

ผู้สูงอายุไทยที่อาศัยอยู่ลำพังในเขตเมืองวางแผนการดูแลสุขภาพของตนเอง อย่างไร: การศึกษาเชิงคุณภาพในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล

ศิริวรรณ จิตตปราณีรัตน์¹, สายพิณ หัตถ์รัตน์², จิตติมา บุญเกิด², เรือนขวัญ กัณหลัง^{3*}

¹โรงพยาบาลโพทะเล จังหวัดพิจิตร

²ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

³สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

How Do the Thai Elders Living Alone in Urban Community Plan for Their Health Care?: A Qualitative Study in Bangkok Metropolitan Region

Siriwan Jittapraaneeratt¹, Saipin Hathirat², Chitima Boongird², Ruankwan Kanhasing^{3*}

¹ Photalae Hospital, Pichit province

² Department of Family Medicine, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University

³ Division of Family Medicine, Faculty of Medicine, Thammasat University

Received: 19 August 2019

Accepted: 25 June 2020

หลักการและวัตถุประสงค์: จำนวนผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังมีแนวโน้มสูงขึ้น การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการวางแผนการดูแลสุขภาพและความต้องการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ลำพังในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล

วิธีการศึกษา: เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกตามแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างในผู้สูงอายุที่มารับบริการที่แผนกตรวจผู้ป่วยนอกเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี จำนวน 20 ราย วิเคราะห์ข้อมูลตามเนื้อหา

ผลการศึกษา: กลุ่มตัวอย่างทุกรายวางแผนพึ่งพาตนเองให้ได้มากที่สุด โดยมีแผนดูแลสุขภาพโดยทั่วไปด้วยการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคและมีวินัยในการรักษาโรคเรื้อรัง กรณีเจ็บป่วยเฉียบพลันเล็กน้อยจะไปพบแพทย์หรือจัดยากินเอง กรณีฉุกเฉินจะอาศัยแหล่งความช่วยเหลือที่สร้างไว้ล่วงหน้า กรณีเจ็บป่วยรุนแรงวางแผนย้ายไปอยู่กับผู้อื่นสถานพยาบาลผู้สูงอายุหรือฆ่าตัวตาย ผู้สูงอายุส่วนใหญ่นึกถึงความตายและวาระสุดท้ายของชีวิต ครึ่งหนึ่งมีแผนจัดการศพ หลายรายวางแผนบริจาคร่างกายเป็นอาจารย์ใหญ่ผู้สูงอายุมีความต้องการด้านสุขภาพ ได้แก่ สิทธิการรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย การให้ความรู้ด้านสุขภาพ การจัดระบบบริการทางการแพทย์สำหรับผู้สูงอายุโดยเฉพาะ ระบบที่ปรึกษา การเยี่ยมบ้าน กองทุนจัดการศพ การเพิ่มจำนวนและพัฒนาสถานบริการผู้สูงอายุให้เพียงพอ

Background and Objectives: Number of elders living alone are increasing. The aims of this study was to explore healthcare plans and health needs of elders living alone in Bangkok metropolitan region.

Methods: This was a qualitative study using the in-depth, semi-structured interview with purposive sampling was conducted among elders living alone in Bangkok metropolitan region who came to out-patient unit of the Department of Family Medicine, Ramathibodi Hospital. A sample of 20 patients complying with the inclusion criteria were recruited and interviewed. Data was analyzed using content analysis.

Results: All participants likely planned for an independent living. Regarding the general health care, all of them emphasized on health promotion and disease prevention and had self-discipline in treatment of chronic illnesses. They consulted doctors immediately or took self-medication as soon as they had acute minor illnesses. They used their networks and resources which were prepared in advance as an emergency care plan. In terms of serious illnesses, they planned to move to live with others, nursing home or suicide. Most elders thought about death

*Corresponding author : Ruankwan Kanhasing, Division of Family Medicine, Faculty of Medicine, Thammasat University, Thailand, 12120. E-mail: ruankwan@staff.tu.ac.th

สรุป: ผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังในเขตเมืองให้ความสำคัญกับความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง ตระหนักในการดูแลสุขภาพและวางแผนพึ่งพาตนเองให้ได้มากที่สุด สิ่งที่ผู้สูงอายุต้องการคือ ระบบสวัสดิการและสาธารณสุขที่เอื้อต่อการดำรงชีวิตลำพัง โดยเฉพาะระบบที่ปรึกษาและแหล่งความช่วยเหลือในยามเจ็บป่วย

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ลำพัง แผนการดูแลสุขภาพ การวางแผน

and prepared for their end of life. Half of them already had the funeral plans whilst some elders decided to donate their corpses for medical education. The health needs of the elders included a free health insurance, a health education, geriatric medical services, a call center or geriatric care centers in community, a geriatric home care, a funeral fund and adequate long-term care facilities.

Conclusion: As an independent living was a crucial issue for elders living alone in urban setting, the elders likely to depend on themselves to handle their health issues as much as possible. They need the sufficient welfare and the public health system that could enhance their independent living, especially consultation system and medical support services.

Keywords: elders, elders living alone, health care plan, planning

ศรีนครินทร์เวชสาร 2563; 35(4): 438-444. • Srinagarind Med J 2020; 35(4): 438-444.

บทนำ

ปัจจุบันประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (aging society) แล้ว¹ แบบแผนการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลงไปเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและเศรษฐกิจ ทำให้ประชากรผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ลำพังมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น² แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวจึงมีโอกาสดูแลผู้สูงอายุเหล่านี้เพิ่มขึ้น ข้อสังเกตจากเวชปฏิบัติในเขตเมือง พบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ลำพังเป็นผู้ที่มีความตระหนักในการดูแลสุขภาพอย่างมาก ดังจะเห็นได้จากการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี มีวินัยในการรักษา ผู้สูงอายุจะคำนึงถึงผลการรักษาและภาวะแทรกซ้อน สิ่งที่ผู้สูงอายุกลัวมากที่สุด คือ การช่วยเหลือตนเองไม่ได้ และการขาดความช่วยเหลือในยามเจ็บป่วยฉุกเฉิน³ โดยเฉพาะในสังคมเมืองซึ่งผู้คนต่างคนต่างอยู่ ข้อสังเกตของปรากฏการณ์เหล่านี้จึงเป็นที่มาของการศึกษานี้ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการวางแผนการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ลำพังในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑลทั้งการดูแลสุขภาพโดยทั่วไปการดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย รวมถึงการดูแลสุขภาพในช่วงสุดท้ายของชีวิต และเพื่อศึกษาความต้องการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ลำพังในเขตเมือง

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพโดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) กลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้สูงอายุไทยที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปที่มีรับบริการที่หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี เกณฑ์คัดเข้า คือ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังโดยไม่มีบุคคลอื่นอาศัยอยู่ร่วมในครัวเรือนด้วยตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไปในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑลซึ่งได้แก่ จังหวัดนนทบุรี ปทุมธานี สมุทรปราการ สมุทรสาคร และนครปฐม เกณฑ์คัด

ออก คือ ผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านการสื่อสาร ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมและผู้ที่ไม่ยินยอมให้สัมภาษณ์

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐานทั่วไป แบบทดสอบสภาพสมองเสื่อมเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (The Mini-Mental State Examination: MMSE-Thai 2002) แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทยอย่างย่อ (Thai Geriatric depression Scale-TGDS short form) และแนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึกซึ่งครอบคลุมประเด็นเรื่องประสบการณ์การใช้ชีวิตลำพังในเขตเมือง สาเหตุและทัศนคติต่อการอยู่ลำพัง มุมมองต่อสุขภาพของตน ประสบการณ์การเจ็บป่วยในสถานการณ์ต่าง ๆ ได้แก่ การเจ็บป่วยเฉียบพลัน การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง การเจ็บป่วยฉุกเฉิน การเจ็บป่วยรุนแรง การดูแลสุขภาพทั่วไป แผนและที่มาของแผนการดูแลสุขภาพในสถานการณ์ดังกล่าว รวมถึงแผนการดูแลในช่วงสุดท้ายของชีวิต แหล่งความช่วยเหลือที่มี ปัญหาอุปสรรคในการดูแลสุขภาพ และความต้องการด้านสุขภาพจากภาครัฐหรือชุมชนโดยใช้ลักษณะการสัมภาษณ์แบบเปิดประเด็น บันทึกบทสัมภาษณ์ด้วยการอัดเสียงและจดบันทึก

การเก็บข้อมูล เก็บรวบรวมข้อมูลโดยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทำแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบทดสอบสภาพสมองเสื่อมเบื้องต้นฉบับภาษาไทย และแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทยอย่างย่อ แล้วจึงสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งโครงสร้าง (in-depth semi-structured interview) ระหว่างเดือนตุลาคม 2557 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2558 หลังการสัมภาษณ์จะถอดเทปควบคุมกันไปจนกระทั่งไม่เกิดข้อมูลใหม่ที่แตกต่างจากข้อมูลเดิมจึงยุติการเก็บข้อมูลรายต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลตามเนื้อหา (content analysis) โดยถอดบทสัมภาษณ์แบบคำต่อคำ วิเคราะห์บทสัมภาษณ์โดยผู้วิจัย 3 คนเป็นอิสระต่อกัน (independent coding) ในกรณีที่ผลการวิเคราะห์ไม่ตรงกันจะมีการประชุมเพื่อหาข้อสรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลร่วมกัน ตรวจสอบความสอดคล้องของข้อมูลโดยใช้วิธีสามเส้าด้านข้อมูล (data triangulation)

จริยธรรมการวิจัย ผู้วิจัยเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังผ่านการรับรองจากคณะกรรมการการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล หนังสือรับรองเลขที่ 2557/516 เลขที่โครงการ ID 09-57-49 ย ข้อมูลที่ได้จากการศึกษานำเสนอในภาพรวม ไม่มีมีการระบุตัวบุคคล คำถาม หรือเนื้อหาที่สามารถใช้สืบค้นกลับเพื่อระบุตัวบุคคลของผู้เข้าร่วมงานวิจัยได้

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุไทยจำนวน 20 ราย มีอายุระหว่าง 62-87 ปี เฉลี่ย 72.1 ปี เป็นเพศหญิงร้อยละ 80 ประมาณครึ่งหนึ่งเป็นข้าราชการบำนาญ ผู้สูงอายุที่ไม่ใช่ข้าราชการส่วนหนึ่งยังคงประกอบอาชีพอยู่ ผู้สูงอายุส่วนมากมองว่าตนเองมีสุขภาพระดับพอใช้ถึงดี พบภาวะซึมเศร้า 2 ราย สาเหตุที่อาศัยอยู่ลำพังเกือบครึ่งหนึ่งเป็นโสด ส่วนที่เหลือเคยสมรสแต่คู่สมรสเสียชีวิต/หย่า/แยกทางกันและไม่มีบุตร หรือบุตรแยกไปมีครอบครัวใหม่ ผู้สูงอายุมากกว่าครึ่งหนึ่งอาศัยอยู่ลำพังมานานกว่า 10 ปีส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีภูมิลำเนาต่างจังหวัดแต่ย้ายเข้ามาอาศัยในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑลเพื่อศึกษาต่อและทำงาน (ตารางที่ 1)

การวางแผนดูแลสุขภาพ

ผู้สูงอายุในการศึกษาเชื่อว่าการมีสุขภาพที่ดีเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุยังสามารถอาศัยอยู่ตามลำพังและช่วยเหลือตนเองได้ จึงมีความตระหนักในการดูแลสุขภาพอย่างมาก ผู้สูงอายุทุกรายไม่ต้องการย้าย ไปอยู่ร่วมกับบุคคลอื่น ส่วนใหญ่จะเคยชินและพอใจกับการอาศัยอยู่ลำพัง บางส่วนมีความสัมพันธ์ที่ไม่ดีกับญาติพี่น้องและบุตรหลาน ไม่ประสบความสำเร็จในการอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นมาก่อน บางส่วนเกรงใจผู้อื่นจึงพยายามช่วยเหลือตนเองให้ถึงที่สุด

ผู้สูงอายุทุกรายมีความตระหนักในการดูแลสุขภาพ มีแผนการดูแลสุขภาพเจ็บป่วยเฉียบพลันเล็กน้อย และการดูแลเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง แต่มีเพียงครึ่งหนึ่งที่วางแผนเมื่อเจ็บป่วยฉุกเฉิน โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากเจ็บป่วยมากขึ้นและไม่สามารถจะช่วยเหลือตนเองได้อีกต่อไป โดยเหตุผลที่ไม่ได้วางแผนไว้ล่วงหน้าเนื่องจากผู้สูงอายุคิดว่าอนาคตยังเป็นเรื่องไกลตัว คิดแล้วยังทำให้ไม่สบายใจ บางรายไม่ทราบจะวางแผนอย่างไร อะไรจะเกิดก็ต้องเกิด คิดแล้วทำไม่ได้ไม่มีประโยชน์ นอกจากนี้ผู้สูงอายุชายวัยต้น 1 ราย วางแผนแต่งงานใหม่เพื่อจะได้มีผู้ดูแล

“ไม่มีแผนเลย คือตอนเนี่ยนะไปแก้เอาใกล้ ๆ ทุกทีเลย

หลายเรื่องแล้ว แต่ก็พอแก้ได้ อะไร ๆ มันก็เกิดได้ตลอดแหละ เพราะมัน มีทางเดียว ไปนั่งสวดมนต์นะ ตอนนี้อ้อหลักว่า เมื่อปัญหาเกิดก็ค่อยนึก ถ้าปัญหายังไม่เกิดนึกแล้วเปลี่ยหัวใจเลย เปลี่ยหัวสมองด้วย” (กรณีศึกษารายที่ 1)

“เคยคิดอยู่เหมือนกัน แต่เราก็คิดไม่ออกว่า เราจะทำยังไง (หัวเราะ) เลิกคิดมันก็จะไม่ได้ไม่เครียดนะ อะไรจะเกิดก็ปล่อยมัน คือบางครั้งเราไม่ได้นึกอะไรนะ วันนี้อยู่สบายดี พอเดี๋ยวรอดไปจากวันนี้แล้ว พรุ่งนี้ล้มตาคืนมาก็โอเค คิดแค่นั้น คิดไกลมากก็เครียดนา ตอนนี่คิดมากไปก็ โอ๊ย ไปกันใหญ่เลย ก็เลยพยายามทำให้มันสำเร็จเข้าไว้ (หัวเราะ)” (กรณีศึกษารายที่ 12)

แผนการดูแลสุขภาพโดยทั่วไป

ผู้สูงอายุทุกรายใส่ใจการดูแลสุขภาพและมีแผนการดูแลสุขภาพทั่วไปโดยการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ทำจิตใจให้เบิกบาน เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมและปฏิบัติตามหลักศาสนา หากมีปัญหาสุขภาพจะปรึกษาบุคลากรสาธารณสุขที่เป็นคนรู้จักหรือแพทย์ประจำตัว การเลือกสถานพยาบาล หากเป็นการเจ็บป่วยฉุกเฉินจะเลือกสถานพยาบาลใกล้บ้านก่อน แต่การรักษาต่อเนื่องหรือการเจ็บป่วยที่รุนแรงจะเลือกสถานพยาบาลที่มีความพร้อมด้านบุคลากรและเครื่องมือทางการแพทย์ตามสิทธิการรักษา

แผนการดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย

ในกรณีเจ็บป่วยเฉียบพลันเล็กน้อย ผู้สูงอายุที่มีลักษณะวิตกกังวลจะไปพบแพทย์เพื่อตรวจรักษา นอกนั้นจะจัดยากินเองและพยายามปฏิบัติตนให้เหมาะสมกับโรค ในกรณีเจ็บป่วยเรื้อรัง ผู้สูงอายุจะกินยาและตรวจติดตามการรักษาอย่างเคร่งครัดเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ในกรณีเจ็บป่วยรุนแรงผู้สูงอายุวางแผนการรักษาโดยเปรียบเทียบความรุนแรงของโรคและผลดี ผลเสียจากการรักษา รวมทั้งจะคำนึงจากคุณภาพชีวิตและความสามารถในการช่วยเหลือตนเองเป็นสำคัญ

“ก็บอกคุณหมอมว่าผ่าไม่ได้ เพราะว่าป้าอยู่ตัวคนเดียว ถ้าผ่าแล้วป้าจะกลับไปใช้ชีวิตยังไง ใครจะดูแล ใครจะเอาข้าวให้กิน คงและนำดูแล คงต้องไปจ้างคนเขามา ก็ไม่รู้ว่าจะเอาดีกับเราหรือเปล่า คิดแล้วไม่เอาดีกว่าหมอ ขอรักษาแบบนี้ไปก่อนคงผ่าไม่ได้หรอก ผ่าแล้วใครจะดูแล” (กรณีศึกษารายที่ 8)

ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ลำพังกังวลกับการขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดการเจ็บป่วยฉุกเฉินและการเจ็บป่วยในเวลากลางคืน ส่วนใหญ่จึงคิดแผนไว้ล่วงหน้าโดยแผนขึ้นกับแหล่งความช่วยเหลือที่มีและประสบการณ์ที่ผ่านมา ผู้สูงอายุส่วนใหญ่วางแผนโทรศัพท์ขอความช่วยเหลือจากญาติเพื่อนบ้านและระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ตามลำดับ แต่หากอยู่ในสภาพที่ไม่สามารถขอความช่วยเหลือได้บางรายจะนัดแนะเพื่อนบ้านให้สังเกตความผิดปกติจากกิจวัตรประจำวัน บางรายขอให้ญาติโทรศัพท์หาบ่อย ๆ เพื่อตรวจสอบความผิดปกติ ในขณะที่บางรายนึกแผนไม่ออก และคิดว่าต้องทำใจหากตกอยู่ในสภาวะการณ์เช่นนั้น

“ถ้าเกิดจับโทรศัพท์ไว้ก็ต้องยอมโทร ถ้าไม่ได้ มันสุดวิสัยก็ต้องยอมแล้วครับ ยอม ยอม ยอมตาย มันไม่ได้แล้ว ก็ไม่รู้จะทำไงแล้ว นอกจากเราไม่ตายหรือยังไง เราก็คอยให้เข้าหรือสว่างก็เคาะบนทางเดินได้ มันเป็นวัดใจ คนมาผ่านอยู่เยอะเยอะ คิดยัง

ขึ้นนะ ก็คิดว่า มันไม่ไหวแล้ว มันคงไม่มีสิทธิ์แล้วละ” (กรณีศึกษา รายที่ 3)

ผู้สูงอายุหลายรายเตรียมการโดยการติดตั้งเครื่องฉุกเฉินเตรียมหมายเลขโทรศัพท์ฉุกเฉิน เพิ่มโทรศัพท์ในบ้านพักโทรศัพท์เคลื่อนที่ติดตัวตลอดเวลา หรือเตรียมสัมภาระไว้ล่วงหน้าเพื่อไปโรงพยาบาล

“นี่ไง โทรศัพท์ แขนงไว้กับตัว ถ้านอนก็อยู่ตรงหัวนอนเลย นี่แหละโทรศัพท์ โทรหาลูก แต่ว่ามันไม่ได้กดอะไรมาก คือว่ามันก็โทรหาเลย กดเลย” (กรณีศึกษารายที่ 8)

ข้อสังเกตจากการศึกษา พบว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ลำพังมีการสร้างแหล่งความช่วยเหลือแบบพึ่งพาอาศัยกัน (mutual relationship) ไว้ล่วงหน้า โดยเฉพาะกับผู้ที่มีสถานภาพโสดหรือผู้ที่อาศัยลำพังเช่นเดียวกัน อีกทั้งยังวางแผนผูกมิตรสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่นด้วยการให้ความช่วยเหลือ และหวังว่าบุคคลเหล่านั้นจะเป็นแหล่งช่วยเหลือของตนเองในยามคับขัน

“ถือว่าตัวเองโสด เราจะยอมรับเป็นภาระสำหรับพี่น้องถ้าเขาขอเรื่อง จะเป็นคนไม่ตั้งเงื่อนไขกับใครให้เขาต้องมานู่นนี่ เราก็หวังจะพึ่งเขาเหมือนกันนะ (หัวเราะ) เพราะฉะนั้น ก่อนจะพึ่งเขา เราก็ต้องให้เขาพึ่งบ้างเมื่อโอกาสอำนวย” (กรณีศึกษารายที่ 9)

ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ลำพังจะพยายามพึ่งพิงตนเองอย่างถึงที่สุดแต่หากอยู่ในสภาพที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้อีกต่อไป ส่วนใหญ่วางแผนย้ายไปอยู่กับญาติพี่น้องหรือบุตรหลาน หนึ่งในสามวางแผนย้ายไปอยู่สถานบริบาลผู้สูงอายุ (nursing home)

“เราเองเราก็ไม่ชินที่จะไปอยู่กับใคร แล้วใครก็คงไม่ชินจะมาอยู่กับเราอะ จริง ๆ ป้าว่าเห็นใจนะ คนที่เคยอยู่คนเดียวแล้วไปอยู่กับใครที่ดูแล ป้าว่ามันอึดอัด มันมีพวกศูนย์ดูแลบำเพ็ญมาจตุ ๆ ไฉนะ จดไว้เพื่อเราช่วยเหลือตัวเองไม่ได้แบบนี้ก็ไปอยู่ตรงนั้นก็ได้ อ่านเฟซบุ๊กกับแต่ก่อนอ่านหนังสือพิมพ์จะมี โกลเด้นเพลส มี 1772 ทำนองนี้ มีตั้งหลายอันที่ป้าจำได้” (กรณีศึกษารายที่ 7)

ผู้สูงอายุ 2 ราย มีภาวะซึมเศร้า ไม่พึงพอใจในการอยู่ลำพัง รู้สึกเหงา ขาดที่พึ่งที่ปรึกษาและแหล่งความช่วยเหลือ รายหนึ่งมองว่าสุขภาพของตนอยู่ในระดับแย่ แต่ไม่คิดจะพึ่งพาใคร

“มันก็ไม่มีความสุขนะ เพราะว่าบางครั้งมันอยากพูดนะ แต่ไม่รู้จะคุยกับใคร ทุกวันนี้เพื่อนมีวิทยุเครื่องหนึ่ง เปิดทิ้งคินเลย แล้วก็โทรทัศน์ก็จะเพิ่มเติมไปหมดเลย คือไปนั่งตรงไหนก็มีโทรทัศน์ เราเปิดโทรทัศน์เป็นเพื่อน พอเวลาบางครั้งเราอยากพูดคุยเราก็โทรศัพท์ไปหาน้อง น้องก็เป็นโรคหัวใจ โรคความดัน โรคเบาหวาน เขาก็มีธุระของเขา เขาก็ไม่อยากจะคุยกับเราเท่าไร โทรไปหาลูกคนโตเขาก็ไม่ว่างธุรกิจเขา โทรไปหาลูกคนเล็กก็ไม่มีเงินอยู่เรื่อย ฮู้ย ไม่รู้จะโทรหาใคร จะโทรหาเพื่อนบ้านคนนั้นก็คอยจะเอาเปรียบเรา ฮือย โลกนี้ไม่มีอะไรที่จะน่าอยู่สักอย่าง” (กรณีศึกษารายที่ 8)

การดูแลสุขภาพโดยทั่วไปไม่แตกต่างจากผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ลำพังอื่น ๆ คือ การพยายามดูแลสุขภาพให้ดีโดยการออกกำลังกาย การตรวจตามนัดสม่ำเสมอ เมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อยจะไปพบแพทย์ แต่หากเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรง ผู้สูงอายुरายหนึ่ง

วางแผนฆ่าตัวตายเพื่อจะไม่เป็นภาระของผู้อื่น อีกรายไม่ได้วางแผนไว้เพราะไม่ต้องการขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น ขึ้นกับว่าผู้ที่มาพบจะจัดการอย่างไร

“พอเกษียณดิฉันซื้อเป็นมากระบอกหนึ่ง ปีนเอามาไว้ยิงขโมย แต่ตัดสินใจว่าถ้าเราเป็นโรคอะไรที่ร้ายแรง เราเอาไว้ยิงหัวตัวเอง ลูกจะได้ไม่ต้องมาเป็นภาระ ไม่อยากให้เป็นภาระกับลูก ซื้อไว้ป้องกันตัวเอง แต่ไม่บอกว่าจะซื้อไว้ฆ่าตัวตาย มันมี 2 ประเด็น เราคิดอยู่ว่าถ้าเราไปไม่รอด เป็นโรคอะไรที่ร้ายแรง เราจะทำตัวตาย” (กรณีศึกษารายที่ 8)

“คือ ถ้าจะตาย ตายง่าย ๆ ก็ตายไปเลย ไม่ทรมานให้คนอื่นเดือดร้อน มาโรงพยาบาลพูดไม่เพราะหูก็ เราไม่เคยดูเขา เขาดูเราแล้ว ...ตามมีตามเกิด เฉย ๆ จะตายก็ตายไป ไม่ตายก็ส่งโรงพยาบาล ก็แล้วแต่เขา ...กินนอนจนเบาะ ไม่สบายเดี่ยวเขาก็พาไปหาหมอเองแหละ จะให้ตายคาบ้านเหม็นก็ทนไม่ได้ ก็คงไม่ทิ้งเนาที่บ้านหรอก ก็คงพาไปหาหมอ” (กรณีศึกษารายที่ 15)

แผนการดูแลสุขภาพในช่วงสุดท้ายของชีวิต

ผู้สูงอายุเกือบทุกรายมีการนึกถึงความตายและวาระสุดท้ายของชีวิต แต่ไม่ได้วางแผนไว้ชัดเจน ผู้สูงอายุครึ่งหนึ่งมีแผนการจัดการศพภายหลังเสียชีวิต โดยเน้นการจัดการพิธีศพอย่างเรียบง่าย ผู้สูงอายุถึงหนึ่งในสามวางแผนบริจาคร่างกายอุทิศเป็นอาจารย์ใหญ่โดยเจตนาเพื่อเป็นประโยชน์แก่ผู้อื่นและจะได้มีหน่วยงานรับผิดชอบจัดพิธีฌาปนกิจโดยไม่ต้องพึ่งพาบุคคลในครอบครัว

“ยังคิดเลยว่าถ้าเราเป็นอะไรไป ตายไป อยากไปเตรียมติดตัวอะไรให้เสร็จเลย แล้วถึงเวลาก็ให้เขาไปจัดการ หรือไม่ก็ป่าเอาอันนั้น ใบที่อุทิศร่างกายของโรงพยาบาลรามาไปจะได้จบไปเลยใจ เพราะ ตอนนี้อ่าเผาค่าอะไรมันแพงมากเลยนะ ป้าจะได้ไม่ต้องมีใครมาเสียให้ อุทิศร่างกายให้โรงพยาบาลไปเลย” (กรณีศึกษารายที่ 7)

ความต้องการด้านสุขภาพ

ผู้สูงอายุส่วนหนึ่งคิดว่า ระบบสาธารณสุขในประเทศไทยยังไม่เอื้อต่อผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ลำพัง โดยเฉพาะความต้องการด้านสถานบริการผู้สูงอายุระยะยาว (institutional long-term care) ยังไม่เพียงพอโรงพยาบาลมีข้อจำกัดเรื่องบุคลากรและงบประมาณ ทำให้ไม่สามารถดูแลผู้สูงอายุได้อย่างทั่วถึง จึงไม่ได้วางแผนหรือคาดหวังที่จะให้ระบบสาธารณสุขปรับมาช่วยเหลือตนเองเป็นพิเศษ

“ก็มีอย่างเดียว ประชาสงเคราะห์ช่วยเหลือ แต่ก็อย่างผมว่าค่าบริการไม่ทั่วถึงเหมือนอย่างที่บางแคว จนไม่มีที่ให้คนชราอยู่ มันเป็นอย่างนั้นละ”

“ผมจะทำได้หรือ สมมติว่ามีคนป่วยไม่ได้ป่วยประจำ เป็นอัมพาตไปไหนไม่ได้ โรงพยาบาลจะดูแลได้หรือ อยู่โรงพยาบาลเดินก็ไม่ได้ มีแต่กินอย่างเดียว ท่านจะบริการได้หรือเปล่า ผมคิดว่ามันยากอยู่นะ ยาก ไหนจะต้องลงทุนอีก” (กรณีศึกษารายที่ 4)

อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุมีความต้องการด้านสุขภาพ ได้แก่ การกำหนดนโยบายเกี่ยวกับผู้สูงอายุ สิทธิการรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย การให้ความรู้ด้านสุขภาพ การจัดระบบ

ตารางที่ 1 ลักษณะพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะพื้นฐาน	จำนวน (ร้อยละ) (n = 20)
เพศ	
ชาย	4 (20)
หญิง	16 (80)
อายุเฉลี่ย 72.1 ปี (62-87)	
ผู้สูงอายุวัยต้น (60-69 ปี)	9 (45)
ผู้สูงอายุวัยกลาง (70-79 ปี)	7 (35)
ผู้สูงอายุวัยปลาย (> 80 ปี)	4 (20)
สถานภาพสมรส	
โสด	9 (45)
สมรส	1 (5)
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	10 (50)
อาชีพปัจจุบัน	
ข้าราชการบำนาญ	11 (55)
ค้าขาย	1 (5)
ธุรกิจส่วนตัว	2 (10)
รับจ้าง	2 (10)
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	4 (20)
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)	
< 1,000	1 (5)
1,000-5,000	2 (10)
5,001-10,000	3 (15)
10,001-20,000	6 (30)
20,001-50,000	7 (35)
> 50,000	1 (5)
สุขภาพโดยรวมในมุมมองผู้เข้าร่วมวิจัย	
ดี	6 (30)
พอใช้	13 (65)
แย่มาก	1 (5)
คะแนนแบบทดสอบสภาพสมองเสื่อมเบื้องต้น	
> 23	20 (100)
< 22 สงสัยภาวะสมองเสื่อม	0

ตารางที่ 1 ลักษณะพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ลักษณะพื้นฐาน	จำนวน (ร้อยละ) (n = 20)
คะแนนแบบวัดความเครียดในผู้สูงอายุของไทย อย่างย่อ	
0-4	10 (50)
5-9 น่าจะมีภาวะซึมเศร้า	8 (40)
≥ 10 มีภาวะซึมเศร้า	2 (10)
จำนวนปีที่อาศัยอยู่ลำพัง (ปี)	
1-5	5 (25)
5-10	3 (15)
> 10	12 (60)
สาเหตุที่อาศัยอยู่ลำพัง	
โสด	9 (45)
คู่สมรสทำงานต่างจังหวัด	1 (5)
หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่และไม่มีบุตร	3 (15)
หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่และบุตรแยก ย้ายไปมีครอบครัวใหม่	7 (35)

บริการทางการแพทย์สำหรับผู้สูงอายุโดยเฉพาะ เช่น สถาบันสุขภาพผู้สูงอายุ สถานที่รับรองผู้สูงอายุที่รอรับบริการ ช่องทางด่วนในการรับบริการ สถานดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาล ระบบที่ปรึกษาทางโทรศัพท์หรือศูนย์ดูแลผู้สูงอายุประจำหมู่บ้าน การเยี่ยมบ้าน บริการทันตกรรม การพัฒนาระบบรัฐสวัสดิการโดยเพิ่มจำนวนและพัฒนาบ้านพักคนชราและสถานบริการผู้สูงอายุให้เพียงพอ ศูนย์รับฝากผู้สูงอายุ การสำรวจสำมะโนประชากรผู้สูงอายุและให้ความช่วยเหลือตามเหมาะสม และกองทุนหรือมูลนิธิเพื่อการจัดการศพ

วิจารณ์

ลักษณะพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้เป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ลำพังและยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้ (independent living alone) โดยเป็นผู้ที่มีบริการที่หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีซึ่งเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิขั้นสูง กลุ่มตัวอย่างมีความหลากหลายทำให้แผนการดูแลสุขภาพในการศึกษานี้มีความหลากหลายจากปัจจัยที่แตกต่างกันของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างกว่าร้อยละ 80 เป็นเพศหญิง โดยครึ่งหนึ่งมีสถานภาพโสด ในขณะที่ผู้สูงอายุชายที่อาศัยอยู่ลำพังมีสัดส่วนน้อยกว่าและมีเพียงหนึ่งในสี่เท่านั้นที่มีสถานภาพโสด ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีภูมิลำเนาต่างจังหวัดแต่ย้ายเข้ามาอาศัยในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑลเพื่อศึกษาต่อและทำงาน แสดงให้เห็นถึงความเป็นสมัยใหม่ (modernization) ของเศรษฐกิจและสังคม

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ในการศึกษานี้มองว่าสุขภาพโดยรวมของตน (self-report health status) อยู่ในระดับพอใช้และดีมากกว่าครึ่งหนึ่งมีความพึงพอใจในการอาศัยอยู่ลำพัง สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องสภาวะสุขภาพและความต้องการของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ลำพังในเมืองหลวงของประเทศไต้หวัน⁴ ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่รับรู้ว่าคุณภาพชีวิตทั้งด้านร่างกายและจิตใจ มีการสนับสนุนทางสังคม (social support) ที่ดี สามารถช่วยเหลือตนเองได้และมีความพึงพอใจในการอยู่ลำพัง

ในการศึกษานี้พบผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า 2 ราย โดยมีปัจจัยสอดคล้องกับงานวิจัยอื่น ๆ⁵⁻⁷ ได้แก่ความไม่สมัครใจในการอยู่ลำพัง การขาดแหล่งความช่วยเหลือและที่ปรึกษา การมีความสัมพันธ์ที่ไม่ดีกับพี่น้องและบุตรหลาน ความไม่พึงพอใจในเศรษฐกิจ และภาวะสุขภาพที่ไม่ดี ในขณะที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่รู้สึกพึงพอใจในการอาศัยอยู่ลำพัง ไม่ได้รู้สึกเหงาและโดดเดี่ยว สอดคล้องกับผลการศึกษาก่อนหน้าที่พบว่า การอยู่ลำพังไม่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้รู้สึกอ้างว้างโดดเดี่ยว^{8,9}

การวางแผนการดูแลสุขภาพการศึกษานี้พบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ลำพังมีความตระหนักในการดูแลสุขภาพอย่างมาก เนื่องจากเชื่อว่าการมีสุขภาพที่ดีเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ตนเองสามารถอาศัยอยู่ตามลำพังและช่วยเหลือตนเองได้ บางส่วนเกรงใจผู้อื่นจึงพยายามช่วยเหลือตนเองให้ถึงที่สุดซึ่งอาจเป็นผลจากสภาพทางสังคมและเศรษฐกิจ เนื่องจากผู้สูงอายุที่อาศัยในกรุงเทพมหานครและปริมณฑลมีความเป็นสังคมเมืองซึ่งต่างคนต่างอยู่ วิธีคิดของผู้สูงอายุจึงไม่หวังพึ่งพาใคร เว้นแต่เมื่อถึงที่สุด คือ อยู่ในสภาพที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้แล้ว ผู้สูงอายุบางส่วนคิดว่าอาจจะย้ายไปอยู่กับญาติพี่น้องหรือบุตรหลาน ในขณะที่ผู้สูงอายุอีกส่วนหนึ่งวางแผนจะแก้ปัญหาด้วยตนเองโดยการย้ายไปอยู่สถานบริการผู้สูงอายุ (nursing home) เพื่อจะได้ไม่เป็นภาระแก่บุคคลอื่น และมีผู้สูงอายุส่วนน้อยวางแผนฆ่าตัวตายเพื่อหลีกเลี่ยงความทรมานและไม่สร้างภาระแก่ผู้อื่น

ประเด็นที่ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ลำพังในเขตเมืองมีความวิตกกังวลมากที่สุด คือ การขอความช่วยเหลือในยามเจ็บป่วยฉุกเฉิน ดังการศึกษาของ Iliffe และคณะ³ ซึ่งพบว่าปัญหาที่แตกต่างจากผู้สูงอายุที่อยู่ร่วมกับผู้อื่น คือ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ลำพังมักไม่มีบุคคลให้ติดต่อขอความช่วยเหลือในยามฉุกเฉินหรือในเวลาฉุกเฉิน ผู้สูงอายุประมาณครึ่งหนึ่งในการศึกษานี้จึงมีการวางแผนการดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยฉุกเฉินและเจ็บป่วยรุนแรง ในขณะที่อีกเกือบครึ่งหนึ่งไม่ได้วางแผนล่วงหน้าเนื่องจากคิดว่าอนาคตเป็นเรื่องไกลตัว ไม่ทราบจะวางแผนอย่างไร คิดแล้วไม่สบายใจ อะไรจะเกิดก็ต้องเกิด คิดแล้วทำไม่ได้ไม่มีประโยชน์ซึ่งคล้ายกับผลการศึกษาของ Carrese และคณะ¹⁰ การศึกษานี้พบรายละเอียดในวิธีการขอความช่วยเหลือเมื่อเจ็บป่วยฉุกเฉินเพิ่มเติม ได้แก่ การโทรศัพท์หาญาติ เพื่อนบ้าน ศูนย์การแพทย์ฉุกเฉิน การส่งสัญญาณอื่นเพื่อขอความช่วยเหลือ เช่น การใช้กริ่งฉุกเฉิน การขอให้เพื่อนบ้านช่วยสังเกตความผิดปกติจากกิจกรรมประจำวัน เช่น การเปิดประตูการปิดไฟ และการขอให้ญาติหมั่นโทรศัพท์หาเพื่อตรวจสอบความผิดปกติ

นอกจากนี้ การศึกษานี้ยังพบว่า ผู้สูงอายุเกือบทุกรายนึกถึงความตายและวาระสุดท้ายของชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาของ Carrese และคณะ¹⁰ ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการวางแผน

ในวาระสุดท้ายของชีวิตและแผนการจัดการศพ โดยการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้สูงอายุปรารถนาให้ตนสามารถช่วยเหลือตนเองได้จนถึงวาระสุดท้าย แต่ยังไม่ได้วางแผนในระยะนี้ไว้ชัดเจนนัก ผู้สูงอายุครึ่งหนึ่งวางแผนเกี่ยวกับการจัดการศพหลังเสียชีวิตไว้ล่วงหน้า โดยวางแผนบนพื้นฐานที่จะเป็นภาระให้ผู้อื่นน้อยที่สุด ด้วยการจัดพิธีฌาปนกิจอย่างเรียบง่าย ยิ่งไปกว่านั้น พบว่าผู้สูงอายุถึงหนึ่งในสามวางแผนบริจาคร่างกายเป็นอาจารย์ใหญ่ตามโรงเรียนแพทย์ต่าง ๆ เพื่อสร้างประโยชน์แก่ผู้อื่นและไม่ต้องเป็นภาระแก่ญาติในการจัดงานฌาปนกิจ

ความต้องการด้านสุขภาพ พบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ลำพังในเขตเมืองต้องการความช่วยเหลือด้านสิทธิการรักษาพยาบาล การให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพ การจัดระบบบริการสาธารณสุขให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุและการเพิ่มจำนวนและพัฒนาสถานบริการผู้สูงอายุให้เพียงพอเพื่อรองรับกับจำนวนผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับคำแนะนำในการจัดบริการตามความต้องการของผู้สูงอายุในชุมชนของไต้หวัน⁴

ข้อจำกัดของงานวิจัย กลุ่มตัวอย่างได้จากการเลือกแบบเจาะจงจากผู้สูงอายุที่มารับบริการที่หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกซึ่งเป็นผู้ที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ทั้งหมด (totally independent living alone) ผลการศึกษาจึงอาจไม่สามารถอธิบายถึงแผนการดูแลสุขภาพและความต้องการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ลำพังในเขตเมืองที่อยู่ในชุมชนได้ทั้งหมด เนื่องจากอาจมีผู้สูงอายุที่ไม่มีความเจ็บป่วย หรืออาจเจ็บป่วยแต่ไม่สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้ อย่างไรก็ตาม กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้มีลักษณะพื้นฐานที่แตกต่างกันส่งผลให้ผลการศึกษานี้สามารถสะท้อนถึงแผนการดูแลสุขภาพที่หลากหลาย

ข้อเสนอแนะ

ควรศึกษาเพิ่มเติมโดยนำแผนการดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย แผนการดูแลสุขภาพในช่วงสุดท้ายของชีวิต และความต้องการด้านสุขภาพ สัมภาษณ์กับผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังในชุมชน โดยวิเคราะห์เปรียบเทียบกับช่วงอายุ จำนวนปีที่อาศัยอยู่ลำพังและความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน เพื่อเป็นแนวทางในการจัดบริการสุขภาพให้สอดคล้องกับแผนและความต้องการของผู้สูงอายุ

สรุป

ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ลำพังในเขตเมืองมีการวางแผนการดูแลสุขภาพเพื่อรักษาสุขภาพให้ตนเองสามารถอาศัยอยู่ตามลำพังพึ่งพาตนเองได้มากที่สุดและเป็นภาระแก่ผู้อื่นให้น้อยที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ สิ่งที่ผู้สูงอายุต้องการคือระบบสวัสดิการและสาธารณสุขที่เอื้อต่อการดำรงชีวิตลำพังและสามารถเข้าถึงได้โดยสะดวก โดยเฉพาะระบบที่ปรึกษาและแหล่งความช่วยเหลือในยามเจ็บป่วย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณทุนอุดหนุนการวิจัยจากคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

เอกสารอ้างอิง

1. กลุ่มสถิติแรงงาน สำนักสถิติเศรษฐกิจและสังคม สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สรุปผลที่สำคัญการทำงานของผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2555. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2556.
2. รายงานประจำปี สถานการณ์ผู้สูงอายุไทยพ.ศ.2555.พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: เอสเอส พลัส มีเดีย; 2556.
3. Iliffe S, Tai SS, Haines A, Gullivan S, Goldenberg E, Booroff A, et al. Are elderly people living alone an at risk group? *BMJ* 1992; 305: 1001-4.
4. Huang LH, Lin YC. The health status and needs of community elderly living alone. *JNursRes*2002; 10: 227-36.
5. Fukunaga R, Abe Y, Nakagawa Y, Koyama A, Fujise N, Ikeda M. Living alone is associated with depression among the elderly in a rural community in Japan. *Psychogeriatrics* 2012; 12: 179-85.
6. Yeh S-CJ, Lo SK. Living alone, social support, and feeling lonely among the elderly. *Soc Behav Pers* 2004; 32: 129-38.
7. Greenfield. EA, Russel D. Identifying living arrangements that heighten risk for loneliness in later life: Evidence from the U.S. National Social Life, Health, and Aging Project. *J Appl Gerontol* 2011; 30: 524-34.
8. Kawamoto R, Yoshida O, Oka Y, Kodama A. Influence of living alone on emotional well-being in community-dwelling elderly persons. *Geriatr Gerontol Int* 2005; 5: 152-8.
9. Michael YL, Berkman LF, Colditz GA, Kawachi I. Living arrangements, social integration, and change in functional health status. *Am J Epidemiol* 2001; 153: 123-31.
10. Carrese JA, Mullaney JL, Faden RR, Finucane TE. Planning for death but not serious future illness: qualitative study of housebound elderly patients. *BMJ* 2002; 325: 125.

SMJ