

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตภาคใต้ตอนบนทั้งในเขตเมืองและเขตชนบท โดยศึกษาในจังหวัดสุราษฎร์ธานี และจังหวัดพังงา ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ครอบคลุมหัวข้อตามลำดับต่อไปนี้

1. คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ
2. องค์ประกอบคุณภาพชีวิต
3. ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ
4. การประเมินคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

ความหมายคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตมักจะตั้งอยู่บนรากฐานของความเชื่อ หรือแนวคิดเกี่ยวกับชีวิตของแต่ละคน ซึ่งจะต้องประกอบด้วย กาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม โดยทั่วไปมนุษย์ทุกคนย่อมต้องการ การมีชีวิตที่ดีพร้อมในทุกๆด้านที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตในสังคมเช่น มีสุขภาพดี มีอิสระเสรีในด้านความคิด การกระทำ มีเป้าหมายของชีวิต คุณภาพชีวิตเป็นแนวคิดที่กำลังได้รับความสนใจอย่างกว้างขวาง เพราะเป็นเป้าหมายหลักของการพัฒนาประเทศ เนื่องจากคุณภาพชีวิตที่ดีของประชากร จะทำให้การพัฒนาในด้านต่างๆสามารถกระทำได้ดีหรือประสบผลสำเร็จอย่างรวดเร็ว จึงมีผู้ให้ความหมายคุณภาพชีวิตทั้งที่คล้ายคลึงกันและแตกต่างกัน เป็นการยากที่จะให้ความหมายคุณภาพชีวิตเหมือนกันได้ ดังเช่นความหมายที่ยอมรับว่าคุณภาพชีวิตหมายถึงความสุข ความผาสุก และความพึงพอใจ เช่นแคมป์เบล (Campbell, 1976) กล่าวว่าคุณภาพชีวิตคือความสุข ความพึงพอใจ และความหวังของแต่ละบุคคล ที่มีต่อสถานการณ์ที่เป็นอยู่ในขณะนั้น ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของดาลเก้และโร้กี้ (Dalkey & Rourke, 1973) ที่ให้ความหมายคุณภาพชีวิตไว้ว่า เป็นความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อความเป็นอยู่ที่ดี หรือความผาสุก ความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจทั้งในเรื่องสุขภาพ กิจกรรมในชีวิต ความเครียด

เป้าหมายของชีวิต คุณค่าในตนเอง ความเข้มแข็ง ตลอดจนสังคมและครอบครัว ส่วนในอีกความหมาย คุณภาพชีวิตจะหมายถึงการรับรู้ประสิทธิภาพหรือศักยภาพในตนเอง ในการทำหน้าที่สำหรับการดำรงชีวิต หรือความสามารถในการควบคุมตนเองต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น รวมทั้งความเจ็บป่วยต่างๆ เช่นแนวคิดของโอเรม (Orem, 1991) ได้ให้ความหมายคุณภาพชีวิตไว้ว่า เป็นการรับรู้ของบุคคล โดยเชื่อว่าบุคคลสามารถรับรู้คุณภาพชีวิตได้ แม้ว่าจะมีความเจ็บป่วย ซึ่งเป็นศักยภาพในการดูแลตนเองของบุคคล เรกส์เดล และมอร์โร (Ragsdale & Morrow, 1990) ได้ให้ความหมายว่าคุณภาพชีวิต หมายถึงการรับรู้การมีประสิทธิภาพ หรือความสามารถในการกระทำอย่างมีความหมายเพื่อควบคุมหรือจัดการกับสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยของตน ทั้งด้านจิตอารมณ์ ความคิดและการดูแลรักษา ชาน (Zhan, 1992) ได้ให้ความหมายว่าคุณภาพชีวิตไว้ว่า เป็นการรับรู้ถึงการได้รับการตอบสนองในด้านต่างๆ ของบุคคลเพื่อช่วยให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดี ส่วนพาดิลลา และแกรีน (Padilla & Grant, 1985) ได้ให้ความหมายว่าคุณภาพชีวิตไว้ว่า เป็นการรับรู้ความพึงพอใจที่เปลี่ยนแปลงไปตามภาวะสุขภาพ

นอกจากคุณภาพชีวิตมีหลายมิติดังกล่าวแล้ว ยังมีผู้ให้ความหมายที่มุ่งเน้นด้านใดด้านหนึ่ง เช่น ลูอิส (Lewis, 1982) จะให้ความหมายของคุณภาพชีวิตด้านจิตสังคม โดยมองว่าคุณภาพชีวิตหมายถึงระดับ (degree) ของความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การมีเป้าหมายในชีวิต และมีความวิตกกังวลน้อยที่สุด ในขณะที่ยังและลองแมน (Young & Longman, 1983) ได้เน้นความสำคัญทางด้านร่างกาย สังคม และวัตถุสิ่งของเท่านั้น แต่ก็มีหลายคนที่มีมุมมองกว้างคือมองว่าคุณภาพชีวิตประกอบด้วยมิติ ด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม เช่น ฮอร์นควิส (Homquist, 1982 อ้างใน ดวงใจ เปลี่ยนบำรุง, 2540) บอกว่าคุณภาพชีวิตเป็นระดับของความพึงพอใจในชีวิตของบุคคล ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และ วัตถุสิ่งของ สำหรับองค์การอนามัยโลก (The WHOQOL Group, 1994) ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตไว้ว่า คุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ความพึงพอใจและการรับรู้สถานะของบุคคลในการดำรงชีวิตในสังคมโดยจะสัมพันธ์กับเป้าหมาย และความคาดหวังของตนเอง ภายใต้บริบทของวัฒนธรรม ค่านิยม มาตรฐานของสังคมและสิ่งอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องเช่นระบบบริการ สาธารณสุข การเมือง และการปกครองของสังคมที่บุคคลอาศัยอยู่

สำหรับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ นั้น พนิษฐา พานิชชีวกุล (2537) ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุไว้ว่า เป็นความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อการดำเนินชีวิต และต้องคำนึงถึงภาวะสุขภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้อง ฮันเตอร์ (Hunter, 1992) ได้ให้ความหมายว่าคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุว่า เป็นการรับรู้ความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีต่อความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย และจิตวิญญาณ ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญในการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ คุณภาพชีวิตจะเป็นสิ่งสำคัญในการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุรับรู้คุณค่าแห่งตนเอง รู้สึกยินดีและมีความสุขในชีวิต ลอตัน (Lawton, 1978 cited in Schainen, 1991) กล่าวว่าคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุขึ้นอยู่กับภาวะสุขภาพด้านจิตใจ

ความสามารถในการกระทำกิจกรรม การไม่เป็นภาระแก่ผู้อื่น รวมทั้งการรับรู้ความพึงพอใจด้านสภาพแวดล้อมทางกายภาพ เช่นที่อยู่อาศัยที่มีมาตรฐาน สิ่งอำนวยความสะดวก ความปลอดภัยและความสะดวกสบาย และสวัสดิการในการดูแลด้านต่างๆ สิ่งแวดล้อมทางสังคม เช่น กิจกรรมทางสังคมและสันติภาพ การรื้อข่ายทางครอบครัวและสังคม การมีปฏิสัมพันธ์กับองค์กรในสังคม ภาวะเศรษฐกิจและสังคม เช่นรายได้ ภาวะโภชนาการ การมีมาตรฐานในการดำรงชีวิต การมีเอกสิทธิ์แห่งตน การมีความผาสุกด้านจิตใจ อารมณ์ ความรู้สึก และฮิวส์ (Hughes, 1993) ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตไว้ว่า เป็นความสุขพึงพอใจในชีวิตตนเองของบุคคล ตลอดจนการตัดสินใจคุณภาพชีวิตด้วยตนเอง

สรุปได้ว่าคุณภาพชีวิตหมายถึง การรับรู้ความพึงพอใจและการรับรู้สถานะด้านร่างกายจิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม และสภาพแวดล้อม ของบุคคลในการดำรงชีวิตในสังคม ได้แก่การมีสุขภาพที่ดี ไม่มีการเจ็บป่วยที่เป็นอุปสรรคในการทำงาน การได้รับการผ่อนคลายด้านจิตใจ การพึงพอใจในรายได้ และการสนับสนุนจากครอบครัวและเพื่อน ตลอดจนการรับรู้และพึงพอใจในสภาพแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต

องค์ประกอบคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตเป็นแนวคิดที่ประกอบไปด้วยหลายมิติ มีผู้กล่าวถึงองค์ประกอบคุณภาพชีวิตไว้หลากหลายด้วยกัน เช่น ฟลานาแกน (Flanagan, 1978)กล่าวถึงองค์ประกอบคุณภาพชีวิตไว้ว่าเป็นองค์ประกอบในการดำรงชีวิตขั้นพื้นฐานได้แก่ ร่างกาย อารมณ์ สังคม ความคิด และจิตใจ เบอร์กฮอธัน เซฟเฟอร์ และคณะ (Berghom, Schafer & et al. 1981 อ้างใน ดวงใจ เปลี้นนารุ่ง, 2540) ได้กล่าวถึงองค์ประกอบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ได้แก่ สภาพทางเศรษฐกิจ สุขภาพ สภาพแวดล้อม การพึ่งพาตนเองและการทำกิจกรรมซึ่งคล้ายกับแนวคิดของ เดนแฮม (Denhem, 1991) ที่เสนอว่าองค์ประกอบคุณภาพชีวิตประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่สิ่งแวดล้อม ความสัมพันธ์ทางสังคม สุขภาพกาย สุขภาพจิต รวมถึงบุคลิกภาพและประวัติในอดีต ส่วนองค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 1994) ซึ่งได้เริ่มพัฒนาเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตเป็นโครงการระยะเวลา 4 ปี (1992-1995) ด้วยความร่วมมือจากนักวิชาการที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม ทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้วและประเทศที่กำลังพัฒนา โดยได้ดำเนินการพัฒนาเครื่องมือ หรือเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิต ให้ได้ความหมายถึงความพึงพอใจในชีวิต และการรับรู้สถานะตนเองด้านต่างๆ ในการดำเนินชีวิตของบุคคล โดยครั้งแรกจะมีข้อคำถาม 277 ข้อ และถูกนำไปใช้ศึกษานำร่องในศูนย์ภาคสนามในประเทศต่างๆ หลายครั้ง และนำผลที่ได้มาปรับปรุง

ให้เครื่องมือมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น แล้วนำไปทดลองใช้เปรียบเทียบกับแบบวัดอื่นๆ แล้วจึงสรุปผลเพื่อที่จะปรับปรุงเครื่องมือ ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ต่อมาในปี ค.ศ.1994 เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตได้ปรับปรุงจนมีความเหมาะสมในการนำไปใช้มากขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเพียง 100 ข้อ และเรียกแบบวัดนี้ว่าเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตองค์การอนามัยโลก “WHOQOL-100” (World Health Organization Quality of Life-100) โดยโครงสร้างแบบวัดคุณภาพชีวิตนี้จะสะท้อนให้เห็นประเด็นสำคัญๆต่อคุณภาพชีวิต แบ่งเป็นคำถาม 6 ด้าน ได้แก่ด้านร่างกาย จิตใจ ระดับความเป็นอิสระไม่ต้องพึ่งพา ความสัมพันธ์ทางสังคม สภาพแวดล้อม และความเชื่อส่วนบุคคล ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบการรับรู้เชิงรูปธรรม ประกอบด้วยคำถามในรูปของความเข้ม (intensity) ซึ่งจะหมายถึงความรุนแรงของความรู้สึกนั้น ๆ ความจุ (capacity) ซึ่งหมายถึงความสามารถในการรับรู้สถานการณ์ที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตมากน้อยเพียงใด ความถี่ (frequency) หมายถึงความบ่อยของพฤติกรรมหรือความรู้สึกที่เป็นประสบการณ์ ซึ่งจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิต และคำถามที่ต้องการให้ตอบตามการรับรู้ของผู้ที่ถูกรวัด จะเป็นคำถามเกี่ยวกับการประเมินปัญหาที่ผู้ถูกรวัดกำลังเผชิญอยู่ เพื่อประเมินว่าเหตุการณ์นั้นมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตอย่างไร จึงนับว่าเป็นเครื่องมือที่มีความครอบคลุมด้านเนื้อหา มีความละเอียดและความไวสูง (กิตติกร มีทรัพย์, 2537) ต่อมาในปี ค.ศ. 1995 ทีมพัฒนาคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization Quality of Life Group) (the WHOQOL Group, 1995) ได้จัดองค์ประกอบใหม่โดยรวบรวมองค์ประกอบบางด้านเข้าด้วยกันจึงเหลือเพียง 4 ด้านคือด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม และสภาพแวดล้อม ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้องค์ประกอบคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (WHOQOL) เป็นเครื่องมือในการวัดคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาคใต้ตอนบน ซึ่งสามารถวัดได้ครอบคลุมองค์ประกอบในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุทั้ง 4 ด้าน ดังต่อไปนี้

1. ด้านร่างกาย (physical domain) คือการรับรู้สภาพด้านร่างกายของบุคคลที่มีผลต่อชีวิตประจำวัน เป็นองค์ประกอบที่สำคัญของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ การมีสุขภาพด้านร่างกายที่ดี ทำให้บุคคลรับรู้ว่าคุณเองมีคุณภาพชีวิตที่ดี การมีสุขภาพดีย่อมเป็นที่ปรารถนาของทุกคน ผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่เกิดโรคได้ง่ายกว่าบุคคลในวัยอื่นๆ เนื่องจากสมรรถภาพในการทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายเสื่อมถอยลงตามอายุที่เพิ่มมากขึ้น ถ้าผู้สูงอายุมีความรู้สึกว่าคุณเองมีสุขภาพดีหรือยอมรับในการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ยอมรับความสามารถที่มีข้อจำกัดของร่างกาย และปรับตัวให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพ และการให้ผู้สูงอายุประเมินภาวะสุขภาพของตนเองจะเป็นสิ่งบ่งบอกถึงความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุได้ดีที่สุด (สุรกุล เจนอบรม, 2534) โดยผู้สูงอายุจะประเมินจากการรับรู้ว่าคุณเองมีร่างกายแข็งแรง มีการเคลื่อนไหวที่ดี สามารถทำงานและประกอบกิจวัตรประจำวันได้ นอนหลับพักผ่อน

ได้ตามปกติ มีความสุขสบาย ปราศจากการเจ็บป่วยที่เป็นอุปสรรคในการดำเนินชีวิตหรือไม่เพียงใด ดังนั้นคุณภาพชีวิตจึงเกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพบุคคลเสมอ (Peplau, 1994)

ภาวะสุขภาพจะมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยจะมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับคุณภาพชีวิต (Miller, 1992; Moore, Newsome, Payne & Tiansaward (1993) สำหรับผู้สูงอายุไทยจากการสำรวจสภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่านอกจากปัญหาสุขภาพที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมลงแล้วนั้น ผู้สูงอายุมักจะมีปัญหาเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ได้แก่โรคของกระดูกและข้อ โรคความดันโลหิตสูง โรคกระเพาะอาหาร โรคหัวใจ และโรคเบาหวาน (นภาพร ชโยวรรณ และจอห์น โนเดล, 2539) จากการศึกษาของเขมิกา ยามะรัตน์ (2527) พบว่าผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีและไม่มีโรคประจำตัว หรือมีปัญหาสุขภาพเล็กน้อยจะมีความพึงพอใจในชีวิตสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีสุขภาพไม่ดี และมีโรคประจำตัว เช่นเดียวกับการศึกษาของประภาพร จินันทุยา (2536) กนกพร สุกำวัง (2540) มารศรี นุชแสงพลี (2532) ที่ศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวจะมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัวหรือโรคเรื้อรัง

นอกจากโรคประจำตัวแล้วผู้สูงอายุยังพบกับปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นตามวัยที่สูงขึ้นเช่น การศึกษาของ อรรถกร โดษยานนท์ วิไล คุปต์นิริติศัยกุล และสุรศักดิ์ นิลกานูวงศ์ (2542) ศึกษาถึงความชุกของข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ ที่อาศัยอยู่ในชุมชนรอบโรงพยาบาลศิริราชจำนวน 392 คน พบว่าผลของเข่าเสื่อมทำให้คุณภาพชีวิตลดลง เนื่องจากผู้สูงอายุต้องสูญเสียความสามารถในการใช้เข่าในชีวิตประจำวัน และเมื่อให้การรักษาโดยวิธีสอนการออกกำลังกาย และการใช้เข่าอย่างถูกต้อง และติดตามผลในระยะเวลา 6 เดือนพบว่าผู้สูงอายุกลุ่มที่ออกกำลังกายเป็นประจำและต่อเนื่อง จะมีกำลังกล้ามเนื้อและความสามารถในการเดินดีขึ้น ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ อรรถกร โดษยานนท์ ประเสริฐ อัสตันตชัย และสุจิตรา ประสานสุข (2542) ศึกษาเรื่องการทรงตัวและปัจจัยเสี่ยงของการหกล้มในผู้สูงอายุ พบว่าจากการเปลี่ยนแปลงเนื่องจากความชรา และพยาธิสภาพทางด้านร่างกาย มีผลทำให้อุบัติการหกล้มในผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นทำให้คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุลดลง โดยพบว่าปัจจัยเสี่ยงในการทรงตัวส่วนหนึ่งเกิดจากการเสื่อมตามวัยที่เพิ่มมากขึ้น เช่นหูตึง อาการหลงลืม อาการเสื่อมของข้อเข่า ตลอดจนความเสื่อมของสายตา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของดวงใจ เปลี่ยนบำรุง (2540) ที่ศึกษาพฤติกรรมและการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจังหวัดเขตชายแดนภาคใต้ พบว่าปัญหาสุขภาพที่เกิดจากความเสื่อมตามวัยร้อยละ 39.8 และปัญหาที่พบมากที่สุดแก่กลุ่มอาการที่เกี่ยวข้องกับระบบกล้ามเนื้อและโครงกระดูกร้อยละ 40.2 ปัญหาสุขภาพอีกอย่างหนึ่งที่พบมากในผู้สูงอายุได้แก่ การกลืนปัสสาวะไม่อยู่ เพ็ญศิริ สันตโยภาส (2542) ได้ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องและวิธีจัดการกับตนเองต่อภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ของผู้สูงอายุสตรีในชุมชนในกรุงเทพฯ ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่กลืนปัสสาวะไม่อยู่มีร้อยละ 28.5 จากผู้สูงอายุที่ศึกษาทั้ง

หมด 720 ราย และมีผลกระทบทางร่างกายคือ มีการรับรู้ถึงความไม่สุขสบาย รู้สึกไร้ค่าและไม่สะดวกสบาย ซึ่งความไม่สุขสบายทางด้านร่างกายเป็นองค์ประกอบหนึ่งของคุณภาพชีวิต

สรุปได้ว่าปัญหาด้านร่างกายทั้งที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงที่เสื่อมถอย และจากการที่มีอาการเจ็บป่วยหรือมีโรคประจำตัว จะส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งในผู้สูงอายุแต่ละคนอาจจะประเมินปัญหาเหล่านี้และมีวิธีการที่แตกต่างกัน และสิ่งเหล่านี้จะเป็นสิ่งที่สามารถบ่งบอกถึงคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุทั้งสิ้น ดังนั้นองค์ประกอบด้านร่างกายจึงมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

2. ด้านจิตใจ (psychological domain) คือการรับรู้สภาพจิตใจของตนเอง เช่นการรับรู้ทางบวก และทางลบที่บุคคลมีต่อตนเอง เป็นองค์ประกอบสำคัญในการประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เพราะจิตใจจะเกี่ยวข้องกับสุขภาพร่างกายอย่างใกล้ชิด ในผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางด้านร่างกาย เมื่อร่างกายเปลี่ยนแปลงไปตามวัยที่เพิ่มขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกถึงการสูญเสียการทำงานของระบบต่างๆ ในร่างกาย จะมีวิตกกังวลหม่นครุ่นคิดอยู่เสมอ สิ่งเหล่านี้จะรบกวนจิตใจและอารมณ์ทำให้เกิดความตึงเครียดและขาดความสุข (Cobb, 1976) และเมื่อมีอายุมากขึ้นจะส่งผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจมากยิ่งขึ้น ชีวิตก็ยิ่งขาดความสุข นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงจากการสูญเสียในลักษณะต่างๆ เช่นการสูญเสียบทบาทหน้าที่การงาน การสูญเสียภาพลักษณ์ ความภูมิใจในตนเอง การสูญเสียบทบาททางสังคมซึ่งทำให้ผู้สูงอายุมีการเข้าร่วมกิจกรรมน้อยลง ขาดการติดต่อสมาคมกับเพื่อนฝูง และการสูญเสียรายได้ประจำก็ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง (Hunter, 1992) เช่นการศึกษาของนางลักษณ์ บุญไทย (2539) ศึกษาถึงความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ และความสัมพันธ์กับปัจจัยอื่นๆ พบว่าร้อยละ 67.9 ของกลุ่มที่ศึกษา มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในระดับปานกลาง และร้อยละ 15.3 มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในระดับสูง โดยที่ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ได้แก่ความช่วยเหลือที่ผู้สูงอายุให้แก่บุตรหลาน ความช่วยเหลือที่ผู้สูงอายุให้แก่เพื่อน และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของผู้สูงอายุ ส่วนการสูญเสียบุคคลใกล้ชิดด้วยการตายจาก เช่นการสูญเสียคู่สมรส ญาติสนิท เพื่อนสนิท โดยเฉพาะการสูญเสียคู่สมรส จะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกโดดเดี่ยว ว่างเปล่า ซึมเศร้า สิ้นหวังและรู้สึกว่าตนเองไร้พลัง (powerlessness) และในที่สุดก็จะมีความคิดที่รุนแรงถึงขั้นอยากฆ่าตัวตาย (Matteson, 1997; Staab & Hodegs, 1996)

จะเห็นได้ว่าการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้จะกระทบต่อจิตใจของผู้สูงอายุอย่างมาก การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจจะแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับความสามารถในการรับรู้ของแต่ละคน ถ้าผู้สูงอายุสามารถรับรู้ด้วยความรู้สึกที่มั่นคงมีความเข้าใจตนเอง และมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสภาพแวดล้อมในทางที่ดีรวมทั้งสามารถแก้ปัญหาและปรับสภาพจิตใจ ให้มีความสุขได้อย่างเหมาะสมกับความเป็นจริงในการดำเนินชีวิต ก็จะมีความสุขได้ การที่จะประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้านจิตใจนั้น โดยการประเมิน

การรับรู้เกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตนเองที่เปลี่ยนแปลง ความรู้สึกด้านบวกและด้านลบ การมีสมาธิหรือกำลังใจรวมถึงความเชื่อต่าง ๆ ในผู้สูงอายุ ได้แก่ความเชื่อในศาสนา โดยความเชื่อทางด้านศาสนามีความสัมพันธ์ด้านบวกกับคุณภาพชีวิต และความผาสุกของผู้สูงอายุ (Nelson, 1990; Larson, 1978) นอกจากนี้สภาพจิตใจของผู้สูงอายุอาจมีความแตกต่างกันระหว่างผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเมือง และผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตชนบท เช่นการศึกษาของ เกริกศักดิ์ บุญญานุพงศ์ ,สุรีย บุญญานุพงศ์, และสมศักดิ์ ฉันทะ (2533) พบว่าผู้สูงอายุในเขตเมืองในจังหวัดเชียงใหม่ มีความชุกและระดับความเครียดสูงกว่าผู้สูงอายุในเขตชนบท สอดคล้องการศึกษาของ บงกช เชี่ยวชาญยนต์ (2533) ซึ่งศึกษาเปรียบเทียบความเครียดของประชาชนวัยผู้ใหญ่และวัยสูงอายุในจังหวัดสงขลา พบว่าประชาชนในเขตเมืองมีความเครียดสูงกว่าประชาชนในชนบท

กล่าวโดยสรุปได้ว่าการสูญเสียในลักษณะต่างๆ ที่มีผลต่อจิตใจผู้สูงอายุทั้งโดยตรงหรือผลกระทบจากการสูญเสียทางด้านร่างกาย สามารถบ่งบอกถึงสภาพจิตใจของผู้สูงอายุได้เป็นอย่างดี ดังนั้นจิตใจจึงมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

3. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (social relationship domain) คือการรับรู้ด้านความสัมพันธ์ของตนเองกับบุคคลอื่นๆ ในสังคม เป็นองค์ประกอบสำคัญของคุณภาพชีวิตเช่นกัน เพราะมนุษย์ทุกคนไม่สามารถมีชีวิตอยู่คนเดียวในโลกได้ จะต้องมีการอยู่ร่วมกันเป็นสังคม เช่น ครอบครัว ชุมชน และมีความสัมพันธ์กับคนในสังคมจะทำให้ชีวิตมีความหมายยิ่งขึ้น ผู้สูงอายุที่มีความสัมพันธ์อันดีกับบุคคลกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง จะเป็นผู้สูงอายุที่มีความสุขและความพอใจในชีวิตมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น (Creazy, Berg & Wright, 1985; Cruz, 1986) ถึงแม้ว่าผู้สูงอายุจะมีบทบาททางสังคมลดน้อยลง แต่ผู้สูงอายุสามารถแสวงหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมทั้งภายในและภายนอกครอบครัวได้ เช่นการเข้าร่วมชมรมหรือสมาคมต่างๆ จะเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้แลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็นต่าง ๆ หรือการถ่ายทอดความรู้ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าต่อสังคม ก็ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านจิตใจของผู้สูงอายุ จากการศึกษาของ เจนเซน แพทเธอร์สัน และบลัชโก (Janzen ,Paterson, & Blashko, 1989) พบว่าความสัมพันธ์ที่มีคุณค่าต่อผู้สูงอายุคือความสัมพันธ์ทางสังคมเชิงคุณภาพ (qualitative social relationship) ซึ่งความสัมพันธ์นั้นจะตั้งอยู่บนรากฐานของความจริงใจ เช่นความรู้สึกรักใคร่ผูกพัน การไปมาหาสู่ การพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน การสื่อสารกันได้เข้าใจ และความรู้สึกสนิทสนม ดังนั้นการประเมินความสัมพันธ์ทางสังคมของผู้สูงอายุ จะประเมินจากความสัมพันธ์ระดับบุคคล การสนับสนุนทางสังคม จากเพื่อนที่ใกล้ชิด และกิจกรรมทางเพศ

ผู้สูงอายุที่มีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ไม่ว่าจะร่วมวัยหรือต่างวัย ไม่ว่าจะในครอบครัวหรือนอกครอบครัว ในรูปแบบของความสัมพันธ์ดังกล่าวแล้ว จะเป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพจิตดีมี

ความสุข และสามารถรับรู้ต่อสิ่งเปลี่ยนแปลงต่างๆ ในชีวิตได้ดี (Lerfrancosis, 1993; Papalia & Olds, 1995) นอกจากนี้ผู้สูงอายุที่ให้ความสนใจกับสังคมรอบตัว จะสามารถชดเชยความรู้สึกสูญเสียที่เกิดขึ้นเนื่องจากความเปลี่ยนแปลงที่เสื่อมถอยตามวัยได้ การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม เช่นกิจกรรมการเมือง ขนบธรรมเนียมประเพณี จะทำให้รู้สึกว่ามีเพื่อนสามารถแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและความรู้สึกต่างๆ ต่อกัน เป็นการระบายความตึงเครียด ก่อให้เกิดความสนุกสนานความเพลิดเพลิน และช่วยส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวและสังคมนั้นๆ มีความรู้สึกผูกพันกันมากขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุมีการรับรู้ที่ดี ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม อันจะนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดี (Barrow & Smith, 1979; Eliopoulos, 1979; Moos & Moos, 1986) สอดคล้องกับการศึกษาของ พาเรนท์ และวอลล์ (Parent & Whall, 1984) ที่พบว่า การเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง และมีความสัมพันธ์ทางลบกับความซึมเศร้า

ความสัมพันธ์ทางสังคมในภาคใต้ในปัจจุบันนี้ นอกจากจะมีชมรมต่างๆ แล้วยังมีเครือข่ายในหมู่บ้านเช่นกลุ่มออมทรัพย์ กลุ่มร้านค้า กลุ่มเกษตรกร กลุ่มอุตสาหกรรม ที่มีความเข้มแข็งมากกว่าภาคใดๆ (ฉัตรทิพย์ นาถสุภา และพูนศักดิ์ ธานีกร ประดิษฐ์, 2540) ซึ่งเครือข่ายเหล่านี้มีพื้นฐานมาจากการมีน้ำใจ ช่วยเหลือซึ่งกันและกันระหว่างชุมชน จะเปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มรวมทั้งผู้สูงอายุสามารถแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และให้คำปรึกษาซึ่งกันและกันได้ นอกจากนี้ความสัมพันธ์ทางสังคมยังรวมถึงการมีความสัมพันธ์ทางเพศอีกด้วย ซึ่งในเรื่องเกี่ยวกับความสัมพันธ์ทางเพศจะมีความแตกต่างกันไปตามสังคม วัฒนธรรม สำหรับในวัฒนธรรมของประชาชนภาคใต้เกี่ยวกับเรื่องเพศนั้นเนื่องจากเอกลักษณ์ของชาวใต้จะเป็นคนเปิดเผยและจริงใจ และอาจจะพูดจาตรงไปตรงมาแม้กระทั่งเรื่องเพศ (สถาบันทักษิณคดีศึกษา, 2527 อ้างใน ขนิษฐา นาคะ, 2540) แต่งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุยังขาดข้อมูลที่ชัดเจนเรื่องความสัมพันธ์ทางเพศ ซึ่งจะเป็นอีกด้านหนึ่งที่สามารถบ่งบอกความสัมพันธ์ทางสังคมของผู้สูงอายุได้ (สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ, 2540)

สรุปได้ว่าความสัมพันธ์ทางสังคมในรูปแบบต่างๆ ซึ่งจะมีตั้งแต่ความสัมพันธ์ในครอบครัว ได้แก่ความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรส ความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุกับบุตรหลาน ตลอดจนความสัมพันธ์ในกลุ่มเพื่อนฝูงหรือญาติๆ จะเป็นสิ่งที่ดีต่อผู้สูงอายุเพราะทำให้ผู้สูงอายุมีเพื่อน สามารถแลกเปลี่ยนความคิดเห็น หรือสร้างสรรกิจกรรมทางสังคมร่วมกัน ทำให้ผู้สูงอายุมีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน รู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความสุขในการดำเนินชีวิต ดังนั้นความสัมพันธ์ทางสังคมจึงมีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

4. ด้านสภาพแวดล้อม (environmental domain) คือการรับรู้เกี่ยวกับสภาพแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เป็นการรับรู้เกี่ยวกับการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างตนเองกับสภาพแวดล้อม ได้แก่

สภาพแวดล้อมทางกายภาพ เช่นลักษณะบ้านเรือนที่อยู่อาศัย มลพิษต่างๆ สาธารณูปโภค และอื่นๆ สภาพแวดล้อมทางจิตสังคมได้แก่ ระบบการปกครอง การคมนาคม สวัสดิการ และบริการทางสังคม ตลอดจนความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นๆในสังคม ซัลลิแวน (Sullivan, 1953 อ้างใน ศรีเรือน แก้วกังวาล , 2532) เชื่อว่าตั้งแต่เกิดจนตายมนุษย์จะต้องมีความสัมพันธ์กับบุคคลต่างๆ ไม่ทางตรงก็ทางอ้อม ทั้งในครอบครัวและในสังคม ความสัมพันธ์ทางสังคมจึงเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ ที่จะได้รับการสนองตอบความต้องการทางสังคม เนื่องจากสังคมก็เป็นสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม ถ้าผู้สูงอายุมีสภาพแวดล้อมที่ดีย่อมจะส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี สภาพแวดล้อมที่จะประเมินในครั้งนี้จะประกอบด้วย สภาพที่อยู่อาศัย ความปลอดภัยในชีวิต บริการทางสังคม สาธารณูปโภค ข่าวสาร มลภาวะ และกิจกรรมพักผ่อนนันทนาการ กล่าวคือถ้าหากว่าผู้สูงอายุมีความรู้สึกที่ดีต่อบ้านและชุมชนที่อยู่อาศัย เช่น รู้สึกปลอดภัยจากโจรผู้ร้าย มีเพื่อนบ้านที่ดี การได้รับบริการที่ดีด้านสาธารณูปโภคของชุมชน มีกิจกรรมที่เหมาะสม การอาศัยอยู่ในบ้านที่คงทนถาวร มีความสะดวกสบาย มีความสงบและเป็นส่วนตัว ย่อมทำให้ผู้สูงอายุเกิดความพึงพอใจและเป็นสุขได้

นอกจากนี้สภาพแวดล้อมอาจจะประเมินได้จากเขตที่อยู่อาศัย ซึ่งนอกจากจะเป็นการแบ่งเขตการปกครองตามลักษณะท้องถิ่นแล้ว ยังสามารถใช้แบ่งความเจริญของท้องถิ่นได้ด้วย ซึ่งจะเห็นได้จากประชากรที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองและเขตชนบท ที่มีความแตกต่างกันทั้งสภาพแวดล้อม ตลอดจนชีวิตความเป็นอยู่ และสภาพเศรษฐกิจที่แตกต่างกัน ภาคใต้ปัจจุบันสังคมเมืองจะเจริญทางด้านเศรษฐกิจ ในขณะที่สังคมชนบทจะมีเศรษฐกิจตกต่ำ เนื่องจากประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม (ดวงใจ เปลียนบำรุง, 2540) และจากการสำรวจสภาวะผู้สูงอายุในประเทศไทยของ นภาพร ชัยวรรณ มาลินี วงษ์สิทธิ และจันทร์เพ็ญ แสงเทียนฉาย (2532) พบว่าผู้สูงอายุในชนบทมีฐานะยากจนกว่าผู้สูงอายุในเขตเมือง ซึ่งปัญหาความยากจนมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต แต่ในขณะเดียวกันความเจริญของชุมชนเมือง มีค่าครองชีพสูงทำให้ประชาชนในสังคมเมืองต้องเร่งรีบในการประกอบอาชีพ จนไม่มีเวลาดูแลสุขภาพของตนเองก็มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตได้เช่นกัน และการศึกษาของควงพร รัตนอมรชัย (2535) ที่เกี่ยวกับการควบคุมวิถีชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดอ่างทองพบว่าเขตที่อยู่อาศัยมีผลกระทบต่อวิถีชีวิตและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

สรุปได้ว่าองค์ประกอบคุณภาพชีวิตด้านสภาพแวดล้อมนั้น มีทั้งสภาพแวดล้อมทางกายภาพ ได้แก่ลักษณะภูมิประเทศ สภาพดิน ฟ้า อากาศ ตลอดจนสิ่งต่างๆตามธรรมชาติที่ปรากฏอยู่ในเขตพื้นที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุ ซึ่งยากต่อการปรับเปลี่ยนตามความต้องการได้ และสภาพแวดล้อมทางจิตสังคมได้แก่ ระบบการปกครอง การคมนาคม สวัสดิการและบริการทางสังคม ตลอดจนความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นๆในสังคม ซึ่งสภาพแวดล้อมเหล่านี้บางสิ่งบางอย่างก็ไม่ยากที่จะปรับเปลี่ยนแต่ก็ขึ้นอยู่กับความสามารถของแต่ละคน ที่จะสามารถปรับตัวมาน้อยเพียงใด ดังนั้นสภาพแวดล้อมจึงมีผลต่อคุณภาพชีวิต

ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต หลายการศึกษาระบุว่า ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุประกอบด้วย ปัจจัยด้านประชากร ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส และศาสนา ปัจจัยด้านสังคม ได้แก่ การศึกษา ลักษณะครอบครัว และการเป็นสมาชิกกลุ่มหรือชมรมทางสังคม ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ อาชีพ รายได้ของผู้สูงอายุ ในการวิจัยคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกปัจจัยบางประการที่คาดว่าจะมีผลกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตภาคใต้ตอนบน ได้แก่ ปัจจัยด้านประชากร ปัจจัยด้านสังคม และปัจจัยด้านเศรษฐกิจดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ปัจจัยด้านประชากร

1.1 เพศ เป็นปัจจัยหนึ่งที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต เป็นตัวกำหนดบทบาท บุคลิกภาพของบุคคลในสังคม เป็นสิ่งที่แสดงถึงค่านิยมของบุคคลที่บ่งบอกถึงคุณภาพ พลังอำนาจ และความสามารถตามธรรมชาติของมนุษย์ตามปัจจัยกรรมพันธุ์ (Orem, 1980) ผู้สูงอายุที่มีเพศต่างกันจะมีรูปแบบในการดูแลตนเองแตกต่างกัน (Shank & Lough, 1985 อ้างในรจนารถ รุ่งถือ, 2536) ซึ่งจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในสังคมไทยสมัยก่อนมีค่านิยมให้เกียรติเพศชาย เป็นหัวหน้าครอบครัว (อานนท์ อากาภิรม, 2515) มีบทบาทในด้านการหาเลี้ยงครอบครัวโดยการประกอบอาชีพต่างๆ ในขณะที่เพศหญิงถูกกำหนดบทบาทแม่บ้านต้องดูแลเกี่ยวกับการประกอบอาหารเลี้ยงครอบครัว และงานอื่นๆ ภายในครัวเรือนรวมทั้งเลี้ยงดูบุตร และยกย่องเพศชายเป็นหัวหน้าครอบครัว ดังนั้นการตัดสินใจจึงขึ้นอยู่กับหัวหน้าครอบครัว นอกจากนี้ลักษณะทางสรีระของเพศชายและลักษณะงานอาชีพ จะบ่งบอกถึงความสามารถทางด้านร่างกายมากกว่าเพศหญิง ทำให้เพศหญิงรู้สึกว่าคุณค่าเป็นเพศอ่อนแอ ทำให้เพศหญิงมีระดับการพึ่งพาผู้อื่น และมีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวันมากกว่าเพศชาย (Hanlon & Pickett, 1984) จากการที่เพศชายได้รับการยกย่องจากสังคมทำให้เพศชายเกิดความรู้สึกว่าคุณค่า จึงเกิดความพึงพอใจ ทำให้เกิดความสุขส่งผลถึงคุณภาพชีวิตในทางบวก ประภาพร จินันทุยา (2536) ซึ่งศึกษาเรื่องคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุดินแดง พบว่ากลุ่มตัวอย่างเพศชาย มีคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างเพศหญิง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาถึงความพึงพอใจของข้าราชการที่เกษียณอายุราชการ เช่นการศึกษาของ เขมิกา ยามะรัตน์ (2527) ศึกษาในข้าราชการเกษียณอายุราชการของกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ และการศึกษาของ กนกวรรณ ศิลปกรรมพิเศษ (2527) ซึ่งศึกษาในข้าราชการที่เกษียณอายุราชการในเขตอำเภอเมือง และอำเภอหาดใหญ่จังหวัดสงขลา ปรากฏว่ามีผลการศึกษาที่เหมือนกันคือ เพศที่แตกต่างกันจะทำให้ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจ

หรือมีคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกัน โดยพบว่าผู้สูงอายุเพศชายมีความพึงพอใจในชีวิตที่สูงกว่าผู้สูงอายุเพศหญิง และการศึกษาของ ควงใจ เป็ลี่ยนบำรุง (2540) พบว่าผู้สูงอายุเพศต่างกันแม้ว่าจะอยู่ในวัยเดียวกันก็ตาม จะมีการดูแลตนเองที่ต่างกันและส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ต่างกัน ดังนั้นเพศจึงอาจจะเป็นตัวแปรที่อาจจะมีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตภาคใต้ตอนบน

1.2 อายุ ใช้เป็นตัวแปรที่สำคัญของประชากร เนื่องจากเป็นเครื่องบ่งชี้ถึงวัยของแต่ละบุคคล ซึ่งจะมีความสัมพันธ์กับประสบการณ์ในอดีต ทั้งส่งผลต่อความสามารถในการเผชิญปัญหาและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งจะมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ กนกพร สุคำวัง (2540) ศึกษาแบบจำลองเชิงสาเหตุของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโรคข้อเสื่อม พบว่าผู้สูงอายุวัยต้นจะมีความเข้มแข็งในการมองโลก และสามารถปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาได้ดีกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมาก ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีอายุแตกต่างกันจะเลือกใช้วิธีการเผชิญปัญหาที่แตกต่างกัน (Padilla & Grant 1985) ถ้าแบ่งผู้สูงอายุตามวัยเป็น 3 กลุ่ม คือ ผู้สูงอายุวัยต้น มีอายุระหว่าง 60-74 ปี กลุ่มผู้สูงอายุวัยกลาง มีอายุระหว่าง 75-84 ปี และผู้สูงอายุวัยท้ายมีอายุตั้งแต่ 85 ปีขึ้นไป (Board 1980 cited in Yurick, et al. 1984) พบว่าอายุที่เพิ่มมากขึ้นสภาพร่างกายก็ยิ่งเสื่อม โทรมลดยตามลำดับ ความเสื่อมทางกาย ทำให้เกิดความคับข้องใจ เนื่องจากไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันเช่นเดิมได้ ทำให้ระดับพึงพาผู้อื่นสูงขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เฮนลอน และพิกเก็ต (Hanlon & Pickette, 1984) พบว่าการพึ่งพาผู้อื่นยอมทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าเป็นภาระต่อครอบครัวและสังคม ย่อมส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุต่ำลงได้

มีหลายการศึกษาที่พบว่าเมื่ออายุมากขึ้นระดับการพึ่งพาสูงขึ้น ผู้สูงอายุจะรู้สึกว่าตนเองเป็นภาระทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง ส่งผลให้คุณภาพชีวิตไม่ดี (ประภาพร จินันทุยา, 2536 ; สะอึ้ง ขวรางกุล, 2538; และอุมาพร อุมทรัพย์ากุล, 2536) สอดคล้องกับการศึกษาของ ลาร์สัน (Larson, 1978) ทราน, ชัตเตอร์ และไรท์ (Tran, Chatter & Wright, 1991) และการศึกษาของเอดเวิร์ด เคมม์ และเดวิด (Edward, Klem & David, 1973) เกี่ยวกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุในรัฐเวอร์จิเนีย สหรัฐอเมริกา พบว่าความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยจะมีมากกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมาก ซึ่งความพึงพอใจนี้เป็นารรับรู้ของบุคคลที่มีความสุข และมีคุณภาพชีวิตที่ดี เช่นเดียวกันจากการศึกษาของ มาร์คิเดส และมาร์ติน (Markides & Martin, 1979) พบว่าผู้สูงอายุวัยต้นโรคข้อเข่าเสื่อมยังมีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ รวมทั้งการทำกิจกรรมทางสังคมร่วมกับผู้อื่นได้ดี ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสังคมในระดับดี ในขณะที่ผู้สูงอายุที่มีวัยมากขึ้นจะมีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจาร์นันท์ สมบูรณ์สิทธิ์ (2535) และประภาพร จินันทุยา (2536) ที่พบว่าความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ โดยเฉพาะการทำกิจวัตร

ประจำวันในวัยสูงอายุลดน้อยลง และการศึกษาของดวงใจ เปลี่ยนบำรุง (2540) พบว่าผู้สูงอายุในภาคใต้มักจะประเมินตนเองมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าบุคคลอื่น ๆ ที่อยู่ในวัยเดียวกันจากความสามารถในการประกอบอาชีพหรือการปฏิบัติกิจวัตรต่างๆ ที่ลดลง

1.3 สถานภาพสมรส เป็นลักษณะของสถานะที่บ่งบอกถึงการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ เนื่องจากสถานภาพสมรสเป็นตัวบ่งชี้ถึงการอยู่ร่วมกันทางสังคม ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสดี มักจะมีคู่สมรสคอยช่วยเหลือในกิจกรรมต่างๆ ตลอดจนการยกย่องนับถือ (วาทีณี บุญชะลิกย์ และยุพิน วรสิริอมร, 2539) ในขณะที่เดียวกันผู้สูงอายุรู้สึกว่ามีเหงาหรือ โดดเดี่ยว ทำให้เกิดความมั่นคงในชีวิตและรับรู้ถึงคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Robert & Krouse, 1988) จากการศึกษาของมารศรี นุชแสงพลี (2532) ที่ศึกษาความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนบ่อนไก่กรุงเทพมหานคร พบว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสดีมีความพึงพอใจในชีวิตสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพโสด หม้าย หย่า และแยกกันอยู่ สอดคล้องกับการศึกษาของสุวิมล พนาวิวัฒนกุล (2534) และเขมิกา ยามะรัต (2527) ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสดียังได้รับความรัก ความเห็นใจ การเอาใจใส่ดูแลจากคู่สมรสอันเป็นแรงสนับสนุนที่สำคัญ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเชื่อมั่นและรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า รวมทั้งยังเป็นคนสำคัญของครอบครัวอีกด้วยส่งผลให้มีการรับรู้ต่อการดำเนินชีวิตในทางที่ดี ผู้สูงอายุในภาคใต้จะศรัทธาและมีการปฏิบัติตามหลักศาสนาอย่างเคร่งครัด เช่น ไทยพุทธส่วนมากจะมีสถานภาพสมรสคู่สามี/ภรรยาเดียว ในขณะที่ศาสนาอิสลามไม่ได้มีข้อห้ามเกี่ยวกับผู้ชายมีภรรยาได้มากกว่าหนึ่งคน เนื่องจากผู้ชายเป็นผู้ที่ต้องทำงานหนักเพื่อเลี้ยงครอบครัวจึงควรจะได้รับดูแลอย่างดีจากภรรยา แต่ค่านิยมเหล่านี้อาจจะเปลี่ยนแปลงไปตามสภาพสังคมปัจจุบัน (ขนิษฐา นาคะ, 2542) การศึกษาของ ดวงใจ เปลี่ยนบำรุง (2540) และการศึกษาของสะอึ้ง ขวรางกูร (2538) พบว่าผู้สูงอายุในภาคใต้ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสดีและมีคู่สมรสคอยช่วยเหลือ ดังนั้นสถานภาพสมรสจึงมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

1.4 ศาสนา เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลในการดำรงชีวิตของมนุษย์ รวมไปถึงเรื่องของสุขภาพ และพฤติกรรมรักษาพยาบาล เพราะศาสนาเป็นตัวกำหนดความเชื่อ วัฒนธรรม ประเพณีของสังคม และทางด้านสภาพจิตใจศาสนาจะช่วยส่งเสริมสุขภาพจิตโดยสอนให้บุคคลเข้าถึงหลักเหตุและผล จึงสามารถช่วยชี้ทางรอดช่วยให้จิตใจสงบ มีกำลังใจ และใช้เป็นกฎในการดำรงชีวิต (ปรีชา อุปโยคิน, 2538) โดยเฉพาะผู้สูงอายุซึ่งเป็นช่วงสุดท้ายของชีวิตมักให้ความสนใจ และยึดมั่นเคร่งครัดในศาสนาเป็นพิเศษ และเมื่อเกิดปัญหาทำให้ผู้สูงอายุที่นับถือศาสนาต่างกัมนมีพฤติกรรมในการแก้ปัญหาต่างกัน ดังเช่นการศึกษาของพนิดา คุณาธรรม (2538) ที่พบว่าผู้สูงอายุที่นับถือศาสนาต่างกันจะมีพฤติกรรมดูแลตนเองต่างกัน และการศึกษาของโยธิน บุญเฉลย (2534) ที่พบว่าครัวเรือนที่หัวหน้าครอบครัวนับถือศาสนาต่างกัน จะใช้วิธีการรักษาพยาบาลต่างกัน ซึ่งหมายถึงศาสนามีอิทธิพล

ต่อพฤติกรรมการดูแลเชิงพื้นบ้าน ซึ่งจะมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุในภาคใต้บางส่วนได้รับอิทธิพลความเชื่อจากลัทธิศาสนา พุทธ และฮินดู ซึ่งมีส่วนประกอบของไสยศาสตร์อยู่มาก ในขณะที่ชนกลุ่มมลายู-มุสลิมที่นับถือศาสนาอิสลาม มีความเชื่อในเรื่องพระเจ้า เมื่อเจ็บป่วยก็จะมี ความเชื่อว่าเกิดจากพระบัญชาของพระมะหะหมัด จึงมีการดูแลโดยการสวดอ้อนวอนพระ มะหะหมัด เช่นการศึกษาของ มานพ คณะโต (2520) ที่พบว่าทำให้คำแนะนำเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ การ วางแผนครอบครัวและอื่นๆ แก่ชาวไทยมุสลิมยังเป็นปัญหา กล่าวคือชาวไทยมุสลิมยังไม่ยอมรับ สาเหตุส่วนมากมาจากความเชื่อทางศาสนา และพบว่าชาวไทยมุสลิมมีภาวะสุขภาพอนามัยไม่ดีเท่า ชาวไทย-พุทธ เพราะชาวไทยมุสลิมไม่ค่อยยอมที่จะมารับบริการทางการแพทย์จากสถานพยาบาล ต่างๆ โดยให้เหตุผลที่แตกต่างกัน ในขณะที่ไทยพุทธก็มีการดูแลสุขภาพหลายอย่างทั้งที่แตกต่าง และคล้ายคลึงกันเช่นคิดว่าสาเหตุการเจ็บป่วย มาจากการกระทำที่ผิดต่อสิ่งที่มีอำนาจเหนือธรรมชาติ หรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ต่างๆ ก็จะทำให้พระสงฆ์รณรงค์เพื่อนัดเพื่อสะเดาะเคราะห์ หรือสวดมนต์เพื่อขอขมาที่ ล่วงเกินสิ่งศักดิ์สิทธิ์เป็นต้น เพราะการสวดมนต์หรือการสะเดาะเคราะห์จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีสมาธิ จิตใจสงบ และสามารถเข้าถึงหลักเหตุและผลทางศาสนา จะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกดีขึ้น (สุภาพ พัส่อง, 2537) ดังนั้นศาสนาจึงมีผลต่อจิตใจของผู้สูงอายุ และจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

2. ปัจจัยด้านสังคม

2.1 การศึกษา เป็นการให้โอกาสแก่ชีวิต เพราะการศึกษาสามารถช่วยให้มีการรับรู้ ถึงความเป็นไปในโลกและชีวิตด้านต่างๆ จำเรียง กุรมะสุวรรณ (2536) กล่าวว่า การไม่ได้รับการศึกษา ทำให้บุคคลมีโอกาสด้านความรู้พื้นฐานในการพัฒนาคุณภาพชีวิต และการศึกษาช่วยทำให้บุคคล สามารถดำรงชีวิตในสังคมอย่างมีความสุขและมีคุณภาพ สมจิตต์ สุพรรณทัศน์ และนิภา มนูญปิฎ (2525) กล่าวว่าค่านิยมไทยผู้ที่มีการศึกษาสูง ย่อมได้รับการยกย่อง โดยเฉพาะในสังคมชนบท ซึ่งจะเห็นได้ จากการเป็นผู้นำกลุ่มหรือชมรมต่างๆ ส่วนมากจะเป็นผู้สูงอายุที่มีการศึกษา เพราะการศึกษา สามารถนำบุคคลแสวงหาอาชีพที่ดี มีความมั่นคงและได้รับค่าตอบแทนสูง ซึ่งทำให้สามารถเลี้ยง ตนเองได้ (ยนต์ ชุ่มจิต, 2530) และยังคงเก็บออมไว้ใช้ยามสูงอายุ และรายได้ที่คั้นนั้นทำให้มีอำนาจใน การซื้อสูง ส่งผลให้คุณภาพชีวิตสูงขึ้นตามไปด้วย (สุรกุล เจนอบรม, 2534) การศึกษาของสุวิมล พนาวิวัฒนกุล (2534) พบว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการศึกษาหรือมีการศึกษาสูง มีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้สูงอายุ ที่มีการศึกษาน้อยกว่าหรือไม่ได้รับการศึกษา การศึกษาจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จากการศึกษารายชื่อของสะอึง ชวรวงศ์ (2538) พบว่าผู้สูงอายุในภาคใต้ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับ

ประถมศึกษา ผู้ชายมีโอกาสได้รับการศึกษามากกว่าผู้หญิง และมีโอกาสก้าวหน้าทางการศึกษามากกว่าผู้หญิง

2.2 ลักษณะการอยู่อาศัยในครอบครัว ครอบครัวเป็นสถาบันที่มีความหมาย และมีผลต่อสุขภาพหรือคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เพราะครอบครัวจะเป็นแหล่งสนับสนุนผู้สูงอายุทั้งด้านสุขภาพกาย จิตใจ เศรษฐกิจ ตลอดจนความสัมพันธ์ทางสังคม เพราะการที่บุคคลได้รับการยอมรับถึงคุณค่ามีความสำคัญที่จะส่งผลให้บุคคลมีพฤติกรรมทางสุขภาพดี ตรงกันข้ามกับบุคคลที่ขาดการเอาใจใส่จากครอบครัวจะรู้สึกตนเองไร้คุณค่า ซึ่งจะทำให้บุคคลนั้นมีพฤติกรรมที่เสี่ยงและเกิดความล้มเหลวในการดูแลสุขภาพตน (Cohen & Wills, 1985) ผู้ที่อยู่ในครอบครัวขยายมีโอกาสได้รับการดูแลช่วยเหลือในยามเจ็บไข้ได้ป่วย หรือเมื่อต้องการความช่วยเหลือ บุคคลในครอบครัวจะช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดความเชื่อมั่นในตนเอง มีความมั่นคงในชีวิต ทำให้เกิดความพึงพอใจในชีวิตมากกว่าผู้สูงอายุในครอบครัวเดี่ยว เพราะบุคคลในครอบครัวขยายจะเป็นแรงสนับสนุนที่สำคัญในการเอาใจใส่ทั้งร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุได้มากกว่า และโอกาสที่จะส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยให้การสนับสนุนในการดำเนินชีวิตที่เหมาะสมดีกว่าครอบครัวเดี่ยว (สุคา วิไลเลิศ, 2536; ทศนีย์ เกริกกุลธร, 2536; พนิดา คุณาธรรม, 2538; ดวงใจ เปลี่ยนบำรุง, 2540) ดังนั้นลักษณะครอบครัวจึงมีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

2.3 การเป็นสมาชิกกลุ่มหรือชมรมทางสังคม เป็นรูปแบบหนึ่งของการทำกิจกรรมร่วมกัน ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมเป็นสมาชิกของกลุ่มหรือชมรม จะรู้สึกว่าตนเองมีส่วนร่วมในสังคม เพิ่มความมีชีวิตชีวา รู้สึกว่าตนเองมีเพื่อนไม่อ้างว้าง โดดเดี่ยว มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ได้พัฒนาตนเองด้านความรู้ และประสบการณ์เพิ่มเติมเกี่ยวกับอาชีพ อีกทั้งส่งเสริมให้ครอบครัวมีความสนใจผู้สูงอายุมากขึ้น เป็นการส่งเสริมวัฒนธรรมที่ดีงามของไทย ส่งผลต่อสังคมเพราะผู้สูงอายุที่เข้าเป็นสมาชิกชมรมจะมีบทบาททางสังคม ไม่เลิกเกี่ยวข้องกับสังคม สามารถช่วยประโยชน์แก่สังคม โดยใช้พลังสมาชิกจากชมรม ทำให้บุคคลในสังคมมองเห็นคุณค่า ยกย่องให้เกียรติ จะเป็นการส่งเสริมคุณภาพชีวิตทั้งด้านร่างกายและจิตอารมณ์ (จำเรียง ฤกษ์สุวรรณ, 2536; บรรลุ ศิริพานิช, 2542; Berghorn, et al , 1981 อ้างใน ดวงใจ เปลี่ยนบำรุง, 2540)

3. ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ

3.1 อาชีพ การประกอบอาชีพจะมีผลต่อการดำเนินชีวิตในสังคมของบุคคล ทำให้บุคคลมีความพึงพอใจในชีวิต เพราะเป็นการรับรู้ถึงการมีคุณค่าในตนเองที่สามารถปฏิบัติกิจกรรมด้านต่างๆ ได้ด้วยตนเอง และส่งผลถึงคุณภาพชีวิต เช่นการศึกษาของ ประภาพร จินันท์ (2536) พบว่า

ผู้สูงอายุที่ยังคงประกอบอาชีพอยู่ มีคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ และผู้สูงอายุที่เคยประกอบอาชีพรับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ เมื่อเกษียณอายุราชการรู้สึกว่าคุณค่า ลดบทบาททางสังคมในทันทีทันใด และรู้สึกว่าตนเองมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้สูงอายุที่เคยประกอบอาชีพอื่นๆ ซึ่งเมื่อวัยสูงขึ้นอาจถูกลดบทบาทหรือเปลี่ยนแปลงบทบาทไปบ้าง แต่เป็นการเปลี่ยนแปลงที่ค่อยเป็นค่อยไป จึงทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้รู้สึกว่าตนเองยังมีคุณค่ายังมีประโยชน์ต่อสังคม จึงประเมินคุณภาพชีวิตในระดับที่ดี และการศึกษาของเกริกศักดิ์ บุญญานพวงศ์, สุรีย์ บุญญานพวงศ์ และสมศักดิ์ ฉันทะ (2533) ได้ศึกษาถึงสภาพและบทบาทของผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุที่ยังทำงานในเชิงเศรษฐกิจได้ ซึ่งหมายถึงการประกอบอาชีพจะทำให้ผู้สูงอายุเกิดความภูมิใจ เป็นที่ยอมรับของบุคคลในครอบครัว และยังถือว่าเป็นหัวหน้าครอบครัว อาชีพจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้บุคคลรับรู้ว่ามีคุณภาพชีวิตที่ดี

3.2 รายได้ นับว่าเป็นปัจจัยพื้นฐานทางเศรษฐกิจ ที่สำคัญต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ ในปัจจุบัน เพราะรายได้เป็นสิ่งที่จะเอื้ออำนวยให้ผู้สูงอายุ มีโอกาสได้รับการตอบสนองทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม และสภาพแวดล้อม เนื่องจากรายได้ทำให้ผู้สูงอายุมีที่อยู่อาศัยที่เหมาะสม มีอาหารที่มีคุณค่า ได้รับบริการทางสุขภาพที่มีคุณภาพ และสามารถจัดซื้อหาสิ่งอำนวยความสะดวกและความสุขสบาย (Hogstel, 1981) มีผลทำให้ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในชีวิต ดังนั้น ผู้ที่มีรายได้สูง จึงมีคุณภาพชีวิตที่ดี (ปราโมทย์ ว่างสะอาด, 2530 ; สุวิมล พนาวัฒน์กุล, 2534; Zhan , 1992) การศึกษาของกนกพร สุคำวัง (2540) พบว่าผู้สูงอายุถึงแม้มีโรคประจำตัวได้แก่ข้อเข่าเสื่อม แต่ถ้าผู้สูงอายุมีรายได้สูงก็จะสามารถดูแลตนเองได้ดี มีโอกาสและความรู้สึกที่อยากเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมมากกว่าผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีรายได้ต่ำ และการศึกษาของ จารุพันธ์ สมบูรณ์สิทธิ์ (2535) พบว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้สูง จะมีกิจกรรมทางสังคมมากกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำ เนื่องจากรายได้ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกมั่นใจ เพราะสามารถซื้อหาสิ่งต่างๆตลอดจนค่าใช้จ่ายที่อาจจะต้องใช้ในการเข้ากลุ่มหรือชมรมต่างๆ การได้เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ ส่งผลทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกว่าคุณค่าต่อสังคม ไม่เหงา ไม่โดดเดี่ยว สิ่งต่าง ๆ ดังกล่าวแล้วล้วนแต่ทำให้ผู้สูงอายุสามารถรับรู้คุณภาพชีวิตตนเอง รายได้สามารถทำให้ผู้สูงอายุได้รับสิ่งอำนวยความสะดวกนอกเหนือจากสิ่งจำเป็นในการดำรงชีวิต และทำให้ได้รับการตอบสนองความต้องการของตนเองได้ ทำให้มีความสุขสบายมีระดับคุณภาพชีวิตที่ดี บุคคลที่มีรายได้สูง จะมีแหล่งประโยชน์ที่จะช่วยให้การดูแลตนเองเป็นผลสำเร็จตามความต้องการ ส่วนผู้มีรายได้ต่ำหรือมีรายได้ปานกลางมักจะมีปัญหาการเงิน ทำให้เกิดความรู้สึกกังวลเป็นทุกข์ (Orem, 1991) รายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ศุภวรินทร์ หันกิตติกุล, 2539) ผู้สูงอายุที่มีรายได้แตกต่างกันจะมีพฤติกรรมดูแลตนเองแตกต่างกัน โดยที่ผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงจะมีการปฏิบัติกิจกรรมดีกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ระดับต่ำ

(รจนารถ ร่วงถือ, 2536) และการศึกษาของ สุคา วิไลเลิศ (2536) พบว่าผู้สูงอายุที่มีระดับรายได้มากกว่า 3,000 บาทต่อเดือน จะทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสได้รับอาหารที่มีคุณค่าต่อร่างกายอย่างเพียงพอ จะเห็นได้ว่าทั้งพฤติกรรมสุขภาพ และการมีกิจกรรมทางสังคมที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพนั้น เป็นผลเนื่องจากการมีรายได้ของผู้สูงอายุ รายได้จึงมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

การประเมินคุณภาพชีวิต

การประเมินคุณภาพชีวิตหรือ การวัดระดับคุณภาพชีวิต จะมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับแนวคิดและวัตถุประสงค์ในการวิจัย การประเมินคุณภาพชีวิตอาจจะประเมินด้วยบุคคลนั้นๆ หรือบุคคลอื่นเป็นผู้ประเมิน ซึ่งได้มีการแสดงทัศนะในการประเมินคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกัน เช่น กฤษดา ตงศิริ (2531) กล่าวว่า การประเมินความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของบุคคลนั้นเป็นการประเมินเชิงจิตวิสัย (subjective approach) ซึ่งเป็นการรับรู้ความพึงพอใจในชีวิตของแต่ละบุคคลตามสภาพที่ตนเองดำรงอยู่ เป็นการรับรู้และตัดสินใจโดยบุคคลนั้น ส่วนสตรอมเบิร์ก (Stromberg, 1984) ได้แสดงทัศนะในการประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในสถานะที่มีการเจ็บป่วยหรือมีปัญหาสุขภาพ การประเมินคุณภาพชีวิตจึงสามารถประเมินได้ 3 ลักษณะ คือ

1. การประเมินเชิงวัตถุวิสัยโดยวัดเป็นปริมาณ (objective scale yielding quantitative data) เป็นการประเมินผู้ป่วยโดยผู้อื่น เช่น แพทย์ หรือบุคลากรอื่น ๆ ในทีมสุขภาพ โดยประเมินออกมาเป็นคะแนน

2. การประเมินเชิงจิตวิสัยโดยวัดเป็นปริมาณ (subjective scale yielding quantitative data) เป็นการประเมินโดยตัวผู้ป่วยเอง ขึ้นอยู่กับคำนิยามคุณภาพชีวิตของตนเอง หรือประสบการณ์ในชีวิตของตนเอง เช่น ความพึงพอใจและความสุขที่ตนเองได้รับ โดยประเมินออกมาเป็นคะแนน

3. การประเมินเชิงจิตวิสัยโดยวัดเป็นคุณภาพ (subjective scale yielding qualitative data) เป็นการประเมิน โดยตัวผู้ป่วยเอง ผลออกมาเป็นการบรรยาย และบอกถึงสภาพที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ องค์การยูเนสโก (UNESCO, 1980) ให้เกณฑ์ในการประเมินคุณภาพชีวิต 2 ด้าน คือ

1. ด้านวัตถุวิสัย (objective) การประเมินด้านวัตถุวิสัย เป็นการวัดโดยอาศัยข้อมูลด้านรูปธรรมที่มองเห็นได้ นับได้ วัดได้ เช่น ข้อมูลด้านเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม

2. ด้านจิตวิสัย (subjective) เป็นการประเมินข้อมูลด้านจิตวิทยา ซึ่งอาจทำได้โดยการสอบถามความรู้สึก และเจตคติต่อประสบการณ์ของบุคคลเกี่ยวกับชีวิตการรับรู้ต่อสภาพความเป็นอยู่ การดำรงชีวิตรวมทั้งสิ่งต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับชีวิต ความพึงพอใจในชีวิต

ฟลินน์ และฟรานท์ซ (Flynn & Frantz, 1987 อ้างในจำเริญ กุระมะสุวรรณ, 2532) เสนอ 2 หลักใหญ่ ๆ ในการประเมินคุณภาพชีวิต คือ

1. ประเมินในเชิงวัตถุวิสัย (objective approach) แสดงถึงภาวะทางกายภาพ ลักษณะเหตุการณ์ พฤติกรรมหรือลักษณะของบุคคลซึ่งตัดสินโดยบุคคลอื่น หรือด้วยตนเองจากข้อมูลที่ เป็นจริง เช่น รายได้ อาชีพ การศึกษา หน้าที่การงาน เป็นต้น

2. ประเมินในเชิงจิตวิสัย (subjective approach) เป็นการรับรู้ด้วยตนเองจากกรอบการรับรู้ ประสบการณ์ที่ผ่าน ๆ มาของตนเอง เช่น ความปรารถนา ความพอใจในชีวิต และเห็นว่าการ ตัดสินโดยตนเองนี้ จะสะท้อนถึงระดับการประเมินที่น่าเชื่อถือที่สุด

กล่าวโดยสรุปในการจะประเมินคุณภาพชีวิต การศึกษาส่วนมากจะให้ความชัดเจนใน ประเด็นการประเมิน ได้แก่บุคคลประเมินคุณภาพชีวิตด้วยตนเอง และการประเมินโดยบุคคลอื่นเช่น บุคลากรทีมสุขภาพ หรือประเมินโดยทักษะของผู้ศึกษาและ/หรือวัตถุประสงค์ของผู้ศึกษา ในการ ศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) จะประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ชนิดคือแบบภาวะวิสัย (perceived objective) และอัตวิสัย (self-report subjective) ที่สามารถประเมินคุณภาพชีวิตโดยรวม (global quality of life) ทั้งด้านวัตถุวิสัย และด้านจิตวิสัย ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้เริ่มพัฒนาเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตเป็นโครงการระยะเวลา 4 ปี (1992-1995) ด้วยความร่วมมือจากนักวิชาการที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม ทั้งในประเทศที่ พัฒนาแล้วและประเทศที่กำลังพัฒนา ได้แก่ ออสเตรเลีย โครเอเชีย รัสเซีย อังกฤษ ฝรั่งเศส สเปน ญี่ปุ่น เนเธอร์แลนด์ ปานามา สหรัฐอเมริกา อิสราเอล อินเดีย ไทย และซิมบับเว โดยได้ดำเนินการพัฒนา เครื่องมือ โดยการประมนักวิชาการจากหลายๆประเทศเพื่อสร้างแบบวัด หรือเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิต ให้ได้ความหมายถึง ความพึงพอใจในชีวิต และการรับรู้สถานะตนเองด้านต่างๆในการดำเนินชีวิต โดยครั้งแรกจะมีข้อคำถาม 277 ข้อ และถูกนำไปใช้ศึกษานำร่องในศูนย์ภาคสนามในประเทศต่างๆ หลายครั้ง และนำผลที่ได้มาปรับปรุงให้เครื่องมือมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น แล้วนำไปทดลองใช้ เปรียบเทียบกับแบบวัดอื่นๆ แล้วจึงสรุปผลเพื่อที่จะปรับปรุงเครื่องมือ ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ต่อมาในปี ค.ศ.1994 เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตได้ปรับปรุงจนมีความเหมาะสม ในการนำไป ใช้มากขึ้น เหลือข้อคำถามเพียง 100 ข้อและเรียกแบบวัดนี้ว่าเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตองค์การอนามัย โลก “WHOQOL-100” (World Health Organization Quality of Life-100) โดยโครงสร้างแบบวัดคุณภาพ ชีวิตนี้จะสะท้อนให้เห็นประเด็นสำคัญต่อคุณภาพชีวิต แบ่งเป็นคำถาม 6 ด้าน ได้แก่ด้านร่างกาย ด้าน จิตใจ ด้านระดับความเป็นอิสระไม่ต้องพึ่งพา ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสภาพแวดล้อม และ ด้านความเชื่อส่วนบุคคล ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบการรับรู้เชิงรูปธรรม ประกอบด้วยคำถามในรูป ของความเข้ม (intensity) ซึ่งจะหมายถึงความรุนแรงของความรู้สึกนั้น ๆ ความจุ (capacity) จะหมายถึง

ความสามารถในการรับรู้สถานการณ์ ที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตมากน้อยเพียงใด ความถี่ (frequency) หมายถึงช่วงหรือระยะห่าง ของพฤติกรรมหรือความรู้สึกที่เป็นประสบการณ์ ซึ่งจะมีผลต่อคุณภาพชีวิต และคำถามที่ต้องการให้ตอบตามการรับรู้ของผู้ที่ถูกวัด จะเป็นคำถามเกี่ยวกับการประเมินปัญหาที่ผู้ถูกวัดกำลังเผชิญอยู่ เพื่อประเมินว่าเหตุการณ์นั้นมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตอย่างไร จึงนับว่าเป็นเครื่องมือที่มีความครอบคลุมด้านเนื้อหา มีความละเอียดและความไวสูง (กิตติกร มีทรัพย์, 2537) และได้มีการนำเครื่องมือนี้ ไปใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตในหลายประเทศ เช่น คาเรีย เลพเพลค และคิวมาดา (Caria, Leplege, & Quemada, 1995 อ้างใน เขียวลักษณ์ กลิ่นหอม, 2540) ได้นำเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตไปศึกษาคุณภาพชีวิตของประชาชนชาวฝรั่งเศส โดยนำไปใช้ในการศึกษาเปรียบเทียบกับเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตองค์การอนามัยโลกชุด 277 ตัวชี้วัด และสรุปผลของการวิเคราะห์ว่า เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตองค์การอนามัยโลกชุด 100 ตัวชี้วัด มีความเที่ยงตรงในการจำแนก (discriminant validity) และความเที่ยงตรงของการสอดคล้อง (convergent validity) อยู่ในขั้นดี และมีการศึกษาคุณภาพชีวิตโดยใช้เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิต ในประเทศเนเธอร์แลนด์โดยโจลันดา (Jolunda, 1995 อ้างในเขียวลักษณ์ กลิ่นหอม, 2540) ศึกษาโดยสุ่มตัวอย่างประชากรจากสมุดรายชื่อทางไปรษณีย์จำนวน 178 คน และร้อยละ 23 ของกลุ่มตัวอย่างเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โดยใช้เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตชุด 100 ตัวชี้วัด เครื่องชี้วัดความพึงพอใจ (Life satisfaction Index A, LSIA) แบบประเมินภาวะสุขภาพ (General Health Questionnaire-30, GHQ-30) และแบบวัดความผาสุกทั่วไป (Psychological General Well-Being Index-22, PGWBI) และหาความสัมพันธ์และความเที่ยงตรงของเนื้อหา และความสัมพันธ์ภายในระหว่างหัวข้อหลัก ผลปรากฏว่าเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก มีความสัมพันธ์ทางบวกกับ LSIA GHQ-30 และ PGWBI โดยมีค่าความสัมพันธ์เท่ากับ 0.64 0.58 และ 0.74 ตามลำดับที่ระดับนัยสำคัญ.001 จึงนับว่าเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตชุด 100 ตัวชี้วัด มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางถึงระดับค่อนข้างสูง และมีเนื้อหาการประเมินสอดคล้องกับเนื้อหาส่วนใหญ่ของคุณภาพชีวิต

โจลันดา (Jolunda, 1995 อ้างในเขียวลักษณ์ กลิ่นหอม, 2540) ได้นำเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตชุด 100 ตัวชี้วัดไปศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุในประเทศเนเธอร์แลนด์ โดยสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่าง 300 คน ทั้งเพศชาย และหญิง มีอายุระหว่าง 60 - 69 ปี ซึ่งบางคนก็มีโรคประจำตัวคือ โรคความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจ และใช้ร่วมกับเครื่องมืออื่นๆ ได้แก่ แบบวัดความเหงาอ้างว้าง แบบวัดความผาสุก แบบวัดสภาพแวดล้อมทั่วไปของที่อยู่อาศัย และแบบวัดความพึงพอใจต่อที่อยู่อาศัย เมื่อหาค่าความสัมพันธ์ของเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตชุด 100 ตัวชี้วัด โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อันดับของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเป็น 0.76 และเมื่อหาความสัมพันธ์กับแบบวัดความผาสุก แบบวัดสภาพแวดล้อมทั่วไปของที่อยู่อาศัย และแบบวัดความพึงพอใจต่อที่อยู่อาศัย โดยมีค่าความสัมพันธ์เท่ากับ 0.55 0.16 และ 0.03 ตามลำดับ ซึ่งจัดอยู่ในระดับค่าความสัมพันธ์ที่ต่ำและปานกลาง ซึ่งอาจจะเป็นไปได้ว่า เครื่องมือทั้ง 3 ชุดคือแบบวัด

ความผาสุก แบบวัดสภาพแวดล้อมทั่วไปของที่อยู่อาศัย และแบบวัดความพึงพอใจต่อที่อยู่อาศัยนั้น มีเนื้อหาสอดคล้องกับเนื้อหาของคุณภาพชีวิตเพียงบางส่วนเท่านั้น โดยยังไม่ครอบคลุมหัวข้อหลักทั้งหมดของคุณภาพชีวิต

ต่อมาในปี ค.ศ. 1995 องค์การอนามัยโลก ได้พัฒนาเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขึ้นมาใหม่เพื่อเป็นเครื่องมือมาตรฐานในการวัดคุณภาพชีวิตของประชากรโลก โดยการรวมข้อคำถามบางส่วนเข้าด้วยกันจนเหลือข้อคำถามเพียง 4 ด้าน จำนวน 26 ข้อคำถามซึ่งหลายประเทศทั่วโลกโดยทีมงานพัฒนาคุณภาพชีวิต ได้นำไปแปลและใช้ในการวัดคุณภาพชีวิตของประชากร รวมทั้งประเทศไทยด้วย ซึ่ง สุวัฒน์ มหัตถนิรันดร์กุล และคณะ (2540) ได้ศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของประชากรไทยทั้งชายและหญิง มีอายุตั้งแต่ 16 ปี ขึ้นไป โดยใช้เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุด 100 ตัวชี้วัด โดยเปรียบเทียบกับเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) ซึ่ง สุวัฒน์ มหัตถนิรันดร์กุล และคณะ (2540) ได้แปลและปรับปรุงพัฒนาเพื่อให้เหมาะสมกับประชากรไทย และได้หาค่าความสัมพันธ์ระหว่างเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตชุด 100 ตัวชี้วัด และเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตชุด 26 ตัวชี้วัด ซึ่งมี 4 ด้าน คือองค์ประกอบด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสภาพแวดล้อม ได้ค่าความสัมพันธ์ระหว่างเครื่องชี้วัดทั้งสองมีค่า $r = 0.6515$ ($p < 0.01$) และค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ 0.8406 และต่อมาได้มีการนำเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตชุด 26 ตัวชี้วัดไปใช้อีกครั้ง โดย สุวัฒน์ มหัตถนิรันดร์กุล และคณะ (2541) นำไปใช้ในการศึกษาคุณภาพชีวิตของคนไทยในภาวะวิกฤติทางเศรษฐกิจ โดยกำหนดกลุ่มตัวอย่างเป็นประชากรไทย สื่อสารรู้เรื่อง ทั้งชายและหญิง อายุระหว่าง 16 - 87 ปี โดยการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน และแบ่งเขตตามการแบ่งเขตสาธารณสุข ซึ่งแบ่งเป็น 12 เขต และหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือในทุกกลุ่มอายุจำนวน 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ 0.8399 และได้สรุปผลการใช้เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตชุด 26 ตัวชี้วัด ว่าเป็นเครื่องมือที่เหมาะสมกับการประเมินคุณภาพชีวิตประชากรไทย รวมทั้งกลุ่มสูงอายุด้วยเพราะกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้จำนวน 7,789 คน มีผู้สูงอายุรวมอยู่ด้วยทุกเขต โดยคิดเป็นร้อยละ 4 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดยกเว้นในเขต 12 ซึ่งเป็นเขตในจังหวัดภาคใต้ตอนบน ไม่มีกลุ่มตัวอย่างที่เป็นประชากรสูงอายุ

ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตภาคใต้ตอนบน โดยใช้เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตชุด 26 ตัวชี้วัด เป็นเครื่องมือในการศึกษาครั้งนี้ โดยให้ผู้สูงอายุเป็นผู้ประเมินระดับความพึงพอใจ และการรับรู้สถานะของตนเองในขณะนั้นของผู้สูงอายุ โดยการประเมินระดับความพึงพอใจและสถานะของตนเองในระยะเวลา 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา จนถึงปัจจุบัน ตามองค์ประกอบต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ รวมทั้งการได้รับการสนองตอบด้านต่างๆ ในชีวิต ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุ สามารถรับรู้ถึงความพึงพอใจได้ด้วยตนเอง และการประเมินของผู้สูงอายุจะเป็นระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ดังกรอบแนวคิดในการวิจัยดังต่อไปนี้

กรอบแนวคิดในการวิจัย

วัยสูงอายุเป็นวัยที่ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม การที่ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายลดลง ร่วมกับการเจ็บป่วยหรือมีโรคประจำตัว ส่งผลให้สมรรถภาพทางกาย และความสามารถในการประกอบกิจกรรมลดลง เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านการประกอบอาชีพ การสูญเสียความสามารถมีผลทางด้านจิตใจ ก่อให้เกิดความรู้สึกหมกหมอง ท้อแท้ไร้ค่า และจะส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์ทางสังคม ทั้งในครอบครัวและในสังคม เนื่องจากบทบาททางสังคมลดลงเพราะต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น ซึ่งผู้สูงอายุแต่ละคนอาจจะได้รับผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในด้านดังกล่าวแตกต่างกัน ทั้งนี้อาจจะเนื่องจากปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องในการดำรงชีวิตอาทิ ปัจจัยด้านเพศ อายุ ศาสนา รายได้ของครอบครัว และลักษณะการอยู่อาศัยในครอบครัว การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวและปัจจัยต่าง ๆ มีผลต่อคุณภาพผู้สูงอายุชีวิตทั้งสิ้น โดยเฉพาะผู้สูงอายุในเขตภาคใต้ตอนบนซึ่งมีความหลากหลายทางสังคม วัฒนธรรม และสภาพแวดล้อมจากสภาพภูมิประเทศ อาจจะทำให้การดำเนินชีวิตแตกต่างจากผู้สูงอายุในภาคอื่น ๆ และภาคใต้ตอนล่าง ซึ่งจะส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกันได้ องค์การอนามัยโลกได้ให้แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตไว้ว่า คุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ความพึงพอใจและการรับรู้สถานะด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม และสภาพแวดล้อม ของบุคคลในการดำรงชีวิตในสังคม และสามารถประเมินคุณภาพชีวิตโดยใช้เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (WHOQOL) ผู้วิจัยจึงได้นำเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตชุดย่อยฉบับภาษาไทย (WHOQOL – BREF - THAI) ซึ่งแปลและปรับปรุงโดย สุวัฒน์ มหัตนินรัศร์กุล และคณะ (2540) มาใช้ในการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตภาคใต้ตอนบน ซึ่งผู้วิจัยคาดว่าเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตชุดนี้น่าจะมีความเหมาะสมในการศึกษาครั้งนี้ สามารถวัดได้ทั้งด้านวัตถุวิสัยและด้านจิตวิสัย ทั้งเนื้อความสั้น เข้าใจง่าย ผ่านการหาความเชื่อมั่นแล้ว และสามารถบอกถึงความแตกต่างของการวัดได้อย่างชัดเจน ซึ่งจะทำการศึกษาค้นคว้าได้ข้อมูลที่ครอบคลุมองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต เพื่อนำมาใช้ในการวางแผนทางพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุต่อไป