

วารสารพุทธศิลปกรรม JOURNAL OF BUDDHIST ARTS



ISSN : 2697-6099 (ONLINE)

ปีที่ 3 ฉบับที่ 11 มกราคม - มิถุนายน 2563

มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาเขตเชียงใหม่

หลักพุทธธรรมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ

The Buddhist Principles in Improving the Quality of the Elderly's Life

อดุลย์ กันธิตา

Adul Kuntida

มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาเขตเชียงใหม่
Mahachulalongkornrajavidyalaya University Chiang Mai
Corresponding Author, Email: adul_KU@hotmail.com

บทคัดย่อ

บทความนี้เป็นการนำเสนอหลักพุทธธรรมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ สามารถแบ่งได้เป็น 2 แนวทาง คือ

1. แนวทางการประยุกต์ใช้หลักพุทธธรรมสำหรับพัฒนาคุณภาพชีวิตตนเองของผู้สูงอายุ คือ หลักพร 4 คือ อายุ พัฒนาด้วยหลักอิทธิบาท 4 ได้แก่ ฉันทะ วิริยะ จิตตะ วิมังสา วรรณะ พัฒนาด้วยหลักศีล 5 เป็นเบื้องต้น สุขะ พัฒนาด้วยหลักสุข 3 ระดับ คือ กามสุข ฌานสุข และนิพพานสุข พละ พัฒนาด้วยหลักอัปปมัญญา หรือพรหมวิหาร 4 ได้แก่ เมตตา กรุณา มุทิตา อุเบกขา 2. แนวทางการประยุกต์ใช้หลักพุทธธรรมเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจากภายนอก คือ หลักไตรสิกขา 3 คือ ศีล การส่งเสริมกิจกรรมด้านกายภาพและสังคม สมาธิ การส่งเสริมกิจกรรมฝึกอบรมพัฒนาจิตใจ และปัญญา การส่งเสริมกิจกรรมด้านปัญญาญาณ ควบคู่กับการปฏิบัติภาวนาตามหลักภาวนา 4 คือ กายภาวนา คือ การดูแลตนเองด้านกายภาพ ศีลภาวนาคือ การดูแลตนเองด้านสัมพันธภาพกับผู้อื่น จิตตภาวนา คือ การดูแลสภาวะอารมณ์และจิตใจ ปัญญาภาวนา คือ การดูแลอบรมตนให้เกิดปัญญาแจ่มแจ้ง

หลักพุทธธรรมเหล่านี้มีเป้าหมายเพื่อยังประโยชน์ให้เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุทั้งในด้านคุณภาพชีวิตส่วนบุคคลและคุณภาพชีวิตส่วนรวม คุณภาพชีวิตทางกาย และคุณภาพชีวิตทางใจ คุณภาพชีวิตในระดับโลกย์และคุณภาพชีวิตในระดับที่เหนือ

โลก โดยถือหลักประโยชน์ 3 ได้แก่ ทิฐุธรรมมีกัตถประโยชน์ ประโยชน์ในโลกนี้ สัมปรายิกัตถประโยชน์ ประโยชน์ในโลกหน้า และปรมัตถประโยชน์ ประโยชน์อย่างยิ่ง

คำสำคัญ: พุทธธรรม, การพัฒนา, คุณภาพชีวิตที่ดี, ผู้สูงอายุ

Abstract

This article is a presentation of The Buddhist Principles in Improving the Quality of the Elderly's Life there are 2 approaches.

1. Guidelines for the application of Buddhist principles for the development of the quality of life of the elderly, ie, blessing 4 is the age of development, with the four virtues i.e., Chaiyaphum, Chitravimanaram, Vedana, Pattana. The level of erotic happiness and joy of nirvana developed with the mainstream. Or 4 mourners, ie, benevolence, mercy.
2. Guideline for the application of Buddhist principles to promote the quality of life of the elderly from the outside, namely, Sikhism 3, namely, precepts, physical and social activities, concentration, promotion of activities, training, mental and intellectual development, promotion of intellectual activities, wisdom 4 is the body of prayer is physical self-care, prayer is the self-care, the relationship with others, psychic is to care for the state of mind and mind, wisdom is to care for their intellectual intelligence.

These Buddhism are intended to benefit the elderly. Both in terms of quality of life and personal quality of life. Quality of life and mental quality The quality of life in the world and the quality of life in the world. The three main benefits are: benefits. Benefits in this world. Seminar on benefits in the next world and benefits extremely useful.

Keywords: Buddhism, development, good quality, elder people

บทนำ

สำนักงานสถิติแห่งชาติได้ทำการสำรวจประชากรผู้สูงอายุ ตั้งแต่ ปี พ.ศ.2537– 2559 พบว่า ประเทศไทยมีจำนวนและสัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง โดยในปี 2537 มีจำนวนผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 6.8 ของประชากรทั้งประเทศ และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 9.4 ร้อยละ 10.7 ร้อยละ 12.2 ร้อยละ 14.9 ในปี 2545, 2550, 2554, 2557 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557: 1) ตามลำดับ และในปี 2559 สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ได้ผลการสำรวจปรับปรุง ณ วันที่ 26 ตุลาคม 2559 พบว่า มีจำนวนผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 15.1 ของประชากรทั้งหมด ดังตาราง

ตารางที่ 1 จำนวนและอัตราของผู้สูงอายุ พ.ศ. 2537, 2545, 2550, 2554, 2557 และ 2559

ปีที่สำรวจ	จำนวนผู้สูงอายุ	อัตราผู้สูงอายุต่อ 100 คน
2537	4,011,854	6.8
2545	5,969,030	9.4
2550	7,020,959	10.7
2554	8,266,304	12.2
2557	10,014,705	14.9
2559	9,934,309	15.1

(ที่มา: สำนักงานสถิติแห่งชาติ, กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร, รายงานการสำรวจผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2557, หน้า iii. และ กรมกิจการผู้สูงอายุ, ข้อมูลสถิติจำนวนผู้สูงอายุประเทศไทย ปี 2559, 2560: ออนไลน์)

จากการที่ประเทศไทยประสบผลสำเร็จในนโยบายด้านการวางแผนครอบครัว ทำให้อัตราการเกิดลดลง รวมทั้งความก้าวหน้าทางการแพทย์ สาธารณสุข

และเทคโนโลยี ทำให้ประชากรมีอายุยืนยาวขึ้น ส่งผลให้โครงสร้างประชากรของประเทศไทยเปลี่ยนแปลงไปสู่สังคมผู้สูงอายุ หรืออาจกล่าวได้ว่า ประเทศไทยเป็นประเทศหนึ่งในอาเซียนที่เข้าสู่การเป็นสังคมสูงวัย (Aging Society) การเป็นสังคมสูงวัย คือ การที่มีจำนวนผู้สูงอายุหรือประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นจนมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด ในขณะที่วัยเด็กและแรงงานลดน้อยลงเรื่อยๆ จึงส่งผลกระทบต่อสถานะทางสังคมและเศรษฐกิจโดยรวมของประเทศ และทำให้ต้องมีการบริหารจัดการในการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวในเรื่องการจัดสรรทรัพยากรที่มีจำกัด โดยเฉพาะด้านการจัดสรรสวัสดิการที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ เช่น การบริการด้านการแพทย์ ที่อยู่อาศัย อาหาร และกิจกรรมทางสังคมวัฒนธรรมต่างๆ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี

การที่ผู้สูงอายุมีจำนวนมากขึ้นร่วมกับอายุคาดเฉลี่ยของผู้สูงอายุมีทิศทางยืนยาวขึ้นอย่างต่อเนื่อง แต่ขาดการส่งเสริมเพิ่มความเข้มแข็งให้ผู้สูงอายุสามารถใช้ชีวิตอย่างอิสระ ไม่ต้องพึ่งพา มีคุณภาพชีวิตที่ดีตามประกาศขององค์การอนามัยโลก (WHO) ในปี ค.ศ. 1990 จึงเป็นเรื่องที่สำคัญอย่างยิ่ง คุณภาพชีวิต หมายถึง ความผาสุกในชีวิตด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และปัญญา (Mauk KL., 2006: 10) องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตไว้ว่า เป็นการรับรู้ของแต่ละบุคคลต่อสถานะในชีวิตของพวกเขา ภายใต้บริบทของวัฒนธรรมและความหมายของระบบในสังคมที่พวกเขาอาศัยอยู่ และจะสัมพันธ์กับเป้าหมาย ความคาดหวัง มาตรฐานของสังคม และสิ่งอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับพวกเขา เป็นแนวความคิดที่กว้างเต็มไปด้วยความซับซ้อน ครอบคลุมในแง่ของสุขภาพร่างกายแต่ละคน สภาพจิตใจ ระดับของความเป็นอิสระสัมพันธภาพทางสังคม ความเชื่อ และความสัมพันธ์ที่มีต่อสภาพแวดล้อม โดยมองคุณภาพชีวิตเป็นนามธรรม (Subjective) รวมเอาหัวข้อที่เป็นทั้งส่วนดีและส่วนไม่ดีของชีวิตเอาไว้ อีกทั้งมีหลายมิติไม่ว่าจะเป็นทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม สิ่งแวดล้อม ฯลฯ (WHO, 1995, อ่างใน, อนุชาติ พวงสำลี และอรทัย อาจอำ, 2539: 59)

จากการสำรวจสุขภาพจิตผู้สูงอายุโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติด้วยแบบคัดกรองความสุ่มแบบ 15 ข้อในปี 2554 พบว่า คะแนนเฉลี่ยของผู้สูงอายุต่ำกว่าคนทั่วไปโดยประมาณ 1 ใน 3 ของผู้สูงอายุเป็นผู้ที่มีความเปราะบางทางจิตใจ และมีสาเหตุมา

จากปัญหาการเจ็บป่วยเรื้อรัง ความรู้สึกลดคุณค่าในตัวเองลดลงและคำนึงต่อสูงอายุในสังคมไทยเปลี่ยนแปลงไป ดังนั้นแล้ว ชีวิตที่ยืนยาวจึงไม่เพียงพอสำหรับผู้สูงอายุในอนาคต ผู้สูงอายุต้องมีคุณภาพชีวิตที่ดีด้วยดังคำกล่าวที่ว่า “แก่อย่างมีคุณค่า ชราอย่างมีสุข” โดยที่ผู้สูงอายุซึ่งเป็นประชากรส่วนใหญ่ของสังคมไทย ยังมีความรู้ความสามารถในการส่งเสริมและพัฒนาสังคม ดังนั้น การส่งเสริมพลังทางปัญญาของผู้สูงอายุและการเตรียมตัวสำหรับเข้าสู่วัยผู้สูงอายุจึงเป็นเรื่องที่สำคัญอย่างยิ่ง และสังคมทั้งภาครัฐในระดับชาติจนถึงระดับท้องถิ่น ภาคเอกชน และองค์กรทางศาสนาสมควรต้องหาแนวทางการส่งเสริมพลังทางปัญญา เพื่อนำไปสู่การพัฒนาให้สังคมไทยในอนาคตเป็น “สังคมผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ” (อาชัญญา รัตนอุบล และคณะ, 2552: 2)

ด้วยเหตุนี้ จึงทำให้ผู้เขียนมีแนวคิดว่าการนำหลักพุทธธรรมมาใช้ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จะเป็นแนวทางหนึ่งในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีของกลุ่มผู้สูงอายุ เพื่อนำไปสู่การพัฒนาและเตรียมความพร้อมด้านคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุต่อไป

แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตที่ดี

1. ความหมายของคุณภาพชีวิตที่ดี

ความหมายของคุณภาพชีวิตตามพจนานุกรมราชบัณฑิตยสถาน ประกอบด้วย คำ 2 คำ คือ “คุณภาพ” หมายถึง ลักษณะความดี ลักษณะประจำบุคคล ส่วน “ชีวิต” หมายถึง ความเป็นอยู่ ดังนั้นคุณภาพชีวิตจึงหมายถึง ลักษณะความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคล (ราชบัณฑิตยสถาน, 2546: 253) ส่วนองค์การอนามัยโลก ได้กล่าวถึงคุณภาพชีวิตว่ามีความหมายที่หลากหลายแตกต่างกันตามบริบทของผู้ศึกษา กล่าวคือ ระดับผู้กำหนดนโยบายทางสังคม เช่น รัฐบาล (The WHO Group, 1995: 1403-1409) หรือสังคมอื่นๆ แท้ที่จริง คุณภาพชีวิตเป็นแนวคิดที่มีการนิยามกันอย่างหลากหลาย คือเป็นกระบวนการทางด้านจิตใจที่สามารถบรรยายตีความ โดยผ่านตัวกรองด้านความคิดและภาษาที่แตกต่างกัน ความคลาดเคลื่อนจากการมองที่หลากหลายเกิดจากประสบการณ์ พื้นฐานความรู้ ประเด็นการนำเสนอและข้อเท็จจริงต่าง ๆ และแนวความคิดเรื่องคุณภาพชีวิต ขึ้นอยู่กับคุณค่าที่แฝงอยู่อย่างมาก ผู้ศึกษาจึงต้องกำหนดกรอบความหมายให้ชัดเจน เพื่อให้สามารถประเมินผลได้กระบวนการต่างๆ

ที่ถือว่าเป็นคุณภาพชีวิตที่ “ดีกว่า” นั้นเป็นอย่างไร ดังนั้น การศึกษาความหมายของ
คุณภาพชีวิตจึงยังเป็นประเด็นหัวข้อปัญหาที่จะต้องมีการถกเถียงและให้คำนิยามกัน
ต่อไป อย่างไรก็ตาม มีคำนิยามต่างๆ ที่สามารถสรุปประมวลได้ดังนี้

องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตไว้ว่า เป็นการ
รับรู้ของแต่ละบุคคลต่อสถานะในชีวิตของพวกเขา ภายใต้บริบทของวัฒนธรรมและความ
หมายของระบบในสังคมที่พวกเขาอาศัยอยู่ และจะสัมพันธ์กับเป้าหมาย ความคาดหวัง
มาตรฐานของสังคม และสิ่งอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง与他们 เป็นแนวความคิดที่กว้างเต็มไปด้วย
ความซับซ้อน ครอบคลุมในแง่ของสุขภาพร่างกายแต่ละคน สภาพจิตใจ ระดับของ
ความเป็นอิสระสัมพันธ์สภาพทางสังคม ความเชื่อ และความสัมพันธ์ที่มีต่อสภาพแวดล้อม
โดยมองคุณภาพชีวิตเป็นนามธรรม (Subjective) รวมเอาหัวข้อที่เป็นทั้งส่วนดีและส่วน
ไม่ดีของชีวิตเอาไว้ อีกทั้งยังมีหลายมิติไม่ว่าจะเป็นทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม สิ่งแวดล้อม
 ฯลฯ (อนุชาติ พวงสำลี และอรทัย อาจอ่ำ, 2539: 59)

อนุชาติ พวงสำลี และอรทัย อาจอ่ำ ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตไว้
ว่า เป็นระดับของการมีชีวิตที่ดี มีความสุข ความพึงพอใจในชีวิตเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้อง
กับสภาพความเป็นอยู่การดำเนินชีวิตของปัจเจกบุคคลในสังคม (อนุชาติ พวงสำลี
และอรทัย อาจอ่ำ, 2539: 61)

ปิยะวัฒน์ ตรีวิทยา ได้กล่าวถึงคุณภาพชีวิตว่ามีความหมายที่หลากหลาย
แตกต่างกันตามบริบทของผู้ศึกษา กล่าวคือ ระดับผู้กำหนดนโยบายทางสังคม เช่น
รัฐบาล คุณภาพชีวิตมีความหมายในด้านหลักประกันแก่ประชาชนในด้านการบริการ
หรือการสงเคราะห์ทางสังคมด้านต่างๆ เช่น การให้บริการด้านสาธารณสุขโรค การช่วย
เหลือด้านสิ่งของ การยกระดับรายได้และการส่งเสริมประชากรทุกคนให้มีสิทธิเท่าเทียม
กันในด้านต่างๆ ในมุมมองนักเศรษฐศาสตร์ คุณภาพชีวิตหมายถึง รายได้มวลรวมของ
ประเทศ อัตราเงินเฟ้อ หรือดัชนีผู้บริโภค รายได้เฉลี่ยประชากร หากเป็นทางการแพทย์
เช่น นักกิจกรรมบำบัดหรือแพทย์ คุณภาพชีวิตหมายถึงการเปลี่ยนแปลงทางบวกของ
การรักษาหรือการฟื้นฟูสมรรถภาพที่ผู้ใช้บริการได้รับ ดังนั้น ความหมายของคุณภาพ
ชีวิตจึงเปลี่ยนแปลงไปตามบริบทของงาน ซึ่งส่งผลต่อการวัดและการแปลผลทหาวีธีการ
วัดมีความแตกต่างกัน (ปิยะวัฒน์ ตรีวิทยา, 2559: 171-184)

สิปปนนท์ เกตุทัต ให้ความหมายคุณภาพชีวิตไว้ว่า “ชีวิตที่มีความสุขชีวิตที่สามารถปรับตัวเองเข้ากับธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมได้ทั้งสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ สิ่งแวดล้อมทางสังคม และสามารถปรับธรรมชาติสิ่งแวดล้อมให้เข้ากับตน โดยไม่เบียดเบียนผู้อื่น” (สิปปนนท์ เกตุทัต, 2538: 20)

สรุปได้ว่า คุณภาพชีวิต คือ ระดับความสุขในชีวิตทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ โดยเฉพาะการรับรู้ถึงความพึงพอใจในชีวิตของแต่ละบุคคล ความสัมพันธ์ทางสังคม สิ่งแวดล้อม ภายใต้วัฒนธรรม ค่านิยม และเป้าหมายในชีวิตของแต่ละบุคคล และยังรวมไปถึงความสามารถในการช่วยเหลือผู้อื่นและร่วมกิจกรรมทางสังคมด้วย

2. องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตที่ดี

ทีมพัฒนาคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (WHOQOL Group, 1996) ได้จัดองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตใหม่โดยรวมองค์ประกอบบางด้านเข้าด้วยกัน คือ ด้านร่างกายกับด้านระดับความเป็นอิสระของบุคคล และด้านจิตใจกับด้านความเชื่อส่วนบุคคล จึงเหลือเพียง 4 องค์ประกอบ ดังนี้

1) ด้านร่างกาย (Physical health) คือการรับรู้สภาพทางด้านร่างกายของบุคคล ซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน ได้แก่ การรับรู้สภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย การรับรู้ถึงความรู้สึกสุขสบาย ไม่มีความเจ็บปวด การรับรู้ถึงความสามารถที่จะจัดการกับความเจ็บปวดทางร่างกาย การรักษาทางการแพทย์ การรับรู้ผลกำลังในการดำเนินชีวิตประจำวัน การพักผ่อนนอนหลับ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การทำงาน การรับรู้เหล่านี้มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน

2) ด้านจิตใจ (Psychological) คือการรับรู้ทางจิตใจของตนเอง ได้แก่ การรับรู้ความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง การรับรู้สภาพลักษณะของตนเอง ความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง ความมั่นใจในตนเอง การรับรู้ถึงความคิด ความจำ สมาธิ การตัดสินใจ ความสามารถในการจัดการกับความเศร้า ความกังวล การรับรู้ถึงความเชื่อด้านจิตวิญญาณ ศาสนา การให้ความหมายของชีวิตและความเชื่ออื่น ๆ ที่มีผลในทางที่ดีต่อการดำเนินชีวิต มีผลต่อการเอาชนะอุปสรรค

3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationship) คือการรับรู้ด้านความสัมพันธ์ ของตนเองกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม การรับรู้ว่าคุณได้เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคม รวม

ทั้งการรับรู้ในเรื่องอารมณ์ทางเพศ หรือการมีเพศสัมพันธ์

4) ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ว่าคุณมีชีวิตรองานอย่างอิสระ ไม่ถูกกักขัง มีความปลอดภัยและมั่นคงในชีวิต การรับรู้ได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดี การคมนาคมสะดวก มีแหล่งประโยชน์ด้านการเงิน สถานบริการสุขภาพ บริการทางสังคม การรับรู้ว่าคุณมีโอกาสที่จะได้รับข่าวสาร ได้มีกิจกรรมสันทนาการ และมีกิจกรรมในเวลาว่าง เป็นต้น (WHOQOL Group, 1996, อ้างใน อภิชัย มงคล และคณะ, 2547: 35)

3. การประเมินคุณภาพชีวิตที่ดี

องค์การยูเนสโก (UNESCO) ให้เกณฑ์ในการประเมินคุณภาพชีวิตไว้ 2 ด้าน คือ 1. ด้านวัตถุประสงค์ (Objective) การประเมินโดยอาศัยข้อมูลด้านรูปธรรมที่มองเห็นได้ นับได้ วัดได้ ได้แก่ ปัจจัยประชากร (อายุ เพศ โรคประจำตัว) ปัจจัยด้านสังคม (ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพปัจจุบัน อาชีพสุดท้ายก่อนเกษียณ ลักษณะการอยู่อาศัยการเงิน สมาชิกชมรม) ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ (รายได้ต่อเดือน การมีเงินออม สถานะทางสังคม เช่น การมีกรรมสิทธิ์ในที่อยู่อาศัย ภาระหนี้สิน) และ 2. ด้านจิตวิสัย (Subjective) การประเมินข้อมูลด้านจิตวิทยา ซึ่งอาจทำได้โดยการสอบถามความรู้สึก และเจตคติต่อประสบการณ์ของบุคคลเกี่ยวกับชีวิต การรับรู้ต่อสภาพความเป็นอยู่ การดำรงชีวิต รวมทั้งสิ่งต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับชีวิต ความพึงพอใจในชีวิต ความพอใจในสภาพแวดล้อม ทั้งบุคคลและสถานที่ เศรษฐกิจการพึ่งพาตนเอง การรับรู้ที่จะปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ (UNESCO, “Evaluating the Quality of Life in Belgium”, 1980: 312)

Stromberg ได้แสดงทัศนะในการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไว้ 3 ลักษณะ คือ

1) การประเมินเชิงวัตถุประสงค์ โดยการวัดเป็นปริมาณ (Objective scale yielding quantitative) เป็นการประเมินผู้สูงอายุโดยผู้อื่น เช่น แพทย์ หรือบุคลากรอื่น ๆ ในทีมสุขภาพ โดยประเมินออกมาเป็นคะแนน

2) การประเมินเชิงจิตวิสัย โดยวัดเป็นปริมาณ (Subjective scale yielding quantitative) เป็นการประเมินโดยผู้สูงอายุเอง ขึ้นอยู่กับค่านิยมคุณภาพชีวิตของตนเองหรือประสบการณ์ในชีวิตของตนเอง เช่น ความพึงพอใจและความสุขที่

ตนเองได้รับ โดยประเมินออกมาเป็นคะแนน

3) การประเมินเชิงจิตวิสัย โดยวัดเป็นคุณภาพ (Subjective scale yielding quantitative) เป็นการประเมินโดยผู้สูงอายุเองผลออกมาเป็นการบรรยายและบอกถึงสภาพของผู้สูงอายุที่เป็นอยู่ (Stromberg, “Selecting and Instrument to measure Quality of Life”, 2011: 88-91)

การพัฒนาคุณภาพชีวิต เป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องพัฒนาให้มีคุณภาพที่ดี เพราะมนุษย์เป็นทรัพยากรสำคัญต่อการพัฒนาสังคม โดยอย่างยิ่งความจำเป็นที่จะต้องสร้างคนในสังคมให้มีความรู้ความสามารถ มีทักษะพื้นฐานที่จำเป็น มีลักษณะนิสัยจิตใจที่ดีงาม มีความพร้อมที่จะทำงานเพื่อตนเอง ครอบครัว และสังคม มีความพร้อมที่จะประกอบกิจการงานอาชีพได้ ซึ่งนอกเหนือจากการที่มนุษย์มีปัจจัย 4 ในการดำรงชีวิตแล้ว การพัฒนาคุณภาพชีวิตยังมีความหมายถึงคุณค่าของชีวิตในแง่คุณงามความดี การฝึกฝนอบรมตนด้านกาย และวาจา ใจ ดังพระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ. ปยุตโต) กล่าวไว้ในหนังสือพุทธธรรม ว่าคุณภาพชีวิตเป็นสิ่งประสงค์ของฉันทะ ซึ่งความหมายอย่างหนึ่งของฉันทะ คือ ความรักในคุณภาพชีวิต (พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ. ปยุตโต), 2555: 1005) มีหลักไตรสิกขาเป็นธรรมที่ครอบคลุมการสร้างเสริมคุณภาพชีวิต ในพัฒนาคน 3 ด้าน คือ

1) ฝึกให้มีพฤติกรรมที่ร่วมสร้างเสริมสังคมดีงาม ซึ่งมีสภาพเกื้อกูลแก่คุณภาพชีวิต เอื้อแก่การพัฒนาจิตปัญญา โดยฝึก/พัฒนาระเบียบวินัย ความสุจริต กาย วาจา และแรงงานที่เป็นสัมมาชีพ เรียกก่ายๆ ว่า ศีล

2) อาศัยสภาพแวดล้อม สังคม ความเป็นอยู่ภายนอกที่เอื้อนั้น เป็นพื้นฐาน ทำการฝึกอบรม/พัฒนาจิตใจให้ประณีต มีคุณภาพ สมรรถภาพ และสุขภาพจิตที่ดีเรียกก่ายๆ ว่า สมาธิ

3) ด้วยจิตที่ดีนั้น ก็สามารถฝึก/พัฒนาด้านปัญญา ให้เกิดความรู้ความเข้าใจในธรรมตาแห่งเหตุปัจจัย ทำการด้วยความรู้ความเข้าใจนั้น จนบรรลุถึงปรีชาญาณที่ทำให้มีชีวิตแห่งความหลุดพ้นเป็นอิสระ เป็นอยู่ด้วยความผ่องใสเบิกบานตลอดทุกเวลา ในที่สุด เรียกก่ายๆ ว่า ปัญญา (พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ. ปยุตโต), 2555: 877)

1.4 แบบวัดคุณภาพชีวิตที่ดี

S.M. Skevington, M. Lotfy & K.A. and O’Connell ได้กล่าวถึง WHO

group ได้สร้างแบบวัดคุณภาพชีวิต (WHOQOL-100) จำนวน 100 ข้อ โดยมีขั้นตอนการสร้างเครื่องมือประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 เป็นการทำความเข้าใจแนวคิดต่างๆ ตั้งแต่การกำหนดความหมายของคุณภาพชีวิต โครงสร้างของเครื่องมือ ขั้นตอนที่ 2 การสำรวจโครงสร้างที่แท้จริง โดยจัดกลุ่มอภิปรายอย่างต่อเนื่อง ในกลุ่มของผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพ ผู้ป่วย คนปกติ จาก 15 ศูนย์ภาคสนามที่มีวัฒนธรรมแตกต่างกันทั่วโลก ขั้นตอนที่ 3 จัดคำถามของทุกศูนย์นำมารวมกันตามความหมายของแต่ละกลุ่ม และนำเครื่องมือไปทดลองใช้ใน 15 ศูนย์ ภาคสนาม คัดเลือกคำถามเหลือเพียง 100 ข้อ โดยใช้วิธีการวิเคราะห์ปัจจัย (Factor analysis) เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตจากการศึกษานี้ (WHOQOL-100) ประกอบไปด้วยคำถาม 2 ชนิดคือ แบบภาววิสัย (Perceived objective) และอัตวิสัย (self-report subjective) ซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบ 6 ด้าน คือ 1) ด้านร่างกาย (Physical) 2) ด้านจิตใจ (Psychological) 3) ด้านระดับความเป็นอิสระของบุคคล (Level of independence) 4) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationships) 5) ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) และ 6) ด้านความเชื่อส่วนบุคคล (Spirituality religion/personal beliefs) และมีการศึกษาฉบับย่อขึ้น (WHOQOL-BREF) ซึ่งสามารถย่อลงไป 4 ปัจจัย คือ 1) ด้านร่างกาย (Physical) 2) ด้านจิตใจ (Psychological) 3) ด้านสังคม (Social) และ ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) (S.M. Skevington, M. Lotfy & K.A. and O'Connell, 2004: 299-310)

ส่วนในประเทศไทย กรมสุขภาพจิตได้พัฒนา เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) ขึ้นมาได้ ประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ชนิด คือ แบบภาววิสัย (Perceived objective) และอัตวิสัย (self-report subjective) จำนวน 26 ข้อ ประกอบด้วยองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ดังนี้

1) ด้านร่างกาย (physical domain) คือ การรับรู้สภาพทางด้านร่างกายของบุคคล ซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน เช่น การรับรู้สภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย การรับรู้ถึงความรู้สึกสุขสบาย ไม่มีความเจ็บปวด การรับรู้ถึงความสามารถที่จะจัดการกับความเจ็บปวดทางร่างกายได้ การรับรู้ถึงพลังกำลังในการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้ถึงความเป็นอิสระที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น การรับรู้ถึงความสามารถใน

การเคลื่อนไหวของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการทำงาน การรับรู้ว่าคุณสมบัติไม่ต้องพึ่งพาอาศัยต่าง ๆ หรือการรักษาทางการแพทย์ อื่น ๆ เป็นต้น

2) ด้านจิตใจ (psychological domain) คือ การรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง เช่น การรับรู้ความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง การรับรู้ถึงความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง การรับรู้ถึงความมั่นใจในตนเอง การรับรู้ถึงความคิด ความจำ สมาธิ การตัดสินใจ และความสามารถในการเรียนรู้เรื่องราวต่าง ๆ ของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการจัดการกับความเครียด หรือกังวล การรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อต่าง ๆ ของตน ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ถึงความเชื่อด้านวิญญาณ ศาสนา การให้ความหมายของชีวิต และความเชื่ออื่น ๆ ที่มีผลในทางที่ดีต่อการดำเนินชีวิต มีผลต่อการเอาชนะอุปสรรค เป็นต้น

3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (social relationships) คือ การรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม การรับรู้ว่าคุณสมบัติเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคมด้วย รวมทั้งการรับรู้ในเรื่องอารมณ์ทางเพศ หรือการมีเพศสัมพันธ์

4) ด้านสิ่งแวดล้อม (environment) คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ว่าคุณสมบัติใช้ชีวิตอยู่อย่างอิสระ ไม่ถูกกักขัง มีความปลอดภัย และมั่นคงในชีวิต การรับรู้ว่าคุณสมบัติอยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดี ปราศจากมลพิษต่าง ๆ การคมนาคมสะดวก มีแหล่งประโยชน์ด้านการเงิน สถานบริการทางสุขภาพและสังคมสงเคราะห์ การรับรู้ว่าคุณสมบัติมีโอกาสที่จะ ได้รับข่าวสาร หรือฝึกฝนทักษะต่าง ๆ การรับรู้ว่าคุณสมบัติมีกิจกรรมสันทนาการ และมีกิจกรรมใน เวลาว่าง เป็นต้น

แต่อย่างไรก็ตาม มีข้อจำกัดประการหนึ่ง คือ การนำแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทยไปใช้กับประชาชนบางกลุ่ม เช่น กลุ่มผู้สูงอายุอาจจะมีปัญหาในการใช้ เนื่องจากในการพัฒนาแบบวัดไม่ได้ศึกษาบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป แนวทางแก้ไขหากมีปัญหากเกิดขึ้นจากการตอบคำถามอาจจะเปลี่ยนไปใช้วิธีสัมภาษณ์ตามข้อคำถามที่มีอยู่ แล้วให้ผู้ตอบเป็นผู้ประเมินคำตอบด้วยตนเอง หากมีข้อสงสัยไม่เข้าใจผู้สัมภาษณ์สามารถอธิบายเพิ่มเติมได้ ตามกรอบหรือขอบเขตที่องค์การอนามัยโลกได้กำหนดเอาไว้ในแต่ละหมวด (กรมสุขภาพจิต,

2560: ออนไลน์)

นิยามของผู้สูงอายุ

นิยามคำว่า “ผู้สูงอายุ” หมายถึง บุคคลที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป สำหรับประเทศไทยใช้มาเป็นเวลานาน และเป็นอายุที่เริ่มต้นได้รับสวัสดิการ และผลประโยชน์ต่างๆ จากทางราชการด้วย ในปัจจุบันนี้ประเทศไทยได้เป็นสังคมผู้สูงอายุแล้ว คือมีผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 10 ตามเกณฑ์ขององค์การสหประชาชาติ และจากการฉายภาพประชากรของประเทศไทยระหว่างปี 2553–2583 พบว่าจำนวนและสัดส่วนของประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในขณะที่จำนวนและสัดส่วนของประชากรวัยทำงานลดลงอย่างต่อเนื่องเช่นเดียวกัน นอกจากนี้ประเทศไทยได้มีการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม และสุขภาพ ดังนั้นจึงควรมีการทบทวนศึกษาถึงความเหมาะสมของนิยามผู้สูงอายุที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน (รินทร์ เกรย์ และคณะ, 2556: 7) มีงานศึกษาจำนวนมากที่ให้คำหมายของผู้สูงอายุ ดังนี้

บุษยมาส สินธุประมา กล่าวว่า ผู้สูงอายุโดยทั่วไป หมายถึง บุคคลที่อยู่ในภาวะความสูงอายุหรือชราภาพ (Aging) เกี่ยวข้องกับกระบวนการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องในชีวิต การให้ความหมายหรือคำจำกัดความของผู้สูงอายุ โดยที่แท้จริงไม่สามารถกำหนดเป็นกฎเกณฑ์ได้ว่าคนชราหรือผู้สูงอายุเริ่มที่อายุปีเท่าใด ดังนั้นเกณฑ์ในการกำหนดจึงเป็นสหสัมพันธ์กับจุดประสงค์ในการศึกษาวิจัย โครงสร้างทางสังคม และเกณฑ์อายุเฉลี่ยของแต่ละสังคม แต่จากการประชุมสมัชชาโลกว่าด้วยผู้สูงอายุ ที่ประชุมกำหนดเกณฑ์อายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งชายหญิงว่าเป็นผู้สูงอายุ (Elderly) (บุษยมาส สินธุประมา, 2539: 5)

สุรกุล เจนอบรม ได้จำกัดความผู้สูงอายุว่า หมายถึงบุคคลที่อยู่ในวัยสุดท้ายของวงจรชีวิต ซึ่งเริ่มตั้งแต่วัยหนุ่ม วัยสาว วัยผู้ใหญ่และวัยชรา ในเกณฑ์การกำหนดว่าใครเป็นผู้สูงอายุนั้น พิจารณาจากบทบาทของบุคคลนั้นๆ ในสังคม ในปัจจุบันมักใช้อายุเป็นเกณฑ์ บางประเทศกำหนด 55 ปี บางประเทศกำหนด 75 ปี ซึ่งนับจากเกณฑ์การปลดเกษียณ (สุรกุล เจนอบรม, 2534: 41)

สุพัตรา สุภาพ กล่าวว่า ให้ความหมายของผู้สูงอายุว่า ผู้สูงอายุหรือวัยชรา (The old age) ในแต่ละประเทศหรือแต่ละสังคมกำหนดไว้แตกต่างกันออกไป ขึ้นอยู่กับการทำงานหรือสภาพร่างกาย ในบางครั้งอายุมิได้บอกว่าใครเป็นผู้สูงอายุแต่เป็นเพียงแนวทางให้เราทราบว่าใครสมควรเป็นคนชราหรือผู้สูงอายุ (สุพัตรา สุภาพ, 2540)

บุษยมาส สินธุประมา กล่าวสรุปว่า มีผู้ให้ความหมายของผู้สูงอายุไว้มากมาย ซึ่งเกณฑ์ในการกำหนดความเป็นผู้สูงอายุนั้นมีความแตกต่างกัน ตามสภาพสังคม และระยะเวลาของผู้สูงอายุ ดังนั้นที่ประชุมสมัชชาโลกว่าด้วยผู้สูงอายุ (World Assembly on Aging) จึงกำหนดให้ผู้มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ถือว่าเป็นผู้สูงอายุ (Elderly) และใช้เป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วโลก (บุษยมาส สินธุประมา, 2539: 24)

อย่างไรก็ดี จากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางประชากรเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุ ที่เกิดขึ้นแล้วในหลายประเทศ ทั้งประเทศพัฒนาแล้วและประเทศกำลังพัฒนา การศึกษาจำนวนหนึ่งจึงได้ตั้งคำถามต่อเกณฑ์และอายุเริ่มต้นที่ใช้ในการกำหนดการเป็น “ผู้สูงอายุ” ที่เหมาะสมกับสถานการณ์ในปัจจุบัน ส่วนใหญ่มักลงท้ายด้วยข้อสรุปหรือข้อคิดเห็นต่อการเปลี่ยนหรือขยายนิยามอายุเริ่มต้นของผู้สูงอายุไปในช่วงอายุที่สูงขึ้นแล้ว

แต่เดิมการใช้คำเพื่อเรียกบุคคลที่มีอายุมาก จะใช้คำว่า “วัยชรา” ซึ่งมีความหมายตามพจนานุกรมว่า แก่ด้วยอายุ ชำรุดทรุดโทรม แต่คำนี้ไม่เป็นที่นิยมนัก โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุและนักวิชาการ เพราะคำนี้ก่อให้เกิดความหดหู่และถดถอยสิ้นหวัง ดังนั้น ในที่ประชุมคณะแพทย์ผู้อาวุโสและผู้สูงอายุจากวงการต่างๆ โดยมี พลตำรวจตรี หลวงอรรถสิทธิ สิริสุนทร เป็นประธาน จึงได้กำหนดคำว่า “ผู้สูงอายุ” ขึ้นใช้แทนคำว่า “คนแก่” “คนชรา” เมื่อวันที่ 1 ธันวาคม พ.ศ.2505 ซึ่งคำนี้ให้ความหมายที่ยกย่องให้เกียรติแก่ผู้ชราภาพว่าเป็นผู้ที่สูงทั้งวัยวุฒิและประสบการณ์ ในภาษาอังกฤษมีความคล้ายคลึงกับภาษาไทย คือให้ใช้คำว่า “Older adults” หรือ “Older people” ซึ่งมีความหมายในทางบวกแทนคำอื่นๆ เช่น Elderly หรือ Senior ซึ่งมีความหมายในทางลบ

จากสถานการณ์สังคมผู้สูงอายุที่เกิดขึ้นในหลายประเทศ มุมมองต่อความเป็นผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นไปในทางสร้างภาพลักษณ์ที่เป็นบวก ทดแทน

ภาพลักษณ์ในอดีตที่มักเป็นในด้านลบ เพื่อสร้างคุณค่าและความหมายของความสูงอายุก่อกลุ่มประชากรที่จะมีขนาดจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ในการที่จะสร้างประโยชน์ให้แก่สังคมต่อไป ทั้งทางสังคม เศรษฐกิจประเพณีและวัฒนธรรมซึ่งในบางครั้ง อาจไม่จำเป็นต้องมีการกำหนดหรือระบุความเป็นผู้สูงอายุ เพื่อให้เป็น ageless society หรือ อาจใช้คำอื่นในการเรียกประชากรกลุ่มนี้ที่ให้ความหมายหรือคุณค่าที่ดีขึ้น เช่น คำว่า New Ager, respected elders, (Huff Post, 2012) หรือ the long-living (Orimo, et, al., 2006) (รศรินทร์ เกรย์ และคณะ, 2556: 17)

หลักพุทธธรรมในการพัฒนาคุณภาพที่ดีของผู้สูงอายุ

ในพระไตรปิฎกหลายแห่งกล่าวถึงความแก่หรือความชราในฐานะชราทุกข์ เพื่อชี้ให้เห็นถึงความเสื่อมไปของสังขารธรรมและเตือนมนุษย์ให้ละความยึดมั่นถือมั่นในตัวตน มีความเบื่อหน่ายในชั้น 5 เพื่อแสวงหาความดับทุกข์ ไม่ใช่การกล่าวว่า ความชรานั้นไม่ดี เพราะความชราและความตายเป็นความจริงที่มนุษย์ทุกคนไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ แต่สามารถจะมีชีวิตอยู่ได้อย่างรู้เท่าทัน เพื่อสร้างคุณงามความดีให้เกิดขึ้นทั้งในโลกนี้และโลกหน้า และปฏิบัติตนเพื่อมุ่งสู่ความสุขสงบที่แท้จริง นั่นคือ พระนิพพาน ว่า ชีวิตถูกชรานำเข้าไป อายุจึงสั้นผู้ที่ถูกชรานำเข้าไปแล้ว ไม่มีเครื่องต้านทาน บุคคลพิจารณาเห็นภัยนี้ในมรณะ ควรทำบุญที่นำความสุขมาให้ พระผู้มีพระภาคตรัสว่า ชีวิตถูกชรานำเข้าไป อายุจึงสั้น ผู้ที่ถูกชรานำเข้าไปแล้ว ไม่มีเครื่องต้านทาน บุคคลพิจารณาเห็นภัยนี้ในมรณะ ควรละโลกามิส มุ่งสู่สันติเถิด” (พระไตรปิฎกไทย เล่ม 15 ข้อ 3: 4) (สันติ ในที่นี้หมายถึงนิพพาน) (พระไตรปิฎกไทย เล่ม 1 ข้อ 3: 22)

อย่างไรก็ตาม เมื่อผู้สูงอายุยังดำรงชีวิตอยู่ในโลก พระพุทธศาสนาก็ได้กล่าวถึงปัจจัยสำคัญที่จะทำให้เป็นผู้มีคุณภาพที่ดี นั่นคือ สิ่งที่เรียกว่า “พร” มีความหมายถึงสิ่งน่าปรารถนาที่บุคคลหนึ่งอำนวยความสะดวกให้หรือแสดงความประสงค์ด้วยความปรารถนาดีให้เกิดขึ้นแก่บุคคลอื่น พรที่เป็นชุดมีจำนวน 5 ข้อบ้าง 6 ข้อบ้าง พรที่รู้จักกันมากได้แก่ ชุดที่มีจำนวน 4 ข้อ ซึ่งเรียกกันว่า จตุรพิธพร หรือ พร 4 ประการ คือ อายุ วรรณะ สุขะ พละ (พระไตรปิฎกไทย เล่ม 25 ข้อ 18: 29; พระไตรปิฎกไทย เล่ม 21 ข้อ 58: 83) และพร 5 ประการ คือ อายุ วรรณะ สุขะ โภคะ พละ (พระ

ไตรปิฎกภาษาไทย เล่ม 11 ข้อ 50: 85; พระไตรปิฎกภาษาไทย เล่ม 19 ข้อ 709: 198) แต่ที่จะกล่าวถึงในที่นี้คือ พร 4 คือ อายุ วรรณะ สุขะ โภคะ ซึ่งมีหลักในการพัฒนาดังนี้

- 1) อายุ คือ พลังที่หล่อเลี้ยงทรงชีวิตให้สืบต่ออยู่ ได้แก่ อิทธิบาท 4
- 2) วรรณะ คือ ความงามเฝ้าอ้อมพ้องใสน่าเจริญตาเจริญใจ ได้แก่ ศีล
- 3) สุขะ คือ ความสุข ได้แก่ สุข 3 ระดับ คือ กามสุข ฌานสุข และนิพพานสุข
- 4) พละ คือ กำลังแรงความเข้มแข็งที่ทำให้เข้มขจัดได้แม้แต่กำลังแห่งมารทำให้สามารถดำเนินชีวิตที่ติงามปลอดโปร่งเป็นสุข บำเพ็ญกิจด้วยบริสุทธิ์และเต็มที่ไม่ม่กิเลสหรือความทุกข์ใดใดจะสามารถบีบคั้นครอบงำ ได้แก่ วิมุตติ ความหลุดพ้นหมดสิ้นอาสวะ หรืออรรถัตตผล ได้แก่ อัปมัณญา หรือพรหมวิหาร 4

นอกจากนั้นแล้ว แนวคิดทางพระพุทธศาสนาได้กล่าวถึงองค์ประกอบในการดำเนินชีวิตที่ดีมีองค์รวม 3 ด้านมีชื่อว่า ไตรสิกขา กล่าวคือ

- 1) การพัฒนาด้านความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม ทั้งสิ่งแวดล้อมด้านกายภาพและสิ่งแวดล้อมทางสังคม เรียกรวมกันว่า ศีล
- 2) การพัฒนาด้านจิต และสุขภาพให้เป็นจิตใจที่ติงาม เข้มแข็ง มีความสุข โดยมีเจตจำนงที่เป็นกุศล และมีสภาพเอื้อพร้อมต่อการใช้งานทางปัญญา เรียกสั้นๆ ว่า สมาธิ
- 3) การพัฒนาด้านความรู้ ความเชี่ยวชาญในด้านต่างๆ เรียกสั้นๆ ว่า ปัญญา

การดำเนินชีวิตเป็นองค์รวมทั้ง 3 ด้านนั้นต้องมีความสัมพันธ์และเชื่อมโยงถึงกันอย่างต่อเนื่อง ซึ่งแนวคิดหลักไตรสิกขานี้ สามารถนำมาพัฒนา 4 ด้านคือ ภาวนา 4 การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุสู่การดำเนินชีวิตที่ติงามได้นั้น หลักไตรสิกขาเพื่อการดูแลสุขภาพตนเอง สามารถนำไปพัฒนา 4 ด้าน คือ ภาวนา 4 ประกอบด้วย กายภาวนา คือ การดูแลตนเองด้วยกายภาพ ศีลภาวนาคือ การดูแลตนเองด้านสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่น จิตตภาวนา คือ การดูแลสุขภาพจิตใจตนเอง และปัญญาภาวนาคือ การคิดพิจารณาทุกสิ่งอย่างรอบคอบ บุคคลที่ปฏิบัติตามหลักภาวนา 4 ย่อมส่งผลให้มีความสุขดีตามมา เพราะเป็นการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมอย่างแท้จริง (ปภัสสร กิมสุวรรณวงศ์, 2555: 74) จากผลการศึกษา พบว่า มีหลายแนวทางในการพัฒนาคุณภาพที่ดีของผู้สูงอายุ ตัวอย่างเช่น

สมภาร พรหมทา ได้เสนอแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีในแง่ต่างๆ ดังนี้

ก. ชุดที่หนึ่ง ประกอบด้วย คุณภาพชีวิตของคนเป็นคนๆ และคุณภาพชีวิตของคนที่ยังมีชีวิตอยู่หลายๆ คุณภาพชีวิตชุดนี้ก็คือที่ได้กล่าวข้างต้น หมายความว่าเมื่อกล่าวถึงคุณภาพชีวิต เราควรกล่าวให้ครอบคลุมสองส่วนคือคุณภาพชีวิตที่ดีจากคนเป็นคนๆ และที่ดีจากภาพรวมของสังคม

ข. ชุดที่สอง ประกอบด้วย คุณภาพชีวิตทางกาย และคุณภาพชีวิตทางใจ ชุดนี้เป็นการขยายความข้อ ก. ของชุดที่หนึ่ง หมายความว่าเมื่อเราพิจารณาคุณภาพชีวิตของคนเป็นคนๆ ไป คุณภาพชีวิตนั้นจะต้องครอบคลุมสองเรื่องคือเรื่องกายกับเรื่องใจ มีผู้เข้าใจว่าศาสนาโดยทั่วไปไม่สนใจกาย แต่สนใจจิตใจ ถ้าความเข้าใจนี้ถูกต้อง คุณภาพชีวิตตามทัศนะของศาสนาก็เป็นเรื่องของใจเป็นหลัก ไม่ใช่กาย จะอย่างไรก็ตาม ผู้เขียนคิดว่าในเบื้องต้นนี้เราควรกำหนดกรอบให้ครอบคลุมที่สุดเท่าที่จะทำได้ ศาสนานั้นแม้โดยภาพรวมจะให้ความสำคัญแก่ใจมากกว่ากาย แต่ประเด็นเรื่องกายก็เหมือนประเด็นเรื่องความยุติธรรมที่กล่าวข้างต้นในแง่ที่ว่าศาสนาอาจไม่ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับเรื่องนี้เอาไว้จริงๆ แต่จากการพิจารณาคำสอนของศาสนาอย่างรอบคอบ เราอาจพบว่าศาสนาก็มีแง่คิดที่ดีๆ เกี่ยวกับเรื่องนี้ไม่น้อยเลย

ค. ชุดที่สาม ประกอบด้วย คุณภาพชีวิตในระดับโลกๆ และคุณภาพชีวิตในระดับที่เหนือโลก ชุดนี้เป็นชุดที่จำเป็นต้องมีเมื่อเราต้องพิจารณาทัศนะของศาสนาเกี่ยวกับเรื่องคุณภาพชีวิต ในคัมภีร์พุทธศาสนานั้น พระพุทธองค์ทรงแสดงว่าประโยชน์ที่มนุษย์เราจะพึงเข้าถึงได้ในชีวิตมีอยู่สามประการคือ (1) ประโยชน์ในโลกนี้ (2) ประโยชน์ในโลกหน้า (3) ประโยชน์อย่างยิ่ง การจำแนกประโยชน์ออกเป็นสามอย่างเช่นนี้ก็เพราะพุทธศาสนาถือว่าชีวิตของมนุษย์เรานั้นมีสิ่งที่เราเข้าถึงได้อยู่เป็นระดับๆ ประโยชน์ในโลกนี้หมายถึงสิ่งดีงามที่เราสามารถกระทำให้เกิดในชีวิตนี้ ยกตัวอย่างเช่นมิตรภาพ การมีมิตรที่ดีนั้นเป็นสิ่งสำคัญอย่างหนึ่งของมนุษย์ (สมภาร พรหมทา, 2549: 19-20)

ดิเรก ฤกษ์หรั่ง เสนอว่า หลักการของความจำเป็นพื้นฐานนั้น ตั้งต้นจากปัจจัย 4 ของพุทธองค์ คือ ให้ทุกคนกินอยู่แต่พอดี ไม่ใช่กินดีอยู่ดีอย่างไม่มีขอบเขตหรืออยู่เพื่อกิน ทั้งนี้ได้ผนวกแนวความคิดทางศาสนาพุทธที่ว่า เราทุกคนเกิดมาเพื่อ

ดับทุกข์ให้กับตนเอง และเพื่อร่วมโลก ซึ่งจะต้องมีหน้าที่สองประการ คือ (ก) บริหารชีวิตให้รอดให้เป็นสุข (ข) การใช้ชีวิตให้เป็นประโยชน์มากที่สุดที่จะเจริญองงามและอยู่เหนือความทุกข์ ทั้งนี้ การปฏิบัติตามกระบวนการการพัฒนาคุณภาพชีวิตนั้นก็ยึดหลักของมัชฌิมาปฏิปทา และประยุกต์คำสอนอริยสัจ 4 เข้ามาเพื่อให้บุคคลครอบครัว และชุมชน ได้วิเคราะห์ว่า มีปัญหาอะไร เกิดจากสาเหตุอะไร มีการดับทุกข์อย่างไร จะใช้วิธีการใด ขณะเดียวกันใช้หลักของ ตนนั้นแหละเป็นที่พึ่งตนเอง โดยการที่บุคคล และชุมชนต้องพัฒนาตนเองในการก่อตั้งกองทุนร้านค้าและถ่ายทอดเทคโนโลยีที่เหมาะสม ระหว่างบุคคล และชุมชนเพื่อผลการแพร่กระจายให้เกิดสูงสุด ซึ่งก็ตั้งอยู่บนพื้นฐานของหลักศรัทธาของพุทธศาสนา ซึ่งเป็นขั้นต้นของกระบวนการพัฒนาปัญญา โดยที่จะต้องทำให้เกิดความเชื่อที่มีเหตุผล (ดิเรก ฤกษ์หรั่ง, 2530)

สาริกา หาญพานิชย์ เสนอว่า การพัฒนาคุณภาพชีวิตในมิติของศาสตร์สมัยใหม่ เน้นการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มุ่งการตอบสนองภายนอกเป็นส่วนใหญ่ เช่น การมีปัจจัย 4 บริโภคอย่างเพียงพอ การมีระบบเศรษฐกิจ การศึกษา การเมือง ความปลอดภัยในการดำเนินชีวิตที่มั่นคง และการมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างบุคคล แต่การพัฒนาคุณภาพชีวิตทางพระพุทธศาสนา จะให้ความสำคัญทั้งกายและจิต การพัฒนาคุณภาพชีวิตที่แท้จริงของมนุษย์ต้องทำให้ครบทั้งสองด้านไปพร้อมๆ กัน โดยรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของชาวบ้านให้ตั้งอยู่บนพื้นฐานของไตรสิกขา คือ การดำรงชีวิตตามกฎเกณฑ์ของสังคัม การทำหน้าที่ของตนให้เป็นปกติตามสถานะและบทบาท นับเป็นการใช้หลักการของศีล ความตั้งใจมั่นในการประกอบสัมมาอาชีพนจนประสบความสำเร็จ การมีสุขภาพจิตที่ดี การมีสมรรถภาพทางจิตที่เข้มแข็งมีความพากเพียรพยายามในการประกอบหน้าที่การงานนับเป็นการใช้หลักการของสมาธิ และการมีความรู้ทั้งในการประกอบอาชีพ การพิจารณาแยกแยะสิ่งที่ควรไม่ควร การสามารถปรับเปลี่ยนแนวความคิดจากการดำรงชีวิตในรูปแบบเดิมมาใช้แนวความคิดใหม่ การมีเหตุผลในการดำรงชีวิตนับเป็นการใช้หลักการของปัญญา (สาริกา หาญพานิชย์, 2558: 25-48)

จากการทบทวนหลักพุทธธรรมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ สามารถสรุปผลการวิเคราะห์ที่ได้เป็น 2 แนวทาง คือ แนวทางการประยุกต์ใช้หลักพุทธธรรมสำหรับพัฒนาคุณภาพชีวิตตนเองของผู้สูงอายุ และแนวทางการประยุกต์ใช้หลัก

พุทธธรรมเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจากภายนอก ดังนี้

1) แนวทางการประยุกต์ใช้หลักพุทธธรรมสำหรับพัฒนาคุณภาพชีวิตตนเองของผู้สูงอายุ คือ หลักพร 4 คือ อายุ พัฒนาด้วยหลักอิทธิบาท 4 ได้แก่ ฉันทะ วิริยะ จิตตะ วิมังสา วรรณะ พัฒนาด้วยหลักศีล 5 เป็นเบื้องต้น สุขะ พัฒนาด้วยหลักสุข 3 ระดับ คือ กามสุข ฌานสุข และนิพพานสุข พละ พัฒนาด้วยหลักอภัยมัญญา หรือพรหมวิหาร 4 ได้แก่ เมตตา กรุณา มุทิตา อุเบกขา

2) แนวทางการประยุกต์ใช้หลักพุทธธรรมเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจากภายนอก คือ หลักไตรสิกขา 3 คือ ศีล การส่งเสริมกิจกรรมด้านกายภาพและสังคม สมาธิ การส่งเสริมกิจกรรมฝึกอบรมพัฒนาจิตใจ และปัญญา การส่งเสริมกิจกรรมด้านปัญญาญาณ ควบคู่กับการปฏิบัติภาวนาตามหลักภาวนา 4 คือ กายภาวนา คือ การดูแลตนเองด้านกายภาพ ศีลภาวนาคือ การดูแลตนเองด้านสัมพันธภาพกับผู้อื่น จิตตภาวนา คือ การดูแลสภาวะอารมณ์และจิตใจ ปัญญาภาวนา คือ การดูแลอบรมตนให้เกิดปัญญาแจ่มแจ้ง

หลักพุทธธรรมเหล่านี้มีเป้าหมายเพื่อยังประโยชน์ให้เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุทั้งในด้านคุณภาพชีวิตส่วนบุคคลและคุณภาพชีวิตส่วนรวม คุณภาพชีวิตทางกาย และคุณภาพชีวิตทางใจ คุณภาพชีวิตในระดับโลกย์และคุณภาพชีวิตในระดับที่เหนือโลก โดยถือหลักประโยชน์ 3 ได้แก่ ทิฏฐธัมมิกัตถประโยชน์ ประโยชน์ในโลกนี้ สัมปรายิกัตถประโยชน์ ประโยชน์ในโลกหน้า และปรมาตถประโยชน์ ประโยชน์อย่างยิ่ง

สรุป

คุณภาพชีวิตในทางพระพุทธศาสนานั้นมีลักษณะเป็นองค์รวมขององค์ประกอบต่าง ๆ ซึ่งจำแนกได้ ๒ ประเภท คือ รูปกับนาม หรือเรียกง่าย ๆ ว่ากายกับใจ ซึ่งรวมไปถึงจิตวิญญาณด้วย ซึ่งการดำรงอยู่ของชีวิตนั้นจะเรียกได้ว่ามีคุณภาพอย่างแท้จริงก็ต่อเมื่อส่วนประกอบทุกส่วนมีคุณภาพนั้นคือ ชีวิตที่มีคุณภาพจะประกอบด้วยกายที่มีคุณภาพกาย และคุณภาพใจ อย่างไรก็ตาม ชีวิตไม่ใช่สิ่งที่ตั้งอยู่นิ่งๆ แต่เป็นองค์รวมที่เคลื่อนไหวเมื่อพูดถึงคุณภาพชีวิตที่เคลื่อนไหวหรือชีวิตที่ดำเนินไปในโลกท่ามกลางสภาพแวดล้อมจะมีวัตถุ กิจกรรม และเรื่องราวต่างๆ ที่ต่อเนื่องกับ

ชีวิตเพิ่มขยายออกไปไม่ใช่เฉพาะกายกับใจล้วน ๆ เท่านั้น วัตถุประสงค์กรรมและเรื่องราวต่าง ๆ เกี่ยวกับชีวิตเหล่านี้จัดเป็นส่วนประกอบของคุณภาพชีวิต โดยแยกเป็นคุณภาพธรรมดาสามัญที่มองเห็นกันอยู่ประเภทหนึ่งและคุณภาพที่ล้าลึกเลยไปจากที่มองเห็นด้วยตาอีกประการหนึ่ง ตัวอย่างเช่น คนบางคนมีทรัพย์สินเงินทอง และสิ่งครอบครองบริโภคด้านวัตถุพร้อมบริบูรณ์ จัดได้ว่าในด้านที่ตามองเห็นเขาเป็นคนที่มีความสุขหรืออาจเป็นคนที่มีความทุกข์มากก็ได้ คุณภาพชีวิตที่ดีแท้จริงต้องพร้อมทั้งด้านหรือระดับที่มองเห็นและด้านหรือระดับที่เลยจากที่มองเห็น เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตให้มีคุณภาพสูงขึ้น มีความสมบูรณ์ทั้งด้านสุขภาพ ได้แก่ สุขภาพกาย และสุขภาพจิต ด้านสังคม ได้แก่ วัฒนธรรม ขนบธรรมเนียม ประเพณี และด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ การประกอบอาชีพ คือมีรายได้สามารถเลี้ยงตนเอง และครอบครัว เป็นต้น รวมทั้งมีความรู้สึกของการอยู่อย่างพอใจต่อองค์ประกอบต่างๆ ของชีวิต และที่มีส่วนสำคัญมากที่สุด คือบุคคลสามารถดำรงตนเองให้เป็นประโยชน์ทั้งต่อตนเอง และสังคม รู้จักการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน และไม่ทำตนให้เป็นภาระที่ก่อให้เกิดปัญหาสังคม โดยเฉพาะการดองศักยภาพของผู้สูงอายุให้คืนสู่สังคมจะเป็นแนวทางหนึ่งของการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้ดีขึ้น อีกประการหนึ่งนั้นก็เพื่อไม่ให้กลุ่มผู้สูงอายุมีความรู้สึกว่าตนตกเป็นภาระของครอบครัวและสังคม แต่เป็นผู้มีส่วนร่วมในการพัฒนาสังคมให้ยั่งยืนต่อไป.

บรรณานุกรม

- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2560). ข้อมูลสถิติจำนวนผู้สูงอายุประเทศไทย ปี 2559. สืบค้นเมื่อ. (24 ตุลาคม 2560). แหล่งที่มา : <http://www.dop.go.th>.
- ดิเรก ฤกษ์หรรษา. (2530). การประยุกต์ใช้แนวทางพุทธศาสนาในการพัฒนาคุณภาพชีวิต. พุทธศาสตร์กับการศึกษาเพื่อพัฒนาคุณภาพที่แท้จริงของชีวิต. รวมบทความและบทความวิจัยสาขาศึกษาศาสตร์ การประชุมทางวิชาการ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ครั้งที่ 25 3-5 กุมภาพันธ์ 2530. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- บุษยมาส สิ้นธุระมา. (2539). สังคมวิทยาความสูงอายุ. พิมพ์ครั้งที่ 1. เชียงใหม่:

โรงพิมพ์สารธารณพิมพ์.

ปภัสสร กิมสุวรรณวงศ์. (2555). การดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของผู้สูงอายุตามแนวคิดทางพระพุทธศาสนา. **วารสารบัณฑิตศึกษาปริทรรศน์ วิทยาเขตขอนแก่น**. 8(3), 74.

ปิยะวัฒน์ ตรีวิทยา. (2559). กรอบแนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต. **วารสารเทคนิคการแพทย์เชียงใหม่**. 49(2), 171-184)

พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ. ปยุตโต). (2555). **พุทธธรรม ฉบับขยายความ. พิมพ์ครั้งที่ 32. พุทธธรรมประดิษฐาน 26 ศตวรรษกาล พ.ศ. 2555.** กรุงเทพมหานคร: กองทุนเพื่อเชิดชูธรรม.

มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย. (2539). **พระไตรปิฎกฉบับภาษาไทย.** กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, 2539.

รศรินทร์ เกรย์ และคณะ. (2556). มโนทัศน์ใหม่ของนิยามผู้สูงอายุ : มุมมองเชิงจิตวิทยาสังคม และสุขภาพ. **รายงานวิจัย. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.**

ราชบัณฑิตยสถาน. (2546). **พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2542.** กรุงเทพมหานคร: นานมีบุ๊คส์พับลิเคชั่นส์.

สมภาร พรหมทา. (2549). **ศาสนาเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิต.** กรุงเทพมหานคร: สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา.

สาริกา หาญพานิชย์. (2558). การศึกษาวิเคราะห์รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตเชิงพุทธบูรณาการ. **วารสารมนุษยศาสตร์ สังคมศาสตร์. มหาวิทยาลัยขอนแก่น**. 32(3), 25-48.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ, กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. (2557). **รายงานการสำรวจผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2557.** กรุงเทพมหานคร: บริษัท เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น จำกัด.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ, กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. (2557). **รายงานการสำรวจผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2557.** กรุงเทพมหานคร: บริษัท เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น จำกัด.

ลีปพนนท์ เกตุทัต. (2538). **การพัฒนาคุณภาพชีวิต.** กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์

มหาวิทยาลัย.

สุพัตรา สุภาพ. (2540). **สังคมและวัฒนธรรมไทย ค่านิยม ครอบครั้ว ศาสนา**

ประเพณี. กรุงเทพมหานคร : ไทยวัฒนาพานิช.

สุรกุล เจนอบรม. (2534). **วิทยาการผู้สูงอายุ.** กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาการศึกษา

นอกโรงเรียน คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อนุชาติ พวงสำลี และอรรถัย อาจอำ. (2539). **การพัฒนาเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิต**

และสังคมไทย. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย.

อภิชัย มงคล และคณะ. (2547). **การพัฒนาและทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย**

สมัยใหม่. ขอนแก่น: โรงพิมพ์ธรรมชนิธ.

อาชัญญา รัตนอุบล และคณะ. (2552). การศึกษาสภาพ ปัญหา ความต้องการ และ

รูปแบบการจัดกิจกรรมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย

เพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ด้านการเตรียมความพร้อมเมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ

ของผู้ใหญ่วัยแรงงาน. **รายงานวิจัย.** กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกองทุน

สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.).

Mauk KL. (2006). **Gerontological Nursing.** Boston: Jones and Bartlett

Publishers.

Stromberg. (2011). Selecting and Instrument to measure Quality of Life.

Oneology Nursing Forum. 11(5), 88-91.

S.M. Skevington, M. Lotfy & K.A. and O'Connell. (2004). The World Health

Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: Psy-

chometric properties and results of the international field trial.

A Report from the WHOQOL Group. **Quality of Life Research.**

Netherlands: Kluwer Academic Publishers.

The WHO Group. (1995). The World Health Organization quality of life

assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health

Organization. **Social Science and Medicine.** 41(10), 1403-1409.

UNESCO. (1980). Evaluating the Quality of Life in Belgium. **Social Indica-**

tors Research. 8(3), 311-326