

บทที่ 1

บทนำ



ความสำคัญและความเป็นมาของปัญหา

ชีวิตที่มีคุณภาพเป็นสิ่งที่ปรารถนาของบุคคลทุกคน ดังนั้น เป้าหมายหลักของการพัฒนาประชากรในประเทศ ไม่ว่าจะเป็นประเทศใดก็ตามย่อมต้องการให้ประชากรในประเทศของตนมีคุณภาพชีวิตที่ดี สำหรับประเทศไทยก็เช่นกัน จะเห็นได้จากแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ.2540 - 2544) ได้กำหนดให้ “คน” เป็นศูนย์กลางในการพัฒนา เพื่อให้เกิด “คุณภาพ” มากที่สุดในทุกกลุ่มอายุ นับรวมถึงประชากรวัยสูงอายุซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายหนึ่งที่ต้องได้รับความสนใจเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากขนาดและสัดส่วนของประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ในทุกสังคม อันเป็นผลมาจากอัตราการลดภาวะเจริญพันธุ์อย่างต่อเนื่องในระยะเวลาที่ผ่านมา (นภาพร ชโยวรรณ, จอห์น โนเดล และ ศิริวรรณ ศิริบุญ, 2535: 12) นอกจากนี้ความเจริญก้าวหน้าทางการแพทย์และสาธารณสุขทำให้ประชากรมีสุขภาพอนามัยดีขึ้น อัตราการตายลดลงอยู่ในระดับต่ำ อายุคาดหมายเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดจึงสูงขึ้นเป็นลำดับ (มาลินี วงษ์สิทธิ์ และ ศิริวรรณ ศิริบุญ, 2537: 43 - 69) ทำให้สัดส่วนประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ซึ่งจะเห็นได้จากสถิติของประเทศไทย พบว่า สัดส่วนของประชากรสูงอายุในปี พ.ศ. 2513 มีประชากรสูงอายुर้อยละ 4.9 และเพิ่มเป็นร้อยละ 5.5 และ 7.4 ในปี พ.ศ. 2523 และ 2533 (สำนักนายกรัฐมนตรี, สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2513: 12, 2523: 22 และ 2533: 12) และคาดว่าในปี พ.ศ. 2543 ที่จะถึงนี้ จะมีประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 9.2 และร้อยละ 15.3 เมื่อถึงปี พ.ศ. 2563 (นพวรรณ จงวัฒนา, เกื้อ วงศ์บุญสิน และ รุ่งรัตน์ โกวรรณนกุล, 2541: 102)

จากการที่ขนาดและสัดส่วนของประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นเป็นลำดับนี้ ย่อมส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคมของประเทศอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ โดยเฉพาะในส่วนของรัฐที่จะต้องจัดสรรงบประมาณเพิ่มขึ้นสำหรับรองรับสถานการณ์ เนื่องจากประชากรสูงอายุมีอัตราการเจ็บป่วยสูง ใช้ระยะเวลารักษานาน และมีการพึ่งพาตนเองได้น้อย การจัดสวัสดิการในการรักษาพยาบาลจึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง นอกจากนี้ จะต้องมีการเพิ่มปริมาณของสถานที่ดูแลผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งหรือขาดคนดูแล รวมทั้งการถ่ายเบี่ยงชีพรายสำหรับผู้สูงอายุที่ขาดรายได้ด้วยเช่นกัน สิ่งต่างๆ ดังกล่าวนี้ควรปรับปรุง

ให้เกิดขึ้นทันกับการเปลี่ยนแปลง ไม่ว่าจะเป็นการจัดสรรงบประมาณใหม่ให้สอดคล้องกับสถานการณ์และความจำเป็น กิจกรรมการบริการด้านสุขภาพที่จะต้องเพิ่มขีดความสามารถของบุคลากรในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยการจัดคลินิกเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุ ระบบการติดต่อสื่อสารและคมนาคมก็ควรจะต้องปรับปรุงเพื่อให้เอื้ออำนวยต่อผู้สูงอายุมากขึ้น (สันทัด เสริมศรี, 2539:79 - 80) ดังนั้น เรื่องราวเกี่ยวกับผู้สูงอายุจึงเป็นมิติใหม่ของปัญหาประชากร ซึ่งกำลังเป็นที่สนใจอย่างกว้างขวาง

โดยเหตุที่สังคมไทยมีการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรมอย่างรวดเร็ว ในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมาและการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วนี้ส่งผลในเชิงลบต่อผู้สูงอายุหลายประการ เช่น การเปลี่ยนจากสังคมเกษตรเป็นสังคมอุตสาหกรรมแนวใหม่ (Newly Industrialized Countries = NICs) มีการใช้เทคโนโลยีและเครื่องทุ่นแรงในการผลิต ไม่ต้องพึ่งพาอาศัยการถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์ในการประกอบอาชีพจากผู้สูงอายุ เพราะสามารถเรียนรู้จนสามารถประกอบอาชีพได้เองจากสถานศึกษา คุณค่าของผู้สูงอายุในความรู้สึกรักของตนเองและถูกหลานจึงดูด้อยลง ผู้สูงอายุจะรู้สึกว่าเป็นคนไร้ค่า เป็นภาระของลูกหลานและสังคมมากกว่ามีคุณประโยชน์ (วุฒิสภา, คณะกรรมาธิการวิสามัญสวัสดิการผู้สูงอายุและการพัฒนาสังคม, 2534: 3 - 4; นภาพร ชโยวรรณ, 2535: 2; จรัสวรรณ เทียนประภาส และพัชรี ดันศิริ, 2536: 2 และนิศา ชูโต, 2525: 7)

นอกจากนี้สภาพสังคมไทยมีการขยายตัวและเติบโตอย่างรวดเร็ว จากชุมชนเล็กๆ กลายเป็นชุมชนเมืองขนาดใหญ่ วิถีชีวิตของบุคคลจึงเปลี่ยนไปเพื่อปรับให้เหมาะสมกับสภาพสังคม เช่น ระบบโครงสร้างครัวเรือนแต่เดิมเป็นครัวเรือนขยายก็กลายเป็นครัวเรือนเดี่ยวมากขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากความจำเป็นทางเศรษฐกิจและความจำกัดของพื้นที่ก่อสร้างบ้านพักอาศัยในย่านชุมชนเมือง ทั้งรูปแบบการสร้างบ้านเรือนก็เหมาะสำหรับครอบครัวขนาดเล็ก ส่วนในชนบทนั้น ระบบโครงสร้างครัวเรือนก็เริ่มเปลี่ยนแปลงไปเช่นกัน หนุ่มสาวสมัยใหม่เมื่อแต่งงานมักจะแยกครอบครัวไปอยู่ต่างหาก ทำให้พ่อแม่ที่สูงอายุต้องอยู่กันตามลำพัง (สันทัด เสริมศรี, 2539: 30)

ท่ามกลางการเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม นั้น ตัวผู้สูงอายุเองก็มีการเปลี่ยนแปลงเช่นกัน ในด้านการเปลี่ยนแปลงทางกาย ร่างกายจากที่เคยแข็งแรงจะเริ่มเสื่อมสภาพลงเรื่อยๆ ทั้งทางโครงสร้างและหน้าที่ทุกระบบของร่างกายตามวัยที่สูงขึ้น และผลจากความเสื่อมของร่างกายนี้จะส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดการเจ็บป่วยจากโรคภัยไข้เจ็บต่างๆ ง่ายขึ้น เช่น โรคข้อเสื่อม โรคติดเชื้อ โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นต้น การเปลี่ยนแปลงประการต่อมาได้แก่ การเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ จากที่เคยเป็นบุคคลที่มีรายได้จากการทำงานเชิงเศรษฐกิจก่อนจะเข้าสู่วัยสูงอายุ ซึ่งรายได้นี้เป็นปัจจัยสำคัญต่อการดำรงชีวิต

เพื่อสนองความต้องการด้านต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นอาหารที่มีคุณค่า ที่อยู่อาศัยที่มีสภาพดี การรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพ และสิ่งของเครื่องใช้ในการอำนวยความสะดวกให้กับชีวิต แต่เมื่อต้องหยุดทำงานไม่ว่าจะเนื่องมาจากสภาพร่างกายที่เสื่อมโทรมไม่เอื้ออำนวยต่อการทำงานหรือเกษียณอายุการทำงานแล้วก็ตาม ผลที่ตามมาคือทำให้รายได้อาจลดลงหรือขาดรายได้ไปโดยที่ผู้สูงอายุยังคงมีความจำเป็นที่จะต้องใช้จ่ายเงินเพื่อการดำรงชีวิตและใช้จ่ายทางด้านการรักษาสุขภาพร่างกายของตนเอง การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและเศรษฐกิจของผู้สูงอายุนี้มีความสัมพันธ์เชื่อมโยงไปสู่การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจของผู้สูงอายุด้วย การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่มักจะเป็นไปในทางลบ (อัมพร โอตระกูล, 2538: 167 - 168) จากสาเหตุหลายประการด้วยกัน เช่น การจากไปของคู่สมรสหรือบุตรหรือเพื่อนรุ่นราวคราวเดียวกัน ทำให้เกิดความรู้สึกเศร้า เหงา ว้าเหว่ และโดดเดี่ยว ความเสื่อมทางด้านร่างกาย ไม่ว่าจะเป็นการเปลี่ยนแปลงทางสรีระที่ทำให้ความสวยงามของหน้าตาและผิวพรรณลดลง ความเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ ไม่สามารถตอบสนองความต้องการทางเพศต่างๆ ที่ยังมีความต้องการอยู่ ทำให้เกิดการขาดความมั่นใจในตนเองและวิตกกังวลในเรื่องนี้ และจากข้อจำกัดทั้งทางด้านร่างกายและเศรษฐกิจทำให้ผู้สูงอายุต้องพึ่งพาความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นมากขึ้น ผู้สูงอายุจะเกิดความวิตกกังวลต่อความรู้สึกไม่มั่นคงในชีวิตด้วยเช่นกัน สิ่งต่างๆ เหล่านี้ล้วนแล้วแต่ส่งผลกระทบต่อชีวิตและความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุทั้งสิ้น (กุลยา ตันติผลาชีวะ และเกษม ตันติผลาชีวะ, 2528: 94; วุฒิสภา, คณะกรรมาธิการสตรี เยาวชน และผู้สูงอายุ, 2537: 7; นภาพร ชโยวรรณ, จอห์น โนเคล และ ศิริวรรณ ศิริบุญ, 2535: 10; นิพนธ์ เทพวัลย์, 2528: 4)

อย่างไรก็ตาม ภาครัฐได้ให้ความสำคัญกับเรื่องราวของผู้สูงอายุมากขึ้น จะเห็นได้จากแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 5 เป็นต้นมา ได้กล่าวเน้นถึงการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไว้ด้วย นอกจากนี้ยังมีการจัดทำแผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุแห่งชาติ (2525 - 2545) ในการที่จะส่งเสริมหรือพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุไทยทั้งในปัจจุบันและอนาคต ดังนั้นการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจะเป็นเรื่องบังชี้ในอีกแง่มุมหนึ่งว่าความพยายามในการดำเนินการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุว่าประสบความสำเร็จไปได้มากน้อยเพียงใด

ความสำคัญดังกล่าวมาข้างต้นนี้ เป็นเหตุผลทำให้ผู้ศึกษามีความสนใจที่จะวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยจะศึกษาผู้สูงอายุในจังหวัดนครศรีธรรมราช เนื่องจากสัดส่วนของประชากรสูงอายุในจังหวัดนครศรีธรรมราชเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 8.0 ของประชากรรวมทั้งจังหวัดหรือจำนวน 120,153 คน จากประชากรทั้งหมด 1,503,156 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช, 2540: ก-11) ทำให้การดำเนินงานทางด้านสาธารณสุขที่ผู้วิจัยมีส่วนรับผิดชอบอยู่ต้องเพิ่มกำลังความสามารถในการดำเนินงาน ทั้งทางด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในกลุ่ม

ผู้สูงอายุ การรักษาพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุ และการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุ รวมถึงการจัดกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุ ซึ่งสิ่งต่างๆ เหล่านี้จะมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยตรง

นอกจากการดำเนินงานทางด้านสาธารณสุขที่จะมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดนครศรีธรรมราชแล้ว ยังมีปัจจัยอื่นๆ ที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มนี้ ซึ่งเป็นผลมาจากการพัฒนางานด้านต่างๆ โดยในระยะ 4-5 ปีที่ผ่านมา จังหวัดนครศรีธรรมราชเป็นจังหวัดหนึ่งซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจและสังคมค่อนข้างสูง เป็นผลมาจากโครงการพัฒนาพื้นที่ลุ่มน้ำปากพนังอันเนื่องมาจากพระราชดำริ เพื่อแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับพื้นที่ทางการเกษตร ส่งเสริมให้มีรายได้เพิ่มขึ้นและชะลอการเคลื่อนย้ายพื้นที่ทำมาหากินของชาวจังหวัดนครศรีธรรมราช ขณะเดียวกันการพัฒนาพื้นที่ชายฝั่งทะเลในเขตจังหวัดนครศรีธรรมราชทำให้เกิดเป็นชุมชนใหญ่ขึ้น เนื่องจากมีท่าเรือน้ำลึก โรงไฟฟ้า โรงแยกแก๊ส และอุตสาหกรรมปิโตรเคมี นอกจากนี้แผนงานการก่อสร้างเส้นทางที่เชื่อมระหว่างชายฝั่งทะเลด้านตะวันออกกับด้านตะวันตก หรือเรียกว่า “สะพานเศรษฐกิจ” เพื่อข่นระยะทาง เวลา และค่าใช้จ่ายในการขนส่งสินค้า ซึ่งเส้นทางนี้จะเริ่มจากชายฝั่งทะเลด้านตะวันออกในเขตพื้นที่จังหวัดนครศรีธรรมราช พื้นที่ที่ถูกกำหนดไว้ในแผนมีราคาสูงขึ้นและมีนักลงทุนเข้าจับจองในการเปิดหรือขยายกิจการของตนเอง การเปิดแหล่งท่องเที่ยวใหม่ๆ ในเขตจังหวัดนครศรีธรรมราช ไม่ว่าจะเป็นการท่องเที่ยวธรรมชาติหรือการเปิดให้นักท่องเที่ยวได้เข้าไปพักอาศัยอยู่ด้วย เพื่อเรียนรู้วิถีชีวิตและความเป็นอยู่ของชาวบ้านซึ่งก่อให้เกิดการกระจายรายได้สู่ชุมชน ส่วนในด้านการศึกษาที่มีการขยายตัวเพิ่มขึ้น จากการจัดตั้งมหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ในการรองรับการศึกษา ทั้งในจังหวัดของตนเองและในจังหวัดอื่นๆ (สำนักงานจังหวัดนครศรีธรรมราช, ฝ่ายแผนและโครงการ, 2539: 80 - 112) ดังนั้นการพัฒนาที่เกิดขึ้นไม่ว่าจะเป็นด้านเศรษฐกิจ สังคม และการศึกษา ย่อมก่อให้เกิดผลกระทบต่อชีวิตความเป็นอยู่ของประชากรทุกเพศทุกวัยในจังหวัดนครศรีธรรมราช ซึ่งรวมถึงกลุ่มผู้สูงอายุด้วย

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาลักษณะพื้นฐานของผู้สูงอายุในจังหวัดนครศรีธรรมราช
2. เพื่อศึกษาปัจจัยทางประชากร เศรษฐกิจ และสังคมที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดนครศรีธรรมราช

แนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดนครศรีธรรมราชนั้น ผู้ศึกษาวิจัยได้ค้นคว้าเอกสารและผลงานการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ตามลำดับหัวข้อดังนี้

1. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับเรื่องผู้สูงอายุ
2. แนวคิดเกี่ยวกับเรื่องคุณภาพชีวิต
3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

1. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับเรื่องผู้สูงอายุ

การศึกษาเกี่ยวกับเรื่องผู้สูงอายุนั้น จำเป็นที่จะต้องเข้าใจความหมายและทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุเสียก่อน ซึ่งในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้รวบรวมแนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุไว้ดังนี้

คำว่า “ผู้สูงอายุ” เป็นคำที่ พล.ต.ต.อรรถสิทธิ์ สิทธิสุนทร บัญญัติและนำมาใช้ในการประชุมระหว่างแพทย์อาวุโสและผู้สูงอายุจากวงการต่างๆ เมื่อปี พ.ศ. 2505 (สุรกุล เจนอบรม, 3534: 4 - 5) จนเป็นที่ยอมรับและใช้กันอย่างแพร่หลายในปัจจุบัน เนื่องจากเป็นคำที่ฟังไพเราะรื่นหู และให้ความรู้สึกที่ดีกว่าคำว่า “คนแก่” หรือ “คนชรา” ซึ่งมีความหมายเหมือนกันคือ หมายถึง คนที่มีอายุมากหรือสูงด้วยอายุ (ศรีทับทิม พานิชพันธ์, 2534: 52 - 86 และ ราชบัณฑิตยสถาน, 2531: 115, 258 และ 830)

คนที่มีอายุมากหรือสูงด้วยอายุตามความหมายของผู้สูงอายุนั้น ควรที่จะต้องมีการระบุให้ชัดเจนลงไปเลยว่า อายุที่มากหรือสูงนั้นคืออายุเท่าใด เกณฑ์อายุที่จะใช้ตัดสินนี้ มักจะใช้เกณฑ์อายุที่ข้าราชการไทยจะเกษียณอายุราชการเมื่อ 60 ปี สังคมไทยจึงถือว่าวัยเกษียณอายุเป็นวัยสูงอายุ แต่ในสังคมแอฟริกาหรือมาเลเซีย คนอายุ 55 ปีก็เกษียณอายุแล้ว ในขณะที่คนในประเทศแถบยุโรปและอเมริกาจะเกษียณอายุเมื่อ 65 ปี (จำเรียง ฐรมะสุวรรณ, 2536: 2 - 3)

ประสพ รัตนากร (2522: 1) ได้ให้ความหมายของผู้สูงอายุว่า ผู้สูงอายุคือผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ตามนโยบายบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย

บรรลุ ศิริพานิช (2533: 432 - 436) ได้เสนอว่า ผู้สูงอายุคือบุคคลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นผู้ที่ยุติความสมบูรณ์ของร่างกาย จิตใจ และสังคม มีความอ่อนแอ มีปัญหาสุขภาพกายและจิตใจ ตลอดจนความเป็นอยู่ในสังคม

ดังนั้น ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้จะใช้เกณฑ์อายุ 60 ปีเพิ่มขึ้นไป

เนื่องจากเรื่องราวเกี่ยวกับผู้สูงอายุกำลังเป็นที่สนใจกันอย่างกว้างขวางตามจำนวนผู้สูงอายุที่ทวีเพิ่มมากขึ้น ดังนั้น จึงมีการศึกษาเกี่ยวกับผู้สูงอายุในด้านต่างๆ จนเกิดเป็นศาสตร์ใหม่ขึ้นเรียกว่า “พหุสาขาวิชา” โดยได้แบ่งการศึกษาออกไปหลายสาขา เช่น นักชีววิทยาจะศึกษาเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงสภาพของเซลล์ภายในร่างกาย นักสังคมวิทยาจะศึกษาความสัมพันธ์และวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ วงการแพทย์และสาธารณสุขสนใจศึกษาเรื่องสุขภาพ การเจ็บป่วย และการป้องกันโรค เป็นต้น จากการศึกษาผู้สูงอายุตามสาขาต่างๆ นี้ทำให้เกิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุขึ้นหลายทฤษฎีตามสาขาของการศึกษาซึ่งสามารถแบ่งออกเป็นทฤษฎีใหญ่ๆ ได้ 2 กลุ่ม ได้แก่

1. ทฤษฎีความสูงอายุเชิงชีวภาพ (biological theory) เป็นทฤษฎีที่อธิบายถึงการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายของผู้สูงอายุโดยมีทฤษฎีที่เกี่ยวข้องดังนี้

1.1 ทฤษฎีเกี่ยวกับพันธุกรรม (genetic theory) อธิบายถึงการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะบางส่วนในร่างกายที่เกิดขึ้นตามกรรมพันธุ์โดยมีการถ่ายทอดลักษณะที่คล้ายคลึงกันหลายชั่วอายุคน ซึ่งลักษณะดังกล่าวนี้จะแสดงออกเมื่อมีอายุมากขึ้นหรืออาจจะแสดงออกกับบุคคลบางคนถึงแม้ว่าจะมีอายุยังไม่มากก็ตาม เช่น ผมหงอก ศีรษะล้าน หลังโก่งโค้งงอ เป็นต้น

1.2 ทฤษฎีเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของการพัฒนาขั้นต้น (counterpart theory) อธิบายว่า การเปลี่ยนแปลงของชีวิตในวัยสูงอายุเป็นผลสืบเนื่องมาจากการพัฒนาตั้งแต่แรกเริ่มของบุคคล เช่น เชื่อว่ามะเร็งเกิดจากเซลล์ของบุคคลนั้นผิดปกติมาตั้งแต่แรกเกิดแต่เพิ่งมาแสดงอาการผิดปกติเมื่ออายุมากขึ้น

1.3 ทฤษฎีเกี่ยวกับอุบัติเหตุการณ์หรือความเสื่อมถอย (accidental of wear and tear theory) กล่าวถึงสิ่งต่างๆ ที่แต่ละบุคคลเผชิญอยู่ เช่น สภาพแวดล้อม การเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ การเกิดอุบัติเหตุซึ่งทำให้สภาพร่างกายหรืออวัยวะบางส่วนชำรุดหรือพิการ ความเครียด สิ่งเหล่านี้จะทำให้บุคคลเข้าสู่วัยสูงอายุเร็วขึ้น

2. ทฤษฎีความสูงอายุเชิงจิตสังคม (psychosocial theory) กล่าวถึงการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจและสังคมของผู้สูงอายุซึ่งมักจะเกิดขึ้นพร้อมๆ กันและมีผลกระทบซึ่งกันและกันอันได้แก่ บุคลิกภาพ สถานภาพ ทัศนคติ โครงสร้างของครอบครัว และการมีส่วนร่วมในสังคม เป็นต้น โดยมีทฤษฎีที่เกี่ยวข้องดังนี้

2.1 ทฤษฎีบทบาท (role theory) ทฤษฎีนี้อธิบายว่า บุคคลจะอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขหรือไม่ขึ้นอยู่กับปฏิบัติตนตามบทบาทที่เหมาะสม ผู้สูงอายุที่ยอมรับบทบาทของตนในแต่ละช่วงอายุที่ผ่านมาและสามารถปรับตัวได้ดีต่อบทบาทในปัจจุบันย่อมดำรงชีวิตต่อไปด้วยความผาสุก

2.2 ทฤษฎีการร่วมกิจกรรม (activity theory) จากการศึกษาของโรเบิร์ต ฮาวิกเฮิสต์ (Havighurst) ในปี 1963 ได้ผลสรุปว่า ควรให้การสนับสนุนผู้สูงอายุได้เข้าร่วมกิจกรรมที่ตนสนใจ มีความเหมาะสมกับวัยและเกี่ยวข้องกับสมาชิกวัยเดียวกัน เพราะการร่วมกิจกรรมจะทำให้สภาวะทางร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้สูงอายุดีขึ้น

2.3 ทฤษฎีการถดถอยออกจากสังคม (disengagement theory) จากการศึกษาของ เอเลน คัมมิ่ง และวิลเลียม เฮนรี่ (Comming and Henry) ในปี 1961 พบว่ากระบวนการของความสูงอายุมีลักษณะเฉพาะคือ ผู้สูงอายุจะเริ่มถดถอยและแยกตัวออกจากสังคม เช่น การลดกิจกรรมและบทบาททางสังคมของตนเองลง ทั้งนี้เพื่อเป็นการหลีกเลี่ยงความกดดันและความตึงเครียดอันเป็นผลมาจากความรู้สึกว่าตนเองมีความสามารถลดลง

2.4 ทฤษฎีความต่อเนื่อง (continuity theory) เป็นผลจากการศึกษาเพื่อหาข้อขัดแย้งของทฤษฎีการถดถอยออกจากสังคมและทฤษฎีการร่วมกิจกรรม โดย Neugarten (1964) ได้ทำการศึกษาและนำทฤษฎีทั้งสองมาวิเคราะห์ ซึ่งพบว่า การที่ผู้สูงอายุจะถดถอยออกจากสังคมหรือจะร่วมทำกิจกรรมนั้น ขึ้นอยู่กับแบบแผนชีวิตที่ผ่านมาของผู้สูงอายุแต่ละคน เช่น ผู้ที่ชอบร่วมกิจกรรมในสังคมก็จะยังคงมีกิจกรรมในสังคมเช่นเดิมแม้จะมีอายุมากขึ้น ส่วนผู้ที่ชอบอยู่อย่างสันโดษไม่เคยมีบทบาทในสังคมมาก่อนก็จะแยกตัวออกจากสังคมเมื่อมีอายุมากขึ้น รูปแบบการแสดงออกของผู้สูงอายุนี้อาจสะท้อนให้เห็นถึงอุปนิสัย อารมณ์ ความพอใจ หรือการตัดสินใจของแต่ละคนที่มีมาตั้งแต่วัยต้นๆ ของชีวิต

2.5 ทฤษฎีของเพค (Peck's theory) โดย โรเบิร์ต เพค (Peck) แบ่งผู้สูงอายุออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ ผู้สูงอายุวัยต้น (young old) อยู่ในช่วงอายุ 55 - 75 ปี และผู้สูงอายุวัยปลาย (old old) อยู่ในช่วงอายุ 75 ปีขึ้นไป ซึ่งทั้งสองกลุ่มนี้จะมีความแตกต่างกัน ไม่ว่าจะเป็นด้านกายภาพหรือด้านจิตสังคม พร้อมทั้งอธิบายว่าผู้สูงอายุจะรู้สึกภาคภูมิใจและเห็นว่าตนเองมีคุณค่าขึ้นอยู่กับการทำงานที่มีทำอยู่ หากไม่มีงานทำความรู้สึกนี้จะลดน้อยถอยลงไป นอกจากนี้ เพคยังแสดงความคิดเห็นว่า ผู้สูงอายุควรยอมรับถึงสมรรถภาพของร่างกายที่ลดลง การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย

ซึ่งเป็นไปโดยธรรมชาติ รวมทั้งไม่ควรหวาดหวั่นต่อความตาย สิ่งเหล่านี้จะทำให้ผู้สูงอายุมีความสุข ความพอใจในบั้นปลายของชีวิต

2. แนวคิดเกี่ยวกับเรื่องคุณภาพชีวิต ประกอบด้วย

2.1 ความหมายของคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิต ได้มีการกล่าวถึงกันอย่างแพร่หลายและเป็นที่สนใจกันมานานแต่ยังไม่สามารถสรุปออกมาเป็นทฤษฎีได้ว่าเป็นอย่างไร เนื่องจากเป็นแนวคิดที่มีความหลากหลาย แตกต่างกันออกไปตามสภาวะทางด้าน อายุ เชื้อชาติ ศาสนา เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม การเมือง การปกครอง ฯลฯ ดังนั้น ในความหมายของคุณภาพชีวิตจึงแตกต่างกันออกไปทั้งในเชิงระดับของการวัดและเนื้อหาที่จะวัด ระดับของการวัดอาจเป็นระดับบุคคล ชุมชน เมือง หรือประเทศ ในด้านเนื้อหาอาจจะแบ่งแยกหรือผสมผสานกันระหว่างความหมายของคุณภาพชีวิตในเชิงวัตถุวิสัย (objective) และเชิงจิตวิสัย (subjective) เข้าด้วยกัน ในเชิงวัตถุวิสัย เช่น สภาวะร่างกาย สภาพบ้านเรือนที่อยู่อาศัยหรือรายได้ เป็นต้น ส่วนในเชิงจิตวิสัย เช่น การรับรู้ ความรู้สึก ทัศนคติ เป็นต้น อย่างไรก็ตามถึงแม้ว่าคุณภาพชีวิตไม่อาจที่จะกำหนดความหมายที่ใช้อธิบายเป็นมาตรฐานสากลได้ และไม่อาจจะสรุปได้ว่าความหมายใดถูกต้องที่สุด แต่จากการศึกษาวิจัยเรื่องคุณภาพชีวิตในกลุ่มบุคคลต่างๆ หลายกลุ่ม ทั้งในกลุ่มของผู้วิจัยเองหรือในกลุ่มของผู้ถูกวิจัย ก็มีผู้ให้คำนิยามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตที่คล้ายคลึงและสอดคล้องกันเป็นส่วนใหญ่ ดังนี้

Wallace (1974: 6) ให้ความหมายคุณภาพชีวิตว่า หมายถึงองค์ประกอบทั้งหลายที่ทำให้เกิดความพอใจแก่บุคคลทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

องค์การการศึกษา วิทยาศาสตร์ และวัฒนธรรมแห่งสหประชาชาติ (UNESCO, 1978 อ้างใน ชิดชัย สนั่นเสียง, 2528: 54) ให้ความหมายคุณภาพชีวิตว่า หมายถึงความรู้สึกของการอยู่อย่างพอใจต่อองค์ประกอบต่างๆ ของชีวิตที่ George and Bearson (1980) ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่า หมายถึงมิติของการมีชีวิตที่ดี ประกอบด้วยความสุข ความพอใจในชีวิต และความนับถือตนเอง

Sharma (1988: 141) ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่า หมายถึงความรู้สึกที่มีความสุขและความพึงพอใจต่อการได้รับหรือมีสิ่งต่างๆ ที่ชีวิตต้องการ

อัจฉรา นวจินดา และขจีจรัส ภิมย์ธรรมศิริ (2534: 428) ได้นิยามคุณภาพชีวิตไว้ว่า คุณภาพชีวิตเป็นความพึงพอใจของบุคคลที่เกิดจากการได้รับการตอบสนองต่อสิ่งที่ต้องการทั้ง ร่างกายและจิตใจ รวมทั้งการมีส่วนร่วมในการพัฒนาสภาพแวดล้อม เศรษฐกิจ และสังคมอย่าง เพียงพอ ให้เกิดการมีสุขภาพกายและสุขภาพใจที่ดี

องค์การอนามัยโลก (The WHOQOL Group, 1995: 1405) ได้ให้คำจำกัดความของ คุณภาพชีวิตไว้ว่า คุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ของบุคคลที่มีต่อสถานะของตนเอง อันบ่งบอกถึง วัฒนธรรมและระบบคุณค่าในชีวิต รวมทั้งเป้าหมาย ความคาดหวัง กฎเกณฑ์ และสิ่งต่างๆ ที่ เกี่ยวข้องด้วย

2.2 องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต

เนื่องจากคุณภาพชีวิตประกอบด้วยเนื้อหาที่มีขอบเขตกว้างขวาง จึงสามารถแบ่ง คุณภาพชีวิตออกเป็นองค์ประกอบด้านต่างๆ ได้หลากหลายในความรู้สึคนึกคิดที่แตกต่างกันไป ใน แต่ละสังคมและวัฒนธรรม ซึ่งมีผู้แบ่งคุณภาพชีวิตออกเป็นองค์ประกอบต่างๆ ดังนี้

Campbell (1972: 51) เสนอองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตว่ามี 3 ด้าน ได้แก่ ทาง กายภาพ ทางสังคม และทางจิตวิทยา

Stockdale (1972: 6) เสนอว่า องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตประกอบด้วยสุขภาพทาง จิต ความสามารถในการสร้างสรรค์ ความมีศักดิ์ศรี การเป็นที่รักเป็นที่ยอมรับนับถือ และการ ปราศจากความวิตกกังวล

สายสุรี จุติกุล (2523: 15) เสนอว่า คุณภาพชีวิตต้องมีองค์ประกอบพื้นฐาน 5 ประการ ได้แก่ สุขภาพกาย สุขภาพจิต การพัฒนาสติปัญญา จริยธรรม และความเป็นคนไทย

Berghorn, Schafer และคณะ (1981: 331 - 347) เสนอว่า คุณภาพชีวิตควรมี องค์ประกอบ 5 ด้าน ได้แก่ สถานภาพทางเศรษฐกิจ สุขภาพ สิ่งแวดล้อม การพึ่งพาตนเอง และ การทำกิจกรรม

Denhem (1991: 48) เสนอว่า องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ สิ่งแวดล้อม ความสัมพันธ์ทางสังคม สุขภาพกาย สุขภาพจิตรวมถึงบุคลิกภาพ และประวัติ ในอดีต

องค์การอนามัยโลก (The WHOQOL Group, 1995: 1405) เสนอว่า คุณภาพชีวิต ประกอบด้วยองค์ประกอบ 6 ด้าน ได้แก่ สุขภาพกาย สภาพจิตใจ ระดับความเป็นอิสระ ความสัมพันธ์ทางสังคม สิ่งแวดล้อม และความเชื่อ ต่อมาในปี 1996 ได้มีการจัดองค์ประกอบใหม่โดยรวมองค์ประกอบบางด้านเข้าด้วยกันเหลือเพียง 4 ด้าน คือ สุขภาพกาย สภาพจิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม และสภาพแวดล้อม

เมื่อพิจารณาจากองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตที่ได้รวบรวมจากนักวิชาการหลายท่านแล้ว จะเห็นได้ว่า องค์ประกอบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุน่าจะประกอบด้วยองค์ประกอบที่สำคัญดังต่อไปนี้

2.2.1 สุขภาพกาย เป็นองค์ประกอบที่สำคัญของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ การมีสุขภาพดี ทำให้บุคคลรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตที่ดี (Denham, 1991) แต่ก็ไม่ได้หมายความว่า ผู้มีสุขภาพดีที่ตรวจวัดได้ในเชิงวัตถุวิสัยเท่านั้นที่มีคุณภาพชีวิตที่ดี ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับ การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพร่างกายของตนเองและยอมรับหรือไม่ การประเมินสุขภาพกายโดยการตรวจทางแพทย์จึงแตกต่างจากการประเมินสุขภาพด้วยตนเอง กล่าวคือ บุคคลที่มีสุขภาพไม่ดีแต่มีความพอใจในชีวิตสูง ถ้าเขาเชื่อว่าสุขภาพของเขาดี และในทำนองเดียวกัน บุคคลที่มีสุขภาพดีอาจมีความพึงพอใจในชีวิตต่ำ ถ้าเขาเชื่อว่าสุขภาพของเขาไม่ดี (Edward and Klemmack, 1973: 500) การประเมินสุขภาพของตนเองนั้นจะประเมินจากการรับรู้ว่าคุณภาพแข็งแรง มีการเคลื่อนไหวที่ดี สามารถทำงานและประกอบกิจวัตรประจำวันได้ นอนหลับพักผ่อนได้ตามปกติ ปราศจากความเจ็บป่วยที่ทำให้ต้องพึ่งพาและการรักษาหรือไม่เพียงใด

2.2.2 สภาพจิตใจ เป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่สุดของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ (Patrick and Erickson, 1988: 21; Denham, 1991: 52) อาจกล่าวได้ว่าสภาพจิตใจนี้มีอิทธิพลเหนือกว่าสภาพร่างกาย ดังคำกล่าวที่ว่า “ใจเป็นนาย กายเป็นบ่าว” แม้จะมีปัญหาทางสุขภาพร่างกาย แต่ถ้าหากมีสภาพจิตใจที่เข้มแข็งปราศจากความวิตกกังวลแล้ว ปัญหาทางกายก็จะไม่เป็นปัญหาสำคัญอีกต่อไป ตรงกันข้าม หากบุคคลใดมีความวิตกกังวลคิดมากกับสภาพร่างกายที่มีปัญหาของตนเองถึงแม้จะไม่มากมายนัก แต่ก็สามารถทำให้อาการที่มีเพียงเล็กน้อยทรุดหนักลงไปได้เช่นกัน การประเมินสภาพจิตใจของผู้สูงอายุนั้นประเมินจากความคิดเห็นหรือรับรู้เกี่ยวกับ ภาพลักษณ์ ความรู้สึกทางบวกและทางลบ สมาธิ กำลังใจ และความเชื่อของตนเอง

2.2.3 ความสัมพันธ์ทางสังคม ความสัมพันธ์ทางสังคมของผู้สูงอายุนับเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของคุณภาพชีวิตเช่นกัน เนื่องจากสภาพสังคมนั้นเปรียบเสมือนเกราะป้องกันความเสื่อมถอยของคุณภาพชีวิตด้านอื่นๆ ด้วย (Fillenbaum, 1987: 157 - 158) เพราะมนุษย์ทุกคนไม่สามารถอยู่คนเดียวในโลกได้ การอยู่ร่วมกันในสังคมและมีความสัมพันธ์กับคนในสังคมจะทำให้ชีวิตมีความหมายยิ่งขึ้น แม้ว่าผู้สูงอายุจะเริ่มลดบทบาททางสังคมลงเพื่อเปิดโอกาสให้คนรุ่นใหม่ทำหน้าที่ที่ตนเองเคยปฏิบัติอยู่ซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีการถอยออกจากสังคม (disengagement theory) การประเมินความสัมพันธ์ทางสังคมของผู้สูงอายุนี้อาจประเมินจาก ความสัมพันธ์ระดับบุคคล การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนที่ใกล้ชิด และกิจกรรมทางเพศ

2.2.4 สภาพแวดล้อม สภาพแวดล้อมจะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมและความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ของร่างกายผู้สูงอายุ ถ้าผู้สูงอายุอยู่ท่ามกลางสภาวะแวดล้อมที่ดีและเพียงพอ ย่อมจะส่งผลให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดี สภาพแวดล้อมในการประเมินครั้งนี้จะประกอบด้วย รายได้ สภาพที่อยู่อาศัย ความปลอดภัยในชีวิต บริการทางสังคม สาธารณูปโภค ข่าวดสารมลภาวะ และกิจกรรมพักผ่อนนันทนาการ หากผู้สูงอายุมีความรู้สึกที่ดีต่อที่อยู่อาศัย กล่าวคือ รู้สึกว่ามีบ้านน่าอยู่ มีความพอใจในบริการของชุมชน การคมนาคมที่สะดวกสบาย และมีความปลอดภัย ย่อมทำให้ชีวิตของผู้สูงอายุเป็นสุข

2.3 การประเมินคุณภาพชีวิต

เมื่อเรื่องราวของคุณภาพชีวิตเป็นที่กล่าวขวัญกันอย่างแพร่หลาย มีผู้พยายามคิดหาวิธีในการประเมินคุณภาพชีวิตหรือการวัดระดับของคุณภาพชีวิตโดยการสร้างเครื่องมือวัดแบบต่างๆ ขึ้นมา ซึ่งแตกต่างกันออกไปตามแนวคิด วัดดูประสงค์และวิธีการ องค์การการศึกษา วิทยาศาสตร์ และวัฒนธรรมแห่งสหประชาชาติ (UNESCO, 1980: 312) ได้เสนอเกณฑ์การประเมินคุณภาพชีวิตไว้ 2 ด้าน ได้แก่

1. ด้านวัตถุวิสัย (objective) การประเมินด้านวัตถุวิสัยนี้ วัดได้โดยอาศัยข้อมูลด้านรูปธรรมที่มองเห็นได้ นับได้ วัดได้ เช่น ข้อมูลด้านเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม
2. ด้านจิตวิสัย (subjective) เป็นการประเมินข้อมูลด้านจิตวิทยา ซึ่งอาจทำได้โดยการสอบถามความรู้สึกและเจตคติต่อประสบการณ์ของบุคคลเกี่ยวกับชีวิต การรับรู้ต่อสภาพความเป็นอยู่ การดำรงชีวิต รวมทั้งสิ่งต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับชีวิต ความพึงพอใจในชีวิต

อย่างไรก็ตาม Leelakulthanit and Day (1992: 41 - 57) กล่าวยืนยันในผลการศึกษาว่า สิ่งที่บุคคลรู้สึกเกี่ยวกับชีวิตของเขาหรือที่เรียกว่า “ความพึงพอใจในชีวิต” จะสะท้อนระดับคุณภาพชีวิตของบุคคลนั้นได้ดีที่สุด

2.4 เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก

องค์การอนามัยโลกได้ริเริ่มพัฒนาเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตเป็นโครงการระยะยาว 4 ปี (1992 - 1995) ด้วยความร่วมมือจากนักวิชาการที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม ทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้วและประเทศที่กำลังพัฒนา ได้แก่ ออสเตรเลีย โครเอเชีย รัสเซีย อังกฤษ ฝรั่งเศส สเปน เนเธอร์แลนด์ ปานามา สหรัฐอเมริกา อิสราเอล อินเดีย ไทย ญี่ปุ่น และซิมบับเว โดยได้ดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. การทำความเข้าใจกับแนวคิดคุณภาพชีวิต โดยการประมนักวิชาการและผู้เชี่ยวชาญระหว่างชาติ เพื่อให้ได้คำจำกัดความและวิธีการวัดคุณภาพชีวิตในระดับนานาชาติ
2. การนำร่องเชิงคุณภาพ (qualitative pilot) เป็นการประมนักวิชาการและผู้เชี่ยวชาญระหว่างชาติ เพื่อหาแนวคิดของคุณภาพชีวิตในวัฒนธรรมต่างๆ ซึ่งทำให้ได้คำจำกัดความของหมวดต่างๆ (domain) และหัวข้อรอง (facets) รวมทั้งรวบรวมหัวข้อคำถามต่างๆ จากทั่วโลก
3. พัฒนาการนำร่อง (development pilot) โดยการทดลองใช้ “WHOQOL” นำร่องในศูนย์ภาคสนามทั่วโลก 15 แห่ง จากข้อความ 300 ข้อ และปรับลดลงเหลือ 180 ข้อ
4. การทดสอบภาคสนาม เพื่อสร้างลักษณะเชิงไซโคเมตริกของเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต โดยการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างเล็กๆ ชนิดเดียวกัน เป็นการศึกษาระยะยาวคู่ขนานไปกับการใช้เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตชนิดอื่นๆ

ขั้นตอนการดำเนินการนี้ทำให้ได้ความหมายของ “คุณภาพชีวิต” ว่าเป็นการรับรู้ของบุคคลที่มีต่อสถานะของตนเอง อันบ่งบอกถึงวัฒนธรรมและระบบคุณค่าในชีวิต รวมทั้ง บอกลึเป้าหมาย ความคาดหวัง กฎเกณฑ์ และสิ่งต่างๆ ที่เกี่ยวข้องด้วย

แบบวัดคุณภาพชีวิตที่ได้นี้เรียกว่า “WHOQOL-100” โดยโครงสร้างของแบบวัดคุณภาพชีวิตนี้ สะท้อนประเด็นสำคัญๆ ให้เห็นว่า ผู้เชี่ยวชาญในสาขาวิชาชีพเชิงสุขภาพ คนปกติทั่วไป และผู้ป่วย ให้ความสำคัญต่อคุณภาพชีวิตเป็นหมวดสำคัญ 6 หมวด และ 24 หัวข้อรอง

ซึ่งครอบคลุมมิติของคุณภาพชีวิตทั้งหมด แต่ละหัวข้อรองประกอบด้วย 4 ข้อย่อย (item) และรวมกับข้อย่อยทั่วไปอีก 4 ข้อ รวมทั้งหมดเป็น 100 ข้อ เพื่อให้ประเมินคุณภาพชีวิตบุคคล หัวข้อย่อยทั้งหมดแต่ละหัวข้อมีคำตอบ 5 ตัวเลือก ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

1. สุขภาพกาย (physical health)
 - 1.1 ความเข้มแข็งและเหนื่อยอ่อน (energy and fatigue)
 - 1.2 ความเจ็บปวดและไม่สบาย (pain and discomfort)
 - 1.3 การนอนหลับและพักผ่อน (sleep and rest)
2. สภาพจิตใจ (psychological)
 - 2.1 ร่างกายและบุคลิกภาพ (bodily image and appearance)
 - 2.2 ความรู้สึกทางลบ (negative feelings)
 - 2.3 ความรู้สึกทางบวก (positive feelings)
 - 2.4 ความภาคภูมิใจ (self esteem)
 - 2.5 ความคิด การเรียนรู้ ความจำ และสมาธิ (thinking / learning / memory and concentration)
3. ความเป็นอิสระ (level of independence)
 - 3.1 การเคลื่อนไหว (mobility)
 - 3.2 กิจวัตรประจำวัน (activities of daily living)
 - 3.3 การพึ่งพิงยาและการช่วยเหลือทางการแพทย์ (dependence on medical)
 - 3.4 ความสามารถในการทำงาน (work capacity)

4. ความสัมพันธ์ทางสังคม (social relationships)
 - 4.1 ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (personal relationships)
 - 4.2 กิจกรรมทางเพศ (sexual activity)
5. สภาพแวดล้อม (environmental)
 - 5.1 รายได้ (financial resources)
 - 5.2 ความเป็นอิสระ ความปลอดภัยทางกาย และความมั่นคง (freedom / physical safety and security)
 - 5.3 สุขภาพและการดูแลทางสังคม การเข้าถึงบริการและคุณภาพบริการ (health and social care : accessibility and quality)
 - 5.4 สิ่งแวดล้อมในบ้าน (home environment)
 - 5.5 โอกาสที่จะได้รับข่าวสารและมีทักษะในการรับ (opportunities acquiring news information)
 - 5.6 การมีส่วนร่วมและโอกาสพักผ่อนหย่อนใจ / นันทนาการ (participation and opportunities for recreation / leisure)
 - 5.7 มลภาวะแวดล้อม เสียง การจราจร และอากาศ (physical environment - pollution noise traffic / climate)
6. จิตวิญญาณ / ศาสนา / ความเชื่อ (spirituality / religion / personal beliefs)

ต่อมาในปี ค.ศ. 1996 นักวิชาการจากนานาประเทศขององค์การอนามัยโลก (The WHOQOL Group) ได้พัฒนาแบบวัดคุณภาพชีวิต (WHOQOL - 100) ไปอีกขั้นตอนหนึ่งจนกระทั่งได้แบบวัดคุณภาพชีวิตชุดสนาม (WHOQOL - BREF) ซึ่งเป็นแบบวัดชนิดย่อมี 26 หัวข้อย่อยที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบวัดคุณภาพชีวิต (WHOQOL - 100) และแบบวัดคุณภาพชีวิตชุดภาคสนามนี้ (WHOQOL -BREF) แสดงค่าความตรง (validity) และค่าความเที่ยง (reliability) ค่าความไวในการวัดได้รับการตรวจสอบแล้ว ค่าคะแนนของหมวดใน WHOQOL - BREF มีความ

สัมพันธ์ถึง 0.9 เมื่อเทียบกับคะแนนหมวดต่างๆ ใน WHOQOL - 100 นอกจากจะมีความตรง ความเที่ยง และความไวในการวัดแล้ว แบบวัดหรือเครื่องมือวัดนี้ยังถือว่าเป็นเครื่องมือที่ใช้ได้ไม่ จำกัดวัฒนธรรมและ มีความเป็นสากลอย่างยิ่ง (สุวรรณ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ, 2541: 6) ดังนั้น ผู้วิจัยจึงนำแบบวัดนี้มาเป็นเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดนครศรีธรรมราช

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จำแนกออกเป็นปัจจัยหลัก 3 ประการ ได้แก่ ปัจจัยทางด้านประชากร ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ และปัจจัยทางด้านสังคม ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

3.1.. ปัจจัยทางด้านประชากร

3.1.1 เพศ เพศเป็นลักษณะพื้นฐานทางประชากรที่ถือสภาพมาแต่กำเนิดและเป็นตัวกำหนดความแตกต่างของบุคคลในสังคม ในสังคมไทยตั้งแต่อดีตได้กำหนดหน้าที่ของเพศชายและเพศหญิงไว้อย่างชัดเจน เพศชายถูกกำหนดให้เป็นผู้นำครอบครัว (อาานนท์ อภาภิรม, 2515: 165) มีบทบาทความรับผิดชอบในด้านการหาเลี้ยงครอบครัว การประกอบอาชีพ ส่วนเพศหญิง สังคมกำหนดบทบาทให้เป็นแม่บ้านรับผิดชอบ การดูแลบ้านเรือน หุงหาอาหาร และเลี้ยงดูบุตร รวมทั้งต้องให้ความเคารพยกย่องเพศชายในฐานะผู้นำครอบครัว ดังนั้น อำนาจการตัดสินใจต่างๆ จะขึ้นอยู่กับเพศชายในฐานะผู้นำครอบครัว นอกจากนี้ทั้งทางด้านสรีระร่างกายของเพศหญิงจะอ่อนแอกว่าเพศชาย ความสามารถทางด้านร่างกายก็เช่นกัน ทำให้เพศหญิงต้องพึ่งพาผู้อื่นและมีข้อจำกัดในการประกอบกิจวัตรประจำวันมากกว่าเพศชาย (Hanlon and Picrett, 1984: 444) จากการที่เพศชายได้รับความเคารพยกย่องจากสังคมทำให้เพศชายเกิดความรู้สึกว่า ตนเองมีคุณค่ามากกว่าจึงเกิดความพึงพอใจทำให้เกิดความสุข ประภาพร จินันทุยา (2536: 80) ศึกษาเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมทางสังคมผู้สูงอายุคืนแดง พบว่า กลุ่มตัวอย่างเพศชายมีคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างเพศหญิง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเขมิกา ขามะรัตน์ (2527: 74) ที่ได้ทำการศึกษาข้าราชการเกษียณอายุของกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ และ การศึกษาของกนกวรรณ ศิลปกรรมพิเศษ (2527: 48) ที่ได้ทำการศึกษา ข้าราชการที่เกษียณอายุในเขตอำเภอเมืองและอำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา พบว่า ผู้สูงอายุเพศชายมีความพึงพอใจในชีวิตสูงกว่าผู้สูงอายุเพศหญิง ดังนั้น เพศจึงเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

3.1.2 อายุ อายุมักใช้เป็นตัวแปรที่สำคัญในทางประชากรศาสตร์ เนื่องจากเป็นเครื่องบ่งชี้ถึงวัยของแต่ละบุคคล อายุที่เพิ่มมากขึ้นสภาพร่างกายก็ยิ่งเสื่อมโทรมลงตามลำดับ ความเสื่อมทางกายทำให้เกิดความคับข้องใจ เนื่องจากไม่สามารถจะประกอบกิจวัตรประจำวันเช่นเดิมได้ ระดับการพึ่งพาผู้อื่นย่อมมีสูงขึ้นตาม (Hanlon and Pickett, 1984: 433 - 434) การพึ่งพาผู้อื่นจะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าเป็นภาระต่อครอบครัวและสังคม ย่อมส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุต่ำลงได้ Edward and Klemmack (1973: 499) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุในรัฐเวอร์จิเนีย สหรัฐอเมริกา พบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยจะมีความพึงพอใจในชีวิตมากกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมาก ความพึงพอใจในชีวิตที่ทำให้บุคคลรู้สึกมีความสุขและรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตที่ดี การศึกษานี้สอดคล้องกับประภาพร จินนทุยา (2536: 80 - 81) ที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60 - 69 ปี มีคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 70 - 87 ปี

3.1.3 สถานภาพสมรส เป็นลักษณะที่สำคัญทางประชากรอีกอย่างหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เนื่องจากสถานภาพสมรสเป็นตัวบ่งชี้ถึงการสนับสนุนทางสังคม บุคคลที่มีคู่สมรสจะได้รับความเคารพยกย่องและนับถือที่เป็นแรงสนับสนุนทางสังคม (วาทีณี บุญชะลิกษี และ ยุพิน วรสิริอมร, 2539: 359) ในขณะที่เดียวกันจะทำให้รู้สึกว่ามีเพื่อนคู่คิดไม่รู้สึกเหงาหรือโดดเดี่ยว ทำให้เกิดกำลังใจและความอบอุ่น ตลอดจนเกิดความรู้สึกมั่นคงในชีวิต ทำให้เกิดการรับรู้ถึงคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Robert and Krouse, 1988: 10 - 11) นอกจากนี้ยังพบอีกว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับความสุขของผู้สูงอายุ (คณะอนุกรรมการการศึกษา วัฒนธรรม และกิจกรรมเพื่อผู้สูงอายุ, 2528: 141) จากการศึกษาของมารศรี นุชแสงพลี (2532: 82) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนบ่อนไก่ กรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสอยู่ด้วยกันจะมีความพึงพอใจในชีวิตสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสโสด หม้าย หย่า และแยกกันอยู่ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุวิมล หนาวัฒนกุล (2534: 33) จารุพันธ์ สมบูรณ์สิทธิ์ (2535: 83) ประภาพร จินนทุยา (2536: 81) และพนิชญา พานิชชีวะกุล (2537: 157)

3.1.4 โรคประจำตัว เรื่องโรคประจำตัวนี้ มีพุทธภานิตยบทหนึ่งกล่าวไว้ว่า “อโรคยา ปรมา ลาภา” หรือ “ความไม่มีโรคเป็นลาภอันประเสริฐ” โรคประจำตัวไม่ว่าเกิดจากการประเมินของตนเองหรือวินิจฉัยจากทางการแพทย์ย่อมส่งผลให้เกิดความวิตกกังวลใจต่อผู้สูงอายุ บางรายอาจต้องได้รับการดูแลรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่องตลอดเวลา ซึ่งส่งผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายในการรักษา อีกทั้งยังต้องได้รับการดูแลจากครอบครัวอย่างใกล้ชิด หากมีโอกาสที่จะเข้าร่วมกิจกรรม

ต่างๆ ทางสังคมทำให้รู้สึกว่าคุณค่าชีวิตของตนเองไร้ค่า โรคประจำตัวจึงมีผลต่อคุณภาพชีวิตในด้านลบ (Lauer, 1982: 350) จากการศึกษาของเชมิกา ชามะรัตน์ (2527: 93 - 94) พบว่าผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีและไม่มีโรคประจำตัวหรือมีปัญหาสุขภาพเล็กน้อย จะมีความพึงพอใจในชีวิตสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีสุขภาพไม่ดีและมีโรคประจำตัว เช่นเดียวกับประภาพร จินันทุยา (2536: 79) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว มีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัว

3.2.. ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ

3.2.1 ประเภทของงานอาชีพก่อนอายุ 60 ปี อาชีพเป็นตัวบ่งชี้ให้เห็นถึงสภาพทางเศรษฐกิจ การศึกษาและสถานภาพทางสังคม เพราะผู้ที่มีการศึกษาคือข้อมประกอบอาชีพที่ต้องใช้ความรู้จากการศึกษาซึ่งทำให้เป็นที่นับหน้าถือตาจากสังคม รวมทั้งรายได้ที่ได้รับก็จะอยู่ในเกณฑ์ดีกว่า เช่น แพทย์ วิศวกร อาจารย์ เป็นต้น สำหรับผู้ที่มีอาชีพอยู่ในภาคเกษตรกรรมมักจะมีการศึกษาน้อย เพราะการประกอบอาชีพส่วนใหญ่จะใช้แรงงานและประสบการณ์มากกว่าความรู้ อีกทั้งอาชีพในภาคเกษตรกรรมจะให้ผลตอบแทนที่ต่ำ (นภาพร ชโยวรรณ และ คณะ, 2532: 3) การประกอบอาชีพที่ได้รับการยกย่องจะทำให้เกิดความรู้สึกภาคภูมิใจ รู้สึกมีคุณค่า เกิดความพึงพอใจในชีวิต นอกจากนี้ อาชีพที่ทำรายได้ดีข้อมทำให้ผู้ประกอบการอาชีพนั้นสามารถเก็บออมไว้ใช้ในยามสูงอายุและยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเองได้ จากการศึกษาของ คิมเมล, ไพรส์ และวอล์คเกอร์ (Kimmel, Price and Walker, 1978: 583) พบว่า อาชีพก่อนเกษียณอายุมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจภายหลังเกษียณอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้น ประเภทของงานอาชีพก่อนที่จะมีอายุ 60 ปีน่าจะเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

3.2.2 การทำงานเชิงเศรษฐกิจในปัจจุบัน การทำงานเชิงเศรษฐกิจในปัจจุบันของผู้สูงอายุจะทำให้ผู้สูงอายุเกิดความภูมิใจ รู้สึกว่าตนเองมีค่า แสดงถึงสุขภาพและความสามารถทางกาย อีกทั้งเงินหรือค่าตอบแทนที่ได้รับนั้นก็จะเป็นค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวันตามที่ต้องการ เป็นผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี นอกจากนี้ การทำงานเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดความพึงพอใจในชีวิต ซึ่งนักสังคมวิทยาเชื่อว่าบทบาทของคนทำงาน (Worker role) เป็นสิ่งที่ทำให้เกิดความพึงพอใจในชีวิต เนื่องจากบทบาทของคนทำงานเป็นบทบาทที่ทำให้บทบาทอื่นๆ ยังคงอยู่และประสานกันได้อย่างดี จากการศึกษาของเกริกศักดิ์ บุญญานูพงศ์, สุรีย์ บุญญานูพงศ์ และ สมศักดิ์ ฉันทะ (2534: 455) ศึกษาถึงสถานภาพและบทบาทของผู้สูงอายุพบว่า หากผู้สูงอายุยังคงสามารถทำงานเชิงเศรษฐกิจที่เป็นประโยชน์ต่อครอบครัวได้แล้ว ผู้สูงอายุคนนั้นก็ได้รับการยอมรับและยังถือว่าเป็นหัวหน้าครอบครัว

3.2.3 ฐานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือน ฐานะทางเศรษฐกิจเป็นตัวบ่งชี้สภาพชีวิตความเป็นอยู่ของบุคคลได้เป็นอย่างดี เนื่องจากในสังคมปัจจุบันนี้ยึดถือระบบเงินตราเข้ามาเป็นส่วนสำคัญในการดำรงชีวิต ครัวเรือนใดที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดีสมาชิกย่อมมีความสุข ความสะดวกสบาย มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีอายุยืนยาว พิธีสิทธิ์ ค่ามรดกศิลป์ และคณะ (พิธีสิทธิ์ ค่ามรดกศิลป์ และคณะ, 2525 อ้างถึงในคณะกรรมการวิสามัญสวัสดิการผู้สูงอายุและการพัฒนาสังคม วุฒิสภา, 2534: 5 - 6) ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง ความทันสมัย ภาพพจน์เกี่ยวกับตนเองและปัญหาบางประการของคนชรา พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ (ร้อยละ 75) เห็นว่าชีวิตในวัยชราจะมีความสุขได้นั้นต้องเตรียมฐานะเศรษฐกิจให้มั่นคงเสียก่อน ฉะนั้น พอจะสรุปได้ว่าผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือนดีย่อมมีคุณภาพชีวิตที่ดีด้วย

3.2.4 การมีบ้านพักอาศัยเป็นของตนเอง การมีบ้านพักอาศัยเป็นของตนเอง นับเป็นปัจจัยที่บ่งชี้ถึงหลักประกันในชีวิต การอาศัยอยู่ในบ้านที่เป็นของตนเองหรือคู่สมรสย่อมทำให้เกิดความรู้สึกมั่นคง อบอุ่นใจมากกว่าที่จะต้องอาศัยอยู่ในบ้านผู้อื่นซึ่งตนเองไม่ได้เป็นเจ้าของ ผู้สูงอายุที่มีบ้านพักอาศัยเป็นของตนเองน่าจะมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีบ้านพักอาศัยเป็นของตนเอง อย่างไรก็ตาม พบข้อขัดแย้งของตัวแปรกรรมสิทธิ์ในที่อยู่อาศัยจากการศึกษาของประภาพร จินนทบุชา (2536: 83 - 84) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีบ้านเป็นของตนเองมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีบ้านเป็นของตนเอง โดย Yurick et al. (1984: 157) กล่าวว่า การมีบ้านเป็นของตนเองนั้นผู้สูงอายุจะต้องเสียค่าใช้จ่ายในการบำรุงรักษาซ่อมแซมซึ่งเป็นรายจ่ายที่สูง นับว่าเป็นภาระอย่างหนึ่งที่ผู้สูงอายุจะต้องแบกรับไว้

3.3 ปัจจัยทางด้านสังคม

3.3.1 การศึกษา การศึกษาเป็นการจัดประสบการณ์ให้แก่ชีวิต ช่วยทำให้บุคคลได้รับรู้ความเป็นไปในโลกและชีวิตด้านต่างๆ สามารถจะดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุขและมีคุณภาพ (สมจิตต์ สุพรรณทัศน์ และนิภา มนูญปิฎ, 2525: 105 - 106) ตามค่านิยมของไทย ผู้ที่มีโอกาสในการศึกษาสูงย่อมมีโอกาสที่จะได้รับการยกย่องนับหน้าถือตามากกว่า และมีโอกาสประสบความสำเร็จในชีวิตมากกว่าผู้ที่มีการศึกษาคือต่ำกว่า เมื่ออยู่ในวัยสูงอายุ ผู้สูงอายุกลุ่มที่มีการศึกษาสูงได้มองย้อนกลับไปในช่วงชีวิตที่ผ่านมาย่อมเกิดความรู้สึกภาคภูมิใจและพึงพอใจ นอกจากนี้ การศึกษายังมีความสัมพันธ์กับระบบเศรษฐกิจ กล่าวคือ บุคคลที่มีระดับการศึกษาสูงย่อมมีโอกาสแสวงหาอาชีพที่ดี มีความมั่นคงและได้รับค่าตอบแทนสูง ซึ่งทำให้สามารถทำงานหาเลี้ยงตนเองได้ (ขนัด ชุ่มจิต, 2530: 117) และยังสามารถเก็บออมไว้ในยามสูงอายุ รายได้ที่ดีนั้นทำให้มีอำนาจ

ในการซื้อสูง ส่งผลให้คุณภาพชีวิตสูงขึ้นตามไปด้วย (สุรกุล เจนอบรม, 2534: 43) จากการศึกษาของสุวิมล พนาวัฒน์กุล (2534: 33) ประภาพร จินันทุยา (2537: 81) และพนิชฐา พานิชะกุล (2537: 158) พบว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการศึกษามีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาค่ำกว่าหรือไม่ได้รับการศึกษา

3.3.2 เขตที่อยู่อาศัย เขตที่อยู่อาศัยนอกจากจะเป็นการแบ่งแยกเขตการปกครอง ตามลักษณะการปกครองส่วนท้องถิ่นแล้ว ยังเป็นการแบ่งแยกความเจริญของท้องถิ่น ในเขตเมืองย่อมได้รับความสะดวกสบายด้านสาธารณูปโภคทั้งถนนหนทาง ไฟฟ้า น้ำประปา สถานบริการด้านสุขภาพ รวมทั้งเป็นแหล่งจ้างงานทำให้เกิดรายได้ คุณภาพชีวิตของ ผู้ที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองย่อมจะดีกว่าในเขตชนบท ในกรณีผู้สูงอายุก็เช่นกัน ผู้สูงอายุจำนวนมากที่อาศัยอยู่ในเขตชนบทถูกทอดทิ้งให้ผจญชะตาชีวิตอยู่ตามลำพัง บางครั้งยังต้องรับเลี้ยงดูหลานอีกด้วยเนื่องจากคนหนุ่มสาวหรือลูกๆ อพยพย้ายถิ่นเข้าสู่เมืองเพื่อหางานทำ ถึงแม้จะมีรายได้ส่งไปจุนเจือพ่อแม่ที่สูงอายุในชนบทก็ไม่ได้ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชนบทอยู่ในเกณฑ์ดี จากผลการวิจัยเรื่อง ผลกระทบทางเศรษฐกิจ สังคม และประชากร ของผู้สูงอายุในประเทศไทย (นภาพร ชโยวรรณ และคณะ, 2532: 3) พบว่า ผู้สูงอายุในชนบทมีภาวะทางเศรษฐกิจยากจนกว่าผู้สูงอายุในเมืองเนื่องจากปัญหาด้านสุขภาพเป็นส่วนใหญ่ นอกจากนี้ผู้สูงอายุ ในชนบทส่วนใหญ่จะทำงานในภาคเกษตรกรรมซึ่งมีค่าตอบแทนต่ำ จึงมีวิถีความเป็นอยู่ซึ่งหมายถึงคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่าด้วย

3.3.3 การอยู่อาศัย การที่ผู้สูงอายุอยู่อาศัยอยู่กับใครนั้น นับว่าเป็นตัวแปรสำคัญตัวหนึ่งที่บ่งบอกถึงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในสังคมไทยซึ่งถือว่าครอบครัวเป็นสถาบันที่ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ ครอบครัวจึงมีผลต่อความพึงพอใจของผู้สูงอายุ เนื่องจากคู่สมรสหรือบุตรหลานในครอบครัวสามารถเป็นที่พึ่งทางเศรษฐกิจ เป็นขวัญและกำลังใจให้กับผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นผู้ที่ต้องการความรัก ความเคารพยกย่องนับถือ และความเอาใจใส่ดูแลในยามเจ็บไข้ได้ป่วยหรือต้องการความช่วยเหลือ บุคคลในครอบครัวจึงเป็นผู้ที่จะช่วยประคับประคองความรู้สึกของผู้สูงอายุ ให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง มีความมั่นคงในชีวิต ทำให้เกิดความสบายใจ ความพึงพอใจในชีวิต ในทางตรงกันข้ามผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คนเดียวเนื่องจากได้สูญเสียคู่สมรสไปแล้วหรือไม่มีบุตรหลานดูแล จะเกิดความรู้สึก โดดเดี่ยว ว้าเหว่ และรู้สึกว่าตนเองปราศจากความหมาย ย่อมส่งผลให้ความพึงพอใจในชีวิตลดต่ำลง จากการศึกษาเรื่องภาพรวมผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวในสังคมไทยในปี พ.ศ. 2532 ของปัทมา อมรศิริสมบุรณ์ (2537: 224) พบว่ามีผู้สูงอายุต้องอยู่คนเดียวถึงร้อยละ 7 ของประชากรสูงอายุ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวไม่มีการศึกษา มากกว่าที่มีการศึกษา

ข้อค้นพบนี้ทำให้มองเห็นว่าผู้ที่ไม่มีการศึกษา มักจะมีฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดี บากจน จึงไม่ได้รับการศึกษาต้องช่วยครอบครัวทำงานตั้งแต่ยังเล็ก เมื่อเติบโตขึ้นมาด้วยความต้องการศึกษาจึงไม่มีโอกาสทำงานที่สามารถสร้างฐานะให้กับตนเองได้ ขามแก่ชราที่ไม่มีเงิน ต้องอยู่คนเดียวไม่มีใครดูแลแม้แต่ลูกหลานหรือญาติพี่น้อง ผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวขม่อมประสบกับความลำบากยากแค้น คุณภาพชีวิตขม่อมจะดีกว่าผู้สูงอายุที่อยู่กับคู่สมรสหรือบุตร

3.3.4 จำนวนสมาชิกในครัวเรือน จำนวนสมาชิกในครัวเรือนเข้ามาเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต เนื่องจากสมาชิกในครัวเรือนมีผลต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองของผู้สูงอายุ โดยที่จำนวนสมาชิกในครัวเรือนมาก ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองยิ่งต่ำลง (วรรณระวี อัครนิจ: 2534) เมื่อผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกว่าตนเองไม่มีประโยชน์ ไม่มีคุณค่าก็จะเกิดความรู้สึกท้อแท้ ซึมเศร้า ปราศจากความสุข ความพึงพอใจ ประการต่อมา สมาชิกในครัวเรือนจำนวนมากเท่าใด ครัวเรือนขม่อมแออัดและมีความวุ่นวายมากเท่านั้น คุณภาพชีวิตที่ดีขม่อมจะเกิดได้ยาก จากการศึกษาของวิโรทสิทธิไตรย์ และ โขชิน แสวงดี (2530: 270 - 271) เรื่องผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและการมีโครงการพัฒนาที่มีต่อวิถีการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ ในหมู่บ้านภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย พบว่า ผู้สูงอายุมีความเห็นว่าถ้ามีสมาชิกในครัวเรือนมากจะต้องค้นหาเลี้ยงปากเลี้ยงท้องมากขึ้น แม้แต่ตัวผู้สูงอายุเองก็ตาม ต้องทำงานหาเงินช่วยเหลือครอบครัวด้วย นอกจากนี้ยังเห็นว่าการมีลูกหลานมากๆ ทำให้เกิดความวุ่นวายในครอบครัว เนื่องจากในวัยสูงอายุต้องการความสงบ สมาชิกในครัวเรือนจำนวนน้อยน่าจะทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตดีกว่าสมาชิกในครัวเรือนจำนวนมาก

3.3.5 การเป็นสมาชิกกลุ่มหรือชมรม การเป็นสมาชิกกลุ่มหรือชมรมเป็นรูปแบบหนึ่งของการทำกิจกรรม ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมเป็นสมาชิกของกลุ่มหรือชมรมจะมีความรู้สึกที่ตนเองมีส่วนร่วมในสังคม เพิ่มความมีชีวิตชีวาให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองไม่ได้อ้างว้างหรือโดดเดี่ยว เนื่องจากกลุ่มหรือชมรมจะมีกิจกรรมที่จะต้องทำร่วมกัน สมาชิกกลุ่มใดหรือชมรมใดขม่อมจะมีความคล้ายคลึงกัน ไม่ด้านใดก็ด้านหนึ่ง เช่น เพศ วัย หรืออาชีพ ผู้สูงอายุก็จะได้พบปะกับบุคคลที่มีความคล้ายคลึงกันกับตนเอง มีความสนใจร่วมกันในสิ่งใดสิ่งหนึ่ง นอกจากนี้ยังก่อให้เกิดความพึงพอใจรู้สึกที่ตนเองมีคุณค่าและก่อให้เกิดความสุขในชีวิต การเป็นสมาชิกกลุ่มหรือชมรมนี้ จะทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมมากขึ้น จากทฤษฎีกิจกรรมเชื่อว่าผู้ที่สามารถเข้าร่วมในกิจกรรมทางสังคมได้ขม่อมมีโอกาสพบปะเพื่อนฝูงวัยเดียวกันและมองเห็นโลกกว้างขึ้น ทำให้ไม่มี

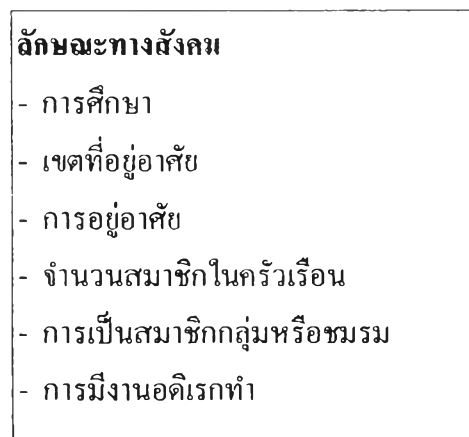
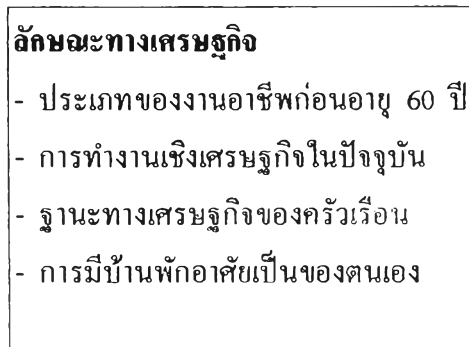
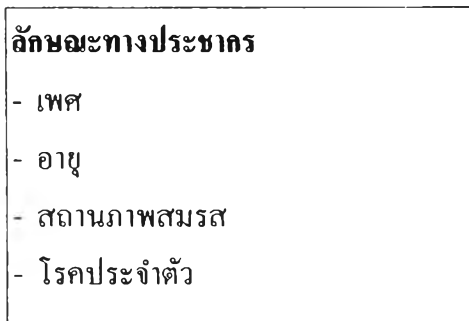
เวลาเหงาหรือเศร้าซึม ส่งผลให้ผู้สูงอายุ มีความพึงพอใจในชีวิตสูงไปด้วย (Berghorn Schafer and others, 1981: 343)

3.3.6 การมีงานอดิเรกทำ งานอดิเรกเป็นส่วนหนึ่งของการทำกิจกรรมของผู้สูงอายุ เนื่องจากวัยที่สูงอายุขึ้นทำให้ต้องลดกิจกรรมและบทบาททางสังคมลงไปตามโดยปริยาย (สุรกุล เจนอบรม, 2534: 35) ผู้สูงอายุจะมีเวลาว่างมากขึ้น หากไม่มีงานอดิเรกหรือกิจกรรมอย่างอื่นมาทำ จะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกเป็นคนว่างงาน ไร้ค่า การทำงานอดิเรกยามสูงอายุ ถือเป็น การพักผ่อนอย่างหนึ่ง เพราะจะทำให้เกิดความรู้สึกเพลิดเพลิน พึงพอใจในการได้ทำในสิ่งที่ตนเองชอบ บางครั้งงานอดิเรกที่ผู้สูงอายุทำอาจก่อให้เกิดรายได้ขึ้นมา ดังนั้น ผู้สูงอายุที่มีงานอดิเรกทำจะมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้สูงอายุที่อยู่เฉยๆ ไม่มีอะไรทำ

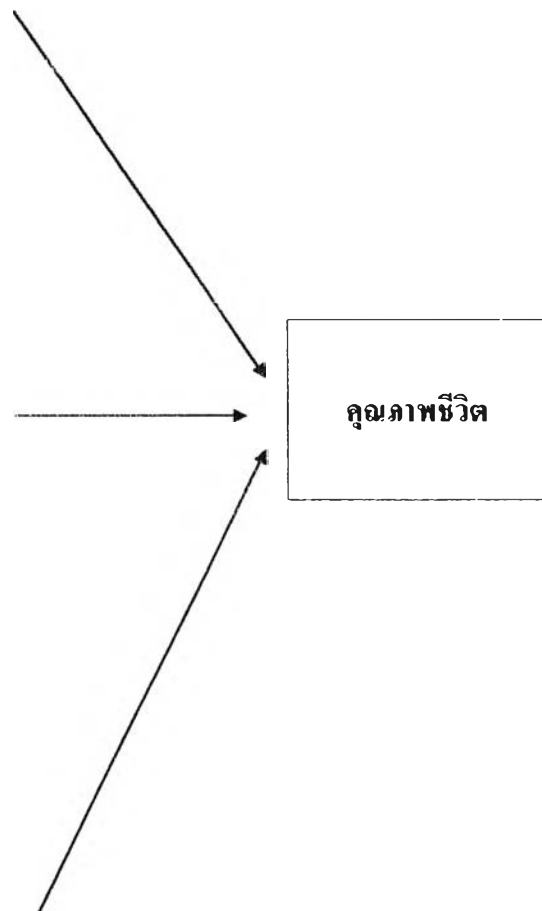
จากการที่ได้ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องแล้ว ผู้วิจัยได้นำแนวคิดต่างๆ รวมทั้งผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มาเชื่อมโยงเป็นแบบจำลองของการศึกษา ดังต่อไปนี้

กรอบแนวคิดในการศึกษา

ตัวแปรอิสระ



ตัวแปรตาม



สมมติฐานการศึกษา

เนื่องจากการศึกษารุ่นนี้เป็นการศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งผู้วิจัยได้นำกรอบแนวคิดมาเป็นแนวทางในการกำหนดสมมติฐานการศึกษา ดังนี้

สมมติฐานหลัก ผู้สูงอายุที่มีลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจ และสังคมแตกต่างกัน มีคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน

สมมติฐานย่อย

1. ผู้สูงอายุชาย น่าจะมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้สูงอายุหญิง
2. ผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยกว่า น่าจะมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า
3. ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสอยู่ด้วยกัน น่าจะมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพโสด หม้าย หรือหย่าร้าง
4. ผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัว น่าจะมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว
5. ผู้สูงอายุที่เคยประกอบอาชีพนอกภาคเกษตรกรรมในช่วงก่อนอายุ 60 ปี น่าจะมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้สูงอายุที่เคยประกอบอาชีพในภาคเกษตรกรรม
6. ผู้สูงอายุที่ยังคงทำงานเชิงเศรษฐกิจ น่าจะมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้ทำงานเชิงเศรษฐกิจ
7. ผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจระดับสูงกว่า น่าจะมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจระดับต่ำกว่า
8. ผู้สูงอายุที่มีบ้านพักอาศัยเป็นของตนเองหรือของกลุ่มสมรส น่าจะมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในบ้านของบุตรหลาน หรือญาติ หรืออยู่บ้านเช่า หรือบ้านที่หน่วยงานจัดหาให้

9. ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาสูงกว่าน่าจะมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาต่ำกว่า
10. ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองน่าจะมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตชนบท
11. ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ครัวเรือนเดียวกับคู่สมรสและ/หรือบุตร น่าจะมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียว
12. ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีจำนวนสมาชิกน้อยกว่า น่าจะมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีจำนวนสมาชิกมากกว่า
13. ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกกลุ่มหรือชมรม น่าจะมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้เป็นสมาชิกกลุ่มหรือชมรมใดๆ
14. ผู้สูงอายุที่มีงานอดิเรกทำน่าจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีงานอดิเรกทำ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ทราบถึงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและปัจจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดนครศรีธรรมราช
2. เป็นแนวทางในการวางแผนการดำเนินงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุ โดยเฉพาะสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุในการส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี
3. เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในแง่มุมต่างๆ รวมทั้งนำเครื่องมือที่ใช้วัดไปใช้ในพื้นที่อื่นๆ ต่อไป