

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเรื่อง แนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในตำบลวังกระแจะ อำเภอไทรโยค จังหวัดกาญจนบุรี ผู้วิจัยได้รวบรวมแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำไปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต
2. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต

การพัฒนาคุณภาพชีวิตเริ่มดำเนินการตั้งแต่ปลายแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 5 (พ.ศ. 2525-2529) โดยรัฐบาลได้มีมติกำหนดโครงการปรีณรงค์คุณภาพชีวิตของประชาชน ในชาติ (ปราช.) พ.ศ. 2528-2530 มีวัตถุประสงค์สำคัญเพื่อเร่งรัดพัฒนาคุณภาพของประชาชนในชาติให้บรรลุถึงขั้นของความจำเป็นขั้นพื้นฐานเรียกว่า จปฐ.8 ได้แก่ อาหารดี (4 เครื่องชี้วัด) ที่อยู่อาศัย (4 เครื่องชี้วัด) ศึกษาอนามัยถ้วนทั่ว (6 เครื่องชี้วัด) ครอบครัวปลอดภัย (2 เครื่องชี้วัด) ได้ผลผลิตดี (5 เครื่องชี้วัด) ไม่มีลูกมาก (1 เครื่องชี้วัด) อยากร่วมพัฒนา (7 เครื่องชี้วัด) และพาสู่คุณธรรม (3 เครื่องชี้วัด) หลังจากการดำเนินงานเสร็จสิ้นแล้วรัฐบาลจึงได้บรรจุ ปราช.ลงในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 6 (พ.ศ. 2530-2534) และนำเข้าสู่วาระปกติของคณะกรรมการพัฒนาชนบทแห่งชาติ (กชช.) ต่อไป (ชมรมประชากรศึกษา โครงการประชากรศึกษา ภาควิชาศึกษาศาสตร์, คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์, 2529, หน้า 22)

จนถึงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535-2539) ได้มีการปรับปรุงจัดหมวดหมู่องค์ประกอบและตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตตามเกณฑ์ความจำเป็นพื้นฐานของคนไทยให้เหมาะสมกับสภาพทางเศรษฐกิจและสังคมมากขึ้น ซึ่งมี 9 หมวด 37 ตัวชี้วัด ได้แก่ อาหารดี (5 ตัวชี้วัด) มีบ้านอาศัย (5 ตัวชี้วัด) ศึกษาอนามัยถ้วนทั่ว (12 ตัวชี้วัด) ครอบครัวปลอดภัย (2 ตัวชี้วัด) รายได้ดี (1 ตัวชี้วัด) มีลูกไม่มาก (2 ตัวชี้วัด) อยากร่วมพัฒนา (3 ตัวชี้วัด) พาสู่

คุณธรรม (5 ตัวชี้วัด) และบำรุงสิ่งแวดล้อม (2 ตัวชี้วัด) (คณะกรรมการอำนวยการงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในชนบท อ่างในฤๅติ กรุๅดทอง, 2540, หน้า 38-41)

ความหมายของคุณภาพชีวิต

มีนักวิชาการได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตไว้หลายท่าน ดังนี้

ศิริ ฮามสุโพธิ์ (2543, หน้า 56-57) คุณภาพชีวิต หมายถึง คุณภาพในด้านสุขภาพ สังคม เศรษฐกิจ การศึกษา การเมือง และศาสนา ซึ่งเป็นค่าเทียบเคียงไม่มีกฎเกณฑ์ตายตัวแน่นอน กล่าวคือ ทุกคนหรือทุกประเทศอาจจะกำหนดมาตรฐานต่างๆ กันไปตามความต้องการ และความ ต้องการคุณภาพชีวิตนี้ย่อมจะเปลี่ยนแปลงไปได้ตามกาลเวลาและกาลเทศะ คุณภาพชีวิต หมายถึง ชีวิตของบุคคลที่สามารถดำรงชีวิตอยู่ร่วมกับสังคมได้อย่างเหมาะสม ไม่เป็นภาระและไม่ ก่อให้เกิดปัญหาแก่สังคมเป็นชีวิตที่สมบูรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจ และสามารถดำรงชีวิตที่ชอบธรรม สอดคล้องกับสภาพแวดล้อม และค่านิยมสังคม ตลอดจนแสดงหาสิ่งทีๅนปรารถนาให้ได้มาอย่าง ถูกต้องภายใต้เครื่องมือและทรัพยากรที่มีอยู่ คุณภาพชีวิตแบ่งเป็น 3 ประการ คือ

(1) ทางด้านร่างกาย คือ บุคคลจะต้องมีสุขภาพร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรงปราศจาก โรคภัยไข้เจ็บ อันเป็นผลตอบสนองมาจากปัจจัยพื้นฐานฯ

(2) ทางด้านจิตใจ คือ บุคคลจะต้องมีสภาวะจิตใจที่สมบูรณ์ร่าเริงแจ่มใสไม่วิตกกังวล มีความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตตนเองครบถ้วนและสังคมสิ่งแวดล้อม มีความปลอดภัยในชีวิตฯ

(3) ทางด้านสังคม คือ บุคคลสามารถดำรงชีวิตภายใต้บรรทัดฐาน และค่านิยมของสังคมในฐานะ เป็นสมาชิกของสังคมได้อย่างปกติสุขฯ

Dean (1985, p. 98) กล่าวว่า คุณภาพชีวิต หมายถึง ความพึงพอใจในชีวิตมีคุณค่าในตนเอง ภาวะสุขภาพที่ดี การปรับตัวอย่างมีประสิทธิภาพ สุขุขสบายทางกายและใจ ชีวิตที่มีความหมาย และมีคุณค่า และภาระหน้าที่ของบุคคล

สุขภาพ หมายถึง สภาวะที่สมบูรณ์และเชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล ทั้งทางกาย ทาง จิต ทางสังคม และทางวิญญาณ สุขภาพมิได้หมายถึงเฉพาะความพิการและการไม่มีโรคเท่านั้น มีความสัมพันธ์เกี่ยวโยงทั้งปัจจัยด้านบุคคล สภาพแวดล้อมทางกายภาพ ชีวภาพ เศรษฐกิจ สังคม การเมือง การศึกษา กฎหมาย ศาสนา วัฒนธรรมประเพณี วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี เป็นต้น รวมทั้งปัจจัยด้านระบบบริการสาธารณสุขด้วย

องค์การอนามัยโลก UNESCO (อ้างถึงใน ประเวศ วะสี 2545, หน้า 9) ซึ่งได้ร่วมกันคิด ร่วมกันทำจากประเทศต่างๆ ให้นิยาม ความหมายของคำว่าสุขภาพว่า

“Health is stage of complete physical, mental, social and spiritual well-being, not merely absence of diseases and infirmity”

การไม่มีโรคก็ไม่ได้หมายความว่าสุขภาพดี และแม้มีโรคสุขภาพก็ดีได้ เพราะสุขภาพ หมายถึง สุขภาวะที่สมบูรณ์ ทั้งทางกาย ทางจิต ทางสังคม และทางวิญญาณ หรือสุขภาวะที่สมบูรณ์ เชื่อมโยงกัน

เกษม จันทร์แก้ว (2540, หน้า 28-29) คุณภาพชีวิต (Quality of life) ในแง่ของสิ่งแวดล้อม นั้น หมายถึง การศึกษาความเป็นอยู่ของมนุษย์ที่เกี่ยวข้องกับสถานภาพทางการศึกษา อนามัย และเศรษฐกิจ ตามลักษณะของสิ่งแวดล้อมทางชีวกายภาพ เชื้อชาติ วัฒนธรรม และวิธีการเลี้ยงดู โดยที่คุณภาพชีวิตนั้นขึ้นอยู่กับสภาพทั่วไปของสิ่งแวดล้อมทางชีวกายภาพบุคคลอยู่ในที่ทรัพยากร สิ่งแวดล้อมที่อุดมสมบูรณ์ย่อมจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า บุคคลที่อยู่ในที่ขาดแคลนทรัพยากร สิ่งแวดล้อม คุณภาพชีวิตต้องขึ้นอยู่กับความพึงพอใจ ซึ่งมีความแตกต่างกันไปแต่ละบุคคลอีกด้วย

ชัยวัฒน์ ปัญญาพงษ์ (2536 อ้างถึงใน กาจพงษ์ ทองรัช, 2540, หน้า 14) ให้ความหมาย คุณภาพชีวิต หมายถึง ชีวิตที่ไม่เป็นภาระ ไม่ก่อให้เกิดปัญหาแก่สังคม เป็นชีวิตที่ดีมีความ สมบูรณ์ทั้งร่างกายและจิตใจ มีความคิดและความสามารถที่จะดำรงสถานภาพทางเศรษฐกิจ สังคม การเมือง ได้อย่างถูกต้องและสอดคล้องกับสภาพแวดล้อมและค่านิยมของสังคม กับสามารถ แก้ปัญหาเฉพาะหน้าและปัญหาที่ซับซ้อน รวมทั้งสามารถดำเนินวิธีการที่ชอบธรรม เพื่อจะได้มาซึ่ง ในสิ่งที่ตนประสงค์ ภายใต้อำนาจและทรัพยากรที่มีอยู่

กาจพงษ์ ทองรัช (2540 อ้างถึงใน วินัย อ่ำดวง, 2553, หน้า 13) ให้ความหมายคุณภาพ ชีวิต หมายถึง คุณภาพในด้านสุขภาพ สังคม เศรษฐกิจ การศึกษา การเมืองและศาสนา ซึ่งเป็นค่า เทียบเคียงที่ไม่มีกฎเกณฑ์ตายตัว กล่าวคือ แต่ละคนหรือแต่ละประเทศ อาจจะกำหนดมาตรฐาน ต่างๆ กัน ไปตามความต้องการและเกณฑ์ในด้านคุณภาพชีวิตนี้ย่อมจะเปลี่ยนแปลงได้ตามเวลาและ สถานการณ์

วันชัย ชนะวังน้อย และขงยุทธ พึ่งวงศ์ญาติ (2541, หน้า 10) ได้สรุปว่า คุณภาพชีวิต (quality of life) หมายถึง ระดับความเป็นอยู่ที่ดีในการดำรงชีวิตของบุคคลในสังคม ซึ่งเกี่ยวข้องกับ สภาพความเป็นอยู่และการดำเนินชีวิต เช่น อาหาร สุขภาพอนามัย รายได้ และการศึกษา เป็นต้น การที่บุคคลจะมีชีวิตที่ดีนั้นจะต้องได้รับการตอบสนองทั้งร่างกายและจิตใจมีความพึงพอใจในการ ดำรงชีวิตอยู่ของตนเอง รวมทั้งมีความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน

ส่วนฤดี กรุดทอง (2540, หน้า 25-26) ได้สรุปว่า คุณภาพชีวิต หมายถึง บุคคลที่มีความ สุข ความพอใจจากการได้รับการตอบสนองต่อสิ่งที่มีความจำเป็น และความต้องการของ ร่างกายและจิตใจอย่างครบถ้วนสมบูรณ์ภายใต้สภาพแวดล้อม และค่านิยมที่สังคมยอมรับ หรือใน ความหมายที่สั้นที่สุด คือ การมีสุขภาพกายสุขภาพจิตดี และมีสติปัญญาที่สมบูรณ์ โดยมีสิ่งที่ใช้ ชี้ออกถึงระดับคุณภาพชีวิต ประกอบด้วย

(1) สิ่งซึ่งบอกคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ได้แก่ ปัจจัยสี่ สุขภาพอนามัย สิ่งอำนวยความสะดวก ภาวะแวดล้อมที่ปราศจากมลภาวะ ทรัพยากรที่จำเป็นในการดำรงชีวิต การคมนาคมสะดวก โอกาสทางการศึกษา การประกอบอาชีพเท่าเทียมกัน ความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน

(2) สิ่งซึ่งบอกคุณภาพชีวิตด้านอารมณ์ เช่น การพักผ่อนหย่อนใจที่มีคุณภาพ ประโยชน์ การแสดงอารมณ์ที่เป็นผลจากความสัมพันธ์ในครอบครัวและชุมชน ความรักในหมู่คณะ

(3) สิ่งซึ่งบอกคุณภาพชีวิตด้านความคิดจิตใจ เช่น ความมีระเบียบวินัย ค่านิยมทางวัฒนธรรม ความรู้และสติปัญญา ความสามารถป้องกัน แก้ปัญหาในปัญหาระดับบุคคล ครอบครัว และชาติ การสร้างความสำเร็จและการมีเป้าหมายชีวิต ความซื่อสัตย์สุจริต ความเอื้ออารีต่อกัน ความกตัญญู การเสียสละ การจงรักภักดี ความศรัทธาในศาสนา และการละเว้นอบายมุข เป็นต้น

นอกจากนี้ UNESCO (อ้างถึงในฤดี กรุดทอง, 2540, หน้า 28) ซึ่งชี้ให้เห็นว่า เครื่องบ่งชี้คุณภาพชีวิตของประชาชนประกอบไปด้วย อาหาร/โภชนาการ สุขภาพอนามัย การศึกษา สภาวะแวดล้อม/ทรัพยากร รายได้/การมีงานทำ ที่อยู่อาศัย/การตั้งถิ่นฐาน และค่านิยมศาสนา/จริยธรรม โดยแต่ละเรื่องจะมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงประชากร และผลกระทบที่มีต่อสุขภาพชีวิต ประชากรทั้งระดับจุลภาคและมหภาค

สำหรับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ บุญยมาศ สินธุประมา (2539, หน้า 537-538) ได้อธิบายว่า เพื่อให้ชีวิตของผู้สูงอายุมีคุณภาพ สามารถทำประโยชน์ให้แก่สังคมและครอบครัวได้ ผู้สูงอายุจะต้องมีการเตรียมสถานการณ์ไว้เพื่อให้ตนเองมีคุณค่าและเป็นที่ยอมรับของบุคคลทั่วไป ในด้านต่างๆ ดังต่อไปนี้

(1) ด้านรายได้ จะต้องรู้จักเก็บออมตั้งแต่วัยหนุ่มสาวเพื่อไว้ใช้ในยามชรา และทำประกันสวัสดิการสังคมไว้ด้วย

(2) ที่อยู่อาศัยต้องเป็นส่วนตัวสงบเงียบ บรรยากาศธรรมชาติ มีเครื่องมือเครื่องใช้ที่จำเป็น สะอาด ปลอดภัย ลูกหลานสามารถไปเยี่ยมเยียนดูแลได้สะดวก และสม่ำเสมอ

(3) การเจ็บป่วย ต้องดูแลรักษาร่างกายอย่างสม่ำเสมอ พักผ่อนให้เพียงพอ ออกกำลังกายเป็นประจำตามสมควร และเลือกรับประทานอาหารที่มีคุณค่าปริมาณพอดี รวมทั้งควรรู้จักกับสถานพยาบาลต่างๆ ใ้ยามปกติและยามฉุกเฉิน

(4) การใช้เวลา ต้องเตรียมตัวเตรียมใจยอมรับสภาพการณ์ในชีวิต ควรจะหางานอดิเรกหรือกิจกรรมต่างๆ ทำเพื่อประโยชน์ต่อตนเองและผู้อื่น เช่น การอ่านเขียนหนังสือ ทำบุญทำทาน ออกกำลังกาย การรดน้ำต้นไม้ และเก็บกวาดบ้าน เป็นต้น

(5) การปรับตัว ต้องรู้จักตนเอง และเข้าใจเด็กวัยลูกหลาน เพื่อจะทำให้การอยู่ร่วมกันระหว่างผู้สูงอายุและลูกหลานเป็นไปอย่างปกติสุข

(6) ด้านธรรมชาติและสมาธิ ควรเตรียมตัวเตรียมใจที่จะยอมรับความเจริญและความเสื่อมของสังขารและสรรพสิ่งรอบตัว ฝึกจิตใจให้เข้มแข็งขึ้น ทำจิตใจให้ปล่อยวาง และกล้าเผชิญต่อทุกสิ่งเพื่อนำมาซึ่งความสุขสงบแก่ตนเองและครอบครัว

ฤดี กรุดทอง (2540, หน้า 28-35) ได้กล่าวถึง แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตที่มีนักวิชาการด้านต่างๆ ได้อธิบายไว้ ดังต่อไปนี้

(1) แนวความคิดของนักเศรษฐศาสตร์ เชื่อว่าสภาวะการกินคืออยู่ที่โดยการพัฒนาทางเศรษฐกิจจะสามารถนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี การพัฒนาทางเศรษฐกิจมีผลทำให้เกิดการเติบโตทางเศรษฐกิจ มีการเพิ่มสะสมทุน และพัฒนาแรงงานของมนุษย์นำไปสู่การเพิ่มผลผลิต เมื่อมนุษย์มีทรัพย์สินเหลืออยู่มากหลังจากใช้จ่ายแล้วจะมีเวลาและโอกาสที่จะหาความรื่นรมย์ให้แก่ชีวิต และมีทางเลือกต่างๆ ในวิถีชีวิตมากขึ้น (ชีวิตจะมีคุณภาพดีขึ้น) โดยตัวบ่งชี้ที่บอกถึงการพัฒนาทางเศรษฐกิจในทฤษฎีนี้ ก็คือ รายได้ประชาชาติ แต่อย่างไรก็ตามการเน้นพัฒนาทางเศรษฐกิจเพื่อบรรลุสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีนั้นได้รับการไม่เห็นด้วยอย่างมากในช่วงหลัง เพราะการมีคุณภาพชีวิตที่ดีนั้นมิได้ขึ้นอยู่กับปัจจัยทางเศรษฐกิจเท่านั้น แต่ยังขึ้นอยู่กับปัจจัยอื่นๆ ที่มีใช้ปัจจัยทางเศรษฐกิจอีกมาก

(2) แนวความคิดของนักสังคมวิทยา เห็นว่าดัชนีทางด้านสังคมมีคุณค่าที่จะวัดและอธิบายระดับของคุณภาพชีวิตได้ ได้แก่ สุขภาพ การศึกษา ศาสนา สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ รายได้ ความยากจน อาชญากรรม ความปลอดภัย สถานที่อยู่อาศัย การจ้างงาน ผลผลิตภาพ สถานภาพของบุคคล ความเสมอภาค การเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยี ความผูกพันเป็นอันเดียวกันในสังคมและวงจรชีวิตในครอบครัว เป็นต้น แต่ก็มีผู้ค้านว่าบุคคลแต่ละกลุ่มต่างมีแบบแผนการดำเนินชีวิตแตกต่างกันไป ตัวแปรข้างต้นจะถูกต้องได้แย้งว่าไม่สามารถวัดระดับคุณภาพชีวิตได้ เช่น กลุ่มผู้สูงอายุ หนุ่มสาว และผู้ที่มีวัฒนธรรมต่างกัน

(3) แนวความคิดของนักสิ่งแวดล้อม เชื่อว่าคุณภาพชีวิตกับสภาพแวดล้อมมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกัน การพัฒนาคุณภาพชีวิตจำเป็นจะต้องทำให้เกิดความสมดุลระหว่างธรรมชาติกับมนุษย์ ถ้าขาดความสมดุลคุณภาพชีวิตจะเกิดขึ้นไม่ได้ ดังเช่น คิมเบล (T.L. Kimbale) เชื่อว่าดัชนีทางสิ่งแวดล้อม เช่น อาหาร น้ำ ดิน ป่า สัตว์ป่า แร่ธาตุ ที่ว่างเป็นปัจจัยสำคัญในการยกระดับคุณภาพชีวิต ส่วนลีปนนท์ เกตุทัต กล่าวว่า ชีวิตที่มีความสุขในทัศนะของปรัชญาฮินดูและพุทธศาสนา ก็คือ ชีวิตที่กลมกลืนกับธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมเป็นชีวิตที่ไม่ฝืนธรรมชาติ ซึ่งหมายถึง ธรรมชาติทางกายภาพและธรรมชาติทางจิตใจและสังคม (physical and social world)

(4) แนวความคิดของนักจิตวิทยา อธิบายว่า คุณภาพชีวิตเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสภาพจิตใจ ในการทำให้ชีวิตให้สมบูรณ์นั้นมนุษย์ต้องมีการสนองความต้องการของตนเองให้มากขึ้น

ตามลำดับ เช่น มาสโลว์ (Maslow) ได้อธิบายว่า มนุษย์เป็นสัตว์ที่มีความต้องการอยู่เสมอซึ่งจำแนกออกได้เป็น 5 ระดับจากความต้องการขั้นต่ำสุดไปหาขั้นสูงสุด มนุษย์ที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีคือ ผู้ที่สามารถสนองความต้องการของตนได้ในทุกระดับ

4.1 ความต้องการระดับที่ 1 ความต้องการด้านสรีระร่างกาย (psychological needs) ได้แก่ ความหิวกระหาย การหายใจ การขับถ่าย และความต้องการทางเพศ เป็นต้น

4.2 ความต้องการระดับที่ 2 ความต้องการความปลอดภัย (safety needs) เช่น การแสวงหาความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน ความมั่นคงในการทำงาน ความมั่นคงทางจิตใจ เป็นต้น

4.3 ความต้องการระดับที่ 3 ความต้องการความรัก/ความเป็นเจ้าของ (love & belonging needs) เป็นความต้องการด้านจิตใจ เช่น ต้องการให้เป็นที่รักของคนในบ้าน เป็นที่รักใคร่แก่เพื่อนร่วมงาน และอยากมีบ้าน อยากมีทรัพย์สินเงินทอง เป็นต้น

4.4 ความต้องการระดับที่ 4 ความต้องการให้ผู้อื่นชื่นชม (self-esteem needs) เป็นความต้องการระดับสูงของมนุษย์ โดยบุคคลนั้นจะพยายามทำในสิ่งต่างๆ ที่มีประโยชน์ต่อผู้อื่นจนทำให้ผู้อื่นยอมรับนับถือ และตนเองรู้สึกว่าได้ประสบความสำเร็จในงานหรือผลการกระทำของตน จึงเกิดความเชื่อมั่นภาคภูมิใจ และเห็นคุณค่าแห่งตนเอง คนที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีส่วนใหญ่มักได้รับการพัฒนาตนเองขึ้นมาจนถึงระดับนี้

4.5 ความต้องการระดับที่ 5 ความต้องการมีสัจการแห่งตน (self actualization needs) เป็นความต้องการสูงสุดของมนุษย์ กล่าวคือ ต้องการทำประโยชน์แก่ผู้อื่น เพราะตนเองเห็นว่ามีความรู้และเกิดประโยชน์ต่อบุคคลอื่น เพราะเป็นอุดมคติที่ตนเองได้ตั้งมั่นไว้โดยไม่คำนึงว่าจะได้รับคำยกย่องหรือมีบุคคลใดมารู้ถึงการกระทำนั้นหรือไม่ ความต้องการระดับนี้เป็นการตอบสนองศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์อย่างแท้จริง

สรุป คุณภาพชีวิต หมายถึง สภาพแวดล้อมของชีวิตที่สมดุลกันทั้งด้านสังคม เศรษฐกิจ การเมือง สิ่งแวดล้อม ตลอดจนทั้งศาสนา วัฒนธรรม ประเพณี และค่านิยมในสังคมที่ทำให้สมาชิกในชุมชนอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข

ลักษณะของคุณภาพชีวิต

ลักษณะของคุณภาพชีวิต มีเนื้อหาค่อนข้างกว้างขวางมาก แต่พอสรุปคุณภาพชีวิตของประชาชนตามแนวคิดของ OECD (1988 อ้างถึงใน ปรีชา เปี่ยมพงศ์สานต์ 2544, หน้า 328) คุณภาพชีวิตจะครอบคลุมหลายมิติ คือ

- (1) คุณภาพทางด้านอนามัยและสาธารณสุข
- (2) พัฒนาการบุคคลโดยผ่านการศึกษาฝึกอบรม

- (3) การทำงานและคุณภาพชีวิตการทำงาน
- (4) เวลาว่างที่สร้างสรรค์
- (5) ความสุขสมบูรณ์ทางด้านเศรษฐกิจ รวมทั้งความเสมอภาคทางเศรษฐกิจ
- (6) คุณภาพสิ่งแวดล้อม และทรัพยากรธรรมชาติ
- (7) สิ่งแวดล้อมทางสังคม
- (8) โอกาสทางสังคมและการมีส่วนร่วมที่เท่าเทียมกัน
- (9) ความมั่นคงในการดำรงชีวิต
- (10) สิทธิเสรีภาพทางการเมือง

จะเห็นได้ว่า จากแนวความคิดเกี่ยวกับแผนพัฒนาท้องถิ่นนี้คุณภาพชีวิตของประชาชนในชุมชนจะต้องได้รับความคุ้มครองทางเสรีภาพ สังคมจะต้องมีประชาธิปไตย ระบบการประกันสังคมและสวัสดิการสังคมสามารถช่วยให้เราบรรลุเป้าหมายได้ ในการปรับปรุงคุณภาพชีวิตตนเองได้ แม้คณะบริหารส่วนท้องถิ่นจะมีความเป็นอิสระอย่างไร ก็ไม่ควรมองข้ามคุณภาพชีวิตประชาชนทั้งระบบโครงสร้างสังคมแบบองค์รวม

UNESCO (1980, p. 312) ได้ใช้เกณฑ์ในการประเมินคุณภาพชีวิตไว้ 2 ด้าน คือ

(1) ด้านวัตถุวิสัย (Objective) การประเมินด้านวัตถุวิสัย วัดได้โดยอาศัยข้อมูลต่างๆ ที่เป็นรูปธรรมสามารถมองเห็นได้ นับได้ วัดค่าได้ เช่น ด้านเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อมฯ

(2) ด้านจิตวิสัย (Subjective) เป็นการประเมินข้อมูลด้านจิตวิทยา ซึ่งอาจทำได้โดยการสอบถามความรู้สึก และเจตคติต่อประสบการณ์ของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับชีวิต การรับรู้สภาพต่อการเป็นอยู่ การดำรงชีวิต รวมทั้งสิ่งต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับชีวิต และความพึงพอใจในชีวิต

Liu (1975, p. 1) กล่าวถึงคุณภาพชีวิตว่ามี 2 องค์ประกอบ คือ องค์ประกอบด้านจิตวิสัย ซึ่งเป็นเรื่องของอารมณ์ ความรู้สึกของบุคคล อันได้แก่ความเชื่อ ค่านิยม และความรู้สึก นึกคิดของบุคคล เป็นต้น และองค์ประกอบด้านวัตถุวิสัย ได้แก่ ปัจจัยหรือสภาพแวดล้อมของบุคคล เช่น ด้านสังคม เศรษฐกิจ การเมือง และสิ่งแวดล้อม

องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต

จะเห็นได้ว่า องค์ประกอบสำคัญของคุณภาพชีวิตของประชาชนในชุมชน จะต้องประเมินได้ทั้งสิ่งที่เป็นนามธรรมและสิ่งที่เป็นรูปธรรมเพื่อยืนยันเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตของชุมชนในการดำเนินชีวิตภายใต้การบริหารขององค์กรส่วนท้องถิ่น

องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต แบ่งออกเป็น 3 ประการ คือ

(1) ทางด้านร่างกาย คือ บุคคลจะต้องมีสุขภาพร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรงปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ อันเป็นผลตอบสนองมาจากปัจจัยพื้นฐาน

(2) ทางด้านจิตใจ คือ บุคคลจะต้องมีภาวะจิตใจที่สมบูรณ์ร่าเริงแจ่มใส ไม่วิตกกังวล มีความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตตนเองครบถ้วน และสังคมสิ่งแวดล้อม มีความปลอดภัยในชีวิต

(3) ทางด้านสังคม คือ บุคคลสามารถดำรงชีวิตภายใต้บรรทัดฐาน และค่านิยมของสังคมในฐานะเป็นสมาชิกของสังคมได้อย่างปกติสุข

ผู้วิจัยใช้แนวคิดคุณภาพชีวิตของ องค์การอนามัยโลก Power, Bollinger and WHOQOL group (2002)ซึ่งให้คำนิยามคุณภาพชีวิตว่าเป็นสถานะความเป็นอยู่ที่ดีของร่างกาย จิตใจ และสังคม การรับรู้คุณภาพชีวิตของบุคคลนั้นวัฒนธรรมและค่านิยมจะส่งผลกับเป้าหมายและความคาดหวังเกี่ยวกับมาตรฐานคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้อง โดยคุณภาพชีวิต แบ่งออกเป็น 4 ด้าน

(1) ด้านร่างกาย (physical domain) คือ การรับรู้ทางสภาพด้านร่างกายของบุคคลซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน เช่น การรับรู้สุขภาพความสมบูรณ์ของร่างกาย การรับรู้ถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนการรับรู้ถึงความสามารถในการทำงาน เป็นต้น

(2) ด้านจิตใจ (psychological domain) คือ การรับรู้ทางสภาพจิตใจของตนเอง เช่น การรับรู้ความรู้สึกทางบวกและทางลบที่บุคคลมีต่อตนเอง การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง การรับรู้ถึงความคิด การตัดสินใจและความสามารถในการเรียนรู้ของตน เป็นต้น

(3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (social relationships) คือ การรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนกับบุคคลอื่นการรับรู้ถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือและ ได้เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคมด้วย

(4) ด้านสิ่งแวดล้อม (environment) คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต การรับรู้การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างตนเองกับสภาพแวดล้อมทางกายภาพ การรับรู้ว่าตนมีชีวิตอยู่อย่างอิสระ มีความปลอดภัยและมั่นคงในชีวิต เป็นต้น

สรุป คุณภาพชีวิต หมายถึง สภาพแวดล้อมของชีวิตที่สมดุลกันทั้งด้านสังคม เศรษฐกิจ การเมือง สิ่งแวดล้อม ตลอดจนทั้งศาสนา วัฒนธรรม ประเพณี และค่านิยมในสังคมที่ทำให้สมาชิกในชุมชนอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข

ปรัชญาพื้นฐานในการพัฒนาคุณภาพชีวิต

วิทยา ธิติสุทธิ (อ้างถึงในวินัย อ่ำดวง, 2553, หน้า 16) กล่าวถึง ปรัชญาในการดำเนินชีวิตมนุษย์มีคำถามอยู่เสมอว่า “มนุษย์เกิดมาเพื่อสิ่งใดกันแน่” ส่วนใหญ่ตอบว่าทุกคนเกิดมาเพื่อแสวงหาความสุขและความพอใจในการดำรงชีวิตแต่อย่างไรก็ตามความสุขและความพอใจของแต่ละคนอาจจะไม่เหมือนกันจึงพยายามสร้างคุณภาพชีวิตให้เห็นว่าในการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนในสังคมหนึ่งจะเหมาะสมกับการดำรงชีวิตในช่วงเวลานั้น มนุษย์เกิดมาจึงได้รับโอกาสทางสังคมเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตดังนี้

- (1) โอกาสที่ได้รับการเลี้ยงดูและรักษาสุขภาพอนามัยอย่างเพียงพอ
- (2) โอกาสทางสังคมในการรับการศึกษาเบื้องต้น
- (3) โอกาสทางสังคมในการศึกษาวิชาชีพ
- (4) โอกาสทางสังคมในการเลือกปฏิบัติงานวิชาชีพ
- (5) โอกาสทางสังคมสำหรับความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน
- (6) โอกาสทางสังคมในการสร้างฐานะทางสังคม ตลอดจนการเลือกถิ่นที่อยู่อาศัย

สอดคล้องกับคำประกาศที่ว่าด้วย “ปฏิญญา ว่าด้วยสิทธิมนุษยชน” ขององค์การสหประชาชาติที่กล่าวว่า “ทุกคนในฐานะที่เป็นสมาชิกสังคม มีสิทธิในความมั่นคงทางสังคมและมีสิทธิในการบรรลุซึ่งสิทธิทางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม และมีสิทธิในมาตรฐานการครองชีพที่เพียงพอสำหรับสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของตนและครอบครัวรวมทั้งการได้รับอาหาร เครื่องนุ่งห่มที่อยู่อาศัยและการดูแลรักษาทางแพทย์และการบริการทางสังคมที่จำเป็นแก่มารดาและเด็กที่จะได้รับการดูแลและการช่วยเหลือพิเศษและทุกคนมีสิทธิในการศึกษา”

จะเห็นได้ว่าคุณภาพชีวิตเป็นสิ่งที่มนุษย์ทุกคนควรได้รับและพึงได้จากสถาบันและสังคม หากมีวิธีจัดการที่ดีจะนั้นการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีนั้นจะต้องสร้างพื้นฐานจากการฝึกอบรมเพื่อให้แต่ละบุคคลในสังคมได้มีความรู้ความเข้าใจตระหนักถึงปัญหาและการป้องกันแก้ไขปัญหา ร่วมกัน นำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีทุกระดับในสังคม

จากแนวคิดปรัชญาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตดังกล่าวจึงเป็นปรัชญาพื้นฐานในการพัฒนาคุณภาพชีวิตและการกำหนดความหมายของคุณภาพชีวิตนอกจากนี้แนวคิดปรัชญาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตตามคำสอนในพระพุทธศาสนายังกล่าวถึงคุณภาพชีวิตที่ดี คือ ชีวิตที่มีความรักตนเองและผู้อื่น ซึ่งพุทธศาสนิกชนเห็นว่า ปัจเจกบุคคลทั้งหลายมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน สังคมประกอบด้วยหน่วยเล็กๆมารวมกันหรือสภาวะที่ปัจเจกบุคคลทั้งหลายได้รับอิทธิพลมาจากสังคมสังคมจะมีความสุขเมื่อปัจเจกบุคคล มีความเอื้อเฟื้ออารีต่อกัน หากปัจเจกบุคคลมีความเห็นแก่ตัว สังคมก็จะมีไม่มีความสุข ดังนั้นคุณภาพชีวิตที่ดีของบุคคลจะต้องสอดคล้องกับสังคมที่ดีด้วย ต้องทำให้ตัวเองดี รักตัวเองและรักผู้อื่นด้วย ส่วนแนวคิดปรัชญาคุณภาพชีวิตตามศาสนาคริสต์ได้กล่าวถึงคุณภาพชีวิตที่ดีคือชีวิตที่มีความรัก ความเสียสละ ซึ่งความรักนั้นมี 2 ด้าน คือ รักในพระเจ้าและรักเพื่อนมนุษย์ เมื่อมนุษย์มีความรักดังกล่าวแล้วจะมีความสุข

จากทฤษฎีคุณภาพชีวิตข้างต้นผู้วิจัยประยุกต์มาจากแนวคิดคุณภาพชีวิตของ WHOQOL Group (2002) และได้ผสมผสานแนวคิดคุณภาพชีวิตของคนในเขตเมืองของไทยของสถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ซึ่งได้แบ่งคุณภาพชีวิตออกเป็น 5 องค์ประกอบดังนี้

- (1) ด้านร่างกาย คือการรับรู้สภาพทางด้านร่างกายของบุคคล

- (2) ด้านจิตใจ คือการรับรู้ทางสภาพจิตใจของตนเอง
- (3) ด้านความสัมพันธ์ในครอบครัว คือการรับรู้ถึงความสัมพันธ์ในครอบครัว
- (4) ด้านความสัมพันธ์ในศูนย์ฟื้นฟู คือ การรับรู้ถึงความสัมพันธ์ในชุมชน
- (5) ด้านสิ่งแวดล้อม คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต

จะเห็นได้ว่า การจัดทำเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตของกรมการพัฒนาชุมชนนั้นมีการปรับเปลี่ยนอยู่ตลอดเวลา สาเหตุหนึ่งมาจากแนวคิดในการพัฒนาชุมชนบ้างข้อบรรลุวัตถุประสงค์แล้ว อีกประการหนึ่งการปรับเปลี่ยนเครื่องชี้วัดทุก ๆ 5 ปี ยังทำให้งานพัฒนาคุณภาพชีวิตของส่วนท้องถิ่นมีความทันสมัยอยู่ตลอดเวลาโดยมองภาพรวมของประเทศ

วิภาพร มาพบสุข (2545, หน้า 3-6) สรุปว่า คุณภาพชีวิต เป็นเครื่องชี้วัดความเจริญก้าวหน้าของมิติทางด้านประชากร สังคม สุขภาพ จิตวิญญาณ สิ่งแวดล้อม และองค์ประกอบอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับความเป็นอยู่ที่ดีของมนุษย์

ส่วนฤดี กรุดทอง (2540, หน้า 25-26) ได้สรุปว่า คุณภาพชีวิต หมายถึง บุคคลที่มีความสุข ความพอใจจากการได้รับการตอบสนองต่อสิ่งที่มีความจำเป็น และความต้องการของร่างกายและจิตใจอย่างครบถ้วนสมบูรณ์ภายใต้สภาพแวดล้อม และค่านิยมที่สังคมยอมรับ หรือในความหมายที่สั้นที่สุด คือ การมีสุขภาพกายสุขภาพจิตดี และมีสติปัญญาที่สมบูรณ์ โดยมีสิ่งที่ใช้ชี้บอกถึงระดับคุณภาพชีวิต ประกอบด้วย

(1) สิ่งชี้บอกคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ได้แก่ ปัจจัยสี่ สุขภาพอนามัย สิ่งอำนวยความสะดวก ภาวะแวดล้อมที่ปราศจากมลภาวะ ทรัพยากรที่จำเป็นในการดำรงชีวิต การคมนาคมสะดวก โอกาสทางการศึกษา การประกอบอาชีพเท่าเทียมกัน ความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน

(2) สิ่งชี้บอกคุณภาพชีวิตด้านอารมณ์ เช่น การพักผ่อนหย่อนใจที่มีคุณภาพ ประโยชน์การแสดงอารมณ์ที่เป็นผลจากความสัมพันธ์ในครอบครัวและชุมชน ความรักในหมู่คณะ

(3) สิ่งชี้บอกคุณภาพชีวิตด้านความคิดจิตใจ เช่น ความมีระเบียบวินัย ค่านิยมทางวัฒนธรรม ความรู้และสติปัญญา ความสามารถป้องกัน แก้ปัญหาในปัญหาระดับบุคคล ครอบครัว และชาติ การสร้างความสำเร็จและการมีเป้าหมายชีวิต ความซื่อสัตย์สุจริต ความเอื้ออารีต่อกัน ความกตัญญู การเสียสละ การจงรักภักดี ความศรัทธาในศาสนา และการละเว้นอบายมุข เป็นต้น

กองสวัสดิการแรงงาน (2547, หน้า 18) กล่าวว่า มนุษย์ควรมีคุณภาพชีวิตขั้นพื้นฐานใน 4 มิติ ดังนี้

(1) สุขภาวะทางกาย (physical Well-being) หมายถึงภาวะการรับรู้ และดำรงสุขภาพร่างกายให้มีความแข็งแรง ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ และสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุขโดยมีการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อเสริมสร้าง และรักษาสุขภาพร่างกายให้สมบูรณ์

(2) สุขภาวะทางอารมณ์ (emotional Well-being) หมายถึงภาวะการรับรู้ของสภาพทางอารมณ์ความรู้สึกของตนเองและผู้อื่น และสามารถบริหารจัดการอารมณ์ของตนเองและผู้อื่นได้อย่างเหมาะสมและสร้างสรรค์

(3) สุขภาวะทางสังคม (social Well-being) ภาวะการรับรู้เรื่องราวการมีสัมพันธภาพของคนกับผู้อื่นทั้งในกลุ่มผู้ร่วมงานและต่อสาธารณชน

(4) สุขภาวะทางจิตวิญญาณ (spiritual Well-being) หมายถึง ภาวะการรับรู้ของความรู้สึกสุขสมมีความพึงพอใจในการดำรงชีวิตอย่างมีเป้าหมาย เข้าใจธรรมชาติและความเป็นจริงของชีวิต รวมทั้งมีสิ่งยึดเหนี่ยวที่มีความหมายสูงสุดในชีวิต

ความสุขใน 4 มิติดังนี้ เป็นแนวคิดขั้นพื้นฐานที่จะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีของมนุษย์

ประเสริฐ กลิ่นหอม (2543, หน้า 20-25) กล่าวว่าคุณภาพชีวิตของบุคคลขึ้นอยู่กับตัวบุคคลและระบบของสังคมนั้นๆ การกินคือยุคเริ่มที่ตัวเราเป็นอันดับแรก เมื่อตัวเรามีคุณภาพชีวิตที่ดีแล้วต่อไปจึงช่วยเหลือเกื้อกูลคนอื่นในสังคม ส่งผลให้ระบบของสังคมดีไปด้วย ซึ่งสอดคล้องกับสภาพของสังคมไทย โดยเฉพาะสังคมไทยที่ยึดปัจเจกบุคคลเป็นใหญ่ คือคนไทยย้ำความเป็นตัวของตนเองเน้นในควมมีคุณค่าของตนเอง เพราะศาสนาพุทธสอนให้รู้จักการหาความสุขจากตนเองและพึ่งตนเองเมื่อเกิดปัญหา ดังนั้น จึงเป็นสิ่งที่ดีต่อการพัฒนาชีวิตของมนุษย์ เพราะโดยธรรมชาติแล้วมนุษย์ย่อมแสวงหาชีวิตที่ดีให้กับตัวเองเสมอ

นิสารัตน์ ศิลปะเดช (2540, หน้า 66-67) คุณภาพชีวิตมีความสำคัญทั้งต่อบุคคลและต่อสังคม คุณภาพชีวิตเป็นสิ่งที่มนุษย์กำหนดสร้างขึ้น และชวนขยายให้ได้มาด้วยตัวของมนุษย์เอง และยังเป็นเกณฑ์หรือมาตรฐานที่จะทำให้มนุษย์ได้พัฒนาตัวเองไปสู่เป้าหมายที่พึงปรารถนา บุคคลและครอบครัวที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีย่อมมีเป้าหมายในการดำเนินชีวิตให้ดีขึ้นในทุกๆ ด้านตลอดเวลา เช่น ด้านความรู้ความสามารถการศึกษา อาชีพ รายได้ ที่อยู่อาศัย สุขอนามัย คุณธรรมจริยธรรม ฯลฯ คุณภาพเหล่านี้ย่อมมีผลต่อความสามารถในการปรับปรุงตนเอง สังคม และสิ่งแวดล้อม ให้เกิดคุณค่าหรือเกิดประโยชน์สูงสุด ปัญหาต่างๆ ก็จะลดลงหรือหมดไปได้ เช่น ปัญหาครอบครัว ปัญหาเศรษฐกิจ ปัญหาอาชญากรรม ปัญหาสิ่งแวดล้อมและทรัพยากรธรรมชาติ ส่วนประเทศที่มีประชากรดีอยู่คุณภาพมักจะประสบกับปัญหาความล่าช้าหรือความล้มเหลวในการพัฒนาประเทศ ซึ่งจะเป็นปัญหาต่อเสถียรภาพความมั่นคง และความปลอดภัยของประเทศ ดังนั้นประเทศทั้งหลายจึงใช้ความพยายามกันอย่างเต็มที่ในการที่จะปรับปรุงพัฒนาประชากรของตนให้มีคุณภาพชีวิตที่สูงขึ้นจนถึงระดับมาตรฐานที่สังคมต้องการ ทั้งนี้เพื่อช่วยให้บุคคลดำรงชีวิตในแนวทางที่ดี และใช้วิธีการอันชอบธรรมในการสนองความต้องการในด้านต่างๆ ของตนเอง โดยไม่ก่อให้เกิดความเดือดร้อนแก่ตนเองและผู้อื่น ทำให้บุคคลมีการสร้างสรรค์พัฒนาคิดปรับปรุงตนเอง สังคมและ

สิ่งแวดล้อมให้ดีขึ้นอยู่เสมอ รวมทั้งช่วยให้บุคคลและสังคมเกิดความเจริญก้าวหน้า มีความสุข สมบูรณ์ และเกิดความมั่นคงปลอดภัยไปพร้อมๆ กัน การมีสุขภาพร่างกายและจิตใจที่ปกติ มีความพึงพอใจในองค์ประกอบต่างๆ ของการดำรงชีวิต เช่น ครอบครัว การทำงาน สุขภาพ รวมถึงความสามารถในการแก้ไขปัญหาได้

นอกจากนี้ ยูเนสโก (UNESCO อ้างถึงในฤดี กรุดทอง, 2540, หน้า 28) ซึ่งชี้ให้เห็นว่า เครื่องบ่งชี้คุณภาพชีวิตของประชาชนประกอบไปด้วย อาหาร/โภชนาการ สุขภาพอนามัย การศึกษาสถานะแวดล้อม/ทรัพยากร รายได้/การมีงานทำ ที่อยู่อาศัย/การตั้งถิ่นฐาน และค่านิยม ศาสนา/จริยธรรม โดยแต่ละเรื่องจะมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงประชากร และผลกระทบ ที่มีต่อสุขภาพชีวิตประชากรทั้งระดับจุลภาคและมหภาค

จันทปพา วิเศษโฆหาร (2552, หน้า 10) ได้สรุปไว้ว่า คุณภาพชีวิตคือ สภาวะการณ์ของ บุคคลที่มีชีวิตที่มีความสุข ทั้งทางกาย ทางอารมณ์ ทางสังคม ทางจิตวิญญาณ โดยมีสภาพการณ์ คือ อยู่ดีหรือมีความเป็นอยู่ที่ดี และอีกส่วนหนึ่งระบบสังคมจำเป็นต้องเอื้ออำนวยให้เกิดการ ดำรงชีวิตและสุขภาพที่ดีของคนในสังคมนั้นๆ

วันชัย ณะวังน้อย และยงยุทธ พึ่งวงศ์ญาติ (2542, หน้า10) ให้ความหมายคุณภาพชีวิต หมายถึงระดับความเป็นอยู่ที่ดี ในการดำรงชีวิตอยู่ของบุคคลในสังคม ในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง

สำหรับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุนั้น บุญมาศ ลินธูประมา (2539, หน้า 537-538) ได้อธิบายว่า เพื่อให้ชีวิตของผู้สูงอายุมีคุณภาพ สามารถทำประโยชน์ให้แก่สังคมและ ครอบครัวได้ ผู้สูงอายุจะต้องมีการเตรียมสถานการณ์ไว้เพื่อให้ตนเองมีคุณค่า และเป็นที่ยอมรับ ของบุคคลทั่วไปในด้านต่างๆ ดังต่อไปนี้

(1) ด้านรายได้ จะต้องรู้จักเก็บออมตั้งแต่วัยหนุ่มสาวเพื่อไว้ใช้ในยามชรา และทำประกัน สวัสดิการสังคมไว้ด้วย

(2) ที่อยู่อาศัยต้องเป็นส่วนตัวสงบเงียบ บรรยากาศธรรมชาติ มีเครื่องมือเครื่องใช้ที่จำเป็น สะอาด ปลอดภัย ลูกหลานสามารถไปเยี่ยมเยียนดูแลได้สะดวก และสม่ำเสมอ

(3) การเจ็บป่วย ต้องดูแลรักษาร่างกายอย่างสม่ำเสมอ พักผ่อนให้เพียงพอ ออกกำลังกาย เป็นประจำตามสมควร และเลือกรับประทานอาหารที่มีคุณค่าปริมาณพอดี รวมทั้งควรรู้จักกับ สถานพยาบาลต่างๆ ว่ายน้ำปกติและยามฉุกเฉิน

(4) การใช้เวลา ต้องเตรียมตัวเตรียมใจยอมรับสภาพการณ์ในชีวิต ควรจะหางานอดิเรก หรือกิจกรรมต่างๆ ทำเพื่อประโยชน์ต่อตนเองและผู้อื่น เช่น การอ่านเขียนหนังสือ ทำบุญทำทาน ออกกำลังกาย การรดน้ำต้นไม้ และเก็บกวาดบ้าน เป็นต้น

(5) การปรับตัว ต้องรู้จักตนเอง และเข้าใจเด็กวัยลูกหลาน เพื่อจะทำให้การอยู่ร่วมกันระหว่างผู้สูงอายุและลูกหลานเป็นไปอย่างปกติสุข

(6) ด้านธรรมะและสมาธิ ควรเตรียมตัวเตรียมใจที่จะยอมรับความเจริญและความเสื่อมของสังขารและสรรพสิ่งรอบตัว ฝึกจิตใจให้เข้มแข็งขึ้น ทำจิตใจให้ปล่อยวาง และกล้าเผชิญต่อทุกสิ่ง เพื่อนำมาซึ่งความสุขสงบแก่ตนเองและครอบครัว

ปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต

การที่คนเราต้องดำรงชีวิตให้มีการอยู่ดีกินดีได้นั้นต้องขึ้นอยู่กับองค์ประกอบที่เป็นปัจจัยสนับสนุนหลายๆ ด้าน ซึ่งปัจจัยต่างๆ เหล่านี้ต้องประกอบกันอย่างกลมกลืนให้เหมาะสมกับแต่ละบุคคล สถานที่ เวลา และความเปลี่ยนแปลงของสังคม ดังนั้น จะเห็นได้ว่า คุณภาพชีวิตของแต่ละบุคคลแต่ละสังคมย่อมแตกต่างกันไป ซึ่งมีนักวิชาการหลายท่านได้พยายามศึกษาค้นคว้าวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต โดยอาจแบ่งปัจจัยที่บ่งบอกคุณภาพชีวิตออกเป็น 2 ด้านคือ

ด้านองค์ประกอบที่ขึ้นอยู่กับตัวบุคคล คือ คุณภาพชีวิตที่ขึ้นอยู่กับตัวบุคคล

โดยพิจารณาว่าแต่ละบุคคลมีปัจจัยใดบ้างที่มีอิทธิพลต่อการดำรงชีวิต มีนักวิชาการได้ให้คำอธิบายหลายท่านดังนี้

ชัยวัฒน์ ปัญจพงษ์ (2521, หน้า 18) ได้กล่าวถึงคุณภาพชีวิตต้องรวมปัจจัยทางความต้องการทางร่างกายและความต้องการทางด้านจิตใจ

เย็นใจ เลาหวิช (2520, หน้า 50) กล่าวว่าองค์ประกอบซึ่งนำมาสู่คุณภาพชีวิตแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่จำเป็นระดับพื้นฐานทำให้พอมีชีวิตอยู่ได้ คือ การมีปัจจัยสี่อย่างเพียงพอ มีสุขภาพแข็งแรง มีความมั่นคงและอิสระ อีกส่วนหนึ่งเป็นส่วนที่จำเป็นแก่การเพิ่มคุณภาพชีวิตเพื่อจะทำให้สุขภาพดีขึ้น คือ การมีค่านิยมที่เหมาะสม มีจุดมุ่งหมายของชีวิต มีชีวิตกลมกลืนกับครอบครัว ชุมชนและสิ่งแวดล้อม

Bennet (อ้างถึงใน มหาวิทยาลัยมหิดล, 2550, หน้า 689) กล่าวถึงปัจจัย 2 อย่าง ที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ดังนี้คือ ปัจจัยแรกเกี่ยวกับความจำเป็นของชีวิต ซึ่งได้แก่ ความจำเป็นต่ำสุดที่มีต่ออาหาร (อาหารที่จำเป็นต่อสุขภาพ) ที่อยู่อาศัย (มีห้องและเครื่องป้องกันจากสิ่งต่างๆ) และเสื้อผ้า (สำหรับสวมใส่เพื่อความเหมาะสมและป้องกันความรุนแรงของอากาศ) สุขภาพ หมายถึง การมีสุขภาพแข็งแรงไม่เจ็บไข้ได้ป่วย และความมั่นคงอิสระมีเศรษฐกิจและสังคมที่ดี มีความสนใจการเมือง ปัจจัยที่สองเกี่ยวกับความพอใจของแต่ละบุคคลเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีค่านิยมที่เหมาะสมกลมกลืนกับสังคม วัฒนธรรม การเมืองและสิ่งแวดล้อมทางเศรษฐกิจ ซึ่งเป็นสิ่งที่แต่ละบุคคลสามารถใช้เป็นรากฐานการตัดสินใจอันสำคัญต่อชีวิต มีความสมดุล

ระหว่างความปรารถนาและความเป็นไปได้ที่จะบรรลุถึงความปรารถนา มีจุดมุ่งหมายของชีวิตและมีชีวิตที่กลมกลืนกับครอบครัว ชุมชน และสิ่งแวดล้อม

ด้านองค์ประกอบที่ขึ้นอยู่กับระบบสังคม คือ ชีวิตที่ดีมีคุณภาพนั้นควรมีปัจจัยหลายด้านในระบบสังคมที่เกี่ยวข้องกับตัวบุคคลที่อยู่ในสังคม เพื่อดำรงชีวิตที่ดีของบุคคลในสังคม มีนักวิชาการได้ให้คำอธิบายหลากหลายดังนี้

ยูพา อคัมศักดิ์ (2516, หน้า 6) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตของคนทุกคนในสังคมต้องประกอบด้วยสุขภาพทางกายและทางใจ การศึกษา เศรษฐกิจ และอาชีพ การเมือง ศาสนา สิ่งแวดล้อม สวัสดิการและสังคมอื่นๆ

นิพนธ์ คันธเสวี (2526, หน้า 6) ได้จำแนกองค์ประกอบที่บ่งถึงคุณภาพชีวิตของมนุษย์ออกเป็น 6 ประการ ด้วยกัน คือ ด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ ด้านสภาพแวดล้อมทางกายภาพ ด้านสภาพแวดล้อมทางวัฒนธรรม ด้านความคิดและจิตใจ

ยุวัฒน์ วุฒิเมธี (2526, หน้า 7) ได้กล่าวว่า คุณภาพชีวิตจะดีและยืนยาวอยู่ได้ต้องอาศัยองค์ประกอบอย่างน้อย 3 ประการ คือ องค์ประกอบทางเศรษฐกิจ องค์ประกอบทางสังคม และองค์ประกอบทางการเมือง

นอกจากนี้ ยังมีรายงานการวิจัยของ Markely & Baglely (1975 อ้างถึงในชิดชัย สนั่นเสียง, 2529, หน้า 28) ได้ทำการศึกษาวินิจฉัยเรื่องมาตรฐานขั้นต่ำสำหรับคุณภาพชีวิตพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตแบ่งได้เป็น 6 ปัจจัยใหญ่ๆ คือ

- (1) ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ (economics)
- (2) ปัจจัยด้านสุขภาพ (health)
- (3) ปัจจัยด้านสังคม (social)
- (4) ปัจจัยด้านการเมือง (political)
- (5) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมธรรมชาติ (natural environment)
- (6) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ (physical environment)

Wegner (อ้างถึงใน วิชัย รูปขำดี และคณะ, 2542, หน้า 1) กำหนดองค์ประกอบคุณภาพชีวิต 9 ด้าน คือ

- (1) ความสามารถในการกระทำการกิจประจำวัน
- (2) การรับรู้สภาพแวดล้อมภายนอก
- (3) การปฏิบัติกิจกรรมด้านสังคม
- (4) การใช้สติปัญญา
- (5) ความรู้สึกด้านอารมณ์

- (6) สถานภาพทางเศรษฐกิจ
- (7) สถานภาพทางสุขภาพ
- (8) ความเป็นอยู่ที่ดี
- (9) ความพึงพอใจในชีวิต

นิพนธ์ คันทเสรี (2534 อ้างถึงใน ศศิธร นุชดารา, 2536, หน้า 19) จำแนกองค์ประกอบคุณภาพชีวิต 6 ประการ คือ ด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ สภาพแวดล้อมทางกายภาพ สภาพแวดล้อมทางวัฒนธรรม ความคิดและจิตใจ

โดยสรุปองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตแบ่งออกเป็น 2 ด้าน คือ องค์ประกอบที่ขึ้นอยู่กับตัวบุคคลและองค์ประกอบที่ขึ้นอยู่กับระบบสังคม

ทฤษฎีการพัฒนาคุณภาพชีวิต

การพัฒนาคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น เกี่ยวข้องกับทฤษฎีการพัฒนาตามแนวทางกระแสหลักและทฤษฎีการพัฒนากระแสหลักปฏิรูป

ทฤษฎีการพัฒนาตามแนวทางกระแสหลักเป็นแนวคิดทฤษฎีในการพัฒนาที่มีจุดมุ่งหมายในการสร้างความเจริญทางเศรษฐกิจด้วยกระบวนการพัฒนาด้านอุตสาหกรรมซึ่งวัดได้ด้วยรายได้ที่เพิ่มสูงขึ้น ซึ่งผลของการพัฒนาจะแพร่กระจายไปยังชุมชน ชนบท ด้วยทฤษฎีต่างๆ ดังนี้

ทฤษฎีเน้นเกี่ยวกับการสะสมทุนและลงทุนเพื่อพัฒนาเศรษฐกิจ โดยเน้นการลงทุนในโครงสร้างพื้นฐานทางเศรษฐกิจและสังคม

ทฤษฎีความเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจตามลำดับขั้น 5 ขั้นตอน คือ

- ขั้นที่ 1 ขั้นสังคมดั้งเดิม
- ขั้นที่ 2 ขั้นเงื่อนไขที่ต้องเตรียมการก่อนพุ่งทะยาน
- ขั้นที่ 3 ขั้นพุ่งทะยาน
- ขั้นที่ 4 ขั้นขับเคลื่อนสู่ความมีวุฒิภาวะ
- ขั้นที่ 5 ขั้นเหลือกินเหลือใช้

ทฤษฎีทวิภาค เสนอว่า สภาพทวิภาคของระบบเศรษฐกิจประเทศโลกที่สาม ประกอบด้วยภาคอุตสาหกรรม ทุนนิยม บริการ และภาคเกษตรชนบท

ทฤษฎีภาวะทันสมัย เสนอว่า กระบวนการเปลี่ยนแปลงจากสังคมดั้งเดิมของประเทศโลกที่สามไปสู่สังคมทันสมัยแบบตะวันตกต้องมีการเปลี่ยนแปลงปัจจัยต่างๆทางเศรษฐกิจและสังคม

ทฤษฎีการยอมรับสิ่งใหม่ เป็นการยอมรับสิ่งใหม่ๆ ไปปฏิบัติจริงตามลำดับ 5 ขั้นตอน ดังนี้

- ขั้นที่ 1 ขั้นตอนตื่นตัวในการรับทราบความรู้

ขั้นที่ 2 ขั้นตอนการสนใจข่าวสารเพิ่มเติม

ขั้นที่ 3 ขั้นตอนประเมินผล

ขั้นที่ 4 ขั้นตอนการทดลองปฏิบัติ

ขั้นที่ 5 ขั้นตอนการยอมรับซึ่งขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการประกอบกันคือ

1) ผู้นำการเปลี่ยนแปลงจะต้องมีความสามารถในการถ่ายทอดข่าวสาร มีความรู้ มีทักษะในเรื่องที่จะให้ความรู้แก่ชุมชน และต้องมีความสามารถในการเลือกสื่อกลางเพื่อการถ่ายทอด

2) ความรู้ที่จะให้ต้องนำไปปฏิบัติได้จริง ไม่ยุ่งยาก ประหยัด และเหมาะสมกับสิ่งที่มีอยู่แล้วในชุมชน

3) ความสามารถในการรับรู้ตลอดจนทัศนคติที่มีต่อความรู้ของผู้รับการเปลี่ยนแปลงหรือชาวบ้าน

4) สภาพทางสังคมและวัฒนธรรม เช่น การถือครองที่ดิน องค์กรทางสังคม สภาพภูมิศาสตร์

5) สภาพในการดำเนินงานของสถาบันอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น สถาบันวิจัยและส่งเสริมการเกษตร สถาบันสื่อสารมวลชนและโครงสร้างชุมชน

ทฤษฎีการพัฒนากระแสหลักปฏิรูป

เพื่อทดแทนทฤษฎีการพัฒนากระแสหลักดั้งเดิมที่ล้มเหลว ในด้านการกระจายรายได้และความเจริญที่เป็นธรรม จึงมีทฤษฎีต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. ทฤษฎีการกระจายรายได้และความเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจเพื่อให้เกิดพลวัตของการกระจายรายได้ซึ่งเป็นมาตรการระยะยาวเพื่อแก้ไขปัญหาเรื่องความยากการว่างงานและความไม่เท่าเทียม

2. ทฤษฎีการค่อยพัฒนาคือสภาพการณ์ที่เกิดขึ้นพร้อมกับการพัฒนาเปรียบเสมือนเหรียญสองด้าน

3. ทฤษฎีการพึ่งพาเชื่อว่ายุทธศาสตร์หรือแนวทางการพัฒนาแบบตะวันตกจะนำคนส่วนใหญ่ในประเทศโลกที่สามที่ยากจนขึ้นแค้นเพราะดอกผลการพัฒนาส่วนใหญ่ถูกคูดทรัพย์โดยบรรษัทข้ามชาติทำให้เกิดทุนนิยมทางออกของประเทศโลกที่สามจึงควรใช้แนวทางพัฒนาแบบพึ่งตนเองบนพื้นฐานของความเสมอภาค ความยุติธรรม และการไม่เอารัดเอาเปรียบ

ตัวบ่งชี้คุณภาพชีวิต

ประเทศไทยได้นำเอาแนวคิดความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) (Basic minimum needs) มาใช้กำหนดเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตของประชาชนตั้งแต่ปี พ.ศ. 2528 โดยใช้เครื่องชี้วัดหลัก จปฐ.8 หมวด 32 ตัวชี้วัด จากคณะรัฐมนตรีเห็นชอบโครงการปรีณรงค์คุณภาพชีวิต

ปี พ.ศ. 2531 คณะกรรมการพัฒนาชนบทแห่งชาติ (กชช.) ได้ให้สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติมอบโครงการปรีณรงค์ฯ ให้กระทรวงมหาดไทย โดยกรมการพัฒนารัฐมนตรีเป็นผู้รับผิดชอบภายใต้ชื่อว่า “งานพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในชนบท (พชช.)”

ปี พ.ศ. 2532 กชช. มีมติเมื่อวันที่ 15 กันยายน 2532 ให้กรมการพัฒนารัฐมนตรีจัดเก็บข้อมูล จปฐ. เป็นประจำทุกปี

ปี พ.ศ. 2533 เริ่มจัดเก็บ ประมวลผล และวิเคราะห์ข้อมูล จปฐ. คุณภาพชีวิตของคนไทย โดยรวม ทุกครัวเรือนทั่วประเทศ

ปี พ.ศ. 2535 กรมการพัฒนารัฐมนตรีได้ปรับปรุงเครื่องชี้วัดความจำเป็นพื้นฐานเป็น 9 หมวด 37 ตัวชี้วัด เพื่อให้เข้ากับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 7 (2535 – 2539)

ปี พ.ศ. 2540 กรมการพัฒนารัฐมนตรีมีการปรับปรุงเครื่องชี้วัดเป็น 8 หมวด 39 ตัวชี้วัด เพื่อให้ตรงกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 (2540 - 2544)

ปี พ.ศ. 2544 กรมการพัฒนารัฐมนตรีมีการปรับปรุงเครื่องชี้วัดเป็น 6 หมวด 37 ตัวชี้วัด เพื่อให้ตรงกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจสังคมแห่งชาติฉบับที่ 9 (2545-2549) กรมการพัฒนารัฐมนตรี

แนวคิดเกี่ยวกับดัชนีเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิต (จปฐ.) ที่กรมการพัฒนารัฐมนตรีได้ปรับตามแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 9 (2545 – 2549) ลดลงเหลือ 6 หมวด มีดัชนี 37 ตัวชี้วัด (กรมการพัฒนารัฐมนตรี 2544, หน้า 11-13) คือ

หมวดที่ 1 สุขภาพดี มีดัชนี 11 ตัวชี้วัด ได้แก่

1. หญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลก่อนคลอด
2. แม่ที่คลอดลูกได้รับการทำคลอดและดูแลหลังคลอด
3. เด็กแรกเกิดมีน้ำหนักไม่ต่ำกว่า 2,500 กรัม
4. เด็กแรกเกิดถึง 1 ปี ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคครบ
5. เด็กแรกเกิดได้กินนมแม่อย่างเดียวยอย่างน้อย 4 เดือนแรกติดต่อกัน
6. เด็กแรกเกิดถึง 5 ปี ได้กินอาหารอย่างเหมาะสมและพอเพียง
7. เด็กอายุ 6 – 15 ปี ได้กินอาหารถูกต้องและครบถ้วน
8. เด็กอายุ 6 – 12 ปี ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคครบ

9. คนในครัวเรือนได้กินอาหารที่มีคุณภาพถูกสุขลักษณะปลอดภัย ได้มาตรฐาน
10. คนในครัวเรือนมีความรู้ในการใช้ยาที่ถูกต้องและเหมาะสม
11. คนอายุ 35 ปีขึ้นไป ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี

หมวดที่ 2 มีบ้านอาศัย มีดัชนี 8 ตัวชี้วัด ได้แก่

12. ครัวเรือนมีความมั่นคงในที่อยู่อาศัย
13. ครัวเรือนมีน้ำสะอาดสำหรับดื่มและบริโภคเพียงพอตลอดปี
14. ครัวเรือนมีน้ำใช้เพียงพอตลอดปี
15. ครัวเรือนมีการจัดการบ้านเรือนและบริเวณบ้านให้เป็นระเบียบสุขลักษณะ
16. ครัวเรือนไม่ถูกรบกวนจากเสียง ความสั่นสะเทือน ฝุ่นละออง กลิ่นเหม็นหรือมลพิษทางอากาศ น้ำเสีย ขยะ และสารพิษ

17. ครัวเรือนมีการป้องกันอุบัติเหตุอย่างถูกต้อง
18. ครัวเรือนมีความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน
19. ครัวเรือนมีความอบอุ่น

หมวดที่ 3 ฝักใฝ่การศึกษา มีดัชนี 6 ตัวชี้วัด ได้แก่

20. เด็กอายุ 3 – 5 ปีเต็ม ได้รับการเลี้ยงดูเตรียมความพร้อม
21. เด็กอายุ 6 – 15 ปี ได้รับการศึกษาภาคบังคับ 9 ปี
22. เด็กที่จบการศึกษาภาคบังคับ 9 ปี ได้เรียนต่อชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย
23. เด็กที่ไม่ได้เรียนต่อมัธยมศึกษาตอนปลาย ได้รับการฝึกอบรมด้านอาชีพ
24. คนอายุ 15 – 60 ปีเต็ม อ่านออกและเขียนภาษาไทยได้
25. คนในครัวเรือนได้รับรู้ข่าวสาร

หมวดที่ 4 รายได้ก้าวหน้า มีดัชนี 3 ตัวชี้วัด ได้แก่

26. คนอายุ 18 – 60 ปีเต็ม มีการประกอบอาชีพและมีรายได้
27. คนในครัวเรือนมีรายได้เฉลี่ยไม่ต่ำกว่าคนละ 20,000 บาทต่อปี
28. ครัวเรือนมีการเก็บออมเงิน

หมวดที่ 5 ปลุกฝังค่านิยม มีดัชนี 5 ตัวชี้วัด ได้แก่

29. คนในครัวเรือนไม่ติดสุรา
30. คนในครัวเรือนไม่สูบบุหรี่
31. คนอายุตั้งแต่ 6 ปีขึ้นไปทุกคนไปปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา
32. คนสูงอายุได้รับการดูแลเอาใจใส่
33. คนพิการได้รับการดูแลเอาใจใส่

หมวดที่ 6 ร่วมใจพัฒนา มีดัชนี 4 ตัวชี้วัด ได้แก่

34. คริวเรือนมีคนเป็นสมาชิกกลุ่มที่ตั้งขึ้นในหมู่บ้าน ตำบล
35. คริวเรือนมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นเพื่อประโยชน์ของชุมชนหรือท้องถิ่น
36. คริวเรือนเข้าร่วมทำกิจกรรมสาธารณะของหมู่บ้าน
37. คนมีสิทธิ์ได้ไปใช้สิทธิ์เลือกตั้ง

จะเห็นได้ว่า การจัดทำเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตของกรมการพัฒนาชุมชนนั้นมีการปรับเปลี่ยนอยู่ตลอดเวลา สาเหตุหนึ่งมาจากแนวคิดในการพัฒนาชุมชนบางข้อบรรลุวัตถุประสงค์แล้วอีกประการหนึ่งการปรับเปลี่ยนเครื่องชี้วัดทุกๆ 5 ปี ยังทำให้งานพัฒนาคุณภาพชีวิตของส่วนท้องถิ่นมีความทันสมัยอยู่ตลอดเวลาโดยมองภาพรวมของประเทศ

ดัชนีเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตที่ใช้กันมาก คือ ความยืนยาวของชีวิต สุขภาพอนามัยที่ดี การศึกษา ความเสมอภาคทางเพศ และเสรีภาพทางสังคมและการเมือง เป็นต้น ว่าดัชนีเชิงปริมาณเหล่านี้จะไม่สามารถครอบคลุมแนวคิดในการพัฒนาได้ทั้งหมด (วัฒนธรรมอันหลากหลายของมนุษยชาติ ม.ป.ป., หน้า 22)

ชุติมา เลหาวิจิตรจันทร์ (2544, บทคัดย่อ) ศึกษาเรื่องการศึกษาคุณภาพชีวิต นักสังคมสงเคราะห์สังกัดกรุงเทพฯ ผลของการศึกษาพบว่าคุณภาพชีวิตโดยรวมส่วนใหญ่อยู่ระดับปานกลาง จากองค์ประกอบด้านคุณภาพชีวิต 9 ด้าน คือ สุขภาพดี มีที่อยู่อาศัย การศึกษาถ้วนทั่ว ครอบครัวมีสุข รายได้ดี ใช้เวลาว่างและกิจกรรมนันทนาการ อยากร่วมพัฒนา พาผู้คุณธรรม รักษาสิ่งแวดล้อม

เกณฑ์ประเมินคุณภาพชีวิต

นักจิตวิทยาได้จำแนกเกณฑ์ในการประเมินคุณภาพชีวิตคือ

- (1) การมีงานทำ
- (2) การพักผ่อน
- (3) การรับประทานอาหาร
- (4) การหลับนอน
- (5) การติดต่อทางสังคม
- (6) การเป็นพ่อแม่ที่มีครอบครัว
- (7) การประกอบอาชีพที่มีรายได้มั่นคง
- (8) ความรักจากครอบครัว
- (9) สิ่งแวดล้อม
- (10) การยอมรับตนเอง

เกณฑ์ประเมินคุณภาพของคนไทยขั้นพื้นฐานคือ

- (1) กินอาหารที่ถูกสุขลักษณะในปริมาณที่เพียงพอ
- (2) มีที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม
- (3) มีงานทำอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม
- (4) ได้รับบริการพื้นฐานที่จำเป็น
- (5) มีความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน
- (6) มีการผลิตที่พอเพียง
- (7) มีส่วนร่วมในการปกครองท้องถิ่น
- (8) สามารถควบคุมช่วงเวลาการมีบุตรและจำนวนบุตร
- (9) ประพฤติตามขนบธรรมเนียมประเพณี หลักธรรมศาสนา และรักษาส่งเสริมกิจกรรมทางศิลปวัฒนธรรม

องค์การยูเนสโกในภูมิภาคเอเชียได้กำหนดเกณฑ์ประเมินคุณภาพชีวิตของบุคคลและชุมชนไว้คือ

- (1) อาหารและโภชนาการ
- (2) สุขภาพ
- (3) การศึกษา
- (4) สภาพแวดล้อมและรายได้
- (5) การมีงานทำ
- (6) สถานภาพสตรี

Wallance (1974) กำหนดเกณฑ์ประเมินคุณภาพชีวิตประกอบด้วย

- (1) มีสุขภาพและสวัสดิการดี
- (2) มีการติดต่อสื่อสารกัน ในสภาพแวดล้อมของตน
- (3) เป้าทรัพยากรมนุษย์
- (4) สามารถติดต่อกับบุคคลได้ทุกคน
- (5) มีสติปัญญา ร่างกายและอารมณ์ดี
- (6) มีการพัฒนาเศรษฐกิจ
- (7) มีความมั่นคงปลอดภัย

ส่วนเกณฑ์ประเมินคุณภาพชีวิตของไทย

- (1) ครอบครัว
- (2) กิจกรรมทางสังคมและศาสนา

- (3) ความสามารถในการอาชีพ
- (4) ความสามารถในการดำรงชีวิตอยู่และการปรับตัวในสภาพแวดล้อม
- (5) สุขภาพกายและสุขภาพจิต
- (6) การมุ่งในค่านิยมรักชาติ ศาสนา กษัตริย์ ฝังในจิตสำนึกคนไทยทุกคน
- (7) คุณธรรมจริยธรรม(วัฒนธรรมอันหลากหลายของมนุษยชาติ,ม.ป.ป.,หน้า 22)

แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

ความหมายของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุโดยทั่วไป หมายถึง บุคคลที่มีชีวิตอยู่ในช่วงวัยสุดท้ายของชีวิต ซึ่งเป็นวัยเสื่อมทางด้านร่างกาย จิตใจ และหน้าที่การงานทางสังคม ซึ่งแต่ละคนจะปรากฏอาการเสื่อมแตกต่างกัน นอกจากอาการเสื่อมดังกล่าวแล้ว ยังได้ใช้เกณฑ์อายุ 60 ปีเป็นเกณฑ์สากล เพื่อให้ทราบว่าบุคคลใดสมควรเป็นผู้สูงอายุ สำหรับความหมายผู้สูงอายุในทางวิชาการนั้น มีผู้ให้ความหมายไว้หลากหลาย ดังนี้

มีผู้อธิบายความหมายของผู้สูงอายุในลักษณะที่แตกต่างกันว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีอายุวัดด้วยจำนวนปีตามปฏิทินของเวลาการมีชีวิตอยู่ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งเป็นวัยแห่งการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ และหน้าที่การงานทางสังคม (ขวัญรัก สุขสมหทัย, 2539, หน้า 1)

อัญชลี รัชนกุล (2538, หน้า 1) อธิบายว่า ผู้สูงอายุ คือ บุคคลที่กำลังเปลี่ยนแปลงและเปลี่ยนไปในทางเสื่อมสภาพลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ความคิดอ่าน และบุคลิกภาพ รวมไปถึงการสูญเสียบทบาท และสถานภาพทางสังคมตามมามากด้วย บุคคลอาจจะสูงอายุตามเงื่อนไขใดหรือทุกเงื่อนไขก็ได้ ดังนั้น เวลาของการมีชีวิตจึงมีความสัมพันธ์กับการเจริญและความเสื่อมของร่างกาย

องค์การสหประชาชาติ ซึ่งได้จัดสมัชชาโลกเกี่ยวกับผู้สูงอายุเมื่อปี พ.ศ. 2525 ณ กรุงเวียนนา ประเทศออสเตรีย ได้ให้ความหมายของคำว่า “ผู้สูงอายุ” คือ บุคคลทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป

ฝน แสงสิงแก้ว (2526, หน้า 1) ได้ให้ความหมายของผู้สูงอายุไว้ว่า เป็นบุคคลในวัย สุดท้ายของวงจรชีวิต ซึ่งจะเริ่มต้นตั้งแต่วัยทารก วัยเด็ก วัยหนุ่มสาว และวัยชรา และกำหนดเกณฑ์ปลดเกษียณจากราชการคือ ตั้งแต่อายุ 60 ปีขึ้นไปเป็นการเริ่มต้นของวัยชรา

บรรลุ ศิริพานิช (2526, หน้า 1-2) ได้ให้ความหมายของผู้สูงอายุไว้ว่า เป็นบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป โดยนับอายุตามอายุในปีปฏิทิน ซึ่งเน้นเกณฑ์ที่องค์การระหว่างประเทศได้ประชุมตกลงกันเป็นมาตรฐานสากลในการกำหนดความหมายของผู้สูงอายุทั้งชายและหญิง

กุลยา ดันติผลาชีวะ (2528, หน้า 2) ได้แยกระดับ คือ อายุระหว่าง 60-75 ปี เรียกว่า วัยเริ่มมีอายุ (young old) และระยะที่ 2 อายุตั้งแต่ 75 ปีขึ้นไป เรียกว่า เป็นวัยที่มีอายุเต็มที่ (old และ really old)

กรมประชาสงเคราะห์ (2530, หน้า 8-9) ได้ให้ความหมายคำว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง การพัฒนาเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องในระยะสุดท้ายของช่วงอายุของมนุษย์ ความสูงอายุนี้จะเริ่มตั้งแต่เกิดมา และดำเนินการต่อเนื่องไปจนสิ้นสุดอายุขัยของสิ่งที่มีชีวิตนั้น และกำหนดให้บุคคลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปเป็นผู้สูงอายุ

สมศักดิ์ ศรีสันติสุข (2539, หน้า 3-4) ได้ให้ความหมายของผู้สูงอายุไว้ว่า หมายถึงบุคคลที่สังคมได้กำหนดเกณฑ์อายุเมื่อมีชีวิตอยู่ในช่วงวัยสุดท้ายของชีวิต ซึ่งเป็นวัยแห่งการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม

ส่วนผู้ที่ทำงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุ (gerontologists) ได้กำหนดหลักเกณฑ์ของความเป็นผู้สูงอายุไว้ 4 ประเภท คือ (Hall, 1976, p. 85 และ กชกร สังขชาติ, 2538, หน้า 7-9)

(1) การสูงอายุตามวัย (chronological aging) หมายถึง การนับจำนวนอายุจริงตามปีปฏิทิน โดยนับจากปีที่เกิดเป็นต้นไป

(2) การสูงอายุตามสภาพร่างกาย (biological aging) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่เกิดขึ้นทั้งด้านสภาพ เช่น ผิวหนังเหี่ยวย่น ผมหงอก เป็นต้น และกระบวนการหน้าที่ที่ปรากฏขณะที่มีอายุเพิ่มมากขึ้น

(3) การสูงอายุตามสภาพจิตใจ (psychological aging) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงในหน้าที่ของการรับรู้แนวความคิด ความจำ การเรียนรู้ เชาวปัญญาและลักษณะบุคลิกภาพที่ปรากฏในระยะต่างๆ ของชีวิตแต่ละคน เช่น เกิดความกลัวในการถูกทอดทิ้ง ความจำเสื่อมใจน้อย เป็นต้น

(4) การสูงอายุตามสภาพสังคม (sociological aging) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ สถานภาพของบุคคลในระบบสังคม เช่น ครอบครัว หน่วยงานของราชการ สโมสร และอื่นๆ เป็นต้น

สุรพงศ์ อัมพันวงษ์ (อ้างถึงในสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2525, หน้า 21-23) กล่าวว่า คนชรา คือ ธรรมชาติของมนุษย์ที่เป็นสิ่งมีชีวิตชนิดหนึ่ง ซึ่งเป็นขบวนการที่มีความต่อเนื่องมาตั้งแต่วัยหนุ่มสาว เมื่อใดก็ตามที่มนุษย์มีอายุมากขึ้นหมายความว่า มนุษย์ผู้นั้นต้องเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงตามธรรมชาติอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ โดยพบว่าในวัยชรา นั้นเกิดการเปลี่ยนแปลงในหลายด้าน ดังนี้

(1) การเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาพอนามัย ด้วยอวัยวะที่เสื่อมสลาย ประสิทธิภาพการทำงานย่อมลดลง ผู้สูงอายุจึงอาจมีโรคต่างๆ ได้ง่ายกว่าคนทั่วไป เช่น โรคสมองเสื่อม ข้อเสื่อม ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ เบาหวาน มะเร็ง จี๋ลิ้ม

(2) การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ ผู้สูงอายุจะพบกับความสูญเสียในสิ่งต่างๆ มากขึ้น เช่น สมรรถภาพความแข็งแรงของร่างกาย คู่ครอง เพื่อนสนิท ญาติ ผู้ใกล้ชิด รายที่ไม่สามารถปรับตัวได้จะเกิดความวิตกกังวล หวาดระแวง ซึมเศร้า รายที่ปรับตัวได้พอสมควรอาจแสดงอาการจู้จี้จิป่น อารมณ์แปรปรวนง่าย

(3) การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม การเกษียณจากงานที่ทำเป็นประจำล้วนทำให้ผู้สูงอายุพึ่งตนเองได้น้อยลง การสูญเสียคู่ครอง เพื่อนฝูงทำให้ผู้สูงอายุต้องพึ่งพาอาศัยลูกหลานมากยิ่งขึ้น และในภาวะสังคมปัจจุบันที่ครอบครัวไทยเป็นแบบครอบครัวเดี่ยวที่มีขนาดเล็กลงทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสถูกทอดทิ้งมากขึ้น

(4) การเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจ ความสามารถในการหารายได้ลดลงทำให้ผู้สูงอายุต้องอาศัยทรัพย์สินเงินทองที่สะสมมาตั้งแต่สมัยหนุ่มสาวเพื่อช่วยในการดำรงชีวิต ผู้ที่สะสมทรัพย์สินไว้น้อยหรือไม่ได้สะสมจึงจำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่น เช่น บุตรหลาน ญาติมิตร โอกาสจะประสบกับปัญหาจึงมีมาก

จะเห็นว่า มีผู้พยายามให้ความหมายของผู้สูงอายุไว้มากมาย ซึ่งเกณฑ์ที่กำหนดความเป็นผู้สูงอายุนั้นมีความหมายแตกต่างกันตามสังคม และระยะเวลาของผู้สูงอายุ ในการกำหนดผู้สูงอายุในสังคมดั้งเดิมนั้น แต่ละสังคมมักใช้บทบาทที่ผู้สูงอายุมีต่อสังคมเป็นเกณฑ์ บทบาทต่างๆ นี้มักจะเป็นบทบาทที่แสดงถึงความเป็นผู้นำและมีความรับผิดชอบสูง ส่วนในสังคมสมัยใหม่มักจะใช้อายุตามปฏิทินเป็นเกณฑ์ในการกำหนดความเป็นผู้สูงอายุ จากความหมายของผู้สูงอายุดังกล่าวจึงพอสรุปได้ว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่อยู่ในวัยช่วงสุดท้ายของชีวิต เป็นผู้ที่มียุคค่า และได้ทำประโยชน์ให้แก่สังคมมาเป็นระยะเวลายาวนาน การกำหนดให้บุคคลเป็นผู้สูงอายุขึ้นอยู่กับลักษณะของสังคม แต่ละสังคม ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดให้ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป ที่ไม่มีภาวะสุขภาพที่เจ็บป่วยเรื้อรังรุนแรงหรือทุพพลภาพที่ต้องให้การดูแลเป็นพิเศษทั้งที่บ้านหรือที่สถานพยาบาลเป็นผู้สูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงและปัญหาที่เกิดขึ้นในวัยผู้สูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงในวัยผู้สูงอายุ เป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตใจ และสังคมที่มนุษย์มีอาจหลีกเลี่ยงได้และเกิดขึ้นอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งอาจจะมี ความอ่อนแอของ ร่างกาย จิตใจ ตลอดจนมีความเจ็บป่วยหรือความพิการร่วมด้วย นักสังคมวิทยายอมรับว่าภาวะสูงอายุเป็นการก้าวเข้าสู่สภาพการเปลี่ยนแปลง หรือบทบาทใหม่ในสังคม นอกจากนั้นภาวะสูงอายุยังเป็นผลจากการ

สูญเสียอย่างค่อยเป็นค่อยไปของความสามารถในการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกาย จิตใจ และสังคม ดังนี้ คือ (สมศักดิ์ ศรีสันติสุข, 2539, หน้า 9-10)

การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและสรีรวิทยา

การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและสรีรวิทยาของผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงอยู่เรื่อย ๆ และค่อย ๆ เปลี่ยนแปลงไปตลอดเวลา การเปลี่ยนแปลงนี้จะแตกต่างกันในระยะเวลาเร็วหรือช้าในแต่ละบุคคล (สมศักดิ์ ศรีสันติสุข, 2539, หน้า 7-12) ดังนี้

ผิวหนัง ผู้สูงอายุจะมีผิวหนังแห้งเหี่ยว และตกกระเป็นแห่งๆ จากการเสื่อมของต่อมไขมันและจำนวนเนื้อเยื่อ (collagen) ลดลง ชั้นต่างๆ ของผิวหนังจะบางลงทำให้เกิดบาดแผลได้ง่าย ไขมันใต้ผิวหนังจะลดจำนวนลง ต่อมาเหงื่อจะลดการทำงาน หลังเหงื่อน้อยลง มีผลทำให้การระบายความร้อนของร่างกายในผู้สูงอายุลดลง นอกจากนี้เล็บมีความเจริญเติบโตลดลง 50% และบางแตกเปราะง่าย

กล้ามเนื้อชนิดลาย (striated muscle) ลดจำนวนลงและมีเซลล์ไขมันเข้าไปแทรกในเซลล์กล้ามเนื้อมากขึ้น มีความแข็งแรงของกล้ามเนื้อลดลง

กระดูก มักจะเปราะบางจากการสูญเสียของแคลเซียม การดูดซึมลดลง หรือภาวะสูญเสียแคลเซียมของกระดูกซึ่งเกิดจากฮอร์โมนเอสโตรเจน ซึ่งหลังออกมาน้อย เป็นผลทำให้กระดูกบางลง ทำให้โอกาสแตกหักได้ง่าย

เส้นเลือด โดยทั่วไปผนังเส้นเลือดจะแข็งตัวและหนาขึ้น ทำให้รูเส้นเลือดแคบลง การไหลเวียนไม่ดี มักจะเกิดเส้นเลือดดำโป่งพองด้วย

การเปลี่ยนแปลงด้านกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง มีผลทำให้ผู้สูงอายุอาจจะมีคามผิดปกติ ที่พบส่วนมากคือ กระดูกข้ออักเสบ รูมาตอยด์ เกาต์ กระดูกผุ และกระดูกเชิงกรานหัก เป็นต้น

อวัยวะรับรสและกลิ่นมีความสามารถในการรับรสและกลิ่นลดลง

ตา มีความเปลี่ยนแปลงในการปรับตัวต่อความมืดและสว่างลดลง สายตาจะขาว ผู้สูงอายุที่อายุมากๆ จะมีการเปลี่ยนแปลงกลายเป็นต้อกระจก

หู มีความสามารถได้ยินเสียงลดลง ผู้ชายจะเสียการได้ยินมากกว่าผู้หญิงบางครั้งจะมีเสียงอื้อในหู

สมอง เซลล์สมองจะตายไป และจำนวนเซลล์สมองลดลง ทำให้ขนาดสมองเล็กลง ปลายประสาทลดลง จำนวนรับความรู้สึกลดลงและใยประสาทนำส่งลดลง ความเปลี่ยนแปลงต่างๆ เหล่านี้ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงระบบประสาทและสมอง กล่าวคือ ผู้สูงอายุมีความจำเสื่อม หลงลืม อารมณ์แปรปรวน บางรายมีความสับสน ซึมเศร้า จำเรื่องราวในอดีตได้ดีกว่าปัจจุบัน

หัวใจ เนื่องจากกล้ามเนื้อหัวใจจะมีเนื้อพังคืดและมีไขมันสะสมมากขึ้น ทำให้การยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อหัวใจลดลง

หลอดเลือดหัวใจ ตีบ ภาวะผนังเส้นเลือดแข็งและหนาขึ้น ทำให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลง

ลิ้นหัวใจ แข็ง ตีบ ปิดไม่สนิท มีแคลเซียมเกาะติด ทำให้ลิ้นหัวใจทำงานลดลง
ความดันโลหิต การที่เส้นเลือดมีผนังหนาตีบ ทำให้เลือดไหลผ่านลำบากจึงเกิดภาวะแรงดันเลือดสูง

สำหรับระบบต่างๆ ภายในร่างกาย อาจมีการเปลี่ยนแปลง ดังนี้

ระบบทางเดินหายใจ หลอดลมจะอักเสบและมีการไออยู่เสมอ มีเสมหะมากกล้ามเนื้อที่ใช้ในการหายใจหอ่อนสมรรถภาพลงทำให้ทรงอกขยายตัวได้น้อยมีผลทำให้ถุงลมโป่งพองได้ง่าย เป็นไข้หวัดเล็กน้อยก็จะมีอาการปอดอักเสบด้วย

ระบบทางเดินอาหาร การย่อยและการดูดซึมอาหารและการหลั่งน้ำย่อยต่าง ๆ ลดลงตับจะมีขนาดและน้ำหนักลดลง เพราะมีการเก็บคอเลสเตอรอลและวิตามินลดลง ระบบการทำงานของเอนไซม์ลดลง มีผลทำให้ตับมีสมรรถภาพในการทำลายพิษต่างๆ ที่เข้าสู่ร่างกายลดลง

ระบบทางเดินปัสสาวะ นับตั้งแต่ไตลงมาทำให้เกิดนิ่วในไต ไตอักเสบ และกระเพาะปัสสาวะอักเสบ ผู้สูงอายุชายบางรายต่อมลูกหมากมีขนาดโตขึ้น ทำให้มีการขัดขวางทางเดินปัสสาวะ ทำให้ปัสสาวะลำบาก สำหรับผู้สูงอายุหญิงอาจจะมีอาการคันอวัยวะเพศ ทำให้ผิวหนังแห้งเพราะฮอร์โมนลดลง

ระบบต่อมไร้ท่อ มีการลดลงของฮอร์โมนต่างๆ ทำให้กล้ามเนื้อลีบ กระดูกผุเปราะอ่อนเพลีย ซึมเศร้า และซีจอร์ซ่าได้ พบอาการเบาหวานมากขึ้นในผู้สูงอายุ

ระบบอวัยวะสืบพันธุ์ ผู้สูงอายุชายจะมีต่อมลูกหมากโตมากขึ้น อาจจะทำให้ขัดขวางทางเดินของปัสสาวะ ส่วนผู้สูงอายุหญิงเมื่อบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกจะฝ่อเหี่ยวลง นอกจากนั้นมดลูกและรังไข่จะฝ่อเหี่ยวได้ เนื้อเยื่อของช่องทางอวัยวะสืบพันธุ์จะค่อยๆ หนาขึ้น แห้ง และมีความยืดหยุ่นน้อยลง ทำให้ฉีกขาดได้ง่ายขึ้น เลือดที่มาเลี้ยงบริเวณนี้ก็ลดน้อยลงกว่าเดิมการเปลี่ยนแปลงของระบบอวัยวะสืบพันธุ์ของผู้สูงอายุจะทำให้เกิดความผิดปกติ กล่าวคือการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ การกลั้นปัสสาวะไม่ได้ การปวดถ่ายปัสสาวะทันทีและบ่อยครั้งการคั่งค้างของปัสสาวะและต่อมลูกหมากโต

การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์

เมื่อผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและสังคม เช่น การมีกำลังถดถอย การหยุดหรือการปลดจากงานประจำ การเปลี่ยนแปลงวิถีทางดำเนินชีวิตหลังจากเคยทำงานมาใน

ช่วงเวลา 20-30 ปี การลดกิจกรรมที่เกี่ยวข้องต่างๆ ลง สังคมแคบ ทำให้เกิดความรู้สึกสูญเสีย บทบาท ซึ่งอาจกระทบกระเทือนทางเศรษฐกิจ ทำให้ความมั่นใจในความสามารถและคุณค่าของตนเองลดลง ซึ่งอาจกระทบกระเทือนทางเศรษฐกิจ ทำให้ความมั่นใจในความสามารถและคุณค่าของตนเองลดลง การพลัดพรากจากผู้ที่เป็นที่รัก เช่น พ่อ แม่ คู่ชีวิต เพื่อนสนิท และญาติพี่น้อง หรือบุคคลใกล้ชิด ก็จะทำให้เกิดความรู้สึกหมกหมอง ท้อแท้เป็นทวิคูณ ความรู้สึก สูญเสียบทบาทในวัย ผู้สูงอายุ มักจะเกิดขึ้นในหมู่พวกทำงานมากกว่าพวกทำงานฝีมือ และเกิดขึ้นในผู้สูงอายุชายมากกว่า ผู้สูงอายุหญิง เพราะผู้สูงอายุหญิงนั้น ได้ผ่านการสูญเสียบทบาทและการปรับตัวมาก่อนผู้สูงอายุชาย กล่าวคือ ในช่วงหมดประจำเดือนราวอายุ 45-50 ปี ความสามารถทางสติปัญญาโดยทั่วไป ได้ลดลง เนื่องจากโรคภัยบางอย่าง หรือความเสื่อมของเนื้อเยื่อในสมอง ส่วนด้านการปรับตัวทางด้าน จิตใจและอารมณ์ของแต่ละบุคคล ย่อมจะแตกต่างกันไปตามความสามารถของแต่ละบุคคลและ สิ่งแวดล้อม ระดับการศึกษา และฐานะทางเศรษฐกิจ รวมทั้งการเตรียมตัวการปรับตัวเข้าสู่วัยสูงอายุ รวมทั้งสิ่งแวดล้อมทางวัฒนธรรมของสังคมนั้นๆ ด้วย

การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม

การเปลี่ยนแปลงทางสังคมในที่นี้ หมายถึง การเปลี่ยนแปลงสภาพทางสังคมและ บทบาททางสังคมของผู้สูงอายุ เช่น การเกษียณอายุของผู้ที่ทำงานราชการเมื่ออายุ 60 ปี จะเป็นการ สูญเสียตำแหน่งหน้าที่การงานและรวมทั้งเกียรติและสิทธิต่างๆ ด้วย ปัญหาผู้สูงอายุที่เนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงทางสังคม อาจสรุปได้ดังนี้ (กชกร สังขชาติ, 2538, หน้า 4)

ปัญหาเศรษฐกิจ จากการศึกษาค้นคว้าเกี่ยวกับผู้สูงอายุของไทย พบว่าปัญหาเศรษฐกิจ เป็นปัญหาหลักในกลุ่มผู้สูงอายุ ทั้งนี้จะดูได้จากผู้ที่ทำงานราชการเมื่อเกษียณอายุรายได้จะลดลง ในขณะที่ค่าครองชีพสูงขึ้นเรื่อยๆ สำหรับผู้สูงอายุที่ยากจน ไม่มีเงินสะสมไว้ในขณะที่ทำงานได้ ปัญหาเศรษฐกิจเป็นปัญหาที่ทำให้ผู้สูงอายุประสบความลำบากในเรื่องที่อยู่อาศัยเรื่องอาหารการกิน และทำให้ส่งผลไปถึงปัญหาสุขภาพ ส่วนผู้สูงอายุที่ทำงานส่วนตัว เมื่อแก่แล้วลูกหลานจะให้หยุด การทำงานถ้าเป็นงานที่ลูกหลานดำเนินกิจการต่อไป รายได้ก็แบ่งกันใช้ผู้สูงอายุเหล่านี้จะไม่มี ปัญหาเรื่องเศรษฐกิจ แต่ถ้าผู้สูงอายุที่ทำงานส่วนตัวและไม่มีลูกหลานดำเนินกิจการสืบทอดต่อไป เมื่ออายุมากแล้วจะทำงานไม่ไหว เช่น ชาวนา ชาวสวน ชาวไร่ งานเหล่านี้จะต้องใช้พลังงานมาก ผู้สูงอายุก็อาจจะประสบปัญหาไม่มีใครเลี้ยงดู ลูกหลานก็จากไปอยู่ในเมืองเพื่อประกอบอาชีพอื่น ทั้งผู้สูงอายุให้อยู่โดดเดี่ยว

ปัญหาการปรับตัวให้เข้ากับสมาชิกในครอบครัว สำหรับผู้ที่รับราชการตลอดเวลา ก่อนเกษียณอายุ เวลาของผู้สูงอายุมักจะใช้ในการทำงานนอกบ้าน เวลาที่จะอยู่กับครอบครัวมีน้อย เกือบจะไม่มีเวลาพูดคุยกัน แต่พอหลังเกษียณอายุจะมีเวลาอยู่ที่บ้าน จึงเกิดปัญหาความขัดแย้ง

ความไม่เข้าใจซึ่งกันและกัน จนทำให้เกิดการเบียดเบียน ไม่ต้องการที่จะอยู่บ้าน ส่วนผู้สูงอายุที่ประกอบธุรกิจส่วนตัว ไม่ค่อยจะมีปัญหาเรื่องเวลาการพบปะกับลูกหลานมากนัก เพราะการประกอบธุรกิจส่วนตัวอาจจะกระทำที่บ้าน เมื่อถึงวัยสูงอายุก็มอบให้ลูกหลานดำเนินกิจการต่อไป ลูกหลานก็ได้ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุเรื่อยมาจึงไม่เกิดปัญหา

ปัญหาการขาดความสัมพันธ์จากเพื่อนและผู้ร่วมงาน ปัญหานี้จะเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุที่รับราชการเมื่อเกษียณอายุแล้ว จะทำให้ขาดความสัมพันธ์กับเพื่อนและผู้ร่วมงานเพราะผู้ที่ยังไม่เกษียณอายุมักจะยุ่งอยู่กับงานและมีภาระส่วนตัวจนไม่มีเวลา จึงทำให้ผู้สูงอายุน้อยเนื้อต่ำใจและคิดว่าเมื่อหมดอำนาจก็ไม่มีคนมาเคารพนับถือ เกิดความรู้สึกว่าตนเองเป็นบุคคลที่ไม่มีค่า มีความรู้สึกเหงาและซึมเศร้า เหตุการณ์ดังกล่าวนี้ ทำให้มีผลต่อสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจ ส่วนผู้สูงอายุที่ประกอบธุรกิจส่วนตัวอาจจะพบปัญหาดังกล่าวได้จากนักธุรกิจที่ทำกิจการใหญ่ๆ มีอำนาจในการสั่งการ การควบคุม เพราะมนุษย์เราถ้าไม่รู้จักปล่อยวาง ยังมีความยึดมั่นถือมั่นอยู่เสมอ โดยเฉพาะผู้สูงอายุแล้ว จะมีผลต่อสุขภาพมากทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

ปัญหาการใช้เวลาว่าง ปัญหานี้จะเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุที่เคยทำงานนอกบ้าน เช่น ข้าราชการหรือผู้ที่ทำงานบริษัทเอกชน มักจะพบว่า หลังจากเกษียณอายุแล้วมีเวลาว่างมากเพราะไม่ต้องออกจากบ้าน จึงไม่ทราบว่าจะใช้เวลาทำอะไร ทำให้เกิดความเบียดเบียนและรู้สึกตนเองเป็นบุคคลที่ไม่มีประโยชน์ จากการศึกษาค้นคว้าเกี่ยวกับปัญหาผู้สูงอายุไทย พบว่า ปัญหาการใช้เวลาว่างเป็นปัญหาสำคัญอันหนึ่งของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นสาเหตุของความเครียดและมีผลต่อสุขภาพทั้งทางกายและจิตใจ

จากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและวัฒนธรรมนี้เอง ทำให้ผู้สูงอายุต้องประสบกับปัญหา และมีความต้องการที่แตกต่างไปจากประชากรกลุ่มอื่นๆ เช่น

ปัญหาทางด้านร่างกาย เนื่องจากระบบต่างๆ ของร่างกายเริ่มเสื่อมไป ทำให้สุขภาพไม่แข็งแรง

ปัญหาทางด้านจิตใจ เป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย เช่น กังวลต่อความเจ็บป่วย หงุดหงิด หวาดระแวง เศร้าซึม ท้อแท้ และผลจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม เช่น การสูญเสียหน้าที่การงาน การสูญเสียบุคคลใกล้ชิด เป็นต้น

ปัญหาทางด้านครอบครัว เช่น สมาชิกในครอบครัวแยกย้ายออกไปมีครอบครัวใหม่ หรือออกไปทำงานนอกบ้าน ผู้สูงอายุต้องอยู่ตามลำพัง บางคนอยู่ร่วมในครอบครัวกับบุตรหลานไม่ได้ ต้องเข้าไปอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา

ปัญหาทางด้านสังคม เช่น การขาดเพื่อนเนื่องจากเพื่อนฝูงตายไป ขาดสัมพันธ์ภาพที่ดีกับคนต่างวัย ความต้องการที่จะพึ่งพาตนเอง กล่าวคือ ต้องการดำเนินชีวิตอย่างปกติเหมือนคนอื่นๆ

สามารถคิดหรือทำอะไรได้อย่างอิสระ ไม่ต้องพึ่งพาคนอื่นนานที่สุดเท่าที่จะทำได้ ความต้องการความรู้และประสบการณ์ใหม่ในสังคม เพื่อปรับตนเองให้เหมาะสมกับวัยและสิ่งแวดล้อม

นอกจากนี้ เสนอ อินทรสุขศรี (อ้างถึงใน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2525, หน้า 27) ยังได้กล่าวถึงการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุว่า นับตั้งแต่อายุ 50 ปีเรื่อยไปจนถึงวันสิ้นสุดของชีวิตเป็นวัยของการเสื่อมลงของร่างกาย ผิวหนังเหี่ยว ตามัว หูตึง ฟันหัก กระดูกแข็งแต่เปราะ ผอมร่วง หัวใจทำงานได้น้อยลง ออกแรงมากๆ ไม่ได้ วัยนี้เป็นวัยที่มีแต่ความหลัง จะเหลืออยู่แต่ความหลัง ความชัดเจนและชำนาญต่อชีวิตที่พอจะให้คำแนะนำปรึกษาแก่ผู้อื่น ใช้ชีวิตอยู่อย่างเรียบง่าย ต้องการความสงบทางใจ และเวลาสิ้นสุดของชีวิต

เมื่อผู้สูงอายุเกิดการเปลี่ยนแปลงในหลายๆ ด้านอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ย่อมส่งผลกระทบต่อให้เกิดปัญหาและความต้องการตามมาเช่นกัน ซึ่งมีผู้อธิบายถึงปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุไว้ในลักษณะที่แตกต่างกัน ดังนี้

ทรงธรรม สวณิยะ (2540, หน้า 2-3) ได้จำแนกปัญหาของผู้สูงอายุในหลาย ๆ ด้าน ได้แก่ ปัญหาด้านสุขภาพอนามัย ปัญหาด้านการศึกษา ปัญหาด้านความมั่นคงของรายได้/การทำงาน ปัญหาด้านสังคมวัฒนธรรม และปัญหาด้านสวัสดิการสังคม

อุบลรัตน์ เฟิงสถิตย์ (2543, หน้า 75-82) ได้จำแนกปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุไว้ 4 ด้าน อันประกอบไปด้วย

(1) ปัญหาทางด้านร่างกาย ได้แก่ เคลื่อนไหวร่างกายไม่สะดวก สายตาไม่ดี มีปัญหาทางด้านอวัยวะร่างกายทุกส่วน ผู้สูงอายุมักจะเป็นโรคกระดูกและไขข้อ โรคตา โรคฟัน และ โรคทางเดินอาหาร ผู้สูงอายุจึงต้องการให้ตนเองมีสุขภาพร่างกายแข็งแรงและรู้วิธีการรักษาสุขภาพร่างกายให้แข็งแรง ต้องการให้สามารถทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ ได้ด้วยตนเอง และต้องการ ได้รับความตรวจสุขภาพทางร่างกายจากแพทย์ในด้านต่างๆ

(2) ปัญหาทางด้านครอบครัวและเศรษฐกิจ ได้แก่ ไม่ได้รับการเอาใจใส่ดูแลจากลูกหลานหรือบุคคลอื่น ไม่มีที่อยู่อาศัยเป็นของตนเองต้องพึ่งพาลูกหลานหรือบุคคลอื่น สูญเสียคู่ครอง คู่ชีวิต ญาติมิตรและเพื่อนสนิท ลูกหลานแยกครอบครัวออกไป ผู้สูงอายุต้องออกจากงานทำให้รายได้ลดลงหรือไม่มีรายได้ ผู้สูงอายุจึงมีความต้องการให้ลูกหลานรักเอาใจใส่ ยกย่องนับถือ มองเห็นคุณค่า ต้องการให้ลูกหลานดูแลยามป่วยไข้ และต้องการมีเงินใช้ พึ่งตนเองได้ด้วยการมีบำเหน็จบำนาญ หรือมีรายได้จากทางอื่นๆ ให้เหมาะสมกับอัตภาพ

(3) ปัญหาทางด้านสังคม ได้แก่ ขาดเพื่อน ขาดความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่นในสังคมทำให้อยู่ในสังคมไม่ได้ ถูกออกจากงาน ขาดการติดต่อกับสังคม ไม่ได้รับการยอมรับจากสังคมหรือบุคคลภายนอก และความสนใจสิ่งแวดล้อมน้อยลง ผู้สูงอายุจึงต้องการที่จะเข้าร่วมกิจกรรมทาง

สังคมตามความเหมาะสม ต้องการพบปะพูดคุยกับผู้สูงอายุด้วยกัน และต้องการมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีกับชุมชน

(4) ปัญหาทางด้านสภาพจิตใจ ได้แก่ ว้าเหว่ เศร้าซึม รู้สึกโดดเดี่ยว หมดหวัง ท้อแท้ หมดกำลังใจ หมดเรี่ยวแรง หงุดหงิด นอนไม่หลับ ผู้สูงอายุทุกคนจึงต้องการได้รับความรัก ความดูแลเอาใจใส่จากบุคคลทั้งในครอบครัวและสังคม ต้องการมีเงินใช้ และต้องการให้ตนเองร่างกายสมบูรณ์แข็งแรง

จากปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุที่กล่าวมาข้างต้น ภาครัฐได้เห็นความสำคัญกับปัญหาที่เกิดขึ้นจึงได้มีการแก้ไขปัญหากับผู้สูงอายุ โดยกำหนดนโยบายต่างๆ เกี่ยวกับผู้สูงอายุขึ้น ดังต่อไปนี้

สมัยรัฐบาล อานันท์ ปันยารชุน ได้มีการกำหนดนโยบายและมาตรการสำหรับผู้สูงอายุระยะยาว (พ.ศ.2535-2554) (งานส่งเสริมการวิจัยและตำรา, 2538, หน้า 18) ดังนี้

(1) ส่งเสริมและให้บริการการเรียนรู้ต่างๆ ที่จะให้ผู้สูงอายุรู้จักปรับตัว ดูแลรักษาสุขภาพอนามัย ป้องกันโรค และออกกำลังกายอย่างถูกต้อง เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตในบั้นปลายได้อย่างมีคุณค่าและมีความสุข

(2) ให้บริการพื้นฐานทางสวัสดิการสังคม ตลอดจนการสงเคราะห์ในด้านต่าง ๆ ตามความต้องการและจำเป็นอย่างเพียงพอแก่ผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ไม่มีผู้อุปการะและมีรายได้น้อย

(3) สนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้ทำงานตามกำลัง ความสามารถ และความถนัด และถ่ายทอดประสบการณ์ ความชำนาญงานให้แก่คนรุ่นหลัง รวมทั้งประโยชน์อื่นๆ ให้แก่สังคม

(4) ส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวแบบสังคมไทยดั้งเดิม และเสริมสร้างค่านิยมในการให้ความเคารพและกตัญญูต่อบุคคลแก่ผู้สูงอายุ

(5) สนับสนุนให้สถาบันศาสนามีบทบาทในการเผยแพร่คุณธรรมและค่านิยมที่พึงประสงค์ ตลอดจนเป็นที่พึ่งทางใจให้แก่ผู้สูงอายุได้

(6) ส่งเสริมและสนับสนุนให้ชุมชนและภาคเอกชนมีบทบาทสำคัญในการจัดสวัสดิการและบริการผู้สูงอายุให้มีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ อย่างเหมาะสม และเกิดประโยชน์ทั้งแก่ผู้สูงอายุและสังคม

(7) สนับสนุนให้มีการผลิตและพัฒนาบุคลากรสำหรับการดูแลรักษา และให้บริการแก่ผู้สูงอายุ

(8) จัดเก็บข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับผู้สูงอายุ และส่งเสริมสนับสนุนให้มีการศึกษาวิจัยติดตามและประเมินผลเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

อรพินท์ บุญนาค (2537, หน้า 30-32) กล่าวถึง การสงเคราะห์ผู้สูงอายุของกรมประชาสงเคราะห์ที่ให้บริการในรูปแบบต่างๆ คือ

(1) การสงเคราะห์ผู้สูงอายุภายใน โดยจัดตั้งสถานสงเคราะห์คนชราเพื่อรองรับผู้สูงอายุที่มีความเดือดร้อนตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้

(2) การสงเคราะห์ผู้สูงอายุภายนอก โดยจัดตั้งศูนย์บริการคนชราจากความร่วมมือจากภาครัฐบาลและเอกชนในการดำเนินกิจกรรมต่างๆ

(3) การให้บริการข้อมูลเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

(4) กิจกรรมเสริมอื่นๆ ได้แก่ โครงการรับบริจาคแว่นตา โครงการอบรมอาสาสมัครโครงการเงินอุดหนุนกองทุนส่งเสริมสวัสดิการผู้สูงอายุในชุมชน (เงินเบี้ยยังชีพ)

(5) บริการเสริมในครอบครัว ได้แก่ การสงเคราะห์ครอบครัว การสงเคราะห์เด็กในครอบครัว ให้กู้ยืมโดยไม่คิดดอกเบี้ย บริการช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์

(6) บริการที่กำลังจะดำเนินการในอนาคต ได้แก่ การจัดตั้งศูนย์บริการคนชราในชุมชนโดยชุมชน โครงการบ้านพักอาศัยผู้สูงอายุในวัด “ลักษณะชุมชนช่วยชุมชน”

พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 มีจำนวน 24 มาตรา มีผลบังคับใช้ถัดจากวันประกาศในราชกิจจานุเบกษา โดยให้ประกาศราชกิจจานุเบกษา ฉบับกฤษฎีกา เล่ม 120 ตอนที่ 130 ก ลงวันที่ 31 ธันวาคม 2546 มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2547 เป็นต้นไปได้ให้ความหมายของผู้สูงอายุ คือ ผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปและมีสัญชาติไทย

ผู้รับผิดชอบ กำหนดให้นายกรัฐมนตรี และรัฐมนตรีว่าการกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ มีอำนาจหน้าที่รักษาการตามกฎหมาย รวมทั้งออกประกาศ หรือระเบียบเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย โดยมีสำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ (สทส.) สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส คนพิการ และผู้สูงอายุ (สท.) กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.) ทำหน้าที่เป็นหน่วยงานเลขานุการ

มาตรา 54 บุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์และไม่มีรายได้เพียงพอแก่การยังชีพ มีสิทธิได้รับความช่วยเหลือจากรัฐ ทั้งนี้ ตามที่กฎหมายบัญญัติ ในด้านสากล กระแสที่ทุกประเทศยอมรับเรื่องความสำคัญของผู้สูงอายุ จากการที่องค์การสหประชาชาติ ได้กำหนดให้ปี พ.ศ. 2542 เป็นปีสากลว่าด้วยผู้สูงอายุทำให้ทุกประเทศตื่นตัวและร่วมรณรงค์ให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการปฏิบัติต่อผู้สูงอายุไม่ว่าจะเป็นการจัดกิจกรรม การบริการงานวิชาการ การสร้างเครือข่ายระดับประเทศภูมิภาคและทั่วโลก ซึ่งเรื่องกฎหมายสำหรับผู้สูงอายุ ก็เป็นสิ่งที่หลายประเทศให้ความสำคัญ

จากสภาพปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ แสดงให้เห็นว่า การเปลี่ยนแปลงทางด้านต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ อันได้แก่ด้านร่างกาย ด้านอารมณ์จิตใจ ด้านสังคมและด้านเศรษฐกิจได้ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุที่อยู่ในสังคม เพราะสำหรับผู้สูงอายุต้องการการดูแลเอาใจใส่ที่แตกต่างไปจากคนในวัยอื่นๆ ผู้สูงอายุควรจะได้รับ การตอบสนองตามสภาพปัญหาและความต้องการของแต่ละบุคคล ซึ่งการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นดังกล่าวจะมีลักษณะแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ขึ้นอยู่กับการปฏิบัติตนของผู้สูงอายุแต่ละคนและสภาพแวดล้อมในสังคมที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ ดังนั้น ถ้าผู้ดูแลผู้สูงอายุเข้าใจและสามารถแก้ไขปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงได้ จะทำให้ผู้สูงอายุสามารถอยู่ร่วมกับครอบครัวและสังคมได้อย่างมีความสุข

ทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

ในการศึกษาเกี่ยวกับผู้สูงอายุนั้นจำเป็นต้องเรียนรู้ทฤษฎีผู้สูงอายุ ทั้งนี้เพื่อเป็นแนวทางในการนำเอาหลักวิชาการมาประยุกต์ใช้ในการจัดบริการแก่ผู้สูงอายุในสังคม ได้มีผู้กล่าวถึงทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุในหลายทฤษฎีดังต่อไปนี้

ฉันทนา กาญจนพันธ์ (2530, หน้า 4-5) ได้กล่าวถึงการแบ่งการสูงอายุของมนุษย์ออกเป็น 4 ประเภท คือ

(1) การสูงอายุตามวัย (chronological aging) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงตามปีปฏิทิน โดยนับจากปีที่เกิดเป็นต้นไป

(2) การสูงอายุตามสภาพร่างกาย (biological aging) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงทางด้านสภาพร่างกายและกระบวนการหน้าที่ที่ปรากฏขณะที่มีอายุเพิ่มขึ้น

(3) การสูงอายุตามสภาพจิต (psychological aging) จะมีการเปลี่ยนแปลงในหน้าที่การรับรู้ แนวความคิด ความจำ การเรียนรู้ เชาวน์ปัญญา และลักษณะของบุคลิกภาพที่ปรากฏในระยะต่างๆ ของชีวิตแต่ละคนที่มีอายุเพิ่มขึ้น

(4) การสูงอายุตามสภาพสังคม (sociological aging) จะมีการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่สถานภาพของบุคคลในระบบสังคม เช่น ครอบครัว หน่วยงาน

จากการที่ได้มีผู้แบ่งทฤษฎีสังคมของผู้สูงอายุไว้หลายทฤษฎี จึงพอสรุปได้ดังนี้

ทฤษฎีทางด้านชีววิทยา

ทฤษฎีภาวะสูงอายุทางด้านชีววิทยา เป็นทฤษฎีที่พยายามอธิบายสาเหตุของความชราเชิงชีววิทยา (สมศักดิ์ ศรีสันติสุข, 2539, หน้า 9-17) ดังนี้

(1) ทฤษฎีพันธุกรรม (genetic theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า คนชราเกิดขึ้นตามพันธุกรรม มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้าง อวัยวะบางส่วนของร่างกายคล้ายคลึงกันหลายชั่วอายุและลักษณะนั้น แสดงออกเมื่ออายุมากขึ้น เช่น ผมหงอก สีริษะล้าน และเดินหลังค่อม

(2) ทฤษฎีการเสื่อมของเนื้อเยื่อ (collagen theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า สารที่เป็น ส่วนประกอบของเนื้อเยื่อกระดูกเพิ่มมากขึ้น และมีการจับตัวกันมากขึ้นทำให้ collagen fiber หดสั้น เข้าเมื่อถึงวัยสูงอายุ ทำให้ปรากฏรอยย่นมากขึ้นและตั้งอยู่ตรงบริเวณกระดูกข้อต่อซึ่งจะมองเห็น ปมกระดูกชัดเจน

(3) ทฤษฎีการทำลายตนเอง (auto immune theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า ความชราเกิดการ ร่างกายสร้างภูมิคุ้มกันปกติอ่อนลง พร้อมๆ กับการสร้างภูมิคุ้มกันทำลายตนเองมากขึ้น ดังนั้นการ สร้างภูมิคุ้มกันปกติอ่อนลงจะทำให้ร่างกายต่อสู้เชื้อโรคและสิ่งแปลกปลอมได้ไม่ดีทำให้เกิดความ เจ็บป่วยได้ง่าย และเมื่อเกิดขึ้นแล้วก็จะรุนแรงเป็นอันตรายต่อชีวิตได้

(4) ทฤษฎีความผิดพลาด (error catastrophe theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า เมื่อบุคคลมีอายุ มากขึ้นจะค่อยๆ เกิดความผิดพลาดในการทำงานของเซลล์ และความผิดพลาดนี้จะเพิ่มมากขึ้น จนถึงขั้นที่ทำให้เซลล์ต่างๆ ของร่างกายเสื่อมและหมดอายุลง

(5) ทฤษฎีอนุมูลอิสระ (free radical theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า ภายในร่างกายมนุษย์และ สิ่งมีชีวิตทั้งหลาย โดยเฉพาะผู้สูงอายุประกอบด้วยสิ่งแวดล้อมที่มีเรดิคัลอย่างอิสระอยู่มากมาย ตลอดเวลา เรดิคัลเหล่านี้จะทำให้ยีนเกิดความผิดปกติ และทำให้คอลลาเจนและอีลาสตินซึ่งเป็น โปรตีนองค์ประกอบของเนื้อเยื่อเหนียวเกิดขึ้นมาก จนทำให้เสียความยืดหยุ่นไป

ทฤษฎีทางด้านจิตวิทยาสังคม

ทฤษฎีภาวะสูงอายุทางด้านจิตวิทยาสังคม เป็นทฤษฎีกล่าวถึงจิตวิทยาสังคมของผู้สูงอายุ (สมศักดิ์ ศรีสันติสุข, 2539, หน้า 9-17) คือ

(1) ทฤษฎีการถดถอย (disengagement theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ค่อยๆ ถดถอยออกจากสังคม ทั้งในกลุ่มผู้สูงอายุและในกลุ่มวัยอื่นๆ ด้วย เพื่อเป็นการลดภาวะกดดัน ทางสังคมบางประการ

(2) ทฤษฎีการทำกิจกรรม (activity theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า ผู้สูงอายุจะมีความสุขทั้ง ทางร่างกายและจิตใจ ซึ่งได้จากการมีกิจกรรม และการเคลื่อนไหวอยู่ตลอดเวลา ทำให้สามารถ ดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข และมีความรู้สึกว่าคุณเป็นประโยชน์ต่อสังคม

(3) ทฤษฎีความต่อเนื่อง (continuity theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า ผู้สูงอายุจะมีความสุขก็ ต่อเมื่อได้กระทำการหรือปฏิบัติตัวเช่นที่เคยกระทำตัวมาก่อน บุคคลใดคุ้นเคยกับการอยู่ร่วมกับ คนหมู่มากก็กระทำต่อไป บุคคลใดพอใจชีวิตที่อยู่อย่างสงบสัน โดยที่อาจแยกตัวเองออกมาอยู่ตาม

ถ้าฟัง ทฤษฎีนี้ได้กล่าวถึงพฤติกรรมของผู้สูงอายุอย่างกว้างๆ ว่าจะต้องปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงมากมายให้เข้ากับสังคม เช่น การตายของสามีหรือภรรยา การเกษียณอายุและรายได้ที่ลดลง เป็นต้น

(4) ทฤษฎีพัฒนาการของอีริกสัน (erikson's theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า การพัฒนาด้านจิตวิทยาสังคมของผู้สูงอายุนั้นเป็นช่วงชีวิตที่ผู้สูงอายุจะรู้สึกว่าคุณค่า มั่นคง หรือท้อแท้หมดหวัง สำหรับบุคคลที่รู้สึกว่าชีวิตนั้นมีคุณค่า ถ้ามีความมั่นคงก็จะมีความรู้สึกพึงพอใจในผลของความสำเร็จจากช่วงชีวิตที่ผ่านมาในสถาบันครอบครัว และเกิดความรู้สึกสุขสงบทางใจ และสามารถยอมรับได้ในเรื่องต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้

(5) ทฤษฎีพัฒนาการของเพค (Peck's developmental theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า ผู้สูงอายุวัยต้น (55 – 75 ปี) และผู้สูงอายุวัยปลาย (75 ปีขึ้นไป) มีความแตกต่างกันทั้งลักษณะนิสัยและการมีปฏิสัมพันธ์ทางด้านจิตวิทยาและสังคม เข้าใจความเชื่อว่าผู้สูงอายุมีการพัฒนาการ 3 ประการ คือ

(5.1) ความสามารถในการแยกความแตกต่างของตนกับบทบาทในช่วงชีวิตที่ผ่านมา ความภาคภูมิใจในตนเอง และความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า ขึ้นอยู่กับบทบาทของหน้าที่การงานในทางตรงกันข้าม เมื่อเกษียณอายุบางคนมีความรู้สึกว่าไร้คุณค่า แต่ถ้าความรู้สึกภาคภูมิใจและความมีคุณค่าของงานไม่ได้จากตำแหน่งหน้าที่ที่เคยทำหลังเกษียณอายุ ความรู้สึกนั้นก็ยังคงมีอยู่ เช่น ผู้สูงอายุที่ชอบปลูกต้นไม้ ก็จะพึงพอใจหลังเกษียณอายุที่จะได้ทำสิ่งที่ต้องการแทนงานอาชีพที่เคยทำเป็นประจำ

(5.2) ความสามารถทางร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงไปตามธรรมชาติถ้าผู้สูงอายุนึกถึงสภาพร่างกายยังมีความแข็งแรง จะทำให้ผู้สูงอายุยอมรับความสามารถทางร่างกายที่ลดลง และพยายามปรับตัวให้เหมาะสม ชีวิตก็มีความสุข แต่ถ้าผู้สูงอายุนึกถึงความถดถอยของร่างกายก็จะทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขและความพอใจลดน้อยลง

(5.3) การยอมรับร่างกายของตนเองเปลี่ยนแปลงไปตามธรรมชาติกับสภาพร่างกายก่อนสูงอายุ การยอมรับร่างกายตามธรรมชาตินี้ทำให้ผู้สูงอายุยอมรับความตายโดยไม่รู้สึกลัว การยอมรับนี้รวมไปถึงกิจกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับความตายด้วย ในทางด้านตรงกันข้าม คนที่ยึดติดกับสภาพร่างกายขณะที่อยู่ในวัยที่อายุน้อยกว่า ก็พยายามยืดชีวิตไว้ให้ยาวนานที่สุดโดยไม่พึงพอใจกับสภาพที่เป็นอยู่ มีความหวาดกลัวกับความตาย

จากทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุดังกล่าวข้างต้น จะเห็นได้ว่า แนวความคิดเกี่ยวกับความชรามนุษย์มีอยู่ 2 กลุ่มใหญ่ ๆ คือ ทฤษฎีทางชีวภาพและทฤษฎีทางจิตวิทยาสังคม ซึ่งนักทฤษฎีต่างๆ ได้เสนอแนวความคิดและทฤษฎีที่อธิบายปรากฏการณ์ของภาวะสูงอายุในลักษณะของเนื้อหาสาระที่แตกต่างกันไป ทั้งในระดับจุลภาคและระดับมหภาคอย่างไรก็ตาม ทฤษฎีต่างๆ ที่ได้กล่าว

มาแล้วนั้นยังไม่มีทฤษฎีหนึ่งทฤษฎีใดโดยเฉพาะที่สามารถอธิบายภาวะสูงอายุและการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุได้อย่างสมบูรณ์ทั้งทางด้านสรีระ จิตใจ และสังคมได้อย่างชัดเจนและครอบคลุม แต่สามารถนำทฤษฎีหลายๆ ทฤษฎีมาประกอบกัน เพื่อช่วยในการอธิบายปรากฏการณ์ของผู้สูงอายุในสังคมได้อย่างครอบคลุมมากยิ่งขึ้น ดังนั้นการศึกษาในครั้งนี้จึงครอบคลุมทั้งทางด้านชีวภาพและทางด้านจิตวิทยาสังคมของผู้สูงอายุ

นอกจากนี้ นิสา ซูโต (2525, หน้า 1-7) ได้อธิบายว่า วิทยาการว่าด้วยการชราของมนุษย์นั้นได้มีการพยายามที่จะอธิบาย หรือกล่าวถึงสาเหตุการเปลี่ยนแปลงของแต่ละบุคคลเมื่อเข้าสู่วัยชราทั้งทางด้านสรีระ จิตใจ และสังคม ซึ่งโดยทั่วไปแล้วอาจจะแบ่งทฤษฎีว่าด้วยการชราภาพได้ 3 กลุ่มใหญ่ คือ

(1) ทฤษฎีว่าด้วยยีน (genetic theory) อธิบายว่า ลักษณะการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเมื่อเข้าสู่ชรานั้นเกิดขึ้นจากพันธุกรรม ที่เปลี่ยนแปลงในลักษณะโครงสร้างของอวัยวะบางส่วน ของร่างกายเมื่อมนุษย์อายุมากขึ้น หรืออาจจะแสดงออกกับบางคนที่ยังไม่ถึงอายุช่วงวัยชรา เช่น ผมหงอก ศีรษะล้าน เป็นต้น

(2) ทฤษฎีว่าด้วยความสัมพันธ์ของพัฒนาการขึ้นต้น (counterpart theory) อธิบายว่า การเปลี่ยนแปลงของชีวิตในวัยสูงอายุเป็นผลของการสืบเนื่องของการพัฒนาการตั้งแต่แรกเริ่มของมนุษย์ที่เกี่ยวข้องกัน มีทฤษฎีที่คล้ายคลึงกัน เช่น ทฤษฎีพฤติกรรม (behavior theory of aging) แสดงถึงความแตกต่างของพฤติกรรม และสมรรถภาพของมนุษย์ในช่วงอายุต่างๆ ในด้านความสามารถ ความสนใจ แรงจูงใจ การเรียนรู้ และความสามารถในการแก้ปัญหาต่างๆ ฯลฯ ทฤษฎีทางสังคมว่าด้วยการเลิกการเกี่ยวข้อง (disengagement theory) ได้อธิบายถึงการลดบทบาทในกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ เป็นต้น

(3) ทฤษฎีว่าด้วยอุบัติเหตุหรือความเสื่อมถอย (accidental or “wear and tear” theory) อธิบายว่า ลักษณะของการสูงอายุเกิดจากการรวมของอิทธิพลที่เกิดขึ้น โดยอุบัติเหตุต่างๆ ด้วยโอกาสที่เท่าเทียมกัน เช่น การรับโรคร้ายหรืออุบัติเหตุต่างๆ ทำให้อวัยวะบางส่วนเกิดชำรุดเสียหาย เมื่อเกิดกับบุคคลใดก็จะทำให้เกิดการชราภาพเร็ว หรือบุคคลใดที่ต้องประสบกับความเคร่งเครียดกับชีวิตประจำวัน การประกอบอาชีพ หรือปัญหาชีวิตก็จะทำให้เกิดริ้วรอยของความกังวลใจแก่เร็วกว่าคนอื่น นอกจากนี้ยังมีทฤษฎีทางชีวเคมี (biochemical theory) ที่อธิบายว่าการสูงอายุเกิดจากความเสื่อมถอยของสารเคมี การเสื่อมของอวัยวะในการผลิตสารเคมีและฮอร์โมนต่างๆ ของร่างกาย เป็นต้น

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยภายในประเทศ

มาลินี วงษ์สิทธิ์ และคณะ (2541, บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเรื่องการมีส่วนร่วมของชุมชนในการให้การดูแล ให้บริการ และกิจกรรมต่างๆ แก่ผู้สูงอายุ (ความพร้อมของชุมชนในการดูแล และให้บริการสำหรับผู้สูงอายุ) ซึ่งมีงานวิจัยภายใต้โครงการที่นำเสนอ 3 เรื่อง อัจฉรา เอ็นซ์ ได้ศึกษา ปัญหา ความต้องการของผู้สูงอายุและการมีส่วนร่วมของชุมชน : ทักษะจากผู้นำชุมชน ซึ่งเป็นการสัมภาษณ์ผู้นำชุมชน สมาชิกชุมชน และข้าราชการที่รับผิดชอบในพื้นที่กรุงเทพมหานคร เชียงใหม่ ขอนแก่น และสุพรรณบุรี ประเด็นการรวมกลุ่มของชุมชนเพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุ พบว่า ในกรุงเทพมหานครและเชียงใหม่มีการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุที่เน้นที่กิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ ขณะที่สุพรรณบุรีมีการรวมกลุ่มของกลุ่มผู้สูงอายุและสมาชิกในชุมชนเพื่อจัดกิจกรรมให้กับผู้สูงอายุมีส่วนร่วมใกล้เคียงกัน โดยมีกิจกรรมหลัก คือ กิจกรรมหารายได้และกิจกรรมวันสงกรานต์ เหตุผลของการรวมกลุ่มผู้สูงอายุหรือคนในชุมชนเพื่อดำเนินกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชนเปิดเผยว่ามีเหตุผลหลัก 3 ประการ คือ เป็นประเพณีดั้งเดิมที่สืบทอดกันมา การตระหนักถึงความต้องการความช่วยเหลือของผู้สูงอายุ และเป็นการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ส่วนเหตุผลที่ไม่มีการรวมกลุ่มเกิดจากการขาดความร่วมมือของสมาชิกในชุมชนและขาดผู้นำที่ดี

ศิริวรรณ ศิริบุญ (2543, บทคัดย่อ) ศึกษาเรื่องการตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ : ศึกษากรณีตัวอย่างการจัดตั้งศูนย์บริการทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ โดยมีพื้นที่ศึกษา 4 แห่ง คือ กรุงเทพมหานคร ขอนแก่น เชียงใหม่ และสุพรรณบุรี ผลการศึกษาประเด็นการมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่าการรวมกลุ่มของคนในชุมชนเพื่อผู้สูงอายุยังอยู่ในระดับที่ไม่น่าพอใจ เพราะยังเป็นการช่วยเหลือแบบส่วนตัวหรือเพื่อแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าเท่านั้น การดำเนินงานของศูนย์บริการทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุอยู่ในระดับที่น่าพอใจ สามารถตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุได้ระดับหนึ่ง การตอบสนองต่อปัญหาทางด้านเศรษฐกิจอยู่ในระดับที่ไม่น่าพอใจเพราะเน้นการฝึกอาชีพ แต่ผลผลิตไม่สามารถขายได้ ส่วนการตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพอยู่ในระดับที่น่าพอใจ เพราะมีการออกกำลังกายร่วมกัน มีการทำกายภาพบำบัด และได้รับความรู้เรื่องการฝึกอบ-รมในการดูแลสุขภาพตนเอง การรักษาและการส่งเสริมสุขภาพอนามัยสำหรับการตอบสนองทางด้านจิตใจอยู่ในระดับที่ดีมาก เพราะมีความหลากหลายของกิจกรรมและบริการต่างๆ

เกริกศักดิ์ บุญญานุกพงศ์ และสุรีย์ บุญญานุกพงศ์ (2534, บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเรื่อง ศักยภาพของผู้สูง-อายุในการทำงานเพื่อสังคม โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุทั้งในเขตเมืองและชนบท

เสนอภาพรวมของผู้สูงอายุว่ามีศักยภาพอย่างไร และมีความพร้อมหรือไม่ในการที่จะทำงานเพื่อสังคม การศึกษาเกี่ยวกับบทบาทของผู้สูงอายุพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ทำหน้าที่ดูแลบ้านแทนบุตรหลาน เลี้ยงหลาน หารายได้เลี้ยงคนในครัวเรือน เป็นที่ปรึกษา ตัดสินและชี้ขาดในปัญหาต่างๆ ผู้สูงอายุทั้งในเขตเมืองและชนบทไม่ค่อยเข้าไปมีบทบาทในกิจกรรมทางสังคมมากนัก นอกจากกิจกรรมทางศาสนา กิจกรรมด้านการส่งเสริมการศึกษา อาชีพ และการพัฒนาท้องถิ่น ซึ่งผู้สูงอายุจะเป็นผู้ถ่ายทอดวิชาการ หรือเป็นคณะกรรมการดำเนินการ

เสาวภา พรศิริพงษ์ และคณะ (2534, บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเรื่อง บริโภคนิสัยของผู้สูงอายุ : กรณีศึกษาสถานสงเคราะห์คนชราวาระสนะเวสม์และหมู่บ้านนครหลวง จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ได้กล่าวถึงกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุหมู่บ้านนครหลวงว่าจะตื่นนอนประมาณตี 4 ถึงตี 5 ผู้สูงอายุเพศหญิงจะหุงข้าว ทำกับข้าว ทำความสะอาดบ้าน ปลูกต้นไม้ และรดน้ำต้นไม้ ส่วนเพศชายจะเผาถ่าน คายหญ้า จักสาน และช่วยลูกหลานทำงาน ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะหางานทำตลอดเวลาเพื่อยึดเส้นยึดสายและเป็นการออกกำลังกายไปในตัว มีผู้สูงอายุที่ต้องทำงานหารายได้เลี้ยงชีพเนื่องจากไม่มีญาติหรือลูกหลานส่งเสีย คือ จะต้องตื่นแต่เช้าเพื่อทำขนม ไร่ขายในหมู่บ้าน นอกจากจะได้เงินมาเลี้ยงชีพแล้วยังได้พบปะพูดคุยกับผู้สูงอายุและคนในหมู่บ้าน ได้รู้ทุกข์รู้สุขซึ่งกันและกันตลอด ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน และรู้จักคุ้นเคยเหมือนเครือญาติ นอกจากนี้ ผู้สูงอายุยังใช้เวลาว่างพูดคุยกับเพื่อนบ้านในวัยเดียวกัน ไปเยี่ยมญาติพี่น้องที่อยู่ในละแวกใกล้เคียง ส่วนตอนเย็นจะไปชุมนุมที่ศาลาข้างวัดเพื่อพบปะพูดคุยกัน รวมทั้งมีการพักผ่อนด้วยการดูโทรทัศน์กับลูกหลานอีกด้วย

วีณา ศิริสุข และคณะ (2542, บทคัดย่อ) ได้ศึกษาประเด็น พ่อใหญ่แม่ใหญ่ : สถานภาพและบทบาทผู้สูงอายุไทยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ สำหรับสภาพชีวิตความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุพบว่าผู้สูงอายุอีสานเกือบทั้งหมดยังอยู่กับครอบครัว โดยส่วนใหญ่อยู่กับคู่สมรสและบุตรหลาน มี 3 รายเท่านั้นที่ต้องอยู่คนเดียว และเป็นที่น่าสนใจว่าผู้สูงอายุ 2 รายยังอยู่กับแม่ตนเอง ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุมีบทบาทเป็นลูกที่ต้องคอยดูแลผู้สูงอายุที่เป็นแม่ ผู้สูงอายุจะดำเนินชีวิตอย่างง่ายๆ ได้แก่ออู่เฝ้าบ้าน เลี้ยงหลาน มักไม่ค่อยทำกิจกรรมอื่นทางสังคม นอกจากกิจกรรมทางศาสนา โดยวันพระผู้สูงอายุจะไปวัดทำบุญถือศีล นอกจากนี้มักไปร่วมงานศพซึ่งตนเองเป็นสมาชิกฆาปนกิจสงเคราะห์อยู่

สุมาลี แลคณะ (2541, หน้า 3) ศึกษาการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ : การวัดคุณภาพชีวิตของประชากรไทย ผลการวิจัยพบว่า คุณภาพชีวิตทางการศึกษา และสุขภาพอนามัยเป็นมิติของคุณภาพชีวิตที่มีการพัฒนามากกว่าด้านอื่นๆ และประชาชนในภาคเหนือมีดัชนีคุณภาพชีวิตสูงที่สุด ในส่วนของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของประชาชน พบว่ารายได้เฉลี่ยต่อหัวของประชากรใน

แต่ละภาค และรายได้เฉลี่ยต่อหัวของประชากรทั้งประเทศมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต เมื่อวัดด้วยดัชนีคุณภาพชีวิตทางกายภาพของแต่ละภูมิภาค และของประเทศไทยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 99

ขวัญรัก สุขสมหทัย (2539, บทคัดย่อ) ได้ศึกษาความต้องการและการปรับตัวทางสังคมของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่คิดว่าตนเองมีสุขภาพอยู่ระดับปานกลาง และมีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาทซึ่งมาจากบุตรหลานมากที่สุด ผู้สูงอายุที่มีรายได้ไม่เพียงพอจะขอเพิ่มจากบุตรหลาน ญาติพี่น้องมากที่สุด ส่วนผู้สูงอายุที่ยังประกอบอาชีพอยู่ส่วนมากจะมีอาชีพค้าขาย สำหรับความต้องการของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุมีความต้องการในระดับมาก ได้แก่ สวัสดิการต่างๆ รายได้ การดูแลเอาใจใส่ การเยี่ยมเยียนจากลูกหลาน การที่ลูกหลานเชื่อฟังคำสั่งสอน การแสวงหาความสงบ และการศึกษาในศาสนาของผู้สูงอายุ

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ (2540, บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเรื่อง ปัญหาความต้องการและความคาดหวังของผู้สูงอายุต่อบริการสวัสดิการสังคมต่างๆ ผลจากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุมีปัญหาด้านสุขภาพมากที่สุดจึงมีความต้องการจะได้รับการรักษาฟรีไปตลอดชีวิต การได้รับยารักษาโรคอย่างสม่ำเสมอ และการรักษาพยาบาลที่ดีจากรัฐ ปัญหาด้านเศรษฐกิจเป็นปัญหาที่สำคัญประการต่อมา ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีฐานะยากจนและมีความต้องการด้านการเงินมากที่สุดจึงคาดหวังจะให้รัฐจ่ายเงินค่าเลี้ยงดูตลอดชีวิต (เบี้ยยังชีพ) ปัญหาที่น่าสนใจของผู้สูงอายุ อีกประการหนึ่ง ได้แก่ ปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัวกับบุตรหลานที่ไม่ราบรื่น ก่อให้เกิดความน้อยเนื้อต่ำใจ ความต้องการประการสุดท้าย คือ ถนนในหมู่บ้านที่มีสภาพดี น้ำสะอาด ไฟฟ้า และโทรศัพท์ ซึ่งเป็นความต้องการของผู้สูงอายุที่ยังสามารถเดินทางไปมาได้สะดวก

มาลินี วงษ์สิทธิ์ และคณะ (2541, บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเรื่องการมีส่วนร่วมของชุมชนในการให้การดูแล ให้บริการ และกิจกรรมต่างๆ แก่ผู้สูงอายุ (ความพร้อมของชุมชนในการดูแล และให้บริการสำหรับผู้สูงอายุ) ซึ่งมีงานวิจัยภายใต้โครงการที่นำเสนอ 3 เรื่อง มาลินี วงษ์สิทธิ์ ได้ศึกษาความพร้อมของชุมชนในการดูแลและให้บริการสำหรับผู้สูงอายุ : งานวิจัยเชิงคุณภาพ โดยใช้วิธีการสนทนากลุ่มผู้นำชุมชน ผู้สูงอายุ และหนุ่มสาว 30 กลุ่มในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ขอนแก่น เชียงใหม่ สุพรรณบุรี อุครธานี เชียงราย พระนครศรีอยุธยา และสุราษฎร์ธานี ซึ่งส่วนใหญ่เป็นเขตชนบท ประเด็นความต้องการของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุต้องการความช่วยเหลือด้านการเงินในรูปแบบเบี้ยยังชีพ ต้องการการดูแลด้านสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นการบริการตรวจรักษาโรค เครื่องเวชภัณฑ์หรือเครื่องอุปโภคบริโภคต่างๆ และต้องการความอบอุ่นทางจิตใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการดูแลเอาใจใส่ กำลังใจจากลูกหลานของผู้สูงอายุเอง และต้องการการเยี่ยมเยียนจากลูกหลาน

มัลลิกา มดีโก และคณะ (2542, บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเรื่อง ร่มโพธิ์ร่มไทร : สถานภาพและบทบาทในสังคมของผู้สูงอายุ (พื้นที่ศึกษาในเขตภาคเหนือ) ประเด็นเรื่องปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับอุปสรรคต่างๆ ที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงสถานภาพและบทบาทในอนาคต ได้แก่ การถูกทอดทิ้ง ไม่ได้รับความเคารพนับถือ ช่องว่างระหว่างวัย และปัญหาสุขภาพอนามัย ผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่จะต้องอยู่กับคู่สมรสหรืออยู่คนเดียว โดยมีโอกาสที่จะเข้าสู่สถาบันในรูปแบบของการสงเคราะห์ ต้องช่วยเหลือตนเองทั้งทางด้านเศรษฐกิจ และดูแลตนเองด้านสุขภาพอนามัย ตลอดจนการเป็นภาระกับสังคมมากขึ้น ผู้สูงอายุได้เสนอแนวทางสำหรับบทบาทของรัฐในด้านสวัสดิการสังคมและการแพทย์ให้กับผู้สูงอายุ คือ การให้การรักษาพยาบาลฟรีกับผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป การสร้างบ้านพักให้กับผู้สูงอายุ การจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ และการให้ความช่วยเหลือด้านการเงิน เสื้อผ้า อาหารแก่ผู้สูงอายุที่ยากจนและผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียว

ศิริวรรณ ศิริบุญ (2543, บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเรื่อง การตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ : ศึกษากรณีตัวอย่างการจัดตั้งศูนย์บริการทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ โดยมีพื้นที่ศึกษา 4 แห่ง คือ กรุงเทพมหานคร ขอนแก่น เชียงใหม่ และสุพรรณบุรี พบว่าปัญหาที่สำคัญที่สุดของผู้สูงอายุ คือ ปัญหาการเงิน ปัญหาสุขภาพ ปัญหาทางด้านจิตใจ ปัญหาครอบครัว และปัญหาอื่นๆ ตามลำดับ ผู้สูงอายุต้องการให้ช่วยเหลือในเรื่องการเงินหรือเงินสงเคราะห์ (เบี้ยยังชีพ) การบริการด้านสุขภาพอนามัยและการรักษาพยาบาล งานอาชีพ การฝึกอาชีพเพื่อเพิ่มรายได้ การรวมกลุ่มหรือจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ ต้องการคนดูแล ต้องการ ปัจจัยสี่โดยเฉพาะเครื่องอุปโภคบริโภค และต้องการกิจกรรมสันทนาการ เป็นต้น

ปรีชา อุปโยคิน และคณะ (2541, บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเรื่อง ไม้ใกล้ฝั่ง : สถานภาพและบทบาทผู้สูงอายุไทย เป็นการศึกษาในระดับลึกเชิงคุณภาพเฉพาะผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตภาคกลาง 3 จังหวัด คือ สุพรรณบุรี สระบุรี และสิงห์บุรี การศึกษาประเด็นเรื่องการมีความสุขและมีชีวิตที่ดี พบว่าผู้สูงอายุเชื่อว่าการเป็นผู้สูงอายุที่ดีและมีความสุขจะต้องมีความพร้อมทั้งกายและใจ ความมั่นคงทางเศรษฐกิจจะช่วยให้ชีวิตของการเป็นผู้สูงอายุมีความสุข ต้องระมัดระวังด้านสุขภาพ ทำจิตใจให้เป็นสุข เข้าวัดรับศีล ฟังธรรมะ นอกจากนี้ ผู้สูงอายุยังเชื่อว่าการมีทรัพย์สินเงินทองก็จะช่วยให้มีความสุขและมีชีวิตที่ดีด้วย เพราะเชื่อว่าการมีเงินสามารถใช้เป็นเครื่องมือแสวงหาความสุขได้ สามารถแบ่งปันให้ลูกหลาน ใช้เงินทำบุญทำทานได้ และไม่ต้องลำบากที่คอยให้ลูกหลานเลี้ยงดู

สุมาลี และคณะ (2541, หน้า 3) ศึกษาการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ : การวัดคุณภาพชีวิตของประชากรไทย ผลการวิจัยพบว่า คุณภาพชีวิตทางการศึกษา และสุขภาพอนามัยเป็นมิติของคุณภาพ

ชีวิตที่มีการพัฒนามากกว่าด้านอื่นๆ และประชาชนในภาคเหนือมีค่าดัชนีคุณภาพชีวิตสูงที่สุดใน ส่วนของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของประชาชน พบว่ารายได้เฉลี่ยต่อหัวของประชากร ในแต่ละภาค และรายได้เฉลี่ยต่อหัวของประชากรทั้งประเทศมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตเมื่อวัดด้วย ดัชนีคุณภาพชีวิตทางกายภาพของแต่ละภูมิภาค และของประเทศไทยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 99

ประนอม พรหมสุ้ย (2543, หน้า 5) ศึกษาคุณภาพชีวิตของชาวนชนบท: ศึกษาเฉพาะกรณี ชุมชนน้อย บ้านกลาง ตำบลโนนตาล อำเภอท่าอุเทน จังหวัดนครพนม ผลการวิจัยพบว่า รายได้ อาชีพ และสถานภาพสมรสมีผลต่อคุณภาพชีวิตของชาวนชนบท : ศึกษาเฉพาะกรณี ชุมชนน้อย บ้านกลาง ตำบลโนนตาล อำเภอท่าอุเทน จังหวัดนครพนม

ชุติมา เลหาวิจิตรจันทร์ (2544, หน้า 3) ศึกษาคุณภาพชีวิตนักสังคมสงเคราะห์สังกัด กรุงเทพมหานคร ผลของการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมส่วนใหญ่อยู่ระดับปานกลาง จากองค์ประกอบด้านคุณภาพชีวิต 9 ด้าน คือ สุขภาพดี มีที่อยู่อาศัย การศึกษาถ้วนทั่ว ครอบครัวมี สุข รายได้ดี ใช้เวลาว่างและกิจกรรมนันทนาการ อยากร่วมพัฒนา พาสู่คุณธรรม รักษาสิ่งแวดล้อม

ศศิญา เอ็มชบุตร (2542, หน้า 7) ศึกษาความขัดแย้งระหว่างการทำงานกับครอบครัวการ สนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของพนักงานโรงงานอุตสาหกรรมผลิตรองเท้า ผลการวิจัย พบว่า พนักงานที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากมีคุณภาพชีวิตสูงกว่าพนักงานที่ได้รับการ สนับสนุนทางสังคมน้อย

งานวิจัยต่างประเทศ

Wilson (1973 อ้างถึงใน อำนวย สันเทพ, 2532, หน้า 30) ศึกษาองค์ประกอบของคุณภาพ ชีวิต ในประเทศสหรัฐอเมริกา ประกอบด้วยสถานภาพส่วนบุคคล ความเสมอภาค กระบวนการ ประชาธิปไตย การศึกษา ความเจริญทางเศรษฐกิจ การเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยี การเกษตร กรรม สภาพความเป็นอยู่ สุขภาพและบริการ โดยทำการวิเคราะห์เลือกตัวแปรต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์ด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบของตัวแปรพบว่า ในการจัดลำดับคุณภาพชีวิต ด้าน ต่างๆ มีความใกล้เคียงกันเป็นส่วนมาก

Mangahas (1977 อ้างถึงใน ศศิธร นุชดารา, 2536, หน้า 44) ศึกษาคุณภาพชีวิตใน ฟิลิปปินส์ เพื่อประเมินความก้าวหน้าในการพัฒนาประเทศ พบว่าดัชนีชี้วัดคุณภาพชีวิต ประกอบด้วย 9 องค์ประกอบ ดังนี้ คือ การมีสุขภาพและโภชนาการ การศึกษา รายได้และการ บริโภค การมีงานทำ ทรัพยากรธรรมชาติ ที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อม ความปลอดภัยและความ ยุติธรรม ค่านิยมทางการเมือง และการเลื่อนชั้นทางสังคม

Davis (1977, อ้างถึงใน ศศิธร นุชคารา, 2536, หน้า 47) และคณะ ศึกษาการอยู่ดีมีสุขของประชาชนในทวีปยุโรป 7 ประเทศ คือ เบลเยียม เดนมาร์ก ฝรั่งเศส เยอรมันนี อังกฤษ ไอร์แลนด์ และเนเธอร์แลนด์ โดยใช้กลุ่มตัวอย่างประเทศละ 2,000 คน เพื่อศึกษาว่า ประชาชนในประเทศต่างๆ ที่มีเพศ อายุ ที่อยู่อาศัย รายได้ มีความพึงพอใจในคุณภาพชีวิตของตนแบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพ อนามัย ด้านที่อยู่อาศัย และด้านความพอใจในชีวิต

จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่า การศึกษาวิจัยส่วนใหญ่จะเป็นเรื่องเกี่ยวกับบทบาทของภาครัฐและภาคเอกชนในการให้ความช่วยเหลือและดูแลผู้สูงอายุทั้งสิ้น ไม่ว่าจะเป็นเรื่องการจัดสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ หรือนโยบายการสงเคราะห์ผู้สูงอายุ ซึ่งส่วนใหญ่ก็จะเป็นนโยบายในระดับชาติเกี่ยวกับผู้สูงอายุเท่านั้น แต่ยังไม่มีการศึกษาวิจัยในระดับชุมชนที่เป็นรากฐานสำคัญของสังคม ดังนั้น จึงจำเป็นที่จะต้องมีการศึกษาประเด็นของการมีส่วนร่วมของชุมชนและเงื่อนไขที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตให้กับผู้สูงอายุขึ้น เพื่อเป็นการเสนอแนะเชิงนโยบายให้ชุมชนได้เตรียมความพร้อม ในการเข้ามารับภาระช่วยเหลือและดูแลผู้สูงอายุแทนภาครัฐ ซึ่งจะเป็นการช่วยแบ่งเบาภาระให้กับภาครัฐได้อีกทางหนึ่งและน่าจะสามารถทำได้ดีกว่าภาครัฐด้วย เนื่องจากชุมชนเองจะสามารถเข้าใจในวิถีชีวิตของผู้สูงอายุได้ลึกซึ้งมากกว่า

แนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ที่ต้องการในระดับบุคคลประกอบด้วย การเตรียมเรื่องความรู้และการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพตั้งแต่วัยเด็กต่อเนื่องถึงวัยสูงอายุ การเตรียมเรื่องการเงิน โดยการออมเงินหรือการสะสมเงินเข้ากองทุนตั้งแต่วัยทำงาน เพื่อเอื้อต่อการเป็นผู้สูงอายุที่สามารถพึ่งตนเองได้ และการเป็น ผู้สูงอายุที่กระฉับกระเฉงเข้าร่วมกิจกรรมของครอบครัวและชุมชน ส่วนในระดับครอบครัวนั้น บุตรหลานควรมีความกตัญญู ให้ความรักความอบอุ่น ให้การเลี้ยงดูเกื้อหนุน ช่วยเหลือดูแลเอาใจใส่โดยสมาชิกในครอบครัวควรมีความรู้และการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพเพื่อสามารถให้คำแนะนำข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์กับผู้สูงอายุ ปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่บ้าน และปฏิบัติต่อผู้สูงอายุอย่างเหมาะสม อีกทั้งสนับสนุนและ ส่งเสริมผู้สูงอายุให้ยังคงมีบทบาทและเข้าร่วมกิจกรรมทั้งในครอบครัวและชุมชน สำหรับในระดับชุมชน ควรเน้นหลักการชุมชนเข้มแข็ง ประกอบด้วย การสนับสนุนและกระตุ้นผู้นำชุมชน และประชาชนให้ร่วมกันคิดร่วมกันสร้างกิจกรรมตามความต้องการและสอดคล้องกับวิถีชีวิต โดยอาศัยภูมิปัญญาและทรัพยากรท้องถิ่น การเป็นแบบอย่างที่ดี เน้นการทำงานเชิงรุกในการพัฒนาองค์ความรู้และความร่วมมือกัน ดำเนินงานเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ