

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในบทนี้เป็นผลการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยในครั้งนี้ ซึ่งผู้วิจัยได้ทบทวนโดยการค้นคว้าจากแหล่งข้อมูลต่างๆ แล้วนำมาจัดเป็นหัวข้อสำคัญๆ 4 หัวข้อ ได้แก่ องค์ความรู้เรื่องผู้สูงอายุ องค์ความรู้เรื่องคุณภาพชีวิต ปัจจัยที่มีผลกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งมีดังนี้

2.1 องค์ความรู้เรื่องผู้สูงอายุ

องค์ความรู้เรื่องผู้สูงอายุ ผู้วิจัยได้ทบทวนความหมายของผู้สูงอายุ การจำแนกลักษณะของ ความสูงอายุ ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ และสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุของประเทศต่างๆ ดังนี้

2.1.1 ความหมายของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุ เป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติของสิ่งมีชีวิต ซึ่งมีผู้ให้ความหมาย ของผู้สูงอายุไว้ต่างๆ กัน ดังนี้

บรรลุ ศิริพานิช (2542: 24-25) อธิบายว่า คนเมื่อเกิดและเจริญเติบโตเป็นผู้ใหญ่และ สุดท้ายเป็นผู้สูงอายุ หรือบางทีเรียกว่า คนแก่ คนชรา คนเฒ่า (The aged, Aging, Old man) ที่สามารถเรียกได้หลายอย่างเนื่องมาจาก

ก. เรียกตามลักษณะทางกายภาพ เช่น เรียกว่าคนแก่ คนชรา คนเฒ่า เป็นการเรียก ตามลักษณะทางสรีระที่บ่งบอกว่าผู้นั้นแก่ เช่น ผมหงอก ผิวหนังเหี่ยวย่น

ข. เรียกตามอายุมากหรือน้อยตามปีปฏิทิน เช่น เรียกว่าผู้สูงอายุ (Elderly, Older persons) ซึ่งคนพื้นภาคยุโรปและอเมริกามักเรียกคนสูงอายุ 65 ปีขึ้นไปเป็นผู้สูงอายุ แต่คนภาคพื้นเอเชีย มักถือเอา 60 ปีขึ้นไปเป็นเกณฑ์ผู้สูงอายุ เป็นที่ตกลงกันในวงการระหว่างประเทศว่าให้ถือเอา 60 ปี ขึ้นไปเป็นผู้สูงอายุ

ค. เรียกตามสภาพทางสังคม เช่น เรียกว่า ผู้ใหญ่ ผู้อาวุโส (Senior citizens) ในองค์กร หนึ่งๆ ผู้เป็นหัวหน้าย่อมเป็นผู้ใหญ่ขององค์กร หนึ่งๆ ที่อาจอายุไม่มากหรือไม่ใช่คนแก่

ในวงการนานาชาติ จำที่ใช้ในการประชุมขององค์การสหประชาชาติ ปัจจุบันตกลงใช้ คำว่า Older persons

Ferini, A. F. และ Ferrini, R. L. (1993: 4) ให้ความหมายว่า ผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่ใกล้ที่จะหยุดการเจริญเติบโต หยุดการเป็นผู้เรียนรู้ และหยุดการดำเนินชีวิต ผู้สูงอายุควรเป็นผู้ที่ผ่าน ช่วงชีวิตแห่งความสุข ความสนุกและความพึงพอใจ อันเป็นสิทธิที่มีมาตั้งแต่เกิด นอกจากนี้ ผู้สูง

อายุยังเป็นบุคคลที่ทรงเกียรติสมควรได้รับการนับถือ เพราะได้ดำเนินชีวิตการทำงานด้วยสติปัญญา มีประสบการณ์ชีวิตที่ยาวนานและสมควรที่จะถ่ายทอดให้อนุชนรุ่นต่อไป

Weeks (2002: 336) ให้ความหมายว่า ผู้สูงอายุคือบุคคลที่มีผมสีเทา ผิวหนังเหี่ยวย่น การทำงานของกล้ามเนื้อลดลง และอาจมีรูปร่างที่เปลี่ยนแปลงไปเนื่องมาจากไขมัน

โดยสรุป จากความหมายของผู้สูงอายุข้างต้น ผู้วิจัยจึงให้ความหมายของผู้สูงอายุสำหรับการวิจัยในครั้งนี้ว่า ผู้สูงอายุหมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป โดยนับอายุปีเต็ม ณ วันที่เก็บข้อมูล

2.1.2 การจำแนกลักษณะความสูงอายุ

การจำแนกลักษณะความสูงอายุหรือผู้สูงอายุอาจมองได้หลายด้าน ขึ้นอยู่กับผู้สนใจ ศึกษาว่าจะพิจารณาในด้านใด ซึ่งสรุปได้ 4 ด้าน ดังนี้ จันทนา รัตนฤทธิวิชัย (2533: 36); Ebersole และ Hess (1998)

2.1.2.1 ความสูงอายุด้านชีวภาพ เป็นการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายเนื่องจากประสิทธิภาพ ของการทำงานของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายลดลง เป็นผลมาจากความเสื่อมตามกระบวนการสูงอายุ ซึ่งเป็นไปตามอายุขัยของแต่ละคน

2.1.2.2 ความสูงอายุด้านจิตวิทยา เป็นความสามารถในการปรับตัวของแต่ละบุคคล ให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งพิจารณาความสามารถนี้ได้จากความจำ การเรียนรู้ สติ ปัญญา ความชำนาญ ความรู้สึก แรงจูงใจ และอารมณ์

2.1.2.3 ความสูงอายุด้านสังคม เป็นบทบาทหรือความสามารถ ในการทำหน้าที่ทาง สังคมของแต่ละบุคคลที่มีต่อบุคคลอื่นที่อยู่ในสังคมเดียวกัน ซึ่งขึ้นอยู่กับการมีปฏิสัมพันธ์ทาง สังคมของบุคคลนั้นด้วย

2.1.2.4 ความสูงอายุทางด้านกฎหมาย กฎหมายได้กำหนดความสูงอายุตามปฏิทินซึ่ง แตกต่างกันไปตามสภาพสังคม และวัฒนธรรมของแต่ละประเทศ เพื่อให้เป็นเกณฑ์ปลดเกษียณ จากงานที่ปฏิบัติ และใช้ในการพิจารณาให้ค่าตอบแทนหรือให้สวัสดิการต่างๆ

2.1.3 ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ

ทฤษฎีที่อธิบายเกี่ยวกับผู้สูงอายุมีอยู่หลายทฤษฎี ซึ่งผู้วิจัยได้ค้นคว้าจากตำราของจันทนา รัตนฤทธิวิชัย (2533: 44-60); บรรลุ ศิริพาณิช (2542: 45-50); Ferrini, A. F. และ Ferrini, R. L. (1993: 35-41); Schlenker (1993: 11); Lewis (1996: 1-17); Ccckerham (1997: 50-73) ซึ่งสรุปได้ดังนี้

2.1.3.1. ทฤษฎีทางชีววิทยา เป็นทฤษฎีที่อธิบายเกี่ยวกับกระบวนการทางชีววิทยา สรีรวิทยา และการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างต่างๆ ของสิ่งมีชีวิตในผู้สูงอายุ ได้แก่

2.1.3.1.1 ทฤษฎีเซลล์ (cell theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าในกระบวนการสูงอายุ เซลล์ ซึ่งมีการสร้างขึ้นใหม่ตลอดเวลานั้น อาจไม่ทำหน้าที่ที่จควรจะเป็น หรือมีประสิทธิภาพน้อยกว่าเซลล์

ที่ตายไปแล้ว หรือเซลล์เก่าที่ถูกทดแทน สำหรับเซลล์ที่ไม่มีการสร้างใหม่จะมีการถูกทำลาย ทำให้การทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ ในระบบนั้นลดลง

2.1.3.1.2 ทฤษฎีการถูกกำหนด (programming aging theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า กระบวนการสูงอายุมักมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านพัฒนาการของระบบต่างๆ ของร่างกายไปตาม เวลาที่เปลี่ยนไปตามลำดับ การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวจะถูกกำหนดไว้ในยีนส์เรียบร้อยแล้ว ซึ่งแต่ละคนอาจไม่เหมือนกัน

2.1.3.1.3 ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงร่างกาย (somatic mutation theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า ในระหว่างการแบ่งตัวหรือมีการเปลี่ยนแปลงของเซลล์อาจมีความผิดปกติเกิดขึ้นทำให้มีการเปลี่ยนแปลง โครงสร้างของดีเอ็นเอ (deoxyribonucleic acid: DNA) ทำให้การทำงานของเซลล์และอวัยวะต่างๆ ของร่างกายบกพร่อง หรือมีประสิทธิภาพลดลง

2.1.3.1.4 ทฤษฎีโมเลกุล (molecular theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าสาเหตุของความสูง อายุเกิดจากการถ่ายทอดดีเอ็นเอที่เปลี่ยนไปจากเซลล์ปกติ ทำให้เซลล์ใหม่แตกต่างไปจากเซลล์เดิม และ ทำหน้าที่เปลี่ยนไป

2.1.3.1.5 ทฤษฎีคอลลาเจน (collagen theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ สารที่เป็นส่วนประกอบของคอลลาเจน และไฟบรัสโปรตีน จะมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น และเกิดการ ยึดเกาะกันแน่น ทำให้เส้นใยนั้นหดสั้นเข้า ขาดความยืดหยุ่น เซลล์ไม่สามารถขนส่ง หรือขับถ่าย ของเสียได้สะดวก เป็นสภาพเสื่อมลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ

2.1.3.1.6 ทฤษฎีอนุมูลอิสระ (free radical theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าการเสื่อมสลาย ของเซลล์ในร่างกาย เกิดจากการสะสมของสารประกอบทางเคมีที่เกิดขึ้นจากปฏิกิริยาทางเคมี ขั้นสุดท้ายของออกซิเจนภายในเซลล์ จึงเกิดการทำลายผนังเซลล์ได้ง่าย ทำให้มีคอลลาเจน และอีลาสติน เกิดขึ้นเป็นจำนวนมาก จนเนื้อเยื่อเสียความยืดหยุ่นไป

2.1.3.1.7 ทฤษฎีความเสื่อมถอย (wear and tear theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าความสูง อายุเป็นกระบวนการที่มีลักษณะกลไกคล้ายเครื่องยนต์ เมื่อเซลล์ทำงานไปเป็นเวลานานย่อมต้อง หย่อนสมรรถภาพ โดยมีความเครียดเป็นตัวกำหนดความแตกต่างของการเสื่อม และการถดถอย

2.1.3.1.8 ทฤษฎีทำลายตนเอง (autoimmune theory) เป็นทฤษฎีที่ว่าด้วยปฏิกิริยา ภูมิคุ้มกันในร่างกาย ทฤษฎีนี้เชื่อว่าความสูงอายุก่อเกิดจากการที่ร่างกายสร้างภูมิคุ้มกันปกติน้อยลง ขณะเดียวกันร่างกายจะมีการสร้างภูมิคุ้มกันชนิดทำลายตนเอง ซึ่งมีผลทำให้เกิดการทำลายตนเอง ทำลายเซลล์ของร่างกาย

2.1.3.1.9 ทฤษฎีทางสรีรวิทยา (physiological theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าไฮโปทาลามัส ซึ่งอยู่ในสมองทำหน้าที่ควบคุมการทำงานต่อมไร้ท่อทั่วร่างกาย จะเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมลง เมื่ออายุมากขึ้น ทำให้การทำงานของระบบต่างๆ ทั่วร่างกายเสื่อมลง

2.1.3.2 ทฤษฎีทางจิตวิทยา เป็นทฤษฎีอธิบายเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพ และพฤติกรรมของผู้สูงอายุ มี 2 ทฤษฎี คือ

2.1.3.2.1 ทฤษฎีความปราดเปรื่อง (intelligence theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าผู้สูงอายุที่ยังมีสติปัญญาดี และคงเป็นผู้มีวิจารณญาณคืออยู่ได้ เนื่องจากเป็นผู้ที่มีความสนใจในเรื่องต่างๆ มีการค้นคว้า และพยายามที่จะเรียนรู้อยู่ตลอดเวลา

2.1.3.2.2 ทฤษฎีบุคลิกภาพ (personality theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าผู้สูงอายุ จะสุขหรือทุกข์อยู่ที่ภูมิหลัง และการพัฒนาจิตใจ และจะมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ปังจัยสิ่งแวดล้อม และประสบการณ์ในอดีต ทำให้ผู้สูงอายุมีบุคลิกภาพแตกต่างกันออกไป

2.1.3.3 ทฤษฎีทางสังคม เป็นทฤษฎีพยายามวิเคราะห์เหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุต้องมีสถานการณ์ทางสังคมเปลี่ยนไป ประกอบด้วย 3 ทฤษฎี Hendricks, J. และ Hendricks, C. D. (1981: 116-146); Weeks (1984: 16-36); Denham (1991: 48) ซึ่งสรุปได้ ดังนี้

2.1.3.3.1 ทฤษฎีการปลีกตัวออกจากสังคม (disengagement theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีการค่อยๆ ปลีกตัวออกจากสังคมทีละน้อย เนื่องจากผู้สูงอายุต้องเปลี่ยนแปลงบทบาทไปจากเดิม เช่น การเกษียณอายุราชการ การเปลี่ยนแปลงบทบาทจากการเป็นผู้นำครอบครัวมาเป็นผู้อาศัย หรือเป็นเพียงที่ปรึกษา ทำให้บทบาททางสังคมของผู้สูงอายุลดลง ทำให้คนส่วนใหญ่มองผู้สูงอายุว่ามีความสามารถในการทำงานลดลง

2.1.3.3.2 ทฤษฎีกิจกรรม (activity theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุจะช่วยรักษาสุขภาพและบุคลิกภาพของผู้สูงอายุไว้ได้ และผู้สูงอายุที่จะดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุขจะต้องเป็นผู้ดำรงกิจกรรมในสังคมไว้ได้โดยไม่ทำตัวออกห่างจากสังคม ซึ่ง Havighurst ได้ศึกษาในปี 1953 พบว่าผู้สูงอายุมักจะดำเนินชีวิตเหมือนคนที่อยู่วัยกลางคน ลักษณะของสังคมจะต้องมีแบบแผนให้ผู้สูงอายุสามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้เท่ากับคนในวัยกลางคน โดยสนับสนุนให้ทำกิจกรรมต่างๆ และให้โอกาสแสดงความคิดเห็นที่เกี่ยวข้องกับสมาชิกในวัยเดียวกันได้

2.1.3.3.3 ทฤษฎีความต่อเนื่อง (continuity theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าการที่ผู้สูงอายุมีความสุขในบั้นปลายของชีวิตได้นั้น ขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพและการดำเนินชีวิตของแต่ละคน เช่น ผู้สูงอายุที่เคยมีบทบาทในสังคม จะมีความสุขเมื่อได้เข้าร่วมกิจกรรมเหมือนในวัยหนุ่มสาว และผู้สูงอายุที่ไม่ชอบการเข้าร่วมสังคมมาก่อนจะมีความสุขในการแยกตัวเองในวัยสูงอายุ

โดยสรุป จากทฤษฎีผู้สูงอายุ ผู้วิจัยเลือกทฤษฎีกิจกรรมมาสร้างเป็นกรอบแนวคิดของการวิจัยในครั้งนี้

2.1.4 สถิติการสำหรับผู้สูงอายุของประเทศต่างๆ

ผู้วิจัยได้ค้นคว้าการจัดสวัสดิการหรือการประกันสังคมสำหรับผู้สูงอายุของประเทศต่างๆ สรุปได้ ดังนี้

ประเทศไทย มีหลักประกันด้านต่างๆ ได้แก่ 1)สวัสดิการด้านคำรักษาพยาบาลฟรี (บัตรผู้สูงอายุ) 2) บำเหน็จหรือบำนาญข้าราชการ 3) เบี้ยยังชีพหรือเบี้ยสงเคราะห์ 4) สวัสดิการลดหย่อนค่าโดยสารเครื่องบินจากการใช้บริการรถไฟฟรี และ 5) สวัสดิการกองทุนฌาปนกิจสงเคราะห์ (วรรณศรี ธีรรัตน์ และคณะ, 2545)

ประเทศญี่ปุ่น ออกกฎหมาย welfare vision ที่ระบุให้มีการจัดสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุ ส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ สร้างความเข้มแข็งในสังคม สร้างความเข้มแข็งในการให้บริการสุขภาพ และส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้พิการ ในปี ค.ศ. 1999 มีแผนทอง 21 ซึ่งเป็นยุทธศาสตร์ 10 ปี (ค.ศ.2000-2010) โดยจัดบริการทั้งที่บ้านและสถาบันให้เพียงพอทั้งปริมาณและคุณภาพ รวมทั้งเพิ่มจำนวนผู้ดูแลตามบ้าน อีกทั้งจัดตั้งระบบการประกันการดูแลระยะยาว โดยมีกฎหมายยอมรับครอบคลุมทั้งผู้สูงอายุและผู้ที่จะเข้าสู่วัยสูงอายุ (40-64 ปี) (วรรณศรี ธีรรัตน์ และคณะ, 2545)

ประเทศสิงคโปร์ มี 1) ระบบประกันสังคมและการประกันสุขภาพ 2) ระบบบริการสุขภาพและสวัสดิการสังคม โดยระบบแรก ระบบประกันสังคมและการประกันสุขภาพ เน้นให้บุคคลเป็นผู้ที่ต้องดูแลเรื่องการเงินของตนเองเป็นหลัก ดังนั้นระบบการเงินของผู้สูงอายุจึงเกี่ยวข้องกับระบบเงินออมหรือบำนาญของผู้สูงอายุเป็นหลัก โดยมีกองทุนเงินออมแห่งชาติ โดยสมาชิกจะออมเงินร้อยละ 40 ของรายได้ในแต่ละเดือนเข้ากองทุน ซึ่งเป็นอัตราที่สูงที่สุดในโลก และเงินออมจะลดลงเมื่ออายุมากขึ้น จุดหลักของกองทุนนี้คือเน้นประโยชน์ที่เกิดขึ้นกับสมาชิก เมื่อเกษียณอายุการทำงานเป็นหลัก ส่วนระบบที่ 2 ระบบบริการสุขภาพและสวัสดิการสังคม ประกอบด้วยบริการในสถาบันการบริการนอกสถาบัน และการบริการสนับสนุนในชุมชน (วรรณศรี ธีรรัตน์ และคณะ, 2545)

ประเทศออสเตรเลีย ในปี ค.ศ. 1999 รัฐบาลมีนโยบายเน้นการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุพึ่งพาตนเองให้มากและนานที่สุด โดยเน้นที่การพัฒนาบริการทั้งทางด้านสุขภาพและสังคมที่ส่งเสริมการพึ่งพาตนเอง 4 เรื่องคือ 1) ช่วยให้ผู้สูงอายุช่วยตนเองและให้ยึดการจ้างงานต่อไปอีกให้มีการเรียนรู้ตลอดชีวิตและการเงินที่มั่นคง 2) ผู้สูงอายุต้องได้รับการดูแลที่มีคุณภาพด้วยบริการรูปแบบใหม่ที่มีส่วนร่วมและมีชีวิตที่ไม่ต้องพึ่งพา 3) ปรับทัศนคติที่มีต่อผู้สูงอายุและความชรา ปรับปรุงสิ่งที่เกี่ยวข้องกับวิถีชีวิต และ 4) สนับสนุนสุขภาพของผู้สูงอายุ และบทบาทแพทย์เวชปฏิบัติในการคงไว้ซึ่งความผาสุกของประชาชน (วรรณศรี ธีรรัตน์ และ ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2545ข)

ประเทศอังกฤษ ก่อนปี ค.ศ.1993 Social Service Department เป็นผู้ดำเนินการหลักเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ ทีมงานในการบริการสังคมมีหลายอาชีพเพื่อตอบสนองความต้องการงานบริการสังคมรวมถึงการดูแลที่บ้าน ซึ่งดูแลทั้งเรื่องสุขภาพและชีวิตความเป็นอยู่ นอกจากนี้ยังมี setting service ที่จัดหาอาสาสมัครให้มาอยู่เป็นเพื่อนผู้สูงอายุที่บ้านเรียก respite care และมี day centres ดูแล 1-2 วัน/สัปดาห์ การประเมินผู้สูงอายุเพื่อจัดบริการให้ผู้สูงอายุได้รับบริการทั้งด้านสุขภาพ สังคม เงินบำนาญ และเงินช่วยเหลือต่างๆ ผู้ประเมินทำหน้าที่อยู่ในชุมชน อีกทั้งมีองค์กร

ที่ควบคุมบริการและพิทักษ์สิทธิของผู้สูงอายุ มีกลุ่มบุคคลภายนอกเป็นอิสระ ทำหน้าที่เป็นผู้ควบคุม การบริการของรัฐที่จัดให้กับผู้สูงอายุ (วรรณา ศรีธัญรัตน์ และ ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2545ก)

ประเทศสหรัฐอเมริกา ระบบการประกันสังคมครอบคลุมการประกันสุขภาพและการประกัน ทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ ระบบประกันสังคมที่สำคัญคือระบบ Medicare และ Medicaid โดยกองทุน Medicare มาจากเงินภาษี ส่วนกองทุน Medicaid มาจากการหักรายได้ของคนวัยทำงาน อีกทั้งวิถี ชีวิตครอบครัวและค่านิยมชาวอเมริกัน เป็นปัจจัยที่ควรคำนึงถึงในการจัดระบบบริการสุขภาพและ ประกันสุขภาพที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตและความต้องการบริการของผู้สูงอายุและครอบครัว เสรีภาพใน การเลือกบริการมักขึ้นกับฐานะทางเศรษฐกิจ และความสามารถในการใช้จ่ายด้านสุขภาพ ซึ่งเน้นการ ป้องกันและการสร้างสุขภาพ (วรรณา ศรีธัญรัตน์ ผ่องพรรณ อรุณแสง และมาริสา ไกรฤกษ์, 2545)

โดยสรุป จากสถิติการสำหรับผู้สูงอายุของประเทศต่างๆ ผู้วิจัยได้นำไปเป็นแนวคำถาม ของการวิจัย ได้แก่ การมีกองทุนเงินผู้สูงอายุ การหักภาษีตอนวัยทำงาน เป็นต้น

2.2 องค์ความรู้เรื่องคุณภาพชีวิต

ผู้วิจัยได้ทบทวนองค์ความรู้เรื่องคุณภาพชีวิตจาก Mukherjee (1989: 23-59); Peace (1990: 46- 58); Denham (1991: 45-68); Baldwin, Godfrey และ Propper (1994: 1-27); Fayers และ Machin (2000) ซึ่งมีสาระสำคัญในเรื่องของความหมายของคุณภาพชีวิต องค์ประกอบคุณภาพชีวิต และการ ประเมินคุณภาพชีวิต ดังนี้

2.2.1 ความหมายของคุณภาพชีวิต

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization : WHO) ให้ความหมายว่าคุณภาพชีวิตเป็น การรับรู้ความพึงพอใจ และสถานะของบุคคลในการดำรงชีวิตในสังคม โดยจะสัมพันธ์กับเป้าหมาย และ ความคาดหวังของตนเอง ภายใต้บริบทของวัฒนธรรม ค่านิยม มาตรฐานของสังคม และสิ่งอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น สถิติการ และบริการในด้านต่างๆ ตลอดจนลักษณะทางการเมืองการปกครอง ในสังคมที่อาศัยอยู่ และสามารถประเมินคุณภาพชีวิตในด้านวัตถุวิสัย (objective approach) และ ด้านจิตวิสัย(subjective approach) (The WHOQOL group. 1994 อ้างถึงใน วรรณา กุมารจันทร์, 2543: 4)

Padilla และ Grant (1985: 45) กล่าวว่าว่าคุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ความพึงพอใจ ที่เปลี่ยนแปลง ไปตามภาวะสุขภาพ

Ragsdale และ Morrow (1990: 355) กล่าวว่าว่าคุณภาพชีวิตหมายถึงการรับรู้ การมี ประสิทธิภาพ หรือความสามารถในการกระทำอย่างมีความหมาย เพื่อควบคุมหรือจัดการกับ สถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยของตน ทั้งด้านจิตอารมณ์ ความคิด และการดูแลรักษา

Zhan (1992: 979) กล่าวว่าว่าคุณภาพชีวิตคือระดับความพึงพอใจ ซึ่งขึ้นกับประสบการณ์ ในชีวิตของแต่ละบุคคล

Orem (2001: 179) กล่าวว่าไว้ว่าคุณภาพชีวิตมีความหมายเช่นเดียวกับความผาสุก (well being) ซึ่งเป็นการรับรู้ของบุคคลต่อการมีชีวิตอยู่ ตามประสบการณ์ของความพึงพอใจ ความรู้สึกเป็นสุขภายในจิตใจ

โดยสรุป จากความหมายของคุณภาพชีวิตข้างต้น ผู้วิจัยจึงให้ความหมายของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ของการวิจัยในครั้งนี้ว่า คุณภาพชีวิต หมายถึง ความพึงพอใจ ความเป็นอยู่ที่ดี มีความสุข มีสุขภาพกายดี มีสุขภาพจิตดี มีอาหารการกินดี มีสิ่งของหรือเงินใช้ตามความจำเป็น อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดี และอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

2.2.2 องค์ประกอบคุณภาพชีวิต

องค์ประกอบที่เป็นตัวบ่งชี้คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ มีผู้กล่าวไว้หลากหลาย ดังนี้

Berghorn et al. (1981: 335) ได้กล่าวว่าองค์ประกอบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ได้แก่ สภาพทางเศรษฐกิจ สุขภาพ สภาพแวดล้อม การพึ่งพาตนเอง และการทำกิจกรรม ซึ่งคล้ายกับแนวคิดของ Peace (1990: 48) กล่าวว่าองค์ประกอบคุณภาพชีวิตประกอบด้วย 7 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยด้านกายภาพ ปัจจัยด้านสังคม ปัจจัยด้านเศรษฐกิจสังคม ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ปัจจัยด้านอำนาจบุคคล ปัจจัยด้านวัตถุวิสัย และปัจจัยด้านบุคลิกภาพ และ Denham (1991: 48) เสนอว่าองค์ประกอบคุณภาพชีวิตประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ สิ่งแวดล้อม ความสัมพันธ์ทางสังคม สุขภาพกาย สุขภาพจิต รวมถึงบุคลิกภาพและประวัติในอดีต

ส่วนองค์การอนามัยโลก กล่าวถึงองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต สำหรับฉบับย่อ ว่ามี 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย (physical domain) เป็นการประเมินการรับรู้สภาพทางด้านร่างกายของบุคคลซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน ด้านจิตใจ (psychological domain) เป็นการประเมินการรับรู้สภาพทางจิตใจของบุคคลที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (social-relationship domain) เป็นการประเมินการรับรู้ทางด้านความสัมพันธ์ของบุคคลที่มีต่อบุคคลอื่น และด้านสิ่งแวดล้อม (environment domain) เป็นการประเมินเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตของบุคคล (The WHOQOL group, 1994 อ้างถึงใน วรรณภา กุมารจันทร์, 2543: 4)

สำหรับ Division of Behavioral and Social Sciences and Education National Research Council (2001: 272-273) อธิบายไว้ว่าองค์ประกอบคุณภาพชีวิตควรประกอบกันหลายๆ ด้าน โดยเฉพาะด้านสุขภาพ

2.2.3 การประเมินคุณภาพชีวิต

การประเมินคุณภาพชีวิต หรือการวัดระดับคุณภาพชีวิต มีความแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับแนวคิด และวัตถุประสงค์ในการวิจัย (Mukherjee, 1989: 39); (Denham, 1991: 49-68) ซึ่งมีดังนี้

- Stromberg (1984: 88-91) ได้แสดงทัศนะในการประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในสถานะที่มีความเจ็บป่วยหรือมีปัญหาสุขภาพ การประเมินคุณภาพชีวิตสามารถประเมินได้ 3 ลักษณะ คือ

1. การประเมินเชิงวัตถุวิสัยโดยวัดเป็นปริมาณ (objective scale yielding quantitative data) เป็นการประเมินผู้ป่วยโดยผู้อื่น เช่น แพทย์หรือบุคลากรอื่นๆ ในทีมสุขภาพ โดยประเมินออกมาเป็นคะแนน

2. การประเมินเชิงจิตวิสัยโดยวัดเป็นปริมาณ (subjective scale yielding quantitative data) เป็นการประเมินโดยตนเอง ขึ้นอยู่กับคำนิยามคุณภาพชีวิตของตนเอง หรือประสบการณ์ในชีวิตของตนเอง เช่น ความพึงพอใจ และความสุขที่ตนเองได้รับ โดยประเมินออกมาเป็นคะแนน

3. การประเมินเชิงจิตวิสัยโดยวัดเป็นคุณภาพ (subjective scale yielding qualitative data) เป็นการประเมินโดยตนเอง ผลออกมาเป็นการบรรยายและบอกถึงสภาพที่ผู้ป่วยเป็นอยู่

- Flynn และ Frantz (1987: 159) เสนอการประเมินคุณภาพชีวิตว่ามี 2 ข้อ คือ

1. ประเมินในเชิงวัตถุวิสัย (objective approach) แสดงถึงภาวะทางกายภาพ ลักษณะเหตุการณ์ พฤติกรรมหรือลักษณะของบุคคลซึ่งตัดสินใจโดยบุคคลอื่น หรือด้วยตนเองจากข้อมูลที่เป็นจริง เช่น รายได้ อาชีพ การศึกษา หน้าที่การงาน เป็นต้น

2. ประเมินในเชิงจิตวิสัย (subjective approach) เป็นการรับรู้ด้วยตนเองจากกรอบการรับรู้ ประสบการณ์ที่ผ่านๆ มาของตนเอง เช่น ความปรารถนา ความพอใจในชีวิต และเห็นว่าการตัดสินใจโดยตนเองนี้ จะสะท้อนถึงระดับการประเมินที่น่าเชื่อถือที่สุด

- องค์การอนามัยโลก

ในปี ค.ศ. 1996 องค์การอนามัยโลกได้พัฒนา และนำเสนอเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตที่เป็นสหมิติ สะท้อนความเป็นองค์รวม และมีความเป็นสากล กล่าวคือ สามารถนำไปใช้ได้ ประชากรที่มีสังคมและวัฒนธรรมต่างกัน เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ซึ่งมีข้อคำถาม 100 ข้อ หรือ 100 ตัวชี้วัด จึงเรียกว่า WHOQOL-100 เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตชุดดังกล่าวขององค์การอนามัยโลก ถูกพัฒนาขึ้นมาโดยทีมงาน WHOQOL group ซึ่งทีมงานประกอบด้วยศูนย์ปฏิบัติงานภาคสนามจำนวน 15 ประเทศ ในการพยายามสร้างเครื่องมือที่สามารถนำไปใช้ได้อย่างสากล ไม่ว่าวัฒนธรรมของแต่ละท้องถิ่นจะแตกต่างกันอย่างไร เหตุผลที่องค์การอนามัยโลก ริเริ่มสร้างเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตเพราะว่า เหตุผลประการแรกคือ หลายปีที่ผ่านมาการประเมินคุณภาพชีวิตมักมุ่งที่การวัดสุขภาพ เหตุผลประการที่สองคือ เครื่องชี้วัดสถานะสุขภาพส่วนมากถูกพัฒนามาจากทางอเมริกาเหนือและอังกฤษ การนำไปใช้ในประเทศอื่นๆ จึงไม่สะดวก และเหตุผลประการสุดท้ายคือ ความเจริญทางการแพทย์ ให้ความสำคัญเฉพาะการกำจัดโรคและอาการ ซึ่งไม่ได้เป็นการแก้ปัญหาที่ต้นเหตุ มนุษย์จึงหันมาสนใจกระบวนการดูแลสุขภาพ และผลของการรักษา เพิ่มความสนใจไปในเรื่องของความเป็นอยู่ที่ดี (well-being) ของผู้ป่วย จึงเกิดการเรียกร้องหาเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิต การเริ่มต้นพัฒนาเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตจึงเกิดขึ้น จากความต้องการที่จะวัดคุณภาพชีวิตอย่างแท้จริง และจากความต้องการส่งเสริมสุขภาพและการดูแลรักษาสุขภาพอย่างองค์รวมให้ดำเนินไปอย่างต่อเนื่อง

เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิต (WHOQOL-100) ขององค์การอนามัยโลก ได้ถูกแปลและนำไปใช้ในประเทศต่างๆ รวมทั้งประเทศไทยด้วย ซึ่งกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข เป็นผู้แปลและทดสอบความตรงของเครื่องมือแล้ว เครื่องมือดังกล่าวมีข้อคำถาม 100 ข้อนั้น 4 ข้อเป็นคำถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวม อีก 96 ข้อ จัดเป็น 24 หัวข้อ แต่ละหัวข้อมี 4 คำถาม จาก 24 หัวข้อสามารถ จัดกลุ่มได้เป็น 6 ด้าน ได้แก่ 1. ด้านร่างกาย (physical domain) 2. ด้านจิตใจ (psychological domain) 3. ด้านระดับความเป็นอิสระของบุคคล (level of independence domain) 4. ด้านสัมพันธภาพกับสังคม (social-relationship domain) 5. ด้านสิ่งแวดล้อม (environment domain) และ 6. ด้านความเชื่อส่วนบุคคล (spirituality religion/person beliefs domain) ซึ่งมีสาระสำคัญดังนี้

1. ด้านร่างกาย (physical domain) คือการรับรู้สภาพทางด้านร่างกายของบุคคล ซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน เช่น การรับรู้สภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย การรับรู้ถึงความรู้สึกสุขสบาย ไม่มีความเจ็บปวด การรับรู้ถึงความสามารถที่จะจัดการกับความเจ็บปวดทางร่างกายได้ การรับรู้ถึงผลกำลังในการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้เรื่องการนอนหลับ และพักผ่อนรวมทั้งการรับรู้เรื่องการมีเพศสัมพันธ์ ซึ่งการรับรู้เหล่านี้มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน

2. ด้านจิตใจ (psychological domain) คือการรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง เช่น การรับรู้ความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง การรับรู้ถึงความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง การรับรู้ถึงความมั่นใจในตนเอง การรับรู้ถึงความคิด ความจำ สมาธิ การตัดสินใจ ความสามารถในการเรียนรู้เรื่องราวต่างๆ ของตน และการรับรู้ถึงความสามารถในการจัดการกับความเศร้า หรือกังวล เป็นต้น

3. ด้านระดับความเป็นอิสระของบุคคล (level of independence domain) คือการรับรู้ถึงความเป็นอิสระที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น การรับรู้ถึงความสามารถในการเคลื่อนไหวของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการทำงาน การรับรู้ว่าคุณไม่จำเป็นต้องพึ่งพาอาศัยใครๆ หรือการรักษาทางการแพทย์อื่นๆ เป็นต้น

4. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (social-relationship domain) คือการรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม การรับรู้ว่าคุณได้เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคม รวมถึงการรับรู้ในเรื่องอารมณ์ทางเพศ หรือการมีเพศสัมพันธ์

5. ด้านสิ่งแวดล้อม (environment domain) คือการรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ว่าคุณมีชีวิตอยู่อย่างอิสระ มีความปลอดภัย และมั่นคงในชีวิต การรับรู้ว่าคุณได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดี ปราศจากมลพิษต่างๆ การคมนาคม มีแหล่งประโยชน์ด้านการเงิน สถานบริการทางสุขภาพ และสังคมสงเคราะห์ การรับรู้ว่าคุณมีโอกาสที่จะได้รับข่าวสาร หรือฝึกฝนทักษะต่างๆ การรับรู้ว่าคุณได้มีกิจกรรมในเวลาว่าง เป็นต้น

6. ด้านความเชื่อส่วนบุคคล (spirituality religion/person beliefs domain) คือรวมไปถึง การรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อมันต่างๆ ของตน ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้เรื่องความเชื่อ ด้านจิตวิญญาณ ศาสนา การให้ความหมายของชีวิต และความเชื่ออื่นๆ ที่มีผลในทางที่ดีต่อการดำเนินชีวิต มีผลต่อการเอาชนะอุปสรรค เป็นต้น

อย่างไรก็ตามความยาวของ WHOQOL-100 ซึ่งมีข้อคำถามถึง 100 ข้อ ทำให้ไม่สะดวก และมีข้อจำกัดในการใช้ เพราะต้องใช้เวลามากในการสัมภาษณ์และตอบแบบสอบถาม ในปีเดียวกัน องค์การอนามัยโลกได้พัฒนาแบบวัดคุณภาพชีวิตฉบับย่อ ซึ่งมีข้อคำถามเพียง 26 ข้อ โดยเลือกจาก WHOQOL-100 ด้วยวิธีวิเคราะห์ห้วงค์ประกอบ (factor analysis) ซึ่งประเทศไทยได้แปลแบบวัดคุณภาพชีวิตฉบับย่อ ขององค์การอนามัยโลก เป็นภาษาไทย เรียกว่า แบบวัดคุณภาพชีวิตฉบับย่อ ชุดภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) และได้มีการวิจัยที่ได้ข้อสรุปว่าแบบวัดคุณภาพชีวิต ฉบับย่อ ชุดภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) มีความเที่ยงตรงในการวัดใกล้เคียงกับชุด WHOQOL-100 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.01$) สามารถใช้ประเมินคุณภาพชีวิตแทนกันได้ ซึ่งแบบวัดคุณภาพชีวิตฉบับย่อ ชุดภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) ประกอบด้วย 2 ข้อคำถามที่เป็นคำถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวม อีก 24 ข้อ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต สามารถจัดกลุ่มได้เป็น 4 ด้าน ได้แก่ 1. ด้านร่างกาย (physical domain) 2. ด้านจิตใจ (psychological domain) 3. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (social-relationship domain) และ 4. ด้านสิ่งแวดล้อม (environment domain) ซึ่งลดลงจาก WHOQOL-100 ไป 2 ด้าน (สุวรรณ มหัตนรินทร์กุล และคณะ, 2540: 11-12; สุนุดตรา ตะบูนพงศ์, วันดี สุทธิรังษี และพัชรียา ไชยลังกา, 2544: 6-15)

โดยสรุป จากการทบทวนเรื่องการประเมินคุณภาพชีวิต ผู้วิจัยเลือกเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก มาใช้กับการวิจัยในครั้งนี้ เนื่องจากมีความครอบคลุม เป็นสหมิติ สะท้อนความเป็นองค์รวม มีความเป็นสากล โดยเลือกชุดแบบวัดคุณภาพชีวิตฉบับย่อ ชุดภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) เนื่องจากมีความเที่ยงตรงในการวัดใกล้เคียงกับ WHOQOL-100 สามารถใช้ประเมินคุณภาพชีวิตแทนกันได้ อีกทั้งจำนวนข้อคำถามน้อยกว่า ทำให้สะดวกในการนำไปสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ

2.3 ปัจจัยที่มีผลกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ปัจจัยที่มีผลกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุมียหลายปัจจัย โดยเฉพาะตัวแปรทางประชากรสังคม และปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพ (Selby และ Griffiths, 1986: 15-17; Ory และ Bond, 1989: 52-77) รวมทั้ง United Nations (1992: 19) ได้กล่าวว่าควรพยายามทำการพัฒนานโยบายและโครงการต่างๆ ในระดับท้องถิ่น การพัฒนาสังคมเศรษฐกิจและจัดให้มีโครงการการศึกษาตลอดชีวิต เพื่อนำไปสู่กิจกรรม การสร้างครอบครัวและชุมชนของผู้สูงอายุ อีกทั้ง Frankish,

Milligan และ Reid (1998: 287-301); Traphagan และ Knight (2003: 45-47) ได้กล่าวถึงปัจจัยที่มีผลกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไว้ ซึ่งผู้วิจัยได้จัดกลุ่มเป็น 3 กลุ่ม คือ ปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยทางครอบครัว และปัจจัยทางชุมชน ซึ่งได้ผลการทบทวน ดังนี้

2.3.1 ปัจจัยด้านบุคคล

ปัจจัยด้านบุคคลหรือด้านประชากร เช่น เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา รายได้ ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ การปฏิบัติตัวด้านสุขภาพอนามัย การพึ่งตนเอง และการเข้าร่วมกิจกรรม ซึ่งมีผู้ศึกษาวิจัยปัจจัยหรือตัวแปรดังกล่าวสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตไว้เป็นจำนวนมาก โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยแต่ละรายโรค แต่ใช้เครื่องวัดคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกันไป ซึ่งได้ผลดังนี้

2.3.1.1 เพศ

เพศเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญทางประชากรเพราะเพศเป็นตัวกำหนดบทบาท บุคลิกภาพของบุคคลในสังคม เป็นสิ่งที่แสดงถึงค่านิยมของบุคคลที่บ่งบอกถึงคุณภาพ พลังอำนาจ และสามารถตามธรรมชาติของมนุษย์ ตามปัจจัยกรรมพันธุ์ (Markides, 1989: 70; Sen, 1994: 5-6; Frankish, Milligan และ Reid, 1998: 289-290)

จากการศึกษาของฉันทนา กาญจนพนัง (2530: 48) พบว่าผู้สูงอายุเพศชายมีอัตราโรคหัวใจทางบวก สูงกว่าผู้สูงอายุเพศหญิง ซึ่งสอดคล้องกับประภาพร จินันทุยา (2536: 80) ได้ผลการศึกษาว่าเพศมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยที่ผู้สูงอายุเพศชายมีคุณภาพชีวิตดีกว่าเพศหญิง อีกทั้งการศึกษาของดวงใจ เปลี่ยนบำรุง (2540: 107) พบว่าผู้สูงอายุต่างเพศกันแม้ว่าจะอยู่ในวัยเดียวกัน มีการดูแลตนเองที่ต่างกันซึ่งส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ต่างกัน รวมทั้งการศึกษาของจิระพร อภิชาติบุตร (2540: 94) พบว่าผู้สูงอายุที่มีเพศแตกต่างกัน มีแนวโน้มที่มีระดับคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกัน โดยพบว่าผู้สูงอายุเพศชายมีระดับคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้สูงอายุเพศหญิง นอกจากนี้การศึกษาของจิรนุช สมโชค (2540: 70) พบว่าเพศมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นั่นคือเพศชายมีคุณภาพชีวิตที่ดี ส่วนเพศหญิงมีคุณภาพชีวิตไม่ดี และการศึกษาของวรรณภา กุมารจันทร์ (2543: 60) พบว่าผู้สูงอายุเพศชายมีคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้สูงอายุเพศหญิง

ตรงกันข้ามกับการศึกษาของมารศรี นุชแสงพลี (2532: 79) พบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของสุวิมล พนาวัฒน์กุล (2534: 45) พบว่าเพศไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้เนื่องจากผู้สูงอายุ ไม่ว่าเพศชายหรือเพศหญิงย่อมต้องเผชิญกับสภาวะความเสื่อมของสังขารที่จำเป็นต้องปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงหรือความเสื่อมของร่างกายเพื่อดำรงคุณภาพชีวิต ดังนั้นความแตกต่างในด้านเพศของผู้สูงอายุ จึงไม่สามารถทำให้เกิดความแตกต่างในการทำนายคุณภาพชีวิต รวมทั้งการศึกษาของจารุพันธ์ สมบูรณ์สิทธิ์ (2535: 83) และอุมาพร อุดมทรัพย์กุล (2536: 72) พบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตผู้สูงอายุ และการศึกษาของสัจฉิณี ชวรางกูร (2538: 82) พบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านจิตวิสัย พิจารณา

ในแง่ที่ว่าเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุบทบาททางสังคมที่เคยมีเริ่มลดลง เนื่องจากความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง จากความเสื่อมของร่างกาย กลายเป็นผู้ไม่ได้ประกอบอาชีพ มีรายได้ลดลง ขาดการติดต่อกับสังคมเนื่องจากสุขภาพไม่เอื้ออำนวย ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุเกิดปัญหาในการปรับตัว มีปัญหาในการดำรงชีวิต การสูญเสียดังกล่าวส่งผลถึงความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ โดยพบว่าผู้สูงอายุเพศหญิงมีความรู้สึกสูญเสียน้อยกว่าเพศชาย

ผลการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องส่วนใหญ่พบว่าเพศของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยที่ผู้สูงอายุเพศชายมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้สูงอายุเพศหญิง

2.3.1.2 อายุ

อายุเป็นตัวแปรที่สำคัญทางประชากรอีกเช่นกัน เนื่องจากเป็นเครื่องบ่งชี้ถึงวัยของแต่ละบุคคลและมีความสัมพันธ์กับประสบการณ์ต่างๆ ในอดีต Kenzie (1993: 232) ได้แสดงความสัมพันธ์ของอายุกับการป่วยเป็นโรค และความสามารถด้านร่างกายของผู้สูงอายุว่าเมื่ออายุมากขึ้น ผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดโรคเรื้อรังมากขึ้น แต่เมื่ออายุมากขึ้นความสามารถด้านร่างกายจะลดลง ส่วน Frankish, Milligan และ Reid (1998: 290-291) กล่าวว่าอายุมีผลต่อความสามารถในการเผชิญปัญหาและการแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นและความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุ

จากการศึกษาของจากรุณันท์ สมบูรณ์สิทธิ์ (2535: 83) พบว่าความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ โดยเฉพาะการทำกิจวัตรประจำวันในวัยสูงอายุขึ้นจะลดน้อยลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของประภาพร จินันท์ยา (2536: 70); อุมาพร อุดมทรัพย์กุล (2536: 73); สอิ้ง ชวรางกุล (2538: 82) พบว่าเมื่ออายุมากขึ้น ระดับการพึ่งพาสูงขึ้น ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองเป็นภาระ ทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง ส่งผลให้คุณภาพชีวิตไม่ดี เช่นเดียวกับการศึกษาของกนกพร สุคำวัง (2540: 74) พบว่าผู้สูงอายุวัยต้นจะมีความเข้มแข็งในการมองโลก และสามารถปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาได้ดีกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมาก ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีอายุแตกต่างกันจะเลือกใช้วิธีการเผชิญปัญหาที่แตกต่างกัน อีกทั้งการศึกษาของดวงใจ เปลี่ยนบำรุง (2540: 107) พบว่าผู้สูงอายุในภาคใต้ ประเมินคุณภาพชีวิตตนเองจากความสามารถในการประกอบอาชีพหรือการทำกิจวัตรต่างๆ ได้ลดลงเมื่ออายุมากขึ้น และวรรณภา กุมารจันทร์ (2543: 61) ได้ผลการศึกษาว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมากมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุน้อย ซึ่งสอดคล้องกับ Padilla และ Grant (1985: 45-60) แบ่งผู้สูงอายุตามวัยเป็น 3 กลุ่ม คือกลุ่มผู้สูงอายุวัยต้น (อายุ 60-74 ปี) กลุ่มผู้สูงอายุวัยกลาง (อายุ 75-84 ปี) และกลุ่มผู้สูงอายุวัยท้าย (อายุตั้งแต่ 85 ปีขึ้นไป) พบว่าอายุที่เพิ่มมากขึ้น สภาพร่างกายยิ่งเสื่อมโทรมถอยลงตามลำดับ ความเสื่อมทางกายทำให้เกิดความคับข้องใจ เนื่องจากไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันเช่นเดิมได้ ทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่น และการวิจัยของ Tran, Chatter และ Wright (1991: 100-108) พบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยมีความพึงพอใจมากกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมาก ซึ่งความพึงพอใจนี้เป็นการรับรู้ของบุคคลที่มีความสุข และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ตรงกันข้ามกับการศึกษาของจิริพร อภิชาติบุตร (2540: 94) พบว่าอายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนแออัด เขตกรุงเทพมหานคร โดยอธิบายว่าผู้สูงอายุที่มีอายุแตกต่างกัน มีแนวโน้มที่จะมีระดับคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุมีความสามารถในการปรับตัวเข้ากับสภาพต่างๆ นอกจากนี้ อาจเป็นเพราะผู้สูงอายุมีความเข้าใจธรรมชาติพื้นฐาน ได้แก่ การรับรู้และยอมรับสภาพความแก่ ความเจ็บ ความตาย อย่างมีสติ เช่นเดียวกับการศึกษาของจิริพร สมโชค (2540: 71) พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ นั่นคือไม่ว่าจะเป็นผู้สูงอายุที่อยู่ในวัย 60-69 ปี หรือวัย 70-84 ปี ก็สามารถมีคุณภาพชีวิตดีหรือไม่ดีได้ รวมทั้ง Kleinpell และ Ferrans (2002: 212) ได้ผลศึกษาว่าผู้รอดชีวิตจากการรักษาตัวในหออภิบาลผู้ป่วยหนักสามารถมีชีวิตอยู่อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้หลังจากออกจากห้องผู้ป่วยหนัก โดยไม่ขึ้นอยู่กับอายุ

ผลการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องส่วนใหญ่พบว่าอายุของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยที่ผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมาก

2.3.1.3 สถานภาพสมรส

สถานภาพสมรสเป็นตัวบ่งชี้การอยู่ร่วมกันทางสังคม ผู้สูงอายุที่มีคู่สมรสอยู่ด้วย เหมือนมีคู่คิด มีผู้ดูแล มีผู้ให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ดังนั้นสถานภาพสมรสจึงเป็นตัวแปรที่สำคัญ

จากการศึกษาของ Robert (1988: 10-11) ได้ผลการศึกษาว่าผู้สมรสคู่ รู้สึกว่าไม่เหงาหรือโดดเดี่ยว ทำให้เกิดความมั่นคงในชีวิตและรับรู้ถึงคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของมารศรี นุชแสงพลี (2532: 82) พบว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่มีความพึงพอใจในชีวิตสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสโสด ม่าย หย่า และแยกกันอยู่ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุวิมล พนาวัฒน์กุล (2534: 33); จารุพันธ์ สมบูรณ์สิทธิ์ (2535: 83) พบว่าสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตและความพึงพอใจในชีวิตโดยผู้ที่มีสถานภาพสมรสคู่จะมีความพึงพอใจในชีวิตสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพโสด ม่าย หย่า แยก เช่นเดียวกับการศึกษาของจิริพร อภิชาติบุตร (2540: 95) พบว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่ มีระดับคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้สูงอายุที่มี สถานภาพโสด ม่าย หย่า แยก อีกทั้งการศึกษาของฉัตรทอง อินทร์นอก (2540: 88) พบว่าสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รวมทั้งการศึกษาของสมสุข สิงห์ปัญจนที (2540: 77) พบว่าสถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของจิริพร สมโชค (2540: 72) พบว่าสถานภาพสมรส มีความความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นั่นคือกลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรสคู่มีคุณภาพชีวิตที่ดี ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรสโสด ม่าย หย่า แยก มีคุณภาพชีวิตไม่ดี

ตรงกันข้ามกับการศึกษาของปราโมทย์ วังสะอาด (2530: 103) พบว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพโสด จะมีสุขภาพจิตดีกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสอื่นๆ

ผลการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องส่วนใหญ่พบว่าสถานภาพสมรรถของผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยที่ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรรถมีคุณภาพชีวิต ดีกว่าผู้สูงอายุที่เป็นโสด ม่าย หย่า แยก

2.3.1.4 การศึกษา

การศึกษา เป็นตัวแปรที่สำคัญมากอีกตัวแปรหนึ่ง เพราะการศึกษาสามารถช่วยให้ มีการรับรู้ถึงความเป็นไปในโลกและชีวิตด้านต่างๆ และยังสามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุข (Frankish, Milligan และ Reid, 1998: 291)

จากการศึกษาของสุวิมล พนาวัฒน์กุล (2534: 45) พบว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการศึกษาหรือมีการศึกษาสูง มีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาน้อยกว่าหรือไม่ได้รับการศึกษา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของประภาพร จินันทุยา (2535: 81) พบว่าผู้ที่ได้รับการศึกษามีคุณภาพชีวิตสูงกว่า ผู้ที่ไม่ได้รับการศึกษา เช่นเดียวกับการศึกษาของจารุพันธ์ สมบูรณ์สิทธิ์ (2535: 83) พบว่าการศึกษามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ อีกทั้งการศึกษาของจำเรียง กุระมะสุวรรณ (2536: 1-3) พบว่าการไม่ได้รับการศึกษาทำให้บุคคลมีโอกาสด้านความรู้พื้นฐานในการพัฒนาคุณภาพชีวิต และการศึกษาช่วยทำให้บุคคลสามารถดำเนินชีวิตในสังคมอย่างมีความสุขและมีคุณภาพ อีกทั้งสมคิด โพธิ์ชนะพันธุ์ และคณะ (2538: 88-96) พบว่าการศึกษามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ รวมทั้งการศึกษาของจิระพร อภิชาติบุตร (2540: 95) พบว่าผู้สูงอายุยังมีจำนวนปีการศึกษาเพิ่มขึ้น (แสดงถึงระดับการศึกษาสูง) แนวโน้มระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุยิ่งสูงขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของฉัตรทอง อินทร์นอก (2540: 88) พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับการศึกษาของสมสุข สิงห์ปัญจนที (2540: 79) พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของจิรนุช สมโชค (2540: 74) พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นั่นคือกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาสูงมีคุณภาพชีวิตที่ดี ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาน้อยหรือไม่ได้รับการศึกษามีคุณภาพชีวิตไม่ดี

ผลการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องส่วนใหญ่พบว่าการศึกษาของผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยที่ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาสูงกว่ามีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาน้อยกว่าหรือไม่มีการศึกษา

2.3.1.5 รายได้

การดำรงไว้ซึ่งความพึงพอใจของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุควรรหาสิ่งทดแทนบทบาทและกิจกรรมที่สูญเสียไป เช่น บทบาทการหารายได้ Wise (1989: 1) กล่าวว่าตัวกำหนดที่สำคัญของความเป็นอยู่ที่ดีของผู้สูงอายุคือสถานะทางการเงิน อีกทั้ง Peace (1990: 52); United Nations (1992: 19); Coni, Davision และ Webster (1993: 25-26); United Nations (2002b) กล่าวถึงเรื่องเศรษฐกิจของผู้สูงอายุและรายได้ของผู้สูงอายุว่าเมื่อผู้สูงอายุที่พ้นจากการทำงานไม่เพียงแต่เรื่อง

เศรษฐกิจแต่ยังคงคำนึงถึงวัฒนธรรมและการดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมต่อไปอีกด้วย (Cole et al. 1993: 10-11) อีกทั้ง World Bank (1994: 1-23) กล่าวว่ารายได้ในผู้สูงอายุเป็นปัญหาทั่วโลก ดังนั้นตัวแปรรายได้จึงมีความสำคัญมาก อีกทั้ง Morgan และ Kunkel (1998: 310) รายงานว่าผู้สูงอายุอเมริกันมีรายได้มาจากประกันสังคม ทรัพย์สิน เบี้ยบำนาญ ค่าจ้าง และอื่นๆ ร้อยละ 40, 21, 20, 17 และ 3 ตามลำดับ อีกทั้ง United Nations (1996: 27) รายงานว่าผู้สูงอายุบางคนยังทำงานต่อร้อยละ 43.9 เพื่อเหตุผลทางรายได้ ร้อยละ 32.9 เพื่อให้มีสุขภาพดี ร้อยละ 11.0 ยังสนุกกับงาน ร้อยละ 11.2 ยังอยากมีเพื่อนอยู่ ร้อยละ 1.7 ด้วยเหตุผลอื่นๆ และ Horlacher (2002: 39) ได้เสนอแนะว่าประเทศในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ควรเตรียมการในเรื่องเบี้ยบำนาญเป็นสำคัญ อีกทั้งรายได้จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุและมีความต้องการแตกต่างกันระหว่างผู้สูงอายุแต่ละสถานะสภาพทางสังคม

จากการศึกษาของประภาพร จินันทุยา (2536: 81) พบว่าผู้สูงอายุที่ยังคงประกอบอาชีพอยู่มีคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ผู้สูงอายุที่เคยรับราชการ หรือรัฐวิสาหกิจเมื่อเกษียณอายุราชการแล้วรู้สึกว่าคุณค่า ลดบทบาทในสังคมทันทีทันใด และรู้สึกว่าตนเองมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้สูงอายุที่เคยประกอบอาชีพอื่นๆ ซึ่งเมื่อวัยสูงขึ้นอาจถูกลดบทบาทหรือเปลี่ยนแปลงบทบาทไปบ้าง แต่เป็นการเปลี่ยนแปลงที่ค่อยเป็นค่อยไป จึงทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่ายังมีประโยชน์ต่อสังคมจึงประเมินคุณภาพชีวิตในระดับที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสอิ่ง ชวรางกูร (2538: 83) พบว่าอาชีพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ การที่ผู้สูงอายุสามารถมีงานทำได้อย่างต่อเนื่อง สามารถแก้ปัญหาเรื่องบทบาทเพราะการทำงานจะช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า และมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ เช่นเดียวกับการศึกษาของจิระพร อภิชาตบุตร (2540: 96) พบว่าผู้สูงอายุที่ยังคงบทบาทการทำงานเพื่อเลี้ยงชีพมีแนวโน้มที่มีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้คงบทบาทการทำงานเพื่อเลี้ยงชีพ อีกทั้งการศึกษาของฉัตรทอง อินทร์นอก (2540: 88) พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รวมทั้งการศึกษาของสมสุข สิงห์บุญจันท์ (2540: 80) พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้จิรนุช สมโชค (2540: 74) ได้ผลการศึกษาว่ารายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นั่นคือผู้สูงอายุที่มีรายได้สูง มีคุณภาพชีวิตที่ดี ส่วนผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำมีคุณภาพชีวิตไม่ดี และการศึกษาของวรรณภา กุมารจันทร์ (2543: 62) พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้สูงมีคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ต่ำ ในขณะที่การศึกษาของ Ofstedal, Reidy และ Knodel (2002: 122) พบว่าแม้จะมีความแตกต่างของระดับรายได้ระหว่างเพศอยู่บ้าง ซึ่งดูเหมือนเพศชายจะมีรายได้ดีกว่าเพศหญิง แต่จากรายงานทั้งฝ่ายชายและหญิงต่างก็ไม่ค่อยพอใจกับรายได้ของตนที่คิดว่าไม่พอจะเพียงพอ เพศหญิงซึ่งไม่ได้แต่งงานดูเหมือนจะได้เปรียบกว่าเพศชายที่ไม่ได้แต่งงานในบางแง่ ส่วนใหญ่เพราะเพศหญิงที่ไม่ได้แต่งงานมักจะอยู่ร่วมกับสมาชิกในครอบครัวหลายรุ่น จึงได้รับการสนับสนุนทั้งทางตรงและทางอ้อมจากสมาชิกในครอบครัว

นอกจากนี้ผู้ศึกษาตัวแปรกรรมสิทธิ์ในที่อยู่อาศัย พบว่าการมีบ้านเป็นของตนเอง ทำให้ผู้สูงอายุอาจต้องเสียค่าบำรุงรักษา ซ่อมแซม ซึ่งเป็นรายจ่ายที่สูง เป็นภาระอย่างหนึ่งที่ผู้สูงอายุต้องแบกรับไว้ (Yurick et al., 1984: 157) ซึ่งสอดคล้องกับรสสุคนธ์ แสงมณี และคณะ (2537: 10-19) พบว่าความเป็นเจ้าของที่พักอาศัย เป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ผลการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องส่วนใหญ่พบว่ารายได้ของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยที่ผู้สูงอายุที่มีรายได้มากกว่ามีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยกว่าหรือไม่มีรายได้

2.3.1.6 ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ

จากการวิจัยของศรีเมือง พลั่งฤทธิ์ (2541: 67) พบว่าผู้สูงอายุหลังจากได้เข้าร่วมกิจกรรม (การให้ความรู้เป็นกลุ่มย่อย) โดยใช้รูปแบบมีจุดศูนย์รวม ผู้สูงอายุมีความรู้เกี่ยวกับสุขภาพเพิ่มขึ้นจากก่อนเข้าร่วมกิจกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$) โดยคำถามมีจำนวน 15 ข้อถามเกี่ยวกับสาเหตุ การป้องกัน ของปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ เช่น ภาวะความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคตา อาการปวดเมื่อย เป็นต้น อีกทั้งการวิจัยของ Fayers และ Machin (2000: 6) กล่าวว่าความรู้ของผู้สูงอายุเป็นสิ่งจำเป็นมากดังนั้นเราควรให้ความรู้กับผู้สูงอายุ และการวิจัยของกรรณิการ์ พงษ์สนธิ และคณะ (2544: 20-25) ได้ศึกษาแนวทางเพื่อให้ผู้สูงอายุมีความรู้และปฏิบัติตนด้านสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ ด้วยการติดตามเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่เลือกมาแบบเฉพาะเจาะจงจำนวน 32 ราย (ส่วนใหญ่ร้อยละ 75 เป็นโรคความดันโลหิตสูง) รายละ 4-6 ครั้ง เป็นเวลา 6 เดือนติดต่อกัน พบว่าผู้สูงอายุมีความรู้ก่อนและหลังการเยี่ยมไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงของระบบประสาทและสมองทำให้ความจำถดถอยหลงลืมได้ง่าย นอกจากนี้การเรียนรู้ของแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับความสามารถทางสติปัญญาและความสนใจของแต่ละบุคคลในการจำหรือการทำความเข้าใจ

ผลการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าถึงแม้จะไม่มีการศึกษาถึงความสัมพันธ์โดยตรงระหว่างความรู้เกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ แต่สามารถนำไปตั้งสมมุติฐานได้ว่าผู้สูงอายุที่มีความรู้มากเกี่ยวกับสุขภาพน่าจะมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้สูงอายุที่มีความรู้น้อยเกี่ยวกับสุขภาพ

อีกทั้งแนวทางการพัฒนาความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ ได้แก่ รูปแบบการจัดกิจกรรมให้ความรู้เป็นกลุ่มย่อยและการออกเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ

2.3.1.7 การปฏิบัติตัวด้านสุขภาพ

จากการวิจัยของศรีเมือง พลั่งฤทธิ์ (2541: 67) พบว่าผู้สูงอายุหลังจากได้เข้าร่วมกิจกรรมโดยใช้รูปแบบมีจุดศูนย์รวม ผู้สูงอายุมีการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพอนามัยดีขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรม เช่น การพักผ่อนนอนหลับ การดูแลสุขภาพช่องปาก การดื่มน้ำ และการออกกำลังกาย เป็นต้น ซึ่งทางองค์การอนามัยโลกอธิบายว่าการออกกำลังกายเป็นประโยชน์กับการทำงานของหัวใจ

ปอด ความแข็งแรงของกระดูกและกล้ามเนื้อ และจากร่างแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 ในมาตรการส่งเสริมความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพป้องกันดูแลตนเองเบื้องต้น มีดัชนีชี้วัดคือ สัดส่วนประชากรสูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในขณะนั้น ซึ่งเป็นเรื่องที่สำคัญและควรปฏิบัติให้ได้ตามแผน (สำนักนายกรัฐมนตรี, คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ, 2545: 42) และการวิจัยของกรณิการ์ พงษ์สนธิ และคณะ (2544: 20-25) พบว่าการปฏิบัติตนของผู้สูงอายุเกี่ยวกับโรคที่ตนเป็นอยู่ ส่วนใหญ่ปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ได้ถูกต้องเกินครึ่งคือร้อยละ 53.2 โดยเฉพาะในเรื่องของการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย สันทนาการ การพักผ่อน และการปฏิบัติตัวทั่วไป อีกทั้ง Dey (n.d. 17-23) กล่าวว่า การปฏิบัติตัวด้านสุขภาพหรือพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การรับประทานอาหารไม่ถูกต้อง ขาดออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย

ผลการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าถึงแม้จะไม่มีการศึกษาถึงความสัมพันธ์โดยตรงระหว่างการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพของผู้สูงอายุกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ แต่สามารถนำไปตั้งสมมุติฐานได้ว่าเมื่อผู้สูงอายุที่มีการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพได้ถูกต้องมากกว่า น่าจะมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้สูงอายุที่มีการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพได้ถูกต้องน้อยกว่าหรือไม่ถูกต้อง

อีกทั้งแนวทางการพัฒนาการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพ ได้แก่ การให้คำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข

2.3.1.8 การพึ่งตนเอง

Berghom et al. (1981: 335) กล่าวว่า การวัดสถานภาพทางกายภาพคือขอบเขตซึ่งบุคคลสามารถทำกิจกรรมประจำวันต่างๆ การที่ความสามารถทางร่างกายลดลง ดูเหมือนจะมีผลกระทบต่อความรู้สึกของบุคคลเกี่ยวกับคุณค่าของตนเองและระดับความพึงพอใจในชีวิต Pickett และ Hanlon (1990: 441) กล่าวว่าผู้สูงอายุที่มีอายุ 85 ปีขึ้นไปมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือในเรื่องการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น การเข้าห้องน้ำ การแต่งตัว การรับประทานอาหาร และการอาบน้ำ นั่นคือความสามารถพึ่งพาตนเองได้ลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของ Lewis (1996: 47-78) มีแบบประเมินและรายงานตนเองเพื่อวัดระดับการไม่ต้องพึ่งพา อีกทั้งการวิจัยของวารี กังใจ (2540: 46-47) พบว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และความสามารถในการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รวมทั้งการวิจัยของ Guralnik, Branch และ Wiener (2002: 1244-1245) พบว่าหากสามารถยืดเวลาให้ผู้สูงอายุสามารถพึ่งพาตนเองได้นานเท่าไร ก็จะส่งผลชัดเจนต่อการจัดงบประมาณสำหรับค่ายาและเวชภัณฑ์ อีกทั้งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุแต่ละคนอีกด้วย อีกทั้งการวิจัยของ Foley et al. (2002: 1284-1289) พบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไปและยังสามารถขับรถได้ มีร้อยละ 82 ในผู้ชาย และร้อยละ 55 ในผู้หญิง และไม่เป็นเรื่อง

แปลกที่พบว่าเมื่อสูงอายุขึ้นก็จะเริ่มหยุดขับรถ มีผู้สูงอายุที่อายุ 85 ปีขึ้นไปร้อยละ 88 ที่ไม่ขับรถ และในผู้หญิงอายุระหว่าง 70-74 ปี พบว่ายังขับรถอยู่ ร้อยละ 70 แต่พออายุ 80 ปีขึ้นไปขับรถลดลงเหลือเพียงร้อยละ 22 แสดงว่าผู้สูงอายุในวัยต่างๆ ยังพึ่งพาตนเองได้อยู่ และการวิจัยของ Muller-Buhl et al. (2003: 36-40) พบว่าบรรทัดฐานที่สำคัญที่สุดที่จะวัดคุณภาพชีวิตคือ ความสามารถของผู้ป่วยในการใช้งานของอวัยวะต่างๆ ของร่างกายได้

ผลการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าความสามารถในการพึ่งตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ดังนั้นสามารถนำไปตั้งสมมุติฐานได้ว่าผู้สูงอายุที่สามารถพึ่งตนเองได้มากกว่าน่าจะมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้สูงอายุที่สามารถพึ่งตนเองได้น้อยกว่าหรือไม่สามารถพึ่งตนเองได้

2.3.1.9 การเข้าร่วมกิจกรรม

การวิจัยของ Graneý (1975: 701-706) ศึกษาความสุขกับการมีส่วนร่วม ในสังคม พบว่าผู้สูงอายุที่มีความสุขคือผู้สูงอายุที่มีส่วนร่วมในสังคมมาก และผู้สูงอายุที่ไม่มีความสุขคือผู้สูงอายุที่มีส่วนร่วมในสังคมน้อย รวมทั้งพบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้น การมีส่วนร่วมในสังคมลดน้อยลง และผู้สูงอายุชายมีส่วนร่วมในสังคมมากกว่าผู้สูงอายุหญิง ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของ Markides และ Martin (1979: 91-98) ทำการวิเคราะห์รูปแบบของปัจจัยที่ทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขในชีวิต พบว่าตัวแปรที่สามารถทำนายความพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุทั้งชายและหญิงที่ดีที่สุดคือการทำกิจกรรมทางสังคม

นอกจากนี้การวิจัยของบรรลุ ศิริพานิช และคณะ (2531: 63) พบว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่มีชีวิตยืนยาวและแข็งแรง มีภาระกิจประจำวันมากกว่า 4 อย่างขึ้นไป อีกทั้งการใช้เวลาว่างทำกิจกรรมมากกว่า 5 อย่างขึ้นไป และมีพฤติกรรมเกี่ยวกับการสังคมมากกว่ากลุ่มผู้สูงอายุไทยที่อายุยืนยาวแต่ไม่แข็งแรง

ผลการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าการมีส่วนร่วมในชุมชนมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยที่ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมหรือทำกิจกรรมทางสังคมน่าจะมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่เข้าร่วมกิจกรรมหรือไม่ได้ทำกิจกรรมทางสังคม

2.3.2 ปัจจัยทางครอบครัว

ครอบครัว หมายถึง สมาชิกเครือญาติที่อยู่ร่วมครัวเรือนเดียวกัน มีความสัมพันธ์กันทางสายเลือด หรือทางกฎหมาย (สุธีรา น้อยจันทร์, 2530: 19)

Biegel et al. (1984: 65) กล่าวว่าครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคม (social support) ที่สำคัญที่สุดของผู้สูงอายุและยังเป็นแหล่งให้การดูแลที่ผู้สูงอายุชื่นชอบ อีกทั้ง Wise (1989: 4) กล่าวว่าทางเลือกพักอาศัยของผู้สูงอายุไม่เพียงแต่ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจเท่านั้น ยังขึ้นอยู่กับลักษณะทางประชากรเป็นสำคัญ รวมทั้ง Pickett และ Hanlon (1990: 444-446) อธิบายปัญหาสังคมว่าขนาดครอบครัว รายได้ของครอบครัว มีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุ และรูปแบบการตายแสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ด้วยกันจะมีการอยู่รอดและไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากกว่าผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียว

อีกทั้ง Wilson (2000: 130) กล่าวว่าถึงแม้จะมีเบี้ยประกันและการบริการจะพัฒนาไปมาก แต่ครอบครัวยังคงสำคัญที่สุดของผู้สูงอายุ จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยทำให้ผู้วิจัยสรุปว่าปัจจัยทางครอบครัวมีตัวแปรที่เกี่ยวข้องได้แก่ ประเภทครอบครัว การได้รับการเกื้อหนุนช่วยเหลือดูแลจากครอบครัว การยังคงมีบทบาท และสภาพแวดล้อมของที่พักอาศัยถึงแม้จะมีการศึกษาเรื่องครอบครัวกับผู้สูงอายุเป็นจำนวนมาก แต่มีผู้ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆ ดังกล่าว กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุนั้นจำนวนไม่มาก ซึ่งผลจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยมีดังนี้

2.3.2.1 ประเภทของครอบครัว

ศรีเรือน แก้วกังวาล (2532: 50) พบว่าผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวจากการสูญเสียคู่สมรสหรือไม่มีบุตรหลานดูแล ทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ โดดเดี่ยว ว้าเหว่ หรือรู้สึกว่าตนเองไม่มีความหมาย ส่งผลให้ความพึงพอใจในชีวิตลดลงได้ ซึ่งสอดคล้องกับพีรสิทธิ์ คำานวนศิลป์ และคณะ (2533: 153) พบว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวขยายมีความสุขมากกว่าผู้ที่อยู่ในครอบครัวเดี่ยว ครอบครัวขยายจะมีบุคคลซึ่งเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญที่จะให้การดูแลเอาใจใส่ทั้งร่างกายและจิตใจแก่ผู้สูงอายุได้มากกว่า นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คนเดียวจะมีอาการซึมเศร้า และมีอัตราการตายมากกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับเพื่อนหรือครอบครัว (Pickett และ Hanlon, 1990: 445) อีกทั้ง Zimmer และ Kim (2001: 353-381) แสดงข้อมูลการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุว่าส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบุตร เช่น ประเทศโคลัมเบียร้อยละ 80.5 ประเทศไทยร้อยละ 70.9 ประเทศเวียดนามใต้ร้อยละ 85.9 และเวียดนามเหนือร้อยละ 75.1 และจากการศึกษาของขนินฐา นาคะ (2542: 132) พบว่าผู้สูงอายุที่มีอาชีพทำสวนและบุตรหลานได้รับทอดอาชีพทำสวนด้วย มีโอกาสอยู่พร้อมหน้าพร้อมตาเป็นครอบครัวใหญ่ที่มีทั้งพ่อแม่บุตรหรือป้าตายายและบุตรหลานอยู่ในครอบครัวเดียวกัน สร้างความอบอุ่นให้กับผู้สูงอายุและบุตรหลานมากกว่าครอบครัวของผู้สูงอายุที่ต้องอยู่กันตามลำพัง

ผลการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวขยายน่าจะมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวเดี่ยว

2.3.2.2 การได้รับการเกื้อหนุน

การได้รับการเกื้อหนุนช่วยเหลือดูแลจากสมาชิกในครอบครัวของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุไม่คิดว่าตนเองถูกทอดทิ้ง ทำให้เกิดความอบอุ่นและเป็นสุขใจ ซึ่งผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คนเดียวและต้องการการดูแล การให้บริการเป็นสิ่งสำคัญมาก อีกทั้งบุตรหลานเป็นบุคคลสำคัญที่จะช่วยเหลือ (Wise, 1989: 7); (Frankish, Milligan และ Reid 1998: 292) อีกทั้ง Moody (1994: 129) กล่าวว่าผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุดังนี้ บุตรสาว ภรรยา ผู้หญิงอื่นๆ สามี บุตรชาย และผู้ชายอื่นๆ ร้อยละ 29, 23, 20, 13, 8 และ 7 ตามลำดับ รวมทั้ง Fillit และ Picariello (1998: 165) กล่าวว่ามากกว่าร้อยละ 80 ของผู้สูงอายุ (ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุเพศหญิง) เป็นผู้สูงอายุที่ตกงาน และอยู่ในครอบครัวเดี่ยว

จากการศึกษาของสุธีรา น้อยจันทร์ (2530: 25) พบว่าการบริการที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในขอบเขตการช่วยเหลือของบุตร ได้แก่ การช่วยงานบ้าน เช่น ช่วยทำอาหาร จ่ายตลาด ทำความสะอาด ซักรีด เป็นต้น การจัดหาที่อยู่อาศัยให้ การช่วยซ่อมแซมสิ่งของเครื่องใช้ เช่น ซ่อมแซมบ้าน ทาสี เป็นต้น การเงิน ซึ่งอาจให้เป็นสิ่งของเครื่องใช้ก็ได้ การดูแลเอาใจใส่ตัวบุคคล เช่น การดูแลเล็บ ผม การอาบน้ำ แต่งตัว การดูแลสุขภาพ เช่น การปฐมพยาบาล การให้การรักษาพยาบาลเล็กๆ น้อยๆ การอำนวยความสะดวกด้านการคมนาคม ขนส่ง เช่น รับ-ส่ง จัดหายานพาหนะเมื่อจะไปธุระนอกบ้าน กิจกรรมสังคม และนันทนาการ เช่น การให้ความบันเทิงในบ้าน การพาไปดูกิจกรรมบันเทิงนอกบ้าน การแสดง จัดให้พบปะเพื่อนฝูง เป็นสมาชิกสโมสรต่างๆ การสนับสนุนทางจิตใจ ได้แก่ การรับฟังปัญหา ให้กำลังใจ ให้ความรักความเข้าใจ การจัดหางานที่เหมาะสมให้ การสนับสนุนด้านศาสนา เช่น พาไปฟังเทศน์ตามวัด การให้ข่าวสารของทางราชการเกี่ยวกับหน่วยงานที่ให้บริการด้านต่างๆ การจัดหาวัสดุสิ่งพิมพ์ให้อ่าน การสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้เรียนรู้และฝึกฝนอาชีพใหม่ๆ การสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้ทำงานอดิเรก การปกป้องคุ้มครองภัย เช่น อันตรายจากอาชญากรรม และป้องกันโรคต่างๆ ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของนภาพร ชโยวรรณ, จอห์น โนเคล และศิริวรรณ ศิริบุญ (2535: 15) พบว่าขั้นตอนชีวิตของบุตรที่ไม่ได้อยู่ด้วยกันกับบิดามารดา มีความสัมพันธ์อย่างชัดเจนกับการให้การเกื้อหนุนด้านวัตถุแก่บิดามารดาสูงอายุอย่างน้อย 2 รูปแบบ บุตรที่อยู่ในละแวกเดียวกันกับบิดามารดาสูงอายุมิแนวโน้มจะให้การเกื้อหนุนด้านอาหารและ/หรือเสื้อผ้าแก่บิดามารดาสูงอายุ ขณะที่บุตร โสดที่อยู่ที่อื่นไกลออกไป มีแนวโน้มจะให้การเกื้อหนุนด้านการเงินมากกว่าบุตรอื่นที่ไม่ได้อยู่กับบิดามารดาสูงอายุ เช่นเดียวกับ การวิจัยของศิริวรรณ ศิริบุญ และมาลินี วงษ์สิทธิ์ (2535: 163) ศึกษาข้อเท็จจริงและทัศนคติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูและการดูแลผู้สูงอายุของคนหนุ่มสาวไทย พบว่าคนหนุ่มสาวส่วนใหญ่เคยให้การเลี้ยงดูบิดามารดาสูงอายุ โดยมีรูปแบบของการให้การดูแลเลี้ยงดูในเรื่องที่เกี่ยวกับการพักอาศัยอยู่ด้วยกัน การให้เงิน การให้อาหาร เสื้อผ้า เครื่องนุ่งห่ม รวมทั้งการเยี่ยมเยียนบิดามารดาสูงอายุ อีกทั้งภัสสร ลิมานนท์ และคณะ (2538: 60-61) ศึกษาวิจัยครอบครัวไทยในเขตเมืองและชนบทของทุกภาค จำนวน 3,237 คน พบว่าการดูแลเกื้อหนุนบิดามารดาที่อยู่ร่วมบ้านเดียวกัน ผู้ตอบมากกว่าครึ่งหนึ่งดูแลรับผิดชอบบิดามารดาในทุกเรื่อง ในขณะที่ผู้ตอบเพียงร้อยละ 8 ที่ตอบว่าไม่ได้ช่วยเหลือดูแลบิดามารดาเลยทั้งนี้เพราะอายุน้อย และขณะเดียวกันบิดามารดาของผู้ตอบกลุ่มนี้ยังอยู่ในวัยทำงาน ทำให้ผู้ตอบไม่มีโอกาสเข้ามารับผิดชอบดูแลอย่างเต็มที่

การวิจัยของศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ (2540: 36) พบว่าร้อยละ 90 ของการเกื้อหนุนประเภทสิ่งของแก่ผู้สูงอายุมาจากบุตร และบุตรเป็นผู้อุปการะด้านการเงินที่สำคัญที่สุด โดยที่บุตรหญิงมักจะให้มากกว่าบุตรชาย ซึ่งสอดคล้องกับอัจฉรา เอ็นซ์ และ ปรียา รุ่งโสภาสกุล (2541: 56) พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้รับการดูแลและช่วยเหลือจากบุตร รองลงมาคือจากคู่สมรส เหตุผลที่ผู้ดูแลทำหน้าที่นี้เนื่องจากไม่มีบุคคลอื่น ผู้ดูแลไม่ได้ทำงาน ผู้ดูแลมีความห่วงใยผู้สูงอายุ และเป็นหน้าที่ของบุตรที่ต้อง

ทดแทนบุญคุณ อีกทั้งการวิจัยของศิริวรรณ ศิริบุญ (2541: 245-258) กล่าวว่าผู้สูงอายุที่ต้องการดูแลหมายถึงผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาในการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันด้วยตนเองตามลำพัง จึงต้องมีคนคอยช่วยเหลือ ซึ่งการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน (Activities of Daily Living: ADL) คือ การเดินรอบๆ บ้านตนเอง กินอาหารด้วยตนเอง การใส่เสื้อผ้าด้วยตนเอง การอาบน้ำด้วยตนเอง การจัดยากินเอง และการขึ้นรถลงเรือไปในที่ที่ไม่สามารถเดินไปถึง ส่วนผู้ดูแลผู้สูงอายุหมายถึงบุคคลที่ผู้สูงอายุระบุว่าบุคคลหลักในการให้การดูแลตน ผลการศึกษาพบว่ายิ่งอายุมากขึ้น ยิ่งต้องการการดูแลมากขึ้น (อายุมีความสัมพันธ์กับการเจ็บป่วย ยิ่งสูงอายุมากขึ้นเท่าใดโอกาสที่จะเจ็บป่วยก็ยิ่งสูงขึ้น) ซึ่งส่งผลให้ขีดความสามารถในการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันลดลง มีปัญหาในการช่วยเหลือตนเองมากขึ้น และต้องการการดูแลเพิ่มสูงขึ้น เมื่อเทียบกับผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยกว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงประสบปัญหาในการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน เป็นสัดส่วนที่สูงกว่าผู้สูงอายุเพศชาย และต้องการการดูแลเป็นสัดส่วนที่สูงกว่าผู้สูงอายุชาย โดยทั่วไปแล้วผู้สูงอายุในเขตเมืองและเขตชนบทประสบปัญหาในการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันคล้ายคลึงกัน ยกเว้นปัญหาในการขึ้นรถลงเรือไปในที่ที่ไม่สามารถเดินไปถึง ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุในเขตชนบทประสบปัญหาดังกล่าวสูงกว่าจากการศึกษาของชนินฐา นาคะ (2542: 132) พบว่าถึงแม้ว่าปกติทั่วไปผู้สูงอายุจะดูแลตัวเองได้โดยไม่ต้องพึ่งพาการดูแลจากบุตรหลาน แต่เวลาผู้สูงอายุเจ็บไข้ไม่สบายช่วยเหลือตัวเองไม่ได้หากมีบุตรหลานคอยดูแลปรนนิบัติก็จะสบายใจ ในขณะที่เดียวกันบุตรหลานก็รู้สึกอบอุ่นใจที่มีผู้สูงอายุคอยเป็นที่ปรึกษาในฐานะที่ผ่านประสบการณ์ต่างๆ มามากกว่า ทำให้การอยู่ร่วมกันระหว่างผู้สูงอายุและบุตรหลานจึงเป็นความอบอุ่นใจด้วยกันทั้งสองฝ่าย

การวิจัยของ Yin, Zhou และ Bashford (2002: 203) พบว่าร้อยละ 80.3 ของผู้ให้การดูแลอาศัยอยู่ในครัวเรือนเดียวกับผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแล สำหรับ Shyu (2002: 117) พบว่าผู้ดูแลที่มีอายุน้อยกว่าจะมีความสัมพันธ์กับผู้ได้รับการดูแล (ผู้สูงอายุ) ดีกว่าผู้ดูแลที่มีอายุมากกว่า แหล่งของการให้การดูแลที่ต่างกันจะมีความสัมพันธ์การให้การดูแลที่แตกต่างกัน และกระบวนการหาจุดสัมผัสของผู้ดูแลที่ต่างกันจะมีความสัมพันธ์กับผู้ได้รับการดูแลต่างกัน อีกทั้ง Benbo (2002: 120) พบว่าความสำเร็จของระบบในอนาคตต้องการการสนับสนุนจากสังคมมากขึ้น รวมถึงจรรยาบรรณและความใส่ใจของผู้คนในชาติ การประกันสังคม การบริการข้อมูล การบริการด้านการพักผ่อนหย่อนใจ การช่วยเหลือทางการเงินจากรัฐบาล รวมถึงการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้สูงอายุในชุมชนโดยองค์กรพัฒนาเอกชน/องค์กร อย่างไม่หวังผลกำไร และการวิจัยของ Chan (2002: 123) พบว่าจากข้อมูลการทดลองในไต้หวัน ความเชื่อมั่นจากการสนับสนุนจากครอบครัวก่อนและหลังโปรแกรมเบี้ยบำนาญผู้สูงอายุ/เงินเลี้ยงชีพผู้สูงอายุ แสดงให้เห็นว่าการมีเบี้ยบำนาญผู้สูงอายุทำให้ผู้สูงอายุลดความพึ่งพาอาศัยการช่วยเหลือจากทางครอบครัวลง แต่การค้นพบในประเทศสิงคโปร์ยังไม่ค่อยจะชัดเจนนัก แม้ในประเทศสิงคโปร์จะมีกองทุนเลี้ยงชีพกลางตั้งแต่ พ.ศ. 2498 แต่ก็มีเพียงร้อยละ 2-3 ของผู้สูงอายุเท่านั้นที่ยืดการออมกับกองทุนเลี้ยงชีพเป็นฐานรายได้หลัก ส่วนใหญ่

ยังพึ่งพาบุตรหลานเป็นแหล่งช่วยเหลือทางเศรษฐกิจในยามสูงวัย และการวิจัยของ McGilton, (2002: 13-21) พบว่าผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุสามารถสร้างความสัมพันธ์อันดีกับผู้สูงอายุที่ตนดูแลอยู่ได้ โดยที่ผู้ดูแลควรทำตัวให้เป็นที่น่าไว้วางใจ ให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุ และมีวิถีดูแลที่สม่ำเสมอ

ผลการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สามารถนำไปตั้งสมมุติฐานได้ว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการเกื้อหนุนน่าจะมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับการเกื้อหนุน

อีกทั้งแนวทางการพัฒนาการได้รับการเกื้อหนุน บุตรเป็นบุคคลสำคัญที่จะให้การเกื้อหนุน ผู้ที่ดูแลผู้สูงอายุควรให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุ ทำด้วยความเต็มใจและสม่ำเสมอ

2.3.2.3 การมีบทบาท

การมีบทบาท หมายถึง การทำตามบท, การร่ำตามบท, โดยปริยายหมายความว่า การทำหน้าที่ที่กำหนดไว้ เช่น บทบาทของพ่อแม่ บทบาทของครู (ราชบัณฑิตยสถาน, 2546: 602) สำหรับ Caldwell และ Hegner (1986: 53) กล่าวว่าบทบาทผู้สูงอายุเปลี่ยนไป และจากปฏิญญาผู้สูงอายุไทยที่กล่าวไว้ว่าผู้สูงอายุควรได้มีบทบาท และมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัว ชุมชน และสังคม (กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม, กรมประชาสงเคราะห์, กองสวัสดิการสงเคราะห์ 2542: 3) ซึ่งการยังคงซึ่งบทบาททำให้ผู้สูงอายุ ยังคงมีความภาคภูมิใจ รู้สึกว่าตนเอง ยังมีคุณค่าอยู่ ทำให้ส่งผลต่อสภาพจิตใจและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไทย

การวิจัยของกรีกส์คี้ บุญญานุพงษ์ และคณะ (2534: 461) พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุกับบุตรหลาน เน้นในความสัมพันธ์ซึ่งถึงสถานภาพความเป็น “ร่วมพิธีกรรมไทย” ของผู้สูงอายุเป็นสำคัญ ได้แก่ การให้ความเคารพนับถือและเชื่อฟัง การขอคำปรึกษาหารือในกรณีมีปัญหาหรือมีกิจกรรมต่างๆ ของบุตรหลาน พบว่าส่วนใหญ่แล้วคนชรา รู้สึกว่าบุตรหลานในครอบครัวยังให้ความเคารพนับถือและเชื่อฟังตนเองอยู่ และตนเองยังคงมีบทบาทที่สำคัญในการเป็นผู้อบรมสั่งสอน ให้คำแนะนำ รวมทั้งตัดสินใจในกรณีต่างๆ ที่เกิดขึ้นในครัวเรือน ดังพระราชนิพนธ์ของพระบาทสมเด็จพระมงกุฎเกล้าเจ้าอยู่หัวที่ว่า “เมื่อแก่เฒ่าหมายเจ้าช่วยรับใช้ เมื่อยามไข้หมายเจ้าเฝ้ารักษา เมื่อยามถึงวันตายวายชีวา หวังบุตรช่วยปิดตาเมื่อสิ้นใจ” อีกทั้งการวิจัยของศิริวรรณ ศิริบุญ และมาลินี วงษ์สิทธิ์ (2535: 58) พบว่าผู้สูงอายุที่ยังมีอำนาจทางเศรษฐกิจ ยังคงมีอำนาจและบทบาทการตัดสินใจในปัญหาสำคัญๆ ของครอบครัวในสัดส่วนที่ค่อนข้างสูง รวมทั้งการวิจัยของ Schroder-Butterfill (2002: 127) พบว่าผู้สูงอายุเป็นเสาหลักของครอบครัวในหลายๆ รุ่น และเป็นผู้ที่เพิ่มรายได้ให้กับครอบครัวที่ขาดแคลน โดยการทำงานไปจนกระทั่งอายุมาก (ทำงานจนแก่) ในผู้ที่มีรายได้จากเบี้ยบำนาญ/เงินเลี้ยงชีพวัยชรา รายได้เหล่านี้สามารถนำมาค้ำจุนครอบครัว ทรัพย์สินที่สะสมมาของผู้สูงอายุเหล่านี้ยังช่วยจุนเจือแก่คนรุ่นหลังให้สามารถมีเศรษฐกิจที่พึ่งพาตนเองได้ และประกันความเสี่ยงทางเศรษฐกิจ เช่น การว่างงาน การเจ็บป่วยและการไร้ความสามารถ ถ้าจะแบ่งครอบครัวออกเป็นสองรุ่น (รุ่นวัยหนุ่มสาว และรุ่นวัยสูงอายุ) ผู้สูงอายุยังมีความสำคัญมากต่อความมั่นคงของกลุ่มวัยหนุ่มสาว

ผลการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สามารถนำไปตั้งสมมุติฐานได้ว่าผู้สูงอายุที่ยังคงมีบทบาทมากน่าจะมีความหมายชีวิตดีกว่าผู้สูงอายุที่มีบทบาทน้อยหรือไม่มีบทบาท

อีกทั้งแนวทางการพัฒนาการมีบทบาท คือ การที่ผู้สูงอายุยังคงมีรายได้เป็นของตนเองโดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น

2.3.2.4 สภาพแวดล้อมที่บ้าน

นอกจากประเภทของครอบครัว การได้รับการเกื้อหนุนช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว และการยังคงมีบทบาทของผู้สูงอายุแล้ว สภาพแวดล้อมของที่พักอาศัย ก็เป็นตัวแปรสำคัญที่จะทำให้การดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุเป็นปกติสุขหรือไม่ เพราะผู้สูงอายุจะใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่ที่บ้าน หากผู้สูงอายุอยู่ในสภาพแวดล้อมของที่พักอาศัยดีก็จะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้ดีขึ้นตามไปด้วย Hegner, Caldwell และ Needham (1994: 250-268); Scheidt และ Windley (1998) สรุปได้ว่าการจัดสิ่งแวดล้อมของที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุต้องมีความปลอดภัย สะอาด สะดวก และสบาย

การวิจัยของลัดดา เกียมวงศ์, วันทนา มณีศรีวงศ์กุล และสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (2544: 51) กล่าวว่าสำหรับประเทศไทยมีผลการศึกษาระดับชาติ พบว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีไฟฟ้าใช้ภายในบ้านและผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในบ้านทรงไทยหรือกระท่อม จะมีความสัมพันธ์กับการเกิดหกล้ม ทั้งนี้อาจเนื่องจากบ้านในลักษณะดังกล่าวส่วนใหญ่จะปลูกสร้างมานาน ลักษณะภายในบ้านจะเป็นแบบดั้งเดิม กล่าวคือพื้นบ้านเป็นไม้ที่ต่างระดับ มีธรณีประตู จะต้องขึ้นลงโดยใช้ทางขึ้นบ้านหรือบันได และแสงสว่างภายในบ้านไม่เพียงพอ ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของนาฏ พองสมุทร (2544: 100) เรื่องการออกแบบสภาพแวดล้อมและที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งมีข้อเสนอแนะสำหรับที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุ ดังนี้

- ควรเป็นบ้านชั้นเดียว มีบริเวณเดินออกกำลังกายหรือทำกิจกรรมต่างๆ
- หากเป็นบ้านหลายชั้น ควรให้ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ชั้นล่างเพื่อหลีกเลี่ยงการใช้บันได
- รื้อถอนธรณีประตูเพื่อป้องกันการสะดุดล้ม และเพื่อความสะดวกในการใช้รถเข็น
- บันไดควรมีราวจับเกาะ หรืออาจเป็นไปได้อาจทำทางลาดพร้อมราวจับเกาะ
- ปรับปรุงห้องน้ำ ห้องส้วม ให้มีความเหมาะสมกับการใช้สอย เช่น พื้นห้องน้ำต้องแห้งเสมอ ปูกระเบื้องที่ไม่ลื่น เพื่อป้องกันการลื่นหกล้ม

- ประตูห้องน้ำเป็นแบบเปิดออกสู่ภายนอก เพื่อที่เมื่อเวลาประสบเหตุ ผู้ช่วยเหลือสามารถเข้าถึงตัวได้โดยไม่ติดตัวผู้สูงอายุที่ขวางประตูอยู่ ประตูห้องน้ำอาจออกแบบให้กว้างพอที่รถเข็น (wheelchair) จะเข็นเข้าไปได้

- ปรับปรุงส้วมแบบนั่งยองๆ เป็นแบบชักโครกหรือมีที่นั่งต่อขาครอบสวมแบบเดิม เพื่อให้ผู้สูงอายุอุกนั่งได้โดยสะดวก หรืออาจทำราวยึดเกาะเวลาจะลุกขึ้นยืน

- จัดให้มีแสงสว่างเพียงพอในห้องพัก ตามทางเดินในบ้าน โดยทางเดินควรกว้างพอเดินสะดวก และอาจมีราวยึดเกาะ

- แสงสว่างที่ใช้ควรเป็น indirect lighting เพราะ direct lighting จะทำให้เกิดภาพพร่ามัวของนัยตาผู้สูงอายุ

- เฟอร์นิเจอร์ โซฟา เก้าอี้ ที่ใช้ควรมีเบาะนั่งที่แข็งและสูงกว่าธรรมดา จะช่วยให้ผู้สูงอายุลุกขึ้นได้สะดวกกว่า

- ควรใช้สีที่แตกต่างเพื่อให้สังเกตเห็นได้ในบริเวณที่มีความแตกต่างของระดับ เช่น บันได ทางลาด

- หากเป็นไปได้อาจติดตั้งปุ่มกดขอความช่วยเหลือ (emergency call switch) ไว้ในห้องน้ำที่ผู้สูงอายุใช้ประจำ โดยติดตั้งสูงกว่าพื้น 24 นิ้ว

- ปัจจุบันอุปกรณ์ช่วยเหลือในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ (assistive devices) เริ่มมีแพร่หลายมากขึ้นในประเทศไทย การเลือกใช้อุปกรณ์ที่เหมาะสมกับสภาพความเสื่อมถอยของร่างกายจะช่วยให้สามารถดำรงชีวิตด้วยตนเอง (independent living) ได้ยาวนานขึ้น

จากการวิจัยของ รณรุทธ์ บุตรแสนคม (2540: 2-3) เกี่ยวกับด้านที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุ พบว่า ร้อยละ 83.78 อาศัยบ้านที่สร้างแข็งแรงค้ำแดดค้ำฝนได้และให้ความปลอดภัย ร้อยละ 63.97 มีที่เก็บน้ำฝนใช้ตลอดปี รองลงมา ร้อยละ 34.68 มีบ่อน้ำที่ใช้ประจำหมู่บ้าน ร้อยละ 74.33 มีส่วนอยู่ในบริเวณบ้าน รองลงมา ร้อยละ 23.42 อยู่ในตัวบ้าน ร้อยละ 84.68 บริเวณบ้านมีขยะมูลฝอยบ้าง ร้อยละ 55.86 บริเวณบ้านมีแอ่งน้ำโสโครกขังและและ รองลงมา ร้อยละ 43.69 ไม่มีน้ำขัง ร้อยละ 77.48 มีห้องน้ำอยู่ในบริเวณบ้าน ร้อยละ 55.41 มีการจัดแบ่งเนื้อที่ใช้สอยภายในบ้านแบบปะปนกันไม่ค่อยมีระเบียบ รองลงมา ร้อยละ 40.99 แบ่งออกเป็นสัดส่วนกัน ร้อยละ 57.66 บริเวณบ้านมีการเลี้ยงสัตว์และมีมูลสัตว์ อีกทั้งการวิจัยของ Dickinson และ McLain-Kark (1998 อ้างถึงใน Futrell และ Melillo, 2002: 14-22) การทำให้ผู้สูงอายุใช้ประตุน้อยลงอาจทำได้โดยหาผ้ามาคลุมตรงกลอนประตูและอนุญาตให้เดินได้เฉพาะทางเดินที่ไม่มีประตู นอกจากนี้ประตูต่างๆ ควรเป็นกุญแจนิรภัย หรือที่เปิดไขเองได้ยาก รวมทั้งการวิจัยของ Gitlin และ Corcoran, (1996 อ้างถึงใน Futrell และ Melillo, 2002: 14-22) พบว่าผู้ดูแลและช่วยระวังเรื่องความปลอดภัยของผู้สูงอายุได้โดยเก็บสิ่งของที่ระเกะระกะออก ห้ามผู้สูงอายุใช้เครื่องมือเครื่องใช้ต่างๆ และใช้กุญแจถือคณิรภัย และการวิจัยของ Bair, Toth, Johnson, Rosenberg, และ Hurdle, 1999; Dickinson และ McLain-Kark, (1998 อ้างถึงใน Futrell และ Melillo, 2002: 14-22) กล่าวว่าควรปรับปรุงที่พักอาศัยของผู้สูงอายุหลายเรื่องจะได้ผลดีกว่าปรับปรุงเพียงเรื่องเดียว เช่น ประตูทางออกควรมีล๊อคที่ปลอดภัย ไม่มีทางออกหลายที่ ทางเดินมีแสงสว่างไม่มากนัก อาจทำเป็นรูปภาพหรือสัญลักษณ์แทนตัวอักษรติดตามสถานที่ที่ต้องการบอกหรือเตือนผู้สูงอายุ เป็นต้น

ผลการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สามารถนำไปตั้งสมมุติฐานได้ว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในสภาพแวดล้อมที่บ้านดีน่าจะมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในสภาพแวดล้อมที่บ้านไม่ดี

2.3.3 ปัจจัยทางชุมชน

ชุมชน หมายถึง กลุ่มคนที่มีความเกี่ยวพันกัน และมีการติดต่อสื่อสารเกี่ยวข้องกันอย่างเป็นปกติต่อเนื่อง อันเนื่องมาจากการอยู่ในพื้นที่ร่วมกัน หรือการมีอาชีพร่วมกัน หรือการประกอบกิจกรรม ซึ่งมีวัตถุประสงค์ร่วมกัน หรือมีวัฒนธรรม ความเชื่อ ความสนใจร่วมกัน (ธีรพงษ์ แก้วหาญ 2543: 19) ปัจจัยทางชุมชนเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ดังทฤษฎีกิจกรรม ผู้สูงอายุ ดังกล่าวมาแล้ว อีกทั้ง United Nations (1995: 12-13) เสนอแนะว่าชุมชนควรค้นหาผู้สูงอายุที่ยากจนต้องการความช่วยเหลือเพื่อสนับสนุนหรือส่งต่อให้ประชาสังคมสงเคราะห์ อีกทั้งควรขยายกองทุน กลยุทธ์ใหม่ควรพัฒนาโครงการต่างๆ เพื่อให้ครอบคลุมกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชน มีผู้กล่าวว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนมีทั้งภาวะ โรคเรื้อรังและข้อจำกัดทางด้านการทำงานของร่างกาย ส่วนใหญ่เมื่อเกิดการเจ็บป่วยไปหาแพทย์ที่คลินิก ทั่วๆ ที่โรงพยาบาลก็พยายามจัดบริการที่หลากหลาย ซึ่งแนวคิดที่สำคัญควรเน้นที่ชุมชนเป็นฐาน (Calkins et al 1999: 139) อีกทั้ง Do-Le และ Raharjo (2002: 15-16) กล่าวว่าชุมชนจะเป็นปึกแผ่นได้ขึ้นอยู่กับความร่วมมือของสมาชิกชุมชน การสนับสนุน และความตระหนักจากสังคมทุกระดับ อีกทั้งลักษณะทางอายุ เพศ และเศรษฐกิจสังคม รวมทั้งควรมีอาสาสมัครที่พัฒนาและประสานงานอย่างมีประสิทธิภาพ โดยการฝึกอบรม สัมมนา และให้โอกาสศึกษาต่อเพื่อสร้างแรงจูงใจในการเป็นผู้นำสังคมและเกิดความมั่นคงในชุมชน ถึงแม้จะมีการศึกษาเรื่องชุมชนกับผู้สูงอายุเป็นจำนวนมากคล้ายกับเรื่องครอบครัวของผู้สูงอายุ แต่ผู้ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรของปัจจัยทางชุมชนกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยตรงมีจำนวนไม่มาก ซึ่งผลจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัย มีดังนี้

2.3.3.1 การมีกิจกรรม

กิจกรรม หมายถึงการที่ผู้เรียนปฏิบัติอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อการเรียนรู้ สำหรับกิจวัตร หมายถึงกิจที่ทำเป็นประจำ (ราชบัณฑิตยสถาน, 2546: 126) สำหรับ Phillips และ Penhale (1996: 28); Miller (1991: 121-201) ได้กล่าวว่านโยบายของรัฐบาลในชุมชนควรเน้น multidisciplinary assessment/working และการบริหารจัดการเรื่องการดูแล อีกทั้ง Ory และ Bond (1989: 69-71) ได้กล่าวถึงการวิจัยในอนาคตเกี่ยวกับการให้บริการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุว่าควรมีการศึกษาระยะยาวเกี่ยวกับพฤติกรรม และศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีลักษณะหลากหลาย ศึกษาทั้งตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม การบริการทางการแพทย์มีความสำคัญ ควรจัดบริการให้มีทั้งแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการและควรมีการประกาศต่างๆ ถึงนโยบายการดูแลสุขภาพด้วย รวมทั้ง Miller (1991: 121-201) ได้อธิบายถึงโมเดลทางสังคมโดยใช้ชุมชนเป็นฐานว่าต้องมองหลายๆ ด้าน ส่วนการวางแผนนโยบายและโครงการเป็นความจำเป็นพื้นฐานและเป็นกรอบการทำงานสำหรับการตัดสินใจ (Green และ Kreuter, 1991; Frankish และ Green, 1994; Mackenbach et al., 1994 อ้างถึงใน Frankish, Milligan และ Reid, 1998: 287-301) อีกทั้งมีผู้กล่าวว่า การออกกำลังกาย การทำงาน และรูปแบบการทำกิจวัตรประจำวันมีความสัมพันธ์กับอายุ และทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการทำงานของหัวใจ ความแข็งแรง

และการยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อ ระบบประสาท และความแข็งแรงของกระดูก (Kart, Metress, E. K. และ Metress, S. P., 1992: 288-289) การให้บริการที่จำเป็นสำหรับการฟื้นฟูสภาพของผู้สูงอายุเป็นสิ่งจำเป็นมาก (Squires, 1996: 236-294) อีกทั้งความต้องการให้มีบริการสุขภาพเพิ่มขึ้น ซึ่งรัฐบาลต้องเตรียมรับปัญหาและวิทยาการของการแพทย์ใหม่ๆ และงบประมาณสำหรับผู้สูงอายุ (World Bank, 1994: 2)

การวิจัยของภัสสร ติมานนท์ และคณะ (2535: 26-28) พบว่าในการพิจารณาวางแผนเพื่อกำหนดทิศทางในอนาคตด้านสุขภาพและสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ อาจต้องพิจารณาจากสองปัจจัยสำคัญคือ ประการแรก ควรจะต้องพิจารณาจากเนื้อหาของนโยบายและแผนงาน รวมทั้งโครงการที่มีอยู่ และประการที่สอง ควรต้องคำนึงถึงสถานการณ์ด้านเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม ที่มีการเปลี่ยนแปลงไปด้วย อีกทั้งกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม กรมประชาสงเคราะห์ กองสวัสดิการสงเคราะห์ (2537: 27) วิจัยพบว่าการทำงานเชิงรุกจะสามารถทราบปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการได้อย่างใกล้ชิด อันจะนำไปสู่การแก้ปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ ตรงกับความต้องการของผู้รับบริการซึ่งเป็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตเพื่อให้ผู้รับบริการสามารถพึ่งพาตนเองได้ในที่สุดด้วย ซึ่งสอดคล้องกับสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ (2537: 7) อธิบายว่าการบริการชุมชน (community base care) แบบบูรณาการที่มีการสอดคล้องประสานทั้งการบริการสุขภาพและสังคม มีความจำเป็นและมีแนวโน้มที่จะต้องเกิดขึ้นในอนาคต และการวิจัยของกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม กรมประชาสงเคราะห์ กองการวิชาการและแผนงาน (2538: 95) พบว่าการจัดสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุในรูปแบบของศูนย์บริการทางสังคมผู้สูงอายุ ได้ให้ข้อเสนอแนะที่น่าสนใจว่า ควรส่งเสริมและสนับสนุนให้ศูนย์บริการมีบทบาทในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อให้ชีวิตในช่วงสุดท้ายของผู้สูงอายุมีความหมายมากที่สุด

การวิจัยของบรรลุ ศิริพานิช และคณะ (2539: 16-18) พบว่าลักษณะการจัดกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ ควรเน้นกิจกรรมที่จะช่วยทำให้ผู้สูงอายุนั้นอยู่ในครอบครัวของตน และสังคมได้อย่างมีความสุข เช่น กิจกรรมด้านสุขภาพ กิจกรรมด้านการศึกษาตามความสมัครใจและความถนัด กิจกรรมนันทนาการ กิจกรรมด้านวัฒนธรรม กิจกรรมด้านศาสนา กิจกรรมด้านการเผยแพร่ความรู้ กิจกรรมด้านการพัฒนาสังคม กิจกรรมการทัศนศึกษานอกสถานที่ กิจกรรมด้านการฝึกหัดอาชีพ และกิจกรรมอื่นๆ เช่น การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเป็นครูสอนพิเศษ การประพันธ์บทเพลงและนวนิยาย การออกแบบและตกแต่งเสื้อผ้า อีกทั้งการวิจัยของศิริวรรณ ศิริบุญ และบุศริน บางแก้ว (2540: 251-268) พบว่าการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของผู้สูงอายุ พบว่ามีผู้สูงอายุเพียงร้อยละ 15 เท่านั้นที่ไม่เคยร่วมงานใดๆ ของชุมชนเลยในรอบปีที่ผ่านมา ประเด็นที่น่าสนใจคือ เกือบร้อยละ 70 ของผู้สูงอายุรายงานว่าร่วมงานหรือร่วมกิจกรรมที่จัดขึ้นในชุมชนบ่อยครั้ง โดยร้อยละ 40 รายงานว่าร่วมงานของชุมชนบ่อยมากหรือร่วมงานอย่างสม่ำเสมอ ผู้สูงอายุชายมีแนวโน้มที่จะร่วมงานของชุมชนเป็นสัดส่วนที่สูงกว่าผู้สูงอายุหญิง ระดับความบ่อยครั้งของการร่วมงานของชุมชนแปรผันเป็นปฏิภาคกันกับอายุของผู้สูงอายุ ระดับและความบ่อยครั้งของการร่วมงานของชุมชนแปรผันตามระดับการศึกษา

ความต่างทางด้านอาชีพไม่ได้ก่อให้เกิดความแตกต่างในเรื่องของระดับ และความบ่อยครั้งของการร่วมกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่ประเมินภาวะสุขภาพของตนเองว่ายังมีสุขภาพดีและแข็งแรง จะร่วมงานของชุมชนเป็นสัดส่วนที่สูงกว่าผู้สูงอายุที่รายงานว่าตนเองมีสุขภาพไม่ดีหรืออ่อนแอ

การวิจัยของมาลินี วงษ์สิทธิ์ และศิริวรรณ ศิริบุญ (2541: 48) พบว่าผู้สูงอายุมีสัดส่วนน้อยมากที่รายงานถึงบริการที่มีในชุมชน มีเพียงร้อยละ 20 ของผู้สูงอายุที่รายงานว่ามีการรักษาพยาบาลในชุมชน ส่วนบริการที่ผู้สูงอายุต้องการให้มีในหมู่บ้านหรือชุมชนนั้น ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ในชนบทและเมืองมีร้อยละที่ต้องการการตรวจสุขภาพมากที่สุด รองลงมาคือต้องการศูนย์บริการทางสังคม และมีส่วนน้อยที่ต้องการการฝึกอบรม รวมทั้งเกริกศักดิ์ บุญญาอนุพงศ์ (2541: 9) วิจัยในพื้นที่หลายๆ แห่งทั่วประเทศ พบว่าผู้สูงอายุยังมีศักยภาพในการทำงานเพื่อครอบครัวและสังคม แม้ว่าผู้สูงอายุส่วนหนึ่งจะมีปัญหาด้านสุขภาพร่างกายที่เป็นข้อจำกัดในการทำงาน แต่ความสามารถ สติปัญญาและประสบการณ์ที่สะสมมาในอดีต เป็นสิ่งที่มีคุณค่าแก่สังคมปัจจุบัน และโดยเฉพาะอย่างยิ่งกับอนุชนคนรุ่นใหม่ในสังคม การเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้ใช้ความสามารถ ประสบการณ์ ตามศักยภาพที่ผู้สูงอายุแต่ละท่านมีอยู่ทำงานให้แก่สังคม ซึ่งมีใช้เป็นเพียงการช่วยฟื้นฟูสุขภาพร่างกาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านจิตใจผู้สูงอายุเท่านั้น หากแต่ยังเป็นประโยชน์แก่สังคมปัจจุบันเป็นอย่างยิ่ง นอกจากนี้มาลินี วงษ์สิทธิ์, ศิริวรรณ ศิริบุญ และอัจฉรา เอ็นซ์ (2541: 7-8, 123) รวบรวมความคิดเห็นของประชากรกลุ่มเข้าสู่วัยสูงอายุ กลุ่มคนหนุ่มสาวและผู้นำชุมชน พบว่าทุกกลุ่มต้องการให้จัดตั้งศูนย์บริการที่วัด ซึ่งเป็นศูนย์กลางหมู่บ้าน กิจกรรมที่ควรให้มีในศูนย์ก็คือ กิจกรรมกายภาพบำบัด กิจกรรมหารายได้ เมื่อแยกเป็นรายจังหวัด พบว่ากรุงเทพมหานคร ต้องการกิจกรรมการตรวจสุขภาพ/การรักษา จังหวัดเชียงใหม่ต้องการกิจกรรมหารายได้/อาชีพเสริมรายได้ จังหวัดขอนแก่นต้องการกิจกรรมหารายได้/อาชีพเสริมรายได้ และจังหวัดสุพรรณบุรีต้องการกิจกรรมหารายได้/อาชีพเสริม รายได้พอๆ กับกิจกรรมการตรวจสุขภาพ/การรักษาพยาบาล สำหรับการวิจัยของวิจัยของเกริกศักดิ์ บุญญาอนุพงศ์ (2541: 126) พบว่าการบริการทางสังคมที่ผู้สูงอายุต้องการ ประกอบด้วยบริการใน 4 เรื่องใหญ่ๆ คือ บริการรักษาสุขภาพ บริการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย บริการด้านส่งเสริมรายได้ และบริการสันตนาการต่างๆ

การวิจัยของประสิทธิ์ ธีระพันธ์ และ เพ็ญประภา ศิริโรจน์ (2542: 18) ศึกษาวิจัยสถานการณ์และแนวทางการพัฒนารูปแบบชมรมผู้สูงอายุ พบว่าชมรมผู้สูงอายุประมาณครึ่งหนึ่ง ได้แสดงให้เห็นว่ามีศักยภาพที่จะพัฒนาต่อไปได้ดี ด้วยพื้นฐานจากประสบการณ์การทำงาน หรือความพร้อมและความตั้งใจของผู้นำชมรมแห่งนี้มีความหลากหลายของรูปแบบการดำเนินงาน

ในส่วนขององค์กรภาครัฐควรที่จะให้การสนับสนุนหรือทำหน้าที่เป็น “พี่เลี้ยง” ไประยะหนึ่ง โดยเฉพาะการให้การสนับสนุนความรู้และงบประมาณจนกว่าคนในชุมชนจะมีความเข้มแข็ง และมีการพัฒนาศักยภาพที่ดีพอที่จะบริหารจัดการองค์กรของชุมชนได้ด้วยตนเอง ส่วนบทบาทของชุมชนที่มีต่อผู้สูงอายุคือ การสร้างจิตสำนึก และพัฒนาศักยภาพของคนในชุมชนด้วยการจัดกิจกรรม และบริการสำหรับผู้สูงอายุโดยดึงเอาบุคคลและทรัพยากรต่างๆ ที่มีอยู่ในชุมชนมาใช้โดยอาจประสาน

ความร่วมมือกับองค์กรทั้งภาครัฐและเอกชน เพื่อแก้ไขปัญหาและตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุในชุมชนโดยตรง (มาลินี วงษ์สิทธิ์, 2544: 9) อีกทั้งการวิจัยของกรรณิการ์ พงษ์สนธิ และคณะ (2544: 20-25) โดยการเยี่ยมบ้านและอบรมแกนนำกลุ่มในการดูแลผู้สูงอายุ พบว่าบางรายไม่สามารถดูแลผู้สูงอายุได้อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอด้วยเหตุผลหลายประการได้แก่ ผู้สูงอายุในกลุ่มขาดการเชื่อถือในความสามารรถและความรู้ด้านสุขภาพและโรคที่เป็นอยู่จากบุคลากรทางการแพทย์หรือเป็นเพราะมีแพทย์ประจำตัวอยู่แล้ว นอกจากนี้อุปกรณ์ที่ใช้ในการประเมินสุขภาพมีไม่เพียงพอและการวิจัยของสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (2544ก: 67-79) ได้ทำโครงการบริการแบบบูรณาการ ในชุมชนแก่ผู้สูงอายุซึ่งประกอบด้วยบริการทั้งทางด้านสุขภาพและสังคม โดยครอบคลุมทั้งการส่งเสริมการป้องกัน การรักษา และการฟื้นฟู ทั้งนี้ในกระบวนการบริการได้เน้นรูปแบบการบริการระดับปฐมภูมิที่แทรกรวมกับชุมชน และประสานงานกับหน่วยงานหรือองค์กรต่างๆ ทั้งภาครัฐ และเอกชน การบริการของโครงการเน้นการให้กิจกรรมและบริการ โดยไม่คิดมูลค่าโดยมุ่งให้ชุมชนมีส่วนในการพึ่งพาตนเอง จึงไม่มีนโยบายแจกยาหรืออุปกรณ์ใดๆ เพื่อป้องกันไม่ให้ชุมชนมีการพึ่งพาเกินขอบเขต ในขณะเดียวกันเป็นการเสริมสร้างให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม

สำหรับ Krasnova (2000: 301) พบว่าในขณะนี้ยังไม่สามารถสรุปโครงสร้างสังคมสงเคราะห์ที่มีต่อผู้สูงอายุได้ แต่สรุปได้ว่าผู้สูงอายุคาดหวังอย่างแรกของพวกเขากับกลุ่มคนที่เคยให้ความช่วยเหลือ ดังนั้นกลุ่มนักสังคมสงเคราะห์ซึ่งเคยให้ความช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้สูงอายุเหล่านี้จึงเป็นกลุ่มคนแรกๆ ที่อยู่ในความหวังของผู้สูงอายุ จากนั้นก็คือรัฐบาลซึ่งเป็นผู้จ่ายเบี้ยบำนาญ/เงินเลี้ยงชีพผู้สูงอายุ หากผู้สูงอายุได้พบปะกับเพื่อนฝูงบ่อยๆ และช่วยเหลือซึ่งกันและกันเองได้ก็น่าจะเป็นการดี การวิจัยของ Hawranik และ Pangman (2002: 38-44) มีการกำหนดขอบเขตของศูนย์ อยู่ดีมีสุข ไว้ว่าให้มุ่งเน้นที่ 4 ด้าน คือ การบริการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม การระวังไม่ให้ผู้สูงอายุหกล้ม การใช้ยารักษาโรคอย่างปลอดภัย และการเสริมสร้างสุขภาพจิต การวิจัยของ Colling และ Buetmer (2002: 16-20) โครงการขอให้ง่ายๆ (simple please project) ประกอบด้วยการออกแบบและผลิตรายการเพื่อสันตนาการโดยหวังผลต่ออวัยวะที่เกี่ยวกับการเคลื่อนไหวและประสาทสัมผัส ผู้ทำงานเป็นเจ้าหน้าที่ อาสาสมัคร และครอบครัวของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานดูแลนั้น ทำให้เกิดการไปเยี่ยมผู้สูงอายุบ่อยขึ้น ผู้สูงอายุได้เข้าสังคมมากขึ้น ลดความเบื่อหน่าย ลดพฤติกรรมที่จะต้องกระตุ้นตัวเอง และลดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ การวิจัยของ Stoddart et al. (2002: 348-360) การค้นพบนี้ยืนยันถึงความสำคัญของนโยบายที่มุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ และมีเป้าหมายไปที่การให้บริการผู้ที่มีอายุมากกว่า 85 ปี หรือในทางปฏิบัติกล่าวได้ว่าการดูแลขั้นปฐมภูมิแก่ผู้สูงอายุที่อายุเกิน 75 ปี โดยการตรวจสุขภาพ ได้แก่ การตรวจสอบความสามารถในการเคลื่อนไหว ตรวจสอบสิ่งแวดล้อมทางสังคม สภาวะจิตใจ สภาวะร่างกาย รวมทั้งการควบคุมตัวเอง การทำงานของประสาทสัมผัส และการใช้ยา จะเปิดโอกาสให้รู้จักจ่ายต่างๆ ของการบริการผู้สูงอายุตามบ้านว่าการบริการที่ดีมีอะไรบ้าง และเป็นการเริ่มต้นเข้าไปชี้แนะได้อย่างเหมาะสม การวิจัยของ Hoad (2003: 239-246) สิ่งที่ค้นพบนี้

มีความเกี่ยวข้องกับจำนวนอันจำกัดของกรณีศึกษา และเกี่ยวข้องกับขอบเขตของการดูแลโดยบุคลากรทางการแพทย์ งานที่ต้องจ้างคนทำให้และการดูแลอย่างไม่เป็นทางการ สรุปว่าวิธีที่จะกำหนดขอบเขตเหล่านี้และชี้แจงไว้ นอกจากจะขึ้นอยู่กับข้อจำกัดทางกฎหมายและนโยบายระดับรัฐบาลแล้ว ยังขึ้นอยู่กับอำนาจต่อรองในระดับท้องถิ่นระหว่างองค์กรต่างๆ กับแต่ละบุคคลอีกด้วย ประเด็นที่หยิบยกขึ้นมานี้มีความสำคัญทั้งต่อการค้นคว้าวิจัยในสาขานี้และต่อใครก็ตามที่กำลังวางแผนโครงการที่คล้ายคลึงกันนี้

ผลการทบทวน เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สามารถนำไปตั้งสมมติฐานได้ว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนที่มีการจัดกิจกรรม น่าจะมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนที่ไม่มีการจัดกิจกรรม อีกทั้งแนวทางการพัฒนาการมีกิจกรรมในชุมชน พอสรุปได้ว่า ผู้เกี่ยวข้องควรทำงานเชิงรุก ทราบตัวอย่างประเภทของกิจกรรม สถานที่ที่จะจัดกิจกรรม ถ้าจัดกิจกรรมในชุมชนผู้สูงอายุจะให้ความร่วมมือ รวมทั้งเพศ อายุ และสุขภาพ เป็นตัวบ่งชี้ในการมาร่วมกิจกรรมที่ต่างกัน ส่วนบทบาทของชุมชน คือการสร้างจิตสำนึก การพัฒนาศักยภาพของคนในชุมชน การดึงเอาบุคคลและทรัพยากรมาก่อให้เกิดประโยชน์ การดำเนินงานระดับท้องถิ่น รวมไปถึงนโยบายของรัฐบาลเป็นสิ่งสำคัญ

2.3.3.2 สิ่งแวดล้อม

สิ่งแวดล้อม หมายถึง สิ่งต่างๆ ทั้งทางธรรมชาติ และทางสังคมที่อยู่รอบๆ มนุษย์ที่มีทั้งดีและไม่ดี (ราชบัณฑิตยสถาน, 2545: 1191) สำหรับการวิจัยในครั้งนี้ สนใจลักษณะทางกายภาพและชีวภาพที่อยู่รอบตัวมนุษย์ซึ่งเกิดขึ้น โดยธรรมชาติและสิ่งที่มีมนุษย์ได้ทำขึ้น การวิจัยของลัดดา เทียมวงศ์, วันทนา มณีศรีวงศ์กุล และสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (2544: 51) พบว่าสภาพแวดล้อมรอบๆ บ้านที่ไม่ปลอดภัย เช่น ทางเดิน คุชตอง และการปลูกสร้างบ้านในแหล่งทุรกันดาร มีความสัมพันธ์กับการเกิดการหกล้มของผู้สูงอายุ รวมทั้งการวิจัยของ Whall (2002: 21-23) ทฤษฎีสิ่งแวดล้อมทางธรรมชาติ (Natural Environment – NE) กล่าวไว้ว่าการปรับแต่งสภาพแวดล้อมของมนุษย์ให้มีการรวมเอาประสบการณ์ทางธรรมชาติหลายๆ อย่างเข้าไว้ด้วย จะช่วยให้ผู้สูงอายุที่ป่วยวิกฤตมีอาการสงบลงได้ การวิจัยของ Muller-Buhl et al. (2003: 36-40) พบว่าคุณภาพชีวิตไม่ได้มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับทั้งตัวเลข ค่าของกราฟหลอดเลือด (angiogram) และค่าความดันโลหิต systolic บริเวณตาตุ่มหรือดัชนี brachial บริเวณตาตุ่มแต่อย่างใด แต่ในผู้ป่วยที่เดินไม่ปกติมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับกิจกรรมที่เป็นมาตรวัดคุณภาพชีวิต ได้แก่ ความเจ็บปวดและสถานภาพการทำงานของร่างกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$)

ผลการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สามารถนำไปตั้งสมมติฐานได้ว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนที่มีสิ่งแวดล้อมดี น่าจะมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนที่มีสิ่งแวดล้อมไม่ดี

2.3.3.4 ข้อมูลข่าวสาร

ข้อมูลข่าวสาร หมายถึง สิ่งที่สื่อความหมายให้รู้เรื่องราวข้อเท็จจริง ข้อมูลหรือสิ่งใดๆ ไม่ว่าจะสื่อความหมายนั้นจะทำได้โดยสภาพของสิ่งนั้นเองหรือโดยผ่านวิธีการใดๆ และ

ไม่ว่า จะได้จัดทำไว้ในรูปของเอกสาร เพิ่ม ราชงาน หนังสือ แผ่นผัง แผนที่ ภาพวาด ภาพถ่าย ฟิล์ม การบันทึกภาพหรือเสียง การบันทึกโดยเครื่องคอมพิวเตอร์ หรือวิธีอื่นใดที่ทำให้ สิ่งที่บันทึกไว้ปรากฏได้ (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กองนิติการ, 2543: 1)

ข้อมูลข่าวสารมีความสำคัญสำหรับผู้สูงอายุมาก ทำให้ผู้สูงอายุทันต่อเหตุการณ์ต่างๆ เช่น สิทธิในการรักษาพยาบาลฟรีสำหรับผู้สูงอายุ จะต้องไปติดต่อทำบัตรที่ไหน อาหารที่มีประโยชน์สำหรับผู้สูงอายุ ข่าวสารบ้านเมือง และอื่นๆ และเมื่อผู้สูงอายุพบผู้อื่นก็สามารถแลกเปลี่ยนหรือแสดงความคิดเห็นถึงข่าวสารเหล่านั้นได้ ซึ่ง Longino และ Murphy, (1995: 159-160) กล่าวไว้ว่าการกระทำใดๆ ควรมาจากประชาชน อีกทั้งประชาชนควรมีประชาธิปไตยในการได้ข้อมูลข่าวสาร นั่นคือผู้สูงอายุควรมีโอกาสเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร

จากการวิจัยของศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ (2540: 42-43) พบว่าผู้สูงอายุยังคงมีความสนใจต่อข่าวสารต่างๆ อย่างสม่ำเสมอ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้รับข่าวสารต่างๆ ได้แก่ ข่าวทางราชการ การเมือง การปกครอง ข่าวกีฬา ข่าวการแพทย์ และข่าวอื่นๆ จากโทรทัศน์มากที่สุด ทั้งนี้ผู้สูงอายุจะชมโทรทัศน์อย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง รองลงมาจะได้รับข่าวสารจากวิทยุ นอกจากนี้สื่อที่สำคัญที่มีบทบาทในการเกื้อหนุนด้านข้อมูลข่าวสารแก่ผู้สูงอายุ อีกลักษณะหนึ่งนั้น ได้แก่ การสนทนาพูดคุยกันระหว่างผู้สูงอายุและบุคคลอื่นๆ ในครอบครัว และในชุมชน เรื่องที่สนทนาก็จะเริ่มจากเรื่องใกล้ตัวคือสุขภาพของตนเอง เรื่องในครอบครัว เรื่องในชุมชน และข่าวสารบ้านเมือง สำหรับส่วนข่าวสารที่ผู้สูงอายุนิยมมากที่สุด ไม่ว่าจะดูจากโทรทัศน์หรือรับฟังจากวิทยุ ได้แก่ ข่าวประจำวัน ซึ่งรวมทั้งข่าวสารทางราชการ ข่าวการเมือง ข่าวในพระราชสำนัก และข่าวภูมิภาค ส่วนสารคดีและบทความนั้นจะสนใจเป็นบางครั้งและจำนวนไม่ถี่ราย ซึ่งสารคดีและบทความที่สนใจจะเป็นเรื่องเกี่ยวกับการเกษตรและการแพทย์เป็นส่วนใหญ่

ผลการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สามารถนำไปตั้งสมมุติฐานได้ว่าผู้สูงอายุที่ได้รับข้อมูลข่าวสารน่าจะมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับข้อมูลข่าวสาร

อีกทั้งแนวทางการพัฒนาข้อมูลข่าวสาร ได้แก่ ผู้สูงอายุควรมีโอกาสเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร สื่อทางโทรทัศน์ และวิทยุ รวมทั้งการสนทนาพูดคุยกันระหว่างผู้สูงอายุและบุคคลอื่นๆ ในครอบครัว และในชุมชน เป็นวิธีการที่ทำให้ผู้สูงอายุได้รับข้อมูลข่าวสาร

2.4 การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

นอกจากปัจจัยที่มีผลกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุแล้วยังมีการวิจัยที่น่าสนใจในประเด็นการพัฒนาบุคลากร ทักษะคิดและความเชื่อ การใช้เครื่องมือเพื่อประเมินหรือวัดคุณภาพชีวิต และสุขภาพกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ดังนี้

การพัฒนาบุคลากร ศรีจิตรา บุนนาค(2544: 119) เสนอแนวทางเกี่ยวกับการพัฒนาบุคลากรว่า ปัจจัยหลักที่ยังขาดคือการบริหารจัดการและช่วยฝึกอบรมบุคลากรทุกระดับ สำหรับสายวิชาชีพควรให้มหาวิทยาลัย สถาบันทางการศึกษาที่เกี่ยวข้องได้จัดหลักสูตรที่เกี่ยวข้อง และมีครูฝึกจากหลากหลายสาขาวิชา (multidisciplinary personel) ทำงานร่วมกันเป็นทีม สถานที่ฝึกอบรมดังกล่าวมีกระจายอยู่แล้ว ทุกภาคของประเทศ เพียงแต่ผู้บริหารต้องให้ความสำคัญ ในเรื่องการผลิตบุคลากรสำหรับผู้สูงอายุในอันดับต้นๆ

ทัศนคติและความเชื่อ Miller และ Iris (2002: 249-267) ศึกษาทัศนคติและความเชื่อของผู้สูงอายุในเรื่องการกินดี อยู่ดี การดูแลตนเอง และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยศึกษาจากผู้สูงอายุ 45 คน ทั้งชายและหญิง อายุ 62-91 ปี โดยแบ่งออกเป็น 6 กลุ่ม แล้วนำแบบจำลองสุขภาพชีวิตในผู้สูงอายุของ White Crane (White Crane Model of Health Lives for Older Adults) มาใช้ พบว่าการที่จะถือว่าผู้สูงอายุมีสุขภาพดี ผู้สูงอายุจะต้องมีร่างกายที่ยังทำหน้าที่ได้โดยไม่ต้องพึ่งผู้อื่น มีการดูแลตนเองทั้งในยามปกติและในยามเจ็บไข้ มองโลกในแง่ดี ทำประโยชน์ให้แก่ตนเองและสังคม ซึ่งการที่จะถือว่ามีสุขภาพดีนี้ ผู้สูงอายุจะเป็นผู้ประเมินตนเองในเรื่องของการเจ็บป่วยเรื้อรัง หรือทุพพลภาพ และสิ่งแวดล้อม ทางสังคมและ/หรือสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ สิ่งที่สำคัญที่สุดของโปรแกรมนี้คือการมีส่วนร่วมในโปรแกรม ซึ่งสิ่งที่ตามมาคือการสะสมประสบการณ์ทางสังคม และการได้รับการสนับสนุนจากสังคม ความผูกพันระหว่างบุคคลก็เป็นอีกเรื่องหนึ่งที่สำคัญมาก การเลือกโปรแกรม โครงสร้างและความยืดหยุ่นของโปรแกรม จะช่วยเหลือผู้สูงอายุและเสริมสร้างสำนึกในการควบคุม ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุได้มาก นอกจากนี้ควรออกแบบโปรแกรมให้ท้าทายและปรับตามความต้องการและความคาดหวังของผู้สูงอายุด้วย

การใช้เครื่องมือเพื่อประเมินหรือวัดคุณภาพชีวิต มีผู้ศึกษาวิจัยดังนี้ Unal et al. (2001: 587) วิจัยการใช้เครื่องวัด 4 ชนิด คือ Sickness Impact Profile (SIP-68), Short-Form Health Survey (SF-36), EuroQoL instrument (EQ-5D) และ Multi-dimensional Fatigue Index (MFI-20) สำหรับวัดคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคตับอักเสบเรื้อรัง พบว่า Short-Form Health Survey (SF-36) และ Multi-dimensional Fatigue (MFI-20) เป็นการวัดที่น่าเชื่อถือมากที่สุด อย่างไรก็ตามจำเป็นต้องศึกษาเพิ่มเติมถึงความไวต่อการเปลี่ยนแปลงทางโรคของผู้ป่วยด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของ Stofmeel et al. (2001: 157) ทำการวิจัยโดยใช้แบบสอบถาม Aquarel ซึ่งพัฒนามาจาก SF-36 เพื่อใช้สำหรับผู้ป่วยเฉพาะโรค พบว่าสามารถประเมินคุณภาพชีวิตได้เป็นอย่างดี อีกทั้งการวิจัยของ Moran, Guyatt และ Norman (2001: 571) พบว่าเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตมีขนาดใหญ่หลายหัวข้อ จึงได้ปรับลดลงน้อยที่สุด 2 หัวข้อในแต่ละองค์ประกอบ พบว่าเมื่อปรับลดแล้ว ยังคงตอบสนองและให้ความถูกต้องเป็นที่ยอมรับได้ โดยการถุกลดนี้จะยังคงความถูกต้องโดยการเพิ่มขนาดตัวอย่างและการวิจัยของ Bennett et al. (2003: 207-213) พบว่าแบบสอบถามเรื่องหัวใจวายอย่างเรื้อรัง (Chronic Heart Failure Questionnaire – CHQ) และแบบสอบถามเรื่องหัวใจวายในชาวมินนิโซต้า

(Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire – LHFQA) สามารถใช้ตรวจหาอาการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญได้ดีกว่าการใช้แบบสำรวจสุขภาพทั่วๆ ไป (General Health Survey Short-form-12: SF-12)

สุขภาพกับคุณภาพชีวิต การวิจัยของ Ward (1984: 29) พบว่าสุขภาพเป็นตัวทำนายความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุได้ดีที่สุด โดยเฉพาะการประเมินสุขภาพตนเอง ซึ่งการประเมินสถานภาพทางร่างกายของผู้สูงอายุ ไม่จำเป็นต้องสอดคล้องกับการประเมินทางการแพทย์ อีกทั้งการวิจัยของนพวรรณ จงวัฒนา, เกื้อ วงศ์บุญสิน และรุ่งรัตน์ โกววรรณกุล (2541: 95) พบว่าแบบแผนของโรคของผู้สูงอายุก็คือ เจ็บป่วยด้วยโรคปอดตามข้อ เวียนศีรษะ นอนไม่หลับ โรคเกี่ยวกับตา โรคเกี่ยวกับระบบกล้ามเนื้อ เส้นเอ็นและกระดูกมากที่สุด โรคเรื้อรังที่เป็นกันส่วนใหญ่คือโรคปอดหลังโรคกระเพาะอาหาร และโรคความดันโลหิตสูง ผู้สูงอายุที่มีความแตกต่างด้านเศรษฐกิจ สังคม และประชากรต่างกัน จะมีแบบแผนของโรคที่เจ็บป่วยต่างกันด้วย ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูง มีรายได้ครัวเรือนสูง และประกอบอาชีพเกี่ยวกับวิชาชีพหรือบริหาร จะมีการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิต โรคหัวใจ และโรคเบาหวานสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีลักษณะตรงกันข้าม ผู้สูงอายุที่เป็นม่าย หย่า แยก มีอัตราการเจ็บป่วยสูงกว่าคนที่สมรส และเป็นโสด ตามลำดับ และผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยจนต้องพักรักษาตัวบ่อยครั้งกว่าจะมีอัตราการเจ็บป่วยสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีลักษณะตรงกันข้าม รวมทั้งการวิจัยของ Melton (2002: 26-27) พบว่าการดูแลรักษาทางการแพทย์ที่ดีขึ้น การกำจัดหลายๆ โรค และโภชนาการที่ดีขึ้น ช่วยยืดอายุของผู้สูงอายุและทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ขณะที่การวิจัยของ Milisen et al. (2002: 23-29) พบว่าจากบันทึกการให้ยาและการดูแลแสดงให้เห็นว่ามี การบันทึกเอกสารไว้ไม่ดี และมีการวินิจฉัยอาการเพื่ออย่างไม่เพียงพอ อย่างไรก็ตามการวินิจฉัย ที่ถูกต้องและการรู้ตัวแต่เนิ่นๆ ว่าเป็นโรคเพื่อสามารถช่วยให้รับมือกับอาการนี้ได้ดีขึ้น อีกทั้งการวิจัยของ Herr (2002: 33) พบว่าผู้สูงอายุที่มีอาการปวดเมื่อยควรได้รับการบำบัดทั้งโดยให้ยา และไม่ใช้ยาาร่วมกันในการวางแผนดำเนินการระยะยาวซึ่งการใช้ทั้งสองอย่างจะลดการปวดและปรับปรุงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย รวมทั้งการวิจัยของ Lau, Mamdani, และ Tu (2003 : 142-144) พบว่าการใช้สาร corticosteroids ชนิดสูดดมไม่เกี่ยวข้องกับอัตราเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นของภาวะกระดูก สะโพกร้าว/หักในผู้สูงอายุหญิง ดังนั้นยังถือว่าวิธีรักษาวิธีนี้ยังเป็นอีกทางเลือกหนึ่งสำหรับผู้ป่วยโรคทางเดินหายใจในกลุ่มนี้ และการวิจัยของ Berzlanovich et al. (2003: 365-369) พบว่าสาเหตุของการเสียชีวิตในผู้สูงอายุมากๆ ซึ่งเกิดขึ้นนอกโรงพยาบาลอย่างไม่คาดคิดมาก่อน ต่างไปจากการเสียชีวิตของคนในวัยเดียวกันซึ่งเสียชีวิตในโรงพยาบาลหรือสถานดูแล คือประมาณร้อยละ 80 ของกลุ่มผู้สูงอายุที่เราศึกษาเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดใหญ่ น้อยกว่าร้อยละ 10 เสียชีวิตจากการติดเชื้อ และมีเพียงร้อยละ 2 ที่เสียชีวิตจากโรคมะเร็ง นอกจากนี้ในด้านจิตใจ Ugarriza (2002: 29) วิจัยพบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงที่ซึมเศร้า มีสาเหตุมาจากสุขภาพที่ไม่ดี การตายของสมาชิกในครอบครัว และการเปลี่ยนบทบาทของตน ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของอาการซึมเศร้า.