



## วรรณคดีและการวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยเรื่องความคิดเห็นของพยาบาลและครูที่มีต่อผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครครั้งนี้ เป็นการศึกษาเพื่อต้องการทราบความคิดเห็นของคนในสังคมเมืองที่มีต่อผู้สูงอายุ โดยทั่วไปในปัจจุบันว่ามีความคิดเห็นเป็นอย่างไร ซึ่งผู้วิจัยเชื่อว่าจะเป็นประโยชน์ในการที่จะช่วยเพิ่มข้อมูลที่เป็นจริงแก่วงการแพทย์พยาบาล การบริการสวัสดิการสังคม และสถาบันการศึกษาคนชรา เพื่อการแก้ปัญหาเกี่ยวกับผู้สูงอายุในสังคม

การศึกษาวิจัยในทำนองนี้กล่าวได้ว่ายังมีจำนวนน้อย โดยเฉพาะในเมืองไทย ดังนั้นในบทนี้ผู้วิจัยขอเสนอสาระสำคัญที่เกี่ยวข้องและเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุเพื่อประกอบรายงานการศึกษาวิจัย 5 ประการคือ

1. สภาพปัญหาของผู้สูงอายุ
2. ปัจจัยที่ก่อให้เกิดปัญหาแก่ผู้สูงอายุ
3. ทศนคติของสังคมที่มีต่อผู้สูงอายุ
4. การช่วยเหลือและการแก้ปัญหาผู้สูงอายุในสังคม
5. บริการสวัสดิการที่รัฐจัดให้แก่ผู้สูงอายุในประเทศไทย

### สภาพปัญหาของผู้สูงอายุ

ได้มีผู้พยายามศึกษาและอธิบายถึงสภาพปัญหาของผู้สูงอายุหรือคนชราไว้ต่างกัน ตามแต่ข้อมูลหรือประสบการณ์ที่ค้นพบและมีอยู่ แต่ส่วนใหญ่แล้วจะมีแนวโน้มของผลลัพท์คล้ายคลึงกันและมีทิศทางร่วมกันโดยสรุปคือ ความชราเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมโดยธรรมชาติประการหนึ่งและอิทธิพลสิ่งแวดล้อมในสังคมที่มีความกดดันต่อร่างกาย จิตใจของมนุษย์ นอกจากนี้พยาธิสภาพที่เกิดขึ้นก็เป็นตัวการสำคัญซึ่งมีผลต่อร่างกายของมนุษย์ให้เกิดความเสื่อมโทรม อย่างไรก็ตามข้อสรุปทั้งสามประการที่กล่าวมาจะต้อง

ยอมรับว่าต่างเป็นข้อสรุปที่ชี้ให้เห็นถึงข้อเท็จจริงที่มนุษย์จะหลีกเลี่ยงความชราไปไม่พ้น โดยไม่ว่าทางใดก็ตามหนึ่ง

ในบางความเห็นกล่าวถึงชีวิตในวัยสูงอายุหรือวัยชรานั้น เสาร์นั๊ก ตัวผู้สูงอายุเองต้องยอมรับในสัจธรรม บางทีศนะพยายามชี้แนะให้มีการปรับปรุงตนเอง เสมอเพื่อชะลอความชราจนวาระสุดท้าย

ปัญหาผู้สูงอายุ เมื่อพิจารณาตามสภาพของปัญหาแล้วอาจแยกกล่าวตามสภาพปัญหาได้เป็น 2 ปัญหาใหญ่ ๆ ซึ่งจะกล่าวไว้ ณ ที่นี้คือ ปัญหาทางกายหรือทางชีววิทยา และปัญหาทางจิตใจหรือทางจิตวิทยา อารมณ์ สังคม

### ปัญหาทางกายหรือทางชีววิทยา

007347

เสนอ อินทรสุขศรี ได้เขียนไว้เกี่ยวกับวัยสูงอายุ หรือวัยชราว่า นับแต่อายุ 50 ปีขึ้นไป จนถึงวันสิ้นสุดแห่งชีวิต เป็นวัยแห่งความเสื่อมโทรมของร่างกาย ผิวหนังเหี่ยวย่น ตามัว หูตึง พันทัก กระดูกเปราะ ผนังหัวใจทำงานได้น้อยลง ออกแรงมากไม่ได้ เป็นวัยแห่งความหลังเหลืออยู่แต่ความชัดเจนประสบการณ์ของชีวิต ต้องการความสงบทางใจ รอเวลาสิ้นสุดของชีวิต<sup>1</sup>

ตามข้อความที่กล่าวข้างต้นหากเป็นที่ยอมรับยอมหมายความว่า วัยสูงอายุเริ่มต้นเมื่ออายุย่าง 50 ปีขึ้นไปและสภาพของคนเมื่ออายุ 50 ปี จะมีสภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจที่เป็นปัญหาทั้งส่วนตัวและส่วนรวมในสังคม

ชระ สุขวัจน์ กล่าวว่า ถ้าความชราเป็นไปตามธรรมชาติหรือลักษณะทางชีววิทยาของมนุษย์แล้ว ผู้ที่ถึงแก่กรรมด้วยโรคราย่อมหมายความว่าจากการตรวจศพอย่างละเอียดแล้ว จะต้องไม่พบพยาธิสภาพหรือโรคอื่นเลย เหตุที่ตายคงเป็นเพราะเนื้อเยื่อทั้งหลายทรุด-

<sup>1</sup> เสนอ อินทรสุขศรี, "จะไขชีวิตอย่างไรเมื่ออย่างเข้าสู่วัยสูงอายุ," สุขภาพจิตผู้สูงอายุ (กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์มิตรสยาม, 2519), หน้า 5.

โทรมไปตามวัยจนถึงขนาดที่ไม่ทำให้ดำรงชีวิตต่อไปได้ และยังคงอ้างถึงสถิติคนตายในสหรัฐอเมริกา ตรวจพบว่าคนตายโดยไม่มีพยาธิสภาพหรือโรคอื่นมีเพียงร้อยละ 0.63 ในเยอรมันมีเพียงร้อยละ 8 ศาสตราจารย์แอสคอฟ (Aschoff) ในเยอรมันได้ตรวจศพของแพทย์จำนวนหนึ่ง พบว่าศพเหล่านั้นล้วนตายโดยมีพยาธิสภาพ และทราบจนขณะนี้ยังไม่มีใครพบเลยว่า โรคอะไรที่เป็นโรคเฉพาะสำหรับคนชรา พบแต่ว่า ความชราเป็นบ่อเกิดแห่งโรคทั้งหลายได้ง่าย<sup>1</sup>

ตามความเห็นที่กล่าวนั้นย่อมหมายความว่า ชีวิตของมนุษย์ไม่ได้เปลี่ยนแปลงไปสู่ความชราโดยลำพังตามธรรมชาติ หากแต่มีโรคภัยไข้เจ็บ และพยาธิสภาพในพันธุศาสตร์สำคัญในการเปลี่ยนแปลงจนนำไปสู่ความตาย อย่างไรก็ตาม โรคและพยาธิสภาพในชีวิตของมนุษย์นั้นอาจเฝ้าระวังรักษาให้หายคืนสภาพปกติได้ ต่างกับการเป็นไปโดยสภาวะการเปลี่ยนแปลงของวัยและอายุแก่เพียงอย่างเดียว

ซี แอล. แอนเดอร์สัน (C.L. Anderson) และคณะได้เขียนถึงสภาพปัญหาผู้สูงอายุว่า ความชราเป็นกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงของร่างกายซึ่งมีอัตราความเสื่อมโทรมในอวัยวะต่าง ๆ และอัตราการเผาผลาญในร่างกายลดลงประมาณร้อยละ 7 ในทุก ๆ 10 ปี และเมื่อภายหลังจากอายุ 30 ปีไปแล้ว อัตราการแบ่งเซลล์ของร่างกาย ความเจริญของเซลล์ ตลอดจนการซ่อมแซมสิ่งที่สึกหรอในร่างกายจะลดช้าลง เนื้อเยื่อในร่างกายมีแนวโน้มแห้งลง ไขมันเริ่มมีขึ้นพร้อมกับการหดลงของเซลล์ การตอบสนองของกล้ามเนื้อ ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ความอดทน ความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อจะลดลง นอกจากนี้ประสิทธิภาพของการไหลเวียนของโลหิตจะลดลงด้วย กระดูกเปราะบางมากขึ้นตามสัดส่วนของสารต่าง ๆ ในกระดูก พันธุ์รูปทรง ระบบย่อยอาหารเสื่อม คนเมื่ออายุล่วงเลย 65 ปี ขึ้นไป ส่วนมากร่างกายจะไม่ผลิตกรดไฮโดรคลอริกในกระเพาะอาหาร ระบบประสาทและที่รับความรู้สึกเหนื่อย เนื่องจากการตอบสนองที่เชื่องช้าดังกล่าวอันเป็นสาเหตุของความเจ็บ-

<sup>1</sup> ชระ สุขวัญ, เรื่องของคนแก่ (กรุงเทพมหานคร : บริษัทการพิมพ์, 2523),

ป่วยและความผิดปกติเกิดขึ้นมากในผู้สูงอายุ<sup>1</sup>

เฮเลน แอนเดอร์สัน (Helen Anderson) ได้กล่าวถึงสภาพผู้สูงอายุในอเมริกาว่า เมื่ออย่างผู้วัย 65 กล่าวได้ว่าเป็นการก้าวเข้าสู่สถานภาพหรือบทบาทอีกบทบาทหนึ่งในสังคม โดยอาจเกษียณอายุจากการงาน รับเบี้ยประกันสังคม รับเบี้ยบำนาญ เบี้ยประกันชีวิตอื่น ๆ บางทีบางคนเริ่มย่างเข้าสู่สถานภาพนี้ตั้งแต่อายุ 62 ปี หากเขาโชคดี มีสุขภาพแข็งแรงเขาก็จะยังสามารถเป่าเทียนเล่มที่ 65 บนขนมเค้กในการฉลองวันเกิด ท่ามกลางบุตรหลาน เหลนและคูครองของเขาอย่างพร้อมหน้า ไม่ว่าเขาจะรู้สึกแก่หรือไม่ก็ตาม แต่เขาก็ได้กลายเป็นผู้วัยอีกวัยหนึ่งอย่างแน่นอน<sup>2</sup>

จอห์น คีท (John Keet) ที่ปรึกษาด้านการแพทย์เกี่ยวกับโรคชรา (Geriatric Medicine) โรงพยาบาลควีนในประเทศอังกฤษได้เสนอเอกสารเพื่อการสัมมนาเรื่องผู้สูงอายุที่เมืองเคียฟประเทศรัสเซีย ปี 1979 ว่า คำว่า Aging น่าจะเป็นคำที่ถูกต้องเหมาะสมที่สุดในการนำมาใช้เรียกผู้สูงอายุ เพราะเน้นให้เห็นธรรมชาติแห่งพัฒนาการและการเข้าถึงคนชรา นิยามของ Aging แยกได้ตามแนวคิดดังนี้

1. โดยปกตินับจากวัยกลางคนซึ่งจะเป็นระยะที่ต้องให้ความช่วยเหลือ
2. ระยะเริ่มช่วยเหลือตนเองไม่ได้
3. ระยะขาดอิสระภาพ ระยะที่ไม่เป็นตัวของตัวเอง

จำนวนผู้สูงอายุของโลก ในช่วงปี 1970 - 2000 ประมาณว่าจะเพิ่มขึ้นในอัตราส่วนร้อยละ 101 แยกเป็นประเทศพัฒนาจะเพิ่มเป็นอัตราส่วนร้อยละ 50.3 และประเทศ

<sup>1</sup> C.L. Anderson, Richard Morton, Lawrence Green, Community Health (Saint Louis : The C.V. Mosby Company, 1978), p. 81.

<sup>2</sup> Helen Anderson, Newton's Geriatric Nursing (Saint Louis : The C.V. Mosby Company, 1971), p. 20.

กำลังพัฒนาจะเพิ่มในอัตราส่วนร้อยละ 158.3 และกล่าวว่า ผู้สูงอายุในประเทศกำลังพัฒนา จะเริ่มต้นเร็วกว่าประเทศพัฒนาประมาณ 5 ปี<sup>1</sup>

เฟรด คลาวจ์ (Fred Clough) ได้ศึกษาถึงการเปลี่ยนแปลงทางค้ำร่างกาย ของผู้สูงอายุไว้ว่า โดยธรรมชาติแห่งกระบวนการภาวะสมดุลย์ในร่างกายของมนุษย์ ร่าง- ภายจะควบคุมระดับอุณหภูมิและเคมีชีวะโดยตัวมันเอง เมื่อคนอายุมากขึ้น ความเจริญของ ร่างกายจะลดลง การปรับตัวให้เข้ากับกิจกรรมและสิ่งแวดล้อมที่แปร เปลี่ยนไปจะยากขึ้นทั้งนี้ จะแตกต่างกันไปตามความแตกต่างของแต่ละบุคคล การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวจะ เปลี่ยนแปลง ในทุกระบบของร่างกายดังนี้

ระบบโครงกระดูก (The Skeleton) กระดูกจะกร่อนลงเมื่ออายุเริ่ม 45 ปี รอย คอของกระดูกสันหลังจะหดลง โคนง จุ่ม และความสูงลดลง การขาดสารที่จำเป็นต่อการรักษา สภาพที่ดีของกระดูกทำให้เกิดกระดูกอ่อนอย่างรุนแรงสามารถทำให้เกิดสภาวะแห่งโรคกระดูก (Osteoporosis)

การขาดแคลเซียมในกระดูกปกติ สามารถเกิดขึ้นได้ เนื่องจากขาดวิตามินดี ไม่ได้ รับประโยชน์จากแสงแดด โดยเฉพาะคนที่เริ่มแก่และอยู่แต่ในบ้าน ขาดการควบคุมอาหาร

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของกระดูก ทำให้เกิดโรคโค้งงายจนถึงขั้นกระดูกแตก หรือหักแม้จะไม่ได้รับการกระทบกระเทือนจากอะไร ดังนั้นพยาบาลจะต้องมีความรู้ความ เข้าใจในเรื่องนี้ และมีความระมัดระวังเป็นพิเศษในการดูแลเรื่องกรเคลื่อนไหวของคนไข สูงอายุในรายที่มีข้ออ่อนแอ

---

<sup>1</sup> John Keet, "Role of Aging in Family, Local Community and Voluntary Agencies and the Role of these group in Providing Support to Old People," Paper Report to UN Interregional Seminar on the Aging, Keiv, USSR, May 1979.



## ระบบประสาทส่วนกลาง (Central Nervous System )

ความสำคัญของคุณัยการควบคุมประสาทส่วนกลางลดลงเมื่อชราภาพ ความสับสน ยุ่งเหยิง ในความเสื่อมของประสาทเกิดขึ้นอย่างเห็นได้ชัดในคนอายุมากกว่า 60 ปีและ กล่าวได้ว่าประมาณร้อยละ 90 ของผู้สูงอายุที่อายุเกิน 90 ปีขึ้นไปจะมีรอยพลงดำ มีการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับเส้นเลือดซึ่งเป็นผลจากผนังหลอดเลือดตีแค่งแข็ง (Artherosclerosis) และมีส่วนจำกัดหน้าที่ของสมอง

การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวมีผลกระทบต่อพฤติกรรม และมีตัวแปรกว้างขวางในผล กระทบเหล่านี้ เช่น ความสามารถส่วนบุคคลและการสูญเสียความสามารถทางสมอง นอกจากนั้นยังมีปัจจัยทางสังคมหลายประการที่ทำให้ความสามารถทางสมอง (Mental Faculties) ลดลง เช่น ไม่ได้ใช้สมองหรือเลิกยุ่งเกี่ยวกับกิจกรรมทางสังคม เป็นต้น

ความสับสน ซาดสมาธิ ลืมความหลังและการไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ ก็เป็นอาการที่แสดงให้เห็นว่า สมองเริ่มเสื่อมโทรม

ความเสื่อมที่เพิ่มมากขึ้นจะเป็นหนทางนำไปสู่โรคเรื้อรังในสมอง ซาดความเป็น ตัวของตัวเอง ช่วยตัวเองไม่ได้ รับผิดชอบในหน้าที่การงานได้น้อยลง เกิดความสับสน งก ๆ เงิ่น ๆ ซึ่งเป็นอาการเริ่มต้นของการเจ็บป่วยทางกายในผู้สูงอายุ อันมีสาเหตุมา จากความกดดันและสภาพแวดล้อมที่เป็นพิษ ผู้สูงอายุที่เกิดอาการดังกล่าวมักจะถูกกล่าวหา ว่าเป็นคนขุ่นวายหรือเป็นประสาท (demented )

ระบบประสาทรับรูพิเศษ (Special Sensory Reception) ปัจจัยแห่งความรู้ สึกจากสิ่งซึ่งมากระตุ้นให้เกิดการรับรู้สัมผัสในร่างกาย โดยเฉพาะในกล้ามเนื้อและข้อต่อ ช่วยให้แต่ละคนรู้อำนาจต่าง ๆ ของร่างกาย การเคลื่อนไหวในผู้สูงอายุจะลดลงและมี น้อยลง ก่อให้เกิดความยากลำบากในการทรงตัวและการรักษาทรงตัว

ผู้สูงอายุอาจกลายเป็นบุคคลที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ เนื่องจากสายตาซึ่งเป็นส่วน สำคัญในการเดินและการก้าวเท้า การทรงตัวจะมีความยุ่งยากมากในที่มืดถ้าหากสายตา ไม่ดี จึงเป็นปัจจัยที่สำคัญที่พึงระมัดระวัง เพื่อความปลอดภัย และการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้สูงอายุ

นอกจากนี้ผู้สูงอายุจะไค่ลึนน้อยลง เนื่องจากการลดลงของปลายประสาท ทำให้อาหาร  
อโรยน้อยลง พอ ๆ กับอันตรายอาจเกิดขึ้นได้จากแก๊สรั่วกลิ่นใหม่ที่ไม่วู้ตัว

### การมองเห็น (Vision)

ความสูงอายุมีผลกระทบต่อโครงสร้างของสายตา ทำให้อ่านาการมองเห็นเสื่อม-  
ลง การเปลี่ยนแปลงของเส้นเลือด เช่น หลอดโลหิตแข็งจะทำให้การมองเห็นเสื่อมลงเช่นกัน  
คนส่วนใหญ่เมื่ออายุมากขึ้น การใช้สายตาในระยะใกล้ ๆ จะเสียไป ฉะนั้นมีความ  
จำเป็นที่จะต้องใส่แว่นสายตาเพิ่มมากขึ้น แว่นสายตาจึงเป็นสิ่งจำเป็น การเก็บรักษาควรเก็บ  
ในที่ ๆ หนีบไค่กายสะดวก ทำความสะอาดอยู่เสมอแม้จะอยู่ในโรงพยาบาล และควรเขียน  
ชื่อกำกับไว้ควยกันหลงลืม

### การไค่ยิน (Hearing)

ความเสื่อมในการฟังเป็น เรื่องธรรมดาของผู้สูงอายุด้วยเหตุผลหลายประการ เช่น  
การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเนื่องจากความเสื่อมของกลไกการฟัง เช่น อวัยวะสุดท้ายของการ  
ฟัง การนำเลือดไปเลี้ยง การนำของประสาทรับฟังถูกกระทบกระเทือน

หูจึงเป็น เืองไขที่ทำให้ผู้สูงอายุไม่อาจไค่ยินเสียงสูง ต่ำ และความถี่ระดับกลาง  
ความไม่สมดุคยในการฟังเสียงมีผลต่อการพูคยสนทนา ปัญหาในการฟังจึงเกิดขึ้น พยาบาล  
จำเป็นจะต้องระมัดระวังในการพูคกับคนไขสูงอายุ ควรพูคใกล้ ๆ พูคให้ชัด ก่อนพูคต้องแน่ใจ  
ว่าคนไขเข้าใจในสิ่งที่พูค ควรมีเครื่องช่วยฟังเสียงช่วยควย

### ผิวหนัง (Skin)

คนสูงอายุจะมีผิวหนังเหี่ยวย่น แห้ง เนื่องจากขาดไขมันไค่ผิวหนังช่วยหล่อเลี้ยง  
และความยืดหยุ่นลดลง การที่ผิวหนังถูกแดดลมมานานปีมีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของ  
ผิวหนังไค่ การเผาผลาญในร่างกายลดลง ออกซิเจนที่ถูกนำมาใช้ที่ผิวหนังจะลดลงเช่นกัน  
จึงเป็นสาเหตุให้ผิวหนังมีโอกาสไวต่อการถูกกระทบกระเทือนไค่ง่ายขึ้น

แผลกดทับจึงมักจะปรากฏขึ้นเสมอ ๆ ในผู้สูงอายุที่นอนอยู่เตียงนาน ๆ หรือนั่ง-  
เก้าอี้นาน ๆ ดังนั้น จึงมีความจำเป็นที่จะต้องให้มีการเคลื่อนไหวอยู่เสมอ

เนื่องจากความบอบบางของผิวหนัง จึงทำให้เกิดแผลกดทับได้ง่ายขึ้นในผู้สูงอายุ  
เส้นเลือดฝอยใต้ผิวหนังอาจถูกทำลายในขณะทำกิจกรรมหรือเคลื่อนไหว หรือถูกกระทบกระทั่ง  
สิ่งเหล่านี้พยาบาลจะต้องให้คำแนะนำแก่ญาติได้รับทราบ เพราะเขาอาจจะไม่รู้ในสิ่งที่เกิดขึ้น

### การควบคุมอุณหภูมิ (Temperature Regulation)

ความสามารถของผู้สูงอายุในการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงของอุณหภูมิจะลดลง  
มักจะทนต่ออากาศร้อนหรือหนาวจัดไม่ค่อยได้ เนื่องจากไขมันและต่อมเหงื่อเสื่อม อัตราการ  
เผาผลาญอาหารในร่างกาย พลังกล้ามเนื้อลดลง ดังนั้น จึงควรระมัดระวังเรื่องการเปิด  
ประตูหน้าต่าง การสวมเสื้อผ้า การอาบน้ำ

### การทำงานของหัวใจและการไหลเวียนของโลหิต (Cardiovascular Functions)

การเต้นของหัวใจและการไหลเวียนของโลหิตจะช้าลงกว่าปกติ เมื่อเริ่มเข้าสู่วัย  
สูงอายุ การบีบตัวของหัวใจลดลง ความไม่ยืดหยุ่นเกิดขึ้นในเส้นเลือด

หัวใจมีเส้นเลือดแดงไปหล่อเลี้ยง เมื่อหลอดเลือดถูกอุดตัน เลือดจึงไปเลี้ยงหัวใจ  
ไม่เพียงพอ หัวใจจึงเริ่มพิการหรือเสียไปในที่สุด

มีสาเหตุมากมายที่ก่อให้เกิดโรคหลอดเลือดแข็งหรือถูกอุดตัน เช่น บุคคลที่บริโภค  
อาหารที่มีไขมันมาก รับประทานจืด อ้วน มีน้ำหนักมากเกินไป มีระดับโคเลสเตอรอลและไขมัน  
ต่าง ๆ ในเลือดสูง โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน สูบบุหรี่จัด ขาดการออกกำลังกาย  
เกร็งเครียดต่อภาระกิจประจำวัน เป็นต้น

### การทำงานของระบบการหายใจ (Respiratory Functions)

ขณะที่มีอายุสูงขึ้น ความสามารถในการทำงานของปอดมีโอกาสน้อยลงเพิ่มมากขึ้น  
เนื่องจากผนังกล้ามเนื้อของทรวงอกมีความแข็งเกร็ง กระดูกซี่โครงเคลื่อนไหวช้า โดย-



เฉพาะพวกที่มีร่างกายผิดปกติ พบว่า ประมาณร้อยละ 68 มีหลังโกงเมื่ออายุ 75 ปีขึ้นไป

### ระบบการขับถ่ายของเสีย ( Excretory Functions )

ในผู้สูงอายุกระเพาะปัสสาวะมีแนวโน้มที่จะเปลี่ยนรูปร่างคล้ายกรวย เนื่องจาก การเปลี่ยนแปลงของเนื้อเยื่อที่ยืดหยุ่นและความอ่อนแอของผนังกล้ามเนื้อ บริเวณอุ้งเชิง- กราม ทำให้มีอาการปัสสาวะขัด ความจุของกระเพาะปัสสาวะลดน้อยลง เป็นเหตุให้เกิด อาการปัสสาวะกระปริบกระปรอย

คนส่วนมากมักจะปรับตัวเข้ากับการเปลี่ยนไปสู่วัยสูงอายุได้ ยกเว้น ความเจ็บป่วย สุขภาพจิตเสื่อม สภาพแวดล้อมไม่ดีหรือความเครียด เพราะสิ่งเหล่านี้จะเป็นปัจจัยนำไปสู่การ เจ็บป่วย ซึ่งไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้

หลังอายุ 70 ปีขึ้นไป พบว่า ไตจะเสื่อมลงพร้อมกับมีความเสื่อม โดยมีการเปลี่ยนแปลงที่หลอดไต และกลุ่มเส้นโลหิตฝอย ปกติจำนวนของกลุ่มเส้นโลหิตฝอยจะลดจำนวนลง ระหว่าง 30 - 50 % จากวัยหนุ่มสาว อันเป็นสาเหตุที่ทำให้หน้าที่การกรองของไตน้อยลง จะมีการคั่งค้างของเกลือ ( urea ) ในกระแสโลหิตมากขึ้น

### ระบบทางเดินอาหาร ( Gastrointestinal Functions )

ความรู้สึกลอยากจะรับประทานอาหารขึ้นอยู่กับรสและกลิ่นอาหารนั้นจะลดลง ทั้งนี้ ไม่ได้เกี่ยวข้องกับพยาธิสภาพในร่างกาย แต่เนื่องมาจากการหดตัวของ taste buds ใน ผู้สูงอายุและการเพิ่มขึ้นของ taste threshold ซึ่งพบในกลุ่มผู้สูงอายุถึงร้อยละ 84 นอกจากนี้ พบว่า การรับประทานอาหารที่ขาดกากอาหาร ขาดการบริหารร่างกายหรือไม่ฝึกนิสัย ในการขับถ่าย ในระยะก่อนเริ่มสูงอายุจะมีผลกระทบกระเทือนต่อระบบทางเดินอาหารมากกว่าผลจากการสูงอายุ



## ระบบต่อมไร้ท่อ (Endocrine Functions)

เมื่ออายุเข้าสู่วัยสูงอายุ การเปลี่ยนแปลงในโครงสร้าง ทำให้ต่อมไร้ท่อและองค์ประกอบอื่น ๆ ในร่างกายถูกรบกวน เช่น องค์ประกอบที่ลดน้อยลงของต่อมไทรอยด์จะนำไปสู่ภาวะต่อมไทรอยด์เป็นพิษ ซึ่งอาจเป็นอาการที่ผิดปกติเกิดขึ้นในครั้งแรกของผลกระทบปกติของผู้สูงอายุ ซึ่งไม่ได้รับการรักษา นอกจากนี้เนื้อเยื่อของตับอ่อนอาจถูกทำลายทำให้การผลิตของอินซูลินลดลง ภาวะของโรคเบาหวานอาจเกิดขึ้นได้ ซึ่งนับว่าเป็นเรื่องธรรมดาของคนที่มีอายุมากขึ้น โดยเฉพาะอายุระหว่าง 60 - 70 ปี

ในผู้หญิงรังไข่จะหยุดผลิตเอสโตรเจน สอโรโมนเมื่ออายุประมาณ 45 - 50 ปี ผลที่ตามมาคือการเปลี่ยนแปลงการหดตัวของมดลูก ช่องคลอด และหน้าอก ส่วนเพศโตสเทอโรน สอโรโมนในผู้ชาย ยังไม่มีการยืนยันว่าหยุดผลิตเมื่อใด จึงเป็นความลับในวัยสูงอายุ ดังนั้นความสนใจในเรื่องเพศของผู้สูงอายุชาย จึงไม่ใช่เรื่องผิดปกติแต่อย่างใด<sup>1</sup>

ชาร์ลอตต์ เอลลิโอโพลอส (Charlotte Eliopoulos) ได้ให้ความเห็นเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในโครงสร้างและหน้าที่ของระบบอวัยวะส่วนต่าง ๆ ของร่างกายว่า กระบวนการของความชราปรากฏเบื้องต้นในระดับเซลล์ คือการสูญเสียจำนวนเซลล์ลงไปทีละน้อย ผู้สูงอายุจะมีจำนวนเซลล์น้อยกว่าคนหนุ่มสาวประมาณร้อยละ 30 แม้จำนวนจะน้อยกว่า แต่ขนาดของเซลล์จะใหญ่กว่าและสารในเซลล์ลดจำนวนลงน้อยกว่า สัดส่วนไขมันในร่างกายเพิ่มขึ้น ในขณะที่สารในเซลล์ลดจำนวนลง และทั้งของบางสิ่งบางอย่าง ซึ่งมีลักษณะคล้ายกันไว้แทนที่ ขณะที่ไขมันแห่งลงเมื่ออายุมากขึ้น รูปร่างจะมองเห็นซี่โครงเป็นแนว ไหล่ลาดราเป็นแอ่ง เบ้าตาโบ รักแร้เป็นแอ่ง ของเหลวภายในเซลล์ลดลง แม้จะมีการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญเกี่ยวกับของเหลวภายในเซลล์และมีการลดลงของของเหลวในร่างกายส่วนรวม เซลล์มีลักษณะการรวมกันอย่างไม่ระเบียบ ทำให้โครงสร้างเนื้อเยื่อของร่างกายเปลี่ยนไป การเปลี่ยน-

<sup>1</sup> Fred Clough, "All Nurses must share in the care of the old", Nursing Mirror (4 January 1979) : 13 - 15.

แปลงของเซลล์เหล่านี้มีผลกระทบต่อระบบทุกระบบในร่างกายอย่างแน่นอน<sup>1</sup>

ธีระ งามสูตร ได้ศึกษาไว้ว่า การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายเริ่มต้นจากกำลังกล้ามเนื้อลดลง การสลายตัวของกล้ามเนื้อเสียไป ทำให้การประสานงานในการเคลื่อนไหวต่าง ๆ ไม่สามารถทำได้อย่างสะดวกใจ เช่น การใช้มือ ใช้เท้าในการเคลื่อนไหว เนื่องจากมือและเท้าสั่น ทำงานฝีมือละเอียดไม่ได้ดังเคย คา หู การสัมผัส สมองเพศเสื่อม ผิวหนังเหี่ยวย่น หย่อนยาน ขนบางกระดูกเปราะไม่แข็งแรง ช่วยตัวเองไม่ได้ เช่น ออกนอกห้อง ประตู เดินขึ้นลงบันได เดินรอบ ๆ บ้าน ล้างมือ เท้า อายน้ำ สวมเสื้อผ้าใส่รองเท้า คัดเล็บ ฯลฯ

ความเสื่อมโทรมของอวัยวะก่อให้เกิดโรคต่าง ๆ เช่น สายตาเสื่อม เป็นคอหิน ผิวหนังเสียความยืดหยุ่นขาดไขมันหล่อเลี้ยงทำให้หลังโก่ง เจ็บหลัง เจ็บเอว กระดูกกร่อนหักง่าย ดุลมในปอดพอง เหนื่อยง่าย หายใจไม่เต็มปอด หัวใจเหี่ยว มีไขมันมาพอกพูนในเนื้อหัวใจมากขึ้น กล้ามเนื้อหัวใจไม่แข็งแรง ย่นเส้นเลือดเสื่อม เสียความยืดหยุ่น เส้นโลหิตแข็งอุดตันได้ง่าย มีโอกาสเป็นมะเร็งได้ง่าย โดยเฉพาะโรคของต่อมไร้ท่อ เนื้อเยื่อของอวัยวะต่าง ๆ ลดน้อยลง เช่น เนื้อเยื่อในไต ปอด สมอง ฯลฯ ทำให้อวัยวะดังกล่าวทำงานหนักทดแทนเนื้อเยื่อที่หายไป เยื่อเมือกตามจมูก ปาก ลำคอ ลำไส้แห้ง ตอมลูกหมากโต ปัสสาวะลำบาก ต่อมน้ำเหลืองต่าง ๆ โทรมลง<sup>2</sup>

ปัญหาทางจิตใจ อารมณ์ และสังคม

ชาร์ลอตต์ เอลลิโอโพลอส (Charlotte Eliopoulos) เขียนไว้เกี่ยวกับเรื่อง

<sup>1</sup> Charlotte Eliopoulos, Geriatric Nursing, (London : Harper & Row Ltd., 1979), p. 42.

<sup>2</sup> ธีระ งามสูตร, "ปัญหาผู้สูงอายุ," นิตยสารแพทย์ (ปีที่ 1 ฉบับที่ 7 พฤศจิกายน, 2522) : 18.

การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจตามกระบวนการของความชราว่า การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจเป็นการเปลี่ยนแปลงที่มีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและการเปลี่ยนแปลงทางสังคมอย่างหลีกเลี่ยงไม่พ้น ความเสื่อมของอวัยวะในส่วนที่ให้ความรู้สึกมีอิทธิพลต่อสภาพทางจิตใจของผู้สูงอายุอันเป็นอุปสรรคในการติดต่อกับเพื่อนฝูงและการปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมต่าง ๆ สภาพทางสุขภาพทั่วไป ปัจจัยทางกรรมพันธุ์ ความสำเร็จทางการศึกษา กิจกรรมทางสังคมก็เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ ส่วนปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับทางจิตของผู้สูงอายุนั้นในกระบวนการความชรา มีความแตกต่างกันไปตามสภาพของแต่ละบุคคลที่จะต้องศึกษาและทำความเข้าใจ

การเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพพื้นฐานเป็นลักษณะหนึ่งของปัญหาทางจิตใจ แต่จะไม่เกิดขึ้นอย่างรุนแรง เห็นได้ชัดในบุคคลวัยหนึ่ง ๆ ความเป็นคนมีจิตใจโอ้ออมอารี กรุณา และสุขภาพเรียบร้อยของผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะเป็นบุคลิกที่สืบเนื่องมาจากวัยเด็ก เช่นเดียวกับผู้สูงอายุบางคนที่มีอารมณ์ไม่โหจุนเจียวก็เป็นนิสัยที่สืบเนื่องมาจากวัยเด็ก ซึ่งอารมณ์จะไม่เยือกเย็นลงได้ง่าย ๆ บุคลิกภาพของคนมักมีความสอดคล้องและสืบทอดมาจากบุคลิกในวัยแรก ๆ บางคนอาจกลายเป็นคนเปิดเผยและซื่อตรงมากขึ้น ทั้งนี้เป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงที่ไม่เกี่ยวกับพยาธิสภาพ ความสูงอายุเป็นข้อจำกัดทางกายและจิตใจมากกว่าการเปลี่ยนแปลงทางบุคลิกภาพ

ผู้สูงอายุที่ค่อนข้างบางคนอาจมีสาเหตุมาจากความจำและสายตาเสื่อมลง การเปลี่ยนแปลงทางบุคลิกภาพบางคนก็มีสาเหตุมาจากทัศนคติที่มีต่อตนเองอันเนื่องมาจากการสูญเสียสถานภาพเดิมบางประการ เช่น การเกษียณอายุการงาน รายได้ลดลง การเสียชีวิตของคู่ครอง การสูญเสียอิสรภาพ

ความจำ เป็นปัญหาหนึ่งของผู้สูงอายุที่มีผลทางจิตใจ ซึ่งอาจจะเกิดขึ้นเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงไปตามกระบวนการความชรา ผู้สูงอายุจะจำและระลึกถึงเหตุการณ์ในอดีตได้ดีกว่าเหตุการณ์ในปัจจุบัน หรือเหตุการณ์ที่เพิ่งเกิดขึ้นในไม่กี่นาที่ที่ผ่านมา บางคนจำชื่อพยาบาลที่ดูแลตนเองมาตลอดสัปดาห์ไม่ได้แต่จะจำชื่อของคนบางคนตั้งแต่เมื่อรวมเรียนหนังสือชั้นเล็ก ๆ ได้ ปัญหาความจำจึงเป็นปัญหาปกติของผู้ป่วยสูงอายุและบุคคลที่สุขภาพไม่ดี

ความสามารถในการเรียน เป็นปัญหาหนึ่งของผู้สูงอายุที่เกี่ยวข้องกับปัญหาทางจิตใจ อารมณ์ สังคม แม้ความสามารถในการเรียนจะไม่เปลี่ยนไปตามวัย แต่จะมีการเปลี่ยนแปลงไปตามปัจจัยแวดล้อมอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเรียนของผู้สูงอายุแต่ละคน รวมถึงแรงกระตุ้นต่าง ๆ ช่วงของความสนใจ การแปลความหมายสู่ระบบประสาท การขาดภาวะการรับรู้ การแปลความหมายสู่ระบบประสาท การขาดภาวะการรับรู้ ความพร้อมของการเรียนลดน้อยลง อาจต้องใช้ประสบการณ์ช่วยในการแก้ปัญหาแทนการค้นคว้าด้วยเทคนิคใหม่ ๆ การเรียนในระยะเริ่มต้นยากมากและจะเรียนได้เหมือนกับเด็กในระยะต่อไป แม้ผู้สูงอายุจะสามารถเรียนได้เหมือนเด็กแต่ก็แสดงให้เห็นว่ามีปัญหาในด้านความสามารถในการรับรู้ ผู้สูงอายุจะเรียนเรื่องที่เกี่ยวข้องกับชีวิตของตนเองได้ดีกว่าทางวิเคราะห์

การเปลี่ยนแปลงหรือสร้างนิสัยใหม่ จะแตกต่างกันไปตามพื้นฐานเดิมของแต่ละคน เช่น การเริ่มงานใหม่ที่จะต้องมี การเรียนใหม่หรือศึกษาเพิ่มเติมในสิ่งที่ยาก คำสั่งที่ยกยอ นับเป็นเรื่องที่ยากสำหรับผู้สูงอายุ นอกจากนี้ความเสื่อมทางสมองมีผลต่อพฤติกรรมของผู้สูงอายุทำให้การเคลื่อนไหวช้าลง ตัดสินใจยากขึ้น ไม่สามารถทำกิจกรรมที่ซับซ้อนมีการประสานงานต่อเนื่องได้ ซึ่งสิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นเรื่องการเปลี่ยนแปลงทางจิตวิทยาของผู้สูงอายุ ตามสภาพแวดล้อม ความกดดัน การศึกษา กิจกรรมในสังคม ประสบการณ์ และสุขภาพของแต่ละคน <sup>1</sup>

จอห์น เอเกท (John Agate) กล่าวถึงเรื่องความชราทางสมองและจิตใจ ผู้สูงอายุปกติว่า ความชราทางสมองและจิตใจของคนมีความสัมพันธ์และสอดคล้องตามการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายแต่ไม่เสมอไปทุกคน บางคนสามารถรักษาสุขภาพจิตไว้ได้ดี จนกระทั่งวัยสุดท้ายของชีวิต แต่บางคนไม่สามารถทำได้แม้สภาพร่างกายจะดีกว่า สุขภาพจิตของผู้สูงอายุบางคนได้รับอิทธิพลมาจากวัยเด็ก สุขภาพจิตที่ดีมาแต่เด็กมีส่วนเกื้อกูลสุขภาพสมองและจิตใจในวัยสูงอายุ

<sup>1</sup> Charlotte Eliopoulos, Geriatric Nursing, pp. 55 - 57.



ความจำเสื่อมเป็นปรากฏการณ์เบื้องต้นของการเปลี่ยนแปลงไปสู่วัยสูงอายุของคน ความเสื่อมในระดับเริ่มต้นคือ ระดับการสูญเสียความทรงจำ เช่น การจำชื่อคน จำสถานที่ ได้ยากขึ้น จำเหตุการณ์ในอดีตได้แต่เหตุการณ์เพิ่งผ่านไปจำได้ยาก กระบวนการจำทำได้ ในระยะสั้น การคิดคำนวณทางคณิตศาสตร์ทำได้ยาก ต้องหาวิธีช่วยความจำ เช่น บันทึกลงประจำวัน หรือจรรยาการข้อของ ลักษณะการเล่าเรื่องเดิมให้คนเดิมฟังก็เป็นสภาพของการ หลงลืมเช่นกัน

ความจำขึ้นอยู่กับสถานการณ์ ความน่าสนใจของเนื้อหาและการมีสมาธิกระบวนการ จำมีขั้นตอนซึ่งประกอบด้วย ขั้นตอนการป้อนข่าวสาร การเก็บข่าวสาร และการนำข่าวสาร ออกมาใช้ ผู้สูงอายุหากขาดสมาธิแล้ว การจำจะเป็นไปได้ยากมาก ฉะนั้นการจำจึงเป็นสภาพ ปัญหาหนึ่งของผู้สูงอายุที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจและสมอง<sup>1</sup>

ปัญหาด้านบุคลิกภาพ ความทรงจำ ความสามารถทางสติปัญญา ความสามารถในการ เรียนรู้ สถานภาพทางสังคม ความว้าเหว่ เหงา สภาพบ้านที่อยู่อาศัยถือว่าเป็นปัจจัยและ สาเหตุให้ได้รับความกระทบกระเทือนทางจิตใจสูง และกลายเป็นปัญหาของผู้สูงอายุซึ่งจะต้อง ใ้การช่วยเหลือ

เฟรด คลาวจ และคาร์ล ไพนเนด (Fred Clough and Carl Pinel) ได้ให้ ทักนะ เกี่ยวกับสิ่งที่ไคกล่าวมาข้างต้น ซึ่งบางอย่างแตกต่างไปจากคนอื่น แต่ส่วนมากจะคล้าย คลึงกันคือ

บุคลิกภาพของผู้สูงอายุ กล่าวได้ว่า เป็นบุคคลที่มีความมั่นคงและมีความเชื่อมั่น มากยิ่งขึ้นตามวัยและอายุ รูปแบบการดำเนินชีวิตมีแนวโน้มที่จะนำแบบอย่างชีวิตของตนที่ดำรงมา และเคยได้รับความสำเร็จในอดีตกลับมาใช้

<sup>1</sup> John Agate, Geriatrics for Nurses and Social Works (London : William Heinemann Medical Books Lts., 1979), pp. 15 -16.

ความทรงจำ ผู้สูงอายุจะมีความทรงจำภาพในอดีตเมื่อชีวิตเขาวัยโดยบังเอิญ  
 ส่วนเหตุการณ์ในปัจจุบันหรือเพิ่งผ่านไปจะจำได้ยากขึ้น สัมเรื่องราวจากการฟังเรียกว่าการ  
 เห็นด้วยตา สามารถแก้ปัญหาเฉพาะหน้าได้ดีกว่าการจำ มีชีวิตอยู่ได้ด้วยอดีต

สติปัญญาและความสามารถทางสมองลดลง พร้อมด้วยวัยที่เปลี่ยนไป โอกาสของ  
 ความสำเร็จ เช่น เด็กหนุ่มสาวมีไคเช่นกันแต่ต้องใช้เวลา ประสบการณ์และความรู้ที่มีมาใน  
 อดีตจะช่วยให้มีสภาวะในการแก้ปัญหาที่ขึ้น ความสามารถทางคณิตศาสตร์และการวิเคราะห์  
 จะหมดไป แต่ความแตกฉานในด้านความรู้ความเข้าใจจะพัฒนายิ่งขึ้นต่อเนื่องจากวัยที่ผ่านมา

ความสามารถในการเรียนที่ต้องใช้ความจำลดลง การทำการค้นคว้าสามารถทำ  
 ได้เป็นบางเรื่อง ความรู้ที่เป็นนามธรรมเรียนได้ยากขึ้น

การสูญเสียสถานภาพ อาชีพ และรายได้ มีความสำคัญยิ่งต่อการเปลี่ยนแนวชีวิตที่  
 กระทั่งถึงสุขภาพจิตและร่างกายของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่ถึงแก่กรรมเมื่ออายุเกิน 65 ปี โดย  
 เฉลี่ยประมาณ 3 ใน 4 การสูญเสียญาติสนิท มิตรสหาย รุนราวคราวเดียวกัน สร้างความ  
 เก็บกดและความเศร้าโศกอย่างสูง ยากแก่การปรับตัวเองให้เข้ากับสภาวะการณ

ผู้สูงอายุประมาณ 1 ใน 3 จะมีชีวิตอยู่ตามลำพัง ส่วนนอกนั้นอยู่พร้อมหน้ากันใน  
 ครอบครัว บ้านมีบทบาทสำคัญ แต่บ้านส่วนใหญ่จะขาดอุปกรณ์ที่ให้ความสะดวก ความปลอดภัย  
 ในการดูแลรักษาผู้สูงอายุ ซึ่งกลายเป็นสาเหตุให้เกิดปัญหากระทบทางอารมณ์ ความรู้สึก  
 สิ้นหวัง <sup>1</sup>

โคโรซี เมอรีเนส และซีซีเลีย เทเลอร์ (Dorothy Mereness and Cecelia  
 Taylor) ได้ทำการศึกษาอาการของผู้สูงอายุที่แสดงออกและสรุปให้เห็นถึงความเสื่อมทาง  
 สมองที่เห็นได้ง่าย ๆ และชัดเจน ไคแก่

<sup>1</sup> Fred Clough and Carl Pinel, "All nurses must share in  
 the care of the old", p p. 5 - 16.

1. ความจำเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่เพิ่งผ่านไปเสื่อมลง คุ้นกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน แต่ระลึกเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในสมัยเริ่มต้นของชีวิตได้ละเอียด
2. ความเข้าใจในเหตุการณ์หรือเรื่องราวใหม่ ๆ ทำได้ยากขึ้น โดยเฉพาะเหตุการณ์ที่ไม่สำคัญ และมีใครสักคนช่วยตนเองโดยตรงจึงเป็นเรื่องยากที่จะเข้าใจ
3. มีแนวโน้มที่จะรำลึกถึงอดีตที่เคียดแค้นเรื่องได้รับความสำเร็จมากขึ้น
4. ขาดความอดทนต่อเหตุการณ์ที่เปลี่ยนแปลง เช่น การเปลี่ยนแปลงงานที่เคยทำเป็นประจำ จะเกิดความเครียดและหงุดหงิดอย่างทันที
5. ไม่สามารถที่จะบอกตนเองได้ถึงเดือน ปี ที่ผ่านไป แต่จะจำวัน เวลาที่จะต้องมีการปฏิบัติงานประจำวัน ภายในช่วงอาทิตย์ได้โดยทั่วไป
6. ขาดการพักผ่อน มีความปรารถนาจะไปเยี่ยมญาติในที่ต่าง ๆ แต่ก็ไม่สามารถจะไปได้ตามใจปรารถนาในบางคน
7. นอนไม่หลับ มีแนวโน้มที่จะตื่นนอนตอนเช้ามีคอก่อนสว่างแล้วเดินไปเดินมาไม่มีจุดหมาย
8. ตัดสินใจไม่ได้ ไม่ชอบที่จะรับผิดชอบสิ่งใหม่ มีแนวโน้มที่เฉื่อยชาลง ไม่กระตือรือร้น<sup>1</sup>

ปัญหาทางด้านจิตใจหรือจิตวิทยาของผู้สูงอายุที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือ เรื่องการนอน

ไอรีน เบิร์นไซด์ (Irene Burnside) เขียนถึงปัญหาเกี่ยวกับการนอนของผู้สูงอายุ คือ การนอนไม่หลับ หรือนอนหลับ ๆ ตื่น ๆ ความยุ่งยากของการนอนของผู้สูงอายุเป็นอาการหนึ่งของความเสื่อมที่ปรากฏ จึงเป็นสิ่งที่น่าศึกษาว่าอะไร เป็นตัวรบกวนการนอน<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Dorothy Mereness, and Cecelia Taylor, Essentials of Psychiatric Nursing (Saint Louis : The C.V. Mosby Company, 1978), pp. 337 - 338.

<sup>2</sup> Irene Burnside, Psychosocial Nursing Care of the Aged (New-York : McGraw -Hill Book Company, 1980), p. 78.

ไอ ฟีนเบอร์ก (I. Feinberg) ศึกษาว่า ธรรมชาติจากวัยเด็กอย่างผู้วัยสูงอายุ ซึ่งโง่งการนอนของคนจะสม่ำเสมอโดยตลอดจะผิดแปลกไปบ้างไม่มากนัก ซึ่งถือเป็นเรื่องปกติ

ทั้งเด็กและผู้สูงอายุ ระยะเวลาในการนอนจะขึ้นอยู่กับสิ่งที่มารบกวนให้ตื่น เด็กอาจสะดุ้งตื่นในระยะสั้น และจำเหตุการณ์อะไรไม่ได้ ผู้สูงอายุที่นอนอย่างไม่สะดุ้ง และจำเหตุการณ์ได้ดีกว่าเด็ก ชีวิตเมื่อผ่านวัยกลางคนจะนอนมากขึ้น แต่ตื่นบ่อย ชั่วโมงการนอนเฉลี่ยวันละ 6 ชั่วโมงหรือน้อยกว่า<sup>1</sup>

ไอรีน เบิร์นไซด์ (Irene Burnside) อ้างถึง จอห์น แบรินด์เนอร์ (John Brandner) ว่า อาการนอนไม่หลับ (Insomnia) เป็นตัวการอันหนึ่งที่เป็นปัญหาในการนอน สาเหตุที่พบบ่อยก็คือ ความเครียด ความกดดัน ความเจ็บปวด ความซึมเศร้า และปัญหาทางร่างกายต่าง ๆ เช่น คอหมื่นรอยคอกอักเสบ มีบาดแผล เจ็บหน้าอก เป็นโรคเกี่ยวกับปอด หัวใจหรือเกิดความเสื่อมของข้อต่อ และกระดูกสันหลัง แต่ปัญหาการนอนไม่หลับที่แท้จริงก็คือ เมื่อถึงรุ่งเช้าทุกคนจะตื่น

อาการนอนไม่หลับ (Insomnia) จะพบบ่อยละ 82 ในอายุเฉลี่ย 50 ปี และได้เสนอแนะวิธีการวินิจฉัยปัญหาเกี่ยวกับการนอนไว้ว่า ควรจะได้ตามถึงเวลาที่รู้สึกง่วงนอน จำนวนครั้งของการตื่น ระยะเวลาที่สามารถกลับไปนอนต่ออีกได้ในแต่ละคืน ถ้าหากต้องใช้นาฬิกาปลุก ควรถามว่าตื่นนอนเวลาเท่าไร หากการนอนตนเองและสามารถกลับไปนอนต่อได้ก็ไม่ได้ถือว่าเป็นปัญหาของการนอน

ในกรณีที่นอนไม่หลับ ควรถามถึงประวัติการใช้ยานอนหลับ ยานอนหลับบางชนิดสามารถทำให้หลับได้แต่หลับ ๆ ตื่น ๆ ชั่วคราว คนที่ได้รับยาประเภทนี้บ่อย อาจทำให้ฝันร้ายในเวลาหลับได้ คนที่มีอาการซึมเศร้า ควรซักถามเกี่ยวกับ เรื่องการรับประทานอาหาร

<sup>1</sup> I. Feinberg, Physiology and Pathology, (Philadelphia : Lippincott, 1969), pp. 40 - 43.

ความสัมพันธ์ทางเพศ ครอบครัว กิจกรรมในสังคม หากไม่ได้รับคำตอบ ควรซักถามเรื่องอื่น ๆ ในสิ่งที่จะช่วยให้เขาสบายใจและในสิ่งที่เขาต้องการ และปัจจัยหนึ่งที่ทำให้คนซึมเศร้าก็คือ การขาดแคลนเงิน <sup>1</sup>

ปัญหา รายได้ที่ลดลงในผู้สูงอายุ นับเป็นปัจจัยหนึ่งซึ่งมีผลกระทบต่อสภาพจิตใจ ดังที่ ชระ สุขวรัตน์ ได้กล่าวถึงปัญหาทางจิตใจของผู้สูงอายุอันเกิดจากการว่างงานหลังเกษียณอายุว่า พอถึงเวลาปลดออกจากงาน จิตใจก็จะเปลี่ยนไปได้หลายอย่าง ซึ่งอาจเกิดขึ้นได้ไม่ช้าก็เร็ว แรก ๆ การว่างงานก็จะทำให้จิตใจสบาย รู้สึกเป็นอิสระ แต่ต่อไปจะเกิดความรู้สึกไร้งาน ว่างมือ หมกกิจกรรมที่เคยกระปรี้กระเปร่า ขาดรายได้ที่เคยพอกพูน เปลี่ยนฐานะทางสังคม ไม่มีบทบาทและอำนาจทางสังคมที่เคยมีอยู่ คิดไม่ออกว่าจะหางานอะไรทำให้เพลินและเป็นประโยชน์แก่ตนเอง ทั้งทางการเงินและทางจิตใจ ทั้ง ๆ ที่สมองก็ยังดี และกำลังวังชาก็ยังไม่บกพร่องมากมาย บุตรหลานที่โต ๆ ขึ้นก็อาจห่างไกลออกไปด้วย ธุรกิจการงานหรือการมีครอบครัว ย่อมกระทบกระเทือนจิตใจในเชิงที่ เคยจะก่อกองพิงพาอาศัย หากยิ่งเกิดการสูญเสียภรรยาหรือการตายของสามี ความรู้สึกว่าเหวักก็จะเกิดขึ้น สภาพทางจิตใจก็เปลี่ยนไป โรคบางอย่างทางจิตหรือแม้โรคทางกายก็จะปรากฏอาการขึ้น <sup>2</sup>

ภาวะการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจของผู้สูงอายุ ได้แก่ สติสัมปชัญญะและไหวพริบจะไม่เสื่อมถอยลง ยกเว้นแต่จะมีโรคทางระบบประสาทอย่างรุนแรง โดยเฉพาะเมื่ออายุแก่จริงๆ

ความจำลดลง เมื่อเรียนสิ่งใหม่ต้องเลืกลงเรื่องเก่า หรือคัดแปลงของเก่าให้เป็นของใหม่ หรือต้องผสมผสานของใหม่ ผู้สูงอายุมักลืมสิ่งต่าง ๆ ที่บังเกิดใหม่ได้ง่าย แต่จำสิ่งที่

1

Irene Burnside, Psychosocial Assessment of Elderly Clients, (New York : McGraw Hill Books, 1980), p. 78.

2

ชระ สุขวรัตน์, เรื่องคนแก่, หน้า 13.



ผ่านไปนานแล้วได้คือ หลังดื่มข้าวของส่วนตัวได้วันละหลายครั้ง โดยการนำไปซุกไว้ในที่ต่าง ๆ ไม่เป็นระเบียบ

สภาพจิตใจไม่ดี สติคลุมคลั่ง มักเกิดกับผู้ที่เกษียณอายุใหม่ ซึ่งไม่ได้เตรียมใจ จะมีอาการหัวเสีย โมโห <sup>1</sup>

พยอม อิงคตานุวัฒน์ เขียนเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตวัยชรา ในเชิงจิตวิทยาพื้นฐานว่า ผลจากการเหี่ยวผ่อของเซลล์สมอง และไซแนปส์หลังจากส่งผลกระทบต่ออาการเสื่อมของร่างกายแล้ว ยังทำให้สติปัญญาความจำและอารมณ์ของผู้สูงอายุเปลี่ยนไปในทางลบ จำคนจำเหตุการณ์ และจำทรัพย์สินหรือข้าวของตนเองไม่ได้ บางครั้งเกิดความระแวงว่าของของตนถูกขโมยไปหรือถูกขโมยออกมกักกล่าวหาว่า ลูกลานไม่ให้รับประทานอาหาร ไม่ดูแล ไม่ให้เงินใช้ บางครั้งขโมยเสิร์ฟโดยไม่มีสาเหตุ

ในรายที่สมองเสื่อมมาก มักเรื้อรอนออกไปนอกบ้าน ทำให้เกิดปัญหาต้องติดตามหรือบางคนชอบสะสมของที่ไม่มีค่า เช่น ผลไม้ อาหาร เศษกระดาษ เศษผ้า เชือกกล้วย เมื่อของที่สะสมหายไปก็จะโกรธ ทำให้เกิดความไม่สงบสุขในครอบครัวตลอดเวลา

นอกจากนั้นแล้วคนชรามักจะนอนไม่หลับ ลูกขึ้นปิดเปิดประตูตลอดเวลาเป็นการรบกวนคนอื่นในช่วงเวลาพักผ่อนประจำวัน

ความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้น จะขึ้นอยู่กับบริเวณของเนื้อสมองที่เหี่ยวผ่อ หรือตายไป ถ้ามีเนื้อสมองที่คั่งเหลืออยู่น้อย ปัญหาทางสุขภาพจิตก็จะมาก <sup>2</sup>

ความว่าเหว เป็นปัญหาทางด้านจิตใจที่สำคัญอย่างหนึ่งในผู้สูงอายุ เพราะจะมีความรู้สึก ว่า ถูกทอดทิ้ง ว่าเหว ไม่รู้จะพูดกับใคร เนื่องจากตัวอยู่ตามลำพัง ลูกลานต่าง-

<sup>1</sup> เรื่องเดียวกัน, หน้า 16.

<sup>2</sup> พยอม อิงคตานุวัฒน์, จิตวิทยาพัฒนาการวัยผู้ใหญ่ (กรุงเทพมหานคร : รุ่งเรืองสาส์นการพิมพ์, 2523), หน้า 116.

แยกย้ายไปมีครอบครัว หรือไปประกอบอาชีพตามความถนัด เพื่อนรุ่นราวคราวเดียวกันที่อาจจะไปเยี่ยมเยียนกันได้ก็อาจถึงแก่กรรมไปมากแล้ว หรือแยกย้ายไปอยู่ที่อื่น การจากไม่ว่าเพราะเหตุใดก็ตามผู้สูงอายุจะถือว่าเป็นการสูญเสียทางใจ ทำให้มีความรู้สึกหมดแรง หงุดหงิด นอนไม่หลับหรือมีอาการของโรคทางกาย เช่น ปวดหัว ปวดท้อง บนเพื่อเรียกร้องความสนใจ <sup>1</sup>

ลักษณะ ปราณินรารัตน์ และ ศิวาพร อารีย์ลาภประเสริฐ ได้ทำการศึกษาเฉพาะกรณีผู้ป่วยรายหนึ่ง อายุ 75 ปี ป่วยเป็นโรคเบาหวาน เข้ารับการรักษาคือที่โรงพยาบาลหลายครั้งด้วยอาการของ Ketoacidosis ผู้ป่วยไม่มีบุตร สามีเสียชีวิตนานแล้ว อาศัยอยู่กับหลาน ๆ ที่บ้าน ผู้ป่วยมีอาการมึนงง โกรธง่าย เอาแต่ใจตัวเองมาก หลาน ๆ เกิดความเบื่อหน่ายในการดูแล จึงให้ความสนใจแก่ผู้ป่วยน้อยกว่าที่ควร ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่มีที่พึ่ง ไม่มีญาติพี่น้อง บ่อยครั้งหลังจากที่ญาติมาเยี่ยม และเมื่อกลับไปแล้วพยาบาลได้เข้าไปคุยกับผู้ป่วยและถามว่า "ใครมาเยี่ยม" ผู้ป่วยมักปฏิเสธว่าไม่รู้จัก และนอนหลับตาเฉย ไม่สนใจสิ่งใดทั้งสิ้น ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการให้การพยาบาล ไม่ยอมรับประทานอาหาร ตลอดทั้งวันจะนอนเฉย ผู้ป่วยมีความรู้สึกไม่อยากจะมีชีวิตอยู่ต่อไป เมื่อพยาบาลสั่งแจ้งเพื่อรับประทานอาหาร ผู้ป่วยมักจะพูดว่า "ไม่กินจะได้ตายเร็ว ๆ ไม่ต้องเป็นภาระของคนอื่น" <sup>2</sup>

จากการศึกษาเฉพาะกรณีดังกล่าว จะเห็นได้ชัดว่า ปัญหาของผู้สูงอายุรายที่เจ็บป่วยนาน ๆ ขาดความอบอุ่นจากบุตรหลานญาติพี่น้อง ก่อให้เกิดความท้อแท้ในชีวิต มีอารมณ์โมโห ฉุนเฉียว โกรธง่าย หมดอาลัย และสิ้นหวัง

<sup>1</sup> เรื่องเดียวกัน, หน้า 119.

<sup>2</sup> ลักษณะ ปราณินรารัตน์ และ ศิวาพร อารีย์ลาภประเสริฐ. การพยาบาลทางอายุรศาสตร์ เล่ม 2, (กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์, 2519), หน้า 195.

## ปัจจัยและสาเหตุที่ก่อให้เกิดปัญหาแก่ผู้สูงอายุ

เป็นเวลานับศตวรรษที่มวลมนุษยชาติพยายามค้นหาความลึกลับอันเป็นปัจจัยและที่มาแห่งความชรา และวิธีการชะลอความชราของตนเอง ครบจนปัจจุบัน การค้นคว้าทั้งที่เป็นวิทยาศาสตร์และไม่ใช่วิทยาศาสตร์ยังคงกระทำต่อเนื่องไม่มีที่สิ้นสุด กล่าวได้ว่า ยังไม่มีทฤษฎีใดที่จะสามารถอธิบายถึงปัจจัยและที่มาของความชราได้อย่างชัดเจนโดยลำพัง ปัจจัยที่เด่นชัดและยอมรับกันอย่างกว้างขวางที่นำมาอธิบาย ได้แก่ ปัจจัยทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม สิ่งแวดล้อมที่แตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ส่วนวิธีการชะลอความชรานั้น ยังเน้นไปที่การรักษาพยาบาลเป็นหลัก ทฤษฎีและความเชื่อทั้งหลายมีความจำกัดในข้อมูล และมีความแตกต่างกันไปทั้งรูปแบบและความเชื่อขึ้นอยู่กับเจ้าของทฤษฎีและสถาบันผู้ทำการศึกษาค้นคว้า

ชาร์ ลอท เอลลิโอโพลอส (Charlotte Eliopoulos) ได้รวบรวมและสรุปทฤษฎีความชรา โดยได้แยกเป็นทฤษฎีทางชีววิทยา และทฤษฎีทางจิตวิทยา ดังนี้

### ทฤษฎีทางชีววิทยา ( Biological Theories )

กระบวนการความชราทางชีววิทยา มีความแตกต่างกันไปตามเผ่าพันธุ์และพันธุกรรม ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความแตกต่างขึ้นอยู่กับองค์ประกอบทางร่างกาย ความสามารถ ความจำกัดของอายุ และอัตราความชราภายในเซลล์

หลายทฤษฎีชี้ให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงมีสาเหตุมาจากแรงกระตุ้นอันเป็นปัจจัยที่สำคัญทั้งภายใน และภายนอกร่างกาย

ปัจจัยภายในรวมถึงองค์ประกอบทั้งหมดทางพันธุกรรม ความเสื่อมของเซลล์ แรงต้านทานและกระบวนการอื่น ๆ ทางสายเลือด ปัจจัยภายนอกรวมถึงอิทธิพลของสิ่งแวดล้อม เช่น การรับประทานอาหาร การแผ่กระจายของรังสี ซึ่งแยกกล่าวได้ดังนี้

ปัจจัยภายใน ( Intrinsic factors ) หลายทฤษฎีมีความเชื่อในเรื่องพันธุกรรม การมีอายุยืนมีส่วนสัมพันธ์กับการสืบสายเลือดจากบิดามารดา การทดลองจากห้องปฏิบัติการชี้ให้เห็นว่า อัตราการเปลี่ยนแปลงภายในเซลล์ไม่มีส่วนในการเพิ่มหรือลด และมีการทดลอง

สนับสนุนว่า การที่ร่างกายไม่สามารถผลิตสารที่เป็นตัวสร้างความเจริญเติบโตให้แก่ร่างกายได้ ก็เป็นสาเหตุให้เกิดการหยุดชะงัก ความเจริญเติบโต หรือซ่อมแซมในขณะที่ที่มีการหยุดชะงัก ร่างกายผลิตสารอย่างอื่นที่เป็นปัจจัยในการพัฒนาความชราขึ้นมาเกินความจำเป็น เช่น การจับกันแน่นหนาของ DNA อาจเป็นตัวทำลายเซลล์ไม่ให้ทำหน้าที่ตามความสามารถของเซลล์นั้น ๆ และการเกิดขึ้นมากอย่างต่อเนื่องอาจนำไปสู่ความชราที่มากขึ้นได้ แต่มีบางทฤษฎีเชื่อว่า ความชราเป็นผลลัพธ์ของความสามารถในการเพิ่มขึ้นของ RNA ซึ่งอาจตั้งเป็นสมมติฐานในการค้นคว้าต่อไป

การสะสมของไขมัน ถือว่าเป็นพื้นฐานของความชราทางเคมีชีวะอย่างหนึ่ง สารผสมระหว่างโปรตีนกับไขมันเกิดจากการเผาผลาญในร่างกาย สารที่ไม่ละลายหรือเผาผลาญไม่หมด เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นกับคนชรา สารเหล่านี้จะเกาะอยู่ตามปลายประสาท คับ หัวใจ รั้งไข และเชื่อว่า ความชราของคนกับปริมาณของสารผสมมีความสัมพันธ์ระหว่างกัน

ทฤษฎีอีกกลุ่มหนึ่ง เป็นทฤษฎีที่ว่าด้วยปฏิกิริยาภูมิคุ้มกันอัตโนมัติในร่างกาย ทำหน้าที่ปกป้องความชรา หรือกล่าวอย่างง่าย ๆ คือร่างกายเกิดความต่อต้านตัวมันเอง ไม่ว่าจะเป็เซลล์หรือสารที่แปลกปลอมเกิดขึ้นมา เนื่องจากการทำลาย การเก็บสะสมภูมิคุ้มกันทางเคมีในร่างกาย เป็นผลทำให้ภูมิคุ้มกันเกิดต่อต้านตัวเองทันที เป็นสาเหตุให้เชื้อโรคเข้าแทรกในร่างกาย- ผู้สูงอายุโดยปฏิกิริยาภูมิคุ้มกันอัตโนมัติ เช่น โรครูมาตอยด์

อีกทฤษฎีหนึ่งเป็นทฤษฎีเกี่ยวกับคอลลาเจน (Collagen) มีสมมติฐานว่า ถ้าเพิ่มจำนวนคอลลาเจน และลดจำนวนสารพื้นฐานในตัวผู้สูงอายุ คอลลาเจนอาจเกาะกันแน่นและไม่ยอมคลายตัว ความหนาแน่นของเนื้อเยื่อที่เกาะกันอาจลดอัตราการย่อยและการขับถ่ายของเสียในร่างกาย จะทำให้คอลลาเจนเสื่อมโทรมลงและกระบวนการต่าง ๆ ของร่างกายก็จะทำงานช้าลงตามมาด้วย เคยตรวจพบคอลลาเจนที่เป็นส่วนเกินในเนื้อเยื่อที่มีอายุมาก ๆ แต่ผู้คนควาไม่อาจอธิบายได้ว่า ส่วนเกินนั้นเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดความชรา หรือเป็นผลเนื่องมาจากความชรา

ทฤษฎีหนึ่งเป็นทฤษฎีเกี่ยวกับความเสื่อมโทรมของเซลล์ในร่างกายที่ทำหน้าที่หนักจนเกินไป (Wear and tear) เซลล์ที่ทำหน้าที่มากเกินไปย่อมเกิดการต่อต้านในร่างกาย



ขึ้น และทำให้เซลล์นั้นอ่อนแอลงง่าย เป็นสาเหตุให้อายุการทำงานของเซลล์สั้นลง เนื่องมาจากการทำงานหนักและได้รับความกดดันสูง แต่ทฤษฎีนี้ไม่สามารถครอบคลุมได้ทุกกรณีว่า เป็นกระบวนการที่ทำให้เกิดความชรา

ปัจจัยภายนอก (Extrinsic Factors) ผลการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงทางชีววิทยาภายใน ซึ่งมีพยาธิสภาพเป็นสาเหตุเช่น เชื้อแบคทีเรีย เชื้อรา เชื้อไวรัสและอื่น ๆ เชื้อโรคเป็นปัจจัยที่สำคัญโดยตรง ซึ่งมีผลต่อความชราภาพ ทฤษฎีนี้อาจการทดลอง การควบคุม หรือจำกัดสมุฏฐานของโรคและสร้างภูมิคุ้มกัน ไซยาตอตันจุลินทรีย์ในร่างกายของสัตว์ ผลทำให้สัตว์ทดลองมีอายุยาวนานกว่าปกติ

การฉายรังสีก็มีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงของอายุ เช่น การฉายรังสีซ้ำ ๆ หลายครั้งก่อให้เกิดความเสื่อมโทรมในเซลล์ ผิวหนังเกิดรอยย่นมากขึ้น มีคอลลาเจนเข้าแทรกและขณะเดียวกันอาจเป็นสาเหตุเกิดมะเร็งที่ผิวหนังได้ แต่มีบางความเห็นให้ข้อคิดว่าการฉายรังสีอาจจะมีส่วนไปเพิ่มเซลล์ที่แตกต่างชั้นในร่างกาย ซึ่งส่งเสริมให้เกิดการชราภาพยิ่งขึ้น

อาหารมีอิทธิพลเกี่ยวข้องกับกระบวนการความชรา ได้มีการทดลองให้ปลาอดอาหาร ทำให้ปลาโตช้า และอายุสั้นกว่าปกติ การค้นคว้าเกี่ยวกับเรื่องการรับประทานอาหารมีส่วนเกี่ยวข้องกับการมีอายุยืนหรือสั้น เช่น หนูที่ได้รับอาหารน้อยจะมีอายุยืนตรงกันข้าม ถ้าได้รับอาหารมากจะอ้วน ไขมันหน้าท้องมาก อายุสั้น การรับประทานอาหารที่ขาดคุณภาพและมีปริมาณไม่เพียงพอ ขาดวิตามินจะทำให้เกิดโรคขาดอาหารได้ แต่การให้อาหารมากเกินไปทำให้เกิดโซเรสเทอรอลได้ การรับประทานอาหารที่ถูกต้อง ที่ดีถูกสุขนิสัยสามารถขจัดความเจ็บป่วยที่มีผลต่อความชราได้

ปัจจัยอื่น ๆ ที่เป็นสาเหตุแห่งความเสื่อมโทรมและความชราของร่างกายมนุษย์ ได้แก่ สิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษ เช่น สารปรอท ตะกั่ว สารหนู รังสีไอโซโทป ยาฆ่าแมลง ควิน-จากการสูบบุหรี่จัด อากาศเป็นพิษ รวมทั้งอารมณ์เครียด การอาศัยอยู่ในที่แออัด การดื่มสุรามากเกินไป ล้วนแล้วแต่มีอิทธิพลต่อกระบวนการความชราทั้งสิ้น



อย่างไรก็ตามโดยสรุปแล้ว ทฤษฎีทางชีววิทยายังไม่มีทฤษฎีใดทฤษฎีหนึ่งสามารถสรุปสาเหตุและปัจจัยของความชราในมนุษย์ได้อย่างเด่นชัด แต่เราสามารถนำทฤษฎีเหล่านั้นมาใช้ให้เกิดประโยชน์ได้เช่นในการพิสูจน์ปัจจัยที่มีผลต่อความชรา

• ทฤษฎีทางจิตวิทยาสังคม (Psychosocial Theories)

การเปลี่ยนแปลงทางจิตวิทยา และทางสังคม มีส่วนเกี่ยวข้องกับกระบวนการความชราอย่างใกล้ชิด และมีผลกระทบที่สำคัญต่อกันและกัน เป็นการยากที่จะอธิบายถึงกระบวนการทางสมอง พฤติกรรมและความรู้สึกโดยไม่มองถึงบทบาท สถานภาพและมาตรฐานสังคม ดังนั้นทฤษฎีนี้ควรรวมเรียกว่าทฤษฎีจิตวิทยาสังคม ซึ่งเป็นคำที่เหมาะสมที่สุด มีทฤษฎีที่อธิบายถึงการเปลี่ยนแปลงทางจิตวิทยาสังคม คือ ทฤษฎีหนีสังคม (Disengagement Theory) ซึ่งอธิบายว่า การหนีสังคมของผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุมองเห็นว่า การหนีสังคมเป็นสิ่งที่ภาคภูมิใจที่จะแสดงให้คนรุ่นหลังยึดถือเป็นเยี่ยงอย่างต่อไป แต่ทฤษฎีนี้ก็มีข้อได้ชี้ให้เห็นชัดว่า ระหว่างสังคมกับผู้สูงอายุ ฝ่ายใดเป็นฝ่ายทำให้เกิดการหนีซึ่งกันและกัน แต่ก็ยังมีผู้สูงอายุอีกจำนวนมากที่ยังพอใจที่จะอยู่ในสังคม และยังพึงพอใจในความรู้สึกเมื่อสมัยเด็กอยากจะเป็นเช่นนั้นตลอดไป ทราบเท่าที่สังคมยังมีความต้องการเขา อีกทฤษฎีที่ตรงกันข้ามคือทฤษฎีกิจกรรม (The Activity Theory) กล่าวว่า ผู้สูงอายุควรมีกิจกรรมต่อเนื่องจากวัยที่ผ่านมา ควรพอใจในการร่วมกิจกรรม สนใจ และรวมเป็นสมาชิกในกิจกรรมต่าง ๆ

ทฤษฎีนี้ยังให้ข้อเสนอแนะว่า การคงไว้ซึ่งกิจกรรมในปัจจุบันเป็นสิ่งที่ดีควรทำเพื่อการชดเชยความสูญเสียสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นเนื่องจากกระบวนการ ความชรา เช่น การใช้สติปัญญาแทนการออกกำลังกาย เมื่อความสามารถทางร่างกายลดลง ทดแทนบทบาทการทำงานด้วยบทบาทอื่นเมื่อเกษียณอายุ หาเพื่อนใหม่ทดแทนเพื่อนเก่าที่สูญเสียชีวิตไป ทำชีวิตให้กระปรี้กระเปร่าและเอาชนะเพื่อการยอมรับของสังคม ทฤษฎีนี้อาจจะเป็นการยืนยันว่า คนแก่หลายคนไม่เต็มใจที่จะยอมรับว่าตนเองแก่ 1

Charlotte Eliopoulos, Geriatric Nursing, p.p. 18 - 24.

จะเห็นว่า กระบวนการทางชีววิทยา และจิตวิทยาสังคมมีความสัมพันธ์กัน การสูญเสียบทบาททางสังคม ความเสื่อมโทรมทางสุขภาพทำให้ต้องเกษียณอายุการทำงาน การหลีกหนีสังคม เกิดความอ่อนแอ ขาดความเชื่อมั่นในตัวเอง ล้วนเป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดความชราด้วยกันทั้งสิ้น

จอห์น ฮาร์ท และ โดนัลด์ คาร์เพนเทอร์ (John Hart and Donald Carpenter)  
ได้ศึกษาและรวบรวมทฤษฎีความชราไว้ดังนี้

1. Cross-linkage theory ความชราเกิดขึ้นเนื่องจากการจับกันมากขึ้นของโปรตีนและโมเลกุลของกรด Nucleic เป็นที่ทราบกันว่า เมื่อโมเลกุลหนึ่งรวมตัวกับอะตอมของโมเลกุลอื่นทางเคมี ปฏิกริยาทางเคมีของโมเลกุลเดิมจะเปลี่ยนไป และบ่อยครั้งพบว่าโมเลกุลไม่สามารถทำหน้าที่เดิมได้ ดังนั้นการเพิ่มขึ้นของการจับกันของโมเลกุลในกลไกอื่นหนึ่ง ทำให้เกิดการเสื่อมของรูปแบบทางเคมี และในที่สุดกลไกนั้นก็สิ้นสุดลง
2. Free-radical theory ทฤษฎีนี้เป็นวิธีการเกาะกันที่เกิดขึ้น โดยเชื่อว่า Free radical ภายในกลไกเป็นเหตุให้เกิดความชราจนเกิดการผลัดการจับกันของโมเลกุล
3. Collagen - theory ทฤษฎีนี้เชื่อว่า Collagen และ Fibrous Protein มีเพิ่มมากขึ้นและมีการจับกันมากขึ้น ทำให้ Collagen fibers หดสั้นเข้าเมื่ออายุชราและกล้ามเนื้อเยื่อรอบ ๆ จะถูกทำลาย บริเวณนั้นจะมีรอยย่นปรากฏมากขึ้นเรื่อย ๆ
4. Waste -Product theory เป็นที่ทราบมานานแล้วว่า การเผาผลาญของเสียไม่ได้ถูกขับออกมาอย่างรวดเร็ว เมื่อมันถูกผลิตและของเสียเหล่านี้จะกลายเป็นพิษต่อกลไก หรือสิ่งที่อยู่ภายในอื่น ๆ อย่างช้า ๆ
5. Rate of living theory จากการสังเกตความสัมพันธ์ระหว่างอายุชรา กับอัตราการเผาผลาญของสัตว์ กล่าวได้ว่า ถ้าอัตราการเผาผลาญสูง อายุชราจะสั้นลงตามอัตราส่วน
6. Diffusion theory ทฤษฎีนี้เคยมีสมมติฐานว่า ความชราเป็นปรากฏการณ์ตามธรรมชาติที่ต้องเกิดขึ้น โมเลกุลในร่างกายของมนุษย์และสัตว์ถูกสร้างขึ้นให้ใหญ่และซับซ้อนพอที่จะผลักดันให้เติบโตเร็วกว่านี้ และโมเลกุลดังกล่าวยังถูกสร้างโดยปฏิกริยาทางเคมี

ทั้งโดยปกติและไม่ปกติ

7. Mutation theory กล่าวว่า เซลล์เกี่ยวกับร่างกายของมนุษย์และสัตว์ พัฒนาไปตามธรรมชาติ เช่นเดียวกับเซลล์ของเชื้อโรค การพัฒนาดังกล่าวเกิดขึ้นภายใต้กลุ่ม เซลล์ที่ทยอยลงไปจนเกิดความเจริญเติบโตขึ้น แต่ถาการเปลี่ยนแปลงเกือบทั้งหมดของ เซลล์ เป็นไปในทางทำลาย ร่างกายของมนุษย์และสัตว์ก็จะเล็กเหมือนเมื่อแรกเกิด และขาดประ- สติภาพในการสร้างสรรค์ และตายไปในที่สุด

8. Immunologic theory ทฤษฎีนี้เสนอว่า เซลล์ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงไป ควร จะกระตุ้นปฏิกิริยาในภูมิคุ้มกันโรครภายในระบบของมนุษย์และสัตว์ และปฏิกิริยาแห่งภูมิคุ้มกัน- โรคนี้อาจจะเสื่อม และถูกทำลายในที่สุด

9. Stress theory ทฤษฎีนี้กล่าวว่าความเครียดในชีวิตประจำวัน เป็นสาเหตุ แห่งความเจ็บปวดและความทนทานของมนุษย์ แรงกระตุ้นจากความเครียดอย่างรุนแรงจะ ทำลายมนุษย์และสัตว์ ทฤษฎีนี้ยังเน้นให้เห็นว่ามนุษย์และสัตว์ที่สูงอายุจะมีความเครียดน้อยลง ก่อนที่จะป่วยและตาย การแก้ปัญหาความเครียดซึ่งเกิดขึ้นในมนุษย์ก็คือ การพักผ่อน ซึ่งจะ ช่วยให้การคลายความเครียดและกลับฟื้นคืนสู่สภาพปกติ ก่อนที่จะได้รับความเครียดมากกระทบอีก

10. Cybernetic theory ทฤษฎีนี้กล่าวว่า สัตว์มนุษย์ใด ๆ จะต้องถูกควบคุม ด้วยระบบ ความชราขึ้นอยู่กับการสูญเสียที่ละน้อยของการควบคุมระบบประสาท เห็นเซลล์ ส่วนเซลล์ที่สำคัญ ๆ จะยังมีชีวิตอยู่ระยะหนึ่งหลังการตาย <sup>1</sup>

จะเห็นว่าทฤษฎีต่าง ๆ ที่กล่าวมาแล้วข้างต้น ได้ให้แง่คิดในเรื่องขบวนการเปลี่ยนแปลงของความชราแตกต่างกันไป ซึ่งใครจะมีความเชื่อในเรื่องใดนั้นก็มักจะอ้างทฤษฎีนั้น ๆ มาสนับสนุนเหตุผลที่อ้างประกอบ

1

John Hart and Donald Carpenter, "Toward an Intergrated theory of Aging", American Laboratory (April, 1971) : 31 - 32.

กูดยา ตันคิลลาชีวะ ได้เขียนถึงการเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุว่า การเปลี่ยนแปลงตามอายุ (Biological age) จะเกิดขึ้นไม่เท่ากันในแต่ละคนทั้งทางร่างกายและจิตใจ แต่ลักษณะทั้งหมดจะบ่งบอกให้เห็นถึงภาวะความเจริญเติบโต การเปลี่ยนแปลงตามอายุขึ้นอยู่กับสถานการณ์ ภาวะแวดล้อมของสังคมและวัฒนธรรมเป็นการเปลี่ยนแปลงภาวะร่างกายและจิตใจตามอายุซึ่งทุกคนมีแน่นอน แต่ในรายที่แก่ก่อนวัย เรียกว่า เป็นการเปลี่ยนแปลงตามอายุทางสมรรถภาพ (Functional age) จะพบได้ในคนที่ตรากตรำงานหนัก มีความเจ็บป่วยเรื้อรัง ซึ่งเป็นผลทำให้ร่างกายอ่อนแอเร็ว ประสาทหู ตา เสื่อม หลงลืมง่าย <sup>1</sup>

ธระ สุขวัจน์ กล่าวสรุปถึง ความชราของมนุษย์ว่า มีสาเหตุมาจากปัจจัยหลายประการ ได้แก่

1. กรรมพันธุ์
2. การดำเนินชีวิต การกินอยู่ของแต่ละบุคคล
3. ภัยพิบัติที่มีต่ออวัยวะต่าง ๆ
4. โรคต่าง ๆ โดยเฉพาะโรคติดเชื้อ
5. จิตใจและสภาพของประสาทกับหลอดเลือด
6. ฮอรโมนและสารเคมีที่เกิดขึ้นในการเผาผลาญในร่างกาย <sup>2</sup>

### ทัศนคติของสังคมที่มีต่อผู้สูงอายุ

ซูซาน รอบบ (Susanne Robb) กล่าวว่า ทัศนคติอาจตีความไปได้หลายอย่าง-

<sup>1</sup> กูดยา ตันคิลลาชีวะ, การพยาบาลผู้สูงอายุ (กรุงเทพมหานคร : แผนกวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และสรีรศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลกรุงเทพ, 2523), หน้า 25.

<sup>2</sup> ธระ สุขวัจน์, เรื่องคนแก่, หน้า 2.

เช่น หมายความว่า อคติ ภาพพจน์ ค่านิยม ความรู้สึก ความเชื่อ ความเสนาหา ข้อกล่าวหา และอื่น ๆ อีกมากมาย ลักษณะการที่ความเชื่อนี้เป็นลักษณะที่คลุมเครือไม่ชัดเจน ดังนั้นในที่นี้ เพื่อความเข้าใจตรงกันและง่าย ความหมายของทัศนคติหมายถึง ปริมาณของความรู้สึกที่มีต่อ หรือต่อต้านสิ่งที่เป็นเป้าหมายหนึ่ง คือ มีต่อผู้สูงอายุในทางลบหรือทางบวกดีหรือเลว<sup>1</sup>

นอกจากนี้ยังได้รวบรวมทัศนคติของกลุ่มอาชีพต่าง ๆ จากการศึกษาของบุคคลต่าง ๆ ดังนี้

ทัศนคติของแพทย์ ซึ่งรายงานในปี 1978 พบว่า ในสหรัฐอเมริกา มีบ้านพักคนชรา 23,000 แห่ง มีคนไข้สูงอายุ 1 - 2 ล้านคนเข้าพักรักษาตัว ซึ่งมากกว่าจำนวนคนไข้ทั้งหมด ในโรงพยาบาลรวมกัน แต่ไม่มีโรงเรียนแพทย์แห่งใดที่จัดให้นักศึกษาแพทย์เข้าฝึกงานหาประสบการณ์ในบ้านพักคนชราเลย

และในปี 1977 ศึกษา พบว่า ผลที่แพทย์ได้รับจากการรักษาคนไข้สูงอายุก็คือ ความหมกหมองในการรักษาและยอมแพ้อาชีพของคนที่กำลังจะตายหรือตายแล้วในระดับต่าง ๆ กัน

อเล็กซ์ คอมฟอร์ท (Alex Comfort) ที่ให้เห็นว่าการรักษาโรคผู้สูงอายุต้องใช้ทักษะสูง ทั้งด้านกาารวินิจฉัย การรักษาและการจัดหายา ทั้งนี้เพราะผู้สูงอายุ มีความแตกต่างจากคนวัยอื่นมาก และยังกล่าวเพิ่มเติมว่า "การรักษาคนไข้สูงอายุ คือการรักษาคนที่ไม่ต้องจ่ายค่าอะไร" และยังกล่าวเสียสละว่า "ถ้าอยากรวยก็ให้เปิดทำการรักษาคนแก่" ได้มีผู้เสนอรายงานการศึกษาในปี 1975 ว่า สังคมอเมริกันทุกวันนี้มีความต้องการแพทย์รักษาคนไข้สูงอายุมากกว่าแพทย์รักษาเด็ก ในปี 1978 มีรายงานจากรัฐโอไฮโอว่า สมาชิกสภาแห่งรัฐโอไฮโอ ได้เสนอให้มหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ทุกแห่งของรัฐ เปิดโปรแกรมสอน

<sup>1</sup>Susanne Robb, The Aged Person and the Nursing Process (New - York : Appleton - Century - Crofts, 1980), p. 83.



gerontology และ geriatric เป็นสาขาวิชาเพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นที่ยอมรับโดยทั่วไป<sup>1</sup>

รายงานการศึกษาทัศนคติของแพทย์ในอเมริกา ดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงความรู้สึกที่มีต่อคนไข้สูงอายุ ทั้งค่านิยมและลบโดยสรุปได้ว่า ในช่วงระยะเวลาตั้งแต่ปี 1975 - 1978 แพทย์ในอเมริกามีทัศนคติในทางบวกต่อคนไข้สูงอายุมากขึ้น และสังคมทั่วไปเริ่มเข้าใจ และมีทัศนคติที่ดีมากขึ้นตามมาด้วยเช่นกัน จึงจะเห็นได้จากการเสนอให้เปิดสาขาวิชา การรักษาพยาบาลโรคผู้สูงอายุขึ้นในมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ของรัฐโอไฮโอ และการเรียกร้องความต้องการแพทย์รักษาผู้สูงอายุมากขึ้นโดยทั่วไป ตรงข้ามในอดีตซึ่งมีทัศนคติในทางลบดังที่ได้มีรายงานเสนอว่า ไม่มีการฝึกงานของนักศึกษาแพทย์ในสถานรักษาพักฟื้นของคนชรา ไม่มีแพทย์ลงทุนเปิดคลินิกคนไข้สูงอายุ เพราะเสี่ยงต่อการขาดทุน และแม้แต่ความรู้สึกต่อคนไข้สูงอายุก็น่าเหมือนกับการรักษาคนไข้ที่หมดหวังแล้ว เป็นต้น

ทัศนคติของนักสังคมสงเคราะห์ จากรายงานในปี 1967 กล่าวว่า นักสังคมสงเคราะห์มีทัศนคติ 2 ประการคือ

1. คนไข้สูงอายุทั้งหลายมีลักษณะคล้ายคลึงกันคือ ไม่มีความเชื่อมั่นที่จะอยู่ในบ้านพักของตนเอง ปัญหาที่สร้างความอ่อนใจให้แก่กักสังคมสงเคราะห์อีกประการคือ ความไร้สมรรถภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งก่อให้เกิดความรู้สึกว่า ไม่มีประโยชน์และเสียแรงเปล่า

ในปี 1976 พบว่า นักสังคมสงเคราะห์ส่วนใหญ่ มีทัศนคติต่อคนไข้สูงอายุในทางบวกมากกว่าแพทย์และพยาบาล และกล่าวเพิ่มเติมว่า นักสังคมสงเคราะห์หมองปัญหาที่ตนเองเพื่อสนองความต้องการของผู้สูงอายุ และมีความรู้สึกว่าการบริการทางการแพทย์ในปัจจุบันยังไม่เพียงพอแก่ความต้องการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ เมื่อเปรียบเทียบกับความเห็นของแพทย์และพยาบาล

ทัศนคติของนักกายภาพบำบัด รายงานในปี 1967 ว่า นักกายภาพบำบัดมีความเชื่อใจและไม่กระตือรือร้นในการรักษาคนไข้สูงอายุ ส่วนใหญ่จะตั้งเป้าหมายการบำบัดรักษาคนไข้ไว้ต่ำ

<sup>1</sup> Ibid., pp. 95 - 96.

และเลิกนัดคนไข้เมื่อการรักษาไม่ก้าวหน้า บอกเลิกคนไข้ด้วยวิธีการต่าง ๆ เช่น ปล่อยให้ไปพบจิตแพทย์หรือแพทย์ทั่วไป จนในที่สุดคนไข้สูงอายุต้องยอมแพ้ และไม่กลับมารักษาอีก<sup>1</sup>

ไอรีน เบอ์นไซด์ (Irene Burnside) ได้รวบรวมทัศนคติของพยาบาลในอเมริกาจากการศึกษาของบุคคลต่าง ๆ ไว้ดังนี้คือ

ในปี 1968 ได้มีการศึกษาพบว่าหลักสูตรวิชาการพยาบาลในอเมริกา มิได้เน้นให้ผู้ที่ศึกษามีทัศนคติที่ดีต่อผู้สูงอายุ

ในปี 1969 พบว่า พยาบาลวิชาชีพขาดความสนใจต่อคนไข้สูงอายุ และหลักสูตรวิชาพยาบาลระดับปริญญา มิได้จัดสอนวิชาการพยาบาลคนไข้สูงอายุ เขาไว้ในหลักสูตรเลย นอกจากนี้ยังพบว่า นักศึกษาพยาบาลมีความสนใจในการศึกษาด้านการพยาบาลคนไข้สูงอายุน้อย

และในปี 1973 ได้ทำการศึกษาทัศนคติของบุคลากรทางการพยาบาลที่มีต่อผู้สูงอายุ และพบว่า การแปรผันในผู้สูงอายุ มิใช่สาเหตุให้เกิดทัศนคติของพยาบาลในทางลบที่มีต่อผู้สูงอายุ แต่ระดับการศึกษาดูเหมือนจะแสดงให้เห็นบ้าง คือผู้ช่วยพยาบาล (Practical Nurse) ที่ได้รับใบประกอบโรคศิลป์ มีทัศนคติในทางบวกต่อผู้สูงอายุมากกว่าพยาบาลระดับปริญญา

ไอรีน เบอ์นไซด์ ได้เขียนเพิ่มเติมว่า ทัศนคติในทางลบของพยาบาลปรากฏทั้งชัดเจนและไม่ชัดเจน จะเห็นได้จากความรู้สึกของพยาบาลที่เลือกทำงานกับผู้สูงอายุเช่นในบ้านพักคนชรา การดูแลคนไข้สูงอายุที่ต้องรักษาในระยะยาวและพยาบาลในแผนกคนไข้สูงอายุ จะมีความรู้สึกเหนื่อยหน่าย และมีความรู้สึกว่าเป็นพยาบาลชั้นสอง เงินเดือนต่ำ บางครั้งถูกมองเป็นพยาบาลที่มีความรู้ต่ำ เมื่อเปรียบเทียบกับพยาบาลที่ทำงานในแผนกอื่น ๆ

อาจารย์พยาบาลบางคนกล่าวว่า นักศึกษาที่มีทัศนคติที่ดีต่อผู้สูงอายุ สอนได้ง่ายกว่า และมีความเห็นว่า นักศึกษาพยาบาลในปัจจุบันให้ความสนใจทำงานในบ้านพักคนชรามากขึ้น<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Ibid., p. 96.

<sup>2</sup> Irene Burnside, Gerontology and Geriatric Nursing (New York : McGraw-Hill Inc., 1976), pp. 11 - 12.

มากาเรท แคมพ์เบลล์ (Margaret Campbell) ได้ทำการศึกษาค้นคว้าของ บุคลากรทางการพยาบาลที่มีต่อผู้สูงอายุ และพบว่า พยาบาล (RN) ผู้ช่วยพยาบาล (Practical Nurse) และพนักงานพยาบาล (Nurse Aid) มีทัศนคติต่อคนไข้สูงอายุ แตกต่างและเหมือนกันดังนี้

1. ผู้ช่วยพยาบาลและพนักงานพยาบาล มีความพอใจในการทำงานกับคนไข้สูงอายุมากกว่าพยาบาล (Registration Nurse)
2. พยาบาลใช้เวลาอยู่กับคนไข้สูงอายุ น้อยที่สุด รองลงมาได้แก่ ผู้ช่วยพยาบาล และพนักงานพยาบาล ตามลำดับ
3. การเพิ่มเงินเดือน หรือการเปลี่ยนสถานที่ทำงาน มีใช้ประเด็นสำคัญในการจูงใจให้ปฏิบัติหน้าที่มากกว่าการได้เลือกทำงานกับกลุ่มคนไข้ที่ตนเองชอบ
4. อายุ ความรู้ ระยะเวลา ประสบการณ์ และการอบรมเฉพาะทาง (เกี่ยวกับโรคผู้สูงอายุ) มีใช้ปัจจัยที่สำคัญในการยอมรับเกี่ยวกับภาพพจน์ของผู้สูงอายุ แต่มีการวิจัยที่แสดงให้เห็นว่า พยาบาลที่สำเร็จการศึกษาในระยะทศวรรษหลังยอมรับภาพพจน์ของผู้สูงอายุ มากกว่าพยาบาลที่สำเร็จการศึกษาในทศวรรษก่อน
5. ผลักการทำงานมีอิทธิพลต่อการยอมรับข้อเสนอแนะเกี่ยวกับภาพพจน์ของผู้สูงอายุ เช่น พยาบาลที่ใช้เวลาให้การพยาบาลกับคนไข้สูงอายุน้อย จะมีการยอมรับข้อเสนอแนะน้อยที่สุด พยาบาลที่ทำงานผลัดกลางวัน หรือผลัดกลางคืนอย่างเดียว จะยินดีรับฟังข้อเสนอแนะน้อยที่สุด สำหรับผู้ช่วยพยาบาล (P.N.) และพนักงานพยาบาล (N.A.) ที่ทำงานผลัดกลางวัน อย่างเดียว มีความยินดีรับฟังมากกว่า <sup>1</sup>

ตัวแปรที่สำคัญในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ 2 ประการ คือ ระดับของการศึกษาและระยะเวลาที่ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุของผู้นำมาศึกษา

<sup>1</sup> Margaret Campbell, "Study of The Attitudes of Nursing Personnel Toward the Geriatric Patient", Nursing Research 20 (March -April 1971) : 149 - 150.

แทงค์ บุษแมนน์ ( Tank Buschmann ) เขียนบทความเกี่ยวกับทัศนคติของพยาบาล เรื่องความสัมพันธ์ของพยาบาลกับผู้สูงอายุว่า "เป็นที่ประจักษ์ว่าพยาบาลส่วนใหญ่มีทัศนคติต่อผู้สูงอายุในทางลบ คุณแลผู้สูงอายุกลายเป็นเด็ก เรียกชื่อ ผู้สูงอายุด้วยชื่อเล่นหรือชื่อคน ซึ่งไม่เป็นการเคารพ ใ้การรักษาพยาบาลกลายเป็นเด็กยอมไม่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ ยิ่งกว่านั้นการเสียดสีบุคลิกภาพของผู้สูงอายุยอมไม่บังควร หลายคนไม่รักษาเวลา ไม่มีความอดทน ไม่พยายามศึกษาถึงความแตกต่าง แต่ละบุคคลของผู้สูงอายุ" พร้อมทั้งได้แนะนำวิธีแก้ว่า ควรให้นักศึกษาพยาบาลได้สัมผัสกับคนเฒ่าผู้สูงอายุตั้งแต่ยังเป็นนักศึกษา เพื่อจะได้ทราบปัญหาต่าง ๆ ของผู้สูงอายุ และชี้ให้เห็นว่า ควรได้สัมผัสกับผู้สูงอายุที่ได้รับความสำเร็จในชีวิตที่มีสุขภาพดี มั่งคั่ง เป็นที่ยอมรับในสังคม อาจเปลี่ยนทัศนคติในทางลบของพยาบาล เพื่อให้มายอมรับนับถือและสนใจที่จะดูแลรักษา รักใคร่ผู้สูงอายุในที่สุด <sup>1</sup>

เจอร์ฮาร์ด ฟอล์ค และ เออซูลา ฟอล์ค (Gerhard Falk and Ursula Falk ) สองนักสังคมสงเคราะห์ได้ทำการศึกษาทัศนคติของสังคมอเมริกันที่มีต่อผู้สูงอายุในเรื่องเพศ ณ บ้านพักคนชรา ( Nursing Home) และเสนอรายงานการศึกษาโดยสรุปพร้อมขอเสนอแนะว่า ความต้องการทางเพศของผู้สูงอายุลดลงมิใช่สาเหตุเนื่องมาจากการหมดประจำเดือน (Menopause) แต่เนื่องมาจากความยุ่งยากทางวัฒนธรรมของสังคม ที่ต้องสร้างความอดกลั้นไม่ให้แสดงออกในทางเพศ ด้วยการบังคับตนเอง ทำให้หมดความต้องการไม่มีความยินดี เพื่อเห็นแก่คนอื่น สรุปคือ วัฒนธรรมโดยส่วนรวม คอตันการแสดงออกทางเพศของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุต้องยับยั้งการแสดงออกทางเพศ ถือว่าการแสดงออกในเรื่องเพศเป็นเรื่องของคนหนุ่มสาวที่มีร่างกายสวยงาม หรือเป็นเรื่องการเจริญพันธุ์เท่านั้น การเจริญพันธุ์มิใช่ความยินดีหรือความเป็นไปได้ของผู้สูงอายุ แต่ผู้สูงอายุจะต้องอดกลั้นและไม่แสดงออกต่อไป

<sup>1</sup> Tank Buschmann, "The Nurse's Relationship to the Aged", Nursing Forum 18 (March 1979) : 265 - 268.



ความเชื่อว่าการแสดงออกทางเพศเป็นเรื่องของเด็กหนุ่มสาวเป็นเรื่องที่ยอมรับทั้งในเด็กและผู้สูงอายุ เรื่องเพศเป็นเรื่องที่ค่อนข้างห้าม ปกปิด ไม่ควรเอ่ยถึงในผู้สูงอายุ เช่นเดียวกับ คนวิกลจริต อาชญากรรม คนคิดสุรา

ความอดกั้นไม่แสดงออกในเรื่องเพศของผู้สูงอายุ มีผลหลายประการต่อคนรุ่น-  
เด็กคือ

1. เพื่อความมั่นใจในการเป็นทายาทของเด็ก ความมั่นใจในเรื่องมรดก เงิน-ทองจะไม่สูญหาย หากพ่อแม่ หรือน้า อา ลุง จะไม่แต่งงานใหม่
2. ความยับยั้งใจในเรื่องเพศของผู้สูงอายุ จะช่วยให้ผู้สูงอายุหลุดพ้นจากการหมกมุ่นในเรื่องเพศ การแสดงเรื่องเพศก็เหมือนกับการแสดงออกอื่น ๆ ที่จะก่อให้เกิดความล้มเหลวแก่เด็กรุ่นหลัง โดยเฉพาะในวัฒนธรรมของเด็กและเยาวชน
3. การอยู่คนเดียว และทำตัวให้สบาย ๆ ของผู้สูงอายุเป็นสิ่งที่ถูกขอร้อง เพื่อให้เด็กเป็นตัวของตัวเอง

เรื่องเพศเป็นเรื่องต้องห้ามในบ้านคนชรา ซึ่งการห้ามในเรื่องนี้ให้ผล 3 ประการ  
คือ

1. ไม่ถูกกล่าวหาโดยบุคคลภายนอก
2. มีข้อบังคับในบ้านพักคนชราคือ ไม่มีห้องเฉพาะส่วนตัว
3. Dirty old man เป็นคำประณามคนที่แสดงออกทางเพศ เพื่อให้คนแก่ตระหนักว่าตนเองน่ารังเกียจ <sup>1</sup>

พฤติกรรมของคนไขสูงอายุในทัศนของแพทย์พยาบาล จากการศึกษาของ จอร์จ กาสีค (George Gasek) พบว่าคนไขสูงอายุในโรงพยาบาลเกือบทุกแห่ง มีลักษณะที่คล้ายคลึง-

<sup>1</sup>  
Gerhard Falk and Ursula Falk, "Sexuality and the Aged" Nursing Out-look 28 (January 1980) : 51 - 54.



กันคือ อารมณ์ไม่แน่นอน เคี้ยวดี เคี้ยวร้าย โมโหจนเฉียว สร้างความลำบากในการปฏิบัติหน้าที่ประจำ แพทย์พยาบาลไม่อาจทำอะไรได้ตามขั้นตอนการดูแลรักษาแม้สิ่งที่ควรจะทำ คนไข้สูงอายุจะไม่มี ความพอใจในสิ่งที่แพทย์พยาบาลทำให้ และการบ่นของคนไข้ที่คล้าย ๆ กันคือ "ตนเองไม่ได้รับความเหลียวแล ถูกปล่อยทิ้งไว้เหมือนคนตาย" หรือ "ตนเองจะไม่ยอมกินยาตามหมอสั่ง" "ตนเองไม่ชอบกินนม ชอบกินของหวาน" <sup>1</sup>

ความรู้สึกของคนอเมริกันโดยทั่วไป จากการศึกษาของ ชาร์ลอตต์ เอพสไตน์ (Charlotte Epstein) ได้เรียนรู้ว่าชาวเอเชียมีความชื่นชมเคารพผู้สูงอายุ ยกย่อง เคารพ ยอมรับว่าผู้สูงอายุมีความฉลาด มีประสบการณ์ และเป็นผู้มีบทบาทในการนำทางสังคม เปรียบเทียบกับวัฒนธรรมของอเมริกัน ปล่อยปลดละเลยผู้สูงอายุในครอบครัวยกย่องและให้ความสำคัญแก่คนรุ่นหนุ่มสาว เกือบคล้ว พยายามหนีความชรา

ชาวอเมริกันไม่รู้ตัวเองแน่นอนว่ามีความรู้สึกจริง ๆ ต่อผู้สูงอายุอย่างไร ไม่แน่ใจกับสภาพสังคมอเมริกันโดยส่วนรวม ดังจะเห็นได้จากลักษณะครอบครัวอเมริกันมีทั้งแบบครอบครัวเดี่ยวและครอบครัวขยาย หลายครอบครัวอยู่ร่วมกับญาติสูงอายุ รัก ซาบซึ้ง ถวายทอด ความเชื่อ ความคิด พฤติกรรมต่าง ๆ รวมถึงกิจกรรม อยากให้ผู้สูงอายุมีชีวิตยาวนาน อยากช่วยแก้ปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ แต่ก็ไม่แน่ใจว่าทั้งประเทศเป็นเช่นนั้น ทุกคนทราบว่าผู้สูงอายุบางส่วนอยากอยู่ตามลำพัง กลุ่มคนเหล่านี้ถูกเรียกว่า คนชราหรือสูงอายุ ทั้ง ๆ ที่ก็ไม่รู้แน่ชัดได้ว่าควรจะเรียกเช่นนั้น <sup>2</sup>

ทัศนคติหนึ่งของคนไทย คือ ความเคารพยกย่อง จากการศึกษาของทรง ศาตวรรณ

<sup>1</sup> George Gasek, "How to Handle the Crotchety Elderly Patient", Nursing 80 10 (March 1980) : 47 - 48.

<sup>2</sup> Charlotte Epstein, Learning to Care for the aged (Virginia: Reston Publishing Company, Inc., 1977), pp. 45 - 46.

ซึ่งไม่ลาสมีเกินไปนักเขียนไว้ว่า "วัยชราในบ้านเมืองไทยเรานั้น เป็นเรื่องน่าชื่นชม-ยินดี ชีวิตของวัยนี้อยู่ในหลักการใหญ่ของคนรุ่นถัดมาว่า พ่อแม่นั้นได้เหน็ดเหนื่อยมามาก ทำบุญทำคุณให้แก่คนรุ่นใหม่เป็นตัวแทนคนอย่างที่เป็นอยู่ พ่อถึงวัยชราก็เป็นวัยที่ท่านพักผ่อน และทุกคนก็ต้อนรับในฐานะผู้มีเกียรติของครอบครัว หรือนัยหนึ่งก็เป็นผู้มีเกียรติของสังคมนั่นเอง"

ทัศนความกตัญญูคุณ "คนไทยถือเป็นที่หน้าของลูกจะต้องเลี้ยงดูผู้บังเกิดเกล้าในวัยชรา ผู้ที่ไม่ทำหน้าที่นี้จะถือเป็นความผิดในสังคมอย่างรุนแรง ผู้เป็นลูกซึ่งมีครอบครัวแล้วมีลูกแล้วก็มักก็ยังถือเป็นหน้าที่ที่จะต้องเลี้ยงดูพ่อแม่ซึ่งแก่เฒ่าช่วยตัวเองไม่ได้ และก็มี ความยินดี มีความสุข แม่จะเหน็ดเหนื่อยเพียงใดก็ตาม แต่จะรู้สึกตนเองอยู่เสมอว่า เป็นความผิดมหันต์ ลึกซึ้งถาวร ถาละเลยหน้าที่นี้ ปล่อยให้พ่อแม่ตกทุกข์ได้ยากอดอยาก"<sup>2</sup>

และในทัศนคติ ความมีหน้ามีตาในสังคมที่ได้อุปถัมภ์เลี้ยงดูคุณชรา ทรง ศาตวรรษ ไค้กล่าวเพิ่มเติมว่า ครอบครัวไทยเป็นครอบครัวขยายเป็นความมีหน้ามีตาของเจ้าของบ้าน และยังมีนิมิตที่ถือว่า บ้านใด ครัวใด มีคนถึง 3 รุ่นหรือ 4 รุ่น มาอยู่พร้อมหน้า คือ ตั้งแต่ ทวด ปู่ ย่า ตา ยาย พ่อแม่ ลูกหลาน ก็จะเป็นครอบครัวที่สมบูรณ์<sup>3</sup>

วัยชราวัยแห่งความรุ่งโรจน์ยิ่งใหญ ทัศนคติในเชิงบวกของ พิสิษฐ์ สารวัจิตร "หากบุคคลใดดำเนินชีวิตของตนมาอย่างดี วัยชราย่อมจะเป็นตอนที่บุคคลได้รับความเคารพนับถือ ได้รับความยกย่องสูงสุด บ้านของบุคคลจะมีผู้ไปเยี่ยมเยียนมากมาย บุคคลจะเป็นสัญลักษณ์แห่งความเด่น ความรัก ความสำเร็จ และเป็นแบบอย่างของคนรุ่นหลังจะดำเนินตาม บุคคลจะได้ภาคภูมิใจและชื่นชมในผลงานต่าง ๆ ที่ตนได้พากเพียรทำมาตั้งแต่วัยเด็กวัย-

<sup>1</sup> ทรง ศาตวรรษ, "วัยชรา," ประชากรศึกษา 12 (พฤศจิกายน 2513):

<sup>2</sup> เรื่องเดียวกัน, หน้า 26.

<sup>3</sup> เรื่องเดียวกัน, หน้า 27.

หนุ่มสาว และวัยผู้ใหญ่ บุคคลจะปลดปล่อยสิ่งที่ได้เห็นความไม่แน่นอนกลายเป็นความจริง วัชรราชจึงเป็นวัยที่บุคคลสูง เคนอย่างแท้จริง" <sup>1</sup>

จากทัศนคติของบุคคลต่าง ๆ ที่กล่าวมาข้างต้นที่มีต่อผู้สูงอายุนั้น พอจะสรุปได้ว่า มีทั้งในทางบวกและทางลบ ซึ่งทั้งนี้ เนื่องมาจากประสบการณ์ การอบรมสั่งสอน ขนบธรรมเนียม ประเพณี และวัฒนธรรม ของแต่ละบุคคล ซึ่งแตกต่างกันไปตามสภาวะแวดล้อม จึงเป็นสิ่งที่น่าจะนำมาคิดว่า ทำอย่างไร เราจึงจะปลุกฝังทัศนคติที่ดีในเรื่องนี้แก่เยาวชนรุ่นหลังได้

### การช่วยเหลือและการแก้ปัญหาผู้สูงอายุในสังคม

กล่าวโดยหลักการที่จะให้ความช่วยเหลือแก่ผู้สูงอายุว่าเขาต้องเรียนรู้ ความต้องการของผู้สูงอายุว่าเขาต้องการให้เราช่วยอะไร

ปาทัน นูญ - หลง กล่าวว่า มนุษย์มีความต้องการจำแนกได้ 2 ประเภทใหญ่ ๆ คือ ความต้องการทางร่างกาย และความต้องการทางจิตใจ

ความต้องการทางร่างกาย ได้แก่ ความต้องการอากาศ อาหาร น้ำ การขับถ่าย ที่อยู่อาศัย การพักผ่อน ความอบอุ่น ความปลอดภัย ความต้องการทางเพศ ความต้องการเหล่านี้เป็นสิ่งจำเป็นแก่ชีวิตและการยอมรับของสิ่งที่มีชีวิตทั้งหลาย

ความต้องการทางจิตใจ หมายถึง ความต้องการที่มีลักษณะเป็นนามธรรมเกือบทั้งสิ้น เช่น ความต้องการเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มความต้องการเป็นสมาชิกของกลุ่ม ความต้องการความรัก ความต้องการการยอมรับนับถือ ต้องการมีชื่อเสียง ต้องการเป็นบุคคลที่มี-

---

<sup>1</sup> พิศิทธิ์ สารวิจิตร, พุทธศาสตร์การสอนวิชาการพัฒนาตนเองและบุคลิกภาพ (กรุงเทพมหานคร : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2523), หน้า 29.

คุณค่า และประจักษ์ในคุณค่าของตนเองควยวิจารณ์ญาณ

การที่อวัยวะทุก ๆ ส่วนมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น สมรรถภาพในการทำงานค่อยลง มีใ้ค้หมายความว่า ความต้องการทุกรูปแบบจะน้อยลงควย ในทางตรงข้าม การสนองความต้องการจำเป็นต้องมีความละเอียดอ่อน รอบคอบ นุ่มนวล และต้องช่วยกันรักษาเอกลักษณ์เฉพาะตนของผู้สูงอายุไว้ควย <sup>1</sup>

ปัญหาสำหรับผู้สูงอายุบางคนในประเทศอารยธรรมอย่างอเมริกา คือ ความเหงาว่าเหว่ ถูกทอดทิ้ง โดดเดี่ยว ต้องช่วยเหลือตนเอง

ทรง ศาสตร์ธรรม เขียนไว้ว่า "สภาพของคนแก่ในประเทศอารยธรรมตะวันตกนั้น ในสายตาของวัฒนธรรมไทย น่าสงสารเป็นอย่างยิ่งนัก ถ้าไม่มีโอกาสหรือฐานะที่จะไปรวมกับพวกของตนได้ คนแก่เหล่านี้จะต้องมีชีวิ้อยู่โดดเดี่ยวในเคหสถานเมื่ออดีตเป็นครอบครัว... บวงคนโยกย้ายมาจากที่อื่น ไม่มีใครรู้ความเป็นมา รู้แต่เป็นคนแก่โดดเดี่ยว อยู่นไปหัวใจวายนอนตายอยู่ในห้องตั้ง 2 - 3 วัน จึงมีคนพบ.... เรื่องน่าสงสารของคนแก่เกิดขึ้นได้หลายสภาพ แต่ทั้งหมดขึ้นอยู่กับมูลฐานทางวัฒนธรรมของอารยธรรมตะวันตก ซึ่งไม่ถือเอาวัยวุฒิเป็นเรื่องสำคัญ รวมทั้งวิถีชีวิตของสังคมที่ทุกคนต้องช่วยเหลือตัวเอง ทำให้คนแก่ต้องอยู่โดดเดี่ยวเมื่อไม่สามารถช่วยตนเองได้ โศกนาฏกรรมก็เกิดขึ้นได้เป็นธรรมดา" <sup>2</sup>

ปัญหาของผู้สูงอายุจึงเป็นปัญหาที่มีผลกระทบต่อตนเอง และคนอื่น ทั้งในระดับครอบครัวและสังคมส่วนรวม ดังนั้น บุคคลในครอบครัวและผู้ที่เกี่ยวข้อง เช่น แพทย์

<sup>1</sup> ปาหนัน บุญ-หลง, "ความรู้ความเข้าใจในกระบวนการสูงอายุและการให้การดูแลช่วยเหลือ," (เอกสารประกอบการสัมมนาวิชาการ เรื่องการพยาบาลจิตสังคมของผู้สูงอายุ ณ คึกคักกรีนทรากคี, วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย, 17 - 18 สิงหาคม, 2523),

<sup>2</sup> ทรง ศาสตร์ธรรม, "วัยชรา," หน้า 23 - 24.

พยาบาล ญาติสนิทที่จะต้องดูแลรักษาพยาบาล จำเป็นต้องเข้าใจ ปัญหา และความต้องการ คั่งกล่าว เพื่อการช่วยเหลือเบื้องต้น

สิ่งสำคัญเบื้องต้นที่ควรคำนึงคือ เรื่องที่อยู่อาศัย ในเรื่องนี้ เฮเลน แอนเดอร์สัน (Helen Anderson) เขียนไว้ว่า การก่อสร้างจะต้องคำนึงถึง ความปลอดภัย คือปลอดภัย จากไฟ ผู้สูงอายุเคลื่อนไหวช้าของคำนึงไว้เสมอ การสูบบุหรี่บนที่นอนสำหรับผู้สูงอายุต้องห้าม เคาไฟผิง แสงไฟ สายไฟ แกสสูงคม การขึ้นลงบันได ถึงชยะหามไวหนาหอง ขางเตียงนอน จะต้องมีมือของวางกันสะคุดลม หองนอนต้องมีหองน้ำ เคารีคไฟฟ้าต้องเป็นเคารีคอัตโนมัติ ป้องกันการลืมถอคปลัก เตียงนอนต้องไม่สูงกว่าปกติ และไม่ควรมีพรมเช็ดเท้า ฯลฯ

อาหารสำหรับผู้สูงอายุควรเป็นอาหารที่ย่อยง่าย และเน้นเรื่องการลดความอ้วน เป็นสำคัญ การจัดหองอาหารให้สวยงามก็เป็นสิ่งสำคัญ ไซ้โต๊ะเล็กดีกว่าโต๊ะใหญ่ เพื่อความ ไกลจึคสนิทสนม เพราะบางคนไม่ยอกอยุ่ลำพัง เวลาอาหารเป็นเวลาที่สำคัญ เพราะเป็น เวลาที่จะอยู่ไกลรัคกันมากที่สุด น้ำจะต้องมีบนโต๊ะเพื่อคั่มระหว่างอาหาร <sup>1</sup>

### การแก้ปัญหาผู้สูงอายุที่เป็นระบบ

เรื่องการช่วยเหลือผู้สูงอายุในสังคมส่วนรวมได้มีการเริ่มมานานและมีวิวัฒนาการรูปแบบมาตลอดเวลา จอห์น คีท (John Keet) เขียนไว้ว่า การให้สวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุได้เริ่มมีวิวัฒนาการขึ้นมาในยุโรป เมื่อราวกว่า 2 ศตวรรษมาแล้วในรูปแบบต่าง ๆ

ในระยะแรกก่อนการปฏิวัติอุตสาหกรรม การช่วยเหลือผู้สูงอายุเป็นไปในรูปของการกุศล ต่อมารัฐได้เข้ามาเกี่ยวข้องของจัดระบบการช่วยเหลือผู้สูงอายุมากขึ้นกลายเป็น เรื่องการจัดสวัสดิการ (Welfare) ปัจจุบันเป็นที่รู้จักกันในรูปของบริการสังคม (Social Services) ผู้สูงอายุที่ได้รับบริการ เรียกว่า ผู้รับบริการ (Clients) จากนั้นเรื่อง การกุศลอันเป็นเรื่องของคุณธรรมในสังคมก็หมดไป การบริการที่กระทำกันอยู่ ได้แก่ การบริการ สุขภาพและสังคม ปฏิกริยาที่เกิดขึ้นในภาครัฐบาลก็คือ การมองกิจการสังคมในทางลบ คือ

<sup>1</sup> Helen Anderson, Newton's Geriatric Nursing, pp. 7 - 8.



กลายเป็นเรื่องการสงเคราะห์ ขอบทาน ต้องคอยอุ้มชูกันอยู่ตลอดเวลา ชุมชนต้องแบกภาระช่วยเหลือ ผู้รับบริการก็มีความรู้สึกอับอาย และถูกตราหน้า

เมื่อสังคมยุคอุตสาหกรรมได้รับการพัฒนาไป ยุโรปเข้าสู่ยุคอารยธรรม (วัฒนธรรมทางวัตถุ) สังคมปัจจุบันไม่สามารถที่จะรับเลี้ยงดูหรือรับเป็นภาระในระยะยาวในสถาบันใด สวัสดิการดังกล่าวจึงถูกตีไปว่าเป็นการแก้ปัญหาที่ถูกต้อง รูปแบบการแก้ปัญหาจึงได้รับการพัฒนาเพิ่มขึ้น คือต้องหาทางให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเอง สร้างความเข้าใจ สร้างทัศนคติ ค่านิยมของชุมชนและสังคมเพื่อการยอมรับให้ครอบครัวและชุมชนช่วยเหลือรับคนไข้สูงอายุกลับ ไปดูแลรักษาที่บ้าน เพื่อสถาบันจะได้ให้บริการคนอื่น ๆ ได้มากขึ้น หากไม่แล้วรายจ่ายของรัฐจะตองสูงขึ้น<sup>1</sup>

จากบทความดังกล่าวชี้ให้เห็นถึงแนวโน้มของสังคมในปัจจุบัน เกี่ยวกับผู้สูงอายุที่จะต้องช่วยเหลือตนเองมากยิ่งขึ้น และพยายามแสวงหาแนวทางปฏิบัติเพื่อการปรับตัวที่ค้อย่างไรก็ตาม ชุมชนก็ยังมีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือผู้สูงอายุเพื่อความเป็นอยู่ที่ดี ซี แอด แอนเดอร์สัน และคณะ (C.L. Anderson) ได้เสนอแนะกิจกรรมต่าง ๆ ที่จะตองคำนึงถึงในการช่วยเหลือผู้สูงอายุในแต่ละชุมชน อันได้แก่

ด้านสุขภาพ โดยปกติผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะดำเนินชีวิตตามแบบที่ตนเคยมีชีวิตรมา แม้วาดคนน้อยกว่าเดิมแต่กิจกรรมการเสริมสร้างสุขภาพควรมีชีวิตประจำวันที่เคยปฏิบัติควรปรับให้เหมาะสมกับความสามารถของแต่ละบุคคล รวมทั้งความสนใจในปัจจุบัน และสิ่งที่เป็นกำไรของชีวิต

อาหาร ผู้สูงอายุควรได้รับอาหารที่คำนึงถึงคุณภาพมากกว่าปริมาณ โปรตีน เกลือแร่ วิตามิน ควรมีอยู่ในอาหารในแต่ละวัน อาหารควรมีรสอร่อย นารับประทาน

<sup>1</sup> John Keet, "Role of Aging in Family, Local Community and Voluntary Agencies and the Role of these group in Providing Support to Old People", p. 112.

เพราะผู้สูงอายุประสาทสัมผัส การไต่กลิ่นและรสเสื่อมลง นัย่อยลดลง รับประทานบ่อย แต่ครั้งละน้อยในแต่ละมื้อ

การออกกำลังกาย โดยปกติผู้สูงอายุควรออกกำลังกายแต่เพียงเบา ๆ หากแพทย์มิได้นแนะนำเป็นอย่างอื่น การออกแรงเหนื่อยจนเกินไปเป็นอันตราย การดูแลสวนและงานง่าย ๆ และให้ผลผลิตเป็นกิจกรรมที่ดี แต่อย่าเคร่งเครียด การออกแรงเบา ๆ จะช่วยสุขภาพ กาย จิตใจ และอารมณ์ดี

การพักผ่อนและการนอน การพักผ่อนระหว่างวัน ควรทำไปพร้อมกับงานหรือกิจกรรมการออกกำลังกาย การพักผ่อนในตอนเช้า กลางวัน และบ่าย ควรทำอย่างเพียงพอ และเป็นพิเศษสำหรับบางคน แต่บางคนก็สามารถทำงานได้ดีเยี่ยมโดยไม่ต้องพักผ่อน โดยทั่วไปไม่กินนอนพักผ่อนนาน ๆ ชอบนอนแต่หัวค่ำ ตื่นแต่เช้า ส่วนใหญ่ต้องการนอนน้อยกว่าเมื่อตอนเด็ก แต่ละคนจะปรับตัวเองตามที่ต้องการ

ความปลอดภัย ผู้สูงอายุมักมีการบาดเจ็บหรือตายด้วยอุบัติเหตุ เนื่องจากการเคลื่อนไหวช้า สายตาไม่ดี ปรับตัวต่อสถานการณ์ได้ช้า ควรพยายามจัดบ้านให้ปลอดภัย อยู่บ้านชั้นล่างดีที่สุด การพลัดตกบันไดอาจถึงแก่ชีวิตได้ ควรให้มีแสงสว่างเพียงพอบนทางเดิน กลางคืนควรเปิดไฟสลัวตลอดคืน

การอาบน้ำ การทำความสะอาดเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้สูงอายุซึ่งต้องคอยเตือนสร้างสุขนิสัยชีวิตประจำวัน รวมถึงการอาบน้ำด้วย

เสื้อผ้า เสื้อผ้าที่สะอาดเหมาะสมกับฤดูกาลเป็นสิ่งบ่งบอกถึงสุขภาพจิตมากกว่าร่างกาย เป็นส่วนสำคัญในการทำให้เกิดความรู้สึกภาคภูมิใจ มีความรู้สึกได้รับการยกย่องนับถือ

การปฏิบัติต่อสุขภาพผู้สูงอายุมีความสำคัญต่อสมองและจิตใจ ต่อความต้องการทางอารมณ์ พอ ๆ กับความต้องการทางจิตวิทยา มีความหมายต่อความรู้สึกในการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ชีวิตยังมีความหมาย มีความสำคัญ และยังมีบทบาท

การบริการทางการแพทย์ เป็นความจำเป็นที่ควรจัดเป็นพิเศษ เพราะผู้สูงอายุมิ

ความยุ่งยากมากในการไปโรงพยาบาลที่มีหลาย ๆ แผนกในแห่งเดียวกัน ความสนใจในการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้สูงอายุเริ่มมีมากขึ้นในชุมชน แต่ยังคงหาคำตอบไม่ได้ว่าควรมีแพทย์พยาบาลเฉพาะผู้สูงอายุหรือไม่ ทั้งนี้เพราะ แพทย์ พยาบาล ทั่วไปยังไม่อยากทำงานกับคนสูงอายุ ซึ่งเป็นปัญหา

บ้านพักคนชรา ( Nursing Home ) ในสหรัฐอเมริกาจากการสำรวจปี 1973 พบว่า มีบ้านพักคนชราทั้งหมด 14,873 แห่ง เป็นของรัฐและอีก 6,911 แห่ง เป็นของเอกชน มีจำนวนเตียงทั้งหมด 1,327,704 เตียง จำนวนบ้านพักคนชราที่มีแนวโน้มจะมากขึ้น แต่จำนวนผู้สูงอายุที่เข้าอยู่เพียง 1 ล้านคน ส่วนอีก 19 ล้านคนไม่ได้เข้าอยู่ โครงการช่วยเหลือผู้สูงอายุช่วยได้ประมาณร้อยละ 15 ของผู้สูงอายุทั้งหมด ความรังเกียจผู้สูงอายุยังมีสูง

นอกจากนี้ยังมีรายงานการศึกษาไว้ว่า แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ อาจารย์ แพทย์ ลงความเห็นว่า คนสูงอายุ ควรได้รับการดูแลรักษาที่บ้าน ดีกว่าไปอยู่บ้านพักคนชรา โรคเรื้อรังบางชนิดรักษาที่บ้านเหมาะสมกว่า หากเป็นไปได้ควรให้พยาบาลไปเยี่ยมเยียนเป็นครั้งคราว หรือถือเป็นการพิเศษ ปัญหาที่แน่นอนคือ เรื่องการจัดสถานที่ซึ่งไม่อาจทำได้ให้เหมือนโรงพยาบาล

การฟื้นฟูสมรรถภาพ ( Rehabilitation ) พบว่า คนสูงอายุและผู้ไร้สมรรถภาพทางกายไม่ชอบที่จะอยู่ในสถานบำบัดรักษาที่เป็นโรคเรื้อรังมีผู้ดูแลรักษาอยู่เพียงลำพังอย่างเดียว ดังนั้นโรงพยาบาลทั่วไปควรจัดใหม่ทั้งการรักษายาและการฟื้นฟูสมรรถภาพไปด้วย การฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นสิ่งจำเป็นหลังการรักษา การพยาบาลและการสังคมสงเคราะห์ เป็นความจำเป็นก่อนที่จะส่งคนไข้กลับบ้าน บางทีผู้สูงอายุต้องการคำแนะนำจนกว่าจะปกติ การให้คำแนะนำแก่ญาติพี่น้องในการดูแลรักษาเป็นสิ่งจำเป็นยิ่งเช่นกัน

กิจกรรมทางศาสนา การไปโบสถ์หรือไปวัด เป็นความอึดเอิบใจสำหรับผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปอย่างยิ่งในอเมริกาผู้ที่เกษียณอายุ แล้วมีความเห็นว่า โบสถ์เป็นส่วนหนึ่งของชีวิตเขา บางคนไปโบสถ์เพื่อหนีความวุ่นวาย วิตถุและโทรทัศน์สามารถนำศาสนาเข้าถึงในบ้านได้ ควรเป็นบริการของโบสถ์ในการช่วยให้ผู้สูงอายุ สงบ รมเย็น มีสุขภาพจิตกายและสติปัญญาดีขึ้น



และ เบอริส นูการ์เทิน (Bernice Neugarten) กล่าวในที่ประชุมสมัชชาผู้สูงอายุครั้งที่ 9 ที่เมือง เกียฟ ประเทศ รัสเซีย ปี 1972 ว่า

นักสังคมศาสตร์ กำลังตั้งคำถามเกี่ยวกับการเพิ่มขึ้นของข้อขัดแย้งระหว่างคนรุ่นหนุ่มสาวกับผู้สูงอายุในสังคมปัจจุบันว่า ความขัดแย้ง หรือการแบ่งแยกของคนรุ่นใหม่ อันเป็นสิ่งที่เราสลดที่ปรากฏในสังคมปัจจุบันว่า เป็นยุคแห่งลัทธิความชรา (Ageism) ซึ่งเป็นขอลาวหาที่ไมควรจะเป็น โลกกำลังเริ่มต้นยุคใหม่ ยุคแห่งการเรียกร้องสิทธิของคนชรา เหมือนกับสมัยเริ่มแรกในการเรียกร้องสิทธิทางการเมือง เศรษฐกิจ ดังนั้น ควรให้ความสนใจ แก่ผู้สูงอายุเท่าเทียมกับการให้ความสนใจ ปัญหาเด็กและเยาวชน ก่อนที่คนสองกลุ่มนี้จะห่างเหินกันมากขึ้น <sup>1</sup>

จอห์น คีท (John Keet) ได้เขียนเสนอแนะข้อคิดสำหรับการจัดบริการสังคม เพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ชี้ให้เห็นถึงความเหมาะสมของประเทศกำลังพัฒนา ซึ่งชอบเอาอย่างประเทศที่พัฒนาแล้วอย่างยุโรป อเมริกาว่า

ตามแนวความคิดของกลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้วทางตะวันตกและอเมริกา ได้พยายามพัฒนาและสร้างสิ่งขึ้นมาทดแทนสิ่งที่ผู้สูงอายุสูญเสียไป ด้วยการลงทุนที่สูง เช่น บ้านพักคนชรา หน่วยงานคนชรา บริการต่าง ๆ แก่ผู้สูงอายุ สถานที่พักผ่อนต่าง ๆ ซึ่งสิ่งเหล่านี้มีไว้เพื่อความทองการที่แท้จริงของผู้สูงอายุและประเทศที่กำลังพัฒนาไคน่าแนวความคิดเหล่านี้มักกระทำในนามเมืองของตน ซึ่งไม่สอดคล้องกับแนวความคิดแบบแผนที่เหมาะสมของประเทศของตนทองการ แท้จริงแล้วความทองการของผู้สูงอายุนั้น คือ ครอบครัวและชุมชน ที่คนอาศัยอยู่เป็นสำคัญ ดังนั้น แนวความคิดที่ถูกทองเหมาะสมในประเทศกำลังพัฒนาควรทองบทวนการลงทุน ทั้งภาครัฐและภาคเอกชนที่ไคทำไปแล้วว่า ถูกทองเหมาะสมสอดคล้องกับความทองการที่แท้จริงของผู้สูงอายุในประเทศของตนแล้วหรือยัง โดยเฉพาะ ความรักความอบอุ่นในครอบครัว ความเคารพนับถือของบุคคลในชุมชนที่คนเคยอยู่มา <sup>2</sup>



<sup>1</sup> Charlotte Epstein, Learning to Care for the Aged., p. 3.

<sup>2</sup> John Keet, Ibid., p. 121.



## บริการสวัสดิการของรัฐที่จัดให้แก่ผู้สูงอายุในประเทศไทย

การจัดบริการสวัสดิการของรัฐให้แก่ผู้สูงอายุในประเทศไทยที่ดำเนินการอย่างเป็นระบบ เป็นรูปแบบอยู่ในปัจจุบันนี้ ได้แก่ การสงเคราะห์คนชรา ของกรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงมหาดไทย ซึ่งมีจุดเน้นอยู่ที่การสงเคราะห์คนชรา ผู้ประสบปัญหาเดือดร้อนยากจน ไร้ญาติ ขาดผู้อุปการะเลี้ยงดู ไม่มีที่อยู่อาศัยหรือไม่สามารถอยู่กับครอบครัวได้ทั่วราชอาณาจักร โดยรับเข้าอุปการะในสถานสงเคราะห์ และให้บริการสงเคราะห์แก่คนชราภายนอกด้วยการจัดตั้งสถานสงเคราะห์คนชรา และจัดตั้งศูนย์บริการคนชรา ซึ่งให้บริการด้านการรักษาพยาบาล กายภาพบำบัด สันทนาการ ให้คำแนะนำปรึกษาหารือ การรับดูแลคนชรา ทั้งระยะสั้นและระยะยาว

การจัดการสงเคราะห์คนชรา ของกรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงมหาดไทย จากรายงานสถิติผลงานของกรมประชาสงเคราะห์ ในรอบ 5 ปี (2516 - 2520) รายงานไว้ว่า "การสงเคราะห์คนชราได้เริ่มจัดตั้งสถานสงเคราะห์คนชราขึ้นแห่งแรก เมื่อ พ.ศ. 2486 ที่บ้านเลขที่ 81 ริมถนนเพชรเกษม ตำบลบางหว้า อำเภอกาญจนาภิเษม กรุงเทพมหานคร ปัจจุบันใช้ชื่อว่า "บ้านบางแค" ต่อมา มีการจัดตั้งสถานสงเคราะห์คนชราเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ จนถึง พ.ศ. 2511 มีสถานสงเคราะห์รวม 6 แห่ง ได้แก่ สถานสงเคราะห์คนชรabanบางแค สถานสงเคราะห์คนชรabanธรรมปกรณ วัดม่วง สถานสงเคราะห์คนชรabanธรรมปกรณ โพธิ์กลาง สถานสงเคราะห์คนชราบานธรรมปกรณ เชียงใหม่ สถานสงเคราะห์คนชราภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และสถานสงเคราะห์คนชรabanทักษิณ จังหวัดยะลา โดยบริการด้านปัจจัย 4 และบริการอื่น ๆ ตลอดมา จนถึง พ.ศ. 2515 ได้เริ่มเปิดบริการด้านกายภาพบำบัดให้แก่คนชราภายนอกโดยทั่วไปด้วย โดยเริ่มเปิดบริการด้านกายภาพบำบัดให้แก่คนชราภายนอกโดยทั่วไปด้วย โดยเริ่มมีขึ้นที่สถานสงเคราะห์คนชรabanบางแคเป็นแห่งแรก ใน พ.ศ. 2517 ส่วนการรับคนชราเข้าอยู่อาศัยในสถานสงเคราะห์คนชราดังกล่าว ดำเนินการเป็นประจำตลอดมา สำหรับในรอบ 5 ปี (พ.ศ. 2516 - 2520) มีคนชราอาศัยอยู่รวมทั้งสิ้น 5,421 คน น้อยกว่าคนชราที่รับการสงเคราะห์ในรอบ 5 ปีก่อน (2511 - 2515) อยู่ 575 คน คิดเป็นร้อยละ 10.61 ดังแสดงในตาราง

ตาราง จำนวนผู้รับการสงเคราะห์ในสถานสงเคราะห์ต่าง ๆ ของกรมประชาสงเคราะห์  
ปี พ.ศ. 2516 - 2520

พ.ศ.	สงเคราะห์คนชรา									
	บ้านบางแค				บ้านธรรม ปกครองวัด	บ้านธรรม ปกครองโพธิ์ กลาง	บ้านธรรม ปกครอง เชียงใหม่	ภาคตะ วันออก ชลบุรี	บ้านพัก นิคม ยะลา	ร
	เสียเงิน	ไม่ เสียเงิน	ปลูกบ้าน อยู่เอง	รวม						
2516	15	333	13	370	118	116	129	195	100	1028
2517	19	328	-	360	116	105	127	205	106	1019
2518	-	-	-	366	114	110	144	221	119	1074
2519	-	-	-	429	115	113	104	220	120	1101
2520	40	440	9	489	119	120	122	225	124	1199
2516	-	-	-	2014	582	564	626	1066	569	5421
2511	-	-	-	3380	1,216		838	1105	457	5996
2515										

จากตาราง จะเห็นว่า จำนวนคนชราที่รับการสงเคราะห์ในรอบ 5 ปีที่แล้ว (พ.ศ. 2516 - 2520) จำนวน 5,421 คน และจำนวนคนชราที่รับการสงเคราะห์ในรอบ 5 ปีก่อน (พ.ศ. 2511 - 2515) จำนวน 5,996 คน ในรอบ 5 ปีที่แล้ว มีคนชรารับการสงเคราะห์

น้อยกว่าในรอบ 5 ปีก่อนอยู่จำนวน 575 คน คิดเป็นร้อยละ 10.61 <sup>1</sup>

นอกเหนือจากบริการสงเคราะห์คนชราของกรมประชาสงเคราะห์แล้ว งานอื่นที่กำลังพยายามจะเสนอเป็นกฎหมาย เพื่อช่วยเหลือเป็นสวัสดิการที่รวมผู้สูงอายุไว้ด้วย คือ กฎหมาย การประกันสังคม ซึ่งเป็นความพยายามตั้งแต่ปี พ.ศ. 2497 จนปัจจุบัน ยังไม่สำเร็จ

นอกจากนี้ก็มี การจัดคลินิกผู้สูงอายุที่โรงพยาบาลประสาท พญาไท ของกระทรวงสาธารณสุข

จากบทความของ ปาหนัน บุญ - หลง เขียนไว้ถึงการเริ่มตระหนักในการช่วยเหลือด้านสุขภาพของผู้สูงอายุไว้ตอนหนึ่งว่า "ในประเทศไทยเริ่มเห็นความสำคัญ และความจำเป็นที่จะต้องให้การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบระเบียบ จึงได้จัดตั้งหน่วยเฉพาะกิจเพื่อทำการให้ความรู้แก่บุคลากรในทีมสุขภาพเกี่ยวกับเรื่องผู้สูงอายุ" ซึ่งได้ทำการอบรมแพทย์ไปแล้ว 2 รุ่น และอบรมพยาบาลไปแล้ว 1 รุ่น ซึ่งการอบรมต่อไปจะต้องรวมนักสังคมสงเคราะห์และบุคลากรในสายวิชาอื่น ๆ ด้วย (อบรมรุ่นละประมาณ 40 คน) และโครงการนี้เริ่มได้รับการสนับสนุนจากกระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2523

ตำราทางวิชาการเกี่ยวกับผู้สูงอายุมิได้มีผู้เขียนไว้น้อย ผู้เขียนเรื่องผู้สูงอายุ ที่พบบ่อยในหนังสือต่าง ๆ คือ ศาสตราจารย์นายแพทย์เสนอ อินทรสุขศรี ศาสตราจารย์นายแพทย์ประสพ รัตนากร และศาสตราจารย์นายแพทย์ธระ สุขวจิน "บริการคลินิกผู้สูงอายุที่โรงพยาบาลประสาท พญาไท กรุงเทพมหานคร นับว่าเป็นคลินิกแห่งแรกในประเทศไทยที่ได้ดำเนินการตรวจรักษาผู้สูงอายุนานกว่า 10 ปี และการสนับสนุนให้มีชุมนุมผู้สูงอายุก็ได้เกิดขึ้นที่สถาบันแห่งนี้เช่นกัน" <sup>2</sup>

<sup>1</sup> กรมประชาสงเคราะห์, สถิติผลงานรอบ 5 ปี 2516 - 2520 (นนทบุรี : โรงพิมพ์สถานสงเคราะห์หญิงปากเกร็ด, 2522), หน้า 4 - 5.

<sup>2</sup> ปาหนัน บุญ - หลง, "ความรู้ความเข้าใจในกระบวนการสูงอายุ และการให้การดูแลช่วยเหลือ", หน้า 3.

โครงการสงเคราะห์คนชรา ช่างแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 5

( พ.ศ. 2525 - 2529 )

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้การสงเคราะห์คนชราที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้หรือประสบปัญหา ความทุกข์ยากเดือดร้อน เนื่องจากยากจน ไร้ญาติขาดผู้อุปการะเลี้ยงดู ไม่มีที่อยู่อาศัยหรือไม่สามารถอยู่กับครอบครัวได้
2. เพื่อให้บริการแก่คนชราที่อยู่กับครอบครัวของตน แต่มีความต้องการ บริการสงเคราะห์คนชราบางอย่าง เช่น การรักษาพยาบาล กายภาพบำบัด สันทนาการ ฯลฯ ทั้งนี้เพื่อให้บริการสงเคราะห์คนชราได้เป็นไปอย่างกว้างขวางและทั่วถึงยิ่งขึ้น
3. เพื่อเป็นการแบ่งภาระของครอบครัวที่มีรายได้น้อยหรือยากจน ที่ไม่สามารถจะอุปการะเลี้ยงดูคนชราไว้ในครอบครัวได้ ซึ่งมีอยู่เป็นจำนวนมากในปัจจุบันนี้
4. เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาสังคมอันเกี่ยวกับคนชราไม่ให้เรื้อรังทำความเดือดร้อนรำคาญแก่สังคม และให้สามารถอยู่ในสังคมได้อย่างผาสุกตามควรแก่ศักยภาพ
5. เพื่อเป็นการตอบแทนคุณงามความดีที่คนชราได้ทำประโยชน์ให้แก่ประเทศชาติ เมื่ออยู่ในวัยหนุ่มสาว โดยที่คนชราเหล่านี้เห็นเหมือนผู้ใหญ่ที่ทำหน้าที่อบรมเยาวชนของชาติ ปกป้องคุ้มครองจารีตประเพณีและวัฒนธรรมอันดีงามของสังคมให้ดำรงมาจนทุกวันนี้ นอกจากนี้ ยังเป็นผู้ที่ได้เสียสละในการป้องกันประเทศชาติมาแล้ว จึงเป็นการสมควรให้การตอบแทนแก่บุคคลเหล่านี้

เป้าหมาย

ให้การสงเคราะห์คนชราที่มีปัญหาความทุกข์ยากเดือดร้อน โดยรับเข้าอุปการะในสถานสงเคราะห์ทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค จำนวน 7 แห่ง และจัดตั้งศูนย์บริการคนชราตามสถานสงเคราะห์ตั้งอยู่รวมทั้งจัดตั้งศูนย์บริการคนชราในจังหวัดใหญ่ ๆ ที่มีประชากรหนาแน่น แต่ไม่มีสถานสงเคราะห์คนชราตั้งอยู่ จำนวน 12 แห่ง ดังในตารางถัดไป

ข้อมูลสถานสงเคราะห์คนชรา<sup>1</sup>

ลักษณะงาน	พ. ศ.	พ. ศ.	พ. ศ.	พ. ศ.	พ. ศ.
	2525	2526	2527	2528	2529
1. สถานสงเคราะห์คนชราบางแค	500	500	500	500	500
2. สถานสงเคราะห์คนชราภาคตะวันออก บางละมุง ชลบุรี	250	250	250	250	250
3. สถานสงเคราะห์คนชราโพธิ์กลาง นครราชสีมา	200	200	200	200	200
4. สถานสงเคราะห์คนชราวัดม่วง นครราชสีมา	160	160	160	160	160
5. สถานสงเคราะห์คนชราเชียงใหม่	160	160	160	160	160
6. สถานสงเคราะห์คนชราบ้านทักษิณ ยะลา	150	150	150	150	150
7. สถานสงเคราะห์คนไร้ที่พึ่งชรา เขาบ่อแก้ว นครสวรรค์	100	200	200	200	200
8. ศูนย์บริการคนชราบางแค	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
9. ศูนย์บริการคนชราโพธิ์กลาง	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
10. ศูนย์บริการคนชราเชียงใหม่	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
11. ศูนย์บริการคนชราบางละมุง	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
12. ศูนย์บริการคนชราพิษณุโลก	-	1,000	1,000	1,000	1,000
13. ศูนย์บริการคนชราบ้านทักษิณ	-	1,000	1,000	1,000	1,000

<sup>1</sup> กองสวัสดิการสงเคราะห์, กรมประชาสงเคราะห์, "โครงการสงเคราะห์คนชรา", แผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 5 พ.ศ. 2522 - 2529 (เอกสารโรเนียว).



## ข้อมูลสถานสงเคราะห์คนชรา (ต่อ)

ลักษณะงาน	พ.ศ.	พ.ศ.	พ.ศ.	พ.ศ.	พ.ศ.
	2525	2526	2527	2528	2529
14. ศูนย์บริการคนชราปราจีนบุรี	-	-	1,000	1,000	1,000
15. ศูนย์บริการคนชราอุบลราชธานี	-	-	1,000	1,000	1,000
16. ศูนย์บริการคนชราเพชรบุรี	-	-	-	1,000	1,000
17. ศูนย์บริการคนชราอุทธรธานี	-	-	-	1,000	1,000
18. ศูนย์บริการคนชราวัดม่วง	-	-	-	-	1,000
19. ศูนย์บริการคนชรานครศรีธรรมราช	-	-	-	-	1,000
รวมทั้งสิ้น	5,520	7,620	9,620	11,620	13,620

ผลประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. โครงการสงเคราะห์คนชราสามารถให้การสงเคราะห์ช่วยเหลือคนชราที่มีปัญหา ความเดือดร้อน เนื่องจากยากจน ไร้ญาติขาดผู้อุปการะเลี้ยงดู ไม่มีที่อยู่อาศัย และไม่สามารถอยู่กับครอบครัวได้ ตลอดจนคนชราที่อยู่ในครอบครัวได้จำนวน 48,000 คน
2. การขยายงานไปยังส่วนภูมิภาค เป็นการนำเอาบริการของรัฐไปสู่คนชราในท้องถิ่น และชุมชนในชนบทได้อย่างทั่วถึง ซึ่งเป็นผลต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมก่อให้เกิดความมั่นคงต่อประเทศชาติ
3. การสงเคราะห์คนชราภายนอกเป็นการช่วยเหลือแก้ปัญหาเฉพาะหน้า และเป็นการประหยัดงบประมาณได้มากกว่าการจัดตั้งสถานสงเคราะห์

4. เป็นการป้องกันและแก้ไขปัญหาสังคมอันเนื่องมาจากคนชรา รวมทั้งการ  
เรวอนชอทาน <sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> กองสวัสดิการสงเคราะห์, กรมประชาสงเคราะห์, "โครงการสงเคราะห์  
คนชรา", แผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 5 พ.ศ. 2525 - 2529  
(เอกสารโรเนียว).