

## บทที่ 2

### แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาเรื่อง สัมพันธภาพในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในบริบทการเปลี่ยนแปลงทางสังคมวัฒนธรรมไทยในเขตเมืองนี้ผู้วิจัยได้รวบรวมแนวคิดโดยอาศัยการศึกษาจากเอกสาร ตำรา ตลอดจนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังจะได้เสนอตามลำดับดังต่อไปนี้

2.1 แนวคิดเรื่องผู้สูงอายุ (Aging)

2.2 แนวคิดเรื่องการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและวัฒนธรรม (Social and Cultural Change)

2.3 แนวคิดเรื่องภาวะสมองเสื่อม (Dementia)

2.4 แนวคิดเรื่องภาระของผู้ดูแล (Burden)

2.5 แนวคิดเรื่องคุณภาพการดูแล (Quality of Care)

2.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### 2.1 แนวคิดเรื่องผู้สูงอายุ (Aging)

ในระยะแรกนั้นยังมีประเด็นเป็นที่ถกเถียงกันว่าควรจะใช้คำเรียกบุคคลที่เข้าสู่วัยชราหรือวัยสูงอายุอย่างไรจึงจะมีความเป็นสากลด้วยเหตุผลที่ว่าความชราหรือความสูงอายุ (Aging) นั้นยังมีลักษณะเป็นนามธรรมอยู่มาก ต่อมาจึงได้มีผู้เลือกใช้คำว่า "ผู้สูงอายุ" ขึ้นมาแทน โดยถือว่าคำว่า "ผู้สูงอายุ" เป็นคำที่สุภาพและไม่เป็นการตีตราผู้ที่มีอายุสูงว่าเป็น "คนชรา" เพราะคำว่า "ชรา" จะมีความหมายในทางลบที่มีนัยของความเสื่อม ความเศร้าหมอง ไม่เจริญอกงาม ไม่สดชื่นแจ่มใส ด้วยเหตุนี้จึงได้หาคำที่มีความหมายกลาง ๆ และไม่มีผลกระทบต่อภาวะจิตใจของผู้มีความชรา โดยให้ใช้คำว่า "ผู้สูงอายุ" แทน (ปรีชา อุปโยคิน, สุรีย์ กาญจนวงศ์, วัฒนา ศิริสุข และคณะ, 2538)

ในสังคมที่มีลักษณะโครงสร้างแตกต่างกันจะมีกฎเกณฑ์ที่สังคมใช้ในการกำหนดว่าใครคือผู้สูงอายุแตกต่างกันไปในแต่ละสังคม สังคมดั้งเดิมมักจะกำหนดความชราหรือความสูงอายุด้วยการพิจารณาบทบาทหน้าที่ของบุคคลนั้น ๆ และการให้คำนิยามเกี่ยวกับความสูงอายุนั้นมีปัจจัยหลาย ๆ อย่างที่จะต้องนำมาพิจารณาร่วมกัน ดังนั้นการที่จะให้ความหมายหรือการนิยามเกี่ยวกับความสูงอายุนั้นจึงขึ้นอยู่กับในแต่ละสังคมเป็นผู้ให้ความหมาย

### 2.1.1 ความหมายของคำว่าผู้สูงอายุ (Aging)

คำกล่าวที่เกี่ยวข้องกับความสูงอายุ เช่น คนชรา คนแก่ ผู้สูงอายุ ล้วนแล้วแต่มีความเกี่ยวข้องกับเรื่องของเวลาและเกณฑ์ของแต่ละสังคมเป็นผู้กำหนดขึ้นทั้งสิ้นซึ่งเป็นการให้ความหมายที่มีความแตกต่างกันออกไปในแต่ละบริบททางสังคม อย่างไรก็ตามได้มีการนิยามให้ความหมายของคำว่าผู้สูงอายุไว้ดังนี้

พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2525 : 256) ได้อธิบายไว้ว่า คำว่า "ชรา" มีรากศัพท์มาจากภาษาบาลี หมายถึง แก่ด้วยอายุช้ำรดทรดโทรม สำหรับคำว่า ชราธรรม หมายถึง "ชราเป็นธรรมดา" และ "ความแก่ทรดโทรมเป็นธรรมดา" ส่วนคำว่า "ชราภาพ" เป็นลักษณะนามที่หมายถึง ความแก่ และส่วนใหญ่ นิยมใช้เรียกในมนุษย์ เช่น คนชรา คือบุคคลที่แก่ด้วยจำนวนอายุ (ปี)

นิตา ชูโต (2525:1-7) ได้ให้ความหมายของผู้สูงอายุไว้ว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุวัดด้วยจำนวนปีตามปฏิทินของเวลาที่ได้มีชีวิตอยู่แต่การจะจำแนกว่าจำนวนปีเท่าไรนั้น จึงจะเรียกว่าผู้สูงอายุขึ้นอยู่กับสังคมนั้น ๆ สำหรับสังคมไทย คือผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ตามเกณฑ์ของกฎหมายการปลดเกษียณอายุราชการ และตามกฎหมายอื่น

สมศักดิ์ ศรีสันติสุข (2539: 4) กล่าวว่าลักษณะของผู้สูงอายุในเชิงสังคมวิทยาจะพิจารณาถึงการเปลี่ยนแปลงของสถานภาพ บทบาท ค่านิยม บรรทัดฐานของสังคม การจัดช่วงชั้นทางสังคม และองค์กรหรือสถาบันต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับภาวะผู้สูงอายุ ดังนั้นการเข้าใจลักษณะผู้สูงอายุจึงต้องเข้าใจลักษณะโครงสร้างทางสังคมของผู้สูงอายุ ตลอดจนลักษณะการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในปรากฏการณ์ทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับภาวะผู้สูงอายุด้วย

Grandall, C. R., (1980: 9) ได้ให้ความหมายของความสูงอายุว่า เป็นกระบวนการเจริญเติบโตไปสู่การสูงวัย โดยปกติคนเราจะเติบโตขึ้นเรื่อย ๆ ในช่วง 20-30 ปีแรกของชีวิต จากนั้นจะค่อย ๆ เสื่อมลงไป และถือว่าคนที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไปเป็นผู้สูงอายุ

Bond, J. et.al. (1993: 6) อธิบายว่าเพื่อเป็นการง่ายในการให้คำจำกัดความผู้สูงอายุนั้น ส่วนใหญ่มักจะอ้างถึงบุคคลที่เข้าสู่วัยเกษียณจากการทำงานโดยเริ่มเข้าสู่อายุตั้งแต่ 60-65 ปีขึ้นไป ถือว่าเป็นผู้ที่อยู่ในวัยสูงอายุ โดยในแต่ละสังคมและวัฒนธรรมก็จะให้คำจำกัดความผู้สูงอายุที่ต่างกันออกไป

Sen, K. (1994: 4) ให้ความหมายของผู้สูงอายุว่าโดยส่วนใหญ่แล้วจะถือเอาการเริ่มเข้าสู่วัยสูงอายุคือผู้ที่มีอายุระหว่าง 60 หรือ 65 ปีขึ้นไป ถึงแม้ว่าจะมีการให้คำจำกัดความของผู้สูงอายุในแต่ละประเทศ, วัฒนธรรมและช่วงเวลาที่แตกต่างกันออกไป และเมื่อบุคคลเริ่มเข้าสู่วัยสูงอายุนั้น จะต้องเผชิญกับวิถีชีวิตที่ยากลำบากมากขึ้นอย่างไม่อาจหลีกเลี่ยงได้

Wilson, G. (2000: 4) กล่าวว่าโดยทั่วไปแล้วมักจะให้คำนิยามผู้สูงอายุว่าคือผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปี ขึ้นไป แต่การให้คำนิยามดังกล่าวยังมีความคลุมเครือและไม่ชัดเจนทั้งในแง่ของความหมาย, อำนาจและวัฒนธรรม และอธิบายว่าการจะให้คำจำกัดความผู้สูงอายุนั้นควรจะถือเอาช่วงเวลาที่บุคคลคนนั้นเกษียณจากหน้าที่การงานแล้วหรืออยู่ในภาวะทุพพลภาพ (Disability) เป็นจุดเริ่มต้น

กล่าวโดยสรุปแล้ว การให้คำจำกัดความหมายของคำว่า "ผู้สูงอายุ" นั้นไม่มีกฎเกณฑ์ที่แน่นอนตายตัวทั้งนี้ขึ้นอยู่กับบริบททางสังคม วัฒนธรรม ชีวิตความเป็นอยู่และค่านิยมของแต่ละท้องถิ่นจะใช้เกณฑ์ใดพิจารณา ในสังคมดั้งเดิมนั้นมักกำหนดการเป็นผู้สูงอายุโดยใช้บทบาทที่บุคคลนั้น ๆ ทำอยู่เป็นเกณฑ์ ซึ่งบทบาทเหล่านี้มักจะเป็นบทบาทที่แสดงถึงความเป็นผู้นำ ความรับผิดชอบสูงในสังคม ส่วนในสังคมปัจจุบันมักจะใช้อายุเป็นเกณฑ์ในการกำหนดความหมายของผู้สูงอายุ การใช้อายุเป็นเกณฑ์นี้มักจะแตกต่างกันไปในแต่ละสังคมแต่ละประเทศ การกำหนดเกณฑ์อายุที่แตกต่างกันนี้ทำให้เป็นการยากที่จะยอมรับกันได้ในทุกประเทศ ดังนั้นที่ประชุมสมัชชาโลกว่าด้วยผู้สูงอายุ (World Assemble on Aging) จึงได้กำหนดให้ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปเป็นผู้สูงอายุและให้ใช้เป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วโลก สำหรับประเทศไทยได้กำหนดลักษณะของผู้สูงอายุว่า หมายถึงผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป เพื่อให้สอดคล้องกับข้อกำหนดของที่ประชุมสมัชชา

โลกว่าด้วยผู้สูงอายุ และนำมาใช้เป็นเกณฑ์ของการปลดเกษียณอายุราชการของข้าราชการไทย ด้วย (สุรกุล เจนอบรม, 2534)

นอกจากนี้ สมศักดิ์ ศรีสันติสุข (2539:62-64) ยังได้กล่าวถึงกระบวนการภาวะความสูง อายุทางสังคมวิทยาว่า การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุนั้นมีความเกี่ยวข้องและเชื่อมโยงกับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและจิตใจและการเปลี่ยนแปลงทางที่คนในสังคมนั้น ๆ ได้มอง บทบาทหรือแบ่งแยกกลุ่มผู้สูงอายุในสภาพต่าง ๆ ซึ่งอาจจะสรุปกระบวนการของภาวะสูงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงมากขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น กล่าวคือ

1. ภาวะสูงอายุทางร่างกาย (Biological Aging) เป็นการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย เนื่องจากประสิทธิภาพการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายลดน้อยลงเป็นผลจากความเสื่อมตาม ขบวนการสูงอายุซึ่งเป็นไปตามอายุขัย (Life span) ของแต่ละบุคคล

2. ภาวะสูงอายุทางด้านจิตใจ (Psychological Aging) หมายถึง ความสามารถในการปรับตัวตามสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปได้มากยิ่งขึ้น ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ การแก้ปัญหา ทักษะคิด ตลอดจนบุคลิกภาพ สิ่งเหล่านี้มีการพัฒนามากขึ้น

3. ภาวะสูงอายุทางสังคม (Sociological Aging) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงบทบาท ของบุคคลและความสัมพันธ์ในโครงสร้างสังคม ซึ่งได้แก่ความสัมพันธ์ในครอบครัว ความสัมพันธ์ กับเพื่อน ความสัมพันธ์ในสถานที่ทำงาน รวมทั้งความสัมพันธ์กับองค์การต่าง ๆ เช่น ศาสนา และการเมือง เมื่อบุคคลมีอายุสูงขึ้นรวมทั้งมีภาวะความชราทางชีววิทยาและทางจิต ย่อมจะยัง ผลให้มีการเปลี่ยนแปลงบทบาทและความสัมพันธ์ทางสังคมด้วยเช่นกัน ดังนั้นบริบททางสังคมที่ แตกต่างกันในแต่ละบุคคลย่อมจะเป็นตัวกำหนดความหมายของภาวะความชราของบุคคลนั้นทั้ง ในแง่บวกและแง่ลบ

### 2.1.2 ผู้สูงอายุ : มุมมองในมิติทางสังคมและวัฒนธรรม

การศึกษาทางด้านสังคมจะพบว่า มีสถาบันหลายแห่งที่เน้น “พหุฒาวิทยาสังคม” (Social Gerontology) โดยมีประเด็นสำคัญ ๆ เช่น ผลกระทบการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม และวัฒนธรรมต่อกลุ่มผู้สูงอายุ นโยบายสังคมสำหรับผู้สูงอายุแบบแผนการดำเนินชีวิต ความสัมพันธ์ระหว่างวัย และการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ที่อยู่ในวัยชรา ทั้งนี้ก็เพราะผู้สูงอายุ คือบุคคลที่กำลังอยู่ในสภาวะที่มีความเสื่อมถอยไม่เพียงด้านกายภาพและชีวภาพ แต่รวมทั้งจิตใจและสถานภาพทางสังคม ซึ่งเป็นระยะสุดท้ายของการมีชีวิตอยู่ การเป็นบุคคลนั้นไม่เพียงแต่การมีร่างกายที่กำหนดการดำรงอยู่ของการเป็นมนุษย์ แต่ยังเป็นประเด็นทางสังคมและวัฒนธรรมที่ถูกกำหนดให้เป็นส่วนหนึ่งของสังคมที่ได้ทำหน้าที่ของสังคมสืบทอดสังคมให้ดำรงอยู่ต่อไป แม้ว่าจะมีสมาชิกของสังคมล้มตายไปก็จะมีชีวิตใหม่ขึ้นมาแทนที่ เพื่อสืบทอดมรดกทางสังคมและวัฒนธรรมให้สังคมนั้นดำรงอยู่ต่อไปได้อีก ในแง่มุมนี้ “ผู้สูงอายุ” หรือ “คนชรา” คือประชากรกลุ่มหนึ่งที่มีความแตกต่างด้านชีวภาพและกายวิภาค อันเนื่องจากอายุขัยที่มีมากกว่าประชากรกลุ่มอื่น ๆ ขณะเดียวกันก็เป็นผู้ที่มีประสบการณ์ และรับรู้เรื่องราวที่สั่งสมมามากกว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่า

ผู้สูงอายุจะเป็นอย่างไร มีความหมายอย่างไรจึงไม่ใช่พิจารณาเฉพาะเพียงด้านกายภาพหรือชีวภาพเท่านั้น แต่เป็นการให้ความหมายโดยทางสังคมและวัฒนธรรมที่จะกำหนดให้ความหมายการเป็นมนุษย์เริ่มตั้งแต่การอยู่ในครรภ์มารดา เด็กอ่อน เด็กวัยรุ่น ผู้ใหญ่ ไปจนถึงคนแก่คนชรา ในมิตินี้หมายความว่าวัฒนธรรมเป็นตัวกำหนดความหมาย เช่น เด็กและผู้หญิงเป็นผู้ที่อ่อนแอต้องได้รับการคุ้มครองเอาใจใส่ ส่วนผู้ใหญ่จะเป็นผู้ที่แข็งแรงกว่า เพราะสุขภาพร่างกายแข็งแรง ส่วนผู้สูงอายุนั้นจะเป็นกลุ่มบุคคลที่ควรต้องได้รับความนับถือเชือฟัง เพราะเป็นทั้งบรรพบุรุษและมีบุญคุณ เป็นผู้ที่มีประสบการณ์ผ่านโลกมาก่อน ผู้สูงอายุจึงได้รับการยอมรับให้ความเคารพยกย่องมากกว่าที่จะถูกมองว่าเป็นผู้ที่สร้างภาระให้แก่ครอบครัวและสังคม ประเด็นต่าง ๆ ดังกล่าวข้างต้นนี้ผันแปรและต่างกันไปจากสังคมหนึ่งสู่อีกสังคมหนึ่ง จากมีความเหมือนและ/หรือมีความแตกต่างขึ้นอยู่กับการกำหนดคุณค่าที่ปรากฏเป็นธรรมเนียมปฏิบัติ และเป็นส่วนหนึ่งของประวัติศาสตร์สังคม และตำนานที่สืบทอดกันมา ผู้สูงอายุอาจมีความหมายสูงส่งเป็นบุคคลสำคัญทั้งขณะที่มีชีวิตอยู่หรือสิ้นชีวิตไปแล้ว

การบูชาบรรพบุรุษเป็นส่วนหนึ่งของการให้คุณค่าทางสังคมหนึ่ง ในทางตรงกันข้าม คนชราหรือผู้สูงอายุในอีกสังคมหนึ่งก็อาจจะจะถูกทอดทิ้งเพราะไม่ได้สร้างประโยชน์อะไรอีกต่อไป ตัวอย่างเช่นสังคมเฮลเกอโมในอดีตที่ต้องพาคนแก่ออกไปจากชุมชนเพื่อปล่อยให้หนาวตาย เพราะเป็นผู้สร้างภาระให้ครอบครัว ธรรมเนียมปฏิบัติเช่นนี้เป็นวัฒนธรรมที่ทุกคนรู้ตัวล่วงหน้าว่าสักวันหนึ่งตนเองจะต้องถูกลูกหลานนำไปทิ้ง ดังที่ตนเองได้เคยปฏิบัติต่อบิดามารดาของตนมาก่อน ดังนั้น การรับรู้ต่อผู้สูงอายุของแต่ละสังคมจะสะท้อนให้เป็นถึงความต้องการของประชาคมตามความเชื่อและคุณค่าของสังคมนั้น ๆ เช่นกัน

### 2.1.3 การเปลี่ยนแปลงและปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ

เมื่อบุคคลดำเนินชีวิตจนมาถึงในวัยสูงอายุซึ่งเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงและมีพัฒนาการทั้งทางร่างกายและจิตใจในทางเสื่อมถอยลง เราจึงสามารถพบได้ว่าบุคคลที่เข้าสู่วัยสูงอายุมักจะต้องเผชิญกับปัญหาในการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นหลาย ๆ ด้านในช่วงเวลาพร้อมกัน ซึ่งการเปลี่ยนแปลงที่พบได้บ่อยในกลุ่มคนที่เข้าสู่วัยสูงอายุนั้นมีลักษณะการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่ 3 ประการ อันได้แก่

#### 1. การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย (Physical Change)

เมื่อเข้าสู่วัยชราแล้วจะมีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่เห็นได้ชัดจากภายนอก คือ ผิวหนังเหี่ยวย่น สีของผิวหนังจะเปลี่ยนเป็นจุดสีน้ำตาลทั่ว ๆ ไปเรียกว่าตกรกระ กล้ามเนื้ออ่อนแรง ทำให้เคลื่อนไหวได้ช้าและการทรงตัวไม่ดี ผมเริ่มหงอกเปลี่ยนจากสีดำเป็นสีน้ำตาล จำนวนเซลล์ที่ตายจะเพิ่มมากขึ้น ความสามารถของระบบต่าง ๆ ลดลง เช่น ระบบประสาทตา สมรรถภาพในการรับภาพลดลง การได้ยินผิดปกติไป ความสามารถในการย่อยอาหารน้อยลง หลอดเลือดยึดหยุ่นน้อยลง มีการเปลี่ยนแปลงของเซลล์สมอง สูญเสียเซลล์ประสาททำให้ความรู้คิดเสื่อมลง เกิดโรคสมองเสื่อม จากการเปลี่ยนแปลงทั้งหมดที่เกิดขึ้นทำให้เกิดข้อจำกัดในการประกอบกิจวัตรประจำวัน และก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพ เช่น การเจ็บป่วยเรื้อรัง เป็นต้น (สุรกุล เจนอบรม 2534:48)

#### 2. การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ (Psychological Change)

การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์ มีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและสังคม เพราะความเสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ มีผลต่อสภาพจิตใจของผู้สูงอายุและเป็น

อุปสรรคต่อการปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมต่าง ๆ การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจของผู้สูงอายุ เป็นผลเนื่องมาจาก

- การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ไม่ว่าจะเป็นเพื่อนสนิทหรือญาติมิตร และคู่วิตที่ต่าง ตากจากหรือแยกไปอยู่ที่อื่น ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกถูกพรากจากบุคคลอันเป็นที่รัก ทำให้เกิดความซึมเศร้าได้ง่าย

- การสูญเสียสถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจ เนื่องจากถึงวัยที่ต้องออกจากตำแหน่งหน้าที่การงาน ขณะที่ความสัมพันธ์ทางสังคมก็ลดน้อยลงเพราะหมดภาระในการติดต่อหน้าที่การงาน ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกสูญเสียหน้าที่การงาน รู้สึกไร้คุณค่า ไร้ความหมาย ขาดการติดต่อขาดเพื่อน ขาดความผูกพันที่เคยมีต่อสังคม ในขณะที่เดียวกันก็ขาดรายได้ หรือรายได้เริ่มลดน้อยลง สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุต้องพยายามปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

- การสูญเสียสัมพันธภาพในครอบครัว เนื่องจากลูกหลานแยกย้ายไปมีครอบครัวใหม่เป็นของตนเอง โดยเฉพาะสังคมปัจจุบันที่มีลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยวมากกว่าครอบครัวขยาย ทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างพ่อแม่ซึ่งเป็นผู้สูงอายุกับบุตรหลานของตนเองลดลง บทบาททางด้าน การให้คำปรึกษาดูแลลดน้อยลง ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกว่ามีคุณค่าในตนเองลดลง (ปราโมทย์ วังสะอาด 2530:17)

### 3. การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมและวัฒนธรรม (Socio-cultural Change:

การเปลี่ยนแปลงของสังคมไทยที่มีแนวโน้มไปทางตะวันตกมากยิ่งขึ้นและการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้ส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุกล่าวคือ

- การเสื่อมความเคารพ ในอดีตผู้สูงอายุได้รับการเคารพบนอบจากผู้ที่ย่อมอาวุโสกว่า ในฐานะที่เป็นผู้มีประสบการณ์และเป็นผู้คอยให้คำแนะนำสั่งสอน แต่ในปัจจุบันค่านิยมเหล่านี้ได้ถูกมองข้ามไปคนในสังคมมักจะให้คุณค่าในแง่ลบและคิดว่าผู้สูงอายุเป็นผู้ที่ไม่ทันต่อเหตุการณ์ดังนั้นจึงควรจำกัดอยู่ในพื้นที่ของตนเอง

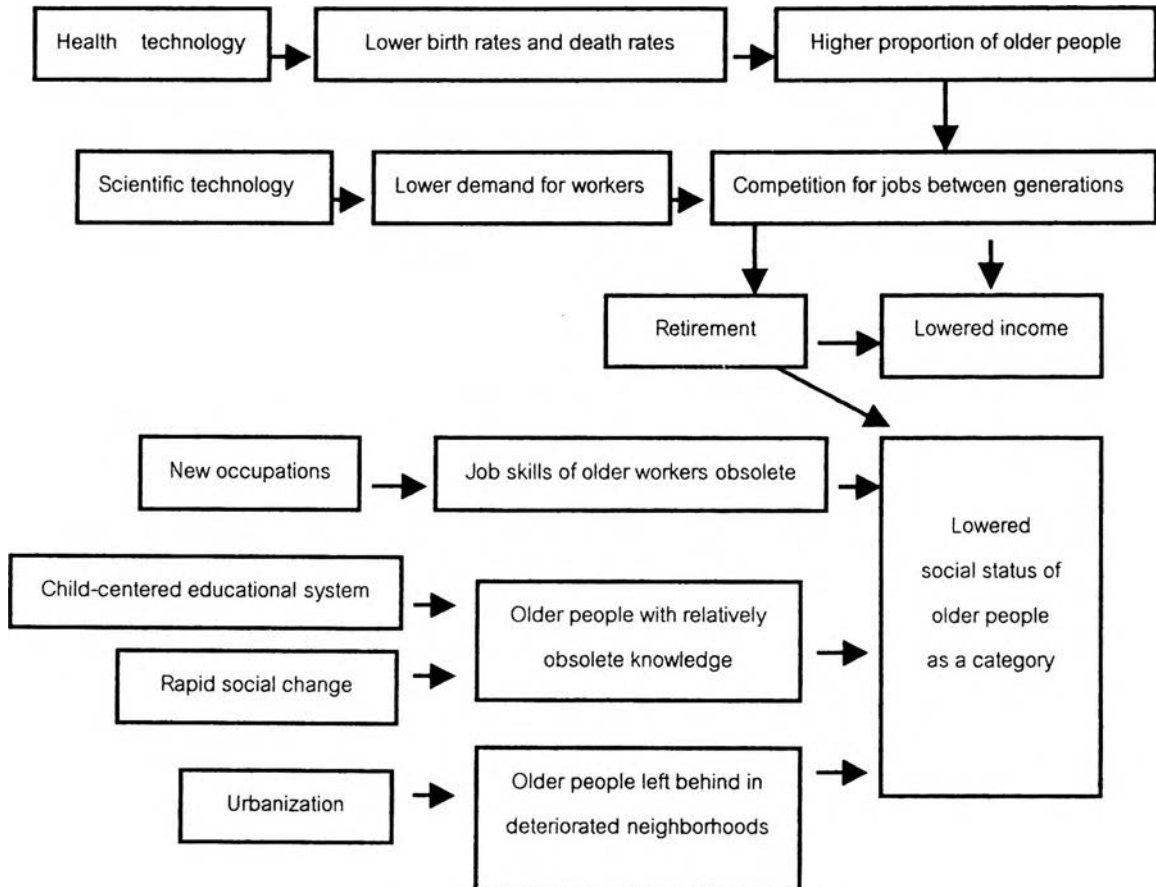
- การถูกทอดทิ้ง ผลของการเปลี่ยนแปลงสังคมแบบดั้งเดิมไปสู่สังคมแบบใหม่ที่มีความทันสมัย ทำให้เกิดการขยายตัวหรือมีความเป็นชุมชนเมือง (Urbanization) ทำให้วิถีชีวิตได้เปลี่ยนแปลงตามไปด้วย ผู้สูงอายุถูกมองว่าเป็นภาระไม่สามารถประกอบอาชีพใดหรือไม่มีคุณค่าทางเศรษฐกิจมักจะถูกทอดทิ้งไว้เบื้องหลังทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกว่าเหว

เมื่อพิจารณาถึงการเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่เกิดขึ้นนั้นสามารถวิเคราะห์ได้ว่ากระบวนการเข้าสู่ภาวะทันสมัย (Modernization) เป็นสาเหตุสำคัญที่ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสถานภาพทางสังคมที่ตกต่ำลง ในสังคมอุตสาหกรรมยุคปัจจุบันที่มีความพัฒนาองค์ความรู้ทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีที่ก้าวหน้าขึ้นทำให้ระบบโครงสร้างของสังคมได้เปลี่ยนแปลงไป ระบบการผลิตที่ขึ้นอยู่กับระบบตลาด ทุน เทคโนโลยี และค่าตอบแทนที่สูงขึ้นในเมือง รวมทั้งในธุรกิจที่ใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่นั้นส่งผลให้ค่านิยมในสังคมได้เปลี่ยนแปลงตามไปด้วย สังคมให้ความหมายและคุณค่าในทางบวกต่อบุคคลใดๆ สิ่งใดๆ หรือวิถีทางใดๆ ที่จะนำไปสู่ความสำเร็จของกระบวนการผลิตด้วยเหตุนี้ผู้สูงอายุซึ่งเป็นกลุ่มคนที่ไม่สามารถสร้างผลผลิตในระบบเศรษฐกิจจึงถูกมองว่าเป็นกลุ่มคนที่ไม่ก่อให้เกิดคุณค่าและเป็นกลุ่มบุคคลที่ไร้ความสามารถ ตลอดจนถูกสังคมตั้งคำถามถึงความไม่เชื่อมั่นในความสามารถดังที่เคยมีมาในอดีต ส่งผลให้ผู้สูงอายุถูกผลักออกจากแกนของสังคม กลายเป็นกลุ่มคนที่ได้รับการให้ความหมายและถูกประทับค่าว่าเป็นบุคคลที่เป็น "ภาระ" ของสังคม



แผนภาพที่ 1

แสดงสถานการณ์ทางสังคมของผู้สูงอายุที่ตกต่ำลงเนื่องจากกระบวนการเข้าสู่ความทันสมัย



Source : Cowgill and Holmes. Aging and Modernization, 1972.

Cowgill and Holmes (1972) อธิบายว่า กระบวนการเข้าสู่ความทันสมัย (Modernization) ได้ส่งผลกระทบต่อสถานการณ์ของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในเรื่องของเทคโนโลยีด้านสุขภาพ (Health Technology) ความสำเร็จในการควบคุมอัตราการเกิดและอัตราการตาย ความเจริญก้าวหน้าทางด้านการแพทย์ วิทยาศาสตร์ และเทคโนโลยีต่างๆ ที่เกี่ยวกับสุขภาพของมนุษย์ ได้ทำให้จำนวนของผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้อายุขัยโดยเฉลี่ยแรกเกิดของประชากรก็เพิ่มขึ้นด้วย และในขณะเดียวกันกระบวนการเข้าสู่ความทันสมัย (Modernization) ก็ได้ก่อให้เกิดความก้าวหน้าในเทคโนโลยีทางการผลิตของระบบเศรษฐกิจ ส่งผลให้ความต้องการแรงงานลด

น้อยลงเนื่องจากการพัฒนาเครื่องจักร อุปกรณ์ในระบบการผลิตและกระบวนการจำหน่ายจ่าย แจก การสร้างงานใหม่สำหรับคนวัยหนุ่มสาวได้เกิดขึ้นซึ่งงานดังกล่าวเป็นงานที่ต้องการความสามารถและอาศัยความชำนาญเฉพาะด้านทางอาชีพ ความต้องการในการรับถ่ายทอดทั้งความรู้ และประสบการณ์จากคนสูงอายุจึงลดน้อยลงจนแทบมองไม่เห็นความสำคัญของกลุ่มคนวัยดังกล่าว นอกจากนี้ประเด็นปัญหาที่มีอัตราประชากรในวัยสูงอายุมากขึ้นทำให้เกิดการแข่งขันในการจ้างงานระหว่างคนรุ่นต่างๆ เพิ่มขึ้น ผลที่ตามมาก็คือ ทำให้เกิดการเกษียณอายุและผลักดันผู้สูงอายุออกจากตลาดแรงงาน

สิ่งที่สำคัญอีกประการหนึ่งก็คือ กระบวนการกลายเป็นเมือง (Urbanization) ทำให้เกิดการย้ายถิ่นของแรงงานในวัยหนุ่มสาวทิ้งให้ผู้สูงอายุยังคงอยู่ในชนบท สัมพันธภาพในครอบครัว เป็นไปในลักษณะที่ห่างเหินกันมากขึ้นทุกที การที่สังคมเกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทำให้ผู้สูงอายุปรับตัวไม่ทันกับสิ่งที่เกิดขึ้น สิ่งต่างๆ เหล่านี้เป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อสถานภาพทางสังคมของผู้สูงอายุที่พบว่ายังอยู่ในสังคมที่มีความทันสมัยมากขึ้นเพียงใด สถานภาพทางสังคมของผู้สูงอายุก็นิ่งตกต่ำลงเท่านั้น

จากที่กล่าวไปแล้วทั้งหมดข้างต้นจะเห็นได้ว่า ในสังคมทันสมัย ปริมาณประชากรผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้น ในขณะที่สถานภาพทางสังคมของผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่จะลดต่ำลงและผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่จะถูกทอดทิ้งมากขึ้น สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในประเทศไทย ยกตัวอย่างเช่น จากผลการศึกษาเรื่อง The Role and Status of the Aged in Thailand ของ Cowgill O. Donald (1972) พบว่า การกลายเป็นตะวันตก (westernization) และการกลายเป็นอุตสาหกรรม (industrialization) ของประเทศไทยทำให้จากเดิมที่ผู้อ่อนอาวุโสมีแบบแผนในการแสดงความเคารพต่อผู้อาวุโสว่าเป็นแบบหนึ่ง เช่น การไหว้ การคลานเข้าไปหา การโค้งศีรษะ คำนับ การใช้คำนำหน้าชื่อแสดงความนับถือฉันท์เครือญาติ เป็นต้น แต่ภายหลังความทันสมัยทำให้ผู้อ่อนอาวุโสดำเนินชีวิตตามวิถีตะวันตก การกระทำรูปแบบใหม่บางอย่างทำให้ผู้อาวุโสรู้สึกว่าไม่เป็นการแสดงความเคารพนับถืออย่างเหมาะสมและรู้สึกว่าคุณตนได้รับความเคารพนับถือน้อยลง

นอกจากนี้ David Popenoe (1988) นักวิชาการซึ่งอยู่ในแนวต่อต้านความทันสมัย (antimodernism) กล่าวเพิ่มเติมอีกว่า กระบวนการเข้าสู่ความทันสมัยนั้นได้ส่งผลกระทบในทางลบต่อสถาบันครอบครัวอย่างมากเพราะเป็นกระบวนการสำคัญที่ทำให้สถาบันครอบครัวของมนุษย์มีแนวโน้มที่จะล่มสลาย โดยเขาอธิบายว่าในสังคมที่มีความทันสมัยทำให้เกิด

- (1) ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวขาดความแข็งแกร่ง สมาชิกมีอิสระในตนเองสูงโดยสมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัวไม่สามารถควบคุมได้
- (2) การทำหน้าที่ของครอบครัวที่มีต่อสมาชิกลดน้อยลง ไม่ว่าจะเป็นการอบรมสั่งสอนหรือการควบคุมพฤติกรรม
- (3) ครอบครัวสูญเสียอำนาจที่มีต่อตัวสมาชิก
- (4) ขนาดของครอบครัวลดลงและมีแนวโน้มที่จะทำให้สถาบันครอบครัวขาดความมั่นคง
- (5) สังคมให้ความสำคัญกับครอบครัวน้อยลงแต่จะให้ความสำคัญกับปัจเจกบุคคลมากกว่า

นอกจากนี้ Margaret Blenkner (1965) ยังได้อธิบายเพิ่มเติมว่าในสังคมทันสมัยนั้นมีโอกาสให้เกิดการพลิกกลับของบทบาทระหว่างพ่อแม่ลูก กล่าวคือ เมื่อพ่อแม่อายุมากขึ้น พ่อแม่จะรับบทบาทของลูกที่เคยพึ่งพิงพ่อแม่ ในขณะที่ลูกจะรับบทบาทเป็นผู้อุปถัมภ์พ่อแม่ หรือที่เรียกว่า "role-reversal" นั้นไม่ใช่เรื่องที่เกิดขึ้นได้ตามปกติเหมือนอย่างที่เคยปรากฏในอดีต แต่จะพบในกรณีของผู้สูงอายุที่มีภาวะผิดปกติทางกายภาพ จิตใจ และอารมณ์ กล่าวคือ โดยทั่วไปลูกที่โตแล้วจะไม่ได้รับบทบาทของพ่อแม่แต่ลูกจะรับบทบาทในฐานะที่เป็นผู้ใหญ่ขึ้น บทบาทนี้เป็นบทบาทที่ลูกเติบโตขึ้นโดยธรรมชาติ และเมื่อเป็นผู้ใหญ่จนถึงวัยกลางคนจะมีความเป็นผู้ใหญ่ที่เรียกว่า filial maturity ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการพัฒนา โดยลูกหลานจะยอมรับพ่อแม่ของตนในฐานะเป็นปัจเจกบุคคลผู้มีความต้องการ มีสิทธิ์ มีข้อจำกัด และมีประวัติที่โดดเด่นเป็นของตนเองเพียงเท่านั้น

กล่าวโดยสรุปได้ว่าการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในวัยสูงอายุนั้นเป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นโดยเป็นไปตามเงื่อนไขของเวลา และด้วยปัจจัยหลาย ๆ ประการทั้งปัจจัยทางชีวภาพ ปัจจัยทางด้านสังคมนั้นได้ส่งผลกระทบโดยตรงต่อทั้งทางด้านจิตใจของผู้สูงอายุที่ก่อให้เกิดความรู้สึกว่าเหว่ หมดหวัง ท้อแท้ใจ เกิดความซึมเศร้าวิตกกังวล ประกอบกับสภาพร่างกายที่เสื่อมถอยลงและการเปลี่ยนแปลงของสังคมโดยรอบได้ส่งผลกระทบต่อสถานภาพและบทบาททางสังคมต่อผู้สูงอายุ

ในทางลบ ผู้สูงอายุมักจะถูกมองว่าเป็นบุคคลที่สร้างภาระให้แก่สมาชิกในครอบครัว ชุมชนและเป็นกลุ่มคนที่สร้างปัญหาใหญ่ให้กับสังคมด้วยเช่นเดียวกัน การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวที่เกิดขึ้นพร้อม ๆ กันหรือในช่วงเวลาใกล้เคียงกันส่งผลให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่อาจปรับตัวได้ทันต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้ส่งผลต่อกันเป็นวัฏจักรทั้งต่อตัวผู้สูงอายุ ครอบครัว ชุมชนและสังคม สิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นเป็นเครื่องพิสูจน์ให้เห็นว่าการรับเอาระแสความก้าวหน้าและการพัฒนาแบบชาติตะวันตกมาใช้โดยไม่ได้คำนึงถึงผลที่จะตามมาได้สร้างความเสียหายมากมายแก่สังคมเพียงใด

นอกจากกระแสการพัฒนาและการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วในช่วงระยะเวลาที่ผ่านมาจะส่งผลต่อการปรับตัวของผู้สูงอายุแล้วเรายังพบว่าในปัจจุบันผู้สูงอายุมักมีปัญหาทางด้านสุขภาพในช่วงอายุที่ลดลง สาเหตุของการเกิดปัญหาด้านสุขภาพดังกล่าวมีทั้งปัจจัยทางด้านสังคมและปัจจัยทางชีวภาพที่ก่อให้เกิดโรครึ้นในกลุ่มคนวัยสูงอายุ ซึ่งปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุที่มักพบได้บ่อยมี 3 ประการ ได้แก่

1. ปัญหาโรคเรื้อรัง หรือการเจ็บป่วยระยะยาว เช่น โรคหัวใจ เบาหวาน เป็นต้น ในวัยผู้สูงอายุเป็นวัยที่สภาพร่างกายมีความเสื่อมถอยลง ดังนั้นการฟื้นฟูกลับเข้ามาสู่สภาพปกติจึงเป็นไปได้ช้า การรักษาจะเห็นผลได้ช้ากว่าในวัยอื่น ๆ นอกจากนี้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุก็น้อยลง และในวัยสูงอายุนั้นมักมีปัญหากับความทรงจำ จึงทำให้การแนะนำ การชี้แนะเป็นไปได้ยาก

2. ภาวะแทรกซ้อน ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยมักจะเกิดโรคแทรกซ้อนได้ง่าย เพราะมีผลกระทบจากหลายด้าน มีภาวะความตึงเครียดทางด้านจิตใจ โรคแทรกซ้อนที่มักเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุได้แก่ แผลกดทับ โลหิตจาง เนื่องจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง และได้รับอาหารไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย

3. ปัญหาทางด้านอารมณ์และจิตใจ เนื่องมาจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและการดำเนินโรคมักเป็นไปอย่างเชื่องช้า ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกเหมือนว่าต้องทนทรมานกับการเจ็บป่วยอยู่นาน ทำให้เกิดความวิตกกังวลว่าตนเองจะถูกทอดทิ้ง ขาดที่พึ่ง ไม่มีใครดูแล ในที่สุดจะเกิดความกลัว อารมณ์หงุดหงิดง่าย บางคนแสดงความก้าวร้าว บางคนแสดงความถดถอยไม่รับการรักษาต่อ บางคนพยายามเรียกร้องความสนใจโดยไม่ยอมช่วยเหลือตนเอง (พรทิพย์ พุ่มไพร 2532:29-30)

## 2.2 แนวคิดเรื่องการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและวัฒนธรรม (Social and Cultural Change)

“การเปลี่ยนแปลง” เป็นปรากฏการณ์อย่างหนึ่งที่เกิดขึ้นในทุกสังคมมนุษย์มาเป็นเวลานาน ดังคำกล่าวของนักปราชญ์ชาวกรีกโบราณที่ชื่อ เฮราคลิตัส (Heraclitus) ซึ่งได้ยกตัวอย่างขึ้นมาเปรียบเทียบถึงเรื่องของการเปลี่ยนแปลงเอาไว้ว่า บุคคลคนหนึ่งไม่สามารถเอาเท้าก้าวลงไปในแม่น้ำสายเดียวกันได้ถึงสองครั้ง ในขณะที่นักคิดสมัยใหม่ก็ยังคงมีความเห็นที่คล้ายคลึงกันเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในสังคมโลกว่า การกระทำที่เกิดขึ้นเป็นครั้งที่สองย่อมไม่มีวันเป็นเหมือนเดิมและทุก ๆ สิ่งย่อมเปลี่ยนไปตามกาลเวลา (Adam cited in Vago, 2004) ด้วยเหตุนี้ทุกสังคมจึงเกิดการเปลี่ยนแปลงในด้านต่าง ๆ เช่น ด้านเทคโนโลยี ประชากร การเมือง สิ่งแวดล้อม สุขภาพและอื่น ๆ อย่างไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ ทั้งนี้เพราะการเปลี่ยนแปลงเป็นคุณลักษณะอย่างหนึ่งของสังคมมนุษย์และสังคมกำลังพัฒนาทั้งหลาย ดังเช่นสังคมไทยเป็นสังคมที่กำลังเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็วในยุคปัจจุบัน (งามพิศ สัตย์สงวน, 2543) ในฐานะที่ประเทศไทยเป็นประเทศหนึ่งของสังคมโลก เมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้นในบริบทระดับโลกและระดับภูมิภาค ย่อมจะต้องมีผลกระทบต่อสังคมไทยอย่างแน่นอน และผลกระทบหลายด้านที่อยู่บนเนื้อหารการตัดสินใจและควบคุมจากกลไกของสังคมไทย ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและวัฒนธรรมไทยที่เกิดขึ้นนั้นมีทั้งการเปลี่ยนแปลงที่พึงประสงค์และไม่พึงประสงค์ (อมรา พงศาพิชญ์และคณะ, 2532)

จากการศึกษาถึงการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและวัฒนธรรมของนักวิชาการหลายท่านได้ให้ความหมายของการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและวัฒนธรรมไว้อย่างน่าสนใจ อาทิเช่น พจนานุกรมศัพท์สังคมวิทยา (2524) ให้ความหมายของการเปลี่ยนแปลงทางสังคมว่าเป็นการที่ระบบสังคม กระบวนการ แบบอย่างหรือรูปแบบทางสังคม เช่น ขนบธรรมเนียมประเพณี ครอบครัวยุทธ ระบบการปกครองได้เปลี่ยนแปลงไปไม่ว่าจะเป็นด้านใดก็ตาม การเปลี่ยนแปลงทางสังคมนี้อาจเป็นไปในทางก้าวหน้าหรือถดถอย เป็นไปอย่างถาวรหรือชั่วคราว โดยวางแผนให้เป็นไปหรือเป็นไปเอง และเป็นประโยชน์หรือเป็นโทษก็ได้ทั้งสิ้น และให้คำจำกัดความของการเปลี่ยนแปลงทางวัฒนธรรมว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในวัฒนธรรมของประชาชาติหนึ่ง ๆ ทั้งวัฒนธรรมทางวัตถุและวัฒนธรรมที่ไม่ใช่วัตถุ แต่อัตราการเปลี่ยนแปลงของวัฒนธรรมสองประเภทนี้เป็นไปไม่เท่ากัน โดยทั่วไปวัฒนธรรมที่ไม่ใช่วัตถุเปลี่ยนแปลงช้ากว่า นอกจากนั้นยังเป็นการเปลี่ยนแปลงที่อาจจะเกิดขึ้นโดยอัตโนมัติหรือโดยการวางแผนก็ได้

สัญญา สัญญาวิวัฒน์ (2527) กล่าวว่า การเปลี่ยนแปลงทางสังคมเป็นการทำให้ความสัมพันธ์หรือโครงสร้างทางสังคมได้รับความกระทบกระเทือนในรูปแบบต่าง ๆ เช่น การเปลี่ยนแปลงขนาดทำให้เล็กลง ใหญ่ขึ้น หรือทำให้คงที่เป็นต้น เปลี่ยนแปลงลักษณะการยึดเหนี่ยวระหว่างส่วนประกอบ เช่น ทำให้การยึดเหนี่ยวมันคงขึ้น อ่อนแอลง หรือยึดเหนี่ยวกันหละหลวม เป็นต้น นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงทางสังคมยังรวมถึงการเปลี่ยนแปลงในส่วนขององค์ประกอบของความสัมพันธ์ หรือโครงสร้างทางสังคม

เจลิยว ฤกษ์รุจิพิมล (2544) กล่าวว่า การเปลี่ยนแปลงทางสังคมหมายถึง การเปลี่ยนแปลงรูปแบบของโครงสร้างทางสังคมและพฤติกรรมทางสังคม การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางสังคมได้แก่การเปลี่ยนจากระบบครอบครัวขยายเป็นระบบครอบครัวเดี่ยว การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางเศรษฐกิจจากระบบเกษตรกรรมเป็นอุตสาหกรรม เป็นต้น ส่วนการเปลี่ยนรูปแบบพฤติกรรมทางสังคม เช่น การเปลี่ยนพฤติกรรมการผลิตจากผลิตเพื่อบริโภคเป็นผลิตเพื่อขาย การเปลี่ยนพฤติกรรมการเลี้ยงดูบุตรแบบบังคับเป็นแบบให้อิสระเสรี เป็นต้น และการเปลี่ยนแปลงทางสังคมยังมีความหมายครอบคลุมถึงการเปลี่ยนแปลงทางวัฒนธรรมด้วย ทั้งสองสิ่งนี้ไม่อาจแยกออกจากกันเป็นคนละเรื่องได้อย่างชัดเจนเพราะโครงสร้างทางสังคมและพฤติกรรมทางสังคมย่อมมีวัฒนธรรม เช่น ความเชื่อ สัญลักษณ์ และสิ่งของต่าง ๆ เป็นองค์ประกอบเสมอ

Francis B. Allen (1971) กล่าวว่า การเปลี่ยนแปลงทางสังคมประกอบด้วยปัจจัยต่าง ๆ ภายในระบบสังคมทั้งหมด ซึ่งหมายรวมถึงระบบย่อยต่าง ๆ ภายในสังคมด้วย โดยดูที่กระบวนการต่าง ๆ ในระยะเวลาที่สังคมดำเนินไป

กล่าวโดยสรุป การเปลี่ยนแปลงทางสังคมและวัฒนธรรมเป็นการเปลี่ยนแปลงระบบโครงสร้างต่าง ๆ ภายในสังคมซึ่งการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นนั้นมีทั้งที่เป็นไปโดยอัตโนมัติและการวางแผนให้เกิดขึ้น อาจจะทำให้เกิดผลทั้งในด้านที่ดีและด้านลบต่อวิถีความเป็นอยู่และพฤติกรรมของคนในสังคม และในทีนี้จะขอหยิบยกประเด็นการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและวัฒนธรรมที่ส่งผลกระทบต่อสถาบันครอบครัวและการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและวัฒนธรรมที่ส่งผลกระทบต่อด้านสุขภาพอันเป็นสาเหตุสำคัญที่ส่งผลโดยตรงต่อวิถีชีวิตของมนุษย์ทุกคนในสังคม

## 2.2.1 การเปลี่ยนแปลงทางสังคมและวัฒนธรรมที่ส่งผลกระทบต่อสถาบันครอบครัว

การเติบโตของเศรษฐกิจการเมืองแบบทุนนิยมอย่างสุดโต่งที่มีรัฐเป็นตัวกระตุ้นนับจากช่วงที่มีการใช้แผนพัฒนาประเทศเมื่อปี พ.ศ.2504 เป็นปัจจัยสำคัญที่ก่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนสังคมจากเกษตรกรรมมาเป็นอุตสาหกรรมรัฐบาลได้ดำเนินการหลาย ๆ อย่างที่ทำให้ประเทศไทยเป็นประเทศอุตสาหกรรมใหม่ซึ่งได้ส่งผลให้ความสัมพันธ์ทางสังคมและระบบทางสังคมวัฒนธรรมก็เปลี่ยนแปลงไปในทางที่ทำให้เกิดความล่มสลายของจริยธรรมและสถาบันครอบครัว นำไปสู่สภาวะใหม่ที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับชีวิตความเป็นอยู่ของผู้คนที่แตกต่างจากเดิมอย่างสิ้นเชิง แต่ก่อนในยุคที่เกษตรกรรมคือพื้นฐานทางเศรษฐกิจของบ้านเมืองนั้นทุกคนในเมืองและชนบทมีชีวิตที่แวดล้อมไปด้วยสิ่งต่าง ๆ ตามธรรมชาติเช่น บ้านเรือนมีรูปแบบที่คล้ายคลึงกัน มีพื้นที่และความสัมพันธ์ที่แน่นแฟ้นต่อกันพอมายุคอุตสาหกรรมพื้นที่และสภาพแวดล้อมธรรมชาติถูกเปลี่ยนแปลงให้เป็นพื้นที่ทางเศรษฐกิจความสัมพันธ์ในครอบครัวก็มีความเสื่อมถอยลงอย่างมาก (ศรีศักร วัลลิโภดม, 2544) ผลกระทบของการสู่ภาวะทันสมัยและการเป็นอุตสาหกรรมได้ก่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนในด้านขนาดของครอบครัวกลายเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น

สถาบันครอบครัวเป็นกลไกทางสังคมหนึ่งในการที่จะทำหน้าที่เป็นประโยชน์ในการสร้างคนให้มีคุณภาพออกไปสู่สังคม โดยเริ่มจากการเป็นหน่วยย่อยในการผลิตสมาชิกของสังคมให้การเลี้ยงดู อบรมสมาชิกให้มีพัฒนาการทางร่างกาย จิตใจ สติปัญญา อารมณ์ และสังคม แต่จากการพัฒนาประเทศที่ผ่านมา 40 ปี นับตั้งแต่เริ่มมีแผนพัฒนาประเทศอย่างเป็นทางการเมื่อปี พ.ศ.2504 เป็นต้นมา ได้มีผลกระทบต่อเปลี่ยนแปลงสถาบันครอบครัวทั้งในด้านโครงสร้างและระบบความสัมพันธ์ภายในครอบครัวอันรวมไปถึงค่านิยมบางอย่างของสังคมไทยด้วยการเปลี่ยนแปลงของภาวะเศรษฐกิจและสังคม ความเจริญก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี การหลั่งไหลของชาวต่างประเทศและวัฒนธรรมต่างประเทศได้ทำให้ลักษณะครอบครัวไทยในปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงหลายประการ

จากการศึกษาของอมรา พงศาพิชญ์และคณะ (2532) พบว่าอิทธิพลการเปลี่ยนแปลงทางสังคมมีผลกระทบต่อครอบครัว ได้แก่

### 1. โครงสร้างของครอบครัว

โครงสร้างของครอบครัวไทยมีการเปลี่ยนแปลงไปในด้านขนาดของครอบครัวจะมีขนาดเล็กลง สาเหตุของการที่ขนาดครอบครัวเล็กลงนั้นเนื่องมาจากยังมีการขยายตัวทางภาคอุตสาหกรรมมากขึ้นและมีแนวโน้มที่จะเปลี่ยนประเทศให้เข้าสู่ประเทศอุตสาหกรรมใหม่ ซึ่งมีความจำเป็นพื้นฐานคือความต้องการพื้นที่เพื่อก่อตั้งโรงงานอุตสาหกรรมทำให้ขนาดที่อยู่อาศัยมีลักษณะถูกจำกัดมากขึ้น ดังนั้นขนาดของครอบครัวก็ต้องถูกจำกัดให้เล็กลงไปด้วยเช่นกัน สาเหตุอีกประการหนึ่งนอกเหนือจากเหตุผลทางด้านการพัฒนาประเทศที่ส่งผลให้โครงสร้างครอบครัวเปลี่ยนแปลงไปก็คือ ค่านิยมของคนในสังคมสมัยใหม่ที่ต้องการใช้ชีวิตอยู่เฉพาะในครอบครัวใหม่ของตนเองเท่านั้นจึงต้องการการอยู่อาศัยแบบเป็นสัดส่วนแยกจากครอบครัวเดิม

### 2. ระบบความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัว

ระบบความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัว เป็นบทบาทหน้าที่ที่สำคัญของสถาบันครอบครัวนอกเหนือจากการเพิ่มจำนวนสมาชิกใหม่ให้แก่สังคม เพราะจะเป็นบทบาทหน้าที่ที่ทำให้สมาชิกใหม่นั้นเป็นสมาชิกที่มีคุณภาพต่อสังคม แต่ด้วยความจำเป็นทางด้านภาระหน้าที่การงานที่ทั้งชายและหญิงมีบทบาทที่เป็นสามีและภรรยาจำต้องออกไปทำงานนอกบ้านทำให้ความสัมพันธ์ตามบทบาทหน้าที่เปลี่ยนแปลงไป

ความสัมพันธ์ระหว่างพ่อแม่ลูกและการเลี้ยงดูอบรมสั่งสอนในกรณีที่สามีภรรยาต้องประกอบกิจการทางเศรษฐกิจนอกบ้าน ความสัมพันธ์ระหว่างพ่อแม่ลูกจะลดลงไป ความห่างเหินจะมีมากขึ้น เด็กเล็กจะเติบโตมากับพี่เลี้ยงหรือสถานเลี้ยงดูเด็กซึ่งสามารถให้ความรักความอบอุ่นต่อเด็กได้น้อยกว่าพ่อแม่ การอบรมเลี้ยงดูมุ่งแต่จะให้ความสะดวกสบายทางวัตถุแต่ขาดความรักความอบอุ่น ความล้มเหลวในบทบาทหน้าที่ของสถาบันครอบครัวมีแนวโน้มที่จะเพิ่มความรุนแรงมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเมืองจะมีลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้นและมีการสร้างค่านิยม ทศนคติในการที่จะให้คนอยู่ในสังคมแบบโดดเดี่ยวได้ ขณะที่สามีภรรยาต้องทำงานเพื่อหารายได้ซึ่งจะเป็นสิ่งที่ใช้แลกเปลี่ยนวัตถุที่ต้องการเพื่อการดำรงชีวิตในสังคม ต่างฝ่ายต่างไม่ต้องพึ่งพากันทางเศรษฐกิจ การออกทำงานนอกบ้านหรือการจะต้องแยกกันอยู่ชั่วคราวหรือชั่วระยะเวลาหนึ่งเพื่อหน้าที่การงาน โอกาสที่จะพบคนใหม่หรือการแอบมีสามี/ภรรยา



ใหม่ย่อมมีมากขึ้น และยังสภาพสังคมในปัจจุบันความเสื่อมทางศีลธรรม จริยธรรมค่อนข้างเห็นได้จากพฤติกรรมที่ผู้คนแสดงออกถึงเหล่านี้ในวันจะมีสภาพเป็นเรื่องธรรมดาในสังคม

นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นยังได้ส่งผลให้ครอบครัวไทยมีแนวโน้มที่จะมีลักษณะเป็นแบบ Single parent households เพิ่มขึ้น กล่าวคือ การที่พ่อหรือแม่จะต้องรับบทบาทในการดูแลลูกแต่เพียงลำพังอันเนื่องมาจากสาเหตุของการหย่าร้างหรือการเสียชีวิตของคู่สมรส จึงทำให้ต้องแสดงบทบาทการเป็นทั้งพ่อและแม่ในเวลาเดียวกันเพื่อให้ลูกเกิดความรู้สึกว่าตนเองได้รับความรับความอบอุ่นอย่างเพียงพอและตัวเด็กเองจะต้องเรียนรู้ที่จะอยู่กับพ่อหรือแม่ให้ได้

ประสิทธิ์ สวาสดีญาติ (2540) อธิบายว่าลักษณะของครอบครัวส่วนใหญ่ในสังคมเมืองจะเป็นครอบครัวหน่วยกลาง (Nuclear Family) หรือครอบครัวเดี่ยวที่มีสมาชิกจำนวนน้อยอยู่ด้วยกันแค่ 2 ชั่วคน คือชั่วคนของพ่อแม่และชั่วคนของลูก ๆ ซึ่งจำนวนบุตรของแต่ละครอบครัวในเมืองก็มีจำนวนประมาณแค่ 1-2 คน ทั้งนี้เป็นเรื่องของค่านิยมของคนสมัยใหม่ที่เห็นว่าการมีลูกจำนวนน้อยทำให้สามารถเลี้ยงดูให้การศึกษาได้อย่างเต็มที่ การมีบุตรจำนวนมากจะกลายเป็นภาระมากกว่าที่จะเป็นประโยชน์

สมพร เทพสิทธิ์ (2538) กล่าวถึงการเปลี่ยนแปลงในยุคข้อมูลข่าวสาร (Information Age) ที่มีผลกระทบต่อครอบครัวได้ดังต่อไปนี้

1. มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของครอบครัวจากครอบครัวขยายที่มีขนาดใหญ่มาเป็นครอบครัวเดี่ยวที่มีขนาดเล็ก มีผลทำให้ความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัวเริ่มเห็นห่างออกจากกัน ทำให้ครอบครัวไม่สามารถทำหน้าที่เป็นจุดรวมยึดเหนี่ยวของบุคคลได้
2. โอกาสของสตรีในการศึกษาและในการประกอบอาชีพมีมากขึ้น สามี ภรรยาเป็นจำนวนไม่น้อยได้ออกไปประกอบอาชีพนอกบ้าน ทั้งบุตรไว้กับคนใช้หรือสถานรับเลี้ยงเด็กเป็นผู้ดูแลแทน ทำให้บุตรขาดความรักและความอบอุ่นจากพ่อแม่
3. พ่อแม่ไม่ได้ให้ความรักความเอาใจใส่ลูกเท่าที่ควร บางคนก็สนใจแต่เรื่องการประกอบอาชีพและงานสังคมไม่มีเวลาให้กับลูก
4. พ่อแม่ไม่ได้ให้การฝึกอบรมสั่งสอนลูกเหมือนแต่ก่อน ไม่ได้ทำหน้าที่เป็นครูคนแรกของลูก ไม่ได้ปลูกฝังอบรมศีลธรรมจริยธรรมและค่านิยมที่ดี เพื่อจะได้เป็นสมาชิกที่ดีของสังคม

5. ความเจริญทางวัตถุและลัทธิบริโภคนิยม (consumerism) ทำให้ครอบครัวจำนวนไม่น้อยให้ความสนใจแต่การแสวงหาวัตถุสิ่งของและทรัพย์สินสมบัติ ไม่ได้ให้ความสนใจเรื่องศาสนา ศีลธรรม จริยธรรม วัฒนธรรม เช่นแต่ก่อนพ่อแม่ลูกเหินห่างจากศาสนาทำให้ชาติที่พึงและที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ

6. ครอบครัวเป็นจำนวนไม่น้อยต้องประสบปัญหาต่าง ๆ ซึ่งทำให้ครอบครัวขาดความอบอุ่นและมั่นคง เช่น ปัญหาการเงินและการครอบอาชีพ มีรายได้ไม่พอกับรายจ่ายใช้เกิดฐานะ มีหนี้สินล้นพ้นตัว ปัญหาการขาดความเข้าใจและความสัมพันธ์อันดีต่อกัน ไม่ปฏิบัติหน้าที่ของตนอย่างเหมาะสม ไม่เป็นสามีที่ดี ภรรยาที่ดี พ่อที่ดี แม่ที่ดี ลูกที่ดี ทำให้เกิดการทะเลาะวิวาทแตกแยกกัน นอกจากนี้ยังมีปัญหาสุขภาพอนามัย เช่น สมาชิกของครอบครัวติดยาเสพติด เป็นต้น

7. ครอบครัวเป็นจำนวนไม่น้อยเป็นครอบครัวแตกแยก (broken family) มีการหย่าร้าง (divorce) แยกกันอยู่ (seperation) การละทิ้ง (desertation) มากขึ้น

ธัญญา สนิทวงศ์ ณ อยุธยา (2545) ได้กล่าวถึงสถานการณ์ที่ครอบครัวไทยประสบอยู่ในปัจจุบันได้แก่

1. ครอบครัวไทยมีขนาดเล็กลง จากเดิมที่ครอบครัวไทยเคยเป็นครอบครัวขนาดใหญ่ ในแต่ละครอบครัวมีลูกเฉลี่ยประมาณ 6-7 คนในระยะเริ่มแรกของการใช้แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ แต่นับจากการเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่เกิดขึ้นทำให้มีการวางแผนครอบครัวจำนวนบุตรในแต่ละครอบครัวก็เริ่มลดจำนวนลงอย่างรวดเร็ว ในพ.ศ. 2542 สถิติไทยมีบุตรโดยเฉลี่ยเพียง 1.8 คนเท่านั้น

2. โครงสร้างของครอบครัวเปลี่ยนไป ขนาดของครัวเรือนหรือครอบครัวที่ลดลงน่าจะเกิดจากโครงสร้างครอบครัวที่เปลี่ยนไปจากอดีตที่มีสมาชิกในครอบครัวหลายชั่วอายุคนมาอาศัยอยู่ร่วมกันเป็นส่วนใหญ่ กลับมีลักษณะครอบครัวเดี่ยวที่ประกอบไปด้วยพ่อ แม่ ลูก เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วโดยเฉพาะในเขตเมือง อาจกล่าวได้ว่าครอบครัวไทยที่มีลักษณะเป็นครอบครัวเดี่ยวเพิ่มมากขึ้นทั้งในชนบทและในเขตเมือง เป็นเหตุให้สมาชิกในครอบครัวได้มีโอกาสในการอบรมเลี้ยงดูจากเครือญาติลดน้อยลง ซึ่งหมายถึงการขาดโอกาสการได้รับการถ่ายทอดแนวคิดหรือการพรั่สอนเกี่ยวกับความประพฤติ คุณธรรม จริยธรรมต่าง ๆ น้อยลงไปด้วย

3. ความสัมพันธ์ในครอบครัวและความมั่นคงในครอบครัว สถาบันครอบครัวมีความมั่นคงน้อยลงจากเดิม ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการใช้ความรุนแรงในครอบครัวมีมากขึ้น หรือแม้จะไม่มีการใช้ความรุนแรงกันโดยตรง แต่สมาชิกในครอบครัวหันมาสื่อสารกันในทางลบ ไม่ว่าจะโดยวาจาทำทาง เช่นการผลักใส การเมินเจย การทอดทิ้ง หรือแม้แต่การไม่มีโอกาสจะสื่อสารกันเนื่องจากทุกคนต้องแยกกันไปทำงาน เรียนหนังสือ หรือทุกคนต้องเร่งรีบกันทำกิจที่ตนคิดว่าสำคัญกว่าครอบครัวของตนเอง ความสัมพันธ์และความมั่นคงในครอบครัวที่ลดน้อยลงมีตัวชี้วัดประการหนึ่งที่ชัดเจนพอสมควร คือ สถิติการหย่าร้าง การทอดทิ้งกันไป หรือการแยกทางกันของสามีภรรยา มีให้เห็นมากมายและมีแนวโน้มมากขึ้นในปัจจุบัน

การเปลี่ยนแปลงไปของครอบครัวไทยอันเนื่องมาจากสาเหตุต่าง ๆ บางประการที่กล่าวมาจนถึงปรากฏการณ์ของสภาพการณ์ของครอบครัวไทยในปัจจุบัน บางส่วนเป็นการเปลี่ยนแปลงเพื่อให้เหมาะสมกับการพัฒนาและเจริญก้าวหน้าของสังคมโดยภาพรวม แต่จากการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของสังคมดังกล่าว จำเป็นที่จะต้องปรับตัวให้ทันกับการเปลี่ยนแปลงนั้น ๆ เนื่องจากครอบครัวเป็นแหล่งผลิตสมาชิกของสังคม เป็นแหล่งสนับสนุนทางจิตใจ ปลูกฝังให้สมาชิกในครอบครัวมีคุณภาพที่ดี

Zeitlin et al. (1995) ได้กล่าวถึงผลกระทบด้านลบของการเปลี่ยนแปลงทางสังคมจากการพัฒนาที่มีต่อครอบครัวและสังคมว่าความสัมพันธ์ในครอบครัวที่เปลี่ยนแปลงไปเป็นผลมาจากการพยายามทำให้ตนเองได้รับการตอบสนองในความพึงพอใจของสังคมสมัยใหม่ ซึ่งเป็นผลมาจากการแพร่ขยายการเจริญเติบโตของตลาดอุตสาหกรรมนั่นเอง

Yodpet S. (1997) อธิบายว่า การเปลี่ยนแปลงทางด้านโครงสร้างประชากร สังคม และเศรษฐกิจของประเทศไทยที่มีมาโดยลำดับก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างครอบครัวและครัวเรือนอย่างค่อยเป็นค่อยไปจนถึงปัจจุบัน และมีแนวโน้มที่จะเพิ่มในอนาคต การเปลี่ยนแปลงที่ผ่านมาก่อเกิดจากการที่แต่ละครอบครัวเริ่มจำกัดจำนวนบุตรให้ลดน้อยลง ผู้คนเริ่มเปลี่ยนจากอาชีพด้านการเกษตรเข้าสู่อาชีพด้านอุตสาหกรรม การขยายตัวของเขตเมือง วิถีชีวิตที่เปลี่ยนไป การเคลื่อนย้ายถิ่นเพื่อการทำงานประกอบอาชีพหรือเพื่อการศึกษา รวมทั้งความต้องการเป็นอิสระของคู่สมรสที่ไม่ต้องการอาศัยอยู่กับครอบครัวของฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งและย้ายออกไปตั้งครัวเรือนใหม่ที่อยู่ห่างกันออกไป ปัจจัยเหล่านี้ทำให้ขนาดของสมาชิกในครัวเรือนเริ่มลดลง เหลือเพียงสมาชิก 2 รุ่น

อายุ เป็นการเปลี่ยนแปลงประเภทของครัวเรือนที่มีขนาดใหญ่ไปสู่ครัวเรือนขนาดเล็กที่ประกอบ ด้วยคนเพียง 2 รุ่นอายุ คือ คู่สมรสและบุตร

Vago, S. (2004) ได้อธิบายว่าการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับโครงสร้างตลอดจนหน้าที่ของ สถาบันครอบครัวนั้นสามารถพิจารณาย้อนกลับไปได้ตั้งแต่ยุคปฏิวัติอุตสาหกรรมตลอดจนผลของ กระบวนการกลายเป็นเมือง กระบวนการเข้าสู่ภาวะทันสมัย และการพัฒนาระบบเศรษฐกิจของ สังคมโลกสมัยใหม่ซึ่งกระบวนการเหล่านี้เป็นเครื่องมือสำคัญที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงกับวัฒนธรรม ประเพณีแบบดั้งเดิมตลอดจนความสัมพันธ์ของระบบครอบครัวอันนำไปสู่การเป็นครอบครัว ขยาย วัฒนธรรมและพลังทางสังคมภายใต้กระบวนการเหล่านี้เป็นปัจจัยกำหนดระดับการเปลี่ยนแปลง ที่เกิดขึ้นกับสถาบันครอบครัวอีกทั้งยังเป็นตัวกำหนดทิศทางการเปลี่ยนแปลงที่มีต่อครอบครัว อีกด้วย ดังเช่นการเพิ่มอัตราการหย่าร้างของคู่สมรส อายุเฉลี่ยในการแต่งงาน ก็เป็นผลมาจาก การเปลี่ยนแปลงที่มีผลกระทบต่อสถาบันครอบครัวเช่นกัน นอกจากนี้ประเพณีแบบดั้งเดิมที่เป็น หน้าที่ของสมาชิกในครอบครัวที่จะต้องเป็นแหล่งในการปกป้องคุ้มครองบุคคลทั้งด้านกาย ภาพในการสนับสนุนเรื่องการเงินหรือแม้กระทั่งเรื่องการจัดหาความดูแลทางการแพทย์ให้แก่ สมาชิกในครอบครัว แต่ปัจจุบันหน้าที่เหล่านี้กลับถูกถ่ายโอนไปเป็นอำนาจในการจัดการของรัฐ และหน่วยงานอื่น ๆ มากกว่าที่สมาชิกในครอบครัวจะรับหน้าที่ด้วยตนเอง ในทุกวันนี้สังคมมี ลักษณะที่เป็นพลวัตและเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ดังนั้นสถาบันครอบครัวก็ย่อมต้องมีการปรับ เปลี่ยนไปตามการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในสังคมด้วยเช่นกัน

เมื่อพิจารณาถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับสถาบันครอบครัวนั้นพบว่าสถานการณ์ที่เกิดขึ้นย่อมต้องส่งผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัวโดยเฉพาะอย่างยิ่งในบุคคลวัยสูงอายุ ซึ่ง หากจะกล่าวถึงประเด็นของการเกื้อกูลที่มีต่อผู้สูงอายุในสังคมไทยแล้วจะเห็นได้ว่าสภาพโครงสร้าง ครัวเรือนของผู้สูงอายุไทยในระยะที่ผ่านมามีแนวโน้มการเป็นครอบครัวขนาดเล็กมากยิ่งขึ้น นั้นย่อมหมายถึงการลดลงของสัดส่วนการอยู่ร่วมกับบุคคลที่ได้รับการคาดหมายจากสังคมว่าจะ เป็นผู้ให้การเกื้อกูลแก่ผู้สูงอายุ ซึ่งคือบุตรนั่นเอง ปัจจัยของการที่บุตรอยู่ร่วมครัวเรือนหรือแยกไป ตั้งครัวเรือนในพื้นที่ห่างไกลจากบิดามารดาและปัจจัยการเยี่ยมบ้านจากบุตรที่ไม่ได้อยู่ร่วมกับบิดา มารดา แสดงนัยบางประการว่าในอนาคตการอยู่ร่วมครัวเรือนเดียวกันระหว่างบุตรและบิดา มารดาที่สูงอายุจะลดลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเขตเมือง และการเยี่ยมเยียนคาดว่าจะลดลงเป็น

อย่างมากในเขตชนบท ซึ่งจากการศึกษาของ มาลินี วงศ์สิทธิ์และศิริวรรณ ศิริบุญ (2541) พบว่าผู้สูงอายุในสังคมไทยอาศัยอยู่ในครัวเรือน 4 ลักษณะอันได้แก่

1. ผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยในครัวเรือนขนาดใหญ่ เป็นลักษณะที่มีครอบครัวของบุตรหลาน ญาติ และบุคคลอื่นอยู่ด้วยกัน หรือปลูกบ้านอยู่ในบริเวณขอบเขตเดียวกัน ทั้งนี้เมื่อพิจารณาจากความสัมพันธ์ที่สมาชิกอื่นในครอบครัวมีต่อผู้สูงอายุเป็นหลัก พบว่าส่วนใหญ่ของผู้สูงอายุจะมีฐานะเป็นเสาหลักของครอบครัว ถึงแม้จะไม่ได้ประกอบอาชีพแล้วก็ตาม บุตรหลานและสมาชิกอื่นในครอบครัวยังคงให้ความรักความนับถืออยู่

2. ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนขนาดเล็ก ซึ่งหากพิจารณาโดยใช้เกณฑ์ตามจำนวนผู้อยู่อาศัยในบ้าน โดยถือว่าครัวเรือนที่มีจำนวนสมาชิกในครัวเรือนตั้งแต่ 4 คนลงมาเป็นครัวเรือนขนาดเล็ก ซึ่งนับว่าโดยส่วนใหญ่ผู้สูงอายุในประเทศไทยมีการอยู่อาศัยในครอบครัวลักษณะนี้มากที่สุด

3. ผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพัง ซึ่งมีหลายลักษณะ ได้แก่ การอยู่อาศัยเพียงคนเดียวเนื่องจากเป็นม่าย โสด หรือเนื่องจากไม่มีบุตรหลานดูแล รวมทั้งการอยู่อาศัยเพียงลำพังแต่มีการปลูกบ้านอยู่อาศัยในบริเวณบ้านญาติหรือผู้อื่น

4. ผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยกับสถาบันทางสังคมต่าง ๆ ถึงแม้จะไม่เป็นการอยู่อาศัยในครอบครัวตามความเข้าใจทั่วไป แต่เมื่อพิจารณาเงื่อนไขทางข้อกฎหมายและความสัมพันธ์ภายในสถาบันแล้ว สถาบันทางสังคมบางแห่งอาจนับได้ว่าเป็น "ครอบครัว" ลักษณะหนึ่งของผู้สูงอายุ เช่น สถานสงเคราะห์คนชรา โดยผู้สูงอายุที่เข้าอยู่เป็นผู้ที่ไร้ญาติขาดผู้อุปการะดูแล หรือมีปัญหาในการปรับตัวกับบุคคลในครอบครัว หรือภาวะทางร่างกายเสื่อมถอยอย่างมากจนไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ จึงต้องพึ่งพิงสถาบันทางสังคมทั้งของรัฐและเอกชน

นอกจากนี้ยังพบได้ว่าสิ่งที่เกิดขึ้นคู่กับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของครอบครัวและครัวเรือนคือ การเกิดองค์กรและสถาบันทางสังคมต่าง ๆ เพื่อทำหน้าที่และรับภาระทดแทนสมาชิกในครอบครัวมากยิ่งขึ้น เช่น เกิดสถานที่รับเลี้ยงและดูแลเด็ก สถานศึกษา สถานพยาบาล ศูนย์บริการต่าง ๆ รวมทั้งร้านค้า ธุรกิจ และแหล่งบันเทิงที่เกิดขึ้นมาเพื่อช่วยบรรเทาภาระต่าง ๆ ที่ครอบครัวไม่สามารถทำได้ ความผูกพันและเอื้ออาทรทางจิตใจ ความเป็นพี่น้องสายโลหิตเดียวกันที่ต้อง

เกื้อกูลซึ่งกันและกันเริ่มลดลง เกิดความสัมพันธ์แบบเฉพาะตัว และต่างคนต่างอยู่มากยิ่งขึ้น เป็นลักษณะความสัมพันธ์แบบใหม่ที่อาศัยปัจจัยทางเศรษฐกิจเป็นตัวชี้้นำ เมื่อพิจารณาถึงผู้สูงอายุซึ่งเปรียบเสมือนบุคคลสำคัญในครอบครัว แต่ภาวะการพึ่งตนเองทั้งทางเศรษฐกิจและสังคมเริ่มลดลงตามลำดับ การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างครอบครัวดังกล่าวจึงส่งผลกระทบต่อการอยู่อาศัยในครัวเรือนและครอบครัวของผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นอย่างมาก

จากที่กล่าวมาทั้งหมดจะเห็นได้ว่าเป็นผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและวัฒนธรรมส่งผลในวงกว้างต่อสถาบันครอบครัวในรูปแบบต่าง ๆ และผลกระทบที่เกิดขึ้นนั้นย่อมต้องตกไปถึงสมาชิกในครอบครัวอันเป็นส่วนหนึ่งของสังคมอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ในขณะเดียวกันแนวโน้มของปัญหาที่เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงทางสังคมในปัจจุบันก็เป็นสัญญาณเตือนอันตรายให้พวกเราได้ตระหนักถึงผลที่จะเกิดต่อสถาบันครอบครัวของสังคมไทยในอนาคตอันใกล้

## 2.2.2 การเปลี่ยนแปลงทางสังคมและวัฒนธรรมที่ส่งผลกระทบต่อด้านสุขภาพ

"ภาวะสุขภาพ" เป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิตมนุษย์ในสังคม ซึ่งหากเอ่ยถึงคำว่าสุขภาพแล้ว โดยความหมายทั่วไปที่คนในสังคมส่วนมากมักจะคำนึงถึงก่อนเป็นอันดับแรกคือความเจ็บป่วยและความตาย ในการศึกษาแนวคิดของคนไทยพบว่าคำตอบแรกที่บุคคลอธิบายถึงการมีสุขภาพดีก็คือ "การไม่เจ็บ ไม่ป่วย" (Phatcharanurak, 2001) การที่บุคคลให้ความสำคัญกับการเจ็บป่วยในการให้คำนิยามสุขภาพส่วนหนึ่งมาจากการรับรู้ของบุคคล นอกจากนี้ลักษณะของข้อมูลที่บุคคลได้รับตลอดจนประสบการณ์เกี่ยวกับสุขภาพของแต่ละบุคคลก็มีอิทธิพลต่อแนวคิดการมองสุขภาพด้วยเช่นกัน ด้วยเหตุนี้ภาวะสุขภาพจึงมีความเชื่อมโยงกับสถาบันทางสังคมอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ทั้งนี้เพราะภาวะสุขภาพถือเป็นส่วนหนึ่งและยังคงอยู่ภายใต้บริบทของสังคม การที่ภาวะสุขภาพถือเป็นส่วนหนึ่งของระบบสังคมนั้นเป็นเพราะการปฏิบัติ ค่านิยม ความคิด ความเชื่อ ประเพณีที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของคนนั้นเป็นสิ่งที่สังคมได้สร้างขึ้น (Social Construction) ให้คนในสังคมได้เกิดค่านิยมและดำเนินแบบแผนพฤติกรรมในด้านสุขภาพตามที่ได้กำหนดไว้ ทั้งนี้กิจกรรมและความคิดต่าง ๆ ตลอดจนค่านิยมนั้นเป็นการสร้างขึ้นมาจากภายหลังซึ่งหมายความว่าในตอนแรกเมื่อบุคคลเกิดขึ้นมาและเป็นสมาชิกของสังคมนั้น บุคคลยังไม่เข้าใจถึงพฤติกรรม กิจกรรม ความคิด ความเชื่อ และค่านิยมเกี่ยวกับสุขภาพขึ้นมาเองได้ หากแต่การที่บุคคลดำเนินการกระทำหรือหลีกเลี่ยงการกระทำใด ๆ นั้นเป็นสิ่งที่สังคมกำหนดขึ้นและได้สั่งสอนอบรมบุคคล

ให้คล้ายตามและประพฤติปฏิบัติตาม เมื่อสังคมมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นระบบความเชื่อและพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพก็มีการปรับเปลี่ยนไปตามทิศทางที่สังคมนั้น ๆ ดำเนินไป จึงกล่าวได้ว่าความคิดความเชื่อตลอดจนแบบแผนความประพฤติที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพมีลักษณะที่เป็นพลวัตรที่มีการเปลี่ยนแปลงไปตามเวลาและสิ่งแวดล้อมและเป็นเรื่องของสภาวะการณ์ในแต่ละช่วงเวลาที่แตกต่างกัน (Circumstance)

นอกจากนี้การที่ภาวะสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของระบบสังคมจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องพิจารณาในเรื่องของสุขภาพโดยเชื่อมโยงกับสิ่งแวดล้อมทางสังคมที่บุคคลเข้าไปมีปฏิสัมพันธ์ด้วย ทั้งนี้เพราะการกระทำหน้าที่ทางสังคมก็ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของบุคคลได้เช่นเดียวกันโดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านอารมณ์และจิตใจ ด้วยเหตุนี้สุขภาพจึงไม่ได้หมายถึงการเจ็บป่วยและการตายเพียงอย่างเดียวเท่านั้น ในอดีตการเจ็บป่วยซึ่งเคยพิจารณาจากการมีเชื้อโรคและต้องทำการรักษาให้หายเท่านั้นหากแต่ยังมีการเจ็บป่วยหลายครั้งที่ไม่ใช่เชื้อโรคแต่เป็นภาวะทางสังคมของบุคคลที่ทำให้เกิดความรู้สึกเจ็บป่วย เช่น การสูญเสียงานและการตกงานก็ทำให้เกิดความเจ็บป่วย การย้ายถิ่นไปอยู่สิ่งแวดล้อมใหม่ การทะเลาะกับเพื่อนหรือการสูญเสียสิ่งที่รักหรือภาวะที่ทำให้การดำเนินชีวิตปกติต้องหยุดชะงักก็ทำให้เกิดความเจ็บป่วย ภาวะเหล่านี้ทำให้เกิดความวิตกกังวลและความเจ็บป่วยได้เช่นกัน (ประเวศ วะสี, 2545)

การจะพิจารณาเกี่ยวกับเรื่องของสุขภาพและอาการเจ็บไข้ นั้นจึงไม่ได้หมายถึงแค่เพียงลักษณะทางด้านร่างกายหรือความเจ็บป่วยทางกายภาพแต่มีความหมายรวมถึงทางด้านจิตใจ ด้วยซึ่งการพิจารณาที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกายและจิตใจจะช่วยในการทำความเข้าใจถึงภาวะสุขภาพและความเจ็บป่วยได้อย่างลึกซึ้งมากขึ้น และเมื่อจะพิจารณาถึงภาวะสุขภาพแล้วจะต้องให้การนิยามโดยอ้างอิงถึงปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรมเข้ามาร่วมด้วย ทั้งนี้เพราะเรื่องของสุขภาพนั้นไม่ได้เป็นเรื่องของบุคคลิกภาพและร่างกายเพียงมิติเดียวแต่บริบททางสังคมและวัฒนธรรมก็มีผลต่อการเกิดภาวะความเจ็บป่วยได้เช่นกัน ในส่วนนี้มีความเชื่อมโยงกับโครงสร้างและระบบสังคมที่เป็นตัวกำหนดบุคคลิกภาพและบทบาทของบุคคล ดังนั้นการทำความเข้าใจในเรื่องของโครงสร้างบทบาทของบุคคลก็เป็นสิ่งสำคัญในกระบวนการนี้ อย่างไรก็ตามก็อาจมีปัญหาด้านสุขภาพกายบางส่วนที่ไม่มีความสัมพันธ์กับระบบสังคม อย่างเช่น การเจ็บป่วยด้วยโรคเมะเร็งและการแพร่เชื้อแบคทีเรีย เป็นต้น แต่ยังมีอาการเจ็บป่วยอีกมากที่มีความเกี่ยวพันอย่างใกล้ชิดกับระบบสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาทางด้านจิตใจ

ปัญหาดังกล่าวเป็นปัญหาที่มีความเชื่อมโยงกับความสัมพันธ์ทางสังคมที่บุคคลมีต่อสมาชิกคนอื่นในสังคม หากว่าบุคคลไม่สามารถที่จะดำเนินบทบาทตามความคาดหวังของสังคม หรือสมาชิกคนอื่นก็จะส่งผลต่อการเกิดความเจ็บป่วยทางจิตใจ การมองภาวะสุขภาพและความเจ็บป่วยในลักษณะนี้เป็นเสมือนกลไกที่รวมเอาปัจจัยทางชีวภาพและปัจจัยทางสังคมมาเป็นตัวพิจารณาเข้าไว้ด้วยกัน การที่บุคคลไม่สามารถปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์และปฏิสัมพันธ์ต่อบุคคลอื่นก็อาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดความเจ็บป่วยทางด้านจิตใจซึ่งในนี้มีความหมายรวมไปถึงความสามารถในการที่จะกระทำต่อแรงกดดันที่ต้องเผชิญในสถานการณ์ทางสังคมที่เกิดขึ้นในทุกช่วงเวลาของชีวิตนับตั้งแต่วัยเด็ก มนุษย์ทุกคนจะได้รับการจัดระเบียบบุคลิกภาพโดยผ่านการสร้างแบบแผนพฤติกรรมที่มีความซับซ้อนของกระบวนการขัดเกลาทางสังคม นอกจากนี้ในทุกสังคมมนุษย์จะมีระบบทางสังคมและวัฒนธรรมที่แตกต่างกันดังนั้นปัจเจกบุคคลในแต่ละสังคมก็จะมีบทบาทที่ได้รับการจัดระเบียบแตกต่างกันไป การจะทำความเข้าใจในอาการเจ็บป่วยทางด้านร่างกายและจิตใจรวมทั้งภาวะสุขภาพของบุคคลจึงมีความจำเป็นที่จะต้องพิจารณาถึงโครงสร้างระบบสังคมตลอดจนวัฒนธรรมของสังคมนั้น ๆ ด้วย (Parsons, 1970) กล่าวได้ว่าการนำเอากรอบแนวคิดทางสังคมวิทยามาใช้ในการวิเคราะห์และพิจารณาถึงประเด็นในเรื่องของสุขภาพและอาการเจ็บป่วยจะทำให้สามารถทำความเข้าใจในประเด็นนี้ได้อย่างชัดเจนมากยิ่งขึ้น เพราะการมองภาวะสุขภาพและความเจ็บป่วยเพียงแคปัจจัยทางชีวภาพเพียงมิติเดียวนั้นไม่เพียงพอที่จะอธิบายและสร้างความเข้าใจในแนวคิดดังกล่าวได้อย่างลึกซึ้งเท่าใดนักเพราะประเด็นนี้ยังขาดมุมมองที่หลากหลายโดยเฉพาะอย่างยิ่งในฐานะที่เราเป็นส่วนหนึ่งของสังคมดังนั้นการมีปฏิสัมพันธ์กับสมาชิกในสังคม การดำเนินบทบาทตามความคาดหวังของสังคมตลอดจนการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นก็ย่อมส่งผลต่อภาวะสุขภาพในทางใดทางหนึ่งอย่างแน่นอน

ดังที่ได้กล่าวไว้แล้วว่าระบบสุขภาพเป็นเรื่องของสภาวะการณ์ในแต่ละช่วงเวลาดังนั้นจึงกล่าวได้ว่าแนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพของสังคมไม่ได้มีลักษณะที่คงที่ (Static) แต่มีการปรับเปลี่ยนไปตามการเปลี่ยนแปลงเวลาและสิ่งแวดล้อม แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพจะปรับเปลี่ยนไปตามการได้รับข้อมูลใหม่ ค่านิยมใหม่ ประสบการณ์ใหม่ การให้คุณค่าแบบใหม่ และการเปลี่ยนแบบแผนวัฒนธรรมการดำเนินชีวิตที่ปรับเปลี่ยนสอดคล้องไปกับการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมทางสังคมและกายภาพอย่างต่อเนื่อง การที่แนวคิดสุขภาพเป็นผลมาจากประสบการณ์ทางสังคมวัฒนธรรมสุขภาพจึงเป็นสิ่งที่สะท้อนถึงโครงสร้างทางสังคมวัฒนธรรมและระบบการให้คุณค่าในสิ่งต่าง ๆ แนวคิดสุขภาพจึงเป็นเสมือนระบบสัญลักษณ์ เป็นเรื่องราวเกี่ยวกับการนิยามความเป็นจริงของสิ่งที่



เกิดขึ้นและเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ทางสังคมที่รวมกับการให้คุณค่าต่อแนวคิดและการกระทำของบุคคลในด้านสุขภาพด้วย (เทพินท์ เพชรานุกฤษ, 2546)

กระบวนการพัฒนาที่เกิดขึ้นในประเทศไทยตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา มีผลต่อแนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพของสังคม กระบวนการพัฒนามักนำมาซึ่งความเสี่ยงทางสุขภาพอันเป็นผลมาจากการปรับกระบวนการและโครงสร้างการผลิตแบบใหม่ วิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปทั้งทางสภาพแวดล้อมทางกายภาพ ชีวภาพและสังคม การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นยังได้ก่อให้เกิดการเปลี่ยนผ่านกรอบแนวคิดและหลักการพื้นฐานในการดูแลสุขภาพของสังคมเช่นกัน การปรับเปลี่ยนแนวคิดที่สำคัญประการหนึ่งต่อระบบสุขภาพในสังคมไทยก็คือ ระบบสุขภาพไทยมีการเปลี่ยนแปลงไปในลักษณะที่เน้นความสำคัญของนักวิชาชีพด้านการรักษาโรคหรือระบบของความเป็นแพทย์ (Medicalization) เป็นผู้กำหนดทิศทาง ความเป็นวิชาชีพชั้นสูงยังเป็นเสมือนการคุมอำนาจการรักษาไว้กับผู้มีความรู้สูงสุด ลักษณะการเปลี่ยนผ่านที่สำคัญอีกประการหนึ่งก็คือระบบสุขภาพไทยใช้วิทยาศาสตร์เป็นกลไกวัดความถูกต้องของการรักษาโรคและคุณภาพของการบริการการ จะได้รับการยอมรับจึงขึ้นอยู่กับว่ามีความเป็นวิทยาศาสตร์มากน้อยเพียงใด วิธีการรักษาส่วนใหญ่มาจากความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์ของประเทศตะวันตก การรักษาหรือการบริการที่อิงวิทยาศาสตร์สมัยใหม่จึงถือว่ามีความถูกต้องมากกว่าในขณะที่การรักษาแบบพื้นบ้านหรือการแพทย์แผนโบราณจะถูกจัดว่ามีความถูกต้องน้อยกว่า

นอกจากนี้แล้วระบบสุขภาพของไทยจึงมีความเกี่ยวพันเชื่อมโยงกับระบบอื่น ๆ ของโลกมากยิ่งขึ้น เช่นอิทธิพลของการติดต่อระหว่างประเทศหรือความเป็นโลกาภิวัตน์ (Globalization) ก็มีผลต่อระบบสุขภาพไทยด้วยเช่นกัน (สันทัดเสริมศรี, 2546) และในประเด็นหลังนี้นับว่ามีความสำคัญกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างมากซึ่งหากพิจารณาถึงกระแสหลักของการเปลี่ยนแปลงทั้งทางสังคมและวัฒนธรรมที่เกิดขึ้นในระยะหลัง ๆ มาแล้ว นักวิชาการส่วนใหญ่มักจะให้ความสนใจไปยัง “กระแสโลกาภิวัตน์” (Globalization) ซึ่งได้มีการให้คำนิยามมโนทัศน์ของโลกาภิวัตน์ไว้ว่าโลกาภิวัตน์หมายถึง กระบวนการอันเป็นสากล หรือชุดหนึ่งของการกระบวนการหลายกระบวนการที่ก่อให้เกิดการเชื่อมโยงและการเกี่ยวพันกันหลายชั้นหลายซ้อน ซึ่งมักจะข้ามพรมแดนประเทศและสังคมทั้งมวลที่ประกอบกันเป็นระบบโลกสมัยใหม่ (สุริชัย หวันแก้ว, 2543)

นิยามของ “โลกาภิวัตน์” หมายถึง กระบวนการทางสังคมที่ได้จำกัดลักษณะทางภูมิศาสตร์ทั้งทางสังคมและวัฒนธรรมให้แคบลง ลักษณะของกระบวนการโลกาภิวัตน์ทำให้โลกต้องมีการพึ่งพาอาศัยกัน ประเทศต่าง ๆ ในโลกมีการติดต่อสื่อสารกันอย่างกว้างขวาง และถึงแม้ว่าการติดต่อสัมพันธ์ระหว่างประเทศต่าง ๆ จะเป็นเรื่องปกติธรรมดาแต่กระบวนการโลกาภิวัตน์ที่เกิดขึ้นมีความแตกต่างไปจากลักษณะที่เคยมีมาในอดีตเพราะลักษณะการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในวัตถุและสัญลักษณ์แห่งอาณาเขตของกระบวนการโลกาภิวัตน์เป็นสิ่งที่ไม่เคยปรากฏมาก่อน (Fishman D.K., 1996)

จากที่เราได้เห็นภาพสุขภาพของประชาชน, กระแสโลกาภิวัตน์ได้ก่อให้เกิดผลทั้งในด้านบวกและในด้านลบต่อประเด็นที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ในด้านบวกนั้นได้เกิดขึ้นพร้อม ๆ กับกระแสการเปลี่ยนแปลงทางสังคมอันนำไปสู่การเติบโตขึ้นอย่างรวดเร็วของระบบเศรษฐกิจและการเกิดเทคโนโลยีขั้นสูง สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ทำให้ประชาชนจำนวนมากเกิดความคาดหวังในชีวิตและคาดหวังการมีสุขภาพที่ดีเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งความคิดดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับสภาพสังคมที่มีความทันสมัยมากขึ้นและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่มีความหลากหลาย ตลอดจนการจัดนโยบายทางด้านสุขภาพต่าง ๆ ที่เป็นผลดีต่อประชาชน ในขณะที่อีกด้านหนึ่งของกระแสโลกาภิวัตน์ได้นำผลร้ายมาสู่สุขภาพของประชาชนโดยผ่านกระบวนการในการทำลายสภาพของสังคมและสิ่งแวดล้อม, ก่อให้เกิดการแบ่งงานกันทำของพวกชนชั้นแรงงาน, ช่องว่างระหว่างคนรวยและคนจนภายในประเทศเลวร้ายลงเรื่อย ๆ และนอกจากนี้ยังก่อให้เกิดกระแสการบริโภคนิยมกระจายไปทั่วทั้งสังคม

กระบวนการผสมผสานของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วทางด้านเศรษฐกิจและสังคม, การเปลี่ยนแปลงขนาดของประชากร และการเปลี่ยนแปลงทางด้านสิ่งแวดล้อมของโลกในทุกวันนี้สามารถนำเอามาใช้ในการอธิบายถึงสุขภาพของประชากรได้ การมีทุนทางสังคม (Social Capital) ทั้งในรูปแบบของการรวมตัวกันเป็นสมาคม องค์กร และเครือข่ายทางสังคมให้ความช่วยเหลือดูแลด้านสุขภาพที่ไม่เพียงพอสอดคล้องความต้องการก็เป็นผลลบด้านหนึ่งที่กระทบต่อสุขภาพของประชาชน นอกจากนี้ความเสียหายที่เกิดขึ้นต่อสิ่งแวดล้อมทางธรรมชาติซึ่งเห็นได้ชัด ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงสภาพอากาศ, แหล่งน้ำถูกทำลาย, ความหลากหลายทางชีวภาพสูญหายไป สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้เป็นจุดเริ่มต้นที่นำไปสู่การทำลายความสามารถขอบเขตทางชีวภาพในระยะยาวที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพของมนุษย์ (McMichael and Beaglehole, 2000) ปฏิสัมพันธ์ระหว่างกระแสโลกาภิวัตน์ สิ่งแวดล้อมของโลกและสุขภาพของมนุษย์เป็นสิ่งที่มีความซับซ้อนและไม่อาจแยก

ออกจากกันได้ และจากหลักฐานข้อมูลที่มีอยู่ในปัจจุบันสามารถคาดการณ์ล่วงหน้าในอนาคตได้ถึงผลกระทบต่อสุขภาพอันเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั่วโลก มีปัญหาบางส่วนที่ปรากฏออกมาให้เห็นแล้วในปัจจุบันในขณะที่ปัญหาบางส่วนรอเวลาที่จะปรากฏออกมาในอนาคต (Kirk, 2002)

กล่าวโดยสรุปได้ว่า ปัญหาทางด้านสุขภาพของมนุษย์ที่มีการเปลี่ยนแปลงไปนั้นเป็นส่วนหนึ่งของการเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่อยู่ภายใต้เงื่อนไขของกระแสโลกาภิวัตน์ ทั้งนี้เพราะสาเหตุที่ว่าโครงสร้างทางสังคมและวัฒนธรรมเป็นตัวหลักในการกำหนดสุขภาพของประชาชนในสังคม ซึ่งทั้งสองส่วนนี้มีความสัมพันธ์ต่อกันและกันอย่างไม่อาจแยกจากกันได้ ดังนั้นเราจึงไม่สามารถปฏิเสธได้ว่าผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงที่มีทั้งด้านดีและด้านร้ายนั้นจะต้องสะท้อนกลับไปสู่ประชาชนทุกคนในสังคม

## 2.3 แนวคิดเรื่องภาวะสมองเสื่อม (Dementia)

### 2.3.1 วิวัฒนาการและแนวคิดเบื้องต้นเกี่ยวกับโรคสมองเสื่อม

มนุษย์เริ่มรู้จักคำว่าสมองเสื่อม (Dementia) มาตั้งแต่ก่อน ค.ศ.1700 โดยใช้คำแทนชื่อของโรคนี้ต่างกันไป เช่น amentia (การที่มีพัฒนาการทางสมองช้ากว่าคนปกติ) imbecility (ความโง่เขลาเบาปัญญา) anoea (แอนนัว) foolishness (ความโง่) dotage (อาการละเลือน) senility (ชราภาพ) ซึ่งคำเหล่านี้ถูกนำมาใช้โดยขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงและสภาวะที่เสื่อมลงของพฤติกรรมและการรับรู้ที่เกิดขึ้น เบอริโยส (Berrios) ได้กล่าวถึงนิยามที่เก่าแก่ที่ให้ความหมายของคำว่าสมองเสื่อมที่พบในหนังสือ Lucretius โดยให้คำนิยามไว้ว่าอาการสมองเสื่อมหมายถึง "Being out of one's mind" ในขณะที่ วิลลิส (Willis) ได้ให้นิยามคำว่าสมองเสื่อมภายใต้ความหมายของ Stupidity หรือ Foolishness ซึ่งเขาเชื่อว่าเป็นเรื่องของจิตวิญญาณที่บ่งชี้ถึงความบกพร่องทางสติปัญญาและการปรับตัว เป็นความมีดมัวของจิตเหนือสำนึก (Superior soul) การมีจินตนาการที่ฟุ้งซ่านและความจำเสื่อม นอกจากนี้เขายังได้เสนอว่า โรค Stupidity อาจเกิดจากกรรมพันธุ์ ความชราภาพ หรือสาเหตุอื่น ๆ เช่น การได้รับบาดเจ็บทางศีรษะ การดื่มสุรามากเกินไป ความรู้สึกโกรธอย่างรุนแรง และโรคร้ายแรงทางสมอง เป็นต้น

ในศตวรรษที่ 18 แนวความคิดเกี่ยวกับสมองเสื่อมได้เปลี่ยนแปลงไป คำว่า Dementia ได้ปรากฏขึ้นในพจนานุกรมของ แบลนการ์ด (Blancard) โดยให้ความหมายของ Dementia ว่ามีความหมายเช่นเดียวกับคำว่า anoea หรือความสูญเสียทางจินตนาการและการปรับตัว สำหรับพจนานุกรมของ โซบริโน (Sobrino) ได้ให้คำจำกัดความของคำว่า Dementia ไว้ว่าเป็น demence (สติที่เพี้ยน) extravagance (ความมากเกินไป ความสิ้นเปลือง) alienation (ความแปลกแยก) เป็นต้น อย่างไรก็ตามสามารถสรุปแนวความคิดเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมใน ค.ศ. 18 ได้ว่า ภาวะสมองเสื่อมคือ ภาวะการเป็นอัมพาตทางจิต โดยความคิดเชิงเหตุผลถูกทำลายลง และภาวะสมองเสื่อมต่างจากภาวะเพ้อ (Delirium) ตรงที่ภาวะเพ้อจะเกิดขึ้นเพียงชั่วคราว

ต่อมาใน ค.ศ.1900 ซึ่งนับว่าเป็นช่วงสำคัญแห่งการเปลี่ยนแปลง โดยมีนายแพทย์ Pinel จิตแพทย์ผู้มีชื่อเสียงโด่งดังของฝรั่งเศส ได้ให้กรอบแนวคิดใหม่เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมที่แตกต่างจากแนวคิดเดิมที่ใช้กันมาเมื่อ 80 ปีก่อน โดยนายแพทย์ Pinel ได้ให้แนวคิดของภาวะสมองเสื่อมว่า เป็นความบกพร่องทางการรับรู้ มักเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุและรักษาให้คืนสภาพไม่ได้ (มาโนช ทับมณี 2541:31-32)

### 2.3.2 คำจำกัดความของภาวะสมองเสื่อม

ภาวะสมองเสื่อม (Dementia) เป็นกลุ่มอาการที่เป็นผลมาจากความผิดปกติในการทำงานของสมองใหญ่ที่เกิดขึ้นอยู่ทั่วไป การดำเนินโรคมักเป็นไปอย่างช้า ๆ และต่อเนื่อง จะพบว่าการสูญเสียความทรงจำทั้งระยะสั้นและระยะยาว มีการตัดสินใจบกพร่อง มีการเปลี่ยนแปลงของบุคลิกภาพ มีความผิดปกติของความคิดนามธรรม หรือมีอาการแสดงความผิดปกติในการทำงานของสมองส่วนใหญ่อื่น ๆ เช่น การไม่สามารถพูดหรือเข้าใจภาษา (aphasia) ทักษะการเคลื่อนไหวเกิดความผิดปกติ (apraxia) การแปลความรู้สึกผิดพลาด (agnosia) เป็นต้น โดยที่บุคคลดังกล่าวมีระดับความรู้สึกตัวปกติ และอาการที่เกิดขึ้นจะต้องมีความรุนแรงจนเป็นอุปสรรคในการใช้ชีวิตในสังคม แต่อย่างไรก็ดีคำว่า ภาวะสมองเสื่อม (Dementia) อาจมีความหมายต่างกันไป มีนักวิชาการหลายท่านได้ให้คำจำกัดความของ ภาวะสมองเสื่อม (Dementia) ไว้ดังนี้

รุ่งนิรันดร์ ประดิษฐ์สุวรรณ (2542:10) กล่าวถึงอาการป่วยของภาวะสมองเสื่อมว่า คือกลุ่มอาการซึ่งเกิดจากการสูญเสียหน้าที่ของสมอง (cognitive function) หลาย ๆ อย่างพร้อม ๆ กันอย่างช้า ๆ แต่ถาวร ซึ่งโดยทั่วไปหน้าที่ของสมองที่เริ่มเสียก่อนคือ ความจำ และการสูญเสียดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยสมองเสื่อมสูญเสียความสามารถในการประกอบอาชีพ การงาน การเข้าสังคม และความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง (Activities of Daily Living) ในที่สุด

นิพนธ์ พวงวรินทร์ (2537:2) กล่าวว่า Dementia หรือภาวะสมองเสื่อม หมายถึง กลุ่มอาการทางระบบประสาทและจิตเวชที่ผู้ป่วยมีอาการแสดงแบบเรื้อรัง โดยมีการสูญเสียหน้าที่และการทำงานของสมองที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับความเฉลียวฉลาด ความจำ บุคลิกภาพ อารมณ์ และความคิดโดยที่ไม่มีความผิดปกติของระดับความรู้สึกตัวและอาการต่าง ๆ เหล่านี้จะเป็นมากขึ้นตามลำดับ มีบางคนได้กล่าวว่า ภาวะสมองเสื่อม หมายถึง ภาวะที่เกิดขึ้นมาภายหลังของการสูญเสียหน้าที่อย่างเด่นชัดและเป็นระยะเวลายาวนานในด้านความเฉลียวฉลาด โดยอย่างน้อยจะต้องพบความผิดปกติ 3 ใน 5 อย่างของหน้าที่ของสมองต่อไปนี้

1. ด้านภาษา
2. ด้านความจำ
3. ด้านความสามารถในการงาน
4. ด้านอารมณ์และบุคลิกภาพ
5. ด้านปัญญา อันได้แก่ การคำนวณ การตัดสินใจ ความคิดต่าง ๆ

สรุปได้ว่า ภาวะสมองเสื่อมคือ ภาวะที่บุคคลสูญเสียหน้าที่การทำงานของสมอง ทำให้ความสามารถทางเชาวน์ปัญญาลดลง และก่อให้เกิดผลเสียทางหน้าที่สังคมและหน้าที่ส่วนบุคคล ในที่สุดและกลุ่มอาการดังกล่าวมักเกิดขึ้นกับประชากรวัยสูงอายุมากกว่าวัยอื่น ๆ

### 2.3.3 การเกิดภาวะสมองเสื่อม

ในกลุ่มผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อมนั้น อาการของโรคมักจะทำเนิบบนค่อยเป็นค่อยไปจนตัวผู้ป่วยหรือแม้กระทั่งบุคคลใกล้ชิดในครอบครัวไม่ทันสังเกต เช่น การผิดปกติของความจำรูแต่จำไม่ได้ ผู้ป่วยมักจะพูดหรือเล่าเรื่องเดิม ๆ หรือถามคำถามซ้ำแล้วซ้ำอีกกับคู่สนทนา บางครั้งมีอาการซึมเศร้า ว้าเหว่ อาการเหล่านี้เป็นอาการระยะเริ่มแรก โดยทั่วไปมักคิดว่า เป็นลักษณะของการเข้าสู่วัยชรา ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงไปตามธรรมชาติ จากการศึกษาทางด้านระบาดวิทยาพบว่า อาการสมองเสื่อมนั้นเกิดขึ้นได้จากหลายสาเหตุด้วยกัน ส่วนใหญ่เป็นภาวะที่เกี่ยวข้องกับโรคต่าง ๆ เช่น โรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer's disease) โรคหลอดเลือดในสมอง (Vascular dementia) โรคพิษสุราเรื้อรัง สาเหตุเกิดจากการขาดอาหาร หรือเกิดจากสภาพทางด้านอารมณ์และจิตใจ เช่นเกิดความเครียดกดดัน หรือความว้าเหว่ ทำให้สูญเสียความทรงจำ สูญเสียความสามารถในการคิด การตัดสินใจ และบุคลิกภาพ

ได้มีการจำแนกสาเหตุที่มาของภาวะสมองเสื่อมออกเป็น 2 สาเหตุใหญ่ ๆ จากการแบ่งตามเกณฑ์มาตรฐาน ดังนี้ (นัยพินิจ คชภักดี, 2528:76-77)

1. สาเหตุปฐมภูมิ (Primary dementia) เป็นความผิดปกติที่เกิดขึ้นจากการเสื่อมสลายของเซลล์สมอง ซึ่งแพทย์ไม่ทราบสาเหตุที่ทำให้เกิดการเสื่อมสลายของเซลล์ประสาท ดังนั้นจึงยังไม่สามารถทำการรักษาให้หายขาดหรือป้องกันการเกิดได้ กลุ่มที่พบนี้มีประมาณ 60 – 70% ของโรคสมองเสื่อมทั้งหมด และที่พบมากมักจะเป็นผู้สูงอายุ โรคที่ทำให้เกิดอาการสมองเสื่อมในกลุ่มนี้ได้แก่ โรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer's disease) เป็นโรคที่พบบ่อยที่สุด รองลงมาคือโรคพิก (Pick's disease)

2. สาเหตุทุติยภูมิ (Secondary dementia) คือกลุ่มอาการสมองเสื่อมที่มีสาเหตุมาจากความบกพร่องในส่วนอื่น ๆ ของร่างกาย ที่ส่งผลกระทบต่อสมองทำให้เกิดความผิดปกติของการทำงานในเซลล์ประสาทก่อให้เกิดอาการสมองเสื่อม ซึ่งผู้ป่วยในกลุ่มนี้สามารถทำการรักษาบำบัดให้หายได้

### 2.3.4 ปัญหาของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม

ภาวะสมองเสื่อมส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยในด้านต่าง ๆ ดังต่อไปนี้ (รัชฎา รัชชานาม 2543:23)

- ปัญหาทางด้านความจำ ผู้ป่วยสมองเสื่อมมักจะมีอาการหลง ๆ ลืม ๆ สิ่งต่าง ๆ ได้ง่าย มีความจำในระยะสั้นไม่ดี แต่สามารถที่จะจำเรื่องราวเก่า ๆ ได้ บางครั้งจะลืมนำตนเองอยู่ที่ไหน จำไม่ได้ว่าพูดหรือทำอะไรลงไป ผู้ป่วยมักจะประสบปัญหาสิ่งของสูญหายเนื่องจากมักจะลืมนำได้วางสิ่งของไว้ที่ไหน ขณะเดียวกันก็จะเกิดอาการหวาดระแวงว่าคนอื่นจะมาขโมยสิ่งของของตนเอาไปซ่อน ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวของผู้ป่วยสร้างความรำคาญแก่ผู้ใกล้ชิดได้

- ปัญหาทางด้านอารมณ์ ผู้ป่วยสมองเสื่อมมักมีอาการรุนแรงและแปรปรวนได้ง่าย นอกจากนี้ยังมีอาการสับสนและมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงเมื่อสิ่งแวดล้อมรอบตัวเปลี่ยนแปลง เช่น ในที่มีคนน้อย ๆ ไม่พลุกพล่าน บางรายอาจมีอาการซึมเศร้า ซึ่งจะมีผลทำให้ความจำเลวลง

- ปัญหาทางการเคลื่อนไหว ระบบสมองมีผลต่อการควบคุมการเคลื่อนไหว เมื่อสมองเสื่อมก็จะมีผลให้การเคลื่อนไหวผิดปกติ และเป็นความผิดปกติที่เกิดขึ้นอย่างช้า ๆ เช่น ในระยะแรกผู้ป่วยอาจเดินไม่ค่อยมั่นคง ระยะต่อมาเดินช้าจนในที่สุดก็อาจจะเดินไม่ได้

- ปัญหาทางการสนทนาและการสื่อสาร ผู้ป่วยสมองเสื่อมมักจะมีปัญหาในการแสดงออกทางความคิด หรือความต้องการให้บุคคลอื่นเข้าใจ ซึ่งจะมาจากผู้ป่วยบางรายมีปัญหาในการใช้คำและการออกเสียง ซึ่งอาจทำให้สมาชิกในครอบครัวหรือผู้ดูแลเกิดความไม่เข้าใจ และในขณะเดียวกันผู้ป่วยก็อาจจะไม่เข้าใจในสิ่งที่ผู้อื่นพูดแม้จะได้มีการอธิบายสิ่งที่ต้องการสื่อความหมายอย่างดีแล้วก็ตาม แต่ผู้ป่วยก็ยังไม่อาจเข้าใจ

- ปัญหาการระแวง หลงผิด และประสาทหลอน ซึ่งผู้ป่วยสมองเสื่อมจะระแวงไม่สมเหตุสมผลเนื่องจากความผิดปกติของความจำ ซึ่งตัวผู้ป่วยเองไม่อาจจะควบคุมอาการเหล่านี้ได้

- ปัญหาการนอนไม่หลับในเวลากลางคืน ซึ่งอาจเป็นเพราะผู้ป่วยนอนมากในตอนกลางวัน ในเวลาตอนกลางคืนซึ่งเป็นเวลาพักผ่อนของสมาชิกคนอื่นในครอบครัวนั้นผู้ป่วยอาจรบกวนสมาชิกไม่ให้นอนจนเกิดอาการรำคาญ

### 2.3.5 ผลกระทบจากการให้การดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะความจำเสื่อม

ในการให้การดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะความจำเสื่อมนั้น ผู้ดูแลต้องให้การดูแลครอบคลุมทั้งทางด้านความเป็นอยู่ ด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม ด้านอารมณ์จิตใจ ด้านการรักษา โดยจะต้องให้การช่วยเหลือเป็นระยะเวลานานซึ่งอาจส่งผลต่อผู้ดูแลได้ดังนี้

#### ด้านกายภาพ

เนื่องจากการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะความจำเสื่อมต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด ซึ่งอาจทำให้ผู้ดูแลพักผ่อนไม่เพียงพอ เกิดความอ่อนล้ากับบทบาทหน้าที่ที่ได้รับ ประสิทธิภาพการทำงานลดลง ร่างกายทรุดโทรม มีอาการอ่อนเพลีย ปวดศีรษะ ทานอาหารได้น้อย นอนไม่หลับ

#### ด้านจิตใจและอารมณ์

ผู้ดูแลสูงอายุที่อยู่ในภาวะความจำเสื่อมต้องเผชิญปัญหาทางด้านจิตใจหลาย ๆ ด้าน จากการที่ต้องทนต่ออาการและพฤติกรรมต่าง ๆ ของผู้ป่วย เมื่อสมาชิกเจ็บป่วยยังส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ของผู้ดูแลทำให้เกิดความเครียด พบว่าผู้ดูแลจะเกิดภาวะอารมณ์ที่เป็นปัญหาและส่งผลต่อสัมพันธภาพที่ตึงเครียดในครอบครัว ในครอบครัวที่ไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลมาก่อน จึงเกิดความรู้สึกวิตกกังวล หงุดหงิด เบื่อหน่ายต่อผู้ป่วย

#### ด้านสังคม

การที่ต้องดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะความจำเสื่อมตลอดเวลาทั้งนี้เพราะผู้ป่วยไม่อาจจะช่วยเหลือตนเองได้ ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกขาดความเป็นอิสระ ไม่มีเวลาทำกิจกรรมส่วนตัวได้ตามที่ต้องการ รู้สึกเหมือนถูกผูกติดอยู่กับผู้ป่วย ถูกแยกออกจากสังคม เหนงา ขาดเพื่อนฝูง หรือต้องมีส่วนต่อหน้าที่การงานประจำที่ตนเองเคยรับผิดชอบ ขาดการร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ทางสังคมซึ่งปัญหาดังกล่าวที่เกิดขึ้นทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกเหมือนถูกตัดขาดออกจากสังคม

นอกจากนี้ยังมีรายงานเกี่ยวกับผลกระทบของผู้ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยโดย ศิริพันธุ์ สาสัตย์ (2544: 71) ซึ่งอธิบายไว้ว่าผลกระทบจากการทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลนั้นสามารถแบ่งออกได้เป็น 3 ด้านดังต่อไปนี้



### 1. ผลกระทบทางด้านจิตใจภาวะเครียดและความรู้สึกทางอารมณ์ของผู้ดูแล (psychological problem)

- อารมณ์เศร้า (Sad) เป็นอารมณ์ที่เกิดขึ้นเมื่อสูญเสียคนที่ตนเองรักไป ผู้ดูแลอาจเกิดความรู้สึกสูญเสียญาติของตนไปทั้ง ๆ ที่ยังมีชีวิตอยู่แต่จำไม่ได้ ไม่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง หรือเกิดความรู้สึกสงสาร เศร้าใจที่ผู้ป่วยต้องมาเป็นเช่นนี้
- ความรู้สึกผิด (Guilt) ในการดูแลผู้ดูแลมักจะโกรธ ทะเลาะกับผู้ป่วยแล้วมักจะรู้สึกผิดกับการกระทำของตนในภายหลัง
- ความโกรธ (Anger) ผู้ดูแลอาจโกรธผู้ป่วย โกรธตัวเอง ที่ไม่สามารถรักษาให้การดูแลให้ดีขึ้นได้
- ความรู้สึกโดดเดี่ยว (Lonely) ด้วยภาระที่ต้องดูแลผู้ป่วยเกือบตลอด 24 ชม. ทำให้ผู้ดูแลไม่มีโอกาสออกไปพบปะเพื่อนฝูง เหมือนถูกตัดขาดออกจากสังคมทำให้รู้สึกโดดเดี่ยวอยู่เสมอ

### 2. ผลกระทบทางด้านร่างกาย (Physiology Problem)

- อ่อนเพลียไม่มีแรง (Weakness) เนื่องจากผู้ป่วยสมองเสื่อมส่วนใหญ่มักมีปัญหาในการนอนหลับ ทำให้ผู้ดูแลได้รับการพักผ่อนไม่เพียงพอ มีร่างกายอ่อนเพลียไม่มีแรงเกิดโรคแทรกซ้อนได้ และยังทำให้มีอาการหงุดหงิดโมโหง่ายส่งผลกระทบต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยได้เช่นกัน
- มีปัญหาทางสุขภาพมากยิ่งขึ้น (Increase health problem) ผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่ค่อยมีเวลาดูแลสุขภาพตนเอง ทานอาหารไม่เป็นเวลา พักผ่อนไม่เพียงพอ โรคประจำตัวที่เป็นอยู่อาจมีอาการกำเริบหรือมีสุขภาพอื่น ๆ มากขึ้น

### 3. ผลกระทบทางด้านสังคมเศรษฐกิจ (Socio-economic problem)

- การเปลี่ยนแปลงรูปแบบการทำงาน (Change in working pattern) มีผู้ดูแลหลายรายที่ต้องปรับลักษณะการทำงานของตนเองให้เข้ากับภาระในการดูแลผู้ป่วย เช่นอาจต้องเปลี่ยนจากการทำงานเต็มเวลาเป็นไปทำงานในบางเวลา
- รายได้ลดลง (Lower income) ในบางกรณีต้องเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยมาก ทำให้ประสบปัญหาทางการเงิน
- ความขัดแย้งภายในครอบครัว (Family conflict) การดูแลผู้ป่วยที่บ้านหากปราศจากการบริหารจัดการที่ดีแล้วจะนำมาซึ่งปัญหาความสัมพันธ์ภายในครอบครัว อาจมีการผลัดภาระการดูแลหรือค่าใช้จ่ายระหว่างสมาชิกในครอบครัวได้ หรืออาจเกิดปัญหาไม่มีเวลาให้ครอบครัวได้เช่นกัน

แต่อย่างไรก็ตามผู้ดูแลก็ยังคงต้องปฏิบัติหน้าที่ของตนในการให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะความจำเสื่อมดังนั้นการปรับตัวให้สามารถเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้น จึงควรเป็นหน้าที่ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่จะให้ความช่วยเหลือในเรื่องดังกล่าวต่อญาติผู้ทำหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะความจำเสื่อม

## 2.4 แนวคิดเรื่องภาระของผู้ดูแล (Burden)

เนื่องจากสังคมไทยเป็นสังคมที่ระบบสวัสดิการสังคมยังไม่ครอบคลุมถึงประชากรในวัยสูงอายุและองค์กรต่าง ๆ ในชุมชนท้องถิ่นยังไม่มี ความเข้มแข็งมากพอที่จะให้การดูแลผู้สูงอายุได้ทั่วถึงครอบครัวจึงเป็นสถาบันที่มีบทบาทสำคัญอย่างมากในการเกื้อหนุนผู้สูงอายุทุกรูปแบบ นอกจากนั้นการให้การดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวยังคงเป็นบรรทัดฐานที่ยึดถือปฏิบัติกันในสังคมไทยมาเป็นเวลานาน การมีสมาชิกในครอบครัวไม่ว่าจะเป็นคู่สมรส พี่น้อง บุตร หลานหรือญาติคนอื่น ๆ จึงเปรียบเสมือนมีหลักประกันในยามสูงอายุว่าจะมีคนคอยดูแลยามที่ต้องการความช่วยเหลือ มีผลการศึกษาที่พบว่าผู้สูงอายุไทยมีสายสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ที่ เป็นบุตรธิดามากที่สุดถึงร้อยละ 96 (Chayanan, 1997) และนับเป็นกลุ่มญาติที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุ ทั้งนี้เพราะการได้อยู่ร่วมกับบุตรทำให้โอกาสที่ผู้สูงอายุจะได้รับตอบสนองความต้องการในทุกด้านมีสูงกว่ารูปแบบการพักอาศัยแบบอื่น อย่างไรก็ตามการจะพิจารณาถึงการพักอาศัยอยู่ร่วมกับบุตรเพียงด้านเดียวอาจให้ภาพของการดูแลที่เกินจริง ทั้งนี้เพราะในบางกรณีการพักอาศัยอยู่ร่วมกับบุตรแปรผันไปตามขั้นตอนชีวิตของผู้สูงอายุและบุตร การเจริญวัยของบุตรเกิดขึ้นควบคู่ไปกับการสูงวัยของบิดามารดาเมื่อบิดามารดาเริ่มเข้าสู่วัยสูงอายุบุตรส่วนใหญ่มักจะสำเร็จการศึกษา มีงานทำ สร้างครอบครัวของตนขึ้นใหม่และย้ายออกไปจากครัวเรือนของบิดามารดาโดยเฉพาะบุตรชาย ส่งผลให้ในสังคมไทยส่วนใหญ่บุตรสาวเป็นผู้ที่ให้การเกื้อหนุนและรับบทบาทในการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุของระบบครอบครัวไทย ความซับซ้อนและความรุนแรงของปัญหาผู้ดูแลผู้สูงอายุมีการแปรผันตามลักษณะพื้นฐานของผู้ดูแลและปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ ผู้ดูแลมีโอกาสที่จะได้รับความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจและประสบปัญหาทางด้านอารมณ์สูงโดยเฉพาะผู้ดูแลเพศหญิงที่อยู่ในวัยกลางคน เนื่องด้วยเป็นกลุ่มที่อยู่ในสถานะที่เรียกว่า "Sandwich Generation" จากการที่ต้องดูแลบุตรและบุพการีพร้อม ๆ กัน นอกจากนี้ยังมีบทบาทหลาย ๆ ด้านไม่ว่าจะเป็นบทบาทของการเป็นภรรยา แม่บ้านและการทำงานเพื่อหารายได้ทำให้เกิดความกดดันด้านจิตใจได้สูง (ศิริวรรณศิริบุญ, 2541) อีกทั้งยังต้องรับภาระในการดูแลซึ่งนับว่าเป็นภารกิจที่ยาวนาน ไม่อาจจะหลีกเลี่ยง

เลี้ยงได้และยังเป็นสิ่งที่ต้องทำด้วยความเข้าใจ ตั้งใจ ความรับผิดชอบ ตลอดจนต้องมีความสามารถในการจัดการกับปัญหาที่อาจเกิดขึ้นโดยไม่สามารถคาดการณ์ล่วงหน้าได้

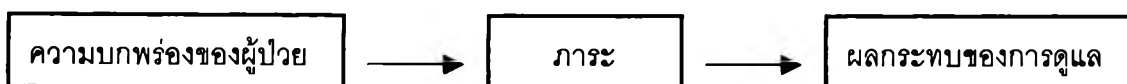
เนื่องจากอาการและพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะสมองเสื่อมนั้น ย่อมส่งผลกระทบต่อครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งเป็นภาระอันใหญ่หลวงของผู้ที่มีหน้าที่หลักในการดูแลและส่วนใหญ่แล้วอาการสมองเสื่อมจะเกิดจากสาเหตุที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ โดยอาการจะเป็นมากขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้นด้วย มีการศึกษาพบว่าปัญหาและความเหนื่อยเครียดของผู้ดูแลจะเพิ่มขึ้นตามความรุนแรงของภาวะสมอง (Blendin et.al. 1990)

คำว่า ความรู้สึกเป็นภาระหรือภาระ (Burden) นั้น ได้มีผู้ให้ความหมายไว้หลากหลาย แตกต่างกันไปตามความคิดของแต่ละคน ซึ่งสามารถแบ่งได้ออกเป็น 2 แนวคิด ประกอบไปด้วย

1. แนวคิดที่มองภาระในมิติเดียว เป็นการประเมินสถานการณ์การดูแลด้านเดียว

Brown (1991 :33-38) กล่าวว่า ภาระ หมายถึง ผลกระทบต่าง ๆ ที่ผู้ดูแลได้รับอันเกิดจากประสบการณ์ในการให้การดูแล ซึ่งเป็นผลมาจากความต้องการการดูแลของผู้ป่วย

Poulshock&Demling (1990:154-160) มองว่าภาระของผู้ดูแลเป็นการรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับผลที่ไม่พึงปรารถนาอันเกิดจากการดูแลผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางด้านร่างกายหรือจิตใจ ซึ่งผลที่ไม่พึงปรารถนาดังกล่าวจะครอบคลุมผลที่ไม่พึงปรารถนาจากการปฏิบัติดูแล และผลที่ไม่พึงปรารถนาจากผลกระทบของการดูแล โดยภาระจะมีบทบาทอยู่ระหว่างความบกพร่องของผู้ป่วย และผลกระทบจากการดูแลดังนี้



ซึ่งอธิบายได้ว่า ความบกพร่องของผู้ป่วย หมายถึงการขาดความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ หรือการขาดความสามารถด้านสติปัญญา จะเป็นสาเหตุให้ผู้ดูแลเกิดภาระและภาระจะก่อให้เกิดผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตในสังคม หน้าที่การงาน สุขภาพร่างกาย และสัมพันธภาพของครอบครัว

Bull (1990:758) กล่าวว่า ภาวะเป็นผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อสมาชิกในครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

Oberst&Hughes (1991:20-25) กล่าวถึงภาวะว่า เป็นความจำเป็นที่ต้องปฏิบัติกิจกรรมการดูแล และความยากลำบากในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลของญาติผู้ดูแลโดยที่งานหรือกิจกรรมที่ทำมักเกิดจากความต้องการของผู้ป่วยเป็นสำคัญ และความต้องการของผู้ป่วยแต่ละโรคมีความแตกต่างกัน กิจกรรมที่ต้องปฏิบัติในการให้การดูแลย่อมแตกต่างกันไป

2. แนวคิดที่มองภาวะในสองมิติ เป็นมองภาวะในส่วนของความยากลำบากของผู้ดูแลที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยและประเมินปฏิกริยาทางอารมณ์ของผู้ดูแลด้วย

โฮนิค และแฮมิลตัน (Hoenig&Hamilton อ้างใน ไพรินทร์ กัณทนะ: 2543) เป็นนักวิจัยกลุ่มแรกๆ ที่ให้ความหมายชัดเจนในการแยกแยะระหว่างภาวะเชิงนามธรรมและรูปธรรม โดยให้ความหมายในเชิงรูปธรรมว่า เป็นการจำแนกถึงบางสิ่งบางอย่างที่เกิดขึ้น เป็นเสมือนสิ่งที่ก่อให้เกิดความยุ่งยากต่อครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วย 2 ชนิดคือ ชนิดแรกเป็นผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน เช่น ด้านเศรษฐกิจ ด้านสุขภาพของสมาชิก ผลกระทบต่อเด็ก และชีวิตประจำวันของครอบครัว และชนิดที่สอง คือ เกิดขึ้นจากพฤติกรรมที่ผิดปกติของผู้ป่วย ส่วนภาวะเชิงนามธรรม เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นจากภาวะนั้น ๆ

Pai&Kapur (1981:332-335) แบ่งภาวะที่เกิดขึ้นกับครอบครัวผู้ป่วยไว้เป็น 2 ลักษณะคือ

- ภาวะในเชิงรูปธรรม (Objective burden) เช่น ผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจ งานประจำของครอบครัว กิจกรรมของครอบครัว ปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว ภาวะสุขภาพ
- ภาวะในเชิงนามธรรม (Subjective burden) เป็นความรู้สึกต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับครอบครัวต่อการให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

Montgomery (1995:19-21) มองว่าแนวคิดการมองภาวะแบบมิติเดียวนั้นไม่ครอบคลุมประสบการณ์ยากลำบากที่เกิดจากการดูแลจึงควรมองเป็น 2 มิติ คือ

- มิติแรกเป็นภาวะเชิงรูปธรรม (Objective burden) เป็นการมองภาวะในส่วนของประสบการณ์ความยากลำบากที่เกิดจากกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย เช่น ผลของการดูแลที่มีต่อหน้าที่การงานของ

ผู้ดูแล ความมีอิสระลดลง ถูกจำกัดในการเข้าสังคม ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการดำรงชีวิต  
หน้าที่การงานตลอดจนสุขภาพของผู้ดูแล

- มิติที่สองเป็นภาระเชิงนามธรรม (Subjective burden) เป็นความรู้สึก ทศนคติ ปฏิกริยาการ  
ตอบสนองทางอารมณ์ของผู้ดูแลเกี่ยวกับประสบการณ์หรือความยากลำบากที่ไม่พึงปรารถนาที่  
เกิดจากการดูแลผู้ป่วย

Nolan et al. (1990:19-26) ได้เสนอเกี่ยวกับผลกระทบของการดูแล และความรู้สึกของผู้  
ดูแลซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดภาระแบบ 2 มิติ ได้แก่ ผลกระทบของการดูแลซึ่งประกอบด้วย ผล  
กระทบต่อความสัมพันธ์ในครอบครัว การดำเนินชีวิตในสังคม เวลาส่วนตัว และหน้าที่การงาน  
และด้านความรู้สึกของผู้ดูแลต่อสถานการณ์การดูแลนั้น เป็นระดับความตึงเครียดของผู้ดูแลที่เกิด  
จากการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ ความตึงเครียดทางสุขภาพร่างกายอารมณ์ ทศนคติ เป็นต้น

Lefley (1997:210) แสดงแนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบภาระของครอบครัว ที่สัมพันธ์กับ  
ความเครียดว่าภาระเกิดจาก 3 ปัจจัยคือ

1. สถานการณ์ที่ตึงเครียด ซึ่งเกิดจากปฏิสัมพันธ์ของครอบครัวกับผู้ป่วยที่เกิดขึ้นระหว่างการดูแลผู้ป่วย
2. ความเครียดทางสังคม เกิดจากทัศนคติทางลบต่อผู้ป่วยและการขาดแรงสนับสนุนของผู้ดูแล
3. ความเครียดที่เกิดจากการที่ผู้ดูแลขาดข้อมูลและบริการต่าง ๆ

จากความหมายและแนวคิดเกี่ยวกับภาระ (Burden) สรุปได้ว่า ภาระ หมายถึง ผลกระทบ  
ในทางลบที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลและครอบครัว จากการให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านทั้งที่เป็นผลกระทบใน  
ทางรูปธรรม (Objective burden) และผลกระทบในทางนามธรรม (Subjective burden)

จะเห็นได้ว่าภาระของญาติผู้ดูแลเป็นผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน  
ซึ่งผลกระทบที่เกิดขึ้นกับญาติผู้ดูแลนั้นเป็นสาเหตุให้ญาติผู้ดูแลเกิดความยุ่งยากทั้งด้านสุขภาพ  
ร่างกาย จิตใจ อารมณ์ เศรษฐกิจและสังคม ภาระเหล่านี้หากไม่ได้รับการช่วยเหลือแก้ไขให้  
บรรเทาเบาบางลง อาจส่งผลร้ายแรงต่อเนื่องกับญาติต่อไปอีก ดังนั้นจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะให้  
ความสนใจ รับรู้ในความทุกข์ของญาติผู้ดูแลเพื่อวางแผนจัดการได้อย่างเหมาะสม และช่วยให้  
ญาติสามารถดำเนินบทบาทผู้ดูแลได้อย่างสมบูรณ์ต่อไป

## 2.5 แนวคิดเรื่องคุณภาพการดูแล (Quality of Care)

การดูแลเป็นคำที่ใช้สื่อความหมายในชีวิตประจำวันทั้งในภาษาพูดและภาษาเขียน เมื่อจะต้องให้การดูแลกับใครก็ถือว่าต้องให้การดูแลด้วยจิตใจ ด้วยความเต็มใจ ความรัก และความปรารถนาดี ในแต่ละบุคคลจะได้รับการดูแลตั้งแต่แรกเกิด จนกระทั่งผู้ใหญ่จะต้องเป็นผู้ให้การดูแลและเมื่อถึงวัยสูงอายุก็จะกลับมาเป็นผู้ได้รับการดูแลอีกโดยในมุมมองด้านสุขภาพนั้นใช้คำว่า คุณภาพการดูแล (Quality of Care) การให้ความหมายของคำว่าคุณภาพการดูแลมีดังต่อไปนี้

Donabedian (1980 cited in Frost 1992) กล่าวว่า คุณภาพการดูแล (Quality of Care) หมายถึงคุณสมบัติ ความสมเหตุสมผล ความคุ้มค่า ความสมดุลระหว่างความมีประสิทธิภาพ ความเสี่ยงและค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัตินั้น

Romess and Coe (1991) กล่าวว่า คุณภาพการดูแล หมายถึง ความเหมาะสมในการดูแล

Wereham (1994) ให้ความหมายของคุณภาพการดูแลว่าหมายถึง ความเป็นไปได้ในการยกระดับหรือผลลัพธ์ของการให้การดูแลสุขภาพ แก่บุคคล ชุมชน โดยใช้ความรู้ที่เป็นมาตรฐานที่ได้รับการยอมรับ

สรุปความหมายของคุณภาพการดูแล (Quality of Care) ในที่นี้ได้ว่าหมายถึง การให้การดูแลที่สามารถตอบสนองความต้องการ ความคาดหวังอย่างสมเหตุสมผลของผู้ที่ทำการดูแลอยู่ได้อย่างดี

### 2.5.1 ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพการดูแล

ประคอง อินทรสมบัติ (2543) กล่าวถึงปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพการดูแลและบริการสุขภาพของผู้สูงอายุพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องทั้งจากผู้ให้บริการและตัวผู้สูงอายุเองดังนี้

1. เจตคติของผู้ดูแล การมีเจตคติที่ดีจะนำไปสู่พฤติกรรมที่เหมาะสม หากผู้ดูแลมีความเห็นหรือมุมมองที่ดีต่อผู้สูงอายุก็จะให้การดูแลที่ดีเหมาะสม

2. ระบบการบริการสุขภาพ ส่วนใหญ่มักเป็นแบบแยกส่วน อาจจะทำให้ขาดการประสานงานกันอย่างต่อเนื่องทำให้เกิดผลลบหรือภาวะแทรกซ้อนตามมา การได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจะระดับที่ดีจะทำให้คุณภาพการดูแลมีประสิทธิภาพมากขึ้น

3. ปัจจัยทางด้านสังคม เศรษฐกิจ การศึกษา สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้มีผลต่อคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุและการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ

นอกจากนี้ Victor and Higginson (1994) กล่าวว่าปัจจัยที่ทำให้การดูแลผู้สูงอายุมีประสิทธิภาพ ประกอบด้วยปัจจัย 2 อย่างคือ 1. ความรู้เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุในแต่ละคน 2. การเข้าหาที่เหมาะสมเนื่องจากผู้สูงอายุต้องการการดูแลเป็นพิเศษที่ต่างกว่าคนในวัยอื่น หากได้รับการเอาใจใส่อย่างดีก็จะมีภาวะสุขภาพที่ดีด้วย

ส่วนสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ถูกดูแลนั้น Phillips and Rempusheski (1989) อธิบายแนวคิดกลไกในระบบการดูแลที่สัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ถูกดูแลว่าประกอบด้วย 4 ระยะดังนี้

1. ระยะการวิเคราะห์สถานการณ์การดูแล (Defining the situation) เป็นระยะที่ผู้รับบทบาทผู้ดูแลเกิดการรับรู้ถึงสถานการณ์ ในการดูแลผู้สูงอายุถ้าสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุไม่ดี แสดงว่าผู้ดูแลยอมรับสภาพของผู้สูงอายุที่เปลี่ยนแปลงและสถานการณ์ที่ตนเองต้องมาเป็นผู้ดูแลไม่ได้ แต่ถ้าสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุดี แสดงว่าผู้ดูแลยอมรับในสถานการณ์ที่ตนเองต้องมาเป็นผู้ดูแลได้

2. ระยะการรับรู้เกี่ยวกับการดูแล (Cognitive process) เป็นความเชื่อเกี่ยวกับบทบาทในการดูแลเป็นมาตรฐาน ค่านิยมที่ผู้ดูแลยึดถือและใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติดูแล ถ้าหากสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุดี จะเป็นผลให้เกิดความเชื่อเกี่ยวกับบทบาทการดูแลว่าเป็นพฤติกรรมช่วยเหลือ ปกป้อง และกระทำกิจกรรมต่าง ๆ แทนผู้สูงอายุ หากสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุไม่ดีจะเกิดการรับรู้บทบาทว่าการดูแลนั้นเป็นเพียงการกระทำเพื่อให้เกิดการยอมรับทางสังคมเท่านั้น

3. ระยะปฏิบัติดูแล (Express process) เป็นการแสดงบทบาทการดูแลออกมา ซึ่งเป็นระยะต่อเนื่องจากช่วงที่ 2 ที่สะท้อนความเชื่อออกมาสู่การปฏิบัติ นั่นคือหากสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุดี จะก่อให้เกิดพฤติกรรมดูแลที่ดีแต่หากสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุไม่ดีจะก่อให้เกิดพฤติกรรมดูแลที่ไม่ดี

4. ระยะประเมินผล (Evaluation process) ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจะสะท้อนให้เห็นกลไกในการดูแลทั้ง 3 ระยะข้างต้น

จากที่กล่าวมาทั้งหมดได้แสดงให้เห็นถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่เป็นตัวบ่งบอกให้เห็นถึงคุณภาพการดูแล (Quality of Care) ของผู้ดูแลที่มีต่อผู้สูงอายุว่าได้ให้การดูแลที่เหมาะสม น่าพึงพอใจมากน้อยเพียงใด ซึ่งการจะวิเคราะห์นั้นจะต้องทำในหลายแง่มุมที่ต่างกันออกไปเพื่อแสดงความครอบคลุมในคุณภาพการดูแลต่อผู้สูงอายุในทุก ๆ ด้านออกมาให้เป็นที่แน่ชัด

## 2.5.2 คุณภาพการดูแลผู้สูงอายุโดยครอบครัว

ครอบครัว เป็นกลุ่มของบุคคลที่สมาชิกมีความสัมพันธ์กันโดยสายเลือด หรือการรับเข้าเป็นบุตรบุญธรรม สมาชิกอยู่ร่วมในครัวเรือนเดียวกัน หรือบริเวณเดียวกัน มีความสัมพันธ์กันตามบทบาทหน้าที่ เช่น เป็นบิดา มารดา เป็นสามี เป็นภรรยา เป็นบุตร ฯลฯ ซึ่งบุคคลเหล่านี้มีกรอบวัฒนธรรมความเชื่อและขนบธรรมเนียมประเพณีของครอบครัวร่วมกัน

รุจา ภูโพบูลย์ (2541) ให้ความหมายของครอบครัวว่า ครอบครัวต้องประกอบด้วยคุณลักษณะดังนี้คือ ประกอบด้วยคนมากกว่า 1 คนขึ้นไป สมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางสายโลหิต หรือทางกฎหมาย ความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัวมีลักษณะเฉพาะที่แตกต่างจากกลุ่มอื่นๆ และสมาชิกในครอบครัวจะมีบทบาทในครอบครัวตามที่สังคมให้ความหมาย เช่น บิดา มารดา บุตร สามี ภรรยา ฯลฯ ที่มีหน้าที่รับผิดชอบตามบทบาทของตน

Walker, Pratt & Eddy (1995) กล่าวว่า การดูแลโดยครอบครัวเป็นการที่บุคคลในครอบครัวใดครอบครัวหนึ่ง หรือมากกว่า 1 คน ให้การดูแลช่วยเหลือสมาชิกในครอบครัวที่ต้องการความช่วยเหลือในการดำเนินชีวิตประจำวัน

บทบาทของครอบครัวที่มีต่อผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงที่สัมพันธ์กับวัฏจักรชีวิตของผู้สูงอายุและสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัวโดยตลอด บทบาทจะมีการเปลี่ยนแปลงไปพร้อม ๆ กับกระบวนการเปลี่ยนถ่ายอำนาจและความรับผิดชอบจากสมาชิกคนหนึ่งไปยังอีกคนหนึ่ง ปัจจัยทางเศรษฐกิจและสุขภาพเป็นสองปัจจัยสำคัญของกระบวนการดังกล่าว ในระยะที่ผู้สูงอายุยังมีสุขภาพที่ดีพอ ไม่อยู่ในสถานะพึ่งพา และยังสามารถในเชิงเศรษฐกิจของครอบครัว ผู้สูงอายุจะอยู่ในบทบาทของผู้ให้ ผู้มีอำนาจ และผู้เกื้อกูลแก่สมาชิกในครอบครัวมากกว่าจะเป็นผู้รับ ในกรณีที่ผู้สูงอายุมีความสามารถในเชิงเศรษฐกิจถดถอยแต่ยังมีสุขภาพที่ดีและไม่ต้องพึ่งพา ส่วนใหญ่ของผู้สูงอายุจะยังคงดำรงบทบาทผู้ให้และผู้รับที่สมดุลมากขึ้น โดยยังให้การเกื้อกูลทางสังคม



และกายภาพแก่สมาชิกคนอื่น ๆ เช่น การดูแลบ้าน การดูแลหลาน เป็นต้น แต่จะมีการเปลี่ยนถ่ายอำนาจและความรับผิดชอบไปยังสมาชิกรุ่นต่อไป โดยเกิดขึ้นอย่างช้า ๆ และต่อเนื่อง และความขัดแย้งทางความคิดเห็นอาจเกิดขึ้น สมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัวจะมีบทบาทเกื้อกูลแก่ผู้สูงอายุมากขึ้นทั้งในด้านเศรษฐกิจและสังคม

วัฒน์ทิพย์ น.สุพรรณ (2538) กล่าวว่าเมื่อผู้สูงอายุมีปัญหาทางสุขภาพและเป็นเหตุให้อยู่ในระยะพึ่งพา ต้องการการดูแลเกื้อกูล บทบาทของผู้สูงอายุจะเปลี่ยนชัดเจนจากผู้ให้ไปเป็นผู้รับ ระยะนี้เปลี่ยนจะสร้างผลกระทบทางจิตใจแก่ผู้สูงอายุและครอบครัวหรือแม้แต่ความขัดแย้งที่รุนแรงขึ้นได้ อันเป็นผลโดยตรงจากการเปลี่ยนบทบาทของผู้สูงอายุจากผู้ที่เคยสามารถเป็นผู้เกื้อกูลไปเป็นผู้ที่ต้องรับการเกื้อกูลช่วยเหลือ และการเปลี่ยนบทบาทของสมาชิกในครอบครัวที่ต้องรับผิดชอบดูแลเพิ่มขึ้นอย่างมาก ซึ่งไม่อาจหลีกเลี่ยงผลกระทบที่มีต่อบทบาทและวิถีชีวิตของสมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะผู้ที่รับหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลัก และเนื่องจากครอบครัวเป็นสถาบันที่ตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม ดังนั้นบทบาทโดยทั่วไปของครอบครัวส่วนใหญ่ที่มีต่อผู้สูงอายุจึงเป็นบทบาทในการตอบสนองความต้องการและเกื้อหนุนดูแล ซึ่งหมายถึงการแสดงความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ การช่วยเหลือในลักษณะที่เป็นรูปธรรม เช่น อาหาร เสื้อผ้า ที่อยู่ อาศัย การดูแลทั้งยามปกติและเจ็บป่วย และนามธรรม เช่น การให้กำลังใจ การเยี่ยมเยียน และการให้ข้อมูลข่าวสารที่ผู้สูงอายุได้รับจากบุคคลต่าง ๆ ทั้งในครอบครัว เครือญาติ เพื่อนบ้าน ชุมชนองค์กรและสถาบันทางสังคม

บุศริน บางแก้ว (2541) ได้อธิบายว่าสังคมไทยทั่วไปบทบาทของครอบครัวในการเกื้อกูลผู้สูงอายุจะประกอบด้วยบทบาท 3 ด้าน ได้แก่ บทบาทในการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุทางด้านร่างกาย บทบาทในการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุทางด้านอารมณ์และจิตใจ และบทบาทในการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุด้านสังคม

**บทบาทแรก** บทบาทในการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุทางด้านร่างกาย เป็นการดูแลทั่วไปในการดำรงชีวิตประจำวัน หรือการดูแลโดยเกื้อกูลบางลักษณะ เช่น การให้เงิน อาหาร เสื้อผ้า การจ่ายค่ารักษาพยาบาลและการดูแลเมื่อเจ็บป่วย การเกื้อกูลที่มีความแตกต่างกันตามเศรษฐกิจ สถานภาพในครอบครัวและวิถีทางในการดำเนินชีวิตของแต่ละภูมิภาค การเกื้อกูลของครอบครัวที่มีต่อผู้สูงอายุที่สำคัญมากที่สุด ไม่ว่าจะพิจารณาจากความ

คาดหวังจากผู้สูงอายุหรือจากสัดส่วนของการเกื้อกูลที่ปรากฏอยู่ คือการช่วยเหลือดูแลเมื่อเจ็บป่วย โดยทั่วไปครอบครัวมีบทบาทและหน้าที่ดูแลเอาใจใส่ผู้สูงอายุในยามเจ็บป่วยหรือจำเป็นต้องติดตามรักษาต่อเนื่องโดยพาไปพบแพทย์และรับบริการด้านคำรักษาพยาบาล ซึ่งบทบาทนี้เป็นพฤติกรรมที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความพึงพอใจมากรวมทั้งเป็นความคาดหวังที่จะได้รับการปฏิบัติเช่นนี้เมื่ออายุมากขึ้น

**บทบาทที่สอง** บทบาทในการดูแลเพื่อตอบสนองของความต้องการของผู้สูงอายุทางด้านอารมณ์และจิตใจ เป็นบทบาทที่บุคคลในครอบครัวได้ปฏิบัติต่อผู้สูงอายุในลักษณะของการให้ความเคารพนับถือ ให้เกียรติ ยกย่อง ปกป้องและให้กำลังใจ เพื่อก่อให้เกิดความมั่นคงในอารมณ์และเกิดความภาคภูมิใจ บุคคลในครอบครัวเป็นผู้สร้างความมั่นคงทางจิตใจแก่ผู้สูงอายุมากกว่าเครือข่ายอื่น ๆ เมื่อบุคคลหนึ่งบุคคลใดในครอบครัวไม่สามารถดูแลได้ จะมีสมาชิกอื่นในครอบครัวช่วยดูแลแทน ลักษณะการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์และจิตใจแก่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นการแสดงความใกล้ชิด เอื้ออาทร พุดคุย ให้ความสำคัญในการตัดสินใจตลอดจนการเยี่ยมเยียนจากบุตรทั้งที่อยู่ใกล้และที่อยู่ห่างไกล ซึ่งสิ่งเหล่านี้ล้วนให้ผู้สูงอายุเกิดความพึงพอใจเป็นอย่างมาก มีความรู้สึกว่าตนเองไม่ได้ถูกทอดทิ้งและมีคุณค่า

**บทบาทที่สาม** บทบาทในการดูแลเพื่อตอบสนองของความต้องการของผู้สูงอายุด้านสังคม เป็นลักษณะของการเกื้อกูลและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้พบญาติและเพื่อนฝูง เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมเพื่อสังคม รวมทั้งการได้รับรู้ข่าวสารเพื่อรับทราบความเป็นไปในสังคม และเพื่อการพัฒนาตนเองให้ทันสมัยเสมอเมื่อเปรียบเทียบกับบทบาทด้านนี้กับการเกื้อกูลและบทบาทด้านอื่น ๆ พบว่าเป็นบทบาทที่ครอบครัวได้ปฏิบัติต่อผู้สูงอายุน้อยที่สุด

ผลการศึกษาของ ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ (2540) พบว่าบทบาทและการเกื้อกูลผู้สูงอายุของครอบครัวขึ้นอยู่กับปัจจัยและองค์ประกอบหลายด้าน ทั้งนี้เป็นไปตามโอกาสและความเหมาะสมที่กำหนดด้วยเงื่อนไขต่าง ๆ ได้แก่ ความพร้อมของบุตร หลานและเครือญาติ การพึ่งพาของผู้สูงอายุ และบุตรหญิงและสะใภ้ ผู้สูงอายุที่มีเครือข่ายการดูแลน้อยหรืออยู่ห่างไกลจะประสบปัญหาขาดผู้ดูแลและเกื้อกูลในโอกาสที่สูง บุตรที่อยู่ในละแวกบ้านเดียวกับบิดามารดามีแนวโน้มจะให้การเกื้อหนุนด้านอาหารหรือเสื้อผ้าแก่บิดามารดาสูงอายุ ขณะที่บุตรที่อยู่ห่างไกลออกไปมีแนวโน้มจะให้การเกื้อหนุนด้านการเงินมากกว่าบุคคลอื่น บทบาทของครอบครัวจะเพิ่มมากขึ้นเมื่อ

ภาวะการพึ่งตนเองของผู้สูงอายุถดถอยลง บุตรหญิงโดยเฉพาะผู้ที่ยังโสดและสะใภ้จะได้รับการคาดหวังจากครอบครัวและผู้สูงอายุว่าจะสามารถแสดงบทบาทในการเกื้อกูลผู้สูงอายุได้มากกว่าสมาชิกคนอื่น ๆ

กล่าวโดยสรุป ครอบครัวยังคงให้ความสำคัญต่อบทบาทของตนเองในการเกื้อกูลผู้สูงอายุ แม้จะมีภาระหน้าที่อื่น ๆ ไม่ว่าจะเป็นงานประจำหรือภาระอื่นใดก็ตาม แต่บทบาทและหน้าที่ที่มีต่อผู้สูงอายุยังคงเป็นสิ่งที่ครอบครัวให้ความสำคัญ โดยถ้าเป็นการดูแลเกื้อกูลทั่วไป สมาชิกในครอบครัวและผู้ดูแลจะไม่รู้สึกว่าการเกื้อกูลผู้สูงอายุในครอบครัวเป็นปัญหาที่สร้างความเครียดด้านอารมณ์ จิตใจ หรือภาระที่ต้องสูญเสียความเป็นส่วนตัว การติดต่อสังสรรค์กับเพื่อนและบุคคลอื่นในสังคม หากแต่เมื่อผู้สูงอายุมีสถานะที่พึ่งพาสูง โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่สมองเสื่อมหรือช่วยตนเองไม่ได้ ผู้ดูแลหลักและสมาชิกในครอบครัวจะเกิดภาวะเครียดและได้รับแรงกดดันจากหน้าที่รับผิดชอบค่อนข้างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งการดูแลกิจวัตรประจำวันและการดูแลด้านสุขภาพลักษณะ แต่ถึงแม้จะประสบปัญหาในการปฏิบัติตามบทบาทอยู่บ้าง ครอบครัวยังคงตระหนักในบทบาทหน้าที่ที่ต้องปฏิบัติและเกื้อกูลผู้สูงอายุในฐานะบุพการีของตนอย่างมั่นคงและแน่นแฟ้น และก่อให้เกิดความพึงพอใจต่อผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก อาจกล่าวได้ว่าการเกื้อกูลผู้สูงอายุของครอบครัวเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องพันกับวัฒนธรรม ประเพณี และการอบรมสั่งสอนในสังคมไทยมาช้านาน

ในฐานะที่ครอบครัวเป็นสถาบันทางสังคม จึงมีหน้าที่ความรับผิดชอบช่วยเหลือสมาชิกในครอบครัวในยามที่ประสบปัญหา หรือความเดือดร้อน ประกอบกับครอบครัวเป็นแหล่งการอบรมขัดเกลา และถ่ายทอดระบบวัฒนธรรมต่างๆ รวมถึงแนวคิดและความรู้เกี่ยวกับการบำรุงรักษาสุขภาพ การป้องกันบำบัดโรค หรืออาการผิดปกติที่เกิดขึ้นของสมาชิกภายในครอบครัว ดังนั้นครอบครัวจึงถือว่าเป็นศูนย์กลาง หรือเป็นตัวจักรที่สำคัญในการดูแลผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ มีปัญหาสุขภาพกาย-จิต หรือผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย การดูแลผู้สูงอายุจะเริ่มขึ้นเมื่อผู้สูงอายุในครอบครัวต้องการความช่วยเหลือ เมื่อมีภาวะทุพพลภาพ มีปัญหาโรคเรื้อรัง มีปัญหาด้านร่างกาย มีความผิดปกติของสมอง ซึ่งจะนำมาซึ่งความผิดปกติในระยะยาว

พฤติกรรมกรรมการให้การดูแลนั้น จะมีความแตกต่างกันไป ในแต่ละวัฒนธรรมประเพณี เนื่องจากมีความแตกต่างกันในเรื่องโครงสร้างของสังคม มุมมองหรือค่านิยมของบุคคลในสังคมนั้น (Leininger, 1991 cite in Shu, Archbold & Imle, 1998) นอกจากความแตกต่างทางด้าน

วัฒนธรรมประเพณี จะทำให้พฤติกรรมการดูแลมีความแตกต่างกันไป และความสามารถในการให้การดูแลก็เป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้การดูแลมีความแตกต่างกัน

สำหรับคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุเมื่ออยู่กับครอบครัว Phillips และคณะ (1990) กล่าวว่า คุณภาพการดูแลในผู้สูงอายุขึ้นอยู่กับผู้สูงอายุได้รับการตอบสนองความต้องการหรือไม่ ซึ่งความต้องการขั้นพื้นฐานของผู้สูงอายุที่ควรได้รับเมื่ออยู่กับครอบครัว ได้แก่

- 1) ความต้องการด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) หมายถึง การดูแลความสะอาดของที่พักอาศัย ความปลอดภัยไม่เกิดอุบัติเหตุ และการมีพื้นที่ที่เป็นส่วนตัว เป็นต้น
- 2) ความต้องการด้านร่างกาย (Physical) เพื่อให้ผู้สูงอายุมีชีวิตอยู่ มีความสะดวกสบาย เช่น การดูแลความสะอาดส่วนบุคคล การดูแลเรื่องอาหารและน้ำ การช่วยเหลือในหว การออกกำลังกาย และการทำความสะอาดเครื่องนุ่งห่ม
- 3) ความต้องการดูแลด้านสุขภาพ (Medical maintenance) ได้แก่ การพาผู้สูงอายุไปพบแพทย์เมื่อเจ็บป่วยหรือพาไปตรวจสุขภาพ การดูแลในเรื่องยาที่ผู้สูงอายุได้รับ เป็นต้น
- 4) ความต้องการทางด้านจิตใจ (Psychological) ได้แก่ การให้ความรัก การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ การให้ความเคารพ การให้มีส่วนร่วมในสังคม เป็นต้น
- 5) การเคารพสิทธิมนุษยชน (Human right) การยอมรับเคารพนับถือ การเคารพในความเป็นส่วนตัว หรือสิทธิส่วนบุคคล และการให้การดูแลความต้องการของผู้สูงอายุ เป็นต้น
- 6) ความต้องการด้านเศรษฐกิจ (Financial) ได้แก่ การจัดการด้านการเงินให้กับผู้สูงอายุตามความเหมาะสม

การให้การดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวไทย แบ่งเป็น 3 มิติ ได้แก่ การดูแลทางด้านร่างกาย (Physical caregiving) การดูแลทางด้านจิตใจ (Psychological caregiving) และ การดูแลทางด้านจิตวิญญาณ (Spiritual caregiving) (Jiraporn Kespichayawattana, 1999)

- 1) การดูแลทางด้านร่างกาย เพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกายแก่ผู้สูงอายุ ซึ่งจะขึ้นอยู่กับภาวะสุขภาพ และระดับการพึ่งพาของผู้สูงอายุ ได้แก่ การช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน การให้การดูแลซึ่งต้องอาศัยความรู้และทักษะเพิ่มขึ้น การจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ การหาความช่วยเหลืออื่น เช่น การปรึกษาปัญหาของผู้สูงอายุกับทีมสุขภาพ และการหาแนวทางการรักษาอื่น เช่น การใช้สมุนไพร การหาหมอพระ หรือหมอจีน ซึ่งจะพบในการดูแลผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง

2) การดูแลทางด้านจิตใจ ได้แก่ การอยู่เป็นเพื่อนผู้สูงอายุ และสังเกตอาการผิดปกติ และให้ความรู้สึกที่ดีว่ามีคนอยู่ข้าง ๆ ทั้งที่บ้าน และเมื่อผู้สูงอายุไปโรงพยาบาลพูดคุยด้วยกับผู้สูงอายุเกี่ยวกับเรื่องต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในบ้าน หรือเมื่อจะทำกิจกรรมอะไรกับผู้สูงอายุ การมีอารมณ์ขันขณะดูแลผู้สูงอายุเพื่อลดความเครียดในการดูแล และลดความขัดแย้งระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ

3) การดูแลทางด้านจิตวิญญาณ เป็นความสัมพันธ์ระหว่างศาสนา ความเชื่อ หรือการปฏิบัติที่เป็นวัฒนธรรมประเพณี เช่น การทำบุญเพื่อให้ผู้สูงอายุมีอาการดีขึ้นหรือได้อยู่ร่วมกันอีกในชาติหน้า การสวดมนต์เพื่อให้ผู้สูงอายุอาการดีขึ้น มีชีวิตยืนยาวมากขึ้นหรือทำให้ห่างจากเรื่องร้ายแรงต่าง ๆ

### 2.5.3 คุณภาพการดูแลโดยสถานบริการด้านสุขภาพ

คุณภาพในการดูแลขององค์กรที่จัดบริการด้านสุขภาพ จะมีองค์ประกอบที่สำคัญ 2 ประการคือ 1. คุณภาพตามความสอดคล้องของการปฏิบัติงานกับมาตรฐาน (Quality of conformance) หมายถึง การปฏิบัติตามมาตรฐานทางวิชาชีพต่าง ๆ ที่ได้กำหนดไว้ และ 2. คุณภาพตามการรับรู้ (Perceived quality) หมายถึง คุณภาพที่พิจารณาจากการรับรู้ตามความคาดหวังของผู้ใช้บริการ (Omachonu, 1990 )

#### 2.5.3.1 คุณภาพตามความสอดคล้องของการปฏิบัติงานกับมาตรฐาน (Quality of conformance)

คุณภาพตามความสอดคล้องของการปฏิบัติงานกับมาตรฐานได้มีองค์กรที่รับผิดชอบดูแลด้านสุขภาพ กำหนดกฎหมาย หรือตั้งเกณฑ์มาตรฐาน และมีผู้ศึกษารูปแบบการดูแลที่มีคุณภาพในสถานบริการด้านสุขภาพหลากหลาย ดังนี้

Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization (JCAHO) ได้สรุปปัจจัยที่เป็นตัวบ่งชี้ถึงคุณภาพการดูแลในการดูแลระยะยาว (Long term care) ไว้ดังนี้ (Luggen, 1996 : 162)

1. ให้การดูแลที่เกิดผลดีต่อผู้รับบริการ (Efficacy of care) หมายถึง มีการดูแลที่มีศักยภาพที่จะบรรลุถึงความต้องการของผู้มาใช้บริการ

2. ให้การดูแลที่เหมาะสมกับผู้รับบริการ (Appropriateness of care) หมายถึง การดูแลที่ให้ตรงกับความต้องการของผู้มาใช้บริการ
3. การเข้าถึงการดูแล (Accessibility of care) หมายถึง ความสะดวกที่ผู้ป่วยจะสามารถได้รับการดูแลรักษาพยาบาลตามความต้องการ
4. มีการจัดบริการดูแลเป็นที่ยอมรับ (Acceptability of care) หมายถึง การจัดการดูแลที่ดี และผู้รับบริการมีความต้องการที่จะใช้บริการ หรือต้องการรับการดูแล
5. มีการจัดการดูแลที่มีประสิทธิภาพ (Effectiveness of care) หมายถึง การปฏิบัติการดูแลเป็นอย่างดี
6. มีการดูแลที่มีประสิทธิผล (Efficiency of care) หมายถึง การดูแลที่ได้ผลตามความต้องการ โดยใช้ค่าใช้จ่ายน้อย หรือความเสียหายที่จะเกิดน้อยที่สุด
7. มีการดูแลที่มีความต่อเนื่อง (Continuity of care) หมายถึง การดูแลมีกระบวนการอย่างต่อเนื่อง มีการติดตามและส่งต่ออย่างเหมาะสม
8. การดูแลด้วยความเห็นอกเห็นใจ (Compassion of care) หมายถึง การให้การดูแลที่เข้าใจความรู้สึกของผู้รับบริการ
9. การให้การดูแลที่ทันต่อเหตุการณ์ (Timeliness of care) หมายถึง ความพร้อมของการดูแลที่มีไว้ให้กับผู้ป่วยทันทีที่ต้องการ
10. การดูแลโดยให้ความสำคัญส่วนตัวแก่ผู้รับบริการ (Privacy of care) หมายถึง การดูแลที่คำนึงถึงสิทธิของผู้รับบริการ เกี่ยวกับข้อมูลข่าวสารของตน
11. การดูแลที่น่าเชื่อถือ (Confidentiality of care) หมายถึง การดูแลรักษาความลับเกี่ยวกับตัวผู้ป่วย โดยไม่ให้มีการเปิดเผยให้บุคคลอื่นรับรู้ โดยปราศจากความยินยอมของผู้ป่วย
12. การมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ และครอบครัวในการดูแล (Participation of client and family in care) หมายถึง การดูแลผู้ป่วยที่เปิดโอกาสให้ผู้รับบริการหรือญาติ เข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องกับกระบวนการตัดสินใจ ในเรื่องเกี่ยวกับการดูแล
13. สิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย (Safety of care environment) หมายถึง การเตรียมสถานที่หรือสิ่งแวดล้อมไม่ให้มีอันตรายหรืออุบัติเหตุแก่ผู้รับบริการ
14. ความพร้อมของการดูแล (Supportiveness of care environment) คือ การเตรียมวัสดุอุปกรณ์หรือทรัพยากรอื่นอย่างเพียงพอแก่ความต้องการ

Rantz และคณะ (1998:30-46) ศึกษาคุณภาพการดูแลในสถานพยาบาลในมุมมองของผู้ให้บริการพบว่ามียังมีองค์ประกอบ 7 อย่างได้แก่ การเน้นที่ผู้รับบริการและครอบครัว การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการและครอบครัว การให้การดูแลอย่างเฉพาะเจาะจง บรรยากาศในสถานพยาบาล บุคลากร สิ่งแวดล้อม และมีความปลอดภัยในสถานพยาบาล

### 2.5.3.2 คุณภาพตามการรับรู้ (Perceived quality)

คุณภาพตามการรับรู้ (Perceived quality) หมายถึง คุณภาพที่พิจารณาจากการรับรู้ตามความคาดหวังของผู้ใช้บริการ คือคุณภาพของสิ่งใด ๆ ผู้รับบริการจะสามารถรับรู้ได้เมื่อสัมผัสกับสิ่งนั้น และถ้าผู้รับบริการต้องตัดสินใจเลือกใช้บริการ หรือซื้อสิ่งของก็สามารถตัดสินใจได้ เนื่องจากการตัดสินใจเกี่ยวกับคุณภาพสามารถตัดสินใจจากการมองเห็นของผู้ที่เลือกใช้บริการเอง บุคคลหรือสังคมที่อยู่ในสถานการณ์นั้น ๆ จึงเป็นผู้ตัดสินใจเอง คุณภาพส่วนมากนั้นควรจะต้องตรงกับ “ความคาดหวังของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ” ได้มีผู้ศึกษาคุณภาพการดูแลตามความคาดหวังของผู้สูงอายุ หรือผู้รับบริการดังนี้

Rantz และคณะ (1999:16-37) ศึกษาคุณภาพการดูแลในสถานพยาบาลในมุมมองของผู้รับบริการคือ ผู้สูงอายุและครอบครัว พบว่ามียังมีองค์ประกอบ 7 อย่างได้แก่

1. บุคลากร (Staff) ผู้สูงอายุให้ความสำคัญของบุคลากรผู้ดูแลตนเองในสถานบริการด้านสุขภาพว่าถ้าไม่มีบุคลากรทุกอย่างคงไม่ประสบความสำเร็จ และต้องการบุคลากรจำนวนเพียงพอในการดูแล ไม่มีการเปลี่ยนแปลง เนื่องจากผู้ดูแลประจำจะทราบถึงความต้องการของผู้สูงอายุแต่ละคนเป็นอย่างดี และต้องการบุคลากรที่มีความรู้ หรือได้รับการอบรมและคำแนะนำมาเป็นอย่างดี และบุคลากรควรได้รับค่าตอบแทนที่ดี เพื่อให้มีกำลังใจในการปฏิบัติงาน
2. การดูแล (Care) ต้องให้การดูแลขั้นพื้นฐานที่ดี ให้การดูแลตามที่คุณสูงอายุต้องการในแต่ละคน เช่น การจัดอาหารตามความชอบของผู้สูงอายุ มีความสนใจกระตือรือร้นที่จะช่วยในการรับประทานอาหารและมีจิตวิญญาณในการดูแลด้วย
3. การมีส่วนร่วมของครอบครัว (Family involvement) เนื่องจากครอบครัวสามารถให้ความรัก ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดีและทำให้การดูแลมีคุณภาพมากขึ้น
4. การสื่อสาร (Communication) คือ การสื่อสารระหว่างผู้ให้บริการกับผู้สูงอายุและครอบครัว ทั้งการสื่อสารแบบวจนภาษา และอวจนภาษา เพราะเป็นการสื่อสารให้รู้ถึงคุณภาพการดูแลที่ผู้สูงอายุและครอบครัวได้รับ

5. **สิ่งแวดล้อม (Environment)** ต้องไม่มีกลิ่น ไม่มีเสียงรบกวน มีสถานที่กว้างขวางเพียงพอสำหรับการเดิน หรือรถเข็น มีแสงสว่างเพียงพอ ห้องนอนมีหน้าต่างที่สามารถมองเห็นวิวข้างนอกห้องได้ บรรยากาศเต็มไปด้วยความมีชีวิตชีวา เช่น มีเด็ก ต้นไม้ หรือ สัตว์เลี้ยง เพื่อเพิ่มความน่าอยู่มากขึ้น มีความปลอดภัยเมื่อเดินอยู่ภายใน หรือเมื่อมีผู้สูงอายุที่หลงลืมก็สามารถเดินไปมาในสถานพยาบาลได้ รวมถึงการดูแลความสะอาดสถานพยาบาลเป็นอย่างดี

6. **การให้ความรู้สึกเหมือนบ้าน (Home)** เนื่องจากผู้สูงอายุต้องอยู่ในสถานที่แห่งนี้เป็นเวลานาน จึงควรมีความเป็นส่วนตัว จะสามารถทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขมากขึ้น

7. **ราคา (Cost)** สถานบริการต้องให้การดูแลที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ อย่างน้อยผู้สูงอายุควรได้รับการดูแลขั้นพื้นฐานของมนุษย์ ถ้าจะจัดบริการอื่นเสริมควรดูแลสภาพผู้สูงอายุด้วย ไม่เห็นแก่รายได้มากเกินไป เช่น การนำผู้สูงอายุไปฝึกอาชีพบำบัดในขณะที่ผู้สูงอายุไม่สามารถตอบสนองได้ และเรียกเก็บเงินกับญาติเพิ่ม เป็นต้น

George and Weimerskirch (1998:6) กล่าวว่าคุณภาพที่เป็นไปตามที่ผู้รับบริการต้องการ ประกอบด้วย 9 อย่าง ได้แก่ การเน้นที่ผู้รับบริการเป็นสำคัญ เน้นที่ความพึงพอใจของผู้รับบริการเป็นหลัก ทุกคนในองค์กรทำงานโดยมีจุดประสงค์เดียวกัน มีการปรับปรุงการทำงานอย่างต่อเนื่องในระยะยาว บริหารงานตามความเป็นจริง ให้การป้องกันมากกว่าที่จะได้ตอบ มีการทำงานที่รวดเร็วแต่ยืดหยุ่นในองค์กร มองไปที่รอบตัว และหาหนทางที่จะเข้าไปมีส่วนร่วมเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการและผลงานที่ได้ต้องมีคุณค่า

Hutchison and Bahr (1991) ศึกษาความต้องการการดูแลที่ผู้สูงอายุต้องการ ในสถานบริการด้านสุขภาพประเภทไม่หวังผลกำไร พบว่าการดูแลเป็นสิ่งที่มีความหมายต่อผู้สูงอายุมาก เพราะจะทำให้ผู้สูงอายุคงไว้ซึ่งความรู้สึกมีคุณค่า เป็นตัวของตัวเอง และมีความเป็นบุคคล ซึ่งองค์ประกอบของการดูแลตามผู้สูงอายุต้องการคือ

1. **การป้องกัน (Protecting)** คือการดูแลให้ผู้สูงอายุปลอดภัยจากอุบัติเหตุ ให้การเอาใจใส่ด้วยคำพูด การแนะนำ การดูแลร่างกาย และมีการตรวจตราหรือสังเกตอย่างสม่ำเสมอ

2. **การสนับสนุน (Supporting)** คือการให้ผู้สูงอายุได้สิ่งที่ต้องการ ช่วยแก้ปัญหา ให้กำลังใจและให้ความสะดวกสบายในชีวิตประจำวัน



3. การรับรอง (Confirming) คือการดูแลโดยเคารพความเป็นบุคคล ยอมรับ และเข้าใจความรู้สึกนึกคิด มีความรู้สึกร่วมกับผู้สูงอายุ

4. สิ่งที่อยู่นอกเหนือความเข้าใจ (Transcending) ได้แก่ ความเชื่อในเรื่องศาสนา การสวดมนต์ การจัดให้มีการสวดมนต์ เพื่อเป็นการตอบสนองความต้องการของบุคคลที่อยู่นอกเหนือออกไป หรือเหนือธรรมชาติของมนุษย์ (Human nature)

จะเห็นได้ว่าคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุจะมีหลายมุมมองทั้งในมุมมองผู้ให้บริการ คือ คุณภาพตามความสอดคล้องกับมาตรฐานวิชาชีพ และในมุมมองของผู้รับบริการ คือคุณภาพตามความคาดหวัง หรือตามการรับรู้ของผู้รับบริการ ซึ่งคุณภาพในมุมมองของผู้รับบริการจะทำให้ความหมายของคุณภาพการดูแล จะนำไปสู่การจัดการดูแลที่สมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

## 2.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

### ประเทศไทย

อาพร สุขสวัสดิ์ (2534) ได้ศึกษาบทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุในเขตเทศบาลและนอกเทศบาล อำเภอพระนครศรีอยุธยา กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นสมาชิกครอบครัวที่อยู่ร่วมครัวเรือนเดียวกันกับผู้สูงอายุ จำนวน 396 คน ผลการศึกษาพบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 59.6 มีอายุระหว่าง 26-34 ปีและแต่งงานแล้ว ร้อยละ 57.6 ด้านการศึกษาพบว่าส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 หรือสูงกว่า การประกอบอาชีพส่วนใหญ่ประกอบอาชีพส่วนตัว เช่น ค้าขาย เจ้าของกิจการ บริษัทห้างร้าน ร้อยละ 38.4 มีรายได้ของครอบครัวสูงกว่า 6,000 บาทต่อเดือน และเป็นบุตรของผู้สูงอายุ ร้อยละ 86.4 ที่อยู่อาศัยพบว่าส่วนใหญ่เป็นของผู้สูงอายุ ร้อยละ 62.1

วิภาวรรณ ชะอุ่ม (2536) ทำการศึกษาในการดูแล และความผาสุกโดยทั่วไปของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ดองพึ่งพาที่บ้าน โดยศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ดองพึ่งพาที่บ้าน จำนวน 100 คน ผลการวิจัยพบว่า ภาวะในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับความผาสุกโดยทั่วไปของผู้ดูแลในครอบครัว แหล่งประโยชน์ในการเผชิญความเครียด ด้านระยะเวลาในการศึกษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกโดยทั่วไป ปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ซึ่งเป็นผลเนื่องมาจากรายได้ของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับความผาสุกโดยทั่วไป และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะในการดูแล ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะในการดูแล และความผาสุกโดยทั่วไป

ชนิตา มณีวรรณ และคณะ (2537) ศึกษาปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้ดูแลในครอบครัว จำนวนกลุ่มละ 110 ราย ในส่วนของผู้ดูแลพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ร้อยละ 31.8 เป็นบุตรสาวต้องดูแลผู้ป่วย วันละ 10-24 ชั่วโมง พบว่ามีปัญหาทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม เศรษฐกิจและการดูแล ผู้ป่วยต้องการการสนับสนุนช่วยเหลือทางสังคม เศรษฐกิจ และการดูแลผู้ดูแลต้องการการสนับสนุนช่วยเหลือทางสังคม เศรษฐกิจ และความต้องการความรู้ความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยอย่างมาก

เทพินทร์ พัทธานุกรักษ์ (2537) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างครอบครัวกับการเลี้ยงดูและดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเน้นศึกษาเฉพาะครอบครัวเขตเมืองในจังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 160 ครอบครัว ผลการศึกษาพบว่ารูปแบบครอบครัวที่ให้การดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะเป็นการให้อาหาร เสื้อผ้า และค่าใช้จ่าย ซึ่งเป็นการดูแลทั่ว ๆ ไป ส่วนการดูแลเรื่องสุขภาพนั้นมีเป็นส่วนน้อย ในส่วนของคุณลักษณะทางเศรษฐกิจสังคมของบุตรพบว่า มีความสัมพันธ์กับรูปแบบในการดูแลกล่าวคือ บุตรที่มีอายุระหว่าง 35-44 ปี สมรสแล้ว มีระดับการศึกษาสูง มีรายได้ในระดับสูงมีแนวโน้มที่จะให้การเลี้ยงดูและดูแลผู้สูงอายุมากกว่ากลุ่มอายุอื่น ๆ

จิราพร เกศพิชญวัฒนา (2542) ทำการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาความกตัญญู กตเวทิตะ และการดูแลบิดามารดาที่ต้องการการดูแลด้านสุขภาพจากข้อคิดเห็นของครอบครัวในเขตกรุงเทพมหานคร โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก และการสังเกตโดยการมีส่วนร่วมในกลุ่มที่ศึกษา กลุ่มตัวอย่างเป็นบุตรจำนวน 15 คน ที่ดูแลบิดามารดาที่เจ็บป่วยภายในครอบครัว การดูแลบิดามารดาสูงอายุในครอบครัวไทย จำแนกได้เป็น 3 ลักษณะ ได้แก่ การดูแลทางด้านร่างกาย การดูแลทางด้านจิตใจ และการดูแลทางด้านจิตวิญญาณ สิ่งยึดเหนี่ยวทางความสงบสุขทางจิตใจหรือศาสนา นอกจากนี้งานวิจัยยังพบว่า ปัจจัยทางด้านวัฒนธรรมและสังคมเศรษฐกิจมีบทบาทสำคัญและส่งผลต่อการดูแลบิดามารดาผู้สูงอายุในครอบครัว และทำให้ได้ความรู้พื้นฐาน และเกิดความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย โดยเฉพาะบิดามารดาภายในครอบครัวของสังคมไทยในลักษณะภาพองค์รวม ลักษณะเฉพาะของสังคมวัฒนธรรมไทยที่มีผลต่อการดูแลบิดามารดาเพื่อทดแทนพระคุณ ถูกคาดหวังว่ายังคงอยู่และได้รับการยึดมั่นปฏิบัติต่อ ๆ ไปในสังคมไทย

## ต่างประเทศ

Phillips & Rempusheski, (1986) ทำการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ จำนวน 39 คน โดยใช้วิธีการประกาศรับสมัครผู้เข้าร่วมวิจัยทางหนังสือพิมพ์ ซึ่งมีวัตถุประสงค์ของการวิจัยเพื่อที่จะเสนอแนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัว โดยเน้นประเด็นสำคัญที่คุณภาพการดูแลที่ไม่ดี และอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างสภาวะแวดล้อม การรับรู้และพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปของผู้ดูแลในครอบครัว และผู้สูงอายุ ซึ่งผลการวิจัยทำให้ทราบถึงแนวคิด ทฤษฎีที่นำมาอธิบายคุณภาพในการให้การดูแลซึ่งผู้วิจัยใช้ทฤษฎี Symbolic interaction และทฤษฎี Social exchange theory ซึ่งจากทฤษฎีดังกล่าว ทำให้อธิบายกระบวนการของการนำไปสู่คุณภาพในการให้การดูแล แบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอน คือ

1. การวิเคราะห์สถานการณ์ หรือสถานการณ์ ได้แก่ ด้านผู้สูงอายุ ซึ่งประกอบด้วย บุคลิกภาพที่เด่นของผู้สูงอายุ การปรองดองกัน และด้านผู้ดูแล ประกอบด้วย ภาพพจน์ ความรู้สึกนึกคิดของญาติผู้ดูแล และความเข้าใจหรือยอมรับในสถานการณ์จริง
2. การรับรู้เกี่ยวกับการดูแล อธิบายว่า ผู้ดูแล มีความเชื่อต่อความเชื่อในบทบาทของผู้ดูแล
3. การปฏิบัติการณ์ดูแล อธิบายว่า พฤติกรรมของผู้ดูแลที่แสดงออกโดยมีการจัดการ การวางแผน
4. การประเมินผล เป็นขั้นที่ผู้ดูแลมีการยอมรับและมีการตอบสนอง หรืออาจกล่าวได้ว่าเป็นสิ่งที่ผู้ดูแลแสดงออก

Bull (1990) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะการดูแล และภาวะสุขภาพของผู้ดูแลในผู้ป่วยเรื้อรัง 55 ราย พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ ร้อยละ 73 รับรู้ว่าตนมีสุขภาพดี ถึงดีมาก ผู้ดูแลที่มีอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไป มีภาวะสุขภาพที่แย่กว่าผู้ดูแลที่มีอายุน้อย และพบว่ารายได้ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล และขนาดเครือข่ายทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะการดูแล ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย และขนาดเครือข่ายทางสังคมสามารถทำนายภาวะการดูแลได้ร้อยละ 53 โดยวัดหลังจากผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 2 สัปดาห์ และพบว่า รายได้ และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสามารถทำนายภาวะการดูแลได้ร้อยละ 50 วัดเมื่อผู้ป่วยจำหน่ายจากโรงพยาบาลได้ 2 เดือน

Bergemer & Shimer (1993) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในสถานพยาบาล โดยศึกษาในผู้ดูแล และผู้สูงอายุ จำนวน 58 คู่ เก็บรวบรวมข้อมูล โดยการสังเกตพฤติกรรมในการให้การดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลทั้งพฤติกรรมที่แสดงออกโดยคำพูด และไม่แสดงออกโดยคำพูด การแสดงความเอาใจใส่ผู้สูงอายุที่อยู่ในความดูแล และพฤติกรรมเกี่ยวกับด้านสังคม ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลอันได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคสมองเสื่อม ประสบการณ์การทำงานกับผู้ป่วยสมองเสื่อม จำนวนปีที่ได้รับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ดูแล

Zanetti O. et.al. (1996) ทำการศึกษาเรื่องความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ โดยเป็นการศึกษาถึงสาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียด, อาการซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ในประเทศอิตาลี โดยเก็บข้อมูลจากผู้ดูแล 63 คน ผลการศึกษาพบว่าพฤติกรรมที่ก่อความเครียดของผู้ป่วยและจำนวนสมาชิกที่อาศัยอยู่ในบ้านมีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้ดูแล ปัจจัยสำคัญคือการทำงานที่มีคนอยู่เยอะและมีเพื่อนมาเยี่ยมจำนวนน้อยรวมทั้งสุขภาพที่แย่ลง อายุที่มากขึ้นของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทำให้เกิดความเครียดต่อผู้ดูแล ซึ่งผลการศึกษาในอิตาลีในเรื่องนี้มีความใกล้เคียงกัน ปัจจัยดังกล่าวก่อให้เกิดความรู้สึกเป็นภาระในตัวผู้ดูแล

Almberg B. Grafstrom M., Winblad B. (1997) ทำการศึกษาเรื่อง Major strain and strategies as reported by family members who care for aged dementiaed relatives โดยการสัมภาษณ์ผู้ดูแล 46 คน การศึกษานี้เป็นการพยายามอธิบายผู้ที่ทำหน้าที่ดูแล 2 กลุ่ม คือกลุ่มที่เคยมีประสบการณ์ใช้อารมณ์หรือโกรธในการดูแลกับกลุ่มที่ไม่เคยมีประสบการณ์ในการใช้อารมณ์ในการดูแล ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มผู้ดูแลที่เคยมีประสบการณ์นั้นจะใช้อารมณ์เป็นหลัก (ความเสียใจ วิตกกังวล กล้าวโทษ) และพวกเขามีวิธีการจัดการปัญหาคือ คิดว่าจะต้องควบคุมตัวเอง ส่วนกลุ่มที่ไม่เคยใช้อารมณ์ในการดูแลนั้นจะจัดการกับปัญหาโดยเผชิญปัญหา หาข้อมูล และพยายามหาการสนับสนุนจากสังคม และพวกเขาจะใช้อารมณ์หรือความรู้สึกในการคิดและยอมรับข้อมูลตลอดจนการสนับสนุนทางสังคม

Harwood D.G. et.al. (2000) ทำการศึกษาเรื่อง Predictors of Appraisal and Psychological Well-Being in Alzheimer's Disease Family Caregivers การศึกษาครั้งนี้เป็นการทดสอบรูปแบบความเครียด การประเมิน และการปรับตัวของครอบครัวผู้ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงปริมาณเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 114 ครอบครัว ผลการศึกษาพบว่าระดับภาวะของผู้ดูแลเป็นตัวแสดงสำคัญที่ทำให้เห็นถึงสุขภาพจิตที่ดีของครอบครัวผู้ดูแล และพบว่าตัวแปรแทรกที่มีผลด้านลบก็คือ การเพิ่มขึ้นของหน้าที่ที่จำกัด, พฤติกรรมที่ก่อกวนของผู้ป่วย, สุขภาพร่างกายที่แย่งลง, และการขาดการได้รับความสนับสนุนทางด้านจิตใจและอารมณ์ ซึ่งทั้งหมดนี้มีผลทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกเป็นภาระและเกิดความซึมเศร้า หดหู่ใจ

Robinson K.M. et.al. (2001) การศึกษาเรื่องปัญหาพฤติกรรมของผู้ป่วย และผลกระทบต่อผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ โดยทำการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลจำนวน 30 คน พบว่าปัญหาพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์มีความสัมพันธ์ต่อผู้ดูแลอย่างมากเพราะเป็นผลกระทบอันเนื่องมาจากการดูแล มากกว่าพฤติกรรมโดยทั่วไปของผู้ป่วย ผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลโดยเฉพาะที่เป็นผู้หญิงต้องการที่จะได้รับความเป็นส่วนตัว, ความรู้เฉพาะทาง, การฝึกอบรมเพื่อทำความเข้าใจและจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์

Karlawish J.H.T. et.al. (2003) ศึกษาเรื่อง Why would Caregivers Not Want to Treat Their Relative's Alzheimer's Disease ? โดยทำการเก็บข้อมูลผู้ดูแลจำนวน 102 คน ผลการศึกษาพบว่ากว่าครึ่งของผู้ป่วยมีอาการความจำเสื่อมขั้นรุนแรง และผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลมีความต้องการที่จะเลิกทำการดูแลผู้ป่วยโดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยมีอาการเข้าขั้นรุนแรงมากขึ้น พวกเขาไม่ต้องการที่จะเสี่ยงในการดูแลคนไข้ และผู้ที่ต้องการเลิกทำหน้าที่ในการดูแลนั้นส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีอายุมากและมีปัญหาภาวะทางด้านเศรษฐกิจ

## แผนภาพที่ 2 กรอบแนวคิดการวิจัย

