

# บทที่ 1

## บทนำ



### 1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

หากเอ่ยถึงความหมายของคำว่า "สูงอายุ" "ชราภาพ" หรือ "ความแก่" สำหรับในยุคปัจจุบันนั้นดูเหมือนว่าจะเป็นคำที่ไม่เป็นที่ต้องการ เพราะภาพของความชราในการรับรู้ของคนโดยทั่วไปส่วนใหญ่แล้วนั้นมักจะคิดกันว่าเป็นภาพของวัยแห่งการเสื่อมถอยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ เป็นภาพที่ไม่น่ามองและนอกจากนี้ภาพของความชรายังหมายถึงวัยที่จะต้องสูญเสียทั้งหน้าที่การงาน ความมั่นคงทางเศรษฐกิจ ตลอดจนบทบาทหน้าที่ทางสังคมที่ตนเองเคยมีมาในอดีต ผู้ที่อยู่ในวัยนี้กลายเป็นกลุ่มคนที่ต้องได้รับความช่วยเหลือหรืออาจจะกล่าวได้ว่าเป็นกลุ่มคนที่ต้องพึ่งพิงคนอื่นจนกลายเป็นภาระของสังคมและครอบครัวเนื่องจากไม่ได้อยู่ในบทบาทที่จะสามารถสร้างรายได้ในทางเศรษฐกิจให้กับสังคมและครอบครัวได้

คำว่า "ผู้สูงอายุ" "คนชรา" หรือ "คนแก่" ล้วนแล้วแต่เป็นคำเรียกในเชิงจัดประเภทให้กับกลุ่มคนที่เข้าสู่วัยชราทั้งสิ้นและมีใช่เป็นเพียงการจัดประเภทเพียงอย่างเดียวเท่านั้นหากแต่ยังมีการสร้างความหมายและให้ความสำคัญกับการจัดประเภทอีกด้วย การสร้างความหมายทางสังคมเกี่ยวกับผู้สูงอายุนั้นมีนัยยะของการให้คุณค่าความชราในเชิงลบ กล่าวคือทำให้ผู้สูงอายุกลายเป็นกลุ่มคนที่สร้างปัญหาทางสังคมอย่างหนึ่งที่ต้องได้รับการแก้ไข "ภาวะความชรา" หรือ "ภาวะความสูงอายุ" (Aging) เป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในทุกสังคมโลกที่สมาชิกของสังคมมีอายุเพิ่มมากขึ้น ในปัจจุบันองค์การสหประชาชาติแสดงข้อมูลว่าประชากรวัยสูงอายุทั่วโลกมีประมาณ 605.3 ล้านคน ซึ่งข้อมูลดังกล่าวทำให้เราได้ทราบถึงแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางอายุของประชากรที่เกิดขึ้น ดังนั้นการเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุจึงนับว่าเป็นประเด็นสำคัญในด้านประชากรประเด็นหนึ่งของโลกในอนาคต (United Nations, 2001) และสำหรับประเทศไทยเองก็มีแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรเป็นไปตามโครงสร้างประชากรของสังคมอื่น ๆ ทั่วโลกเช่นเดียวกัน กล่าวคือ พบว่าจำนวนประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จะเพิ่มจำนวนจาก 9.5 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2543 เป็น 14.5 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2568 ซึ่งเป็นการเพิ่มขึ้นอีกเกือบเท่าตัวในระยะเวลา 20 ปี เมื่อทำการเปรียบเทียบกับสัดส่วนของประชากรวัยทำงานและวัยเด็กพบว่าทั้ง 2

กลุ่มมีสัดส่วนลดลง ในขณะที่สัดส่วนของประชากรสูงอายุเพิ่มในสัดส่วนที่สูงขึ้น (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขและสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2546 ; 9- 10)

เมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางประชากรมีสัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น สิ่งที่เกิดขึ้นควบคู่กันมาก็คือ ปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพและโรคภัยไข้เจ็บในประชากรสูงอายุ เพราะโดยทั่วไปแล้วเมื่อร่างกายมนุษย์เข้าสู่วัยชรา ความเสื่อมถอยของระบบการทำงานในร่างกายจึงเป็นเรื่องที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ความเสื่อมถอยในระบบเหล่านี้ต่างทำให้ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับโรคภัยไข้เจ็บต่าง ๆ ได้ง่าย โดยส่วนใหญ่แล้วพบว่าผู้สูงอายุจะต้องทนทุกข์ทรมานอยู่กับโรคใดโรคหนึ่ง และ 1 ใน 20 อันดับของปัญหาสุขภาพที่พบในประชากรสูงอายุมากที่สุดก็คือ ภาวะสมองเสื่อม (Dementia) (บรรลุ ศิริพานิช 2537 : 80) ซึ่งเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยและสร้างปัญหาอย่างมากในวัยผู้สูงอายุ

จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. 2543 พบว่ามีประชากรผู้สูงอายุ 5,969,030 คน ในการสำรวจครั้งนั้นได้ถามถึงปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยให้ผู้สูงอายุประเมินสุขภาพตนเองและพบว่าผู้สูงอายุมีปัญหาเรื่องความจำเสื่อมถึงร้อยละ 27.2 โดยเฉพาะในเขตกรุงเทพมหานคร ซึ่งมีจำนวนประชากรผู้สูงอายุจำนวน 619,416 คน พบว่ามีปัญหาเรื่องความจำเสื่อมร้อยละ 18.3 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2543) นอกจากนี้จากแผนการดำเนินงานพัฒนาการสาธารณสุขของประเทศทั้งด้านบริหารการรักษา ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและการฟื้นฟูสภาพได้ส่งผลให้ประชาชนมีอายุยาวนานขึ้น จึงทำให้อายุเฉลี่ยเพศชายจาก 67.16 ปี ในปี พ.ศ.2543 เป็น 72.22 ปี ในปี พ.ศ.2568 และเพศหญิงจาก 74.56 ปี เป็น 77.89 ปี ซึ่งการเปลี่ยนแปลงทั้งจำนวนและอายุขัยเฉลี่ยของผู้สูงอายุดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าปัญหาภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุกำลังมีแนวโน้มที่จะมีความสำคัญมากยิ่งขึ้น และทวีความรุนแรงขึ้นในอนาคตอันใกล้

ภาวะสมองเสื่อม (Dementia) เกิดจากการทำงานโดยทั่วไปของสมองเสื่อมลงหลาย ๆ ประการพร้อมกัน โดยอาการดังกล่าวมีลักษณะค่อยเป็นค่อยไปเนื่องมาจากการเสื่อมตามวัย ทำให้ผู้ป่วยสูญเสียหน้าที่การทำงาน การเข้าสังคม จนในที่สุดไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันและช่วยเหลือตนเองได้อีกต่อไป กลุ่มอาการสมองเสื่อมมักเริ่มเป็นในวัยสูงอายุ 50 – 60 ปีขึ้นไป และพบบ่อยขึ้นไปตามวัย (คณะอาจารย์แพทย์โรงพยาบาลศิริราช, 2542 : 77) อาการสำคัญของกลุ่มโรคความจำเสื่อมได้แก่ ความผิดปกติด้านความจำ, การเรียนรู้, ภาษา และพฤติกรรม เช่น

กระวนกระวาย, ไม่อยู่นิ่ง, ก้าวร้าวรุนแรง, ควบคุมอารมณ์ไม่ได้, มีปัญหาการนอน ประมาณร้อยละ 75 ของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะความจำเสื่อมจะมีอาการหลงผิดและประสาทหลอนอยู่ด้วย ปัญหาโรคสมองเสื่อมแม้จะไม่ใช่โรคที่เกิดขึ้นใหม่และเป็นภาพฉายที่คนในสังคมเห็นกันอยู่เป็นประจำมาเป็นเวลานานแต่ก็ได้สร้างปัญหาที่มีความรุนแรงเป็นอย่างมาก ทั้งนี้เพราะผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะความจำเสือนั้นเปรียบเสมือนต้องตายถึงสองครั้ง กล่าวคือ ครั้งแรกในตอนที่เกิดโรคขึ้นมาซึ่งทำให้ความทรงจำในเรื่องราวต่าง ๆ ไม่ว่าจะ เป็นชื่อ วันที่ สถานที่ ตลอดจนเรื่องราวต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับตนเองนั้นถูกลบเลือนออกไปจากสมองจนหมดสิ้น ทำให้ดูเหมือนว่าผู้ป่วยนั้นได้ตายไปจากสังคมญาติพี่น้อง และอีกครั้งหนึ่งเมื่อร่างกายสิ้นชีวิตตลง (กัมมันต์ พันธุมจินดา, 2536) นอกจากนี้การขาดความรู้ความเข้าใจในอาการของโรครวมทั้งการขาดแคลนบุคลากรและการบำบัดรักษาที่ไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ ทำให้ผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมมักจะต้องกลายเป็นคนพิการหมดสมรรถภาพ ไม่สามารถดำเนินกิจวัตรประจำวันได้อย่างปกติ จนทำให้ในระยะสุดท้ายของโรคผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองได้ถ้าถูกทอดทิ้งญาติพี่น้องไม่สนใจหรือได้รับการดูแลที่ไม่สมบูรณ์นักก็จะเกิดปัญหาทางอารมณ์สูงเกิดความรู้สึกเศร้าหมองความเสื่อมทางสมองก็ยิ่งมีมากขึ้น

สถานการณ์ภาวะสมองเสื่อมในต่างประเทศนั้นพบว่าภาวะสมองเสื่อมเป็นปัญหาที่พบได้บ่อย ในปี ค.ศ. 1989 พบว่ามีชาวอเมริกันประมาณ 2.5 ล้านคนที่มีอาการภาวะสมองเสื่อมอยู่ และเป็นสาเหตุการตายอันดับ 4 ของผู้ใหญ่ในประเทศสหรัฐอเมริกา ได้มีการคาดประมาณว่าในปี ค.ศ.2050 นั้นจะมีผู้ที่ประสบภาวะนี้สูงถึง 15 ล้านคน และสำหรับประเทศไทยในปัจจุบันจำนวนผู้ป่วยภาวะสมองเสือนั้นมีจำนวนที่ไม่แน่นอนเพราะยังไม่มีการทำรายงานการอุบัติการณ์ของโรคนี้ไว้โดยเฉพาะ แต่ก็พบว่าผู้ป่วยที่เป็นภาวะสมองเสือนั้นส่วนใหญ่จะเป็นผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป (กัมมันต์ พันธุมจินดา, 2536)

จากการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในประเทศไทยเริ่มตั้งแต่ปี พ.ศ. 2530 โดย นพ.จรวัย ศรีทอง ได้ทำการศึกษาพบว่ามีผู้ป่วยโรคนี้ประมาณร้อยละ 1 ของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา เมื่อเปรียบเทียบอัตราส่วนการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุที่เป็นภาวะสมองเสื่อมอีก 10 ปีต่อมา โดยการศึกษาของ มาโนช ทับมณี ในปี พ.ศ.2541 เรื่องความชึมเศร้าและภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุไทยในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่ามีผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 5.2 ถึงแม้ว่าจะไม่มีข้อมูลทางด้านระบาดวิทยาที่ชัดเจนว่ามีประชากรไทยจำนวนมากน้อยเท่าใดที่เป็นภาวะสมองเสื่อม แต่ก็สามารถคาดคะเนได้ว่าในอนาคตเมื่อจำนวน

ประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นจำนวนผู้สูงอายุที่เป็นภาวะสมองเสื่อมก็จะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วจนกลายเป็นปัญหาที่สำคัญต่อไปในอนาคตอันใกล้

ในขณะที่ประชากรสูงอายุในประเทศไทยเพิ่มสูงขึ้นและมีแนวโน้มที่จะป่วยเป็นภาวะสมองเสื่อมมากขึ้นก็ได้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสังคมในด้านอื่นๆ ควบคู่กันไปด้วยเช่นกัน กระแสการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้มุ่งเน้นในด้านการพัฒนาประเทศเป็นหลัก ส่งผลให้สังคมไทยมีการพัฒนาเข้าสู่ความเจริญก้าวหน้าทั้งทางด้านเศรษฐกิจ และสังคม เกิดการขยายตัวทางด้านอุตสาหกรรมกระจายไปยังเมืองและจังหวัดสำคัญ ๆ ของแต่ละภูมิภาคของประเทศ กระแสการพัฒนาได้แผ่กระจายไปทั่วทั้งสังคมได้มีการนำเอาเทคโนโลยีอันทันสมัยเข้ามาใช้ในการผลิต เกิดการเปลี่ยนแปลงจากสังคมเกษตรมาสู่สังคมอุตสาหกรรมซึ่งกล่าวได้ว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงครั้งใหญ่ของโครงสร้างทางสังคม แรงงานเกษตรกรรมในชนบทต่างหลั่งไหลเข้ามาทำงานในโรงงานอุตสาหกรรม กลุ่มคนหนุ่มสาวและผู้ใหญ่วัยทำงานในท้องถิ่นต่างพากันละทิ้งถิ่นฐานบ้านเกิดของตน เพื่อแสวงหาโอกาสที่ดีกว่าทั้งทางด้านสภาพความเป็นอยู่และค่าตอบแทนในการทำงาน (วราคม ทีสุภะ, 2544) ด้วยเหตุนี้สังคมไทยจึงมีการขยายตัวและเติบโตขึ้นเป็นสังคมเมืองอย่างรวดเร็ว

ในขณะที่เดียวกันปรากฏการณ์การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นยังได้ส่งผลให้ภาพของการมองผู้สูงอายุ หรือความชราไปในทางลบ นั่นคือหมายถึงเป็นกลุ่มบุคคลที่มีปัญหาในด้านความอ่อนแอทางร่างกาย ที่มีความสามารถทางสมองลดลง มีความจำเป็นต้องพึ่งพาอาศัยผู้อื่นในทางสังคมและเศรษฐกิจ อีกทั้งต้องเผชิญกับความโดดเดี่ยวและต้องสูญเสียสถานภาพทางสังคมที่ตนเองเคยมีมาซึ่งการมองความชราในลักษณะนี้ได้ปรากฏอยู่ในสังคมอุตสาหกรรมยุคปัจจุบัน ปรากฏการณ์ที่ผู้สูงอายุมีสถานภาพทางสังคมลดลงตลอดจนไม่ได้รับการยกย่องว่าเป็นผู้ที่มีความรู้ ความฉลาดและเป็นที่ปรึกษาให้กับครอบครัวเหมือนในอดีต แต่กลับกลายเป็นบุคคลที่ต้องพึ่งพิงและอาศัยความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัวนั้นเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในทุกสังคมที่กระบวนการของความทันสมัย (Modernization) ได้เข้าไปถึง ไม่ว่าจะสังคมนั้น ๆ จะมีประเพณีและวัฒนธรรมเช่นใดมา เมื่อกระบวนการแห่งความทันสมัยได้เกิดขึ้นสมาชิกซึ่งเป็นบุคคลในวัยสูงอายุของสังคมนั้นจะสูญเสียสถานภาพไปและจะถูกนิยามว่าเป็นผู้ที่พึ่งพิงผู้อื่นหรือกลายเป็นภาระของสังคมนั่นเอง (Cowgill & Lowell, 1972)

นอกจากประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุแล้วกระบวนการแห่งความทันสมัย (Modernization) ที่เกิดขึ้นยังส่งผลให้โครงสร้างสถาบันทางสังคมของมนุษย์ที่สำคัญที่สุดต้องได้รับผลกระทบไปด้วย นั่นคือ สถาบันครอบครัวมีขนาดเล็กลง สถานภาพของครอบครัวไทยจากเดิมที่มีลักษณะเป็นครอบครัวขยาย (Extended Family) ระบบเครือญาติวงศ์วานซึ่งแต่เดิมเคยมีความสัมพันธ์กันอย่างสนิทแน่นแฟ้นได้ถูกลดความสำคัญลง ความเป็นครอบครัวขยายซึ่งเคยเป็นลักษณะเด่นของสังคมไทยที่สมาชิกในครอบครัวคอยเอื้อเฟื้อดูแลกันทั้งในด้านการผลิตและชีวิตประจำวันของสมาชิกก็เริ่มเลือนหายไป ภาพของครอบครัวเดี่ยว (Nuclear Family) ได้ก้าวเข้ามาแทนที่ความสัมพันธ์ในครอบครัวดังที่เคยมีมาในอดีตนั้นได้ถูกละเลยและมองข้ามไป ด้วยสภาพชีวิตประจำวันอันเร่งรีบเต็มไปด้วยการแข่งขัน ผู้คนในสังคมต่างพากันให้ความสำคัญกับวัตถุสิ่งของและความสะดวกสบายต่าง ๆ ประกอบกับภาวะการณ์ทางด้านเศรษฐกิจที่บีบบังคับทำให้สมาชิกในครอบครัวไม่สามารถให้ความเอาใจใส่ดูแลซึ่งกันและกันได้อย่างเต็มที่ เวลาของคนส่วนใหญ่ในวันหนึ่ง ๆ หมดไปกับการใช้ชีวิตตามหน้าที่การงานอยู่นอกบ้าน สังคมเมืองสมัยใหม่มีสภาพที่คนจะต้องเกี่ยวข้องกับเครือข่ายต่าง ๆ จำนวนมาก ด้วยเหตุนี้สมาชิกในครอบครัวจึงต่างมีภารกิจและการทำกิจกรรมที่แยกส่วนกันมากขึ้น แม้จะอยู่ร่วมบ้านเดียวกันแต่วิถีชีวิตที่ต้องใช้เวลาอยู่นอกบ้านเป็นส่วนใหญ่ก็ทำให้ความสัมพันธ์ของคนในบ้านลดน้อยลง (สมรักษ์ ชัยสิงห์กานานนท์ 2546:148)

ประกอบกับสภาพการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านสุขภาพร่างกาย สภาพจิตใจ สภาพเศรษฐกิจสังคมที่เกิดขึ้นย่อมจะต้องส่งผลกระทบโดยตรงต่อผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุอาจเกิดความน้อยใจ เกิดความท้อแท้ ไม่อยากมีชีวิตอยู่ต่อไป สุขภาพร่างกายและจิตใจเสื่อมโทรม มีความต้องการการดูแลเอาใจใส่อย่างใกล้ชิดจากลูกหลานและคนอื่น ๆ ในครอบครัว ด้วยเหตุนี้ปัญหาภาวะความจำเสื่อมของผู้สูงอายุในประเทศไทยนับวันจะกลายเป็นปัญหาที่มีความสำคัญ ทั้งนี้เนื่องจากสาเหตุต่าง ๆ ที่สำคัญหลายประการด้วยกัน ประการแรกคือ โดยอาการของโรคเองที่ทำให้ผู้สูงอายุต้องทนทุกข์ทรมานอีกทั้งไม่อาจช่วยเหลือตนเองได้ เนื่องจากมีความบกพร่องทางด้านความจำจนทำให้ขาดความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น การรับประทานอาหาร การขับถ่าย การเคลื่อนไหว การติดต่อสื่อสาร อารมณ์แปรปรวน ซึ่งอาการต่าง ๆ เหล่านี้จะดำเนินไปตามระยะของการป่วย ประการที่สองคือ การขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมที่สมาชิกในครอบครัวอาจมองว่าเป็นเรื่องปกติ คิดว่าภาวะสมองเสื่อมที่เกิดขึ้นนั้นเป็นอาการโดยทั่วไปที่ไม่ต้องให้ความสำคัญเหมือนกับโรคภัยแรงชนิดอื่น ๆ จึงปล่อยให้ผู้สูงอายุอยู่

ตามยถากรรมเพราะคิดว่าตนเองไม่อาจแก้ไขอะไรได้ ประการที่สาม คือ การขาดการดูแลเอาใจใส่อย่างใกล้ชิดด้วยเหตุผลที่ว่า เป็นเพราะลูกหลานต่างมีภาระหน้าที่ที่ตนเองต้องรับผิดชอบในกิจการงานของแต่ละคนส่งผลให้ผู้สูงอายุไม่ได้รับการปฏิบัติอย่างดีเท่าที่ควรจะเป็น ประการที่สี่ คือ ในการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะความจำเสื่อมนั้น ต้องใช้ความพยายามและความอดทนอย่างมากในการที่จะมีปฏิสัมพันธ์ในการติดต่อสื่อสาร สื่อความหมาย ทำความเข้าใจให้ตรงกัน ตลอดทั้งการให้การดูแลและการช่วยเหลือผู้สูงอายุในด้านต่าง ๆ ทั้งในด้านค่าใช้จ่าย ด้านสุขอนามัยในชีวิตประจำวัน สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ทำให้ลูกหลานและสมาชิกในครอบครัวเกิดความรู้สึกเหนื่อยหน่าย และรู้สึกว่าเป็นภาระอันหนักหน่วงที่ตนเองต้องแบกรับ (สิรินทร ฉันทศิริกาญจน, 2547) ด้วยสาเหตุต่าง ๆ ดังกล่าวเหล่านี้จึงทำให้ปัญหาผู้สูงอายุถูกจับตามองในฐานะปัญหาที่ต้องการได้รับการแก้ไข ซึ่งปัญหาผู้สูงอายุนั้นได้ถูกให้คุณค่าว่าการที่มีอายุที่ยืนยาวนี้เสมือนเป็นความทุกข์อย่างหนึ่งที่ทำให้เกิดภาระหนักในการดูแลคนแก่และสังคมสมัยใหม่ได้มองภาพว่าเป็นสิ่งที่ไม่พึงประสงค์ จะเห็นได้ว่าความก้าวหน้าทางด้านเทคโนโลยี การแพทย์ สาธารณสุขทำให้คนเรามีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น หากแต่ยังปราศจากการสร้างความรู้ความเข้าใจและการให้คุณค่าอย่างจริงจังจึงทำให้เกิดช่องว่างซึ่งนำไปสู่ปัญหาทางสังคมและวัฒนธรรมดังที่ปรากฏอยู่ในปัจจุบัน

จากปัญหาดังกล่าวที่เกิดขึ้นได้สะท้อนให้เราเห็นว่าปัญหาผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะความจำเสื่อมว่าเป็นปัญหาที่มีความสลับซับซ้อน เพราะผลกระทบที่เกิดขึ้นได้แผ่ขยายวงกว้างออกมาถึงคนรอบข้างโดยเฉพาะอย่างยิ่งสมาชิกในครอบครัวที่ต้องรับบทบาทเป็นญาติผู้ดูแลจะได้รับผลกระทบโดยตรง ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในบทบาทหน้าที่ของตนเองจากเดิมที่เคยดำรงอยู่ ไม่ว่าจะเป็นการที่จะต้องปรับตัวให้สามารถตอบสนองต่อความต้องการของสมาชิกที่อยู่ในภาวะเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์ทางสังคมกับคนอื่น ๆ ลดน้อยลงเพราะต้องทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยตลอดเวลา จนอาจก่อให้เกิดความขัดแย้งระหว่างสมาชิกในครอบครัวด้วยกัน นอกจากนี้ยังอาจทำให้เกิดความวิตกกังวล เกิดความเหนื่อยล้า ท้อแท้ หมดกำลังใจ และบางครั้งต้องเผชิญกับพฤติกรรมต่าง ๆ ที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย (Reinhard, 1994) ที่ไม่สามารถคาดคะเนล่วงหน้าได้ เช่น บางวันผู้ป่วยมีพฤติกรรม รุนแรง อาละวาด เป็นต้น การที่ญาติผู้ดูแลจำต้องเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้นรอบด้านโดยที่ตนไม่สามารถที่จะปิดหน้าที่ความรับผิดชอบเหล่านั้นได้ ทำให้ญาติผู้ดูแลจึงถูกเปรียบเทียบกับเป็นเสมือนผู้ป่วยแอบแฝง (Hidden Victims) อันเนื่องมาจากการได้รับผลกระทบจากการให้การดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะความจำเสื่อม ปัญหาที่อยู่ภายใต้แรงกดดันจากภาระที่ตนเองต้องเป็นผู้รับผิดชอบนั้นได้ส่งผลกระทบต่อญาติผู้ดูแลเองทั้งทางด้านสุขภาพร่างกายและจิต

ใจตลอดจนปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ ปัจจัยดังกล่าวเป็นสาเหตุหนึ่งซึ่งทำให้สมาชิกในครอบครัวมีแนวคิดที่จะหลีกเลี่ยงการดูแลโดยการฝากภาระให้เป็นหน้าที่ของสถานสงเคราะห์ของรัฐ (Hamdy et.al., 1994)

สำหรับประเทศไทยนั้นการที่ผู้สูงอายุจะสามารถเข้าไปพักอาศัยอยู่ในบ้านพักคนชรา นั้นต้องรอการต่อคิวเป็นเวลานาน ในขณะที่บ้านพักคนชราบางแห่งไม่ต้องรอคิวนานแต่ก็ต้องเสียค่าใช้จ่ายเป็นจำนวนมาก ประกอบกับค่านิยมในสังคมไทยนั้นถือว่าผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่ถูกหลานควรจะให้เคารพบอบบอบ ให้การดูแลและตอบแทนพระคุณของท่านที่มีบุญคุณต่อลูกหลาน ดังนั้นผู้สูงอายุในประเทศไทยส่วนใหญ่เมื่อมีปัญหาสุขภาพร่างกายเจ็บป่วยจึงมีคนในครอบครัวเป็นผู้ดูแลที่จะต้องส่งเสริมและพัฒนาสมาชิกที่ป่วยให้สามารถมีชีวิตที่มีความสุขตามสมควรแก่สภาพที่ควรจะเป็น (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2544) แต่ด้วยสภาพของสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงไป ค่านิยมและแนวความคิดแบบทันสมัยของสังคมตะวันตกที่ได้ก้าวเข้ามาพร้อมกับการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและเศรษฐกิจดังกล่าวได้ส่งผลกระทบต่อแบบแผนการดำเนินชีวิตของบุคคล ทำให้คนไทยเกิดค่านิยมในการถือครองวัตถุ เกิดภาวะที่เรียกว่าวัตถุนิยม ต้องการดิ้นรนแข่งขันเพื่อให้ตนเองได้มาซึ่งความสะดวกรสบายต่าง ๆ จากปรากฏการณ์ดังกล่าวที่เกิดขึ้นนั้นทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างกันในครอบครัวถูกลดทอนความสำคัญลง สมาชิกในครอบครัวไม่มีเวลาในการดูแล ให้ความรัก ความเอาใจใส่กันได้อย่างเต็มที่ บทบาทของครอบครัวที่เป็นผู้ให้บริการทางสังคมและการดูแลผู้สูงอายุค่อยลดลงไป สมาชิกในครอบครัวต่างเริ่มรู้สึกถึงแรงกดดันที่เกิดขึ้น (ภัสสร ลิมานนท์, 2535) ส่งผลให้ความสำคัญของผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวได้ถูกละเลยและมองข้ามไป โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพอย่างเช่นผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะความจำเสื่อม ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการดูแลเอาใจใส่อย่างใกล้ชิด จากบุคคลที่ถือว่าเป็นผู้ที่มีความสำคัญต่อตัวผู้สูงอายุ ดังเช่น ลูกหลานและสมาชิกในครอบครัว

จากการเปลี่ยนแปลงสภาพเศรษฐกิจและสังคมดังกล่าวส่งผลให้ญาติผู้ทำหน้าที่ดูแลไม่สามารถที่จะรับภาระในการดูแลผู้ป่วยได้เพียงลำพัง ทั้งนี้สืบเนื่องมาจากภารกิจในหน้าที่การงานที่ตนเองต้องรับผิดชอบอีกทั้งยังต้องเผชิญกับความรู้สึกเป็นภาระทั้งในเชิงรูปธรรมและนามธรรม นอกจากนี้ยังมีปัจจัยที่สำคัญอีกประการหนึ่งก็คือ การที่ญาติผู้ดูแลขาดความรู้ความสามารถในการให้การดูแล ขาดทักษะในการสังเกตอาการและพฤติกรรมของผู้สูงอายุ ไม่รู้วิธีการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น ทำให้การดูแลผู้สูงอายุไม่มีประสิทธิภาพอย่างเพียงพอ ส่งผลให้เกิดความยุ่งยากในการดูแลมีมากขึ้นและความรู้สึกเป็นภาระของญาติผู้ดูแลมีมากขึ้นเป็นทวีคูณ ด้วยเหตุนี้ญาติผู้

เกิดความต้องการความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ ทั้งจากผู้ครอบครัวไม่ว่าจะเป็นเครือญาติ เพื่อนบ้าน การบริการจากภาครัฐและเอกชนหรือสนับสนุนทางสังคม (Social Support) รวมทั้งการจ้างพนักงานจากสถานบริการด้านสุขภาพเพื่อให้มาทำหน้าที่ดูแลแทนลูกหลานที่ไม่มีเวลา เข้ามาช่วยส่งเสริมเพื่อแบ่งเบาภาระและความกดดันที่เกิดขึ้นจากการให้การดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะความจำเสื่อม

จากที่กล่าวมาทั้งหมดจะเห็นได้ว่าการมองภาพผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะสมองเสื่อมมักจะถูกมองอยู่เพียงมิติเดียวเท่านั้น คือมองว่าผู้ป่วยเป็นผู้ที่มีความบกพร่องในด้านความจำและไม่สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับคนอื่น ๆ ในสังคมได้อย่างเป็นปกติซึ่งการมองภาพดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยถูกสร้างความหมายและให้คุณค่าแต่ในเชิงลบจนกลายเป็นกลุ่มคนที่อยู่นอกพื้นที่ของสังคม โดยปราศจากการทำความเข้าใจว่าผู้สูงอายุก็เป็นกลุ่มคนหนึ่งที่ไม่ได้แตกต่างจากคนอื่นในสังคมที่ยังต้องมีชีวิตต่อไปภายใต้กระแสความเปลี่ยนแปลงทางสังคมเช่นเดียวกัน ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้เกิดความสนใจของประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้น โดยคำถามเบื้องต้นของผู้วิจัยก็คือ สภาพการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและวัฒนธรรมในบริบทสังคมไทยได้ส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมอย่างไร และกระบวนการในการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมเป็นอย่างไร ตลอดจนคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยของทั้งที่เป็นเครือญาติและผู้ที่ถูกว่าจ้างให้มาทำการดูแลมีความแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร และท้ายที่สุดคือต้องการที่จะทำการศึกษาดังถึงบทบาทของฝ่ายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องในกระบวนการให้การดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมว่ามีใครบ้างและมีบทบาทต่อการให้การช่วยเหลืออย่างไร ซึ่งเป็นความพยายามที่จะสร้างความเข้าใจในปัญหาผู้สูงอายุในมิติทางสังคมและวัฒนธรรม เพื่อเป็นการเปิดพื้นที่และสร้างมุมมองด้านใหม่อันจะนำไปสู่การเข้าใจปัญหาอย่างถูกต้องและสอดคล้องกับความต้องการอย่างแท้จริง



## 1.2 วัตถุประสงค์ในการศึกษา

1.2.1 เพื่อวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงทางสังคมและวัฒนธรรมไทยที่เกี่ยวข้องกับครอบครัว, ภาวะ สุขภาพและการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม

1.2.2 เพื่อศึกษากระบวนการการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมของผู้ที่เป็นญาติและผู้ที่ว่าจ้างมา

1.2.3 เพื่อศึกษาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม

1.2.4 เพื่อศึกษาสัมพันธภาพในการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย

## 1.3 สมมติฐานการวิจัย

1.3.1 การเปลี่ยนแปลงทางสังคมและวัฒนธรรมมีผลต่อลักษณะการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม

1.3.2 กระบวนการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมมีทั้งรูปแบบที่เป็นเครือญาติและไม่เป็นเครือญาติ

1.3.3 การดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมทางจิตใจญาติทำได้ดีกว่าผู้ที่ว่าจ้างมาส่วนการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมทางด้านร่างกายนั้นผู้ที่ว่าจ้างมาทำได้ดีกว่าญาติ

#### 1.4 ขอบเขตการศึกษา

ในการวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในบริบทการเปลี่ยนแปลงทางสังคมวัฒนธรรมไทย ซึ่งเป็นการศึกษาที่มุ่งหาคำอธิบายเกี่ยวกับลักษณะการเปลี่ยนแปลงทางสังคมวัฒนธรรมไทยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมในการให้การดูแลผู้ป่วย ตลอดจนมุ่งทำความเข้าใจถึงกระบวนการในการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมของทั้งผู้ที่มีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยในฐานะญาติและผู้ที่ถูกว่าจ้างให้มาทำหน้าที่ดูแล อันจะนำไปสู่การวิเคราะห์ถึงคุณภาพในการให้การดูแลของคนทั้ง 2 กลุ่ม และเพื่อให้ได้ข้อมูลที่เจาะลึกถูกต้องและตรงตามความเป็นจริงมากที่สุดเพื่อนำมาอธิบายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นได้ ในการศึกษาครั้งนี้จึงทำหลักการตามระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยกรณีศึกษาที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือ ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะความจำเสื่อมซึ่งเป็นสมาชิกสมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมแห่งประเทศไทยที่เป็นญาติผู้ทำหน้าที่ดูแลหลัก (Primary Caregiver) จำนวน 5 คน และผู้ที่ถูกว่าจ้างมาทำหน้าที่ดูแลจากสถานบริการด้านสุขภาพจำนวน 5 คน โดยกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มต้องมีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้เทคนิคการสังเกตอย่างมีส่วนร่วม (Participant Observation) ร่วมกับการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) และการสัมภาษณ์ประวัติชีวิตผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม (Life History) จากกรณีศึกษาผู้ทำหน้าที่ดูแล

## 1.5 ประโยชน์ในการศึกษา

1.5.1 ทำให้ทราบถึงสภาพการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและวัฒนธรรมไทยที่ส่งผลต่อครอบครัว, ภาวะสุขภาพและการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม

1.5.2 ทำให้เกิดความเข้าใจและเห็นถึงกระบวนการขั้นตอนต่าง ๆ ในการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมของทั้งผู้ที่เป็นญาติและผู้ที่ถูกว่าจ้างมา

1.5.3 การวิจัยในครั้งนี้จะช่วยสะท้อนให้เห็นถึงคุณภาพการดูแล (Quality of Care) ผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมระหว่างผู้ที่เป็นญาติและผู้ที่ถูกว่าจ้างมาทำการดูแล

1.5.4. เป็นการแสดงให้เห็นถึงสัมพันธภาพที่เกิดขึ้นในการดูแลระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแล และสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัว

1.5.5 ทำให้เห็นถึงความสำคัญในบทบาทของผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลทั้งผู้ที่เป็นญาติ, ผู้ที่ถูกว่าจ้างมาตลอดจนฝ่ายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องในกระบวนการให้การดูแล

1.5.6 เป็นข้อมูลพื้นฐานให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการผู้สูงอายุได้พึงตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาและผลกระทบที่เกิดขึ้นอันเป็นภาระในการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อเป็นแนวทางในการให้ความช่วยเหลือต่อไป

## 1.6 นิยามศัพท์

**การเปลี่ยนแปลงทางสังคมและวัฒนธรรม** หมายถึง การเปลี่ยนแปลงระบบโครงสร้างและพฤติกรรมทางสังคมที่มีผลทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนในแนวความคิด บรรทัดฐาน ค่านิยม ตลอดจนความประพฤติของคนในสังคมที่มีความเกี่ยวข้องและเชื่อมโยงกับครอบครัว ภาวะสุขภาพและการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม

**ผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม** หมายถึง บุคคลทั้งชายและหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งแพทย์ทำการวินิจฉัยแล้วว่าป่วยเป็นโรคสมองเสื่อม

**ญาติผู้ทำหน้าที่ดูแล** หมายถึง สมาชิกในครอบครัวที่มีสายสัมพันธ์ใกล้ชิด เช่น บิดา มารดา บุตร ญาติพี่น้อง เป็นต้น โดยอาศัยอยู่ภายในบ้านเดียวกับผู้ป่วย

**ผู้ที่ถูกว่าจ้างมาดูแล** หมายถึง บุคคลที่เป็นพนักงานของสถานบริการด้านสุขภาพซึ่งได้รับการฝึกฝนให้มาทำการดูแล เป็นผู้ที่มีความชำนาญในด้านการดูแลและได้รับการว่าจ้างจากญาติผู้ป่วยให้มาทำการดูแล

**คุณภาพการดูแล** หมายถึง การให้การดูแลที่มีความเหมาะสม สามารถตอบสนองความต้องการตามความคาดหวังที่สมเหตุสมผลของผู้ป่วยได้

**บทบาทของผู้ดูแล** หมายถึง บทบาทการดูแลที่ผู้ดูแลปฏิบัติต่อผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม เพื่อตอบสนองต่อความต้องการขั้นพื้นฐานของ ทั้งในด้านการดูแลที่จำเป็นโดยทั่วไป และการดูแลที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาสุขภาพ

**ภาระของผู้ดูแล** หมายถึง การรับรู้ความยุ่งยากและความเดือดร้อน ลำบากใจ ที่เกิดขึ้นกับญาติผู้ดูแล จากการแสดงบทบาทให้การดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม ทั้งภาระเชิงนามธรรม (Subjective Burden) หมายถึง ความรู้สึกทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นกับญาติผู้ดูแลจากการให้การดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะความจำเสื่อม ได้แก่ ความตึงเครียด ความท้อแท้ใจ ความวิตกกังวล และภาระเชิงรูปธรรม (Objective Burden) หมายถึง ความยุ่งยากที่เกิดขึ้นกับญาติผู้ดูแลจากการแสดงบทบาทการให้การดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะความจำเสื่อมที่สามารถสังเกตได้ เช่น ปัญหาสุขภาพ การพักผ่อน การสูญเสียงานประจำ ความยุ่งยากทางด้านเศรษฐกิจ ปัญหาในการปฏิสัมพันธ์กับคนอื่น ๆ ในสังคม