# คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดชุมพร

# Quality of Life among the Elderly in Chumporn Province

ชลธิชา ตั้งอั้น[1*]
Chonticha Tongun[1*]

## บทคัดย่อ

การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดชุมพรครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อบรรยายถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องมีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และปัจจัยแห่งความผาสุกในด้านร่างกาย จิตใจ สังคมสิ่งแวดล้อม และจิตวิญญาณ ตามแนวคิดมุมมองของตัวผู้สูงอายุเอง ตลอดจนค้นหาแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์จากผู้สูงอายุ 30 ราย ให้ได้ข้อสรุปที่เป็นมาตรฐานในการจัดรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่เหมาะสม โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงบรรยายหรือเชิงพรรณนา ผลวิจัยสะท้อนให้เห็นถึงวิธีการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งมีความละเอียดอ่อนความลุ่มลึกในทุกๆ ด้าน ในการสร้างต้นทุนชีวิตให้งอกงามเกิดความผาสุก โดยคัดสรรสิ่งที่ดีที่สุดเติมเต็มทักษะชีวิตที่จำเป็น ก่อให้เกิดความพึงพอใจนำไปสู่ความมั่นคงและความสำเร็จชีวิต ชีวิตที่ได้ผ่านประสบการณ์อันยาวนาน ด้วยเหตุแห่งความตระหนักในเรื่องการดูแลตนเองให้ถึงพร้อมในทุกๆ ด้าน รักษาสภาพจิตให้เต็มเปี่ยมไปด้วยคุณงามความดี รวมทั้งการสร้างบุญกุศลไว้เป็นต้นทุนแห่งจิตวิญญาณของตนเพื่อนำไปใช้ในชีวิตหลังความตาย ตามความเชื่อและการเตรียมจิตใจไปกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นตามภาวะกาลเวลา ใช้ชีวิตร่วมกับบุตรหลานร่วมสายโลหิต ดั่งที่คาดหวังไว้ให้มีสุขในห้วงท้ายของชีวิต ผนวกกับการได้รับความห่วงใยจากภาครัฐ ถึงแม้ว่าอาจไม่ตรงกับสิ่งที่ตนเองปรารถนามากนัก อาทิ เช่นการได้รับการบริการที่ยุ่งยากซับซ้อนขาดความยุติธรรมอยู่บ้าง แต่ในด้านดีสะท้อนให้เห็นถึงกัลยาณมิตรที่เต็มเปี่ยมไปด้วยความห่วงหาอาทรฉันสังคมไทย สายใยไออุ่นจากวัฒนธรรมประเพณีและชุมชนเพื่อนบ้านดั้งเดิม ที่แวดล้อมผู้ที่ได้ชื่อว่าเป็น “บุคคลควรแก่การกตัญญู” ล้วนเติมเต็มชีวิตผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตดี มีความผาสุก ซึ่งจะนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีในผู้สูงอายุ

ผลการวิจัยพบว่า สิ่งที่เกี่ยวข้องมีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ด้านความผาสุกที่แท้จริงของผู้สูงอายุในจังหวัดชุมพรนั้น บรรยายได้ด้วยปัจจัยพื้นฐาน ปัจจัยจิตลักษณะ ปัจจัยความต้องการ ปัจจัยรูปแบบการดูแลและวิธีการดูแลผู้สูงอายุ และผลการวิเคราะห์เนื้อหาเชิงลึก ด้านแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตจากการคาดหวังของผู้ให้ข้อมูล พบว่าการเอาใจใส่จากครอบครัวถือเป็นประเด็นสำคัญที่สุด เน้นการดูแล

[1] ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพัฒนา แขนงวิชาการพัฒนาสังคม มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา
[1] Doctor of Philosophy in Development Administration, Suan Sunandha Rajabhat University
* Corresponding author. Tel. 081-0756290 E-mail: chonticha2012@hotmail.co.th

เรื่องจิตใจ ด้านฐานะการเงินมีความสำคัญมาก ในเรื่องที่ต้องมีเงินเก็บไว้เพื่อทำบุญ เพื่อแจกจ่ายลูกหลาน เสมือนสุขใจผู้ให้ซึ้งใจผู้รับ และเพื่อเก็บไว้ทำศพตนเอง เป็นการลดภาระลูกหลาน แม้ว่าผู้สูงอายุไทยไม่ได้มีการเตรียมตัวที่จะเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ เพราะคิดว่าเป็นหน้าที่ของลูกหลานที่ต้องดูแล แต่อย่างไรก็ตามพบว่าผู้สูงอายุในจังหวัดชุมพรมีการออมเงินไว้ทำศพตนเอง แสดงถึงการเตรียมตัวอีกด้านหนึ่ง ส่วนด้านเบี้ยยังชีพ เบี้ยคนชรา และผู้พิการมีความพึงพอใจคิดว่าเป็นเรื่องดี อีกทั้งต้องการให้ลูกหลานพาไปวัดทำบุญ เพื่อสร้างสมบุญและต้องการเห็นลูกหลานตนมีความรักความปรองดอง เส้นทางผ่านประสบการณ์ชีวิตของกลุ่มบุคคลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าผู้สูงอายุในจังหวัดชุมพร มีองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตที่สมบูรณ์ก่อให้เกิดความผาสุก เอื้อต่อการมีอายุยืนยาวอยู่ต่อไป
**คำสำคัญ:** คุณภาพชีวิต, ผู้สูงอายุ, จังหวัดชุมพร

## Abstract

The purpose of this research was to describe factors affecting the quality of life among elderly people in Chumphon Province by studying factors of well-being, including physical and mental health, social and environmental factors, as well as their character and spirit from their perspective. In addition, the study considered how to further develop the quality of life for the elderly. A descriptive research method was used to analyze data collected from a standard questionnaire given to 30 elderly people.

The research found that the way of living for the selected elderly people required thoughtful and delicate care in every aspect to make them see their lives as secure, satisfying and successful. They realized that self-care was very important as well as keeping their minds alert and believing that they were collecting merit for their next life. In addition, they prepared themselves for any changes that might occur in their lives and wanted to be with their children and grandchildren in their last phases of life. Care of and kindness toward elderly people was still a significant norm in Thai society, although it was found that government services were probably inadequate and sometimes inconvenient. Elderly people viewed that quality of life was fulfilled by having good physical and mental health as well as receiving good care from family members. A good financial situation, taking good care of their health, promoting merit-making activities and caring for their mental capabilities were all seen as significant factors for well-being.

The research concluded that the quality of life for the selected elderly people in Chumphon Province could be explained by fundamental factors, psychological characteristics, factors of needs, and factors of forms and method of taking care of the elderly. In-depth analysis showed that receiving good care from family members was the most significant factor for having an improved quality of life.
**Keywords:** Quality of Life, Elderly, Chumphon Province

## ความสำคัญของปัญหา

ความเจริญก้าวหน้าทางการแพทย์การสาธารณสุข และการสื่อสารด้านเทคโนโลยี มีผลให้ประชากรผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดี มีอายุขัยเฉลี่ยยืนยาวกว่าในอดีต องค์กรสหประชาชาติได้คาดการณ์ไว้ว่าอีกประมาณ 4 ทศวรรษข้างหน้า (พ.ศ.2593) ประชากรผู้สูงอายุจะเพิ่มเป็น 1,963 ล้านคน (United Nation, 2002 อ้างถึงใน สุดารัตน์ พุฒิพิมพ์, 2545: 2) แนวโน้มดังกล่าวทำให้โครงสร้างประชากรโลกและประชากรประเทศไทยเปลี่ยนไปจากเดิมโดยสิ้นเชิง โดยสัดส่วนของผู้สูงอายุไทยได้แบ่งเป็นกลุ่มผู้สูงอายุตอนต้น (อายุ 60-69 ปี) มีร้อยละ 59.2 ผู้สูงอายุตอนกลาง (อายุ 70-79 ปี) คิดเป็นร้อยละ 31.6 และอายุตอนปลาย 80 ปีขึ้นไป มีอยู่ร้อยละ 9.2 คิดจากประชากรทั้งประเทศ 65,000,000 คน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2551: 3) ถึงแม้ว่าเทคโนโลยีทางด้านการแพทย์และการรักษามีความก้าวหน้า แต่มิได้หมายความว่าผู้สูงอายุจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีเสมอไป การวิจัยของศิริวรรณ สิริบุญ และปัทมา อมรสิริสมบูรณ์ (2544) พบว่าผู้สูงอายุไทยที่มีอายุขัยเฉลี่ยเพิ่มขึ้น แต่มีปัญหาทางสุขภาพ และความพิการเพิ่มขึ้นด้วยเช่นกัน สุขภาพดีในผู้สูงอายุไม่ได้หมายถึงการไม่มีโรคทางกายเท่านั้น แต่หมายรวมถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดีด้วย ความรู้สึกมีความสุข (Sense of well being) เป็นผลมาจากความพึงพอใจหรือไม่พอใจในแต่ละด้านของชีวิต (Ferrans & Powers, 1992: 29-38)

ผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่อยู่ในวัยแห่งความเสื่อมถอย ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม มีโรคต่างๆ มารุมเร้ามากมาย เช่น โรคปวดเมื่อย โรคข้อเสื่อมอักเสบ ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคเบาหวาน และโรคต้อกระจก (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ และคณะ, 2540) แต่โดยภาพรวมสมรรถนะของกล้ามเนื้อเสื่อมลง (Miller, 2004) ตามอายุขัยของแต่ละบุคคลเป็นเหตุให้ผู้สูงอายุประสบกับปัญหาด้านสุขภาพมากกว่าประชากรกลุ่มอื่นๆ จึงเสี่ยงต่อการเป็นโรคได้ง่าย โดยเฉพาะโรคเรื้อรัง (Eliopoulos, 2005) การขาดการดูแลอย่างต่อเนื่องนานๆ ซึ่งสปีค โควาร์ท และเพลเลท (Speak, Cowart & Pellet, 1989: 13) กล่าวว่าผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 55 ปี ขึ้นไป มีโรคประจำตัวเรื้อรัง จำเป็นต้องปรับตัวให้เกิดความสมดุลต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีระ สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ปกติ พัฒนาจิตใจและเชาวน์ปัญญาให้เกิดความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะจิตใจ (วรรณา ศรีธัญรัตน์ และคณะ, 2545) ลดการพึ่งพาผู้อื่น จึงจำเป็นต้องมีปัจจัยพื้นฐานไว้เป็นต้นทุนชีวิต ปัจจัยพื้นฐานประกอบด้วยปัจจัยภายนอกและปัจจัยภายใน ซึ่งทั้งสองปัจจัยมีความสำคัญอย่างยิ่ง ปัจจัยภายในเป็นเรื่องสภาพร่างกายและจิตใจ รวมถึงความเชื่อ ค่านิยม และเจตคติของตนเอง สำหรับปัจจัยภายนอกเป็นการเกื้อหนุนจากครอบครัว สังคม ชุมชน และหน่วยงานของภาครัฐ

สังคมไทยตระหนักถึงความสำคัญและคุณค่าของผู้สูงอายุ โดยให้สิทธิการคุ้มครองตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยพุทธศักราช 2540 ในหมวดที่ 3 มาตรา 54 (สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี 2540: 12) มีสาระสำคัญคือ “บุคคลซึ่งมีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ และไม่มีรายได้เพียงพอแก่การยังชีพมีสิทธิ์ได้รับการช่วยเหลือจากรัฐ” และในหมวดที่ 5 มาตรา 80 (สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี, 2540: 16) ระบุว่ารัฐต้องสงเคราะห์คนชรา ผู้ยากไร้ ผู้พิการหรือทุพพลภาพ และผู้ด้อยโอกาสให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี และพึ่งตนเองได้ นอกจากนี้ องค์กรต่างๆ ยังได้สนับสนุนกิจกรรมผู้สูงอายุตามปฏิญญาผู้สูงอายุไทย โดยให้ปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิตและให้ความรัก ความเอื้ออาทร การดูแลเอาใจใส่จากครอบครัวสังคมชุมชน อีกทั้งได้ให้โอกาสเรียนรู้เพื่อพัฒนาศักยภาพของตนเองอย่างต่อเนื่อง หากมองย้อนไปถึงอดีต จะเห็นว่าแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 7 (2535-2539) ได้นำนโยบายด้านผู้สูงอายุมาไว้รวมกับนโยบายการยกระดับคุณภาพชีวิตของประชากร ต่อมาแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8-9 (2540-

2544, 2550-2554) ได้นำการบริการทั้งด้านสวัสดิการ และด้านการบริการสุขภาพ เพื่อความอยู่ดีมีสุข สู่ผู้สูงอายุมากขึ้น โดยสามารถมองเห็นเป็นรูปธรรม แต่เนื่องจากสังคมมีการเปลี่ยนแปลงรวดเร็ว การให้บริการไม่ทั่วถึง หน่วยงานได้บริการซ้ำซ้อนล่าช้า และที่สำคัญไม่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุอย่างแท้จริง (ศิริวรรณ ศิริบุญ, 2543: 6-7)

การพัฒนาคุณภาพชีวิต จึงมีปัจจัยหลายด้านที่เข้ามาเกี่ยวข้องกับวิถีชีวิตผู้สูงอายุทุกประเทศทั่วโลก มีความปรารถนาให้คนในชาติมีคุณภาพชีวิตที่ดี แต่การมีอายุยืนทำให้มีความเสื่อมของสุขภาพ ครอบครัวเป็นสถาบันหลักที่ต้องดูแลและแสดงถึงความกตัญญูกตเวทีตามวัฒนธรรมประเพณีไทย หากครอบครัวใดเป็นครอบครัวที่สมบูรณ์รักใคร่ปรองดอง ผู้สูงอายุย่อมมีสุขภาพจิตดีด้วย แต่ในปัจจุบัน สถาบันครอบครัวซึ่งเคยเป็นทุนสังคมมีระบบเครือญาติมีความผูกพันอย่างใกล้ชิด มีความเกื้อกูลเอื้ออาทร ให้การอบรมขัดเกลาบุตรหลาน การปลูกฝังค่านิยมประเพณี อันดีงามกลับอ่อนแอลงอย่างมาก ซึ่งมีผลต่อปฏิสัมพันธ์ทั้งภายในและภายนอกของครอบครัว (สถาบันแห่งชาติเพื่อพัฒนาเด็กและครอบครัว, 2546) ปัญหาในสังคมกลับรุนแรง (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2545) ผู้สูงอายุในชนบทถูกปล่อยให้อยู่ตามลำพัง หรืออยู่กับเด็กเล็กๆ เพิ่มมากขึ้น ไฟรแมน (Friedman, 1986) กล่าวว่าผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตที่ดี จะแวดล้อมไปด้วยสมาชิกของครอบครัวที่อบอุ่น (Friedman, 1986 อ้างตาม รุจา ภู่ไพบูลย์, 2541) ด้านภาครัฐเติมเต็มชีวิตให้กับผู้สูงอายุด้วยสวัสดิการที่เหมาะสม รวดเร็ว เพียงพอ และตรงกับความต้องการอย่างแท้จริง นอกจากแผนและนโยบายแห่งรัฐ ที่ช่วยเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุแล้ว จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลยังมีอิทธิพลต่อวิถีชีวิตผู้สูงอายุเช่นกัน ผู้สูงอายุมีการศึกษาต่ำ จะมีสภาพความเป็นอยู่ไม่ดี (ทิพาภรณ์ โพธิ์ถวิล และนุชนาฏ ยูฮันเงาะ, 2544: 38) การมีสถานภาพสมรส ทำให้รู้สึกไม่เหงาหรือโดดเดี่ยว มีความมั่นคงในชีวิต และรับรู้คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Robert and Krouse, 1988 อ้างใน วรรณา กุมารจันทร์, 2543: 20) รายได้เป็นปัจจัยหลักในการดำเนินชีวิต แต่ปัจจุบันผู้สูงอายุส่วนใหญ่ มีรายได้อยู่ในระดับเส้นความยากจน (นภาพร ชโยวรรณ, 2542: 61-62) ด้านเพศ มีความแตกต่างเรื่องของสรีระ อายุเป็นตัวกำหนดความสามารถในการดูแลตนเองได้และอาชีพเป็นตัวกำหนดรายได้จึงส่งผลต่อคุณภาพชีวิตเช่นกัน (Orem, 1985 อ้างถึงใน สุตา ถือมั่น, 2547) โดยปัจจัยกระบวนการเหล่านี้ จะเป็นพลังขับเคลื่อนสู่ความผาสุกด้านร่างกาย จิตใจ สังคมสิ่งแวดล้อม และจิตวิญญาณของประชากรผู้สูงอายุ ปัจจุบันประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุเต็มตัวแล้ว ดังนั้นการเตรียมความพร้อม เพื่อให้ประชากรผู้สูงอายุของไทยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ควรมีความร่วมมือในรูปของภาคีเครือข่าย เพราะการร่วมมือทุกภาคส่วน ก่อให้เกิดความเข้มแข็งในชุมชนและสังคมขึ้นได้

คุณภาพชีวิตประกอบด้วยคำ 2 คำ คุณภาพ หมายถึง ลักษณะประจำตัวของบุคคลหรือสิ่งของ และชีวิต หมายถึง ความเป็นอยู่ ดังนั้นคุณภาพชีวิต จึงหมายถึง ลักษณะความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคล (ราชบัณฑิตยสถาน, 2530: 45) และยังมีผู้ให้ความหมายคุณภาพชีวิตไว้หลายลักษณะที่คล้ายคลึงและแตกต่างกัน เช่น รู้สึกเป็นสุข (happiness) และผาสุก (well-being) (Campbell, 1976: 399) เป็นสุขพึงพอใจในชีวิต หรือไม่เป็นสุข ไม่พึงพอใจ (Dalkey & Rourke, 1973: 15) การอยู่ดี กินดีมีสุข (Liu, 1975: 1) ระดับความเป็นอยู่ที่ดีของสังคมและระดับความพึงพอใจของมนุษย์เป็นสิ่งต้องการส่วนหนึ่งของมนุษย์ (UNESCO, 1987: 128) และในอีกลักษณะหนึ่ง คุณภาพชีวิต คือ การรับรู้สถานการณ์ในด้านต่างๆ ของชีวิต เป็นการรับรู้ของบุคคลที่ได้รับการตอบสนองต่อความต้องการด้านร่างกายจิตใจและสังคม ซึ่งเป็นปัจจัยหลักที่ทำให้บุคคลสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างปกติสุข ด้วยการมีสุขภาพดี มีรายได้พอเพียงต่อการดำเนินชีวิต ไม่มีภาวะกดดันทางด้านจิตใจ ไม่มีความปกติทางด้านจิตใจ มีสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้อื่น (Hang & Folmar อ้างใน จรูณ คุณมี, 2529: 7) และการได้รับการเกื้อหนุนจากครอบครัวและเพื่อน

(Ferrel, 1995) ในด้านทฤษฎีกิจกรรม ได้มีคำแนะนำให้ผู้สูงอายุมีกิจกรรมที่ใช้ปัญญาแทนกำลัง ส่งเสริมให้มีเพื่อนใหม่ๆ กระตุ้นให้ผู้สูงอายุทำกิจกรรมที่ตนชอบและสนใจระดับของการมีส่วนร่วมในกิจกรรมก่อให้เกิดความผาสุกทางใจได้ดียิ่งกิจกรรมนั้นมีความพึงพอใจมากเท่าใด ก็จะมีความผาสุกทางใจมากเท่านั้น (Neugarten, Havighurst, & Tobin, 1961) ดังนั้นความผาสุกของผู้สูงอายุ ที่เป็นตัวชี้วัดถึงคุณภาพชีวิตที่ดีสามารถบรรยายด้วยปัจจัยหลายๆ ด้าน ดังนั้นผู้วิจัยจึงให้ความสนใจปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดชุมพร

ผู้สูงอายุในจังหวัดชุมพร มีอัตราส่วนการพึ่งพิงของประชากรผู้สูงอายุ 12.18% ข้อมูลสาธารณสุขพื้นที่เขต 11 (2553-2554) ซึ่งมีปริมาณการพึ่งพิงน้อยกว่าจังหวัดใกล้เคียง เช่น นครศรีธรรมราช และสุราษฎร์ธานี สำหรับสถานสงเคราะห์คนชราบ้านอู่ทองพนังตักชุมพร ปัจจุบันมีผู้สูงอายุเพียง 71 ราย ซึ่งเป็นสถิติการพึ่งพิงน้อยเมื่อเทียบกับความสามารถในการรองรับผู้สูงอายุที่ขาดที่พึ่ง ด้านสถานการณ์โดยทั่วไปของผู้สูงอายุในจังหวัดชุมพรพบว่า ผู้สูงอายุหญิงมีจำนวนมากไม่ได้เรียนหนังสือ และได้รับการเกื้อหนุนมากกว่าผู้สูงอายุชาย รายได้ส่วนใหญ่มาจากทุนทรัพย์เดิม และได้รับจากบุตรหลาน ภาวะสุขภาพผู้สูงอายุชายดีกว่าผู้สูงอายุหญิง มีโรคปวดข้อมาเป็นอันดับหนึ่ง ผู้สูงอายุชายเป็นหัวหน้าครอบครัวมากกว่าผู้สูงอายุหญิง มีความต้องการ ให้ภาครัฐบริการรักษาฟรี มีศูนย์บริการสุขภาพใกล้บ้าน ผู้สูงอายุที่มีอายุเกิน 100 ปี พบในภาคใต้ถึง 25% ผู้สูงอายุต้องดูแลตนเองในเรื่องต่างๆ เช่น เรื่องโภชนาการ เรื่องยา และต้องเตรียมร่างกาย จิตใจและการปรับตัวเข้าสู่สังคม (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2551) ทุกองค์กรในจังหวัดชุมพร ไม่ว่าภาครัฐหรือองค์กรภาคเอกชนและภาคประชาชนได้เตรียมความพร้อม เพื่อรองรับผู้สูงอายุในอนาคตที่มีปริมาณเพิ่มขึ้น เช่น สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ชุมพร เปิดประชุมเครือข่ายทางสังคมอบรมเสริมความรู้ให้อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ ริเริ่มโครงการครอบครัวคุณธรรมนำสังคม พลังรักของครอบครัวคือพลังชีวิต เป็นต้น (สำนักงานการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดชุมพร, 2553)

การศึกษาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้านการส่งเสริมสุขภาพป้องกัน และลดปัจจัยโดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร พบว่าปัจจุบันจังหวัดชุมพรมีประชากร 490,375 คน (ข้อมูลประชากรกลางปี พ.ศ.2553) สถิติผู้สูงอายุ 59,741 คน คิดเป็นร้อยละ 12.18 ของประชากรทั้งจังหวัด แยกเป็นประชากรวัยต้น 60-69 ปี จำนวน 29,085 คน (48.68%) ประชากรสูงอายุวัยกลาง 70-79 ปี จำนวน 21,247 คน (35.57%) และประชากรสูงอายุวัยปลาย 80 ปีขึ้นไปจำนวน 9,409 คน (ร้อยละ 15.57) อัตราส่วนส่วนพึ่งพิงของประชากรสูงอายุ 18.19 ต่อประชากรวัยแรงงาน 15-59 ปี ต่อ 100 คน จังหวัดชุมพรเข้าสู่ Aging Society และมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องจึงต้องมีแผนเพื่อเตรียมความพร้อมและรองรับประชาสัมพันธ์ให้ผู้สูงอายุสมัครเข้าชมรมผู้สูงอายุและถือเป็นภาคบังคับ เพื่อให้มีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมได้ส่งเสริมสุขภาพในปัจจุบันมีชมรมผู้สูงอายุอยู่ 113 ชมรม มีสมาชิกในชมรม 46,064 คน คิดเป็นร้อยละ 77.11 และจังหวัดชุมพรยังมีตำบลต้นแบบด้านการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care: LTC) คือตำบลทะเลทรัพย์ อำเภอปะทิว ถือเป็นความสำเร็จด้านการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอีกกิจกรรมหนึ่ง ชุมพรเป็นจังหวัดแรกในภาคใต้ ซึ่งมีจำนวนประชากรอยู่ในลำดับที่ 52 ของประเทศ มีประชากร 490,375 คน กระจายอยู่ใน 8 อำเภอ 74 ตำบล 743 หมู่บ้าน ปัจจุบันมีผู้สูงอายุ 59,741 คน ซึ่งมากเป็นลำดับที่ 3 ของภาคใต้ (สำนักงานสถิติจังหวัดชุมพร, 2553) ผู้สูงอายุส่วนหนึ่งได้อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านอู่ทองพนังตักชุมพร ผู้สูงอายุในชุมพรมีจำนวนมากและอายุยืนยาวมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของมนสิชา ชุมแก้ว และคณะ (2552) ได้ศึกษาเรื่องสุขภาพจิตและการสร้างเสริมสุขภาพจิต โดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นของผู้สูงอายุในอำเภอละแม จังหวัดชุมพร พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสุขภาพจิตเหมือนบุคคลทั่วไปถึงร้อยละ

50 มีสุขภาพจิตดีและร้อยละ 27 สุขภาพจิตดีมาก และสร้างเสริมสุขภาพจิตด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่น การมีคุณภาพชีวิตที่ดี สุขภาพจิตย่อมต้องดีด้วยคู่มือสร้างสุขระดับจังหวัดของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2554) สำรวจพบว่าประชากรจังหวัดชุมพรมีความสุขระดับปานกลาง ซึ่งอยู่ในลำดับที่ 69 จาก 76 จังหวัดของประเทศไทย นอกจากนี้ ในวารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมปีที่ 21 ฉบับที่ 1 ม.ค.–มี.ค. 2541 ของกองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย วิจัยความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิต ด้านทันตสุขภาพกับพฤติกรรมทันตสุขภาพผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า รายได้ การรับรู้ข่าวสารของผู้สูงอายุ มีผลต่อการดูแลทันตสุขภาพของตนเอง

ภายใต้วิถีชีวิตของผู้สูงอายุ ในจังหวัดชุมพร แม้ว่าจะได้รับผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของโครงสร้างประชากร ความผันผวนของสังคมสิ่งแวดล้อม แม้กระทั่งความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี แต่ยังคงความเป็นคนใต้ ซึ่งสังเกตจากการแสดงออกทางด้านภาษา ความเป็นอยู่ อาหารการกิน การประกอบอาชีพด้านเกษตรกรรมความเชื่อ ค่านิยมประเพณีดั้งเดิม ปัจจัยดังกล่าวนับว่ายังมีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีความผาสุก โดยพึงพอใจต่อความเป็นอยู่การดำเนินชีวิต จึงอยู่ได้นานคืออายุยืนยาวจึงมีจำนวนผู้สูงอายุมากเป็นลำดับที่ 3 ของ 14 จังหวัดภาคใต้

เมื่อผู้วิจัยทำการสังเคราะห์เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยการทบทวนวรรณกรรม ในเรื่องคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ พบว่ามีทั้งปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกซึ่งมีความสัมพันธ์ กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุดังนั้นจึงสนใจที่จะศึกษาถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดชุมพรเพื่อนำมาซึ่งคำอธิบายว่ามีปัจจัยอะไรบ้าง ที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดชุมพรคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอยู่ในระดับใด และมีปัจจัยภายในอะไรบ้างที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และยังต้องการทราบว่ารูปแบบ วิธีการดูแลผู้สูงอายุเป็นอย่างไร และมีแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตในทางทิศทางใด โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพเพราะการวิจัยเชิงคุณภาพนั้นเป็นการวิจัยที่เกิดความสนใจ ในความหมายของโครงสร้างของมนุษย์ ด้านความรู้สึกนึกคิด และประสบการณ์ต่างๆ การวิจัยมุ่งอธิบายให้ความสนใจโดยตรงกับประสบการณ์ ในด้านชีวิตความเป็นอยู่ ความรู้สึก และประสบการณ์ที่ประสบความเปลี่ยนแปลง (Sharan B., 1988: 6) เพื่อประโยชน์ในการค้นหาปัจจัย ที่มีความสำคัญต่อวิถีชีวิตของผู้สูงอายุให้มีการดูแลอย่างเหมาะสม และเป็นค้นหาแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในอนาคตต่อไป

## วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อบรรยายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดชุมพร ด้านปัจจัยพื้นฐาน ปัจจัยจิตลักษณะ ปัจจัยความต้องการ ปัจจัยการดูแลและวิธีการดูแล
2. เพื่อบรรยายความผาสุกของผู้สูงอายุในจังหวัดชุมพร ด้านร่างกาย จิตใจ สังคมสิ่งแวดล้อม และจิตวิญญาณของผู้สูงอายุในจังหวัดชุมพร
3. เพื่อศึกษาแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดชุมพร

## วิธีดำเนินการวิจัย

**ประชากรและกลุ่มเป้าหมาย**

**1. ประชากร (Population)** ได้แก่ ผู้สูงอายุในจังหวัดชุมพร

**2. ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** คือ ผู้สูงอายุอำเภอเมืองชุมพร อำเภอหลังสวน อำเภอสวี และอำเภอท่าแซะ จังหวัดชุมพร

2.1 สุ่มประชากรกลุ่มเป้าหมาย อำเภอละ 10 คน รวมจำนวน 30 คน ได้มาโดยการสุ่มเจาะจง (Purposive)

2.2 มีผู้นำชุมชนเป็นผู้ช่วยวิจัยโดยการคัดเลือก ประชากรเป้าหมาย

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

**1. เครื่องมือและอุปกรณ์ในการวิจัย**

1.1 กล้องถ่ายรูป สมุดบันทึก เครื่องบันทึกเสียง ฯลฯ ที่มีประสิทธิภาพ

1.2 แบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิต แนวคำถามปลายเปิด แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม แบบประเมินสมรรถภาพทางสมอง และแบบบันทึกภาคสนาม

**2. การสร้างเครื่องมือในการวิจัย**

2.1 ศึกษาข้อมูลด้านผู้สูงอายุ ในจังหวัดชุมพร จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น สาธารณสุขจังหวัด สาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสถิติจังหวัดชุมพร เจ้าหน้าที่ อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน ฯลฯ

2.2 สำรวจพื้นที่การวิจัย และร่วมเป็นผู้ช่วยวิจัยกับองค์กรที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เช่น โครงการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long-term Care) ศึกษาดูงานต้นแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ชมรมผู้สูงอายุทะเลทรัพย์ อำเภอปะทิว จังหวัดชุมพร

2.3 กำหนดขอบเขตพื้นที่การศึกษา ขอบเขตกลุ่มเป้าหมาย และขอบเขตคำถามที่ครอบคลุมองค์ประกอบในปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

2.4 สร้างแบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิต เป็นแนวคำถามปลายเปิด แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม แบบประเมินสมรรถภาพทางสมองและแบบบันทึกภาคสนามเพื่อใช้เก็บรวบรวมข้อมูลนำเสนออาจารย์ที่ปรึกษาดุษฎีนิพนธ์ รอการตรวจสอบและปรับปรุงแก้ไข

2.5 นำแบบสัมภาษณ์ที่ปรับปรุงแล้ว ไปให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านตรวจสอบความถูกต้องและความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content validity) ความเหมาะสมของภาษา โดยใช้ดัชนีความสอดคล้อง (IOC) หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้สูงอายุที่ไม่ใช่กลุ่มเป้าหมาย จำนวน 5 คน ในพื้นที่อำเภอปะทิวของจังหวัดชุมพร นำผลมาวิเคราะห์ โดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

2.6 จัดพิมพ์แบบสัมภาษณ์ นำไปเก็บรวบรวมข้อมูล แบบสัมภาษณ์ประกอบด้วย

ตอนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล เป็นลักษณะตรวจสอบรายการ (Check list) สอบถามเกี่ยวกับเพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ฯลฯ

ตอนที่ 2 แบบสัมภาษณ์เจาะลึกถึง (In-depth Interview) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องมีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ มีลักษณะเป็นคำถามปลายเปิด จำนวน 7 ข้อ

ตอนที่ 3 แบบบันทึกสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) มีหัวข้อสนทนาคือ 1) คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอยู่กับปัจจัยใดบ้าง 2) คุณภาพชีวิตของท่านอยู่ในระดับใด 3) มีแนวทางใดบ้างที่ช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น

**การเก็บรวบรวมข้อมูล**

1. ผู้วิจัยขอหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลเพิ่มเติมจากผู้นำชุมชน องค์กรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ ฯลฯ

2. ใช้แบบประเมินสมรรถภาพสมอง (CMT) เพื่อตรวจสอบความพร้อมในการสื่อสารของผู้สูงอายุ โดยมีผู้ดูแลผู้สูงอายุเป็นผู้เก็บข้อมูลแทนผู้วิจัย (ผลการประเมินผ่านการทดสอบทุกราย)

3. ยื่นคำชี้แจงและคำพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ให้ข้อมูลในการเข้าร่วมการวิจัย ก่อนเก็บข้อมูล

4. ประสานความร่วมมือกับผู้นำชุมชน เพื่ออำนวยความสะดวกและเข้าถึงตัวผู้ให้ข้อมูลอย่างกัลยาณมิตร

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่เริ่มวิจัยจนสิ้นสุดการวิจัย โดยนำเทปการสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลทั้ง 30 ราย มาถอดข้อความคำต่อคำ (Verbatim Transcriptions) ตรวจสอบความถูกต้องโดยเปรียบเทียบกับข้อมูลภาคสนาม จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์โดยใช้ค่าสถิติการวิเคราะห์เชิงบรรยายหรือพรรณนา (Descriptive statistics) เพื่อบรรยายข้อมูลพื้นฐานทั่วไปของกลุ่มเป้าหมาย สถิติที่ใช้ได้แก่ ความถี่ (Frequence) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อตอบวัตถุประสงค์การวิจัยข้อที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานด้าน ข้อมูลส่วนบุคคล ใช้ค่าสถิติ ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อตอบวัตถุประสงค์ข้อ 1 (ยกเว้นข้อมูลส่วนบุคคล) ข้อ 2–4 ใช้เทคนิควิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) รูปแบบ Successive approximation เพื่อหาหัวเรื่อง (Theme) ประเด็นวิจัย และตอบคำถามโดยตั้งสมมติฐาน (Assumption) ไว้เป็นเบื้องต้น

3. สรุปผล รายงานการวิจัยคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ แบ่งออกเป็น 4 ตอน คือ

   3.1 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

   3.2 ความผาสุกด้านร่างกาย จิตใจ สังคมสิ่งแวดล้อม และจิตวิญญาณ และระดับคุณภาพชีวิต

   3.3 แนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

## ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลผู้สูงอายุอยู่ในพื้นที่อำเภอเมือง อำเภอหลังสวน อำเภอสวี และอำเภอท่าแซะ จังหวัดชุมพร พบว่า ผู้สูงอายุหญิง (ร้อยละ 66.67) ผู้สูงอายุชาย (ร้อยละ 33.33) โสด หม้าย หย่า ร้อยละ 46.67 การศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 56.67 รองลงมา ระดับมัธยมศึกษาร้อยละ 30.00 ประกอบอาชีพร้อยละ 60.00 รายได้เฉลี่ย 16,767 บาทต่อเดือน มีโรคประจำตัวร้อยละ 46.67 ช่วยเหลือตนเองได้ร้อยละ 93.33 และไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ร้อยละ 6.67 ข้อมูลนี้เป็นข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มเป้าหมาย

2. ปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล ภาวะสุขภาพกาย ฐานะทางเศรษฐกิจสังคม ความสัมพันธ์ของครอบครัว และศักยภาพของผู้ดูแล มีความเกี่ยวข้องมีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุทุกประเด็น

เมื่อวิเคราะห์เจาะลึกไปพบว่า ความสัมพันธ์ของครอบครัวส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุมากที่สุด รองลงมาเป็นภาวะสุขภาพกาย และฐานะเศรษฐกิจ

3. ปัจจัยด้านจิตลักษณะ ได้แก่ การเห็นคุณค่าของตนเอง ภาวะทางจิตใจ รับรู้ความสามารถตนเอง แรงจูงใจ และเจตคติต่อการเข้าร่วมกิจกรรม มีความเกี่ยวข้องมีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุทุกประเด็น เมื่อวิเคราะห์เจาะลึกไปพบว่า ภาวะจิตใจส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุมากที่สุด รองลงมาเป็นการเห็นคุณค่าของตนเอง

4. ปัจจัยด้านความต้องการ ได้แก่ ด้านร่างกาย จิตใจ สังคมสิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ และภูมิปัญญาประสบการณ์ มีความเกี่ยวข้องมีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุทุกประเด็น เมื่อวิเคราะห์เจาะลึกไปพบว่า ภาวะร่างกายและจิตใจส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุมากที่สุด

5. ปัจจัยรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ การเข้ารับบริการสุขภาพ รายได้ การออม ที่พักอาศัย นันทนาการ กิจกรรมทางศาสนา ภูมิปัญญา การมีส่วนร่วมกับครอบครัว การศึกษาตามอัธยาศัย และเครือข่ายเกื้อหนุนทางสังคม มีความเกี่ยวข้องมีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุทุกประเด็น เมื่อวิเคราะห์เจาะลึกไปพบว่า การรับบริการสุขภาพ กิจกรรมทางศาสนา รายได้ มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุมากที่สุด แต่การบริการที่พักอาศัยที่รัฐจัดให้ การศึกษาตามอัธยาศัย และเครือข่ายเกื้อหนุนทางสังคมมีความเกี่ยวข้องน้อยที่สุด

6. ปัจจัยวิธีดูแลผู้สูงอายุ

6.1 พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ

พ.ศ.2546 ได้แก่ สิทธิรับบริการทางการแพทย์ ได้รับการศึกษาข้อมูลข่าวสาร ประกอบอาชีพ พัฒนาตนเองด้านมีส่วนร่วมในสังคม เบี้ยยังชีพรับเงินสงเคราะห์จัดศพตามประเพณี มีความเกี่ยวข้องมีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุทุกประเด็น เมื่อวิเคราะห์เจาะลึกไปพบว่า เบี้ยยังชีพมีผลต่อคุณภาพชีวิตมากที่สุด รองลงมาคือ สิทธิรับบริการทางการแพทย์ฟรี และเมื่อเจาะลึกลงไปพบว่า การอำนวยความสะดวกและคุ้มครองความปลอดภัย การช่วยเหลือค่าโดยสาร การยกเว้นค่าเข้าชมสถานที่ของรัฐ การได้รับการช่วยเหลือจากการทารุณกรรม และสิทธิรับบริการที่พักของภาครัฐ ไม่มีส่วนเกี่ยวข้องและมีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดชุมพร

6.2 นโยบายสาธารณสุขเพื่อสุขภาพ ได้แก่ ศูนย์อเนกประสงค์ ระบบดูแลความปลอดภัยในหมู่บ้าน การส่งเสริมอาชีพการเกษตรที่เอื้อต่อสุขภาพ มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุน้อยมาก และเมื่อวิเคราะห์เจาะลึกไปพบว่า ผู้สูงอายุรับรู้ว่าการเข้าบริการดังกล่าวนั้นมีประโยชน์สูงสุดต่อสุขภาพ แต่ความเป็นจริง ผู้สูงอายุมีข้อจำกัดหลายด้านจึงไม่สามารถเข้ารับบริการได้

6.3 ภาคีเครือข่ายบริการสุขภาพตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง 6 อ. ได้แก่ การรับบริการความรู้จาก อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน การมีทัศนคติที่ดีต่อกิจกรรม 6 อ. และการปฏิบัติตามกิจกรรมของ 6 อ. พบว่า มีความเกี่ยวข้องมีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุทุกประเด็น เมื่อวิเคราะห์เจาะลึกไป พบว่า ผู้สูงอายุรับรู้ว่ากิจกรรมการออกกำลังกาย การกินอาหารที่ดี การมีอารมณ์สดชื่น การป้องกันโรค มีอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ดี และลดละเลิกอบายมุข แต่มีการปฏิบัติตามกิจกรรม 6 อ. น้อยมาก

7. ความผาสุกของผู้สูงอายุในจังหวัดชุมพร

เมื่อทำการวิเคราะห์เนื้อหาพบว่า ผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 80 มีความผาสุกด้านร่างกาย บรรยายได้ว่ามีสุขภาพแข็งแรงดีมาก ผู้สูงอายุมีความผาสุกด้านจิตใจ คิดเป็นร้อยละ 86.67 บรรยายได้ว่าเป็นผู้ที่มีอารมณ์ดี ไม่เครียด สามารถปรับตัวได้อย่างมีความสุข ผู้สูงอายุที่อยู่ท่ามกลางสิ่งแวดล้อมที่ดี อยู่ในสังคม

ได้อย่างเป็นสุข คิดเป็นร้อยละ 96.67 และผู้สูงอายุที่มีความผาสุกด้านจิตวิญญาณ คิดเป็นร้อยละ 76.67 บรรยายได้ว่าเป็นผู้เข้าใจธรรมชาติ เข้าใจความจริงของชีวิตและสรรพสิ่งจนเกิดความรอบรู้

8. ระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดชุมพร เมื่อทำการวิเคราะห์เนื้อหาและสำรวจการรับรู้ของตนเองโดยใช้แบบสัมภาษณ์พบว่า ผู้สูงอายุในจังหวัดชุมพรมีคุณภาพชีวิตที่ระดับดีมาก คิดเป็นร้อยละ 46.67 ระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 43.33 และระดับคุณภาพชีวิตไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 10.00

9. แนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ วิเคราะห์ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มพบว่า แนวทางหรือแนวปฏิบัติของผู้สูงอายุที่นำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีนั้น ควรดูแลร่างกายให้แข็งแรง ประคับประคองจิตใจอย่าให้เครียด ใช้ชีวิตท่ามกลางความอบอุ่นของครอบครัว อาศัยในสิ่งแวดล้อมดี ยึดพระพุทธศาสนาเป็นหลักทางใจ

10. แนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เจาะลึกพบว่า แนวทางหรือแนวปฏิบัติของผู้สูงอายุที่นำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีนั้น สมาชิกในครอบครัวเอาใจใส่ทุกเรื่องอย่างจริงใจ โดยเฉพาะการพาไปรักษาเนื่องจากเจ็บป่วยผู้ดูแลต้องเฝ้าระวังเรื่องอาหาร การออกกำลังกาย การทำกิจกรรมร่วมกับครอบครัว กิจกรรมทางศาสนา ดูแลเรื่องการเงิน ภาครัฐให้แนวปฏิบัติที่ชัดเจนเกี่ยวกับสิทธิผู้สูงอายุ โดยมวลรวมแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุนั้น ต้องครอบคลุมทั้ง 4 มิติ คือ ร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

## สรุป อภิปรายผล

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ผู้สูงอายุตอนต้น ร่างกายแข็งแรง ประกอบอาชีพได้ มีงานวิจัยสนับสนุนเช่น ประภาพร จินันทุยา (2536: 82) ศึกษาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชมรมทางสังคมผู้สูงอายุดินแดง พบว่า ผู้สูงอายุตอนต้นมีคุณภาพชีวิตดีกว่าวัยอื่นๆ ซึ่งฮาลลอนและพิคเก็ต (Hanlon and Pickett 1984: 443-434) อธิบายว่าผู้สูงอายุจะมีลักษณะแตกต่างกันตามช่วงอายุ เมื่อผู้สูงอายุมีอายุมากขึ้นจะมีระดับการพึ่งพาผู้อื่นสูง และโอเร็ม (Orem, 1995) สรุปว่าคู่สมรสเป็นตัวบ่งชี้ถึงการได้รับการสนับสนุนทางสังคม เช่นเดียวกับอเนก สุภีรนันท์ และสุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล (2548: 86) ศึกษาคุณภาพชีวิตของคนไทย ซึ่งพบว่าสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาถึงปัจจัยส่วนบุคคลครั้งนี้ สะท้อนให้เห็นว่าความเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดชุมพร

2. ปัจจัยพื้นฐานของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุมีร่างกายจิตใจเปลี่ยนแปลงมากขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของบรรลุ ศิริพานิช และสุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล (บรรลุ ศิริพานิช, 2542; สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2541; Ebersole and Hess, 1998; Keller and Fleury, 2002) โดยมีทฤษฎีเรดิคัลอิสระ (Free Radicals Theory) สนับสนุนไว้ การเกื้อหนุนจากครอบครัวทำให้คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุดีขึ้น (Hogstel, 1981: 96 อ้างถึงใน วรรณา กุมารจันทร์, 2543: 62) เช่นมีที่อยู่ที่เหมาะสม และหากมีรายได้เพิ่ม มีอาชีพหลักยิ่งทำให้ระดับคุณภาพชีวิตดี เพิ่มร้อยละ 27.3 (อารดา ธีระเกียรติกำจร, 2554: 14) และการสูงอายุ กิจกรรมจะลดลง โดยมีทฤษฎีภาวะถดถอยสนับสนุนว่า เป็นเรื่องธรรมดาและหลีกเลี่ยงไม่ได้ที่ผู้สูงอายุจะต้องลดกิจกรรมของตนเองและบทบาททางสังคม เมื่อตนเข้าสู่วัยสูงอายุ ผู้สูงอายุพยายามจะหลีกเลี่ยงหนีความกดดัน และความตึงเครียดโดยการถอนตัว (withdrawal) ออกจากสังคม ซึ่งเป็นผลจากการรู้สึกว่า ตนเองมีความสามารถลดลง (Cockerham, 1997: 53; Victor, 1994: 29; Ward, 1984: 82-83) ข้อค้นพบประเด็น

สำคัญคือ ผู้สูงอายุทุกข์หรือสุข ขึ้นกับการเอาใจใส่ของครอบครัว วิจัยครั้งนี้พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีครอบครัวที่อบอุ่น สอดคล้องกับการศึกษาของรตนพรรษ โชติวนิช (2551: 13-31; Walker Timpson, 1983) ศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพและปัจจัยที่มีต่อการดูแลตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขศาสตร์ในเขตจังหวัดชลบุรี พบว่า การศึกษาสูงจะมีบทบาททางสังคมสูงด้วย รายได้มั่นคง มีผู้ดูแลดี มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุรัฐสอดคล้องกับศรีเมือง พลังฤทธิ์, ฟริทแวน เกรียนเวร และเกื้อ วงษ์บุญสิน (2549: 171) และศศิพัฒน์ ยอดเพชร (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2549: 143; เล็ก สมบัติ, 2549: 48) ปัจจัยพื้นฐานจึงมีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดชุมพร

3. ปัจจัยจิตลักษณะ พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 90 ที่มองว่าตนเองมีคุณค่า การได้รับการดูแลเอาใจใส่อย่างดี ทำให้ชีวิตมีสุข มาสโลว์ (Maslow, 1970: 45) เชื่อว่าทุกคนต้องการเห็นคุณค่าในตนเอง (self-esteem) ส่งผลต่อสภาวะจิตใจ ทำให้มีความอบอุ่นเมื่ออยู่กับครอบครัว สอดคล้องกับวารี กังใจ (2541) ศึกษาความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ซึ่งตรงกับทฤษฎีของนิวกาเทน (Neugarten *et al.,* 1961: 134) ที่ว่าชีวิตมีสุขเพราะบรรลุเป้าหมาย และพบว่าภาวะสุขภาพจิตร้อยละ 13 ขาดความสุขเนื่องจากเศรษฐกิจไม่ดี ขาดการดูแลจากลูกหลาน ซึ่งอาชัญญา รัตนอุบล และคณะ (2552: 72) พบปัญหาทางสุขภาพจิตผู้สูงอายุที่พบมาก คือความวิตกกังวล ความเครียด อีกร้อยละ 87 สุขภาพจิตดีชีวิตมีสุข ซึ่งงานของนิรมล พึ่งธรรมเดช (2551) ศึกษาความสุขในชีวิตในทัศนะของผู้สูงอายุในกรุงเทพพบว่าความสุขอยู่ที่มีครอบครัวที่อบอุ่น มีเงินใช้ ปลอดภัย ร่างกายแข็งแรง ไม่มีโรค ด้านการรับรู้ งานวิจัยของ Pender Murdaugh and Parsons (2002: 70) พบว่า การรับรู้ความสามารถของผู้สูงอายุเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการส่งเสริมสุขภาพของตนเอง สรุปว่าปัจจัยจิตลักษณะใช้บรรยายคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดชุมพรได้

4. ปัจจัยความต้องการของผู้สูงอายุ ผลพบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 93 ต้องการให้ร่างกายจิตใจแข็งแรง ไม่มีโรค มีครอบครัวดูแลยามเจ็บป่วย มีเงินไว้ใช้ทำบุญ ผลการศึกษาสอดคล้องกับอมริสา ตัณสถิตย์ (2545: 23) ผู้สูงอายุต้องการความสงบทางใจ เช่นเดียวกับประเวศ วะสี (2550: 22, 94) ว่าผู้สูงอายุต้องการความสุขทิพย์ ซึ่งเป็นความสุขที่ลึกซึ้ง ละเอียดประณีต พร้อมทั้งส่งผลให้ผู้ทำความดีนั้นมีสุขภาพดี ด้านร่างกายต้องการปัจจัยสี่เป็นไปตามแนวคิดของเอทเธน ซานาส (Shanas 1962: 62) และการมีฐานะดีสร้างความสุขได้ดีกว่าผู้ที่ฐานะยากจน (Calwell and others, 1970 อ้างถึงใน นุโรม เงางาม, 2540) วิจัยครั้งนี้ยังพบว่ามีผู้รักษาโรคด้วยสมุนไพรและเชื่อจะรักษาได้ สอดคล้องกับโกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ (2535) ศึกษาเรื่องคืนสุขภาพแก่ประชาชนพบว่าการรักษาด้วยแพทย์ดั้งเดิม เรียนรู้และเข้าใจสุขภาพจากกระบวนการที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ ร่างกายแข็งแรง และวรรณา ศรีธัญรัตน์ และคณะ (2545) พบว่าผู้สูงอายุไทยทำงานมากกว่าประเทศอื่นๆ ลดบทบาทการดูแลลูกหลาน โดยมีงานวิจัยของ Watana Paranee (1995) สนับสนุน ผู้สูงอาจจึงถูกลดความสำคัญลง

5. ปัจจัยรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่สุขภาพแข็งแรงจึงไม่ไปพบแพทย์ และไม่สนใจใช้บริการทางแพทย์ในชุมชน การดูแลเป็นเรื่องของปัจจัยสี่ ไม่ได้เน้นเรื่องของจิตใจสอดคล้องกับ นงเยาว์ ชัยทอง พบว่า ผู้สูงอายุได้รับการดูแลทางร่างกายมากที่สุด (นงเยาว์ ชัยทอง, 2542: บทคัดย่อ) ผู้สูงอายุไม่มีแผนการออมหรือออมน้อย อยู่ในรูปฝากธนาคารหรือประกันชีวิต (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2551) และอาชัญญา รัตนอุบล และคณะ (2552: 44) พบว่าพฤติกรรมการออมของคนไทยยังไม่เอื้อต่อการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุสนใจกิจกรรมศาสนามากสุดเพราะสร้างความสงบแห่งจิตใจ โดยนันทิญา อังกินันท์ (2546) ว่าความศรัทธาในศาสนาเป็นหลักบำบัดจิตใจของมนุษย์ กิจกรรมอื่นลดลง ดังที่

มาลินี วงษ์สิทธิ์ และศิริวรรณ ศิริบุญ (2541) ว่าการเข้าร่วมกิจกรรมได้มากน้อยแปรผันไปตามอายุ ผู้สูงอายุไทยทำกิจกรรมต่างจากผู้สูงอายุต่างประเทศ ซึ่งมีเป้าหมายจริงจัง (สุรกุล เจนอบรม, 2541; เพ็ญแข ประจนปัจจนึก, 2550) และคนที่มีคู่มีการสนับสนุนมากกว่ากลุ่มอื่น (Hubbard *et al.,* 1984: 266-269)

6. วิธีการการดูแลผู้สูงอายุพบว่าผู้สูงอายุได้รับสิทธิตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546 มาตราที่ 11 ทั้ง 13 ข้อ พบว่า ข้อ 1, 2, 3, 4, 10, 11, 12 ล้วนมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เช่น เบี้ยยังชีพ พบว่าผู้สูงอายุพึงพอใจสูงถึงร้อยละ 100 การดูแลด้านอาหารทำให้อายุยืน (Sahyoun, 1992) ด้านแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ การวิจัยครั้งนี้พบว่าผู้สูงอายุต้องการให้ครอบครัวดูแล รัฐจัดสวัสดิการให้อย่างเหมาะสม ต้องการให้มีกิจกรรมทางศาสนามากๆ มีร่างกายที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ โดยใช้ปัจจัยทั้งภายนอกและภายในมาเป็นสิ่งวัดความผาสุก สอดคล้องกับนราธิป กมลลิ้มสกุล (2552: 50-51) ศึกษารูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุพบว่า การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ สิ่งสำคัญคือให้อยู่อย่างอบอุ่น และฮัน คีโฮ และคนอื่นๆ (Han Kwee Ho *et al.,* 2003: online, abstract) พบว่าการได้รับการดูแลจากชุมชนและครอบครัวเป็นการกำหนดวิธีการพัฒนาชีวิตผู้สูงอายุ

7. คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุจังหวัดชุมพร พบว่ามีคุณภาพชีวิตที่ดีถึงดีมากเนื่องจากมีปัจจัยเอื้อต่อการดำรงชีวิต ทั้งปัจจัยพื้นฐานที่มีความครัวที่อบอุ่น ฐานะทางการเงินดี สุขภาพจิตดี ปัจจัยจิตลักษณะ ผู้สูงอายุยังคงมีคุณค่าต่อครอบครัว ต่อสังคม ทำให้ชีวิตพบกับความสุขเพราะชีวิตอยู่อย่างมีเป้าหมาย ปัจจัยความต้องการมีสิ่งอำนวยความสะดวกที่ครบถ้วน ไม่มีอุปสรรคใดๆ ปัจจัยรูปแบบการดูได้รับการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัวเครือญาติเป็นอย่างดี เป็นไปตามประเพณีแห่งความกตัญญู และปัจจัยวิธีการดูแลผู้สูงอายุทุกคนได้รับสวัสดิการจากรัฐตามสิทธิที่ควรได้ จึงช่วยส่งเสริมให้ชีวิตดีขึ้น ดังนั้นปัจจัยดังกล่าวสามารถใช้บรรยายถึงความผาสุกของผู้สูงอายุด้านร่างกาย จิตใจ สังคมสิ่งแวดล้อม และจิตวิญญาณได้

ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดชุมพรอยู่ในระดับดี เนื่องจากชีวิตครอบครัวมีความพร้อม ฐานะการเงินดี มีชีวิตท่ามกลางความอบอุ่นของลูกหลานและเครือญาติ จากผลวิจัยยังพบว่าแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุนั้น สิ่งที่เป็นตัวชี้วัดความสุขของผู้สูงอายุได้คือ การอยู่ร่วมชายคากับบุตรหลาน ใช้หลักธรรมบำรุงจิตใจเพื่อความสงบสุข และเชื่อว่าการได้สะสมบุญมีผลต่อชีวิตหลังความตาย สำหรับปัจจัยแวดล้อมเป็นองค์ประกอบหนึ่งของชีวิต แต่สิ่งที่ปรารถนาสูงสุดคือการได้ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา

## ข้อเสนอแนะ

1. ควรศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่มีความเกี่ยวข้องมีผลต่อระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดชุมพร
2. ควรปรับปรุงหลักการปฏิบัติต่อผู้สูงอายุตามนโยบายภาครัฐ เพื่อความเข้าใจ ความรวดเร็ว ไม่ซ้ำซ้อนเพื่อประโยชน์สูงสุดของผู้สูงอายุ
3. สร้างความตระหนักให้เยาวชนรุ่นหลังได้เห็นคุณค่าของผู้สูงอายุ โดยยึดหลักความกตัญญู

## เอกสารอ้างอิง


โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. (2535). **คืนสุขภาพแก่ประชาชน.** กรุงเทพฯ: ดีไซน์

กระทรวงสาธารณสุข. (2545). **พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ: ธรรมนูญสุขภาพคนไทยให้อะไรกับประชาชน.** นนทบุรี. สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ.

จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ. (2540). ความเข้าใจเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ. **วารสารส่งเสริมสุขภาพ และอนามัยสิ่งแวดล้อม ปีที่ 20 ฉบับที่ 2 เมษายน-มิถุนายน 2540.**

จรูณ คุณมี. (2529). **ประชากรศึกษากับการพัฒนาคุณภาพชีวิต.** ในการสัมมนาทางวิชาการเรื่องประชากรศึกษากับการพัฒนาคุณภาพชีวิต (หน้า 25-30). กรุงเทพฯ: สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ทิพาภรณ์ โพธิถวิล และนุชนาฏ ยูฮันเงาะ. (2544). **กลไกระบบบริหารสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุไทย.** ชุดโครงการวิจัยและพัฒนานโยบายระบบสวัสดิการสังคมเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในไทย คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์และสวัสดิการสังคม มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

นภาพร ชโยวรรณ และจอห์น โนเดล. (2542). **การอยู่อาศัยและการเกื้อหนุนของผู้สูงอายุไทย.** วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นราธิป กมลลิ้มสกุล. (2552). **รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาบ้านปางลาง ตำบลตาพะยา อำเภอตาพะยา จังหวัดสระแก้ว ของศูนย์ฝึกและพัฒนาอาชีพราษฎรไทยบริเวณชายแดนสระแก้ว.** วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาการบริหารการศึกษา. มหาวิทยาลัยบูรพา.

นิรมล พึ่งธรรมเดช. (2551). **ความสุขในชีวิตในทัศนะของผู้สูงอายุ.** กรุงเทพฯ.

นันทิญา อังกินันท์. (2546). **คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุเขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร.** หลักสูตรปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาไทยศึกษา สถาบันราชภัฏธนบุรี.

นุโรม เงางาม. (2540). **คุณภาพชีวิตของสตรีวัยหมดประจำเดือนในภาคใต้.** วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาพยาบาลแม่และเด็ก. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

นงเยาว์ ชัยทอง. (2542). **การได้รับการดูแลและความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุอำเภอเคียนซา จังหวัดสุราษฎร์ธานี.** ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

บรรลุ ศิริพานิช. (2542). **ผู้สูงอายุไทย.** กรุงเทพฯ: พิมพ์ดีการพิมพ์.

ประภาพร จินันทุยา. (2536). **คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชมรมทางสังคมผู้สูงอายุดินแดง.** วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

ประเวศ วะสี. (2550). **การจัดการความรู้กระบวนการปลดปล่อยมนุษย์สู่ศักยภาพ เสรีภาพ และความสุข.** กรุงเทพฯ: กรีนปัญญาญาณ.

เพ็ญแข ประจนปัจจนึก. (2545). **สูงอายุวิทยาศึกษา.** กรุงเทพฯ: ภาควิชาการศึกษาผู้ใหญ่ คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

มนสิชา ชุมแก้ว และคณะ. (2552). สุขภาพจิตและการสร้างเสริมสุขภาพจิตโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นของผู้สูงอายุในอำเภอละแม จังหวัดชุมพร. **วารสารพยาบาลมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.**

รตนพรรษ โชติวนิช. (2551). **พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพและปัจจัยที่มีต่อการดูแลตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขศาสตร์ ในเขตจังหวัดชลบุรี.** วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย สาขาบริหารสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

ราชบัณฑิตยสถาน. (2530). **พจนานุกรมฉบับเฉลิมพระเกียรติ.** กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิช.

รุจา ภู่ไพบูลย์. (2541). **การพยาบาลครอบครัว: แนวคิดทฤษฎีและการนำไปใช้.** พิมพ์ครั้งที่ 3 กรุงเทพฯ: วีเจ พริ้นติ้ง.

เล็ก สมบัติ. (2549). **รายงานวิจัยสมบูรณ์โครงการดูแลภาวะผู้สูงอายุของครอบครัวในปัจจุบัน.** คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย.

วารี กังใจ. (2541). ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ. **วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา** 2541; 6: 13–20.

วิภาวี คงอินทร์ และคณะ. (2548). **การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการออกกำลังกายผู้สูงอายุในชุมชน.** มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

วรรณา กุมารจันทร์. (2543). **คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตภาคใต้ตอนบน.** วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต สาขาพยาบาลผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยมหิดล.

วรรณา ศรีธัญรัตน์ และคณะ. (2545). **ระบบบริการสุขภาพและหลักประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุประเทศไทย.** ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา.

ศิริวรรณ ศิริบุญ และปัทมา อมรสิริสมบูรณ์. (2544). ผู้สูงอายุไทย “อยู่ทนหรือทนอยู่”. **วารสารพฤฒาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ.** 2(4): 22–33.

ศิริวรรณ ศิริบุญ และมาลินี วงษ์สิทธิ์. (2541). **การประเมินโครงการนำร่องการจัดตั้งศูนย์บริการทางสังคม สำหรับผู้สูงอายุ: ผลการศึกษาจากข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ.** กรุงเทพฯ: สถาบันประชากรศาสตร์.

ศิริวรรณ ศิริบุญ. (2543). **การตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ: กรณีการตั้งศูนย์บริการทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ.** กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ศรีเมือง พลังฤทธิ์ ฟริทแวน เกรียนเวร และเกื้อ วงษ์บุญสิน. (2549). การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยตนเองครอบครัวชุมชน กรณีศึกษา: จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ประเทศไทย. **วารสารประชากรและสังคม.** 2549; 14(2) มกราคม.

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2549). **โครงการระบบดูแลระยะยาวในครอบครัวสำหรับผู้สูงอายุ.** รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์. กรุงเทพฯ: คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

สถิติจังหวัดชุมพร. (2553). **สมุดรายงานสถิติจังหวัดชุมพร.** สำนักงานสถิติชุมพร.

สำนักงานการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดชุมพร. (2554). **โครงการส่งเสริมการมีส่วนร่วมเครือข่ายสตรีและครอบครัว.** สำนักงานกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2551). **ผู้สูงอายุไทย 2550 มุมมอง/เสียงสะท้อนจากข้อมูลสถิติ.** กระทรวงเทคโนโลยีและการสื่อสาร. สำนักงานสถิติ.

สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี. (2540). **รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย.** กรุงเทพฯ: สวัสดิการสำนักเลขาธิการ คณะรัฐมนตรี.

สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว. (2546). **การพัฒนาดัชนีความอยู่ดีมีสุข ด้านชีวิตครอบครัวสำหรับประเทศไทย: รายงานการศึกษาขั้นสุดท้ายโครงการระบบพัฒนาจัดเก็บกลุ่มดัชนีชี้วัดครอบครัวอยู่ดีมีสุขสำหรับประเทศไทย.** กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ, สำนักนายกรัฐมนตรี. (2545). **รายงานการสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย.** กรุงเทพฯ: ม.ป.ท.

สำนักงานการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2553). **รายงานฉบับสมบูรณ์โครงการวิจัยและประเมินโครงการคุณธรรม.** ชุมพร.

สุดารัตน์ พุฒิพิมพ์. (2545). **อัตมโนทัศน์ของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวัดป่าแสนอุดม จังหวัดอุบลราชธานี.** วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2541). **หลักสำคัญของเวชศาสตร์ของผู้สูงอายุ.** กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุรกุล เจนอบรม. (2541). **วิสัยทัศน์ผู้สูงอายุและการศึกษานอกระบบสำหรับผู้สูงอายุไทย.** กรุงเทพฯ: ภาควิชาการศึกษานอกโรงเรียน คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุตา ถือมั่น. (2547). **ปัจจัยคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตำบลย่านยาว จังหวัดสุโขทัย.** กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.

อเนก สุภีรนันท์ และสุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล. (2548). คุณภาพชีวิตของคนไทย: เมื่อฟื้นฟูวิกฤตเศรษฐกิจ. **วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย.** 13(2) พฤษภาคม: 93.

อมริสา ตัณสถิต. (2545). **การศึกษาปัญหาและความต้องการบริการสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุชุมชนหมู่ 16 เขตสะพานสูง กรุงเทพมหานคร.** วิทยานิพนธ์สังคมสังเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

อารดา ธีระเกียรติกำจร. (2554). **คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลสุเทพ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่.** หลักสูตรปริญญาเศรษฐศาสตรมหาบัณฑิต คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

อาชัญญา รัตนอุบล และคณะ. (2552). **การศึกษาสภาพ ปัญหา ความต้องการ และรูปแบบการจัดกิจกรรมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย เพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ด้านการเตรียมความพร้อมเมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุของผู้ใหญ่วัยแรงงาน.** คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

Campbell, A. (1976). Subjective measures of Well-being. **American Psychogist.** 31, 117-124.

Cockerham, W. C. (1997). **This aging society.** (2nd ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall.

Dalkey, N. & Rourke, D. (1973). **The Delphi Procedure and Rating Quality of life Factor, In the Quality of life Concept.** Washington, D.C.: Environmental Protection Agency.

Eliopoulos, C. (2005). **Gerontological Nursing.** (6th ed.). Philadelphia: Lippincott. Cormack, D.F.S. Anxitey. In D.F.S.

Ebersole, P. & Hess, p. (1998). **Toward healthy Aging: Human needs and nursing Response.** (5th ed.). St. Louis. Mosby

Ferrel, B. R. (1995). The quality of lives: 1,525 voices of cancer. **Oncology nursing Forum.** 23(6), 906-916.

Ferrans CE. & Power MJ. (1992). Psychometric Assessment of The Quality of life Index. **Research in Nursing & Health.** 15: 29-38.

Friedman, M. M. (1986). **Family nursing: Theory and assessment** (2nd ed.). New York: Appleton Century Crofts.

Han Kwee Ho *et al.* (2003, June). Abstract. **What determines the life satisfaction of the elderly?.** Comparative study of residential care home and community in japan. Retrieved June 22, from http://www.blackwell-synergy.com/action/dosearch.

Hanlon, J. J. and Pickett G. E. (1984). **Public Health**: **Administration and Practice.** (8th ed.) St.louise: Times Mirror/Mosby College Publishing.

Hubbard, P. Muhlenkamp, A. F. and Brown N. (1984). The Relationship between Social Support and Self-Care Practice. **Nursing Research.** 33 (September-October): 266-269.

Liu, B.C. (1975, January). Quality-of-life: Concept, measure and result. **The American Journal of Economic and Socilogy.** 34: 12.

Maslow, Abraham. (1970). **Motivation and Personnality.** New York: Harper and Row Publishers.

Merriam and Sharan B. (1988). **Qualitative research and case study application in education.** California: Jossey-Bass Inc.

Miller, A. C. (2004). **Nursing for Wellness in Older Adults: Theory and Practice.** (4th ed.). Philadelphia: Lippincott.

Neugarten, B., havighurts, R. S. & Tobin, S. (1961). The measurement of life satisfaction. **Journal of Gerontological Nursing.** 6: 121-129.

Orem, D. E. (1985). **Nursing: Concepts of practice.** (4th ed.) St. Louis C.V. Mosby.

Orem, D. E. (1995). **Nuresing: Concepts of practice.** (5th ed.) Philadelpia: Mosby-Year Book.

Pender, N. J., Murdaugh, C. L. and Parsons, M. A. (2002). **Health promotion in nursing practice.** (4th ed.) Harrisonburg, VA: RR Donnelley.

Sahyoun, N. R. (1992). **Clsssic component of nutrition assessment of the elderly.** In Hartz, S. C. *et al.* (Eds.), Nutrition in elderly. The USDA Human Nutrition Research Center On Aging, Tufts University.

Shanas. E. (1962). **The Health older people.** Cambrige: Harvard University.

Speake, D., Cowart, M. E., & Pellet, K. (1989). **Health perceptions and lifestyle of the elderly.** Research in Nursing & Health, 12, 1989.

UNESCO. (1978). **Indicator of Environment Quality and Quality of life Research and Socail Science.** No.38 Paris: Unesco.

United Nation. (2002). **Population Ageing 2002.** Retrieved August 24, 2002, from: http:www.un.org/esr/population/worldageing.

Victor, C. R. (1994). **Old age in modern society: A textbook of social gerontology.** (2nd ed.). San Diego, CA: Chapman & Hall.

Watana Paranee. (1995). Ageing Continuing education and skill devenlopment Population Ageing and devenlopment. **Asain Population Studies** Series No. 140. United Nation, ESCAP. P.47-53.

Ward, R. A. (1984). **The aging experience: An introduction to social gerontology.** (2nd ed.). New York: Harper & Row.