

บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรม

การวิจัยเรื่อง กลยุทธ์การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ผู้วิจัยได้รวบรวมเอกสาร แนวคิด ทฤษฎีและศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ตามลำดับหัวข้อต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับกลยุทธ์
2. แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุ
3. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ
4. แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง
5. ปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ
6. การพัฒนาชุดกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
8. กรอบแนวคิดในการวิจัย

2.1 แนวคิดเกี่ยวกับกลยุทธ์

มีนักวิชาการที่ให้แนวคิดเกี่ยวกับความเสี่ยงด้านกลยุทธ์ไว้ ดังนี้

เกรียงศักดิ์ เจริญวงศ์ศักดิ์ (2549, น. 2-3) ได้กล่าวถึง ในทางประวัติศาสตร์แนวคิดเชิงกลยุทธ์หรือยุทธศาสตร์ ถือกันว่าตำราพิชัยสงครามของซุนวู นักยุทธศาสตร์ชาวจีนเมื่อประมาณ 2,400 ปีมาแล้ว มีชื่อเสียงและได้รับการอ้างอิงมากที่สุด โดยฉบับภาษาอังกฤษชื่อว่า The Art of War สำหรับการบริหารทั่วไปและการบริหารธุรกิจ ความสนใจในการใช้กลยุทธ์เพื่อวางแผนธุรกิจเกิดขึ้นในช่วงทศวรรษที่ 1950 เมื่อมูลนิธิฟอร์ด ภายใต้การนำของโรเบิร์ต แมคนามารา (Robert McNamara) อดีตผู้บัญชาการทหารสูงสุดของสหรัฐอเมริกาในระหว่างสงครามโลกครั้งที่สอง ร่วมกับมูลนิธิคาร์เนกี (Carnegie Foundation) ได้สนับสนุนให้นักวิชาการของมหาวิทยาลัยต่าง ๆ วิจัยเชิงประยุกต์ยุทธศาสตร์ทางทหาร เพื่อนำมาใช้ประโยชน์ในการเรียนการสอนทางการบริหาร

กิตติพันธ์ คงสวัสดิ์เกียรติ (2550, น. 2) ได้กล่าวถึง ความเสี่ยงด้านกลยุทธ์ ไว้ว่าเป็นความเสี่ยงที่เกิดจากการกำหนดแผนกลยุทธ์แผนดำเนินงานและการนำไปปฏิบัติไม่เหมาะสมหรือไม่สอดคล้องกับปัจจัยต่าง ๆ ซึ่งสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ประเภท คือ ความเสี่ยงจากปัจจัยภายนอก (External Factor Risks) และความเสี่ยงจากปัจจัยภายใน (Internal Factor Risks)

พรตพร อาฒยะพันธุ์ (2550, น. 20-35) ได้กล่าวถึง ความเสี่ยงด้านกลยุทธ์ คือ ความเสี่ยงที่เกิดจากการกำหนดแผนกลยุทธ์ แผนดำเนินงานและการนำไปปฏิบัติไม่เหมาะสม หรือไม่สอดคล้องกับปัจจัยภายในและสภาพแวดล้อมภายนอก อันส่งผลกระทบต่อรายได้ หรือการดำรงอยู่ของกิจการ ขาดการส่งเสริมการบริหารตามหลักธรรมาภิบาล และไม่มี การจัดโครงสร้างพื้นฐานภายในที่เหมาะสมสำหรับการนำไปปฏิบัติ เช่น การจัดองค์การ บุคลากรงบประมาณ ระบบข้อมูลสารสนเทศ ระบบการติดตามและควบคุมการปฏิบัติงาน เป็นต้น เพื่อให้บรรลุเป้าหมายทางธุรกิจและจัดการกับปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

กิตติพันธ์ คงสวัสดิ์เกียรติ (2550, น. 2) ได้กล่าวถึง ความเสี่ยงขององค์กรประกอบไปด้วย ความเสี่ยงด้านกลยุทธ์ เป็นความเสี่ยงที่เกิดจากกระบวนการกำหนดแผนกลยุทธ์และการปฏิบัติตามแผนกลยุทธ์ไม่เหมาะสม รวมถึงความไม่สอดคล้องกันระหว่างนโยบายเป้าหมาย กลยุทธ์ โครงสร้างองค์กร การปฏิบัติตามแผน สภาพแวดล้อม และทรัพยากรที่มีอยู่อันมีผลให้กลยุทธ์ขององค์กรที่กำหนดไว้ไม่สามารถดำเนินการได้ ด้านกลยุทธ์ (Strategic) เป็นความเสี่ยงที่เกิดจากการกำหนดแผนกลยุทธ์ แผนดำเนินงานและการนำไปปฏิบัติไม่เหมาะสม หรือไม่สอดคล้องกับปัจจัยต่าง ๆ

สำนักงานปลัดกระทรวงการคลัง (2557, น. 13-14) ได้กล่าวถึง ความเสี่ยงและการจัดการความเสี่ยง คือ ความเสี่ยงด้านกลยุทธ์ เกิดจากสถานการณ์ภายนอกทำให้กลยุทธ์ที่กำหนดไว้ไม่สอดคล้องกับประเด็นยุทธศาสตร์หรือวิสัยทัศน์เป็นความเสี่ยงที่เกิดจากการกำหนดกลยุทธ์ที่ขาดความร่วมมือ ทำให้โครงการขาดการยอมรับ หรือไม่ได้นำไปสู่การแก้ไขปัญหาที่แท้จริง ความเสี่ยงด้านการดำเนินงาน เกิดขึ้นจากระบบงานภายในขององค์กร/กระบวนการ/เทคโนโลยีหรือนวัตกรรมที่ใช้ บุคลากรความเพียงพอของข้อมูล ส่งผลต่อประสิทธิภาพ ประสิทธิผลในการดำเนินงาน โครงการองค์กรจัดการบริหารความเสี่ยง (COSO : The Committee of Sponsoring Organization of the Treadway Commission) (2557) ซึ่งเป็นคณะทำงานประกอบด้วยผู้แทนจากสถาบันวิชาชีพ 5 แห่งในสหรัฐอเมริกา และเป็นผู้จัดทำ “Enterprise Risk Management Framework” สำหรับใช้เป็นแม่แบบในการบริหารความเสี่ยงองค์กร (ปี 2004) คือด้านกลยุทธ์ (Strategic : S) คือวัตถุประสงค์ระดับองค์กร สะท้อนทางออกของผู้บริหารที่ระบุแนวทางในการเพิ่มมูลค่าให้องค์กร โดยสอดคล้องกับวิสัยทัศน์และพันธกิจขององค์กร

จากที่กล่าวมาสรุปได้ว่า วิธีทางหรือข้อกำหนดที่องค์การสมควรปฏิบัติเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนด ภายใต้ข้อจำกัดของสภาพแวดล้อมภายนอก และขีดความสามารถขององค์กร กลยุทธ์ระบบสารสนเทศ คือ การกำหนดเป้าหมายวัตถุประสงค์ กระบวนการทำงาน ความต้องการสารสนเทศขององค์กร และการเลือกระบบสารสนเทศที่จะนำมาพัฒนา และใช้เป็นแผนแม่บทหรือแผนหลักของการพัฒนาระบบสารสนเทศขององค์กร

2.1.1 กลยุทธ์การพัฒนา

2.1.1.1 ความหมายของกลยุทธ์การพัฒนา

ธนวรรณ แสงสุวรรณ และคณะ (2545, น. 71)ให้ความหมายว่า กลยุทธ์ หมายถึง แนวทางปฏิบัติที่จะทำให้ธุรกิจประสบความสำเร็จตามเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพ

กิ่งพร ทองใบ (2546) ได้ให้ความหมาย กลยุทธ์ หมายถึง เป้าหมายต่าง ๆ และวัตถุประสงค์พื้นฐานทั้งหลายขององค์กรรวมทั้งแผนงานหลักต่าง ๆ ที่ซึ่งได้มีการจัดทำขึ้นมา เพื่อจะนำมาปฏิบัติให้บรรลุเป้าหมาย และวัตถุประสงค์ต่าง ๆ ดังกล่าวตลอดจนวิธีการที่สำคัญ เกี่ยวกับการแบ่งทรัพยากรทั้งหลายที่นำมาใช้ เพื่อให้องค์กรปรับตัวสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม (ธงชัย สันติวงศ์ 2539, อ้างถึงใน กิ่งพร ทองใบ, 2546)

ชีวรรณ เจริญสุข (2547) ได้ให้ความหมาย กลยุทธ์ หมายถึง แผนรวมแผน สรุปแผนบูรณาการณแบบผสมผสาน ซึ่งเกี่ยวข้องกับความสามารถในการท้าทายต่อ สภาพแวดล้อมต่อสิ่งที่กำหนดขึ้นเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ขององค์กรที่ได้วางไว้ กลยุทธ์เป็น วิธีการที่ระบุขึ้นมา เพื่อให้องค์กรทำงานได้บรรลุฐานะที่องค์การต้องการโดยพิจารณาอิทธิพลของ สภาพแวดล้อมที่เป็นอยู่ (R.Hampton, 1986)

รัชนีกร วงศ์แสง (2553) ได้ให้ความหมาย กลยุทธ์ หมายถึง แผนการที่ วางแผนในการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ขององค์กรและใช้ยุทธวิธีต่าง ๆ เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่วางไว้ โดยมีการเลือกวิเคราะห์ตลาดกลุ่มเป้าหมาย สร้างสรรค์ และการคงไว้ซึ่งส่วนประสมทางการตลาด ที่เหมาะสม เพื่อตอบสนองความพึงพอใจของกลุ่มเป้าหมายนั้น (Kotler, 1997) กล่าวถึง กลยุทธ์การตลาดเป็นหลักเกณฑ์ในการบริการการตลาดของธุรกิจเพื่อให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ทางการตลาดที่ตั้งไว้ ซึ่งมีกลยุทธ์ต่างๆ ได้แก่ การจัดสรร ทรัพยากรทางการตลาด ส่วนประสมทางการตลาด และการตัดสินใจค่าใช้จ่ายทางการตลาด

สมคิด จาคศรีพิพัฒน์ (2547) ให้ความหมาย กลยุทธ์ คือ วิธีทางหรือ แนวทางที่ถูกกำหนดขึ้นเพื่อการระดมและจัดสรรการใช้ทรัพยากรของประเทศ อันที่จะช่วยให้บรรลุซึ่งเป้าหมายทางเศรษฐกิจ ประกอบด้วยปัจจัย 2 ประการ ได้แก่ เป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ที่ต้องการจะบรรลุ และการกำหนดแนวทางในการปฏิบัติ ซึ่งเป็นเครื่องมือที่จะช่วยให้สามารถบรรลุ ซึ่งเป้าหมายที่กำหนดไว้

วาสนา สะอาด (2554, น. 7) ได้ให้ความหมาย กลยุทธ์ หมายถึง แผนระยะยาวของหน่วยงาน โดยทั่วไปมักใช้เวลา 5 ปี เป็นแผนที่กำหนดทิศทางการพัฒนา แผนกลยุทธ์ประกอบไปด้วยวิสัยทัศน์พันธกิจ วัตถุประสงค์ ผลการวิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาสและภัยคุกคามกลยุทธ์ต่าง ๆ ของหน่วยงานครอบคลุมทุกภารกิจ มีการกำหนดตัวบ่งชี้ความสำเร็จของ

แต่ละกลยุทธ์และค่าเป้าหมายของตัวบ่งชี้ เพื่อวัดระดับความสำเร็จของการดำเนินงานตามกลยุทธ์ โดยหน่วยงานนำแผนกลยุทธ์มาจัดทำแผนดำเนินงานหรือแผนปฏิบัติการประจำปี

สุรชาติ ฌ หนองคาย (2556, น. 4) ได้ให้ความหมาย กลยุทธ์ หมายถึง การประเมินปัจจัยภายใน ภายนอกองค์กร ที่ประกอบด้วยบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการที่เน้นความสามารถขององค์กร บุคลากรในองค์กรเรียนรู้เพื่อปรับตัวให้ทันสถานการณ์ ปัจจัยภายนอก ประกอบด้วยสถานการณ์ การแข่งขัน และการตลาด และประการสุดท้าย คือ ผลผลิตขององค์กร

การพัฒนา หมายถึง การปรับปรุงเปลี่ยนแปลงให้ดีขึ้นเพื่อให้ก้าวไปข้างหน้าได้อย่างมั่นคงเหมาะสมกับสถานการณ์ การพัฒนากลยุทธ์ทางการตลาด จึงเป็นการศึกษาเพื่อให้ธุรกิจก้าวไปข้างหน้าอย่างมั่นคง เพราะว่าความมั่นคงจะมีความสำคัญมากของธุรกิจกลางหรือเล็ก กลยุทธ์ (Strategy) หมายถึง แบบแผนสำคัญเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ที่มีอยู่ในปัจจุบันและที่ได้วางแผนไว้ ตลอดจนการจัดสรรทรัพยากรและปฏิริยาโต้ตอบกัน ระหว่างบริษัทกับตลาดคู่แข่ง และปัจจัยต่าง ๆ ในสภาวะแวดล้อม หรือ เป็นกลวิธีหรือวิธีการที่บริษัทเลือกขึ้นมาเพื่อช่วยสร้างความสำเร็จตามวัตถุประสงค์ที่บริษัทตั้งขึ้น กลยุทธ์เป็นเครื่องมือในการรณรงค์กับคู่ต่อสู้ท่ามกลางบรรยากาศแห่งการต่อสู้แข่งขัน หรือช่วงชิงกัน หรือหลักเกณฑ์ที่งานบริหารการตลาดใช้เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ทางการตลาด ในตลาดเป้าหมาย ซึ่งประกอบด้วยการตัดสินใจในค่าใช้จ่ายทางการตลาด ส่วนประสมทางการตลาด และการจัดสรรทรัพยากรหรือ กลยุทธ์การตลาด (Marketing Strategy) หมายถึง การใช้ส่วนประสมทางการตลาดให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย หรือตลาดเป้าหมาย เป็นวิธีการพื้นฐานที่สร้างให้เกิดความต้องการผลิตภัณฑ์ ซึ่งประกอบด้วย การตัดสินใจ การกำหนดตลาดเป้าหมาย การกำหนดตำแหน่งผลิตภัณฑ์ การกำหนดกลยุทธ์ส่วนผสมทางการตลาด และการกำหนดระดับค่าใช้จ่ายการตลาด

สัญญา สัญญาวิวัฒน์ (2551, น. 73) ให้ความหมายของการพัฒนาว่า เป็นกระบวนการของการให้ได้มาซึ่งความเจริญเติบโตที่มั่นคงในความสามารถของระบบ โดยการทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงใหม่ ๆ ต่อไปเรื่อย ๆ ให้บรรลุความสำเร็จที่ก้าวหน้า ทางการเมือง เศรษฐกิจ และสังคม โดยมีหลักการพัฒนาอันมีองค์ประกอบที่สำคัญ 4 ด้าน ดังนี้

1. การเพิ่มความสามารถ (Capacity) ของคนในการพิจารณาว่าสิ่งใดจำเป็นต้องกระทำเพื่อขยายขีดความสามารถและพลังงานในอันที่จะสร้างการเปลี่ยนแปลงให้เกิดขึ้น

2. การสร้างความเป็นธรรม (Equity) ของสังคม เพราะการจำแนกแจกจ่ายทรัพยากรและบริการต่างๆ หากกระทำไม่ได้ไม่ทั่วถึงและไม่เท่าเทียมกัน ย่อมนำไปสู่การแตกแยกและทำลายความสามารถของคนในที่สุด

3. การสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) ในทางการเมืองของประชาชน โดยวิธีการสร้างการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจตกลงใจ การปฏิบัติงาน และการประเมินผลการดำเนินงานของรัฐ อันจะนำไปสู่การแก้ไขความขัดแย้งกับการแบ่งสันผลประโยชน์ที่เกิดจากความเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจและสังคม

4. การสร้างเสถียรภาพ (Sustainability) ในการดำเนินการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งต้องอาศัยความเข้าใจในการใช้ทรัพยากรทางการผลิตให้เกิดประโยชน์สอดคล้องกับภาวະนิเวศวิทยาและสภาพแวดล้อมโดยทั่วไป ซึ่งการสร้างเสถียรภาพอาจเกิดขึ้นได้โดยการพึ่งพาซึ่งกันและกัน (Interdependence) ระหว่างบุคคลกลุ่มต่างๆ ระหว่างภูมิภาค ทั้งภายใน และระหว่างประเทศอันหมายถึงการสร้างสรรค์การพัฒนาความเจริญก้าวหน้า หรือเสถียรภาพของฝ่ายหนึ่งจะไม่เป็นการทำลายล้างการพัฒนาของอีกฝ่ายหนึ่ง

สนธยา พลศรี (2547, น. 2-5) ได้จำแนกความหมายการพัฒนาออกได้เป็น 10 ลักษณะ คือ

1. การพัฒนาจากรูปศัพท์ หมายถึง การเปลี่ยนแปลงสิ่งใดสิ่งหนึ่งให้เกิดความเจริญเติบโตงอกงามและดีขึ้นจนเป็นที่พึงพอใจ ความหมายดังกล่าวนี้ เป็นที่มาของความหมายในภาษาไทยและเป็นแนวทางในการกำหนดความหมายอื่น ๆ

2. การพัฒนาในความหมายโดยทั่วไป หมายถึง การเปลี่ยนแปลงสิ่งใดสิ่งหนึ่งให้เกิดคุณภาพดีขึ้นกว่าเดิม ความหมายนี้ นับว่าเป็นความหมายที่รู้จักกันโดยทั่วไป เพราะนำมาใช้มากกว่าความหมายอื่น ๆ แม้ว่าจะไม่เป็นที่ยอมรับของนักวิชาการก็ตาม

3. การพัฒนา ในความหมายนักเศรษฐศาสตร์ได้กำหนดความหมายของการพัฒนา โดยใช้ความหมายจากรูปศัพท์และความหมายโดยทั่วไป คือ หมายถึง ความเจริญเติบโต แต่เป็นความเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ ตามเนื้อหาของวิชาเศรษฐศาสตร์ ซึ่งเป็นการเน้นความหมายเชิงปริมาณ คือ การเพิ่มขึ้น หรือการขยายตัวทางเศรษฐกิจมากกว่าด้านอื่น ๆ

4. การพัฒนาในความหมายของนักพัฒนาบริหารศาสตร์จะมีขอบข่ายกว้างขวางกว่าความหมายจากรูปศัพท์ ความหมายโดยทั่วไป และความหมายทางเศรษฐศาสตร์ที่กล่าวมาแล้ว หมายถึง การเปลี่ยนแปลงของสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ทั้งในด้านคุณภาพ (ดีขึ้น) ปริมาณ (มากขึ้น) และสิ่งแวดล้อม (มีความเหมาะสม) ไม่ใช่การเปลี่ยนแปลงด้านใดด้านหนึ่งเพียงด้านเดียว

5. การพัฒนา ในทางเทคโนโลยีแตกต่างออกไปจากความหมายที่กล่าวมาแล้ว โดยหมายถึง การเปลี่ยนแปลงสังคมให้ทันสมัยด้วยความเจริญก้าวหน้า ทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ซึ่งเป็นความหมายอีกแนวทางหนึ่ง

6. การพัฒนา ในความหมายของนักวางแผน จะเป็นไปอีกแนวทางหนึ่ง โดยอาจสรุปได้ว่า หมายถึง การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากการเตรียมการของมนุษย์ไว้ล่วงหน้า ในลักษณะของแผนและโครงการ แล้วบริหารหรือจัดการให้เป็นไปตามแผนและโครงการจนประสบความสำเร็จตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายที่วางไว้ จะเห็นได้ว่าความหมายของการพัฒนาทางการวางแผนกำหนดให้การพัฒนาเป็นกิจกรรมของมนุษย์และเกิดขึ้นจากการเตรียมการไว้ล่วงหน้า เท่านั้น การเปลี่ยนแปลงที่ไม่ได้เกิดจากการวางแผนโดยมนุษย์ ไม่ใช่การพัฒนาในความหมายนี้

7. การพัฒนา ในความหมายของการปฏิบัติการนี้เป็นความหมายต่อเนื่องจากความหมายทางการวางแผน โดยมุ่งเน้นถึงการนำแผนและโครงการไปดำเนินการอย่างจริงจังและอย่างต่อเนื่อง เพราะถึงจะมีแผนและโครงการแล้วแต่ถ้าหากไม่มีการนำไปปฏิบัติการพัฒนา ก็ไม่สามารถเกิดขึ้นได้

8. การพัฒนา ในทางพระพุทธศาสนา หมายถึง การพัฒนาคนให้มีความสุขมีสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม การพัฒนาในความหมายนี้ มีลักษณะเดียวกันกับการพัฒนาในความหมายทางการวางแผน คือ เป็นเรื่องของมนุษย์เท่านั้น แตกต่างกันเพียงการวางแผนให้ความสำคัญที่วิธีการดำเนินงาน ส่วนพุทธศาสนาเน้นผลที่เกิดขึ้น คือ ความสุขของมนุษย์เท่านั้น

9. การพัฒนา ในทางสังคมวิทยาได้ให้ความหมายของการพัฒนา โดยเน้นการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของสังคม คือ มนุษย์ กลุ่มทางสังคม การจัดระเบียบทางสังคม ซึ่งมีลักษณะเช่นเดียวกับความหมายในทางพระพุทธศาสนา คือ การเปลี่ยนแปลงมนุษย์และสิ่งแวดล้อมให้มีความสุข และมีลักษณะเช่นเดียวกับความหมายทางการวางแผน คือ ด้วยวิธีการจัดสรรทรัพยากรของสังคมอย่างยุติธรรมและมีประสิทธิภาพ ซึ่งนักวางแผน เรียกว่า การบริหารและการจัดการนั่นเอง

10. การพัฒนา ในทางพัฒนาชุมชนได้ให้ความหมายของการพัฒนา ไว้ใกล้เคียงกับนักสังคมวิทยา คือ เป็นวิธีการเปลี่ยนแปลงมนุษย์และสังคมมนุษย์ให้ดีขึ้น แต่นักพัฒนาชุมชนมุ่งเน้นที่มนุษย์ในชุมชนต้องร่วมกันดำเนินงานและได้รับผลจากการพัฒนาร่วมกัน

แดนวิชัย สายรักษา (2556, น. 18) ได้กล่าวสรุปว่า การพัฒนา หมายถึง การดำเนินการพัฒนาอย่างมีแบบแผนเป็นลำดับขั้นตอนและจุดมุ่งหมายที่ชัดเจน เพื่อให้รูปแบบมีประสิทธิภาพ ประสิทธิผลยิ่งขึ้น โดยมีทฤษฎีรองรับ มีการวิจัย ตรวจสอบและปรับปรุงพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสามารถใช้ได้เกิดผลสูงสุดกับเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่เฉพาะเจาะจง และสามารถประยุกต์ใช้ได้กับเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่ใกล้เคียงกันแต่อาจเกิดผลที่ลดน้อยลงก็ได้

สรุปได้ว่า จากความหมายในด้านต่าง ๆ ที่กล่าวมาแล้วข้างต้น กลยุทธ์การพัฒนา มีความหมายที่คล้ายคลึงกันและแตกต่างการออกไปบ้าง ซึ่งถ้าหากพิจารณาจากความหมายเหล่านี้ อาจสรุปได้ว่า กลยุทธ์การพัฒนา หมายถึง แนวทางที่นำไปปฏิบัติที่ทำให้เกิดกระบวนการเปลี่ยนแปลงของสิ่งใดสิ่งหนึ่งให้ดีขึ้น ทั้งทางด้านคุณภาพ ปริมาณ และสิ่งแวดล้อม ด้วยการวางแผนโครงการและดำเนินงานโดยมนุษย์ เพื่อประโยชน์แก่ตัวของมนุษย์เอง และการพัฒนาเป็นการแก้ไขปัญหาที่ไม่พึงประสงค์และการไปสู่เป้าหมายที่ดีกว่า หรือเป็นการแก้ปัญหาและการกระทำให้บรรลุเป้าหมายในการแสวงหาหนทางเพื่อแก้ไขปัญหาความอดอยากหรือการแก้ปัญหาความยากจนและแก้ปัญหาความเจ็บป่วยของประชาชน เพราะปัญหาเหล่านี้เป็นสิ่งที่บั่นทอนและทำลายศักยภาพของปัจเจกบุคคล ก็จะเป็นนำความยุ่งยากมาสู่สังคมในที่สุด

2.1.2 ความสำคัญของกลยุทธ์การพัฒนา

สนธยา พลศรี (2550, น. 2 - 8) ได้กล่าวว่าในคริสต์ศตวรรษที่ 19 นักเศรษฐศาสตร์ ได้นำคำว่า “การพัฒนา” ใช้เรียกการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น จากการปฏิวัติอุตสาหกรรมในทวีปยุโรป ที่เป็นการเปลี่ยนแปลงการใช้แรงงานคนและสัตว์เป็นพลังงานเทคโนโลยี เช่น เครื่องจักรกล เครื่องยนต์ต่าง ๆ ทำให้วิถีการดำรงชีวิตเปลี่ยนไปจากเดิมหลายประการ เช่น อาชีพเปลี่ยนจากเกษตรกรรมเป็นอุตสาหกรรม สถานที่ประกอบอาชีพจากเรือสวนไร่นาเป็นโรงงานอุตสาหกรรม ระบบการผลิตแบบเพื่อการยังชีพเป็นการค้า ที่อยู่อาศัยเปลี่ยนจากชนบทเป็นเมือง สิ่งแวดล้อมเปลี่ยนจากสิ่งแวดล้อมธรรมชาติเป็นสิ่งแวดล้อมที่มนุษย์สร้างขึ้น เป็นต้น

ชีวิตในโรงงานอุตสาหกรรมยังไม่ได้มาตรฐานหลายประการ เช่น ขาดสวัสดิการและความปลอดภัย โรงงานคับแคบ แสงสว่างไม่เพียงพอ มีการใช้แรงงานเด็กและผู้หญิง ค่าจ้างต่ำ เป็นต้น นักเศรษฐศาสตร์ จึงนำคำว่า “การพัฒนา” มาใช้เพื่อเรียกวิธีการยกระดับมาตรฐานความเป็นอยู่ของชาวยุโรปในขณะนั้นให้สูงขึ้นและได้ให้ความหมายของการพัฒนาไว้หลายความหมาย เช่น ความหมายจากอุปสรรค หมายถึง การเปลี่ยนแปลงสิ่งใดสิ่งหนึ่งให้เกิดความเจริญเติบโตงอกงามและดีขึ้นจนเป็นที่พึงพอใจ ความหมายดังกล่าวนี้เป็นที่มาของความหมายในภาษาไทยและเป็นแนวทางในการกำหนดความหมายอื่น ๆ มีกลยุทธ์พัฒนาในลักษณะการเปลี่ยนแปลงที่นำมาใช้ในความหมายแคบ คือ “การพัฒนาองค์กร” หรือ Organization Development : OD โดยให้ความสำคัญกับการเปลี่ยนแปลงอย่างมีระบบโดยมุ่งความเจริญเติบโตขององค์กรเป็นส่วนรวมและแก้ปัญหาขององค์กรทุกส่วนพร้อมกัน มิใช่แก้ปัญหาเฉพาะด้านใดด้านหนึ่ง สำหรับความหมายอย่างกว้าง ๆ หมายถึง ความพยายามอย่างเป็นขั้นตอนต่อเนื่องกันในการปรับปรุงสมรรถนะขององค์กรเพื่อการเปลี่ยนแปลงทั้งสิ่งแวดล้อมภายในและสิ่งแวดล้อมภายนอก พร้อมทั้งเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดปัญหาภายในองค์กรให้หมดไปโดยมีวัตถุประสงค์ดังต่อไปนี้

1. เพื่อพัฒนาองค์การให้ทันสมัย สามารถตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงทั้งภายในและภายนอกองค์การได้ทัน่วงที
2. เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานโดยนำเอาเทคนิคและวิธีการใหม่ๆ มาปรับใช้
3. เพื่อสร้างระบบความรับผิดชอบร่วมกัน เปลี่ยนแปลงทัศนคติและความคิดเห็นที่มีต่อบุคคลและองค์การให้เกิดความสำนึกที่ดีต่อกัน
4. เพื่อสร้างบรรยากาศของการทำงานให้เกิดความตื่นตัว มีการแข่งขันกันสร้างผลงานเพื่อองค์การเป็นส่วนรวม
5. เพื่อสร้างความสัมพันธ์อันดีในบรรดาผู้ปฏิบัติงานทั้งผู้ปฏิบัติงานตามลำดับชั้นของสายการบังคับบัญชาและระหว่างผู้ร่วมงานในระดับเดียวกัน
6. เพื่อสร้างกลไกที่อำนวยความสะดวกในการติดต่อสื่อสารระหว่างบุคคลและกลุ่มคน
7. เพื่อพัฒนาผู้ปฏิบัติงานทุกระดับให้มีความรู้ความสามารถ

ชาลส์ ชัยณรงค์ ทรงศาศรี (2552, น. 17) ได้กล่าวว่า การพัฒนารูปแบบเป็นกระบวนการดำเนินงานในรูปแบบของสื่อสัญลักษณ์ต่าง ๆ ในการถ่ายทอดความรู้ ซึ่งการสร้างหรือพัฒนารูปแบบจำลองให้ความรู้ ต้องทำการศึกษาและสร้างแบบแผนการให้ความรู้ที่เหมาะสมกับสภาพสังคมของท้องถิ่นนั้น ๆ เพื่อให้รูปแบบจำลองนั้นมีประสิทธิภาพสูงสุด ซึ่งการพัฒนารูปแบบนั้นมีสาระสำคัญ คือ รูปแบบควรต้องมีทฤษฎีรองรับ เมื่อพัฒนารูปแบบแล้วก่อนนำไปใช้ต้องมีการวิจัยเพื่อทดสอบการพัฒนารูปแบบจะมีจุดมุ่งหมายการพัฒนารูปแบบนั้น ๆ

สรุปได้ว่า กลยุทธ์การพัฒนา หมายถึง วิธีการ กิจกรรม โครงการ หรือแนวทางการดำเนินงานจากสภาพเดิมไปสู่สภาพใหม่ที่ก้าวหน้าหรือเป็นไปในเชิงบวก โดยวิธีการ กระบวนการที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดเอาไว้

2.2 แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุ

การศึกษาแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุ เป็นการศึกษาค้นหาข้อมูลต่าง ๆ ของผู้สูงอายุ องค์ประกอบที่มีความเกี่ยวข้องกับความหมายผู้สูงอายุ กลุ่มผู้สูงอายุ ข้อมูลทฤษฎี ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ ภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ และปัญหา ของผู้สูงอายุ ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

2.2.1 ความหมายของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุมีคำใช้เรียกและให้ความหมายว่า เป็นผู้ที่มียุมากไว้หลายคำ เช่น คนชรา ผู้สูงวัย ผู้สูงอายุ หรือผู้ที่มีอายุมาก ผมหาว หน้าตาเหี่ยวบน การเคลื่อนไหวเชิงช้า ซึ่งในปี พ.ศ. 2525 องค์การสหประชาชาติได้จัดประชุมสมัชชาโลกเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ณ กรุงเวียนนา ประเทศออสเตรเลีย และได้ให้ความหมายของคำ “ผู้สูงอายุ” ไว้ว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 60ปีขึ้นไป นอกจากนี้มีนักวิชาการหลายท่าน ให้ความหมายไว้ ดังนี้

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542 (2546, น. 347) ได้ให้ความหมายว่า ชรา คือ แก่ด้วยอายุ ชำรุดทรุดโทรม

สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2549, น. 1) ได้ระบุว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง ประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 60ปีขึ้นไปนับเป็นบุคคลที่ได้รับความนับถือตามขนบธรรมเนียม ประเพณีของคนไทย และควรมีชีวิตอยู่ในช่วงวัยของการพักผ่อนและได้รับการดูแลจาก ลูกหลาน

กรมประชาสงเคราะห์ และมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ (ม.ป.ป. , น. 9) ได้ระบุว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง การพัฒนาเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง ในระยะสุดท้ายของช่วงอายุนมนุษย์ ความสูงอายุนี้เริ่มตั้งแต่เกิดมา และดำเนินต่อเนื่อง ไปจนถึงสิ้นสุดอายุขัยของสิ่งมีชีวิต

สุรกุล เจนอบรม (2535, น. 4-5) ได้ระบุว่า ผู้สูงอายุมีลักษณะเป็นผู้มี อายุ 60ปีขึ้นไป เป็นผู้ที่มีความเสื่อมตามสภาพ มีกำลังถดถอย เชื่องช้า เป็นผู้ที่สมควรให้การอุปการะ เป็นผู้ที่มักมีโรค และสมควรให้การช่วยเหลือได้กำหนดการเป็นบุคคล สูงอายุว่า บุคคลผู้เข้าข่ายเป็นผู้สูงอายุ มีเกณฑ์ในการพิจารณาแตกต่างกันโดยกำหนด เกณฑ์การพิจารณาความเป็นผู้สูงอายุไว้ 4 ลักษณะ ดังนี้

1. พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากอายุจริงที่ปรากฏ (Chronological Aging) จาก จำนวนปีหรืออายุที่ปรากฏจริงตามปฏิทิน โดยไม่นำเอาปัจจัยอื่นมาร่วมพิจารณา

2. พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากลักษณะการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย (Physiological Aging) หรือ Biological Aging) กระบวนการเปลี่ยนแปลงนี้จะเพิ่มขึ้นตามอายุขัยในแต่ละปี

3. พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากลักษณะการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ (Psychological Aging) จากกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ สติปัญญา การรับรู้และเรียนรู้ที่ถดถอยลง

4. พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากบทบาททางสังคม (Sociological Aging) จากบทบาท หน้าที่ทางสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป การมีปฏิสัมพันธ์กับกลุ่มบุคคล ตลอดจนความรับผิดชอบ ในการทำงานลดลง

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2549, น. 5-6) ได้ระบุว่า การถือเอาอายุเป็นเกณฑ์ เรียกว่า “ผู้สูงอายุ” การกำหนดลักษณะทางกายภาพเป็นเกณฑ์เรียกว่า “คนชรา” และการกำหนด สถานภาพทางราชการ เก่ากว่าหรือแก่กว่าเป็นเกณฑ์เรียกว่า “ผู้อาวุโส”

สรุปได้ว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60ปีขึ้นไป และมีการเปลี่ยนแปลง ของสภาพร่างกาย และจิตใจไปในทางที่เสื่อมสภาพลง ลดบทบาททางสังคม และลดตำแหน่ง หน้าที่กิจกรรม ในการประกอบอาชีพ ประชากรผู้สูงอายุ

2.2.2 ประชากรผู้สูงอายุ

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2550, น. 3) ได้ศึกษาการเปลี่ยนแปลงสัดส่วนของประชากร ผู้สูงอายุระหว่างปี พ.ศ. 2543-2573 โดยทำการศึกษา ทุก ๆ ช่วง 10 ปี คำนวณ จากการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2543-2573 แสดงให้เห็นถึงสัดส่วน ของประชากรสูงอายุวัยต้น กลุ่มอายุ 60-64ปี และกลุ่มอายุ 65-69 ปี มีแนวโน้มที่จะเปลี่ยนแปลงอย่างช้า ๆ และมีแนวโน้มที่จะลดลงเล็กน้อย แต่สำหรับกลุ่มผู้สูงอายุวัยกลาง ที่มีอายุระหว่าง 70-79ปีมีแนวโน้มที่จะเพิ่มสูงขึ้น และประชากรสูงอายุกลุ่มที่มีแนวโน้มว่าจะมีสัดส่วนเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน คือ กลุ่มผู้สูงอายุวัยปลายที่มีอายุตั้งแต่ 80ปีขึ้นไป ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา สุขภาพคนไทย ของ ชื่นฤทัย กาญจนะจิตรา (2550) ได้แสดงให้เห็นถึงแนวโน้มผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องคาดว่าในอีก 13ปีข้างหน้าในปี พ.ศ. 2563 จำนวนผู้สูงอายุไทยเพิ่มเป็น 11 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 17 ของประชากรทั้ง ประเทศ และจำนวนผู้สูงอายุที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป จะเพิ่มเป็น 9.9 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 16.8 ของประชากรทั้งประเทศ

สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2551, น. 3-7) ได้กล่าวว่า การสำรวจของ สำนักงานสถิติแห่งชาติ 3 ครั้งที่ผ่านมา พบว่า ประเทศไทยมีจำนวนและสัดส่วนของ ผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว และต่อเนื่อง ในปี พ.ศ. 2537 มีจำนวนผู้สูงอายุเป็นร้อยละของประชากรทั้งประเทศปี พ.ศ. 2545 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 9.4 ผลการสำรวจครั้งล่าสุด ปี พ.ศ. 2550 พบว่า ผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 10.7 โดยเป็นชายร้อยละ 44.6 และเป็นหญิง ร้อยละ 55.4 การสำรวจลักษณะการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุ พบว่าสัดส่วนของผู้สูงอายุไทย ที่อาศัยอยู่คนเดียวตามลำพังในครัวเรือนมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยปี พ.ศ. 2537 มีผู้สูงอายุ ที่อยู่คนเดียวร้อยละ 3.6 ปี พ.ศ. 2545 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 6.3 และปี พ.ศ. 2550 เพิ่มขึ้น เป็นร้อยละ 7.7

สิริพันธุ์ สาสัตย์ (2551, น. 19) ได้กล่าวว่า การสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ระบุว่า มีผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งให้อยู่โดดเดี่ยวนับจำนวนถึง 459,159 คน หรือ คิดเป็นร้อยละ 7.1ของ ผู้สูงอายุทั่วประเทศ ที่เหลืออีกประมาณ 1.14 ล้านคนตกอยู่ในภาวะ ยากจนไม่มีหลักประกันรายได้ ไม่มีสวัสดิการรองรับและมีแนวโน้มที่จะถูกทอดทิ้งให้ อยู่ตัวคนเดียวมากขึ้น โดยเฉพาะในปี

พ.ศ. 2558 จะมีกลุ่มผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ และต้องการญาติดูแลจำนวนมากถึง 79,888 คน ในจำนวนนี้มีผู้รับจ้างดูแลจำนวน 31,955 คน และต้องอยู่ในสถานบริการสุขภาพซึ่งต้องการการดูแลปานกลางจำนวน 25,298 คน และต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิดจำนวน 75,894 คน ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงภาวะยากลำบากในการขาดคนดูแลด้านการดำเนินชีวิตในแต่ละวัน

กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (2555, น. 10-11) ได้กล่าวว่า มาตรการในการวัดผู้สูงอายุทางประชากรศาสตร์ประกอบด้วย ดัชนี การสูงอายุ อัตราส่วนศักยภาพการเกื้อหนุน และอัตราส่วนการเกื้อหนุนบิดาและมารดา ใช้เพื่อการศึกษาการสูงอายุของประชากรเป็นมาตรการวัดที่แสดงให้เห็นการเปลี่ยนแปลงของประชากรสูงอายุกับประชากรวัยเด็ก เพราะ “ดัชนีการสูงอายุ” (aging index) คือ อัตราส่วนระหว่างจำนวนประชากรสูงอายุอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปต่อจำนวนประชากรวัยเด็ก อายุต่ำกว่า 15 ปี 100 คน ดัชนีสูงอายุมีค่าต่ำกว่า 100 แสดงว่า จำนวนประชากรสูงอายุ มีน้อยกว่าจำนวนเด็ก แต่ทางตรงข้าม ถ้าดัชนีมีค่าเกินกว่า 100 แสดงว่า จำนวนประชากร สูงอายุมีมากกว่าจำนวนประชากรเด็ก จาก พ.ศ. 2513 ถึง พ.ศ. 2543 พบว่า ดัชนีการสูงอายุ ต่ำกว่า 100 ซึ่งแสดงถึงประชากรวัยเด็กมีมากกว่าประชากรสูงอายุแต่ดัชนีการสูงอายุ มีค่าเท่ากับ 58 ในปัจจุบัน สถิติดังกล่าวบ่งชี้ว่า จำนวนประชากรวัยเด็กเล็กยังคงมีมากกว่า ผู้สูงอายุ แต่เมื่อศึกษาดัชนีการสูงอายุโดยคำนวณจากข้อมูลประชากรพบว่า ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2563 เป็นต้นไป ประเทศไทยจะมีประชากรสูงอายุมากกว่าประชากรวัยเด็ก และในอีก 20 ปีข้างหน้าดัชนีการสูงอายุจะมีค่าสูงถึง 186 หรืออีกนัยหนึ่งคือประชากรสูงอายุจะสูงกว่า ประชากรวัยเด็กถึง 1.86 เท่า หรืออาจกล่าวได้ว่าประชากรสูงอายุจะมีมากกว่าประชากร วัยเด็กเกือบ 2 เท่าตัว

สรุปได้ว่า ประชากรผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ในแต่ละปี และมี เพิ่มมากกว่า ประชากรวัยเด็ก อาจส่งผลกระทบต่อประชากรวัยสูงอายุในอนาคตอย่างชัดเจน ทางด้านสังคม ด้านเศรษฐกิจ ด้านสาธารณสุขได้

2.2.3 กลุ่มผู้สูงอายุ

ได้มีการแบ่งผู้สูงอายุตามอายุและสภาวะสุขภาพของการช่วยเหลือ ตนเองใน ชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้แบ่งผู้สูงอายุเป็น 3 กลุ่ม คือ ผู้สูงอายุระยะต้น (Young-Old หรือ Elderly) มีอายุอยู่ระหว่าง 60-74 ปี ผู้สูงอายุระยะกลาง หรือคนชรา (Friable Elderly Old Aged) มีอายุอยู่ระหว่าง 75-89 ปี และผู้สูงอายุระยะท้าย (Very Old หรือ Oldest Old) มีอายุ 90 ปีขึ้นไป มีนักวิชาการให้ความสำคัญและจัดแบ่งกลุ่ม ผู้สูงอายุโดยพิจารณาเกณฑ์การแบ่ง มีรายละเอียด ดังนี้

บรรลุ สิริพานิช (2538, น. 125) ได้กล่าวว่า ผู้สูงอายุแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ตามอายุ และตามภาวะสุขภาพทั่ว ๆ ไป คือ

1. ผู้สูงอายุระดับต้น มีอายุระหว่าง 60-70ปี ระดับนี้สภาวะทางกายภาพและ สรีรวิทยายังไม่เปลี่ยนแปลงไปมาก ยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้เป็นส่วนใหญ่
2. ผู้สูงอายุระดับกลาง มีอายุระหว่าง 71-80ปี ระดับนี้สภาวะทางกายภาพและ สรีรวิทยาเริ่มเปลี่ยนแปลงไปแล้วเป็นส่วนใหญ่ ทำให้การช่วยเหลือตนเองบกพร่อง เริ่มต้องการ ความช่วยเหลือในบางเรื่อง
3. ผู้สูงอายุระดับปลาย มีอายุตั้งแต่ 80ปีขึ้นไป ระดับนี้สภาวะทางกายภาพและ สรีรวิทยาเปลี่ยนแปลงไปอย่างเห็นได้ชัดเจน บางคนมีความพิการ บางคนช่วยเหลือตนเองไม่ได้ บางอย่างจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น

สุรกุล เจนอบรม (2541, น. 6-7) ได้กล่าวว่า ความสูงอายุอาจแบ่งได้ เป็น 2ลักษณะ คือ

1. ความสูงอายุแบบปฐมภูมิ (Primary Aging) เป็นความสูงอายุที่เกิดขึ้นตาม ธรรมชาติ หลีกเลี่ยงไม่ได้ กล่าวคือ เมื่ออวัยวะและเซลล์ต่าง ๆ ในร่างกายถูกใช้งานมานานก็จะเกิด ความเสื่อมโทรมหรือเสื่อมสภาพตามอายุขัย ทำให้ร่างกายเสื่อมโทรม ซึ่งการเสื่อมโทรม ของ ร่างกายนี้จะเห็นได้ชัดขึ้นเมื่ออายุสูงขึ้น
2. ความสูงอายุแบบทุติยภูมิ (Secondary Aging) ความสูงอายุในลักษณะนี้มัก เกิดจากการปล่อยปละละเลยไม่สนใจ หรือไม่รักษาสุขภาพ เช่น การใช้ร่างกายทำงานหนัก เกินไป พักผ่อนไม่เพียงพอ ดื่มสุรา และสูบบุหรี่จัด หรือมีโรคภัยไข้เจ็บมาเบียดเบียนอยู่เสมอ เป็นต้น สิ่งเหล่านี้จะก่อให้เกิดความสูงอายุแบบทุติยภูมิได้

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2549, น. 125) ได้กล่าวว่า ผู้สูงอายุภาคสนามว่า การกำหนดอายุ ที่เรียกว่าเป็น “คนแก่” ส่วนใหญ่ระบุว่าเมื่ออายุ 60 ปีขึ้นไป แต่บางพื้นที่มี ข้อพิจารณาอื่น ๆ ประกอบ เช่น ภาวะสุขภาพ บางคนอายุประมาณ 50-55ปี มีสุขภาพ ไม่แข็งแรงมีโรคภัยและทำงานไม่ไหว ผมหาว หลังโกง เรียกว่า “แก่” บางคนมีหลานรู้สึกว่าเป็น “แก่” และเริ่มลดกิจกรรมเชิงเศรษฐกิจ กลุ่มผู้สูงอายุไม่ใส่ใจต่อตัวเลขอายุ แต่พิจารณา ตัดสินจากองค์ประกอบเช่น สภาพร่างกาย ปวดเอว ปวดตามข้อ เดินไปไกล ๆ ไม่ไหว ทำงานหนักไม่ค่อยได้ เหนื่อยง่าย ไม่มีแรง เป็นต้น

มหาวิทยาลัยมหิดล,สถาบันวิจัยประชากรและสังคม (2556) ได้กล่าวว่า ประเทศไทยกำลังถึงจุดเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging Population) จำนวนผู้สูงอายุปัจจุบันมี ประมาณ 7 ล้านคน การมีประชากรผู้สูงอายุจำนวนมากจะส่งผลกระทบต่อสถาบันทางสังคม โดยรวม เพราะ ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีสารพัดปัจจัยที่ก่อให้เกิดปัญหา ทั้งด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต อารมณ์ เศรษฐกิจและสังคม จึงมีความจำเป็นที่คนในสังคมต้องตระหนักและให้ความช่วยเหลือ

รวมถึงการดูแลตามสภาพ จากการพัฒนาประเทศที่มุ่งเน้นการพัฒนาอุตสาหกรรมเน้นสภาพการทำงานที่ต่างถิ่น การทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมมีผลทำให้คนในครอบครัว ทั้งลูกและหลานได้ละทิ้งอาชีพการทำสวน ทำนา และมีการอพยพย้ายถิ่นมาทำงานในภาคอุตสาหกรรมตามโรงงาน และการบริการในเมืองใหญ่ มีการทอดทิ้งผู้สูงอายุอยู่ในชนบท และให้ประกอบอาชีพดั้งเดิมเพียงลำพัง สิ่งเหล่านี้ทำให้ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวลดลงและเริ่มขาดหายไป จนในที่สุดเป็นความเคยชินของคนยุคปัจจุบัน ส่วนในสังคมเมืองผู้สูงอายุพบปัญหาอีกรูปแบบ นั่นคือสภาพที่ต้องดิ้นรนกับการแก่งแย่งในสังคมเมือง

สรุปได้ว่าผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุอยู่ในช่วงปลายของชีวิต นิยามของผู้สูงอายุอาจแตกต่างกันไปเมื่อพิจารณาจากแง่มุมต่าง ๆ อาทิ ทางชีววิทยา ประชากรศาสตร์ การจ้างงาน และทางสังคมวิทยา ในทางสถิติมักถือว่าผู้ที่อยู่ในวัยสูงอายุคือบุคคลที่มีอายุ 60-65 ปีขึ้นไป สำหรับประเทศไทยกำหนดไว้ว่าผู้สูงอายุคือบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ประเทศพัฒนาแล้วส่วนใหญ่จะมีสัดส่วนผู้สูงอายุต่อประชากรทั้งประเทศสูงกว่าประเทศกำลังพัฒนา สำหรับประเทศไทยมีสัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นเป็นลำดับ

2.2.4 ทฤษฎีพัฒนาการของผู้สูงอายุ

บุญศรี นุเกตุ และปาลิรัตน์ พรทวีกันทา (2545, น. 7-10) ได้กล่าวถึงทฤษฎีและจัดความสัมพันธ์ตามศาสตร์ที่ศึกษาและเกี่ยวข้อง กับผู้สูงอายุประกอบด้วย บทบาททางสังคม และกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุสามารถ สรุปและแบ่งเป็น 5 กลุ่ม มีรายละเอียด ดังนี้

1. ทฤษฎีด้านชีววิทยา (Biological Theory) เป็นทฤษฎีที่อธิบายสาเหตุของความชรา ในเชิงชีววิทยา ดังนี้

1.1 ทฤษฎีพันธุศาสตร์ (Genetic Theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า คนชราเกิดขึ้นตามพันธุกรรม มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้าง อวัยวะบางส่วนของร่างกาย คล้ายคลึงกันหลายชั่วอายุคน แสดงออกเมื่ออายุเพิ่มขึ้น เช่น ผมหงอก ศีรษะล้าน เป็นต้น

1.2 ทฤษฎีความผิดพลาด (Error Catastrophe Theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าเมื่อบุคคล อายุมากขึ้น จะค่อย ๆ เกิดความผิดพลาด และผิดพลาดมากขึ้นเรื่อย ๆ จนกระทั่งทำให้ เซลล์ต่าง ๆ ของร่างกายเสื่อมและหมดอายุลง

1.3 ทฤษฎีทำลายตนเอง (Auto-Immune Theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า เมื่ออายุมากขึ้น ร่างกายสร้างภูมิคุ้มกันปกติน้อยลง พร้อม ๆ กับการสร้างภูมิคุ้มกันทำลายตนเองมากขึ้น ทำให้ร่างกายต่อสู้เชื้อโรคและสิ่งแปลกปลอมได้ไม่ดีเท่าที่ควรเป็นผลทำให้เกิดความเจ็บป่วยได้ง่าย ผู้สูงอายุพบปัญหาเป็นเหยื่อของการแทรกซ้อนจากโรคภัยไข้เจ็บสูง เนื่องจาก ความเสื่อมถอยทางสรีระร่างกาย และเมื่อเกิดขึ้นอาจเกิดความรุนแรงถึงแก่ชีวิต

1.4 ทฤษฎีอนุมูลอิสระ (Free Radical Theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าภายในร่างกายของมนุษย์และสิ่งมีชีวิตทั้งหลาย โดยเฉพาะผู้สูงอายุ ประกอบด้วยสิ่งแวดล้อมที่มีเรติคัล อย่างอิสระอยู่มากมายตลอดเวลา เรติคัลนี้ทำให้ยีนผิดปกติ ทำให้คอลลาเจนและอีลาสตินซึ่งเป็นโปรตีนองค์ประกอบของเนื้อเยื่อยึดเหนี่ยวเกิดขึ้นมาก ทำให้เสียความยืดหยุ่น

2. ทฤษฎีทางด้านจิตวิทยาสังคม (Social Theories of Aging) กล่าวถึงจิตวิทยาทางสังคมของผู้สูงอายุ ซึ่งนักชราภาพวิทยาสังคม (Social Gerontologist) ได้เสนอเป็นหลายแนวคิดทฤษฎี ดังนี้ (สุรกุล เจนอบรม, 2541, น. 6-7)

2.1 ทฤษฎีบทบาท (Role theory) เสนอว่า ผู้สูงอายुरับบทบาททางสังคมที่แตกต่างกัน ในตลอดชีวิต เช่น บทบาทของการเป็นนักเรียน พ่อ แม่ ภรรยา ลูกสาว นักธุรกิจ ปู่ ย่า ตา ยาย เป็นต้น โดยที่อายุเป็นองค์ประกอบที่สำคัญประการหนึ่ง ในการกำหนดบทบาทของแต่ละคน แต่ละช่วงชีวิตที่ดำเนินไปของบุคคลนั้น ดังนั้นบุคคลจะปรับตัวต่อบทบาทของผู้สูงอายุได้ดี ขึ้นอยู่กับการยอมรับบทบาทที่ผ่านมาของตนเองอันส่งผลไปถึงการยอมรับ บทบาทที่ผ่านมาในแต่ละช่วงชีวิตของตนเองที่กำลังจะเปลี่ยนไปในอนาคต

2.2 ทฤษฎีกิจกรรม (Activity Theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า ผู้สูงอายุมีความสุขทั้งทางร่างกายและจิตใจ ซึ่งได้จากการมีกิจกรรมและเคลื่อนไหวอยู่ตลอดเวลาสามารถดำเนินชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุขและตระหนักว่าตนเองเป็นประโยชน์ต่อสังคมแนวคิดนี้จะเห็นว่ากิจกรรมเป็นสิ่งสำคัญ สำหรับผู้สูงอายุมากกว่าการลดบทบาท (role loss) ทางสังคมลง และพบว่า ผู้สูงอายุมีทัศนคติเกี่ยวกับตนเองในทางบวก และมองโลกในแง่ดีจะมีความกระตือรือร้นในการร่วมกิจกรรมและบทบาทใหม่ ๆ ให้กับผู้สูงอายุพอสมควร กิจกรรมเหล่านี้ จะช่วยให้ผู้สูงอายุได้พัฒนาในส่วนต่าง ๆ ของร่างกายให้สมวัย กิจกรรม ที่ควรจัดให้กับผู้สูงอายุ ได้แก่ งานอดิเรกต่าง ๆ งานอาสาสมัคร เป็นที่ปรึกษาให้กับหน่วยงานต่าง ๆ และเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ แนวคิดทฤษฎีนี้ตั้งอยู่บนฐานความเชื่อที่ว่า การมีชีวิตที่ตื่นตัวไม่อยู่นิ่ง ดีกว่าการอยู่เฉย ๆ ไม่ทำอะไร ผู้สูงอายุได้ทำกิจกรรมต่าง ๆ จะ นำมาซึ่งความสุขรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง ซึ่งแนวคิดตามทฤษฎีนี้มีความสำคัญในการนำมา จัดกิจกรรมส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ รูปแบบการจัดกิจกรรมมี 3 ลักษณะ คือ (1) เป็นกิจกรรมที่ไม่เป็นทางการ ได้แก่ การพบปะสังสรรค์กับเพื่อนรุ่นเดียวกัน เครือญาติ และการมีส่วนร่วมกับสมาชิกในครอบครัว (2) เป็นกิจกรรมที่เป็นทางการ ได้แก่ การเข้าร่วม เป็นสมาชิกในชมรมสมาคมต่าง ๆ เช่น การเข้ากลุ่มชมรมผู้สูงอายุ การเข้ากลุ่มทางศาสนา เป็นต้น ลักษณะที่สามเป็นกิจกรรมเพื่อการพักผ่อนและงานอดิเรก ได้แก่ กิจกรรมที่ทำ ในยามว่าง กิจกรรมการพักผ่อนหย่อนใจ และการนันทนาการ ซึ่ง ยูพาฟิน ศิริโพธงาม และ กรรณิการ์ สุวรรณโคตร (2554, น. 31) ได้ศึกษาว่า ผู้สูงอายุที่มีกิจกรรมสูง มีการปรับตัวได้ดีทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และด้านสังคม มีความ

พึงพอใจในชีวิตสูง ดังนั้นการที่ผู้สูงอายุได้ทำกิจกรรมอย่าง สม่ำเสมอย่อมมองเห็นตนเองว่าเป็นบุคคลที่มีค่าต่อครอบครัวและสังคม

2.3 ทฤษฎีการแยกตนเอง (Disengagement Theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า ผู้สูงอายุส่วนมากค่อย ๆ ถดถอยออกจากสังคม ทั้งในกลุ่มผู้สูงอายุและในกลุ่มคนวัยอื่น ๆ ด้วย เป็นการลดภาวะกดดันทางสังคมบางประการ และหนีความตึงเครียดโดยการถอนตัว (Withdrawal) ออกจากสังคม

2.4 ทฤษฎีความต่อเนื่อง (Continuity Theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า ผู้สูงอายุมีความสุข ได้ต่อเมื่อได้ทำกิจกรรมหรือปฏิบัติตัวแบบที่เคยทำมาก่อนบุคคลใดคุ้นเคยกับการอยู่ร่วมกับ คนหมู่มากจะกระทำ บุคคลใดพอใจชีวิตที่สุขสงบ สันโดษ อาจแยกออกมาอยู่ตามลำพัง ทฤษฎีนี้กล่าวถึงพฤติกรรมของผู้สูงอายุอย่างกว้างๆว่าต้องปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงมากมายที่เกิดขึ้นในสังคม เช่น การตายของสามีหรือภรรยา การเกษียณอายุ และรายได้ ที่ลดลง เป็นต้น

2.5 ทฤษฎีระดับชั้นอายุ (Age Stratification Theory) ทฤษฎีนี้ศึกษาความสัมพันธ์ทางสังคมที่เกิดขึ้นระหว่างชั้นอายุที่แตกต่างกัน โดยถืออายุเป็นเกณฑ์สากลในการกำหนด บทบาท หน้าที่สิทธิ เช่น อายุที่ต้องทำบัตรประชาชน อายุที่ต้องเกณฑ์ทหาร อายุที่ต้องเกษียณ ซึ่งมีความสัมพันธ์เชิงทฤษฎีกับอายุโดยตรง

3. ทฤษฎีทางจิตวิทยา (Psychological Theory) เป็นทฤษฎีที่สามารถอธิบายถึงสาเหตุ ที่ทำให้ผู้สูงอายุมีบุคลิกภาพที่เปลี่ยนไป ประกอบด้วย (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2549, น. 549-550)

3.1 ทฤษฎีบุคลิกภาพ (Personality Theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า ผู้สูงอายุจะเป็นสุข หรือเป็นทุกข์นั้น ขึ้นอยู่กับสภาพภูมิหลังและพัฒนาการทางจิตของผู้นั้น ถ้าผู้สูงอายุเติบโต มาด้วยความอบอุ่นมั่นคง มีความรักผู้อื่นและทำงานร่วมกับผู้อื่นได้ มักเป็นผู้สูงอายุที่มีความสุข สามารถอยู่กับลูกหลานหรือผู้อื่นได้ ในทางกลับกันหากผู้สูงอายุไม่เคยร่วมมือกับใคร จิตใจคับแคบ รู้สึกว่าตนเองทำคุณกับใคร ไม่ค่อยขึ้น มักเป็นผู้สูงอายุที่ไม่มีความสุข

3.2 ทฤษฎีความปราดเปรื่อง (Intelligence Theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า ผู้สูงอายุยังปราดเปรื่องและคงความเป็นนักปราชญ์อยู่ได้ ด้วยความที่เป็นผู้ที่สนใจเรื่องราวต่าง ๆ อยู่ตลอดเวลา มีการค้นคว้าและสนใจในการเรียนอยู่ตลอดเวลา ทำให้ผู้มีลักษณะเช่นนี้ ได้ต้องเป็นผู้ที่มีสุขภาพดี และมีฐานะทางเศรษฐกิจดีพอเป็นเครื่องเกื้อหนุน

3.3 ทฤษฎีของ Erikson (Erikson's Theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า การพัฒนา ด้านจิตวิทยาสังคมของผู้สูงอายุนั้น เป็นช่วงชีวิตที่ผู้สูงอายุรู้สึกว่ามีคุณค่ามั่นคง หรือท้อแท้หมด

กำลังใจ สำหรับบุคคลที่มีความรู้สึกกว่าชีวิตนั้นมีคุณค่า ถ้ามีความมั่นคง จะมีความรู้สึกพึงพอใจในผลของความสำเร็จจากช่วงชีวิตที่ผ่านมา เกิดความรู้สึกสุข สงบทางใจ และสามารถยอมรับได้ว่าความตายเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต และไม่ต้องการให้มีชีวิตยืดยาวออกไปเกิดความท้อถอยสิ้นหวังคับข้องใจ รู้สึกว่าตนนั้นไม่มีคุณค่า และ ความสามารถที่จะเผชิญกับภาวะสูงอายุลดห้อยลงซึ่ง จุมพล หนิมพานิช (2548, น. 33) ได้กล่าวให้เห็นว่า สำหรับผู้สูงอายุที่รู้สึกหมดหวังจะรู้สึกว่าชีวิตนั้นไม่มีความหมาย เกิดความท้อแท้ ท้อถอยหมดโอกาสในการตัดสินใจในเรื่องที่ผ่านมาและมีความยากลำบาก ในการดำเนินชีวิต

4. ทฤษฎีวิวัฒนาการ (Evaluations Theory) เป็นทฤษฎีที่มีแนวคิดที่ว่า มนุษย์เป็นสิ่งมีชีวิตที่มีวิวัฒนาการอยู่เสมอ และขั้นตอนการพัฒนาของมนุษย์ได้กำหนดไว้ โดยเริ่มต้น เป็นขั้นตอนตั้งแต่เกิดแก่และตายในที่สุด ทฤษฎีนี้วางอยู่บนพื้นฐานที่ว่า ผู้พร้อมที่สุดจะเป็นผู้ดำรงชีวิตอยู่ได้ ผู้พร้อมที่สุดไม่ได้หมายความว่าถึง ความแข็งแรงประการเดียว แต่ยังรวมถึงความสามารถในการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อม ความยืดหยุ่นต่อสถานการณ์ต่าง ๆ และความเฉลียวฉลาดอีกด้วย (วลัยพร นันทศุภวัฒน์, 2552, น. 28)

5. ทฤษฎีของ Peck (Peck's Development Theory) โดย Peck (อ้างถึงใน ศรีเรือน

แก้ว กังวาล, 2549, น. 552-553) ได้แบ่งผู้สูงอายุออกเป็น 2 กลุ่ม คือ ผู้สูงอายุตอนต้น (Young-Old) มีอายุ 55-75 ปี และผู้สูงอายุตอนปลาย (Old-Old) มีอายุ 75 ปีขึ้นไป ทฤษฎีนี้ เชื่อว่า ผู้สูงอายุทั้ง 2 กลุ่มมีความแตกต่างกันทั้งทางด้านกายภาพ ลักษณะนิสัยและการมีปฏิสัมพันธ์ และได้ขยายลักษณะจิตสังคมในวัยผู้ใหญ่เป็น 7 ขั้นตอน ซึ่งขั้นตอนแรกจะเป็น ผู้ใหญ่วัยกลางคน ส่วนขั้นตอนที่ห้า หก และเจ็ด มีความสำคัญในวัยสูงอายุ ทฤษฎีของ Peck อันดับที่ 5 คือ Ego Differentiation แยกกับ Work-Rote Preoccupation หมายถึง ผู้สูงอายุต้องปรับเปลี่ยนอิโก้ แต่รู้สึกว่าขัดแย้งกับบทบาททางการทำงานที่เคยปฏิบัติมาแต่ก่อน ทฤษฎีของ Peck อันดับที่ 6 คือ Body Transcendence แยกกับ Body Preoccupation เกี่ยวเนื่องกับร่างกายที่ต่างยุคสมัยกันทฤษฎีของ Peck อันดับที่ 7 ว่า Ego Transcendence แยกกับ Ego Preoccupation นี้คือ อิโก้ในสมัยที่เป็นผู้สูงอายุขัดแย้งกับ อิโก้สมัยยังไม่เป็น ผู้สูงอายุ สรุปทฤษฎีของเพค คือ ความยึดมั่นถือมั่นสภาพในอดีตแย้งกับสภาพเป็นจริง ในปัจจุบันของผู้สูงอายุในแง่มุมต่าง ๆ บุคคลใดจะสามารถลดความยึดมั่นเดิม ๆ และ ยอมรับสภาพชีวิตยามสูงอายุได้อย่างดีนั้นจะต้องมีพัฒนาการในวัยที่ผ่านมาเป็นไปตาม ขั้นตอนด้วยดี

จรรยา สุวรรณทัต และคณะ (2554) ได้ศึกษา การพัฒนาระบบสารสนเทศครอบครัวศึกษา ซึ่งริเริ่มขึ้นครั้งแรกในประเทศไทย โดยสาขาวิชาคหกรรมศาสตร์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ซึ่งทำการสำรวจและรวบรวมข้อมูลเพื่อจัดระบบข้อมูลครอบครัวศึกษาและพัฒนาฐานข้อมูลด้านครอบครัวเป็นการเฉพาะ ในด้านการศึกษาวิจัย หลักสูตรการเรียนการสอน และกิจกรรมบริการวิชาการเกี่ยวกับครอบครัว ที่ดำเนินการเสร็จสิ้นแล้วของหน่วยงานที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับครอบครัวทั้งภาครัฐและเอกชน โดยได้ออกแบบและพัฒนาระบบฐานข้อมูลครอบครัวศึกษาที่สามารถสืบค้นข้อมูลด้วยโปรแกรม BRS-Search รวมทั้งทำการวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยด้านครอบครัว ระหว่างปี 2505-2535 ต่อเนื่องถึง 2540 จำนวน 212 เรื่อง ซึ่งสามารถจำแนกเป็นหัวข้อวิจัยด้านครอบครัวที่แตกต่างกัน 20 หัวข้อมีข้อค้นพบที่น่าสนใจว่า หัวข้อวิจัยที่ปรากฏมีปริมาณค่อนข้างมาก ได้แก่ หัวข้อวิจัยด้านการอบรมขัดเกลาทางสังคมของครอบครัว (28 เรื่อง) การวางแผนครอบครัว (27 เรื่อง) ค่านิยมครอบครัว (22 เรื่อง) พัฒนาการของบุคคลในครอบครัว (21 เรื่อง) สุขภาพและการแพทย์ด้านครอบครัว (18 เรื่อง) ส่วนหัวข้อวิจัยที่ปรากฏในระดับปานกลาง ได้แก่ หัวข้อวิจัยด้านการปรับตัวและสุขภาพจิตของครอบครัว (13 เรื่อง) สัมพันธภาพในครอบครัว (11 เรื่อง) บทบาทหน้าที่ของครอบครัว (10 เรื่อง) การจัดการ ทรัพยากรครอบครัว (9 เรื่อง) สวัสดิการครอบครัว (9 เรื่อง) ปัญหาครอบครัว (8 เรื่อง) โครงสร้างครอบครัว (6 เรื่อง) ในขณะที่หัวข้อวิจัยที่ปรากฏในระดับน้อยแต่มีแนวโน้มสูงขึ้น ได้แก่ หัวข้อวิจัยด้านแบบฉบับชีวิตครอบครัว (5 เรื่อง) ความรุนแรงในครอบครัว (5 เรื่อง) การแนะแนวและการให้คำปรึกษาครอบครัว (5 เรื่อง) กฎหมายครอบครัว (5 เรื่อง) นโยบายครอบครัว (5 เรื่อง) ครอบครัวบำบัดและการฟื้นฟู (5 เรื่อง) หลักสูตร โครงการ กิจกรรมและการฝึกอบรมด้านครอบครัว (3 เรื่อง) และประวัติและวิวัฒนาการครอบครัว (2 เรื่อง)

สรุปได้ว่าการพัฒนาของผู้สูงอายุ หมายถึง กระบวนการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ ต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งให้ดีขึ้น ทั้งทางด้านคุณภาพชีวิตและสิ่งแวดล้อม ด้วยการวางแผน โครงการและดำเนินงานโดยอาศัยประสบการณ์ เพื่อประโยชน์แก่ตัวของตัวเอง และการพัฒนาเป็นการแก้ไข ปัญหาที่ไม่พึงประสงค์และการไปสู่เป้าหมายที่ดีกว่า หรือเป็นการแก้ปัญหาและการกระทำให้บรรลุเป้าหมายในการแสวงหาเส้นทางเพื่อแก้ไขปัญหาคความอดอยากหรือการแก้ปัญหาคความยากจน และแก้ปัญหาคความเจ็บป่วยของของผู้สูงอายุ เพราะปัญหาเหล่านี้เป็นสิ่งที่บั่นทอนและทำลายศักยภาพของของผู้สูงอายุ ก็นจะนำความยุ่งยากมาสู่ลูกหลานและสังคมในที่สุด

2.3 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

คำว่า “คุณภาพชีวิต” แปลมาจากภาษาอังกฤษว่า Quality of life ซึ่งงานวิจัยในต่างประเทศมักใช้ตัวย่อ QoL หรือ QoL เป็นคำที่ปรากฏใช้เป็นครั้งแรกภายหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 จนกระทั่งเป็นประเด็นที่นักวิชาการหลายสาขา เช่น แพทย์ศาสตร์ สาธารณสุขศาสตร์ การพยาบาล สังคมวิทยา จิตวิทยา เศรษฐศาสตร์ ประวัติศาสตร์ ปรัชญา และ ภูมิศาสตร์ ให้ความสนใจศึกษามาตั้งแต่นั้น ค.ศ. 1970 (Farquhar, 1995) พร้อมกับให้ความหมายที่แตกต่างกันไปตามมุมมองของสาขาวิชาที่ศึกษาซึ่งในระยะหลังพบว่ามีงานวิจัยด้านการแพทย์พยาบาลและสาธารณสุขศึกษาคุณภาพชีวิตในฐานะผลลัพธ์ของการดูแลสุขภาพอนามัยบุคคลรวมไปถึงการนำไปใช้เป็นชื่อเรียกเพื่ออธิบายหรือจัดประเภทตัวแปรด้านจิตสังคมจะเห็นได้ว่าคุณภาพชีวิตมีขอบเขตของความหมายกว้างเสมือนเป็นร่มใหญ่ที่ครอบคลุมองค์ประกอบย่อยๆ เช่น สภาวะสุขภาพ สภาพร่างกาย สภาพการดำรงชีวิตวิถีชีวิต การรับรู้พฤติกรรมและความสุขเป็นต้น (Simko, 1999) อย่างไรก็ตามแม้ว่าจะมีงานวิจัยที่ศึกษาประเด็นคุณภาพชีวิตจำนวนมากและให้นิยามที่หลากหลายแต่ยังไม่สามารถหาข้อสรุปของความหมายและการวัดที่เป็นสากล (Moons, Werner & Sabina, 2006) ในส่วนนี้จึงเป็นการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ได้ความหมายของคุณภาพชีวิตองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตและการวัดคุณภาพชีวิตมีสาระสำคัญดังนี้ความหมายของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุคุณภาพชีวิตหรือการมีชีวิตที่มีคุณภาพสามารถมองได้หลายแง่มุมขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลายประการเช่นภูมิหลังความต้องการของผู้ให้ความหมายหรือการตีความความต้องการของสังคมค่านิยมของสังคมเป็นต้น (Farquhar, 1995) จากการประมวลเอกสารที่เกี่ยวข้องพบว่า มี 9 องค์กร ระดับโลกและนักวิชาการทั้งชาวไทยและชาวต่างชาติให้นิยามความหมายของคุณภาพชีวิตหลายมิติและหลายความหมายดังนี้องก์การอนามัยโลกได้นิยามคุณภาพชีวิตว่าเป็นการรับรู้ความพึงพอใจและสถานะของบุคคลในการดำรงชีวิตในสังคมโดยจะสัมพันธ์กับเป้าหมายและความคาดหวังของตนเองภายใต้บริบทของวัฒนธรรมค่านิยมมาตรฐานของสังคมและสิ่งอื่นๆที่เกี่ยวข้องเช่นสวัสดิการและบริการด้านต่าง ๆ ตลอดจนลักษณะทางการเมืองการปกครองในสังคมที่อยู่อาศัยและสามารถประเมินคุณภาพชีวิตในด้านวัตถุวิสัยและด้านจิตวิสัย (วรรณภา กุมารจันทร์, 2543, น. 4) ส่วนนักวิชาการชาวต่างชาติที่ให้ความหมายคุณภาพชีวิตดังเช่น Padilla และ Grant (ศรีเมืองพลึงฤทธิ์, 2547, 33 อ้างถึงใน Padilla & Grant, 1985, p. 45) ให้ความหมายคุณภาพชีวิตว่าเป็นการรับรู้ความพึงพอใจที่เปลี่ยนแปลงไปตามภาวะสุขภาพสอดคล้องกับ Zhan (1992, p. 979) อธิบายว่าคุณภาพชีวิตเป็นระดับความพึงพอใจซึ่งขึ้นอยู่กับประสบการณ์ชีวิตของแต่ละบุคคลนอกจากนี้หนังสือ Encyclopedia of Sociology (อัจฉราวังศ์ วัฒนามงคล, 2553, อ้างถึงใน Encyclopedia of Sociology, 1992, p. 1587-1589) ได้

ประมวลความหมายของคุณภาพชีวิตจากนักวิชาการหลายท่านพอสรุปได้ว่าหมายถึงลักษณะความพึงพอใจหรือความสุขซึ่งสามารถประเมินความพึงพอใจทั้งในภาพรวมและรายด้านเช่นการทำงาน ครอบครัวและที่อยู่อาศัย เป็นต้นในทางเดียวกัน Ragsdale & Morrow (1990, p. 355) กล่าวว่า คุณภาพชีวิต หมายถึง การรับรู้การมีประสิทธิภาพหรือความสามารถในการกระทำอย่างมีความหมายเพื่อควบคุมหรือจัดการกับสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยของตนทั้งด้านจิต อารมณ์ความคิดและการดูแลรักษาส่วน Orem (2001, p. 179) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตก็คือความผาสุก (Wellbeing) ซึ่งเป็นการรับรู้ของบุคคลต่อการมีชีวิตอยู่ตามประสบการณ์ของความพึงพอใจ ความรู้สึกเป็นสุขภาพและสุขใจในขณะที่นักวิชาการด้านสุขภาพส่วนใหญ่ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตโดยอาศัยแนวคิดจากองค์การอนามัยโลกจึงมุ่งให้ความสนใจที่สุขภาวะทางกายและจิตใจรวมทั้งความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Farquhar, 1995) จากคำนิยามของนักวิชาการต่างประเทศผู้วิจัยพิจารณาเห็นว่าคุณภาพชีวิตเป็นคำที่สามารถใช้สลับกันกับคำว่า คุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพความพึงพอใจในชีวิตและความผาสุกของชีวิตส่วนความหมายของคุณภาพชีวิตประกอบด้วยหลายมิติทั้งสุขภาพการทำหน้าที่สถานภาพทางสังคมและแง่มุมอื่น ๆ ของชีวิตสำหรับนักวิชาการชาวไทยที่สนใจประเด็นเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตและให้ความหมายของคุณภาพชีวิตไว้ดังเช่น อัจฉรา นวจินดา (2524, น. 43) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตของบุคคลที่มีสุขภาพกายและสุขภาพจิตดีมีการดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุขในสภาพแวดล้อมต่าง ๆ ที่เอื้ออำนวยต่อการพัฒนาภาวะเศรษฐกิจและสังคมส่วน นิพนธ์ คันธเสวี (2525, น. 2) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตเป็นระดับสภาพการดำรงชีวิตของมนุษย์ตามองค์ประกอบของชีวิตได้แก่ร่างกายอารมณ์สังคมความคิดและจิตใจเช่นเดียวกับ พัทยา สายหนู (2526, น. 31-34) สรุปคุณภาพชีวิตเฉพาะตัวบุคคลว่าประกอบด้วย การมีสุขภาพร่างกายและจิตใจที่สมบูรณ์การมีสติปัญญาที่จะศึกษาหาความรู้การมีความสามารถในการทำงานหาเลี้ยงชีพและการรู้จักหาความสุขความพอใจให้ชีวิตในทางที่เหมาะสม ส่วน ชัยวัฒน์ ปัญญาพงษ์ (2526, น. 48) กล่าวเพิ่มเติมว่าคุณภาพชีวิตเป็นชีวิตที่มีคุณภาพไม่เป็นภาระและไม่ก่อให้เกิดปัญหาแก่สังคมมีความสมบูรณ์ทั้งกายจิตใจมีความสามารถที่จะดำรงสถานภาพทางเศรษฐกิจสังคมและการเมืองให้สอดคล้องกับสภาพแวดล้อมและสังคมในขณะที่ สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ (2541) นิยามว่าเป็นระดับของการมีชีวิตที่ดีความสุขความพึงพอใจในชีวิตทั้งในด้านร่างกายจิตใจอารมณ์สังคมและการดำเนินชีวิตของปัจเจกบุคคลในสังคมนอกจากนี้ โกศลมีคุณ (2542, น. 4) นิยามคุณภาพชีวิตว่าสภาพชีวิตที่มีความสำเร็จสุขสงบซึ่งเหมาะสมกับภาวะและวัยคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุพิจารณาเป็นด้านๆ ได้แก่ด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิตด้านอาชีพเศรษฐกิจและกฎหมายด้านที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมด้านข้อมูลความรู้และนันทนาการในขณะที่ ศรีเมือง พลั่งฤทธิ์ (2547, น. 22) สรุปความหมายของคุณภาพชีวิตว่า หมายถึง ความพึงพอ

ใจความเป็นอยู่ที่ดีมีความสุขมีสุขภาพกายดีมีสุขภาพจิตดีมีอาหารการกินดีมีสิ่งของหรือเงินใช้ตามความจำเป็นอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดีและอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขจากการรวบรวมความหมายคุณภาพชีวิตดังกล่าวข้างต้นผู้วิจัยจึงสรุปได้ว่าคุณภาพชีวิตหมายถึงการรับรู้ของบุคคลต่อสภาพการดำรงชีวิตของตนซึ่งวัดจากความพึงพอใจในเรื่องความเป็นอยู่ความสุขสุขภาพกายและจิตอาหารการกินการมีสิ่งของใช้ตามความจำเป็นการอยู่ในสภาพแวดล้อมและการใช้ชีวิตอยู่ในสังคมองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตจากการนิยามความหมายของคุณภาพชีวิตของนักวิชาการข้างต้นชี้ให้เห็นว่าคุณภาพชีวิตมีความหมายในหลายมิติและประกอบด้วยองค์ประกอบของการมีชีวิตที่มีคุณภาพหลายด้าน (Efficace&Marrone, 2002, Ferrans & Powers, 1992) ดังนั้นในส่วนนี้เป็นการรวบรวมความรู้เกี่ยวกับองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตตามแนวคิดของนักวิชาการต่าง ๆ ซึ่งจากการทบทวนเอกสารงานวิจัยทั้งในและต่างประเทศที่ผ่านมาพบว่ามีนักวิชาการที่ศึกษาแนวคิดและองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตโดยแบ่งองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตตามมิติต่าง ๆ ตั้งแต่ 4 ด้านจนถึงมากกว่า 7 ด้านดังนี้

การศึกษาองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้านเช่นองค์การอนามัยโลกแบ่งองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย (Physicaldomain) ด้านจิตใจ (Psychologicaldomain) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Socialrelationshipsdomain) และด้านสิ่งแวดล้อม (Environmentaldomain) (สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ, 2541) ซึ่งแต่ละด้านมีความหมาย ดังนี้

1. ด้านร่างกาย (Physicaldomain) เป็นการรับรู้สภาพร่างกายของผู้สูงอายุซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวันเช่นการรับรู้สภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกายการรับรู้ถึงความสุขสบายไม่มีความเจ็บปวดการรับรู้ความสามารถที่จะจัดการกับโรคภัยและความเจ็บปวดทางร่างกายได้การรับรู้ถึงพลังกำลังในการดำเนินชีวิตประจำวันการรับรู้ถึงความเป็นอิสระที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่นการรับรู้ถึงความสามารถในการเคลื่อนไหวของตนเองการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนเองการรับรู้ความสามารถในการทำงานและการรับรู้ว่าคุณไม่ต้องพึ่งยาต่างๆหรือการรักษาทางการแพทย์อื่น ๆ เป็นต้น

2. ด้านจิตใจ (Psychologicaldomain) เป็นการรับรู้สภาพจิตใจของตนเองเช่นการรับรู้ความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเองการรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเองการรับรู้ถึงความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเองการรับรู้ถึงความมั่นใจในตนเองการรับรู้ถึงความคิดความจำสมาธิการตัดสินใจและความสามารถในการเรียนรู้เรื่องราวต่างๆการรับรู้ถึงความสามารถในการจัดการกับความเครียดหรือกังวลการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อต่างๆของคนที่ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตเช่นการรับรู้ถึงความเชื่อด้านวิทยาศาสตร์การให้ความหมายของชีวิตและความเชื่ออื่นๆที่มีผลในทางที่ดีต่อการดำเนินชีวิตมีผลต่อการเอาชนะอุปสรรค เป็นต้น

3. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Socialrelationshipsdomain) เป็นการรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของผู้สูงอายุกับบุคคลอื่นการรับรู้ถึงการได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม การรับรู้ว่าคุณได้เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคมด้วยรวมทั้งการรับรู้ในเรื่องอารมณ์ทางเพศหรือการมีเพศสัมพันธ์เป็นต้น

4. ด้านสิ่งแวดล้อม (Environmentaldomain) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลการดำเนินชีวิตเช่นการรับรู้ว่าคุณมีชีวิตอยู่อย่างอิสระมีความปลอดภัยและมั่นคงในชีวิตการรับรู้ว่าคุณได้อยู่ในสภาพแวดล้อมทางกายภาพที่ดีปราศจากมลพิษต่างๆการคมนาคมมีแหล่งประโยชน์ด้านการเงินสถานบริการทางสุขภาพและสังคมสงเคราะห์การรับรู้ว่าคุณมีโอกาสที่จะได้รับข่าวสารหรือฝึกฝนทักษะต่างๆการรับรู้ว่าคุณได้มีกิจกรรมในเวลาว่างเป็นต้น

นอกจากองค์การอนามัยโลกแล้วการศึกษาของ George และ Bearon (1980) ระบุองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้านได้แก่สุขภาพโดยทั่วไปสถานภาพทางเศรษฐกิจความพึงพอใจในชีวิตและการเห็นคุณค่าในตนเองทั้งนี้องค์ประกอบ 2 ด้านแรกเป็นการวัดแบบภาวะวิสัยในขณะที่องค์ประกอบที่เหลือเป็นการวัดแบบอัตวิสัยการศึกษารวบรวมองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 5 ด้าน เช่นการศึกษาของ Berghometal (1981, p. 335) ระบุองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุว่าประกอบด้วยสภาพทางเศรษฐกิจสุขภาพสภาพแวดล้อมการพึ่งพาตนเองและการทำกิจกรรมส่วน Denham (1991, p. 48) เสนอว่าองค์ประกอบคุณภาพชีวิตประกอบด้วยด้านสิ่งแวดล้อมด้านความสัมพันธ์ทางสังคมด้านสุขภาพกายด้านสุขภาพจิตและด้านบุคลิกภาพและประวัติในอดีต สำหรับการศึกษานี้ของ ศรีเมือง พลังฤทธิ์ (2547) วิเคราะห์องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบซึ่งพบว่าองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุแบ่งออกเป็น 5 ด้านได้แก่ 1) ด้านร่างกาย 2) ด้านจิตใจ 3) ด้านสิ่งแวดล้อม 4) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคมและด้านความพอใจ การศึกษารวบรวมองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 7 ด้าน เช่นการศึกษาของ Peace (1990, p. 48) แบ่งองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตออกเป็นด้านกายภาพด้านสังคมด้านเศรษฐกิจและสังคมด้านสิ่งแวดล้อมด้านอำนาจบุคคลด้านจิตวิสัยและด้านบุคลิกภาพส่วนการศึกษานี้ของ อมร นนทสุต (2526, น. 73) รวบรวมองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตไว้ดังนี้อาหารและโภชนาการที่เหมาะสมเครื่องนุ่งห่มที่อยู่อาศัยการดูแลสุขภาพกายและจิตการรักษาขั้นพื้นฐานและการศึกษาเพื่อพัฒนาอาชีพความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินบริการพื้นฐานทางเศรษฐกิจและสังคมการศึกษา องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 7 ด้านขึ้นไปเช่นการศึกษาของ ชัยวัฒน์ ปัญญา (2521, น. 192) ระบุองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตของบุคคลประกอบด้วยสุขภาพที่อยู่อาศัยการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขอนามัยแม่และเด็กอาหารบริการและคุณภาพทางการศึกษาพยาบาลและสิ่งแวดล้อมรายได้และสภาพจิตใจสอดคล้องกับที่อุทุมพรจามรมาน (2528, น. 30-31) ระบุ

องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตของมนุษย์ไว้ 10 องค์ประกอบ ได้แก่ทัศนคติลักษณะความเป็นอยู่การเป็นเจ้าของอาชีพหลักนั้นบทบาทการบริการจากรัฐการถือครองบ้านและที่ดินอาชีพรองการแสวงหาความรู้และสุขอนามัยการวัดคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุการประเมินคุณภาพชีวิตหรือการวัดคุณภาพชีวิตนั้นมีความหลากหลายและแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์และแนวคิดจากการรวบรวมวิธีการประเมินคุณภาพชีวิตของนักวิชาการหลายท่านผู้วิจัยสามารถแบ่งแนวทางการศึกษาเรื่องการวัดคุณภาพชีวิตออกเป็น 2 ประการ คือ วิธีการวัดและลักษณะของแบบวัดมีรายละเอียด ดังนี้

1. วิธีการวัดคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

Flynn and Frantz (1987, p. 159, อ้างถึงใน ศรีเมือง พลังฤทธิ์, 2547, น. 23) เสนอการประเมินคุณภาพชีวิตใน 2 ด้านคือประเมินในเชิงวัตถุวิสัย (objective approach) แสดงถึงภาวะทางกายพฤติกรรมและลักษณะของบุคคลซึ่งตัดสินใจโดยตนเองจากข้อมูลที่เป็นจริงเช่น รายได้การศึกษาอาชีพเป็นต้นและเชิงจิตวิสัย (subjective approach) เป็นการรับรู้ด้วยตนเองจากการรับรู้ประสบการณ์ที่ผ่านมาของตนเองเช่นความปรารถนาและความพอใจสอดคล้องกับการศึกษาของSchalock, Bonham&Verdugo (2008) ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างและพัฒนาตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตเพื่อการวางแผนและประเมินความทุกข์สภาพทางปัญญาซึ่งระบุแนวคิดหลักของการพัฒนารอบการวัดคุณภาพชีวิตที่ควรตระหนัก 3 ประการ ได้แก่ 1) ตัวชี้วัดที่สร้างนั้นเป็นการวัดผลลัพธ์ในระดับบุคคล 2) วิธีการวัดครอบคลุมทั้งการวัดแบบอัตตวิสัย (Self-Report) และการวัดแบบภาวะวิสัย (Direct observation) และ 3) การวัดต้องมีความไวที่ตรงตามหลักสากล (Universal) และสอดคล้องกับบริบทของการศึกษา (Cultural-bound) ในทางเดียวกัน Farquhar (1995) ได้ศึกษาวิธีการวัดคุณภาพชีวิตโดยประมวลและทบทวนเอกสารงานวิจัยที่ผ่านมามีพบว่าการวัดคุณภาพชีวิตใช้ทั้งแบบอัตตวิสัยและแบบภาวะวิสัยเนื่องจากวิธีการวัดแต่ละแบบมีจุดเด่นและจุดด้อยแตกต่างกันกล่าวคือการวัดแบบอัตตวิสัยเป็นการประเมินความคิดความเชื่อและความรู้สึกของตนเองโดยให้ผู้ตอบเป็นผู้ประเมินตามความเป็นจริงเช่นความพึงพอใจในการทำงานและการรับรู้ภาวะสุขภาพ เป็นต้นซึ่งมีข้อดีตรงที่ได้ข้อมูลสอดคล้องกับความรู้สึกของผู้ตอบแต่อาจเกิดปัญหาเรื่องอคติของผู้ตอบเนื่องจากบางครั้งผู้ตอบประเมินต่ำกว่าหรือสูงกว่าความเป็นจริงรวมทั้งบิดเบือนข้อมูลเพราะได้รับอิทธิพลจากคำตอบที่กำหนดไว้ล่วงหน้าในขณะที่การวัดแบบภาวะวิสัยเป็นการประเมินสิ่งใดสิ่งหนึ่งตามสภาพที่เป็นอยู่โดยการสังเกตและให้บุคคลอื่นเป็นผู้ประเมินซึ่งลดปัญหาความมีอคติในการวัดเช่นการสังเกตการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโดยบุคลากรทางการแพทย์และการวัดฐานะทางเศรษฐกิจจากรายได้และทรัพย์สิน เป็นต้นแต่วิธีนี้ไม่ครอบคลุมการได้ข้อมูลเชิงลึก เช่นด้านความคิดเห็นและความรู้สึกจึงเป็นวิธีที่ขาดความไวในการวัดนอกจากนี้แนวคิดของ Stromberg (1984: 88-91, อ้างถึงใน ศรีเมือง พลังฤทธิ์, 2547, น. 23,) แสดงทัศนะว่าการประเมิน

คุณภาพชีวิตสามารถประเมินได้ 3 ลักษณะคือ 1) การประเมินเชิงอัตวิสัยเป็นการประเมินโดยผู้อื่น เช่นแพทย์ประเมินผู้ป่วย 2) การประเมินเชิงจิตวิสัยที่วัดเป็นปริมาณเป็นการประเมินโดยตนเอง ขึ้นอยู่กับนิยามคุณภาพชีวิตของตนเองหรือประสบการณ์ในชีวิตของตนเองเช่นความพึงพอใจ ความสุขที่ได้รับและ 3) การประเมินเชิงจิตวิสัยที่วัดเป็นคุณภาพเป็นการประเมินตนเองจากการบรรยายและบอกถึงสภาพที่เป็นอยู่ส่วนการประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกได้พัฒนา เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตที่เรียกว่าWHOQOL-100 ในปีค.ศ. 1996 มีข้อคำถามหรือตัวชี้วัด 100 ข้อซึ่ง กิติกรมีทรัพย์ได้แปลเป็นภาษาไทยและให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบด้วยการแปลกลับเป็นภาษาอังกฤษ อีกครั้งและถือว่าเป็นฉบับภาษาไทยที่องค์การอนามัยโลกยอมรับอย่างเป็นทางการจากจำนวนข้อ คำถาม 100 ข้อนี้แบ่งเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวม 4 ข้ออีก 96 ข้อ จัดแบ่ง เป็น 24 หัวข้อหัวข้อละ 4 คำถามซึ่งจัดเป็น 6 ด้านได้แก่ด้านร่างกายด้านจิตใจด้านระดับความเป็น อิสระของบุคคลด้านสัมพันธภาพกับสังคมด้านสิ่งแวดล้อมและด้านความเชื่อส่วนบุคคลอย่างไรก็ตาม เครื่องมือดังกล่าวค่อนข้างยาวทำให้ไม่สะดวกและมีข้อจำกัดในการใช้ต่อมาในปีเดียวกัน องค์การอนามัยโลกก็ได้จัดทำเครื่องมือชี้วัดคุณภาพชีวิตฉบับย่อชุด 26 ตัวชี้วัด เรียกว่าแบบวัด คุณภาพชีวิตฉบับย่อชุดภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) ประกอบด้วยข้อ คำถาม 2 ชนิดคือ แบบภาวะวิสัย (Perceived objective) และแบบอัตวิสัย (Self-report subjective) มีทั้งหมด 4 องค์ประกอบได้แก่ด้านสุขภาพร่างกายด้านจิตใจด้านสัมพันธภาพทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อม ในทางจิตวิทยานั้นมีการเรียกชื่อแบบวัดคุณภาพชีวิตที่หลากหลายเช่นแบบวัดความรู้สึกเป็นสุข (well-being) และแบบวัดความพึงพอใจชีวิตโดยรวม (ดวงเดือน พันธุมนาวิน และคณะ, 2540, น.141, อ้างถึงใน Pavot & Diener, 1993) ซึ่งเป็นการวัดความพึงพอใจในชีวิตโดยรวมด้านการรู้คิด พบว่ามีผู้นิยมใช้กันมากจนกลายเป็นดัชนีความพึงพอใจในชีวิตโดยผู้สร้างให้ความหมายของความ พึงพอใจในชีวิตว่าหมายถึงผลของกระบวนการพิจารณาตัดสินคุณลักษณะด้านต่าง ๆ ของชีวิต ตนเองโดยใช้เกณฑ์หรือมาตรฐานที่ตนกำหนดขึ้นเมื่อบุคคลนำสถานการณ์ในชีวิตของตนมา เปรียบเทียบกับเกณฑ์ดังกล่าวแล้วพบว่าใกล้เคียงกับบุคคลจะรายงานว่าตนมีความพึงพอใจในชีวิต มากนอกจากนั้นจากการศึกษาทางระบาดวิทยาก็พบว่างานวิจัยส่วนใหญ่ใช้ความพึงพอใจในชีวิต เป็นตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและผู้ใหญ่วัยกลางคน (ภมริน เชาวน์จินดา, 2542, น. 12, นพมาศ แซ่เสี้ยว, 2550) ดังนั้นคุณภาพชีวิตจึงอาจวัดจากความพึงพอใจได้เนื่องจากเป็น องค์ประกอบที่สำคัญในการดำรงชีวิตอย่างมีความสุขลักษณะของแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ แบบวัดในที่นี้หมายถึงเครื่องมือสำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูลหรืองานวิจัยทั่วไปใช้คำว่า แบบสอบถามจากการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวกับแบบวัดคุณภาพชีวิตเท่าที่ปรากฏในงานวิจัยทั้งไทย และต่างประเทศพบว่าส่วนใหญ่ใช้แบบวัดขององค์การอนามัยโลกเพื่อวัดคุณภาพชีวิตสำหรับแบบ

วัดคุณภาพชีวิตที่นักวิชาการในประเทศไทยนิยมใช้นั้นแปลมาจากแบบวัดขององค์การอนามัยโลก โดยชื่อย่อว่าแบบวัดคุณภาพชีวิตฉบับย่อชุดภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) ประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ชนิดคือแบบภาวะวิสัย (Perceived objective) และแบบอัตตวิสัย (Self-report subjective) มีทั้งหมด 4 องค์ประกอบได้แก่ด้านสุขภาพร่างกายด้านจิตใจด้านสัมพันธภาพทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อมซึ่งมีข้อคำถามเพียง 26 ข้อประกอบด้วย 2 ข้อคำถามที่เป็นคำถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวมส่วนอีก 24 ข้อเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตในแต่ละด้าน (สุวรรณ มหัตนิรันดร์กุลและคณะ, 2541, น. 7)

2. เกณฑ์การวัดคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

จากคำถามทั้งหมด 26 ข้อคำถามมีทั้งเชิงลบและเชิงบวกข้อคำถามเชิงลบมี 3 ข้อ (ข้อ 2 ข้อ 9 และข้อ 11) ที่เหลือ 24 ข้อเป็นข้อคำถามเชิงบวกแต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับได้แก่ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มากและมากที่สุด การให้คะแนนสำหรับข้อคำถามเชิงบวกผู้ที่ตอบน้อยที่สุดได้ 1 คะแนนผู้ที่ตอบน้อยได้ 2 คะแนนผู้ที่ตอบปานกลางได้ 3 คะแนนผู้ที่ตอบมากได้ 4 คะแนนและผู้ที่ยอมรับมากที่สุดได้ 5 คะแนนส่วนข้อคำถามเชิงลบให้กลับคะแนนในทางตรงกันข้ามดังนั้นแบบวัดคุณภาพชีวิตทั้งฉบับมีช่วงคะแนนระหว่าง 26-130 คะแนน โดยผู้ตอบที่ได้คะแนนระหว่าง 26-60 คะแนนแสดงว่ามีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีผู้ตอบที่ได้คะแนนระหว่าง 61-95 แสดงว่ามีคุณภาพชีวิตกลางๆและผู้ตอบที่ได้คะแนนระหว่าง 96-130 คะแนนแสดงว่ามีคุณภาพชีวิตที่ดี (กรมสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุข, 2556)

2.4 แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง

2.4.1 ความหมายของการดูแลตนเอง

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542 (2546, น. 413) ระบุถึงความหมายคำว่าดูแลตนเอง คือ เอาใจใส่ ปกป้องรักษา ปกครอง การเอาใจใส่ ในตัวคนของตนเองไม่ใช่ผู้อื่น

2.4.2 แนวคิดการดูแลตนเอง

เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้นในชีวิต มนุษย์จะพยายามหาหนทางการแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง และถ้าไม่สามารถแก้ปัญหาด้วยตนเองได้ จะทำการขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น ปัญหาสุขภาพหรือความเจ็บป่วยเป็นเรื่องสำคัญที่ทุกคนต้องให้ความสนใจ เพื่อให้ตนเองมี สุขภาพดี การดูแลสุขภาพรวมถึงการสังเกตตนเอง การสังเกตความเปลี่ยนแปลงในสิ่งที่มีอยู่ สิ่งที่กำลังเกิดขึ้นรอบ ๆ พระพุทธเจ้าได้ตรัสเตือนเพื่อความไม่ประมาทว่า “วชิระมา สุขธารา อปฺปมาเทนสมปาเทถ” หมายถึงสังขารทั้งหลายมีความเสื่อมสั่นไปเป็นธรรมดาท่านทั้งหลาย จงทำความไม่ประมาทให้พร้อมเถิด

พระเทพวาที (ประยูร ชาญโต) (2535, น. 118) ได้เสนอแนวคิดที่ว่า ความไม่ประมาทในสังขารด้วยสติ ส่งเสริมจิตใจในการดูแลตนเองให้ดำเนินชีวิตได้อย่างเป็นสุขตามสภาพการดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่ม การกระทำด้วยตนเองเพื่อรักษาชีวิตและสุขภาพทำให้เกิดสวัสดิการของตนเองการดูแลตนเองเป็นการกระทำที่บุคคลลงใจมีระบบระเบียบเป็นขั้นตอน และเมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพจะมีส่วนช่วยให้โครงสร้าง หน้าที่และพัฒนาการดำเนินไปถึงขีดสูงสุดของแต่ละบุคคล

ชื่นฤทัย กาญจนะจิตรา และคณะ (2550, น. 107) ได้เสนอแนวคิดว่าการสำรวจสุขภาพคนไทย พบว่าประชาชนส่วนใหญ่ถึงร้อยละ 13.8 เห็นว่า ผู้สูงอายุต้องดูแลช่วยเหลือตนเอง ผู้สูงอายุควรต้องดูแลตนเองโดยพื้นฐาน คือ การดูแลสุขภาพร่างกายให้แข็งแรง ด้วยการออกกำลังกาย ยืดเส้นยืดสาย ฟ้อนคลายกล้ามเนื้อทุกวันด้วยการเดินตอนเช้าตรู่ หรือหลังอาหารเย็น การอยู่ในที่มีอากาศถ่ายเทสะดวกหลีกเลี่ยงอากาศเป็นพิษด้วยการใกล้ชิดกับธรรมชาติ รักษาอารมณ์ให้แจ่มใส ทำจิตใจให้สดชื่นอยู่เสมอ ควรรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ย่อยง่าย เช่น ผักต้ม ผลไม้สด เนื้อปลา นม หลีกเลี่ยงอาหารมันและ คั่วมันน้ำสะอาดวันละ 6-8 แก้ว และควรเอาใจใส่เรื่องการขับถ่ายให้เป็นปกติทุกวันและ ระวังระวังอย่าให้ท้องผูก

สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2551, น. 31) ได้เสนอแนวคิดว่าการดูแลตนเองด้านการเตรียมการเมื่อยามอยู่ในวัยสูงอายุ พบว่า ประชาชนร้อยละ 57 เคยคิด และเตรียมการมากที่สุดในเรื่องการออมทรัพย์สินเงินทองให้เพียงพอใช้จ่ายในวัยสูงอายุ ร้อยละ 52.1 เตรียมการด้วยการเสริมสร้างสุขภาพร่างกายให้แข็งแรง ร้อยละ 40.2 เตรียมการเป็นอาสาสมัครช่วยเหลือชุมชน

มยุรี วรรณไกรโรจน์ (2551) ศึกษาเรื่อง ประสิทธิภาพของหลักกรรมนามัยต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มข้าราชการจังหวัดเชียงราย โดยรวบรวมการนำ หลักกรรมทางพุทธศาสนา มาประยุกต์ใช้ในการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมเรียกว่า “กรรมนามัย” ประกอบด้วย กายนามัย จิตตานามัย และชีวิตนามัย ดังนั้นการอนามัยเป็นการดูแลตนเอง ก่อนป่วย บำรุงชีวิตด้วยอาหารกินอย่างพอดีพอ ใช้หลักมัชฌิมาปฏิปทาในการกินอาหาร ผักผลไม้สมดุลตามธาตุ การออกกำลังกายด้วยการบริหารแบบไทยกายประสานใจหรือ ฤทธิคีตตน ช่วยให้แข็งแรงลดความตึงของเส้นเอ็น เส้นประสาทและกล้ามเนื้อร่างกายเคลื่อนไหวคล่องแคล่วตามธรรมชาติรูปร่างได้สัดส่วนและต้านทานโรคได้ จิตตานามัย คือการฝึกจิตทำสมาธิเพื่อให้เกิดปัญญา ทำบุญตักบาตรสวดมนต์แผ่เมตตา ปฏิบัติธรรม ในชีวิตประจำวัน เช่น การนั่งสมาธิหรือเดินจงกรม ทำจิตใจให้ผ่อนคลายเกิดความสงบ และความสุข เพิ่มสมาธิและปัญญาในการทำงาน ชีวิตามัยเป็นการดำเนินชีวิตชอบมีอาชีพสุจริต ดำรงชีวิตทางสายกลางอย่างสมดุลเพื่อการมีสุขภาพอนามัยที่ดี

เกรียงศักดิ์ ซื่อเลื่อม และคณะ (2554, น. 223-225) หลักสำคัญของการดูแลผู้สูงอายุด้วยตัวผู้สูงอายุเอง ก็คือ ต้องให้ผู้สูงอายุเหล่านั้นสามารถดำเนินชีวิตได้ด้วยตนเอง โดยพึ่งพาผู้อื่นน้อยที่สุด และมีความสุขกายสบายใจในบั้นปลายของชีวิต ดังคำที่ว่า “เป็นร่มโพธิ์ร่มไทรของลูกหลาน” การดูแลผู้สูงอายุด้วยตัวผู้สูงอายุเอง หมายถึง จะทำอย่างไรให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี คือผู้สูงอายุที่มีความสุขความพอใจตามอัตภาพ สามารถทำประโยชน์ทั้งต่อตนเอง ต่อผู้อื่น ต่อชุมชน และต่อสังคมเพื่อที่จะนำไปสู่การได้รับคำยกย่องและสรรเสริญจากสังคมโดยรวม สิ่งสำคัญที่จะทำให้ผู้สูงอายุมีชีวิตที่เป็นสุขคือ การมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งอาจจะขึ้นอยู่กับปัจจัยหรือองค์ประกอบของการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุจำนวน 3 ประการ ดังนี้

1. การมีสุขภาพดี หมายถึง ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และปัญญา โดยเชื่อมโยงเป็นองค์รวมอย่างสมดุล ประกอบด้วย สุขภาพกายที่ดี สุขภาพจิตที่ดี สุขภาพทางสังคมที่ดี และสุขภาพทางปัญญาที่ดี โดยเฉพาะอย่างยิ่ง จะต้องเน้นที่จะทำให้ร่างกายอยู่ในสภาพที่ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ร่วมกับส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถร่วมกิจกรรมต่างๆ ได้ตามที่สามารถร่างกาย จิตใจ และเวลาเอื้ออำนวย โดยยึดหลัก 11 อ. เพื่อสุขภาพกายใจที่ดี คือ อาหาร ออกกำลังกาย อนามัย อุจจาระ/ปัสสาวะ อากาศ (แสง) อาทิตย อารมณ์ อดิเรก อนาคต อบอุ่น และอุปนิสัย ดังนั้น การดูแลผู้สูงอายุจะต้องปรับการดูแลให้เหมาะสมตามสภาพปัญหาที่แตกต่างกัน หรือการเปลี่ยนแปลงที่ไม่เท่ากัน โดยขึ้นอยู่กับสุขภาพและการใช้ชีวิตในวัยที่ผ่านมา

2. การร่วมแรงร่วมใจกันทำงาน คือ มีส่วนร่วมในการประกอบกิจการงานต่าง ๆ ตามอัตภาพ โดยยังประโยชน์ต่อตนเองและประโยชน์ต่อผู้อื่นสมเป็นสัปบุรุษ (คนดี) กล่าวคือ ต้องเตรียมตัวเตรียมใจยอมรับสภาพการณ์ในชีวิต ควรจะหางานอดิเรกหรือกิจกรรมต่าง ๆ ทำเพื่อประโยชน์ต่อตนเองและผู้อื่น เช่น การอ่านเขียนหนังสือ ทำบุญทำทาน ออกกำลังกาย การรดน้ำต้นไม้ และเก็บกวาดบ้าน เป็นต้น ดังนั้น ผู้สูงอายุต้องทำงานเพื่อเป็นการพึ่งตนเองให้มากที่สุด และอย่าพึ่งคนอื่นเป็นดีที่สุด

3. มีความมั่นคงในชีวิต หมายถึง มีหลักประกันในชีวิตหรือความมั่นคง 3 เรื่อง ประกอบด้วย 1) ความมั่นคงทางเศรษฐกิจ คือ มีเงินใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน มีการสร้างความมั่นคงทางเศรษฐกิจ จะต้องรู้จักเก็บหอมรอมริบตั้งแต่วัยหนุ่มสาว เพื่อจะได้มีไว้ใช้ในอนาคต ทั้งยามปกติ ยามชรา และยามเจ็บป่วย 2) ความมั่นคงในชีวิตและทรัพย์สิน คือ สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปลอดภัย ไปไหนมาไหนไม่มีใครมาทำร้ายรวมไปถึงอยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดี มีที่อยู่อาศัยที่เป็นส่วนตัว บรรยากาศดี และมีเครื่องมือเครื่องใช้ที่จำเป็น และ 3) ความมั่นคงในครอบครัว ชุมชน และสิ่งแวดล้อม คือ มีครอบครัวที่ดี อยู่ร่วมกันด้วยความร่มเย็นเป็นสุขเมื่อครอบครัวดีร่มเย็นเป็นสุข ชุมชนก็จะดีร่มเย็นเป็นสุข เมื่อชุมชนดีร่มเย็นเป็นสุข ประเทศชาติก็ดี ร่มเย็นเป็นสุขเช่นกัน รวมไปถึงการมีสิ่งแวดล้อมที่ดีก็จะส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีด้วย

สรุปได้ว่า แนวคิดการดูแลตนเองเมื่อมีปัญหาเกิดขึ้นในชีวิต ชุมชนชาตินุญจะพยายามหาหนทาง การแก้ปัญหาด้วยตนเอง และถ้าไม่สามารถแก้ปัญหาด้วยตนเองได้จะขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น การดูแลตนเองเป็นเรื่องสำคัญที่ทุกคนต้องให้ความสนใจเพื่อให้ตนเองมีสุขภาพดี การดูแลจะรวมรวมถึงการสังเกตตนเอง การสังเกตการณ์เปลี่ยนแปลงกับสิ่งที่มีอยู่ สิ่งที่กำลังจะเกิดขึ้นรอบ ๆ จนอาจกล่าวได้ว่า " ควรดูแลตนเองเพื่อให้มีสุขภาพดี "

2.4.3 ทฤษฎีการดูแลตนเอง

ทฤษฎีการดูแลตนเอง Orem (2001) ให้ความสำคัญว่า “การดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำ เพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนเองในการดำรงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและความเป็นอยู่อันดี” มีหลักทฤษฎีดังนี้บุคคลเป็นผู้ที่มีความรับผิดชอบต่อการกระทำของตนเองนำไปสู่ความเป็นปกติสุขของชีวิต ซึ่งบุคคลจะปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง เพื่อส่งเสริมดำรงรักษาภาวะปกติของสุขภาพและชีวิตโดยอาศัยพลังความสามารถในการดูแลตนเองทั้งด้านความรู้ ความเข้าใจ แรงจูงใจทักษะการตัดสินใจ วุฒิภาวะทางอารมณ์ จากการศึกษาของ Orem (2001, pp. 47-49) ได้แสดงให้เห็นถึงวัตถุประสงค์หรือเหตุผลของการกระทำดูแลตนเองเรียกว่า การดูแลตนเองที่จำเป็น (Self-care Requisites) ซึ่งเป็น ความตั้งใจหรือเป็นผลที่เกิดได้ทันทีหลังการกระทำ การดูแลตนเองที่จำเป็นมี 3 อย่าง คือ การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ และ การดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ ดังนี้

1. การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป(universal self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริม และรักษาไว้ซึ่งสุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคล และ การดูแลตนเอง เหล่านี้จำเป็นสำหรับบุคคลทุกคนทุกวัยแต่ต้องปรับให้เหมาะสมกับระยะพัฒนาการ จุดประสงค์และกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป มีดังนี้

1.1 คงไว้ซึ่งอากาศ น้ำ และอาหารที่เพียงพอ อธิบายได้ว่า 1) บริโภคอาหาร น้ำ อากาศ ให้เพียงพอกับหน้าที่ของร่างกายที่ผิดปกติและคอยปรับตัวตามความเปลี่ยนแปลง ทั้งภายในและภายนอก 2) รักษาไว้ซึ่งความคงทนของโครงสร้างและหน้าที่ของอวัยวะ ที่เกี่ยวข้อง และ 3) หากความผิดปกติจากการหายใจ การดื่ม และการรับประทานอาหาร โดยไม่ทำให้เกิดโทษ

1.2 คงไว้ซึ่งการขับถ่ายและการระบายให้เป็นไปตามปกติ อธิบายได้ว่า 1) จัดการ ให้มีการขับถ่ายตามปกติทั้งจัดการกับตนเองและสิ่งแวดล้อม 2) จัดการเกี่ยวกับกระบวนการ ในการขับถ่ายรวมถึงการรักษาโครงสร้าง และหน้าที่ให้เป็นไปตามปกติและการระบาย สิ่งผิดปกติจากการขับถ่าย 3) ดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล และ 4) ดูแลสิ่งแวดล้อมให้สะอาดถูกสุขลักษณะ

1.3 คงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน อธิบายได้ว่า 1) เลือกกิจกรรมให้ร่างกายได้เคลื่อนไหวออกกำลังกาย การตอบสนองทางอารมณ์ ทางสติปัญญา และมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นอย่างเหมาะสม (2) รับรู้และสนใจถึงความต้องการ การพักผ่อนและการออกกำลังกายของตนเอง และ (3) ใช้ความสามารถ ความสนใจ ค่านิยม และกฎเกณฑ์จากขนบธรรมเนียมประเพณีเป็นพื้นฐานในการสร้างแบบแผนการพักผ่อน และการมีกิจกรรมของตนเอง

1.4 คงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการอยู่คนเดียวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น อธิบายได้ว่า (1) คงไว้ซึ่งคุณภาพและความสมดุลที่จำเป็นในการพัฒนาเพื่อเป็นที่พึ่ง ของตนเอง และสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เพื่อช่วยให้ตนเองทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ รู้จักติดต่อขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในเครือข่ายสังคมเมื่อจำเป็น (2) ปฏิบัติตนเพื่อสร้างมิตร ให้ความรัก ความผูกพันกับบุคคลรอบข้าง เพื่อจะได้พึ่งพา ชึ่งกันและกัน และ (3) ส่งเสริมความเป็นตัวของตัวเอง และการเป็นสมาชิกในกลุ่ม

1.5 ป้องกันอันตรายต่าง ๆ ต่อชีวิต หน้าที่และสวัสดิภาพ อธิบายได้ว่า (1) สนใจ และรับรู้ต่อชนิดของอันตรายที่อาจจะเกิดขึ้น(2)จัดการป้องกันไม่ให้เกิดเหตุการณ์ที่อาจจะเป็นอันตราย (3) หลีกเลียงหรือปกป้องตนเองจากอันตรายต่าง ๆ และ (4) ควบคุมหรือ ขจัดเหตุการณ์ที่เป็นอันตรายต่อชีวิตและสวัสดิภาพ

1.6 ส่งเสริมการทำหน้าที่และพัฒนาการให้ถึงขีดสูงสุด ภายใต้ระบบสังคม และความสามารถของตนเอง (Promotion of Normalcy) อธิบายได้ว่า (1) พัฒนาและ รักษาไว้ซึ่งอัตมโนทัศน์ที่เป็นจริงของตนเอง (2) ปฏิบัติในกิจกรรมที่ส่งเสริมพัฒนาการ ของตนเอง (3) ปฏิบัติกิจกรรมที่ส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งโครงสร้างและหน้าที่ของบุคคล(health promotion & preventions) และ (4) ค้นหาและสนใจในความผิดปกติของโครงสร้าง และหน้าที่แตกต่างไปจากปกติของตนเอง (Early Detection)

2. การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ (developmental self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นจากกระบวนการพัฒนาการของชีวิตมนุษย์ในระยะต่าง ๆ เช่น การตั้งครรภ์ การคลอดบุตร การเจริญเติบโตเข้าสู่วัยต่าง ๆ ของชีวิต และเหตุการณ์ที่มีผลเสียหรือเป็นอุปสรรค ต่อพัฒนาการ เช่น การสูญเสียคู่ชีวิต หรือบิดามารดา หรือ อาจเป็นการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปที่ปรับให้สอดคล้อง เพื่อส่งเสริมพัฒนาการ การดูแลตนเองที่จำเป็นของกระบวนการพัฒนาการแบ่งออกเป็น 2 อย่าง คือ

2.1 พัฒนาและคงไว้ซึ่งภาวะความเป็นอยู่ ช่วยสนับสนุนกระบวนการและพัฒนาการของชีวิต และพัฒนาการที่ช่วยให้บุคคลเจริญเข้าสู่ภาวะในระหว่างที่ (1) อยู่ใน ครรภ์

มารดา และการคลอด และ (2) วัยทารก วัยเด็ก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ วัยชรา และในระยะ ตั้งครรภ์

2.2 ดูแลเพื่อป้องกันการเกิดผลเสียต่อพัฒนาการ โดยจัดการเพื่อบรรเทาเบาบาง อารมณ์ เครียดหรือเอาชนะต่อผลที่เกิดจาก 1) การขาดการศึกษา 2) ปัญหาการปรับตัว ทางสังคม 3) การสูญเสียญาติมิตร 4) ความเจ็บป่วย การบาดเจ็บ และการพิการ 5) การเปลี่ยนแปลงเนื่องจาก เหตุการณ์ต่าง ๆ ในชีวิต และ 6) ความเจ็บป่วยในขั้นสุดท้าย และการที่จะต้องตาย

3. การดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ (Health Deviation Self Care Requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นเนื่องจากความพิการตั้งแต่กำเนิด โครงสร้าง หรือ หน้าที่ของร่างกายผิดปกติ เช่น เกิดโรคหรือความเจ็บป่วย และจากการวินิจฉัย และการรักษาของ แพทย์ การดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะนี้มี 6 อย่าง คือ

3.1 แสวงหาและคงไว้ซึ่งความช่วยเหลือจากบุคคลที่เชื่อถือได้เช่นเจ้าหน้าที่ สุขภาพอนามัย

3.2 รับรู้ สนใจ และดูแลผลของพยาธิสภาพ รวมถึงผลที่กระทบต่อพัฒนาการ ของตนเอง

3.3 ปฏิบัติตามแผนการรักษา การวินิจฉัย การฟื้นฟู และการป้องกันพยาธิ สภาพ ที่เกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ

3.4 รับรู้และสนใจคอยปรับและป้องกันความไม่สบาย จากผลข้างเคียงของ การรักษาหรือจากโรค

3.5 ดัดแปลงอัตรานอนที่สั้นและภาพลักษณ์ในการที่จะยอมรับภาวะสุขภาพของ ตนเอง ตลอดจนความจำเป็นที่ตนเองต้องการความช่วยเหลือเฉพาะจากระบบบริการสุขภาพ รวมทั้งการปรับบทบาทหน้าที่และการพึ่งพาคือคนอื่น การพัฒนาและคงไว้ซึ่งความมีคุณค่าของ ตนเองเรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับผลของพยาธิสภาพหรือภาวะที่เป็นอยู่รวมทั้งผลของ การวินิจฉัยและ การรักษาในรูปแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมพัฒนาการของตนเอง ให้ดีที่สุดตาม ความสามารถที่เหลืออยู่ รู้จักตั้งเป้าหมายที่เป็นจริงซึ่งเห็นว่าการสนองตอบ ต่อความต้องการการ ดูแลตนเอง จะต้องมี ความ-สามารถในการผสมผสานความต้องการ ดูตนเองในประเด็นอื่น ๆ เข้า ด้วยกัน เพื่อจัดระบบการดูแลที่ช่วยป้องกันอุปสรรคหรือ บรรเทาเบาบาง ผลที่เกิดจากพยาธิสภาพ การวินิจฉัย และการรักษาต่อพัฒนาการของตนเอง

สรุปได้ว่าการดูแลตนเอง เป็นการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง เพื่อส่งเสริมดำรง รักษาภาวะปกติของสุขภาพและชีวิตโดยอาศัยพลังความสามารถในการดูแลตนเองทั้งด้านความรู้ ความเข้าใจ แรงจูงใจทักษะ การตัดสินใจ วุฒิภาวะทางอารมณ์ และเหตุผลของการกระทำการดูแล ตนเองเรียกว่า การดูแลตนเองที่จำเป็น (self-care requisites) ซึ่งเป็น ความตั้งใจหรือเป็นผลที่เกิดได้

ทันทีหลังการกระทำ การดูแลตนเองที่จำเป็นมี 3 อย่าง ประกอบด้วย การดูแลตนเองที่จำเป็น โดยทั่วไป การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ และการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีภาวะ เบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ

2.4.4 ทฤษฎีมนุษยสัมพันธ์

บุคคลควรที่จะมีความเห็นอกเห็นใจบุคคลอื่น โดยการยอมรับฟังคำขอหรือจาก ผู้อื่นไม่ ปฏิเสธและให้โอกาสแก่บุคคลอื่นในการที่จะสร้างความร่วมมือระหว่างบุคคล มีนักจิตวิทยาให้ความคิดเห็น ดังนี้

สมิทธา จิตตลดากร (2546, น. 103-112) ได้กล่าวว่า บุคคลควรที่จะมีความเห็นอกเห็นใจบุคคลอื่น โดยการยอมรับฟังคำขอหรือจาก ผู้อื่น ไม่ปฏิเสธและให้โอกาสแก่บุคคลอื่นในการที่จะสร้างความร่วมมือระหว่างบุคคล มีนักจิตวิทยาให้ความคิดเห็น ดังนี้

1. ทฤษฎีของ Elton Mayo โดย Mayo(1973, pp. 215-219) ให้ความสำคัญกับ ทฤษฎีมนุษยสัมพันธ์ การปฏิบัติในทุกองค์การเป็นระบบสังคม ความสำคัญจะอยู่ที่คน เพราะคน มิใช่เครื่องมือหรืออุปกรณ์ไม่มีปัญหาแต่ตรงกันข้ามเป็นสิ่งที่มีความสลับซับซ้อน มีปัญหา มาก มีปฏิริยาโต้ตอบขัดแย้งภายในกลุ่มของตัวเอง และมักทำให้มีการเข้าใจผิดเกิดขึ้นได้ง่าย โดยได้ ทำการทดลองใช้พื้นฐานทางมนุษยธรรมและจิตวิทยาในงานอุตสาหกรรม มีรายละเอียดสรุป ดังนี้

1.1 ปัจจัยด้านสภาพทางสังคม เป็นตัวกำหนดปริมาณผลผลิตไม่ใช่ปัจจัย ด้านกายภาพ

1.2 ความคิดที่ว่าคนเห็นแก่ตัว ต้องการเงินค่าตอบแทนมาก ๆ เป็นการมอง แคบ ๆ

1.3 พฤติกรรมของคนงานถูกกำหนดโดยความสัมพันธ์ภายในกลุ่ม

1.4 สนับสนุนให้มีการทำวิจัยด้านผู้นำต่าง ๆ ผู้นำต้องเปิดโอกาสให้คนใน องค์การ เข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจ

2. ทฤษฎีของ Mary Parker Follette โดย Follette (1978, p. 9) ได้ให้ความสนใจ ในบทบาทพฤติกรรมมนุษยธรรมมีรายละเอียดสรุป ดังนี้

2.1 จากการสังเกตทางจิตวิทยาพบว่า การกระทำให้คนทำตามคำสั่งนั้นต้อง ใช้ เหตุผล มีการโน้มน้าวใจ และการยอมรับในอำนาจ ประกอบกับประสบการณ์ด้านอารมณ์ ความ เชื่อ ความชอบและความต้องการของบุคคล

2.2 ประสบการณ์ด้านอารมณ์ ความเชื่อ ความชอบและความต้องการของ มนุษย์ ได้หล่อหลอมกันเป็นรูปแบบนิสัย หรือรูปแบบการกระทำของมนุษย์

2.3 วิธีการที่จะเปลี่ยนรูปแบบนิสัยของคนมี 3 ขั้นคือ เริ่มจากการสร้างทัศนคติ แล้วเตรียมการเสนอให้ละทิ้งทัศนคตินั้น ขั้นสุดท้าย ให้มีการย้ายเดือนจากบุคคลอื่นจากปัจจัยภายนอกกว่า การละทิ้งทัศนคติเก่านั้นเป็นการปลดปล่อยทัศนคติเก่าเพื่อกำหนด รูปแบบนิสัยใหม่

2.4 การรับคำสั่งหรือยินยอมปฏิบัติตามคำสั่งของมนุษย์นั้นมีเงื่อนไขอยู่ที่สถานที่ วิธีการให้คำสั่งและทำทางการสั่งหรือถ้อยคำในการสั่งกล่าวคือ การให้คำสั่งควรดูสถานที่ให้เหมาะสม ปฏิบัติต่อผู้รับคำสั่งด้วยการให้ความเคารพ ถ้อยคำไม่หยาบคาย ลักษณะ ของคำสั่งควรเป็นการผสมผสาน โดยให้เป็นทั้งการให้คำสั่งและผู้สั่งเป็นผู้รับคำสั่ง พร้อม ๆ กันไปด้วย ควรทำให้ผู้รับคำสั่งและผู้ออกคำสั่งเป็นผู้ที่ต้องปฏิบัติตามคำสั่ง เพราะสถานการณ์เป็นสิ่งกำหนดการออกคำสั่งตามหลักการของประชาธิปไตยคือ มีการเชื่อฟังตามคำสั่ง และมีเสรีภาพในขณะเดียวกันวิธีการคือ การทำให้คนเกิดสัญชาตญาณของการรักษาผลประโยชน์ของตนเอง และทำให้เกิดความรู้สึกเป็นภาระร่วมกัน มีความรับผิดชอบ ร่วมกันในการรักษาผลประโยชน์ของตนเอง

พรหมทิพย์ ศิริวรรณบุศย์ (2555) ระบุว่า มนุษย์ปัจจุบันต้องอยู่ในสังคมที่เต็มไปด้วยความขัดแย้งและมุ่งเอาชนะซึ่งกันและกัน ความขัดแย้งเกิดจากการแย่งชิงผลประโยชน์ ไม่สามารถแบ่งปันทรัพยากรที่มีจำนวนน้อย วิธีบำบัดความขัดแย้งในเบื้องต้นได้ คือ การสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างมนุษย์กับโลกด้วยการสร้างมนุษย์สัมพันธ์ มีการสร้าง เสริมความสัมพันธ์อันดีระหว่างบุคคล เพื่อให้ได้มาซึ่งความรักใคร่ นบถือ ความจงรักภักดี และความร่วมมือกัน โดยความสัมพันธ์อันดีระหว่างบุคคลตั้งอยู่บนพื้นฐานสิทธิมนุษยชน ที่ว่า “มนุษย์ทั้งหลายเกิดมามีอิสระและเสมอภาคกัน ในเกียรติศักดิ์และสิทธิต่างมีเหตุผล และมี โนธรรม และควรปฏิบัติต่อกันด้วยเจตนารมณ์แห่ง“ภราดรภาพ” ซึ่งศาสตร์มนุษยสัมพันธ์มีองค์ประกอบ 3 องค์ประกอบ คือ ตน ผู้อื่น และสภาพแวดล้อม สำหรับองค์ประกอบที่สำคัญของการสร้างมนุษย์สัมพันธ์คือ การเข้าใจผู้อื่น และการยอมรับความแตกต่าง ระหว่างบุคคลและการปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม ปัจจุบันโลกเป็นสังคมที่มีการแข่งขัน สูงมีทรัพยากรน้อย มีความขัดแย้งเกิดขึ้นสูงในสังคมไทย พฤติกรรมของมนุษย์มาจากสังคมที่อาศัยอยู่เท่า ๆ กับส่งผลต่อสังคมที่เขาอาศัยอยู่ และให้ความสำคัญของมนุษย์ สัมพันธ์ ดังนี้

1. มนุษย์สัมพันธ์มีบทบาทในการปฏิบัติงานของหน่วยงานหรือองค์การตลอดจน การอยู่ร่วมกันในสังคม มนุษย์สัมพันธ์จึงเป็นปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิตของคนทุก ๆ คนดังสุภาษิตที่ว่า “วิสาสาปรมาญาติ” คือความเป็นกันเองก่อให้เกิดความรู้สึกเสมือนญาติในเรือนตน ฉะนั้นมนุษย์สัมพันธ์มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการบริหารงาน

2. มนุษย์สัมพันธ์ยังเป็นศาสตร์ที่มีประโยชน์ในการอยู่ร่วมกันเป็นสังคมของมนุษย์ตั้งแต่ชุมชนไปจนถึงครอบครัว

3. คนเก่งที่มีความสามารถสูงถ้าขาดมนุษย์สัมพันธ์ก็กลายเป็นบุคคลที่เปล่าประโยชน์ เพราะไม่มีโอกาสที่จะปฏิสัมพันธ์กับกลุ่มคน และแสดงความสามารถให้ปรากฏในกลุ่มคน และความเก่งนั้นก็จะไร้ค่าและหมดความหมายไปในที่สุด

สรุปได้ว่า การสร้างมนุษย์สัมพันธ์ มีการสร้างเสริมความสัมพันธ์อันดีระหว่างมนุษย์เพื่อให้ได้มาซึ่งความรักใคร่ นับถือ ความจงรักภักดี และความร่วมมือกัน โดยความสัมพันธ์อันดีระหว่างบุคคลตั้งอยู่บนพื้นฐานสิทธิมนุษยชน ที่ว่า “มนุษย์ทั้งหลายเกิดมามีอิสระและเสมอภาคกันในเกียรติศักดิ์และสิทธิต่างมีเหตุผล และมีวัฒนธรรม และควรปฏิบัติต่อกันด้วยเจตนารมณ์แห่ง “ภราดรภาพ” ซึ่งศาสตร์มนุษย์สัมพันธ์มีองค์ประกอบ 3 องค์ประกอบ คือ ตน ผู้อื่น และสภาพแวดล้อม

2.4.5 อาหารสำหรับผู้สูงอายุ

สุพัตรา แสงรุจิ (2555, น. 1-2) กล่าวว่า อาหารมีความสำคัญยิ่งในการดำรงชีวิต การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์จะ ส่งผลต่อสุขภาพ ทำให้ร่างกายแข็งแรง การรับประทานอาหารของผู้สูงอายุอย่างถูกหลัก โภชนา คือ การรับประทานอาหารที่มีสารอาหารครบถ้วนเพียงพอ กับความต้องการของ ร่างกาย สามารถรักษาน้ำหนักให้อยู่ได้ในเกณฑ์เฉลี่ย การรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ ควรมีเป้าหมายให้ผู้สูงอายุได้บริโภค ดังนี้

1. อาหารถูกตามหลักโภชนาการ คือ อาหารหลัก 5 หมู่ ได้แก่

1.1 หมู่ที่ 1 เนื้อสัตว์ต่าง ๆ ไข่ นม ถั่วเมล็ดแข็งต่าง ๆ อาหารหมู่นี้ช่วยเสริมสร้างและซ่อมแซมร่างกาย สร้างภูมิคุ้มกันโรค ทำให้ร่างกายแข็งแรง ควรเลือก เนื้อปลาเหมาะสำหรับผู้สูงวัย เพราะย่อยง่าย สำหรับไข่ไก่หรือไข่เป็ดควรต้มจนสุกให้รับประทานนมพร่องมันเนยเป็นอาหารที่ให้แคลเซียมและ โปรตีนถั่วเมล็ดแข็งเป็นอาหาร ที่ให้โปรตีนสูงและมีราคาถูก ใช้แทนอาหารจำพวกเนื้อสัตว์ได้ เช่น เต้าหู้ โปรตีนเกษตร เป็นต้น

1.2 หมู่ที่ 2 ข้าว แป้ง น้ำตาล เผือก มัน สารอาหารหมู่นี้เป็นสารอาหารที่ให้พลังงานเป็นส่วนใหญ่ ผู้สูงวัยควรกินในปริมาณที่พอเหมาะไม่กินมากเกินไป

1.3 หมู่ที่ 3 ผักต่าง ๆ ผักเป็นอาหารที่อุดมด้วยวิตามินและแร่ธาตุ ผู้สูงวัยควรเลือกกินผักหลาย ๆ ชนิดสลับกัน ควรนึ่ง หรือต้มจนสุกไม่ควรบริโภคผักดิบ เพราะย่อยยาก และทำให้ท้องอืดได้

1.4 หมู่ที่ 4 ผลไม้ต่าง ๆ ผู้สูงอายุสามารถกินผลไม้ได้ทุกชนิดและควรกินผลไม้ทุกวัน เพื่อให้ได้วิตามินซีและเส้นใยอาหาร ควรเลือกผลไม้ที่มีเนื้อนุ่ม เคี้ยวง่าย ได้แก่ มะละกอสุก กล้วยสุก ส้ม เป็นต้น

1.5 หมู่ที่ 5 ไขมันและน้ำมันพืช ควรใช้น้ำมันพืชปรุงอาหาร เช่น น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันรำ หลีกเลี่ยงการใช้น้ำมันจากสัตว์และน้ำมันพืชบางชนิด เช่น น้ำมันปาล์ม น้ำมัน มะพร้าว

2. จัดอาหารสำหรับผู้สูงอายุ ต้องมีการคำนึงและระมัดระวังในการจัดอาหารด้วย โดย 1) จัดให้ครบ 5 หมู่ทั้งปริมาณและคุณภาพ 2) ลักษณะอาหารควรสับหรือบดให้ละเอียด แล้วนำไปตุ๋นหรือหนึ่งเพื่อให้อาหารอ่อนนุ่ม เคี้ยวง่าย 3) ควรมีน้ำซุปพร้อม ๆ ก่อนรับประทานอาหาร กระตุ้นน้ำย่อย 4) ควรปรับปรุงให้มีรสชาติชวนรับประทาน 5) ควรจัดอาหารว่างให้ มีรายละเอียดการจัดอาหาร ดังนี้ (กระทรวงสาธารณสุข, 2544, น. 3)

2.1 อาหารควรมีปริมาณและคุณภาพเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย โดยจัดให้ครบทั้ง 5 หมู่ ลดปริมาณอาหารที่ให้พลังงานลง คือ ข้าว แป้ง น้ำตาล ไขมัน ควรเพิ่มการบริโภคอาหารที่มีใยอาหาร เพื่อให้ระบบขับถ่ายดี

2.2 แบ่งอาหารออกเป็น 45 มื้อ โดยเพิ่มอาหารว่างเช้าและบ่าย ให้อาหารกลางวัน เป็นอาหารหลักเพื่อช่วยลดปัญหาแน่นท้องภายหลังรับประทานอาหารควรหลีกเลี่ยงอาหาร ที่ทำให้เกิดแก๊สในกระเพาะอาหาร เพราะทำให้ท้องอืดถ้ามีการบริโภคควรบริโภคปริมาณที่น้อย ๆ แล้วจึงค่อย ๆ เพิ่มให้เคยชิน เช่น นมสด ถั่วต่าง ๆ เป็นต้น

2.3 ดัดแปลงอาหารให้เคี้ยวง่าย รสไม่จัดมาก จัดแต่งอาหารนำรับประทาน และจัดเสิร์ฟอาหารในขณะร้อนจะช่วยกระตุ้นให้อยากอาหารมีการจัดอาหารที่เหมาะสมสำหรับการรับประทานของผู้สูงอายุใน 1 วัน โดยมีทั้งปริมาณและคำแนะนำที่ควรปฏิบัติ ดังข้อมูลที่ปรากฏในตารางที่ 2.1

ตารางที่ 2.1

ปริมาณอาหารที่ผู้สูงอายุควรกินใน 1 วัน

อาหาร	ปริมาณ/วัน	ข้อเสนอแนะ
1. เนื้อสัตว์	4-5 ช้อนโต๊ะ	ควรกินปลาเป็นประจำ
2. นมสด	240 มิลลิลิตร	นมพร่องมันเนย 1 แก้วทุกวัน
3. ไข่	3-4 ฟองต่อสัปดาห์	แต่ถ้ามีปัญหาด้านไขมันและคอเลสเตอรอลในเลือดสูง ควรเลือกบริโภคเฉพาะไข่ขาว

(ต่อ)

ตารางที่ 2.1 (ต่อ)

อาหาร	ปริมาณ/วัน	ข้อเสนอแนะ
4. ถั่วและผลิตภัณฑ์จากถั่ว	รับประทานเป็นประจำ	ใช้ประกอบเป็นอาหารคาวหวาน
5. ข้าวและอาหารประเภทแป้ง อื่น ๆ	6-8 ทัพพี	ควรเลือกข้าวหรืออาหารประเภทแป้ง อื่น ๆ ที่ผ่านการขัดสีน้อย
6. ผักใบเขียวสด/ต้ม	2 ทัพพี	ตำลึง คื่นช่าย ผักบุ้ง เป็นต้น
6. ผักใบเขียวสด/ต้ม	2 ทัพพี	ตำลึง คื่นช่าย ผักบุ้ง เป็นต้น
7. ผักสีเหลือง, ส้ม	1 ทัพพี	ฟักทอง แครอท มะเขือเทศ เป็นต้น
8. ผลไม้/ผลไม้สุก	มือละ 1 ส่วน	หลีกเลี่ยงผลไม้รสหวานจัด เช่น ขนุน ลำไย ฝรั่ง เป็นต้น
9. ไขมัน/น้ำมันพืช	2 ช้อนโต๊ะ	หลีกเลี่ยงไขมันสัตว์ เนย
10. น้ำดื่ม	6-8 แก้ว	น้ำบริสุทธิ์ หรือน้ำผลไม้คั้นสดได้บ้าง ควรหลีกเลี่ยง น้ำอัดลม ชา กาแฟ

หมายเหตุ. ปรับปรุงจาก ปริมาณอาหารที่ผู้สูงอายุควรกินใน 1 วัน. โดย สุพัตรา แสงรุจิ, 2555.

สรุปได้ว่า อาหารสำหรับผู้สูงอายุต้องเหมาะสมทั้งชนิดปริมาณและคุณค่าของ อาหารที่ได้รับ คำนึงถึงรสชาติของอาหาร เพราะผู้สูงอายุมีความอยากอาหารน้อยลง จะส่งผลให้ผู้สูงอายุได้รับปริมาณสารอาหารที่ไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย การจัดอาหารของผู้สูงอายุจึงต้องคำนึงถึงอาหารเฉพาะโรค อาหารที่เหมาะสมกับวัยและมีคุณค่าทางโภชนาการสูงจะส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมี สุขภาพดีและชะลอการเกิดพยาธิสภาพ ของร่างกายผู้สูงอายุ

2.5 ปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

2.5.1 ด้านสุขภาพจิต

2.5.1.1 ความหมายของสุขภาพจิต

สุขภาพจิต หมายถึง การทำให้ชีวิตมีความสุข มีความพอใจ ความสมหวัง ทั้งตนเองและผู้อื่นสุขภาพจิต หมายถึง ความสามารถของบุคคลที่จะปรับตัวให้มีความสุขอยู่กับสังคมและสิ่งแวดล้อมได้ดี มีสัมพันธภาพอันดีกับบุคคลอื่น และดำรงชีวิตอยู่ได้ด้วยความสุขอย่างสุขสบาย รวมทั้งสนองความสามารถของตนเองใน โลกที่กำลังเปลี่ยนแปลงได้ โดยไม่มีข้อขัดแย้งภายในจิตใจ และไม่ขัดกับสภาพความเป็นจริงในสังคมที่บุคคลนั้นดำรงชีพอยู่

อัมพร โอตระกูล (2538) ได้ให้ความหมาย สุขภาพจิต (Mentalhealth) ตามความหมายขององค์การอนามัยโลก ได้ให้ความหมายว่า ความสมบูรณ์ทางจิตใจ ปราศจากโรคจิตหรือภาวะผิดปกติทางด้านจิตใจอื่นๆ นอกจากนี้ต้องสามารถปรับตัวกับสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปได้ มีสัมพันธภาพกับบุคคลรอบข้าง และสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข

สุชาติ โสมประยูร และสุวัฒน์ ชีรเวชเจริญชัย (2548) ได้ให้ความหมายว่า สุขภาพจิต หมายถึง “ความสามารถในการปรับตัวของคนเราให้เข้ากับสถานการณ์ปัจจุบันรวมทั้งสถานการณ์ในอดีตและอนาคตด้วย”

สรุปได้ว่า สุขภาพจิต คือ สุขภาพของจิตใจที่ดีของมนุษย์หรือการมีสุขภาพที่ดี เช่น การมีจิตใจเบิกบานแจ่มใสอยู่เสมอ ไม่มีความวิตกกังวลใดๆ มีแนวความคิดถูกต้องส่วนบุคคลที่มีสุขภาพจิตเสื่อมย่อมน หมายถึง บุคคลที่มีสุขภาพจิตผิดปกติ มีความวิตกกังวล ทุกข์ร้อนอยู่เสมอ ตลอดจนมีแนวความคิดหรือพฤติกรรมผิดไปจากปกติธรรมดา

2.5.1.2 ภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ

ภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ มีการเปลี่ยนแปลงสภาพร่างกายตามอายุ และการดูแล ร่างกายตนเองมีผลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ มีนักวิชาการทำการศึกษาและสรุปให้ ข้อมูลมีรายละเอียด ดังนี้

วิไลวรรณ ทองเจริญ (2539, น. 119-122) ได้แสดงให้เห็นถึงภาวะสุขภาพดี ของผู้สูงอายุ หมายถึง การมีอิสระในการปฏิบัติกิจกรรมตามความต้องการ โดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น และมีความรู้สึกรักคุณค่าในตนเอง

ประเวศ ะสี (2543, น. 4) ได้แสดงให้เห็นถึงการให้ความหมายของภาวะสุขภาพ ผู้สูงอายุว่า เป็นสุขภาวะที่สมบูรณ์ทางกาย ทางจิต ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางกาย หมายถึงร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรง คล่องแคล่ว มีกำลังไม่พิการ มีเศรษฐกิจหรือปัจจัยที่จำเป็นพอเพียง ไม่มีอุบัติเหตุหรืออันตรายมีสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมสุขภาพ คำว่า กาย ในที่นี้หมายถึง ทางกายภาพด้วย

2. สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางจิต หมายถึง จิตใจที่มีความสุข รื่นเรีง คล่องแคล่ว มีความเมตตาสัมผัสกับความงามของสรรพสิ่ง มีสติ มีสมาธิ มีปัญญา รวมถึงการลดความเห็นแก่ตัวลงไปด้วย เพราะตราบไคที่ยังมีความเห็นแก่ตัว จะมีสุขภาวะที่สมบูรณ์ ทางจิตไม่ได้

3. สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางสังคม หมายถึง การอยู่ร่วมกันด้วยดี มีครอบครัวที่อบอุ่น ชุมชนเข้มแข็ง สังคมมีความยุติธรรมเสมอภาค มีภราดรภาพ มีสันติภาพ มีระบบการบริการ ที่ดี มีความเป็นประชาสังคม

4. สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางจิตวิญญาณ หมายถึง สุขภาวะที่เกิดขึ้นเมื่อทำความดี หรือจิตสัมผัสกับสิ่งที่มีคุณค่าอันสูงส่งหรือสูงสุด เช่น การเสียสละ การมีความเมตตา การเข้าถึงพระรัตนตรัยหรือการเข้าถึงพระเจ้า เป็นต้น สุขภาวะทางจิตวิญญาณเป็น สุขภาวะที่ไม่ระคนอยู่กับความเห็นแก่ตัว แต่เป็นสุขภาวะที่เกิดขึ้นเมื่อมนุษย์หลุดพ้นจาก ความมีตัวตน (Self Transcending) จึงมีอิสรภาพ มีความอ่อนคลาย เบาสบาย มีความปีติ แผ่ซ่าน มีความสุขอันประณีตและล้ำลึกหรือความสุขอันเป็นทิพย์ มีผลดีต่อสุขภาพทางกาย ทางจิต และทางสังคม

ทศพนธ์ นรทัศน์ (2551, น. 3-5) และ อัมไพพนิชฐ สมานวงศ์ไทย (2550, น. 16) ได้สรุปว่า ผู้สูงอายุสมัยใหม่ควรมีสังคมและสามารถค้นหาข้อมูลที่น่าสนใจจากอินเทอร์เน็ต เพราะลูกหลานต้องออกไปทำงานนอกบ้านในแต่ละวันผู้สูงอายุไม่ควรอยู่ บ้านเฉยๆ การใช้คอมพิวเตอร์และอินเทอร์เน็ตจึงเป็นทางเลือกหนึ่งที่ช่วยให้ผู้สูงอายุมี เพื่อนและไม่รู้สึกเหงาปัญหาของสุขภาพกาย มีการเปลี่ยนแปลงสภาพร่างกายในทางเสื่อมของผู้สูงอายุตามธรรมชาติที่เกิดขึ้นโดยทั่วไป เช่น ผมหงอกและบางลง ศีรษะล้าน ผิวหนังเหี่ยวยุ่น ตกกระ ผิวแห้ง ฟันหัก มีการเคลื่อนไหวร่างกายที่ช้าลง และการเปลี่ยนแปลงจะเพิ่มขึ้น ตามสภาพอายุที่เพิ่มขึ้น

สรุปได้ว่า ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ หมายถึง สุขภาวะที่เป็นความสมบูรณ์ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

2.5.1.3 แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพจิต

นักวิชาการ ผู้เชี่ยวชาญ ให้แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพจิตไว้มากมายหลายท่าน ดังนี้

วิไลวรรณ ทองเจริญ และวิไลวรรณ อุณนาภิรักษ์ (2543) ได้เสนอแนวคิดว่า สุขภาพจิตของผู้สูงอายุก่อนวัยเกษียณว่า ผู้สูงอายุมีความต้องการด้านสุขภาพจิต 1) ต้องการความเคารพนับถือยกย่องจากครอบครัวและสังคม 2) ต้องการเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา และ 3) ต้องการเข้าร่วมกิจกรรมทางขนบธรรมเนียมประเพณีในชุมชน

เชก ธนะสิริ (2547, น. 90-97) ได้เสนอแนวคิดว่า จิตเปรียบเสมือน Software ของเครื่องคอมพิวเตอร์ ใช้สมองเป็นออฟฟิศต้องให้อาหารแก่สมอง ได้แก่ ออกซิเจน และอาหารที่อุดมด้วยวิตามิน แร่ธาตุ และเอ็นไซม์ ซึ่งมีอยู่มากในผักสดและผลไม้สด และที่สำคัญคือ การให้อาหารใจด้วยการกำหนดลมหายใจเข้าออกช้า ๆ ตามหลักกรรมสมาธิ หรือวิปัสสนากรรมฐานตามหลักอานาสติ จะทำให้เกิดสติรู้เป็นการขจัดความเครียด หรือความทุกข์ เพราะแพทย์แผนปัจจุบันระบุชัดเจนว่าโรคมึสาเหตุเกิดจากจิตถึงร้อยละ 80 ดังนั้นถ้ารักษาจิตได้สมดุลปกติทำให้เกิดภูมิคุ้มกันต้านทานสามารถเอาชนะโรคได้ถึง 80 เปอร์เซ็นต์

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2549, น. 12-13) ได้เสนอแนวคิดที่ว่า สาเหตุสำคัญอีกประการหนึ่งเกิดจากการที่ผู้สูงอายุบางคนไม่สามารถปรับสภาพจิตใจและอารมณ์กับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในวัยสูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความซึมเศร้า วิตกกังวล และ รู้สึกสิ้นหวัง ปัญหานี้คนส่วนใหญ่มักคิดว่าเป็น เพราะผู้สูงอายุเรียกร้องความสนใจ ความจริงแล้วอาการดังกล่าวเป็นภาวะการเจ็บป่วยทางใจ จากการสำรวจพบว่าผู้สูงอายุไทย มีภาวะเจ็บป่วยทางด้านอารมณ์และจิตใจมากขึ้นซึ่งอาการของผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิต จะส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรม ดังนี้ 1) อาการทางร่างกาย เช่น ปวดศีรษะ ปวดท้อง มีปัญหาในการนอน แขนขาชา ใจเต้นเร็ว เหนื่อยอ่อนเพลีย ไม่มีเรี่ยวแรง 2) อาการทางจิตใจ เช่น เครียด กังวล ซึมเศร้า ท้อแท้ หดห้วง สับสนพิงชาน เเซ้ง กลัว ระวัง อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย คิดฆ่าตัวตาย และ 3) อาการทางพฤติกรรม เช่น ซึมเฉยเมยกระสับกระส่ายไม่อยู่นิ่ง ก้าวร้าว พุดหรือยิ้มคนเดียว ไม่สนใจตนเองและสิ่งแวดล้อม เดินเรื่อยเปื่อยไม่มีจุดหมาย ติดเหล้า

โสภณ แสงอ่อน (2550) ระบุว่าผู้สูงอายุร้อยละ 55.2 มีปัญหา ความ ว้าเหวร้อยละ 37.5 มีอาการซึมเศร้า

สิริพร จิรวัดน์กุล (2551) ได้เสนอแนวคิดว่าการเบื่อหน่าย ท้อแท้ นั่ง กอดเข่า สับสนหาทางออกไม่ได้ ลืมว่าตนเองจะทำอะไรไม่สนใจต่อสิ่งแวดล้อมรอบ ๆ ไม่สนใจ บุคคล อาการสุขภาพจิตดังกล่าวต้องรีบบำบัดรักษา

1. ปัญหาด้านสังคม เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุจะมีปัจจัยหลายอย่างทำให้ปัญหาแตกต่างกัน เช่นสภาพของอารมณ์ จิตใจ ความรู้สึก การล้มหายตายจากของบุคคล ใกล้ชิด เช่น คู่สามีภรรยา หรือบุตรหลานหรือจากบทบาทและความรับผิดชอบทางสังคม ที่เริ่มลดลงจนไม่มีตำแหน่งใด ๆ ซึ่งอาจมาจากข้อจำกัดของอายุ สมรรถภาพทางร่างกายที่เสื่อมถอย หรือจากการเตรียมตัวเข้าสู่วัยเกษียณที่ช้าเกินไป การถูกปลดลงจากตำแหน่ง ของเกษียณอายุการทำงาน อาจทำให้เกิดความคับข้องใจทางสังคม ทำให้ต้องหยุด ความรับผิดชอบต่าง ๆ ทั้งที่วัยสูงอายุไม่ได้เป็นผู้หมดสภาพในการทำงาน การหยุด ความรับผิดชอบเป็นการลดบทบาททางสังคมซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีบทบาท (Role Theory) ที่เชื่อว่า บุคคลเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุต้องปรับบทบาทของตน เปลี่ยนไปจากเดิมซึ่งจากการศึกษา ของ ประจัญ กิ่งมิ่งแสด (2548) พบว่า ปัจจัยสำหรับการพัฒนา ด้านสังคมของผู้สูงอายุ ควรเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้เข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ในชุมชนเช่น การเข้า เป็นสมาชิก อาสาสมัครกิจกรรมทางศาสนา กิจกรรมเครือข่ายทางสังคม หรือกิจกรรมอื่น ๆ ตามสมควร เพื่อให้ผู้สูงอายุได้เรียนรู้และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นจากเพื่อนร่วมวัย

2. ปัญหาด้านเศรษฐกิจ เป็นปัญหาใหญ่สำหรับผู้สูงอายุนอกจากจะ ประสบกับ ปัญหาสุขภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไปตามวัย การเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจตาม

ยุคสมัย ประสบกับการว่างงานจากการเกษียณอายุ จากสภาพร่างกายที่เสื่อมลง ผู้ทำงาน ในระบบมนุษย์เงินเดือน การเกษียณอายุจะมีผลต่อรายได้ในแต่ละเดือน วัยผู้สูงอายุอาจ ถือว่า การทำงานใช้แรงกาย ความคล่องตัวเพื่อแลกกับเงินจะลดห้อยลงไป ทำให้รายได้ ลดน้อยลง หรือไม่มีรายได้ แต่รายจ่ายยังคงเดิม หรือเพิ่มมากขึ้นในบางเดือน และจาก กระแสทุนนิยมในยุค โลกาภิวัตน์ที่มุ่งเน้นผลผลิตทางวัตถุ (Materialism) ทำให้คน ในสังคมเมืองไม่ให้ความสำคัญหรือมองเห็นคุณค่าของผู้สูงอายุไทย

สรุปได้ว่าแนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพจิตผู้สูงอายุก่อนวัยเกษียณว่า ผู้สูงอายุมีความต้องการด้านสุขภาพจิต 1) ต้องการความเคารพนับถือยกย่องจากครอบครัวและสังคม 2) ต้องการเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา และ 3) ต้องการเข้าร่วมกิจกรรมทางขนบธรรมเนียมประเพณีในชุมชน ความต้องการเหล่านี้หากขาดหายไปในด้านใดด้านหนึ่ง อาจส่งผลให้ผู้สูงอายุ คือ การที่ผู้สูงอายุบางคนไม่สามารถปรับสภาพจิตใจและอารมณ์กับ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในวัยสูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความซึมเศร้า วิตกกังวล และ รู้สึกสิ้นหวัง

2.5.2 ด้านสุขภาพกาย

2.5.2.1 ความหมายของสุขภาพกาย

มนุษย์ต้องคำนึงทั้งสุขภาพกาย การดูแลสุขภาพเป็นสิ่งที่สำคัญ และจำเป็น สำหรับการดำรงชีวิตอย่างปกติสุข

ความหมายของสุขภาพองค์การอนามัยโลกให้ความหมายของด้านสุขภาพว่า สุขภาพ หมายถึง สภาวะแห่งความสมบูรณ์ของร่างกาย และจิตใจสุขภาพดี มิได้มีความหมายเฉพาะเพียงแต่ปราศจากโรคหรือความเจ็บป่วยแต่รวมถึงความสามารถ ในการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมด้วยดี

ความหมายพฤติกรรมสุขภาพนี้ มีนักวิชาการ ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) มีรายละเอียด ดังนี้

กระทรวงสาธารณสุข (2539, น. 23) ได้สรุปไว้ว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึงการกระทำหรือการปฏิบัติของบุคคลที่มีผลต่อสุขภาพซึ่งเป็นผลมาจากการเรียนรู้ของบุคคลเป็นสำคัญ โดยแสดงออกให้เห็นได้ในลักษณะของการกระทำ และการไม่กระทำในสิ่งที่เป็นผลเสียต่อสุขภาพ

จินดา บุญช่วยเกื้อกุล (2541, น. 67) ได้สรุปไว้ว่า พฤติกรรมสุขภาพของคนอาจ จำแนกได้เป็น 3 ประเภท คือพฤติกรรมป้องกันการโรคและส่งเสริมสุขภาพแข็งแรง (Preventive and Promotive Health Behavior) เป็นพฤติกรรมสุขภาพที่บุคคลกระทำในสภาวะปกติเป็น 2 ลักษณะ คือ 1) พฤติกรรมส่งเสริมให้ตนเองมีสุขภาพดี เช่น การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การพักผ่อน การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การไม่สูบบุหรี่หรือสิ่งเสพติด 2) พฤติกรรมป้องกันการโรคและอุปนิสัยต่าง ๆ เป็นพฤติกรรมที่จะรักษาสุขภาพให้แข็งแรงมุ่งป้องกันไม่ให้เกิดความเจ็บป่วยหรือโรคต่าง ๆ เช่น การไปตรวจร่างกายเป็นประจำทุกปี

1. พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย (Illness behavior) หมายถึง การปฏิบัติที่บุคคลกระทำ เมื่อเจ็บป่วยหรืออยู่ในภาวะสุขภาพที่ผิดปกติ จะแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลาย ๆ อย่าง เช่น ความรู้เกี่ยวกับโรค การรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรง ความเชื่อเดิม ค่านิยม ขนบธรรมเนียมประเพณี เป็นต้น

2. พฤติกรรมที่เป็นบทบาทของการเจ็บป่วย (sick role behavior) หมายถึง การปฏิบัติ ที่บุคคลกระทำหลังจากได้รับผลการวินิจฉัยแล้ว เป็นพฤติกรรมที่ทำตามคำสั่งหรือคำแนะนำ ของผู้ให้การรักษา เพื่อให้หายจากการเจ็บป่วยนั้น เช่น แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคหวัดต้องรับประทานยาตามแพทย์สั่ง

ธนวรรณ อัมสมบูรณ์ (2546, น. 15) ได้สรุปไว้ว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับหรือมีผลต่อสุขภาพของบุคคล ครอบครัวหรือชุมชน ไม่ว่าจะในลักษณะที่ทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพต่อสุขภาพ เช่น ทำให้ตนเอง บุคคลอื่น ๆ ในครอบครัว หรือบุคคลอื่น ๆ ในชุมชนเจ็บป่วย บาดเจ็บ หรือเสียชีวิตในลักษณะที่เป็นผลดีต่อสุขภาพ เช่น ทำให้ตนเอง บุคคลอื่น ๆ ในครอบครัว หรือบุคคลอื่น ๆ ในชุมชนมีสุขภาพที่ดี ไม่เจ็บป่วย บาดเจ็บ หรือเสียชีวิตด้วยโรคต่าง ๆ มีรายละเอียด ดังนี้

1. พฤติกรรมสุขภาพที่เป็นพุทธิพิสัย ได้แก่ ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพ เช่น ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยต่าง ๆ การรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย การป้องกันโรคไม่ให้เจ็บป่วยและการส่งเสริมสุขภาพ และการมีส่วนร่วมในชุมชนในการแก้ไขปัญหา สาธารณสุข ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพดังกล่าวข้างต้นมีทั้งถูกต้องและไม่ถูกต้องกล่าว คือ ถ้าบุคคลมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องก็เป็นประโยชน์ต่อตนเอง บุคคลอื่น ๆ ในครอบครัว หรือบุคคลอื่น ๆ ในชุมชนแล้วแต่กรณี

2. พฤติกรรมสุขภาพที่เป็นเจตพิสัย ได้แก่ เจตคติ ความคิดเห็น ความรู้สึกนึกคิด และท่าทีที่บุคคลแสดงออกเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพ ความตั้งใจ และการแก้ไขปัญหาสุขภาพของตนเอง ของครอบครัว ของชุมชน เช่น การแสดงออกของเจตคติ ความคิดเห็น ความรู้สึกนึกคิด และการส่งเสริมสุขภาพ การมีส่วนร่วมชุมชนในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของชุมชน พฤติกรรมนี้มีทั้งพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องและพฤติกรรมที่ถูกต้อง พฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องทำให้เกิดปัญหาสุขภาพหรือปัญหาทางสาธารณสุขในทางตรงกันข้ามถ้าบุคคลมีพฤติกรรมที่ถูกต้องจะทำให้เกิดการป้องกันหรือแก้ไขปัญหาสาธารณสุขพฤติกรรมที่เป็นทักษะพิสัย ได้แก่ การกระทำหรือการปฏิบัติของบุคคลที่มีผล ต่อสุขภาพของตนเอง ของครอบครัว ของบุคคลอื่น ๆ หรือมีทั้งการกระทำหรือการปฏิบัติที่เป็นผลดีต่อสุขภาพของตนเอง ของบุคคลอื่น ๆ ในครอบครัว หรือบุคคลอื่น ๆ ในชุมชน และการกระทำหรือการปฏิบัติที่เป็นผลเสียต่อสุขภาพของบุคคลอื่น ๆ ในชุมชน

สุชาติ โสภประยูร และสุพัฒน์ วีระเวชเจริญชัย (2548) ได้ให้ความหมายสุขภาพกาย หมายถึง “สภาพร่างกายที่มีความเจริญเติบโต พัฒนาการสมกับวัย สะอาดสมบูรณ์ ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บและทุพพลภาพพร้อมทั้งมีภูมิป้องกันโรค หรือความต้านทานโรคเป็นอย่างดี”

สรุปได้ว่าสภาพของร่างกายที่เจริญเติบโต แข็งแรง สมบูรณ์ ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ ไม่ทุพพลภาพ อวัยวะต่างๆ อยู่ในสภาพที่ดีมีความสมบูรณ์ แข็งแรง สามารถทำงานได้ตามปกติ และมีความสัมพันธ์กันทุกส่วนได้เป็นอย่างดีและก่อให้เกิดประสิทธิภาพในการทำงานด้วย

2.5.2.2 ความสำคัญของสุขภาพกาย

ศุกลักษณ์ วัฒนาวิทวัส (2542) ได้ให้ความสำคัญลักษณะของการมีสุขภาพดี ควรจะมีร่างกายสมตามเพศ วัย มีลักษณะที่แสดงว่าร่างกายได้เจริญเติบโตและพัฒนาการอย่างเต็มที่ มีความอยากรับประทานอาหาร มีทรวดทรงดี อวัยวะภายในทำงานได้เข้มแข็งดี พอสมควร มีภูมิต้านทานโรคได้ดี สามารถพักผ่อนหย่อนคลายอารมณ์ และหลับนอนได้ดี มีรูปร่างลักษณะภายนอกที่แสดงว่าเป็นผู้มีสุขภาพดีเป็นผู้ปราศจากข้อบกพร่องสามัญทั่วไป

สิริพันธุ์ สาสัตย์ (2551, น. 19) ได้ให้ความสำคัญถึงการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติระบุว่า มีผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งให้อยู่โดดเดี่ยวนับจำนวนถึง 459,159 คน หรือ คิดเป็น ร้อยละ 7.1 ของผู้สูงอายุทั่วประเทศ ที่เหลืออีกประมาณ 1.14 ล้านคน ตกอยู่ในภาวะยากจนไม่มีหลักประกันรายได้ไม่มีสวัสดิการรองรับและมีแนวโน้มที่จะถูกทอดทิ้งให้อยู่ตัวคนเดียวมากขึ้น โดยเฉพาะในปี พ.ศ. 2558 จะมีกลุ่มผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ และต้องการญาติดูแลจำนวนมากถึง 79,888 คน ในจำนวนนี้มีการรับจ้างดูแล จำนวน 31,955 คน และต้องอยู่ในสถานบริการสุขภาพซึ่งต้องการการดูแลปานกลาง จำนวน 25,298 คน และต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด จำนวน 75,894 คน ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงภาวะยากลำบากในการขาดคนดูแลด้านการดำเนินชีวิตในแต่ละวัน

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานนโยบายยุทธศาสตร์ (2554, น. 2) ได้กล่าวให้เห็นถึงอายุขัยเฉลี่ยของคนไทยเพิ่มขึ้นเป็น 75.6 ต่อปี เพิ่มจากปี พ.ศ. 2549 มีปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มขึ้น พบโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด รองลงมา เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง หัวใจขาดเลือด อัมพฤกษ์หรืออัมพาต และจากการประเมิน ภาวะสุขภาพทั่ว ๆ ไปโดยรวมด้วยตนเองของผู้สูงอายุ 7 วันก่อนวันสัมภาษณ์ พบว่า ร้อยละ 43 ของประเมินว่าตนเองมีสุขภาพดีร้อยละ 28.9 ประเมินว่าตนเองมีสุขภาพ ปานกลาง ร้อยละ 21.5 ประเมินว่า ตนเองมีสุขภาพไม่ดี ร้อยละ 2.8 ประเมินว่า ตนเอง มีสุขภาพไม่ดีมาก ๆ มีเพียงร้อยละ 3.8 ที่ประเมินว่า ตนเองมีสุขภาพดีมาก และจากการสำรวจพบโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน หัวใจ มะเร็ง หลอดเลือดในสมองตีบ และอัมพาต หรืออัมพฤกษ์ เมื่อพิจารณาเป็นราย พบว่า

ผู้สูงอายุเป็นโรคความดันโลหิตสูงถึง ร้อยละ 31.7 เป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 13.3 โรคหัวใจร้อยละ 7.0 เป็นอัมพาตหรืออัมพฤกษ์ ร้อยละ 2.5 โรคหลอดเลือดในสมองตีบ ร้อยละ 1.6 และโรคมะเร็ง ร้อยละ 0.5 กลุ่มผู้สูงอายุวัยกลาง มีสัดส่วนของการเป็นโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน หัวใจ และหลอดเลือดในสมองตีบ สูงกว่ากลุ่มผู้สูงอายุวัยต้นและวัยปลาย พบอุบัติการณ์ของโรคอัมพาตหรืออัมพฤกษ์ ในกลุ่มของผู้สูงอายุวัยปลายสูงกว่ากลุ่มผู้สูงอายุวัยกลาง และวัยต้น ร้อยละ 4.8 ร้อยละ 3.1 และร้อยละ 1.8 ตามลำดับ การสำรวจยังพบว่า ผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่มีปัญหาเรื่องฟัน ร้อยละ 48.6 ของผู้สูงอายุมีฟันแท้เหลืออยู่น้อยกว่า 20 ซี่ ซึ่งเป็นกลุ่มผู้สูงอายุวัยปลาย มีสัดส่วนของผู้ที่เหลือฟันแท้้น้อยกว่า 20 ซี่สูงกว่ากลุ่มผู้สูงอายุวัยกลางและวัยต้น ร้อยละ 78.2 ร้อยละ 61.9 และ ร้อยละ 36.5 ตามลำดับ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2551, น. 21)

สรุปได้ว่าความสำคัญของสุขภาพกายมีผลมาจากสุขภาพจิตด้วยในเวลาเดียวกัน กล่าวคือ “จิตใจที่ดีย่อมอยู่ในร่างกายที่สมบูรณ์” ถ้าคนเราร่างกายสมบูรณ์และแข็งแรงดี จิตใจก็จะ เป็นสุข สดชื่น แจ่มใส เบิกบาน แต่ถ้าร่างกายอ่อนแอ เจ็บไข้ได้ป่วยบ่อยๆ จิตใจก็จะหดหู่ ไม่สดชื่น แจ่มใส ดังนั้นคนเราถ้าจิตใจไม่สบายไม่เป็นสุข มีความเครียด มีความวิตกกังวลใจ ก็จะมีผลต่อ ร่างกาย เช่น กินไม่ได้ นอนไม่หลับ อาหารไม่ย่อย ร่างกายชubbพอม หน้าซีดเขียวเศร้าหมอง นี่เป็น เครื่องพิสูจน์ว่าร่างกายและจิตใจแยกขาดออกจากกันไม่ได้ ฉะนั้นเราจึงควรดูแลรักษาสุขภาพ ร่างกายและจิตใจควบคู่กันไป

2.5.2.3 การส่งเสริมสุขภาพ

อรชร โททวี (2548) สรุปว่า การแนะนำและการส่งเสริมสุขภาพ สำหรับ ผู้สูงอายุ สามารถกระทำได้โดย งดสูบบุหรี่ จำกัดการดื่มสุราเพียงพอเท่าที่จำเป็น มีลักษณะนิสัยที่ ปลอดภัย เช่น หลีกเลี่ยงการถูกแสงแดดมาก ๆ ความร้อนจัด เย็นจัด หรือ ป้องกันอุบัติเหตุภายใน บ้าน มีลักษณะนิสัยการรับประทานอาหารที่ดี รับประทานอาหารที่มีคุณค่าและมีเส้นใยสูง ออก กำลังกายสม่ำเสมอ ออกกำลังกายแบบแอโรบิกครั้งละ 20-30 นาที อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง พักผ่อนเพียงพอมีกิจกรรมนันทนาการหลีกเลี่ยง การมีภาวะเครียด โดยใช้เทคนิคลดความเครียด ได้แก่ การทำสมาธิ โยคะเทคนิคไป โอพิคแบคและการออกกำลังกาย เป็นต้น มีการดูแลสุขภาพ ตนเองอย่างสม่ำเสมอ เช่น มีการรับผิชอบ ต่อการดูแลตนเองและมีการตรวจร่างกายเมื่อมีโรคหรือ ภาวะเรื้อรัง หลีกเลี่ยงการใช้ยา ที่ผิดกฎหมาย หรือซื้อยากินเอง การทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรม การ ส่งเสริมสุขภาพที่ดี มีหลัก 4 ประการ ดังนี้

1. กินเป็น หมายถึง การรับประทานอาหารที่ถูกต้องเหมาะสมกับความ ต้องการ ของร่างกาย หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีผลเสียต่อสุขภาพ การประเมินสภาพ การกิน ประเมินได้จากความสมดุลของการกินกับน้ำหนักมาตรฐานทางอายุและส่วนสูง ของผู้สูงอายุ

2. นอนเป็น หมายถึง การนอนมีความสำคัญต่อสุขภาพ การนอนหลับเต็มที่และเพียงพอจะทำให้ตื่นขึ้นมาทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ กระปรี้กระเปร่า คุณภาพการนอน ขึ้นอยู่กับจิตใจสิ่งแวดล้อม และท่านอน จำนวนชั่วโมงการนอนหลับขึ้นอยู่กับความเพียงพอของร่างกายแต่ละคนไม่มีกำหนดมาตรฐานไปว่า 8 หรือ 10 ชั่วโมง แต่ผู้-สูงอายุต้องนอน กลางวันบ้างจะช่วยให้กระปรี้กระเปร่าและร่างกายมีความพร้อม

3. อยู่เป็น หมายถึง การรู้จักรักษาสุขภาพที่ดี ยังหมายถึงการรู้จักออกกำลังกาย อย่างสม่ำเสมอ รักษาน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน หลีกเลี่ยงการเป็นโรค รู้จักลด ความเครียดทางจิตใจ มองโลกในแง่ดี มีการพักผ่อนที่เหมาะสม

4. สังกมเป็น หมายถึง การปรับตัวให้เข้ากับสังคม มีการใช้เหตุผล เข้าใจการยอมรับ ทำให้ปรับตัวได้ดีขึ้นและอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข ข้อสำคัญอย่าไปคาดหวังกับ สังคมมากเกินไปถ้าไม่เป็นไปตามที่หวังแล้วจะทำให้ท้อแท้สิ้นหวัง ในที่สุดต้องแยกตัว ออกจากสังคมหรืออยู่ในสังคมได้อย่างไม่มีความสุขเลย

สิรินทร ฉันทสิริกาญจนานา (2556) ได้เสนอหลักเพื่อส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุไว้ดังนี้

1. อาหาร ความต้องการพลังงานลดลง แต่ความต้องการสารอาหารต่าง ๆ ใกล้เคียงกับวัยผู้ใหญ่ ผู้สูงอายุควรลดอาหารประเภท ไขมันจากน้ำมันจากพืชและสัตว์ ไข่แดง เนย คาร์โบไฮเดรต พวกข้าว แป้ง และน้ำตาล โปรตีนเป็นเนื้อสัตว์ที่ย่อยง่าย รับประทานผักและผลไม้ให้มาก ๆ แต่ควรเลือกรับประทานผลไม้ที่รสไม่หวานจัด

2. ออกกำลังกาย ผู้สูงอายุควรออกกำลังกายสัปดาห์ละ 3-4 ครั้ง เพื่อให้ร่างกาย มีความคล่องตัว แข็งแรง จะทำให้การทรงตัวและการเคลื่อนไหวดีขึ้น ไม่หกล้มง่าย

3. อนามัย คือ การดูแลตนเองโดยเฉพาะให้พยายาม ลด ละ เลิก สิ่งที่เป็นอันตราย ต่อสุขภาพ เช่น บุหรี่ เหล้า และพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ สังเกตการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกาย การขับถ่าย เป็นต้น และควรได้รับการตรวจสุขภาพเป็นประจำทุกปี ตั้งแต่ อายุประมาณ 65 ปี เป็นต้นไป

4. อัจจาระ บีสสาวะ คือ ต้องให้ความสนใจในการขับถ่ายของผู้สูงอายุด้วยว่า มีปัญหาหรือไม่ บางรายอาจเกิดปัญหาถ่ายยาก ถ่ายลำบาก ผู้สูงอายุอาจมีปัญหาเรื่อง กลั้น การขับถ่ายไม่ได้ ซึ่งแต่ละปัญหาจะต้องได้รับการดูแลแก้ไขตามสาเหตุ

5. อากาศและแสงอาทิตย์ เน้นให้อยู่ในสถานที่ที่มีสิ่งแวดล้อมทางธรรมชาติ ที่เหมาะสม

6. อารมณ์ อติเรก อนาคต อบอวน เป็น 4 อ. ที่เน้นทางด้านความรู้สึกนึกคิดและจิตใจ ของผู้สูงอายุ เพื่อช่วยให้การมีชีวิตอยู่ในแต่ละวันมีความสุข มีความรื่นรมย์กับการมีชีวิตอยู่ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี ควรเข้าใจธรรมชาติของสิ่งต่าง ๆ และปรับความรู้สึกนึกคิดไปตามนั้น ไม่ยึดแต่ลักษณะเก่า ๆ ดังเดิมที่เคยเป็นมา ควรมีงานอดิเรกที่น่าสนใจ แต่ไม่ควร เป็นสิ่งที่ เป็นภาระมาก มีเข้าร่วมสังคมกลุ่มต่าง ๆ ตามสมควร การมีเพื่อนรุ่นเดียวกัน หรือต่างรุ่นจะทำให้ เกิดความอบอุ่นและรู้สึกถึงคุณค่าของตน

7. อุบัติเหตุ เกิดขึ้นได้ทุกขณะและอาจทำให้เกิดความบาดเจ็บและความพิการ ต่าง ๆ ควรพยายามดูแลสภาพบ้านเรือนให้ปลอดภัย มีแสงสว่างพอเหมาะ พื้นไม่ลื่น หรือควรมีราวจับในบางแห่งที่เกิดอุบัติเหตุได้บ่อย เช่น ห้องน้ำ เป็นต้น

ผู้สูงอายุยังมีพฤติกรรมในด้านอื่น ๆ อีกหลายด้านเช่น พฤติกรรม ความเครียด จะมีทำให้ส่งผลกระทบต่อทางด้านร่างกายและด้านจิตใจ บางคนมีความเครียดมากทำให้ ความดันโลหิตสูงและเส้นเลือดในสมองแตกหรือบางคนอาจเกิดจากภาวะที่ลูกหลาน แยกไปอยู่ที่อื่น จึงมีความจำเป็นและเห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพและมีพฤติกรรม สุขภาพที่พึงประสงค์ การออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ

ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีเข้ามามีบทบาทต่อวิถีการดำเนินชีวิตของคน ในสังคม ปัจจุบันมาก มีการใช้เครื่องอำนวยความสะดวกในการผ่อนแรง ทำให้คนมีการใช้พลังงาน ในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดน้อยลง สิ่งเหล่านี้ก่อให้เกิดปัญหาต่าง ๆ คือ การเสื่อมสภาพ ของร่างกายที่เกิดขึ้นก่อนวัยที่ควรจะเป็น จากการศึกษาเกี่ยวกับโครงสร้างทางสรีรวิทยา และการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุปกติและผู้สูงอายุเจ็บป่วย พบว่า การออกกำลังกายที่เหมาะสมและ สม่ำเสมอเป็นสิ่งจำเป็นที่ช่วยสร้างเสริมให้สุขภาพร่างกายมีความแข็งแรง กับการใช้ชีวิตประจำวัน มีภูมิคุ้มกันต้านโรค นอนหลับง่ายลดความเครียด พัฒนาสุขภาพจิต ให้ดีขึ้น โดย กระทรวง สาธารณสุข กรมการแพทย์ สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (2545, น. 1-8) ได้ให้ข้อสรุปว่า การมี สุขภาพที่ดีทั้งกายและใจเป็นสิ่งพึงปรารถนาของทุก ๆ คน และการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ เป็น การออกกำลังกายที่เพิ่มขึ้นจากการทำกิจวัตร ประจำวันให้เกิดความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย

8. องค์ประกอบของการมีสุขภาพแข็งแรงประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ มีความทนทานของหัวใจและปอด มีความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ มีความอ่อนตัวของ กล้ามเนื้อ และมีสัดส่วนของร่างกาย ดังนี้

8.1 ความทนทานของหัวใจและปอด การออกกำลังกายทำให้หัวใจสูบฉีดเลือด ไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายมากขึ้น ทำให้เกิดความทนทานของระบบหายใจและระบบ ไหลเวียนเลือด สามารถช่วยป้องกันและควบคุมการไม่ให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคความ

ดันเลือดสูง โรคอ้วน ความเครียด ทำให้ความจำดี ช่วยชะลอความชราทำให้ดูอ่อนกว่าวัย การออกกำลังกายที่จะทำให้เกิดความแข็งแรงในอวัยวะดังกล่าวต้องทำเป็น ตารางมีการจัดความเหมาะสมให้ได้อย่างน้อย 30 นาทีต่อวัน มีการทำทุกวันหรือประมาณ 3-5 ครั้ง ต่อสัปดาห์ รูปแบบการออกกำลังกายควรเป็นแบบแอโรบิค คือ การออกกำลังกายแบบใช้ออกซิเจน มีการเคลื่อนไหวช้า ๆ เป็นจังหวะมีความต่อเนื่อง เช่น วิ่งเหยาะ เดินเร็ว เดินขึ้นบันได ว่ายน้ำจี้จักรยาน การฝึกชก หรือไทเก๊ก เป็นต้น การออกกำลังกายจะทำให้ เกิดความทนทานและเพิ่มสมรรถภาพของหัวใจและปอดสามารถวัดด้วยการเต้นของ หัวใจขณะออกกำลังกาย ของคนที่อายุมากและอายุน้อยจะแตกต่างกันไป อัตราการเต้น ของหัวใจที่เหมาะสมขณะออกกำลังกาย คือ ร้อยละ 65-80 ของอัตราการเต้นสูงสุดของ หัวใจ มีวิธีคำนวณจากสูตรของ American College of Sport Medicine คือ เอาอายุของผู้ที่ต้องการทดสอบ ลบออกจาก 220 ผลลัพธ์ที่ได้เป็นความสามารถของหัวใจที่เต้นสูงสุด ของคนในหนึ่งนาที ดังข้อมูลที่ปรากฏในตารางที่ 2.2

ตารางที่ 2.2

ร้อยละของอัตราการเต้นสูงสุดของหัวใจต่อนาทีในแต่ละอายุ (ปี)

อายุ (ปี)	อัตรา การเต้น สูงสุด/นาที	ร้อยละ 65/นาที	ร้อยละ 70/นาที	ร้อยละ 75/นาที	ร้อยละ 80/นาที
20	200	130	140	150	160
30	190	123	133	142	152
40	180	117	126	135	144
50	170	110	119	127	136
55	165	107	116	124	132
60	160	104	112	120	128
65	155	101	109	116	124
70	150	98	105	112	120

หมายเหตุ. ปรับปรุงจาก สถาบันเวชศาสตร์- ผู้สูงอายุ (น. 3), กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2545, กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.

8.2 ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ หมายถึง แรงสูงสุดที่เกิดขึ้นจากการหดตัวของกล้ามเนื้อ หรือเกร็งของกล้ามเนื้อที่จำเป็นในการออกแรงดึง ดัน ยก แบกหามสิ่งของ

8.3 ความทนทานของกล้ามเนื้อ หมายถึง ความสามารถที่จะหดตัวซ้ำ ๆ กัน ของกล้ามเนื้อในช่วงระยะเวลาหนึ่ง การทำกิจวัตรประจำวันต้องใช้ความแข็งแรงและความทนทานของกล้ามเนื้อ ถ้ามีความแข็งแรงและความทนทานของกล้ามเนื้อไม่เพียงพอ จะเกิดการเสียสมดุล มีผลทำให้ผู้สูงอายุหกล้มหรือตกบันไดได้ง่าย โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ ที่มีภาวะกระดูกพรุนจะยังมีการแตกหักของกระดูกง่ายเมื่อล้ม การออกกำลังกายเพื่อความแข็งแรงและความทนทานของกล้ามเนื้อช่วยเพิ่มความแข็งแรงของเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน และมวลกระดูก ยังช่วยลดไขมันในร่างกาย และไขมันในเลือด ลดความดันเลือด ควบคุม เบาหวาน

8.4 ความอ่อนตัวของกล้ามเนื้อ หมายถึง การเคลื่อนไหวของข้อต่อหรือกลุ่มข้อต่อ ที่มีผลต่อความอ่อนตัว คือ กระจกอ่อนบริเวณข้อต่อ ความยาวและความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อ เส้นเอ็นและเนื้อเยื่อรอบข้อต่อ การปรับความอ่อนตัวของกล้ามเนื้อทำได้ง่าย ๆ คือ การยืดเหยียดกล้ามเนื้อบ่อย ๆ ทำอย่างช้า ๆ จนถึงจุดที่รู้สึกตึง แต่ไม่เจ็บปวดค้างไว้ ประมาณ 10-30 วินาที ถ้ามีการเกร็งกล้ามเนื้อให้ค้างประมาณ 3-6 วินาที ขณะที่ยืดเหยียด ให้หายใจเข้าออกตามปกติ ไม่กลั้นหายใจ การอ่อนตัวของกล้ามเนื้อสามารถทำให้การเคลื่อนไหวในการทำกิจวัตรประจำวันเป็นไปอย่างคล่องแคล่ว

8.5 สัดส่วนของร่างกาย หมายถึง สัดส่วนระหว่างไขมันและสัดส่วนที่ไม่ใช่ไขมัน กระดูก กล้ามเนื้อ และเนื้อเยื่อ คนผอมจะมีสัดส่วนของร่างกายต่ำ คนอ้วนจะมี สัดส่วนของร่างกายสูง การออกกำลังกายทำให้เกิดการเผาผลาญพลังงานจากไขมัน ส่งผลให้สัดส่วนของร่างกายดีขึ้น

9. ขั้นตอนการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพของผู้สูงอายุ มีดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การอบอุ่นร่างกาย (Warmup) เป็นการเตรียมความพร้อมของร่างกายก่อนออกกำลังกาย ทำให้กล้ามเนื้อเกิดความร้อนสามารถยืดและหดตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ การอบอุ่นร่างกายใช้เวลาประมาณ 5-10 นาที ได้แก่ การเหยียด การสะบัด แขนและขา การวิ่งเหยาะ ๆ และการแกว่งแขน เป็นต้น

ขั้นตอนที่ 2 เป็นการออกกำลังกายอย่างจริงจัง เพื่อให้ร่างกายเกิดการเผาไหม้อาหารที่รับประทานมีการใช้ออกซิเจนในอากาศ เพื่อทำให้เกิดพลังงาน ในขณะที่มี การออกกำลังกายการเต้นของหัวใจจะเพิ่มขึ้นเล็กน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับ อายุของบุคคลที่ออกกำลังกาย และร่างกายจะได้ประโยชน์สามารถ คำนวณจากสูตรของ American College of Sportedicine คือ การใช้ 220 ลบด้วยอายุของบุคคล และจะได้อัตราการเต้น ของหัวใจที่เหมาะสมตามปกติ คือ ประมาณ ร้อยละ 65-80

ขั้นตอนที่ 3 เป็นการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ภายหลังจากออกกำลังกายตามขั้นตอนที่ 2 ให้ค่อย ๆ ผ่อนคลายกล้ามเนื้อทีละห้อย เพื่อให้เลือดที่ไหลเวียนตามร่างกาย ได้มีกลับเข้าสู่หัวใจ

10. หลักการออกกำลังกายทั่วไปสำหรับผู้สูงอายุ ให้ถูกวิธีมีหลักปฏิบัติ ดังนี้

10.1 ความถี่ในการออกกำลังกาย หมายถึง จำนวนวันในการออกกำลังกาย สำหรับผู้ไม่เคยออกกำลังกายมาก่อนควรปฏิบัติสัปดาห์ละ 1-2 วันแล้วค่อย ๆ เพิ่มขึ้น การออกกำลังกายที่จะเกิดผลดีต้องทำอย่างต่อเนื่องอย่างห้อยสัปดาห์ละ 3 วัน

10.2 ความหนักในการออกกำลังกาย หมายถึง การเพิ่มขึ้นของการปฏิบัติในการออกกำลังกาย ขึ้นกับประเภทและวัตถุประสงค์ของการออกกำลังกาย เช่น ออกกำลังกาย เพื่อให้เกิดผลกำลั้งมากขึ้นต้องเพิ่มความหนัก โดยการยกน้ำหนักมากขึ้น บ่อยขึ้น แต่ถ้าออกกำลังกาย เพื่อให้เกิดความทนทานของกล้ามเนื้อต้องเพิ่มจำนวนครั้งให้มากขึ้น การเพิ่มผลกำลั้งของผู้สูงอายุต้องทำด้วยความระมัดระวัง ไม่หักโหมเพราะกล้ามเนื้อ อาจฉีกขาดได้ การยกน้ำหนักแต่ละครั้ง ห้ามเบ่งหรือกลั้งหายใจ ต้องหายใจตามปกติ เพราะการกลั้งหายใจทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น ผู้สูงอายุที่มีเส้นเลือดสมองเปราะบาง อาจแตกเกิดอัมพาตได้ สำหรับผู้สูงอายุการออกกำลังกายเพื่อความทนทานของระบบ ไหลเวียนเลือดเป็นสิ่งจำเป็น เพราะจะทำให้เนื้อเยื่อต่าง ๆ ของร่างกายได้รับเลือดอย่าง เพียงพอ

10.3 ระยะเวลาของการออกกำลังกาย แต่ละครั้งควรนานติดต่อกันครั้งละ 20-30 นาที แต่ผู้ที่ไม่เคยออกกำลังกาย ควรเริ่มทำครั้งละน้อย ๆ เท่าที่ทำได้อาจเป็น 5-10 นาที แล้วค่อย ๆ เพิ่มขึ้นจนสามารถทำได้นานติดต่อกัน 20-30 นาที

11. ชนิดของการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ มีดังนี้

11.1 การเดิน เป็นวิธีที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ยกเว้นผู้สูงอายุมีความพิการของเท้าและข้อ ต้องเดินให้เร็วเพื่อ ให้เกิดการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น หากเดินเร็วมากไม่ได้ ต้องเพิ่มเวลาการเดินให้มากขึ้น ควรใช้รองเท้าที่เหมาะสม ขณะเดินควรเดินในที่ที่มี อากาศบริสุทธิ์และปลอดภัย ควรเดินในตอนเช้าและมีเพื่อนหรือกลุ่มร่วมในการเดิน จะช่วยให้เกิดความสนุกสนานยิ่งขึ้น

11.2 การวิ่งช้า ๆ ผู้สูงอายุสามารถวิ่งได้ ก็ไม่มีข้อห้าม แต่จะต้องมีข้อเท้าที่ดี เพราะการวิ่งจะมีแรงกระแทกที่ข้อมากกว่าการเดิน อาจทำให้บาดเจ็บได้ และควรมีรองเท้า ที่เหมาะสม

11.3 กายบริหารท่าต่าง ๆ มีความเหมาะสมกับผู้สูงอายุ แต่ควรบริหารให้เกิดผลถึงระดับหัวใจเต้นเพิ่มขึ้น

11.4 การรำมวยจีนหลักการของการรำมวยจีนคือการเคลื่อนไหวช้า ๆ แต่

ใช้ เวลาและสมาธิด้วย เหมาะสำหรับผู้สูงอายุ แต่ต้องมีครูผู้ฝึกที่ดี มีกลุ่มที่เหมาะสมและ ต้องใช้เวลาปฏิบัติอย่างจริงจัง

11.5 โยคะเป็นการออกกำลังกายที่ผสมผสานกับการควบคุมการหายใจให้เข้า จังหวะต้องมีครูผู้ฝึกที่!จริง และปฏิบัติอย่างจริงจังจึงจะได้ประโยชน์สูง

12. ประโยชน์ของการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ การออกกำลังกายที่สม่ำเสมอจะทำให้เกิดประโยชน์ต่อร่างกาย ทำให้ระบบต่าง ๆ ของร่างกายทำงานดีขึ้น เกิดความแข็งแรง มีความพร้อมในการทำกิจกรรมมากขึ้น สรุปประโยชน์ของการออกกำลังกาย ได้ดังนี้

12.1 ช่วยชะลอความชรา ในผู้ที่ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอทำให้ดูเป็นหนุ่ม เป็นสาว กระฉับกระเฉง ความเสื่อมของสมรรถภาพทางกายลดลงและประสิทธิภาพ ในการทำงานเกิดช้ากว่าที่ควรเป็น ช่วยยืดอายุให้ยืนนาน

12.2 การทรงตัวและการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ มีการประสานกันดีขึ้น ร่างกายมีการเคลื่อนไหวที่ดี ป้องกันการเกิดอุบัติเหตุได้

12.3 ลดน้ำหนักควบคุมไม่ให้อ้วน รูปร่างสมส่วน

12.4 ลดความเครียดและอาการซึมเศร้า ทำให้จิตใจแจ่มใส

12.5 ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่าง ๆ เช่น โรคหัวใจ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หรือลดความดันเลือด

13. ข้อควรระวังการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ อ้ามีการปฏิบัติไม่เหมาะสมกับวัย หักโหมมากเกินไปอาจทำให้เกิดอันตรายได้ มีข้อควรระวัง ดังนี้

13.1 ไม่ควรออกกำลังกายที่ต้องออกแรง เกร็งหรือเบ่ง เช่น การยกน้ำหนัก กระโดด หรือวิ่งด้วยความเร็วสูง เพราะจะทำให้หัวใจต้องทำงานหนักกว่าปกติ

13.2 ไม่ควรออกกำลังกายที่ต้องออกแรงกระแทก โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่ข้อเข่า เช่น การกระโดด ไม่ควรขึ้นลงบันไดสูงมาก ๆ บ่อย ๆ หรือนั่งยอง ๆ เนื่องจากมีการเสียด ของข้อตามวัย

13.3 ไม่ควรบริหารร่างกายที่ใช้ความเร็วสูง เช่น การเปลี่ยนทิศทางอย่างฉับพลัน หรือเดินทางลาด จากกล้ามเนื้อของผู้สูงอายุมีการหดตัวช้า ทำให้การรักษาสมดุลร่างกายช้า และจะทำให้เกิดการเคล็ดขัดยอกของกล้ามเนื้อบริเวณต่าง ๆ ได้

13.4 การประมาณตนสภาพร่างกายและความเหมาะสมกับกีฬาชนิดต่าง ๆ ของแต่ละคนไม่เหมือนกัน บุคคลคนเดียวกันช่วงเวลาหนึ่งกับอีกช่วงเวลาหนึ่งอาจ แตกต่างได้

13.5 ไม่ควรออกกำลังกายในที่ที่มีอากาศร้อนอบอ้าว หรือ แดดจัด จะทำให้ร่างกาย เสีย น้ำ และเกลือแร่ ได้ มาก เพราะประสิทธิภาพในการระบายความร้อนและการขับถ่าย ของ เลือดลดลง ทำให้อุณหภูมิร่างกายสูงระหว่างออกกำลังกายได้

13.6 เลือกลงเวลาในการออกกำลังกายควรเป็นเวลาเดียวกันทุกวัน เพราะมีผล ต่อ การปรับตัวของร่างกาย

13.7 สภาพของกระเพาะอาหาร ภายหลังจากรับประทานอาหารเสร็จใหม่ ๆ ไม่ควรออกกำลังกาย ทำให้เกิดผลเสียคือ ปวดขยายตัวได้ไม่เต็มที่และการไหลเวียน ของเลือดใช้ ในการย่อยและดูดซึมอาหาร สำหรับการดื่มน้ำควรดื่มในปริมาณที่พอเหมาะ

13.8 ผู้สูงอายุที่มีสายตาพร่ามัว สมออง ไขสันหลัง และเส้นประสาทเสื่อม สมอองสั่งงานช้าลง ไม่ควรเข้าแข่งขัน เพราะอาจทำให้เกิดอันตรายจากการแข่งขันได้

13.9 ไม่ควรสูบบุหรี่ในขณะที่ออกกำลังกาย หรือระหว่างพักเหนื่อยไม่ควร ออกกำลังกายในขณะที่ร่างกายรู้สึกอ่อนเพลียหรือไม่สบาย

13.10 อย่าแข่งขันกับผู้อื่นเพื่อ เอาแพ้ เอาชนะ เพราะทำให้เกิดการหักโหม และเป็นอันตราย ควรออกกำลังกายเพื่อสุขภาพของตนเอง

13.11 ออกกำลังกายสม่ำเสมออาทิตย์ละ 3-4 ครั้ง ควรระวังอุบัติเหตุหรือ ความผิดปกติในขณะที่ออกกำลังกาย เช่น เวียนศีรษะ ตามัว หน้ามืด ใจสั่น เหนื่อยผิดปกติ แน่น หน้าอก คลื่นไส้ เหงื่อออก ตัวเย็น แขนขาอ่อนแรง หรือควบคุมลำตัว แขนขาไม่ได้ พุดไม่ชัด หรือ ชัก ต้องหยุดออกกำลังกายทันที ควรออกกำลังกายเป็นหมู่คณะหรือมีเพื่อน ร่วมออกกำลังกาย

14. ข้อควรปฏิบัติในการออกกำลังกาย

14.1 ผู้สูงอายุและผู้ที่มีอายุเกิน 40 ปี ขึ้นไป การออกกำลังกายครั้งแรกควร คำนึงถึง โรคประจำตัว เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันเลือดสูง โรคหัวใจ หรือเคยมีความผิดปกติ ของร่างกายมาก่อน ควรปรึกษาแพทย์ถึงประสิทธิภาพในการออกกำลังกาย

14.2 การออกกำลังกาย ควรพิจารณาถึง สถานที่ที่ต้องมีสภาพที่อากาศถ่ายเท ดี ชุดที่สวมใส่ในการออกกำลังกาย รองเท้าที่ใช้ใส่ออกกำลังกาย ควรให้เหมาะสม

14.3 ชนิดของการออกกำลังกายควรเป็นแบบแอโรบิก คือ มีการ เคลื่อนไหว ร่างกายตลอดเวลาอย่างต่อเนื่อง เช่น เดิน วิ่งเหยาะ วิ่ง ว่ายน้ำ ดิบบั๊กยาน ดิบบั๊กยาน อยู่กับที่ เต้นแอโรบิก เป็นต้น การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ ควรทำตามความสามารถ และสภาพ ของร่างกายและควรเลิกสูบบุหรี่

14.4 การออกกำลังกายเพื่อลดน้ำหนักต้องออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ งดอาหารหวานหรืออาหารที่มีไขมันมากหลีกเลี่ยงการใช้ยาลดน้ำหนักเพราะเป็นอันตรายต่อสุขภาพ การฝึกความอดทนและฝึกให้ร่างกายแข็งแรงอาจใช้เวลาประมาณ 6-12 สัปดาห์ขึ้นไป

14.5 พยายามใช้ประโยชน์จากกิจวัตรประจำวันให้มากที่สุด เช่น ทำงานที่เคลื่อนไหวตลอดเวลา ทำงานที่ออกแรงให้เป็นกิจวัตรเพื่อให้กล้ามเนื้อและข้อต่อต่าง ๆ ยืดตัวควรกำหนดเวลาให้แน่นอน

14.6 ควรรับการตรวจสุขภาพเป็นประจำอย่างน้อยปีละครั้ง เพราะการเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อยอาจนำไปสู่ความเจ็บป่วยที่รุนแรงภายหลังได้

สรุปได้ว่า การส่งเสริมสุขภาพ โดยการออกกำลังกายเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ มีประโยชน์ต่อร่างกาย ทำให้ระบบต่าง ๆ ของร่างกายทำงานดีขึ้น เกิดความแข็งแรง มีความพร้อมในการทำ กิจกรรมต่าง ๆ แต่เลือกประเภทของการออกกำลังกายให้ตรงตามสภาพร่างกาย ความพร้อม และความสนใจขึ้นชอบ

2.5.3 ด้านรายได้

2.5.3.1 ความหมายของรายได้

รายได้ (Revenue หรือ Income) หมายถึง ผลตอบแทนที่กิจการได้รับจากการขายสินค้าหรือบริการตามปกติของกิจการรวมทั้ง ผลตอบแทนอื่นๆ ที่ไม่ได้เกิดจากการดำเนินงานตามปกติ รายได้แบ่งออกเป็น 2 ประเภท ดังนี้

1. รายได้จากการขาย (Sales revenue) หมายถึง รายได้ที่เกิดจากการขายสินค้าหรือบริการอันเป็นรายได้จากการดำเนินงานตาม ปกติ เช่น กิจการซื้อขายสินค้า รายได้ของกิจการคือ รายได้จากการขายสินค้า ส่วนกิจการให้บริการ เช่นซ่อมเครื่องไฟฟ้า รายได้ของกิจการคือ รายได้ค่าซ่อม

2. รายได้อื่น (Other incomes) หมายถึง รายได้ที่มีได้เกิดจากการดำเนินงานตามปกติของกิจการซึ่งเป็นรายได้ที่ไม่ใช่ รายได้จากการขายสินค้าหรือบริการนั่นเอง

สรุปได้ว่า ความหมายของรายได้ (Income) หรือพูดอย่างง่าย ๆ อีกอย่างก็คือ จำนวนเงินสดที่บุคคลได้รับเข้ามานั่นเอง ซึ่งเงินที่ได้รับเข้ามาอาจมาได้จากหลายทาง เช่น เงินเดือน ค่าจ้าง โบนัส ค่าคอมมิชชั่นเงินปันผล ดอกเบี้ย เงินค่ากรรมธรรม์ประกันชีวิต เงินบำเหน็จบำนาญ กองทุนเลี้ยงชีพ และเงินค่าประกันสังคม ตลอดจนเงินได้รับอื่น ๆ เช่น การขายทรัพย์สิน เงินรางวัลตอบแทนต่าง ๆ เป็นต้น

2.5.3.2 แนวคิดของรายได้

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2549, น. 16-17) ได้เสนอแนวคิดที่ว่า รายได้ของผู้สูงอายุ มาจากบุตร แต่ผู้สูงอายุยังต้องการให้รัฐดูแลจัดหางานให้และต้องการความช่วยเหลือ ด้านการเงินสำหรับผู้สูงอายุที่ฐานะยากจน

ศิริพันธุ์ สาสัตย์ (2551, น. 15) กล่าวว่า การจัดประชุมสมัชชาผู้สูงอายุระดับชาติ ประจำปี พ.ศ. 2551 เกี่ยวกับการมีรายได้ของผู้สูงอายุโดยมีสาระสำคัญ คือ การเพิ่มโอกาส ให้ผู้สูงอายุได้เข้าทำงานในสถานประกอบการณจ้างงานผู้สูงอายุ เช่น การให้สิทธิลดหย่อนภาษี ลดอัตราเงินสมทบเข้ากองทุนสำรองเลี้ยงชีพสำหรับสถานประกอบการที่รับผู้สูงอายุ เข้าทำงาน การให้รางวัล และการรณรงค์ให้นายจ้างเห็นความสำคัญของแรงงานผู้สูงอายุ รวมทั้งการขยายเวลาการเกษียณอายุการทำงานทั้งในภาครัฐและเอกชนจาก 60 ปี เป็น 65 ปี หรือ 70 ปี ตามลำดับ

สรุปได้ว่ารายได้ผู้สูงอายุ มีผลมาจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ค่อยมีความรู้ความสามารถในการประกอบอาชีพ เนื่องจากขาดการศึกษาและทักษะต่างๆ และความก้าวไกลในด้านเทคโนโลยีและความรู้สมัยนี้กับสมัยก่อนมันกว้างไกลกันมากและการประกอบอาชีพ ของผู้สูงอายุจึงลดลง รวมทั้งการขาดโอกาสได้รับข่าวสารที่เป็นประโยชน์ นอกจากนี้การมีปัญหาด้านสุขภาพความยากจนในปัจจุบัน และยังมี การจ่ายเงินให้ผู้สูงอายุ เดือนละ เท่ากับอายุของทุกคน ยังไม่พอต่อความต้องการในการใช้ชีวิตประจำวัน

2.5.3.3 การจำแนกประเภทของรายได้

มีผู้เชี่ยวชาญด้านการเงินพยายามอธิบายเพิ่มเติมอย่างน่าสนใจถึงการวัดปริมาณความร่ำรวย จากจำนวนวันที่เรามีชีวิตอยู่ได้ตามปกติ โดยไม่ต้องทำงาน ผู้ที่จะไปถึงจุดนั้นได้หมายความว่า ผู้ที่สามารถบริหารกระแสเงินสดให้เป็นบวก (คือ มีรายได้อัตโนมัติมากกว่ารายจ่าย) นั่นเอง เมื่อเราพิจารณาวิเคราะห์รายได้ของคนเราในรูปแบบต่าง ๆ จะพบว่า รายได้มี 2 แบบ

1) ActiveIncome คือ รายได้ที่ได้มาจากการทำงาน ถ้าไม่ทำไม่ได้ เช่น รับเงินเดือน เจ้าของร้านค้าขนาดเล็ก นักแสดง ผู้ใช้แรงงาน ผู้ขายบริการ และพ่อค้าแม่ค้าในตลาดสด

2) PassiveIncome หรือ Recurring income, Residualincome คือ รายได้ ที่มาจากทรัพย์สิน ไม่ได้เกิดจากการทำงานโดยตรง เช่น หุ้น ตึกให้เช่า สิทธิบัตร ลิขสิทธิ์ และการตลาด รายได้นี้ถ้ามีมาอย่างต่อเนื่องและถ้ามีมากกว่ารายจ่าย จะทำให้เรามีอิสรภาพทางการเงิน และชีวิตมีอิสระขึ้นตัวอย่าง รายได้แบบ Passive, Recurringincome

2.1) ลงทุนเป็นหุ้นส่วนบริษัท (หรือลงทุนในตลาดหลักทรัพย์) ถ้ามีบริษัทดีๆ สักแห่ง สนใจเงินลงทุนของคุณ การใช้ “เงินทำงาน” แบบนี้ก็น่าสนใจ วิธีการไม่ยุ่งยาก คุณไม่ต้องทำอะไรเลย ปล่อยให้ผู้บริหารอาชีพทำงานให้และคุณรอรับเงินปันผลทุกปีหรือคุณสามารถนำเงินของทุนไปลงทุนใน ตลาดหลักทรัพย์หรือตราสารการเงินต่าง

2.2) ขายลิขสิทธิ์ การมีไอเดียดี ๆ สามารถมีรายได้ จากเปอร์เซนต์ การจำหน่าย สินค้า บริการ จากไอเดีย โดยที่เราไม่จำเป็นต้องลงทุนเอง

2.3) สร้างอาร์ทเมนต์ให้เช่า การเป็นเจ้าของที่ดินทำเลดี มีเงินในกระเป๋าสัก 5-20 ล้านบาท (หรือมีเครดิตกู้ธนาคารได้) ธุรกิจนี้น่าสนใจ อาร์ทเมนต์ที่สร้างเสร็จจะกลายเป็นทรัพย์สินที่ทำเงินสร้างรายได้ให้เรา (โดยไม่ต้องทำงานประจำ)

2.4) ซื่อแฟรนไชส์ การมีแฟรนไชส์ดีๆ มากมายทั้งขนาดใหญ่และเล็ก ใช้เงินที่ลงทุนประมาณ 300,000 ถึง 60 ล้านบาท ที่มีการบริหารจัดการ (KnowHow) ที่เป็นระบบแบบมืออาชีพ เราเพียงแค่ลงทุน ศึกษาระบบให้เข้าใจและหาลูกจ้างมาทำงาน แค่นี้รายได้ก็จะหลั่งไหลเข้ามาเหมือนสายน้ำ โดยที่ไม่ต้องเหนื่อยด้วยตัวเอง

2.5) ทำการตลาดแบบเครือข่าย เป็นการตลาดรูปแบบใหม่ถือกำเนิดมาได้ประมาณ 20ปีก่อน เป็นการตลาดที่มีการผสมผสานรูปแบบแฟรนไชส์ และ BUZZ Marketing เข้ากับการตลาดแบบหลายชั้น (Multilevel Marketing) เป็นรูปแบบธุรกิจที่ออกแบบให้กับผู้ที่มีงบลงทุนน้อย และธุรกิจนี้เป็นธุรกิจที่เรียกว่ามีความเสี่ยงต่ำแต่มี ROI (Return of Investment) หรือผลตอบแทนคุ้มค่าที่สุด

2.5.3.4 รายได้ที่ต้องเสียภาษี

เนื่องจากผู้มีเงินได้ประกอบอาชีพแตกต่างกัน มีความยากง่ายหรือต้นทุนที่แตกต่างกัน เพื่อความเป็นธรรม ในกฎหมายจึงได้แบ่งลักษณะเงินได้ (พึงประเมิน) ออกเป็นกลุ่มๆ ตามความเหมาะสมเพื่อกำหนด วิธีคำนวณภาษีให้เกิดความเป็นธรรมมากที่สุด ดังนี้

1) เงินได้ประเภทที่ 1 ได้แก่ เงินได้เนื่องจากการจ้างแรงงาน ไม่ว่าจะ

1.1) เงินเดือน ค่าจ้าง เบี้ยเลี้ยง โบนัส เบี้ยหวัด บำเหน็จ บำนาญ
เงินค่าเช่าบ้านที่ได้รับจากนายจ้าง

1.2) เงินที่คำนวณได้จากมูลค่าของการได้อยู่บ้าน ซึ่งนายจ้างให้อยู่
โดยไม่เสียค่าเช่า

1.3) เงินที่นายจ้างจ่ายชำระหนี้ใด ๆ ซึ่งลูกจ้างมีหน้าที่ต้องชำระ

1.4) เงิน ทรัพย์สิน หรือประโยชน์ใด ๆ บรรดาที่ได้เนื่องจากการจ้างแรงงาน เช่น มูลค่าของการได้รับประทานอาหาร เป็นต้น

2) เงินได้ประเภทที่ 2 ได้แก่ เงินได้เนื่องจากหน้าที่หรือตำแหน่งงานที่ทำ หรือจากการรับทำงานให้ ไม่ว่าจะเป็น

2.1) ค่าธรรมเนียม ค่านายหน้า ค่าส่วนลด

2.2) เงินอุดหนุนในงานที่ทำ เบี้ยประชุม บำเหน็จ โบนัส

2.3) เงินค่าเช่าบ้านที่ได้รับเนื่องจากหน้าที่หรือตำแหน่งงานที่ทำ หรือจากการรับทำงานให้

2.4) เงินที่คำนวณได้จากมูลค่าของการได้อยู่บ้าน ที่ผู้จ่ายเงินได้ให้อยู่โดยไม่เสียค่าเช่า

2.5) เงินที่ผู้จ่ายเงินได้จ่ายชำระหนี้ใด ๆ ซึ่งผู้มิเงินได้มีหน้าที่ต้องชำระ

2.6) เงิน ทรัพย์สิน หรือประโยชน์ใด ๆ บรรดาที่ได้เนื่องจากหน้าที่หรือตำแหน่งงานที่ทำหรือ จากการรับทำงานให้ นั้น ไม่ว่าจะหน้าที่หรือตำแหน่งงาน หรืองานที่รับทำให้นั้นจะเป็นการประจำหรือชั่วคราว

3) เงินได้ประเภทที่ 3 ได้แก่ ค่าแห่งกัญฉวิมลส์ ค่าแห่งลิขสิทธิ์หรือสิทธิอย่างอื่น เงินปี หรือเงินได้ที่มีลักษณะ เป็นเงินรายปีอันได้มาจากพินัยกรรม นิติกรรมอย่างอื่น หรือคำพิพากษาของศาล

4) เงินได้ประเภทที่ 4 ได้แก่ ดอกเบี้ย เงินปันผล เงินส่วนแบ่งกำไร เงินลดทุน เงินเพิ่มทุน ผลประโยชน์ที่ได้จากการโอนหุ้น ฯลฯ เป็นต้น

(ก) ดอกเบี้ยพันธบัตร ดอกเบี้ยเงินฝาก ดอกเบี้ยหุ้นกู้ ดอกเบี้ยตัวเงิน ดอกเบี้ยเงินกู้ยืม ไม่ว่าจะ มี หลักประกันหรือไม่ ดอกเบี้ยเงินกู้ยืมที่อยู่ในบังคับต้องถูกหักภาษีไว้ ณ ที่จ่ายตามกฎหมายว่าด้วยภาษีเงินได้ปิโตรเลียมเฉพาะส่วนที่เหลือจากถูกหักภาษีไว้ ณ ที่จ่ายตามกฎหมายดังกล่าว หรือผลต่างระหว่างราคาไถ่ถอน กับราคาจำหน่ายตัวเงินหรือตราสารแสดงสิทธิในหนี้ที่บริษัทหรือห้างหุ้นส่วนนิติบุคคล หรือนิติบุคคลอื่น เป็นผู้ออกและจำหน่ายครั้งแรกในราคาต่ำกว่าราคาไถ่ถอน รวมทั้งเงินได้ที่มีลักษณะทำนองเดียวกันกับดอกเบี้ย ผลประโยชน์หรือค่าตอบแทนอื่น ๆ ที่ได้จากการให้กู้ยืมหรือจากสิทธิเรียกร้องในหนี้ทุกชนิดไม่ว่าจะมีหลักประกันหรือไม่ก็ตาม

(ข) เงินปันผล เงินส่วนแบ่งของกำไร หรือประโยชน์อื่นใดที่ได้จากบริษัทหรือห้างหุ้นส่วนนิติบุคคล กองทุนรวม หรือสถาบันการเงินที่มีกฎหมายไทยให้จัดตั้งขึ้น โดยเฉพาะสำหรับให้กู้ยืมเงิน ฯลฯ

(ค) เงินโบนัสที่จ่ายแก่ผู้ถือหุ้น หรือผู้เป็นส่วนหนึ่งในบริษัทหรือห้างหุ้นส่วนนิติบุคคล

(ง) เงินลดทุนของบริษัทหรือห้างหุ้นส่วนนิติบุคคลเฉพาะส่วนที่จ่ายไม่เกินกว่ากำไรและเงินที่กั้ไว้รวมกัน

(จ) เงินเพิ่มทุนของบริษัทหรือห้างหุ้นส่วนนิติบุคคลซึ่งตั้งจากกำไรที่ได้มาหรือรับช่วงกันไว้รวมกัน

(ฉ) ผลประโยชน์ที่ได้จากการที่บริษัทหรือห้างหุ้นส่วนนิติบุคคลคววเข้ากันหรือรับช่วงกันหรือ เลิกกัน ซึ่งตีราคาเป็นเงินได้เกินกว่าเงินทุน

(ช) ผลประโยชน์ที่ได้จากการ โอนการเป็นหุ้นส่วนหรือโอนหุ้น หุ้นกู้ พันธบัตร หรือตั๋วเงิน หรือ ตราสารแสดงสิทธิในหนี้ ที่บริษัทหรือห้างหุ้นส่วนนิติบุคคล หรือนิติบุคคลอื่นเป็นผู้ออก ทั้งนี้เฉพาะซึ่งตีราคา เป็นเงินได้เกินกว่าที่ลงทุน

เงินได้ประเภทที่ 4 ในหลาย ๆ กรณี กฎหมายให้สิทธิที่จะเลือกเสียภาษีโดยวิธีหักภาษี ณ ที่จ่าย แทนการนำไปรวมคำนวณกับเงินได้อื่นตามหลักทั่วไป ซึ่งจะทำให้ผู้มีเงินได้ที่ต้องเสียภาษีตามบัญชีอัตราภาษี ในอัตราที่สูงกว่าอัตราภาษี หัก ณ ที่จ่าย สามารถประหยัดภาษีได้

5) เงินได้ประเภทที่ 5 เงินได้จากการให้เช่าทรัพย์สิน เงินหรือประโยชน์อย่างอื่น ที่ได้เนื่องจาก

5.1) การให้เช่าทรัพย์สิน

5.2) การผิดสัญญาเช่าซื้อทรัพย์สิน

5.3) การผิดสัญญาซื้อขายเงินผ่อนซึ่งผู้ขายได้รับคืนทรัพย์สินที่ซื้อขายนั้น โดยไม่ต้องคืนเงินหรือประโยชน์ที่ได้รับไว้แล้ว

6) เงินได้ประเภทที่ 6 ได้แก่ เงินได้จาก วิชาชีพอิสระ คือวิชากฎหมาย การประกอบโรคศิลป์ วิศวกรรม สถาปัตยกรรม การบัญชี ประณีตศิลปกรรม หรือวิชาชีพอื่นซึ่งจะได้มีพระราชกฤษฎีกากำหนดชนิดไว้

7) เงินได้ประเภทที่ 7 ได้แก่ เงินได้จากการ รับเหมา ที่ผู้รับเหมาต้องลงทุนด้วยการจัดหาสัมภาระ ในส่วนสำคัญนอกจากเครื่องมือ

8) เงินได้ประเภทที่ 8 ได้แก่ เงินได้จาก การธุรกิจ การพาณิชย์ การเกษตร การอุตสาหกรรม การขนส่ง การขายอสังหาริมทรัพย์ หรือการอื่นนอกจากที่ระบุไว้ในประเภทที่ 1 ถึงประเภทที่ 7 แล้ว (กรมสรรพกร.2556)

สรุปได้ว่า ที่มาของรายได้ผู้สูงอายุ จากการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่าผู้สูงอายุไทย มีรายได้มาจากแหล่งต่างๆ ดังนี้ รายได้จากการทำงาน, รายได้จากบำนาญ, จากเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ, รายได้จากทรัพย์สินอื่น ๆ เช่น ดอกเบี้ย ค่าเช่า, การใช้ออม และการเก็หนุนจากครอบครัว ไม่ว่าจะจากกลุ่มสมรส บุตร ญาติ เป็นต้น ทั้งนี้ การเก็หนุนทางการเงินจากบุตรนับเป็นแหล่งรายได้ที่สำคัญของผู้สูงอายุ แม้การสำรวจ จะพบว่าผู้สูงอายุที่ได้รับเก็หนุนทางการเงินจากบุตร มีสัดส่วนลดลงในช่วงที่ผ่านมา ขณะที่ผู้สูงอายุที่มีรายได้จากการพึ่งตนเอง เช่น การทำงาน เงินออม หรือจากดอกเบี้ย มีแนวโน้มสูงขึ้นมีข้อสังเกตจากการสำรวจ คือ เงินจากภาครัฐ ไม่ว่าจะเป็นเงินบำนาญหรือเบี้ยยังชีพสำหรับผู้สูงอายุ ล้วนมีความสำคัญมากขึ้นในช่วงที่ผ่านมา

2.5.3.5 การวัดรายได้

การวัดรายได้ (Resource Cost - Income Approach) ได้แก่ ที่ได้จากการขายสินค้าและบริการขั้นสุดท้าย $GDP =$ ค่าจ้างและเงินเดือนลูกจ้าง + รายได้เจ้าของธุรกิจส่วนตัว + กำไรของบริษัท (รายได้ผู้ถือหุ้น) + ดอกเบี้ย (รายได้เจ้าหนี้) + ค่าเช่า (รายได้เจ้าของสินทรัพย์) + ภาษีธุรกิจทางอ้อม + ค่าเสื่อมราคา + รายได้สุทธิของคนต่างชาติในประเทศ

การวัดรายได้ทั้งหมดที่เจ้าของปัจจัยการผลิตได้รับจากการที่หน่วยงานธุรกิจได้ใช้ปัจจัยการผลิต เพื่อผลิตสินค้าและบริการ อันได้แก่ ค่าจ้าง ค่าเช่า ดอกเบี้ย และกำไร การวัดรายได้จากการทำวิจัย คือ การวัดรายได้ของผู้สูงอายุในพื้นที่ทำการวิจัย ซึ่งเป็นเฉพาะรายได้ที่เกิดจากการพัฒนา โดยการตอบแบบสอบถามด้วยการแจ้งจำนวนรายได้เป็นจำนวน ที่มีหน่วยเป็นบาทต่อเดือน และต่อปี

กล่าวโดยสรุป รายได้ที่ผู้วิจัยนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นรายได้ของผู้สูงอายุในชุมชนที่ทำการวิจัย ที่เป็นกลุ่มทดลองในครั้งนี้ ที่เกิดขึ้นจากทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจังหวัดร้อยเอ็ด ซึ่งประกอบด้วย รายได้จากผลทางการเกษตร ผลิตภัณฑ์ของชุมชนที่ผลิตเอง เปรียบเทียบให้เห็นว่าก่อนการดำเนินการพัฒนาตามแนวทางการพัฒนาที่ผู้สูงอายุมีรายได้หลังเข้าร่วมแนวทางการพัฒนาว่ามีรายได้เพิ่มขึ้น จึงวัดรายได้ในการวิจัยครั้งนี้ของผู้สูงอายุ โดยการใช้ค่าเฉลี่ยเป็นรายเดือน คิดเป็นอัตราเงินบาท เพื่อให้สามารถนำมาเปรียบเทียบกันได้

2.5.4 ด้านครอบครัว

2.5.4.1 ความหมายของครอบครัว

คำว่า “ครอบครัว” เป็นคำที่สำคัญและมีความหมายหนักหน่วง ซ่อนปริศนาธรรมอยู่ภายใน แยกมาจากคำว่า ครอบครัว กับคำว่า “ครัว” คำว่า “ครอบครัว” มีความหมายว่า การเอาของที่มีลักษณะภายในโปร่งคล้ายๆ กันคว่ำปิดเอาไว้ และ คำว่า ครัว มีความหมายว่า เรือนหรือโรง

ทำกับข้าว ในที่นี้คือ บ้านหรือเรือนนั่นเอง ดังนั้น ครอบครัวยังหมายถึง การครอบคนสองคนไว้ในบ้านหรือเรือนเดียวกันไม่ให้จากกันไปไหน การมีครอบครัวก็คือการใช้ชีวิตอยู่ร่วมกันภายใต้หลังคาบ้านหรือเรือนเดียวกันไปจนกว่าชีวิตจะหาไม่

ครอบครัวยังหมายถึง ความสัมพันธ์ในครอบครัว ได้แก่ บิดามารดาหรือผู้ปกครองอยู่ร่วมกัน บิดามารดาหรือผู้ปกครองหย่าร้างกัน หรือบิดามารดา หรือผู้ปกครองถึงแก่กรรมและความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดากับนักเรียน

สำนักงานกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว (2548) ได้ให้ความหมายของครอบครัว หมายถึงกลุ่มบุคคลที่ผูกพันและใช้ชีวิตร่วมกัน ทำหน้าที่เป็นสถาบันหลัก เป็นฐานรากที่สำคัญยิ่งต่อการดำรงชีวิตในสังคม โดยครอบครัวมีหลากหลายรูปแบบและหลายลักษณะนอกเหนือจากครอบครัวที่ประกอบด้วยบิดา มารดาและบุตร

จิราพร ชมพิกุล และคณะ (2552, น. 8) ได้สรุปความหมายของครอบครัวว่า หมายถึง กลุ่มบุคคลที่อาศัยอยู่ร่วมกัน มีความสัมพันธ์ผูกพันกันทางสายโลหิตหรือ กฎหมาย โดยสมาชิกแต่ละคนจะมีบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบที่แตกต่างกัน เช่น บิดา มารดา สำมึภรรยา บุตร และปู่ย่า ตายาย ครอบครัวยังมีความหมายตามพจนานุกรม หมายถึง ผู้ร่วมครัวเรือน ได้แก่สามี ภรรยาและบุตร นอกจากนี้ นักสังคมวิทยา นักจิตวิทยา ต่างก็ให้ความหมายของครอบครัวในลักษณะที่แตกต่างกัน ในความหมายทางสังคมวิทยา ครอบครัวยังคือรูปแบบของการที่บุคคล 2 คนหรือกลุ่มบุคคลสร้างแบบ (Pattern) หรือ โครงสร้าง (Structure) ของการอยู่ร่วมกันในความหมายของนักจิตวิทยา ครอบครัวยังคือสถาบันทางสังคมแห่งแรกที่มนุษย์สร้างขึ้นจากความสัมพันธ์ที่มีต่อกัน เพื่อเป็นตัวแทนของสถาบันสังคมภายนอกที่จะปลูกฝังความเชื่อ ค่านิยม และทัศนคติกับสมาชิกรุ่นใหม่ของสังคมที่มีชีวิตอุบัติขึ้นในครอบครัว

วิกิพีเดีย สารานุกรมเสรี (2559, น. 1) ครอบครัวยังคือ กลุ่มของบุคคลที่สืบเชื้อสายมาจากบรรพบุรุษเดียวกัน มีความใกล้ชิดกัน และอาศัยในที่เดียวกัน ความหมายของครอบครัวในทางพันธุศาสตร์จะพิจารณาถึงความสัมพันธ์ทางสายเลือดเป็นหลัก แต่ในสังคม คนทั่วไปมักจะเข้าใจความหมายของครอบครัวในทางภาพลักษณ์มากกว่าทางพันธุศาสตร์

สรุปได้ว่า ครอบครัวยังหมายถึง กลุ่มบุคคลที่อาศัยอยู่ร่วมกันตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป มีความผูกพันและความสัมพันธ์กันทางสายโลหิต ทางกฎหมาย หรือกรดำเนินชีวิตร่วมกัน อาศัยอยู่ร่วมกัน พึ่งพิงกันทางสังคมเศรษฐกิจ โดยสมาชิกแต่ละคนจะทำหน้าที่และบทบาทที่แตกต่างกัน เช่น บิดา มารดา และบุตร

2.5.4.2 องค์ประกอบของครอบครัว

นิมิตสุรา แว และวิยะดา รัตนสุวรรณ (2548, น. 13-14) ไปได้กล่าวถึงการสังเคราะห์แนวคิดของผู้เชี่ยวชาญด้านการศึกษา พบว่าครอบครัวมีลักษณะต่าง ๆ ดังนี้

1. ครอบครัวในลักษณะที่เป็นพลวัตร (Dynamic) หมายถึงครอบครัวมีคุณสมบัติมีชีวิตในฐานะที่เป็นหน่วยพื้นฐานของชีวิต นั่นคือ มีกิจกรรมการเปลี่ยนแปลง และการเคลื่อนไหวต่างๆ มีการเกิด การเติบโต การพัฒนาอย่างมีทิศทาง มีความทุกข์ความสุข มีการเริ่มต้น การถดถอยและการสิ้นสุด แต่ละครอบครัวต่างก็มีรายละเอียดบนหน้าประวัติศาสตร์ของตนเอง โดยเฉพาะซึ่งแตกต่างไปจากครอบครัวอื่นๆ อย่างมากมาย

2. ครอบครัวในลักษณะที่เป็นระบบ (System) หมายถึง ครอบครัวเกิดจากการรวมตัวของบุคคลเข้าด้วยกันเกิดเป็นระบบใหม่ คือ ระบบครอบครัวซึ่งประกอบด้วยหลายระบบย่อยได้แก่ระบบย่อยของบุคคล ของสามีภรรยา ของพ่อแม่และพี่น้อง ภายในระบบย่อยจะบ่งบอกถึงตำแหน่งของสมาชิกที่มีความสัมพันธ์กับตำแหน่งอื่น ๆ และระบบทั้งระบบมีการเปลี่ยนแปลงไปด้วย ในทำนองเดียวกันการเปลี่ยนแปลงของระบบรวมก็จะส่งผลกระทบต่อหน่วยย่อยแต่ละหน่วยเช่นกัน ดังนั้นการเข้าใจครอบครัวอย่างลึกซึ้ง ก็ต้องพิจารณาสมาชิกแต่ละคน และความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกนั้นกับสมาชิกอื่นภายในครอบครัวด้วย ระบบครอบครัวจัดเป็นระบบกึ่งปิด ซึ่งให้เห็นว่าครอบครัวไม่ได้อยู่โดดเดี่ยว แต่จะมีการเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารกับสิ่งแวดล้อมตลอดเวลาครอบครัวจึงมีการเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ บทบาทของสมาชิกครอบครัว จะได้รับผลกระทบจากระบบต่าง ๆ ภายในสังคม เช่น ระบบชุมชน ระบบโรงเรียน ระบบสถาบันศาสนา และอื่น ๆ

3. เป็นแหล่งรวมบุคลิกภาพที่มีการปฏิสัมพันธ์ (Interacting Personality) หมายถึงครอบครัวที่มีสมาชิกมากกว่า 1 คน มาอยู่ร่วมกัน ทำให้เกิดความเชื่อมโยงของสภาพต่าง ๆ ที่สมาชิกเป็นอยู่และกำลังกระทำอยู่ซึ่งแต่ละคนก็ยังถือว่าเป็น ลักษณะเฉพาะเป็นของตนเองครอบครัวจึงได้รับผลกระทบจากสมาชิกทั้งในปัจจุบันและอนาคต การปฏิสัมพันธ์ภายในครอบครัวมีลักษณะการ โต้กลับ ไปกลับมา และมีกฎควบคุมชีวิตครอบครัวอยู่ที่ที่เป็นสากลยอมรับกันทั่วไปในทุกสังคม กฎที่ถือปฏิบัติเฉพาะครอบครัวกฎเหล่านี้แม้ว่าเป็นสิ่งที่มองไม่เห็นแต่สามารถสังเกตรูปแบบได้จากการวิเคราะห์วิธีการ เมื่อสมาชิกมีการปฏิสัมพันธ์ต่อกัน การทำความเข้าใจการปฏิสัมพันธ์จะต้องคำนึงถึงบริบทด้านสังคมและวัฒนธรรมเข้าด้วยกัน ภายใต้เงื่อนไขต่าง ๆ ของสังคมใหญ่ทั้งนี้เพราะสิ่งเหล่านี้เป็นตัวชี้้นำ และบังคับให้สมาชิกในครอบครัวมีการตอบสนอง

ยูดี เทียร์ประสิทธิ์ (2536, น. 20-22) ครอบครัวยุคแรกๆ ไม่ว่าจะครอบครัวที่มีเฉพาะบิดาหรือมารดา เพียงคนเดียวหรือไม่ทั้งมารดาและบิดา ก็ก่อให้เกิดความเจ็บปวดและปัญหาตามมา คือเด็กจะมีความเจ็บปวดทางอารมณ์ยาวนาน เด็กจะมีอารมณ์อ่อนไหวมากกว่าคนอื่น เมื่อต้องเผชิญกับความกดดันที่เท่ากัน

สรุปได้ว่า ความสัมพันธ์อันดีระหว่างสมาชิกในครอบครัว ทั้งในด้านของการทำกิจกรรมร่วมกัน การให้ความรัก ความเอาใจใส่ห่วงใยซึ่งกันและกัน การไว้วางใจซึ่งกันและกัน การสามัคคีกัน และการช่วยเหลือกัน จึงเป็นตัวแปรที่ผู้วิจัยคาดว่า น่าจะเป็นส่วนหนึ่งในปัจจัยที่ส่งผลต่อการประหยัดของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา

2.5.4.3 ความสำคัญและคุณค่าของครอบครัว

ปัจจุบันปัญหาด้านเยาวชนนับวันยิ่งทวีความรุนแรงมากขึ้น จนเป็นสาเหตุนำไปสู่ปัญหาอื่นๆ ที่รุนแรงตามมามากมาย ซึ่งถือเป็นปัญหาสังคมระดับชาติและระดับโลกที่ทุกฝ่ายควรหาแนวทางแก้ไขอย่างเร่งด่วน ยกตัวอย่างเช่น การมีวัยรุ่นยาเสพติด จนนำไปสู่พฤติกรรมลักเล็กขโมยน้อย จนกระทั่งการก่ออาชญากรรม เกิดการฆ่าโดยไม่เลือกหน้าเมื่อเมาหรือไม่ได้มาซึ่งสิ่งที่ต้องการ ดังจะเห็นข่าวการฆ่าเพื่อน พี่ น้องหรือบุพการีอย่างโหดเหี้ยมเพื่อสนองความต้องการของตน ทั้งการตบตีและทะเลาะวิวาทแล้วถ่ายคลิปวิดีโอไว้ดูด้วยความสะใจ หรือรุนแรงกระทั่งการฆ่าล้างแค้นคู่อริต่างสถาบัน นอกจากนี้ยังมีปัญหาการท้องในวัยเรียนทั้งที่ยังไม่มีวุฒิภาวะและไม่สามารถรับผิดชอบปัญหาที่เกิดขึ้นได้ นำไปสู่การหาทางออกที่ผิด เช่น การทำแท้งเถื่อน ดังที่เห็นในข่าวว่ามีเด็กแรกเกิดถูกทิ้งหรือถูกฆ่า เป็นต้น

จากที่กล่าวข้างต้นเป็นการยกตัวอย่างเพียงส่วนหนึ่งเท่านั้น แต่ปัญหาดังกล่าวถือว่าเป็นรุนแรงมากเหมือนเชื้อโรคที่ค่อยๆ แพร่กระจายไปทั่วแม้ว่าเราไม่ใช่ผู้ปล่อยเชื้อโรคก็ตาม แล้วจะส่งผลกระทบต่อชีวิต ทรัพย์สินและความปลอดภัยในการดำรงชีวิตของทุกคนในสังคม เพราะเราไม่มีโอกาสทราบเลยว่าขณะที่เรากำลังเดินทางอยู่จะมีใครมาอย่างไร้การระวังแล้วจับเราหรือคนในครอบครัวเป็นตัวประกันแล้วฆ่า หรือลูกหลานเรากำลังโดนเรียนมาว่าสูมอบายมุขอยู่ หรือพวกเขา กำลังกลายเป็นอาชกรฆ่าคนไปแล้ว

ปัญหาสังคมที่ใหญ่เพียงนี้ แม้จะมีมาตรการและนโยบายจากรัฐเพื่อป้องกันและแก้ไขออกมามากมายต่อเนื่องก็ตาม แต่ถ้าขาดการปฏิบัติอย่างร่วมมือร่วมใจจากทุกคนในสังคม คงไม่สามารถผ่านพ้นวิกฤติไปได้ เปรียบเหมือนรั้วบ้านที่ผู้พุงและมีช่องโหว่ให้โจรแอบเข้าไปเมื่อใดก็ได้ ถือเป็นรั้วที่ไม่มั่นคงแข็งแรงและพร้อมจะพังครืนลงมาทุกเวลา จึงอยากเสนอแนวทางป้องกันที่ยั่งยืนและทุกคนสามารถทำได้ โดยเริ่มจากจุดเล็กๆ ที่เรียกว่า “ครอบครัว” เป็นอันดับแรก

“ครอบครัว” เป็นสถาบัน (Institution) เป็นองค์กร (Organization) หรือ เป็นหน่วย (Unit) ทางสังคมที่เล็กที่สุด ครอบครัวก่อตั้งขึ้นด้วยสมาชิกชายและหญิงเพียงสองคน ได้ทำหน้าที่เป็น บิดา-มารดาเป็นพ่อแบบ-แม่แบบที่ถ่ายทอดและให้การศึกษาในขั้นแรกแก่สมาชิกใหม่ เป็นแหล่งที่จะเสริมสร้างพลังกายและพลังใจให้แก่สมาชิกของครอบครัว ที่ออกไปแสดงบทบาทต่าง ๆ ทางสังคม ในสถาบันที่เกี่ยวข้อง ครอบครัวเป็นสถาบันที่สามารถตอบสนองความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ได้ในทุกระดับ ทั้งด้านความต้องการทางด้านร่างกาย (Physiological Needs) ความต้องการทางด้านจิตใจ (Psychological Needs) และความต้องการทางด้านสังคม (Social Needs) ความสำคัญของครอบครัว ได้มีนักวิชาการหลายท่านกล่าวไว้ดังต่อไปนี้

1. ครอบครัวเป็นเป้าหมายลอมทางบุคลิกภาพและคุณลักษณะของสมาชิก การมีปฏิสัมพันธ์ (Interaction) ระหว่างสมาชิกในครัวเรือนเดียวกัน มีการถ่ายโอนค่านิยม ความรู้สึกนึกคิด ทศนคติ ความเชื่อ ความศรัทธาและวัฒนธรรมการดำเนินชีวิตจากสมาชิกรุ่นหนึ่ง ไปยังอีกรุ่นหนึ่ง ตลอดจนมีการพักผ่อน สันทนาการ และการทำกิจกรรมต่างๆ ร่วมกัน บรรยากาศ และวิธีการอบรมเลี้ยงดู การอบรมสั่งสอน การเป็นพ่อแบบ-แม่แบบ ทั้งอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ ทั้งโดยที่รู้ตัวหรือไม่รู้ตัว สิ่งแวดล้อมภายในครอบครัวไม่ว่าจะในทางบวกหรือในทางลบได้ค่อยๆ หล่อหลอมพื้นฐานทางบุคลิกภาพและคุณลักษณะทางด้านร่างกาย สังคม อารมณ์ และจิตใจของสมาชิกในครอบครัวในรูปแบบต่างๆ มีผลต่อโดยตรงต่อการ การแสดงบทบาททางสังคมของสมาชิกในสถาบันอื่นต่อไป

2. ครอบครัวเป็นสถาบันพื้นฐานทางการศึกษาของสังคม ครอบครัวเป็นแหล่งถ่ายทอดองค์ความรู้ ฝึกฝนและอบรมให้สมาชิกได้เรียนรู้ระเบียบสังคมหรือการขัดเกลาทางสังคม (Socialization) ทั้งอย่างเป็นทางการ (Formal) และไม่เป็นทางการ (Informal)

3. ครอบครัวสร้างคุณภาพชีวิต คุณลักษณะต่าง ๆ ที่บ่งชี้ถึงลักษณะของชีวิตที่มีคุณภาพข้างต้นนี้ ครอบครัวจะเป็นสถาบันที่จะเอื้ออำนวยให้เกิดขึ้นกับชีวิตของสมาชิกในครอบครัวได้

4. ครอบครัวเป็นสถาบันพื้นฐานในการพัฒนาสังคม สถาบันที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในการพัฒนาสังคมและชุมชน เช่นเดียวกับสถาบันทางสังคมอื่น ๆ วัฏจักรของการเกิด การเติบโต เข้าสู่วัยเรียน วัยทำงาน วัยแต่งงาน วัยเลี้ยงดูลูกของตนเอง วัยดูแลพ่อแม่เมื่อแก่ชราลง สอนและฝึกให้ทุกคนต้องมีบทบาทหน้าที่ในฐานะต่างๆ ในครอบครัว หรืออีกนัยหนึ่งก็คือ การเข้าไปมีบทบาท ภาระ หน้าที่และมีความรับผิดชอบในฐานะสมาชิกของชุมชนหรือสังคมนั้น ๆ

5. ครอบครัวเป็นหน่วยวางรากฐานการปกครองในระดับต่าง ๆ ครอบครัวทำหน้าที่ปฐมนิเทศที่สำคัญที่สุดคือการให้กำเนิดเด็ก ให้การเลี้ยงดูผู้เยาว์ ให้การศึกษา สร้างคนให้รู้จัก

ระเบียบสังคม ถ่ายทอดวัฒนธรรมให้คนรุ่นหลังรับไว้เป็นแนวทางในการดำรงชีวิตให้เหมาะสมกับสภาพสังคมของชนกลุ่มนั้น เด็กที่เกิดและเจริญเติบโตมาจากครอบครัวแบบใด ย่อมได้รับการถ่ายทอดแนวความคิด เจตคติและพฤติกรรมต่าง ๆ ตีมาจากครอบครัวเดิมไม่มากก็น้อย และนำไปใช้ปฏิบัติในสังคมที่เขาอยู่อาศัย

สำนักงานกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (2547) ได้จัดทำรายงานสถานการณ์ทางสังคม พบว่า แนวโน้มของสถานการณ์ครอบครัวเกิดจากอิทธิพลของกระแสโลกาภิวัตน์ และภาวะความทันสมัยที่เน้นปัจเจกบุคคลและค่านิยมในการบริโภคและวัตถุนิยมมากขึ้นส่งผลให้สังคมมีการแข่งขัน ประกอบกับความเจริญก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยีอุตสาหกรรมและกระแสเศรษฐกิจของประเทศและโลก ส่งผลต่อค่าครองชีพและแบบแผนของครอบครัวผลกระทบดังกล่าวส่งผลให้ครอบครัวมีแนวโน้มประสบปัญหา ดังนี้

1. โครงสร้างของครอบครัวทั้งในเมืองและในชนบทที่เป็นครอบครัวเดี่ยว จะมีแนวโน้มที่ขนาดของครอบครัวเล็กลง และรูปแบบของครอบครัวจะมีหลากหลายมากขึ้นตามการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและความเจริญก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี
2. โครงสร้างของครอบครัวที่ประกอบด้วยบุคคลสองวัยคือผู้สูงอายุและเด็กจะมีมากขึ้น โดยเฉพาะในชนบทเนื่องจาก การที่หนุ่มสาววัยแรงงานอพยพเข้าไปหางานทำในเมืองใหญ่ เมื่อมีครอบครัวและมีบุตร โดยไม่มีความพร้อมประกอบกับปัญหาค่าครองชีพสูงก็จะส่งลูกไปให้ปู่ย่าตายายช่วยเหลือจึงทำให้ครอบครัวในชนบทมีโครงสร้างเพียงบุคคลสองวัย คือ วัยสูงอายุและเด็กมากขึ้น
3. ผู้สูงอายุในชนบทที่เคยมีบทบาทในการถ่ายทอดคุณธรรมและวัฒนธรรมให้แก่ลูกหลานและเป็นวัยที่ควรจะได้รับดูแลเอาใจใส่จากลูกหลาน จะถูกปรับเปลี่ยนบทบาทและรับภาระมากขึ้นในการทำหน้าที่แทนพ่อแม่เด็ก โดยจะต้องรับภาระในการเลี้ยงดูเด็กทั้งทางกายภาพและจิตใจ โดยเฉพาะหนุ่มสาวที่อพยพมาจากชนบท และแสวงหางานทำในเมืองเมื่อมีบุตรก็จะส่งลูกให้ปู่ย่าตายายช่วยเหลือดูแลแทนสำหรับผู้ที่มีความรับผิดชอบก็จะมี การติดต่อ ส่งเสียเงินทองเป็นค่าเลี้ยงดู ผู้สูงอายุจะไม่ต้องรับภาระในการหารายได้เพื่อเลี้ยงดูหลาน แต่ในกรณีที่พ่อแม่เด็กไม่รับผิดชอบและห่างเหินการติดต่อก็จะทำให้ผู้สูงอายุต้องรับภาระหนักขึ้นทั้งในการหารายได้เพื่อเลี้ยงดูครอบครัว พร้อมทั้งให้การอบรมสั่งสอนเด็กด้วยซึ่งภาระดังกล่าวส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุทั้งสุขภาพร่างกายและจิตใจอีกด้วย
4. ครอบครัวที่มีสามีและภรรยาอยู่ร่วมกัน โดยไม่มีการจดทะเบียนสมรสมีมากขึ้น เนื่องจากค่านิยมในการรักอิสระ และไม่ต้องการพึ่งพิงซึ่งกันและกัน

5. ครอบครัวที่มีพ่อหรือแม่เลี้ยงลูกตามลำพังมีมากขึ้น เนื่องจากการเสียชีวิตของกลุ่มสมรสการแยกกันอยู่ของครอบครัว และอัตราการหย่าร้างที่มีแนวโน้มสูงขึ้น โดยเฉพาะครอบครัวที่มีแม่เป็นหัวหน้าครอบครัวและเลี้ยงลูกตามลำพังจะมีแนวโน้มสูงขึ้น การที่ครอบครัวมีผู้ปกครองที่เป็นพ่อหรือแม่คนเดียวทำให้ต้องแบกรับผิดชอบทั้งของตนเอง ครอบครัวและบุตรเพิ่มมากขึ้น ต้องรับภาระหนักด้านเศรษฐกิจประสบปัญหาความเครียดและวุ่นวาย ทำให้ไม่มีเวลาอบรมสั่งสอนและช่วยเหลือลูกในด้านการเรียนอย่างเหมาะสม

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ (2552, น. 16) ได้นำเสนอตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของครอบครัวและชุมชนในชนบทไทย ซึ่งเป็นการถอดตัวแบบพฤติกรรมของผู้ดูแลที่ดีต่อผู้สูงอายุ โดยมุ่งหวังให้เกิดผลทางจิตวิทยาดีกว่าการลอกเลียนซึ่งพบว่า ตัวแบบการดูแลที่ดีของครอบครัวประกอบด้วย ตัวชี้วัดหลัก 9 ประการ ได้แก่ การดูแลสุขภาพจิตส่วนบุคคล การจัดการเรื่องยา การช่วยเหลือในการเคลื่อนไหว การดูแลแผลกดทับ การจัดหาอาหารที่เหมาะสม การป้อนอาหาร การดูแลด้านการขับถ่าย การสร้างความมั่นคงทางด้านอารมณ์ และการดูแลด้านอารมณ์จิตใจและจิตวิญญาณ โดยผู้ดูแลในครอบครัวเป็นองค์ประกอบแรกที่มีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงมากที่สุด

2.5.4.4 การวัดสภาพครอบครัว

จากการศึกษาวิธีการวัดสภาพครอบครัวที่ผ่านมาได้เคยมีนักวิจัยสร้างเครื่องมือเพื่อใช้วัดสภาพครอบครัวไว้ เช่น

ณัฐณี เกียรติพิริยะ และคณะ (2547, น. 150) ได้สร้างเครื่องมือการวัดสภาพครอบครัว มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับตั้งแต่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งจำนวน 15 ข้อประกอบด้วยเนื้อหาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของบิดามารดา ความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดากับนักศึกษาและความสามารถในการตอบสนองความคาดหวังของบิดามารดา นอกจากนี้

พัชรี ศีลรัตน์ (2556, น. 67) ได้สร้างเครื่องมือวัดสภาพครอบครัวเป็นแบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของบิดามารดา ความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดากับนักศึกษา

สรุปได้ว่า การวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือการวัดปัจจัยด้านครอบครัวของพัชรี ศีลรัตน์ นำมาปรับใช้ในการวัดปัจจัยด้านครอบครัวของผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมายการวิจัย โดยดำเนินการปรับข้อความบางส่วน ปรับเนื้อหาเพื่อให้สอดคล้องกับเนื้อหาและบริบทในการวิจัยครั้งนี้

2.5.5 ด้านการเรียนรู้

2.5.5.1 ความหมายของการเรียนรู้

ความหมายของคำว่า “ความรู้” มีนักวิชาการได้ให้ความหมายหรือคำนิยามในหลายประเด็น ดังนี้

สำนักงาน ก.พ.ร. และสถาบันเพิ่มผลผลิตแห่งชาติ (2548, น. 8) ความรู้ หมายถึง สารสนเทศที่ผ่านกระบวนการคิดเปรียบเทียบ เชื่อมโยงกับความรู้อื่นจนเกิดเป็นความเข้าใจและนำไปใช้ประโยชน์ในการสรุปและตัดสินใจในสถานการณ์ต่างๆ โดยไม่กำหนดช่วงเวลา ความรู้ จากพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542 ได้นิยามความหมายไว้ว่า ความรู้ คือสิ่งที่สั่งสมมาจากการศึกษาเล่าเรียน การค้นคว้าหรือจากประสบการณ์ รวมทั้งความสามารถเชิงปฏิบัติ และทักษะ ความเข้าใจหรือสารสนเทศที่ได้รับมาจากประสบการณ์ องค์วิชาในแต่ละสาขา ความรู้ หมายถึง ส่วนผสมของกรอบประสบการณ์ คุณค่า สารสนเทศ ที่เป็นสภาพแวดล้อมและกรอบการทำงานสำหรับการประเมิน และรวมกันของประสบการณ์และสารสนเทศใหม่

สุวริย์ ศิวะแพทย์ (2549) ความรู้หมายถึง การได้ข้อมูลเกี่ยวกับข้อเท็จจริง รูปแบบ วิธีการกฎเกณฑ์แนวปฏิบัติสิ่งของ เหตุการณ์หรือบุคคล ซึ่งได้จากการสังเกต ประสบการณ์หรือจากสื่อต่าง ๆ ประกอบกับความรู้ จึงเป็นความสามารถในการใช้ข้อเท็จจริง หรือความคิด ความหยั่งรู้หยั่งเห็น หรือสามารถเชื่อมโยงความคิดเข้ากับเหตุการณ์

สรุปได้ว่า ความรู้ (Knowledge) ตามความหมายที่มีผู้ให้นิยามไว้หลายประเด็น หมายถึง สารสนเทศที่นำไปสู่การปฏิบัติ เป็นเนื้อหาข้อมูล ซึ่งประกอบด้วยข้อเท็จจริง ความคิดเห็น หลักการ รูปแบบ กรอบความคิด หรือข้อมูลอื่นๆซึ่งอาจจะรวมไปถึงความสามารถในการนำสิ่งนั้นไปใช้เพื่อเป้าหมายบางประการ

2.5.5.2 แนวคิดและทฤษฎีการเรียนรู้ 5 ทฤษฎี

ผู้เชี่ยวชาญและนักการศึกษาไทย ได้รวบรวมแนวคิด ทฤษฎีการเรียนรู้ของไทยและสากล นำมาจัดสาระและกระบวนการ โดยเริ่มจากการวางแนวคิดพื้นฐานกระบวนการเรียนรู้ 5 ประการ คือ 1) แก่นแท้ของการเรียนการสอนคือการเรียนรู้ของผู้เรียน 2) การเรียนรู้เกิดขึ้นได้ทุกแห่ง ทุกเวลาต่อเนื่องยาวนานตลอดชีวิต 3) ศรัทธาเป็นจุดเริ่มที่ดีที่สุดของการเรียนรู้ 4) ผู้เรียนเรียนรู้ได้ดีด้วยการสัมผัสและสัมพันธ์ 5) สาระที่สมมูลเกิดขึ้นจากการเรียนรู้คือความคิด ความสามารถและความดี จากแนวคิดพื้นฐานดังกล่าว ได้กลายมาเป็นทฤษฎีการเรียนรู้ 5 ทฤษฎีคือ ทฤษฎีการเรียนรู้ อย่างมีความสุข ทฤษฎีการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ทฤษฎีการเรียนรู้เพื่อพัฒนากระบวนการคิด ทฤษฎีการเรียนรู้เพื่อพัฒนาสุนทรียภาพ และทฤษฎีการเรียนรู้เพื่อพัฒนาลักษณะนิสัย (คณะอนุกรรมการปฏิรูปการเรียนรู้, 2543)

1) ทฤษฎีการเรียนรู้ที่มีความสุข

ทฤษฎีการเรียนรู้ที่มีความสุข ประกอบด้วย

1.1) ทฤษฎีการสร้างความรักและความศรัทธา ทฤษฎีนี้มีความคิดว่าการสร้างศรัทธา ต่อการเรียนรู้เป็นสิ่งจำเป็น เพราะจะช่วยให้ผู้เรียนเกิดความรัก และความสนใจต่อบทเรียนต่อครูและเพื่อน โดยเน้นว่าศรัทธาจะเกิดจากองค์ประกอบต่อไปนี้ คือ 1) การเรียนบนฐานแห่งความรัก 2) บทเรียนที่สนุกและเพลิดเพลิน 3) การส่งเสริมความสนใจและผูกพัน

1.2) ทฤษฎีการเห็นคุณค่าการเรียนรู้ (Learning Appreciation) ทฤษฎีนี้มีแนวคิด ว่า 1) การเรียนที่มีความหมาย ประกอบด้วยบทเรียนที่เหมาะสมกับวัย และความสนใจ เนื้อหากระชับง่ายต่อการทำความเข้าใจ มีตัวอย่างชัดเจน ใ้ให้คิดและติดตาม และมีคำอธิบายที่ไม่คลุมเครือ 2) เด็กเปรียบเสมือนเมล็ดพันธุ์ที่รอการเจริญเติบโต มีความสามารถพิเศษเฉพาะตัว 3) เด็กจะเกิดความรักและเห็นคุณค่าของสิ่งที่เรียน เมื่อบทเรียนนั้นสัมพันธ์กับสิ่งที่เคยรู้มาก่อน

1.3) ทฤษฎีเปิดประตูสู่ธรรมชาติ ทฤษฎีนี้มีแนวคิด ว่า 1) บทเรียนในห้องเรียนจะน่าสนใจ เมื่อสภาพห้องเรียนน่าเรียน มีสื่อกิจกรรมที่หลากหลาย นักเรียนได้สัมผัสและเรียนรู้ด้วยตนเอง 2) บทเรียนนอกห้องเรียนจะมาช่วยเสริมการเรียนรู้ เพราะเด็กได้สัมผัสของจริง 3) การนำธรรมชาติมาเป็นบทเรียน 4) ให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมรับรู้กิจกรรมของโรงเรียน ส่งเสริมกิจกรรมที่สัมพันธ์กับชุมชนเพื่อแก้ปัญหาเด็ก

1.4) ทฤษฎีมุ่งมั่นและมั่นคง (Willingand Firm) ทฤษฎีนี้มีแนวคิด ว่า การรู้จักตนเอง รู้จุดดี จุดด้อย ยอมรับสถานะแห่งตน ไม่ดูถูกตนเอง ใจว่าง พร้อมจะปรับปรุงแก้ไขตนเอง รู้จักระงับอารมณ์ มั่นใจและตั้งใจจริง ย่อมนำมาซึ่งความสำเร็จ ซึ่งจะนำไปสู่ความภูมิใจเห็นคุณค่าตนเอง

1.5) ทฤษฎีชีวิตที่สมดุล (Equilibrium of Life) เป็นทฤษฎีที่ให้ความสนใจกับการรักษาสสมดุลของชีวิต

2. ทฤษฎีการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

ทฤษฎีการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ทฤษฎีนี้มีแนวคิด ว่า การเรียนให้รู้ขึ้น เกิดขึ้นที่ใจ ต้องให้ผู้เรียนมีส่วนร่วม ศูนย์กลางของการเรียนรู้อยู่ที่ผู้เรียน โดยมีครูเป็นผู้จัดการให้เกิดการเรียนรู้ สำหรับกระบวนการเรียนรู้ตามทฤษฎีนี้ ได้แก่ กระบวนการกลุ่ม (Cooperative Learning)

3. ทฤษฎีการเรียนรู้เพื่อพัฒนากระบวนการคิด

ทฤษฎีนี้มีแนวคิด ว่า ในการคิดใด ๆ หากบุคคลมีคุณสมบัติที่เอื้อต่อการคิดนับได้ว่าเป็นพื้นฐานและการเริ่มต้นที่ดี การคิดของบุคคลนั้นจะต้องอาศัยทักษะการคิด จำนวน

มากเป็นแกนสำคัญ ซึ่งทักษะการคิดเหล่านี้จะช่วยพัฒนากระบวนการคิดแบบต่างๆ ที่จำเป็น เช่น กระบวนการคิดอย่างมีวิจารณญาณ กระบวนการแก้ปัญหา กระบวนการตัดสินใจ กระบวนการคิดริเริ่มสร้างสรรค์ เป็นต้น

4. ทฤษฎีการเรียนรู้เพื่อพัฒนาสุนทรียภาพ

ทฤษฎีนี้มีแนวคิดว่า ศิลปะ ดนตรี และกีฬา ประกอบด้วยหลักการ 3 หลักการ คือ หลักความเหมือน หลักความต่างๆ และหลักความเป็นฉัน หลักการทั้ง 3 หลักการจะต้องอยู่ด้วยกัน ขาดอย่างใดอย่างหนึ่งไม่ได้ ความเหมือนคือแม่แบบ หลักของความเหมือนประกอบด้วยการเล่นแบบและการทำซ้ำ ส่วนความแตกต่างเป็นความต้องการที่จะเปลี่ยนแปลงความจำเพื่อให้ทันกับเหตุการณ์ และความเป็นพื้นฐานทางวัฒนธรรม

5. ทฤษฎีการเรียนรู้เพื่อพัฒนาลักษณะนิสัย

การฝึกฝน กาย วาจา ใจทฤษฎีนี้มีแนวคิดว่าการพัฒนาลักษณะนิสัยนั้นจะต้องพัฒนาโดยการฝึก กาย วาจา และใจ เพื่อให้เป็นคนมีความสุข ครอบครัวยั่งยืน ชุมชนเข้มแข็ง สังคมสันติ และสิ่งแวดล้อมยั่งยืน

กรมการศึกษานอกโรงเรียน (2541, น. 37-38) ได้กล่าวถึง การเรียนรู้ได้แสดงถึงข้อมูลการเปลี่ยนแปลง ของวัยของผู้สูงอายุ ดังนี้

1. ด้านร่างกาย เซลล์ในร่างกายมนุษย์มีการเจริญและเสื่อมโทรมตลอดเวลา ในผู้สูงอายุมีอัตราการเสื่อม โทรมมากกว่าการเจริญเติบโต ทั้งนี้การเสื่อมโทรมทางจิตจะทำให้มีความรู้สึกท้อแท้ อ่างว้าง

2. ระบบหายใจ เสื่อมสภาพลงเพราะ อวัยวะในการหายใจเข้า - ออกลดความสามารถ ในการขยายตัว ปอดเสียความยืดหยุ่น ดุลยภาพเปลี่ยนแปลงแก่สลดน้อยลง ปอดรับออกซิเจน ได้น้อยลง

3. ระบบการไหลเวียนเลือด หัวใจ หลอดเลือด มีเนื้อเยื่ออื่นมาแทรกมากขึ้น ทำให้ การสูบฉีดเลือดของหัวใจไม่แข็งแรงเหมือนเดิม มีปริมาณสูบฉีดลดลง หลอดเลือดแข็งตัว และ แรงดันเลือดสูงขึ้น ส่งผลให้เลือด ไปเลี้ยงอวัยวะลดปริมาณ

4. สถิติปัญญาของผู้สูงอายุ เริ่มเสื่อมถอย เชื่องช้า ต้องใช้เวลาในการคิดวิเคราะห์ ทบทวนนานกว่าจะตัดสินใจได้ การตอบโต้ทางความคิดไม่ฉับพลันทันที แต่มีเหตุผลและประสบการณ์เป็นข้อมูลพื้นฐานในการคิดและตัดสินใจ แต่บางครั้งไม่กล้าตัดสินใจ

5. การเรียนของผู้สูงอายุ การเรียนรู้เรื่องใหม่ ๆ หรือเทคโนโลยีใหม่ของ ผู้สูงอายุ เป็นไปได้ช้า ต้องใช้เวลาเรียนรู้นานกว่าที่จะรู้ ปรับเปลี่ยนความคิด และการกระทำได้ แต่การเรียนรู้ที่มีความสอดคล้องกับประสบการณ์เดิม และความรู้เดิมที่มีอยู่จะสามารถ เรียนรู้ได้รวดเร็ว

6. พฤติกรรมและธรรมชาติของผู้สูงอายุที่เกี่ยวข้องกับการเรียนรู้

6.1 ถ้าไม่มีกิจกรรมอะไรทำ อยู่ว่าง ๆ จะรำคาญ และคิดฟุ้งซ่าน หรืออาจบ่น พึมพำ บางช่วงจะหลง ๆ ลืม ๆ

6.2 สายตาไม่ดี อ่านหนังสือที่มีขนาดอักษรเล็กเกินไปไม่ได้และอ่านได้ไม่นาน

6.3 ไม่ชอบอ่าน ฟังการดูข่าว ความก้าวหน้าและความเป็นไปของบ้านเมืองมากกว่า บันเทิง หรือตำราวิชาการ

6.4 มีช่วงเวลาของความสนใจยาวนานและมีสมาธิที่ดีถ้ามีความตั้งใจทำสิ่งใด

สรุปได้ว่าการเรียนรู้มีการเปลี่ยนแปลงในวัยนี้ เป็นการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม อวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายเริ่มเสื่อมสภาพลงไปตามอายุและการดูแล ร่างกายตนเองของผู้สูงอายุ ซึ่งจะสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ ความสนใจ ต่อสิ่งแวดล้อม ตลอดจนบทบาทหน้าที่ และสัมพันธ์ภาพทางสังคมการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวส่งผลต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ หากไม่มีวิธีป้องกัน และการจัดการภาวะสุขภาพ ที่เหมาะสม

2.5.6 การดูแลผู้สูงอายุจากชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

2.5.6.1 รูปแบบและแนวทางการดูแลผู้สูงอายุจากชุมชน

การดูแลผู้สูงอายุ อาจมีลักษณะและความต้องการที่แตกต่างกัน โดยแบ่งออกเป็น 4 รูปแบบ ได้แก่ 1) การดูแลภายในครอบครัว คือ การให้ความดูแลเอาใจใส่แก่ผู้สูงอายุในปัจจัยสี่ ไม่ว่าจะเป็นการให้อาหารเสื้อผ้า จัดที่อยู่อาศัย การดูแลสุขภาพ รักษาพยาบาล รวมทั้งการให้เงิน การดูแลเอาใจใส่ทั้งด้านร่างกายจิตใจเป็นต้น 2) การดูแลในสถาบัน แยกเป็นการดูแลในสถานสงเคราะห์ และการดูแลในสถานพยาบาลหรือสถานที่รับดูแลเฉพาะผู้สูงอายุ 3) การดูแลโดยชุมชน เพื่อสร้างจิตสำนึกให้คนในชุมชนเกิดการแก้ไขปัญหา ระดมความร่วมมือและพัฒนาบริการต่างๆ ให้แก่สมาชิกในชุมชนของตนระหว่างผู้สูงอายุ ครอบครัว ชุมชน องค์กร และสถาบันทางสังคมต่างๆ ซึ่งมีรูปแบบและลักษณะบริการแตกต่างกัน และ(4) การดูแลในสถานการณพิเศษ (สายฤดี วรกิจ โภคาทร และคณะ, 2550, น. 81-84)

นอกจากนี้แล้ว Swagerty, Takahashi และ Evans (1999) ยังได้ศึกษาแนวทางการช่วยเหลือผู้สูงอายุ โดยเน้นในกลุ่มที่มีปัญหาดูแลอย่างไม่เหมาะสม ซึ่งมีจำนวน 10 แนวทาง ได้แก่

1. ตั้งใจและใส่ใจฟังเรื่องราวจากมุมมองของผู้ป่วยสูงอายุ โดยไม่ตัดสินสงสัย เพราะเป็นความจริงที่เกิดขึ้นในส่วนของเขา เขารู้สึกว่าคุณทราบดี เป็นทุกข์จากสภาพดังกล่าว

2. ประเมินความปลอดภัยแก่ผู้สูงอายุก่อนเสมอ

3. ชักประวัติและตรวจร่างกายอย่างละเอียด รวมทั้งตรวจทางห้องปฏิบัติการเท่าที่จำเป็น เพื่อประเมินสภาพโรคของผู้ป่วยสูงอายุ

4. หากญาติมาช่วยให้สังเกตปฏิกิริยาระหว่างญาติกับผู้ป่วยก่อน อย่าใกล้ชิดหรือกลบเกลื่อนความขัดแย้งระหว่างคนสองฝ่ายในที่

5. ประเมินความต้องการของผู้ป่วยสูงอายุและญาติว่าต่างฝ่ายต่างต้องการอะไร ทำอย่างไรจึงจะอยู่กันอย่างมีความสุขขึ้น

6. ขออนุญาตไปเยี่ยมบ้านเพื่อหาหนทางให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้นที่บ้าน จะได้เป็นภาระกับญาติน้อยลง อย่าทำให้ญาติรู้สึกว่าเป็นผู้สูงอายุ

7. เมื่อไปเยี่ยมบ้าน ให้ประเมินการใช้ชีวิตด้วยตนเองของผู้ป่วยสูงอายุที่บ้าน ความเสี่ยงอันตรายต่างๆ โอกาสในการฟื้นฟูสภาพที่บ้าน เช่น พื้นที่ออกกำลังกาย หรือทำกายภาพบำบัด

8. ปรีกษาทิมสหวิชาชีพ เพื่อร่วมกันหาทางช่วยเหลือสุขภาพของครอบครัว เช่น

8.1 แพทย์ หาทางควบคุมอาการ ไม่ให้ลุกลามหรือเป็นที่น่ารำคาญแก่คนใกล้ชิด ปรับตำรับยาให้ใช้ง่ายไม่ยุ่งยาก

8.2 พยาบาล เยียวยาสภาพจิตใจ สภาพบาดแผล ความไม่สุขกายสุขใจต่างๆ

8.3 นักสังคมสงเคราะห์ ช่วยครอบครัวหาทางออก แก้ปัญหาเศรษฐกิจด้วยตนเองได้ในระยะยาว ประสานกับผู้นำชุมชนเพื่อดูแลสมาชิกชุมชนเดียวกัน

8.4 นักกายภาพบำบัด ออกแบบท่าทางการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยที่เหมาะสมกับสภาพบ้าน และการใช้ชีวิต เป็นต้น

9. นัดหมายติดตามดูแลครอบครัวอย่างต่อเนื่อง ปรับเป้าหมายเมื่อสถานการณ์เปลี่ยนไป อาจนัดพบกันที่บ้านหรือสถานพยาบาลที่สะดวกกับทุกฝ่าย

10. สนับสนุนส่งเสริมให้ครอบครัวและผู้ป่วยมีทักษะการแก้ไขปัญหา ความสัมพันธ์และปัญหาครอบครัวได้ดีขึ้น จึงจะส่งผลต่อสุขภาพผู้ป่วยสูงอายุในระยะยาว

2.5.6.2 แนวคิดการดูแลผู้สูงอายุโดยหน่วยงานหรือองค์กร

หน่วยงานและองค์กรต่างๆ ที่เกี่ยวข้องได้กำหนดมาตรการ แผนงาน และนโยบายต่างๆ เพื่อให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุและครอบครัว ตั้งแต่การจัดตั้งสถานสงเคราะห์คนชรา สวัสดิการเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ การรักษาพยาบาล โดยไม่ต้องเสียค่ารักษาพยาบาล บริการประกันสังคม สวัสดิการรักษาพยาบาลของภาคราชการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และการประกันกับบริษัทเอกชน นอกจากนี้แล้ว ยังได้กล่าวถึงสวัสดิการด้านการศึกษา อาชีพ และบริการสังคม ไม่ว่าจะเป็นการศึกษานอกโรงเรียน การศึกษาระดับอุดมศึกษา การฝึกอาชีพ การกู้ยืมเงินทุน

ประกอบอาชีพ ศูนย์บริการผู้สูงอายุ อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน การจัดให้มีสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุและคนพิการในที่สาธารณะ และการลดหย่อนค่าโดยสารขนส่งมวลชนที่เห็นได้อย่างชัดเจน ก็คือ กระทรวงสาธารณสุขได้จัดสวัสดิการด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีสิทธิรักษาพยาบาลโดยไม่ต้องเสียค่ารักษาพยาบาล ในสถานพยาบาลที่ระบุไว้ตามระเบียบว่าด้วยการสงเคราะห์ผู้สูงอายุด้านการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2535 (สายฤดี วรกิจโกภาทร และคณะ, 2550, น. 8.4-8.9) แต่ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวและอาการเจ็บป่วยเรื้อรังต่าง ๆ ก็จำเป็นต้องเข้ารับบริการรักษาพยาบาลในสถานบริการทั้งภาครัฐและเอกชน ซึ่งจะต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้สูงอายุทางตรง ก็คือ ค่ายา ค่าตรวจบริการทางการแพทย์ ค่าอาหาร และค่าเดินทางของผู้ป่วย โดยค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในการรักษาผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเป็นเงิน 7,040 บาท ต่อคน ต่อปี มีผู้ป่วยเฉลี่ยปีละ 1.05 ล้านคน รวมเป็นงบประมาณที่ใช้กว่า 8,000 ล้านบาท ต่อปี ทั้งนี้ยังไม่ได้รวมค่าใช้จ่ายทางอ้อม คือ ค่าใช้จ่ายของญาติที่พาผู้สูงอายุไปรักษา รวมถึงการสูญเสียรายได้ของผู้สูงอายุและญาติ (สุวรรณ จันทร์ประเสริฐ, 2542)

หากจำแนกบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบขององค์กรต่างๆ ที่รับผิดชอบในการดูแลผู้สูงอายุทั้งภายในและภายนอกชุมชน อาจแบ่งออกได้เป็น 9 กลุ่มดังนี้ (สุพัตรา ศรีวิเศษชากร และคณะ, 2556, น. 87-118)

1. องค์กรระดับนโยบาย ที่รับผิดชอบในการดูแลผู้สูงอายุ แบ่งเป็น 3 องค์กรหลัก ได้แก่ 1) กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จะทำการโอนงบประมาณให้อปท. ดำเนินงานจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ/เบี้ยผู้พิการ ค่าจัดการศพ จัดอบรมให้ความรู้แก่ อพส. งบประมาณชมรมบ้านผู้สูงอายุที่ยากจน และอื่น ๆ 2) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทำหน้าที่บริหารขับเคลื่อนนโยบายด้านสุขภาพตามที่กำหนด 3) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทำหน้าที่สนับสนุนงบประมาณดำเนินงานผ่านเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล เพื่อจัดกิจกรรมด้านสุขภาพ ประเพณีวัฒนธรรม และอื่น ๆ

2. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีบทบาทหลักในการจัดสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ คือ เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ เบี้ยผู้พิการ และประสานการจัดสวัสดิการตามปัญหาความเดือดร้อนกรณีต่างๆ บทบาทรองคือ สนับสนุนการรวมกลุ่ม/จัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ รวมไปถึงสนับสนุนงบประมาณดำเนินงานในการจัดกิจกรรมทัศนศึกษา วันผู้สูงอายุ วันสงกรานต์จัดหาเครื่องออกกำลังกายและวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ ให้กับชุมชน รวมทั้งจัดอบรมให้ความรู้แก่อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ส่งเสริมอาชีพสงเคราะห์สิ่งของเครื่องใช้ต่าง ๆ และจัดกิจกรรมดูแลสุขภาพร่วมกับ รพ./รพ. สต. เป็นต้น

3. สถานบริการทางสุขภาพ ทั้ง รพท./รพศ. รพช. และ รพ. สต. ล้วนมีบทบาทหลักใน “การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ” เช่นเดียวกัน โดยจะมีการประสานความร่วมมือกับกลุ่ม อสม. ผู้สูงอายุ และผู้นำชุมชนในการลงพื้นที่เยี่ยมเยียนดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยจะมีการแบ่งกลุ่มเพื่อให้สะดวกและง่ายต่อการดูแลผู้สูงอายุ อาทิ ผู้สูงอายุ 5 กลุ่ม (กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยงที่จะเป็น โรคเบาหวาน และความดัน กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดัน และโรคแทรกซ้อน และกลุ่มผู้ป่วยติดเตียง) ผู้สูงอายุ 4 กลุ่ม (กลุ่มปกติกลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย และกลุ่มป่วยซับซ้อน) หรือผู้สูงอายุ 2 กลุ่มใหญ่ (กลุ่มสีเขียว และกลุ่มสีแดง) ซึ่งมีการจัดบริการดังนี้ 1) จัดบริการเชิงรับ โดยให้บริการพื้นฐานด้านงานรักษาพยาบาล งานวางแผนครอบครัว งานอนามัยแม่และเด็ก งานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค และงานอนามัยโรงเรียน 2) จัดบริการเชิงรุกในชุมชน (เยี่ยมบ้านโดย อสม. เยี่ยมบ้านโดยเจ้าหน้าที่ รพ. สต. และเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพ) และ 3) จัดบริการพิเศษสำหรับผู้สูงอายุ อาทิ คลินิกผู้สูงอายุ กลุ่มอัมพฤกษ์อัมพาต และผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางสายตา ส่วนบทบาทรองก็คือ สนับสนุนให้เกิดการรวมกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชน จัดกิจกรรมตามเทศกาล ประเพณีวัฒนธรรม และวันสำคัญต่างๆ ให้ความรู้และคำแนะนำแก่ผู้สูงอายุ ผู้ดูแลครอบครัว และ อสม. ในเรื่องต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และสนับสนุนสถานที่เครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ สำหรับผู้สูงอายุในชุมชน

4. ชมรมผู้สูงอายุ มีบทบาทในการส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดการรวมกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชน และจัดกิจกรรมด้านต่างๆ ทั้งจัดสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ (ฌาปนกิจสงเคราะห์ เพื่อนช่วยเพื่อน เยี่ยมเยียนผู้สูงอายุ) สนับสนุนกิจกรรมด้านประเพณีวัฒนธรรมสำหรับผู้สูงอายุ และกิจกรรมดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน บางแห่งมีสภาสาขาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย/สมาคมชมรมผู้สูงอายุ ทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงที่จะส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดการรวมกลุ่ม/จัดตั้งชมรมผู้สูงอายุทั้งระดับอำเภอ และระดับจังหวัด และช่วยเหลือในการจัดสวัสดิการด้านต่างๆ อาทิ เยี่ยมเยียนและช่วยเหลือสมาชิกกรณีปกติ เจ็บป่วย และเสียชีวิต

5. กลุ่มจิตอาสา คือ เน้นการส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดการรวมกลุ่มจิตอาสา/อาสาสมัคร เพื่อให้การช่วยเหลือและดูแลสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ และเชิญชวนให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา ประเพณีวัฒนธรรมและวันสำคัญต่างๆ

6. องค์กรศาสนา จะเน้นการส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุเข้ามาร่วมกิจกรรมทางศาสนา ประเพณีวัฒนธรรม และวันสำคัญต่างๆ บางแห่งสนับสนุนในการดูแลสุขภาพกายและใจแก่ผู้สูงอายุในชุมชน บางแห่งมีหน่วยงานสาธารณกุศลอยู่ในพื้นที่เพื่อให้บริการดูแลสุขภาพทั่วไปแก่ผู้สูงอายุและคนในชุมชน ตลอดจนเป็นแหล่งการเรียนรู้ ศึกษาดูงาน และฝึกงานด้านส่งเสริมอาชีพแก่ผู้สูงอายุและคนในชุมชน

7. สถาบันการศึกษามีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุไม่เด่นชัดมากนัก ที่ผ่านมามีเพียงเชิญผู้สูงอายุมาเป็นวิทยากรสอนเด็กนักเรียนด้านภูมิปัญญาด้านต่างๆ เช่น การเกษตร ปลูกผัก จักสาน และดนตรีไทย เป็นต้น

8. โรงงานอุตสาหกรรม มีบางแห่งสนับสนุนงบประมาณดำเนินงานเพื่อให้ความช่วยเหลือและดูแลผู้สูงอายุ เช่น จัดตั้งศูนย์การเรียนรู้หรือห้องสมุดชุมชน จัดงานวันผู้สูงอายุ และเลี้ยงอาหาร เป็นต้น

9. กลุ่มองค์กรชุมชนอื่นๆ ส่วนใหญ่เน้นการส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดการรวมกลุ่มทางสังคม และจัดสวัสดิการชาวบ้านเพื่อช่วยเหลือและดูแลคนในชุมชนทุกกลุ่ม อาทิ กลุ่มฌาปนกิจสงเคราะห์ กลุ่มวิสาหกิจชุมชนกลุ่มออมทรัพย์ กลุ่มการเกษตร/เลี้ยงสัตว์ กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มภูมิปัญญาท้องถิ่น และกลุ่ม 5 เสือผู้นำชุมชน(ผู้ใหญ่บ้าน 1 คน สมาชิกเทศบาล/อบต. 2 คน และผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน 2 คน)

สมศักดิ์ ดลประสิทธิ์ (2559) ได้ให้แนวคิดการบริหาร โรงเรียนโดยใช้โรงเรียนเป็นฐาน (School – Basad Management : SBM) เป็นแนวคิดการบริหาร โรงเรียนที่ริเริ่มในประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งได้รับอิทธิพลจากกระแสการบริหารแนวทางใหม่ในทางธุรกิจที่เน้นความพึงพอใจของผู้รับบริการและผลักดันให้มีการกระจายอำนาจสู่หน่วยปฏิบัติให้มากที่สุด ในทางการศึกษาได้มีกระแสการปฏิรูปการศึกษา โดยเน้นกลยุทธ์การกระจายอำนาจในการตัดสินใจในการบริหาร และการจัดการ-ศึกษาไปยังสถานศึกษาและให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องซึ่งได้แก่ ผู้ปกครอง ครูผู้สอน และชุมชนมีส่วนร่วมในการจัดการศึกษา

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2550) ได้กล่าวว่า การดูแลระยะยาว หมายถึง การจัดบริการสุขภาพและสังคมที่มีรูปแบบเป็นทางการ และไม่เป็นทางการเพื่อตอบสนองความต้องการได้รับความช่วยเหลือของผู้ที่ประสบภาวะยากลำบาก อันเนื่องมาจากภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง การประสพอุบัติเหตุ ความพิการต่างๆ ตลอดจนผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในชีวิตประจำวัน โดยบริการทดแทนดังกล่าวมักเป็นบริการสังคมเพื่อมุ่งเน้นการฟื้นฟู บำบัด รวมถึงการส่งเสริมสุขภาพให้แก่กลุ่มคนเหล่านี้อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เพื่อให้เข้ามามีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดำเนินชีวิตให้เป็นอิสระเท่าที่จะเป็นไปได้ โดยอยู่บนพื้นฐานของการเคารพศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ โดยได้กล่าวถึงกลวิธีในการบริการสุขภาพและสังคม ประกอบด้วย 1) ควรมีการกำหนดหน่วยงานที่เป็นกลางในการชี้แนวทางนโยบายและทรัพยากร 2) มุ่งเน้นการบริหารจัดการในท้องถิ่นเป็นหลัก การถ่ายโอนความรับผิดชอบในการดูแลระยะยาวไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อที่จะสามารถให้บริการได้อย่างใกล้ชิดและตรงตามความต้องการ 3) ไม่สนับสนุนการสร้างสถานพยาบาลเพิ่มเติม แต่ให้การสนับสนุนการพัฒนาให้เกิดทางเลือกในการดูแลที่บ้านมากขึ้นโดยสร้างความ

เชื่อมโยงระหว่างกาให้บริกาการกับการดูแลภายในครอบครัว 4) มีการศึกษาความต้องการของ ผู้สูงอายุอย่างเป็นองค์รวม 5) ส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือระหว่างผู้ดูแลแต่ละประเภท เพื่อให้เกิด การพัฒนาการกระจายบริการและสร้างความพึงพอใจให้แก่ผู้สูงอายุ ทั้งนี้ ได้เสนอรูปแบบหรือ เทคนิคบูรณาการระบบการดูแลระยะยาว 7 ข้อ ได้แก่

1. การสร้างระบบการเชื่อมประสานบริการ
2. มีบริการการดูแลระยะกลางระหว่างโรงพยาบาลและที่บ้าน
3. การแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกัน
4. การสร้างแบบแผนการดูแลเฉพาะราย
5. รูปแบบการดำเนินงานแบบเครือข่าย
6. การปรับปรุงสภาวะแวดล้อมในชุมชน
7. การจัดบริการหน่วยบำบัดฟื้นฟูที่บ้าน

รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่ปรากฏอื่นๆ โดยผลการวิจัยของเกรียงศักดิ์ ธรรมอภิพล และคณะ (2555, น. 28-30) ที่เน้นการจัดการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียง แบ่งเป็น 8 รูปแบบ ดังนี้

1. การจัดการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงโดยตนเอง ด้วยการให้ความร่วมมือกับแพทย์ บุตรหลาน หรือญาติพี่น้องในการดูแลสุขภาพเป็นอย่างดี ไม่ว่าจะเป็นการทำกายภาพบำบัด นวด คลายกล้ามเนื้อ รับประทานอาหารและรับประทานยา เป็นต้น
2. การจัดการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงโดยครอบครัว/ผู้ดูแล ครอบครัวกิจวัตร ประจำวันต่างๆ อาทิ ปักจี้สี่ พาไปรักษาพยาบาลแหล่งต่างๆ ฟื้นฟูสุขภาพ ทำกายภาพบำบัด จัด สถานที่และจัดหาเครื่องมือวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ ที่จำเป็น อาทิ รถเข็น เตียงคนไข้ ที่นอนลม ผ้าอ้อม สำเร็จรูป รวมทั้งพูดคุยและให้กำลังใจ
3. การจัดการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงโดยเพื่อนบ้าน ส่วนใหญ่เป็นไปในลักษณะ ของการเยี่ยมเยียน ให้กำลังใจ ตามสารทุกข์สุกดิบ ซื่อข้าวของ ให้เงินช่วยเหลือ หรือบางรายก็จะให้ ความช่วยเหลือผู้พิการด้วยการจับนั้งของ จับพลิกซ้ายขวา เพื่อไม่ให้เกิดแผลกดทับ
4. การจัดการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงโดยผู้นำชุมชน ซึ่งจะมาเยี่ยมเยียน ตามสาร ทุกข์สุกดิบ และติดต่อประสานงาน ให้ข้อมูล และขอการสนับสนุนดูแลหรือช่วยเหลือจากองค์กร ในพื้นที่ต่อไป
5. การจัดการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงโดยชมรมผู้สูงอายุ เน้นกิจกรรมเยี่ยมเยียน ผู้สูงอายุ ออกกำลังกายและสงเคราะห์เครื่องมือวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ อาทิ รถเข็น ไม้เท้า และเตียง คนไข้

6. การจัดการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงโดย อสม. แบ่งออกเป็น 3 กรณี ได้แก่ กรณีที่ 1 ไม่มีผู้ดูแล อสม. จะดูแลหรือช่วยเหลือเบื้องต้น ก่อนแจ้งไปยัง อปท. หรือ รพ.สต. เพื่อประสานการส่งต่อไปยังสถานสงเคราะห์ต่อไป กรณีที่ 2 มีผู้ดูแล อสม. จะเยี่ยมบ้าน พูดคุยถามสารทุกข์สุขดิบ ให้ความรู้คำแนะนำแก่ผู้ดูแล พร้อมทั้งการตรวจสุขภาพ วัดความดัน คัดกรองเบาหวาน และประสานการดูแลกับ อปท. รพ.สต. และหน่วยงานอื่นๆ กรณีที่ 3 มีผู้ดูแล แต่ปล่อยปละละเลยและไม่ยอมดูแล กรณีนี้ทาง อสม. จะเข้าไปดูแลแทน

7. การจัดการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงโดย อปท. แบ่งเป็น 2 บทบาท ได้แก่ บทบาทหลัก คือ มอบเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ/เบี้ยผู้พิการ จัดสวัสดิการสงเคราะห์และมอบสิ่งของต่าง ๆ จัดสรรงบประมาณจัดกิจกรรมผู้สูงอายุเยี่ยมบ้าน ให้กำลังใจ ถามสารทุกข์สุขดิบ พร้อมให้ข้อมูลข่าวสารความรู้และคำแนะนำต่างๆ บริการรถรับส่งไปโรงพยาบาล ตลอดจนประสานการช่วยเหลือแก่หน่วยงานต่างๆ เช่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) โรงพยาบาลจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เป็นต้น ส่วนบทบาทสนับสนุน คือ ให้การสนับสนุนงบประมาณหรือเครื่องมือวัสดุอุปกรณ์แก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่างๆ

8. การจัดการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงโดยสถานบริการสุขภาพ คือ จะมาพบแพทย์ตามนัดที่โรงพยาบาลครั้งต่อเดือน เพื่อรับยาบำรุง ยาละลายไขมัน และยาละลายลิ่มเลือด รวมทั้งฟื้นฟูสุขภาพ และทำกายภาพบำบัด ก่อนส่งต่อไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ให้เยี่ยมบ้านเดือนละครั้ง ร่วมกันตรวจสุขภาพ วัดความดัน และให้ความรู้คำแนะนำแก่ผู้ดูแล พร้อมทั้งมอบสิ่งของ กระจายชำระ ผ้าอ้อมสำเร็จรูป รวมไปถึงการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทย (แผนโบราณ)

2.5.6.3 การดูแลผู้สูงอายุโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.)

สุพัตรา ศรีวิชิชากร และคณะ (2556, น. 178-181) ได้กล่าวถึงข้อมูลในส่วนนี้ว่า เป็นข้อเสนอแนะแนวทางสำหรับการส่งเสริม สนับสนุน และพัฒนาบทบาทของกลไกต่างๆ ในชุมชน ทั้ง อปท. สถานบริการทางสุขภาพ ชมรมผู้สูงอายุ กลุ่มจิตอาสา วัด โรงเรียน กลุ่มครอบครัวและคนในชุมชน รวมทั้งในภาพรวม อันจะนำไปสู่การขับเคลื่อนวิธีการทำงานและพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่เหมาะสมต่อไป ซึ่งสามารถแบ่งออกเป็น 6 กลุ่ม ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. การพัฒนาบทบาทของ อปท. ในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ประกอบด้วย

1.1 บูรณาการภาคีเครือข่ายการทำงานต่างๆ ในชุมชน โดย อปท. และ รพ. สต. ควรเป็นผู้นำในการขับเคลื่อน และแสวงหาความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายการทำงาน

ต่างๆ ทั้งวัด โรงเรียน และอื่นๆ เพื่อสนับสนุนการทำงาน และพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวมต่อไป

1.2 ส่งเสริมและสนับสนุนด้านการพัฒนาและเสริมศักยภาพแก่กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน โดยอพท. จัดอบรมให้ความรู้เรื่องต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ อาทิ การดูแลด้านร่างกายและจิตใจการจัดสภาพแวดล้อม และการมีส่วนร่วมทางสังคมของครอบครัว/ชุมชน

2. การพัฒนาบทบาทของสถานบริการทางสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน คือเน้นพัฒนาบริการเชิงรุกในชุมชน มีทีมบริการดูแล ทั้งแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ รพ. สต. นักสังคมสงเคราะห์และอาสาสมัคร ลงพื้นที่เยี่ยมเยียนที่บ้านหรือให้บริการในจุดศูนย์กลางของชุมชน โดยให้บริการอย่างทั่วถึงและสม่ำเสมอ อาทิ ตรวจวัดความดันโลหิต และตรวจน้ำตาลในเลือด (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ, 2552 : 23)

3. การพัฒนาบทบาทของชมรมผู้สูงอายุในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน คือการจัดตั้งหรือรวมกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชนอย่างเข้มแข็ง และยกระดับหรือพัฒนาคุณภาพชมรมผู้สูงอายุ ให้มีระบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดีกว่าเดิม ตัวอย่างเช่น พัฒนาเป็นศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ หรือศูนย์ดูแลผู้สูงอายุเวลากลางวัน (Day Care) เหมือนศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ใช้สถานที่ในชุมชนและใกล้บ้าน

4. การพัฒนาบทบาทของกลุ่มจิตอาสาในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน คือพัฒนาและเสริมศักยภาพแก่กลุ่มจิตอาสาในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน โดยจัดอบรมให้ความรู้ที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนเรื่องต่างๆ อาทิ การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุ การดูแลสุขภาพและการจัดการ/ดูแลโรคเรื้อรัง การออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ อาหารและโภชนาการ เป็นต้น

5. การพัฒนาบทบาทขององค์กรอื่นๆ ในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน คือพัฒนาบทบาทของวัด โรงเรียน และองค์กรอื่นๆ ในการรองรับการทำงานด้านผู้สูงอายุ อาทิ ส่งเสริมและสนับสนุนให้โรงเรียนเชิญผู้สูงอายุไปสอนภูมิปัญญาท้องถิ่นให้กับเด็กนักเรียน พัฒนาและสร้างแรงจูงใจให้เด็กรุ่นใหม่ฯ ได้เห็นคุณค่าและมีจิตสำนึกในการช่วยดูแลผู้สูงอายุ

6. การพัฒนาบทบาทของครอบครัวและคนในชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน คือพัฒนาและเตรียมตัวเป็นผู้สูงอายุที่ดี โดยจะต้องพึ่งพาตัวเอง/ดูแลตัวเอง และเก็บหอมรอมริบเล็กๆ น้อยๆ เพื่ออนาคตข้างหน้า และสร้างความตระหนักแก่สถาบันครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุร่วมกัน รวมทั้งแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มเติมตลอดเวลา (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ, 2552, น. 23)

7. การดูแลผู้สูงอายุในชุมชนโดยภาพรวม คือ บูรณาการภาคีเครือข่ายการทำงานต่างๆ ในชุมชน ทั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สถานบริการทางสุขภาพ องค์กรชุมชน คนในชุมชน และองค์กรอื่นๆ ให้เข้ามามีส่วนร่วมในการส่งเสริมและสนับสนุนทรัพยากรดำเนินงานด้านผู้สูงอายุให้ประสบผลสำเร็จ อาทิ งบประมาณ บุคลากรและองค์ความรู้ต่างๆ

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ (2552, น. 22) ได้ให้แนวคิดที่เสนอแนะให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง คือ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ วางแผนและกำหนดกลวิธีในการกำหนดรูปแบบบริการ โดยครอบคลุมและการดูแลระยะยาวร่วมกัน ทั้งด้านอัตรากำลัง ระบบบริการวัสดุอุปกรณ์ การใช้ข้อมูลข่าวสารและเทคโนโลยี

นอกจากนี้แล้ว ปัญหาการดูแลผู้สูงอายุอย่างไม่เหมาะสม คือ การกระทำหรือการละเว้นกระทำที่ส่งผลให้เกิดอันตรายหรือความเสี่ยงต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ มีทั้งที่เกิดจากการจงใจหรือไม่จงใจ ส่วนใหญ่เกิดจากสมาชิกในครอบครัวที่เป็นคนใกล้ชิดของผู้สูงอายุ ซึ่งสามารถจำแนกประเภทการดูแลผู้สูงอายุไม่เหมาะสมจำนวน 5 เรื่อง ได้แก่

1. การทำร้ายร่างกาย (Physical Abuse) คือ การกระทำที่ก่อให้เกิดอันตรายแก่กาย เจ็บปวดบาดแผล ความพิการ เช่น ผลักให้ล้ม หยิก เขย่าตัว กระแทกกระทั้น

2. การเพิกเฉยละเลย ทอดทิ้ง (Physical Neglect) คือ ผู้ดูแลไม่ดูแลให้ผู้สูงอายุสามารถทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานได้ตามสมควร หรือสามารถป้องกันอันตรายที่อาจเกิดแก่ตนเองได้อย่างเหมาะสม หรือจัดหาข้าวของเครื่องใช้ที่เพียงพอต่อการดำรงชีวิตได้ ไม่พามาหาหมอเมื่อเจ็บป่วย

3. การทำร้ายจิตใจ (Psychological Abuse) คือ การกระทำที่ทารุณจิตใจ เช่น ประชดประชันกระทบกระเทียบเปรียบเปรย คำว่า ทำให้รู้สึกได้ว่าไร้ค่า พุดลับหลัง อาจเป็นการกระทำด้วยวาจา (Verbal Abuse) หรือ อารมณ์ภาษาที่ใด (Emotional Abuse) เช่น กิริยาปรายหางตามองเหยียดหยาม ทำท่าเบือนหน้ารำคาญ เป็นต้น

4. การโกงเงินผู้สูงอายุ (Financial Exploitation) คือ การนำเงินผู้สูงอายุไปใช้อย่างไม่เหมาะสม เพื่อประโยชน์ของตนเองหรือผู้อื่น แทนที่จะใช้เพื่อประโยชน์ของผู้สูงอายุเอง เช่น ขอยืมเงินหรือขอเงินโดยไม่คืนการเอาทรัพย์สินของผู้สูงอายุไปจำหน่ายหรือขายโดยไม่ได้รับความยินยอมพร้อมใจ

5. การละเมิดสิทธิมนุษยชน (Violation of Rights) คือ การกระทำที่เพิกเฉย ไม่เคารพต่อศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ จำกัดอิสระภาพ ทำลายข้าวของทรัพย์สินของผู้สูงอายุ ประจานให้ได้ยินในที่สาธารณะ การไม่ถามความสมัครใจของผู้สูงอายุเพราะถือว่าแก่แล้ว ไม่มีสิทธิ์ ไม่มีเสียงเพราะชราภาพ ป่วยหรือพิการแล้วจึงไม่ต้องออกความเห็นก็ได้ เป็นต้น

2.5.6.4 แนวคิดการดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชน

การดูแลผู้สูงอายุในชุมชน เป็นงานที่มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งในสังคมไทยที่กำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุเนื่องจากประชากรผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นและมีแนวโน้มอายุยืนยาวขึ้นเช่นกัน ดังนั้นการเตรียมความพร้อมเกี่ยวกับระบบการจัดการดูแลผู้สูงอายุจึงเป็นสิ่งสำคัญ ซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีและดำรงชีวิตอยู่ในสังคมไทยได้อย่างมีคุณค่าและศักดิ์ศรีต่อไป ในปัจจุบันมีแนวคิดสำหรับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ไม่ว่าจะเป็นการเข้าถึงระบบบริการ การดูแลอย่างต่อเนื่อง การบริการแบบผสมผสาน การดูแลแบบองค์รวม การประสานการดูแล และการเสริมพลังชุมชน (สุพัตรา ศรีวิเศษชากร และคณะ, 2552) หรือเรียกว่าการดูแลผู้สูงอายุโดยการสร้างเสริมครอบครัวให้เข้มแข็งและการสนับสนุนจากท้องถิ่นและชุมชน การสนับสนุนศักยภาพผู้สูงอายุและการดูแลต่อเนื่องทั้งในแง่ระบบและผู้ดูแล การมีนโยบายชุมชนเข้มแข็ง และการจัดบริการเฉพาะในกลุ่มด้อยโอกาสโดยชุมชน (สิรินทร ฉันทศิริกาญจน์, มปป.) ซึ่งสอดคล้องกับระยะหลังที่ได้มีแนวคิดกระจายงานด้านต่างๆ ให้อยู่ภายใต้การบริหารจัดการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและชุมชนให้มากที่สุด อาทิ การพัฒนาความร่วมมือระหว่างหน่วยงานภาครัฐและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการดูแลผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน โดยพัฒนารูปแบบบริการสุขภาพและสวัสดิการสังคมแก่ผู้สูงอายุเชิงบูรณาการ ที่เน้นดำเนินงาน 4 เรื่อง คือ สร้างรูปแบบการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตผู้สูงอายุจัดระบบบริการแก้ไขปัญหาโรคตา ฟันฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุที่ป่วยและให้บริการผู้สูงอายุเคลื่อนที่โดยชุมชนเป็นเจ้าของแก้ไขปัญหาแบบบูรณาการพร้อมกัน (ไพจิตร วราชาติ, 2554)

ในบางชุมชนที่มีระบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดี ก็จะเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้ชุมชนมีการดูแลที่ดีด้วย ได้แก่ชุมชนเข้มแข็งและมีระบบสนับสนุนที่ดี การมีทุนทางสังคม การบริหารทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ การบูรณาการบทบาทในชุมชน และการมีฐานข้อมูลในชุมชน โดยกลวิธีการจัดการของชุมชนที่มีต่อการดูแลผู้สูงอายุ ก็คือ มีบริการด้านสุขภาพและบริการด้านสังคมที่มีประสิทธิภาพ และมีการเข้าถึงบริการอย่างทั่วถึง ซึ่งจำแนกได้ดังนี้ (Narirat Jitramontree, Vilaivan Thong chareon and Sawitri Thayansin, 2011, pp. 67-74)

1. บริการด้านสุขภาพ ที่ดำเนินการโดยพยาบาลร่วมกับ อสส./อสม. ดูแลผู้สูงอายุครอบคลุมทั้งการคัดกรองโรค ควบคุมอาการของโรค และฟื้นฟูสุขภาพ เป็นการให้บริการเชิงรุก เช่น วัดความดัน เจาะเลือดตรวจน้ำตาล และนำยารักษาโรคไปให้ที่บ้าน เป็นต้น
2. บริการด้านสังคม โดยมี อสส./อสม. เป็นบุคลากรที่สำคัญในการประสานการดูแลด้านปัจจัยสี่รวมทั้งช่วยเหลือเมื่อเสียชีวิต และประเมินความต้องการของผู้สูงอายุ ก่อนประสานขอการสนับสนุนปัจจัยต่างๆจากองค์กรภาครัฐและเอกชน

3. การเข้าถึงบริการ คลินิกเวชศาสตร์ครอบครัว/ศูนย์บริการสาธารณสุข การจัดทำฐานข้อมูลผู้สูงอายุโดยความร่วมมือของ อสส./อสม. ในการสำรวจข้อมูล เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับบริการอย่างทั่วถึง และบูรณาการบริการทั้งทางด้านสุขภาพและสังคม

นอกจากนี้แล้ว นักวิชาการบางท่านได้กล่าวถึงการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน โดยให้ รพ.สต. มีบทบาทหลักในการดำเนินงานโดยใช้หลัก “หัวใจการบริการผู้สูงอายุในชุมชน” 3 ส่วน คือ (วรรณภา ศรีสัญรัตน์ และลัดดาดีการเลิศ, 2553, น. 23-41)

1. ภาวหลัก 3 ภาวในการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน คือ ภาวบริการชุมชน/ท้องถิ่น ภาวบริการสุขภาพ และภาวบริการสังคม

2. เจตคติผู้ให้บริการต่อผู้สูงอายุและความสูงอายุโดยจัดเจตคติทางลบต่อผู้สูงอายุและความสูงอายุเสริมเจตคติทางบวกทั้งผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการ เป็นพื้นฐานการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุ

3. รูปแบบบริการใหม่ที่ใส่ใจผู้สูงอายุ: รพ. สต. เอื้ออาทรผู้สูงอายุ ประกอบด้วย

3.1) บุคลากรที่เอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุ คือ ผู้ให้บริการที่มีเจตคติที่ดีต่อผู้สูงอายุและความสูงอายุมีความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ และมีทักษะในการดูแลผู้สูงอายุ คือ บุคลากรที่เอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุ

3.2) ระบบบริการที่เอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุ คือ หน่วยบริการที่มีระบบการให้บริการที่นำความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุมาเป็นตัวชี้ นำ มีกระบวนการทำอย่างเป็นระบบ และครอบคลุมเป้าหมายของทุกกลุ่มผู้สูงอายุ

3.3) สิ่งแวดล้อมที่เอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุ คือ สิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยเข้าถึงได้ และต้องเอาใส่ใจทั้งสิ่งแวดล้อมในหน่วยบริการ ในชุมชน และที่บ้าน

2.5.6.5 การดูแลผู้สูงอายุโดยครอบครัวในชุมชน

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ (2552, น. 16) ได้นำเสนอตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของครอบครัวและชุมชนในชนบทไทย ซึ่งเป็นการถอดตัวแบบพฤติกรรมของผู้ดูแลที่ดีต่อผู้สูงอายุ โดยมุ่งหวังให้เกิดผลทางจิตวิทยาดีกว่าการลอกเลียนซึ่งพบว่า ตัวแบบการดูแลที่ดีของครอบครัวประกอบด้วย ตัวชี้วัดหลัก 9 ประการ ได้แก่ การดูแลสุขภาพวิทาสวนบุคคล การจัดการเรื่องยา การช่วยเหลือในการเคลื่อนไหว การดูแลแผลกดทับ การจัดอาหารที่เหมาะสม การป้อนอาหาร การดูแลด้านการขับถ่าย การสร้างความมั่นคงทางด้านอารมณ์ และการดูแลด้านอารมณ์จิตใจและจิตวิญญาณ โดยผู้ดูแลในครอบครัวเป็นองค์ประกอบแรกที่มีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงมากที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของสุพัตรา ศรีวิเศษชกร และคณะ (2556, น. 119-128, 144-145) ที่ได้อธิบายว่า ครอบครัวและคนในชุมชนเป็นกลุ่มที่มีความใกล้ชิดและสนิท

สนมกับผู้สูงอายุมากที่สุดมีศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน คือ ค่านิยมความกตัญญูกตเวที ดูแลเอาใจใส่บุพการีหรือผู้สูงอายุด้วยความเคารพรัก เยี่ยมเยียน พุดคุย และให้กำลังใจ ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุคลายเหงา และมีความสุขได้ระดับหนึ่งดังนั้น ครอบครัวจึงเป็นกลุ่มที่ให้การดูแลผู้สูงอายุครอบคลุม 5 มิติ ประกอบด้วย

1. บทบาทในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยเน้นการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุทั่วไป และกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้าน/ติดเตียง ซึ่งจะต้องให้ความช่วยเหลือและดูแลเรื่องการทำกิจวัตรประจำวัน ครอบคลุมทุกอย่าง ตั้งแต่เรื่องอาหารการกิน แต่งตัว ทำความสะอาดร่างกาย การใช้ห้องน้ำห้องส้วม เคลื่อนที่ภายในบ้าน และออกไปทำกิจกรรมนอกบ้าน ซึ่งจะต้องสลับเวลาในการร่วมกันดูแล เนื่องจากมีภาระต้องทำมาหากิน หรือมีธุระต้องทำ รวมไปถึงการนอนเฝ้าเวลากลางคืน

2. บทบาทในการให้ความช่วยเหลือและสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการดำเนินชีวิตประจำวันสำหรับผู้สูงอายุ อาทิ ให้เงินใช้ รับผิดชอบดูแลค่าใช้จ่ายในบ้าน เช่น ค่ากับข้าว ค่าน้ำ ค่าไฟ ค่ารักษาพยาบาล หรือจัดหาวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นต่างๆ สำหรับการดูแลกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียง เช่น กระดาษชำระ ผ้าอ้อมสำเร็จรูป เป็นต้น

3. บทบาทในการดูแลอาหารและโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ คือ จัดเตรียมและทำอาหารให้ผู้สูงอายุทั่วไป และผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว

4. บทบาทในการดูแลผู้สูงอายุตามบรรทัดฐานและค่านิยมที่ดีของวัฒนธรรมไทย คือ ประณานิบัติ ดูแลเอาใจใส่ผู้สูงอายุทั้งยามปกติยามเจ็บป่วย รวมไปถึงเยี่ยมเยียน พุดคุย และให้กำลังใจ

5. บทบาทในการจัดสภาพแวดล้อมทางกายภาพที่เอื้อต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ โดยการจัดบ้าน สภาพแวดล้อม บรรยากาศทั้งในบ้านและรอบๆ บ้าน จัดหาเครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ ให้เอื้อต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ แต่ก็พบว่าบางบ้านก็ยังมีการจัดบรรยากาศ สถานที่ และจัดหาเครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ ไม่เอื้อต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ อาทิ ความสะอาด ฝุ่นละอองและแม้ว่าสังคมไทยจะมีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านเศรษฐกิจและสังคมที่มีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุ แต่ยังมีบางครอบครัวที่มีระบบการดูแลที่ดี โดยพบว่าปัจจัยสนับสนุนที่สำคัญ คือ การคัดเลือกผู้ดูแลหลักที่เหมาะสมการดูแลแบบองค์รวมบนพื้นฐานของความรักหรือความกตัญญู ความรู้สึกภาคภูมิใจในความสามารถของตนเองของผู้ดูแล และการจัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการดูแล (นาริรัตน์ จิตรมนตรี วิไลวรรณ ทองเจริญ และ สาวตรีทยานศิลป์, 2552)

2.5.6.6 ปัญหาหรือข้อจำกัดของการจัดการดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชน

เครือญาติมีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุมากที่สุด แม้ว่าจะปฏิบัติต่อผู้สูงอายุด้วยความรัก ความหวังดีและเต็มใจ แต่ก็มีอุปสรรคต่อการดูแลผู้สูงอายุก็คือ ขาดแคลนผู้ดูแล ความยากจน ขาดความรู้ และขาดคุณภาพในการดูแล ในส่วนของเครือข่ายองค์การบริหารส่วนตำบล พยายามดูแลที่บ้าน และอาสาสมัครในชุมชน ซึ่งต่างก็เป็นปัจจัยสนับสนุนและอุปสรรคต่อการดูแลที่คั่นพบว่า อุปสรรคที่สำคัญคือ อสม. หรือ อพส. เป็นคนเดียวที่ความรู้และบทบาทหน้าที่ที่มีอยู่ไม่เพียงพอต่อการให้บริการ ส่วนพยาบาลก็ภาระงานที่มากเกินไปจนความจำเป็น และอาจทำให้เกิดการลดลงของคุณภาพการดูแลด้านสุขภาพ รวมไปถึงระบบบริหารงานในองค์กรภาครัฐที่มีการแยกส่วนสุขภาพและสังคมออกจากกันอย่างชัดเจน และขาดแคลนบุคลากรด้านพัฒนาสังคม (ศศิพัฒน์ ยอดเพชรและคณะ, 2552, น. 16-22) ซึ่งสอดคล้องกับผลงานวิจัยของสุพัตรา ศรีวิมลชุกร และคณะ (2556, น. 147-171) ที่ได้อธิบายว่า กลไกต่างๆ ในชุมชน ทั้ง อปท. รพ. รพ. สต. ชมรมผู้สูงอายุ จิตอาสา วัด โรงเรียน ครอบครัวและคนในชุมชน ได้มีการจัดกิจกรรมต่างๆ สำหรับการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนอยู่บ้างแล้วในระดับหนึ่ง แต่ก็ยังไม่เพียงพอกับความต้องการของผู้สูงอายุ เนื่องจากยังมีข้อจำกัด หรือช่องว่างในการดำเนินงานด้วยเหตุปัจจัยหลายประการ ดังต่อไปนี้

1. ช่องว่างในการดำเนินงานของกลุ่ม อปท. คือ ไม่มีแผนงานพัฒนาผู้สูงอายุ เฉพาะด้านอย่างเด่นชัด อาทิ การดูแลระยะยาวและการจัดการสิ่งแวดล้อม เจ้าหน้าที่ขาดความรู้ความเข้าใจในการทำงานด้านผู้สูงอายุไม่มีข้อมูลผู้สูงอายุที่ครอบคลุมและทั่วถึง และปัญหาการบริหารจัดการเรื่องเบี้ยยังชีพ ดังนั้น จึงมีความต้องการที่จะพัฒนาศักยภาพบุคลากร อาทิ การบริหารจัดการและการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ รวมทั้งสร้างและประสานความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายการทำงานต่าง ๆ ทั้งชมรมผู้สูงอายุ อสม. และ รพ. สต.

2. ปัญหาในการดำเนินงานของสถานบริการทางสุขภาพทั้ง รพ. หรือ รพ. สต. ก็คือ บุคลากรไม่เพียงพอและขาดความรู้ความเข้าใจในเรื่องการดูแลผู้สูงอายุ ขาดภาคีเครือข่ายการทำงานร่วมกันในพื้นที่ อาทิ อสม.เจ้าหน้าที่อปท. และปัญหาระบบให้บริการสุขภาพ คือ ขาดการทำงานเชิงรุกในพื้นที่ โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กลุ่มผู้สูงอายุติดบ้าน/ติดเตียง และไม่ลงลึกหรือจำเพาะเจาะจงในการดูแลด้านจิตใจหรือภาวะซึมเศร้าควบคู่กันไปด้วย ดังนั้น จึงมีความต้องการเพิ่มจำนวนบุคลากร และพัฒนาศักยภาพโดยอบรมให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ อสม. และผู้ดูแล รวมทั้งประสานความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายการทำงานต่างๆ คือ ชมรมผู้สูงอายุและ อสม. เพื่อให้บริการเยี่ยมบ้านอย่างครอบคลุม และสม่ำเสมอ

3. จุดอ่อนของชมรมผู้สูงอายุ ก็คือ บางแห่งไม่มีชมรมผู้สูงอายุ บางแห่งอยู่ระหว่างจัดตั้งใหม่ หรือถ้ามีก็ประสบปัญหาด้านต่างๆ ทั้งการจัดตั้งที่ซ้ำซ้อนระหว่าง รพ./รพ. สต.

และ อปท. ไม่มีคณะกรรมการ ไม่มีกองทุน ขาดการประสานงาน/ประชาสัมพันธ์ ขาดการทำกิจกรรมที่หลากหลาย/ต่อเนื่อง ขาดแกนนำผู้สูงอายุในการขับเคลื่อน และขาดการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ ดังนั้น จึงมีความต้องการได้รับการสนับสนุนในเรื่องการจัดอบรมให้ความรู้แก่กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ สถานที่ดูแลผู้สูงอายุและครอบครัว การจัดกิจกรรมผู้สูงอายุ และวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ สำหรับผู้สูงอายุ

4. กลุ่มจิตอาสา (อสม./อพส.) ยังเข้าไม่ถึงการทำงานกับกลุ่มผู้สูงอายุ เพราะไม่มีเวลาทำงานเนื่องจากสวมหมวกหลายใบ ขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้สูงอายุ และขาดปัจจัยสนับสนุนการทำงาน ดังนั้น จึงมีความต้องการได้รับการพัฒนาหรือเสริมศักยภาพการทำงานด้านต่างๆ อาทิ ค่าน้ำมันรถ ของเยี่ยม และเครื่องมือวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ ในการดูแลผู้สูงอายุ รวมทั้งจัดอบรมให้ความรู้แก่กลุ่มผู้สูงอายุ เพื่อพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพให้นานที่สุด

5. บางชุมชนไม่มีองค์กรศาสนาและสถาบันการศึกษาในพื้นที่ กรณีที่มีก็ไม่มีบทบาทเด่นชัดเกี่ยวกับผู้สูงอายุมากนัก ยกเว้นกิจกรรมศาสนา ประเพณีวัฒนธรรม และการศึกษาเด็กเยาวชน

6. ผู้สูงอายุไม่ให้ความร่วมมือในการดูแลสุขภาพ ปัญหาสุขภาพ ความเครียด ขาดเงิน/ขาดอุปกรณ์ในการดูแลของผู้ดูแล และขาดความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรมของคนในชุมชน ดังนั้น จึงมีความต้องการให้มีผู้นำชุมชนที่เข้มแข็งและลงมือทำกิจกรรม ต้องการให้ อปท. รพ. สต. ประสานความร่วมมือในการทำงานต้องการได้รับการดูแลทางสุขภาพอย่างสม่ำเสมอและทั่วถึง ต้องการให้บุตรหลานมาเยี่ยมเยียนอย่างสม่ำเสมอและให้มีจิตสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ

นอกจากนี้แล้ว ปัญหาการดูแลผู้สูงอายุอย่างไม่เหมาะสม คือ การกระทำหรือการละเว้นกระทำที่ส่งผลให้เกิดอันตรายหรือความเสี่ยงต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ มีทั้งที่เกิดจากการจงใจหรือไม่จงใจ ส่วนใหญ่เกิดจากสมาชิกในครอบครัวที่เป็นคนใกล้ชิดของผู้สูงอายุ ซึ่งสามารถจำแนกประเภทการดูแลผู้สูงอายุไม่เหมาะสมจำนวน 5 เรื่อง

1. การทำร้ายร่างกาย (Physical Abuse) คือ การกระทำที่ก่อให้เกิดอันตรายแก่กาย เจ็บปวดบาดแผล ความพิการ เช่น ผลักให้ล้ม หยิก เขย่าตัว กระแทกกระทั้น

2. การเพิกเฉยละเลย ทอดทิ้ง (Physical Neglect) คือ ผู้ดูแลไม่ดูแลให้ผู้สูงอายุสามารถทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานได้ตามสมควร หรือสามารถป้องกันอันตรายที่อาจเกิดแก่ตนเองได้อย่างเหมาะสม หรือจัดหาข้าวของเครื่องใช้ที่เพียงพอต่อการดำรงชีวิตได้ ไม่พามาหาหมอเมื่อเจ็บป่วย

3. การทำร้ายจิตใจ (Psychological Abuse) คือ การกระทำที่ทารุณจิตใจ เช่น ประชดประชันกระทบกระเทียบเปรียบเปรย คำว่า ทำให้รู้สึกว่ามีค่า พูลลับหลัง อาจเป็นการกระทำด้วยวาจา (Verbal Abuse) หรือ อารมณ์ภาษาที่ได้อ (Emotional Abuse) เช่น กิริยาปรายทางตามองเหยียดหยาม ทำท่าเบื้อหน้ายรำคาญ เป็นต้น

4. การโกงเงินผู้สูงอายุ (Financial Exploitation) คือ การนำเงินผู้สูงอายุไปใช้อย่างไม่เหมาะสม เพื่อประโยชน์ของตนเองหรือผู้อื่น แทนที่จะใช้เพื่อประโยชน์ของผู้สูงอายุเอง เช่น ขอยืมเงินหรือขอเงินโดยไม่คืนการเอาทรัพย์สินของผู้สูงอายุไปจำหน่ายหรือขายโดยไม่ได้รับความยินยอมพร้อมใจ

5. การละเมิดสิทธิมนุษยชน (Violation of Rights) คือ การกระทำที่เพิกเฉย ไม่เคารพต่อศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ จำกัดอิสรภาพ ทำลายข้าวของทรัพย์สินของผู้สูงอายุ ประจานให้ได้ยินในที่สาธารณะ การไม่ถามความสมัครใจของผู้สูงอายุเพราะถือว่าแก่แล้ว ไม่มีสิทธิ์ ไม่มีเสียงเพราะชราภาพ ป่วยหรือพิการแล้วจึงไม่ต้องออกความเห็นก็ได้ เป็นต้น

เมื่อลงลึกในสภาพปัญหาการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชน ที่สำคัญ 4 ประการ คือ 1) การลดลงของผู้ดูแลในครอบครัว 2) การเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง 3) ความต้องการการดูแลที่บ้านมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และ 4) ปัญหาการได้รับการดูแลที่ไม่เหมาะสม จึงได้ให้ข้อเสนอเชิงนโยบายบูรณาการที่มีรูปแบบผสมผสานระหว่างบ้านและศูนย์บริการ (Integrated Home-Service Center Model) บูรณาการบริการด้านกาย จิต ปัญญา และสังคมบนพื้นฐานของครอบครัว ชุมชน และผู้สูงอายุ ตลอดจนการบริหารจัดการที่ดีภายใต้ความสามารถของหน่วยงานและประชาชนในชุมชน (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2550)

นอกจากนี้แล้ว เกรียงศักดิ์ ชรรมอภิล และคณะ (2555, น. 32-33) ได้ศึกษาปัญหาอุปสรรคในการจัดการดูแลระยะยาวกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียงโดยชุมชนพบว่า มีจำนวน 5 ด้าน ได้แก่ 1) ปัญหาด้านครอบครัว คือ ผู้สูงอายุไม่ให้ความร่วมมือในการดูแลสุขภาพและมีปัญหาสภาพจิตใจ ผู้ดูแล/ครอบครัวหงุดหงิด เครียด เหนื่อย ท้อแท้ ไม่มีความรู้ในการดูแล ฐานะไม่ดี ขาดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่เพียงพอ และไม่มีเวลาดูแลเพราะต้องทำงานหรือประกอบอาชีพ 2) ปัญหาด้านบุคลากร คือ ขาดบุคลากรที่ทำหน้าที่ในการดูแลโดยตรง อาทิ นักกายภาพบำบัด หรือนักพัฒนาสังคม 3) ปัญหาด้านงบประมาณ คือ ขาดงบประมาณในการจัดซื้อวัสดุอุปกรณ์หรือสิ่งของที่จำเป็นต่าง ๆ 4) ปัญหาด้านการบริหารจัดการ คือ การดูแลไม่ครอบคลุมและทั่วถึง ไม่ต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ความไม่สะดวกในการเดินทางไปพบแพทย์ รับบริการทางสุขภาพและรับเบี้ยผู้สูงอายุ/เบี้ยผู้พิการ 5) ปัญหาด้านเครื่องมือวัสดุอุปกรณ์ คือ ขาดเครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นต่าง ๆ เช่น รถเข็นเตียงนอน ที่นอนลม กระจายชำระ และผ้าอ้อมสำเร็จรูป เป็นต้น

สรุปได้ว่า ปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุ อาจแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ประกอบด้วย

- 1) ระดับปัจเจกหรือปัญหาของตัวผู้สูงอายุเองเกี่ยวกับจำนวนที่เพิ่มมากขึ้น และความร่วมมือในการดูแล
- 2) ระดับครอบครัว/ผู้ดูแลเกี่ยวกับปัญหาความเครียด ขาดเงิน ขาดวัสดุอุปกรณ์ ขาดความรู้ ขาดคนดูแล และการดูแลที่ไม่เหมาะสม (ทำร้ายร่างกายและจิตใจ เพิกเฉย ทอดทิ้ง)
- 3) ระดับองค์กรเกี่ยวกับปัญหาการขาดบุคลากร บุคลากรขาดความรู้ความเข้าใจ ขาดงบประมาณ/เครื่องมือวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ ขาดการบริหารจัดการที่ดี และขาดภาคีเครือข่ายการทำงานร่วมกันในพื้นที่

2.6 การพัฒนาชุดกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

การพัฒนาชุดกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุเป็นการนำเอาแบบอย่างการดูแลผู้สูงอายุของสถานบริการที่ดูแลผู้สูงอายุประเภทให้สถานที่นอนพักทั้งแบบเสียค่าบริการ และแบบไม่เสียค่าบริการ โดยมีการศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบที่สามารถใช้ได้ในทุก สถานบริการ ดังนี้

- 1) พัฒนาชุดกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นการดูแลตนเองของการปฏิบัติตัวในชีวิตประจำวันมี 4 ลักษณะ ประกอบด้วย ดูแลสุขภาพและความฟิตของ ร่างกาย การออกกำลังกาย โภชนาการ การดูแลตนเองป้องกันความผิดปกติของร่างกาย
- 2) พัฒนาชุดกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นความสัมพันธ์กับผู้อื่นมี 4 ลักษณะ ประกอบด้วย ความสัมพันธ์กับครอบครัว ความสัมพันธ์กับเพื่อนฝูง การหย่าร้าง การสูญเสียคู่ชีวิต

2.6.1 การประเมินการพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

2.6.1.1 ประเมินการดูแลสุขภาพและความฟิตของร่างกายตามค่าของ BMI (Body Mass Index) และวัดความดันโลหิตเทียบเกณฑ์ปกติ

2.6.1.2 ใช้แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เซลเอ็ดแอล (MBAI) Modified Barthel Activity of Daily Index ของกรมอนามัย

2.6.1.3 ประเมินการดูแลตนเองของการปฏิบัติตัวในชีวิตประจำวันและความสัมพันธ์ กับผู้อื่นพร้อมคู่มือการดูแลตนเองของผู้สูงอายุหน่วยงานบริการด้านผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครจากทดสอบความรู้ก่อนและหลังการทำโครงการ

2.6.2 รูปแบบที่ใช้ในการประเมิน

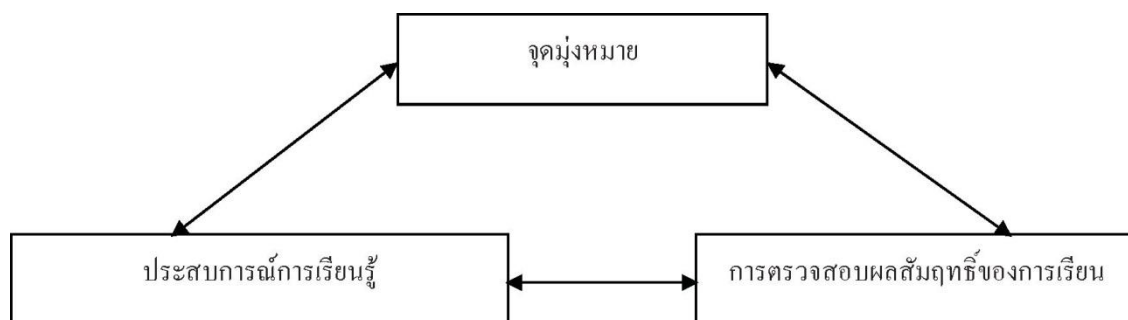
บุญเลี้ยง ทุ่มทอง (2553, น. 302-303) กล่าวว่า รูปแบบของการประเมินได้มีนักวิชาการซึ่งเชี่ยวชาญทางด้านรูปแบบและ การประเมินผลเสนอแนะหลายรูปแบบด้วยกันสามารถนำมาศึกษาเพื่อเลือกใช้ให้เหมาะสม กับความต้องการในปัจจุบัน รูปแบบของการประเมินหลักสูตรสามารถแบ่งได้เป็น 2 ประเภท ใหญ่ ๆ คือ (รูปแบบของการประเมินหลักสูตรที่สร้างเสร็จ

ใหม่ ๆ เป็นการประเมินผล ก่อนนำหลักสูตรไปใช้ซึ่งในกลุ่มนี้จะเสนอรูปแบบเดิม ๆ คือ รูปแบบการประเมินหลักสูตร ด้วยเทคนิคการวิเคราะห์แบบ Puissance Analysis Technique

รูปแบบการประเมินหลักสูตรในระหว่างหรือหลังการใช้หลักสูตร สามารถ แบ่งเป็นกลุ่มย่อย ๆ ได้ 4 กลุ่ม ดังนี้ 1) รูปแบบการประเมินหลักสูตรที่ยึดจุดมุ่งหมาย เป็นหลัก (Goal Attainment Model) เป็นรูปแบบการประเมินที่ประเมินว่าหลักสูตรมีคุณค่า มากน้อยเพียงใด โดยพิจารณาจุดมุ่งหมายเป็นหลัก กล่าวคือ พิจารณาว่าผลที่ได้รับเป็นไป ตามจุดมุ่งหมายหรือไม่ เช่น รูปแบบประเมินหลักสูตรของ Tyler และรูปแบบการประเมิน หลักสูตรของ Hammond 2) รูปแบบการประเมินหลักสูตรที่ไม่ยึดเป้าหมาย (Goal free Evaluation model) เป็นรูปแบบการประเมินที่ไม่นำความคิดเห็นของผู้ประเมินเป็นตัวกำหนดความคิดในโครงการประเมิน ผู้ประเมิน เหตุการณ์ตามสภาพความเป็นจริง มีความเป็นอิสระในการประเมินและต้องไม่มีความลำเอียง เช่น รูปแบบการประเมิน หลักสูตรของ Scriven 3) รูปแบบการประเมินหลักสูตรที่ยึดเกณฑ์เป็นหลัก (Criterion model) เป็นรูปแบบการประเมินที่ต้องอาศัย ผู้เชี่ยวชาญในการตัดสินคุณค่าของหลักสูตร โดยใช้เกณฑ์เป็นหลัก เช่น รูปแบบการประเมินหลักสูตรของ Stake 4) รูปแบบการประเมินหลักสูตรที่ช่วยในการตัดสินใจ (Decision Making Model) เป็นรูปแบบการประเมินที่เน้น การทำงานอย่างมีระบบเกี่ยวกับการรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลและการเสนอผล ที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อช่วยในการตัดสินใจของผู้บริหารหรือผู้ที่เกี่ยวข้อง เช่น รูปแบบการประเมินหลักสูตรของ Provus รูปแบบการประเมินหลักสูตรของ Stufflebeam รูปแบบการประเมินหลักสูตรของ Gow

จึงกล่าวได้ว่า วิธีการประเมินมีหลายรูปแบบผู้ประเมินจะต้องเลือก ให้เหมาะสมกับ สิ่งที่จะประเมินและคำตอบที่ต้องการทราบ จึงจะได้ข้อมูลที่มีความเชื่อมั่น ในการนำข้อมูลไป พัฒนาหลักสูตรให้มีคุณค่า และเหมาะสมกับความต้องการรูปแบบการประเมิน มีดังนี้

รูปแบบการประเมินหลักสูตรของ Tyler โดย Tyler (1949, p. 248) ได้ให้หลักในการ ประเมินผลสัมฤทธิ์ของหลักสูตร โดยพิจารณาตัดสินจากการบรรลุผลสำเร็จ ของ จุดมุ่งหมาย ทางการศึกษาที่ตั้งไว้การประเมินหลักสูตรตามรูปแบบนี้จึงควรตอบคำถาม 4 ข้อ ให้ได้ชัดเจน คือ 1) มีจุดมุ่งหมายทางการศึกษาใดบ้างที่โรงเรียนต้องการ 2) มีประสบการณ์ ทางการศึกษาใดบ้าง ที่ จะทำให้บรรลุจุดมุ่งหมาย 3) ควรจัดประสบการณ์ทางการศึกษา เหล่านี้ขึ้นอย่างไร จึงจะเกิด ประสิทธิภาพ 4) จะตัดสินใจได้โดยวิธีใด ว่าจุดมุ่งหมาย เหล่านี้บรรลุผลตามต้องการ รูปแบบการ ประเมินหลักสูตรของ Tyler เป็นการพิจารณา ความสัมพันธ์ที่เป็นเหตุเป็นผลต่อกันของ องค์ประกอบหลักสูตร 3 ส่วน คือ จุดมุ่งหมาย ทางการศึกษา ประสบการณ์การเรียนรู้และ สัมฤทธิ์ผลของการเรียน ดังภาพที่ 2.1



ภาพที่ 2.1 รูปแบบการประเมินของ Tyler (น. 15), โดย สุนีย์ ภูพันธ์, 2546,

Tyler (1949) มีความเห็นว่า จุดมุ่งหมายของการประเมินเพื่อตัดสินว่า จุดมุ่งหมายเชิงพฤติกรรมที่ตั้งไว้ นั้นประสบความสำเร็จหรือไม่ ส่วนใดที่ประสบผลสำเร็จก็อาจเก็บไว้ ใช้ได้ต่อไป แต่ส่วนใดไม่ประสบความสำเร็จก็ควรปรับปรุงแก้ไข ซึ่ง Tyler ได้เน้นการประเมินผลทางการศึกษาโดยได้จัดลำดับขั้นในการเรียนการสอนและการประเมินผล ดังนี้(1) ตั้งจุดมุ่งหมายเชิงพฤติกรรมด้วยข้อความที่ชัดเจน เฉพาะเจาะจง โดยบ่งบอกถึง พฤติกรรมที่ต้องการวัดในภายหลังด้วย (2) การกำหนดเนื้อหา หรือประสบการณ์ทางการศึกษาที่ต้องการให้บรรลุตามความมุ่งหมายที่ตั้งไว้ (3) เลือกวิธีการเรียนการสอนที่ เหมาะสมในการที่จะทำให้นโยบายที่วางไว้ประสบผลสำเร็จ โดยมีการระบุถึงเครื่องมือ ต่าง ๆ ที่ใช้ในโครงการ และ (4) ประเมินผลโครงการ โดยการตัดสินด้วยการวัดผลทาง การศึกษา หรือการทดสอบสัมฤทธิ์ผลในการเรียน แล้วนำผลที่ได้มาวิเคราะห์ด้วยวิธีการ ทางสถิติ และสรุปรวบรวมเพื่อนำไปปรับปรุง

Tyler (1949) คิดว่า การประเมินผลโครงการเป็นส่วนหนึ่งของการเรียนการสอน การประเมินอาศัยแบบทดสอบสัมฤทธิ์ผลทางการศึกษา การวิเคราะห์และการสังเกตเป็นพื้นฐาน การประเมินคุณค่าของโครงการต้องยึดความสำเร็จของคนส่วนใหญ่เป็นเกณฑ์ โดยมีเกณฑ์กำหนดไว้ล่วงหน้าถึงระดับของความสำเร็จ ซึ่งการประเมินผลตามแนวคิดนี้ เหมาะสำหรับการประเมินผลสรุป (Summative Evaluation) มากกว่าการประเมินผล ความก้าวหน้าผู้ประเมินต้องการประเมินโครงการเกี่ยวกับการเรียนการสอนตามแนวคิด ของ Tyler สามารถดำเนินการตามขั้นตอนโดย

- 1) กำหนดจุดมุ่งหมายหรือวัตถุประสงค์ อย่างกว้าง ๆ
- 2) จำแนกวัตถุประสงค์ออกเป็นประเภท ๆ
- 3) นิยาม วัตถุประสงค์ต่าง ๆ ในรูปวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม
- 4) กำหนดสถานการณ์ที่แสดงความสำเร็จของวัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม
- 5) พัฒนาหรือเลือกเทคนิคในการวัด
- 6) รวบรวมข้อมูลที่เป็นผลงานของ นักเรียน และ
- 7) เปรียบเทียบข้อมูลกับวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมที่กำหนดไว้

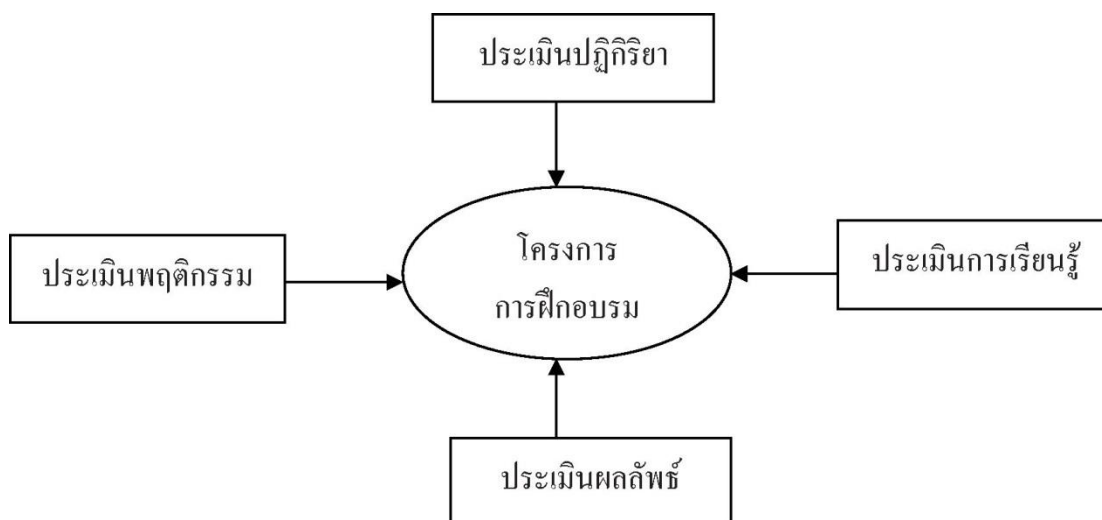
1. รูปแบบการประเมินของ Kirkpatrick โดย Kirkpatrick (1998, pp. 319-325) ได้นำเสนอแนวคิดเกี่ยวกับการฝึกอบรมและการประเมินผลการฝึกอบรมว่า การฝึกอบรม ควรจัดให้มีการประเมินผลการฝึกอบรมซึ่งถือเป็นสิ่งจำเป็นที่จะช่วยให้รู้ว่าการจัดโปรแกรม การฝึกอบรม มีประสิทธิผลเพียงใด การฝึกอบรมเป็นกิจกรรมปกติที่เกิดขึ้นในทุกโครงการ เป็นกิจกรรมที่จัดขึ้นเพื่อพัฒนาบุคลากรในหน่วยงาน โดยมุ่งหวังให้ผู้ผ่านการอบรมได้ มีการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงแนวทางการทำงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นการประเมินผล การอบรมจะทำให้ได้ความรู้อย่างน้อย 3 ประการ คือ 1) การฝึกอบรมนั้นได้ให้อะไรบ้าง หรือเกิดประโยชน์ต่อหน่วยงานในลักษณะใดบ้าง 2) ควรยุติโครงการชั่วคราวก่อน หรือควรดำเนินการต่อไปเรื่อย ๆ 3) ควรปรับปรุงหรือพัฒนาโปรแกรมการฝึกอบรมในส่วนใดบ้าง อย่างไรก็ตามในการประเมินผลโครงการอบรมได้ กำหนดให้มีการประเมิน ประสิทธิภาพของการอบรม 4 ลักษณะ คือ

1.1 การประเมินปฏิกิริยา (Reaction Evaluation) เป็นการประเมินปฏิกิริยาตอบสนองของผู้เข้ารับการอบรมโครงการว่า มีความรู้สึกอย่างไรเกี่ยวกับโครงการ เช่น หลักสูตร เนื้อหาสาระตรงกับความต้องการหรือไม่ ความคิดเห็นต่อเอกสาร สถานที่ โสตทัศนูปกรณ์ ระยะเวลาการอบรมว่ามีความเหมาะสมเพียงใด ได้รับความรู้ทักษะในระดับใดมีความคาดหวังอย่างไรต่อการนำความรู้และทักษะที่ได้รับไปใช้ในการปฏิบัติงาน

1.2 การประเมินการเรียนรู้ (Learning Evaluation) เป็นการประเมินผลการเรียนรู้ ที่เกิดขึ้นของผู้เข้ารับการอบรม เช่น การเพิ่มขึ้นของการเรียนรู้ก่อน-หลังการฝึกอบรม เกี่ยวกับความรู้ (Knowledge) ทักษะ (Skill) และเจตคติ (Attitude)

1.3 การประเมินพฤติกรรม (behavior evaluation) เป็นการประเมินการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมเมื่อกลับไปปฏิบัติงาน เช่น การประเมินการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมก่อน และ หลังการฝึกอบรมว่า เป็นไปในทิศทางที่พึงประสงค์หรือไม่ มีการนำความรู้และทักษะที่ได้ ไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงาน และการที่ผู้เข้ารับการอบรมจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การทำงานได้ นั้น มีเงื่อนไข 5 ประการ คือ 1) ผู้เข้ารับการอบรมต้องปรับปรุงตนเอง 2) ผู้เข้ารับการอบรมต้องรู้จักจุดอ่อนของตนเอง 3) ต้องทำงานในสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเปลี่ยนแปลง 4) ต้องมีผู้ชำนาญที่ น่าสนใจให้ความช่วยเหลือ และ 5) ต้องมีโอกาส ที่จะทำตามความคิดที่เกิดขึ้นใหม่

1.4 การประเมินผลลัพธ์ที่เกิดต่อองค์กร (result) เป็นการประเมินผลลัพธ์ หรือ ผลกระทบที่เกิดต่อองค์กรซึ่งเป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้เข้ารับการอบรม เช่น ลด การเพิ่มกำไรประโยชน์ต่อผู้ร่วมงานหรือผู้เกี่ยวข้อง หน่วยงาน หรือองค์กร เป็นต้น Kirkpatrick ได้นำเสนอความสัมพันธ์ของสิ่งที่ประเมินเป็นแผนภูมิ ดังแสดง ในภาพที่ 2.2



ภาพที่ 2.2 รูปแบบการประเมินของ Kirkpatrick. โดย Kirkpatrick, 1998, Teachers College Record. 19, p.319.

2. รูปแบบการประเมินของ Stufflebeam โดย Stufflebeam (อ้างถึงใน Phi Delta Kappa National Study Committee on Evaluation et al. (1971, p. 41) ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบประเมิน เรียกว่า รูปแบบการประเมินแบบ CIPP Model เป็นการประเมิน ที่เป็นกระบวนการต่อเนื่อง โดยมีจุดเน้นที่สำคัญ คือ ใช้ควบคู่กับการบริหารโครงการ เพื่อหา ข้อมูลประกอบการตัดสินใจอย่างต่อเนื่องตลอดเวลา วัตถุประสงค์การประเมิน คือ การให้สารสนเทศเพื่อการตัดสินใจ คำว่า CIPP เป็นคำย่อมาจากคำว่า Context Input Process และ Product โดย Stufflebeam ได้ให้ความหมายว่า การประเมินเป็นกระบวนการของการบรรยาย การเก็บข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลข่าวสาร เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการตัดสินใจ เลือกทางเลือกที่เหมาะสม มีลักษณะ แบ่งแยกบทบาทของการทำงานระหว่างฝ่ายประเมิน กับฝ่ายบริหารออกจากกันอย่างเด่นชัด กล่าวคือ ฝ่ายประเมินมีหน้าที่ ระบุ จัดหา และ นำเสนอสารสนเทศให้กับฝ่ายบริหาร ส่วนฝ่ายบริหารมีหน้าที่เรียกหา และนำผลการประเมิน ที่ได้ใช้ประกอบการตัดสินใจเพื่อดำเนินกิจกรรมใด ๆ ที่เกี่ยวข้องตามควรแก่กรณี รูปแบบการประเมินแบบ CIPP Model ได้แบ่งการประเมินออกเป็น 4 ด้าน คือ ประเมิน สภาพแวดล้อม (Context Evaluation) ประเมินปัจจัยเบื้องต้น (Input Evaluation) ประเมิน กระบวนการ (Process Evaluation) และประเมินผลผลิต (Product Evaluation) แนวทางการประเมินในด้านต่าง ๆ มีรายละเอียดดังต่อไปนี้ (วิชัย วงษ์ใหญ่, 2554, น. 150-153)

2.1 การประเมินสภาพแวดล้อม (Context Evaluation-C) จะช่วยให้การตัดสินใจ เกี่ยวกับการวางแผนในการกำหนดวัตถุประสงค์ โดยเน้นในด้านความสัมพันธ์ที่เกี่ยวกับ

สภาพแวดล้อม ความต้องการและความจำเป็น กระแสทิศทางของสังคมและการเมือง สภาพเศรษฐกิจและปัญหาของชุมชน ตลอดจนนโยบายของหน่วยงานระดับบนและ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ช่วยวินิจฉัยปัญหาเพื่อให้ได้ข้อมูลพื้นฐานที่จะเป็นประโยชน์ต่อ การตัดสินใจ การบรรยายและการวิเคราะห์สภาพแวดล้อม ยังช่วยให้ทราบถึงตัวแปรที่เกี่ยวข้องและมีความสำคัญ สำหรับการบรรลุเป้าหมาย ทำให้ได้มาซึ่งการเปลี่ยนแปลง วัตถุประสงค์โดยอาศัยการวินิจฉัยและการจัดเรียงลำดับปัญหาให้สอดคล้องกับความต้องการ

2.2 การประเมินปัจจัยเบื้องต้น (Input Evaluation-I) เป็นการประเมินเพื่อพิจารณาถึงความเป็นไปได้ของโครงการ ความเหมาะสม และความพอเพียงของทรัพยากร ที่จะใช้ในการดำเนินโครงการ เช่น งบประมาณ บุคลากร วัสดุ อุปกรณ์ เวลา รวมทั้ง เทคโนโลยีและแผนการดำเนินงาน เป็นต้น

2.3 การประเมินกระบวนการ (Process Evaluation-P) เป็นการประเมินระหว่าง การดำเนินโครงการ เพื่อหาข้อบกพร่องของการดำเนินโครงการ ที่จะใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนา แก้ไข ปรับปรุง ให้การดำเนินการช่วงต่อไปมีประสิทธิภาพมากขึ้น และเป็นการตรวจสอบกิจกรรม เวลา ทรัพยากรที่ใช้ในโครงการ ภาวะผู้นำ การมีส่วนร่วมของ ประชาชนในโครงการ มีการบันทึกไว้เป็นหลักฐานทุกขั้นตอน การประเมินกระบวนการ จะเป็นประโยชน์อย่างมากต่อการค้นหาจุดเด่น หรือจุดแข็ง (Strengths) และจุดด้อย (Weakness) ของนโยบาย/แผนงาน/โครงการ ซึ่งไม่สามารถศึกษาได้ภายหลังจากสิ้นสุด โครงการ การประเมินกระบวนการมีบทบาทสำคัญในเรื่องการให้ข้อมูลย้อนกลับเป็นระยะ เพื่อตรวจสอบการดำเนินโครงการโดยทั่วไปการประเมินกระบวนการมีจุดมุ่งหมาย คือ

2.3.1 เพื่อการหาข้อบกพร่องของโครงการ ในระหว่างที่มีการปฏิบัติการหรือการดำเนินการตามแผนนั้น

2.3.2 เพื่อหาข้อมูลต่าง ๆ ที่จะนำมาใช้ในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดำเนินการโครงการ

2.3.3 เพื่อการเก็บข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้จากการดำเนินงานของโครงการ

2.4 การประเมินผลผลิต (Product Evaluation-P)เป็นการประเมินเพื่อเปรียบเทียบ ผลผลิตที่เกิดขึ้นกับวัตถุประสงค์ของโครงการ หรือความต้องการเป้าหมายที่กำหนดไว้ รวมทั้งการพิจารณาในประเด็นของการยุบ เลิก ขยาย หรือปรับเปลี่ยนโครงการ และการประเมินผลเรื่องผลกระทบ (Impact) และผลลัพธ์ (Outcomes)ของนโยบาย/แผนงาน/ โครงการ โดยอาศัยข้อมูลจากการประเมินสภาวะแวดล้อม ปัจจัยเบื้องต้น

การประเมินแบบCIPPเป็นการประเมินที่ครอบคลุมองค์ประกอบ ผู้ประเมิน ต้องกำหนดวัตถุประสงค์ของการประเมินครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน กำหนดประเด็นตัวแปร หรือตัวชี้วัด กำหนดแหล่งข้อมูล ผู้ให้ข้อมูล กำหนดเครื่องมือการประเมิน วิธีการที่ใช้ ในการรวบรวมข้อมูล กำหนดแนวทางการวิเคราะห์ข้อมูล และเกณฑ์ประเมินที่ชัดเจน การประเมินผลโครงการโดยละเอียดสามารถจำแนกได้ว่าการประเมินผลโครงการ มี 4ระยะดังต่อไปนี้

1. การประเมินผลโครงการก่อนการดำเนินงาน (Pre-Evaluation) เป็นการประเมิน ความจำเป็นและความเป็นไปได้ในการกำหนดให้มีโครงการหรือแผนงานนั้น ๆ หรือไม่ บางครั้ง เรียกการประเมินผลประเภทนี้ว่า การศึกษาความเป็นไปได้ (Feasibility Study) หรือ การประเมินความต้องการจำเป็น (Need Assessment)

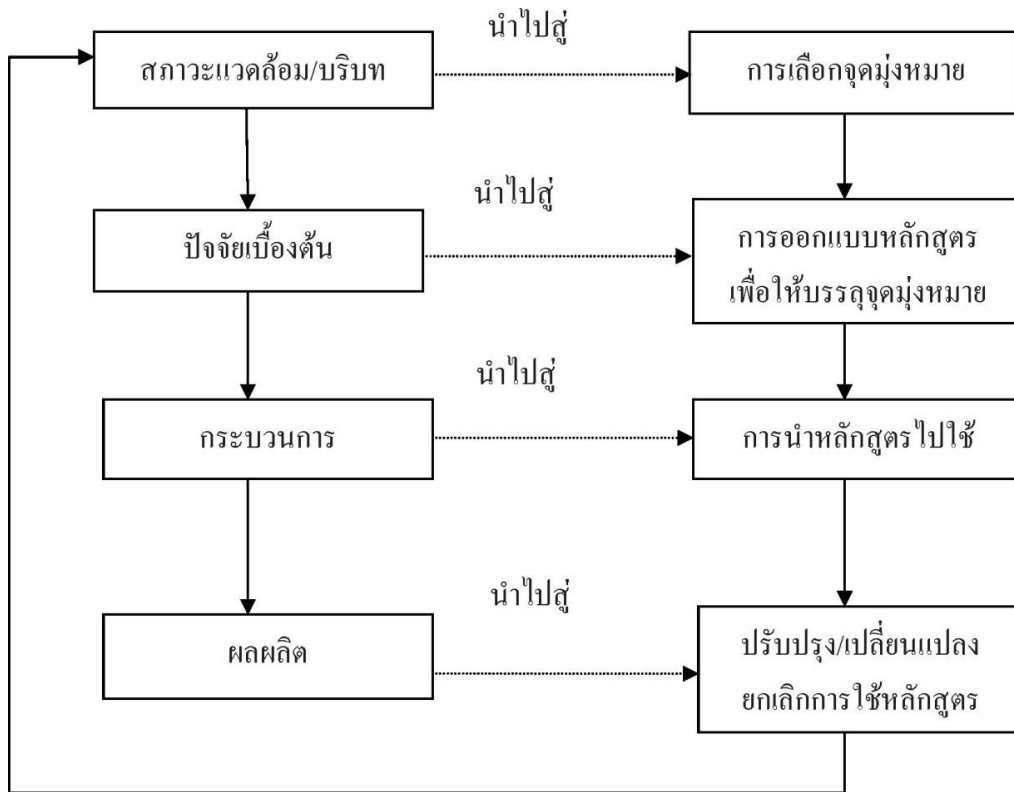
2. การประเมินผลโครงการขณะดำเนินโครงการ (On-Going Evaluation)เป็นการประเมินผลโครงการเพื่อติดตามความก้าวหน้าของการดำเนินงาน (Monitoring) และ การใช้ทรัพยากรต่าง ๆ

3. การประเมินผลโครงการเมื่อสิ้นสุดการดำเนินงาน (Post-Evaluation) เป็นการประเมินว่า ผลของการดำเนินงานเป็นไปตามวัตถุประสงค์ของโครงการที่วางไว้ หรือไม่

4. การประเมินผลกระทบจากการดำเนินโครงการ (Impact Evaluation) เป็นการประเมินผลโครงการ ภายหลังจากการสิ้นสุดการดำเนินโครงการหรือแผนงาน โดยมี วัตถุประสงค์ เพื่อตรวจสอบผลการดำเนินงานที่เกิดขึ้น

สรุปความสัมพันธ์ระหว่างประเภทของการประเมินกับการตัดสินใจของการประเมิน แบบ CIPP ทั้ง 4 ประการ ดังแสดงในภาพที่ 2.3

ประเภทการประเมิน ประเภทการตัดสินใจ



ภาพที่ 2.3 รูปแบบการประเมินและการตัดสินใจของ Stufflebeam. โดย วิชัย วงษ์ใหญ่, 2554.

ลักษณะของการประเมินตามภาพ 8 จะเห็นได้ชัดเจนว่า การประเมิน CIPP Mode เน้นการตัดสินใจควบคู่ไปกับกิจกรรมการประเมินในทุกขั้นตอน สำหรับขั้นตอนของ การประเมิน สภาพแวดล้อม (Context evaluation) และการประเมินปัจจัยเบื้องต้น (Input Evaluation) เป็นการประเมินเพื่อหาข้อมูลประกอบการตัดสินใจก่อนนำโครงการไปปฏิบัติการประเมินกระบวนการ (Process Evaluation) เป็นการหาข้อมูลประกอบการตัดสินใจ ในขณะที่กำลังดำเนินการ โครงการส่วน การประเมินผลผลิต (Product Evaluation) เป็นการหาข้อมูลเพื่อการตัดสินใจเมื่อเสร็จสิ้นโครงการ

2.6.2 การพัฒนาชุดกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ใช้ในการประเมิน

2.6.2.1 การพัฒนาชุดกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ หมายถึงถึง กระบวนการพัฒนา การดูแลตนเองของผู้สูงอายุหน่วยงานบริการด้านผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน มีดังนี้

1) การศึกษาข้อมูลพื้นฐานของผู้สูงอายุที่ประกอบด้วย ระดับของผู้สูงอายุ สภาพร่างกายผู้สูงอายุ เพื่อนำไปกำหนดกรอบแนวคิดการร่างการพัฒนาชุดกิจกรรม การดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

2) การพัฒนาชุดกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ หมายถึง การนำกรอบแนวคิดที่สำคัญและจำเป็นในการพัฒนาชุดกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุหน่วยงานบริการด้านผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร จากการศึกษาข้อมูลพื้นฐานของผู้สูงอายุมากำหนดความสำคัญให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินกิจวัตรในชีวิตประจำวันได้ประกอบด้วย การร่างการพัฒนาชุดกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ การตรวจสอบ และการปรับปรุงแก้ไข ข้อบกพร่องการร่างการพัฒนาชุดกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

3) การทดลองใช้การพัฒนาชุดกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ หมายถึง การนำชุดกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ผ่านการตรวจสอบและปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องเรียบร้อยแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้รูปแบบการทดลองแบบกลุ่มเดียวทดสอบก่อนและหลังการทดลอง (One Group Pre-test & Post-test Design) วัดผลจาก 1) แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน Modified Barthel Activity of Daily Index (MBAI) 2) แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพพฤติกรรมดูแลตนเอง 3) แบบวัดระดับความคิดเห็นความสัมพันธ์กับผู้อื่นของผู้สูงอายุ 4) ชั่งน้ำหนักและวัด ส่วนสูงของผู้สูงอายุก่อนดำเนินการเพื่อหาค่าน้ำหนักตัวที่เหมาะสมตามค่าของ BMI (Body Mass Index) 5) วัดความดันโลหิตของผู้สูงอายุก่อนดำเนินการเพื่อเปรียบเทียบก่อนและ หลังการทดลองเป็นเวลา 4 สัปดาห์

4) การประเมินการพัฒนาชุดกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ โดยนำผล การทดลองใช้มาปรับปรุงแก้ไขเพื่อหาข้อบกพร่องจากการพัฒนาชุดกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุให้มีประสิทธิภาพและตรวจสอบว่าบรรลุตามจุดมุ่งหมายที่กำหนด ไว้หรือไม่

2.6.2.2 การพัฒนาชุดกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย

1) การดูแลตนเองของผู้สูงอายุของการปฏิบัติตัวในชีวิตประจำวันซึ่งมี 4 ลักษณะประกอบด้วย

1.1) ดูแลสุขภาพและความฟิตของร่างกาย หมายถึง มีน้ำหนักตัวที่เหมาะสม ตามค่าของ BMI (Body Mass Index) ตามสูตร น้ำหนัก (กก.)/ความสูง (เมตร)² และวัดความดันโลหิตเทียบเกณฑ์ปกติ

1.2) การออกกำลังกาย หมายถึง มีการออกกำลังกายบนเก้าอี้มีพนักพิง ตามความสามารถของตนอย่างสม่ำเสมอสัปดาห์ละ 3 ครั้ง

1.3) โภชนาการ หมายถึง การรับประทานอาหารได้สัดส่วนของสารอาหารครบประกอบด้วย คาร์โบไฮเดรต โปรตีน ไขมัน วิตามิน เกลือแร่ และน้ำ

1.4) การดูแลตนเองป้องกันความผิดปกติของร่างกายและงานศิลปะ หมายถึง การดูแลให้ร่างกายมีความแข็งแรง มีความยืดหยุ่นตามการเคลื่อนไหว มีการประสานสัมพันธ์ของอวัยวะต่าง ๆ ได้ดีมีการทรงตัวที่ดี

2) ความสัมพันธ์กับผู้อื่นซึ่งมี 4 ลักษณะ ประกอบด้วย

2.1) ความสัมพันธ์กับครอบครัว หมายถึง สภาพและบรรยากาศการอยู่ร่วม ในครอบครัวที่ส่งผลต่อทางจิตใจ

2.2) ความสัมพันธ์กับเพื่อนฝูง หมายถึง มิตรภาพกับบุคคลอื่นทั้งเพื่อน รุ่นเดียวกันหรือเพื่อนที่อ่อนกว่า

2.3) การหย่าร้าง หมายถึง การปรับตัวเข้ากับคู่สมรสไม่ได้ภายหลังการแต่งงาน

2.4) การสูญเสียคู่ชีวิต หมายถึง การตายของคู่ชีวิต หรือการตายของเพื่อนสนิทผู้สูงอายุหมายถึง บุคคลทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 60ปี ขึ้นไป

ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ตามแบบModified Barthel Activity of Daily Index (MBADI) ของกรมอนามัยได้ประยุกต์เกณฑ์การประเมินความสามารถ ในการดำเนินชีวิตประจำวัน ดัชนีบาร์เธล (Barthel ADL Index) เพื่อให้เหมาะสมกับการดำเนินงานดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุนานและครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายตาม กลุ่มศักยภาพ ดังนี้

1. ผลรวมคะแนนอยู่ในช่วง 0-4 คะแนนจัดเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะการพึ่งพาหรือกลุ่ม 3

2. ผลรวมคะแนน อยู่ในช่วง 5-11 คะแนน จัดเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีระดับการพึ่งพา ระดับรุนแรง ถึงปานกลาง หรือกลุ่มที่ 2

3. ผลรวมคะแนน ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไปจัดเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีศักยภาพไม่ต้องการการพึ่งพา หรือกลุ่มที่ 1

การพัฒนาชุดกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุหน่วยงานบริการด้านผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร ที่ผู้วิจัยได้พัฒนาตามกระบวนการ โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อเสริมสร้าง ความรู้ ความเข้าใจ การปฏิบัติเพื่อให้ตนเองมีสุขภาพดีทั้งทางร่างกายและทางจิตใจสามารถ ดำเนินชีวิตปกติในชีวิตประจำวันได้

2.7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.7.1 งานวิจัยภายในประเทศ

ทักษิณา ไกรราช (2549) ได้ศึกษาเรื่อง มิติทางวัฒนธรรมการดูแลสุขภาพแบบพื้นบ้าน ของกลุ่มชาติพันธุ์ในภาคอีสาน พบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุยามปกติ นอกจากการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ออกกำลังกายเป็นประจำ ไม่สูบบุหรี่หรือ สิ่งเสพติด พักผ่อนเหมาะสมกับสภาพตนเองและป้องกันมิให้เกิดโรคหรืออันตรายแก่ร่างกาย นอกจากนี้ ผู้สูงอายุกินยาสุขภาพด้วยการเคี้ยวหมาก ทอผ้า ทำนา ทำสวน ทำไร่ตลอดจน การฝึกสมาธิและฝึกจิต วิธีการทางไสยศาสตร์ ส่วนเป็นหลักพื้นฐานสำคัญในการดูแลสุขภาพที่สอดคล้องแบบแน่นอนอยู่กับวิถีชีวิตประจำวันของชาวอีสาน

อรศรี เสงี่ยมศักดิ์ (2550) ได้ศึกษาเรื่อง รายงานวิจัยรูปแบบการเสริมสร้างการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชุมชนศึกษา เฉพาะกรณี ตำบลน้ำปลีก อำเภออำนาจเจริญจังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ผู้สูงอายุสามารถ ดูแลช่วยเหลือตนเองได้ ส่วนใหญ่เป็นกิจกรรมแบบง่าย เช่น การรักษาความสะอาดส่วนตัว การรับประทานอาหาร การเคลื่อนไหวร่างกาย เตรียมตัวเผชิญปัญหา และการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา สำหรับด้านสุขภาพอนามัยทางกายภาพอยู่ในเกณฑ์ดีส่วนทางด้านจิตใจร้อยละ 52.63 มีความเครียดและวิตกกังวลด้านการประเมินสุขภาพของผู้สูงอายุในหมู่บ้านทดลอง และหมู่บ้านควบคุม พบว่า โรคที่เป็นปัญหาอันดับแรก คือ โรคต่อกระจกส่วนโรคอื่น ๆ ที่เป็นอันดับรอง ส่วนใหญ่เกิดจากสาเหตุพฤติกรรมสุขภาพไม่ถูกต้อง เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ด้านการศึกษาเปรียบเทียบแนวทางการปฏิบัติต่อตนเองของผู้สูงอายุ ทั้ง 2 หมู่บ้าน พบว่า ก่อนการดำเนินกิจกรรม ผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติ ต่อตนเองในระดับพอใช้แต่เมื่อเริ่มสร้างทัศนคติและให้ความรู้ในเรื่องการปฏิบัติต่อตนเอง ตามกิจกรรมที่กำหนดทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมเปลี่ยนไปในระดับดีมาก โดยเฉพาะ หมู่บ้านทดลอง ส่วนหมู่บ้านควบคุมไม่มีความแตกต่าง

วิภาพร สิทธิศาสตร์ และสุชาดา สนวนุ่ม (2550) ได้ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน เขตความรับผิดชอบของ สถานีอนามัยบ้านเสาหิน ตำบลวัดพริก อำเภอเมืองจังหวัดพิษณุโลก การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขตความรับผิดชอบของสถานีอนามัยบ้านเสาหิน ตำบลวัดพริก อ.เมือง จ.พิษณุโลก กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในในหมู่ 6, 7, 8, 9, และ 12 ตำบลวัดพริก อ.เมือง จ.พิษณุโลก จำนวน 345 ราย เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายน กรกฎาคม 2550 เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้กลุ่มประชากรทั้งหมดตามคุณสมบัติที่กำหนด เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผลการวิจัยจากการศึกษา โดยการพิจารณารายด้าน 6 ด้านพบว่า 1) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า พฤติกรรมที่ปฏิบัติมากที่สุด คือกลุ่มตัวอย่างมีการปรึกษาแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทันที เมื่อมีอาการผิดปกติ ค่าเฉลี่ย 3.58 2) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า พฤติกรรมที่ปฏิบัติมากที่สุด คือ มีคนในครอบครัวดูแลและช่วยเหลือ ค่าเฉลี่ย 3.58 3) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า พฤติกรรมที่ปฏิบัติมากที่สุด คือ มีการทำกิจกรรมเพื่อยืดเส้นยืดสาย เช่น แกว่งแขน ยืดขา ค่าเฉลี่ย 3.43 4) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า พฤติกรรมที่ปฏิบัติมากที่สุดคือ รับประทานอาหารรสเค็มจัด ค่าเฉลี่ย 3.80 5) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการพัฒนาด้านจิตวิญญาณของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า พฤติกรรมที่ปฏิบัติมากที่สุดคือ พยายามทำให้รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า ค่าเฉลี่ย 3.61 6) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการพัฒนาด้านการจัดการกับความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า พฤติกรรมที่ปฏิบัติมากที่สุดคือ สามารถที่จะเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ได้อย่างมีสติ ค่าเฉลี่ย 3.56 ผลการวิจัยนี้เสนอแนะให้จัดทำโปรแกรม เพื่อให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมกับชุมชน มากขึ้น เน้นการปฏิบัติการออกกำลังกายที่ถูกต้อง และส่งเสริมเรื่องของการจัดการความเครียด

วิทยาลัยประชากรศาสตร์ (2550) ได้ศึกษาเรื่อง การดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือพบว่าผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่มีหน้าที่เฝ้าบ้านและเลี้ยงหลาน ด้านความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน พบว่า ผู้สูงอายุสามารถอาบน้ำ แต่งตัว รับประทานอาหารได้เอง ยกเว้นผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย เท่านั้นที่ผู้ดูแลด้านการออกกำลังกายพบว่า ผู้สูงอายุคิดว่าไม่จำเป็นเนื่องจากการทำงานที่ค่อนข้างหนัก เพราะในแต่ละวันถือเป็นการออกกำลังกายอยู่แล้วด้านการใช้เวลาว่าง พบว่าผู้สูงอายุมักจะนอนเล่นมีส่วนน้อยเท่านั้นที่สนใจข่าวสารบ้านเมือง ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุนิยม การดูโทรทัศน์และฟังวิทยุในเวลาที่ว่าง ด้านกิจกรรมทางศาสนาพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ตักบาตรในตอนเช้า และมีบางส่วนที่ตักบาตรทุกวันและไปวัดเพื่อถวายอาหารเพล ฟังเทศน์ และ ถือนิมนต์ในวันพระ

โสภณ แสงอ่อน, พรเพ็ญ สำเนาและ พรทิพย์ มาลาธรรม (2550) ได้ศึกษาเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพ สัมพันธภาพในครอบครัว ความรู้ความเข้าใจและภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและกิจกรรม ที่มีความซับซ้อน เช่น การทำความสะอาดบ้าน ภูบ้าน การซักรีดเสื้อผ้า การใช้บริการรถสองแถว และการขับรถเองอยู่ในระดับสูง ผลจากการวิจัยได้แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุ ในปัจจุบันสามารถดูแลช่วยเหลือตนเองได้ในชีวิตประจำวัน ได้ และที่สำคัญสภาพสังคม ที่มีการเปลี่ยนแปลงทำให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ต้องมีการพึ่งพาตนเองให้มากมีการจัดการเรียนรู้ การใช้คอมพิวเตอร์และอินเทอร์เน็ต

สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2551, น. 19) ได้ศึกษาเรื่อง ความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ของผู้สูงอายุเป็นรายกิจกรรม พบว่า ร้อยละ 97.6 ของผู้สูงอายุสามารถกินอาหาร เอง ได้ ร้อยละ 96.9 สวมใส่เสื้อผ้าได้ด้วยตนเอง ร้อยละ 95.7 อาบน้ำ ล้างหน้า แปรงฟันเข้าห้องสุขารวมทั้งทำความสะอาดร่างกายหลังการขับถ่ายได้เอง ร้อยละ 89.1 สามารถ นับเงินทอนได้อย่างถูกต้อง ร้อยละ 87.5 นั่งยองได้ ร้อยละ 86.3 เดินขึ้นบันได 2-3 ชั้นได้ ร้อยละ 83.1 เดินระยะทางประมาณ 200-300 เมตรได้ ร้อยละ 74.1 เดินทางขึ้นรถลงเรือ ได้ตามลำพัง และร้อยละ 72.9 สามารถยกสิ่งของหนักประมาณ 5 กิโลกรัมได้โดยไม่มี คนช่วย สัดส่วนของผู้สูงอายุชายที่ทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ด้วยตนเองสูงกว่าผู้สูงอายุหญิง ในทุกกิจกรรม

สิงหา จันทริขันธ์ (2551) ได้ทำการศึกษาการพัฒนา รูปแบบที่เหมาะสมสำหรับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชนบทโดยใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาสภาพและวิเคราะห์องค์ประกอบเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชนบท และสังเคราะห์องค์ประกอบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชนบทเพื่อสร้างรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลางสำหรับเป็นข้อเสนอเชิงยุทธศาสตร์ การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชนบท โดยใช้กรณีศึกษาจากกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งอาศัยอยู่ในพื้นที่จังหวัดสุรินทร์ กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60-79 ปี ผู้ดูแลใกล้ชิดผู้สูงอายุและผู้นำชุมชน การวิจัยเป็นรูปแบบการวิจัยประยุกต์ ใช้เทคนิคการวิจัยเชิงคุณภาพ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสังเกต แบบสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่มและแบบสอบถาม ผลการวิจัยพบว่า)องค์ประกอบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชนบทของไทยเกี่ยวข้องกับองค์ประกอบ 2 ประการ คือ ประการที่ 1 องค์ประกอบภายในเป็นผลจากความเสื่อมทางร่างกายที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตและพฤติกรรมส่วนตัวและสังคม ซึ่งสามารถอธิบายได้ด้วยทฤษฎีผู้สูงอายุ และ ประการที่ 2 องค์ประกอบภายนอกเกี่ยวข้องกับการพึ่งพิงทางเศรษฐกิจเพื่อการดำรงชีพขั้นพื้นฐาน ในสังคมวัฒนธรรมยุคโลกาภิวัตน์ที่เปลี่ยนแปลงก่อให้เกิดปัญหาต่อผู้สูงอายุอย่างหลากหลาย นอกจากนี้การศึกษาที่ไม่เท่าเทียมและการรับรู้ข้อมูลข่าวสารที่ทันสมัยมีความขัดแย้งกับภูมิปัญญาดั้งเดิม ทั้งนี้ สิ่งแวดล้อมในอดีตถูกทำลายโดยระบบทุนนิยมเป็นอุปสรรคสำหรับผู้สูงอายุในชนบท ซึ่งพึ่งพาธรรมชาติเพื่อการดำรงชีพ อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุมีโอกาสได้รับพิทักษ์จากสิ่งแวดล้อมทั้งทางตรงและทางอ้อม แม้ว่าสวัสดิการจากภาครัฐและเอกชนมีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือผู้สูงอายุในรูปแบบที่หลากหลาย แต่สวัสดิการดังกล่าวมีจำนวนจำกัดและยังไม่ครอบคลุมผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชนบท 2)การสร้างรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชนบท โดยใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง เป็นข้อเสนอเชิงยุทธศาสตร์การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชนบท ซึ่งได้จากการสังเคราะห์องค์ความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุในชนบททุกด้านเป็นฐานข้อมูลได้รูปแบบซึ่งประกอบด้วยยุทธศาสตร์การพัฒนา 5 ด้าน คือ การเตรียมความพร้อม การส่งเสริมโดย

ครอบครัว ระบบคุ้มครองสวัสดิการโดยครอบครัว การพัฒนาบุคลากรด้านครอบครัว การจัดการความรู้และการวิจัยโดยครอบครัว ซึ่งรูปแบบดังกล่าวนี้ ได้รับการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุและครอบครัว รวมทั้งได้รับการยอมรับและความพึงพอใจจากกลุ่มผู้สูงอายุ ผู้ดูแลใกล้ชิดผู้สูงอายุและผู้นำชุมชน อยู่ในเกณฑ์ดี (ร้อยละ 93.78) สรุปโดยภาพรวมรูปแบบที่เหมาะสมสำหรับการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชนบทโดยใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลางเป็นการวิจัยที่มุ่งแสวงหาองค์ความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในชนบทเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้ดำรงคุณค่าแห่งปฐมนิยบุคคลของสังคมอย่างยั่งยืนสืบไป

มณฑาทิพย์ วุฒิ (2553) ได้ทำการศึกษายุทธศาสตร์การจัดสวัสดิการสังคมของผู้สูงอายุในพื้นที่เทศบาลตำบลอรุณภูมิ อำเภอนครหลวง จังหวัดพระนครศรีอยุธยา การศึกษาวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาความต้องการสวัสดิการสังคมของผู้สูงอายุในพื้นที่เทศบาลตำบลอรุณภูมิ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา และ 2) จัดทำและนำเสนอยุทธศาสตร์การจัดสวัสดิการสังคมของผู้สูงอายุในพื้นที่เทศบาลตำบลอรุณภูมิ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย ผู้สูงอายุในตำบลท่าช้าง ตำบลพระนอน และตำบลสามไถ จำนวน 100 คน โดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยใช้ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการศึกษาพบว่า 1) ผู้สูงอายุมีความต้องการสวัสดิการสังคมในด้านต่าง ๆ ภาพรวมอยู่ในระดับมาก โดยเรียงลำดับความต้องการจากมากไปหาน้อย ดังนี้ ด้านแก้ไขปัญหาความยากจนและด้อยโอกาสด้านความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน ด้านสุขภาพอนามัย ด้านการศึกษา ด้านนันทนาการ และด้านที่อยู่อาศัย 2) แนวทางการพัฒนาสวัสดิการสังคมของผู้สูงอายุ ได้จัดทำและนำเสนอยุทธศาสตร์ทั้งหมด 6 ยุทธศาสตร์ 12 โครงการ ดังนี้ ยุทธศาสตร์ที่ 1 ยุทธศาสตร์การให้บริการด้านสุขภาพอนามัยอย่างทั่วถึงและมีคุณภาพ มี 3 โครงการ ยุทธศาสตร์ที่ 2 ยุทธศาสตร์การสร้างสังคมแห่งการเรียนรู้และพัฒนาภูมิปัญญาของผู้สูงอายุ มี 3 โครงการ ยุทธศาสตร์ที่ 3 ยุทธศาสตร์การจัดสวัสดิการนันทนาการผู้สูงอายุ มี 3 โครงการ ยุทธศาสตร์ที่ 4 ยุทธศาสตร์ความมั่นคงและปลอดภัยในที่อยู่อาศัย มี 1 โครงการ ยุทธศาสตร์ที่ 5 ยุทธศาสตร์ความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน มี 2 โครงการ และยุทธศาสตร์ที่ 6 ยุทธศาสตร์การจัดสวัสดิการกองทุนผู้สูงอายุมี 1 โครงการ

สิงหา จันทริยวัฒน์ (2553) ได้ทำการศึกษารูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชนบทของราชอาณาจักรไทยและราชอาณาจักรกัมพูชาโดยใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง โดยวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพและวิเคราะห์ห้วงองค์ประกอบคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชนบทของราชอาณาจักรไทยและราชอาณาจักรกัมพูชา เพื่อเปรียบเทียบองค์ประกอบคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชนบทของราชอาณาจักรไทยและราชอาณาจักรกัมพูชา และเพื่อสร้างรูปแบบจำลองการพัฒนา

คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชนบทโดยใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง โดยใช้กรณีศึกษาซึ่งเป็นผู้สูงอายุ ที่มีอายุระหว่าง 60- 79 ปี ผู้ดูแลใกล้ชิดผู้สูงอายุและผู้นำชุมชน ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ราชอาณาจักรไทย ได้แก่ หมู่บ้านสนบ ตำบลม อำเภอสังขะ จังหวัดสุรินทร์ และพื้นที่ราชอาณาจักรกัมพูชา ได้แก่ ภูมิโดนแก คุ่มสำโรง ศรีอกลำโรง เขตอุดรมีชัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยใช้เทคนิคชาติพันธุ์วรรณา เทคนิคเดลฟาย และการสอบทานด้านเทคนิคประชาพิจารณา เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสังเกต แบบสัมภาษณ์ แบบสอบถาม และประเด็นการสนทนากลุ่ม

ผลการวิจัยพบว่า 1) สภาพองค์ประกอบคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชนบทของราชอาณาจักรไทยและราชอาณาจักรกัมพูชา มี 2 ประการ คือ ประการแรกเป็นองค์ประกอบคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุภายนอกด้านเศรษฐกิจและบทบาทหญิงชาย ความเชื่อและสังคมวัฒนธรรม ประเพณี การศึกษาในฐานะสังคมประกิตและภูมิปัญญา สิ่งแวดล้อมและสวัสดิการคุ้มครอง ส่วนประการที่สองเป็นองค์ประกอบคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุภายในด้านสุขภาพกายอันเนื่องมาจากความเสื่อมของร่างกาย สุขภาพจิตและพฤติกรรมกรปฏิบัติ ทั้งในด้านดีและไม่ดี ซึ่งผู้สูงอายุที่มีครอบครัวคอยช่วยเหลือดูแลย่อมมีโอกาสดีกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังและยากไร้ 2) จากการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชนบทของราชอาณาจักรไทยและราชอาณาจักรกัมพูชา พบว่าผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตดีมีความคล้ายคลึงกันอย่างชัดเจน ในองค์ประกอบคุณภาพชีวิตภายนอกด้านความเชื่อและสังคมวัฒนธรรม ประเพณี การศึกษาในฐานะสังคมประกิตและภูมิปัญญา รวมทั้งองค์ประกอบภายในด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิต ส่วนความแตกต่างกันมีความชัดเจนในองค์ประกอบภายนอกด้านเศรษฐกิจและบทบาทหญิงชาย สิ่งแวดล้อม สวัสดิการคุ้มครอง และพฤติกรรมกรปฏิบัติ ในทำนองเดียวกันผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตไม่ดี มีความคล้ายคลึงกันอย่างชัดเจน ในองค์ประกอบภายนอกด้านเศรษฐกิจและบทบาทหญิงชาย ความเชื่อและสังคมวัฒนธรรม ประเพณี การศึกษาในฐานะสังคมประกิตและภูมิปัญญา สิ่งแวดล้อม รวมทั้งองค์ประกอบภายในด้านสุขภาพกาย และพฤติกรรมกรปฏิบัติ ส่วนความแตกต่างกันมีความชัดเจนในองค์ประกอบภายนอกด้านสวัสดิการคุ้มครองและสุขภาพจิต ซึ่งราชอาณาจักรไทย มีนโยบายชัดเจนในการช่วยเหลือผู้สูงอายุ รวมทั้งระบบอุปถัมภ์ของชุมชนแบบเครือญาติที่สอดแทรกอยู่ในความเชื่อและสังคมวัฒนธรรมประเพณีของท้องถิ่น

ดวงใจ คำคง (2554) ได้ทำการศึกษาวิจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ตำบลลำสินธุ์ อำเภอสรินครินทร์ จังหวัดพัทลุง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในตำบลลำสินธุ์ จังหวัดพัทลุง กลุ่มตัวอย่างได้มาจากการสุ่มแบบมีระบบจำนวน 170 คน จากฐานข้อมูลผู้สูงอายุตำบลลำสินธุ์ในทะเบียนราษฎร์ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่พัฒนามาจากแนวความคิดของพุทธทาสภิกขุและองค์การอนามัยโลก

ซึ่งประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ คือ ด้านปัญญา ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคมด้านสิ่งแวดล้อมรวม 48 ข้อ ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยการพิจารณาค่าดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหาเกี่ยวกับวัตถุประสงค์เป็นรายชื่ออยู่ระหว่าง 0.67 – 1 และได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาชด้านปัญญา ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสภาพแวดล้อม เท่ากับ 0.867, 0.854, 0.914, 0.917 และ 0.926 ตามลำดับ ผลการวิจัยพบว่า 1) ผู้สูงอายุในตำบลลำสินธุ์มีอายุเฉลี่ย 70.2 ปี (SD = 7.51) ครึ่งหนึ่งมีอายุ 60 -69 ปี 2) คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูงร้อยละ 48.2 ระดับคุณภาพชีวิตรายด้าน อยู่ในระดับสูง 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม โดยมีด้านปัญญาอยู่ในระดับปานกลาง 3) ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตพบว่า ปัจจัยด้านอายุและสถานภาพหม้าย มีผลทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ส่วนสถานภาพสมรสมีผลทางบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

เบญจลักษณ์ อัครพสุชาติ (2555) ได้ทำการศึกษาบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลในเขตเทศบาลเมืองอุดรดิตถ์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อการศึกษา บทบาทในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลในเขตเทศบาลเมืองอุดรดิตถ์และปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลในเขตเทศบาลเมืองอุดรดิตถ์ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มีจำนวน 359 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามแบบประเมินค่า 5 ระดับ ที่มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ 0.86 สถิติที่ใช้ในการคิดวิเคราะห์ข้อมูลคือ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการวิจัยพบว่า 1) ผู้ดูแลผู้สูงอายุมิบทบาทในการดูแลทุกด้านอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.98$) เมื่อพิจารณาแต่ละด้านพบว่าบทบาทที่กระทำมากเป็นอันดับแรก คือ การดูแลด้านสังคม ($\bar{x} = 4.07$) รองลงมาคือการดูแลด้านร่างกาย ($\bar{x} = 4.04$) ด้านอารมณ์และจิตใจ ($\bar{x} = 4.02$) และการดูแลด้านเศรษฐกิจ ($\bar{x} = 3.82$) ตามลำดับ 2) ปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลพบว่ามีปัญหา 3 อันดับแรก ในแต่ละด้านมีดังนี้ ด้านร่างกายของผู้ดูแลคือ ผู้ดูแลเกิดอาการเครียด วิตกกังวล ($f = 81$) รองลงมาคือความดันโลหิตสูง ($f = 76$) เหนื่อยง่ายและมีเวลาพักผ่อนน้อย ($f = 86$) รองลงมาคือหงุดหงิด รำคาญ เวลาพูดคุยกันไม่รู้เรื่องและขัดแย้งทางความคิด ($f = 83$) และเบื่อหน่ายต่อการดูแลผู้สูงอายุเป็นเวลานาน ($f = 72$) ตามลำดับปัญหาด้านสังคม คือมีภาระงานภายนอกบ้านในการประกอบอาชีพการทำงานมาก ($f = 187$) รองลงมาคือมีเวลาอยู่กับผู้สูงอายุน้อย ($f = 174$) และขาดการดูแลจากบุคลากรทางการแพทย์สาธารณสุขในการส่งเสริมสุขภาพและเยี่ยมช่วยเหลือในการดูแลผู้สูงอายุ ($f = 167$) ตามลำดับ ปัญหาด้านเศรษฐกิจ คือต้องนำรายได้ไปใช้เพื่อการศึกษาของบุตร ค่าสาธารณูปโภค ค่าผ่อนบ้าน ผ่อนรถ ($f = 129$) รองลงมาคือ บางเดือนรายได้ไม่พอกับการใช้จ่าย ($f = 84$) และต้องพึ่งบริการของสาธารณสุขและโรงพยาบาลเท่านั้น เมื่อตนเองหรือผู้สูงอายุเจ็บป่วย ไม่สามารถใช้บริการคลินิกแพทย์ ($f = 39$) ทำให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุ ทางด้านเศรษฐกิจยังไม่มากเท่าที่ผู้ดูแลต้องการ

พรพรรณ มนัสจกุก และคณะ (2557) ได้ศึกษารูปแบบการมีสุขภาพดีในผู้สูงอายุ หมู่บ้านหนองตะไก่อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับการรับรู้ การมีสุขภาพดีในผู้สูงอายุ และศึกษาความหมายของการมีสุขภาพดีในมุมมองของผู้สูงอายุ บ้านหนองตะไก่อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี โดยศึกษาเชิงปริมาณและคุณภาพ กลุ่มตัวอย่างคือผู้ที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาเชิงปริมาณ จำนวน 230 ราย การศึกษาเชิงคุณภาพ จำนวน 12 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเชิงปริมาณ ได้แก่ เครื่องมือวัดรูปแบบการมีสุขภาพดีในผู้สูงอายุ และการศึกษาเชิงคุณภาพ ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ปลายเปิดแบบกึ่งโครงสร้าง สอบถามโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก ผลการศึกษาเชิงปริมาณพบว่า ระดับการรับรู้สุขภาพที่ดีในผู้สูงอายุแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับสูง (ร้อยละ 41.74), ปานกลาง (ร้อยละ 57.83), และ ระดับต่ำ (ร้อยละ 0.43) การวิเคราะห์เชิงคุณภาพผลการศึกษาพบว่า ในมุมมองของผู้สูงอายุที่สุขภาพดีต้องมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่เหมาะสมกับวัยของตนเอง สามารถปรับตัวในวัยที่เพิ่มขึ้นสามารถใช้ชีวิตเมื่อมีโรคประจำตัว มีจิตใจที่ดี มีความพอดีในการใช้ชีวิตและความสามารถอยู่ได้กับธรรมชาติ ชีวิตมีคุณค่าสามารถพึ่งพิงตนเองได้ มีสังคมและการได้รับการยอมรับจากผู้อื่น เป็นผู้สูงอายุที่สามารถทำประโยชน์ต่อผู้อื่นและต่อพระพุทธศาสนา การวิจัยนี้จะเป็นประโยชน์ต่อหน่วยบริการด้านสุขภาพในการวางแผนเพื่อดูแลสุขภาพในผู้สูงอายุในพื้นที่เพื่อให้เป็นผู้สูงอายุที่สุขภาพดี สอดคล้องกับมิติที่มีความเกี่ยวข้องกันกับการมองสุขภาพเป็นองค์รวมครอบคลุมการมองสุขภาพที่ดีทั้ง 4 มิติ คือ ร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ

วัชพลประสิทธิ์ ก้อนแก้ว (2557) ได้ศึกษาเรื่อง พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตเทศบาลตำบลคลองตาหาร อำเภอมือเมืองชลบุรี. ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่ตอบแบบสอบถามจะเป็นเพศหญิง อายุระหว่าง 60-69 ปีมากกว่าครึ่งมีสถานภาพสมรส มีการศึกษาระดับประถมศึกษา มากกว่าครึ่งมีรายได้ไม่เกิน 5,000 บาทต่อเดือน มีรายได้ไม่น้อยกว่ารายจ่าย มีแหล่งที่มาของรายได้ส่วนใหญ่ได้รับจากสวัสดิการจากรัฐ มีภาวะสุขภาพอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง มีสัดส่วนผู้มีโรคประจำตัวและไม่มีโรคประจำตัวใกล้เคียงกัน โดยพบว่า ผู้ที่มีโรคประจำตัวป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด รองลงมาคือโรคเบาหวาน และการวิเคราะห์ระดับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตเทศบาลตำบลคลองตาหาร อำเภอมือเมืองชลบุรีพบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลางเมื่อพิจารณารายละเอียดในแต่ละด้าน พบว่าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางทุกด้าน โดยมีพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารเป็นพฤติกรรมที่ดีที่สุด รองลงมาคือ การปฏิบัติตนในภาวะเจ็บป่วย การจัดการความเครียด และมีพฤติกรรมการออกกำลังกายแย่มากที่สุด และ เมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุสถานภาพสมรส รายได้ความพอเพียง

ของรายได้ และภาวะการมีโรคประจำตัวแตกต่างกันมีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมไม่แตกต่างกัน ส่วนผู้สูงอายุที่มีเพศ ระดับการศึกษา แหล่งที่มาของรายได้ส่วนใหญ่แตกต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ปิยภรณ์ เลาหบุตร (2557) ได้ทำการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนหมู่ 7 ตำบลพลูตาหลวง อำเภอสัตหีบ จังหวัดชลบุรี ผลการศึกษา พบว่า โดยภาพรวม คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอยู่ในระดับค่อนข้างดีเมื่อจำแนกตามรายด้านได้ดังนี้ ด้านสิ่งแวดล้อม อยู่ในอันดับ 1 ด้านร่างกาย อยู่ในอันดับ 2 ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม อยู่ในอันดับ 3 ด้านจิตใจ อยู่ในอันดับ 4 ผลการเปรียบเทียบ พบว่า คุณภาพของผู้สูงอายุในชุมชนหมู่ 7 ตำบลพลูตาหลวง อำเภอสัตหีบ จังหวัดชลบุรี ที่มีเพศ อาชีพ สถานภาพต่างกัน มีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน ส่วนผู้สูงอายุ ที่มี อายุ ระดับการศึกษา ต่างกัน มีคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ข้อเสนอแนะ 1) ควรส่งเสริมระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุทางด้านความสัมพันธ์ทางสังคมโดยองค์การบริหารส่วนตำบลพลูตาหลวง ควรกำหนดนโยบายและงบประมาณในการส่งเสริมระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยบูรณาการร่วมกันระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อไม่ให้เกิดความซ้ำซ้อนระหว่างหน่วยงาน 2) ควรมีนโยบายส่งเสริมระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุทางด้านร่างกาย และจิตใจโดยกระทรวงสาธารณสุข องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง อย่างต่อเนื่องและจริงจัง

ภูมิวัฒน์ พรวนสุข (2558) ได้ศึกษาแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเขตจังหวัดแพร่ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเขตจังหวัดแพร่ กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 164 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาผลการวิจัยพบว่า 1) ภาพรวมของปัญหาการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ด้านสุขภาพอนามัย ด้านสังคม ด้านครอบครัว และด้านการเงินและการงานพบว่า อยู่ในระดับมาก 2) แนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ พบว่า ด้านสุขภาพอนามัย ควรมีการนำแผนยุทธศาสตร์ไปปฏิบัติได้จริงที่สอดคล้องและตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ ควรมีการจัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุพร้อมทั้งมีบริการตรวจสุขภาพประจำปีอย่างจริงจัง ควรมีการตั้งศูนย์พัฒนาผู้สูงอายุอย่างเหมาะสม หรือศูนย์ออกกำลังกายควรมีก่อสร้างหรือมีกลุ่มอาสาสมัครออกเยี่ยมที่บ้านพร้อมรับฟังปัญหาและแนะนำแนวทาง พร้อมทั้งตั้งงบประมาณไว้รองรับผู้สูงอายุในอนาคตด้านสังคม ควรจัดกิจกรรมส่งเสริมให้คนในชุมชนมีส่วนร่วมดูแลและให้เกิดความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ และควรจัดสวัสดิการแจกสิ่งของที่จำเป็นแก่ผู้สูงอายุ และเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้ร่วมกิจกรรมทางศาสนาและได้บำเพ็ญประโยชน์

แก่สังคม ควรมีการรับ-ส่งไปโรงพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยควรมีการแจ้งข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์แก่ผู้สูงอายุอย่างทั่วถึง ด้านครอบครัวควรจัดการปรับปรุงที่อยู่อาศัยและตั้งศูนย์ที่พักพิงชั่วคราวของผู้สูงอายุอย่างเหมาะสมและปลอดภัย และควรสนับสนุนงบประมาณในการจัดกิจกรรมให้เพียงพอต่อความต้องการในวันสำคัญของครอบครัวเพื่อสร้างสายใยครอบครัวและสนับสนุนให้อยู่กับครอบครัวและส่งเสริมให้ผู้สูงอายุอยู่กับครอบครัวอย่างมีความสุขจนวาระสุดท้าย และควรจัดอบรมให้ความรู้แก่สมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุอย่างถูกต้องตามหลักเกณฑ์ ด้านการเงินและงาน ควรสนับสนุนในด้านอาชีพการหารายได้ที่เหมาะสมตามความถนัดของผู้สูงอายุ และให้มีส่วนร่วมปฏิบัติทุกขั้นตอน พร้อมทั้งสนับสนุนงบประมาณเพื่อจัดอบรมเพิ่มความรู้อะกาศษด้านอาชีพ และมีการบริการจัดการนำผลิตภัณฑ์กลุ่มออกจำหน่าย และจัดตั้งกองทุนและสวัสดิการกลุ่ม

พิมพิสุทธิ์ บัวแก้ว และ รติพร ถึงฝั่ง (2559) ได้ศึกษาเรื่องการดูแลสุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทยการศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทยและอำนาจในการทำนายภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ด้วยตัวแปรคุณลักษณะส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคมและการดูแลสุขภาพ โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากการสำรวจประชากรผู้สูงอายุ ประจำปี พ.ศ. 2554 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ จำนวนตัวอย่างทั้งสิ้น 16,058 คน ผลการศึกษาพบว่าภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทยอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคมและการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุร่วมกันทำนายภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทยได้ร้อยละ 11.2 ตัวแปรที่สำคัญที่สุด คือ รายได้โดยพบว่าระดับรายได้เฉลี่ยต่อปีตั้งแต่ 50,000 บาทขึ้นไป สามารถทำนายภาวะสุขภาพผู้สูงอายุได้มากที่สุด โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน เท่ากับ .174 รองลงมาคือการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน เท่ากับ .164 การศึกษานี้เสนอแนะว่าภาครัฐควรที่จะคงไว้ซึ่งนโยบายที่เกี่ยวข้องกับสวัสดิการของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุและปรับปรุงช่องทางการเข้าถึงสิทธิดังกล่าวให้ครอบคลุมและทั่วถึง รวมทั้งส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัว

2.7.2 งานวิจัยต่างประเทศ

Thomopoulou et al. (2010, pp. 13-28) ได้ศึกษาและวิจัยเกี่ยวกับความแตกต่างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและความโดดเดี่ยวหรือความว้าเหวของผู้สูงอายุโดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความแตกต่างในเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจำแนกตามช่วงของอายุ และเพื่อศึกษาความโดดเดี่ยวหรือความว้าเหวของผู้สูงอายุจำแนกตามช่วงของอายุ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ผู้สูงอายุชาวกรีกจำนวน 180 คน ที่มีช่วงอายุตั้งแต่ 60 ปี ถึง 93 ปี เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลพื้นฐาน แบบวัดคุณภาพชีวิตซึ่งแบ่งเป็น 4 ด้านได้แก่

ด้านสุขภาพร่างกาย ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ด้านจิตใจ และด้านครอบครัว โดยแบบวัดคุณภาพชีวิตดังกล่าวมีมาตรวัดเป็น 6 ระดับตั้งแต่สำคัญน้อยที่สุดจนถึงสำคัญมากที่สุด โดยอยู่บนฐานแนวคิดของลิเกิร์ต โดยแบบวัดคุณภาพชีวิตมีค่าความเชื่อมั่นรายด้านตามสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบัคตั้งแต่ 0.749-0.881 ส่วนแบบวัดความโดดเดี่ยวหรือความว่าเหวมีมาตรวัดเป็น 4 ระดับตั้งแต่ตลอดเวลา จนถึงไม่เคยเกิดขึ้นตามแนวคิดของลิเกิร์ต มีค่าความเชื่อมั่นตามสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบัคเท่ากับ 0.849 ผลการศึกษาพบว่า 1) ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย 120 คน และเป็นเพศหญิง 60 คนสามารถจำแนกเป็นช่วงอายุผู้สูงอายุได้เป็นอายุ 60-74 ปี จำนวน 100 คน และช่วงอายุตั้งแต่ 75 ปี ขึ้นไป จำนวน 80 คน สถานภาพสมรสจำนวน 118 คน หย่าร้าง 9 คน และเป็นม่าย 53 คน 2) ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเพศชายสูงกว่าผู้สูงอายุเพศหญิง 3) ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีอายุ 60-74 ปี สูงกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 75 ปีขึ้นไป 4) ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีสมรสสูงกว่าผู้สูงอายุที่หย่าร้าง แต่ผู้สูงอายุที่หย่าร้างมีระดับคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้สูงอายุที่เป็นสถานภาพเป็นม่าย 5) ระดับความโดดเดี่ยวหรือความว่าเหวของผู้สูงอายุเพศหญิงสูงกว่าผู้สูงอายุเพศชาย 6) ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสซึ่งมีการติดต่อลูกหลานจะมีความโดดเดี่ยวหรือความว่าเหวน้อยกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพหย่าร้างและผู้สูงอายุที่มีสถานภาพเป็นม่าย นอกจากนี้ยังพบอีกว่าผู้สูงอายุเพศหญิงที่มีสถานภาพเป็นม่ายจะมีเจ็บปวดทางจิตใจในเรื่องความโดดเดี่ยวหรือว่าเหวจากการสูญเสียคนที่รักอย่างเห็นได้ชัด เช่นและคณะ (Chen et al., 2010, pp. 61-72) ได้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับความพึงพอใจของผู้สูงอายุของคนจีนที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 356 คน ผลการวิจัยพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจผู้สูงอายุเพศชายได้แก่อายุ การไม่เจ็บไข้ได้ป่วย การมีสถานะทางการเงินที่ดี การไม่ขัดแย้งกับผู้อื่น การมีลูกหลานเป็นเพื่อน และประสิทธิภาพของตนเอง ในขณะที่ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุเพศหญิง ได้แก่ การไม่เจ็บไข้ได้ป่วย การไม่ขัดแย้งกับผู้อื่น การมีบทบาทในสังคม การทำกิจกรรมส่วนตัว และกิจกรรมกลุ่ม

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ สามารถแสดงได้ดังตารางที่ 2.3

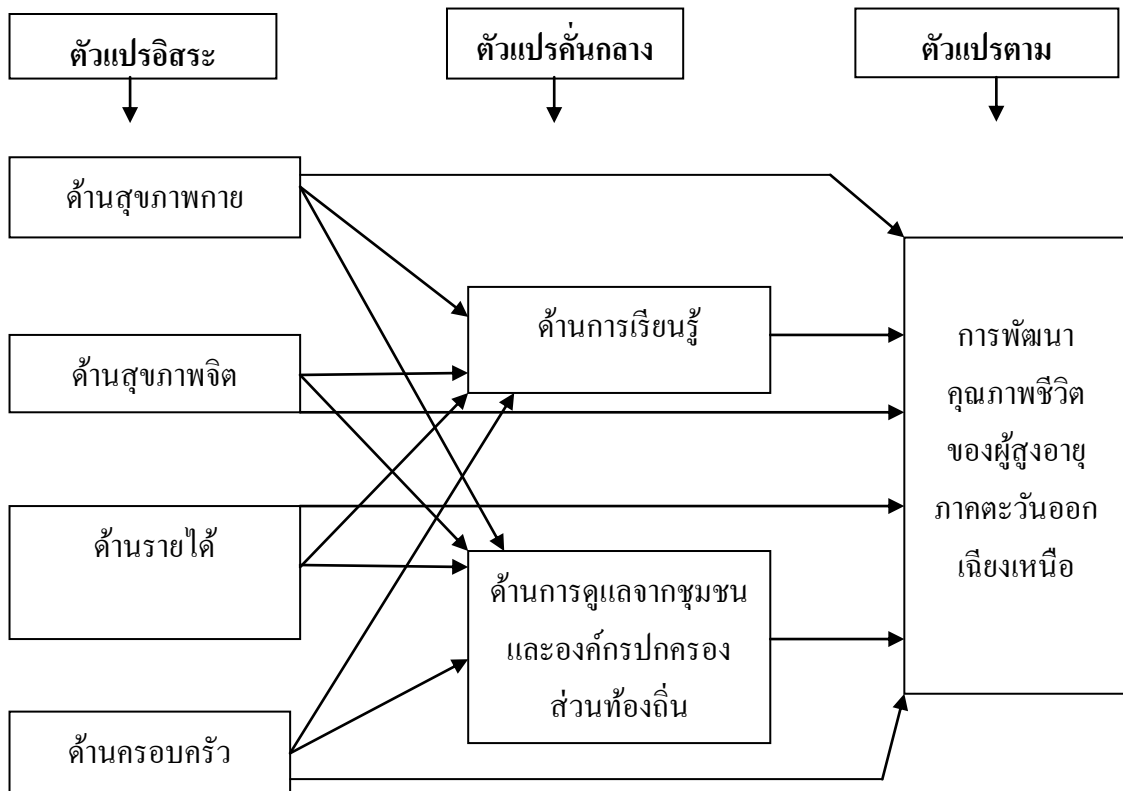
ตารางที่ 2.3

สรุปผลจากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

เอกสารและงานวิจัย	สุขภาพจิต	สุขภาพกาย	รายได้	ครอบครัว	การเรียนรู้	การดูแลจากชุมชน/อปท.
วิไลวรรณ ทองเจริญ และสิริวรรณ อุนนาภิรักษ์	✓	-	-	-	-	-
เจก ธนะสิริ	✓	-	-	-	-	-
ศศิพัฒน์ ยอดเพชร	✓	-	-	✓	-	✓
โสภณ แสงอ่อน.	✓	-	-	-	-	-
สิริพร จิรวัดน์กุล	✓	-	-	-	-	-
ศุภลักษณ์ วัฒนาวิทวัส	-	✓	-	-	-	-
อรชร โวทวิ	-	✓	-	-	-	-
สิรินทร ฉันทสิริกาญจนา	-	✓	-	-	-	-
ศิริพันธุ์ สาสัตย์	-	-	✓	-	-	-
ยุวดี เทียรประสิทธิ์	-	-	-	✓	-	-
กรมการศึกษานอกโรงเรียน	-	-	-	-	✓	-
สมศักดิ์ ดลประสิทธิ์	-	-	-	-	-	✓
อรศรี เสงี่ยมศักดิ์	-	✓	-	-	-	-
วิภาพร สิทธิศาสตร์ และสุชาดา สนวนุ่ม	-	-	-	✓	-	-
โสภณ แสงอ่อน, พรเพ็ญ สำเภาและพรทิพย์ มาลาธรรม	-	-	-	-	✓	-
ทักษิณา ไกรราช	-	✓	-	-	-	-
สิงหา จันทริยวงษ์	-	✓	-	✓	-	-
มณฑาทิพย์ วุฒิ	-	-	-	-	✓	-
ดวงใจ คำคง	-	✓	-	-	-	-
เบญจลักษณ์ อัครพสุชาติ	✓	-	-	-	-	-
พรพรรณ มนลัจจุทอง และคณะ	✓	✓	-	-	-	-
วัชพลประสิทธิ์ ก้อนแก้ว	-	-	✓	-	-	-
ปิยภรณ์ เถาบุตร	-	✓	-	-	-	✓
ภูมิวัฒน์ พรวนสุข	-	-	✓	-	-	-
พิมพ์ิสุทธิ์ บัวแก้ว และ รติพร ถึงฝั่ง	-	-	✓	-	-	-
Thomopoulos et al	✓	-	✓	-	-	-

2.8 กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาเรื่อง กลยุทธ์การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ผู้วิจัยได้สร้างกรอบแนวคิดตามตัวแปรที่ส่งผลต่อกลยุทธ์การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประกอบด้วยตัวแปรด้านสุขภาพกาย ด้านสุขภาพจิต ด้านรายได้ และด้านครอบครัว ขณะเดียวกันยังมีตัวแปรคั่นกลางขึ้นจากที่ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาเบื้องต้นพบตัวแปรคั่นกลาง คือด้านการเรียนรู้ และการดูแลจากชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งส่งผลต่อกลยุทธ์การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ดังแสดงในแผนภูมิที่ 4



ภาพที่ 2.4 กรอบแนวคิดการวิจัย