

ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในพื้นที่เขตเมืองของเขตสุขภาพที่ 3

Factors Affecting The Quality of Life of The Elderly in Urban Areas of The 3rd Regional Health

นเรศน์ ฐิตินันท์วิวัฒน์, จุฬาลักษณ์ ฐิตินันท์วิวัฒน์
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์

Nares Thitinunthiwat, Chulaluk Thitinantiwat

Office of Disease Prevention and Control 3 Nakhon Sawan Province

Received 18 Nov 2020, Revised 6 Jan 2021, Accepted 6 Jan 2021

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาปัจจัยระดับพื้นฐาน ปัจจัยด้านจิตลักษณะ และปัจจัยด้านความต้องการของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต สังคม สิ่งแวดล้อม และจิตวิญญาณ และศึกษารูปแบบการดูแลรวมทั้งการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ การวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีการวิจัยแบบผสมผสานระหว่างการวิจัยเชิงปริมาณ และการวิจัยเชิงคุณภาพ กลุ่มตัวอย่างสำหรับการวิจัยเชิงปริมาณ ประกอบด้วยผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปจำนวน 400 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลแบบสอบถาม สถิติที่ใช้สำหรับวิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้สูงอายุจำนวน 30 ราย ได้มาโดยการสุ่มแบบเจาะจง เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก และวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้โดยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า 1) ปัจจัยพื้นฐาน ปัจจัยด้านจิตลักษณะ และปัจจัยด้านความต้องการของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กัน หากร่างกายป่วยจิตใจก็ป่วยด้วย 2) ผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีมาจากครอบครัวที่มีความรักความอบอุ่น นั่นก็คือ สมาชิกในครอบครัวดำรงชีวิตอยู่ร่วมกันด้วยความเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกัน ช่วยเหลือ ดูแลซึ่งกันและกัน ดูแลผู้สูงอายุอย่างดีที่สุดเท่าที่จะทำได้โดยเฉพาะในด้านอาหารและโภชนาการ 3) รูปแบบที่เหมาะสมสำหรับการดูแลผู้สูงอายุ คือ สมาชิกครอบครัวเป็นบุคลากรหลักในการดูแลผู้สูงอายุ นอกจากนั้น หน่วยงานภาครัฐและภาคเอกชนจะต้องมีส่วนร่วมอย่างแข็งขันในการดูแลผู้สูงอายุ โดยเน้นสภาวะของผู้สูงอายุในทุกด้าน คือ ด้าน ร่างกาย อารมณ์ และจิตวิญญาณ

คำสำคัญ : ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต, ผู้สูงอายุ, บุคลากรดูแลผู้สูงอายุ, เขตเมือง

Abstract

The purposes of this research were: To study fundamental factors, psychological factors, and need factors of the elderly in the Eastern Provinces, study the quality of life of the elderly in the physical health, mental health, societal, environmental, and spiritual aspects, and to investigate models of elderly care, including quality of life development. This research used mixed methods approach i.e. quantitative research and qualitative research. The sample for the quantitative research was comprised of 400 senior people whose ages were 60 or above, obtained by simple random sampling using a Taro Yamane Table. The tool used for data collection was a questionnaire. The statistics used for data analysis were percentage, mean, and standard deviation. On the other hand, the sample for the qualitative research was 30 elderly people obtained by purposive sampling. The tool used for data collection was a focus group. The collected data were analysed by mean of content analysis.

The results of the study were as follows: 1) The fundamental factors, the mental factors, and the need factors of the elderly were interrelated and inseparable. Consequently, if the elderly had problems with their mental health, they also had physical health problems, or vice versa. 2) The elderly whose quality of life was good came from loving families i.e. their family members loved and lived harmoniously with each other, helped each other and took care of their elderly family members as best as possible, especially regarding food and nutrition. 3) The appropriate model for elderly care was that members of their families were major care-giving personnel. Moreover, government and private agencies should actively participate in elderly care stressing on their well-being in all aspects, namely: physical, emotional, social, and spiritual aspect.

Keywords : factors affected the quality of life, the elderly, care-giving personnel urban areas.

บทนำ

สังคมไทยในปัจจุบันได้ตระหนักถึงความสำคัญของผู้สูงอายุ โดยให้สิทธิ และการคุ้มครองตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยพุทธศักราช 2540 ในหมวดที่ 3 มาตรา 54⁽¹⁾ มีสาระสำคัญคือ “บุคคลซึ่งมีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ และไม่มีรายได้เพียงพอแก่การยังชีพมีสิทธิได้รับการช่วยเหลือจากรัฐ” และในหมวดที่ 5 มาตรา 80 ระบุว่า รัฐต้องสงเคราะห์คนชรา ผู้ยากไร้ ผู้พิการหรือทุพพลภาพ และผู้ด้อยโอกาสให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและพึ่งตนเองได้ “นอกจากนี้องค์กรต่าง ๆ ยังได้สนับสนุนกิจกรรมผู้สูงอายุตามปฏิญญาผู้สูงอายุไทย โดยให้ปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิต และให้ความรัก ความเอื้ออาทร การดูแลเอาใจใส่จากครอบครัว สังคมชุมชน รวมทั้งให้โอกาสเรียนรู้เพื่อพัฒนาศักยภาพของตนเองอย่างต่อเนื่อง หากมองย้อนถึงอดีต จะเห็นว่าแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7(2535-2539)⁽²⁾ ได้นำนโยบายด้านผู้สูงอายุมาไว้รวมกับนโยบายการยกระดับคุณภาพชีวิตของประชากรต่อมา แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (2540-2544)⁽³⁾ ได้นำการบริการทั้งด้านสวัสดิการ และการบริการสุขภาพ เพื่อความอยู่ดีมีสุขลงสู่ผู้สูงอายุมากขึ้นโดยสามารถมองเห็นเป็นรูปธรรม แต่เนื่องจากสังคมเปลี่ยนแปลง การให้บริการไม่ทั่วถึง หน่วยงานได้บริการซ้ำซ้อนล่าช้า และที่สำคัญไม่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุอย่างแท้จริง⁽⁴⁾ ดังนั้นการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยแท้จริง จึงขึ้นอยู่กับความสามารถของ

ปัจเจกบุคคล ซึ่งเป็นพลังขับเคลื่อนสู่ความผาสุกของชีวิตได้ โดยมีองค์กรหน่วยงาน ๆ เป็นปัจจัยสนับสนุน หรืออาจกล่าวได้ว่าภาครัฐได้เห็นความสำคัญของผู้สูงอายุนับตั้งแต่อดีตถึงปัจจุบัน

การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุภายใต้หน่วยงาน หรือองค์กรใด ๆ ก็ตามจำเป็นต้องขับเคลื่อนด้วยเรื่อง หลัก ๆ 4 เรื่อง คือ ระบบบริการสุขภาพ หลักประกันเศรษฐกิจ การเตรียมพร้อมสำหรับการเรียนรู้ของผู้สูงอายุ และการพัฒนาสังคมสิ่งแวดล้อม การเคหะแห่งชาติจึงมีโครงการที่อยู่อาศัยที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ ความจำเป็นดังกล่าวย่อมเป็นปัจจัยสนับสนุนคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุได้อย่างดี⁽⁵⁾ กล่าวได้ว่านโยบายสาธารณะ เป็นเสมือนกลไกหลักสำคัญในการดำเนินของรัฐบาลและหน่วยงานภาครัฐทุกแห่ง ด้วยเหตุที่นโยบายเป็นกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อเจตนาในการแก้ปัญหา นโยบายสาธารณะสุขเป็นนโยบายหนึ่งแห่งรัฐด้านกิจกรรมการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ซึ่งช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตให้มีมาตรฐาน ได้รับการตอบสนองปัจจัยสี่เป็นการกระจายรายได้ เป็นการปลูกจิตสำนึกไม่ให้ทอดทิ้งผู้สูงอายุในชุมชน และทำให้ผู้สูงอายุเกิดความมั่นคงทางจิตใจ⁽⁶⁾

จากสภาพปัญหา ความต้องการในปัจจุบันต่าง ๆ ที่ผู้สูงอายุได้ผ่านประสบการณ์และได้รับการตอบสนองจนเกิดความพึงพอใจทำให้ชีวิตมีสุขผลแห่งการได้รับเรื่องราวเหล่านั้นและได้วิ่งผ่านเข้ามาในชีวิตทำให้ผู้สูงอายุเกิดการรับรู้และเกิดการเรียนรู้ตามมา เลือกสิ่งที่ดีเหมาะสมกับตนเองได้ ส่งผลให้คุณภาพชีวิตเกิดความผาสุก

ด้านจิตใจเพราะการรับรู้ (Perception) นั้นเป็นกระบวนการแปล หรือตีความต่อสิ่งเร้า ข่าวสารที่ผ่านอวัยวะสัมผัสทั้งหลาย และสมองทำหน้าที่เก็บข้อมูลนั้นไว้ กระบวนการรับรู้ของมนุษย์เริ่มต้นด้วยการสัมผัส (Sensation) และเกิดการเรียนรู้ต่อไป จากการศึกษา ของ นันทิญา อังกินันท์⁽⁷⁾ ได้ศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร พบว่าความผาสุกทางใจเป็นความรู้สึกตามการรับรู้ของบุคคลขึ้นอยู่กับสภาพสังคม วัฒนธรรม ถ้าหากผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองไม่ได้ออกไปนอกร้านเกิดความเครียด จึงจัดการความเครียดโดยใช้วิธีการทำใจปฏิบัติตามหลักคำสอนทางศาสนา การจัดการความเครียดได้สำเร็จสร้างความสุขให้ผู้สูงอายุได้ ซึ่งตรงกันข้ามกับผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านจิตใจนั้นหมายถึงขจัดความเครียดไม่ได้ ทำให้เกิดความเหงา ความว้าเหว่ เกิดความท้อแท้สิ้นหวัง ซึมเศร้าแยกตัวออกจากสังคมและนำไปสู่การฆ่าตัวตายในที่สุด สำหรับในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2533 พบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 65 ปี ฆ่าตัวตายคิดเป็นร้อยละ 4.40 ของการฆ่าตัวตายทั้งหมด⁽⁸⁾ สาเหตุเกิดจากภาวะซึมเศร้า เหตุการณ์นี้จึงเป็นวิกฤตการณ์ที่ร้ายแรงของผู้สูงอายุ แนวทางการแก้ปัญหาข้างต้น คือการส่งเสริมสุขภาพกายสุขภาพจิต โดยการเข้าร่วมกิจกรรมส่งผลให้ร่างกายแข็งแรง อารมณ์แจ่มใสเบิกบาน มีปฏิสัมพันธ์กับสังคมเพิ่มขึ้น รู้สึกตนเองมีคุณค่าเกิดความผาสุกทางใจ⁽⁹⁾

ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการสังเคราะห์เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ในเรื่องคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุพบว่ามี่ปัจจัยหลายปัจจัยซึ่งมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเพื่อศึกษาว่ามีปัจจัยใดบ้างที่ส่งผลหรือมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและรูปแบบวิธีการดูแลผู้สูงอายุเป็นอย่างไร และมีแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุไปในทางทิศทางใด โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงปริมาณและการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อประโยชน์ในการค้นหาปัจจัยที่มีความสำคัญต่อวิถีชีวิตของผู้สูงอายุให้มีการดูแลอย่างเหมาะสมและเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในอนาคตต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับปัจจัยพื้นฐานของผู้สูงอายุ ปัจจัยด้านจิตลักษณะ ปัจจัยด้านความต้องการของผู้สูงอายุ คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ ในพื้นที่เขตเมืองของเขตสุขภาพที่ 3
2. เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต สังคม และจิตวิญญาณ ในพื้นที่เขตเมืองของเขตสุขภาพที่ 3
3. เพื่อศึกษารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ ตลอดจน การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในพื้นที่เขตเมืองของเขตสุขภาพที่ 3 และวิธีการดูแลผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม

ขอบเขตของการวิจัย

1. ขอบเขตด้านประชากร

ประชากรคือ ผู้สูงอายุในพื้นที่เขตเมืองของเขตสุขภาพที่ 3 ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป

2. ขอบเขตด้านเนื้อหา

1) ปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ ภาวะทางสุขภาพทางกาย ฐานะทางเศรษฐกิจ ฐานะทางสังคม ความสัมพันธ์ของครอบครัว และศักยภาพของผู้ดูแล

2) ด้านปัจจัยจิตลักษณะ ได้แก่ เจตคติต่อการเข้าร่วมกิจกรรม การเห็นคุณค่าของตนเอง แรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรม สุขภาพจิตของผู้สูงอายุ และการรับรู้ความสามารถของตนเอง

3) ด้านปัจจัยความต้องการของผู้สูงอายุ ได้แก่ ร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจที่อยู่อาศัย การพัฒนาภูมิปัญญาและประสบการณ์ และการบริการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน

4) ด้านรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ รูปแบบการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ และวิธีการดูแลผู้สูงอายุ

3. ขอบเขตด้านเวลา ตุลาคม 2562 - กันยายน 2563

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในพื้นที่เขตเมืองของเขตสุขภาพที่ 3 กำหนดการศึกษาเป็นการวิจัยผสมผสาน (MIXED METHODS RESEARCH) และออกแบบ

การวิจัยเป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) ด้วยการใช้แบบสอบถามในการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างและการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้สูงอายุ และวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ที่ได้จากการสัมภาษณ์ซึ่งกำหนดวิธีการดำเนินการวิจัยดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1) ประชากร ประชากรเป้าหมายคือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งชายและหญิง ในพื้นที่เขตเมืองของเขตสุขภาพที่ 3 ประกอบด้วย จังหวัดนครสวรรค์ พิจิตร กำแพงเพชร ชัยนาท และอุทัยธานี

2) กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่าง การคำนวณขนาดตัวอย่างเป็นการประมาณค่าสัดส่วนในประชากรกลุ่มเดียวโดยเลือกกลุ่มตัวอย่างอย่างง่าย โดยใช้ตารางของ Taro Yamane ความคลาดเคลื่อนที่ระดับนัยสำคัญ $+0.05$ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 400 ราย และใช้การสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive random sampling) ตามสัดส่วนของจำนวนประชากรจากกลุ่มประชากรเป้าหมายในพื้นที่เขตเมืองของเขตสุขภาพที่ 3 ประกอบด้วย จังหวัดนครสวรรค์ พิจิตร กำแพงเพชร ชัยนาท และอุทัยธานี

ตารางที่ 1 จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างของผู้สูงอายุในพื้นที่เทศบาลทั้ง 3 ปี พ.ศ. 2562

จังหวัด	ประชากร	กลุ่มตัวอย่าง
นครสวรรค์	209,688	144
พิจิตร	109,225	75
กำแพงเพชร	126,366	86
อุทัยธานี	65,041	45
ชัยนาท	72,628	50
รวม	582,948	400

ที่มา : สำนักคณะกรรมการการพัฒนากิจการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ พ.ศ. 2562

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวม

ข้อมูล การวิจัยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งเนื้อหาของแบบสอบถามประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามตามลักษณะข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างได้แก่ข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ จำนวนสมาชิกในครอบครัว ภาวะทางสุขภาพกาย ฐานะทางเศรษฐกิจ ฐานะทางสังคม ความสัมพันธ์ของครอบครัว ศักยภาพของผู้ดูแล

ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามประเมินค่าความคิดเห็นด้านปัจจัยด้านจิตลักษณะของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย จิตลักษณะ ต่อการเข้าร่วมกิจกรรม แรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรม สุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 3 เป็นแบบสอบถามประเมินค่าความคิดเห็นด้าน ปัจจัยด้านความต้องการของผู้สูงอายุประกอบด้วยด้าน ร่างกาย จิตใจ สังคม

เศรษฐกิจ การพัฒนาภูมิปัญญาและประสบการณ์ การบริการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน

ส่วนที่ 4 เป็นแบบสอบถามประเมินค่าความคิดเห็น ด้านรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ ประกอบด้วย รูปแบบการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ และวิธีการดูแลผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 5 เป็นแบบสอบถามประเมินค่าวัดความพึงพอใจของผู้สูงอายุ ด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต สัมพันธภาพทางสังคม และจิตวิญญาณ เกณฑ์การให้คะแนนสำหรับแบบสอบถาม กำหนดดังนี้

ส่วนที่ 1 เป็นคำถามแบบปลายปิดและให้เลือกคำตอบ

ส่วนที่ 2, 3, 4 และ 5 เป็นลักษณะแบบสอบถามแบบประเมินค่าตามข้อคำถาม โดยแบ่งเป็น 5 ระดับตามมาตรวัดแบบ ลิเคิร์ต (Likert Scale) คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด โดยกำหนดการให้คะแนนดังนี้

เกณฑ์เฉลี่ยของระดับคะแนนและการแปลความหมายกำหนดได้ดังนี้

ระดับ 1	ค่าเฉลี่ย	1.00 – 1.80	หมายถึง	น้อยที่สุด
ระดับ 2	ค่าเฉลี่ย	1.81 – 2.60	หมายถึง	น้อย
ระดับ 3	ค่าเฉลี่ย	2.61 – 3.40	หมายถึง	ปานกลาง
ระดับ 4	ค่าเฉลี่ย	3.41 – 4.20	หมายถึง	มาก
ระดับ 5	ค่าเฉลี่ย	4.21 – 5.00	หมายถึง	มากที่สุด

การทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม

ผู้วิจัยได้กำหนดการทดสอบแบบสอบถาม โดย (1) การทดสอบความเที่ยงตรง (Validity) ด้วยการปรักษาสอบถามจากผู้เชี่ยวชาญหรือผู้ชำนาญการและทำการแก้ไข เพื่อให้แบบสอบถามสามารถวัดได้ตรงประเด็นและ (2) นำแบบสอบถามไปทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำแบบสอบถามไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย และคำนวณค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีของครอนบาค (Cronbach's Alpha) ด้วยค่า Coefficient Alpha และใช้เกณฑ์ยอมรับที่ค่ามากกว่า 0.70 เพื่อแสดงว่าแบบสอบถามนี้มีความเชื่อมั่นเพียงพอทั้งนี้การทดสอบความเชื่อมั่นดังกล่าวใช้การคำนวณจากข้อคำถามที่เกี่ยวกับความคิดเห็นหรือทัศนคติในเนื้อหา

ส่วนการวิจัยเชิงคุณภาพเป็นการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้สูงอายุจำนวน 30 ราย โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เริ่มตั้งแต่กระบวนการกำหนดปัญหาการวิจัย ระเบียบวิธีในการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุในพื้นที่เขตเมืองของเขตสุขภาพที่ 3 พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 249 ราย คิดเป็นร้อยละ 62.3 อายุ 70-79 ปี ร้อยละ 55.3 มีสถานภาพที่สมรส 249 ราย คิดเป็นร้อยละ 62.3 ส่วนใหญ่มีรายได้ 3,001-5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 39.5 ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุจบการศึกษาระดับประถมศึกษา 230 ราย คิดเป็นร้อยละ 57.5 ลักษณะการอยู่อาศัยในบ้านพบว่า ส่วนใหญ่อยู่กับคู่สมรส 227 ราย คิดเป็นร้อยละ 56.8 สภาวะทางสุขภาพพบว่า มีโรคหัวใจและโรคเบาหวานมีจำนวนใกล้เคียงกัน 146 และ 148 ราย คิดเป็น 36.5 และ 37 ตามลำดับ ขนาดของสมาชิกในครัวเรือนส่วนใหญ่มีจำนวน 4-5 คน มีจำนวน 218 ราย คิดเป็นร้อยละ 54.5 โดยส่วนใหญ่ประกอบอาชีพค้าขาย จำนวน 219 ราย คิดเป็นร้อยละ 54.8 ส่วนใหญ่จะเป็นสมาชิกคนหนึ่งในครอบครัว 219 ราย คิดเป็นร้อยละ 54.8 และไม่มีสถานภาพทางสังคมจำนวน 358 ราย คิดเป็นร้อยละ 89.5

ปัจจัยพื้นฐานของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุให้ความสำคัญกับสุขภาพกาย ด้วยการส่งเสริมให้สุขภาพแข็งแรงอยู่เสมอด้วยการมองว่าสุขภาพดีนั้นหมายถึงการไม่เจ็บไข้ การไม่ป่วย การไม่มีโรคภัยมาเบียดเบียนหรือหากมีโรคก็อยู่ในภาวะสงบ ไม่แสดงอาการ ฯลฯ ต้องการให้ร่างกายแข็งแรงแม้จะไม่เหมือนเดิมแต่ขอให้ทำกิจวัตรประจำวันได้เพื่อลดการพึ่งพาผู้อื่น

ปัจจัยด้านจิตลักษณะของผู้สูงอายุ

เจตคติต่อการเข้าร่วมกิจกรรม การยกย่องเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ ความเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายจิตใจ อารมณ์ จะเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว รู้สึกถึงการ

สูญเสียในทุก ๆ ด้าน ทั้งหน้าที่การงาน ทั้งบทบาทหน้าที่ในสังคม การเข้าร่วมกิจกรรมเป็นข้อจำกัดอย่างหนึ่ง ด้วยหลายสาเหตุ เช่น ไม่สะดวกเดินทางไปร่วมกิจกรรมมีโรคประจำตัวเรื้อรัง ไม่มีเงิน ไม่มีเวลาเพราะต้องทำงานเลี้ยงตนเองและครอบครัว ผู้สูงอายุมีเจตคติที่ดีต่อกิจกรรมที่หน่วยงานภาครัฐภาคเอกชนหรือชุมชนจัดขึ้น กล่าวในทำนองเดียวกันว่ากิจกรรมที่จัดให้มีประโยชน์อย่างสูงต่อสุขภาพกาย สุขภาพใจ และเป็นการส่งเสริมให้ใช้เวลาให้เกิดประโยชน์ สามารถอยู่ในสังคมได้อย่างดี ภาวะทางสุขภาพจิตของผู้สูงอายุให้ข้อมูลตรงกันว่าภาวะสุขภาพจิตนั้นหมายถึงจิตใจที่เป็นสุข เข้ากับคนอื่นได้ดี (ไม่เก็บตัว) ปราศจากโรคจิตโรคประสาท และสามารถอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข การศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีภาวะทางสุขภาพจิตค่อนข้างดี เพราะใช้ชีวิตได้อย่างเป็นสุข

ปัจจัยด้านความต้องการของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุให้ข้อมูลตรงกันว่า การปรับตัวด้านร่างกายเป็นความต้องการพื้นฐาน เพื่อให้ร่างกาย ได้กินอาหารที่เป็นประโยชน์ถูกหลักอนามัย พักผ่อนเพียงพอ ออกกำลังกายโดยการเคลื่อนไหวที่เหมาะสม การป้องกันอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้น การทำกิจวัตรประจำวัน งดสิ่งเสพติดทุกชนิด การปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ ส่วนการพัฒนาภูมิปัญญาและประสบการณ์เกิดจากการสะสมความรู้และประสบการณ์อันยาวนานของผู้สูงอายุ โดยผ่านกระบวนการเรียนรู้ลักษณะต่าง ๆ แล้วเลือกสรรนำมาประพடுத்தปฏิบัติปรับปรุงพัฒนาให้เหมาะสมกับวิถีชีวิตของตนเองและคนในสังคม แล้วถ่ายทอดสืบต่อกันมาจนถึงปัจจุบันวิธีการถ่ายทอดภูมิปัญญามีหลายวิธี เช่น บอกเล่า

บรรยายด้วยวาจา สาธิต ทำให้เห็นจริง (ปฏิบัติ) การเขียนเป็นลายลักษณ์อักษร การแสดงออกซึ่งภูมิปัญญาที่ค้นพบ

รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ

การดูแลโดยผู้ดูแลหลักโดยสมาชิกในครอบครัวและความร่วมมือกับเครือข่ายภาครัฐ ภาคเอกชนและภาคประชาชน ดูแลทั้งร่างกาย จิตใจอารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาวะที่ดี

รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุอาศัยร่วมบ้านกับบุตรหลาน และผู้ดูแลหลักคือบุตรหลานนั่นเอง สามารถประกอบอาชีพได้ เนื่องจากเป็นผู้สูงอายุตอนต้น ร่างกายยังแข็งแรง ปฏิบัติกิจวัตรส่วนตัวได้ พึ่งพาลูกหลานบ้าง เช่น การไปโรงพยาบาล ไปซื้อยา ไปทำบุญที่วัด เป็นต้น

วิธีการดูแลผู้สูงอายุโดยดูแลตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 มาตราที่ 11 โดยได้รับบริการ 7 ด้าน ด้านนโยบายสาธารณสุขเพื่อสุขภาพ เน้นการกระจายรายได้และดูแลความสงบปลอดภัย ในหมู่บ้าน ชุมชน และภาคีเครือข่ายบริการสุขภาพ ตามยุทธศาสตร์ เมืองไทยแข็งแรง 6 อ. ผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชนและผู้ดูแลมีความรู้เรื่องกิจกรรม 6 อ. เป็นอย่างดี และผู้ทำหน้าที่หลักคือกระทรวงสาธารณสุขเป็นแม่ข่ายดำเนินการ ผู้สูงอายุไม่ได้ปฏิบัติกิจกรรมครบ 6 อ. เนื่องจากมีข้อจำกัดด้านสุขภาพ ด้านการเงิน ด้านการดูแล แต่ส่วนใหญ่ปฏิบัติจริงเพราะมีผลต่อสุขภาพ ทำให้ชีวิตมีความสุขมากขึ้น จึงเกิดพึงพอใจในกิจกรรมที่ได้ทำ⁽¹⁰⁾

ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

การมีคุณภาพชีวิตที่ดี ผู้สูงอายุได้มีความเห็นสอดคล้องกันว่า มาจากครอบครัวที่อบอุ่น ลักษณะพฤติกรรมที่พึงพอใจ เช่น สมาชิกในครอบครัว

มีความรัก ความสามัคคีต่อกัน ไม่ทะเลาะ ให้การช่วยเหลือเกื้อกูล อยู่ร่วมกันอย่างสงบสุข ทำมาหากินโดยสุจริต ดูแลเอาใจใส่ผู้สูงอายุอย่างใกล้ชิด ตอบสนองต่อความต้องการให้มากที่สุดการดูแลด้านร่างกายคือจัดหาอาหารตามหลักโภชนาการ การดูแลด้านจิตใจอารมณ์ความรู้สึกสถานการณ์นี้เป็นเรื่องละเอียดอ่อน ลูกหรือผู้ดูแลหลักต้องใช้จิตวิทยาอ่อนช้อยสูงเข้าถึงความรู้สึกของผู้สูงอายุให้ได้ ไม่ทำให้ผู้สูงอายุเครียดด้วยเหตุใด ๆ ให้มีความสำคัญเห็นคุณค่า ยกย่องนับถือ

อภิปรายผล

1. ระดับปัจจัยพื้นฐานของผู้สูงอายุ ด้านจิตลักษณะ ปัจจัยด้านความต้องการของผู้สูงอายุ คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่เขตเมืองของเขตสุขภาพที่ 3

จากการศึกษาพบว่า ระดับปัจจัยพื้นฐานของผู้สูงอายุในพื้นที่เขตเมืองของเขตสุขภาพที่ 3 ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยด้านจิตลักษณะของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยด้านความต้องการของผู้สูงอายุอยู่ในระดับมาก คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอยู่ในระดับมากที่สุด และรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ อยู่ในระดับมากที่สุด ผู้สูงอายุที่มีโรคหรือไม่โรค ล้วนต้องการความช่วยเหลือดูแลอย่างใกล้ชิดเพื่อช่วยเสริมสร้างให้ร่างกายแข็งแรง จิตใจเข้มแข็ง คอยให้กำลังใจ ให้ความรัก เพราะสังขารเปลี่ยนแปลงไป ความเสื่อมโทรมของร่างกายมารุมเร้าทำให้ขาดความสุข หรือเกิดความเครียดเพราะมีความเจ็บปวดของร่างกาย รวมถึงความสับสนของอารมณ์ หากมีผู้ดูแลที่รู้ใจ เอาใจใส่ดี มีหน่วยงานของภาครัฐและเอกชน คอยให้ความช่วยเหลือด้านการเงิน ด้านสิ่งแวดล้อม

สาธารณสุข จะเป็นพลังให้ผู้สูงอายุใช้ชีวิตที่มีสุข ได้ด้านการดูแลตนเอง พบว่าผู้ที่มีการศึกษาสูง จะให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำ ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพกายอยู่ในระดับปานกลางถึงดีมาก และภาวะสุขภาพกายมีผลต่อความพึงพอใจในการดำรงชีวิตฐานะทางเศรษฐกิจของผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์กลุ่มบุคคลที่ไม่สามารถทำงานได้ สมาชิกครอบครัวดูแลดี ไม่ขัดสนเรื่องเงินจึงไม่ประสบกับความยากลำบากในการดำรงชีวิต กลุ่มข้าราชการบำนาญมีเงินเพียงพอต่อการดำรงชีพและสามารถหารายได้เสริมได้อีกด้วยกลุ่มที่ทำงานหารายได้เลี้ยงตนเองและครอบครัวฐานะอยู่ระดับกลาง และกลุ่มสุดท้ายระบบรายได้ไม่พอเพียง ร่างกายไม่เอื้อต่อการทำงาน ประกอบกับมีโรคประจำตัว แต่จำเป็นต้องทำงานหาเงินเนื่องจากบุตรหลานไม่ได้สนับสนุน ส่งผลกระทบต่อจิตใจ ดังนั้นผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดีจึงมีความพึงพอใจในชีวิตสูงกว่าผู้ที่มีรายได้ต่ำ ฐานะทางสังคมของผู้สูงอายุ มีความหลากหลาย ในฐานะทางสังคมพบว่า ลักษณะอำนาจ เกียรติยศ และรายได้ มีความแตกต่างกันอย่างสิ้นเชิง ผู้สูงอายุที่มีฐานะทางสังคมดี มีคนยกย่อง เศรษฐกิจดี จะมีความพึงพอใจในชีวิตสูง ซึ่งตรงกันข้ามกับผู้สูงอายุที่มีฐานะทางสังคมไม่ดี จะมีความพึงพอใจในชีวิตต่ำ ความสัมพันธ์ของครอบครัวของผู้สูงอายุ จากการศึกษาที่มีข้อมูลสนับสนุนว่าครอบครัวของผู้สูงอายุ ที่สมาชิกปฏิบัติต่อผู้สูงอายุ โดยการดูแลเอาใจใส่ ให้การช่วยเหลือทุก ๆ ด้าน ให้ความรักใคร่ผูกพัน ห่วงใย เคารพนับถือเห็นผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่ทรงคุณค่า ในครอบครัวสิ่งดังกล่าวเป็นเครื่องสนับสนุนร่างกาย อารมณ์จิตใจ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจ

ในชีวิต มีความผาสุก ส่วนศักยภาพผู้ดูแลทั้งที่เป็นเครือญาติและไม่ใช่เครือญาติมีมุมมองในเรื่องความสำคัญของการดูแลผู้สูงอายุที่คล้ายคลึงกันว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ดูแลง่าย การดูแลต้องเข้าถึงจิตใจ อารมณ์ ความต้องการที่แท้จริง ต้องไม่ละเลยทุกเรื่อง ส่งเสริมและป้องกัน รูปแบบการดูแล พบว่ามี 2 กลุ่มคือ กลุ่มที่สามารถช่วยตนเองได้ทุกเรื่อง กลุ่มที่สามารถช่วยตนเองได้บางเรื่อง และกลุ่มที่ไม่สามารถช่วยตนเองได้ การดูแลก็จะแตกต่างกันออกไป การดูแลผู้สูงอายุในสองกลุ่มแรกขอเพียงผู้ดูแลได้เข้าใจถึงความต้องการ เข้าใจในความรู้สึกด้านอารมณ์จิตใจ และส่งเสริมกิจกรรมทางสังคม กลุ่มนี้จะใช้ชีวิตได้อย่างปกติ สำหรับกลุ่มที่ไม่สามารถช่วยตัวเองได้ ควรเตรียมอาหาร ดูแลเรื่องการรักษาโรค ด้านสิ่งแวดล้อมที่อาศัยสร้างให้เหมาะสมกับการทำกิจวัตรประจำวัน กลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่มีอารมณ์อ่อนไหวได้ง่าย จึงเป็นเรื่องละเอียดอ่อนที่ต้องทำความเข้าใจ ใช้ความอดทนอย่างสูงและเข้าใจพฤติกรรมที่ผู้สูงอายุแสดงออก ควรศึกษาวิธีการดูแลที่ถูกต้อง เพื่อป้องกันความปลอดภัยในทุกด้านเช่นการลื่นหกล้ม การหลงลืม การย่ำคิดย้ำทำ การพูดเพ้อเจ้อ ฯลฯ กล่าวได้ว่าผู้ดูแลถือเป็นบุคคลสำคัญที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับแนวคิดของ แคมป์เบล⁽¹¹⁾ ที่ว่าคุณภาพชีวิตหมายถึงความสุข ความพึงพอใจ และความหวังของแต่ละบุคคลที่มีต่อสถานการณ์ที่เป็นอยู่ในขณะนั้นและสอดคล้องกับแนวคิดของ ดาลกีและโรกี⁽¹²⁾ ที่ว่าเป็นความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อความเป็นอยู่ที่ดีหรือความผาสุก ความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจทั้งในเรื่องสุขภาพ กิจกรรมในชีวิต ความเครียด เป้าหมายของชีวิต คุณค่าในตนเอง ความซึ่มเศร้า ตลอดจนจนสังคมและ

ครอบครัว คุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ประสิทธิภาพหรือศักยภาพของตนเอง ในการทำหน้าที่สำหรับการดำเนินชีวิต สามารถควบคุมตนเองต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นรวมถึงความเจ็บป่วย และสอดคล้องกับโอเร็ม⁽¹³⁾ ที่ว่าคุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ของบุคคล โดยเชื่อว่าบุคคลสามารถรับรู้คุณภาพชีวิตได้แม้จะมีความเจ็บป่วย ซึ่งเป็นศักยภาพในการดูแลตนเองของบุคคล

2. ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในพื้นที่เขตเมืองของเขตสุขภาพที่ 3 ด้านสุขภาพกายสุขภาพจิต สังคม และจิตวิญญาณ

ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุดตัวแปรที่สำคัญ ๆ ที่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความพึงพอใจ และเกิดความสุขสะท้อนถึงคุณภาพชีวิตที่ดี⁽¹⁴⁾ สรุปได้ดังนี้

สาเหตุแห่งความสุข ผู้สูงอายุได้แสดงความเห็นสอดคล้องกันว่ามาจากครอบครัวที่อบอุ่น ลักษณะพฤติกรรมที่พึงพอใจเช่น สมาชิกในครอบครัวมีความรัก ความสามัคคีต่อกันไม่ทะเลาะ แต่ให้การช่วยเหลือเกื้อกูล อยู่ร่วมกันอย่างสงบสุข ทำมาหากินโดยสุจริต ดูแลเอาใจใส่ผู้สูงอายุอย่างใกล้ชิด ตอบสนองต่อความต้องการให้มากที่สุดการดูแลด้านร่างกายคือจัดหาอาหารตามหลักโภชนาการ การดูแลด้านจิตใจอารมณ์ความรู้สึกสถานการณ์นี้เป็นเรื่องละเอียดอ่อน ลูกหรือผู้ดูแลหลักต้องใช้จิตวิทยา ค่อนข้างสูง เข้าถึงความรู้สึกของผู้สูงอายุให้ได้ ไม่ทำให้ผู้สูงอายุเครียดด้วยเหตุใด ๆ ให้ความสำคัญเห็นคุณค่ายกย่องนับถือ

การไปทำบุญที่วัด ผู้สูงอายุแสดงความคิดเห็นคล้ายกันว่า ทำบุญแล้วสบายใจมีความสุข นอนหลับดี จิตใจสงบ และยังได้

พบเพื่อนในวัยเดียวกัน ได้พูดคุยถามไถ่ทุกข์สุข มีผลให้คลายเหงาต้องการมีเงินไปทำบุญมาก ๆ จะได้เผื่อแผ่ไปยังคนที่เรารักแต่มีข้อจำกัดเรื่องสุขภาพและลูกหลานไม่ค่อยมีเวลาพาไป เป็นภาระทั้งไปรับไปส่งแต่ส่วนใหญ่ ลูกหลาน ยินดีสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้ทำบุญที่วัด หรือ งานบุญใหญ่ ฯลฯ ลูกหลาน เพื่อนบ้าน ชุมชน ยังให้ความสำคัญและเห็นคุณค่าความสำคัญของผู้สูงอายุ ต้องการให้ร่างกายแข็งแรงคือสุขภาพดี แม้ว่าจะไม่เหมือนเดิม ขอเพียงให้ใช้ชีวิตได้อย่างคนปกติ คือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ โดยลดการพึ่งพาจากผู้อื่น จากร่างกายแข็งแรงจิตใจสมบูรณ์ไปด้วยเพราะกายและใจมีความสัมพันธ์กันทุกรายตอบว่าว่าการเข้าร่วมกิจกรรมเป็นเรื่องดีต่อสุขภาพของตนเอง ยินดีเข้าร่วมกิจกรรมเพราะเป็นเรื่องการดูแลตนเอง เช่น การออกกำลังกายส่วนใหญ่ ใช้วิธีการเดินช้า ๆ ช่วงตอนเช้า การทำผักสวนครัว ฯลฯ การเข้าร่วมอบรมสัมมนาได้รู้วิธีการกินอาหารที่ถูกต้อง อยู่ท่ามกลางสิ่งแวดล้อมที่สะอาดบริสุทธิ์ ส่งผลให้อารมณ์ดี ไม่เครียด ช่วยให้ชีวิตเป็นสุข รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุอาศัยร่วมกับบุตรหลาน และผู้ดูแลหลักคือบุตรหลานนั่นเอง สามารถประกอบอาชีพได้เนื่องจากเป็นผู้สูงอายุตอนต้นร่างกายยังแข็งแรงดี ทำกิจวัตรส่วนตัวได้ พึ่งพาลูกหลานบ้างเล็กน้อยเช่น พาไปโรงพยาบาลไปซื้อยา ไปทำบุญที่วัด เป็นต้น ผู้ดูแลที่เข้าใจความรู้สึก ความต้องการของผู้สูงอายุ ถือเป็นบุคคลสำคัญที่ทำให้มีผลต่อความพึงพอใจ ในชีวิตผู้ร่วมสนทนา ยังกล่าวว่าการมีธรรมะเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวด้านจิตใจ ทำให้ชีวิตมีความสุข และปัจจุบันผู้สูงอายุพึงพอใจต่อความเป็นอยู่มาก

ความพึงพอใจในรูปแบบการดูแลของภาครัฐภาคเอกชนและภาคชุมชน ในลักษณะเครือข่ายความช่วยเหลือโดยมีครอบครัวเป็นผู้ประสานความร่วมมือ ทุกรายตอบเป็นเสียงเดียวกันว่า พึ่งพอใจมากแล้ว สามารถช่วยให้ชีวิตมีความสุขขึ้น สอดคล้องกับ องค์การอนามัยโลก กล่าวว่าองค์ประกอบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ประกอบไปด้วย

1) ร่างกาย (Physical domain) เป็นการรับรู้ด้านร่างกายของบุคคลที่มีผลต่อชีวิตประจำวัน เป็นองค์ประกอบที่สำคัญของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ การมีสุขภาพร่างกายที่ดี ทำให้รับรู้ว่ามีคุณภาพชีวิตที่ดีสุขภาพดียอมเป็นที่ปรารถนาของทุกคนผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่เป็นโรคภัยกว่าผู้อื่น เนื่องจากสมรรถภาพในการทำหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายเสื่อมถอยลง หากผู้สูงอายุยอมรับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย ปรับตัวให้เหมาะกับภาวะสุขภาพ การประเมินสุขภาพตนเองบ่งบอกถึงความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุได้ดีที่สุด จึงกล่าวได้ว่าปัญหาด้านร่างกายที่เกิดจากการเสื่อมถอย และจากการเจ็บป่วยหรือมีโรคประจำตัว ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งผู้สูงอายุจะประเมินตนเองที่แตกต่างกัน สิ่งเหล่านี้จึงเป็นตัวบ่งชี้คุณภาพชีวิตทั้งสิ้น ดังนั้นองค์ประกอบด้านร่างกายจึงมีผลต่อคุณภาพชีวิต

2) จิตใจ (Psychological domain) เป็นการรับรู้สภาพจิตใจของตนเอง อาจรับรู้ได้ทั้งทางบวกและทางลบที่บุคคลอื่นมีต่อตนเอง จิตใจจึงเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของคุณภาพชีวิต เพราะจิตใจผูกพันกับร่างกายอย่างใกล้ชิด หากผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพกาย ทำให้สูญเสียการทำงานก่อให้เกิดความเครียด สิ่งเหล่านี้จึงรบกวนจิตใจ

และอารมณ์ ทำให้ขาดความสุข⁽¹⁵⁾ จึงกล่าวได้ว่าการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายกระทบถึงจิตใจของผู้สูงอายุอย่างมาก การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจของแต่ละคนมีความแตกต่างกันออกไป ขึ้นอยู่กับความสามารถในการรับรู้ของแต่ละคน ถ้าผู้สูงอายุมีความมั่นคงเข้าใจตนเองและตอบสนองต่อภาวะต่าง ๆ ในทางที่ดีแก้ปัญหาและปรับสภาพจิตใจได้ ยอมรับความจริงย่อมทำให้มีความสุขได้ ดังนั้นปัจจัยต่าง ๆ จึงเป็นตัวทำนายภาวะจิตใจได้อาจมีผลโดยตรงหรือโดยอ้อม จิตใจจึงมีผลต่อคุณภาพชีวิต

3) ความสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationship domain) เป็นการรับรู้ด้านความสัมพันธ์ของตนเองกับบุคคลอื่นในสังคม เป็นองค์ประกอบที่สำคัญของคุณภาพชีวิตเช่นกัน เพราะมนุษย์ไม่สามารถอยู่คนเดียวในโลกได้ ต้องมีครอบครัว ชุมชน จึงทำให้ชีวิตมีความหมายมากขึ้น ผู้สูงอายุที่มีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น จะมีความสุข มีความพึงพอใจมากกว่าผู้สูงอายุที่ขาดความสัมพันธ์กับกลุ่มบุคคลอื่น

จึงกล่าวได้ว่าความสัมพันธ์ทางสังคมของผู้สูงอายุมีทั้งครอบครัว บุตรหลาน เครือญาติ เพื่อนฝูง ความสัมพันธ์เป็นสิ่งดีต่อผู้สูงอายุ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความสุขในชีวิต ดังนั้นความสัมพันธ์ทางสังคมจึงมีผลต่อคุณภาพชีวิต

4) สภาพแวดล้อม (Environmental domain) เป็นการรับรู้และมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างตนเองกับสภาพแวดล้อม ที่อยู่อาศัย สาธารณูปโภค สภาพแวดล้อมทางจิตเช่น การปกครอง สวัสดิการ การคมนาคม ตลอดจนความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น สภาพแวดล้อมได้รวมถึงความเจริญของท้องถิ่น เห็นได้จากความเป็นอยู่ เศรษฐกิจรายได้ ภาคใต้นั้น เป็นสังคมเกษตรกรรม

จึงกล่าวได้ว่าสภาพแวดล้อมบางอย่าง ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวได้ดี แต่บางคนยากที่จะปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมได้ เช่น สภาพแวดล้อมทางจิตสังคม (การปกครอง การคมนาคม สวัสดิการสังคม เป็นต้น) ดังนั้นสภาพแวดล้อมจึงผลต่อคุณภาพชีวิตส่วน ได้กล่าวว่างค์ประกอบคุณภาพชีวิต มี 5 ด้าน ได้แก่

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

2) ด้านระดับความเป็นอิสระของบุคคล (Level of independence domain) คือการรับรู้ถึงความเป็นอิสระที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น การรับรู้ถึงความสามารถในการเคลื่อนไหวของตน รับรู้ถึงการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน รับรู้ถึงความสามารถในการทำงานของตน ไม่ต้องพึ่งพาหรือการรักษาทางการแพทย์

3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social-relationship domain) การรับรู้ความสัมพันธ์ของตนกับผู้อื่น การได้รับความช่วยเหลือจากผู้อื่นในสังคม การรับรู้ว่าเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือผู้อื่น รับรู้เรื่องอารมณ์ทางเพศ หรือการมีเพศสัมพันธ์

4) ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment domain) รับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น รู้ว่าตนมีชีวิตที่อิสระ มีความปลอดภัย และมั่นคงในชีวิต รับรู้ว่าอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดี ปราศจากมลพิษ มีแหล่งประโยชน์ด้านการเงิน

สถานบริการด้านสุขภาพ และสังคมสงเคราะห์
รับรู้ว่าตนมีโอกาสได้รับข่าวสาร หรือฝึกฝนทักษะ
ต่าง ๆ รับรู้ว่าตนมีกิจกรรมยามว่าง เป็นต้น

5) ด้านความเชื่อส่วนตัว (Spirituality
religion/person beliefs Domain) คือการรับรู้
เกี่ยวกับความเชื่อมั่นต่าง ๆ ของตน ที่มีผลต่อ
การดำเนินชีวิตเช่นรับรู้ความเชื่อด้านจิตวิญญาณ
ศาสนา การให้ความหมายของชีวิต และความ
เชื่ออื่นๆ ที่มีผลในทางดี เอาชนะอุปสรรคได้
และสอดคล้องกับงานวิจัย⁽¹⁶⁾ ซึ่งเป็นความผาสุก
ที่สามารถรับรู้ได้ ประกอบด้วย 4 ด้าน ดังนี้

1) ด้านความผาสุกของร่างกาย
(physical well-being) เป็นความรู้สึกของบุคคล
ในการควบคุมหรือบรรเทาอาการเจ็บปวดด้าน
ร่างกาย และการคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของร่างกาย

2) ด้านความผาสุกทางใจ
(Psychological well-being) เป็นวิธีที่จะเผชิญ
ความเจ็บป่วยของบุคคล ให้มีความรู้สึกทางบวก
ต่อการเปลี่ยนในชีวิตที่เกิดขึ้น ในเรื่องของ
การเผชิญความเครียด ความรู้สึกกลัวในสิ่งที่ไม่รู้
และการให้ทางเลือกของชีวิต

3) ด้านความผาสุกทางสังคม (Social
well-being) เป็นความรู้สึกต่อบุคคลหรือ
สิ่งแวดล้อม สัมพันธภาพกับบุคคลอื่นและบทบาท
ทางสังคม

4) ด้านความผาสุกทางจิตวิญญาณ
(Spirical well-being) ได้แก่ ความหวัง ความเชื่อ
ของบุคคลทั้งในศาสนา หรือสิ่งอื่นที่เป็นแหล่ง
สนับสนุนทางด้านจิตวิญญาณของบุคคล

3. รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ เขตเมืองของเขตสุขภาพที่ 3 และวิธีการดูแล ผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม

รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุภาพรวมอยู่ใน
ระดับที่ดีมาก รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุหมายถึง
การดูแลโดยผู้ดูแลหลักโดยสมาชิกในครอบครัว
และโดยความร่วมมือกับเครือข่ายภาครัฐ
ภาคเอกชนและภาคประชาชน ดูแลทั้งร่างกาย
จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ จำนวน
12 ราย เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดี ผลการศึกษา
พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่กับครอบครัวมี
9 ราย อาศัยอยู่ตามลำพัง 3 ราย และมี 2 รายที่
ต้องพึ่งพิงผู้ดูแลเล็กน้อยในการทำวัตรประจำวัน
นอกนั้นสามารถช่วยเหลือตนเองได้ทุกเรื่อง
สอดคล้องกับแนวคิด⁽¹⁷⁾ กล่าวว่าหลักสำคัญของ
การดูแลผู้สูงอายุด้วยตัวผู้สูงอายุเองก็คือต้องให้
ผู้สูงอายุเหล่านั้นสามารถดำเนินชีวิตได้ด้วยตนเอง
โดยพึ่งพาผู้อื่นน้อยที่สุดและมีความสุขกายสบายใจ
ในบั้นปลายของชีวิต ดังคำที่ว่า “เป็นร่มโพธิ์ร่มไทร
ของลูกหลาน” การดูแลผู้สูงอายุด้วยตัวผู้สูงอายุเอง
หมายถึงจะทำอย่างไรให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิต
ที่ดีคือผู้สูงอายุที่มีความสุขความพอใจตามอัตภาพ
สามารถทำประโยชน์ทั้งต่อตนเองต่อผู้อื่นต่อชุมชน
และต่อสังคมเพื่อที่จะนำไปสู่การได้รับค้ำยกย่อง
และสรรเสริญจากสังคมโดยรวมสิ่งสำคัญที่จะทำให้
ผู้สูงอายุมีชีวิตที่เป็นสุขคือการมีคุณภาพชีวิตที่ดี
ซึ่งอาจจะขึ้นอยู่กับปัจจัยหรือองค์ประกอบของการ
มีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุจำนวน 3 ประการ
ดังนี้⁽¹⁸⁾

1) การมีสุขภาพดี หมายถึง ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทางด้านร่างกายจิตใจสังคมและปัญญาโดยเชื่อมโยงเป็นองค์รวมอย่างสมดุล ประกอบด้วยสุขภาพกายที่ดีสุขภาพจิตที่ดีสุขภาพทางสังคมที่ดีและสุขภาพทางปัญญาที่ดีโดยเฉพาะอย่างยิ่งจะต้องเน้นที่จะทำให้อวัยวะอยู่ในสภาพที่ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ร่วมกับส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถร่วมกิจกรรมต่างๆได้ตามที่สภาพร่างกายจิตใจและเวลาเอื้ออำนวยโดยหลัก 11 อ. เพื่อสุขภาพกายใจที่ดีคืออาหารออกกำลังกาย อนามัยอุจจาระ/ปัสสาวะอากาศ (แสง) อาทิตย์ อารมณ์ อติเรกอนาคตอบอุ่นและอุบัติเหตุ ดังนั้นการดูแลผู้สูงอายุจะต้องปรับการดูแลให้เหมาะสมตามสภาพปัญหาที่แตกต่างกันหรือการเปลี่ยนแปลงที่ไม่เท่ากันโดยขึ้นอยู่กับสุขภาพและการใช้ชีวิตในวัยที่ผ่านมา

2) การร่วมแรงร่วมใจกันทำงานคือมีส่วนร่วมในการประกอบกิจการงานต่างๆ ตามอัตภาพโดยยังประโยชน์ต่อตนเองและประโยชน์ต่อผู้อื่นสมเป็นคนดีกล่าวคือต้องเตรียมตัวเตรียมใจยอมรับสภาพการณ์ในชีวิตควรจะหางาน อติเรกหรือกิจกรรมต่างๆทำเพื่อประโยชน์ต่อตนเองและผู้อื่นเช่น การอ่านเขียนหนังสือ ทำบุญทำทาน ออกกำลังกาย การรดน้ำต้นไม้ และเก็บกวาดบ้าน เป็นต้น ดังนั้นผู้สูงอายุต้องทำงานเพื่อเป็นการพึ่งตนเองให้มากที่สุดและอย่าพึ่งคนอื่นเป็นดีที่สุด

3) มีความมั่นคงในชีวิต หมายถึง มีหลักประกันในชีวิตหรือความมั่นคง 3 เรื่อง ประกอบด้วย 1) ความมั่นคงทางเศรษฐกิจ คือ มีเงินใช้จ่ายในชีวิตประจำวันมีการสร้างความมั่นคงทางเศรษฐกิจจะต้องรู้จักเก็บหอมรอมริบตั้งแต่วัยหนุ่มสาวเพื่อจะได้มีไว้ใช้อนาคต ทั้งยามปกติ ยามชรา

และยามเจ็บป่วย 2) ความมั่นคงในชีวิตและทรัพย์สินคือสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปลอดภัยไปไหนมาไหนไม่มีใครทำร้ายรวมไปถึงอยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดีมีที่อยู่อาศัยที่เป็นส่วนตัวบรรยากาศดีและมีเครื่องมือเครื่องใช้ที่จำเป็นและ 3) ความมั่นคงในครอบครัวชุมชนและสิ่งแวดล้อมคือมีครอบครัวที่ดีอยู่ร่วมกันด้วยความร่มเย็นเป็นสุขเมื่อครอบครัวดีร่มเย็นเป็นสุขชุมชนก็จะดีร่มเย็นเป็นสุขเมื่อชุมชนดีร่มเย็นเป็นสุขประเทศชาติก็ดีร่มเย็นเป็นสุขเช่นกันรวมถึงการมีสิ่งแวดล้อมที่ดีก็จะส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีด้วยและสอดคล้องกับแนวคิดของ ศศิปัทธน์ ยอดเพชร และคณะ⁽¹⁹⁾ ได้นำเสนอตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของครอบครัวและชุมชนในชนบทไทย ซึ่งเป็นการถอดตัวแบบพฤติกรรมของผู้ดูแลที่มีต่อผู้สูงอายุโดยมุ่งหวังให้เกิดผลทางจิตวิทยามากกว่าการลอกเลียน ซึ่งพบว่า ตัวแบบการดูแลที่ดีของครอบครัวประกอบด้วยตัวชี้วัดหลัก 9 ประการ ได้แก่ การดูแลสุขภาพวิद्याส่วนบุคคลการจัดการเรื่องยาก การช่วยเหลือในการเคลื่อนไหวการดูแลแผลกดทับ การจัดอาหารที่เหมาะสม การป้องกันอาหารการดูแลด้านการขับถ่าย การสร้างความมั่นคงทางด้านอารมณ์และการดูแลด้านอารมณ์จิตใจและจิตวิद्याโดยผู้ดูแลในครอบครัวเป็นองค์ประกอบแรกที่มีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพามากที่สุดซึ่ง และสอดคล้องกับผลการวิจัย⁽²⁰⁾ พบว่า ครอบครัวและคนในชุมชนเป็นกลุ่มที่มีความใกล้ชิดและสนิทสนมกับผู้สูงอายุมากที่สุด มีศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน คือค่านิยมความกตัญญูกตเวทิตูแลเอาใจใส่บุพการีหรือผู้สูงอายุด้วยความเคารพรักเยื้อมเยียนพูดคุยและให้กำลังใจซึ่งทำให้ผู้สูงอายุคลายเหงาและมีความสุขได้

ระดับหนึ่งดังนั้นครอบครัวจึงเป็นกลุ่มที่ให้การดูแลผู้สูงอายุครอบคลุม 5 มิติประกอบด้วย⁽²¹⁾

1. บทบาทในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยเน้นการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุทั่วไปและกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้าน/ ติดเตียงซึ่งจะต้องให้ความช่วยเหลือและดูแลเรื่องการทํากิจวัตรประจำวัน ครอบคลุมทุกอย่างตั้งแต่เรื่องอาหารการกินแต่งตัว ทำความสะอาดร่างกาย การใช้ห้องน้ำห้องส้วม เคลื่อนที่ภายในบ้าน และออกไปทํากิจกรรมนอกบ้านซึ่งจะต้องสลับเวลาในการร่วมกันดูแลเนื่องจากมีภาระต้องทํามาหากินหรือมีธุระต้องทํารวมไปถึง การนอนเฝ้าเวลากลางคืน

2. บทบาทในการให้ความช่วยเหลือและสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการดำเนินชีวิตประจำวัน สำหรับผู้สูงอายุ อาทิ ให้เงินใช้รับผิดชอบดูแลค่าใช้จ่ายในบ้านเช่น ค่ากับข้าว ค่าน้ำค่าไฟ ค่ารักษาพยาบาล หรือจัดหาวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นต่าง ๆ สำหรับการดูแลกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียงเช่น กระจกขาชำระผ้าอ้อมสำเร็จรูป เป็นต้น

3. บทบาทในการดูแลอาหารและโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุคือจัดเตรียม และทํາอาหารให้ผู้สูงอายุทั่วไปและผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว

4. บทบาทในการดูแลผู้สูงอายุตามบรรทัดฐานและค่านิยมที่ดีของวัฒนธรรมไทยคือปรนนิบัติดูแลเอาใจใส่ผู้สูงอายุทั้งยามปกติยามเจ็บป่วยรวมไปถึงเยี่ยมเยียนพูดคุย และให้กำลังใจ

5. บทบาทในการจัดสภาพแวดล้อมทางกายภาพที่เอื้อต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุโดยการจัดบ้านสภาพแวดล้อมบรรยากาศทั้งในบ้านและรอบ ๆ บ้านจัดหาเครื่องมือ และวัสดุ

อุปกรณ์ต่าง ๆ ให้เอื้อต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุแต่ก็พบว่าบางบ้านก็ยังมีการจัดบรรยากาศสถานที่และจัดหาเครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ ไม่เอื้อต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ เช่น ความสะอาด ฝุ่นละออง

ข้อจำกัด หรือจุดอ่อนของการวิจัยนี้

1. ความซับซ้อนของเนื้อหาหรือปัญหาที่จะศึกษา
2. ความยากในการเก็บรวบรวมข้อมูล เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีข้อจำกัดเรื่องสายตา การอ่าน การได้ยิน
3. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลทางการศึกษา มีความแม่นยำและเชื่อถือได้ น้อยกว่าเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองทางวิทยาศาสตร์

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1. ผู้เกี่ยวข้องหรือผู้ดูแลควรให้ความสำคัญเกี่ยวกับการดูแลภาวะทางกาย เศรษฐกิจ สังคม ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว และจัดหลักสูตรความรู้ด้านการดูแลผู้สูงอายุกับผู้ดูแลให้มีความรู้ความเข้าใจ และนำลงสู่การปฏิบัติได้อย่างเหมาะสม
2. ผู้เกี่ยวข้องหรือผู้ดูแลควรส่งเสริมและเอาใจใส่ด้านสุขภาพจิต ให้ความสำคัญและเห็นคุณค่าของผู้สูงอายุ สนับสนุนให้ร่วมกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพอนามัย
3. ผู้เกี่ยวข้องหรือผู้ดูแลควรให้ความสำคัญด้านความต้องการของผู้สูงอายุ ควรจัดเรื่องราวให้เหมาะสมกับความต้องการ เช่น ที่อยู่อาศัย สิ่งแวดล้อม กิจกรรมทางศาสนา เป็นต้น เพื่อเป็นเครื่องสนับสนุนคุณภาพชีวิต

4. ผู้เกี่ยวข้อง หรือผู้ดูแลผู้สูงอายุ ควรจัดหาอาชีพเสริมสำหรับผู้สูงอายุตอนต้น เพื่อให้มีรายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวันของแต่ละคน ซึ่งจะช่วยให้เกิดความภาคภูมิใจ และส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีได้

5. การศึกษาครั้งนี้ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจังหวัดในพื้นที่เขตเมืองของเขตสุขภาพที่ 3 เท่านั้น จึงควรศึกษาขยายผลให้ครอบคลุมทั้งประเทศ ทั้งในเขต และนอกเขตเทศบาล เพื่อเป็นตัวแทนที่ดี และเหมาะสมต่อไป

6. ควรศึกษาปัจจัยให้หลากหลายมากขึ้น เช่น อาชีพ จำนวนสมาชิกในครอบครัว บ้านที่อยู่อาศัย รายได้ของสมาชิกในครอบครัว เป็นต้น

7. ควรศึกษาความพึงพอใจที่ได้รับสวัสดิการจากภาครัฐ เพื่อนำผลการวิจัยมาใช้ในการวางแผนดำเนินกิจกรรมของภาครัฐ เพื่อพัฒนาให้เหมาะสมต่อไป

8. ควรศึกษาเจตคติของกลุ่มประชากรวัยต่าง ๆ เช่น วัยเด็ก วัยผู้ใหญ่ตอนต้น ตอนปลาย เพื่อนำผลไปให้ความรู้ และปฏิบัติต่อผู้สูงอายุ ได้ถูกต้องและเหมาะสมต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยต่อไป

1. ควรประยุกต์การวิจัยแบบ Quasi-experimental research เพื่อให้ได้ข้อสรุปที่ชัดเจนยิ่งขึ้น
2. ควรมีการวิจัยที่ประยุกต์ใช้หลักทฤษฎีคุณภาพด้านสุขภาพในชุมชน

แนะนำการอ้างอิงสำหรับบทความนี้

นเรศน์ จิตินันท์วิวัฒน์ และ จุฬาลักษณ์ จิตินันท์วิวัฒน์. ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในพื้นที่เขตเมืองของ เขตสุขภาพที่ 3. วารสารสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง 2563; 5(2): หน้า 60-77.

Suggested citation for this article

Thitinunthiwat N., Thitinantiwat C. Factors affecting the quality of life of the elderly in urban areas of the 3rd Regional Health. Institute for Urban Disease Control and Prevention Journal 2020; 5(2): page 60-77.

เอกสารอ้างอิง

1. คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ. **สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2547.** สำนักงานส่งเสริมสวัสดิการและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส คนพิการและผู้สูงอายุ. กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. 2550.
2. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. **เอกสารประกอบการระดมความคิดเห็น ทิศทางของแผนฯ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 – 2564) [อินเทอร์เน็ต].** [2563]. [เข้าถึงเมื่อ 25 สิงหาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.nesdb.go.th//Default.aspx?tabid=535>
3. สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี. **รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย.** กรุงเทพมหานคร: สวัสดิการสำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี. 2540.
4. ศิริวรรณ ศิริบุญ. **การตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ : ศึกษากรณีตัวอย่างการจัดตั้งศูนย์การทางสังคมของผู้สูงอายุ.** กรุงเทพฯ. วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2543.
5. วรเดช จันทรร. **ทฤษฎีการนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติ.** กรุงเทพฯ: พริกหวานกราฟฟิค. 2551.
6. นันทิญา อังกินันท์. **คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตบางกอกน้อย.** ปรินญา นินพนธ์ ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาไทยศึกษา โครงการบัณฑิตศึกษา สถาบันราชภัฏธนบุรี. 2545.
7. จิราพร เกศพิชญวัฒนา และคณะ. **ความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุไทย: การศึกษาเชิงคุณภาพ.** วารสารสมาคมพุดชาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, กรุงเทพมหานคร. 2543; 2(4):36 – 41.
8. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. **คุณภาพชีวิตคนไทย.** กรุงเทพมหานคร. สำนักสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2547.
9. ปัญญาภัทร ภัทรกัณฑ์ทากุม. **การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมและความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุ** **วิทยานิพนธ์พยาบาล ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลผู้สูงอายุ.** กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2544.
10. รุจา ภูไพบูลย์. **การพยาบาลครอบครัว : แนวคิดทฤษฎีและการนำไปใช้.** พิมพ์ครั้งที่ 3 กรุงเทพมหานคร : วีเจ พรินต์ติ้ง. 2541.
11. Campbell, A. **Subjective measures of Well-being.** American Psychologist, 31;1976; 117- 124.
12. Oakley, P. **Approaches To Participation In Rual Development.** Geneva : Internation Office,1984.
13. Orem, D. E. **Nursing : Concepts of practice.** (4th ed.) St. Louis C.V. Mosby,1985.
14. วรณา กุมารจันทร์. **คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตภาคใต้ตอนบน.** วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต สาขาพยาบาลผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยมหิดล. 2543.

15. Koufman , H. F. **Participation Organized Activities in Selected Kentucky Localities .** Agricultural Experiment Station Bulletins. March ,1949.
16. Ferrel B. A. et al. (1995). **Quality of life in long-term cancer survivors.** On cology Nursing Forum, 22(6), 915-922.
17. ทิพาภรณ์ โพธิ์ถวิล. **กลไกการบริหารระบบสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุไทย.** ชุดโครงการวิจัยและพัฒนานโยบายระบบสวัสดิการสังคมเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในประเทศไทย คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์และสวัสดิการสังคม มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ คุณภาพชีวิต [อินเทอร์เน็ต]. [2563]. [เข้าถึงเมื่อ 25 สิงหาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.nu.ac.th>
18. สมโภชน์ อเนกสุข และกชกร สังขชาติ. **รูปแบบการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุเกิน 100 ปี จังหวัดชลบุรี.** วารสารศึกษาศาสตร์ 2548; 17(1): 95-107.
19. ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ. **ตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของครอบครัวและชุมชนชนบทไทย.** กรุงเทพฯ. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. 2552.
20. สุพัตตา ถิ่นมั่น. **ปัจจัยคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตำบลย่านยาว จังหวัดสุโขทัย.** กรุงเทพมหานคร. มหาวิทยาลัยมหิดล. 2547.
21. อัจฉรา รักษ์ยุติธรรม และกฤษฎา บุญชัย. **นโยบายแก้ไขปัญหาคความยากจนของรัฐบาลอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ.** ประเทศไทย. 2552.