

ภาวะสุขภาพและการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในตำบลโคกขี้หนอน จังหวัดชลบุรี

State of health and care among the dependent elderly in Khok Khinon Sub-district, Chon Buri Province

เทียนแก้ว เลี่ยมสุวรรณ¹

Tienkaew Liemsuwan

ผ่องพรรณ ตรียมงคลกุล²

Pongpan Traimongkolkul

Abstract

This research examined the state of health and care among dependent elderly people in Khok Khinon Sub-district, Phan Thong District, Chon Buri Province. The data were collected by conducting in-depth interviews with 9 dependent elderly persons. In the event that participants could not answer the questions, their care providers were

¹นิสิตระดับปริญญาเอก โครงการปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์และชุมชน ภาควิชาการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์และชุมชน คณะศึกษาศาสตร์และพัฒนศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตกำแพงแสน

Doctoral Program, Human and Community Resource Development, Department of Human and Community Resource Development, Faculty of Education and Development Sciences, Kasetsart University, Kamphaeng Saen Campus

²รองศาสตราจารย์ ดร. ภาควิชาการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์และชุมชน คณะศึกษาศาสตร์และพัฒนศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตกำแพงแสน

Associate Professor, Ph.D., Department of Human and Community Resource Associate Professor, Ph.D, Development, Faculty of Education and Development Sciences, Kasetsart University, Kamphaeng Saen Campus

interviewed instead. The results of the study showed that two interviewees had Alzheimer's disease, and the interviewees who were not taken care of by family members felt disappointed and emotional. The study found that for their well-being, some elderlies could go out if there was someone to accompany and take care of them. However, there were a few cases of the elderly persons who could not go out at all because they were either bedridden or had Alzheimer's disease. This group required proper nursing care at all times. From the study, we found that family was the major unit in fostering dependent elderlies. The people who fostered the elderly persons were mostly females, e.g. daughters or daughters-in-law. Each elderly person was fostered differently depending on their individual capabilities in conducting daily activities. A dependent elderly person requires support from a designated, full-care provider, whereas elderly people who can conduct some activities by themselves may receive support from a care provider or family members in conducting other activities that they cannot do on their own. Furthermore, the study found that apart from family members, there are several organizations that are willing to foster the elderly, although their contributions are not as large as the contributions by family members. Exceptions are some organizations run by Christians, which have clear campaigns for fostering the elderly.

Keywords: dependent elderly, elderly care, health state of the elderly

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาภาวะสุขภาพและการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในตำบลโคกสีหนอง อำเภอบ้านทอง จังหวัดชลบุรี เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้สูงอายุ/ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวน 9 ราย ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว และมี 2 ราย ที่ป่วยด้วยโรคอัลไซเมอร์ นอกจากนี้ ผู้สูงอายุที่ขาดการสนับสนุนจากบุตรหลานจะมีความรู้สึกน้อยใจว่าถูกทอดทิ้ง ซึ่งส่งผลต่อจิตใจและอารมณ์ของผู้สูงอายุ สำหรับมิติสุขสังคมพบว่าผู้สูงอายุ 2 ราย ยังพ้อออกไปนอกบ้านได้ในระยะทางใกล้ๆ บางกลุ่มการออกนอกบ้านจะต้องมีผู้ดูแลอย่างใกล้ชิดและจะออกไปเพียงเพื่อพบแพทย์เท่านั้น แต่มีผู้สูงอายุที่ไม่ได้ออกไปไหนแม้แต่การออกไปพบแพทย์ เนื่องจากมีภาวะติดเตียงและป่วยด้วยโรคอัลไซเมอร์ อย่างไรก็ตามพบว่าครอบครัวยังเป็นสถาบันหลักในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง เช่น บุตรสาวหรือสะใภ้ ส่วนการดูแลผู้สูงอายุแต่ละรายมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตัวผู้สูงอายุ ในกรณีที่ผู้สูงอายุไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ต้องมีผู้ดูแลหลักเพื่อให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุตลอดเวลาและทุกด้าน ส่วนผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้บ้าง ผู้ดูแลหรือครอบครัวจะมีส่วนสนับสนุนผู้สูงอายุในส่วนที่ผู้สูงอายุไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ นอกจากนี้ พบว่าในชุมชนยังมีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุ แม้จะยังมีส่วนร่วมน้อย ยกเว้นในกลุ่มของผู้ที่นับถือศาสนาคริสต์ที่มีแนวทางการดูแลผู้สูงอายุวัยพึ่งพิงที่ชัดเจน

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุวัยพึ่งพิง ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ การดูแลผู้สูงอายุ

บทนำ

การก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (aging society) หรือสังคมที่มีสัดส่วนของผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด เป็นกระบวนการการเปลี่ยนผ่านทางประชากรศาสตร์ (demographic transition) ซึ่งเกิดจากการลดลงของอัตราการเกิดและการตาย (Bengtsson and Kirk, 2008) เป็นผลมาจากความก้าวหน้าของเทคโนโลยีทางการแพทย์ การสาธารณสุข และความก้าวหน้าทางสังคม (Sabelli, Patel, Carlson-Sabelli, Konecki and Sugerman, 2003, p. 767) โดยส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคม (มนสิการ กาญจนะจิตรา, 2556) เช่น อัตราการพึ่งพิงผู้สูงอายุ (old age dependency ratio) (Gavrilov and Heuveline, 2003) ส่งผลโดยตรงต่อประชากรวัยแรงงานที่เป็นฐานสำคัญในการผลิตและเกื้อหนุนสูงอายุ (Bengtsson and Scott, 2008, p. 125)

สำหรับโครงสร้างอายุของประชากรไทย ชี้ให้เห็นว่าตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 ไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้ว โดยข้อมูลจากทะเบียนราษฎรแสดงว่า ปีพ.ศ. 2547 ไทยมีจำนวนประชากร 62 ล้านคน โดยเป็นผู้สูงอายุ 6.2 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด และในปี 2556 สัดส่วนประชากรสูงอายุคิดเป็นร้อยละ 14.73 อีกทั้งอายุคาดเฉลี่ยแรกเกิดของคนไทยอยู่ที่ 74.6 ปี และอายุคาดเฉลี่ยที่อายุ 60 ปี อยู่ที่ 21.5 ปี ซึ่งหมายความว่าผู้สูงอายุไทยจะมีอายุยืนยาวขึ้น (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม ม.มหิดล, 2556) โดยช่วงวัยปลายของผู้สูงวัย เป็นช่วงที่มีความต้องการการเกื้อหนุนหรือพึ่งพาผู้อื่นสูง สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีการพัฒนาของเพค (Peck's Developmental Theory) และการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าผู้ที่มีอายุมากกว่า 75 ปี จะเป็นกลุ่มที่มีร่างกายอ่อนแอ มีแนวโน้มภาวะทุพพลภาพเพิ่มขึ้น และมีลักษณะนิสัยและการมีปฏิสัมพันธ์ทางด้านจิตวิทยาสังคม แตกต่างจากผู้สูงอายุที่มีอายุไม่เกิน 75 ปี (วิพรรณ ประจวบเหมาะ และ ชลธิรา อัครนิรันดร์, 2555; Beak, 2010)

การมีอายุที่ยืนยาวของผู้สูงอายุมักส่งผลกระทบต่อสุขภาพ เมื่อพิจารณาจากความหมายของคำว่า สุขภาพ ที่องค์การอนามัยโลกได้ให้ไว้ ครอบคลุมภาวะที่สมบูรณ์ทางกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ (WHO, 2003) ทั้งนี้เพราะผู้สูงวัยเป็นวัยแห่งการเปลี่ยนแปลง ทั้งในรูปของความเสื่อมของอวัยวะต่างๆ รวมถึงสภาพจิตใจ ส่วนการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุภาระหน้าที่และบทบาททางสังคมจะลดลง อีกทั้งคนทั่วไปมักมองว่าผู้สูงอายุมีสมรรถภาพและความสามารถลดลง จึงไม่ได้ให้ความสำคัญหรือมอบความรับผิดชอบ ดังนั้นผู้สูงอายุจึงถูกเปลี่ยนบทบาทจากผู้นำกลายเป็นผู้ตาม (สำนักงานส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2557; พรรณธร เจริญกุล, 2555) และเมื่ออยู่ในภาวะถดถอยจนทำให้มีข้อจำกัดในการดำเนินกิจกรรมประจำวันอย่างเป็นอิสระ ทั้งเนื่องจากภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ภาวะทุพพลภาพ ทำให้ผู้สูงอายุที่เข้าสู่ภาวะพึ่งพิง (dependent elderly) ที่ต้องการความช่วยเหลือหรือการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด ตลอดจนต้องการการสนับสนุนด้านเศรษฐกิจจากครอบครัว และเป็นกลุ่มที่มีความจำเป็นต้องได้รับการทางการแพทย์และสาธารณสุขมากที่สุด สำหรับสาเหตุการเข้าสู่ภาวะพึ่งพิง ยุกาพิน ศิริโพธิ์งาม (2539) ได้ศึกษาแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องมาสรุปสาเหตุได้ 3 ประการ คือ 1) ข้อจำกัดหรือข้อบกพร่องทางร่างกายหรือการทำหน้าที่ของอวัยวะ เกิดจากกลุ่มอาการของโรคต่างๆ ความพิการ 2) ปัญหาความบกพร่องของสติปัญญาหรือความเปราะบางของพฤติกรรมที่เกิดจากการหลงลืม ซึมเศร้า โดยไม่สามารถคาดคะเนล่วงหน้าได้ และ 3) การเปลี่ยนแปลงทางสภาวะอารมณ์ความรู้สึกหรือความต้องการส่วนบุคคลซึ่งสามารถเกิดขึ้นได้ตลอดเวลาขึ้นอยู่กับคุณลักษณะส่วนบุคคลและผลกระทบจากการเจ็บป่วย

กรณีประเทศไทยพบว่าในปี พ.ศ. 2552 ผู้สูงอายุวัยพึ่งพิงมีสัดส่วนร้อยละ 2 ของผู้สูงอายุทั้งหมดหรือ 140,000 คน (ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ 78% กลุ่มที่ดูแลตนเองได้บ้าง 20%) (สภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2555) นอกจากนี้สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และ กนิษฐา บุญธรรมเจริญ (2553) ได้ทำนายสถานการณ์ของผู้สูงอายุ

วัยพึ่งพิง ว่าในปี 2567 ไทยจะมีจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระดับรุนแรงถึง 280,000 คน ซึ่งมีจำนวนเพิ่มเป็น 2 เท่าจากปี 2552 แต่ในทางกลับกันพบว่าปัจจุบันการดูแลผู้สูงอายุโดยครอบครัวจะลดบทบาทลง ซึ่งเป็นผลจากขนาดครอบครัวที่เล็กลงและการเคลื่อนย้ายแรงงานเข้าสู่เมือง รวมถึงการเข้าสู่ระบบเศรษฐกิจนอกบ้านของสตรี ทำให้มีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระดับสูงต้องดูแลตนเองหรือไม่มีคนดูแลสูงขึ้น แต่อย่างไรก็ตามสังคมไทยยังยึดถือค่านิยมเรื่อง “กตัญญูทวดเฒ่า” ถือว่าการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุในการดำรงชีวิตประจำวันเป็นบทบาทหน้าที่ของลูกหลานในครอบครัวเป็นหลัก ส่วนระบบบริการด้านสังคมในชุมชนสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่มีคนดูแลมีจำกัดและมีลักษณะสงเคราะห์เป็นครั้งคราว แม้จะมีอาสาสมัครสาธารณสุขหรืออาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ แต่มีศักยภาพจำกัดและขาดการจัดการในชุมชนเพื่อให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ได้รับการช่วยเหลือดูแลอย่างเหมาะสม ส่วนระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขเน้นการดูแลแบบการเจ็บป่วยเฉียบพลัน ทำให้เกิดช่องว่างหลังจากพ้นระยะเฉียบพลัน ส่วนระบบบริการปฐมภูมิมีข้อจำกัดด้านบุคลากรทั้งจำนวนและศักยภาพ ส่งผลให้บางพื้นที่ขาดการทำงานเชิงรุก และขาดมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยขาดการกำหนดเป้าหมายการฟื้นฟูและระบบข้อมูลในการติดตามประเมิน

“ชลบุรี” เป็นจังหวัดแห่งหนึ่งในภาคตะวันออก มีความสำคัญทางด้านเศรษฐกิจ ทั้งด้านพาณิชย์กรรมและอุตสาหกรรมของประเทศแห่งหนึ่ง และเมื่อพิจารณาโครงสร้างประชากรพบว่าประชากรสูงอายุจำนวน 156,599 คน คิดเป็นร้อยละ 11.33 ของประชากรทั้งหมดซึ่งถือว่าได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ และในการศึกษาคั้งนี้ ได้เลือกพื้นที่ตำบลโคกหินนอน อำเภอบางพลี เป็นกรณีศึกษา เนื่องจากเป็นพื้นที่ที่มีสัดส่วนประชากรสูงอายุถึงร้อยละ 17.52 (คำนวณจากข้อมูลจำนวนประชากรจำแนกรายอายุปี 2555) (กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย, 2556) ซึ่งถือได้ว่ามีสัดส่วนผู้สูงอายุมากอันดับต้นๆ ของจังหวัด ทั้งนี้ผลการศึกษาสามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐาน

ในการวางแผนนโยบายด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอันจะช่วยให้ผู้สูงอายุในชุมชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพครอบครัวเฉพาะ 3 มิติ คือ มิติสุขภาพกาย จิตใจ และสังคม และการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่จะเน้นการดูแลจากครอบครัวและชุมชน

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษาภาวะสุขภาพและการดูแลผู้สูงอายุวัยพึ่งพิงในตำบลโคกขี้หนอน อำเภอนาทอง จังหวัดชลบุรี ซึ่งผู้วิจัยเลือกตำบลแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยพิจารณาจากสัดส่วนประชากรสูงอายุในตำบล พบว่ามีสัดส่วนร้อยละ 17.52 และใช้วิทยาการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) เก็บรวบรวมข้อมูล ผู้สูงอายุวัยพึ่งพิงและผู้ดูแลผู้สูงอายุวัยพึ่งพิง จำนวน 9 ราย โดยแบ่งเป็นการสัมภาษณ์ตัวผู้สูงอายุ 4 ราย และผู้ดูแล 5 ราย ในช่วงวันที่ 26 กันยายน - 8 ธันวาคม พ.ศ. 2556 สำหรับการคัดเลือกผู้สูงอายุใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง ผู้สูงอายุที่มีระดับพึ่งพิงโดยสมบูรณ์ พึ่งพิงรุนแรง พึ่งพิงปานกลาง เมื่อประเมินความสามารถการดำเนินชีวิตประจำวันด้วยดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) สำหรับเครื่องมือการวิจัยเป็นแบบสัมภาษณ์แบบไม่มีโครงสร้างเกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการดูแลผู้สูงอายุ ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) โดยการจัดหมวดหมู่คำบอกเล่าของผู้สูงอายุและ/หรือผู้ดูแล รวมถึงการตีความและเชื่อมโยงความสัมพันธ์ตามประเด็นการศึกษาและตามกลุ่มของผู้ให้ข้อมูลสำคัญ เพื่อการทำความเข้าใจภาวะสุขภาพและการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ผลการศึกษา

1. ผลการวิเคราะห์คุณลักษณะผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้สูงอายุวัยพึ่งพิงจำนวน 9 ราย มีคุณลักษณะดังปรากฏในตาราง 1

ตาราง 1 คุณลักษณะของผู้สูงอายุวัยพึ่งพิงจากการสัมภาษณ์เชิงลึก

ผู้สูงอายุ	เพศ	อายุ	ศาสนา	การสมรส	ระดับภาวะพึ่งพิง		ผู้ดูแลหลัก	ผู้ดูแลรอง	การสัมภาษณ์
					Barthel	ADL index การสัมภาษณ์			
คนที่ 1	หญิง	85	คริสต์	หม้าย	พึ่งพิงโดยสมบูรณ์	ช่วยเหลือตนเองได้น้อย	บุตรสาว	บุตรชาย	27/9/56
คนที่ 2	ชาย	77	คริสต์	หม้าย	พึ่งพิงปานกลาง	ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง	-	บุตรสาว	28/9/56
คนที่ 3	ชาย	75	คริสต์	หม้าย	พึ่งพิงโดยสมบูรณ์	ผู้ป่วยอัลไซเมอร์	สะใภ้	บุตรสาว	28/9/56
คนที่ 4	หญิง	77	พุทธ	หม้าย	พึ่งพิงปานกลาง	ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง	-	-	20/10/56
คนที่ 5	หญิง	89	คริสต์	หม้าย	พึ่งพิงโดยสมบูรณ์	ติดเตียง	สะใภ้	บุตรสาว	26/9/56
คนที่ 6	หญิง	73	คริสต์	สมรส	พึ่งพิงโดยสมบูรณ์	ผู้ป่วยอัลไซเมอร์	สามี	บุตรสาว	27/9/56
คนที่ 7	ชาย	74	คริสต์	สมรส	พึ่งพิงปานกลาง	ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง	-	บุตรสาว	27/9/56
คนที่ 8	หญิง	100	พุทธ	หม้าย	พึ่งพิงโดยสมบูรณ์	ติดเตียง	บุตรสาว	บุตรสาว	27/9/56
คนที่ 9	หญิง	81	คริสต์	หม้าย	พึ่งพิงรุนแรง	ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง	-	หลานชาย	8/12/56

จากตาราง 1 พบว่าผู้สูงอายุวัยพึ่งพิงเป็นเพศหญิง 6 ราย เพศชาย 3 ราย มีอายุไม่เกิน 80 ปี จำนวน 5 ราย อายุ 80-89 ปี จำนวน 3 ราย และมี 1 รายที่อายุ 100 ปี นับถือศาสนาคริสต์ 7 ราย พุทธ 2 ราย เป็นหม้าย 7 ราย และอาศัยอยู่กับคู่สมรส 2 ราย สำหรับระดับภาวะพึ่งพิง พบว่า 3 ราย มีภาวะพึ่งพิงระดับปานกลาง และ 1 รายมีภาวะพึ่งพิงรุนแรง ซึ่งเป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คนเดียว โดยจะมีเพียงหลานชายมานอนเป็นเพื่อน แม้ว่าลูกสาวต้องการให้ไปอยู่ด้วยแต่ผู้สูงอายุชอบอยู่คนเดียว และผู้สูงอายุทั้ง 4 ราย สามารถช่วยเหลือตนเองได้บ้าง และเป็นกลุ่มที่ไม่จำเป็นต้องมีคนดูแลตลอดเวลา สำหรับผู้สูงอายุอีก 5 ราย เป็นผู้สูงอายุที่มีระดับพึ่งพิงโดยสมบูรณ์ ต้องดูแลผู้สูงอายุตลอดเวลา

โดยในจำนวนผู้สูงอายุ 1 รายที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยเนื่องจากพึ่งพียงจากภาวะติดเตียง ส่วนอีกอย่างละ 2 ราย เป็นผู้สูงอายุติดเตียงและป่วยด้วยโรคอัลไซเมอร์

2. ผลการวิเคราะห์ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุวัยพึ่งพิงครอบคลุมมิติสุขภาพกาย มิติสุขภาพจิต และมิติสุขสังคมมีรายละเอียดดังนี้ (ตาราง 2)

ตาราง 2 ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุวัยพึ่งพิง

ผู้สูงอายุ	ภาวะสุขภาพกาย	ภาวะสุขภาพจิต	ภาวะสุขสังคม
คนที่ 1	พึ่งพียงจากภาวะติดเตียง ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ไชมันในเส้นเลือด ความดันโลหิตสูง ไทรอยด์ และโรคหัวใจ	ติดผู้ดูแล ไม่ยอมรับการดูแล จากบุคคลอื่น	ไม่ได้ออกนอกบ้าน ยกเว้นการไปพบแพทย์
คนที่ 2	โรคประจำตัวคือ ไชมันในเส้นเลือด ความดันโลหิตสูง	ชอบอยู่คนเดียวในบ้านหลังเล็กที่ลูกสร้างให้อาศัยอยู่ในช่วงเวลากลางวัน และชอบปลูกต้นไม้	สามารถออกนอกบ้านได้ด้วยตนเองในระยะทางใกล้ๆ
คนที่ 3	ไม่สามารถเดินได้อย่างสะดวกต้องมีอุปกรณ์หรือผู้ดูแลช่วย	ป่วยด้วยโรคอัลไซเมอร์	ไม่ได้ออกนอกบ้าน ยกเว้นการไปพบแพทย์
คนที่ 4	มีลักษณะหลังโก่งหรือหลังค่อมและมีอาการของโรคกรดไหลย้อน	มีการน้อยกนน้อยใจลูกหลานที่ไม่ให้การดูแล	ไม่ได้ออกจากบ้านมานานกว่า 20 ปี และไม่ได้ไปหาหมอ
คนที่ 5	มีภาวะติดเตียง	อารมณ์ดี	เข้ากับผู้อื่นได้ง่าย
คนที่ 6	สามารถช่วยเหลือตนเองได้บ้างไม่มีโรคประจำตัว	ป่วยด้วยโรคอัลไซเมอร์	ไม่ได้ออกนอกบ้านเพราะกลัวบ้านไม่ถูก
คนที่ 7	ขาเกะแผลงเดินไม่สะดวก	มีอาการเหนื่อยและกลุ้มใจที่ต้องดูแลภรรยาที่ป่วยด้วยโรคอัลไซเมอร์	ชอบเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ และวัด
คนที่ 8	ผู้สูงอายุติดเตียง และป่วยด้วยโรคไต	ถ้าถูกขัดใจหรือไม่ได้รับการตอบสนองจะไวววาย	ไม่ได้ออกนอกบ้าน

ผู้สูงอายุ	ภาวะสุขภาพกาย	ภาวะสุขภาพจิต	ภาวะสุขสังคม
คนที่ 9	มีลักษณะหลังโก่งหรือหลังค่อม ทำให้เดินไม่สะดวก	อารมณ์ดี พุดคุยสนุกสนาน เข้ากับผู้อื่นได้ง่ายแต่ชอบอยู่คนเดียว	ไม่สามารถออกนอกบ้านได้ หากไม่มีลูกหลานมารับ

2.1 มิติสุขภาพกายของผู้อายุ

จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุเพียง 2 รายที่บอกข้อมูลว่าตนเองไม่มีโรคประจำตัว ซึ่งมีข้อสังเกตว่าทั้ง 2 รายไม่เคยเข้ารับการตรวจสุขภาพ มีผู้สูงอายุ 4 รายที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เนื่องจากเป็นผู้ป่วยติดเตียงและเป็นผู้ป่วยอัลไซเมอร์อย่างละ 2 ราย โดยผู้สูงอายุที่ป่วยติดเตียงที่ต้องให้อาหารทางสายยาง แต่ก็สามารถเคลื่อนไหวตัวเองได้บ้าง เช่น การยกแขน ยกขา หรือพลิกตัว แต่ไม่สามารถลุกขึ้นนั่งได้ ส่งผลให้ไม่มีภาวะแผลกดทับ ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ผู้ดูแลจะต้องดูแลกิจวัตรประจำวันให้ทุกอย่างตั้งแต่ตื่นจนถึงเข้านอน สำหรับผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคอัลไซเมอร์แม้ว่าสามารถเคลื่อนไหว ยืน เดินได้ แต่ต้องอยู่ภายใต้การดูแลตลอดเวลา อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุสามารถรับประทานอาหารและยาเองได้ โดยผู้ดูแลเพียงแต่เตรียมและยกมาไว้ สำหรับผู้สูงอายุที่เหลือส่วนใหญ่สามารถช่วยเหลือตนเองและปฏิบัติกิจวัตรของตนเองได้บ้าง แต่ต้องมีผู้ดูแลช่วยเหลือ เช่น การจัดเตรียมอาหาร นอกจากนี้มีอุปสรรคในเรื่องการเดินทางหรือการออกไปนอกบ้านไกลๆ และมีผู้สูงอายุ 2 ราย ที่ต้องทำอาหารรับประทานเองแม้ว่าหลังโก่ง โดยใช้การคลาน กระโดด หรือใช้ไม้เท้า และไม่สามารถออกไปไหนได้เอง ทั้งนี้จะมีลูกหลานคอยซื้อวัตถุดิบเข้ามาไว้ให้

2.2 มิติสุขภาพจิต

จากการสัมภาษณ์พบว่าผู้สูงอายุเพียง 2 รายเท่านั้นที่มีสุขภาพจิตหรืออารมณ์ดี สามารถพูดคุยกับคนอื่นหรือเข้ากับผู้ดูแลได้ง่าย ในขณะที่ผู้สูงอายุรายอื่นมีภาวะสุขภาพจิตที่เป็นปัญหาแตกต่างกันไป คือ ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคอัลไซเมอร์

จะมีปัญหาด้านสุขภาพจิตอย่างชัดเจน ดังคำกล่าวของผู้สูงอายุชายที่ดูแลภรรยาที่ป่วยด้วยโรคอัลไซเมอร์ (สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 27 กันยายน 2556) “เสื้อผ้าอะไรของแก แกบิดจนขาดหมด ผ้าห่มก็หมด แกดิ่ง ดิ่งที่ละเส้น ขาดหมด ไม่รู้เรื่องเลย เหมือนเด็กเล็กๆ พุดก็ไม่รู้เรื่อง แต่ฟังออกนะ หัวเราะได้ ไม่สนอะไร หัวเราะแต่ไม่มีเสียง” สำหรับลักษณะทางสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่พบ โดยเฉพาะกรณีที่ไม่ได้อยู่กับลูกหลาน คือ การน้อยใจลูกหลานที่ไม่ได้ให้ความช่วยเหลือ ดังเสียงสะท้อนของผู้สูงอายุหญิงอายุ 77 ปี (สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 20 ตุลาคม 2556) “...ไม่มีใครมาช่วยหรอก เขาโตกันแล้วเขาก็ไปกัน (พุดถึงลูกหลาน) ส่วนลูกคนเล็กไม่เคยมาเลย เขาก็ไปกันเงียบ ไม่เคยมาหาไปเป็นปี ปีนี้ลำบากไม่มีใครมาเลย ขนาดมีนาแล้วยังไม่มีใครมาจะค่อนปีแล้วไม่มีใครช่วยเหลือก็ไม่เป็นไร เราอยู่เดียวก็ตายแล้ว” นอกจากนี้ผู้สูงอายุบางรายต้องการคนดูแลอย่างใกล้ชิดหรือมีภาวะติดผู้ดูแล ซึ่งเป็นลักษณะที่ผู้สูงอายุไม่ต้องการให้บุคคลอื่นมาดูแลตนเองนอกจากผู้ดูแลหลัก ทำให้ไม่สามารถเปลี่ยนผู้ดูแลได้ และผู้สูงอายุติดเตียง 1 ราย มักจะไว้วางใจว่าผู้ดูแลเสียงดังเมื่อไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการ

2.3 มิติสุขสังคม

จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุ 2 รายที่ยังเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ของสังคม ทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ เช่น การเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ หรือการไปพบปะเพื่อนฝูง ทั้งนี้ผู้สูงอายุทั้ง 2 ราย สามารถออกไปไหนมาไหนในระยะทางใกล้ๆ ได้ ส่วนผู้สูงอายุที่เหลือไม่สามารถออกจากบ้านด้วยตนเองได้ เนื่องจากสภาพร่างกายที่ไม่แข็งแรง และการออกจากบ้านจะต้องมีคนดูแลอย่างใกล้ชิด

3. ผลการวิเคราะห์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

3.1 การดูแลโดยครอบครัว

3.1.1 การดูแลสุขภาพกายของผู้สูงอายุ

จากการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่า ผู้สูงอายุวัยพึ่งพิงจำนวน 4 ราย ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ต้องได้รับการดูแลจากครอบครัวหรือผู้ดูแลหลักตั้งแต่

การดูแลความสะอาดของร่างกายและการดูแลสุขภาพ ส่วนผู้สูงอายุรายอื่นจะได้รับการดูแลแตกต่างกันไปตามความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุ สำหรับการดูแลผู้สูงอายุวัยพึ่งพิงสรุปดังตาราง 3

ตาราง 3 วิธีการดูแลสุขภาพกายของผู้สูงอายุวัยพึ่งพิง

การดูแล	วิธีปฏิบัติ
การทำความสะอาดร่างกาย	ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ผู้ดูแลต้องช่วยเหลือทุกด้านทั้งการเช็ดตัว อาบน้ำ ล้างหน้าแปรงฟัน ตลอดจนการใส่เครื่องนุ่งห่ม ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยผู้ดูแลจะต้องคอยพยุงผู้สูงอายุไปห้องน้ำ โดยผู้สูงอายุจะทำความสะอาดร่างกายรวมถึงการใส่เครื่องนุ่งห่มเอง ส่วนผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้บ้างจะช่วยเหลือตนเองโดยไม่ต้องอาศัยผู้ดูแล
การดูแลการขับถ่าย	ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ผู้ดูแลจะให้การดูแลเรื่องการขับถ่าย และจะคอยทำความสะอาดโดยจะใส่ผ้าอ้อมสำหรับผู้ใหญ่และเปลี่ยนเมื่อขับถ่าย ส่วนกรณีที่ไมยอมใส่ผ้าอ้อมผู้ดูแลจะคอยดูแลและทำความสะอาดร่างกายทุกครั้งเมื่อผู้สูงอายุปัสสาวะหรืออุจจาระ และหากมีปัญหาเรื่องการขับถ่ายจะช่วยสอนให้สามารถขับถ่ายได้ ส่วนผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้บ้างจะเข้าห้องน้ำเพื่อขับถ่ายด้วยตนเอง โดยผู้ดูแลจะหมั่นทำความสะอาดห้องน้ำเพื่อป้องกันการหกล้ม อย่างไรก็ตามพบว่า มีบางครอบครัวฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดีผู้สูงอายุยังต้องใช้ส้วมซึมแบบนั่งยอง ซึ่งเป็นอุปสรรคในการขับถ่าย
การสังเกตการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและการจัดการเรื่องยา	ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ผู้ดูแลจะเตรียมยาให้ตามแผนการรักษาของแพทย์ทุกราย ส่วนผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง ผู้ดูแลจะคอยสังเกตว่าผู้สูงอายุรับประทานยาถูกชนิด และถูกเวลาหรือไม่ นอกจากนี้ยังจะสังเกตอาการผิดปกติของผู้สูงอายุและคอยจัดยาสามัญประจำบ้านให้แก่ผู้สูงอายุเมื่อมีการเจ็บป่วยเล็กน้อย เช่น การเป็นหวัด เจ็บคอ เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีการจัดหายาที่มีสรรพคุณในการบำรุงร่างกายตามสื่อโฆษณาหรือคำบอกเล่า เช่น วิตามิน ผลิตภัณฑ์อาหารเสริม เป็นต้น
การช่วยพลิกตัว/แผลกดทับ	ผู้สูงอายุติดเตียง 2 ราย สามารถเคลื่อนไหว ขยับตัวเองได้ทำให้ไม่มีปัญหาเรื่องแผลกดทับ และมีผู้สูงอายุที่เคยอดเตียง 1 ราย ผู้ดูแลให้ข้อมูลว่าจะคอยพลิกตัวอย่างสม่ำเสมอ รวมถึงการทาครีมให้ผู้สูงอายุ ทั้งนี้พบว่าครอบครัวของผู้สูงอายุทั้ง 3 รายจะติดเครื่องปรับอากาศให้ผู้สูงอายุเพื่อให้ผู้สูงอายุรู้สึกสบายตัวด้วย

การดูแล	วิธีปฏิบัติ
การดูแลเรื่องอาหาร	การดูแลเรื่องอาหารสำหรับผู้สูงอายุ จำแนกออกได้เป็น 3 กลุ่มใหญ่ คือ 1) กลุ่มที่ไม่สามารถรับประทานอาหารได้เอง เป็นผู้ป่วยติดเตียงผู้ดูแลจะให้อาหารตามคำแนะนำของแพทย์ทางสายยาง 1 ราย และอีก 1 ราย ผู้ดูแลจะบดอาหารให้ละเอียดให้ผู้สูงอายุรับประทาน โดยผู้สูงอายุจะเลือกรับประทานอาหารบางชนิดเท่านั้น นอกจากนี้ผู้ดูแลยังประยุกต์ใช้อุปกรณ์อื่นๆ ช่วยให้ผู้สูงอายุดื่มน้ำได้สะดวก เช่น การใช้ขวดนมสำหรับเด็กเพื่อป้องกันการสำลัก 2) สำหรับกลุ่มที่รับประทานอาหารได้เองแต่ต้องมีการเตรียมอาหารไว้ให้ผู้ดูแลดูแลให้รับประทานอาหารตรงเวลา และจะทำอาหารที่มีลักษณะเป็นอาหารอ่อนนิ่ม เพื่อให้ผู้สูงอายุรับประทานได้ง่าย นอกจากนี้จะคอยระวังอาหารที่จะส่งผลเสียต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ เช่นอาหารจำพวกไขมัน หรือมีคอเลสเตอรอลสูง 3) กลุ่มที่สามารถดูแลเรื่องอาหารของตนเองได้ เป็นผู้สูงอายุ 2 รายที่อาศัยอยู่คนเดียวหรืออาศัยกับหลานซึ่งจะทำอาหารเพื่อรับประทานเอง โดยส่วนใหญ่อาหารที่ทำจะเป็นอาหารง่ายๆ เช่น ผักต้มเกลือ เป็นต้น
การปรับปรุงที่อยู่อาศัย	ครอบครัวผู้สูงอายุติดเตียง 3 ราย (1 ใน 3 ราย ปัจจุบันสามารถเดินได้) ได้ปรับปรุงที่อยู่อาศัยเพื่อความสะดวกต่อผู้สูงอายุ โดยมีกรงกันห้อยหรือปรับปรุงห้องสำหรับผู้สูงอายุ บางรายซื้อเตียงนอนซึ่งมีลักษณะแบบเดียวกับโรงพยาบาลเพื่อความสะดวกในการดูแลผู้สูงอายุ มีการปรับปรุงภูมิให้เหมาะกับผู้สูงอายุแต่ละราย เช่น การต่อเติมขอบเตียงให้สูงขึ้น รวมถึงการติดเครื่องปรับอากาศ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความเป็นอยู่ที่สบาย นอกจากนี้บางครอบครัวได้ปรับปรุงพื้นที่ให้เหมาะสมกับการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ เช่น การเทพื้นทางไปห้องน้ำที่เดิมเป็นพื้นดินเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถเดินไปห้องน้ำได้สะดวกขึ้น
การพาผู้สูงอายุออกนอกบ้าน	มีผู้สูงอายุเพียง 2 รายที่สามารถออกไปไหนมาในระหว่างวันได้ ส่วนที่เหลือการออกนอกบ้านแต่ละครั้งจะต้องมีผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด และผู้ดูแลจะพาผู้สูงอายุเพื่อไปหาหมอเท่านั้น ในกรณีที่ผู้ป่วยติดเตียง ผู้ดูแลจะต้องหาผู้ช่วยเนื่องจากผู้ดูแลหลักเพียงคนเดียวไม่สามารถดูแลผู้สูงอายุได้ เนื่องจากต้องใช้วิธีการหามผู้สูงอายุขึ้นรถ แต่สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มที่พอจะเดินได้บ้างเล็กน้อยผู้ดูแลจะคอยพยุงผู้สูงอายุ สำหรับครอบครัวที่ไม่มีรถยนต์จะจ้างเหมารถหรือให้ลูกหลานพาไปด้วยรถมอเตอร์ไซด์
การรักษาพยาบาล	การรักษาพยาบาลผู้สูงอายุจะครอบคลุมการรักษา 2 รูปแบบ คือ การรักษาด้วยแพทย์แผนปัจจุบัน ซึ่งเป็นการรักษารูปแบบหลัก คือ การนำผู้สูงอายุไปโรงพยาบาลส่วนใหญ่มักพาไปโรงพยาบาลประจำอำเภอ ยกเว้นกรณีที่ต้อตรวจด้วยเครื่องมือที่ทันสมัยก็จะนำ

การดูแล	วิธีปฏิบัติ
	ผู้สูงอายุไปโรงพยาบาลประจำจังหวัด สำหรับครอบครัวที่มีความพร้อมทางด้านเศรษฐกิจ จะพาผู้สูงอายุไปโรงพยาบาลเอกชนทั้งในจังหวัดและกรุงเทพฯ แม้ว่าค่าใช้จ่ายในการรักษาจะมากกว่าก็ตาม และการรักษาด้วยแพทย์ทางเลือก เป็นการรักษาร่วมกับแพทย์แผนปัจจุบัน เช่น การประคบ การนวด เพราะเชื่อว่าจะช่วยให้ผู้สูงอายุที่นอนติดเตียงมีอาการดีขึ้น
ค่าใช้จ่าย	การดูแลเรื่องค่าใช้จ่ายต่างๆ ของผู้สูงอายุ เช่น ค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาล ค่าใช้จ่ายประจำวัน พบว่ามีผู้ดูแลผู้สูงอายุ 1 รายที่ต้องรับภาระส่วนนี้ด้วย อย่างไรก็ตามส่วนใหญ่ ค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาล ค่าใช้จ่ายประจำวันของผู้สูงอายุ จะได้รับความช่วยเหลือจากลูกหลานของผู้สูงอายุทั้งที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนเดียวกันและอาศัยอยู่ภายนอก นอกจากนี้ยังมีการสนับสนุนเป็นสิ่งของเพื่อใช้สำหรับการดูแลผู้สูงอายุ เช่น อาหารหลัก และเสริม ผักอ่อม เป็นต้น

3.1.2 การดูแลสุขภาพจิต

ผู้ดูแลหรือสมาชิกในครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการสร้างความมั่นคงทางอารมณ์ และการสร้างอารมณ์ขัน/การปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น นอกจากนี้ยังมีสถาบันทางศาสนาและการดูแลตนเองที่ช่วยในการดูแลสุขภาพจิต ซึ่งมีวิธีการดูแลดังนี้

การสร้างความมั่นคงทางอารมณ์: สำหรับผู้สูงอายุติดเตียงและผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคอัลไซเมอร์เป็นกลุ่มที่ต้องมีผู้ดูแลตลอดเวลา โดยผู้ดูแลมักเป็นบุตรสาวหรือสะใภ้ ในกรณีที่ผู้ดูแลออกไปทำธุระจะให้ผู้ดูแลหรือสมาชิกในครอบครัวมาช่วยดูแลแทน โดยมีผู้สูงอายุเพียงรายเดียวเท่านั้นที่ยินยอมให้ครอบครัวจ้างผู้ดูแลมาจากศูนย์ดูแลผู้สูงอายุแต่ปัจจุบันได้เลิกจ้างแล้วเนื่องจากมีปัญหาเรื่องความประพฤติและขาดความเอาใจใส่ผู้สูงอายุ สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มที่ไม่จำเป็นต้องมีผู้ดูแลหลัก สมาชิกในครอบครัวจะให้ความช่วยเหลือหรืออำนวยความสะดวกให้กับผู้สูงอายุตามที่ร้องขอและผู้สูงอายุทุกรายจะมีคนมานอนเป็นเพื่อน

การสร้างอารมณ์ขัน/การปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น: ผู้ดูแลหรือสมาชิกในครอบครัวใช้การพูดคุยหยอกล้อเพื่อให้ผู้สูงอายุสุขภาพจิตดี รวมถึงการให้ผู้สูงอายุดูรายการโทรทัศน์หรือฟังรายการวิทยุที่ชื่นชอบ เช่น ฟังธรรมะ ดูละคร เป็นต้น สำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ 2 ราย ลูกหลานมักจะไม่ได้เข้าไปพูดคุยด้วยเนื่องจากผู้สูงอายุไม่ยอมพูดคุยด้วยหรือไม่ปฏิกิริยาตอบสนอง นอกจากนี้ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับหลานที่เป็นวัยรุ่นมักจะไม่มีโอกาสได้พูดคุยกับหลานเพราะวัยที่ต่างกันมาก จึงส่งผลต่อภาวะจิตใจของผู้สูงอายุ เช่น การน้อยใจว่าไม่มีใครรักใครสนใจ

การใช้ศาสนาช่วยดูแลสุขภาพจิต: ผู้สูงอายุทุกรายจะนำศาสนามาเป็นทั้งทางจิตใจ โดยผู้สูงอายุที่นับถือศาสนาคริสต์มักจะใช้การสวดมนต์รวมถึงการไปวัดทุกวันอาทิตย์ นอกจากนี้คริสตศาสนิกชนที่ไม่สามารถไปวัดได้จะมี บาทหลวง มาทำพิธีภาวนาและศีลศักดิ์สิทธิ์ (ทรงศีล) ที่บ้าน ซึ่งมีกิจกรรมคือการมาสวดมนต์ อวยพรให้ผู้สูงอายุ รวมถึงการมอบของใช้เพื่อดำรงชีพเล็กๆ น้อยๆ เป็นประจำทุกเดือนตามหลักการดูแลเยี่ยมเยียนสัตว์บรุษที่เจ็บป่วย ผู้สูงอายุจะรู้สึกดีใจเมื่อบาทหลวงมาทำพิธีให้ที่บ้าน แม้ว่าผู้สูงอายุคนนั้นจะเป็นผู้ป่วยอัลไซเมอร์ก็ตาม ดังคำบอกเล่าของผู้ดูแลผู้สูงอายุชายที่ป่วยด้วยโรคอัลไซเมอร์ (สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 28 กันยายน 2556) “เขาไม่รู้เรื่องนะ แต่พอพ่อไปเขาก็ไม่รู้เรื่องแล้ว ตอนพ่อบอกเขาเขาก็รู้เรื่องนั่งฟังพ่อสวดอย่างดี” สำหรับผู้สูงอายุที่นับถือศาสนาพุทธจะใช้วิธีตักบาตรทุกวันแม้ว่าตนเองจะมีรายได้ไม่เพียงพอโดยนำเงินที่ได้รับจากเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุเก็บไว้ทำบุญ และผู้สูงอายุจะสวดมนต์ทุกวันด้วย

การทำกิจกรรมอื่นๆ: ผู้สูงอายุยังมีบทบาทในการดูแลสุขภาพจิตของตนเองโดยการใช้วิธีการต่างๆ เช่น การเล่นหอย หรือการดื่มสุรา โดยอธิบายว่าเป็นการสร้างความหวังและความสุขให้กับตนเอง ดังเสียงสะท้อนจากผู้สูงอายุหญิงอายุ 77 (สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 20 ตุลาคม 2556) “ซื้อทุกงวดห้าสิบกilos ตัวสองตัว แต่ถ้าถูกความดีใจอาจตกใจตาย เพราะชีวิตยายไม่เคยหยิบเงินหมื่น” และคำบอกเล่าของ

ผู้สูงอายุหญิงอายุ 81 (สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 8 ธันวาคม 2556) “กินเหล้าขาว กินทุกวัน วันละนิดเดียว กินพอชูกำลัง ไม่เมา โอ้ยกินมานานแล้ว”

3.1.3 การดูแลด้านสุขสังคม

เนื่องจากผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงส่วนใหญ่ไม่สามารถออกนอกบ้านได้ด้วยตนเอง และการออกนอกบ้านแต่ละครั้งยากลำบาก และต้องมีผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด ดังนั้นครอบครัวส่วนใหญ่ไม่ได้ให้ความสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุด้านสุขสังคมมากนัก แต่ในกลุ่มผู้สูงอายุที่สามารถออกนอกบ้านได้ด้วยตนเอง ครอบครัวจะให้การสนับสนุน เช่น การไปรับ-ส่ง การเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ หรือการให้เงินไปซื้อขนมเพื่อให้ได้มีโอกาสได้นั่งพูดคุยกับคนอื่นๆ

3.2 ความช่วยเหลือจากภายนอก

การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสถาบันทางสังคมอื่นๆ ได้เข้ามามีบทบาทให้ความช่วยเหลือทั้งจากกลุ่มเครือญาติ/เพื่อนบ้าน หน่วยงานด้านสาธารณสุข และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยมีบทบาทแตกต่างกันไปตามหน้าที่ของแต่ละสถาบัน ดังนี้

ความช่วยเหลือจากเพื่อนบ้าน/ญาติพี่น้อง: สำหรับบุตรหลานของผู้สูงอายุที่ไม่ใช่ผู้ดูแลหลักมักจะรับภาระในส่วนของการค่าใช้จ่ายต่างๆ ทั้งด้านการรักษาพยาบาล ค่าใช้จ่ายประจำวันของผู้สูงอายุ รวมถึงการสนับสนุนสิ่งของเครื่องใช้สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ เช่น อาหาร อาหารเสริม ผ้าอ้อมสำหรับผู้ใหญ่ เป็นต้น ส่วนความช่วยเหลือจากเพื่อนบ้านหรือญาติพี่น้องพบว่าในชุมชนยังมีฐานคิดเรื่องการเอื้อเฟื้อและคำนึงการทำดีได้ดีอยู่ โดยเฉพาะกลุ่มญาติพี่น้องมักจะให้ความช่วยเหลือการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มเติม เช่น การไปหาหมอพร้อมกัน หรือแบ่งปันสิ่งของ รวมถึงให้ความช่วยเหลือด้านยานพาหนะเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน ดังคำกล่าวของผู้ดูแลผู้สูงอายุชายที่ป่วยด้วยโรคอัลไซเมอร์ (สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 28 กันยายน 2556) “ลูกเขาไม่ว่างเราก็กินไป ยายไปก็เป็นญาติกัน ทำบุญ พาไปพานทอง แค่นี้เหมือนญาติเรา ช่วยๆ กันไป ส่วนเขา

ก็ช่วยเรานะ อย่างบ้านยาย ลูกสาวเขามีอะไรก็เอามาให้นะ ก็ดูแลกัน ส่วนญาติตรง
หนองอ้อก็บอกว่าถ้ามีอะไรให้ไปเอารักษาได้เลย” ส่วนในกรณีที่ญาติมีความรู้เรื่องการ
รักษาพยาบาลมักจะถูกไ้ว้วานให้มาช่วยเหลือนด้านการพยาบาล เช่น การใส่สายยาง
ดังคำบอกเล่าของสะใภ้ผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง (สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 26 กันยายน 2556)
“ให้หลานที่เป็นพยาบาลมาใส่สายยางให้ เดือนนึงใส่ที หรือหากมีอะไรก็ไปตามเขามา
ช่วยดู” อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุบางคนรู้สึกหมดหวังที่จะได้รับความช่วยเหลือจากเพื่อน
บ้านหรือญาติพี่น้อง ดังคำกล่าวของผู้สูงอายุหญิงอายุ 77 ปี (สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 20
ตุลาคม 2556) “ใครจะช่วย ไม่รู้จะให้เค้าช่วยอะไร ลูกก็หมดหวัง ไม่เอา หมดหวังแล้ว
ส่วนคนแถวนี้เขาตัวใครตัวมัน ขนาดยายเคยล้มใกล้ๆ โอง นิ่งอยู่นานกว่าหลานจะ
กลับมาบ้าน ไม่มีใครมาดูหรอก”

ความช่วยเหลือจากหน่วยงานด้านสาธารณสุข: หน่วยงานด้าน
สาธารณสุขในพื้นที่ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล อาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ยังมีความถี่ในการให้ความช่วยเหลือน้อย รวมถึงขาด
การสนับสนุนข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการดูแลผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตามหากผู้สูงอายุมีปัญหา
ฉุกเฉินสามารถเรียกให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำ
ตำบลให้ช่วยดูผู้สูงอายุได้ ดังคำบอกเล่าของสะใภ้ผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง (สัมภาษณ์เมื่อ
วันที่ 26 กันยายน 2556) “ถ้าเราไปตามเขาก็มาดูให้ วันนั้นหมอเทพเขาก็มาเยี่ยมนะ”
และมีผู้ดูแลบางรายได้เรียนรู้วิธีดูแลผู้สูงอายุในขณะที่ผู้สูงอายุเข้ารับการรักษาตัวที่
โรงพยาบาล แต่ส่วนใหญ่ผู้ดูแลมักจะต้องหาความรู้ด้วยตนเอง

ความช่วยเหลือจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น: ผู้สูงอายุทุกคนจะได้รับ
เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุจากองค์การบริหารส่วนตำบล บางคนจะได้เบี้ยผู้พิการเพิ่มเติมด้วย
ดังคำกล่าวของ ผู้สูงอายุชายอายุ 74 ปี (สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 27 กันยายน 2556)
“แค่หกเจ็ดร้อยจะพอได้ยังงี้ โอ้ย สองสามวันก็หมด...อย่างอื่นก็ไม่มีหรอก ปีหนึ่งไม่มี
มาสักคน ก็ช่วยกันเอง” นอกจากนี้ทุกปีอบต. จะจัดกิจกรรมรดน้ำดำหัวผู้สูงอายุในช่วง

วันสงกรานต์ แต่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมักไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมดังกล่าว ส่วนความช่วยเหลือด้านอื่นๆ เช่น การปรับสภาพแวดล้อมในชุมชน การสร้างคุณค่า/ขวัญและกำลังใจ

ปัญหา/อุปสรรคในการดูแลภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ

ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้สูงอายุมีทั้งปัญหาจากตัวผู้สูงอายุ เช่น บางครั้งผู้สูงอายุเอาแต่ใจหรือคิดว่ากล่าวผู้ดูแลทำให้ผู้ดูแลรู้สึกท้อแท้ใจ ดังเสียงสะท้อนของบุตรสาวผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง (สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 27 กันยายน 2556) “...โดนตำหนิคนเดียวแหละ คือ เขายังตำหนิอยู่ เรียกเสียงดังนะ ซ้ำอะไรจ้ะ เงยอยู่ได้ อะไรจ้ะ” ในทางกลับกันหากผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตหรืออารมณ์ที่ดีจะทำให้ผู้ดูแลรู้สึกสบายใจและไม่รู้สึกว่าการดูแลผู้สูงอายุเป็นเรื่องยุ่งยาก ส่วนกรณีที่ผู้สูงอายุติดผู้ดูแลทำให้ไม่สามารถหาผู้ช่วยมาดูแลได้อาจทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเหนื่อยมากเกินไป ผู้ดูแลผู้สูงอายุต้องหาเวลาพักผ่อนให้กับตนเองแต่ผู้ดูแลบางรายไม่สามารถหาทางออกให้กับตนเองได้ ดังคำกล่าวของผู้ดูแลผู้สูงอายุชายที่ป่วยด้วยโรคอัลไซเมอร์ (สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 28 กันยายน 2556) “...บางทีเขาขี้ เหยี่ยว ก็เหนื่อย แต่ก็ต้องทำใจ จะไปทหาวดเขาก็ไม่รู้เรื่องจะทำได้ เราก็ต้องทำไป”

สำหรับปัญหาที่สำคัญของผู้ดูแล คือ ปัญหาด้านภาวะสุขภาพ จากการศึกษาพบว่าผู้ดูแลหลัก 4 รายจาก 5 ราย มีภาวะป่วยด้วยโรคเรื้อรัง คือ โรคกระดูกเสื่อม/พหุนิ่ว มะเร็งปากมดลูก เบาหวาน ส่วนสภาวะสุขภาพทางใจนั้นบางครั้งผู้ดูแลจะรู้สึกน้อยใจ ญาติพี่น้อง หรือลูกหลานของผู้สูงอายุที่ไม่เข้ามาช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุโดยปล่อยให้ เป็นหน้าที่ของผู้ดูแลเพียงคนเดียว ดังเสียงสะท้อนของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 27 กันยายน 2556) “บางทีเราเห็นผู้ชายที่ดูแลพ่อแม่เนะ เคยคิดนะว่าทำไม แต่เราก็บอกลูกเราว่าช่างเหอะใครทำใครได้” นอกจากนี้จาก

การศึกษายังพบว่าผู้ดูแลมักจะยังขาดความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย เช่น วิธีการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคอัลไซเมอร์ เป็นต้น

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษากวาระสุขภาพและการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาทั้งด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต และสุขภาวะสังคม และครอบครัวเป็นสถาบันหลักที่ให้ความช่วยเหลือโดยเฉพาะกิจวัตรประจำวัน นอกจากนี้ยังมีสถาบันทางศาสนาที่คอยให้ความช่วยเหลือด้านจิตใจ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ให้ความช่วยเหลือเรื่องเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีอายุเฉลี่ย 79 ปี มีสาเหตุของภาวะพึ่งพิงจากความเสื่อมของร่างกายรวมถึงภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคอัลไซเมอร์ สอดคล้องกับสาเหตุการเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุของ ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม (2539) ส่วนภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุวัยพึ่งพิง ในมิติสุขภาพกายผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสุขภาพไม่ดีมีโรคประจำตัว สำหรับมิติสุขภาพจิตผู้สูงอายุบางรายมีปัญหาทางสุขภาพจิตทั้งที่เกิดจากภาวะเจ็บป่วย เช่น ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคอัลไซเมอร์ และเกิดจากสภาพแวดล้อมภายในครอบครัว เช่น การขาดการสนับสนุนจากบุตรหลานหรือคนในครอบครัว และการอยู่ในครอบครัวที่ไม่มีผู้ดูแลเนื่องจากลูกหลานจะต้องออกไปทำงานที่อื่นซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และ กนิษฐา บุญธรรมเจริญ (2553) ที่พบว่า การดูแลผู้สูงอายุโดยครอบครัวจะลดบทบาทลงเนื่องจากการเคลื่อนย้ายแรงงานเข้าสู่ระบบเศรษฐกิจนอกพื้นที่ สำหรับมิติสุขสังคมผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่สามารถออกไปไหนมาไหนได้เอง แต่จะออกไปเพียงการพบหมอ แต่ต้องมีผู้ดูแลคอยให้ความช่วยเหลืออย่างใกล้ชิด

สำหรับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง สถาบันครอบครัวยังคงเป็นสถาบันหลัก โดยผู้ดูแลมักเป็นผู้หญิงและมีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุคือ เป็นบุตรสาวหรือลูกสะใภ้ และมักจะเป็นผู้ไม่ทำงานหรือทำงานแต่สามารถใช้เวลาส่วนใหญ่ในการดูแลผู้สูงอายุได้ สอดคล้องกับการศึกษาตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของครอบครัวและชุมชนชนบทไทยของศศิพัฒน์ ยอดเพชร, เล็ก สมบัติ, ปรียานุช โชคธนะวิทย์ และ ธนิกันต์ ศักดาพร (2552) พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุเป็นหญิงมากกว่าชาย โดยมีเหตุผลเพื่อทดแทนบุญคุณของพ่อแม่ของตนเอง และเป็นผู้ที่มีอำนาจทางเศรษฐกิจและสังคมน้อยกว่าสมาชิกคนอื่นๆ แต่อย่างไรก็ตามมีผู้สูงอายุบางรายยินดีที่จะอาศัยอยู่เพียงลำพังเนื่องจากต้องการมีชีวิตที่อิสระ สำหรับการดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะขึ้นอยู่กับความสามารถในการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ โดยหากผู้สูงอายุไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ต้องมีผู้ดูแลด้านกิจวัตรประจำวันตลอดเวลา รวมถึงการดูแลด้านจิตใจด้วย ส่วนผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้บ้างผู้ดูแลหรือครอบครัวจะมีส่วนสนับสนุนผู้สูงอายุตามที่ร้องขอ ส่วนความช่วยเหลือจากสถาบันทางสังคมอื่นๆ พบว่ายังมีส่วนน้อย ยกเว้นสถาบันทางศาสนาโดยเฉพาะกลุ่มที่นับถือศาสนาคริสต์จะมีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เนื่องจากคริสต์ศาสนิกชนที่ไม่สามารถไปวัดได้บาทหลวงจะออกไปเยี่ยมบ้านและทำพิธีภาวนาและศีลศักดิ์สิทธิ์เพื่อสร้างขวัญและกำลังใจให้ผู้สูงอายุทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าคุณค่า สำหรับความช่วยเหลือขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่เป็นรูปธรรมมากที่สุดคือการจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ส่วนความช่วยเหลือด้านสาธารณสุขยังมีน้อยแม้จะมีการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขให้มีความใกล้ชิดกับชุมชนมากขึ้น สอดคล้องกับการสังเคราะห์ระบบการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวสำหรับประเทศไทยของสัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และ กนิษฐา บุญธรรมเจริญ (2553) ที่พบว่าระบบบริการในชุมชน และระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขยังมีศักยภาพจำกัดและขาดการจัดการที่ดีในการดูแลผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะ

1. สำหรับครอบครัวและผู้ดูแลผู้สูงอายุ: ผู้ดูแลจำเป็นต้องแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มเติม โดยเฉพาะผู้ดูแลที่ต้องดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง นอกจากนี้ควรส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวคนอื่นๆ มีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุร่วมกับผู้ดูแลหลักเพื่อให้ผู้สูงอายุรู้สึกถึงความรักความผูกพัน และความห่วงใยของคนในครอบครัว และผู้ดูแลก็จะไม่รู้สึกเหมือนถูกโดดเดี่ยวให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุเพียงลำพัง และเป็นการช่วยแบ่งเบาภาระของผู้ดูแลอีกทางหนึ่ง

2. สำหรับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง: องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานทางสาธารณสุขในพื้นที่ ตลอดจนหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรมีการกำหนดรูปแบบการดูแลระยะยาวที่หลากหลายให้กับผู้สูงอายุในชุมชนหรือสังคม โดยคำนึงถึงความต้องการของทั้งผู้สูงอายุและผู้ดูแล บนฐานของการจัดทำระบบข้อมูลผู้สูงอายุและครอบครัวให้สามารถนำมาใช้ประโยชน์ในการจัดบริการต่างๆ ในชุมชนได้

3. สำหรับการวิจัย: ควรศึกษารูปแบบหรือถอดบทเรียนการดูแลผู้สูงอายุวัยพึ่งพิงที่ดีเพื่อเป็นบทเรียนรู้แก่บุคคลอื่นและสังคมที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน และควรศึกษาปัญหาอุปสรรค รวมถึงโอกาสและศักยภาพของระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ทั้งระบบด้านสังคมและระบบการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขเพื่อหาแนวทางในการจัดระบบการดูแลผู้สูงอายุให้มีความสอดคล้องกับเงื่อนไขต่างๆ ในชุมชน

เอกสารอ้างอิง

กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย. (2556). *ข้อมูลจำนวนประชากรจำแนกรายอายุ ปี 2555*. สืบค้นจาก: <http://stat.bora.dopa.go.th/xstat/year55.html>.
พรณธร เจริญกุล. (2555). *การดูแลตนเองของผู้สูงอายุ*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: รุ่งแสงการพิมพ์.

- มนสิการ กาญจนะจิตรา. (2556). *ประชากร เศรษฐกิจ และอนาคตอาเซียน*. ใน สุชาติา ทวีสิทธิ์, มาลี สันถาวรณ และศุทธิดา ชนวนัน (บรรณาธิการ.), *ประชากรและสังคมในอาเซียน: ความท้าทายและโอกาส*. (หน้า 47-63). กรุงเทพฯ: เดือนตุลา.
- ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. (2539). ญาติผู้ดูแลที่บ้าน: แนวคิดและปัญหาในการวิจัย. *รวมาริบัติพยาบาลสาร*, 2(1), 84-92.
- วิพรรณ ประจวบเหมาะ และ ชลธิชา อัศวนิรันดร์. (2555). การเปลี่ยนแปลงทางประชากร และข้อมูลสถิติที่สำคัญเกี่ยวกับผู้สูงอายุ. ใน วิพรรณ ประจวบเหมาะ (บก.), *รายงานประจำปีสถานการณผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2554* (หน้า 7-28). กรุงเทพฯ: พงษ์พาณิชย์เจริญผล
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, เล็ก สมบัติ, ปรียานุช โชคชนวณิช และ ธนิกันต์ ศักดาพร. (2552). *ตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของครอบครัวและชุมชนชนบทไทย* (รายงานวิจัย). กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2556). *สารประชากรมหาวิทยาลัยมหิดล*. (22), 1.
- สภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2555). *ความเห็นและข้อเสนอแนะของสภาที่ปรึกษา เรื่องการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยชุมชน/ท้องถิ่น*. สืบค้นจาก : <http://www.nesac.go.th/comments/admin/myfile/comment03083.pdf>.
- สำนักงานส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2557). *การเปลี่ยนแปลงและการเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุ*. สืบค้นจาก: <http://hp.ana.mai.moph.go.th/soongwai/statics/health/prepared/index.php>.
- สัมฤทธิ์ ศรีธำรงค์สวัสดิ์ และ กนิษฐา บุญธรรมเจริญ. (2553). *การสังเคราะห์ระบบการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวสำหรับประเทศไทย*. กรุงเทพฯ: ที คิว พี.

- Beak, L. E. (2010). *Exploring lifespan development*. (2nd ed.) New York: Pearson.
- Bengtsson, T and Kirk, S. (2008). *European Studies of Population*. 16/2, Part IV: 195-220. Retrieved from: <http://www.springerlink.com/content/1381-3579/>.
- Sabelli, H., Patel, M., Carlson-Sabelli, L., Konecki, J. J., and Sugerman, N. A. (2003). Aging and social systems. *Kybernetes*, 32(5-6): 767-777. Retrieved from: <http://www.emeraldinsight.com/0368-492X.htm>.
- World Health Organization. (2003). *WHO definition of Health*. Retrieved from: <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>.

Translated from Thai

References

- Bureau of Health Promotion, Department of health, Ministry of Public Health. (2014). *Change and the preparation of Thai older persons entering to the elderly*. Retrieved from <http://hp.anamai.moph.go.th/soongwai/statics/health/prepared/index.php>. [in Thai]
- Charoenkun, P. (2012). *Self-care of the elderly*. (2nd ed.) Bangkok: Rung Saeng Kan Phim. [in Thai]
- Department of Provincial Administration. (n.d.). *The 2012 population data classified by age*. Retrieved from <http://stat.bora.dopa.go.th/xstat/year55.html>. [in Thai]
- Institute for Population and Social Research. (2013). *Mahidol population gazette*. (22), 1. [in Thai]

- Kanchanachitra, M. (2013). Population, economy, and the ASEAN prospect. in Thaweesit, S., Sunpuwan, M., and Chuanwan, S. (eds.). *Population and social in ASEAN: opportunity and challenge*. (pp. 47-63). Nakhon Pathom: Institute for Population and Social Research, Mahidol University. [in Thai]
- Office of the National Economic and Social Advisory Council. (2012) *The opinions and suggestions of advisory council in the elderly care among community dwelling dependent elderly*. Retrieved from <http://www.nesac.go.th/comments/admin/myfile/comment03083.pdf>. [in Thai]
- Prachuabmoh, V., & Asavanirandom, C. (2012). Population change and the key statistics on the elderly. in Prachuabmoh, V. (Eds.), *Annual Report on the situation of the elderly Thailand 2011* (pp. 7-28). Bangkok: Phongphanich Chraenphol Co., Ltd. [in Thai]
- Sirapo-ngam, Y. (1996). Family caregiver: concept and research issues. *Ramathibodi Nurses Journal*, 2(1), 84-92. [in Thai]
- Srithamrongsawat, S., Boontham Charen, K. (2010). *Synthesis of long-term care system for the elderly in Thailand*. Bangkok: T.Q.P. Co., Ltd. [in Thai]
- Yodphet, S., Sombat, L., Choktanawanit, P., Sakdaphon, T. (2009). *Good models on the elderly care by family and community in rural areas in Thailand* (Research Report). Bangkok: Health Systems Research Institute. [in Thai]