บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาถึงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในกลุ่มชาติพันธุ์ภูไท โส้ ญ้อ ไทยลาว ที่อาศัยในเขตชนบท จังหวัดสกลนคร จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยกำหนดขอบเขตของการทบทวนวรรณกรรมดังนี้

2.1 แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต

2.2 คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

2.3 การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในกลุ่มต่าง ๆ

2.4 กลุ่มชาติพันธุ์ ภูไท โส้ ญ้อ ไทยลาว ในจังหวัดสกลนคร

2.1 แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตเป็นแนวคิดที่มีความซับซ้อนหลายมิติ โดยคำว่าคุณภาพชีวิตยังไม่มีการให้คำจำกัดความเป็นอันเดียวกันโดยทั่วไป (Ferrans and Powers, 1985 ; Padilla, 1985 ; Frank-Stromberg, 1985 ; Pearhman and Uhlmann, 1988) มีนักวิชาการให้ความหมายแตกต่างกันไปขึ้นกับวัตถุประสงค์ของการนำแนวคิดนี้ไปใช้ (Ferrans, 1990) ซึ่งสรุปการให้ความหมายคุณภาพชีวิตมีดังนี้

ชัยวัฒน์ ปัญจพงษ์ (2523) คุณภาพชีวิต หมายถึง ชีวิตที่มีคุณภาพ มีความสมบูรณ์ทางด้านสุขภาพร่างกายและจิตใจ สามารถดำรงชีวิตให้สอดคล้องตาม สภาวะทางสังคม เศรษฐกิจ การเมือง วัฒนธรรม สภาพแวดล้อมในการดำเนินชีวิต และทรัพยากรที่มีอยู่

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2525) คุณภาพชีวิตประกอบด้วยคำ 2 คำคือ คุณภาพกับชีวิต คุณภาพ หมายถึง ลักษณะความดี ลักษณะประจำบุคคลหรือสิ่งของชีวิต หมายถึง ความเป็นอยู่ ดังนั้นคุณภาพชีวิต หมายถึง ลักษณะความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคล

ยุพา อุดมศักดิ์ (2516, อ้างใน ชิดชัย สนั่นเสียง, 2528) คุณภาพชีวิต หมายถึง คุณภาพในด้าน สุขภาพ สังคม เศรษฐกิจ การศึกษา การเมือง และศาสนา ไม่มีกฎเกณฑ์ตายตัวแน่นอน คุณภาพชีวิตย่อมเปลี่ยนแปลงได้ตามเวลาและภาวะการณ์

อุทุมพร จามรมาน (2530) ให้ความหมายว่า คุณภาพชีวิตเป็นคำรวมที่กว้างและครอบคลุมตัวแปรต่าง ๆ หลายประเภท เพราะสิ่งที่เกี่ยวข้องถึงคุณภาพชีวิต หรือการดำรงชีวิตที่ดีพอสมควรมาจากทั้งปัจจัยภายในและภายนอก ปัจจัยภายในได้แก่ ความรู้สึกอารมณ์ของคน ส่วนปัจจัยภายนอก ได้แก่ สถานภาพทางกายภาพรอบข้าง เช่น ไฟฟ้า น้ำประปา โทรศัพท์ การคมนาคม อากาศ เป็นต้น

นิพนธ์ คันธเสวี (2531) คุณภาพชีวิต หมายถึง สภาพการดำรงชีวิต ที่ควรประกอบไปด้วยคุณภาพทางกายภาพ ร่างกาย อารมณ์ จิตใจ สติปัญญา หรือด้านสังคม

Haug and Forlmor (1986) คุณภาพชีวิต หมายถึง การที่บุคคลประกอบด้วยองค์ประกอบ 4 ด้าน คือ การมีสุขภาพดี มีรายได้เพียงพอ ไม่มีความผิดปกติทางด้านจิตใจ และการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ๆ

Ferrans (1990) คุณภาพชีวิต หมายถึง การมีชีวิตตามปกติ มีความสุข ความพึงพอใจในชีวิต การสำเร็จในสิ่งที่มุ่งหวัง การมีส่วนร่วมในสังคม และความสามารถในการทำงานของร่างกาย

Neugarten, Havighurst and Tobin (1961) คุณภาพชีวิต หมายถึง ความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตของบุคคลที่มีต่อตนเองทั้งทางร่างกาย และด้านจิตสังคม ตามสภาพที่เป็นอยู่ หรือสถานการณ์ที่บุคคลกำลังเผชิญอยู่ โดยที่ความพึงพอใจในชีวิตเป็นสิ่งสะท้อนให้เห็นถึงความสุขสมบูรณ์ทางจิตใจ

Young and Longman (1983, อ้างใน Padilla, 1985) คุณภาพชีวิต หมายถึง ระดับความพึงพอใจในชีวิตปัจจุบัน เกิดขึ้นจากการรับรู้ของบุคคลนั้น

Webster (1986, อ้างใน Meeberg, 1993) คุณภาพชีวิต หมายถึง คุณสมบัติที่ดีเหมาะสม ระดับความยอดเยี่ยมซึ่งคุณภาพชีวิต (Quality of Life) มีรากศัพท์มาจากคำว่า Qualis ซึ่งมีความหมายคือ "of what kind"

Zhan (1992) คุณภาพชีวิต หมายถึง ระดับความพึงพอใจ ซึ่งขึ้นกับประสบการณ์ในชีวิตของแต่ละบุคคล

จะเห็นได้ว่าในการให้ความหมายคุณภาพชีวิตนั้นมีความแตกต่างกันไปตามแนวคิดของแต่ละบุคคล โดยคุณภาพชีวิตเป็นคำที่มีความหมายกว้างมาก สามารถครอบคลุมเรื่องต่าง ๆ ทั้งในทางรูปธรรม นามธรรม (Spitzer, 1987) สรุปแล้ว คุณภาพชีวิตก็คือความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคลในองค์ประกอบด้านต่าง ๆ ที่มีอยู่และการมีความรู้สึกพึงพอใจในองค์ประกอบเหล่านั้น

กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย ได้กำหนดความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) เป็นองค์ประกอบในการวัดคุณภาพชีวิต โดยประกอบด้วย 8 หมวดคือ อาหารดี มีที่อยู่อาศัย ศึกษาอนามัยถ้วนทั่ว ครอบครัวปลอดภัยได้ผลผลิตดี ไม่มีลูกมาก อยากร่วมพัฒนา พาสู่คุณธรรม มี 32 ตัวชี้วัดภายใต้ 8 องค์ประกอบหลัก ซึ่งอย่างน้อยคุณภาพชีวิตที่ดีของคนนั้น ควรประกอบด้วยการมีอาหารกิน มีสุขภาพอนามัยที่ดี มีการศึกษา มีอาชีพ มีรายได้ อยู่ในสังคมที่มีความปลอดภัย ตลอดจนมีการพัฒนาจิตใจ เพื่อให้คนในชุมชนมีคุณภาพ และมีคุณธรรมควบคู่ไปกับการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม เครื่องชี้วัดความจำเป็นพื้นฐานจึงเป็นเป้าหมายประการหนึ่งของการพัฒนา ในขณะเดียวกันก็เป็นเครื่องมือที่จะให้บรรลุเป้าหมาย คือ ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามเกณฑ์ความจำเป็นพื้นฐาน (วรพรรณ รุ่งศิริวงศ์, 2529 ; คณะอนุกรรมการแผนพัฒนาระดับภูมิภาคและท้องถิ่นและคณะกรรมการอำนวยการงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในชนบท, 2534)

ต่อมามีการปรับปรุงเกณฑ์ความจำเป็นพื้นฐานที่ใช้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7 ในการปรับปรุงคุณภาพชีวิตของคนไทยโดยประกอบด้วย 9 หมวดคือ ประชาชนได้กินอาหารที่ถูกสุขลักษณะและเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย มีที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมเหมาะสม มีโอกาสเข้าถึงบริการสังคมขั้นพื้นฐานที่จำเป็นแก่การดำรงชีวิต มีความมั่นคงปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน มีการประกอบอาชีพและมีรายได้พอเพียงต่อการดำรงชีวิต มีส่วนร่วมในการพัฒนา มีการพัฒนาจิตใจตนเอง และมีจิตสำนึกร่วมกับอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติ และสิ่งแวดล้อม มี 37 ตัวชี้วัดภายใต้ 9 องค์ประกอบหลัก โดยตัวชี้วัด จปฐ. ในแผนฯ 7 ส่วนใหญ่เป็นการเพิ่มเติมจากแผนฯ 6 ซึ่งเดิมมี 32 ข้อ เพิ่มเป็น 37 ข้อ และเพิ่มร้อยละของการบรรลุเกณฑ์ จปฐ. ถ้าบรรลุเกณฑ์ จปฐ.ทั้ง 37 ตัวชี้วัด นับได้ว่าบรรลุการมีคุณภาพชีวิตที่ดี (กระทรวงสาธารณสุข, 2536)

อุทุมพร จามรมาน (2530) วิเคราะห์องค์ประกอบที่น่าจะเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของคนกรุงเทพมหานคร ได้ 7 องค์ประกอบคือ ด้านสังคมและวัฒนธรรม ด้านเศรษฐกิจ ด้านสุขอนามัย ด้านจิตวิทยา ด้านสภาพแวดล้อมทางกายภาพ ด้านบริการของรัฐและเอกชน ด้านนันทนาการ Ferrans and Powers (1985) วิเคราะห์องค์ประกอบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยฮีโมไดอะไลซีส ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลักคือ ด้านสุขภาพการทำงานของร่างกาย ด้านฐานะทางเศรษฐกิจ ด้านจิตสังคม ด้านครอบครัว Flanagan (1978) วิเคราะห์องค์ประกอบคุณภาพ ชีวิตของประชาชนชาวอเมริกันควรประกอบด้วย 5 องค์ประกอบคือ 1. ด้านปัจจัยพื้นฐานทางวัตถุและความมั่นคงทางการเงิน ประกอบด้วย องค์ประกอบด้าน อาหาร เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย ความปลอดภัยในทรัพย์สิน สุขภาพและความปลอดภัยส่วนบุคคล การมีความปลอดภัยจากความเจ็บป่วย ด้านร่างกายและจิตใจ 2. ด้านสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ประกอบด้วย สัมพันธภาพกับคู่สมรสหรือคู่รัก การเลี้ยงดูบุตรหลาน สัมพันธภาพกับบุคคลในครอบครัว สัมพันธภาพกับเพื่อนสนิท 3. ด้านกิจกรรมในสังคม ชุมชนและบ้านเมือง ประกอบด้วย การมีกิจกรรมในการให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่น ๆ ในสังคม การมีกิจกรรมในท้องถิ่นและหน่วยงานของรัฐ 4. ด้านการพัฒนาตนเองและมีความรู้สึกอิ่มเอมใจ ประกอบด้วย การพัฒนาสติปัญญา มีการเรียนรู้ มีการเข้าใจส่วนบุคคลและการวางแผนของตนเอง การประกอบอาชีพการงาน การมีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ 5. ด้านการพักผ่อนหย่อนใจ ประกอบด้วย การพบปะสังสรรค์กับบุคคลใหม่ ๆ การได้รับสิ่งบันเทิง การหาสิ่งหย่อนใจโดยตนเองเป็นผู้ปฏิบัติ

Fillenbaum (1984) ได้รวบรวมองค์ประกอบความเป็นอยู่ที่ดีของผู้สูงอายุ หรือคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ พบมิติที่เป็นแกนสำคัญอยู่ 7 ด้านคือ การปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน สุขภาพกาย สุขภาพจิต สภาพสังคม สภาพเศรษฐกิจ สภาพแวดล้อมและอื่นๆ ซึ่งได้จากการรวบรวมผลการสำรวจผู้สูงอายุทั่วโลกด้วยเครื่องมือ 14 ชนิด โดยในรายละเอียดองค์ประกอบแต่ละด้านมีดังนี้ 1. ด้านการปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน ประกอบด้วย ความสามารถทางกายภาพและความสามารถในการดำรงชีวิตอยู่ในชุมชน 2. สุขภาพกาย ประกอบด้วย การประเมินสุขภาพกายด้วยตนเอง

อาการแสดงความเจ็บป่วย ภาวะการเจ็บป่วย ระดับการทำกิจกรรม การใช้แหล่งบริการทางการแพทย์ 3. สุขภาพจิต ประกอบด้วย อาการแสดงความเจ็บป่วยทางจิต ความสมบูรณ์ทางจิต 4. สภาพสังคม ประกอบด้วย บ้านและครอบครัว การมีส่วนร่วมในสังคม ชุมชน องค์กร การทำงาน การมีกิจกรรมต่าง ๆ 5. สภาพเศรษฐกิจ ประกอบด้วย รายได้ องค์ประกอบอื่น ๆ ที่ไม่ใช่ตัวเงิน ภาวะหนี้สิน ดัชนีชี้วัดความยากจน 6. สภาพแวดล้อม ประกอบด้วย สภาพที่อยู่อาศัย 7. อื่น ๆ

นอกจากองค์ประกอบคุณภาพชีวิตที่กล่าวมาแล้ว ยังมีการศึกษาในด้าน ความพึงพอใจในชีวิต ความพึงพอใจในองค์ประกอบต่าง ๆ ดังนี้ George and Bearon (1980, อ้างใน Ferrans and Powers, 1992 ; Zhan, 1992) วิเคราะห์องค์ประกอบคุณภาพชีวิต ควรประกอบไปด้วย 4 องค์ประกอบคือ ด้านความพึงพอใจในชีวิต ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านสุขภาพหน้าที่ การทำงานของร่างกาย ด้านฐานะทางเศรษฐสังคม Levine (1987) คุณภาพชีวิตควรประกอบไปด้วย ด้านสังคม บริบททางสังคม ระดับอารมณ์ ความผาสุก และการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ๆ Berghorn and Schafer (1981) เสนอองค์ประกอบที่เป็นตัวบ่งชี้คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุคือ องค์ประกอบที่เป็นตัวบ่งชี้ความพึงพอใจในชีวิตนั่นเองโดยประกอบด้วย ด้านฐานะทางเศรษฐสังคม ด้านสุขภาพ ด้านสภาพแวดล้อม ด้านการพึ่งพาตนเองและด้านการทำกิจกรรม นิพนธ์ คันธเสวี (2531) สรุปรายงานเรื่องคุณภาพชีวิตทั้งในและนอกประเทศ 40 กว่าเรื่อง เห็นว่าองค์ประกอบคุณภาพชีวิตประกอบด้วย ด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ ด้านสภาพแวดล้อมทางกายภาพ ด้านสภาพแวดล้อมทางวัฒนธรรม ด้านความคิด

จากความหมายและองค์ประกอบคุณภาพชีวิตที่กล่าวมา คุณภาพชีวิตเปรียบเสมือนร่มขนาด ใหญ่ ที่ครอบคลุมปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับชีวิตของคนไม่ว่าจะเป็นปฏิสัมพันธ์ของคน เศรษฐกิจ สังคม สภาพแวดล้อม (Peplau, 1994) โดยส่วนใหญ่เห็นว่าคุณภาพชีวิตของแต่ละบุคคลควร ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ ส่วนที่มีอยู่หรือที่เป็นจริงที่ทำให้ชีวิตมีคุณภาพ โดยมีองค์ประกอบแตกต่างกันไป และส่วนที่ 2 คือ เป็นความพึงพอใจในองค์ประกอบที่ตนเองมีอยู่เมื่อรวมทั้ง 2 ส่วนเข้าด้วยกันจึงจะเกิดภาพรวมพอที่จะบอกคุณภาพชีวิตของบุคคลนั้น ๆ ได้ (Frank-Stromberg, 1985 ; Dean, 1985 ; Zhan, 1992 ; Meeberg, 1993)

2.2 คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเป็นแนวคิดที่ต้องการบอกภาพรวมความเป็นอยู่ดีของ ผู้สูงอายุ และสภาวะรอบ ๆ ตัวเขาอย่างสมบูรณ์ทั้งสิ่งที่เขาเป็นจริง (คุณภาพชีวิตเชิงวัตถุวิสัย) และความพึงพอใจในสิ่งที่เขามีอยู่ (คุณภาพชีวิตเชิงจิตวิสัย) ผู้วิจัยนำเสนอคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตามกรอบแนวคิดคุณภาพชีวิตของ Flanagan (1978) และจากการรวบรวมมิติสำคัญของคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ของ Fillenbaum (1984) เพื่อมาเป็นกรอบแนวกว้าง ในการศึกษาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ซึ่งมีรายละเอียดทั้งหมด 5 ด้าน คือ ด้านการปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน ด้านสุขภาพ ด้าน

ปัจจัยพื้นฐานทางวัตถุและความมั่นคงทางการเงิน ด้านสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ๆ ด้านการมีกิจกรรมในสังคม ชุมชน และบ้านเมือง การรวบรวมรายละเอียดของคุณภาพชีวิตแต่ละด้านนำเสนอดังนี้

2.2.1 ด้านการปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน (Activities of Daily Living)

การที่ผู้สูงอายุมีความสามารถในการดูแลตนเอง สามารถปฏิบัติกิจกรรมประจำวันต่าง ๆ ได้ด้วยตนเองนั้น เป็นสิ่งสำคัญเพราะไม่ใช่เป็นการแสดงถึงการมีสุขภาพกาย สุขภาพจิตดีเท่านั้น แต่นั่นหมายถึงทำให้ผู้สูงอายุมีความเป็นอยู่ที่ดี มีความผาสุกทางสังคม (Fillenbaum, 1984) โดยการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันของผู้สูงอายุนั้นประกอบด้วย 2 ส่วนคือ ความสามารถทางกายภาพ (Physical Activities of Daily Living) และความสามารถในการดำรงชีวิต อยู่ในชุมชน (Instrumental Activities of Daily Living) ซึ่งความสามารถทางกายภาพ ประกอบด้วยกิจกรรมการอาบน้ำ การสวมเสื้อผ้า การเข้าห้องน้ำ การเคลื่อนย้าย การรับประทานอาหาร การลุกเดิน การทำงานเล็ก ๆ น้อย ๆ การไปนอกบ้าน การขึ้นลงบันได การตัดเล็บมือเล็บเท้า และความสามารถในการดำรงชีวิตอยู่ในชุมชน ประกอบด้วย กิจกรรมการใช้โทรศัพท์ การเดินทาง การไปซื้อของตามร้านค้า การเตรียมอาหาร การทำความสะอาดบ้าน การซักรีดเสื้อผ้า การทำงานฝีมือ การดูแลรักษาด้านการแพทย์ การจัดการเกี่ยวกับการเงิน (Fillenbaum,1984) ซึ่งเครื่องมือในการประเมินการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันนั้นพัฒนาโดย Katz (1963, อ้างใน Bowling, 1991) โดยกิจกรรมประจำวัน ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมการอาบน้ำ การสวมเสื้อผ้า การขับถ่าย การเข้าห้องน้ำ การรับประทานอาหาร การเคลื่อนย้าย Mcdowell and Newell (1987) ได้รวบรวมการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ ผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ และผู้ป่วยอื่น ๆ พบว่ามีเครื่องมือมากมายในการวัดการปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน ซึ่งจากการวิเคราะห์เนื้อหาพบว่ามีกลุ่มเนื้อหาดังนี้ 1. การดูแลตนเอง ประกอบด้วยกิจกรรม การแต่งตัว การรับประทานอาหาร การอาบน้ำ การเข้าห้องน้ำ ห้องส้วม 2. การเคลื่อนย้าย ประกอบด้วยกิจกรรม การยืน เดิน วิ่ง ขึ้นบันได 3. การเดินทางประกอบด้วยกิจกรรมการใช้ยานพาหนะ การขับรถ 4. การเคลื่อนไหวร่างกาย ประกอบด้วยกิจกรรมการยกการเอื้อมแขน การก้ม การพลิกตัว การตัดเล็บ การหมุนก๊อกน้ำ การหมุนโทรศัพท์ 5. การจัดการงานบ้าน ประกอบด้วยกิจกรรม การทำความสะอาด การเตรียมอาหาร การจับจ่ายของ และ 6. งานอดิเรก นภาพร ชโยวรรณ และมาลินี วงษ์สิทธิ์ (2530) ศึกษาปัญหาผู้สูงอายุในประเทศไทยพบว่า ในส่วนการทำกิจกรรมประจำวันของผู้สูงอายุนั้น กิจกรรมส่วนใหญ่คือ การดูแลเด็กเล็ก การทำความสะอาดบ้าน การซื้อของ การซักเสื้อผ้า เป็นกิจกรรมที่สมาชิกคนอื่น ๆ ในครัวเรือนเป็นคนทำ ผู้สูงอายุทำเป็นส่วนน้อยทำเพียงร้อยละ 10-23 ของกลุ่มตัวอย่าง Caffrey (1991) สำรวจกิจกรรมประจำวันในผู้สูงอายุภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย พบว่า กิจกรรมที่ผู้สูงอายุทำเป็นส่วนใหญ่ คือ กิจกรรมการจัดการงานบ้าน ได้แก่ การเลี้ยงหลาน การเตรียม

อาหาร การทำความสะอาดบ้าน และกิจกรรมในการดูแลตนเอง ได้แก่ การรับประทานอาหาร การกางมุ้งเก็บมุ้งนอน การขึ้นลงบันได การเข้าห้องน้ำห้องส้วม การอาบน้ำ การแต่งกาย ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ทำได้ นอกจากนั้นกิจกรรมการเดินไปถวายอาหารพระที่วัด การตักบาตร การเดินไปซื้อของ การไปพูดคุยกับเพื่อนบ้าน เป็นกิจกรรมที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ปฏิบัติ และกิจกรรมที่ผู้สูงอายุปฏิบัติเมื่อวานนี้ที่ผ่านมา พบว่า มีการทำกิจกรรมแตกต่างกัน บางคนทำงานทั้งวัน บางคนดูแลหลาน ดูแลสัตว์เลี้ยง ทำอาหาร ทำความสะอาดบ้าน เดินไปวัด เดินไปคุยกับเพื่อนบ้าน บางคนทำสวน ทำจักสาน พนิษฐา พานิชาชีวะกุล (2537) ได้นำกรอบแนวคิดของ Fillenbaum (1984) มาเป็นกรอบแนวกว้างในการสร้างเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตชนบท ในส่วนการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันนั้น ประกอบด้วย ความสามารถทางกายภาพ ได้แก่ กิจกรรมการอาบน้ำ การถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะ การแต่งตัว การลุกจากที่นอน การรับประทานอาหาร การขึ้นลงบันไดบ้าน และความสามารถในการดำรงชีวิตอยู่ในชุมชน ได้แก่ กิจกรรมการไปซื้อของที่ร้านค้าในหมู่บ้าน การทำอาหาร การทำความสะอาดบ้าน การกางมุ้งเก็บที่นอน การจัดการเรื่องค่าใช้จ่าย การปลูกผักสวนครัว การเดินไปวัด และความพึงพอใจในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน Schank and Lough (1987) ศึกษาการทำกิจกรรมประจำวันต่าง ๆ ของผู้สูงอายุอเมริกันเพศหญิง พบว่า ร้อยละ 64 ของผู้สูงอายุที่อาศัยในครอบครัวเดี่ยว ไม่มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่าง ๆ มีเพียงร้อยละ 6 เท่านั้นที่มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ส่วนกลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยในครอบครัวขยาย พบร้อยละ 34 ไม่มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่าง ๆ Bowling and Browne (1991) ศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุตอนปลายอายุ 85 ปีขึ้นไป พบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงมีความลำบากในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ถึงร้อยละ 75 ส่วนผู้สูงอายุเพศชายมีความลำบากในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ร้อยละ 26 เนื่องจากอายุที่มากขึ้นทำให้ 3 ใน 4 ของกลุ่มตัวอย่างทำกิจกรรมประจำวันด้วยตนเองได้ด้วยความลำบาก ต้องได้รับการดูแล

จากการศึกษารายงานการศึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันนั้น จะเห็นได้ว่าการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ ความสามารถทางกายภาพและความสามารถในการดำรงชีวิตอยู่ในชุมชน โดยมีรายละเอียดดังนี้ ความสามารถทางกายภาพประกอบด้วยกิจกรรมการอาบน้ำ การขับถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะ การแต่งกาย การหวีผม การรับประทานอาหาร การเปลี่ยนอิริยาบถ การก้มย่อตัวลงเก็บของ การขึ้นลงบันไดบ้าน การสวมใส่รองเท้า และความสามารถในการดำรงชีวิตอยู่ในชุมชน ประกอบด้วย กิจกรรมการกางมุ้งการเก็บที่นอน การใส่บาตรหรือการเดินไปวัด การไปปฏิบัติธรรมในวันพระ การไปตลาดหรือไปซื้อของตามร้านค้า การทำสวนปลูกผักสวนครัวหรือการไปหาผักตามป่าละเมาะใกล้บ้าน การทำความสะอาดการกวาดบริเวณบ้าน การประกอบอาหาร การเตรียมอาหาร รวมทั้งความพึงพอใจในความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน องค์ประกอบเหล่านี้จะสามารถ บอกถึงความเป็นอยู่ที่ดีของผู้สูงอายุได้

2.2.2 **ด้านสุขภาพ** (Health)

สุขภาพอนามัยเป็นสิ่งบ่งชี้ทางสังคมหรือของประเทศที่จะทำให้ทราบถึง คุณภาพของประชากรประเทศใดหรือสังคมใดที่มีประชากรที่มีคุณภาพดีทั้งกายและใจ จะส่งผลให้ประชากรมีคุณภาพชีวิตที่ดี การที่มีสุขภาพที่ดีย่อมเป็นที่พึงปรารถนาของมวลมนุษย์ทุกคน คนที่มีสุขภาพดี คือ คนที่มีความหวังคือ คนที่มีทุกสิ่งทุกอย่าง ดังนั้นสุขภาพจึงเป็นเสมือนวิถีทางหรือช่องทางที่จะนำบุคคลไปสู่ความสุข ความสำเร็จต่าง ๆ ในชีวิต ซึ่งอาจกล่าวได้ว่าสุขภาพดีคือคุณภาพชีวิตนั่นเอง (สุชาติ โสมประยูร, 2526)

2.2.2.1 **สุขภาพกาย** (Physical Health)

ภาวะสุขภาพเป็นแนวคิดที่กว้างและมีการสร้างเครื่องมือมากมายในการวัดภาวะสุขภาพ ซึ่งการวัดภาวะสุขภาพเป็นการบ่งชี้ถึงประสิทธิภาพ ประสิทธิผลของการรักษาทางการแพทย์เป็นการประเมินถึงคุณภาพของการดูแลทางการแพทย์ พัฒนาการตัดสินใจทางการแพทย์ เป็นการประมาณความต้องการของประชากรเพื่อจะได้เป็นประโยชน์ในการเข้าใจถึงสาเหตุและองค์ประกอบที่แตกต่างกันของสุขภาพ (Ware, et al., 1981) ภาวะสุขภาพเป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่จะบ่งบอกถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี (Flanagan, 1978 ; Lohmann, 1980 ; Miettinen, 1987 ; Ferrans, 1990)

Flanagan (1978) สำรวจภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุชาวอเมริกัน พบว่าองค์ประกอบทางสุขภาพและความปลอดภัยของบุคคล ประเมินได้จาก ความสุขที่ปราศจากการเจ็บป่วย การมีความสมบูรณ์ทางร่างกาย การหลีกเลี่ยงจากอุบัติภัยและความรุนแรงทางสุขภาพ ประสิทธิภาพในการรักษาปัญหาสุขภาพ โดยพบว่าองค์ประกอบด้านสุขภาพเป็นองค์ประกอบที่สำคัญอันดับ 1 สำหรับผู้สูงอายุทั้งเพศชายและเพศหญิง Fillenbaum (1984) นำเสนอการประเมินสุขภาพกายโดยประเมินได้จาก สภาวะทางกายภาพ อาการแสดงความเจ็บป่วย การออกกำลังกาย การใช้ระบบบริการทางการแพทย์ ความสามารถในการดูแลตนเอง ภาวะโภชนาการ โดยพนิษฐา พานิชาชีวะกุล (2537) ได้นำกรอบแนวคิดของ Fillenbaum มาเป็นกรอบแนวกว้างในการสร้างเครื่องมือวัดภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชนบท โดยองค์ประกอบด้านภาวะสุขภาพ ประกอบด้วย อาการที่เกิดขึ้นในรอบ 1 เดือน โรคเรื้อรังและความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ ความพึงพอใจในสุขภาพกาย อุทุมพร จามรมาน (2530) สำรวจคุณภาพชีวิตของคนกรุงเทพมหานคร พบว่าองค์ประกอบด้านสุขภาพอนามัย ประกอบด้วย การออกกำลังกาย อาหาร การขจัดของเสีย น้ำดื่มน้ำใช้ Torrance (1987) ศึกษาภาวะสุขภาพ ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบคือ การทำหน้าที่ของระบบต่าง ๆ ทางกายภาพ อารมณ์ ความรู้สึก การนึกคิด การดูแลตนเอง ความเจ็บป่วย บรรลุ ศิริพานิช และคณะ (2531) สำรวจผู้สูงอายุโดยการวัดภาวะสุขภาพกายวัดทั้งด้านภาววิสัย (Objective) และอัตวิสัย (Subjective) โดยภาววิสัยใช้วิธีวัดตามนายแพทย์อวย เกตุสิงห์ ได้ตั้งเอาไว้ เช่น วัดส่วนสูง น้ำหนัก ความดันโลหิต ความอดทนด้วยการออกกำลังกาย ทดสอบความแข็งแรงโดยใช้แฮนคัยนาโมมิเตอร์ และวัดอัตวิสัยโดยวัดความ

รู้สึกทัศนคติเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย โดยพบว่าผู้สูงอายุขณะอายุ 60 ปี คิดว่าตนเองมีสุขภาพแข็งแรงมาก ร้อยละ 14.1 แข็งแรงไม่เจ็บป่วยรุนแรง ร้อยละ 72.5 สุขภาพอ่อนแอร้อยละ 10.9 และหลังอายุ 60 ปี แล้วมีปัญหาที่ต้องไปพบแพทย์ไม่เกิน 2 ครั้งต่อปี ร้อยละ 37 และไม่เคยไปพบแพทย์ ไม่เคยเจ็บป่วยร้อยละ 43 Conner (1979) ศึกษาพบว่าผู้สูงอายุ ร้อยละ 14 มีสุขภาพดีมาก ร้อยละ 46 มีสุขภาพดี ร้อยละ 28 สุขภาพปานกลาง ร้อยละ 11 สุขภาพไม่ดี และร้อยละ 1 สุขภาพไม่ดีมาก Miller (1991) ศึกษาพบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 5 จะอยู่ที่โรงพยาบาล และมีอัตราป่วยด้วยโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้น

สำหรับปัญหาด้านสุขภาพที่พบในผู้สูงอายุนั้น ศรีเรือน แก้วกังวาล (2533) ศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีความด้อยในด้านสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุในภาคอื่น ๆ Bowling and Browne (1991) ศึกษาในผู้สูงอายุที่อาศัยในกรุงลอนดอน พบว่าปัญหาสุขภาพที่พบคือ ปวดศีรษะ ปวดข้อ กล้ามเนื้อ ปัญหาเรื่องการมองเห็น การได้ยิน นอนไม่หลับ โดยผู้สูงอายุทั้ง 2 เพศไม่มีความแตกต่างกัน บรรลุ ศิริพานิช และคณะ (2531) ศึกษาพบว่าผู้สูงอายุคนหนึ่งอาจมีปัญหาสุขภาพหลายอย่าง ระยะเวลาและความรุนแรงของแต่ละโรคอาจต่างกันโดย 2 ใน 3 บอกว่าตนเองมีปัญหาทางสุขภาพที่พบมากที่สุดคือ ปวดข้อ พบได้ถึง 1 ใน 3 รองลงมาคือ โรคระบบทางเดินอาหาร พบได้ 1 ใน 4 และมีร้อยละ 31.2 คิดว่าตนเองไม่มีปัญหาด้านสุขภาพ พบว่า 2 ใน 3 มีปัญหาเรื่องฟันคือ ปัญหาเกี่ยวกับการเคี้ยวอาหาร และเกี่ยวกับด้านสมรรถภาพตาและหู พบว่า ร้อยละ 76.1, 21.7, 2.2 มีสมรรถภาพในการได้ยินชัดเจนดี หูตึงเล็กน้อย และหูตึงมากตามลำดับ ด้านสมรรถภาพทางสายตา พบว่าร้อยละ 50.7, 22.5, 26.1 มีสมรรถภาพทางสายตามองเห็นชัดดี มองเห็นชัดแต่อ่านไม่เห็น และมองเห็นไม่ชัดตามลำดับ Caffrey (1991) สำรวจปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีปัญหาเกี่ยวกับฟันเคี้ยวอาหารลำบากร้อยละ 72 ปัญหาเรื่องสายตาร้อยละ 24 และการได้ยินร้อยละ 7 จำเรียง กูรมะสุวรรณ, นิตยา ภาสุนันท์ และวีนัส ตันติบูล (2533) พบว่าผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวร้อยละ 20 โดยส่วนใหญ่เป็นโรคระบบกล้ามเนื้อ กระดูก รองลงมาคือ ระบบหัวใจหลอดเลือด ระบบทางเดินอาหาร ระบบประสาท-ประสาทสัมผัส และโรคเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 39, 27, 19, 18, 11 ตามลำดับ นภาพร ชโยวรรณ และมาลินี วงษ์สิทธิ์ (2530) สำรวจพบว่าผู้สูงอายุในชนบทมีโรคประจำตัวมากกว่าในเมือง โดยเฉพาะโรคระบบ กล้ามเนื้อ ระบบย่อยอาหาร ระบบทางเดินหายใจ ซึ่งน่าจะเกี่ยวกับอาชีพ นิสัยการบริโภคอาหาร เพศหญิงมีโรคมากกว่าเพศชาย โดยเฉพาะโรคปวดข้อ นอนไม่หลับ เป็นลม ส่วนความสามารถในการได้ยินนั้น พบว่าร้อยละ 40 มีระดับในการได้ยินดีมาก ร้อยละ 50 มีระดับการได้ยินดี ร้อยละ 10 มีระดับการได้ยินไม่ดี ประภาพร จินันทุยา (2536) พบว่าโรคประจำตัวหรือภาวะสุขภาพผิดปกติที่พบมากที่สุด 5 อันดับแรก คือ โรคปวดข้อ ต้อกระจก ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ Lindgren and Linton (1991, อ้างใน Oleson, 1994) พบว่าผู้สูงอายุมีปัญหาในเรื่องการรับรู้รสอาหาร การควบคุมระบบปัสสาวะ การดมกลิ่นต่าง ๆ

ด้านการรับบริการทางสุขภาพนั้น พบว่า ผู้สูงอายุ 1 ใน 5 จะพึ่งร้านขายยา บางส่วนพึ่งหมอแผนโบราณ พระ และอื่น ๆ ประมาณร้อยละ 8 ที่ไม่ไปรับการรักษา ผู้สูงอายุเพศหญิงที่ป่วยแล้วไม่ไปหาใครพบมากกว่าผู้สูงอายุเพศชาย หรือมักไปร้านขายยา หาหมอแผนโบราณ หาพระมากกว่า เพราะขาดความรู้ มีข้อจำกัดด้านการเงิน ความเชื่อในการรักษาแผนโบราณมีมากกว่าเพศชาย โดยเฉพาะผู้สูงอายุในเขตชนบทมากกว่าในเมือง (นภาพร ชโยวรรณ และมาลินี วงษ์สิทธิ์, 2530) ค่ารักษาพยาบาลพบว่าร้อยละ 17 ไม่เสียค่ารักษาพยาบาล ร้อยละ 29 เสียต่ำกว่า 100 บาท ร้อยละ 34 เสีย 100-500 บาท ร้อยละ 10 เสีย 500 บาทขึ้นไป ต่อการรักษา 1 ครั้ง ผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่จะต้องเข้าพักรักษาตัวในสถานพยาบาลมากที่สุด โดยต้องเข้ารับบริการรักษาเป็นผู้ป่วยในในสถานพยาบาลสูงเกือบเป็น 2 เท่าของประชากรโดยทั่วไป และใช้เวลาที่จะรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลนานกว่าประชากรโดยทั่วไป

ด้านการได้รับการดูแลเมื่อเจ็บป่วยพบว่าได้รับการดูแลจากคู่สมรสร้อยละ 19 มีเพียงร้อยละ 3 ที่ไม่มีคนดูแล ผู้สูงอายุเพศชายได้รับการดูแลจากคู่สมรสมากกว่าเพศหญิง ผู้สูงอายุในเมืองไม่มีคนดูแลเมื่อเจ็บป่วยมากกว่าในเขตชนบทถึงเท่าตัว ผู้สูงอายุต้องการให้บุตรหลานดูแลมากที่สุดเมื่อเจ็บป่วย รองลงมาคือ คู่สมรส บุตร หลาน และญาติอื่น ๆ มีเพียงร้อยละ 4 ที่ไม่ต้องการให้ใครดูแล ผู้สูงอายุในชนบทมีบุตรหลานและคู่สมรส เป็นที่พึ่งพิงได้มากกว่าในเมือง

พฤติกรรมที่เสี่ยงต่อปัญหาทางสุขภาพของผู้สูงอายุ ไม่ว่าจะเป็นการดื่มสุรา การสูบบุหรี่ การเคี้ยวหมาก การดื่มสุรา กาแฟนั้น บรรลุ ศิริพานิช และคณะ (2531) สำรวจพบว่าพฤติกรรมด้านการดื่มสุรานั้น ผู้สูงอายุเพศชายไม่เคยดื่มเลย ร้อยละ 65.8 เพศหญิงไม่เคยดื่มเลย ร้อยละ 90.4 เพราะฉะนั้นการไม่ดื่มสุรา มีส่วนช่วยให้อายุยืนได้ ส่วนการสูบบุหรี่นั้นผู้สูงอายุเพศชายไม่เคยสูบบุหรี่เลย มีเพียงร้อยละ 28.6 เคยสูบแต่เลิกแล้ว ร้อยละ 56.2ผู้สูงอายุเพศหญิงไม่เคยสูบเลยร้อยละ 86.4 ยังสูบอยู่ร้อยละ 10.3 การดื่มชากาแฟพบว่า ผู้สูงอายุทั้งเพศหญิง-ชาย ไม่เคยดื่มเลย สำหรับการเคี้ยวหมากผู้สูงอายุเพศชายไม่เคยเคี้ยวเลยร้อยละ 71.7 เพศหญิงไม่เคี้ยวเลย ร้อยละ 20.7 ยังเคี้ยวอยู่ร้อยละ 77

จากรายงานการศึกษาต่าง ๆ จะเห็นได้ว่าสุขภาพกายสำหรับผู้สูงอายุนั้นมีการวัดหลากหลาย ในการวัดสุขภาพกายสำหรับผู้สูงอายุในชนบทนั้น ควรจะประกอบด้วย การปราศจากอาการเจ็บป่วย การมีความสมบูรณ์ทางร่างกาย การปราศจากอาการของโรคเรื้อรังต่าง ๆ ระยะเวลาของการเจ็บป่วย การปฏิบัติตนเมื่อเกิดการเจ็บป่วย แหล่งหรือสถานที่ที่ไปรับบริการเมื่อเจ็บป่วย ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วย สวัสดิการทางด้านสุขภาพของ ผู้สูงอายุ การดูแลตนเองในด้านสุขภาพ การหลีกเลี่ยงจากอุบัติเหตุและความรุนแรงทางสุขภาพ ความพึงพอใจในภาวะสุขภาพกาย คาดว่าน่าจะสามารถบอก ภาวะสุขภาพกายของผู้สูงอายุได้

2.2.2.2 **สุขภาพจิต** (Mental Health)

สุขภาพจิตเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิต เป็นกลุ่มที่ต้องการบริการทางสุขภาพ ซึ่งในการบ่งบอกภาวะสุขภาพจิตนั้น ควรพิจารณาจากความผิดปกติทางร่างกาย อาการแสดงความผิดปกติทางจิต การวินิจฉัยสภาพความสมบูรณ์ทางจิต การตัดสินใจการกระทำสัมพันธ์กับสุขภาพจิต หรือพิจารณาจากกระบวนการรู้คิดในเรื่อง บุคคล สถานที่ เหตุการณ์ในอดีต ซึ่งในการบ่งบอกภาวะสุขภาพจิตนั้นมีหลากหลาย (Fillenbaum, 1984) นอกจากนั้นยังมีการวัดอาการผิดปกติทางจิตของผู้สูงอายุ โดยวัดจากความผิดปกติทางโครงสร้าง ความรู้สึก อาการทางจิตประสาท อาการทางจิตเภท อาการหวาดระแวง (Bond, อ้างใน Fillenbaum, 1984) ผู้สูงอายุมักมีอาการทางจิตเพิ่มขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น โดยอาการผิดปกติทางจิตที่พบคือภาวะซึมเศร้าและสภาพจิตเสื่อม โดยในการวัด สภาพจิตเสื่อมนั้นวัดได้จากกระบวนการรู้คิด คือวัดที่ความจำในเรื่องเวลา สถานที่ ความต่อเนื่องในการพูดคุย ความจำ ความสามารถในการบันทึก ความตั้งใจในการคำนวณ (Mirowsky and Ross, 1992) โดยในผู้สูงอายุ กระบวนการรู้คิดจะลดลง อภิญญา กังสนารักษ์ (2534) ได้นำแบบตรวจสอบสภาพจิตแบบย่อ Mini-Mental State Examination (MMSE) ของ Folstein และคณะ มาใช้ในการทดสอบวัดการทำงานของสมองด้านความรู้ความเข้าใจเพื่อคัดกรองผู้ป่วยสมองเสื่อม โดยคัดกรองความบกพร่องในการทำงานของสมองด้านความรู้ ความเข้าใจในด้านต่าง ๆ คือ ด้านการรับรู้ เวลา สถานที่ ด้านความจำ ด้านความตั้งใจและการคำนวณ ด้านการเข้าใจภาษา และการแสดงออกทางภาษา รวมถึงการจำภาพโครงสร้างด้วยตา นำไปใช้พบว่า MMSE สามารถแยกแยะกลุ่มที่มีอาการภาวะจิตเสื่อมออกจากกันได้ พนิษฐา พานิชาชีวะกุล (2537) สร้างเครื่องมือวัดสภาพจิตเสื่อมในผู้สูงอายุ โดยประเมินจากความสามารถด้านการรับรู้ เวลา สถานที่ ความสามารถในการบันทึกจำ ความตั้งใจและการคำนวณ ความสามารถในการระลึก ความสามารถด้านภาษา บรรลุ ศิริพานิช และคณะ (2531) ศึกษาสภาพจิตเสื่อมในผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุมีสภาพจิตเสื่อม ร้อยละ 56.6 โดยเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย

การบ่งบอกปัญหาสุขภาพจิตในด้านภาวะซึมเศร้านั้น เป็นความผิดปกติทางจิตที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ (Pierre, Craven and Bruno, 1986) โดยในการบอกถึงภาวะซึมเศร้านั้นบอกได้จาก 1. สภาพอารมณ์ที่ซึมเศร้า ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม สิ้นหวัง 2. มีอาการเหนื่อยอ่อนเพลีย มีความผิดปกติทางร่างกาย ความอยากอาหารลดลง นอนไม่หลับหรือนอนหลับมากเกินไป ความสนใจในสิ่งต่าง ๆ ลดลง รู้สึกไม่พอใจในตนเอง ความรู้สึกอยากตาย 3. มีอาการทางจิตเภท หวาดระแวง Ross and Mirowsky (1989) ได้เสนอว่าสิ่งสำคัญที่แสดงถึงความผิดปกติทางจิตคือภาวะซึมเศร้าซึ่งประกอบด้วย ความรู้สึกเศร้า การขาดความอดทน ความว้าเหว่โดดเดี่ยว สิ้นหวัง การลดความมีคุณค่าในตนเอง ความรู้สึกอยากตาย การมีปัญหาเรื่องการนอนหลับ ความรู้สึกอยากร้องไห้ รู้สึกไม่สมหวัง พนิษฐา พานิชาชีวะกุล (2537) วัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยประเมินจาก ความรู้สึกกังวล ความรู้สึกเหงา ความรู้สึกเศร้า ความรู้สึกไร้ค่า ความ

รู้สึกอยากตาย ไม่สนใจสิ่งต่าง ๆ การตำหนิตนเอง บรรลุ ศิริพานิช และคณะ (2531) วัดภาวะซึมเศร้าพบว่า ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 16.5 โดยผู้สูงอายุเพศหญิงเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าเพศชาย สอดคล้องกับ Mirowsky and Ross (1992) ที่พบว่าผู้หญิงมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้ชาย และภาวะซึมเศร้าจะพบมากขึ้น ในผู้สูงอายุโดยเฉพาะอายุ 80 ปีขึ้นไปพบมากที่สุด แบบวัดภาวะซึมเศร้าที่นิยมนำมาใช้วัดภาวะซึมเศร้ามีหลายแบบ ได้แก่ SCL-90 (The 90-item symptom check list) GSI (Global Severity Index) CES-D (The Center for Epidemiological Studies Depression) ซึ่ง CES-D มีผู้นำมาใช้วัดภาวะซึมเศร้ามากมาย (Turner and Noh, 1988 ; Ross and Mirowsky, 1989 ; Gory, Ritchey and Mullis, 1990 ; Mirowsky and Ross, 1992) ธวัชชัย วรพงศธร (2533) ได้นำแบบวัดภาวะซึมเศร้า CES-D มาหาความตรงความเที่ยง ในกลุ่มนักศึกษาวิทยาลัยครู และกลุ่มเด็กวัยรุ่น ซึ่งประกอบด้วย ความรู้สึกหงุดหงิด เบื่ออาหาร ความหม่นหมอง ความหดหู่ใจ ความมีสมาธิ ความล้มเหลว ความหวาดกลัว การนอนไม่หลับ ความอ้างว้างเดียวดาย ความรู้สึกไม่เป็นมิตร ความรู้สึกอยากร้องไห้ ความรู้สึกท้อถอยในชีวิต

Haug (1984) ศึกษาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุโดยใช้แบบประเมินสุขภาพจิตด้วยตนเอง และแบบวัดอาการทางจิตพบว่าได้ผลคงที่ในการศึกษาติดตามระยะยาว โดยพบว่าอาการแสดงที่บ่งบอกถึงการมีปัญหาทางจิต คือความรู้สึกเหนื่อยอ่อนเพลีย การเปลี่ยนแปลงรูปแบบการนอนหลับ โดยบุคคลที่มีภาวะสุขภาพจิตในระดับต่ำ จะมีอาการเหนื่อยอ่อนเพลีย ปวดศีรษะ นพวรรณ หาญพล (2535) ศึกษาพบว่า การเจ็บป่วยทางจิตจะเพิ่มขึ้นในกลุ่มอายุ 70 ปีขึ้นไป นภาพร ชโยวรรณ และมาลินี วงษ์สิทธิ์ (2530) ผู้สูงอายุเพศหญิงมีปัญหาด้านสุขภาพจิตมากกว่าเพศชาย คือ ผู้สูงอายุเพศหญิงมีความรู้สึกเหงามากกว่าเพศชาย โดยสรุปแล้วพบว่าผู้สูงอายุไทยอย่างน้อย 1 ใน 10 คนมีปัญหาเกี่ยวกับจิตใจ สุพัฒนา เดชาติวงศ์ ณ อยุธยา (2525) ศึกษาความผิดปกติทางจิตเวชในผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุมีความผิดปกติทางจิตเวชเพิ่มสูงขึ้น เกิดจากสาเหตุร่วมกันหลายประการ ทั้งทางชีววิทยา จิตสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ และจากการเกิดพยาธิสภาพของร่างกาย และอาการทางจิตเวชที่พบบ่อยที่สุดในผู้สูงอายุ คือกลุ่มอาการต่าง ๆ ของร่างกายที่ไม่พบพยาธิสภาพ และอาการเศร้าในผู้สูงอายุ Bowling and Browne (1991) พบผู้สูงอายุที่มีอาการผิดปกติทางจิตถึงร้อยละ 28 และอยู่คนเดียวถึงร้อยละ 44 ฉวีวรรณ แก้วพรหม (2530) ศึกษาภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโดยพิจารณาจากความมีคุณค่าในตนเอง อัตมโนทัศน์ ความมั่นคงต่อชีวิต Lourdes and Cruz (1986) ศึกษาพบว่า ความโดดเดี่ยว ความว้าเหว่ เป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยสูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุแยกตัวจากสังคม ลดความมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งความมีคุณค่าในตนเองเป็นสิ่งที่บ่งชี้ถึงสุขภาพจิตผู้สูงอายุอย่างหนึ่ง (Taft, 1985 ; Ferrans and Powers, 1992) อัมพร รัตนวิทย์ (2533) ทำการศึกษาการตอบปัญหาสุขภาพจิตทางโทรศัพท์ของโรงพยาบาลสมเด็จเจ้าพระยา ในระยะเวลา 3 ปี พบว่าผู้สูงอายุมีการใช้บริการถึงร้อยละ 4, 2.6, 1.8 ในปีที่ 1, 2, 3 ตาม

ลำดับ โดยปัญหาที่นำมาปรึกษามักเป็นปัญหาความเครียด วิตกกังวล จำเรียง กูรมะสุวรรณ, นิตยา ภาสุนันท์ และวีนัส ตันติบูล (2533) ศึกษาปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ พบว่า เมื่อมีปัญหาด้านจิตใจมีเพียงร้อยละ 15 ที่จะไปปรึกษาแพทย์ และที่ไม่สนใจที่จะแก้ปัญหาถึงร้อยละ 24 โดยผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต มีความวิตกกังวล หมกมุ่นครุ่นคิดอยู่เสมอ

Neugarten, Havighurst and Tobin (1961) สร้างเครื่องมือวัดความพึงพอใจในชีวิต ซึ่งประกอบด้วย 5 องค์ประกอบคือ ความสนุกที่ต่อสู้กับความเบื่อหน่ายในชีวิต ความมั่นคงและอดทนต่อชีวิต ความสอดคล้องระหว่างเป้าหมายที่ตั้งไว้กับสิ่งที่เกิดขึ้นจริง อัตมโนทัศน์ในทางบวก ระดับอารมณ์ ซึ่งได้สร้างเครื่องมือวัดความพึงพอใจในชีวิตผู้สูงอายุ คือ Life Satisfaction Index (LSI) ซึ่งมีบุคคลมากมายนำเครื่องมือนี้ไปวัดความพึงพอใจในชีวิตผู้สูงอายุ

จากรายงานการศึกษาเกี่ยวกับภาวะสุขภาพนั้นพบว่า มีเครื่องมือมากมายที่ใช้วัดสุขภาพจิต โดยสรุปแล้วการวัดสุขภาพจิตควรประกอบด้วย การวัดสภาพจิตเสื่อม ภาวะซึมเศร้า และความพึงพอใจในชีวิต สภาพจิตเสื่อม ประกอบด้วยความสามารถในการรับรู้ เวลา สถานที่ ความสามารถด้านการบันทึกจำ ความสนใจและการคำนวณ การรำลึก ด้านภาษาและการสื่อความหมาย ส่วนภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วย ความรู้สึกเบื่อหน่าย เศร้าหมอง อยากร้องไห้ ความรู้สึกวิตกกังวล หงุดหงิด ความรู้สึกไร้คุณค่า ความรู้สึกไม่อยากทำอะไร ความรู้สึกหมดกำลังใจและสิ้นหวัง และความพึงพอใจในชีวิต ซึ่งทั้งสภาพจิตเสื่อม ภาวะซึมเศร้า และความพึงพอใจในชีวิตจะสามารถบอกถึงความสมบูรณ์ทางจิตของผู้สูงอายุได้

2.2.3 ด้านปัจจัยพื้นฐานทางวัตถุและความมั่นคงทางการเงิน (Material Well-being and Financial Security)

เศรษฐกิจเป็นสิ่งจำเป็นในการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุเพื่อที่จะนำมาซึ่งการตอบสนองปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิต ไม่ว่าจะเป็นอาหาร บ้านที่อยู่อาศัย เครื่องนุ่งห่ม ยารักษาโรค โดยในการประเมินภาวะเศรษฐกิจของผู้สูงอายุนั้น พิจารณาจากหลายทางไม่ได้พิจารณาจากรายได้ที่เป็นตัวเงินเพียงอย่างเดียว แต่รวมถึงสิ่งที่ให้ในการดำรงชีวิตที่ไม่ต้องซื้อด้วยเงิน การได้รับการดูแลเป็นอย่างดี ภาวะหนี้สิน ภาวะเงินออม และในการบ่งบอกถึงภาวะเศรษฐกิจแตกต่างกันไป (Fillenbaum, 1984) พนิษฐา พานิชาชีวะกุล (2537) พัฒนาเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชนบท โดยองค์ประกอบด้านเศรษฐกิจวัดจาก รายได้ ความเพียงพอของรายได้ ทรัพย์สินอื่นๆ ความมั่นคงทางเศรษฐกิจ และความพึงพอใจในสภาพเศรษฐกิจ Flanagan (1978) ศึกษาองค์ประกอบด้านปัจจัยพื้นฐานทางวัตถุและความมั่นคงทางการเงิน พบว่าผู้สูงอายุกลุ่ม 71 ปีขึ้นไป ชาวอเมริกันมีความต้องการความสะดวกสบาย คือการมีอาหาร บ้าน ความสะดวก ความคาดหวังในอนาคต ความมั่นคงทางการเงินเป็นปัจจัยสำคัญ โดยผู้สูงอายุเห็นว่า องค์ประกอบด้านปัจจัยพื้นฐานทางวัตถุและความมั่นคงทางการเงินเป็นสิ่งสำคัญถึงร้อยละ 87 ส่วนผู้สูงอายุเพศหญิงเห็นความสำคัญของปัจจัยพื้นฐานและการเงินร้อยละ 84 Medley (1976) ศึกษาภาวะ

เศรษฐกิจในผู้สูงอายุพบว่าการมีรายได้ถือเป็นความสำคัญอันดับ 2 สำหรับผู้สูงอายุเพศหญิงและสำคัญอันดับ 3 สำหรับผู้สูงอายุเพศชาย อุทุมพร จามรมาน (2530) ใช้องค์ประกอบด้านเศรษฐกิจ ประกอบด้วยตัวแปรอาชีพหลัก อาชีพรอง รายได้ ทรัพย์สิน ที่ดิน ขั่วโมงทำงาน ในการศึกษาคุณภาพชีวิตของคนกรุงเทพมหานคร

ในด้านรายได้ของผู้สูงอายุ Conner (1979) พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีรายได้น้อยกว่า 499 ถึงมากกว่า 10,000 ดอลล่าร์ต่อเดือน โดยค่าเฉลี่ยรายได้เท่ากับ 2,750 ดอลล่าร์ต่อเดือน Osberg (1987) พบว่าผู้สูงอายุที่มีอาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ร้อยละ 53 มีรายได้น้อยกว่า 10,000 ดอลล่าร์ต่อปี นภาพร ชโยวรรณ, มาลีนี วงษ์สิทธิ์และจันทร์เพ็ญ แสงเทียนฉาย (2532) พบว่าในปัจจุบันผู้สูงอายุไทยมีภาวะเศรษฐกิจค่อนข้างยากจน คือร้อยละ 60 มีรายได้ต่ำกว่า 500 บาทต่อเดือน หรือไม่มีรายได้เลย มีเพียงร้อยละ 8 เท่านั้นที่มีรายได้มากกว่า 3,000 บาทต่อเดือน และร้อยละ 62 รายงานว่า ภาวะเศรษฐกิจในปัจจุบันแย่กว่าเมื่อตนอายุ 40-50 ปี โดยผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำ ไม่ได้ทำงานเชิงเศรษฐกิจถึงแม้ผู้สูงอายุในชนบทจะทำงานมากกว่าในเมือง แต่งานที่ทำส่วนใหญ่เป็นงานภาคการเกษตร รายได้ต่ำ โดยการเปลี่ยนแปลงทางสังคมทำให้ผู้สูงอายุมีปัญหาด้านเศรษฐกิจ เพราะไม่มีรายได้เป็นกอบเป็นกำ ต้องพึ่งพาลูกหลานเป็นหลัก ของทุกอย่างต้องซื้อด้วยเงิน ราคาสินค้าสูงขึ้น (วีรสิทธิ์ สิทธิไตรย์ และโยธิน แสวงดี, 2532) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มาจากครอบครัวสถานภาพปานกลางถึงร่ำรวย บรรลุ ศิริพานิช และคณะ (2531) รายงานว่าผู้สูงอายุมีแหล่งรายได้หลายแหล่งรวมกันเป็นส่วนใหญ่ถึงร้อยละ 69.5 การมีรายได้รายจ่ายประมาณ 1,000 บาทต่อเดือน จำเรียง กูรมะสุวรรณ, นิตยา ภาสุนันท์และวีนัส ตันติบูล (2533) ศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนมากกว่า 6,000 บาท รองลงมาคือมีรายได้ 3,000-6,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 34 และ 33 ตามลำดับ และร้อยละ 75 มีทรัพย์สิน เช่น บ้าน ที่ดิน รถยนต์เป็นของตนเอง ประภาพร จินันทุยา (2536) ศึกษาพบว่าผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุดินแดง ร้อยละ 92.3 ไม่มีภาวะหนี้สิน ร้อยละ 80 ไม่ได้ทำประกัน ร้อยละ 41.6อาศัยอยู่บ้านเช่า Caffrey (1991) ศึกษาผู้สูงอายุในชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า เศรษฐกิจมีบทบาทสำคัญทำให้ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยได้รับการดูแลต่างกัน ผู้สูงอายุฐานะดีได้รับการ ดูแลเอาใจใส่จากบุตรอย่างดี ในขณะที่ผู้สูงอายุจนบุตรหลานไม่ค่อยให้ความสนใจ จำเรียง กูรมะสุวรรณ, นิตยา ภาสุนันท์และวีนัส ตันติบูล (2533) รายงานว่าผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร มีความพึงพอใจในการเงินมากที่สุด โดยพอใจมากร้อยละ 24.5 พอใจพอประมาณร้อยละ 51.9 ส่วนกลุ่มภาคตะวันออกเฉียงเหนือพอใจในสภาพการเงินน้อยกว่ากลุ่มอื่น ๆ คือไม่พอใจมากถึงร้อยละ 19.1 ไม่ค่อยพอใจนักร้อยละ 33.9

จะเห็นได้ว่าปัจจัยด้านความมั่นคงทางการเงิน นั้นไม่ได้พิจารณาที่ตัวเงินเพียงอย่างเดียว ดังนั้นจึงพิจารณาได้จาก รายได้ การเป็นเจ้าของในทรัพย์สิน ความปลอดภัยในทรัพย์สิน ความมั่น

คงทางการเงิน อาชีพหลักอาชีพเสริมของครอบครัว การเป็นที่พึ่งทางการเงินแก่บุตรหลาน การเลือกแหล่งทำมาหากิน ภาวะหนี้สิน และความพึงพอใจในความมั่นคงทางการเงิน

ด้านปัจจัยพื้นฐานทางวัตถุนั้นพบว่าปัจจัยด้านที่อยู่อาศัย อาหาร จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุชาวอเมริกันเพศชายถึงร้อยละ 87 จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุเพศหญิงร้อยละ 84 รวมถึงปัจจัยด้านที่อยู่อาศัยด้วย (Flanagan, 1978) บรรลุ ศิริพานิช และคณะ (2531) ศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่มีความเพียงพอของการกินอยู่ ไม่ขัดสน ตั้งแต่เด็กถึง 60 ปี มีร้อยละ 56.6 และพบร้อยละ 13.4 อยู่ในสภาพการกินอยู่ขัดสนไม่เพียงพอ และพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุที่สมบูรณ์แข็งแรง โดยพบว่าผู้สูงอายุที่สามารถรับประทานอาหารได้ทุกชนิดมีร้อยละ 79 และส่วนใหญ่รับประทานอาหารวันละ 3 มื้อ เสนอ อินทรสุขศรี (2533) เสนอแนะการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านควรดูแลเรื่องการจัดอาหารให้ผู้สูงอายุ ต้องรู้ว่าผู้สูงอายุชอบหรือไม่ชอบอาหารอย่างไหน ขณะเดียวกันก็ให้ครบถ้วนสมบูรณ์ทั้งคุณค่าและปริมาณอาหาร

ด้านสภาพแวดล้อม Fillenbaum (1984) ได้รวบรวมการประเมินสภาพแวดล้อมทางกายภาพคือ บ้านที่อยู่อาศัย โดยประเมินได้จากลักษณะของบ้าน โครงสร้างของบ้าน สภาพแวดล้อมรอบบ้าน ความเป็นสัดส่วนของการอยู่อาศัย ความปลอดภัยในเรื่องการใช้ไฟฟ้า ความปลอดภัยในชีวิตทรัพย์สินความสะดวกในการขนส่ง แหล่งร้านค้า มลภาวะทางเสียง ความพึงพอใจในเพื่อนบ้าน พนิษฐา พานิชาชีวะกุล (2537) พัฒนาเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุได้นำตัวชี้วัดเกี่ยวกับสภาพที่อยู่อาศัย และสิ่งอำนวยความสะดวกในบ้าน ความปลอดภัยในหมู่บ้าน การรับรู้ข่าวสารและการพัฒนาตนเอง บริการสวัสดิการในชุมชน นันทนาการในชุมชน ความพึงพอใจในสภาพแวดล้อมเป็นตัวชี้วัดในการประเมินสภาพแวดล้อมของผู้สูงอายุ Medley (1976) ศึกษาพบว่าความพึงพอใจในมาตรฐานความเป็นอยู่ คือ การมีบ้าน รถยนต์ อุปกรณ์อำนวยความสะดวกเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ อุทุมพร จามรมาน (2530) วิเคราะห์องค์ประกอบคุณภาพชีวิตคนกรุงเทพมหานคร พบว่า องค์ประกอบที่น่าจะเกี่ยวข้องกับสภาพแวดล้อมได้แก่ 1. สภาพแวดล้อมทางกายภาพ ประกอบด้วย ไฟฟ้าตามถนน ทางเดินในบ้าน สภาพถนน 2. บริการของรัฐและเอกชน ประกอบด้วย บริการด้านไฟฟ้า น้ำประปา โทรศัพท์ Flanagan (1978) ศึกษาพบว่าผู้สูงอายุ 70 ปีขึ้นไป มีบ้านเป็นของตนเอง และอาศัยอยู่กับบุตรหลานร้อยละ 41.5 มีเพียงร้อยละ 5.4 อาศัยตามลำพัง Caffrey (1991) ศึกษาการเปลี่ยนแปลงด้านที่อยู่อาศัยเมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ พบการเปลี่ยนแปลง 4 อย่างคือ 1. การย้ายมาอยู่ระเบียงหน้าบ้านเพื่อรับอากาศ และอยู่ใกล้บันได 2. ย้ายลงมาอยู่ข้างล่างในรายที่มีปัญหาในการขึ้นลงบันได 3. สร้างกระท่อมเล็ก ๆ อยู่ใกล้บ้านหลังเดิม 4. ย้ายไปอยู่บ้านของบุตรหรือญาติเมื่อเจ็บป่วย บรรลุ ศิริพานิช และคณะ (2531) ศึกษาพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีส้วมใช้ ร้อยละ 79.2 มีน้ำสะอาดใช้ ร้อยละ 89.9 สภาพรอบบ้านสะอาดร้อยละ 87.8 สภาพห้องนอนถูกสุขลักษณะร้อยละ 32.4 นอกจากนั้นการดูแลเอาใจใส่ในเรื่อง การใช้เตาไฟ หม้อน้ำร้อน เครื่องไฟฟ้าต่าง ๆ การมีแสงสว่างเป็นสิ่งที่จำเป็น

ในเวลามืดค่ำ การป้องกันการลื่นหกล้ม การเกิดบาดแผล การมีที่เกาะที่ยึดเวลานั่งหรือลุกยืน ล้วนเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ (เสนอ อินทรสุขศรี, 2533)

ด้านการประกอบอาชีพพบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 25 ยังประกอบอาชีพอยู่ ส่วนใหญ่เลิกประกอบอาชีพเมื่ออายุ 62-65 ปี โดยสาเหตุที่เลิกประกอบอาชีพคือ สุขภาพไม่แข็งแรงถึงร้อยละ 45.6 ลูกหลานทำแทนร้อยละ 42.4 โดยเมื่อเลิกประกอบอาชีพแล้ว ร้อยละ 30.9 คิดว่าตนเองยังประกอบอาชีพได้ และคิดว่าผู้สูงอายุไทยเพศชายไม่ควรเลิกประกอบอาชีพและคิดว่าถ้าจะเลิกประกอบอาชีพ ควรเลิกในช่วงอายุ 60-70 ปี ถึงร้อยละ 32.7

จากรายงานการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยพื้นฐานทางวัตถุที่จำเป็นในการดำรงชีวิตนั้น จะเห็นได้ว่าประกอบไปด้วยองค์ประกอบด้านอาหาร บ้าน ที่อยู่อาศัย สิ่งอำนวยความสะดวกในบ้าน ความปลอดภัยภายในบ้าน-หมู่บ้าน การทำงานที่ตนสนใจ สภาพแวดล้อมที่รอบบ้าน และต้องรวมถึงความพึงพอใจในปัจจัยพื้นฐานทางวัตถุ จะสามารถบ่งบอกถึงความเป็นอยู่ที่ดีของผู้สูงอายุได้

2.2.4 ด้านสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ๆ (Relations with other people)

การมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นคู่สมรส บุตรหลาน ญาติพี่น้อง เพื่อนและบุคคลอื่น ๆ เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ Flanagan (1978) เสนอองค์ประกอบด้านสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นๆ มี 4 องค์ประกอบคือ 1. สัมพันธภาพกับคู่สมรส 2.สัมพันธภาพกับบุตรหลาน 3.สัมพันธภาพกับญาติพี่น้อง 4.สัมพันธภาพกับเพื่อนฝูง โดยจากการศึกษาพบว่า ในกลุ่มผู้สูงอายุ อายุ 70 ปีขึ้นไป สัมพันธภาพกับบุตรหลานสำคัญ สำหรับผู้สูงอายุเพศชายถึงร้อยละ 82 และ สัมพันธภาพกับคู่สมรสสำคัญถึงร้อยละ 84 สำหรับผู้สูงอายุเพศหญิงนั้นพบว่าสัมพันธภาพกับเพื่อนฝูงนั้นเป็นสิ่งสำคัญถึงร้อยละ 89 ส่วนสัมพันธภาพกับคู่สมรสสำคัญถึงร้อยละ 87 Fillenbaum (1984) นำเสนอการมีสัมพันธภาพประเมินได้จาก สัมพันธภาพในครอบครัว และบ้าน สัมพันธภาพกับเพื่อนบ้าน โดยพิจารณาจาก จำนวนคนที่มาติดต่อ ความถี่ในการติดต่อ และความพึงพอใจในการติดต่อ พนิษฐา พานิชาชีวะกุล (2537) สร้างเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตชนบท ในด้านการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ๆ ประเมินได้จากขนาดและสัมพันธภาพภายในครอบครัว ขนาดและสัมพันธภาพกับเพื่อนบ้าน ขนาดและสัมพันธภาพกับญาติพี่น้อง Blowling and Browne (1991) ศึกษาเครือข่ายทางสังคมที่ผู้สูงอายุเกี่ยวข้องโดยพิจารณาได้จาก 1. ขนาดของเครือข่ายดูจากจำนวนคนที่มาติดต่อเมื่อเดือนที่ผ่านมา 2. จำนวนผู้ที่สนิทสนม ดูจากจำนวนคนที่ผู้สูงอายุให้ความไว้วางใจ รู้สึกจะช่วยเหลือได้เมื่อผู้สูงอายุต้องการ 3. จำนวนญาติที่อยู่ในเครือข่าย 4. ความหนาแน่นของเครือข่าย 5. จำนวนและชนิดของผู้ให้ความช่วยเหลือ ศรีเรือน แก้วกังวาล (2533) ศึกษาพบว่าโครงสร้างเครือข่ายทางสังคมแบบไม่เป็นทางการนั้นจำเป็นสำหรับผู้สูงอายุมากกว่าแบบเป็นทางการ และพบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 61 อาศัยอยู่คนเดียว Osberg (1987) ศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคม สัมพันธภาพที่ดีทั้งภาย

วพ
HQ
ค181
หอสมุดกลาง
มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ในและภายนอกครอบครัวเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้สูงอายุ Conner (1978) ศึกษาการมีปฏิสัมพันธ์ภายในสังคม การมีปฏิสัมพันธ์พิจารณาจากจำนวนคนที่มีปฏิสัมพันธ์ ความถี่ของการมีปฏิสัมพันธ์ ขอบเขตของการมีปฏิสัมพันธ์ ผลการวิจัยพบว่าร้อยละ 50 จะมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว ร้อยละ 30 จะมีปฏิสัมพันธ์กับญาติพี่น้อง ร้อยละ 10 มีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนบ้านและบุคคลอื่นที่ไว้วางใจ Reid (1985) พบว่า การที่ผู้สูงอายุได้รับการเยี่ยมเยียนจากเพื่อนฝูงนั้นเป็นสิ่งสำคัญ บรรลุ ศิริพานิช และคณะ (2531) ศึกษาพบว่าผู้สูงอายุเมื่อเกิดปัญหาจำเป็นต้องขอความช่วยเหลือ จะขอความช่วยเหลือจากลูกถึงร้อยละ 36.5 ขอความช่วยเหลือจากสามี-ภรรยา ร้อยละ 20.9 และจากญาติ เพื่อน ร้อยละ 18.7 โดยผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับลูกถึงร้อยละ 73.2 ผู้สูงอายุยังมีการติดต่อกับเพื่อนฝูงเป็นประจำถึงร้อยละ 34.5 ติดต่อนาน ๆ ครั้งร้อยละ 48.9 มีเพียงร้อยละ 16.7 เท่านั้นที่ไม่เคยติดต่อเลย สำหรับสัมพันธภาพกับคู่สมรสนั้นพบว่าผู้สูงอายุเพศหญิงยังมีความรู้สึกทางเพศเหลืออยู่น้อยกว่าเพศชาย ผู้สูงอายุทั้งเพศหญิงและเพศชายเห็นว่าควรหยุดการมีเพศสัมพันธ์เมื่ออายุมากขึ้นคือ 60-69 ปี นพวรรณ หาญพล (2535) ศึกษาพบว่าสัมพันธภาพในครอบครัวเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ Peplau (1994) นำเสนอว่าการมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างบุคคลจะนำมาซึ่งการตอบสนองในสิ่งที่ดีต่อกัน เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับทุกคน

จากรายงานการศึกษา จะเห็นได้ว่าการมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลต่าง ๆ ในสังคมจำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ โดยการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ๆ ของผู้สูงอายุ ประกอบด้วยสัมพันธภาพกับคู่สมรส สัมพันธภาพกับบุตรหลาน สัมพันธภาพกับญาติพี่น้อง สัมพันธภาพกับเพื่อน สัมพันธภาพกับเพื่อนบ้าน และความพึงพอใจในสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ๆ จะสามารถบ่งบอกถึงการมีสัมพันธภาพที่ดีของผู้สูงอายุได้

2.2.5 ด้านการมีกิจกรรมในสังคม ชุมชน และบ้านเมือง (Social, Community and Civic Activities)

ผู้สูงอายุที่คงไว้ซึ่งการมีกิจกรรมไม่ว่าจะเป็นกิจกรรมรูปแบบใดล้วนมีประโยชน์ต่อผู้สูงอายุทั้งสิ้น ผู้สูงอายุที่มีกิจกรรมสูงจะมีการปรับตัวได้ดีทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม (Yurick, 1984) โดยกิจกรรมนั้นประกอบด้วย กิจกรรมที่ไม่มีรูปแบบได้แก่ การพบปะสังสรรค์กับเพื่อนหรือญาติ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ กับสมาชิกครอบครัว กิจกรรมที่มีรูปแบบได้แก่ การเข้าร่วมชมรมต่าง ๆ การเป็นอาสาสมัครเพื่อสังคม การเข้ากลุ่มทางศาสนา การเมืองและกิจกรรมเพื่อการพักผ่อนและงานอดิเรก ได้แก่ การนันทนาการ ทำสวน ปรับปรุงแต่งบ้าน ผู้สูงอายุที่คงระดับกิจกรรมทางสังคมไว้อย่างต่อเนื่อง จะมีความภูมิใจในตนเอง รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า ไม่เป็นภาระของลูกหลาน เป็นที่ยอมรับของสังคม (กระแส ชนะวงศ์ และอรทัย รวยอาจิณ, 2532) การศึกษาการมีกิจกรรมทางสังคมในผู้สูงอายุหญิงอเมริกัน โดย Flanagan (1978) พบว่าการมีกิจกรรมทางสังคม ประกอบด้วย การมีกิจกรรมในสิ่งแวดล้อม ที่อยู่อาศัย ความถี่ของการมีกิจกรรมนอกบ้าน การมีส่วนร่วมในการเป็นอาสาสมัคร การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นต่าง ๆ พบ

ร้อยละ 90 มีส่วนร่วมในกิจกรรมในสิ่งแวดล้อมของตนเอง และร้อยละ 8 มีส่วนร่วมในการเป็นอาสาสมัคร โดยการมีกิจกรรมในสังคม ชุมชนและบ้านเมืองเป็นองค์ประกอบสำคัญ ผู้สูงอายุเพศหญิงร้อยละ 8 เห็นความสำคัญ ผู้สูงอายุเพศชายร้อยละ 67 เห็นความสำคัญของการมีส่วนร่วมในสังคม บรรลุ ศิริพานิช และคณะ (2531) ศึกษาเกี่ยวกับการมีกิจกรรมทางสังคมผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีส่วนร่วมไม่มากนัก ไม่มีส่วนร่วมเลย ร้อยละ 55.7 และการไปร่วม งานบุญประเพณีต่าง ๆ พบว่าผู้สูงอายุไปร่วมงานทุกครั้งร้อยละ 34.9 ไปเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 25.8 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่เคยได้ยินเกี่ยวกับกลุ่มหรือสมาคมหรือชมรมที่มีกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุมีการปฏิบัติศาสนกิจค่อนข้างสูง คือ ส่วนใหญ่จะปฏิบัติค่อนข้างบ่อยถึงบ่อยมาก โสภิดา เมธาวี (2535) ศึกษาการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุเมืองพล อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น พบว่า ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมการออกกำลังกาย ในรอบปีที่ผ่านมาพบว่ามีผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมร้อยละ 68 โดยกิจกรรมการออกกำลังกายเป็นการรำมวยไทเก๊ก การเต้นแอโรบิค แบบสิงคโปร์ การเข้าร่วมกิจกรรมบำเพ็ญประโยชน์ในวันสำคัญต่าง ๆ ในรอบปีที่ผ่านมา พบว่า ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมในวันแห่เทียนพรรษา วันสงกรานต์ ร้อยละ 45.1-57.3 นอกจากนั้นมีการเข้าร่วมกิจกรรมทัศนศึกษา ในรอบปีที่ผ่านมาพบว่าผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมร้อยละ 64.8

ด้านกิจกรรมการพักผ่อนหย่อนใจนั้น Flanagan (1978) พบว่าผู้สูงอายุทั้งเพศชายและเพศหญิง ทำกิจกรรมการพักผ่อนหย่อนใจโดยการพบปะกับบุคคลอื่น ๆ การฟังเพลง ดูโทรทัศน์ สำหรับกิจกรรมที่ทำด้วยตนเอง เช่น การออกกำลังกาย การทำงานอดิเรก ล้วนเป็นกิจกรรมที่สำคัญสำหรับผู้สูงอายุอเมริกัน อุทุมพร จามรมาน (2530) วิเคราะห์องค์ประกอบคุณภาพชีวิตในด้านนันทนาการ ประกอบด้วย การเลี้ยงสัตว์ ปลูกต้นไม้ พักผ่อน ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ อ่านหนังสือและดูภาพยนตร์ ศิริวรรณ สินไชย (2532) ศึกษาพบว่าผู้สูงอายุมักใช้เวลาว่างในการพูดคุยกับคนอื่น ทำงานอดิเรก Krupinski (1980) ศึกษาการใช้เวลาของกลุ่มตัวอย่างพบว่าผู้สูงอายุเพศชายมีเวลาส่วนตัวหลังเวลาทำงานมากกว่าเพศหญิงและในรอบ 1 สัปดาห์ ผู้ชายใช้เวลาถึง 40 ชั่วโมงนอกบ้าน ส่วนผู้หญิงใช้เวลานอกบ้านเพียง 20 ชั่วโมงและกิจกรรมที่ทั้ง 2 เพศนิยมปฏิบัติ คือ การดูโทรทัศน์ ไม่ค่อยนิยมอ่านหนังสือ ผู้สูงอายุชอบออกกำลังกายร้อยละ 32.9 โดยการออกกำลังกายส่วนใหญ่อย่างเบาคือ โดยการเดินถึงร้อยละ 53.9 และออกกำลังกายสัปดาห์ละ 2 ครั้งขึ้นไป

จากรายงานการศึกษาในด้านการมีกิจกรรมในสังคม ชุมชน และบ้านเมืองนั้น ผู้สูงอายุควรมีกิจกรรมในสังคมชุมชน ซึ่งประกอบด้วย การมีกิจกรรมต่าง ๆ ในสังคม การมีกิจกรรมด้านการช่วยเหลือบุคคลอื่น ๆ ในสังคม การมีกิจกรรมในท้องถิ่นและหน่วยงานของรัฐ การพัฒนาตนเอง การพักผ่อนหย่อนใจ การได้รับบริการสวัสดิการทางสังคม และความพึงพอใจในการมีกิจกรรมในสังคม ชุมชนและบ้านเมือง จะสามารถบ่งบอกถึงการมีกิจกรรมในสังคม ชุมชนและบ้านเมืองของผู้สูงอายุได้

จากแนวคิดคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่บ่งบอกภาพรวมของผู้สูงอายุนั้น ประกอบไปด้วยองค์ประกอบทั้ง 5 ด้านคือ การปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน สุขภาพ ปัจจัยพื้นฐานทางวัตถุ และความมั่นคงทางการเงิน สัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ๆ การมีกิจกรรมในสังคม ชุมชน และบ้านเมือง ตามที่ Flanagan (1978) และ Fillenbaum (1984) ได้รวบรวมไว้ โดยรายละเอียดในแต่ละด้านดังที่กล่าวมาแล้ว ผู้สูงอายุที่สามารถปฏิบัติกิจกรรมประจำวันต่างๆ ได้ด้วยตนเองไม่ต้องพึ่งพิงบุคคลอื่น มีสุขภาพดีทั้งทางด้านร่างกาย ปราศจากอาการเจ็บป่วย หรือโรคเรื้อรังต่าง ๆ ตลอดจนการรับการรักษาพยาบาล และการมีสุขภาพจิตดี ปราศจากสภาพจิตเสื่อมและภาวะซึมเศร้า มีปัจจัยพื้นฐานที่จำเป็นในการดำรงชีวิต เช่น อาหาร บ้านที่อยู่อาศัย มีสภาพเศรษฐกิจที่ดี มีปฏิสัมพันธ์ สัมพันธภาพที่ดีทั้งต่อบุคคลในครอบครัวและบุคคลอื่นๆ มีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน สังคมที่อาศัยอยู่ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของรัฐ มีกิจกรรมการพักผ่อนหย่อนใจ สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุเป็นสิ่งที่บ่งบอกถึงคุณภาพชีวิตด้านวัตถุวิสัย (Objective) ของผู้สูงอายุ นอกจากนี้การที่ผู้สูงอายุรับรู้หรือรู้สึกพึงพอใจในองค์ประกอบต่างๆ ที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุทั้ง 5 ด้าน ก็จะเป็นสิ่งที่บ่งบอกคุณภาพชีวิตเชิงจิตวิจัย (Subjective) ของผู้สูงอายุ ดังนั้นคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุคือความเป็นอยู่ดีของผู้สูงอายุในองค์ประกอบทั้ง 5 ด้าน จากสิ่งที่มีอยู่จริงและความรู้สึกพึงพอใจของผู้สูงอายุในองค์ประกอบ 5 องค์ประกอบ จะสามารถบอกภาพรวมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุได้

2.3 การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในกลุ่มต่าง ๆ

จากการทบทวนวรรณกรรมการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุนั้นพบว่า มีการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในกลุ่มโรคเรื้อรังต่างๆ กลุ่มที่อาศัยในสถานสงเคราะห์คนชรา กลุ่มชมรมผู้สูงอายุ กลุ่มที่อาศัยในเขตชนบท และเขตเมืองโดยมีการศึกษาทั้งด้านวัตถุวิสัยและจิตวิสัย มีรายละเอียดดังนี้

การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในกลุ่มโรคเรื้อรังต่าง ๆ นั้น ยุพิน โกรินทร์ (2536) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมโดยองค์ประกอบคุณภาพชีวิตใช้องค์ประกอบการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพ 4 ด้าน ตามแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอย ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย ด้านการพึ่งพากันและกัน ด้านบทบาทหน้าที่ ด้านอัตมโนทัศน์ ผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตเปลี่ยนแปลงไปตามการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพ โดยพบว่ามีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายมากที่สุด รองลงมาคือ ด้านการพึ่งพาซึ่งกันและกัน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ยุพิณ ทองสวัสดิ์วงศ์ (2533) ศึกษาคุณภาพชีวิตในเชิงจิตวิสัยในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความพึงพอใจในชีวิตระดับปานกลาง อรอุษา ปัดจังหรีด (2537) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยคุณภาพชีวิตประกอบด้วยองค์ประกอบ 5 ด้านคือ ความปกติสุขด้านร่างกายและองค์ประกอบในการดำเนินชีวิต สัมพันธภาพกับบุคคลอื่น กิจกรรมทางสังคม การพัฒนาตนเอง และมีความสมหวังในการ

ทำงาน การมีอิสระในตนเองในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ตามกรอบแนวคิดคุณภาพชีวิตของ Flanagan (1978) และ Burckhardt (1989) ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตในเชิงจิตวิสัย คือมีความพึงพอใจในองค์ประกอบดังกล่าวสูงเป็นส่วนใหญ่ ทัศนีย์ จินางกูร (2530) ศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยไตล้มเหลวเรื้อรังที่รักษาด้วยการล้างช่องท้องแบบถาวร ศึกษาคุณภาพชีวิตด้านจิตวิสัย คือความพึงพอใจในชีวิตเกี่ยวกับสุขภาพและหน้าที่ เศรษฐสังคม จิตใจ วิญญาณครอบครัว ผลการวิจัยพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตหมวดครอบครัวมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ส่วนหมวดสุขภาพหน้าที่ เศรษฐสังคม จิตใจ วิญญาณ นั้นมีค่าไม่ต่างกันมากนัก สนธยา พิชัยกุล (2533) ศึกษาคุณภาพชีวิตเชิงจิตวิสัยคือการรับรู้ความผาสุกในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาโดยการขจัดของเสียทางเยื่อบุช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมี คะแนนการรับรู้ความผาสุกปัจจุบันค่อนข้างสูง ส่วนการรับรู้ความผาสุกในอนาคตมีคะแนนสูงเช่นกัน นัยนา พิพัฒน์วณิชชา (2535) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โดยศึกษาคุณภาพชีวิตด้านจิตวิสัยคือ ความพึงพอใจในชีวิต และความผาสุกในชีวิต ผลการวิจัยพบว่า คุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับดี ฉัตรวลัย ใจอารีย์ (2533) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง โดยคุณภาพชีวิตคือความพึงพอใจในชีวิตในองค์ประกอบ 5 ด้านคือ ความสุขสบายด้านร่างกาย และองค์ประกอบในการดำเนินชีวิต สัมพันธภาพกับบุคคลอื่น กิจกรรมในสังคม การพัฒนาตนเองและมีความรู้สึกอิ่มเอมใจ ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนคุณภาพชีวิตระดับสูง ผ่องพรรณ กาวีวงศ์ (2533) ศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับรังสีรักษา โดยคุณภาพชีวิตประกอบด้วยการรับรู้ในเรื่องความผาสุกทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ความสามารถที่จะตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน ผลการวิจัยพบว่าคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง นิตยา ตากวิริยะนันท์ (2534) ศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอขณะได้รับรังสีรักษาและภายหลังได้รับรังสีรักษาครบ โดยศึกษาการรับรู้คุณภาพชีวิตใน 6 ด้านคือ ความผาสุกทาง ร่างกายและจิตใจ ความคำนึงเกี่ยวกับภาพลักษณ์และสังคมปฏิกิริยาตอบสนองต่อการวินิจฉัย การรักษาที่เกี่ยวกับการผ่าตัด ภาวะโภชนาการ ผลการวิจัยพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอในขณะได้รับรังสีรักษาค่อนข้างสูง แสงอรุณ สุขเกษม (2533) ศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกขณะได้รับรังสีรักษา ผลการวิจัยพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนน คุณภาพชีวิตต่ำสุดในข้อเกี่ยวกับความอร่อยในการรับประทานอาหาร เช่นเดียวกับผลการศึกษาของ วรวรรณ เหนือคลอง (2534) ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกขณะได้รับรังสีรักษาและภายหลังได้รับรังสีรักษา ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตสูงขึ้นหลังได้รับรังสีรักษา

การศึกษาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา ศิริวรรณ สินไชย (2532) ศึกษาคุณภาพชีวิตในด้านจิตวิสัยคือความพึงพอใจในชีวิตในองค์ประกอบ 5 ด้านคือ การมีความสุขในการดำเนินชีวิต ความตั้งใจและอดทนต่อชีวิต ความสอดคล้องระหว่างเป้าหมายที่ตั้งไว้กับสิ่ง

ที่เกิดขึ้นจริง อัตมโนทัศน์ ระดับอารมณ์ ผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในระดับปานกลาง

การศึกษาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชมรมทางสังคมผู้สูงอายุ ประภาพร จินันทุยา (2536) ศึกษาในชมรมทางสังคมผู้สูงอายุดินแดง ศึกษาคุณภาพชีวิตด้านจิตวิสัยคือความพึงพอใจในองค์ประกอบ 4 ด้านที่เป็นตัวบ่งชี้คุณภาพชีวิตคือ ด้านเศรษฐกิจ สภาพแวดล้อม การพึ่งพา ตนเอง การทำกิจกรรม ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตในระดับต่ำและปานกลาง จารุนันท์ สมบูรณ์สิทธิ์ (2535) ศึกษาความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมพัฒนา สุขภาพผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลราชบุรี โดยประกอบด้วย ตัวบ่งชี้ความพึงพอใจในชีวิต 7 ด้าน คือ ความสุขในการดำเนินชีวิต ความมั่นคงและอดทนต่อชีวิต ความสอดคล้องระหว่างเป้าหมายที่ตั้งไว้กับสิ่งที่เกิดขึ้นจริง อัตมโนทัศน์ ระดับอารมณ์ ความรักความศรัทธา ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในชีวิตอยู่ในระดับสูงในเกือบทุกด้านของความพึงพอใจในชีวิต

การศึกษาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตเมืองนั้น อุมาพร อุดมทรัพยากูล (2536) ศึกษาด้านจิตวิสัยคือ ความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุประกอบด้วย ความรู้สึกว่ามีความสุข ความรู้สึกอิ่มใจในตัวเอง ความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า ความรู้สึกพอใจในตนเอง ความรู้สึกยอมรับได้ทั้งความสำเร็จและความล้มเหลวของชีวิตที่ผ่านมา การมีทัศนคติที่ดีต่อตนเอง มองชีวิตในแง่ดี ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในชีวิตระดับดี

การศึกษาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตชนบท นพวรรณ หาญพล (2535) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตอำเภอแหลมงอบ จังหวัดตราด ประกอบด้วย คุณภาพชีวิตทางด้านร่างกายและจิตสังคม ผลการวิจัยพบว่าการรับรู้คุณภาพชีวิตด้านร่างกายและจิตสังคมค่อนข้างดี

2.4 กลุ่มชาติพันธุ์ ภูไท โส้ ญ้อ ไทยลาว ในจังหวัดสกลนคร

ในประเทศไทยมีเผ่าชนที่อาศัย 8 เผ่าพันธุ์ย่อย คือ เผ่านิกริโต เผ่าอินโดเนเซียน เผ่ามอญ-เขมร เผ่าญวน เผ่าธิเบต-พม่า เผ่าไทย เผ่าจีน เผ่าผีตองเหลือง ซึ่งจังหวัดสกลนคร มีเผ่าพันธุ์อาศัยหลายเผ่าพันธุ์ ได้แก่

1. เผ่ามอญ-เขมร ได้แก่ กลุ่ม โส้ ข่า กะเลิง
2. เผ่าญวน ได้แก่ ไทยโย้ย
3. เผ่าไทย ได้แก่ ไทยอิสาน ภูไท ไทยญ้อ
4. เผ่าจีน ได้แก่ จีน (บุญยงค์ เกศเทศ, 2534)

โดยกระจายอยู่ตามอำเภอต่าง ๆ ในจังหวัดสกลนคร ในกลุ่มชาติพันธุ์แต่ละกลุ่มมีเอกลักษณ์เฉพาะของชาติพันธุ์ตนไม่ว่าจะเป็นด้านวัฒนธรรม ขนบธรรมเนียมประเพณี วิถีการดำเนินชีวิต ประวัติความเป็นมาของกลุ่ม กลุ่มชาติพันธุ์ภูไท โส้ ญ้อ ไทยลาว เป็นกลุ่มที่มีจำนวนมาก มีการอาศัยอยู่เป็นหลักแหล่งแน่นอนเป็นกลุ่มที่ยังคงไว้ซึ่งความเป็นเอกลักษณ์ของชาติพันธุ์ตน แม้จะมี

การผสมผสานทางวัฒนธรรมตลอดเวลา ส่วนกลุ่ม ข่า กะเลิง เป็นกลุ่มที่อาศัยไม่มีหลักแหล่งแน่นอน มีจำนวนน้อย ในปัจจุบันได้ถูกกลืนกลายทางวัฒนธรรม ทำให้ไม่มีความแตกต่างไปจากกลุ่มไทยลาวโดยทั่วไป ดังนั้นกลุ่มชาติพันธุ์ ภูไท โส้ ญ้อ ไทยลาว จึงเป็นกลุ่มที่น่าสนใจในการศึกษาความเป็นชาติพันธุ์ ดังมีรายละเอียดดังนี้

1. กลุ่มชาติพันธุ์ภูไท

เป็นกลุ่มชาติพันธุ์ ที่อาศัยใน 202 หมู่บ้าน ในจังหวัดสกลนคร กระจายตามอำเภอต่าง ๆ คือ อำเภอวาริชภูมิ อำเภอพรรณานิคม อำเภอวานรนิวาสบางส่วน และมีส่วนน้อยที่กระจายไปตามอำเภออื่น ๆ นอกเหนือจาก 3 อำเภอดังกล่าว กลุ่มชาติพันธุ์ภูไทเป็นกลุ่มชาติพันธุ์ที่ตั้งภูมิลำเนาอยู่ในบริเวณลุ่มแม่น้ำโขง และแถบเทือกเขาภูพาน มีการเรียกชื่อแตกต่างกันไปหลายชื่อ เช่น ผู้ไทย ภูไท ภู่ไท และพูไทย จากประวัติความเป็นมาของกลุ่มอพยพเข้าสู่ประเทศไทยเมื่อราว 130 ปีมาแล้ว ก่อนอพยพมาอาศัยในไทยเคยอาศัยในดินแดน "สิบสองจุไทย" ภูไทเป็นกลุ่มชาติพันธุ์ ในกลุ่มมองโกลอยด์ ตระกูลของกลุ่มที่พูดภาษาไท (Tai) ถือว่าเป็นกลุ่มที่อยู่ในกลุ่มของชนเผ่าไทย โดยพิจารณาจากวัฒนธรรมการแต่งกาย ภาษา ศาสนา ความเชื่อ และขนบธรรมเนียมประเพณี โดยกลุ่มภูไททั้งชายและหญิงมีรูปร่างสันทัด ผิวขาวเหลือง สูงประมาณ 140-160 เซนติเมตร ผู้ชายส่วนใหญ่มีรูปร่างผอมกว่าผู้หญิง ซึ่งค่อนข้างเจ้าเนื้ออุดมสมบูรณ์ มีใบหน้ารูปไข่ แบน จมูกเล็กแต่ไม่โด่ง ริมฝีปากคล้ำเล็กน้อย ริมฝีปากล่างหนากว่าด้านบน มีริ้วรอยย่นเป็นเส้นเล็ก ๆ เหนือริมฝีปาก (เอ คาร์ และ อี ไซเคน บาเดน, 2509)

ภูไท เป็นกลุ่มที่ มีภาษาที่เป็นเอกลักษณ์เฉพาะชาติพันธุ์ตนคือภาษาภูไท คล้ายกับสำเนียงพวกพม่า เคยมีหลักฐานว่าเคยมีหนังสือใช้มาแล้ว และมีการพูดโดยใช้ภาษาภูไทเป็นเอกลักษณ์ถึงปัจจุบัน นอกจากนั้นยังมีวิถีการดำเนินชีวิต ขนบธรรมเนียมประเพณีต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นการทำบุญประเพณี ต่าง ๆ ได้แก่ การทำบุญบ้องไฟ การทำบุญพระเวศ หรือการปฏิบัติฮีต 12 ของครัวเรือน ส่วนการนับถือผียังให้การเคารพนับถือผีบิดามารดา ปู่ย่า ตายาย มีพิธีการแต่งงานที่เป็นเอกลักษณ์ของชาวภูไทคือพิธีการเผี่ยนเขย มีพิธีการเหยาสืบเนื่องจากการนับถือผี มีการทำบุญมเหศักดิ์ บูชาบรรพบุรุษทุกปี ความเชื่อถือในการเสี่ยงทาย พิธีกรรมเกี่ยวกับการเกิด การบายศรีสู่ขวัญ ความเชื่อทั้งความเชื่อในสิ่งนอกเหนือธรรมชาติ หลักพุทธศาสนา ตามคติพราหมณ์ ศิลปะการฟ้อนรำเป็นเอกลักษณ์เฉพาะ ส่วนวิถีการดำเนินชีวิตนั้น ชาวภูไท มีระบบครอบครัวเป็นทั้งครอบครัวเดี่ยว และครอบครัวขยาย โดยในเครือญาติมีการติดต่อสัมพันธ์กันสูง มีการช่วยเหลือด้านแรงงานในด้านการเกษตร เป็นกลุ่มที่รักษาพวกพ้องมาก ผูกพันในความเป็นกลุ่มชาติพันธุ์ของตน เมื่อมีการเจ็บป่วย การรักษาพยาบาล มีทั้งแบบแผนโบราณและแบบแผนปัจจุบัน อาชีพของกลุ่มภูไท ได้แก่ การทำนา การทำไร่มันสำปะหลัง การค้าขาย รับราชการ อาชีพอื่น ๆ เป็นกลุ่มที่มีความเป็นอยู่ดีกว่าชาติพันธุ์อื่น ๆ เนื่องจากสภาพภูมิประเทศ ความอุดมสมบูรณ์ของดิน แหล่งน้ำ นิยมส่งบุตรหลานให้เล่าเรียนในระดับสูง เพื่อให้เป็นข้าราชการ และมีอาชีพที่ดี

โดยสรุปแล้วจะเห็นได้ว่า ถึงแม้กลุ่มภูไทจะมีความกลมกลืนทางวัฒนธรรมตลอดเวลา แต่สิ่งที่ยังคงอยู่ และเป็นเอกลักษณ์คือ ภาษา การรักพวกพ้อง วัฒนธรรมความเชื่อต่าง ๆ การเคารพผู้อาวุโส การอาศัยอยู่เป็นกลุ่มก้อน มีหลักแหล่งแน่นอน เคารพในบรรพบุรุษ มีศิลปะการฟ้อนรำและประเพณีอื่น ๆ ที่เป็นเอกลักษณ์เฉพาะของชาติพันธุ์ตน

2. กลุ่มชาติพันธุ์โส้

เป็นกลุ่มที่อาศัยในเขตอำเภอกุสุมาลย์ จังหวัดสกลนคร ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มมองโกลอยด์ตระกูลออสโตรเอเชีย ติดมอญ-เขมร เป็นกลุ่มที่จัดอยู่ในกลุ่มเดียวกับพวก กะเลิง ข่า แสก กลุ่มโส้มีการเรียกแตกต่างกันไป คือ โส้, โซ่, กะโซ้ กลุ่มโส้มีลักษณะรูปร่างค่อนข้างอ้วนเตี้ย ความสูงโดยเฉลี่ย ประมาณ 140 เซนติเมตร ถึง 160 เซนติเมตร ผู้ชายส่วนมากจะผอม รูปใบหน้าของชาวโส้เป็นรูปไข่ แบน จมูกเล็ก ไม่โด่ง ปลายจมูกแบน ริมฝีปากมีสีน้ำเงินเข้ม และเท่ากันทั้งล่างและบน นัยตาส่วนที่เป็นสีขาวจะออกสีเหลือง ผิวส่วนที่อยู่ในร่มเสื้อผ้ามีสีแดงเรื่อ ๆ แต่ส่วนที่อยู่ข้างนอกจะออกสีคล้ำ เด็กเล็ก ๆ จะมีจุดตามผิวหนัง แต่จุดนี้จะหายไปเมื่ออายุได้ 31 วันขึ้นไป ผู้ชายนิยมสักลายจากเหนือเข่าขึ้นไป ถึงขาอ่อน ผู้หญิงสักที่ท้องและเอวด้วยลวดลายแบบรวงข้าวหรือลายดอกไม้นานาพันธุ์ ปัจจุบันพบได้น้อย

กลุ่มโส้อพยพมาจากฝั่งซ้ายของแม่น้ำโขง ลักษณะเด่นคือ ผิวคล้ำ ภาษาพูดคล้ายภาษาเขมร ออกเสียงตัว "ร" ได้ชัดเจน เป็นกลุ่มที่มีความเชื่อด้านไสยศาสตร์มาก โดยเฉพาะกลัวเรื่องผีปอบถึงแม้ปัจจุบันจะนับถือศาสนาพุทธแล้วก็ตาม เป็นกลุ่มที่รักสงบ มีขนบธรรมเนียมประเพณีเป็นของตนเอง ชอบใช้ชีวิตความเป็นอยู่แบบง่าย ๆ ไม่พิถีพิถันในเรื่องความเป็นอยู่ อาชีพส่วนใหญ่คือ การรับจ้าง หาของป่า ล่าสัตว์ ไม่ค่อยสนใจเรื่องการเมือง จะเชื่อผู้นำเพียงคนเดียว และผู้นำส่วนมากมักเป็นผู้นำทางจุ้มผี และเชี่ยวชาญทางไสยศาสตร์ มีความเชื่อในสิ่งศักดิ์สิทธิ์ของผีบรรพบุรุษ กลุ่มโส้ มีพิธีกรรมต่าง ๆ ที่เป็นเอกลักษณ์เฉพาะของตน ได้แก่ พิธีการเกิด พิธีการตาย เช่น มีพิธีสางผี พิธีการแต่งงาน มีการลักตัวเจ้าสาว ประเพณีชางกะมูด เป็นพิธีศักดิ์สิทธิ์ของกลุ่มโส้ คือหมายถึงการกระทำผีให้สุกอันเป็นมงคล ก่อนจะนำไปผังหรือเผา พิธีบุญมเหศักดิ์ทุกขึ้น 3 ค่ำ เดือน 3 ของทุกปีเพื่อบูชาผีบรรพบุรุษ และมีพิธีกรรมเกี่ยวกับความเชื่อได้แก่ การเหยา โส้ทั้งบั้ง ผีมูน ผีน้ำ มีการละเล่นพื้นเมือง คือ กองเส็ง การเล่นสายกลอง (สุรัตน์ วรางค์รัตน์, 2524) โดยทั่วไปแล้วกลุ่มโส้เป็นกลุ่มที่คงความเป็นชาติพันธุ์ไว้ ไม่ว่าจะเป็นภาษาพูด พิธีกรรม ขนบธรรมเนียมประเพณีต่าง ๆ ความเชื่อในเรื่องไสยศาสตร์ ผีบรรพบุรุษ เป็นกลุ่มที่มีความผูกพันกับชาติพันธุ์ตน

3. กลุ่มชาติพันธุ์ญ้อ

กลุ่มญ้อเดิมจะอยู่ที่ไหน และมีเชื้อชาติมาจากชาติใดไม่ปรากฏ แต่เป็นกลุ่มที่อพยพจากเวียงจันทน์ มาขึ้นกับกรุงเทพ เมื่อราวปี พ.ศ. 2382 ต่อมาอพยพมาอาศัยอยู่แถบอำเภอท่าอุเทน จังหวัดนครพนม จังหวัดสกลนคร จังหวัดมุกดาหาร จังหวัดอุดรธานี โดยส่วนใหญ่จะอาศัยหนาแน่นที่ จังหวัดนครพนม และจังหวัดสกลนคร โดยในจังหวัดสกลนคร อาศัยในเขต

อำเภอเมือง อำเภอเต่างอย กิ่งอำเภอภูพาน กิ่งอำเภอโพนนาแก้ว โดยกลุ่มญ้อจะมีภาษาพูดเป็นเอกลักษณ์เฉพาะของชาติพันธุ์ กลุ่มญ้อเป็นกลุ่มที่มีขนบธรรมเนียมประเพณีคล้ายคลึงกับกลุ่มไทยลาว มีรายละเอียดบางอย่างที่แตกต่างกันไป ในอดีตบ้านเรือนกลุ่มญ้อจะมีเอกลักษณ์เฉพาะถือเป็นเฮียนหัวลอย เป็นเรือนแฝดติดกัน 2 หลัง เป็นวัตถุที่มีคุณค่าเหนือกาลเวลา สะท้อนให้เห็นถึงอัจฉริยะ และจินตนาการเชิงสร้างสรรค์ของบรรพบุรุษชาวญ้ออย่างชัดเจน ผู้ชายมีการสักลาย พบได้ในผู้สูงอายุ เป็นกลุ่มที่รักความสะอาด บ้านเรือนสะอาดเรียบร้อย มีความพิถีพิถันในความเป็นอยู่ มีขนบธรรมเนียมประเพณี พิธีกรรมต่าง ๆ เป็นเอกลักษณ์ของชาติพันธุ์ตนเอง ไม่ว่าจะเป็นการปฏิบัติฮีต 12 การมีงานบุญประเพณีต่าง ๆ ประเพณีเกี่ยวกับการผลิต ประเพณีเกี่ยวกับวงจรชีวิต มีผญาและนิทานชาวบ้าน เป็นกลุ่มที่ยอมรับวัฒนธรรมใหม่ ๆ เข้ามาได้อย่างรวดเร็ว เป็นกลุ่มที่ชอบตั้งถิ่นฐานกับพวกพ้อง ไม่นิยมการย้ายถิ่น การทำนาเป็นอาชีพหลักของบรรพบุรุษ มีลักษณะนิสัยโอบอ้อมอารี มีเหตุผล รักการศึกษา มีมนุษยสัมพันธ์ดี ทำให้ปรับตัวได้ดีกับสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนไป เลือกวัฒนธรรมใหม่บางอย่างมาปรับเข้ากับวัฒนธรรมเดิม

4. กลุ่มชาติพันธุ์ไทยลาว

กลุ่มชาติพันธุ์ไทยลาวหรือไทยอิสานประกอบด้วยกลุ่มชน 4 กลุ่มใหญ่ คือ ลาวเวียง ลาวกาว ลาวพวน ลาวโคราช ในจังหวัดสกลนคร ประกอบด้วย ลาวเวียง ลาวกาวและลาวพวน โดยกระจายไปตามอำเภอต่าง ๆ ได้แก่ อำเภอเจริญศิลป์ อำเภอสว่างแดนดิน อำเภอส่องดาว อำเภอพังโคน กลุ่มชาติพันธุ์ไทยลาวเป็นกลุ่มที่มีจำนวนมากในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และมีขนบธรรมเนียมประเพณี พิธีกรรมต่างๆ เป็นกลุ่มที่มีภาษาพูดเป็นเอกลักษณ์ของชาติพันธุ์คือภาษาลาวจะมีลักษณะคล้ายภาษาของคนในประเทศลาว เป็นกลุ่มที่มีความกลมกลืนทางวัฒนธรรมตลอดเวลา และเป็นกลุ่มที่มีจำนวนมากในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

จะเห็นได้ว่า ทั้ง 4 กลุ่มชาติพันธุ์ มีเอกลักษณ์เฉพาะชาติพันธุ์ตนไม่ว่าจะเป็นภาษา ขนบธรรมเนียมประเพณี พิธีกรรม ความเชื่อ และวิถีการดำเนินชีวิต เป็นสิ่งที่สะท้อนให้เห็นถึงความเป็นชาติพันธุ์ของตนว่ามีความแตกต่างกับชาติพันธุ์อื่น ๆ

จะเห็นได้ว่าจากการทบทวนวรรณกรรม การศึกษาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุนั้นมีการศึกษาทั้งในเขตชนบท เขตเมือง ชมรมผู้สูงอายุ กลุ่มโรคเรื้อรังต่างๆ ส่วนการศึกษาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในกลุ่มชาติพันธุ์ต่าง ๆ นั้น ที่ผ่านมาไม่มีรายงานการศึกษา ผู้สูงอายุในกลุ่มชาติพันธุ์ต่างๆ นั้น เป็นกลุ่มที่ด้อยโอกาสทางสังคม และในจังหวัดสกลนคร ประกอบด้วยหลายกลุ่มชาติพันธุ์ ไม่ว่าจะเป็นกลุ่มชาติพันธุ์ ภูไท โส้ ญ้อ ไทยลาว ข่า กะเลิง กระตาก ดังที่กล่าวมาแล้ว ดังนั้นบุคลากรสาธารณสุขจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ควรจะศึกษาถึงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในกลุ่มชาติพันธุ์ต่าง ๆ เพื่อที่จะได้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนส่งเสริมคุณภาพชีวิตในแต่ละกลุ่มชาติพันธุ์ให้มีความเหมาะสมต่อไป