

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันประเทศไทยมีการเพิ่มของประชากรสูงอายุอย่างรวดเร็ว เนื่องจากประชากรมีอายุยืนยาวมากขึ้น และอายุขัยเฉลี่ยของประชากรเพิ่มสูงขึ้น ทั้งนี้เป็นผลจากอัตราการตายลดลง จากความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีด้านการแพทย์ และสาธารณสุข (บรรลุ ศิริพานิช, 2542) โดยพบว่าจำนวนประชากรสูงอายุในปี พ.ศ. 2503 มี 1.21 ล้านคน หรือร้อยละ 4.6 ของประชากรทั้งหมด และในปี พ.ศ. 2533 มีประชากรสูงอายุ 4.02 ล้านคน หรือร้อยละ 7.36 โดยในปัจจุบัน พ.ศ. 2542 มีประชากรสูงอายุ 5.5 ล้านคนหรือร้อยละ 8.6 ของประชากรทั้งหมด และคาดว่าจะเพิ่มเป็น 10.78 ล้านคนหรือร้อยละ 15.28 ในปี พ.ศ. 2563 (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2542) และอีก 10 ปีข้างหน้าประเทศไทยจะเป็นสังคมผู้สูงอายุ (aging population) ซึ่งตามนิยามขององค์การอนามัยโลก สังคมผู้สูงอายุหมายถึงการมีสัดส่วนประชากรสูงอายुर้อยละ 10 ของจำนวนประชากรทั้งหมด (นภาพรชโยวรรณ, 2542) การมีประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นและมีอายุยืนยาวขึ้น ส่งผลให้โครงสร้างประชากรของประเทศเปลี่ยนแปลงไปคืออัตราส่วนผู้สูงอายุที่เป็นภาระเพิ่มสูงขึ้น ในขณะที่อัตราส่วนและจำนวนประชากรวัยแรงงานเริ่มลดลง ซึ่งอาจจะมีผลกระทบต่อเศรษฐกิจส่วนรวมต่อการออมและการลงทุน (มาลินี วงษ์สิทธิ, 2535) ทำให้ผู้สูงอายุต้องเสี่ยงต่อการถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพังมากขึ้น เพราะประชากรวัยแรงงานส่วนหนึ่งต้องย้ายถิ่นเพื่อประกอบอาชีพ ซึ่งอาจจะเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้บุตรหลานมีเวลาเอาใจใส่ผู้สูงอายุน้อยลง (สุรีย์ บุญญานุพงศ์, 2534) ผู้สูงอายุจึงต้องรับผิดชอบตนเองมากขึ้น เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีคุณภาพ

วัยสูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย อันเป็นผลมาจากความเสื่อมและความสามารถในการทำหน้าที่ลดลง ก่อให้เกิดปัญหาต่าง ๆ ตามมา เช่นการเปลี่ยนแปลงของระบบกล้ามเนื้อและโครงกระดูกพบว่ากล้ามเนื้อเกี่ยวกระดูกมีความแข็งแรงลดลงเนื่องจากการสูญเสียเนื้อกระดูก ทำให้กระดูกเปราะและหักง่ายแต่ติดช้า บางคนอาจมีหลังโก่งทำให้การเคลื่อนไหวเชื่องช้า ไม่กระฉับกระเฉง และการทรงตัวไม่ดี อาจทำให้เกิดอุบัติเหตุได้ง่าย ดังผลการศึกษาของสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (2542) พบว่าผู้สูงอายुर้อยละ 20 – 30

เกิดอุบัติเหตุหกล้มในแต่ละปี การที่ผิวหนังหยาบ ผิวบางลง และเหี่ยวแห้งลักษณะได้ง่าย ทำให้ความสามารถในการควบคุมอุณหภูมิลดลง ผู้สูงอายุจึงเป็นลมแดดได้ง่าย การเปลี่ยนแปลงระบบประสาทสัมผัสพบว่าความสามารถในการมองเห็น การได้ยินลดลงทำให้มีความบกพร่องในการติดต่อสื่อสาร การรับรู้กลิ่นและรสลดลง เมื่อรวมกับการเปลี่ยนแปลงของระบบทางเดินอาหาร ที่มีการย่อยและการดูดซึมไม่ดี เกิดอาการท้องอืด แน่นท้องและอาจจะรู้สึกเบื่ออาหาร ทำให้แบบแผนการรับประทานอาหารเสียไป เกิดการบริโภคที่ไม่ถูกต้องส่วน เกิดภาวะบริโภคเกินหรือขาดสารอาหารได้ (บรรลุ ศิริพานิช, 2542; Staab & Hodge, 1996) ดังเช่นที่พบจากการศึกษาของ สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (2542) พบว่าร้อยละ 30-35 ของผู้สูงอายุมีดัชนีความหนาของร่างกายต่ำกว่า 20 กิโลกรัมต่อตารางเมตร การเปลี่ยนแปลงระบบประสาท พบว่ามีการเสื่อมและการตายของเซลล์สมอง มีแคลเซียมเกาะที่ผนังหลอดเลือด โดยเฉพาะหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง ทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ ผู้สูงอายุจึงมีอาการหลงลืม ความคิดอ่านช้า มีอาการย้ำคิดย้ำทำ และสนใจสิ่งแวดล้อมน้อยลง ส่งผลให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมน้อยลง (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2542) การเปลี่ยนแปลงระบบหายใจ พบว่าเนื้อปอดและหลอดลมเสียความยืดหยุ่น อีกทั้งกล้ามเนื้อที่ช่วยในการหายใจอ่อนสมรรถภาพ ทำให้สมรรถภาพการหายใจและการแลกเปลี่ยนออกซิเจนลดลง ผู้สูงอายุจึงอ่อนเพลียเหนื่อยได้ง่าย (Patrick, Wood, Cravin, Rokosky & Bruno, 1991) ผู้สูงอายุจึงมีข้อจำกัดในการเข้าร่วมกิจกรรม ตลอดจนความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง ซึ่งจะมีผลต่อการทำงานของผู้สูงอายุ ส่วนการเปลี่ยนแปลงของระบบไหลเวียนเลือดพบว่าผนังหลอดเลือดแข็งตัวและหนาขึ้น ทำให้ความยืดหยุ่นของหลอดเลือดเสียไป เลือดไหลเวียนไม่สะดวกเป็นเหตุให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง โรคเกี่ยวกับหัวใจและหลอดเลือดและเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง และเป็นอัมพาตมากขึ้น (Miller, 1995)

ส่วนการเปลี่ยนแปลงของระบบขับถ่ายพบว่าผู้สูงอายุบางราย ควบคุมการขับถ่าย อุจจาระและปัสสาวะได้ไม่ดี การสำรวจโรคและปัญหาทางสุขภาพของผู้สูงอายุไทย พบว่าผู้สูงอายุมีปัญหาคลื่นปัสสาวะไม่ได้ (urinary incontinence) ทั้งชายและหญิง โดยที่ผู้หญิงมีสัดส่วนมากกว่าผู้ชาย ร้อยละ 18.9 และร้อยละ 10.8 ตามลำดับ (ศรีจิตรา บุญนาค และสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2542) ส่วนการเปลี่ยนแปลงของระบบสืบพันธุ์ จะพบว่าผู้สูงอายุชายมักประสบปัญหาอวัยวะเพศไม่แข็งตัว การหลั่งน้ำกามลดลง ส่วนผู้หญิงช่องคลอดเริ่มเหี่ยวจากต่อมที่ทำหน้าที่ขับสารหล่อลื่นน้อยลง ทำให้มีปัญหาเมื่อมีเพศสัมพันธ์ อาจจะทำให้เกิดปัญหาในผู้สูงอายุที่ยังมีความต้องการทางเพศ ก่อให้เกิดความคับข้องใจตามมา (Wold, 1993)

การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ ส่วนหนึ่งอาจเป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ประกอบกับวัยสูงอายุต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงหน้าที่การงาน ส่งผลทำให้รายได้และความภาคภูมิใจในตนเองลดลงด้วย และเมื่อมีการสูญเสียคู่สมรสหรือเพื่อนฝูงที่ใกล้ชิด จะทำให้ผู้สูงอายุ

รู้สึกท้อแท้ หมดหวัง บุคลิกภาพเปลี่ยนไป จะรู้สึกน้อยใจ อ่อนไหวง่าย วิตกกังวล รู้สึกไม่มั่นคง ปลอดภัย และต้องการการพึ่งพามากขึ้น รู้สึกขาดความอบอุ่นก่อให้เกิดความเครียด ส่งผลให้พฤติกรรมเปลี่ยนแปลงได้ เช่น ซึมเศร้า แยกตัวจากสังคม และการตัดสินใจไม่ดี (จินทนา รัตนทวิชัย, 2541; จำเรียง ฐรมะสุวรรณ, 2536; สุพัตรา สุภาพ, 2533)

การเปลี่ยนแปลงทางสังคมในผู้สูงอายุ เป็นการเปลี่ยนแปลงทั้งในครอบครัวและสังคม การเปลี่ยนแปลงในครอบครัวนั้นจะพบว่าผู้สูงอายุจะลดบทบาทลง เช่นจากการเป็นหัวหน้าครอบครัว เป็นผู้หาเลี้ยงครอบครัวกลับเป็นผู้ที่ต้องได้รับการเลี้ยงดูจากบุตรหลาน และบางคนอาจจะถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพัง โดยเฉพาะผู้สูงอายุในภาคใต้มีการสำรวจพบว่าถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพังถึงร้อยละ 4 (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2542) และจากการเปลี่ยนแปลงสังคมเกษตรกรรมเป็นสังคมอุตสาหกรรม ทำให้ผู้สูงอายุบางคนต้องเปลี่ยนแปลงการประกอบอาชีพ อีกทั้งการเกษียณอายุราชการ จะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีบทบาทและการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมลดน้อยลง หรือบางคนอาจจะแยกตัวออกจากสังคมโดยเด็ดขาด ทำให้ผู้สูงอายุรับรู้ถึงการมีคุณค่าในตนเองลดลง เกิดการพึ่งพิงทั้งด้านกิจวัตรประจำวันตลอดจนกิจกรรมที่จำเป็นในการดำเนินชีวิต ส่งผลกระทบด้านจิตใจของผู้สูงอายุได้ (บรรลุ ศิริพานิช, 2542) ผลจากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม จะส่งผลกระทบต่อถึงกันและกันเป็นวงจรไม่รู้จบ มีผลให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุลดลง ดังนั้นแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุก็คือการช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีความผาสุกและพึงพอใจ สามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างเหมาะสม ช่วยเหลือตนเองได้ตามอัตภาพ ไม่เป็นภาระให้แก่ผู้อื่น และดำรงไว้ซึ่งการมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งหมายถึงการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีนั่นเอง

คุณภาพชีวิตมาจากคำสองคำคือ คุณภาพและชีวิตซึ่งหมายถึงรวมถึงคุณลักษณะที่ดีหรือความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคล (ราชบัณฑิตยสถาน, 2538) และมีผู้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตไว้หลายลักษณะทั้งที่คล้ายคลึงกันและแตกต่างกัน เช่นในลักษณะความพึงพอใจในชีวิต (life satisfaction) ความสุข (happiness) และความผาสุก (well-being)(Campbell, 1976; Dalkey & Rourke, 1973 ; Flanagan, 1978 ; Liu, 1975 ; Meebreg, 1993 ; UNESCO, 1978) และในอีกลักษณะหนึ่งคุณภาพชีวิต หมายถึงการรับรู้สถานการณ์ในด้านต่างๆของชีวิต เป็นการรับรู้ของบุคคลที่ได้รับการสนองตอบความต้องการด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ที่ทำให้บุคคลสามารถดำรงชีวิตประจำวันได้ตามปกติ ได้แก่การมีสุขภาพที่ดี มีรายได้ที่พอเพียง ไม่มีภาวะกดดันทางจิตใจ และการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและเพื่อน (Ferrel, 1995; Down & Bengtson, 1978 cited in Haug & Folmar, 1986) องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตไว้ว่า เป็นการรับรู้ความพึงพอใจและสถานะของบุคคลในการดำรงชีวิตในสังคม โดยจะสัมพันธ์กับเป้าหมายและความคาดหวังของตนเอง ภายใต้บริบทของวัฒนธรรม ค่านิยม มาตรฐาน

ของสังคมและสิ่งอื่นๆที่เกี่ยวข้อง เช่น สวัสดิการ และบริการในด้านต่างๆ ตลอดจนลักษณะทางการเมืองการปกครองในสังคมที่อาศัยอยู่ และสามารถประเมินคุณภาพชีวิตในด้านวัตถุวิสัย (objective approach) และด้านจิตวิสัย (subjective approach) (The WHOQOL group, 1994) โดยมีองค์ประกอบคุณภาพชีวิต 4 ด้านได้แก่ ด้านร่างกาย (physical domain) เป็นการประเมินการรับรู้สภาพทางด้านร่างกายของบุคคล ซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน ด้านจิตใจ (psychological domain) เป็นการประเมินการรับรู้สภาพทางจิตใจของบุคคลที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (social relationship domain) เป็นการประเมินการรับรู้ทางด้านความสัมพันธ์ของบุคคลที่มีต่อบุคคลอื่น และด้านสภาพแวดล้อม (environmental domain) เป็นการประเมินเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตของบุคคล

การที่จะทราบว่าคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุแต่ละคนหรือแต่ละกลุ่มเป็นอย่างไรนั้น จะต้องมีการวัดหรือการประเมิน ซึ่งสามารถประเมินด้วยตนเองหรือโดยบุคคลอื่น โดยการใช้เครื่องมือหรือแบบวัดคุณภาพชีวิตซึ่งมีหลายแบบขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของการศึกษา หรือกลุ่มของประชากรที่ต้องการศึกษา เช่นการศึกษาของสะอิ่ง ชวรวงกูร (2538) ต้องการศึกษายิงจัยคัดสรรที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดสุราษฎร์ธานี และสร้างเครื่องมือขึ้นเองโดยเครื่องมือที่สร้างนั้นจะครอบคลุมวัตถุประสงค์ของการศึกษาคือคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้านวัตถุวิสัย และด้านจิตวิสัย ในขณะที่ดวงใจ เปลีียนบำรุง (2540) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตชายแดนภาคใต้ ได้นำแบบวัดคุณภาพชีวิตของเบิร์กฮอร์น (Berghorn) มาใช้ในการวัดคุณภาพชีวิต เพราะมีวัตถุประสงค์จะวัดด้านความสามารถในการดูแลตนเอง และในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) (สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล, กรองจิต วงศ์สุวรรณ, วณิดา พุ่มไพศาลชัย, วิระวรรณ ดันดีพิวัฒนสกุล และรานีพรมานะจิริงกุล, 2540) เนื่องจากมีคุณสมบัติตามข้อสรุปของ สปีทเซอร์ ค็อบสัน และฮอลล์ (Spitzez, Dobson, & Hall, 1981) คือมีข้อความสั้น เข้าใจง่าย นำไปใช้สะดวก ครอบคลุมองค์ประกอบของชีวิตทั้ง 4 ด้าน คือด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสภาพแวดล้อม เนื้อหาสอดคล้องกับผู้สูงอายุในภาคใต้ตอนบนโดยไม่มีข้อจำกัดเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องเช่นเพศ อายุ อาชีพ และชนิดของการเจ็บป่วยหรือโรคประจำตัว โดยผ่านการตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ และสามารถแสดงให้เห็นถึงความแตกต่างอย่างชัดเจนในกลุ่มผู้ถูกวัด ที่มีระดับคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกันได้แก่ ระดับสูง ระดับปานกลางและระดับต่ำ

การศึกษาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุจะต้องคำนึงถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้แก่ ปัจจัยทางด้านประชากรซึ่งเป็นลักษณะส่วนบุคคล ในการศึกษาครั้งนี้จะศึกษาปัจจัยด้าน เพศ อายุ ศาสนา เนื่องจากเพศเป็นตัวกำหนดรูปแบบการดูแลตนเองซึ่งมีผลต่อคุณภาพชีวิต ส่วนอายุมีผลต่อคุณภาพชีวิต

เนื่องจากอายุที่เพิ่มมากขึ้นทำให้สมรรถภาพทางกายลดลง มีระดับการพึงพอใจ นอกจากนี้การนับถือศาสนาที่ต่างกันมีผลให้พฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน โดยเฉพาะด้านสุขภาพอนามัยซึ่งจะมีผลต่อคุณภาพชีวิต ประชากรในภาคใต้มีหลายเชื้อชาติ ตลอดจนศาสนาที่แตกต่างจากประชากรสูงอายุภาคอื่นๆ (ขนิษฐา นาคะ, 2542) มีหลายการศึกษาที่พบว่าเพศ อายุ และศาสนาที่แตกต่างกัน ทำให้ผู้สูงอายุมีระดับคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกัน (ปรีชา อุปโยคิน, 2538; พนิดา คุณาธรรม, 2538; โยธิน บุญเฉลย, 2534 ; ดวงใจ เปลียนบำรุง, 2540 ; วาทีนี บุญชะลิกษี และยุพิน วรศิริอมร, 2539; Hanlon & Pickett, 1984; Shank & Lough, อ้างใน รจนารถ ร่วงลือ, 2536) ปัจจัยทางด้านสังคม ประกอบด้วยลักษณะการอยู่อาศัยในครอบครัวของผู้สูงอายุ จากการสำรวจประชากรสูงอายุในภาคใต้ในปี พ.ศ.2538 ของนภาพร ชโยวรรณ พบว่าผู้สูงอายุในภาคใต้อาศัยอยู่คนเดียวร้อยละ 4 ซึ่งอาจจะทำให้มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตได้ จากการได้รับความช่วยเหลือหรือการสนับสนุนที่ลดลง เนื่องจากมีหลายการศึกษาที่พบว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับคู่สมรส หรืออาศัยอยู่ในครอบครัวที่มีสมาชิกตั้งแต่ 3 คน ขึ้นไป จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวหรืออยู่ในครอบครัวเดี่ยว (จำเรียง กุระมะสุวรรณ, 2536; ยนต์ ชุ่มจิต, 2530; สุรกุล เจนอบรม, 2534 ; Berghom, et al., 1981 อ้างใน ดวงใจ เปลียนบำรุง, 2540) ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจได้แก่รายได้ของผู้สูงอายุ หรือรายได้ของครอบครัวผู้สูงอายุ เนื่องจากรายได้ของประชากรภาคใต้จะเป็นรายได้จากภาคเกษตรกรรมเป็นส่วนใหญ่ หลายการศึกษาพบว่าประชากรในภาคเกษตรกรรมมักจะมีรายได้ต่ำ และมีหลายการศึกษาที่พบว่าผู้สูงอายุในภาคใต้ที่มีรายได้ต่ำทำให้มีคุณภาพชีวิตต่ำลงด้วย (ดวงใจ เปลียนบำรุง, 2540; ขนิษฐา นาคะ, 2542) ดังนั้นปัจจัยด้านประชากร ปัจจัยด้านสังคม และปัจจัยด้านเศรษฐกิจ อาจจะมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตภาคใต้ตอนบน

มีหลายการศึกษาที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับลักษณะสังคมเฉพาะของประชากรภาคใต้ ซึ่งการศึกษาเหล่านี้ อาจจะเป็นข้อมูล ที่จะนำไปสู่การศึกษาคุณภาพชีวิตของประชากรสูงอายุในภาคใต้ตอนบนได้ เช่นการศึกษาของ ฉัตรทิพย์ นาถสุภา และพูนศักดิ์ ชานิกรประดิษฐ์ (2540) พบว่าสภาพแวดล้อมทางสังคมและวัฒนธรรมในรูปแบบของชาวภาคใต้ จะมีอิทธิพลต่อวิถีชีวิตของประชาชนในภาคใต้เป็นอย่างมาก และจะส่งผลกระทบต่อชุมชนทำให้ประชาชนมีพฤติกรรมต่างๆ โดยเฉพาะพฤติกรรมดูแลสุขภาพแตกต่างกันไป โดยเฉพาะผู้สูงอายุจะยึดมั่นอยู่กับหลักศาสนา ซึ่งศาสนาที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ในภาคใต้ตอนบนนับถือคือศาสนาพุทธ และศาสนาอิสลาม ตลอดจนความเชื่อดั้งเดิมของแต่ละท้องถิ่นซึ่งแตกต่างกัน เช่นความเชื่อในพิธีกรรมต่างๆ สิ่งศักดิ์สิทธิ์และไสยศาสตร์ ได้นำการดูแลสุขภาพซึ่งสืบทอดมาจากบรรพบุรุษมาผสมผสานกับการดูแลในเชิงวิทยาศาสตร์ (สุภาพ, พัสต้อง 2537) และมีการถ่ายทอดพฤติกรรมเหล่านี้มาจากบรรพบุรุษอย่างเคร่งครัด แม้ว่าการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้จะสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามยุคสมัย แต่สำหรับผู้สูงอายุแล้วการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ยังคงเหมือนเดิม หรือเปลี่ยนแปลงเพียงเล็กน้อยเท่านั้น (สถาบันทักษิณคดีศึกษา, 2527 อ้างในขนิษฐา นาคะ, 2542) การที่ผู้สูงอายุนิยมอาศัย

อยู่ในถิ่นกำเนิด อาจจะเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพัง (นภาพร ชโยวรรณ และจอห์น โนเคล, 2539) ซึ่งอาจจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุได้

นอกจากนี้ผู้สูงอายุในภาคใต้ตอนบนยังต้องประสบกับเหตุการณ์ต่างๆ ทั้งอุบัติภัยตามธรรมชาติ และจากสภาพภูมิประเทศของภาคใต้ตอนบนซึ่งเป็นเขตร้อนชื้น และมีเพียงสองฤดูเท่านั้นคือ ฤดูร้อนเริ่มตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ถึงเดือนเมษายน และฤดูฝนเริ่มตั้งแต่เดือนพฤษภาคมถึงเดือนมกราคม การมีฤดูฝนยาวนานกว่าทำให้ภาคใต้ได้ชื่อว่าเมืองแห่งฝนแปดแคคสี ซึ่งเป็นสาเหตุที่พบว่าในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลในเขตนี้ มีผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคทางเดินหายใจเป็นอันดับหนึ่ง (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี, 2542, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา, 2542) และผลของการปฏิบัติตามแผนการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 ที่มีการเสริมสร้างศักยภาพการพัฒนาของภูมิภาคและชนบท เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนอย่างทั่วถึง เช่นจากการพัฒนาเศรษฐกิจเขตเมืองใหม่ การพัฒนาพื้นที่ชายฝั่งทะเลภาคใต้ อาจจะส่งผลกระทบต่อประชากรทั้งด้านบวกและด้านลบ เพราะการพัฒนาทำให้มีการสร้างงานให้กับประชากรวัยแรงงาน มีรายได้เพิ่มขึ้นทำให้มีความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น แต่ในขณะเดียวกันก็อาจจะได้รับผลกระทบจากปัญหาสภาพแวดล้อมเป็นพิษ เกิดปัญหาสุขภาพตามมา (คณะอำนวยการจัดทำแผนสาธารณสุข, 2539) และผู้ที่ได้รับผลกระทบมากที่สุดได้แก่ผู้สูงอายุที่อาศัยในพื้นที่พัฒนา และอาจจะได้รับผลกระทบจากการอพยพของแรงงานต่างถิ่น โดยเฉพาะผู้สูงอายุในเขตเมือง จากสภาพความแออัดอาจจะส่งผลให้มีความเครียดเพิ่มขึ้นได้ ตลอดจนผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงรูปแบบครอบครัว ลักษณะสังคมจะเป็นรูปแบบต่างคนต่างอยู่ ซึ่งจะแตกต่างไปจากสังคมชาวใต้ในอดีต ที่เคยเป็นสังคมที่มีการช่วยเหลือเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ซึ่งกันและกัน (ฉัตรทิพย์ นาถสุภา และพูนศักดิ์ ชานิกรประคิมฐ์, 2540) ทำให้ผู้สูงอายุนับรู้ได้ถึง การเปลี่ยนแปลง และอาจจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตภาคใต้ตอนบนด้านต่างๆ ได้

ผู้วิจัยซึ่งเป็นบุคลากรทางด้านสาธารณสุขในจังหวัดหนึ่งในภาคใต้ตอนบน จึงสนใจจะศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตภาคใต้ตอนบน ซึ่งมีประมาณ 331,285 คนซึ่งคิดเป็นร้อยละ 7.69 ของประชากรทั้งหมดในภาคใต้ตอนบน (สถาบันประชากรศาสตร์, 2542) โดยที่ผู้สูงอายุเหล่านี้มีสังคม วัฒนธรรม ความเชื่อ วิถีชีวิต ตลอดจนขนบธรรมเนียมประเพณีแตกต่างจากผู้สูงอายุในภาคอื่นๆ และภาคใต้ตอนล่าง ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ผู้วิจัยคาดว่าการศึกษาครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ต่อบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยนำผลการศึกษาไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนทางการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างเหมาะสม ช่วยเหลือตัวเองได้ตามอัธยาศัยและไม่เป็นภาระแก่ผู้อื่น จะช่วยให้บรรลุเป้าหมายของการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตภาคใต้ตอนบนต่อไป

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา

1. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตภาคใต้ตอนบนทั้งในเขตเมืองและเขตชนบท
2. เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตภาคใต้ตอนบนระหว่างเขตเมืองและเขตชนบท
3. ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตภาคใต้ตอนบนกับปัจจัยด้านเพศ อายุ ศาสนา รายได้ของครอบครัว และลักษณะการอยู่อาศัยในครอบครัว

### คำถามของการวิจัย

1. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตภาคใต้ตอนบนทั้งเขตเมืองและเขตชนบทเป็นอย่างไร
2. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตภาคใต้ตอนบนทั้งเขตเมืองและเขตชนบทมีความแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร
3. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตภาคใต้ตอนบนมีความสัมพันธ์กับปัจจัยด้านเพศ อายุ ศาสนา รายได้ของครอบครัว และลักษณะการอยู่อาศัยในครอบครัวหรือไม่ อย่างไร

### ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตภาคใต้ตอนบน โดยเก็บข้อมูลในจังหวัดสุราษฎร์ธานี และจังหวัดพังงา ทั้งในเขตเมืองและเขตชนบท จำนวน 400 ราย แบ่งเป็นเขตเมือง 82 ราย และเขตชนบท 318 ราย โดยทำการศึกษาดังแต่เดือน เมษายน พ.ศ. 2543 ถึงเดือน มิถุนายน พ.ศ. 2543

### คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

**คุณภาพชีวิต** หมายถึง การรับรู้ความพึงพอใจและการรับรู้สถานะด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม และสภาพแวดล้อมของบุคคล ในการดำรงชีวิตในสังคม ได้แก่การมีสุขภาพที่ดีไม่มีการเจ็บป่วยที่เป็นอุปสรรคในการทำงาน การได้รับการผ่อนคลายด้านจิตใจ การพึงพอใจในรายได้ และการสนับสนุนจากครอบครัวและเพื่อน ตลอดจนการรับรู้และพึงพอใจในสภาพแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต ประเมินได้จากเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ 26 ตัวชี้วัดฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) ปรับปรุง โดย สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ (2540)

**ผู้สูงอายุ** หมายถึง บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในเขตภาคใต้ตอนบน

**เขตเมือง** หมายถึง เขตที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลของจังหวัด สุราษฎร์ธานี และพังงา

**เขตชนบท** หมายถึง เขตที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลของจังหวัด สุราษฎร์ธานี และพังงา

**เขตภาคใต้ตอนบน** หมายถึง จังหวัดในภาคใต้ตอนบนซึ่งประกอบด้วยจังหวัดชุมพร ระนอง กระบี่ สุราษฎร์ธานี นครศรีธรรมราช พังงา และภูเก็ต