

คุณภาพชีวิตของครอบครัวที่มีผู้สูงอายุป่วยเรื้อรัง

ปีนนเรศ กาศอุดม*

ความหมายของครอบครัว

พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525 ได้ให้ความหมายว่า ครอบครัว (น.) หมายถึง สถาบันสังคมที่ประกอบด้วยสามี ภรรยา และบุตร เป็นต้น

คณะอนุกรรมการครอบครัวในคณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานสตรีแห่งชาติ ได้ให้คำนิยามของครอบครัวไว้ว่า ครอบครัว หมายถึง กลุ่มคนที่มีความผูกพันทางอารมณ์ และจิตใจในการดำเนินชีวิตร่วมกัน รวมทั้งการพึ่งพิงกันทางสังคมและเศรษฐกิจ มีความสัมพันธ์กันทางกฎหมายและทางสายโลหิตและบางครอบครัวอาจมีลักษณะเป็นช้อยกเว้นบางประการจากที่กล่าวมา

สำหรับทัศนะทางมนุษยวิทยา ครอบครัว มักจะใช้โดยมีความหมายควบไปกับเครือญาติ โดยสื่อให้เห็นว่าครอบครัวอยู่ในบริบทของกลุ่มคนที่กว้างกว่าครอบครัวเดี่ยว โดยที่ครอบครัว

มักจะมีพ่อแม่ลูกและญาติคนอื่นอาศัยอยู่ด้วย ในลักษณะครอบครัวขยาย

ในบทความนี้ ครอบครัวจะหมายถึง กลุ่มคนที่มีความเกี่ยวพันกันทางสายเลือด และ/หรือทางกฎหมายซึ่งได้แก่ พ่อ(สามี)แม่(ภรรยา) ลูก และญาติพี่น้อง หรืออาจมีบุคคลอื่นด้วย แต่ละคนจะมีบทบาทหน้าที่ ที่พึงปฏิบัติต่อกัน ให้ความรักและความเอาใจใส่ต่อกัน เอื้ออาทร มีความปรารถนาดีต่อกันทั้งในทางเศรษฐกิจ และทางสังคม ครอบครัวประกอบด้วยระบบย่อยต่างๆ ตามตำแหน่งหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัวระบบย่อยต่างๆ เหล่านี้ รวมกันเป็น โครงสร้างของครอบครัวและมีหน้าที่แตกต่างกันไป เช่น หญิงสาวคนหนึ่งอาจเป็นภรรยา เป็นลูกสาวหรือเป็นพี่สาวคนโตบทบาทเหล่านี้ จะเกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ที่แตกต่างกันในแต่ละระบบย่อยและก่อให้เกิดพฤติกรรมที่แตกต่างกัน ในครอบครัว จะมีระบบย่อย เช่น

* พยาบาลวิชาชีพ 8 วช. วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

1.) **ระบบย่อยของคู่สมรสหรือสามีภรรยา** คือ บุคคล 2 คนที่มีเพศตรงข้ามกันตกลงที่จะอยู่ร่วมกัน โดยมีจุดมุ่งหมายที่จะช่วยเหลือค้ำจุนซึ่งกันและกันและตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์และเพศของกันและกันด้วยระบบย่อยของคู่สมรสเปรียบเสมือนหนึ่งเป็นเกราะป้องกันความเครียดซึ่งและกันจากสิ่งเร้าภายนอกและเป็นหนทางในการติดต่อสัมพันธ์กับระบบสังคมอื่นๆ ด้วย

2.) **ระบบย่อยของบิดามารดาและบุตร** ประกอบด้วยบิดามารดาและบุตรในระบบย่อยนี้จะมีบทบาทของบิดามารดาและบุตรในการอยู่ร่วมกันเป็นสังคม

3.) **ระบบย่อยพี่น้อง** มีลักษณะเป็นความสัมพันธ์ของบุตรทุกคน

ทั้งนี้การเปลี่ยนแปลงของเศรษฐกิจและสภาพสังคมในปัจจุบันมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของครอบครัวเช่นกันเพราะครอบครัวเป็นหน่วยย่อยของสังคมและเป็นระบบเปิดการเปลี่ยนแปลงของสังคมภายนอกย่อยทำให้ลักษณะของครอบครัวเปลี่ยนไปด้วยเช่น ส่งผลให้นิยามของคำว่าครอบครัวเปลี่ยนไปด้วย เช่น ในปัจจุบันจะพบว่า การไม่จดทะเบียนสมรสของสามีภรรยามีสูงขึ้นจึงทำให้มีผู้ให้นิยามครอบครัวว่าไม่จำเป็นต้องมีความสัมพันธ์ทางกฎหมายก็ได้ นอกจากนี้ในปัจจุบันพบว่าบุตรหลานมักจะไม่ค่อยได้อยู่กับพ่อแม่ เพราะต้องไปทำงานในเมืองหรือในเขตอุตสาหกรรมต่างๆ ปล่อยให้พ่อแม่หรือผู้สูงอายุอยู่ที่บ้านกันตามลำพังแต่เทคโนโลยีในปัจจุบันก็ยังพอช่วยให้บุตรหลานได้ทำหน้าที่ของตนเองได้บ้างเช่นการพูดคุยทางโทรศัพท์ได้ง่ายและสะดวกยิ่งขึ้น

ลักษณะของครอบครัวที่มีคุณภาพชีวิตที่ดี

ครอบครัวที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีนั้นย่อมหมายถึง การที่สมาชิกของครอบครัวมีความสุขและการที่ครอบครัวจะมีความสุขได้จะต้องมีลักษณะสำคัญ 6 ประการดังต่อไปนี้ (Linda, L.D. 1992)

1. การสื่อสารที่ดี การพูดคุย สื่อสารกัน ในครอบครัวจะช่วยให้มีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างสมาชิกในครอบครัวช่วยให้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและรับรู้ถึงความรู้ที่มีต่อกัน รวมถึงการให้ความสำคัญของกันและกันในครอบครัว การสื่อสารทั้งที่เป็นการพูดคุยและการแสดงออกทางกาย(อวัจนภาษา)ย่อมมีผลต่อความเข้าใจและแก้ไขปัญหาหรือความขัดแย้งในครอบครัว

2. การส่งเสริมสนับสนุนสมาชิกในครอบครัวทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจของสมาชิกในครอบครัวแต่ละคน

3. จะต้องมีการปรับบทบาทหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัวเพื่อการพัฒนาครอบครัว ต้องมีความยืดหยุ่นในครอบครัวเนื่องจากครอบครัวได้รับอิทธิพลจากปัจจัยภายนอกที่มีผลกระทบต่อครอบครัว เช่นทางด้านเศรษฐกิจสมาชิกในครอบครัวอาจจะต้องมีการปรับบทบาทหน้าที่ จากภรรยาที่เคยออกไปทำงานนอกบ้านต้องมาเลี้ยงดูบุตรในบ้าน สามีต้องทำงานมากขึ้น อาจจะทำให้เกิดปัญหาได้ทั้งทางด้านภรรยาและสามีจากการปรับบทบาทหน้าที่ฉะนั้นจึงต้องมีความยืดหยุ่นต่อกันของสามี ภรรยา

4. จะต้องมีความสามารถในการเผชิญกับปัญหาหรือประเด็นการตัดสินใจในครอบครัว ทั้งนี้ในการแก้ปัญหาบางปัญหานั้นสมาชิกในครอบครัวอาจจะไม่สามารถแก้ไขหรือจัดการได้

สมาชิกในครอบครัวอาจจะต้องแสวงหาแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือ

5. สิ่งแวดล้อมสุขอนามัยในครอบครัวต้องดี รวมถึงวิถีชีวิตของสมาชิกในครอบครัวที่ส่งเสริมให้มีสุขภาพที่ดี ได้แก่ มีการพักผ่อนผ่อนคลายจากความเครียดต่างๆ มีโภชนาการที่ดี

ครอบครัวที่มีผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังอยู่ในครอบครัว

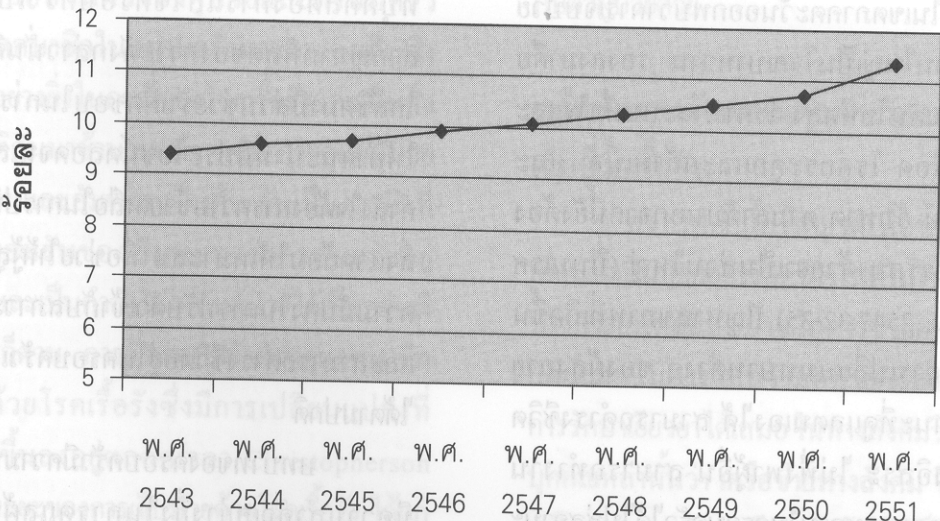
สังคมไทยแต่เดิมเป็นสังคมที่ยึดถือผู้สูงอายุเป็นหลักสำคัญของครอบครัว เป็นบุคคลที่บุตร หลานให้ความเคารพนับถือ แต่เมื่อสังคมมีการเปลี่ยนค่านิยมเป็นสังคมที่เน้น “วัตถุนิยม” หรือ “บริโภคนิยม” ทำให้วิถีชีวิตของครอบครัวไทยเปลี่ยนแปลงไปอย่างมาก และส่งผลกระทบต่อ

มีการส่งเสริมการออกกำลังกาย รวมทั้งการส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวมีการทำกิจกรรมร่วมกัน

6. ความสามารถในการรักษาภาวะต่างๆ ให้ดำเนินต่อไปได้อย่างเป็นปกติสุข

ต่อผู้สูงอายุอย่างยิ่งเช่น ปัญหาการขาดผู้ดูแลผู้สูงอายุทั้งในยามปกติหรือยามที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรังก็ตามประกอบกับสัดส่วนของผู้สูงอายุที่มากขึ้นทุกวันจนจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ปัญหา ก็จะมากขึ้นเป็นลำดับด้วยซึ่งจากการคาดการณ์จำนวนผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 9.4 ในปี พ.ศ. 2543 ไปเป็นร้อยละ 11.36 ในปี พ.ศ. 2551 ดังกราฟ

ร้อยละการเพิ่มของผู้สูงอายุประมาณการ พ.ศ.2543-2551



ที่มา : สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ: รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีความเสื่อมของร่างกายในทุกๆ ระบบซึ่งจะนำมาสู่ปัญหาสุขภาพต่างๆ เมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุมักจะมีการเจ็บป่วยอย่างน้อย 1 โรคและเมื่ออายุมากกว่า 75 ปี จะพบว่ามียามากกว่า 3 โรค (สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล และคณะ, 2542 และ Miller, C.A.1995) จากการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุพ.ศ. 2538 พบว่าผู้สูงอายุประมาณร้อยละ 70.50 มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ, 2540) ซึ่งการเจ็บป่วยเรื้อรัง ดังกล่าวจะนำไปสู่ภาวะพึ่งพาและภาวะทุพพลภาพได้และจากการศึกษาของสุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล และคณะ(2542) ที่สำรวจภาวะทุพพลภาพ ภาวะพึ่งพา และภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุจาก 33 จังหวัดพบว่า ร้อยละ 72.00 มีความผิดปกติเรื้อรังและโรคที่สัมพันธ์กับภาวะทุพพลภาพระยะยาวที่มีความสำคัญ 5 อันดับแรก ได้แก่ อัมพาตครึ่งซีก ปวดเข่า/เข่าอักเสบอุบัติเหตุตาบอดและกระดูกสันหลังโก่ง และจากการศึกษาการเจ็บป่วยเรื้อรังของผู้สูงอายุในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือพบว่า การเจ็บป่วยเรื้อรังส่วนใหญ่เป็นโรคเบาหวาน รองลงมาคือโรคความดันโลหิตสูง โรคของระบบหัวใจและหลอดเลือด โรคกระดูกและกล้ามเนื้อ และอัมพฤกษ์ อัมพาต ตามลำดับนอกจากนี้ยังต้องได้รับการรักษาด้วยยาเป็นส่วนใหญ่ (ปิ่นนเรศ กาศอุดม, 2547:32-35) ปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นนำไปสู่การเปลี่ยนบทบาทต่างๆ ของผู้สูงอายุ จากสถานะที่ดูแลตนเองได้ สามารถดำรงชีวิตอยู่อย่างอิสระ ไม่พึ่งพาผู้อื่น สามารถทำงานและถือฤกษ์บุตรหลานในครอบครัวได้ไปสู่สถานะที่พึ่งพาอาศัยและรับการดูแลจากบุตรหลานหรือ

สมาชิกในครอบครัวดังนั้นสมาชิกในครอบครัวจึงต้องรับบทบาทหน้าที่ในการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ กิจกรรมที่บุตรหลานพึงปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุ เช่น การดูแลในเรื่องการจัดหาอาหาร การให้ผู้สูงอายุได้ทำงานตามความพอใจ การให้เงินผู้สูงอายุใช้หาทางให้ผู้สูงอายุได้รับความสุขทางใจ เช่น การจัดหาสิ่งอำนวยความสะดวกให้ การพาไปวัดการพาไปพบปะเพื่อนฝูง การจัดหางานอดิเรกให้ทำ นอกจากนี้ ต้องดูแลเรื่องความปลอดภัยและการดูแลกิจวัตรประจำวันต่างๆ ด้วย

ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง เป็นภาวะเจ็บป่วยที่มีการดำเนินของโรคนานตลอดเวลา และมีการกำเริบของโรคเป็นระยะๆ ทำให้ต้องเข้ารักษาที่โรงพยาบาลบ่อยๆ หากบุคคลใดบุคคลหนึ่งโดยเฉพาะผู้สูงอายุต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะเจ็บป่วยรุนแรงอาจรบกวนต่อความสมดุลทางร่างกายอันจะนำไปสู่ภาวะวิกฤติซึ่งภาวะดังกล่าวจะสลับกับภาวะเรื้อรังอยู่ตลอดเวลาภาวะเจ็บป่วยดังกล่าวเป็นภาวะที่บุคคลต้องการแก้ไขครอบครัวเป็นแหล่งสำคัญมากที่สุดของภาวะดังกล่าว นั่นคือบุคคลใกล้ชิดควรมีส่วนช่วยรับผิดชอบในการดูแลและให้คำแนะนำที่มีประโยชน์ตลอดจนเสริมสร้างกำลังใจต้องการความช่วยเหลือในการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมเพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดความมั่นคงในการปรับตัวเข้ากับสภาวะของโรค และสามารถดำรงชีวิตอยู่ในครอบครัวและสังคมได้ตามปกติ

บทบาทของครอบครัวมีความหมายและมีความสำคัญอย่างยิ่งในการดูแลผู้ที่มีความเจ็บป่วยที่ต้องใช้เวลานานมีระยะเวลาการขึ้น

ลงของปัญหาสุขภาพเพราะผลกระทบของปัญหาสุขภาพดังกล่าวส่งผลต่อผู้ป่วยทั้งในด้านการปรับตัวและพฤติกรรมดูแลสุขภาพรวมทั้งส่งผลกระทบต่อครอบครัวและชุมชนให้ต้องมีการปรับตัวเพื่อการรองรับและเผชิญปัญหาดังกล่าว

ข้อเท็จจริงที่ไม่อาจปฏิเสธได้คือครอบครัวมีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลและจัดการกับผู้ป่วยเรื้อรังมากเมื่อพิจารณาจากอัตราการเข้าโรงพยาบาลของผู้ป่วยเรื้อรังเปรียบเทียบกับการดูแลที่บ้านผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังจำนวนน้อยกว่า 5 % ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลนอกเหนือจากนั้นตกอยู่กับครอบครัวและเครือข่ายทางสังคมในการทำบทบาทหน้าที่ในการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ในขณะที่ครอบครัวก็ต้องปรับตัวให้เหมาะสมและยอมรับผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยโรคเรื้อรังได้เป็นอย่างดี ครอบครัวแต่ละครอบครัวจะมีรูปแบบในการจัดการกับโรคหรือความเจ็บป่วยเรื้อรังแตกต่างกันออกไปตามวัฒนธรรม ความเชื่อและคุณสมบัติส่วนตัวของผู้ป่วยและครอบครัว การดูแลสมาชิกในครอบครัวและตนเองเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งในกรณีของโรคเรื้อรังและสิ่งที่ปฏิบัติกันมาช้านานแล้ว เช่น การดูแลผู้ป่วยเบาหวานและอัมพาต เป็นต้น อันเป็นภารกิจที่เป็นที่ยอมรับของสังคมเพราะครอบครัวอยู่ใกล้ชิดและเป็นกำลังใจให้กับผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี อย่างไรก็ตาม การที่ครอบครัวต้องดูแลสมาชิกที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงที่รุนแรงขึ้นลงอยู่ตลอดเวลา Christopherson ได้แบ่งระยะของการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ระยะเฉียบพลันระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ระยะ

ทรงตัวและระยะกลับมามีอาการกลับไปกลับมา (Christopherson, 1999:75-85) ซึ่งความเจ็บป่วยแต่ละระดับขึ้นจะมีผลกระทบต่ออารมณ์ของครอบครัว ดังนั้น การเสริมสร้างบทบาทของครอบครัวในแต่ละขั้นตอนของโรคจะต้องให้ความรู้เรื่องโรคแก่ ครอบครัวและต้องได้รับการสนับสนุนจากผู้ที่ประกอบวิชาชีพเกี่ยวกับสุขภาพอย่างเหมาะสมด้วย

การส่งเสริมครอบครัวให้เกิดการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของสมาชิกที่เกิดขึ้นโดยเฉพาะอย่างยิ่งการเจ็บป่วยเรื้อรังและการดูแลเบื้องต้น (primary care) เป็นสิ่งที่จำเป็นอย่างยิ่ง ดังนั้น บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขควรต้องมีบทบาทในการให้ความรู้ที่ถูกต้องในเรื่องโรค การปฏิบัติตน การป้องกันและเปิดโอกาสให้ครอบครัวสามารถดูแลผู้ป่วยได้ตามลำพัง โดยสอดคล้องกับเหตุผลที่ว่าไม่สามารถแยกผู้ป่วยออกจากครอบครัวได้ อีกทั้งครอบครัวเองก็มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของผู้ป่วยและต่อความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับตัวผู้ป่วยด้วย

เครือข่ายทางสังคมและชุมชนกับการดูแลผู้เจ็บป่วยเรื้อรัง

ครอบครัวเครือข่ายเพื่อนบ้านหรือเพื่อนซึ่งเป็นบุคคลธรรมดาทั่วไปที่ไม่ใช่บุคลากรทางการแพทย์มีบทบาทในการช่วยเหลือบุคคลแต่ละคนในการให้ความหมายและแนะนำวิธีการรักษาเยียวยาได้เสมอ ในทางสังคมวิทยาเรียกบุคคลเหล่านั้นว่า เครือข่ายทางสังคม โดยทั่วไปเครือข่ายทางสังคมมีความสัมพันธ์กับบุคคลทั้งด้านเศรษฐกิจ การเมือง ศาสนา ทั้งนี้เพราะ

ความสัมพันธ์ของบุคคลมีขึ้นเพื่อวัตถุประสงค์ในการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารความคิดเห็นและความพึงพอใจที่มีต่อกัน ในแง่การแสวงหาการรักษาพยาบาลนั้นเครือข่ายทางสังคมมีบทบาทในการสร้างค่านิยมความคิดเห็นให้คำแนะนำหรือบทบาทให้บุคคลปฏิบัติในการดูแลสุขภาพได้เครือข่ายสังคมจะส่งผลต่อรูปแบบพฤติกรรมแสวงหา การรักษาเยียวยาของบุคคล ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ วีรพงษ์ กังวานนวกุล (2543) ที่พบว่าบุคคลในครอบครัวเครือข่ายของญาติและเพื่อนบ้านเป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิตทางสังคมของบุคคล บุคคลไม่ได้เผชิญปัญหาสุขภาพอนามัยแต่เพียงลำพังบุคคลจะถูกแวดล้อมด้วยญาติพี่น้องเพื่อนบ้านและคนรู้จัก ในระหว่างการรักษาเยียวยา การเลือกไปหาหมอกันใดไม่เคยปลอดจากการประเมินและร่วมแสดงความคิดเห็นจากบุคคลรอบข้างเหล่านี้ ดังนั้นการเยียวยารักษากลายเป็นประสบการณ์ร่วมกัน ทั้งนี้กระบวนการวินิจฉัยโรค ขั้นตอนการรักษาทางเลือกของแหล่งบริการสุขภาพ ตลอดจนค่าบริการเป็นสิ่งที่รับรู้และตัดสินใจร่วมกัน โดยครอบครัวญาติพี่น้อง และเพื่อนบ้าน

เครือข่ายสังคมเป็นตัวแปรที่สำคัญในการอธิบายพฤติกรรมแสวงหาการรักษาเยียวยา ทั้งนี้ เนื่องจากความเป็นจริงที่ว่า การเจ็บป่วยเกิดขึ้นท่ามกลางสถานการณ์ทางสังคมและความสัมพันธ์ทางสังคมของบุคคลในสังคม เครือข่ายสังคมจะส่งผลต่อรูปแบบพฤติกรรมแสวงหาการรักษาเยียวยาของบุคคลมากขึ้นเพียงใด และอย่างไรนั้น ขึ้นอยู่กับลักษณะของเครือข่ายสังคม โดยที่บุคคลที่อยู่ในเครือข่ายสังคม

ที่มีความเกี่ยวพันกันสูงจะต้องมีช่องทางมากมายที่มีข้อมูลข่าวสาร ความคิดเห็น และข้อเสนอต่างๆ จะสามารถเข้าถึงบุคคลได้อย่างง่ายดาย และภายในโครงสร้าง ดังกล่าวคิดว่าความคิดเห็นและการกระทำของบุคคลภายในเครือข่ายจะมีอิทธิพลต่อกันและกันสูง จึงมีความคล้ายคลึงกันมาก ลักษณะของเครือข่ายที่มีความสัมพันธ์กันอย่างเหนียวแน่นใกล้ชิดนี้ อาจเรียกว่าเครือข่ายสังคมแบบเหนียวแน่น (Closely – knitted social network) ส่วนในกลุ่มสังคมที่มีสมาชิกมีความผูกพันกันน้อย และมีความสัมพันธ์กันเข้าถึงต่ำ ลักษณะความสัมพันธ์ดังกล่าวจะทำให้การติดต่อสื่อสารระหว่างกันและกันน้อยลง ความคิดเห็นแตกต่าง มีอิทธิพลต่อกันและกันน้อย เรียกว่าเครือข่ายแบบหลวม (Loosely knitted social network) ดังนั้น ความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษาเยียวยา ตลอดจนพฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัยอื่นๆ ในกลุ่มคนที่มีเครือข่ายสังคมแบบเหนียวแน่นมักจะมีผลคล้ายคลึงกันสูง เช่น นิยมการรักษาตัวเองหรือรักษาโดยแพทย์แผนโบราณ คล้ายๆ กัน และความคิด ความเชื่อ พฤติกรรม ตลอดจนการให้คำแนะนำด้านสุขภาพอนามัยจะมีอิทธิพลต่อกันและกันสูง นอกจากนั้น ผู้ป่วยที่มีเครือข่ายทางสังคมแบบเหนียวแน่น มักมีแนวโน้มที่จะทำการรักษาเยียวยาตนเองภายในระบบครอบครัวและเครือญาติมากกว่าที่จะไปรับการรักษาจากผู้รักษาเยียวยาอื่น ส่วนผู้ที่มิใช่เครือข่ายสังคมแบบหลวมมักมีแนวโน้มที่จะพึ่งพิงผู้รักษาเยียวยาอื่นๆ มากกว่าการดูแลตนเอง

จำนวนและความหลากหลายทางสังคมของบุคคลในเครือข่ายมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของสมาชิกด้วย เช่น ในหมู่บ้านที่มีรูปแบบความ

สัมพันธ์แบบเครือข่ายคล้ายคลึงกันจะมีความเชื่อทางด้านสุขภาพอนามัยที่เป็นแบบพื้นบ้าน แม้ว่าบุคคลจากเครือข่ายนั้นจะได้พบปะแพทย์แผนปัจจุบันซึ่งถ่ายทอดความคิดความเชื่อใหม่ๆ ทางด้านสุขภาพอนามัย ความคิดความเชื่อนั้น ก็มักจะถูกตีความตามวิธีคิดของกลุ่มหรือสังคมของเขา แบบแผนของแรงสนับสนุนทางสังคมภายในเครือข่ายทางสังคมของผู้ป่วยสามารถส่งผลถึงรูปแบบพฤติกรรม การเจ็บป่วยและการรักษาตนเองด้วย กล่าวคือผู้ป่วยที่แรงสนับสนุนทางสังคมต่ำ มักมีแนวโน้มที่จะมีความเครียดสูง ส่งผลให้บุคคลรับรู้อาการผิดปกติที่เกิดขึ้นว่ามีความรุนแรงสูงกว่า ซึ่งผลักดันไปหาบุคลากรสาธารณสุข มากกว่าการรักษาตนเองตรงกันข้ามกับผู้ป่วยที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมจากเครือข่ายของตนเองสูงย่อมสามารถเผชิญกับภาวะวิกฤติหรือปัญหาต่างๆ ในชีวิตดีกว่า นอกจากนี้กระบวนการเรียนรู้และการถ่ายทอดภูมิปัญญาที่มีอยู่ในชุมชนก็เป็นทางหนึ่งที่ทำให้มีการช่วยเหลือเกื้อกูลกันในสังคม(ธารง มั่นคง, 2548)

แนวทางการส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีของครอบครัวผู้สูงอายุป่วยเรื้อรัง

เพื่อช่วยให้คุณภาพชีวิตของครอบครัวที่มีผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังยังคงสภาพที่ดีหรือดียิ่งขึ้น สมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะบุตรหลานควรปฏิบัติกิจกรรมเพื่อส่งเสริมความสุขในครอบครัว โดยเฉพาะการปฏิบัติต่อผู้สูงอายุ ดังต่อไปนี้

1. ช่วยทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองยังมีคุณค่ามีความสำคัญและมีความหวังในชีวิต เช่น ขอคำแนะนำต่าง ๆ ขอความช่วยเหลือจากผู้สูงอายุให้ควบคุมดูแลบ้านเรือนเท่าที่เพียงพอ

ทำได้ เป็นที่ปรึกษาอบรมเลี้ยงดูลูกหลาน

2. ควรระมัดระวังคำพูด หรือการกระทำที่แสดงออกต่อผู้สูงอายุ เน้นความสำคัญของผู้สูงอายุเป็นอันดับแรกเช่นเวลารับประทานอาหารเชิญชวนให้รับประทานอาหารก่อนและดักข้าวให้

3. ชวนผู้สูงอายุเล่าเรื่องเหตุการณ์ประทับใจในอดีตของท่านให้ฟัง และรับฟังอย่างตั้งใจ จะทำให้ ผู้สูงอายุรู้สึกว่า ยังมีคนชื่นชมในบางส่วนของชีวิตของตนอยู่

4. อำนวยความสะดวกให้ผู้สูงอายุปฏิบัติกิจกรรมที่น่าสนใจต่าง ๆ เช่น เมื่อผู้สูงอายุต้องการไปวัดหรือศาสนสถานต่างๆ ลูกหลานควรจัดเตรียมข้าวของต่างๆ ให้และรับ-ส่งหรือไปเป็นเพื่อน

5. เอาใจใส่ดูแลเรื่องอาหาร และการออกกำลังกายหรือทำงานตามความถนัดให้เหมาะสมกับวัย

6. ที่พักอาศัยหากผู้สูงอายุต้องการแยกบ้านอยู่หรือต้องการ ไปอยู่สถานที่ที่รัฐจัดให้ก็ควรตามใจ และควรพาลูกหลาน ไปเยี่ยมเมื่อมีโอกาส ถ้าหากผู้สูงอายุรู้สึกเป็นสุข และต้องการอยู่ร่วมกับลูกหลาน ก็ให้อยู่บ้านเดียวกัน เพื่อเกิดความรู้สึกอบอุ่น

7. ช่วยให้ผู้สูงอายุมี โอกาสพบปะสังสรรค์กับญาติสนิท และเพื่อนร่วมวัยเดียวกัน โดยการพาไปเยี่ยมเยียนหรือเชิญเพื่อนฝูง ญาติมิตรมาสังสรรค์ที่บ้านเป็นที่คลายเหงา พาไปสถานที่ที่เป็นศูนย์รวมของผู้สูงอายุเช่น วัด หรือ ชมรมผู้สูงอายุในชุมชน

8. ให้ความสำคัญเห็นคุณค่าและเคารพยกย่องนับถือ ด้วยการเชื่อฟังคำสั่งสอนและข้อ

แนะนำจากผู้สูงอายุ ร่วมมือกันรักษาฟื้นฟูจนบรรณนิยมประเพณีเดิมของไทย เช่น ประเพณีรดน้ำคำหัว ผู้สูงอายุเนื่องในวันสงกรานต์ เป็นต้น

8. ให้อภัยในความหลงลืมและความผิดพลาดที่ผู้สูงอายุกระทำ และยิ่งกว่านั้น ควรแสดงความ เห็นอกเห็นใจที่เหมาะสมด้วย

9. ช่วยเหลือดูแลรักษาพยาบาลตามเจ็บป่วย หรือพาไปตรวจสุขภาพให้การดูแลอย่างใกล้ชิดเมื่อเจ็บป่วยหนักเรื้อรัง

10. ในกรณีที่ญาติต้องดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเรื้อรังและไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้หรือช่วยเหลือตัวเองได้น้อย ผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลจะต้องปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ด้วยความนุ่มนวล ไม่ปฏิบัติเพียงแคให้เสร็จตามหน้าที่เท่านั้น จะต้องพูดคุยให้กำลังใจและเข้าใจผู้สูงอายุด้วยในขณะเดียวกันสมาชิกในครอบครัวคนอื่นๆ ก็จะต้องเข้าใจและเห็นใจ รวมถึงให้กำลังใจและคอยช่วยเหลือในการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังด้วยทั้งนี้เพราะผู้ที่ทำหน้าที่ในการดูแลนานๆจะทำให้เกิดความเบื่อหน่ายในการดูแล และมีผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลเองด้วย

ในส่วนของผู้สูงอายุเองนั้น จะต้องมีการเตรียมตัวที่ดีเพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุมีความเชื่อมั่นใน ตนเองเพิ่มมากขึ้นสามารถอยู่ร่วมกับครอบครัวและสังคมได้อย่างมีความสุข ฉะนั้นผู้สูงอายุควรรู้จักปฏิบัติตัว เพื่อการมีชีวิตที่เป็นสุขเช่นกันดังนี้ คือ

1. ทำจิตใจให้ร่าเริงแจ่มใสหางานอดิเรกทำ เช่น ปลูกต้นไม้ เลี้ยงนก เลี้ยงไก่ สุนัข หรืออ่านหนังสือ เป็นต้น

2. ให้ความสนใจในลูกหลานปฏิบัติตน

ให้ลูกหลานมีความศรัทธา เชื่อมั่น และเป็นที่ยึดเหนี่ยวยามเดือดร้อนหรือทุกข์ใจได้

3. ให้ความสนใจต่อปัญหาหรือเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้น โดยอ่านจากหนังสือ ฟังข่าวจากวิทยุจากโทรทัศน์ จะได้มีความรู้ความเข้าใจถึงการเปลี่ยนแปลงของสังคมอีกทั้งยังเป็นการบริหารความคิดและสมองไม่ให้เสื่อมถอยลง

4. ให้ความช่วยเหลือครอบครัวในส่วนที่พอจะทำได้ เช่น ช่วยดูแลเด็กเล็ก ช่วยดูแลบ้าน เมื่อลูกหลานออกไปทำงานนอกบ้าน

5. รักษาสุขภาพให้แข็งแรง สมบูรณ์รู้จักออกกำลังกายตามความเหมาะสม ที่ร่างกายจะทำได้ ไม่ทำตัวให้เป็นที่กังวลของลูกหลานหรือผู้ผู้ร่วมกัน การส่งเสริมและช่วยเหลือให้ครอบครัวที่มีผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง มีคุณภาพชีวิตที่ดี ต้องอาศัยความร่วมมือร่วมใจ ในการปฏิบัติอย่างจริงจัง จากผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายเริ่มต้นตั้งแต่ผู้สูงอายุเอง บุคคลในครอบครัว สังคม ตลอดจนหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งสถาบันครอบครัว จะต้องตระหนักถึงบทบาท และความสำคัญที่จะทำให้ผู้สูงอายุ รู้สึกว่าตนเองยังมีคุณค่าและมีความสำคัญต่อครอบครัวและสังคม

บทสรุปและข้อเสนอแนะ

ด้วยความเจริญทางด้านวิทยาการสมัยใหม่ทั้งทางด้านการแพทย์ การสาธารณสุข ทำให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น มีอายุยืนยาวขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุมีสัดส่วนมากขึ้น การเจ็บป่วยเรื้อรังของผู้สูงอายุก็มีมากขึ้นเช่นกันประกอบกับผู้สูงอายุมักจะติดกับที่อยู่อาศัยเดิมถึงแม้จะ

เจ็บป่วยก็ยังคงอยากอยู่ที่บ้านตนเอง ดังนั้นการส่งเสริมสนับสนุนให้ครอบครัวมีบทบาทหน้าที่ในการดูแล สุขภาพผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่บ้าน นับว่าเป็นประเด็นสำคัญที่ต้องส่งเสริมพัฒนา

แนวทางการดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่ป่วยเรื้อรังจำเป็นต้องเข้าใจบทบาทและความสัมพันธ์ของครอบครัวชุมชนและตัวผู้สูงอายุเอง รวมทั้งศักยภาพของครอบครัวและชุมชนในการทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุป่วยเรื้อรัง ความรู้ดังกล่าวจะเป็นประโยชน์ในการส่งเสริมความเข้มแข็งของครอบครัวและชุมชนในการทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุป่วยโรคเรื้อรัง รวมถึงผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มอื่นๆอย่างมีประสิทธิภาพต่อไปอีกด้วย

บทบาทของครอบครัวและชุมชนต่อการดูแลผู้สูงอายุป่วยโรคเรื้อรังและผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มอื่นๆ มีความสำคัญและปรากฏชัดเจนทั้งแนวความคิดเชิงทฤษฎีและข้อมูลเชิงประจักษ์จากการศึกษาในหลายพื้นที่และหลายบริบทเป็นข้อเท็จจริงที่ไม่อาจปฏิเสธได้เทียบกับประวัติศาสตร์อันยาวนานของประชาชนในการจัดการกับความเจ็บป่วยมาแล้ว ในขณะที่การแพทย์และการบริการสุขภาพแบบวิชาชีพซึ่งมีอายุเพียงร้อยกว่าปีตลอดระยะเวลาอันเป็นกระบวนการปรับตัวเพื่อจัดการกับปัญหาความเจ็บป่วยและพัฒนาเป็นระบบการรักษาระบบสุขภาพของประชาชนซึ่งถ่ายทอดกันอย่างต่อเนื่องในระบบวัฒนธรรมประชาชนการดูแลและเยียวยาเกิดขึ้นโดยผู้ป่วย ครอบครัวญาติมิตร เครือข่ายทางสังคมเป็นเบื้องต้น แม้กระทั่งเมื่อจำเป็นต้องแสวงหาบริการของแพทย์ก็มักเกิดขึ้นต่อเมื่อการดูแลตนเองในชุมชนไม่เกิดผลและแม้เมื่ออยู่ในมือของบริการแบบวิชาชีพแล้วก็ตาม ผู้ป่วย และครอบครัว รวมทั้งเครือข่าย

ก็ยังมิบทบาทเข้ามาประเมินผลการรักษาด้วย ดังนั้นในบทความนี้จึงมีข้อเสนอแนะในการที่จะทำให้ครอบครัวสามารถทำหน้าที่ของตนเองในการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง และสามารถประยุกต์ใช้ได้กับผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มอื่นๆ ด้วยซึ่งจะนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีของครอบครัวในสังคมต่อไปดังนี้

ประเด็นเชิงนโยบาย

การเน้นหรือส่งเสริมความเข้มแข็งของบทบาทประชาชน โดยครอบครัวและชุมชน ต้องได้รับการกำหนดเป็นประเด็นเชิงนโยบาย และนำไปสู่การกำหนดยุทธศาสตร์ซึ่งสะท้อนวิถีคิดในการทำงานที่ชัดเจน เพราะบทบาทของครอบครัวและชุมชนในการดูแลสุขภาพให้แก่สมาชิกเป็นความเกี่ยวพันและความสัมพันธ์กันอย่างธรรมชาติและสอดคล้องตามสถานการณ์ชีวิตทางสังคมวัฒนธรรมทั้งนี้ต้องมีการสนับสนุนอย่างเป็นทางการในการส่งเสริมความเข้มแข็งให้กับประชาชนและครอบครัวในการดูแลตนเอง

ระบบการบริการสาธารณสุขต้องปฏิรูปเพื่อรองรับกับปัญหาความเจ็บป่วยที่เป็นโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่นับวันจะมีมากขึ้น ซึ่งไม่สามารถให้บริการเฉพาะในสถานบริการเท่านั้นแต่ต้องเชื่อมต่อไปยังระบบสังคมทุกส่วนที่มีผลต่อสุขภาพการพัฒนาสาธารณสุขดังกล่าวต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกส่วน ทั้งด้านผู้ให้บริการและด้านผู้รับบริการ และปรับเปลี่ยนให้เป็นการเน้นการเสริมสร้างศักยภาพของทั้งผู้ป่วย ญาติ และครอบครัว เพื่อลดการพึ่งพิง และเน้นไปที่การจัดการระบบ

บริการเชิงรุกในการส่งเสริมสุขภาพ ทั้งนี้ในผู้สูงอายุจะต้องเน้นการคงภาวะสุขภาพที่ดีไว้ให้ได้นานที่สุดและมากที่สุดเท่าที่จะทำได้

บทบาทของชุมชนต่อการบำบัดรักษา ปัญหาความเจ็บป่วยเรื้อรัง ควรเน้นการเสริมสร้างประชาสังคมด้านสุขภาพ (Civil Society in Health) โดยเน้นให้ชุมชนตระหนักในปัญหา เสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในรูปของเครือข่ายความร่วมมือกันเพื่อการดูแลสุขภาพซึ่งปรากฏกรณีตัวอย่างได้ชัดเจนในกรณีของเครือข่ายของชุมชนกับการแก้ไขปัญหาเอดส์ เครือข่ายชมรมผู้สูงอายุซึ่งช่วยเหลือกันในการดูแลและส่งเสริมสุขภาพ

ประเด็นวิจัย

การวิจัยที่เกี่ยวข้องกับบทบาทของครอบครัวและชุมชนกับโรคเรื้อรังยังมีอยู่น้อยมากเท่าที่มีอยู่การวิจัยส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับบทบาทและความสามารถของครอบครัว โดยใช้วิธีการศึกษาเชิงปริมาณ มุ่งตอบคำถามว่าพออะไรจำนวนเท่าไร โดยเฉพาะอย่างยิ่งยังเป็นการวิจัยที่เน้นการนำเอากรอบความคิดเชิงทฤษฎีมามุ่งหาความสัมพันธ์ของตัวแปรต่างๆผู้ที่ทำการวิจัยและองค์ความรู้ส่วนใหญ่มาจากสถานศึกษาและเป็นวิทยานิพนธ์ยังขาดการศึกษาวิจัยในลักษณะการปฏิบัติจริงในพื้นที่ จากผู้ปฏิบัติ

ในสภาพสังคมเศรษฐกิจที่เปลี่ยนแปลงไป ลักษณะและบทบาทของครอบครัวก็ดำรงอยู่อย่างไม่คงที่ (dynamic) อีกทั้งบทบาทและการดำรงอยู่ก็มีเงื่อนไขทางสังคมวัฒนธรรม ที่สลับซับซ้อนแตกต่างกันไปดังนั้น ต้องมีการสนับสนุนให้มีการศึกษาวิจัยที่ศึกษาบทบาทของครอบครัวในเรื่องความเจ็บป่วยโรคเรื้อรัง ให้มากขึ้น ได้แก่

1. บทบาทความหลากหลาย โครงสร้าง และหน้าที่ของการดูแลผู้ป่วยโดยครอบครัว มุ่งตอบคำถามเกี่ยวกับขนาดและรูปธรรมเฉพาะต่างๆของพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพและการส่งเสริมความสุขในครอบครัวหรือแม้กระทั่งการประเมินต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์ หรือค่าใช้จ่ายที่ครอบครัวต้องแบกรับ ทั้งนี้นับได้และผลกระทบทางสังคมที่ครอบครัวแบกรับ ที่นับไม่ได้ด้วย

2. ศักยภาพและขีดจำกัดของประเภทการปฏิบัติของบทบาทครอบครัวด้านสุขภาพ หัวข้อการวิจัยนี้มุ่งเพื่อพัฒนาขีดความสามารถของประชาชนในการดูแลสุขภาพ ควรมีการประเมินฐานความรู้และภูมิปัญญาตลอดจนประสิทธิผลทางด้านการศึกษาและทางด้านสังคม วัฒนธรรมของประเภทและบทบาทของครอบครัวในการดูแลสุขภาพ

3. กระบวนการตัดสินใจและแบบแผนการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ทั้งในกลุ่มผู้สูงอายุและกลุ่มอื่นๆ เป็นที่ชัดเจนว่าแบบแผนการดูแลและการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรังของครอบครัวมีความแตกต่างกันไปในวัฒนธรรมที่ต่างกันความรู้นี้จะเกิดประโยชน์ในการเห็นกระบวนการตัดสินใจที่ซับซ้อนในการมีแบบแผนการดูแลรักษาการแสวงหาบริการ การเลือกที่จะทำหรือไม่ทำรวมทั้งการเปลี่ยนวิธีการศึกษา การพิจารณาเพื่อเข้าใจกระบวนการตัดสินใจในพฤติกรรมความเจ็บป่วยจะสามารถช่วยในการเข้าใจวิถีคิดของประชาชนและเห็นแนวทางในการพัฒนาขีดความสามารถของครอบครัวในด้านสุขภาพต่อไปได้วิธีการวิจัยที่สำคัญประการหนึ่งคือการวิจัยที่ติดตามปัญหาและกระบวนการเผชิญปัญหา รวมทั้งแบบแผน

การดูแลรักษาในระยะยาวเพื่อให้ทราบสถานการณ์และบทบาทที่เป็นจริงมากขึ้น

4. โครงการวิจัยปฏิบัติการ(action research) ซึ่งน่าจะเป็นการวิจัยในระดับชุมชน เพื่อมุ่งตอบกลไกการเชื่อมโยงที่มีประสิทธิภาพ

ทั้งหน่วยบริการผู้ป่วยครอบครัว และองค์กรชุมชนระบบการส่งต่อ ที่จะพัฒนาให้มีประสิทธิภาพได้อย่างไรการกำหนดบทบาทที่ชัดเจนจากระดับครอบครัวสู่ระดับองค์กรชุมชนไปจนถึงระบบบริการเป็นเรื่องที่ยังคงต้องพัฒนาและหาคำตอบทั้งสิ้น

เอกสารอ้างอิง

- กองวางแผนทรัพยากรมนุษย์ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, (2544). การวางแผนพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 พ.ศ. 2544-2549. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.
- จอม สุวรรณโณ. (2541) ญาติผู้ดูแล: แหล่งประโยชน์ที่สำคัญของผู้ป่วยเรื้อรัง. วารสารพยาบาล. 47(3) : 147-157.
- จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ.(2540). รายงานภาวะสุขภาพการสำรวจผู้สูงอายุในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: ดีไซร์.
- ธำรง มั่นคง. (2548). “กระบวนการเรียนรู้และการจัดการความรู้การดูแลสุขภาพด้วยสมุนไพรและการนวดไทย ศูนย์ตะบัตไพร จังหวัดสุรินทร์” (อัคราเนา)
- นิตา ชูโต. (2535). คนชราไทย. รายงานการวิจัยสถาบันวิจัยสังคม. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปีนเนเรศ กาศอุดม. (2547). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การดูแลของญาติผู้ดูแลกับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและสมรรถภาพทางสมองของผู้สูงอายุผู้ป่วยเรื้อรัง ในเขตภาคตะวันออก. จันทบุรี: ธาริตลายการพิมพ์.
- เพ็ญจันทร์ ประดับมวบ. (2542). ปฏิสัมพันธ์ของครอบครัวและชุมชนกับการเจ็บป่วยเรื้อรัง. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด.
- วีรพงษ์ กังวานนวกุล.(2543). เครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุ: ประสบการณ์ในพื้นที่ชนบทภาคเหนือ. เอกสารการอบรมและการประชุมวิชาการด้านผู้สูงอายุและความชรา. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด บี.บี. การพิมพ์และบรรจุกัณฑ์.
- ศิริกุล อิศรานุรักษ์. (2542). หลักการวางแผนงานอนามัยครอบครัว. กรุงเทพฯ: เจริญดีการพิมพ์.

- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุลและคณะ .(2542).กลุ่มอาการสมองเสื่อมในประชากรสูงอายุ. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติและสำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.
-(2545).ผู้สูงอายุในประเทศไทย รายงานการทบทวนองค์ความรู้และสถานการณ์ในปัจจุบัน ตลอดจนข้อเสนอแนะทางนโยบายและการวิจัย . กรุงเทพฯ: สาขาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ และ พญณาวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- Bull, M.J. (1990). Factor influencing family caregiving burden and health. *Western Journal of Nursing Research* 12: 758-776.
- Christopherson, V.A. (1999). Family Reaction to Illness. *Institute of Gerontology*. University of Michigan 34 :75-85.
- George, P. Smith, II. (1996). *Legal and Healthcare Ethics for the Elderly*. Washington, D.C. : Taylor & Francis Publishers.
- Jones, S.M. & Vetter N.J. (1984). A survey of those who care for the elder at home : Their problems and their needs. *Social Science and Medicine* 19: 511-514.
- Linda, L.D. (1992). Building a science of caring for caregivers. *Family and Community Health*, 15(2): 1-9.
- Miller, C., A. (1995). *Nursing Care of Older Adults Theory and Practice* . Philadelphia: J.B. Lippincott Company.
- Spradley, B. W. & Allender, J A. (1997). *Readings in Community Health Nursing*. 5 th ed. Philadelphia: Lippincott – Raven Publisher.