

# ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดภาคตะวันออก

## FACTORS AFFECTING THE QUALITY OF LIFE OF THE ELDERLY IN THE EASTERN PROVINCE

กิตติวงศ์ สาสวด

KITIWONG SASUAD

มหาวิทยาลัยราชภัฏราชนครินทร์

RAJABHAT RAJANAGARINDRA UNIVERSITY

ฉะเชิงเทรา

CHACHOENGSAO

### บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาปัจจัยระดับพื้นฐาน ปัจจัยด้านจิตลักษณะ และปัจจัยด้านความต้องการของผู้สูงอายุ 2) เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต สังคม และจิตวิญญาณ และ 3) เพื่อศึกษารูปแบบการดูแลรวมทั้งการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ การวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีการวิจัยแบบผสมผสานระหว่างการวิจัยเชิงปริมาณและการวิจัยเชิงคุณภาพ กลุ่มตัวอย่างสำหรับการวิจัยเชิงปริมาณประกอบด้วยผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 400 ราย ได้มาด้วยการสุ่มอย่างง่ายโดยใช้ตารางของ Taro Yamane เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือแบบสอบถาม สถิติที่ใช้สำหรับวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนกลุ่มตัวอย่างสำหรับการวิจัยเชิงคุณภาพประกอบด้วย ผู้สูงอายุจำนวน 27 ราย ได้มาโดยการเลือกแบบเจาะจง เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกและวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้มาได้โดยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า

1. ปัจจัยพื้นฐาน ปัจจัยด้านจิตลักษณะ และปัจจัยด้านความต้องการของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กัน หากร่างกายป่วยจิตใจก็ป่วยด้วย
2. ผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีมาจากครอบครัวที่มีความรักความอบอุ่น สมาชิกในครอบครัวดำรงชีวิตอยู่ร่วมกันด้วยความเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกัน ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ดูแลซึ่งกันและกันและดูแลผู้สูงอายุอย่างดีที่สุดเท่าที่จะทำได้โดยเฉพาะในด้านอาหารและโภชนาการ
3. รูปแบบที่เหมาะสมสำหรับการดูแลผู้สูงอายุคือ สมาชิกครอบครัวเป็นบุคลากรหลักในการดูแลผู้สูงอายุ นอกจากนี้ หน่วยงานภาครัฐและภาคเอกชนจะต้องมีส่วนร่วมอย่างแข็งขันในการดูแลผู้สูงอายุ โดยเน้นสุขภาพของผู้สูงอายุในทุกด้าน คือ ด้านร่างกาย อารมณ์ และจิตวิญญาณ

**คำสำคัญ:** ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต, ผู้สูงอายุ, บุคลากรดูแลผู้สูงอายุ

## ABSTRACT

The purposes of this research were: 1) to study fundamental factors, psychological factors, and need factors of the elderly 2) to study the quality of life of the elderly in the physical health, mental health, societal, and spiritual aspects, and 3) to investigate models of elderly care, including quality of life development.

This research used mixed methods approach i.e. quantitative research and qualitative research. The sample for the quantitative research was comprised of 400 senior people whose ages were 60 or above, obtained by simple random sampling using a Taro Yamane Table. The tool used for data collection was a questionnaire. The statistics used for data analysis were percentage, mean, and standard deviation. On the other hand, the sample for the qualitative research was 27 elderly people obtained by purposive sampling. The tool used for data collection was a focus group. The collected data were analysis by mean of content analysis.

The results of the study were as follows:

1. The fundamental factors, the mental factors, and the need factors of the elderly were interrelated and inseparable. Consequently, if the elderly had problems with their mental health, they also had physical health problems, or vice versa.

2. The elderly whose quality of life was good came from loving families i.e. their family members loved and lived harmoniously with each other, helped each other and took care of their elderly family members as best as possible, especially regarding food and nutrition.

3. The appropriate model for elderly care was that members of their families were major care-giving personnel. Moreover, government and private agencies should actively participate in elderly, stressing on their well-being in all aspects, namely: physical, emotional, social, and spiritual.

**Keywords:** Factors affected the quality of life, The elderly, Care-giving personnel

## บทนำ

จากการกำหนดทิศทางของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564) การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553-2583 กลุ่มผู้สูงอายุวัยกลางและวัยปลายมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นสะท้อนถึงภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่เพิ่มมากขึ้นขณะที่ผู้สูงอายุจำนวนมากยังมีรายได้ไม่เพียงพอในการยังชีพ ผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 10.3 ล้านคน (ร้อยละ 16.2) ในปี 2558 เป็น 20.5 ล้านคน (ร้อยละ 32.1) ในปี พ.ศ. 2583 การเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุวัยกลางและวัยปลายจะส่งผลกระทบต่อภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลที่เพิ่มสูงขึ้น แม้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกำลังแรงงานเพิ่มขึ้นแต่มีรายได้ไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่าย เนื่องจากการออมน้อย และแหล่งรายได้หลักร้อยละ 78.5 ของรายได้ทั้งหมดมาจากการเกื้อหนุนของบุตร (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2557)

สังคมไทยในปัจจุบันได้ตระหนักถึงความสำคัญของผู้สูงอายุ (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2557) นอกจากนี้องค์กรต่างๆ ยังได้สนับสนุนกิจกรรมผู้สูงอายุตามปฏิญญาผู้สูงอายุไทย โดยให้ปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิต และให้ความรัก ความเอื้ออาทร การดูแลเอาใจใส่จากครอบครัว สังคมชุมชน รวมทั้งให้โอกาสเรียนรู้เพื่อพัฒนาศักยภาพของตนเองอย่างต่อเนื่อง หากมองย้อนถึงอดีต จะเห็นว่าแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7 (2535-2539) ได้นำนโยบายด้านผู้สูงอายุมาไว้รวมกับนโยบายการยกระดับคุณภาพชีวิตของประชากรต่อมาแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (2540-2544) ได้นำการบริการทั้งด้านสวัสดิการและการบริการสุขภาพ เพื่อความอยู่ดีมีสุขของผู้สูงอายุมากขึ้นโดยสามารถมองเห็นเป็นรูปธรรมแต่เนื่องจากสังคมเปลี่ยนแปลง การให้บริการไม่ทั่วถึงหน่วยงานได้บริการซ้ำซ้อนล่าช้าและที่สำคัญไม่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุอย่างแท้จริง (ศิริวรรณสิริบุญ, 2543) ดังนั้นการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยแท้จริง จึงขึ้นอยู่กับความสามารถของปัจเจกบุคคล ซึ่งเป็นพลังขับเคลื่อนสู่ความผาสุกของชีวิตได้ โดยมีองค์กร/หน่วยงานต่างๆ เป็นปัจจัยสนับสนุน หรืออาจกล่าวได้ว่าภาครัฐได้เห็นความสำคัญของผู้สูงอายุนับตั้งแต่อดีตถึงปัจจุบัน

การร่วมมือของทุกภาคส่วนเป็นสิ่งสะท้อนให้สังคมรู้ว่าผู้สูงอายุเป็นทรัพย์สินทางปัญญา (สมโภชน์ อเนกสุข และ กชกร สังขชาติ, 2548) และทรงคุณค่าควรแก่การดูแลรักษาเพราะ “เขาคือที่พึ่งทางใจ” ของบุตรหลานเป็นที่เคารพนับถือของบุคคลในวงศาคนญาติ และยังได้รับการยกย่องจากสังคมว่าเป็นผู้มีประสบการณ์ มีความคิดอ่านสุขุมรอบคอบ และเคยทำประโยชน์กับสังคมมาแล้ว เพื่อเติมเต็มความผาสุกให้กับชีวิตในหัวงสุดท้ายที่คงเหลืออยู่

คุณภาพชีวิตนั้นมาจากคำสองคำประกอบด้วยคุณภาพ และชีวิต หมายถึงถึงลักษณะที่ดีหรือความ เป็นอยู่ที่ดีของบุคคล (ราชบัณฑิตยสถาน, 2542) ได้มีผู้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตไว้หลายลักษณะ ที่คล้ายคลึงและแตกต่างกันเช่น ความพึงพอใจในชีวิต (Life satisfaction) ความสุข (Happiness) และผาสุก (Well-being) (Campbell, 1976) และในอีกลักษณะหนึ่ง คุณภาพชีวิตคือการรับรู้สถานการณ์ในด้านต่างๆ ของชีวิตเป็นการรับรู้ของบุคคลที่ได้รับการสนองต่อความต้องการด้านร่างกาย จิตใจและสังคม ซึ่งเป็นปัจจัยหลักที่ทำให้บุคคลสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข ด้วยการมีสุขภาพดี มีรายได้พอเพียง ไม่มีภาวะกดดันด้านจิตใจและการได้รับการเกื้อหนุนจากครอบครัวและเพื่อน (Ferrel et al., 1995)

ในอดีตรากฐานการดำรงชีพของผู้สูงอายุผูกพันกับวัฒนธรรมประเพณีในท้องถิ่นที่อาศัยของตน ดังนั้นถิ่นที่อยู่จึงเป็นที่รวมกิจกรรมของผู้สูงอายุการใช้โอกาสในการถ่ายทอดภูมิปัญญาให้กับลูกหลานด้วยการทำกิจกรรมร่วมกัน ทำให้ไม่รู้สึกเหงา มีชีวิตชีวา ปรับตัวให้มีความสุขได้สิ่งนี้ที่ผู้สูงอายุได้แสดงออกนั้น ย่อมเป็นประโยชน์กับทุกฝ่าย ทั้งตนเองและส่วนรวม ความดีที่ทรงคุณค่านี้ ภาครัฐได้ชดเชยโดยบรรจุนิติประโยชน์ที่ควรได้ของผู้สูงอายุลงในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2504-2509) มาตั้งแต่ในอดีต เพราะผู้สูงอายุถือได้ว่าเป็นคนยากจนที่ควรได้รับการช่วยเหลืออย่างยิ่ง (อัจฉรา รักษ์ดิธธรรม และ กฤษฎา บุญชัย, 2552) และในปัจจุบันผู้สูงอายุใช้สิทธิประโยชน์ตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 ใช้นโยบาย สาธารณะที่เน้นสุขภาพเป็นหลัก (หทัย ชิตานนท์, 2541) เป้าหมายหลัก คือคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยการเตรียมความพร้อมด้านการคุ้มครองทางสังคม ด้านบริหารจัดการ ด้านการพัฒนาบุคลากรผู้สูงอายุ การพัฒนาองค์กร ด้านการติดตาม (คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ, 2550) ดังนั้นการปรับตัวของผู้สูงอายุจึงเป็นสิ่งสำคัญยิ่งเพราะช่วยให้ชีวิตมีสุขปัจจัยสนับสนุนที่ได้รับเป็นสวัสดิการจากภาครัฐเป็นเพียงบริการส่วนหนึ่ง แต่สิ่งที่ผู้สูงอายุต้องการอย่างแท้จริงคือการได้อยู่ร่วมกับครอบครัวที่อบอุ่น ทำกิจกรรมร่วมกับ

บุตรหลาน ใช้ชีวิตท่ามกลางสิ่งแวดล้อมที่ดีโดยข้อเท็จจริงแล้วผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังคงอาศัยอยู่กับครอบครัว ซึ่งเป็นแหล่งสนับสนุนพื้นฐานที่สำคัญ การดูแลผู้สูงอายุแสดงถึงความเคารพ ความรักความกตัญญูตเวที ครอบครัวจึงมีบทบาทสำคัญยิ่ง และแรงสนับสนุนจากเพื่อนบ้านในวัยเดียวกันเกิดความสัมพันธ์เชิงบวกกับ ความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุเช่นกัน คุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุย่อมมาจากสมาชิกในครอบครัว ซึ่งให้ความรัก ความห่วงใยอย่างสม่ำเสมอ

ครอบครัวจึงเป็นกำลังหลักในการดูแลผู้สูงอายุ โดยครอบครัวประกอบไปด้วยคน 2 คนขึ้นไปเกี่ยวข้องกับผูกพันกันทางสายโลหิตและอาศัยอยู่ด้วยกันเป็นครัวเรือนมีครอบครัวเดี่ยว (Nuclear or conjugal family) และครอบครัวขยาย (Extended or consanguine family) หากครอบครัวใดเป็นครอบครัวที่สมบูรณ์แบบรักใคร่ปรองดอง ผู้สูงอายุย่อมมีสุขภาพจิตดีด้วย แต่ในปัจจุบันสถาบันครอบครัวซึ่งเคยเป็นทุนสังคม มีระบบเครือญาติที่มีความผูกพันอย่างใกล้ชิด มีความเกื้อกูลเอื้ออาทรให้การอบรมขัดเกลาบุตรหลาน การปลูกฝังค่านิยมประเพณีอันดีงามกลับอ่อนแอลง ซึ่งมีผลต่อปฏิสัมพันธ์ทั้งภายในและนอกของครอบครัวปัญหาในสังคมกลับรุนแรง (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2547) ผู้สูงอายุในชนบทถูกปล่อยให้อยู่ตามลำพัง หรืออยู่กับเด็กเล็กๆ เป็นจำนวนมากขึ้นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีจะแวดล้อมไปด้วยสมาชิกของครอบครัวที่อบอุ่น (Friedman, 1986 อ้างถึงใน รุจา ภูโพบูลย์, 2541)

นอกจากแผน/นโยบายแห่งรัฐที่ช่วยเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุแล้ว จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลยังมีอิทธิพลต่อวิถีชีวิตผู้สูงอายุเช่นกัน ผู้สูงอายุมีการศึกษาต่ำจะมีสภาพความเป็นอยู่ไม่ดี (ทิพากรณ์ โพธิ์ถวิล, 2543) สถานภาพสมรสทำให้รู้สึกไม่เหงา หรือโดดเดี่ยว มีความมั่นคงในชีวิตและรับรู้คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Robert & Krouse, 1988 อ้างถึงใน วรธนา กุมารจันทร์, 2543) รายได้มีความจำเป็นสูง แต่ปัจจุบันผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีรายได้อยู่ในระดับเส้นความยากจน เพศมีความแตกต่างทางด้านสรีระ อายุกำหนดความสามารถในการดูแลตนเองได้และอาชีพเป็นตัวกำหนดรายได้จึงส่งผลต่อคุณภาพชีวิตเช่นกัน (Orem, 1958 อ้างถึงใน สุตา ถ้อยมัน, 2547)

ความต้องการและจิตลักษณะผู้สูงอายุมีผลต่อคุณภาพชีวิตเพราะเป็นความรู้สึกที่แท้จริงของบุคคลรู้ว่าต้องการอะไร รู้สึกอย่างไรต่อสิ่งนั้นๆ (นันทิญา อังกินันท์, 2545) ผู้สูงอายุเลือกเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาเป็นลำดับแรกแรก มีพฤติกรรมเคร่งศาสนามากกว่าคนหนุ่มสาว การทำงานมีรายได้จะลดภาวะลูกหลานโดยภาพรวมผู้สูงอายุมีความต้องการ 3 ด้าน คือ ด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ, 2552)

รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุเริ่มเปลี่ยนไปเนื่องจากการพัฒนาประเทศ แผนผู้สูงอายุระยะยาว 20 ปี (2535-2554) ได้เกิดขึ้นตามนโยบายแห่งรัฐเพื่อตอบสนองสังคมที่เปลี่ยนไป นำนโยบายลงสู่ชุมชนโดยแท้จริง โดยสร้างหลักประกันรายได้ เพิ่มโอกาสจ้างงานลดภาระพึ่งพิง พัฒนาระบบเข้าถึงบริการสุขภาพ และสร้างระบบดูแลร่วมกันในชุมชน ให้ทุกคนมีส่วนร่วมในกิจกรรมทุกประเภท บริหารทรัพยากรในชุมชนด้วยตนเอง เปิดโอกาสให้ติดตามผลและช่วยบำรุงรักษาการที่ชุมชนรับผลประโยชน์ แก้ไขปัญหา เรียนรู้ร่วมกัน เกิดฉันทกกำลัง สิ่งที่มาจากการระดมการดังกล่าวคือคุณภาพชีวิตที่ดีของคนในชุมชน ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 5 โดยมุ่งเน้นคนเป็นสำคัญมีแนวคิดการพัฒนาจากระดับบนลงล่าง (Top-down) มาเป็นระดับล่างขึ้นบน (Bottom-up) สอดคล้องกับแนวคิดของ Oakley (1984) ที่อธิบายว่าแนวทางระดับล่างขึ้นบน เป็นการให้บทบาทแก่ประชาชนในการร่วมกิจกรรม ดังนั้นผู้สูงอายุมีโอกาสร่วมกิจกรรมในเวลาว่าง จะมีความพึงพอใจในชีวิตสูง Koufman (1949) ศึกษาถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาชุมชนในชนบทพบว่า อายุ การศึกษา ขนาดของครอบครัว รายได้และระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในท้องถิ่นมีความสัมพันธ์กับระดับการมีส่วนร่วมในกิจกรรม

สภาพร่างกายผู้สูงอายุมีความเสื่อมถอยตามกาลเวลา ทำให้วิตกกังวล รู้สึกหงุดหงิดง่าย ผู้สูงอายุที่อาศัยตามลำพังมีภาวะซึมเศร้าสูง พึงพอใจในตนเองระดับต่ำ ในเขตเมืองมักพบผู้สูงอายุอาศัยอยู่ตามลำพังค่อนข้างสูง (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ, 2552) และหารายได้เลี้ยงชีพตนเอง ส่งผลให้สุขภาพแย่งลงสัมพันธ์ถึงจิตใจ อารมณ์ซึ่งไม่สามารถแยกออกจากกันได้ (Orem, 1985) ถ้าหากร่างกายป่วย กระทั่งถึงจิตใจ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีผู้สูงอายุว่าการสูงอายุเป็นการเปลี่ยนแปลงสู่ความเสื่อมถอยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานของร่างกายลดลง ร่างกายทำหน้าที่น้อยลง ก็วัตรประจำวันของผู้สูงอายุบกพร่อง ถ้าหากความวิตกกังวลสูงเป็นเวลานานๆ จะเกิดอาการเจ็บป่วยด้านร่างกายได้ ดังนั้นการร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุน่าจะช่วยให้จิตใจแจ่มใสได้ภาวะสุขภาพดีของผู้สูงอายุหมายถึงมีอิสระในการปฏิบัติกิจกรรมตามความต้องการ ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่นและรู้สึกตนเองมีคุณค่ามากยิ่งขึ้น

การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ภายใต้นหน่วยงาน หรือองค์กรใดๆ ก็ตามจำเป็นต้องขับเคลื่อนด้วยเรื่องหลักๆ 4 เรื่องคือ ระบบบริการสุขภาพ หลักประกันเศรษฐกิจ การเตรียมพร้อมสำหรับการเรียนรู้ของผู้สูงอายุ และการพัฒนาสังคมสิ่งแวดล้อม การเคหะแห่งชาติจึงมีโครงการที่อยู่อาศัยที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ ความจำเป็นดังกล่าวย่อมเป็นปัจจัยสนับสนุนคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุได้อย่างดี และ วรเดช จันทรรศ, (2551) กล่าวว่า นโยบายสาธารณะเป็นเสมือนกลไกหลักสำคัญในการดำเนินของรัฐบาลและหน่วยงานภาครัฐทุกแห่ง ด้วยเหตุที่นโยบายเป็นกิจกรรมต่างๆ เพื่อเจตนาในการแก้ปัญหา นโยบายสาธารณะสุขเป็นนโยบายหนึ่งแห่งรัฐด้านกิจกรรมการสงเคราะห์ให้ยังชีพผู้สูงอายุ ซึ่งช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตให้มีมาตรฐาน ได้รับการตอบสนองปัจจัยสี่ เป็นการกระจายรายได้ เป็นการปลุกจิตสำนึกไม่ให้ทอดทิ้งผู้สูงอายุในชุมชน และทำให้ผู้สูงอายุเกิดความมั่นคงทางจิตใจ

จากสภาพปัญหา ความต้องการในปัจจุบันด้านต่างๆ ที่ผู้สูงอายุได้ผ่านประสบการณ์และได้รับการตอบสนองจนเกิดความพึงพอใจทำให้ชีวิตมีสุขผลแห่งการได้รับเรื่องราวเหล่านั้น และได้วิ่งผ่านเข้ามาในชีวิต ทำให้ผู้สูงอายุเกิดการรับรู้และเกิดการเรียนรู้ตามมา เลือกสิ่งที่เหมาะสมกับตนเองได้ ส่งผลให้คุณภาพชีวิตเกิดความผาสุกด้านจิตใจ เพราะการรับรู้ (Perception) นั้นเป็นกระบวนการแปลหรือตีความต่อสิ่งเร้า ข่าวสารที่ผ่านอวัยวะสัมผัสทั้งหลาย และสมองทำหน้าที่เก็บข้อมูลนั้นไว้ กระบวนการรับรู้ของมนุษย์เริ่มต้นด้วยการสัมผัส (Sensation) และเกิดการเรียนรู้ต่อไป นักวิจัย เช่น จีราพร เกศพิชญ และคณะ (2543) กล่าวว่า ความผาสุกทางใจเป็นความรู้สึกตามการรับรู้ของบุคคล ขึ้นอยู่กับสภาพสังคม วัฒนธรรม ถ้าหากผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ออกไปนอกบ้านเกิดความเครียด จึงจัดการความเครียดโดยใช้วิธีการทำใจปฏิบัติตามหลักคำสอนทางศาสนา การจัดการความเครียดได้สำเร็จสร้างความสุขให้ผู้สูงอายุได้ ซึ่งตรงกันข้ามกับผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านจิตใจนั้นหมายถึงขจัดความเครียดไม่ได้ ทำให้เกิดความเหงา ความหว้าเหว่ เกิดความท้อแท้สิ้นหวัง ซึมเศร้าแยกตัวออกจากสังคมและนำไปสู่การฆ่าตัวตายในที่สุด สำหรับในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2533 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 65 ปี ฆ่าตัวตายคิดเป็นร้อยละ 4.40 ของการฆ่าตัวตายทั้งหมด สาเหตุเกิดจากภาวะซึมเศร้า เหตุการณ์นี้จึงเป็นวิกฤตการณ์ที่ร้ายแรงของผู้สูงอายุ แนวทางการแก้ปัญหาข้างต้นคือ การส่งเสริมสุขภาพกายสุขภาพจิต โดยการเข้าร่วมกิจกรรม ส่งผลให้ร่างกายแข็งแรง อารมณ์แจ่มใส เบิกบาน มีปฏิสัมพันธ์กับสังคมเพิ่มขึ้น รู้สึกตนเองมีคุณค่าเกิดความผาสุกทางใจ (ปัญญาภัทร ภัทรภณทากุล, 2544)

ภายใต้วิถีชีวิตของผู้สูงอายุ แม้ว่าจะได้รับผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของโครงสร้างประชากร ความผันผวนของสังคมสิ่งแวดล้อม แม้กระทั่งความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี แต่ยังคงแสดงออกทางด้านภาษา ความเป็นอยู่ อาหารการกิน การประกอบอาชีพเกษตรกรรมความเชื่อ ค่านิยมประเพณีดั้งเดิม ปัจจัยดังกล่าวล้วนบ่งชี้ว่ามีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีความผาสุก โดยพึงพอใจต่อความเป็นอยู่การดำเนินชีวิตจึงอยู่ได้นานคืออายุยืนยาว สำหรับแนวโน้มประชากรสูงอายุในประเทศไทย จะอาศัยอยู่ในเขตเทศบาลหรือเขตเมืองเพิ่มขึ้นโดยในปี 2553 มีประชากรสูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลจำนวน 3.3 ล้านคน หรือคิดเป็น ร้อยละ 39.7 เพิ่มขึ้นเป็น 11.6 ล้านคน หรือร้อยละ 59.8 ในปี 2583 ทั้งนี้เนื่องมาจากแนวโน้มการเติบโตของประชากรเมืองในประเทศไทยมีสัดส่วนเพิ่มสูงขึ้น (สำนักคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2557)

ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการสังเคราะห์เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ในเรื่องคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ พบว่ามีปัจจัยหลายปัจจัยซึ่งมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเพื่อศึกษาว่ามีปัจจัยใดบ้างที่ส่งผลหรือมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและรูปแบบ วิธีการดูแลผู้สูงอายุเป็นอย่างไร และมีแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุไปในทางทิศทางใด โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงปริมาณและการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อประโยชน์ในการค้นหาปัจจัยที่มีความสำคัญต่อวิถีชีวิตของผู้สูงอายุให้มีการดูแลอย่างเหมาะสมและเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในอนาคตต่อไป

## วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับปัจจัยพื้นฐานของผู้สูงอายุ ปัจจัยด้านจิตลักษณะและปัจจัยด้านความต้องการของผู้สูงอายุ
2. เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต สังคมและจิตวิญญาณ
3. เพื่อศึกษารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุตลอดจนการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

## ประโยชน์ของการวิจัย

1. ได้ข้อมูลที่ เป็นรายละเอียดสะท้อนถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดภาคตะวันออกเฉียง
2. เป็นข้อมูลพื้นฐานด้านคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่เป็นประโยชน์ต่อองค์กรที่เกี่ยวข้อง และเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่สอดคล้องกับความต้องการที่แท้จริง

### ขอบเขตของการวิจัย

#### 1. ขอบเขตด้านเนื้อหา

- 1.1 ปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ ภาวะทางสุขภาพทางกาย ฐานะทางเศรษฐกิจ ฐานะทางสังคม ความสัมพันธ์ของครอบครัว และศักยภาพของผู้ดูแล
- 1.2 ด้านปัจจัยจิตลักษณะ ได้แก่ เจตคติต่อการเข้าร่วมกิจกรรมและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ
- 1.3 ด้านปัจจัยความต้องการของผู้สูงอายุ ได้แก่ ร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจที่อยู่อาศัยและการพัฒนาภูมิปัญญาและประสบการณ์
- 1.4 ด้านรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ รูปแบบการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ และวิธีการดูแลผู้สูงอายุ

#### 2. ขอบเขตด้านประชากร

ประชากรคือ ผู้สูงอายุในจังหวัดภาคตะวันออกเฉียง ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป

#### 3. ขอบเขตด้านเวลา

ตุลาคม 2557 - กันยายน 2558

## วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดภาคตะวันออกเฉียงเหนือกำหนดการศึกษาเป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research) และออกแบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) ด้วยการใช้แบบสอบถามในการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างและการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้สูงอายุ และวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ที่ได้จากการสัมภาษณ์ ซึ่งกำหนดวิธีการดำเนินการวิจัยดังนี้

### 1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

#### 1.1 ประชากร

ประชากรเป้าหมายคือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งชายและหญิง ในพื้นที่จังหวัดภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประกอบด้วย จังหวัดชลบุรี ฉะเชิงเทรา ระยอง จันทบุรี และตราด

#### 1.2 กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบกรณีไม่ทราบจำนวนประชากร โดยใช้ตารางของ Taro Yamane ความคลาดเคลื่อนที่ระดับนัยสำคัญ  $\pm 0.05$  ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 400 ราย และใช้การสุ่มตัวอย่างอย่างง่ายตามสัดส่วนของจำนวนประชากร จากกลุ่มประชากรเป้าหมายในพื้นที่ในจังหวัดภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประกอบด้วย จังหวัดชลบุรี ฉะเชิงเทรา ระยอง จันทบุรี และตราด

ตารางที่ 1 จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ปี พ.ศ. 2557

| จังหวัด    | ประชากร | กลุ่มตัวอย่าง |
|------------|---------|---------------|
| จันทบุรี   | 76,000  | 67            |
| ชลบุรี     | 143,300 | 127           |
| ตราด       | 34,500  | 31            |
| ระยอง      | 85,000  | 75            |
| ฉะเชิงเทรา | 112,200 | 100           |
| รวม        | 451,000 | 400           |

ที่มา: สำนักคณะกรรมการการพัฒนาระบบราชการและสังคมแห่งชาติ พ.ศ. 2557

### 2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งเนื้อหาของแบบสอบถามประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ จำนวนสมาชิกในครอบครัว ภาวะทางสุขภาพกาย ฐานะทางเศรษฐกิจ ฐานะทางสังคม ความสัมพันธ์ของครอบครัว ศักยภาพของผู้ดูแล

ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามประเมินค่าความคิดเห็นด้านปัจจัย ด้านจิตลักษณะของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย เจตคติต่อการเข้าร่วมกิจกรรม แรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรม สุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 3 เป็นแบบสอบถามประเมินค่าความคิดเห็นด้านปัจจัยด้านความต้องการของผู้สูงอายุ ประกอบด้วยด้าน ร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ การพัฒนาภูมิปัญญา และประสบการณ์การบริการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน

ส่วนที่ 4 เป็นแบบสอบถามประเมินค่าความคิดเห็น ด้านรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุประกอบด้วย รูปแบบการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุและวิธีการดูแลผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 5 เป็นแบบสอบถามประเมินค่าวัดความพึงพอใจของผู้สูงอายุ ด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต สัมพันธภาพทางสังคม และจิตวิญญาณ

เกณฑ์การให้คะแนนสำหรับแบบสอบถามกำหนดดังนี้

ส่วนที่ 1 เป็นคำถามแบบปลายปิดและให้เลือกคำตอบ

ส่วนที่ 2, 3, 4 และ 5 เป็นลักษณะแบบสอบถามแบบประเมินค่าตามข้อคำถาม โดยแบ่งเป็น 5 ระดับตามมาตรวัดแบบ Likerts cale คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด

เกณฑ์เฉลี่ยของระดับคะแนนและการแปลความหมายกำหนดได้ดังนี้

ระดับ 1 ค่าเฉลี่ย 1.00 - 1.80 หมายถึงน้อยที่สุด

ระดับ 2 ค่าเฉลี่ย 1.81 - 2.60 หมายถึงน้อย

ระดับ 3 ค่าเฉลี่ย 2.61 - 3.40 หมายถึงปานกลาง

ระดับ 4 ค่าเฉลี่ย 3.41 - 4.20 หมายถึงมาก

ระดับ 5 ค่าเฉลี่ย 4.21 - 5.00 หมายถึงมากที่สุด

การทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม

ผู้วิจัยได้กำหนดการทดสอบแบบสอบถาม โดย 1) การทดสอบความเที่ยงตรง (Validity) ด้วยการปรึกษาสอบถามจากผู้เชี่ยวชาญหรือผู้ชำนาญการและทำการแก้ไข เพื่อให้แบบสอบถามสามารถวัดได้ตรงประเด็นและ 2) นำแบบสอบถามไปทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำแบบสอบถามไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย และคำนวณค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีของ Cronbach's alpha ด้วยค่า Coefficient Alpha และใช้เกณฑ์ยอมรับที่ค่ามากกว่า 0.70 เพื่อแสดงว่าแบบสอบถามนี้มีความเชื่อมั่นเพียงพอ ทั้งนี้ การทดสอบความเชื่อมั่นดังกล่าวใช้การคำนวณจากข้อคำถามที่เกี่ยวกับความคิดเห็นหรือทัศนคติในเนื้อหาสำหรับการวิจัยเชิงคุณภาพเป็นการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้สูงอายุจำนวน 27 รายโดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงเริ่มตั้งแต่กระบวนการกำหนดปัญหาการวิจัย ระเบียบวิธีในการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูล

## ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุในจังหวัดภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 249 ราย คิดเป็นร้อยละ 62.30 อายุ 70-79 ปี ร้อยละ 55.30 มีสถานภาพที่สมรส 249 ราย คิดเป็นร้อยละ 62.30 ส่วนใหญ่มีรายได้ 3,001-5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 39.50 ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุจบการศึกษาระดับประถมศึกษา 230 ราย คิดเป็นร้อยละ 57.50 ลักษณะการอยู่อาศัยในบ้านพบว่า ส่วนใหญ่อยู่กับคู่สมรส 227 ราย คิดเป็นร้อยละ 56.80 สภาวะทางสุขภาพพบว่า มีโรคหัวใจและโรคเบาหวานเป็นจำนวนใกล้เคียงกันคือ 146 และ 148 ราย คิดเป็นร้อยละ 36.50 และร้อยละ 37 ตามลำดับ ขนาดของสมาชิกในครัวเรือนส่วนใหญ่มีจำนวน 4-5 คน มีจำนวน 218 รายคิดเป็นร้อยละ 54.50 โดยส่วนใหญ่ประกอบอาชีพค้าขายจำนวน 219 ราย คิดเป็นร้อยละ 54.80 ส่วนใหญ่จะเป็นสมาชิกคนหนึ่งในครอบครัว 219 ราย คิดเป็นร้อยละ 54.80 และไม่มีสถานภาพทางสังคมจำนวน 358 ราย คิดเป็นร้อยละ 89.50

## ปัจจัยพื้นฐานของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุให้ความสำคัญกับสุขภาพกาย ด้วยการส่งเสริมให้สุขภาพแข็งแรงอยู่เสมอด้วยการมองว่าสุขภาพดีนั้น หมายถึงการไม่เจ็บไข้ การไม่ป่วย การไม่มีโรคภัยมาเบียดเบียนหรือหากมีโรคก็อยู่ในภาวะสงบ ไม่แสดงอาการ ฯลฯ ต้องการให้ร่างกายแข็งแรงแม้จะไม่เหมือนเดิมแต่ขอให้ทำกิจวัตรประจำวันได้เพื่อลดการพึ่งพาผู้อื่น

## ปัจจัยด้านจิตลักษณะของผู้สูงอายุ

เจตคติต่อการเข้าร่วมกิจกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุความเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์จะเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว รู้สึกถึงการสูญเสียในทุกๆ ด้านทั้งหน้าที่การงาน ทั้งบทบาทหน้าที่ในสังคม การเข้าร่วมกิจกรรมเป็นข้อจำกัดอย่างหนึ่ง ด้วยสาเหตุหลายๆ สาเหตุ เช่น ไม่สะดวกเดินทางไปร่วมกิจกรรมมีโรคประจำตัวเรื้อรัง ไม่มีเงิน ไม่มีเวลาเพราะต้องทำงานเลี้ยงตนเองและครอบครัว

ผู้สูงอายุมีเจตคติที่ดีต่อกิจกรรมที่หน่วยงานภาครัฐภาคเอกชนหรือชุมชนจัดขึ้น กล่าวในทำนองเดียวกันว่ากิจกรรมที่จัดให้มีประโยชน์อย่างสูงต่อสุขภาพกาย สุขภาพใจ และเป็นการส่งเสริมให้ใช้เวลาให้เกิดประโยชน์สามารถอยู่ในสังคมได้อย่างดี

ภาวะทางสุขภาพจิตของผู้สูงอายุให้ข้อมูลตรงกันว่าภาวะสุขภาพจิตนั้น หมายถึงจิตใจที่เป็นสุขเข้ากับคนอื่นได้ดี (ไม่เก็บตัว) ปราศจากโรคจิต โรคประสาท และสามารถอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข การศึกษาค้นคว้า พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีภาวะทางสุขภาพจิตค่อนข้างดี เพราะใช้ชีวิตได้อย่างเป็นสุข

## ปัจจัยด้านความต้องการของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุให้ข้อมูลตรงกันว่า การปรับตัวด้านร่างกายเป็นความต้องการพื้นฐาน เพื่อให้ร่างกายได้กินอาหารที่เป็นประโยชน์ถูกหลักอนามัย พักผ่อนเพียงพอ ออกกำลังกายโดยการเคลื่อนไหวที่เหมาะสม การป้องกันอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้น การทำกิจวัตรประจำวัน งดสิ่งเสพติดทุกชนิด การปฏิบัติตนตามคำแนะนำของแพทย์ สำหรับการพัฒนามุมปัญหาและประสบการณ์เกิดจากการสะสมความรู้และประสบการณ์อันยาวนานของผู้สูงอายุ โดยผ่านกระบวนการเรียนรู้ลักษณะต่างๆ แล้วเลือกสรรนำมาประพฤติปฏิบัติ ปรับปรุงพัฒนาให้เหมาะสมกับวิถีชีวิตของตนเองและคนในสังคม แล้วถ่ายทอดสืบต่อกันมาจนถึงปัจจุบันวิธีการถ่ายทอดมูมปัญหามีหลายวิธีเช่น บอกเล่าบรรยายด้วยวาจา สาทิต ทำให้เห็นจริง (ปฏิบัติ) การเขียนเป็นลายลักษณ์อักษร การแสดงออกซึ่งมูมปัญหาที่ค้นพบ

## ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

การมีคุณภาพชีวิตที่ดี ผู้สูงอายุได้มีความเห็นสอดคล้องกันว่า มาจากครอบครัวที่อบอุ่น ลักษณะพฤติกรรมที่พึงพอใจเช่น สมาชิกในครอบครัวมีความรัก ความสามัคคีต่อกัน ไม่ทะเลาะ ให้การช่วยเหลือเกื้อกูลอยู่ร่วมกันอย่างสงบสุข ทำมาหากินโดยสุจริต ดูแลเอาใจใส่ผู้สูงอายุอย่างใกล้ชิด ตอบสนองต่อความต้องการให้มากที่สุด การดูแลด้านร่างกายคือ จัดหาอาหารตามหลักโภชนาการ การดูแลด้านจิตใจอารมณ์ความรู้สึก สถานการณ์นี้เป็นเรื่องละเอียดอ่อน ลูกหรือผู้ดูแลหลักต้องใช้จิตวิทยาอ่อนช้อยสูงเข้าถึงความรู้สึกของผู้สูงอายุให้ได้ ไม่ทำให้ผู้สูงอายุเครียดด้วยเหตุใดๆ ให้ความสำคัญเห็นคุณค่ายกย่องนับถือ

## รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ

การดูแลโดยผู้ดูแลหลักโดยสมาชิกในครอบครัวและโดยความร่วมมือกับเครือข่ายภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน ดูแลทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาวะที่ดี สำหรับรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุอาศัยร่วมบ้านกับบุตรหลาน และผู้ดูแลหลักคือบุตรหลานนั่นเอง สามารถประกอบอาชีพได้ เนื่องจากเป็นผู้สูงอายุตอนต้นร่างกายยังแข็งแรงดี ทำกิจกรรมส่วนตัวได้ ฟังพาลูกหลานบ้างเล็กน้อยเช่น พาไปโรงพยาบาล ไปซื้อยา ไปทำบุญที่วัด เป็นต้น

## อภิปรายผล

### 1. ระดับปัจจัยพื้นฐานของผู้สูงอายุด้านจิตลักษณะปัจจัยด้านความต้องการของผู้สูงอายุคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในจังหวัดภาคตะวันออก

จากการศึกษาพบว่า ระดับปัจจัยพื้นฐานของผู้สูงอายุในจังหวัดภาคตะวันออกภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยด้านจิตลักษณะของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยด้านความต้องการของผู้สูงอายุอยู่ในระดับมาก คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอยู่ในระดับมากที่สุด และรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ อยู่ในระดับมากที่สุด ผู้สูงอายุที่มีโรคหรือไม่มีโรค ล้วนต้องการความช่วยเหลือดูแลอย่างใกล้ชิดเพื่อช่วยเสริมสร้างให้ร่างกายแข็งแรง จิตใจเข้มแข็ง คอยให้กำลังใจ ให้ความรักเพราะสังขารเปลี่ยนแปลงไป ความเสื่อมโทรมของร่างกายมารุมเร้าทำให้ขาดความสุข หรือเกิดความเครียดเพราะมีความเจ็บปวดของร่างกาย รวมถึงความสับสนของอารมณ์ หากมีผู้ดูแลที่รู้ใจเอาใจใส่ดีมีหน่วยงานของภาครัฐและเอกชน คอยให้ความช่วยเหลือด้านการเงินด้านสิ่งแวดล้อมสาธารณสุข จะเป็นพลังให้ผู้สูงอายุใช้ชีวิตที่มีสุขได้ ด้านการดูแลตนเองพบว่า ผู้ที่มีการศึกษาสูงจะให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำ ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพกายอยู่ในระดับปานกลางถึงดีมากและภาวะสุขภาพกายมีผลต่อความพึงพอใจในการดำรงชีวิตฐานะทางเศรษฐกิจของผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ดี กลุ่มบุคคลที่ไม่สามารถทำงานได้ สมาชิกครอบครัวดูแลดี ไม่ขัดสนเรื่องเงินจึงไม่ประสบกับความยากลำบากในการดำรงชีวิต กลุ่มข้าราชการบำนาญมีเงินเพียงพอต่อการดำรงชีพและสามารถหารายได้เสริมได้อีกด้วย กลุ่มที่ทำงานหารายได้เลี้ยงตนเองและครอบครัวฐานะอยู่ระดับกลาง และกลุ่มสุดท้ายระบบรายได้ไม่พอเพียง ร่างกายไม่เอื้อต่อการทำงาานประกอบกับมีโรคประจำตัว แต่จำเป็นต้องทำงานหาเงินเนื่องจากบุตรหลานไม่ได้สนับสนุน ส่งผลกระทบต่อจิตใจ ดังนั้นผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดีจึงมีความพึงพอใจในชีวิตสูงกว่าผู้ที่มีรายได้ต่ำ ฐานะทางสังคมของผู้สูงอายุมีความหลากหลายในฐานะทางสังคมพบว่า ลักษณะอำนาจ เกียรติยศและรายได้ มีความแตกต่างกันอย่างสิ้นเชิง ผู้สูงอายุที่มีฐานะทางสังคมดี มีคณยก่องเศรษฐกิจดี จะมีความพึงพอใจในชีวิตสูง ซึ่งตรงกันข้ามกับผู้สูงอายุที่มีฐานะทางสังคมไม่ดี จะมีความพึงพอใจในชีวิตต่ำ ความสัมพันธ์ของครอบครัวของผู้สูงอายุ จากการศึกษาข้อมูลสนับสนุนว่าครอบครัวของผู้สูงอายุที่สมาชิกปฏิบัติต่อผู้สูงอายุ โดยการดูแลเอาใจใส่ให้การช่วยเหลือทุกๆ ด้าน ให้ความรักใคร่ผูกพัน ห่วงใยเคารพนับถือเห็นผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่ทรงคุณค่าในครอบครัว สิ่งดังกล่าวเป็นเครื่องสนับสนุนร่างกาย อารมณ์จิตใจส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในชีวิต มีความผาสุก ส่วนศักยภาพผู้ดูแลทั้งที่เป็นเครือญาติและไม่ใช่เครือญาติ มีมุมมองในเรื่องความสำคัญของการดูแลผู้สูงอายุที่คล้ายคลึงกันว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ดูแลง่าย การดูแลต้องเข้าถึงจิตใจอารมณ์ความต้องการที่แท้จริง ต้องไม่ละเลยทุกเรื่อง ส่งเสริมและป้องกัน รูปแบบการดูแลพบว่า มี 3 กลุ่มคือ กลุ่มที่สามารถช่วยตนเองได้ทุกเรื่อง กลุ่มที่สามารถช่วยตนเองได้บางเรื่อง และกลุ่มที่ไม่สามารถช่วยตนเองได้ การดูแลก็จะแตกต่างกันออกไป การดูแลผู้สูงอายุในสองกลุ่มแรกขอเพียงผู้ดูแล

ได้เข้าใจถึงความต้องการ เข้าใจในความรู้สึกด้านอารมณ์จิตใจ และส่งเสริมกิจกรรมทางสังคม กลุ่มนี้จะใช้ชีวิตได้อย่างปกติ สำหรับกลุ่มที่ไม่สามารถช่วยตัวเองได้ ควรเตรียมอาหาร ดูแลเรื่องการรักษาโรค ด้านสิ่งแวดล้อมที่อาศัยสร้างให้เหมาะสมกับการทำกิจวัตรประจำวัน กลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่มีอารมณ์อ่อนไหวได้ง่าย จึงเป็นเรื่องละเอียดอ่อนที่ต้องทำความเข้าใจ ใช้ความอดทนอย่างสูงและเข้าใจพฤติกรรมที่ผู้สูงอายุแสดงออก ควรศึกษาวิธีการดูแลที่ถูกต้อง เพื่อป้องกันความปลอดภัยในทุกด้าน เช่น การลื่นหกล้ม การหลงลืม การย่ำคิดย่ำทำ การพูดเพ้อเจ้อ ฯลฯ จึงกล่าวได้ว่า ผู้ดูแลถือเป็นบุคคลสำคัญที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับแนวคิด ของ Campbell (1976) ที่กล่าวว่า คุณภาพชีวิตหมายถึงความสุข ความพึงพอใจและความหวังของแต่ละบุคคลที่มีต่อสถานการณ์ที่เป็นอยู่ในขณะนั้น Dalkey and Rourke (1973) ที่กล่าวว่า เป็นความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อความเป็นอยู่ที่ดีหรือความผาสุก ความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจทั้งในเรื่องสุขภาพ กิจกรรมในชีวิต ความเครียด เป้าหมายของชีวิต คุณค่าในตนเอง ความซึมเศร้า ตลอดจนงานสังคมและครอบครัว คุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ประสิทธิภาพหรือศักยภาพของตนเอง ในการทำหน้าที่สำหรับการดำเนินชีวิต สามารถควบคุมตนเองต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นรวมถึงความเจ็บป่วย และ Orem (1985) ที่กล่าวว่า คุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ของบุคคลโดยเชื่อว่าบุคคลสามารถรับรู้คุณภาพชีวิตได้แม้จะมีความเจ็บป่วย ซึ่งเป็นศักยภาพในการดูแลตนเองของบุคคล

## 2. ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดภาคตะวันออกเฉียงใต้ ด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต สังคม และจิตวิญญาณ

ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ตัวแปรที่สำคัญๆ ที่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความพึงพอใจ และเกิดความสุข สะท้อนถึงคุณภาพชีวิตที่ดี ดังนี้

2.1 สาเหตุแห่งความสุข ผู้สูงอายุได้แสดงความคิดเห็นสอดคล้องกันว่ามาจากครอบครัวที่อบอุ่น ลักษณะพฤติกรรมที่พึงพอใจเช่น สมาชิกในครอบครัวมีความรัก ความสามัคคีต่อกัน ไม่ทะเลาะ แต่ให้การช่วยเหลือเกื้อกูล อยู่ร่วมกันอย่างสงบสุข ทำมาหากินโดยสุจริต ดูแลเอาใจใส่ผู้สูงอายุอย่างใกล้ชิด ตอบสนองต่อความต้องการให้มากที่สุด การดูแลด้านร่างกายคือจัดหาอาหารตามหลักโภชนาการ การดูแลด้านจิตใจ อารมณ์ความรู้สึกสถานการณ์นี้เป็นเรื่องละเอียดอ่อน ลูกหรือผู้ดูแลหลักต้องใช้จิตวิทยาค่อนข้างสูง เข้าถึงความรู้สึกของผู้สูงอายุให้ได้ ไม่ทำให้ผู้สูงอายุเครียดด้วยเหตุใดๆ ให้ความสำคัญเห็นคุณค่ายกย่องนับถือ

2.2 การไปทำบุญที่วัด ผู้สูงอายุแสดงความคิดเห็นคล้ายกันว่า ทำบุญแล้วสบายใจ มีความสุขนอนหลับดี จิตใจสงบ และยังได้พบเพื่อนในวัยเดียวกัน ได้พูดคุยถามไถ่ทุกข์สุข มีผลให้คลายเหงา ต้องการมีเงินไปทำบุญมากๆ จะได้เผื่อแผ่ไปยังคนที่เรารัก แต่มีข้อจำกัดเรื่องสุขภาพและลูกหลานไม่ค่อยมีเวลาพาไป เป็นภาระทั้งไปรับไปส่ง แต่ส่วนใหญ่ลูกหลานยินดีสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้ทำบุญที่วัดหรืองานบุญใหญ่ ฯลฯ ลูกหลาน เพื่อนบ้าน ชุมชน ยังให้ความสำคัญและเห็นคุณค่าความสำคัญของผู้สูงอายุ ต้องการให้ร่างกายแข็งแรง คือสุขภาพดี แม้ว่าจะไม่เหมือนเดิม ขอเพียงให้ใช้ชีวิตได้อย่างคนปกติ คือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้โดยลดการพึ่งพาจากผู้อื่น หากร่างกายแข็งแรง จิตใจสมบูรณ์ไปด้วยเพราะกายและใจมีความสัมพันธ์กัน ทุกรายตอบว่าการเข้าร่วมกิจกรรมเป็นเรื่องดีต่อสุขภาพของตนเอง ยินดีเข้าร่วมกิจกรรมเพราะเป็นเรื่องการดูแลตนเองเช่น การออกกำลังกายส่วนใหญ่ ใช้วิธีการเดินช้าๆ ช่วงตอนเช้า การทำผักสวนครัว ฯลฯ การเข้าร่วมอบรมสัมมนาได้รู้วิธีการกินอาหารที่ถูกต้อง อยู่ท่ามกลางสิ่งแวดล้อมที่สะอาดบริสุทธิ์ ส่งผลให้อารมณ์ดี ไม่เครียดช่วยให้ชีวิตเป็นสุข รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุอาศัยรวมบ้านกับบุตรหลาน และผู้ดูแลหลักคือบุตรหลานนั่นเอง สามารถประกอบอาชีพได้ เนื่องจากเป็นผู้สูงอายุตอนต้นร่างกายยังแข็งแรงดี

ทำกิจวัตรส่วนตัวได้ พึ่งพาถูกหลานบ้างเล็กน้อยเช่น พาไปโรงพยาบาล ไปชื้อยา ไปทำบุญที่วัด เป็นต้น ผู้ดูแลที่เข้าใจความรู้สึก ความต้องการของผู้สูงอายุ ถือเป็นบุคคลสำคัญที่ทำให้มีผลต่อความพึงพอใจในชีวิตผู้ร่วมสนทนายังกล่าวว่า การมีธรรมะเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวด้านจิตใจ ทำให้ชีวิตมีความสุข และปัจจุบันผู้สูงอายุพึงพอใจต่อความเป็นอยู่มาก

2.3 ความพึงพอใจในรูปแบบการดูแลของภาครัฐ ภาคเอกชนและภาคชุมชน ในลักษณะเครือข่ายความช่วยเหลือโดยมีครอบครัวเป็นผู้ประสานความร่วมมือ ทุกรายตอบเป็นเสียงเดียวกันว่า พึ่งพอใจมากแล้วสามารถช่วยให้ชีวิตมีสุขมากขึ้น สอดคล้องกับองค์การอนามัยโลก (WHO, 1994) กล่าวว่า องค์ประกอบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุประกอบไปด้วย

2.3.1 ร่างกาย (Physical domain) เป็นการรับรู้ด้านร่างกายของบุคคลที่มีผลต่อชีวิตประจำวัน เป็นองค์ประกอบที่สำคัญของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ การมีสุขภาพร่างกายที่ดี ทำให้รับรู้ว่ามีคุณภาพชีวิตที่ดี สุขภาพดีย่อมเป็นที่ปรารถนาของทุกคน ผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่เป็นโรคร่ากว่าผู้อื่น เนื่องจากสมรรถภาพในการทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ ของร่างกายเสื่อมถอยลง หากผู้สูงอายุยอมรับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย ปรับตัวให้เหมาะกับภาวะสุขภาพ การประเมินสุขภาพตนเองบ่งบอกถึงความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุได้ดีที่สุด (สุรกุล เจนอบรม, 2541) ถ้าผู้สูงอายุมีการเคลื่อนไหวได้ดีทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองจะมีความสุขมากหากปราศจากการเจ็บป่วย ดังนั้นคุณภาพชีวิตจึงเกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ (Peplau & Taylor, 1997) จึงกล่าวได้ว่า ปัญหาด้านร่างกายที่เกิดจากการเสื่อมถอย และจากการเจ็บป่วยหรือมีโรคประจำตัว ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งผู้สูงอายุจะประเมินตนเองที่แตกต่างกัน สิ่งเหล่านี้จึงเป็นตัวบ่งชี้คุณภาพชีวิตทั้งสิ้น ดังนั้นองค์ประกอบด้านร่างกายจึงมีผลต่อคุณภาพชีวิต

2.3.2 จิตใจ (Psychological domain) เป็นการรับรู้สภาพจิตใจของตนเอง อาจรับรู้ได้ทั้งทางบวกและทางลบที่บุคคลอื่นมีต่อตนเอง จิตใจจึงเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของคุณภาพชีวิตเพราะจิตใจผูกพันกับร่างกายอย่างใกล้ชิด หากผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพกาย ทำให้สูญเสียการทำงาน ก่อให้เกิดความเครียด สิ่งเหล่านี้จะรบกวนจิตใจและอารมณ์ ทำให้ขาดความสุข (Cobb, 1976) นอกจากนี้ยังสูญเสียบทบาทหน้าที่ ภาวะลักษณะ และความภาคภูมิใจของตนเองเข้าร่วมกิจกรรมพบเพื่อนฝูงน้อยลง สูญเสียรายได้ เกิดความรู้สึกว่าตนเองด้อยค่าลง (Hunter, 1992) จึงกล่าวได้ว่า การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายกระทบถึงจิตใจของผู้สูงอายุอย่างมาก การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจของแต่ละคนมีความแตกต่างกันออกไป ขึ้นอยู่กับความสามารถในการรับรู้ของแต่ละคน ถ้าผู้สูงอายุมีความมั่นคง เข้าใจตนเองและตอบสนองต่อภาวะต่างๆ ในทางที่ดีแก้ปัญหาและปรับสภาพจิตใจได้ ยอมรับความจริงยอมทำให้มีความสุขได้ ดังนั้นปัจจัยต่างๆ จึงเป็นตัวทำนายนภาวะจิตใจได้อาจมีผลโดยตรงหรือโดยอ้อม จิตใจจึงมีผลต่อคุณภาพชีวิต

2.3.3 ความสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationship domain) เป็นการรับรู้ด้านความสัมพันธ์ของตนเองกับบุคคลอื่นในสังคม เป็นองค์ประกอบที่สำคัญของคุณภาพชีวิตเช่นกัน เพราะมนุษย์ไม่สามารถอยู่คนเดียวในโลกได้ ต้องมีครอบครัว ชุมชน จึงทำให้ชีวิตมีความหมายมากขึ้น ผู้สูงอายุที่มีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น จะมีความสุขมีความพึงพอใจมากกว่าผู้สูงอายุที่ขาดความสัมพันธ์กับกลุ่มบุคคลอื่น (Cruz, 1986) แม้ว่าบทบาททางสังคมลดลง ผู้สูงอายุแสวงหาแรงสนับสนุนทางสังคมในรูปแบบอื่นๆ เช่น ชมรม สมาคม เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน ทำให้ตัวเองมีคุณค่าทางสังคมส่งผลต่อคุณภาพด้านจิตใจ อีกทั้งมีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การเมือง แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกัน เป็นการระบายความเครียด สนุกสนาน เพลิดเพลิน นำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดี จึงกล่าวได้ว่า ความสัมพันธ์ทางสังคมของผู้สูงอายุมีทั้งครอบครัว บุตรหลาน เครือญาติ เพื่อนฝูง ความสัมพันธ์เป็นสิ่งดีต่อผู้สูงอายุ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความสุขในชีวิต ดังนั้นความสัมพันธ์ทางสังคมจึงมีผลต่อคุณภาพชีวิต

2.3.4 สภาพแวดล้อม (Environmental domain) เป็นการรับรู้และมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างตนเองกับสภาพแวดล้อม ที่อยู่อาศัย สาธารณูปโภค สภาพแวดล้อมทางจิต เช่น การปกครอง สวัสดิการ การคมนาคม ตลอดจนความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น (Sullivan, 1953 อ้างถึงใน ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2532) สภาพแวดล้อมได้รวมถึงความเจริญของท้องถิ่น เห็นได้จากความเป็นอยู่ เศรษฐกิจรายได้ ภาคใต้นั้นเป็นสังคมเกษตรกรรม จึงกล่าวได้ว่า สภาพแวดล้อมบางอย่างผู้สูงอายุสามารถปรับตัวได้ดี แต่บางคนยากที่จะปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมได้ เช่น สภาพแวดล้อมทางจิตสังคม (การปกครอง การคมนาคม สวัสดิการสังคม เป็นต้น) ดังนั้นสภาพแวดล้อมจึงมีผลต่อคุณภาพชีวิต สำหรับ Denham (1991) ได้กล่าวถึงองค์ประกอบคุณภาพชีวิตมี 5 ด้าน ดังนี้

2.3.4.1 ด้านจิตใจ (Psychological domain) คือการรับรู้สภาพจิตใจของตนเอง เช่น รับรู้ความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง รับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง รับรู้ความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง รับรู้ความมั่นใจ รับรู้ถึงความคิด ความจำ สมาธิ การตัดสินใจ ความสามารถในการเรียนรู้เรื่องราวต่างๆ ของตน และสามารถจัดการกับความเศร้าหรือกังวล เป็นต้น

2.3.4.2 ด้านระดับความเป็นอิสระของบุคคล (Level of independence domain) คือการรับรู้ถึงความเป็นอิสระที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น การรับรู้ถึงความสามารถในการเคลื่อนไหวของตน รับรู้ถึงการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน รับรู้ถึงความสามารถในการทำงานของตน ไม่ต้องพึ่งพา หรือการรักษาทางการแพทย์

2.3.4.3 ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social-relationship domain) การรับรู้ความสัมพันธ์ของตนกับผู้อื่น การได้รับความช่วยเหลือจากผู้อื่นในสังคม การรับรู้ว่าคุณเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือผู้อื่น รับรู้เรื่องอารมณ์ทางเพศหรือการมีเพศสัมพันธ์

2.3.4.4 ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment domain) คือรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น รู้ว่าตนมีชีวิตที่อิสระ มีความปลอดภัย และมั่นคงในชีวิต รู้ว่าอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดี ปราศจากมลพิษ มีแหล่งประโยชน์ด้านการเงิน สถานบริการด้านสุขภาพ และสังคมสงเคราะห์ รู้ว่าตนมีโอกาสได้รับข่าวสาร หรือฝึกฝนทักษะต่างๆ รู้ว่าตนมีกิจกรรมยามว่าง เป็นต้น

2.3.4.5 ด้านความเชื่อส่วนตัว (Spirituality religion/Person beliefs domain) คือการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อมันต่างๆ ของตน ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น รับรู้ความเชื่อด้านจิตวิญญาณ ศาสนา การให้ความหมายของชีวิต และความเชื่ออื่นๆ ที่มีผลในทางดี เอาชนะอุปสรรคได้ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Ferrans (1985) ซึ่งแสดงถึงความผาสุกที่สามารถรับรู้ได้ ประกอบด้วย 4 ด้าน ดังนี้

1) ด้านความผาสุกของร่างกาย (Physical well-being) เป็นความรู้สึกของบุคคลในการควบคุมหรือบรรเทาอาการเจ็บปวดด้านร่างกายและการคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของร่างกาย

2) ด้านความผาสุกทางใจ (Psychological well-being) เป็นวิธีที่จะเผชิญความเจ็บป่วยของบุคคล ให้มีความรู้สึกทางบวกต่อการเปลี่ยนในชีวิตที่เกิดขึ้น ในเรื่องของการเผชิญความเครียด ความรู้สึกกลัวในสิ่งที่ไม่รู้และการให้ทางเลือกของชีวิต

3) ด้านความผาสุกทางสังคม (Social well-being) เป็นความรู้สึกต่อบุคคลหรือสิ่งแวดล้อม สัมพันธภาพกับบุคคลอื่นและบทบาททางสังคม

4) ด้านความผาสุกทางจิตวิญญาณ (Spiritual well-being) ได้แก่ ความหวัง ความเชื่อของบุคคลทั้งในศาสนา หรือสิ่งอื่นที่เป็นแหล่งสนับสนุนทางด้านจิตวิญญาณของบุคคล

### 3. รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในจังหวัดภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และวิธีการดูแลผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม

รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุภาพรวมอยู่ในระดับที่ดีมาก รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ หมายถึง การดูแลโดยผู้ดูแลหลักโดยสมาชิกในครอบครัว และโดยความร่วมมือกับเครือข่ายภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน ดูแลทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ สัมภาษณ์เชิงลึกผู้สูงอายุจำนวน 12 ราย ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่กับครอบครัว 9 ราย อาศัยอยู่ตามลำพัง 3 ราย และ 2 รายที่ต้องพึ่งพิงผู้ดูแลเล็กน้อยในการทำกิจวัตรประจำวัน นอกจากนี้สามารถช่วยเหลือตนเองได้ทุกเรื่องสอดคล้องกับแนวคิดของ เกรียงศักดิ์ ชื่อเลื่อม และคณะ (2554) ที่กล่าวว่า หลักสำคัญของการดูแลผู้สูงอายุด้วยตัวผู้สูงอายุเองก็คือต้องให้ผู้สูงอายุเหล่านั้นสามารถดำเนินชีวิตได้ด้วยตนเองโดยพึ่งพาผู้อื่นน้อยที่สุด และมีความสุขกายสบายใจ ในบ้านปลายของชีวิตดังกล่าวว่า “เป็นร่มโพธิ์ร่มไทรของลูกหลาน” การดูแลผู้สูงอายุด้วยตัวผู้สูงอายุเองหมายถึงจะทำอย่างไรให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี คือผู้สูงอายุที่มีความสุขความพอใจตามอัตภาพสามารถทำประโยชน์ทั้งต่อตนเอง ต่อผู้อื่น ต่อชุมชน และต่อสังคม เพื่อที่จะนำไปสู่การได้รับค้ำยกย่องและสรรเสริญจากสังคมโดยรวม สิ่งสำคัญที่จะทำให้ผู้สูงอายุมีชีวิตที่เป็นสุขคือการมีคุณภาพชีวิตที่ดีซึ่งอาจจะขึ้นอยู่กับปัจจัยหรือองค์ประกอบของการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุจำนวน 3 ประการดังนี้

3.1 การมีสุขภาพดี หมายถึง ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และปัญญา โดยเชื่อมโยงเป็นองค์รวมอย่างสมดุลประกอบด้วย สุขภาพกายที่ดี สุขภาพจิตที่ดี สุขภาพทางสังคมที่ดี และสุขภาพทางปัญญาที่ดีโดยเฉพาะอย่างยิ่งจะต้องเน้นที่จะทำให้ร่างกายอยู่ในสภาพที่ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ร่วมกับส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถร่วมกิจกรรมต่างๆ ได้ตามที่สภาพร่างกายจิตใจและเวลาเอื้ออำนวยโดยหลัก 11 อ. เพื่อสุขภาพกายใจที่ดี คือ อาหารออก กำลังกาย อนามัยอุจจาระ/ปัสสาวะอากาศ (แสง) อาทิตย อารมณ์ อดิเรกอนาคต อบอุ่น และอุบัติเหตุ ดังนั้นการดูแลผู้สูงอายุจะต้องปรับการดูแลให้เหมาะสมตามสภาพปัญหาที่แตกต่างกันหรือการเปลี่ยนแปลงที่ไม่เท่ากันโดยขึ้นอยู่กับสุขภาพและการใช้ชีวิตในวัยที่ผ่านมา

3.2 การร่วมแรงร่วมใจกันทำงาน คือมีส่วนร่วมในการประกอบกิจการงานต่างๆ ตามอัตภาพ โดยยังประโยชน์ต่อตนเองและประโยชน์ต่อผู้อื่นสมเป็นคนดี กล่าวคือต้องเตรียมตัวเตรียมใจยอมรับสภาพการณ์ในชีวิตควรจะหางานอดิเรกหรือกิจกรรมต่างๆ ทำ เพื่อประโยชน์ต่อตนเองและผู้อื่น เช่น การอ่าน เขียนหนังสือ ทำบุญทำทาน ออกกำลังกาย การรดน้ำต้นไม้ และเก็บกวาดบ้าน เป็นต้น ดังนั้น ผู้สูงอายุต้องทำงานเพื่อเป็นการพึ่งตนเองให้มากที่สุดและอย่าพึ่งคนอื่นเป็นดีที่สุด

3.3 มีความมั่นคงในชีวิต หมายถึง มีหลักประกันในชีวิตหรือความมั่นคง 3 เรื่อง ประกอบด้วย 1) ความมั่นคงทางเศรษฐกิจ คือมีเงินใช้จ่ายในชีวิตประจำวันมีการสร้างความมั่นคงทางเศรษฐกิจจะต้องรู้จักเก็บหอมรอมริบตั้งแต่วัยหนุ่มสาวเพื่อจะได้มีไว้ใช้ในอนาคตทั้งยามปกติ ยามชรา และยามเจ็บป่วย 2) ความมั่นคงในชีวิตและทรัพย์สิน คือสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปลอดภัย ไปไหนมาไหนไม่มีใครมาทำร้าย รวมไปถึงอยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดี มีที่อยู่อาศัยที่เป็นส่วนตัวบรรยากาศดีและมีเครื่องมือเครื่องใช้ที่จำเป็น และ 3) ความมั่นคงในครอบครัว ชุมชน และสิ่งแวดล้อม คือมีครอบครัวที่ดีอยู่ร่วมกันด้วยความร่มเย็นเป็นสุข เมื่อครอบครัวดีร่มเย็น เป็นสุข ชุมชนก็จะดีร่มเย็น เป็นสุข เมื่อชุมชนดีร่มเย็นเป็นสุขระเทศชาติก็ดี ร่มเย็น เป็นสุขเช่นกัน รวมไปถึงการมีสิ่งแวดล้อมที่ดีก็จะส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีด้วย สอดคล้องกับแนวคิดของ ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ (2552) ได้นำเสนอตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของครอบครัวและชุมชนในชนบทไทย ซึ่งเป็นการถอดตัวแบบพฤติกรรมของผู้ดูแลที่มีต่อผู้สูงอายุโดยมุ่งหวังให้เกิดผลทางจิตวิทยา

มากกว่าการลอกเลียน พบว่า ตัวแบบการดูแลที่ดีของครอบครัวประกอบด้วยตัวชี้วัดหลัก 9 ประการ ได้แก่ การดูแลสุขภาพพิทยาส่วนบุคคล การจัดการเรื่องยา การช่วยเหลือในการเคลื่อนไหว การดูแลแผลกดทับ การจัดหาอาหารที่เหมาะสม การป้องกันอาหาร การดูแลด้านการขับถ่าย การสร้างความมั่นคงทางด้านอารมณ์ และการดูแลด้านอารมณ์จิตใจและจิตวิญญาณ โดยผู้ดูแลในครอบครัวเป็นองค์ประกอบแรกที่มีผลต่อการดูแล ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงมากที่สุด และสอดคล้องกับผลการวิจัยตามโครงการวิจัยบูรณาการเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวมของ สุพัตรา ศรีวิชชากร และคณะ (2556) พบว่า ครอบครัวและคนในชุมชนเป็นกลุ่มที่มีความใกล้ชิดและสนิทสนมกับผู้สูงอายุมากที่สุด มีศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนคือ ค่านิยม ความกตัญญูทวดเวที ดูแลเอาใจใส่บุพการีหรือผู้สูงอายุด้วยความเคารพรัก เยี่ยมเยียนพูดคุย และให้กำลังใจซึ่งทำให้ผู้สูงอายุคลายเหงาและมีความสุขได้ระดับหนึ่ง ดังนั้นครอบครัวจึงเป็นกลุ่มที่ให้การดูแลผู้สูงอายุครอบคลุม 5 มิติ ประกอบด้วย

3.3.1 บทบาทในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยเน้นการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุทั่วไปและกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้าน/ติดเตียง ซึ่งจะต้องให้ความช่วยเหลือและดูแลเรื่องการทำกิจวัตรประจำวันครอบคลุมทุกอย่าง ตั้งแต่เรื่องอาหารการกิน แต่งตัว ทำความสะอาดร่างกาย การใช้ห้องน้ำห้องส้วมเคลื่อนที่ภายในบ้าน และออกไปทำกิจกรรมนอกบ้าน ซึ่งจะต้องสลับเวลาในการร่วมกันดูแล เนื่องจากมีภาระต้องทำมาหากิน หรือมีภาระต้องทำรวมไปถึงการนอนเฝ้าเวลากลางคืน

3.3.2 บทบาทในการให้ความช่วยเหลือและสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการดำเนินชีวิตประจำวันสำหรับผู้สูงอายุ อาทิให้เงินใช้รับผิดชอบดูแลค่าใช้จ่ายในบ้าน เช่น ค่ากับข้าว ค่าน้ำ ค่าไฟ ค่ารักษาพยาบาล หรือจัดหาวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นต่างๆ สำหรับการดูแลกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียง เช่น กระจกขาโต๊ะ ผ้าอ้อมสำเร็จรูป เป็นต้น

3.3.3 บทบาทในการดูแลอาหารและโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ คือจัดเตรียมและทำอาหารให้ผู้สูงอายุทั่วไปและผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว

3.3.4 บทบาทในการดูแลผู้สูงอายุตามบรรทัดฐานและค่านิยมที่ดีของวัฒนธรรมไทย คือปรนนิบัติดูแลเอาใจใส่ผู้สูงอายุทั้งยามปกติ ยามเจ็บป่วย รวมไปถึงเยี่ยมเยียน พูดคุยและให้กำลังใจ

3.3.5 บทบาทในการจัดสภาพแวดล้อมทางกายภาพที่เอื้อต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุโดยการจัดบ้าน สภาพแวดล้อม บรรยากาศทั้งในบ้านและรอบๆ บ้าน จัดหาเครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ ให้เอื้อต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ แต่ก็พบว่าบางบ้านก็ยังมีการจัดบรรยากาศสถานที่ และจัดหาเครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ ไม่เอื้อต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ เช่น ความสะอาด ฝุ่นละออง เป็นต้น

## ข้อเสนอแนะ

### 1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ผู้เกี่ยวข้องหรือผู้ดูแลควรให้ความสำคัญเกี่ยวกับการดูแลภาวะทางกาย เศรษฐกิจสังคม ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว และจัดหลักสูตรความรู้ด้านการดูแลผู้สูงอายุกับผู้ดูแลให้มีความรู้ความเข้าใจ และนำลงสู่การปฏิบัติได้อย่างเหมาะสม

1.2 ผู้เกี่ยวข้องหรือผู้ดูแลควรส่งเสริมและเอาใจใส่ด้านสุขภาพจิต ให้ความสำคัญและเห็นคุณค่าของผู้สูงอายุ สนับสนุนให้ร่วมกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพอนามัย

1.3 ผู้เกี่ยวข้องหรือผู้ดูแลควรให้ความสำคัญด้านความต้องการของผู้สูงอายุ ควรจัดเรื่องราวให้เหมาะสมกับความต้องการ เช่น ที่อยู่อาศัย สิ่งแวดล้อม กิจกรรมทางศาสนา เป็นต้น เพื่อเป็นเครื่องสนับสนุนคุณภาพชีวิต

1.4 ผู้เกี่ยวข้องหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุ ควรจัดหาอาชีพเสริมสำหรับผู้สูงอายุตอนต้น เพื่อให้มีรายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวันของแต่ละคน ซึ่งจะช่วยให้เกิดความภาคภูมิใจและส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีได้

## 2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 การศึกษาครั้งนี้ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจังหวัดภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จึงควรศึกษาขยายผลให้ครอบคลุมทั้งประเทศ ทั้งในเขตและนอกเขตเทศบาล เพื่อเป็นตัวแทนที่ดีและเหมาะสมต่อไป

2.2 ควรศึกษาปัจจัยให้หลากหลายมากขึ้น เช่น อาชีพ จำนวนสมาชิกในครอบครัว บ้านที่อยู่อาศัย รายได้ของสมาชิกในครอบครัว เป็นต้น

2.3 ควรศึกษาความพึงพอใจที่ได้รับสวัสดิการจากภาครัฐ เพื่อนำผลการวิจัยมาใช้ในการวางแผนดำเนินกิจกรรมของภาครัฐเพื่อพัฒนาให้เหมาะสมต่อไป

2.4 ควรศึกษาเจตคติของกลุ่มประชากรวัยต่างๆ เช่น วัยเด็ก วัยผู้ใหญ่ตอนต้น ตอนปลาย เพื่อนำผลไปให้ความรู้และปฏิบัติต่อผู้สูงอายุได้ถูกต้องและเหมาะสมต่อไป

## เอกสารอ้างอิง

เกรียงศักดิ์ ชื่อเลื่อม และคณะ. (2554, กรกฎาคม-กันยายน). คุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุไทย. *วารสารควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข*, 37(3).

คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ. (2550). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2547*. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานส่งเสริมสวัสดิการและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส คนพิการ และผู้สูงอายุกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.

จิราพร เกศพิชญ และคณะ. (2543). ความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุ: การศึกษาเชิงคุณภาพ. *วารสารพหุฒาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ*.

ทิพาภรณ์ โพธิ์ถวิล และ นุชนาฏ ยูฮันเงาะ. (2544). *กลไกการบริหารระบบสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุไทย*. ชุดโครงการวิจัยและพัฒนานโยบายระบบสวัสดิการสังคมเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในประเทศไทย คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์และสวัสดิการสังคม มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ, สมุทรปราการ

นันทิญา อังกินันท์. (2545). *คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตบางกอกน้อย*. ปริญญาโทศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาไทยศึกษา โครงการบัณฑิตศึกษา สถาบันราชภัฏธนบุรี, กรุงเทพมหานคร.

ปัญญาภัทร ภัทรกัฒทาคุม. (2544). *การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมและความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุ*.

วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัย เชียงใหม่, เชียงใหม่.

- ราชบัณฑิตยสถาน. (2542). *พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542*. กรุงเทพมหานคร: นานมีบุ๊คส์พับลิเคชั่นส์.
- รุจา ภูไพบูลย์. (2541). *การพยาบาลครอบครัว แนวคิด ทฤษฎีและการนำไปใช้*. กรุงเทพมหานคร: วีเจพรีนติ้ง.
- วรรณ เวช. (2551). *ทฤษฎีการนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติ*. กรุงเทพมหานคร: พริกหวานกราฟฟิค.
- วรรณ กุมารจันทร์. (2543). *คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตภาคใต้ตอนบน*. วิทยานิพนธ์ มหาวิทยาลัยสาขาศาสนาและสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, นครปฐม.
- ศรีเรือน แก้วกังวาน. (2532). *ตัวแปรทางจิตสังคมที่สัมพันธ์กับความพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุไทย*. เชียงใหม่: ภาควิชาจิตวิทยา คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ. (2552). *ตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของครอบครัวและชุมชนชนบทไทย*. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.
- ศิริวรรณ ศิริบุญ. (2543). *การตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ : ศึกษากรณีตัวอย่างการจัดตั้งศูนย์การทางสังคมของผู้สูงอายุ*. กรุงเทพมหานคร: วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมโภชน์ อเนกสุข และ กชกร สังขชาติ. (2548, มิถุนายน-ตุลาคม). *รูปแบบการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุเกิน 100 ปี จังหวัดชลบุรี*. *วารสารศึกษาศาสตร์*, 17(1).
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2557). *เอกสารประกอบการระดมความคิดเห็น ทิศทางของแผนฯ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564)*. สืบค้นเมื่อ พ.ศ. 2557, จาก <http://www.nesdb.go.th/Default.aspx?tabid=535>
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2547). *คุณภาพชีวิตคนไทย*. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- สุตา ถ้อมมัน. (2547). *ปัจจัยคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตำบลย่านยาว จังหวัดสุโขทัย*. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุพัตรา ศรีวณิชชากร และคณะ. (2556). *รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์ โครงการวิจัยบูรณาการเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม*. นครปฐม: สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุรกุล เจนอบรม. (2541). *วิถีชีวิตผู้สูงอายุและการศึกษานอกระบบสำหรับผู้สูงอายุไทย*. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาการศึกษาออกโรงเรียน คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- หทัย ชิดานนท์. (2541). *การส่งเสริมสุขภาพเพื่อพัฒนาทรัพยากรมนุษย์*. เอกสารประกอบการสัมมนาวิชาการส่งเสริมสุขภาพเพื่อการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ ครั้งที่ 1. เชียงใหม่ : สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ ภาควิชาพลานามัย คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อัจฉรา รักยุติธรรม และ กฤษฎา บุญชัย. (2552). *นโยบายแก้ไขปัญหาความยากจนของรัฐบาลอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ*. กรุงเทพมหานคร: ประชาไทย.
- Campbell, A. (1976). Subjective measures of Well-being. *American Psychologist*, 31, 117-124.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderate of life. *Psychosomatic Medicine*, 38, 300-314.
- Cruz, A.D. (1986). On loneliness and the elderly. *Journal of Gerontology Nursing*, 2(11), 22-27.

- Dalkey N., & Rourke, D. (1973). *The Delphi procedure and rating quality of life factor in the quality of life concept*. Washington, D. C.: Environment Protection Agency.
- Denham, M. J. (1991). *Care of the long-stay elderly patient*. (2<sup>nd</sup>ed.). London: Chapman And Hall.
- Ferrans, C., & Powers, M. (1985). Quality of Life Index: Development and psychometric properties. *Advances in Nursing Science*, 8, 15-24.
- Ferrel, B. A., et al. (1995). Quality of life in long-term cancer survivors. *On cology Nursing Forum*, 22(6), 915-922.
- Hunter, B. (1992). *Gerontological approaches to quality of life*. In Johnson, J., & Slaters, R. (Eds). *Aging and Later Life*. Londons SAGE Publications. J. B. Lippincott Company.
- Koufman, H. F. (1949, March). Participation Organized Activities in Selected Kentucky Localities. *Agricultural Experiment Station Bulletins*.
- Oakley, P. (1984). *Approaches To Participation In Rual Development*. Geneva: Internation Office.
- Orem, D. E. (1985). *Nursing : Concepts of practice*. (4<sup>th</sup> ed.). St. Louis: C.V. Mosby.
- Peplau, L. A., & Taylor, S. E. (Eds.). (1997). *Sociocultural perspectives in social psychology*. Upper Saddle River. NJ: Prentice-Hall.
- World Health Organization. (1994). *Quality of Life Assessment: An Annotated Bibliography*. Geneva: WHO(WHO/MNH/PSF/94.1).

## ผู้เขียนบทความ

ดร.กิตติวงศ์ สาสวด

อาจารย์คณะวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยราชภัฏราชชนครินทร์  
มหาวิทยาลัยราชภัฏราชชนครินทร์  
เลขที่ 422 ถนนมรุพงษ์ ตำบลหน้าเมือง อำเภอเมือง  
จังหวัดฉะเชิงเทรา 24000  
E-mail: kitiwong-8@hotmail.com