทบด้านอารมณ์	142 (73.94)	45 (24.06)
3. ภาวะและผลกระทบด้านเศรษฐกิจ	149 (79.68)	38 (20.32)
4. ภาวะและผลกระทบด้านสังคม	136 (72.73)	51 (27.27)

5.2.1 ภาวะและผลกระทบด้านร่างกาย

จากการศึกษาพบว่า การดูแลผู้สูงอายุที่พึ่งพาระยะยาว ส่วนใหญ่เป็นการดูแลกิจวัตรประจำวัน ซึ่งทำให้เกิดภาวะด้านร่างกายแก่ผู้ดูแล ซึ่งความหนักเบาของการดูแลขึ้นกับระดับการพึ่งพาของผู้สูงอายุ ระยะเวลาในการดูแล และภาวะสุขภาพเดิมของผู้ดูแล ซึ่งภาวะและผลกระทบด้านร่างกายของผู้ดูแล ได้แก่ 1) อาการเหนื่อยล้าร่างกาย เป็นภาวะการแสดงออกทางร่างกายที่พบมากที่สุด ได้แก่ อาการเหนื่อย อ่อนเพลีย เมื่อยล้าร่างกาย 2) อาการปวดกระดูกและกล้ามเนื้อ พบว่ามากกว่า 1 ใน 4 ของผู้ดูแลมีปัญหาเกี่ยวกับการปวดหลัง ปวดเข่า 3) อ่อนเพลียไม่ได้พักผ่อน พบว่ามากกว่า 1 ใน 5 ของผู้ดูแลมีอาการ วิงเวียนศีรษะ หน้ามืด ไม่ได้พัก นอนไม่หลับ กินได้น้อย และน้ำหนักลด และ 4) มีปัญหาสุขภาพมากขึ้น ได้แก่ อาการเจ็บป่วยจากโรคประจำตัวเดิมมีอาการรุนแรงขึ้น หรือควบคุมไม่ได้ รวมทั้งได้รับบาดเจ็บจากการดูแล ซึ่งรายละเอียดของภาวะและผลกระทบด้านร่างกายที่เกิดขึ้นมีดังต่อไปนี้

ตารางที่ 16 จำนวนและร้อยละภาระและผลกระทบด้านร่างกายของผู้ดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

ภาระและผลกระทบด้านร่างกาย	จำนวน	ร้อยละ
1. อาการเหนื่อยล้าร่างกาย		
1) เหนื่อย	60	32.09
2) เมื่อยล้า	27	14.44
2. อาการปวดกระดูกและกล้ามเนื้อ		
1) ปวดหลัง	46	24.60
2) ปวดเข่า	7	3.74
3. อาการอ่อนเพลีย ไม่ได้พักผ่อน		
1) ไม่ได้นอน	27	14.44
2) วิงเวียนศีรษะ ปวดศีรษะ หน้ามืด	7	3.74
3) นอนไม่หลับ	5	2.67
4) กินได้น้อย น้ำหนักลด	4	2.14
4. มีปัญหาสุขภาพเพิ่มมากขึ้น		
1) อาการเจ็บป่วยเดิมมีมากขึ้น	7	3.74
2) หกล้ม	1	0.53
3) เสียชีวิต	1	0.53

1) อาการเหนื่อยล้าร่างกาย

จากการศึกษาพบว่าผู้ดูแลเหล่านี้เดิมเกือบทั้งหมดมีบทบาทหน้าที่อื่น ๆ ในครอบครัว ได้แก่ การทำงานดูแลบ้าน ดูแลสมาชิกในครอบครัว เช่น การทำอาหาร ทำความสะอาดบ้าน ซักรีดเสื้อผ้า และผู้ดูแลบางส่วนยังต้องประกอบอาชีพหาเลี้ยงครอบครัว เมื่อเข้าสู่บทบาทของผู้ดูแล ภาระการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวต้องดูแลใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมง และผู้ดูแล 1 ใน 8 ต้องดูแลมากกว่า 1 คน จึงทำให้ผู้ดูแลเกิดอาการเหนื่อยอ่อนเพลีย เมื่อยล้าร่างกาย ซึ่งเป็นภาระและผลกระทบด้านร่างกายของผู้ดูแล มากกว่าร้อยละ 46 ทำให้ส่งผลกระทบต่อคุณภาพของการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในครอบครัว

ดังจากการสัมภาษณ์เจาะลึกกรณีศึกษาที่ 5 พี่สมจิตร อายุ 57 ปี เดิมมีสุขภาพแข็งแรง ซึ่งต้องรับภาระในการดูแลสามี ที่มีภาวะStroke ซ้ำ เป็นระยะเวลาเกือบ 5 ปี พี่สมจิตรเล่าว่าในแต่ละวันพี่สมจิตรต้องตื่นประมาณตี 4 เพื่อนั่งข้าว พาดน้ำเข้าห้องน้ำไปส้วม ทำอาหารสำหรับทุกคนที่อยูในบ้าน แล้วจึงล้างหน้า เช็ดตัว ป้อนข้าวให้ตาที่ ประมาณ 7 โมงเช้าจึงเสร็จ พาดน้ำที่มานั่งใต้ถุนบ้านญาติ พี่สมจิตรจึงอาบน้ำ แต่งตัวเตรียมตัวไปทำงาน พี่สมจิตรไปถึงที่ทำงานประมาณ 8.30 น. เมื่อไปถึงก็ทำความสะอาด ล้างห้องน้ำ ทำความสะอาดห้องน้ำ และรอรับการนัดผู้ป่วย ช่วงเช้าพี่สมจิตรต้องนัดจำนวนอย่างน้อย 2 คน ช่วงเย็นต้องได้ออย่างน้อย 2 คน ช่วงเที่ยงพี่สมจิตรจะซื้อนมอเตอรไรซ์ กลับมาป้อนอาหารมื้อเที่ยงทุกวัน ระยะเวลาไปกลับ 12 กิโลเมตร จนกระทั่งถึงตอน 4 โมงเย็น พี่สมจิตรไปตลาดเพื่อซื้ออาหาร ผัก ผลไม้ มาขายต่อที่บ้าน พี่

สมจิตรจะกลับมามีบ้านประมาณ 5 โมงเย็น เมื่อกลับมามีบ้านที่สมจิตรจะอาบน้ำ ป้อนอาหาร แล้วจึงอาบน้ำ รับประทานอาหาร เข้านอนประมาณ 3 ทุ่ม ก่อนนอนที่สมจิตรจะนวดให้ตาที่อีกครั้งนาน 1 ชั่วโมง ปลายปีนี้มีลูกชายคนเล็กเข้ามาช่วยดูแลตาที่ สมจิตรจึงไม่ต้องกลับมาบ้านช่วงพักเที่ยง นอกจากนี้เมื่อถึงช่วงฤดูกาลทำนา ที่สมจิตรทำนาเอง จำนวน 10 ไร่ ในช่วงวันเสาร์อาทิตย์ ทั้งการหว่านข้าว ดำนา เกี่ยวข้าว ช่วงวันเสาร์อาทิตย์หลังดูแลตาที่เสร็จ และช่วงกลางคืนจะใช้คอมพิวเตอร์ส่องแสงเพื่อเกี่ยวข้าวเอง เมื่อเดือนธันวาคม 2555 ที่สมจิตรมีอาการหน้ามืดที่ทุ่งนา และมีอาการปวดศีรษะบ่อย จึงไปตรวจวัดความดันโลหิตพบว่ามีความดันโลหิตสูง 140/90 มิลลิเมตรปรอท

2) อาการปวด

จากการศึกษาพบว่ามากกว่า 1 ใน 4 ของผู้ดูแลมีปัญหาอาการปวดหลัง ปวดเข่า ซึ่งเกิดจากกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ที่บางกิจกรรมต้องออกแรงและใช้กำลังในการดูแล โดยเฉพาะกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการยกตัวของผู้สูงอายุ เช่นการอาบน้ำ การขับถ่าย และการเคลื่อนย้าย ในขณะที่ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง เกือบ 1 ใน 3 เป็นผู้สูงอายุและมีโรคเรื้อรัง อีกทั้งส่วนใหญ่ต้องดูแลผู้สูงอายุเพียงคนเดียวตามลำพัง และผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์ดูแล จึงทำให้เกิดปัญหาต่อสุขภาพของผู้ดูแลที่เกิดจากการดูแล ผู้ดูแลบางรายมีปัญหาเสื่อมของกระดูกสันหลังและเข่า โดยเฉพาะผู้ดูแลที่อยู่ในวัยทองและวัยผู้สูงอายุ

กรณีศึกษาที่ 137 น้อย ลูกสาว วัย 52 ปี อาชีพค้าขาย สถานภาพโสด ผู้ดูแลตาเหรียญ อายุ 86 ปี ตาเหรียญเป็นพ่อแสนประจำอำเภอด่านซ้าย มีประวัติโรคกระดูกสันหลังทับเส้นประสาท ทำให้เริ่มมีอาการขาอ่อนตั้งแต่ปีพ.ศ.2552 จนกระทั่งเดือนธันวาคม 2554 ขาอ่อนแรงมากขึ้น ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย เดินไม่ได้ เคลื่อนย้ายตัวเองโดยการถักกัน มีแผลกดทับที่ก้น น้อย (ลูกสาว) ต้องทำหน้าที่ดูแลตาเหรียญและหาเลี้ยงครอบครัว น้อยตื่นนอนตั้งแต่ตี 2 เตรียมของไปขายที่ตลาด กลับมาจากตลาดประมาณ 6 โมง เปิดทีวีแล้วไปต้มน้ำใส่กะละมังให้ตาเหรียญล้างหน้าแปรงฟัน เปลี่ยนกางเกงเอง หลังจากนั้นน้อยจะเก็บปัสสาวะไปทิ้งเตรียมอาหารเช้า ตาเหรียญกินอาหารเช้า บางครั้งน้อยกินอาหารเช้าพร้อมกับคุณตา จากนั้นเก็บกวาดบ้าน เก็บผ้าที่คุณตาใช้ไปซักทุกวัน ทำงานบ้านเสร็จ น้อยจะนอนพัก 1 ชั่วโมง ประมาณเที่ยงจะพาตาเหรียญเข้าห้องน้ำและอาบน้ำ ประมาณบ่ายโมงน้อยไปทำงานที่สวนผัก ช่วงเย็นกลับมาจากสวนผักพาตาเหรียญเข้าห้องน้ำและอาบน้ำ เก็บผ้าที่ตากไว้มาให้คุณตาเหรียญพับเสื้อผ้า จากนั้นเตรียมอาหารเย็น ตาเหรียญทานข้าว หลังจากนั้นน้อยจะเตรียมทำของไปขายที่ตลาดในรุ่งขึ้น ประมาณ 3 ทุ่ม ตาเหรียญเข้านอน ก่อนนอนน้อยต้องนำปัสสาวะเททิ้ง น้อยไม่ค่อยมีเวลาพักผ่อน นอนวันละไม่เกิน 5 ชั่วโมง

ปัจจุบันน้อยมีปัญหาปวดหลัง ปวดมากจนยกแก้วน้ำกินแทบไม่ได้ ยึดไม่ขึ้นเป็นนาน 1 สัปดาห์ ไม่ได้ไปหาแพทย์ ซื้อยารับประทานเองและไปนวด อาการดีขึ้น แต่อาการยังทรง ๆ ทрудๆ ถ้ายกหรือเคลื่อนย้ายตาเหรียญจากที่นอนไปห้องน้ำ บางครั้งมีอาการเสียวที่กระดูกหลัง ต้องใส่ที่รัดเอาไว้ น้อยเล่าว่าดูแลตาเพราะเป็นหน้าที่ของลูก น้อยมีพี่น้องที่ยังมีชีวิต อยู่ 7 คน บวชพระ 2 รูป อยู่ต่างจังหวัด 1 คน และลูกสาวที่เหลืออีก 4 คนรวมทั้งน้อยอาศัยอยู่ในหมู่บ้าน บริเวณบ้านอยู่รอบ ๆ บ้านพ่อ ในช่วงแรกที่ตาป่วยนอนโรงพยาบาล ลูกมาเยี่ยมแต่หลังกลับมาอยู่บ้านลูกเหล่านั้ไม่ได้มาดูแล บางครั้งน้อยต้องทำงานถึง 2 ทุ่ม อาหารยังไม่ได้ทำ พ่อยังไม่ได้กินข้าว ไม่เคยมีพี่น้องมาถามไถ่สารทุกข์สุกดิบ กลางคืนก็นอนกัน 2 คนพ่อลูก

“กลางคืนกว่าสี่ได้นอน บางคืนก็ตึก นอนกันกันนอน 2 คน” น้อยรู้สึกน้อยใจและไม่พอใจที่พี่น้องไม่มีใครมาช่วยดูแลพ่อเลย

กรณีศึกษาที่ 150 แม่เย็น ภรรยาที่วัยห่างกัน 27 ปี กับตาปิ่น ชายชราวัย 78 ปี ที่มีภาวะหลอดเลือดในสมอง ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2553 ภาระดูแลจึงตกเป็นของแม่เย็นในฐานะเป็นภรรยา ซึ่งพี่จะผ่าตัดเนื้ออกที่รังไข่เมื่อเดือนธันวาคมพ.ศ. 2552 และไม่เคยมีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังหรือผู้สูงอายุมาก่อนเลย ตาปิ่นเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลเอกชน แม่เย็นไม่เคยได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ในการดูแลและไม่เคยมีเจ้าหน้าที่มาเยี่ยมหรือแนะนำที่บ้าน การดูแลตาปิ่นเป็นการเรียนรู้จากการลองผิดลองถูก กิจกรรมการดูแลสามีของแม่เย็น เริ่มต้นประมาณตี 5 ลูกมาเนิ่งข้าว/หุงข้าว ช่วงนี้แม่เย็นจะใช้เวลายืดเหยียดร่างกาย 6 โมงเช้า ไปตลาดทำกับข้าวไว้ บางวันที่ลูกสาวต้องไปเข้าเวร จะไปทำความสะอาด ปิดไฟ ที่หอพัก แทะลูก ช่วงนี้ตาปิ่นจะยังไม่ตื่นและถ้าตื่นก็จะนอนบนเตียงไม่สามารถเคลื่อนไหวไปไหนได้ 8 โมงเช้า ตาปิ่นจะตื่นนอน แม่เย็นต้องอุ้มตาปิ่นลุกจากที่นอน โดยลากตาปิ่นมาที่ขอบเตียง พยุงให้นั่ง จากนั้นจะเข้าอุ้มยกจากทางด้านหน้า ให้ตาปิ่นไปนั่งที่รถเข็น จากนั้นก็จะพานั่งรถเข็นเข้าไปในห้องน้ำ แล้วยกตาปิ่นนั่งบนฝาชักโครก เอาไม้เท้าสี่ขาครอบตัวไว้ กันตก หากตาปิ่นไม่ถ่ายอุจจาระ ทุก 2 วันจะต้องล้างให้ อาบน้ำเสร็จจะใส่เสื้อให้ แล้วพานั่งรถเข็นออกมาใส่แอมป์พริสกับกางเกง เสร็จแล้วจะเอาผ้าไปซักเครื่อง แล้วเข็นตาปิ่นนั่งระเบียงหน้าบ้าน ป้อนข้าว ประมาณ 10 โมงเช้า ตาปิ่นหลับจะเข็นรถกลับมาในบ้าน อุ้มจากรถเข็นไปนั่งที่ เก้าอี้หวายขนาดใหญ่ ที่มีเบาะรอง หลังจากที่ทำหาลับแล้วถึงจะทำงานอย่างอื่นเล็ก ๆ น้อย ๆ ใกล้เที่ยงตาปิ่นตื่นจะพาตาออกไปนั่งนอกบ้าน ป้อนข้าวเที่ยง แล้วนั่งอยู่บริเวณนั้น ตอนบ่าย ๆ ประมาณบ่ายสามโมง ตาจะนอนหลับอีกครั้ง แม่เย็นจะย้ายที่นั่งให้ตาทุก 2-3 ชม. “ตอนเช้าจะพานั่งรถเข็นไปป้อนข้าวหน้าบ้าน สาย ๆ ก็จะพามานอนที่เก้าอี้นุ่ม เที่ยงก็พาไปนั่งรถเข็นป้อนข้าวอีก บ่าย ๆ พาดม่านอนที่เตียง ตาจะได้ไม่เบื่อ”

ช่วงกลางวันแม่เย็นจะเข็นตาไปนอนบริเวณเก้าอี้ไม้ตัวใหญ่ โดยถอดแอมป์พริสของตาปิ่นออก ให้ตานอนบนเก้าอี้ไม้ใหญ่ที่ปูทับด้วยผ้ายางพลาสติก ฝารอง และแผ่นรองกันเปียก ช่วงนี้บางวันแม่เย็นจะออกไปดูหอพักบ้าง บางวันมีเพื่อนบ้านมาแวะเยี่ยม หรือบางวันทำงานโรงสีข้าว ประมาณ 4-5 โมงเย็น หากไม่ร้อนมาก บางวันจะพาดานั่งรถเข็นไปหน้าวัด (บ้านอยู่หน้าวัด) หรือหากทำกับข้าว สีข้าวเปลือก หรือให้อาหารหมูเสร็จ ก็จะพาตาไปนั่งดูด้วย ประมาณ 1 ทุ่มจะทานข้าวเย็น หลังทานอาหาร ช่วงนี้ตาจะนอนเล่น หรือหลับไปเลย แม่เย็นจะกวาดบ้าน รีดเสื้อผ้าไปด้วย ประมาณ 4-5 ทุ่มเข้านอน แม่เย็นดูแลสามี 3 ปี ต้องอุ้มและยกตัวตาทั้งวัน ทำให้แม่เย็นมีการเจ็บป่วยทางร่างกาย ปวดเอว ปวดหลัง และปวดมากขึ้นเรื่อย ๆ ปวดบั้นเอวมากขึ้น ปวดร้าวลงไปที่สันเท้า ต้องใส่ Body support รีดเอวทุกวัน “บางวันตื่นตอนเช้า มันจะปวดมาก ปวดจนแทบน้ำตาเล็ด แทะลุกไม่ขึ้น จะลุกจากที่นอนต้องนอนตะแคงหย่อนเท้าลงจากเตียงก่อน ใช้มือยันที่นอนไว้แล้วค่อยลุกนั่ง...บางวันปวดมากๆ รอดตาลับ จะเอาก้อนอิฐแดงไปเผาไฟ เอาใบพลับพลึงวางลง แล้วย่ำ พอหายปวดสันเท้าได้บ้าง”

3) อาการอ่อนเพลีย ไม่ได้พักผ่อน

การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวเป็นระยะเวลาอันยาวนาน ทั้งช่วงกลางวันและกลางคืน มีผลทำให้ผู้ดูแลมีอาการอ่อนเพลีย พบว่ามากกว่า 1 ใน 5 ของผู้ดูแลมีอาการอ่อนเพลีย ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการพักผ่อน ทำให้ผู้ดูแลร้อยละ 17 ไม่ได้พักผ่อน นอนไม่หลับ และร้อยละ 2 รับประทานอาหารไม่ได้ น้ำหนักลด บางคนมีอาการวิงเวียนศีรษะ หน้ามืด ซึ่งเป็นผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแล จากการทำบทบาทของผู้ดูแล และคุณภาพการดูแลตามมา

กรณีศึกษาที่ 107 นางสาวสุภาภรณ์ หรือ น้อง อายุ 44 ปี ผู้ดูแลป้าอารีย์ซึ่งเป็นมารดา วัย 78 ปี ป่วยโรคประจำตัวเบาหวาน มีภาวะStroke และเริ่มมีอาการสมองเสื่อม มีพ่อที่ป่วยด้วยโรคความดันสูงและเข้าเสื่อม น้องเป็นลูกคนที่ 7 และมีความพิการทางการเคลื่อนไหวจากปัญหาเส้นเลือดในสมองแตก น้องจึงอยู่ที่บ้านดูแลพ่อแม่และแม่ ขณะที่พี่น้องคนอื่นมีหน้าที่การงานที่ดี น้องเดินได้ด้วยไม้เท้าขาเดียวกระดูกเข่าเสื่อม นั่งส้วมได้ช้า ทำงานได้แต่เช้า น้องมีปัญหาหกล้มบ่อย และหกล้มรุนแรง น้องตื่นตอนตี 4.30 น. หุงข้าว ทำกับข้าวเพื่อให้พ่อใส่บาตรพระ เวลา 6.30 น. น้องอุ้มกับข้าวเตรียมให้ป้าอารีย์ พาป้าอารีย์เดินไปยังห้องน้ำด้วย walker ประมาณ 7 เมตร เมื่อถึงห้องน้ำนั่งบนเก้าอี้พลาสติก จากนั้นน้องอาบน้ำ เช็ดตัวให้เสร็จ แล้วให้ป้าอารีย์เดินกลับมายังห้อง น้องจะใส่แอมป์และเสื้อผ้าให้ มีบางครั้งให้ป้าอารีย์ใส่เองจะใช้เวลา 45 นาที เวลา 7.00น. น้องฉีดยาอินซูลินและให้ป้าอารีย์ทานยาก่อนอาหาร แล้วไปเตรียมอาหารไว้ให้ป้าอารีย์ หลังจากนั้นครึ่งชั่วโมงรับประทานอาหารเช้า นั่งเล่นอยู่หน้าบ้าน พูดคุยกับเพื่อนบ้าน รอประมาณ 15-30 นาที รับประทานยาหลังอาหาร แล้วให้ป้าอารีย์นอนหรือนั่งเล่น น้องจะไปอาบน้ำ แต่งตัว ทานข้าวดูทีวี พักผ่อนหรือเดินไปข้าง ๆ บ้าน ถึงเวลา 12.00 น.น้องจะเตรียมอาหารตอนเที่ยง ทานข้าวเสร็จ รอ 15 นาที ให้ป้าอารีย์รับประทานยาหลังอาหาร บ่าย 3 โมงเตรียมอาหารว่างให้ป้าอารีย์ ประมาณ 5 โมงเย็น ฉีดยาอินซูลินก่อนอาหารครึ่งชั่วโมง เมื่อให้ป้าอารีย์ทานอาหารเย็น สักประมาณ 15-20 นาที ให้รับประทานยาหลังอาหาร หลังจากนั้นน้องก็จะเช็ดตัว และเปลี่ยนแอมป์สลับ ป้าจะเดินด้วย walker เข้านอนในห้อง สองทุ่มทานยาก่อนนอน สี่ทุ่มครึ่งหลังดูละครเสร็จ น้องจะดูป้าอารีย์อีกครั้ง ถ้าแอมป์สลับเต็มจะเปลี่ยน เทียงคืนตื่นมาดูอีกครั้งถ้าแอมป์สลับเต็มจะเปลี่ยน

การดูแลแม่ที่ช่วยตัวเองไม่ได้ และพ่อที่ตอนนี้มีปัญหาเข้าเสื่อม ทำให้น้องรู้สึกเหนื่อยมากและเครียด น้องอยากดูแลพ่อแม่ แต่รู้สึกว่าบางครั้งตนเองดูแลไม่ไหวจนต้องขอร้องให้แม่ช่วยตัวเองในการทำกิจกรรมดูแลต่าง ๆ ด้วย เนื่องจากสุขภาพของน้องไม่แข็งแรง เคลื่อนไหวลำบาก และน้องยังมีอาการเดินเซร่วมด้วย หกล้มบ่อย และมีบางครั้งแม่ปัสสาวะราดพื้น น้องมองไม่เห็น น้องเดินเหยียบและลื่นล้ม ได้รับบาดเจ็บ เป็นแผลตามตัว เมื่อธันวาคม 2555 ทีมวิจัยไปเยี่ยมพบว่าน้องได้รับบาดเจ็บจากการหกล้ม ขณะก้มตัวไปเปลี่ยนแอมป์สลับให้แม่ แล้วตนเองหัวทิ่มไปโดนเตียงศรีษะแตก มีแผลเย็บบริเวณศรีษะ จำนวน 4 เข็ม

4) มีปัญหาสุขภาพเพิ่มมากขึ้น

จากการศึกษาพบว่าผู้ที่มีบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เกือบ 1 ใน 3 มีปัญหาภาวะสุขภาพก่อนการทำหน้าที่ การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาระยะยาว ที่ต้องดูแลกิจวัตรประจำวันทุกอย่างแทนผู้สูงอายุ มีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแลที่มีภาวะเจ็บป่วยอยู่แล้ว ทำให้ผู้ดูแลไม่สามารถควบคุมอาการ

ของโรคเรื้อรัง เช่น โรคความดัน โรคเบาหวาน มะเร็ง และทำให้มีภาวะเจ็บป่วยเพิ่มมากยิ่งขึ้น จนทำให้ผู้ดูแลบางรายมีอาการเจ็บป่วยมากยิ่งขึ้นและบางรายเสียชีวิตก่อนผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังพบว่า 1 ใน 3 ของผู้ดูแลอยู่ในกลุ่มพึ่งพาเช่นกัน ได้แก่ ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ซึ่งต้องการการดูแลจากครอบครัว แต่พบว่าผู้สูงอายุและผู้พิการเหล่านี้ต้องเป็นผู้ดูแลเนื่องจากลูกหลานคนอื่นส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ ทำให้ปัญหาภาวะสุขภาพของผู้ดูแลถูกละเลยและผู้ดูแลเหล่านี้ต้องรับภาระการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว จึงส่งผลทำให้ผู้ดูแลบางส่วนได้รับผลกระทบจากการดูแลผู้สูงอายุ

กรณีศึกษา 160 ยายสา อายุ 78 ปี ภรรยาของตาคำ อายุ 87 ปี ซึ่งตาบอด 2 ข้าง เดิมอาศัยอยู่เพียงลำพังกับ ยายสาจึงต้องรับภาระดูแลสามี ยายสา มีโรคประจำตัว คือ โรคเบาหวาน ตั้งแต่ ปี 2547 จากอาการหน้ามืด ล้ม หดสติดน้ำท้องน้ำ แพทย์บอกน้ำตาลในเลือดลดต่ำมาก นอนรักษาตัว 1 อาทิตย์ หลังจากนั้นจึงต้องทานยาโรคเบาหวานอย่างต่อเนื่อง ขณะที่ตาคำเริ่มมีอาการตามองไม่เห็นทั้ง 2 ข้าง ยายสาไม่สามารถคุมน้ำตาลให้อยู่ในระดับปกติ บางเดือนไม่มีเงินไปพบแพทย์ตามนัด บางครั้งไม่มีใครดูแลตาคำ ทำให้รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ บางวันยายสากับตาคำ ต้องกินข้าวเหนียวกับกล้วยน้ำว้าสุก ส่วนตาคำแขนขาไม่ค่อยมีแรง ตาบอดมองไม่เห็น ทำให้เคลื่อนไหวลำบาก ยายสาเล่าให้ฟังถึงวิธีการดูแลตาคำ หลังจากที่ได้เจ็บป่วยจนไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ว่า การดูแลของยายสาที่มีต่อตาคำ อาศัยประสบการณ์เป็นส่วนใหญ่ ทุกวันยายสาจะตื่นนอนประมาณตีสี่ รอให้สว่าง ประมาณตีห้า ลุกขึ้นนั่งข้าวเหนียว ทำกิจธุระส่วนตัว บางวันไปตลาด กลับมาทำกับข้าวเสร็จแล้ว จึงไปปลุกตาคำให้ตื่นประมาณเจ็ดโมงเช้า หลังจากนั้นจะพาตาคำไปบ้วนปาก ล้างหน้า เช็ดตัว แล้วจึงให้รับประทานอาหารเช้า ช่วงสายๆ ยายสาจะทำงานบ้านเล็กน้อยๆ ซักเสื้อผ้าบ้าง ถูบ้านบริเวณบ้านบ้าง ช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ตาคำเหนื่อยมาก ยายสาต้องป้อนอาหารให้ ไกล่เพียงจะเตรียมอาหารให้อีกครั้ง ช่วงบ่ายจะอาบน้ำ เปลี่ยนเสื้อผ้าให้ หากตาคำนอนพักกลางวัน ยายสาจะเดินไปตลาด แต่หากตาคำไม่นอนกลางวันจะฝากเพื่อนบ้านไป เพราะตาคำจะไม่พอใจและน้อยใจ ตอนเย็นประมาณหกโมงเย็นจะรับประทานอาหารเช้า หลังจากนั้นจะพาตาคำขึ้นไปนอนบนบ้าน หลังประมาณ 1 ทุ่ม

การดูแลตาคำที่ยาก คือการพุงเข้าห้องน้ำ เพราะตาคำไม่ยอมปัสสาวะในกระบอก นอกจากทนไม่ไหวและไม่ยอมอาบน้ำหลังบ้าน แต่ทุกครั้งใช้เวลาค่อนข้างนาน ประมาณ 20 นาที ในการเดินไป-กลับ และการไปรับยาตามนัดทุกเดือนให้ตาคำ ยายสาต้องตื่นแต่เช้า เตรียมกับข้าวไว้ตอนกลางวัน และขอให้ญาติพาขี่มอเตอร์ไซด์ไปส่งที่ปากทางหน้าหมู่บ้าน รอรถโดยสารไปส่งหน้าโรงพยาบาล และนั่งรถสองแถวหน้าโรงพยาบาลไปที่สถานีขนส่ง แล้วจึงนั่งต่อมาลงที่ปากทางเข้าหมู่บ้าน ญาติมารับเข้าบ้าน ยายสาต้องเดินทางไปโรงพยาบาล เดือนละ 2 ครั้ง ทั้งพาตาคำไปตรวจ และตนเองต้องไปตรวจโรคเบาหวาน ที่ไม่สามารถคุมน้ำตาล การต้องพุงตาคำบ่อย ๆ ทำให้ยายสาปวดกระดูกบริเวณบั้นเอว ไปตรวจที่โรงพยาบาล แพทย์บอกเป็นกระดูกเคลื่อน แนะนำให้ผ่าตัด แต่ยายสายังไม่ผ่าตัดเพราะไม่มีใครดูแลตาคำ ได้แต่ทานยาแก้ปวดอาการทุเลาล็กน้อย และเมื่อปีก่อน ยายสามีอาการปัสสาวะขัด ไปหาแพทย์ ตรวจพบนิ่วในไต แพทย์แนะนำให้ผ่าตัด แต่ยังไม่สามารถทำได้ เวลาปวดจะทรมานมาก “ปวดท้องเหมือนจะออกลูก ปวดเบ่งเวลาเยี่ยว”

เช่นเดียวกับ**กรณีศึกษาที่ 57** พี่ประกันอายุ 43 ปี เป็นลูกสาวคนสุดท้องของลุงจิ้น ประวัติเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง เมื่อ 3 เดือนก่อน พี่ประกันใกล้คลอดจึงกลับมาอยู่บ้าน คลอดลูก ลูกมีปัญหา

เกี่ยวกับหัวใจและเสียชีวิต ทำให้พี่ประกันเสียใจมาก การดูแลพ่อ กิจกรรมดังนี้ 6 โมงเช้าต้องปลุกพ่อ เพื่อฉีดยาให้พ่อ หลังเที่ยงพ่อก่อนนอน บ่าย 3 โมง พาพ่อไปห้องน้ำ สามารถอาบน้ำได้ด้วยตนเอง 4 โมงเย็น ผีกเดิน ออกกำลังกายที่วัดใหญ่ พ่ออยากเดินได้เป็นปกติ ยิ่งตอนนี้พ่อผ่าตัดใส่เลนส์ตาเทียม ต้องหยุดยา 4 เวลา ต้องพาพ่อไปรับยาโรงพยาบาล เมื่อ 3 เดือนก่อนพี่ประกันตรวจพบก้อนเนื้ออกที่มดลูกแพทย์นัดผ่าตัด พี่ประกันรู้สึกกังวลใจเพราะในการดูแลพ่อและสุขภาพร่างกายของตนเองที่มีปัญหาอยู่ รวมทั้งโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของตนเองก็ยังไม่สามารถควบคุมอาการได้

5.2.2 ภาวะและผลกระทบด้านอารมณ์

พบว่าในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาในระยะยาวในช่วงระยะแรก ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความรู้สึกดีที่ได้ดูแลพ่อแม่หรือญาติของตนเอง แต่เมื่อระยะเวลาการดูแลที่ยาวนานมากขึ้น อีกทั้งต้องรับผิดชอบดูแลตลอด 24 ชั่วโมง มีผลทำให้ผู้ดูแลเกิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ ซึ่งสามารถจำแนกรูปแบบของการแสดงออกทางอารมณ์ ออกเป็น 3 ลักษณะ คือ 1) อาการวิตกกังวล เครียด พบเกือบ 3 ใน 4 ของผู้ดูแล ซึ่งอาการแสดงออกของภาวะทางอารมณ์ที่เกิดขึ้น ได้แก่ เครียด วิตกกังวล หงุดหงิด คับข้องใจ 2) อารมณ์เศร้า พบ 1 ใน 4 ของผู้ดูแล ซึ่งอารมณ์ที่แสดงออก ได้แก่ ท้อแท้ เบื่อหน่าย น้อยใจ เกรงใจสามี และคิดอยากหนีออกจากบ้าน และ 3) อารมณ์เครียดรุนแรง ได้แก่ คิดฆ่าตัวตาย ทะเลาะ หรือทำร้ายผู้สูงอายุ พบร้อยละ 4

ตารางที่ 17 จำนวนและร้อยละของภาวะและผลกระทบด้านอารมณ์ของผู้ดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

ภาวะและผลกระทบด้านอารมณ์	จำนวน	ร้อยละ
1. อารมณ์วิตกกังวล เครียด		
1) เครียด	93	49.73
2) วิตกกังวล	29	15.51
3) หงุดหงิด รำคาญ	11	5.88
4) คับข้องใจ	2	1.07
2. อารมณ์เศร้า		
1) ร้องไห้ เสียใจ	13	6.95
2) ท้อแท้	10	5.35
3) เบื่อหน่าย	10	5.35
4) น้อยใจ	8	4.28
5) สงสาร	2	1.07
6) เกรงใจสามี	2	1.07
7) คิดอยากหนีออกจากบ้าน	2	1.07
3. อารมณ์เครียดรุนแรง		
1) ทะเลาะ ทำร้ายผู้สูงอายุ	4	2.14
2) คิดฆ่าตัวตาย	4	2.14

1) อารมณ์วิตกกังวล เครียด

พบว่า การแสดงออกด้านอารมณ์ที่แสดงออกมากที่สุดของผู้ดูแลผู้สูงอายุ คือ อารมณ์เครียด พบเกือบครึ่งหนึ่ง ซึ่งระดับความรุนแรงของอารมณ์เครียด มีตั้งแต่วิตกกังวล เครียดกับตัวเอง ได้แก่ อารมณ์วิตกกังวล หงุดหงิด และคับข้องใจกับตัวเองที่ต้องรับสภาพเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งอารมณ์เครียดของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับปัจจัยพื้นฐานหลายประการของผู้ดูแลและผู้สูงอายุ ได้แก่ ความรุนแรงของอาการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ ระยะเวลาการดูแล การสนับสนุนช่วยเหลือจากญาติพี่น้อง ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลและผู้สูงอายุ

กรณีศึกษาที่ 3 วรรณ อายุ 38 ปี ผู้ดูแลยายพุทธา อายุ 81 ปี ทำงานเป็นแม่บ้านของบริษัทให้กับโรงพยาบาลศรีนครินทร์ เข้าไป เย็นกลับ วรรณ ป่วยด้วยโรคจิตเภท อาศัยอยู่กับสามีและยายพุทธา จนกระทั่งเดือนเมษายน 2554 ยายพุทธานั้นหกล้ม ไม่สามารถยืนและช่วยตนเองได้ ต้องมีคนดูแลอยู่ที่บ้านตลอด วรรณจึงตัดสินใจลาออกจากการมาดูแลยายในช่วงแรก ๆ ไม่รู้สึกเครียด เป็นสิ่งที่ทำแล้วได้บุญ ธรรมะสอนให้ปฏิบัติ ต้องกตัญญู จึงไม่ได้ทำให้เป็นทุกข์ใจเลย อย่างไรก็ตามวรรณเริ่มมีอาการเครียดตั้งแต่ปีพ.ศ. 2555 เพราะยายเริ่มช่วยเหลือตนเองได้น้อยลง และตั้งแต่เดือนตุลาคม 2555 เริ่มเครียดมากขึ้น ยายช่วยตนเองได้น้อยลง พุดไม่รู้เรื่อง และมีปัญหามองไม่เห็น ยายเริ่มมีพฤติกรรมเปลี่ยนไปชอบเก็บสิ่งของต่างๆ ซ่อนทำให้วรรณมีอาการโมโหให้ยายวันละหลายครั้ง และยายมีแผลกดทับ (Bedsore) ระดับ 1 บริเวณก้นกบและปุ่มกระดูกสะโพก วรรณรู้สึกเป็นทุกข์มาก และคิดถึงลูกที่เกิดกับสามีเก่า ซึ่งเดิมวรรณเคยได้ไปเยี่ยมลูกสาวปีละ 1-2 ครั้ง และไปครั้งละหลาย ๆ วัน แต่เมื่อต้องมาดูแลยายพุทธานั้นวรรณไม่สามารถไปไหนได้ และมีปัญหาเกี่ยวกับภาวะเศรษฐกิจ เนื่องจากวรรณหยุดทำงาน มีแต่สามีเท่านั้นที่หาเงินเข้าบ้าน ได้เดือนละประมาณ 5,000 บาท ทำให้วรรณต้องประหยัด

กรณีศึกษาที่ 55 พี่เชิญ ลูกชายวัย 46 ปี ซึ่งป่วยด้วยโรคเบาหวาน ผู้ดูแลยายทองคำ เดิมทำงานที่โรงงานในจังหวัดสมุทรปราการ ต้องกลับมาอยู่บ้านเพื่อดูแลแม่ซึ่งป่วยและช่วยเหลือตนเองได้น้อย ในแต่ละวันที่พี่เชิญดูแลแม่นั้นพี่เชิญเล่าว่า แม่ตื่นตี 1-2 ตื่นมาต้องได้กินข้าว กินข้าวหลังตื่นทุกวัน ต้องหุงข้าวใส่หม้อไว้ตลอด จะอยู่ดูแลเฝ้าตลอด เวลายายปวดอุจจาระ ถ่ายอุจจาระใส่ถุง ให้นอนถ่าย อาบน้ำเสร็จจะพาไปนอน นอนด้านล่าง พี่เชิญนอนข้าง ๆ การดูแลทำให้เกิดความเครียดกับพี่เชิญ เมื่อ 2 ปีก่อน พี่เชิญเคยคิดจะหนีออกจากบ้าน แต่ไม่มีใครดูแลยาย ซึ่งการดูแลไม่ใช่สิ่งที่เครียด แต่สิ่งที่เครียดคือคำบ่นของแม่ “ที่ผ่านมาในการดูแลแม่เป็นเรื่องขัดใจแม่มากกว่า การดูแล เช่น การถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะ ไม่ได้ทำให้มีปัญหา ไม่ได้ทำให้มีความเครียด แต่เครียดเกี่ยวกับคำบ่น” แต่ช่วงนี้พี่เชิญทำใจได้แล้ว เวลาดูแลแม่แล้วเครียดเหนื่อยก็จะหาทางออกโดยขึ้นไปพักผ่อนบนบ้าน “ดูแลก็มีเหนื่อยเครียดบ้าง ถ้าเครียดก็จะเดินขึ้นไปบนบ้าน ฟังวิทยุ ดูทีวี”

2) อารมณ์เศร้า

การดูแลผู้สูงอายุที่พึงพาเป็นระยะเวลานาน พบว่าทำให้ 1 ใน 4 ของผู้ดูแลแสดงออกทางอารมณ์ด้วยอารมณ์เศร้า ซึ่งพบว่าผู้ดูแลที่มีอารมณ์ดังกล่าวส่วนใหญ่เป็นผู้ดูแลที่อยู่ในภาวะไร้อำนาจในการต่อรอง และมีพื้นฐานความสัมพันธ์ที่ผูกพันที่ดีกับผู้สูงอายุ เมื่อต้องดูแลผู้สูงอายุที่ตนเองมีความผูกพันระยะยาว

โดยเฉพาะผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส แม้จะมีความทุกข์ในการดูแลจะไม่โทษผู้สูงอายุ จะมีความรู้สึกสงสาร ท้อแท้ น้อยใจ ร้องไห้ คิดอยากหนีออกจากบ้าน บางคนคิดฆ่าตัวตายเพื่อให้หลุดพ้นออกจากภาวะผู้ดูแล

กรณีศึกษาที่ 149 ป่านา อายุ 59 ปี ภรรยาผู้ดูแลอ้วยแสง อายุ 62 ปี ที่ป่วยด้วย Parkinsonism เดิมป่านาเป็นการโรงอยู่สถานีนามัย แต่ได้ลาออกมาดูแลอ้วยแสงอย่างใกล้ชิด เนื่องจากผ่องศรีลูกสาวที่เคยมีครอบครัวและมีลูก 1 คน เมื่อเดือนตุลาคม ปี 2554 ลูกของผ่องศรี (หลานอ้วยแสง) ป่วยเป็นมะเร็งต่อมน้ำเหลืองเสียชีวิต ลูกเขยแต่งงานมีครอบครัวใหม่ ลูกสาวเสียใจจนหนีออกจากบ้านไปทำงานต่างจังหวัด นาน ๆ ครั้งจึงจะกลับบ้าน จึงเหลือแต่อ้วยแสงและป่านาอาศัยอยู่ด้วยกันตามลำพัง อ้วยแสงป่วยด้วยโรค Parkinsonism เมื่อ 6 ปีที่ผ่านมาอ้วยแสงมีอาการรุนแรงมากขึ้น มือสั่นมาก ป่านาและอ้วยแสงจะตื่นนอนตั้งแต่ตอนตี 4 หลังจากล้างหน้า แปรงฟันบางวันทำได้เอง บางวันป่านาต้องทำให้ ป่านาจะทำอาหารให้ประมาณ 7 โมงเช้าอ้วยแสงทานข้าว ซึ่งบางวันก็ทานได้เอง บางวันก็ทานไม่ได้ อาหารที่รับประทานคือข้าวกับน้ำอ้อยที่ละลายน้ำ ทานยา จากนั้นอ้วยแสงจะมานั่ง - นอนดูทีวีบริเวณเตียงหลังบ้าน เวลา 11.00 น. จะมีอาการปวดท้อง เหมือนผีเข้า ท้องอ้วยแสงจะแข็งเกร็ง นานประมาณ 1 ชั่วโมง ป่านาจะเป็นคนเหยียบหลัง กดท้อง ทำให้อ้วยแสงมักปวดบ่อย ๆ เกี่ยวกับความรู้สึกอยากตาย ไม่อยากรักษา เคยมีความคิดอยากแขวนคอตาย แต่ไม่สามารถทำได้ “*ไม่ต้องไปรักษา รักษาจะได้อะไรดีขึ้น ป่วยมานานตายไปเลย*” ป่านามีอาการเครียดจากการเจ็บป่วยของอ้วยแสงมาก บางวันที่เครียดมากป่านาจะเดินมาเล่าและร้องไห้ให้เจ้าหน้าที่สถานีนามัยฟัง แล้วจึงเดินกลับบ้าน ทุกครั้งที่อ้วยแสงปวดทุกข์ทรมาน และบ่นอยากตายอยู่ตลอดเวลาได้ทำให้ป่านารู้สึกเศร้าและทุกข์ไปกับการเจ็บป่วยของสามี จนเคยมีความคิดอยากตายตามกันไป

กรณีศึกษาที่ 165 นางสีตีติเมาะ อายุ 63 ปี ภรรยาผู้ดูแลแรร่ประจุ ที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง และมีอาการขาชาขีขวาวอ่อนแรง พุดไม่ได้ เมื่อ 1 ปีก่อนอาศัยอยู่ที่ประเทศมาเลเซียและกลับมาประเทศไทย ในสภาพที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ โดยอาศัยอยู่กับญาติ เนื่องจากพบว่าบ้านหลังเก่าที่เคยอยู่อาศัยผู้พัวมากจนไม่สามารถอยู่ได้ ได้รับการช่วยเหลือจากเทศบาล ให้เงินสนับสนุนเพื่อสร้างบ้านใหม่ จำนวน 20,000 บาท แรร่มีความรู้สึกว่าการได้อยู่อาศัยที่บ้านใหม่หลังนี้สบายใจดีกว่าอาศัยอยู่กับญาติ ส่วนสีตีติเมะผู้ดูแลแรร่ประจุ ซึ่งป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงเช่นกัน จะทำหน้าที่ดูแลแรร่ทุกอย่างตั้งแต่ตื่นนอน จะล้างหน้า แปรงฟัน หาอาหารมาให้ทาน ส่วนการขับถ่ายอุจจาระปัสสาวะ แรร่จะถ่ายอุจจาระใส่กระโถน สีตีติเมะจะดูแลแรร่ตั้งแต่ตื่นนอนจนเข้านอน ชาวบ้านที่ไม่ใช่ญาติ ให้เงิน ให้การสนับสนุนสิ่งของและอาหาร มีลูกบางคนให้เงินมาช่วยเหลือบ้างเดือนละ 200 บาท แรร่และภรรยาอาศัยเปี้ยยังชีพผู้สูงอายุในการดำรงชีวิต ส่วนเปี้ยผู้พิการได้ทำเรื่องไปแต่ยังไม่ได้รับความช่วยเหลือ นอกจากนี้จะมี อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในหมู่บ้านมาวัดความดันให้แรร่และภรรยา และทำหน้าที่ไปรับยาจาก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมาให้ แต่ไม่สม่ำเสมอ มะจุจึงไม่ได้รับประทายยาสม่ำเสมอ ไปรับยาไม่ได้เพราะว่าไม่มีคนดูแลประจุ ส่วนอาหารและของใช้ในครัวเรือน ได้จากการบริจาคโดยชาวบ้าน

แรร่ร้องไห้บ่อย เวลาที่มีสิ่งกระทบกระเทือนใจ แรร่จะร้องไห้เสียงดัง ทำให้สีตีติเมะผู้ดูแลมีความรู้สึกเครียด ช่วงแรกที่ประจุช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ทำให้สีตีติเมะเครียดมาก แต่ปัจจุบันเริ่มชิน “*เราก็ดึงยอมรับในสิ่งที่อัลลอฮ์กำหนด ตอนแรกๆ ที่ประจุป่วยมาก มะจุแทบจะไม่ได้ละหมาด แต่ตอนนี้ละหมาด*

ครบแล้ว” และส่วนใหญ่ทั้งคู่อยู่ด้วยกันตามลำพังในบริเวณสวนยาง สัตติเมาะต้องดูแลแชร์เพียงคนเดียว แต่แชร์รูปร่างใหญ่กว่าทำให้ไม่สามารถดูแล หรือ พยายามให้ผู้ป่วยเดินได้ จึงทำได้เท่าที่ผู้ดูแลสามารถทำได้เนื่องจากไม่มีแรง เวลาที่แชร์ร้องไห้ สัตติเมาะจะรู้สึกซึม มีน้ำตาคลออยู่ตลอด (ขณะสนทนา) ตั้งแต่ประจวบอยู่ มะจูไม่ได้ออกไปไหนเลย ไปไหนไม่ได้ ขนาดออกไปกินเหนียวหน้าบ้าน (งานแต่งงาน) ยังไม่ไป เป็นห่วงประจวบ แต่บางครั้งหากมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมาเยี่ยมบ้าน ก็จะฝากดูแลชั่วคราว เพื่อไปเอามะพร้าวที่ต้นมาขาย พอได้เงินประทังชีวิตได้บ้าง

3) อารมณ์เครียดรุนแรง

จากการศึกษาพบว่าผู้ดูแลมีอาการเครียดรุนแรง ร้อยละ 4 ซึ่งในกลุ่มที่มีอาการเครียดรุนแรงพบว่าเคยมีปัญหาความสัมพันธ์ของผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่ต้องดูแลระยะยาว นอกจากนี้พบว่าการไม่ได้รับการสนับสนุน ช่วยเหลือจากครอบครัว และญาติพี่น้องทำให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกคับข้องใจ และรู้สึกขัดแย้งที่ไม่ได้รับความช่วยเหลือ ทำให้มีอาการเครียดรุนแรง เกิดการมีอาการเปลี่ยนแปลง บางรายไม่สามารถควบคุมตนเองไม่ได้ จนนำไปสู่การทำร้ายผู้สูงอายุทางวาจาและทางกายได้

กรณีศึกษาที่ 4 ประเสียน อายุ 52 ปี อาศัยอยู่บ้านกับสามี ลูกชาย ลูกสะใภ้ และหลานวัย 7 เดือน ประเสียนมีอาชีพรับจ้างซักผ้าอยู่ในหมู่บ้าน ส่วนสามี ลูกชาย และลูกสะใภ้รับจ้างโรงงานในเมือง ประเสียนจึงเลี้ยงหลานอยู่บ้าน โดยมียายพิมพ์ พิศาว อายุ 67 ปี ยังไม่แต่งงานและมีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูง อาศัยอยู่ร่วมด้วย เดือนกรกฎาคม 2555 ยายพิมพ์ หมาดสติ ไม่รู้สึกตัวอยู่บริเวณปากกล้วย แพทย์บอกเป็นโรคหลอดเลือดสมอง หรือภาวะ Stroke นอนรักษาตัวที่โรงพยาบาล นานประมาณ 1 สัปดาห์ และกลับมาอยู่ที่บ้านพร้อมกับสายให้อาหาร (NG tube) ยายไม่สามารถนั่งได้ สามารถขยับมือและขาได้เล็กน้อย และพูดไม่ได้ ประเสียนจึงต้องทำหน้าที่ดูแลยายพิมพ์พร้อมกับเลี้ยงหลานวัย 7 เดือน ในช่วง 2 เดือนแรกของการดูแล ประเสียนเล่าว่าไม่รู้สึกยุ่งยากกับการดูแล แต่ในเดือนที่สามของการเยี่ยมทีมวิจัย พบว่าประเสียนมีอาการเครียดมาก ขณะสนทนาจะร้องไห้ออกมาเป็นช่วง ๆ ประเสียนเล่าว่าทุกวันตื่นเช้าตี 4-5 ถ้าตื่นสายจะไม่ทันเข้าน้ำข้าว หุงข้าว ภูบ้าน เก็บแอมเพิร์ส ถอดแอมเพิร์ส พายายเข้าห้องน้ำ ล้างหน้าแปรงฟัน แล้วพยายายออกมานอกบ้าน เดินบนหญ้าน้ำค้าง อาหารเช้าขงเนสวิตา ให้ขนมปัง 2 ก้อน น้ำเต้าหู้ให้กินทุกมื้อ ตีนมช่วงกลางวันและเย็น ครั้งละ 1 กล่อง ตอนเย็นพยายายเข้าห้องน้ำ ยายอาบน้ำเอง ทานข้าวเย็น ดูทีวี และพยายายเข้านอน (กางมุ้งให้) ประมาณ 2 ทุ่ม

ประเสียนเล่าว่าตนเองเป็นคนอารมณ์ดี ไม่เคยนอนดึก ไม่ดูทีวี ตั้งแต่มาดูแลยาย จะดูทีวี จนถึง 4-5 ทุ่ม บางคืนนอนไม่หลับต้องทานยานอนหลับ บางครั้งมีอาการโมโหง่าย ด่าแฟน ด่าทุกคนที่อยู่ในบ้าน ไม่มีที่ระบาย บางวันเครียดจัดจะด่ากราดไปทั่วทั้งสามีและยาย ไล่ให้ออกไปจากบ้าน บางครั้งโมโหจัดถึงขนาดไล่ให้ยายพิมพ์ไปตาย ให้เอายายพิมพ์ไปฝัง “เมื่อเครียดหลายสัปดาห์ ไล่แฟน ไล่ยายออกไป ว่าให้พวกมันวนวาย มีบางที่ด่าแฟนไล่แฟน ไล่ยาย ไปไปเอายายฝัง เอาไปไกลๆ บางเมื่อสัปดาห์ที่แล้ว ตายก็ตาย ฝังไปเลย” ซึ่งประเสียนเล่าว่าเหตุการณ์ที่ทำให้มีอาการร้ายคือยายไม่ทำตามสิ่งที่บอก โดยเฉพาะการใส่แอมเพิร์ส ประเสียนน้อยใจที่ตนเองและครอบครัวต้องรับผิดชอบดูแลเพียงผู้เดียว ไม่มีญาติพี่น้องคนอื่นๆเข้ามาช่วยเหลือ ครั้นยืมเงินหลานมารักษายายก็ถูกหลานทวง แต่ไม่กล้าคุยปัญหาเรื่องการดูแลของยายกับญาติคนอื่น เพราะ

เป็นเรื่องในครอบครัวที่คนในครัวเรือนต้องดูแลกันเอง และญาติบางคนก็นินทาว่ายายพิมพ์เป็นแบบนี้เพราะ ประเด็นไม่ยอมให้ยายผ่าตัด “คติน้อยใจ หลานเราก็มีหลายคน มันต้องได้มาช่วยกัน ตอนที่เราย่อยอยู่ โรงพยาบาลเขาก็ไปเฝ้ากัน กลับมานอนที่โรงพยาบาลข้างสูงมีแต่หลานไปเปลี่ยนกลางเวร กลางเวรแม่ต้องมารีดผ้าทำงานหาเงิน ส่วนแฟนนอนเฝ้า” อีกทั้งตั้งแต่ยายป่วยมาเป็นระยะเวลาเกือบ 4 เดือน ประเด็นไม่สามารถออกไปไหนได้เลย อยากไปดูนาก็ไม่ได้ไป

เช่นเดียวกับกรณีศึกษาที่ 130 ป้าขาว อายุ 52 ปี อาชีพหลักทำไร่ ทำนา แต่งงานมีครอบครัว สามมีติดสุราเรื้อรัง มีลูก 3 คน ป้าขาวเป็นพี่คนโตจึงทำหน้าที่ดูแลน้อง ๆ ซึ่งส่งหลานมาให้เลี้ยง 2 คน และทำหน้าที่ดูแลบ้าน 2 หลังคือ บ้านของครอบครัวตนเอง และบ้านของพ่อแม่ ที่ปัจจุบันนี้มีน้องและหลานที่ยังไม่มีครอบครัวหรือมีปัญหาครอบครัวอยู่อาศัย และในบ้านนี้ยังมียายม้วน ซึ่งเคยดูแลป้าขาวและน้อง ๆ อาศัยอยู่ด้วย ยายม้วนมีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูง รับยาที่เวชปฏิบัติโรงพยาบาลด่านซ้าย แต่ยายรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ วันที่ 9 พฤษภาคม 54 ยายมีอาการอ่อนแรง แพทย์บอกเป็น Stroke มีเส้นเลือดสมองแตก กลับมาอยู่บ้านด้วยอาการแขนขาอ่อนแรงข้างขวา พูดไม่ได้ เดินไม่ได้ นอนตลอด แต่มือซ้ายมีแรงดี ทานข้าวเอง

ป้าขาวซึ่งเคยทำหน้าที่ดูแลแม่ที่เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งเต้านม และดูแลพ่อที่เสียชีวิตด้วยไตวายระยะสุดท้าย จึงเป็นผู้ดูแลยายม้วนที่เป็นญาติผู้ใหญ่ที่เหลืออยู่เพียงคนเดียว นอกจากยายม้วนแล้วป้าขาวยังต้องรับภาระดูแลทุกคนในบ้านทั้งของตนเอง 4 ชีวิต และบ้านหลังที่มียายม้วนอีก 6 ชีวิต และหลานอายุ 1 ปีกว่าอีก 1 คน รวมทั้งหมด 11 ชีวิตและบ้าน 2 หลัง ป้าขาวเล่าว่าตนเองนอนบ้านยายม้วน และตื่นนอนประมาณตี 5 ไปทำความสะอาดบ้านของตนเอง ทำอาหารให้สามมีและลูก เสร็จจึงกลับมาทำความสะอาดบ้านของยายม้วน ประมาณ 7 โมงเช้า เช็ดหน้าเช็ดตัว เปลี่ยนผ้าอ้อมสำเร็จรูป ใช้เวลาประมาณ 10-20 นาที หลังจากนั้นให้ยายนอนพักผ่อน ประมาณ 8-9 โมงเช้า ป้อนอาหารเช้า จากนั้นให้ยายม้วนนอนเล่น ดูทีวี 12.00 น. ป้อนอาหารตามเวลา และดูยายอุจจาระหรือปัสสาวะ ช่วงบ่ายก็เช็ดตัว ตอนเย็นก็ป้อนอาหาร กางมุ้งให้นอนประมาณ 2 ทุ่ม การดูแลยายม้วน ป้าขาวต้องก้ม ๆ เงย ๆ มีอาการปวดหลัง ปวดเมื่อยตามตัว ไปพบแพทย์ได้ยากเลย เส้นมารับประทาน ภายหลัง ๆ รู้สึกปวดขาข้างซ้าย และปวดเมื่อยทั้งตัว ปวดก้นกับร้าวลงขาขวา เป็นเรื้อรังมานาน ทานยาคลายเส้น อาการพอทุเลา แต่ยังไม่ได้ไปหาแพทย์ ซึ่งในขณะที่ดูแลยายม้วน ป้าขาวก็ดูแลหลาน 2 คน วัย 3 ขวบ ซึ่งชนมาก

ป้าขาวบอกว่าช่วงที่ยายม้วนช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ป้าเครียดเหมือนจะเป็นบ้า เนื่องจากก่อนหน้านี้สามมีป่วยหนักต้องใส่เครื่องช่วยหายใจ ป้าขาวต้องดูแลสามมีจนอาการดีขึ้น สามมีเริ่มช่วยเหลือตัวเองได้ไม่กี่วัน ยายม้วนก็ป่วย แขนขาอ่อนแรง พูดไม่ได้ ต้องนอนโรงพยาบาล และยังคงดูแลหลานที่พ่อแม่ทิ้งไปอีก ป้าขาวบอกรู้สึกเครียดสุด ๆ ป้าขาวจะเข้าไปในห้องน้ำส่งเสียงร้องกรี๊ดในห้องน้ำ เดือนละ 2-3 ครั้ง นอกจากนี้ค่าใช้จ่ายในการดูแลยาย เป็นค่าผ้าอ้อมสำเร็จรูปเดือนละ 2-3 ถุง หนังสือต่าง ๆ ทั้งหมดนี้เงินล้านกองทุนหมู่บ้านและหนี้ ธกส. รวมกันประมาณแสนบาท ป้าขาวยังไม่สามารถทำงานได้ ต้องดูแลยาย ดูแลหลาน

5.2.3 ภาระและผลกระทบด้านเศรษฐกิจ

ในการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องการการพึ่งพาระยะยาว พบว่าก่อให้เกิดภาระและผลกระทบด้านการเศรษฐกิจต่อผู้ดูแลและครอบครัว ได้แก่ 1) ค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการแสวงหาการรักษา ค่าเดินทางเข้ารับการรักษายาบาล และค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับอุปกรณ์ที่จำเป็นต้องใช้ในการดูแล เช่น ผ้ารองกันเปื้อน (แพมเพิร์ส) อาหาร รวมถึงการจ้างผู้ดูแลรายเดือน ซึ่งทำให้บางครอบครัวรายได้ไม่พอใช้ ก่อให้เกิดภาระและผลกระทบด้านการเศรษฐกิจของครอบครัว โดยเฉพาะครอบครัวที่มีปัญหาด้านเศรษฐกิจเดิมอยู่แล้ว 2) รายได้ลดลง เนื่องจากผู้ดูแลบางครอบครัวต้องหยุดงานหรือลาออกจากงานประจำ เพื่อมาทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุเหล่านี้ ทำให้ขาดรายได้ 3) มีหนี้สินเกิดขึ้น ค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีจำนวนมาก ได้ก่อให้เกิดภาระค่าใช้จ่ายต่อครอบครัว จนทำให้บางครอบครัวเกิดปัญหาด้านหนี้สินในการดูแล และ 4) ผู้ดูแลเสียโอกาสในด้านการประกอบอาชีพ จากภาระการดูแลที่ทำให้ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ หรือบางกรณีลาออกจากงาน รายละเอียดดังต่อไปนี้

ตารางที่ 18 จำนวนและร้อยละภาระและผลกระทบด้านเศรษฐกิจของผู้ดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

ภาระและผลกระทบด้านเศรษฐกิจ	จำนวน	ร้อยละ
1. ค่าใช้จ่ายเพิ่ม		
1) การแสวงหาการรักษา	80	44.69
2) แพมเพิร์ส (เฉลี่ย 1,533.59 บาท/เดือน)	64	35.75
3) ค่าเดินทาง (เฉลี่ย 955 บาท/เดือน)	25	13.97
4) ค่าจ้างผู้ดูแล (15,012 บาท/คน)	17	9.50
5) ค่าอาหาร (เฉลี่ย 4,500 บาท/เดือน)	11	6.15
2. รายได้ลดลง		
1) รายได้ประจำลดลง	40	22.35
2) ออกจากงาน	10	5.30
3) หยุดทำงาน	5	2.76
3. เงินไม่พอใช้ มีหนี้สิน		
1) มีหนี้สิน	16	8.94
2) เงินไม่พอใช้	8	4.47
4. ผู้ดูแลเสียโอกาสในด้านการประกอบอาชีพ	49	27.37

1) ค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น

จากการศึกษาพบว่าในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาระยะยาว ครอบครัวมีค่าใช้จ่ายที่สำคัญ ได้แก่ ค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการรักษายาบาล เช่น การแสวงหาการรักษาทุกประเภท พบถึงร้อยละ 45 ค่าเดินทางเข้ารับการรักษายาบาล ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับอุปกรณ์ที่จำเป็นต้องใช้ในการดูแล โดยเฉพาะแพมเพิร์ส

พบว่าผู้สูงอายุหนึ่งในสามมีความจำเป็นต้องใช้ เฉลี่ยเดือนละ 1,534 บาท และการจ้างผู้ดูแลรายเดือน พบว่า ค่าใช้จ่ายสูง ประมาณ 6,000 – 20,000 บาทต่อเดือน ซึ่งทำให้บางครอบครัวรายได้ไม่พอใช้ ก่อให้เกิดภาระ และผลกระทบด้านการเศรษฐกิจของครอบครัว โดยเฉพาะครอบครัวที่มีปัญหาด้านเศรษฐกิจอยู่แล้ว

กรณีศึกษาที่ 81 ตาบัว หรือ ครูบัว วัย 71 ปี ที่อาศัยอยู่ในตำบลส้มป่อย จังหวัดศรีสะเกษ ครู บัวป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง เมื่อ 5 ปีก่อน (พ.ศ.2550) ขณะไปหาปลา แขนขาอ่อนแรง ช่วยเหลือตนเอง ไม่ได้ แพทย์บอกมีภาวะหลอดเลือดสมอง ซึ่งในช่วงระยะ 5 ปีแรก ครูบัวหมดเงินค่าใช้จ่ายในการแสวงหาการรักษาไปจำนวนมาก จากที่เคยมีเงิน มีรถไถนาคันใหญ่ ต้องขายทุกอย่างเพื่อมารักษาตัว หวังให้หายจาก อัมพาต เดินทางไปแสวงหาการรักษาทั้งจังหวัดใกล้เคียงและกรุงเทพฯ ซื้อมาขวดละเกือบหมื่นบาท จ้างหมอนวดมานวดวันละ 2,000 บาทเป็นเดือน ๆ เทียวเสาะแสวงหาการรักษาตามที่ต่าง ๆ บ้าง จนหมดเงินค่ารักษา ทำให้มีปัญหาด้านเศรษฐกิจตามมา ภรรยาเป็นผู้ทำหน้าที่ดูแล ต่อมาภรรยาป่วยเป็นวัณโรคกระดูก ไม่สามารถ ดูแลสามีได้ต้องเรียกตัว นางมณฑา ลูกสาว อายุ 50 ปี ซึ่งทำงานและมีครอบครัวอยู่ที่กรุงเทพฯ ให้มาช่วยดูแล ปี 2553 จึงเป็นปีที่มณฑาต้องลาออกจากการทำงานโรงงานและทิ้งครอบครัว มาดูแลครูบัว บิดาที่ช่วยเหลือ ตัวเองไม่ได้ มีอาการอัมพาตครึ่งซีก ได้แต่ส่งเสียงร้องอืออ่า ๆ และพยักหน้า ร้องไห้ทีไรทุกครั้งทีเห็นลูกมา เยี่ยม ลูกสาวต้องดูแลกิจวัตรประจำวันทุกอย่างตั้งแต่ตื่นนอน โดยหามครูบัวลงมาข้างล่าง เพื่ออาบน้ำ ล้าง หน้า แปรงฟัน ป้อนอาหาร ครูบัวนอนแคร่ใต้ถุนบ้าน ฟังวิทยุ โดยมีภรรยาอยู่เป็นเพื่อน ช่วงเย็นหลังอาบน้ำ เสร็จจะหามครูบัวขึ้นไปบนบ้าน ป้อนข้าว นอนดูทีวี มณฑาให้การดูแลบิดาเป็นอย่างดี ตลอด 3 ปีของการ ดูแล ครูบัวไม่มีแผลกดทับ ร่างกายและเสื้อผ้าดูสะอาด แต่ขณะสนทนามณฑาจะร้องไห้ น้อยใจตัวเอง เครียด กับปัญหาเรื่องความขัดสนเงินทอง ครูบัวซึ่งเป็นข้าราชการครูเกษียณอายุ แต่ไม่มีเงิน บ้านหลังใหม่อยู่ ครอบครัวต้องอาศัยบ้านไม้เก่าทรุดโทรม ใต้ถุนสูงโล่ง หลังคามุงสังกะสี ฝาบ้านทำด้วยไม้ไผ่สาน

2) รายได้ลดลง

จากการศึกษาพบว่าผู้ดูแลร้อยละ 30.13 มีรายได้ลดลง เนื่องจากผู้ดูแล ร้อยละ 8 ต้องหยุดงาน หรือลาออกจากงาน เพื่อทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ และมีความต้องการการพึ่งพาระยะ ยาว ทำให้ขาดรายได้ และรายได้ของครอบครัวลดลง มีผลต่อเศรษฐกิจของครอบครัว และส่งผลต่อการดูแล รักษาผู้สูงอายุที่ต้องการการพึ่งพาระยะยาว ซึ่งบางครอบครัวที่ผู้ดูแลมีความจำเป็นต้องประกอบอาชีพเพื่อหา เลี้ยงครอบครัว เมื่อผู้สูงอายุมีอาการภาวะวิกฤตแม้จะช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ผู้ดูแลบางส่วนต้องอพยพเข้าไป ทำงานในเมืองใหญ่ทั้งแบบถาวร หรือเฉพาะช่วงกลางวัน ทำให้ผู้สูงอายุที่พึ่งพาระยะยาวต้องอาศัยอยู่เพียง ลำพัง หรืออยู่กับคู่สมรส

ดังกรณีศึกษาที่ 1 จิม เป็นลูกสาวหล้า (ลูกสาวคนเล็ก) มีลูก 3 คน สถานภาพสมรสหม้าย จิม ทำงานโรงงานที่กทม. ต้องลาออกจากงาน เมื่ออายุที่ 25 พฤษภาคม 2553 ยายประเสริฐมีอาการวิงเวียน ศรีษะ มีแขนขาซีกซ้าย อ่อนแรง พูดลำบาก ได้รับการส่งต่อไปโรงพยาบาลจังหวัดนันทบุรีรักษาตัว 2 คืน และลูก คนอื่น ๆ ของยายประเสริฐตัดสินใจส่งตัวแม่ไปรักษาโรงพยาบาลเอกชน เนื่องจากมีความรู้สึกที่ว่า โรงพยาบาลไม่ได้ทำการรักษาอะไร หมดเงินค่ารักษาพยาบาล 20,000 กว่าบาท แพทย์จึงให้กลับบ้าน และไป พบรักษาต่อที่โรงพยาบาลเอกชนเดือนละครั้ง หมดเงินค่ายาและค่ารถประมาณ 2,000 บาทต่อครั้ง ต้นปีพ.ศ.

2554 จิมจึงย้ายการรักษาไปโรงพยาบาลของรัฐใกล้บ้านเพราะสู้ค่าใช้จ่ายไม่ไหว รวมค่ารักษาทั้งหมดประมาณ 40,000 บาท ต่อมาเดือนกรกฎาคม 2554 ยายประเสริฐเริ่มเข้ารับการรักษาศัลยกรรมที่จังหวัดสระบุรี โดยวิธีฝังเข็ม ลูกสาวคนโตพาไปรักษา หดค่ารักษาประมาณครึ่งละ 700 บาท แต่เดินทางลำบาก จึงย้ายเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยวิธีฝังเข็มเช่นเดิม ลูกสาวยายประเสริฐได้ซื้อยาสมุนไพรราคาประมาณชุดละ 13,000 กว่าบาท มารักษาพร้อมด้วย ยายประเสริฐฝังเข็มจนครบ อาการดีขึ้นเล็กน้อย แต่ยังไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ต้องนอนอยู่บนเตียงตลอด ขยับแขนได้เล็กน้อย จึงกลับมาอยู่บ้าน ลูกทั้งหมดช่วยกันออกค่ารักษาครั้งที่ 2 เป็นเงินประมาณ 20,000 บาท

เมื่อยายประเสริฐกลับมาอยู่ที่บ้านในช่วงปีแรกจิมต้องทำหน้าที่ดูแลพ่อแม่อยู่ที่บ้าน จิมได้รับเงินช่วยเหลือจากพี่น้องเพื่อใช้จ่ายดูแลครอบครัวและการดูแลรักษาพ่อแม่ เดือนละ 7,000 บาท เมื่อระยะเวลาการดูแลผ่านไป 1 ปี ยายประเสริฐมีอาการดีขึ้น แต่จิมเริ่มมีความเครียดความกังวลขึ้นมาเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการดูแลยาย และมีความรู้สึกเครียดกับความช่วยเหลือของพี่น้องซึ่งมีรายได้สูงและการศึกษาสูง แต่ตนเองต้องรับภาระดูแลพ่อแม่และครอบครัว รู้สึกตนเองด้อยคุณค่าต้องรอรับเงินจากพี่น้อง จิมต้องปรับวิถีชีวิต เปิดร้านขายน้ำหวานหน้าบ้าน และรับผ้ามาเย็บที่บ้าน โดยมีตาชายเป็นผู้ช่วย จิมเล่าทั้งน้ำตาว่า ตอนนี้มีตนเองเพียงคนเดียวในครอบครัวที่หารายได้เลี้ยงคนทั้ง 5 คน งานเย็บผ้าที่รับมาทำได้เดือนละประมาณ 2,000 บาท ไม่พอเลี้ยงคนในบ้าน พี่สาวส่งเงินมาให้เดือนละ 2 พันบาท น้องชายที่รับราชการครูจะแต่งงานจึงไม่ทราบว่าจะสามารถให้ได้เหมือนเดิมหรือไม่ ส่วนเงินเดือนผู้สูงอายุ 1,400 บาท ตั้งใจจะเก็บไว้ให้ยาย แต่บางเดือนเงินไม่พอนำออกมาใช้ ส่วนพี่ชายคนโตมีการศึกษาสูง ทำงานบริษัทแต่ไม่ได้ช่วยเหลือครอบครัว จะขอก้เกรงใจ และตอนนี้ลูกสาวที่เรียนปวส.ใกล้จบอยากเรียนต่อปริญญาตรีในมหาวิทยาลัยไม่รู้จะหาเงินจากตรงไหนให้บางเดือนเงินใช้จ่ายในครอบครัวไม่พอใช้ ต้องขอยืมเงินจากเพื่อน

จิมอยากไปทำงานหาเงินเหมือนเดิมแต่ทำไม่ได้ต้องดูแลแม่ เมื่อเดือนธันวาคม 2555 จิมตัดสินใจออกจากงานเป็นผู้ดูแลไปทำงานขอนแก่นเพื่อหาเงิน ภาระการดูแลจึงอยู่กับตาชาย ซึ่งเป็นโรคถุงลมโป่งพองและต่อมลูกหมากโต เมื่อไม่มีจิม ตาชายต้องทำหน้าที่ดูแลยาย และต้องดูแลหลานสาวคนเล็ก ตาชายทำอาหารดูแลยาย และทำงานบ้านทุกอย่าง บ้านที่เคยสะอาด กลับมีฝุ่นและมีสิ่งของวางเกะกะ จิมจะมาเยี่ยมเมื่อช่วงเวลาที่แม่ต้องไปพบแพทย์ เมื่อวันที่ 2 มิถุนายน 2556 ตาชายตื่นขึ้นมาหนึ่งชั่วโมงมีอาการหน้ามืดต้องเข้ารักษาโรงพยาบาล ส่วนยายประเสริฐ เดิน Walker หกล้มบริเวณหน้าบ้าน เมื่อกลางเดือนมิถุนายน 2556

กรณีศึกษาที่ 57 พี่ประกัน ลูกสาวคนสุดท้าย ที่ต้องดูแลลุง อายุ 68 ปี สถานภาพสมรสหม้าย อาชีพเดิมเป็นผู้รับเหมาก่อสร้าง ต่อมาเมื่อมีภาวะโรคหลอดเลือดสมอง และมีโรคเบาหวาน ทำให้รายได้ของลุงจึ้นหายไป ผู้ดูแลคือพี่ประกัน ซึ่งแต่งงานใหม่กับสามีชาวหนองคายและทำงานขายอาหารอยู่ที่ชลบุรี และมีประวัติเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง เมื่อท้องใกล้กำหนดคลอดจึงกลับมาอยู่บ้าน พร้อมดูแลพ่อ พี่ประกันไม่ได้ทำงาน จึงไม่มีรายได้ รายได้จากสามีเพียงคนเดียวที่ทำงานแบกข้าวโรงสีในหมู่บ้าน เพื่อเลี้ยงสมาชิกในครอบครัว จำนวน 11 คน ที่ยังช่วยตัวเองไม่ได้ พี่ประกันเครียดเกี่ยวกับเรื่องเงิน “ส่วนที่ทำให้ น้ำตาไหลคือเงิน ลูกหลานไม่ค่อยมีปัญหา” ส่วนลุงเงินผ่าตัดใส่เลนส์ตาเทียม ต้องหยอดยา 4 เวลา ต้องไปรับยาโรงพยาบาล ถึงแม้ในโครงการผ่าตัดฟรี มีรถรับส่ง ให้รับผู้ป่วยไปโรงพยาบาล แต่ลุงเงินไม่สามารถขึ้นรถได้

การขึ้นลงลำบาก และรถไม่เหมาะสม ลูกสาวต้องเหมารถไปโรงพยาบาล พาไปรับยาครั้งละ 1,000 บาท “ทุกวันนี้ต้องไปหาแพทย์ ผ่าตัดตา ผ่าตัดฟรี มีรถฟรี โครงการสปสข. มีรถให้รับผู้ป่วยไปโรงพยาบาลบางมูลนาก แต่ตาขึ้นรถบัสนี้ไม่ได้ รถไม่เหมาะ ต้องเหมารถ 1,000 บาท ขอเบิกเงินผู้สูงอายุไปก่อน”

3) เงินไม่พอใช้ มีหนี้สิน

จากการศึกษาพบว่าผู้ดูแลมีปัญหาเงินไม่พอใช้ และมีหนี้สินจากการดูแลผู้สูงอายุ ร้อยละ 13 ในระยะแรกส่วนใหญ่เป็นค่าใช้จ่ายในการแสวงหาการรักษาทั้งการแพทย์แผนปัจจุบัน การแพทย์แผนโบราณและการแพทย์ทางเลือก ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุและครอบครัวเสียค่าใช้จ่ายสูงในการแสวงหาการรักษา ทำให้มีภาระและผลกระทบด้านเศรษฐกิจมาก บางครอบครัวเกิดปัญหาเงินไม่พอใช้ และเกิดหนี้สินในการดูแลตามมา และมีผลกระทบต่อคุณภาพของการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาระยะยาว

กรณีศึกษาที่ 153 ยายบัวแก้ว อายุ 68 ปี ประวัติเส้นเลือดไปเลี้ยงหัวใจตีบ (ใส่ balloon) โรคไตเรื้อรัง โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคไตวายแบบเฉียบพลัน อาศัยอยู่กับสามีชื่อตาทา บุตรชายและสะใภ้ และมีบุตรชายคนโตเป็นพระจำวัดอยู่ในหมู่บ้าน ยายคำเริ่มป่วยด้วยโรคไตวาย เมื่อ 6 เดือนที่ผ่านมาต้องรักษาไตด้วยวิธีการฟอกเลือด ประมาณ 3 เดือน จำนวน 25 ครั้ง เสียค่าใช้จ่ายในการรักษา 13 ครั้ง ครั้งละ 1,500 บาท รวมเงินค่ารักษาทั้งหมดเกือบ 20,000 บาท ซึ่งช่วงที่ฟอกเลือด 3 เดือนเป็นช่วงที่วิกฤตที่สุดของครอบครัว มีปัญหาเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษา ทำให้วางแผนจะขายที่ดินเพื่อมารักษายาย ต้องขอความช่วยเหลือจากสังคมสงเคราะห์ของทางโรงพยาบาล และต้องเปลี่ยนวิธีรักษามาเป็นวิธีการล้างไตแบบ CAPD ที่บ้าน ครอบครัวต้องกู้เงินธนาคารมาจำนวน 50,000 บาท โดยเอาบ้านและที่ดินเข้าจำนองกับธนาคาร เพื่อสร้างห้องปราศจากเชื้อ สำหรับใช้ล้างไตตามมาตรฐานการรักษาที่บ้าน โดยมีพระลูกชายเป็นคนล้างไตให้วันละ 4 ครั้ง ได้แก่ เช้า เที่ยง กลางวัน และค่ำ ใช้เวลานาน ประมาณ 1-2 ชั่วโมง

กรณีศึกษาที่ 4 ยายพิมพ์พา ป่วยด้วยภาวะหลอดเลือดสมองต้องเข้ารับการรักษา พี่ประเสียน ผู้ดูแลเล่าว่าในช่วงที่ไปรับการรักษาครั้งแรกที่โรงพยาบาลขอนแก่น ได้ยืมเงินชาวบ้านจำนวน 5,000 บาท ยืมเงินหลาน 3,000 บาท พร้อมเงินเก็บของตนเอง เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการเหมารถ ค่ากินค่าอยู่ ค่าเลี้ยงอาหารกลางวันสำหรับคนไปเยี่ยม หมดเงินประมาณ 10,000 กว่าบาท พี่ประเสียนบอกว่ายายไม่มีลูก ไม่มีรายได้ ได้รับเฉพาะเบี้ยยังชีพ 600 บาทเท่านั้น เมื่อเงินเดือนยายออก พี่ประเสียนจะนำไปซื้อของกิน และเครื่องใช้ทั้งนม แอมป์เพิร์ส ซึ่งยายจะใช้แอมป์เพิร์ส เฉพาะตอนกลางคืน คืนละ 1 แผ่น จากแต่เดิมที่ใช้วันละ 4 แผ่น จนเงินหมด พี่ประเสียนเครียด น้อยใจที่ตนเองและครอบครัวต้องรับผิดชอบดูแลผู้เดียว ไม่มีญาติพี่น้องคนอื่น ๆ เข้ามาช่วยเหลือ

4) ผู้ดูแลเสียโอกาสในด้านการประกอบอาชีพ

จากการศึกษาพบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุถึงประมาณร้อยละ 8 ที่ต้องลาออกจากงานหรือหยุดการประกอบอาชีพเดิมเพื่อทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุที่ต้องภาวะพึ่งพาระยะยาว ทำให้ผู้ดูแลเหล่านี้เกิดการเสียโอกาสในด้านการประกอบอาชีพ และสูญเสียโอกาสในตำแหน่งหน้าที่การงาน ซึ่งแม้จะไม่ใช่มีตำแหน่งหน้าที่การงานที่สูง แต่ภาระการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวได้ทำให้ผู้ดูแลสูญเสียโอกาสและปิดกั้นโอกาสและการประกอบอาชีพ และไม่สามารถกำหนดมีอนาคตของตนเองได้ เป็นการสูญเสียที่ประเมินค่าไม่ได้

กรณีศึกษาที่ 55 พี่เชิญ ลูกชายวัย 46 ปี ผู้ดูแลยายทองคำ เดิมทำงานที่โรงงานในจังหวัดสมุทรปราการ ต้องลาออกจากการเพื่อมาอยู่ดูแลซึ่งป่วยและช่วยเหลือตนเองได้น้อย ทำให้โอกาสในการทำงาน และการมีครอบครัวของพี่เชิญขาดหายไป ถึงแม้ว่าค่าใช้จ่ายในการดูแลยายจะได้จากลูกของยาย 4-5 คนที่ส่งมาให้ทุกเดือน แม้ว่าพี่สาวจะสร้างบ้าน และซื้อมอเตอร์ไซด์ให้พี่เชิญ 2 คัน โดยไม่ได้เอ่ยปากขอ “ไม่ต้องได้ขอเขาซื้อให้ ถ้าขอเงินมีปัญหาถ้าเขาบ่น ก็จะบอกให้มาดูแลเอง เขาก็ไม่พูดอะไร” แต่พี่เชิญมองว่าตนเองเป็นผู้ที่เสียสละแทนพี่น้องทั้งหมด ไม่ไปทำงานหาเงินแต่ต้องมารับภาระในการเป็นผู้ดูแลแม่ “ฉันเสียสละแทนลูกคนอื่น” ทุกวันนี้พี่เชิญจะทำในสิ่งที่ชอบและถนัด คือสานแห มีแหเป็น 100 กว่าหลัง สังเกตเห็นเสาเกือบทุกต้นของบ้านจะมีแหแขวนอยู่ และทุกวันพี่เชิญจะออกไปทอดแห หาลามาขาย ส่วนการทำงานหรือทำอาชีพอื่น พี่เชิญบอกว่าไม่ถนัดและไม่มีความรู้ในการทำงานอย่างอื่น จึงไม่รู้จะไปทำงานอะไร เคยไปทำงานโรงสีแล้วก็ต้องกลับมาอยู่กับแม่ ต้องทำงานอยู่ใกล้บ้าน แม่จะเรียกใช้ตลอด

5.2.4 ภาระและผลกระทบด้านสังคม

จากการศึกษาพบว่า การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาเรยะยาว ทำให้เวลาส่วนใหญ่ของผู้ดูแลต้องใช้ไปกับกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุ ทำให้การมีปฏิสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับคนรอบข้างและชุมชนลดลง ซึ่งทำให้ผู้ดูแลขาดโอกาสและเกิดผลกระทบทางด้านสังคม 3 ประการ ได้แก่ 1) กิจกรรมทางสังคม ได้แก่ ไม่สามารถไปไกลได้ การเข้าร่วมกิจกรรมชุมชนลดลง พบปะเพื่อนน้อยลง 2) มีปัญหาความขัดแย้งกับคนใกล้ชิด ได้แก่ ความขัดแย้งกับญาติพี่น้อง กับคู่สมรส หรือแฟน 3) กิจกรรมส่วนตัวและครอบครัวลดลง ได้แก่ การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา กิจกรรมภายในครอบครัว ซึ่งการขาดโอกาสทางสังคมเหล่านี้ทำให้ผู้ดูแลเกิดภาระและผลกระทบทางด้านสังคมตามมา

ตารางที่ 19 จำนวนและร้อยละของภาระและผลกระทบด้านสังคมของผู้ดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

ภาระและผลกระทบด้านสังคม	จำนวน	ร้อยละ
1. กิจกรรมทางสังคมลดลง		
1) เข้าร่วมกิจกรรมชุมชนลดลง	51	26.98
2) ไม่ได้พบ / พบปะเพื่อนน้อยลง	5	2.65
2. มีปัญหาความขัดแย้ง		
1) ขัดแย้งกับพี่น้อง	71	37.57
2) ไม่มีเวลาให้ครอบครัว	5	2.65
3) เลิกกับแฟน ทะเลาะกับแฟน	2	1.06
3. กิจกรรมทางศาสนาและการพักผ่อน		
1) ไปไหนไกลไม่ได้	66	34.92
2) ไม่ได้ไปวัด	10	5.29

1) กิจกรรมทางสังคมลดลง

พบว่า การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพรุนแรง ผู้ดูแลใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่กับผู้สูงอายุเพียงลำพัง ทำให้ไม่สามารถไปไหนไกลได้ กิจกรรมทางสังคมลดลงเกือบร้อยละ 30 ทั้งการเข้าร่วมกิจกรรมชุมชน ลดลง การพบปะเพื่อนน้อยลง การทำกิจกรรมร่วมกับเพื่อน เพื่อนบ้าน ผู้ดูแลตกอยู่กับสภาวะของการดูแลตลอดเวลา ส่งผลทำให้ผู้ดูแลมีปฏิสัมพันธ์กับคนอื่นในชุมชนและสังคมลดลงหรือบางคนไม่มีเลย จึงทำให้ผู้ดูแลขาดโอกาสในการทำกิจกรรมที่ผ่อนคลาย ขาดเพื่อน ขาดการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร เรื่องราวต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในสังคม

กรณีศึกษาที่ 7 พูนสุข อายุ 45 ปี ลูกสาวผู้ดูแลยายหนู ซึ่งป่วยด้วยโรคไตเรื้อรัง เมื่อประมาณ 6-7 ปี เข้ารับการรักษาโดยการทานยาที่คลินิกแพทย์ ปัจจุบันอาการดีขึ้น หายยาได้ 1-2 ปี ภายหลังจากที่ยายหนูป่วยเข้ารับการผ่าตัดนิ้วเท้า ยายหนูช่วยเหลือตนเองได้น้อยลง พูนสุขได้เข้ามาเป็นผู้ดูแลหลัก ช่วยทำกิจวัตรต่าง ๆ ให้ยาย และนอนเป็นเพื่อนในช่วงกลางคืน พูนสุขต้องตื่นตั้งแต่ตี 4 กลับมาทำงานที่บ้านตนเองเพื่อหนึ่งข้าว จัดเตรียมของไปขายโรงเรียน ต้มน้ำข้าวโพด ลูกชิ้น เตรียมกับข้าวที่ซื้อมาจากตลาด เตรียมเอาไว้ให้ยาย ยายชอบทานปลา ประมาณ 6 โมง กลับไปดูแลยายที่บ้านซึ่งอยู่อีกหลัง พายายเข้าห้องน้ำ เปลี่ยนแพมเพิร์ส เปลี่ยนเสื้อผ้า จัดเตรียมของให้ยายแปรงฟัน เช็ดตัวให้ยาย ดูแลจนยายออกจากห้องน้ำ ประมาณ 7 โมง เดินทางออกจากบ้านไปขายของโรงเรียน บางวันจะมีลูกชายแวะมาเยี่ยมยายหนู ถ้าวันไหนว่างประมาณ 10 โมง พูนสุขจะกลับบ้านมาดูแลยาย เอาข้าวมาส่ง ซักผ้า กวาดบ้านให้ยาย แต่ถ้าวันไหนไม่ว่าง สามีจะเป็นคนเอาอาหารมาให้แทน พูนสุขไปขายอาหารที่โรงเรียนถึงประมาณบ่ายโมงกว่าจะกลับบ้านมาเย็บผ้าโหล (กำลังนั่งเย็บผ้าโหลขณะที่ผู้วิจัยสัมภาษณ์) ประมาณบ่ายสามโมงจะอาบน้ำ สระผมให้ยาย ทำอาหารให้ยาย จนประมาณเกือบ 5 โมงเย็น ยายจะเข้าไปนอนพักที่เตียง ส่วนพูนสุขจะไปตลาดสด ซื้ออาหารของสดมาเตรียมขายและซื้ออาหารเข้าของยายมาจากตลาด หลังกลับจากตลาด พูนสุขจะเตรียมของขายที่โรงเรียนในวันต่อไป ทำกับข้าว อาบน้ำ รับประทานอาหาร อยู่เฝ้าบ้านรอนแฟนกลับมา และประมาณสี่ทุ่มจึงไปนอนเป็นเพื่อนยายหนู

พูนสุขเล่าให้ฟังว่า ช่วงที่ยากที่สุดในการดูแลยาย คือการที่ยายต้องเข้านอนรับการรักษาตัวในโรงพยาบาล ตนเองต้องนอนเฝ้า และทำให้ไปไหนมาไหนลำบาก ไม่เหมือนเดิม พูนสุขบอกว่าปกติตนเองเป็นคนชอบสนุกสนาน ช่วยงานให้กับชุมชน และทำหน้าที่เป็นมือตีกองยาวของหมู่บ้าน ชอบเที่ยวหมอรำ แต่ตั้งแต่ยายป่วย พูนสุขไม่ได้ไปช่วยชาวบ้าน ไม่ได้ไปเที่ยว จะไปร่วมงานบุญในชุมชนนานไม่ได้ แม่จะคอย“พี่เป็นคนมักม่วน เป็นมือกลองยามตีกองยาวก็ผู้นี้แหละ หมอรำมาได้ไปเที่ยวสักที่ตั้งแต่เราป่วยมานี้...” เช่นเดียวกับผู้ช่วยสมทรง ลูกชายยายหนูที่เข้ามาช่วยพูนสุข เล่าให้ฟังว่าช่วงที่ยากมากในการดูแลยายคือ ช่วงเก็บเกี่ยวข้าว “ช่วงที่ยากที่สุดคือเกี่ยวข้าว แแนวข้าวปีหนึ่งมันต้องเอาให้กิน ไว้ใจธรรมชาติได้ ไปเกี่ยวข้าวหน้านี้อีกก็ต้องมีผ้าป่า บุญกฐิน”นอกจากนี้หน้าที่ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้านต้องทำกิจกรรมต่าง ๆ ทางราชการและชุมชน ทำให้มีความยากลำบากในการดูแล จนผู้ช่วยสมทรงเล่าว่าได้พูดหยอกยายว่า “ถ้าเป็นเมียเบ้งดอก หาเอาใหม่เลย แต่นี่เป็นแม่”

2) มีปัญหาความขัดแย้งกับของญาติพี่น้อง

ภาระทางสังคมที่พบมากในการดูแลผู้สูงอายุ คือ ปัญหาความขัดแย้งกับญาติพี่น้อง ซึ่งพบว่าส่วนใหญ่ภาระการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวถูกผลักภาระให้กับคนที่อาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกับผู้สูงอายุ ปัญหาการดูแลผู้สูงอายุที่พึ่งพาระยะยาวเป็นเรื่องในครอบครัว ที่คนในครอบครัวต้องทำหน้าที่ ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกไม่ได้รับความช่วยเหลือจากญาติพี่น้อง นอกจากนี้ในกรณีที่ผู้สูงอายุไม่มีผู้ดูแลอยู่ร่วมชายคาด้วย พบว่าบางครอบครัวเกิดการเกี่ยงกันในการรับภาระดูแลผู้สูงอายุ เกิดปัญหาความขัดแย้งในการดูแลเกิดขึ้น ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพการดูแลของผู้สูงอายุ รวมทั้งผู้สูงอายุไม่ได้รับการดูแล

กรณีศึกษาที่ 73 ยายขึ้น อายุ 84 ปี สามีเสียชีวิต มีลูกที่มีชีวิตอยู่ 12 คน อาศัยอยู่กับลูกชายคนสุดท้องที่ป่วยเป็นจิตเวชแล้ว ต้น ปี 2555 ยายเริ่มมีอาการชักซ้ายอ่อนแรง ญาติพาไปโรงพยาบาลในจังหวัดแพทย์บอกเป็นโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีัย อายุ 47 ปี ลูกสะใภ้ยายขึ้น ทำหน้าที่ดูแลหลัก ยัยเล่าว่ายายขึ้นแม่สามีเกลียดยัย ไม่ยอมจัดพิธีแต่งงานให้กับยัยกลัวหายว่ายัยทำเสน่ห์ให้สามีเลิกกับภรรยา และกล่าวยายขึ้นรักลูกไม่เท่ากัน สามีของตนเองไม่เคยได้รับความรัก เช่นเดียวกับ ลักษณะ ลูกสาวตาบอดของยายขึ้น แต่ยายรักลูกชายที่ชื่อมานะกับธานีมากกว่าลูกคนอื่น เมื่อยายขึ้นป่วยมีอาการแขนขาอ่อนแรง ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ และลูกคนที่อยู่ด้วยเป็นโรคจิต ไม่สามารถดูแลได้ ทำให้มีปัญหาเกี่ยงกันของลูกทั้ง 12 คนที่จะดูแลยายขึ้น ทุกคนจะให้ยัยซึ่งเป็นลูกสะใภ้รับภาระดูแล ยัยจึงต่อว่า “เป็นลูกสะใภ้จะมารับทั้งหมดก็คงจะไม่ไหว ถ้ามาดูแลทุกวันแล้วจะเอาอะไรไปกิน ตอนแรกมีปัญหาเกี่ยงกัน คนนั้นก็ไม่ได้เงิน คนนี้ก็ไม่ได้เงิน แต่จะให้ดูแล ตนเองก็เลยบอกไปว่า ถ้าไม่มีคนจ่ายก็ต้องทำใจกันนะตนเองก็จะดูแลเฉพาะ 1 วันเท่านั้น” สุดท้ายจึงมีเพียงลูก 6 คน ที่ยอมดูแล แบ่งเวลาการดูแลกันคนละวัน และบางคนที่ไม่มาดูแลก็จะจ่ายค่าจ้างให้ยัยดูแลแทน ส่วนลูกที่เหลืออยู่อีก 6 คน ไม่มีใครมาดูแลยายขึ้นเป็นประจำและไม่ยอมจ่ายค่าจ้าง

ยัยเล่าว่าครั้งแรกที่มาดูแลยายขึ้นรู้สึกกระอักกระอ่วนใจ “ก็อึดอ่วนใน ตอนแรก แกเคยว่าเคยด่าหาย่าเป็นกระหรี่ไล่ให้ไปจากแผ่นดินกู” ยัยเล่าว่ายายขึ้นไม่ได้ด่า มีแต่ว่าเหน็บแนม แต่ไม่ถือสาแล้ว ตอนนี้สามารถให้อภัย ไม่จองเวร รอรวันตาย แต่การดูแลทำตามหน้าที่ เหมือนกับมารับจ้างดูแลและดูแลตอบแทน 1 วัน ยัยเล่าว่า 8 โมงเช้า ขึ้นมาล้างหน้า ชงโอวัลติน เช็ดตัว หาขนม หายาให้ทาน เสร็จแล้วให้นอนดูทีวี ไปหาข้าวหุงข้าวให้กิน ให้นอนฟังวิทยุ ดูทีวี ตอนเที่ยง หาข้าวให้กิน อาบน้ำ เปลี่ยนผ้าอ้อม เช็ดตัว ทาแป้ง ก็ให้นอนดูทีวี บางครั้งพาลงมาบริเวณใกล้บันได ยายอยากดูรถเล่นไปมา ตอนเย็นหาอาหารให้ทาน ให้อาบน้ำ และนอน ยัยเล่าว่ายายขึ้นยังอยากรู้อยากเห็น อยากมามาดูนั่นดูนี่ ทำให้ต้องพายายลงมาบริเวณใกล้บันได ให้ได้มองเห็นมอญนี้ แต่จะมีปัญหาช่วงพายายขึ้นลงมาเพราะตัวหนัก ยัยบอกว่าบางทีปวดหลังมาก สามีจะคอยแบกลงจากบ้าน นอกจากดูยายแล้วยังต้องดูแลลูกชายของยายขึ้นที่ป่วยเป็นโรคจิตประสาท ยัยเล่าว่าไม่มีใครกล้ามารับจ้างดูแลยายขึ้นเพราะคนกลัวลูกชายที่เป็นโรคประสาท และยัยเล่าว่าถ้าให้เลือกได้ ชอบทำงานสวน ก่อสร้าง หาปลา ทำงานกับแฟนมากกว่า และคงดูแลยายได้แค่นี้ เพราะลูกแท้ ๆ ยังไม่ได้ดูแลยายเลย “ลูกสาวเขายังไม่ค่อยจะดู ลูกสาวไม่เห็นทำอะไรให้ ไม่ทำอะไรให้เลย ลูกเขาแม่เขาก็ต้องมาช่วยกันดูแล ก็ดูแลไปจะให้มากกว่านี้คงไม่ได้”

3) ขาดกิจกรรมศาสนาและการพักผ่อน

พบว่าในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวผู้ดูแลต้องอยู่ดูแลผู้สูงอายุเกือบตลอด 24 ชั่วโมงและต้องดูแลเพียงลำพัง ทำให้ผู้ดูแลไม่สามารถไปไหนไกลได้ เกือบร้อยละ 35 ทำให้ผู้ดูแลขาดโอกาสในการทำกิจกรรมความเชื่อส่วนตัวและขาดการพักผ่อน โดยเฉพาะกิจกรรมที่เกี่ยวกับความเชื่อในสิ่งที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ เช่น การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ร้อยละ 5 ซึ่งการขาดโอกาสทางสังคมเหล่านี้จะทำให้ผู้ดูแลไม่ได้รับการปลดปล่อยภาระ ไม่ได้พักผ่อน ทำให้ผู้ดูแลบางส่วนรู้สึกมีความทุกข์ใจ

กรณีศึกษาที่ 136 ต้อง อายุ 64 ปี สถานะสมรสหม้าย ประกอบอาชีพนายหน้าขายที่ดิน ธุรกิจขายตรง และทำธุรกิจส่วนตัวกับเพื่อนที่ประเทศลาว เป็นลูกชายคนโตที่ทำหน้าที่ผู้ดูแล ตาประสิทธิ์ อายุ 90 ปี ข้าราชการครูบำนาญ ซึ่งป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง รักษาที่โรงพยาบาลชุมชนแต่ไม่ต่อเนื่อง มีปัญหาหูตึงมาก หกล้มในห้องน้ำ และมีอาการขาอ่อนแรง เดิมอาศัยอยู่กับลูกสาวที่ตลาด ในปี 2550 น้ำท่วมที่ตลาด จึงต้องย้ายมาอยู่กับลูกสาวชื่อน้อย ที่มีอาชีพรับราชการครู น้อยตามต้องมาช่วยดูแลพ่อ ตั้งแต่ ปี 2550

ตาประสิทธิ์ขาไม่มีแรง เวลายืนขาจะสั่น/ล้ม เดินไม่ได้ ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย กิจวัตรการดูแลเริ่มตั้งแต่ตี 5 ตาประสิทธิ์จะเรียกต้องให้พาเข้าห้องน้ำ ล้างหน้า ล้างปาก และรับประทานอาหารเช้า ตาเป็นคนตรงต่อเวลา ได้กำหนดเวลาอาหารด้วยตนเอง คือ 8.00 น., 12.00 น. และ 18.00 น. ถ้าถึงเวลาแล้วไม่ได้ทานจะไว้วาย น้อยจึงเป็นคนเตรียมไว้ในตู้กับข้าว เมื่อถึงเวลาต้องจะยกมาให้ตาประสิทธิ์ทาน หลังทานข้าว ต้องจะจัดยาหลังอาหาร และให้ดื่มนมเปรี้ยวทุกวันหลังกินยาเพราะตาบอกว่ายาขม หลังจากนั้นตาจะอ่านหนังสือโดยมีแว่นขยายอยู่ข้างกายตลอดเวลา คำนวนโชคชะตาหรือคำนวนเลขเก้งหวยเพื่อซื้อหวย ดูทีวีรายการที่ชอบ เช่น มวย และจะเปลี่ยนแอมเพิร์สช่วงเช้าและเย็น เวลาห้าโมงเย็น (17.00 น.) ต้องจะพาตาไปอาบน้ำ ให้ตานั่งรถเข็นเข้าห้องน้ำ ตาประสิทธิ์ถอดเสื้อได้เอง ช่วยถอดกางเกงและเอาผ้าก๊วให้ตาอาบน้ำเอง ช่วยเช็ดตัวและเปลี่ยนเสื้อผ้า หลังทานข้าวเย็น ตาจะดูทีวี และนอนประมาณ 1 พุ่มครึ่ง – 2 พุ่ม ต้องต้องทำกิจวัตรเหล่านี้ทุกวัน ทำให้ต้องไม่ได้ไปไหน ต้องต้องเปลี่ยนวิธีการประกอบอาชีพใหม่ ด้วยการติดต่อลูกค้าทางโทรศัพท์ อินเทอร์เน็ต (Internet) และจากที่เคยไปหาเพื่อน หาลูกบอย ต้องเปลี่ยนไปเยี่ยมลูกหรือเพื่อนที่กรุงเทพเดือนละ 1 ครั้ง ใช้โทรศัพท์คุยกับลูก ใช้ Internet แทน

เช่นเดียวกับแม่เย็น **กรณีศึกษาที่ 150** ที่ดูแลสามีจนไม่มีเวลาส่วนตัว ไม่มีเวลาพักผ่อน ไม่ไปร้านเสริมสวย ไม่ไปซื้อของไกล ๆ เพราะเป็นห่วงตา แม่แต่งงานหมั้นลูกสาวที่ทำงานในมหาวิทยาลัย ซึ่งเคยวางแผนจัดที่โรงแรมต้องกลับมาจัดที่บ้านเพื่อให้สะดวกต่อการดูแลตา “แม่คิดผ่อแล้ว ถ้าไปโรงแรม ก็ต้องไปแต่งตัว ต้องเตรียมตัวหื้อตาตวย(เตรียมตัวให้ตาด้วย) ไหนจะของใช้ตา ไหนจะที่อยู่ทีนอนตา แม่เลยบอกว่าขอจัดที่บ้านนี้ดีกว่าแล้วก็ไปได้ไปแต่งหน้าแต่งตัวอะหยั่งเลย ธรรมดาๆนี่ละ”

5.3 ภาวะและผลกระทบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

จากการศึกษาประสบการณ์ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาระยะยาวจากการเกิดภาวะสมองเสื่อม พบว่าผู้ดูแลเกิดภาวะและผลกระทบจากการดูแลเกือบทุกด้านมากกว่า 3 ใน 4 โดยเฉพาะภาวะและผลกระทบด้านอารมณ์ พบมากเกือบร้อยละ 86 รองมาคือผลกระทบด้านสังคม ด้านร่างกาย และด้านเศรษฐกิจ มีรายละเอียดดังตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 20 จำนวนและร้อยละผลกระทบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม จำแนกตามรายด้าน

ภาวะและผลกระทบ	Dementia by Doctor		Suspected Dementia	
	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
1. ภาวะและผลกระทบด้านร่างกาย	29 (80.56)	7 (19.44)	45(69.23)	20(30.77)
2. ภาวะและผลกระทบด้านอารมณ์	31(86.11)	5(13.89)	52(80.00)	13(20.00)
3. ภาวะและผลกระทบด้านเศรษฐกิจ	27(75.00)	9(25.00)	57(87.69)	8(12.31)
4. ภาวะและผลกระทบด้านสังคม	31(86.11)	5(13.89)	49(75.38)	16(24.62)

5.3.1 ภาวะและผลกระทบด้านร่างกาย

จากการศึกษาภาวะและผลกระทบด้านร่างกายของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม พบว่ามากกว่าครึ่งหนึ่งมีปัญหาเกี่ยวกับอาการเหนื่อยล้า และ มากกว่า 1 ใน 3 มีอาการปวดกระดูกและกล้ามเนื้อ และประมาณร้อยละ 8 มีปัญหาด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น ซึ่งทำให้เกิดปัญหากับภาวะสุขภาพของผู้ดูแล อย่างไรก็ตามพบว่าภาวะและผลกระทบของการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในช่วงระยะที่ผู้สูงอายุมีอาการสมองเสื่อมรุนแรง หรือ เป็นช่วงที่มีอาการสมองระยะสุดท้ายที่ปรากฏอาการสมองเสื่อมชัดเจนมากที่สุด รองมาคือช่วงระยะสมองเสื่อมปานกลาง ซึ่งภาวะและผลกระทบการดูแลผู้สูงอายุ มีความแตกต่างกัน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ตารางที่ 21 จำนวนและร้อยละภาวะและผลกระทบด้านร่างกายของผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม

ภาวะและผลกระทบด้านร่างกาย	Dementia by Doctor		Suspected Dementia	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. อาการเหนื่อยล้าร่างกาย				
1) เหนื่อย อ่อนเพลีย	14	38.89	20	30.77
2) เมื่อยล้า	5	13.89	9	13.85
2. อาการปวดกระดูกและกล้ามเนื้อ				
1) ปวดหลัง ปวดไหล่	12	33.33	19	29.23
2) ปวดขา ปวดเข่า ปวดข้อ	2	5.56	2	3.08
3) ปวดท้อง	0	0.00	1	1.54
4) ปวดศีรษะ	0	0.00	3	4.62
3. อาการอ่อนเพลีย ไม่ได้พักผ่อน				
1) ไม่ได้นอน	3	8.33	7	10.77
2) วิงเวียนศีรษะ หน้ามืด	1	2.78	1	1.54
3) นอนไม่หลับ	2	5.56	4	6.15
4) กินได้น้อย น้ำหนักลด	1	2.78	2	3.08
4. มีปัญหาสุขภาพเพิ่มมากขึ้น				
1) อาการเจ็บป่วยเดิมมีมากขึ้น	1	2.78	3	4.62
2) หกล้ม	1	2.78	0	0.00
3) ความดันโลหิตสูง	1	2.78	1	1.54

ซึ่งจากกรณีศึกษาผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมแต่ละครอบครัว พบว่าภาวะและผลกระทบของการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมมีความแตกต่างกันขึ้นกับระยะของอาการแสดงของภาวะสมองเสื่อม ซึ่งมีรายละเอียดดังกรณีศึกษาดังต่อไปนี้

1) อาการเหนื่อยล้าร่างกาย

พบว่าเป็นภาระด้านร่างกายที่พบมากที่สุด เกือบร้อยละ 53 ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจะเกิดขึ้นมากในช่วงระยะที่ปรากฏอาการสมองเสื่อมชัดเจน ซึ่งเป็นช่วงระยะเวลาที่ผู้สูงอายุไม่ได้สูญเสียการรับรู้ทั้งหมด พฤติกรรมการแสดงออกที่ผิดปกติของผู้สูงอายุในช่วงนี้ ทำให้ผู้ดูแลต้องดูแลอย่างใกล้ชิดตลอดเวลาแม้ว่าผู้สูงอายุจะช่วยเหลือตนเองได้ จึงทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเหนื่อย และเมื่อยล้าร่างกาย ส่วนในช่วงระยะที่ผู้สูงอายุมีอาการหลงลืมอย่างสมบูรณ์ พบว่าแม้ว่าจะก่อให้เกิดภาระการดูแล แต่ไม่ได้ทำให้เกิดผลกระทบต่อร่างกาย จนทำให้ผู้ดูแลเกิดภาวะเหนื่อยล้าเท่ากับในช่วงระยะเวลาที่ผู้สูงอายุยังไม่สูญเสียการรับรู้ทั้งหมด

ดั่งกรณีศึกษาที่ 51 ป้าสมบุญ อายุ 69 ปี แต่งงานมีลูกชาย 2 คน จนกระทั่งปี 2553 สามีป่วยด้วยโรคไตวายเรื้อรังต้องรักษาด้วยการฟอกเลือด และต่อมาเสียชีวิตลง ทำให้ป้าสมบุญ หมดเงินค่ารักษา 500,000 บาท ทำให้เป็นหนี้ธนาคาร 150,000 บาท หลังสามีเสียชีวิตไม่ถึง 3 เดือน ลูกชายคนเล็กที่อาศัยอยู่ด้วยชีวิตเสียด้วยโรคพิษสุราเรื้อรัง ต้นปี 2555 ป้าสมบุญป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง รักษาประจำที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ต่อมาเดือนมีนาคม 2555 ยายแก้วมารดาวัย 89 ปี เริ่มมีอาการหลงจำไม่ได้ และมีพฤติกรรมแปลกจากเดิม บางวันห่อผ้าเตรียมออกเดินจากบ้าน พุดบ่นซ้ำๆ จะกลับบ้านๆ ครั้งหนึ่งเคยเดินหลงเข้าไปในป่าข้างบ้าน กลับออกมาไม่ได้ จนนางสมบุญต้องออกตามหา เดือน ธันวาคม 2555 ยายแก้วโดดหนีออกทางหน้าต่าง จนป้าสมบุญตัดสินใจใช้ไม้ระแนงปิดหน้าต่างทั้งสองด้าน ป้องกันไม่ให้ยายแก้วโดดหนี แต่ยายแก้วยังพยายามหนีออกไปตลอดเวลา ทำให้ป้าสมบุญต้องนั่งเฝ้าตลอด และต้องทำประตูลง ยายแก้วไว้ในบ้านเวลาไม่อยู่บ้าน

ป้าสมบุญเล่ากิจวัตรของตนเองให้ฟังว่า จะตื่นนอนประมาณ 6 โมง ตักบาตร หลังจากนั้นมาบ้านดูแลยาย ให้ยา อาหาร อาบน้ำยายประมาณ 7 โมง นึ่งเผ่ายาย จนเที่ยงให้ทานอาหาร ผู้ดูแลต้องดูแลนั่งเฝ้าตลอดวันเนื่องจากเป็นห้วงยายจะออกไปด้านนอก จนกระทั่งเย็นให้ยายทานข้าว ประมาณ 6 โมงเย็น พายายไปนอนด้านบนบ้าน ปฏิบัติเช่นนี้เกือบ 4 เดือนหลังจากที่ยายแก้วเริ่มมีปัญหาภาวะสมองเสื่อม บางวันยายแก้วมีอาการฉุนเฉียวด่าว่าป้าสมบุญ ป้าสมบุญรู้สึกเหนื่อย รู้สึกท้อ (ขณะสนทนาจะร้องไห้ น้ำตาไหลตลอดเวลา) ป้าสมบุญเล่าให้ฟังว่าการดูแลยายยากยิ่งกว่าการทำงาน หรือทำนา แม้จะเพียงแค่นั่งเฝ้าอย่างเดียว “ไปทำงานยังไม่เหมือนเท่าที่ดูแลเลย” ทำให้ช่วงนี้ป้าสมบุญ เหนื่อยล้า ไม่ได้พัก มีปัญหาวิงเวียนศีรษะ และหลังจากดูแลยายเมื่อวัดความดันโลหิตพบว่ามีความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น “รู้สึกเหนื่อย นอนหลับน้อยกินน้อย กินไม่ได้ ความดันสูง มึนหัว” และกิจกรรมเกี่ยวกับงานในทุ่งนาซึ่งเป็นสิ่งที่ทำให้ป้าสมบุญมีความสุข ได้ขาดหายไปจากชีวิต

2) อาการปวดกระดูกและกล้ามเนื้อ

พบว่าผู้ดูแลร้อยละ 39 มีอาการปวด ซึ่งพบในระยะเวลาที่ผู้สูงอายุมีอาการสมองเสื่อมอย่างสมบูรณ์ ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ทำให้ผู้ดูแลต้องรับภาระดูแลกิจวัตรประจำวันทุกอย่าง รวมทั้งกิจกรรมที่ต้องมีการยกตัวของผู้สูงอายุเช่น อาบน้ำ เข้าห้องน้ำ การขับถ่าย การเคลื่อนย้ายร่างกาย ทำให้ผู้ดูแลซึ่งส่วนใหญ่ดูแลเพียงลำพังคนเดียวต้องทำหน้าที่ดูแลและส่งผลทำให้เกิดอาการปวดหลัง พบถึงร้อยละ 10 ดังกรณีศึกษาต่อไปนี้

กรณีศึกษาที่ 25 พี่เดือน ลูกสาวคนเล็ก ผู้ดูแลยายละมุน อายุ 83 ปี ป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม ตั้งแต่ปี 2550 ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ซ้ำแหว่และข้อสะโพกติดงอ ไม่พูดกับใคร นอนหลับตาเกือบทั้งวัน แต่ยังทานอาหารได้ ต้องพลิกตะแคงตัวกันแผลกกดทับ พี่เดือนทำอาชีพขายตรง ต้องตื่นตี 5 ทำกิจวัตรของตนเองเตรียมของสำหรับลูก 4 คน ปลอ่ยให้ยายนอนไป จนทำธุระส่วนตัวเสร็จ 8 โมงเช้า เริ่มป้อนอาหารเข้า ใช้เวลาป้อนประมาณ 1 ชั่วโมง และตนเองจะรับประทานอาหารด้วย บางครั้งช่วงเที่ยงจะมีลูกมาช่วยป้อนข้าว ช่วงบ่ายพี่สาวจะมาช่วยดูแล ป้อนข้าวเย็น 1 ชั่วโมง และต้องพลิกตะแคงตัวบ่อย ๆ กันแผลกกดทับ และอาบน้ำเปลี่ยนเสื้อผ้า ซึ่งต้องยกตัว พี่เดือนเล่าว่าเวลายกตัวแม่ต้องใส่ Body support เพราะมีอาการปวดหลัง การ

ยกย้าย จะยกจากเตียงไปเก้าอี้ ยกจากเก้าอี้ไปชักโครก ยกมาเตียง การยกตัวย้ายเป็นกิจกรรมที่ใช้แรงมากและเหนื่อย จนบางวันทำไม่ได้ “บางวันหนุกไม่ไหว หนุกก็จะอาบตรงนี้ เอากะละมัง มา 2 ใบ เช็ดตัวถูสบู่ตรงนี้เลย” ปัจจุบันพี่เดือนมีอาการปวดหลังอยู่ตลอดยังไม่ได้ไปพบแพทย์

3) อาการอ่อนเพลีย ไม่ได้พักผ่อน

พบว่าผู้ดูแลประมาณ ประมาณ ร้อยละ 19 มีอาการอ่อนเพลีย ไม่ได้พักผ่อน ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุที่เข้าสู่ระยะปรากฏอาการสมองเสื่อมชัดเจน หรือในช่วงมีอาการสมองเสื่อมปานกลาง ในระยะนี้ผู้สูงอายุเหล่านี้ยังคงสามารถช่วยเหลือตนเองได้ สามารถเดินได้ อาบน้ำ ไปห้องน้ำได้ รับประทานอาหารได้เอง แต่กลับพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่จะมีอาการอ่อนเพลีย ไม่ได้พักผ่อนในช่วงนี้มากกว่าในช่วงระยะที่ผู้สูงอายุมีอาการสมองเสื่อมอย่างสมบูรณ์ เนื่องจากผู้ดูแลต้องดูแลอย่างใกล้ชิด ทำให้ไม่ได้พักผ่อน ต้องคอยทำหน้าที่ควบคุม ดูแลและต้องคอยกำกับบทให้ผู้สูงอายุเหล่านี้ช่วยเหลือตนเอง ภาระของผู้ดูแลทางด้านร่างกายแม้จะมีไม่มากแต่ผู้ดูแลจะไม่ได้พักผ่อน ซึ่งตรงกันข้ามกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอย่างสมบูรณ์ ผู้สูงอายุเหล่านี้การดูแลจะง่ายกว่าเนื่องจากแบบแผนการดูแลชัดเจน ผู้ดูแลสามารถกำหนดตารางกิจกรรมต่าง ๆ ได้เอง และสามารถปลุกตัวเองจากกิจกรรมการดูแลได้

กรณีศึกษาที่ 2 ตาจันทา ผู้สูงอายุ วัย 70 ปี อาศัยอยู่กับภรรยาชื่อยายบุตสา อายุ 65 ปี ตาจันทาเดิมเป็นคนที่มีสุขภาพแข็งแรง ไม่มีโรคประจำตัว เมื่อ 14 ปีก่อน (พ.ศ.2541) ตาจันทาเริ่มมีอาการหลง เดินออกนอกบ้าน กลับมาบ้านไม่ได้ ญาติพาไปรักษาครั้งแรกที่โรงพยาบาลชุมชน (พ.ศ.2541) ส่งไปรักษาโรงพยาบาลจิตเวช ทานยาอยู่ 1 ปี อาการไม่ดีขึ้น หยุดรักษาประมาณ 1 ปี ตาจันทาหยุดรับประทานยาอาการของโรคไม่ดีขึ้น หลานสาวทำงานเป็นพยาบาล พาไปรักษาที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย แพทย์บอกว่า เป็นโรคสมองเสื่อม ทานยาแล้วไม่ดีขึ้นจึงหยุดกินยาประมาณ 1 ปี หยุดยาเอง หลังหยุดยาได้ 3 ปี แพทย์บอกโรคนี้เป็นแล้วไม่หาย ขึ้นอยู่กับการดูแล จึงหยุดรับประทานยา เปลี่ยนมาใช้วิธีการดูแลแทน ในช่วง 2 ปีแรกที่ป่วย ผู้ดูแลหลักเป็นลูกสาว ต่อมาลูกสาวต้องไปดูแลหลานสาวที่กรุงเทพ ยายบุตสาจึงต้องอยู่ดูแลตาจันทาเพียง 2 คน

ยายเล่าว่ายายยังคงดูแลตนเองได้ แต่ต้องมีคนกำกับให้ทำกิจวัตรประจำวัน ยายจะกำกับให้ตาแปรงฟัน ล้างหน้า ออกมานั่งบริเวณศาลา รับประทานอาหารเช้า ดูทีวี นอน ทานข้าวเที่ยง เย็นมาพาเดินออกกำลังกายอ้อมวัด เดินกลับบ้าน หลังจากนั้นอาบน้ำ ยายจึงฝึกตาจันทา เอาหนังสือให้อ่าน เปิดทีวีให้ดู ให้ฝึกเดินไปกลับระหว่างบ้านกับวัด ฝึกให้ตาช่วยทำงานบ้านเบา ๆ “ตื่นเช้ามาก็แปรงฟัน ล้างหน้า มานั่งอยู่ที่ศาลา ยายทำกับข้าวกินแล้วก็ดูทีวี นอนต่อ พอเที่ยงยายก็หามาให้กิน พออากาศเย็นก็พาเราออกไปเดินอ้อมวัด เหมื่อออก เราก็กลับมา แม่ต้องบอกทุกขั้นตอน บอกวิธี ต้องบอกทุกขั้นตอน เฮ็ดมาโดนๆจนเราคล่อง ครั้งเขาบ่บอกเราก็อึดใจเลื้อยกลับด้าน ต้องบอกล้างหน้า เลื้อยผ้าก็ต้องเปลี่ยนให้ เขาใส่เองลืกลับด้าน นี่แหละงานแม่ที่ทำอยู่ทุกมือนี่” แต่ยายบุตสาผู้ดูแล ป่วยด้วยโรคไทรอยด์ และโรคความดัน ภายหลังการดูแลยายมีอาการเหนื่อยง่ายขึ้นนอนไม่ค่อยหลับ ยายเล่าว่ากิจกรรมการดูแลที่ยากที่สุดในการดูแลตา คือ การเปลี่ยนเสื้อผ้า เป็นกิจกรรมที่ต้องทำหลายอย่าง ทั้งการสวม การรัดซิป ติดกระดุม ตามักใส่เสื้อผ้ากลับด้านเป็นประจำ ยายต้องคอยบอกตลอด

และการเข้าห้องน้ำที่ยายเล่าว่าต้องเข้าไปด้วย ตามกลิ่นราดห้องน้ำ ซึ่งทำให้ยายไม่ได้พัก และบางครั้งรู้สึกท้อแท้

4) มีปัญหาสุขภาพเพิ่มขึ้น

พบว่าผู้ดูแลมีปัญหาสุขภาพเพิ่มขึ้น ร้อยละ 8 โดยพบผู้ดูแลที่มีโรคเรื้อรังร้อยละ 5 มีอาการเจ็บป่วยจากโรคเดิมมากขึ้น หรือไม่สามารถควบคุมอาการของโรคเรื้อรังได้ และมี 1 ราย ตรวจพบมีภาวะความดันโลหิตสูงในช่วงระหว่างที่ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม โดยการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมทั้งในช่วงที่ผู้สูงอายุมีอาการหลงลืมอย่างสมบูรณ์ ไม่สามารถรับรู้เรื่องได้ ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ และต้องพึ่งพาการทำกิจวัตรประจำวันทุกอย่าง ตั้งแต่ล้างหน้า แปรงฟัน อาบน้ำ รับประทานอาหาร การขับถ่าย จะทำให้ผู้ดูแลต้องรับภาระการดูแลและเกิดผลกระทบด้านร่างกาย ส่วนผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในระยะปานกลาง ภาระการเฝ้าดูแลอย่างใกล้ชิดทำให้ผู้ดูแลเกิดภาวะเหนื่อยล้า อ่อนเพลีย ไม่ได้พัก มีผลทำให้ผู้ดูแลบางรายที่มีปัญหาสุขภาพเดิมอยู่แล้วมีโอกาสที่จะเกิดปัญหามากยิ่งขึ้นได้

กรณีศึกษาที่ 106 สมเกียรติ 57 ปี สถานภาพสมรสคู่ เป็นลูกคนที่ 4 ของครอบครัว ทำงานเป็นลูกจ้างประจำของโรงพยาบาล ภรรยาเป็นเจ้าหน้าที่ธุรการโรงพยาบาลเดียวกัน มีบุตรด้วยกัน 2 คน เพศชายทั้งคู่ สมเกียรติ เริ่มดูแลแม่ (ยายเอื้อน) เมื่อปี 2547 แม่กลับมาอยู่บ้านเพราะสุขภาพแม่เริ่มไม่ดี มีอาการปวดเข่า เป็นโรคกระดูกเสื่อม พี่น้องก็ตกลงตัดสินใจให้แม่มาอยู่ที่บ้านกับสมเกียรติ แม่สามารถช่วยทำงานบ้านได้ทุกอย่าง จนต่อมา ปี 2554 ยายเอื้อนเริ่มมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงเช่นชอบรื้อผ้ามาพับตอนดึก ๆ เดินมาก ปีนกำแพงบ้านไปตัดหญ้าข้างบ้าน สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ปกติ ทำอาหารทานได้เอง ญาติพามาพบแพทย์วินิจฉัยว่า เป็น Alzheimer เดือนมีนาคม 2554 ยายสะดุดหกล้มในห้องน้ำ ญาติพานำส่งโรงพยาบาลมหาราชนอนโรงพยาบาล 1 คืน แพทย์วินิจฉัยสมองได้รับบาดเจ็บให้กลับไปบ้าน สามารถช่วยพยุงเดินได้ เกาะเดินในบ้านได้ ต่อมา 7 เดือน ยายสะดุดหกล้ม แพทย์วินิจฉัย สมองได้รับการบาดเจ็บ ต้องใส่สายอาหารทางจมูก ไม่สามารถเดินได้ด้วยตนเอง นอนใส่ผ้ารองกันเปื้อน (แพมเพิร์ส) จากนั้น 5 เดือนถัดมา มีอาการปอดติดเชื้อ พบมีน้ำในสมอง แพทย์จะทำการผ่าตัดตัดญาติไม่ยินยอม นอนโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช 2 เดือน ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ พุดไม่ได้ ใส่ NG tube เริ่มจำลูกตัวเองไม่ได้ อารมณ์ดีอย่างเดียว ไม่ได้ตอบ มีแผลกดทับ

สมเกียรติทุ่มเทกับการดูแลแม่ ตื่นเข้ามาเช็ดตัว เปลี่ยนเสื้อผ้า ป้อนอาหาร ให้อาบน้ำและต้องทำงานประจำที่โรงพยาบาลและปล่อยให้แม่อยู่ที่บ้าน โดยติดกล้องวงจรปิดไว้ แม่มีพฤติกรรมแปลก เช่น ปีนรั้ว จนไม่กล้าให้แม่อยู่คนเดียว ต้องแวะไปดูแลบ่อย ๆ และจ้างเพื่อนบ้านมาอยู่เป็นเพื่อนช่วงกลางวัน ทำให้สมเกียรติเริ่มไม่ออกงาน ไม่ค่อยรับงานข้างนอกมาก ตอนกลางคืนไม่รับงานพิเศษ ไม่กล้าทิ้งแม่ ต่อมาแม่หกล้มศีรษะแตก สมเกียรติจึงจ้างผู้ดูแลมาดูแลที่บ้านช่วงกลางวัน แต่ช่วงกลางคืนต้องดูแลเอง ช่วงพักเที่ยงจะกลับบ้านมาดูแลแม่ ตอนเย็นนั่งทำงานห้องคอม (อยู่ใกล้ห้องแม่เพื่อดูแลแม่) ทำงานแต่งรูป รับงานเล็ก ๆ น้อย ๆ จนถึงเวลา 4 ทุ่มจึงเข้านอน เวลาทั้งหมดของสมเกียรติหมดไปกับการดูแลมารดา สมเกียรติน้ำหนักรลด เหนื่อย เพราะต้องทำทุกอย่าง ปวดเอว ดูแลคนเดียวยกแม่ ไม่ได้ออกกำลังกาย รู้สึกสุขภาพของตัวเองแย่เกินวัย อายุกับหน้าตา เปรียบเทียบกับพี่ชาย และคนอายุรุ่นเดียวกัน สภาพจิตใจช่วงแรกเต็มใจดูแล ด้วยความรัก ไม่มี

อารมณ์ หงุดหงิด เมื่อดูแลประมาณ 6 เดือน เริ่มเครียด ไม่มีคนอื่นมาช่วย แม่เข้าโรงพยาบาลบ่อยขึ้นญาติคนอื่นไม่ได้มาช่วย สมเกียรติมีปัญหาความดันโลหิตสูง นั่งทำงานแล้วลุกขึ้นเซ ต้องเกาะราวและนั่งแปลไปตรวจแผนกผู้ป่วยนอก พบความดันโลหิตสูงถึง 220/80 มิลลิเมตรปรอท แพทย์ให้ยาอมใต้ลิ้น 2 เม็ด

5.3.2 ภาวะและผลกระทบด้านอารมณ์

จากการศึกษาพบว่าภาวะและผลกระทบด้านอารมณ์เป็นสิ่งที่พบมากที่สุดของการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ถึงร้อยละ 86 ซึ่งพบมากในช่วงที่ผู้สูงอายุอยู่ในระยะสมองเสื่อมปานกลางผู้สูงอายุ สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ผู้สูงอายุเหล่านี้มีพฤติกรรมผิดปกติ ทำให้ผู้ดูแลส่วนใหญ่ที่ขาดประสบการณ์และความรู้เกี่ยวกับโรคสมองเสื่อม แต่ต้องอยู่ดูแลใกล้ชิดตลอดเวลาเกิดความรู้สึกเครียด และบางครั้งเกิดการทะเลาะกับผู้สูงอายุ ทำให้ผู้ดูแลรู้สึก “ดูแลแล้วเป็นบุญหรือบาป” ซึ่งภาวะและผลกระทบทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองมีดังต่อไปนี้

ตารางที่ 22 จำนวนและร้อยละภาวะและผลกระทบด้านอารมณ์ของผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม

ภาวะและผลกระทบด้านอารมณ์	Dementia by Doctor		Suspected Dementia	
	จำนวน	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน
1. อารมณ์วิตกกังวล เครียด				
1) เครียด	23	63.89	32	49.23
2) วิตกกังวล กลัว	9	25.00	11	16.92
3) หงุดหงิด รำคาญ	1	2.78	4	6.15
4) คับข้องใจ	1	2.78	0	0.00
2. อารมณ์เศร้า				
1) ร้องไห้ เสียใจ	5	13.89	3	3.08
2) ท้อแท้	5	13.89	3	4.62
3) เบื่อหน่าย	7	19.44	2	3.08
4) น้อยใจ	1	2.78	4	6.15
5) เกรงใจสามี	0	0.00	2	3.08
6) คิดอยากหนีออกจากบ้าน	0	0.00	1	1.54
3. อารมณ์เครียดรุนแรง				
1) ทะเลาะ ทำร้ายผู้สูงอายุ	3	8.33	1	1.54
2) คิดฆ่าตัวตาย	1	2.78	3	3.08
4. รู้สึกดีที่ได้ดูแล	0	0.00	1	1.54

1) อารมณ์เครียดรุนแรง

ช่วงเวลาที่ทั้งผู้สูงอายุและผู้ดูแลรู้สึกเครียดและทุกข์ทรมาน เป็นช่วงที่ผู้สูงอายุยังไม่สูญเสียการรับรู้ทั้งหมดและมีพฤติกรรมที่ผิดปกติ ได้แก่ อาการหลงลืม เดินผิดปกติ ชอบเก็บของ พฤติกรรมก้าวร้าว พุดผิดปกติ พฤติกรรมตรงกันข้ามกับพฤติกรรมเดิม มีอาการหวงของ เล่นสิ่งสกปรกที่คนทั่วไปไม่ทำ ปัสสาวะและอุจจาระเรี่ยราด ช่วงนี้จะทำให้ผู้ดูแลเครียด มีการทะเลาะกันกับผู้สูงอายุ บางครั้งมีความรุนแรงและส่งผลให้เกิดการทำร้ายผู้สูงอายุซึ่งพบร้อยละ 9 และมีการทอดทิ้งผู้สูงอายุ พบจำนวน 1 ราย

ดังกรณีศึกษาที่ 124 พี่แฉ่ว อายุ 59 ปี อาชีพข้าราชการ ปัจจุบันเกษียณอายุ เป็นลูกคนที่สองของตาเซย เมื่อแม่ป่วยและเสียชีวิต พี่แฉ่วเริ่มมีอาการปวดกระดูกสันหลัง แพทย์บอกเป็นโรคกระดูกยุบเส้นประสาท ปีพ.ศ. 2545 หลังจากมารดาเสียชีวิต พ่อเริ่มมีภรรยาคนใหม่ ซึ่งพี่แฉ่วและลูก ๆ รับไม่ได้ จนมีเหตุการณ์ทะเลาะกันรุนแรง ปีพ.ศ. 2548 ตาเซยมีอาการป่วยหนัก พุดเพ้อ ไม่รู้ตัว จึงเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน นอนโรงพยาบาล 3 วัน มีอาการขาอ่อนแรง เดินไม่ได้ ส่งต่อไปรักษาที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในต่างจังหวัด ภายหลังออกจากโรงพยาบาล ตาเซยอาศัยอยู่กับพี่แฉ่วและสามีที่บ้าน พี่แฉ่วทำหน้าที่ดูแลตาเซย

พี่แฉ่วเล่าว่าต้องพาพ่อไปรักษาที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยทุก 2 เดือน ต้องขับรถพาพ่อไปตรวจ ยืนรอคิวเกือบชั่วโมง อาการปวดหลังมากขึ้น เริ่มมีปัญหาการเดิน ไม่สามารถเดินไปไกล พี่แฉ่วจึงตัดสินใจผ่าตัดกระดูกสันหลัง ปี 2551 อาการของตาเซยเริ่มดีขึ้น เริ่มจำคนได้มากขึ้นเริ่มพุดได้ แต่จะสลับคำพุดก่อนหลัง ส่วนพี่แฉ่วหลังผ่าตัดอาการปวดทุเลาลง สามารถเดินไกลได้ การดูแลตาเซย ช่วงกลางวันน้องสาวดูแลอยู่ที่บ้าน ส่วนกลางคืนเป็นหน้าที่ของพี่แฉ่วและสามี ปี 2552 ตาเซยสามารถเกาะราวเดินได้ ขับถ่ายได้ด้วยตนเอง ช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น ช่วงนี้ตาเซยเริ่มมีอาการหงุดหงิด เอะอะโวยวาย ขอให้พาไปรักษาที่โรงพยาบาลเอกชน เพราะเชื่อว่าจะทำให้สามารถเดินได้ และอยากไปอยู่กับลูกชายคนโตที่ต่างจังหวัด ปีพ.ศ. 2553 พี่แฉ่วลาออกจากราชการก่อนกำหนด เพื่อมาพักฟื้นตนเอง และคาดหวังว่าจะมาดูแลตาเซยที่บ้าน แต่ตาเซยเริ่มระแวงว่าลูกเขยจะฆ่า กลัวลูกสาวจะเอายาพิษใส่อาหารให้ทาน

ช่วง ปี 2554 - 2555 พี่แฉ่วกับพ่อทะเลาะกันรุนแรงมากขึ้น จนน้องสาวต้องพาพ่อไปอยู่ด้วย พ่อเกลียดพี่แฉ่วมาก และไม่ยอมเกาะราวเดินเหมือนเดิม งดออกกําลัง ช่วยตนเองได้น้อยลง ทุกวันจะนอนบนเตียงเปิดดูทีวี ทานอาหารเข้าประมาณ 3 โมงเช้า ทานอาหารเที่ยง อาบน้ำช่วงเย็น ลูกพาเข้าห้องน้ำ อาบน้ำเอง ทานอาหารเย็น แล้วจะนอน ถ้าเห็นพี่แฉ่วจะไล่และด่าว่า “เอามันไปฆ่า ๆ ๆ” ทำให้พี่แฉ่วต้องพยายามหลบหน้าไม่ให้พ่อเห็น ถ้าพ่อเห็นแล้วพ่อจะโมโห อารมณ์รุนแรง พี่แฉ่วเล่าว่าตื่นเช้าจะมากวาดใบไม้ ให้น้องสาวปิดหน้าต่าง เมื่อทำเสร็จแล้วจึงเปิดหน้าต่าง เวลาซื้ออาหารขนมอะไรมาให้พ่อต้องแอบนำไปไว้ในตู้เย็น เข้าทางหลังบ้านไม่ให้พ่อเห็น ต้องแอบส่องดูพ่อทางประตู และทางกระจกที่สะท้อนภาพของพ่อ จะให้พ่อเห็นไม่ได้ ถ้าเห็นพ่อจะโมโห เอะอะเสียงดังลั่นบ้าน ด่าไล่ตลอดเวลา พี่แฉ่วรู้สึกเสียใจแต่ต้องทำใจไม่โกรธพ่อ

2) อารมณ์วิตกกังวล เครียด

จากการศึกษาผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมพบว่า ในช่วงระยะปรากฏอาการสมองเสื่อมชัดเจน หรืออยู่ในระยะสมองเสื่อมปานกลาง ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมผิดปกติ โดยเฉพาะ การหวงสิ่งของ อารมณ์ก้าวร้าว รุนแรง ทำให้ผู้ดูแลต้องอยู่ดูแลอย่างใกล้ชิด และทำให้ผู้ดูแลมากกว่า 3 ใน 5 เกิดความรู้สึกเครียด รongมา เกือบ 1 ใน 4 มีความรู้สึกวิตกกังวลกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และทำให้ผู้ดูแลรู้สึกผิด “ดูแล แล้วเป็นบุญหรือบาป” ดังกรณีศึกษาต่อไปนี้

กรณีศึกษาที่ 166 แม่เย้าะ ผู้สูงอายุเพศหญิง อายุ 84 ปี สถานภาพสมรสหม้าย สามิเสียชีวิตนาน แล้ว มีลูก 5 คน เป็นลูกชาย 1 คน อาศัยอยู่กับ สิตีมือเย ลูกสาวคนเล็ก ลูกเขย และหลาน รวมทั้งหมด 5 คน มีญาติและลูกสาวคนโตอาศัยอยู่บ้านใกล้ ๆ ประวัติการเจ็บป่วยของยาย มีอาการปวดตามข้อ ปวดกล้ามเนื้อ ปวดเวลาขยับตัว และมีอาการหลังค่อม ไปรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล รับประทานยาแก้ปวด กล้ามเนื้อมาเป็นเวลานานทำให้มีอาการปวดแสบกระเพาะ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจึงหยุด ให้ยาแก้ปวดกล้ามเนื้อ เมื่อ 2 ปีก่อนเริ่มมีปัญหาการเคลื่อนไหว เดินไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองได้น้อยลง ไม่ สามารถอาบน้ำด้วยตนเอง และถ่ายอุจจาระลำบาก มักใช้มือล้วงอุจจาระ ปาอุจจาระและป้ายอุจจาระเรียราด บนบ้าน และมีพฤติกรรมแปลก ๆ ช่วงกลางคืนยายจะใช้ไม้เคาะพื้นเสียงดังตลอด เพราะกลัวผีและกลัวคน แปลกหน้าเข้ามา ยายยังรู้สึกที่บ้านกว้างมากขึ้น เหมือนมีอะไรเกาะอยู่ตามผนังบ้าน ลูกสาวเล่าให้ฟังว่า บางครั้งยายไม่สามารถจดจำลูกหลานที่มาหาได้ ยายชอบทานปลา ไม่ชอบทานไก่เพราะรู้สึกว่ามันกินอาหารไป ทัว ทั้งที่ยายทานไก่เกือบทุกวัน และปัจจุบันยายชอบสูบบุหรี่ แต่จะมีพฤติกรรมจุกจิกสูบบุหรี่สูบนิดเดียวแล้วทิ้ง

สิตีมือเย ลูกสาวคนสุดท้องผู้ดูแล อายุ 50 ปี มีอาชีพทำสวนยาง ซึ่งดูแลมานานประมาณ 2 ปี ต้อง ตื่นตอนเช้าประมาณ 6 โมงจะล้างหน้า แปรงฟัน ให้ยายรับประทานอาหารเช้า และตนเองจะไปทำงานกรีดยาง ตั้งแต่เวลา 6 โมงถึง 12 โมง อาบน้ำ เตรียมอาหารให้ยายช่วงบ่ายโมง ช่วงบ่ายผู้ดูแลจะไปรับจ้างทอดกล้วย ขายที่ตลาด ตั้งแต่เวลา 12.00 -16.00 น. ได้รับค่าจ้างวันละ 100 บาท หลังจากนั้นผู้ดูแลกลับบ้าน เตรียม อาหารเย็นให้ยาย ยายจะเข้านอนตั้งแต่ 5 โมงเย็น ส่วนผู้ดูแลจะเข้านอนประมาณ 19.00 น. เมื่อคนอื่นเข้านอนยายจะเริ่มเคาะพื้น ช่วงฤดูการทำนา ผู้ดูแลจะออกไปกรีดยางตั้งแต่เวลา 04.00 - 08.00 น. แล้วกลับมา บ้าน จากนั้นไปทำนาต่อตั้งแต่เวลา 08.00 - 09.00 น. แล้วจึงกลับมาบ้านเพื่อดูแลยาย ช่วงเวลา 12.00 - 16.00 น.จะไปทอดกล้วยที่ตลาด ผู้ดูแลมีความรู้สึกเครียดและเหนื่อย เพราะต้องดูแลยายและทำงานด้วย โดยเฉพาะพฤติกรรมเล่นอุจจาระของยาย ทำให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกเครียดมากขึ้น เพราะห้ามแล้วยายก็ยังทำอีก บางครั้งยายมีพฤติกรรมคล้ายกับคนบ้า และโมโหง่าย ทำให้ทะเลาะและด่ายาย ผู้ดูแลรู้สึกผิดที่ด่าแม่แต่ บางครั้งทนไม่ได้ มีความรู้สึกว่าบุญหรือบาปกันแน่ในการดูแลแม่ “รู้สึกเสียใจเวลาด่าแม่ ไม่รู้ว่าเป็นบุญหรือ บาป...เห็นยายเล่นขี้บางครั้งทำให้รู้สึกว่ายายเป็นบ้าหรือเปล่า”

3) อารมณ์เศร้า

จากการศึกษาพบว่า การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่มีพัฒนาการของโรคเริ่มมีความรุนแรงขึ้น เรื่อย ๆ และไม่สามารถรักษาให้หายได้ ทำให้ผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุ เกิดความรู้สึกสงสาร และต้องอดทนกับพฤติกรรมแสดงออกที่ผิดปกติของผู้สูงอายุ ซึ่งบางครั้งทำร้ายผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลมี

อารมณ์เศร้า เกือบครึ่งหนึ่ง โดยผู้ดูแลร้องไห้เสียใจบ่อย ร้อยละ 15 รู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง และเกิดความรู้สึกน้อยใจในโชคชะตาของตนเอง

กรณีศึกษาที่ 110 ป้านวย ข้าราชการบำนาญ ผู้ดูแลตาล่อง อายุ 77 ปี ข้าราชการบำนาญ มีประวัติโรคความดันโลหิตสูง มีภาวะหลอดเลือดสมอง และมีภาวะสมองเสื่อม เดิมตาล่องเป็นคนอารมณ์ดี เป็นที่เคารพนับถือของเพื่อนร่วมงาน หลังจากที่มีภาวะหลอดเลือดสมอง เมื่อเดือนธันวาคม ปี 2536 มีอารมณ์เปลี่ยนแปลง หงุดหงิด ใจร้อน โมโหง่าย วางเสื้อผ้าไม่เป็นที่ อาหารไม่ถูกใจ จะขวางปาสิ่งของ ไม่อนุญาตภรรยาให้ไปไหน ฉีกเสื้อผ้า ฉีกธนบัตร ปี 2543 ตาล่องเป็นมะเร็งบ้ำไส้ ภายหลังการผ่าตัดลำไส้ ตาล่องมีอาการหงุดหงิดมาก โมโห โกรธง่าย ทำร้ายสิ่งของ ช่วยเหลือตนเองได้ แต่อาบน้ำต้องให้ป้าอาบ เวลาป้าไปไหนนาน ๆ ตาล่องอารมณ์เสีย เทอาหารทิ้งเรื้อรังถ้าไม่พอใจ และบางครั้งตบตีป้า ปลายปี 2544 แพทย์บอกว่าสมองเสื่อม ป้าอำนวยตัดสินใจลาออกจากงานเพื่อมาดูแลตาล่อง และดูแลหลาน ตาล่องมีอาการหวงมาก อารมณ์หงุดหงิดไม่พอใจเมื่อป้านวยออกไปไหน มาไหน อยากให้ป้าอยู่ด้วยตลอดเวลา

ปี 2552 ตาล่องมีพฤติกรรมหวงมากขึ้น การ์ดเชิญงานบวช งานศพ ที่เชิญโดยมีชื่อป้านวยเพียงคนเดียว ไม่มีชื่อตาล่อง ๆ ก็ไม่ให้ไป จะฉีกการ์ดทิ้ง จนป้านวยต้องแอบเก็บการ์ดแล้วใส่ซองฝากไปอย่างเดียว ตาล่องสามารถช่วยเหลือตัวเองได้บ้างเล็กน้อย ต้องดูแลใกล้ชิด ตาล่องจะไม่พอใจถ้าป้าไปไหนนานทั้งวัน หรือคุยกับเพื่อนบ้าน / เพื่อนมาชวนไปงาน / เพื่อนมาหาที่บ้าน ป้าอำนวยรู้สึกเครียดมากกับอาการของตา แต่ต้องอดทน ปี 2554 ตาล่องตื่นขึ้นมาไม่พบป้านวย จึงแสดงท่าทางโกรธ ไม่พอใจมาก เมื่อป้านวยกลับมา ตาล่องโกรธ โมโห จนเกิดอาการอาเจียน นอนเกร็ง เพื่อนบ้านนำส่งโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ตาล่องมีอาการชักกระตุก ความดันโลหิตสูงขึ้น ไม่รู้สึกตัว เข้ารับการรักษาที่ห้อง ICU ใส่เครื่องช่วยหายใจ แพทย์ส่งไปโรงพยาบาลเอกชน ทำ MRI พบว่าเส้นเลือดสมองข้างซ้ายตีบ ทำให้อ่อนแรงข้างขวา ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ปี 2554 หลังจากที่ตาล่องช่วยเหลือตัวเองได้น้อย ไม่ตอบโต้ แขน-ขาคืออ่อนไหวได้เล็กน้อย เจาะคอ ให้อาหารทางสายยาง ป้านวยต้องจ้างผู้ดูแลเพื่อช่วยดูแลตาล่อง ป้าอำนวยมีอาการปวดหลังเมื่อต้องช่วยยกตาล่อง ปวดบ่า, ปวดเท้า 2 ข้าง และมีความเครียดเกี่ยวกับอาการของตาล่อง หลังจากตาล่องนอนติดเตียง เมื่อเพื่อน ๆ ได้นัดพบรุ่นครั้งแรก หลังจากเรียนจบตั้งแต่ปี 2507 ป้าได้ไปเจอหน้าเพื่อน น้ำตาไหลร้องไห้ออกมาโดยไม่รู้ตัว

5.3.3 ภาระและผลกระทบด้านเศรษฐกิจ

ในกรณีของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม พบว่ามีภาระและผลกระทบด้านเศรษฐกิจ ร้อยละ 75 โดยพบว่าในกระบวนการแสวงหาการรักษาจะขึ้นอยู่กับความรู้และฐานะทางเศรษฐกิจของผู้ดูแลและครอบครัว พบว่ากรณีที่ผู้สูงอายุและผู้ดูแลมีปัญหาด้านเศรษฐกิจการแสวงหาการรักษาเพื่อเยียวยาภาวะสมองเสื่อมจะมีเฉพาะในช่วงระยะแรกที่ปรากฏอาการสมองเสื่อมชัดเจนเท่านั้น ส่วนใหญ่ใช้วิธีการแสวงหาการรักษาทั้งจากแพทย์แผนปัจจุบันและการแพทย์ทางเลือก และเมื่อได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ผู้ดูแลและครอบครัวจะหยุดแสวงหาการรักษา ผู้สูงอายุเหล่านี้จะไม่ได้รับการรักษาอาการสมองเสื่อม เนื่องจากผู้ดูแลรับรู้ว่ารักษาไม่หาย การแสวงหาการรักษาอาการสมองเสื่อมต้องเข้ารับการรักษาในเขตเมือง รวมทั้งสถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่ชนบท เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือ โรงพยาบาล

ชุมชน ไม่มีบุคลากรที่มีความรู้และประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจึงเป็นบทบาทหน้าที่ของครอบครัวที่ต้องแสวงหาการรักษาตัวเอง ทำให้เกิดข้อจำกัดในครอบครัวที่มีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ และผู้สูงอายุถูกละเลยและไม่ได้รับการบำบัด ส่วนผู้สูงอายุที่ผู้ดูแลมีประสบการณ์ทำงานในโรงพยาบาลหรือด้านสุขภาพ จะสามารถแสวงหากระบวนการการรักษาและประคับประคองอาการของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม แต่ภาวะอาการป่วยที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ทำให้มีภาระค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลและการดูแลที่สูง จนเกิดภาระและผลกระทบด้านการเศรษฐกิจของการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม มีดังต่อไปนี้

ตารางที่ 23 จำนวนและร้อยละภาระและผลกระทบด้านเศรษฐกิจของผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม

ภาระและผลกระทบด้านเศรษฐกิจ	Dementia by Doctor		Suspected Dementia	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. ค่าใช้จ่ายเพิ่ม				
1) การแสวงหาการรักษา	14	38.89	30	46.15
2) ค่าแพมเพิร์ส	15	41.67	29	44.62
(เฉลี่ยบาท/เดือน)	2446.67		1611.38	
3) ค่ายานพาหนะ	6	16.67	16	24.62
(เฉลี่ยบาท/เดือน)	1333.33		475.00	
4) การว่าจ้างผู้ดูแล	8	22.22	2	3.08
(เฉลี่ยบาท/เดือน)	12125.00		10125.00	
5) ค่าอาหาร	5	13.89	7	10.77
(เฉลี่ยบาท/เดือน)	3200.00		5557.14	
2. รายได้ลดลง				
1) รายได้ประจำลดลง	7	19.44	16	24.62
2) ออกจากงานประจำ	4	11.11	3	4.62
3. เงินไม่พอใช้ มีหนี้สิน				
1) มีหนี้สิน	3	8.33	6	9.23
2) เงินไม่พอใช้	0	0.00	1	1.54
4. ผู้ดูแลเสียโอกาสในการประกอบอาชีพ	11	20.55	3	4.62

1) รายได้ลด

พบว่าเมื่อผู้สูงอายุมีภาวะสมองเสื่อม โดยเฉพาะในช่วงระยะที่ยังไม่สูญเสียการรับรู้ทั้งหมด ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมผิดปกติ จึงต้องการการดูแลที่ใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมง ทำให้ครอบครัวที่มีผู้ดูแลเพียงคนเดียว ต้องลาออกจากงานประจำหรือหยุดงานประจำ เพื่อมาทำหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุ ถึงร้อยละ 9 ทำให้ผู้ดูแลและ

ครอบครัวขาดรายได้ และร้อยละ 18 ที่เคยมีรายได้จากการทำงานประจำมีรายได้ลดลง ทำให้บางครอบครัวต้องเผชิญกับปัญหาและผลกระทบด้านเศรษฐกิจในครอบครัว

กรณีศึกษาที่ 46 นก หลานสาว อายุ 27 ปี ที่ต้องเลิกทำงานรับจ้างในโรงงานเพื่อทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุที่ต้องดูแลระยะยาวในบ้าน 2 คน คือ ยายเนียง ซึ่งมีภาวะสมองเสื่อม อาศัยอยู่ร่วมกับ ลูกชาย ที่ป่วยด้วยโรค Parkinson disease นกต้องดูแลทั้งการกิจวัตรประจำวัน ต้องทำงานบ้าน และดูแลลูก ต้องเฝ้ายายและลุงอยู่ที่บ้าน ทั้งกลางวันและกลางคืนบางวันไม่หลับก็ต้องดูตลอดคืน ไม่สามารถไปไหนมาไหนได้ เวลาส่วนใหญ่ของนกจะอยู่ที่บ้านเท่านั้น ไปไหนไกลไม่ได้ นกไม่ได้ประกอบอาชีพ จึงไม่มีรายได้ ต้องอาศัยรายได้จากสามีที่ทำงานรับจ้างและจากญาติพี่น้องที่ส่งมาให้เพื่อเป็นค่าใช้จ่าย

กรณีศึกษาที่ 54 ป้าประเสริฐ หลิงชราโสด วัย 68 ปี เป็นลูกสาวคนที่ 5 ของยายปู้ วัย 98 ปี เดิมทำงานรับจ้างในสวนมะม่วง ป้าประเสริฐชอบงานนี้มาก และภาคภูมิใจที่ทำงานจนสามารถซื้อที่ดินจำนวนหนึ่งงานเพื่อปลูกบ้าน แต่ป้าประเสริฐต้องลาออกจากงานนี้ เพราะหลานที่ดูแลยายปู้ แต่งงานและไปทำงานที่ต่างจังหวัด ป้าประเสริฐจึงต้องกลับมาเป็นผู้ดูแลยายปู้ ซึ่งยายช่วยเหลือตัวเองได้น้อยลง จากอุบัติเหตุเข้าห้องน้ำตอนกลางคืน เมื่อปลายปี 2554 ป้าประเสริฐต้องดูแลใกล้ชิด ป้อนอาหาร พาเข้าห้องน้ำ อาบน้ำ เปลี่ยนเสื้อผ้า นาน 3 เดือน ยายปู้สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ตามปกติ ต้นปี 2555 ยายปู้ได้เกิดอุบัติเหตุพลัดตกเพิงหน้าบ้าน ยายปู้มีอาการตัวสั่น พูดเพ้อ ป้าพาไปหาแพทย์ที่คลินิก หมดการรักษาและค่าใช้จ่ายประมาณ 4,000 บาท ช่วงนี้ป้าประเสริฐรู้สึกเครียดมากและเหนื่อยที่ต้องทำงานหนัก ทั้งงานบ้านและดูแลยาย ยายปู้ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ต้องอ้อมลงจากบ้าน ไปอาบน้ำในห้องน้ำ เปลี่ยนเสื้อผ้าให้ ป้าประเสริฐมีอาการปวดหลังและสะโพก ยายปู้มักมีอาการเก็บของขึ้นลงบ้านอยู่ตลอดเวลา ถ้าหากหาสิ่งของไม่เจอ ยายจะถามอยู่ตลอด ถามคำถามเดิมๆ ถอดและใส่เสื้อกลับด้านบ่อย ๆ วิถีชีวิตของป้าประเสริฐวนเวียนอยู่กับการดูแลยายปู้ ไปไหนไกล ๆ ไม่ได้ ป้าประเสริฐเครียด รู้สึกเสียดายที่ต้องออกจากงาน ทำให้ไม่มีเงินใช้ รายได้ลดลง “ไม่มีเงินส่งให้ยายปู้ นี้ออกมาก็เหมือนตัดหนทางเลย นาไร่เราก็ไม่มีทำเหมือนคนอื่นเค้า” ป้าประเสริฐเล่าว่ายังมีความเครียดอยู่บ้างในแต่ละวันส่วนใหญ่จะเป็นเรื่องเงิน

2) ค่าใช้จ่ายเพิ่ม เงินไม่พอใช้ มีหนี้

พบว่าภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ในช่วงระยะแรกที่ปรากฏอาการสมองเสื่อมชัดเจน ส่วนใหญ่เป็นค่าใช้จ่ายในการแสวงหาการรักษาทั้งจากแพทย์แผนปัจจุบันและการแพทย์ทางเลือก ส่วนในช่วงมีอาการสมองเสื่อมระยะสุดท้ายพบว่าค่าใช้จ่ายเกี่ยวข้องกับการดูแล ได้แก่ ค่าจ้างผู้ดูแลพบว่าการว่าจ้างผู้ดูแลร้อยละ 15 ซึ่งมีค่าใช้จ่ายสูง อยู่ในช่วง 10,000 – 21,000 บาทต่อเดือน และค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับอุปกรณ์การดูแลมากที่สุด คือ ผ้ารองกันเปื้อน (แพมเพิร์ส) พบถึงร้อยละ 30 ซึ่งมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 1,534 บาทต่อเดือนสำหรับค่าอาหารเสริม ส่วนด้านการแสวงหาการรักษาพบว่าส่วนใหญ่ผู้ดูแลจะหยุดแสวงหาการรักษา จะรักษาตามอาการ อย่างไรก็ตามพบว่าผู้สูงอายุในระยะนี้จะมีสุขภาพไม่แข็งแรง มีอาการเจ็บป่วยบ่อย ๆ ทำให้ต้องเข้ารับการรักษา และมีการเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ซึ่งมีผลทำให้เงินไม่พอใช้จ่าย และเกิดหนี้สินตามมา

ดั่งกรณีศึกษาที่ 106 สมเกียรติ 57 ปี ทำงานเป็นลูกจ้างประจำของโรงพยาบาล ภรรยาเป็นเจ้าหน้าที่ธุรการในโรงพยาบาลเดียวกัน สมเกียรติดูแลแม่ที่ป่วยเป็น Alzheimer ตั้งแต่วันที่ 2554 เดือนมีนาคม 2554 ยายสะดุดหกล้มในห้องน้ำ ญาติพานำส่งโรงพยาบาลมหาราช นอนโรงพยาบาล 1 วัน แพทย์วินิจฉัยสมองได้รับบาดเจ็บให้กลับไปบ้าน สมเกียรติต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในการดูแล ซึ่งถึงแม้ค่ารักษาพยาบาลจะเบิกได้เกือบทั้งหมด แต่ค่าใช้จ่ายในการดูแล เช่น ค่าอุปกรณ์ ค่าแพมเพิร์ส และค่าจ้างผู้ดูแลที่เพิ่มขึ้น รวมทั้งรายได้พิเศษที่เคยทำนอกเวลาของสมเกียรติต้องลดลงและหยุดไป ทำให้เงินเดือนลูกจ้างประจำของสมเกียรติไม่เพียงพอกับการดูแลแม่ จนทำให้สมเกียรติรู้สึกเครียด และมีปัญหาค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน จนต้องให้พี่น้องทุกคนเข้ามาช่วยจ่ายเป็นค่าดูแลในแต่ละเดือน

เช่นเดียวกับกรณีศึกษาที่ 48 ยายหลี อายุ 86 ปี เมื่อ 4 – 5 ปีก่อน (พ.ศ.2551) อาศัยอยู่กับลูกที่กทม. เริ่มมีอาการผิดปกติคือเปิดแก๊ส แล้วไม่ปิด ทั้งที่ก่อนหน้านี้ไม่มีอาการหลงลืม ลูกจึงพาไปพบแพทย์ แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรค Alzheimer จึงได้จ้างผู้ดูแลให้มาดูแลที่บ้าน และพาไปพบแพทย์ทุกเดือน ต่อมาเมื่อผู้ดูแลที่ว่าจ้างดูแลไม่ดี ยายหลีไม่ชอบ จึงได้ย้ายมาอยู่กับลูกสาวที่เป็นพยาบาลที่จังหวัดพิจิตร เมื่อมาอยู่ที่บ้านที่พิจิตรลูกสาวได้ดัดแปลงบ้านเพื่อให้แม่ได้มาอยู่ด้วยกัน เมื่อ 3 ปีก่อน (พ.ศ.2553) ยายหลีหกล้ม ไม่รู้สึกตัว มีเลือดคั่งในสมอง ลูกสาว (เป็นพยาบาล) จึงขอให้แพทย์ผู้เชี่ยวชาญผ่าตัด อาการหลังผ่าตัดรู้สึกตัว และได้ว่าจ้างพี่สาวคนโตเป็นคนดูแลเดือนละ 10,000 บาท

3) ผู้ดูแลเสียโอกาสในการประกอบอาชีพ

จากการศึกษาพบว่าในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมต้องการผู้ดูแลใกล้ชิดตลอดเวลา 24 ชั่วโมง ทำให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุต้องลาออกจากงาน หรือหยุดการประกอบอาชีพเดิม เพื่อทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาระยะยาว ซึ่งทำให้ผู้ดูแลเหล่านี้ ร้อยละ 20.55 รู้สึกสูญเสียโอกาสในการประกอบอาชีพ เช่น โอกาสในตำแหน่งหน้าที่การงาน รายได้ และ สังคม

ดั่งกรณีศึกษาที่ 103 พี่แมว พยาบาลวิชาชีพ ลูกสาวผู้ดูแลยายกิมจับ อายุ 80 ปี ยายกิมจับ มีอาการหลงลืม ตั้งแต่วันที่ 2544 ยายมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป ยายกิมจับจะตัดต้นไม้ที่กำลังออกดอกสวยงามจนมือเจ็บเป็นแผลพุพอง นอกจากนี้มีอาการถามคำถามซ้ำ ๆ พูดไม่ประติดประต่อ ยายมีอาการหลงลืมมากขึ้น แต่ยังสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตัวเอง ส่วนพ่อมีอาการมือข้างขวาสั่น ขณะรับประทานอาหาร เขียนหนังสือ จึงพาไปพบแพทย์ แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นยายกิมจับเป็นโรคอัลไซเมอร์ และตาสุทธเป็น Parkinson เมื่อปี 2546 ต้องไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ทุก 2 เดือน เมื่อยายกิมจับและตาสุทธมีอาการมากขึ้น พี่แมว (ลูกสาวคนโต) อายุ 47 ปี ในขณะนั้นชีวิตการทำงานกำลังมีความก้าวหน้า แต่การดูแลพ่อแม่ที่มีความต้องการการดูแลระยะยาว ทำให้พี่แมวไม่ได้พักผ่อน เครียด บางครั้งทะเลาะกับพ่อวันหนึ่งพี่แมวขับรถออกนอกเส้นทางโดยไม่รู้ตัว ทำให้พี่แมวตัดสินใจเกษียณอายุก่อนกำหนด เพื่อมาดูแลพ่อแม่และแม่ก่อนที่จะมีอาการรุนแรงมากและก่อนที่ตนเองจะดูแลไม่ไหว เดือนมิถุนายน ปี2553 คุณยายหกล้ม ข้อมือขวา และข้อสะโพกขวาหัก เข้ารับการรักษาโรงพยาบาลเอกชนใกล้บ้าน แพทย์ไม่สามารถทำการผ่าตัดได้ จึงส่งตัวไปโรงพยาบาลจังหวัด แพทย์ได้ทำการผ่าตัดข้อสะโพกและใส่เฝือกที่แขนขวา นอนรักษาตัวที่

โรงพยาบาลประมาณเดือนครึ่ง ยายไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ ประกอบกับคุณตาเดินแล้วล้มมากขึ้น บาดเจ็บหลายครั้ง ประมาณปี 2554 พี่แมวจึงจ้างพี่เลี้ยงจากศูนย์เพื่อช่วยดูแลพ่อและแม่

เช่นเดียวกับกรณีศึกษาที่ 105 ปอ พยาบาลที่ต้องดูแลพ่อซึ่งป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม ซึ่งเคยทำงานอยู่ในกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลชุมชน มีความสุขในการทำงาน มีความสุขกับเพื่อนร่วมงาน แต่ต้องย้ายมาทำงานกลุ่มงานอาชีวเวชกรรมโรงพยาบาลจังหวัด สิ่งแวดล้อมและการทำงานแตกต่างจากเดิม ทำให้ต้องปรับตัวมาก ช่วงแรกปรับไม่ได้ รู้สึกสูญเสียคุณค่าในตัวเอง ร้องไห้ทุกคืน อยากกลับไปทำงานที่เดิม คาดหวังว่าเวลามาทำงานจะออกจากบ้านช้าลง แต่ต้องออกจากบ้านเร็วกว่าเดิม ช่วงย้ายที่ทำงานใหม่รู้สึกเหมือนเด็กไม่ อยากไปโรงเรียน รู้สึกกดดัน เบื่อ สุขภาพกายแย่กว่าเดิม หลับไม่สนิท กังวล แม้ว่าการทำงานจะผ่านมาแล้ว 6 เดือน ยังต้องพยายามปรับตัวให้เข้ากับที่ทำงานใหม่อยู่

5.3.4 ภาวะและผลกระทบด้านสังคม

พฤติกรรมที่ผิดปกติของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมทำให้เกิดความขัดแย้งกับลูกหลาน และญาติพี่น้อง ทำให้เกิดการทอดทิ้งและผลกระทบให้กับผู้ดูแลเพียงลำพัง ทำให้ผู้ดูแลการมีกิจกรรมทางสังคมลดลง มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นลดลง ผู้ดูแลร้อยละ 86 มีผลกระทบด้านสังคม จนทำให้ขาดโอกาสในการทำกิจกรรมส่วนตัว และกิจกรรมทางสังคม จนทำให้เกิดความขัดแย้งและปัญหาสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและญาติพี่น้องตามมา ถึงร้อยละ 6 ซึ่งรายละเอียดมีดังต่อไปนี้

ตารางที่ 24 จำนวนและร้อยละภาวะและผลกระทบด้านสังคมของผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม

ภาวะและผลกระทบด้านสังคม	Dementia by Doctor		Suspected Dementia	
	จำนวน	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน
1. กิจกรรมทางศาสนาและการพักผ่อน				
1) ไปไหนไกลไม่ได้	19	52.78	28	43.08
2) ไม่ได้ไปวัด	0	0.00	1	1.54
2. กิจกรรมทางสังคมลดลง				
1) เข้าร่วมกิจกรรมชุมชนลดลง	9	25.00	18	27.69
2) ไม่ได้พบ / พบปะเพื่อนน้อยลง	1	2.78	2	3.08
3. มีปัญหาความขัดแย้ง				
1) ขัดแย้งกับพี่น้อง	5	13.87	2	3.08
2) ขัดแย้งในครอบครัว และคนรัก	2	5.56	2	3.08

1) กิจกรรมทางสังคม ทางศาสนา และการพักผ่อนลดลง

การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในช่วงระยะปรากฏอาการสมองเสื่อมชัดเจน พฤติกรรมผิดปกติของผู้สูงอายุ ผู้ดูแลต้องดูแลใกล้ชิดตลอดเวลา ทำให้ผู้ดูแลร้อยละ 53 ไม่สามารถไปไหนไกลได้ 1 ใน 4 เข้าร่วมกิจกรรมชุมชนลดลง ซึ่งทำให้ผู้ดูแลขาดโอกาสในการทำกิจกรรมส่วนตัว และกิจกรรมนอกบ้าน ทั้ง

กิจกรรมที่เกี่ยวกับความเชื่อ สิ่งที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ เช่น กิจกรรมทางศาสนา รวมถึงการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น การทำงานอดิเรก และการพักผ่อน ซึ่งทำให้ผู้ดูแลไม่ได้รับการผ่อนคลาย

กรณีศึกษาที่ 46 นก หลานสาว อายุ 27 ปี ต้องทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุที่ต้องดูแลระยะยาวในบ้าน 2 คน คือ ยายเนียง ซึ่งมีภาวะสมองเสื่อม อาศัยอยู่ร่วมกับลูกชาย ที่ป่วยด้วยโรค Parkinsonism และยังคงดูแลลูกสาว วัย 3 ขวบ อีก 1 คน ซึ่งเมื่อ 3 ปีก่อน ยายเนียงเริ่มมีอาการบางวันจำได้ บางวันจำไม่ได้ จนกระทั่งมีอาการสมองเสื่อม ญาติพาไปโรงพยาบาลบางมูลนาก 1 ครั้ง หลังจากนั้นไม่ได้ไปอีก ทุกวันนี้ยายสามารถช่วยเหลือตนเองได้บ้าง เข้าห้องน้ำได้เอง ทานอาหารได้เอง แต่กิจกรรมอื่นต้องให้ความช่วยเหลือ และไม่สามารถเดินได้ ปัญหาการะทางกายของยายไม่มีปัญหา ส่วนลุงที่อาศัยอยู่ร่วมกัน มีภาวะหลังค่อม เมื่อ 5 ปีก่อน ลุงหกล้มขณะแบกกระสอบปูน มีเสียงดังบริเวณหลัง ปวด ไปตรวจแพทย์บอกกระดูกสันหลังเคลื่อน ไม่ยอมผ่าตัด ต่อมาลุงเริ่มป่วยเป็นโรค Parkinson ไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลนครสวรรค์ แพทย์นัดครั้งสุดท้ายไม่ได้ไป ไม่มีเงินค่ารถ ทุกวันนี้จะมีอาการปวดเกร็งจากโรค Parkinson อยู่ตลอดเวลา มีอาการสั่น ไม่มีกำลัง มีปวดศีรษะ ปวดแขน ปวดขา ร้าวมาขา ต้องทานยา 3 เวลา อาการยังทรุด มือซ้ายสั่นมาก ต้องใช้มือขวาเพียงข้างเดียว

นก ผู้ดูแลตั้งแต่ตี 4 เตรียมอาหารให้ทุกคนในบ้าน ยายตื่นประมาณตี 5 หลังจากนั้นจึงจัดเตรียมอาหารให้ยายและลุง แล้วให้ยายนั่งดูทีวี ยายชอบดูทีวีรายการตลก นั่งดูทีวีไปหัวเราะไป ยายจะนอนหลับภายหลังจากดูทีวี ก่อนหน้านี้นายชอบไปวัด ตั้งแต่ความจำเสื่อม ยายไม่ได้ไปวัด นกต้องเฝ้ายายและลุงตลอดเวลา ไม่สามารถไปไหนมาไหนได้ เวลาส่วนใหญ่ของนกจะอยู่ที่บ้านเท่านั้น ไม่สามารถไปเที่ยวกับเพื่อนวัยเดียวกัน หากต้องไปไหนไกล จะไปไม่นาน ถ้ายายและลุงเจ็บป่วย นกต้องเป็นคนพาไปโรงพยาบาล

กรณีศึกษาที่ 2 ยายบุตสา ผู้ดูแลตาจันทา ยาวนาน 14 ปี เดิมยายเป็นคนที่จะเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน และมีส่วนร่วมการเข้าร่วมกิจกรรมกับเพื่อนฝูงซึ่งเป็นสิ่งที่ยายชอบมากในอดีตนั้น ยายเล่าว่ามีเพื่อนมาก ยายเป็นคนจะร้องสรภัญญะของหมู่บ้าน แต่หลังจากต้องทำหน้าที่ดูแลตา ยายแทบไม่ได้ออกไปไหนไกล จะออกไปได้ไกลก็คือวัด ซึ่งอยู่ใกล้บ้านเพียงแค่ประมาณ 10 เมตร เกือบทุกเย็นยายจะได้ออกกำลังกายกับเพื่อนผู้สูงอายุด้วยกันที่วัดเป็นประจำ ยายชอบออกกำลังกายเพราะทำให้แข็งแรง ส่วนกิจกรรมที่สำคัญหรืองานบุญประเพณีในชุมชนยายได้เข้าร่วมทำบุญกับชุมชนเพียงแต่ไม่สามารถอยู่นานได้เหมือนเดิม ยกเว้นมีลูกสาวมาดูแลแทน “ก่อนหน้านี้ยายมีหมู่หลาย ยายเป็นคนหนึ่งที่ไปร้องสรภัญญะ ร้องเพลงไปนำหมู่ดี แต่ตอนนี้ไม่ค่อยได้ไป ถ้ามีคนมาเปลี่ยนก็ได้ไป ตอนนี้ก็ไม่ค่อยได้ไป ลูกๆเขาอยู่ ก็ได้แต่ไปวัด แต่ก็อยู่โดนบได้ แต่ก็ไปออกกำลังกายกับหมู่สูงอายุตอนเย็นที่วัดทุกเย็น...ยามบุญยามทานแม่ก็ไปทำบุญทำทาน ปล่อยให้เรายู้นี้แหละ แต่แม่อยู่บโดน (ทำบุญไม่นาน) พอสมควรก็กลับไปดู ถ้าลูกมาก็ต้องพรว (ไม่ต้องรีบ)”

2) มีปัญหาความขัดแย้งในครอบครัวและกับญาติพี่น้อง

จากการศึกษาพบว่า การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในช่วงที่ผู้ป่วยยังคงมีการรับรู้เป็นช่วงที่ผู้ดูแลมีความเครียด เหนื่อย รู้สึกว่าตนเองต้องรับภาระหนัก นำมาซึ่งการทะเลาะกันภายในครอบครัว หากคนในครอบครัวไม่เข้าใจ นอกจากนี้พบว่าพฤติกรรมแสดงออกที่ผิดปกติของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ทำให้ผู้ดูแลและญาติพี่น้องส่วนใหญ่ไม่เข้าใจในพฤติกรรมแสดงออกของผู้สูงอายุ จนนำไปสู่ความขัดแย้งกัน

ระหว่างผู้สูงอายุกับผู้ดูแลและญาติพี่น้อง และทำให้ญาติพี่น้องทอดทิ้งภาระการดูแลให้กับผู้ดูแลที่ต้องรับภาระเพียงลำพัง จนทำให้เกิดปัญหาสัมพันธภาพระหว่างญาติพี่น้องตามมา ซึ่งในการศึกษารั้งนี้พบว่า มีความขัดแย้งระหว่างผู้ดูแลและคนในครอบครัว/คนรัก ร้อยละ 6 และมีความขัดแย้งระหว่างผู้ดูแลและญาติพี่น้อง ร้อยละ 13.87

กรณีศึกษาที่ 9 พชรินทร์ อายุ 41 ปี เป็นลูกสาวคนที่ห้าของตาประสาธ เป็นลูกที่ถูกกำหนดให้มีหน้าที่ดูแลพ่อและแม่ เนื่องจากอาศัยอยู่กับพ่อและแม่มาตั้งแต่เด็ก ตาประสาธมักใช้อำนาจบังคับลูกและตบตี ภรรยาให้ลูกเห็นเป็นประจำ ปี 2546 หลังจากพชรินทร์แต่งงาน ตาประสาธ เริ่มมีอาการหวงของ หวงทุกอย่าง “เริ่มแรกเรามีอาการหวงของ มีแต่หวงหวงทุกแนวทุกแนว รถมอเตอร์ไซด์ เรียบให้ลูกเราของทุกอย่างเราเก็บไว้หมด ที่แรกลูกถามเราก็บอกว่าบ่เห็น แต่เราเก็บเอาไว้ ของอยู่ในเฮือนเรา..” ทำให้สามีของพชรินทร์ไม่พอใจ ต่อมาเกิดเหตุการณ์ชกต่อยกันระหว่างสามีและพ่อ พชรินทร์และสามีตัดสินใจแยกครอบครัว ทิ้งให้ตาประสาธอยู่บ้านเพียงคนเดียวตามลำพัง แต่พชรินทร์ยังคงเข้ามาดูแลทำความสะอาดบ้าน และเตรียมอาหารให้พ่อทุกวัน

เดือนมิถุนายนปี 2548 ตาประสาธป่วยด้วยโรคเกาต์ เข้านอนรักษาตัวที่โรงพยาบาลชุมชน และมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง มักพูดแต่เรื่องเก่า ไม่รู้จักสถานที่ เดินตลอดเวลา มักถามถึงแต่ทรัพย์สินสมบัติ โรงพยาบาลชุมชนส่งต่อไปรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวช อาการไม่ดีขึ้น แต่ตาประสาธยังอาศัยอยู่คนเดียว เมื่อกลางปีพ.ศ.2550 ตาประสาธเริ่มมีอาการหลงมากขึ้น และมีพฤติกรรมเดินออกนอกบ้านตอนกลางคืน ประมาณตีหนึ่ง ตีสอง ลูกสาวจึงพาไปรักษาที่โรงพยาบาลขอนแก่น แพทย์บอกเป็นอัลไซเมอร์ ให้ยามารับประทาน อาการไม่ดีขึ้น ทานยาแล้วง่วงจึงเลิกทานยา ตาประสาธมีอาการหงุดหงิดง่าย ลูกสาวจึงหยุดยาได้ 4 ปี ช่วงระยะแรกที่มีอาการลูกที่อยู่ต่างอำเภอมาเยี่ยม ตาประสาธมักจะถามเรื่องเงินเดือนและถามคำถามเดิม ๆ ลูกเริ่มเบื่อและบางครั้งไม่ตอบ ตาประสาธจะโกรธ หงุดหงิดและโมโห ทะเลาะรุนแรงกับลูก บางครั้งถึงกับไล่ลูก และจะฆ่าลูก ทำให้ลูกไม่ยอมมาเยี่ยม “ช่วงแรกเรามีหงุดหงิด เคียดให้กับ เคียดคนอื่น ๆ ลูกหลานมากก็มีแต่ทะเลาะ เราถามแต่คำถามเก่า ๆ มีวันนี้ที่เท่าใด ได้เวลาไปเอาเงินไป ลูกเดັกก็บ่อยากมาช่วงหลัง ละที่อสิฆ่าฮอดลูก ฮอดเต้า ไล่ลูกไล่เต้า เขาเลยบ่อยากมากัน” พชรินทร์จึงต้องดูแลเพียงคนเดียว โดยนำอาหารมาให้ วันละ 3 เวลา แต่ไม่ได้นอนด้วย เดือนมกราคม 2555 ตาประสาธจุดเทียน และหลับไป ทำให้เกิดไฟไหม้ที่นอนควั่นคลุ้ง ลูกชายและชาวบ้านช่วยกันดับเพลิงได้ทัน พชรินทร์จึงให้ลูกชายมานอนเป็นเพื่อนตาประสาธช่วงกลางคืน กลางปี 2555 ตาประสาธ อาการหงุดหงิดลดลง ถ้าถามแล้วไม่มีคนตอบจะนั่งเฉย แต่ยังคงถามแต่เรื่องเงินเดือน ทุกวันตาประสาธจะตื่นตี 5 อาบน้ำ ล้างหน้า เข้าห้องน้ำ แล้วออกมาเดินเล่นข้างบ้าน ประมาณแปดโมง ลูกสาวนำข้าวมาให้ทั้ง 3 เวลา เช้า กลางวัน เย็น หลังทานข้าวเสร็จจะนั่งเล่น ดูทีวี ชอบดูรายการมวย บางทีดูเพลินไม่หิวก็ไม่ทานข้าว บางทีก็ทานข้าวช่วงบ่ายแก่ ๆ นอกจากลูกไม่ค่อยมาเยี่ยมแล้ว ชาวบ้านไม่ยอมพูดคุยกับตาประสาธ มักจะพากันหนี ไม่เข้ามาใกล้ ไม่ค่อยพูดคุยด้วย

เช่นเดียวกับ**กรณีศึกษาที่ 105** ปอ พยาบาล อายุ 41 ปี ผู้ดูแลพ่อที่มีอาการสมองเสื่อมตามลำพัง ปอเครียดที่สามีไม่เข้าใจ และไม่ช่วยเหลือในการดูแลพ่อ และปอยังมีลูกชาย 2 คน ซึ่งคนหนึ่งมีพัฒนาการล่าช้าต้องดูแลและพาไปเรียนพิเศษ ปอต้องทำหน้าที่ทั้งลูกและแม่ ในขณะที่สามีกลับมาบ้านเฉพาะช่วงวันหยุด

ไม่เคยช่วยดูแลลูก และมักจะไปอยู่ที่บ้านแม่ทั้งวัน ญาติทางฝ่ายสามีก็รู้สึกไม่พอใจที่ปอเอาพ่อแม่ดูแล กลัวว่าปอจะเอาเงินสามีมาดูแลพ่อแม่เอง สัมพันธภาพในครอบครัวเริ่มอ่อนแอ กิจกรรมในครอบครัวลดน้อยลง จากเดิมปิดเทอมจะพาลูกไปเที่ยว พักผ่อน 1 – 2 สัปดาห์ทุกปี แต่เมื่อดูแลพ่อแม่เต็มตัว วิถีชีวิตเปลี่ยนไป ลูก ๆ เริ่มบ่นและเครียด ไม่ได้เที่ยว ปอรู้สึกเครียดมาก

ในขณะที่สามีหนึ่งดูดยาไม่ช่วยเหลือ จนมีเหตุการณ์ทะเลาะกันอย่างรุนแรง เมื่อเมษายน ปี 2550 ขณะนั้นสามีกลับมาจากต่างจังหวัด เห็นปอช่วยน้องอาร์ (พี่เลี้ยงพ่อ) พุงพ่อไปห้องน้ำ อาบน้ำให้พ่อ ช่วยเตรียมอาหารสำหรับพ่อ เสร็จแล้วไปทำงาน สามีปอต่อว่าโกรธ “ เข้าแลพ่อ ค่าแลพ่อ แต่ละวันไม่ใส่ใจ ไม่ดูแล ไม่จัดการลูก พี่เลี้ยงจ้างมาแล้ว... ก็ให้ดูแลพ่อไปซิ..ทำไมต้องไปช่วยทุกอย่างพนั้น...” จึงทะเลาะกันเถียงกัน และเกิดเหตุการณ์สามีไล่ให้ออกจากบ้าน ปอจึงตัดสินใจพาพ่อไปอยู่บ้านน้ำ ประมาณ 5 วัน และอีก 2 ปีต่อมาปออดทนไม่ไหวกับพฤติกรรมของสามีที่ไม่ยอมช่วยเหลือทำให้ตนเองต้องรับผิดชอบดูแลทั้งพ่อและลูก จนต้องตัดสินใจคุยกับแม่สามีและสามี

5.4 บทบาทของอาสาสมัครและองค์กรในชุมชนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

การศึกษาบทบาทของอาสาสมัครและองค์กรในชุมชนที่เกี่ยวข้อง เป็นการศึกษากลุ่มปฏิบัติการ ซึ่งเป็นโครงสร้างองค์กรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีอยู่ในชุมชน ซึ่งผลของการศึกษามีดังต่อไปนี้

5.4.1 องค์กรในชุมชนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลด้านสวัสดิการผู้สูงอายุ

จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้มีขอบเขตพื้นที่การวิจัยในระดับตำบล พบว่าหน่วยงานราชการและองค์กรในชุมชนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว สามารถจำแนกออกเป็น 4 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้นำชุมชนในตำบล จำแนกเป็นผู้นำที่เป็นทางการ และไม่เป็นทางการ โดยผู้นำที่เป็นทางการ ประกอบด้วย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ องค์การบริหารส่วนตำบล และเทศบาล มีบทบาทเกี่ยวกับการพัฒนา การบริหารจัดการกับปัญหาความเดือดร้อนของประชาชนในชุมชน มีนายกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นผู้บริหารสูงสุด และมีสมาชิกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นของแต่ละตำบลซึ่งได้มาจากการเลือกตั้งของประชาชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นสถานที่ตั้งของกองทุนสุขภาพตำบลคู่ค้า ที่ได้รับการจัดสรรงบประมาณจากสำนักงานปลัดประกันสุขภาพแห่งชาติ ร่วมกับงบประมาณจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น งบประมาณดังกล่าวเน้นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในกลุ่มประชาชนทุกกลุ่ม

และพบว่า การดูแลด้านสวัสดิการสังคมแก่ผู้สูงอายุในชุมชนเป็นบทบาทหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เช่น องค์การบริหารส่วนตำบล เทศบาล จากการสัมภาษณ์ผู้นำชุมชน ผู้เกี่ยวข้องและการสังเกตแบบมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการกิจกรรมขององค์การบริหารส่วนตำบล พบว่ากิจกรรมดูแลผู้สูงอายุในชุมชนที่ถูกกล่าวถึงมากที่สุด คือการช่วยเหลือด้านสวัสดิการเบี้ยยังชีพ ซึ่งสวัสดิการเบี้ยยังชีพที่ผู้สูงอายุได้รับประกอบด้วย เบี้ยยังชีพแก่ผู้สูงอายุก่อนปี 2555 ผู้สูงอายุทุกคนจะได้คนละ 500 บาท ต่อมาหลังปี 2555 มีการจ่ายเบี้ยยังชีพตามช่วงอายุ ส่วนผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพจะได้รับการสนับสนุนเบี้ยผู้พิการอีก เดือนละ 500 บาท พบว่าเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุเป็นสิ่งที่มีความจำเป็นและสามารถช่วยเหลือในการดำรงชีพของผู้สูงอายุที่พึ่งพาพระยาวและครอบครัว โดยเฉพาะครอบครัวที่มีปัญหาทางเศรษฐกิจ นอกจากเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุแล้ว

พบว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นส่วนใหญ่ มีการจัดกิจกรรมความช่วยเหลือและการดูแลผู้สูงอายุบางส่วน ในช่วงโอกาสสำคัญ ได้แก่ การช่วยเหลือเกี่ยวกับเครื่องนุ่งห่มในช่วงหน้าหนาว จัดกิจกรรมรดน้ำดำหัว การสนับสนุนกายอุปกรณ์แก่ผู้สูงอายุที่ทุพพลภาพบางราย ได้แก่ Walker และ รถเข็น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นบางแห่งให้ความช่วยเหลือด้านที่อยู่อาศัยแก่ผู้สูงอายุ โดยได้รับการช่วยเหลือจากกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้การสนับสนุนโครงการของผู้สูงอายุที่เสนอขอในงบประมาณของกองทุนส่งเสริมสุขภาพตำบล

อย่างไรก็ตามพบว่าความช่วยเหลือด้านสวัสดิการแก่ผู้สูงอายุที่พึ่งพาเร่เยียว ส่วนใหญ่ไม่ได้ครอบคลุม เช่น การสนับสนุนกายอุปกรณ์ และอุปกรณ์การสนับสนุนไม่ตรงกับความต้องการ นอกจากนี้พบปัญหาการสนับสนุนเบี้ยผู้พิการให้กับผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้มีความยากลำบาก ผู้ดูแลต้องนำผู้สูงอายุไปตรวจกับแพทย์ให้แพทย์รับรองความพิการ และต้องขึ้นทะเบียนรอ 1 ปี ถึงจะได้รับการสนับสนุน และพบว่าหน่วยงานที่ดำเนินด้านสวัสดิการและด้านสุขภาพไม่ได้จัดทำแผนงานร่วมกับการดำเนินกิจกรรมแยกส่วน เฉพาะภารกิจของแต่ละองค์กร

ดังกรณีศึกษาที่ 1 ยายประเสริฐ ผู้สูงอายุที่มีภาวะหลอดเลือดสมอง เดินไม่ได้ แขนอ่อนแรง ส่วนความช่วยเหลือจากอบต.ได้สนับสนุน Walker และช่วงเดือนธันวาคม 2555 ได้รับรถเข็นโยกที่ต้องใช้มือบังคับจากอบต. แต่ยายใช้เองไม่ได้ ต้องมีหลานช่วย *“ก็มีเอารถเข็นมาให้บาดนี้มันเป็นรถโยกคนมือ เดียวสิโยกจั่งใด มันลีไปจั่งใด ก็ขี้มนายกนั้นแหละเขาเอามาให้ ก็เลยได้แต่อยู่ซื่อๆ ถ้าหลานมาถึงนั่งไปกับเขา”*

ผู้นำชุมชนทางการเมืองอีกกลุ่มหนึ่ง คือ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน สารวัตรกำนัน และผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน ที่ทำหน้าที่ปกครองดูแลทุกข์สุขของลูกบ้าน และเป็นตัวกลางในการเชื่อมประสานงานด้านนโยบายต่าง ๆ ของภาครัฐ ของแต่ละกระทรวงสู่ชาวบ้าน และเชื่อมประสานความต้องการและข้อมูลของชาวบ้านสู่ภาครัฐ ในแต่ละหมู่บ้านจะมีผู้ใหญ่บ้าน 1 คน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน 2 คน และในตำบลจะมีผู้ปกครองสูงสุดของตำบล คือ กำนัน และมีสารวัตรกำนันเป็นผู้ช่วยของกำนัน ซึ่งผู้นำชุมชนในกลุ่มนี้ ปัจจุบันมีวาระในการทำงานจนเกษียณอายุ 60 ปี ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน ส่วนหนึ่งเป็นคณะกรรมการกองทุนสุขภาพตำบล ส่วนผู้นำตามธรรมชาติในชุมชน โดยเฉพาะแกนนำผู้สูงอายุ ผู้นำทางศาสนาพุทธ มีวัดเป็นศูนย์รวมจิตใจ และผู้นำทางศาสนาอิสลาม มีมัสยิดเป็นศูนย์จิตใจ เป็นแหล่งที่สนับสนุนให้ความช่วยเหลือด้านวัตถุสิ่งของ แก่ผู้สูงอายุในชุมชน และยังมีกลุ่มกิจกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ เช่น กลุ่มทอเสื่อ กลุ่มทอผ้า ชมรมผู้สูงอายุ หรือ กลุ่มออกกำลังกายของผู้สูงอายุ กลุ่มฌาปนกิจ กลุ่มจำศีล

5.4.2 องค์กรในชุมชนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

ด้านหน่วยงานที่มีบทบาทดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน ประกอบด้วยสถานบริการทั้ง 3 ระดับ ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล ศูนย์เวชปฏิบัติครอบครัวของโรงพยาบาลชุมชน ฝ่ายเวชกรรมสังคมของโรงพยาบาลศูนย์ นอกจากนี้ยังพบว่ามีทีมงานดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care) ของโรงพยาบาลที่อยู่ในชุมชน ทำหน้าที่ติดตามเยี่ยมดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาเร่เยียวในเขตรับผิดชอบ ส่วนบุคลากรที่ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุในสถานบริการระดับปฐมภูมิหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พบว่าบุคลากรประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขชุมชน เจ้าหน้าที่งาน

ทันตภิบาล และพนักงานนวดแผนไทย ส่วนสถานบริการระดับทุติยภูมิและระดับตติยภูมิ มีบุคลากรวิชาชีพอื่น ๆ ร่วมในทีมงานดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care) เพิ่ม ได้แก่ แพทย์ นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ เภสัชกร

ซึ่งจากการศึกษากรณีศึกษาทั้ง 9 จังหวัด พบว่ามีระบบการดูแลผู้ป่วยระยะยาวที่เชื่อมโยงจากโรงพยาบาลชุมชนกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือจากโรงพยาบาลกับชุมชน โดยมีเจ้าหน้าที่ทำงานประสานงานกันอย่างเป็นรูปธรรม และมีเป้าหมายการดูแลร่วมกันจำนวนไม่ถึงครึ่ง มีเพียง 4 พื้นที่ โดยมี 3 พื้นที่ เป็นพื้นที่ได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารสูงสุด คือผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน บางครั้งลงมาเยี่ยมผู้ป่วยด้วยตนเอง และมีทีมสหสาขาวิชาชีพที่เยี่ยมผู้ป่วยชัดเจน อย่างไรก็ตาม ในพื้นที่วิจัยส่วนใหญ่ยังไม่พบทีมเยี่ยมบ้านที่ชัดเจน การเยี่ยมบ้านเป็นภารกิจของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเท่านั้น

อย่างไรก็ตามจากการศึกษา พบว่าการดูแลผู้สูงอายุที่พึ่งพาระยะยาวเป็นการดูแลในครอบครัว และส่วนใหญ่กิจกรรมการดูแลระยะยาว เป็นการดูแลเฉพาะกิจวัตรประจำวันเท่านั้น ขาดการสนับสนุนจากระบบบริการสุขภาพ โดยเฉพาะการติดตามเยี่ยมบ้าน ทำให้ผู้สูงอายุไม่ได้รับการฟื้นฟูสภาพ เกือบร้อยละ 45 และการป้องกันการเกิดภาวะพึ่งพาระยะยาวซ้ำ และพบว่าผู้สูงอายุมากกว่า 1 ใน 4 มีปัญหาการดูแลด้านการแพทย์ที่เกินศักยภาพการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัว ขาดการสนับสนุนความรู้และทักษะให้กับผู้ดูแลในครอบครัว และขาดระบบการควบคุมและติดตามคุณภาพของการบริการ ทำให้แนวทางปฏิบัติการดูแลสุขภาพที่บ้านของระบบปฐมภูมิทั้ง 9 พื้นที่มีความลักลั่น ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน

นอกจากนี้พบว่าโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ศูนย์เวชปฏิบัติครอบครัว และฝ่ายเวชกรรมสังคม ซึ่งเป็นหน่วยงานที่มีบทบาทในการให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชาชนในระดับชุมชน แต่พบว่าหน่วยงานดังกล่าวโดยเฉพาะหน่วยงานระดับปฐมภูมิ สถานที่และระบบการดูแลไม่ได้ออกแบบให้เอื้อต่อการบริการผู้สูงอายุ การดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาระยะยาวเหมือนกับประชาชนทั่วไป ทำให้พบว่าแม้ผู้สูงอายุจะมีความครอบคลุมของสิทธิการรักษาพยาบาล แต่ปัญหาผู้สูงอายุที่พึ่งพาระยะยาวในพื้นที่ประสบ คือ การเดินทางไม่สะดวกต่อการเข้ารับบริการในหน่วยบริการของรัฐ และสถานบริการปฐมภูมิ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ขาดอุปกรณ์อำนวยความสะดวกให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพ ทำให้มีความยากลำบากในการเคลื่อนย้าย จึงพบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาระยะยาว ส่วนใหญ่ไม่ได้เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล แต่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลชุมชน หรือโรงพยาบาลทั่วไป ทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางครั้งละ 200 – 1,000 บาท (เฉลี่ย 475 บาทต่อเดือน) ส่งผลทำให้เกิดปัญหาการขาดนัดตามมา

ซึ่งพบว่าหลังจำหน่ายผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาระยะยาวจากโรงพยาบาลชุมชน หรือโรงพยาบาลทั่วไป มีผู้สูงอายุเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนโรงพยาบาล เช่น แผลกดทับ (ร้อยละ 2) หกล้มกระดูกต้นขาหัก (1 ราย) และพบว่าส่วนใหญ่ขาดการติดตามและการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยให้ชุมชน และจากสถานบริการสู่สถานบริการ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้รับการเยี่ยมบ้าน การดูแลผู้สูงอายุที่พึ่งพาระยะยาวเป็นบทบาทหน้าที่ของครอบครัวที่ต้องดูแลเองเพียงลำพังโดยผู้ดูแลที่ขาดประสบการณ์ และขาดการสนับสนุนการดูแลจากหน่วยงานในชุมชน ทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาส่วนใหญ่ไม่ได้รับการฟื้นฟูสภาพ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีภาวะ Stroke

กิจกรรมการดูแลที่ผู้สูงอายุได้รับจึงเป็นเพียงแค่การดูแลกิจวัตรประจำวันเท่านั้น ซึ่งในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ข้อมูลผู้สูงอายุที่พึงพระยะยาวได้มาจากชุมชนมากกว่าจากสถานบริการสาธารณสุข โดยได้ข้อมูลจากโรงพยาบาลที่รับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพระยะยาวทั้งหมด จำนวน 1 แห่ง ข้อมูลมาจากโรงพยาบาลชุมชนและจากอาสาสมัครในชุมชน พบจำนวน 3 แห่ง และข้อมูลมาจากอาสาสมัครในชุมชนทั้งหมด มีจำนวน 5 แห่ง การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในชุมชนจึงเป็นปัญหาที่สำคัญในระบบบริการสุขภาพและเป็นความต้องการของผู้ดูแลและผู้สูงอายุ

ดังเช่นกรณีศึกษาที่ 152 พี่สุพรรณี ดูแลมารดาซึ่งช่วยตัวเองไม่ได้ และมีบทบาทเป็นผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้านและประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เล่าให้ฟังว่าตั้งแต่มารดาป่วยมา 3 ปี ยังไม่เคยได้รับการเยี่ยมจากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สิ่งที่ต้องการอยากได้จากหน่วยงานสาธารณสุขคือ อยากให้มีเจ้าหน้าที่มาตรวจ มาดูแลมารดา มีผู้ช่วยเหลือ และทำบัตรผู้พิการให้มารดา พี่สุพรรณียายมาติดต่อขอทำบัตรผู้พิการที่โรงพยาบาลจังหวัด เจ้าหน้าที่บอกให้พยายายมาด้วย ซึ่งตนเองไม่สามารถพยายายมาทำได้ จึงทำให้ยายยังไม่ได้บัตรผู้พิการทั้งที่พิการมาได้ 3 ปี

และกรณีศึกษาที่ 1 และ กรณีศึกษาที่ 7 ในพื้นที่จังหวัดภาคตะวันออกเฉียงเหนือ สะท้อนความคิดเห็นเกี่ยวกับการเข้ารับบริการในสถานบริการสาธารณสุข ดังนี้

“ตอนแรกๆ แพทย์นัดทุกเดือน ตอนนี้นัด 2 เดือนครั้ง นัดที่ช้าสูง จิมน้ำไปเหมารถ 200 บาท โดนหลาย (นานมาก) ต้องไปตั้งแต่ 2 โมงเช้ามาเที่ยง บางมื่ออยู่จนฮอด 5 เย็น”

“โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทางไปมันยาก และมันก็มีม็องช่วย(อุปกรณ์ช่วยเหลือ) ไปโรงพยาบาลมันง่าย ไปถึงมีรถเข็นมารับต้องได้เดิน เข้าห้องฉุกเฉินทำแผลเลย แล้วก็เสร็จกลับบ้านได้”

5.4.3 รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน

จากการศึกษาใน 9 จังหวัด พบว่ารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนที่เกิดจากการสนับสนุนขององค์กรต่าง ๆ ในชุมชน เพื่อการช่วยเหลือการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน มีทั้งหมด 5 รูปแบบ ได้แก่ 1) การดูแลในครอบครัว 2) การดูแลโดยผู้ดูแลจ้างในครอบครัว 3) ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุกลางวัน 4) สถานะบริหารผู้สูงอายุระยะยาวที่ไม่หวังผลกำไรขององค์กรทางศาสนา และ 5) สถานะบริหารผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งพบว่ารูปแบบการดูแลที่บ้านเป็นรูปแบบหลักของการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน รองมาคือ การว่าจ้างผู้ดูแลให้มีดูแลที่บ้าน ที่พบทั้งในเขตเมืองและเขตชนบท และมีการจัดตั้งสถานะบริหารผู้สูงอายุ (Nursing home) และ พบมีศูนย์ดูแลผู้สูงอายุกลางวัน 1 แห่ง ซึ่งมีรายละเอียดของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวแต่ละรูปแบบ มีดังต่อไปนี้

ตารางที่ 25 จำนวนและร้อยละรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในสังคมไทย

จังหวัด	รูปแบบการดูแล			
	Family care	Assisted living setting	Nursing home	Adult day care
1. ขอนแก่น	/			
2. จันทบุรี	/	/		
3. พิจิตร	/	/		
4. ราชบุรี	/	/	/	
5. ยะลา	/			
6. ศรีสะเกษ	/	/		/
7. เลย	/	/		
8. นครศรีธรรมราช	/	/	/	
9. เชียงราย	/	/		
จำนวน	9	7	2	1

1) การดูแลผู้สูงอายุภายในครอบครัว

จากการศึกษาพบว่า การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในเขตชนบทของสังคมไทยทั้งหมดเป็นการดูแลภายในครอบครัว โดยพบว่าร้อยละ 90.5 เป็นการดูแลโดยผู้ดูแลในครอบครัว และร้อยละ 9.5 เป็นการดูแลโดยผู้ดูแลจ้างในครอบครัว และพบว่า การดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวไทย ถูกผูกไว้กับค่านิยม วัฒนธรรม ความเชื่อ เรื่องความกตัญญูต่เวที ที่เป็นบทบาทหน้าที่ของลูกต้องปฏิบัติต่อพ่อแม่ผู้มีพระคุณ และการดูแลผู้สูงอายุ หรือ พ่อแม่เป็นเรื่องภายในครอบครัว เป็นหน้าที่ของครอบครัวต้องจัดการด้วยตนเอง ในขณะที่ขนาดโครงสร้างของสังคมไทยมีขนาดเล็กลง โดยเฉพาะในสังคมชนบทการดูแลพ่อแม่เป็นเรื่องที่ถูกสังคมจับจ้อง หากลูกคนไหนไม่ปฏิบัติดูแลพ่อแม่จะถูกตีตราจากสังคม เป็นคนเนรคุณ ออกตัญญู ทำให้ผู้ดูแลที่เป็นลูกส่วนใหญ่จึงต้องรับภาระการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวและปฏิเสธความช่วยเหลือจากคนภายนอก ซึ่งถ้าให้คนอื่นเข้ามาช่วยดูแลนั้นย่อมแสดงถึงความบกพร่องในการทำหน้าที่ของผู้ดูแล อย่างไรก็ตามการปฏิเสธไม่รับความช่วยเหลือของผู้ดูแลในครอบครัวไม่ได้หมายความว่าผู้ดูแลไม่ต้องการการช่วยเหลือ แต่ด้วยบทบาทที่ถูกสังคมจับจ้องในการทำหน้าที่ ทำให้ผู้ดูแลเลือกที่จะปฏิเสธ และพบว่าผู้ดูแลไม่ได้ต้องการให้ลูกของตนเองมาทำหน้าที่ การเป็นลูกกตัญญูในลักษณะเช่นเดียวกันกับที่ตนเองปฏิบัติในอนาคต ซึ่งรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในสังคมไทยในแต่ละพื้นที่ สามารถสรุปได้ดังต่อไปนี้

ตารางที่ 26 จำนวนและร้อยละรูปแบบผู้ดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในสังคมไทย

จังหวัด	Family care		Paid caregiver	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. เขตชนบท				
1) ขอนแก่น	20	100.00	0	0.00
2) จันทบุรี	18	94.74	1	5.26
3) พิจิตร	20	95.24	1	4.76
4) ราชบุรี	19	95.00	1	5.00
5) ยะลา	20	100.00	0	0.00
6) ศรีสะเกษ	21	95.45	1	4.55
7) เลย	17	80.95	4	19.05
8) นครศรีธรรมราช	9	90.00	1	10.00
2. เขตกึ่งเมือง				
1) เชียงราย	15	93.75	1	6.25
3. เขตเมือง				
1) นครศรีธรรมราช	3	30.00	7	70.00
รวม	162	90.50	17	9.50

กรณีศึกษาที่ 105 ปอ อาชีพพยาบาล ซึ่งแม่ชีวิตในวัยเด็กจะถูกตาบดตำรวจอำเภอย (พ่อ) ซึ่งเป็นคนเจ้าชู้และมีภรรยาใหม่ ทอดทิ้งให้อยู่กับน้องและแม่ และต้องอาศัยอยู่กับน้ากับยายเมื่อแม่เสียชีวิต แม่ในช่วงวัยเด็กพอจะโกรธพ่อ น้อยใจพ่อ แต่พอป่วยเป็นโรคสมองเสื่อม ภรรยาไม่ดูแล ปอตัดสินใจอาสาดูแลพ่อเอง ทั้งๆที่ตนเองก็มีภาระที่ต้องดูแลลูกชายซึ่งมีพัฒนาการล่าช้าอยู่แล้ว ด้วยเหตุผลของหน้าที่ลูกที่ต้องความกตัญญูต่อพ่อ ตนเองเป็นลูกคนโต และเป็นลูกสาวคนเดียว เรียนจบพยาบาล เมื่อพ่อป่วย ตนเองมีความพร้อมมากกว่าลูกคนอื่นทุก ๆ ด้าน มีหน้าที่การงานมั่นคง เป็นข้าราชการคนเดียวในบ้าน และไม่ได้เดือดร้อนในเรื่องของเศรษฐกิจ แต่ภาระการดูแลพ่อที่เกิดขึ้นทำให้ปอรู้สึกเหนื่อยล้า และเกิดความขัดแย้งกับสามี

เช่นเดียวกับ**กรณีศึกษาที่ 81** มณฑาลูกสาวที่ต้องลาออกจากงานที่โรงงาน และต้องละทิ้งครอบครัวทั้งสามีและลูกให้อาศัยอยู่กันเพียงลำพังที่กรุงเทพฯ เพื่อมาดูแลครุบัว พ่อที่มีภาวะหลอดเลือดสมอง เนื่องจากแม่มีอาการป่วยด้วยโรคหัวใจกระดูกไม่สามารดูแลพ่อได้เหมือนเดิม ทุกวันมณฑาต้องหามพ่อที่เป็นอัมพาตช่วยตัวเองไม่ได้ ขึ้นลงบันได เป็นระยะเวลา 3 ปี ไม่เคยมีแผลกดทับ และต้องทำหน้าที่เลี้ยงพ่อและแม่ แม้ว่าเหนื่อยแค่ไหนก็ต้องทำ ด้วยเหตุผลของลูกสาวคนเล็กที่ต้องรับผิดชอบดูแล กตัญญูต่อพ่อแม่ แม่มณฑา

จะต้องทอดทิ้งลูกและสามีที่ทำงานอยู่กรุงเทพฯ ก็ต้องทนทำหน้าที่ของลูกไม่ให้ขาด มณฑาจึงเครียดมาก ร้องไห้น้อยใจกับชะตาชีวิตของตนเองบ่อย ๆ

2) การดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวโดยผู้ดูแลที่จ้าง

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาระยะยาวเกือบร้อยละ 10 การว่าจ้างผู้ดูแล (ในพื้นที่ชนบท) พบร้อยละ 5 ส่วนในเขตเมืองพบถึงร้อยละ 70 (7 ใน 10 ราย) อย่างไรก็ตามพบว่าแม้จะมีการว่าจ้างผู้ดูแล แต่มากกว่าครึ่งหนึ่งพบว่าไม่มีผู้ดูแลในครอบครัวที่อยู่ร่วมดูแลผู้สูงอายุอย่างใกล้ชิดกับผู้ดูแลที่จ้าง และพบว่าผู้ดูแลที่ว่าจ้างมาจาก 2 แหล่ง ได้แก่ ผู้ดูแลที่อาศัยอยู่ในชุมชน ซึ่งได้มาจากการบอกต่อกัน พบว่าผู้ดูแลที่อาศัยอยู่ในชุมชนเดียวกันจะมีความคุ้นเคยกับผู้สูงอายุและครอบครัวของผู้สูงอายุ ปัญหาการลาออกจากการมีน้อย ส่วนผู้ดูแลที่จ้างที่ไม่ได้อาศัยอยู่ในชุมชน พบว่าส่วนใหญ่ครอบครัวติดต่อผ่านศูนย์บริการจัดหาผู้ดูแลสูงอายุที่อยู่ในกรุงเทพมหานคร หรือจังหวัดใหญ่ ๆ และการบอกต่อปากต่อปาก และพบว่าเกือบทุกครอบครัวที่ว่าจ้างผู้ดูแลมีการเปลี่ยนผู้ดูแลที่จ้างมากกว่า 1 คน ด้วยปัญหาผู้ดูแลลาออก พฤติกรรมของผู้ดูแลที่ไม่ใส่ใจดูแล บางรายทำร้ายผู้สูงอายุ นอกจากนี้พบว่าผู้ดูแลที่ว่าจ้างจากสถาบันในกรุงเทพฯ ถึงแม้จะผ่านการอบรมแต่ครอบครัวต้องรับภาระในการฝึกผู้ดูแลที่จ้างด้วยตนเอง ดังกรณีศึกษาต่อไปนี้

กรณีศึกษาที่ 105 อุมารณ (ปอ) พยาบาล อายุ 41 ปี ผู้ดูแลพ่อ (ดาบตำรวจอำนาญ) เล่าว่าได้ว่าจ้างพี่เลี้ยงคนแรก คือ น้องอาร์ อายุ 31 ปี สามีเสียชีวิต มีลูกสาว 1 คน อายุ 12 ปี ญาติเป็นคนแนะนำให้ น้องอาร์ที่เคยดูแลแม่ของตนเองซึ่งป่วยเป็นโรคหัวใจ ทำงานอาทิตย์ละ 6 วัน มาเข้าเย็นกลับ เวลา 07.00 – 17.00 น. ครั้งแรกจ้างเดือนละ 6,500 บาท ต่อมาเมื่อน้องอาร์ทำงานมากขึ้น จ่ายเพิ่มให้อีก 1,000 บาท น้องอาร์เป็นคนใจดี ใจเย็น สอนง่าย ฝึกอย่างไรทำอย่างนั้น ทำดีทั้งต่อหน้าและลับหลัง แต่เป็นคนตัวเล็ก เวลายกพ่อจะลำบากสักนิด อยู่นานเกือบ 3 ปี น้องอาร์ต้องออกจากงานเพราะปัญหาสุขภาพ ป่วยด้วยโรคติดเชื้อ HIV ไม่สามารถดูแลพ่อต่อได้ ช่วงที่พ่ออยู่กับน้องอาร์ พ่ออาการดีขึ้น ผู้ดูแลเอาใจใส่พ่อ พ่อสามารถร้องเพลงต่อเพลงกับน้องอาร์ได้ สังเกตเห็นหน้าตาพ่อสดชื่นขึ้น น้องอาร์จะป้อนข้าว อยู่เป็นเพื่อน ชวนคุย ล้างเช็ดอุจจาระ ปัสสาวะ เมื่อน้องอาร์ลาออก หาคนดูแลพ่อไม่ได้ ให้น้องชายลาออกจากการที่โรงพิมพ์ มาดูแลพ่อ เมื่อเดือน มีนาคม 2552 โดยปอจ่ายให้ภรรยาของน้องชายเดือนละ 4,000 บาท ให้น้องชาย (ปาล์ม) เดือนละ 6,000 บาท ช่วงแรกน้องชายดูแลพ่อดี ระยะเวลาหลังน้องชายเริ่มทิ้งพ่อให้อยู่คนเดียว และบางวันภรรยาการดูแลพ่อเป็นของพี่ของภรรยา

จึงได้หาพี่เลี้ยงใหม่โดยสอบถามจากเพื่อน จากญาติผู้ป่วยที่เคยจ้างพี่เลี้ยงดูแลพ่อในบ้าน เป็นชาวสุรินทร์ ชื่อป้าบัว อายุ 48 ปี มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยตามบ้าน ตกลงว่าจ้างเดือนละ 10,000 บาท หยุดวันอาทิตย์ กินอยู่กับที่บ้าน ปอได้ติดกล้องวงจรปิด เพื่อสังเกตการดูแลของป้า เพราะพ่อพูดไม่ได้ ระยะเวลาของการดูแล ผู้ดูแลทำได้ดีมากเหมือนที่สอนทุกอย่าง แต่ต่อมาช่วงหลังปฏิบัติดูแลอีกแบบ เช่น เรื่องเช็ดตัว ถูไปถูมา เสริ้จจับตะแคงถู ทำให้พ่อเสริ้จๆ เหมือนกับเช็ดโต๊ะ ดึงหมอนจากหัวพ่อแทนที่จะยกหัวพอก่อนแล้วค่อยดึงออก หัวพอก็จะกระแทกที่นอน ดึงหมอนแล้วโยน ทำหยาบ และพูดกับพ่อแรง ๆ หยาบ ๆ “กิน ๆ เข้าไปสิ เดียวก็ต้องไปอยู่โรงพยาบาลหรอก ชอบนักรหรือไปนอนโรงพยาบาล” ปอเล่าว่าเมื่อดูจากกล้องใจสั่น ตกใจ

อยากจะเรียกให้ป้าบัวมาดูแล แต่ยังไม่กล้าพูดกับป้าบัว เพราะเราต้องหาคนใหม่อีกและไม่รู้จะหาที่ไหน ป้าเขาก็มีบุญคุณช่วยเราในยามวิกฤต กลัวป้าจะไม่สนใจทั้งเขาทั้งเรา พอผู้ว่าจ้างจึงต้องเปลี่ยนวิธีการกลับมาตอนเย็นมาดูแลตัวเอง และเมื่อคุยกับเพื่อนบ้านซึ่งอยู่ตรงข้ามกัน เขาเลยเล่าให้ฟังว่าพฤติกรรมของป้าบัวมากกว่าที่เห็นในกล้อง เป็นมานานแล้วแต่เขาไม่กล้าพูด เพราะไม่รู้ว่าคนที่มาเลี้ยงมีความสัมพันธ์กับแบบไหนกับเรา เขาเล่าให้ฟังว่าไม่ได้ดูแลพอจริง พอสายออกมาคุยโทรศัพท์เสียงดังหน้าบ้านว่า “เออเนี่ยมันออกไปกันหมดบ้านแล้วแหละ ทั้งแม่ทั้งลูกนั่นแหละ เนี่ยทั้งคนไข้ไว้ให้ดูแล เนี่ยเปื้อนมากเลยกว่าจะป้อนข้าวมันเสร็จ โอ๊ย เปื้อนก็ต้องป้อนอยู่นั่นแหละ” “คนไข้ห่า... อะไรก็ไม่รู้ มันอยู่แข็งเหมือนท่อนไม้ พุดมันก็พูดไม่ได้” จึงตัดสินใจเลิกจ้างโดยอ้างน้องชายขอกลับมาดูแล

เช่นเดียวกับกรณีศึกษาที่ 103 ยายกิมจับ มีอาการสมองเสื่อม หกล้มกระดูกสะโพกหัก และมีสามีป่วยด้วยโรค Parkinson disease ประมาณปี 2554 พี่แมว (ลูกสาว) ซึ่งทำหน้าที่ดูแล จึงได้ว่าจ้างพี่เลี้ยงโดยการใช้บริการศูนย์บริการผู้สูงอายุที่กรุงเทพฯ พบว่าแม่ถูกผู้ดูแลกระทำรุนแรงทางวาจา จึงต้องเปลี่ยนผู้ดูแลรายต่อมาที่เป็นญาติของเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานให้มาช่วยดูแล แต่พบว่าผู้ดูแลลักขโมยทรัพย์สินในบ้าน แต่ก็ไม่กล้าไล่ผู้ดูแลเพราะรู้สึกเกรงใจ และกลัวจะไม่มีคนดูแลพ่อและแม่ จนกระทั่งผู้ดูแลที่ว่าจ้างลาออกจากการงานเอง ครอบครัวจึงต้องแสวงหาผู้ดูแลเรื่อย ๆ จนปัจจุบันได้ผู้ดูแลคนที่หกจากศูนย์บริการผู้ดูแลที่กรุงเทพฯ เป็นชาวจังหวัดอุดรธานี เสียค่าว่าจ้างผู้ดูแลรวมทั้ง OT พิเศษ จำนวนประมาณ 20,000 บาทต่อเดือน

3) สถานที่ให้ความช่วยเหลือในการดำรงชีวิต

จากการศึกษาพบสถานที่ให้ความช่วยเหลือในการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ จำนวน 2 แห่ง โดยเป็นสถานที่ที่เป็นรูปแบบทางการ 1 แห่ง ซึ่งสถานที่แห่งนี้เดิมเปิดเป็นสถานบริการผู้สูงอายุ แต่ต้องปรับเป็นสถานที่ให้การช่วยเหลือในการดำรงชีวิต เนื่องจากไม่ผ่านการประเมินประเภทสถานบริการ เจ้าของเคยมีประสบการณ์อบรมเป็นผู้ช่วยผู้ดูแลผู้สูงอายุจากโรงเรียนเอกชน เริ่มเปิดกิจการ เมื่อ 6 ปีก่อน เป็นธุรกิจภายในครอบครัว ปัจจุบันมีผู้สูงอายุในบริการทั้งหมด 24 คน ส่วนใหญ่มาจากต่างจังหวัด เป็นผู้สูงอายุที่เดินได้ 4 คน ที่เหลือช่วยตนเองได้บ้าง นอนติดเตียงและช่วยตนเองไม่ได้ โดยค่าใช้จ่าย 14,000 – 15,000 บาทต่อผู้ดูแล มีผู้ดูแล จำนวน 6 คน ทุกคนจะถูกทดลองงาน 1 เดือน มีการประเมินทุก 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี

นอกจากนี้พบสถานที่ให้การช่วยเหลือในการดำรงชีวิตที่ไม่เป็นทางการ ซึ่งเป็นกลุ่มผู้ช่วยเหลือคนไข้ในโรงพยาบาลรวมกลุ่มกันจัดบริการ ซึ่งสถานที่ให้บริการเป็นบ้านชั้นเดียว มีผู้รับบริการแบบเข้าไปเย็นกลับ จำนวน 2 คน และ ผู้สูงอายุที่ช่วยตนเองไม่ได้ จำนวน 1 คน โดยพบว่าค่าว่าจ้าง จำนวน 6,000 – 10,000 บาท ขึ้นอยู่กับอาการของผู้สูงอายุ รายละเอียดดังกรณีต่อไปนี้

ลุงใหญ่ อายุ 62 ปี เจ้าของฟาร์มเลี้ยงหมู ต้องทำหน้าที่ดูแลแม่ ซึ่งป่วยเป็นโรคหัวใจ ต้องผ่าตัดใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจ และช่วยเหลือตนเองไม่ได้ เมื่อปีพ.ศ.2554 แม่อาศัยอยู่กับน้องสาว และจ้างผู้ดูแลจากศูนย์ผู้สูงอายุมาดูแลที่บ้าน เดือนละ 12,000 บาท แต่พบว่าส่วนใหญ่มาอยู่ได้ ประมาณ 2 วัน และดูแลไม่ดี จึงส่งลูกน้องของน้องชาย อายุ 40 ปี ฝึกการดูแลผู้สูงอายุ โดยตนเองออกค่าใช้จ่ายให้หมดทุกอย่าง เพื่อกลับมาดูแลแม่ โดยให้ค่าจ้างเท่ากับศูนย์ฯ พบว่าผู้ดูแลใส่หูฟัง และโทรศัพท์ตลอดเวลา ใช้ของสิ้นเปลือง เปลี่ยนผ้าอ้อมครั้งหนึ่งใช้ 5 ผืน เมื่อตนเองบอกให้ใช้สิ่งของอย่างประหยัด ไม่ฟัง เริ่มไม่พอใจ อยู่ได้นานแค่ 6

เดือน ลาออก ลูกใหญ่จึงพาแม่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลโพธาราม ลูกใหญ่ต้องดูแลแม่ และแม่มีอาการติดเชื้อบ่อย ต้องเข้าออกโรงพยาบาลเป็นประจำ ทำให้งานในฟาร์มหมูเสีย เหนื่อยมาก จึงแสวงหาสถานบริบาลผู้สูงอายุ แต่พบว่าหลายแห่งมีคนไข้เต็ม เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลโพธารามแนะนำให้รับบริการที่นี่ ค่าจ้างเดือนละ 10,000 บาท ลูกใหญ่บอกว่าสถานที่นี้อยู่ใกล้ฟาร์ม ใกล้บ้าน คนดูแลก็มีความชำนาญ สามารถติดตามได้ ทุกเช้า เย็น และเวลาหมอนัด ตั้งแต่ลูกพาแม่มารับบริการที่นี่ แม่ไม่มีอาการติดเชื้อ ทำให้สามารถทำงานในฟาร์มได้สะดวก

4) สถานบริบาลผู้สูงอายุ

บ้านเบธานี เป็นสถานบริบาลผู้สูงอายุที่เป็นของศาสนาคริสต์ ได้รับความช่วยเหลือจากคริสต์จักรแห่งประเทศไทย โดยมีซิสเตอร์เป็นผู้ควบคุมและบริหารการดูแล ซิสเตอร์เคยผ่านประสบการณ์อบรมและศึกษาดูงานผู้ดูแลจากประเทศอิตาลี ในสถานบริบาล มีผู้ดูแลจำนวน 8 คน และมีผู้สูงอายุที่อยู่ในความดูแลจำนวนไม่เกิน 40 คน นอกจากนี้พบว่ายังมีจิตอาสาซึ่งเป็นคนในชุมชนมาช่วยในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ของสถานบริบาล ได้แก่ ทำครัว ทำสวน มีกลุ่มเยาวชนและนักศึกษาามาแสดงดนตรี และสอนดนตรีให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแล ส่วนสถานที่พักเป็นห้องพักรวมและมีห้องแยกสำหรับผู้สูงอายุระยะสุดท้าย สถานที่ได้รับการดูแล หย่า และต้นไม้ถูกตัดเป็นระเบียบ บริเวณที่พักสะอาด ในห้องรับประทานอาหารจัดเป็นสัดส่วนและดูแลรักษาความสะอาดอย่างดี สถานบริบาลเบธานีให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้หรือไม่มีผู้ดูแล โดยไม่หวังผลกำไร ค่าบริการดูแลเริ่มต้นตั้งแต่ 1,000 – 8,000 บาท ขึ้นอยู่กับฐานะความสามารถในการจ่ายของครอบครัวผู้สูงอายุ แต่มีข้อแม้ครอบครัวของผู้สูงอายุเหล่านั้นต้องมาเยี่ยมผู้สูงอายุเดือนละครั้ง และต้องสามารถติดต่อได้

น้อย ลูกชาย อายุ 43 ปี ผู้ดูแล ยายกิม อายุ 77 ปี มีประวัติล้ม เส้นเลือดในสมองแตก และมีอาการหลง ๆ ลืม ๆ จำเพื่อนบ้านไม่ได้ ไม่อยากอยู่บ้าน กระสับกระส่าย น้อยอาศัยอยู่เพียงลำพังกับแม่ 2 คน และไม่สามารถดูแลแม่ได้ ต้องทำงาน ได้จ้างคนรับใช้มาอยู่ด้วย โดยเลือกจากสำนักงานจัดหางาน เนื่องจากค่าจ้างจากศูนย์ผู้สูงอายุราคาสูง จ้างเดือนละ 6,000 บาท และให้เงินพิเศษ ประมาณ 10,000 บาทต่อเดือน และต้องจ่ายเงินล่วงหน้า 1 เดือนก่อน พบว่าต้องเปลี่ยนผู้ดูแล ถึง 6 คน ถูกขโมยเงิน และสิ่งของ จึงตัดสินใจหาบ้านพักคนชรา ครั้งแรกติดต่อที่บ้านบางแค ต้องรอคิวยาว 200 คิว ไปสถานที่ที่หลวงพ่อบึงก็เต็ม จึงมาอยู่ที่นี่ได้ 3 ปี น้อยเล่าให้ฟังว่าเมื่อตัดสินใจต้องพาแม่มาอยู่ที่นี่ รู้สึกไม่ดีเหมือนตนเองเอาแม่มาปล่อย แต่ตนเองไม่สามารถจะดูแลแม่ได้ รู้สึกเหนื่อย แม่มีอาการหลง ต้องรับยาประสาท บ้านที่อยู่เป็นทาวน์เฮาส์ แม่เปิดเตาแก๊สเพื่อนบ้านกังวล กลัวเรื่องไฟไหม้ เงินเดือนตนเองมีไม่มาก ค่าใช้จ่ายสูง จึงพาแม่มาอยู่ที่นี่ น้อยบอกว่ารู้สึกดีต่อสถานที่ สะอาด เป็นสัดส่วน รมรื่น เห็นผู้สูงอายุได้รับการดูแล รู้สึกอุ่นใจ รู้สึกดีขึ้น ตนเองช่วยจ่ายค่าดูแลแม่ประมาณ 1,000 – 2,000 บาทต่อเดือน และมาเยี่ยมแม่เกือบทุกอาทิตย์ จะใช้ระยะเวลาประมาณ 1 ชั่วโมง จะถามสารทุกข์ของแม่ ดูสุขภาพของแม่ ชวนแม่พูดคุย แม่จะมีความสุขมากเวลาที่ตนเองมาเยี่ยม รู้สึกดีที่มีสถานที่แห่งนี้ทำให้ตนเองสามารถใช้ชีวิตได้ตามปกติ

5) ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุกลางวัน

จากการศึกษาในพื้นที่ภาคอีสานพบว่า มีสถานที่ดูแลผู้สูงอายุกลางวัน ซึ่งเป็นอาคาร 2 ชั้น ก่อสร้างจากเงินบริจาคและคนในชุมชน เมื่อ 5 ปีที่แล้ว (พ.ศ.2550) ดูแลโดยเจ้าอาวาสวัด ในช่วงระยะแรกได้รับการสนับสนุนจากโรงพยาบาลจังหวัด ในการจ่ายเงินเดือนแก่อาสาสมัครที่มาทำหน้าที่แม่บ้าน และมีการจัดอุปกรณ์การฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะทุพพลภาพ ได้แก่ ราวฝึกเดิน เครื่องออกกำลังกายและไหล่ อย่างไรก็ตาม ปัจจุบันโครงการช่วยเหลือค่าใช้จ่ายจากโรงพยาบาลหมดลง ทำให้วัดต้องรับภาระดูแลสถานดูแลผู้สูงอายุกลางวันเองเพียงลำพัง และทำให้เกิดหนี้สิน สถานดูแลผู้สูงอายุช่วงกลางวันเป็นสถานที่ถูกใช้เป็นที่รวมกลุ่มของผู้สูงอายุในชุมชนช่วงกลางวันที่ถูกหลานออกไปทำงานนอกบ้าน ผู้สูงอายุจะออกมารวมกลุ่มกันเวลาประมาณ 09.00 – 10.00 น. ปกติมารวมกันประมาณ 30 - 40 คน ซึ่งกิจกรรมที่ผู้สูงอายุเหล่านี้ร่วมกันทำ คือ สนทนา ดูทีวี รับประทานอาหารร่วมกัน ซึ่งอาหารที่รับประทานส่วนหนึ่งมาจากวัด และพบว่าทุกสัปดาห์จะมีเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลจังหวัด และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมาตรวจสุขภาพให้ผู้สูงอายุละ 1 ครั้ง และในช่วงวันพระผู้สูงอายุจะสวดมนต์ร่วมกัน จนกระทั่งประมาณ 15.00 น. ผู้สูงอายุเหล่านี้จะทยอยเดินทางกลับบ้าน

บทที่ 6

สรุปผลวิจัยและการอภิปรายผล

6.1 สรุปผลการวิจัย

การวิจัยเรื่องผลกระทบและการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้วัฒนธรรมไทย เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ ใน 5 ภูมิภาคของประเทศไทย ระหว่างช่วงระยะเวลาตั้งแต่เดือนมิถุนายน 2555 – พฤษภาคม 2556 รวมระยะเวลา 12 เดือน มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อ 1) ศึกษาประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของครอบครัวและชุมชน 2) ศึกษาภาระและผลกระทบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของครอบครัวและสังคมไทย และ 3) ศึกษาบทบาทอาสาสมัครในชุมชนและองค์กรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุในสังคมไทย โดยใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสำรวจ การสังเกต การสัมภาษณ์เจาะลึก การสนทนากลุ่ม และศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องจากกลุ่มเป้าหมายผู้สูงอายุ 179 คน ผู้ดูแล 187 คน ที่มีขอบเขตพื้นที่การวิจัยคือ 13 ตำบล 9 จังหวัด ที่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาในระยะยาวทั้งหมดในตำบลนั้น แล้วนำมาวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) และวิเคราะห์ประเด็น (Thematic analysis) จัดกลุ่มของข้อมูลจากรหัสข้อมูลและนำไปสู่การสร้างบทสรุปย่อย เพื่อสร้างบทสรุปของการศึกษาแต่ละประเด็น และสร้าง Framework จากข้อมูลที่ได้ในภาคสนาม ส่วนข้อมูลเชิงปริมาณ นำมาวิเคราะห์เชิงพรรณนา ด้วยการแจกแจงความถี่และร้อยละ ซึ่งผลการศึกษาตามวัตถุประสงค์การวิจัย สรุปได้ดังต่อไปนี้

ผลการวิจัย

6.1.1 ประสบการณ์การเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาในระยะยาว

1) ภาวะสมองขาดเลือด ภาวะสมองเสื่อม โรคเรื้อรังร่วม และอายุที่มากกว่า 80 ปี: 4 เส้นทางหลักของการเกิดภาวะพึ่งพาในระยะยาวของผู้สูงอายุไทย

จากการศึกษาประสบการณ์การพึ่งพาในระยะยาวของผู้สูงอายุในสังคมและวัฒนธรรมไทย พบว่าเส้นทางในการเกิดภาวะพึ่งพาในระยะยาวของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนเกิดจาก 4 เส้นทางหลัก คือ (1) Stroke พบว่าโรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาที่สำคัญของผู้สูงอายุในสังคมไทย ที่ทำให้เกิดภาวะสมองขาดเลือด และนำไปสู่การเกิดภาวะพึ่งพาในระยะยาวของผู้สูงอายุ เกือบ 1 ใน 3 ของผู้สูงอายุไทย (2) โรคเรื้อรังร่วม พบว่ามากกว่า 2 ใน 5 ผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพาในระยะยาวจากการเกิดโรคเรื้อรังร่วม ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่จากโรคความดันโลหิตสูง (3) ภาวะสมองเสื่อม พบว่า 2 ใน 5 ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาในระยะยาวมีภาวะสมองเสื่อมที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เมื่อปรากฏอาการสมองเสื่อมที่ชัดเจนแล้ว และนำไปสู่ภาวะพึ่งพาในระยะยาว และ (4) พบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 80 ปี มากกว่า 1 ใน 9 ประสบปัญหาความอ่อนแอของร่างกายและความเสื่อมของระบบประสาทสัมผัสโดยเฉพาะการมองเห็นและนำมาสู่การเกิดภาวะพึ่งพาในระยะยาว

2) การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวส่วนใหญ่เป็นเพียงการดูแลกิจวัตรประจำวัน ขาดการฟื้นฟูสภาพและการป้องกัน ทำให้เกิดอุบัติการณ์ซ้ำและมีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงยิ่งขึ้น

จากการศึกษาพบว่าระบบส่งต่อและการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวขาดความต่อเนื่อง และผู้สูงอายุ

ร้อยละ 2 เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาตัวในโรงพยาบาล ส่วนการดูแลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พบว่ามีข้อจำกัดทั้งบุคลากรและความรู้เกี่ยวกับการดูแลและการฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุ การดูแลผู้ป่วยที่บ้านของสถานบริการสุขภาพปทุมภูมิส่วนใหญ่ขาดความชัดเจนและมีข้อจำกัดเกี่ยวกับระบบข้อมูลผู้ป่วย ภาระหน้าที่การดูแลผู้สูงอายุที่ต้องการการพึ่งพาระยะยาวจึงเป็นบทบาทของผู้ดูแลและครอบครัวที่ต้องรับภาระเพียงลำพัง โดยขาดการสนับสนุนจากหน่วยงานในชุมชน กิจกรรมการดูแลที่ผู้สูงอายุเหล่านี้ได้รับจึงเป็นเพียงแค่ “การดูแลกิจวัตรประจำวัน” ทำให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 45 ไม่ได้รับการฟื้นฟูสภาพและขาดการป้องกัน โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองขาดเลือด พบว่าบางส่วนเกิดภาวะสมองขาดเลือดซ้ำ จนนำไปสู่ภาวะพึ่งพาระยะยาวที่มีระดับความรุนแรงมากยิ่งขึ้น และบางส่วนมีอาการของระบบประสาท ได้แก่ ภาวะสมองเสื่อมร่วม ซึ่งเป็นประสบการณ์เจ็บป่วยที่มีความซับซ้อนและยากลำบากต่อการดูแลของผู้ดูแลและครอบครัวและบุคลากรสาธารณสุข

3) ข้อจำกัดของการวินิจฉัยและความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมทำให้ผู้สูงอายุขาดโอกาสในการบำบัดรักษาที่เหมาะสม

พบว่าในระยะแรกที่ผู้สูงอายุเริ่มมีอาการสมองเสื่อม ผู้ดูแลและครอบครัวส่วนใหญ่เข้าใจว่าเป็นอาการปกติของผู้สูงอายุจึงไม่ได้รับการรักษา จนกระทั่งปรากฏอาการแสดงออกของภาวะสมองเสื่อมชัดเจน ซึ่งมี 9 กลุ่มอาการ คือ หลงลืม พุดผิดปกติ อารมณ์รุนแรง เดินผิดปกติ หวงสิ่งของ จัดเก็บสิ่งของ ขับถ่าย เร็วราดและสกปรก เคลื่อนไหวน้อยลง และพฤติกรรมผิดปกติซ้ำๆ ผู้สูงอายุจึงเริ่มเข้ารับการรักษาในสถานบริการสาธารณสุข ในขณะที่พบว่าศักยภาพการตรวจวินิจฉัยและการรักษาโรคของสถานบริการสุขภาพในระดับปทุมภูมิและระดับทุติยภูมิมีข้อจำกัด ต้องส่งต่อในสถานบริการระดับตติยภูมิ ทำให้เกิดความยากลำบากในการเข้ารับบริการ จึงพบว่ามีผู้สูงอายุไม่ถึง 1 ใน 6 ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เฉพาะทาง อีกทั้งพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ขาดความรู้เกี่ยวกับโรคสมองเสื่อม ทำให้ผู้สูงอายุร้อยละ 72 หยุดการรักษาและไม่ได้รับการบำบัดรักษาที่ถูกต้อง นอกจากนี้พบว่าผู้ดูแลและครอบครัวต้องดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมเพียงลำพัง ขาดการสนับสนุนหรือช่วยเหลือจากหน่วยงานภาครัฐและท้องถิ่น ในขณะที่ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมของชุมชนมีจำกัด การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในชุมชนส่วนใหญ่จึงได้แต่ “เฝ้าดู” เท่านั้น

6.1.2 สถานะของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาระยะยาวในสังคมไทย

จากการศึกษาประสบการณ์ของผู้ดูแล สามารถสรุปสถานะของผู้ดูแลผู้สูงอายุในสังคมไทย ได้ 3 ประการ คือ

1) ผู้ดูแลส่วนใหญ่อยู่ในสภาวะไร้อำนาจ

ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ที่มีบทบาทหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาระยะยาว ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ประมาณร้อยละ 85.0 โดยเกือบครึ่งหนึ่งเป็นลูกสาว 1 ใน 7 ของผู้ดูแลเป็นภรรยา และในสังคมมุสลิม พบผู้ดูแลเป็นลูกสะใภ้ ถึง 2 ใน 5 ซึ่งเป็นกลุ่มคนที่ไร้อำนาจต่อรองในครอบครัว และพบว่าส่วนใหญ่เป็นผู้ที่ทำงานภาคการเกษตรในชุมชน แตกต่างจากญาติพี่น้องอื่น ๆ ที่ประกอบอาชีพอยู่ในเขตเมือง มีรายได้ที่มากกว่าผู้ดูแล และมีฐานะหน้าที่ดีกว่าผู้ดูแล อีกทั้งพบว่าวัฒนธรรมความเชื่อและวิถีปฏิบัติของชุมชน เช่นในสังคมอิสลามมีความเชื่อว่าลูกสาวจะต้องทำหน้าที่ดูแลพ่อแม่ และในสังคมไทยมุสลิม ลูกชายจะเป็นผู้ที่อยู่อาศัย

กับพ่อแม่ ลูกสะใภ้ต้องรับหน้าที่ดูแลพ่อแม่ของสามี สถานะของผู้ดูแลส่วนใหญ่จึงเป็นผู้ที่ไร้อำนาจการต่อรอง ทั้งในครอบครัวและสังคม ผู้ดูแลจึงจำต้องรับสภาพที่อยู่มีในสภาวะเหมือน“น้ำท่วมปาก” การเรียกร้องขอความช่วยเหลือจากญาติพี่น้องจึงเสมือนการเรียกร้องให้กับตัวเอง การแสดงออกทางคำพูดหรือการกระทำต้องระมัดระวัง “ภาวะไร้อำนาจ” ทำให้ผู้ดูแลมีความเหน็ดเหนื่อยและโดดเดี่ยว

2) ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีปัญหาภาวะสุขภาพและต้องการการพึ่งพาด้านสุขภาพ

จากการศึกษาพบว่าผู้ดูแลที่แบกรับภาระการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวส่วนใหญ่มีปัญหาสุขภาพความไม่พร้อมทางด้านร่างกาย โดยพบว่าผู้ดูแล 1 ใน 3 อยู่ในวัยผู้สูงอายุ และ 1 ใน 3 มีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน รวมทั้งโรคมะเร็ง และปัญหาจิตเภท นอกจากนี้พบว่าเกือบร้อยละ 2 มีความพิการและมีปัญหาในการดูแลตนเอง ผู้ดูแลจึงเป็นกลุ่มคนที่อยู่ในภาวะมีความต้องการการพึ่งพา เช่นเดียวกับผู้สูงอายุ แต่ต้องรับภาระดูแลผู้สูงอายุที่พึ่งพาระยะยาว เนื่องจากสมาชิกในครอบครัวที่มีภาวะสุขภาพดี ต่างออกไปทำงานนอกบ้านทิ้งภาระการดูแลให้ผู้ที่มีภาวะเจ็บป่วยหรือมีปัญหาสุขภาพต้องรับผิดชอบดูแลตลอด 24 ชั่วโมงเพียงลำพัง ซึ่งบางกิจกรรมการดูแลต้องอาศัยผู้ที่มีสภาพร่างกายที่แข็งแรง หรือผู้ดูแลมากกว่า 2 คน ภาระการดูแลที่มากเกินไปกำลังของผู้ดูแลที่มีสภาพความไม่พร้อมทางด้านร่างกาย นอกจากจะส่งผลต่อการดูแลผู้สูงอายุแล้วยังส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ดูแล

3) ผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์และรับภาระดูแลเพียงลำพัง

พบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุระยะยาวส่วนใหญ่มีหน้าที่และรับภาระภายในครอบครัวเดิมอยู่แล้ว และ 3 ใน 4 ของผู้ดูแลยังประกอบอาชีพอยู่ เมื่อมีผู้สูงอายุในครอบครัวที่พึ่งพาระยะยาว ทำให้ภาระเพิ่มขึ้น ในขณะที่หน้าที่การทำงานภายในครอบครัวเดิมของผู้ดูแลยังคงอยู่เช่นเดิม นอกจากนี้พบว่าครอบครัวส่วนใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยว ทำให้ผู้ดูแลมากกว่าร้อยละ 80 ต้องรับภาระดูแลเพียงลำพังไม่มีผู้ช่วยดูแล และผู้ดูแลประมาณ 1 ใน 9 ต้องดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาระยะยาวและดูแลผู้อื่นมากกว่า 1 คน และยังพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่เกือบร้อยละ 90.0 ไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งมีระยะเวลาเฉลี่ยของการดูแล 4 ปี ภาระการดูแลที่เพิ่มขึ้นทำให้ผู้ดูแลมีความเหน็ดเหนื่อยและส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ดูแล

6.1.3 ภาระการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวก่อให้เกิดผลกระทบแก่ผู้ดูแลทุกด้านและมีความแตกต่างกันตามภาวะเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะภาวะสมองเสื่อมก่อให้เกิดผลกระทบมากที่สุด

จากการศึกษาการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว พบว่าการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองขาดเลือดและโรคเรื้อรังก่อให้เกิดภาระและผลกระทบต่อผู้ดูแลทุกด้าน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ และสังคม มากกว่าร้อยละ 70.0 โดยเฉพาะด้านเศรษฐกิจพบมากที่สุดเกือบ 4 ใน 5 รองมาคืออารมณ์ ด้านสังคมพบ 2 ใน 3 และด้านร่างกาย อย่างไรก็ตามพบว่าผลกระทบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้ดูแลเกือบทุกด้านมากกว่าการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองขาดเลือด และโรคเรื้อรัง ซึ่งพบผลกระทบต่อผู้ดูแลเกือบทุกด้านมากกว่าร้อยละ 80 โดยเฉพาะภาระและผลกระทบด้านจิตใจ และด้านสังคม พบมากกว่าร้อยละ 85 ยกเว้นผลกระทบด้านเศรษฐกิจ

1) ภาระค่าใช้จ่ายการดูแล การแสวงหาการรักษา และการเสียสละโอกาสการประกอบอาชีพของผู้ดูแลก่อให้เกิดผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจและหนี้สินกับครอบครัว

พบว่าภาวะและผลกระทบด้านการเศรษฐกิจเป็นปัญหาที่พบมากที่สุดของการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว จากภาวะสมองขาดเลือด และโรคเรื้อรัง ถึงเกือบร้อยละ 80 ทำให้ครอบครัวมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นจากการแสวงหาการรักษาทุกประเภท พบถึงร้อยละ 45 และค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับอุปกรณ์การดูแล เช่น แพนเพิร์ส และการจ้างผู้ดูแลรายเดือน รายได้ลดลง พบว่าผู้ดูแลร้อยละ 30 มีรายได้ลดลง เนื่องจากต้องหยุดงานหรือลาออกจากงานเพื่อทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ ทำให้ขาดรายได้ และรายได้ของครอบครัวลดลง มีผลต่อเศรษฐกิจของครอบครัว **เงินไม่พอใช้ มีหนี้สิน** ค่าใช้จ่ายในการแสวงหาการรักษาพบว่ามีความจำเป็นค่าใช้จ่ายสูง จนบางครอบครัวเกิดปัญหาด้านหนี้สินจากการดูแล **เงินไม่พอใช้จ่าย และ ผู้ดูแลเสียโอกาสในการประกอบอาชีพ** มากกว่า 1 ใน 4 โดยพบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุ ประมาณร้อยละ 8 ต้องลาออกจากงานหรือหยุดการประกอบอาชีพเดิม ทำให้ผู้ดูแลเหล่านี้เสียโอกาสในการประกอบอาชีพ และ สูญเสียโอกาสในตำแหน่งหน้าที่การงาน

ส่วนในผู้สูงอายุสมองเสื่อมพบว่าภาวะและผลกระทบด้านการเศรษฐกิจที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแล 3 ใน 4 น้อยกว่าผู้ป่วยที่มีภาวะสมองขาดเลือด และโรคเรื้อรัง ผลกระทบที่เกิดขึ้นทำให้ผู้ดูแลรายได้ลดลง ขาดรายได้ และเสียโอกาสในการประกอบอาชีพ และมีค่าใช้จ่ายเพิ่ม **เงินไม่พอใช้ มีหนี้** อย่างไรก็ตามพบว่า การดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมทำให้ผู้ดูแลลาออกจากงาน มากถึงร้อยละ 11 เพื่อมาทำหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุ และพบว่าภาวะค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการดูแล ได้แก่ ค่าจ้างผู้ดูแล ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับอุปกรณ์การดูแล และอาหาร พบว่าสูงกว่าการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม ยกเว้นการแสวงหาการรักษา ซึ่งขึ้นอยู่กับความรู้และภาวะเศรษฐกิจของผู้ดูแลและครอบครัว โดยพบว่าค่าใช้จ่ายในการแสวงหาการรักษาของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมจะมีเฉพาะในช่วงระยะแรกที่ปรากฏอาการสมองเสื่อมชัดเจน เมื่อได้รับการวินิจฉัยและพบว่าไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ผู้ดูแลและครอบครัวส่วนใหญ่หยุดแสวงหาการรักษา และผู้สูงอายุถูกละเลยและไม่ได้รับการบำบัด ยกเว้นผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลมีความรู้ มีประสบการณ์ทำงานในโรงพยาบาลหรือด้านสุขภาพ จะสามารถแสวงหากระบวนการการรักษาและประคับประคองอาการของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งแตกต่างจากภาวะสมองขาดเลือด ที่ครอบครัวจะแสวงหาการรักษาจนสุดหนทางรักษาทำให้ภาวะและค่าใช้จ่ายในการแสวงหาการรักษาของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองขาดเลือด และโรคเรื้อรังสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

2) การดูแลผู้สูงอายุที่พึ่งพาระยะยาวเพียงลำพัง ทำให้ผู้ดูแลส่วนใหญ่รู้สึกโดดเดี่ยวและรู้สึกเครียดจนนำไปสู่การทำร้ายตนเองและผู้สูงอายุ

พบว่า การดูแลผู้สูงอายุที่พึ่งพาระยะยาวจากภาวะสมองขาดเลือดและโรคเรื้อรัง ผู้ดูแลส่วนใหญ่ต้องรับภาระการดูแลเพียงลำพัง ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกโดดเดี่ยว พบว่าเกือบ 3 ใน 4 เกิดผลกระทบด้านอารมณ์ ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลมี 3 ลักษณะ ได้แก่ **อารมณ์วิตกกังวล เครียด** เป็นภาระทางอารมณ์ที่แสดงออกมากที่สุดพบเกือบ 3 ใน 4 ของผู้ดูแล ซึ่งมีระดับความรุนแรงของอารมณ์แตกต่างกัน ตั้งแต่ วิตกกังวล หงุดหงิด คับข้องใจ และเครียดกับสภาพที่ต้องเป็นผู้ดูแล **อารมณ์เศร้า** พบเกือบ 1 ใน 4 ของผู้ดูแล ส่วนใหญ่มีการแสดงออกทางอารมณ์ ได้แก่ ความรู้สึกสับสน ท้อแท้ น้อยใจ ร้องไห้ คิดอยากหนีออกจากบ้าน และ **อารมณ์เครียดรุนแรง** พบผู้ดูแลมีความรู้สึก คิดฆ่าตัวตาย ทะเลาะ หรือทำร้ายผู้สูงอายุ ร้อยละ 4

3) ภาวะเครียดเป็นผลกระทบหลักด้านอารมณ์ของการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่เกิดจากข้อจำกัดของความรู้เกี่ยวกับโรคของผู้ดูแล

ในขณะที่การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม พบว่าในช่วงระยะแรกของการเกิดภาวะสมองเสื่อม ผู้ดูแลเกือบทุกคนไม่สังเกตเห็นอาการผิดปกติ จนกระทั่งผู้สูงอายุมีอาการผิดปกติเกิดขึ้นชัดเจน ซึ่งพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่มีความรู้เกี่ยวกับอาการของโรค ทำให้ผู้ดูแล 4 ใน 5 ได้รับผลกระทบทางด้านจิตใจมากที่สุด ซึ่งพบสูงกว่าการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองขาดเลือด และโรคเรื้อรังทุกด้านและโดยเฉพาะ **อารมณ์วิตกกังวล เครียด** พบมากถึงร้อยละ 88 ทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกรู้สึกเครียด และมีความรู้สึกรู้สึกวิตกกังวล **อารมณ์เศร้า** พบร้อยละ 50 ของผู้ดูแลที่ต้องอดทนกับอารมณ์และพฤติกรรมผิดปกติของผู้สูงอายุที่บางครั้งทำร้ายผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกสงสาร มีอารมณ์เศร้า ร้องไห้บ่อย และรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง และพบว่าผู้ดูแลร้อยละ 12 มี **อารมณ์เครียดรุนแรง** กับพฤติกรรมที่ผิดปกติของผู้สูงอายุ บางครั้งมีความรุนแรงและส่งผลให้ผู้ดูแลและผู้สูงอายุทะเลาะกัน เกิดการทำร้ายผู้สูงอายุ หรือถูกผู้สูงอายุทำร้าย ร้อยละ 8 ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกผิด และเกิดคำถามกับตนเองถึง “บุญหรือบาป” ของการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

4) กิจกรรมในชุมชนและแหล่งสนับสนุนที่ลดลง ทำให้ผู้ดูแลขาดโอกาสทางสังคมและทำให้เกิดความขัดแย้งกับญาติพี่น้อง

พบว่าในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาเร่เยยาว ทำให้ผู้ดูแลตกอยู่กับสภาวะของการดูแลเพียงลำพังเกือบตลอด 24 ชั่วโมง ทำให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองขาดเลือด และ โรคเรื้อรัง มีผลกระทบด้านสังคมเกือบร้อยละ 73 โดยพบว่าเกือบ 1 ใน 3 กิจกรรมทางสังคมลดลงทั้งการเข้าร่วมกิจกรรมชุมชน การพบปะเพื่อน การทำกิจกรรมร่วมกับ เพื่อน เพื่อนบ้าน ส่งผลทำให้ผู้ดูแลมีปฏิสัมพันธ์กับคนอื่นในชุมชนและสังคมลดลง ทำให้ผู้ดูแลขาดโอกาสในการทำกิจกรรมทางศาสนาตามความเชื่อส่วนตัวและขาดการพักผ่อน ถึง 1 ใน 3 โดยเฉพาะกิจกรรมที่เกี่ยวกับความเชื่อในสิ่งที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ เช่น ศาสนา ความเชื่อ นอกจากนี้พบว่า การดูแลที่มีระยะเวลายาวนาน ที่ขาดการสนับสนุนและถูกผลกระทบให้ดูแลเพียงลำพัง ทำให้เกิดปัญหาความขัดแย้งในการดูแล พบเกือบร้อยละ 38 มีความขัดแย้งกับญาติพี่น้อง

โดยเฉพาะการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม พบว่าทำให้ผู้ดูแลเกิดผลกระทบด้านสังคมมากที่สุดถึงร้อยละ 86 ซึ่งพบว่าผู้ดูแลมีกิจกรรมทางศาสนาและการพักผ่อนลดลงมากกว่าครึ่ง กิจกรรมทางสังคมลดลงมากกว่า 1 ใน 4 และพบว่าทำให้เกิดความขัดแย้งกับญาติพี่น้องและคนในครอบครัวเกือบร้อยละ 19 การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่ขาดการสนับสนุน หรือ ความช่วยเหลือจากญาติพี่น้อง จึงทำให้ผู้ดูแลขาดโอกาสทางสังคม ขาดโอกาสในการทำกิจกรรมส่วนตัวและการพักผ่อน ทำให้ผู้ดูแลต้องแบกรับภาระเพียงลำพัง

5) กิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่ต้องดูแลอย่างใกล้ชิดเกือบ 24 ชั่วโมงเพียงลำพัง ขาดโอกาสพักผ่อน ส่งผลให้เกิดอาการเหนื่อยล้าและปัญหาสุขภาพของผู้ดูแล

พบว่ามากกว่า 2 ใน 3 ของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองขาดเลือด และโรคเรื้อรัง เกิดผลกระทบด้านร่างกายจากการทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ โดยพบว่ามากกว่าครึ่งหนึ่งของผู้ดูแลมี **อาการเหนื่อยล้าร่างกาย** ได้แก่ อาการเหนื่อย อ่อนเพลีย เมื่อยล้าร่างกาย **อาการปวดหลัง ปวดเอว** พบมากกว่า 1 ใน 4 ของผู้ดูแล เกิดจากกิจกรรมการดูแลบางกิจกรรมเกี่ยวข้องกับการยกตัวของผู้สูงอายุ เช่น การอาบน้ำ การขับถ่าย และการ

เคลื่อนย้าย ทั้งนี้เนื่องจากผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นผู้หญิงและต้องดูแลผู้สูงอายุเพียงคนเดียวตามลำพัง **มีปัญหาการนอนหลับ** พบมากกว่า 1 ใน 5 ของผู้ดูแล ซึ่งเกิดจากการดูแลคนเดียวเพียงลำพัง ทำให้ไม่ได้พักผ่อน นอนไม่หลับ ทำให้ผู้ดูแลกินไม่ได้ บางคนมีอาการวิงเวียนศีรษะ และพบว่าผู้ดูแลเกือบร้อยละ 5 **มีปัญหาสุขภาพเพิ่มขึ้น** โดยผู้ดูแลเกือบ 1 ใน 3 มีปัญหาภาวะสุขภาพก่อนการทำหน้าที่ ทำให้มีภาวะเจ็บป่วยเพิ่มมากขึ้น และไม่สามารถควบคุมอาการของโรค

ส่วนการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมพบว่าผู้ดูแลมากกว่า 3 ใน 4 เกิดผลกระทบด้านร่างกาย ซึ่งพบมากในช่วงระยะที่ปรากฏอาการสมองเสื่อมรุนแรง ซึ่งผลกระทบที่เกิดขึ้นด้านร่างกาย ได้แก่ **อาการเหนื่อยล้า** ร่างกายพบมากกว่าครึ่งหนึ่ง รองมาคือ **มีปัญหาการนอนหลับ** พบเกือบ 1 ใน 5 และ **มีปัญหาสุขภาพเพิ่มขึ้น** ร้อยละ 8 ส่วนอาการปวดกระดูกและกล้ามเนื้อ พบว่าจะเกิดในช่วงระยะที่ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ซึ่งเข้าสู่ภาวะสมองเสื่อมรุนแรงแล้ว กิจกรรมการดูแลต้องการการดูแลเกือบทั้งหมด โดยเฉพาะบางกิจกรรมที่ต้องออกแรงยกผู้สูงอายุ ทำให้ผู้ดูแลเกิดอาการปวดได้

6.1.4 วัฒนธรรมชุมชนและบทบาทองค์กรในชุมชนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

1) “ความกตัญญู กตเวที” เป็นค่านิยมและความเชื่อร่วมของการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในสังคมไทย

จากการศึกษาพบว่า การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในครอบครัวของสังคมไทยพุทธ ถูกผูกไว้กับค่านิยม วัฒนธรรมความเชื่อเรื่องความกตัญญูกตเวที ที่เป็นบทบาทหน้าที่ของลูกต้องปฏิบัติต่อพ่อแม่ผู้มีพระคุณ และการดูแลผู้สูงอายุ หรือ พ่อแม่เป็นเรื่องภายในครอบครัว เป็นหน้าที่ของครอบครัวต้องจัดการด้วยตนเอง ในขณะที่ขนาดโครงสร้างของสังคมไทยมีขนาดเล็กลง มีสมาชิกในครอบครัวเฉลี่ย 3.7 คน และการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวถูกจำกัดจากสังคม โดยเฉพาะในสังคมชนบท หากลูกคนไหนไม่ปฏิบัติดูแลพ่อแม่จะถูกตีตราจากสังคม ว่าเป็นคนเนรคุณ ออกตัญญู เช่นเดียวกันในสังคมไทยมุสลิมหลักคำสอนของทางศาสนาที่ลูกต้องดูแลพ่อแม่ “สวรรค์อยู่ใต้ฝ่าเท้ามารดา” ซึ่งเป็นหลักปฏิบัติในการกระทำความดีต่อพ่อแม่ชาวมุสลิม ดังนั้นการดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้จึงเป็นหน้าที่ของผู้ดูแลซึ่งเป็นลูกหรือลูกสะใภ้ ส่วนใหญ่ต้องรับภาระการดูแลผู้สูงอายุเพียงลำพังและปฏิเสธรับความช่วยเหลือจากคนภายนอก ซึ่งถ้าให้คนอื่นเข้ามาช่วยดูแล นั้นย่อมแสดงถึงความบกพร่องในการทำหน้าที่ของผู้ดูแล อย่างไรก็ตามการปฏิเสธไม่รับความช่วยเหลือของผู้ดูแลในครอบครัวไม่ได้หมายถึงว่าผู้ดูแลไม่ต้องการการช่วยเหลือ แต่ด้วยบทบาทที่ถูกสังคมกำหนดและจำกัดต่อการทำหน้าที่ทำให้ผู้ดูแลเลือกที่จะปฏิเสธ ดังจากการศึกษาพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่ได้ต้องการให้ลูกของตนเองมาทำหน้าที่การเป็นลูกกตัญญูในลักษณะเช่นเดียวกันกับที่ตนเองปฏิบัติในอนาคต

2) ครอบครัวเป็นสถาบันหลักของการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในสังคมไทย

จากการศึกษาพบว่าแบบแผนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในสังคมไทยทั้งหมดเป็นการดูแลภายในครอบครัว ร้อยละ 95.5 เป็นการดูแลโดยผู้ดูแลในครอบครัว และร้อยละ 9.5 เป็นการดูแลโดยผู้ว่าจ้างในครอบครัว ซึ่งพบในครอบครัวที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดี ในเขตชนบทมีการดูแลในครอบครัวโดยผู้ดูแลว่าจ้าง ร้อยละ 0.06 และในเขตเมืองพบมีการว่าจ้างผู้ดูแลในครอบครัว ถึงร้อยละ 70 (7 ใน 10 ราย) ผู้ดูแลที่ว่าจ้างมาจาก 2 แหล่ง คือ ผู้ดูแลว่าจ้างที่อาศัยอยู่ในชุมชนแบบไม่เป็นทางการพบมากในเขตชนบท ผู้ดูแลเหล่านี้มี

ความคุ้นเคยกับผู้สูงอายุและครอบครัวของผู้สูงอายุ ปัญหาการดูแลและลาออกจากงานมีน้อย และผู้ดูแลว่าจ้างที่เป็นทางการ ส่วนใหญ่ครอบครัวติดต่อผ่านศูนย์บริการจัดหาผู้ดูแลสูงอายุ และพบว่าเกือบทุกครอบครัวที่ว่าจ้างผู้ดูแลมีการเปลี่ยนผู้ดูแลว่าจ้างมากกว่า 1 คน ด้วยปัญหาผู้ดูแลลาออก พฤติกรรมของผู้ดูแลที่ไม่ให้ความใส่ใจดูแล บางรายทำร้ายผู้สูงอายุ และพบว่าผู้ดูแลว่าจ้างจากสถาบันถึงแม้จะผ่านการอบรมแต่ไม่สามารถดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาเกือบทั้งหมดได้ ครอบครัวต้องรับภาระในการฝึกผู้ดูแลว่าจ้างด้วยตนเอง และพบว่าแม้จะมีการว่าจ้างผู้ดูแลแต่มากกว่าครึ่งหนึ่งมีผู้ดูแลในครอบครัวที่อยู่ร่วมดูแลผู้สูงอายุอย่างใกล้ชิดกับผู้ดูแลว่าจ้าง นอกจากรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวแล้ว ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าในบางพื้นที่มีรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุอื่น ๆ ได้แก่ ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุกลางวัน สถานบริการผู้สูงอายุ สถานที่ให้ความช่วยเหลือในการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ และผู้ดูแลว่าจ้างในครอบครัว

3) การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน ขาดหลักประกันคุณภาพการดูแลที่บ้านและความต่อเนื่องของการดูแลในระบบบริการสุขภาพ

จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาระยะยาว มีภาวะแทรกซ้อนจากการนอนโรงพยาบาล ร้อยละ 2 พบว่าส่วนใหญ่สถานบริการในชุมชนไม่ได้รับการส่งต่อข้อมูลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาระยะยาว ด้านแบบแผนการดูแลผู้สูงอายุที่พึ่งพาระยะยาวในชุมชนพบว่าส่วนใหญ่เป็นการดูแลในครอบครัวที่ต้องรับภาระหน้าที่เพียงลำพังโดยผู้ดูแลที่ขาดประสบการณ์ กิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่จึงเป็นเพียงการดูแลกิจวัตรประจำวันเท่านั้น ส่วนสถานบริการปฐมภูมิพบว่าสถานที่และระบบบริการของหน่วยงานไม่เอื้อต่อการให้บริการผู้สูงอายุที่พึ่งพาระยะยาว ทำให้ผู้สูงอายุประสบปัญหาในการเดินทาง และขาดอุปกรณ์อำนวยความสะดวก ทำให้มีความยากลำบากในการเคลื่อนย้าย จึงพบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาระยะยาว ส่วนใหญ่ไม่ได้เข้ารับบริการที่สถานบริการและมีปัญหาการขาดนัด อีกทั้งพบว่าผู้สูงอายุที่พึ่งพาระยะยาวส่วนใหญ่ไม่ได้รับการติดตามดูแลจากสถานบริการปฐมภูมิ ทั้งที่พบว่าผู้สูงอายุมากกว่า 1 ใน 4 มีปัญหาการดูแลด้านการแพทย์ที่เกี่วข้องกับการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัว ทำให้ผู้สูงอายุไม่ได้การฟื้นฟูสภาพ เกือบร้อยละ 45 และพบว่าสถานบริการปฐมภูมิมีข้อจำกัดในการวินิจฉัยและการดูแลโดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ขาดการสนับสนุนความรู้และทักษะให้กับผู้ดูแลในครอบครัว และขาดระบบการควบคุมและติดตามคุณภาพของการบริการในชุมชน แนวทางปฏิบัติการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวที่บ้านของระบบปฐมภูมิจึงมีความล้าหลังขึ้นอยู่กับเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน

4) ชุมชนมีโครงสร้างองค์กรที่รองรับการทำงานผู้สูงอายุทั้งด้านสวัสดิการและสุขภาพ แต่ขาดกลไกขับเคลื่อนและบูรณาการงานผู้สูงอายุระยะยาวเชิงบูรณาการ

พบว่าในชุมชนระดับตำบลมีหน่วยงานภาครัฐและองค์กรชุมชนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนทั้งองค์กรที่เกี่ยวข้องกับการจัดสวัสดิการทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ ได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กองทุนพัฒนากิจสงเคราะห์ ชมรมผู้สูงอายุ และองค์กรดูแลด้านสุขภาพ ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อย่างไรก็ตามพบว่าหน่วยงานภาครัฐในชุมชนไม่มีแผนงานชัดเจนเกี่ยวกับการดูแลทั้งด้านสุขภาพและด้านสวัสดิการ ความช่วยเหลือไม่ครอบคลุมผู้สูงอายุ และไม่ตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ นอกจากนี้พบปัญหาการสนับสนุนเบี้ยผู้พิการให้กับผู้สูงอายุที่

ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ที่ต้องใช้เอกสารรับรองความพิการจากแพทย์ และต้องขึ้นทะเบียนรอ 1 ปี เพื่อรอปีงบประมาณใหม่ ทั้งยังพบว่าการจัดกิจกรรมที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุในชุมชนเป็นการดำเนินกิจกรรมเฉพาะส่วนตามภารกิจของแต่ละองค์กร และทุกพื้นที่ที่ไม่มีแผนงานรองรับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว และพบว่าหน่วยงานที่ดำเนินงานด้านสวัสดิการและด้านสุขภาพไม่ได้จัดทำแผนงานร่วมกัน การดำเนินกิจกรรมเป็นแบบแยกส่วน

6.2 การอภิปรายผลการวิจัย

1) ประสบการณ์การเกิดภาวะพึ่งพาในระยะยาวของผู้สูงอายุในสังคมไทย

การพึ่งพาในระยะยาวจากภาวะสมองขาดเลือด จากการศึกษาพบว่าโรคเรื้อรังที่พบมากที่สุดและผู้สูงอายุที่พึ่งพาในระยะยาว พบว่าคล้ายคลึงกับการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุของประเทศไทย พบว่าโรคเรื้อรังที่พบมากที่สุดและผู้สูงอายุคือโรคความดันโลหิตสูง และพบว่าผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 6-9 ไม่ได้รับการรักษา และร้อยละ 23-25 ไม่สามารถควบคุมอาการได้ (วิชัย เอกพลากร และคณะ, 2009) ปัญหาโรคความดันโลหิตสูงจึงเป็นสาเหตุหลักของการเกิด Stroke และทำให้ผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาในระยะยาวในครั้งนี้นับถึงหนึ่งในสาม สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าภาวะพึ่งพาในผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะสมองขาดเลือด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Gill et al., 2004; Spiers et al., 2005; Tas et al., 2007) ภาวะสมองขาดเลือด จึงเป็นปัญหาที่สำคัญที่ในการพึ่งพาในระยะยาวของผู้สูงอายุในสังคมไทยทำให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้น้อย ต้องพึ่งพาผู้ดูแลในการทำกิจวัตรประจำวันใน และเกิดภาวะพึ่งพาในระยะยาวของผู้สูงอายุในสังคมไทย ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกสูญเสียคุณค่าในตนเอง นอกจากนี้พบว่าผู้สูงอายุที่เกิดภาวะสมองขาดเลือด ที่ไม่ได้รับการดูแลต่อเนื่องและไม่ได้รับการฟื้นฟูสภาพมีโอกาสเกิดภาวะสมองขาดเลือดซ้ำ ซึ่งทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อมตามมา สอดคล้องกับการศึกษาพบว่า Stroke กับสมองเสื่อม (Gélinas et al., 1998) ภาวะพึ่งพาจึงมีความรุนแรงและความซับซ้อน สร้างความทุกข์ทรมานให้กับผู้สูงอายุและสร้างความยากลำบากให้กับผู้ดูแลและครอบครัว และบุคลากรสาธารณสุขที่ต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญสูง

การพึ่งพาในระยะยาวจากภาวะสมองเสื่อม พบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาในระยะยาว พบเกือบ 1 ใน 5 เกิดจากภาวะสมองเสื่อม สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าภาวะสมองเสื่อมมีระดับนัยสำคัญสูงกับกระบวนการเกิดภาวะพึ่งพาของผู้สูงอายุประเทศฝรั่งเศส ประเทศเยอรมัน (Barberger-Gateau et al., 2004; Tas et al., 2007) เช่นเดียวกับการศึกษาในเขตชนบทของประเทศไทยพบว่าภาวะสมองเสื่อมเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะทุพพลภาพรุนแรงของผู้สูงอายุ (Sihapark et al., 2013) ปัญหาภาวะสมองเสื่อมจึงเป็นปัญหาที่สำคัญของการเกิดภาวะพึ่งพาในระยะยาวในประเทศไทย ซึ่งผลการสำรวจข้อมูล พบร้อยละ 12.4 มีอาการสงสัยภาวะสมองเสื่อม (วิชัย เอกพลากร และคณะ, 2009) จากการศึกษาพบว่าผู้ดูแลและครอบครัวรับรู้อาการผิดปกติของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เมื่อเริ่มปรากฏอาการแล้ว ประกอบด้วยอาการแสดงออก 9 กลุ่มอาการ ได้แก่ หลงลืม พฤติผิดปกติ อารมณ์รุนแรง เดินผิดปกติ หว้างสิ่งของ จัดเก็บสิ่งของ ขับถ่ายเรี่ยราดและสกปรก เคลื่อนไหวน้อยลง และพฤติกรรมผิดปกติซ้ำ ๆ ซึ่งพบว่าทั้งผู้สูงอายุและผู้ดูแลต่างมีความทุกข์ทรมาน แม้ผู้สูงอายุในระยะนี้จะช่วยตัวเองได้ จนนำไปสู่การทะเลาะกับผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลถูกทำร้าย และในระยะสุดท้ายของการเกิดภาวะสมองเสื่อม ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองลดลง

สูญเสียการรับรู้ และต้องการการดูแลระยะยาว ทำให้เกิดภาระกับผู้ดูแลและครอบครัว ปัญหาภาวะสมองเสื่อมจึงเป็นปัญหาที่สำคัญของการเกิดภาวะพึ่งพาในระยะยาวในประเทศไทย

การพึ่งพาในระยะยาวจากโรคเรื้อรังร่วม จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุ 2 ใน 5 มีภาวะโรคเรื้อรังร่วม โดยเฉพาะการเกิดโรคเรื้อรังร่วมจากโรคความดันโลหิตสูงซึ่งพบมากที่สุด อันนำไปสู่ภาวะสุขภาพที่อ่อนแอ เกิดภาวะแทรกซ้อน และทำให้เกิดการพึ่งพาในระยะยาวที่มีความรุนแรง และพบว่าบางกรณีศึกษาที่มีความซับซ้อนในการรักษา ต้องพึ่งพาผู้ดูแลที่มีทักษะและความสามารถดูแลอย่างใกล้ชิด และต้องมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูง ซึ่งสร้างความทุกข์ทรมานให้กับผู้สูงอายุและครอบครัวมาก สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศสวีเดน ประเทศเยอรมันและประเทศอังกฤษ ที่พบว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคร่วมเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพพลภาพ (Jagger et al., 2007; Marengoni et al., 2009; Tas et al., 2007) และพบว่าโรคเรื้อรังร่วมตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไป ทำให้โอกาสเกิดภาวะทุพพลภาพเพิ่มสูงขึ้น (Fuchs et al., 1998) เช่นเดียวกับการศึกษาในประเทศไทยพบว่าโรคเรื้อรังร่วมเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะทุพพลภาพรุนแรง (Sihapark et al., 2013)

การพึ่งพาในระยะยาวจากอายุมาก พบว่าผู้สูงอายุเกือบ 1 ใน 9 ไม่มีโรคประจำตัว แต่มีภาวะร่างกายที่อ่อนแอจนทำให้เกิดภาวะพึ่งพาในระยะยาว โดยพบว่าส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 80 ปีขึ้นไป ร้อยละ 71.43 เช่นเดียวกับการศึกษาที่ผ่านมาซึ่งพบว่าอายุเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการเกิดภาวะพึ่งพาในผู้สูงอายุ ยิ่งมีอายุเพิ่มขึ้นโอกาสเกิดภาวะพึ่งพายังเกิดขึ้นสูง (Spiers et al., 2005; WHO, 2003; Tas et al., 2007, Sihapark et al., 2013) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดขององค์การอนามัยโลกที่สรุปว่าอายุที่เพิ่มสูงขึ้นมีผลให้ร่างกายเกิดการพึ่งพาโดยเฉพาะในกลุ่มที่มีอายุมาก (WHO, 2003) นอกจากนี้พบว่าผู้สูงอายุกลุ่มนี้จะมีความเสี่ยงของระบบประสาทสัมผัส โดยเฉพาะการมองเห็น พบว่ามีผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีอาการตาบอดในช่วงผู้สูงอายุ ร้อยละ 23.81 จากการไม่ได้รับการบำบัดที่ถูกต้องและมีปัญหาในการเข้าถึงบริการรักษา ทำให้ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุลดลงและเกิดภาวะพึ่งพาในระยะยาว สอดคล้องกับผลสำรวจภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทยพบมีภาวะตาบอด ในช่วงวัยสูงอายุประมาณ ร้อยละ 2 (วิชัย เอกพลากร และคณะ, 2553) ภาวะอ่อนแอและความเสื่อมของร่างกายจึงเป็นปัญหาหนึ่งที่ทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุไทย

ภาวะพึ่งพาในระยะยาวเป็นภาวะพึ่งพาการดูแลกิจกรรมขั้นพื้นฐาน สำหรับผู้สูงอายุที่ประสบภาวะยากลำบากในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตต่ำ (Bowling et al., 2007; White et al., 2009) ภาวะพึ่งพาในระยะยาว ยังเป็นปัญหาสำคัญที่ทำให้อัตราการรอดของชีวิตลดลง เกิดการพึ่งพาผู้อื่นสูงขึ้น (Marengoni et al., 2008) เกิดการสูญเสียปีสุขภาวะ (DALYs) ในผู้สูงอายุ ดังพบว่าปีพ.ศ. 2548 ผู้สูงอายุชายไทยมีการสูญเสียปีสุขภาวะร้อยละ 5 และผู้สูงอายุหญิงมีการสูญเสียปีสุขภาวะร้อยละ 7 (The nation commission on the elderly, 2006) ซึ่งตลอดระยะเวลา 10 ที่ผ่านมาของประเทศไทยได้มีนโยบายที่สำคัญ 3 ประการ ที่เกี่ยวข้องกับการผู้สูงอายุ คือ การปฏิรูประบบสวัสดิการด้านสุขภาพ ภายใต้พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 พรบ.ผู้สูงอายุแห่งชาติ 2546 และแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (Jitapunkul and Wivatvanit, 2009; National Health Security Office, 2002, วิพรรณ ประจวบเหมาะ และ คณะ, 2553)

นโยบายดังกล่าวมีความเชื่อมโยงกับสุขภาพของผู้สูงอายุและมีส่วนที่จะทำให้ภาวะพึ่งพาในระยะยาวของผู้สูงอายุลดลงโดย 1) ทำให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพได้สะดวก และทำให้เกิดการจัดระบบบริการเชิงรุกเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุมากยิ่งขึ้น 2) ทำให้เกิดการปรับปรุงคุณภาพของสถานบริการและจัดบริการตามข้อกำหนดสำหรับผู้สูงอายุตามพรบ.ผู้สูงอายุ และ 3) ทำให้เกิดการปกป้องสิทธิของผู้สูงอายุทั้งทางด้านสังคมและด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุโดยรัฐบาลและส่วนท้องถิ่น (Jitapunkul and Wivatvanit, 2009; National Health Security Office, 2002; คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ, 2553) ซึ่งนโยบายดังกล่าวมีความสอดคล้องกับข้อเสนอขององค์การอนามัยโลกที่เสนอให้พัฒนาปรับปรุงการบริการด้านสังคมและสุขภาพ เพื่อสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพแข็งแรง ด้วยการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค รวมถึงความคุ้มค่า ความเท่าเทียมของการจัดบริการ และการดูแลระยะยาว (WHO, 2001)

อย่างไรก็ตามจากการดำเนินงานการควบคุมโรคเรื้อรัง ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุของไทย และในแผนผู้สูงอายุแห่งชาติได้มีมาตรการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันการเจ็บป่วย และดูแลตนเองเบื้องต้น โดยส่งเสริมให้เกิดชมรมผู้สูงอายุและให้ผู้สูงอายุทำกิจกรรมกลุ่ม และการจัดตั้งและพัฒนาบริการสุขภาพและทางสังคม ให้มีการดูแลโรคเรื้อรังที่สำคัญ ได้แก่ โรคความดัน โรคเบาหวาน และ โรคหลอดเลือดสมอง แต่จากการประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบายตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พบว่าตัวชี้วัดสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ไม่ผ่านเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนดไว้ มีผู้สูงอายุเพียงประมาณ 1 ใน 5 ที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ คือ การออกกำลังกายสม่ำเสมอ รับประทานอาหารผลไม้เป็นประจำ ไม่สูบบุหรี่ และไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (วิพรรณ ประจวบเหมาะ และ คณะ, 2553) ซึ่งมีผลต่อการควบคุมและป้องกันการเกิดภาวะพึ่งพาในระยะยาวในของผู้สูงอายุไทย

จะเห็นได้ว่าประเทศไทยเองมีนโยบายที่ค่อนข้างมีชัดเจนในการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ ซึ่งมีความสอดคล้องกับปฏิญญาผู้สูงอายุสากล แต่ปัญหาการดำเนินงานที่ผ่านมาเกิดอุปสรรคในการดำเนินนโยบายสู่การปฏิบัติ โดยเฉพาะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีปัญหาโรคเรื้อรังโดยเฉพาะโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด ที่มีผลต่อการการเกิดภาวะพึ่งพาในระยะยาว การป้องกันและควบคุมโรคเรื้อรังและการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุจึงเป็นหัวใจที่สำคัญของการป้องกันภาวะพึ่งพาในระยะยาวในผู้สูงอายุ บทบาทของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและใกล้ชิดกับผู้สูงอายุ โดยเฉพาะโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจึงเป็นองค์กรที่สำคัญในการขับเคลื่อนนโยบาย ตามยุทธศาสตร์ที่ 2 ของแผนผู้สูงอายุแห่งชาติทั้งมาตรการเพื่อดำเนินการให้เกิดการส่งเสริมความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันการเจ็บป่วย การคัดกรอง และดูแลตนเองเบื้องต้น และส่งเสริมการรวมกลุ่มและสร้างความเข้มแข็งขององค์กรผู้สูงอายุในชุมชน และคาดว่าจะสามารถช่วยลดการเกิดภาวะพึ่งพาของผู้สูงอายุที่มีสาเหตุจากภาวะสมองขาดเลือด ที่เกิดจากโรคความดันโลหิตสูงและระบบหัวใจและหลอดเลือด ภาวะสมองเสื่อม โรคเรื้อรังร่วม และการหกล้ม ซึ่งเป็นสาเหตุหลักของการเกิดภาวะพึ่งพาในระยะยาวได้

2) สถานะของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่พึ่งพาระยะยาวในสังคมไทย

ผู้ดูแลอยู่ในภาวะไร้อำนาจต่อรอง สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่มีฐานะทางเศรษฐกิจและทางสังคมด้อยกว่าลูกคนอื่น และส่วนใหญ่เป็นลูกสาว (ศศิพัฒน์ ยอดเพชรและคณะ, 2552) และพบว่าผู้สูงอายุชอบให้ลูกสาวดูแลมากกว่าคนอื่น รู้สึกลึกซึ้งกับการดูแลที่ได้รับ และพอใจกับความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิด (Laubunjong et al., 2008; รัชณี สรรเสริญ และ คณะ, 2554,) ส่วนสังคมไทยมุสลิมพบผู้ดูแลเป็นลูกสะใภ้ ถึงร้อยละ 40.0 รองมาคือลูกสาว ร้อยละ 35.0 ซึ่งมีความคล้ายคลึงกับประเทศจีนและประเทศญี่ปุ่น พบว่าสะใภ้เป็นผู้ดูแลหลักในครอบครัวที่ทำหน้าที่ดูแลพ่อแม่ของสามีที่ชราภาพ (Miller J E, 2002)

ผู้ดูแลมีความต้องการการพึ่งพาด้านสุขภาพ สอดคล้องกับงานวิจัยของ วรณรัตน์ ลาวัณ และคณะ (2547) พบว่า 1 ใน 4 ของผู้ดูแลมีโรคประจำตัว ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง อัมพาตและภาวะสมองขาดเลือด มะเร็ง และพิการทางสมอง อย่างไรก็ตามการศึกษารังนี้พบว่าผู้ดูแลมีอายุเฉลี่ยที่สูงเพิ่มขึ้นแตกต่างจากการศึกษาของ ศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2549) ที่พบว่าผู้ดูแลมีอายุอยู่ระหว่าง 30 -50 ปี และเกือบร้อยละ 60 อยู่ในครอบครัวขยาย ทั้งนี้เนื่องจากพบว่าขนาดของครอบครัวเล็กลง บุตรต้องออกไปประกอบอาชีพในกรุงเทพ หรือในเขตเมืองทำให้ผู้สูงอายุต้องทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุด้วยกันมากขึ้นพบถึง 1 ใน 3 ของผู้ดูแลที่เป็นผู้สูงอายุ

ผู้ดูแลมีบทบาทเชิงซ้อนในครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาในประเทศไทย พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ยังต้องประกอบอาชีพ และไม่มีประสบการณ์และดูแลเพียงลำพัง ส่วนมากจบการศึกษาระดับประถมศึกษา (วรณรัตน์ ลาวัณ, 2548; ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2549, รัชณี สรรเสริญ และ คณะ 2554, ศิริภาดา, 2556) และการศึกษาของ วรเวศน์ สุวรรณระดา และคณะ (2552) พบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 25.7 ต้องการผู้ดูแลที่มีทักษะและพบว่า ญาติในครัวเรือนไม่สามารถให้การดูแลได้ ทำให้ผู้ดูแลมีรู้สึกเหน็ดเหนื่อยและโดดเดี่ยว ทำให้เป็นภาระและเกิดผลกระทบต่อผู้ดูแลทั้งทางด้านอารมณ์ จิตใจ รวมถึงด้านเศรษฐกิจและสังคมตามมา

จะเห็นได้ว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุระยะยาวส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่ไร้อำนาจต่อรองทั้งในครอบครัวและในสังคม มีปัญหาสุขภาพ ขาดประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ และขาดการสนับสนุน สอดคล้องกับการประเมินแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 ในช่วง 5 ปีแรก พบว่ามีผู้ดูแล เพียงร้อยละ 35 ที่มีความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ (วิพรรณ ประจวบเหมาะ, 2553) ซึ่งย่อมส่งผลกระทบต่อคุณภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาระยะยาวอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ นอกจากนี้พบว่า โครงสร้างครอบครัวของสังคมไทยเปลี่ยนจากครอบครัวขยายเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้นจากร้อยละ 28.9 เป็นร้อยละ 31.0 ผู้สูงอายุอาศัยอยู่คนเดียวเพียงลำพังเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.7 เป็นร้อยละ 7.5 จากปี พ.ศ. 2546 และ พ.ศ. 2550 ตามลำดับ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2553) บุตรที่ทำบทบาทเป็นผู้ดูแลบิดามารดามีจำนวนน้อย และผู้หญิงที่มีการศึกษาออกไปทำงานนอกบ้าน (Choowattanapakorn, 1999)

ดังนั้นแม้ว่าแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 ปรับปรุงครั้งที่ 1 จะกำหนดยุทธศาสตร์ระบบคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ และกำหนดมาตรการเกี่ยวกับส่งเสริมให้ผู้สูงอายุทุกคนได้รับสวัสดิการด้านรายได้พื้นฐานที่รัฐจัดให้ และมาตรการเกี่ยวกับครอบครัว ผู้ดูแลและการคุ้มครอง โดยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุอยู่กับ

ครอบครัวให้ยาวนานที่สุด และส่งเสริมให้สมาชิกครอบครัวและผู้ดูแลมีศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุ (วิพรรณ ประจวบเหมาะ, 2553) อย่างไรก็ตามสภาพทางเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรมที่เปลี่ยนแปลงไป ขนาดโครงสร้างของครอบครัวที่มีขนาดเล็กลง ผู้ดูแลในครอบครัวมีอยู่อย่างจำกัด การดูแลผู้สูงอายุที่เป็นเรื่องของครอบครัวเป็นเรื่องภายในครอบครัวที่ต้องรับผิดชอบดูแลกันเอง ย่อมก่อให้เกิดปัญหาและอุปสรรคต่อความสำเร็จของแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 ผู้สูงอายุมีโอกาสที่จะไม่ได้รับการดูแลที่ดีและเกิดการทอดทิ้งผู้สูงอายุมากขึ้น หากไม่มีมาตรการสนับสนุนผู้ดูแลในครอบครัวรองรับที่ชัดเจนและเหมาะสมกับสภาพปัญหาของสังคมไทย

3) ภาระและผลกระทบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

ภาระและผลกระทบด้านเศรษฐกิจ พบว่าเกิดจากภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลของครอบครัวและการเสียสละโอกาสในการประกอบอาชีพของผู้ดูแล สอดคล้องกับการศึกษาของ วรเวศน์ สุวรรณระดา และคณะ (2552) พบว่าต้นทุนของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุส่วนหนึ่งต้องแลกมาด้วยการเสียสละของครอบครัว พบว่าผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัวต้องลาออกจากงานเพื่อมาดูแลผู้สูงอายุโดยเฉพาะร้อยละ 3.14 เช่นเดียวกับการศึกษาในผู้สูงอายุสมองเสื่อมพบว่าการดูแลทำให้เกิดภาระทางการเงิน (พารุณี เกตุกราย, 2550) ทั้งนี้เนื่องจากโครงสร้างครอบครัวของประเทศไทยปัจจุบันเปลี่ยนแปลงไป ครอบครัวเดี่ยวเพิ่มมากขึ้น ผู้หญิงมีบทบาทในการประกอบอาชีพหาเลี้ยงครอบครัว ภาระการดูแลผู้ป่วยในครอบครัวที่เคยมีผู้ดูแลมากกว่าหนึ่งคน แปรเปลี่ยนเป็นภาระการดูแลเพียงลำพังของผู้ดูแลเพศหญิงในครอบครัวที่มีบทบาทหาเลี้ยงครอบครัว ทำให้รายได้ครอบครัวลดลง อีกทั้งค่าใช้จ่ายในการดูแล และการแสวงหาการรักษาที่สถานบริการของรัฐภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุและครอบครัวได้ ทำให้ครอบครัวเกิดภาระและผลกระทบต่อเศรษฐกิจของครอบครัว

ภาระและผลกระทบด้านจิตใจ พบว่าความเครียดของการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ทำให้เกิดปัญหาการจัดการทางอารมณ์ของผู้ดูแลและการทำร้ายผู้สูงอายุ คล้ายคลึงกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ดูแลร้อยละ 55 มีอารมณ์ซึมเศร้า (Anderson et al, 1995) และ พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นคนในครอบครัว ที่มีระยะเวลานอนเฉลี่ย 6.88 ± 1.42 ชั่วโมงต่อวัน ผู้ดูแลต้องการระยะเวลาการดูแลและเวลาพักผ่อน รู้สึกเครียดหงุดหงิด และ ความต้องการหาคนมาช่วยดูแล (ดุสิต จันทยานนท์ และคณะ, 2554) ทั้งนี้เนื่องจากภาระที่ต้องดูแลผู้สูงอายุเกือบตลอด 24 ชั่วโมงเพียงลำพังทำให้ผู้ดูแลขาดโอกาสทางสังคม ขาดโอกาสในการดูแลตนเอง และไม่มีช่องว่างให้กับการพักผ่อนหรือการดูแลตนเอง ทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกลดเดี่ยวและเผชิญกับความเครียดและไม่มีทางออก ส่งผลกระทบทางอารมณ์อื่นๆ โดยเฉพาะอารมณ์เครียดรุนแรงจนเกิดการทำร้ายผู้สูงอายุทั้งทางวาจา และ ทางร่างกาย ที่มีผลทำให้ผู้ดูแลรู้สึกผิดต่อการกระทำของตน

ภาระและผลกระทบด้านสังคม พบว่าการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวทำให้กิจกรรมทางสังคมและแหล่งสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลลดลง ส่งผลให้ผู้ดูแลขาดโอกาสทางสังคมและเกิดความขัดแย้งกับญาติพี่น้อง เช่นเดียวกับการศึกษาผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองขาดเลือด พบว่าได้รับผลกระทบจากการมีกิจกรรมในสังคมการทำงานอดิเรก และ มากกว่าครึ่งหนึ่งมีปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัว (Anderson et al, 1995) และ การศึกษาของ วรเวศน์ สุวรรณระดา และคณะ (2552) พบผู้ดูแลมากกว่าร้อยละ 50 ต้องใช้เวลาดูแลมากกว่า

ครึ่งวัน และการศึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม พบว่าทำให้เกิดความขัดแย้งกับเพื่อนร่วมงาน (พารุณี เกตุกราย, 2550) ทั้งนี้เนื่องจากในการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องใช้ระยะเวลายาวนาน ยิ่งทำให้ปฏิสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับคนรอบข้างลดลง โดยเฉพาะญาติพี่น้องที่ไม่ได้อาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกันกับผู้ดูแล ภาระการดูแลผู้สูงอายุเป็นเรื่องภายในครอบครัวที่ต้องรับผิดชอบและรับภาระเองเพียงลำพัง จึงทำให้ผู้ดูแลขาดโอกาสในการทำกิจกรรมในสังคม ทำให้ภาระที่มีอยู่ไม่ได้รับการปลดปล่อย และทำให้มีความขัดแย้งกับญาติพี่น้องที่ไม่ช่วยเหลือ ซึ่งพบถึงร้อยละ 38 โดยเฉพาะการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม พบว่าทำให้ผู้ดูแลเกิดผลกระทบด้านสังคมมากที่สุดถึงร้อยละ 86

ภาระและผลกระทบด้านร่างกาย พบว่ากิจกรรมการดูแลระยะยาวที่ต้องดูแลอย่างใกล้ชิดเกือบ 24 ชั่วโมง และอาศัยแรงกายมากเกินไปกำลังของผู้ดูแล ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแล สอดคล้องกับการศึกษาของวรรณรัตน์ ลาวัณ (2548) ที่ศึกษาในเขตภาคตะวันออก พบว่าผู้ดูแลใช้เวลาในการดูแลเฉลี่ย 12 ชั่วโมงต่อวัน และพบว่า 1 ใน 4 มีปัญหาในการดูแล ได้แก่ ขาดความรู้ ไม่มีเวลา เหนื่อย และสื่อสารกับผู้ป่วยลำบาก และพบว่า 1 ใน 4 ของญาติผู้ดูแลมีโรคประจำตัว และด้านที่มีปัญหามากที่สุดคือความเจ็บปวด ไม่สบาย ประมาณ 2 ใน 3 มีอาการปวดเมื่อยตามร่างกาย รองลงมาคือการนอนหลับ มีชีวิตชีวา เช่นเดียวกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าภาระการพึ่งพาการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานมีความสัมพันธ์กับภาระของผู้ดูแล (OR 7.48, 95% CI 1.42-39.53) (Muangpaisan et al., 2010) และการศึกษาในประเทศไทยพบว่าภาระการดูแลและความต้องการการช่วยเหลือของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมอยู่ในระดับปานกลาง และทำให้เกิดผลด้านลบแก่ปัญหาสุขภาพ (พารุณี เกตุกราย, 2550) ทั้งนี้เนื่องจากพบว่าภาระการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวส่วนใหญ่ผู้ดูแลต้องรับภาระเพียงลำพัง ทั้งที่ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีปัญหาด้านสุขภาพและต้องการการดูแลเช่นเดียวกัน และกิจกรรมการดูแลบางอย่างที่มีการเคลื่อนไหว เช่น เคลื่อนไหวร่างกาย อาบน้ำ อุดจระ-ปัสสาวะ เกินกำลังของผู้ดูแล ผู้ดูแลไม่มีเวลาได้พักผ่อน จึงทำให้ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ดูแล ตั้งแต่ปัญหาอ่อนไม่หลับ เหนื่อยล้า ปวด จนกระทั่งเกิดปัญหาสุขภาพ เช่น กระดูกสันหลังผิดปกติ

ภาระการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมเป็นการดูแลระยะยาวที่มีผลกระทบมากกว่าโรคเรื้อรังอื่น

พบว่าภาระการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่เกิดจากภาวะสมองเสื่อมทำให้เกิดภาระและผลกระทบต่อผู้ดูแลมากกว่าการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ Stroke และโรคเรื้อรังอื่นเกือบทุกด้าน ยกเว้นผลกระทบด้านเศรษฐกิจ สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีฐานะดีและมีการศึกษาดีในประเทศไทยพบว่าภาระดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมสามารถก่อให้เกิดผลกระทบอย่างมากต่อผู้ดูแล โดยเฉพาะผลกระทบทางกายและทางการพัฒนามีมากกว่าผลกระทบทางสังคมและอารมณ์ (Weerasak Muangpaisan, et al, 2010) และการศึกษาผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมในโรงพยาบาล พบว่าเกิดภาระการดูแลของผู้ดูแล ร้อยละ 68.9 โดยพบว่าภาระการดูแลส่วนใหญ่อยู่ในระดับน้อยถึงปานกลางร้อยละ 41.1 และผลกระทบของปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยต่อผู้ดูแลในระดับปานกลางถึงมาก ซึ่งพบว่าปัญหาพฤติกรรมและของผู้ป่วยที่มีความสัมพันธ์กับภาระของผู้ดูแล ได้แก่ ผู้ป่วยมีปัญหายุติกรรมและจิตใจ การมีพฤติกรรมผิดปกติ การมีอาการไม่สงบ กระสับกระส่าย ก้าวร้าว มีอารมณ์แปรปรวน ทำให้เกิดความไม่มั่นคงทางอารมณ์ (สาธิตา แรกค่านวน และ พิรพนธ์ ลีอนุญธวัชชัย, 2555; พารุณี เกตุกราย, 2550) ทั้งนี้เนื่องจากผู้ดูแลต้องเผชิญกับสภาวะทางอารมณ์และ

พฤติกรรมของผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่ผิดปกติ ในขณะที่ทำให้ผู้ดูแลและสถานบริการสุขภาพในชุมชนมีข้อจำกัดเกี่ยวกับความรู้และการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม จึงก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้ดูแลมากกว่าโรคเรื้อรังอื่น ๆ

3) สถานบริการปฐมภูมิกับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

ระบบบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พบว่าการออกแบบสถานที่และระบบบริการของหน่วยงานบริการปฐมภูมิส่วนใหญ่ไม่เอื้อต่อการให้บริการผู้สูงอายุที่พึ่งพาระยะยาว ผู้สูงอายุที่มีภาวะช่วยเหลือตนเองได้น้อยประสบปัญหาความยากลำบากในการเดินทางเข้ารับบริการ สถานที่และอุปกรณ์อำนวยความสะดวกทำให้มีปัญหาและอุปสรรคต่อการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การเดินทางและอุปกรณ์อำนวยความสะดวกในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นปัญหาต่อเข้ารับบริการของผู้สูงอายุที่ทุพพลภาพ (ศิริณี ศรีหาคาศ, 2556) นอกจากนี้พบว่าพบว่าผู้สูงอายุมากกว่า 1 ใน 4 มีปัญหาการดูแลด้านการแพทย์ที่เกินศักยภาพผู้ดูแลในครอบครัว แต่พบว่าขาดระบบสนับสนุนการดูแลจากสถานบริการสุขภาพในชุมชน เช่นเดียวกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่ามีข้อจำกัดด้านศักยภาพในการให้บริการแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้มีภาวะทุพพลภาพ การเข้าถึงบริการของผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงยังมีจำกัด ขณะเดียวกันบริการเชิงรุกอย่างเป็นระบบในชุมชนมีการพัฒนาอย่างจำกัด (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และกนิษฐา บุญธรรมเจริญ, 2552)

การฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุระยะยาวในสถานบริการ พบว่า กิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนส่วนใหญ่เป็นเพียงการดูแลกิจวัตรประจำวัน ผู้สูงอายุที่พึ่งพาระยะยาวขาดการฟื้นฟูสภาพ และพบว่าสถานบริการปฐมภูมิมีข้อจำกัดในการให้บริการฟื้นฟูสภาพ เนื่องจากข้อจำกัดด้านบุคลากรและศักยภาพของบุคลากรในสถานบริการระดับปฐมภูมิ ทำให้การเข้าถึงบริการทางกายภาพบำบัดของผู้สูงอายุที่พึ่งพาระยะยาวในสถานบริการมีความยากลำบาก สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ในสถานบริการปฐมภูมิขาดบริการกายภาพบำบัด (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ, 2552) ทำให้ขาดระบบบริการฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุให้กลับคืนสู่ภาวะปกติให้มากที่สุด ซึ่งเป็นกิจกรรมที่มีความจำเป็นในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาระยะยาว และเป็นข้อเสนอแนะการดำเนินกิจกรรมป้องกันภาวะทุพพลภาพขององค์การอนามัยโลก และการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการฟื้นฟูสภาพในชุมชนสามารถทำให้ผู้สูงอายุสามารถพึ่งพาตนเองได้มากขึ้น (WHO, 2003, ศิริณี ศรีหาคาศ, 2556)

ข้อจำกัดของการวินิจฉัยและการดูแลภาวะสมองเสื่อมของสถานบริการ พบว่าข้อจำกัดของการตรวจวินิจฉัยและความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมของสถานบริการในระดับปฐมภูมิและระดับทุติยภูมิ ในขณะที่การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าความต้องการของผู้ดูแลสมองเสื่อม 3 อันดับแรก คือ ความรู้และการฝึกทักษะของผู้ดูแล การบริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์สำหรับผู้ดูแล และ ระบบบริการเฉพาะในการประเมินผู้ป่วยสมองเสื่อมในโรงพยาบาล (Muangpaisan et al., 2010) ข้อจำกัดของสถานบริการจึงทำให้ผู้ดูแลไม่ได้รับการสนับสนุนด้านความรู้ และทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมขาดโอกาสในการบำบัดรักษาที่เหมาะสม ดังนั้นการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรและผู้ดูแลในสังคมไทย จึงมีความจำเป็นที่ต้องการแนวทางการพัฒนาอย่างจริงจัง เพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีทางออกสำหรับผู้ดูแลและครอบครัว

หลักประกันคุณภาพการดูแลที่บ้านและความต่อเนื่องของการดูแลในระบบบริการสุขภาพ

จากการศึกษาพบว่าแนวทางปฏิบัติการส่งต่อและการติดตามดูแลของสถานบริการสุขภาพขาดความต่อเนื่องและการเชื่อมโยงสู่ชุมชน โดยเฉพาะการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่บ้านของสถานบริการระดับปฐมภูมิมีความลักลั่น ขึ้นอยู่กับเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติ สอดคล้องกับการศึกษาของสัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ (2552) พบว่าบริการที่จัดในชุมชนสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพและต้องการความช่วยเหลือนั้นมีน้อยมาก หากมีการจัดบริการมักเป็นลักษณะสังคมสงเคราะห์เฉพาะเรื่อง บริการสุขภาพสำหรับคนกลุ่มนี้มีจำกัด ขาดระบบข้อมูลที่แสดงความครอบคลุมและขาดการเชื่อมโยงของบริการที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งบริการสนับสนุนที่จัดให้สำหรับญาติที่ดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยตนเองไม่ได้ในชุมชนไม่มีเลย และพบว่าการดูแลสุขภาพที่บ้านโดยพยาบาลชุมชนและพยาบาล (Home Health Care) จำกัดเฉพาะรายที่โรงพยาบาลจำหน่ายและส่งต่อให้เจ้าหน้าที่ไปให้การรักษายาบาลต่อที่บ้าน (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ, 2552)

สถานบริการในระดับปฐมภูมิมีความสำคัญต่อการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าชุมชนที่มีระบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้านโดยพยาบาลชุมชนและพยาบาล (Home Health Care) ซึ่งมีบทบาทในด้านการดูแล การกำลังใจผู้สูงอายุ และการให้ความรู้ เตรียมความพร้อมแก่ผู้ดูแล ทั้งในด้านการดูแล จะช่วยเสริมแรงแก่ครอบครัวและเป็นเครือข่ายในการดูแลที่ดี ที่ช่วยเติมเต็มระบบการดูแลระยะยาวให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น (ศศิพัฒน์ ยอดเพชรและคณะ, 2552) อย่างไรก็ตามระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิยังมีข้อจำกัดด้านศักยภาพ และแนวทางปฏิบัติที่มีความลักลั่นในสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ทำให้การดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวขาดระบบสนับสนุนและการประคับประคอง ส่งผลกระทบต่อคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

4) วัฒนธรรมการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน

ครอบครัวเป็นสถาบันหลักของการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในสังคมไทย จากการศึกษพบว่า การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนทั้งหมดเป็นการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว ซึ่งสามารถจัดประเภทผู้ดูแลออกเป็น 2 ประเภท คือ การดูแลผู้สูงอายุโดยผู้ดูแลภายในครอบครัว และการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวโดยผู้ดูแลข้างนอก ซึ่งพบว่าการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวโดยผู้ดูแลข้างนอก ครอบครัวประสบกับปัญหาการแสวงหาผู้ดูแลด้วยตนเองและเผชิญปัญหาคุณภาพการดูแลและพฤติกรรมของผู้ดูแลข้างนอกที่ไม่มีคุณภาพ ซึ่งบางรายทำร้ายผู้สูงอายุ ครอบครัวไม่มีทางเลือกและขาดระบบการสนับสนุนครอบครัว นอกจากนี้พบว่าพื้นที่ชุมชนใกล้เคียงกรุงเทพมหานครมีรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในสถาบัน ได้แก่ สถานให้ความช่วยเหลือในการดำรงชีวิต และสถานบริบาลผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่ารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุสามารถแบ่งออกเป็น 2 รูปแบบที่สำคัญ ได้แก่ การดูแลในสถานบริการ และการดูแลโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (WHO, 2000, กนิษฐา บุญธรรมเจริญ และ ศิริพันธ์ สาสัตย์, 2550, ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2549) อย่างไรก็ตามพบว่าการดูแลผู้สูงอายุในรูปแบบสถาบันถึงแม้จะพบในพื้นที่ชนบท แต่พบว่าผู้สูงอายุที่มารับบริการเกือบทั้งหมดไม่ใช่คนในพื้นที่ชนบทแต่มาจากในเขตกรุงเทพและเขตเมือง

การดูแลในครอบครัวจึงเป็นแบบแผนหลักของการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในสังคมไทย โดยผู้ดูแลส่วนใหญ่ที่มีความสัมพันธ์เป็นลูกสาว ภรรยา และลูกสะใภ้ ที่ต้องทำหน้าที่ดูแลและจัดการด้วยตนเอง การดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวเป็นเรื่องภายในครอบครัว คล้ายคลึงกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์เป็นญาติของผู้สูงอายุ ได้แก่ ลูกสาว ภรรยา ลูกสะใภ้ (วรรณรัตน์ ลาวัณ และ คณะ, 2547, ศิราณี ศรีหาภาค, 2556) ซึ่งการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าความเข้มแข็งของวิถีปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวเป็นความแข็งแกร่งที่มีอยู่ในชุมชน (Caffrey, 1992) สอดคล้องกับปัจจุบันหลายประเทศส่งเสริมให้เกิดการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนและในครอบครัว เช่น ประเทศออสเตรเลีย ประเทศญี่ปุ่น (Donelan et al., 2000, Australia of Health and Welfare, 2005, Olivia et al., 2006, Campbell & Ikegami, 2000) อย่างไรก็ตามพบว่าการดูแลพ่อแม่ในอนาคตอาจจะเปลี่ยนแปลงตามบริบททางวัฒนธรรม (Caffrey, 1992) โดยเฉพาะปัจจุบันโครงสร้างครอบครัวของสังคมไทยมีขนาดเล็กลง ผู้ดูแลมีบทบาทและรับภาระในการประกอบอาชีพหาเลี้ยงครอบครัว วิธีการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวจึงได้รับผลกระทบ และผู้ดูแลส่วนใหญ่จึงต้องรับภาระการดูแลผู้สูงอายุเพียงลำพัง

“ความกตัญญู กตเวที” ค่านิยมความเชื่อร่วมของสังคมไทย ที่ถูกใช้และให้คุณค่า ความหมาย ของการดูแลบิดามารดาผู้สูงอายุ เพื่อทดแทนบุญคุณบุพการี เป็นหน้าที่ของลูกที่ต้องดูแลเอาใจใส่ต่อพ่อแม่ เป็นหน้าที่ของลูกที่ต้องปฏิบัติต่อพ่อแม่ จากรุ่นสู่รุ่นที่ยังทรงพลัง ซึ่งแม้ปัจจุบันจะไม่ความเข้มข้นเหมือนในอดีตแต่ยังมีผลทำให้สังคมใช้เป็นแนวทางปฏิบัติในการดูแลพ่อแม่และเป็นแรงกดดันต่อผู้ดูแลในสังคมชาวพุทธ เช่นเดียวกับสังคมมุสลิมการดูแลบิดามารดาเป็นหลักคำสอนของศาสนา คล้ายคลึงกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าชุมชนยังคงให้ความสำคัญของการปฏิบัติต่อพ่อแม่ ต่อผู้สูงอายุในครอบครัว โดยมีความเชื่อและปฏิบัติสืบต่อกันมาเกี่ยวกับ “ความกตัญญู กตเวที” โดยเฉพาะลูกสาวเป็นผู้ที่ถูกครอบครัวและสังคมคาดหวังให้ทำหน้าที่เป็นผู้เลี้ยงดูพ่อแม่ (ดุสิต จันทยานนท์ และคณะ, 2554, ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2549, 2552, ศิราณี ศรีหาภาค, 2556) ซึ่งมีผลทำให้ผู้ดูแลปฏิเสธความช่วยเหลือจากคนภายนอก ด้วยบทบาทที่ถูกสังคมกำหนดและจี้จ้องต่อการทำหน้าที่ อย่างไรก็ตามพบว่าภาระการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวมีผลกระทบต่อชีวิตความเป็นอยู่ของผู้ดูแลทุกด้านและทำให้เกิดปัญหาสุขภาพแก่ผู้ดูแล การสนับสนุนและประคับประคองผู้ดูแลให้สามารถดูแลผู้สูงอายุได้อย่างมีคุณภาพ จึงเป็นเป้าหมายที่สำคัญของแผนพัฒนาผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2

ครอบครัวและผู้ดูแลจึงเป็นบุคคลที่สำคัญในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน ท่ามกลางการเปลี่ยนแปลงของสังคม ในขณะที่ผู้ดูแลที่จะเกื้อหนุนผู้สูงอายุลดลง แต่ขนาดของปัญหามีแนวโน้มที่เพิ่มสูงขึ้นตามจำนวนประชากรผู้สูงอายุในอนาคตของประเทศไทย แผนผู้สูงอายุแห่งชาติได้กำหนดให้มีระบบคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ ในยุทธศาสตร์ที่ 3 อย่างไรก็ตามพบว่ามาตรการจัดตั้งและพัฒนาบริการทางสุขภาพและทางสังคม รวมทั้งระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนที่เพิ่งจะมีการแก้ไขเพิ่มเติมในช่วงของการปรับปรุงแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 เมื่อปีพ.ศ.2552 (คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ, 2553, วิพรรณ ประจวบเหมาะและคณะ, 2553) และการดำเนินการดูแลระยะยาวในประเทศไทยในทางปฏิบัติยังไม่มีชัดเจน แม้ว่าในแผนผู้สูงอายุแห่งชาติจะกำหนดยุทธศาสตร์การส่งเสริมและพัฒนาผู้สูงอายุ ให้ครอบครัว

ผู้ดูแล และการคุ้มครอง รวมถึงการกำหนดยุทธศาสตร์ การบริหารจัดการเพื่อพัฒนางานด้านผู้สูงอายุอย่างบูรณาการระดับชาติและการพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุแล้ว

5) บทบาทองค์กรในชุมชนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

การเชื่อมโยงและบูรณาการภารกิจขององค์กรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน พบว่าหน่วยงานภาครัฐในชุมชนไม่มีแผนงานชัดเจนเกี่ยวกับการดูแลทั้งด้านสุขภาพและด้านสวัสดิการ ความช่วยเหลือไม่ครอบคลุมผู้สูงอายุ และไม่ตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ นอกจากนี้พบว่าการจัดกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุในชุมชนเป็นการดำเนินกิจกรรมเฉพาะส่วนขององค์กร ขาดการบูรณาการภาพรวมของตำบล และทุกพื้นที่ยังไม่มีแผนงานรองรับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าสถานพยาบาลในชุมชนและอปท.มีบทบาทหลักในการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน แต่ยังคงมีปัญหาด้านคุณภาพบริการ และบริการสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ และผู้ดูแลนั้นยังมีจำกัดมากทั้งด้านสุขภาพและสังคม บทบาทในการดูแลหลักยังเป็นเรื่องภายในครอบครัว แม้จะมีอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในบางพื้นที่ แต่ขาดการสนับสนุนการทำงานของอาสาสมัคร นอกจากนั้นการจัดบริการมีลักษณะแยกส่วนขาดการบูรณาการของบริการ (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ, 2552; ศิราณี ศรีหาคะ, 2556) อย่างไรก็ตามการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า สถาบันที่เป็นทางการ ได้แก่ อำเภอ โรงพยาบาล อบต. และอื่น ๆ ซึ่งมีความสำคัญในฐานะเป็นสถาบันที่ทำหน้าที่ในการบริหารจัดการดูแล การสนับสนุนบริการ งบประมาณ และบุคลากร และการดูแลระยะยาวได้อย่างบูรณาการทั้งสุขภาพและสังคมทำให้เกิดผลดีต่อการดูแลระยะยาว (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ, 2552)

6.3 ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

6.3.1 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสำหรับกระทรวงสาธารณสุข

ควรพัฒนาระบบดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาและวัฒนธรรมชุมชนดังนี้

1) พัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้เป็นแหล่งสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นสถานบริการที่อยู่ในชุมชน และมีความใกล้ชิดกับครอบครัวซึ่งเป็นฐานปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของสังคมไทย การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิให้มีระบบบริการที่เอื้อต่อการบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว และมีศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ได้แก่ การปรับปรุงสิ่งแวดล้อมให้เอื้อกับการดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อย การฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุ การตรวจวินิจฉัยโรค การดูแลระยะสุดท้าย การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในเชิงรุก โดยเฉพาะความสามารถในการวินิจฉัยและการดูแลโรคที่มีความซับซ้อนมาก เช่น ภาวะสมองเสื่อม ภาวะสมองขาดเลือด รวมทั้งอัตราค่าจ้างที่เพียงพอต่อการให้บริการของสถานบริการปฐมภูมิ จะช่วยสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในครอบครัวและในชุมชนจะช่วยลดภาระและผลกระทบของผู้ดูแลและครอบครัว

2) กำหนดมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวและควบคุมคุณภาพการดูแลทั่วประเทศ

มาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวมีความจำเป็นต่อการพัฒนาระบบและการสนับสนุนผู้ดูแล การพัฒนาระบบตรวจประเมินและคัดกรองแยกประเภทการดูแลผู้สูงอายุ การจัดชุดสิทธิประโยชน์สำหรับสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุแต่ละประเภท การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวทุกระดับและทุกประเภทของสถานบริการ มีความจำเป็นที่ต้องกำหนดมาตรฐานชัดเจนและถูกตรวจสอบคุณภาพเพื่อการพัฒนา โดยเฉพาะระบบการส่งต่อและการดูแลที่บ้าน ซึ่งเป็นกลไกการขับเคลื่อนสำคัญของระบบการสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของสถานบริการสุขภาพของประเทศไทยที่จะทำให้ผู้ดูแลและผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ

3) การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในระบบบริการสุขภาพและในชุมชน

การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาระยะยาวมีความซับซ้อน และต้องการบริการที่มีความเฉพาะ เช่น การดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม การฟื้นฟูสภาพ การประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การเตรียมบุคลากร ผู้ดูแล และครอบครัวเพื่อรองรับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวมีความจำเป็น ที่ผู้ดูแลทุกระดับต้องได้รับการพัฒนาศักยภาพ โดยเฉพาะผู้ดูแลในครอบครัวและบุคลากรสาธารณสุขในระดับปฐมภูมิ ซึ่งเป็นกลไกสำคัญของการขับเคลื่อนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน มีความจำเป็นที่ต้องได้รับการพัฒนาความรู้และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวได้อย่างมีคุณภาพ

4) การคัดกรองและส่งเสริมสุขภาพเพื่อควบคุมการเกิดภาวะพึ่งพาระยะยาวของผู้สูงอายุ

ปัญหาโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด ภาวะสมองเสื่อม และโรคเรื้อรังร่วม เป็นปัจจัยสำคัญที่เป็นสาเหตุของการเกิดภาวะพึ่งพาระยะยาวของผู้สูงอายุไทย การดำเนินนโยบายในเชิงรุก ที่เน้นการส่งเสริมสุขภาพและการคัดกรองภาวะเสี่ยง รวมถึงการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของภาวะสมองขาดเลือดในสถานบริการปฐมภูมิ และผลักดันให้เกิดการรวมกลุ่มหรือชมรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนอย่างต่อเนื่อง เพื่อเป็นกลไกการขับเคลื่อนการทำงานของผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี อันมีความจำเป็นและสามารถช่วยลดปัญหาการพึ่งพาผู้อื่นได้

6.3.2 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสำหรับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ได้แก่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงสาธารณสุข สภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยฯ องค์กรเอกชน ควรร่วมออกแบบและสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในสังคมไทย ดังต่อไปนี้

1) ออกแบบระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีทางเลือกสำหรับผู้ดูแลและครอบครัวในชุมชน

การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนที่อยู่ท่ามกลางกระแสการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและวัฒนธรรมบนพื้นฐานทางสังคมเศรษฐกิจที่มีความแตกต่างและความหลากหลาย การออกแบบระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของสังคมไทย ควรมีการออกแบบระบบการดูแลที่รองรับผู้สูงอายุและผู้ดูแลทุกประเภท ตั้งแต่สุขภาพดีช่วยเหลือตนเองไม่ได้ และมีอาการเจ็บป่วยเฉพาะ เช่น การดูแลผู้สูงอายุกลางวัน การให้ความช่วยเหลือในการดำรงชีวิต การดูแลระยะสุดท้าย เพื่อเป็นทางเลือกสำหรับผู้ดูแลและครอบครัวควรอยู่ภายใต้แนวคิดสนับสนุน

การดูแลในครอบครัวและชุมชน โดยการวางแผนและกำหนดกลวิธีในการกำหนดรูปแบบบริการดูแลระยะยาวร่วมกันของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งผู้มีส่วนได้เสีย เช่น ผู้สูงอายุ ผู้ดูแลและครอบครัว

2) ส่งเสริมให้เกิดการจัดตั้งกองทุนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนโดยชุมชน

สัดส่วนผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นในขณะที่ทรัพยากรมีอยู่อย่างจำกัด แนวทางการแก้ไขปัญหาผู้สูงอายุที่อยู่บนพื้นฐานของสังคมและวัฒนธรรมในอนาคตของประเทศไทย ควรอาศัยฐานปฏิบัติของชุมชน กระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวจึงมีความจำเป็น เพื่อช่วยลดภาระของผู้ดูแลและครอบครัว การส่งเสริมให้เกิดกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนโดยชุมชน เป็นการระดมทรัพยากรในชุมชนเพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุและระบบสนับสนุนผู้ดูแลในชุมชนโดยชุมชน ให้ผู้ดูแลในครอบครัวได้ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ และทำให้องค์กรในชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรศาสนา องค์กรเอกชน และทำให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่มีคุณภาพตามบริบททางสังคมวัฒนธรรมและทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดี ตามยุทธศาสตร์ของแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่ยั่งยืน

3) สนับสนุนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้มีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้กองทุนส่งเสริมสุขภาพตำบล

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นองค์กรในชุมชนที่พบว่ามามีบทบาทในการดูแลด้านสวัสดิการสังคมแก่ผู้สูงอายุในชุมชน และเป็นองค์กรท้องถิ่นที่สำคัญและใกล้ชิดกับปัญหาของชุมชน การสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้มีบทบาทในการออกแบบและดูแลระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้กองทุนส่งเสริมสุขภาพตำบล จะทำให้เกิดพลังการขับเคลื่อนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวและเกิดการเชื่อมโยงจากนโยบายการดูแลสุขภาพของประชาชนสู่แนวทางการปฏิบัติที่มีทิศทางชัดเจน ทำให้ผู้ดูแลและผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ อย่างไรก็ตามการกำหนดนโยบายควรมีความสอดคล้องกับบริบทของแต่ละพื้นที่

6.3.3 ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

ถึงแม้จะมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับผู้สูงอายุเป็นจำนวนมากในประเทศไทย อย่างไรก็ตามพบว่าประเด็นการศึกษาและความเข้าใจเกี่ยวกับผู้ดูแลและวัฒนธรรมการดูแลผู้สูงอายุของสังคมไทยในปัจจุบันยังมีจำกัด ดังนั้นการแสวงหาองค์ความรู้เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่เหมาะสมกับบริบทของสังคมและวัฒนธรรมไทยจึงยังเป็นสิ่งที่มีความจำเป็นต่อการแสวงหาคำตอบ

- 1) การศึกษาความเป็นไปได้และประโยชน์ของการพัฒนาระบบสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว การจัดตั้งกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน
- 2) การศึกษาและพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว
- 3) การศึกษาและพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่สอดคล้องกับบริบททางวัฒนธรรมไทย
- 4) การติดตามผลกระทบระยะยาวของผู้ดูแลผู้สูงอายุหลังการเสียชีวิตของผู้สูงอายุ

เอกสารอ้างอิง

- กนิษฐา บุญธรรมเจริญ และ ศิริพันธุ์ สาสัตย์. (2551). ระบบการดูแลระยะยาว: การวิเคราะห์เปรียบเทียบ เพื่อเสนอแนะเชิงนโยบาย, **รามาริบดีพยาบาลสาร**. (14) 3: 385-399 .
- กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2553). **สถานการณ์สังคมผู้สูงอายุ ปี 2552**. กรุงเทพฯ: ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของ มนุษย์.
- เกรียงศักดิ์ ธรรมอภิพล, สุพัตรา ศรีวณิชชากร, ปราณี สุทธิสุคนธ์, สมชาย วิริภิมย์กุล. (2555).รูปแบบการ จัดการระยะยาวกลุ่มผู้สูงอายุ **วารสารวิทยาลัยราชสุดา**. (8)11: 20-42.
- คณะกรรมการการวิสามัญสวัสดิการผู้สูงอายุและการพัฒนาสังคมวุฒิสภา. (2534). **ปัญหาผู้สูงอายุและ แนวทางแก้ไข**. กรุงเทพฯ: [ม.ป.พ.].
- เจียมจิต แสงสุวรรณ. (2552). โรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ,**วารสารประสาทวิทยาศาสตร์ภาค ตะวันออกเฉียงเหนือ**. (4)3: 34-43.
- ชินฤทัย กาญจนะจิตราและคณะ. (2550). **สุขภาพคนไทย 2550**. กรุงเทพฯ:อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง. ชูชื่น ชีวพูนผล. 2541. อิทธิพลของภาวะสุขภาพของผู้ป่วยความเข้มแข็งในการมองโลกของญาติผู้ดูแลและ ความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลต่อการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม.วิทยานิพนธ์ ปริญญามหาบัณฑิต.มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ดุสิต จันทยานนท์และคณะ. (2554). ทศนคติและผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ของผู้ดูแล ในอำเภพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. **วารสารสมาคมเวชศาสตร์ ป้องกันแห่งประเทศไทย**, 1(1), 58-65.
- พารุณี เกตุกราย. (2550). **ความสัมพันธ์ระหว่างภาระการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยการดูแลตนเอง และความต้องการการช่วยเหลือของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน**. ปริญญาพยาบาลศาสตรมหา บัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
- นภาพร ชัยวรรณ. (2548). กลุ่มผู้สูงอายุที่เปราะบางในประเทศไทย. **วารสารประชากรศาสตร์**. 21(1): 1-23.
- บัวพันธ์ พรหมพักพิง. (2546). การก่อเกิด การผลิตซ้ำ และการขยายตัวของทุนทางสังคมในชนบทอีสาน. ใน **ทุนทางสังคม: มรดกเก่าจะนำเราไปรอดจริงหรือ**. บัวพันธ์ พรหมพักพิง และสุวิทย์ อีรสาสวัต บรรณาธิการ . ขอนแก่น : คลังนาวิทยา.
- ปรีชา อุปโยธิน และคณะ. (2539). **ไม้ใกล้ฝั่ง: สถานภาพและบทบาทผู้สูงอายุไทย**. กรุงเทพฯ: เจริญดีการ พิมพ์.

- พิชิต สุขสบาย และสายพิน หัตถ์รัตน์. (2556). การเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ของครอบครัวในกลุ่มผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี.
- พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ. (2547). พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546. กรุงเทพฯ: เจ.เอส. การพิมพ์
- เยาวรัตน์ ปรีกษ์ขาม, จรรยา ภัทรอาชาชัย. (2550, กค- กย). ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2547 วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. (1)2: 98-115.
- ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. 2539. ญาติผู้ดูแลที่บ้าน : แนวคิดและปัญหาในการวิจัย. รามาธิบดีพยาบาลสาร, 2(1), 84-93.
- รัชนี้ สรรเสริญ และ คณะ, 2554. สถานการณ์ ปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในอำเภอบ้านบึง จังหวัดชลบุรี สถานการณ์ ปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในอำเภอบ้านบึง จังหวัดชลบุรี. การพยาบาลและการศึกษา. 4(1): 2 – 16.
- วัชริน สินธวานนท์. (2552). บทความเรื่อง พัฒนาระบบดูแลผู้สูงอายุคำตอบอยู่ที่ชุมชน. วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว, 1(2), 48-51.
- วรเวศน์ สุวรรณดารา และคณะ. (2552). การเงินการคลังสำหรับการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.
- _____. (2552). โครงการวิจัยระบบการดูแลระยะยาวเพื่อเสริมสร้างความมั่นคงเพื่อยุติสูงอายุ. กรุงเทพฯ: ศักดิ์โสภารการพิมพ์.
- วรรณภา ศรีธีรัตน์ และ คณะ. (2545). ระบบบริการสุขภาพและหลักประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุประเทศญี่ปุ่น. ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา.
- วรรณภา ศรีธีรัตน์ และ คณะ. (2545). ระบบบริการสุขภาพและหลักประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุประเทศไทย. ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา.
- วรรณภา ศรีธีรัตน์ และ ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2545). ระบบบริการสุขภาพและหลักประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุประเทศออสเตรเลีย. ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา.
- วรรณภา ศรีธีรัตน์ ผ่องพรรณ อรุณแสง และมาลีสา ไกรฤกษ์. (2545). ระบบบริการสุขภาพและหลักประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุประเทศสหรัฐอเมริกา. ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา.
- วรรณรัตน์ ลาวัณ, รัชนี้ สรรเสริญ และยุวดี รอดจากภัย. (2548). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้านในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารพยาบาลสาธารณสุข, 19(1), 62-78.
- วาทีนิ บุญชะลิกษ์. (2552). โครงการนโยบายและทิศทางนโยบายด้านผู้สูงอายุในอนาคต. มุลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย.
- วิชัย เอกพลกร และคณะ. (2552). การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2. กรุงเทพฯ: [ม.ป.พ.].

วิพรรณ ประจวบเหมาะ และ คณะ (2553) รายงานการศึกษาโครงการปรับแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 .
กรุงเทพฯ: วิทยาลัยประชากรศาสตร์.

วิพรรณ ประจวบเหมาะ และ คณะ (2552) รายงานการศึกษาโครงการสร้างระบบการติดตามและ
ประเมินผลแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545 – 2564) . กรุงเทพฯ:วิทยาลัย
ประชากรศาสตร์.

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. 2549. รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์โครงการระบบการดูแลระยะยาวในครอบครัว
สำหรับผู้สูงอายุ. มีสเตอร์ก๊อปปี้(ประเทศไทย). กรุงเทพฯ.

_____. (2552). บุรณาการระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัย
ระบบสาธารณสุข (สวรส.).

_____. 2552. ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว. ใน ระบบการดูแลระยะยาวและกำลังคนในการดูแล
ผู้สูงอายุ: ทิศทางประเทศไทย. ขึ้นตา วิชาวุธ และ สถิตพงศ์ ธนวิริยะกุล. กรุงเทพฯ: มูลนิธิ
สถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ. (2552). ตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของครอบครัวและชุมชนชนบทไทย.
กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.).

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ (2552). โครงการตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของครอบครัวและชุมชนชนบท
ไทย. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.

ศิริพันธุ์ สาสัตย์. 2544. “ทุกภาระของผู้ดูแล.” ใน รายงานการประชุมวิชาการประจำปี. กรุงเทพมหานคร:
สมาคมพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย.

_____. 2551. การพยาบาลผู้สูงอายุ: ปัญหาที่พบบ่อยและแนวทางในการดูแล. กรุงเทพฯ:
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ศิริพันธุ์ สาสัตย์ และคณะ. (2552). โครงการ การศึกษาสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในประเทศไทย.
กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.

ศิริพันธุ์ สาสัตย์ และคณะ. (2552). รายงานการโครงการวิจัยฉบับสมบูรณ์ เรื่อง การศึกษาสถานดูแล
ผู้สูงอายุระยะยาวในประเทศไทย. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. สถาบันวิจัยระบบ
สาธารณสุข.

ศิริพันธุ์ สาสัตย์, ทศนา ชูวรรณะปกรณ์ และเพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์. 2552. รูปแบบการปฏิบัติการดูแล
ผู้สูงอายุระยะยาวในสถานบริการในประเทศไทย กรุงเทพฯ:สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

ศิริณี ปันคำ. (2542). คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเขตชนบทจังหวัดเชียงราย.ปริญญาพยาบาลศาสตรมหา
บัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

- ศิริณี ศรีหาคาค. (2556). รูปแบบการป้องกันภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน. **ปริญาปริญญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการพัฒนาสุขภาพชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.**
- สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ. 2552. **การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง.** สมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 2: 16 พฤศจิกายน 2552. (เอกสารอัดสำเนา)
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. (2545). แบบทดสอบ สมรรถภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย MMSE-Thai 2002. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
- สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ. (2552). รูปแบบการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในระยะยาวโดยชุมชน. **วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว, 1-2(มี.ค.-มิ.ย.), 22-31.**
- สาธิตา แรกค่านวน และ พีรพันธ์ ลือบุญวัชชัย. (2555). ปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์และภาระการดูแลของผู้ดูแล ที่แผนกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. **วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 57(3): 335-346.**
- สุทธิชัย จินตะพันธ์กุล. (2545). มุมมองใหม่ของการสร้างเสริมสุขภาพภายใต้ปรากฏการณ์ประชากรผู้สูงอายุ. **วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 3(2), 49-62.**
- สุพัตรา อติโพธิ และ เยวรัตน์ ปรปักษ์ขาม. 2546. การบริหารจัดการนโยบายด้านการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุใน 5 ประเทศ. **วารสารสาธารณสุขและการพัฒนา. 1 (1): 79-85.**
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2550). รายงานการสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2550. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- _____. (2551). **มุมมอง/เสียงสะท้อนจากข้อมูลสถิติ.** กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- _____. (2553). **สำมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ. 2553.** กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- สำนักนายกรัฐมนตรี. 2548. การสร้างหลักประกันในวัยสูงอายุ. เข้าถึงได้จาก <http://www.ryt9.com/s/cabt/890033> สืบค้นเมื่อ 31 สิงหาคม 2556.
- Askham J (2002) The sociology of aging. In: Jacoby R, Oppenheimer C, editors. *Psychiatry in the elderly*. 3rd ed. Oxford: Oxford Univ. Pr.
- Barracough, S. 2000. The politics of privatization in the Malaysian health care system. *Contemporary Southeast Asia*, **22**, 340.
- Barberger-Gateau P et al. 2004. **The Contribution of Dementia to the Disablement Process and Modifying Factors.** *Dement Geriatr Cogn Disord* 2004;18:330–337 (DOI: 10.1159/000080127)
- Bowling, A., et al. (2007). Quality of life among older people with poor functioning. The influence of perceived control over life. **Age and Ageing. 36(3), 310-315.**

- Burke MM and Laramie JA (2004) Primary care of the older adult : a multidisciplinary approach. St. Louis: Chayovan, N. (2005). vulnerable elderly in Thailand. **Journal of Demography**, 21 (1), 1-23.
- Bureau, P. R. (2010). *Population Reference Bureau 2010 world population data sheet*. Washington, DC: Population Reference Bureau.
- Butler RN, Lewis MI, Sunderland T (1998) Aging and mental health : positive psychosocial and biomedical approaches. Boston: Allyn and Bacon.
- Caffrey, R.A. (1992). Caregiving to the elderly in Northeast Thailand. **Journal of Cross-Cultural Gerontology**, 7(2), 117-134.
- Chayovan N (2005) vulnerable elderly in Thailand. *Journal of Demography* 21: 1-23.
- Choowattanapakorn T (1999) The social situation in Thailand: The impact on elderly people. *International Journal of Nursing Practice* 5: 95-99.
- Chou K. R., 2000. Caregiver burden: A concept analysis. *Journal of Pediatric Nursing*. 15(6): 398-407.
- Donelan, K., Blendon, R. J., Schoen, C. & Binns, K. 2000. The elderly in five nations: The importance of universal coverage. *Health Affairs*, 19, 226.
- Ferebee L (2006) Cardiovascular function. In: Meiner SE, Lueckenotte AG, editors. *Gerontologic nursing* 3rd ed. St. Louis, Mo.: Mosby Elsevier.
- Freedman, Martin, and Schoeni, 2002. Recent Trends in Disability and Functioning Among Older Adults in the United States: A Sysyematic reviews. *JAMA*. 2002;288(24):3137-3146.
- Friedman S (2006) Urinary Function. In: Meiner SE, Lueckenotte AG, editors. *Gerontologic nursing*. 3rd ed. St. Louis, Mo.: Mosby Elsevier.
- Fuchs, Z., et al. (1998). Morbidity, Comorbidity, and Their Association With Disability Among Community-Dwelling Oldest-Old in Israel. **J Gerontol A Biol Sci Med Sci**, 53(6): 447-455.
- Gélinas, I. et al. (1999). Development of a functional measure for persons with Alzheimer's disease: The Disability Assessment for Dementia. *American Journal of Occupational Therapy*. 53: 471 – 481 .
- Giles, Cameron and Crotty, 2003. Disability in older Australians: projections for 2006–2031. *MJA*. 179(4): 130 – 133.

- Gill, T.M., et al. (2004). Older Persons Hospitalization, Restricted Activity, and the Development of Disability Among Older Persons. *JAMA*, **292**(17), 2115-2124.
- Harwood, R. H., Sayer, A. A. and Hirschfeld, M. Current and future worldwide prevalence of dependency, its relationship to total population and dependency ratios. *Bulletin of the World Health Organization*, **82**(4), 251-258, 2004.
- Hess P (2004) Aging related changes. In: Ebersole P, Hess PA, Luggen AS, editors. *Toward healthy aging : human needs and nursing response* 6th ed. St. Louis, MO: Mosby.
- Imperio K, Reid EP- (2006) Cognitive and Neurologic Function. In: Meiner SE, Lueckenotte AG, editors. *Gerontologic nursing* 3rd ed. St. Louis, Mo.: Mosby Elsevier.
- Jagger, C., et al. (2007). Cohort differences in disease and disability in the young-old: findings from the MRC Cognitive Function and Ageing Study (MRC-CFAS). *BMC Public Health*, **7**, 156.
- Jitapunkul S., Kamolratanakul P. Ebrahim S. (1994). The meaning of activities of daily living in a Thai elderly population: development of a new index. *Age and Ageing*, **23**(2), 97-101.
- Jitapunkul, et al. 2003. Disability-free life expectancy of elderly people in a population undergoing demographic and epidemiologic transition. *Age and Ageing*. **32**: 401–405.
- Jitapunkul, S., & Wivatvanit, S. (2009). National Policies and Programs for the Aging Population in Thailand. *Ageing Int*, **33**, 62-74, doi:10.1007/s12126-
- Kane, R. & Rubenstein, L. Z. 1998. assessment of functional status. In: PATHY, M. S. J. (Ed.) *Principles and practice of geriatric medicine*. 3rd ed. Chichester, Wiley.
- Kenneth G. Manton, et al.. 1997. Chronic disability trends in elderly United States populations: 1982–1994. *Proc. Natl. Acad. Sci. USA*. **94**, March: 2593–2598.
- King D, et al (2010) Projections of demand for residential care for older people in England — Report for BUPA. London: Personal social services research unit.
- Knodel J and Chayovan N (2008) Population Ageing and the Well-being of Older Persons in Thailand. Population Studies Center
- Lafortune G. and Balestat G. (2007) Trends in Severe Disability Among Elderly People: Assessing the evidence in 12 OECD countries and the future implications. . OECD Employment, Labour and Social Affairs Committee. Health Working Papers, 0_1.
- Laubunjong et al., 2008. *The Pattern of Caregiving to the Eldeerly by Their Families in Rural Communities of Suratthani Province*. *ABAC Journal*. **2**(2):64-74.

- Marengoni, A., et al. (2008). The impact of chronic multimorbidity and disability on functional decline and survival in elderly persons. A community – based, longitudinal study. **Journal of internal medicine**, 265(2), 288-295.
- Miller CA (2009) Nursing for wellness in older adults. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Milwian E and Iversen S (2002) Cognitive change in old age. In: Jacoby R, Oppenheimer C, editors. *Psychiatry in the elderly* 3rd ed. Oxford: Oxford Univ. Pr.
- Muangpaisan, et al, 2010. Caregiver Burden and Needs of Dementia Caregivers in Thailand: A Cross-Sectional Study. **J Med Assoc Thai. 93 (5): 601-7**
- National statistical office (2008) Report on the 2007 survey of the older persons in Thailand. Bangkok: National Statistical Office, Thailand.
- National Health Security Office, 2002. **National Health Security Act B.E. 2545 (A.D. 2002)**. Nonthaburi: National Health Security Office. 009-9027-6.
- Okochi. 2005. Increase of mild disability in Japanese elders: A seven year follow-up cohort study. *BMC Public Health*. 5(55):
- Olivia, S. M., John, P. & Satoshi, S. 2006. Aged-Care Support in Japan: Perspectives and Challenges. <http://proquest.umi.com/pqdweb?did=994679261&Fmt=7&clientId=47904&RQT=309&VName=PQD>
- Pinyuchon, M., & Gray, L. A. (1997). Understanding Thai families: a cultural context for therapists using a structural approach. **Contemporary Family Therapy**, 29, 209 - 228.
- Population Reference Bureau (2010) Population Reference Bureau 2010 world population data sheet. Washington, DC: Population Reference Bureau.
- Rattanapun, S., Fongkeaw, W., Chontawan, R., Panuthai, S., & Wesumperuma, D. (2009). Characteristics healthy ageing among the elderly in Southern Thailand. **CMU. J. Nat. Sci**, 8, 143 - 160.
- Rejeski WJ and Focht BC (2002) Aging and physical disability: on integrating group and individual counseling with the promotion of physical activity. *Exerc Sport Sci Rev* 30: 166-170.
- Schoeni, et al., 2005. Trends in Old-Age Functioning and Disability in Japan: 1993-2002. Trends Working Paper 05-03.

- Sherina MS and Mustaqim A. 2002. A Study on the Association of Depression and Functional Disability Among the Elderly in Mukim Sepang, Sepang, Selangor, Malaysia. *Malaysian Journal of Psychiatry September*. 10(2) : 28 – 32.
- Sihapark S, Kuhirunyaratn P and Chen H. 2013. Severe Disability Among Elderly Community Dwellers in Rural Thailand: Prevalence and Associated Factors. *Ageing International*. (August,10): DOI 10.1007/s12126-013-9190-7.
- Spiers, N.A., et al. (2005). Diseases and Impairments as Risk Factors for Onset of Disability in the Older Population in England and Wales: Findings From the Medical Research Council Cognitive Function and Ageing Study. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 60(2), 248-254.
- Strithamrongsawat, et al (2009) Projection of demand and expenditure for institutional long term care in Thailand. Health insurance system research office.
- Taffet GE, Lakatta EG (2003) Aging of the cardiovascular system. In: Hazzard WR, editor. *Principles of geriatric medicine and gerontology* 5th ed. New York: McGraw-Hill Professional.
- Tas, U., et al. (2006). Incidence and risk factors of disability in the elderly: The Rotterdam Study. *Preventive Medicine*, 44(3), 272-278.
- Tas, U., et al. (2007). Prognostic factors of disability in older people: a systematic review. *British Journal of General Practice*, 32(4), 319-323.
- Timiras PS (2002) The nervous system: Structural and biochemical changes In: Jacoby R, Oppenheimer C, editors. *Psychiatry in the elderly*. 3rd ed. Oxford: Oxford Univ. Pr.
- The National Commission on the Elderly (2006) *Situation of the Thai elderly 2005*. Bangkok: The Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute (TGRI).
- United Nations (2002) **World Population Ageing 1950 - 2050**. New York: United Nation.
- United Nation (2009) **World Population Ageing 2009**. New York: Department of Economic and Social Affairs Population Division.
- Verbrugge LM and Jette AM (1994) The disablement process. *Soc Sci Med* 38: 1-14.
- Watson, J. (2008). *Nursing : the philosophy and science of caring*. Boulder, Cololado. : University Press of Colorado.
- Watson, J. 2005. **Caring theory as ethical guide to administrative and clinical practices**. *Nursing Administration Quarterly*, 12; 18-55.
- Watson, J. 2009. **Assessing and Measuring Caring in Nursing and Health Science**. New York: Springer Publishing Company.

- White, S., et al. (2009). Physical activity and quality of life in community dwelling older adults. **Health and Quality of Life Outcomes**, 7(10), 1-7.
- WHO (2000) **Report of a WHO study group: Home-Based-long-Term-Care**. Geneva: WHO.
- WHO (2001) **Health and ageing a discussion paper**. Geneva: Department of Health Promotion, Non-Communicable Disease Prevention and Surveillance.
- WHO. (2002) **A Long-Term Care Futures Tool-kit**. US.: WHO.
- WHO (2003) **What are the main risk factors for disability in old age and how can disability be prevented?** Denmark: WHO.
- Wiggins J (2003) Changes in renal function. In: Hazzard WR, editor. **Principles of geriatric medicine and gerontology**. 5th ed. New York: McGraw-Hill Professional.
- Yount, K. M. & Agree, E. M. (2005). Difference in disability among older women and men in Egypt and Tunisia. *Demography*, **42**, 169-187.

ภาคผนวก ก : เครื่องมือการวิจัย

แนวทางการสัมภาษณ์

แนวทางการสัมภาษณ์ประกอบด้วย 4 ชุด ได้แก่ 1) ผู้สูงอายุ 2) ผู้ดูแลในครอบครัวและผู้ดูแล
 แลว่าจ้าง(กรณีไม่ใช่ผู้ดูแลในครอบครัว 3) อาสาสมัครในชุมชน 4) ผู้ที่เกี่ยวข้อง เช่น ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่
 และ 5) ประเด็นสิ่งแวดล้อมด้านกายภาพ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. แนวทางการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ

ประเด็น	แนวคำถาม
1. ข้อมูลพื้นฐานของผู้สูงอายุ	ชื่อ-นามสกุล? อายุ? เพศ? สถานภาพสมรส? อาชีพ? ระดับการศึกษา? ที่อยู่?
2. ประวัติสุขภาพของผู้สูงอายุที่ ต้องพึ่งพาการดูแลระยะยาว	1) การเจ็บป่วยที่ผ่านมามีไหม?(ถ้ามี) ป่วยด้วยโรคอะไร? เกิดขึ้นเมื่อใด? รักษาโดยวิธีใด? ผลการรักษาเป็นอย่างไร 2) โรคประจำตัว/การเจ็บป่วยในปัจจุบันมีไหม? (ถ้ามี) ป่วยเป็นอะไร? เริ่มสังเกตเห็นอาการเมื่อใด? อาการเป็นอย่างไร? เคยได้รับการ วินิจฉัยโรคจากแพทย์หรือไม่? 3) เริ่มช่วยเหลือตนเองไม่ได้ต้องพึ่งพาผู้อื่นตั้งแต่เมื่อไหร่? สาเหตุการ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ เกิดจากอะไร? แพทย์เคยวินิจฉัยสาเหตุการ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในครั้งนี้หรือไม่? (ถ้ามี) เกิดจากโรคอะไร? แพทย์ให้การรักษาโดยวิธีใด? ผลการรักษาตอนนี้กับครั้งแรกที่เป็น เป็นอย่างไร?
3.ประวัติการเกิดภาวะสมองเสื่อม	1) ท่านมีปัญหาเกี่ยวกับความจำหรือไม่? (ถ้ามี) มีอาการหรือพฤติกรรม แสดงออก(เช่น อาการหลงลืม การคิดคำนวณ) อย่างไร ? เริ่มเป็นตั้งแต่เมื่อไร? และผลกระทบต่อการใช้ชีวิตอย่างไร? 2) ผลประเมินภาวะสมองเสื่อมจากการใช้แบบประเมิน MMSE เป็น อย่างไร?
4.การเผชิญการดูแลระยะยาว	1) เริ่มช่วยเหลือตนเองไม่ได้ตั้งแต่เมื่อไร? 2) การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับร่างกายตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงปัจจุบันนี้เป็น อย่างไร? 3) ความรู้สึกครั้งแรกที่ต้องเผชิญกับภาวะการช่วยเหลือตนเองไม่ได้เป็น อย่างไร? รู้สึกอย่างไรที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการทำกิจกรรมต่าง ๆ?

ประเด็น	แนวคำถาม
4.การเผชิญการดูแลระยะยาว (ต่อ)	4) มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจอย่างไรบ้างตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงปัจจุบัน? เวลาเครียด/ไม่สบายใจ/มีปัญหา จัดการกับความเครียด/ไม่สบายใจ/ปัญหา อย่างไร? 5) ตั้งแต่เริ่มช่วยเหลือตนเองไม่ได้จนถึงทุกวันนี้ความสัมพันธ์กับเพื่อน/ญาติ/ชุมชน เปลี่ยนแปลงไปอย่างไร? และรู้สึกอย่างไร? 6) ความทุกข์และความสุขที่เกิด
5.การแสวงหาการรักษา (IER)	1) ครั้งแรกที่ป่วยรักษาที่ไหน? ผู้ดูแล/ผู้พาไปรักษาใคร? ทำไมรักษาที่นี่? วิธีการรักษาอย่างไร? ผลการรักษาเป็นอย่างไร? 2) เสียค่าใช้จ่ายไหม? (ถ้ามี) ค่าใช้จ่ายในการรักษาประมาณเท่าไร? มีค่าใช้จ่ายอย่างอื่นนอกจากค่ารักษาไหม? (ถ้ามี) ประมาณครั้งละเท่าไร? 3) การรักษาครั้งที่.....รักษาที่ไหน? ผู้ดูแล/ผู้พาไปรักษาใคร? ทำไมรักษาที่นี่? วิธีการรักษาอย่างไร? ผลการรักษาเป็นอย่างไร? <u>(สัมภาษณ์ทุกครั้งที่ได้รับการรักษา)</u> 4) เสียค่าใช้จ่ายไหม? (ถ้ามี) ค่าใช้จ่ายในการรักษาประมาณเท่าไร? มีค่าใช้จ่ายอย่างอื่นนอกจากค่ารักษาไหม?(ถ้ามี) ประมาณครั้งละเท่าไร? <u>(สัมภาษณ์ทุกครั้งที่ได้รับการรักษา)</u> 5) มีปัญหา/ผลกระทบเรื่องค่าใช้จ่ายไหม? (ถ้ามี) เป็นอย่างไร?
6.กิจกรรมการดูแลประจำวัน	1) ตั้งแต่ตื่นเช้าจนเข้านอนทำอะไรบ้าง? มีอะไรที่ต้องการทำเองแต่ทำไม่ได้ด้วยตนเองหรือไม่? (ถ้ามี) กิจกรรมอะไรที่ได้รับการช่วยเหลือ? 2) ใครเป็นผู้ช่วยเหลือในการทำกิจกรรม? ดูแลมานานกี่ปี? รู้สึกอย่างไรกับการช่วยเหลือดูแลกิจกรรมที่ได้รับ? 3) มีกิจกรรมอื่นต้องการทำแต่ไม่มีผู้ช่วยเหลือบ้างไหม? (ถ้ามี)

2. แนวทางการสัมภาษณ์ผู้ดูแล

ประเด็น	แนวคำถาม
1. ข้อมูลพื้นฐานของผู้ดูแล	ชื่อ-นามสกุล? อายุ? เพศ? สถานภาพสมรส? ระดับการศึกษา? อาชีพ? รายได้? ที่อยู่?
2. ประวัติการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ	1) มีความสัมพันธ์อย่างไรกับผู้สูงอายุที่ดูแลอยู่? ทำไมถึงเข้ามาเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ? 2) คนในครอบครัว/ญาติพี่น้อง พูดถึงการทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวอย่างไร? 3) แบบแผนประเพณีเดิมของชุมชนกำหนดผู้ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ/อย่างไร? 4) ก่อนการทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุนี้เคยดูแลผู้ป่วย/ผู้อื่นไหม? (ถ้าเคย) เป็นใคร? เจ็บป่วยด้วยโรคอะไร? กิจกรรมการดูแลที่ทำคืออะไร? ดูแลเป็นระยะเวลายาวนานเท่าไร? รู้สึกอย่างไร? 5) ท่านเคยได้รับคำแนะนำหรือการเตรียมตัวเข้ามาเป็นผู้ดูแลหรือไม่? (ถ้ามี) จากที่ไหน? ได้รับคำแนะนำหรือการเตรียมตัวอย่างไร?
3. กิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว	1) กิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่ทำเป็นประจำวันตั้งแต่ต้นนอนจนเข้านอนมีอะไรบ้าง? การทำกิจกรรมแต่ละอย่างใช้ระยะเวลานานเท่าไร? 2) มีกิจกรรมไหนที่ไม่สามารถดูแลได้เองต้องอาศัยผู้อื่นช่วย? (ถ้ามี) ใครที่เข้ามาเหลือในการทำกิจกรรม? มีความสัมพันธ์กับท่านอย่างไร? 3) ผลลัพธ์การดูแลตามแนวคิดของ Home ward เป็นอย่างไร? (ในเอกสารที่แนบมาให้) 4) รายรับที่ได้จากการดูแลเป็นจำนวนเท่าไรต่อเดือน?(กรณีเป็นผู้ดูแลที่ได้รับค่าตอบแทน), ใคร/หน่วยงานไหนเป็นผู้จ่าย? ได้รับมานานเท่าใด?
4. พัฒนาการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล	1) การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายตั้งแต่เริ่มเข้ามาดูแลผู้สูงอายุมีอะไรบ้าง? 2) การเปลี่ยนแปลงแต่ละอย่างที่เกิดขึ้นช่วงไหนของการดูแลผู้สูงอายุ (ระยะเวลาระบุเป็นวัน/เดือน/ปี ของในแต่ละชนิดของการเปลี่ยนแปลง)? 3) การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทำให้เกิดปัญหาหรืออาการเจ็บป่วยต่อสุขภาพหรือไม่? (ถ้ามี) วิธีการจัดการปัญหาหรือดูแลทำอย่างไร? 4) ปัจจุบันภาวะสุขภาพของท่านเป็นอย่างไร? 5) ภาวะจิตใจของท่านตั้งแต่เริ่มเข้ามาดูแลผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงอะไรบ้าง?

ประเด็น	แนวคำถาม
4. พัฒนาการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล	6) การเปลี่ยนแปลงแต่ละอย่างที่เกิดขึ้นช่วงไหนของการดูแลผู้สูงอายุ (ระยะเวลาระบุเป็นวัน/เดือน/ปี ของในแต่ละชนิดของการเปลี่ยนแปลง)? 7) การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทำให้เกิดปัญหาหรืออาการเจ็บป่วยต่อสุขภาพหรือไม่? (ถ้ามี) วิธีการจัดการปัญหาหรือดูแลทำอย่างไร? 8) เหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดหรือปัญหาในการดูแล? วิธีการจัดการความเครียด/ปัญหา? 9) ปัจจุบันภาวะจิตใจของท่านเป็นอย่างไร? 10) ก่อนการดูแลผู้สูงอายุความสัมพันธ์ของท่านกับครอบครัว/ เพื่อน / ชุมชน(ถามทีละกลุ่มเป้าหมาย) เป็นอย่างไร? 11) ตั้งแต่เริ่มเข้ามาดูแลผู้สูงอายุการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของท่านกับสมาชิกในครอบครัว / เพื่อน / ชุมชน (ให้ถามแต่ละกลุ่มเป้าหมาย) เปลี่ยนแปลงไปอย่างไรบ้าง? 12) การเปลี่ยนแปลงแต่ละอย่างที่เกิดขึ้นช่วงไหนของการดูแลผู้สูงอายุ (ระยะเวลาระบุเป็นวัน/เดือน/ปี ของในแต่ละชนิดของการเปลี่ยนแปลง)? 13) การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทำให้เกิดปัญหาความสัมพันธ์กับผู้อื่นไหม? (ถ้ามี) เป็นใคร? เกิดจากอะไร? วิธีการจัดการปัญหาหรือดูแลทำอย่างไร? 14) ปัจจุบันความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัว / เพื่อน / ชุมชน (ถามทีละกลุ่มเป้าหมาย) เป็นอย่างไร? 15) หากท่านมีปัญหา/ความเครียดเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ ท่านทำอย่างไร? ใครที่ท่านมักปรึกษาด้วย? มีความสัมพันธ์กับท่านอย่างไร? 16) เมื่อประสบปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุแล้วท่านทำอย่างไร? ได้รับความช่วยเหลือ/สิ่งของสนับสนุนจากที่ไหน? อย่างไร? 17) ท่านนับถือศาสนาอะไร? ศาสนาที่ท่านนับถือ (พุทธศาสนา / อิสลาม / คริสต์) มีส่วนช่วยสนับสนุนด้านจิตใจของท่านอย่างไร? สิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจในการทำบทบาทผู้ดูแลท่านคืออะไร? (ถ้ามี) มีส่วนช่วยอย่างไร? ท่านได้ทำกิจกรรมในศาสนาหรือไม่? อย่างไร?

ประเด็น	แนวคำถาม
5. ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล	1) ก่อนการทำหน้าที่ผู้ดูแลท่านมีโรคประจำตัว/อาการเจ็บป่วยอะไรบ้าง? <u>กรณีมีปัญหาสุขภาพ</u> (1) (ถ้ามี) หลังการทำหน้าที่ผู้ดูแลปัญหาสุขภาพดังกล่าวเปลี่ยนแปลงไปอย่างไร? ระยะเวลาการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นเมื่อใด (ระบุช่วงระยะเวลาเป็น วัน/ เดือน/ปี)? (2) วิธีการจัดการ/ดูแลอย่างไร? ปัจจุบันปัญหา/อาการเจ็บป่วยของท่านเป็นอย่างไร? <u>กรณีไม่มีปัญหาสุขภาพ</u> 1) ภาวะสุขภาพของท่านหลังการทำหน้าที่ผู้ดูแลเป็นอย่างไร? มีโรคประจำตัว/อาการเจ็บป่วยหรือไม่? (ถ้ามี) โรค/อาการอะไร? 2) ระยะเวลาการเจ็บป่วย/โรคประจำตัวเกิดเมื่อไหร่(หลังการรับบทบาทผู้ดูแลกี่วัน/เดือน/ปี)? วิธีการจัดการ/ดูแลอย่างไร? ปัจจุบันปัญหา/อาการเจ็บป่วยของท่านเป็นอย่างไร? 3) ท่านมีวิธีการดูแลตนเองอย่างไร? ระยะเวลาในการดูแลตนเองนานเท่าไร? ใช้ช่วงเวลาไหน?
6. บทบาทและพลวัตการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว (Family Dynamic)	1) ความสัมพันธ์ของผู้สูงอายุที่ต้องให้การดูแลกับครอบครัวเป็นอย่างไร? เหตุผลที่ทำให้มีความสัมพันธ์แบบนั้นเพราะอะไร? ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับครอบครัวที่ต้องดูแลเป็นอย่างไร? 2) กิจกรรมที่ทำร่วมกันในการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวคืออะไร? วิธีการจัดการปัญหาการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวเป็นอย่างไร? 3) สมาชิกในครอบครัวมีใครบ้างที่ทำหน้าที่ช่วยดูแลผู้สูงอายุ? ช่วงเหตุการณ์ใดบ้างที่สมาชิกในครอบครัวเข้ามาช่วยดูแลผู้สูงอายุ? การพ้องถ่ายภาระของผู้ดูแลในครอบครัวทำอย่างไร?
7. ผลกระทบของผู้ดูแลและครอบครัว (Cost, เศรษฐกิจ)	1) เดิมผู้ดูแลและครอบครัวประกอบอาชีพอะไร? หลังต้องดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยตนเองไม่ได้การประกอบอาชีพของครอบครัวเปลี่ยนแปลงไปอย่างไร? 2) มีปัญหาเกี่ยวกับการประกอบอาชีพหรือไม่? ปัญหาดังกล่าวส่งผลกระทบต่อรายได้ของครอบครัวอย่างไร? มีวิธีจัดการกับปัญหาอย่างไร? 3) ค่าใช้จ่ายของครอบครัวหลังจากต้องดูแลผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลงไปอย่างไร? 4) ภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุ รอบปีที่ผ่านมาเกี่ยวกับอะไรบ้าง? รายละเอียดค่าใช้จ่ายประมาณเท่าไร?

ประเด็น	แนวคำถาม
7.ผลกระทบของผู้ดูแลและครอบครัว (Cost,เศรษฐกิจ) (ต่อ)	5) มีปัญหาเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในครอบครัวเกิดขึ้นหรือไม่? (ถ้ามี) มีวิธีการจัดการปัญหาอย่างไร? 6) ปัจจุบันนี้ภาวะเศรษฐกิจของครอบครัวเป็นอย่างไร? มีหนี้สินหรือไม่? (ถ้ามี) แหล่งกู้ยืมจากที่ไหน และมีวิธีการจัดการอย่างไร?
8.วิถีชีวิต ภาระการดูแลกับ บริบทเวลาในรอบ 1 ปี ของผู้ดูแลและผู้สูงอายุ	1) กิจกรรมการดำเนินชีวิตของผู้ดูแลและครอบครัวในแต่ละวันเป็นอย่างไร? กิจกรรมการดำเนินชีวิตของผู้ดูแลและครอบครัวในแต่ละช่วงฤดูกาลในรอบ 1 ปี เป็นอย่างไร? 2) กิจกรรมการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ดูแลเปลี่ยนแปลงไปอย่างไรหลังจากต้องดูแลผู้สูงอายุ? กิจกรรมการดำเนินชีวิตของผู้ดูแลและครอบครัวเปลี่ยนแปลงไปอย่างไรในแต่ละช่วงฤดูกาลในรอบ 1 ปี? 3) ภาระการดูแลแต่ละช่วงเวลาในรอบ 1 ปีแตกต่างกันอย่างไร? ปัญหาการดูแลผู้สูงอายุในแต่ละช่วงเวลา แต่ละฤดูกาล ในรอบ 1 ปีเป็นอย่างไร? ผู้ดูแลและครอบครัวมีวิธีการจัดการปัญหาอย่างไร?

3. อาสาสมัครในชุมชน (เพิ่มข้อ 9 และ 10)

ประเด็น	แนวคำถาม
9. อาสาสมัครในชุมชน	1) บทบาทและหน้าที่ของกลุ่มอาสาสมัครที่ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุในชุมชนเป็นอย่างไร? ประวัติความเป็นมาของกลุ่มเป็นอย่างไร? เหตุผลการเข้ามาทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุเพราะอะไร? 2) กำหนดเกณฑ์/วิธีการเลือกกลุ่มผู้สูงอายุที่ต้องดูแลอย่างไร? กิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านมามีอะไรบ้าง? เหตุผลของการจัดกิจกรรมดังกล่าวเพราะเหตุใด? 3) ชุมชนกล่าวถึงการทำหน้าที่ของท่านอย่างไร? สิ่งยึดเหนี่ยวที่ทำให้ท่านยังคงบทบาทและหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุคืออะไร? 4) กลุ่มอาสาสมัครอื่น ๆ ในชุมชนที่ทำบทบาทเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุมีหรือไม่? (ถ้ามี) เป็นกลุ่มไหน? 5) ความเป็นมาของกลุ่มเป็นอย่างไร? กิจกรรมบริการที่ทำเพื่อผู้สูงอายุมีอะไรบ้าง? 6) มีการประสานเชื่อมโยงกับกลุ่มผู้ดูแล/กลุ่มอาสาสมัครในชุมชนอย่างไร? ปัญหาอุปสรรคมีผ่านมามีอะไรบ้าง? มีวิธีการจัดการปัญหาอย่างไร?
10. ศักยภาพอาสาสมัคร	1) หน่วยงานไหนที่ทำหน้าที่ดูแลกลุ่มของท่าน? กิจกรรมการดูแลการสนับสนุนในรอบปีที่ผ่านมามีอะไรบ้าง? 2) ศักยภาพการดูแลผู้สูงอายุตามแนวคิด Home ward (รายละเอียดในเอกสารแนบ)? ผลการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนที่ผ่านมาเป็นอย่างไร? 3) ปัญหาอุปสรรคในการทำงานดูแลผู้สูงอายุมีอะไรบ้าง? ประเมินจากอะไร? ความต้องการการพัฒนาศักยภาพมีอะไรบ้าง?

4. แนวทางการสัมภาษณ์ผู้ที่เกี่ยวข้อง

4.1 ผู้นำชุมชน (นายก อบต./เทศบาล, อบต./ ผู้ใหญ่บ้าน/กำนัน, อสม.)

ประเด็น	แนวคำถาม
1.ข้อมูลพื้นฐานของผู้นำชุมชน	ชื่อ-นามสกุล? อายุ? เพศ? สถานภาพสมรส? ระดับการศึกษา? อาชีพ? บทบาทหน้าที่ในชุมชน ? ระยะเวลาในการทำบทบาท ?
2.สภาพปัญหาผู้สูงอายุในชุมชน	1) สถานการณ์ผู้สูงอายุในชุมชนของท่านตอนนี้เป็นอย่างไร? 2) โดยทั่วไปผู้สูงอายุในชุมชนใช้ชีวิตกันอย่างไร กิจกรรมการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุในแต่ละวันมีอะไรบ้าง? ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาในชุมชนมีกิจกรรมอะไรบ้างที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ? 3) การเปลี่ยนแปลงทางสังคมและครอบครัวปัจจุบันของชุมชนมีอะไรบ้าง? ส่งผลกระทบต่อการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนอย่างไรบ้าง? ได้แก้ไขปัญหายังไง? ผลเป็นอย่างไร?
3. มุมมองเกี่ยวกับการพึ่งพาในระยะยาว	1) ท่านมีความคิดเห็นต่อการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาในชุมชนอย่างไร? การดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยตนเองไม่ได้ในต้องทำอะไร? 2) ชุมชนมีความคิด ความเชื่อ ทศนคติ และ ปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุอย่างไร
4. นโยบายของหน่วยงานเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน	1) เริ่มมีนโยบายในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนตั้งแต่เมื่อไหร่? อย่างไร? ที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อยของหน่วยงาน(ต้องดูแลระยะยาว) มีอะไรบ้าง? แผนงานการดูแลเป็นอย่างไร? 2) งบประมาณที่ใช้ในการจัดกิจกรรมการดูแลในรอบ 3 – 5 ปีที่ผ่านมาเป็นอย่างไร? มีการออกกฎหมาย/กฎระเบียบที่เกี่ยวข้องหรือไม่? (ถ้ามี) เป็นอย่างไร?
5. บริการดูแลผู้สูงอายุของหน่วยงานในชุมชน	1) กิจกรรมบริการที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนมีอะไรบ้าง? กลุ่มเป้าหมายของการจัดกิจกรรมคือใคร? 2) ระยะเวลาการจัดบริการเริ่มมาตั้งแต่เมื่อไหร่? ช่วงเวลาในการจัดกิจกรรมมีความถี่ขนาดไหน? เหตุผลที่ต้องจัดกิจกรรมเพราะอะไร? 3) เมื่อมีผู้สูงอายุที่ต้องการรับบริการดูแลสุขภาพต้องส่งเข้ารับบริการที่ไหน? มีขั้นตอนการประสานงานเพื่อส่งต่อ อย่างไร? หน่วยงานไหนในชุมชนที่ทำหน้าที่ประสานงานส่งต่อผู้สูงอายุ? ข้อมูล/กิจกรรมที่ต้องสื่อสารระหว่างการส่งต่อ มีอะไรบ้าง? ผลลัพธ์ของการประสานงานที่ผ่านมาเป็นอย่างไร? ปัญหา/อุปสรรคของการประสานงาน/การส่งต่อบริการที่ผ่านมาเป็นอย่างไร?

ประเด็น	แนวคำถาม
5. บริการดูแลผู้สูงอายุของหน่วยงานในชุมชน (ต่อ)	4) ผลลัพธ์ของการจัดกิจกรรมที่ผ่านมาเป็นอย่างไร? (ความครอบคลุม ความพึงพอใจตรงตามความต้องการ ฯลฯ)
6. ประสิทธิภาพการให้บริการดูแลระยะยาวในชุมชน	1) ผู้รับผิดชอบดูแลงานผู้สูงอายุเป็นใคร? (ติดตามสอบถามข้อมูลจากผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ) ขอบุคลากร งบประมาณ ค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุหรือการดูแลผู้สูงอายุ? 2) มีโครงการพิเศษอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุและผู้ดูแล ที่ไม่อยู่ในแผนหรือไม่? (ถ้ามี) คืออะไร? ทำไม่ถึงมี? ทำอย่างไร? ผลเป็นอย่างไร? 3) มีแผนระยะยาวในการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ดูแลอย่างไร? และมีหน่วยงานอะไรบ้างที่ทำงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุในชุมชน? และทำอย่างไร? 4) มีการจัดบริการสนับสนุนช่วยเหลือด้านจิตใจแก่ผู้ดูแลในครอบครัว (เช่น ความเครียด ภาวะซึมเศร้า) หรือไม่? (ถ้ามี/ไม่มี) เพราะเหตุใด? มีผู้มารับบริการบ่อยขนาดไหน? 5) หน่วยงานหรือองค์กรอื่น ๆ ที่ให้บริการการดูแลระยะยาวในชุมชน ที่ควรเข้าไปขอรับฟังข้อมูลเพิ่มเติมคือหน่วยงานไหน?
7. การจัดบริการดูแลภาวะสมองเสื่อม	1) ในชุมชนของท่านมีผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาความจำ/ มีอาการหลงลืม/ หรือไม่? (ถ้ามี) มีการดูแลที่แตกต่างจากผู้สูงอายุทั่วไปหรือไม่อย่างไร? 2) ความต้องการการจัดบริการเพื่อดูแลของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในชุมชนมีอะไรบ้าง?
8. ปัญหาและอุปสรรคในการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุ	1) เหตุผลที่ผู้สูงอายุไม่เข้ารับบริการที่จัดให้เพราะเหตุใด? 2) วิธีการประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารการบริการแก่ผู้สูงอายุและผู้ดูแล ทำอย่างไร? ขั้นตอนการเข้ารับบริการเป็นอย่างไร? 3) ค่าใช้จ่ายในการเข้ารับบริการเป็นอย่างไร? ผู้สูงอายุและผู้ดูแลสามารถจ่ายค่าบริการได้หรือไม่? ปัญหาอื่นๆ ในการให้บริการระยะยาวแก่ผู้สูงอายุในชุมชนมีอะไร? สาเหตุเกิดจากอะไร
9. ข้อเสนอแนะ	1) วิธีการดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ (การดูแลระยะยาว) ที่เหมาะสมสำหรับชุมชนควรทำอย่างไร? 2) ภาระการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่เกิดขึ้นกับหน่วยงานมีอะไรบ้าง? 3) หน่วยงานจะสามารถลดภาระการพึ่งพาระยะยาวได้อย่างไร?

4.2 บุคลากรด้านสุขภาพ (ผู้บริหารงานและเจ้าหน้าที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข, ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องด้านสุขภาพสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น, ผู้บริหารงานและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุสังกัดกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์)

ประเด็น	แนวคำถาม
1. ข้อมูลพื้นฐานของผู้นำชุมชน	ชื่อ-นามสกุล? อายุ? เพศ? สถานภาพสมรส? ระดับการศึกษา? ที่อยู่? ระยะเวลาการทำงาน? ประสบการณ์ทำงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุ? บทบาทหน้าที่ในองค์กร?
2. สภาพปัญหาผู้สูงอายุในชุมชน	1) สถานการณ์ผู้สูงอายุในชุมชนของท่านตอนนี้เป็นอย่างไร? 2) กิจกรรมการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุในแต่ละวันเป็นอย่างไร? กิจกรรมการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุในรอบ 1 ปี ของชุมชนเป็นอย่างไร? 3) สภาพปัญหาของผู้สูงอายุในชุมชน (การดูแล สุขภาพ เศรษฐกิจ ฯลฯ) ที่ผ่านมามีอะไรบ้าง? วิธีการจัดการปัญหาที่ผ่านมาของชุมชนทำอย่างไร? ผลเป็นอย่างไร? 4) การเปลี่ยนแปลงทางสังคมและครอบครัวปัจจุบันส่งผลต่อการดูแลผู้สูงอายุอย่างไร?
3. มุมมองเกี่ยวกับการดูแลระยะยาว	1) การดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยตนเองไม่ได้หรือการดูแลระยะยาวในความหมายของท่านคืออะไร? 2) แบบแผนปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยตนเองไม่ได้ในชุมชนที่ผ่านมามีอย่างไร? 3) แบบแผนความเชื่อเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุของชุมชนเป็นอย่างไร?
4. นโยบายของหน่วยงานเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน	1) นโยบายเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อยของหน่วยงาน (ต้องดูแลระยะยาว) มีอะไรบ้าง? แผนงานการดูแลเป็นอย่างไร? 2) งบประมาณที่ใช้ในการจัดกิจกรรมการดูแลในรอบ 3 – 5 ปีที่ผ่านมาเป็นอย่างไร? มีการออกกฎหมาย/กฎระเบียบที่เกี่ยวข้องหรือไม่? (ถ้ามี) เป็นอย่างไร?
5. บริการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน	1) กิจกรรมบริการที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนมีอะไรบ้าง? กลุ่มเป้าหมายของการจัดกิจกรรมคือใครบ้าง? 2) ระยะเวลาการจัดบริการเริ่มมาตั้งแต่เมื่อไหร่? ช่วงเวลาในการจัดกิจกรรมมีความถี่ขนาดไหน? เหตุผลที่ต้องจัดกิจกรรมเพราะอะไร? 3) ผลลัพธ์ของการจัดกิจกรรมที่ผ่านมาเป็นอย่างไร? (ความครอบคลุม ความพึงพอใจ ตรงตามความต้องการ ฯลฯ)

ประเด็น	แนวคำถาม
5. บริการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน (ต่อ)	4) กิจกรรมบริการที่ควรจัดขึ้นสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาระยะยาว แต่ไม่สามารถจัดขึ้นได้? 5) ความต้องการการดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ มีอะไรบ้าง?
6. บริการคัดกรองและดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในชุมชน	1) การคัดกรองภาวะสมองเสื่อมผู้สูงอายุในชุมชนมีหรือไม่? (ถ้ามี) มีวิธีการและขั้นตอนอย่างไร? 2) กรณีมีผู้สูงอายุสงสัยมีภาวะสมองเสื่อมทำอย่างไร? มีขั้นตอนการส่งต่ออย่างไร? 3) มีบริการที่จัดเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในชุมชนหรือไม่? การจัดบริการเพื่อสนับสนุนครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีอะไรบ้าง? 4) บริการสนับสนุนช่วยเหลือด้านจิตใจแก่ผู้ดูแลในครอบครัว (เช่น ความเครียด ภาวะซึมเศร้า) มีหรือไม่? (ถ้ามี) มีกิจกรรมอะไรบ้าง? ขั้นตอนการรับบริการทำอย่างไร? 5) กิจกรรมบริการอะไรที่ครอบครัวต้องการให้จัดขึ้นสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม? กิจกรรมบริการอะไรที่ควรจัดขึ้นสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมแต่ไม่สามารถจัดขึ้นได้? 6) หน่วยงานหรือองค์กรอื่นๆ ที่มีการจัดบริการการดูแลระยะยาวในชุมชน ที่ควรเข้าไปขอรับฟังข้อมูลเพิ่มเติมคือหน่วยงานใดบ้าง?
7. การประสานงานการจัดบริการผู้สูงอายุ	1) เมื่อมีผู้สูงอายุที่ต้องการรับบริการดูแลสุขภาพต้องส่งเข้ารับบริการที่ไหน? มีขั้นตอนการประสานงานเพื่อส่งต่อ อย่างไร? 2) หน่วยงานไหนในชุมชนที่ทำหน้าประสานงานส่งต่อผู้สูงอายุ? ข้อมูล หรือกิจกรรมที่ต้องสื่อสารในการส่งต่อ มีอะไรบ้าง? 3) ผลลัพธ์ของการประสานงานที่ผ่านมาเป็นอย่างไร? ปัญหา/อุปสรรคของการประสานงาน/การส่งต่อบริการที่ผ่านมาเป็นอย่างไร?
8. ภาระค่าใช้จ่ายในการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุ/ดูแลระยะยาว	1) งบประมาณค่าใช้จ่ายในการจัดบริการผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในรอบ 1 ปี ที่ผ่านมาเป็นอย่างไร? 2) งบประมาณเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อยเปรียบเทียบ 3-5 ปีที่ผ่านมาเป็นอย่างไร? 3) จำนวนบุคลากรที่ใช้ในการจัดบริการมีจำนวนเท่าไร? งบประมาณค่าใช้จ่ายในการพัฒนาบุคลากรเพื่อใช้ในการจัดบริการเป็นเท่าไร?

ประเด็น	แนวคำถาม
9. ปัญหาและอุปสรรคในการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุ	1) เหตุผลที่ผู้สูงอายุไม่เข้ารับบริการที่จัดให้เพราะเหตุใด? 2) วิธีการประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารการบริการแก่ผู้สูงอายุและผู้ดูแล ทำอย่างไร? ขั้นตอนการเข้ารับบริการเป็นอย่างไร? 3) ค่าใช้จ่ายในการเข้ารับบริการเป็นอย่างไร? ผู้สูงอายุและผู้ดูแลสามารถจ่าย ค่าบริการได้หรือไม่? ปัญหาอื่น ๆ ในการให้บริการระยะยาวแก่ผู้สูงอายุใน ชุมชนมีอะไร? สาเหตุเกิดจากอะไร 4) ปัญหาอื่น ๆ ในการให้บริการระยะยาวแก่ผู้สูงอายุในชุมชน?
10. ข้อเสนอแนะ	1) วิธีการดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยตนเองได้น้อย (ดูแลระยะยาว) ที่เหมาะสมสำหรับ ชุมชนควรทำอย่างไร? 2) ภาระการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่เกิดขึ้นกับหน่วยงานมีอะไรบ้าง? 3) หน่วยงานจะสามารถลดภาระการพึ่งพาระยะยาวได้อย่างไร?

5. สิ่งแวดล้อมด้านกายภาพ (Physical condition)

ประเด็น	แนวทางการสังเกต/คำถาม
1. สิ่งแวดล้อม 1) ที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุ	ลักษณะบ้านที่อยู่อาศัย (รูปแบบบ้าน, แสงสว่าง, ห้องน้ำ, ห้องนอน, บันได, พื้น)? สิ่งแวดล้อมภายในบ้าน? (เครื่องมือ 7 ชิ้น : แผนที่เดินดิน)
2) ชุมชนที่อาศัยอยู่	เครื่องมือ 7 ชิ้น : แผนที่เดินดิน
3) สถานบริการสุขภาพ	แสงสว่าง, ห้องน้ำ, ห้องนอน, บันได, พื้น? สิ่งแวดล้อมภายในสถานบริการ? (เครื่องมือ 7 ชิ้น : แผนที่เดินดิน)
2. ลักษณะการอยู่อาศัย	1) โครงสร้างครอบครัวเป็นแบบไหน? มีจำนวนสมาชิกในครัวเรือนกี่คน? สมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์กันอย่างไร? 2) ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อยมีความสัมพันธ์กับครอบครัวอย่างไร? ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวเป็นใคร? (เครื่องมือ 7 ชิ้น : ผังเครือญาติ)
3. การบริการที่เกี่ยวข้องที่มีอยู่ในชุมชน	อยู่ในแนวทางสัมภาษณ์ผู้นำชุมชน

แบบประเมินภาวะพึงพาพระยาวและภาวะสมองเสื่อม
การวิจัยเรื่อง ผลกระทบและการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้วัฒนธรรมไทย

ชื่อผู้ให้สัมภาษณ์ นาย/นาง/นางสาว บ้านเลขที่ หมู่ที่ ชื่อหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ จังหวัด ระยะทางจากหมู่บ้านถึงสถานบริการสุขภาพสุขภาพ [] 1 ถนนลาดยางหรือถนนคอนกรีต ระยะทาง กิโลเมตร [] 2 ถนนลูกรัง ระยะทาง กิโลเมตร
วันที่/เดือน/พ.ศ. ที่สัมภาษณ์ ชื่อพนักงานสัมภาษณ์ เริ่มสัมภาษณ์เวลา น. ยุติการสัมภาษณ์เวลา น. รวม นาที

คำชี้แจง

แบบประเมินภาวะพึ่งพาพระยาวและภาวะสมองเสื่อม ใช้สำหรับประเมินผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มเป้าหมายทุกคน โดยแบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล มีจำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินการปฏิบัติกิจกรรมขั้นพื้นฐานของชีวิต มีจำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น(ฉบับภาษาไทย) มีจำนวน 11 ข้อ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

สัมภาษณ์และให้ทำเครื่องหมายถูก ☒ หน้าหมายเลขที่ตอบ

1. เพศ

[] 1 ชาย

[] 2 หญิง

2. ปัจจุบันท่านอายุเท่าไร..... ปี ระบุ(วัน/เดือน/ปีเกิด).....

3. ท่านนับถือศาสนาอะไร

[] 1 พุทธ

[] 2 คริสต์

[] 3 อิสลาม

[] 4 อื่น ๆ ระบุ

4. สถานภาพสมรสปัจจุบันของท่านคือ

[] 1 โสด

[] 2 คู่

[] 3 หม้าย

[] 4 หย่า, แยก

5. ระดับการศึกษาขั้นสูงสุดของท่านคือ

[] 1 ไม่ได้เรียน

[] 2 ประถมศึกษา

[] 3 มัธยมศึกษา

[] 4 ปริญญาตรี ขึ้นไป

[] 5 อื่น ๆ ระบุ

6. ความสามารถในการอ่านของท่านคืออะไร

☐ 1 อ่านหนังสือได้เอง

☐ 2 อ่านหนังสือได้เองลำบาก

☐ 3 อ่านหนังสือเองไม่ได้

7. ความสามารถในการเขียนของท่านคืออะไร

☐ 1 เขียนหนังสือได้เอง

☐ 2 เขียนหนังสือได้เองลำบาก

☐ 3 เขียนหนังสือเองไม่ได้

8. จำนวนสมาชิกครอบครัวของท่านในปัจจุบันมีจำนวนกี่คน

ส่วนที่ 2 แบบประเมินการปฏิบัติกิจกรรมขั้นพื้นฐานของชีวิต

เงื่อนไขของการใช้แบบประเมินกิจกรรมขั้นพื้นฐานของชีวิต คือ

- 1) เป็นการวัดว่าผู้สูงอายุทำอะไรได้บ้าง (ทำอยู่ได้จริง) ไม่ใช่เป็นการทดสอบหรือถามว่าสามารถทำได้หรือไม่ (ใช้วิธีการสัมภาษณ์ร่วมกับการสังเกต)
- 2) ใช้วัดกิจกรรมที่ผู้สูงอายุทำอยู่ได้จริงในระยะ 24 – 48 ชั่วโมง หรือ 1 – 2 วัน
- 3) จุดประสงค์เป็นการวัดระดับความเป็นอิสระ ดังนั้นถ้าหากต้องมีคนคอยอยู่ดูแล หรือ ฝัาระวังเวลา ปฏิบัติกิจกรรม ให้ถือว่าไม่ได้คะแนนเต็ม
- 4) ถ้าหมดสติให้คะแนนศูนย์ทั้งหมด

โดยให้ทำเครื่องหมายถูก ☒ หน้าหมายเลขที่ปฏิบัติได้จริง

1. รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า

- ☐ 0 ไม่สามารถดักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนให้
- ☐ 1 ดักอาหารเองได้ แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนดักเตรียมไว้ให้ หรือตัดให้ เป็นชิ้นเล็กๆไว้ล่วงหน้า
- ☐ 2 ดักอาหารและช่วยตนเองได้เป็นปกติ

2. ล้างหน้า, หวีผม, แปรงฟัน, โกนหนวด ในระยะ 24 – 48 ชั่วโมงที่ผ่านมา

- ☐ 0 ต้องการความช่วยเหลือ
- ☐ 1 ทำได้เอง(รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)

3. การลุกนั่งจากที่นอน หรือ จากเตียงไปยังเก้าอี้

- ☐ 0 ไม่สามารถนั่งได้(นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้สองคนช่วยกันยกขึ้น
- ☐ 1 ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 หรือ ใช้คนทั่วไป 2 คน พยุงหรือดันขึ้นมาจึงจะนั่งอยู่ได้
- ☐ 2 ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตาม หรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนช่วยดูแลเพื่อความปลอดภัย
- ☐ 3 ทำได้เอง

4. ใช้ห้องสุขา

- ☐ 0 ช่วยตนเองไม่ได้
- ☐ 1 ทำเองได้บ้าง(อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้หลังเสร็จธุระ) แต่ต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่ง
- ☐ 2 ช่วยเหลือตนเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลุกจากส้วมได้เอง ทำความสะอาดได้เรียบร้อยหลังเสร็จธุระ ถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)

5. การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน

- ☐ 0 เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้
- ☐ 1 ต้องใช้รถเข็นช่วยตนเองให้เคลื่อนที่ได้เอง(ไม่ต้องมีคนเข็นให้)และจะต้องเข้าออกมุมห้องหรือประตูได้
- ☐ 2 เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุง หรือบอกให้ทำตาม หรือต้องให้ความสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย
- ☐ 3 เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง

6. การสวมใส่เสื้อผ้า

- ☐ 0 ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยเหลือตนเองแทบไม่ได้หรือน้อย
- ☐ 1 ช่วยเหลือตนเองได้ราว ร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย
- ☐ 2 ช่วยตนเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใช้เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)

7. การขึ้นลงบันได 1 ชั้น

- ☐ 0 ไม่สามารถทำได้
- ☐ 1 ต้องการคนช่วย
- ☐ 2 ขึ้นลงได้เอง(ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น ไม้ค้ำยันจะต้องเอาขึ้นลงได้ด้วย)

8. การอาบน้ำ

- ☐ 0 ต้องมีคนช่วย หรือทำให้
- ☐ 1 อาบน้ำได้เอง

9. การกลั้นการถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

- ☐ 0 กลั้นไม่ได้ หรือ ต้องการสวนอยู่เสมอ
- ☐ 1 กลั้นไม่ได้เป็นบางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์)
- ☐ 2 กลั้นได้ปกติ

10. การกลั้นปัสสาวะในระยะ 1 วันที่ผ่านมา

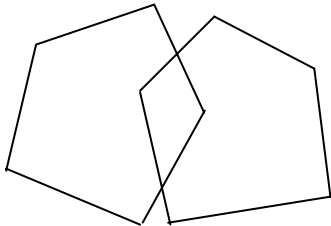
- ☐ 0 กลั้นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลตนเองได้
- ☐ 1 กลั้นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง)
- ☐ 2 กลั้นได้เป็นปกติ

ส่วนที่ 3 แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น(ฉบับภาษาไทย)

เป็นการทดสอบในปัจจุบันโดยสัมภาษณ์และให้ทำเครื่องหมายถูก ☒ หน้าหมายเลขที่ตอบ พร้อมบันทึกข้อมูลของผู้ตอบในช่องว่างให้สมบูรณ์ คือ

รายการทดสอบ	ผลการทดสอบ	คำตอบของผู้สูงอายุ
1.ทดสอบการรับรู้เกี่ยวกับเวลาในปัจจุบัน(Orientation for time) (5 คะแนน)		
1.1 วันนี้วันที่เท่าไร	☐ 0 ผิด ☐ 1 ถูก	คำตอบ.....
1.2 วันนี้วันอะไร	☐ 0 ผิด ☐ 1 ถูก	คำตอบ.....
1.3 เดือนนี้เดือนอะไร	☐ 0 ผิด ☐ 1 ถูก	คำตอบ.....
1.4 ปีนี้ ปีอะไร	☐ 0 ผิด ☐ 1 ถูก	คำตอบ.....
1.5 ฤดูนี้ ฤดูอะไร	☐ 0 ผิด ☐ 1 ถูก	คำตอบ.....
คะแนนรวม		
2. ทดสอบการรับรู้เกี่ยวกับสถานที่ว่าผู้ทดสอบอยู่ ณ ตำแหน่งไหน(Orientation for place) (5 คะแนน)		
2.1 สถานที่ตรงนี้เรียกว่าอะไร และบ้านเลขที่เท่าไร	☐ 0 ผิด ☐ 1 ถูก	คำตอบ.....
2.2 ที่นี้หมู่บ้าน หรือ สะพาน/คุ้ม/ย่าน/ถนนอะไร	☐ 0 ผิด ☐ 1 ถูก	คำตอบ.....
2.3 ที่นี้อยู่ในอำเภออะไร	☐ 0 ผิด ☐ 1 ถูก	คำตอบ.....
2.4 ที่นี้จังหวัดอะไร	☐ 0 ผิด ☐ 1 ถูก	คำตอบ.....
2.5 ที่นี้ภาคอะไร	☐ 0 ผิด ☐ 1 ถูก	คำตอบ.....
คะแนนรวม		
3. ทดสอบการบันทึกความจำ(Registration)(3 คะแนน)		
“ต่อไปนี้เป็น การทดสอบความทรงจำ ดิฉันจะบอกชื่อของ 3 อย่าง คุณ(ตา,ยาย) ตั้งใจฟังให้ดีนะเพราะจะบอกเพียงครั้งเดียว ไม่มีการบอกซ้ำอีก เมื่อดิฉันพูดจบคุณ(ตา,ยาย)พูดทบทวนตามที่ได้ยินให้ครบทั้ง 3 ชื่อ แล้วพยายามจำไว้ให้ดีเดี๋ยวดิฉันถามซ้ำ” (การบอกชื่อแต่ละคำให้ห่างกันประมาณหนึ่งวินาทีต้องไม่ซ้ำหรือเร็วเกินไป)		
☐ 1 ดอกไม้	☐ 0 ผิด ☐ 1 ถูก	คำตอบ.....
☐ 2 แม่น้ำ	☐ 0 ผิด ☐ 1 ถูก	คำตอบ.....
☐ 3 รถไฟ	☐ 0 ผิด ☐ 1 ถูก	คำตอบ.....
คะแนนรวม		
4. ทดสอบสมาธิและการคิดเลขในใจ(Attention / Calculation) (5 คะแนน)		
ข้อต่อไปนี้เป็น การคิดเลขในใจเพื่อทดสอบสมาธิ คุณ(ตา,ยาย) คิดเลขในใจเป็นไหม? ถ้าตอบคิดเป็นให้ทำข้อ 4.1 ถ้าตอบไม่เป็นหรือไม่ตอบให้ทำข้อ 4.2		
4.1 “ข้อนี้คิดในใจเอา 100 ตั้ง ลบออกทีละ 7 ไปเรื่อยๆ ได้ผลเท่าไรบอกมา” (บันทึกคำตอบไว้ทุกครั้งทั้งคำตอบที่ถูกและผิด) ทำทั้งหมด 5 ครั้ง		

ครั้งที่ 1 คำตอบ	☐ 0 ผิด	☐ 1 ถูก	
ครั้งที่ 2 คำตอบ	☐ 0 ผิด	☐ 1 ถูก	
ครั้งที่ 3 คำตอบ	☐ 0 ผิด	☐ 1 ถูก	
ครั้งที่ 4 คำตอบ	☐ 0 ผิด	☐ 1 ถูก	
ครั้งที่ 5 คำตอบ	☐ 0 ผิด	☐ 1 ถูก	
คะแนนรวม			
4.2 “ผม(ดิฉัน) จะสะกดคำว่า มะนาวให้คุณ(ตา,ยาย)ฟัง แล้วให้คุณ(ตา,ยาย)สะกดถอยหลังจากพยัญชนะตัวหลังไปตัวแรก คำว่ามะนาวสะกดว่า มอม่่า – สระอะ – นอหนู – สระอา – วอแหวน ไหนคุณ (ตา,ยาย)สะกดถอยหลังให้ฟังซิ”			
ว / า / น / อะ / ม	☐ 0 ผิด	☐ 1 ถูก	คำตอบ
5. ทดสอบความจำระยะสั้น(Recall) (3 คะแนน) “เมื่อสักครู่นี้ให้จำของ 3 อย่าง จำได้ไหมมีอะไรบ้าง”			
☐ 1 ดอกไม้	☐ 0 ผิด	☐ 1 ถูก	คำตอบ.....
☐ 2 แม่น้ำ	☐ 0 ผิด	☐ 1 ถูก	คำตอบ.....
☐ 3 รถไฟ	☐ 0 ผิด	☐ 1 ถูก	คำตอบ.....
คะแนนรวม			
6. ทดสอบการบอกชื่อสิ่งที่เห็น(Naming) (2 คะแนน)			
6.1 ยื่นดินสอให้ผู้ถูกทดสอบแล้วถามว่า “ของสิ่งนี้เรียกว่าอะไร”	☐ 0 ผิด	☐ 1 ถูก	คำตอบ.....
6.2 ชี้นาฬิกาข้อมือให้ผู้ถูกทดสอบดูและถามว่า “ของสิ่งนี้เรียกว่าอะไร”	☐ 0 ผิด	☐ 1 ถูก	คำตอบ.....
คะแนนรวม			
7. ทดสอบการพูดซ้ำคำที่ได้ยิน(Repetition) (1 คะแนน)			
“ตั้งใจฟังผม(ดิฉัน)นะ เมื่อผม(ดิฉัน) พูดข้อความนี้แล้วให้คุณ(ตา,ยาย)พูดตามผม(ดิฉัน) จะบอกเพียงเทียวเดียว” “ใครใคร่ขายไก่ไข่”	☐ 0 ผิด	☐ 1 ถูก	คำตอบ
8. ทดสอบการเข้าใจความหมายและทำตามคำสั่ง(Verbal command) (3 คะแนน)			
“ฟังดีๆ นะเดี๋ยวผม(ดิฉัน) จะส่งกระดาษให้แล้วคุณ(ตา,ยาย) รับด้วยมือขวา พับครึ่งด้วยมือทั้ง 2 ข้างแล้ววางไว้ที่ ... (พื้น โต๊ะ เติง)” ผู้ทดสอบแสดงกระดาษเปล่าขนาด เอ4 ไม่มีรอยพับให้ผู้ถูกทดสอบ			
1)รับด้วยมือขวา	☐ 0 ผิด	☐ 1 ถูก	
2)พับครึ่ง	☐ 0 ผิด	☐ 1 ถูก	

3)วางไว้ที่..... (พื้น โต๊ะ เติง)	☐ 0 ผิด	☐ 1 ถูก	
คะแนนรวม			
9. ทดสอบการอ่าน การเข้าใจความหมายและสามารถทำตามได้ (Written command) (1 คะแนน)			
“ต่อไปนี้เป็นคำสั่งที่เขียนเป็นตัวหนังสือ ต้องการให้คุณ(ตา,ยาย) อ่านแล้วทำตาม(คุณ(ตา,ยาย) จะอ่านออกเสียงหรืออ่านในใจก็ได้” ผู้ทดสอบแสดงกระดาษที่เขียนว่า”หลับตา”			
1) หลับตาได้	☐ 0 ผิด	☐ 1 ถูก	
10. ทดสอบการเขียนภาษาอย่างมีความหมาย(Writing) (1คะแนน)			
ข้อนี้เป็นคำสั่ง “ให้คุณ(ตา,ยาย) เขียนข้อความอะไรก็ได้ที่อ่านแล้วรู้เรื่อง หรือมีความหมายมา 1 ประโยค”			
1) ประโยคมีความหมาย	☐ 0 ผิด	☐ 1 ถูก	คำตอบ.....
11. ทดสอบการวาดภาพเหมือนภาพตัวอย่าง(Visual construction) (1 คะแนน)			
ข้อนี้เป็นคำสั่ง “จงวาดภาพให้เหมือนภาพตัวอย่าง(ตามรูปด้านล่างนี้)” ให้ผู้ถูกทดสอบวาดภาพลงในที่ว่างด้านขวาของภาพตัวอย่าง			
	☐ 0 ผิด	☐ 1 ถูก	

ประวัติผู้วิจัย

1. นพ.โกมาตร จีงเสถียรทรัพย์, MD, PhD.

Family name: Chuengsatiansup

First names: Komatra

Date of birth: August 24, 1959

Nationality: Thai

Civil status: Thai citizen

Address: (all contacts)

Office address: Society and Health Institute
 3th Floor, Building on Public Health 6 Lane,
 North of Health Park
 Ministry of Public Health, Nonthaburi 11000 Thailand
 Tel. 662-5901352, fax 662-5901498

Home Address: 100/276 Chollada Village, Soi 23/7
 Bangkruey Sainoi Road,
 Bangrak-pattana, Bangbuathong District.
 Nonthaburi 11100, Thailand

E-Mail: loxlix@gmail.com

Education:

Institution (name, from-to, month/year)	Certificate, diploma, degree
Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Thailand, 1976-1980	B.Sc.
Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Thailand.1980-1982	M.D.
Department of Anthropology, Graduate School of Arts and Sciences, Harvard University, USA. 1991-1998	Ph.D. Social Anthropology,

Present position:

Position: Director, Society and Health Institute, Ministry of Public Health

Location: 3rd floor, Building North of Health Park, Ministry of Public Health,
Nonthaburi, Thailand

Publications:**Author of Books (in Thai)**

Komatra Chuengsatiansup. 1999.

Cheewajit Phenomena: What Does This Alternative Health Movement Tell Us about Thai Society? Bangkok: Komolkeemthong Press.

Komatra Chuengsatiansup. 2001.

Civil Society and Health: A Collection of Essays. Society and Health Program, Bureau of Health Policy and Planning, Ministry of Public Health, Nonthaburi.

Komatra Chuengsatiansup, et al. 2002.

Community Approach: A Field Book on Anthropological Tools for Community Work in Primary Care. Nonthaburi: Society and Health Institute and Health Systems Research Institute.

Komatra Chuengsatiansup. 2002.

Health, Aesthetics, and the Re-enchantment of Medicine, 7th Sem Pringpruangaew Lecture for Spirit in Education Movement, November 17th 2001. Bangkok: Suan Ngern Mee Ma.

Komatra Chuengsatiansup. 2003.

Power and Corruption: A Cultural Analysis of Health Bureaucracy. Bangkok: Amarin Printing. Reprinted in 2008. Nonthaburi, Thailand: Society and Health Institute.

Komatra Chuengsatiansup et al. 2003.

Health Dynamics and Self-Reliance (vol. 1: Rural communities; vol. 2: Urban communities). Nonthaburi, Thailand: Society and Health Institute.

Komatra Chuengsatiansup. 2004.

Assessing Health Systems Reform in Thailand. Nonthaburi, Thailand: Health Systems Reform Office.

Komatra Chuengsatiansup et al. 2004.

Medicine and Ethnicity. Bangkok: Sirindhorn Anthropological Center.

Komatra Chuengsatiansup. 2005.

Pursuing People's Health Agenda: Civil Society Movement and Health Systems Reform in Thailand. Bangkok: Mauchaoban Publishing.

Komatra Chuengsatiansup et al. 2007.

Drug and Community: Socio-Cultural Aspects. Nonthaburi, Thailand: Society and Health Institute.

Komatra Chuengsatiansup and Prachatip Kata. 2007.

Qualitative Research: Learning from Routine Work. Nonthaburi, Thailand: Health Systems Research Institute.

Komatra Chuengsatiansup et al. 2007.

Culture, Health and Healing: Concepts and Theories in Medical Anthropology. Nonthaburi, Thailand. Society and Health Institute.

Komatra Chuengsatiansup and Prachatip Kata. 2007.

Primary Care: From Principles to Practices. Nonthaburi, Thailand: Society and Health Institute.

Komatra Chuengsatiansup and Yongsak Tantapitaka. 2007.

Thai Culture, Thai Health. Nonthaburi, Thailand. Society and Health Institute.

Komatra Chuengsatiansup. 2009.

Reductionist/Multiple-Choice Society. Bangkok: Way of Book.

Komatra Chuengsatiansup. 2010.

10 Easy Steps for Qualitative Research. Nonthaburi: Suksala Books.

Komatra Chuengsatiansup. 2011.

7 Community Tools: Simple Instruments for Effective Community Work. Nonthaburi: Society and Health Institute.

Komatra Chuengsatiansup. 2012.

Health Assembly: Philosophy, Principle and Spirit. Nonthaburi: National Health Commission Office.

Edited books (In Thai)

Suwit Wibulpolprasert and Komatra Chuengsatiansup. 1995.

Thai Traditional Medicine: Local Wisdom for Self Reliance. Bangkok: Folk Doctor Press.

Komatra Chuengsatiansup, Nonglak Trongsest, and Prot Kritkraiwan. Eds. 2002.

Dimensions of Health: Towards a New Paradigm of Wellness. Nonthaburi: Health Systems Research Institute.

Komatra Chuengsatiansup and Chatichai Muksong. Eds. 2002

History of Thai Medicine and Public Health: State of Knowledge. Nonthaburi: Health Systems Research Institute.

Komatra Chuengsatiansup et al. 2002.

Critical Issues in National Health Development during the Ninth National Health Plan. Bureau of Health Policy and Planning.

Komatra Chuengsatiansup. 2004.

Future of Thai Politics and the Path of Global Democracy. Nonthaburi: Society and Health Institute.

Komatra Chuengsatiansup. 2005.

Good Work is What Sustains Life: Experience of Primary Care Workers. Nonthaburi: Society and Health Institute and Community Health System Research and Development Institute.

Komatra Chuengsatiansup. (forthcoming).

Medical Pluralism and the Diversity of Health Culture. Sirindhorn Anthropological Center.

Komatra Chuengsatiansup et al, ed. 2007.

Culture, Death and Ethnic Diversity. Nonthaburi, Thailand: Society and Health Institute.

Komatra Chuengsatiansup et al, ed. 2007.

Culture, Death and End of Life Care. Nonthaburi, Thailand: Society and Health Institute.

Werasak Songsaeng and Komatra Chuengsatiansup. 2010.

Narrative Re-Imagining of Health. Nonthaburi: Suksala Books.

Academic articles (in Thai)

Komatra Chuengsatiansup. 1986.

“Community Health Development in Bureaucratic System: A Case Study of Health Card Project,” in *Journal of Public Health Critique*, 1(2). Bangkok: CCPN.

Komatra Chuengsatiansup. 1986.

“Private Practice in Public Health Center,” in *The Journal of Public Health Critique*, 1(3). Bangkok: CCPN.

Komatra Chuengsatiansup. 1987.

“Recommendations on Harmonization of Public Health Innovations,” in *Journal of Public Health Critique*, 2(4) Bangkok: CCPN.

Komatra Chuengsatiansup. 1988.

“Indigenous Medicine and Self Reliance,” in *Journal of Public Health Critique*, January - March, 3(1): 16-28. Bangkok: CCPN.

Komatra Chuengsatiansup. 1988.

“Returning Health to the People,” in Seri Phongphit, ed. *The Direction of Thai Village Development*. Bangkok: Thai Institute for Rural Development. pp. 193-213.

Komatra Chuengsatiansup. 1989.

“Modern Medicine and Lay Health Culture,” in Phittaya Wongkul, ed. *Crisis of Thai Village Community: Solution and Future*. Bangkok: Thai Institute for Rural Development. pp, 81-100.

Komatra Chuengsatiansup. 1990.

“Traditional Medical Systems in Rural Thailand.” In T. Hongvivatana, et al. eds. *Health Behavior*. Bangkok, Thailand: National Health Behavior Research Network. pp. 90-110.

Komatra Chuengsatiansup. 1991.

“Thai Conception of Health and Illness,” in Roongdharm Sujidhammarak, et al. eds. *Thai Mind*. Bangkok: Sukhothai Dharmmathiras University. Reprinted in Seri Phongphit et al, eds. *Folk Wisdom and Rural Development*. vol 2. pp. 3-63.

Komatra Chuengsatiansup. 1996.

“Civil Society: A New Dimension of Public Politics, Considerations for Social Reform and Health Development,” a paper presented at the Health Systems Research Institute Annual Conference "Reform for Health: A New Strategy for Health System Development," February 1-2, 1996. Bangkok: HSRI.

Komatra Chuengsatiansup et al. 1999.

Report on Situational Review of Community Drug Use in Thailand. Faculty of Pharmacy, Chiang Mai University, Thailand.

Komatra Chuengsatiansup. 2002.

“On Cultural Diversity and Medical Pluralism: Anthropological Views.” Paper presented at the First Annual Anthropological Conference organized by Sirindhorn Anthropological Center on March 27-29, 2002.

Komatra Chuengsatiansup and Malee Sitthikriengkrai. 2003.

“Race, Ethnicity, and Genetics: Knowledge, Medical Power and the Construction of the Other.” A paper presented at the Second Annual Anthropological Conference, “Nation and Ethnicity,” organized by Sirindhorn Anthropological Center on March 26-28, 2003.

Komatra Chuengsatiansup and Ratre Pinkaew. 2003.

“Ethnicity, Medicalized State, and the Nationalization of Medicine in a Hmong Community in Northern Thailand.” A paper presented at the Second Annual Anthropological Conference, “Nation and Ethnicity,” organized by Sirindhorn Anthropological Center on March 26-28, 2003.

Komatra Chuengsatiansup, Waranya Petchkhong, and Chatichai Muksong. 2003.

“Muslim, Bureaucracy, and Medicine: The Dynamic of Power, Ethnicity, and Medical Pluralism in an Islam Community of Southern Thailand.” A paper presented at the Second Annual Anthropological Conference, “Nation and Ethnicity,” organized by Sirindhorn Anthropological Center on March 26-28, 2003.

Komatra Chuengsatiansup et al. 2003.

Medical Anthropology and the Varieties of Health Cultures in Thailand. Report of a research program on cultural diversity and medical pluralism in Thailand, supported by the Sirindhorn Anthropological Center.

Komatra Chuengsatiansup et al. 2004.

Evaluative Analysis of People’s Health Assembly: 2003. A report on evaluation of Thai People’s Health Assembly. Nonthaburi, Thailand: Health Systems Reform Office.

Komatra Chuengsatiansup. 2004.

“Future Direction for the Development of Thai Indigenous and Alternative Healing Systems: A Conceptual Framework and Strategies for Knowledge Production and Knowledge Management.” A commissioned paper by Department of Traditional and Alternative Medicine, Ministry of Public Health, Thailand.

Komatra Chuengsatiansup. 2004.

"Research Network Management: A Case Study of Society and Health Program."
Proceeding of National Health Systems Research Institute Conference on "Health
Research Networks: The Foundation of Knowledge," October 7-8, 2004 at Miracle
Grand Hotel, Bangkok.

Komatra Chuengsatiansup. 2004.

"Medical Pluralism and Anthropological View on Health Cultures," in Komatra
Chuengsatiansup, ed, *Medical Pluralism and the Diversity of Health Culture*. Bangkok:
Sirindhorn Anthropological Center.

Komatra Chuengsatiansup and Paranat Suksut. 2007.

"Health Volunteers: Potentials and Performance in the Changing Contexts" in *Journal
of Health Systems Research*. 2007, 1 (3-4, October - December), pp. 268-279.

Works in English

Bussakorn Anuchartvorakul, Komatra Chuengsatiansup, and Somjai Sirikanokvilai. 1986.

"Primary Health Care and Community Participation," in *Primary Health Care and
People's Movement*. Proceedings of International Conference, Bangkok: The
coordinating Committee for Primary Health Care of Thai NGOs. pp. 42-54.

Thavitong Hongvivatana, Luechai Sri-Nerngyuang, Komatra Chuengsatiansup, & Suradej
Dejkhumwong. 1988.

Alternatives to Primary Health Care Volunteers in Thailand. Nakornpathom, Thailand:
Center for Health Policy Studies, Mahidol University, (also available in Thai).

Komatra Chuengsatiansup. 1998.

"Living on the Edge: Marginality and Contestation in the Kui Communities of
Northeast Thailand." Ph.D. dissertation, Department of Anthropology, Harvard
University.

Komatra Chuengsatiansup. 1999.

"Sense, Symbol, and Soma: Illness Experience in the Soundscape of Everyday Life," in
Journal of Culture, Medicine, and Psychiatry. 23: 273-301.

Komatra Chuengsatiansup. 1999.

"Development, Hermeneutics, and the Interpretive Construction of Citizenship: A
Case of the Kui Communities of Northeast Thailand." Paper presented at the 7th
International Conference on Thai Studies, Amsterdam. The Netherlands.

Komatra Chuengsatiansup. 1999.

“Alternative Health, Alternative Sphere of Autonomy: Cheewajit and the Emergence of a Critical Public in Thailand.” Paper presented at the 7th International Conference on Thai Studies, Amsterdam, the Netherlands.

Komatra Chuengsatiansup, et al. 2000.

“Community Drug Use in Thailand: A Situational Review.” A report of the Task Force on Situational Review of Community Drug Use in Thailand, a collaborative project by International Network of Rational Use of Drug (INRUD); Faculty of Pharmacy, Chiangmai University; Center of Health Policy Study, Mahidol University; and Bureau of Health Policy and Planning, Ministry of Public Health, Thailand.

Komatra Chuengsatiansup. 2000.

“Civil Society and Health: Broadening the Alliance for Health Development.” Paper presented at the writing workshop on “Resourcing Public Health in the 21st Century: Human Resource Development in a Global Environment, Bellagio Study and Conference Center, Villa Serbelloni, Italy, May 1-5, 2000.

Komatra Chuengsatiansup. 2001.

"Marginality, Suffering, and Community: The Politics of Collective Experience and Empowerment in Thailand," in Veena Das, Arthur Kleinman, Margaret Lock, Mamphela Ramphele & Pamela Reynolds eds. *Remaking a World: Violence, Social Suffering, and Recovery*. Berkeley: University of California Press.

Komatra Chuengsatiansup. 2003.

“Spirituality and Health: An Initial Proposal to Incorporate Spiritual Health into Health Impact Assessment,” in *Environmental Impact Assessment Review* 23(1) pp 3-15.

Komatra Chuengsatiansup. 2003.

“Health Care Reform and the Absence of Civil Society,” a paper presented at the international workshop on “Health Care Reform: The Missing Jigsaws?” Organized by Thailand Health Care Reform Office at the Royal Paradise Hotel, Phuket, on February 26-28, 2003.

Wachara Riewpaiboon, Komatra Chuengsatiansup, Lucy Gilson, Viroj Tangcharoensathien. (2005)

“Private Obstetric Practice in a Public Hospital: Mythical Trust in Obstetric Care.” in *Social Science and Medicine* 61 (2005) 1408-1417.

Komatra Chuengsatiansup. 2005.

Deliberative Action: Civil Society and Health Systems Reform in Thailand.

Nonthaburi, Thailand: Society and Health Institute. Reprinted in 2008 by National Health Commission Office, Nonthaburi, Thailand.

Komatra Chuengsatiansup. 2005.

“Health and Human Condition in the Age of Violence, Epidemics, and Natural Disaster: Localizing Global Crises.” Paper prepared for Kyoto University International Symposium, “Co-existing with Nature in a “Glocalizing” World – Field Science Perspectives” held on November 23-24, 2005.

Chatichai Muksong and Komatra Chuengsatiansup. 2006.

“Medicine and Public Health in Thai Historiography: From an Elite View of Counterhegemonic Discourse,” paper presented at the International Conference on History of Medicine in Southeast Asia, organized by Center for Khmer Studies and Wellcome Institute at the Center for Khmer Studies, Siemreap, Cambodia on January 10-11, 2006.

Komatra Chuengsatiansup. (2006)

“Ethnography of Epidemiologic Transition: Avian Flu, Global Health Politics, and the Agro-Industrial Capitalism in Thailand,” paper presented at International Workshop on Asian Flus and Avian Influenza, hosted by the Harvard University Department of Anthropology, Harvard School of Public Health, and Harvard Asia Center on December 8-9, 2006 at the Norton’s Woods Conference Center of the American Academy of Arts and Sciences in Cambridge, Massachusetts, USA.

John Raeborn, Marco Akerman, Komatra Chuengsatiansup, Fanny Mejia, Oladimeji Oladepo. (2006).

“Community capacity building and health promotion in a globalized world.” In *Health Promotion International* (2006) 21: 84-90.

Komatra Chuengsatiansup. (2007)

“Health Volunteers in the Context of Changes: Assessing the Roles and Potentials of Village Health Volunteer in Thailand,” paper presented at the Second Asia-Pacific Action Alliance on Human Resources for Health (AAAH) Conference, 12-14 October 2007, at Fragrant Hill Hotel, Beijing, People’s Republic of China.

Komatra Chuengsatiansup and Supattra Srivanichakorn. (2008)

“Localizing Global Policy: The Experience of Primary Health Care in Thailand,” paper presented at the Prince Mahidol Award Conference at the Dusit Thani Hotel, Bangkok. Jan 31- Feb 1, 2008.

Komatra Chuengsatiansup. (2008)

“Ethnography of Epidemiologic Transition: Avian Flu, Global Health Politics, and Agroindustrial Capitalism in Thailand,” in *Anthropology and Medicine* 15: 1 (53-59).

Komatra Cheungsatiansup. (2009)

“7 Community Tools: Simple Instruments for Effective Community Study,” paper presented at the International Workshop on Community-Based Medical Education Incorporating Education for Sustainable Development. October 21-23, 2009. Sponsored by International Cooperation Initiative, Ministry of Education, Culture, Sports, Science and Technology, Japan (MEXT), organized by Khon Kaen University, Thailand and Mie University, Japan.

Komatra Chuengsatiansup (2011)

“New Approach in Social Participation: Health Assembly and Deliberative Democracy in Thailand,” paper prepared for the World Conference on Social Determinants of Health (WCSDH) Brazil in Rio de Janeiro from 19 to 21 October, 2011.

Chatichai Muksong and Komatra Chuengsatiansup (2012)

“Medicine and Public Health in Thai Historiography: From an Elite View of Counterhegemonic Discourse,” in Monnais, Laurence and Harold J. Cook, eds. *Global Movements, Local Concerns: Medicine And Health In Southeast Asia*. Singapore: National University of Singapore Press.

2. นางศิริราณี ศรีหาภาค, PhD.

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น

ประวัติการศึกษา

ปี 2556	ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต (สาขาการพัฒนาสุขภาพชุมชน) มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ปี 2542	พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาการพยาบาลชุมชน) มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ปี 2540	สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต (อาชีวอนามัยและความปลอดภัยในการทำงาน) มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
ปี 2536	พยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนลำปาง จังหวัดลำปาง

ประวัติการทำงาน

- ปี 2553-ปัจจุบัน อาจารย์ ประจำภาควิชาการพยาบาลครอบครัวและชุมชน (โครงการผลิตพยาบาลชุมชน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น
- ปี 2546 – 2553 พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลน้ำพอง อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น
- ปี 2545 – 2546 พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลกำแพงแสน อำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม
- ปี 2536 – 2545 พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลป่าแดด อำเภอป่าแดด จังหวัดเชียงราย
- ปี 2536 พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลเทิดไทย จังหวัดเชียงราย (โรงพยาบาลสาขา)

ผลงานวิจัยตีพิมพ์เผยแพร่

1) ศิราณี ศรีหาค และคณะ. 2550. แนวทางพัฒนาศักยภาพเครือข่ายส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน : กรณีศึกษาบ้านหัวบึง อ.น้ำพอง จ.ขอนแก่น. วารสารสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 18. มกราคม – ธันวาคม: 38 – 47.

2) ศิราณี ศรีหาค. 2553. ทู่นในชุมชน: การเคลื่อนไหวแก้ไขปัญหาลุรา กรณีศึกษาบ้านโคกใหญ่ อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 4(เมษายน – มิถุนายน): 266 – 280.

3) Siranee Sihapark and Piyathida Kuhirunyaratn. 2012. Risk Factors for Onset Disability in Community – Dwelling Elderly: A systematic review. In: University of Porto and Burapha University. Editors. Proceedings of The Burapha university International Conference 2012 Global Change Opportunity & Risk. 2012 July 9 – 11; Jomtien Palm beach Hotel & Resort. (P.53 – 76). Pattaya: Thailand.

4) Siranee Sihapark, Piyathida Kuhirunyaratn and Hongtu Chen. 2013. Severe Disability Among Elderly Community Dwellers in Rural Thailand: Prevalence and Associated Factors. Ageing International. 39(1): DOI 10.1007/s12126-013-9190-7.

5) Ratana Somrongthong, Sunanta Wongchalee, Korrawan Yodmai, Piyathida Kuhirunyaratn, Siranee Sihapark and Sheh Mareed. 2013. Quality of life and health status among Thai elderly after economic crisis, Khon Kean province, Thailand. European Journal Scientific Research. 112(3).

www.europeanjournalofscientificresearch.com/issues/EJSR_112_3.html

3. นางสาวคณิศร เต็งรัง

ตำแหน่ง นักวิเคราะห์นโยบายและแผน ชำนาญการ

ประวัติการศึกษา

- ปี 2526 ประกาศนียบัตรวิชาการพยาบาลและผดุงครรภ์ วิทยาลัยพยาบาลอุตรดิตถ์
- ปี 2535 พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล
- ปี 2542 สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ประวัติการทำงาน

- ปี 2542-ปัจจุบัน นักวิเคราะห์นโยบายและแผน ชำนาญการ
 สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข
- ปี 2536 - 2542 เจ้าหน้าที่วิเคราะห์นโยบายและแผน
 กลุ่มนโยบายสาธารณสุข สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข
- ปี 2526 - 2536 พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลโคกสำโรง จังหวัดลพบุรี

สาขาวิชาการที่มีความชำนาญพิเศษ

- เครื่องมือทางมานุษยวิทยาเพื่อการศึกษาชุมชน (เครื่องมือวิถีชุมชน 7 ชั้น)
- การวิจัยเชิงคุณภาพ

ผลงานวิชาการ :

- ปี 2538 การศึกษาและประเมินผลโครงการบริหารโรงพยาบาลชุมชนแบบรัฐ-กึ่งเอกชน ศึกษากรณี : โรงพยาบาลบ้านแพ้ว จังหวัดสมุทรสาคร
- ปี 2538 การประเมินนโยบายการจัดบริการแก่ผู้ป่วยทั่วไปนอกเวลาราชการ (OPD นอกเวลาราชการ)
- ปี 2545 หนังสือวิถีชุมชน : เครื่องมือ 7 ชั้น ที่ทำให้งานชุมชนง่าย ได้ผล และสนุก
- ปี 2548 หนังสือชุดงานคือความดีที่หล่อเลี้ยงชีวิต เล่ม 1 - 7
- ปี 2550 องค์กรไม่ใช่เครื่องจักร: การบริหารจัดการกระบวนทัศน์ใหม่