

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในตำบลแม่หอพระ อำเภอแม่แตง จังหวัดเชียงใหม่ ผู้ศึกษาได้ค้นคว้าจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ครอบคลุมหัวข้อ ตามลำดับต่อไปนี้

1. คุณภาพชีวิต
 - 1.1 ความหมายคุณภาพชีวิต
 - 1.2 องค์ประกอบคุณภาพชีวิต
 - 1.3 การประเมินคุณภาพชีวิต
2. ผู้สูงอายุ
 - 2.1 ความหมายของผู้สูงอายุ
 - 2.2 การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ
 - 2.3 ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ
 - 2.4 คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

คุณภาพชีวิต

ความหมายคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตที่ดีเป็นสิ่งที่ทุกคนต้องการและมีความสำคัญต่อการดำเนินชีวิตของมนุษย์ โดยเชื่อว่าถ้าคนมีคุณภาพชีวิตที่ดีแล้วการพัฒนาในด้านต่างๆ ก็จะทำให้ดีและรวดเร็ว ได้มีผู้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตไว้มากมายแตกต่างกันไป ซึ่งอาจเกิดจากแนวคิดทัศนคติและวัตถุประสงค์ในการศึกษาของแต่ละบุคคล ในกลุ่มที่ยอมรับว่าคุณภาพชีวิตหมายถึง ความสุข และพึงพอใจในประสบการณ์ในชีวิต เช่น ทาธา (Tartar, 1988) ได้กล่าวว่า คุณภาพชีวิตเป็นรูปทรงที่มีหน้าตาที่หลากหลาย ซึ่งรวมความสามารถทางความรู้ความเข้าใจ และพฤติกรรมของคนๆ หนึ่ง ความเป็นอยู่ที่ดีทางอารมณ์ และความสามารถที่ต้องการแสดงออกมาของบทบาทภายในอาชีพและสังคม ส่วนฮอร์นควิสต์ (Hörnquist, 1982) ให้ความหมายคุณภาพชีวิต ว่าเป็นเรื่องความพึงพอใจต่อความ

ต้องการทางกาย จิตวิทยา สังคม กิจกรรม วัตถุ และโครงสร้าง โอเรม (Orem, 1985 อ้างใน พิรณู จันทร์คุปต์, 2540) ได้ให้ความหมายว่าคุณภาพชีวิตมีความหมายเช่นเดียวกับความผาสุกซึ่งเป็นการรับรู้ของบุคคลต่อการมีชีวิตรอยู่ตามประสบการณ์ของความพึงพอใจ ความรู้สึกเป็นสุขภายในจิตใจ สอดคล้องกับคาลกีและโรกี (Dalkey&Rourke, 1973) คุณภาพชีวิตคือความเป็นสุขของบุคคล ความพึงพอใจในชีวิต การมีความสุข ความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตเปรียบเสมือนบารอมิเตอร์ของการวัดคุณภาพชีวิตของบุคคลด้วย

มีเบริก (Meeberg, 1992) ได้กล่าวว่า คุณภาพชีวิต เป็นความรู้สึกของความพึงพอใจในชีวิตทุกๆ ไป เป็นความสามารถทางอารมณ์ในการประเมินผลชีวิตตนเอง ตามความพึงพอใจ สภาพที่ยอมรับได้ของสุขภาพทางกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ซึ่งจะมีทั้งส่วนที่เป็นจิตวิสัย และ วัตถุวิสัย ซึ่งทั้งสองส่วนล้วนมีความจำเป็น

ซ่าน (Zhan, 1992) ได้ให้ความหมายว่า คุณภาพชีวิตเป็นระดับที่ชีวิตของคนๆ หนึ่งเกิดความพึงพอใจแนวคิดที่เป็นทั้งแบบหลายมิติ และสัมพันธ์กับบริบท เพราะประสบการณ์ของมนุษย์นั้นมีการพลวัตและซับซ้อน ดังนั้นมุมมองของคนๆ หนึ่ง รวมทั้งสถานการณ์ทางสังคม วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม

องค์การอนามัยโลก (WHO, 1994) ได้ให้ความหมายว่า คุณภาพชีวิต คือ การรับรู้ความพึงพอใจ การรับรู้สถานะของบุคคลในการดำเนินชีวิตในสังคมโดยสัมพันธ์กับเป้าหมาย และความคาดหวังของตน ภายใต้วัฒนธรรมและบริบทของสังคมของบุคคลต่อการดำเนินชีวิต

สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล (2540) ได้กล่าวว่า คุณภาพชีวิต หมายถึง ระดับการมีชีวิตรที่ดีมีความสุข และความพึงพอใจในชีวิตทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ สังคม อารมณ์ และการดำเนินชีวิตของปัจเจกบุคคลในสังคมเป็นการประสานการรับรู้ของบุคคลในด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม สิ่งแวดล้อม ภายใต้วัฒนธรรม ค่านิยม และเป้าหมายในชีวิตของแต่ละคน

สรุปได้ว่าคุณภาพชีวิต หมายถึง การรับรู้ความพึงพอใจในชีวิต การมีความสุข การรับรู้สถานะของบุคคลในการดำเนินชีวิตในสังคมโดยสัมพันธ์กับเป้าหมาย และความคาดหวังของตน และความพึงพอใจในชีวิตทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม และสภาพแวดล้อมของบุคคล ภายใต้วัฒนธรรมและบริบทของสังคมของบุคคลในการดำรงชีวิตในสังคม ภายใต้วิถีชีวิตของแต่ละบุคคล

องค์ประกอบคุณภาพชีวิต

การที่บุคคลจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีนั้นต้องขึ้นอยู่กับองค์ประกอบมากมาย ซึ่งแต่ละองค์ประกอบจะมีความสำคัญมากน้อยแตกต่างกันไป ตามแต่ละทัศนะของแต่ละบุคคลหรือสังคม ได้มีผู้กำหนดองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตไว้ ดังนี้

ชาร์มา (Sharma, R.C., 1988 อ้างใน ยุวดี ลิขิตนาวิระ, 2536) ได้แบ่งองค์ประกอบคุณภาพชีวิตออกเป็น 2 ด้าน คือ

1. ด้านกายภาพ ได้แก่ อาหาร น้ำ ที่อยู่อาศัย เครื่องนุ่งห่ม ฯลฯ
2. ด้านสังคมและวัฒนธรรม ได้แก่ การศึกษา การบริการทางด้านการแพทย์และการสาธารณสุข การมีงานทำ สภาพแวดล้อมในการทำงาน ฯลฯ

ฟลานาแกน (Flanagan, 1978) ได้กล่าวถึง องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตว่าเป็นความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ ซึ่งจำแนกได้ 5 องค์ประกอบ ดังนี้

1. มีความสุขสบายทางด้านร่างกายและวัตถุ ทางด้านร่างกาย ได้แก่ การมีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ ทางด้านวัตถุ ได้แก่ มีอาหารดี มีบ้านที่น่าอยู่ มีเครื่องอำนวยความสะดวก
2. มีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เช่น ความสัมพันธ์กับคู่สมรส บิดามารดา ญาติ พี่น้อง เพื่อนฝูงและบุคคลอื่น นอกจากนี้การมีบุตรและการเลี้ยงดูบุตร ถือเป็นความสัมพันธ์ด้านนี้ด้วย
3. มีกิจกรรมในสังคมและชุมชน การได้มีโอกาสสนับสนุนและช่วยเหลือผู้อื่น
4. มีการพัฒนาการทางบุคลิกภาพและมีความสำเร็จอย่างสมบูรณ์ตามพัฒนาการ เช่น ทางสติปัญญา การเรียนรู้สนใจการเรียน และการเข้าใจตนเอง รู้จุดบกพร่องของตนเอง มีงานที่น่าสนใจทำ ได้รับผลตอบแทนที่ดี และการแสดงออกในทางสร้างสรรค์
5. มีสันทนาการ เช่น อ่านหนังสือ ฟังดนตรี ดูกีฬาหรือสิ่งบันเทิงอื่นๆ และมีส่วนร่วมในสังคม

ซ่าน (Zhan, 1992) ได้กล่าวไว้ว่าคุณภาพชีวิต มีองค์ประกอบ 4 ด้าน คือ

1. ด้านความพึงพอใจในชีวิต เป็นการตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงในสภาวะภายนอก ที่ได้รับอิทธิพลจากภูมิหลังของคน บุคลิกลักษณะ สิ่งแวดล้อม และสถานะทางสุขภาพ สิ่งที่บุคคลรับรู้ถึงสิ่งที่ตนเองครองอยู่ ซึ่งอยู่ระหว่างความต้องการ ความคาดหวัง ความใคร่ ความปรารถนาที่ตั้งไว้และความสำเร็จที่ได้รับ

2. ด้านอัตมโนทัศน์ เป็นความเชื่อและความรู้สึกที่คนๆ หนึ่งมีต่อตนเอง ความเชื่อ ความรู้สึกเหล่านี้มาจากการรับรู้ โดยเฉพาะการรับรู้ปฏิกิริยาของผู้อื่นที่ส่งผลต่อพฤติกรรมของคนๆ หนึ่งเกี่ยวกับตนเองในห้วงเวลาหนึ่ง

3. ด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกาย เป็นเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม โดยนอกจากจะประเมินอาการทางคลินิกแล้ว ยังประเมินในเรื่องการรับรู้ภาวะสุขภาพของบุคคล สิ่งที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ และความสัมพันธ์ระหว่างครอบครัวกับสังคม และยังคงพิจารณาถึงอิทธิพลทางสังคม สิ่งแวดล้อมและการเมืองด้วย

4. ด้านสังคมและเศรษฐกิจ เป็นการประเมินการประกอบอาชีพ การศึกษาและรายได้ ซึ่งถูกกำหนดเป็นมาตรฐานทางสังคม

สตรอมเบอร์ก (Stromberg, 1984) ได้แสดงทัศนะในการประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุไว้ 3 ลักษณะ ดังนี้

1. การประเมินเชิงวัตถุวิสัยโดยวัดเป็นเชิงปริมาณ ด้วยการวัดจากรายได้ ที่อยู่อาศัย กิจกรรม และความบริสุทธิ์ของอากาศ ซึ่งเป็นการประเมินผู้ป่วยโดยผู้อื่น เช่น แพทย์ หรือนุศลากรอื่นๆ ในทีมสุขภาพ

2. การประเมินเชิงจิตวิสัยโดยวัดเป็นเชิงปริมาณ ด้วยการสืบค้น ความต้องการ ความหมกหมัว ทัศนคติ และการรับรู้ของแต่ละคน ขึ้นอยู่กับค่านิยมคุณภาพชีวิตของตนเอง หรือประสบการณ์ในชีวิตของตนเอง เช่น ความพึงพอใจที่ตนเองได้รับ ซึ่งเป็นการประเมินโดยผู้ป่วยเอง โดยประเมินออกมาเป็นคะแนน

3. การประเมินเชิงจิตวิสัยโดยวัดเป็นคุณภาพ เป็นการประเมินโดยตัวผู้ป่วยเอง โดยเป็นการบรรยายและการบอกถึงสภาพที่ผู้ป่วยเป็นอยู่

พาดิลลาและแกรีนท์ (Padilla & Grant, 1985) ได้ให้แนวคิดเกี่ยวกับองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตควรประกอบไปด้วยความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การรับรู้ความผาสุก ด้านร่างกายและจิตใจ ความรู้สึกเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตนเอง การตอบสนองต่อการวินิจฉัยและการรักษา รวมทั้งความรู้สึกต่อสังคมรอบตัวผู้ป่วย

การประเมินคุณภาพชีวิต

การประเมินคุณภาพชีวิต หรือวัดระดับคุณภาพชีวิตนั้นขึ้นอยู่กับแนวคิดและวัตถุประสงค์ของการศึกษาของแต่ละบุคคลดังต่อไปนี้

องค์การยูเนสโก (UNESCO, 1980) ได้ให้เกณฑ์การประเมินคุณภาพชีวิตไว้ 2 ด้าน คือ

1. ด้านวัตถุวิสัย (Objective) เป็นการวัดโดยอาศัยข้อมูลด้านรูปธรรมที่วัดได้ เช่น ข้อมูลด้านเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม เป็นต้น
2. ด้านจิตวิสัย (Subjective) การประเมินข้อมูลด้านจิตวิทยา ซึ่งอาจทำได้โดยการสอบถามความรู้สึก และเจตคติต่อประสบการณ์ของบุคคลเกี่ยวกับชีวิต การรับรู้ต่อสภาพความเป็นอยู่ การดำรงชีวิต รวมทั้งสิ่งต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับชีวิต ความพึงพอใจในชีวิต

องค์การอนามัยโลก (WHO, 1996) ได้กำหนดเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิต (WHOQOL-100) ประกอบด้วย 6 ด้าน ดังนี้

1. ด้านร่างกาย คือ การรับรู้ทางสภาพทางด้านร่างกายของบุคคล ซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน เช่น การรับรู้สภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย การรับรู้ถึงความรู้สึกสบาย ไม่มี ความเจ็บปวด การรับรู้ถึงความสามารถที่จะจัดการกับความเจ็บปวดทางร่างกายได้ การรับรู้ถึง ผลกำลังในการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้เรื่องการนอนหลับ และพักผ่อน รวมถึงการรับรู้เรื่อง การมีเพศสัมพันธ์ ซึ่งการรับรู้เหล่านี้มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน
2. ด้านจิตใจ คือ การรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง เช่น การรับรู้ความรู้สึกทางบวก ที่บุคคลมีต่อตนเอง การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง การรับรู้ถึงความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง การรับรู้ถึงความมั่นใจในตนเอง การรับรู้ถึงความคิด ความจำ สมาธิ และการตัดสินใจ และความสามารถในการเรียนรู้เรื่องราวต่างๆ ของตน และการรับรู้ถึงความสามารถในการจัดการกับความ เศร้า หรือกังวล เป็นต้น
3. ด้านระดับความเป็นอิสระของบุคคล คือการรับรู้ถึงความเป็นอิสระที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น การรับรู้ถึงความสามารถเคลื่อนไหวของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการทำงาน การรับรู้ว่าคุณไม่จำเป็นต้องพึ่งพาอาศัยใครๆ หรือ การรักษาทางการแพทย์อื่นๆ เป็นต้น
4. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม คือ การรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนเองกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม การรับรู้ว่าคุณได้เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคมด้วย รวมทั้งการรับรู้ในเรื่องอารมณ์ทางเพศ หรือการมีเพศสัมพันธ์
5. ด้านสิ่งแวดล้อม คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ว่าคุณเองมีชีวิตอยู่อย่างอิสระ ไม่ถูกกักขัง มีความปลอดภัย และมีความมั่นคงในชีวิต การรับรู้ว่าคุณได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดี ปราศจากมลพิษต่างๆ การคมนาคมสะดวก มีแหล่ง ประโยชน์ด้านการเงิน สถานบริการทางสุขภาพ และสังคมสงเคราะห์ การรับรู้ว่าคุณเองมีโอกาสที่

จะได้รับข่าวสาร หรือฝึกฝนทักษะต่างๆ การรับรู้ว่าคุณได้มีกิจกรรมสันทนาการ และมีกิจกรรมในเวลว่าง เป็นต้น

6. ด้านความเชื่อส่วนบุคคล คือ รวมไปถึงการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อมั่นต่างๆ ของตน ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ถึงความเชื่อด้านจิตวิญญาณ ศาสนา การให้ความหมายของชีวิต และความเชื่อมั่นอื่นๆ ที่มีผลในทางที่ดีต่อการดำเนินชีวิตมีผลต่อการเอาชนะอุปสรรค เป็นต้น

สุวรรณี มหัตนิรันดร์กุล และคณะ (2540) ได้แปลและพัฒนาเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตชุดย่อยฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI, 1997) จากเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตชุดย่อยขององค์การอนามัยโลกฉบับภาษาอังกฤษ (WHOQOL-BREF, 1996) แบ่งเป็น 4 ด้าน คือ

1. ด้านร่างกาย คือ การรับรู้สภาพทางด้านร่างกายของบุคคล ซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน เช่น การรับรู้สภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย การรับรู้ถึงความรู้สึกสบาย ไม้มีความเจ็บปวด การรับรู้ถึงความสามารถที่จะจัดการกับความเจ็บปวดทางร่างกายได้ การรับรู้ถึงผลกำลังในการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้เรื่องการนอนหลับ และพักผ่อน ซึ่งการรับรู้เหล่านี้มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้ถึงความอิสระที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น การรับรู้ถึงความสามารถในการเคลื่อนไหวของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การรับรู้ถึงความสามารถในการทำงาน การรับรู้ว่าคุณเองไม่ต้องพึ่งพาต่างๆ หรือการรักษาทางการแพทย์อื่นๆ เป็นต้น มี 7 ตัวชี้วัด ได้แก่ 1) ความเจ็บปวดและความไม่สบาย 2) กำลังวังชาและความเหนื่อยล้า 3) การนอนหลับพักผ่อน 4) การเคลื่อนไหว 5) การดำเนินชีวิตประจำวัน 6) การใช้จ่ายหรือการรักษา 7) ความสามารถในการทำงาน

2. ด้านจิตใจ คือ การรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง เช่น การรับรู้ความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง การรับรู้ถึงความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง การรับรู้ถึงความมั่นใจในตนเอง การรับรู้ถึงความคิด ความจำ สมาธิ และการตัดสินใจ และความสามารถในการเรียนรู้เรื่องราวต่างๆ ของตน ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ถึงความเชื่อด้านจิตวิญญาณ ศาสนา การให้ความหมายของชีวิต และความเชื่ออื่นๆ ที่มีผลในทางที่ดีต่อการดำเนินชีวิต มีผลต่อการเอาชนะอุปสรรคเป็นต้น มี 6 ตัวชี้วัด ได้แก่ 1) ความรู้สึกในด้านดี 2) การคิด การเรียนรู้ ความจำและสมาธิ 3) การนับถือตนเอง 4) ภาพลักษณ์และรูปร่าง 5) ความรู้สึกในทางที่ไม่ดี 6) จิตวิญญาณ ศาสนา ความเชื่อส่วนบุคคล

3. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม คือ การรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนเองกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม การรับรู้ว่าคุณได้เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคมด้วย รวมทั้งการรับรู้ในเรื่องอารมณ์ทางเพศ หรือการมีเพศสัมพันธ์

มี 3 ตัวชี้วัด ได้แก่ 1) สัมพันธภาพทางสังคม 2) การช่วยเหลือสนับสนุนทางสังคม 3) กิจกรรมทางเพศ

4. ด้านสิ่งแวดล้อม คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตอยู่อย่างอิสระไม่ถูกกักขัง มีความปลอดภัย และมีความมั่นคงในชีวิต การรับรู้ว่าคุณอยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดี ปราศจากมลพิษต่างๆ การคมนาคมสะดวก มีแหล่งประโยชน์ด้านการเงิน สถานบริการทางสุขภาพ และสังคมสงเคราะห์ การรับรู้ว่าคุณมีโอกาสที่จะได้รับข่าวสาร หรือฝึกฝนทักษะต่างๆ การรับรู้ว่าคุณได้มีโอกาสสมัครงาน และมีความมั่นคงในเวลารว่าง เป็นต้น มี 8 ตัวชี้วัด ได้แก่ 1) ความปลอดภัยทางร่างกาย และความมั่นคงในชีวิต 2) สภาพแวดล้อมของบ้าน 3) แหล่งการเงิน 4) การดูแลสุขภาพและบริการทางสังคม 5) การรับรู้ข้อมูลข่าวสารและทักษะใหม่ๆ 6) การมีส่วนร่วม มีโอกาสพักผ่อนหย่อนใจ และมีเวลารว่าง 7) สภาพแวดล้อม 8) การคมนาคม

ผู้สูงอายุ

ความหมายของผู้สูงอายุ

สถาบันผู้สูงอายุแห่งชาติสหรัฐอเมริกา ได้กำหนดว่าผู้สูงอายุวัยต้น หมายถึงผู้มีอายุระหว่าง 60 - 74 ปี ยังไม่ชราามากยังทำงานได้ถ้าสุขภาพจิตดี วัย 75 ปีขึ้นไปจึงจะถือว่าชราอย่างแท้จริง (Yurick, et al., 1980 อ้างใน จรัสวรรณ เทียนประภาส และพัชรี ดันศิริ, 2536)

ชุกติมา หลุทัย (2531) ได้ให้ความหมายผู้สูงอายุว่า คือผู้มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงไปสู่ความเสื่อมของร่างกายและจิตใจ การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับพันธุกรรม สิ่งแวดล้อม ภาวะโภชนาการ และโรคภัยของแต่ละบุคคล

ประสพ รัตนกร (2522) ได้ให้ความหมายของผู้สูงอายุคือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ตามนโยบายบริการสาธารณสุขสำหรับประเทศไทย

บรรลุ ศิริพานิช (2542) ได้ให้ความหมายผู้สูงอายุว่า เป็นผู้มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีความเสื่อมตามสภาพ มีกำลังถดถอยเชื่องช้า และสมควรให้ความช่วยเหลืออุปการะ โดยในภาคพื้นยุโรปและอเมริกามักเรียกคนอายุ 65 ปีขึ้นไปเป็นผู้สูงอายุ และภาคพื้นเอเชียมักจะถือเอา 60 ปีขึ้นไปเป็นเกณฑ์ผู้สูงอายุ แต่ก็เป็นที่ตกลงกันในวงการระหว่างประเทศแล้วว่าให้ยึดเอา 60 ปีขึ้นไปเป็นผู้สูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ

คนเราเมื่อเกิดมาร่างกายมีการเจริญเติบโต อวัยวะต่างๆ เริงทำงานตามวันเวลาที่เปลี่ยนแปลงไป แต่เมื่ออายุมากขึ้น หน้าที่การทำงานของอวัยวะต่างๆ ก็ยิ่งลดน้อยลง (บรรลุ ศิริพานิช, 2542) การเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ เป็นขบวนการที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ และเปลี่ยนกลับคืนเหมือนเดิมอีกไม่ได้ ซึ่งขบวนการนี้จะเริ่มต้นเมื่อเข้าสู่วัยที่เป็นผู้ใหญ่ (รัชนิพร ภูกร, 2538) การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นนี้จะนำไปในลักษณะการเสื่อมถอยและมีผลกระทบต่อตัวบุคคลทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุโดยทั่วไปแบ่งออกเป็น 3 ด้าน ดังนี้ (เกษม ตันติผลาชีวะ, 2528)

1. การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ร่างกายของผู้สูงอายุจะเกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมมากกว่าการเจริญเติบโต เซลล์ต่างๆ ภายในร่างกายส่วนใหญ่ทำงานลดลงและมีจำนวนน้อยลงเมื่อเทียบกับวัยหนุ่มสาว การเปลี่ยนแปลงนี้จะเกิดขึ้นในทุกระบบหน้าที่ของร่างกาย ความสามารถในการทำงานของอวัยวะในระบบต่างๆ ลดน้อยลง ผู้สูงอายุจึงมีโอกาสเกิดการเจ็บป่วยหรือโรคต่างๆ ได้ง่าย การเปลี่ยนแปลงของระบบต่างๆ ในร่างกายผู้สูงอายุมีดังนี้

1.1 ระบบผิวหนัง เมื่อมีอายุมากขึ้น ผิวหนังและเนื้อเยื่อจะขาดความเต่งตึง ไม่ยืดหยุ่น ผิวหนังปรากฏรอยข่น เนื่องจากมีเลือดออกมาหล่อเลี้ยงผิวหนังน้อยลง (กุลยา ตันติผลาชีวะ, 2522) ต่อมเหงื่อได้ผิวหนังขับเหงื่อได้น้อยลงเนื่องจากมีการฝ่อลีบ ลดขนาดและจำนวนลดลง เป็นเหตุให้ผู้สูงอายุสูญเสียความสามารถในการขับเหงื่อ และทำให้ผิวหนังแห้ง การระบายความร้อนด้วยวิธีระเหยไม่ดี ทำให้การควบคุมอุณหภูมิของร่างกายไม่ดี (บรรลุ ศิริพานิช, 2542) มีการเปลี่ยนแปลงของคอแลนเจนและอีลาสติกไฟเบอร์ทำให้ผิวหนังขาดการยืดหยุ่น ผิวหนังมีสีจางหรือต่างขาวเนื่องจากการฝ่อลีบของเซลล์ผลิตเม็ดสีในผิวหนัง มีจุดสีแดงบนผิวหนังเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงในหลอดเลือดใต้ผิวหนัง มีการฝ่อลีบของเนื้อเยื่อเล็บซึ่งเป็นเหตุให้เล็บเปราะมากขึ้น ผมและขนมีจำนวนลดลงและมีสีจางลงกลายเป็นสีเทาหรือขาว ผมแห้งและร่วงง่ายเนื่องจากการไหลเวียนของเลือดบริเวณหนังศีรษะลดลง และเส้นผมได้รับอาหารไม่เพียงพอโดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ชายมีผมน้อยลงที่เรียกว่า ศีรษะล้าน (รัชนิพร ภูกร, 2538)

1.2 ระบบประสาทและสมอง มีการสูญเสียเซลล์ประสาท ปลอกหุ้มประสาท การนำคลื่นประสาทช้าลง การสังเคราะห์สารนำประสาท สร้างได้ช้าหรือน้อยลง จึงทำให้การนำคลื่นประสาทผ่านจุดเชื่อมต่อของประสาทและที่ปลายประสาทเข้าสู่กล้ามเนื้อช้าลง นอกจากนี้เซลล์สมองส่วนซีรีบรัมและซีรีเบลลัมเหี่ยวฝ่อ ทำให้ความคิดความจำเสื่อมผู้สูงอายุจึงมักไม่สามารถจำเรื่องราวใหม่ๆ ได้ แต่สามารถจำเรื่องราวต่างๆ ที่ได้จดจำไว้ก่อนมีการเสื่อมของเซลล์สมองได้ดี

ความเสื่อมถอยของระบบประสาทดังกล่าว ทำให้มีความหลงลืมง่าย ย้ำคิดย้ำทำ (รัชนีพร ภูธร, 2538)

1.3 ระบบประสาทสัมผัส มีการเปลี่ยนแปลงของประสาทระบบรับความรู้สึก การมองเห็น การได้ยิน การได้กลิ่นและการรับรส ดังนี้ คือ

1.3.1 การมองเห็น การมองเห็นลดลง มีความเสื่อมของประสาทตา รูม่านตา แคบ มีความไวต่อแสงน้อย ทำให้มองภาพใกล้ไม่ชัด การยืดหยุ่นของเลนส์เสียไป การเปลี่ยนแปลงนี้จะทำให้มีการปรับระดับสายตาทำให้ผู้สูงอายุมีสายตาวาย (กุลยา ตันติผลาชีวะ, 2522) แก้วตามีความยืดหยุ่นน้อยลง ทำให้มีการปรับสายตาไม่ดี ลานสายตาแคบลงมีวงแหวนสีขาวรอบตาดำ ซึ่งแผ่นสีขาวอยู่ระหว่างกระจกตาและตาขาว เกิดขึ้นเนื่องจากการลดลงของระบบประสาทส่วนปลายที่เกี่ยวกับการเห็น กล้ามเนื้อลูกตาเสื่อมหน้าที่ สีของม่านตาเปลี่ยนแปลงไปที่ละน้อยโดยมีสีจางลงเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของแกรนูลสี ภายในลูกตาอาจมีน้ำในลูกตาเพิ่มขึ้นทำให้กลายเป็นต้อหิน เนื้อเยื่อรอบๆ รูม่านตามีอาการบวมทำให้ขนาดของรูม่านตาแคบลง จากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวจึงพบว่า ผู้สูงอายุมีสายตาเสื่อมลง การปรับตัวต่อความสว่างและความมืด การแยกความแตกต่างของสี ความคมชัดของภาพลดลง จึงเป็นสาเหตุให้เกิดอุบัติเหตุได้ง่าย (รัชนีพร ภูธร, 2538)

1.3.2 การได้ยิน อวัยวะในหูชั้นในมีการเสื่อมมาก การได้ยินลดลงมีอาการหูตึงมากขึ้น เนื่องจากการส่งคลื่นเสียงไปถึงอวัยวะรูปหอยโข่งในหูชั้นในไม่เป็นไปตามปกติ เป็นผลทำให้หูมีการตอบสนองต่อเสียงในลักษณะอาการไม่คงที่ ฟังเสียงไม่ชัด (กุลยา ตันติผลาชีวะ, 2522) การสูญเสียความสามารถของการได้ยินพบได้ในผู้สูงอายุ อาจกล่าวได้ว่าประมาณ 1 ใน 4 ของผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 65 ปี จะมีการได้ยินลดลง และมีอาการหูตึงมากขึ้นซึ่งพบในผู้ชายมากกว่าผู้หญิง สาเหตุเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงของรีเซปเตอร์ ซึ่งรวมถึงการสูญเสีย hair cell ที่อยู่ใน cochlea ภาวะดังกล่าวนี้เรียกว่าเป็นอาการหูตึงของผู้สูงอายุ นอกจากนั้นผู้สูงอายุอาจมีโรคของระบบการได้ยินทำให้เกิดอาการหูตึงด้วย ได้แก่ การมีขี้หูอุดในช่องชั้นนอก (cholesteatomas หรือ acoustic neuromas) เป็นต้น เยื่อแก้วหูและอวัยวะในหูชั้นกลางแข็งตัว หลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหูชั้นในเกิดภาวะแข็งตัวทำให้เลือดไปเลี้ยงน้อยลง ทำให้ต้องพูดเสียงดังจึงจะได้ยิน และได้ยินเสียงต่ำชัดเจนกว่าเสียงสูง รวมทั้งการทรงตัวไม่ดีทำให้เกิดความรู้สึกไม่สมดุลในขณะที่เดิน มีอาการเวียนศีรษะบ่อย จึงทำให้เกิดอุบัติเหตุได้ง่าย (ชูศักดิ์ เวชแพศย์, 2538)

1.3.3 ประสาทรับรสและกลิ่น มีการเหี่ยวของประสาทรับรสและกลิ่น ปริมาณตุ่มรับรสของลิ้นลดลง มีการเสื่อมของเยื่อโพรเจมุก ทำให้ความสามารถในการจำแนกรสต่างๆ และการได้กลิ่นลดลง ความอยากอาหารลดลงจากการที่น้ำลายในปากลดน้อยลง บางครั้ง

ความสามารถในการรับรสที่สูญเสียไปนั้น อาจเกิดจากพยาธิสภาพของโรคหรือปัจจัยอื่นๆ เพราะพฤติกรรมบางอย่าง เช่น การสูบบุหรี่เป็นประจำนานๆ หรือการเคี้ยวหมาก อมเมียงเป็นเวลานานๆ จากการศึกษากการเปลี่ยนแปลงของ odor identification โดย โดตี้ (Doty, 1984 อ้างใน ชูศักดิ์ เวชแพศย์, 2538) ที่ได้ศึกษาในคน จำนวน 2,000 คน มีอายุแตกต่างกัน ผลการศึกษาพบว่า ความสามารถนี้จะเริ่มลดลงเมื่ออายุ 60 ปี และในช่วงอายุ 80 ปี พบว่าความสามารถในการรายงานว่าเป็นกลิ่นใดลดลง 60 เปอร์เซ็นต์ และบอกกลิ่นไม่ได้เลย 25 เปอร์เซ็นต์ และยังพบว่าความสามารถของผู้สูงอายุที่เป็นหญิงดีกว่าผู้สูงอายุชาย และยังพบว่าการรับรสเสื่อมน้อยกว่าการรับกลิ่น

1.4 ระบบหัวใจและหลอดเลือด มีการเปลี่ยนแปลงหลายอย่างในระบบหัวใจและหลอดเลือดของผู้สูงอายุ ผนังหลอดเลือดตีบลงความยืดหยุ่นของผนังหลอดเลือดลดลง เลือดไหลเวียนไม่สะดวก ซึ่งทำให้มีความดันเลือดค่อยๆ สูงขึ้น (กุลยา ตันติผลาชีวะ, 2522) อัตราการเต้นโดยเฉลี่ยของหัวใจลดลง เนื่องจากอัตราการทำงานของไซนุเอเทรียลโนดลดลง หัวใจมีขนาดใหญ่ขึ้น กล้ามเนื้อหัวใจมีแคลเซียมมาเกาะทำให้หัวใจเต้นผิดจังหวะ ลิ้นหัวใจจะแข็งตัวเนื่องจากมีเนื้อเยื่อพังคืดเพิ่มขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงของเนื้อเยื่อชนิดยืดหยุ่นของหลอดเลือดเสื่อมไป ผนังหลอดเลือดแดงหนาขึ้นแข็งขึ้น รวมทั้งมีการสะสมของแคลเซียมและไขมัน เสี่ยงต่อการเกิดโรคต่างๆ เพิ่มขึ้น เสี่ยงต่ออัตราการเกิดสมองตายจากหลอดเลือดแข็งตีบตัน กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (รัชนีพร ภู่อกร, 2538)

1.5 ระบบทางเดินหายใจ มีการเปลี่ยนแปลงหลายอย่างในระบบทางเดินหายใจของผู้สูงอายุ หลอดคอจะมีเส้นผ่าศูนย์กลางเพิ่มขึ้น ขยายใหญ่ขึ้น มีความแข็งเพิ่มขึ้น เนื่องจากมีแคลเซียมมาเกาะที่กระดูกอ่อนเพิ่มขึ้น แต่ในทางตรงกันข้ามพบว่าหลอดลมฝอยจะมีเส้นผ่าศูนย์กลางเล็กลง และแคบลง แต่ทั้งหลอดคอและหลอดลมจะมีความยืดหยุ่นลดลง มีความตึงตัวของกล้ามเนื้อลดลง ทำให้ความสามารถในการกำจัดสารและสิ่งแปลกปลอมต่างๆ ในช่องภายในหลอดลมลดลง (ชูศักดิ์ เวชแพศย์, 2538) ปริมาตรอากาศที่หายใจเข้าออกแต่ละครั้งของผู้สูงอายุมีค่าลดลง เนื่องจากความยืดหยุ่นของปอดและทรวงอกลดน้อยลง หลอดลมมีพังคืดเพิ่มขึ้นและแข็งตัวมากขึ้น กล้ามเนื้อกระบังลมและกล้ามเนื้อระหว่างซี่โครงมีประสิทธิภาพน้อยลง ผลทั้งหมดจึงทำให้ผู้สูงอายุต้องหายใจเร็วขึ้นและเป็นการหายใจแบบตื้นๆ (บรรลุ ศิริพานิช, 2542)

1.6 ระบบทางเดินอาหาร ผู้สูงอายุจะมีปัญหาเกี่ยวกับระบบทางเดินอาหารมาก นับตั้งแต่ปาก ซึ่งมีฟันที่โยกคลอน เห็บปวด หรือหักงอไม่เหลือ ทำให้การกินเป็นไปอย่างลำบาก อีกทั้งการหลั่งน้ำย่อยของกระเพาะอาหารลดลง กรดเกลือในกระเพาะอาหารอยู่ในระดับต่ำ อาหารถูกย่อยไม่สมบูรณ์ การดูดซึมอาหารลดลง (กุลยา ตันติผลาชีวะ, 2522) มีการเสื่อมลงในการบีบตัวของกระเพาะอาหาร และปริมาตรของกระเพาะอาหารยังลดลงอีกด้วย การบีบตัวของลำไส้ก็ลดลง

เป็นสาเหตุทำให้เกิดอาการท้องผูก (รัชนีพร ภู่อกร, 2538) ดับเสื่อมสภาพ ทำให้การดูดซึมแคลเซียม และธาตุเหล็กลดลง ผู้สูงอายุจึงเกิดโรคกระดูกผุและโลหิตจางได้ง่าย และพบว่าความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อบริเวณทวารหนักลดลง อาจจะมีผลทำให้เกิดครีดีดงทวารได้ (บรรณ สุริพานิช, 2542)

2. การเปลี่ยนแปลงทางสภาพจิตใจ การเปลี่ยนแปลงของวัยสูงอายุไม่เพียงแต่สภาพร่างกายเท่านั้น การเปลี่ยนแปลงทางด้านระบบประสาทส่วนกลาง ความรู้สึก การรับรู้ บุคลิกภาพ ความจำ สติปัญญา การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเป็นผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมซึ่งบ่อยครั้งที่ผู้สูงอายุมีลักษณะสับสนง่าย ความจำเลอะเลือน หลงลืม ถ้าหากว่าเครียดมากการเปลี่ยนแปลงจะไปสู่ในทางที่เลวได้เช่นกัน ซึ่งกุลยา ตันติผลาชีวะ (2522) ได้นำเสนอไว้ว่าลักษณะทางพฤติกรรมของผู้สูงอายุจะประกอบด้วย

2.1 การฝังรากแห่งความคิด ความคิดอ่านของผู้สูงอายุจะคงที่และยึดมั่นต่อสิ่งดั้งเดิม เกิดขึ้นเพราะความจำเสื่อมอันเนื่องมาจากความอ่อนแอทางร่างกาย และการแยกตัวจากสังคมทำให้การรับรู้ลดลง การแสดงออกจึงค่อนข้างที่จะอยู่กับสิ่งเก่าๆ ยึดมั่นประเพณี ขนบธรรมเนียมและวัฒนธรรม ต่อต้านการเปลี่ยนแปลงแนวทางชีวิตใหม่ๆ ความคิดใหม่ๆ เพราะขัดต่อความนิยมเดิมในตัวผู้สูงอายุเอง มีผู้สูงอายุจำนวนมากที่ต้องมีปัญหาหรือได้รับปฏิกิริยาตอบโต้จากผู้ที่ย่อมวัยกว่าเนื่องจากความคิดเห็นไม่ตรงกัน

2.2 การแสดงออกทางอารมณ์ การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ของผู้สูงอายุ ไม่เพียงแต่จะมีสาเหตุมาจากสภาพร่างกายเท่านั้น แต่จะขึ้นอยู่กับสิ่งที่ต้องถูกตัดออกจากสังคมทางอายุด้วย เช่น การออกจากงาน การออกจากความรับผิดชอบในหน้าที่เดิม ความเจ็บป่วย ทำให้ผู้สูงอายุอารมณ์ไม่คงที่ มีความเปล่าเปลี่ยว จิตใจไม่มั่นคง เมื่อมีสิ่งมากระทบกระเทือนใจเพียงเล็กน้อย จะโมโห หงุดหงิด โกรธง่าย หรือน้อยใจ บางรายอาจจะเศร้าซึม หรือมีปฏิกิริยาต่อต้าน

2.3 การสร้างโลกใหม่แก่ตนเอง วัยสูงอายุเป็นวัยที่ใกล้ความตายเข้าไปทุกขณะ การตายเป็นสิ่งที่นำไปสู่การสิ้นสุดของความสัมพันธ์กับญาติ เพื่อน และครอบครัว ปรัชญาการณีนี้นำสร้างความเครียดให้แก่ผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก ผู้สูงอายุจึงพัฒนาตนเองไปในแบบต่างๆ บางคนชอบอยู่บ้านอยากอยู่ใกล้ชิดกับบุตรหลานหรือคนในครอบครัว มีความผูกพันมากกับสมาชิกของครอบครัวเพราะทำให้รู้สึกอบอุ่นใจ อย่างไรก็ตามในการเปลี่ยนโลกใหม่นี้สิ่งที่ผู้สูงอายุให้ความสนใจตนเองมากกว่าสิ่งอื่นใดก็คือ ความสนใจต่อสุขภาพ มีความพิถีพิถันมากขึ้นในเรื่องการกิน การนอน แม้ว่าเขาจะตัดสินใจได้และยอมรับเรื่องความสูญเสียในสิ่งที่ตนรัก และการเผชิญกับความตาย

2.4 ความสนใจต่อสิ่งแวดล้อม ความสนใจของผู้สูงอายุโดยส่วนใหญ่เหมือนกับ ความสนใจของคนในวัยอื่นๆ คือ เลือกลงใจในสิ่งที่ให้ความพึงพอใจแก่ตนเอง ซึ่งความสนใจนี้จะเกิดขึ้นอยู่กับพื้นฐานทางอารมณ์เป็นสำคัญ ความสนใจอันดับแรกก็คือ ความสนใจตัวเองเพราะ

การที่ต้องออกจากตำแหน่งหน้าที่การงานและสังคม ทำให้ผู้สูงอายุมีเวลานั่งถึงตนเองมากขึ้น ความสนใจถึงแวดล้อมอื่นๆ อาจมีอยู่บ้าง แต่ลดน้อยลงไปมาก ชอบชีวิตที่เรียบง่าย

3. การเปลี่ยนแปลงด้านสังคม ในวัยสูงอายุ การปฏิสัมพันธ์กับสังคมเริ่มลดลง ทั้งนี้จากภาระหน้าที่และบทบาทในสังคมที่ลดน้อยลง ทำให้ผู้สูงอายุมีความยากลำบากในการปรับตัว จนก่อให้เกิดความเจ็บป่วยทางกายและจิตใจตามมา เกษม ตันติผลาชีวะ และกุลยา ตันติผลาชีวะ (2528) ได้กล่าวถึงการเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ ดังนี้

3.1 การเปลี่ยนแปลงรูปแบบของสังคม ในอดีตครอบครัวไทยเป็นครอบครัวใหญ่ มีผู้สูงอายุเป็นผู้นำ ผู้ให้ความรู้ ผู้ถ่ายทอดวิชาการ และสนับสนุนการพัฒนาความก้าวหน้าให้แก่บุตรหลาน และอยู่ในฐานะที่ควรเคารพบูชายอมรับนับถือ แต่ในปัจจุบันสังคมไทยเปลี่ยนไปในลักษณะสังคมอุตสาหกรรมที่มีแต่การแข่งขัน มองเห็นประโยชน์ของตนเอง การพึ่งพาอาศัยลดลง การรับรู้ของชนรุ่นใหม่ที่ได้จากภายนอก ทำให้ผู้สูงอายุขาดความสำคัญ ขาดการยอมรับและการดูแลเอาใจใส่จากบุตรหลาน ทำให้ผู้สูงอายุต้องพบความโดดเดี่ยว รู้สึกถูกทอดทิ้งและขาดที่พึ่งทางใจ

3.2 การเปลี่ยนแปลงสถานภาพทางสังคม เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ บทบาทที่เกี่ยวข้องกับการงาน ตลอดจนบทบาทในครอบครัวต้องเปลี่ยนแปลงไป ผู้สูงอายุที่เคยเป็นหัวหน้าครอบครัว ซึ่งมีหน้าที่ดูแลและหาเลี้ยงครอบครัวต้องกลับกลายมาเป็นผู้พึ่งพาอาศัย เป็นผู้รับมากกว่าผู้ให้ ทำให้ผู้สูงอายุเสียอำนาจและบทบาททางสังคมที่เคยมี มีความรู้สึกที่ตนเองหมดความสำคัญ ปัจจัยเหล่านี้ก่อให้เกิดความอับอาย และคิดว่าตนเองเป็นตัวปัญหาหรือเป็นภาระของสังคม

3.4 ความคับข้องใจทางสังคม การปลดเกษียณ และการที่บุตรหลานหรือสังคมต่างหวังดีที่จะให้ผู้สูงอายุหยุดรับผิดชอบในภารกิจต่างๆ ที่เคยปฏิบัติ ทำให้มีผลกระทบต่อจิตใจของผู้สูงอายุอย่างมาก ทำให้มีความรู้สึกน้อยใจ และเสียใจ ทั้งนี้เพราะการเป็นผู้สูงอายุไม่ได้หมายความว่า เป็นผู้ขาดสมรรถภาพการทำงาน แต่การมีอายุมากขึ้นกลับทำให้คนรู้สึกต้องการการยอมรับมากขึ้น

3.5 การลดความสัมพันธ์กับชุมชน บทบาทของผู้สูงอายุในชุมชนจะเปลี่ยนไปหน้าที่ความรับผิดชอบและหน้าที่ที่ต้องใช้ความคิดความฉับไวจะลดลง การยอมรับพิจารณา มอบหมายงานของชุมชนจะน้อยลง ทำให้ผู้สูงอายุขาดความเชื่อมั่นที่จะเข้ากลุ่ม ไม่กล้าแสดงออก ความสัมพันธ์กับชุมชนที่คุ้นเคยลดลง ต้องเปลี่ยนไปสู่สภาพสังคมกลุ่มใหม่ทำให้ผู้สูงอายุที่เคยมีบทบาทในชุมชนมาก่อนเกิดความเครียดสูง

จากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม และสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุทำให้เกิดปัญหาแก่ผู้สูงอายุนานับการ ถ้าผู้สูงอายุไม่สามารถปรับตัวในการดูแลช่วยเหลือตนเองให้เข้ากับสภาพการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ได้ ก็อาจจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้

ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

จากการทบทวนเอกสารงานวิจัยพบว่า มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต ดังต่อไปนี้

1. ปัจจัยด้านประชากร ประกอบด้วย

1.1 อายุ เนื่องจากอายุเป็นเครื่องบ่งชี้ถึงวัยของแต่ละบุคคล ซึ่งจะมีผลต่อคุณภาพชีวิต ซึ่งบรรลุ ศิริพานิช (2540) ได้แยกผู้สูงอายุตามอายุและภาวะสุขภาพออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้ คือ 1) กลุ่มผู้สูงอายุระดับต้น คือผู้มีอายุตั้งแต่ 60 – 70 ปี มีการเปลี่ยนแปลงสภาวะทางกายภาพ และสรีระวิทยาเปลี่ยนแปลงไปไม่มาก สามารถช่วยเหลือตนเองได้เป็นส่วนใหญ่ 2) กลุ่มผู้สูงอายุระดับกลาง คือผู้มีอายุ ตั้งแต่ 71 – 80 ปี ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงสภาวะทางกายภาพและสรีระวิทยาไปแล้ว เป็นส่วนใหญ่มีความพร้อมในการดูแลตนเอง เริ่มมีความจำเป็นหรือความต้องการการดูแลจากบุคคลอื่นทดแทนในส่วนที่พร่องไป 3) กลุ่มสูงอายุระดับปลาย เป็นผู้มีอายุ 81 ปีขึ้นไป มีการเปลี่ยนแปลงสภาวะทางกายภาพและสรีระวิทยาอย่างเห็นได้ชัดเจน มีความพร้อมในการดูแลตนเอง จำเป็นต้องการการดูแลจากบุคคลอื่นทดแทนในส่วนที่พร่องไป ซึ่งจากการศึกษาของวรรณภา กุมารจันทร์ (2543) เรื่องคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตภาคใต้ตอนบน พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากจะมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุน้อย และการศึกษาของประภาพร จินันทุยา (2536) เรื่องคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมทางสังคมผู้สูงอายุดินแดง พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากขึ้นจะมีระดับการพึ่งพาผู้อื่นสูงขึ้น การพึ่งพาผู้อื่นจะทำให้กลุ่มตัวอย่างรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตของตนเองเป็นภาระต่อครอบครัวและสังคม ย่อมส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของปราณี กาญจนวรรณ (2540) เรื่องคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยจะมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี ขณะที่ผู้ที่มีอายุมากจะมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับไม่ดี

1.2 เพศ เป็นตัวกำหนดความแตกต่างของบทบาทหน้าที่และบุคลิกภาพของบุคคล ในสังคมเป็นสิ่งที่แสดงถึงค่านิยมของบุคคลที่บ่งบอกถึงคุณภาพ โดยพบว่าเพศที่แตกต่างกันย่อมมีความรู้สึกนึกคิดที่แตกต่างกัน ดังนั้นเพศจึงน่าจะมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต(ดวงใจ เปลี่ยนบำรุง, 2540) ประกอบกับการที่สังคมไทยได้กำหนดบทบาทให้เพศชายเป็นผู้นำครอบครัว ส่วนเพศหญิงเป็นแม่บ้านและต้องให้ความเคารพในการเป็นผู้นำครอบครัวของเพศชาย ขณะเดียวกันเพศชายได้รับความเคารพนับถือ และยกย่องจากสังคม นอกจากนี้เพศยังมีผลต่อคุณภาพชีวิตของเพศชายและเพศหญิง ทั้งนี้เพราะเพศชายมองตนเองว่ามีคุณค่ามากกว่าเพศหญิง ในขณะที่เพศหญิงมีความรู้สึกว่าตนเองมีความสามารถทางด้านร่างกายต่ำกว่าเพศชาย มีการปรับตัวได้ยากกว่า รวมทั้งเพศหญิงจะมีระดับการพึ่งพาผู้อื่นและมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมประจำวันมากกว่าเพศชาย สิ่งต่างๆ เหล่านี้

ย่อมส่งผลกระทบต่อความรู้สึกพอใจในชีวิต หรือคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ทั้งสิ้น (ฉัตรทอง อินทร์นอก, 2540) จากการศึกษาของ ประภาพร จินันท์ญา (2536, เรื่องเดิม) พบว่ากลุ่มตัวอย่างเพศชายมีคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างเพศหญิง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกันยารัตน์ อุบลวรรณ (2540) เรื่องพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาคกลางของประเทศไทย ที่พบว่าเพศชายมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดีมากกว่าเพศหญิง แต่ขัดแย้งกับการศึกษาของสมสุข สิงห์ปัญญานที (2540, เรื่องเดิม) และการศึกษาของปราณี กาญจนวรวงศ์ (2540, เรื่องเดิม) พบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต

1.3 สถานภาพสมรส พบว่าสถานภาพสมรสเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อบุคคลในด้านความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อ และการปฏิบัติตน ทั้งนี้เพราะว่าผู้ที่มีคู่สมรสจะทำให้มีคูคิด คอยให้คำปรึกษาแนะนำทำให้เกิดความรู้สึกมั่นใจในตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการดูแลตนเอง เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และไม่รู้สึกรำคาญ ว้าเหว่ เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักมีปัญหาเกี่ยวกับความเสื่อมในด้านต่างๆ และหากต้องเผชิญกับการอยู่โดยลำพังจะยิ่งทำให้เกิดความเครียด มีผลต่อสุขภาพจิต ทำให้ความพึงพอใจในชีวิตลดลงได้ (ดวงใจ เปลี่ยนบำรุง, 2540) สอดคล้องกับการศึกษาของฉัตรทอง อินทร์นอก (2540) เรื่องพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย พบว่าสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิต โดยผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสมีระดับคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสโสด หม้าย หย่า หรือแยก ทั้งนี้อาจเนื่องจากการมีคู่สมรส จะทำให้ผู้สูงอายุมีเพื่อน และมีกำลังใจในการดำเนินชีวิต ทำให้ไม่รู้สึกรำคาญหรือว้าเหว่ ดังนั้นสถานภาพสมรสจึงเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต และการศึกษาของประภาพร จินันท์ญา (2536, เรื่องเดิม) พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรสมีคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรสโสด หม้าย หย่า หรือแยกกันอยู่ และจากการศึกษาของจิรนุช สมโชค (2540, เรื่องเดิม) พบว่าสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง ในทำนองเดียวกันการศึกษาของปราณี กาญจนวรวงศ์ (2540, เรื่องเดิม) พบว่าสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตโดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง แต่พบว่าขัดแย้งกับการศึกษาของกันยารัตน์ อุบลวรรณ (2540, เรื่องเดิม) พบว่าสถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิต แสดงว่าผู้สูงอายุไม่ว่าจะมีสถานภาพสมรสคู่ โสด หม้าย หย่า หรือแยกกันอยู่ไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิต ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่ ได้รับการดูแลเอาใจใส่จากคู่สมรสทำให้ตนเองรู้สึกมีคุณค่า ส่งผลให้ระดับคุณภาพชีวิตที่ดี สำหรับผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสโสด หม้าย หย่า แยก อาจไม่ได้อาศัยอยู่ลำพังแต่ผู้เดียว แต่อาศัยอยู่กับบุตรหลานหรือญาติพี่น้อง ซึ่งผู้สูงอายุยังมีบุคคลอื่นคอยดูแลให้ความช่วยเหลือ ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า ทำให้มีความพึงพอใจในชีวิต ส่งผลให้คุณภาพชีวิตดีได้ และการศึกษาของ

ศิริพรรณ ชาญสุกิจเมธี (2540, เรื่องเดิม) พบว่าสถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรสคู่ได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ ทำให้ผู้สูงอายุมีกำลังใจ รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าและมีความสุข ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรสโสด หม้าย หย่า หรือแยก อาจได้รับการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัว ทำให้มีความผูกพันกับญาติพี่น้องหรือเพื่อนบ้าน

2. ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม

2.1 ระดับการศึกษา พบว่าระดับการศึกษาเป็นถึงสำคัญต่อการพัฒนาความรู้ ทักษะ และทัศนคติที่ดี ต่อการดูแลตนเอง นอกจากนี้ยังเป็นปัจจัยที่ทำให้บุคคลได้รับข้อมูล ข่าวสาร มีการเรียนรู้ และสามารถตัดสินใจพิจารณาในการปฏิบัติกิจกรรมดูแลตนเองได้(ฉัตรทอง อินทร์นอก, 2540) จากการศึกษาของ กันยารัตน์ อุบลวรรณ (2540, เรื่องเดิม) พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เมื่อพิจารณาในแต่ละระดับการศึกษาและระดับคุณภาพชีวิต พบว่าเมื่อระดับการศึกษาเพิ่มขึ้นพบว่าระดับคุณภาพชีวิตมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นด้วย นอกจากนี้ การศึกษายังช่วยให้บุคคลรู้จักใช้ความคิดของตนเองในการแก้ปัญหาการดำรงชีวิตได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับศิริพรรณ ชาญสุกิจเมธี (2540, เรื่องเดิม) ที่พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต แสดงว่าการศึกษาเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการพัฒนาความรู้ ช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีสติปัญญาใฝ่รู้และคิดอย่างมีเหตุผล สามารถแก้ปัญหาหรือสถานการณ์ต่างๆ ที่เข้ามาในชีวิต สามารถดำรงชีวิตได้อย่างเหมาะสม โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเผชิญกับความเจ็บป่วย จะพยายามแสวงหาความรู้ ทำให้เข้าใจเรื่องต่างๆ เกี่ยวกับโรคของตน ทำให้มีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตามแผนการรักษา เพื่อควบคุมภาวะความเจ็บป่วยด้วยความเข้าใจ และสอดคล้องกับวรรณภา กุมารจันทร์ (2543, เรื่องเดิม) พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยรวมของผู้สูงอายุในเขตภาคใต้ตอนบนส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ทำให้สามารถรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพอนามัยได้มากขึ้นและพึงพอใจในชีวิตมากขึ้นส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ทำนองเดียวกันประภาพร จินันท์ (2536, เรื่องเดิม) พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการศึกษามีคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้รับการศึกษา สอดคล้องกับการศึกษาของสมสุข สิงห์ปัญจณี (2540, เรื่องเดิม) พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต และการศึกษาของจิรนุช สมโชค (2540, เรื่องเดิม) พบว่าการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง และการศึกษาของปราณี กาญจนวรวงศ์ (2540, เรื่องเดิม) พบว่าการศึกษามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดยรวมของกลุ่ม ตัวอย่าง

2.2 รายได้ เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการดำรงชีพ โดยพบว่าผู้ที่มีรายได้สูงมีโอกาสในการที่จะแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อตนเอง เพื่อตอบสนองความต้องการ (ดวงใจ

เปลี่ยนบำรุง, 2540) สอดคล้องกับการศึกษาของกันยารัตน์ อุบลวรรณ (2540, เรื่องเดิม) พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต โดยพบว่าเมื่อกำหนดตัวอย่างมีรายได้เพิ่มขึ้น คุณภาพชีวิตในระดับดีมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ทั้งนี้อาจเนื่องจากรายได้เป็นปัจจัยพื้นฐานทางเศรษฐกิจที่สำคัญต่อการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุที่มีรายได้พอเพียงสามารถที่จะซื้ออาหารที่มีประโยชน์ ในการดำรงสุขภาพร่างกายให้แข็งแรง จัดซื้อเครื่องอำนวยความสะดวกต่างๆ ต่อการดำรงชีวิต ทำให้ความเป็นอยู่สุขสบายขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของศิริพรรณ ชาญสุกิจเมธี (2540, เรื่องเดิม) พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต อาจกล่าวได้ว่ารายได้เป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการดำรงชีวิตของคนในสังคมปัจจุบันที่สนองความต้องการด้านต่างๆ ได้แก่ บ้านที่อยู่อาศัยในสภาพที่ดี อาหารที่มีคุณค่า การรักษาพยาบาลที่ถูกต้อง ตลอดจนการซื้อหาอุปกรณ์อำนวยความสะดวกและความสุขของตน นอกจากนี้รายได้ยังเป็นปัจจัยที่จำเป็นในการทำกิจกรรม การมีงานอดิเรก และการใช้เวลาว่าง และจากการศึกษาของ ประภาพร จินันทุยา (2536, เรื่องเดิม) พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้สูงมีแนวโน้มที่จะมีคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ต่ำ และยังพบว่า ร้อยละ 85 ของผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตในระดับต่ำและปานกลาง เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ จึงไม่มีรายได้เป็นของตนเอง ทำให้มีความรู้สึกต่อสถานภาพทางเศรษฐกิจของตนเองไม่ดี ทำให้ไม่สามารถตอบสนองความต้องการในเรื่องต่างๆ ได้เต็มที่ ตลอดจนโอกาสที่จะทำกิจกรรมต่างๆ ลดลงตามไปด้วย นอกจากนี้การศึกษาของสมสุข สิงห์ปัญญนที (2540, เรื่องเดิม) พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนมากจะมีคุณภาพชีวิตโดยรวมดีกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อย สอดคล้องกับการศึกษาของจิรนุช สมโชค (2540, เรื่องเดิม) ซึ่งพบว่ารายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง ทำนองเดียวกับการศึกษาของปราณี กาญจนวรรณ (2540, เรื่องเดิม) ที่พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตโดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง

2.3 ลักษณะครอบครัวและบทบาทในครอบครัว ครอบครัวเป็นสถาบันที่มีความหมาย เพราะครอบครัวจะส่งเสริมบุคคลให้บรรลุความต้องการพื้นฐานด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ทำให้บุคคลได้รับความรักความห่วงใยเอื้ออาทรเอาใจใส่ มีความเข้าใจเห็นอกเห็นใจจากบุคคลในครอบครัว ตลอดจนได้มีโอกาสช่วยให้คำปรึกษาแนะนำหรือดูแลบุตรหลาน และได้รับการยอมรับว่าตนเองมีคุณค่า และมีความสำคัญ (ฉัตรทอง อินทร์นอก, 2540) และยังพบว่าผู้ที่ผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนจากสังคมทั้งภายในและภายนอกบ้านนั้นมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตสูงเช่นกัน (ดวงใจ เปลี่ยนบำรุง, 2540) จากการศึกษาของ ประภาพร จินันทุยา (2536, เรื่องเดิม) พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่กับสมาชิกในครอบครัว มีคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่คนเดียว และการศึกษาของดวงใจ เปี่ยมบำรุง (2540) เรื่องพฤติกรรมการดูแลตนเอง

และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดชายแดนภาคใต้ของประเทศไทย พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับดี โดยพบว่าผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้ด้วยตนเอง มีสัมพันธภาพในครอบครัวที่ดี และยังสามารถอยู่ในครอบครัวขยาย ทำให้ได้รับความรักความอบอุ่น การดูแลเอาใจใส่จากครอบครัวสูง

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่าการที่ผู้สูงอายุจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอยู่กับองค์ประกอบต่อไปนี้ คือ

1. ด้านร่างกาย จากการศึกษากองกันยาร์ดน์ อุบลวรรณ (2540, เรื่องเดิม) พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี ถึงแม้ว่าผู้สูงอายุจะเป็นบุคคลที่เจ็บป่วยได้ง่ายกว่าบุคคลในวัยอื่น แต่ถ้าหากผู้สูงอายุมีความรู้ดีกว่าตนเองมีสุขภาพดีทั้งร่างกายและจิตใจ หรือยอมรับการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย และจิตใจที่เกิดขึ้น ยอมรับความสามารถที่มีขอบเขตจำกัดของร่างกาย และสามารถปรับตัวให้เหมาะสมกับสภาวะสุขภาพ จะส่งผลให้เกิดอึดอมโนทัศน์ที่ดีต่อตนเอง และทำให้เกิดความพึงพอใจในสุขภาพร่างกายที่เป็นอยู่ สอดคล้องกับการศึกษาของฉัตรทอง อินทร์นอก (2540, เรื่องเดิม) พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความรู้สึกพึงพอใจต่อสุขภาพของตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงของสุขภาพอนามัยเป็นสิ่งที่ต้องเกิดขึ้นตามธรรมชาติ แม้ว่าผู้สูงอายุกำลังเผชิญกับภาวะสุขภาพเสื่อมลง ก็สามารถยอมรับการเปลี่ยนแปลงและปรับตัวให้เหมาะสมกับสภาวะการณ่นั้น ซึ่งจะทำให้เกิดความพอใจต่อสุขภาพที่เป็นอยู่ นอกจากนี้ปราณี กาญจนวรวงศ์ (2540, เรื่องเดิม) พบว่าการที่ผู้สูงอายุสามารถทำกิจวัตรประจำวัน เช่น การรับประทานอาหาร การดูแลความสะอาดของร่างกาย การเดินขึ้นลงบันไดได้ด้วยตนเอง สามารถทำสิ่งที่ทำได้เป็นประจำ เช่น งานบ้าน รดน้ำต้นไม้ ดูแลหลาน ตลอดจนไม่มีปัญหาในเรื่องเพศสัมพันธ์ สิ่งต่างๆ เหล่านี้ส่งผลต่อความรู้สึกพึงพอใจคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในทางบวก สอดคล้องกับการศึกษาของสมสุข สิงห์ปัญจนที (2540, เรื่องเดิม) พบว่าคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกายของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับดี อาจจะเนื่องมาจากที่กลุ่มตัวอย่างยังสามารถทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ ได้สามารถออกกำลังกาย หรือทำสิ่งที่ทำเป็นประจำได้ รวมถึงยังสามารถออกไปทำธุระข้างนอกบ้านได้ในระดับมาก ทำนองเดียวกันกับการศึกษาของศิริพรรณ ชาญสุกิจเมธี (2540, เรื่องเดิม) พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกายอยู่ในระดับดี และการศึกษาของจิรนุช สมโชค (2540, เรื่องเดิม) พบว่าคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างในด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกายอยู่ในระดับดี

2. ด้านจิตใจ พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีการรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง โดยเป็นการรับรู้หรือความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง การรับรู้ถึงความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง การรับรู้ถึงความมั่นใจในตนเอง การรับรู้ถึงความคิด ความจำ สมาธิ และการตัดสินใจ และความสามารถในการเรียนรู้เรื่องราวต่างๆ ของตน และการรับรู้ถึงความสามารถในการจัดการกับความเศร้า หรือกังวล จากการศึกษาของจิรนุช สมโชค (2540, เรื่องเดิม) พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยอมรับกับสภาพร่างกายที่เป็นอยู่มาก ทำให้เกิดความพึงพอใจในสุขภาพที่เป็นอยู่ อีกทั้งยังไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่นขณะเจ็บป่วย และคิดว่าตนเองไม่เป็นภาระของครอบครัว ทำให้ไม่รู้สึกด้อยคุณค่าในตนเอง สามารถรักษาศักดิ์ศรีและความภาคภูมิใจในตนเองไว้ได้ ก่อให้เกิดความพึงพอใจในชีวิต อีกทั้งบุตรหลานให้ความเคารพนับถือ ยกย่อง ให้ความสำคัญ ทำให้รู้สึกว่ามีความค่าต่อครอบครัว สามารถดำรงบทบาทอยู่ในครอบครัวอย่างมีความสุข มีสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ ทำให้มีขวัญและกำลังใจที่ดี แม้จะต้องเผชิญปัญหาต่างๆ ของชีวิต และการศึกษาของสมสุข สิงห์ปัญจนที (2540, เรื่องเดิม) พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ซึ่งสอนให้บุคคลดำเนินชีวิตอยู่ในทางสายกลาง สอนให้บุคคลรู้จักตนเอง และยอมรับความเสื่อมหรือการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นตามวัย ทำให้เกิดการยอมรับต่อสภาพร่างกายที่เป็นอยู่ ไม่รู้สึกท้อแท้ต่อปัญหาต่างๆ และลักษณะทางสังคมไทย คือ การมีวัฒนธรรม ประเพณีอันดีงาม สืบทอดกันมาในเรื่อง การเคารพยกย่องผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ เชื่อฟังและยอมรับคำแนะนำสั่งสอนของผู้สูงอายุ มีความกตัญญูกตเวที ต่อบุพการี และผู้มีพระคุณ สิ่งเหล่านี้ ย่อมทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกภาคภูมิใจ รู้สึกว่ามีความค่า และการศึกษาของสุภาลักษณ์ เขียวขำ (2543) เรื่องการสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุอำเภอวังทรายพูน จังหวัดพิจิตร พบว่าผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตบอกว่าถูกละเลยไม่เคยมาดูแล คิดว่าผู้สูงอายุเป็นภาระกับเขามาก บุตรหลานไม่พูดคุย เป็นผลทำให้ผู้สูงอายุมีสภาพจิตใจที่ไม่ดี ที่บุตรหลานเป็นเช่นนี้เพราะการเลี้ยงดูในปัจจุบันไม่ค่อยมีความผูกพันรักใคร่มากนัก บุตรหลานบางคนสนับสนุนผู้สูงอายุเฉพาะปัจจัยสี่ แต่ไม่ได้คำนึงถึงสภาพจิตใจของผู้สูงอายุ

3. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ซึ่งจะเกี่ยวกับการรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนเองกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม การรับรู้ว่าคุณได้เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคมด้วย รวมทั้งการรับรู้ในเรื่องอารมณ์ทางเพศ โดโบรฟ (Dobrof, 1986) ได้กล่าวไว้ว่าเพื่อนและเพื่อนบ้านเป็นผู้มีบทบาทในทางสังคมแก่ผู้สูงอายุ เนื่องจากเพื่อนบ้านสามารถให้ความช่วยเหลือได้ในยามต้องการ เพราะผู้สูงอายุที่ไม่มีลูกหรือผู้ที่ถูกและญาติ แต่ไม่ได้อาศัยอยู่ด้วยกันมักจะขอความช่วยเหลือจากเพื่อนหรือเพื่อนบ้าน จากการศึกษาของปราณี กาญจนวรรณวงศ์ (2540, เรื่องเดิม) พบว่าผู้สูงอายุได้รับความเอาใจใส่ ในการพามาตรวจของสมาชิก

ในครอบครัว การดูแลของสมาชิกในครอบครัว ความพอใจในทรัพย์สิน สิ่งของเครื่องใช้ที่ได้รับ และการได้รับความดูแลช่วยเหลือเมื่อมีปัญหา จึงทำให้คุณภาพชีวิตด้านสังคมและเศรษฐกิจอยู่ในระดับดี และจากการศึกษาของฉัตรทอง อินทร์นอก (2540, เรื่องเดิม) พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นในสังคม นอกเหนือจากการพบปะพูดคุยกับเพื่อนในวัยเดียวกันแล้ว ผู้สูงอายุยังมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกันด้วย อีกทั้งเมื่อมีงานประเพณีผู้สูงอายุมักไปร่วมงาน เนื่องจากผู้สูงอายุยังได้รับเกียรติจากสมาชิกในชุมชนได้ให้ความเคารพนับถือ เชื่อมมั่นในภูมิปัญญา จึงได้รับการยอมรับเป็นผู้นำในทางศาสนาและพิธีการต่างๆ อีกทั้งสมาชิกให้ความเชื่อว่าผู้สูงอายุเป็นผู้มีประสบการณ์มาก ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า จึงทำให้ผู้สูงอายุประเมินความรู้สึกพอใจต่อองค์ประกอบคุณภาพชีวิตในระดับดี และการศึกษาของกันยารัตน์ อุบลวรรณ (2540, เรื่องเดิม) พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีการทำกิจกรรมต่างๆ อยู่อย่างสม่ำเสมอ ทั้งกิจกรรมที่มีรูปแบบและกิจกรรมที่ทำคนเดียว จึงทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกว่าชีวิตยังมีคุณค่ามีประโยชน์ จึงส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอยู่ในระดับดี รวมทั้งการศึกษาของสมสุข สิงห์ปัญญานที (2540, เรื่องเดิม) พบว่าคุณภาพชีวิตด้านสังคมและเศรษฐกิจของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับดี ทำนองเดียวกัน การศึกษาของศิริพรรณ ชาณุกิจเมธี (2540, เรื่องเดิม) พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตด้านสังคมและเศรษฐกิจอยู่ในระดับดี โดยกลุ่มตัวอย่างพอใจกับทรัพย์สิน และรู้สึกว่สมาชิกในครอบครัวให้การดูแลเอาใจใส่เป็นอย่างดี และยังสามารถทำกิจกรรมร่วมกับครอบครัวได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ จิรนุช สมโชค (2540, เรื่องเดิม) พบว่าคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างในด้านสังคมและเศรษฐกิจอยู่ในระดับดี เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสมาชิกในครอบครัวที่คอย ดูแลเอาใจใส่เป็นอย่างดี นอกจากนี้ยังสามารถทำกิจกรรมร่วมกับครอบครัว พบปะสังสรรค์กับเพื่อน ทำกิจกรรมทางสังคมร่วมกับผู้อื่นได้ ทำให้รู้สึกว่ชีวิตมีความหมาย เห็นคุณค่าของการดำรงชีวิตก่อให้เกิดความผาสุกแก่ตนเอง

4. ด้านสิ่งแวดล้อม การที่ผู้สูงอายุมีความรู้สึกพึงพอใจกับสภาพแวดล้อมของตน ได้แก่ สาธารณูปโภคต่างๆ สภาพบ้าน ชุมชนที่อยู่อาศัย รวมทั้งญาติพี่น้อง เพื่อนฝูง ที่มีสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน เพราะแม้จะมีความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยีต่างๆ แต่สังคมที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ยังคงมีลักษณะความเป็นอยู่ในลักษณะเครือญาติ มีการเคารพยกย่องผู้สูงอายุตามลักษณะสังคมไทย ทำให้รู้สึกว่คุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี (ดวงใจ เปลียนบำรุง, 2540) สอดคล้องกับการศึกษาของกันยารัตน์ อุบลวรรณ (2540, เรื่องเดิม) พบว่าเขตที่อยู่อาศัยมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต เนื่องจากลักษณะทางสังคมของกลุ่มตัวอย่างยังมีความสัมพันธ์กันเป็นอย่างดีมีการพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน และผู้สูงอายุมีความพึงพอใจกับสภาพแวดล้อมที่ตนเองอาศัยอยู่อย่างมาก โดยผู้สูงอายุให้เหตุผลว่า สภาพแวดล้อมที่ตนเองอาศัยอยู่ในปัจจุบันมีสภาพดีกว่าสมัยก่อน ไม่ว่า

จะเป็นถนนหนทาง ไฟฟ้า ประปา ตลอดจนสาธารณูปโภคด้านต่างๆ มีความสะดวกสบายมากขึ้น ญาติพี่น้องยังให้ความเคารพนับถือไม่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม เพื่อนฝูงยังคงมีสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความพึงพอใจกับสภาพแวดล้อมในชุมชนที่คนอาศัยอยู่และยังคงมีสัมพันธ์ที่ต่อบุคคลอื่น สอดคล้องกับการศึกษาของฉัตรทอง อินทร์นอก (2540, เรื่องเดิม) พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้สึกพึงพอใจต่อองค์ประกอบคุณภาพชีวิตด้านสภาพแวดล้อมอยู่ในระดับดี อาจจะเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในครอบครัวขยาย ซึ่งที่อยู่อาศัยมักจะใกล้เคียงกับเครือญาติ มีการช่วยเหลือกันในหมู่พี่น้อง เพื่อนบ้าน ประกอบกับลักษณะสังคมของกลุ่มตัวอย่างทำให้เกิดความเคารพนับถือยกย่องผู้สูงอายุ ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า มีความมั่นคงในชีวิต นอกจากนี้ชุมชนที่อยู่อาศัยมีสาธารณูปโภคเข้าถึง มีความปลอดภัยในทรัพย์สิน ทำให้เกิดความรู้สึกปลอดภัย

จากการทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จะเห็นได้ว่าการที่ผู้สูงอายุจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ นั้นจะต้องประกอบไปด้วย ความพึงพอใจ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม โดยผู้สูงอายุส่วนใหญ่ต้องการได้รับการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัว มีความพึงพอใจในการประกอบกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเอง ทำให้ไม่รู้สึกรังเกียจคนอื่น ทำให้รู้สึกว่าตนเองยังมีคุณค่า จึงส่งผลให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่สนใจที่จะดูแลสุขภาพร่างกายของตนเอง และมีความพึงพอใจในสภาพเศรษฐกิจและสภาพแวดล้อมทางสังคม ตามความเหมาะสม

กรอบแนวคิดในการศึกษา

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องสรุปได้ว่า คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ประกอบด้วยองค์ประกอบด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในชีวิตโดยรวม มีการรับรู้สุขภาพของตนเอง ทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ มีความพึงพอใจต่อสภาพแวดล้อมและสังคม ตลอดจนมีสัมพันธ์ภาพที่ดีทั้งภายในครอบครัวและภายนอกครอบครัว ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี การศึกษานี้ผู้ศึกษาได้ดัดแปลงเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) ซึ่งสุวรรณ มหัตนรินทร์กุลและคณะ (2540) ได้แปลและปรับปรุง และจากการรวบรวมเอกสารรายงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ในการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ทั้งนี้เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ สำหรับใช้เป็นแนวทางพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุต่อไป