

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล การอุปถัมภ์จากครอบครัว และการบริการสุขภาพในชุมชน กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนแออัด เขตกรุงเทพมหานคร ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ซึ่งจะเสนอสาระเป็นลำดับดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุในชุมชนแออัด
 - 1.1 ชุมชนแออัด เขตกรุงเทพมหานคร
 - 1.1.1 ความหมายของชุมชนแออัด
 - 1.1.2 สภาพปัญหาในชุมชนแออัด
 - 1.2 การกำหนดลักษณะความเป็นผู้สูงอายุ
 - 1.3 การดำรงชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนแออัด
2. แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ
 - 2.1 ความหมายและองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต
 - 2.2 การประเมินคุณภาพชีวิต
 - 2.3 คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนแออัด
 - 2.4 การพัฒนาคุณภาพชีวิต
3. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนแออัด
 - 3.1 ปัจจัยส่วนบุคคลกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ
 - 3.2 การอุปถัมภ์จากครอบครัวกับคุณภาพชีวิต
 - 3.3 การบริการสุขภาพในชุมชนกับคุณภาพชีวิต
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุในชุมชนแออัด

1. ชุมชนแออัด เขตกรุงเทพมหานคร

จากการศึกษาของศูนย์ประสานงานพัฒนาชุมชนกรุงเทพมหานคร สำนักสวัสดิการสังคม กทม. (2533) พบว่า กรุงเทพมหานคร เป็นศูนย์กลางความเจริญทุกด้าน เป็นนครที่มีประชากรมากและหนาแน่นที่สุดประมาณ 8 ล้านคน และในจำนวนนี้มีประชากรร้อยละ 25 อาศัยอยู่ในพื้นที่ที่เรียกว่า “ชุมชนแออัด” โดยมีการกระจายตัวอย่างไร้ระเบียบในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร และการสำรวจภาพถ่ายทางอากาศของการเคหะแห่งชาติ พบว่ามีชุมชนแออัดในพื้นที่เขตกรุงเทพมหานคร 36 เขต 2 เขตสาขา จำนวน 1,078 แห่ง

1.1 ความหมายของชุมชนแออัด

ชุมชนแออัด เดิมเรียกว่า สลัม หรือแหล่งเสื่อมโทรม แต่เพื่อให้สามารถพัฒนาพื้นที่ดังกล่าวให้มีความเหมาะสมต่อการดำรงชีวิตของผู้ที่อยู่อาศัย จึงได้มีการเปลี่ยนชื่อเรียกจากแหล่งเสื่อมโทรม หรือสลัม มาเป็นชุมชนแออัด อันเป็นการบ่งบอกถึงลักษณะทางกายภาพของชุมชนซึ่งอยู่กันอย่างแออัดยัดเยียด โดยให้ความรู้สึกที่สามารถพัฒนาคุณภาพของการอยู่อาศัยให้ดีขึ้นได้ แม้จะมีประชากรอยู่กันอย่างหนาแน่นก็ตาม

มีผู้รู้ได้ให้ความหมายของชุมชนแออัด หรือ แหล่งเสื่อมโทรม อาทิเช่น

กระทรวงมหาดไทย (อ้างถึงใน นางเยาว์ เพียรทรัพย์, 2527: 263) ได้ให้คำจำกัดความของชุมชนแออัดหรือแหล่งเสื่อมโทรมไว้ว่า สภาพย่านเคหสถาน หรือบริเวณที่พักอาศัยในเมืองที่ประกอบด้วย อาคารเก่าชำรุดทรุดโทรม มีบริเวณที่สกปรก รกรุงรัง ประชาชนอยู่กันอย่างแออัดยัดเยียด ผิดสุขลักษณะ ต่ำกว่ามาตรฐานที่สมควรจนไม่อาจอยู่อย่างครบครันตามปกติวิสัยมนุษย์ ทำให้ไม่ปลอดภัยด้านสุขวิทยา และอนามัย

Clinard (1996: 4) กล่าวว่า แหล่งเสื่อมโทรมหรือชุมชนแออัดก็คือส่วนของเมืองที่มีบ้านหนาแน่น ถูกทอดทิ้งเสื่อมโทรมลง และมักเป็นบ้านที่ล้าสมัยแล้ว บ้านที่ไม่เหมาะจะอยู่อาศัยเหล่านี้ คนจนที่มีรายได้น้อยสามารถที่จะใช้อาศัยได้ภายใต้สภาพการณ์ที่เลวคือไม่ถูกสุขลักษณะและเป็นอันตรายต่อสุขภาพอนามัย มีคนอยู่หนาแน่นเกินไป

ลักษณะของชุมชนแออัดได้มีผู้กล่าวไว้หลายท่าน โดยสรุปได้ดังต่อไปนี้ คือ (ณัฐชัย ตันติสุข, 2524: 23; อคิน รพีพัฒน์, 2524: 63; Clinard, 1996: 4)

- 1) เป็นส่วนหนึ่งของเมือง
- 2) เป็นแหล่งที่มีอาคารหนาแน่น และมีผู้อาศัยแออัดมากในพื้นที่
- 3) บ้านเรือนปลูกชิดติดกันจนกระทั่งทางสัญจรมีเพียงทางเดินแคบๆ เท่านั้น
- 4) บ้านที่อยู่อาศัยโดยมากอยู่ในสภาพที่ทรุดโทรม
- 5) มีลักษณะเป็นอันตรายต่อสุขภาพและอนามัย ขาดท่อระบายน้ำโสโครก มีน้ำเน่าขัง และไม่มีอากาศบริสุทธิ์เพียงพอ แสงสว่างน้อย
- 6) มีลักษณะเป็นอันตรายต่อสวัสดิภาพของผู้อยู่อาศัย อาจมีอันตรายจากไฟไหม้เกิดขึ้นได้ง่ายเนื่องจากเป็นแหล่งเชื้อเพลิง
- 7) ผู้อยู่อาศัยเกือบทั้งสิ้นเป็นผู้ที่มีรายได้น้อย

กล่าวโดยสรุป ชุมชนแออัดจึงหมายถึง บริเวณที่ส่วนมากจะมีอาคารบ้านเรือนหนาแน่น ไม่เป็นระเบียบและชำรุดทรุดโทรม มีประชาชนอาศัยอยู่อย่างแออัด มีสภาพแวดล้อมไม่เหมาะสมจนอาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพอนามัย และความปลอดภัยของประชาชนที่อาศัยอยู่

1.2 สภาพปัญหาของชุมชนแออัด

เมื่อมีการอยู่รวมกันอย่างหนาแน่น ปัญหาต่างๆย่อมจะเกิดขึ้น สุพัตรา สุภาพ (2525: 132-133) และ ศิริลักษณ์ แก้วคงยศ (2532: 55-96) ได้กล่าวไว้ว่า ปัญหาที่เกิดขึ้นภายในชุมชนแออัดมักเป็นปัญหาต่อเนื่องกัน นับตั้งแต่ปัญหาเบื้องต้นจนถึงปัญหาอื่นๆที่สลับซับซ้อนมากขึ้น ซึ่งสรุปได้ดังนี้

- 1) ปัญหาทางกายภาพ เป็นที่อยู่อาศัยที่ไม่ได้มาตรฐานและขาดการดูแลรักษา สภาพการปลูกบ้านเป็นไปอย่างหยาบๆง่ายๆ สภาพทั่วไปของตัวบ้านไม่มั่นคง มีการปลูกบ้านบนน้ำ ไม่ว่าจะเป็นตึกดินหรือตึกถาวรจะมีน้ำขังอยู่ตลอดเวลา ก่อให้เกิดความสกปรกเป็นสถานที่เพาะเชื้อโรคได้เป็นอย่างดี ทางเข้าสู่ชุมชนแคบๆ ไม่มีท่อระบายน้ำโสโครกน้ำเสียจึงท่วมขังและเน่าเหม็นอยู่เสมอ โดยเฉพาะอย่างยิ่งขยะมูลฝอยจะถูกทิ้งทับถมส่งกลิ่นเหม็น ส่อถึงความยากไร้ระเบียบของผู้ที่อยู่อาศัย เหล่านี้ทำให้ประชาชนมีที่อยู่อาศัยอย่างไม่ถูกสุขลักษณะ มีสุขภาพเสื่อมโทรม มีพวกหนู แมลงสาบ ยุง ยิ่งคนเพิ่มมากขึ้นเท่าไรปัญหาเหล่านี้ก็จะเพิ่มมากขึ้นทวีคูณ เนื่องจากอยู่อย่างแออัดในพื้นที่จำกัดที่ปลูกเพียงเพื่อใช้เป็นที่อยู่อาศัยเท่านั้น ไม่ได้คำนึงถึงชุมชนและสิ่งแวดล้อมแต่อย่างใด

2) ปัญหาทางเศรษฐกิจ ที่พบเห็นโดยทั่วไปในชุมชนแออัดคือ คนส่วนใหญ่มีรายได้น้อย การว่างงาน การมีอาชีพไม่แน่นอน ความเสื่อมโทรมทางศีลธรรมจรรยาจึงเกิดขึ้นเนื่องจากมีปัญหาความยากจน ความลำบากในการครองชีพต่างๆเป็นส่วนใหญ่ และมักเกิดปัญหาครอบครัวแตกแยก การทอดทิ้งเด็กและผู้สูงอายุ ความรุนแรงในครอบครัวต่างๆ รวมทั้งการก่ออาชญากรรมตามมาได้ง่าย

3) ปัญหาด้านสาธารณสุข สุขภาพและอนามัยเป็นปัญหาสำคัญ และเป็นพื้นฐานความเจริญทางสังคม สุขภาพเป็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับชีวิต สาเหตุของปัญหาก็คือร่างกายของมนุษย์และสภาพแวดล้อม เนื่องจากผู้ที่อยู่ในชุมชนแออัดมักจะอาศัยอยู่บริเวณน้ำเน่า ไม่มีท่อระบายน้ำโสโครกหรือวิธีการระบายน้ำโสโครกที่ดี ประกอบกับผู้อยู่อาศัยมักจะทิ้งขยะมูลฝอย หรือถ่ายอุจจาระปัสสาวะลงในน้ำคร่ำ ซึ่งเป็นแหล่งเพาะเชื้อโรคอย่างดี การอยู่อาศัยในบริเวณที่แออัดเกินไปทำให้สุขภาพอนามัยจึงเสื่อมถอย เพราะอากาศไม่บริสุทธิ์แสงสว่างมีไม่เพียงพอ โรคภัยไข้เจ็บจึงติดต่อกันง่าย นอกจากนี้ชาวชุมชนแออัดยังไม่รู้และไม่เข้าใจถึงวิธีในการรักษาพยาบาล อาจอาศัยทางไสยศาสตร์ หรือการไสยาผิตๆ เช่น ไสยาชุด ยากระตุ้นกำลัง ยาเสพติด อันอาจเป็นอันตรายต่อชีวิต และยังไม่มีโอกาสที่จะได้ศึกษาหาความรู้ในด้านโภชนาการอีกด้วย

4) ปัญหาด้านการศึกษา เนื่องจากผู้ที่อยู่อาศัยในแหล่งนี้มักเป็นพวกใช้แรงงานเป็นส่วนใหญ่ รายได้จึงไม่แน่นอน มักจะมุงแต่ให้ครอบครัวพอกินพอใช้จึงไม่ค่อยคำนึงถึงการศึกษา เยาวชนในแหล่งชุมชนแออัดขาดการศึกษาในวัยที่สมควรหรือในวัยเรียน ซึ่งก่อให้เกิดปัญหาไม่รู้หนังสือตามมา ปัญหาการขาดความรู้ทักษะ ฯลฯ และจะกลายมาเป็นปัญหาทางสังคมภายในชุมชนนั่นเอง

5) ปัญหาอัคคีภัย เป็นภัยร้ายแรงที่สุดที่ทำให้ประชากรเดือดร้อนไร้ที่อยู่อาศัยเนื่องมาจากสภาพบ้านที่เก่าแก่เสื่อมโทรม วัสดุที่ใช้ง่ายต่อการติดไฟ การปลูกสร้างบ้านติดๆกันแบบแออัดยัดเยียดทำให้ไฟลุกลามรวดเร็ว รวมทั้งสภาพทางเดินแคบๆคดเคี้ยวไปตามช่องว่างระหว่างบ้าน เป็นอุปสรรคต่อการดับไฟได้ทันที่และอย่างรวดเร็ว

6) ปัญหาการดำรงอยู่ของชุมชนแออัด เนื่องจากการเกิดของชุมชนแออัดเป็นผลจากการพัฒนาของเมือง และการพัฒนาของสังคม การดำรงอยู่ของชุมชนแออัดจึงเป็นขั้นตอนที่แน่นอนของการวิวัฒนาการของเมือง การเกิดขึ้นของชุมชนแออัด มีปัจจัยที่แน่นอน ซึ่งการดำรงอยู่และพัฒนาต่อไปของชุมชนแออัดนั้น เป็นปัจจัยหนุนที่ก่อให้เกิด หรือปรากฏออกมาให้เห็นเด่นชัดได้ในสังคม ฉะนั้นการดำรงอยู่ของชุมชนแออัดจึงมองในรูปแบบที่ชุมชนแออัดนั้นๆเป็นสิ่งที่ทำลายความสวยงาม ทำลายความมีระเบียบของเมือง จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องกำจัด

ชุมชนแออัดออกไปให้หมด เพื่อสร้างเมืองให้เป็นระเบียบ มีความสวยงาม พร้อมกับเป็นการกำจัดบ่อเกิดแห่งปัญหาต่างๆไปด้วย เพราะชุมชนแออัดเป็นปัญหาทางสังคมที่สามารถแพร่กระจายไปสู่สังคมเมืองอื่นๆได้ง่ายหากปล่อยทิ้งไว้

7) ปัญหาสังคมและการเมือง ชาวชุมชนแออัดมีส่วนร่วมในกิจกรรมภาคธุรกิจหรือกิจกรรมเสริมน้อยกว่าคนชั้นกลาง หรือคนที่มีฐานะค่อนข้างดี คนในชุมชนแออัดจึงมักแสดงออกในแง่ของการพึ่งพิง โดยการเอาแบบอย่างในลักษณะที่พบเห็นทั่วไป เช่น การเลียนแบบและดัดแปลงการแต่งกายตามแฟชั่น ในแง่การเมืองของชาวชุมชนแออัดนั้น แม้ว่าจะไม่มีเป้าหมายทางการเมืองที่แน่นอน ไม่มีความขัดแย้งกับรัฐบาลโดยตรง แต่คนยากจนก็มักยินดีกับการปลอมขวัญ การให้กำลังใจ การเยี่ยมเยียนของผู้ที่มีอำนาจทางการเมือง ถึงแม้ว่าเพียงเล็กน้อยก็ตาม แต่ก็เป็นการผ่อนคลายความตึงเครียดได้บ้าง

โดยสรุป ชุมชนแออัด เป็นสถานที่ที่มีความเสื่อมโทรมทั้งในด้านโครงสร้างสังคม สิ่งแวดล้อม สุขภาพและความปลอดภัย ซึ่งมีผลต่อประชาชนที่อยู่อาศัยโดยเฉพาะประชากรกลุ่มเสี่ยงอันได้แก่เด็กและผู้สูงอายุนั่นเอง

2. การกำหนดลักษณะความเป็นผู้สูงอายุ

คำว่า “ ผู้สูงอายุ ” ถูกใช้แทนคำว่า “ คนแก่ ” หรือ “ คนชรา ” เพื่อเน้นคุณค่าของผู้สูงอายุมากกว่าที่จะเน้นถึงความเสื่อม ในประเทศไทยได้กำหนดให้ผู้สูงอายุคือผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปเป็นผู้สูงอายุ

หลักเกณฑ์ในการกำหนดลักษณะความเป็นผู้สูงอายุ มีได้หลายแนวทาง สรุปได้ 4 แนวทางคือ (สุรกุล เจนอบรม, 2534; จรัสวรรณ เทียนประภาส และพัชรี ดันศิริ (บรรณาธิการ), 2536; ประนอม โททกานนท์ และจิราพร เกศพิชญวัฒนา, 2537)

2.1 การกำหนดลักษณะความเป็นผู้สูงอายุโดยใช้ระยะเวลาตามปีปฏิทิน (Chronological aging) ซึ่งมีความแตกต่างกันโดยขึ้นอยู่กับเศรษฐกิจและสังคมในแต่ละประเทศ ที่ประชุมสมัชชาโลกว่าด้วยผู้สูงอายุ (World Assembly on Aging) ในปี พ.ศ. 2525 ได้กำหนดให้ผู้สูงอายุคือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป เป็นเกณฑ์มาตรฐานโลก (เสาวภา พรสิริพงษ์ และคณะ, 2534: 9)

การกำหนดโดยใช้ระยะเวลาตามปีปฏิทินนี้ มีเพื่อสะดวกในการแบ่งคนเป็นกลุ่มอายุต่างๆ ซึ่งสามารถแบ่งแยกได้ชัดเจนไม่คลุมเครือ

2.2 การกำหนดลักษณะความเป็นผู้สูงอายุจากลักษณะทางกายวิภาคและสรีรวิทยา (Biologocal Aging) จากการศึกษาผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ทั้งรูปร่าง ลักษณะ และหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ ที่เป็นไปในทางเสื่อมถอยลง จำนวนเซลล์ของร่างกายลดน้อยลง มีความเหี่ยวของผิวหนัง ความยืดหยุ่นของผิวหนังลดลง เส้นผมหลุดร่วงและหงอก ผิวหนังบางลง ความต้านทานต่อเชื้อโรคหรือภัยอันตรายต่างๆลดลง การหายใจของปอดแผ่วช้าลง ติดเชื้อง่ายขึ้น กล้ามเนื้อลีบลง ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อน้อยลง ความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อน้อยลง กระดูกบางลงและหักได้ง่าย เอ็นที่ยึดตามข้อต่อต่างๆเปราะฉีกขาดง่าย กระดูกอ่อนในข้อเสื่อมหรือ ชรุชระ มีหินปูนเกาะบาดเจ็บได้ง่าย และมักมีอาการปวดทรมาน ประสาทสัมผัสต่างๆ ต้อยประสิทธิภาพ ทั้งประสาทหู ประสาทตา การรับรส สมองมีเซลล์ลดน้อยถอยลง ทำให้ความจำเสื่อมถอย อวัยวะภายในมีการเสื่อมประสิทธิภาพในการทำงาน กล้ามเนื้อหัวใจเสี่ยงต่อการขาดเลือด และเสี่ยงต่อการเต้นผิดปกติ ปอดมีสมรรถนะลดลงทั้งปริมาตรของปอด และสมรรถภาพในการแลกเปลี่ยนก๊าซให้กับโลหิต ตับและตับอ่อนทำงานได้น้อยลง ตับนั้นทำลายสารพิษในร่างกายได้น้อยลง ตับอ่อนสร้างน้ำย่อย และอินซูลินได้น้อยลง ส่งผลให้การย่อยอาหารลดประสิทธิภาพลง และมีโอกาสเป็นโรคเบาหวานได้สูง ไตมีการทำงานที่เสื่อมถอยเสี่ยงต่อความแปรปรวนในการควบคุมของเหลวและสารละลายของร่างกาย ระบบทางเดินอาหารมีการย่อยอาหารช้าลง การทำงานของลำไส้ช้าลง ทำให้มีอาการท้องอืดเพื่อ อาหารไม่ย่อยร่วมกับท้องผูก ความเสื่อมของระบบภูมิคุ้มกันทำให้ติดเชื้อต่างๆได้ง่าย การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งหมดจึงทำให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักป่วยเป็นโรคเรื้อรัง ซึ่งหากสมรรถภาพทางกายลดลง ผู้สูงอายุก็ต้องเป็นผู้ที่ต้องพึ่งพิงผู้อื่นมากขึ้นตามความเสื่อมของร่างกายที่มากขึ้น ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

การกำหนดโดยใช้ลักษณะทางกายวิภาค และสรีรวิทยานี้ มักเพื่อการตัดสินใจและอธิบายทางการแพทย์ เช่น อายุตามปีปฏิทินอาจจะมากแต่สภาพร่างกายยังแข็งแรงดีก็อาจรับการผ่าตัดใหญ่ได้ แต่ในทางกลับกันอายุตามปีปฏิทินแม้ไม่ใช่ผู้สูงอายุแต่สภาพทางกายวิภาคและสรีรวิทยาอาจมีความเสื่อมเป็นอย่างมากก็ได้และเป็นข้อต้องห้ามการผ่าตัดใหญ่ๆ

2.3 การกำหนดลักษณะความเป็นผู้สูงอายุ จากลักษณะการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและสติปัญญา (Psychological aging) โดยผู้สูงอายุจะมีความสามารถในการจำลดลง ความสามารถในการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆลดลง ความคล่องแคล่วในการคิดลดลง อารมณ์จะเปลี่ยนแปลงไปในลักษณะที่หงุดหงิดง่ายขึ้น มีความเครียดและมีแนวโน้มที่จะซึมเศร้าอันมีสาเหตุจากทั้งจิตใจโดยตรง และจากความเสื่อมถอยของอวัยวะต่างๆ ทั้งยังมีความกระทบกระเทือนทางจิตใจได้ง่าย นอกจากนั้นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ใกล้ชิด รวมทั้งบทบาทหน้าที่ที่เปลี่ยนไปของทั้งตัวเองและสมาชิกในครอบครัว ทำให้สภาพจิตใจของผู้สูงอายุมีความอ่อนไหวได้ง่าย แต่ผู้สูงอายุก็มีข้อได้เปรียบในเรื่องของประสบการณ์ชีวิตที่ยาวนาน โดยสรุปผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านสภาวะจิตใจ อารมณ์ บุคลิกภาพ และความสามารถทางสติปัญญาเสื่อม

ถอยลง โดยจะเป็นมากขึ้นตามกาลเวลาที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งความเสื่อมถอยดังกล่าวมักต้องการความช่วยเหลืออุปถัมภ์ค้ำจุนจากสมาชิกในครอบครัว เพื่อให้การดำรงชีวิตของผู้สูงอายุเป็นไปอย่างมีคุณภาพ

การกำหนดลักษณะนี้มีประโยชน์เพื่อให้เข้าใจสภาพของจิตใจและสติปัญญาในแต่ละคน บางครั้งคนโตเพียงกายแต่จิตใจยังเป็นเด็กก็มี ทำให้ไม่สามารถมอบงานสำคัญให้ทำและอาจไม่ให้ความรับผิดชอบมากนัก ส่วนคนที่อายุน้อยแต่มีความคิดอ่านเป็นผู้ใหญ่ มีสติปัญญาเทียบเท่าคนอายุมากกว่าก็อาจมีความรับผิดชอบงานสำคัญๆ ได้

2.4 การกำหนดลักษณะความเป็นผู้สูงอายุจากลักษณะบทบาททางสังคม (Social aging) ผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงบทบาททางสังคมเป็นอย่างมาก ผู้ที่เป็นข้าราชการจะเกษียณอายุ ลูกจ้างส่วนใหญ่หมดสภาพการคงบทบาทคนทำงาน ความเป็นผู้บังคับบัญชาจบสิ้นลง การเป็นผู้นำในครอบครัวถูกลดบทบาทไป ความรับผิดชอบในฐานะผู้หาเลี้ยงครอบครัวถูกลดลง สภาพการเป็นผู้ให้เริ่มเปลี่ยนไปเป็นสภาพการเป็นผู้รับ บทบาทที่เป็นผู้ชี้แนะในครอบครัวต้องกลายเป็นผู้ตาม การเดินทางออกนอกเคหะสถานลดน้อยลง ซึ่งทั้งหมดจะกระทบกระเทือนความรู้สึกภาคภูมิใจในบทบาทของตนในสังคมเป็นอย่างยิ่ง โดยเฉพาะหากไม่ได้มีการเตรียมตัว เตรียมกาย เตรียมใจ รวมทั้งเตรียมครอบครัวที่จะรับสภาพบทบาทที่เปลี่ยนแปลงไปของผู้สูงอายุ ทั้งหมดนี้ล้วนเป็นปัจจัยที่จะมีส่วนทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุถอยลงได้

การกำหนดจากบทบาททางสังคมนี้เพื่อให้เข้าใจความเป็นผู้สูงอายุสำหรับบางคนที่ยังอายุไม่มาก แต่ต้องออกจากงานหรือเปลี่ยนลักษณะงานที่ทำ ความรู้สึกและบทบาททางสังคมที่เปลี่ยนไปจะเป็นสิ่งกำหนดความเป็นผู้สูงอายุได้ แต่อาจไม่เป็นดังนี้ทุกคน

จะเห็นได้ว่าวิธีการกำหนดลักษณะความเป็นผู้สูงอายุจากลักษณะทางกายวิภาคและสรีรวิทยา จากลักษณะการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและสติปัญญา และจากลักษณะบทบาททางสังคมนั้นทำให้เข้าใจความเป็นสภาพผู้สูงอายุได้ดีขึ้นก็จริง แต่ไม่มีเส้นขีดคั่นแบ่งให้เห็นชัดเจน และการวัดว่าเท่าไรจึงจะเรียกว่าเป็นผู้สูงอายุก็อาจทำได้ไม่เด็ดขาด ดังนั้นการวิจัยนี้จึงเลือกใช้กำหนดระยะเวลาตามปีปฏิทิน โดยกำหนดความเป็นผู้สูงอายุที่อายุ 60 ปี ซึ่งเป็นวิธีการสากล และสามารถรวบรวม แยกแยะผู้สูงอายุได้ชัดเจนไม่ผิดพลาดได้ง่าย

3. การดำรงชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนแออัด

การที่ผู้สูงอายุในชุมชนแออัดจะต้องอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม มีความเสี่ยงต่อปัญหาหลาย ๆ ด้าน ดังนั้น ผู้สูงอายุจึงมีความต้องการในสิ่งต่างๆ เพื่อชดเชยหรือตอบสนองกับปัญหาเหล่านั้น

เกี่ยวกับความต้องการของผู้สูงอายุในด้านต่างๆ มีผู้กล่าวไว้หลายท่านสรุปได้ดังต่อไปนี้ (บริบูรณ์ พรพิบูรณ์, 2526: 174; สุพัตรา สุภาพ, 2528: 184; สุธีรา นัยจันทร์, 2530: 16-17; Abraham H. Maslow, 1970: 52-64)

1) ความต้องการทางด้านร่างกาย เป็นความต้องการที่ทุกคนต้องการในด้านปัจจัย 4 ซึ่งได้แก่ อาหารที่เหมาะสมกับวัยและสภาพร่างกาย อยู่อาศัยในบ้านที่เป็นของตนเอง หรือของลูกหลานรวมทั้งมีห้องพักเป็นสัดส่วน เครื่องนุ่งห่มตามสมควร และการรักษาพยาบาลตามสภาพของร่างกาย ซึ่งผู้สูงอายุเป็นผู้ที่มีสภาพร่างกายที่อ่อนแอ จึงเป็นหน้าที่ของลูกหลานที่จะต้องให้การเอาใจใส่ ดูแลด้านอนามัยของผู้สูงอายุด้วย

2) ความต้องการทางด้านเศรษฐกิจ ผู้สูงอายุต้องการความช่วยเหลือทางด้านเศรษฐกิจในด้านเกี่ยวกับการเงิน การมีงานทำและมีรายได้เป็นของตนเองเพื่อใช้จ่ายเมื่อจำเป็น การมีงานทำมีความหมายต่อผู้สูงอายุมากโดยเฉพาะที่มาของรายได้ และเป็นการใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ นอกจากนี้ยังเป็นการแสดงความสามารถเพื่อให้ผู้อื่นยอมรับ ทั้งนี้เพราะผู้สูงอายุบางคนทำงานเพื่อให้เกิดความภูมิใจเท่านั้น นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังต้องการการประกันรายได้หรือความมั่นคงทางสังคม ซึ่งเป็นหน้าที่ของรัฐที่จะต้องมีการสวัสดิการแก่ผู้สูงอายุ ทั้งนี้เพื่อให้ทุกคนมีรายได้ที่เพียงพอต่อการยังชีพเมื่ออยู่ในระยะของความชรา ช่วยให้ชีวิตเกิดความมั่นคง ไม่เป็นภาระแก่บุตรหลานและสังคมส่วนรวม ปัจจุบันคาดว่าผู้สูงอายุประมาณร้อยละ 5 ที่ขาดผู้อุปการะดูแล ไม่มีรายได้ และต้องการบริการจากรัฐ (สุรกุล เจนอบรม, 2534: 92)

3) ความต้องการทางด้านจิตใจ ความรัก ความอบอุ่น ความเอาใจใส่ ความเคารพยกย่องและการแสดงความกตัญญูตเวทีจากลูกหลาน ซึ่งสำหรับผู้สูงอายุนั้นความต้องการจะมากขึ้น เพราะเป็นช่วงสุดท้ายของชีวิต จึงต้องการให้ลูกหลานและญาติพี่น้องคอยนึกถึงและพูดคุย หรือชมเชยเพื่อเป็นกำลังใจ และรู้สึกที่ตนเองไม่ถูกทอดทิ้ง อันจะทำให้บั้นปลายของชีวิตมีความสุข ผู้สูงอายุยังต้องการสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ ได้แก่ ศาสนาหรือธรรมะ เพื่อให้จิตใจสงบและพ้นจากความวิตกกังวลต่างๆ

4) ความต้องการทางด้านสังคม ได้แก่ความต้องการการยอมรับและยกย่องจากสังคมนวมทั้งครอบครัว การได้มีส่วนร่วมในสังคม ชุมชน ทั้งนี้เพราะผู้สูงอายุแม้จะมีความบกพร่องทางร่างกาย แต่ยังคงมีสมรรถภาพทางจิตใจ ตลอดจนถึงสติปัญญาที่จะบำเพ็ญประโยชน์ต่อสังคมได้ สังคมจึงควรเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมในการปรับปรุงคุณภาพชีวิตของตนเองและชุมชนให้ดียิ่งขึ้น

5) ความต้องการที่จะลดการพึ่งพาผู้อื่น กล่าวคือผู้สูงอายุต้องการดำเนินชีวิตอย่างปกติเหมือนผู้อื่นโดยต้องการพึ่งพาตนเองให้นานที่สุด มีความเป็นอิสระในความคิด และการกระทำ

6) ความต้องการความรู้และประสบการณ์ใหม่ๆ ในสังคม เพื่อปรับตนเองให้เหมาะสมกับการเปลี่ยนแปลงของวัยและสิ่งแวดล้อม

กล่าวโดยสรุป ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนแออัดจะมีความต้องการต่าง ๆ เช่นเดียวกับผู้สูงอายุในสังคมอื่น ๆ เนื่องจากเป็นความต้องการขั้นพื้นฐานในการดำรงชีวิตอยู่

สภาพทางร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้สูงอายุที่มีความเสื่อมหรือจุดอ่อนอยู่ด้วยตนเองอยู่แล้ว และเมื่อผู้สูงอายุอาศัยอยู่ในชุมชนแออัด ซึ่งมีสภาพแวดล้อมทางกายภาพและสังคมที่เฉพาะตัว ร่วมกับมีปัญหาและแนวโน้มการเกิดปัญหาต่างๆ ได้มาก จึงทำให้ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนแออัดมีลักษณะของปัญหาแตกต่างจากผู้สูงอายุในสังคมอื่นๆ ได้แก่

1) ผู้สูงอายุนั้นมักจะมีปัญหาด้านรายได้ และความมั่นคงทางเศรษฐกิจ แต่เมื่อมาอยู่อาศัยในชุมชนแออัด ซึ่งประชากรส่วนใหญ่มีรายได้น้อย ก็อาจทำให้ผู้สูงอายุประสบปัญหาด้านเศรษฐกิจได้รุนแรงกว่า แต่ในขณะเดียวกัน ค่าครองชีพสำหรับสิ่งจำเป็นพื้นฐานของผู้สูงอายุในชุมชนแออัดก็อาจจะมีค่าไม่มากเท่าผู้สูงอายุที่อยู่ในสังคมอื่น เช่นในสังคมเมือง จากการศึกษาของมาลินี วงษ์สิทธิ์ และคณะ (2539) ก็ได้พบว่า ปัญหาทางเศรษฐกิจที่ผู้สูงอายุประสบมากที่สุดคือ ปัญหาค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน ค่าใช้จ่ายสำหรับการกินอยู่ และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลยามเจ็บป่วยเล็กน้อยและยามเจ็บป่วยหนัก เป็นสัดส่วนตามลำดับ

2) ผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพง่าย บ่อย และรุนแรงกว่าประชากรกลุ่มอายุอื่นๆ ซึ่งต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างทันที่ก่อนที่โรคจะลุกลามจนทำให้พิการและเสียชีวิต แต่ในชุมชนแออัดสามารถให้บริการได้เพียงบริการพื้นฐานทางสุขภาพ ซึ่งเน้นการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ ทำให้ผู้สูงอายุเมื่อเจ็บป่วยแล้วอาจถึงแก่ชีวิตได้ง่ายๆ ซึ่งในอีกแง่มุมหนึ่งนั้นก็คือไม่เป็นภาระยึดเยื้อ หรือไม่ทุกข์ทรมานมาก และผู้อุปถัมภ์ก็ไม่ต้องสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายมากนัก จากการศึกษาของสถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (2528) และนภาพร ชโยวรรณ และคณะ (2535) ได้กล่าวไว้ตรงกันว่า ผู้สูงอายุเกือบครึ่ง (41%) ตอบว่าสุขภาพไม่ดี มีผู้สูงอายุถึง 8% ที่มีเหตุจำเป็นเมื่อเจ็บป่วยแล้วไม่ได้ไปรับการรักษาจากที่ใดเลย นอกจากนี้สุรกุล เจนอบรม (2534) ยังระบุว่า ประชากรผู้สูงอายุมีปัญหาด้านสุขภาพแตกต่างไปจากประชากรกลุ่มอื่น เพราะเป็นวัยที่กำลังวังชาดุดอย โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนแออัดที่มีปัญหาทางเศรษฐกิจด้วยแล้วก็จะยิ่งซ้ำเติมปัญหาด้านสุขภาพให้รุนแรงขึ้นไปอีก โรคที่พบ

บ่อยในผู้สูงอายุส่วนใหญ่สามารถป้องกันได้ อาทิเช่น โรคติดเชื้อ วัณโรคปอด หรือโรคที่ป้องกันไม่ได้แต่สามารถลดความรุนแรงหรือชะลอการเจ็บป่วยได้ เช่นมะเร็ง เบาหวาน เป็นต้น

3) ผู้สูงอายุมักมีแนวโน้มที่จะรู้สึกเหงา และโดดเดี่ยว ไม่มีคนจะพูดคุย รับฟัง เข้าใจและแก้ไขปัญหาต่างๆของผู้สูงอายุ รวมทั้งโอกาสพบปะผู้คนวัยเดียวกันหรือต่างวัยก็น้อยเนื่องจากสภาพปัญหาของร่างกาย แต่ในชุมชนแออัดการที่ผู้สูงอายุอยู่อาศัยกับบ้านที่มีประชากรอยู่กันอย่างหนาแน่น บ้านเรือนปลูกชิดติดกัน ง่ายต่อการพบปะ เกิดการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุโดยปริยายได้ง่าย ซึ่งอาจบรรเทาความรู้สึกโดดเดี่ยวของผู้สูงอายุไปได้บ้างเล็กน้อย แต่การที่บุตรหลานที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ด้วยนั้นก็จำเป็นต้องทำงานหาเลี้ยงครอบครัวเพื่อความอยู่รอด จึงทำให้ไม่มีเวลาแก่ผู้สูงอายุ เกิดความละเลยโดยไม่ได้ตั้งใจ สุรกุล เจนอบรม (2534: 93) พบว่า จากสถิติผู้มารับบริการรักษาในโรงพยาบาลทั่วประเทศ 30 แห่ง ปรากฏว่า ปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุมาเป็นอันดับ 2 สำหรับผู้ป่วยภายใน และเป็นอันดับที่ 10 สำหรับผู้ป่วยภายนอก และปัญหาทางด้านจิตใจที่ผู้สูงอายุประสบอยู่มากที่สุดคือ ปัญหาในเรื่องความเหงาและความว้าเหว โดยผู้สูงอายุรายงานเกี่ยวกับปัญหาทางด้านจิตใจในเรื่องของความเหงา และว้าเหวเป็นสัดส่วนที่สูงกว่าปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ และปัญหาทางด้านสุขภาพ (มาลินี วงษ์สิทธิ์ และคณะ, 2539) นอกจากนี้ ความว้าเหวเป็นปัญหาทางจิตสังคมที่รุนแรงในผู้สูงอายุจากรายงานการศึกษาและวิจัยในสหรัฐอเมริกาพบว่า จำนวนผู้สูงอายุมากกว่า 1 ใน 4 มีปัญหาเกี่ยวกับความว้าเหว และความว้าเหวในผู้สูงอายุนั้น มีแนวโน้มที่จะเกิดขึ้นเป็นระยะเวลานานและมีความรุนแรงมากกว่าบุคคลในวัยอื่นๆ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงต่างๆเกิดขึ้น เช่นการสูญเสียพลัดพลากจากบุคคล สิ่งของ ตำแหน่งหน้าที่การงาน หรือสิ่งที่มีความผูกพันกับผู้สูงอายุ (สุพรรณิ เตรียมวิศิษฐ์ และนาฎยา เอื้องไพโรจน์, 2540: 111)

4) ผู้สูงอายุเป็นประชากรกลุ่มที่มีโอกาสเป็นเหยื่อในรูปแบบต่างๆ ได้แก่ การถูกเอารัดเอาเปรียบถูกเหยียดหยาม การถูกทอดทิ้ง ความรุนแรงและทารุณกรรมในครอบครัว จากการศึกษาของนภาพร ชโยวรรณ (2538: 51) ที่ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับผู้สูงอายุไทยพบว่า ผลกระทบของการลดภาวะเจริญพันธุ์ในประเทศไทยในช่วง 20 ปีที่ผ่านมาต่อการดูแลเกื้อหนุนบิดามารดาที่สูงอายุเพราะคู่สมรสมีบุตรจำนวนน้อยลง ซึ่งหมายถึงจำนวนบุตรโดยรวมที่จะดูแลบิดามารดาผู้สูงอายุไม่ได้น้อยลง แต่จำนวนบุตรโดยเฉลี่ยต่อบิดามารดาผู้สูงอายุจะลดลง ทำให้หวังใยกันว่าจะไม่มีบุตรดูแลบิดามารดาที่สูงอายุ หรือผู้สูงอายุจะถูกทอดทิ้งมากขึ้น นอกจากนี้ อุบลพรรณ พูลอำไภย์ (2538: 47) กล่าวว่าผู้สูงอายุส่วนมากถูกทอดทิ้งให้อยู่โดดเดี่ยว บางรายถูกทารุณกรรมเมื่อไม่สามารถตอบสนองตามความต้องการของลูกหลานได้ สถิติของผู้สูงอายุที่ถูกทารุณกรรมยังไม่ทราบจำนวนที่แน่นอน แต่สันนิษฐานได้ว่าผู้สูงอายุเหล่านี้รู้สึกละอายที่จะยอมรับว่าลูกหลานของตนได้กระทำทารุณ หรือทอดทิ้งตน

5) ระดับการศึกษาของผู้สูงอายุในชุมชนแออัด ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาประถมศึกษาหรือต่ำกว่า ทั้งนี้จากสภาพเศรษฐกิจ และความด้อยโอกาสของกลุ่มคนในชุมชนแออัด ทำให้โอกาสในการหาความรู้ หรือได้รับข้อมูลด้อยกว่า โดยเฉพาะข้อมูลที่จำเป็นต่อการมีคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

จะเห็นได้ว่าปัญหาของผู้สูงอายุในชุมชนแออัด เขตกรุงเทพมหานครนั้นมีหลายประการที่ต้องการการเอาใจใส่ดูแลทั้งจากบุตรหลาน ชุมชน และทางการ ไม่ว่าจะเป็นปัญหาทางด้านสุขภาพ ด้านเศรษฐกิจ สังคม และความปลอดภัย เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

เนื่องจากคนเป็นศูนย์กลางของการพัฒนา ในแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 8 พ.ศ. 2540-2544 โดยเชื่อว่าถ้าคนได้รับการพัฒนาแล้ว ก็จะมีคุณภาพชีวิตที่ดี แล้วการพัฒนาในด้านต่างๆ ก็จะกระทำได้ดีและรวดเร็ว คุณภาพชีวิตจึงได้รับความสนใจอย่างมากจากนักวิชาการและนักบริหารทั้งภาครัฐ และเอกชน โดยเฉพาะทางด้านการสาธารณสุขและสังคมศาสตร์ ด้านการพยาบาล วางแนวคิดและทัศนคติต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต รวมทั้งหาระดับความมีคุณภาพชีวิต ว่าเป็นอย่างไร ซึ่งพบว่า มีความแตกต่างกันมากในระดับฐานความคิดของแต่ละวิชาชีพ พื้นฐานทางเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรม คำว่าคุณภาพชีวิตเป็นคำที่ใช้ในเชิงเปรียบเทียบ จะเปลี่ยนแปลงไปตามกาลเวลา สถานที่ และการรับรู้ของแต่ละบุคคล ซึ่งมีประสบการณ์ อาชีพ ความสนใจ การศึกษา ประเพณีวัฒนธรรมแตกต่างกัน อย่างไรก็ตามในมิติที่เหมือนกัน คุณภาพชีวิตมิใช่เพียงการบรรลุความต้องการ หรือความสมบูรณ์ทางวัตถุหรือร่างกายเท่านั้น แต่คุณภาพชีวิตจะต้องรวมถึงจิตสังคมของมนุษย์ด้วย (จริยาวัตร คมพยัคฆ์, 2537: 14)

คำที่มีความหมายใกล้เคียงกับคำว่าคุณภาพชีวิต มีอาทิ เช่น แบบแผนชีวิต (Style of life) ซึ่งหมายถึงลักษณะทางจิตและสังคมที่คนในชุมชนนั้นประพฤติปฏิบัติ ระดับความเป็นอยู่ (level of living) ซึ่งมีความหมายคล้ายคลึงกับมาตรฐานการดำรงชีวิต (standard of living) ซึ่งหมายถึง การประเมินทางด้านวัตถุที่แวดล้อมบุคคล และจิตของบุคคลว่าจะผ่านเกณฑ์ที่กำหนดหรือไม่ ส่วนคำว่าวิถีชีวิต (way of life) เป็นคำรวมที่มีความหมายถึง ระดับความเป็นอยู่แบบแผนชีวิต มาตรฐานการดำรงชีวิต และคุณภาพชีวิตเข้าไว้ด้วยกัน คำที่ใช้มากในงานวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของต่างประเทศมีอาทิ คุณภาพชีวิต สุขภาวะ หรือความเป็นอยู่ที่ดี (well-being) และความพึงพอใจในชีวิต (life satisfaction) (Somchit Hanucharukul, 1988: 34;

Citing Liange, 1984; Andrew and Withey, 1976; Campbell, 1976; Dalke and Rourke, 1973 อ้างถึงในสาวิตรี ลิ้มชัยอรุณเรือง, 2536: 8-9)

1. ความหมายและองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต

ความหมายของคุณภาพชีวิต ได้มีผู้ที่อธิบายไว้มากมาย ดังเช่น

Dubos (1976: 8-9) กล่าวว่า คุณภาพชีวิต คือ ความอึดอ้อมใจในชีวิต ซึ่งแสดงถึง ความสุข การกำหนด หรือตัดสินความสุขของกลุ่มสังคมหนึ่ง จะแตกต่างกับอีกกลุ่มสังคมหนึ่ง และแตกต่างกันในแต่ละบุคคลด้วย

Campbell (1976:117) ได้กล่าวสรุปว่า แนวความคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตเป็นมิติที่มีหลายรูปแบบ เน้นเป็นพิเศษที่ความสุข และความพึงพอใจในชีวิต ที่แต่ละคนเปรียบเทียบความคิดเห็นต่อสถานการณ์ที่เป็นอยู่ กับสถานการณ์ที่เขาอยากให้เป็นหรือคาดหวัง ผลที่ได้จะเป็นความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจ ความสุขหรือไม่มีความสุข ซึ่งเป็นการตัดสินของแต่ละบุคคล

Orem (1985: 179) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตมีความหมายเช่นเดียวกับความผาสุก (well being) ซึ่งเป็นการรับรู้ของบุคคลต่อการมีชีวิตอยู่ ตามประสบการณ์ของความพึงพอใจ ความรู้สึกเป็นสุขภายในจิตใจ

Zhan (1992: 979) กล่าวว่า คุณภาพชีวิต คือ ระดับความพึงพอใจ ซึ่งขึ้นกับประสบการณ์ในชีวิตของแต่ละบุคคล

ลัดดาวัลย์ สิงห์คำฟู (2532: 38) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตหมายถึง ความรู้สึกพึงพอใจ และมีความสุขในชีวิตของแต่ละบุคคลตามสภาพที่ตนดำรงอยู่ เป็นการรับรู้และตัดสินใจโดยบุคคลนั้น

ประภา รัตนเมธานนท์ (2532: 13) กล่าวว่า คุณภาพชีวิต คือ ความรู้สึกเป็นปกติสุข (Sense of well being) ซึ่งมีคำที่มีความหมายเหมือนกัน คือ คำว่าความพึงพอใจในชีวิต (Life satisfaction) และมีความหมายใกล้เคียงกับคำว่า ความสุข (Happiness) ซึ่งเป็นผลรวมของการตอบสนองภายในตัวบุคคล

ฉัตรวัลย์ ใจอารีย์ (2533: 44) ได้สรุปว่า คุณภาพชีวิต เป็นคำที่มีความหมายกว้างมาก สามารถคลุมนเรื่องต่างๆ ทั้งในทางรูปธรรม นามธรรม คุณภาพชีวิตที่ดีนั้น

อาจเกิดขึ้นและ/หรือเป็นของใครก็ได้ ไม่เลือกฐานะ เพศ วัย ศาสนา แต่นักวิชาการส่วนใหญ่ ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่า เป็นความรู้สึกเป็นปกติสุข (Sense of well being) คือ จะครอบคลุมความเป็นอยู่ที่ดีของประชากรทุกด้าน ซึ่งมีคำที่มีความหมายเหมือนกันคือ ความพึงพอใจในชีวิต (Life satisfaction) ซึ่งเป็นผลรวมของการตอบสนองความรู้สึกภายในตัวบุคคล

ประภาพร จินันทุยา (2536: 10) ให้ความหมายคุณภาพชีวิตว่า หมายถึง ระดับการดำรงชีวิตในปัจจุบัน ตามการรับรู้ต่อองค์ประกอบต่างๆที่เป็นตัวบ่งชี้คุณภาพชีวิต ซึ่งได้แก่ สถานภาพทางเศรษฐกิจ สุขภาพ สภาพแวดล้อม การพึ่งพาตนเอง และการทำกิจกรรม

จากความหมายต่างๆดังกล่าวมาแล้ว พอจะสรุปได้ว่า คุณภาพชีวิตมีความหมายครอบคลุมภาวะที่บุคคลได้รับสิ่งที่มีคุณค่าแท้จริง และจำเป็นแก่ชีวิต มีภาวะจิตที่ยินดี พึงพอใจ เนื่องจากความต้องการลักษณะความเป็นอยู่ที่ดีทางกาย จิต และสังคม ได้รับการสนองตอบ สมบูรณ์ตามที่ต้องการ นั่นคือ คุณภาพชีวิต หมายถึง การรับรู้ ความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อ ความรู้สึกพอใจ และความสุที่แต่ละบุคคลรับรู้ และตัดสินใจด้วยตนเอง ต่อองค์ประกอบที่เป็นตัวบ่งชี้คุณภาพชีวิต และจากการได้สัมภาษณ์ผู้สูงอายุในชุมชนแออัด ที่ไม่ได้ตกเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 6 ท่าน ผู้สูงอายุรายงานตรงกันหมดว่า คุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุในชุมชนแออัดนั้น ควรหมายถึงการอยู่อย่างมีความสุข ความเป็นอยู่ที่ดี มีกินมีใช้ไม่ ต้องอดอยาก และมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง

องค์ประกอบที่เป็นตัวบ่งชี้คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ตามที่ Flanagan (1978: 138-139) และ Berghorn et al. (1981: 331-347) ได้กล่าวไว้มี 5 ด้าน ซึ่งมีลักษณะคล้ายๆกัน โดยมีรายละเอียดดังนี้

1) สภาพทางเศรษฐกิจ เศรษฐกิจนับว่าเป็นปัจจัยสำคัญต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุเป็นอย่างมากในการที่จะสนองความต้องการทางด้านวัตถุ ทั้งในด้านที่อยู่อาศัยที่มีสภาพดี อาหารที่มีคุณค่า การรักษาพยาบาลที่ถูกต้อง การซื้ออุปกรณ์ในการอำนวยความสะดวกและความสุขของตนเอง ตลอดจนการมีกิจกรรมต่างๆกับผู้อื่นเป็นต้น ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจนี้ ถ้าผู้สูงอายুরู้ว่าตนเองมีรายได้เพียงพอในการใช้จ่าย รู้สึกว่าตนเองมีความมั่นคงทางเศรษฐกิจ และมีความเป็นอยู่ที่ดี ย่อมทำให้ผู้สูงอายุเกิดความพึงพอใจในชีวิต ดังนั้นฐานะทางเศรษฐกิจที่ผู้สูงอายุเป็นผู้ประเมินเอง จะแสดงให้เห็นถึงความพึงพอใจในชีวิตได้ค่อนข้างชัดเจน

2) สุขภาพ การที่มนุษย์จะดำรงชีวิตอยู่อย่างมีความสุขในโลกนั้น องค์ประกอบที่สำคัญที่สุดอย่างหนึ่งก็คือ สุขภาพ หรือความสุขสบายทางด้านร่างกาย เพราะการมีสุขภาพที่ดี

ย่อมที่ปราศจากของมวลมนุษยทุกคน คนที่มีสุขภาพดี คือคนที่มีความหวัง และคนที่มีความหวัง คือคนที่มีทุกสิ่งทุกอย่าง ดังนั้นสุขภาพจึงเป็นเสมือนวิถีทาง หรือช่องทางที่จะนำไปสู่ความสุข และความสำเร็จต่างๆในชีวิต ซึ่งอาจกล่าวได้ว่า สุขภาพดี คือคุณภาพชีวิตนั่นเอง (สุชาติ โสภประยูร, 2525: 77) ด้วยเหตุผลที่ผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่เกิดโรคได้ง่ายกว่าบุคคลในวัยอื่นๆ เนื่องจากสมรรถภาพในการทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆในร่างกายเสื่อมถอยลงตามจำนวนอายุที่เพิ่มมากขึ้น ถ้าผู้สูงอายุมีความรู้สึกที่ตนเองมีสุขภาพดี ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ หรือยอมรับความสามารถที่มีของเขตจำกัดของร่างกาย และปรับตัวให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพ ก็จะส่งผลให้เกิดอัตมโนทัศน์ที่ดีต่อตนเอง และทำให้เกิดความพึงพอใจในสุขภาพที่เป็นอยู่ ดังนั้นภาวะสุขภาพที่ผู้สูงอายุเป็นผู้ประเมินเอง จึงเป็นสิ่งที่บ่งบอกถึงความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุได้ดี (สุรกุล เจนอบรม, 2534: 44) เนื่องจากการประเมินสุขภาพของผู้สูงอายุด้วยตนเอง อาจไม่สอดคล้องกับการประเมินทางการแพทย์ กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพไม่ดีในทางกายภาพ อาจมีความพึงพอใจในชีวิตสูงถ้าเขาเชื่อว่าสุขภาพของเขาดี และในทำนองเดียวกัน ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี อาจมีความพึงพอใจในชีวิตต่ำได้ถ้าเขาเชื่อว่าสุขภาพของเขาไม่ดี (Berghorn et al., 1981: 335)

3) สภาพแวดล้อมรวมถึงการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุกับบุคคลรอบๆตัว และสภาพแวดล้อมทางกายภาพ นับว่ามีความสำคัญต่อผู้สูงอายุเป็นอย่างยิ่ง ซัลลิแวน (1953 อ้างถึงใน ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2538: 638) เชื่อว่ามนุษย์ไม่สามารถมีชีวิตอยู่ได้โดยไม่มีสัมพันธกับผู้อื่น เขาเชื่อว่า ตั้งแต่เกิดจนตายมนุษย์ต้องมีสัมพันธภาพกับบุคคลต่างๆ ไม่ทางตรงก็ทางอ้อม นักจิตวิทยาพัฒนาการหลายท่านเชื่อว่า สัมพันธภาพกับบุคคลอื่นในยามสูงวัยทั้งในครอบครัว และนอกครอบครัว เป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับผู้สูงอายุ เพราะเป็นวิธีการที่ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการสนองความต้องการทางสังคม มีการศึกษาหลายชิ้นที่แสดงว่า ปัจจัยหนึ่งซึ่งให้ความสุข ความพอใจในชีวิตยามสูงวัย คือความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมวัย ผู้สูงอายุที่มีความรู้สึกที่ดีต่อเพื่อน สามารถให้ความช่วยเหลือ ให้ความอุปการะแก่กันและกัน มีการร่วมทุกข์ร่วมสุขกัน สามารถให้คำปรึกษาซึ่งกันและกันได้ เมื่อมีปัญหาที่แก้ไขไม่ตก ช่วยเหลือดูแลกันและกันในยามเจ็บไข้ ความรู้สึกที่ดีดังกล่าว มีความสำคัญมากต่ออารมณ์ และจิตใจของผู้สูงอายุ ส่วนการมีสัมพันธภาพกับบุคคลที่อายุน้อยกว่านี้ ทฤษฎีของแดริคสัน (1964 อ้างถึงใน ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2538: 640) เชื่อว่าผู้สูงอายุที่มีสัมพันธภาพที่ดีกับลูกหลาน เป็นผู้ที่มิขวนขวาย ยอมรับความตาย ความไม่เที่ยงของชีวิตได้ง่าย มีชีวิตชีวา และผู้สูงอายุที่บุตรหลานให้ความเคารพนับถือ ไม่เหยียบย่ำดูหมิ่นดูแคลน จะรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า สามารถดำรงบทบาทในครอบครัวได้อย่างเป็นสุข นอกจากนี้แล้วผู้สูงอายุที่มีความรู้สึกที่ดีต่อบ้าน และชุมชนที่อาศัย เช่น รู้สึกมีความปลอดภัยจากโจรผู้ร้าย มีเพื่อนบ้านที่ดี การให้บริการที่ดีในด้านสาธารณูปโภคของชุมชน การมีบ้านที่น่าอยู่ คงทนถาวร มีความสะดวกสบาย มีความสงบและเป็นส่วนตัว ย่อมทำให้ผู้สูงอายุเกิดความพึงพอใจ

และเป็นสุขได้ จะเห็นได้ว่า ผู้สูงอายุที่รับรู้ว่าคุณภาพชีวิตอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดี ทั้งในด้านบุคคล สังคม บ้าน และชุมชนที่อยู่อาศัย สามารถบ่งบอกถึงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้

4) การพึ่งพาตนเอง เนื่องจากสมรรถภาพในการทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายของผู้สูงอายุเสื่อมถอยลง เป็นผลให้ผู้สูงอายุมีสภาพร่างกายอ่อนแอ มีโรคภัยไข้เจ็บ ไม่สามารถทำกิจกรรมต่างๆได้ด้วยตนเอง การดำรงชีวิตด้วยการพึ่งพาตนเองของผู้สูงอายุ จึงกลายเป็นเรื่องที่ยากลำบากมากขึ้น (Berghorn et al., 1981: 343) การที่ผู้สูงอายุรู้สึกพึงพอใจ สามารถประกอบกิจกรรมต่างๆได้ด้วยตนเอง และรู้สึกว่าตนเองไม่เป็นภาระแก่ครอบครัวหรือเพื่อนฝูง ย่อมก่อให้เกิดความพึงพอใจในชีวิต แต่ถ้าผู้สูงอายุยังคงรู้สึกว่าตนเองไม่สามารถทำกิจกรรมต่างๆได้ด้วยตนเอง หรือทำได้ลดน้อยลง จำเป็นต้องพึ่งพาบุตรหลานหรือบุคคลอื่น อาจทำให้ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในชีวิตต่ำได้ ทั้งนี้เนื่องจากการพึ่งพาผู้อื่นเป็นการเปลี่ยนแปลงบทบาทที่หนักสำหรับผู้สูงอายุ กล่าวคือเป็นการเปลี่ยนแปลงบทบาทจากผู้ที่มีอิสระในการทำกิจกรรมต่างๆตามความต้องการของตนเอง มาเป็นผู้ที่คอยรับความช่วยเหลือจากผู้อื่น (Atchly, 1980: 98) ซึ่งเป็นบทบาทที่ยากจะยอมรับได้ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกอับอาย คิดว่าตนเองเป็นตัวปัญหา หรือเป็นภาระแก่ผู้อื่น การพึ่งพาตนเองนี้ จึงหมายรวมทั้งการมีพัฒนาการทางบุคลิกภาพ และความสำเร็จอย่างสมบูรณ์ตามพัฒนาการด้วย

5) การทำกิจกรรม ผู้สูงอายุที่ทำกิจกรรมต่างๆอย่างสม่ำเสมอ จะช่วยให้ผู้สูงอายุ มีที่ยึดเหนี่ยวทางจิตใจ รู้สึกว่าชีวิตยังมีค่า มีประโยชน์ และมีความหมาย ตรงกันข้ามกับผู้สูงอายุที่ไม่มีกิจกรรม จะมีความรู้สึกเบื่อหน่าย หมดอาลัย มีชีวิตที่เจียบเหงา จิตใจจะเสื่อมลงอย่างรวดเร็ว ชนิดของกิจกรรมที่จัดให้กับผู้สูงอายุจะแตกต่างกันไปตามความสนใจและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ กิจกรรมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ตามแนวคิดของ Berghorn et al. (1981: 343-344) มี 3 ประเภทดังนี้คือ 1) กิจกรรมที่มีรูปแบบ ได้แก่ การทำบุญ การเข้าวัด การมีกิจกรรมในสโมสร เป็นต้น 2) กิจกรรมที่ไม่มีรูปแบบ ได้แก่ การมีสัมพันธ์ภาพระหว่างเพื่อน บ้าน การเดินทาง การซื้อสิ่งของต่างๆ เป็นต้น และ 3) กิจกรรมที่ทำคนเดียว ได้แก่ งานอดิเรก ดูโทรทัศน์ อ่านหนังสือ เป็นต้น จากทฤษฎีการมีกิจกรรมร่วมกัน เชื่อว่าผู้สูงอายุที่มีกิจกรรมสูง จะมีการปรับตัวได้ดีทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม และทฤษฎีกิจกรรมยังทำนายว่า บุคคลที่สามารถดำรงกิจกรรมทางสังคมได้จะเป็นผู้ที่มีความพึงพอใจในชีวิตสูง มีภาพพจน์เกี่ยวกับตนเองดี ซึ่งบุคคลเหล่านี้เป็นผู้ประสบความสำเร็จในการดำรงชีวิต (Barrow and Smith, 1979: 53) ผู้สูงอายุที่รับรู้ว่าคุณภาพชีวิตยังคงสามารถรักษาระดับการทำกิจกรรมได้มาก หรือทำได้อย่างสม่ำเสมอเป็นประจำ ย่อมแสดงถึงผู้สูงอายุมองเห็นคุณค่า มีประโยชน์ต่อสังคม มีความสุข และพอใจที่จะทำกิจกรรมนั้นๆ ดังนั้นผู้สูงอายุที่ต้องการมีความสุขในชีวิตนั้น จะพยายามรักษาระดับกิจกรรมของตนไว้ให้นานที่สุด

Neugarten et al. (1961: 138) เป็นอีกท่านหนึ่งที่กำลังกล่าวไว้ว่า เป็นสิ่งที่สะท้อนให้เห็นถึงความสุขสมบูรณ์ทางจิตใจ (Psychological well-being) ที่จะนำไปสู่ความเป็นอยู่ที่ดี ซึ่งผู้สูงอายุที่มีความพึงพอใจในชีวิตจะต้องเป็นบุคคลที่มีลักษณะครอบคลุมองค์ประกอบ 5 ด้านคือ

1) การมีความสุขในการดำเนินชีวิต (Zest) หมายถึง การเป็นผู้ที่มีความสุขในการทำกิจวัตรประจำวัน มีความกระตือรือร้น มีการตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อม มีความคิดสร้างสรรค์ มีความพอใจในสภาพที่เป็นอยู่

2) มีความตั้งใจ และอดทนต่อชีวิต (Resolution and Fortitude) หมายถึง มีการยอมรับว่าชีวิตมีความหมาย และยืนหยัดต่อสู้ปัญหาหนักๆ ในชีวิตได้ โดยไม่คิดที่จะเปลี่ยนแปลงเหตุการณ์ต่างๆ ในอดีตที่เกิดขึ้น และมองว่าปัญหาเหล่านั้นเป็นประสบการณ์ในชีวิต

3) การรู้สึกประสบผลสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้ (Congruence between desired and achieved goals) หมายถึง ความรู้สึกที่ความต้องการหรือเป้าหมายที่ตั้งไว้ได้บรรลุตามเป้าหมาย

4) มีอัตมโนคติ (Self concept) หมายถึง การรับรู้ว่าตนเองมีสุขภาพกาย จิต และสังคมดี มีความรู้สึกว่าได้ทำในสิ่งที่ดีที่สุด และปัจจุบันดีกว่าในอดีต เนื่องจากเวลาในปัจจุบันเป็นเวลาที่ดีที่สุดที่ไม่เคยมีมาก่อน และมีความรู้สึกที่ร่างกายยังแข็งแรง สามารถพบกับเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้ และพร้อมที่จะเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงในชีวิตได้

5) มีทัศนคติและอารมณ์ในทางที่ดี (Mood tone) หมายถึง การแสดงออกของระดับอารมณ์ที่แสดงถึงความสุข มีความพอใจในเหตุการณ์ปัจจุบัน พอใจที่จะติดต่อกับบุคคลที่มีอายุน้อยกว่า และไม่รู้สึกเศร้า หรือว่าเหว่แต่อย่างใด

งานวิจัยนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนแออัด เขตกรุงเทพมหานคร ตามแนวความคิดเกี่ยวกับองค์ประกอบที่เป็นตัวบ่งชี้ความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ ที่ Neugarten et al. (1961: 138) ได้กล่าวไว้ ได้แก่ การมีความสุขในการดำเนินชีวิต มีความตั้งใจและอดทนต่อชีวิต การรู้สึกประสบผลสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้ มีอัตมโนคติ และมีทัศนคติและอารมณ์ในทางที่ดี

2. การประเมินคุณภาพชีวิต

การประเมินคุณภาพชีวิต หรือการวัดระดับของคุณภาพชีวิต จะมีความแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับแนวคิด และวัตถุประสงค์ในการวิจัย การประเมินคุณภาพชีวิตสามารถประเมินได้ดังนี้

Stromberg (1984: 88-91) ได้แสดงทัศนคติในการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไว้ 3 ลักษณะ ดังนี้คือ

1) การประเมินเชิงวัตถุวิสัยโดยวัดเป็นปริมาณ (Objective scale yielding quantitative data) เป็นการประเมินโดยผู้อื่น เช่น แพทย์ หรือบุคลากรอื่น ๆ ในทีมสุขภาพ โดยประเมินออกมาเป็นคะแนน

2) การประเมินเชิงจิตวิสัยโดยวัดเป็นปริมาณ (Subjective scale yielding quantitative data) เป็นการประเมินโดยตนเอง ขึ้นอยู่กับค่านิยมคุณภาพชีวิตของตนเอง หรือประสบการณ์ในชีวิตของตนเอง เช่น ความพึงพอใจและความสุขที่ตนเองได้รับ โดยประเมินออกมาเป็นคะแนน

3) การประเมินเชิงจิตวิสัยโดยวัดเป็นคุณภาพ (Subjective scale yielding qualitative data) เป็นการประเมินโดยตนเอง ผลออกมาเป็นการบรรยาย และบอกถึงสภาพที่ตนเป็นอยู่

นอกจากนี้ UNESCO (1980: 312) และ Flynn and Frantz (1987: 159) ได้ให้เกณฑ์ในการประเมินคุณภาพชีวิต 2 หลักใหญ่ๆ ซึ่งสรุปได้ดังนี้คือ

1) ประเมินในเชิงวัตถุวิสัย (Objective approach) แสดงถึงภาวะทางกายภาพ ลักษณะเหตุการณ์ พฤติกรรม หรือลักษณะของบุคคลซึ่งตัดสินโดยบุคคลอื่น หรือด้วยตนเอง จากข้อมูลที่เป็นจริง วัดโดยอาศัยข้อมูลด้านรูปธรรมที่มองเห็นได้ นับได้ วัดได้ โดยมากจะเป็นข้อมูลด้านเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม เช่น รายได้ อาชีพ การศึกษา หน้าที่การงาน เป็นต้น

2) ประเมินในเชิงจิตวิสัย (Subjective approach) ตัดสินด้วยตนเอง จากกรอบการรับรู้ประสบการณ์ที่ผ่านๆ มาของตนเอง ซึ่งอาจทำได้โดยการสอบถามความรู้สึก และเจตคติต่อประสบการณ์ของบุคคล เกี่ยวกับชีวิต การรับรู้ต่อสภาพความเป็นอยู่ การดำรงชีวิต รวมทั้งสิ่งต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับชีวิต เช่น ความปรารถนา ความพอใจในชีวิต และเห็นว่าการตัดสินโดยตนเองนี้ จะสะท้อนถึงระดับการประเมินที่น่าเชื่อถือที่สุด

อัจฉรา นวจินดา และชัจจ์วิธ ภิรมย์ธรรมศิริ (2532: 6-18) พบว่า แนวคิดของ คุณภาพชีวิต จำแนกได้เป็น 2 แนวทางคือ

แนวทางแรก เป็นแนวคิดด้านความรู้สึกของบุคคลที่จะอธิบายว่าเมื่อตนรู้สึกว่ามี คุณภาพชีวิตนั้นตนรู้สึกอย่างไร อะไรเป็นเครื่องบ่งชี้หรือเป็นเหตุให้รู้สึกถึงควมมีคุณภาพชีวิต นั้น ในแนวความคิดนี้คุณภาพชีวิตของบุคคลคือ ความพอใจต่อการบรรลุความต้องการของตน ตามความหมายดังกล่าวนี้ ถ้าบุคคลมีความพึงพอใจต่อสภาพการได้รับการตอบสนองต่อสิ่งที่ ตนต้องการทั้งด้านร่างกายและจิตใจในระดับสูง บุคคลนั้นก็จะมีความรู้สึกว่าตนมีคุณภาพชีวิต ในระดับสูง แต่ถ้าบุคคลมีความพึงพอใจต่อการได้รับสิ่งที่สนองต่อความต้องการด้านร่างกาย และจิตใจในระดับต่ำ บุคคลผู้นั้นก็จะรู้สึกว่าตนมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำไปด้วย สิ่งที่บุคคล ต้องการทั้งในด้านร่างกายและจิตใจจะเป็นองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต ซึ่งในระดับพื้นฐาน อาจจะต้องการเหมือนกัน แต่จะแตกต่างกันไปเรื่อยๆตามระดับของความต้องการที่สูงขึ้นตาม แนวคิดของ Maslow (1970) ดังนั้นจึงไม่มีกฎเกณฑ์ตายตัวหรือมาตรฐานที่จะใช้ประเมินความ รู้สึกพึงพอใจจากการได้รับการตอบสนองต่อสิ่งที่ต้องการของบุคคลที่มีสภาวะหรือภูมิหลังต่าง กัน โดยความหมายนี้ชาวชนบทที่พึงพอใจในสภาพชีวิตของตนที่มีปัจจัยต่างๆพอดำรงชีวิต อยู่ได้ ก็อาจรู้สึกว่าตนมีคุณภาพชีวิตสูงกว่านักธุรกิจที่มีปัจจัยแวดล้อมสำหรับความสุขสำราญใน การดำรงชีวิต แต่ไม่เคยมีความพึงพอใจในปัจจัยเหล่านั้นเนื่องจากไม่ได้รับความสำเร็จในด้าน ธุรกิจเท่าเทียมคนอื่น การพัฒนาคุณภาพชีวิตตามแนวคิดแรกนี้จึงเป็นการพัฒนาความรู้สึกนึก คิดของบุคคลให้มีความรู้สึกพึงพอใจในสิ่งที่ตนมีตามสภาพของตน และเนื่องจากความรู้สึกพึง พอใจนี้เป็นสิ่งที่เปลี่ยนแปลงได้ตามปัจจัยสภาพแวดล้อม และระดับความต้องการของบุคคลที่ เปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา ดังนั้น คุณภาพชีวิตของบุคคลตามความหมายแรกนี้จึงเป็นสภาวะที่ เปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา ไม่มั่นคงถาวร

แนวทางที่สอง คือแนวคิดเชิงสภาวะร่างกายและสภาพแวดล้อม เป็นแนวคิดที่บุคคล อื่นจะให้ภาพว่าบุคคลที่มีคุณภาพชีวิตที่สังคมยอมรับนั้นมีลักษณะอย่างไร คือจะเป็นคุณภาพ ชีวิตของบุคคลตามลักษณะที่บุคคลอื่นประเมิน หรือกำหนดให้ในแง่ของความสัมพันธ์กับสังคม ซึ่งสามารถสรุปได้ว่า บุคคลที่มีคุณภาพชีวิตได้แก่ บุคคลที่มีสุขภาพกายและสุขภาพจิตใจดี และเป็นผู้ที่มีส่วนในการพัฒนาสภาพแวดล้อมด้านเศรษฐกิจและสังคม คือเป็นบุคคลที่มีชีวิตอยู่ อย่างสอดคล้องกับสภาพแวดล้อม ทำประโยชน์ให้แก่สังคม และหรือไม่เป็นภาระของสังคม

ความหมายของแนวคิดที่สองนี้จะแตกต่างจากแนวคิดแรก กล่าวคือตามแนวคิดแรก นั้นไม่ว่าบุคคลจะมีสภาพร่างกายพิการ เจ็บป่วยหรือสันโดษที่จะไม่มีความสัมพันธ์กับสภาพ แวดล้อมใดๆเลยก็ตาม หากบุคคลนั้นมีความพึงพอใจอย่างแท้จริงกับสภาพที่เขาเป็นอยู่ อีกนัย หนึ่งคือ ความต้องการด้านต่างๆในการดำรงชีวิตของเขาขณะนั้นได้รับการตอบสนองจนเกิด ความรู้สึกพึงพอใจแล้ว บุคคลนั้นจะรู้สึกว่าตนเองเป็นผู้ที่มีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งถ้าพิจารณาตาม

แนวคิดที่สองบุคคลนั้นอาจจะไม่มีคุณภาพชีวิต เนื่องจากขาดลักษณะตามเกณฑ์ที่กำหนดว่า บุคคลที่มีคุณภาพชีวิตจะต้องเป็นผู้มีสุขภาพกาย และสุขภาพจิตใจดี และยังเป็นผู้ที่มีส่วนร่วมในการพัฒนาสภาพแวดล้อมด้านเศรษฐกิจ และสังคม

เห็นได้ว่าการประเมินโดยใช้วัดภูวีสัยนั้น หากใช้เปรียบเทียบและประเมินสังคมที่มีความเป็นอยู่ต่างกันไป จะสามารถให้ข้อแตกต่างกันได้ชัดเจน เนื่องจากการประเมินด้านวัตถุสามารถจับต้องได้ เห็นเป็นรูปธรรม แต่ถ้าการประเมินโดยใช้วัดภูวีสัยในสังคมที่มีลักษณะเดียวกันทั้งกลุ่ม ก็จะเห็นผลว่าในสังคมนั้นๆ มีคุณภาพชีวิตกลมกลืนกันไปทั้งชุมชน เช่นสังคมน่านคนรวยก็จะมีคุณภาพชีวิตในระดับสูง หรือดีเหมือนกันหมด ซึ่งไม่อาจวัดถึงความสุข ความพอใจในชีวิตที่แท้จริงได้

ส่วนการประเมินโดยใช้จิตวิสัยนั้น เพื่อตัดความเหลื่อมล้ำตามวิธีการประเมินด้านวัตถุวิสัย ซึ่งอาจช่วยให้ทราบถึงคุณภาพชีวิตของสังคมน่านคนรวยได้ว่า ถึงแม้จะสมบูรณ์พูนสุข แต่จิตใจที่เร่าร้อนไม่สงบ ก็ไม่อาจทำให้เขามีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ แต่ในชุมชนแออัดที่มีวัดภูวีสัยด้อยกว่าในทุกๆอย่าง อาจอยู่อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ก็เพราะมีจิตใจเป็นสุข มีการยอมรับสภาพ และปรับตัวในสิ่งแวดล้อมนั้นๆ ได้อย่างดี

เครื่องมือในการประเมินคุณภาพชีวิตในเชิงจิตวิสัยที่ดีนั้น ควรประกอบด้วยลักษณะ 10 ประการ ดังที่ Spitzer et al. (1981 : 34) กล่าวสรุปไว้ดังนี้

- 1) ข้อความสั้น เข้าใจง่าย และนำไปใช้ได้สะดวก
- 2) กว้างขวาง ครอบคลุมองค์ประกอบของชีวิตแต่ละด้าน
- 3) เนื้อหาสอดคล้องกับกลุ่มชนนั้น
- 4) ~~เน้นปริมาณ~~
- 5) สามารถใช้ได้หลายสถานการณ์ด้วยข้อจำกัดที่น้อยที่สุด เกี่ยวกับปัจจัยทางด้านอายุ เพศ อาชีพ และชนิดของโรคเรื้อรัง
- 6) ได้ตรวจสอบความเชื่อมั่นก่อนนำไปใช้
- 7) เป็นที่ยอมรับในการวัด โดยเฉพาะผู้ชำนาญทางคลินิก
- 8) มีความไวต่อการเปลี่ยนแปลงในภาวะสุขภาพของผู้ถูกวัด
- 9) แสดงให้เห็นความแตกต่างอย่างเด่นชัด ในกลุ่มผู้ถูกวัดที่มีระดับคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกัน
- 10) มีเหตุผลดี

ในการประเมินคุณภาพชีวิต Campbell et al. (1976: 117-124) ได้รายงานว่าการศึกษาค่าคุณภาพชีวิตของบุคคลทั่วไป แต่ละคนจะตอบโดยใช้คำว่า ความพึงพอใจในชีวิต เมื่อถามถึงคุณภาพชีวิต จึงได้มีการใช้ความพึงพอใจในชีวิตเป็นมิติหนึ่งในการประเมินคุณภาพชีวิต โดยแนวความคิดที่ว่าความพึงพอใจในชีวิตเป็นการปรับตัวทางจิตสังคมที่สำคัญ

นักวิชาการบดินวิทยา (Gerontologist) ได้ศึกษาถึงสภาวะความเป็นอยู่ที่ดี (Well-being) ของผู้สูงอายุว่ามีได้หลายความหมาย เช่น ความสุข ความพึงพอใจในชีวิต และขวัญ เป็นต้น

ความสุข ถูกนิยามว่า เป็นอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปของความเบิกบานยินดี ที่เป็นผลกระทบจากรู้สึกต่อสภาพต่างๆ และเป็นขอบเขตทางบวกมากกว่าทางลบ

ความพึงพอใจในชีวิต เป็นการประเมินความรู้สึกของคนที่เกิดจากความสอดคล้องกันระหว่างความต้องการ หรือปณิธาน (Aspiration) กับการได้รับสิ่งที่ต้องการหรือความสำเร็จ (Achievement) ของบุคคล

ขวัญ เป็นความรู้สึกเบื้องต้นของความพึงพอใจที่เป็นผลจากการปรับตัวให้สอดคล้องกับสภาพการณ์แวดล้อม และยอมรับในสิ่งที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้

จากความหมายของคำที่สัมพันธ์กับสภาวะความเป็นอยู่ที่ดี (Well-being) จะพบว่าความพึงพอใจจะมีความหมายครอบคลุมทั้งความสุขและขวัญ จึงน่าจะเป็นคำที่นำมาใช้ศึกษาในเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ ทั้งนี้แนวความคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจในชีวิตเป็นแนวที่นักวิจัยในอเมริกาและทั่วโลกใช้ทำวิจัยในช่วง 20 ปีที่ผ่านมา เนื่องจากเป็นแนวคิดที่สะท้อนให้เห็นลักษณะของสภาวะความเป็นอยู่ที่ดีในกลุ่มประชากรต่างๆ (Stull, 1987: 55-58) เห็นได้ว่าคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ แม้จะมีความหมายถึงความสุข ความอึดใจ ความพอใจ ความภูมิใจ ฯลฯ แต่ก็จะขึ้นกับกลุ่มสังคมที่ผู้สูงอายุอยู่อาศัยรวมทั้งประสบการณ์ในอดีต และไม่จำเป็นต้องเหมือนกับสังคมอื่น ซึ่งตัวชี้วัดในรูปธรรมอาจแปลความหมายได้ไม่ตรงกับความพอใจในชีวิตหรือคุณภาพชีวิต เช่นวัดรายได้เป็นจำนวนเงินบาทอาจจะน้อย แต่การยังชีพในสังคมชุมชนแออัด รายได้ระดับดังกล่าวนั้นอาจพอเพียงจนถึงขั้นสุขสบาย

การวัดคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุ บางท่านอาจให้ความสำคัญทั้งการวัดทางจิตวิสัยและการวัดทางวัตถุวิสัย ซึ่งผู้วิจัยมองเห็นว่าตลอดชีวิตของผู้สูงอายุนั้นได้ผ่านประสบการณ์ต่างๆมามากทั้งสองด้าน กล่าวในด้านวัตถุวิสัย ผู้สูงอายุจะพบกับความเสื่อมในทุกๆด้าน ทั้งทางสุขภาพ ร่างกาย รายได้ บทบาททางสังคม ความคิด ความจำ ซึ่งจะมีการเปลี่ยนแปลงเสื่อมลงไปจนยากที่จะฟื้นฟู หรือพัฒนาให้ดีขึ้นเหมือนดังวัยก่อนสูงอายุ เนื่องจากเป็นไปตามธรรมชาติของวัย แต่ในด้านจิตวิสัยนั้นยังเป็นด้านที่สามารถมีการฟื้นฟูหรือพัฒนาและป้องกันมิให้มีความเสื่อมแก่ผู้สูงอายุได้ ซึ่งจะทำการวัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุทางด้านวัตถุวิสัยและทาง

ด้านจิตวิสัยอาจไม่สัมพันธ์กัน ต่างจากการวัดคุณภาพชีวิตในประชากรกลุ่มอายุอื่นๆ ที่ภาวะทางจิตวิสัย และจิตวิสัยมักจะสัมพันธ์กัน

ดังนั้นการพิจารณาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนแออัดจึงอาจดูได้จากนามธรรมมากกว่ารูปธรรม ในการนี้ผู้วิจัยได้ทำการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเชิงจิตวิสัย คือ ตัดสินใจด้วยตนเองจากความพอใจในชีวิตโดยครอบคลุมองค์ประกอบ 5 ด้าน คือ การมีความสุขในการดำเนินชีวิต มีความตั้งใจและอดทนต่อชีวิต การรู้สึกประสบผลสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้ มีอัตมโนคติ มีทัศนคติและอารมณ์ในทางที่ดี

3. คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนแออัด

จากการศึกษาค้นคว้างานวิจัย ที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนแออัด เขตกรุงเทพมหานคร พบว่า ส่วนใหญ่แล้วจะเป็นการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุใน 2 ลักษณะด้วยกัน คือ กลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชนแออัดเพียงชุมชนใดชุมชนหนึ่ง และกลุ่มผู้สูงอายุในชมรมทางสังคมผู้สูงอายุที่มีในชุมชนนั้นๆ หรือในจังหวัดต่างๆ โดยผลที่ได้จากงานวิจัยดังกล่าวส่วนหนึ่งสามารถนำมาใช้อ้างอิงถึงการศึกษาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนแออัด เขตกรุงเทพมหานคร ของผู้วิจัยในครั้งนี้ได้ ดังจะได้กล่าวถึงต่อไปนี้

การศึกษาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ที่อาศัยในชุมชนแออัดเพียงชุมชนใดชุมชนหนึ่ง ได้แก่ การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ: ศึกษากรณีผู้สูงอายุในชุมชนบ่อนไก่ กรุงเทพมหานคร ของมารศรี นุชแสงพลี (2532) พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในชีวิตระดับปานกลางค่อนข้างสูง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุสูงที่สุด ได้แก่ รายได้ รองลงมาตามลำดับคือ สุขภาพ ระดับการศึกษา ระดับความถี่ในการปฏิสัมพันธ์กับบุตรหลาน และการมีงานอดิเรก ส่วนปัจจัยที่ไม่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ ได้แก่ ระดับการพึงพิงของผู้สูงอายุ การมีงานทำ ความสัมพันธ์กับเพื่อนบ้าน และการมีเพื่อนสนิท

อย่างไรก็ตามผลจากการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้อาจไม่มีอำนาจในการอ้างอิงสูงพอที่จะนำไปใช้อธิบายถึงผู้สูงอายุทั่วไปในสังคมไทยได้ เนื่องจากค่าสถิติที่คำนวณได้เป็นการคำนวณจากประชากรผู้สูงอายุจำนวนจำกัดเพียง 197 รายเท่านั้น

การศึกษาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในชมรมทางสังคมผู้สูงอายุที่มีในชุมชนนั้นๆหรือในจังหวัดต่างๆ มีผู้ศึกษาไว้หลายท่าน ดังนี้ จำเรียง กุระมะสุวรรณ (2532) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสถานภาพส่วนบุคคล ความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตผู้สูง

อายุซึ่งมาร่วมกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุ 9 แห่งในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า ความสามารถในการดูแลตนเอง ปัจจัยด้านสถานภาพส่วนบุคคล ได้แก่ ทรัพย์สินของตนเอง ความสำคัญของตนเองต่อครอบครัว สุขภาพกาย สุขภาพจิต ระดับการศึกษาและรายได้ มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจ และความสุข อธิปไตยพบว่าสามารถทำนายคุณภาพชีวิตในด้านความสุข คือ ภาวะสุขภาพจิต ทรัพย์สินของตนเอง ความสามารถในการดูแลตนเอง และความสำคัญของตนเองต่อครอบครัว ส่วนตัวแปรที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตในด้านความพึงพอใจ พบว่าเป็นตัวแปรชุดเดียวกัน แต่เพิ่มตัวแปรระดับการศึกษาอีกหนึ่งตัวแปร ทั้งยังสามารถทำนายคุณภาพชีวิตทั้งด้านความสุขและความพึงพอใจได้ถูกต้องร้อยละ 61 เท่ากัน

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอัตมโนทัศน์ ความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดหนองคาย ของสุวิมล พนาวัฒน์กุล (2534) พบว่า อัตมโนทัศน์ ความสามารถในการดูแลตนเอง ปัจจัยพื้นฐานเรื่องสถานภาพสมรส รายได้ และจำนวนปีที่ได้รับการศึกษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต และยังพบว่า สถานภาพสมรส รายได้ และอัตมโนทัศน์ สามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้อย่างมีนัยสำคัญ และสามารถอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 24

ประภาพร จินันทุยา (2536) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมทางสังคมผู้สูงอายุดินแดง ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประมาณร้อยละ 85 มีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง นอกนั้นมีคุณภาพชีวิตในระดับสูง ผลการวิเคราะห์การจำแนกพหุ พบว่า โรคประจำตัว ภาระหนี้สิน และการทำประกัน เป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ส่วนตัวแปรเกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา การประกอบอาชีพในปัจจุบัน ลักษณะอาชีพสุดท้ายที่ทำก่อนเกษียณอายุ ลักษณะการอยู่อาศัย การเป็นสมาชิกชมรมอื่น รายได้ เงินออม และกรรมสิทธิ์ในที่อยู่อาศัย มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง อย่างไม่มีนัยสำคัญที่ระดับ .05

สุพิชญา ชุนสนิท (2539) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อระดับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาที่ชมรมผู้สูงอายุวิริยพยาบาล พบว่า ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในชีวิตระดับปานกลางค่อนข้างสูง ปัจจัยที่มีผลต่อระดับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ คือ ระดับการศึกษา อาชีพก่อนเกษียณอายุ การรับรู้ถึงความสำเร็จของตนและบุตรหลาน การมีส่วนร่วมในกิจกรรมและความสัมพันธ์กับผู้อื่น

เป็นที่น่าสังเกตว่า งานวิจัยที่ผ่านมาดังได้กล่าวถึงแล้วนั้น ส่วนใหญ่พบว่า ปัจจัยด้านสถานภาพส่วนบุคคล กิจกรรมต่างๆ และการมีส่วนร่วมในครอบครัวของผู้สูงอายุมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งต่อความพึงพอใจ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนบ่อนไก่และผู้สูงอายุใน

ชมรมทางสังคมผู้สูงอายุต่าง ๆ ดังนั้นในการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล การอุปถัมภ์จากครอบครัว และการบริการสุขภาพในชุมชน กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนแออัด เขตกรุงเทพมหานคร เพื่อหาความสัมพันธ์และหาตัวแปรที่สามารถพยากรณ์ควมมีคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนแออัด เขตกรุงเทพมหานคร

4. การพัฒนาคุณภาพชีวิต

การพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน เป็นนโยบายที่สำคัญอย่างยิ่งประการหนึ่งของรัฐบาลทุกยุคทุกสมัย โดยพยายามที่จะพัฒนาสภาพการดำรงชีพของประชาชนให้อยู่ในระดับที่เหมาะสมตามความจำเป็นพื้นฐาน คือ การมีอาชีพ มีรายได้ มีปัจจัยสี่ในการครองชีพ มีการศึกษา มีสุขภาพอนามัยดี มีครอบครัวดี เป็นผู้มีความดี สามารถพึ่งตนเองได้ ทำตนให้เป็นประโยชน์ต่อผู้อื่น สังคม และประเทศชาติ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตและสังคมนั้นได้มีผู้ศึกษาในเรื่องดังกล่าวไว้ ดังนี้ Takahashi (1979) ได้ศึกษาเรื่องคุณภาพชีวิตในประเทศไทย: การวิเคราะห์ทางด้านเศรษฐกิจ-สังคม ตามปัจจัย 16 ปัจจัย ได้แก่ องค์กรประกอบทั่วไป การบริการชุมชน ศาสนา เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม อุบัติเหตุทางการจราจร ภาวะเจริญพันธุ์ การใช้แรงงานเด็ก การอุตสาหกรรม การคมนาคม การศึกษาขั้นพื้นฐาน ภาวะการตาย อาชญากรรม การเคลื่อนย้ายทางประชากร ผู้สูงอายุ และสุขภาพอนามัย ผลการวิจัยพบว่า จังหวัดตราดและจังหวัดจันทบุรี เป็นจังหวัดที่มีดัชนีคุณภาพชีวิตสูงที่สุด ส่วนจังหวัดที่มีดัชนีคุณภาพชีวิตต่ำที่สุด คือจังหวัดแม่ฮ่องสอนและจังหวัดพิจิตร และพบว่าจังหวัดที่มีดัชนีคุณภาพชีวิตสูง ๆ นั้นมักจะมีรายได้ประชากรสูง เป็นเมืองที่เจริญหรือเป็นเมืองตากอากาศเป็นต้น ส่วนจังหวัดที่มีดัชนีคุณภาพชีวิตต่ำมักจะเป็นจังหวัดที่มีสภาพแวดล้อมไม่ดี มีภาวะเจริญพันธุ์สูงและมีการศึกษาต่ำ

ศรีผ่อง จันทรณกิจศิลป์ (2526) ได้ทำการวิจัยเรื่องการรับรู้เรื่องคุณภาพชีวิตของผู้อาศัยอยู่ในอาคารสงเคราะห์ของการเคหะแห่งชาติ เขตห้วยขวาง สรุปได้ว่า ผู้อาศัยอยู่ในอาคารสงเคราะห์ของการเคหะแห่งชาติ เขตห้วยขวาง รับรู้ว่าปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดคุณภาพชีวิตขึ้นอยู่กับ การมีปัจจัยสี่ที่เหมาะสม การมีรายได้เพียงพอสำหรับใช้จ่ายในสิ่งที่จำเป็น การมีรถโดยสารบริการให้ความสะดวกในการเดินทาง การมีความมั่นคงและก้าวหน้าในหน้าที่การงาน การเป็นผู้บำเพ็ญคุณงามความดีจนได้รับยกย่องชมเชยโดยทั่วไป การมีเสรีภาพในการนับถือศาสนา การจบการศึกษาภาคบังคับเป็นอย่างน้อย การอยู่รวมกันโดยไม่เบียดเบียนซึ่งกันและกัน การมีอากาศบริสุทธิ์ปราศจากควันพิษ การมีศาสนาประจำชาติและความภูมิใจในขนบธรรมเนียมประเพณีและวัฒนธรรมของชาติ

อุทุมพร จามรมาน (2528) ศึกษาองค์ประกอบคุณภาพชีวิตของคนกรุงเทพมหานคร พบว่ามีองค์ประกอบ 10 ด้าน คือ ทศนคติต่อการมีชีวิตในกรุงเทพมหานคร ลักษณะความเป็นอยู่ การเป็นเจ้าของ อาชีพหลัก นันทนาการ บริการจากรัฐ การถือครองบ้านและที่ดิน อาชีพรอง การแสวงหาความรู้ และสุขภาพอนามัย ซึ่งสามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 58.3

ศักดิ์ชัย ทวีศักดิ์ (2531) ได้ศึกษาการรับรู้เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตโดยได้ศึกษากับประชาชนในเขตอำเภอเมือง จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ผลการศึกษาทำให้ได้ปัจจัยที่ประชาชนรับรู้ว่ามีผลต่อคุณภาพชีวิตเรียงตามลำดับได้แก่ รายได้ ชีวิตครอบครัว ที่อยู่อาศัย การมีงานทำ สุขภาพอนามัย อุปกรณ์เครื่องใช้ภายในบ้าน อุปกรณ์ในการประกอบอาชีพ การสาธารณสุข โภคอาหาร การศึกษา การมีคุณธรรม ความสัมพันธ์กับเพื่อนและสังคม ที่ดิน ประกอบอาชีพ การประหยัด การไม่มีหนี้สิน ความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน และการพักผ่อนหย่อนใจ

จากงานวิจัยทั้งหมดที่ได้กล่าวมา จะพบว่าการมีคุณภาพชีวิตประกอบไปด้วยปัจจัยหลายอย่าง ซึ่งเป็นทั้งปัจจัยภายในตัวของแต่ละบุคคล และปัจจัยภายนอก โดยมีผลกระทบต่อร์ดับคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกันไป ดังนั้นการจะพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนจึงสามารถกระทำได้โดยการพัฒนาปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล การอุปถัมภ์จากครอบครัว และการบริการสุขภาพในชุมชน ที่จะสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนแออัด เขตกรุงเทพมหานคร

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนแออัด เขตกรุงเทพมหานคร

เนื่องจากคุณภาพชีวิตเป็นสิ่งที่มนุษย์ทุกคนต้องการและสำคัญต่อการดำเนินชีวิต คุณภาพชีวิตที่แต่ละคนพึงพอใจนั้นอาจมีระดับมากน้อยต่างกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาถึงปัจจัยส่วนบุคคล การอุปถัมภ์จากครอบครัว และการบริการสุขภาพในชุมชน ที่จะเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนแออัด เขตกรุงเทพมหานคร โดยจะเสนอเป็นลำดับดังนี้

1. ปัจจัยส่วนบุคคลกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

ปัจจัยส่วนบุคคลที่ได้นำมาศึกษาในการหาความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุไทยในชุมชนแออัด ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การทำงานเพื่อการ

เลี้ยงชีพ สุขภาพอนามัย กรรมสิทธิ์ในที่อยู่อาศัย การมีส่วนร่วมในชุมชน และลักษณะครอบครัว ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่า ปัจจัยเหล่านี้ มีทั้งที่มีความสัมพันธ์และไม่มี ความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ดังนี้

1.1 เพศ เพศเป็นตัวกำหนดหนึ่งของความแตกต่างของบุคคลในสังคม ในสังคม ไทยกำหนดค่าและบทบาทของเพศชายให้เป็นผู้นำครอบครัว เพศหญิงให้เป็นผู้ตามหรือเป็นแม่ บ้าน และให้ความเคารพในบทบาทการเป็นผู้นำครอบครัวของฝ่ายชาย ขณะเดียวกันเพศชายยัง ได้รับการเคารพนับถือและให้การยกย่องหลายอย่างจากสังคม ซึ่งจะทำให้เพศชายมองตนเองมี คุณค่ามากกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับเพศหญิง เพศหญิงมีความรู้สึกว่าคุณสามารถทางด้านร่างกาย ต่ำกว่าเพศชาย มีการปรับตัวได้ยากกว่า

นอกจากนี้เพศหญิงจะมีระดับการพึ่งพาผู้อื่น และมีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำ วันมากกว่าเพศชาย สิ่งเหล่านี้ย่อมส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ทั้งสิ้น ดังการศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างการร่วมกิจกรรม กับอัตมโนทัศน์ของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร ของ ฉันทนา กาญจนพจน์ (2530: 48) ซึ่งพบว่า ผู้สูงอายุเพศชายมีอัตมโนทัศน์ทางบวกสูงกว่า ผู้สูงอายุเพศหญิง นอกจากนี้การศึกษาของ เขมิกา ยามะรัต (2527: 74) ซึ่งศึกษาความพึง พอใจในข้าราชการบำนาญ ของกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ และการศึกษาของ กนกวรรณ ศิลปกรรมพิเศษ (2527: 48) ที่ศึกษาการปรับตัวของข้าราชการเกษียณอายุ ในเขตอำเภอ เมืองและอำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา พบว่า เพศชายจะมีความพึงพอใจในชีวิตสูงกว่าและมีการปรับตัวดีกว่าเพศหญิง สอดคล้องกับการศึกษาของ ประภาพร จินันท์ญา (2536: 80) พบ ว่า เพศมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุเพศชายมีคุณภาพชีวิตดีกว่า เพศหญิงเช่นกัน

ตรงข้ามกับการศึกษาของ สอิ่ง ขวรางกูร (2538: 82) ที่พบว่า เพศมีความ สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านจิตวิสัย และจากการพิจารณาในแง่ที่ว่าเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุบทบาท ทางสังคมของเพศชายที่เคยมี เริ่มลดลง เนื่องจากความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง จาก ความเสื่อมของร่างกาย กลายเป็นผู้ไม่ได้ประกอบอาชีพ มีรายได้น้อยลง การขาดการติดต่อกับสังคม เนื่องจากสุขภาพไม่เอื้ออำนวย ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุชายเกิดปัญหา ในการปรับตัว มีปัญหาในการดำรงชีวิตในวัยสูงอายุ และเกิดความไม่พึงพอใจในชีวิตได้ ส่วน เพศหญิงความรู้สึกสูญเสียน้อยกว่าเพศชาย ซึ่งการสูญเสียนี้มีผลต่อการปรับตัวของผู้สูงอายุและ ส่งผลถึงความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุได้ ซึ่งตรงข้ามกับการศึกษาของ มารศรี นุชแสงพลี (2532) จารุพันธ์ สมบูรณ์สิทธิ์ (2535: 83) และอุมาพร อุดมทรัพย์ากุล (2536: 72) ที่ พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ รวมทั้งการศึกษาของสุวิมล พนาวิฒนกุล (2534: 45) พบว่า เพศไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้ เนื่องจากผู้สูงอายุไม่ ว่าเพศชายหรือเพศหญิงย่อมต้องเผชิญกับภาวะการเสื่อมของสังขารที่จำเป็นต้องปรับตัวต่อการ

เปลี่ยนแปลง หรือความเสื่อมของร่างกาย เพื่อดำรงซึ่งคุณภาพชีวิต ดังนั้นความแตกต่างในด้านเพศของผู้สูงอายุ จึงไม่สามารถทำให้เกิดความแตกต่างในการทำนายคุณภาพชีวิตได้

ดังนั้นจะเห็นว่า เพศมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนแออัด โดยที่ผู้สูงอายุเพศชายจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้สูงอายุเพศหญิง

1.2 อายุ ผู้สูงอายุอาจจัดกลุ่มตามระดับอายุได้เป็น 3 กลุ่มคือ กลุ่มผู้สูงอายุวัยต้น มีอายุระหว่าง 60-74 ปี กลุ่มผู้สูงอายุวัยกลาง มีอายุระหว่าง 75-84 ปี และกลุ่มผู้สูงอายุวัยท้าย มีอายุระหว่าง 85 ปีขึ้นไป (Board, 1980 cited in Yurick et al., 1984: 35) ซึ่งผู้สูงอายุจะมีลักษณะแตกต่างกันตามช่วงอายุ เนื่องจาก ผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้นจะมีระดับการพึ่งพาผู้อื่นสูง (Hanlon and Pickett, 1980: 433-434) การพึ่งพาผู้อื่น จะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตของตนเองเป็นภาระต่อครอบครัว หรือสังคม ย่อมส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุต่ำลงได้ จากการศึกษาของ Larson (1978: 113-114) Tran et al. (1991: 100) พบว่า อายุ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ความผาสุกของผู้สูงอายุ

จะเห็นว่าอายุเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อระดับการพึ่งพิงของผู้สูงอายุ อันจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอีกด้วย โดยผู้สูงอายุที่อยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุวัยต้น จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่ากลุ่มผู้สูงอายุวัยกลางและวัยท้าย

1.3 สถานภาพสมรส เป็นตัวแปรหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในแง่ที่ว่าผู้สูงอายุที่มีคู่สมรสอยู่ด้วย จะทำให้ผู้สูงอายุมีคู่คิด มีเพื่อนแท้ที่คบได้อย่างสนิทใจ ไม่รู้สึกเหงาโดดเดี่ยว ว่าเหว นอกจากนั้น คู่สมรสจะยังเป็นผู้คอยดูแล ช่วยเหลืออุปถัมภ์ และให้กำลังใจ เป็นที่ปรึกษา ตลอดจนทำให้เกิดความอบอุ่นใจที่มีเพื่อนวัยเดียวกัน รู้สึกมั่นคงในชีวิต มีความสุขในชีวิตมากขึ้น (Robert, 1988: 10-11) จากการศึกษาของสุวิมล พนาวัฒน์กุล (2534: 33) ที่ศึกษาอัตมโนทัศน์ ความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และ จารุพันธ์ สมบูรณ์สิทธิ์ (2535: 83) ซึ่งศึกษาความสัมพันธ์ของกิจกรรมการดำเนินชีวิต กับความพึงพอใจในชีวิต พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต และความพึงพอใจในชีวิต โดยผู้มีสถานภาพสมรสคู่จะมีความพึงพอใจในชีวิตสูงกว่า ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของ ปราโมทย์ วังสะอาด (2530: 103) ที่ศึกษาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพโสด จะมีสุขภาพจิตดีกว่าผู้สูงอายุคู่

จากการศึกษาจะพบว่า แม้ว่าจะงานวิจัยจะให้ผลที่ขัดแย้งกัน แต่สถานภาพสมรสก็อาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต โดยผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่ จะมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสเดี่ยว

1.4 ระดับการศึกษา ช่วยให้บุคคลรู้จักใช้ความคิดของตนเข้าแก้ปัญหาการดำรงชีวิตอย่างเหมาะสม และเป็นพื้นฐานที่สำคัญของการมีรายได้ บุคคลที่มีการศึกษาสูงย่อมมีโอกาสที่จะประกอบอาชีพที่ดี ทำให้มีรายได้สูงขึ้น ดังนั้น เมื่อผู้สูงอายุที่มีการศึกษาสูงมองย้อนกลับไปในชีวิตที่ผ่านมา ย่อมมีโอกาสพึงพอใจ สุขใจ และมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาต่ำ การศึกษาจึงเป็นส่วนหนึ่งที่ส่งเสริมให้บุคคลมีคุณภาพชีวิตที่ดี จากการศึกษาของ ประภาพร จินันทุยา (2536: 81) พบว่า ผู้ที่ได้รับการศึกษามีคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้ที่ไม่ได้รับการศึกษา นอกจากนี้ จากการศึกษาของ ส่อง ชวรางกูร (2538: 83) จารุพันธ์ สมบูรณ์สิทธิ์ (2535: 83) และสมคิด โพธิ์ชนะพันธุ์ และคณะ (2538: 88-96) ยังพบว่า การศึกษามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

จากการศึกษาจะเห็นว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงจะทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุผู้นั้นดีขึ้นด้วย

1.5 การทำงานเพื่อการเลี้ยงชีพ เป็นการประกอบการ หรือกิจกรรมเพื่อให้ได้มาซึ่งรายได้เป็นของตนเอง อันเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญอย่างหนึ่ง ทั้งนี้อาจเป็นงานที่ทำเป็นประจำ งานพิเศษ งานชั่วคราว หรือการดำเนินธุรกิจส่วนตัวก็ได้ โดยมีความมั่นคงและพอใจในงาน มีความเพียงพอของรายได้ เพราะนอกจากจะทำให้ผู้มีอาชีพมีรายได้เป็นของตนเองแล้วยังทำให้สามารถช่วยเหลือผู้อื่นได้ เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ไม่เป็นภาระต่อผู้อื่น นักสังคมวิทยาเชื่อว่า บทบาทของคนทำงาน (worker role) เป็นตัวก่อให้เกิดความพึงพอใจในชีวิต เพราะบทบาทของคนทำงาน เป็นบทบาทที่ทำให้บทบาทอื่นๆ ของผู้สูงอายุยังคงมีอยู่ เช่น บทบาทการเป็นผู้นำครอบครัว การมีอาชีพทำให้ได้รับการยอมรับว่าเป็นคนมีคุณค่า ซึ่งถึงแม้วัยจะเปลี่ยนไป ผู้สูงอายุก็ยังรู้สึกว่าตนเองมีความสามารถอยู่ ไม่เป็นภาระแก่ครอบครัว สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุรับรู้ถึงคุณภาพชีวิตที่ดี ส่วนการออกจากงาน หรือการไม่มียานทำเป็นการสูญเสียบทบาทของคนทำงาน ซึ่งเชื่อกันว่าเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุ มีความพึงพอใจในชีวิตต่ำได้ สอดคล้องกับความคิดเห็นของ Kimmel (1974: 31) ที่ให้ความเห็นว่า เพื่อดำรงไว้ซึ่งความพึงพอใจของผู้สูงอายุ ควรต้องมีการทดแทนบทบาท และกิจกรรมที่สูญเสียไปด้วยสิ่งใหม่ ๆ จากการศึกษาของประภาพร จินันทุยา (2536: 81) และส่อง ชวรางกูร (2538: 83) พบว่า อาชีพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ดังนั้น การที่ผู้สูงอายุสามารถมีงานทำได้อย่างต่อเนื่อง สามารถแก้ไขปัญหาเรื่องบทบาท เพราะการทำงานจะช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

เห็นได้ว่า ผู้สูงอายุที่ยังคงบทบาทการทำงานเพื่อการเลี้ยงชีพในระดับสูง จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้ทำงานเพื่อการเลี้ยงชีพ

1.6 สุขภาพอนามัย เป็นสถานภาพทางกายภาพของผู้สูงอายุ โดยประเมินตนเองจากสุขภาพโดยทั่วไปในปัจจุบัน โรคประจำตัว การรับประทานอาหาร การนอนหลับ และการออกกำลังกาย ซึ่ง Berghorn et al. (1981: 335) กล่าวว่า การวัดสถานภาพทางกายภาพคือขอบเขตซึ่งบุคคลสามารถทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ การที่ความสามารถทางร่างกายลดลงดูเหมือนจะมีผลกระทบต่อความรู้สึกของบุคคลเกี่ยวกับคุณค่าของตนเอง และระดับความพึงพอใจในชีวิต Ward (1984: 29) กล่าวว่า สุขภาพเป็นตัวทำนายความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุได้ดีที่สุด โดยเฉพาะการประเมินสุขภาพโดยตนเอง ซึ่งการประเมินสถานภาพทางร่างกายของผู้สูงอายุไม่จำเป็นต้องสอดคล้องกับการประเมินทางการแพทย์ Palmore and Luikart (1972 cited in Berghorn et al., 1981: 335) กล่าวว่า บุคคลที่มีสุขภาพไม่ดีในเชิงวัดทฤษฎีอาจมีความพึงพอใจในชีวิตสูงถ้าเขาเชื่อว่าสุขภาพของเขาดี และในทำนองเดียวกันบุคคลที่มีสุขภาพดีอาจมีความพึงพอใจในชีวิตต่ำ ถ้าเขาเชื่อว่าสุขภาพของเขาไม่ดี

ดังนั้น ความคิดเห็นต่อสุขภาพอนามัยของตนในผู้สูงอายุทั้งสุขภาพโดยรวมในปัจจุบัน โรคประจำตัว การรับประทานอาหาร การนอนหลับพักผ่อน น่าจะมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุที่ประเมินว่าสุขภาพอนามัยของตนเองแข็งแรงดี จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีด้วย

1.7 กรรมสิทธิ์ในที่อยู่อาศัย การมีบ้าน ที่ดิน เป็นของตนเอง มีห้องพักเป็นสัดส่วน นับว่าเป็นปัจจัยทางเศรษฐกิจที่บ่งชี้ถึงหลักประกันที่เป็นอสังหาริมทรัพย์ของผู้สูงอายุ การอยู่อาศัยในบ้านที่เป็นของตนเองย่อมมีความผาสุกกว่าการที่ต้องอาศัยอยู่ในบ้านของผู้อื่น อย่างไรก็ตามการมีบ้านเป็นของตนเองนั้น ผู้สูงอายุอาจต้องเสียค่าบำรุงรักษา ซ่อมแซม ซึ่งเป็นรายจ่ายที่สูง (Yurick et al., 1984: 157) เป็นภาระอย่างหนึ่งของผู้สูงอายุต้องแบกรับไว้ จากการศึกษาของรสสุคนธ์ แสงมณี (2537) พบว่า ความเป็นเจ้าของที่พักอาศัย เป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ดังนั้นกรรมสิทธิ์ในที่อยู่อาศัย จึงเป็นตัวแปรหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุที่มีกรรมสิทธิ์ในที่อยู่อาศัย มีบ้าน/ที่ดินเป็นของตนเอง มีห้องพักเป็นสัดส่วน จะเป็นผู้ที่มีคุณภาพชีวิตที่ดี

1.8 การมีส่วนร่วมในชุมชน แม้ผู้สูงอายุจะอยู่ในวัยเกษียณอายุและอาจจะมี ความบกพร่องทางร่างกายบ้างก็ตาม แต่ผู้สูงอายุยังคงมีสมรรถภาพทั้งทางจิตใจ ตลอดจนสติปัญญาที่จะบำเพ็ญประโยชน์ต่อสังคมได้เป็นอย่างดี ฉะนั้นผู้สูงอายุยังคงมีบทบาทที่สำคัญยิ่งในการมีส่วนร่วมในกิจกรรมบางประเภทในสังคม สังคมจึงควรให้โอกาสแก่ผู้สูงอายุเหล่านี้ ได้มีส่วนร่วมในการปรับปรุงชีวิตของชุมชนให้ดียิ่งขึ้น ให้มีโอกาสในการพบปะเพื่อนผู้วัยเดียวกัน และมองเห็นโลกกว้างขึ้น ทำให้ไม่มีเวลาเหงาหรือเศร้าซึม

จากทฤษฎีการมีกิจกรรมร่วมกัน (The activity theory) เชื่อว่า ผู้สูงอายุที่มีกิจกรรมสูง จะมีการปรับตัวได้ดีทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม และทฤษฎีกิจกรรมยังทำนายว่า บุคคลที่สามารถดำรงกิจกรรมทางสังคมได้จะเป็นผู้ที่มีความพึงพอใจในชีวิตสูง มีภาพพจน์เกี่ยวกับตนเองดี ซึ่งบุคคลเหล่านี้เป็นผู้ประสบความสำเร็จในชีวิต ดังเช่น งานวิจัยของ Graney (1975: 701-706) ที่ศึกษาเรื่องความสุขกับการมีส่วนร่วมในสังคมพบว่า ผู้สูงอายุที่มีความสุข คือผู้สูงอายุที่มีส่วนร่วมในสังคมมาก และผู้สูงอายุที่ไม่มีความสุข คือผู้สูงอายุที่มีส่วนร่วมในสังคมน้อย รวมทั้งพบผลว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้น การมีส่วนร่วมในสังคมลดน้อยลง และผู้สูงอายุชายมีส่วนร่วมในสังคมมากกว่าผู้สูงอายุหญิง สอดคล้องกับการศึกษาของ Markides and Martin (1979: 91-98) ที่ทำการวิเคราะห์รูปแบบของปัจจัยที่ทำให้ผู้สูงอายุมีความพอใจในชีวิต กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีรายได้ค่อนข้างต่ำ ผลการวิจัยพบว่า ตัวแปรที่สามารถทำนายความพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุทั้งชายและหญิงได้ดีที่สุด คือการทำกิจกรรมทางสังคม นอกจากนี้ บรรลุ ศิริพานิช และคณะ (2531: 63) ยังพบว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่อายุยืนยาวและแข็งแรงมีภาระกิจประจำวันมากกว่า 4 อย่างขึ้นไป ใช้เวลาว่างทำกิจกรรมมากกว่า 5 อย่างขึ้นไป และมีพฤติกรรมเกี่ยวกับการสังคมมากกว่ากลุ่มผู้สูงอายุไทยที่อายุยืนยาวแต่ไม่แข็งแรง

ดังนั้นการที่ผู้สูงอายุมีการได้ทดแทนบทบาท โดยการเป็นสมาชิกชมรมกลุ่มต่างๆ ในชุมชน มีส่วนร่วมในชุมชนเป็นประจำ รู้สึกว่าตนเองมีประโยชน์ต่อชุมชนที่อยู่อาศัย จะนำไปสู่ความมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุอีกด้วย

1.9 ลักษณะครอบครัว ในสังคมไทยถือว่า ครอบครัวเป็นสถาบันที่ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งอาจกล่าวได้ว่า ครอบครัวมีผลต่อความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุมาก เพราะคู่สมรส หรือบุตร หลานในครอบครัว สามารถเป็นที่พึ่งทางเศรษฐกิจ ดูแลทุกข์สุข คอยช่วยเหลือ ให้ความเคารพนับถือ ยกย่อง ให้ความสำคัญ ย่อมทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเป็นบุคคลที่มีความหมาย ดังนั้น บุคคลเหล่านี้เปรียบเสมือนโยงโยสนับสนุนทางสังคมที่ช่วยประคับประคองสภาพจิตใจของผู้สูงอายุ ช่วยยกระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความเชื่อมั่นในตนเอง และรักษาสมดุลของจิตใจ และอารมณ์ ทำให้เกิดความพึงพอใจในชีวิต (Miller et al., 1986: 205) จากการศึกษาของ พิรสิทธิ์ คำนวนศิลป์ และคณะ (2523: 153) พบว่า ผู้สูงอายุ ที่อยู่ในครอบครัวขยาย มีความสุขมากกว่าผู้ที่อยู่ในครอบครัวเดี่ยว ในครอบครัวขยายจะมีบุคคลซึ่งเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญ ที่จะให้การดูแลเอาใจใส่ทั้งร่างกาย และจิตใจแก่ผู้สูงอายุได้มากกว่า และการศึกษาของ ศรีเรือน แก้วกังวาล (2532: 50) พบว่า ลักษณะการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ เขตกรุงเทพมหานคร

ส่วนผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คนเดียว จากการที่ต้องสูญเสียคู่สมรส หรือไม่มีบุตร หลานดูแล ทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้รู้สึกโดดเดี่ยว ว่าเหงา หรือรู้สึกว่าตนเองไม่มีความหมาย ส่งผลให้ความพึงพอใจในชีวิตลดต่ำลงได้ นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คนเดียว จะมี

อาการซีมีเศร้า และมีอัตราการตายมากกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับเพื่อน หรือครอบครัว (Hanlon and Pickett, 1984: 436)

จะเห็นได้ว่า ลักษณะครอบครัวเป็นตัวแปรหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวขยายจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวเดี่ยว

2. การอุปถัมภ์จากครอบครัวกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

ตามวัฒนธรรมดั้งเดิมของไทยเราถือว่า บิดา มารดา เป็นผู้ที่มีพระคุณสูงสุด เมื่อ บิดา มารดา สูงอายุ บุตรซึ่งเติบโตเป็นผู้ใหญ่สามารถทำมาหากินได้แล้ว ต้องมีหน้าที่เลี้ยงดู บิดา มารดา ด้วยความกตัญญูตามหลักพุทธศาสนา เรื่องทศ 6 ซึ่งถือว่า บิดา มารดา เป็นทศ เบื้องสูง เมื่อท่านแก่ชราต้องเลี้ยงดูท่าน นอกจากนี้ พุทธศาสนาดูว่า การบำรุงบิดา มารดา เป็นมงคลชีวิตประการหนึ่ง โดยปกติเมื่อบิดา มารดา สูงอายุ บุตรไม่ว่าชายหรือหญิงอย่างน้อย 1 คน จะอยู่เพื่อปรนนิบัติดูแล และแม้แต่งงานก็จะนำคู่สมรสเข้ามาอยู่ด้วยในบ้านของบิดา มารดา หรืออยู่คนละบ้านในอาณาบริเวณเดียวกัน (สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย, 2528: 42) แม้แต่ในครอบครัวที่บิดา มารดา มีฐานะความเป็นอยู่ไม่ดี เมื่อ บุตรมีฐานะความเป็นอยู่ดีก็มักจะนำบิดา หรือมารดา ไปอยู่ร่วมครอบครัวด้วย จึงอาจกล่าว ได้ว่า ครอบครัวถือเป็นศูนย์กลางของกิจกรรมทั้งปวงที่แม้เวลาจะผ่านไป แต่ความรักใคร่ผูกพัน ที่บุตรมีต่อบิดา มารดา ก็ยังไม่เสื่อมคลาย ดังเช่น Beigel et al. (1984: 65) ที่มองเห็นว่า ครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคม (Social Support) ที่สำคัญที่สุดของผู้สูงอายุ และยังเป็น แหล่งให้การดูแลที่ผู้สูงอายุชื่นชอบ

เห็นได้ว่า ครอบครัวมีความสำคัญอย่างมากในการสนับสนุนช่วยเหลือ เอาใจใส่ใน ความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุ เพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ของผู้สูงอายุนั้นเอง ซึ่งลักษณะของการดูแลผู้สูงอายุตามที่ Victor G. (1981 อ้างถึง ใน สุธีรา Һุ่ยจันทร์, 2530: 25) ได้กล่าวไว้ ถึงบริการที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในขอบเขต การช่วยเหลือของบุตร ได้แก่

- 1) การช่วยทำงานบ้าน เช่น ช่วยทำอาหาร จ่ายตลาด ทำความสะอาด ซักรีด เป็นต้น
- 2) การจัดหาที่อยู่อาศัยให้
- 3) การช่วยซ่อมแซมสิ่งของเครื่องใช้ เช่น ซ่อมแซมบ้าน ทาสี เป็นต้น
- 4) การเงิน ซึ่งอาจให้เป็นสิ่งของ เครื่องใช้ก็ได้
- 5) การดูแลเอาใจใส่ตัวบุคคล เช่น ดูแลเล็บ ผผม การอาบน้ำ แต่งตัว
- 6) การดูแลสุขภาพ เช่น การปฐมพยาบาล การให้การรักษาพยาบาลเล็กๆน้อยๆ

7) การอำนวยความสะดวกด้านการคมนาคมขนส่ง เช่น รับ-ส่ง จัดหายานพาหนะเมื่อจะไปธุระนอกบ้าน

8) กิจกรรมสังคมและนันทนาการ เช่น การให้ความบันเทิงในบ้าน การพาไปดูกิจกรรมบันเทิงนอกบ้าน ดูการแสดง จัดให้พบปะเพื่อนฝูง เป็นสมาชิกสโมสรต่างๆ

9) การสนับสนุนทางจิตใจ ได้แก่ การรับฟังปัญหา ให้กำลังใจ ให้ความรักความเข้าใจ

10) การจัดหางานที่เหมาะสมให้

11) การสนับสนุนด้านศาสนา เช่น พาไปฟังเทศน์ตามวัด

12) การให้ข่าวสารของทางราชการเกี่ยวกับหน่วยงานที่ให้บริการด้านต่างๆ

13) การจัดหาวัสดุสิ่งพิมพ์ให้อ่าน

14) การสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้เรียนรู้และฝึกฝนอาชีพใหม่ๆ

15) การสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้ทำงานอดิเรก

16) การปกป้องคุ้มครองภัย เช่น อันตรายจากอาชญากรรม และป้องกันโรคต่างๆ

จากแนวความคิดดังกล่าวมาแล้ว พอจะสรุปได้ว่า บทบาทการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวที่บุตร หลาน ควรจัดให้แก่ผู้สูงอายุนั้น เป็นการดูแลที่จะตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม โดยสรุปได้เป็นประเด็นใหญ่ๆ ดังต่อไปนี้

1) บทบาทการดูแลที่ตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกายของผู้สูงอายุ ได้แก่ การดูแลเรื่องอาหารการกิน การจัดที่อยู่อาศัยให้อยู่อย่างเหมาะสม จัดหาและดูแลเครื่องนุ่งห่มเครื่องใช้แก่ผู้สูงอายุ ให้การดูแลสุขภาพอนามัย ให้การรักษาพยาบาล ตลอดจนการดูแลอนามัยส่วนบุคคล ให้การช่วยเหลือด้านการเงิน ให้การช่วยเหลือด้านแรงงาน และอำนวยความสะดวกด้านการจัดหาพาหนะในการเดินทาง

2) บทบาทการดูแลที่ตอบสนองความต้องการทางด้านจิตใจ และอารมณ์ของผู้สูงอายุ ได้แก่ การให้ความเคารพนับถือ ให้เกียรติ ให้ความยกย่อง สนับสนุนให้มีงานอดิเรกและมิจงานทำตามความสามารถ ดูแลให้ได้เข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา ดูแลให้ได้รับความบันเทิง และนันทนาการตามสมควร

3) บทบาทการดูแลที่ตอบสนองความต้องการทางด้านสังคมของผู้สูงอายุ ได้แก่ การสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้พบญาติ และเพื่อนฝูง เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัวและสังคมภายนอก การดูแลให้ผู้สูงอายุได้รับข่าวสารเพื่อรับรู้ความเป็นไปของสังคมและการพัฒนาตนเอง

ถึงแม้ครอบครัวจะมีความจำเป็นในการดูแลผู้สูงอายุ แต่เหตุการณ์และปัญหาอุปสรรคต่างๆ ทำให้เกิดข้อจำกัดต่อครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่ง Victor G. (1981 อ้างถึงใน สุธีรา นุ้ยจันทร์, 2530: 28) ได้กล่าวถึงปัจจัยที่จำกัดความสามารถของครอบครัวในการช่วยเหลือผู้สูงอายุ ซึ่งพอจะกล่าวได้ดังนี้ คือ

- 1) การเปลี่ยนแปลงของประชากรวัยสูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุมีความต้องการต่างๆ กัน ซึ่งบุตร หลานอาจไม่สามารถตอบสนองได้
- 2) การเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ ซึ่งทำให้บุตร หลาน ต้องเป็นภาระในการดูแล
- 3) การที่ผู้สูงอายุมีอายุชั้ยยืนยาวขึ้น เช่น บิดา มารดา อยู่ในวัย Old-Old (75ปีขึ้นไป) และบุตรอยู่ในวัย Young-Old (65-75ปี)ทำให้บุตรไม่สามารถดูแลบิดา มารดาได้ ตกเป็นภาระของหลานที่ต้องดูแลทั้งพ่อ แม่ ปู่ ย่า ตา ยาย
- 4) การเคลื่อนย้ายของบุตร หลาน ไปทำมาหากินยังถิ่นอื่น
- 5) การเปลี่ยนแปลงของบทบาทสตรี และการเปลี่ยนแปลงทางวัฒนธรรม ทำให้สตรีมีอิสระและออกไปทำงานนอกบ้านมากขึ้น เวลาที่จะทำงานบ้านและดูแลผู้สูงอายุน้อยลง
- 6) ภาวะเงินเฟ้อ ทำให้ราคาค่าครองชีพสูงขึ้น มีผลให้ทรัพยากรด้านเศรษฐกิจ ทั้งของผู้สูงอายุและบุตร หลานลดลง ทำให้ผู้สูงอายุต้องการความช่วยเหลือทางการเงิน ขณะที่บุตรก็อาจมีปัญหาด้านค่าใช้จ่ายเช่นกัน ทั้งมีผลกระทบทำให้บ้านเล็กลง มีห้องน้อย ผู้หญิงต้องไปทำงานนอกบ้าน ช่วยเหลือผู้สูงอายุได้น้อย เป็นต้น

จากการศึกษาของ นิสา ชูโต (2525) เรื่อง คนชราไทย พบว่า ครอบครัวและบุตร มีบทบาทสำคัญในชีวิตของคนชรา คนชราส่วนใหญ่ ร้อยละ 90 อยู่ร่วมกับคู่สมรสหรือครอบครัวที่เป็นลูกหลาน การที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ร่วมกับบุตร หลานหรือคู่สมรส ญาติพี่น้อง ทำให้ผู้สูงอายุได้รับความช่วยเหลือในชีวิตประจำวัน มีบทบาทเป็นที่ปรึกษาของครอบครัว

ประพิมพ์ดาว สุคนธ์ (2526) ได้ศึกษาเรื่อง สุขภาพจิตผู้สูงอายุ เป็นการศึกษาเฉพาะกรณีชุมชนเชื้อเพลิงพัฒนา เขตยานนาวา กรุงเทพมหานคร พบว่า ความต้องการของผู้สูงอายุส่วนใหญ่ต้องการให้ลูกหลานปรนนิบัติ ดูแลเอาใจใส่ เลี้ยงดู แต่บุตรหลานไม่ค่อยมีเวลาให้แก่ผู้สูงอายุมากนัก เพราะจำต้องออกไปทำมาหากิน สถานภาพของผู้สูงอายุ ร้อยละ 71.87 อยู่ในเกณฑ์ดี ครอบครัวยังให้ความเคารพนับถือ ยกย่อง ในฐานะที่เป็นผู้มีความสำคัญต่อครอบครัว

อาพร สุขสวัสดิ์ (2534) ได้ศึกษาบทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาล : ศึกษาเฉพาะกรณีอำเภอพระนครศรีอยุธยา พบว่า

1) ลักษณะความสัมพันธ์ในครอบครัว ระหว่างสมาชิกครอบครัวกับผู้สูงอายุ ทั้งในเขตเทศบาล และนอกเขตเทศบาล เป็นไปในทางที่ดีต่อกัน กล่าวคือ มีการช่วยเหลือ ดูแลเอาใจใส่เกื้อกูลซึ่งกันและกัน ส่วนใหญ่สามัคคีปรองดองกัน มีความรักใคร่ผูกพันทางอารมณ์ต่อกันดี มีการรับประทานอาหารเย็นร่วมกัน มีปฏิสัมพันธ์แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ในแต่ละวันร่วมกัน แม้จะมีความขัดแย้งกันบ้างแต่ก็นานๆ ครั้ง ส่วนใหญ่แล้วบุตรก็ยังให้ความสำคัญ ยอมรับ และขอคำปรึกษาหารือผู้สูงอายุเมื่อมีปัญหาในเรื่องต่างๆ

2) บทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ พบว่า สมาชิกครอบครัวส่วนใหญ่ทั้งในเขตเทศบาล และนอกเขตเทศบาล มีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุทางด้านร่างกาย ด้านอารมณ์จิตใจได้มาก และด้านสังคมได้ค่อนข้างมาก โดยในเขตเทศบาลจะให้การดูแลด้านร่างกาย และจิตใจ ได้น้อยกว่านอกเขตเทศบาล แต่จะให้การดูแลด้านสังคมได้มากกว่านอกเขตเทศบาล ส่วนบทบาทการดูแลผู้สูงอายุทางด้านเศรษฐกิจนั้น ส่วนใหญ่ทั้งในเขตเทศบาล และนอกเขตเทศบาล จะให้การดูแลได้น้อย

นอกจากนี้ยังพบอีกว่า ผู้สูงอายุยังอยู่ในแวดวงใกล้ชิดของครอบครัว มีกิจกรรมร่วมกับบุตร หลาน และได้รับการดูแลเอาใจใส่ ตลอดจนได้รับความเคารพนับถือจากบุตรหลานเป็นอย่างดี ได้รับการช่วยเหลือในชีวิตประจำวัน มีบทบาทเป็นที่ปรึกษาของครอบครัว ในส่วนของการให้เวลากับผู้สูงอายุ พบว่า สมาชิกในครอบครัวมีเวลาให้กับผู้สูงอายุไม่มากนัก เพราะต้องออกไปทำงานนอกบ้าน พบว่าความต้องการของผู้สูงอายุคือ ช่วยบุตรหลานทำกิจกรรมต่างๆ ส่วนปัญหาที่พบคือ ความคิดเห็นไม่ตรงกันแต่นับว่ามีน้อย ปัญหาส่วนใหญ่จะเป็นปัญหาด้านสุขภาพ และเศรษฐกิจ

เกริกศักดิ์ บุญญาหงษ์ และคณะ (2534) ได้ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างคนชรา กับบุตรหลาน เน้นในความสัมพันธ์ที่ชี้ถึงสถานภาพความเป็น “ร่มโพธิ์ร่มไทร” ของคนชรา เป็นสำคัญ ซึ่งได้แก่การให้ความเคารพนับถือและเชือฟัง การขอคำปรึกษาหารือในกรณีมีปัญหาหรือมีกิจกรรมต่างๆของบุตรหลาน และเป็นการศึกษาโดยการให้คนชราประเมินสถานภาพของตนเองในประเด็นต่างๆเหล่านี้ ดังนั้นคำตอบที่ได้ จึงเป็นคำตอบจากการประเมินความสัมพันธ์ของบุตรหลานกับคนชราตามความรู้สึกของคนชราเอง ซึ่งคำตอบในประเด็นความสัมพันธ์ต่างๆเหล่านี้ ปรากฏว่าส่วนใหญ่แล้วคนชรา รู้สึกว่าบุตรหลานในครัวเรือนยังคงให้ความเคารพนับถือและเชือฟังตนเองอยู่ และตนเองยังคงมีบทบาทที่สำคัญในการเป็นผู้อบรมสั่งสอนให้คำแนะนำรวมทั้งตัดสินใจในกรณีต่างๆที่เกิดขึ้นในครัวเรือน นอกจากนี้แล้วในการทำกิจกรรมต่างๆของสมาชิกในครัวเรือน ส่วนใหญ่คนชรายังคงได้รับการยอมรับในฐานะที่เป็นที่ปรึกษา ที่จะคอยให้คำแนะนำ หรือให้ความเห็นในกิจกรรมต่างๆ ทั้งนี้ยังคงมีอยู่ในอัตราส่วนร้อยละที่สูงทั้งในครัวเรือนเขตเมือง และชนบท

จะเห็นได้ว่าประเทศไทย ยังเป็นประเทศที่ผู้สูงอายุได้รับการยอมรับจากครอบครัว อยู่ในระดับสูง แต่ในอนาคตการเปลี่ยนแปลงของสังคมไทย อาจส่งผลกระทบต่อชีวิตของผู้สูงอายุเป็นลำดับ ซึ่งที่จริงแล้วผู้สูงอายุทุกคนไม่ได้หวังอะไรจากลูกหลาน หรือครอบครัวมากมาย ดังเช่นพระราชนิพนธ์ ของพระบาทสมเด็จพระมงกุฎเกล้าเจ้าอยู่หัว ที่ว่า

“ เมื่อแก่เฒ่าหมายเจ้าช่วยรับใช้ เมื่อยามไข้หมายเจ้าเฝ้ารักษา
เมื่อยามถึงวันตายวายชีวา หวังลูกช่วยปิดตาเมื่อสิ้นใจ”

การเลี้ยงดู และดูแลผู้สูงอายุในสมัยก่อนไม่เป็นภาระมากนักสำหรับครอบครัวที่มีลูก และหลานอยู่ร่วมกัน แต่ปัจจุบันรูปแบบการดำรงชีวิตเปลี่ยนไป ประกอบกับสัดส่วนประชากร ผู้สูงอายุที่สูงขึ้น ในขณะที่สัดส่วนประชากรวัยทำงานลดลง ภาระในการเลี้ยงดูผู้สูงอายุจึงเพิ่มขึ้น และโดยที่รัฐยังไม่สามารถจัดบริการสวัสดิการให้แก่ผู้สูงอายุได้อย่างทั่วถึง การรับภาระเลี้ยงดู ตลอดจนการตอบสนองความต้องการในด้านต่างๆ ของผู้สูงอายุ จึงเป็นหน้าที่ของ ครอบครัว หรือบุตร หลานของผู้สูงอายุเท่านั้น

ผลการวิจัยของโครงการศึกษาผลกระทบทางเศรษฐกิจ สังคมและประชากรผู้สูงอายุ ในประเทศไทย (Socio-Economic Consequences of the Aging on the Population Thailand หรือเรียกย่อๆ ว่า SECAPT) สนับสนุนความแพร่หลายของการที่ผู้สูงอายุได้รับการอุปถัมภ์จาก บุตร คือโครงการฯ ดังกล่าวพบว่า มีเพียงร้อยละ 4 ของประชากรอายุ 60 ปีและสูงกว่าอยู่คนเดียว และอีกร้อยละ 7 อยู่กับคู่สมรสเพียงลำพัง (Knodel et al., 1991) เช่นเดียวกับการศึกษาของ นภาพร ชโยวรรณ และคณะ (2535) ที่พบว่า ผู้สูงอายุไทยร้อยละ 96 อาศัยอยู่กับ ครอบครัว เช่น คู่สมรส บุตร หรือญาติอื่นๆ ที่เหลือร้อยละ 4 อยู่คนเดียว นอกจากนี้ นภาพร ชโยวรรณ (2538: 51) เชื่อว่า ผู้สูงอายุที่รายงานว่าอยู่คนเดียวนั้นในทางปฏิบัติอาศัย อยู่ในบ้านที่อยู่ติดกับบ้านของบุตร หรืออยู่ในหมู่บ้านหรือชุมชนเดียวกันกับบุตร ซึ่งใกล้เคียงพอที่จะได้รับการเยี่ยมเยียนจากบุตรทุกวัน หรือสามารถขอความช่วยเหลือจากบุตรได้ยามฉุกเฉิน และบุตรของผู้สูงอายุในอนาคตน่าจะเป็นบุตรที่มีคุณภาพมากกว่าบุตรของผู้สูงอายุในปัจจุบันในแง่ของระดับการศึกษาหรือรายได้ เพราะการมีบุตรจำนวนน้อยลง ทำให้บิดา มารดาสามารถ ส่งเสียให้การศึกษาที่สูงขึ้นแก่บุตร เป็นทรัพยากรที่มีคุณค่าของสังคม สามารถทำงานที่มีรายได้สูง บุตรเหล่านี้จึงน่าจะอยู่ในภาวะที่สามารถให้การดูแลส่งเสียด้านการเงิน การรักษาพยาบาล ที่มีคุณภาพแก่บิดา มารดาได้ดีกว่าบุตรในปัจจุบัน

ศิริวรรณ ศิริบุญ (2535) ได้ศึกษาข้อเท็จจริงและทัศนคติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูและการดูแลผู้สูงอายุของคนหนุ่มสาวไทย พบว่า คนหนุ่มสาวส่วนใหญ่เคยให้การเลี้ยงดูบิดา มารดาสูงอายุ รูปแบบของการให้การดูแลเลี้ยงดูในเรื่องที่เกี่ยวกับการพักอาศัยอยู่ด้วยกัน การให้เงิน การให้อาหาร เสื้อผ้า เครื่องนุ่งห่ม รวมทั้งการเยี่ยมเยียนบิดา มารดาสูงอายุมีความ

แตกต่างกันในกลุ่มคนหนุ่มสาวที่มีคุณลักษณะทางด้านประชากร เศรษฐกิจ และสังคมต่างกัน คนหนุ่มสาวส่วนใหญ่ให้การดูแลเลี้ยงดูบิดา มารดาที่สูงอายุบ่อยครั้ง (ทุกวัน และทุกสัปดาห์) และอย่างสม่ำเสมอ ระยะเวลาที่คนหนุ่มสาวส่วนใหญ่เคยให้การดูแลเลี้ยงดูบิดา มารดาที่สูงอายุก็ยาวนานเกินกว่า 5 ปีขึ้นไป และส่วนใหญ่ยังคงมีเจตคติอันแน่วแน่ที่จะให้การดูแลเลี้ยงดูบิดา มารดาที่สูงอายุต่อไปจนกว่าผู้สูงอายุและตนเองจะเสียชีวิต นอกเหนือจากการให้การดูแลเลี้ยงดูบิดา มารดาในรูปของการให้เงิน อาหาร และวัตถุสิ่งของแล้ว คนหนุ่มสาวมากกว่าครึ่งก็ยังคงไปเยี่ยมเยียนบิดา มารดาอย่างสม่ำเสมอและบ่อยครั้งด้วย

นอกจากนี้ คนหนุ่มสาวส่วนใหญ่เคยให้การดูแลเลี้ยงดูผู้สูงอายุที่ใกล้ขีดประมาณ 1 ใน 3 ของคนหนุ่มสาวทั้งหมดเคยให้การดูแลเลี้ยงดูผู้สูงอายุที่ใกล้ขีดมากกว่า 2 คนขึ้นไป การเคยให้การดูแลเลี้ยงดูผู้สูงอายุที่ใกล้ขีด และจำนวนผู้สูงอายุที่ใกล้ขีดที่คนหนุ่มสาวเคยให้การดูแลเลี้ยงดู จะผันแปรไปตามคุณลักษณะทางด้านอายุ เพศ สถานภาพสมรส การประกอบอาชีพเกษตรกรรม การเป็นกำลังสำคัญในการหาเลี้ยงคนในครอบครัว ระดับการศึกษา เขตที่พักอาศัย และภาค คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ นับเป็นปัจจัยอันเป็นตัวกำหนดอย่างสำคัญต่อการได้รับการเลี้ยงดูจากคนหนุ่มสาว ผู้สูงอายุที่เป็นบิดา มารดาของคู่สมรสของคนหนุ่มสาว ผู้สูงอายุเพศหญิง และผู้สูงอายุในกลุ่มที่มีอายุเกินกว่า 80 ปี เป็นกลุ่มที่ได้รับการดูแลเลี้ยงดูจากคนหนุ่มสาวในสัดส่วนที่สูงที่สุด รูปแบบของการให้การดูแลเลี้ยงดูผู้สูงอายุที่ใกล้ขีดจะมีส่วนสัมพันธ์อย่างมากกับระยะทางระหว่างที่พักของผู้สูงอายุ และของคนหนุ่มสาว ผู้สูงอายุที่พักอยู่ไกลจากคนหนุ่มสาวมักจะได้รับการดูแลทางการเงิน ในขณะที่ผู้สูงอายุที่พักอยู่ใกล้กับคนหนุ่มสาวจะได้รับการดูแลทางด้านอาหาร เครื่องนุ่งห่ม และสิ่งของ เช่นเดียวกับ นภาพร ชโยวรรณ (2535: 66) ที่พบว่า บิดา มารดาที่ไม่ได้อยู่ด้วยกันได้รับเงิน อาหาร เสื้อผ้า ค่ารักษาพยาบาล เยี่ยมเยียน จากบุตรมากกว่าบิดา มารดาที่อยู่ด้วยกันอย่างชัดเจน ขณะที่บิดา มารดาที่อยู่บ้านเดียวกันมีแบบของการดูแลสูญเสียที่เด่น คือ การกินอยู่ด้วยกัน ช่วยทำงาน และดูแลยามเจ็บป่วย

ในเรื่องของความคิดที่ว่า บิดา มารดาหวังพึ่งตนยามสูงอายุ และคาดหวังจะพึ่งพาบุตรยามสูงอายุของคนหนุ่มสาว ผลการวิจัยแสดงว่า คนหนุ่มสาวไทยส่วนใหญ่คิดว่า บิดา มารดาหวังพึ่งตนยามสูงอายุ ขณะเดียวกันคนหนุ่มสาวเองก็หวังพึ่งพาบุตรยามสูงอายุเช่นกัน และที่น่าสนใจ คือ ร้อยละที่หวังพึ่งพาบุตรยามสูงอายุ สูงกว่าร้อยละที่คิดว่าบิดา มารดาหวังพึ่งตนยามสูงอายุ (ร้อยละ 85 เปรียบเทียบกับร้อยละ 78) (นภาพร ชโยวรรณ, 2535: 104-106)

ภัสสร ลิมานนท์ และคณะ (2538: 60-61) ได้ทำการศึกษาครอบครัวไทยโดยการสัมภาษณ์ประชากรชาย-หญิง ในเขตเมืองและชนบทของทุกภาค จำนวน 3,237 ราย จากการสรุปผลการวิจัยเบื้องต้น เมื่อพิจารณาถึงการดูแลเกื้อหนุนบิดา มารดาที่อยู่ร่วมบ้านเดียว

กันนั้น พบว่า ผู้ตอบมากกว่าครึ่งหนึ่งดูแลรับผิดชอบบิดา มารดาในทุกเรื่อง มีผู้ตอบเพียงร้อยละ 8 เท่านั้นที่ตอบว่าไม่ได้ช่วยเหลือดูแลบิดา มารดาเลย ซึ่งกลุ่มผู้ตอบนี้เกือบทุกรายยังมีอายุน้อย และขณะเดียวกันบิดา มารดาของผู้ตอบกลุ่มนี้ยังอยู่ในวัยทำงาน ทำให้ผู้ตอบไม่มีโอกาสเข้ามารับผิดชอบดูแลอย่างเต็มที่

ในส่วนของความสัมพันธ์ของผู้ตอบกับบิดา มารดาที่อาศัยอยู่ที่อื่น จากข้อมูลชุดนี้ พบว่า ประเมินร้อยละ 68.5 ของผู้ตอบ มีบิดา มารดาที่ไม่ได้อาศัยอยู่กับผู้ตอบ แต่ได้อาศัยอยู่กับบุตรคนอื่น อย่างไรก็ตามผู้ตอบส่วนใหญ่ยังคงมีส่วนในการเกื้อหนุนบิดา มารดาในหลายรูปแบบรวมถึงการให้ความช่วยเหลือในทุกด้านเท่าที่จะทำได้ หรือให้การช่วยเหลือเฉพาะการเงิน

สำหรับการเยี่ยมเยียนบิดา มารดาที่อาศัยอยู่ที่อื่นในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา พบว่าผู้ตอบส่วนใหญ่ไปเยี่ยมเยียนบิดา มารดาบ่อยครั้ง มีผู้ตอบเพียงส่วนน้อยเท่านั้นที่ไม่เคยไปเยี่ยมเยียนเลย

กล่าวโดยสรุป จากงานวิจัยหลายชิ้น พบว่า ลักษณะของการที่ผู้สูงอายุได้รับการอุปถัมภ์จากครอบครัว โดยภาพรวมจะเป็นในเรื่องทางด้านเศรษฐกิจ สังคม อารมณ์และจิตใจ เป็นส่วนใหญ่ ซึ่งความต้องการของผู้สูงอายุที่จะก่อให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีนั้น เกิดจากความมั่นคงของร่างกายและจิตใจ ตามทฤษฎีการปรับตัวของ Roy (Roy's Adaptation Theory) ที่จินตนา ยูนิพันธ์ (2529: 160-181) ได้กล่าวไว้ สรุปได้ว่า บุคคลประกอบด้วย ชีว-จิต-สังคม ซึ่งไม่อาจแยกร่างกายและจิตใจออกจากกันได้ และต้องปะทะสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมอยู่ตลอดเวลา ดังนั้น บุคคลจึงต้องมีการปรับตัวในด้านบวก ซึ่งหมายถึง การปรับตัวให้เหมาะสมอยู่ตลอดเวลา เพื่อรักษาภาวะสมดุลของชีวิตให้มีความมั่นคง โดยมีการแสดงออกของพฤติกรรมปรับตัว 4 ด้าน คือ การปรับตัวตามความต้องการทางด้านสรีรวิทยา การปรับตัวด้านอัตมโนคติ การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ และการปรับตัวด้านความสัมพันธ์พึงพาระหว่างกัน

ดังนั้นถ้าผู้สูงอายุมีการปรับตัวทั้ง 4 ด้านดังกล่าวได้ดี ถือได้ว่า ผู้สูงอายุเกิดความมั่นคงของระบบ ส่งผลต่อการมีสุขภาพที่ดี และดำรงชีวิตในสิ่งแวดล้อมได้อย่างมีความสุข แสดงถึงคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ การศึกษาการอุปถัมภ์จากครอบครัวที่จะก่อให้เกิดการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุได้นั้น ผู้สูงอายุจึงต้องได้รับการตอบสนองจากครอบครัวใน 4 ด้านที่กล่าวมา ในการวิจัยนี้จึงแบ่งการอุปถัมภ์จากครอบครัวตามความต้องการของผู้สูงอายุเป็น 4 ด้านตามทฤษฎีการปรับตัวของ Roy คือ การอุปถัมภ์จากครอบครัวตามความต้องการทางด้านสรีรวิทยา การอุปถัมภ์จากครอบครัวด้านอัตมโนคติ การอุปถัมภ์จากครอบครัวด้านบทบาทหน้าที่ และการอุปถัมภ์จากครอบครัวด้านความสัมพันธ์พึงพาระหว่างกัน ดังนี้

การอุปถัมภ์จากครอบครัวตามความต้องการทางด้านสรีรวิทยา เป็นการส่งเสริมและรักษาความมั่นคงของผู้สูงอายุทางด้านร่างกาย ได้แก่ การดูแลสิ่งของเครื่องใช้ การดูแลที่

อยู่อาศัย การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล การดูแลเมื่อเจ็บป่วย การอำนวยความสะดวกด้านการคมนาคม

การอุปถัมภ์จากครอบครัวด้านอัตมโนคติ เป็นการส่งเสริมที่มุ่งรักษาความมั่นคงทางด้านจิตใจของผู้สูงอายุ ได้แก่ การให้เวลากับผู้สูงอายุ การแสดงออกถึงความรัก ความผูกพัน การให้การยอมรับ

การอุปถัมภ์จากครอบครัวด้านบทบาทหน้าที่ เป็นการส่งเสริม และรักษาให้ผู้สูงอายุเกิดความมั่นคงในด้านสังคม ได้แก่ การสนับสนุนการแสดงบทบาทของผู้สูงอายุ การสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้ทำงานอดิเรก

การอุปถัมภ์จากครอบครัวด้านความสัมพันธ์พึงพาระหว่างกัน เป็นการส่งเสริม และรักษาความมั่นคงด้านสังคมของผู้สูงอายุ เพื่อความสมดุลระหว่างการเป็นตัวของตัวเอง และการพึ่งพาผู้อื่น ได้แก่ ให้การช่วยเหลือทางการเงิน การสนับสนุนให้ผู้สูงอายุเป็นสมาชิกชมรมกลุ่ม การให้พบปะเพื่อนฝูง การสนับสนุนด้านศาสนา การช่วยเหลือผู้สูงอายุตามสมควร รวมทั้งให้ผู้สูงอายุได้รับรู้ข่าวสาร

3. การบริการสุขภาพในชุมชนกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

งานการพยาบาลเป็นงานบริการสุขภาพ ที่มีความสำคัญยิ่งในระบบบริการทางการแพทย์ และสาธารณสุข เป็นงานบริการที่มีผลกระทบต่อชีวิตมนุษย์ ตลอดจนวงจรชีวิต ทั้งในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสภาพ การบริการพยาบาลให้แก่ประชาชน ทั้งด้านการเจ็บป่วย และไม่เจ็บป่วย เพื่อที่จะสนองต่อความคาดหวัง ความต้องการของผู้รับบริการได้อย่างมีคุณภาพ บริการพยาบาลจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องนำเอาแนวคิดแบบองค์รวมของบุคคลทุกคน ซึ่งประกอบด้วยด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ อารมณ์ และสังคม มาใช้ในการให้บริการพยาบาลทุกมิติ และทุกขั้นตอน ดังนั้นพยาบาลผู้ให้บริการย่อมต้องมีความเข้าใจถึงมนุษย์ ลักษณะ พื้นฐาน ความต้องการของมนุษย์ ทั้งในภาวะปกติ และในภาวะเจ็บป่วย

การดูแลสุขภาพในประชากรสูงอายุที่อาศัยในชุมชนแออัดนั้นมีสิ่งที่จะต้องคำนึงถึงมากมาย ทั้งเกี่ยวกับตัวผู้สูงอายุ ครอบครัว สิ่งแวดล้อม และที่มบุคลากรที่ให้การดูแล เพื่อส่งเสริมการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ โดยจะได้ผลดีไม่น้อยเพียงไรนั้นบุคคลที่มีบทบาทสำคัญที่สุดก็คือพยาบาลนั่นเอง ชญานิศ ลีอวานิช(2539: 72) กล่าวว่า บทบาทบุคลากรทางสุขภาพในประเทศสหรัฐอเมริกา ได้เปลี่ยนจากการมุ่งเน้นการดูแลเฉพาะผู้ป่วย (patient-based care) เป็นการดูแลในลักษณะกลุ่มประชากร (population-based care) ให้ได้ประสิทธิภาพสูงสุดในการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันปัญหาสาธารณสุขของชุมชนเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ฟาริดา อิบราฮิม (2535) กล่าวว่า การกำหนดบทบาทและความรับผิดชอบของพยาบาลวิชาชีพได้ชัดเจน ต้องอาศัยความเชื่อของพยาบาลที่มีต่อบทบาทของตน และต่อความคาดหวังของสังคม ซึ่งเปลี่ยนแปลงไปตามเวลา ตามความเชื่อเดิมมุ่งความสำคัญที่การรักษา มากกว่าการพยาบาล ดังนั้นการปฏิบัติงานจะมุ่งให้ผู้ป่วยได้รับการรักษา บทบาทพยาบาลจึงเป็นบทบาทปฏิบัติตามคำสั่งแพทย์เป็นสำคัญ และลักษณะงานพยาบาลจะมุ่งเป้าหมายที่เฉพาะเจาะจง (Specialized Nursing) มากขึ้น มุ่งการเยียวยาโรคมากกว่าเยียวยาคน ส่วนความเชื่อในปัจจุบันจะให้ความสำคัญแก่พยาบาลมากขึ้น สังคมคาดหวังว่าสุขภาพที่ดีย่อมต้องการการรักษาพยาบาลที่ดี พยาบาลจึงต้องวางแผนการพยาบาลที่สอดคล้องกับแผนการรักษา มุ่งให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลเพื่อสนองความต้องการพื้นฐานของตนเอง บทบาทของพยาบาลจึงเป็นบทบาทของผู้ร่วมงาน แพทย์และพยาบาลจะช่วยดูแลผู้ป่วยด้วยกัน ยอมรับในบทบาทของกันและกัน ซึ่งช่วยให้พยาบาลกำหนดบทบาทที่มุ่งการพยาบาลโดยทั่วไป (General Nursing) ที่มุ่งการพยาบาลคนเป็นสำคัญ ให้ความสำคัญกับความแตกต่างระหว่างบุคคล มุ่งทำการพยาบาลที่เป็นการสร้างเสริมสมรรถภาพการปรับตัวของคน ให้การป้องกันพร้อมไปกับการเยียวยารักษา และเน้นอิสระภาพในการปฏิบัติงานมากขึ้น บทบาทตามความเชื่อใหม่นอกจากจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลตามที่คาดหวัง ได้รับการเยียวยารักษาพร้อมไปกับประคับประคองจิตใจแล้ว ยังช่วยให้พยาบาลมีความภาคภูมิใจในการทำงานมองเห็นความสำเร็จในการทำงาน เพราะมีอิสระในการปฏิบัติและตัดสินใจให้บริการที่เฉพาะเจาะจงและเห็นเด่นชัดตามคุณลักษณะของวิชาชีพอย่างแท้จริง ดังนั้นบทบาทของพยาบาลที่ควรจะเป็น จึงต้องรวมบทบาทไม่อิสระ (Dependent Role) ที่มุ่งการเยียวยารักษา และบทบาทอิสระ (Independent Role) ที่มุ่งการสนองความต้องการของบุคคลด้วยเช่นกัน

การบริการสุขภาพในชุมชนเป็นการจัดบริการสาธารณสุข ในรูปแบบต่างๆ เพื่อเป็นการแก้ปัญหาด้านสุขภาพอนามัย และความต้องการของประชาชนโดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ถือเป็นกลุ่มเสี่ยง เป็นการยกระดับสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุในชุมชน ให้อยู่บนรากฐานของสุขภาพอนามัยที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับ รุจิรา มังคละศิริ (2538: 35) ที่กล่าวว่าในปัจจุบันลักษณะสำคัญของการจัดบริการสาธารณสุขเน้นในเชิงรุก ซึ่งเป็นการจัดบริการเพื่อให้ครอบคลุมประชากรเป้าหมายโดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสาธารณสุข เทคนิคการให้บริการแก่กลุ่มเสี่ยง สามารถประยุกต์ใช้ได้ในกิจกรรมทุกประเภท ที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการสาธารณสุข ให้ได้ประสิทธิภาพสูงสุดในการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันปัญหาสาธารณสุขของชุมชน เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

จากการศึกษาของ Gregory L. Weiss (1984) ที่ศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการรักษาพยาบาลเบื้องต้น โดยใช้ปัจจัยทางสังคมประชากร ได้แก่ อายุ เพศ เชื้อชาติ การศึกษา และรายได้ และปัจจัยทางด้านจิตวิทยาของผู้ป่วย ได้แก่ ความพึงพอใจในชีวิต ความ

ไว้วางใจในการรักษาของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข คำนิยมต่อแหล่งรักษาพยาบาล ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยทางด้านจิตวิทยา เป็นตัวแปรที่สามารถทำนายความพึงพอใจต่อการรักษาพยาบาลเบื้องต้น ได้ดีกว่าปัจจัยด้านสังคมและประชากร

ซึ่งจากแนวคิดที่ว่า การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหรือความเจ็บป่วย โดยมีความเชื่อว่า การปฏิบัตินั้นๆ สามารถลดภาวะความเจ็บป่วยที่คุกคามต่อสุขภาพได้ เป็นแนวคิดหนึ่งในรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ(Health Belief Model) ที่ Becker et al. (1977: 348) ได้สรุปไว้ โดยรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพนี้ได้รับอิทธิพลจากทฤษฎีการตั้งเป้าหมายของ Kurt Levin ที่มีสมมติฐานว่า พฤติกรรมของแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับ การมองคุณค่าของสิ่งที่ตนได้รับ และผลที่จะได้รับจากการกระทำของตน (Becker and Maiman, 1974)

ดังนั้นการที่ผู้สูงอายุรับรู้ว่ามีโอกาส มีทางเลือก หรือสามารถเข้าถึงแหล่งประโยชน์จากการจัดบริการทางสุขภาพในชุมชนที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ เพื่อแก้ไขปัญหา และตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุในด้านการรักษาโรคหรือการเจ็บป่วย ด้านการดูแลช่วยเหลือที่บ้าน และด้านข้อมูลข่าวสาร หากผู้สูงอายุรับรู้ถูกต้องมากจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเข้ารับบริการ และได้รับความช่วยเหลือที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพอนามัยดี เพราะการที่ผู้สูงอายุรู้สึกประสบผลสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้ เป็นส่วนหนึ่งของความพอใจในชีวิต

การบริการสุขภาพในชุมชนสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนแออัด ด้านการรักษาโรคหรือการเจ็บป่วยนับได้ว่าเป็นบริการสุขภาพพื้นฐานประการแรกที่จำเป็นสูงสุด เนื่องจากผู้สูงอายุมีโอกาสเจ็บป่วยด้วยโรคต่าง ๆ อันเกิดตามธรรมชาติของวัยสูงอายุ ซึ่งมีความเสื่อมของร่างกายทุกอวัยวะ และทุกระบบ การฟื้นฟูสภาพของผู้สูงอายุเมื่อป่วยก็จะช้ากว่าในวัยอื่นๆ การบริการด้านการรักษาโรคหรือการเจ็บป่วยแก่ผู้สูงอายุจึงต้องเอาใจใส่ดูแลแตกต่างจากวัยอื่นๆ เพื่อผู้สูงอายุที่ป่วยจะได้รับการตรวจวินิจฉัย บำบัดรักษา และฟื้นฟูให้คืนสภาพปกติสุขโดยเร็ว ซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุที่ป่วยกลับไปมีบทบาทหน้าที่ และช่วยเหลือตนเองและครอบครัวได้อันจะเป็นการลดภาระแก่ตนเองและครอบครัวได้ในที่สุด

แม้บริการสุขภาพด้านการรักษาโรคจะให้บริการได้ดีเช่นไรก็ตาม โอกาสที่ผู้สูงอายุที่ป่วยจะไม่หายจากโรคหรือการเจ็บป่วยในเร็ววันก็ยังมี รวมทั้งการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่างๆ เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคสมองขาดเลือดเป็นต้น ซึ่งในส่วนใหญ่ของโรคเหล่านี้มักทำให้ผู้ป่วยมีสภาพร่างกายอ่อนสมรรถภาพลงไปจนถึงทุพพลภาพหรือพิการ ซึ่งไม่สามารถรับการรักษาในสถานพยาบาลได้จนตลอดการเจ็บป่วย ดังนั้นการดูแลให้การช่วยเหลือที่บ้านจึงเป็นสิ่งจำเป็นที่จะต้องทำอย่างต่อเนื่อง กลไกการให้บริการด้านการส่ง

เสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่สำคัญนั้นกระทำผ่านวิธีการของการให้ข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องเหมาะสมกับโอกาส สถานที่และระยะเวลา นั้นๆ บุคคลากรที่จะให้บริการด้านข้อมูลข่าวสารอาจจะเป็นเจ้าหน้าที่ทางด้านสุขภาพเอง หรืออาจผ่านทางอาสาสมัครสาธารณสุข และองค์กรเอกชนในรูปแบบต่างๆ ซึ่งจะช่วยให้อข้อมูลข่าวสารที่เหมาะสมไปถึงผู้สูงอายุในชุมชนได้อย่างถูกต้องและทั่วถึง

เมื่อผู้สูงอายุรับรู้ถึงการบริการสุขภาพในชุมชนที่มีอยู่ในปัจจุบัน จะทำให้ผู้สูงอายุเกิดความมั่นใจในสุขภาพของตนเอง ซึ่งรวมทั้งสุขภาพทางกายและสุขภาพทางจิตใจ เกิดการปรับตัวที่เหมาะสม ฉะนั้นจะเห็นว่าการรับรู้เกี่ยวกับการบริการสุขภาพเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต แต่งานบริการสุขภาพเหล่านี้ก็มีการพัฒนาโดยตลอด จนปัจจุบันประเทศต่างๆ ที่ได้จัดบริการดังกล่าวได้ตระหนักว่า การบริการผู้สูงอายุที่เหมาะสมที่สุดคือ การดูแลผู้สูงอายุภายในครอบครัว โดยมีหน่วยงานทางสาธารณสุขช่วยเหลือในส่วนที่เกินความสามารถของครอบครัว

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสถานภาพส่วนบุคคล ความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ซึ่งมาร่วมกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุ 9 แห่ง ในเขตกรุงเทพมหานคร ของ จำเรียง ฎรมะสุวรรณ (2532) พบว่า ความสุข และความพึงพอใจ ซึ่งมีความสัมพันธ์กันในระดับสูงนั้น มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง และปัจจัยด้านสถานภาพส่วนบุคคล ได้แก่ ทรัพย์สินของตนเอง ความสำคัญของตนเองต่อครอบครัว สุขภาพกาย สุขภาพจิต ระดับการศึกษา และรายได้ และพบว่าความสามารถในการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์กับปัจจัยด้านสถานภาพส่วนบุคคล คือระดับการศึกษา รายได้ ทรัพย์สินของตนเอง และภาวะสุขภาพจิต เพศ และความสำคัญของตนเองต่อครอบครัว และสุขภาพกาย อิทธิพลตัวแปรที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตในด้านความสุข โดยเรียงลำดับจากมากไปน้อย คือ ภาวะสุขภาพจิต ทรัพย์สินของตนเอง ความสามารถในการดูแลตนเอง และความสำคัญของตนเองต่อครอบครัว ส่วนอิทธิพลตัวแปรที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตในด้านความพึงพอใจ พบว่า เป็นตัวแปรชุดเดียวกัน และมีลำดับอิทธิพลเช่นเดียวกันกับตัวแปรทำนายคุณภาพชีวิตด้านความสุข แต่เพิ่มตัวแปร คือระดับการศึกษาอีก 1 ตัวแปร ซึ่งเมื่อนำตัวแปรเหล่านี้มาเข้าสมการวิเคราะห์จำแนกประเภท สามารถทำนายคุณภาพชีวิตด้านความสุขและความพึงพอใจได้ถูกต้องร้อยละ 61 เท่าๆกัน

อัจฉรา นวจินดา และชัจจ์รัส ภิรมย์ธรรมศิริ (2533) ได้ทำการศึกษาเรื่องความต้องการกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ได้สรุปความต้องการของผู้สูงอายุไว้ดังนี้คือ

1. ความต้องการและการได้รับสิ่งที่ต้องการด้านร่างกาย

1.1 อาหาร ยกเว้นอาหารประเภทแป้งหรือคาร์โบไฮเดรต ซึ่งผู้สูงอายุต้องการเป็นประจำแล้ว อาหารที่ผู้สูงอายุต้องการเป็นประจำตามลำดับได้แก่ อาหารผัก ผลไม้ เครื่องดื่มประเภทน้ำหวาน น้ำชา กาแฟ อาหารเนื้อสัตว์ และอาหารทะเล ส่วนอาหารประเภทไขมันจะต้องการนานๆ ครั้ง และเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะไม่ต้อง การเลย และอัตราการย่อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับการตอบสนองต่อความต้องการเหล่านี้ จะต่ำกว่า อัตราการย่อยละของความ ต้องการ

1.2 บริเวณที่อยู่อาศัย ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ต้องการบริเวณหลับนอนที่เป็นส่วนตัว มีบริเวณพักผ่อน และมีห้องน้ำห้องส้วมที่สะดวกและปลอดภัย และอัตราการย่อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับการตอบสนองต่อความต้องการเหล่านี้ มีน้อยกว่าอัตราการย่อยละของความ ต้องการ

1.3 เครื่องใช้ผ้าและเครื่องนุ่งห่ม ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ต้องการเครื่องที่นอน หมอน มุ้งที่สะอาดและสบาย ต้องการเสื้อผ้าที่ใช้ตามปกติมากกว่าเสื้อผ้าที่จะใช้ในโอกาสพิเศษ และอัตราการย่อยละของการตอบสนองต่อความต้องการเหล่านี้ จะมีน้อยกว่าอัตราการย่อยละของความ ต้องการ

1.4 ผู้ดูแล ความต้องการผู้ดูแลของผู้สูงอายุที่ต้องการเป็นประจำตามลำดับ จากมากไปหาน้อย ได้แก่ ผู้ดูแลด้านอาหารการกิน ผู้ดูแลบริเวณหลับนอน และผู้พาไปตรวจ สุขภาพ และอัตราการย่อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับการตอบสนองต่อความต้องการเหล่านี้ มีอัตราสูง กว่าอัตราการย่อยละของความ ต้องการ

2. ความต้องการและการได้รับสิ่งที่ต้องการด้านจิตใจ

2.1 การใช้สติปัญญา ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังมีความต้องการหาความรู้เพิ่มเติม เท่าๆกับความต้องการถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์ของตนให้ผู้อื่น และอัตราการย่อยละของ ผู้สูงอายุที่ได้ทำตามความต้องการเหล่านี้ ต่ำกว่าอัตราการย่อยละของผู้มีความต้องการค่อนข้างมาก

2.2 การผ่อนคลายอารมณ์และสันทนาการ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ต้องการฟังวิทยุ เพื่อติดตามข่าวและรายการธรรมะ ต้องการไปวัด/ทำบุญ ต้องการให้มีผู้มาเยี่ยม ต้องการ อ่านหนังสือ ต้องการมีงานอดิเรก และที่ต้องการอยู่ในลำดับสุดท้ายได้แก่ การท่องเที่ยว และ อัตราการย่อยละของผู้สูงอายุที่ได้ทำตามความต้องการเหล่านี้ ต่ำกว่าอัตราการย่อยละของผู้มีความ ต้องการ

2.3 กิจกรรมด้านเศรษฐกิจ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังต้องการทำงาน และต้องการ มีเงินใช้จ่ายด้วยตนเอง แต่อัตราการย่อยละของผู้สูงอายุที่จะได้ทำตามความต้องการเหล่านี้ มีต่ำ กว่าอัตราการย่อยละของผู้มีความต้องการ

2.4 กิจกรรมด้านสังคม ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ต้องการที่จะได้ร่วมกิจกรรมของครอบครัวเป็นประจำ รองลงมาได้แก่ กิจกรรมทั่วไป และที่ต้องการนานๆครั้งคือ กิจกรรมนอกบ้าน และอัตราร้อยละของผู้สูงอายุที่จะได้ร่วมกิจกรรมเหล่านี้ มีต่ำกว่าอัตราร้อยละของผู้ที่มีความต้องการ

นอกจากนี้ อัจฉรา นวจินดา และชัจจิวัส ภิรมย์ธรรมศิริ (2534) ได้ทำการศึกษาความพึงพอใจ) ตัวแปรกลางการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุทั้งในเขตเมืองและเขตชนบทที่ได้รับการตอบสนองต่อความต้องการด้านร่างกายและจิตใจในระดับสูง) จะมีความพึงพอใจในระดับสูง) และที่จะสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในระดับสูงด้วย แต่ผู้สูงอายุทั้งในเขตเมือง และเขตชนบทที่มีความต้องการด้านจิตใจสูง จะกลับมีความพึงพอใจในระดับต่ำ และที่จะส่งผลไปยังระดับคุณภาพชีวิตที่ต่ำด้วย นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้สูงอายุทั้งในเขตเมือง และเขตชนบท ที่ได้รับการตอบสนองต่อความต้องการด้านจิตใจในระดับสูง จะมีสุขภาพจิตในระดับที่สูง ซึ่งจะมีผลต่อความพึงพอใจและผลกระทบต่อไปถึงคุณภาพชีวิตในระดับสูงด้วย การที่ปัจจัยต่างๆด้านความต้องการและการได้รับสิ่งที่ต้องการทั้งทางร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุ จะมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยผ่านตัวแปรความพึงพอใจเท่านั้น จึงอาจสรุปได้ว่า ความพึงพอใจเป็นตัวแปร กลางการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้กระบวนการสูงอายุและคุณภาพชีวิต ของสาวิตรี ลิ้มชัยอรุณเรือง (2536) โดยการสัมภาษณ์ระดับลึกผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลสงขลา และชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลหาดใหญ่ พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ให้ความสำคัญคุณภาพชีวิตว่า หมายถึงภาวะที่ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกพึงพอใจ มีความสุขสบายใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพกาย จิต และสังคม การพิจารณาคุณภาพชีวิตโดยภาพรวมว่าดีหรือไม่ สูงหรือต่ำ ผู้สูงอายุพิจารณาประเมินค่า และตัดสินจากความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตโดยภาพรวม ซึ่งผู้สูงอายุกลุ่มนี้พิจารณาความพึงพอใจด้านจิตใจ เป็นแกนร่วมกับความพึงพอใจด้านอื่น และความรู้สึกมีความสุข ผลการวิจัยในผู้สูงอายุกลุ่มนี้พบว่า ผู้สูงอายุรับรู้คุณภาพชีวิตของตนและจัดเข้ากลุ่มผู้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งหมายถึงผู้สูงอายุมีชีวิตความเป็นอยู่ที่ดี และมีความสุขความสบายใจสามารถช่วยเหลือตนเอง และบุคคลอื่นได้

ประภาพร จินันทุยา (2536) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมทางสังคมผู้สูงอายุดินแดง โดยการสัมภาษณ์สมาชิกในชมรมทางสังคมผู้สูงอายุดินแดง จำนวน 130 ราย ตามแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และแบบวัดคุณภาพชีวิตด้านจิตวิสัย ทำการวิเคราะห์องค์ประกอบ และวิเคราะห์การจำแนกพหุ ผลการวิเคราะห์ได้องค์ประกอบทั้งหมด 21 องค์ประกอบ เรียงตามลำดับความสำคัญ คือ การรับรู้เกี่ยวกับสถานภาพทางเศรษฐกิจ การรับรู้เกี่ยวกับความสัมพันธ์ภายในครอบครัว การรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพทั่วไป การรับรู้เกี่ยวกับ

เพื่อน การรับรู้เกี่ยวกับกิจกรรมทางศาสนาและงานสังคม การรับรู้เกี่ยวกับโอกาสในการเข้าร่วมกิจกรรมในครอบครัว การรับรู้เกี่ยวกับการนอนหลับพักผ่อน การรับรู้เกี่ยวกับสภาพบ้าน การรับรู้เกี่ยวกับการได้ยิน ความภาคภูมิใจในตนเอง การรับรู้เกี่ยวกับการหายใจ การรับรู้เกี่ยวกับความสามารถในด้านการใช้จ่าย การรับรู้เกี่ยวกับการขับถ่ายปัสสาวะ การรับรู้เกี่ยวกับงานอดิเรก การรับรู้เกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ การรับรู้เกี่ยวกับการพักผ่อนในบ้าน การรับรู้เกี่ยวกับความปลอดภัย ความสุขและความพอใจในชีวิต การรับรู้เกี่ยวกับสภาพแวดล้อมของชุมชน การรับรู้เกี่ยวกับสภาพพื้น และการรับรู้เกี่ยวกับการมองเห็น โดยที่องค์ประกอบเหล่านี้สามารถอธิบายการผันแปรของตัวแปรที่เป็นตัวบ่งชี้คุณภาพชีวิตทั้งหมด 72 ตัวแปร ได้ร้อยละ 73.7 และพบว่าระดับคุณภาพชีวิตประมาณร้อยละ 85 อยู่ในระดับต่ำและปานกลาง มีเพียงร้อยละ 15 ที่มีคุณภาพชีวิตในระดับสูง

ศิริวรรณ ไกรสุรพงศ์ (2537: 226-227) ได้ศึกษาดัชนีวัดคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยรวม และดัชนีวัดคุณภาพชีวิตในแต่ละมิติ ผลการศึกษาพบว่า ความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุจะสามารถอธิบายได้จากความพึงพอใจในชีวิตครอบครัว ทรัพย์สินสมบัติ และสุขภาพมากที่สุด มีผลสอดคล้องกับการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก ซึ่งพบว่า คุณภาพชีวิตที่ดีในความรู้สึกของผู้สูงอายุ คือการอยู่ดี กินดี ไม่เหงาและว้าเหว่ มีสุขภาพดี เป็นส่วนหนึ่งของสังคม

Laborde and Power (1980: 183-190) ได้ศึกษาความพึงพอใจในชีวิตของผู้ป่วยโรคไตในระยะสุดท้าย ที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (hemodialysis) จำนวน 20 ราย และผู้ป่วยโรคข้อเสื่อมที่มีอาการรุนแรงจำนวน 20 ราย พบว่า ผู้ป่วยโรคไตในระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม มีความพึงพอใจในชีวิตมากกว่าผู้ป่วยโรคข้อเสื่อมที่มีอาการรุนแรง เนื่องจากผลการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ทำให้ผู้ป่วยโรคไตระยะสุดท้ายมีความผาสุกด้านร่างกายเพิ่มขึ้น ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า โรคข้อเสื่อมมีผลทำให้ผู้ป่วยโรคข้อเสื่อมมีคุณภาพชีวิตลดลงมากกว่าผู้ป่วยโรคไตในระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เนื่องจากมีความผาสุกด้านร่างกายลดลง

Meenan et al. (1981: 544-549) ทำการศึกษาเกี่ยวกับผลกระทบจากโรคข้ออักเสบ รูห์มาติค ในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูห์มาติค ที่เมืองซานฟรานซิสโกและเมืองบอสตัน จำนวน 245 ราย เป็นเพศหญิงจำนวน 163 ราย และเป็นเพศชายจำนวน 82 ราย พบว่าผลกระทบจากโรคเรื้อรังข้ออักเสบรูห์มาติค ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกสูญเสียอย่างมากโดยเฉพาะในเรื่อง การงาน เศรษฐกิจ และครอบครัว ซึ่งมีปัจจัยสำคัญกล่าวคือ ความสามารถในการ

การทำงานที่ลดลงของผู้ป่วย เป็นสาเหตุทำให้เกิดการสูญเสียรายได้ และเกิดความรู้สึกสูญเสียทางด้านจิตใจอย่างมากมาย

ส่วนผลการศึกษาของ Burckhardt (1985: 11-16) เกี่ยวกับผลกระทบจากโรคข้ออักเสบ ต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบจำนวน 94 ราย ที่มีอายุระหว่าง 27-98 ปี พบว่า ความรุนแรงของความบกพร่องเกี่ยวกับความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.30, p < 0.001$) และยังพบว่าความรุนแรงจากความเจ็บปวดข้อ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรุนแรงของความบกพร่องเกี่ยวกับความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.52, p < 0.01$)

ต่อมาได้มีผลงานการศึกษาเพิ่มเติมของ Burckhardt (1988: 229-238) เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูห์มาติก และโรคข้อเสื่อมเพศหญิง จำนวน 225 ราย มีการแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1 มีอายุน้อยกว่า 40 ปี จำนวน 55 ราย กลุ่มที่ 2 มีอายุระหว่าง 40-59 ปี จำนวน 89 ราย กลุ่มที่ 3 อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 81 ราย และการศึกษาครั้งนี้ Burckhardt ได้ประเมินคุณภาพชีวิตจากความพึงพอใจในชีวิต พบว่า กลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2 มีความพึงพอใจลดลงเล็กน้อย ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ 3 มีความพึงพอใจลดลงมาก แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุได้รับผลกระทบจากโรคข้ออักเสบ รูห์มาติกและข้อเสื่อม และมีผลทำให้ความพึงพอใจในชีวิตลดลงมากกว่ากลุ่มตัวอย่างกลุ่มอื่น นอกจากนี้ยังพบอีกว่า ผลกระทบจากโรคข้ออักเสบรูห์มาติกและโรคข้อเสื่อม ทำให้ผู้ป่วยโรคข้ออักเสบ รูห์มาติกและโรคข้อเสื่อม มีความพึงพอใจในชีวิตลดลงในด้านการทำงาน สุขภาพ และการสนทนากการที่ต้องใช้กำลัง โดยเฉพาะผู้สูงอายุโรคข้ออักเสบเพศหญิงมีความพึงพอใจลดลงมาก เนื่องจากความสามารถที่ลดลงจนไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม และการมีสัมพันธ์กับคู่สมรสเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม

Bradbury และ Catanzaro (1989: 187-190) ศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบเพศชายที่มีอายุระหว่าง 25-74 ปี จำนวน 38 ราย พบว่า การมีทัศนคติเกี่ยวกับโรคในทางลบ เช่น มีภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกโกรธ และความรู้สึกวิตกกังวล มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.59, p < 0.001$)

Downe-Wamboldt (1991: 1328-1335) ได้ศึกษาความพึงพอใจในผู้สูงอายุโรคข้อเสื่อมเพศหญิง จำนวน 90 ราย จากสถานพยาบาลและสถานสงเคราะห์คนชรา จำนวน 6 แห่ง กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 65-95 ปี และได้รับการวินิจฉัยโรคว่าเป็นโรคข้อเสื่อมเป็นระยะเวลาตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป พบว่า ผู้สูงอายุโรคข้อเสื่อมเพศหญิงได้รับผลกระทบจากโรคข้อ

เสื่อม และทำให้เกิดความเครียดต่อสภาวะสังคม เศรษฐกิจ และอารมณ์ ทำให้ผู้สูงอายุโรค
ข้อเสื่อมต้องมีการปรับตัวใน 3 ด้านได้แก่ การบรรเทาความเครียด การเผชิญกับความเครียด
และการปรับอารมณ์ ถ้าการปรับตัวในด้านต่างๆไม่ดี จะมีผลทำให้ความพึงพอใจในการดำรง
ชีวิตลดลงและมีคุณภาพชีวิตลดลงได้