

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎี งานวิจัยและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่อง การสนับสนุนทางสังคมและการดูแลตนเองที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุพิการจากโรคเรื้อน ในจังหวัดสมุทรปราการ ผู้วิจัยได้ทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังต่อไปนี้

- 2.1 นโยบายและแผนงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุและคนพิการของประเทศไทย
- 2.2 แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุกับภาวะพิการจากโรคเรื้อน
- 2.3 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับตราบาป
- 2.4 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการดูแลตนเอง
- 2.5 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม
- 2.6 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต
- 2.7 งานวิจัยและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง
- 2.8 กรอบแนวคิดในการวิจัย

2.1 นโยบายและงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุและคนพิการของประเทศไทย

2.1.1 นโยบายและแผนงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุในประเทศไทย

ประเทศไทยได้มีนโยบายและแผนการดำเนินการคุ้มครองและจัดสวัสดิการให้แก่ผู้สูงอายุตามนโยบายขององค์การสหประชาชาติมาเป็นเวลา 30 ปีแล้ว ดังจะเห็นได้จากรายงานฉบับสมบูรณ์ โครงการสร้างและขยายโอกาสในการเข้าถึงหลักประกันทางสังคมขั้นพื้นฐานสำหรับผู้สูงอายุ ที่ระบุถึงแผนผู้สูงอายุดังนี้ (มูลนิธิสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย. 2549 : 3-4)

(1) **แผนผู้สูงอายุระยะยาว (พ.ศ. 2525 - 2544)** อันสืบเนื่องจากการประชุมสมัชชาสหประชาชาติในวันที่ 14 ธันวาคม พ.ศ. 2521 คณะรัฐมนตรีแต่งตั้งคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ ซึ่งมีหน้าที่วางแผน กำกับดูแลนโยบายและจัดกิจกรรมระดับชาติที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุในระยะยาว โดยมีการกำหนดมาตรการ ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุในด้านการจัดสวัสดิการเคลื่อนที่และการให้สิทธิลดหย่อนหรือยกเว้น ภาษีรายได้ให้แก่ผู้สูงอายุและบุคคลที่อุปการะผู้สูงอายุไว้ในครอบครัว

นอกจากนี้ยังได้กำหนดบทบาทให้ครอบครัวและชุมชนได้มีส่วนร่วม ในการดูแล ผู้สูงอายุไว้ดังนี้ ผู้สูงอายุควรได้อยู่กับครอบครัวอย่างอบอุ่น ได้รับการเคารพและการดูแลเอาใจใส่ จากลูกหลาน ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถพึ่งพาตนเองได้ และไม่ได้รับการคุ้มครองดูแลจากครอบครัว ควรได้รับการดูแลจากสังคม ผู้สูงอายุควรได้รับการสนับสนุนให้มีส่วนร่วมในกิจกรรมของ ครอบครัว และชุมชน ตามความถนัดและความสามารถของแต่ละบุคคล ผู้สูงอายุควรได้รับข้อมูล ข่าวสาร และวิธีการดูแลสุขภาพ ตลอดจนข่าวสารเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางสังคม และสิ่งแวดล้อม เพื่อให้ผู้สูงอายุปรับตัวเองให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงนั้น ๆ ได้

(2) นโยบายและมาตรการผู้สูงอายุระยะยาว (พ.ศ. 2535 - 2554) มาตรการดังกล่าว ถูกจัดทำขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์หลัก คือ ส่งเสริมและให้บริการการเรียนรู้ที่จะทำให้ผู้สูงอายุรู้จัก การปรับตัว การป้องกันโรคและการรักษาสุขภาพ จัดให้มีบริการพื้นฐาน และสวัสดิการทางสังคม และการสงเคราะห์ให้แก่ผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยและไม่มีผู้อุปการะ สนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้ทำงานตามความสามารถและความถนัด ส่งเสริมความสัมพันธ์อันดี ระหว่างสมาชิกในครอบครัวและผู้สูงอายุ สนับสนุนให้สถาบันศาสนามีบทบาทในการเป็นที่พึ่งพา ทางใจแก่ผู้สูงอายุ ส่งเสริมสนับสนุนให้ชุมชน และภาคเอกชนเข้าร่วมจัดบริการ และสวัสดิการสังคมให้แก่ผู้สูงอายุ สนับสนุนให้มีการผลิตและพัฒนาบุคลากรสำหรับดูแลรักษา และให้บริการแก่ผู้สูงอายุ

2.1.2 นโยบายเกี่ยวกับคนพิการ ในประเทศไทย

ประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ วันที่ 28 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2546 ให้ความหมายของคนพิการไว้ว่า หมายถึง บุคคลซึ่งมีความสามารถถูกจำกัดให้ปฏิบัติ กิจกรรมในชีวิตประจำวัน และการมีส่วนร่วมทางสังคมได้โดยวิธีการทั่วไป เนื่องจากมีความบกพร่องทางการมองเห็น การได้ยิน การเคลื่อนไหว การสื่อสาร จิตใจ อารมณ์ พฤติกรรม สติปัญญาและการเรียนรู้และมีความต้องการจำเป็นพิเศษด้านต่าง ๆ เพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตและมีส่วนร่วมในสังคมได้อย่างบุคคลทั่วไป

กฎกระทรวงฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2537) ออกตามความในพระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพ คนพิการ พ.ศ. 2534 ให้ความหมายไว้ดังนี้ คนพิการ หมายถึง คนที่มีความผิดปกติ หรือบกพร่องทางร่างกาย ทางสติปัญญา หรือทางจิตใจ ตามประเภทและหลักเกณฑ์ที่กำหนดใน กฎกระทรวง (กรมประชาสงเคราะห์ สำนักงานคณะกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ. 2534 : 3)

องค์การอนามัยโลก (WHO) ให้ความหมายความพิการว่าคนพิการ หมายถึง เป็นความเสียหายเปรียบของบุคคลใดบุคคลหนึ่งที่เกิดจากความชำรุด หรือความสามารถบกพร่อง

เป็นผลทำให้บุคคลนั้นไม่อาจแสดงบทบาท หรือทำอะไรให้เหมาะสมสอดคล้องตามวัย สังคม วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อมได้ (กรมประชาสงเคราะห์ สำนักงานคณะกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ. 2540 : 7)

องค์กรแรงงานระหว่างประเทศ (ILO) ได้ให้คำจำกัดความจากมุมมอง ด้านฟื้นฟูสมรรถภาพ ด้านอาชีพ และการจ้างงานคนพิการ ว่าคนพิการ คือ “บุคคลใดบุคคลหนึ่งที่มีโอกาสด้านความมั่นคงในชีวิต สถานภาพการจ้างงาน หรือความก้าวหน้าในอาชีพอย่างเหมาะสมถูกจำกัดหรือลดอย่างเห็นได้ชัด อันเป็นผลจากความบกพร่องร่างกายหรือทางจิตใจ” พระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2534 ตามมาตรา 4 ได้กำหนดความหมายว่า “คนพิการ” หมายความว่า คนที่มีความผิดปกติ หรือ บกพร่องทางร่างกายทางสติปัญญาหรือทางจิตใจ ตามประเภท หรือตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดในกฎกระทรวง และในพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 มาตรา 4 ได้กำหนดว่า “คนพิการ” หมายความว่า บุคคลซึ่งมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคม เนื่องจากมีความบกพร่องทางการเห็น การได้ยิน การเคลื่อนไหว การสื่อสาร จิตใจ อารมณ์ พฤติกรรม สติปัญญา การเรียนรู้ หรือความบกพร่องอื่นใด ประกอบกับมีอุปสรรคในด้านต่าง ๆ และมีความจำเป็น เป็นพิเศษที่จะต้องได้รับความช่วยเหลือด้านใดด้านหนึ่ง เพื่อให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคมได้อย่างบุคคลทั่วไป ทั้งนี้ ตามประเภทและหลักเกณฑ์ที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ประกาศกำหนด

ในเรื่องของสิทธิประโยชน์ของคนพิการตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 เริ่มประกาศใช้การส่งเสริมโอกาสและสิทธิของคนพิการ แต่คนพิการที่จดทะเบียนคนพิการ และยังไม่ได้จดทะเบียนคนพิการยังขาดความรู้ ขาดข้อมูล รวมถึงไม่สามารถเข้าถึงสิทธิต่าง ๆ อยู่เป็นจำนวนมาก ซึ่งการจะขอใช้สิทธิต่าง ๆ นั้นกำหนดให้คนพิการจะต้องได้รับการจดทะเบียนคนพิการก่อน โดยต้องให้แพทย์เป็นผู้ประเมินระดับความพิการก่อน ตามประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่องประเภทและหลักเกณฑ์ความพิการ ได้แบ่งประเภทของคนพิการออกเป็น 6 ประเภท คือ (กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ. 2552 : 2)

1. คนพิการทางการมองเห็น
2. คนพิการทางการได้ยินหรือการสื่อความหมาย
3. คนพิการการเคลื่อนไหวหรือทางกาย
4. คนพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม

5. คนพิการทางสติปัญญา

6. ความพิการการเรียนรู้

คนพิการเป็นสมาชิกส่วนหนึ่งของสังคมไทย ที่รัฐบาลให้ความสำคัญเป็นอย่างยิ่งในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิต เพื่อให้คนพิการได้รับการดูแลทั้งในด้านปัจจัยสี่ รวมถึงสิทธิต่าง ๆ ที่ได้กำหนดไว้ในกฎหมายหลายฉบับ แต่การดำเนินชีวิตของคนพิการมิได้เป็นการดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพ ทั้งนี้ เนื่องจากคนพิการมักจะเป็นเพียงผู้รับความช่วยเหลือจากความเมตตาใจ ความเมตตาสงสารเป็นหลัก และได้รับโอกาสให้มีส่วนร่วมในการพัฒนาสังคมน้อยมาก การที่คนพิการจะช่วยเหลือตนเองได้ จำเป็นต้องได้รับการส่งเสริมและพัฒนาตลอดจนการฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อให้คนพิการได้รับโอกาสอย่างเต็มที่ รัฐบาลจึงได้กำหนดให้มีกลไกหลักในการดำเนินงาน คือ พระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2534 โดยมีเจตนารมณ์ส่งเสริมคนพิการ ให้สามารถพึ่งตนเองเป็นที่ยอมรับของสังคม และได้รับโอกาสให้เข้าร่วมกิจกรรมของสังคมได้อย่างเท่าเทียมกับคนทั่วไป ดังนั้น จึงกำหนดให้คนพิการที่จดทะเบียนคนพิการแล้วได้รับสิทธิประโยชน์ ดังต่อไปนี้

1. แก้อุปกรณ์หรือปรับสภาพความพิการ ภายอุปกรณ์ และเครื่องช่วยความพิการ เช่น แก้อั้วเข็นไม้ค้ำยันเครื่องช่วยเดิน แขน-ขาเทียม เป็นต้น รวมถึงคำแนะนำปรึกษาจากแพทย์ และบุคลากรทางการแพทย์โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายจากสถานพยาบาลของรัฐ เช่น สถานีอนามัย โรงพยาบาลประจำอำเภอ โรงพยาบาลประจำจังหวัด และโรงพยาบาลจิตเวช เป็นต้น

2. ด้านการศึกษา - คนพิการมีสิทธิเข้าเรียนร่วมในสถานศึกษาของรัฐทั่วประเทศทั้งในระบบโรงเรียน และนอกระบบโรงเรียน จนถึงระดับอุดมศึกษา โดยคนพิการจะได้รับบริการอุปกรณ์สิ่งอำนวยความสะดวกทางการศึกษาที่รัฐจัดให้ ตามพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542

3. ด้านสังคม-คนพิการมีสิทธิในการขอรับบริการต่าง ๆ จากทั้งภาครัฐ และเอกชน โดยกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ได้จัดให้มีการดำเนินการส่งเสริมให้ทุกภาคส่วนได้ดำเนินการจัดให้มีสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับคนพิการอันได้แก่ อาคารสถานที่ยานพาหนะ และบริการสาธารณะต่าง ๆ ที่ต้องจัดให้มีอุปกรณ์ที่อำนวยความสะดวกโดยตรงแก่คนพิการ โดยคาดหวังว่าคนพิการจะเป็นหุ้นส่วนภาคสังคมที่สำคัญ นอกจากนี้ยังมีมาตรการ กลไก ในการให้ความช่วยเหลืออื่น ๆ เช่น

- คนพิการที่ประสบปัญหาทางสังคม มีสิทธิได้รับการช่วยเหลือทั้งเงินสงเคราะห์คนพิการ และเงินสงเคราะห์ครอบครัวคนพิการ รวมถึงเรื่องปัจจัยสี่ ตลอดจนการให้คำแนะนำปรึกษาตามความเหมาะสม

- คนพิการที่มีความพิการรุนแรง และไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้ มีสิทธิได้รับเบี้ยยังชีพคนละ 500 บาทต่อเดือน และดำเนินการส่งเสริมให้ชุมชนได้เข้ามาร่วมดูแลคนพิการจนถึงในระดับท้องถิ่น

- คนพิการไม่มีผู้อุปการะเลี้ยงดู และไม่มีที่อยู่อาศัย มีสิทธิขอรับบริการเลี้ยงดูในสถานสงเคราะห์ที่หน่วยงานภาครัฐจัดให้

4. ด้านอาชีพ - คนพิการมีสิทธิได้รับบริการฝึกประกอบอาชีพ การจัดหางาน การประสานส่งต่อเข้าทำงานในสถานประกอบการต่าง ๆ และการให้คำปรึกษาแนะนำจากหน่วยงานของภาครัฐ และเอกชนที่เกี่ยวข้อง โดยคนพิการสามารถติดต่อได้ที่สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดที่ตนมีภูมิลำเนา และสำหรับคนพิการที่ประสบปัญหาทางการเงิน สามารถขอยืมเงินเพื่อไปประกอบอาชีพในวงเงิน ไม่เกิน 40,000 บาท โดยไม่ต้องเสียดอกเบี้ย และผ่อนชำระคืนภายในระยะเวลา 5 ปี

นอกจากนี้ ภาคเอกชน องค์กรคนพิการ และภาคประชาสังคมต่าง ๆ ก็มีส่วนร่วมอย่างแข็งขันในการส่งเสริม และสนับสนุนให้คนพิการได้รับโอกาสที่จะพัฒนาตนเองในลักษณะบูรณาการ เพื่อให้คนพิการทุกคนสามารถดำรงชีวิตอิสระ มีคุณภาพชีวิต มีศักดิ์ศรี มีสิทธิเท่าเทียมกับคนทั่วไป เป็นส่วนหนึ่งของสังคมและมีบทบาทในการพัฒนาประเทศ (กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ. 2550 : 3-10)

ในช่วงที่ผ่านมา การดำเนินงานด้านคนพิการมีทิศทางในเชิงสร้างสรรค์มากขึ้น คือ อยู่บนพื้นฐานของสิทธิมากกว่าเพื่อการสงเคราะห์ในแนวทางเวทนามิยม การเปลี่ยนแปลงกระบวนทัศน์ดังกล่าว เป็นผลจากกระแสทั้งระดับสากล และระดับประเทศ (กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ. 2550 : 12-13) ดังนี้

1. ระดับสากล จากแนวคิดสิทธิมนุษยชน ตามปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชนเป็นกฎบัตรที่ให้ความเชื่อมั่นในสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐาน ให้ความสำคัญในศักดิ์ศรี และคุณค่าของตัวบุคคล และสิทธิความเสมอภาคของชายหญิง ประกอบกับพันธกรณีระหว่างประเทศในฐานะที่ประเทศไทยเป็นภาคีสมาชิกขององค์กรระดับนานาชาติ คือ องค์กรสหประชาชาติ และองค์กรระดับภูมิภาค คือ คณะกรรมการสิทธิมนุษยชนและสังคมสำหรับเอเชียและแปซิฟิกซึ่งองค์กรระหว่างประเทศดังกล่าว ได้กำหนดนโยบาย แผนงานด้านคนพิการ ดังนี้

1.1 องค์กรสหประชาชาติ ได้กำหนดแผนปฏิบัติการระดับโลกด้านคนพิการ กฎมาตรฐานว่าด้วยความเสมอภาคทางโอกาสแก่คนพิการ เพื่อเป็นแนวทางให้ประเทศสมาชิกใช้พัฒนาคนพิการโดยการส่งเสริมสนับสนุนให้เกิดมาตรการในการป้องกันความพิการ

การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ และเน้นให้คนพิการได้รับโอกาสในการมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ในสังคม

1.2 คณะกรรมการสิทธิมนุษยชนและสังคมสำหรับเอเชียและแปซิฟิกได้ประกาศทศวรรษคนพิการแห่งเอเชียและแปซิฟิกต่อเนื่อง 2 ทศวรรษ เพื่อให้การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ในภูมิภาคเอเชียและแปซิฟิกมีความต่อเนื่อง ก้าวหน้า เป็นรูปธรรม ปัจจุบันอยู่ในช่วงทศวรรษที่ 2 พ.ศ. 2546 - 2555 ซึ่งได้กำหนดกรอบการปฏิบัติงานด้านคนพิการไว้อย่างชัดเจน คือ “กรอบการปฏิบัติงานแห่งสหประชาชาติจากทะเลสาบบิวาสู่อุตสาหกรรมบูรณาการปลอดจากอุปสรรคและตั้งอยู่บนฐานของสิทธิสำหรับคนพิการในภูมิภาคเอเชียและแปซิฟิก” เพื่อเป็นประเด็นแนวทางการพัฒนา คนพิการในภูมิภาค บนพื้นฐานของสิทธิสำหรับคนพิการ ได้แก่ ประเด็นองค์กรช่วยเหลือตนเองของคนพิการและเพื่อคนพิการ ผู้หญิงพิการ การให้การศึกษาแก่คนพิการ การฝึกอบรม และการจ้างงานคนพิการ รวมทั้งการประกอบอาชีพอิสระ การเข้าถึงสิ่งแวดล้อมที่สร้างขึ้น และการขนส่งสาธารณะ การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและการสื่อสาร ตลอดจนเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร รวมทั้งเทคโนโลยีสิ่งอำนวยความสะดวก และการบรรเทาความยากจน

2. ระดับประเทศ กรอบแนวคิดและนโยบายที่กำหนดการดำเนินงานบนพื้นฐานของสิทธิสำหรับคนพิการ เป็นผลสืบเนื่องจากการพัฒนาการของแนวคิด และการดำเนินงานภายใต้บทบัญญัติของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 ที่กำหนดสิทธิขั้นพื้นฐาน การคุ้มครองพิทักษ์สิทธิคนพิการ และการได้รับความช่วยเหลือจากรัฐอย่างเสมอภาคเท่าเทียมกับคนทั่วไป นอกจากนี้คนพิการยังอยู่ในกระแสการพัฒนาของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 พ.ศ. 2550 - 2554 ที่ยังคงยึด “คน” เป็นศูนย์กลางของการพัฒนา มีเป้าหมายให้ประเทศไทยสามารถพัฒนาไปได้อย่างยั่งยืน มีความสมดุลในการพัฒนาระหว่างเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม โดยนำเสนอยุทธศาสตร์หลัก 5 ยุทธศาสตร์ เป็นแนวทางในการพัฒนาประเทศในส่วนของคนพิการ ได้ถูกกล่าวถึงไว้ในยุทธศาสตร์การพัฒนาคุณภาพคนและสังคมไทยสู่สังคมแห่งภูมิปัญญาและการเรียนรู้

นอกจากนี้ยังมีการส่งเสริมให้คนพิการได้รับโอกาส และสิทธิในการรับความช่วยเหลือ การพัฒนา และการฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งทางด้านการแพทย์ การศึกษา อาชีพ และสังคม จากกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับคนพิการโดยตรง คือ พระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2534 และกฎกระทรวงที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนสิทธิในการได้รับการศึกษาตามพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542 แก้ไขเพิ่มเติมครั้งที่ 2 พ.ศ. 2545 ที่กำหนดให้มีการศึกษาสำหรับบุคคลที่มีความบกพร่องทางร่างกาย จิตใจ สติปัญญา อารมณ์ สังคม การสื่อสารและการเรียนรู้ หรือมีร่างกายพิการ หรือทุพพลภาพ หรือบุคคลซึ่งไม่สามารถพึ่งตนเองได้ หรือไม่มีผู้ดูแล

หรือด้อยโอกาส ต้องจัดให้บุคคลดังกล่าว มีสิทธิและโอกาสได้รับการศึกษาขั้นพื้นฐานเป็นพิเศษ โดยจัดตั้งแต่แรกเกิด (กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ. 2550 : 12-13) โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย และให้บุคคลดังกล่าวมีสิทธิได้รับสิ่งอำนวยความสะดวก บริการ และความช่วยเหลืออื่นใดทางการศึกษาตามหลักเกณฑ์ และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง

แนวคิดและนโยบายทั้งกระแสระดับสากล และระดับประเทศ มีส่วนกำหนดระบบและกลไกการดำเนินงานด้านคนพิการทั้งภาครัฐ และองค์กรด้านคนพิการอย่างต่อเนื่อง มีโครงสร้างองค์กรด้านคนพิการในระดับนานาชาติ ระดับชาติ ระดับจังหวัด ผู้นำคนพิการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานร่วมกับภาครัฐ แต่อย่างไรก็ตาม การบูรณาการการทำงานของภาคีเครือข่ายดังกล่าว ยังไม่เป็นเอกภาพ เนื่องจากขาดกลไกประสานงานด้านคนพิการระดับชาติที่มีประสิทธิภาพ ที่ทำหน้าที่กำหนด และกำกับนโยบาย แผนงาน งบประมาณด้านคนพิการอย่างบูรณาการ อีกทั้งองค์กรด้านคนพิการและเครือข่าย ยังไม่ได้รับการเสริมสร้างความเข้มแข็งเพียงพอ นอกจากนี้ ยังคงมีความเชื่อ เจตคติเชิงลบต่อความพิการและคนพิการ ประกอบกับสภาพแวดล้อมที่ไม่เอื้ออำนวย เป็นอุปสรรคสำคัญในการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ (กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ. 2550 : 12)

สรุป จากนโยบายในการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุและคนพิการของประเทศไทย มีส่วนเกี่ยวข้องในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุพิการจากโรคเรื้อน โดยการส่งเสริม และให้บริการการเรียนรู้ที่จะทำให้ผู้สูงอายุพิการจากโรคเรื้อนรู้จักการปรับตัว การป้องกันโรค และการรักษาสุขภาพ จัดให้มีบริการพื้นฐานและสวัสดิการทางสังคมและการสงเคราะห์ผู้สูงอายุพิการจาก โรคเรื้อนที่มีรายได้น้อยและไม่มีผู้อุปการะ สนับสนุนให้ผู้สูงอายุพิการจากโรคเรื้อน ได้ทำงานตามความสามารถและความถนัด ส่งเสริมความสัมพันธ์อันดีระหว่างสมาชิกในครอบครัว และผู้สูงอายุพิการจากโรคเรื้อน สนับสนุนให้สถาบันศาสนามีบทบาทในการเป็นที่พึ่งพาทางใจ แก่ผู้สูงอายุพิการจากโรคเรื้อน ส่งเสริมสนับสนุนให้ชุมชน และภาคเอกชนเข้าร่วมจัดบริการ และสวัสดิการสังคมให้แก่ผู้สูงอายุพิการจากโรคเรื้อน สนับสนุนให้มีการผลิตและพัฒนาบุคลากร สำหรับดูแลรักษา และให้บริการแก่ผู้สูงอายุพิการจากโรคเรื้อน ผู้สูงอายุพิการจากโรคเรื้อนได้รับโอกาส และสิทธิในการรับความช่วยเหลือการพัฒนา และการฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งทางด้านการแพทย์ การศึกษา อาชีพ และสังคม จากกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับคนพิการโดยตรง ผู้สูงอายุพิการจากโรคเรื้อนที่ไม่สามารถพึ่งตนเองได้ หรือไม่มีผู้ดูแล หรือด้อยโอกาส ต้องจัดให้บุคคลดูแล ผู้สูงอายุพิการจากโรคเรื้อนเชิงบูรณาการและเป็นองค์รวมทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ จิตใจ สังคม และ

เศรษฐกิจ เพื่อให้ผู้สูงอายุพิการจากโรคเรื้อนสามารถดำรงชีวิตอิสระ มีคุณภาพชีวิต มีศักดิ์ศรี มีสิทธิเท่าเทียมกับคนทั่วไป

2.2 แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุกับภาวะพิการจากโรคเรื้อน

กระบวนการชราภาพของผู้สูงอายุเป็นกระบวนการที่มีความซับซ้อนและมีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตใจ และการดำรงอยู่ในสังคมของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุมักมีการเปลี่ยนแปลงจากวัยอันเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงและการเสื่อมสภาพของอวัยวะต่าง ๆ ทั่วร่างกายโดยเฉพาะระบบประสาท ระบบหายใจ ระบบหัวใจ หลอดเลือด ระบบขับถ่าย ระบบกระดูก และกล้ามเนื้อ เป็นต้น ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุจะมีอัตราการเปลี่ยนแปลงที่แตกต่างกันซึ่งเป็นกฎเกณฑ์ทางธรรมชาติที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ แต่เราก็ไม่สามารถแยกออกระหว่างความแก่ชรา และสาเหตุโรคร้ายไข้เจ็บกับความแก่ชราตามกฎเกณฑ์ตามธรรมชาติ การสูงอายุ เป็นขั้นตอนหนึ่งของพัฒนาการของมนุษย์ที่ซับซ้อน ทั้งนี้ สาเหตุอาจจะเป็นเพราะสุขภาพร่างกายแต่ละบุคคลจะมีความแตกต่างกัน (นิตยา ศรีสังวาล, 2541 : 6)

กระบวนการสูงวัยของผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ มากมาย ที่พบมากที่สุดคือ การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย รองลงมา คือ การเปลี่ยนแปลงทางสังคม และจิตใจ เช่น ร่างกายเสื่อมโทรม อ่อนแอ ผิวหนังเหี่ยวย่นประสาทตา และหูเสื่อมลง ความจำเสื่อม เกิดสภาพทางจิตที่เรียกว่าเสถียรภาพทางอารมณ์น้อยลง หงุดหงิดง่าย สิ่งเหล่านี้จะเสื่อมสมรรถภาพลงหรือปรากฏมากขึ้นตามอายุที่สูงขึ้น (อุดมพร ชันไพบูลย์, 2549 : 13)

องค์การสหประชาชาติ (United Nations) ได้ข้อตกลงร่วมกันโดยให้ความหมายของคำว่า “ผู้สูงอายุ” ในการประชุมที่กรุงเวียนนา ประเทศออสเตรีย ปี พ.ศ. 2525 หมายถึง บุคคลทั้งเพศชายและหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ถือเป็นผู้สูงอายุ และใช้เป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วโลก

ริชาร์ด ซี แกรนดอลล์ (Richard C. Grandall, 1980 : 9 อ้างถึงใน ทิพย์อรุณ สมภู, 2552 : 4) ได้ให้ความหมายของผู้สูงอายุ คือ กระบวนการของบุคคลที่เจริญเติบโตไปสู่การมีวัยสูงอายุขึ้น ซึ่งปกติแล้วบุคคลจะเติบโตขึ้นเรื่อย ๆ ในช่วงอายุ 25 - 30 ปี และหลังจากนั้นร่างกายจะเสื่อมถอยลง โดยบุคคลที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปนั้นถือเป็นผู้สูงอายุ

เฟอร์ริโน เอเอฟ และ เฟอร์ริโน อาร์แอล (Ferrini, A. F. และ Ferrini R. L. 1993 : 4 อ้างถึงใน ศรีเมือง พลั่งฤทธิ์, 2547 : 16) ให้ความหมายว่า ผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่ใกล้จะหยุดการเจริญเติบโต หยุดการเป็นผู้เรียนรู้ และหยุดการดำเนินชีวิต ผู้สูงอายุควรเป็นผู้ที่ผ่านช่วงชีวิตแห่งความสุข ความสนุกและความพึงพอใจ อันเป็นสิทธิที่มีมาตั้งแต่เกิด นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังเป็น

บุคคลที่ทรงเกียรติสมควรได้รับการนับถือ เพราะได้ดำเนินชีวิตการทำงานด้วยสติปัญญา มีประสบการณ์ชีวิตที่ยาวนานและสมควรที่จะถ่ายทอดให้อนุชนรุ่นต่อไป

แฮนลอน (Hanlon, 1980 อ้างถึงใน กัลยาณี ทองสว่าง, 2546 : 9) กล่าวว่า ผู้สูงอายุ คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป แบ่งเป็น 3 ช่วง คือ ผู้สูงอายุระยะเริ่มต้น (Young-old) อายุ 65 - 74 ปี ผู้สูงอายุระยะกลาง (Middle-old) อายุ 75 - 84 ปี และผู้สูงอายุระยะสุดท้าย (Old-Old) อายุ 85 ปี ขึ้นไป

บรรลุ ศิริพานิช (2542 : 24-25) ได้กล่าวถึงบุคคลที่จะเรียกว่า เป็นผู้สูงอายุนั้นอาจพิจารณาจากเกณฑ์ 3 ประการดังนี้ คือ

1. ลักษณะทางกายภาพ เช่น เรียกว่า คนแก่ คนชรา คนเฒ่า (The Aged, Aging, Oldman) เป็นการเรียกตามลักษณะทางสรีระที่บ่งบอกว่าผู้นั้นแก่ เช่น ผมหงอก ผิวหนังเหี่ยวย่น เป็นต้น ทั้ง ๆ ที่บางคนมีลักษณะแก่ชราตั้งแต่อายุยังไม่มากก็ได้

2. อายุมากหรือน้อยตามปฏิทิน เช่น เรียกว่า ผู้สูงอายุ (Elderly, Older Person) ปัญหาที่ตามมาก็คือ อายุเท่าใดจึงเรียกว่าผู้สูงอายุ เรื่องนี้ได้มีการถกเถียงกันในที่ประชุมสมัชชาว่าด้วยผู้สูงอายุขององค์การสหประชาชาติ ส่วนใหญ่ฝรั่งหรือคนภาคพื้นยุโรปและอเมริกา มักเรียกคนอายุ 65 ปีขึ้นไปเป็นผู้สูงอายุ แต่ภาคพื้นเอเชียมักถือเอา 60 ปีขึ้นไป เป็นเกณฑ์ผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตามเป็นที่ตกลงกันในวงการระหว่างประเทศแล้วว่า ให้ยึดเอา 60 ปีขึ้นไปเป็นผู้สูงอายุ

3. สถานภาพทางสังคม เช่น เรียกว่า ผู้ใหญ่ ผู้อาวุโส (Senior Citizens) ในองค์กรหนึ่ง ๆ ผู้เป็นหัวหน้าย่อมเป็นผู้ใหญ่ขององค์กร ทั้ง ๆ ที่อาจมีอายุไม่มาก หรือไม่ใช่คนแก่ คำว่า ผู้ใหญ่ หรือผู้อาวุโส “ผู้สูงอายุ” และคำนี้ถูกใช้ไปจนถึงปัจจุบัน เพราะดูเป็นกลาง ๆ ไม่บ่งชัดว่าแก่หรือชรา ให้ผู้ถูกเรียกเสียความรู้สึก (จิตรรา วิรุบรินทร์, 2546 : 18)

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2544 : 10-11) ได้เสนอข้อคิดเห็น ของ บาร์โรว์ และสมิธ (Barrow and Smith) ว่า เป็นการยากที่จะกำหนดว่าผู้ใดชราภาพหรือสูงอายุ แต่สามารถพิจารณาจากองค์ประกอบต่าง ๆ ได้ดังนี้ คือ

1. ประเพณีนิยม (Tradition) เป็นการกำหนดผู้สูงอายุ โดยยึดตามเกณฑ์อายุที่ออกจากงาน เช่น ประเทศไทยกำหนดอายุวัยเกษียณอายุ เมื่ออายุครบ 60 ปี แต่ประเทศสหรัฐอเมริกา กำหนดอายุ 65 ปี เป็นต้น

2. การปฏิบัติหน้าที่ทางร่างกาย (Body Functioning) เป็นการกำหนดโดยยึดตามเกณฑ์ทางสรีรวิทยาหรือทางกายภาพ บุคคลจะมีการเสื่อมสลายทางสรีรวิทยาที่แตกต่างกันในวัยสูงอายุ อวัยวะต่าง ๆ ในร่างกาย จะทำงานน้อยลงซึ่งแตกต่างกันในแต่ละบุคคล บางคนอายุ 50 ปี ฟันอาจจะหลุดทั้งปากแต่บางคนอายุถึง 80 ปี ฟันจึงจะเริ่มหลุด เป็นต้น

3. การปฏิบัติหน้าที่ทางด้านจิตใจ (Mental Functioning) เป็นการกำหนดตามเกณฑ์ความสามารถในการคิดสร้างสรรค์ การจำ การเรียนรู้ และความเชื่อมทางด้านจิตใจ สิ่งที่พบมากที่สุดสำหรับผู้สูงอายุ คือ ความจำเริ่มเสื่อม ขาดแรงจูงใจซึ่งไม่ได้หมายความว่าบุคคลผู้สูงอายุทุกคนจะมีสภาพเช่นนี้

4. ความคิดเกี่ยวกับตนเอง (Self - Concept) เป็นการกำหนดโดยยึดความคิดที่ผู้สูงอายุมองตนเอง เพราะโดยปกติผู้สูงอายุมักจะเกิดความคิดว่า “ตนเองแก่ อายุมากแล้ว” และส่งผลต่อบุคลิกภาพทางกาย ความรู้สึกทางด้านจิตใจ และการดำเนินชีวิตประจำวัน สิ่งเหล่านี้จะเปลี่ยนแปลงไปตามแนวความคิดที่ผู้สูงอายุนั้น ๆ ได้กำหนดขึ้น

5. ความสามารถในการประกอบอาชีพ (Occupation) เป็นการกำหนดโดยยึดความสามารถในการประกอบอาชีพ โดยใช้แนวความคิด จากการเสื่อมถอยของสภาพทางร่างกายและจิตใจ คนทั่วไปซึ่งกำหนดว่า วัยสูงอายุเป็นวัยที่ต้องพักผ่อน หยุดการประกอบอาชีพ ดังนั้นบุคคลที่อยู่ในวัยสูงอายุ จึงหมายถึงบุคคลที่มีวัยเกินกว่าวัยที่จะอยู่ในกำลังแรงงาน

6. ความกดดันทางอารมณ์และความเจ็บป่วย (Coping with Stress and Illness) เป็นการกำหนดโดยยึดตามสภาพร่างกาย และจิตใจ ผู้สูงอายุจะเผชิญกับสภาพโรคร้ายไข้เจ็บอยู่เสมอ เพราะสภาพทางร่างกายและอวัยวะต่าง ๆ เริ่มเสื่อมลง นอกจากนั้น ยังอาจเผชิญกับปัญหาทางด้านสังคมอื่น ๆ ทำให้เกิดความกดดันทางอารมณ์เพิ่มขึ้นอีก ส่วนมากมักพบกับผู้มีอายุระหว่าง 60-65 ปีขึ้นไป องค์การอนามัยโลก (WHO) ให้ความหมายของผู้สูงวัยว่า หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปี หรือมากกว่าเมื่อนับตามวัย หรือผู้ที่เกษียณอายุจากการทำงานเมื่อนับตามสภาพเศรษฐกิจหรือผู้ที่สังคมยอมรับว่าสูงอายุจากการกำหนดของสังคมหรือวัฒนธรรม (รุ่งโรจน์ พุ่มริ้ว. 2545 : 7)

สำหรับประเทศไทยได้กำหนด ความหมายของผู้สูงวัยว่าหมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป เพื่อให้สอดคล้องกับการประชุมสมัชชาโลกเกี่ยวกับผู้สูงวัยขององค์การสหประชาชาติ และเป็นเกณฑ์เกษียณอายุของทางราชการด้วย

จากความหมาย คนชรา คนแก่ ผู้สูงอายุ ดังกล่าว ล้วนมีความหมายเกี่ยวข้องกับระยะเวลา และเกณฑ์ที่สังคมกำหนดขึ้น ซึ่งสรุปได้ว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีเวลาในการดำรงชีวิตอยู่มาจนถึงช่วงวัยสุดท้ายของชีวิต มีอายุตามปีปฏิทินอยู่ในเกณฑ์ของสังคมว่าเป็นผู้สูงอายุมีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีการเปลี่ยนแปลงด้านการเสื่อมถอยอย่างต่อเนื่องของร่างกาย อารมณ์ จิตใจ สติปัญญา บทบาทในสังคม ซึ่งแต่ละบุคคลมีความเปลี่ยนแปลงแตกต่างกัน

การแบ่งประเภทผู้สูงอายุ สำหรับในสังคมไทยยังมิได้มีข้อสรุปว่าจะมีการจัดประเภทของผู้สูงอายุในลักษณะใด การจัดโดยใช้เกณฑ์อายุก็ยังมีข้อถกเถียงว่ายังไม่เหมาะสม นักวิชาการบางท่านจึงใช้เกณฑ์ความสามารถแบ่งผู้สูงอายุเป็น 3 กลุ่ม ซึ่งน่าจะสอดคล้องกับสังคมไทย ได้แก่

1. กลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้ดี
2. กลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง
3. กลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ เนื่องจากมีปัญหาสุขภาพ มีความพิการ

ศรีเมือง พลังฤทธิ์ (2547 : 17) ได้มองลักษณะความสูงอายุ หรือผู้สูงอายุ ไว้หลายด้าน ซึ่งสรุปได้ 4 ด้าน ดังนี้

1. ความสูงอายุด้านชีวภาพ เป็นการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย เนื่องจากประสิทธิภาพของการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายลดลงเป็นผลมาจากความเสื่อมตามกระบวนการสูงอายุ ซึ่งเป็นไปตามอายุขัยของแต่ละคน

2. ความสูงอายุด้านจิตวิทยา เป็นความสามารถในการปรับตัวของแต่ละบุคคลให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งพิจารณาความสามารถนี้ได้จากความจำ การเรียนรู้ สติปัญญา ความชำนาญ ความรู้สึก แรงจูงใจ และอารมณ์

3. ความสูงอายุด้านสังคม เป็นบทบาทหรือความสามารถ ในการทำหน้าที่ทางสังคมของแต่ละบุคคลที่มีต่อบุคคลอื่นที่อยู่ในสังคมเดียวกัน ซึ่งขึ้นอยู่กับการศึกษาสัมพันธภาพทางสังคมของบุคคลนั้นด้วย

4. ความสูงอายุทางด้านกฎหมาย กฎหมายได้กำหนดความสูงอายุตามปฏิทิน ซึ่งแตกต่างกันไปตามสภาพสังคม และวัฒนธรรมของแต่ละประเทศ เพื่อให้เป็นเกณฑ์ปลดเกษียณจากการที่ปฏิบัติ และใช้ในการพิจารณาให้คำตอบแทนหรือให้สวัสดิการต่าง ๆ

จึงสรุปได้ว่า ลักษณะของผู้สูงอายุซึ่งเป็นบุคคลที่มีความเสื่อมถอยด้านสุขภาพของร่างกาย และจิตใจ มีความแตกต่างกันตามด้านชีววิทยา ด้านจิตใจ ด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม และวัฒนธรรม

2.2.1 การเปลี่ยนแปลงวัยผู้สูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงวัยผู้สูงอายุ ได้มีผู้ศึกษาและอธิบายถึงสภาพของการเปลี่ยนแปลงวัยผู้สูงอายุที่มีผลจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการเสื่อมโทรมของร่างกาย ทั้งนี้ วันเพ็ญ วงศ์จันทร์ (2539 : 10) ได้เสนอสภาพปัญหาของผู้สูงอายุที่มีผลจากการเปลี่ยนแปลง 3 ประการใหญ่ ได้แก่

1. การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จำแนกออกตามระบบของร่างกายได้ ดังนี้

(1) ระบบผิวหนัง ผิวหนังบางลง เพราะเซลล์ผิวหนังมีจำนวนลดลง เซลล์ที่เหลือเจริญช้าลง อัตราการสร้างเซลล์ใหม่ลดลง

(2) ระบบประสาทและระบบสัมผัส เซลล์สมอง และเซลล์ประสาท มีจำนวนลดลง ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก จำนวนและขนาดเส้นใยของเซลล์กล้ามเนื้อลดลง มีเนื้อเยื่อพังพืดเข้ามาแทนที่มากขึ้น

(3) ระบบการไหลเวียนโลหิต หลอดลม ปอดมีขนาดใหญ่ขึ้น ความยืดหยุ่นของเนื้อปอดลดลง

(4) ระบบทางเดินอาหาร ฟันของผู้สูงอายุไม่แข็งแรง เคลือบฟันเริ่มบางลง เซลล์สร้างฟันลดลง ฟันผุง่ายขึ้น ผู้สูงอายุไม่ค่อยมีฟันเหลือต้องใส่ฟันปลอม ทำให้การเคี้ยวอาหารไม่สะดวก ต้องรับประทานอาหารอ่อนและย่อยง่าย

(5) ระบบทางเดินปัสสาวะและระบบสืบพันธุ์ ผู้สูงอายุมีขนาดของไตลดลง การไหลเวียนโลหิตในไตลดลง ในเพศชายต่อมลูกหมากโตขึ้น ทำให้ปัสสาวะลำบาก ต้องถ่ายบ่อย ลูกอัณฑะเหี่ยวเล็กลง และผลิตเชื้อสุมิได้น้อยลง ส่วนในเพศหญิง รังไข่จะฝ่อเล็กลง ปีกมดลูกเหี่ยว มดลูกมีขนาดเล็กลง

(6) ระบบต่อมไร้ท่อ ต่อมใต้สมองจะมีการเปลี่ยนแปลงรูปร่างและทำงานลดลง ผู้สูงอายุจะเกิดอาการอ่อนเพลีย เบื่ออาหารและน้ำหนักลดลง

2. การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์ จะมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย และการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เนื่องจากความเสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย การสูญเสียบุคคลใกล้ชิด การแยกไปของสมาชิกในครอบครัว และการหยุดจากงานที่ทำอยู่เป็นประจำ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ

3. การเปลี่ยนแปลงทางสังคม การเปลี่ยนแปลงทางสังคมนั้นเป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุต้องประสบ ภาระหน้าที่ และบทบาทของผู้สูงอายุจะลดลง มีข้อจำกัดทางร่างกาย ทำให้ความคล่องตัวในการคิด การกระทำ การสื่อสาร สัมพันธภาพทางสังคมมีขอบเขตจำกัด ความห่างเหินจากสังคมมีมากขึ้น ความมีเหตุผล และการคิดเป็นไปในทางลบ เพราะสังคมมักจะประเมินว่า ความสามารถในการปฏิบัติลดลง ถึงแม้ว่าจะมีผู้สูงอายุบางคนแสดงให้เห็นว่า ความมีอายุมิได้เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินบทบาท และหน้าที่ทางสังคมก็ตาม

2.2.2 ภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ

ภาวะสุขภาพสูงอายุ เป็นปรากฏการณ์ทางชีวภาพ และทางสังคมที่เกิดขึ้นในสังคมทั่วไป เมื่อสมาชิกของสังคมมีอายุมากขึ้น (สมศักดิ์ ศรีสันติสุข. 2539 : 7)

ประเวศ วะสี (2543 : 4) ให้ความหมายของภาวะสุขภาพผู้สูงอายุว่าเป็นสุขภาพะที่สมบูรณ์ทางกาย ทางจิต ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางกาย หมายถึง ร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรง คล่องแคล่ว มีกำลัง ไม่พิการ มีเศรษฐกิจหรือปัจจัย ที่จำเป็นพอเพียง ไม่มีอุบัติเหตุหรืออันตราย มีสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมสุขภาพ คำว่า กาย ในที่นี้หมายถึง ทางกายภาพด้วย

2. สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางจิต หมายถึง จิตใจที่มีความสุข รื่นเริงคล่องแคล่ว มีความเมตตา สัมผัสกับความงามของสรรพสิ่ง มีสติ มีสมาธิ มีปัญญา รวมถึงการลดความเห็นแก่ตัวลงไปด้วย เพราะตราบใดที่ยังมีความเห็นแก่ตัว ก็จะมีสุขภาวะที่สมบูรณ์ทางจิตไม่ได้

3. สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางสังคม หมายถึง การอยู่ร่วมกันด้วยดี มีครอบครัวที่อบอุ่น ชุมชนเข้มแข็ง สังคมมีความยุติธรรมเสมอภาค มีภราดรภาพ มีสันติภาพ มีระบบการบริการที่ดี มีความเป็นประชาสังคม

4. สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางจิตวิญญาณ (Spiritual Well-Being) หมายถึง สุขภาวะที่เกิดขึ้นเมื่อทำความดีหรือจิตสัมผัสกับสิ่งที่มีคุณค่าอันสูงส่งหรือสิ่งสูงสุด เช่น การเสียสละ การมีความเมตตา การเข้าถึงพระรัตนตรัยหรือการเข้าถึงพระเจ้า เป็นต้น สุขภาวะทางจิตวิญญาณเป็นความสุขที่แต่ละคนไม่อยู่กับความเห็นแก่ตัว แต่เป็นสุขภาวะที่เกิดขึ้นเมื่อนุญ้ยหลุดพ้นจากความมีตัวตน (Self Transcending) จึงมีอิสรภาพ มีความผ่อนคลาย เบาสบาย มีความปีติแผ่ซ่าน มีความสุขอันประณีตและล้ำลึกหรือความสุขอันเป็นทิพย์ มีผลดีต่อสุขภาพทางกาย ทางจิต และทางสังคม

ภาวะสุขภาพมีการเปลี่ยนแปลงไปตามระยะพัฒนาการ โดยผู้สูงอายุจะประสบกับปัญหาสุขภาพ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ผู้สูงอายุมีความรู้สึกลดลง อ่อนแอ และสถานะทางสังคม มีปัญหาสุขภาพอันเนื่องมาจากความเสื่อมถอยของร่างกาย นิยามสุขภาพจึงอาจเปลี่ยนไปตามปัญหาที่มีผลกระทบต่อการดำรงชีวิต ทั้งนี้ วิไลวรรณ ทองเจริญ (ตุลาคม-ธันวาคม 2543 : 119-122) กล่าวว่า ภาวะสุขภาพดีของผู้สูงอายุ หมายถึง การมีอิสระในการปฏิบัติกิจกรรมตามความต้องการ โดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น และมีความรู้สึกลึกซึ้งในตนเอง ดั้งเดิมซึ่งภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุจึงประกอบด้วย การมีกำลังทำในสิ่งที่ต้องการ พึ่งพาตนเองได้ในกิจวัตรประจำวัน และมองโลกในแง่ดี สามารถเผชิญกับความเป็นจริง และยอมรับในสิ่งที่ ไม่สามารถกำจัดหรือแก้ไขได้

องค์การอนามัยโลกได้จัดทำระบบการจำแนกผลต่อเนื่องจากโรครึ้นในปี พ.ศ. 2523 โดยเรียกว่า International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH) อันประกอบไปด้วยภาวะบกพร่อง (Impairment) ภาวะทุพพลภาพ (Disability) และภาวะด้อยโอกาส (Handicap) ซึ่งได้ให้คำนิยามทั้งสามไว้ดังนี้

1. ภาวะบกพร่อง (Impairment) ภายในขอบข่ายของเรื่องสุขภาพ หมายถึง การสูญเสียหรือความผิดปกติของจิต สรีระ กายวิภาค หรือการทำงานของส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย เช่น ความจำผิดปกติ ขาอ่อนแรง ความสามารถในการทรงตัวของเสียของไตลดลง หรือการมีแผลเป็นที่ใบหน้า

2. ภาวะทุพพลภาพ (Disability) ภายในขอบข่ายของเรื่องสุขภาพ หมายถึง ความจำกัดหรือสูญเสียความสามารถ (Performance) ในการประกอบกิจต่าง ๆ ที่ควรจะกระทำได้เป็นปกติ อันเป็นผลที่ตามมาจากภาวะบกพร่อง เช่น ความจำผิดปกติมีอาการหลงลืมทำให้จ่ายตลาดไม่ได้ แขนขาด้วนขาอ่อนแรงทำให้ใส่เสื้อไม่ได้ หรือหัวใจล้มเหลวทำให้เดินนอกบ้านไม่ได้เนื่องจากเหนื่อยมาก

3. ภาวะด้อยโอกาส (Handicap) ภายในขอบข่ายของเรื่องสุขภาพ หมายถึง การสูญเสียโอกาสของบุคคลอันเนื่องมาจากภาวะบกพร่องหรือทุพพลภาพที่จำกัดหรือขวางกั้นไม่ให้บุคคลนั้นสามารถดำรงบทบาท (Role) ที่พึงจะมีเป็นปกติของบุคคลนั้น (ขึ้นอยู่กับอายุ เพศ ปัจจัย ทางสังคม และวัฒนธรรม) เช่น แม่ที่เป็นอัมพาตของร่างกายซีกหนึ่งไม่สามารถจะดูแลบุตรได้ตามปกติ เช่นไม่สามารถทำอาหารได้หรือไม่ช่วยแต่งตัวให้บุตรได้ จะสูญเสียบทบาทของความเป็นมารดา หรือหญิงสาวที่มีแผลเป็นที่ใบหน้าทำให้รู้สึกอายและเก็บซ่อนตัวเป็นผลให้บทบาทในสังคมจะพึงลดถอยลง เป็นที่ทราบกันดีว่าปัญหาโรคเรื้อรังและการจำกัดของความสามารถเป็นปัญหาสำคัญและพบบ่อยในประชากรผู้สูงอายุ และเป็นเหตุให้ประชากรกลุ่มนี้ใช้ทรัพยากรทั้งในระดับครอบครัว ชุมชน และรัฐ ในสัดส่วนที่สูงกว่าประชากรทั่วไปมาก ภาวะทุพพลภาพจึงเป็นจุดสนใจที่สำคัญที่สุดของประชากรผู้สูงอายุ

นอกจากนั้น สุรกุล เจนอบรม (2534 : 11-12) กล่าวถึง การเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากการเป็นผู้สูงอายุ ดังนี้

1. ทางด้านร่างกาย จะเกิดอาการของความเสื่อมต่าง ๆ ชัดเจน เช่น อาการนอนไม่หลับ หูตึง ระบบย่อยอาหารผิดปกติ กระดูกกล้ามเนื้อเสื่อม การปรับตัวต่ออุณหภูมิ ระบบขับถ่ายเสื่อม ฯลฯ ผลดังกล่าวผู้สูงอายุส่วนใหญ่เกิดปัญหาสุขภาพตามมาโดยผู้สูงอายุกว่าร้อยละ 50 มีโรคประจำตัว และส่วนหนึ่งขนาดล้มหมอนนอนเสื่อ

2. การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ เป็นการเปลี่ยนแปลงที่มีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและสังคม เพราะความเสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ มีอิทธิพลต่อสภาพจิตใจของผู้สูงอายุ และจะเป็นอุปสรรคต่อการติดต่อกับบุคคล รวมทั้งการปรับตัวให้เข้ากับสภาวะแวดล้อมต่าง ๆ ดังนี้

(1) การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักเนื่องจากเพื่อน บุคคลที่เป็นญาติสนิทหรือคู่ชีวิต ต้องตาย หรือแยกย้ายไปอยู่ที่อื่น ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกถูกพรากจากบุคคลอันก่อให้เกิด ความ เศร้าได้ง่าย

(2) การสูญเสียสภาพทางสังคมและเศรษฐกิจ เนื่องจากถึงวัยอันสมควรที่จะต้องออกจากงาน ขณะเดียวกันความสัมพันธ์ทางสังคมก็ลดน้อยลง เนื่องจากหมดภาระติดต่อกับเรื่องธุรกิจ การงาน หรือหมดภาระหน้าที่รับผิดชอบ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกสูญเสียตำแหน่งหน้าที่ รู้สึกว่า ตนเองไร้คุณค่า นอกจากนี้ ยังส่งผลให้ผู้สูงอายุขาดเพื่อน ขาดความผูกพันที่เคยมีต่อสังคม และ ขณะเดียวกันก็ยังทำให้รายได้ลดน้อยลง สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุต้องพยายามปรับตัวต่อการ เปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

(3) การสูญเสียสัมพันธภาพในครอบครัว เนื่องจากในวัยนี้ บุตร ธิดามักจะมีครอบครัว กัน แล้ว โดยเฉพาะลักษณะของสังคมปัจจุบันที่ครอบครัวมีลักษณะครอบครัวเดี่ยวมากกว่า ครอบครัวขยาย ทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างพ่อแม่ที่เป็นผู้สูงอายุกับบุตรหลานของตนลดลง บทบาททางด้านการให้คำปรึกษา ดูแลและสั่งสอนจึงน้อยลง จึงทำให้ผู้สูงอายุต้องอยู่อย่างโดดเดี่ยว เกิดความว้าเหว และรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าน้อยลง

(4) ความไม่สามารถตอบสนองความต้องการทางเพศ นับเป็นการสูญเสียทางจิตใจ ที่สำคัญ ทั้งนี้ เพราะการเปลี่ยนแปลงทางสรีระ เลมีทางร่างกาย ทำให้ไม่สามารถสนองความต้องการทางเพศได้ ทั้ง ๆ ที่ยังมีความต้องการทางเพศอยู่ อย่างไรก็ตาม การไม่สามารถตอบสนองความต้องการทางเพศในวัยสูงอายุ นอกจากจะมีสาเหตุมาจากการเสื่อมสมรรถภาพทางเพศแล้ว เหตุผลทางสังคมและวัฒนธรรม โดยเฉพาะเจตคติของสังคมที่มีต่อเพศสัมพันธ์ในวัยสูงอายุว่าเป็น เรื่องที่ไม่เหมาะสม ซึ่งนับว่าเป็นสิ่งที่ขัดขวางความต้องการทางเพศ และมีผลกระทบต่อจิตใจ ของผู้สูงอายุมาก

สรุปจากผลกระทบดังกล่าวทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ คือ ผู้สูงอายุจะเกิด ความรู้สึกวิตกกังวล กลัว เหงา ว้าเหว ท้อแท้ ซึมเศร้า สิ้นหวัง ความรู้สึกคุณค่าของตนเองลดลง ขาดความมั่นใจในตนเอง

3. การเปลี่ยนแปลงด้านสังคม และวัฒนธรรม (Social and Cultural Change)
การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา จำนวนประชากร ผู้สูงอายุมีเพิ่มมากขึ้น การเกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมก็เกิดขึ้นพร้อม ๆ กัน โดยมีการ เปลี่ยนแปลงจากสภาพสังคมแบบดั้งเดิมเป็นสังคมที่มีความทันสมัย ระบบการผลิตจากการ เกษตรกรรมเป็นอุตสาหกรรม ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระบบครอบครัว และเครือญาติ

ครอบครัวมีขนาดเล็กลง ความสัมพันธ์ระหว่างเครือญาติ และสมาชิกในครอบครัวลดลง และผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวที่มีต่อผู้สูงอายุ มีดังนี้

(1) การเปลี่ยนแปลงสถานภาพทางสังคม จากผู้ที่เคยหาเลี้ยงครอบครัวมาเป็นผู้พึ่งพาอาศัย สูญเสียอำนาจ และบทบาททางสังคมที่เคยมี การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวทำให้ผู้สูงอายุ รู้สึกว่าตนเองหมดความสำคัญ คิดว่าตนเองเป็นปัญหาหรือภาระแก่ผู้อื่น

(2) การถูกทอดทิ้ง จากการเปลี่ยนแปลงสังคมจากสังคมแบบดั้งเดิมไปสู่สังคมสมัยใหม่ทำให้เกิดการขยายตัวหรือการเติบโตของชุมชนเมือง (Urbanization) ระบบการผลิตเปลี่ยนจากเกษตรกรรมเป็นอุตสาหกรรม ทำให้วิถีการดำเนินชีวิตเปลี่ยนไป คนหนุ่มสาวมีการย้ายถิ่นเพื่อประกอบอาชีพในชุมชน ทั้งผู้สูงอายุไว้ข้างหลัง ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกถูกทอดทิ้ง ทำให้เกิดความว้าเหว

(3) การเสื่อมความเคารพ ในสมัยก่อนผู้สูงอายุได้รับการเคารพนับถือจากผู้อ่อนอาวุโสในฐานะผู้มีประสบการณ์ แต่ปัจจุบันค่านิยมเหล่านี้เปลี่ยนไป ผู้สูงอายุถูกมองว่าเป็นคนที่ไม่ทันต่อเหตุการณ์

สรุป จากการเปลี่ยนแปลงด้านสังคม และวัฒนธรรมส่งผลกระทบต่อความรู้สึกของผู้สูงอายุในด้านการมีคุณค่าตนเอง การเป็นภาระแก่ผู้อื่น การถูกทอดทิ้ง และการเสื่อมความเคารพจากผู้อ่อนอาวุโสและรวมถึงค่านิยมที่เปลี่ยนไปมีผลให้สถานภาพและความรู้สึกของผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลงไปด้วย

2.2.3 ผู้สูงอายุกับภาวะพิการจากโรคเรื้อน

2.2.3.1 ความหมายโรคเรื้อน โรคเรื้อน (Leprosy) เป็นโรคติดต่อเรื้อรัง เกิดจากการได้รับเชื้อ *Mycobacterium Leprae* เข้าสู่ร่างกาย ทำให้เกิดอาการที่ผิวหนัง ทำลายเยื่อประสาทตามแขนขา ส่วนบน และทำลายเส้นประสาทส่วนปลาย ผิวหนัง รูขุมขน ตึงหูและเยื่อเมือก ถ้าผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาอย่างถูกต้องตั้งแต่แรกติดเชื้อ โรคจะดำเนินต่อไป และกำเริบมากขึ้น ทำให้ร่างกายเกิดความพิการ (กระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค. 2550 : 1)

2.2.3.2 สาเหตุของโรคเรื้อน โรคเรื้อนไม่ได้ติดต่อถ่ายทอดทางพันธุกรรม แต่ปัจจัยทางด้านหน่วยถ่ายทอดพันธุกรรม (gene) มีส่วนเกี่ยวข้องกับการกำหนดชนิดโรค (Type of Leprosy) จากการศึกษาพบว่า HLA-DR2 และ DR3 เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคเรื้อนชนิด Tuberculoid และ HLA-DQ1 เกี่ยวข้องกับโรคเรื้อนชนิด Lepromatous ผู้ค้นพบ คือ แพทย์ชาวสวีเดน ปี พ.ศ. 2417 และได้มีการศึกษาค้นคว้ากันต่อมาจนพบยาที่ใช้ในการรักษาโรคเรื้อนได้ ทำให้ลดการแพร่กระจายเชื้อสู่ผู้อื่น ลดอาการแทรกซ้อนและการเกิดความพิการในผู้ป่วยได้ แต่ในการรักษามักพบปัญหา

ผู้ป่วยขาดความรู้มารับการรักษาไม่สม่ำเสมอตามกำหนด ไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ ทำให้คือต่อยาที่รักษา มีอาการแทรกซ้อน ทำให้เกิดความพิการตามมา (กระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค. 2550 : 2)

2.2.3.3 สถานการณ์โรคเรื้อนปี พ.ศ. 2552 ข้อมูล วันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2552 ผู้ป่วยโรคเรื้อนในทะเบียนรักษาทั่วประเทศ ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2552 จำนวน 358 ราย อัตราป่วย 0.56 ต่อประชากรแสนคน ผู้ป่วยเพศชาย 223 ราย เพศหญิง 135 ราย อัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิง เท่ากับ 1.65 : 1 กลุ่มอายุที่พบสูงสุด คือ กลุ่มอายุ 65 ปีขึ้นไป รองลงมา คือ กลุ่มอายุ 55-4 ปี (1.23) และกลุ่มอายุ 45-54 ปี (0.76) และพบต่ำสุด คือ กลุ่มอายุ 0-14 ปี (0.10) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีอัตราป่วยต่อประชากรแสนคนสูงสุด 0.73 ต่อประชากรแสนคน รองลงมา คือ ภาคเหนือ (0.69) ภาคใต้ (0.69) และภาคกลาง (0.28) โดยภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีรายงานจำนวนผู้ป่วยสูงสุดในรอบ 5 ปีที่ผ่านมา แต่เมื่อจำแนกตามภาค จะพบว่าในปีนี้มีเพียงภาคเหนือที่มีแนวโน้มสูงขึ้น จังหวัดที่มีอัตราป่วยต่อประชากรแสนคนสูงสุด 5 อันดับแรก ได้แก่ จังหวัดแม่ฮ่องสอน (3.24) จันทบุรี (3.14) ศรีสะเกษ (3.12) สุราษฎร์ธานี (3.03) และนราธิวาส (2.35) (กระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค สำนักงานระบาดวิทยา. 2552 : 97-99)

2.2.3.4 การแพร่กระจายของเชื้อที่ทำให้เกิดโรคเรื้อน คนเป็นแหล่งแพร่เชื้อที่สำคัญ ผู้ที่สามารถแพร่เชื้อได้ คือ ผู้ป่วยโรคเรื้อนชนิดติดต่อ ซึ่งหมายถึงผู้ป่วยโรคเรื้อนประเภทเชื้อมาก (Multibacillary Leprosy) เชื้อโรคเรื้อนออกจากร่างกายผู้ป่วยได้ 2 ทาง คือ ทางเยื่อบุจมูก และทางผิวหนังที่แตกเป็นแผล (Lepromatous Ulcer) วิธีการแพร่เชื้อที่เป็นไปได้มากที่สุด คือ จากฝอยละออง (Droplet) ในทางเดินหายใจส่วนบน มีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยชนิด เลปโรมาตัส (Lepromatous) ที่ไม่เคยรับการรักษามาก่อน สามารถปล่อยเชื้อโรคเรื้อนผ่านทางเยื่อบุจมูกออกมาในสิ่งแวดล้อมได้มากถึงวันละ 10 ล้านตัว เชื้อเหล่านี้สามารถมีชีวิตอยู่นอกร่างกายได้นาน 9 วัน และผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ตรวจพบเชื้อมีชีวิตเท่านั้นจะสามารถแพร่เชื้อได้ และช่องทางที่เชื้อโรคเรื้อนเข้าสู่ร่างกายคน คือ ระบบทางเดินหายใจ ส่วนทางอื่น ๆ ก็มีทางบาดแผลบริเวณผิวหนังก็ยังมีโอกาสติดเชื้อได้

ระยะฟักตัวของโรค (Incubation Period) โดยทั่วไปประมาณ 3 - 5 ปี หรืออาจจะนานกว่านั้นขึ้นอยู่กับชนิดของเชื้อ ประชาชนส่วนใหญ่ที่อาศัยอยู่ในบริเวณที่โรคเรื้อนเป็นโรคประจำถิ่น (Endemic Area) มักจะติดเชื้อโรคไปแล้วตั้งแต่ยังเด็ก การแพร่กระจายของโรคขึ้นอยู่กับปัจจัยดังต่อไปนี้ ประวัติการสัมผัสโรค อายุ (โรคเรื้อนพบได้ทุกกลุ่มอายุ แต่จะพบน้อยมากในเด็กแรกเกิด) เพศ (เพศชายจะป่วยเป็นโรคเรื้อนมากกว่าเพศหญิง แต่ในเด็กไม่พบความแตกต่างระหว่างเพศ) เชื้อชาติ (ชนชาติผิวขาวเป็นโรคได้ง่ายที่สุด รองลงมาเป็นคนผิวเหลือง อินเดีย และนิโกร

ตามลำดับ) ประวัติการติดเชื้อ และ พันธุกรรม โรคเรื้อนไม่ได้ติดต่อถ่ายทอดทางพันธุกรรม แต่ปัจจัยทางด้านหน่วยถ่ายพันธุกรรมมีส่วนเกี่ยวข้องโดยการกำหนดชนิดโรค (กระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค. 2550 : 2-3)

2.2.3.5 พยาธิสภาพ อากา มีอาการทางผิวหนัง พยาธิสภาพ และรอยโรคที่เป็นลักษณะเฉพาะของโรคเรื้อนแบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม คือ 1) วงค่างขาว ผื่นวงแดงราบ ผื่นวงแหวน และ ผื่นนูนแดง พบกระจายส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย มีอาการชา 2) ตุ่มและผื่นนูนแดงขนาดต่าง ๆ กระจายทั่วร่างกายไม่มีอาการคันผื่น และมีอาการเนื่องจากเส้นประสาทถูกทำลาย ทำให้เกิดอาการต่าง ๆ ดังนี้ 1) เส้นประสาทรับความรู้สึกถูกทำลายทำให้เกิดอาการชาที่ กระจกตา หรือที่ฝ่ามือ ฝ่าเท้า 2) เส้นประสาทควบคุมการทำงานของกล้ามเนื้อถูกทำลายทำให้กล้ามเนื้ออ่อนแรง หรือเป็นอัมพาต 3) เส้นประสาทอัตโนมัติ ถูกทำลาย ทำให้ผิวหนังแห้ง เหงื่อออก อาจตรวจพบเส้นประสาทโตได้ เส้นประสาทที่มักถูกทำลาย คือ เส้นประสาทที่ไปเลี้ยงใบหน้า ตา มือ และเท้า (กระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค. 2550 : 10-11)

อาการแสดงออกโดยมีอาการ ชาที่รอยโรคผิวหนัง ชาที่ผิวหนังบริเวณที่รับความรู้สึกจากเส้นประสาทส่วนปลายที่ถูกทำลายโดยเชื้อโรคเรื้อน ตรวจพบเส้นประสาทโต ตรวจพบเชื้อรูปแท่งดิดสีทนกรดจากการกรีดผิวหนัง การจำแนกชนิด (Classification) ของโรค มีความจำเป็นเพื่อประโยชน์ทางระบาดวิทยา การวางแผนรักษา การทำนายโรค และการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันความพิการ (กระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค. 2550 : 13 - 14)

ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเรื้อน คือ การเกิดภาวะโรคเห่อ และเส้นประสาทอักเสบ การสูญเสียหน้าที่ของเส้นประสาทนั้น หากไม่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาอย่างถูกต้องและทันเวลา จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความพิการได้

โรคเห่อเป็นการอักเสบอย่างเฉียบพลัน เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของระบบภูมิคุ้มกันของผู้ป่วยต่อเชื้อโรคเรื้อน อาการแสดง คือ ปวด บวม แดง ร้อน และการสูญเสียหน้าที่ของเส้นประสาทเป็นอาการสำคัญ และอาจมีอาการอักเสบร่วมด้วย การวินิจฉัยโรคเห่อ จะต้องหาอาการและอาการแสดงทั้งผิวหนังและเส้นประสาทเพื่อค้นหาอาการของเส้นประสาทอักเสบ ในระยะเริ่มแรกด้วยเสมอ โรคเห่อในผู้ป่วยโรคเรื้อน แบ่งเป็น 2 ชนิด

1. โรคเห่อชนิดที่ 1 หรือ วีเวอซอล รีแอกชั่น มีอาการแสดงออกได้หลายทาง ดังนี้ทางผิวหนัง คือ อาการบวมแดงของผื่น โรคเรื้อนเดิม ขอบเขตของผื่นจะนูนแยกจากผิวหนังปกติที่อยู่รอบ ๆ ได้อาการทางเส้นประสาท มีอาการปวดหรือกดเจ็บเส้นประสาท แต่จะมีการสูญเสียหน้าที่ของเส้นประสาทเพิ่มมากขึ้น เช่น ผิวหนังบริเวณที่มีอาการชาขยายพื้นที่กว้างกว่าเดิม

หรือกล้ามเนื้อที่เคຍปกติกลับกลายเป็นอ่อนแรง อาจพบอาการบวมที่มือ เท้า และหน้า หากตรวจพบอาการเหล่านี้แสดงว่าเป็นโรคเห่อชนิดที่ 1 รุนแรง

2. ภาวะโรคเห่อชนิดที่ 2 หรืออีริเทอรัมา นุคคอสัม เลบโปรซัม ส่วนใหญ่เกิดในผู้ป่วยชนิด เลโปรมาตัส และอาจพบผู้ป่วยชนิด บอร์เคอร์ไลน์ เลโปรมาตัส บางราย อาการแสดงทางผิวหนัง คือ ตรวจพบตุ่มแดงใต้ผิวหนัง กดเจ็บ ตุ่มมักขึ้นเป็นชุด บางครั้งพบว่าเมื่อตุ่มชุดเก่ายุบจะมีตุ่มชุดใหม่แทรกขึ้นมา อาการทางเส้นประสาท พบการอักเสบของเส้นประสาทเช่นเดียวกับที่พบในโรคเห่อชนิดที่ 1 แต่การทำลายเส้นประสาทมักไม่รุนแรง การอักเสบของตา มักเกิดการอักเสบของม่านตา ตรวจพบตาแดงและมีอาการปวดลูกตามาก หากรักษาไม่ทันอาจทำให้ตาบอดได้ อาการอื่น ๆ เช่น อัมตะอักเสบ (Orchitis) ปวดข้อ มีไข้ อ่อนเพลีย (กระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค. 2550 : 50-51)

2.2.3.6 การรักษาโรคเรื้อน ยาหลักที่ใช้ในการรักษาโรคเรื้อนปัจจุบัน คือ Rifampicin มีประสิทธิภาพทำลายเชื้อได้อย่างรวดเร็ว ผลการศึกษาพบว่าให้ยา ไรแฟมปีซิน (Rifampicin) ขนาด 600 - 1,500 มก. เพียงครั้งเดียวสามารถฆ่าเชื้อโรคเรื้อนได้ถึง 99.9 % ภายในเวลา 3 - 7 วัน ดังนั้นผู้ป่วยกำลังรับการรักษาจะไม่สามารถแพร่เชื้อโรคต่อไปได้อีก หลักสำคัญของการรักษาและเส้นประสาทอักเสบคือ ต้องหยุดกระบวนการอักเสบของเส้นประสาทโดยเร็วที่สุดเพื่อป้องกันไม่ให้อาการเกิดความพิการ ซึ่งประกอบด้วย การรักษาด้วยยา การรักษาทางสรีระบำบัด การดูแลเส้นประสาทขณะที่กำลังอักเสบควรให้เส้นประสาทได้พัก หรือหยุดการเคลื่อนไหว การรักษาทางศัลยกรรมเมื่อมีข้อบ่งชี้ว่าการรักษาด้วยยาและสรีระบำบัดแล้วไม่ได้ผล เช่น เส้นประสาทบวมมาก และไม่ดีขึ้น (กระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค. 2550 : 37)

2.2.4 ความพิการในผู้ป่วยโรคเรื้อน

ความพิการในผู้ป่วยโรคเรื้อน เกิดขึ้นเนื่องจากเส้นประสาทส่วนปลายถูกทำลายจนสูญเสียหน้าที่ อวัยวะที่อาจเกิดความพิการคือ ใบหน้า ตา มือ และเท้าปัจจุบัน พบว่า ประมาณร้อยละ 38 ของผู้ป่วยโรคเรื้อนมีความพิการ (กระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค. 2550 : 61)

ตารางที่ 2.1
 อวัยวะที่เส้นประสาทถูกทำลายในผู้ป่วยโรคเรื้อนและความพิการที่เกิดขึ้น

อวัยวะ	เส้นประสาท	ความผิดปกติที่ตรวจพบ	
		ความพิการ	การสูญเสียความรู้สึก
ตา	Trigeminal Nerve	-	กระจกตาชา
	Facial Nerve	ตาหลับไม่สนิท (Lagophthalmos)	-
มือ	Ulnar Nerve	นิ้วนางและนิ้วก้อยงอ	ชาบริเวณนิ้วก้อย และครึ่งหนึ่งของนิ้วนาง
	Median Nerve	นิ้วหัวแม่มืองอ	ฝ่ามือชาบริเวณนิ้วหัว แม่มือ นิ้วชี้ นิ้วกลางและ ครึ่งหนึ่งของนิ้วนาง ปลาย นิ้วชี้ นิ้วกลาง และครึ่งหนึ่ง ของนิ้วนางด้านหลังมือ
	Radial Nerve	ข้อมือตก	ชาบริเวณ โคนนิ้วหัวแม่มือ ด้านฝ่ามือ และส่วนต้นของ นิ้วชี้ นิ้วกลาง และครึ่งหนึ่ง ของนิ้วนางด้านหลังมือ
เท้า	Common	ข้อเท้าตก	ชาบริเวณหลังเท้าและขา
	Peroneal Nerve		ด้านนอก
	Posterior Tibial Nerve	นิ้วเท้างอ	ชาบริเวณฝ่าเท้า

ที่มา : กระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค. 2550 : 64

2.2.5 การแบ่งระดับความพิการ

องค์การอนามัยโลกแบ่งระดับความพิการในผู้ป่วยโรคเรื้อนเป็น 3 ระดับได้แก่ ระดับ 0 ระดับ 1 และระดับ 2 กรณีที่มีความพิการที่มองเห็นได้กำหนดให้เป็นระดับที่ 2 การพิจารณาให้แยกความพิการของแต่ละอวัยวะ คือ ตา มือ และเท้า และให้ถือว่าความพิการสูงสุดที่ตรวจพบเป็นระดับความพิการของผู้ป่วยรายนั้น

ตารางที่ 2.2
การแบ่งระดับความพิการ

ระดับความพิการ	ตา	มือ	เท้า
ระดับ 0	หนังตา/ตาดปกติ สายตา ไม่มัว	รูปร่างปกติ และฝ่ามือ ไม่ชา	รูปร่างปกติ และ ฝ่าเท้าไม่ชา
ระดับ 1	กระจกตาชา สายตามัว ไม่มาก(นับนิ้วมือที่ ระยะ 6 เมตรได้ ถูกต้อง วัดสายตาได้ 6/60 หรือดีกว่า)	รูปร่างปกติ และฝ่ามือ ชา	รูปร่างปกติ และ ฝ่าเท้าชา
ระดับ 2	ตาหลับไม่สนิท ม่าน ตาดำอักเสบ กระจกตา เป็นฝ้าขุ่น สายตามัว มาก(นับนิ้วมือที่ระยะ 6 เมตร ไม่ได้ วัดสายตาได้น้อยกว่า 6/60)	รูปร่างผิดปกติ นิ้วงอ ข้อติดแข็ง กระดูกหด สั้น มีแผล ข้อมือตกร	รูปร่างผิดปกติ นิ้วงอ ข้อติดแข็ง กระดูกหด สั้น มีแผล เดินเท้าตกร

ที่มา : กระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค. 2550 : 68

2.2.6 การเกิดความพิการขั้นถาวร (พิการระดับ 2) (กระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค สถาบันราชประชาสมาสัย. 2548 : 72) ดังนี้

การเกิดความพิการถาวรเนื่องจากเส้นประสาทอักเสบมาก่อน และเส้นประสาทถูกทำลาย จึงเกิดปัญหาต่อเนืองกับผู้ป่วย คือ เกิดแผลเรื้อรัง ที่ฝ่ามือ ฝ่าเท้า เป็นปัญหาแทรกซ้อนที่พบในผู้ป่วยโรคเรื้อน การยึดติดของผิวหนัง เอ็น และข้อต่อต่าง ๆ กระดูกหลุดสัน กระดูกเปลี่ยนแปลงผิดรูป กระดูกหลุดสัน หรือนิ้วมือ นิ้วเท้ากุดค้วน เกิดจากสาเหตุดังต่อไปนี้

- (1) เนื่องจากมีแผลเรื้อรัง และบ่อยครั้งที่ลึกถึงกระดูก กระดูกเน่าตายจากการติดเชื้อ
- (2) เนื่องจากกล้ามเนื้ออ่อนกำลัง ทำให้ไม่เกิดความสมดุลของแรงที่มีต่อโครงสร้างของนิ้ว คือ ข้อต่อ และปลายกระดูก กระดูกเปลี่ยนแปลงผิดรูป
- (3) ผู้ป่วยไม่มีความรู้ลักษณะใช้งานอวัยวะนั้น ๆ
- (4) กล้ามเนื้ออ่อนกำลังเกิดข้อยึดติด

สรุป จากการทบทวนวรรณกรรม ผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนที่มีความพิการเกิดขึ้นได้แก่ ความพิการที่มองเห็นได้ชัดเจน เป็นที่น่ารังเกียจ น่ากลัวสำหรับผู้ที่ยังพบเห็น แม้เชื้อโรคเรื้อนจะหายไปแล้วก็ตาม ภาพลักษณ์ภายนอกที่แสดงให้เห็นเด่นชัด ส่งผลกระทบต่อผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนทั้งทางร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ และสังคม อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

2.2.7 ผู้สูงอายุกับความพิการจากโรคเรื้อน

การเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ มากมาย ที่พบมากที่สุด คือ การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย ร่องลงมา คือ การเปลี่ยนแปลงทางสังคม และจิตใจ ลักษณะการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงวัยทางด้านต่าง ๆ อาจสรุปได้ดังนี้ (อุดมพร ชั้นไพบูลย์. 2549 : 13-17)

1. การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย ลักษณะการเปลี่ยนแปลงของร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงภายนอกและภายในร่างกาย ดังนี้

1.1 การเปลี่ยนแปลงภายนอก เป็นการเปลี่ยนแปลงในลักษณะเสื่อมโทรม ถดถอยที่เห็นได้ชัดเจน ได้แก่

ก. เส้นผมเปลี่ยนแปลง ซึ่งเป็นสิ่งแรกที่จะเห็นการเปลี่ยนแปลงได้อย่างชัดเจน เช่น เปลี่ยนจากสีดำเป็นสีเทาและขาวที่เรียกว่าผมหงอก เส้นผมบาง แห้ง หลุดร่วงง่าย เพราะฮอร์โมนทำงานไม่เต็มที่

ข. ผิวหนังขาดความเต่งตึง โดยเฉพาะใบหน้า นิ้วมือ มือและแขนจะเหี่ยว หย่น หยาบแห้งตกกระเป็นแห่ง ๆ

ค. ฟันหลุดร่วง ทำให้รูปปากและเสียงเปลี่ยนไป แม้จะใส่ฟันปลอม

ง. ดวงตาฝ้าฟาง มีลักษณะเป็นตาน้ำขุ่น ไม้ใส เพราะต่อน้ำตาเสื่อม

จ. ขนบริเวณรักแร้และหัวหน่าวร่วง อวัยวะเพศทั้งของชายและหญิงจะลดขนาด และการทำงานลดลง

1.2 การเปลี่ยนแปลงภายใน เป็นการเปลี่ยนแปลงระบบอวัยวะภายในของร่างกาย ซึ่งมีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภายนอกตามมามีได้แก่

ก. ระบบและโครงสร้างของกระดูกถูกทำลายลงอย่างต่อเนื่อง เพราะสารแคลเซียมซึ่งเป็นส่วนประกอบของกระดูกสลายออกจากเนื้อกระดูก เพราะต่อมหมวกไตผลิตฮอร์โมนเพศ เอสโตรเจนออกมาน้อย กระดูกจึงกลวง บางและเปราะรวมทั้งขาดวิตามินดี ทำให้กระดูกพรุนแตกหักง่าย ผู้สูงอายุจึงหลังโก่ง กระดูกข้อต่ออักเสบ ทำให้ปวด เมื่อย ขัดขอก เคลื่อนไหวไม่สะดวก

ข. กล้ามเนื้อเสื่อมสภาพ โดยเฉพาะกล้ามเนื้อชนิดลายซึ่งมีคุณสมบัติหดตัวได้ และทำให้เกิดแรงไปเคลื่อนไหวต่าง ๆ ของร่างกายลดจำนวนลง ขนาดของกล้ามเนื้อลีบเล็กลง และไม่มีกำลัง มีเซลไขมันเข้าไปแทรกในเซลล์กล้ามเนื้อมากขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถทำงานหนักได้ ความคล่องตัวลดลง หนึ่งอย่างง่าย ถ้าไม่ออกกำลังกายบ้างจะทำให้กล้ามเนื้อหดและหมดกำลังเร็วขึ้น มือและขาตัน

ค. ระบบหัวใจและการไหลเวียนของโลหิตเปลี่ยนแปลง หัวใจโตขึ้น แต่การเต้นการบีบตัว และการสูบฉีดโลหิตลดลง ผนังเส้นเลือดแข็ง หนา และตีบตัน เพราะมีไขมันเกาะติดอยู่มากทำให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลง การทำงานของหัวใจผิดปกติมากขึ้น การแข็งตัวของหลอดเลือดทำให้เลือดไหลผ่านลำบากจึงเกิดความดันโลหิตสูง ผู้สูงอายุจึงมักหน้ามืดเมื่อเปลี่ยนอิริยาบถ เลือดไหลเวียนไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายได้น้อย เช่น ปลายแขนและขา มือและเท้า โดยเฉพาะสมอง ทำให้เคลื่อนไหวช้า ร่างกายขาดความสมดุล ทรงตัวไม่สมบุรณ์ จึงหกล้มและเป็นลมได้ง่าย

ง. ระบบหายใจและสมรรถภาพของปอดลดลง โดยปอดของผู้ที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป จะทำงานได้เพียง 50% ของผู้ที่มีอายุ 30 ปี ความยืดหยุ่นของทรวงอกขยายตัวได้น้อย ทำให้เนื้อเยื่อถุงลมปอด และความจุในปอดน้อยลง อากาศผ่านเข้าปอดน้อยลง มีเสมหะสะสมภายในปอดมากขึ้น ทำให้ร่างกายอ่อนแอมากขึ้น เป็นไข้หวัดเพียงเล็กน้อยก็อาจมีอาการปอดบวม และปอดอักเสบได้ง่าย

จ. อวัยวะในระบบทางเดินอาหารเหี่ยวฝ่อ ภาวะอาหาร ลำไส้ บีบตัว และเคลื่อนไหวน้อยลง ผลิตรกเคลื่อนและน้ำย่อยออกมาน้อย อาหารดูดซึมได้น้อยและช้า ระบบการทำงานของเอนไซม์ลดลง ทำให้สมรรถภาพการทำลายพิษต่าง ๆ ที่เข้าสู่ร่างกายของตับลดลง

ประกอบกับการเคี้ยวไม่ละเอียด เพราะมีปัญหาเกี่ยวกับฟัน ทำให้การย่อยอาหารไม่สมบูรณ์ ผั่งลำไส้แข็ง ทำให้อาหารแห้งกลายเป็นกากมาก ผู้สูงอายุจึงมักมีปัญหาท้องอืด ท้องเฟ้อ และท้องผูก ภาวะอาหาร ลำไส้หย่อนยานพองเป็นถุงทำให้อัศจรรย์ง่าย ซึ่งมีผลกระทบต่อ การนอนไม่หลับ พักผ่อนไม่เพียงพออีกด้วย

จ. ระบบต่อมไร้ท่อเสื่อมถอยลง โดยเฉพาะต่อมใต้สมองส่วนหน้า ซึ่งมีหน้าที่ ขับฮอร์โมนไปควบคุมการเจริญเติบโต เมื่ออายุ 50 ปีขึ้นไป ต่อมรัยรอยด์จะมีขนาดเล็กลง ไม่มีการ แบ่งตัวเพิ่มจำนวนอีก การผลิตฮอร์โมนเพื่อการเผาผลาญต่าง ๆ ลดลงทำให้การรับรู้และการสั่งงาน ของระบบประสาทช้าลง มีอาการอ่อนเพลีย ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ

ข. เนื้อสมองเหี่ยว ทำให้สมองหดเล็กลง น้ำหนักสมองลดลงประมาณ 10% ปลายประสาทลดลง เซลล์สมองเสื่อมถอย บังคับการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ภายในร่างกายได้ไม่ดี ทำให้การทำงานของส่วนอื่น ๆ มีความผิดปกติไปด้วย เช่น ไม่สามารถรับอุณหภูมิภายนอกได้ดี ผู้สูงอายุจึงทนความร้อนความหนาวได้ไม่นาน ผู้ที่มีอายุระหว่าง 30-75 ปี ระบบประสาทคลื่นสมอง จะมีการเปลี่ยนแปลง ทำให้ความจำเสื่อม ความสามารถในการคิด การเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ ลดลง การแก้ปัญหาทำได้ไม่ดีพอ บางคนอาจมีอาการสั่น นิ้วสั่น และที่พบบ่อยคือ อาการสับสน ซึมเศร้า จำเรื่องราวในอดีตได้ดีกว่าปัจจุบัน

ค. อัตราการกรองของไตลดลง โดยผู้ที่มีอายุ 75 ปีขึ้นไป ไตจะทำหน้าที่ กรองของเสียที่ร่างกายไม่ต้องการออกมาเป็นปัสสาวะได้ 60% ของตอนที่อายุ 30 ปี ผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่จะปัสสาวะบ่อยผิดปกติ เนื่องจากภาวะปัสสาวะหดเล็กลงเหลือเพียงประมาณ 50% ของวัยหนุ่มสาว

ด. ตับอ่อนหลังอินซูลิน ฮอร์โมนควบคุมการใช้พลังงานของร่างกายและรักษา ระดับน้ำตาลในเลือดน้อยลง ทำให้น้ำตาลในเลือดสูงขึ้น จึงเกิดโรคเบาหวานได้ง่าย

1.3 การเปลี่ยนแปลงของอวัยวะสัมผัส เป็นการเปลี่ยนแปลงทางการรับรู้ ด้วยประสาทสัมผัส ที่สามารถมองเห็นได้ชัดเจน ได้แก่

ก. ตากับความสามารถในการมองเห็นและแยกแยะสี จะเสื่อมถอย เลนส์ตาเสื่อม คุณภาพ กล้ามเนื้อนัยน์ตาทำงานได้ไม่ดี เซลล์ของลูกตาแห้ง การรวมภาพไม่ดี สายตายาวขึ้น แก้วตาขุ่นมัว ทำให้เกิดต่อกระจก ปรับการมองในที่มืดและสว่างได้ไม่ดี ต้องใช้แสงสว่างได้ไม่ดี ต้องใช้แสงสว่างมากในการมองเห็น กล้ามเนื้อยึดลูกตาหดทำให้ม่านตาเสื่อม ผู้สูงอายุจึงมอง ภาพเคลื่อนไหวไม่ทัน

ข. หูและความสามารถในการได้ยินเสื่อมลง ปกติผู้สูงอายุเพศหญิง จะมีการได้ยินดีกว่าเพศชาย หูชั้นในของผู้สูงอายุจะเสื่อมถอย เนื่องจากโลหิตมาเลี้ยงไม่พอ ทำให้เกิดความรู้สึกเกี่ยวกับการทรงตัว ซึ่งอาจทำให้เกิดอาการเวียนศีรษะ หน้ามืด หรือเป็นลมได้บ่อย

ค. จมูกและลิ้นเสื่อมสมรรถภาพ การได้กลิ่นและการลิ้มรสเสื่อมลง ซึ่งมีผลต่อการบริโภคอาหารและการขาดสารอาหารตามมา

ง. การรับรู้ทางผิวหนังเสื่อมถอย เนื่องจากผิวหนังแห้งและหยاب ทำให้ความรู้สึกจากการสัมผัสทางผิวหนังผิดปกติแต่จะไวต่อความเจ็บปวด โดยเฉพาะเมื่ออายุ 65 ปีขึ้นไป

ความเสื่อมถอยของร่างกายในระบบต่าง ๆ ดังกล่าวนี้อาจทำให้ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรังหลายชนิด เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ฯลฯ แต่การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ไม่ได้เกิดกับทุกคนในเวลาเดียวกัน เพราะยังมีเงื่อนไขหรือปัจจัยอื่นที่มีผลกระทบต่อความสูงวัยด้วย เช่น สุขภาพจิต สภาพสังคม สภาพแวดล้อม และอากาศ เป็นต้น และเป็นผลมาจากการใช้ชีวิตที่มีพฤติกรรมเสี่ยง เช่น ดื่มเหล้า สูบบุหรี่ กินอาหารหวานจัด มันจัด โดยประเทศไทย ปี พ.ศ. 2548 มีประชากรผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ประมาณ 6.4 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 10.4 ของประชากรทั้งประเทศ โดยอายุคาดหมายเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดของเพศชาย 68 ปี และอายุคาดหมายเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดของเพศหญิง 75 ปี ด้านภาวะสุขภาพ พบว่า กลุ่มประชากรผู้สูงอายุ ร้อยละ 50 มีปัญหาเรื่องโรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัว โดยโรคที่เป็นมากอันดับ 1 คือ โรคหัวใจและหลอดเลือด มีร้อยละ 42.66 อันดับ 2 คือ โรคต่อมไทรอยด์มีร้อยละ 24.34 และอันดับ 3 คือ ระบบกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น กระดูกและข้อ โรคระบบทางเดินอาหาร และโรคระบบทางเดินหายใจ (คณะรัฐมนตรี. 2549 : ออนไลน์) สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ (2542 : 17 - 18) ได้กล่าวถึงปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทยดังนี้ โรคและปัญหาทางสุขภาพต่าง ๆ ของมวลมนุษย์เป็นจุดสนใจมาแต่โบราณกาล โดยที่โรคคิดเชื่อเป็นปัญหาสำคัญในอดีต เป็นที่ทราบกันดีว่าถึงแม้โรคคิดเชื่อยังคงเป็นปัญหาอยู่ในปัจจุบันแต่ความสำคัญของโรคไม่ติดต่อ (Non-Commumacable Diseases) ได้เพิ่มมากขึ้นเป็นลำดับ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสถานการณ์ปัจจุบันที่จำนวนและอายุขัยของประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โรคไม่ติดต่อที่มีบทบาทมากขึ้นในปัจจุบัน ส่วนใหญ่มีลักษณะเรื้อรัง ระยะเวลาดำเนินของโรคนาน และมักจะไม่นำสู่ความตายโดยตรง ดังเช่น ผลจากโรคคิดเชื่อ ผลที่ปรากฏและรับรู้โดยทั่วไป คือ การจำกัดความสามารถของร่างกายในการประกอบกิจ และภาวะที่เกิดขึ้นแก่ผู้ดูแลหรือสมาชิกในครอบครัว ดังนั้น จากความสนใจที่เดิมมุ่งแต่โรคและผลของโรคเฉพาะความตายได้ถูกขยายเข้าสู่ความสนใจต่อบุคคลที่เป็นโรคและผลต่อเนื่อง

ที่นอกเหนือจากความตายมากขึ้นเรื่อย ๆ นั้นความพิการที่เกิดจากโรคติดต่อและเรื้อรังที่ปรากฏให้เห็นทางร่างกาย อย่างเช่น โรคเรื้อน และส่งผลต่อจิตใจและทางสังคม

2. การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ จิตใจ และสติปัญญา

สภาพทางอารมณ์และจิตใจของผู้สูงอายุจะแสดงออกในรูปของพฤติกรรม โดยขึ้นอยู่กับลักษณะพัฒนาการและบทบาทในสังคมจากวัยที่ผ่านมา สาเหตุหนึ่งมาจากการเสื่อมของร่างกาย อีกสาเหตุหนึ่งมาจากสถานการณ์ของชีวิตซึ่งต้องเผชิญตามอายุที่มากขึ้น เช่น การสูญเสียอำนาจในตำแหน่งหน้าที่การงาน บทบาททางสังคม และความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าคุณค่า หรือมีคุณค่าน้อยลง การติดต่อมีความสัมพันธ์กับผู้อื่นน้อยลง โดยเฉพาะความตายหรือการพลัดพรากจากคู่สมรส ญาติมิตร เพื่อนฝูง บุคคลที่รัก บุตรหลานแยกครอบครัว หรือจากไปศึกษาเล่าเรียนทำให้รู้สึกว่าสังคมแคบลง เกิดความเสื่อมโทรมทางจิตใจ อ้างว้าง เฝือเหงา ว้าเหว่ มีเหตุให้กระทบกระเทือนจิตใจได้ง่าย ถ้าขาดความรัก การเอาใจใส่ ถูกครอบครัว หรือสังคมทอดทิ้งก็จะเกิดความ โกรธ เสียใจ น้อยใจ ผิดหวังและเป็นทุกข์ นอกจากนี้ยังมีโรคที่เรียกว่า อัลไซเมอร์ ซึ่งเป็นโรคทางจิตที่เกิดจากการเสื่อมสภาพของสมอง ทำให้ความจำเสื่อม สติปัญญาเสื่อมลงด้วย

ด้านสติปัญญา ผู้สูงอายุมักจำเรื่องราวในอดีตได้ดีกว่าปัจจุบัน แต่หลงลืมง่าย ทำให้จำอะไรได้ยาก คิดช้าเข้าใจช้า และเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ ได้ช้า ตัดสินเหตุการณ์เฉพาะหน้าได้ไม่ค่อยดี เช่น ความสามารถในการจำตัวเลข การลำดับเรื่องราวต่าง ๆ เป็นต้น ซึ่งอาจเป็นเพราะสมองของมนุษย์จะเริ่มเสื่อมลงหรือค่อย ๆ ตายไปเมื่อเข้าวัยกลางคน แต่เนื่องจากสมองมีเซลล์สำรองขึ้นมาทำหน้าที่ ส่วนที่ตายไปแล้วบ้าง ประกอบกับทักษะใหม่ ๆ ที่เกิดขึ้นจากประสบการณ์เดิมช่วยพัฒนา เซลล์ปัญญาทำให้สามารถแก้ปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในปัจจุบันได้ แม้ความจำจะเลอะเลือน แต่การให้เหตุผลยังคงดีอยู่ ความสุขุมรอบคอบจะยังคงที่หรือเพิ่มมากขึ้นเพียงแต่ขาดความคิดริเริ่ม และมักยึดหลักเกณฑ์เดิมที่ตนเชื่อถือเท่านั้น จึงทำให้ยากที่จะเห็นความเสื่อมสภาพทางสมองของผู้สูงอายุได้อย่างชัดเจน

3. การเปลี่ยนแปลงทางสังคม

เป็นการเปลี่ยนแปลงในด้านบทบาทหน้าที่และปฏิสัมพันธ์กับบุคคล และสิ่งแวดล้อม ซึ่งอาจจะส่งผลทั้งในทางดีและไม่ดีต่อผู้สูงอายุ การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ ได้แก่ หน้าที่การงาน โดยเฉพาะในช่วงเกษียณอายุงาน บทบาทในครอบครัวเปลี่ยนแปลงจากพ่อแม่มาเป็นปู่ย่าตายาย จากหัวหน้าครอบครัวเป็นผู้อาศัย กิจกรรมทางสังคมลดน้อยลง

สรุปการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย อารมณ์ จิตใจ สติปัญญา และสังคม พบว่า ผู้สูงอายุ พิจารณาจาก โรคเรื้อนเป็นผู้ป่วยเรื้อรังมายาวนาน นอกจากจะมีปัญหาสุขภาพกายแล้ว ยังมีปัญหา

สุขภาพจิตและสังคมอันเนื่องมาจากความพิการจากรอยโรคที่จะก่อให้เกิดผู้ป่วยรู้สึกว่าเป็นที่รังเกียจของคนในสังคม ซึ่งเป็นความเชื่อมโยงระหว่างร่างกาย ลักษณะความเจ็บป่วย อาการที่เป็นผลจากความเจ็บป่วยและการตีตราจากสังคม (เพ็ญศรี วงษ์พุทธ. 2545 : 17)

2.3 แนวคิด ทฤษฎี เกี่ยวกับตราบาป การตีตราหรือตราหน้า

2.3.1 ความหมายของตราบาป

คำว่าตราบาป (Stigma) มีจุดกำเนิดมาจากกรีก ที่สื่อความหมายถึงสัญลักษณ์รอยสัก ในลักษณะเช่นเดียวกับการประทับตราด้วยเหล็กที่ร้อน เป็นการใช้ในหมู่นักบวชผู้มีความเสียสละ ในการให้บริการช่วยเหลือสังคม ต่อมาได้ถูกนำมาใช้ในการประทับตราทาส ผู้กระทำความผิดร้ายแรงทางกฎหมาย ซึ่งเป็นการให้ความหมายที่หลากหลาย หากแต่มีอิทธิพลต่อบุคคลซึ่งอยู่ภายใต้สถานการณ์ต่าง ๆ (Mason, T. Carlisle, C. Walkins, C. & Whitehead, E. 2001 อ้างถึงใน อรรวรรณวรรณชาติ. 2550 : 46) โดยมีผู้ให้ความหมายไว้ดังนี้

กอฟแมน (Goffman. 1963 อ้างถึงใน อรรวรรณ วรรณชาติ. 2550 : 46) กล่าวถึง ตราบาป เป็นปรากฏการณ์ทางสังคมที่มีต่อคุณลักษณะที่ไม่พึงประสงค์ของบุคคล หรือเป็นปฏิกิริยาที่บุคคลทั่วไปมีต่อผู้ที่มีภาวะผิดปกติ ที่ทำให้มีความแตกต่างไปจากบุคคลทั่วไปในลักษณะรูปร่างหน้าตา บุคคล พฤติกรรมที่ผิดปกติ เป็นต้น นำไปสู่ความมีอคติ ไม่ให้ความสำคัญ โดยสามารถแบ่งเป็น 2 ด้าน ด้านการถูกตีตราเป็นปฏิกิริยาที่บุคคลแสดงต่อคุณลักษณะที่เสื่อมเสียของบุคคล คุณลักษณะที่ไม่พึงประสงค์ของบุคคล และด้านการถูกแบ่งแยกก็คิดกัน โดยมีการตัดสินว่าบุคคลที่ถูกตีสตรานั้น ควรถูกแบ่งแยกออกไปจากคนปกติ ซึ่งเป็นการตัดสินโดยกลุ่มคนตามพื้นฐานของการทำบทบาทหน้าที่ในสังคม ภายใต้บรรทัดฐานทางสังคม

วีสส์ และ รามาคริสนา (Weiss & Ramakrishna. 1974 อ้างถึงใน เพ็ญญา แดงค้อมยุทธ และคณะ. 2547 : 1-9) กล่าวถึง ตราบาป เป็นกระบวนการทางสังคมหรือประสบการณ์ของบุคคล ที่ได้รับการปฏิเสธ ถูกแบ่งแยกก็คิดกัน ดำหนดิเตียน ทำให้รู้สึกไม่มีคุณค่า น่าอับอาย เสื่อมเสียชื่อเสียง เป็นผลมาจากการตัดสินใจของกลุ่มบุคคลในสังคมนั้น ๆ

สรุปได้ว่า ตราบาปเป็นปรากฏการณ์หรือกระบวนการทางสังคมต่อคุณลักษณะที่ไม่พึงประสงค์ของบุคคลที่มีลักษณะที่แตกต่างจากคนทั่วไปทั้งด้านร่างกายและจิตใจ และถูกตัดสินจากกลุ่มบุคคลในสังคมว่าเป็นสิ่งที่เสื่อมเสีย ไม่เป็นที่ยอมรับจากกลุ่มบุคคลในสังคมภายใต้บรรทัดฐานของสังคมนั้น

2.3.2 แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับตราบาป

ทฤษฎีการตีตรา ตามแนวคิดของ เบคเกอร์และอาโนลด์ (Becker, G and Arnold. 1986 : 39-58 อ้างถึงใน เพ็ญศรี วงษ์พุทธ. 2545 : 22) กล่าวว่า กลุ่มบุคคลทางสังคมเป็นผู้กำหนดความแตกต่างของบุคคล โดยการสร้างกฎเกณฑ์ภายใต้บรรทัดฐานของกลุ่มในสังคม และนำเกณฑ์นี้มาใช้ในสังคม ทำการตีตราบุคคลจากลักษณะภายนอกและเชื่อว่าพฤติกรรมเบี่ยงเบนนั้นไม่ได้เกิดขึ้นเอง หากแต่เกิดจากการให้นิยามของกลุ่มบุคคลในสังคมที่มีผลทำให้ผู้ที่ถูกตีตรามีการกระทำที่เบี่ยงเบนไปตามตราบาปนั้น ทฤษฎีการตีตรา ได้อธิบายถึงผลที่บุคคลมีพฤติกรรมที่เบี่ยงเบน ซึ่งเกิดจากการถูกสังคมนิยาม ทำให้เกิดการแบ่งแยกกลุ่มคนออกจากสังคม แสดงให้เห็นถึงอิทธิพลทางสังคมที่มีต่อการรับรู้คุณค่าของบุคคล ส่งผลต่อบุคคลที่ถูกตีตรา

ทฤษฎีการตราหน้า ตามแนวคิด บรูซ จี ลินค์ และ เฟรนซิส ที ซูเลน (Bruce and Francis. 1990 อ้างถึงใน เพ็ญศรี วงษ์พุทธ. 2545 : 17) เชื่อว่าพฤติกรรมเบี่ยงเบนนั้นไม่ได้เกิดขึ้นเอง แต่ถูกนิยามโดยบุคคลอื่นในสังคมและที่สำคัญ การตราหน้านี้จะมีผลทำให้ผู้ที่ถูกตราหน้ามีการกระทำแบบเดียวกับจินตภาพของผู้เบี่ยงเบน (หากผู้ถูกตราหน้าจากสังคมว่าเป็นเป็นคนเสพยาเสพติด บุคคลนั้นก็จะมีบุคลิกลักษณะของผู้เสพยาเสพติดและมีการเสพยาเสพติดต่อไป) และนำไปสู่การเกิดวัฒนธรรมรองและนำไปสู่การ “ปฏิเสธ” คือ สังคมจะลดค่าของบุคคลผู้ถูกนิยามว่าเบี่ยงเบน ให้มีสภาพต่ำกว่าบุคคลทั่ว ๆ ไป ผลก็ทำให้ผู้ถูกตราหน้ามีพฤติกรรมโต้ตอบในทางลบ คือ ทำแบบเดียวกับที่ถูกตราหน้าซึ่งทำให้ผู้ที่ถูกตราหน้านี้ ถูกผลักเข้าไปรวมกลุ่มและเกิดสังคมย่อยของตนเอง ผลของการรวมกันเป็นกลุ่มย่อยนี้ทำให้เกิดการพัฒนา วัฒนธรรม ความเชื่อ การให้คุณค่าต่อสิ่งต่าง ๆ รวมทั้งการกระทำที่สังคมตราหน้าด้วยนี้ในรูปแบบที่แตกต่างออกไปจากสังคมใหญ่ ดังนั้น แนวคิดนี้จึงอธิบายผลที่บุคคลมีพฤติกรรมเบี่ยงเบนเกิดจากสังคม ทำให้เกิดการแบ่งคนกลุ่มออกจากสังคม คนกลุ่มนี้มีปฏิกิริยาโต้ตอบเชิงลบและกระทำตัวอย่างที่ถูกให้ความหมายโดยสังคม ในกรณีของผู้ป่วยโรคเรื้อนที่สังคมตราหน้าบุคคลผู้ป่วยโรคเรื้อนดังกล่าวจึงส่งผลให้บุคคลนั้นถูกผลักให้ออกไปจากสังคม มีการกระทำที่อาจส่งผลให้มีความเสี่ยงต่อความพิการเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ความมอดคจากสังคมจึงส่งผลทางลบต่อการรับรู้คุณค่าของตนเองและการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของตนเอง

แนวคิดการการตีตราหรือการตราหน้า แสดงให้เห็นอิทธิพลทางสังคมที่มีต่อการรับรู้คุณค่าตนเองและส่งผลถึงการตอบสนองของบุคคลต่อการถูกตราหน้าจากสังคม จากแนวคิดการตีตรา และแนวคิดการตราหน้า ที่กล่าวมาข้างต้น ซึ่งมีความใกล้เคียงกันมาก แต่รายละเอียดต่างกัน ไปบ้าง ซึ่งคนทั่วไปจะมีความเข้าใจว่าเป็นคำเดียวกันหรือมีความหมายเดียวกัน

แนวคิดการตีตราในลักษณะที่เป็นการให้ความหมายทางสังคม เป็นสิ่งที่ถูกสร้างขึ้นในสังคม ได้ถูกนำเสนอโดย เบคเกอร์ และ อาโนลด์ ในขณะที่ตราบาปในความคิดของกอฟแมน จะเน้นที่ กระบวนการปรับตัวของบุคคล ผู้ที่ถูกตีตราเบคเกอร์และอาโนลด์ ได้เน้นความสำคัญวัฒนธรรม สังคม การเมือง และบริบททางประวัติศาสตร์ ในกระบวนการสร้าง และให้ความหมายต่อการตีตรา การตีตราเป็นเรื่องของกระบวนการก่อร่างทางวัฒนธรรมและสังคม (Stigma as a Social and Cultural Construct) ของลักษณะของผู้ป่วยซึ่งถูกสร้างขึ้นและถูกสะท้อนภาพพจน์ในเรื่องความน่ารังเกียจของร่างกายผู้ป่วย เบคเกอร์ แอน อาร์โนลด์ (Becker and Arnold. 1986 : 42 อ้างถึงใน เพ็ญศรี วงษ์พุด. 2545 : 22) โรคใด ๆ ที่ถูกมองว่าเป็นโรคที่ลึกลับและก่อให้เกิดความกลัวขึ้นมาทันทีที่ได้พบเห็นจะได้รับการมองว่าเป็นโรคติดต่อ การที่ต้องติดต่อสัมพันธ์กับผู้ป่วยในโรคดังกล่าวเปรียบเสมือนความชั่วร้าย การลวงล้า การฝ่าฝืนข้อห้าม ชันเทก (Sontag. 1988 : 5-6 อ้างถึงใน เพ็ญศรี วงษ์พุด. 2545 : 24)

เพ็ญศรี วงษ์พุด (2545 : 17-19) ได้เสนอแนวคิดของ พันธุ์ทิพย์ งามสุต (2537) ว่า ปฏิกริยาของสังคมที่มีต่อบุคคลที่มีพฤติกรรมเบี่ยงเบนสามารถแบ่งออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้

ระดับที่ 1 เป็นการตอบสนองต่อตนเอง (Self Response) ซึ่งขึ้นอยู่กับว่าบุคคลนั้น มีนิยามต่อสถานการณ์นั้นอย่างไร โดยที่นิยามของเขาจะได้อาจมาจากการอบรมบ่มนิสัยผ่านกระบวนการสังคมตั้งแต่ตอนเป็นเด็ก และมีการย้ำโดยการปฏิบัติตามกิจวัตรประจำวันในช่วงเวลาต่อมา เช่น บุคคลที่เคยถูกอบรมสั่งสอนมาว่า พฤติกรรมรักร่วมเพศเป็นพฤติกรรมที่ผิด และในชีวิตประจำวันที่ผ่านมา ก็พบเห็นพฤติกรรมรักต่างเพศเท่านั้นที่ถือว่าเป็นสิ่งที่ถูกต้อง เมื่อเวลาผ่านไปเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ หากเขามีประสบการณ์รักร่วมเพศ เขาก็จะเกิดความรู้สึกว่าตนเอง ได้ประพฤตินอกกลุ่มนอกทางที่ถูกต้องของสังคมที่ตนเองได้รับการปลูกฝังมา ก็จะมีปฏิกริยาในการตอบสนองต่อตนเองในรูปแบบต่าง ๆ เช่น รู้สึกผิด ประณามตนเอง หรือทำลายตนเองโดยรูปแบบใดรูปแบบหนึ่ง

ระดับที่ 2 เป็นการตอบสนองต่อการคาดการณ (Anticipated Response) ซึ่งมีพื้นฐานมาจากข้อมูลข่าวสารที่บุคคลนั้นได้รับจากประสบการณ์ ในอดีตเกี่ยวกับการจัดการของสังคมต่อพฤติกรรมเบี่ยงเบน หรือผลจากการมีพฤติกรรมเบี่ยงเบน สิ่งเหล่านี้เป็นพื้นฐานที่บุคคลนั้นเคยได้รู้ ได้ยิน ได้เห็น สังคมจะมีปฏิกริยาตอบสนองอย่างไรกับกลุ่มบุคคลที่เบี่ยงเบนไปจากบรรทัดฐานหรือฝืนระเบียบ เขาก็จะตอบสนองไปในทำนองนั้น เช่น สังคมส่วนรวมมีปฏิกริยาต่อพฤติกรรมรักร่วมเพศในทัศนะที่ว่า “เป็นโรค” สมควรที่ต้องได้รับการรักษา เขาก็จะหาทางรักษา เป็นต้น

ระดับที่ 3 การตอบสนองตามการรับรู้ (Perceived Response) ซึ่งเกี่ยวข้องกับทำให้ความหมายต่อพฤติกรรมโดยบุคคลอื่น บุคคลจะประเมินการตอบสนองของบุคคลอื่นต่อพฤติกรรม

ต่าง ๆ ผ่านสัญลักษณ์ที่ใช้ร่วมกัน และเข้าใจความหมายตรงกันในกระบวนการการปฏิสัมพันธ์ที่มีต่อกันในสังคมตลอดมา การตอบสนองการรับรู้ เป็นผลจากการที่บุคคลมีการคาดการณ์ต่อไป (Projection) ด้วยว่าถ้าหากเป็นตนเองจะมีการตอบสนองอย่างไร ทั้งในระดับต่อตัวเอง (Self Response) และต่อการคาดการณ์ (Anticipated Response) เช่น กรณีผู้ที่มีพฤติกรรมฝืนระเบียบที่ไม่ใช่ตนเองเป็นบุคคลอื่น บุคคลเหล่านี้อาจคาดการณ์ว่าคนอื่นคงจะไม่ยอมรับตนก็จะแปลความกริยาท่าทางของคนอื่น ๆ ที่แสดงต่อตนไปในทางปฏิเสธในการตอบสนองทั้ง 3 ระดับ ที่กล่าวมาข้างต้น เป็นการตอบสนองของบุคคลโดยประเมินในลักษณะจิตวิสัย (Subjective Evaluation)

ระดับที่ 4 การตอบสนองเชิงภาวะวิสัย (Objective Response) เป็นปฏิกริยาตอบสนองต่อพฤติกรรมเบี่ยงเบน ซึ่งอาจเกิดขึ้นในสถานการณ์ปฐมภูมิและทุติยภูมิ (Primary and Secondary Setting) ดังนี้

1. ปฏิกริยาจากบุคคลภายในวงใกล้ชิด เช่น ครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อนฝูง เพื่อนบ้าน หรือชุมชนเล็ก ๆ
2. ปฏิกริยาจากกลุ่มนอกวงออกไปไม่ใกล้ชิด เช่น สาธารณะชน

ระดับที่ 5 การตอบสนองในระดับองค์กรหรือสถาบัน จะเป็นการประทับตราหรือปิดป้ายสำหรับบุคคลที่มีพฤติกรรมเบี่ยงเบน หรือฝ่าฝืนระเบียบจนพฤติกรรมที่เกิดขึ้นนั้นเป็นพฤติกรรมที่สังคมมอบให้แก่บุคคลเหล่านั้นโดยกระบวนการตราหน้า (Labeling Process) บุคคลจะเกิดสถานภาพใหม่ที่สถานภาพเก่า เมื่อบุคคลได้ถูกจัดว่าเป็นคนฝืนระเบียบตามสถานภาพหลักที่ได้มา บุคคลก็จะเริ่มแสดงตัวเองตามสถานภาพที่ถูกจัดให้ เรียกว่า การแสดงตัวโดยสำนึกของตัวเอง (Self-Conscious Identification) ในการแสดงโดยสำนึกของตัวเองนี้จะทำให้บุคคลมีพฤติกรรมหวาดระแวง (paranoid) อ่อนไหวต่อสิ่งต่าง ๆ รอบตัว ไม่ว่าจะเป็นคำพูด สัญญาณ หรือกริยาท่าทางของคนอื่น ๆ ง่ายขึ้น โดยเฉพาะระดับ 1 ถึง 3 เป็นการอธิบายกระบวนการปรับตัวที่บุคคลมีพฤติกรรมเป็นไปตามสังคมต้องการ

นอกจากการรู้สึกที่ถูกตราหน้าจากสังคม และบุคคลแวดล้อมที่ส่งผลต่อการรับรู้คุณค่าของตนเองแล้ว ผู้สูงอายุพิการจากโรคเรื้อรังก็ยังรู้สึกว่าเป็นชีวิตของตนเป็นตราบาป เป็นคุณลักษณะความแตกต่างที่ไม่พึงประสงค์ของบุคคล ลักษณะแตกต่างจากคนทั่วไป เป็นสิ่งที่ไม่ต้องการซึ่งส่งผลให้บุคคลไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม อย่างไรก็ตามคุณลักษณะทางด้านสังคมหรือความแตกต่างทางกายภาพดังกล่าวไม่ได้เป็นสาเหตุเพียงพอที่จะกำหนดคุณสมบัติที่ไม่พึงประสงค์ของสังคม แต่คุณสมบัติดังกล่าวถูกกำหนด โดยอาศัยกระบวนการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมเป็นเครื่องมือในการให้ความหมายการตราหน้าจึงเป็นการให้ความหมายต่อบุคคล และพฤติกรรมโดยสังคม ผ่านกระบวนการปฏิสัมพันธ์กับแนวคิดของสังคมในการให้คุณค่าสิ่งต่าง ๆ และการให้

หรือใช้สัญลักษณ์แทนความหมายและคุณค่านั้น ๆ โดยกระบวนการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมของบุคคลที่ส่งผลในการกำหนดความแตกต่าง ในคุณลักษณะทางสังคมของบุคคล ให้กลายเป็นคุณลักษณะที่เป็นอย่างเดียวกันกับตราบาป คุณสมบัติที่ไม่พึงประสงค์นี้รวมถึงบุคคลที่เลวร้าย อันตราย หรืออ่อนแอ ครอบคลุมถึงลักษณะซึ่งทำให้บุคคลเปลี่ยนจาก “บุคคลปกติธรรมดา” กลายเป็นบุคคลที่ไม่บริสุทธิ์ เป็นบุคคลที่ไม่มีคุณค่า ไม่น่าคบหา มีรอยมลทินค้างพร้อย มีรอยบาป หรือประพฤตินิดด้วย กอฟแมน (Goffman, 1963 อ้างถึงใน เพ็ญศรี วงษ์พุทธ, 2545 : 19-20)

ในปัจจุบันตราบาปได้กล่าวรวมถึงประเด็นสิ่งที่ปรากฏทางร่างกาย คือ ความรู้สึกที่ทำให้เสื่อมเสีย พฤติกรรมที่เป็นเครื่องหมายการกระทำ เช่น การกระทำที่ไม่เป็นที่ยอมรับหรือเป็นผู้ที่ด้อยกว่าผู้อื่น ตราบาปจะเกิดขึ้นเมื่อเป็นเรื่องระหว่างบุคคลที่คาดหวังบุคคลอื่น (Visual Social Identity) ซึ่งบุคคลอาจไม่คาดคิดว่าตัวเองได้คาดหวังบุคคลอื่นก็ได้ แต่ในทางปฏิบัติจริงที่บุคคลมีต่อบุคคลอื่น (Actual Social Identity) บุคคลนั้นจะนำไปเชื่อมโยงกับสิ่งที่ตัวเองคาดหวัง ซึ่งความรู้สึกที่เป็นตราบาปจะเกิดขึ้น เมื่อมีความขัดแย้งระหว่างสิ่งที่คาดหวังและสิ่งที่ปฏิบัติจริง

2.3.3 ลักษณะของตราบาป

กอฟแมน (Goffman, 1963 : 14 อ้างถึงใน เพ็ญศรี วงษ์พุทธ, 2545 : 20) ได้แบ่งตราบาปออกเป็น 3 ลักษณะ ดังนี้

1. เป็นลักษณะที่เกิดขึ้นกับร่างกาย เช่น ความพิการ ซึ่งลดความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ หรือการทํากิจกรรมทางสังคม
2. เป็นความเสื่อมเสียของแต่ละบุคคล ได้แก่ คนที่มีความผิดปกติทางจิต คนติดคุก คนติดยา คนรักร่วมเพศ คนว่างงาน คนที่พยายามฆ่าตัวตาย และบุคคลที่มีความขัดแย้งทางการเมืองที่สังคมอาศัยอยู่หรือเป็นคนที่ถูกทางการเมือง
3. เป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับเชื้อชาติ ศาสนา ได้แก่ ชนกลุ่มน้อย เช่น ดั้งกรณีที่ชาวยิว ถูกกล่าวหาว่าเป็นบ่อเกิดของการเกิดกาฬโรค ที่มีการระบาดในศตวรรษที่ 14

กอฟแมน (Goffman, 1963 : 126 อ้างถึงใน เพ็ญศรี วงษ์พุทธ, 2545 : 21) ศึกษาแบบแผนการปรับตัวของบุคคลที่ได้รับการประทับตราจากสังคม คนที่ถูกประทับตราไม่ว่าจะมีความแตกต่างทางกายภาพ หรือทางสังคม นิยามจัดว่าแตกต่าง ซึ่งจะมีกระบวนการปรับตัวของบุคคล อาจทำได้หลายรูปแบบดังนี้

- 1) Hiding Their Illness เป็นลักษณะที่บุคคลปิดบังซ่อนเร้นความเจ็บป่วย ความพิการ ที่ถูกตีตราจากสังคม นอกจากนี้บุคคลอาจมีการพยายามแก้ไขส่วนที่เป็นต้นเหตุให้สังคมตราหน้าได้ เช่น การทำศัลยกรรมตกแต่ง

2) Covering การเบี่ยงเบนความสนใจ

3) Disclosing การเปิดเผยตัวเองเพื่อขอความเห็นใจ หรือขอรับความช่วยเหลือ เช่น ผู้ป่วยเอดส์ที่เปิดเผยตัวเองเพื่อขอรับความช่วยเหลือด้านเศรษฐกิจ ดังตัวอย่างในเรื่องเบียร์ยังชีพ หรือกองทุนสนับสนุนการประกอบอาชีพ

4) Deviance Disavowal การปฏิเสธไม่ยอมรับว่าเป็นพฤติกรรมที่เบี่ยงเบน บอกว่าสิ่งที่ตนเป็นนั้นไม่ได้ทำให้ตนเองแตกต่างจากผู้อื่น เช่น การลงปกนิตยสาร ตนเองก็ทำตามบรรทัดฐานของสังคม

5) Challenging หรือ Resist Social Norms ไม่ยอมรับว่าตนถูกตีตรา และในทางกลับกัน ตนเองก็ตีตราคนอื่น ๆ ในสังคมว่า โง่ ไม่มีศีลธรรม

การตีตรามีผลต่อบุคคลโดยการกีดกันและแบ่งแยก (Discrimination) ว่าบุคคลนั้นไม่เท่ากับคนปกติอื่น ผลของการถูกแบ่งแยกและลดค่าของบุคคลทำให้เกิด ดังนี้

1) การลดโอกาสในการดำเนินชีวิตปกติในสังคม

2) มีผลต่อการรับรู้ของตนเองของผู้ที่ถูกตีตรา เช่น รู้สึกอับอาย เกลียดตนเอง และตีตราประณามตนเอง

จะเห็นได้ว่าความแตกต่างระหว่างแนวคิดของกอฟแมนกับทฤษฎีการตราหน้า พบว่ากอฟแมนได้ให้โอกาสที่ถูกตีตรานั้นได้มีการต่อต้าน ปรับตัว การตีตราที่ได้รับการประท้วงตราจากสังคม สำหรับทฤษฎีการตราหน้านั้นไม่ได้เปิดโอกาสนี้ให้คนปรับตัว ทฤษฎีนี้อธิบายว่าคนที่ถูกปฏิเสธก็จะกระทำตามความคาดหวังของผู้ที่ตีตรา และก็ทำให้ผู้ที่ถูกตีตรานั้นเป็นเช่นนั้นตลอดไป

2.3.4 ตราบาปของผู้พิการจากโรคเรื้อน

การมองโลกที่เป็นตราบาปในโรคเรื้อนหรือขี้ทูต (พิมพวัลย์ บุญมงคล. 2536 : 6-17 อ้างถึงใน เพ็ญศรี วงษ์พุด. 2545 : 24) เป็นโรคสังคมรังเกียจ การตีตราของผู้ป่วยโรคเรื้อนในสังคมไทยนั้น กล่าวได้ว่า ผู้ป่วยที่มีความพิการเห็นได้ชัดมักจะตีตราตนเอง มีความวิตกกังวล มีความภาคภูมิใจในตนเองต่ำ และพยายามหลีกเลี่ยงจากสังคม และรู้สึกว่าตนเองเป็นที่รังเกียจของสังคม ทั้งนี้ เนื่องจากการได้ยินผู้อื่นเล่าให้ตนฟังถึงความรังเกียจของเพื่อนบ้านบางคน หรือจากการเห็นความรังเกียจของเพื่อนบ้านในผู้ป่วยคนอื่น โรคเรื้อนเป็นโรคที่สังคมรังเกียจ ดังนั้น ผู้ป่วยที่มีความพิการจึงมองตนเองว่าเป็นผู้ไม่สะอาด ไม่บริสุทธิ์ สกปรกแปดเปื้อน และมีบาปหนา คนไทยมักให้คุณค่าสูงกับความสะอาดของร่างกาย โดยนำไปสัมพันธ์กับกลิ่นหอม การให้สัญลักษณ์ว่าเป็นโรคเรื้อนเป็นโรคแห่งความสกปรก ในเรื่องของเหลวที่ออกจากร่างกาย (เลือดและหนอง)

สีของสภาพผิวพรรณ และกลิ่นจากร่างกาย ซึ่งสภาพต่าง ๆ เหล่านี้สัมพันธ์กับลักษณะของ คนยากจนส่วนใหญ่ แนวความคิดในการวิเคราะห์ร่างกายทางกายภาพของผู้ป่วยในฐานะที่เป็น ร่างกายทางสังคมโดยร่างกายของผู้ป่วยที่ได้รับการมองจากชุมชนว่าเป็นบุคคลที่มาจากชนชั้น ยากจนและสกปรก ทักษะของชุมชนต่อร่างกายผู้ป่วยสะท้อนให้เห็นถึงค่านิยมของสังคมต่อคน ยากจนว่าเปรียบเสมือนกลุ่มที่ไม่ควรเข้าร่วมในสังคมส่วนใหญ่ ความหมายสังคมของโรคเรื้อน ไม่ได้ถูกกำหนดโดยลักษณะชีวภาพของโรค แต่ถูกกำหนดจากการปฏิบัติทางสังคมที่มีต่อโรค ซึ่งได้รับอิทธิพลจากโครงสร้างทางสังคมและวัฒนธรรมของชุมชน

การติดต่อของโรคในเจตคติทางลบของสังคมและชุมชนต่อผู้ป่วยโรคเรื้อน และนำมา เชื่อมโยงวิถีชีวิต (Life Style) ซึ่งมีปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นต่อผู้ป่วยโรคเรื้อน ได้แก่ ความรังเกียจ ความอคติที่ไม่มีเหตุผล แสดงถึงสังคมได้ให้ความหมายของโรคเรื้อนเชื่อมโยงต่อพฤติกรรม ความสะอาดของร่างกาย กับลักษณะของคนยากจนและสกปรก ย่อมเกิดการตีตราจากสังคมที่ทำให้ เกิดตราบาปในบุคคลนั้น ๆ องค์ประกอบของโรคที่ได้รับการถูกตีตรา จะประกอบด้วยลักษณะ อย่างน้อยหนึ่งอย่างดังต่อไปนี้ เป็นโรคที่มีการติดเชื้อ มีอันตราย ทำร้ายสังคม รวมทั้งมี ความสัมพันธ์กับโรคที่มีพฤติกรรมเบี่ยงเบนไปจากสังคม หรือมีความพิการหรือเสียโฉมอัน เนื่องมาจากการเป็นโรค เบนเน็ต (Benett, 1987 : 533 อ้างถึงใน เพ็ญศรี วงษ์พุด. 2545 : 25) ได้แก่ โรคเรื้อน โรคเท้าช้าง เป็นต้น

โรคเรื้อนถูกมองว่าเป็นผลรวมของความเจ็บป่วยที่น่ากลัว ซึ่งทำให้บุคคลที่เป็นโรค ต้องสูญเสียสภาพจิตใจหรือสูญเสียสภาพร่างกาย จะเห็นได้ว่าโรคภัยไข้เจ็บได้เข้ามามีส่วนร่วม ในการตีตรา โรคเรื้อนถูกมองในสองสถานะ คือ ความพิการ (Deformity) และปฏิกิริยาจากสังคม (Social Reaction) เป็นความเจ็บป่วยที่น่ากลัว เป็นโรคที่สูญเสียสภาพจิตใจหรือสูญเสียสภาพ ของร่างกาย ในการตีตราโรคเท้าช้าง พบว่า มีความเกี่ยวข้องกับระยะอาการของโรค กล่าวคือ ในระยะอาการของโรคยังไม่แสดงอาการให้เห็นชัดถึงความผิดปกติ ยังไม่นำรังเกียจหรืออับอาย ก็จะไม่มีการประทับในตัวผู้ป่วย หากอาการปรากฏให้เห็นถึงความผิดปกติ ก็จะเริ่มมีการตีตรา โดยจะตีตรามากหรือน้อยตามอาการที่เกิดขึ้น เมื่อไรมีอาการเด่นชัดก็ถูกตีตรามาก ผู้ป่วยก็จะเริ่ม เก็บตัว การถูกตีตราของผู้ป่วยทั้งโรคเรื้อน และโรคเท้าช้างจะได้รับเมื่อมีลักษณะทางกายภาพ ที่บุคคลอื่นมองดูแล้วรู้สึกรังเกียจ ส่วนผู้ป่วยก็รู้สึกอับอายเสื่อมเสียและด้อยคุณค่า (บุปผา ดำรงจิตติกุล. 2533 : 69-72)

จากการข้อมูลเกี่ยวกับโรคเรื้อนซึ่งเป็นโรคที่ติดต่อเรื้อรัง ที่มีพยาธิสภาพที่ผิวหนัง และเส้นประสาทส่วนปลาย ทำให้สูญเสียการทำหน้าที่ของเส้นประสาท เกิดอาการชา ไม้รู้สึกร้อน ไม้รู้สึกหนาว กล้ามเนื้ออ่อนแรง ต่อมาไขมันถูกทำลาย และเกิดความพิการขึ้นเป็นลำดับ

(กิตติ กิตติอำพน. 2538 : 1) โรคเรื้อนเป็นปัญหาสำคัญทั้งทางสาธารณสุข สังคม และเศรษฐกิจ รวมทั้งส่งผลด้านจิตใจ เนื่องจากเป็นโรคเรื้อรังที่ทำให้เกิดความพิการได้

ประเทศไทยพบผู้ป่วยโรคเรื้อนในทะเบียนรักษาทั่วประเทศ ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2552 จำนวน 671 คน คิดเป็นอัตราความชุกของโรคเรื้อน (Prevalence Rate : PR) 0.11 คนต่อ 10,000 ประชากร เนื่องจากโรคเรื้อนเป็นโรคที่อาจทำให้เกิดความพิการทั้งนี้พบความพิการแล้ว ในผู้ป่วยใหม่ที่มีความพิการระดับ 2 ร้อยละ 16.54 ซึ่งนับเป็นอัตราที่สูง อัตราความชุกโรค (Prevalence Rate) 0.11 ต่อประชากรหมื่นคน จากรายงานที่ได้รับพบว่า มีการเกิดโรคนี้ตลอดปี พบผู้ป่วยในทุกภาคของประเทศ (กระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค. 2552)

โรคเรื้อนไม่ใช่โรคระบาดอันตรายถึงแก่ชีวิต แต่เป็นโรคที่สร้างความพิการถาวร อันเกิดจากการทำลายของเส้นประสาทและอวัยวะที่เป็นโรคทำให้กลายเป็นบุคคลที่นำเวทนา ไม่สมประกอบ เสื่อมสมรรถภาพและเป็นที่น่ารังเกียจของสังคม (ธีระ รามสูต. 2535 : 1) จากการพัฒนาด้านการควบคุมโรคเรื้อนผ่านมา ในระยะแรกของการดำเนินงาน การรักษาโรคเรื้อนยังใช้สารสกัดจากผลกระบือ (Hydrocarpus Therapy) ซึ่งผู้ป่วยต้องมารับการฉีด ณ จุดบำบัดทำให้เกิดการระจุกตัวของผู้ป่วยโรคเรื้อนในสถานพยาบาลโรคเรื้อน หรือตามหมู่บ้านต่าง ๆ ที่แพทย์ไปตั้งจุดบำบัดขึ้นเพื่อความสะดวกในการรักษา อีกทั้งขณะนั้นความรังเกียจโรคเรื้อนสูง ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถอยู่ในครอบครัวหรือชุมชนได้ จึงเกิดชุมชนของผู้ป่วยโรคเรื้อนขึ้นในพื้นที่หลายแห่ง (กระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค สถาบันราชประชาสมาสัย. 2549 : 60)

ปัจจุบันมีนิคมโรคเรื้อนอยู่ในความรับผิดชอบของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ในภูมิภาคต่าง ๆ ดังนี้ ภาคกลางมี 1 แห่ง ได้แก่ ชุมชนผู้ป่วยโรคเรื้อนสถาบันราชประชาสมาสัย จังหวัดสมุทรปราการ ภาคตะวันออกมี 2 แห่ง ได้แก่ นิคมแพรงขาหยั่ง และนิคมดงทับ จังหวัดจันทบุรี ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมี 5 แห่ง ได้แก่ นิคมประสาท จังหวัดสุรินทร์ นิคมบ้านหัน จังหวัดมหาสารคาม นิคมโนนสมบูรณ์ จังหวัดขอนแก่น นิคมอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ นิคมเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ภาคเหนือมี 5 แห่ง ได้แก่ นิคมบ้านกร่าง จังหวัดพิษณุโลก นิคมฝายแก้ว จังหวัดน่าน นิคมแม่ทะ จังหวัดลำปาง นิคมแม่ลาว จังหวัดเชียงราย นิคมเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ และภาคใต้มี 1 แห่ง ได้แก่ นิคมพุดหงี จังหวัดนครศรีธรรมราช นิคมเหล่านี้มีวัตถุประสงค์เพื่อรองรับผู้ป่วยโรคเรื้อนที่เป็นปัญหาสังคม ให้ได้รับการรักษาที่ถูกต้อง มารวมอยู่ในที่เดียวกันรวมทั้งเป็นสถานที่พักพิงสำหรับผู้ที่ยังหาที่อยู่อาศัยไม่ได้มีที่อยู่อาศัย ที่ทำกินสามารถประกอบอาชีพเลี้ยงดูตัวเองได้ต่อไป โดยรัฐได้จัดสวัสดิการการสงเคราะห์ ให้แก่ผู้ป่วยโรคเรื้อนซึ่งอยู่ในนิคมและสถานสงเคราะห์ ค่าเบี้ยเลี้ยงในการดำรงชีวิตวันละ 75 บาท ค่าครองชีพเดือนละ 1,000 บาท รวมเงินสงเคราะห์ในอัตรา 3,250 บาท/เดือน/คน และให้บริการ

รักษาพยาบาลฟรี หลักเกณฑ์ในการพิจารณาผู้ป่วยโรคเรื้อนโดยใช้ระเบียบการกรมควบคุมโรค ว่าด้วยการพิจารณาผู้ป่วยโรคเรื้อน เข้ารับการสงเคราะห์ พ.ศ. 2552 (กระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค. 2552 : 1-9)

สรุปผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนถึงแม้รักษาจากโรคหายแล้ว แต่ยังคงมีความพิการถาวร อันเกิดจากการโรคที่ทำลายเส้นประสาทและอวัยวะที่เป็นเชื้อ โรคอยู่ ทำให้กลายเป็นบุคคล ที่น่าเวทนาไม่สมประกอบ เสื่อมสมรรถภาพและเป็นที่น่ารังเกียจของสังคม ไม่สามารถประกอบ อาชีพได้ ผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนไม่สามารถอยู่ในครอบครัวหรือชุมชนได้ จึงเกิดชุมชน ของผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนขึ้นในพื้นที่หลายแห่งทั่วประเทศ รวมทั้งชุมชนสถาบัน ราชประชาสมาสัย จังหวัดสมุทรปราการ และรัฐมีการจัดสวัสดิการให้ผู้พิการจากโรคเรื้อน สวัสดิการที่รัฐจัดให้มีปัจจัยสี่ ได้แก่ ที่อยู่อาศัย เงินสวัสดิการเป็นเงินค่าเบี้ยเลี้ยงและค่าครองชีพ สวัสดิการค่าน้ำ ค่าไฟ การรักษาพยาบาล และฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อให้ผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน มีคุณภาพชีวิตที่ดี

2.4 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการดูแลตนเอง

2.4.1 ความหมายของการดูแลตนเอง

องค์การอนามัยโลก กล่าวถึง การดูแลสุขภาพตนเอง หมายถึง การดำเนินกิจกรรมทาง สุขภาพด้วยตนเองของปัจเจกบุคคล ครอบครัว เพื่อนบ้าน กลุ่มผู้ร่วมงานและชุมชนรวมความถึง การตัดสินใจในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ซึ่งครอบคลุมทั้งการรักษาสุขภาพ การป้องกันโรค การวินิจฉัยโรค การรักษา รวมทั้งการปฏิบัติตนหลังรับการบริการสุขภาพด้วย (สกุณา บุญนรากร. 2541 : 10)

ลินน์และลีวีส์ (Linn and Lewis. 1978 : 183-184 อ้างถึงใน เพ็ญศรี กองสัมฤทธิ์ และคณะ. 2540 : 14) เห็นว่าการดูแลตนเอง เป็นการกระทำสิ่งต่าง ๆ ด้วยตนเองซึ่งจะก่อให้เกิดการ ส่งเสริมสุขภาพ ในบุคคลปกติเพื่อช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษา ลดการใช้บริการสาธารณสุข ที่ไม่จำเป็นเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษา ส่งเสริมให้บุคคลรับผิดชอบตัวเอง ลดภาระ ของแพทย์ ตลอดจนลดการเจ็บป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ

นอริส (Norris. 1974 : 486-489 อ้างถึงใน เพ็ญศรี กองสัมฤทธิ์ และคณะ. 2540 : 14) ได้ให้ความหมายของการดูแลตนเองว่า เป็นกระบวนการที่ประชาชนและครอบครัวมีโอกาส ที่จะช่วยเหลือตนเอง และรับผิดชอบต่อตนเองด้านสุขภาพอนามัย

ฮิลและสมิท (Hill and Smith, 1985 : 9 อ้างถึงใน เพ็ญศรี กองสัมฤทธิ์ และคณะ. 2540 : 14) ได้กล่าวว่าการดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่เกิดจากความเต็มใจ ที่บุคคลจะรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพของตนเอง เพื่อควบคุม ป้องกันและรักษาโรค เพราะมนุษย์ทุกคนมีศักยภาพ ที่จะเรียนรู้และพัฒนาทักษะ ในการดูแลตนเองซึ่งอาจเกิดจากแรงจูงใจ ในตัวบุคคลหรือภายนอกบุคคลนั้นก็ได้

โอเร็ม (Orem, 1991 : 105) ได้ให้ความหมายการดูแลตนเองว่าเป็นความสามารถในการดูแลตนเองที่มีความซับซ้อนของบุคคล ในการบรรลุความต้องการในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง เพื่อควบคุมกระบวนการของชีวิต ดำรงหรือส่งเสริมให้โครงสร้าง หน้าที่ และการพัฒนาการของมนุษย์ดำเนินไปถึงขีดสูงสุดของแต่ละบุคคล และส่งเสริมความผาสุกในชีวิต ความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลเปลี่ยนแปลงไปตามพัฒนาการของชีวิต จากวัยเด็กถึงวัยชรา การเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพ อิทธิพลทางการศึกษา ประสบการณ์ในชีวิต อิทธิพลวัฒนธรรม และแหล่งประโยชน์ในชีวิตประจำวัน แนวคิดของโอเร็มคล้ายกับฮิลและสมิทที่ว่าพฤติกรรมดูแลตนเองต้องเป็นด้วยความเต็มใจและการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มหรือกระทำด้วยตนเอง เพื่อจะรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและความผาสุกของตนเอง การดูแลตนเองเป็นการกระทำที่จงใจมีเป้าหมาย มีระบบระเบียบเป็นขั้นตอน และเมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพจะมีส่วนช่วยให้โครงสร้างหน้าที่และพัฒนาการดำเนินไปได้ถึงขีดสูงสุดของแต่ละบุคคล การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่เรียนรู้ภายใต้ขนบธรรมเนียมประเพณีและวัฒนธรรมของชนแต่ละกลุ่ม (จรรยา ภูกลิ่น. 2551 : 37) ความสามารถพื้นฐานของมนุษย์ ในการดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่กระทำเพื่อตอบสนองความต้องการดูแลตนเองมี 3 ประเภท ได้แก่ 1) ความต้องการดูแลตนเองทั่วไป เป็นความต้องการดูแลตนเองขั้นพื้นฐานที่พบได้ทุกคนและทุกวัย ความต้องการปรับเปลี่ยนไปตามอายุ ระยะพัฒนาการ สิ่งแวดล้อม และปัจจัยต่าง ๆ เพื่อรักษาไว้ซึ่งโครงสร้างการทำหน้าที่สุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคลไว้ 2) ความต้องการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ เป็นความต้องการที่เกิดจากกระบวนการพัฒนาของชีวิตในช่วงต่าง ๆ เช่น ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอดบุตร การเจริญเติบโตเข้าสู่วัยต่าง ๆ ของชีวิต หรือเกิดเหตุการณ์ที่มีผลในทางลบต่อพัฒนาการ เช่น การสูญเสียคู่ชีวิตหรือบิดามารดา การดูแลตนเองในระยะสุดท้ายของชีวิต 3) ความต้องการดูแลตนเองตามภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ เป็นความต้องการที่เกิดขึ้นเนื่องจากความผิดปกติในภาวะต่าง ๆ ความพิการแต่กำเนิด โครงสร้างหรือการทำหน้าที่ของร่างกายผิดปกติในภายหลัง เช่น การเกิดโรค หรือความเจ็บป่วย การวินิจฉัยและการรักษาของแพทย์ (จรรยา ภูกลิ่น. 2551 : 41)

จากความหมายของการดูแลตนเองที่กล่าวมาข้างต้น สรุปได้ว่าแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ซึ่งอาจจะนำมาประยุกต์ใช้ในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุได้ ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่กระทำเพื่อ

ตอบสนองความต้องการดูแลตนเอง (Self-care) เป็นพฤติกรรมที่กระทำโดยจิตใจของบุคคลที่มีวุฒิภาวะทำให้มีผลต่อตนเอง เพื่อส่งเสริมชีวิต และความเป็นอยู่ที่ดี

2.4.2 การดูแลตนเองและการบำบัดทางการพยาบาล

เบญจมาศ สุขศรีเพ็ญ (2553 : ออนไลน์) ได้กล่าวถึง ทฤษฎีโอเร็มว่า การดูแลตนเองและการบำบัดทางการพยาบาลเป็นรูปแบบหนึ่งของการกระทำอย่างจงใจและมีเป้าหมาย ซึ่งเกิดขึ้นอย่างเป็นกระบวนการประกอบด้วย 2 ระยะสัมพันธ์กัน คือ

ระยะที่ 1 เป็นระยะของการประเมินและตัดสินใจ ในระยะนี้บุคคลจะต้องหาความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น และสะท้อนความคิด ความเข้าใจในสถานการณ์ และพิจารณาว่าสถานการณ์นั้นจะสามารถเปลี่ยนแปลงได้หรือไม่ อย่างไร มีทางเลือกอะไรบ้าง ผลที่ได้รับแต่ละทางเลือกเป็นอย่างไร แล้วจึงตัดสินใจที่จะกระทำ

ระยะที่ 2 ระยะของการกระทำและประเมินผลของการกระทำ ซึ่งในระยะนี้จะมีการแสวงหาเป้าหมายของการกระทำ ซึ่งเป้าหมายมีความสำคัญเพราะจะช่วยกำหนดทางเลือกกิจกรรมที่ต้องกระทำและเป็นเกณฑ์ที่จะใช้ในการติดตามผลของการปฏิบัติกิจกรรม

การดูแลตนเองของ โอเร็ม เรียกว่า การดูแลตนเองที่จำเป็น (Self-care Requisites) ซึ่งเป็นความตั้งใจหรือเป็นผลที่เกิดได้ทันทีหลังการกระทำ การดูแลตนเองที่จำเป็นมี 3 อย่าง คือ การดูแลตนเองที่จำเป็น โดยทั่วไป ตามระยะพัฒนาการ และเมื่อมีภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ

1. การดูแลตนเองโดยทั่วไป (Universal Self-care Requisites) เป็นการดูแลตนเองเพื่อการส่งเสริม และรักษาไว้ซึ่งสุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคล การดูแลตนเองเหล่านี้จำเป็นสำหรับบุคคลทุกคน ทุกวัย แต่จะต้องปรับให้เหมาะสมกับระยะพัฒนาการ จุดประสงค์ของการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปมีดังนี้

1.1 คงไว้ซึ่งอากาศ น้ำ และอาหารที่เพียงพอ

1.2 คงไว้ซึ่งการขับถ่ายและการระบายให้เป็นไปตามปกติ มีการจัดการให้มีการขับถ่ายตามปกติ ทั้งจัดการกับตนเองและสิ่งแวดล้อม กระบวนการในการขับถ่ายซึ่งรวมถึงการรักษาโครงสร้างและหน้าที่ให้เป็นไปตามปกติ และการระบายสิ่งปฏิกูลจากการขับถ่าย ดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล และดูแลสิ่งแวดล้อมให้สะอาดถูกสุขลักษณะ

1.3 รักษาความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน เลือกกิจกรรมให้ร่างกายได้เคลื่อนไหวออกกำลังกาย การตอบสนองทางอารมณ์ ทางสติปัญญา และการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นอย่างเหมาะสม รับรู้และสนใจถึงความต้องการพักผ่อน และการออกกำลังกายของตนเอง

ใช้ความสามารถ ความสนใจ ค่านิยม และกฎเกณฑ์ทางขนบธรรมเนียมประเพณี และการมีกิจกรรมของตนเอง

1.4 รักษาความสมดุลระหว่างการใช้เวลาเป็นส่วนตัวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นคงไว้ซึ่งคุณภาพและความสมดุลที่จำเป็นในการพัฒนาเพื่อเป็นที่พึ่งของตนเองและสร้างสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่นเพื่อที่จะช่วยให้ตนเองทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ รู้จักคิดต่อขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในเครือข่ายสังคมเมื่อจำเป็น ปฏิบัติตนเพื่อสร้างมิตร ให้ความรัก ความผูกพันกับบุคคลรอบข้าง เพื่อจะได้พึ่งพาซึ่งกันและกัน และส่งเสริมความเป็นตัวของตัวเองและการเป็นสมาชิกในกลุ่ม

1.5 ป้องกันอันตรายต่าง ๆ ต่อชีวิต หน้าที่ และสวัสดิภาพ สนใจและรับรู้ต่อชนิดของอันตรายที่อาจเกิดขึ้น จัดการป้องกัน ไม่ให้เกิดเหตุการณ์ที่อาจเป็นอันตราย หลีกเลี่ยงหรือปกป้องตนเองจากอันตรายต่าง ๆ ควบคุมหรือจัดเหตุการณ์ที่เป็นอันตรายต่อชีวิตและสวัสดิภาพ

1.6 ส่งเสริมการอยู่อย่างปกติสุข พัฒนาและรักษาไว้ซึ่งอัตมโนทัศน์ที่เป็นจริงของตนเอง ปฏิบัติในกิจกรรมที่ส่งเสริมพัฒนาการของตนเอง ปฏิบัติกิจกรรมที่ส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งโครงสร้างและหน้าที่ของบุคคล ค้นหาและสนใจในความผิดปกติของโครงสร้างและการทำหน้าที่ที่แตกต่างไปจากปกติของตนเอง

2. การดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ (Developmental Self-care Requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นจากกระบวนการพัฒนาการของชีวิตมนุษย์ในระยะต่าง ๆ เช่น การตั้งครรภ์ การคลอดบุตร การเจริญเติบโตเข้าสู่วัยต่าง ๆ ของชีวิต และเหตุการณ์ที่มีผลเสียหรือเป็นอุปสรรคต่อพัฒนาการ เช่น การสูญเสียคู่ชีวิต หรือบิดามารดา หรืออาจเป็นการดูแลตนเองที่จะเป็นโดยทั่วไปที่ปรับให้สอดคล้องกับการส่งเสริมพัฒนาการ การดูแลตนเองที่จำเป็นสำหรับกระบวนการพัฒนาการแบ่งออกเป็น 2 อย่าง คือ

2.1 พัฒนาและคงไว้ซึ่งภาวะความเป็นอยู่ที่ดีช่วยสนับสนุนกระบวนการของชีวิตและพัฒนาการที่ช่วยให้บุคคลเจริญเข้าสู่วุฒิภาวะในวัยต่าง ๆ คือ ตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดา ระหว่างการคลอด ในวัยแรกเกิด วัยทารก วัยเด็ก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่และวัยชรา การดูแลเพื่อป้องกันการเกิดผลเสียต่อพัฒนาการ โดยจัดการเพื่อบรรเทาเบาบาง อารมณ์เครียดหรือเอาชนะต่อผลที่เกิดจากการขาดการศึกษา ปัญหาการปรับตัวทางสังคม การสูญเสียญาติมิตร ความเจ็บป่วย การบาดเจ็บ และการพิการ การเปลี่ยนแปลงเนื่องจากเหตุการณ์ต่าง ๆ ในชีวิต และความเจ็บป่วยในขั้นสุดท้าย และการตาย จะเห็นได้ว่าการดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการกลายเป็นเรื่องที่สำคัญมากในยุคปัจจุบันที่มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของสังคม และเศรษฐกิจอย่างรวดเร็ว การดูแลตนเองที่จำเป็นสำหรับเด็กวัยรุ่น เพื่อป้องกันสิ่งเสียดแทงหลาย หรือการถูกนำไปใช้ประโยชน์ทางเพศ ซึ่งจะมีผลเสียต่อพัฒนาการ

ของตนเอง หรือการดูแลตนเองที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพและความรู้สึกรักคุณค่าในตนเองท่ามกลางลักษณะของครอบครัวและสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป เป็นต้น

3. การดูแลตนเองตามภาวะสุขภาพถดถอย (Health Deviation Self-care Requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้น เนื่องจากความพิการตั้งแต่กำเนิด โครงสร้างหรือหน้าที่ของร่างกายผิดปกติ เช่น เกิดโรคหรือความเจ็บป่วย จากการวินิจฉัยโรคและการรักษาของแพทย์ การดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะนี้มีดังนี้

- 3.1 แสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลที่เชื่อถือได้ เช่น เจ้าหน้าที่สุขภาพอนามัย
- 3.2 รับรู้ สนใจ และดูแลผลของพยาธิสภาพซึ่งรวมถึงผลที่กระทบต่อพัฒนาการของตนเอง
- 3.3 ปฏิบัติตามแผนการรักษา การวินิจฉัย การฟื้นฟู และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ
- 3.4 รับรู้ สนใจ ดูแล และป้องกันความไม่สบายจากผลข้างเคียงของการรักษา หรือจากโรค
- 3.5 ปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วย และการรักษาโดยรักษาไว้ซึ่งอัตมโนทัศน์และภาพลักษณ์ที่ดีของตนเอง ปรับบทบาทของตนเองให้เหมาะสมในการพึ่งพาตนเองและบุคคลอื่น
- 3.6 เรียนรู้ที่จะมีชีวิตร่วมอยู่กับผลของพยาธิสภาพหรือภาวะที่เป็นอยู่ รวมทั้งผลของการวินิจฉัยและการรักษาในรูปแบบการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมพัฒนาการของตนเองให้ดีที่สุด ตามความสามารถของตนเองที่เหลืออยู่ รู้จักตั้งเป้าหมายที่เป็นจริง ซึ่งจะเห็นว่า การดูแลตนเองในประเด็นนี้ บุคคลจะต้องมีความสามารถในการผสมผสานความต้องการดูแลตนเองในประเด็นอื่น ๆ เข้าด้วยกัน เพื่อจัดระบบการดูแลตนเองทั้งหมดที่จะช่วยป้องกันอุปสรรค หรือบรรเทาเบาบางผลที่เกิดจากพยาธิสภาพ การวินิจฉัยและการรักษาต่อพัฒนาการของตนเอง

2.4.3 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองออกเป็น 2 ลักษณะ (เทอดเกียรติ ชุนแก้ว. 2547 : 12-13) ดังนี้

1. การดูแลสุขภาพตนเองในสภาวะปกติ หรือการดูแลตนเองเพื่อสุขภาพอนามัย (Self Health Care) เป็นพฤติกรรมการดูแลตนเองและสมาชิกในครอบครัว ให้มีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์อยู่เสมอ เป็นพฤติกรรมที่ทำขณะที่มีสุขภาพแข็งแรงใน 2 ลักษณะ คือ

1.1 การดูแลส่งเสริมสุขภาพ (Health Maintenance) คือ พฤติกรรมที่จะรักษาสุขภาพให้แข็งแรง ปราศจากความเจ็บป่วย สามารถดำเนินชีวิตเป็นปกติสุข และพยายามหลีกเลี่ยงจาก

อันตรายต่าง ๆ ที่จะส่งผลต่อสุขภาพ เป็นพฤติกรรมของประชาชนที่กระทำอย่างสม่ำเสมอ ในขณะที่มีสุขภาพแข็งแรง เป็นพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยทั่วไป (เจก ธนะศิริ, 2533 : 14-15) ได้แก่

- การดูแลตนเองเกี่ยวกับอาหาร เป็นการดูแลตนเองในเรื่องสิ่งจำเป็น และสำคัญ ผู้สูงอายุมีความต้องการอาหารครบ 5 หมู่ แต่อาหารควรเป็นอาหารที่ข่อยง่ายและควรแบ่งอาหารเป็นวันละ 5 - 6 มื้อ เพื่อแก้ปัญหาแน่นท้อง ไม่ควรรับประทานอาหารที่มีน้ำตาลมากควรได้รับอาหารที่มีวิตามินและเกลือแร่สูง

- การดูแลตนเองเกี่ยวกับน้ำ ผู้สูงอายุควรดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว เพื่อช่วยขับของเสียออกทางปัสสาวะ ป้องกันท้องผูก และควบคุมปฏิกิริยาทางเคมีในร่างกาย

- การดูแลตนเองเกี่ยวกับอากาศ ผู้สูงอายุอาจจะมีอาการของปอด และการระบายอากาศลดลง มีโอกาสที่จะเกิดโรคระบบทางเดินหายใจได้ง่าย ผู้สูงอายุควรที่จะอยู่ในที่อากาศถ่ายเทสะดวก ไม่ควรอยู่ที่แออัดมากเกินไป

- การดูแลตนเองเกี่ยวกับการขับถ่ายของเสีย ให้เป็นไปตามปกติ ผู้สูงอายุไม่ควรกลั้นปัสสาวะนาน ๆ เพราะจะทำให้เสียการบีบรัดตัวของกล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะ ส่วนการขับถ่ายอุจจาระนั้นจะรับรู้ต่อการกระตุ้นให้อยากถ่ายอุจจาระลดลงควรที่จะดื่มน้ำรับประทานอาหารที่มีกาก และออกกำลังกายอย่างเหมาะสม

- การมีกิจกรรมและการพักผ่อน จะทำให้ผู้สูงอายุมีความสุข รู้สึกว่ามีคุณค่า และเกิดความรู้สึกเพลิดเพลิน

- การป้องกันอันตรายต่อชีวิต ควรจัดสิ่งแวดล้อมในบ้านให้ปลอดภัยเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้นได้

- ส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาการ โดยการยอมรับการเปลี่ยนแปลงของร่างกายตามอายุที่เพิ่มขึ้นได้

1.2 การป้องกันโรค (Disease Prevention) เป็นพฤติกรรมที่กระทำโดยมุ่งที่จะป้องกันไม่ให้เกิดความเจ็บป่วยหรือโรคต่าง ๆ โดยแบ่งระดับการป้องกันโรคออกเป็น 3 ระดับ

- การป้องกันโรคเบื้องต้น (Primary Prevention) เช่น การไปรับภูมิคุ้มกันโรค สังเกตความผิดปกติของร่างกาย และตรวจสุขภาพประจำปี เพื่อตรวจสอบความผิดปกติของร่างกาย รักษาสุขภาพให้ดีตามวัย และสามารถแก้ไขความผิดปกติได้ทันเวลา

- การป้องกันความรุนแรงของโรค (Secondary Prevention) เป็นระดับของการป้องกันที่มุ่งจะขจัดโรคให้หมดไป ก่อนที่อาการโรคจะรุนแรงมากขึ้น เช่น การตรวจรักษาโรค

ในระยะแรกเริ่ม การตรวจ และการถ่ายภาพรังสีปอดในรายที่มีปัญหาของโรคทางเดินหายใจเรื้อรัง เพื่อป้องกัน โรคมะเร็งปอดที่จะเกิดขึ้นได้ในภายหลัง

1.3 การป้องกันการแพร่ระบาดของโรค (Tertiary Prevention) เป็นระดับของการป้องกัน ที่มีเป้าหมายต้องการยับยั้งการแพร่กระจายของโรคจากผู้ป่วยไปสู่คนอื่น ๆ

สรุปการดูแลตนเองในภาวะปกติ เป็นการดูแลส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ในขณะที่ มีสุขภาพแข็งแรง ไม่เจ็บป่วยด้วยโรคต่าง ๆ

2. การดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย (Self Health Care in Illness) เป็นพฤติกรรมของบุคคล ที่เกิดขึ้นตั้งแต่ระดับบุคคล รับรู้ว่าคุณมีความผิดปกติไปจากเดิม ตลอดจนตัดสินใจที่จะกระทำ สิ่งใด ๆ ลงไป เพื่อตอบสนองต่ออาการผิดปกตินั้น ทั้งนี้ อาจรักษาอาการผิดปกติด้วยวิธีการของ ตนเอง (Individual Self Health Care) หรือแสวงหาคำแนะนำ หรือการรักษาจากผู้อื่นทั้งที่เป็น สามัญชนจากครอบครัว และเครือข่ายสังคมของผู้ป่วย ตลอดจนบุคลากรสาธารณสุข โดยแต่ละคน จะตอบสนองต่อความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นแตกต่างกัน เช่น การงดอาหารแสลง การใช้สมุนไพร การบีบนิ้ว การซื้อยากินเอง และการตัดสินใจไปพบแพทย์ เป็นต้น การดูแลสุขภาพตนเองจึง ครอบคลุมถึงการประเมินผล และการตัดสินใจในการกระทำ หรือไม่กระทำตามคำแนะนำที่ผู้ป่วย ได้รับมา

การดูแลผู้สูงอายุเป็นการให้ผู้สูงอายุทั้งหลาย ได้สามารถใช้ชีวิตแต่ละวันอย่างมีความสุข มีอิสระที่จะดำเนินชีวิตอย่างมีคุณภาพตามที่ตนต้องการ ถึงแม้สภาพร่างกายจะเสื่อมถอยไป และมี โรคเรื้อรังต่าง ๆ เพื่อให้บรรลุจุดประสงค์ดังกล่าวนี้ การดูแลผู้สูงอายุจะต้องเน้นที่จะทำให้ร่างกาย อยู่ในสภาพที่ดีที่สุด นานเท่าที่จะเป็นไปได้ ร่วมกับส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถร่วมกิจกรรม ต่าง ๆ ได้ ตามที่สภาพร่างกาย จิตใจ และเวลาเอื้ออำนวย เพื่อสุขภาพกายใจที่ดี ขอให้ยึดหลัก 11 อ. คือ อาหาร ออกกำลังกาย อนามัย อูจจาระ อากาศ อาทิตย์ อารมณ์ อติเรก อนาคต อบอุ่น และ อุบัติเหตุ

อาหาร ความต้องการพลังงานลดลง แต่ความต้องการสารอาหารต่าง ๆ ยังใกล้เคียง กับวัยผู้ใหญ่ ผู้สูงอายุควรลดอาหารประเภทไขมัน (น้ำมันจากสัตว์และพืช ไข่แดง เนย) และ ประเภทคาร์โบไฮเดรต (ข้าว แป้ง และน้ำตาล) ผู้สูงอายุควรได้รับอาหาร โปรตีน หรือกลุ่มเนื้อสัตว์ ประมาณ 50-60 กรัมต่อวัน หรือประมาณมือละ 2 ช้อนโต๊ะ ควรเป็นเนื้อสัตว์ที่ย่อยง่าย พวกปลา จะดีที่สุด ผู้สูงอายุกินไข่ขาวได้ไม่จำกัด แต่ควรกินไข่แดงไม่เกิน 3 ฟองต่อสัปดาห์ ผู้สูงอายุควรกิน ผักมาก ๆ ทั้งผักที่ใช้ใบ หัว และถั่วต่าง ๆ ผลไม้รับประทานได้มากเช่นกัน แต่ควรเลือกผลไม้ ที่ไม่หวานจัด ผลไม้ที่หวานจัด เช่น กล้วยสุก มะม่วงสุก ทูเรียน ลำไย ควรรับประทานแต่น้อย เพราะถ้ารับประทานมาก อาจจะทำให้เกิดโรคตามมาได้ เช่น เบาหวาน เป็นต้น

ออกกำลังกาย ผู้สูงอายุควรออกกำลังกายประมาณสัปดาห์ละ 3-4 ครั้ง เพื่อให้ร่างกายมีความคล่องตัว แข็งแรง ซึ่งจะทำให้การทรงตัว และการเคลื่อนไหวดีขึ้น ไม่หกล้มง่าย

อนามัย คือ การดูแลตนเองโดยเฉพาะให้พยายาม ลด ละ เลิก สิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ เช่น บุหรี่ เหล้า และพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ รวมทั้งสังเกตการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกาย การขับถ่าย เป็นต้น และควรได้รับการตรวจสุขภาพเป็นประจำทุกปี ตั้งแต่อายุประมาณ 65 ปี เป็นต้นไป

การขับถ่าย คือ จะต้องให้ความสนใจการขับถ่ายของผู้สูงอายุด้วยว่ามีปัญหาหรือไม่ บางรายอาจจะเกิดปัญหาถ่ายยาก ถ่ายลำบาก อีกส่วนหนึ่งอาจมีปัญหาเรื่องกลั้นการขับถ่ายไม่ได้ ซึ่งแต่ละปัญหาจะต้องให้การดูแลแก้ไขไปตามสาเหตุ

อากาศและแสงอาทิตย์ จะเน้นให้อยู่ในสถานที่ ๆ มีสิ่งแวดล้อมทางธรรมชาติที่เหมาะสม

อารมณ์ อึดใจ อากาศ อบอุ่น เน้นทางด้านความรู้สึกรื่นเริง และจิตใจของผู้สูงอายุ เพื่อช่วยให้การมีชีวิตอยู่แต่ละวันมีความสุข มีความรื่นรมย์กับการมีชีวิตอยู่ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี ควรเข้าใจธรรมชาติของสิ่งต่าง ๆ และปรับความรู้สึกรื่นเริงไปตามนั้น ไม่ยึดแต่ลักษณะเก่า ๆ ดั้งเดิมที่เคยเป็นมา ควรมีงานอดิเรกที่น่าสนใจ แต่ไม่ควรเป็นสิ่งที่เป็นการระมัดระวัง เช่น ถ้าอยู่คนเดียวก็ไม่ควรเลี้ยงสัตว์จำนวนมาก เพราะจะเป็นภาระในการซื้อหา และให้อาหาร และถ้าสัตว์เลี้ยงป่วย เสียชีวิต ก็จะทำให้เกิดความสลดหดหู่ และจิตใจเศร้าหมองได้ ผู้สูงอายุควรคิดถึงอนาคตด้วย และควรพยายามเข้าร่วมในสังคมกลุ่มต่าง ๆ ตามสมควร การมีเพื่อนรุ่นเดียวกัน หรือต่างรุ่น จะทำให้มีความสุข และรู้สึกถึงคุณค่าของตน

อุบัติเหตุ เกิดขึ้นได้ทุกขณะ และอาจทำให้เกิดความบาดเจ็บและความพิการต่าง ๆ ควรพยายามดูแลสภาพบ้านเรือนให้ปลอดภัย มีแสงสว่างพอเหมาะ พื้นไม่ลื่น หรือควรมีราวจับในบางแห่งที่เกิดอุบัติเหตุได้บ่อย ๆ เช่น ห้องน้ำ เป็นต้น ทั้งหมดนี้เป็นหลักการคร่าว ๆ ในการดูแลผู้สูงอายุ แต่ละคนจะมีปัญหาแตกต่างกันออกไป ซึ่งจะต้องปรับการดูแลให้เหมาะสม หลักสำคัญก็คือ ต้องให้ท่านเหล่านั้นสามารถดำเนินชีวิตได้ด้วยตนเอง โดยพึ่งพาผู้อื่นน้อยที่สุด (สิรินทร ฉันทศิริกาญจน. 2542 : ออนไลน์)

2.4.4 ปัจจัยพื้นฐานที่ส่งเสริมการดูแลตนเอง

ปัจจัยพื้นฐานที่ส่งเสริมการดูแลตนเอง (ชลธร รักษาณรงค์. 2545 : 17-19) ประกอบด้วย เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ลักษณะครอบครัว แบบแผนการดำเนินชีวิต

การบริการสุขภาพภาวะสุขภาพ และจากการศึกษาวิจัยของฉัตรทอง อินทร์นอก (2540 : 35) พบว่า ปัจจัยที่มีส่วนส่งเสริมการดูแลตนเอง ดังนี้

1. เพศ เป็นปัจจัยหนึ่งที่สัมพันธ์กับการดูแลตนเอง นอกจากจะทำให้เกิดความแตกต่างทางสรีระของบุคคล ยังเป็นตัวกำหนดบทบาทและบุคลิกภาพในครอบครัว ชุมชนและสังคมด้วย เป็นสิ่งที่แสดงถึงค่านิยมของบุคคลที่บ่งบอกถึงคุณภาพพลังอำนาจและความสามารถตามธรรมชาติของมนุษย์ตามปัจจัยกรรมพันธุ์ผู้สูงอายุที่มีเพศต่างกัน จะมีรูปแบบในการดูแลตนเองแตกต่างกัน โดยเพศชายมีการดูแลตนเอง และมีแบบแผนชีวิตที่ดีกว่าเพศหญิง และมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีกว่าเพศหญิง

2. สถานภาพสมรส เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่ มีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพโสด หม้าย หย่า แยก ทั้งนี้ เนื่องจากการมีชีวิตคู่จะมีความผูกพันลึกซึ้งระหว่างผู้สูงอายุกับคู่สมรส เมื่อคู่ชีวิตเจ็บป่วย จำเป็นต้องมีคนคอยดูแลช่วยเหลือ เอาใจใส่ ต่างจากกลุ่มที่ไม่มีคู่สมรส ต้องอยู่โดยลำพัง ต้องดูแลช่วยเหลือตนเองทั้งในยามปกติ และยามเจ็บป่วย การขาดคู่สมรสนั้น จะทำให้รู้สึกอ้างว้าง โดดเดี่ยว ขาดคู่คิด ที่ปรึกษา ขาดคนคอยให้ความช่วยเหลือ ปลอดภัยให้กำลังใจ การสูญเสียคู่สมรส มีผลกระทบต่อกระเทือนอย่างมากต่อภาวะจิตใจ อารมณ์ และสุขภาพผู้สูงอายุที่ไม่มีคู่สมรสจะเกิดความรู้สึกหว่านเหว ไม่สนใจสุขภาพร่างกายเท่าที่ควร สิ่งเหล่านี้มีผลกระทบต่อพฤติกรรมดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตแทบทั้งสิ้น

3. ระดับการศึกษา การศึกษาเป็นสิ่งสำคัญต่อการพัฒนาความรู้ ทักษะ และทัศนคติที่ดีต่อการดูแลตนเอง นอกจากนี้ยังเป็นปัจจัยที่ทำให้บุคคลได้รับข้อมูล ข่าวสาร มีการเรียนรู้ และสามารถตัดสินใจพิจารณาในการปฏิบัติกิจกรรมดูแลตนเองได้ ผลการศึกษา พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ การศึกษาช่วยให้บุคคลรู้จักใช้ความรู้ และความคิดของตนเองเข้าไปแก้ปัญหาการดำรงชีวิตได้อย่างเหมาะสม และเป็นพื้นฐานสำคัญของการมีรายได้บุคคลที่มีการศึกษาสูงย่อมมีโอกาสที่จะประกอบอาชีพที่ดี ทำให้มีรายได้สูงขึ้น ทำให้มีความพึงพอใจ สุขใจ และมีความรู้สึกรักคุณค่าในตนเอง การศึกษาจึงเป็นส่วนหนึ่งที่ส่งเสริมให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

4. อาชีพ การประกอบอาชีพเพื่อให้ได้มาซึ่งรายได้มีความสำคัญอย่างหนึ่ง เพราะทำให้ผู้ที่มิรายได้เป็นของตนเองเกิดความรู้สึกรับผิดชอบทางเศรษฐกิจ และทำให้สามารถช่วยเหลือผู้อื่นได้ จึงเกิดความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า ไม่เป็นภาระต่อผู้อื่น และทำให้มีอำนาจในการแสวงหาปัจจัยต่าง ๆ ที่จะส่งเสริมให้ร่างกายมีสุขภาพที่แข็งแรง และดำรงชีวิตอย่างมีความสุข เช่น การแสวงหาอาหาร เสื้อผ้า เครื่องนุ่งห่ม การรับบริการสุขภาพ การทำกิจกรรม เป็นต้น ผู้ที่มีอาชีพจึงมี

สุขภาพกาย และสุขภาพจิตที่ดีตามไปด้วย สำหรับผู้ที่ไม่มีอาชีพ ทำให้ไม่มีรายได้เป็นของตนเอง โดยเฉพาะผู้สูงอายุ รายได้ต้องได้มาจากลูกหลาน การใช้จ่ายเพื่อตอบสนองความต้องการของตนเองจึงไม่สามารถทำได้เต็มที่ การดูแลสุขภาพตนเองจึงไม่สมบูรณ์เท่าที่ควร

5. รายได้ เป็นตัวบ่งชี้ถึงสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม รายได้มีอิทธิพลต่อการเลือกใช้บริการสุขภาพ และสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง แม้ว่ารายได้ของบุคคลจะไม่ใช่อะไรเดียวที่จำเป็นที่สุดในชีวิต แต่ทุกคนยอมรับว่ารายได้เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิต ในด้านการตอบสนองความต้องการพื้นฐานของบุคคล ดังนั้น จึงกล่าวได้ว่า บุคคลที่มีรายได้สูงจะมีแหล่งประโยชน์ที่จะช่วยให้การดูแลตนเองเป็นผลสำเร็จตามความต้องการในที่สุด ส่วนผู้ที่มีรายได้น้อย หรือมีรายได้น้อยปานกลางมักจะมีปัญหาการเงิน และทำให้เกิดความรู้สึกกังวลเป็นทุกข์ ผู้ที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมดี จะมีโอกาสแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลตนเอง

6. ลักษณะครอบครัว ผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวขยายมีโอกาสได้รับการดูแลเอาใจใส่จากสมาชิกในครอบครัวมากกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวเดี่ยว ครอบครัวเป็นสถาบันที่มีความหมายและเป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ เพราะครอบครัวเป็นสถาบันที่จะทำหน้าที่ดูแลตอบสนองความต้องการพื้นฐานของร่างกาย จิตใจ และสังคม การที่บุคคลได้รับความรัก ความเอาใจใส่ ความเข้าใจเห็นอกเห็นใจจากบุคคลในครอบครัว ได้รับการยอมรับว่าตนเองมีคุณค่า มีความสำคัญ จะส่งผลให้บุคคลมีพฤติกรรมทางสุขภาพดี ตรงข้ามกับบุคคลที่ขาดการเอาใจใส่ จากครอบครัว และรู้สึกด้อยค่า จะทำให้บุคคลนั้นมีพฤติกรรมเสี่ยงและเกิดความล้มเหลวในการดูแลสุขภาพของตนเอง

การศึกษาครั้งนี้ได้สรุปแนวคิดจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัย และแนวคิดของโอเรียม คือ การดูแลตนเองโดยทั่วไป การดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ การดูแลตนเองตามภาวะสุขภาพถดถอย ซึ่งเป็นการดูแลตนเองเพื่อส่งเสริม และรักษาไว้ซึ่งสุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคล การที่บุคคลจะทำกิจกรรมเพื่อการดูแลตนเองได้มากน้อยเพียงไร ขึ้นอยู่กับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับตนเอง ได้แก่ ด้านเพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ลักษณะครอบครัว เป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง รวมถึงสิ่งแวดล้อม เพื่อดำรงไว้เพื่อการมีชีวิตที่มีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ผู้ศึกษาจึงได้นำแนวคิดของ โอเรียม การดูแลตนเองโดยทั่วไป ซึ่งเป็นการดูแลตนเองที่มีพฤติกรรมการกระทำโดยจงใจของบุคคลที่มีผลต่อตนเอง เพื่อส่งเสริมสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี โดยผู้สูงอายุมีการดูแลตนเองในการทำกิจกรรมด้านการปฏิบัติตัวในชีวิตประจำวัน ที่มีผลต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย การรับประทานอาหารครบทั้ง 5 หมู่/1 วัน การนอนหลับ/1 คืน ออกกำลังกาย/สัปดาห์ การดื่มน้ำสะอาด การสูบบุหรี่ และการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

2.5 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม

2.5.1 ความหมายการสนับสนุนทางสังคม

คอบบ์ (Cobb. 1976 : 300 อ้างถึงใน ปิยวดี ทองทั้งสาย และคณะ. 2546 : 40) ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่าเป็นข้อมูลหรือข่าวสารที่ทำให้บุคคลเชื่อว่ามีคนรัก คนสนใจ มีคนยกย่อง และมองเห็นคุณค่า และรู้สึกว่าคุณค่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

ทอยท์ (Thoit. 1982 อ้างถึงใน ชลธร รักษาณุงศ์. 2545 : 22) ได้อธิบายการสนับสนุนทางสังคมว่าเป็นระดับความต้องการพื้นฐานทางสังคมของบุคคลซึ่งเกิดจากการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในสังคม และได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมตามลักษณะความจำเป็นขั้นพื้นฐานทางสังคมไว้ 5 ชนิดดังนี้

(1) การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ หมายถึง ข้อมูลที่ทำให้บุคคลเชื่อว่าได้รับความรัก และการดูแลเอาใจใส่ ซึ่งมักจะได้รับความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิด และมีความผูกพันลึกซึ้งต่อกัน

(2) การสนับสนุนด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า หมายถึง ความรู้สึกที่บอกให้ทราบว่าบุคคลนั้นมีคุณค่าต่อบุคคลอื่น และได้รับการยอมรับเห็นคุณค่านั้นด้วย

(3) การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม หมายถึง การแสดงออกที่บอกให้ทราบว่าบุคคลนั้นเป็นสมาชิกส่วนหนึ่งของกลุ่มสังคมและมีความผูกพันกัน

(4) การสนับสนุนด้านข้อมูล ข่าวสาร หมายถึง การให้คำแนะนำในการแก้ปัญหาหรือการให้ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรม และการกระทำของบุคคล

(5) การสนับสนุนด้านสิ่งของ หมายถึง การให้ความช่วยเหลือในด้านสิ่งของเงินทอง หรือบริการ

จาคอบสัน (Jacobson. 1982 อ้างถึงใน ปิยวดี ทองทั้งสาย และคณะ. 2546 : 41) ให้ความหมายการสนับสนุนทางสังคมว่าเป็นแหล่งประโยชน์ หรือสัมพันธ์ทางสังคมที่สนองความต้องการของบุคคล และได้กล่าวชนิดของการสนับสนุนทางสังคม ไว้ดังนี้

(1) การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotion Support) เป็นพฤติกรรมที่ทำให้บุคคลรู้สึกสบายและเชื่อว่ามีบุคคลเคารพนับถือยกย่องและให้ความรัก รวมทั้งพฤติกรรมอื่น ๆ ที่แสดงถึงการดูแลเอาใจใส่ และให้ความมั่นคงปลอดภัย

(2) การสนับสนุนด้านสติปัญญา (Cognitive Support) เป็นข้อมูลข่าวสารความรู้ หรือคำแนะนำที่จะช่วยให้บุคคลเข้าใจสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเอง และช่วยให้สามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงนั้นได้

(3) การสนับสนุนด้านสิ่งของ (Materials Support) หมายถึง สิ่งของและบริการต่าง ๆ ที่ จะช่วยให้บุคคลสามารถแก้ปัญหาได้

เบตัน เฮช คาเพลน (Beton H. Kapla. 1977 : 132 อ้างถึงใน ทิพย์อรุณ สมภู. 2552 : 9) ได้กล่าวถึงการสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การประกอบขึ้นด้วยแรงยึดเหนี่ยวระหว่างบุคคล ที่สามารถให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกันทั้งทางด้านอารมณ์ ทางด้านทรัพยากรอื่น ๆ ซึ่งแรง สนับสนุนทางสังคมนั้นมาจากหลายแหล่งด้วยกัน ยกตัวอย่าง เช่น ครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อนบ้าน ที่ทำงาน หรือเพื่อนสนิท

กรกมล บำรุงวัด (2545 : 29) สรุปว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลได้รับการ สนับสนุนหรือเกื้อหนุนจากบุคคล หรือกลุ่ม หรือชุมชน ในรูปแบบต่าง ๆ ทั้งรูปธรรม เช่น สิ่งของ เงินทอง ฯลฯ และนามธรรม คือ ความเอาใจใส่ ดูแลให้กำลังใจ ฯลฯ ซึ่งบุคคลที่ได้รับการ สนับสนุนนี้ หากเป็นยามปกติ จะทำให้บุคคลมีความสุข พึงพอใจ มีความอบอุ่น มั่นใจในการมี ชีวิต หากเป็นยามไม่ปกติ เช่น บุคคลที่ป่วย หรือชรา และอาจจะช่วยตนเองได้น้อยลง การสนับสนุนทางสังคมจะทำให้บุคคลนั้นมีกำลังใจ และเผชิญหน้ากับความทุกข์ความเครียด ฯลฯ ได้รวดเร็วยิ่งขึ้น หรือได้ดีขึ้นเช่นกัน

สรุป การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่ผู้สูงอายุได้รับความช่วยเหลือเกื้อกูล ในด้านต่าง ๆ จากสังคมนรอบข้าง ไม่ว่าจะเป็นสมาชิกในครอบครัว เพื่อน/เพื่อนบ้าน ญาติ/พี่น้อง หน่วยงานภาครัฐ และหน่วยงานภาคเอกชน ซึ่งส่งผลทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ มีองค์ประกอบเป็น 4 ด้าน ดังนี้ ด้านอารมณ์ ด้านการช่วยเหลือทางการเงินและสิ่งของ ด้านการ ได้รับข้อมูลข่าวสาร ด้านการยกย่องและชื่นชม ดังนั้น การได้รับการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัย สำคัญประการหนึ่งที่มีผลต่อการดูแลตนเอง เนื่องจากสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแปรทางจิตสังคม ที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพและการดูแลตนเองของบุคคลทั้งร่างกายและจิตใจ โดยเฉพาะในภาวะ ที่บุคคลเข้าสู่วัยผู้สูงอายุมิการเจ็บป่วย

2.5.2 ความสำคัญของการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพ และการปรับตัว ในภาวะเครียด ซึ่งโคเฮนและวิลล์ (Cohen and Will. 1985 : 310-312 อ้างถึงใน เพ็ญศรี กองสัมฤทธิ์ และคณะ. 2540 : 28) ได้เสนอสรุปเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อภาวะสุขภาพไว้ 2 ลักษณะ คือ

(1) การสนับสนุนทางสังคมมีผลโดยตรงต่อภาวะสุขภาพ (The Main Effect Model) การได้รับความช่วยเหลือโดยตรงจะทำให้บุคคลเกิดอารมณ์มั่นคงกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น

และตระหนักถึงการมีคุณค่าในตนเองและมีผลต่อพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพให้เข้าไปในทางที่ดีและถูกต้อง จึงมีผลต่อสุขภาพโดยตรง นอกจากนี้การได้รับการสนับสนุนทางสังคมยังมีผลต่อการทำหน้าที่ของระบบภูมิคุ้มกันและระบบฮอร์โมนในร่างกาย ด้วยเหตุนี้บุคคลที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก จึงมีภาวะสุขภาพและมีความสุขดีกว่าผู้ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อยกว่า

(2) การสนับสนุนทางสังคมมีผลโดยตรงต่อการดูดซับหรือบรรเทาผลกระทบที่เกิดจากภาวะเครียด (Buffering Effect Model) จะป้องกันไม่ให้เกิดความเจ็บป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เนื่องจากความเครียดเกิดจากความรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า หมดหนทางแก้ไขปัญหา สูญเสียความภาคภูมิใจในตนเอง และไม่สามารถเผชิญกับเหตุการณ์นั้นได้ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอจะช่วยป้องกันบุคคลจากภาวะเครียดได้ โดย 1) ช่วยให้ผู้บุคคลได้ประเมินเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นว่ารุนแรงมากหรือน้อย เพราะการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจะทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกว่า ไม่ว่าจะเกิดเหตุการณ์ใดเกิดขึ้นจะมีผู้ที่สามารถให้ความช่วยเหลือหรือบรรเทาความเครียดให้น้อยลงได้ 2) ช่วยลดหรือกำจัดปฏิกิริยาที่เกิดจากความเครียดหรือผลกระทบที่มีต่อร่างกายโดยตรง โดยช่วยให้บุคคลมีการรับรู้ต่อภาวะเครียดน้อยลง นอกจากนี้ยังมีผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพ การได้รับข้อมูลจะทำให้บุคคลมีการรับรู้เกี่ยวกับตนเองและสิ่งแวดล้อมมากขึ้น เข้าใจในเหตุการณ์ได้ดียิ่งขึ้น โดยมีการประเมินเหตุการณ์นั้นซ้ำ ซึ่งจะทำให้บุคคลสามารถควบคุมพฤติกรรมดูแลตนเอง

สรุปการสนับสนุนทางสังคมมีความสำคัญต่อภาวะสุขภาพและการปรับตัวในภาวะเครียดของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและมีผลต่อพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพไปในทางที่ดีและถูกต้อง นั่นก็คือเป็นการช่วยป้องกันไม่ให้เกิดความเจ็บป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ

2.5.3 ประเภทของการสนับสนุนทางสังคม

ได้มีผู้ศึกษาและแบ่งประเภทของสนับสนุนทางสังคมไว้ ดังนี้

การสนับสนุนทางสังคม สามารถจำแนกออกได้เป็น 4 ลักษณะ โครเนินเวลท์ (Cronenwelt. 1984 : 9 อ้างถึงใน ทิพย์อรุณ สมภู. 2552 : 10) ดังนี้

(1) การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ซึ่งเป็นเรื่องของความรู้สึก เห็นใจ ดูแลเอาใจใส่ มีความรัก ความผูกพัน

(2) การสนับสนุนทางด้านความช่วยเหลือ เช่น การช่วยเหลือทางการเงินและสิ่งของ

(3) การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร ซึ่งเป็นการให้คำแนะนำต่าง ๆ เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการแก้ไขปัญหาในชีวิตได้

(4) การสนับสนุนด้านการยกย่อง เป็นข้อมูลที่ทำให้บุคคลนั้นเห็นตัวเองมีคุณค่า จากการที่บุคคลอื่นยอมรับนับถือตน

เซฟเฟอร์ คอยเน และ ลาซารัส (Schaefer, Coyne, & Lazarus. 1981 อ้างถึงใน อินทุกานต์ กุลไวย. 2552 : 37) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็น 3 ประเภท คือ

1. ด้านสิ่งของ (Tangible Support) เป็นการช่วยเหลือโดยให้สิ่งของเงินทอง หรือ การช่วยเหลือบริการ

2. ด้านอารมณ์ (Emotional Support) เป็นการช่วยให้บุคคลรู้สึกว่าคุณค่าตนเองได้รับความรัก ความผูกพัน ความใกล้ชิด และความไว้วางใจ

3. ด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) เป็นการให้ข้อมูล รวมถึงคำแนะนำในการแก้ไขปัญหา และการให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับการกระทำพฤติกรรมของบุคคล

คอบบี้ (Cobb. 1976 อ้างถึงใน อินทุกานต์ กุลไวย. 2552 : 37) ได้แบ่งประเภทของการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ประเภท คือ

1. ด้านอารมณ์ (Emotional Support) เป็นข้อมูลที่จะได้รับความรักและการดูแลเอาใจใส่ที่ดีจากบุคคลที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดผูกพัน ลึกซึ้งต่อกัน

2. ด้านการยอมรับและมีคุณค่า (Esteem Support) เป็นข้อมูลที่บอกให้ทราบว่าบุคคลนั้นมีคุณค่า และทำให้บุคคลอื่นเห็นคุณค่านั้นด้วย

3. ด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Network Support) เป็นการแสดงออกที่บอกให้ทราบว่าบุคคลนั้นเป็นสมาชิกหรือเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายสังคม และมีความผูกพันซึ่งกันและกัน

แบรนด์ และไวเนิร์ต (Brandt and Weinert. 1981 อ้างถึงใน อินทุกานต์ กุลไวย. 2552 : 36) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 5 ด้าน ประกอบด้วย

1. การได้รับความรักใคร่ผูกพัน (Attachment / Intimacy) หมายถึง การได้รับการตอบสนองทางด้านอารมณ์ การได้รับความผูกพัน การดูแลเอาใจใส่ ความใกล้ชิดสนิทสนม และความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ทำให้บุคคลรู้สึกว่าคุณค่าเป็นที่รัก แต่ถ้าขาดการสนับสนุนชนิดนี้ จะรู้สึกเดียวดาย มองโลกในแง่ร้าย ลักษณะเช่นนี้จะพบในกลุ่มสมรส บิดามารดาญาติพี่น้อง

2. การเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Social Integration) หมายถึง การที่บุคคลมีโอกาสได้เข้าร่วมกิจกรรมของสังคม ทำให้มีการแลกเปลี่ยนความคิด ความรู้สึก ข้อมูลข่าวสาร ความหวังใจ ความเอื้ออาทรต่อกัน ถ้าบุคคลขาดการสนับสนุนทางสังคมชนิดนี้ จะทำให้ชีวิตน่าเบื่อ รู้สึกเบื่อหน่าย รู้สึกถูกตัดขาดจากสังคม

3. การมีโอกาเสื้อประโยชน์ต่อผู้อื่น (Opportunity for Nurture) หมายถึง การที่บุคคล ได้มีโอกาสเลี้ยงดูหรือช่วยเหลือผู้อื่น ทำให้เกิดความรู้สึกว่าตนเป็นที่ต้องการและเป็นที่พึ่งของผู้อื่น ได้ มีการแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกัน บุคคลที่ขาดการสนับสนุนชนิดนี้จะรู้สึกว่าชีวิตของตนเองไร้ค่า

4. ความมั่นใจในควมมีคุณค่าแห่งตน (Reassurance of Worth) หมายถึง การที่บุคคลนั้น ได้รับความเคารพนับถือ เห็นคุณค่า ยกย่องและชื่นชมตามบทบาททางสังคมรวมถึงการให้อภัย ให้ออกาสปรับปรุงตนเอง ถ้าบุคคลไม่ได้รับการสนับสนุนชนิดนี้จะรู้สึกขาดความเชื่อมั่นและรู้สึก ตนเองไร้ประโยชน์

5. การได้รับความช่วยเหลือและคำแนะนำในด้านต่าง ๆ (Reassurance of Worth Information, Emotional and Material Help) คือ การให้ได้รับข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำการช่วยเหลือ ด้านอารมณ์ การเงิน วัตถุและสิ่งของ

จากการศึกษาประเภทของการสนับสนุนทางสังคมของนักวิชาการดังกล่าว สรุปได้ว่าการสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย การได้รับความช่วยเหลือ ได้แก่ การได้รับกำลังใจทำให้รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า การได้รับความช่วยเหลือสิ่งของ เงินทอง และการได้รับข้อมูลข่าวสารหรือข้อมูล จากบุคคลในครอบครัว เพื่อนร่วมงาน บุคคลในวิชาชีพหรือบุคคลอื่น ๆ การสนับสนุนสิ่งเหล่านี้ล้วนมีผลทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกมั่นใจและตนเองมีคุณค่า ส่งผลการมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้

2.5.4 แหล่งที่มาของการสนับสนุนทางสังคม

เพนเดอร์ (Pender. 1987 อ้างถึงใน อินทกานต์ กุลไวย. 2552 : 39) ได้แบ่งแหล่ง การสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 5 ระบบ คือ

1. ระบบสนับสนุนตามธรรมชาติ (Natural Support Systems) ได้แก่ แหล่งสนับสนุนจาก ครอบครัว ญาติพี่น้อง ซึ่งถือว่ามีค่าสำคัญมาก เพราะครอบครัวมีบทบาทสำคัญเป็นแหล่งที่ ถ่ายทอดค่านิยม ความเชื่อ แบบแผนพฤติกรรม การปฏิสัมพันธ์ และประสบการณ์ต่าง ๆ ในชีวิต อันจะเป็นเครื่องมือสำคัญในการให้การสนับสนุนผู้สูงอายุได้

2. ระบบสนับสนุนจากกลุ่มเพื่อน (Peer Support Systems) เป็นการสนับสนุนที่ผู้สูงอายุ ได้รับจากบุคคลซึ่งมีประสบการณ์ มีความชำนาญในการที่จะค้นคว้าหาความต้องการ และสามารถ ติดต่อชักจูงผู้สูงอายุได้ง่าย เป็นเหตุให้ผู้สูงอายุซึ่งประสบความสำเร็จ และสามารถปรับตัวต่อ สถานการณ์ที่เลวร้ายต่าง ๆ ในชีวิตอันจะเป็นเครื่องมือสำคัญให้การสนับสนุนผู้สูงอายุ

3. ระบบสนับสนุนด้านศาสนาหรือแหล่งอุปถัมภ์ต่าง ๆ (Religious Organized or Denomination) เป็นแหล่งที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุได้มีการแลกเปลี่ยนความเชื่อ ค่านิยม คำสอน

คำแนะนำเกี่ยวกับวิถีชีวิตและขนบธรรมเนียมประเพณีต่าง ๆ ได้แก่ พระ นักบวช หมอสอนศาสนา กลุ่มผู้ปฏิบัติธรรม ฯลฯ

4. ระบบสนับสนุนจากกลุ่มวิชาชีพด้านสุขภาพ (Health Organized Support Systems) เป็นแหล่งการสนับสนุนเป็นแห่งแรกที่ทำให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุ ซึ่งจะมีความสำคัญต่อการสนับสนุนที่ได้รับจากครอบครัว เพื่อนสนิท และกลุ่มเพื่อน

5. ระบบสนับสนุนจากกลุ่มวิชาชีพอื่น ๆ (Organized Support Systems Not Directed by Health Professional) เป็นการสนับสนุนจากกลุ่มบริการ อาสาสมัคร กลุ่มช่วยเหลือตนเอง (Help Groups) เป็นกลุ่มที่เป็นสื่อกลางที่ช่วยให้ผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่าง ๆ ในทางที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวเข้ากับสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ในชีวิต

เฮาส์ (House, 1981 อ้างถึงใน ศรีเมือง พลังฤทธิ์, 2547 : 40) จัดกลุ่มบุคคลที่เป็นแหล่งสนับสนุนไว้เป็น 2 กลุ่ม ตามลักษณะความสัมพันธ์ คือ 1) กลุ่มที่มีความสัมพันธ์อย่างไม่เป็นทางการ หมายถึง บุคคลที่ให้ความช่วยเหลือแก่บุคคลอื่น โดยมีความสัมพันธ์กันตามธรรมชาติ ไม่เกี่ยวข้องับบทบาทการทำงาน หรือวิชาชีพ ได้แก่ คู่สมรส เภรือญาติ หรือเพื่อนฝูง 2) กลุ่มที่มีความสัมพันธ์อย่างเป็นทางการ หมายถึง บุคคลที่ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่น โดยเกี่ยวข้องับบทบาทการทำงานหรือวิชาชีพ ซึ่งจะมีลักษณะการช่วยเหลือที่เฉพาะเจาะจง ประเภทใดประเภทหนึ่ง เป็นส่วนหนึ่งเป็นส่วนมาก เช่น กลุ่มช่วยเหลือตนเอง ทีมสุขภาพ เป็นต้น

แคปแลน และคณะ (Kaplan, et al., 1977. อ้างถึงใน อินทกานต์ กุลไวย, 2552 : 39) จัดกลุ่มบุคคลที่เป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มที่มีความผูกพันกันตามธรรมชาติ (Natural Support Systems) ประกอบด้วยบุคคล 2 ประเภท คือ ประเภทบุคคลที่อยู่ในครอบครัวสายตรง ได้แก่ ปู่ ย่า ตา ยาย พ่อ แม่ ลูก หลาน และประเภทบุคคลของครอบครัวใกล้ชิด ได้แก่ เพื่อนฝูง เพื่อนบ้าน คนรู้จักคุ้นเคย คนทำงานเดียวกัน 2) องค์กรหรือสมาคมที่ให้การสนับสนุน (Supportive Organized) หมายถึง กลุ่มบุคคลที่มารวมกันเป็นหน่วย เป็นชมรม สมาคม ซึ่งไม่ใช่กลุ่มที่จัดโดยกลุ่มวิชาชีพสุขภาพ เช่น สมาคมผู้สูงอายุ องค์กรทางศาสนา ซึ่งส่วนใหญ่จะได้รับการช่วยเหลือ การระคับระคองด้านจิตใจ และอารมณ์ 3) กลุ่มช่วยเหลือวิชาชีพ (Professional Health Care Workers) หมายถึง บุคคลที่อยู่ในวงการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสุขภาพของประชาชนโดยอาชีพ

สรุปแหล่งที่มาจากการศึกษาแหล่งที่มาการสนับสนุนทางสังคมดังกล่าวข้างต้นสรุปได้ว่าการที่ผู้สูงอายุได้รับการช่วยเหลือ จะได้รับจากแหล่งบุคคลต่าง ๆ หรือหน่วยงาน ได้แก่ ครอบครัว เพื่อนหรือเพื่อนบ้าน ญาติ/พี่น้อง จากหน่วยงานภาครัฐ และภาคเอกชน โดยให้ความช่วยเหลือ

ในด้านอารมณ์ ด้านการเงินและสิ่งของ ด้านการช่วยเหลือให้ข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ และด้านการได้รับการยกย่องชื่นชม

2.5.5 การสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุพิการจากโรคเรื้อน

การได้รับการเกื้อหนุนช่วยเหลือดูแลจากสมาชิกในครอบครัวผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุไม่คิดว่าตนเองถูกทอดทิ้ง ทำให้เกิดความอบอุ่น และมีความสุข ซึ่งผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คนเดียว และต้องการได้รับการเกื้อหนุนทางสังคมเป็นสิ่งสำคัญมาก อีกทั้งบุตรหลานเป็นบุคคลสำคัญที่จะช่วยเหลือ ไรต์, ฟรานคิสซ์ มิลลิแกนและเรด (Wise. 1989 : 7 ; Frankish, Milligan และ Reid. 1998 : 292 อ้างถึงใน ศรีเมือง พลังฤทธิ์. 2547 : 34)

แนวคิดของโอเร็ม (Orem. 1995 อ้างถึงใน อินทุกานต์ กุลไวย. 2552 : 40-42) ได้กล่าวถึงผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่มีการดูแลตนเองลดลง เนื่องจากสภาพร่างกายเสื่อมลง การสูญเสียคู่สมรส คนใกล้ชิด อำนาจและบทบาทหน้าที่ และงานวิจัยของฮับบรูด มุชแลงแคมป์ และบราวน์ (Hubbard, Muhlenkamp and Brown. 1984) ได้ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเอง จึงจำเป็นที่จะต้องได้รับการช่วยเหลือจากผู้อื่นเพื่อช่วยให้สามารถบรรลุความต้องการในการดูแลตนเองที่จำเป็นได้นั้น คือ ผู้สูงอายุต้องได้รับการสนับสนุนทางสังคม จึงกล่าวได้ว่า การสนับสนุนทางสังคมมีส่วนสนับสนุนความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ซึ่งพบว่าบุคคลที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอ และเหมาะสมจะมีการดูแลตนเองดีตามไปด้วย

พิกเกต และ แฮนลอน (Pickett and Hanlon. 1990 : 441 อ้างถึงใน ศรีเมือง พลังฤทธิ์. 2544 : 32) กล่าวว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุ 85 ปีขึ้นไป มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือในการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น การเข้าห้องน้ำ การแต่งตัว การรับประทานอาหาร และการอาบน้ำ นั่นคือ ความสามารถพึ่งพาตนเองได้ลดลง

จากการศึกษาครั้งนี้ สรุปแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ ได้ว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัว หรือบุคคลในสังคมนอกรอบข้างอย่างเหมาะสมและเพียงพอ จะทำให้ผู้สูงอายุมีการดูแลตนเองได้ดี และส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ

2.6 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต

2.6.1 ความหมายคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตปรากฏเป็นครั้งแรกในสำนวนที่สละสลวยของรัฐบาลอเมริกา ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1960 เนื่องจากเป็นเรื่องที่สำคัญในการดำรงชีวิตและเป็นสิ่งที่มนุษย์ทุกคนปรารถนา อีกทั้งยังเป็นเป้าหมายหลักการพัฒนาประชากรของประเทศต่าง ๆ ในปัจจุบัน โดยเชื่อในแนวคิดที่ว่าถ้าคนมีคุณภาพชีวิตที่ดีการพัฒนาในด้านต่าง ๆ จะทำได้ดี และรวดเร็วขึ้น การที่คนจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ รู้จักคิด รู้จักทำ รู้จักตัดสินใจ คำว่าคุณภาพชีวิตจึงเกิดขึ้นพร้อมกับคำว่าประชากรศึกษาโดยถูกกำหนดขึ้นจากปัญหาความเป็นอยู่ที่สมคูลของมนุษย์ บรูชบาร์ดท์ (Bruchbardt. 1982 อ้างถึงใน จรรยา ภู่อัน. 2551 : 28)

นิยามคุณภาพชีวิต อาจจะกล่าวว่า ไม่มีคำนิยามใดเป็นที่ยอมรับเป็นเอกฉันท์ เนื่องจากมีรายละเอียดหลายประเด็น ยกตัวอย่างเช่น เรื่องที่เกี่ยวข้องกับร่างกาย จิตใจ ความรู้สึกเกี่ยวกับความอยู่ดีกินดี กิจกรรมประจำวัน และอื่น ๆ แวน ดาม (Van Dam. 1989 : 4) เมื่อกล่าวถึงคุณภาพชีวิตที่ดี หมายถึง การอยู่ดีกินดีแล้ว สิ่งที่ดีนั้นเหมือนกันมีเพียงเรื่องทางด้านกายภาพทั้งสิ้น สำหรับเรื่องทางวัฒนธรรมและจิตวิญญาณ แต่ละสังคมย่อมมีความคิดเห็นแตกต่างกันไป ซึ่งนำไปสู่ความแตกต่างกันในด้านการให้คำนิยามที่ชัดเจน (Latouche. 1993 : 11. อ้างถึงใน ทิพย์อรุณ สมภู. 2552 : 5) มณี ชุตินาฏติกุล (2543 : 22) คุณภาพชีวิต คือ การมีปัจจัยเพียงพอในการดำรงชีวิต ซึ่งเกิดมาจากปัจจัยทางรายได้ หรือทางเศรษฐกิจเป็นส่วนสำคัญประการหนึ่ง ที่มีส่วนทำให้เกิดการมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีสุขภาพดี มีความสามารถในการพึ่งตนเองได้ มีศักยภาพในการประกอบอาชีพ เมื่อเกิดปัญหาที่สามารถแก้ไขได้ มีสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัวและชุมชนซึ่งส่งผลต่อการพัฒนาประเทศในด้านเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อม

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization : WHO 2001) ให้ความหมายว่าคุณภาพชีวิตการรับรู้ความพึงพอใจ และสถานะของบุคคลในการดำรงชีวิตในสังคม โดยจะสัมพันธ์กับเป้าหมาย และความคาดหวังของตนเอง ภายใต้บริบทของวัฒนธรรม ค่านิยม มาตรฐานของสังคม และสิ่งอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น สวัสดิการ และบริการในด้านต่าง ๆ ตลอดจนลักษณะทางการเมืองการปกครองในสังคมที่อาศัยอยู่ (ทิพย์อรุณ สมภู. 2552 : 6)

โอเร็ม (Orem. 1991 อ้างถึงใน จรรยา ภู่อัน. 2551 : 27) ได้ให้ความหมาย คุณภาพชีวิต หมายถึง การรับรู้ถึงภาวะที่ปรากฏอยู่ของตนเอง ซึ่งแสดงถึงความพึงพอใจ ความยินดี และการมีความสุข หรือแสดงออกโดยประสบการณ์ด้านจิตวิญญาณ ในการบรรลุอุดมคติของตนเอง และการดำรงไว้ซึ่งความเป็นบุคคล คุณภาพชีวิตนั้นเกี่ยวข้องกับสุขภาพ ความสำเร็จในการใช้

ความพยายามของบุคคลและการมีแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ อย่างเพียงพอ บุคคลจะสามารถมีคุณภาพชีวิตได้แม้จะมีความผิดปกติของโครงสร้าง และการทำงานของร่างกาย

พาดิลา และ แกรนท์ (Padilla and Grant. 1985 : 45 อ้างถึงใน ศรีเมือง พลังฤทธิ์. 2547 : 21) กล่าวว่าไว้ว่า คุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ความพึงพอใจ ที่เปลี่ยนแปลงไปตามภาวะสุขภาพ

แรกซ์คอลลี และ มอร์โร (Ragsdale and Morrow. 1990 : 355 อ้างถึงใน ศรีเมือง พลังฤทธิ์. 2547 : 21) กล่าวว่าไว้ว่า คุณภาพชีวิตหมายถึงการรับรู้ การมีประสิทธิภาพ หรือความสามารถในการกระทำอย่างมีความหมาย เพื่อควบคุมหรือจัดการกับสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยของตน ทั้งด้านจิตอารมณ์ ความคิด และการดูแลรักษา

ซาน (Zhan. 1992 : 979 อ้างถึงใน ศรีเมือง พลังฤทธิ์. 2547 : 21) กล่าวว่าไว้ว่า คุณภาพชีวิตคือ ระดับความพึงพอใจ ซึ่งขึ้นกับประสบการณ์ชีวิตของแต่ละบุคคล

โดยสรุป จากความหมายของคุณภาพชีวิตข้างต้น ผู้วิจัยจึงให้ความหมายของคุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุของการวิจัยครั้งนี้ว่า คุณภาพชีวิตหมายถึงความพึงพอใจในการได้รับปัจจัยสี่ ได้แก่ มีอาหารดี ความเป็นอยู่ที่ดี มีสุขภาพกายดี มีสุขภาพจิตดี มีสิ่งของหรือเงิน ใช้ตามความจำเป็นขั้นพื้นฐาน อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดี และอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

2.6.2 องค์ประกอบคุณภาพชีวิต

องค์ประกอบที่เป็นตัวบ่งชี้คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ มีผู้กล่าวไว้หลากหลาย (ศรีเมือง พลังฤทธิ์. 2547 : 22) ดังนี้

เบอร์กอน (Berghom. 1981 : 335) ได้กล่าวว่า องค์ประกอบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ได้แก่ สภาพทางเศรษฐกิจ สภาพแวดล้อม การพึ่งตนเอง และการกระทำผิด และการทำกิจกรรม ซึ่งคล้ายกับแนวคิดของ พีซ (Peace. 1990 : 48) กล่าวว่า องค์ประกอบคุณภาพชีวิตประกอบด้วย 7 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยด้านกายภาพ ปัจจัยด้านสังคม ปัจจัยด้านเศรษฐกิจสังคม ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ปัจจัยด้านอำนาจบุคคล ปัจจัยวัตถุประสงค์ และปัจจัยด้านบุคลิกภาพ และ เดนแฮม (Denham. 1991 : 48) เสนอว่าองค์ประกอบคุณภาพชีวิตประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ สิ่งแวดล้อม ความสัมพันธ์ทางสังคม สุขภาพกาย สุขภาพจิต รวมถึงบุคลิกภาพและประวัติในอดีต

องค์การอนามัยโลก กล่าวถึงองค์ประกอบคุณภาพชีวิตฉบับย่อ มี 4 ด้าน ได้แก่

1. ด้านร่างกาย (Physical Domain) คือ การรับรู้สภาพทางด้านร่างกายของบุคคล ซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน เช่น การรับรู้สภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย การรับรู้ถึงความรู้สึกสบาย ไม่มีความเจ็บปวด การรับรู้ถึงความสามารถที่จะจัดการกับความเจ็บปวดทางร่างกาย ได้การรับรู้ถึงผลกำลังในการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้ถึงความเป็นอิสระที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น

การรับรู้ถึงความสามารถในการเคลื่อนไหวของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการทำงาน การรับรู้ว่าคุณไม่จำเป็นต้องพึ่งพาอาศัยใคร หรือการรักษาทางการแพทย์อื่น ๆ เป็นต้น

2. ด้านจิตใจ (Psychological Domain) คือ การรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง เช่น การรับรู้ความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง การรับรู้ถึงความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง การรับรู้ถึงความมั่นใจในตนเอง การรับรู้ถึงความคิด ความจำ สมาธิ การตัดสินใจ และความสามารถในการเรียนรู้เรื่องราวต่าง ๆ ของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการจัดการกับความเครียด หรือกังวล การรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อต่าง ๆ ของตน ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ถึงความเชื่อด้านวิญญาณ ศาสนา การให้ความหมายของชีวิต และความเชื่ออื่น ๆ ที่มีผลในทางที่ดีต่อการดำเนินชีวิต มีผลต่อการเอาชนะอุปสรรค เป็นต้น

3. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social Relationships) คือ การรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม การรับรู้ว่าคุณได้เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคมด้วย รวมทั้งการรับรู้ในเรื่องอารมณ์ทางเพศ หรือการมีเพศสัมพันธ์

4. ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ว่าคุณมีชีวิตอยู่อย่างอิสระ ไม่ถูกกักขัง มีความปลอดภัยและมั่นคงในชีวิต การรับรู้ว่าคุณได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดี ปราศจากมลพิษต่าง ๆ การคมนาคมสะดวก มีแหล่งประโยชน์ด้านการเงิน สถานบริการทางสุขภาพและสังคมสงเคราะห์ การรับรู้ว่าคุณมีโอกาสที่จะได้รับข่าวสาร หรือฝึกฝนทักษะต่าง ๆ การรับรู้ว่าคุณได้มีกิจกรรมสันทนาการ และมีกิจกรรมในเวลาว่าง เป็นต้น (กระทรวงสาธารณสุข กรมสุขภาพจิต. 2541 : ออนไลน์)

2.6.3 การประเมินคุณภาพชีวิต

องค์การยูเนสโก (UNESCO. 1980 : 312) ให้เกณฑ์การประเมินคุณภาพชีวิตไว้ดังนี้

1. ประเมินในเชิงวัตถุวิสัย (Objective Approach) วัดได้โดยข้อมูลที่เป็นรูปธรรมมองเห็นได้ นับได้และวัดได้ เช่น ข้อมูลด้านเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม

2. ประเมินในเชิงจิตวิสัย (Subjective Approach) เป็นข้อมูลด้านจิตวิทยา ซึ่งได้จากการสอบถามความรู้สึกและเจตคติต่อประสบการณ์เกี่ยวกับชีวิตของบุคคล การรับรู้ต่อสภาพความเป็นอยู่ การดำรงชีวิตรวมทั้งสิ่งต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับชีวิตและความพึงพอใจในชีวิต

ซ่าน (Zhan. 1992 อ้างถึงใน ปิยวดี, จิราภา ดวงวงษ์ และเดือนเพ็ญ บุญเปรม. 2546 : 49) มีความเห็นว่า จากความหมายของคุณภาพชีวิตที่ว่า เป็นระดับของความพึงพอใจในประสบการณ์

ชีวิตของบุคคลเป็นเรื่องที่ซับซ้อน และเป็นพลวัต ดังนั้น ยุคสมัยภูมิหลังของบุคคล สภาพสังคม วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม จึงมีอิทธิพลต่อการรับรู้คุณภาพชีวิตของบุคคล ด้วยเหตุนี้ การประเมินคุณภาพชีวิตจึงไม่ควรประเมินเชิงวัตถุวิสัย หรือจิตวิสัยเพียงด้านใดด้านหนึ่ง และชาน ได้กำหนดตัวชี้วัดในการประเมินคุณภาพชีวิตไว้ดังนี้

(1) ความพึงพอใจในชีวิต โดยให้บุคคลประเมินความพึงพอใจในชีวิตของตนเกี่ยวกับเรื่องต่าง ๆ เป็นการประเมินเชิงจิตวิสัย

(2) อัตรานอนทัศน์เป็นการประเมินความสบายด้านจิตใจ (Psychological Well – Being) โดยให้บุคคลประเมินทัศนคติ และการรับรู้เกี่ยวกับตนเองซึ่งเป็นการประเมินเชิงจิตวิสัย

(3) ภาวะสุขภาพ เป็นการประเมินความสบายด้านร่างกาย (Physical Well-Being) โดยประเมินลักษณะทางคลินิก ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพซึ่งเป็นการประเมินทั้งเชิงวัตถุวิสัยและจิตวิสัย

(4) สถานภาพทางเศรษฐกิจ และสังคม เป็นการประเมินความสบายทางสังคม (Social Well-Being) ซึ่งจะประเมินทั้งเชิงวัตถุวิสัย และจิตวิสัย เกี่ยวกับ อาชีพ รายได้ การศึกษา

2.6.4 องค์การอนามัยโลก

ในปี ค.ศ. 1992 องค์การอนามัยโลกได้พัฒนาและนำเสนอเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตที่เป็นสหมิติ สะท้อนความเป็นองค์รวม และมีความเป็นสากล กล่าวคือ สามารถนำไปใช้ได้ในประเทศที่มีสังคมและวัฒนธรรมต่างกัน เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ซึ่งมีข้อคำถาม 100 ข้อ หรือ 100 ตัวชี้วัด จึงเรียกว่า WHOQOL-100 เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตชุดดังกล่าวขององค์การอนามัยโลก ถูกพัฒนาขึ้นมาโดยทีมงาน WHOQOL group ซึ่งทีมงานประกอบด้วยศูนย์ปฏิบัติงานภาคสนามจำนวน 15 ประเทศ ในการพยายามสร้างเครื่องมือที่สามารถนำไปใช้ได้อย่างสากล ไม่ว่าวัฒนธรรมของแต่ละท้องที่จะแตกต่างกันอย่างไร เหตุผลที่องค์การอนามัยโลก ริเริ่มสร้างเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตเพราะว่า เหตุผลประการแรก คือ หลายปีที่ผ่านมามีการประเมินคุณภาพชีวิตมุ่งที่การวัดสุขภาพ เหตุผลประการที่สอง คือ เครื่องชี้วัดสถานะสุขภาพ ส่วนมากถูกพัฒนามาจากประเทศทางอเมริกาเหนือและอังกฤษ การนำไปใช้ในประเทศอื่น ๆ จึงไม่สะดวก และเหตุผลประการสุดท้าย คือ ความเจริญทางการแพทย์ ให้ความสำคัญเฉพาะการจำกัดโรคและอาการ ซึ่งไม่ได้เป็นการแก้ปัญหาที่ต้นเหตุ มนุษย์จึงหันมาสนใจกระบวนการดูแลสุขภาพ และผลของการรักษา เพิ่มความสนใจไปในเรื่องของความเป็นอยู่ที่ดี (well-being) ของผู้ป่วยจึงเกิดการเรียกร้องหาเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิต การเริ่มต้นพัฒนา

เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตจึงเกิดขึ้นจากความต้องการที่จะวัดคุณภาพชีวิตอย่างแท้จริง และจากความต้องการส่งเสริมสุขภาพและการดูแลรักษาอย่างองค์รวมให้ดำเนินไปอย่างต่อเนื่อง

เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิต (WHOQOL-100) ขององค์การอนามัยโลก ได้ถูกแปล และนำไปใช้ในประเทศต่าง ๆ รวมทั้งประเทศไทยด้วย ซึ่งกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข เป็นผู้แปลและทดสอบความตรงของเครื่องมือ แล้วเครื่องมือดังกล่าวที่มีข้อคำถาม 100 ข้อ นั้น มี 4 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวม อีก 96 ข้อ จัดเป็น 24 หัวข้อ แต่ละข้อมี 4 คำถามจาก 24 หัวข้อ สามารถจัดกลุ่มได้เป็น 6 ด้าน ได้แก่ 1. ด้านร่างกาย (Physical Domain) 2. ด้านจิตใจ (Psychological Domain) 3. ด้านระดับความเป็นอิสระของบุคคล (Level of Independence Domain) 4. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social-Relationship Domain) 5. ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment Domain) และ 6. ด้านความเชื่อส่วนบุคคล (Spirituality Religion/Person Beliefs Domain) ซึ่งมีสาระสำคัญดังนี้

1. ด้านร่างกาย (Physical Domain) คือ การรับรู้สภาพทางด้านร่างกายของบุคคล ซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน เช่น การรับรู้สภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย การรับรู้ถึงความรู้สึกสุขสบายไม่มีความเจ็บปวด การรับรู้ความสามารถที่จะจัดการจัดการกับความเจ็บปวดทางด้านร่างกายได้ การรับรู้ถึงพลังกำลังในการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้เรื่องการนอนหลับ และพักผ่อนรวมทั้งการรับรู้เรื่องการมีเพศสัมพันธ์ ซึ่งการรับรู้เหล่านี้มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน

2. ด้านจิตใจ (Psychological Domain) คือ การรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง เช่น การรับรู้ความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง การรับรู้ถึงความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง การรับรู้ถึงความมั่นใจในตนเอง การรับรู้ถึงความคิด ความจำ สมาธิ การตัดสินใจความสามารถในการเรียนรู้เรื่องราวต่าง ๆ ของตน และการรับรู้ถึงความสามารถในการจัดการกับความเศร้าหรือกังวล เป็นต้น

3. ด้านระดับความเป็นอิสระของบุคคล (Level of Independence Domain) คือ การรับรู้ถึงความเป็นอิสระที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น การรับรู้ถึงความสามารถในการเคลื่อนไหวของตนเอง การรับรู้ถึงความสามารถในการปฏิบัติวัตรประจำวันของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการทำงานการรับรู้ว่าคุณไม่ต้องการพึ่งพาต่าง ๆ หรือการรักษาทางการแพทย์อื่น ๆ เป็นต้น

4. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social-Relationship Domain) คือ การรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม การรับรู้ว่าคุณได้เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคม รวมถึงการรับรู้ในเรื่องอารมณ์เพศหรือการมีเพศสัมพันธ์

5. ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment Domain) คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ว่าคุณมีชีวิตอยู่อย่างอิสระ มีความปลอดภัย และมั่นคงในชีวิต การรับรู้ว่าคุณได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพปราศจากมลพิษต่าง ๆ การคมนาคม มีแหล่งประโยชน์ด้านการเงิน สถานบริการทางการแพทย์ และสังคมสงเคราะห์ การรับรู้ว่าคุณมีโอกาสที่จะได้รับข่าวสาร หรือฝึกฝนทักษะต่าง ๆ การรับรู้ว่าคุณได้มีกิจกรรมในเวลาว่าง เป็นต้น

6. ด้านความเชื่อส่วนบุคคล (Spirituality Religion/Person Beliefs Domain) คือ รวมไปถึงการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อที่ต่าง ๆ ของคุณ ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้เรื่องความเชื่อในด้านจิตวิญญาณ ศาสนา การให้ความหมายของชีวิต และความเชื่ออื่น ๆ ที่มีผลในทางที่ดีต่อการดำเนินชีวิต มีผลต่อการเอาชนะอุปสรรค เป็นต้น

เนื่องจาก WHOQOL-100 มีความยาวของข้อคำถามถึง 100 ข้อ ทำให้ไม่สะดวก และมีข้อจำกัดในการใช้ เพราะต้องใช้เวลามากในการสัมภาษณ์และตอบแบบสอบถาม ในปีเดียวกัน องค์การอนามัยโลกได้พัฒนาแบบวัดคุณภาพชีวิตฉบับย่อ ซึ่งมีข้อคำถามเพียง 26 ข้อ โดยเลือกจาก WHOQOL-100 ด้วยวิธีวิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor Analysis) ซึ่งกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ได้สนับสนุนทุนวิจัยแก่ สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ (2541) เป็นผู้พัฒนาและแปลแบบวัดคุณภาพชีวิตฉบับย่อ ขององค์การอนามัยโลก เป็นภาษาไทย เรียกว่า แบบวัดคุณภาพชีวิตฉบับชุดภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI)

เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL - BREF- THAI)

เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย เป็นเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตที่พัฒนามาจากกรอบแนวคิดของคำว่าคุณภาพชีวิต ซึ่งหมายถึงการประเมินค่าที่เป็นอัตนัย (Subjective) ซึ่งฝังแน่นอยู่กับบริบททางวัฒนธรรม สังคม และสภาพแวดล้อม เพราะฉะนั้นนิยามของ QOL จะเน้นไปที่การรับรู้ในเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้ตอบไม่ได้คาดหวังที่จะเป็นวิธีการที่จะวัดในรายละเอียดของอาการโรค หรือสภาพต่าง ๆ แต่ถือเป็นการประเมินผลของโรคและวิธีการรักษาที่มีต่อคุณภาพชีวิต

คุณสมบัติของเครื่องวัด

เป็นเครื่องชี้วัดที่พัฒนามาจากเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก 100 ข้อ โดยทำการเลือกคำถามมาเพียง 1 ข้อ จากแต่ละหมวดใน 24 หมวด และรวมกับหมวดที่เป็นคุณภาพชีวิตและสุขภาพทั่วไปโดยรวมอีก 2 ข้อคำถาม หลังจากนั้นคณะทำงานพัฒนาเครื่องชี้วัด คุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย ได้ทบทวนและปรับปรุงภาษาในเครื่องมือ

WHOQOL-BREF โดยผู้เชี่ยวชาญทางภาษาแล้วนำไปทดสอบความเข้าใจภาษากับคนที่มีความรู้พื้นฐานแตกต่างกัน นำมาปรับปรุงข้อที่เป็นปัญหาแล้วทดสอบซ้ำ ทำเช่นนี้อยู่ 3 รอบ

การศึกษาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยมีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.8406 ค่าความเที่ยงตรง เท่ากับ 0.6515 โดยเทียบกับแบบวัด WHOQOL-100 ฉบับภาษาไทยที่ WHO ยอมรับอย่างเป็นทางการ เป็นเครื่องมือชี้วัดการเปลี่ยนแปลงระดับคุณภาพชีวิต

วิธีการใช้

เป็นแบบวัดที่ผู้ตอบสามารถประเมินได้ด้วยตนเอง ในผู้ที่มีอายุ 15-60 ปี ไม่จำกัดเพศ ในกรณีที่ไม่สามารถอ่านออก เขียนได้ อาจใช้วิธีให้บุคคลอื่นอ่านให้ฟังและผู้ตอบแบบประเมินเป็นผู้เลือกคำตอบด้วยตนเอง

เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL-BREF-THAI ประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ชนิด คือ แบบภาวะวิสัย (Perceived objective) และอัตวิสัย (self-report subjective) จะประกอบด้วยองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ดังนี้

1. ด้านร่างกาย (Physical Domain) คือ การรับรู้สภาพทางด้านร่างกายของบุคคล ซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน เช่น การรับรู้สภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย การรับรู้ถึงความรู้สึกสบาย ไม่มีความเจ็บปวด การรับรู้ถึงความสามารถที่จะจัดการกับความเจ็บปวดทางร่างกาย ได้การรับรู้ถึงผละกำลังในการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้ถึงความเป็นอิสระที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น การรับรู้ถึงความสามารถในการเคลื่อนไหวของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการทำงาน การรับรู้ว่าคุณไม่จำเป็นต้องพึ่งพาต่าง ๆ หรือการรักษาทางการแพทย์ อื่น ๆ เป็นต้น

2. ด้านจิตใจ (Psychological Domain) คือ การรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง เช่น การรับรู้ความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง การรับรู้ถึงความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง การรับรู้ถึงความมั่นใจในตนเอง การรับรู้ถึงความคิด ความจำ สมาธิ การตัดสินใจ และความสามารถในการเรียนรู้เรื่องราวต่าง ๆ ของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการจัดการกับความเศร้า หรือกังวล การรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อต่าง ๆ ของตน ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ถึงความเชื่อด้านวิญญาณ ศาสนา การให้ความหมายของชีวิต และความเชื่ออื่น ๆ ที่มีผลในทางที่ดีต่อการดำเนินชีวิต มีผลต่อการเอาชนะอุปสรรค เป็นต้น

3. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social Relationships) คือ การรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม การรับรู้ว่าคุณได้

เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคมด้วย รวมทั้งการรับรู้ในเรื่องอารมณ์ทางเพศ หรือการมีเพศสัมพันธ์

4. ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ว่าคุณมีชีวิตรอบข้างอยู่อย่างอิสระ ไม่ถูกกักขัง มีความปลอดภัยและมั่นคงในชีวิต การรับรู้ว่าคุณได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดี ปราศจากมลพิษต่างๆ การคมนาคมสะดวก มีแหล่งประโยชน์ด้านการเงิน สถานบริการทางสุขภาพและสังคมสงเคราะห์ การรับรู้ว่าคุณมีโอกาสที่จะได้รับข่าวสาร หรือฝึกฝนทักษะต่างๆ การรับรู้ว่าคุณได้มีกิจกรรมสันทนาการ และมีกิจกรรมในเวลาว่าง เป็นต้น

การให้คะแนน

การให้คะแนนแบบวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL-26 ข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก 23 ข้อ และข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ 3 ข้อ คือ ข้อ 2 9 11 แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ให้ผู้ตอบเลือกตอบ

กลุ่มที่ 1 ข้อความทางลบ 3 ข้อ

กลุ่มที่ 2 ข้อความทางบวก 23 ข้อ

กลุ่มที่ 1 แต่ละข้อให้คะแนนดังต่อไปนี้

ตอบ ไม่เลย	5 คะแนน
ตอบ เล็กน้อย	4 คะแนน
ตอบ ปานกลาง	3 คะแนน
ตอบ มาก	2 คะแนน
ตอบ มากที่สุด	1 คะแนน

กลุ่มที่ 2 แต่ละข้อให้คะแนนดังต่อไปนี้

ตอบ ไม่เลย	1 คะแนน
ตอบ เล็กน้อย	2 คะแนน
ตอบ ปานกลาง	3 คะแนน
ตอบ มาก	4 คะแนน
ตอบ มากที่สุด	5 คะแนน

การแปลผล

คะแนนคุณภาพชีวิตมีคะแนน ตั้งแต่ 26 – 130 คะแนน โดยเมื่อผู้ตอบรวมคะแนนทุกข้อ ได้คะแนนเท่าไร สามารถเปรียบเทียบกับเกณฑ์ปกติที่กำหนดดังนี้

คะแนน	26 – 60 คะแนน	แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี
คะแนน	61 – 95 คะแนน	แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตกลาง ๆ
คะแนน	96 – 130 คะแนน	แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ตารางที่ 2.1
แบ่งระดับคะแนนคุณภาพชีวิต

องค์ประกอบ	การมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี	คุณภาพชีวิตกลาง ๆ	คุณภาพชีวิตที่ดี
1. ด้านสุขภาพกาย	7 – 16	17 – 26	27 - 35
2. ด้านจิตใจ	6 – 14	15 – 22	23 - 30
3. ด้าน สัมพันธภาพทาง สังคม	3 – 7	8 – 11	12 - 15
4. ด้านสิ่งแวดล้อม	8 – 18	19 – 29	30 – 40
คุณภาพชีวิต โดยรวม	26 – 60	61 – 95	96 - 130

ที่มา : กระทรวงสาธารณสุข กรมสุขภาพจิต (2553 : ออนไลน์)

องค์ประกอบด้านสุขภาพกาย ได้แก่ ข้อ 2, 3, 4, 10, 11, 12, 24

องค์ประกอบด้านจิตใจ ได้แก่ ข้อ 5, 6, 7, 8, 9, 23

องค์ประกอบด้านสัมพันธภาพทางสังคม ได้แก่ ข้อ 13, 14, 25

องค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ข้อ 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22

ส่วนข้อ 1 ข้อ 26 เป็นตัวชี้วัดที่อยู่ในหมวดคุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวม จะไม่รวมอยู่ในองค์ประกอบทั้ง 4 ด้าน

โดยสรุป จากการทบทวนเรื่องการประเมินคุณภาพชีวิต ผู้วิจัยเลือกเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก มาใช้กับการวิจัยในครั้งนี้ เนื่องจากมีความครอบคลุม เป็นสหมิติ สะท้อนความเป็นองค์รวม มีความเป็นสากล โดยเลือกชุดแบบวัดคุณภาพชีวิตฉบับย่อ ชุดภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) เนื่องจากมีความเที่ยงตรงในการวัดใกล้เคียงกับ WHOQOL-100 โดยทำการประเมิน 4 ด้าน คือด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม

2.7 งานวิจัยและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

2.7.1 งานวิจัยและวรรณกรรมในต่างประเทศ

เบอร์ฮอร์น และคณะ (Berghorn. 1981 : 335 อ้างถึงใน ศรีเมือง พลังฤทธิ์. 2547 : 32) กล่าวว่า การวัดสถานภาพทางกายภาพ คือ ขอบเขตซึ่งบุคคลสามารถทำกิจกรรมประจำวันต่าง ๆ การที่ความสามารถทางร่างกายลดลง ดูเหมือนจะมีผลกระทบต่อความรู้สึกของบุคคลเกี่ยวกับคุณค่าของตนเองและระดับความพึงพอใจในชีวิต

พิกเคิท และ ฮานลอน (Pickett และ Hanlon. 1990 : 441 อ้างถึงใน ศรีเมือง พลังฤทธิ์. 2547 : 33) กล่าวว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุ 85 ปีขึ้นไป มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือในการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น การเข้าห้องน้ำ การแต่งตัว การรับประทานอาหาร และการอาบน้ำ นั่นคือความสามารถพึ่งพาตนเองได้ลดลง

กูราลนิค บารซ์ และ วิเนอร์ (Guralnik Branch and Wiener. 2000 : 1244–1245 อ้างถึงใน ศรีเมือง พลังฤทธิ์. 2547 : 33) พบว่า หากสามารถยืดเวลาให้ผู้สูงอายุสามารถพึ่งพาตนเองได้นานเท่าไร ก็จะส่งผลให้ชัดเจนต่อการใช้งบประมาณสำหรับค่ายาและค่าเวชภัณฑ์ อีกทั้งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุแต่ละคนอีกด้วย

คันทันนิ่งแฮม (Cunningham. 1989 : 4968B อ้างถึงใน สุวรรณ ฤทธิเรือง และคณะ. 2548 : 71) ได้ศึกษาเรื่องพฤติกรรมส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองในชมรมผู้สูงอายุ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแทนผู้สูงอายุที่มีการดูแลสุขภาพตนเองกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผู้วิจัยได้ใช้รูปแบบตามทฤษฎีโอเรมโดยนำเสนอการผสมผสานระหว่างมโนทัศน์ของตัวแทนผู้สูงอายุที่มีการดูแลตนเองกับการส่งเสริมสุขภาพ และสุ่มตัวอย่างแบบมีจุดมุ่งหมาย ผู้สูงอายุ จำนวน 178 คน ผลการวิจัยครั้งนี้สนับสนุนสมมติฐานที่ว่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแทนผู้สูงอายุที่มีการดูแลสุขภาพตนเองกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่อาจเรียกได้ว่าเป็นการดูแลสุขภาพที่ส่งเสริมสุขภาพ ยิ่งกว่านี้ความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญระหว่างตัวแปร ยังแสดงให้เห็นว่าการประยุกต์ความรู้สุขภาพความรับผิดชอบต่อสุขภาพและแรงจูงใจในเรื่องของสุขภาพทั้งหมดล้วนแต่มีส่วนในการดูแลสุขภาพที่ส่งเสริมสุขภาพ

ไวส์ (Wise. 1989 : 1 อ้างถึงใน ทิพย์อรุณ สมภู. 2552 : 19) การศึกษารายได้ พบว่า รายได้ เป็นตัวที่กำหนดความอยู่ดี กินดี คือ สถานะทางการเงิน โดยที่มาของรายได้ของผู้สูงอายุนั้น คือ ปริมาณเงินที่ผู้สูงอายุได้รับในแต่ละเดือนซึ่งอาจเป็นรายได้ที่ได้จากบุตรหลาน เงินบำนาญ หรือจากการทำงานของผู้สูงอายุเอง

ฮัทช์สัน จี วิลเลียม (Hutchison G William, 1975 : 941 อ้างถึงใน ทิพย์อรุณ สมภู. 2552 : 19) ศึกษาวิจัยได้ พบว่า ยิ่งผู้สูงอายุมีรายได้ต่ำมากสภาพความสุขและความพึงพอใจในชีวิตก็ยิ่งต่ำมากขึ้นเท่านั้น โดยรายได้มีความสัมพันธ์โดยตรงกับความสุขและความพึงพอใจในชีวิต

ฟอเลย์ และคณะ (Foley. et al. 2002 อ้างถึงใน ศรีเมือง พลึงฤทธิ. 2547 : 32) พบว่า ผู้สูงอายุที่มี 70 ปีขึ้นไปและสามารถขับรถได้ มีร้อยละ 82 ในผู้ชาย และร้อยละ 18 ในผู้หญิง และเป็นเรื่องที่ พบว่า เมื่อสูงอายุขึ้นก็จะเริ่มหยุดขับรถ พออายุ 80 ปีขึ้นไป การขับรถด้วยตนเอง จะเหลือร้อยละ 22 แสดงว่าผู้สูงอายุในวัยต้น ๆ ยังพึ่งพาตนเองได้อยู่ และมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

จากการศึกษาวิจัยต่างประเทศดังกล่าว สรุปได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีความสามารถทางร่างกาย ลดลงจะมีผลกระทบต่อความรู้สึกคุณค่าของตนเองและระดับความพึงพอใจในชีวิต ผู้สูงอายุที่มีอายุ 85 ปีขึ้นไป มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือในการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น การเข้าห้องน้ำ การแต่งตัว การรับประทานอาหาร และการอาบน้ำ ความสามารถพึ่งพาตนเองได้ ลดลง จะส่งผลกระทบต่อประมาณ สำหรับผู้สูงอายุในวัยต้น ๆ ที่ยังพึ่งพาตนเองมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ การดูแลสุขภาพตนเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และรายได้เป็นตัวที่กำหนดความอยู่ดี กินดี ดังนั้น รายได้จึงมีความสัมพันธ์โดยตรงกับความสุขและความพึงพอใจในชีวิต ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

2.7.2 งานวิจัยและวรรณกรรมในประเทศ

โกเมศ อุนารัตน์ (2543) เรื่องอ้อมโนทัศน์และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อน ที่ศูนย์โรคเรื้อนเขต 5 จังหวัดนครราชสีมาศึกษาเชิงคุณภาพ ใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยชื่อย่อ ฉบับภาษาไทย (WHO – QOL – BREF – Thai) พบว่า คุณภาพชีวิตอยู่ระดับปานกลาง โดยคุณภาพชีวิตที่มีระดับคะแนนต่ำ ได้แก่ คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ ผู้ป่วยโรคเรื้อนจะคิดไปเองว่า ถูกสังคม รังเกียจ ทำให้เกิดตราบาปขึ้นในจิตใจตลอดมา และพบว่ามีปัญหาในการดำเนินชีวิต

วรรณภา กุมารจันทร์ (2543) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตภาคใต้ตอนบน พบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้สูง มีคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำ จากผลการศึกษาที่กล่าวมานี้ แสดงว่า รายได้ของผู้สูงอายุมีผลต่อคุณภาพชีวิต

ภมริน เขาวนจินดา (2543) ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมและสุขภาพจิตที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ พบว่า ผลการวิจัยที่สำคัญมี 4 ประการ ดังนี้ ประการแรก ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพจิตดี เป็นผู้ที่มีคุณภาพชีวิต 3 ด้าน คือ ด้านครอบครัว ด้านสุขภาพและด้านสังคมสูงกว่าผู้ที่สุขภาพจิตไม่ดี และผู้ที่มีรายได้สูงมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ และด้านสังคมสูงกว่าผู้ที่มีรายได้ต่ำ

ส่วนในผู้ที่ไม่อยู่กับคู่สมรส/บุตร เพศหญิงมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพสูงกว่าเพศชาย ประการที่สอง ผู้ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวมากมีคุณภาพชีวิต 2 ด้าน คือ ด้านครอบครัว และด้านสังคมสูงกว่าผู้ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวน้อย และผู้ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนมากมีคุณภาพชีวิต 2 ด้าน คือ ด้านสุขภาพจิตและด้านสังคมสูงกว่าผู้ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนน้อย ประการที่สามสุขภาพจิตและการสนับสนุนทางสังคมทั้งจากครอบครัวและจากเพื่อน สามารถทำนายปริมาณความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตด้านสังคมของผู้สูงอายุโดยรวม ได้ร้อยละ 33.1 และสุขภาพจิตกับการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนสามารถทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่กับคู่สมรส/บุตร ได้ร้อยละ 12.1 ประการสุดท้าย ผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตด้านใดด้านหนึ่งใน 3 ด้าน ได้แก่ ด้านครอบครัว ด้านเศรษฐกิจ และด้านสุขภาพเพียงด้านเดียวก็สามารถมีคุณภาพชีวิตด้านสังคมสูง

ศุภลักษณ์ เขียวจำ (2543) ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุอำเภอวังทรายพูน จังหวัดพิจิตร พบว่า ผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนทางสังคมและมีระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับสูง การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$ $r = .493$) แต่มีผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งที่ยังไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมและมีคุณภาพชีวิตต่ำ

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ (2544) รายงานการวิจัยเรื่อง การเกื้อหนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุ พื้นที่ศึกษาในเขตภาคใต้ ผลการศึกษาพบว่า การเกื้อหนุนทางสังคม การเกื้อหนุนทางด้านจิตใจและอารมณ์เกิดขึ้นจากการที่ผู้สูงอายุได้รับจากบุคคลรอบข้างทั้งในครอบครัว เพื่อนบ้านและเครือข่าย โดยปัจจัยสำคัญเกิดจากมีความสามารถในการปรับตัวของผู้สูงอายุให้เข้ากับภาวะทางสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป จนไม่รู้สึกรู้สีกเกิดความหวั่นไหวทางด้านจิตใจและอารมณ์ บุตรเป็นผู้เกื้อหนุนทางด้านวัตถุ สิ่งของ เครื่องอุปโภคบริโภค และการเงินแก่ผู้สูงอายุมากกว่าเครือข่ายอื่น ๆ ส่วนการเกื้อหนุนด้านข้อมูลข่าวสารเกิดจากขวนขวายและแสวงหาของผู้สูงอายุเอง โดยผู้สูงอายุชายมีความสนใจมากกว่าผู้สูงอายุหญิง สำหรับการเกื้อหนุนด้านอื่น ๆ ได้แก่ บริการชุมชนและกิจกรรมทางสังคม ผู้สูงอายุได้รับจากผู้นำชุมชนทั้งอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการมากกว่าเครือข่ายอื่น ๆ บริการสังคมที่ผู้สูงอายุไปใช้บริการมากที่สุดและพึงพอใจ คือ บริการด้านสาธารณสุข และต่างคาดหวังที่จะมีสุขภาพดี มีบุตรหลานดูแลเอาใจใส่ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นกว่าปัจจุบัน

สรินดา น้อยสุข (2545) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุที่รับบริการในคลินิกจิตเวช พบว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูงจะช่วยส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากวัยและภาวะเจ็บป่วยได้

เขาวพา บุญเที่ยง (2545) การศึกษาการสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมสุขภาพ และการกลับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลของผู้สูงอายุหัวใจวายเลือดคั่ง พบว่า การได้รับการสนับสนุนที่ดีมีผลทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม และทำให้ผู้สูงอายุมีอัตรากลับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลลดลง

ชลธร รักษาณวงศ์ (2545) ศึกษาการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชุมชน : กรณีศึกษา ผู้สูงอายุในชุมชนสะพานพระรามหก เขตบางซื่อ กรุงเทพมหานคร ผลการศึกษา พบว่า การดูแลตนเองโดยทั่วไป กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ รับประทานอาหาร วันละ 3 มื้อ ไม่มีความรู้เกี่ยวกับอาหารหลัก 5 หมู่ การดูแลทำความสะอาดร่างกายดี พักผ่อนเพียงพอ มีการออกกำลังกายโดยการทำงานบ้าน ไม่มีการตรวจสุขภาพ มีการป้องกันอุบัติเหตุภายในบ้านและนอกบ้าน ส่วนการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ ผู้สูงอายุใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์โดยการทำงานบ้าน เวลาโกรธ หงุดหงิด เสียใจ จะนั่งเฉย หรือเดินหนี เมื่อรู้สึกว้าบเทาของตนเองจะลดลงจะทำใจยอมรับได้ สำหรับการดูแลตนเองตามภาวะสุขภาพผดผอย เมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อยจะซื้อยามารับประทาน และเมื่อเจ็บป่วยรุนแรงจะรักษาที่โรงพยาบาล และปฏิบัติตามที่แพทย์แนะนำ ได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุจากเพื่อนบ้านมากที่สุด

ปิยวดี ทองทั้งสาย, จิรภา หงส์ตระกูล และเดือนเพ็ญ บุญเปรม (2546) เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงอายุในสถานสงเคราะห์ สถาบันราชประชาสมาสัย พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงอายุมีคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง และผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงอายุขึ้นอยู่กับตัวแปรอิสระ ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01

พิทักษ์ ทองสุข (2548) ได้ศึกษา ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้พิการที่สูญเสียแขนและ/ขา พบว่าระดับการศึกษาและระยะเวลาที่สูญเสียแขนและ/ขา มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญสถิติ

พิสมัย เสนาวงศ์ (2548) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการได้รับการตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุในตำบลเทพารักษ์ อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุได้รับการตอบสนองความต้องการด้านที่อยู่อาศัยและด้านการลดการพึ่งพาผู้อื่นสูงที่สุด รองลงมา คือ ด้านสุขภาพพลานามัย ด้านความรักความอบอุ่น ด้านการงานและเศรษฐกิจ และด้านการงานอยู่ในลำดับสุดท้าย

การศึกษาปัจจัยด้านลักษณะของผู้สูงอายุ การสนับสนุนทางสังคม การทำกิจกรรมของ ผู้สูงอายุและสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้สูงอายุ กับการได้รับการตอบสนองความต้องการของ ผู้สูงอายุ โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ผลการวิจัยดังนี้

การได้รับการตอบสนองความต้องการด้านเศรษฐกิจมีความสัมพันธ์กับลักษณะการ ถดถอยของผู้สูงอายุ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์และสังคม และด้านข่าวสาร และการดูแลสุขภาพของตนเอง หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีรายได้และสิ่งอำนวยความสะดวกมาก จะเป็น ผู้ที่ได้รับความรักและการดูแลจากครอบครัว ได้รับข้อมูลข่าวสารจากโลกภายนอก และมีการตรวจ สุขภาพ และมีการตรวจสุขภาพและการปฏิบัติตนตามคำแนะนำของแพทย์เป็นประจำด้วย

การได้รับการตอบสนองความต้องการด้านที่อยู่อาศัยมีความสัมพันธ์กับปัจจัยทุกด้าน คือ ผู้สูงอายุที่มีอยู่อาศัยมั่นคงแข็งแรง สภาพแวดล้อมดี จะได้รับการสนับสนุนเงินทองสิ่งของ ครอบครัวยุ้ยเอิบได้รับความรักความอบอุ่น และรับข้อมูลข่าวสารจากครอบครัว ทำกิจกรรมทั้ง ทางศาสนา การกิจในบ้าน และใช้เวลาว่างได้ดี มีสัมพันธภาพที่ดีกับครอบครัว มีการดูแลเรื่อง อาหารการกินดี รวมทั้งรักษาความสะอาดของร่างกาย และมีการขับถ่ายดีด้วย

การได้รับการตอบสนองความต้องการด้านความรัก มีความสัมพันธ์กับการได้รับ สนับสนุนด้านปัจจัย 4 ได้รับข่าวสารจากครอบครัว มีสัมพันธภาพที่ดีกับครอบครัว และมีการดูแล ตนเองด้านอาหารดีด้วย

การได้รับการตอบสนองความต้องการด้านการทำงาน มีความสัมพันธ์กับปัจจัย หลายลักษณะ คือ ผู้สูงอายุมิงานทำจะเป็นที่ยอมรับกับผู้สูงอายุได้ดี ได้รับความรักความอบอุ่น และได้รับข้อมูลข่าวสารจากครอบครัว ทำกิจกรรมทางศาสนา มีสัมพันธภาพที่ดีกับครอบครัว ดูแลสุขภาพตนเองดี ทั้งการรับประทานอาหาร การดูแลตนเอง การรักษาความสะอาดร่างกาย และการขับถ่าย

การได้รับการตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับปัจจัยหลายด้าน เช่นกัน คือ ผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลการเจ็บป่วยโดยลูกหลาน เป็นผู้ที่ได้รับสนับสนุนปัจจัยสี่ จากครอบครัว ได้รับความยอมรับและความอบอุ่น ได้รับข้อมูลข่าวสาร ทำกิจกรรมทางศาสนาได้ดี และดูแลตนเองทั้งด้านการรับประทานอาหาร ความสะอาดของร่างกาย และการขับถ่าย

การได้รับการตอบสนองความต้องการด้านการลดการพึ่งพาผู้อื่นมีความสัมพันธ์ กับการได้รับการสนับสนุนทางร่างกายด้านอารมณ์และสังคม ด้านข้อมูลข่าวสารและการดูแลสุขภาพของตนเอง หมายความว่า ผู้สูงอายุที่สามารถทำสิ่งต่าง ๆ ด้วยตนเองได้ดี เป็นผู้ที่ได้รับ ความรักความอบอุ่นและข้อมูลข่าวสารจากครอบครัว และมีการตรวจสุขภาพและปฏิบัติตนตาม แพทย์แนะนำด้วย

ศิรามาศ รอดจันทร์ และคณะ (มกราคม-เมษายน 2550) ศึกษาเรื่องคุณภาพชีวิต และการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน ส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับ ปานกลาง ร้อยละ 56.4 มีอุปสรรคในการมีส่วนร่วมทางสังคม มีปัญหาในการดำเนินชีวิต

จรรยา กู้กลิ่น (2551) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคลความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อนในชุมชน สถาบันราชประชาสมาสัยจังหวัดสมุทรปราการ พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อนอยู่ในระดับ ปานกลาง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อนอยู่ในระดับปานกลาง และความสามารถ ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อนอยู่ในระดับดีที่สุด อายุเป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ทางลบ กับคุณภาพชีวิต ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ ทางบวกกับคุณภาพชีวิต การวิเคราะห์สถิติการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน แสดงให้เห็นว่า อายุ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และความสามารถในการดูแลตนเองสามารถทำนายคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยโรคเรื้อนได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ศุริยาภรณ์ อินทรภิมย์, ชวพรพรรณ จันทร์ประสิทธิ์ และทัศนาศูววรรณ ประภรณ์ (ตุลาคม-ธันวาคม 2549 : 46) ศึกษาเรื่องการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่อาศัยเพียงลำพัง ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยเพียงลำพังให้ความหมายของการดูแล ตนเองเป็นสองนัยยะ คือ การใส่ใจดูแลสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจ และการพึ่งพาตนเอง รวมทั้งการแสวงหาการช่วยเหลือ การใส่ใจดูแลสุขภาพด้านร่างกายและจิตใจเกิดจากการตระหนัก ต่อการเปลี่ยนแปลงจากภาวะสูงวัยโดยปฏิบัติกิจกรรมดังนี้ การสังเกตอาการผิดปกติของร่างกาย การเลือกบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อน และการผสมผสานคำสอนของพุทธศาสนา ในการดำเนินชีวิต ส่วนความหมายของการพึ่งพาตนเองและการแสวงหาการช่วยเหลือ เกิดจาก การยอมรับสภาพของการอยู่เพียงลำพัง และการรับรู้ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย

ทิพย์อรุณ สมภู (2552) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ : กรณีศึกษาสมาชิกชมรม ผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษา พบว่า คุณภาพของชีวิตของผู้สูงอายุในเขต กรุงเทพมหานครอยู่ในระดับปานกลาง และมากถึงมากที่สุด และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบที่สำคัญ ได้แก่ (1) คุณภาพชีวิตด้านร่างกายและจิตใจ (2) คุณภาพชีวิต ด้านสภาพแวดล้อม (3) คุณภาพชีวิตความสัมพันธ์ทางสังคม (4) คุณภาพชีวิตด้านการพึ่งพาตนเอง (5) คุณภาพชีวิตด้านความพอใจ และ (6) คุณภาพชีวิตด้านชีวิตทางเพศ โดยคุณภาพชีวิต ด้านร่างกายและจิตใจถือเป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่สุดสำหรับผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร

อินทुकานต์ กุลไวย (2552) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งอดทน และการสนับสนุนทางสังคมกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ผลการวิจัย พบว่า

ความเข้มแข็งอดทนอยู่ในระดับสูง การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง และความสามารถในการดูแลตนเองอยู่ในระดับสูง ความเข้มแข็งอดทนมีความสัมพันธ์ด้านบวก ในระดับสูงกับความสามารถในการดูแลตนเองอย่างมีนัยทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .73$) การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความสามารถในการดูแลตนเองที่มีนัยยะสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .67$) ความเข้มแข็งอดทน และการสนับสนุนทางสังคม ร่วมกันทำนายความสามารถในการดูแลตนเองได้ร้อยละ 59 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = .59$) ผลการวิจัยครั้งนี้ทำให้ได้ข้อเสนอว่า ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ขึ้นอยู่กับการสนับสนุนทางสังคมที่ผู้สูงอายุได้รับ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความเข้มแข็งและอดทนและ มีการสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะเป็นผู้ที่มีความสามารถการดูแลตนเองได้ดีด้วย

จากการศึกษางานวิจัยและวรรณกรรมในประเทศและต่างประเทศที่เกี่ยวข้อง พบว่า ผู้สูงอายุพิการจากโรคเรื้อนเป็นผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน เป็นบุคคลที่สูงวัยมีความเสื่อมถอย ด้านสุขภาพของร่างกายและจิตใจ มีความแตกต่างด้านชีววิทยา ด้านจิตใจ ด้านเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม และมีความพิการที่มองเห็นได้อย่างเด่นชัดจน เป็นที่น่ารังเกียจ น่ากลัว สำหรับผู้พบเห็น แม้เชื้อโรคเรื้อนหายไปแล้วก็ตาม ภาพลักษณ์ภายนอกที่แสดงเห็นเด่นชัด ส่งผล ต่อด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ จากสภาพดังกล่าวจึงส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุพิการจากโรคเรื้อนทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และสิ่งแวดล้อม อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ดังนั้น การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุพิการจากโรคเรื้อนมีการดูแลตนเองจะก่อให้เกิดการส่งเสริมสุขภาพเพื่อช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษา ลดการใช้บริการ ที่สาธารณสุขที่ไม่จำเป็น และเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษา ส่งเสริมให้บุคคลรับผิดชอบตนเอง ลดการเจ็บป่วยในโรคที่สามารถป้องกันได้ รวมทั้งให้การสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การได้รับการช่วยเหลือเกื้อกูลในด้านต่าง ๆ จากสังคมรอบข้าง ไม่ว่าจะเป็นสมาชิกในครอบครัว เพื่อน/เพื่อนบ้าน ญาติ/พี่น้อง หน่วยงานภาครัฐ/ภาคเอกชน ซึ่งส่งผลทำให้ผู้สูงอายุพิการจากโรคเรื้อนมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งการสนับสนุนทางสังคม มีองค์ประกอบ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านการช่วยเหลือทางการเงินและสิ่งของ ด้านการได้รับข้อมูลข่าวสาร และการได้รับการยกย่องและชื่นชม

จากข้อสรุปของการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า การดูแลตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุพิการจากโรคเรื้อน ผู้ศึกษาวิจัยจึงได้กำหนดกรอบแนวคิดในการศึกษาวิจัย ดังนี้

แผนภูมิที่ 2.1
กรอบแนวคิดในการศึกษาวิจัย

