

บทความพิเศษ

Review Article

คุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุไทย

Quality of Life in Thai Elderly

เกรียงศักดิ์ ช่อเลี่ยม* ศศ.ม.(พัฒนาชนบทศึกษา Kriengsak Sueluerm* M.A.(Rural Development Studies)
สมชาย วิริกรมย์กุล* ศศ.ม. (สิ่งแวดล้อม) Somchai Viripromgool* M.A.(Environment)
ปราณี สุทธิสุนทร* ศศ.ม.(พัฒนาสังคม) Pranee Suthisukon* M.A.(Social Development)
จรัมพร มีชนอน** พบ.รปม.(เกียรตินิยม) Jumroon Mikanorn** D.P.H.(RCP.London & REC.England)
*นักวิจัย สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน *Researcher, ASEAN Institute for Health Development,
มหาวิทยาลัยมหิดล Mahidol University
**ที่ปรึกษาอาวุโส สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน **Senior Adviser, ASEAN Institute for Health Development,
มหาวิทยาลัยมหิดล Mahidol University

บทคัดย่อ

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ หมายถึง การที่ผู้สูงอายุมีความสุข ความพอใจตามอัตภาพ โดยองค์ประกอบของการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย การมีสุขภาพที่ดีทั้งกาย จิต สังคม และปัญญา การมีงานทำเพื่อยังประโยชน์ต่อตนเอง ผู้อื่น ชุมชน และสังคม ตลอดจนการมีหลักประกันความมั่นคงทางเศรษฐกิจ ความมั่นคงในชีวิตและทรัพย์สิน และความมั่นคงในครอบครัว รวมถึงสิ่งแวดล้อม ดังนั้น การเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตที่ดี จึงจำเป็นต้องมีการเตรียมตัวเรื่องการดูแลตนเองแต่เนิ่นๆ ตั้งแต่อายุในวัยหนุ่มสาว บุตรหลานควรมีความกตัญญูต่อเกื้อหนุน และดูแลเอาใจใส่ผู้สูงอายุ รวมทั้งมีการเสริมสร้างความเข้มแข็ง และการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตามยุทธศาสตร์ของการสาธารณสุขมูลฐาน โดยมุ่งบูรณาการแนวคิดบริการเชิงรุก (Service oriented) และแนวคิดของการพัฒนา (Development oriented) ภายในชุมชนเพื่อประสิทธิภาพของผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างแท้จริง

Abstract

Quality of life of the elderly, as equivalent to expression stated by the World Health Organization as "Active and Healthy Aging" which means "Sufficiency Happiness" comprising physically, mentally, socially and spiritually healthy as well as capability to live with productive life and independently capable to perform interpersonal contribution to one another among their neighbors within their communities. They should be assurance of their security in relation to health, family, environment and community. These scenarios for the quality of life of the elderly needed to be well prepared since the earlier ages of the people at least when they were school children or teenagers. The teenagers should be empowered to know how to actively engage in responsibilities of taking care of the elderly in their own families as well as their own communities.

ประเด็นสำคัญ-

คุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุ

Keywords

Quality of Life, Elderly

บทนำ

การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พบว่า ผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจากร้อยละ 9.2 ในปี พ.ศ. 2543 เป็นร้อยละ 10.4 หรือประมาณ 6 ล้านคนเศษ ในปี พ.ศ. 2548 และคาดว่าจะสูงถึงร้อยละ 11.3 ในปี พ.ศ. 2552⁽¹⁾ ผู้สูงอายุจะเพิ่มจำนวนขึ้นจากร้อยละ 15.4 ในปี พ.ศ. 2560 เป็นร้อยละ 21.2 ในปี พ.ศ. 2568 และร้อยละ 22.7 ในปี พ.ศ. 2570 ตามลำดับ⁽²⁾ เมื่อถึงปี พ.ศ. 2578 จำนวนผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นเป็น 16 ล้านคน หรือร้อยละ 25 ซึ่งเท่ากับเพิ่มขึ้นเกือบ 3 เท่าตัวในเวลาราวๆ 30 ปีเท่านั้น⁽³⁾ เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ผู้สูงอายุจะต้องเผชิญกับปัญหาในลักษณะที่สอดคล้องกัน คือ ปัญหาด้านสุขภาพ ภาวะความเจ็บป่วย ทพพลภาพ และเสียชีวิต ปัญหาด้านจิตใจเศร้าหมอง รู้สึกโดดเดี่ยว ปัญหาด้านเศรษฐกิจ ถูกออกจากงาน ไม่มีเงินใช้ และปัญหาด้านครอบครัว ขาดการดูแลจากบุตรหลาน ซึ่งปัญหาเหล่านี้ล้วนส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิตความเป็นอยู่ และความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน หรือที่เรียกว่า “คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ” จากปัญหาดังกล่าวข้างต้น ประกอบกับการได้รับแรงบันดาลใจจากการเข้าร่วมประชุมวิชาการ เรื่อง “การพัฒนาคุณภาพชีวิตโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน” โดยคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และภาคร่วมผู้เขียนจึงได้ศึกษาข้อมูล และรวบรวมเนื้อหาสาระต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เพื่อนำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูล ให้เกิดประโยชน์ต่อแวดวงวิชาการสำหรับใช้วางแผนงาน มาตรการ และนโยบายสำหรับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไทยต่อไป

วัสดุและวิธีการศึกษา

ศึกษา ค้นคว้า และรวบรวมข้อมูลจากหนังสือ บทความวิชาการ และเอกสารงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จากการประชุมวิชาการ ห้องสมุด และฐานข้อมูลการวิจัยทั้งในประเทศและต่างประเทศ ระหว่างปี พ.ศ. 2532-2553 โดยทบทวน

เอกสารใน 2 ประเด็นหลัก คือ ความหมายของคำว่า คุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ และองค์ประกอบของการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ และนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความถูกต้อง และความครอบคลุมของข้อมูลแล้วนำมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหาและสังเคราะห์ข้อมูล

ผลการศึกษา

1. ความหมายของ “คุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ”

“คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ” ซึ่งองค์การอนามัยโลกใช้คำว่า “Active Aging”⁽⁴⁾ หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีหรือผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ⁽⁵⁻⁶⁾ โดยนักวิชาการได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิต และผู้ที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีดังนี้

คุณภาพชีวิต คือ สภาพการดำรงชีวิตที่สามารถตอบสนองความต้องการของตนเองได้อย่างเหมาะสมกับอัตภาพ อยู่ในกรอบและระเบียบแบบแผนวัฒนธรรมที่ตีมตามมาตรฐานที่ยอมรับของสังคมทั่วไป และพร้อมที่จะพัฒนาตนเองให้เหมาะสมตามการเปลี่ยนแปลงของสังคม⁽⁷⁾

บุคคลที่มีคุณภาพชีวิตที่ดี หมายถึง บุคคลที่มีความสุขความพอใจจากการได้รับการตอบสนองต่อสิ่งที่มีความจำเป็น และความต้องการของร่างกายและจิตใจอย่างครบถ้วนสมบูรณ์ ภายใต้สภาพแวดล้อมและค่านิยมที่สังคมยอมรับ หรือในความหมายที่สั้นที่สุด คือ การมีสุขภาพกายสุขภาพจิตดี และมีสติปัญญาที่สมบูรณ์⁽⁸⁾ ดังนั้น การที่ผู้สูงอายุจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีนั้น คือ ผู้สูงอายุที่มีความสุขความพอใจตามอัตภาพ สามารถทำประโยชน์ทั้งต่อตนเอง ต่อผู้อื่น ต่อชุมชน และต่อสังคม เพื่อที่จะนำไปสู่การได้รับค้ำยกย่องและสรรเสริญจากสังคมโดยรวม

2. องค์ประกอบของการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ

สิ่งสำคัญที่จะทำให้ผู้สูงอายุมีชีวิตที่เป็นสุข คือ การมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งอาจขึ้นอยู่กับปัจจัยหรือองค์ประกอบของการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุครบถ้วนทั้ง 3 องค์ประกอบ ได้แก่⁽⁵⁻⁶⁾

2.1 การมีสุขภาพดี หมายถึง ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และปัญญา โดยเชื่อมโยงเป็นองค์รวมอย่างสมดุล ประกอบด้วย

2.1.1 สุขภาพกายที่ดี หมายถึง การรับรู้สภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย การรับรู้ถึงความรู้สึกสุขสบาย ไม่มีความเจ็บปวด การรับรู้ถึงความสามารถที่จะจัดการกับความเจ็บปวดทางร่างกายได้ การรับรู้ถึงพลังกำลังในการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้ถึงความเป็นอิสระที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น การรับรู้ถึงความสามารถในการเคลื่อนไหว และการรับรู้ถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการทำงาน การรับรู้ว่าตนไม่ต้องพึ่งพาอาศัยผู้อื่น หรือการรักษาทางการแพทย์อื่นๆ เป็นต้น⁽⁹⁾

นอกจากนี้แล้ว อาจหมายรวมถึง การมีคุณภาพชีวิตที่ดีด้านปัจจัยสี่ สุขภาพอนามัย สิ่งอำนวยความสะดวก ภาวะแวดล้อมที่ปราศจากมลภาวะ ทรัพยากรที่จำเป็นในการดำรงชีวิต การคมนาคมสะดวก โอกาสทางการศึกษา การประกอบอาชีพเท่าเทียมกัน ความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน⁽⁸⁾ โดยจะต้องดูแลรักษาร่างกายอย่างสม่ำเสมอ พักผ่อนให้เพียงพอ ออกกำลังกายเป็นประจำตามสมควร และเลือกรับประทานอาหารที่มีคุณค่าปริมาณพอเหมาะ รวมทั้งควรรู้จักกับสถานพยาบาลต่างๆ ไว้ยามปกติและยามฉุกเฉิน⁽¹⁰⁾ ดังนั้น การมีสุขภาพร่างกายที่ดี ผู้สูงอายุต้องพึ่งตนเองให้มากที่สุด อย่าหวังที่จะพึ่งพิงบุตรหลาน อย่าหวังพึ่งหมอยาหรือพยาบาล ตามหลักสัจธรรมของชีวิตมนุษย์ที่นายแพทย์บรรลุ ศิริพานิช ได้กล่าวไว้ว่า “คนเราเกิดมาแล้วก็ต้องแก่ แก่แล้วก็ต้องเจ็บ เจ็บแล้วก็ต้องตาย เป็นธรรมดา ทำอย่างไรถึงจะทำให้เกิด การบริหารเวลาในช่วงที่เจ็บให้สั้นที่สุด”

2.1.2 สุขภาพจิตที่ดี หมายถึง การรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง เช่น การรับรู้ความรู้สึกทางบวกที่บุคคลอื่นมีต่อตนเอง การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง การรับรู้ถึงความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง การรับรู้ถึงความมั่นใจในตนเอง การรับรู้ถึงความคิด ความจำ สมาธิ การตัดสินใจ และความสามารถในการเรียนรู้เรื่องราวต่างๆ ของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการจัดการกับความเศร้าหรือกังวล การรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อต่างๆ ของตนที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น

การรับรู้ถึงความเชื่อด้านวิญญาณ ศาสนา การให้ความหมายของชีวิต และความเชื่ออื่นๆ ที่มีผลในทางที่ดีต่อการดำเนินชีวิต มีผลต่อการเอาชนะอุปสรรคต่างๆ เป็นต้น⁽¹⁰⁾ โดยมีสิ่งบ่งชี้ถึงคุณภาพชีวิตด้านความคิดจิตใจอื่นๆ เช่น ความมีระเบียบวินัย ค่านิยมทางวัฒนธรรม ความรู้และสติปัญญา ความสามารถป้องกันแก้ปัญหาในระดับบุคคล ครอบครัวและชาติ การสร้างความสำเร็จและการมีเป้าหมายชีวิต ความซื่อสัตย์สุจริต ความเอื้ออารีต่อกัน ความกตัญญู การเสียสละ การจงรักภักดี ความศรัทธาในศาสนา และการละเว้นอบายมุข⁽⁸⁾ นอกจากนี้แล้ว ด้านธรรมะและสมาธิ ควรเตรียมตัวเตรียมใจที่จะยอมรับความเจริญและความเสื่อมของสังขาร และสรรพสิ่งรอบตัว ฝึกจิตใจให้เข้มแข็ง ทำจิตใจให้ปลอดวาง และกล้าเผชิญต่อทุกสิ่งเพื่อนำมาซึ่งความสุขสงบแก่ตนเองและครอบครัว⁽⁹⁾

2.1.3 สุขภาพทางสังคมที่ดี หมายถึง การรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม การรับรู้ว่าตนได้เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคมด้วย⁽¹⁰⁾ การแสดงอารมณ์ที่เป็นผลจากความสัมพันธ์ในครอบครัวและชุมชน ความรักในหมู่คณะ⁽⁸⁾ การมีเพื่อนหรือไม่มีเพื่อน ก็เป็นสุขภาพของสังคมอย่างหนึ่ง⁽¹¹⁾

2.1.4 สุขภาพทางปัญญาที่ดี อาจค่อนข้างเข้าใจยาก โดยไม่ได้หมายความว่า “ฉลาด” แต่ตรงกับคำศัพท์ภาษาอังกฤษคำว่า “Wisdom” ซึ่งหมายถึงความสำนึกที่ดี รู้เท่าทัน เข้าใจในเหตุผลและคุณธรรม เข้าใจในความสอดคล้องกับธรรมชาติ สิ่งต่างๆ ได้ดี สามารถแยกแยะได้แห่งเหตุผลความดีความชั่ว มีบาปบุญคุณโทษ เป็นกุศลเป็นอกุศล ซึ่งนำไปสู่จิตใจที่ติงาม การแบ่งปัน และเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่กัน แต่ในสังคมปัจจุบัน ส่วนของปัญญานั้น คนเรายังไม่สามารถที่จะแยกแยะได้ว่า อะไรดี อะไรไม่ดี อะไรเป็นกุศล และอะไรเป็นอกุศล⁽⁵⁻⁶⁾

2.2 ต้องร่วมแรงร่วมใจกันทำงาน คือ มีส่วนร่วมในการประกอบกิจการงานต่างๆ ตามอัธยาศัย

โดยยังประโยชน์ต่อตนเองและประโยชน์ต่อผู้อื่น สมเป็นสัปบุรุษ(คนดี) กล่าวคือ ต้องเตรียมตัว เตรียมใจยอมรับสภาพการณ์ในชีวิต ควรจะหางานอดิเรก หรือกิจกรรมต่างๆ ทำเพื่อประโยชน์ต่อตนเอง และผู้อื่น เช่น การอ่านเขียนหนังสือ ทำบุญทำทาน ออกกำลังกาย การรดน้ำต้นไม้ และเก็บกวาดบ้าน เป็นต้น⁽⁹⁾ ดังนั้น ผู้สูงอายุต้องทำงาน เพื่อเป็นการพึ่งตนเองให้มากที่สุด และอย่าพึ่งคนอื่นเป็นดีที่สุด

2.3 มีความมั่นคงในชีวิต คือ มีหลักประกัน ในชีวิต ประกอบด้วยความมั่นคงใน 3 เรื่อง ได้แก่⁽⁵⁻⁶⁾

2.3.1 ความมั่นคงทางเศรษฐกิจ กล่าว คือ มีเงินใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน โดยจะต้องรู้จักเก็บออมตั้งแต่วัยหนุ่มสาวเพื่อไว้ใช้ยามชรา และทำ ประกันสวัสดิการสังคมไว้ด้วย⁽⁹⁾ ดังนั้น การสร้างความมั่นคงทางเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ จะต้องเริ่ม ที่ตัวเราเองก่อน เราต้องคิด ต้องเริ่มทำ และต้องรู้จักเก็บ หอมออมไว้ตั้งแต่วันนี้ เพื่อจะได้มีไว้ใช้อนาคต ทั้งยาม ปกติ ยามชรา และยามเจ็บป่วย

2.3.2 ความมั่นคงในชีวิตและทรัพย์สิน กล่าวคือ มีการรับรู้ว่าคุณมีชีวิตอยู่อย่างอิสระ ไม่ถูกกักขัง มีความปลอดภัยและมั่นคงในชีวิต อยู่ในสิ่งแวดล้อมทาง กายภาพที่ดี ปราศจากมลพิษต่างๆ การคมนาคมสะดวก มีแหล่งประโยชน์ด้านการเงิน สถานบริการทางสุขภาพ และสังคมสงเคราะห์ เป็นต้น⁽¹⁰⁾ สามารถดำเนินชีวิตอยู่ ในสังคมได้อย่างปลอดภัย ไปไหนมาไหนไม่มีใครมา ทำร้ายร่างกาย รวมไปถึงการมีที่อยู่อาศัยที่เป็นส่วนตัว สงบเงียบบรรยากาศธรรมชาติที่ดี มีเครื่องมือเครื่องใช้ ที่จำเป็น สะอาด ปลอดภัย ลูกหลานสามารถไป เยี่ยมเยียนดูแลได้สะดวก และสม่ำเสมอ⁽⁹⁾

2.3.3 ความมั่นคงในครอบครัว ชุมชน และสิ่งแวดล้อม กล่าวคือ มีครอบครัวที่ดี ครอบครัว ต้องอยู่ร่วมกันด้วยความร่มเย็นเป็นสุข หรือเรียกว่า "ครอบครัวร่มเย็นเป็นสุข" เมื่อครอบครัวดี ร่มเย็นเป็นสุข ชุมชนก็จะดี ร่มเย็นเป็นสุข เมื่อชุมชนดี ร่มเย็นเป็นสุข ประเทศชาติก็ดี ร่มเย็นเป็นสุขเช่นกัน รวมไปถึงการ มีสิ่งแวดล้อมที่ดีก็จะส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีด้วย⁽⁵⁻⁶⁾

นอกจากนี้แล้ว ผู้สูงอายยังต้องปรับตัว ต้องรู้จักตนเอง และเข้าใจเด็กวัยลูกหลาน เพื่อที่จะทำให้ผู้สูงอายุ และลูกหลาน อยู่ร่วมกันอย่างปกติสุข⁽⁹⁾

จากองค์ประกอบของการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ของผู้สูงอายุนั้น พบว่า มีความสอดคล้องกับแนวคิดของ นายแพทย์เสนอ อินทรสุขศรี ที่ได้สรุปว่า ผู้สูงอายุจะมีความสุขได้ขึ้นอยู่กับสิ่งบ่งชี้ในคุณภาพชีวิตที่ดี 4 เรื่อง ประกอบด้วย⁽¹²⁾

1. จะต้องรักษาตนเองให้มีสุขภาพดีเสมอ ทั้ง สุขภาพกายและสุขภาพจิต กล่าวคือ ทั้งกายและใจต้องดี
2. จะต้องภูมิใจในตัวของตัวเอง พอใจใน ตนเอง พึงพอใจในสภาพของตัว งานของตัว ฐานะของตัว และก็ต้องพยายามหาเวลาที่จะเข้าสังคม รู้จักมีอารมณ์ ขัน และอารมณ์สุนทรีย์อย่างพอดี
3. จะต้องรู้จักตัวเอง ต้องรักตัว ต้องรักคนอื่น เขา ต้องรักสังคม และที่สำคัญก็คือ อย่าละทิ้งความสามารถ ของตัว มีอะไรทำได้ก็ทำ ต้องทำตัวให้มีความ มีประโยชน์ ต่อผู้อื่นเขา จะได้มีความสุข
4. จะต้องมีความรอบรู้ ต้องรู้จักเลือกคบหา สมาคมกับผู้อื่นผู้ใดบ้างอย่างเหมาะสม ด้วยการสร้างความสัมพันธ์ที่ดี ทำให้ไม่ว่างเหว และไม่หงอยเหงา

วิจารณ์

คุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ คือ การมีสุขภาพ ที่ดีเหมาะสมกับสถานภาพตามวัย มีจิตใจที่เป็นสุข ตลอดจน มีสถานภาพด้านความเป็นอยู่และด้านสังคม ที่ได้มาตรฐาน โดยเป็นความรับผิดชอบร่วมกันของตัว ผู้สูงอายุ ครอบครัว และสังคม ซึ่งเน้นการพึ่งพาตนเอง ของผู้สูงอายุ การพึ่งพากันและกันภายในครอบครัว และการพึ่งพาบริการจากฝ่ายรัฐ ฝ่ายการเมือง และ องค์กร ชุมชนต่างๆ⁽¹³⁾ ประเทศไทยมีพระราชบัญญัติ ผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 และสิทธิประโยชน์สำหรับผู้สูงอายุ ที่พึงได้รับ ซึ่งเป็นปัจจัยที่เสริมสร้าง หรือเป็นหลักประกัน ในการดำรงชีวิตให้แก่ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยครอบคลุมการดูแลด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ของผู้สูงอายุ โดยมีหน่วยงานของภาครัฐทำหน้าที่หรือ

มีบทบาทจัดการในเรื่องต่างๆ จำนวน 13 ด้าน อาทิเช่น การบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่สะดวกและรวดเร็วโดยกระทรวงสาธารณสุข การส่งเสริมที่เบี่ยยังชีพอย่างทั่วถึงและเป็นธรรมโดยกระทรวงมหาดไทย และการส่งเสริมการจัดการศพตามประเพณีโดยกระทรวงการพัฒนาสังคมฯ เป็นต้น⁽¹⁴⁾ สำหรับ อบจ. เทศบาล และ อบต. เข้ามามีบทบาทในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างเป็นรูปธรรมชัดเจนขึ้น คือ การมอบเบี่ยยังชีพแก่ผู้สูงอายุ จำนวน 500 บาทต่อเดือน และนอกจากนี้ อบท. ยังให้ความสำคัญกับกิจกรรมด้าน ประเพณีวัฒนธรรม ด้านสุขภาพร่างกาย ด้านเศรษฐกิจ และการเงิน เช่น งานวันผู้สูงอายุ ประเพณีสงกรานต์ การให้ความรู้ด้านสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพ การจัดกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ รวมไปถึงการมอบเบี่ยยังชีพ สิ่งของ และวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ สำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของมลฤดี ศรีสุข⁽¹⁵⁾ เมื่อวิเคราะห์แล้วพบว่า การจัดกิจกรรมดังกล่าวยังเป็นลักษณะ ฉาบฉวย ผิวเผินและไม่ทั่วถึง ดังนั้น การดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในมิติด้านจิตใจ จึงเป็นกิจกรรมที่ควรดำเนินงานให้เป็นรูปธรรมมากยิ่งขึ้น โดยวางแผนบูรณาการเข้ากับมิติด้านร่างกาย สังคม และ เศรษฐกิจ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การผลักดันให้เกิดกิจกรรม ที่เป็นการช่วยสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างผู้สูงอายุ กับสมาชิกในครอบครัว เพื่อนบ้าน และคนในชุมชน เพื่อนำไปสู่แนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน และเมื่อมองภาพ ลึกลงในระดับชุมชนท้องถิ่น ประเด็นความร่วมมือของผู้ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องต่างๆ ทั้งภายในและภายนอกชุมชน ไม่ว่าจะเป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สถานีนามัย ชุมชนท้องถิ่น และผู้สูงอายุเองก็เป็นปัจจัยเสริมที่เอื้อ ต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเช่นกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ตัวผู้สูงอายุเองจะต้องรับผิดชอบในการพัฒนาตนเองทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ อย่างสม่ำเสมอ ทั้งในเรื่องการกินนอนพักผ่อน การออกกำลังกาย การดูแลรักษาจิตใจให้สงบ ไม่ปล่อยตนเอง

ให้เครียดจนเกินไป พบปะพูดคุยกับคนสนิทที่เข้าใจ พร้อมทั้งจะรับฟัง สนใจดูแลปรับปรุงที่อยู่อาศัยของตนเท่าที่จะทำได้ ส่วนผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวควรต้อง เรียนรู้และเข้าใจอาการโรค รู้วิธีการใช้ยา และวิธีแก้ไข อาการที่กำเริบขึ้นได้ในเบื้องต้นได้อย่างรวดเร็ว และเหมาะสมต่อไป⁽¹³⁾

ปัญหาอุปสรรคและข้อจำกัดในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่สำคัญ คือ การบริหารจัดการที่เกิดความซ้ำซ้อนของการทำงานของหน่วยงาน และองค์กรต่างๆ ในหลายภาคส่วน เช่น การถ่ายโอนภารกิจการทำงานด้านสาธารณสุขไม่ชัดเจนว่า หน่วยงานใดเป็นผู้รับผิดชอบ จึงส่งผลทำให้ขาดทิศทางการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุที่ชัดเจน รวมไปถึงขาดแคลนบุคลากรที่มีความรู้และความเข้าใจในงานด้านผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของมลฤดี ศรีสุข⁽¹⁵⁾ ที่พบว่า ปัญหาและอุปสรรคในการบริหารงานสวัสดิการผู้สูงอายุของ อบต. คือ งบประมาณไม่เพียงพอ ขาดบุคลากรที่มีความรู้ การประสานงานเกิดความซ้ำซ้อนของกิจกรรม การวางแผนขาดการมีส่วนร่วมและแนวทางที่ชัดเจน ดังนั้น การบริหารจัดการด้านบุคลากรจึงมีความสำคัญเป็นลำดับแรก เพราะการทำงานกับผู้สูงอายุ จะต้องเป็น คนที่มีใจรัก ตั้งใจ เสียสละ อดทน และมีความคิดในเชิงบวกว่า การทำงานด้านผู้สูงอายุเป็นโอกาสที่จะได้ ทำบุญให้ทานแก่เพื่อนมนุษย์ หรือบำเพ็ญประโยชน์แก่สังคมได้อีกทางหนึ่งด้วย และ ผู้สูงอายุจำนวนไม่น้อยในขณะนี้ดำรงชีพอยู่ภายใต้ภาวะความเสี่ยง หรือขาดหลักประกันที่สำคัญ ทั้งด้านการเงิน ที่อยู่อาศัย การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร การเดินทางและคมนาคม รวมทั้ง การได้รับการดูแลเมื่อถึงระยะต้องพึ่งพา นอกจากนี้แล้ว การที่ผู้สูงอายุขาดความรู้ความเข้าใจในการเอาใจใส่ดูแลสุขภาพตนเอง ผู้สูงอายุในชุมชนถูกทอดทิ้งให้อยู่บ้านตามลำพัง และไม่มีการรวมกลุ่มทำกิจกรรมร่วมกันของผู้สูงอายุ ตลอดจนการขาดฐานข้อมูลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน ก็ล้วนเป็นปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนเช่นกัน⁽¹⁶⁾

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสำหรับการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุนั้น ควรส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดการบูรณาการแนวคิด รูปแบบ และวิธีการดำเนินงานอย่างเหมาะสม โดยประสานความร่วมมือระหว่างภาคีเครือข่ายหลักที่ทำงานเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ คือ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ให้เข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดมาตรการ แผนงาน หรือนโยบายต่างๆ สำหรับให้การดูแลช่วยเหลือและพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ พร้อมทั้งกระจายหน้าที่ความรับผิดชอบในภาคส่วนต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรมีบทบาทในการกำหนดระบบบริหารจัดการรูปแบบและวิธีการดำเนินงาน ตลอดจนให้การสนับสนุนทรัพยากรดำเนินงาน เครื่องมือวัสดุอุปกรณ์ และงบประมาณสำหรับการจัดระบบดูแลและให้ความช่วยเหลือแก่ผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีครอบคลุมทุกมิติ ส่วนข้อเสนอแนะสู่การปฏิบัติ เพื่อที่จะทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี จำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากบุคคลและหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับทุกระดับ ตั้งแต่ระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน โดยเห็นสมควรให้มีข้อเสนอแนะ สำหรับใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ซึ่งประกอบด้วย 3 ระดับ คือ

1. ระดับปัจเจก ควรมีการเตรียมความรู้และการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพตั้งแต่วัยเด็กต่อเนื่องถึงวัยสูงอายุ เพื่อเป็นผู้สูงอายุที่กระฉับกระเฉง สามารถเข้าร่วมกิจกรรมของครอบครัวและชุมชน รวมทั้งเตรียมออมเงินหรือสะสมเงินเข้ากองทุนตั้งแต่วัยทำงาน เพื่อเอื้อต่อการเป็นผู้สูงอายุที่สามารถพึ่งตนเองได้

2. ระดับครอบครัว บุตรหลานและสมาชิกครอบครัวทุกคนควรมีความกตัญญูทดแทน ให้ความรักความอบอุ่น เลี้ยงดู เกื้อหนุนช่วยเหลือ และดูแลเอาใจใส่ผู้สูงอายุ ทั้งนี้ สมาชิกในครอบครัวควรมีความรู้ ข้อมูลข่าวสาร และคำแนะนำที่เป็นประโยชน์สำหรับการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพกับผู้สูงอายุ มีการปรับปรุงสภาพแวดล้อมทางกายภาพทั้งภายในและบริเวณบ้าน

ตลอดจนสนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัวและชุมชน

3. ระดับชุมชน เน้นหลักการเสริมสร้างศักยภาพ ความเข้มแข็ง และการมีส่วนร่วมระหว่างสมาชิกของชุมชน ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตามยุทธศาสตร์ของการสาธารณสุขมูลฐาน โดยมุ่งบูรณาการแนวคิดบริการเชิงรุก (Service oriented) และแนวคิดของการพัฒนา (Development oriented) ภายในชุมชน เพื่อประสิทธิภาพของผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างแท้จริง โดยสนับสนุนและกระตุ้นผู้นำชุมชน เพื่อนบ้าน และประชาชนร่วมคิดร่วมวางแผนร่วมสร้างกิจกรรมตามความต้องการ และสอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุ โดยอาศัยต้นทุนทางสังคมที่มีอยู่ทั้งนี้จะต้องได้รับการสนับสนุนอย่างใกล้ชิดจากระบบบริการประชาชนจากทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ และองค์กรพัฒนาเอกชนที่มีประสิทธิภาพ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์บรรลุ ศิริพานิช สำหรับแรงบันดาลใจในการเขียนบทความวิชาการนี้ และขอขอบพระคุณ นายแพทย์จรัสญ มีชนอน สำหรับความอนุเคราะห์ในการพิจารณา ตรวจสอบ และแก้ไข บทความวิชาการนี้ เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการกำหนดแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2549). ผู้สูงอายุกับการทำงาน. กรุงเทพมหานคร.
2. ชาย โพธิ์สิตา และสุชาติดา ทวีสิทธิ์ (2552). ประชากร และสังคม 2552 : ครอบครัวไทยในสถานการณ์เปลี่ยนผ่านทางสังคมและประชากร. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
3. ภฤตยา อาชวนิจกุล และวรชัย ทองไทย: บรรณธิการ (2549). ภาวะการตาย ภาวะสะท้อนความมั่นคงของประชากร. กรุงเทพมหานคร: บริษัท

แปลนพรัตน์ จักัด.

4. World Health Organization, Active and Healthy Aging. Report of a Regional Consultation. Thiruvananthapuram, Kerala, India, 6-8 December 2007.
5. บรรลุ ศรีพานิช (2553). บรรยายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ. การประชุมเวทีสาธารณะ เพื่อให้ข้อคิดเห็น และข้อเสนอแนะต่อชุดโครงการวิจัยเรื่อง "การพัฒนาคุณภาพชีวิตโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน". โดยผู้วิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และภาควิชา. วันจันทร์ที่ 22 มีนาคม 2553 เวลา 8.30-16.00 น. ณ ห้องประชุมภาณุรังษีบอลรูม โรงแรมรอยัลริเวอร์ กรุงเทพมหานคร.
6. บรรลุ ศรีพานิช (2553). บรรยายพิเศษเรื่อง "การงานอาชีพกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ". การประชุมระดมความเห็น "การสร้างโอกาสการทำงาน: การจัดการเพื่ออนาคต" โดยแผนงานเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ พัฒนาพื้นที่ต้นแบบและปัจจัยสำคัญ (สสส.) มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.). วันศุกร์ที่ 2 เมษายน 2553 เวลา 8.30-12.00 น. ณ ห้องประชุมสถาบันวิจัยจุฬาภรณ์ กรุงเทพมหานคร.
7. ศิริ ฮามสุโพธิ์ (2543). ประชากรกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์โอเดียนสโตร์.
8. ฤดี กรุดทอง (2540). ประชากรกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต. คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ สถาบันราชภัฏสวนดุสิต.
9. สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ (2540). เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกทุก 100 ตัวชี้วัด และ 26 ตัวชี้วัด. โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่.
10. มารศรี นุชแสงพลี (2532). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อ

ความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ : ศึกษากรณีผู้สูงอายุในชุมชนบ่อนไก่ กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ คณะสังคมวิทยาและมนุษยวิทยา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

11. สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ (2550). การระดมความคิดเพื่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ. หน้า 85. ใน ถอดบทเรียนจากเวทีสาธารณะ เรื่อง ปรับแนวคิดเพื่อชีวิตผู้สูงอายุ. เครือข่ายการวิจัยเพื่อพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิตของกลุ่มประชากรผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยมหิดล. โรงพิมพ์สามลดา.
12. เสนอ อิทธิสุขศรี (2550). การระดมความคิดเพื่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ. หน้า 83-84. ใน ถอดบทเรียนจากเวทีสาธารณะ เรื่อง ปรับแนวคิดเพื่อชีวิตผู้สูงอายุ. เครือข่ายการวิจัยเพื่อพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิตของกลุ่มประชากรผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยมหิดล. โรงพิมพ์สามลดา.
13. ธนู ชาติธนานนท์. บทความปริทัศน์ เรื่อง ความเข้าใจเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. ปีที่ 20 ฉบับที่ 2 เม.ย.-มิ.ย. 2540.
14. พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546
15. มลฤดี ศรีสุข (2545). การบริหารงานสวัสดิการผู้สูงอายุขององค์การบริหารส่วนตำบลในเขตจังหวัดชลบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาตรีวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยบูรพา.
16. สถาบันวิจัยใหม่ คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และ UNDP, Bangkok (2550). เล่มที่ 10 การจัดสวัสดิการสังคมและส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพชีวิต (ประเด็นปัญหา : การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน). [ออนไลน์]. (เข้าถึงได้เมื่อวันที่ 9 มิถุนายน 2554). เข้าถึงได้จาก http://www.polsci.chula.ac.th/initiatives/book10_gd7.htm.