บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาอิทธิพลของครอบครัว ชุมชน สังคมและสภาพแวดล้อมที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในภาวะปกติ เขตบางขื่อ เขตธนบุรี เขตคลองสาน และเขตบางพลัด ได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อกำหนดกรอบแนวทางการศึกษาดังนี้

1. ทฤษฎีการสูงอายุ
2. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง
3. แนวคิดเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวัน
4. แนวคิดเกี่ยวกับครอบครัว
5. แนวคิดเกี่ยวความเชื่อ ศาสนา
6. แนวคิดเกี่ยวกับชุมชนแออัด
7. แนวคิดเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม
8. แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม
9. ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
10. กรอบแนวคิดทางการศึกษา

2.1 ทฤษฎีการสูงอายุ

การสูงอายุสามารถอธิบายได้ด้วยทฤษฎีต่างๆ ได้แก่ ทฤษฎีการสูงอายุทางชีววิทยา ทฤษฎีการสูงอายุทางสังคมวิทยา (Eliopoulos. 1993: 16-21; Kart, Metress & Metress. 1988: 56-65; Miller. 1995: 29-33) ดังนี้

1. **ทฤษฎีการสูงอายุทางชีววิทยา** (Biological Aging Theories) เป็นทฤษฎีที่อธิบายกระบวนการสูงอายุขั้นพื้นฐานของชีวิต การช่วยตอบคำถามเกี่ยวกับการสูงอายุว่าการสูงอายุของเซลล์เกิดขึ้นได้อย่างไร หรืออะไรเป็นตัวกระตุ้นในกระบวนการสูงอายุ และเป็นทฤษฎีที่อธิบายกระบวนการทางสรีรวิทยาที่เกิดขึ้นโดยอิสระ ปราศจากอิทธิพลของปัจจัยภายนอกหรือการเจ็บป่วยซึ่งเฮย์ฟลิค (Hayflick 1997:30 อ้างใน Miller, 1995: 29) กล่าวถึงทฤษฎีการสูงอายุทางชีววิทยาว่าต้องอธิบายการเปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์กับอายุในเรื่อง 1) การทำหน้าที่ได้ลดลง (Deleterious) 2) มีความก้าวหน้าไปเรื่อย ๆ (Progressive) 3) ไม่เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมภาย

นอก (Intrinsic) และ 4) มีผลกระทบต่อทุกคน (Universal) โดยทุกทฤษฎีพยายามอธิบายการเปลี่ยนแปลงคุณลักษณะเหล่านี้ที่สัมพันธ์กับอายุในมุมมองที่แตกต่างกัน ได้แก่ ทฤษฎีพันธุกรรม ทฤษฎีการเสื่อมถอย ทฤษฎีภูมิคุ้มกัน ทฤษฎีการเชื่อมต่อโมเลกุล และทฤษฎีแรดิคัลอิสระ

1.1 **ทฤษฎีพันธุกรรม** (Genetic theories) เป็นทฤษฎีที่อธิบายว่าการสูงอายุเป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงของยีนส์ หนึ่งในทฤษฎีที่มีผู้กล่าวถึงมากที่สุดคือ ทฤษฎีโปรแกรม (Program theory of aging) ซึ่งอธิบายโดยเฮย์ฟลิค ในช่วงปี 1960 ว่าช่วงชีวิตของสัตว์ถูกกำหนดโดยยีนส์ หรือเรียกว่า "นาฬิกาชีวิต" ในมนุษย์ถูกกำหนดไว้สูงสุดประมาณ 110 ปี และภายในเวลาดังกล่าวเซลล์ปกติมีการแบ่งตัว 50 ครั้ง แล้วจะหยุด และมีการเสื่อมสภาพ จำนวนครั้งของการแบ่งตัวของเซลล์จะแตกต่างกันในสิ่งมีชีวิตแต่ละชนิด สิ่งมีชีวิตที่มีอายุขัยเฉลี่ยมากกว่าจะมีจำนวนครั้งของการแบ่งตัวของเซลล์มากกว่า เซลล์ที่ผิดปกติไม่ได้ถูกจัดอยู่ในหลักการนี้ ทฤษฎีพันธุกรรมบางทฤษฎี ได้แก่ ทฤษฎีมิวเตชั่น (Mutation theory) อธิบายว่าการสูงอายุเป็นผลจากความผิดพลาดในการแบ่งเซลล์ของเซลล์ร่างกาย หรืออาจเกิดจากการเปลี่ยนแปลงในกลไกการซ่อมแซม DNA

ทฤษฎีพันธุกรรมได้รับการสนับสนุนจากผลการศึกษาของลินท์ส (Lints) ที่พบความคล้ายคลึงระหว่างอายุขัยเฉลี่ยของสมาชิกในครอบครัวเดียวกัน โดยพบว่าบุตรที่มีบิดามารดาถึงแก่กรรมเมื่ออายุ 60 ปี จะมีอายุขัยเฉลี่ยน้อยกว่าบุตรที่บิดามารดาถึงแก่กรรมเมื่ออายุ 80 ปี ถึง 20 ปี และพบว่าแฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกันมีอายุขัยเฉลี่ยและสาเหตุการตายเหมือนกันมากกว่าแฝดที่เกิดจากไข่คนละใบ

1.2 **ทฤษฎีการเสื่อมถอย** (Wear and tear theory) ออกัส ไวส์แมน (August Weismann) อธิบายว่าเซลล์ร่างกายปกติมีข้อจำกัดในการสร้างและทำหน้าที่ การตายการเกิดขึ้นเพราะเนื้อเยื่อที่เสื่อมสภาพไม่สามารถสร้างใหม่ทดแทนได้ในสภาพที่สมบูรณ์หรือในอัตราเร็วที่เพียงพอ และทฤษฎีนี้ยังอธิบายว่าสิ่งมีชีวิตมีพลังงานที่จำกัดจำนวนหนึ่งที่ใช้ได้อย่างเพียงพอในกระบวนการเสื่อมถอยในภาวะปกติ แต่ไม่เพียงพอเมื่อมีปัจจัยอื่นที่เป็นอันตรายเพิ่มขึ้นมา ได้แก่ การสูบบุหรี่ การขาดสารอาหาร กล้ามเนื้ออ่อนล้า หรือการดื่มแอลกอฮอล์จำนวนมาก ๆ ทฤษฎีนี้ได้รับการสนับสนุนจากอาการแสดงของเซลล์กล้ามเนื้อลาย เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจ และเซลล์ประสาท จากการส่องกล้องจุลทรรศน์

ทฤษฎีการเสื่อมถอยเปรียบร่างกายเหมือนเครื่องยนต์ที่มีการสึกหรอเมื่อผ่านการใช้งานไประยะหนึ่ง แม้ชิ้นส่วนต่างๆ จะสามารถซ่อมแซมหรือเปลี่ยนใหม่ให้ดีขึ้นได้แต่สุดท้ายก็ต้องหมด

อายุการใช้งาน และที่แตกต่างจากเครื่องยนต์คือเซลล์ร่างกายหลาย ๆส่วนยังสามารถซ่อมแซมได้อีกแม้จะสูงอายุ

1.3 **ทฤษฎีคุ้มกัน** (Immunity theory) อธิบายความสัมพันธ์ระหว่างข้อจำกัดในการทำหน้าที่ของระบบภูมิคุ้มกันกับอายุ ทำให้ผู้สูงอายุมีกลไกการป้องกันตนเองจากสิ่งแปลกปลอมลดลง จึงเสี่ยงต่อการเกิดโรคมากขึ้น ได้แก่ มะเร็ง และการติดเชื้อ และผลจากข้อจำกัดในการทำหน้าที่ของระบบภูมิคุ้มกันดังกล่าวทำให้เพิ่มปฏิกิริยาการทำลายตัวเอง Autoimmune) ผู้สูงอายุจึงมักจะแพ้อาหารและสิ่งแปลกปลอมต่าง ๆ ได้ง่ายทั้ง ๆ ที่ไม่เคยแพ้มาก่อน

1.4 **ทฤษฎีการเชื่อมต่อโมเลกุล** (Cross-link theory) อธิบายว่าในภาวะปกติโมเลกุลต่าง ๆ จะเชื่อมต่อกันด้วยปฏิกิริยาทางเคมี เมื่อมีการผิดพลาดเกิดขึ้นโมเลกุลนั้นก็จะถูกทำลาย และมีกลไกการซ่อมแซมเกิดตามมาโดยธรรมชาติ เมื่ออายุเพิ่มมากขึ้นกลไกการซ่อมแซมจะอ่อนแอลง เซลล์ที่ถูกทำลายจากการเชื่อมต่อผิดพลาดมีมากขึ้นจนเกิดมิวเตชั่น (Mutation) ขาดความสามารถในการทำหน้าที่ขับของเสียและส่งผ่านประจุไฟฟ้า โปรตีนสูญเสียความยืดหยุ่นและขาดประสิทธิภาพ ทำให้อวัยวะต่างๆ เสื่อมสภาพ ได้แก่ การแข็งตัวของผนังหลอดเลือดและการเปลี่ยนแปลงของผิวหนัง

1.5 **ทฤษฎีแรดิคัลอิสระ** (Free radical theory) ทฤษฎีนี้ถูกกล่าวถึงตั้งแต่กลาง ค.ศ.1950 จนถึงปัจจุบัน โดยอธิบายว่าแรดิคัลอิสระเกิดจากกระบวนการเผาผลาญในภาวะปกติทั่วไปหรือจากปฏิกิริยาต่อรังสี การเชื่อมต่อกับแรดิคัลอิสระตัวอื่นและจากปฏิกิริยาออกซิเดชั่นของมลพิษในสิ่งแวดล้อม ได้แก่ โอโซน สารพิษ และมลพิษทางอากาศ เนื่องจากแรดิคัลอิสระไม่มี DNA จึงสามารถผลิตของเสียสะสมในนิวเคลียสและไซโตพลาสซึม และก่อให้เกิดความผิดปกติทางพันธุกรรมแม้ร่างกายจะมีกลไกป้องกันตัวตามธรรมชาติ (Antioxidants) ซึ่งมีผลชะลออัตราเร็วของการเกิดปฏิกิริยาออกซิเดชั่นหรือลดผลเสียจากแรดิคัลอิสระ ได้แก่ วิตามินซีและวิตามินอี แต่กลไกการป้องกันตัวนี้จะหย่อนสมรรถภาพลงหรืออัตราการเกิดแรดิคัลอิสระเพิ่มขึ้นเมื่อสูงอายุมีผลให้ผนังเซลล์ถูกทำลาย และมากๆ ขึ้นจนไม่สามารถทำหน้าที่ได้

สรุปได้ว่าการสูงอายุทางชีววิทยา 1) มีผลกระทบต่อชีวิตทุกชีวิต 2) เป็นธรรมชาติที่เกิดขึ้นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ไม่สามารถย้อนกลับได้ และก้าวไปข้างหน้าตามกาลเวลา 3) มีความแตกต่างระหว่างบุคคล 4) อัตราการเกิดสำหรับสิ่งมีชีวิตแต่ละชนิดและแต่ละเซลล์แตกต่างกัน 5) ได้รับอิทธิพลจากปัจจัยที่ไม่มีชีวิต 6) เป็นกระบวนการที่แตกต่างจากกระบวนการเกิดโรค 7) เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคของบุคคล

2. **ทฤษฎีทางสังคมวิทยา** (Sociologic Theories of Aging) เป็นทฤษฎีที่พยายามอธิบายว่าสังคมมีอิทธิพลต่อผู้สูงอายุอย่างไร และผู้สูงอายุมีอิทธิพลต่อสังคมอย่างไร โดยมีจุดเน้นที่การปรับตัวของผู้สูงอายุเมื่อต้องสูญเสียบทบาทในสังคม ได้แก่ ทฤษฎีการไร้ภาระผูกพัน ทฤษฎีกิจกรรม ทฤษฎีความต่อเนื่อง และทฤษฎีวัฒนธรรมย่อย

2.1 **ทฤษฎีการไร้ภาระผูกพัน** (Disengagement theory) ซึ่งคูมมิ่งและเฮนรี่ (Cumming & Henry) นำเสนอไว้เมื่อปี ค.ศ. 1961 โดยอธิบายว่าการคงไว้ซึ่งภาวะสมดุลในสังคมเป็นกระบวนการของการประสานประโยชน์เพื่อการถอยหนีจากกันระหว่างผู้สูงอายุและสังคม เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นอย่างเป็นระบบและไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ เพื่อตอบสนองความต้องการของสังคมมากกว่าความต้องการของบุคคล แต่ผู้สูงอายุจะได้รับความพึงพอใจและความสุขเมื่อไร้ภาระผูกพัน

ทฤษฎีนี้อาจเป็นจริงในสังคมตะวันตกที่บุคคลต้องการความเป็นอิสระ มีวัฒนธรรมการเลี้ยงดูที่ส่งเสริมให้พึ่งตนเองตั้งแต่เด็ก แต่อาจไม่ครอบคลุมประชากรทั้งหมดที่มีความแตกต่างกัน เนื่องจากทฤษฎีพัฒนามาจากงานวิจัยในกลุ่มชนชั้นกลาง จำนวน 172 คน มีอายุระหว่าง 48-68 ปี ที่มีภาวะสุขภาพ ระดับการศึกษา และอาชีพ ในระดับดีกว่าประชากรสูงอายุทั่วไป จึงค่อนข้างแตกต่างกับผลการศึกษาในประเทศไทยที่พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้รับการศึกษา ประกอบอาชีพเกษตรกรรม มีฐานะยากจน มีปัญหาสุขภาพ ต้องการได้รับความรักและการเอาใจใส่จากบุตรหลาน ต้องการอยู่ใกล้ชิดกับบุตรหลานและเพื่อนสนิท และมีบทบาทเป็นที่ปรึกษาครอบครัวและช่วยดูแลเลี้ยงดูเด็ก (นิศา ชูโต. 2525 และบุษกร โกมลภมร. 2528:57)

2.2 **ทฤษฎีกิจกรรม** (Action theory) เป็นทฤษฎีที่ตรงข้ามกับทฤษฎีการไร้ภาระผูกพันทฤษฎีนี้อธิบายว่าผู้สูงอายุไว้ซึ่งกิจกรรมที่เคยกระทำในวัยกลางคนให้นานที่สุดเท่าที่จะทำได้ และสังคมควรให้การยอมรับผู้สูงอายุเช่นเดียวกับประชากรวัยกลางคน ผู้สูงอายุต้องแสวงหากิจกรรมทางปัญญามากระทำเพื่อทดแทนกิจกรรมทางกายภาพที่ลดน้อยลงจากการเสื่อมถอยความสามารถทางกายภาพ ต้องทำงานอย่างใดอย่างหนึ่งทดแทนเมื่อต้องออกจากงาน ต้องสร้างความสัมพันธ์กับเพื่อนใหม่เมื่อเพื่อนที่มีอยู่เดิมเสียชีวิต หรือกล่าวได้ว่าผู้สูงอายุต้องต่อต้านและเอาชนะการเสื่อมถอยด้านสุขภาพ การสูญเสียบทบาท การลดลงของรายได้ การจากไปของเพื่อนๆ รวมทั้งอุปสรรคอื่นๆ แทนการยอมรับ เพื่อคงไว้ซึ่งชีวิตที่เข้มแข็งตลอดไป

ทฤษฎีนี้มีส่วนดีเพราะการที่สังคมให้การยอมรับบุคคลที่ตื่นตัวว่องไวว่าช่วยให้เกิดความผาสุขด้านร่างกายจิตใจและสังคมมากกว่าบุคคลที่มีพฤติกรรมในทางตรงข้าม ผู้สูงอายุส่วนหนึ่งในสังคมที่มีศักยภาพเพียงพอจึงพยายามเอาชนะปัญหาและอุปสรรคที่มีเพื่อให้ตนเองดูดีขึ้น

และมีความผาสุข แต่สังคมต้องไม่ละเลยผู้สูงอายุอีกจำนวนหนึ่งที่ขาดศักยภาพที่จะกระตุ้นหรือแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง โดยให้การช่วยเหลือที่เหมาะสม

2.3 **ทฤษฎีความต่อเนื่อง** (Continuity theory) ได้รับการพัฒนาขึ้นโดยนิวการ์เท็นและคณะ (Neugarten and colleagues) เพื่ออธิบายผู้สูงอายุที่ไม่ประสบความสำเร็จในชีวิตซึ่งอธิบายไม่ได้ด้วยทฤษฎีการไร้ภาระผูกพันและทฤษฎีกิจกรรม เป็นการอธิบายความ ต่อเนื่องของบุคลิกภาพหรือทฤษฎีพัฒนาการของผู้สูงอายุ โดยทฤษฎีนี้อธิบายว่าคุณลักษณะเฉพาะในการปรับตัวของบุคคลที่กระทำมาในอดีตจะยังมีวิวัฒนาการอย่างต่อเนื่องตลอดไปเมื่อสูงอายุและจากการศึกษาพบว่าหลักการดังกล่าวนี้เป็นกฎที่เกิดในทุกคนมากกว่าจะเป็นข้อยกเว้น

2.4 **ทฤษฎีวัฒนธรรมย่อย** (Subculture theory) ได้รับการพัฒนาโดยโรส (Rose) ซึ่งอธิบายว่ากลุ่มผู้สูงอายุจะมีมาตรฐาน ความคาดหวัง ความเชื่อ และอุปนิสัยเป็นของตนเอง โดยไม่พยายามผสมผสานสิ่งเหล่านี้เข้ากับสังคมส่วนใหญ่ และต้องการมีปฏิสัมพันธ์เฉพาะกับพวกเดียวกันมากกว่ากลุ่มอายุอื่น วัฒนธรรมย่อยเป็นปฏิกิริยาตอบสนองต่อการสูญเสียสถานภาพทางสังคม ซึ่งมีผลทางลบต่อผู้สูงอายุ ในวัฒนธรรมย่อยของผู้สูงอายุสถานภาพของแต่ละบุคคลขึ้นกับภาวะสุขภาพมากกว่าอาชีพ การศึกษา หรือเศรษฐานะที่เคยมีความสำคัญต่อแต่ละคนในอดีต ผลลัพธ์ของทฤษฎีวัฒนธรรมย่อยก็การพัฒนาจิตสำนึกของกลุ่มผู้สูงอายุซึ่งนำไปสู่การพัฒนาอัตมโนทัศน์ของผู้สูงอายุและการเปลี่ยนแปลงความหมายทางลบที่สังคมมีต่อผู้สูงอายุ ตัวอย่างวัฒนธรรมย่อยเหล่านี้ ได้แก่ ชมรมผู้สูงอายุและชมรมข้าราชการบำนาญซึ่งเพิ่มจำนวนขึ้นอย่างรวดเร็วจนกลายเป็นกำลังสำคัญส่วนหนึ่งในสังคม

ทฤษฎีทางสังคมวิทยา ได้มุมมองของผู้สูงอายุในฐานะบุคคลที่ทำหน้าที่อย่างสอดประสานกับสิ่งแวดล้อมต่างๆ ในสังคมและได้รับอิทธิพลจากปัจจัยต่างๆ ได้แก่ วัฒนธรรม ครอบครัว การศึกษา ชุมชน บทบาทที่ได้รับ บ้านและที่อยู่อาศัย เศรษฐกิจส่วนบุคคลและส่วนรวม

จากทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่กล่าวมา สรุปว่า ผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงตามวัยตามชีววิทยาและสังคมวิทยา ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้ทฤษฎีการเสื่อมถอยของออกัส ไวส์แมน (August Weismann) และทฤษฎีกิจกรรมมาเป็นแนวทางในการศึกษา

2.2 แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง

การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมขั้นพื้นฐานของบุคคลทุกคนในสังคม เพื่อตอบสนองต่อภาวะการเจ็บป่วย รวมถึงความสามารถที่จะเผชิญกับความเจ็บป่วย และเป็นการกระทำหน้าที่ด้วยตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค เพื่อจะรักษาไว้ซึ่งชีวิตและสุขภาพที่ดี

โอเร็ม (Orem , D.E., 1985 อ้างใน สมจิต หนุเจริญกุล. 2539:27-30) ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเองไว้เป็นครั้งแรกในปี 1959 และพัฒนาแนวคิดนี้ขึ้นมาเป็นลำดับ โอเร็มกล่าวว่า การดูแลตนเองหมายถึงการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่ม และกระทำเพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิการของตน การดูแลตนเองเป็นการกระทำที่มีเป้าหมาย (Deliberate action) และเมื่อกระทำไปอย่างมีประสิทธิภาพจะมีส่วนช่วยให้โครงการ หน้าที่ และพัฒนาการของแต่ละบุคคลดำเนินไปได้ถึงขั้นขีดสูงสุด แม้ว่าเป้าหมายของการดูแลสุขภาพของบุคคลคือการรักษาไว้ซึ่งชีวิตสุขภาพ และสวัสดิภาพก็ตาม แต่กิจกรรมการดูแลตนเอง หรือดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาบางอย่างอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อชีวิตสุขภาพได้ เช่น การรดน้ำมนต์ การใช้ยาพื้นบ้านหรือสมุนไพรบางชนิด ซึ่งโอเร็มเรียกการดูแลตนเองนั้นว่าเป็น Non – therapeutic ดังนั้น การดูแลตนเองจะเป็น "Therapeutic" ต่อเมื่อก่อให้เกิดต่อบุคคล ดังนี้

1.รักษาไว้ซึ่งชีวิตสุขภาพและการทำหน้าที่ที่เป็นไปตามปกติ

2.ส่งเสริมการเจริญเติบโต พัฒนาการ และการบรรลุนิติภาวะของบุคคลตามศักยภาพ

3.ป้องกันควบคุม และรักษากระบวนการของโรคและการบาดเจ็บ

4.ป้องกันหรือชดเชยภาวะไร้สมรรถภาพ

5. ส่งเสริมสวัสดิภาพและความผาสุกของบุคคล

มัลลิกา มัติโก (2530 :11-14) กล่าวว่า การดูแลตนเองของประชาชนเป็นพฤติกรรมดั้งเดิมของประชาชนที่ผสมผสานกับการอบรมขัดเกลา การถ่ายทอดความรู้ทางสังคมตั้งแต่การสังเกตด้วยตนเองการรับรู้อาการ การให้ความหมายของการตัดสินใจเกี่ยวกับความรุนแรง การเลือกวิธีการรักษาและประเมินการรักษาตนเอง รูปแบบการดูแลตนเองจะแตกต่างกันตามวัฒนธรรม ความเชื่อและทรัพยากรที่มีอยู่ในแต่ละสังคม

พฤติกรรมการดูแลตนเอง แบ่งออกเป็นลักษณะใหญ่ๆ 2 ลักษณะคือ มัลลิกา มัติโก (2530 :11-13)

1. การดูแลตนเองในสภาวะปกติ (Self care in health) เป็นพฤติกรรมการดูแลตนเองและสมาชิกในครอบครัวเพื่อสนับสนุนการดำรงชีวิตให้เป็นปกติในขณะที่มีสุขภาพแข็งแรงมี 2 ลักษณะ คือ

1.1 การรักษาสุขภาพ (Health maintenance) คือ เป็นพฤติกรรมที่จะรักษาสุภาพให้แข็งแรงปราศจากความเจ็บป่วย สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติโดยหลีกเลี่ยงอันตรายต่างๆ ที่ส่งผลต่อสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย การมีสุขวิทยาส่วนบุคคลที่ดี การควบคุมอาหาร การไม่ดื่มสุรา ไม่สูบบุหรี่ การกินวิตามินต่าง ๆ การตรวจสุขภาพฟันทุก 6 เดือน เป็นต้น ซึ่งพฤติกรรมที่กระทำสม่ำเสมอ

1.2 การป้องกันโรค (Disease prevention) คือ เป็นพฤติกรรมที่กระทำโดยมุ่งที่จะป้องกันไม่ให้เกิดความเจ็บป่วยหรือโรคต่างๆ เช่น การไปรับภูมิคุ้มกันโรค โดยแบ่งระดับของการป้องกันโรคได้เป็น 3 ระดับ คือ

ก. การป้องกันโรคเบื้องต้น (Primary prevention) เช่น การไปรับภูมิคุ้มกันโรค

ข. การป้องกันความรุนแรงของโรค (Secondary prevention) เป็นระดับของการป้องกันที่มุ่งจะขจัดโรคให้หมดไปก่อนที่อาการของโรคจะรุนแรงขึ้น เช่น การนัดหญิงอาชีพพิเศษมาตรวจเลือดทุก 3 เดือน ภายหลังตรวจพบเชื้อซิฟิลิส เพื่อเฝ้าระวังมิให้อาการรุนแรงมากขึ้น

ค. การป้องกันการแพร่ระบาดของโรค (Tertiary prevention) เป็นระดับการป้องกันที่มีเป้าหมายเพื่อต้องการยับยั้งการแพร่กระจายของโรคไปสู่ผู้ป่วยอื่นๆ

2. การดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วย (Self – care in illness) ความเจ็บป่วย (illness) หมายถึงการรับรู้ของบุคคลที่มีต่อตัวเขาเองว่า มีความผิดปกติไปจากเดิมซึ่งอาจจะตัดสินด้วยตนเอง จากครอบครัวหรือเครือข่ายสังคม และจะเข้าสู่พฤติกรรมความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นแตกต่างกัน เช่น การงดอาหารแสลง การใช้สมุนไพร การซื้อยามากินเองและการตัดสินใจไปพบแพทย์ เป็นต้น นักสังคมวิทยาและนักมานุษยวิทยาหลายท่านได้กล่าวถึงพฤติกรรมการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยว่าควรมีองค์ประกอบอย่างน้อย 4 ระดับ ด้วยกัน (Dean 1986: 275-284 อ้างในพิมพ์วัลย์ ปรีดาสวัสดิ์และคณะ. 2530 :13) คือ 1. การดูแลสุขภาพตนเองของแต่ละบุคคล (Individual self care) 2. การดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัว (Family care) 3. การดูแลสุขภาพโดยเครือข่ายของสังคม (Care from the extended social network) 4. การดูแลสุขภาพโดยกลุ่มหรือบุคคลในชุมชน (Mutual หรือ self – help group)

การดูแลสุขภาพตนเองของแต่ละบุคคลเมื่อเจ็บป่วย หมายถึง พฤติกรรมของบุคคลที่เกิดขึ้นตั้งแต่บุคคลตระหนักและประเมินผลเกี่ยวกับอาการผิดปกติ ตลอดจนตัดสินใจที่จะกระทำสิ่งใดๆ ลงไปเพื่อตอบสนองต่ออาการผิดปกติ รวมทั้งการตัดสินใจที่จะไม่กระทำสิ่งใดเกี่ยวกับอาการ

นั้นๆ การรักษาอาจเริ่มจากการรักษาอาการผิดปกติด้วยตนเอง หรือแสวงหาคำแนะนำจากผู้อื่น ครอบครัวรวมทั้งเครือข่ายทางสังคมของตน พร้อมทั้งตัดสินใจที่จะกระทำตามคำแนะนำที่ตนได้รับ โดยที่บุคคลจะรับรู้และตระหนักถึงความรุนแรงของการเจ็บป่วยนั้น จากพฤติกรรมการเจ็บป่วย 4 แบบ คือ 1. การตัดสินใจไม่กระทำอะไรเลยเกี่ยวกับการผิดปกติ 2. การใช้ยารักษาตนเอง 3. การรักษาตนเองด้วยวิธีการต่างๆ ที่ไม่ใช่การใช้ยา เช่น การนอนพัก การดื่มน้ำอุ่นเมื่อเริ่มรู้ตัวว่าเป็นหวัด การลดการสูบบุหรี่เมื่อมีอาการไอเรื้อรัง เป็นต้น 4. การตัดสินใจที่จะไปพบบุคลากรสาธารณสุข เพื่อรับการรักษาและขอคำแนะนำ แม้ว่าบุคคลจะยอมรับในบทบาทผู้ป่วยโดยให้แพทย์เป็นผู้วินิจฉัย และทำการรักษาแต่บุคคลจะเป็นผู้ตัดสินใจที่จะเลือกทำตามคำแนะนำ ในการปฏิบัติของตนเองซึ่งอาจจะปฏิบัติตามคำสั่งการรักษา หรือเลือกที่จะกินยาอื่นแทนพร้อมกับหยุดยาที่ได้รับจากแพทย์ จากนั้นผู้ป่วยจะเป็นผู้ประเมินผลการรักษาของแพทย์ว่า ตนเองหายป่วยแล้วหรือไม่และควรหยุดยาเมื่อใด ดังนั้น การดูแลสุขภาพของตนเองเมื่อเจ็บป่วยจึงเกิดขึ้นตลอดกระบวนการของการเจ็บป่วย คือ ตั้งแต่เมื่อเจ็บป่วยไปจนกระทั่งถึงเมื่อบุคคลหายจากความเจ็บป่วย

โอเร็ม (Orem D.E. 1985 อ้างใน สุรีย์ กาญจนวงศ์. 2538 : 8-9) กล่าวว่า การดูแลสุขภาพตนเองนั้น เป็นพฤติกรรมที่จงใจ และมีเป้าหมาย (Deliberate action and Goal oriented) ซึ่งประกอบด้วย 2 ระยะ คือ การพิจารณาและตัดสินใจที่จะนำไปสู่การกระทำ โดยมุ่งเน้นไปที่ตัวบุคคลในเชิงปกติสุข (Wellness oriented) มากกว่าจะเน้นเรื่องโรคหรือการเจ็บป่วย (Disease – oriented) จากกระบวนการของวิถีชีวิตในบุคคล โดยมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองออกเป็น 3 ลักษณะ คือ

1. การดูแลสุขภาพในระยะปกติ (Universal self care) เพื่อประคับประคองกระบวนการของชีวิตและสนับสนุนให้การดำเนินชีวิตของชีวิตและสนับสนุนให้การดำเนินชีวิตเป็นไปอย่างปกติ

2. การดูแลสุขภาพตามพัฒนาการ (Developmental self care) เป็นพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับพัฒนาการของบุคคลในแต่ละระยะของวงจรชีวิต เช่น การเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์ การตั้งครรภ์ การเป็นบิดา มารดา เป็นต้น

3. การดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเกิดการเบี่ยงเบนของสุขภาพ (Health deviation self care)

2.2.1 ปัจจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ (สุรีย์ กาญจนวงศ์. 2538 : 9-12)

1. องค์ประกอบที่เกี่ยวกับกับความรู้ของชุมชน ทั้งในแง่ความรู้สมัยใหม่และแบบดั้งเดิม ซึ่งล้วนแต่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ องค์ความรู้ด้านสุขภาพในกระแสวัฒนธรรมแบบดั้งเดิมและสมัยใหม่จะส่งผลต่อการเลือกปฏิบัติ เนื่องจากในทุกสังคมและทุกวัฒนธรรมมีการถือปฏิบัติการดูแลสุขภาพด้วยตนเองมานานแล้วต่อการถ่ายทอดวัฒนธรรมทางสุขภาพ จากบรรพบุรุษสู่สมาชิกในครอบครัวยังผลให้เกิดเป็นแบบแผนประเพณี การปฏิบัติสืบต่อกันมา เช่น การดูแลระหว่างตั้งครรภ์ การดูแลหลังคลอดด้วยการอยู่ไฟ เป็นต้น

2. ระบบการจัดบริการสาธารณสุขทั้งภาครัฐและเอกชน ตลอดจนสถานจำหน่ายยาซึ่งมีอยู่ทั่วประเทศไทยเปิดโอกาสให้ประชาชนเลือกใช้บริการได้ตามฐานะทางเศรษฐกิจและความรู้ แม้ว่าการบริการของรัฐจะครอบคลุมประชากรส่วนใหญ่ของประเทศ จนถึงระดับปลายสุดที่ระดับตำบลก็ตาม ความสะดวกที่จะได้รับกอรปกับการโฆษณาชวนเชื่อ และผลจากการลอกเลียนแบบ (Demonstration effects) ยังผลให้ประชาชนเกิดการเรียนรู้อย่างสับสน และเลือกใช้บริการในลักษณะที่ไม่เหมาะกับความจำเป็นซึ่งมีผลกระทบต่อการดูแลตนเอง

3. แรงกดดันทางวัฒนธรรมและอิทธิพลของกลุ่มเพื่อน เป็นองค์ประกอบสำคัญในการตัดสินใจในการดูแลตนเอง เช่น วัฒนธรรมการบริโภคของชาวบ้านเกี่ยวกับการบริโภคอาหารสุกๆ ดิบๆ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ การติดยาเสพติดในกลุ่มวัยรุ่น เป็นต้น

4. มาตรการการบังคับใช้กฎหมายที่ยังไม่ครอบคลุมและไม่มีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะในปัจจุบันที่การขยายตัวทางเศรษฐกิจอย่างรวดเร็ว มาตราการการใช้กฎหมายและการคุ้มครองผู้บริโภคยังไม่สามารถครอบคลุมประชากรทั้งหมดได้ ส่งผลให้เกิดความบกพร่องต่อการดูแลตนเองของประชาชน เช่น กฎหมายเกี่ยวกับการสร้างอาคาร ที่อยู่อาศัย การกำจัดสิ่งปฏิกูลและการควบคุมมลภาวะต่างๆ เป็นต้น

5. กลุ่มวิชาชีพและกลุ่มผลประโยชน์ มีอิทธิพลสูงต่อการดูแลตนเองของประชาชน หากพิจารณาในเชิงพาณิชย์โอกาสที่กลุ่มผลประโยชน์จะสามารถนำเงินจากการตื่นตัวด้านสุขภาพโดยที่ชาวบ้านยังขาดความรู้และข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง เช่น อาหารส่งเสริมสุขภาพที่ได้รับอิทธิพลจากเชิงธุรกิจส่งผลให้ประชาชนหลงเชื่อ และหาซื้อมารับประทาน โดยมีจุดประสงค์เพียงเพื่อส่งเสริมสุขภาพและชะลอความชรา เป็นต้น ส่วนในด้านของวิชาชีพ บุคลากรทางการแพทย์มีส่วนสำคัญอย่างยิ่งในการส่งเสริมหรือยับยั้งการดูแลตนเอง พร้อมกับส่งเสริมศักยภาพของประชาชนและชุมชนที่อยู่ให้เกิดพฤติกรรมการดูแลตนเองให้มากขึ้น ลดการพึ่งพิงบุคลากรทางการแพทย์ลง

ทั้งนี้ยังส่งผลต่อการลดต้นทุนด้านการดูแลสุขภาพของประชาชนลง ทำให้เกิดการใช้บริการอย่างถูกต้องเหมาะสมตามความจำเป็นการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดให้เกิดประโยชน์สูงสุดอย่างแท้จริง

6. เวลา ทรัพยากร และสิ่งแวดล้อมเป็นองค์ประกอบสำคัญต่อการดูแลสุขภาพด้วยตนเองของประชาชน เวลาเป็นทรัพยากรสำคัญประการหนึ่ง ในขณะที่ต้นทุนของเวลา (time cost) มีการเปลี่ยนแปลงตามสภาพเศรษฐกิจ สังคมก็ย่อมมีผลสถานภาพทางสุขภาพของประชากรด้วย เช่น ภาวะเครียดเนื่องจากเร่งรีบ การจราจรติดขัด การปิบรัดทางเศรษฐกิจ ที่ส่งผลต่อการดูแลสุขภาพประชาชน ความจำกัดในด้านทรัพยากร การเปลี่ยนแปลงสภาพสิ่งแวดล้อมอาจส่งผลต่อการดูแลสุขภาพตนเองในเชิงบวก เช่น การลดความเครียดด้วยการออกกำลังกาย การนั่งสมาธิเพื่อลดความวุ่นวายใจ เป็นต้น แต่ผลในเชิงลบที่เกิดขึ้นก็เช่น การใช้ยาหรืออาหารบำรุงเกินความจำเป็น การใช้สารเสพติด ฯลฯ

2.2.2 อิทธิพลที่กำหนดการรักษาตนเอง

เป็นอิทธิพลที่เรียกว่าเป็นกระบวนการทางสังคม (social process) ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการเชื่อมโยงระหว่างอิทธิพลต่างๆ อิทธิพลใดมีความสำคัญมากก็มีแรงโน้มน้าวที่จะชักจูงให้เกิดการปฏิบัติตามความเชื่อของตน องค์ประกอบทางสังคมไทยที่มีเงื่อนไขทางวัฒนธรรม สังคม การเมือง เศรษฐกิจและครอบครัวเหล่านี้มีอิทธิพลต่อการรักษาตนเอง สันทัด เสริมศรี (2532 : 32-34) ได้เสนอปัจจัยทางสังคมที่มีอิทธิพลต่อการรักษาตนเอง ดังนี้

1. สถาบันทางสังคม (Social Institutions) สถาบันต่างๆ ส่งอิทธิพลต่อความรู้สึกนึกคิดของคนในสังคม ในการมองโลก ค่านิยมและความคิดความเชื่อ ชุมชนใดที่สถาบันทางสังคมมีอิทธิพลมาก เช่น สถาบันศาสนามีผลให้คนในสังคมมีการรักษาตนเองโดยอิงศาสนา แต่ถ้าชุมชนใดมีอิทธิพลของสถาบันทางเศรษฐกิจมากก็มีผลต่อการดำรงชีวิต พฤติกรรมการรักษาตนเองก็จะอิงอิทธิพลของสถาบันทางเศรษฐกิจเช่นกัน

2. เครือข่ายทางสังคม (social network) บุคคลใดที่อยู่ในเครือข่ายมั่นคงและครอบคลุมสมาชิกของสังคมมาก ก็มีผลต่อการปฏิบัติของบุคคล กล่าวอีกนัยหนึ่งก็คือ การรักษาตนเองของบุคคลที่อยู่ในสังคมที่มีเครือข่ายหลายเครือข่าย ที่สร้างกรอบแนวคิดให้บุคคลเดียวกัน เช่น ครอบครัวมีแนวคิดการรักษาสุขภาพแบบพื้นบ้าน (Traditional medicine) สมาชิกในครอบครัวก็มีพฤติกรรมการรักษาตัวเองที่อิงการรักษาสุขภาพแบบพื้นบ้าน ถ้าหากชุมชนมีแนวคิดในการรักษาด้วยวิธีการแพทย์แบบพื้นบ้านเช่นกัน ก็จะเสริมให้บุคคลวิธีปฏิบัติและรักษาตัวแบบพื้นบ้าน

พื้นบ้านอย่างเต็มที่ ในทางตรงข้ามเครือข่ายทางสังคมที่มีความขัดแย้งระหว่างชุมชนกับครอบครัวหรือสังคมใหญ่ ก็จะทำให้การรักษาตนเองของบุคคลมีวิธีการปฏิบัติแบบผสมผสานกันไป แล้วแต่ว่าอิทธิพลของครอบครัว ชุมชน หรือสังคมใดมีอิทธิพลมากกว่ากัน

นอกจากนี้เครือข่ายทางสังคมยังรวมถึงความต่อเนื่อง และความสัมพันธ์ในเครือข่ายด้วย กล่าวคือ อิทธิพลของครอบครัว ญาติพี่น้อง กลุ่มเพื่อนสนิทและเพื่อนบ้าน ตลอดจนผู้ร่วมงานผู้ร่วมอาชีพบุคคลจะมีวิธีการรักษาตนเองลักษณะใดขึ้นอยู่กับอิทธิพลของระบบย่อยที่บุคคลอยู่ใกล้ชิดที่สุดด้วย (Face-to-face relationship)

3. คุณลักษณะของบุคคล (individual attributes) คุณลักษณะของบุคคลนับว่ามีอิทธิพลกำหนดการรักษาตนเองที่สำคัญ โดยเฉพาะสังคมยุคอุตสาหกรรมหรือในสังคมที่มีความทันสมัย สังคมที่มีความเป็นเมือง คุณสมบัติหรือคุณลักษณะของบุคคลเป็นเสมือนหน่วยกรอง การมีประสบการณ์และการศึกษา การผสมผสานระหว่างอิทธิพลทางสถาบันสังคมและทางเครือข่ายนี้ส่งผลให้บุคคลมีการรักษาตนเองพร้อมทุกด้านของกิจกรรมอนามัย ทั้งการป้องกันโรค การรักษา การฟื้นฟูและการส่งเสริมสุขภาพ

4. แหล่งบริการที่สามารถใช้บริการได้ (Health care availability) การมีสถานบริการทางการแพทย์สมัยใหม่ ไม่ได้ทำให้การรักษาตนเองลดลง เช่น ในชนบทยังพบว่าการรักษากับแพทย์แผนโบราณมากกว่าจะไปรักษาที่สถานีอนามัย แหล่งบริการสุขภาพไม่ว่าจะเป็นพื้นบ้านหรือรัฐบาลก็ตาม ถ้าหากสถานบริการเหล่านั้นยังไม่สามารถทำให้ประชาชนเข้าถึง(Accessibility) และมีการยอมรับ (Acceptability) ก็ไม่สามารถทำให้บุคคลเข้ามาใช้บริการได้ ดังนั้นการที่จะใช้ประชาชนมาใช้บริการต้องคำนึงถึงความเชื่อถือในวิธีการรักษาและบริการด้วย

5. รูปแบบของโรคและการเจ็บป่วยในสังคม (Disease Patterns) สังคมใดที่มีการเจ็บป่วยและการตายอยู่ในประเภทของโรคที่เกิดจากพฤติกรรมและการดำเนินชีวิต ที่มนุษย์สร้างขึ้น (Degenerative Disease) การรักษาสุขภาพด้วยตนเองจะมีความสำคัญมากขึ้น การเข้าใจในกลไกของการเกิดโรคจะทำให้การดูแลสุขภาพมีบทบาทมากขึ้น จุดสำคัญของการรักษาสุขภาพให้สามารถดำเนินชีวิตและการงานได้ตามปกติจะอยู่ที่การรักษาสุขภาพของตนเอง ซึ่งเป็นการเชื่อมโยงความสัมพันธ์ระหว่างจิต ร่างกาย และสังคม (Mind, Body, and Society)

6. ค่าใช้จ่าย (Cost) การที่รัฐไม่สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายในการรักษาได้ และมีแนวโน้มที่สูงขึ้นอยู่ตลอดเวลา ไม่แต่เพียงสร้างความเหลื่อมล้ำของการเข้าถึงการรักษาพยาบาลที่ดีระหว่างกลุ่มคนที่ต่างสถานทางสังคมแล้ว ยังผลักดันให้มีการรักษาตนเองเพิ่มมากขึ้นในกลุ่มที่ด้อยโอกาสในการศึกษา อาชีพและรายได้ ส่งผลให้เกิดการรักษาตนเองแบบไม่ถูกต้อง แต่ถ้ารัฐ

หันมาสนใจ และส่งเสริมให้ประชาชนมีหลักในการดูแลสุขภาพตนเองเพิ่มขึ้น จะส่งผลให้ลดภาระการบริการของรัฐลงอย่างมาก

การศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยมุ่งศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (Universal Self Care Requisites) เป็นกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป ประกอบด้วย ความต้องการการดูแลตนเองในเรื่องของการได้รับอากาศ น้ำ และอาหารให้เพียงพอ การคงไว้ซึ่งการขับถ่าย และการระบายให้เป็นปกติ การคงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน การคงไว้ซึ่งการอยู่ลำพังและการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นและสังคม รวมถึงการป้องกันอันตรายต่างๆ ต่อชีวิตหน้าที่และ สวัสดิภาพ และศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในภาวะปกติเท่านั้น

2.3 แนวคิดเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวัน

ความหมายของกิจวัตรประจำวัน (Activities of Daily Living, ADL) มีผู้ศึกษาหลายท่านได้ให้ความหมายของกิจวัตรประจำวันไว้หลากหลายในแต่ละความหมายนั้นมีประเด็นหนึ่งคล้ายคลึงกันคือ เป็นกิจกรรมที่กระทำด้วยตนเอง เช่น กิจวัตรประจำวัน หมายถึง กิจกรรมต่างๆ ที่บุคคลใดบุคคลหนึ่งได้กระทำเป็นประจำในแต่ละวัน เริ่มตั้งแต่ตื่นนอนตอนเช้าถึงการเข้านอน (นภาพร แก้วกรรณ์. 2533 : 42)

กิจวัตรประจำวัน หมายถึง กิจกรรมต่างๆ ที่บุคคลใดบุคคลหนึ่งได้กระทำเป็นประจำในแต่ละวัน เริ่มตั้งแต่การตื่นนอนตอนเช้าถึงการเข้านอน การพลิกตัวบนเตียง การนั่ง การยืน การเดิน และการทำสุขอนามัยส่วนบุคคล (มยุรี เพชรอักษร. 2532: 1)

กิจวัตรประจำวัน หมายถึง ความสามารถทางด้านร่างกายในการทำกิจกรรม เพื่อการดำรงชีวิตประจำวัน เช่น การรับประทานอาหาร การอาบน้ำ เป็นต้น (Nair. 1989 : 23)

จากความหมายดังกล่าว สรุปได้ว่า กิจวัตรประจำวัน หมายถึง การกระทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวันตามความจำเป็นและความต้องการขั้นพื้นฐาน เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตในการกระทำกิจกรรมในแต่ละวันได้ด้วยตนเองและมีผู้สนับสนุนช่วยเหลือ เพื่อให้การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันนั้นเป็นไปด้วยดี การที่ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหรือสามารถปฏิบัติกิจกรรมของกิจวัตรประจำวันอย่างง่ายๆ ได้ด้วยตนเอง ทำให้ผู้สูงอายุอยู่ในชุมชนได้ด้วยตนเอง ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่าเกิดความเป็นอยู่ที่ดีและมีคุณภาพชีวิต (Patrick and Ericson.1988 : 20) ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน จึงเป็นสิ่งสำคัญที่สุด ที่แสดงถึงความเป็นอยู่ที่

ดีของผู้สูงอายุ (Fillenbaum.1984 : 24 Miller.1991 : 49) ในทางตรงข้าม ถ้าผู้สูงอายุไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมประจำวันด้วยตนเองได้และต้องพึ่งพิงผู้อื่น การเปลี่ยนแปลงบทบาทของผู้ที่มีอิสระมาเป็นผู้ต้องพึ่งพิง ทำให้ยากที่จะยอมรับ เกิดความรู้สึกอับอาย คิดว่าตนเองเป็นตัวปัญหาหรือเป็นภาระแก่ผู้อื่น (สุรกุล เจนอบรม. 2534 : 44)

2.3.1 กิจกรรมของกิจวัตรประจำวัน

การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง เป็นความสามารถเฉพาะตน เป็นส่วนหนึ่งของกิจวัตรประจำวันของบุคคลจะครอบคลุมกิจกรรม ดังต่อไปนี้

1. การรับประทานอาหาร ผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพแข็งแรง ย่อมสามารถใช้มือหยิบจับสิ่งของ และสามารถรับประทานอาหารได้ด้วยตนเอง ส่วนผู้สูงอายุที่สูญเสียความสามารถในการใช้มือจับสิ่งของ โดยขาดการทำงานร่วมกันระหว่างการใช้สายตา และการใช้มือจะทำให้เกิดปัญหาเกี่ยวกับการรับประทานอาหารด้วยตนเองได้

2. การแต่งตัวความสามารถในการแต่งตัว ขึ้นอยู่กับความแข็งแรงของกล้ามเนื้อการเคลื่อนไหวของข้อ และการทรงตัวของผู้สูงอายุ กิจกรรมเกี่ยวกับการแต่งตัว ประกอบไปด้วย การหวีผม การโกนหนวดและการสวมเสื้อผ้า

3. การเดินและการเดินทาง สามารถเดินได้ดีถ้ามีการทรงตัวที่สมดุล คนสูงอายุมีแนวโน้มที่จะล้มได้ง่าย เนื่องจากความสามารถในการทรงตัวลดลง มีการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อความไวของ reflex ลดลง สายตาเลื่อมลง มีภาวะสมองเสื่อม และการรับประทานยาบางชนิด เช่น ยานอนหลับ ยาลดความดันโลหิต ทำให้เกิดการสูญเสียการทรงตัวได้

4. การอาบน้ำและการทำความสะอาดร่างกาย ผู้สูงอายุที่ไม่มีปัญหา เรื่องการทรงตัวมักจะไม่มีปัญหาเกี่ยวกับการอาบน้ำ สามารถจะเดินเข้าห้องน้ำได้เอง

5. การขับถ่าย ผู้สูงอายุมักมีปัญหาในการขับถ่ายอุจจาระ การช่วยเหลือเพื่อให้ถ่ายอุจจาระได้สะดวกคือ การให้ได้ออกกำลังกาย หรือการเคลื่อนไหวร่างกาย การรับประทานอาหารที่มีกาก การได้รับน้ำดื่มที่เพียงพอ การช่วยเหลือเกื้อหนุนทางจิตใจ และอารมณ์เพื่อผ่อนคลายความเครียด และการจัดสิ่งแวดล้อมให้สะอาดมิดชิดและปลอดภัย ในเพศชายมักมีปัญหาเกี่ยวกับการขับถ่ายปัสสาวะ เนื่องจากกล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะมีความตึงตัวน้อยลง ทำให้ถ่ายปัสสาวะออกไม่หมด ประกอบกับมักมีต่อมลูกหมากโตจึงกีดขวางทางเดินปัสสาวะ ทำให้ถ่ายปัสสาวะได้ครั้งละน้อยและต้องถ่ายบ่อย ในเพศหญิง การควบคุมการถ่ายปัสสาวะไม่ดีเนื่องจากกล้ามเนื้ออุ้ง

เชิงกรานหย่อนกำลัง ทำให้กลั้นปัสสาวะไม่อยู่เวลาไอหรือจามปัสสาวะจึงเล็ดออกมาด้วยเหตุดังกล่าว ผู้สูงอายุจึงมักบ่นว่า ต้องปัสสาวะบ่อย ปัสสาวะออกโดยไม่รู้ตัว และถ่ายปัสสาวะลำบาก

2.3.2 ความต้องการการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

(Orem D.E. 1985; อ้างใน สมจิต หนุเจริญกุล 2533 : 27-29) ได้สรุปว่าความต้องการการดูแลตนเอง เป็นกิจกรรมการดูแลตนเองทั้งหมดที่บุคคลต้องกระทำในระยะเวลาหนึ่ง เพื่อที่จะสนองความต้องการในการดูแลตนเอง และความต้องการการดูแลตนเอง เป็นเป้าประสงค์ของการดูแลตนเองที่บุคคลต้องมีเมื่อบุคคลปฏิบัติการดูแลตนเองก่อนที่จะลงมือกระทำการดูแลตนเอง ความต้องการการดูแลตนเองของผู้สูงอายุจึงเป็นความต้องการที่จำเป็นและการเปลี่ยนแปลงไปตามพัฒนาการแห่งวัย ซึ่งสรุปได้ดังนี้

1. ด้านการได้รับอากาศ น้ำ และอาหารอย่างเพียงพอและเหมาะสม ผู้สูงอายุควรได้รับอากาศที่บริสุทธิ์ ควรจัดบ้านให้อากาศถ่ายเทได้สะดวก หลีกเลี่ยงอากาศที่เป็นพิษและงดสูบบุหรี่ ผู้สูงอายุควรได้รับน้ำในปริมาณที่เหมาะสม อย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว ควรเป็นน้ำดื่มที่สะอาด หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่ให้โทษต่อร่างกาย ได้แก่ น้ำอัดลม สุรา หรือเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ นอกจากนี้ผู้สูงอายุควรได้รับอาหารอย่างเพียงพอ และเหมาะสม ควรรับประทานอาหารให้ได้ทั้งปริมาณและคุณภาพที่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย คือ ได้รับประทานอาหาร 3 มื้อต่อวัน (วลัย อินทรัมพรรย์. 2530 : 108) วันหนึ่งๆ ควรได้รับโปรตีนประมาณ 120 กรัม หรือเนื้อสัตว์ขนาดเท่ากล่องไม้ขีด และเนื้อสัตว์ที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุมากที่สุดได้แก่ ปลาทุกชนิด หรือได้รับไข่สัปดาห์ละ 3-5 ฟอง ผู้สูงอายุควรดื่มนมหรือนมถั่วเหลืองวันละประมาณ 1 แก้ว (เพียงใจ ระฆังทอง 2542 : 36)

2. ด้านสุขวิทยาส่วนบุคคล การขับถ่ายและการระบายให้เป็นไปตามปกติ ผู้สูงอายุควรรับประทานอาหารที่มีกากหรือเส้นใยพอควร รับประทานผัก ผลไม้ เช่น กล้วย ส้ม มะละกอ และดื่มน้ำมากๆ จะช่วยให้มีการขับถ่ายสะดวกและป้องกันอาการท้องผูก ผู้สูงอายุบางรายมีปัญหาเรื่องท้องผูก ครอบครัวควรจะแนะนำให้ผู้สูงอายุมีการออกกำลังกายเพื่อให้มีการเคลื่อนไหวของลำไส้ และรับประทานอาหารที่มีกากมากขึ้น โดยไม่ควรใช้ยาถ่ายหรือยาระบายเป็นเวลานานๆ เพราะทำให้ร่างกายเกิดความเคยชินนานๆ เข้าจะทำให้กลไกการเคลื่อนไหวลำไส้อัตโนมัติเสียไป และทำให้เกิดอาการท้องผูกตามมา (เกษม ตันติผลาชีวะ และกุลยา ตันติผลาชีวะ. 2528 ; บรรลุ ศิริพานิช. 2538) ผู้สูงอายุบางรายที่มีปัญหาเรื่องการขับถ่ายปัสสาวะบ่อย ถ่ายไม่หมด กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ จึงควรบริหารกล้ามเนื้อหูรูงเชิงกรานด้วยการขมิบก้น เพื่อเกร็งและคลายกล้ามเนื้อฝีเย็บอยู่เสมอ ส่วนในเพศชายบางรายอาจปัสสาวะขัดเนื่องจากต่อมลูกหมากโต

3. ด้านความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเอง การเคลื่อนไหวของร่างกายตลอดจนยอมรับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นอย่างเหมาะสม การมีกิจกรรมจะทำให้ผู้สูงอายุคงบทบาทและสถานภาพทางสังคม ซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเป็นผู้ที่มีคุณค่าเป็นที่ยอมรับของสังคม กิจกรรมที่เหมาะสมควรมีรูปแบบเพื่อความเพลิดเพลิน ซึ่งจะทำให้ร่างกายมีการเคลื่อนไหวอย่างมีอิสระ เช่น การอ่านหนังสือ ชมรายการโทรทัศน์ ฟังวิทยุ ปลูกต้นไม้ ทำสวน ดูกีฬา สังสรรค์กับเพื่อนฝูง การมีกิจกรรมทางศาสนา และควรมีการออกกำลังกายโดยไม่หักโหมจนเกินไป ควรกระทำอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง นานครั้งละ 20-30 นาที อย่างสม่ำเสมอ ไม่หักโหมจนเกินไป โดยเลือกชนิดของการออกกำลังกายตามความเหมาะสมกับสภาพความสามารถทางร่ายกายของผู้สูงอายุที่จะทนได้ (Gilbert. 1986 : 40-41) ในขณะเดียวกันควรพักผ่อนอย่างเพียงพอ 7-8 ชั่วโมง (ชูศักดิ์ เวชแพทย์. 2532 : 8)

4. ด้านความสมดุลระหว่างการอยู่คนเดียวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น โดยจัดช่วงเวลาสำหรับการอยู่คนเดียว เพื่อจะได้มีเวลาเป็นตัวของตัวเองตามความต้องการในแต่ละวันและขณะเดียวกัน ควรได้สังสรรค์กับครอบครัวและเพื่อนฝูงทั้งนี้เพราะการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นเป็นเสมือนแรงสนับสนุนทางสังคมที่จะช่วยส่งเสริมการดูแลตนเอง การคงไว้ซึ่งความสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัว สำหรับสมาชิกในครอบครัวผู้ที่เป็นสามี/ภรรยา หรือบุตรหลานที่อยู่ในครอบครัวกับผู้สูงอายุ จะเป็นบุคคลที่ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีความสุข อบอุ่นใจ เป็นการเพิ่มแรงจูงใจในการตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองและแสวงหาข้อมูลเพื่อการดูแลตนเอง ช่วยให้คงความสามารถในการดูแลตนเองที่ได้พัฒนามาแล้ว

5. ป้องกันอันตรายต่างๆ ต่อร่างกายที่เกิดจากความเสื่อมของสภาพร่างกาย ผู้สูงอายุมักเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย เนื่องจากความเสื่อมของกระดูก การทรงตัวไม่ดี และการพร่องของการมองเห็น จึงควรมีวิธีป้องกันอุบัติเหตุทั้งภายในบ้านและในชุมชนอย่างเหมาะสม เช่นภายในบ้านควรมีราวให้ผู้สูงอายุเกาะ โดยเฉพาะบ้าน 2 ชั้น ควรมีราวบันได การจัดให้มีแสงสว่างอย่างเพียงพอ การจัดบ้านให้เรียบร้อยรวมทั้งอำนวยความสะดวกให้แก่ผู้สูงอายุในการเดินทาง เช่นการข้ามถนน การเดินทางเท้า เป็นต้น

6. เรียนรู้การดำรงชีวิตตามข้อจำกัดทางร่างกายได้ตามอัตภาพ รวมทั้งป้องกันความผิดปกติ ทางร่างกายที่รุนแรงขึ้น โดยเฉพาะการตรวจสุขภาพประจำปีอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง (เกษม และกุลยา ตันติผลาชีวะ. 2528 : 67-70) เนื่องจากการตรวจสุขภาพเป็นกิจกรรมสำคัญประการหนึ่งของการรักษาสุขภาพ ทำให้สามารถป้องกันรักษาและบำบัดได้ทันท่วงที เช่น การตรวจวัดความดันโลหิตสูง การตรวจฟันทุกปี การเฝ้าระวังพฤติกรรมบริโภคการรับประทานอาหารที่มีคุณ

ค่าต่อร่างกาย การไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา แสวงหาความรู้ด้านสุขภาพ โดยการอ่านหนังสือ ฟังวิทยุ ดูโทรทัศน์ในเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพ การรู้จักแหล่งสนับสนุนและการปฏิบัติที่เหมาะสม เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ เกี่ยวกับสุขภาพ และแสวงหาการช่วยเหลือจากบุคคลในวิชาชีพเมื่อจำเป็นรวมทั้งรู้จักนำแหล่งประโยชน์มาประยุกต์ใช้ต่างๆ

สรุป ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุในการศึกษาครั้งนี้ หมายถึง กิจวัตรประจำวันที่เกี่ยวกับกิจกรรมส่วนบุคคล ได้แก่ การรับประทานอาหาร การเตรียมอาหาร การจ่ายตลาด การอาบน้ำ การเข้าห้องน้ำ การเคลื่อนย้ายตนเอง การแต่งกาย การทำความสะอาดร่างกาย ล้างหน้า สระผม และแปรงฟัน การเดินทางและการใช้จ่ายเงินด้วยตนเอง เป็นการกระทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวันตามความจำเป็นและความต้องการขั้นพื้นฐาน

2.4 แนวคิดเกี่ยวกับครอบครัว

ครอบครัวเป็นหน่วยสังคมที่เล็กที่สุด และเป็นสถาบันสังคมที่มีความสำคัญยิ่งสถาบันหนึ่งสมาชิกในครอบครัวมีความผูกพันกันอย่างหนาแน่นและใกล้ชิด มีความผูกพันซึ่งกันและกัน เป็นสถาบันที่บุคคลได้ใช้ชีวิตอยู่อย่างยาวนานกว่าสถาบันอื่นๆ นับตั้งแต่บุคคลเกิดจนตาย ซึ่งตลอดระยะเวลาของครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงเป็นระยะๆ ตามระยะการพัฒนาการของครอบครัว ซึ่งการเปลี่ยนแปลงนั้นทั่วไปมักเกิดจากการเพิ่มขยายและการหดตัวของครอบครัว ดังนั้นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นนั้นมักเกิดขึ้นเมื่อตั้งครอบครัวใหม่และเมื่อสมาชิกจากไป

ดังนั้นครอบครัวจึงมีภารกิจหรือมีหน้าที่รับผิดชอบในการเจริญเติบโตตามระยะต่างๆ ของครอบครัว เพื่อตอบสนองความต้องการตามพัฒนาการของครอบครัว ตามความคาดหวังของสังคม ซึ่งถ้าครอบครัวสามารถทำภารกิจเหล่านั้นสำเร็จได้ด้วยดี ในแต่ละระยะจะทำให้ครอบครัวมีความสุข

แนวคิดจากบุคคลต่างๆ ที่ได้กล่าวถึง ภารกิจ หรือหน้าที่ของครอบครัวระยะวัยชราและการให้การดูแลผู้สูงอายุแตกต่างกันออกไป แต่ก็มีวัตถุประสงค์ที่คล้ายคลึงกันคือ เพื่อตอบสนองความต้องการพื้นฐานทางกายภาพและให้สอดคล้องกับระยะพัฒนาของครอบครัว มีดังนี้คือ

อีเบอโซล และเฮสส์ (Ebersole and Hess 1990 : 103 อ้างใน ชนิดา รังสิทัตศุกล 2543 : 24) กล่าวว่า การช่วยเหลือผู้สูงอายุนั้นสามารถช่วยเหลือได้จากสถาบันแต่สถาบันครอบครัวจะเป็นสถาบันที่ให้บริการแก่ผู้สูงอายุมากที่สุดและได้จัดประเภทของการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวออกเป็น 6 ประเภทด้วยกัน คือ

1. การช่วยเหลือด้านที่อยู่อาศัย
2. การช่วยเหลือด้านการเงิน
3. การช่วยเหลือด้านงานบ้าน
4. การช่วยเหลือด้านธุรกิจ
5. การช่วยเหลือด้านจิตใจ
6. การช่วยเหลือด้านพิธีกรรม

ซีครีลไร (Cicrelli อ้างใน สุธีรา นุ้ยจันทร์. 2530 : 25) กล่าวว่า การให้การดูแลที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุในขอบเขตของบุตร ได้แก่

1. การช่วยทำงานบ้าน เช่น ช่วยทำอาหาร จ่ายตลาด ทำความสะอาด ซักรีด เป็นต้น
2. การจัดที่อยู่อาศัยให้
3. การช่วยซ่อมแซมสิ่งของเครื่องใช้ เช่น ซ่อมแซมบ้าน ทาสี เป็นต้น
4. การเงิน ซึ่งอาจให้เป็นสิ่งของเครื่องใช้ก็ได้
5. การดูแลเอาใจใส่ตัวบุคคล เช่น ดูแลเล็บ ผม การอาบน้ำ เป็นต้น
6. การดูแลสุขภาพ เช่น การปฐมพยาบาล การให้การพยาบาลเล็กๆ น้อยๆ
7. การอำนวยความสะดวกด้านการคมนาคม - ขนส่ง เช่น การรับ - ส่ง จัดหายานพาหนะเมื่อจะไปธุระนอกบ้าน
8. กิจกรรมสังคมและนันทนาการ เช่น การให้ความบันเทิงในบ้าน การพาไปดูกิจกรรมบันเทิงนอกบ้าน ดูการแสดง จัดให้พบปะเพื่อนฝูงเป็นสมาชิกสโมสรต่างๆ
9. การสนับสนุนทางจิตใจ ได้แก่ การรับฟังปัญหา ให้กำลังใจ ให้ความรัก ความเข้าใจ
10. การจัดหางานที่เหมาะสมให้
11. การสนับสนุนด้านศาสนา เช่น พาไปฟังเทศน์ตามวัด
12. การให้ข่าวสารของทางราชการเกี่ยวกับหน่วยงานที่ให้บริการต่างๆ
13. การจัดหาวัสดุสิ่งพิมพ์ให้อ่าน
14. การสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้ใช้ทำงานอดิเรก
15. การสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้เรียนรู้และฝึกอาชีพใหม่ๆ
16. การปกป้องคุ้มครอง เช่น อันตรายจากอาชญากรรม และการป้องกันโรคต่าง ๆ

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ (2536 : 13) ได้กล่าวถึงบทบาทครอบครัวในการตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุไว้ 3 ด้าน ได้แก่

1. ด้านร่างกาย ได้แก่ การดูแลเรื่องอาหารการกิน การจัดที่อยู่ให้เหมาะสม จัดหาดูแลเครื่องนุ่งห่มเครื่องใช้ การดูแลสุขภาพอนามัย การรักษาพยาบาล ช่วยเหลือด้านการเงิน การงาน อำนวยความสะดวกเรื่องพาหนะและการเดินทาง

2. ด้านอารมณ์และจิตใจ ได้แก่ การให้ความเคารพนับถือ ให้เกียรติยกย่อง สนับสนุนให้มีงานอดิเรก มีงานทำตามความสามารถ ดูแลให้ได้เข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา บันเทิง และนันทนาการตามสมควร

3. ด้านสังคม ได้แก่ การสนับสนุนให้ได้พบญาติ เพื่อนฝูง ให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมกิจกรรมของครอบครัวและสังคมภายนอก และได้รับข่าวสารเพื่อรับรู้ความเป็นไปของสังคม และการพัฒนาตนเอง

บรรลุ ศิริพานิช (2533 : 70) กล่าวถึงบทบาทให้การดูแลผู้สูงอายุว่า มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับบริการขั้นพื้นฐาน ซึ่งประกอบด้วย

1. ความอบอุ่นใจ
2. อาหารที่เหมาะสม
3. เสื้อผ้าเครื่องนุ่งห่ม
4. การดูแลสุขภาพ

มนุษย์ดำรงชีวิตอยู่อย่างมีความสุขนั้นองค์ประกอบที่สำคัญที่สุดอย่างหนึ่ง คือ การมีสุขภาพที่ดี เพราะมีสุขภาพที่ดีย่อมเป็นสิ่งที่พึงปรารถนาของมนุษย์ทุกคน ผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวัยชรานี้ จะมีพัฒนาการที่เปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสื่อมลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม (บรรลุ ศิริพานิช. 2531; นิศา ชูโต. 2525; ประภาพร จินันทุยา. 2538) จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องได้รับการดูแลจากครอบครัว ครอบครัวซึ่งให้การดูแลผู้สูงอายุจึงต้องตระหนักและเห็นความสำคัญในเรื่องของการดูแลสุขภาพเพื่อที่ผู้สูงอายุจะได้มีสุขภาพที่แข็งแรงมีอายุที่ยืนยาว อยู่ร่วมกับสมาชิกในครอบครัวอย่างมีความสุข ดังนั้น เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดี ครอบครัวจึงต้องให้การดูแลในเรื่องต่างๆ ได้แก่

- โภชนาการ
- กิจวัตรประจำวัน
- การพักผ่อนและการออกกำลังกาย
- พฤติกรรมการดื่ม สูบบุหรี่ และการใช้สารเสพติดที่ควรหลีกเลี่ยง
- คุณภาพของการอยู่อาศัย และสิ่งแวดล้อม

สรุปแนวคิดเกี่ยวกับครอบครัว ผู้วิจัยหมายถึงสมาชิกในครอบครัว ได้แก่ คู่สมรส บุตร หลาน ผู้ซึ่งมีบทบาทหน้าที่ หรือมีภารกิจในการให้ความช่วยเหลือและสนับสนุนสิ่งที่จำเป็นแก่ผู้สูงอายุ โดยใช้แนวคิดของศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ (2536 : 13) มาเป็นแนวทางในการศึกษา กล่าวถึงบทบาทของครอบครัวไว้ 3 ด้าน 1. ด้านร่างกาย 2. ด้านอารมณ์และจิตใจ 3. ด้านสังคม

2.5 แนวคิดเกี่ยวกับความเชื่อ ศาสนา

ผู้สูงอายุ คือ ผู้ที่ได้ผ่านชีวิตมายาวนาน ประสบกับเหตุการณ์ต่างๆ ที่มีความผันแปรเปลี่ยนแปลงเป็นธรรมดาของโลกมาหลายสิบปี จนถึงบั้นปลายของชีวิตที่ผู้สูงอายุจะต้องพบกับความเปลี่ยนแปลงครั้งใหญ่อีกครั้ง ทั้งด้านร่างกายที่เสื่อมถอยลง สังคมที่เปลี่ยนไป บุคคลเคยใกล้ชิดล้มหายตายจาก ฯลฯ ช่วงของการเปลี่ยนแปลงต่างๆ เหล่านี้ อิริกสัน Erikson อ้างใน สุชา จันทร์หอม. (2536 : 35-35) จัดอยู่ในช่วงของพัฒนาการระยะสุดท้ายอันเป็นระยะที่ผู้สูงอายุจะมีความมั่นคงทางจิตใจ ยอมรับความจริงของชีวิตหากประสบการณ์ที่ผ่านมาดีเป็นช่วงวัยที่ควรรู้ว่าอะไรเป็นอะไร ใจกว้าง ลดละความเห็นแก่ตัว มีความเมตตา อดทนและใจเย็น ซึ่งการสนใจทางศาสนาและปฏิบัติธรรมจะทำให้ผู้สูงอายุมีสภาพเช่นนี้ได้ (ประเวศ วะสี. 2538 : 31-32)

บริบูรณ์ พรพิบูลย์ (2535 : 87-90) ระบุถึงทางเลือกที่ผู้สูงอายุสามารถหาความสุขได้ 2 ทาง คือ

1. การหาความสุขในทางโลก คือการที่ผู้สูงอายุจะต้องกระตุ้นจิตใจตนเองให้กระตือรือร้น อยากรู้อยากเห็น สร้างจินตนาการ สร้างความต้องการใหม่ๆ ให้เกิดขึ้นเสมอ ฯลฯ

2. การหาความสุขโดยการมุ่งเข้าสู่ทางธรรม ซึ่งเป็นการหาความสุขทางใจ ความพอใจในทางธรรม การนำคำสอนทางศาสนามาศึกษา วิเคราะห์ให้เข้าใจลึกซึ้ง ทดลองปฏิบัติให้จริงจังยิ่งขึ้น จะช่วยลดตัณหาและทุกข์ร้อน ดำรงตนเป็นที่รัก นับถือของลูกหลานและผู้อื่น มีผลให้ไม่เป็นคนว้าเหว่ มีจิตใจเที่ยงธรรม ฯลฯ การปฏิบัติตนตามคำสอนต่างๆ เช่น มรรคองค์ 8 พรหมวิหาร 4 มีคติธรรม 4 เชื่อในเรื่องกฎแห่งกรรม จะทำให้ผู้สูงอายุผู้นั้นมีความมั่นคงทางจิตใจ ไม่เกรงกลัวความตาย มีจิตใจอิสระและมีความสบายใจมากขึ้น

สมศักดิ์ ศรีสันติสุข (2539: 82-85) กล่าวถึงวัฒนธรรมผู้สูงอายุ ซึ่งหมายถึงวิถีการดำรงชีวิตหรือแบบแผนชีวิตที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ปฏิบัติ โดยระบุถึงวัฒนธรรมของผู้สูงอายุทั้งในชนบทและในเมือง ซึ่งมีความคล้ายคลึงกัน โดยเฉพาะเรื่องค่านิยม ความเชื่อและบรรทัดฐานทางศาสนาพุทธเป็นแหล่งคำสอนและจริยธรรม และเป็นพื้นฐานสังคมและวัฒนธรรมไทยมาช้านาน เด็กและ

เยาวชนทุกคนควรได้รับการศึกษา ปลูกฝังหลักธรรม เพื่อเตรียมพร้อมที่จะดำเนินชีวิต ทำงานหรือหน้าที่ของตนเพื่อตนเอง ครอบครัวและสังคม ได้อย่างกลมกลืนกับสภาพแวดล้อมที่เป็นจริง

2.5.1 ค่านิยมของผู้สูงอายุ

ระบบอาวุโสเป็นค่านิยมที่สำคัญของสังคมไทย คือนับถือผู้สูงอายุซึ่งมีที่มาจากพุทธศาสนาและลักษณะสังคมเกษตรกรรม กล่าวคือ คนไทยส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธและปฏิบัติตามหลักธรรมทางพุทธศาสนา พุทธศาสนาเข้ามาเกี่ยวข้องกับชีวิตคนไทยตั้งแต่เกิดจนตาย มีการอบรมสั่งสอนศีลธรรมหรือสร้างค่านิยมในสังคมไทย เช่น การทำบุญ ความซื่อสัตย์ ความสามัคคี การเคารพผู้อาวุโส และการมีสังคมไทยเป็นสังคมเกษตรกรรม คนไทยจึงมีความผูกพันใกล้ชิดตามสภาพของท้องถิ่น คนไทยส่วนใหญ่อยู่ในชนบท ชาวชนบทที่อาศัยอยู่ระแวกบ้านเดียวกันจะมีความรู้สึกเป็นพวกเดียวกัน มีความสัมพันธ์แบบปฐมภูมิและมีความรู้สึกเหมือนเป็นญาติพี่น้องกัน (ฉวีวรรณ วรรณประเสริฐ. 2522 : 41) และพบว่าผู้สูงอายุในชนบทมักจะนิยมไปวัดทั้งเพศหญิงและเพศชายเพื่อถือศีลแปดและปฏิบัติธรรม ส่วนผู้สูงอายุในเมืองก็นิยมการไปวัดเพื่อฟังเทศน์ฟังธรรมพอสมควรและมักเดินทางไปวัดในวันสำคัญๆ ในเมืองด้วย

2.5.2 หน้าที่สำคัญของสถาบันศาสนาที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ (อรวรรณ ฉ่ำชื่น. 2541:25)

หน้าที่ของสถาบันศาสนามีส่วนช่วยในการปรับตัวของผู้สูงอายุ 2 ระดับ คือ

1. ระดับปัจเจกบุคคล ทำหน้าที่ด้านจิตใจในด้านต่างๆ เช่น ช่วยในการเผชิญความตายที่ใกล้เข้ามา ช่วยอธิบายและค้นหาความหมายของชีวิต ช่วยให้ยอมรับในเรื่องความสูญเสียต่างๆ ที่เกิดขึ้นของวัยชรา เป็นต้น ระดับสังคม สถาบันศาสนาจะช่วยลดความโดดเดี่ยวทางสังคมของผู้สูงอายุ และสนับสนุน 2. ให้มีปฏิสัมพันธ์กับกลุ่มมากขึ้น เช่นการให้บริการทางสังคมแก่ผู้สูงอายุในด้านการดูแลสุขภาพ การศึกษาต่อเนื่อง กิจกรรมเหล่านี้จะสามารถช่วยให้ความอบอุ่นใจสนุกสนาน ทำให้ผู้สูงอายุมีความมั่นใจใหม่อีกครั้งว่าตนเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม

กล่าวได้ว่า ศาสนาคือ หลักปฏิบัติเพื่อความเจริญงอกงามของชีวิต และเป็นปัจจัยที่ทำให้ ผู้ที่ปฏิบัติตามหลักศาสนามีพฤติกรรมที่แตกต่างจากผู้ที่ไม่ได้ปฏิบัติตามหลักศาสนา หรือปฏิบัติแต่เพียงเล็กน้อย อ้อมเดือน สดมณี (2536) อ้างถึงผลการวิจัยของ Berkman and Syme (1979) ได้ศึกษาผลการปฏิบัติทางศาสนาของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ผู้ที่ปฏิบัติทางศาสนามากเป็นผู้มีสุขภาพดีกว่าผู้ที่ปฏิบัติทางศาสนาน้อย ส่วนงานวิจัยไทย สำรวย วรเดชะคงคา (2534 : 41) ซึ่งศึกษาผลของการที่นักเรียนเข้าโครงการบรรพชาสามเณรภาคฤดูร้อน พบว่ากลุ่มที่เข้าการฝึกอบ

รบทางศาสนามีวินัยในตนเอง มีทัศนคติต่อพุทธศาสนาและการรับรู้ต่อการละเมิดศีลห้าสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เข้ารับการฝึกอบรมทางศาสนา

สรุปแนวคิดเกี่ยวกับความเชื่อศาสนา ผู้วิจัยนำแนวคิดของ สมศักดิ์ ศรีสันติสุข (2539: 82-85) กล่าวถึง วัฒนธรรมของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะเรื่องค่านิยมของผู้สูงอายุในสังคมไทย เช่น การทำบุญในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยหมายถึง ผู้สูงอายุที่ไปวัด สวดมนต์ ทำบุญและฟังเทศน์

2.6 แนวคิดเกี่ยวกับชุมชนแออัด

กรุงเทพมหานคร เป็นศูนย์รวมของกิจกรรม และสถาบันสำคัญต่างๆ ของชาติ เป็นศูนย์กลางของการบริหาร การคมนาคม การศึกษา การเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ เป็นศูนย์กลางของการอุตสาหกรรมและพาณิชยกรรมของประเทศ กรุงเทพมหานครจึงเปรียบเสมือนเป็นหัวใจหรือเป็นศูนย์กลางของประเทศ จึงเป็นมูลเหตุหนึ่งในการจูงใจประชากรให้อพยพจากชนบทและจังหวัดอื่นๆ เข้ามาศึกษาหรือหางานทำในกรุงเทพมหานคร ทำให้เกิดความแออัดคับคั่งจำนวนประชากรสูงขึ้นอย่างรวดเร็วเกินขีดความสามารถของรัฐที่จะให้บริการด้านต่างๆ อย่างทั่วถึงและเพียงพอ ประชากรที่ยากจนจึงจำเป็นต้องอาศัยในที่ที่มีสภาพความเป็นอยู่ต่ำกว่ามาตรฐานที่สมควรจะเป็นที่อยู่อาศัย จึงทำให้เกิดชุมชนแออัดขึ้น

ก่อนหน้าและช่วงปี พ.ศ.2503 ภาพชุมชนแออัดเป็นไปในทางลบ ชุมชนแออัด ตรงกับภาษาอังกฤษว่า คำว่า "Slum" ได้ถูกแปลเป็นคำต่างๆ เช่น "บริเวณวิบัติ" "บริเวณเสื่อมโทรม" "แหล่งอบายมุข" "แหล่งทรุดโทรม" หรือ "แหล่งเสื่อมโทรมอย่างไรก็ตาม คำว่า "แหล่งเสื่อมโทรม" ยังเป็นที่ใช้กันอยู่มาก แต่ท้ายสุดจึงออกมาเป็นคำว่า "ชุมชนแออัด" ตรงกับภาษาอังกฤษว่า "Crowded Community" คำดังกล่าวนี้ใช้แทนคำว่า "สลัม" โดยคำว่า "ชุมชนแออัด" เป็นคำที่ผ่านการอนุมัติจากคณะรัฐมนตรี เพื่อใช้แทนคำเดิมว่า "สลัม" ตั้งแต่วันที่ 27 เมษายน 2525 เนื่องจากคำว่า "สลัม" ให้ความหมายในเชิงต่ำต้อย ผู้อยู่อาศัยรู้สึกตนเป็นคนชั้นล่าง ส่อถึงช่องว่างทางสังคมอันอาจก่อผลในทางลบได้

2.6.1 ความหมาย

ไพบูลย์ ช่างเรียน (2516:159) กล่าวว่า ชุมชนแออัดเป็นเคหสถาน หรืออาคารซึ่งกำลังใช้อยู่และตั้งอยู่หนาแน่นไม่เป็นระเบียบ ไม่มีทางเท้า สกปรกรุงรัง ตัวอาคารชำรุดทรุดโทรม จำนวนสมาชิกครัวเรือนอาศัยในอาคารหนึ่งๆ อย่างแออัด ขาดบริการจากรัฐบาลหรือเอกชนที่ถูกต้องตามหลักอนามัย ซึ่งทำให้มีลักษณะเป็นอันตรายต่อสุขภาพอนามัยของผู้อยู่อาศัย

บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์ และศุภชัย สุกรวรรณ (2520: 61) ให้ความหมายว่า คือ บริเวณที่แออัดไปด้วยที่พักอาศัย และตัวอาคารที่ไม่ถูกสุขลักษณะ

ทองสุข ขันทอง (2520 : 23) กล่าวว่า เป็นแหล่งที่อาคารหนาแน่น และอาคารส่วนมากชำรุดทรุดโทรม หรือมีสภาพไม่เหมาะเป็นที่อยู่อาศัย หรือมีลักษณะเป็นอันตรายต่อสุขภาพอนามัย ความปลอดภัย ศีลธรรม หรือสวัสดิภาพของผู้ที่อยู่อาศัยและประชาชน

โทมัส จอห์นสัน (Thomas Johnson อ้างใน กฤตยา อาชวนิจกุล. 2525 : 61-62) กล่าวว่า ชุมชนแออัด คือที่อยู่อาศัยที่มีลักษณะเสื่อมโทรมเมื่อเทียบกับที่อยู่อาศัยอื่นๆ ในเขตเมือง

สุพัตรา สุภาพ (2525 : 154) กล่าวว่า ชุมชนแออัดมีความหมายตามร่างพระราชบัญญัติปรับปรุงชุมชนแออัดของคณะกรรมการร่างพระราชบัญญัติเกี่ยวกับการบูรณะชุมชนแออัด กระทรวงมหาดไทย มาตรา 4 หมายถึง "เป็นแหล่งหรือย่านที่มีอาคารหนาแน่น และอาคารนั้นส่วนมากชำรุดทรุดโทรม หรือมีสภาพไม่เหมาะที่จะใช้เป็นที่อยู่อาศัย หรือมีลักษณะเป็นอันตรายต่อสุขภาพ อนามัย ความปลอดภัยและศีลธรรม หรือสุขภาพของผู้อยู่อาศัยและประชาชน"

อดุลย์ ตันประยูร (2526 : 172-175) กล่าวว่า ชุมชนแออัดคือ แหล่งที่อยู่อาศัยที่ไม่มีที่ว่างชำรุดทรุดโทรม ขาดบริการที่ถูกต้องตามหลักอนามัย หรืออยู่กันอย่างแออัดยัดเยียด ทำให้ไม่อาจใช้เป็นที่อาศัยเพื่อดำเนินชีวิตในครอบครัวให้มีความสุขกายสบายใจ

โสภณ พรโชคชัย (2528 : 3) กล่าวว่า ชุมชนแออัด หมายถึง ชุมชนที่มีสภาพเสื่อมโทรม หรือบ้านที่สร้างกันอย่างไม่มีแบบแผน

สรุปชุมชนแออัด หมายถึง บริเวณที่มีอาคารบ้านเรือนหนาแน่น ชำรุด ทรุดโทรม และไม่เป็นระเบียบ และไม่เหมาะสำหรับเป็นที่อยู่อาศัย มีประชาชนอาศัยอยู่อย่างแออัด ซึ่งอาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพอนามัย

2.6.2 ชุมชนแออัด

โดยทั่วไปไม่อาจสรุปได้ว่า สลัมเกิดขึ้นเนื่องด้วยผลของการแปรสภาพจากการที่อยู่อาศัยของผู้ที่มีฐานะค่อนข้างดีเป็นที่อยู่อาศัยของผู้มีรายได้น้อย หรือเป็นผลของการเปลี่ยนแปลงที่อยู่อาศัยของผู้มีรายได้น้อยที่อยู่ให้หนาแน่นขึ้นและเสื่อมโทรมลง (Noorduty Arnold. 1981 : 29 อ้างถึงใน บังอรรัตน์ สุขตระกูล. 2532 : 12)

ในแง่วิวัฒนาการสรุปได้ว่า เป็นเพราะกรุงเทพมหานครได้แปรสภาพจากเมืองแบบศักดินาเป็นเมืองแบบทุนนิยม ซึ่งโดยมากนักวิเคราะห์มักถือเอาช่วงการทำสนธิสัญญาเบาว์ริ่ง (พ.ศ. 2398) เป็นช่วงหัวเลี้ยวหัวต่อของการเปลี่ยนแปลง (สุธี ประศาสน์เศรษฐ์. 2525 : 31)

การเปลี่ยนแปลงนี้ แม้จะใช้กรุงเทพฯ เป็นฐานอำนาจทางเศรษฐกิจและการเมืองเช่นสมัยเดิม แต่กิจกรรมทางเศรษฐกิจได้เปลี่ยนแปลงไปอย่างทั่วด้าน ได้แก่

1. การพัฒนาอุตสาหกรรม ซึ่งเป็นที่เชื่อกันว่าเป็นปัจจัยหลักให้เกิดการขยายตัวของเมือง

2. การพัฒนาภาคธุรกิจ โดยที่กรุงเทพมหานครเป็นศูนย์กลางทางการส่งสินค้าเข้าและออก กิจกรรมภาคธุรกิจต่างๆ จึงขยายตัวออกอย่างกว้างขวาง

1. การพัฒนากิจกรรมต่อเนื่องทั้งหลาย เช่น ระบบสาธารณูปโภค สาธารณูปการต่างๆ และการขยายตัวของกิจกรรมการบริการทั้งหลาย เช่น ด้านอาหาร ความบันเทิง เป็นต้น

ความสำคัญของการขยายตัวของสิ่งเหล่านี้ ทำให้กรุงเทพมหานครมีศักยภาพดึงดูดแรงงานในประเทศได้อย่างมากมาย ด้วยความต้องการแรงงานในภาคกิจกรรมต่างๆ

4. การอพยพของชาวชนบทเข้าสู่เมือง มีปัญหาต่างๆ ในชนบท ผลักดันให้พวกเขาอพยพเข้าสู่เมืองมากขึ้นด้วย ซึ่งการเปลี่ยนแปลงของกรุงเทพมหานครและการอพยพจากชนบททำให้ประชากรในเมืองเพิ่มสูงขึ้น

การอพยพเข้าเมืองของชาวชนบทด้วยเหตุปัจจัยต่างๆ ที่ทำให้ประชาชนในเมืองหนาแน่นขึ้นดังที่กล่าวมา หากมีการจัดเตรียมการด้านที่อยู่อาศัยรองรับอย่างเหมาะสม ผู้อพยพเหล่านั้นย่อมมีที่อยู่อาศัยอย่างเพียงพอ อย่างไรก็ตาม มีปัจจัยหลายประการที่ทำให้เกิดปัญหาที่อยู่อาศัยในสังคมเมืองได้ ได้แก่

1. วิธีการในการจัดหาที่อยู่อาศัยของผู้มีรายได้น้อย เช่น การครอบครองที่ดิน และการแบ่งซอย การเช่าที่ดินปลูกบ้าน

2. การปะทะกันระหว่างวัฒนธรรมพื้นบ้านกับวัฒนธรรมตะวันตกจะเห็นได้ว่า วัฒนธรรมการสร้างที่อยู่อาศัยแบบเดิมที่สร้างง่าย ๆ และใช้วัสดุที่หาได้ง่ายนั้น อาจไม่มีปัญหาในเบื้องต้น แต่ในปัจจุบันที่อยู่อาศัยในลักษณะนี้ ย่อมกลายเป็นบ้านแบบสลัมไปในที่สุด

3. สภาพแวดล้อมแบบสลัม อันได้แก่ การทิ้งขยะมูลฝอยทั่วไป และน้ำครำเน่าเสีย ซึ่งเป็นผลส่วนหนึ่งของการเกิดชุมชนแออัดในด้านวัฒนธรรม เพราะสภาพชีวิตในชนบทไทย คนอาศัยอยู่ในบ้านใต้ถุนสูง เศษอาหาร เศษขยะ ที่ทิ้งลงมาจากเรือนก็เป็นอาหารสำหรับสัตว์เลี้ยง เช่น เป็ด ไก่ สุกร สุนัข ที่อยู่ใต้ถุนบ้าน ที่ทำหน้าที่กำจัดขยะไปในตัว เมื่อผู้คนจากชนบทได้อพยพเข้ามาอยู่ในเมือง สภาพแวดล้อมเปลี่ยนแปลงไป แต่ลักษณะนิสัยที่เป็นคนเคยชินเหมือนเดิม การที่จะเปลี่ยนนิสัยและความเคยชินย่อมต้องใช้เวลานานและต้องได้รับการกระตุ้นส่งเสริม

เหตุปัจจัยที่กล่าวมา ทำให้เข้าใจได้ว่า กลุ่มคนที่อยู่อาศัยในสลัมหรือชุมชนแออัดมีความแตกต่างหลากหลาย ทั้งทางด้านสาเหตุการอพยพ ภูมิลำเนา อาชีพ วัฒนธรรมและความเชื่อรวมทั้งการดำเนินชีวิต

2.6.3 สภาพของชุมชนแออัด

ขัตติยา กรรณสูต (2522 : 81-82) กล่าวถึง เกณฑ์ในการเป็นชุมชนแออัด ดังนี้

1. สภาพของตัวอาคารที่อยู่อาศัย อันหมายถึงชนิดและสภาพของวัสดุที่ใช้ซึ่งมักจะไม่ถาวรหรือมีสภาพใช้แล้วไม่เหมาะสมตามมาตรฐาน สภาพการใช้ห้องเมื่อเทียบกับจำนวนผู้ใช้และกิจกรรมที่ใช้ซึ่งแออัดและไม่เป็นสัดส่วน เป็นต้น สภาพครอบครัวส่วนใหญ่มีประมาณครอบครัวละ 6-8 คน เนื้อที่ถัวเฉลี่ยแต่ละคน ประมาณ 2-3 ตารางเมตร และใช้กิจกรรมหลายอย่างในห้องเดียวกัน

2. สภาพทางกายภาพและสิ่งแวดล้อมของอาณาบริเวณ ได้แก่ สภาพความแออัดระหว่างอาคารแต่ละหลัง ทางเข้าออกคับแคบไม่เพียงพอ หรือไม่สะดวกในการสัญจร ขาดลักษณะสุขาภิบาล เช่น มีน้ำเน่าเหม็นขัง ขาดการระบายน้ำ สาธารณูปโภค เช่น ไฟฟ้า ประปาขาดแคลน หรือไม่เพียงพอต่อความต้องการ ตลอดจนขาดสาธารณูปการ ที่จำเป็นต่อชีวิตความเป็นอยู่ที่มีคุณภาพ เช่น โรงเรียน สถานพยาบาล และสถานสงเคราะห์ต่างๆ เป็นต้น

3. สภาพการครอบครอง สภาพการครอบครองที่ดิน และที่อยู่อาศัยในแหล่งเสื่อโทรมอาจจะเป็นไปโดยการบุกรุกที่ดินเข้าไปปลูกสร้างที่อยู่อาศัย เช่น แหล่งเสื่อมโทรมคลองเตย หรือโดยการครอบครองอย่างถูกต้องตามกฎหมาย เช่น เช่าที่ดินจากเจ้าของที่เป็นเอกชนหรือหน่วยราชการ แต่เป็นบริเวณที่ไม่ได้รับความสนใจจากเจ้าของที่ดินเท่าที่ควร หรือมีเงื่อนไขการครอบครองที่ไม่แน่นอน ส่วนตัวบ้านผู้อยู่อาศัยอาจปลูกเองหรือเช่าจากผู้อื่น ความไม่แน่นอนและผู้อยู่อาศัยเองก็ยากจนเกินกว่าจะมีทุนปรับปรุงได้

4. สภาพผู้อยู่อาศัย ผู้อยู่อาศัยในบริเวณแหล่งเสื่อมโทรม ส่วนใหญ่มักจะเป็นผู้อพยพจากแหล่งอื่นเพื่อลี้ภัยหรือเพื่อหาแหล่งทำมาหากินใหม่ ผู้เข้ามาอยู่อาศัยในบริเวณนี้อาจจะมาจากชนบท เพื่อมาหางานทำในเมือง หรืออาจจะโยกย้ายจากบริเวณอื่นในเมืองเองมาสู่แหล่งนี้เพราะใกล้ที่ประกอบอาชีพก็ได้ ส่วนใหญ่มักเป็นผู้รับจ้างทำงานรายวันหรือชั่วคราวโดยใช้แรงกายเข้าแลก เช่น กรรมกร ค้าขายเล็กๆ น้อยๆ หรืออาชีพบริการต่างๆ ซึ่งมักจะตกงานได้ง่าย เพราะขาดความรู้ความเชี่ยวชาญเฉพาะแขนง ในแต่ละครอบครัวมักจะมีผู้ว่างงานหรือทำงานไม่เต็มอัตราอยู่เสมอ ผู้ที่มีรายได้ในครอบครัวจึงมีภาระในการอุปถัมภ์ผู้อื่นสูง ทั้งๆ ที่มีรายได้ใน

อัตราต่ำ ทำให้เกิดความขัดสนในการที่จะปรับปรุงคุณภาพชีวิตของตนเองและบุตรหลาน อันเป็นวงจรที่ทำให้ชีวิตคนในแหล่งเสื่อมโทรมส่วนใหญ่ต่ำลงทุกที จึงมักเป็น "แหล่งแห่งความสิ้นหวัง" (Slum of Despair) เพราะไม่อาจดิ้นให้หลุดไปจากแหล่งเสื่อมโทรม เพราะปัญหาที่ต้องเผชิญนับวันแต่จะพอกพูนขึ้นทุกที

5. สภาพทางเศรษฐกิจสังคม เนื่องจากผู้อยู่อาศัยในแหล่งสลัม มักเป็นผู้มีโอกาสศึกษาน้อย มีสภาพการทำงานในลักษณะไม่ถาวรมีอัตราว่างงานและทำงานไม่เต็มอัตราในปริมาณที่สูง ลักษณะทางกายภาพของแหล่งเสื่อมโทรมที่ต่ำกว่ามาตรฐาน ทำให้ผู้อยู่อาศัยมีสุขภาพอนามัยไม่สมบูรณ์ จึงทำให้แรงงานกลุ่มนี้ส่วนร่วมในการพัฒนาต่ำกว่าที่ควร

กล่าวโดยสรุป สภาพของชุมชนแออัด คือ ผู้อยู่อาศัยมักอพยพมาจากที่อื่น ไม่มีบ้านเป็นของตนเองและขาดการบริการสาธารณูปโภคจากรัฐ หัวหน้าครอบครัวส่วนใหญ่เป็นชายจบการศึกษาระดับประถมศึกษา มีอาชีพไม่มั่นคง รายได้น้อย มีหนี้สินต้องกู้ยืมเงินนอกระบบสำหรับผู้ที่มีการออมนิยมฝากธนาคารมากที่สุด

2.6.4 ปัญหาที่เกิดจากชุมชนแออัด

สุพัตรา สุภาพ. (2525 : 156-157) ได้กล่าวว่าปัญหาที่เกิดจากชุมชนแออัดมักจะเป็นปัญหาที่เกี่ยวกับ

1. **ประชาชนมีที่อยู่อาศัยไม่ถูกสุขลักษณะ** เนื่องจากอยู่อย่างแออัดในพื้นที่ที่จำกัด ที่ปลูกเพียงเพื่อใช้เป็นที่อยู่อาศัยเท่านั้น ไม่ได้คำนึงถึงชุมชนและสิ่งแวดล้อมแต่อย่างใด ฉะนั้นปัญหาการระบายน้ำ ขยะมูลฝอย สนามเด็กเล่น ความเป็นระเบียบของบ้านเรือน ความสะอาดของชุมชน จึงไม่ได้รับความสนใจเท่าที่ควร

2. **ความเสื่อมโทรมทางศีลธรรมจรรยา** เนื่องจากปัญหาความยากจน ความลำบากในการครองชีพ จึงมักก่อให้เกิดปัญหาครอบครัว เช่น บิดาติดสุรา มารดาเล่นการพนัน สามีภรรยาตบตีกันเป็นประจำ ครอบครัวแตกแยก การทอดทิ้งเด็ก การดุด่าเฆี่ยนตีโดยปราศจากเหตุผล เป็นต้น

3. **ปัญหาด้านสุขภาพและอนามัย** เนื่องจากผู้ที่อยู่ในแหล่งเสื่อมโทรม มักจะอาศัยอยู่ในบริเวณที่เสียสมดุลย์ของระบบนิเวศน์ เช่น บริเวณน้ำเน่าที่ไม่มีท่อระบายน้ำโสโครก หรือวิธีการจัดการกับน้ำเสียที่ดี ประกอบกับความสะดวกสบายของผู้ที่อาศัยที่มักจะทิ้งสิ่งปฏิกูลไม่เป็นที่ทาง และไม่มีแบบแผนในการกำจัดสิ่งปฏิกูลนั้น ซึ่งเป็นผลทำให้เกิดแหล่งเพาะพันธุ์เชื้อโรคอย่างดี สุขภาพอนามัยจึงเสื่อมถอย ทำให้โรคภัยไข้เจ็บสามารถติดต่อกันได้ง่าย นอกจากนี้แล้ว

ยังมีความหดหู่ของสภาพจิตใจ ซึ่งขึ้นอยู่กับสภาพแวดล้อม ที่ทราบกันดีอยู่แล้วว่าสุขภาพร่างกายที่แข็งแรงนั้น องค์ประกอบส่วนหนึ่งที่เกี่ยวข้องด้วยก็คือสุขภาพจิต

4. ขาดการศึกษา เนื่องจากผู้ที่อาศัยในชุมชนแออัดส่วนใหญ่มักเป็นพวกใช้แรงงาน รายได้จึงไม่แน่นอน จึงทำให้ครอบครัวมีรายได้ที่พอที่จะใช้ไปวันๆ เท่านั้น เป็นสาเหตุให้การศึกษากับสมาชิกภายในครอบครัวนั้นไม่สามารถทำได้อย่างเต็มที่ ประกอบกับส่วนมากแล้ว เป็นบ้านที่ไม่มีสำมะโนครัว ทำให้ไม่ได้มีการแจ้งเกิด เด็กจึงไม่มีสูติบัตร ซึ่งเป็นหลักฐานสำคัญในการเข่าโรงเรียน

โสภณ พรโชคชัย (2528 : 51) กล่าวถึงปัญหาทางด้านสาธารณสุขของประชาชนในชุมชนแออัด ได้แก่

1. ปัญหาโรคติดต่อ ซึ่งมักเกิดขึ้นเนื่องมาจากสภาพแวดล้อมในชุมชนไม่ดี

2. ปัญหาการป่วยไข้ทั่วไป ซึ่งชาวบ้านเองก็ขาดความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการรักษาที่ถูกต้อง ประกอบกับค่าใช้จ่ายในการรักษาด้วย

3. ปัญหาความไม่รู้เกี่ยวกับการรักษาโรคที่ถูกต้อง เช่น ทำให้ประชาชนเมื่อเจ็บป่วยใช้วิธีทางการไสยศาสตร์ ใช้ยาชุด ใช้ยากระตุ้นกำลังต่างๆ ในระหว่างการปฏิบัติงาน

4. ปัญหาทางโภชนาการ ได้แก่ การไม่รู้จักวิธีการปรุงอาหารที่มีคุณค่า การถนอมอาหารรวมถึงการจัดหาอาหารที่มีคุณค่า

สรุป แนวคิดเกี่ยวกับชุมชนแออัดที่กล่าวมานี้ ผู้วิจัย หมายถึง สภาพของชุมชนแออัด ได้แก่ ที่อยู่อาศัยไม่ถูกสุขลักษณะ สภาพทางกายภาพ และสิ่งแวดล้อม

2.7 แนวคิดเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม

2.7.1 ความหมาย

สิ่งแวดล้อมหมายถึง สิ่งต่างๆ ที่อยู่รอบตัวเรา ทั้งที่เกิดเองตามธรรมชาติหรือมนุษย์สร้างขึ้น อาจเป็นสิ่งที่จับต้องหรือมองเห็นได้ด้วยตาเปล่า เช่น ต้นไม้ แม่น้ำ อาคารบ้านเรือน หรือสิ่งแวดล้อมที่มองไม่เห็นด้วยตาเปล่า ต้องใช้กล้องจุลทรรศน์ส่องดู เช่น เชื้อจุลลินทรีย์ บางอย่างมองไม่เห็นแต่รับรู้ด้วยประสาทสัมผัส เช่น ความร้อน ความเย็น เสียงดัง กลิ่นเหม็น และนอกจากนั้นสิ่งแวดล้อมยังรวมไปถึงสิ่งที่มองไม่เห็น ไม่อาจรับรู้ได้ด้วยประสาทสัมผัสแต่ทราบได้ เมื่อเกิดผลเสียหายหรือเป็นอันตรายของมนุษย์ขึ้นเท่านั้นเช่นกัมมันตภาพรังสีรังสีอุตราไวโอเลตและพิษของสาร เป็นต้น (ประกาย จิโรจน์กุล. 2528 : 3)

สิ่งแวดล้อม หมายถึง ทุกสิ่งทุกอย่างที่อยู่รอบตัวมนุษย์ ทั้งที่มีชีวิตและไม่มีชีวิต ทั้งที่เป็นรูปธรรม จับต้องและมองเห็นได้ และนามธรรม วัฒนธรรม แบบแผน ประเพณี ความเชื่อ มีอิทธิพลเกี่ยวโยงถึงกัน เป็นปัจจัยในการเกื้อหนุนซึ่งกันและกัน ผลกระทบจากปัจจัยหนึ่งจะมีส่วนเสริมสร้างหรือทำลายอีกส่วนหนึ่งอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ สิ่งแวดล้อมเป็นวงจรและวัฏจักรที่เกี่ยวข้องกันไปทั้งระบบ (กรมส่งเสริมคุณภาพสิ่งแวดล้อม.2535 : 8)

2.7.2 ความหมายของมลภาวะ (Pollution)

มลภาวะหรือภาวะเป็นพิษ มีผู้ให้ความหมายดังต่อไปนี้

ภาวะมลพิษ (Pollution) หมายถึง การที่มนุษย์นำสารหรือพลังงานเข้าสู่สิ่งแวดล้อม และเป็นผลให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพของมนุษย์ อันตรายต่อทรัพยากรและระบบนิเวศน์ ทำลายโครงสร้าง คนเก่าแก่ ที่อยู่อาศัย หรือขัดต่อการใช้ประโยชน์จากสิ่งแวดล้อมของมนุษย์ (เต็มดวง รัตนทัศนีย์. 2534 : 137)

ภาวะมลพิษ (Pollution) หมายถึง สถานการณ์ของสภาพแวดล้อมที่ไม่น่าพึงพอใจ หรือสถานการณ์ที่อาจก่อให้เกิดอันตรายหรือความเสียหายขึ้นได้ เช่น มลพิษทางน้ำ มลพิษทางอากาศ เป็นต้น (กรมส่งเสริมคุณภาพสิ่งแวดล้อม 2535 : 60)

แหล่งกำเนิดอากาศเสีย

1. จากการคมนาคมขนส่ง เกิดจากยานพาหนะที่ขับเคลื่อนด้วยเครื่องยนต์
2. จากโรงงานอุตสาหกรรม โรงงานอุตสาหกรรมเป็นแหล่งสำคัญที่ปล่อยสิ่งเจือปนออกมาสู่บรรยากาศ ทำให้อากาศเสีย
3. จากกระบวนการผลิตที่ทำให้เกิดฝุ่น เช่น การบด การก่อสร้าง การระเบิดหินทำให้เกิดเศษผงละอองในบรรยากาศ
4. เกิดจากกิจกรรมด้านการเกษตร เช่น การฉีดยาฆ่าแมลง ทำให้เกิดฝุ่นละออง
5. เกิดจากการระเหยของก๊าซบางชนิด เช่น น้ำมันเชื้อเพลิง สี แลคเกอร์
6. เกิดจากมูลขยะและของเสีย เช่น กองขยะมูลฝอย การเผามูลฝอย บ่อน้ำเสีย ฯลฯ

มลพิษทางอากาศ

มลพิษทางอากาศ หมายถึง อากาศที่มีสารมลพิษเข้าไปปะปน และอากาศที่มีอุณหภูมิสูงขึ้นกว่าปกติ หรือมีส่วนผสมของก๊าซต่าง ๆ ในปริมาณที่เปลี่ยนไป หรือมีกลิ่นไม่บริสุทธิ์รวมอยู่ด้วย (วินัย วีระวัฒนานนท์ 2540 : 36)

มลพิษภายในอาคาร

มลพิษอากาศไม่ได้มีขอบเขตจำกัดเพียงแค่อากาศที่อยู่ภายนอกเท่านั้นมนุษย์ใช้ชีวิตอยู่ภายในอาคารถึงร้อยละ 80-90 ของเวลาทั้งหมด จึงจำเป็นต้องเข้าใจสภาพแวดล้อมที่เป็นอันตรายจากสารมลพิษที่เกิดขึ้นภายในอาคารด้วย

แหล่งกำเนิดมลพิษทางอากาศในอาคารในประเทศที่กำลังพัฒนาและประเทศอุตสาหกรรมแตกต่างกัน แหล่งมลพิษที่สำคัญในประเทศกำลังพัฒนา คือ กิจกรรมของมนุษย์ เช่น การประกอบอาหาร และการสูบบุหรี่ วัสดุก่อสร้าง ส่วนสารมลพิษที่สำคัญในประเทศอุตสาหกรรม ประกอบด้วยไนโตรเจนออกไซด์ แอสเบสทอส ปรอท เส้นใยสังเคราะห์ สารอินทรีย์ระเหย สิ่งที่ทำให้เกิดภูมิแพ้ รวมทั้งสิ่งมีชีวิตเล็ก ๆ ที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ เช่น แบคทีเรีย ปัจจุบันโครงการตรวจสอบสารมพิษในอาคารไม่มากนัก แต่มีการศึกษาเป็นรายกรณีเตือนถึงระบบที่เป็นผลร้ายต่อสุขภาพ

มลพิษทางน้ำ

น้ำจะถือว่าเป็นพิษ ถ้ามีสารอย่างใดอย่างหนึ่งก็ตามปรากฏอยู่ในขนาดหรือในจำนวนที่ทำให้น้ำไม่สามารถถูกนำไปใช้ประโยชน์ได้ การกำหนดว่าน้ำเป็นพิษหรือไม่นั้นจะพิจารณาเพียงสารมลพิษอย่างเดียวไม่ได้ ต้องคำนึงถึงการใช้ประโยชน์จากน้ำด้วย น้ำที่มีสารมลพิษจนไม่เหมาะแก่การดื่มกิน อาจเหมาะสำหรับนำไปใช้ในโรงงานอุตสาหกรรม น้ำที่เป็นพิษจนไม่เหมาะแก่การลงไปอาบหรือว่าย แต่ก็อาจไม่เป็นมลพิษสำหรับปลา หรือจะมีพิษและเป็นอันตรายต่อปลาแต่ก็ยังเหมาะจะแล่นเรือ หรือใช้ในการผลิตกระแสไฟฟ้าได้

สภาพการณ์ที่จะถือว่าน้ำเป็นพิษหรือเกิดมลพิษทางน้ำ อาจพิจารณาตามลำดับได้ดังนี้

- น้ำเสียเพราะมีอุจจาระและของเสียจากการอุปโภคบริโภคในครัวเรือน
- น้ำเสียเพราะมีสารพิษหรือสิ่งที่เป็นพาหะของเชื้อโรคหรือโรคระบาด
- น้ำเสียเพราะมีสารอนินทรีย์เคมี และแร่ธาตุต่างๆ
- น้ำเสียเพราะมีธาตุอาหารของพืช
- น้ำเสียเพราะมีสารกัมมันตภาพรังสี
- น้ำเสียเพราะมีความร้อนจากโรงงานถ่ายเทลงไป

ผลกระทบจากมลพิษทางน้ำ (Effect of water pollution)

ผลกระทบต่อมนุษย์ ระดับขั้นแรกคือรบกวนหรือทำลายความสวยงามตามธรรมชาติจนถึงขั้นทำลายธรรมชาติระบบนิเวศ ถ้าจะพิจารณาในแง่ของพื้นที่ มลพิษทางน้ำอาจกระทบกระเทือนชีวิตความเป็นอยู่ของมนุษย์ และสิ่งมีชีวิตอื่น ในระดับท้องถิ่น หรือระดับภูมิภาค จนถึงระดับโลก

ของเสียจากครัวเรือนและชุมชน น้ำเสียที่เกิดจากครัวเรือนในชุมชนแออัดส่วนใหญ่จะเป็นน้ำที่ใช้ในการซักล้าง ซึ่งมักจะมีผงซักฟอกที่สลายตัวในน้ำเจือปนอยู่ และยังมีน้ำที่ใช้ในการชำระล้างร่างกาย และขยะมูลฝอยที่เกิดจากกิจกรรมการดำรงชีวิตของมนุษย์ สิ่งทั้งหลายเหล่านี้จะถูกระบายหรือทิ้งลงตามแหล่งน้ำต่างๆ เป็นผลทำให้เกิดมลพิษทางน้ำได้ สิ่งดังกล่าวจะเห็นได้อย่างชัดเจนในชุมชนที่มีผู้อาศัยกันอยู่อย่างหนาแน่นที่เรียกกันว่าสลัม หรือชุมชนแออัดในเมืองใหญ่ๆ ซึ่งจะมีขยะมูลฝอย สิ่งปฏิกูล น้ำเสียขังอยู่ใต้ถุนที่อยู่อาศัยเต็มไปหมด ส่วนใหญ่ชุมชนชนบทจะยังไม่เห็นชัด เพราะมีพื้นที่กว้างทำให้น้ำไม่ขังอยู่ใต้ถุนบ้าน แต่สารบางอย่างเช่น น้ำจากการซักล้างที่มีผงซักฟอกปนอยู่จะสะสมอยู่ใต้ดินบริเวณที่เทน้ำทิ้ง เมื่อฝนตกลงมาก็จะชะล้างทำให้ผงซักฟอกที่ตกค้างอยู่นั้นไหลลงสู่แหล่งน้ำเกิดเป็นมลพิษได้เหมือนกัน นอกจากนี้การระบายน้ำเสีย ขยะมูลฝอย สิ่งปฏิกูลจากสถานที่บางแห่งในชุมชน เช่น ตลาด อาคารร้านค้า โรงงานอุตสาหกรรม ก็เป็นสาเหตุการเกิดมลพิษทางน้ำได้เช่นเดียวกัน

มลพิษทางน้ำในประเทศไทยส่วนใหญ่เกิดจากแหล่งกำเนิดที่แน่นอน ได้แก่ โรงงานอุตสาหกรรม กิจกรรมทางการเกษตร และกิจกรรมจากครัวเรือน ชุมชน โดยเฉพาะของเสียจากครอบครัว ชุมชนทั้งหลายซึ่งเป็นสาเหตุใหญ่ ทั้งนี้เพราะการระบายน้ำเสียจากอาคารบ้านเรือนในประเทศไทยเรามักจะระบายลงสู่แหล่งน้ำธรรมชาติ ได้แก่ แม่น้ำ ลำคลอง โดยตรงโดยไม่ได้ผ่านระบบการกำจัดน้ำเสียก่อน ซึ่งส่วนใหญ่มักจะย่อยสลายสิ่งสกปรกเฉพาะสารอินทรีย์ทั้งหลายไม่ทัน ทำให้เกิดการเน่าเหม็น ทำให้คุณภาพของน้ำธรรมชาติเสียไปในที่สุด ดังที่เคยเห็นกันตามเมืองใหญ่ๆ ที่มีผู้คนอาศัยอยู่อย่างหนาแน่น เช่น กรุงเทพมหานคร

2.7.3 สาธารณูปโภค

การขยายตัวของชุมชน ทำให้มีความต้องการของบริการสาธารณูปโภคเพิ่มขึ้น ดังนั้นสาธารณูปโภคจึงถือว่าเป็นปัจจัยที่จำเป็นสำหรับการดำรงชีวิตของประชาชนในชุมชนนั้นๆ เพื่อให้เกิดสภาพการกินดีอยู่ดี และความเจริญของชุมชนและของประเทศชาติ เช่น น้ำประปา ไฟฟ้า รวมทั้งบริการเก็บขยะมูลฝอย เป็นต้น

น้ำประปา

แหล่งน้ำเป็นสิ่งแวดล้อมที่ก่อให้เกิดประโยชน์มากมาย เป็นน้ำดื่ม น้ำใช้ในครัวเรือน การกสิกรรม อุตสาหกรรม การขนส่ง และแหล่งพลังงาน แต่น้ำก็อาจก่อให้เกิดโทษแก่มนุษย์และสิ่งมีชีวิตอื่นๆ ได้ ถ้าน้ำมีสิ่งสกปรกและเชื้อโรคปะปน โดยเฉพาะ อหิวาตกโรค ไทฟอยด์ บิด โรคพยาธิบางชนิด ตับอักเสบเนื่องจากเชื้อไวรัส ซึ่งจะทำให้เกิดการระบาดของโรคขึ้นในชุมชนได้ จึงได้มี

การจัดบริการสาธารณูปโภค ระบบน้ำประปา เป็นแหล่งน้ำให้เพียงพอ ทั้งด้านปริมาณและคุณภาพ จากลักษณะกลุ่มกิจกรรมของชุมชนที่หนาแน่น เช่น เทศบาล เมือง หรือจังหวัด ได้แก่

- น้ำสำหรับที่พักอาศัย เพื่อใช้ในการดื่ม อาบ ชักล้างทำความสะอาด และกำจัดสิ่งปฏิกูล

- กิจการค้าและอุตสาหกรรม ซึ่งต้องการใช้ในปริมาณมาก คุณภาพแตกต่างกันตามปริมาณที่ใช้

- กิจกรรมสาธารณะ เพื่อใช้ล้างถนน สวนสาธารณะ ป้องกันอัคคีภัย ล้างท่อทางระบายน้ำโสโครก รดน้ำต้นไม้ตามถนน รวมทั้งทำน้ำพุหรือน้ำตก เพื่อการพักผ่อนหย่อนใจของประชาชน

ความสำคัญของน้ำต่อชีวิตและสุขภาพ ปัจจัยสำคัญของการดำรงชีวิตมนุษย์ ได้แก่ น้ำ เพราะน้ำเป็นสารอาหารอย่างหนึ่งที่จำเป็นต่อกระบวนการเมตาโบลิซึมของร่างกายเพื่อการดำรงชีวิต ตามปกติมนุษย์เราขาดน้ำเพียง 2 วันก็อาจเสียชีวิตได้ น้ำจำเป็นสำหรับการดำรงชีวิต น้ำจำเป็นสำหรับการประกอบอาหาร การล้าง การทำความสะอาด ในขณะเดียวกันน้ำอาจเป็นสื่อสำคัญของการนำเชื้อโรคต่างๆ เข้าสู่มนุษย์ได้หลายวิธีที่เห็นได้ชัดเจนที่สุด ถ้าน้ำสำหรับบริโภคและประกอบอาหารไม่สะอาดเพียงพอ โรคที่ติดต่อจากน้ำ (water born diseases) ได้พลาชีวิตมนุษย์มากมายตั้งแต่อดีต

ไฟฟ้า

เป็นบริการสาธารณูปโภคอีกประการหนึ่ง ที่รัฐบาลต้องลงทุนเพื่อผลิตให้เพียงพอกับความต้องการ ที่นับว่าจะสูงเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ไม่เฉพาะแต่เพื่อให้แสงสว่างและความสะดวกสบายในครัวเรือนเท่านั้น ยังเป็นปัจจัยในการเสริมสร้างและการผลิตกิจการต่างๆ กิจกรมความเป็นอยู่ในชีวิตครอบครัวประจำวัน ต้องการแสงสว่างอย่างเพียงพอ เมื่อสิ้นแสงอาทิตย์คนเรายังต้องการแสงสว่าง สำหรับกิจกรรมต่อเนื่องหรือเพื่อประกอบอาชีพ เพื่อการอ่านการเขียน ตลอดจนการอยู่อาศัยตามปกติที่ต้องการการมองเห็น

แสงสว่างไม่เพียงพอ เสี่ยงต่ออุบัติเหตุต่าง ๆภายในที่อยู่อาศัยได้ง่าย เช่น การพลัดตกหกล้มและภัยจากสัตว์เป็นพิษหลายชนิดขบกัด บริการไฟฟ้าจะแก้ปัญหาดังกล่าวได้ พลังจากไฟฟ้าจะช่วยให้ผู้อยู่อาศัยได้รับความสะดวกสบายอีกหลายประการจากแสงสว่าง กล่าวคือ เราสามารถใช้พลังงานไฟฟ้ามาช่วยเสริมสร้างให้การรักษาอนามัยและสุขลักษณะในครัวเรือนให้เป็นไปได้เช่น

- การทำน้ำให้สะอาดภายในอย่างรวดเร็วด้วยการต้มน้ำด้วยเตาไฟฟ้า

- การอุ่นอาหารก่อนเก็บค้างคืนและก่อนนำมาบริโภคในตอนเช้า

- การหุงข้าวอย่างสงวนคุณค่า ได้แก่ การใช้หม้อหุงข้าวไฟฟ้า

บริการเก็บขยะมูลฝอย

ปัญหาสำคัญสำหรับผู้อยู่อาศัยอีกประการหนึ่งที่เป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาอนามัยในที่อยู่อาศัยเห็นได้ชัดเจน ได้แก่ ปัญหาการกำจัดขยะมูลฝอยทุกครอบครัวจะต้องมีขยะมูลฝอยประเภทต่างๆ เช่น เศษอาหาร จะมีมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับจำนวนสมาชิกที่อาศัยอยู่และกิจการของครัวเรือน ในประเทศที่พัฒนาแล้วมีระบบการกำจัดขยะจำพวกเศษอาหารโดยการนำไปบดให้ละเอียดแล้วกำจัดไปกับน้ำ ซึ่งเป็นการลดปริมาณขยะมูลฝอยในแต่ละบ้านได้มาก

บ้านในเขตเมืองมีปัญหาการกำจัดขยะมูลฝอย เพราะถ้าไม่มีบริการของรัฐหรือบริการเก็บขยะประจำวันแล้วก็จะเกิดการบูดเน่ามีกลิ่นเหม็น ดังที่ปรากฏอยู่ตามตึกแถวร้านค้าต่างๆ ในเมือง ที่อยู่อาศัยในเมืองไม่สามารถกำจัดขยะมูลฝอยได้ สำหรับผู้ที่อาศัยในชนบทหรือในบ้านส่วนตัวที่มีบริเวณ อาจมีการกำจัดขยะเองได้ถ้าบริการเก็บขยะเกิดบกพร่องโดยนำไปเผาหรือฝัง บ้านในชนบทเช่น บ้านของเกษตรกรที่มีพื้นที่กว้างพอสามารถนำขยะไปทำเป็นปุ๋ยหมักใช้ประโยชน์ต่อไปได้

ปัญหาขยะมูลฝอยที่กำจัดอย่างไม่ถูกต้องภายในที่อยู่อาศัยมีผลต่อการทำให้เสื่อมเสียสุขภาพโดยตรง เพราะเป็นที่สะสมของจุลินทรีย์และกลิ่นเน่าเหม็น เป็นที่รวมของแมลงวัน แมลงสาบ เป็นอาหารของหนู ซึ่งเป็นพาหะนำโรคต่างๆ ความพยายามรักษาอนามัยใดๆ ถ้ามาผจญกับการไม่สามารถกำจัดขยะได้แล้ว ก็เป็นความพยายามที่ไม่ได้ผลตามเป้าหมาย

ที่อยู่อาศัยที่ถูกสุขลักษณะ

บ้านเป็นที่อยู่อาศัย ที่กิน ที่นอน เป็นที่ให้ความสุขใจ และให้ความปลอดภัยสำหรับผู้อยู่อาศัย คนส่วนใหญ่จึงพยายามมีบ้านเป็นของตนเอง และอยากทำบ้านให้สวยงาม น่าอยู่ บ้านที่น่าอยู่นั้นต้องมีความสะอาด และเป็นระเบียบเรียบร้อย

องค์การอนามัยโลกได้ให้ความสำคัญของบ้านว่า "สุขภาพดีเริ่มที่บ้าน" เพราะเหตุว่าคนเราใช้ชีวิตส่วนมากอยู่ในบ้านมากกว่านอกบ้าน หากบ้านไม่ถูกสุขลักษณะ ไม่สะอาด ไม่น่าอยู่ หรือแม้บ้านจะน่าอยู่แต่สภาพแวดล้อมในชุมชนเต็มไปด้วยความสกปรก มีขยะเน่าเหม็น น้ำเน่าเสีย ก็เท่ากับบั่นทอนชีวิตสุขภาพกายและจิตใจของผู้อยู่อาศัย ฉะนั้น การที่สมาชิกในบ้านและชุมชนทุกคนช่วยกันรักษาความเป็นระเบียบ ความสะอาดหรือเป็นผู้มีสุขนิสัยที่ดี จึงมีความสำคัญต่อการทำที่อยู่อาศัยให้น่าอยู่และก่อให้เกิดคุณภาพชีวิต

สุขนิสัยที่ดีนั้นสามารถสร้าง และฝึกฝนให้เกิดขึ้นได้ โดยเริ่มฝึกหัดจากสิ่งที่อยู่ใกล้และมีความสำคัญต่อสุขภาพอนามัยของตัวเองก่อน โดยเริ่มต้นจากการทำบ้านของตนให้ถูกสุขลักษณะ และเมื่อหลายๆบ้านสะอาดน่าอยู่ สภาพแวดล้อมในชุมชนก็สะอาดน่าอยู่ไปด้วย ซึ่งวิธีการสร้างสุขลักษณะภายในบ้านมีดังนี้

1. การรักษาความสะอาดภายในบ้าน โดยต้องหมั่นปัดกวาด เช็ด ถูบ้าน ให้สะอาดอยู่เสมอ ไม่ปล่อยให้มีเศษกระดาษ ฝุ่นละออง และสิ่งสกปรกตามพื้น ฝาผนังและเพดาน หลังจากกวาด เช็ด ถู แล้วจะต้องจัดวางสิ่งของให้เป็นระเบียบเรียบร้อย จะทำให้บ้านแลดูสวยงามน่าอยู่ยิ่งขึ้น

2. การทำให้อากาศถ่ายเท โดยการเปิดประตู หน้าต่าง ให้แสงแดดและลมเข้าบ้านได้ สะดวกแสงแดดมีประโยชน์ช่วยฆ่าเชื้อโรคได้ ส่วนลมช่วยทำให้บ้านเย็นสบาย

3. การทำความสะอาดเสื้อผ้าเครื่องใช้ในชีวิตประจำวัน เครื่องใช้ในชีวิตประจำวัน เช่น ที่นอนและหมอนควรนำมาผึ่งแดดบ่อยๆ จะทำให้ไม่มีกลิ่นเหม็นอับ และช่วยฆ่าเชื้อโรคจะได้นอนสบาย ส่วนผ้าปูที่นอนปลอกหมอน เสื้อผ้าต่างๆ ต้องหมั่นซักเป็นประจำ การสวมเสื้อผ้าที่สะอาดทำให้สบายตัวและป้องกันมิให้เป็นโรคผิวหนัง

4. การทำความสะอาดบริเวณบ้าน ต้องหมั่นเก็บกวาด ทำความสะอาดใต้ถุนและบริเวณบ้านเป็นประจำทุกวัน ไม่ควรปล่อยให้มีเศษขยะทิ้งอยู่ให้สกปรก ไม่ควรเลี้ยงสัตว์ไว้ใต้ถุนบ้าน และหากมีคอกสัตว์ควรหมั่นทำความสะอาด เพราะมูลสัตว์ทำให้เกิดกลิ่นเหม็น รบกวนเพื่อนบ้าน ทำให้สกปรกไม่น่าดูและเป็นที่เพาะพันธุ์แมลงวัน แมลงหวี่

5. การใช้ห้องส้วม ส้วมเป็นสิ่งจำเป็นในการขับถ่าย การถ่ายในห้องส้วมป้องกันโรคติดต่อที่มากับอุจจาระ ได้แก่ เชื้อโรค หรือพยาธิ แต่ก่อนคนในชนบทส่วนใหญ่ไม่นิยมใช้ส้วม ทำให้เกิดโรคเนื่องจากอุจจาระอาจถูกชะล้างลงไปในบ่อ หนอง คลอง บึง ที่นำมาใช้บริโภค หรืออาจถูกพัดมาปะปนอาหารทำให้เกิดการเจ็บป่วยจนอาจถึงตายได้ เพราะฉะนั้น ทางที่ดีควรมีการใช้ส้วม โดยอาจจะเป็นส้วมหลุม หรือส้วมซึมก็ได้ และเมื่อมีส้วมแล้วต้องดูแลทำความสะอาด ไม่ควรปล่อยให้สิ่งปฏิกูลอยู่ตามพื้นหรือปล่อยให้ส้วมมีกลิ่นเหม็น

6. การจัดหาน้ำดื่มน้ำใช้ น้ำเป็นสิ่งจำเป็นต่อชีวิต ขาดไม่ได้ น้ำสำหรับดื่มและใช้จึงต้องสะอาด มิฉะนั้นจะเป็นอันตราย เช่น เกิดโรคท้องร่วง ท้องเสีย อหิวาตกโรค และโรคอื่นๆ ได้มากมาย ในชนบทน้ำดื่มควรเป็นน้ำฝนเพราะสะอาดกว่าน้ำธรรมชาติอื่นๆ ในช่วงฝนตกแรกๆ ไม่ควรรองน้ำเก็บไว้ เพราะหลังคายังสกปรกอยู่ ควรรอให้ฝนล้างหลังคาให้สะอาดก่อนค่อยรองเก็บน้ำไว้ในตุ่ม หรือภาชนะอื่นๆ เพื่อเก็บน้ำสะอาดไว้ได้กินตลอดปี ตุ่มหรือภาชนะเก็บควรมีฝาปิดมิดชิดอย่าให้มีสิ่งใดตกลงไปและเป็นการช่วยลดอุบัติเหตุด้วย

7. การรับประทานอาหาร ข้าว กับข้าว และขนม ควรทำให้สุก และรับประทานขณะที่ยังร้อน เพื่อป้องกันต้นเหตุของโรคบางชนิด เก็บอาหารที่เหลือไว้ในตู้เก็บอาหารให้ดี ไม่ควรปล่อยให้แมลงวันตอม และแมลงสาบและหนูแอบมากินได้ ถ้วย ชาม และของใช้อื่นต้องล้างให้สะอาดก่อน

นำมาใส่อาหาร ของกินอะไรที่เสียหรือมีกลิ่นเหม็นต้องทิ้ง อย่าเสียดาย หากนำมารับประทานจะทำให้เจ็บป่วยได้

8. การกำจัดขยะ เศษสิ่งของที่ไม่ใช้ เช่น เศษกระดาษ เศษใบไม้ หรือเศษอาหาร ไม่ควรปล่อยทิ้งเกะกะ เพราะจะทำให้บ้านไม่น่าอยู่ เศษขยะบางอย่างสกปรกแต่สามารนำมาใช้ประโยชน์ได้ เช่น เศษใบไม้ มูลสัตว์ เศษข้าว เอามาหมักรวมกันทำเป็นปุ๋ยต้นไม้ โดยการขุดหลุมลึกประมาณ 2 เมตร รวบรวมเศษขยะต่างๆ ใส่ลงหลุมถมทุกวันจนเต็มแล้วกลบดินทิ้งไว้ 6 เดือน จึงขุดมาใส่ตามต้นไม้ ขยะใดที่เผาได้ควรเผา ขยะบางอย่างเผาไม่ได้ เช่น ขวด ก็ควรฝังดินไว้

9. การจัดน้ำเสีย น้ำที่ใช้ถูบ้าน ซักผ้า อาบ ไม่ควรปล่อยหรือเทลงใต้ถุนบ้านทำให้สกปรกและขังนองตามพื้น เพราะทำให้เน่าเหม็น เป็นที่วางไข่ของยุง หากบริเวณบ้านมีบ่อน้ำไม่ควรปล่อยให้น้ำขัง ต้องทำรางระบายน้ำจากท่อ และใต้ถุนบ้านให้ไหลลงท้องร่องสวน ไร่นา หรือนำไปรดน้ำต้นไม้ซึ่งจะทำให้บ้านสะอาดน่าอยู่

10. การกำจัดยุง แมลงวัน และหนู ถ้าบ้านสกปรก จะเป็นที่อยู่อาศัยของยุง แมลงวัน และหนู สัตว์เหล่านี้เป็นสัตว์นำโรคมาสู่คน จึงจำเป็นต้องทำบ้านและบริเวณบ้านให้สะอาดเรียบร้อยไม่เป็นที่อยู่อาศัยของสัตว์พวกนี้ แต่หากยังมีอยู่ควรกำจัดด้วยยาซึ่งต้องใช้อย่างระมัดระวัง และไม่ควรใช้บ่อยโดยไม่จำเป็น เพราะยาเหล่านี้อาจเป็นอันตรายต่อคนในบ้าน ควรเก็บไว้ให้ไกลมือเด็ก ถ้าใช้หมดแล้วควรนำขวดไปฝังดิน ไม่ควรนำมาใช้ประโยชน์อื่นเพราะเป็นอันตราย

ที่อยู่อาศัยที่ช่วยส่งเสริมสุขภาพ

หลักสำคัญของที่อยู่อาศัยที่ควรเลือกคือ จะต้องสนองความต้องการทางธรรมชาติของมนุษย์ คือให้ความสะดวกสบายด้วยสภาพแวดล้อมทางกายภาพและสนองความต้องการในด้านความสุขทางจิตใจ

ความถูกต้องทางกายภาพของที่อยู่อาศัย

1. พื้นที่ภายในอาคารเพียงพอในการทำกิจกรรมต่าง ๆของผู้อยู่อาศัย โดยเฉพาะในห้องนอน ต้องวางแปลนให้ห้องนอนได้รับอากาศถ่ายเทได้สะดวก ถ้าเป็นห้องนอนเดี่ยวควรมีพื้นที่อย่างน้อย 9.00 ตารางเมตร สูงประมาณ 3.00 เมตร และไม่ควรน้อยกว่า 2.50 เมตร

ภายในอาคาร ถ้าควรแบ่งให้เป็นห้องได้ควรจัดให้มีห้องนอนโดยเฉพาะอย่างน้อย 1 ห้อง ในพื้นที่นอกห้องนอนควรมีมุมสำหรับรับแขก นั่งเล่น กินอาหาร ควรมีห้องหรือบริเวณสำหรับทำครัว ถ้าเป็นบ้านใหญ่ก็อาจจะยกกิจกรรมการประกอบอาหารให้เป็นห้องต่างหากโดยเฉพาะได้ ห้องส้วมและห้องน้ำควรอยู่ในตัวอาคารเดียวกันเพื่อความสะดวก

เครื่องเรือนและเครื่องตกแต่งตามควรแก่ฐานะ และจัดให้เป็นระเบียบการใช้สอยให้ทุกคนพอใจสำหรับทำงานอยู่อย่างสะดวกและสบายใจ ถ้าเป็นไปได้ควรมีห้องส่วนตัวของสมาชิกทุกคน หรืออย่างน้อยที่สุดก็มีมุมส่วนตัวมีเครื่องใช้ที่เป็นส่วนตัว

2. แสงสว่างพอเหมาะ การใช้แสงสว่างที่เหมาะสมจะช่วยประหยัดสายตา ไม่ต้องเพ่งมากจนทำให้เกิดความเมื่อยล้าแสงสว่างที่พอเหมาะมีความสำคัญต่อสุขภาพสายตาของผู้อยู่อาศัย แสงไฟยังช่วยฆ่าเชื้อจุลินทรีย์บางชนิด และช่วยป้องกันอุบัติภัยต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นเพราะมองเห็นไม่ชัด

3. พื้นชั้นล่างของอาคารควรมีระดับสูงกว่าพื้นดินอย่างน้อย 90 ซม. ถ้าเป็นบ้านที่ต้องใช้บันได บันไดที่ใช้ควรมีขนาดกว้างไม่น้อยกว่า 90 ซม. และช่วงหนึ่งของบันไดไม่ควรสูงกว่า 3 เมตร

4. ตัวอาคารควรห่างจากรั้วบ้านหรือข้างบ้านอย่างน้อยที่สุด 50 ซม. โดยทั่วไปไม่ควรปลูกบ้านที่ตัวอาคารเกิน 1 ใน 3 ของพื้นที่ที่มีอยู่ ควรจะมีบริเวณพื้นที่เหลือไว้สำหรับทำสนามสำหรับพักผ่อน เดินเล่น เมื่อต้องการออกกำลังกาย บริเวณที่เหลือไว้อาจอยู่หลังบ้านก็ได้

5. วัสดุที่ใช้หาได้ง่ายในท้องถิ่น มีความคงทน สวยงาม ไม่อับทึบหรือเก็บความชื้นเมื่อถูกฝน สามารถป้องกันสัตว์ต่างๆ ได้ เช่น หนู มอด ปลวก ฯลฯ เป็นที่อยู่อาศัยที่สร้างขึ้นเหมาะกับสภาพในท้องถิ่น

6. ทำเลสร้างที่อยู่อาศัย ควรเป็นที่เนินสูงเพื่อป้องกันน้ำไม่ให้ท่วมขัง ลักษณะดินเป็นดินปนทรายจะได้เปรียบกว่าดินเหนียว เพราะจะไม่ขังน้ำ เกิดความชื้นแฉะ ไม่มีสิ่งก่อสร้างอื่นที่สูงมากหรือไม้ใหญ่บดบังทางลมและแสงแดด มีถนนเข้าถึง การคมนาคมสะดวก ไม่ไกลจากตลาด โรงเรียน โรงพยาบาลหรือคลินิคแพทย์ และไกลจากโรงงานอุตสาหกรรมทุกขนาด

บ้านที่จะสร้างความสะดวกสบายในการอยู่ ควรมีเนื้อที่ไม่น้อยกว่า 14 ตารางเมตร ต่อผู้อยู่อาศัย 1 คนแรก และไม่น้อยกว่า 2.3 ตารางเมตร สำหรับผู้อยู่อาศัยที่เพิ่มขึ้นอีก 1 คนต่อไป เพื่อไม่ให้เกิดความแออัด

บ้านที่สะอาดตา จัดข้าวของเข้าที่ไม่รกรุงรัง พื้นบ้านสะอาดหมดจด ย่อมทำให้เกิดความสุขแก่ผู้อยู่อาศัย การตกแต่งบ้านตามควรที่ไม่เกิดการรุงรัง ก็มีส่วนทำให้สวยงามยิ่งขึ้น คำกล่าวที่ว่า "หยิบก็ง่าย หายก็รู้ ดูก็งามตา" ยังคงมีความสำคัญอยู่ และใช้ได้กับที่อยู่อาศัยทุกชนิดไม่ว่าของผู้มีฐานะดีหรือยากจน ความสะอาดตาจะช่วยผ่อนคลายอารมณ์เครียดของที่อยู่อาศัยได้ ให้ลองคิดเปรียบเทียบกับบ้านที่มีแต่ความรกรุงรัง สกปรกไม่เป็นระเบียบ ก็ไม่สามารถที่จะช่วยให้เกิดการผ่อนคลายความเครียดของผู้ที่พบเห็นได้ อาจเป็นสาเหตุของการทะเลาะเบาะแว้งและไม่ก่อให้เกิดความรักบ้านก็เป็นได้

บ้านจะงดงามน่าอยู่ ต้องเกิดจากความขยันและความสามารถของผู้อยู่อาศัยที่จะช่วยกันดูแลรักษาซ่อมแซมสิ่งที่ชำรุดให้อยู่ในสภาพที่ดี ช่วยกันรักษาความสะอาดไม่นิ่งดูดาย ทุกคนก็จะเกิดความสุขในการอยู่อาศัยทั่วกัน

ปัญหาสาธารณูปโภคและสาธารณูปการ

การที่กรุงเทพมหานครขยายตัวอย่างรวดเร็ว โดยไม่มีการควบคุมการใช้ที่ดินและการผังเมือง (Haphazard Growth) ย่อมมีผลทำให้โครงการสร้างหลักของเมือง (Infrastructure) ขยายตัวตามไปไม่ทันกับความต้องการในการใช้ของประชาชน

จากการสำรวจโครงการอาคารชุดภาคสนาม ในช่วงเดือนพฤศจิกายน-ธันวาคม 2525 ของการเคหะแห่งชาติ พบว่าโครงการอาคารชุดเกิดขึ้นแล้วถึง 76 โครงการ แต่ภายหลังได้ยกเลิกไป 10 โครงการ คงเหลือ 66 โครงการ (นรินทร์ สกุลคลานุวัฒน์และคนอื่นๆ 2526: 27) ทำให้เห็นว่าการให้บริการในด้านสาธารณูปโภคและสาธารณูปการในแถบชานเมือง ให้แก่หมู่บ้านจัดสรรและบ้านทั่วๆ ไปไม่พออย่างแน่นอน ซึ่งรัฐจะต้องรับภาระในการลงทุนปรับปรุงและขยายภายในเมืองเดิม ซึ่งเป็นปริมาณที่สูงอยู่แล้ว อีกทั้งจำนวนปริมาณประชากรเพิ่มอย่างรวดเร็ว รัฐต้องลงทุนสูงมากซึ่งเกินกำลังงบประมาณที่จะหามาได้ จะเห็นได้จากสภาพการขาดแคลนน้ำประปา จนถึงขนานต้องเปลี่ยนแปลงท่อให้ใหญ่ขึ้นเพื่อเพิ่มปริมาณน้ำให้ทั่วถึง นอกจากนั้นแล้ว การบริการสาธารณูปโภคและสาธารณูปการด้านไฟฟ้า โทรศัพท์ การระบายน้ำโสโครก การกำจัดขยะมูลฝอย ฯลฯ การจัดให้มีสนามกีฬา ที่พักผ่อนหย่อนใจ ตลาดและโรงเรียน เป็นต้น ก็อยู่ในสภาพที่ไม่พอเพียงหรือกระจัดกระจาย การขาดการควบคุมการใช้ที่ดินให้เป็นย่าน (ZONING) ต่างๆ มีการก่อสร้างอาคารสูง เช่น อาคารชุด อาคารสำนักงาน นับร้อยโครงการในช่วงปี 2530-2532 นี้ยิ่งทำให้ความต้องการใช้สาธารณูปโภคเพิ่มมากขึ้น ถ้าได้มีการจัดให้ใช้ประโยชน์ที่ดินในย่านเดียวกัน จะช่วยให้การลงทุนหรือการให้บริการด้านน้ำประปา โทรศัพท์ ไฟฟ้าและอื่นๆ ไปในทางเดียวกัน มีมาตรฐานเดียวกัน เมื่อยังไม่มีการควบคุมการใช้ที่ดินและการวางผังเมืองอย่างถูกต้องแล้ว ประชาชนจะต้องรอความช่วยเหลือจากรัฐหรือพึ่งตนเองไปพลางๆ ก่อนดังเช่น การขุดน้ำบาดาลในย่านชานเมือง จนเป็นเหตุให้เกิดการทรุดตัวของดิน เป็นต้น

ปัญหาเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมเป็นปัญหาสำคัญปัญหาหนึ่งของโลก สำหรับกรุงเทพมหานครกำลังเผชิญกับปัญหาสภาพแวดล้อมเป็นพิษ โดยเฉพาะในชุมชนแออัด ซึ่งมีสาเหตุมาจากการเพิ่มขึ้นของประชากร ทำให้เกิดความต้องการในด้านบริโภค ความสะดวกสบายทางด้านวัตถุมีมากขึ้น มีการผลิตและใช้ทรัพยากรมากขึ้น ทำให้เกิดปัญหาใหญ่ตามมาคือ การขาดแคลนทรัพยากร และภาวะมลพิษทั้งทางน้ำ และมลพิษทางอากาศและอื่นๆ พฤติกรรมดังกล่าวนี้นับ

เป็นมูลเหตุสำคัญทำให้เกิดปัญหาสิ่งแวดล้อมในชุมชน ส่งผลต่อสุขภาพ ทำให้เกิดโรคได้ เป็นต้น ในผู้สูงอายุ สำหรับสิ่งแวดล้อมนั้นมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมและความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ของร่างกายผู้สูงอายุ ถ้าสิ่งแวดล้อมมีคุณภาพเหมาะสมทำให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดี สำหรับองค์ประกอบคุณภาพชีวิตของประชาชนไทย (จปฐ) ในหมวดที่อยู่อาศัยมีตัวชี้วัดคือ บ้านคงทนเกิน 5 ปี ภายในบ้านและรอบบ้านสะอาด มีส้วมถูกสุขลักษณะ มีน้ำสะอาดดื่มเพียงพอ (กระทรวงสาธารณสุข. 2529) อุทุมพร จามรมาน (2530 :1-30) วิเคราะห์องค์ประกอบคุณภาพชีวิตคนในกรุงเทพมหานคร พบที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อม 3 องค์ประกอบคือ

1. สภาพแวดล้อมทางกายภาพ ประกอบด้วย ไฟฟ้าตามถนน ทางเดินในบ้าน สภาพถนน

2. บริการของรัฐและเอกชน ประกอบด้วย บริการไฟฟ้า น้ำประปา โทรศัพท์ ตำรวจ

3. นันทนาการ ได้แก่ การเลี้ยงสัตว์ ปลูกต้นไม้ การพักผ่อน ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ อ่านหนังสือ และดูภาพยนต์

สรุปสิ่งแวดล้อมมีแนวคิดที่กว้าง สำหรับการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัย หมายถึง ขนาดที่อยู่อาศัย ความหนาแน่นของที่อยู่อาศัย มลพิษทางอากาศ มลพิษทางน้ำ และสาธารณูปโภค

2.8 แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม

2.8.1 ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลได้รับข้อมูลข่าวสารที่บ่งชี้ให้เขาเชื่อว่ายังมีคนรัก คนคอยเอาใจใส่ มีคนยกย่องเห็นคุณค่า รู้สึกว่าตนเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และมีความผูกพันเอื้ออาทรต่อกันในสังคม คอบบ์ (Cobb. 1976 : 300 อ้างใน กิติพัฒน์ นนทปัทมะดุลย์ (2535 : 170) การสนับสนุนทางสังคมหรือแรงสนับสนุนทางสังคม หรือการเกื้อกูลทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลในสังคมได้รับความรัก ความเอาใจใส่ ได้รับการยกย่อง มีความผูกพันซึ่งกันและกัน มีความรู้สึกเป็นส่วนร่วมในสังคมเดียวกัน มีความให้ความช่วยเหลือในด้านต่างๆ เช่น การให้คำแนะนำ การให้สิ่งของ การประเมินเพื่อปรับปรุงให้ดีขึ้น การให้ความช่วยเหลือโดยมาเป็นแรงงาน ให้เวลา ให้ความคิดเห็น ให้ข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนทางสังคม มีผลต่อภาวะจิตใจ อารมณ์ มีขอบเขตครอบคลุมทั้งการให้ การรับจากบุคคลในครอบครัวแต่ละองค์ประกอบ ญาติพี่น้อง เพื่อนนักเรียน เพื่อนบ้าน เพื่อนที่ทำงาน ครู อาจารย์ คนในชุมชน บุคลากรในวิชาชีพต่างๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและภาคเอกชน เป็นต้น

ศูนย์บรรณสารสนเทศ
มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

จินตนา ยูนิพันธ์ (2529 : 4) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม เป็นการวิจัยทางจิตวิทยาสังคมที่สำคัญต่อการดำรงชีวิตในสังคมมนุษย์ โดยพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน เพื่อให้เกิดความรู้สึกมั่นคง เป็นที่รัก เป็นที่ต้องการ เมื่อเกิดเหตุการณ์ที่เป็นภาวะวิกฤติหรือมีความเครียดเกิดขึ้น การสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอจากแหล่งสนับสนุนที่บุคคลนั้นมีอยู่จะช่วยบรรเทาความรุนแรงหรือเป็นการป้องกัน ไม่ให้ความเครียดนั้นมากระทบจนเกิดความผิดปกติ

กล่าวโดยสรุป การสนับสนุนทางสังคม คือการช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมอาจแบ่งได้เป็น 3 ประเภท คือ 1) การสนับสนุนด้านสิ่งของต่างๆ 2) การสนับสนุนด้านจิตใจ อารมณ์ เช่น การให้กำลังใจ ให้ความคิดเห็น เป็นต้น 3) การสนับสนุนความรู้ด้านต่างๆ

2.8.2 ประเภทของการสนับสนุนทางสังคม

คอบบ์ (Cobb. 1979 : 93 อ้างใน อภิรดี ธรรมาธิกุล. 2541 : 36) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ชนิดคือ

1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ เป็นข้อมูลที่ทำให้บุคคลเชื่อว่าเขาได้รับความรัก และการดูแลเอาใจใส่ ซึ่งมักจะได้รับจากความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิด และมีความผูกพันลึกซึ้งซึ่งกันและกัน

2. การสนับสนุนด้านการยอมรับและการเห็นคุณค่า เป็นข้อมูลที่บอกให้ทราบว่าบุคคลนั้นมีคุณค่า บุคคลอื่นยอมรับและเห็นคุณค่าด้วย

3. การสนับสนุนด้านเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ได้รับการยอมรับ การทักทาย การแสดงความเคารพ ฯลฯ

จาคอบสัน (Jacobson. 1986 : 252 อ้างใน อภิรดี ธรรมาธิกุล. 2541 : 30) จำแนกการสนับสนุนทางสังคมเป็น 3 ประเภทคือ

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ เป็นพฤติกรรมที่ทำให้บุคคลเกิดความสบายใจ เชื่อว่าได้รับการยกย่อง เคารพนับถือและความรัก รวมทั้งได้รับความเอาใจใส่และให้ความมั่นใจ

2. การสนับสนุนด้านสติปัญญา หมายถึง การให้ข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำที่ช่วยให้บุคคลเกิดความเข้าใจในสิ่งต่างๆ จนสามารถนำไปเป็นประโยชน์ในการปรับตนต่อการเปลี่ยนแปลงในชีวิตได้

3. การสนับสนุนทางด้านสิ่งของ หมายถึง การช่วยเหลือด้านสิ่งของและบริการที่จะช่วยแก้ปัญหาได้

2.8.3 แหล่งของการสนับสนุนทางสังคม

แคปแพลน (Kaplan. อ้างใน อุบล นิวัติชัย. 2527 : 285) จำแนกกลุ่มบุคคลที่เป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมไว้ 3 กลุ่ม

1. กลุ่มที่มีความผูกพันกันตามธรรมชาติ (Spontaneous or Natural Supportive System) ประกอบด้วยกลุ่มบุคคล 2 ประเภท คือ ประเภทแรกเป็นบุคคลที่อยู่ในครอบครัวสายตรง ได้แก่ ปู่ ย่า ตา ยาย พ่อ แม่ ลูก หลานซึ่งให้ความผูกพันทางจิตอารมณ์มีความรักกันอย่างแน่นแฟ้น และให้ความช่วยเหลืออย่างจริงใจ ประเภทที่ 2 ได้แก่ ผู้ใกล้ชิด เพื่อนฝูง เพื่อนบ้าน ผู้รู้จักคุ้นเคย คนที่ทำงานเดียวกัน

2. องค์กรหรือสมาคมที่ให้การสนับสนุน (Organized Support) หมายถึง กลุ่มบุคคลที่มารวมกันเป็นหน่วย ชมรม หรือสมาคม ซึ่งไม่ใช่กลุ่มที่จัดขึ้นโดยกลุ่มวิชาชีพทางด้านสุขภาพ องค์กรลักษณะนี้ได้แก่ สมาคมผู้สูงอายุ สโมสรไลออนส์ องค์กรทางศาสนา สมาคมแพทย์แผนโบราณ ตลอดจนองค์การบางลักษณะที่รวมตัวกันตามประเพณีแบบแผนดำรงชีวิต องค์การ หรือสมาคมดังกล่าวอาจดำเนินการช่วยเหลือผู้อื่นแบบอาสาสมัคร ส่วนใหญ่ความสัมพันธ์ที่บุคคลได้รับจากองค์การลักษณะนี้จะเป็นไปในรูปแบบการประคับประคองในด้าน จิตใจ อารมณ์ โดยเฉพาะเมื่อมีปัญหาเกิดขึ้นในการดำรงชีวิตประจำวัน

3. กลุ่มผู้ช่วยเหลือทางด้านวิชาชีพ (Professional Health Care Workers) หมายถึง บุคคลที่อยู่ในอาชีพที่ให้การส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟูสุขภาพของประชาชน

นอกจากนี้ เฮ้าส์ (House. 1981; อ้างใน ชุมพร รุ่งเรือง. 2542 : 25) ได้จำแนกแหล่งสนับสนุนทางสังคมไว้ 2 กลุ่มคือ

1. กลุ่มที่ความสัมพันธ์กันอย่างไม่เป็นทางการ หมายถึง บุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่ให้การช่วยเหลือแก่บุคคลอื่น โดยมีความสัมพันธ์กันตามธรรมชาติไม่เกี่ยวข้องกับบทบาทการทำงานวิชาชีพ ได้แก่ คู่สมรส เครือญาติ เพื่อน ผู้ร่วมงาน

2. กลุ่มที่มีความสัมพันธ์กันอย่างเป็นทางการ หมายถึง บุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่ให้การช่วยเหลือแก่บุคคลอื่น โดยเกี่ยวข้องกับบทบาทการทำงานวิชาชีพหรือการบริการประชาชน ซึ่งมีลักษณะการช่วยเหลือที่เฉพาะเจาะจงประเภทใดประเภทหนึ่งเป็นส่วนมาก เช่น กลุ่มช่วยเหลือตนเอง ทีมสุขภาพ ผู้ให้บริการหรือการดูแล เช่น แม่บ้าน คนดูแลเด็ก เป็นต้น

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น สรุปได้ว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นโครงสร้างหลายมิติ โดยในการศึกษาครั้งนี้ การสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยจะศึกษาตามแนวทางของจาคอบสัน (Jacobson 1986 : 252) ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านสติปัญญาและด้านสิ่งของ

2.8.4 เครือข่ายทางสังคม

เครือญาติทางสังคม หมายถึง ความสัมพันธ์ทางสังคมที่บุคคลมีต่อกันและกัน และลักษณะของความสัมพันธ์ทางสังคมที่เกิดขึ้น สามารถนำไปใช้อธิบายพฤติกรรมต่างๆ ได้ มิทเชลล์และทริเคทท์ (Mitchell and Trickett, 1980 : 2 อ้างใน กนกวรรณ เพียงเกตุ. 2541 : 53)

องค์ประกอบที่สำคัญของเครือข่ายทางสังคมมีดังนี้ (อ้างใน อภิรดี ธรรมาธิกุล. 2541 : 33)

1. ขนาดของกลุ่มสังคม หมายถึง จำนวนบุคคลในกลุ่มสังคม ซึ่งจะต้องเป็นบุคคลที่มีความสัมพันธ์กันจริงๆ จำนวนมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ เช่น ประเภทของความสัมพันธ์ ความห่างไกลทางภูมิศาสตร์ วัยของแต่ละบุคคล

2. ระดับความหนาแน่นของความสัมพันธ์ในเครือข่ายทางสังคม หมายถึง ระดับที่สมาชิกในเครือข่ายบุคคลมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันในเชิงการติดต่อสื่อสารที่เกิดขึ้นทั้งในด้านปริมาณและชนิดของข้อมูลที่แลกเปลี่ยนซึ่งกันและกัน ซึ่งจำแนกได้เป็น

2.1 เครือข่ายหลักได้แก่ ครอบครัวญาติพี่น้อง เพื่อนฝูง ซึ่งมีความใกล้ชิดมากที่สุด

2.2 เครือข่ายรอง ได้แก่ บุคคลที่มีความคุ้นเคยน้อยกว่ากลุ่มแรก

2.3 เครือข่ายนี้ได้น้อยกว่าเครือข่ายแบบแรก ได้แก่ ญาติ เพื่อนฝูง คนรู้จักคุ้นเคย

2.4 เครือข่ายขยาย ได้แก่ กลุ่มคนที่บุคคลซึ่งเป็นศูนย์กลางไม่รู้จักโดยตรง แต่สามารถติดต่อสัมพันธ์ด้วยได้ถ้าต้องการ โดยผ่านเครือข่ายใกล้ชิดอีกทีหนึ่ง

นอกจากระดับความหนาแน่นของเครือข่าย ซึ่งจำแนกได้ 3 ระดับแล้ว คุณภาพของความหนาแน่นของเครือข่ายยังเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของความหนาแน่นด้วย โดยแยกเป็น 5 ประเภท คือ

1. เครือข่ายที่มีความหนาแน่นมาก ได้แก่ ลักษณะของเครือข่ายที่มีความสัมพันธ์กันอย่างเหนียวแน่นและใกล้ชิด มีการแลกเปลี่ยนข้อมูล ข่าวสารหรือกิจกรรมการปฏิสังสรรค์คล้ายคลึงกันค่อนข้างมากและมีอิทธิพลต่อกันและกันมาก

2. เครือข่ายที่มีความหนาแน่นน้อย ได้แก่ เครือข่ายที่มีความสัมพันธ์กันค่อนข้างน้อย สมาชิกในเครือข่ายมีความผูกพันระหว่างกันน้อยกว่า การติดต่อสื่อสารระหว่างกันและกันมีอยู่ในอัตราความถี่น้อย มีผลให้คนในเครือข่ายมีความคิดเห็นและการกระทำที่แตกต่างกันออกไปมากและมีอิทธิพลต่อกันและกันน้อย

3. ระยะเวลาที่สมาชิกติดต่อกัน หากบุคคลมีความสัมพันธ์กันอย่างแน่นแฟ้นและรู้จักกันในเวลายาวนาน จะส่งผลต่อการสนับสนุนทางสังคม ทำให้เกิดการช่วยเหลือเกื้อกูลกันมากยิ่งขึ้นด้วย

4. ความถี่ในการติดต่อ จำนวนครั้งที่บุคคลได้มีการติดต่อกัน แสดงให้เห็นถึงความมั่นคงในกลุ่มเครือข่ายทางสังคม

5. วิธีที่ใช้ในการติดต่อ การติดต่อสื่อสารโดยตรงด้วยการพบปะพูดคุยที่เห็นได้ทางพฤติกรรม ได้ยินคำพูด น้ำเสียงโดยตรง มีผลต่อการสนับสนุนทางสังคมมากกว่าการติดต่อสื่อสารโดยอ้อมหรือผ่านบุคคลที่สาม

2.8.5 การสนับสนุนทางสังคมและเครือข่ายทางสังคม

อภิรดี ธรรมาธิกุล (2541 : 34) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมหรือเครือข่ายทางสังคมว่า องค์ประกอบของเครือข่ายทางสังคม มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนทางสังคม เครือข่ายที่มีความหนาแน่นสูงมีความสัมพันธ์กันอย่างเหนียวแน่นใกล้ชิด จะส่งผลให้ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากกว่าเครือข่ายที่มีความหนาแน่นน้อย นอกจากนั้น องค์ประกอบอื่นๆ เช่น ขนาดของกลุ่ม ระยะเวลาที่สมาชิกติดต่อกัน ความถี่ในการติดต่อ และวิธีการที่ใช้ในการติดต่อของเครือข่ายทางสังคม ล้วนมีผลต่อการสนับสนุนทางสังคมอย่างดีจะต้องมีการสร้างเครือข่ายทางสังคมที่เข้มแข็ง มีศักยภาพและมีสายสัมพันธ์ที่ดีด้วย

สรุปแล้ว การสนับสนุนทางสังคม เป็นการบุคคลในสังคมได้รับความรัก ความเอาใจใส่ เห็นคุณค่า ได้รับการยกย่อง มีความผูกพันซึ่งกันและกัน มีความรู้สึกเป็นส่วนร่วมในสังคมเดียวกัน มีการให้ความช่วยเหลือในด้านต่างๆ เช่น การให้คำแนะนำ การให้สิ่งของ การประเมินเพื่อให้ปรับปรุงให้ดีขึ้น การให้ความช่วยเหลือโดยมาเป็นแรงงาน ให้เวลา ให้ความคิดเห็น ให้ข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อภาวะจิตใจ อารมณ์ มีขอบเขตครอบคลุมทั้งการให้และการรับจากบุคคลในครอบครัว อาทิ บิดามารดา ญาติพี่น้อง คู่สมรส เครือญาติ กลุ่มเพื่อน องค์กรภายนอก ได้แก่ องค์กรศาสนา ชมรมผู้สูงอายุ และกลุ่มวิชาชีพด้านสุขภาพทั้งภาครัฐ และภาคเอกชน

สรุปเครือข่ายทางสังคมในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาตามแนวคิดของ อภิรดี ธรรมาธิกุล (2541 : 34) ได้แก่ เครือญาติ เพื่อนและเพื่อนบ้าน และองค์กรศาสนา

2.8.6 เงินอุดหนุนกองทุนส่งเสริมสวัสดิการผู้สูงอายุและครอบครัวในชุมชน พ.ศ.2536 (ระเบียบกรมประชาสงเคราะห์ ว่าด้วยการจ่ายเงินอุดหนุนกองทุนส่งเสริมสวัสดิการผู้สูงอายุ และครอบครัวในชุมชน พ.ศ.2536 : 144-146)

กรมประชาสงเคราะห์ดำเนินโครงการกองทุนส่งเสริมสวัสดิการผู้สูงอายุ และครอบครัวในชุมชนเพื่อจัดสรรงบประมาณหมวดเงินอุดหนุนช่วยเหลือผู้สูงอายุยากจน หรือถูกทอดทิ้งเป็นเงินเบี้ยยังชีพและจัดสรรเงินอุดหนุนเพื่อจัดตั้งกองทุนช่วยเหลือครอบครัวยากจนที่มีผู้สูงอายุอยู่ในความดูแล ฉะนั้น เพื่อการดำเนินการจ่ายเงินอุดหนุนกองทุนส่งเสริมสวัสดิการผู้สูงอายุและครอบครัวในชุมชนเป็นไปด้วยความเรียบร้อยตามวัตถุประสงค์ของทางราชการ กรมประชาสงเคราะห์โดยความเห็นชอบของกระทรวงการคลัง จึงวางระเบียบไว้ดังนี้

1. ผู้สูงอายุ มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปมีฐานะยากจนหรือถูกทอดทิ้ง ขาดผู้อุปการะเลี้ยงดูหรือไม่สามารถ ประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้ โดยอาศัยอยู่ในหมู่บ้านที่มีการจัดตั้งศูนย์สงเคราะห์ราษฎร์ประจำหมู่บ้าน ที่ทางราชการประกาศจัดตั้งจะได้รับเงินอุดหนุนที่กรมประชาสงเคราะห์จัดสรรให้จังหวัด เพื่อจ่ายเป็นเบี้ยยังชีพสำหรับผู้สูงอายุ โดยผ่านการคัดเลือกจากคณะกรรมการคัดเลือกผู้สูงอายุยากจนประจำจังหวัด ซึ่งเป็นข้าราชการในจังหวัด 5 คน และผู้มีความรู้ และประสบการณ์ในเรื่องผู้สูงอายุ ภาคเอกชน 2 คน รวม 7 คน

2. คณะกรรมการคัดเลือกผู้สูงอายุยากจนประจำจังหวัด ต้องได้รับการแต่งตั้งจากผู้ว่าราชการจังหวัด คณะกรรมการมีอำนาจหน้าที่ดังต่อไปนี้

2.1 พิจารณาตรวจสอบคุณสมบัติผู้สูงอายุที่คณะกรรมการศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้านได้ส่งมาเพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพ

2.2 พิจารณาคัดเลือกศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้านที่สมควรได้รับเงินอุดหนุนกองทุนช่วยเหลือครอบครัวยากจน

2.3 ให้คำปรึกษาในการบริหารงานแก่คณะกรรมการศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้าน ในในเรื่องการปฏิบัติงานตามวัตถุประสงค์ของการจ่ายเงินช่วยเหลือเป็นสวัสดิการผู้สูงอายุและครอบครัวในชุมชน

3. ประชาสงเคราะห์จังหวัดนำความเห็นของคณะกรรมการ เสนอผู้ว่าราชการจังหวัดเพื่ออนุมัติเบิกจ่ายเบี้ยยังชีพสำหรับผู้สูงอายุคนละ 200 บาทต่อเดือน จนถึงแก่กรรม หรือถ้าพิสูจน์ได้ว่าผู้สูงอายุมีผู้อุปการะเลี้ยงดู หรือครอบครัวมีฐานะช่วยเหลือตนเองได้ให้ระงับการช่วยเหลือ

การประชาสงเคราะห์จังหวัดมีหน้าที่ดังนี้

3.1 จัดทำระเบียบรายชื่อผู้สูงอายุ และรายชื่อศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้านที่ได้รับเงินอุดหนุนกองทุนส่งเสริมสวัสดิการผู้สูงอายุและครอบครัวในชุมชน และรายละเอียดตามที่กรมประชาสงเคราะห์กำหนด

3.2 ติดตามผลและจัดทำรายการเบิกจ่ายเงินอุดหนุนประจำงวดงบประมาณส่งกรมประชาสงเคราะห์ ภายในวันที่ 10 ของเดือนกุมภาพันธ์ มิถุนายน และตุลาคม ของทุกปี

4. กรณีส่วนราชการผู้เบิกวางฎีกาเบิกเงินจากสำนักงบคลังจังหวัด หรือสำนักงานคลังคลังอำเภอ ให้แสดงรายการในช่อง "รายการ" หลังฎีกาว่า เบิกจ่ายเป็นเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ และจำนวนผู้สูงอายุที่มีอยู่จริงกับแสดงจำนวนเงินทั้งหมดที่ขอเบิกและไม่ต้องมีเอกสารประกอบอื่นๆ กรณีส่วนราชการผู้เบิกจ่ายเงินเบี้ยยังชีพแก่ผู้สูงอายุ จะต้องมีหลักฐานการจ่ายเงินตามระเบียบการเก็บรักษาเงินและการนำเงินส่งคลังของส่วนราชการ พ.ศ.2520 และที่แก้ไขเพิ่มเติม

5. ให้อธิบดีกรมประชาสงเคราะห์เป็นผู้รักษาการตามระเบียบนี้

สรุป เงินอุดหนุนและสนับสนุนในการวิจัยครั้งนี้ หมายถึง เบี้ยยังชีพสำหรับผู้สูงอายุคนละ 200 บาทต่อเดือน จนถึงแก่กรรม สำหรับครอบครัวผู้สูงอายุที่ฐานะยากจนหรือถูกทอดทิ้งขาดผู้อุปการะเลี้ยงดู

2.9 ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.9.1. ปัจจัยส่วนบุคคล

อายุ

นวลขนิษฐ์ ลิมปนวัสส์ (2531 : 97) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ การเปลี่ยนแปลงทางกายภาพและจิตสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่มารับบริการที่โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลรามาธิบดีและสถาบันมะเร็ง จำนวน 100 คน พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

บุษบา ตันติศักดิ์ (2535 : 99) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ พฤติกรรมการดูแลตนเองกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรค เอส แอล อี ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลศิริราช และโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าจำนวน 100 คน . พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (r=0.2436)

สุภาวดี วายุเหือด (2536 : 86) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอัตมโนทัศน์ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มารับบริการที่โรงพยาบาลศิริราช

จำนวน 200 คน พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (r=0.1561)

เพศ

สมจิต หนุเจริญกุล (2537 : 52) จากแนวคิดของโอเร็มได้อธิบายถึงรายละเอียดที่เกี่ยวกับเพศ แต่ได้ชี้ให้เห็นว่าเพศเป็นตัวกำหนดความต้องการการดูแลตนเองโดยทั่วไปและจากผลการวิจัยต่างๆ เกี่ยวกับเพศมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ยังให้ความแตกต่างออกไป โดยเพศชายจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าเพศหญิง

Orem (1980 : 220) เพศเป็นปัจจัยหนึ่งที่สัมพันธ์กับการดูแลตนเอง นอกจากจะทำให้เกิดความแตกต่างทางสรีระบุคคลแล้วยังเป็นตัวกำหนดบทบาทและบุคคลิกภาพในครอบครัว ชุมชนและสังคมด้วย เป็นสิ่งแสดงถึงค่านิยมของบุคคลที่บ่งบอกถึงคุณภาพ พลังอำนาจความสามารถตามธรรมชาติของมนุษย์

Shank และ Lough 1985 อ้างใน รจนารถ ร่วงลือ. 2536 : 25) ศึกษาการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองราชบุรี พบว่า ผู้สูงอายุที่มีเพศต่างกันจะมีรูปแบบการดูแลตนเองแตกต่างกัน

จินตนา รอดนำพา (2535 : 97) ศึกษาเรื่องการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้สูงอายุชายชอบเล่นกีฬามากกว่าผู้สูงอายุเพศหญิง และผู้สูงอายุชายชอบเล่นกีฬาทุกประเภท

ศุภวรินทร์ หันกิตติกุล (2539 : 143) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดลำปาง พบว่า เพศหญิงมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายสูงกว่าเพศชาย ในเรื่องการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม

ระดับการศึกษา

สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2537 อ้างในบรรลุ ศิริพานิช. 2542 : 93) รายงานการสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาสูงกว่าประถม 4 มีเพียงร้อยละ 6.9 สัดส่วนของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลมีการศึกษาสูงกว่าประถม 4 มากนอกเขตเทศบาล ร้อยละ 21.7 และร้อยละ 3.5 โดยเฉพาะผู้สูงอายุชายในกรุงเทพมหานครมีการศึกษาสูงกว่าประถม 4 มากที่สุดคือ ร้อยละ 30.3 ซึ่งมากกว่าจังหวัดอื่นๆ เพราะเป็นศูนย์กลางความเจริญทั้งทางด้านเศรษฐกิจและสังคม

คณะกรรมการวิสามัญ สวัสดิการผู้สูงอายุและการพัฒนาสังคม วุฒิสภา (2534 : 35) ศึกษาปัญหาและแนวทางแก้ไขในผู้สูงอายุ กรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังต้อยการ

ศึกษา และมีรายได้ต่ำเพราะประกอบอาชีพเกษตรกรรมเป็นหลัก ทำให้ขาดความรู้พื้นฐานในการป้องกันและรักษาสุขภาพอนามัยเบื้องต้น

นันทวรรณ สุวรรณรูป (2544 : 20) ศึกษาอุปสรรคและปัญหาการบริการพยาบาลผู้สูงอายุ พบว่า การขาดการศึกษา อ่านหนังสือไม่ออก เขียนหนังสือไม่ได้ ทำให้ขาดความรู้พื้นฐานที่จะพัฒนาความรู้ด้านการป้องกันโรค และการรักษาสุขภาพอนามัยตนเอง

สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ (2543: 32) วารสารพฤฒารามวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ พบว่า สถานะภาพด้านการศึกษายังเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อความแตกต่างด้านสถานะภาพและการเข้าถึงบริการของกลุ่มผู้สูงอายุ กล่าวคือ กลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือ และผู้ที่จบการศึกษาระดับประถมศึกษาและต่ำกว่ามีสถานะทางสุขภาพและการเข้าถึงบริการที่ต่ำกว่าผู้ที่จบการศึกษาสูงกว่าอย่างชัดเจน โดยทั้งสองกลุ่มรวมกันแล้วมากกว่าร้อยละ 90 และกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนมีอัตราการป่วยสูงกว่ากลุ่มที่มีการศึกษาที่สูงกว่าสองเท่าตัว

พวงผกา ชื่นแสงเนตร (2538 : 103) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัวพฤติกรรมการดูแลตนเองและความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ : ศึกษากรณีสมาชิกชมรมผู้สูงอายุเขตพื้นที่พัฒนาอุตสาหกรรมชายฝั่งทะเลตะวันออก จังหวัดชลบุรี พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุและได้รับความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

สถานภาพสมรส

นวลนารถ เพิ่มเติมทรัพย์ (2542 : 16) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลพนานิคม กิ่งอำเภอนิคมพัฒนา จังหวัดระยอง พบว่า สถานภาพสมรสเป็นตัวบ่งชี้ถึงการได้รับสนับสนุนทางสังคมหรือได้รับความเกื้อหนุนจากคู่สมรส การรับรู้ถึงการมีแหล่งสนับสนุนจะช่วยให้บุคคลมีความภาคภูมิใจ คู่สมรสสามารถให้ความใกล้ชิดจึงส่งผลต่ออารมณ์ โดยส่วนรวมของบุคคล กล่าวคือ ทำให้บุคคลปลอดภัยและอบอุ่น ได้รับกำลังใจ มีความมั่นคงในอารมณ์ เกิดความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง ช่วยส่งเสริมให้บุคคลดูแลตนเองได้ดียิ่งขึ้น ซึ่งจะส่งผลบั้นปลายคือ การมีคุณภาพชีวิตที่ดี

แบลคเวลล์ (Blackwell. 1973 : 248; อ้างใน นพวรรณ อัศวรัตน์. 2536 : 30) ศึกษาแบบแผนพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า ครอบครัวเป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมใช้ยาตามคำแนะนำความสามารถในการดูแลตนเอง กล่าวคือ ได้รายงานว่าการเป็นโสด จะเป็นเหตุต่อการใช้ยาตามคำแนะนำมากกว่า เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่อยู่กับภรรยา เนื่องจากครอบครัวเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมให้แก่ผู้ป่วยในการดูแลตนเอง และการปฏิบัติตนตามแผนการรักษา ดังที่

บังอรรัตน์ ศุขตระกูล (2532 : 72) ได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบสถานภาพสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนแออัดและชุมชนไม่แออัด พบว่า กลุ่มที่มีสถานภาพสมรสคู่มีสุขภาพดีกว่ากลุ่มอื่น ซึ่งการมีชีวิตคู่จะมีความผูกพันต่อกันและกันคือ เมื่อคู่ชีวิตเจ็บป่วยจะต้องคอยดูแลช่วยเหลือเอาใจใส่กัน

ฮิลเบิร์ท (Hilbert 1985 : 217-220) คู่สมรสมีส่วนช่วยลดพลังงาน เพิ่มแรงจูงใจ ส่งเสริมความต้องการที่จะปรับปรุงสุขภาพ ให้การสนับสนุนทางด้านความรู้ เอื้ออำนวย ต่อการแสดงออกถึงสิ่งที่กังวลห่วงใย มีส่วนในการตัดสินใจและการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม นอกนี้คู่สมรสยังเป็นแรงสนับสนุนทางสังคม และเป็นแหล่งประโยชน์ที่ช่วยเสริมแรงให้บุคคลมีการดูแลตนเองที่ดีขึ้น

2.9.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง

นิศา ชูโต (2525 : 1-4) ศึกษาเรื่องผู้สูงอายุไทย พบว่า ปัญหาอันดับสองของผู้สูงอายุคือมีปัญหาสุขภาพ 28.6% และปัญหาที่ผู้สูงอายุประสบเกิดจากการเสื่อมถอยของร่างกายความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆลดลง ประกอบกับผู้สูงอายุส่วนใหญ่ด้อยการศึกษา จึงทำให้ขาดความรู้พื้นฐานในการป้องกันและรักษาสุขภาพอนามัยเบื้องต้น การปฏิบัติตนไม่ถูกสุขลักษณะและขาดการดูแลตนเองเป็นผลให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ ได้ง่ายกว่าคนในวัยอื่นๆ

คาเพลน (Kaplan และคณะ 1987 : 118) ได้ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการเสี่ยงในการเกิดโรคกับอัตราการตายของผู้สูงอายุ 60-94 ปี ประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า การไม่รับประทานอาหารเช้า การสูบบุหรี่ การมีเวลาว่างที่จะออกกำลังกายน้อย ปัจจัยเหล่านี้มีความสัมพันธ์ในระดับสูงกับอัตราการตายของกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมาก

อารมณ์ วุฒิพฤกษ์ และคณะ (2532 : 78) ได้ศึกษาสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเมืองโดยศึกษาในผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า พฤติกรรมอนามัยของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ การใช้เวลาว่างเพื่อทำกิจกรรมต่างๆ ออกกำลังกาย การดื่ม สุรา บุหรี่ การรับบริการสุขภาพ การทำกิจกรรมต่างๆ เหล่านี้มีความสัมพันธ์กับสภาวะการเจ็บป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.02$)

บรรลุ ศิริพานิช และคณะ (2532 : 70) ศึกษาเรื่องพฤติกรรมและการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุที่มีอายุยืนยาวและแข็งแรง พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุยืนยาว 70-74 ปี และสมบูรณ์แข็งแรงมีอาหารรับประทานไม่ขัดสนร้อยละ 89.9 และมีนิสัยการกินอยู่ง่าย ไม่เลือกอาหาร รสชาดอาหารเป็นแบบธรรมดา และรับประทานอาหารครบ 3 มื้อ จะเห็นได้ว่าอาหารเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้สูง

อายุ ดังนั้นผู้สูงอายุเป็นผู้ที่ต้องการอาหารตามหลักโภชนาการซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อผู้สูงอายุมาก ความต้องการสารอาหารของผู้สูงอายุและหลักการจัดอาหารสำหรับผู้สูงอายุเพื่อให้รับประทานอาหารได้ครบส่วน ดังนี้

1. ความต้องการโปรตีน ผู้สูงอายุต้องการโปรตีนเพื่อใช้ซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอที่เกิดขึ้นมากในผู้สูงอายุ โดยควรได้รับโปรตีนวันละ 1 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม ได้แก่ เนื้อสัตว์ ไข่ นม ถั่วเมล็ดแห้ง ควรรับประทานทุกวัน เนื้อสัตว์ที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุมากที่สุดได้แก่ ปลาทุกชนิด ควรได้รับเนื้อสัตว์วันละ 120 กรัม ผู้สูงอายุควรได้รับไข่สัปดาห์ละ3-5 ฟอง ควรดื่มนมวันละประมาณ 1 แก้ว ถ้ามีไขมันในเลือดสูงควรดื่มนมพร่องมันเนย นมหรือถั่วเหลืองแทน

2. ความต้องการเกลือแร่ แคลเซี่ยมและเหล็ก ผู้สูงอายุควรได้รับแคลเซี่ยมวันละประมาณ 800 มิลลิกรัมถึง 1 กรัม โดยได้รับจากการดื่มนม กินปลาป่น ผักใบเขียวเพิ่มขึ้น

3. ความต้องการน้ำ ผู้สูงอายุควรได้รับน้ำวันละ 1.5-2 ลิตร หรือ 8-10 แก้ว เพื่อช่วยให้ไตขับถ่ายของเสียได้ดีขึ้น น้ำที่ได้ควรเป็นน้ำที่สะอาดหรือเครื่องดื่มก็ได้ แต่ไม่ควรเป็นน้ำอัดลม เพราะมีน้ำตาล และมีแก๊สมากทำให้อ้วน และท้องอืดได้

4. ความต้องการอาหารที่มีกากหรือเส้นใย เนื่องจากผู้สูงอายุมักมีอาการท้องผูก ผู้สูงอายุควรได้รับอาหารที่มีกากหรือเส้นใยอย่างน้อย 50-60 กรัมต่อวัน อาหารประเภทนี้พบได้ในอาหารธรรมชาติหลายอย่าง เช่น สับปะรด มะม่วง กล้วย ข้าว ที่ไม่ได้ขัดจนขาว

5. บุหรี่ เป็นสิ่งที่มีพิษและทำลายสุขภาพของผู้สูบเองและผู้ที่อยู่ใกล้ชิด โดยเป็นต้นเหตุของโรคที่สำคัญหลายโรค เช่น แผลในกระเพาะอาหาร โรคระบบทางเดินหายใจและหลอดเลือดการอุดตันของเส้นโลหิตส่วนปลาย และยังเป็นสารที่ก่อโรคมะเร็ง ปอด กล่องเสียง ตับอ่อนและถุงน้ำดี ซึ่งจากรายงานของกรมอนามัยประเทศสหรัฐอเมริกาที่เสนอต่อสภาคองเกรสเกี่ยวกับผลของการสูบบุหรี่ต่อสุขภาพพบว่า ผู้ที่สูบบุหรี่ต้องเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งกว่าผู้ที่ไม่สูบ ถึง 2 เท่า ซึ่งเป็นที่พิสูจน์กันแน่ชัดแล้วว่า บุหรี่เป็นสิ่งที่บ่อนทำลายสุขภาพ หากมีการส่งเสริมให้เลิกหรือลดการสูบบุหรี่ ก็จะทำให้ผู้สูงอายุไทยมีอายุยืนยาวออกไป และจะมีผลทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพแข็งแรงมากขึ้นไปกว่าปัจจุบัน ดังนั้นผู้สูงอายุที่สูบบุหรี่น่าจะมีภาวะสุขภาพที่ด้อยกว่าผู้สูงอายุที่ไม่สูบบุหรี่

6. สุรา จัดเป็นสิ่งเสพติดชนิดหนึ่งซึ่งมีผลเสียต่อสุขภาพ แต่การดื่มสุราก็เป็นที่ยอมรับและนิยมของสังคมแทบทุกระดับ ทั้งในยามปกติ ในงานเลี้ยงฉลองต่างๆ ก็จะมีการดื่มสุรากันอยู่เสมอ การดื่มสุรามีผลเสียต่อร่างกายของผู้ดื่มโดยตรง ผู้ที่ดื่มสุราจะมึนเมา หากดื่มเป็นจำนวนมากๆ หรือดื่มประจำจะทำให้ร่างกายไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวได้ตามปกติ นำไปสู่การ

เป็นโรคจิตได้ ซึ่งผลการศึกษาสุขภาพจิตของผู้ที่สมรสแล้วพบว่า แอลกอฮอล์จะนำไปสู่การทำลายเซลล์ตับ ทำลายสมอง ทำให้ความจำเสื่อมเป็นโรคพิษสุราเรื้อรัง

มณฑนา เจริญกุศล (2534 : 56) ศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพดี ไม่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ มีการออกกำลังกายด้วยการเดิน ขี่จักรยาน ฝึกกายบริหาร และรดน้ำต้นไม้ มีการพักผ่อนในเวลากลางคืน ประมาณ 6 ชั่วโมง และนอนกลางวันเฉลี่ยวันละ 1 ชั่วโมง

กิลเบอร์ต (Gilbert 1986 : 40-41 อ้างใน เพียงใจ ระฆังทอง 2542 : 27) ศึกษาเรื่องการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุออกกำลังกายสม่ำเสมอตามวิธีที่ชอบ การวิจัยพบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุ 65 ปีและมากกว่าถึงร้อยละ 73 ไม่ออกกำลังกายเป็นประจำ ส่วนหนึ่งให้ความเห็นว่า ไม่ทราบชนิดของการออกกำลังกายที่ดี บางคนกลัวว่าจะออกกำลังกายมากเกินไป ซึ่งเชื่อว่าจะทำให้เกิดหัวใจวายอย่างกระทันหัน ความเชื่อดังกล่าวยังเป็นความเชื่อที่ไม่ถูกต้อง ผู้สูงอายุสามารถออกกำลังกายโดยเลือกชนิดของการออกกำลังกายตามความเหมาะสมกับความสามารถของร่างกายของผู้สูงอายุที่จะทนได้ควรออกกำลังกายสม่ำเสมออย่างน้อย 20-30 นาที อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้งหรือมากกว่า

2.9.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนทางสังคม จากครอบครัว ชุมชนและสังคม

เบอร์คแมนและซีม (Berkman และ Syme 1979 : 112) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาพ โดยศึกษาผู้ใหญ่จำนวน 7,000 คน พบว่า ผู้ที่มีการสนับสนุนทางสังคมน้อย จะมีอัตราการเจ็บป่วยและอัตราการตายมากกว่าผู้ที่มีการสนับสนุนทางสังคมมาก

มุชเลนแคมป์ และเซเลส (Muhlenkamp & Sayles 1986 : 333-338) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ถึงการสนับสนุนทางสังคมความภาคภูมิใจในตนเองและการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองซึ่งศึกษาในกลุ่มผู้ใหญ่ จำนวน 98 ราย พบว่า บุคคลที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะส่งผลให้มีการปฏิบัติตนทางสุขภาพที่ดี

นิศา ชูโต (2525 : 4) ศึกษาผู้มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งในกรุงเทพฯ และต่างจังหวัด ผลการศึกษาพบว่า ครอบครัวและลูกๆ มีบทบาทสำคัญในชีวิตของคนชรา คนชราส่วนใหญ่ร้อยละ 90 อยู่รวมกับคู่สมรสหรือครอบครัวที่เป็นลูกหลานการที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ร่วมกับบุตรหลานหรือคู่สมรส ญาติพี่น้อง ทำให้ผู้สูงอายุได้รับความช่วยเหลือในชีวิตประจำวัน มีบทบาทเป็นที่ปรึกษาของครอบครัว

มณฑนา เจริญกุศล (2534 : 47) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการดูแลตนเองและปัจจัยพื้นฐานบางประการ กับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเอง

ชูศักดิ์ เวชแพทย์ และคณะ (2532 : 225) ศึกษาเรื่องการปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุเพื่อให้มีอายุยืน พบว่า การขาดการสนับสนุนที่ดีจากสังคมจะทำให้มนุษย์เกิดโรคได้ง่าย แต่ถ้ามนุษย์ได้รับการสนับสนุนเอาใจใส่จากสังคมจะทำให้มีสุขภาพดีและอายุยืน

นภาพร ชโยวรรณ (2535 : 66) ศึกษาเรื่องครอบครัวอุปถัมภ์กับขั้นตอนชีวิตของบุตร พบว่า บิดา มารดาที่ไม่ได้อยู่ด้วยกันได้รับเงิน อาหาร เสื้อผ้า ค่ารักษาพยาบาล เยี่ยมเยียน จากบุตรมากกว่าบิดา มารดา ที่อยู่ด้วยกันอย่างชัดเจน ขณะที่บิดา มารดา ที่อยู่บ้านเดียวกันมีแบบของการดูแลส่งเสียที่เด่น คือ การกินอยู่ด้วยกัน ช่วยทำงาน และดูแลยามเจ็บป่วย

เพชรา สุนทโรทก (2530 : 31) ศึกษาบทบาทผู้สูงอายุในสังคมไทยพบว่า ผู้สูงอายุในสังคมไทยยังมีบทบาทสำคัญต่อครอบครัวและชุมชน โดยในฐานะสามีภรรยา ยังให้การดูแลเอาใจใส่ซึ่งกันและกันอยู่ ในฐานะบิดามารดาและญาติผู้ใหญ่ ยังเป็นผู้มีบทบาทในการอบรมเลี้ยงดูและเป็นที่ปรึกษาเรื่องราวต่างๆ ในครอบครัว ต่อชุมชน พบว่า เป็นผู้มีบทบาททางด้านการเป็นผู้นำและถ่ายทอดศิลปวัฒนธรรมและพิธีกรรม รวมทั้งด้านศาสนา มากกว่าด้านการเมือง การปกครองและเศรษฐกิจ

2.9.4 เพื่อนและเพื่อนบ้าน

ลับเบน (Lubben 1988 : 42-52 อ้างใน สุดาจันทร์ วัชรกิตติ 2535 : 52) ศึกษาเรื่องเครือข่ายทางสังคม การสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการดูแลตนเอง และหาความสัมพันธ์ระหว่างเครือข่ายทางสังคม พบว่า เพื่อน เป็นแหล่งที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตดี

นภาพร ชโยวรรณ มาลินี วงษ์สิทธิ์ และจันทร์เพ็ญ แสงเทียนฉาย (2532 : 5-6) ได้ศึกษาโครงการวิจัย ผลกระทบเศรษฐกิจ สังคม และประชากรของผู้สูงอายุในประเทศไทย (SECAP) พบว่า กิจวัตรส่วนใหญ่ของผู้สูงอายุ ได้แก่ การทำงานบ้าน เลี้ยงหลาน เฝ้าบ้านให้บุตรและทำบุญที่วัด กิจกรรมอื่นๆ เช่น การสังสรรค์กับเพื่อน

อุษาพร ชวลิตนิธิกุล (2532 : 80) ได้ศึกษาเรื่องพยาบาล อนามัยชุมชน ในการดูแลผู้สูงอายุ กรณีเลือกสรรการพยาบาลอนามัยชุมชน พบว่า การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน โดยที่ผู้สูงอายุสามารถให้ความช่วยเหลือผู้อื่น หรือผู้อื่นให้ความสำคัญแก่ผู้สูงอายุในฐานะผู้ให้คำปรึกษา จะ

ช่วยให้ผู้สูงอายุมีความภูมิใจในตนเอง และเห็นคุณค่าในการที่จะมีชีวิตอยู่อย่างมีคุณค่าต่อไป ซึ่งจะมีผลให้ผู้สูงอายุดูแลตนเองดีขึ้น

สุรกุล เจนอบรม (2534 : 46) ศึกษาวิทยาการผู้สูงอายุ พบว่า เมื่อบุคคลสูญเสียกิจกรรมทางสังคมไปอย่างหนึ่ง เขาจะเพิ่มกิจกรรมในเครือข่ายสังคมอื่นมาแทน

สุดาจันทร์ วัชรกิตติ (2535 : 52) ได้ศึกษาความสัมพันธ์เครือข่ายทางสังคมการสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า ความถี่ในการติดต่อเพื่อนเฉลี่ย 22 ครั้งต่อเดือน จึงอาจทำให้กลุ่มตัวอย่างมีโอกาสช่วยเหลือซึ่งกันและกันในเครือข่ายได้มากขึ้น รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีความสัมพันธ์กับบุคคล 2 กลุ่ม ได้แก่ เครือญาติ เพื่อน และเพื่อนบ้าน จึงอาจทำให้กลุ่มตัวอย่างมีโอกาสได้รับการตอบสนองทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม

อำไพ ชนะกอก และคณะ (2535 : 76) ได้ศึกษาแบบแผนสุขภาพ ปัญหา และความต้องการของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า วิธีการลดความเครียดหรือเมื่อผู้สูงอายุมีความไม่สบายใจเกิดขึ้น มักจะไปปรึกษาเพื่อนในวัยเดียวกัน

จิระพร อภิชาตบุตร (2540 : 97) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การอุปถัมภ์จากครอบครัว และการบริการสุขภาพในชุมชนกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนออฟัด เขตกรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ของชุมชน เนื่องมาจากการมีส่วนร่วมในชุมชนนั้นจะเป็นสิ่งชดเชยการสูญเสียที่เกิดจากขบวนการ สูงอายุ เช่น การเกษียณอายุ การหมดบทบาทหน้าที่การงาน ที่ตรงกับแนวคิดทฤษฎีกิจกรรม (Activity theory) ที่เชื่อว่า ผู้สูงอายุที่สามารถเข้าร่วมกลุ่ม ร่วมกิจกรรมทางสังคมได้มากย่อมมีโอกาสพบปะเพื่อนฝูงในวัยเดียวกัน และมองเห็นโลกกว้างขึ้น

2.9.5 เครือข่ายในสังคม

ดุษณี สุนทรปรียาศรี (2519: 36-44) ศึกษาปัญหาและขุมพลังของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุต้องการที่จะช่วยเหลือและทำตนให้เป็นประโยชน์ต่อสังคม ถ้ามีการรวมกลุ่มผู้สูงอายุเป็นศูนย์อาสาสมัครผู้สูงอายุ ก็จะยิ่งทำให้ผู้สูงอายุเป็นขุมพลังในการช่วยเหลือกิจกรรมต่างๆ ของสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

แคนทอร์และลิเทิ่น (Cantor และ Litle 1985 : 120) กล่าวว่า ผู้สูงอายุควรมีความสัมพันธ์กับบุคคลในกลุ่มต่างๆ ทั้งเครือญาติ เพื่อน เพื่อนบ้าน องค์กรรัฐและองค์กรเอกชน ซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนทางสังคมได้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม

เขมิกา ยามะรัต (2535 : 113) ได้ศึกษาความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ : ศึกษากรณีข้าราชการบำนาญกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ เมื่อปี พ.ศ.2537 พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในวัยผู้สูงอายุมากที่สุดคือ การมีส่วนร่วมในสังคม รองลงมาคือ ความสัมพันธ์ในครอบครัว สุขภาพ ฐานะทางเศรษฐกิจ ความสัมพันธ์กับญาติ

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ (2536 : 53) ได้ศึกษาศักยภาพของปัจจัยเกื้อหนุนทางสังคมที่มีต่อการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุ พบว่า ปัจจัยเกื้อหนุนทางสังคมของผู้สูงอายุมีลักษณะเป็นระบบที่ประกอบขึ้นด้วยบุคคลที่มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน ระบบเกื้อหนุนตัวต่อตัว พบว่าการเกื้อหนุนทางด้านอารมณ์เป็นลักษณะของการเกื้อหนุนที่ผู้สูงอายุได้รับมากที่สุด

2.9.6 องค์กรศาสนา

นิศา ชูโต (2525 : บทคัดย่อ) ศึกษาเรื่องคนชราไทย พบว่า กิจกรรมทีทางสังคมที่ผู้สูงอายุร่วมทำมากและบ่อย ได้แก่ กิจกรรมทางศาสนา รองลงมา ได้แก่ กิจกรรมเกี่ยวกับการเมือง กิจกรรมทางกีฬา กิจกรรมศิลปะและการฝีมือ

คณะอนุกรรมการการศึกษาวัฒนธรรมและกิจกรรมเพื่อผู้สูงอายุ (2528 : 49) ศึกษาเรื่องผู้สูงอายุในสังคมไทย พบว่า ผู้สูงอายุในชนบทมีบทบาทสำคัญในการเป็นผู้นำทางศาสนา แต่ผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครส่วนใหญ่มีความประสงค์ที่จะได้มีบทบาทในการช่วยเหลือสังคม

เพชรา สุนทโรทก (2529 : บทคัดย่อ) ศึกษาเรื่องบทบาทของผู้สูงอายุในสังคมไทยตามการพัฒนาที่มีต่อปัญหาและความต้องการของประชากรสูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุมองว่าตนเองมีบทบาทในครอบครัวเป็นผู้อบรมสั่งสอน ให้คำปรึกษาและถ่ายทอดประสบการณ์ให้กับบุตรหลานในครอบครัว ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการจัดพิธีกรรมตามประเพณีและศาสนา

ศรีเรือน แก้วกังวาล (2530: 92) ศึกษาจิตวิทยาวิทยาการ พบว่า ผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับผู้อื่นทั้งวัยเดียวกันและต่างวัย การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม งานพิเศษและงานอดิเรกเป็นหนทางสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่นด้วย

จิราภรณ์ จอกแก้ว (2536 : 18) ศึกษาเรื่อง แนวทางการจัดบริการทางการศึกษาให้กับผู้สูงอายุในชนบท พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่สนใจกิจกรรมทางด้านการศึกษา เนื่องจากคิดว่าตัวเองไม่สามารถเรียนรู้อะไรได้อีกแล้ว กิจกรรมที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เข้าร่วมจะเป็นกิจกรรมทางศาสนา

2.9.7 เงินอุดหนุน และสนับสนุน

สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (2528 : 59) ศึกษาผู้สูงอายุในประเทศไทย พบว่า การบริการและสวัสดิการสังคมที่รัฐบาลและเอกชนจัดให้แก่ผู้สูงอายุนั้นมีรูปแบบจำกัด ไม่อาจตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุที่มีปัญหาได้อย่างทั่วถึง คิดเป็นร้อยละ 0.13 ของผู้สูงอายุที่มีปัญหาทั่วประเทศ

สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (2528 : 59) ศึกษาผู้สูงอายุในประเทศไทย พบว่า ผู้สูงอายุต้องต่อสู้ด้วยตนเอง ซึ่งผู้สูงอายุไม่มีรายได้หรือเก็บเงินออมไว้ก็ย่อมเกิดความทุกข์ทั้งด้านร่างกายและจิตใจมากยิ่งขึ้น เป็นต้นในยามเจ็บป่วยช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ส่วนบริการและสวัสดิการที่รัฐบาลและภาคเอกชนจัดให้แก่ผู้สูงอายุนั้นรูปแบบจำกัดมาก ไม่อาจตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุที่มีปัญหาได้อย่างทั่วถึง คิดเป็นร้อยละ 0.13 ของผู้สูงอายุที่มีปัญหาทั่วประเทศ

นงพิมล นิมิตรอานันท์ (2542 : 9) การให้ความรู้ข้อมูลและรูปแบบการบริการใหม่ๆ เพื่อให้ผู้สูงอายุรู้จักการป้องกันและรักษาสุขภาพตนเอง ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540 - 2544) ได้มีการระบุวัตถุประสงค์ข้อหนึ่งว่า ต้องการให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพแข็งแรงตามวัยและดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่า ให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุที่ด้อยโอกาส ยากจน ไม่มีคนเลี้ยงดู โดยเพิ่มอัตรา การเข้าถึงบริการสาธารณสุขจากร้อยละ 70 เป็นร้อยละ 100 และเน้นแผนงานการส่งเสริมสุขภาพโดยเฉพาะสำหรับกลุ่มวัยนี้ แต่ในทางปฏิบัติแล้วมักจะพบอุปสรรคและปัญหาอันเนื่องมาจากโครงสร้างของระบบด้านทรัยากรบุคคล สังคม เศรษฐกิจที่ไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุที่เพิ่มปริมาณได้

สงวน นิตยารัมภ์ และคณะ (2543 : 67) หลักประกันด้านสุขภาพยังไม่ครอบคลุมและไม่เท่าเทียมกัน ตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 มาตรา 52 ได้บัญญัติไว้ว่า "บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลโดยไม่คิดมูลค่า ทั้งนี้ตามที่กฎหมายบัญญัติ" รัฐบาลโดยกระทรวงสาธารณสุขได้ให้ความช่วยเหลือการรักษาพยาบาลโดยไม่คิดมูลค่าแก่ผู้สูงอายุ คือ สวัสดิการประชาชนด้านการพยาบาล (สปร.) แต่ในปัจจุบันยังไม่สามารถปฏิบัติได้ตามหลักเกณฑ์ที่แท้จริง

ธัญญา สนิทวงศ์ ณ อยุธยา (2542 : 1-79) ได้ศึกษาประเมินรูปแบบบริการที่จัดให้ผู้สูงอายุในชุมชน เน้นการให้บริการของศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้าน พบว่า บริการสวัสดิการสังคมที่จัดในชุมชนที่ดีทั้งคุณภาพและปริมาณ คือ บริการด้านสาธารณสุขทั้งสถานพยาบาลการแจกบัตรผู้สูงอายุทั้งบริการสังคมทั่วไป แต่เนื้อหาของบริการยังเน้นการแก้ปัญหาเฉพาะหน้า เช่น

แจกเครื่องอุปโภคบริโภค ศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้าน ยังดำเนินการจัดบริการสวัสดิการสังคมไม่บรรลุตามวัตถุประสงค์ที่จัดตั้ง เนื่องจากข้อจำกัดด้านรูปแบบการจัดตั้งความรู้ในการจัดสวัสดิการจึงช่วยได้เพียงผิวเผิน แต่อย่างไรก็ตามชุมชนที่เข้มแข็ง ชาวบ้านร่วมมือกัน ดูการช่วยเหลือผู้สูงอายุ รวมทั้งการอยู่ร่วมครอบครัวกับลูกหลาน จะเป็นการดูแลผู้สูงอายุพอให้มากที่สุด

2.9.8 งานวิจัยที่เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม

สมชาย สุพันธุ์วนิช (2519 : 31) อ้างในเพียงใจ ระฆังทอง (2542 : 45) ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร พบว่า ขนาดครัวเรือน เป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อภาวะเจ็บป่วยกล่าวคือ หากจำนวนผู้อาศัยในครัวเรือนมาก น่าจะทำให้สภาพแวดล้อมแออัดคับแคบมากเกินไป และการที่ผู้อาศัยอยู่หนาแน่น จะทำให้เกิดโรคติดต่อแพร่กระจายจากคนหนึ่งไปยังผู้อื่นได้ง่าย ก่อให้เกิดการเจ็บป่วยขึ้น โดยเฉพาะผู้สูงอายุซึ่งปกติร่างกายจะมีลักษณะที่ไม่เจริญเติบโตแล้ว และเสื่อมลงตามวัยที่เพิ่มขึ้นจะมีโอกาสได้รับโรคภัยไข้เจ็บได้ง่าย หากต้องอยู่ในสภาพแวดล้อมที่แออัดในครัวเรือนที่มีสมาชิกจำนวนมาก ส่งผลให้เกิดภาวะเจ็บป่วยได้ง่ายขึ้น ผู้ที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีสมาชิกเป็นจำนวนมากหรือมีขนาดครัวเรือนใหญ่ จึงน่าจะมีภาวะสุขภาพด้อยกว่าผู้ที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีสมาชิกจำนวนน้อย หรือมีขนาดครัวเรือนเล็ก

สุลี ทองวิเชียร และพิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ (2532 : 28) ศึกษาการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุได้แก่ ระดับ อายุ เพศ สถานะทางเศรษฐกิจ ระดับการศึกษา ลักษณะการอยู่ สถานที่พักอาศัย และอัตมโนทัศน์ของผู้สูงอายุ

ครูค และสเทน (Crook and Stein 1988 : 582) พบว่า บริเวณที่มีการจราจรคับคั่ง จะเกิดมลพิษทางอากาศ ทั้งควันดำและควันขาว สถานที่ทำงานบางแห่ง อากาศไม่ถ่ายเท และมีรถยนต์จอดและเดินเครื่องใกล้บริเวณนั้น ทำให้คาร์บอนมอนอกไซด์กระทบเข้ามาในห้องทำงาน เมื่อบุคคลได้รับมลพิษดังกล่าว อาจทำให้หายใจไม่ออก ปวดศีรษะ มือเท้าชา มึนงง และความจำเสื่อม

กระทรวงสาธารณสุข (2529 : 112) สำหรับองค์ประกอบคุณภาพของประชาชนไทย (จปฐ) ในหมวดที่อยู่อาศัยตัวชี้วัดคือ บ้านคงทนเกิน 5 ปี ภายในบ้านและรอบบ้านสะอาด มีส้วมถูกสุขลักษณะ มีน้ำสะอาดดื่มเพียงพอ

ลอว์ตัน (Lawton 1985 : 450-478) เสนอว่า การหาวิธีปรับปรุงสิ่งแวดล้อมให้มีการออกแบบดี วางแผนให้เหมาะกับความต้องการของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุมีความเป็นอยู่ที่ดี การปรับปรุงเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมอาจจัดทำโดยการเปลี่ยนแปลงห้อง ปรับปรุงซ่อมแซมตกแต่ง

คาฟเฟ (Caffrey 1991 : 255-272) ได้สำรวจกิจกรรมประจำวันในผู้สูงอายุภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย พบว่า เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ พบการเปลี่ยนแปลง 4 อย่าง คือ 1) ย้ายมาอยู่ระเบียงหน้าบ้านเพื่อ "รับอากาศ" และอยู่ใกล้บันได 2) ย้ายลงมาอยู่ข้างล่าง 3) สร้างกระท่อมเล็กๆ 4) ย้ายไปอยู่บ้านบุตร หรือญาติเมื่อเจ็บป่วย

บรรชัย ลือสังข์ (2535 : 42) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้ ความตระหนัก และพฤติกรรมเกี่ยวกับปัญหาสิ่งแวดล้อมของประชาชนในเขตเทศบาลเมือง ขอนแก่น พบว่า ประชาชนมีความรู้และพฤติกรรมเกี่ยวกับปัญหาสิ่งแวดล้อมในระดับปานกลาง แต่มีความตระหนักต่อปัญหาสูง ปัจจัยด้านการศึกษา การได้รับข่าวสารมีความสัมพันธ์และมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกับปัญหาสิ่งแวดล้อม

กรองจิต วาทีสาธกกิจ และบารมี ธนาประชุม (2536 : 77-80) พบว่า สิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุแบ่งออกเป็น 3 ประเภทคือ 1) สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ได้แก่ ที่อยู่อาศัย ภูมิอากาศ 2) สิ่งแวดล้อมส่วนบุคคล ได้แก่ บุคคลที่อยู่รอบตัวผู้สูงอายุ ญาติ เพื่อนบ้าน 3) สิ่งแวดล้อมทางสังคม ได้แก่ สังคม วัฒนธรรม กรองจิต และบารมี ยังได้เน้นถึงการจัดสภาพแวดล้อมของบ้าน ให้ปลอดภัยเหมาะกับผู้สูงอายุ โดยคำนึงถึงบันไดมีที่ยึดเกาะ ทางเดิน พื้นไม่ลื่นแสงสว่างเพียงพอ วัสดุอุปกรณ์ในบ้านดูแลให้อยู่ในสภาพดี

แผนภูมิที่ 2.1
กรอบแนวคิดทางการศึกษา