

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ การทำกิจกรรม การได้รับบริการสุขภาพและสวัสดิการสังคมกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตของการทบทวนวรรณกรรมดังนี้

2.1 แนวคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจในชีวิต

2.2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ

2.1 แนวคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจในชีวิต

ความพึงพอใจในชีวิต เป็นสิ่งที่พึงปรารถนาของบุคคล เพราะเป็นองค์ประกอบสำคัญของการดำรงชีวิตอย่างมีความสุข เป็นการสะท้อนให้เห็นถึงคุณภาพชีวิตของบุคคล ซึ่งการศึกษาทางวุฒิวิทยา (Gerontology) นิยมใช้ความพึงพอใจในชีวิตเป็นตัวชี้วัดถึงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (Baur and Okun, 1983 อ้างถึงใน Magilvy, 1985) และความพึงพอใจในชีวิตของบุคคลทั่ว ๆ ไปมีรากฐานมาจากทฤษฎีความต้องการของ มาสโลว์ (Maslow's need) ซึ่งได้อธิบายแนวคิดเกี่ยวกับความต้องการ และความพึงพอใจของมนุษย์ ตามทฤษฎีแรงจูงใจ (Motivation theory) ว่ามนุษย์เป็นสิ่งมีชีวิตที่มีความต้องการอยู่เสมอ และเป็นการยากมากที่มนุษย์จะมีความพึงพอใจสูงสุด นอกจากในช่วงเวลาสั้น ๆ เท่านั้น และยังเชื่อว่าบุคคลมีความต้องการอยู่เสมอ ตามลำดับขั้นตั้งแต่ระดับพื้นฐาน (Basic need) ซึ่งเป็นความต้องการด้านร่างกาย ความต้องการความมั่นคงปลอดภัยในชีวิต จนกระทั่งถึงความต้องการด้านจิตใจ คือบุคคลมีความต้องการที่จะได้รับความรักและความเป็นเจ้าของ ต้องการสร้างสัมพันธ์ภาพ และเป็นที่ยอมรับจากผู้อื่น ต้องการเพื่อนและต้องการคนรัก (Maslow, 1970) ส่วน

วอลแมน (Wolman, 1973) ได้ให้ความหมายของความพึงพอใจในชีวิตว่า เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อความต้องการได้รับการตอบสนอง นอกจากนี้ โฮล์มส์ (Holmes, 1985) กล่าวว่า ความพึงพอใจในชีวิตมีความหมายคล้ายความสุข (Happiness) ปราศจากความเครียด (Stress) สอดคล้องกับความเห็นของ แจ็คเคิล (Jackle, 1974) ซึ่งกล่าวว่าความพึงพอใจในชีวิตเป็นความยินดี มีความสุขจากการทำกิจวัตรประจำวัน นอกจากนี้ฟลานาแกน (Flanagan, 1982) กล่าวว่าความพึงพอใจในชีวิตเป็นแหล่งสำคัญของความสุข เป็นความสุขเฉพาะเรื่องที่สำคัญต่อชีวิตของบุคคล ซึ่งเป็นความต้องการพื้นฐานของบุคคล เมื่อได้รับการตอบสนอง เช่นเดียวกับแคมป์เบล (Campbell, 1976) ได้กล่าวว่า ความพึงพอใจในชีวิตเป็นความคิดเห็นเกี่ยวกับความสบาย ที่แต่ละคนเปรียบเทียบความคิดเห็นของสถานการณ์ปัจจุบันกับสถานการณ์ที่อยากจะเป็น หรือคาดหวัง ผลที่ได้จะเป็นความพึงพอใจ หรือไม่พึงพอใจ และ นิวการ์เตนและคณะ (Neugarten, et al., 1961) กล่าวว่าความพึงพอใจในชีวิตเป็นเรื่องของจิตใจเป็นความรู้สึกที่ดี บุคคลที่มีความพึงพอใจในชีวิตจะเป็นบุคคลที่ประสบผลสำเร็จ ความพึงพอใจในชีวิตเป็นเครื่องหมายของการมีสุขภาพจิตที่ดี รวมทั้งการมีคุณภาพชีวิตที่ดี และผู้ที่มีความพึงพอใจในชีวิตต้องครอบคลุมองค์ประกอบ 5 ด้าน ได้แก่การมีความสุขในการดำเนินชีวิต ความมีชีวิตชีวา ความรู้สึกประสบผลสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้ อัตมโนทัศน์ และระดับอารมณ์ดี

จากแนวคิดความพึงพอใจในชีวิตที่กล่าวมานั้น ความพึงพอใจในชีวิตตามแนวคิดของนิวการ์เตนและคณะ (Neugarten, et al., 1961) ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคมของผู้สูงอายุ

เครื่องมือสำหรับวัดความพึงพอใจในชีวิตมีหลากหลาย ซึ่งมีส่วนที่ใกล้เคียงและซ้ำซ้อนกับเครื่องมือที่ใช้วัดคุณภาพชีวิต ดังเช่นเฟอร์แรนและเพาเวอร์ (Ferrans and Power, 1985) ได้สร้างเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต ซึ่งประกอบด้วย 2 หมวด คือความพึงพอใจเกี่ยวกับด้านสำคัญ ๆ ของชีวิต (Domain satisfaction) และความสำคัญแต่ละด้านของบุคคล (Domain importance) ทั้ง 2 หมวด ประกอบด้วยข้อคำถาม 32 ข้อ ซึ่งประเมินเกี่ยวกับสุขภาพและการดูแลสุขภาพ การแต่งงานและการมีครอบครัว การมีเพื่อน ภาวะความกดดัน

ทางด้านจิตใจ มาตรฐานความเป็นอยู่ อาชีพ การศึกษา การใช้เวลาว่าง อนาคต ความสงบในจิตใจ ความไว้วางใจส่วนบุคคล เป้าหมายของชีวิต บุคลิกส่วนตัว การยอมรับตนเอง การมีความสุข และความพึงพอใจ ซึ่งได้จัดเป็น 4 หมวด ใหญ่ ๆ ดังนี้

- 1) ด้านสุขภาพและหน้าที่
- 2) ด้านเศรษฐกิจ
- 3) ด้านจิตใจ
- 4) ด้านครอบครัว

ส่วนแคมป์เบล (Campbell, 1976) และฟลานาแกน (Flanagan, 1978) ได้สร้างเครื่องมือวัดความพึงพอใจในชีวิตของบุคคลทั่วไป ซึ่งต้องมีองค์ประกอบ 5 ประการ ดังนี้

- 1) ด้านร่างกายและองค์ประกอบในการดำเนินชีวิต ได้แก่การมีสุขภาพดี ไม่เจ็บป่วย และมีปัจจัย 4 เป็นองค์ประกอบในการดำเนินชีวิต
- 2) สัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เช่น คู่สมรส บุตรหลาน เพื่อนสนิท
- 3) กิจกรรมในสังคม เช่น การให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่น
- 4) การพัฒนาตนเองและความสมหวังในการทำงาน เช่นมีความคิดริเริ่ม สร้างสรรค์ และความสมหวังในการประกอบอาชีพ

5) การพักผ่อนหย่อนใจ เช่นการพบปะกับบุคคลอื่น การได้รับสิ่งบันเทิง นอกจากนั้นนิวการ์เตนและคณะ (Neugarten, et al., 1961) ได้สร้างเครื่องมือวัดความพึงพอใจในชีวิต ซึ่งครอบคลุมองค์ประกอบ 5 ด้าน คือ

1) การมีความสุขในการดำเนินชีวิต (Zest) ต้องเป็นผู้ที่มีความสุขในการทำกิจวัตรประจำวัน มีความกระตือรือร้น ตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อม มีการติดต่อสัมพันธ์กับผู้อื่น มีความคิดริเริ่ม และความพอใจในสภาพที่เป็นอยู่

2) ความมีชีวิตชีวา (Resolution and fortitude) เป็นการมองชีวิตอย่างมีความหมายและสามารถต่อสู้กับปัญหาในชีวิตที่เกิดขึ้นได้อย่างไม่ท้อถอย โดยนำประสบการณ์ต่าง ๆ ในอดีตมาเป็นประโยชน์ต่อชีวิตในปัจจุบัน

3) ความรู้สึกประสบผลสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้ (Congruence between desired and achieved goals) เป็นความรู้สึกว่าความต้องการ

หรือเป้าหมายที่วางไว้บรรลุผลสำเร็จ

4) อัตมโนทัศน์ (Self concept) มีความสำคัญต่อการแสดงพฤติกรรม ได้แก่ การรับรู้ว่าคุณภาพกาย จิต และสังคมดี การรับรู้ว่าคุณภาพสำคัญต่อบุคคลอื่นและสังคม มีความรู้สึกว่าคุณได้ทำในสิ่งที่ดีที่สุด ปัจจุบันดีกว่าในอดีต พร้อมทั้งจะเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงในชีวิต

5) ระดับอารมณ์ (Mood tone) เป็นการแสดงออกถึงความสุข การมีทัศนคติและอารมณ์ในทางที่ดี พอใจในเหตุการณ์ปัจจุบัน ต้องการที่จะติดต่อกับบุคคลอายุน้อยกว่า และไม่รู้สึกรำคาญหรือว่าเหวี่ยงแต่อย่างใด

อาดัม (Adams, 1969) ได้วิเคราะห์เครื่องมือวัดความพึงพอใจในชีวิตของ นิวการ์เตนและคณะ (Neugarten, et al., 1961) โดยได้ปรับปรุงและตัดทอนส่วนที่เกี่ยวกับอัตมโนทัศน์ออก เพราะเห็นว่าอัตมโนทัศน์ของผู้สูงอายุจะรวมอยู่ใน 4 ด้าน คือความสุขในการดำเนินชีวิต ความมีชีวิตชีวา ความรู้สึกประสบความสำเร็จในเป้าหมายที่วางไว้ และการมีอารมณ์ที่แสดงถึงความสุข ผลการวิเคราะห์ พบว่าในการวัดความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ จะวัดให้ครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน หรือ 5 ด้านก็ได้เพราะไม่มีความแตกต่างกัน จากการวิเคราะห์เครื่องมือวัดความพึงพอใจในชีวิตของเฟอร์แรนและเพาว์เวอร์ (Ferrans and Powers) 4 ด้าน เครื่องมือของแคมป์เบล (Campbell) และฟลานาแกน (Flanagan) 5 ด้าน เครื่องมือของนิวการ์เตนและคณะ (Neugarten, et al., 1961) 5 ด้าน มีทั้งส่วนที่คล้ายคลึงและแตกต่างกับเครื่องมือของนิวการ์เตนและคณะ (Neugarten, et al., 1961) ส่วนที่คล้ายคลึงได้แก่ การมีความสุขในการดำเนินชีวิตของนิวการ์เตนและคณะ กับด้านสุขภาพและหน้าที่ของเฟอร์แรนและเพาว์เวอร์ ความพอใจด้านร่างกาย และองค์ประกอบในการดำเนินชีวิตของแคมป์เบลและฟลานาแกน สำหรับข้อ 2 ความมีชีวิตชีวาของนิวการ์เตนและคณะ กับข้อ 3 ด้านจิตใจของเฟอร์แรนและเพาว์เวอร์ ส่วนข้อ 3 ความรู้สึกประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้ของนิวการ์เตนและคณะกับข้อ 4 การพัฒนาตนเอง และความสมหวังในการทำงานของแคมป์เบลและฟลานาแกน

จะเห็นได้ว่าเครื่องมือของเฟอร์แรนและเพาว์เวอร์ แคมป์เบลและฟลานาแกนเป็นเครื่องมือที่ใช้วัดคุณภาพชีวิต ซึ่งคุณภาพชีวิตประกอบด้วยความพึง

พอใจเกี่ยวกับด้านสำคัญ ๆ ของชีวิต (Domain Satisfaction) และการให้ความสำคัญในแต่ละด้านของบุคคล (Domain Importance) ส่วนเครื่องมือของนิวการ์เตนและคณะ ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคมของผู้สูงอายุ และใช้วัดความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุโดยตรง

2.2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่ามีปัจจัยหลายอย่างที่มีสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งได้แก่ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ปัจจัยภาวะสุขภาพ และปัจจัยทางสังคม สำหรับการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ การถือครองที่ดินและรายได้ ปัจจัยการทำกิจกรรม ได้แก่ การทำกิจกรรมที่มีรูปแบบ และการทำกิจกรรมที่ไม่มีรูปแบบ และปัจจัยการได้รับบริการสุขภาพและสวัสดิการสังคม ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.2.1 ด้านเศรษฐกิจกับความพึงพอใจในชีวิต

ปัจจัยด้านเศรษฐกิจเป็นความต้องการพื้นฐานที่สำคัญต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ การประเมินภาวะเศรษฐกิจในผู้สูงอายุมีความสำคัญเพื่อป้องกันภัยสังคมและหน่วยงานต่าง ๆ ในการเตรียมความช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ (Fillenbaum, 1984) และ การที่ผู้สูงอายุและครอบครัวมีที่ดินเป็นของตนเอง มีรายได้เพียงพอสำหรับค่าใช้จ่าย จะทำให้เกิดความมั่นคงในการดำเนินชีวิต ซึ่งการมีที่ดินเป็นของตนเองถือว่าเป็นปัจจัยด้านเศรษฐกิจ อันแสดงถึงหลักประกันที่เป็นอสังหาริมทรัพย์ และรายได้เป็นสิ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสได้รับการตอบสนองในด้านที่อยู่อาศัยที่มีสภาพดี ได้รับอาหารที่มีคุณค่า ได้รับการรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพ (Hogstel, 1981) ซึ่งการที่ผู้สูงอายุมีรายได้ลดลงจะส่งผลกระทบโดยตรงต่อปัญหาสุขภาพ (Suchman, 1966 อ้างถึงใน Woodruff and Birren, 1975) สำหรับผู้สูงอายุนั้น รายได้เป็นปัญหาหลัก (นภาพรและคณะ, 2532) เพราะผู้สูงอายุมีข้อจำกัดในการประกอบอาชีพจึงทำให้รายได้ลดน้อยลงอันส่งผลต่อการดูแลสุขภาพ และความพึงพอใจใน

ชีวิต ดังเช่นการศึกษาของคาฟเฟ (Caffrey, 1991) ที่ศึกษาผู้สูงอายุในชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือพบว่าสภาวะเศรษฐกิจมีบทบาทสำคัญทำให้ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยได้รับการดูแลแตกต่างกัน โดยผู้สูงอายุที่มีฐานะดีจะได้รับการดูแลเอาใจใส่จากบุตรอย่างดี ในขณะที่ผู้สูงอายุยากจนบุตรหลานไม่ค่อยให้ความสนใจ สอดคล้องกับการศึกษาของเอดวาร์ดและเคลมแมค (Edwards and Klemmack, 1973) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ของความพึงพอใจในชีวิตกับตัวแปร 22 ตัว กลุ่มตัวอย่างมีอายุ 45 ปีขึ้นไป จำนวน 507 คน พบว่า รายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกสูงสุดต่อความพึงพอใจในชีวิต และการศึกษาของมาร์คี (2532) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ ในชุมชนบ่อนไก่ เขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 197 คน พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุมากที่สุดคือ รายได้ เช่นเดียวกับการศึกษาของเชมิกา (2527) ได้ศึกษาความพึงพอใจในชีวิตของผู้เกษียณอายุ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ เขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 319 คน พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตของผู้เกษียณอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของวิล (2532) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในชีวิตของข้าราชการหลังเกษียณ จำนวน 435 คน พบว่า ข้าราชการหลังเกษียณที่มีรายได้พิเศษจะมีความพึงพอใจในชีวิตมากกว่าผู้ที่ไม่มีรายได้พิเศษ สำหรับการศึกษาของจำเริญและคณะ (2532) ที่หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสถานภาพส่วนบุคคล ความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่ารายได้ และทรัพย์สินมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ นอกจากนี้การศึกษาของจารย์นันท์ (2535) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางประชากร กิจกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวันกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ ชุมชนพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุราชบุรีจำนวน 303 คน พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของมาร์คไคด์และมาร์ติน (Markides and Martin, 1979) ที่ศึกษารูปแบบความสัมพันธ์เชิงเหตุ และผลของความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุในรัฐเทกซัส กลุ่มตัวอย่างจำนวน 141 คน พบว่า รายได้เป็นปัจจัยที่มีผลกระทบทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อความพึงพอใจในชีวิต เช่นเดียวกับการศึกษาของ ฟัลเมอร์และลยุคาร์ท

(Palmore and Luikart, 1972) ที่ศึกษาอิทธิพลของปัจจัยสุขภาพ และสังคมที่มีผลต่อความพึงพอใจในชีวิตโดยการสุ่มตัวอย่างจากผู้ที่เป็นสมาชิกของการประกันสุขภาพในท้องถิ่นที่มีอายุ 45-69 ปี จำนวน 502 คน พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิต และการศึกษาของสเปร์ทเซอร์และสไนเดอร์ (Sprietzer and Snyder, 1974) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ของอายุกับความพึงพอใจในชีวิต กลุ่มที่อายุตั้งแต่ 18-89 ปี จำนวน 3,106 คน พบว่า ความพอใจในการเงินมีอิทธิพลมากที่สุด สามารถทำนายความพึงพอใจในชีวิตของผู้มีอายุ 65 ปีขึ้นไป แตกต่างจากการศึกษาของจอห์นสันและคณะ (Johnson, et al., 1982) ได้ศึกษาความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุผิวดำที่มีอายุ 65 ปี ขึ้นไป จำนวน 45 คนพบว่ารายได้เป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลน้อยต่อความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุผิวดำ เช่นเดียวกับการศึกษาของร่ำพรหม (2529) ที่ศึกษาผลการใช้เวลาต่อสุขภาพจิต ในข้าราชการบำนาญเกษียณอายุ จ.ขอนแก่น จำนวน 213 คน พบว่ารายได้นี้ต่อเดือนไม่มีความสัมพันธ์ต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

2.2.2 การทำกิจกรรมกับความพึงพอใจในชีวิต

ทฤษฎีกิจกรรม (Activity Theory) ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางจากการนำเสนอของเฮวิกเฮอร์ท (Hevighurst) ในปี 1953 (อ้างถึงใน สूरกุล, 2534) ซึ่งกล่าวว่าผู้สูงอายุที่มีบุคลิกที่กระฉับกระเฉง ปฏิบัติกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอจะสามารถปรับตัวได้ดี ซึ่งส่งผลต่อความพึงพอใจในชีวิตและความสำเร็จในชีวิต ต่อมาในปี 1972 Lemon, et al. (อ้างถึงใน Yurick, et al., 1984) กล่าวว่าผู้สูงอายุที่มีภาพพจน์เกี่ยวกับตนเองด้านบวกจะชอบเข้าร่วมกิจกรรม เพื่อที่จะคงลักษณะนิสัยเหมือนเมื่ออยู่ในวัยกลางคนให้มากที่สุด ทั้งนี้การเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุยังเป็นการทดแทนบทบาทที่เสียไป จากการเกษียณอายุ หรือการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก และทฤษฎีกิจกรรมยังเชื่อว่าการทำกิจกรรมทางสังคมมีความจำเป็นสำหรับทุกวัยและเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ดังเช่น เลมอนและคณะ (Lemon, et al., 1972 quoted in Robb, 1984) ได้กล่าวถึงการร่วมกิจกรรมที่สัมพันธ์กับอัตมโนทัศน์และความพึงพอใจในชีวิต คือการที่ผู้สูงอายุยังเข้า

ร่วมกิจกรรมมากเท่าใด ความคงอยู่ของสถานภาพก็จะมีมากขึ้น ทำให้มีภาพพจน์เกี่ยวกับตนเองในด้านบวกมากขึ้น ส่งผลให้เกิดความพึงพอใจในชีวิต นอกจากนี้ เลมอน (Lemon, 1972 อ้างถึงใน Yurick, et al., 1984) ได้แบ่งกิจกรรมออกเป็น 3 ประเภท คือ 1) กิจกรรมที่ไม่มีรูปแบบ (Informal activity) ได้แก่การพบปะเพื่อน และเพื่อนบ้าน 2) กิจกรรมที่มีรูปแบบ (Formal activity) ได้แก่กิจกรรมอาสาสมัครในสังคม และ 3) กิจกรรมที่ทำคนเดียว (Solitary activity) ได้แก่การทำงานอดิเรกเพื่อให้เกิดความเพลิดเพลิน และคณิต (2530) ได้กล่าวถึงประโยชน์ของกิจกรรมนันทนาการว่าเป็นกิจกรรมที่มีประโยชน์ต่อบุคคล เป็นการส่งเสริมสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจ ช่วยผ่อนคลายความตึงเครียด ส่งเสริมความสัมพันธ์อันดี และยังช่วยให้ผู้ที่เจ็บป่วยหายเร็วขึ้น นอกจากนี้เทย์เลอร์ (Taylor, 1982) ได้แบ่งกิจกรรมของผู้สูงอายุออกเป็น 6 ประเภท ดังนี้

1) อาชีวะบำบัด (Occupational therapy) เป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันความพิการที่จะเกิดขึ้น ลักษณะกิจกรรมที่ทำ ได้แก่งานแกะสลักงานช่างไม้ งานฝีมือ และการทำสวน

2) กิจกรรมนันทนาการ (Recreation) เป็นกิจกรรมที่เสริมสร้างให้ผู้สูงอายุมีร่างกายและจิตใจที่แจ่มใส ได้แก่การดูโทรทัศน์ การพบปะสังสรรค์ การเต้นรำ

3) กิจกรรมบำบัดด้วยหนังสือ (Bibliotherapy) เป็นการใชหนังสือเพื่อการป้องกัน หรือรักษา ซึ่งเป็นขบวนการของการเปลี่ยนแปลงภายในจิตใจหลังจากการอ่านหนังสือ

4) กิจกรรมการออกกำลังกาย (Physical exercise) เป็นกิจกรรมที่ต้องใช้พลังงาน ซึ่งการออกกำลังกายจะช่วยเสริมสร้างความแข็งแรงของสภาพร่างกาย ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจบีบตัวดี ความดันโลหิตลดลงทำให้เกิดความเพลิดเพลิน และเสริมสร้างสมรรถภาพของการหายใจด้วย

5) กิจกรรมศาสนา ศาสนาช่วยให้ผู้สูงอายุผ่อนคลายความตึงเครียด และช่วยแก้ไขปัญหามานุษยวิทยา ซึ่งจะนำไปสู่ความสุข

6) กิจกรรมอาสาสมัคร (Volunteering) การเป็นอาสาสมัครจะทำให้

ผู้สูงอายุมองตนเองอย่างมีค่าเพราะได้ใช้เวลาให้เกิดประโยชน์ต่อสังคม

จากการศึกษาของเชมิกา (2527) ได้ศึกษาความพึงพอใจในชีวิตของผู้เกษียณอายุกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 319 คน พบว่า การมีส่วนร่วมทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุมากที่สุด และการศึกษาของศิริวรรณ (2532) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา กรมประชาสงเคราะห์ จำนวน 130 คน พบว่า การใช้เวลาว่างในการร่วมกิจกรรมมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ ในสถานสงเคราะห์คนชรา สอดคล้องกับการศึกษาของจารย์นั้ (2535) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางประชากร กิจกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวันกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุราชบุรี จำนวน 303 คน พบว่า กิจกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวันมีความสัมพันธ์ กับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับการศึกษาของวิมล (2532) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในชีวิตของข้าราชการทหารหลังเกษียณ จำนวน 435 คน พบว่าข้าราชการทหารหลังเกษียณที่เป็นสมาชิกองค์กรมีระดับความพึงพอใจในชีวิตมากกว่าผู้ที่ไม่ได้เป็นสมาชิกองค์กร นอกจากนี้เกรย์ และคณะ (Gray, et al., 1992) ได้ศึกษาความสามารถในการรับรู้ต่อสภาพสังคม ที่เป็นตัวกำหนดความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ ในสหรัฐอเมริกา พบว่า บทบาทการมีส่วนร่วมการเป็นสมาชิกกลุ่มหรือสมาคมมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของคัทเลอร์ (Cutler, 1973) ที่ศึกษาการมีส่วนร่วมในองค์กรอาสาสมัครกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป จำนวน 170 คน พบว่าการเข้าร่วมองค์กรอาสาสมัครมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในชีวิต และการศึกษาของมาร์คไคด์และมาร์ติน (Markides and Martin, 1979) ที่ศึกษารูปแบบความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลของความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุในรัฐเทกซัส กลุ่มตัวอย่างจำนวน 141 คน พบว่า การทำกิจกรรมเป็นปัจจัยที่สำคัญมากเท่ากับปัจจัยภาวะสุขภาพที่สามารถทำนายความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ เช่นเดียวกับการศึกษาของแกรนีย์ (Graney, 1976) ได้ศึกษาความสุขและการมีส่วนร่วมในสังคมของผู้สูงอายุที่มี

อายุตั้งแต่ 62 ปีขึ้นไป และอาศัยในเขตเมือง จำนวน 60 คน โดยศึกษาระยะยาวต่อเนื่อง (Longitudinal study) จากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง 2 ครั้ง ห่างกัน 4 ปี พบว่าผู้สูงอายุที่มีความสุขมากจะมีความสัมพันธ์กับกิจกรรมทางสังคมที่เพิ่มขึ้น ส่วนการศึกษาของบราวน์และรอนลินสัน (Brown and Rawlinson, 1981) ศึกษาความพึงพอใจในชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยศึกษากับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 51 คน และผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำนวน 32 คน พบว่าการเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลมากที่สุด ต่อความพึงพอใจในชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง สำหรับการศึกษาของดวงฤดี (2528) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบคัดสรรกับการปรับตัวของผู้สูงอายุ ในจังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 120 คน พบว่า การเข้าร่วมกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งหมายถึงการที่ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมจะสามารถปรับตัวได้ดีต่อสิ่งแวดล้อม อันส่งผลต่อความพึงพอใจในชีวิต ส่วนการศึกษาของฉันทนา (2530) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการร่วมกิจกรรมกับอัตมโนทัศน์ของผู้สูงอายุ ในกรุงเทพมหานคร จำนวน 380 คน พบว่าอัตมโนทัศน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุ แสดงว่าผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมในสังคมสูงจะมีอัตมโนทัศน์ดี ส่งผลถึงความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ เช่นเดียวกับการศึกษาของเดวิส (Davis, 1991) ได้ศึกษากับผู้สูงอายุในชนบททางไกล 6 ตำบล ของรัฐอลาบามาทางทิศตะวันออกเฉียงใต้ พบว่าการเข้าร่วมกิจกรรมของศูนย์ผู้สูงอายุ เท่ากับเป็นการส่งเสริมสุขภาพทำให้มีอัตมโนทัศน์ที่ดีส่งผลต่อความพึงพอใจในชีวิต และการศึกษาของเอ็ดเวิร์ดและเคลิมแม็ค (Edwards and Klemmack, 1973) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ของความพึงพอใจในชีวิตกับตัวแปร 22 ตัว ในกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 45 ปีขึ้นไป จำนวน 507 คน พบว่าการใช้เวลาว่างของผู้สูงอายุในการพูดคุยกับเพื่อนอย่างไม่เป็นทางการ (ควบคุมกลุ่มตัวแปรทางเศรษฐกิจสังคม) มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ แตกต่างจากการศึกษาของมาร์ศรี (2532) ที่ศึกษาความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ ในชุมชนบ่อนไก่ เขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 197 คน พบว่าความสัมพันธ์กับเพื่อนบ้านและการมีเพื่อนสนิทไม่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2.2.3 การได้รับบริการสุขภาพและสวัสดิการสังคมกับความพึงพอใจในชีวิต

จากแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 7 ได้เน้นการจัดบริการสาธารณสุขให้ครอบคลุมประชากรทุกกลุ่ม โดยเฉพาะเด็ก สตรี คนพิการ ผู้ด้อยโอกาสรวมถึงผู้สูงอายุ เพื่อให้บุคคลเหล่านี้มีคุณภาพชีวิตที่ดี (กองแผนงานสาธารณสุข, 2533) จากแผนพัฒนาการสาธารณสุขดังกล่าว ทำให้ผู้สูงอายุทั่วประเทศมีหลักประกันทางสุขภาพ ซึ่งได้รับการรักษาพยาบาลในสถานบริการของรัฐโดยไม่เสียค่าบริการ การจัดบริการสุขภาพและสวัสดิการต่าง ๆ ได้แก่การจัดให้มีคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาล ทั้งภาครัฐ และเอกชน การจัดตั้งชมรมหรือศูนย์ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยมีกิจกรรมต่าง ๆ ให้บริการแก่สมาชิกในลักษณะที่คล้ายคลึงกัน เช่น การออกกำลังกาย การให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุ ฯลฯ บริการสังคมสงเคราะห์จัดในรูปของการให้คำแนะนำ ให้คำปรึกษา แก้ไขปัญหาแก่ผู้สูงอายุ และครอบครัวที่มีปัญหาการดูแลผู้สูงอายุ ส่วนบริการสวัสดิการสังคมอยู่ในความรับผิดชอบของกรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม ได้จัดสวัสดิการสงเคราะห์ผู้สูงอายุ โดยแบ่งเป็น 3 ประเภท คือการให้บริการภายในสถานสงเคราะห์คนชรา การให้บริการภายนอกสถานสงเคราะห์คนชรา และการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ (กรมประชาสงเคราะห์, 2537)

บริการสุขภาพและสวัสดิการสังคม ประกอบด้วยแนวคิดการให้การดูแลและการสนับสนุนทางสังคม ทั้งนี้เพราะการรักษาพยาบาลและสวัสดิการสังคมเป็นบริการที่รัฐจัดให้แก่ผู้สูงอายุ ดังนั้นบุคลากรที่ให้การดูแล และให้การสนับสนุนจึงเปรียบเสมือนพลังทางสังคม (เบญจวรรณ, 2536) ซึ่งคุณค่าของการสนับสนุนจากทีมสุขภาพในการปรับเปลี่ยนความรู้สึกพึงพอใจของผู้รับบริการพอสรุปได้ ดังนี้ (สุพิศ, 2532)

- 1) ลดความวิตกกังวล กลัว ไม่มั่นใจไม่สบายใจ และช่วยปรับเปลี่ยนความรู้สึกในทางลบให้เป็นทางบวก
- 2) ทำให้เกิดแรงเสริมพฤติกรรม เป็นการช่วยให้บุคคลแสดงพฤติกรรมการปรับตัวในทางที่ดี และมั่นใจในการปฏิบัติมากขึ้น
- 3) ทำให้เกิดความมั่นใจต่อเหตุการณ์ในอนาคต และมั่นใจว่าตนจะได้รับความช่วยเหลือ

4) ป้องกันไม่ให้เกิดการตัดสินใจแก้ปัญหาโดยวิธีการไม่เหมาะสม เช่นการฆ่าตัวตาย

5) ช่วยให้บุคคลสามารถผ่านกระบวนการปรับตัวต่อภาวะเครียดและมีความหวังในชีวิต

การดำเนินงานสาธารณสุขของรัฐเป็นจุดแรกที่บุคคล ครอบครัวและชุมชนสามารถเข้าถึงระบบการให้บริการ (สาลีและคณะ, 2524) นั้นหมายความว่า บริการด้านสุขภาพอนามัยที่ผู้สูงอายุได้รับมีลักษณะของการกระจาย ความพอเพียง และมีความครอบคลุมอันจะส่งผลถึงความพึงพอใจของผู้รับบริการ และผู้รับบริการมีพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ (Aday and Andersen, 1975) ซึ่งนำสู่ภาวะสุขภาพที่ดี โดยสุขภาพเป็นวิถีแห่งชีวิตที่จะนำบุคคลไปสู่ความสำเร็จในชีวิตและความพึงพอใจในชีวิต (สุชาติ, 2526) เช่นเดียวกับการศึกษาของจากรูวรรณและพิมพ์พรรณ (2527) ได้ศึกษาความต้องการทางสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุพบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับการบริการสุขภาพอย่างเพียงพอจะมีสุขภาพด้านร่างกายดี และการที่ผู้สูงอายุได้รับการบริการสุขภาพอย่างทั่วถึงจะทำให้มีสุขภาพดี (Berkman and Syme, 1979) ซึ่งหมายถึงความพึงพอใจในชีวิตในที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของอัจฉราและขจีรัส (2534) ที่ศึกษาความพึงพอใจ ซึ่งเป็นตัวแปรกลางการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ พบว่าสิ่งที่สำคัญในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุคือการจัดทำในสิ่งที่ผู้สูงอายุต้องการทั้งในด้านร่างกายและจิตใจ โดยจัดให้อย่างเพียงพอกับความต้องการที่จะทำให้เกิดความพึงพอใจ ซึ่งจะส่งผลให้เกิดการมีคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ สำหรับการศึกษารั้งนี้ การได้รับการบริการสุขภาพและสวัสดิการสังคมได้แก่การที่ผู้สูงอายุได้รับการรักษาพยาบาลทั้งในและนอกสถานบริการโดยไม่เสียค่าบริการ การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย การได้รับแจกของเครื่องใช้ และการได้รับเบี้ยยังชีพ สามารถอธิบายได้ดังนี้

การได้รับการบริการรักษาพยาบาลทั้งในและนอกสถานบริการ โดยไม่เสียค่าบริการเป็นบริการสุขภาพเชิงรุกและเชิงรับที่จัดให้แก่ผู้สูงอายุ ซึ่งครอบคลุมทั้งการรักษา การป้องกัน การส่งเสริมสุขภาพ และการฟื้นฟูเพื่อการมีสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุ ซึ่งการสนับสนุนบริการสุขภาพเป็นปัจจัยส่งเสริมให้บุคคลมีภาวะสุขภาพที่ดี (สุจินต์, 2532) โดยที่ความพึงพอใจต่อค่าบริการเป็นปัจจัยหนึ่งใน

หลาย ๆ ปัจจัยที่ทำให้ผู้รับบริการสุขภาพเกิดความพึงพอใจ และมีผลต่อการใช้บริการสุขภาพ (Aday and Andersen, 1975) ซึ่งในการศึกษาคั้งนี้กลุ่มผู้สูงอายุได้รับการรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าบริการ อีกทั้งบริการหน่วยแพทย์เคลื่อนที่เป็นบริการเชิงรุก ซึ่งอำนวยความสะดวกแก่ผู้สูงอายุ จึงน่าจะเป็นปัจจัยนำสู่ความพึงพอใจต่อการใช้บริการ อันมีผลต่อพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพและมีภาวะสุขภาพที่ดีในที่สุด โดยที่สุขภาพเป็นวิถีแห่งชีวิตที่จะนำบุคคลไปสู่ความสำเร็จในชีวิต และความพึงพอใจในชีวิต (สุชาติ, 2526) ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของอเดย์และแอนเดอร์สัน (2520) ที่ได้ศึกษาพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพอนามัยที่จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า ประชาชนเลือกใช้แหล่งบริการที่ใกล้ตัวที่สุดก่อน ฉะนั้นการได้รับบริการตรวจรักษาฟรี และการจัดบริการหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ จึงเอื้อประโยชน์ และอำนวยความสะดวกให้แก่ผู้สูงอายุได้อีกทางหนึ่ง อันนำสู่ความพึงพอใจในการใช้บริการสุขภาพและผู้สูงอายุมีพฤติกรรมที่จะใช้บริการสุขภาพ ซึ่งนำสู่ภาวะสุขภาพที่ดี ในที่สุดเกิดความพึงพอใจในชีวิต

การได้รับข่าวสารและสื่อสารเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งเพราะเป็นปัจจัยที่ใช้ประกอบการตัดสินใจของบุคคล (วุฒิชัย, 2523) และการที่ผู้สูงอายุได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยจะทำให้ผู้สูงอายุมีข้อมูลในการตัดสินใจเลือกปฏิบัติตน เมื่อเกิดการเจ็บป่วยได้ดียิ่งขึ้น ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของจาคอบส์และคณะ (Jacobs, et al., 1973) ได้ศึกษาพฤติกรรมการสนับสนุนที่ให้ผลในการสนับสนุนทางอารมณ์ในกลุ่มผู้ป่วยเหตุการณ์วิกฤต พบว่าพฤติกรรมการให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่ก้าวหน้าในการรักษาให้ความมั่นใจต่อผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยยอมรับสถานการณ์และยอมรับความต้องการการช่วยเหลือจากผู้อื่น ผู้ป่วยจะรู้สึกสบายและมีความพึงพอใจในชีวิต

การจัดบริการสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ แบ่งเป็น 3 ประเภท ดังนี้ (กรมประชาสงเคราะห์, 2537)

1) การให้บริการภายในสถานสงเคราะห์คนชรา ซึ่งเป็นบริการที่จัดให้แก่ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถอยู่กับครอบครัวของตนได้ หรือผู้สูงอายุที่ไม่มีที่อยู่อาศัยขาดผู้อุปการะ และผู้สูงอายุนั้นต้องไม่พิการทุพพลภาพ หรือจิตฟั่นเฟือน ทั้งนี้หญิงต้องมีอายุ 60 ปีขึ้นไป และชาย 65 ปีขึ้นไป สำหรับบริการที่จัดให้ในสถาน

สงเคราะห์ประกอบด้วยบริการด้านปัจจัยสี่ ด้านสังคมสงเคราะห์ นันทนาการ ศาสนกิจ กายภาพบำบัด ฌาปนกิจ และอื่น ๆ ปัจจุบันมีสถานสงเคราะห์คนชรา 12 แห่ง ใน 12 จังหวัด ดังนี้ กรุงเทพมหานคร ชลบุรี เชียงใหม่ นครสวรรค์ นครราชสีมา มหาสารคาม ชุมพร จันทบุรี พระนครศรีอยุธยา นครปฐม ยะลา และภูเก็ต

2) การให้บริการภายนอกสถานสงเคราะห์ ซึ่งเป็นบริการสำหรับผู้สูงอายุทั้งหญิงและชายที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่กับครอบครัวของตนเองให้มาใช้บริการด้านการแพทย์ กายภาพบำบัด นันทนาการ สังคมสงเคราะห์ อาชีวบำบัด ศาสนกิจ และบ้านพักฉุกเฉิน ตามความต้องการของผู้สูงอายุ ณ ศูนย์บริการคนชรา หรือศูนย์บริการทางสังคมผู้สูงอายุ ปัจจุบันมีทั้งหมด 9 แห่ง ใน 6 จังหวัด คือ กรุงเทพมหานคร เชียงใหม่ นครราชสีมา ยะลา ลพบุรี และพิษณุโลก

3) การสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ เนื่องจากคณะรัฐมนตรีมีมติเมื่อวันที่ 3 มีนาคม 2535 เห็นชอบให้กรมประชาสงเคราะห์ดำเนินโครงการกองทุนส่งเสริมสวัสดิการผู้สูงอายุและครอบครัวในชุมชน เพื่อจัดสรรงบประมาณหมวดเงินอุดหนุนช่วยเหลือผู้สูงอายุยากจน ซึ่งคุณสมบัติของผู้ได้รับเบี้ยยังชีพ ประกอบด้วยผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในหมู่บ้านที่มีการจัดตั้งศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้าน และขาดผู้อุปการะเลี้ยงดู หรือมีฐานะครอบครัวยากจน

การพิจารณาคัดเลือกผู้สูงอายุที่สมควรได้รับเบี้ยยังชีพ ดังนี้

3.1 คณะกรรมการศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้านเสนอรายชื่อผู้สูงอายุที่สมควรได้รับเบี้ยยังชีพตามคุณสมบัติที่กำหนดให้ ไปที่ทำการประชาสงเคราะห์จังหวัดได้พิจารณา

3.2 ที่ทำการประชาสงเคราะห์จังหวัดนำรายชื่อที่คณะกรรมการศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้านเสนอ ให้คณะกรรมการคัดเลือกผู้สูงอายุยากจนประจำจังหวัดพิจารณาอนุมัติ ซึ่งคณะกรรมการ ฯ ได้รับการแต่งตั้งจากผู้ว่าราชการจังหวัด จำนวน 7 คน ประกอบด้วยข้าราชการในจังหวัด 5 คนและผู้มีความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับผู้สูงอายุภาคเอกชน 2 คน

3.3 จังหวัดเสนอรายชื่อผู้สูงอายุที่ได้รับอนุมัติให้รับเบี้ยยังชีพ จาก



คณะกรรมการ (ตามข้อ 2) ให้กรมประชาสัมพันธ์พิจารณาจัดสรรงบประมาณ

ซึ่งผู้สูงอายุในเขตอำเภอกระนวน จังหวัดขอนแก่น ได้รับการสนับสนุน
เครื่องใช้ที่จำเป็น เช่น ข้าวสาร ผัสดม และผู้สูงอายุที่ได้รับเบี้ยยังชีพหมู่บ้านละ
2-3 คนเท่านั้น จะเห็นได้จากผลการศึกษาของอัจฉราและชวีจิรัส (2534) พบ
ว่าการจัดทำสิ่งให้ผู้สูงอายุต้องการทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดยจัดให้อย่างเพียงพอ
พร้อมกับความต้องการที่จะทำให้เกิดความพึงพอใจ จะส่งผลให้เกิดการมีคุณภาพชีวิต
ในผู้สูงอายุ สอดคล้องกับทฤษฎีความต้องการของมาสโลว์ (Maslow's need)
ซึ่งเชื่อว่าความพึงพอใจของบุคคลจะเกิดขึ้นเมื่อความต้องการได้รับการตอบสนอง
และความต้องการจะเพิ่มระดับตามขั้นความต้องการ 5 ขั้น (Maslow, 1970)
จากขั้นพื้นฐานสู่ระดับที่สูงขึ้น และความต้องการขั้นพื้นฐานต้องได้รับการตอบสนอง
อย่างเพียงพอก่อน จึงจะเกิดความต้องการในระดับที่สูงขึ้น คือความพึงพอใจใน
ความสำเร็จของชีวิตในที่สุดจะเกิดความพึงพอใจในชีวิต

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าว ทำให้ทราบถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์
กับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุคือด้านเศรษฐกิจ ได้แก่การถือครองที่ดินและ
รายได้ การทำกิจกรรม ได้แก่การทำกิจกรรมที่มีรูปแบบ และการทำกิจกรรมที่
ไม่มีรูปแบบ และการได้รับบริการสุขภาพและสวัสดิการสังคม ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้
รวบรวมและสรุปมาเป็นแนวทางในการศึกษาครั้งนี้