

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
2. แนวคิดการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว
3. แนวคิดบทบาทครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ
4. แนวคิดความต้องการของผู้ป่วยสูงอายุและญาติผู้ดูแล
5. แนวคิดเกี่ยวกับความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ
6. ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

1.1 ความหมาย

การกำหนดว่าผู้สูงอายุเริ่มเมื่ออายุเท่าใดนั้น ขึ้นอยู่กับความแตกต่างกันในแต่ละสังคม สำหรับสังคมไทยนั้นกำหนดว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีสัญชาติไทยและมีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (2546)

1.2 การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ

มนุษย์มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาที่อายุเพิ่มขึ้น ผู้สูงอายุมีลักษณะการเปลี่ยนแปลงที่เป็นการลดอัตราความเจริญลงสู่ความเสื่อม ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว ศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2549) กล่าวว่าไว้ว่าการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่วัยสูงอายุจะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อสภาพทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมเป็นอย่างมากและต่างมีผลกระทบต่อกันเป็นลูกโซ่การเปลี่ยนแปลงแต่ละด้านมีรายละเอียดต่อไปนี้

1. สภาพทางด้านร่างกายของผู้สูงอายุ (Physical Status of Aging) เมื่อก้าวเข้าสู่วัยสูงอายุ ระบบภายในร่างกายของผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงอวัยวะต่างๆ ในร่างกายซึ่งการเจริญเติบโตเริ่มเสื่อมถอยและทำงานอย่างไม่ปกติ อัตราการเผาผลาญในร่างกายลดลง เกิดการเปลี่ยนแปลงของกล้ามเนื้อ ทำให้ผิวหนังเหี่ยวลง เกิดความผิดปกติของทางเดินโลหิต เกิดการ

เปลี่ยนแปลงของต่อมต่างๆ ได้แก่ ต่อมเหงื่อ ผิวหนังแห้งแตก เกิดการเสื่อมของกระดูกและกล้ามเนื้อ รวมทั้งเกิดการเปลี่ยนแปลงในระบบสมอง ระบบย่อยอาหาร การขับถ่ายและระบบอื่นๆ ของร่างกายเกือบทุกระบบ เป็นการเสื่อมถอยทางสุขภาพและระบบประสาททำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสรับโรคร้ายไข้เจ็บได้ง่าย และเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ สำหรับปัญหาทางสภาพที่สำคัญของผู้สูงอายุตามลำดับความชุกของโรค

2. สถานภาพทางจิตใจของผู้สูงอายุ (Psychological Status of Aging) สถานภาพทางจิตใจของผู้สูงอายุ ส่วนหนึ่งเกิดจากความเสื่อมถอยของอวัยวะต่างๆ ความผิดปกติของระบบประสาทและสมอง ทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานของสมองและประสาทลดลง มีผลกระทบต่อความทรงจำ เกิดอาการหลงลืม และความทรงจำย้อนกลับ โดยสามารถจดจำเหตุการณ์ในอดีตได้แม่นยำกว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน ทำให้ผู้สูงอายุมีสภาพจิตใจที่สับสน

นอกจากนั้นภาวะการเจ็บป่วยและการสูญเสียด้านต่างๆ ได้ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ หลายประการ ดังนี้

(1) การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก เนื่องจากบุคคลใกล้ชิด เช่น คู่สมรส ญาติสนิท หรือเพื่อนเสียชีวิต หรือแยกย้ายไปอยู่ที่อื่น ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความซึมเศร้าได้ง่ายที่ต้องพลัดพรากจากบุคคลอันเป็นที่รัก

(2) จากการสูญเสียสถานภาพทางสังคม เนื่องจากถึงวัยที่ต้องออกจากงาน หรือหมดภาระหน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกสูญเสียตำแหน่งหน้าที่ รู้สึกไร้คุณค่า ชีวิตไม่มีความหมาย ขาดเพื่อน ขาดรายได้ และจะต้องพยายามปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงในชีวิตที่เกิดขึ้น

(3) จากการสูญเสียสัมพันธภาพในครอบครัว เนื่องจากบุตรธิดาสส่วนใหญ่ได้แยกตัวออกไปสร้างครอบครัวใหม่ อีกทั้งการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างครอบครัวจากครอบครัวขยายเป็นครอบครัวเดี่ยวมีผลให้ความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุกับบุตรหลานลดลง บทบาทในการให้ความปรึกษาอบรมสั่งสอนลดน้อยลงเช่นกัน และผู้สูงอายุต้องอยู่อย่างโดดเดี่ยว เกิดความว้าเหว่ และรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าลดลง

(4) จากการไม่สามารถตอบสนองความต้องการทางเพศซึ่งนับว่าเป็นการสูญเสียทางจิตใจอย่างรุนแรง ทั้งนี้เพราะการเปลี่ยนแปลงทางสรีระเคมีของร่างกาย เหตุผลสังคม และวัฒนธรรมที่มีต่อเรื่องเพศสัมพันธ์ของผู้สูงอายุว่าเป็นเรื่องไม่เหมาะสม ทำให้ไม่สามารถตอบสนองความต้องการทางเพศได้ ทั้งที่มีความต้องการทางเพศอยู่โดยเฉพาะในผู้สูงอายุชาย จึงทำให้รู้สึกโดดเดี่ยวและขาดความภูมิใจในคุณค่าของตน

จากการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ ตลอดจนการสูญเสียในด้านต่างๆ ของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุมีอารมณ์เศร้าซึม หวาดระแวง ห่อหุ้ม ผิดหวัง มีปมด้อย มีเรื่องครุ่นคิดและวิตกกังวลตลอดเวลา มีความหวาดระแวงว่าจะถูกทอดทิ้ง ไม่มีผู้ดูแลเอาใจใส่ จึงเกิดอารมณ์ฉุนเฉียว และใจน้อย บางครั้งขาดความยับยั้งชั่งใจ กลัวง่าย มองตนเองว่าไม่มีความสำคัญ ไร้ความสามารถขาดความเชื่อมั่นในตนเอง

นอกจากนี้ยังพบอาการโรคจิตที่มักเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ เช่น อาการของอารมณ์ที่แสดงออกในด้านความเศร้าซึมและเปลี่ยนแปลงเป็นคลุ้มคลั่งสลับกัน อาการประสาทหลอนตามองไม่เห็นและหูแว่วเกิดขึ้น มีความเลอะเลือน สงสัยและสับสน อาการเสื่อมสลายในลักษณะค่อยๆ เป็นไปทั้งด้านความคิด สติปัญญา การตัดสินใจ และการควบคุมตัวเอง

3. สถานภาพทางสังคมของผู้สูงอายุ (Social Status of Aging) ในอดีตผู้สูงอายุและครอบครัว ประกอบด้วย บุตรหลาน และบุคคลอื่นไม่น้อยกว่า 3 รุ่นอายุ อาศัยอยู่ด้วยกันเป็นครอบครัวใหญ่ อันเป็นลักษณะของครอบครัวขยาย (Extended Family) สมาชิกในครอบครัวมีความผูกพันกันมาก ผู้ที่มีอายุมากที่สุดทำหน้าที่เป็นหัวหน้าครอบครัว ปกครองบุคคลที่เป็นสมาชิก และทำหน้าที่ตัดสินใจในเรื่องต่างๆ ภายในครอบครัวแทบทั้งสิ้น ผู้ที่อาวุโสรองลงมาทำหน้าที่ในอันดับรอง สมาชิกในครอบครัวมีความรักใคร่และเกื้อกูลซึ่งกันและกัน แต่ปัจจุบันโครงสร้างครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงเป็นครอบครัวเดี่ยว (Nuclear Family) ที่ประกอบด้วยบิดามารดา และบุตรเท่านั้น บางครอบครัวมีสมาชิกในครอบครัวจำนวนน้อย ทำให้กิจกรรมต่างๆ ที่เคยมีในครอบครัวเปลี่ยนแปลงไป บางครั้งต้องพึ่งบริการจากสถาบันภายนอกในลักษณะการซื้อบริการ เช่น การเลี้ยงดูและการอบรมสั่งสอนบุตร การดูแลผู้สูงอายุ เป็นต้น

การเปลี่ยนแปลงดังกล่าว ส่งผลต่อสถานภาพทางสังคมของผู้สูงอายุ ทั้งทางใช้ชีวิตในครอบครัวและในสังคม โดยในครอบครัวนั้น ผู้สูงอายุมีความยากลำบากในการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยต้องพึ่งตนเองมากยิ่งขึ้น ส่วนในสังคมการเคารพนับถือ ยกย่องลดลง โดยสังคมให้ความเคารพ นับถือยกย่องผู้ที่มีความรู้ ความสามารถ และมีกำลังทรัพย์มากกว่าเคารพในความเป็นผู้มีอายุยืนยาวกว่า การเปลี่ยนแปลงบทบาททางสังคม ปรากฏชัดเจน เมื่อต้องเกษียณจากการปฏิบัติงานประจำ ผู้สูงอายุต้องเปลี่ยนแปลงบทบาทตนเองจากหัวหน้าครอบครัว ไปเป็นผู้ที่ต้องพึ่งพิงผู้อื่น ในฐานะผู้รับมากกว่าผู้ให้ จากผู้ที่เป็นหัวหน้าครอบครัวไปเป็นผู้อยู่อาศัย เกิดความรู้สึกว่าตนหมดความสำคัญ และต้องพึ่งพาผู้อื่น ก่อให้เกิดความอับอาย คิดว่าตนเองเป็นตัวปัญหา เป็นภาระเรื้อรังของครอบครัวและสังคม แต่อย่างไรก็ตาม มิได้หมายความว่าผู้สูงอายุ

ทั้งหมดจะมีสถานภาพเป็นเช่นที่กล่าวมา ในกลุ่มที่มีการเตรียมตัวเข้าสู่ภาวะการเป็นผู้สูงอายุ ตั้งแต่ต้น จะสามารถปรับตัวและมีสถานภาพทางสังคมที่ปกติกว่าบุคคลอื่น

4. สถานภาพทางการเงินของผู้สูงอายุ (Financial Status of Aging) จากการพัฒนาเศรษฐกิจและอุตสาหกรรมของประเทศที่เกิดความทันสมัยด้านต่างๆ ทั้งทางวิทยาการและเทคโนโลยี ทำให้มีการขยายตัวหรือเกิดการเติบโตของชุมชนเมือง (Urbanization) ระบบการผลิตเปลี่ยนจากเกษตรกรรมเป็นอุตสาหกรรม วิถีทางดำเนินชีวิตของคนในสังคมเปลี่ยนแปลงไป ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จึงไม่สามารถประกอบอาชีพได้ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงสังคมเหล่านี้นี้ล้วนมีผลกระทบต่อสถานภาพของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดปัญหาในการปรับตัวมากขึ้น ผู้สูงอายุที่ปรับตัวได้ยากจะพยายามตีตัวออกห่างจากสังคม ซึ่งทำให้เกิดความรู้สึกโดดเดี่ยวว่าเหว นอกจากนั้นจากการเปลี่ยนแปลงสังคมจากสังคมแบบดั้งเดิมไปสู่สังคมสมัยใหม่ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนไม่มีคุณค่าทางเศรษฐกิจ เกิดความว่าเหว และมักถูกทอดทิ้งไว้ลำพัง ทั้งๆ ที่ผู้สูงอายุอาจมีความต้องการรายได้มากกว่าในช่วงวัยกลางคน เช่น เกิดปัญหาสุขภาพทำให้เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมากขึ้น ต้องการผู้ดูแลเนื่องจากตนเองไม่แข็งแรง

สรุปว่าการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุมี 4 ด้าน คือด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านเศรษฐกิจ

1. การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายเป็นจุดเด่นที่สามารถสังเกตได้ เช่น ผิวหนังแห้งเหี่ยว หย่น สายตาและการได้ยินบกพร่อง

2. ด้านจิตใจ เช่น การสูญเสียสัมพันธภาพระหว่างบุคคลภายในและภายนอก ครอบครัว, สูญเสียบทบาท, สูญเสียความเคารพนับถือ ถูกทอดทิ้ง, เกิดความผิดปกติของระบบประสาทและสมอง ทำให้มีการหลงลืม สภาพจิตใจสับสน ซึมเศร้า

3. ด้านสังคม ผู้สูงอายุเปลี่ยนบทบาทของตนจากการเป็นหัวหน้าครอบครัว เป็นผู้ที่ต้องพึ่งพิงผู้อื่น ทำให้เกิดความรู้สึกการเป็นภาระของครอบครัวและสังคม

4. ด้านเศรษฐกิจ เช่น ไม่ได้ประกอบอาชีพไม่มีรายได้, รายได้ลดลง

1.3 โรคที่พบในผู้ป่วยสูงอายุ

ผู้ป่วยสูงอายุมีหลากหลายสภาวะที่เกิดขึ้นเมื่อก้าวเข้าสู่วัยชรา ผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล พบว่าส่วนใหญ่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังและมีความเจ็บป่วยมากกว่าหนึ่งโรค สภาวะการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่สำคัญคือ สภาวะบกพร่องทางด้านร่างกาย ซึ่งต้องพึ่งพิงผู้อื่นให้ดูแลและผู้สูงอายุอีกจำนวนไม่น้อยที่ครองเตียงอยู่ในโรงพยาบาลและมีแนวโน้มที่จะเพิ่มการครอง

เพียงเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ภาวะการเจ็บป่วยและโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุลำดับต้นๆ ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด, โรคข้อและกระดูก, กระดูกพรุน, โรคระบบประสาทและสมองโรคหลอดเลือดสมอง, ภาวะการติดเชื้อ, โรคมะเร็ง, โรคเบาหวาน, โรคตา และโรคไต เป็นต้น ปัญหาสุขภาพเหล่านี้นำไปสู่ความต้องการผู้ดูแล ซึ่งส่งผลให้ต้องให้ความสำคัญและส่งเสริมศักยภาพผู้ดูแลให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นต่อไป

1.4 ลักษณะเฉพาะของผู้ป่วยสูงอายุที่แตกต่างจากผู้ป่วยวัยอื่น มีดังนี้ (วราภรณ์ ภูมิสวัสดิ์ และคณะ, 2548)

1. ผู้สูงอายุมักมีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง (Chronic conditions) พบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 80 มีโรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค จึงเกิดการเจ็บป่วยในลักษณะของโรคกำเริบและเป็นการเจ็บป่วยเฉียบพลันในภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง

2. มีพยาธิสภาพหลายระบบ เนื่องจากมีความเปลี่ยนแปลงจากความสูงอายุและปัจจัยเสี่ยงเกิดโรคเรื้อรังสะสมเกิดปฏิสัมพันธ์ระหว่างความเปลี่ยนแปลงของวัยสูงอายุกับโรค โรคกับโรค และปฏิสัมพันธ์กับการรักษา ทำให้โรค รุนแรงและเกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยาหรือการตรวจวินิจฉัย รวมทั้งการวินิจฉัยผิดพลาด จากการคิดว่าเป็นอาการปกติ เช่น ปัสสาวะเลือดจากการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ แต่พิจารณาว่าเป็นความปกติของผู้สูงอายุ การหกล้ม คิดว่าอ่อนเพลีย แต่เป็นสาเหตุจากระดับโซเดียมต่ำจากได้ยาขับปัสสาวะ

3. อาการแสดงไม่เฉพาะเจาะจง (Atypical presentation) เมื่อผู้สูงอายุเจ็บป่วยอาการไม่ชัดเจน ไม่ได้แสดงอาการเฉพาะโรค เช่น การเกิดปอดอักเสบ อาจไม่มีไข้ ไม่ไอ แต่อ่อนเพลีย ไม่มีแรง และสับสนเฉียบพลัน อาการนำส่วนใหญ่ของความเจ็บป่วยมักทำให้ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง เช่น เคยเดินได้ไม่เดิน อ่อนเพลีย ไม่มีแรง ไม่อยากรับประทานอาหาร หรือระดับการรู้คิดเปลี่ยนแปลงไป อาจเป็นซึมลง ไม่พูด หรือมีอาการสับสน เป็นต้น

4. การเจ็บป่วยในผู้สูงอายุทำให้ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลงและบกพร่องในการทำกิจวัตรประจำวันจึงจำเป็นต้องประเมินการทำหน้าที่ก่อนเจ็บป่วย เมื่อเจ็บป่วยเข้ารับการรักษา ความสามารถก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลผลการวิจัยต่างๆ พบว่าผู้สูงอายุเมื่อจำหน่ายความสามารถยังไม่กลับสู่ปกติเท่าเดิม

5. ความเจ็บป่วยในผู้สูงอายุมักมีอาการรุนแรง พิ้นหายช้า เกิดภาวะแทรกซ้อนได้มากกว่าวัยอื่น พบว่าผู้สูงอายุเข้าพักรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต ระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาลนานกว่า และเป็นกลุ่มผู้ใช้บริการที่มีค่าใช้จ่ายสูง

6. การตอบสนองต่อการเจ็บป่วย เมื่อเจ็บป่วย เข้ารับการรักษาล่าช้า เพราะคิดว่าอาการปกติจากสูงอายุและเมื่อเข้ารับการรักษาได้รับการตอบสนองช้าเช่นเดียวกัน โดยเฉพาะช่วงที่รับการรักษาเบื้องต้นที่แผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาลต้องใช้เวลาและการตรวจวินิจฉัยมากกว่ากลุ่มอื่น และการเข้ารับการรักษาจะมาด้วยปัญหาเร่งด่วน

2. แนวคิดการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว

2.1 พัฒนาการของแนวคิด

การให้บริการโดยใช้ครอบครัวเป็นพื้นฐาน เป็นลักษณะการให้บริการรูปแบบหนึ่งในการให้บริการโดยตรง (Direct Services) เกิดขึ้นจากความเชื่อที่ว่า ครอบครัวเป็นระบบเกื้อหนุนที่สำคัญของบุคคล เป็นสถาบันหนึ่งของสังคมที่มีหน้าที่ดูแล ปกป้องสมาชิก รวมทั้งเป็นตัวแทนเรียกร้องและจัดสรรทรัพยากรทางสังคมที่สำคัญที่จะตอบสนองความต้องการต่างๆ ของสมาชิกในครอบครัวได้ โดยทั่วไปครอบครัวจะมีบทบาทในการช่วยเหลือบุคคลทั้งที่เป็นรูปธรรม เช่น อาหาร เสื้อผ้า ยารักษาโรค และที่เป็นนามธรรม เช่น การให้กำลังใจ การยอมรับ และการให้ความรู้ข่าวสาร เป็นต้น (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2549, น. 79-80) แนวคิดการใช้ครอบครัวเป็นพื้นฐานในการดูแลเป็นการสร้างสัมพันธภาพอย่างต่อเนื่องกับผู้เกี่ยวข้องและบุคคลในครอบครัวต้องมีส่วนร่วมในการให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุ โดยเฉพาะผู้ป่วยสูงอายุที่เพิ่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ที่ต้องกลับไปพักฟื้นและดูแลสุขภาพที่บ้านต่อ

นอกจากบุคคลในครอบครัวแล้วบางครั้งยังมีบุคลากรทางการแพทย์ เช่น พยาบาล เจ้าหน้าที่อนามัย หรืออาสาสมัคร จะมีบทบาทในการดูแลที่บ้านด้วยเช่นกัน การดูแลในครอบครัวสำหรับผู้สูงอายุ คือ การให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ไม่สามารถไปใช้บริการที่จัดขึ้นในหน่วยงานต่างๆ ได้ และเป็นการให้ผู้สูงอายุและครอบครัวใช้ศักยภาพที่มีอยู่ทั้งความรู้ ความสามารถ ทรัพยากร และสัมพันธภาพอันดีระหว่างกันให้เกิดประโยชน์ต่อผู้สูงอายุอย่างเต็มที่ (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2549, น. 35)

2.2 ความหมายของการดูแล

การดูแล (Caring) เป็นเรื่องที่มีความสำคัญต่อการดำรงชีวิตของบุคคลโดยทั่วไป เป็นการช่วยให้คนมีความเจริญเติบโตและอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข เป็นเรื่องของการให้ความสนใจ และความห่วงใยผู้ที่ต้องพึ่งพิงผู้อื่น (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2547, น. 9)

การดูแล คือ กิจกรรมการช่วยเหลือหรือการดูแลที่กระทำโดยตรงหรือโดยอ้อมซึ่งมีกระบวนการในการให้ความช่วยเหลือ (Assertive) ต่อผู้อื่น ที่แสดงออกในลักษณะของพฤติกรรมต่างๆ เช่น การเข้าถึงความรู้สึก (Empathic) ความสนใจเอาใจใส่ (Attention) การประคับประคอง (Supportive) ด้านการฟัง พูดหรือสัมผัส การให้ข้อมูล (Education) และการอำนวยความสะดวก (Facilitative) (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2547, น. 9)

การดูแล เป็นลักษณะประจำของมนุษยชาติ เพื่อให้มนุษย์สามารถรักษาเผ่าพันธุ์ไว้ แต่จะแตกต่างกันตามศักยภาพของแต่ละบุคคล ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ การได้รับการดูแลมาก่อน ลักษณะเฉพาะของตัวบุคคลและขนบธรรมเนียมประเพณีในสังคมนั้นๆ การดูแลเป็นเรื่องของศีลธรรม จริยธรรมตามค่านิยมพื้นฐานของบุคคลหรือสังคม การดูแลแสดงออกโดยพฤติกรรม ภาพลักษณ์และลักษณะทางอารมณ์ เช่น การแสดงความเห็นอกเห็นใจ ความอ่อนโยนให้กำลังใจ จะพบมากในผู้ดูแลในครอบครัวเดียวกัน การดูแลเป็นการแสดงความสนใจห่วงใย การดูแลมีความเกี่ยวข้องกับอารมณ์ มีความรู้สึกเอาใจเขามาใส่ใจเรา สนใจ เป็นห่วง ต้องการปกป้องและอุทิศให้ การดูแลเป็นการแสดงสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล จึงเป็นการดูแลที่เกิดขึ้นในครอบครัว ระหว่างคนใกล้ชิด การดูแลเป็นการปฏิบัติการ เพื่อการรักษาพยาบาล การอธิบายกิจกรรมที่ดูแลต้องใช้ องค์ความรู้ทางวิทยาศาสตร์ การพยาบาล การแพทย์และศาสตร์อื่นๆ ผู้ดูแลในทัศนะนี้จะต้องมีความรู้และทักษะในการนำความรู้ดังกล่าวมาใช้ เพื่อให้ผู้รับบริการคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี หรือพ้นจาก ความเจ็บป่วย ตลอดจนสามารถถ่ายทอดความรู้ ให้การปรึกษาแก่บุคคล สามารถจัดการกับปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้น และมีความรู้ ความเข้าใจ ในการประสานงานเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพได้ (เพ็ญแข ชีวยะพันธ์, 2545)

บรรลุ ศิริพานิช และคณะ (2549, น. 50) กล่าวถึงคำว่า “ดูแล” ว่าสามารถพิจารณาได้เป็นสองลักษณะ คือ “การจัดการการดูแล” (Care Management) หมายถึง การจัดการกิจการต่างๆ แทนผู้สูงอายุทั้งที่ในความเป็นจริงแล้วผู้สูงอายุยังสามารถจัดการได้ด้วยตัวเอง และ “การดูแลช่วยเหลือ” (Care Providing) หมายถึง การปฏิบัติกิจทดแทนเนื่องจากผู้สูงอายุกระทำเองไม่ได้ หรือเป็นการช่วยเหลือในกิจกรรมบางส่วน หรือเป็นการช่วยเหลือเฝ้าระวังซึ่งมีความจำเป็นต่อการป้องกันไม่ให้เกิดผลเสียหายหรืออุบัติเหตุขึ้น เช่น การเดินตามเฝ้าระวังเวลาที่ผู้สูงอายุเดิน หรือ

เผื่อระวังอาการที่จะแสดงถึงความเจ็บป่วยที่จะนำไปสู่ขั้นรุนแรงได้ จากความหมายดังกล่าวจะเห็นได้ว่าความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลงไปตามความสัมพันธ์ทางสังคมที่เกิดขึ้น เมื่อสังคมเปลี่ยนแปลงไปสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุก็ต้องเปลี่ยนแปลงตามไปด้วย คือแทนที่จะเป็นหน้าที่หลักของผู้ที่เป็นบุตรหลาน หรือสมาชิกในครอบครัว แต่กำลังจะเปลี่ยนไปสู่การให้สังคมเข้ามามีส่วนช่วยกันดูแลผู้สูงอายุในสังคม หรือชุมชน อย่างไรก็ตามในเรื่องการดูแลต่อผู้สูงอายุในปัจจุบันยังมีประเด็นที่ต้องพิจารณาเพิ่มเติมอีก คือ ประการแรก ผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุอาจไม่ได้อยู่ในครัวเรือนเดียวกันกับผู้สูงอายุ ประการที่สอง การที่บุตรหลานอาศัยอยู่ร่วมกับผู้สูงอายุ ไม่ได้หมายความว่าจำเป็นต้องเป็นผู้ดูแล บ่อยครั้งที่ผู้สูงอายุกลับเป็นผู้ให้มากกว่าผู้รับ ประการที่สาม การให้เงินหรือสิ่งของแก่ผู้สูงอายุไม่ได้หมายความว่า เป็นการดูแลเสมอไป สิ่งที่เกิดขึ้นอาจเป็นเพียงลักษณะของกตัญญูที่ต่อบุพการีเท่านั้นเนื่องจากผู้สูงอายุมีสถานภาพทางเศรษฐกิจดีพออยู่แล้ว

อาจกล่าวได้ว่า การดูแลเป็นลักษณะพื้นฐานที่สำคัญของมนุษยชาติ เป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับความรับผิดชอบ ศีลธรรม จริยธรรมและประเพณีปฏิบัติที่มีต่อกันมา โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อช่วยเหลือผู้ที่อ่อนแอกว่าทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ โดยขึ้นอยู่กับสถานการณ์ ความจำเป็นและความผูกพันของผู้ที่ต้องดูแล ดังนั้นการดูแล จึงหมายถึง กิจกรรมการให้ความช่วยเหลือการอำนวยความสะดวก การแสดงความรักความสนใจเอาใจใส่ ห่วงใยให้กำลังใจ กับผู้ที่ต้องการการพึ่งพิง ทั้งในภาวะปกติและเมื่อเจ็บป่วย

2.3 ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว

สมจิต หนูเจริญกุล (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2547) กล่าวถึง ผู้ดูแล ว่าหมายถึง บุคคลที่อยู่ภายในครอบครัว เพื่อนหรือเพื่อนบ้านที่ให้การดูแลช่วยเหลือด้วยความรัก ความผูกพัน แก่ผู้ป่วยเรื้อรังหรือผู้ที่มีความพิการ นอกจากนั้นยังให้ความหมายผู้ดูแลที่เน้นไปที่การดูแลผู้ป่วย โดยผู้ดูแลเป็นบุคคลในครอบครัว เพื่อน เพื่อนบ้านหรือบุคคลสำคัญในชีวิต

ผู้ดูแล ในความหมายของ Watson (1985) คือ ผู้ให้การสนับสนุน และมีอิทธิพลต่อการส่งเสริมและคงไว้ซึ่งความมีสุขภาพ ศรัทธาและความหวัง เป็นกระบวนการที่ไม่เคยสิ้นสุด แม้หมดหวังไปแล้วก็ยังสามารถสร้างความหวังใหม่ได้ ความหวังที่สร้างขึ้นควรเป็นความหวังที่เป็นนามธรรม และมีความเป็นไปได้ ผู้ดูแลจะสร้างความศรัทธาและความเชื่อถือ โดยการให้ข้อมูลที่ชัดเจน ตามความเหมาะสม และมีท่าทางที่เชื่อมั่นปฏิบัติกรอย่างมีความรู้ ทักษะ สามารถให้คำแนะนำปรึกษาและเป็นที่พึ่งของผู้รับบริการให้เกิดความศรัทธาและเชื่อมั่นในผู้ให้การดูแล ทำให้

ผู้รับการดูแลสามารถพึ่งพาและปรับความรู้สึกใหม่อันเป็นกระบวนการนำไปสู่การสร้างความหวังใหม่ที่เป็นจริงได้

ผู้ดูแล ในความหมายของ คมสัน แก้วระยะ (2544) หมายถึง บุคคลที่เป็นสมาชิกในครอบครัวอยู่ครอบครัวเดียวกันหรือต่างครัวเรือนแต่อยู่ในบริเวณเดียวกันกับผู้สูงอายุ ทำหน้าที่ให้การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ เพื่อตอบสนองความต้องการพื้นฐานด้านใดด้านหนึ่งหรือทุกด้านอย่างใกล้ชิดและประกอบกิจกรรมในการดูแลเพื่อตอบสนอง ความต้องการพื้นฐานมากที่สุด

ผู้ดูแล (Caretaker) (บรรลุ ศิริพานิช และคณะ, 2549, น. 50) หมายถึง บุคคลที่เป็นผู้กระทำหรือให้การดูแล และดำเนินการอันเป็นประโยชน์ต่อผู้ได้รับการดูแล โดยบุคคลที่เป็นผู้กระทำหรือให้การดูแล ครอบคลุมถึง บุคคลผู้เป็นญาติ บุคคลในครัวเรือนเพื่อนบ้าน อาสาสมัครในชุมชน กลุ่มคนหรือองค์กรในชุมชน บุคคลากรในสถานบริการของรัฐและเอกชน

ปัจจัยที่สำคัญที่สุดในการดูแลผู้สูงอายุในรูปแบบ การดูแลในครอบครัว (Home Care) คือ “ผู้ดูแล” ซึ่งแบ่งได้เป็น 2 ประเภท คือ ผู้ดูแลหลัก (Primary Caregiver) และผู้ดูแลรอง (Secondary Caregiver) (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2547, น. 18-21)

ผู้ดูแลหลัก (Primary Caregiver) เป็นผู้ดูแลที่รับผิดชอบประจำและต่อเนื่อง ให้การดูแลที่ได้รับการดูแลโดยตรง และใช้เวลาในการดูแลมากกว่าผู้อื่น ในขณะที่ผู้ดูแลรอง (Secondary Caregiver) คือผู้เกี่ยวข้องในการดูแลบางส่วนของ การดูแล และให้การดูแลในลักษณะผู้ช่วยของผู้ดูแลหลัก เช่นเดียวกับผู้รับบริการหรือผู้ป่วยที่มีผู้ดูแลหลายคน แต่จะมีผู้ดูแลหลักที่จะให้บริการการดูแลหลักแบบเดียวกับผู้ดูแลหลัก ดังนั้นในครอบครัวจะมีผู้ดูแลหลักเพียงคนเดียวหรือบุคคลที่ให้การดูแลโดยตรง และต่อเนื่องแก่ผู้ป่วยในบ้านมากกว่าสมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัวเพียงคนเดียว

ลักษณะการดูแลที่จำแนกตามขอบเขต ความรับผิดชอบใน การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย และการใช้เวลาดูแลและระบุสถานภาพว่าเป็นญาติผู้ดูแลในครอบครัวซึ่งประกอบด้วย

- ญาติผู้ดูแลหลัก (Primary Caregiver) หมายถึง ผู้ที่ ทำหน้าที่หลักในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลที่กระทำต่อผู้ป่วยโดยตรง มุ่งเน้นการกระทำที่ตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย เช่น การอาบน้ำ ทำความสะอาดร่างกาย ดูแลสุขวิทยาส่วนตัวช่วยแต่งตัว ป้อนอาหาร หรือให้อาหารทางสายยาง ทำความสะอาดแผล ช่วยในการขับถ่าย จัดเตรียมให้รับประทานยา เป็นต้น โดยใช้เวลาในการดูแลอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่องมากกว่าคนอื่น

- ญาติผู้ดูแลรอง (Secondary Caregiver) หมายถึงบุคคลอื่นที่อยู่ในเครือข่ายของการดูแล มีหน้าที่จัดการด้านอื่น ซึ่งไม่ใช่การดูแลที่กระทำ ต่อตัวผู้ป่วยโดยตรง เช่น เป็นธุระแทนใน

การติดต่อกับชุมชน หรืองานสังคม จัดการเกี่ยวกับการเดินทางไปในการตรวจรักษา เป็นต้น หรืออาจปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโดยตรงเป็นครั้งคราว เมื่อผู้ดูแลหลักไม่สามารถกระทำหน้าที่ได้ หรือคอยช่วยเหลือผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วย แต่ให้เวลาในการดูแลน้อยกว่า

ในที่นี้ผู้ศึกษาขอให้นิยามเป็น ญาติผู้ดูแล ซึ่งหมายถึง บุคคลที่เป็นสมาชิกในครอบครัวที่อยู่ร่วมกันกับผู้ป่วยสูงอายุ ทำหน้าที่ดูแลช่วยเหลือ สนับสนุน และดำเนินการเพื่ออำนวยความสะดวกให้กับผู้ป่วยสูงอายุ

2.4 รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ

จากการศึกษาพบว่านักวิชาการได้แบ่งการดูแล โดยกำหนดจากสถานที่ ที่เป็นที่ดูแล ซึ่งสามารถแบ่งได้เป็น 3 รูปแบบ ดังนี้ (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2547, น. 22-30)

1. การดูแลในครอบครัว (Home Care) เป็นบริการที่พยายามใช้ความแข็งแกร่งของครอบครัวเป็นเครื่องมือในการให้บริการ เป็นการใช้อำนาจครอบครัวเข้าไปมีส่วนร่วมกับการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น โดยคำนึงถึงพื้นฐานหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัวที่พึงมีต่อครอบครัวด้วยกันเอง ดังนั้นการดูแลในครอบครัวสำหรับผู้สูงอายุ คือ การให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ไม่สามารถไปใช้บริการที่จัดขึ้นในหน่วยงานต่างๆ ได้ เป็นการกระตุ้นให้ผู้สูงอายุและครอบครัวได้ใช้ศักยภาพที่มีอยู่ทั้งความรู้ ความสามารถ ทักษะและสัมพันธภาพอันดีระหว่างกันให้เกิดประโยชน์ต่อผู้สูงอายุอย่างเต็มที่ เป้าหมายของการดูแลในครอบครัว ระบุว่ากรบริการดูแลในครอบครัวต้องเป็นบริการที่ส่งเสริมให้เกิดความเป็นอยู่ที่ดี ความปลอดภัยมั่นคง และมีความรู้สึกที่ดีทั้งทางอารมณ์และจิตใจ ด้วยเหตุนี้ลักษณะการดูแลที่แบ่งตามวัตถุประสงค์ของการดูแลในครอบครัวจึงมีดังนี้

1.1 ลักษณะที่เป็นการป้องกัน โดยจะช่วยให้บุคคลรู้สึกผาสุก อบอุ่นและช่วยลดผลกระทบทางลบที่เกิดจากความเครียดในชีวิตประจำวัน

1.2 ลักษณะที่เป็นการบำบัดรักษา จะช่วยแบ่งเบาภาระงานของนักวิชาชีพที่ให้บริการแก่ผู้มีปัญหาต่างๆ โดยทั้งนักวิชาชีพและสมาชิกในครอบครัวสามารถพัฒนาการทำงานร่วมกัน เพื่อก่อให้เกิดบริการที่เหมาะสม และเพียงพอ ทั้งในปัจจุบันและอนาคต

1.3 ลักษณะที่เป็นการฟื้นฟู แนวคิดนี้เปรียบเสมือนภาวะแวดล้อม ที่จะช่วยให้ผู้รับบริการปรับตัวได้ดี และรวดเร็วยิ่งขึ้น หลังจากพ้นภาวะวิกฤต โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเจ็บป่วยทางร่างกายและจิตใจ

Chang (1992, pp. 49-65) กล่าวถึงลักษณะการดูแลผู้สูงอายุว่า ครอบครัวสามารถให้การเกื้อหนุนและให้การดูแลผู้สูงอายุ 3 ด้านคือ

1. ด้านร่างกาย ในด้านร่างกายได้แก่ ที่อยู่อาศัย อาหาร และสิ่งจำเป็นในการดำรงชีวิตอื่นๆ การดูแลเมื่อผู้สูงอายุเจ็บป่วย และไม่สามารถดูแลตนเองได้ ซึ่งผู้ดูแลจะได้แก่ คู่สมรสหรือสมาชิกในครัวเรือน และอาจต้องได้รับความช่วยเหลือจากสถาบันของสังคมในด้านการแพทย์ และการรักษาพยาบาล

2. ด้านสังคม ในด้านสังคม ครอบครัวสามารถให้ความเกื้อหนุนผู้สูงอายุโดยการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีภายในครอบครัวระหว่างผู้สูงอายุกับบุตรที่โตแล้ว

3. ด้านเศรษฐกิจ การเกื้อหนุนผู้สูงอายุมีการส่งเงินช่วยเหลือบิดามารดาซึ่งจะเป็นในกรณีที่บุตรอยู่ไกล

เกษร ลำภาทอง (2552) นำเสนอลักษณะการดูแลผู้สูงอายุซึ่งทำโดยตัวผู้สูงอายุและครอบครัวไว้ว่าควรเป็นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุคงไว้ซึ่งความสามารถทางด้านร่างกาย และส่งเสริมการทำงานของระบบ อวัยวะต่างๆ ของร่างกายอย่างมีประสิทธิภาพ สาระของการดูแลด้านร่างกายมี 4 ประเด็นหลักที่จำเป็น ได้แก่

- 1) การดูแลด้านอาหาร
- 2) การออกกำลังกาย
- 3) ความเครียดและวิตกกังวล
- 4) การป้องกันอุบัติเหตุและอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ

สาระสำคัญทั้ง 4 ประการนี้เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้สูงอายุทุกคน แต่หากผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพที่เฉพาะเจาะจง เช่น มีปัญหาโรคเรื้อรัง หรือมีความพิการ ผู้สูงอายุเหล่านี้จำเป็นต้องได้รับการดูแลมากขึ้นเป็นพิเศษ

การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ ปัญหาที่พบบ่อยได้แก่ความซึมเศร้า ความวิตกกังวล และความรู้สึกสิ้นหวัง ครอบครัวและผู้ดูแลผู้สูงอายุจำเป็นต้องเข้าใจและหาทางช่วยเหลือ ซึ่งปัญหานี้มักได้รับการละเลยมาก โดยที่คนส่วนใหญ่มักคิดว่าเป็นเพราะผู้สูงอายุไม่เข้มแข็ง พึ่งพาตนเองหรือเรียกร้องความสนใจ ซึ่งในความเป็นจริงแล้วอาการเหล่านี้ เป็นภาวะเจ็บป่วยอย่างหนึ่ง แต่เป็นอาการเจ็บป่วยทางจิตใจซึ่งต้องการการดูแลและช่วยเหลือด้วยความเข้าใจและหากจำเป็นอาจต้องพึ่งการรักษาด้วยการใช้ยาหรือการบำบัดเฉพาะ

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าลักษณะการดูแลผู้สูงอายุ สามารถแบ่งออกได้เป็น 3 ประเด็นคือ

1. การดูแลด้านร่างกาย ได้แก่ การให้การดูแลเรื่องอาหาร ที่อยู่อาศัย เครื่องนุ่งห่ม การให้ยาหรือดูแลให้การพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย เป็นต้น

2. การดูแลด้านจิตใจ ได้แก่ การเอาใจใส่ ให้กำลังใจ ให้ความเคารพนับถือ ถามไถ่สารทุกข์สุกดิบ เป็นต้น

3. การดูแลด้านสังคมและเศรษฐกิจ ได้แก่ สร้างความสัมพันธ์ในครอบครัวและสังคมที่ดี การสนับสนุนเรื่องกิจกรรมร่วมกัน การสนับสนุนเรื่องอาชีพและรายได้ เป็นต้น

2. การดูแลในสถาบัน (Institution Care) เป็นการจัดบริการเพื่ออำนวยความสะดวกในสถานที่พักอาศัย โดยจัดเป็นศูนย์ที่ให้บริการเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการและสังคม ผู้ที่รับบริการเป็นบุคคลที่แยกจากครอบครัวหรือไร้ที่พึ่งพิง ทั้งจากครอบครัวและชุมชน จำเป็นต้องเข้ารับบริการการดูแลจากสถาบันต่างๆ ที่ให้บริการด้านนี้ ทั้งภาครัฐและเอกชน วัตถุประสงค์ของบริการการดูแลในสถาบันที่สำคัญ คือ การให้ที่อยู่อาศัยแก่บุคคลเหล่านี้ให้มีที่พึ่งพิง การอำนวยความสะดวกในด้านต่างๆ และบริการพื้นฐานด้านปัจจัย 4 ซึ่งได้แบ่งรูปแบบย่อยออกเป็นอีก 2 รูปแบบ

2.1 การดูแลในสถานสงเคราะห์ (Elderly Home Care) เป็นบริการที่จัดสำหรับผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาความเดือดร้อน ฐานะยากจน ไร้ญาติ ถูกทอดทิ้ง ขาดผู้ให้การเลี้ยงดู ไม่มีที่อยู่อาศัย หรือไม่สามารถอยู่ร่วมกับครอบครัวได้อย่างมีความสุข การบริการดูแลในสถานสงเคราะห์ประกอบด้วย บริการพื้นฐานปัจจัย 4 ตามความจำเป็น ขั้นพื้นฐานของมนุษย์และบริการอื่นเพื่อเสริมให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ได้แก่ การรักษาพยาบาล กายภาพบำบัด งานอดิเรก ศาสนกิจ สังคมสงเคราะห์ กิจกรรมส่งเสริมประเพณีวัฒนธรรม กิจกรรมนันทนาการและฌาปนกิจ บริการเหล่านี้ ส่วนใหญ่เป็นการจัดแบบให้เปล่า โดยหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชน

2.2 การดูแลในสถานพยาบาลหรือสถานที่รับดูแลเฉพาะผู้สูงอายุ (Nursing Home Care) ผู้สูงอายุโดยทั่วไปไม่สามารถหลีกเลี่ยงการเข้ารับบริการการรักษาและดูแลในสถานพยาบาลได้ ผู้สูงอายุที่มีสภาพร่างกายไม่แข็งแรง เช่น มีโรคประจำตัว ความดันโลหิตสูง โรคไขข้อ ความจำเสื่อมและโรคเรื้อรังอื่นๆ จำเป็นต้องได้รับการรักษาพยาบาล ซึ่งการอยู่รักษาพยาบาลในสถานพยาบาลเป็นเวลานาน อาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อสภาพจิตใจหรืออารมณ์ของผู้สูงอายุได้ ดังนั้นนอกจากบริการด้านการรักษาพยาบาลแล้ว ยังมีบริการอื่นๆ อีก ได้แก่ บริการให้คำปรึกษาแนะนำ เพื่อช่วยให้กระบวนการบำบัดรักษาเป็นไปอย่างราบรื่น ลดภาระการต่อต้านต่างๆ ช่วยให้ผู้สูงอายุมีความเข้มแข็ง ในการต่อสู้กับโรคภัยไข้เจ็บและปัญหาต่างๆ ช่วยประสานและเชื่อมโยงกระบวนการรักษาของแพทย์ให้เกิดผลต่อผู้ป่วยอย่างรวดเร็ว นอกจากนี้

กรณีที่มีความจำเป็นต้องส่งต่อ (Referral) ผู้สูงอายุไปยังสถานบริการอื่นสถานพยาบาลก็จะดำเนินการให้

โดยสรุปการดูแลในสถานพยาบาลประกอบด้วย

- 1) การดูแลเพื่อบำบัดฟื้นฟูร่างกาย
- 2) การดูแลเพื่อให้เกิดความสุขทางใจและรื่นเริง ได้แก่ บริการด้านทัศนศึกษา ด้านนันทนาการและศาสนา
- 3) การดูแลด้านอื่นๆ ที่มีความจำเป็น เช่น บริการสังคมสงเคราะห์ กฎหมายและการติดต่อญาติ

จากการศึกษางานวิจัยของ พรณี จักรวาลวิบูลย์ (2548) เรื่อง ความต้องการและการให้บริการแก่ผู้สูงอายุ : การสำรวจภาคสนามในกรุงเทพมหานคร พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ต้องการสถานพยาบาลที่รักษาอย่างครบวงจร ใกล้บ้านหรือแหล่งชุมชน มีการบริการการดูแลกลางวัน (Day Care) ไปเช้าเย็นกลับได้ มีผู้เชี่ยวชาญเฉพาะการรักษาและดูแลผู้สูงอายุ มีหอพักผู้ป่วยเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุ รวมถึงอยากให้ทางภาครัฐได้เข้ามามีส่วนช่วยเหลือทั้งด้านการเงินและปัจจัยสี่แก่ผู้สูงอายุที่ยากไร้ ขาดผู้ดูแล

3. การดูแลโดยชุมชน (Community Care) แนวคิดการใช้ชุมชนเป็นพื้นฐานในการให้บริการเป็นแนวคิดที่ได้แรงจูงใจ และพัฒนามาจากแนวคิดการลดการพึ่งพิง จากบริการภายนอก โดยแนวคิดนี้ได้พยายามที่จะนำศักยภาพที่โดดเด่นของปัจเจกบุคคลมาเป็นกรอบในการให้บริการ ดังนั้นแนวคิดการใช้ชุมชนเป็นพื้นฐานในการให้บริการ จึงหมายถึงการปฏิบัติงานที่มุ่งเน้นการใช้คุณลักษณะของชุมชนและทรัพยากรในชุมชนเป็นเครื่องมือ เพื่อสร้างจิตสำนึกร่วมกันของประชาชนในการดำเนินงาน เพื่อชุมชนโดยชุมชน ซึ่งมีจุดมุ่งหมาย ดังนี้

- เพื่อสร้างจิตสำนึกพัฒนาศักยภาพของคนในชุมชน
- เพื่อให้เกิดการแก้ปัญหาและพัฒนาบริการต่างๆ โดยชุมชน
- เพื่อระดมความร่วมมือลักษณะการประสานงานระหว่างองค์กรภายนอกชุมชนและบุคลากรภายในชุมชน

การประยุกต์แนวคิดนี้สู่การบริการดูแลผู้สูงอายุ เป็นลักษณะการจัดบริการดูแลเพื่อผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อการสนับสนุนการทำหน้าที่ของครอบครัวให้สามารถดูแลผู้สูงอายุได้ในหลากหลายลักษณะ เป็นความร่วมมือระหว่างผู้สูงอายุ ครอบครัว ชุมชน องค์กรและสถาบันทางสังคมต่างๆ ในการจัดบริการ โดยลักษณะการจัดบริการด้านนี้ มักเริ่มต้นจากกลุ่มผู้นำชุมชนเป็นแกนสำคัญในการวางแผนและดำเนินการให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุภายในชุมชน รวมทั้งทำ

หน้าที่เป็นผู้ประสานงานการดูแลและบริการผู้สูงอายุทั้งในระดับภายในชุมชนหรือระหว่างชุมชน กับองค์กร กลุ่มคนหนุ่มสาวเป็นกำลังสำคัญ ทั้งทางด้านกำลังกาย กำลังความคิดและสติปัญญา ในการให้บริการดูแลแก่ผู้สูงอายุ กลุ่มผู้ที่กำลังจะเข้าสู่วัยสูงอายุ จะเป็นกลุ่มที่มีบทบาทในการ ช่วยกำหนดแนวทาง และสะท้อนความต้องการและปัญหาของผู้สูงอายุในอนาคต สำหรับกลุ่ม ผู้สูงอายุเอง มีประสบการณ์ ความรู้ความชำนาญที่สามารถถ่ายทอด หรือนำมาใช้ให้เกิดประโยชน์ ทั้งต่อตนเอง ต่อผู้สูงอายุอื่นๆ และชุมชนส่วนรวมได้

เป้าหมายหลักทางสังคมของการดูแลโดยชุมชน คือ การให้ผู้สูงอายุยังคงได้อยู่อาศัย ภายในบ้านจนถึงวาระสุดท้าย ภายใต้การมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยมีการให้การดูแลที่เหมาะสมและ สนับสนุนการช่วยเหลือด้านต่างๆ ดังนั้น บริการที่จัดขึ้นโดยชุมชนจึงมีหลายลักษณะ ซึ่งได้แก่

- บริการเพื่อดูแลผู้สูงอายุในเวลากลางวัน เป็นบริการเพื่อตอบสนองความต้องการ ของผู้สูงอายุและครอบครัว โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อช่วยผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านผู้ดูแล ด้านเศรษฐกิจ และด้านสังคม โดยอาจให้ที่อยู่อาศัยชั่วคราว ซึ่งช่วงที่สมาชิกในครอบครัวไม่อาจให้ความดูแลได้ การรับดูแลในเวลากลางวัน เพื่อแบ่งเบาภาระ ความรับผิดชอบของครอบครัว รวมทั้งบริการด้าน การฟื้นฟูและบำบัดรักษาทางกายและทางจิต ลักษณะบริการเช่นนี้ นิยมจัดทำเป็นศูนย์บริการ ใน ต่างประเทศเรียกว่า Daycare Center, Daycare for older persons ในประเทศไทยเป็นบริการที่ จัดขึ้นในศูนย์บริการผู้สูงอายุต่างๆ หรือแทรกอยู่ในสถานสงเคราะห์บางแห่งที่เปิดบริการชนิดนี้ขึ้น

- บริการเพื่อนันทนาการสังสรรค์ เป็นบริการที่จัดขึ้นเพื่อให้ผู้สูงอายุได้พบปะกับ บุคคลในวัยเดียวกัน มีการสังสรรค์และกิจกรรมต่างๆ เป็นสถานที่ที่ผู้สูงอายุอยู่ร่วมกัน เพื่อจัดทำ กิจกรรมบางอย่างตามความต้องการของตน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อตอบสนองผู้สูงอายุในด้าน ต่างๆ เช่น การป้องกัน และผ่อนคลายความเหงา การให้การดูแลด้านโภชนาการที่ถูกต้อง การ ให้บริการด้านการแพทย์และกายภาพบำบัด การให้ความรู้ การจัดกิจกรรมกีฬาทั้งในร่มและ กลางแจ้ง รวมทั้งการรื่นเริงต่างๆ เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพัฒนาการด้านการมีส่วนร่วม กับชุมชน และเรียนรู้การเข้าสมาคมและเรียนรู้บทบาทใหม่ของตน ลักษณะกิจกรรมที่จัดขึ้น ได้แก่ กิจกรรม เกี่ยวกับการสมาคมและนันทนาการ(Social and Recreational Programs) กิจกรรมเกี่ยวกับการ ศึกษาวัฒนธรรม (Educational and Cultural Programs) และกิจกรรมด้านสุขภาพอนามัย และโภชนาการ (Health Service and Nutrition Programs) ลักษณะบริการดังกล่าวนี้ จัดขึ้นใน รูปศูนย์เอนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุ (Multi-Service Center)

- บริการที่จัดโดยผู้สูงอายุ เป็นบริการที่ผู้สูงอายุได้จัดขึ้นเพื่อผู้สูงอายุด้วยกัน โดย ชุมชนมีส่วนร่วมในลักษณะของชุมชนที่เรียกว่า ชุมชนผู้สูงอายุ (Senior Citizen Club) โดยมี

วัตถุประสงค์และแนวคิดร่วมกันในการพัฒนาตนเอง ทั้งในด้านสุขภาพอนามัย โภชนาการ การศึกษา วัฒนธรรม การศึกษาหลักธรรมะในพุทธศาสนาและการพัฒนาสังคม ทั้งนี้โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อประโยชน์แก่ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกของชมรม รวมถึงผู้สูงอายุอื่นๆ ในสังคมโดยส่วนรวมด้วย การจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุเช่นกัน เป็นลักษณะการดูแลที่ชุมชนริเริ่มจัดสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องการการติดต่อสังสรรค์กับบุคคลวัยเดียวกัน

- บริการดูแลเยี่ยมเยียนและช่วยเหลือเป็นบริการที่ชุมชนจัดขึ้น โดยมีเพื่อนบ้านและอาสาสมัครเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ การเยี่ยมเยียนทางบ้าน การจัดหาอาหารและส่งอาหาร การเป็นเพื่อนคุย การอ่านหนังสือให้ผู้สูงอายุฟัง การให้คำปรึกษาต่างๆ รวมทั้งการบริการด้านพาหนะด้วย ลักษณะการบริการเช่นนี้ ได้แก่ การดูแลจากเพื่อนบ้าน (Neighborhood Care) และบริการจากอาสาสมัคร (Voluntary Services)

นอกจากนี้ยังมี รูปแบบพิเศษ เป็นรูปแบบการดูแลที่ไม่สามารถจำแนกได้ว่าเป็นการดูแลในครอบครัวหรือการดูแลในสถาบัน เป็นรูปแบบการดูแลที่เรียกว่า “การดูแลในสถานการณพิเศษ” ในปัจจุบันความรู้ทางวิทยาศาสตร์ทางการแพทย์และเทคโนโลยีวิชาการใหม่ๆ มีความเจริญก้าวหน้าอย่างมาก และได้นำมาใช้ในการยืดชีวิตมนุษย์ให้ยาวนานออกไป เป็นผลให้ผู้สูงอายุมีอายุยืนยาวมากยิ่งขึ้น แต่การมีอายุยืนยาวของผู้สูงอายุ ท่ามกลางความเจ็บป่วยเป็นสิ่งที่ต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยและเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต เป็นกลุ่มที่ต้องให้ความสำคัญและช่วยเหลือในภาวะสุดท้ายอย่างดีที่สุด เพื่อเข้าสู่ภาวะการตายอย่างมีศักดิ์ศรี ดังนั้นการดูแลผู้สูงอายุในภาวะสุดท้ายจึงเป็นเรื่องที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง

การดูแลในระยะสุดท้ายเป็นการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุในระยะสุดท้ายของชีวิต โดยให้ความสำคัญในการควบคุม บรรเทาความเจ็บปวด มากกว่าการรักษาโรค ให้ผู้สูงอายุสามารถเผชิญกับ ความตายได้อย่างมั่นใจ มีศักดิ์ศรี โดยปราศจากความเจ็บปวดและความเศร้าเสียใจ โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อลดความเจ็บปวด ลดความทุกข์ทรมานในระยะสุดท้ายของชีวิต โดยตอบสนองความต้องการทางอารมณ์ สังคม จิตใจ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความสุขท่ามกลางญาติมิตร และสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม

รูปแบบบริการดูแลผู้สูงอายุระยะสุดท้าย ประกอบด้วย

1. การดูแลผู้ป่วยใน (In-Patient Unit) เป็นการดูแลและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยสูงอายุระยะสุดท้ายภายในโรงพยาบาล โดยจะเป็นการบรรเทาอาการเจ็บป่วยมากกว่า การ

รักษาพยาบาลและการบริการนี้จะให้การดูแลในระยะสั้นๆ เพราะผู้ป่วยสูงอายุส่วนใหญ่ มีชีวิตอีกไม่นาน เนื่องจากมีอาการ บาดเจ็บเรื้อรังและรุนแรง และอยู่ในวัยสุดท้ายของชีวิต

2. การบริการที่บ้าน (Home Care Services) เป็นบริการที่ให้บริการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ และครอบครัวเพื่อสนับสนุนให้ผู้สูงอายุและครอบครัวสามารถอยู่ร่วมกันได้อย่างมีความสุข โดยเป็นการทำงานร่วมกันของวิชาชีพ คือ แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์และวิชาชีพอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

3. การควบคุมการเจ็บป่วยด้วยทีมสุขภาพ (Symptom Control Team) เป็นทีมที่มีแพทย์เป็นผู้ควบคุมดูแลรับผิดชอบผู้ป่วย ทั้งภายในโรงพยาบาลและภายในชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุได้ตายอย่างสมศักดิ์ศรี

4. บริการให้คำปรึกษาและแนะนำแก่ครอบครัวของผู้ป่วยสูงอายุ ซึ่งบางครั้งครอบครัวอยู่ในอาการตกใจ และไม่สามารถปรับตัว รับกับการเปลี่ยนแปลงครั้งยิ่งใหญ่ที่จะเกิดขึ้น นักสังคมสงเคราะห์และนักจิตวิทยาจะเป็นผู้ทำหน้าที่นี้ ซึ่งกรณีที่ภาวะ การเจ็บป่วยไม่สามารถรักษาให้หายได้บริการด้านนี้จะครอบคลุมการให้คำแนะนำในภาวะใกล้ตายของผู้ป่วยสูงอายุด้วย

การที่จะให้บริการดูแลผู้ป่วยสูงอายุในระยะสุดท้ายเป็นไปอย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพนั้น บุคลากรที่ให้บริการต้องประกอบด้วยนักวิชาชีพหลายกลุ่มที่จะทำการให้บริการบรรลุผล นอกจากนี้บุคลากรที่ทำงานให้บริการยังต้องใช้ทักษะความชำนาญเฉพาะด้านมากขึ้น รวมทั้งการประยุกต์แนวคิดในการทำงานเชิงสหวิทยาการ เพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุได้รับบริการที่เหมาะสมอย่างแท้จริง

บรรลุ ศิริพานิช และคณะ (2549, น. 51-52) ได้กล่าวถึงระดับของการดูแลผู้ป่วยสูงอายุไว้ว่าสามารถแบ่งได้เป็นสองระดับ คือ

1. ระดับปัจเจกชน ผู้ที่มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ ได้แก่ สมาชิกในครอบครัว เครือญาติ เพื่อนบ้านและคนในชุมชน และการดูแลผู้ป่วยสูงอายุในความรับผิดชอบขององค์กรภาครัฐ (Governmental Organization) องค์กรอิสระ (Non-governmental Organization) และองค์กรเอกชน (Private Sector) การให้การดูแลเป็นไปตามเงื่อนไขที่กำหนด การดูแลโดยองค์กรภาครัฐ ผู้สูงอายุจะได้รับบริการในรูปแบบการสงเคราะห์หรือเสียค่าบริการบางส่วน การดูแลจากองค์กรอิสระ มักจะไม่เสียค่าบริการเพราะอยู่ในรูปของการกุศล สำหรับการดูแลผู้ป่วยสูงอายุขององค์กรเอกชนจะดำเนินการในรูปธุรกิจแสวงหากำไร เช่น พนักงานเอกชนที่จัดหาบริการดูแลผู้ป่วยสูงอายุให้กับครอบครัวที่ต้องการผู้ดูแลไปดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่ครอบครัวของตนเอง เป็นต้น

2. ระดับมหภาค การดูแลผู้สูงอายุจะอยู่ในรูปของการกำหนดนโยบายแผนงาน มาตรการ ระเบียบกฎเกณฑ์ และกฎหมายที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุ ซึ่งรัฐบาลเป็นผู้กำหนด เช่น สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

2.5 สภาพปัญหาการดูแลในครอบครัว

ปัญหาการดูแลผู้ป่วยสูงอายุในครอบครัวจากการศึกษาของศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2547, น. 62-67) สามารถแบ่งได้เป็นสองลักษณะ คือ ปัญหาในการดูแล และปัญหาที่มีต่อผู้ดูแล ซึ่งพบว่าปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุเป็นปัญหาที่เกี่ยวกับการจัดการกับปัญหาต่างๆ ในการดูแล และปัญหาของผู้ดูแลโดยตรง ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้

ปัญหาในการดูแล

1. ผู้ดูแลขาดความรู้เรื่องโรคและการดูแล ผู้ดูแลส่วนใหญ่ขาดความรู้เรื่องโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่และมีความต้องการเรียนรู้เรื่องโรคแนวทางในการดูแลและรักษาที่ถูกต้อง
2. ปัญหาทางด้านพฤติกรรม พบว่าอาการกระวนกระวายไม่อยู่นิ่ง (Agitation) ของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับภาวะความเครียดในการดูแลมากที่สุด
3. ระดับความช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วย (Activity of Daily Living หรือ ADL) พบว่าผู้ป่วยมีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองน้อยเท่าไร ยิ่งต้องการเวลาในการดูแลมากยิ่งขึ้น ทำให้ผู้ดูแลมีความเครียดมากยิ่งขึ้น
4. ระดับความเจ็บป่วย (Level of Illness) พบว่ามีความสัมพันธ์กับ ADL ของผู้ป่วย และภาวะเครียดในผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด กล่าวคือในผู้ป่วยที่มีภาวะความเจ็บป่วยมากขึ้น ยิ่งต้องการการดูแลช่วยเหลือมากขึ้นทำให้ผู้ดูแลมีภาวะเครียดยิ่งขึ้น
5. ความเชื่อและทัศนคติ (Belief and Attitude) ผู้ดูแลมักจะเชื่อว่าอาการสมองเสื่อม นั้น เป็นผลมาจากกรรมเก่าของผู้ป่วยและผู้ดูแลก็คิดว่าเป็นกรรมเก่าของตนเองเช่นกันที่จะต้องดูแลผู้ป่วย หรือผู้ดูแลบางคนก็คิดว่าเป็นหน้าที่ที่จะต้องกระทำ ในขณะที่เดียวกันเพื่อนบ้านและชุมชนก็คิดว่าเป็นหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัวที่จะต้องให้การดูแลผู้ป่วยเอง จึงมีการหยิบยื่นความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยและญาติค่อนข้างน้อย
6. ภาวะขาดแคลนผู้ดูแล จากภาวะปัจจุบันที่ทั้งผู้หญิงและผู้ชายต้องออกไปทำงาน นอกบ้านและขนาดของครอบครัวมีจำนวนลดลงจากการคุมกำเนิดที่ได้ส่งผลทำให้เกิดภาวะขาดแคลนผู้ดูแล รวมทั้งคนทำงานบ้านที่สามารถดูแลผู้ป่วยด้วยได้ยากและการจ้างเจ้าหน้าที่ช่วยการ

ดูแลจากศูนย์ต่างๆ ต้องเสียค่าใช้จ่ายที่ค่อนข้างสูง ซึ่งปัญหานี้คาดว่าจะรุนแรงมากยิ่งขึ้นในอนาคต

7. ปัญหาทางการเงิน หากผู้ป่วยต้องการการดูแลที่ต้องใช้ระยะเวลานานๆ ในแต่ละวันและเป็นการป่วยแบบเรื้อรังแล้วจะทำให้ค่าใช้จ่ายในการดูแลและรักษาสูงตามไปด้วย ซึ่งส่วนใหญ่ญาติต้องรับภาระนี้ด้วยตนเองและญาติอาจต้องออกจากงาน เพื่อมาดูแลผู้ป่วยทำให้ขาดรายได้ก่อให้เกิดปัญหาทางการเงินได้

ปัญหาที่มีต่อผู้ดูแล

โดยทั่วไปผู้ดูแลผู้สูงอายุจะมีปัญหาที่คล้ายคลึงกัน ได้แก่ ปัญหาด้านร่างกาย อาการปวดหลัง ปวดต้นคอ ด้านจิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ เช่น นอนไม่หลับ การขาดอิสระต้องพึ่งผู้อื่น ด้านเศรษฐกิจ ขาดความรู้ ประสบการณ์และเวลา นอกจากนี้การเอาใจใส่ดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาและความต้องการแตกต่างกันตามวัยและปัจเจกบุคคลอาจก่อให้เกิดความเครียดต่อผู้ดูแลอีกด้วย

ผลกระทบจากการเป็นผู้ดูแลนั้นส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในผลกระทบด้านลบมากกว่าด้านบวกโดยผลกระทบที่ชัดเจน มี 3 ด้าน ได้แก่ ด้านจิตใจ ด้านร่างกายและด้านสังคม เศรษฐกิจ โดยมีรายละเอียดดังนี้ (วิไลวรรณ ทองเจริญ และคณะ, อ้างถึงใน ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2547, น. 64-67)

1. ผลกระทบทางด้านจิตใจภาวะเครียดและความรู้สึกทางอารมณ์ของผู้ดูแล (Physiological Problem)

- อารมณ์เศร้า (Sad) เป็นอารมณ์ที่เกิดขึ้นเมื่อเกิดความสูญเสียของที่ตนรักไป ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกสูญเสียญาติของตนไปทั้งๆ ที่ยังมีชีวิตอยู่เนื่องจากผู้ป่วยจำผู้ดูแลไม่ได้ ไม่สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้ด้วยตนเอง มีบุคลิกลักษณะเปลี่ยนไปทำให้เกิดอารมณ์เศร้า เบื่อหน่าย รู้สึกไม่มีแรง ท้อแท้ ไม่มีกำลังใจ

- ความรู้สึกผิด (Guilt) บางครั้งผู้ดูแลอาจโกรธ ทะเลาะกับผู้ป่วย เนื่องจากไม่ให้ความร่วมมือ ในการดูแลหรือทำกิจกรรมต่างๆ และมักจะรู้สึกผิดจากการกระทำของตนเองในภายหลัง

- ความโกรธ (Anger) ผู้ดูแลอาจโกรธผู้ป่วย โกรธตัวเอง โกรธเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ พยาบาล หรือโกรธสถานพยาบาลที่ไม่สามารถรักษาผู้ป่วยให้ดีขึ้น

- ความรู้สึกอับอาย (Embarrassment) ผู้ป่วยสมองเสื่อมนอกจากมีปัญหาด้านความจำแล้วยังมีปัญหาทางด้านพฤติกรรม บางครั้งผู้ป่วยอาจแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมในที่สาธารณะทำให้ผู้ดูแลเกิดความอับอายได้

- ความรู้สึกโดดเดี่ยว (Lonely) ด้วยภาระที่ต้องดูแลผู้ป่วยเกือบตลอด 24 ชั่วโมง ทำให้ผู้ดูแลไม่มีโอกาสไปพบเพื่อนฝูง การพูดคุยกับเพื่อนทางโทรศัพท์อาจไม่สะดวก เหมือนถูกตัดขาดจากสังคมทำให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกโดดเดี่ยวอยู่เสมอ

2. ผลกระทบทางด้านร่างกาย (Physiological Problem) ผู้ดูแลส่วนใหญ่มักจะทำหน้าที่เพียงคนเดียวมิได้มีการสับเปลี่ยน ทำให้เกิดความอ่อนเพลียไม่มีแรง และบางครั้งพักผ่อนไม่เพียงพอ อาจทำให้เจ็บป่วยได้ อีกทั้งส่วนใหญ่ผู้ดูแลมีเป็นเพศหญิงซึ่งเมื่อต้องออกแรงเกินกำลังในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยที่มีร่างกายใหญ่โตอาจทำให้เกิดอาการปวดเมื่อยตามร่างกายได้ โดยลักษณะปัญหา เช่น ปวดหลัง ปวดคอ เมื่อตามตัว อ่อนเพลียไม่มีแรงเนื่องจากพักผ่อนไม่เพียงพอ มีปัญหาด้านสุขภาพเพิ่มเกิดโรคแทรก โหมเหนื่อยหุดง่าย เป็นต้น

3. ผลกระทบทางด้านสังคมเศรษฐกิจ (Socio- Economic Problem)

- การเปลี่ยนแปลงทางด้านรูปแบบการทำงาน มีผู้ดูแลหลายรายที่ต้องปรับลักษณะการทำงานของตนเองให้เข้ากับภาระในการดูแลผู้ป่วย เช่น อาจเปลี่ยนจากการทำงานเต็มเวลา เป็นทำงานบางเวลาหรือบางรายอาจต้องเสียสละลาออกจากงานเพื่อดูแลผู้ป่วยเต็มเวลา

- รายได้ลดลง ถ้าผู้ดูแลมีการปรับลักษณะการทำงานหรือต้องลาออกจากงาน เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยแล้วย่อมมีการสูญเสียรายได้และบางรายอาจมีหนี้สินเพิ่มขึ้น

- ความขัดแย้งภายในครอบครัว การดูแลผู้ป่วยที่บ้านหากปราศจากการบริหารจัดการที่ดีแล้ว จะนำมาซึ่งปัญหาความสัมพันธ์ภายในครอบครัว อาจมีการผลัดภาระการดูแลและค่าใช้จ่ายระหว่างสมาชิกในครอบครัวได้ หรือในรายที่ผู้ดูแลมีครอบครัวเป็นของตนเองแล้วอาจเกิดปัญหาที่ไม่มีเวลาให้ครอบครัวได้

- รายได้ไม่เพียงพอ บางครอบครัวรายได้ไม่เพียงพอต่อค่าใช้จ่ายและมีผู้สูงอายุเพียงบางส่วนเท่านั้นที่ได้รับสวัสดิการด้านเงินสงเคราะห์สำหรับผู้สูงอายุและเงินที่ได้รับก็เป็นเพียงจำนวนน้อย ในขณะที่ครอบครัวมีภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น

จากสภาพปัญหาต่างๆ ดังกล่าวทำให้เห็นว่าการดูแลผู้ป่วยสูงอายุในครอบครัวเป็นภาระที่หนักสำหรับครอบครัว ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของสมาชิกในครอบครัว และมีปัจจัยหลายด้านที่เข้ามามีผลกับการให้การดูแล ทั้งด้านร่างกายจิตใจ เศรษฐกิจ และสังคม

ปัจจุบันจะเห็นว่าสังคมมีการตื่นตัวในเรื่องการดูแลผู้สูงอายุมากขึ้นตามสัดส่วนการเพิ่มของประชากรผู้สูงอายุ ทำให้เกิดรูปแบบการดูแลในรูปแบบใหม่ๆ ขึ้น แต่ในการศึกษครั้งนี้มุ่งเน้นเรื่องการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่บ้าน หรือการดูแลในครอบครัว (Home Care) เพราะเป็นรูปแบบที่เป็นรูปแบบพื้นฐานมาจากค่านิยมและวัฒนธรรมที่ฝังามของคนไทยในเรื่องการเกื้อกูล

เชื้ออาหาร และความกตัญญูต่อบิดามารดาหรือผู้มีพระคุณ การดูแลผู้ใหญ่ในบ้านจึงมีมาแต่ดั้งแต่เดิมแล้ว เนื่องด้วยสภาพสังคมเศรษฐกิจมีการเปลี่ยนแปลง รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวก็เปลี่ยนแปลงตามไปด้วยจึงต้องมีการศึกษาข้อมูลที่เป็นปัจจุบันเพื่อเป็นประโยชน์ในการจัดบริการทางสังคมที่ทันต่อสถานการณ์

2.6 เครือข่ายทางสังคมของผู้สูงอายุ

เครือข่ายทางสังคมของการดูแลผู้สูงอายุ คือ การที่สมาชิกของสังคมให้การดูแลผู้สูงอายุผ่านเครือข่ายผู้สูงอายุที่มีอยู่ ผู้สูงอายุจะได้รับการดูแลหรือเข้าถึงการดูแลมากน้อยเพียงใด ส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับเครือข่ายทางสังคม เครือข่ายทางสังคมของผู้สูงอายุมีลักษณะที่หลากหลาย โดยอาจจำแนกได้หลายลักษณะ เช่น จำแนกตามขนาดของเครือข่าย แบ่งเป็นเครือข่ายรวม (Total Network) และ เครือข่ายย่อย (Partial Network) หรือจำแนกตามลักษณะความสัมพันธ์ที่มีต่อกัน แบ่งเป็นเครือข่ายตรง (Direct Network) และเครือข่ายอ้อม (Indirect Network) อย่างไรก็ตาม โดยภาพรวมแล้วการดูแลผู้สูงอายุจะมีเครือข่ายข่ายทางสังคมที่สำคัญอยู่ 2 ระดับ คือ ระดับครอบครัวและระดับชุมชน (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2541, น. 10)

1. เครือข่ายทางสังคมระดับครอบครัว ปัจจุบันระบบสวัสดิการสังคมในไทยยังไม่ครอบคลุมถึงประชากรวัยสูงอายุอย่างสมบูรณ์ และองค์กรในท้องถิ่นยังไม่มีความเข้มแข็งมากพอที่จะให้การดูแลผู้สูงอายุอย่างทั่วถึง ครอบครัวจึงเป็นเครือข่ายสำคัญที่สุดที่มีบทบาทในการเกื้อหนุนผู้สูงอายุทุกรูปแบบ การสนับสนุนที่เครือข่ายครอบครัวให้แก่ผู้สูงอายุ ทำให้การดำเนินชีวิตด้านต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นด้านเศรษฐกิจ หรือการแก้ไขปัญหาต่างๆ ของผู้สูงอายุให้ดีขึ้น

ผู้สูงอายุจะได้รับการดูแลจากครอบครัวหรือไม่เพียงใดขึ้นอยู่กับองค์ประกอบ 3 ประการ คือ การมีญาติ (Availability) ตำแหน่งที่อยู่อาศัยหรือความใกล้เคียงกับครอบครัว (Location) และรูปแบบการติดต่อสัมพันธ์ (Pattern of Contact) หรือกล่าวอีกนัยหนึ่ง คือ ผู้สูงอายุมีญาติหรือไม่ อยู่ใกล้เคียงเพียงใดและมีการติดต่อกับญาติอย่างไร ได้รับการดูแลหรือไม่

ในกรณีของสังคมไทย การให้การดูแลผู้สูงอายุโดยครอบครัวและเครือข่ายยังคงเป็นบรรทัดฐานที่ยึดถือปฏิบัติกันอย่างสูง ถึงแม้ในบางกรณีจะไม่ได้อยู่ด้วยกัน แต่บุตรหลานหรือญาติพี่น้องที่อาศัยอยู่ใกล้กันก็ยังคงให้การดูแลผู้สูงอายุในรูปของการให้การเกื้อหนุนทางด้านเสื้อผ้า อาหาร วัตถุสิ่งของ และการติดต่อเยี่ยมบ้าน ในกรณีที่พำนักอยู่ไกลกัน บุตรก็ยังคงให้การดูแลผู้สูงอายุทางเศรษฐกิจโดยการส่งเงินให้ หรือมีการมาเยี่ยมเยียนและติดต่อกับผู้สูงอายุในระดับสูง ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าระยะทางไม่ได้เป็นอุปสรรคต่อความห่วงใยและความอาทรที่สมาชิก

ในครอบครัวและเครือญาติมีให้กับผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตามมีผู้ตั้งข้อสังเกตว่า ความบ่อยครั้งของการเยี่ยมเยียนระหว่างผู้สูงอายุกับบุตรหลานหรือญาติพี่น้องอาจไม่ได้แสดงถึงระดับของความสัมพันธ์ ทั้งนี้ เพราะไม่มีข้อมูลเชิงคุณภาพที่บ่งชี้ว่าการเยี่ยมเยียนนั้นเป็นไปอย่างอบอุ่นหรือเป็นทางการ

2. เครือข่ายทางสังคมระดับชุมชน ในปัจจุบันเครือข่ายทางสังคมระดับชุมชน จะมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุมากขึ้น เพราะเครือข่ายทางสังคมระดับครอบครัวและเครือญาติมีข้อจำกัดมากขึ้น แนวคิดการใช้ชุมชนเป็นพื้นฐานหลัก (Community-based Approach) จึงเริ่มเข้ามามีบทบาทมากขึ้น ทั้งนี้เพราะชุมชนจะเป็นพลังสนับสนุนและเป็นฐานรองรับการพึ่งตนเองของประชาชน รวมทั้งจะช่วยให้เกิดการลดการพึ่งพิงบริการของรัฐ โดยเจ้าหน้าที่ของรัฐที่เป็นผู้ให้บริการต้องเปลี่ยนบทบาทเป็น พี่เลี้ยง และให้การสนับสนุนด้านบุคลากรและทรัพยากรบางอย่าง เครือข่ายระดับชุมชน เช่น เพื่อนบ้าน, ผู้นำชุมชน, วัด, กลุ่มและสมาคมในชุมชน, กลุ่มและสมาคมในชุมชน, องค์การบริหารส่วนตำบล เป็นต้น

สรุปได้ว่าเครือข่ายทางสังคมของการดูแลผู้สูงอายุมีสองระดับ คือ ระดับครอบครัว ได้แก่ สมาชิกในครอบครัวและเครือญาติ และระดับชุมชน ได้แก่ เพื่อนบ้าน, ผู้นำชุมชน, วัด, กลุ่มและสมาคมในชุมชน, กลุ่มและสมาคมในชุมชน, องค์การบริหารส่วนตำบล ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เน้นเรื่องเครือข่ายระดับครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ

3. แนวคิดบทบาทครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ

ครอบครัวเป็นสถาบันที่สำคัญที่มีบทบาทหน้าที่ในการให้การดูแลสมาชิกในครอบครัว เป็นแหล่งที่ให้ความรัก ความคุ้มครอง และความมั่นคงทางจิตใจแก่สมาชิกครอบครัว อ้างถึงทฤษฎีบทบาท (Role Theory) ทฤษฎีนี้มองถึงบทบาทของบุคคลที่เปลี่ยนแปลงไป จากเดิมพ่อแม่ซึ่งเคยเป็นผู้ดูแลเมื่อตอนที่ลูกยังเป็นเด็ก เมื่อพ่อแม่อายุมากขึ้นเป็นผู้สูงอายุแล้วสถานะก็มีการสลับกัน ลูกเมื่อโตเป็นผู้ใหญ่ก็กลายเป็นผู้ดูแลพ่อแม่สูงอายุต่อไป บทบาทที่สลับกันนี้เองอาจทำให้การรับรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุนั้นไม่ได้ตระหนักถึงสภาวะทางร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุซึ่งบางครั้งต้องการการดูแลเอาใจใส่เป็นพิเศษจนอาจก่อให้เกิดความเครียดเพิ่มขึ้น และสอดคล้องกับทฤษฎีการหน้าที่ซึ่งให้ความสำคัญที่โครงสร้างของสังคมที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ มนุษย์ทุกคนมีบทบาทหน้าที่ในสังคมและมีหน้าที่ที่แน่นอน หน้าที่ของแต่ละบุคคลจะถูกกำหนดไว้ควบคู่กับบทบาท และสถานภาพทางสังคม เช่น สถานภาพการเป็นบิดา มารดา ก็หมายความว่าบุคคลนั้นจะมีหน้าที่ที่แน่นอนในการเป็นหัวหน้าครอบครัว ต้องดูแลหาเลี้ยงครอบครัว ดูแลอบรมสั่งสอน

บุตรให้ความรักความเอาใจใส่แก่บุตรตามสมควร บุคคลที่มีสถานภาพเป็นบุตรก็ต้องเคารพ ทัศนคติต่อบิดามารดา ดูแลบิดามารดาเมื่อยามเจ็บป่วยหรือแก่เฒ่า เป็นต้น โดยทฤษฎีนี้มีหลักสำคัญอยู่ที่ว่า มนุษย์ทุกคนมีบทบาทหน้าที่ตามสถานภาพของตนเองตามโครงสร้างทางสังคม หากมิได้กระทำหน้าที่ตามบทบาทหรือสถานภาพก็จะก่อให้เกิดปัญหาทางสังคม เช่น บุตรต้องเคารพทัศนคติต่อบิดามารดา ให้การดูแลเมื่อยามท่านเจ็บป่วยหรือแก่เฒ่าหรือเมื่อไม่สามารถดูแลตัวเองได้

จากการศึกษางานการวิจัยหลายเรื่องพบว่าผู้ที่รับบทบาทการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว ส่วนใหญ่มักจะเป็นสมาชิกในครอบครัวที่เกี่ยวข้องกันทางสายเลือดกับผู้สูงอายุ เป็นบุตร และอยู่ในวัยกลางคนด้วยเหตุผลที่ต้องทดแทนบุญคุณและความกตัญญูต่เวที โดยมีหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุในการดำเนินชีวิตประจำวันทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และเศรษฐกิจ ผู้รับบทบาทการดูแลรองลงมาก็จะเป็น บิดามารดา สามีภรรยา พี่น้องหรือญาติ เป็นต้น (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2547) ดังนั้นบทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ สามารถแบ่งออกได้ 4 บทบาท ดังนี้

3.1 บทบาทการดูแลทางด้านร่างกาย

เป็นการดูแลการดำรงชีวิตประจำวันทั่วไป เช่น การจัดหาและดูแลเรื่องอาหารการกิน การจัดที่อยู่อาศัยให้อยู่อย่างเหมาะสม การจัดหาและดูแลเครื่องนุ่งห่ม เครื่องใช้ ตลอดจนดูแลด้านอนามัยส่วนบุคคล การดูแลเมื่อเจ็บป่วย การอำนวยความสะดวกเรื่องพาหนะเดินทางและช่วยเหลือด้านแรงงาน อาจกล่าวได้ว่าเป็นการดูแลเพื่อให้ผู้สูงอายุบรรลุถึงปัจจัยพื้นฐานของการดำรงชีวิต การดูแลที่สำคัญและมีความหมายสำหรับผู้สูงอายุ คือ การมีบทบาทดูแลด้านการพยาบาลเมื่อยามเจ็บป่วย โดยทั่วไป ครอบครัวมีบทบาทและหน้าที่ดูแลเอาใจใส่ผู้สูงอายุในยามเจ็บป่วยหรือจำเป็นต้องติดตามรักษาต่อเนื่อง โดยพาไปพบแพทย์และรับภาระค่ารักษาพยาบาล

การดูแลเรื่องอาหารเป็นบทบาทที่ครอบครัวให้ความสำคัญเป็นอันดับรองลงมาจาก การดูแลเมื่อยามเจ็บป่วย ครอบครัวได้ให้การจัดการดูแลด้านนี้แก่พ่อแม่ตามลำดับ โดยทั่วไป บทบาทครอบครัวในด้านอาหารนี้ เป็นบทบาทของการจัดการดูแลภายในครอบครัวสำหรับสมาชิกทุกคนและมีได้ให้ความสำคัญสำหรับผู้สูงอายุเท่านั้น อย่างไรก็ตามในกรณีที่ผู้สูงอายุอยู่ในสภาวะพึ่งพิงหรือมีโรคเฉพาะและต้องการการจัดการด้านอาหารเป็นกรณีพิเศษ เช่น การให้อาหารทางสายยาง การควบคุมอาหารเพื่อโรคเบาหวาน ความต้องการอาหารที่มีปริมาณเกลือต่ำในผู้ที่มีโรคไตวายเรื้อรังหรือโรคหัวใจล้มเหลวหรือความต้องการวิตามินหรืออาหารเสริม เป็นต้น ครอบครัวจะให้การถือฤกษ์เป็นเฉพาะและแยกชัดเจนจากการดูแลเรื่องอาหารสำหรับสมาชิกอื่นๆ ในครอบครัว

บทบาทการจัดการเรื่องที่อยู่อาศัยให้เหมาะสมนั้นมีน้อยมาก ส่วนใหญ่ถูกมองว่าเป็นเรื่องปกติที่เกิดขึ้นในแต่ละครอบครัว แต่แท้ที่จริงแล้วการจัดการที่อยู่อาศัยให้เหมาะสมถือว่าเป็นการตระหนักต่อการเลี้ยงดูอย่างมีคุณภาพของครอบครัว เช่น การจัดห้องนอน ห้องน้ำ อุปกรณ์ในการป้องกันการลื่นล้มในห้องน้ำและพื้นที่บ้าน สำหรับบทบาทในการจัดหาเครื่องนุ่งห่มและเครื่องใช้อื่นๆ นั้น บุตรหลานจัดหาให้เป็นครั้งคราว โดยบุตรหลานนิยมซื้อให้เพียงปีละ 1-2 ครั้ง เฉพาะโอกาสวันสำคัญ เช่นวันสงกรานต์หรือวันขึ้นปีใหม่

3.2 บทบาท การดูแลทางด้านจิตใจ

3.2.1 การดูแลที่ตอบสนองของความต้องการความมั่นคงและปลอดภัย เป็นบทบาทที่มุ่งสร้างความรู้สึกอบอุ่นให้แก่ผู้สูงอายุในที่อยู่อาศัยและการดำเนินชีวิตประจำวัน ทั้งนี้ เนื่องจากปัจจุบันบุคคลวัยหนุ่มสาวและผู้ที่อยู่ในวัยทำงานต่างออกไปทำงานนอกบ้านในช่วงเวลากลางวัน จึงเป็นช่วงระยะเวลาที่ผู้สูงอายุต้องอยู่ลำพัง ประกอบกับภาวะความซุกซมของอาชญากรรม เช่น การทำร้าย ปล้นและแย่งชิงทรัพย์สินของประชาชนมีเพิ่มขึ้น และภาวะดังกล่าวจึงสร้างปัญหาความหวาดกลัวให้กับผู้สูงอายุที่อยู่เพียงลำพังมาก ปัญหาเหล่านี้มักเกิดกับผู้สูงอายุที่อยู่ในสังคมอุตสาหกรรมมากกว่าเกษตรกรรมและเป็นผู้สูงอายุที่ยังพึ่งตนเองได้ ผู้ดูแลจึงเป็นเพียงบุตรหรือหลานที่ทำหน้าที่ดูแลบางเวลา ลักษณะการอยู่อาศัยร่วมกันมากกว่าผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพิงผู้อื่นตลอดเวลา ปัญหานี้ ผู้ดูแลแก้ไขด้วยการฝากเพื่อนบ้านหรือในบางแห่งชุมชนมีการจัดตั้งเวรยามช่วยกันดูแลอีกทางหนึ่ง ในส่วนของผู้สูงอายุจำนวนไม่น้อยที่เกิดความว้าวุ่น ได้ช่วยเหลือตนเองด้วยการพยายามสร้างความเข้มแข็งขึ้นภายในจิตใจ เช่น นั่งสมาธิและถือศีล รวมทั้งพึ่งพากันเองในกลุ่มผู้สูงอายุด้วยกัน ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่า การตอบสนองความมั่นคงและปลอดภัยให้ผู้สูงอายุนั้น ผู้ดูแลมีบทบาทด้านนี้น้อยที่สุด

3.2.2 การดูแลที่ตอบสนองของความต้องการ การได้รับการยกย่อง เห็นความสำคัญ เป็นความต้องการที่มีรากฐานมาจากความสูญเสียต่างๆ ที่เกิดจากวัยสูงอายุ ผู้สูงอายุมีความรู้สึกที่อ่อนไหว และน้อยใจง่าย เกิดความรู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า ดังนั้นการได้รับการตอบสนองโดยการยอมรับนับถือจึงเป็นสิ่งเกื้อหนุนต่อสภาวะทางด้านอารมณ์ของผู้สูงอายุอย่างมาก พฤติกรรมที่แสดงออกเป็นรูปธรรมได้แก่ การให้ความเคารพ ให้เกียรติ ให้กำลังใจ ให้ความยกย่อง เพื่อก่อให้เกิดความมั่นคงในอารมณ์และเกิดความภาคภูมิใจ ซึ่งบทบาทนี้ผู้ดูแลได้ทำหน้าที่พูดคุยแสดงความใกล้ชิด แสดงความสำคัญในการตัดสินใจ

3.3 บทบาทการดูแลทางด้านสังคม

เป็นบทบาทที่ต้องการให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัวและสังคม ภายนอก ตลอดจนการดูแลให้ได้รับข่าวสารเพื่อรับรู้ความเป็นไปของสังคมที่เป็นอยู่ การสนับสนุนให้ได้ทำงานอดิเรกตามสมควร การสนับสนุนให้มีส่วนเข้าร่วมในกิจกรรมทางศาสนา และดูแลให้ได้รับความบันเทิงต่างๆ ตามควรแก่วัยของผู้สูงอายุ บทบาทของผู้ดูแลเป็นลักษณะของการเกื้อกูล และสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้พบญาติและเพื่อนฝูง เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมเพื่อสังคม รวมทั้งการได้รับรู้ข่าวสารเพื่อรับทราบความเป็นไปในสังคมและเป็นการพัฒนาตนเองให้ทันสมัยเสมอ บทบาทด้านสังคมที่ชัดเจนเป็นการสนับสนุนให้ร่วมกิจกรรมทางศาสนา มากกว่าด้านอื่นๆ โดยครอบครัวมีบทบาทส่งเสริมให้ผู้สูงอายุ ได้ปฏิบัติกิจทางศาสนา เช่นการไปวัด การตักบาตร การไปโบสถ์ การไปมัสยิด รวมทั้งร่วมกิจกรรมทางศาสนาอื่นๆ

3.4 บทบาทการดูแลทางด้านเศรษฐกิจ

การช่วยเหลือด้านการเงิน ค่าใช้จ่ายส่วนตัวของผู้สูงอายุ การช่วยจัดหาอาชีพที่เหมาะสม ตลอดจน ช่วยควบคุมดูแลธุรกิจทรัพย์สินและผลประโยชน์ของผู้สูงอายุ ลักษณะการปฏิบัติตามบทบาทนี้ ได้แก่ การมอบเงินให้แก่ผู้สูงอายุ โดยส่วนใหญ่บุตรจะเป็นผู้ทำหน้าที่นี้

ในส่วนของ เจียมจิต แสงสุวรรณ (2542) ได้กล่าวถึงบทบาทและหน้าที่ของผู้ดูแล โดยมุ่งเน้นเรื่องการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่บ้านว่า การดูแลผู้ป่วยสูงอายุเป็นบทบาทหน้าที่ที่สำคัญในการที่จะปกป้องและค้ำจุนให้ผู้สูงอายุสามารถมีชีวิตอยู่ได้และที่สำคัญคือต้องอยู่ได้อย่างมีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยผู้ดูแลมีบทบาทหน้าที่ดังนี้

1. **บทบาทการให้การดูแล** ซึ่งได้แก่การดูแลผู้ป่วยสูงอายุให้ได้รับความสุขสบาย ซึ่งผู้ดูแลต้องมีหน้าที่ในการดูแลสิ่งแวดล้อม เช่น จัดข้าวของเครื่องใช้ให้เป็นระเบียบเรียบร้อย สะอาด ปลอดภัย รวมทั้งดูแลตัวผู้ป่วยสูงอายุให้ได้รับความสุขสบายทั้งทางกาย จิต และอารมณ์

2. **บทบาทการให้การช่วยเหลือ** ได้แก่ การช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่างๆ เมื่อผู้ป่วยสูงอายุทำไม่ได้ เช่น การป้อนอาหาร การช่วยอุ้ม ยก พยุง เคลื่อนย้าย การทำความสะอาดร่างกาย และการสวมใส่เสื้อผ้า เป็นต้น

3. **บทบาทการให้การประคับประคอง** เช่น การประคับประคองทางด้านร่างกาย ได้แก่ การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับประทานอาหารและน้ำ การสวมใส่เสื้อผ้าที่เหมาะสมตามฤดูกาล

เป็นต้น ส่วนการประทับประคองทางด้านจิตใจ เช่น การปลอบโยน ให้กำลังใจ ให้ความรักเมตตา ความเข้าใจ เห็นค่าของผู้สูงอายุ เป็นต้น

4. บทบาทให้การสนับสนุน เช่น สนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้ป่วยสูงอายุสามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้ด้วยตนเองตามความสามารถที่มีอยู่ ให้คำชมเชย ยกย่อง เมื่อผู้ป่วยสูงอายุทำกิจกรรมได้ หรือทำในสิ่งที่ดีและถูกต้อง จัดสิ่งแวดล้อมและอุปกรณ์ต่างๆ ที่เอื้อประโยชน์ให้ผู้สูงอายุทำกิจกรรมต่างๆ ได้ด้วยความสะดวกสบายและปลอดภัย

5. บทบาทเป็นผู้ประสานงานและเชื่อมโยงระหว่างบุตรหลานญาติมิตรและ บริการทางสังคมกับผู้ป่วยสูงอายุ รายงานกิจกรรมที่ทำ และสิ่งที่คุณสูงอายุเป็นอยู่ให้กับบุตรหลาน หรือผู้ที่รับผิดชอบผู้ป่วยสูงอายุอย่างถูกต้องครบถ้วน และเมื่อผู้ป่วยสูงอายุมีปัญหาสามารถติดต่อแจ้งข่าวไปยังบุตรหลานหรือผู้รับผิดชอบเพื่อขอความช่วยเหลือได้ ตลอดจนการประสานระหว่างผู้ป่วยสูงอายุกับชุมชน สังคม หน่วยงานบริการทางสังคมต่างๆ ที่เอื้อประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่บ้าน

กล่าวโดยสรุป บทบาทการดูแลผู้ป่วยสูงอายุในครอบครัวนั้น คลอบคลุมการดำเนินชีวิตทั้งหมดของผู้ป่วยสูงอายุ ซึ่งอาจกล่าวได้ว่า ผู้ดูแลต้องมีบทบาทหน้าที่ในการดูแลที่สำคัญ 3 ประการคือ ผู้ให้ความช่วยเหลือ ผู้จัดการสิ่งอำนวยความสะดวกในการดูแล และผู้ประสานงานองค์กรทางสังคมต่างๆ เพื่อประโยชน์ต่อผู้ป่วยสูงอายุ

4. แนวคิดความต้องการของผู้ป่วยสูงอายุและญาติผู้ดูแล

4.1 ความต้องการของผู้ป่วยสูงอายุ

ผู้สูงอายุมีลักษณะเฉพาะตัว มีความเป็นปัจเจกของตนมากขึ้น จนกลายเป็นคุณสมบัติที่มีลักษณะที่เป็นเอกลักษณ์หรือเฉพาะของตัวเอง ซึ่งจะพบในผู้สูงอายุแต่ละคนที่แตกต่างกันไป ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับพื้นฐานทางสังคมเศรษฐกิจที่มีอยู่เดิมของผู้สูงอายุ ดังนั้นทำให้การดูแลแก่ผู้สูงอายุจำเป็นต้องคำนึงถึงลักษณะเฉพาะและความต้องการของผู้สูงอายุ รวมถึงความแตกต่างในสภาพเศรษฐกิจสังคมของผู้สูงอายุแต่ละคนด้วย จากการสำรวจความต้องการได้รับการดูแล ของสถาบันวิจัยและพัฒนาประเทศไทย (2549) พบว่าสิ่งที่ผู้สูงอายุต้องการให้บุคคลในครอบครัวปฏิบัติเป็นไปในทิศทางเดียวกันตามลำดับ คือ 1.ถามไถ่ทุกข์สุข/พุดจา มาเยี่ยมเยียนในโอกาสสำคัญ 2.ส่งเสียค่าใช้จ่าย และอื่นๆ ความต้องการของผู้สูงอายุไม่ได้มีความแตกต่างไปจาก ความต้องการพื้นฐานของบุคคล โดยทั่วไปนัก ผู้สูงอายุต้องการปัจจัยจำเป็นพื้นฐานเพื่อ

การดำรงชีวิตเช่นบุคคลทั่วไป และต้องการได้รับการยอมรับ ต้องการการดูแล และต้องการความสุขทางใจเพิ่มขึ้นอีกด้วย

ในส่วนของความต้องการของผู้ป่วยสูงอายุ ส่วนใหญ่แล้วผู้ป่วยทุกคนมีความต้องการหายจากโรคภัยที่เป็นอยู่แต่ในความเป็นจริงของการเจ็บป่วยของผู้ป่วยสูงอายุอาการส่วนใหญ่เป็นโรคเรื้อรังมักจะรักษาให้หายขาดได้ยาก แต่อย่างไรก็ตามผู้ป่วยสูงอายุมีความต้องการการดูแลที่ต่อเนื่อง และแต่ละคนจะมีความต้องการไม่เหมือนกันบางอย่าง ซึ่งผู้ป่วยสูงอายุส่วนใหญ่คาดหวังในเรื่องการได้รับการดูแลจากคนในครอบครัวและสังคม ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับ ลักษณะอาการภาวะการเจ็บป่วย และความสามารถในการดูแลช่วยเหลือตัวเอง ซึ่งพอสรุปได้ดังนี้

1. ความต้องการทางกายและจิตใจ (Physical and Psychological Needs) ผู้ป่วยสูงอายุมีความต้องการในขั้นพื้นฐานทั่วไปที่เป็นการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การได้รับประทานอาหารที่ถูกสุขลักษณะ มีประโยชน์เหมาะสมกับภาวะสุขภาพและอาการที่เป็นอยู่, การขับถ่ายที่ถูกสุขลักษณะและการดูแลรักษาความสะอาดร่างกาย, การพักผ่อนนอนหลับการออกกำลังกายที่เหมาะสม, การมีที่อยู่อาศัยที่ปลอดภัยจากเชื้อโรคและอุบัติเหตุอุบัติภัยต่างๆ, การมีเสื้อผ้าสวมใส่ตามความเหมาะสมของอาการเจ็บป่วย, ความต้องการยาและการรักษาพยาบาล เป็นต้น ในด้านจิตใจผู้ป่วยสูงอายุต้องการ ความรัก การเอาใจใส่ดูแล การเห็นอกเห็นใจ การให้กำลังใจการเสริมแรงจากบุตรหลานและเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ในการให้บริการบำบัดรักษาด้วยความใส่ใจดูแล โดยคำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วยสูงอายุ

2. ความต้องการทางสังคม (Social Needs) ผู้ป่วยสูงอายุมีความต้องการบริการและสวัสดิการทางสังคมต่างๆ จากการศึกษา (วรภรณ์ ภูมิสวัสดิ์ และคณะ, 2548) พบว่ามีความต้องการการรักษายาบาลโดยไม่คิดมูลค่า ต้องการบริการทางการแพทย์สาธารณะสุขที่สะดวกรวดเร็วและต้องการหน่วยบริการเยี่ยมบ้าน ผู้ป่วยสูงอายุที่ทุพพลภาพ ซึ่งต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องต้องการสถานบริการสุขภาพเรื้อรังของภาครัฐรองรับ ต้องการให้มีบริการให้ข้อมูลความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวในการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เหมาะสม, การบริการความรู้ด้านกฎหมายและการจัดการมรดก หรือพินัยกรรม

3. ความต้องการทางเศรษฐกิจ (Economical Needs) ผู้ป่วยสูงอายุมีความต้องการเรื่องเงินสำหรับใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน เนื่องจากเจ็บป่วยไม่มีอาชีพไม่มีรายได้ รวมทั้งค่าใช้จ่ายในการรักษายาบาล ค่าโดยสารยานพาหนะเพื่อมาพบแพทย์ ส่วนใหญ่ต้องการพึ่งพิงบุตรหลานในกรณีที่ไม่สามารถพึ่งพิงบุตรหลานได้ยังต้องการให้สังคมดูแลในเรื่องค่าใช้จ่าย มีการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพตามความจำเป็น สงเคราะห์การจัดการศพตามประเพณี เป็นต้น

สิ่งสำคัญผู้ป่วยสูงอายุต้องการ คือ ต้องการคนมาช่วยดูแลทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดยเฉพาะในยามที่เจ็บป่วยเฉียบพลันในระยะเวลาที่อยู่ในสถานะทุพพลภาพและพึ่งพา ต้องการให้เจ้าหน้าที่มาเยี่ยมที่บ้านและให้คำแนะนำ ต้องการเงินช่วยเหลือค่าใช้จ่ายภายในครอบครัวและค่าใช้จ่ายในการไปพบแพทย์

4.2 ความต้องการของญาติผู้ดูแล

ความต้องการของผู้ดูแล มี 5 ประการ (Grant ,1996, pp. 883-902; Jalowice & Power, 1981, pp. 10-15)

1. ความต้องการด้านข้อมูลข่าวสาร (Demands on Information) ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพความเจ็บป่วย การเปลี่ยนแปลงต่างๆ ทางร่างกายของผู้สูงอายุ การพยากรณ์โรค การดำเนินโรค ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยสูงอายุ

2. ความต้องการด้านเวลา (Demands on time) ระยะเวลาของการเจ็บป่วยที่เรื้อรังมานานกับระยะเวลาการดำเนินของโรคที่เกิดขึ้นยาวนานนั้น ทำให้เกิดผลกระทบกับเวลาของการดูแลที่มากขึ้น ผู้ดูแลจึงต้องมีการจัดตารางประจำวันและบทบาทที่ต้องให้การช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุหลายชั่วโมงในหนึ่งวัน โดยให้การดูแลทั้งในด้านอารมณ์และด้านร่างกาย

3. ความต้องการการช่วยเหลือในการดูแล (Assistance With Care) การได้รับการช่วยเหลืออย่างเป็นทางการหรือการช่วยเหลือกันภายในกลุ่มนั้นจะสามารถลดภาระของผู้ดูแลลงได้ โดยเฉพาะกับผู้ดูแลที่มีบทบาทในหลายๆ ด้านทั้งงานนอกบ้าน ในบ้าน ในครอบครัวที่มีผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพานั้นจะมีทั้งผู้ดูแลหลักและผู้ดูแลรอง รวมทั้งผู้ที่ให้ความช่วยเหลือเป็นครั้งคราว

4. ความต้องการทางรายได้ (Demands on Finances) การให้การดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพานั้น ผู้ดูแลต้องมีค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการให้การดูแล เช่น ค่าเดินทาง ค่ารักษา ค่ายา ค่าอาหาร ค่าเครื่องนุ่งห่ม ค่าอุปกรณ์ ค่าน้ำ ค่าไฟ และค่าโทรศัพท์ ทั้งนี้ครอบครัวหรือญาติผู้ดูแลส่วนมากจะมีบทบาทในเรื่องช่วยเหลือค่าใช้จ่ายแก่ผู้สูงอายุ

5. ความต้องการการสนับสนุนด้านจิตใจ เพื่อช่วยเหลือและบรรเทาความกลัวต่างๆ ได้แก่ กลัวความรับผิดชอบที่ต้องดูแลผู้สูงอายุ กลัวการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต รวมทั้งต้องการพูดคุยกับเพื่อนหรือญาติ เพื่อลดความตึงเครียด

การรับภาระเป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุถือว่าเป็นการรับภาระที่หนัก และแนวโน้มผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้นอัตราส่วนของผู้ดูแลต่อผู้สูงอายุก็มีจำนวนลดลงตามลำดับ ดังนั้นภาระหน้าที่การดูแลย่อมเพิ่มขึ้นโดยเฉพาะการดูแลผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้นั้น ส่งผลกระทบถึงการดำเนินชีวิตของผู้ดูแลเป็นอย่างมาก อย่างไรก็ตามหากผู้ดูแลได้รับข้อมูล มีความรู้ ทักษะ และมีแหล่งบริการสนับสนุนในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุแล้วย่อมจะเป็นการช่วยลดภาระและเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลได้

5. แนวคิดเกี่ยวกับความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ

แนวคิดเกี่ยวกับความรู้และทักษะในที่นี้เป็นเรื่องของความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่บ้าน ซึ่งผู้ศึกษาได้ค้นคว้าและศึกษารายละเอียดโดยศึกษาแนวคิดพื้นฐานของความรู้ก่อนจะเข้าสู่ประเด็นเรื่องความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่บ้าน มีผู้ให้ความหมายเกี่ยวกับความรู้ไว้หลากหลาย ทั้งนี้ผู้ศึกษาได้ศึกษาค้นคว้าความหมายเกี่ยวกับความรู้และทักษะ โดยมีผู้ให้ความหมายไว้ ดังนี้

5.1 ความหมายของความรู้

Davenport and Prusak (1998, อ้างถึงใน กิริติ ยศยิ่งยง, 2549) กล่าวว่า ความรู้หมายถึง ส่วนผสมของกรอบประสบการณ์ คุณค่า สารสนเทศ ที่เป็นสภาพแวดล้อม และกรอบการทำงานสำหรับการประเมิน และรวมกันของประสบการณ์ และสารสนเทศใหม่ ซึ่งมีวิธีการที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคล ความรู้ไม่ได้อยู่เพียงในรูปเอกสาร แต่อยู่ในประสบการณ์การทำงานประจำ กระบวนการ วิธีปฏิบัติ และความเชื่อในองค์กรนั้น

ตามพจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2542 (2546) ความรู้ หมายถึง สิ่งที่สั่งสมมาจากการศึกษาเล่าเรียน การค้นคว้า หรือประสบการณ์ รวมทั้งความสามารถเชิงปฏิบัติ ทักษะ, ความเข้าใจหรือสารสนเทศที่ได้รับมาจากประสบการณ์, สิ่งที่ได้รับมาจากการได้ยิน ได้ฟัง การคิด หรือการปฏิบัติ, องค์วิชาในแต่ละสาขา

ชัชวาลย์ วงษ์ประเสริฐ (2548, น. 17) ได้ให้ความหมายของความรู้ว่า หมายถึง กรอบของการประสมประสานระหว่างสถานการณ์ ค่านิยม ความรู้ในบริบท และความรู้แจ้งอย่างชัดเจน ซึ่งโดยทั่วไปความรู้จะอยู่ใกล้ชิดกับกิจกรรมมากกว่าข้อมูล และสารสนเทศทำให้เกิดความตระหนักถึงความสำคัญของความรู้ และความรู้คือ สินค้าที่มีอยู่ทั่วไปโดยไม่มีรูปธรรม และไม่มีวัน

หมดไป ความรู้มีอยู่ทั่วไปทุกหนทุกแห่ง สามารถดำรงอยู่ได้ทุกสถานที่ในเวลาเดียวกัน และความรู้ไม่สามารถเปลี่ยนมือกันได้ไม่เหมือนกับการซื้อสินค้า ข้อมูลข่าวสาร สารสนเทศหรือความรู้ไม่มี การสูญสลายและสามารถไร้ขีดเคิลได้บ่อยเท่าที่ต้องการ

กิริติ ยศยิ่งยง (2549, น. 4) ได้ให้ความหมายของความรู้ว่า เป็นความคิดของแต่ละบุคคลที่ผ่านกระบวนการคิดวิเคราะห์ และสังเคราะห์จนเกิดความเข้าใจ และนำไปใช้ประโยชน์ในการสรุป และตัดสินใจในสถานการณ์ต่างๆ จนได้รับการยอมรับโดยคนกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งของสังคม

Davenport and Prusak (1998, อ้างถึงใน วิโรจน์ กฤษศิริ, 2552) กล่าวว่าไว้ว่า ความรู้เป็นสิ่งที่อธิบายได้ค่อนข้างยาก แม้ปัจจุบันก็ยังเป็นที่สับสนในเรื่องนิยาม อย่างไรก็ตาม ความรู้ในมุมมองของทั้งสองท่าน คือ การที่เราใช้ประสบการณ์ ค่านิยม สารสนเทศ ความชำนาญ และสัญชาตญาณในตัวเรา เพื่อกำหนดสิ่งแวดล้อมและกรอบการรวบรวมและประเมินสารสนเทศและประสบการณ์ใหม่ๆ ที่ได้รับมา เพื่อนำมาใช้ประโยชน์ ซึ่งวิธีการจะขึ้นอยู่กับแต่ละคน โดยพบว่า ในหลายๆ องค์การบ่อยครั้งที่ความรู้ไม่ได้อยู่ในรูปของเอกสารที่เก็บไว้เพียงอย่างเดียว แต่อาจอยู่ในรูปของการทำงานประจำ กระบวนการ วิธีปฏิบัติ และความเชื่อในองค์กรนั้นๆ ดังนั้นการที่จะสร้างความรู้ หรือเรียนรู้ต่างๆ จึงต้องทำให้เหมาะกับองค์กรและประเภทของความรู้

วิจารณ์ พานิช (2552) ได้อธิบายความหมายของความรู้ว่า ความรู้ หมายถึง สิ่งที่นำมาจากประสบการณ์ การทดลอง การสรุปบทเรียน มาจากคำบอกเล่า การแลกเปลี่ยนความรู้ มาจากตำรา นักวิชาการ และมาจากการคิดไตร่ตรองจาก 3 สิ่งที่กล่าวมา โดยความรู้จะแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มคือ ความรู้ฝังลึก หรือความรู้ที่อยู่ในตัวคน (Tacit Knowledge) และความรู้ชัดแจ้ง หรือความรู้เปิดเผย (Explicit Knowledge)

โดยสรุป ความรู้เป็นเรื่องของบุคคล ซึ่งอาจจะเกิดมาจากประสบการณ์ การเรียนรู้ สารสนเทศ ตลอดจนสิ่งแวดล้อม ที่ผ่านกระบวนการคิดวิเคราะห์ทำให้เกิดความรู้ความเข้าใจ สามารถนำไปแลกเปลี่ยนเรียนรู้หรือนำความรู้ไปปฏิบัติให้เกิดประโยชน์ได้

5.2 ประเภทของความรู้

ความรู้แบ่งออกเป็น 2 ประเภท (พรทิพย์ กาญจนนิต และคณะ, 2546 , น. 124) คือ

1. Tacit Knowledge ความรู้ที่ได้มาจากประสบการณ์และไม่สามารถบรรยายเป็น ถ้อยคำ ถ้อยความ หรือสูตร และขึ้นอยู่กับความรู้ ความเชื่อ รวมทั้งทักษะเชิงวิชาการของบุคคลที่

จะกลั่นกรองความรู้ที่ได้ ความรู้ชนิดนี้พัฒนาและแบ่งปันกันได้ และเป็นความรู้ที่จะทำให้เกิดความได้เปรียบในการแข่งขันได้

2. **Explicit Knowledge** ความรู้ที่เป็นเหตุและผลที่สามารถจะบรรยาย/ถอดความออกมาได้ในรูปของทฤษฎี การแก้ไขปัญหา คู่มือ ฐานข้อมูล เอกสาร ตำรา การถ่ายทอด และการอบรม (ทุกคนสามารถเข้าถึง/ซื้อได้)

5.3 ระดับของความรู้

เพื่อความเข้าใจความหมายของคำว่าความรู้ให้ลึกซึ้งขึ้น James Brain Quinn ได้นำเสนอความรู้ 4 ระดับ (พรธิดา วิเชียรปัญญา, 2547, น. 24) คือ

1. **Know-what** เป็นความรู้เชิงทฤษฎีล้วนๆ เปรียบเสมือนความรู้ของผู้จบปริญญาตรีมาหมาดๆ เมื่อนำความรู้เหล่านี้ไปใช้งานก็จะได้ผลบ้าง ไม่ได้ผลบ้าง

2. **Know-how** เป็นความรู้ที่มีทั้งเชิงทฤษฎี และเชิงบริบท เปรียบเสมือนความรู้ของผู้จบปริญญาและมีประสบการณ์การทำงานระยะหนึ่ง เช่น 2-3 ปี ก็จะมีความรู้ในลักษณะที่รู้จักปรับให้เข้ากับสภาพแวดล้อมหรือบริบท

3. **Know-why** เป็นความรู้ในระดับคุณค่า ความเชื่อ ซึ่งเป็นแรงขับเคลื่อนมาจากภายในจิตใจให้ต้องทำสิ่งนั้นๆ เมื่อเผชิญสถานการณ์

4. **Care-why** เป็นความรู้ในระดับคุณค่า ความเชื่อ ซึ่งจะเป็นแรงขับเคลื่อนมาจากภายในจิตใจ ให้ต้องทำสิ่งนั้นๆ เมื่อเผชิญสถานการณ์

5.4 ความรู้เรื่องการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน

จากการศึกษาความรู้เรื่องผู้ดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีทั้งทางร่างกายและจิตใจนั้น ความรู้เป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง ผู้ดูแลต้องมีความรู้และพัฒนาฝีมือความสามารถในการดูแลอย่างสม่ำเสมอ ความรู้ที่จำเป็นและสำคัญอันเป็นประโยชน์สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ มีดังนี้ (เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2542)

1. **ความรู้เรื่องจริยธรรมผู้ดูแล** ผู้ดูแลจะต้องมีจริยธรรมในการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ดูแลจะต้องมีการกระทำที่ดีต่อผู้สูงอายุ กระทำดีทางกาย เช่น ปฏิบัติต่อผู้สูงอายุด้วย ความเมตตา ไม่แสดงพฤติกรรมที่รังเกียจ ไม่ประชดประชันเมื่อไม่พอใจ ดูแลให้ผู้สูงอายุมีความสุขสบาย ได้รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ออกกำลังกายสมวัย และมีความปลอดภัย ส่วนการกระทำดี

ทางวาจาได้แก่ ไม่พูดส่อเสียด เหน็บแนม ยั่วยุ ให้ผู้สูงอายุที่เราดูแลต้องเสียใจ หรือเกิดอารมณ์ หรือเป็นทุกข์ สำหรับการกระทำดีทางใจ หมายถึง การมองสิ่งต่างๆ ในแง่ดี ไม่มีความอิจฉาริษยา หรือความมั่งร้าย มีจิตใจที่เปี่ยมไปด้วยความรัก เมตตา และให้อภัย จริยธรรมของผู้ที่จะเป็นผู้ดูแล ผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ความรับผิดชอบ ความซื่อสัตย์ ความกตัญญูกตเวที ความมีระเบียบวินัย ความเสียสละ ความอดทนอดกลั้น ความเมตตากรุณา นอกจากนี้แล้วผู้ดูแลจะต้องมีมุทิตา อันได้แก่ ความชื่นชมยินดีในความสำเร็จสมหวังหรือความสุขที่ผู้สูงอายุมีไม่อิจฉาริษยาหรือทนดูทนเห็นคนที่เขาได้ดีกว่าตนเองไม่ได้ ผู้ดูแลจะต้องฝึกให้ตนเองมีโมตรจิตอันดีต่อผู้สูงอายุ รู้จักชื่นชมต่อความสุขหรือความสำเร็จของผู้สูงอายุด้วยความจริงใจ พร้อมทั้งมีอุเบกขา กล่าวคือ ไม่ทับถม ข้ำเติมหรือแสดงอาการสมน้ำหน้า เยาะเย้ย ถากถาง เมื่อผู้สูงอายุกระทำกิจกรรมใดๆ ผิดพลาด หรือได้รับความทุกข์ทรมาน อันเป็นพรหมวิหารธรรมในการปฏิบัติงานและเป็นแนวทางหรือหลัก จริยธรรมในการดูแลผู้สูงอายุ

2. ความรู้เรื่องการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุ การเปลี่ยนแปลงอันเนื่องมาจากความสูงอายุนั้นเกิดขึ้นได้ในสองลักษณะคือ การเปลี่ยนแปลงที่ไม่สามารถมองเห็นหรือสังเกตได้ และการเปลี่ยนแปลงที่มองเห็นหรือสังเกตได้ เช่น ผมหงอกขาว ผิวหนังเหี่ยวย่น ฟันหัก การเคลื่อนไหวที่เชื่องช้า การเปลี่ยนแปลงนี้จะเกิดขึ้นกับบุคคลแต่ละคนไม่เหมือนกัน อาจช้าหรือเร็วต่างกัน ทั้งนี้เชื่อว่าสาเหตุมาจากปัจจัยสองประการด้วยกันคือ กรรมพันธุ์หรือสิ่งแวดล้อม ในแง่ของกรรมพันธุ์ จะเห็นได้ว่าบางคนรอบคิ้วแก่ช้า บางคนรอบคิ้ว แก่เร็ว บางคนรอบคิ้วผมหงอกช้า ผิวพรรณสดใสไร้รอยเหี่ยวย่น ดูอ่อนวัยกว่ารอบคิ้วอื่นๆ และหากรอบคิ้วนี้มีปัจจัยสิ่งแวดล้อมและการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมให้มีสุขภาพดี รับประทานอาหารครบห้าหมู่ ออกกำลังกายสม่ำเสมอ ไม่เจ็บป่วยด้วยโรคภัยแรง จิตใจผ่องใสอยู่เสมอ บุคคลเหล่านั้นนับว่าเป็นบุคคลที่โชคดี เพราะจะดูอ่อนวัย และแก่ช้า ผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงใน ด้านร่างกายและจิตใจ ดังนี้

- การเปลี่ยนแปลงในด้านร่างกายในระบบต่างๆ หรือเกิดความผิดปกติ เกิดความเจ็บป่วยเป็นโรค เช่น ระบบผิวหนัง ระบบไหลเวียนโลหิต ระบบทางเดินหายใจ ระบบกล้ามเนื้อ และกระดูก ระบบทางเดินอาหาร ระบบต่อมไร้ท่อ ระบบทางเดินปัสสาวะ ระบบสืบพันธุ์ และระบบประสาท เป็นต้น

- การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ วัยสูงอายุเป็นวัยที่ถ่ายทอดความรู้สึกอ่อนไหว ต้องการความรัก ความเอาใจใส่และความอบอุ่นจากคนรอบข้าง ผู้สูงอายุบางคนไม่สามารถปรับตัวหรือทำใจได้กับสิ่งที่เกิดขึ้นกับชีวิตตน ผู้สูงอายุกลุ่มนี้อยู่ในประเภที่มีปัญหาทางจิต ซึ่ง

ปัญหาที่พบบ่อยได้แก่ ความรู้สึกสูญเสีย รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่าหรือมีคุณค่าลดลง วิตกกังวล เจ็บเหงาว่าเหว โกรธ ขี้โมโห หงุดหงิดง่าย จู้จี้ขี้น ก้าวร้าว เป็นต้น

การดูแลผู้สูงอายุจึงต้องมีความรู้เรื่องการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายหรือความผิดปกติของระบบต่างๆ ในร่างกาย รวมถึงอาการเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ และด้านจิตใจ เพราะการให้การดูแลไม่ได้ตอบสนองทางด้านร่างกายเพียงอย่างเดียว ดังนั้นต้องมีความรู้เรื่องการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุ เพื่อให้เกิดความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องและสามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างเหมาะสม

3. ความรู้เรื่องอาหารสำหรับผู้สูงอายุ วัยสูงอายุเป็นวัยที่ต้องการอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพให้แข็งแรง เช่นเดียวกันกับวัยอื่นๆ แต่เนื่องจากความต้องการพลังงานของผู้สูงอายุลดลง เนื่องจากอัตราการเผาผลาญและการออกกำลังกายน้อยลง จำนวนแคลอรีที่ร่างกายต้องการจึงน้อยลงด้วย ผู้สูงอายุต้องการพลังงาน แต่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักได้รับอาหารน้อยลง เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ดังต่อไปนี้

- การเปลี่ยนแปลงในการรับรส และกลิ่นของอาหาร เนื่องจากต่อมรับรสของอาหารเสื่อมลง
- มีปัญหา การย่อยอาหาร เนื่องจาก เยื่อบุกระเพาะอาหารมีการเปลี่ยนแปลง ลดการหลั่งน้ำย่อย
- การดูดซึมที่ลำไส้ลดลง เนื่องจากเยื่อบุเสื่อมสภาพ
- ลดการดูดซึมไขมัน รวมทั้งวิตามินที่ละลายในไขมัน เนื่องจากถุงน้ำดีหย่อนยาน
- ฟันหักและโยก ทำให้การบดเคี้ยวไม่ละเอียด
- การกลืนลำบาก เนื่องจากต่อมน้ำลาย สร้างน้ำลายลดลง ทำให้มีน้ำลายไม่เพียงพอในการการคลุกเคล้าอาหาร รวมทั้งกลืนเนื้อที่ควบคุมการกลืนเสื่อมสภาพ ส่งผลให้กลืนลำบาก และสำลักได้ง่าย
- ความรู้สึกโดดเดี่ยวไม่ยอมรับประทานอาหารคนเดียว
- ขาดแรงจูงใจ ไม่รู้จะอยู่เพื่อใคร
- รายได้ลดลง ไม่มีกำลังในการซื้ออาหาร
- มีความอ่อนแอตามวัย ทำให้ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในเรื่องการทำอาหาร รวมถึงการรับประทานอาหาร

การจัดอาหารที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ

- (1) จัดอาหารที่มีสารอาหารครบทั้ง 5 หมู่

(2) ควรจัดอาหารมือเที่ยงเป็นมื้อหลัก แล้วเพิ่มมื้อสายและมื้อบ่าย ตามความต้องการเป็น 4-5 มื้อ เพื่อลดปัญหาอาหารไม่ย่อย แน่นอึดอัดท้องหลังรับประทานอาหาร

(3) อาหารที่ให้อาจเป็นอาหารอ่อน ย่อยง่าย รสไม่จัด ผักควรหั่นเป็นชิ้นเล็กๆ นึ่งหรือต้มให้นุ่ม อาหารพวกถั่ว นมสด อาจทำให้เกิดลมในท้อง ท้องอืด ท้องเสียได้ ควรเริ่มให้ทีละน้อย

(4) น้ำเป็นสิ่งสำคัญเพื่อช่วยในการขับถ่ายของเสียออกจากร่างกายผู้สูงอายุ ควรได้รับน้ำอย่างน้อย 2,000 มิลลิลิตร หรือ 6-8 แก้ว/วัน การให้น้ำชุปร้อนๆ หรือน้ำต้มจืด อาจทำให้ผู้สูงอายุรับประทานอาหารได้มากขึ้น

(5) พยายามเอาใจใส่ผู้สูงอายุ เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุ เลือกเมนูอาหารเอง หรือมีส่วนร่วมในการประกอบอาหาร หรือชวนเพื่อนๆ ลูกๆ หลานๆ มาร่วมรับประทานอาหาร จัดสิ่งแวดล้อมให้สวยงาม จะทำให้ผู้สูงอายุ เกิดความอบอุ่นและรับประทานอาหารได้มากขึ้น

วัยสูงอายุเกิดความเสื่อมโทรมของเซลล์ต่างๆ ภายในร่างกายจำเป็นต้องเพิ่มการซ่อมแซมให้มากยิ่งขึ้น การขาดอาหารอาจเกิดได้ทั้งภายในและภายนอกร่างกาย การเคลื่อนไหวหรือการออกกำลังกาย (activity) มีน้อยลง และการทำงานของอวัยวะภายใน (Metabolism) ช้าลงกว่าเดิม ซึ่งจำเป็นต้องรักษาน้ำหนักตัวไม่ให้อ่อนเกินไปหรือผอมเกินไป อาหารในวัยนี้ต้องเพิ่มเป็นพิเศษ คือประเภท โปรตีน เหล็ก แคลเซียม (ผักและผลไม้) ลดคาร์โบไฮเดรตและไขมัน และอาหารควรเป็นอาหารง่ายๆ สะดวกแก่การเคี้ยวและการย่อย การดูแลผู้สูงอายุ ให้รับประทานอาหารที่เพียงพอ และมีสารอาหารครบถ้วน จะส่งผลให้สุขภาพแข็งแรง ปัญหาการเจ็บป่วยลดน้อยลง สุขภาพจิตของผู้สูงอายุก็ดีไปด้วย

4. ความรู้เรื่องการไ้ย้าสำหรับผู้สูงอายุ หลักทั่วไปที่ควรพิจารณาการไ้ย้ากับผู้สูงอายุมี ดังนี้

- เลือกใช้เฉพาะยาที่จำเป็น และตามแผนการรักษาของแพทย์เท่านั้น เช่น การให้ยานอนหลับ ผู้สูงอายุบางคนซึ่งไม่จำเป็นต้องพึ่งยานอนหลับ โดยอาจปรับสภาพห้องให้อุ่นขึ้นหรือดื่มนมอุ่นๆ สักแก้ว ก็อาจทำให้อนอนหลับได้ ในกรณีที่ถ่ายอุจจาระลำบากสามารถหลีกเลี่ยงการไ้ย้า โดยให้ผู้สูงอายุรับประทานผัก ผลไม้ที่มีกากใยมากขึ้น เช่น ส้ม มะละกอ ผักบุ้ง ตำลึง หรือดื่มน้ำมากๆ ก็ป้องกันภาวะท้องผูกได้

- ขนาดของยา ผู้สูงอายุเกือบทุกคน ต้องการขนาดของยาน้อยกว่าคนหนุ่มสาว ถ้าขนาดของยาปกติ จะทำให้มีการสะสมของยาเกิดพิษต่อตับและไตได้ ฉะนั้นจึงไม่ควรซื้อยามารับประทานเอง ควรปรึกษาแพทย์เมื่อจำเป็นต้องไ้ย้า

- รูปแบบของยา ถ้าหากเป็นยาเม็ดโตๆ อาจเป็นอุปสรรคในการกลืน ฉะนั้นควรได้รับยาที่มีขนาดเล็ก หรือยาน้ำแทน ซึ่งจำเป็นที่จะต้องบอกแพทย์ผู้จ่ายยาด้วย

นอกจากนั้นผู้สูงอายุ ยังมีปัญหาในการใช้ยา เช่นหลงลืมรับประทานยา ใช้ยาเกินขนาด หงายยา ดังนั้นผู้ดูแล ควรจัดเตรียมยาให้ผู้สูงอายุตามเวลา ตามขนาด และเตือนให้ผู้สูงอายุรับประทานยาด้วย ที่สำคัญควรปรึกษาแพทย์เมื่อจำเป็นต้องใช้ยา และควรดูแลผู้สูงอายุอย่างใกล้ชิดในการรับประทานยา ปัญหาการใช้ยาจะลดลง และการเกิดพิษต่อร่างกายของผู้สูงอายุก็จะลดลง

5. การจัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ มีความสำคัญมากควรจัดวางข้าวของให้เป็นระเบียบและเป็นที่ เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุ เกิดความเคยชินต่อสิ่งแวดล้อม ป้องกันอุบัติเหตุ และช่วยย้ำความจำ การจัดสิ่งแวดล้อมมีทั้งภายในบ้านและนอกบ้าน ภายในบ้านต้องมีแสงสว่างที่เพียงพอที่จะเห็นสิ่งต่างๆ ที่ชัดเจน ไม่วางของเกะกะบนพื้นหรือทางเดิน พื้นบ้านต้องไม่ใช้วัสดุเป็นผิวมันลื่น หากทำน้ำหรือน้ำมันหก ต้องรีบเช็ดออกให้สะอาดและทำให้แห้ง บ้านใดบ้านต้องซ่อมแซมให้มั่นคงแข็งแรง มีราวเกาะ เก้าอี้ไฟฟ้า เชือกหรือลวดภายในบ้านให้เรียบร้อย ห้องน้ำจะต้องมีราวจับยึด บริเวณนั่งส้วมและอาบน้ำ โถส้วมควรใช้ชนิดนั่ง หากผู้สูงอายุมีปัญหาในการทรงตัว ควรใช้ไม้เท้าช่วยเดิน ประตูห้องหน้าต่างควรเปิดปิดง่าย และไม่ควรถูกโดยเฉพาประตูห้องน้ำ ควรมีโทรศัพท์และหมายเลขที่ติดต่อขอความช่วยเหลือและแจ้งเหตุที่สามารถเห็นได้ชัด บริเวณที่วางโทรศัพท์ หรือติดสัญญาณเรียกเวลาฉุกเฉิน

ส่วนการป้องกันอุบัติเหตุนอกบ้าน ทำได้โดยไม่ปล่อยให้ผู้สูงอายุเดินข้ามถนนคนเดียว หากจำเป็นต้องพาผู้สูงอายุ ออกไปนอกบ้านไม่ควรปล่อยผู้สูงอายุให้อยู่ตามลำพัง หลีกเลี่ยงการให้ผู้สูงอายุเป็นผู้ขับรถยนต์ หรือยานพาหนะอื่นๆ ไม่ควรให้ผู้สูงอายุทำงานที่มีเครื่องจักรกล ไม่ควรให้ผู้สูงอายุอยู่ใกล้บริเวณที่มีไฟหรือกองไฟ

6. ความรู้เรื่องการส่งเสริมสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุไม่ใช่เป็นเพียงการตรวจรักษาเพียงอย่างเดียว แต่ต้องลดและป้องกันทุพพลภาพที่อาจเกิดขึ้นด้วยโดยการแก้ปัญหาสุขภาพองค์รวม เพื่อให้พึ่งพาตัวเองได้มากที่สุดมีความมั่นคงในชีวิต นำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ ประโยชน์ที่ชัดเจนของการส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ คือ การป้องกันโรคภัยไข้เจ็บต่างๆ ซึ่งมักเกิดขึ้นได้ง่ายในผู้ที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านกายภาพ และด้านสุขภาพจิต เนื่องจากความชรา นอกจากนั้น ยังหมายรวมถึงการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความ สามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวันที่ดี สามารถอยู่ในสังคมอันนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีอย่างต่อเนื่องด้วยแนวทางปฏิบัติ

สำหรับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ประกอบด้วยหัวข้อต่อไปนี้ (คุณนันทา มาระเนตร์ และคณะ, 2552)

- (1) การหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง
- (2) การออกกำลังกายสม่ำเสมอ
- (3) ภาวะโภชนาการที่เหมาะสม
- (4) การมีส่วนร่วมในกิจกรรมครอบครัวและสังคม
- (5) การมีสุขภาพจิตที่ดีอยู่เสมอ
- (6) การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงเฉพาะโรค เช่น อาการไม่ลุกเดิน อาการหกล้ม ภาวะกระดูกพรุน โรคหัวใจและระบบไหลเวียนโลหิต โรคข้อเสื่อม ภาวะสมองเสื่อม การหลีกเลี่ยงการใช้ยาที่ไม่จำเป็น โรคมะเร็ง
- (7) การฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อ

5.4 ความหมายของทักษะ

ทีมวิจัยกรมพัฒนาชุมชน อำเภอหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด (2549) ให้ความหมายของทักษะไว้ว่า เป็นความชำนาญที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติตามกิจกรรมนั้นบ่อยๆ จนสามารถปฏิบัติได้ด้วยความรวดเร็วและถูกต้อง มีความรู้ มีความชำนาญ มีความเก่งเรื่องต่างๆ

สุณา อิศสาหุก (2550) ให้ความหมายของทักษะไว้ว่า หมายถึง ความสามารถในการทำงานได้อย่างคล่องแคล่วว่องไว รวดเร็ว ถูกต้องและชำนาญในการปฏิบัติจนเป็นที่น่าเชื่อถือและยอมรับของบุคคลทั่วไป

ประเสริฐ ดันสกุล (2552) กล่าวว่า Skill (ทักษะ) หมายถึง ความชัดเจนและความชำนาญในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ซึ่งบุคคลสามารถสร้างขึ้นได้จากการเรียนรู้ ได้แก่ ทักษะอาชีพ, การกีฬา, การทำงานร่วมกับผู้อื่น ทักษะการอ่าน, การสอน, การจัดการ ทักษะทางคณิตศาสตร์ ทักษะทางภาษา ทักษะการใช้เทคโนโลยี ฯลฯ ซึ่งเป็นทักษะภายนอกที่สามารถมองเห็นได้ชัดเจนจากการกระทำหรือจากการปฏิบัติ ซึ่งทักษะดังกล่าวนี้เป็นทักษะที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตที่จะทำให้ผู้มีทักษะเหล่านั้นมีชีวิตที่ดี สามารถดำรงชีพอยู่ในสังคมได้โดยมีโอกาสที่ดีกว่าผู้ที่ไม่มีทักษะดังกล่าว

สรุปว่าทักษะ หมายถึง ความสามารถในการปฏิบัติงานที่คล่องแคล่ว ว่องไว รวดเร็ว ถูกต้องและชำนาญจนเป็นที่ยอมรับทั่วไป

ทักษะในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2547, น. 75-76)

1. ทักษะในการแก้ปัญหา เป็นความสามารถเฉพาะตัวที่จะนำเอาประสบการณ์สติปัญญาและความรู้มาใช้ในการแก้ปัญหา เช่น ความสามารถในการค้นหาข้อมูลที่เป็นประโยชน์ การจำแนกวิเคราะห์ปัญหา ตลอดจนการค้นหาลู่ทางเลือกที่เหมาะสม ก็จะสามารถเผชิญปัญหาได้ดี

2. ทักษะทางสังคม จะเป็นปัจจัยสำคัญประการหนึ่ง ในการเผชิญปัญหา ซึ่งจะบ่งถึงความสามารถในการติดต่อขอความเห็นและติดต่อขอความช่วยเหลือหรือความร่วมมือจากบุคคลอื่น ทำให้เกิดความสะดวกกับการจัดการกับปัญหา ผู้ดูแลที่มีทักษะในการสร้างสัมพันธภาพ รู้จักเลือกเวลาที่เหมาะสมในการขอความช่วยเหลือ รู้จักใช้คำพูด มีสีหน้าและอารมณ์ที่เหมาะสม จะได้รับความช่วยเหลือจากพยาบาลและบุคลากรอื่นเป็นอย่างดี

นอกจากนี้ยังมีทักษะในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุเฉพาะโรคหรือตามลักษณะอาการเฉพาะ (เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2542; ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2549) เช่น

- การสังเกตและประเมินอาการผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ดูแลที่ต้องดูแลผู้ป่วยสูงอายุ จำเป็นต้องมีการสังเกตและสามารถประเมินอาการความผิดปกติ, ภาวะการดำเนินของโรครวมถึงภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่เกิดกับผู้ป่วยสูงอายุ

- การฉีดยาหรือการทำแผล สำหรับผู้ป่วยเบาหวานหรือผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ

- การเตรียมและป้อนอาหารสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีปัญหาการกลืน เช่น อาหารอ่อน อาหารเหลวต้องป้อนทางสายยาง การดูแลเสมหะ รวมทั้งการใช้กายอุปกรณ์หรืออุปกรณ์พิเศษต่างๆ ที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยสูงอายุ

- การทำความสะอาดร่างกายให้ผู้ป่วยสูงอายุ เช่น การอาบน้ำทั้งในห้องน้ำและบนเตียง, การทำความสะอาดช่องปากและฟัน, การทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ เป็นต้น

- การเคลื่อนย้าย อุ้ม ยก พยุง หรือพลิกตัวผู้ป่วยสูงอายุ การจัดท่านั่งและนอน การนวดเพื่อคลายกล้ามเนื้อ การช่วยเหลือการขับถ่าย

- การสื่อสาร ผู้ดูแลต้องประเมินความสามารถในเบื้องต้นของผู้ป่วยสูงอายุ เช่น การมองเห็นของตา การได้ยินของหู และความสามารถในการพูด รวมถึงความเสื่อมของสมองและความทรงจำ การสื่อสารกับผู้สูงอายุต้องใช้เวลาจะเร่งรัดไม่ได้ ต้องค่อยๆ พูดและเป็นนักฟังที่ดี หรือในกรณีที่ผู้สูงอายุตาไม่ดีก็ต้องใช้การสัมผัส ผู้ดูแลควรเลือกวิธีการสื่อสารที่เหมาะสม

- การช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้น ผู้ดูแลมีโอกาสดังกล่าวจะต้องประสบกับเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่ฉุกเฉินหรือปัจจุบันทันด่วน ที่จะต้องช่วยเหลือชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุได้ทันเวลาที่ การ

ช่วยฟื้นคืนชีพจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งเมื่อมีเหตุการณ์วิกฤตเกิดขึ้น เช่น การช่วยจัดทางเดินหายใจให้โล่ง การช่วยหายใจ การนวดหัวใจ การผายปอด

- การจัดกิจกรรมสำหรับผู้ป่วยสูงอายุ โดยปรับกิจกรรมให้เข้ากับอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยสูงอายุ เช่น การออกกำลังกายที่เหมาะสม การนันทนาการต่างๆ

ดังนั้นความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ จึงหมายถึง การเรียนรู้เรื่องที่เกี่ยวข้องกับโรค ภาวะอาการของโรครวมถึงการดูแลให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยสูงอายุ ที่ผ่านกระบวนการคิดวิเคราะห์ทำให้เกิดความรู้ความเข้าใจสามารถนำไปแลกเปลี่ยนเรียนรู้หรือนำไปปฏิบัติให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่บ้านได้อย่างคล่องแคล่ว รวดเร็ว ถูกต้องและชำนาญ ซึ่งญาติผู้ดูแลจำเป็นต้องมีการเรียนรู้เพื่อการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่บ้านอย่างมีคุณภาพ

ความรู้เรื่องการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและข้อปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ (เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2542) ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายระบบต่างๆ ดังต่อไปนี้

1. **ระบบผิวหนัง** ผิวหนังจะเริ่มเหี่ยวลง ความเปลี่ยนแปลงจะเริ่มลดลง ผิวแห้งสูญเสียความชุ่มชื้นและความยืดหยุ่นลดลง การขับเหงื่อลดลง ทำให้ผิวหนังแห้งแตกง่ายทนต่อแสงแดด ความร้อน ความเย็นได้ไม่ดี ผิวหนังอักเสบติดเชื้อได้ง่าย มีแผลกดทับในกรณีที่เป็นผู้ป่วยนอนติดเตียง หากผิวหนังสกปรกจะเป็นผื่นหนองได้ง่ายกว่าวัยเด็กและวัยหนุ่มสาว เซลล์รากผมฝ่อทำให้ผมบางและร่วงง่าย

ข้อปฏิบัติในการดูแลผิวหนังผู้ป่วยสูงอายุ ควรอาบน้ำทำความสะอาดร่างกายตามความเหมาะสม ควรใช้สบู่อ่อนสำหรับเด็กหรือบางครั้งอาจจะไม่จำเป็นต้องใช้สบู่เลย หากผู้สูงอายุมีผิวแห้งมากหรือผิวบางหลังอาบน้ำควรซับร่างกายด้วยผ้าขนหนูนุ่มๆ อย่างเบาๆ ไม่ควรเช็ดถูแรงเพราะผิวหนังอาจถลอก หลีกเลี่ยงน้ำเย็นจัดหรือน้ำอุ่นจัด เพราะจะทำให้ผิวแห้งยิ่งขึ้น น้ำเย็นอาจจะทำให้เป็นหวัด ควรทา โลชั่นบำรุงผิวเพื่อเพิ่มความชุ่มชื้นให้ผิวหนัง และนวดบริเวณปุ่มกระดูกต่างๆ การเคลื่อนย้ายต้องกระทำด้วยความนุ่มนวล ถูกวิธี หลีกเลี่ยงการถูถูถูถู หรือสิ่งที่จะทำให้ผิวหนังถลอก เกิดบาดแผลฉีกขาดของผิวหนัง ในกรณีที่ผู้สูงอายุเดินได้ ควรกระตุ้นให้มีการเปลี่ยนอิริยาบถ มีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ในรายที่ลุกจากเตียงไม่ได้ ต้องพลิกตะแคงตัวหรือเปลี่ยนท่าให้ผู้สูงอายุเป็นระยะๆ ทุก 1-2 ชั่วโมง หากเป็นไปได้ทุก 30 นาที จะยิ่งเป็นการดี และผู้สูงอายุควรใส่เสื้อผ้าเนื้อนุ่มเบาสบาย อบอุ่นเมื่ออากาศหนาวและระบายอากาศได้ดีเมื่ออากาศร้อน หลีกเลี่ยงเสื้อผ้าหรือเครื่องนอนที่มีเนื้อหยาบเพราะจะทำให้เกิดบาดแผลถลอกได้ง่าย

2. **ระบบไหลเวียนโลหิต** เส้นเลือดมีความยืดหยุ่นลดลงในวัยที่มีปัญหา คลอเรสเตอรอลในเลือดสูง จะทำให้มีปัญหาเส้นเลือดตีบ เป็นโรคหัวใจขาดเลือดและความดันโลหิตสูงได้ บางรายจะมีปัญหาความดันโลหิตต่ำทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองไม่พอเกิดปัญหาหน้ามือ วิงเวียน เป็นลม หากระบบไหลเวียนเลือดไม่ดีจะทำให้มือเท้าเย็นและหนาวง่าย

ข้อปฏิบัติในการดูแลระบบไหลเวียนโลหิตผู้ป่วยสูงอายุ อย่าเร่งรัดผู้สูงอายุในการทำกิจกรรมและหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ก่อให้เกิดความเครียด หากผู้สูงอายุมีประวัติความดันโลหิตต่ำ เป็นลมบ่อยต้องอยู่เป็นเพื่อนขณะเข้าห้องน้ำ และในห้องน้ำควรมีราวที่ยึดเกาะขณะเดินขึ้นเพื่อพยุงกันล้ม แนะนำให้ผู้สูงอายุเปลี่ยนอิริยาบถอย่างช้าๆ โดยเฉพาะการลุกนั่ง จากท่านอนเป็นท่านั่งแล้วเป็นท่าเดิน หรือหากจะยืนขึ้นควรยืนช้าๆ กรณีที่มีการบวมตามแขนขาจากปัญหา ระบบไหลเวียนโลหิต ควรยกบริเวณที่บวมให้สูงขึ้นเล็กน้อยเพื่อกระตุ้นการไหลเวียนโลหิต การบีบ นวดนอกจากจะช่วยกระตุ้นการไหลเวียนโลหิตแล้วยังช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกสบาย ผ่อนคลาย กล้ามเนื้อและสบายใจอีกด้วย ควรมีการวัดความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอ ทุก 3 - 6 เดือน ในรายที่เป็นปัญหาอาจต้องตรวจเช็คให้บ่อยกว่านี้โดยพิจารณาตามคำแนะนำของแพทย์เป็นสำคัญ และหากผู้สูงอายุมีปัญหาความดันโลหิตสูงและต้องใช้ยาลดความดันโลหิตและการใช้ยาให้ถูกต้องให้ ความเอาใจใส่ต่อการติดตามวัดความดันโลหิตและการใช้ยาให้ถูกต้องอีกด้วย เมื่ออากาศหนาว เย็นหรือพบว่าผู้สูงอายุมีปัญหามือเท้าเย็นควรใส่ถุงมือถุงเท้าให้ผู้สูงอายุสม่ำเสมอโดยเฉพาะตอน ก่อนนอนเพื่อป้องกันการเป็นหวัด

3. **ระบบทางเดินหายใจ** เมื่อแก่ตัวลงปอดก็เริ่มเสื่อมถอยตามสภาพสังขาร ความยืดหยุ่นของเนื้อปอดและหลอดลมจะลดลง ความจุปอดก็จะลดลงเช่นเดียวกัน ความแข็งแรงของ กล้ามเนื้อที่ช่วยในการหายใจจะลดลงด้วย ผู้สูงอายุจึงหอบเหนื่อยได้ง่ายเมื่อออกแรงมากจะ หายใจถี่ การหายใจส่วนใหญ่มักจะใช้กระบังลมช่วย หากผู้สูงอายุมีปัญหาโรคระบบทางเดินหายใจ ประสิทธิภาพในการไอจะลดลง โอกาสเป็นโรคปอดบวมหรือปอดแฟบจะสูงมาก ผู้ดูแลจึงควรเอา ใจใส่เรื่องการบริหารปอดในผู้สูงอายุให้มาก และกรณีที่ผู้สูงอายุมีปัญหาโรคปอดต้องกระตุ้นเรื่อง การไอและบริหารปอดเพิ่มขึ้น

ข้อปฏิบัติในการดูแลระบบทางเดินหายใจผู้ป่วยสูงอายุ ในกรณีที่ผู้สูงอายุ แข็งแรงดี ควรกระตุ้นให้มีการออกกำลังกายบริหารปอดด้วยการสูดลมหายใจเข้าลึกๆ อย่างสม่ำเสมอ จำนวนครั้งที่ทำขึ้นอยู่กับสมรรถนะของผู้สูงอายุแต่ละราย การบริหารร่างกายวิธีการต่างๆ ที่ช่วย ให้ปอดมีการขยายตัวเต็มที่ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญมากต่อร่างกายทุกระบบรวมถึงปอดด้วย หากผู้ป่วย สูงอายุมีเสมหะมากต้องกระตุ้นให้ดื่มน้ำให้มากๆ และควรเป็นน้ำอุ่นวันละไม่ต่ำกว่า 8-10 แก้ว

สมุนไพรบางตัว เช่น ผลมะแว้ง จะช่วยละลายเสมหะได้ดี ควรหลีกเลี่ยงการคลุกคลีกับผู้เป็นโรคติดเชื้อทางลมหายใจ และสัมผัสกับความเย็นหากอากาศเย็นนอกจากเสื้อผ้าที่อบอุ่นแล้วควรพันผ้าพันคอให้ด้วยจะช่วยป้องกันการเป็นหวัดได้ดียิ่งขึ้น

4. ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก

กล้ามเนื้อ จำนวนเส้นใยกล้ามเนื้อและเนื้อเยื่อของกล้ามเนื้อจะลดลง เนื่องจากการสร้างเนื้อเยื่อลดลง ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อก็ลดลงเช่นเดียวกันทำให้กล้ามเนื้ออ่อนแรงได้ง่าย ความว่องไวและความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง

กระดูก กระดูกพรุน และเปราะง่ายมวลกระดูกลดลงมีการสลายตัวของแคลเซียมออกจากกระดูกมากขึ้น โดยเฉพาะในสตรีหลังหมดประจำเดือนส่วนโค้งของกระดูกสันหลังเปลี่ยนไปทำให้หลังงอ ความยืดหยุ่นของการเคลื่อนไหวข้อต่อลดลง

ผลที่ตามมาคือ กระดูกหักง่าย ควรระวังอย่างยิ่งเรื่องการหกล้ม เพราะนอกจากกระดูกจะหักง่ายแล้วการติดของกระดูกจะช้า เนื่องจากการเจริญของเซลล์กระดูกช้าลง ข้อติดแข็งได้ง่ายหากไม่เคลื่อนไหว การบริหารข้อต่อต่างๆจึงสำคัญอย่างยิ่ง

ข้อปฏิบัติในการดูแลกระดูกและกล้ามเนื้อผู้ป่วยสูงอายุ ช่วยเหลือผู้สูงอายุในการเปลี่ยนอิริยาบถ เคลื่อนย้ายหรือเคลื่อนที่ด้วยความนุ่มนวลและระมัดระวังหากผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองไม่ได้ จัดสิ่งแวดล้อมให้เป็นระเบียบและปลอดภัย มีราวเกาะตามทางเดินด้านข้างของสถานที่และห้องน้ำ เพื่อป้องกันการหกล้ม หากบ้านมียกพื้นหรือมีหลายชั้นควรจัดให้ผู้สูงอายุอยู่ชั้นล่างและเป็นบริเวณที่ปราศจากธรณีประตู ให้อาหารเสริมแคลเซียม เช่น น้ำเต้าหู้ นมถั่วเหลือง นมเพิ่มแคลเซียม (ต้องระวังเพราะบางรายท้องจะเสียเพราะขาดเอนไซม์ในการย่อยนม) ผักใบเขียว ปลาเล็กปลาน้อย (ถ้าฟันยังดี) กระตุ้นให้กำลังใจให้ผู้สูงอายุช่วยตัวเองให้มากที่สุด และมีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ

5. **ระบบทางเดินอาหาร** รายที่ดูแลสุขภาพปากฟันไม่ดี ฟันจะหลุดร่วง อาจมีปัญหาเรื่องเหงือก ต่อม น้ำลายขับน้ำลายลดลง การรับกลิ่นและรสจะลดลงแต่รสหวานยังคงมีอยู่ ประสาทและกล้ามเนื้อในการกลืนเสื่อมสภาพทำให้สำลักอาหารบ่อย กรดที่ช่วยย่อยในกระเพาะมีจำนวนลดลง เนื่องจากต่อมที่หลังกรดมีจำนวนลดลง การเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลงด้วย ทำให้อาหารย่อยไม่หมด มีกากอาหารค้างอยู่ในลำไส้จำนวนมาก จึงเสี่ยงต่อการเกิดท้องอืด ท้องผูกได้ง่าย ตับผลิตน้ำดีได้ลดลง ทำให้รับประทานอาหารที่มีไขมันสูง แล้วเกิดอาการอึดอัด ไม่สบายท้อง เนื่องจากการย่อยไขมันไม่ดี

ข้อปฏิบัติในการดูแลระบบทางเดินอาหารผู้ป่วยสูงอายุ ดูแลสุขภาพปากฟัน โดยเฉพาะฟันหากหลุดร่วงควรใส่ฟันปลอมและตรวจเช็คสุขภาพช่องปากอย่างสม่ำเสมออย่างน้อยทุก 6 เดือน ให้ความเวลาในการรับประทานอาหารอย่างเร่งรัดพยายามเลือกสรรอาหารที่ผู้สูงอายุชอบ เคี้ยวง่ายและย่อยง่าย เพิ่มอาหารเสริมบ้างแล้วแต่กรณี เพิ่มอาหารที่มีกากใย เช่น ผัก ผลไม้ และกระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหวร่างกาย และออกกำลังกายเพื่อป้องกันอาการท้องผูก ไม่ให้อาหารไขมันสูง

6. ระบบต่อมไร้ท่อ จำนวนเซลล์และขนาดของต่อมไร้ท่อต่างๆ มีขนาดลดลงทำให้มีแนวโน้มจะเป็นโรคที่เกี่ยวข้องกับต่อมไร้ท่อได้ง่าย เช่น เบาหวาน อัตราการเผาผลาญอาหารของร่างกายลดลง ทำให้อ้วนง่าย ความสามารถในการปรับตัวต่อความเครียดลดลง เพราะอะดรีนาลีนลดลงทำให้หงุดหงิดง่าย ใจน้อย คุณภูมิของร่างกายลดลงทำให้ช้ำหนาว สารคัดหลั่งบริเวณช่องคลอดลดลงทำให้ช่องคลอดแห้งและติดเชื้อง่าย ในผู้ชายการหลั่งอสุจิจะช้าและมีจำนวนน้อย เนื่องจากฮอร์โมนเพศลดลง

ข้อปฏิบัติในการดูแลระบบต่อมไร้ท่อผู้ป่วยสูงอายุ เมื่ออากาศหนาวเย็นต้องจัดสิ่งแวดล้อมให้อบอุ่นและใส่เครื่องป้องกันความหนาวให้เพียงพอ หากมีปัญหาเบาหวาน หรือโรคอ้วน ต้องควบคุมอาหารหรือติดตามการใช้ยาอย่างเคร่งครัด และไปตรวจตามนัด รวมถึงติดตามผลการตรวจน้ำตาลในเลือดและปัสสาวะอย่างสม่ำเสมอ กรณีช่วยเหลือตนเองได้น้อยหรือช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ผู้ดูแลต้องทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ให้ทุกวันเพื่อป้องกันการติดเชื้อ

7. ระบบทางเดินปัสสาวะ ไตมีขนาดเล็กลงเมื่ออายุ 75 ปี การทำงานของไตจะลดลงร้อยละ 40-60 การไหลเวียนเลือดไปยังไตลดลงร้อยละ 50 จึงมีแนวโน้มที่จะเกิดความไม่สมดุลของกรดด่าง อิเล็กโตรไลต์ในร่างกายได้ง่าย กล้ามเนื้อในการควบคุมหลอดเลื่อมสภาพ ทำให้กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ปัสสาวะกะปริดกะปรอย หากมีการคั่งของปัสสาวะนานจะมีปัญหาติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ

ข้อปฏิบัติในการดูแลระบบทางเดินปัสสาวะผู้ป่วยสูงอายุ ดูแลเรื่องการออกกำลังกาย และการดื่มน้ำให้เพียงพอวันละไม่ต่ำกว่า 2 - 2.5 ลิตร จัดหากระโถนปัสสาวะให้อยู่ใกล้มือ หรือช่วยเหลือพาไปห้องน้ำแล้วแต่กรณี ในรายที่กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ควรสอนให้ออกกำลังกล้ามเนื้อหูรูดด้วยการขมิบก้น เพื่อฝึกความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ จัดหาผ้าอ้อมสำหรับผู้ใหญ่ ใส่ในรายที่กลั้นปัสสาวะไม่ได้และดูแลความสะอาดเสื้อผ้าไม่ให้เปื้อกปัสสาวะเป็นเวลานาน

8. **ระบบสืบพันธุ์** ทั้งเพศหญิงและเพศชายจะมีความเสื่อมของระบบสืบพันธุ์ อันเนื่องมาจากการลดลงของฮอร์โมนเพศ ซึ่งเป็นผลมาจากการทำงานของระบบต่อมไร้ท่อลดลง

ในเพศหญิงขนาดของรังไข่และมดลูกจะเล็กลง เซลล์เยื่อช่องคลอดบางลง ทำให้มีอาการคันและระคายเคืองในช่องคลอดเพิ่มขึ้น ความชุ่มชื้นของช่องคลอดลดลง รวมถึงความยืดหยุ่นของผนังช่องคลอดลดลงเช่นกัน เหตุปัจจัยดังกล่าวล้วนเป็นอุปสรรคต่อการมีเพศสัมพันธ์ และเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ

ในเพศชายมักมีปัญหาคอเลสเตอรอลสูง ขนาดอัณฑะเล็กลง การหลั่งน้ำอสุจิช้า แต่ยังมีเพศสัมพันธ์ได้ ในรายที่มีต่อมลูกหมากโตจะทำให้มีปัญหาการขับถ่ายปัสสาวะ ปัสสาวะลำบาก บ่อย กระปริดกระปรอย ในส่วนเพศสัมพันธ์จะมีปัญหาอวัยวะเพศแข็งตัวช้า อ่อนตัวเร็ว และสมรรถภาพทางเพศลดลง

ข้อปฏิบัติในการดูแลระบบสืบพันธุ์ผู้สูงอายุ ผู้ดูแลต้องมีความเข้าใจ เบื้องต้นว่า ผู้สูงอายุทั้งสองเพศจะยังมีความต้องการทางเพศ ซึ่งเป็นเรื่องปกติของมนุษย์จะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับบุคคลและสมรรถภาพร่างกาย บ่อยครั้งที่พบว่าความต้องการทางเพศของผู้สูงอายุโดยเฉพาะเพศชายไม่ลดลง แต่สมรรถภาพร่างกายเสื่อมถอย ทำให้เกิดปัญหาด้านจิตใจ ซึ่งผู้ดูแลควรเข้าใจในประเด็นนี้ด้วย ในเพศหญิงหากพบปัญหาหมดลูกหย่อนควรปรึกษาแพทย์ และทำการผ่าตัดแก้ไข เพราะหากทิ้งไว้อาจมีปัญห่อื่นๆ ติดตามมาได้ ในส่วนของความสะอาด เพื่อป้องกันการติดเชื้อควรทำความสะอาดอวัยวะเพศทุกวัน ในเพศหญิงต้องระมัดระวังปัญหาโรคเชื้อราในช่องคลอด

9. **ระบบประสาท** น้ำหนักสมองลดลงเนื่องจากจำนวนเซลล์สมองลดลง เมื่ออายุ 70 ปี ขึ้นไป เซลล์สมองจะลดลง 5-20 % การตอบสนองต่อการกระตุ้นจะช้าลงเนื่องจากระยะเวลาของการนำสัญญาณประสาทไปยังสมองจะช้าลงประมาณ 15 % ทำให้การทำกิจกรรมต่างๆ หรือกิจวัตรประจำวันใช้เวลาเพิ่มขึ้น คิดช้าขึ้น และขี้ลืมมากขึ้น หากการไหลเวียนของเลือดไปยังสมองลดลง อาจพบปัญหาเวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ซึ่งเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มได้

ข้อปฏิบัติในการดูแลระบบประสาทผู้สูงอายุ การเคลื่อนไหวเชิงซ้ำๆ คิดซ้ำๆ ทำซ้ำๆ เป็นเรื่องปกติของผู้สูงอายุไม่แสดงอาการรำคาญ เมื่อผู้สูงอายุพูดซ้ำๆ ซากๆ หลงลืม หรือใช้เวลาจินตนาการให้อภัยไม่ได้ถือโทษ หากผู้สูงอายุหลงลืมหรือ ย้ำคิดย้ำทำ แนะนำสถานที่บุคคล และเวลาแก่ผู้สูงอายุเป็นระยะๆ เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการจำได้ดียิ่งขึ้น จัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย จัดวางข้าวของให้เป็นระเบียบและเป็นที่ เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดความเคยชินต่อสิ่งแวดล้อม ป้องกันอุบัติเหตุและช่วยย้ำความจำของผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้

กระดับกระแง เพื่อกระตุ้นให้ผู้สูงอายุพยายามทำกิจกรรมต่างๆ ทั้งทางด้านร่างกาย และการใช้สมองอย่างสม่ำเสมอ เพราะจะช่วยให้สมองและระบบประสาทมีการทำงานอย่างสม่ำเสมอ

ความรู้เรื่องการเปลี่ยนแปลงด้านจิตสังคมและข้อปฏิบัติในการดูแลและเข้าถึงจิตใจผู้สูงอายุ (เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2542) ปัจจัยด้านจิตสังคมที่มีผลต่อพฤติกรรมและบุคลิกภาพ และวิธีการปฏิบัติในการดูแลเพื่อเข้าถึงจิตใจผู้สูงอายุ มีดังต่อไปนี้ คือ

1. **อายุ** อายุเป็นปัจจัยแรกที่ต้องคำนึงถึงเนื่องจากศาสตร์แห่งการสูงอายุได้แบ่งช่วงของความชราไว้เป็น 3 ระยะ คือ ผู้สูงอายุตอนต้นอายุ 55-74 ปี, ผู้สูงอายุตอนกลางอายุ 75-84 ปี, ผู้สูงอายุตอนปลาย 84 ปีขึ้นไป สำหรับผู้ดูแลนั้นการดูแลผู้สูงอายุในแต่ละระยะจะแตกต่างกันมาก เพราะโดยทั่วไปหากเป็นวัยผู้สูงอายุตอนต้น การพึ่งพาตนเองได้นี้เป็นปัจจัยสำคัญของความรู้สึกว่าตนเองไม่เป็นภาระต่อผู้อื่น จากการสอบถามผู้สูงอายุตอนต้นและตอนกลางจำนวน 10 คน พบว่า 9 ใน 10 คน มีความรู้สึกที่ตนเองไม่เป็นภาระต่อลูกหลานทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขและสบายใจ

ข้อปฏิบัติในการดูแลและเข้าถึงจิตใจผู้สูงอายุ เมื่อผู้ดูแลได้รับมอบหมายให้ดูแลผู้สูงอายุจึงต้องพิจารณาอายุของผู้สูงอายุว่าอยู่ในกลุ่มใด ช่วยตัวเองได้มากน้อยเพียงใด หากช่วยเหลือตัวเองได้มากต้องพยายามส่งเสริมให้มีการช่วยตัวเอง และให้ดำรงชีวิตด้วยความกระตือรือร้น เพราะจะทำให้ร่างกายสดชื่นกระปรี้กระเปร่า และกระบวนการชราช้าลง โอกาสจะเป็นผู้สูงอายุพึ่งพิงผู้อื่นจะช้าลง ซึ่งเป็นหนึ่งในยอดปรารถนาของผู้สูงอายุทุกราย กรณีที่ได้รับมอบหมายให้ดูแลผู้สูงอายุที่มีอายุมากและช่วยเหลือตัวเองได้น้อย การดูแลด้านร่างกายต้องควบคู่กับการให้กำลังใจไม่แสดงความเบื่อหน่ายเมื่อผู้สูงอายุต้องพึ่งพิง ควรมีอารมณ์ขัน และรับฟังผู้สูงอายุด้วยความอดทน ผู้สูงอายุบางรายจะเล่าเรื่องซ้ำซาก หลงลืม ยิ่งมีอายุมากภาวะหลงลืมจะพบได้บ่อย ปัญหาหลงลืมจะพบมากขึ้นเมื่อผู้สูงอายุมีอายุเพิ่มขึ้น บางรายอาจชอบเดินออกจากบ้านแล้วกลับบ้านไม่ถูก ลืมชื่อลูกหลานหรือแม้แต่ชื่อตนเอง หากได้รับมอบหมายให้ดูแลผู้สูงอายุประเภทนี้ ต้องให้ความสำคัญกับการอยู่เป็นเพื่อนผู้สูงอายุ ไม่เปิดประตูบ้านไว้โดยให้ผู้สูงอายุอยู่โดยลำพัง

2. **ความต้องการด้านจิตใจ** คนทุกคนย่อมต้องการความรัก ความอบอุ่นและความเอื้ออาทรของเพื่อนมนุษย์ด้วยกัน แต่ระดับความต้องการของคนนอกจากจะแตกต่างกันไปในแต่ละคนแล้ว แต่ละวัยก็มีความต้องการความรัก ความเอาใจใส่ แตกต่างกันไป ผู้สูงอายุเป็นวัยที่ต้องการความรัก ความเอาใจใส่และความอบอุ่นจากคนรอบข้างมากกว่าคนวัยอื่นๆ ผู้สูงอายุที่ยอมรับความเปลี่ยนแปลงของร่างกาย บทบาททางสังคมที่ลดลงต้องอยู่คนเดียวบ่อยครั้ง แล้ว

สามารถปรับตัวได้ดี มีความสุขในจิตใจมีความเยือกเย็นสุขุม และมองชีวิตอย่างรู้เท่าทัน บุคคลกลุ่มนี้มีความสุขสงบในจิตใจ บ่อยครั้งที่พบว่าผู้สูงอายุบางคนไม่สามารถปรับตัวหรือทำใจได้กับสิ่งที่เกิดขึ้นกับชีวิตตน ผู้สูงอายุกลุ่มนี้อยู่ในประเภทมีปัญหาด้านจิตใจ ซึ่งปัญหาที่พบบ่อยได้แก่ ความรู้สึกสูญเสีย รู้สึกตนเองไม่มีคุณค่าหรือมีคุณค่าลดลง วิตกกังวล เจ็บเหงาว่าเหว โกรธ ขี้โมโห หงุดหงิดง่าย จู้จี้ขี้บ่น ก้าวร้าว เป็นต้น

ข้อปฏิบัติในการดูแลและเข้าถึงจิตใจผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุเป็นวัยที่ง่ายต่อความรู้สึกอ่อนไหว การดูแลผู้สูงอายุจึงมิใช่การให้ความสุขตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกายแต่เพียงอย่างเดียวการแสดงความเคารพยกย่อง พยายามให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกว่าตนเองยังคงมีคุณค่า การเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุเล่าประสบการณ์ที่ตนเองประทับใจวัยหนุ่มสาว ชวนคุย การยกย่องผลงานในอดีตของท่าน การชี้ชวนดูรูปภาพในอดีต อ่านหนังสือให้ฟัง เป็นเพื่อน เดินเล่น นวดแขนขา แสดงความเอื้ออาทร สนใจโดยไม่แสดงอาการเบื่อหน่าย แม้ว่าท่านจะเล่าเรื่องราวเดิมๆ ซ้ำแล้วซ้ำอีก ล้วนเป็นยาชูกำลังใจให้ผู้สูงอายุทั้งสิ้น หากสังเกตพบอาการซึมเศร้า และรายงานให้สมาชิกในครอบครัวทราบจะเป็นอีกข้อปฏิบัติหนึ่งที่สำคัญ เพราะจะทำให้สามารถช่วยเหลือผู้สูงอายุเมื่อมีปัญหาทางจิตใจและอารมณ์ได้

3. บทบาท การเปลี่ยนแปลงบทบาทของผู้สูงอายุมีทั้งในลักษณะเชิงลบและเชิงบวก ลักษณะเชิงบวกผู้สูงอายุจะรู้สึกว่า ตนเองเป็นที่พึ่งของลูกหลานเชิงประสบการณ์ และหากลูกหลานยังมอบบทบาทหน้าที่ให้ผู้สูงอายุ เช่น เฝ้าบ้าน เลี้ยงลูกหลาน เป็นที่ปรึกษา บทบาทเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความภาคภูมิใจว่าตนเองยังมีประโยชน์ต่อครอบครัวและสังคม ในทำนองกลับกัน ความรู้สึกสูญเสียบทบาททางสังคม เช่น จากหัวหน้าครอบครัวเป็นผู้อาศัย จากคนทำงานมาเป็นที่พักพิง จากผู้ให้บริการเป็นผู้รับบริการ ความจำกัดในบทบาทและปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นที่เปลี่ยนไป ล้วนทำให้เกิดปัญหาจิตใจต่างๆ

ข้อปฏิบัติในการดูแล หากผู้สูงอายุมีสุขภาพไม่แข็งแรง สมรรถภาพกายที่ไม่เอื้ออำนวยจะทำให้ความสนใจในกิจกรรมและมีความต้องการแตกต่างจากวัยอื่น ผู้ดูแล ผู้ดูแลต้องเข้าใจความเปลี่ยนแปลงลักษณะนี้ และพยายามประคับประคองจิตใจผู้สูงอายุให้ดี หากร่างกายยังแข็งแรง การนำผู้สูงเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของกิจกรรมครอบครัว พาท่องเที่ยวหย่อนใจ รับประทานอาหารนอกบ้าน เป็นครั้งคราวและปรึกษาหารือเรื่องต่างๆ ของครอบครัวจะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองยังมีบทบาทของผู้สูงอายุ จะรู้สึกว่าตนเองยังมีบทบาทหน้าที่ความสำคัญต่อลูกหลานและครอบครัว

4. ครอบครัวและเครือข่าย ครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนทางจิตใจที่สำคัญที่สุดของผู้สูงอายุ งานวิจัยหลายชิ้นสรุปได้ว่า ความหวังของผู้สูงอายุก็คือ การได้เห็นความสำเร็จในชีวิตของลูกหลาน การที่ครอบครัวให้ความรักความอบอุ่นกับผู้สูงอายุ จึงเปรียบเสมือนน้ำทิพย์ชโลมใจให้กับผู้สูงอายุทำให้บั้นปลายชีวิตมีความสุขและทรงคุณค่า เครือข่ายทางสังคมของผู้สูงอายุ โดยส่วนใหญ่ในประเทศกำลังพัฒนาจะเป็นเครือญาติ ในขณะที่ผู้สูงอายุในประเทศที่พัฒนาจะมีสโมสร ชมรม กลุ่มเพื่อน เครือข่ายจะเล็กลงเรื่อย ๆ เมื่อร่างกายเสื่อมถอยลง สำหรับประเทศไทยในปัจจุบันชมรมผู้สูงอายุเกิดขึ้นมากมาย ศูนย์บริการสังคมผู้สูงอายุเป็นหน่วยราชการที่รับผิดชอบดูแลกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุที่ยังแข็งแรงไม่เจ็บป่วย

ข้อปฏิบัติในการดูแล การดำรงไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่ดีของครอบครัวและเครือข่ายทางสังคมของผู้สูงอายุเป็นสิ่งสำคัญ เพราะการแยกตัวโดดเดี่ยวจะทำให้เกิดภาวะถดถอยซึมเศร้า ว้าเหว่ ซึ่งเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในวัยทองนี้ ผู้ดูแลจึงต้องพยายามส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างผู้สูงอายุและครอบครัว รวมทั้งเครือข่ายทางสังคมของท่าน โทรศัพท์ โทรสาร จดหมาย เป็นวิถีทางในการติดต่อที่ผู้สูงอายุสามารถติดต่อกับผู้อื่นได้ แม้ว่าจะมีข้อจำกัดด้านร่างกาย การช่วยกดโทรศัพท์ ส่งโทรสาร เขียนจดหมาย จึงเป็นสิ่งที่ผู้ดูแลสามารถกระทำได้ เพื่อช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น และยังคงรู้สึกว่าคุณค่าต่อผู้อื่นอีกด้วย

การทำความเข้าใจความเปลี่ยนแปลงและพัฒนาการตามวัยของผู้สูงอายุ ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เป็นสิ่งสำคัญประการหนึ่งในการดูแลและเข้าถึงจิตใจของผู้ป่วยสูงอายุให้มีความสุขและเกิดคุณภาพชีวิตที่ดี

5.5 การบริการสำหรับผู้ป่วยสูงอายุ

บริการที่เอื้อต่อการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2547, น. 139-145) บริการด้านสุขภาพและสังคมเป็นบริการที่ส่วนใหญ่จัดโดยภาครัฐเพื่อให้บริการระดับประชาชนทุกเพศทุกวัย สำหรับผู้สูงอายุนั้นบริการที่สำคัญ ได้แก่ บริการด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นบริการที่เป็นที่ต้องการสูงสุดของผู้สูงอายุทุกกลุ่ม ส่วนบริการด้านสังคมนั้นนิยมเน้นให้บริการสำหรับผู้สูงอายุที่มีฐานะยากลำบาก แต่บริการทั้งสอง ประเภท ได้มีส่วนช่วยในการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวเป็นอย่างมาก

1. บริการด้านสุขภาพ บริการด้านสุขภาพ ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยสูงอายุ แบ่งเป็นบริการในสถาบันและบริการในชุมชน ส่วนใหญ่เป็นการดำเนินการบริการในโรงพยาบาล โดยมีโครงการสุขภาพผู้สูงอายุและชมรมผู้สูงอายุ คลินิกผู้สูงอายุ คลินิกวัยทอง และหอผู้ป่วยสูงอายุใน

โรงพยาบาล (เฉียบพลันและเรื้อรัง) ช่องทางบริการสำหรับผู้ป่วยสูงอายุเพื่อให้เกิดความสะดวก รวดเร็ว และมีรูปแบบอื่น อาทิ สถานพยาบาลผู้สูงอายุ (Nursing Home) สถานสงเคราะห์เอกชน ศูนย์หรือสถานบริการสุขภาพ ศูนย์บริการผู้สูงอายุกลางวัน (Day Care Center) การดูแลผู้สูงอายุ ที่บ้าน (Home Health Care) ศูนย์บริการชุมชนแบบเบ็ดเสร็จ หรือรูปแบบบริการแบบบูรณาการ แก่ผู้สูงอายุในชุมชนและโรงเรียนสอนผู้ดูแลผู้สูงอายุ

2. บริการทางสังคม การดำเนินการด้านบริการทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุทั้งของ ภาครัฐและภาคประชาชน นับว่ามีความสำคัญอีกด้านหนึ่ง เป็นลักษณะการจัดบริการที่สนับสนุน ช่วยเหลือผู้สูงอายุให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ คือ ช่วยให้มีที่อยู่อาศัย มีปัจจัยพื้นฐานเพียงพอ ต่อ การครองชีพมีกิจกรรมที่สร้างคุณค่าให้แก่ตนเองและได้รับโอกาสในการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ของ ครอบครัวและสังคม ได้รับการศึกษาเรียนรู้เพื่อการพึ่งตัวเองได้ การดำเนินการด้านสังคมดังกล่าว จัดขึ้นในลักษณะของการดำเนินงานในสถาบัน การดำเนินงานในชุมชน การสร้างองค์กรและ เครือข่ายในชุมชน แต่การดำเนินงานในสถาบันนั้น มิได้ครอบคลุมผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในครัวเรือน ต่างๆ บริการที่มีส่วนเกี่ยวข้องอยู่บ้าง ได้แก่ การดำเนินงานในชุมชนที่เรียกว่า ศูนย์บริการผู้สูงอายุ ซึ่งในครั้งแรกจัดขึ้นในสถานสงเคราะห์ต่างๆ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้ ดำรงชีวิตอยู่อย่างมีความสุขและมีความอบอุ่นในครอบครัว เป็นบริการที่ผู้สูงอายุและครอบครัว สามารถเดินเข้าไปใช้บริการต่างๆ ได้ แต่ลักษณะบริการประเภทนี้ไม่ได้รับความสำเร็จมากนัก เนื่องจากผู้สูงอายุนิยมไปใช้บริการค่อนข้างน้อย ลักษณะบริการทางสังคม มีดังนี้

2.1 บริการสังคมในชุมชน เป็นบริการที่จัดสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัว ได้แก่ การจัดตั้งศูนย์บริการผู้สูงอายุในชุมชน (วัด) และโดยชุมชนมีเป้าหมาย ให้ชุมชนเกิดการตื่นตัว และมีส่วนร่วมในการจัดทรัพยากรด้านมนุษย์และอื่นๆ ที่มีในชุมชนมาใช้ประโยชน์ในการดูแลและ ให้บริการด้านเศรษฐกิจและสังคมแก่ผู้สูงอายุและพัฒนาไปสู่การจัดตั้งศูนย์บริการผู้สูงอายุในวัด ในเวลาต่อมาลักษณะบริการเป็นการจัดซื้ออุปกรณ์ออกกำลังกายให้ศูนย์ฯ นำไปจัดตั้งในวัด และ คาดหวังว่าจะเป็นสถานที่ที่ผู้สูงอายุจะมาใช้ประโยชน์ในการออกกำลังกาย แต่เนื่องจากปัญหา ของผู้สูงอายุมีมากกว่าที่คิดไว้ ผู้สูงอายุไม่นิยมออกจากบ้านไปออกกำลังกาย การดำเนินการด้าน นี้จึงประสบความสำเร็จน้อยและล้มเลิกไปเป็นจำนวนมาก

2.2 กองทุนส่งเสริมสวัสดิการผู้สูงอายุและครอบครัวในชุมชน (การสงเคราะห์เบี้ย ยังชีพผู้สูงอายุ) เดิมเป็นการให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้ง ขาดผู้อุปการะ มีฐานะ ครอบครัวยากจนและประสงค์จะอาศัยอยู่ในบ้านตนเอง จึงมีการจัดสวัสดิการสงเคราะห์ให้โดย มอบเงินเดือน เดือนละ 300 บาท ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2536 และมีการเปลี่ยนแปลงภายหลังใน ปีปัจจุบัน

เป็นสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุไทยทุกคน และเพิ่มเงินเป็นเดือนละ 500 บาท การสงเคราะห์ดังกล่าวนี้ช่วยให้การดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวได้บ้างโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อการได้รับเงินเบี้ยยังชีพนี้

2.3 บริการอื่นๆ ในชุมชน เป็นลักษณะบริการที่จัดตั้งขึ้นเพื่อเป็นการตั้งองค์กรระดับหมู่บ้านให้เป็นศูนย์กลางการช่วยเหลือซึ่งกันและกันรวมทั้งการสงเคราะห์ด้านต่างๆ แก่ประชาชนที่ทุกข์ยากในชุมชนด้วย ภารกิจของศูนย์ฯ ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุโดยตรง ได้แก่ การพิจารณาคัดเลือกผู้สูงอายุเข้ารับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ (เดิม) และการสงเคราะห์ผู้สูงอายุที่มีความทุกข์ยากลำบากเป็นครั้งคราวเท่านั้น

บริการในชุมชนอีกลักษณะหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ คือ บริการฌาปนกิจสงเคราะห์ในชุมชน เป็นการรวมตัวของสมาชิกในชุมชนจัดตั้งและดำเนินการฌาปนกิจสงเคราะห์โดยสมาชิกระดมทุนร่วมกันเป็นการสงเคราะห์ช่วยเหลือซึ่งกันและกันในการจัดการศพ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เข้าเป็นสมาชิกฌาปนกิจนี้โดยคาดหวังว่าเมื่อเสียชีวิตแล้วจะมีเงินทำพิธีศพ นับเป็นการดูแลผู้สูงอายุทางด้านจิตใจที่ดีอย่างหนึ่งเพื่อให้ผู้สูงอายุมั่นใจว่าเมื่อเสียชีวิตแล้วจะได้รับการประกอบพิธีกรรมอย่างมีศักดิ์ศรี

บริการเพื่อเสริมสร้างศักยภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ การจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นบริการโดยผู้สูงอายุและเพื่อผู้สูงอายุด้วยกัน เป็นแหล่งชุมนุมผู้สูงอายุเพื่อทำกิจกรรมร่วมกัน ซึ่งนับว่าเป็นบริการที่ดูแลผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้อย่างหนึ่งในชุมชน

1. บริการทางสังคมที่อยู่ระหว่างการทดลองดำเนินการ โครงการนาร่องอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (อสผ.) หรือ Home Care เป็นโครงการที่ดำเนินการโดยสำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส คนพิการและผู้สูงอายุ โดยสำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ ได้ดำเนินงานโครงการนาร่องอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (Home Care) โดยการจัดฝึกอบรมความรู้ ทักษะและการเสริมสร้างทัศนคติให้แก่ประชาชนที่มีความสมัครใจจะปฏิบัติหน้าที่เป็นอาสาสมัครให้การคุ้มครอง ดูแล ช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ขาดผู้ดูแลหรือช่วยเหลือตนเองไม่ได้ การดำเนินโครงการมีหลักการสำคัญ ประกอบด้วย ปรัชญาของการดำเนินการ เป็นการเสริมสร้างจิตสำนึกให้ชุมชนดูแลผู้สูงอายุในชุมชนของตนเอง โดยมีฐานแนวคิดในการดำเนินงาน คือ

1.1 การประสานความร่วมมือในการดูแลผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมระหว่างภาครัฐ ภาคเอกชนและประชาชนในชุมชน

1.2 การดำรงรักษาวัฒนธรรมที่เน้นความเอื้ออาทรระหว่างคนในชุมชน

1.3 การส่งเสริมองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น หรือเครือข่ายในชุมชนให้มีบทบาทในการจัดสวัสดิการสังคมภายในชุมชนและสนับสนุนระบบงาน อผส. ให้มีความต่อเนื่องและยั่งยืน

การดำเนินงานปรากฏผลที่น่าพึงพอใจซึ่งคาดว่าหากมีการขยายไปยังชุมชนอื่นจะเป็นประโยชน์ต่อผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก

6. ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ปัจจุบันจะเห็นว่าสังคมมีการตื่นตัวในเรื่องการดูแลผู้สูงอายุมากขึ้นตามสัดส่วนการเพิ่มของประชากรผู้สูงอายุ และมีการให้ความสำคัญกับการดูแลและผู้ดูแลในด้านต่างๆ มากยิ่งขึ้น แต่ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มุ่งเน้นเรื่องความต้องการความรู้ ทักษะ และบริการสนับสนุนทางสังคม ที่สำคัญเพื่อใช้ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่บ้าน การดูแลในครอบครัว (Home Care) เป็นพื้นฐานมาจากค่านิยมและวัฒนธรรมที่ดีงามของคนไทยในเรื่องการเกื้อกูลเอื้ออาทร และความกตัญญูต่อบิดามารดาหรือผู้มีพระคุณ การดูแลผู้ใหญ๋ในบ้านจึงมีมาแต่ตั้งแต่ดั้งเดิมแล้ว เนื่องด้วยสถานการณ์ประชากรผู้สูงอายุมีแนวโน้มสูงขึ้น และมีอายุยืนยาว แต่มีภาวะการเจ็บป่วยที่ต้องดูแลอย่างถูกต้องเหมาะสม การดูแลผู้ป่วยสูงอายุผู้ดูแลจึงจำเป็นต้องมีความรู้ ทักษะและได้รับการสนับสนุนทางสังคมเพื่อให้เกิดคุณภาพที่ดีในการดูแล และคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยสูงอายุ ในการศึกษาเรื่อง “ความต้องการความรู้ ทักษะ และบริการสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่บ้าน : กรณีศึกษาญาติผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลราชวิถี” ผู้ศึกษาได้ทำการสำรวจและรวบรวมผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาใช้อ้างอิงและเป็นแนวทางในการสร้างกรอบแนวคิดการวิจัย ในการศึกษา ซึ่งสามารถสรุปเป็นประเด็นในการศึกษา ดังนี้

6.1 การดูแลผู้สูงอายุ

ในการศึกษาผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในเรื่องของการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ การศึกษาวิจัยของ บุริน บางแก้ว (2541) ที่ศึกษาเรื่อง “ความต้องการช่วยเหลือในการดูแลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ” โดยใช้ข้อมูลจากโครงการสำรวจครอบครัวและผู้สูงอายุ ประชากรเอเซียในขนาดของสถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ และผู้ดูแลในจังหวัดพระนครศรีอยุธยาและกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุจำนวน 408 ราย และผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 82 ราย ผลการศึกษาพบว่าบุคคลที่เป็นหลักในการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ คือ บุตรของผู้สูงอายุ โดยที่ผู้สูงอายุหญิงจะมีบุตรเป็นหลักในการ

ดูแลและพาไปหาหมอ ในขณะที่ผู้สูงอายุชายจะมีภรรยา และบุตรเป็นหลักที่ให้การดูแล ผู้สูงอายุในชนบทได้รับการเกื้อหนุนจากบุตรเป็นสัดส่วนที่สูงกว่าในเขตเมือง ผู้สูงอายุในเมืองจึงต้องพึ่งตนเองและคู่สมรสในเรื่องต่างๆ รองจากการได้รับความช่วยเหลือจากบุตร และธีราพร ทวีธรรมเจริญ (2545) ได้ศึกษาเรื่อง “พฤติกรรมการให้ความพึ่งพิงแก่บิดามารดาของบุตร” พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการให้ความพึ่งพิงแก่บิดามารดาของบุตร ตามแนวทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม มี 2 ปัจจัย คือ วิธีที่บุตรได้เรียนรู้ด้วยการเห็นพฤติกรรมการให้ความพึ่งพิงแก่ปู่ย่าตายาย จากบิดามารดาส่งผลให้บุตรมีพฤติกรรมการให้ความพึ่งพิงแก่บิดามารดาตามไปด้วย และปัจจัยเรื่องวิธีที่บุตรได้เรียนรู้ด้วยการได้รับการสั่งสอนในเรื่องการตอบแทนบุญคุณคนในวัยเด็กมาก บุตรจะมีพฤติกรรมการให้ความพึ่งพิงแก่บิดามารดาตามไปด้วยเช่นเดียวกัน ส่วนปัจจัยตามแนวทางทฤษฎีการแลกเปลี่ยนทางสังคม มี 4 ปัจจัย ที่มีความสัมพันธ์กับการให้พึ่งพิงแก่บิดามารดาของบุตร ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากบิดามารดา และบุตรที่มีความยึดมั่นในบรรทัดฐานแห่งการตอบแทนกลับคืนมา จะให้ความพึ่งพิงแก่บิดามารดาเช่นเดียวกัน ส่วนปัจจัยในเรื่องคุณค่าของรางวัลที่ได้รับจากการปฏิบัติงานสืบทอดกับบิดามารดากับการที่มีทรัพยากรที่เป็นที่ต้องการของบุตรนั้น พบว่าจะมีการโน้มเอียงที่จะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการให้ความพึ่งพิงแก่บิดามารดาของบุตร คือ บุตรที่เห็นคุณค่าของรางวัลที่ได้รับจากการปฏิบัติงานสืบทอดกับบิดามารดามากจะให้ความพึ่งพิงแก่บิดามารดามาก และบุตรที่เห็นว่าบิดามารดาที่มีทรัพยากรที่เป็นที่ต้องการก็จะให้พึ่งพิงแก่บิดามารดาตามไปด้วย มีเพียงมิติด้านจิตใจเท่านั้น ที่การเห็นคุณค่าของรางวัลที่ได้รับจากการปฏิบัติงาน และการมีทรัพยากรที่เป็นที่ต้องการของบุตรจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการให้ความพึ่งพิงแก่บิดามารดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนั้น ศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2547) ได้ศึกษาเรื่อง “ระบบการดูแลระยะยาวในครอบครัวสำหรับผู้สูงอายุ : การสังเคราะห์องค์ความรู้” มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษางานวิจัยและวรรณกรรมอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้ดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทย พบว่า ผู้ที่เข้ารับบทบาทการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว มักมีความเกี่ยวข้องกันทางด้านสายเลือดกับผู้สูงอายุ เป็นบุตร และอยู่ในวัยกลางคน ด้วยเหตุผลที่ต้องทดแทนบุญคุณ และความกตัญญูทดแทน โดยมิหน้าที่ดูแล สำหรับปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุนั้น เกิดจากการขาดความเข้าใจเรื่องของการดูแล ทั้งในการปฏิบัติต่อผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย และการดูแลผู้สูงอายุในชีวิตปกติการะดังกล่าวส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดผลกระทบทางด้านจิตใจ ร่างกาย และทางด้านเศรษฐกิจ ในด้านจิตใจนั้น เกิดความเครียดในบทบาทผู้ดูแล จากความขัดแย้งในบทบาทการรับบทบาทที่มากเกินไป และความคลุมเครือในบทบาทซึ่งบทบาทต่างๆ นั้นมีความเกี่ยวเนื่องกับการได้รับความคาดหวังในการดูแล ความต้องการผู้ดูแลในอนาคต คาดว่าจะมีอัตราเพิ่มขึ้น

โดยจำนวนผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือจะเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า ในอีก 20 ปีข้างหน้าและผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลเป็นส่วนตัวที่บ้านจะเพิ่มขึ้นเป็น 3 เท่าซึ่งพบว่าปัจจุบันเกิดการขาดแคลนผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยมีสภาพจากความไม่สอดคล้องของผู้สูงอายุและความต้องการของผู้ดูแลทำให้ผู้ดูแลไม่สามารถตอบสนองถึงความต้องการของผู้สูงอายุได้ทั้งหมด

6.2 ความต้องการของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ในการศึกษาลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในเรื่องของความต้องการของผู้ดูแลผู้สูงอายุ เล็กสมบัติ (2549) ได้สรุปการศึกษาเรื่อง “ภาวะการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวในปัจจุบัน” ในหัวข้อปัญหาและความต้องการของสมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ ว่าเป็นปัญหาที่เกี่ยวกับความสามารถของครอบครัวที่จะดูแลผู้สูงอายุ เช่น ปัญหาด้านสุขภาพร่างกาย สุขภาพการเป็นอยู่ของผู้สูงอายุมีระบบต่างๆ ที่เสื่อมลง ซึ่งเป็นปัญหาของผู้สูงอายุ ยังมีภาวะความเสื่อมที่รุนแรง ยิ่งเป็นปัญหาในการดูแล และปัญหาด้านอารมณ์จิตใจทั้งผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัว ปัญหาด้านการเงินที่จำเป็นต้องใช้จ่ายสำหรับผู้สูงอายุและใช้จ่ายในครอบครัว และครอบครัวต้องการความช่วยเหลือทั้งการช่วยเหลือแก่ผู้สูงอายุและการช่วยเหลือแก่ครอบครัว เพื่อเป็นการแบ่งเบาภาระของครอบครัวทั้งโดยตรงและโดยอ้อม ความต้องการช่วยเหลือสำหรับผู้สูงอายุคือ ต้องการได้รับเงินช่วยเหลือเป็นเบี้ยยังชีพ หรือเงินสงเคราะห์ยามที่ช่วยตนเองไม่ได้ นอกจากนี้ยังต้องการให้มีหน่วยงานหรือเจ้าหน้าที่ ด้านสาธารณสุขมาช่วยดูแลด้านสุขภาพแก่ชุมชน และช่วยจัดหา หรือส่งเสริมให้องค์กรในชุมชนให้สวัสดิการแก่ผู้สูงอายุ และต้องการให้มีศูนย์ดูแลผู้สูงอายุในเวลากลางวันในชุมชน ส่วนความต้องการสำหรับครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุนั้น ต้องการให้มีแพทย์มาช่วยในการดูแลผู้สูงอายุ ต้องการให้มีการส่งเสริมให้จัดกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนเพื่อกระตุ้นให้ผู้สูงอายุเข้ามาร่วมกิจกรรมในกลุ่ม ได้พูดคุยกับเพื่อนจะได้ไม่รู้สึกเหงา และการสร้างคุณค่าในตนเองให้เกิดความมั่นใจและสามารถปรับตัวอยู่กับครอบครัวได้อย่างมีความสุข นอกจากนั้น นาริรัตน์ จิตรมนตรี และ นวลชนิษฐ์ ลิขิตลือชา (2550) ได้ศึกษา “ปัญหาและความต้องการต่อการดูแลระยะยาวของผู้เป็นอัมพฤกษ์/อัมพาต” พบว่าผู้เป็นอัมพฤกษ์/อัมพาตส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีปัญหาต่างๆ ดังนี้ ด้านสุขภาพร่างกายมีปัญหา ส่วนขาทั้ง 2 ข้างเคลื่อนไหวไม่ได้เลย เคลื่อนไหวได้บ้างในแนวราบ มีอาการอ่อนแรงของแขนขา มีแผลกดทับ ผู้ป่วยบางส่วนต้องใส่เครื่องมือพิเศษ เช่น ใส่สายสวนปัสสาวะ บางคนใส่ท่อเจาะคอซึ่งต้องการการดูแลเฉพาะเพิ่มเติม ด้านสุขภาพจิต พบว่ามีภาวะซึมเศร้า สำหรับความรู้สึกหรืออาการที่พบมากที่สุด 5 อันดับแรก ได้แก่ ทำอะไรก็ซ้ำ คิดได้ช้ากว่าปกติ หลงลืมง่าย เสียความเชื่อมั่นในตนเองและ

อ่อนเพลีย ศักยภาพในการดูแลตนเองพบว่ามีปัญหาในการสวมใส่เสื้อผ้ามากที่สุด และแม้ว่าผู้ป่วยและผู้ดูแลจะได้รับการฝึกทักษะการช่วยเหลือตนเอง แต่ยังไม่สามารถปฏิบัติได้เท่าที่ควร เนื่องจากขาดความมั่นใจในการดูแล โดยเฉพาะการทำกายภาพบำบัด การให้อาหารทางสายยาง เป็นต้น

จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุไทยมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น และมีอายุยืนยาวขึ้น แต่มีการเจ็บป่วยที่ต้องดูแลต่อเนื่องจากสถานพยาบาลไปจนถึงที่บ้าน ผู้ป่วยสูงอายุเหล่านี้จะมีความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองได้ในระดับที่แตกต่างกันไป บางรายไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้เลย บางรายช่วยเหลือตัวเองได้บ้างเล็กน้อย บางรายสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ แต่อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุเหล่านี้ก็ยังมีความต้องการผู้ดูแล ส่วนใหญ่จะเป็นบุตรหลานหรือสมาชิกในครอบครัว ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยสูงอายุมีทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ แต่ปัจจุบันครอบครัวและผู้สูงอายุกำลังประสบกับสภาพสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว และส่งผลกระทบต่อครอบครัวอย่างไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ทำให้รูปแบบการดูแลเปลี่ยนแปลงไป แต่อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุยังคงต้องการการดูแลและเอาใจใส่จากครอบครัว และนอกจากนี้ยังต้องอาศัยความช่วยเหลือจากปัจจัยภายนอกได้แก่การสนับสนุนจาก หน่วยงานภาครัฐภาคเอกชน กลุ่มเพื่อนบ้าน ผู้นำชุมชน และศาสนาที่ช่วยแบ่งเบาภาระที่เกินความสามารถของครอบครัวที่จะดูแลผู้สูงอายุได้ ในส่วนของผู้ดูแลและครอบครัวที่ต้องดูแลผู้ป่วยสูงอายุทำให้กระทบถึง ปัญหาทางด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิตใจ สังคม และเศรษฐกิจการเงินในครอบครัว ที่สำคัญคือการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นปัญหามากคือ ผู้ดูแลขาดความรู้ ทักษะและความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่บ้าน รวมถึงการไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะศึกษาบทบาทของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุในครอบครัว ศึกษาความต้องการของญาติผู้ดูแลในเรื่องความรู้และทักษะตลอดจนบริการทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุที่บ้านซึ่งมีกรอบการศึกษา ดังนี้

7. กรอบแนวคิดในการศึกษา

