

## บทที่ 2

### เอกสารแนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยการสร้างนวัตกรรมเสริมพลังเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเข้าสู่ยุคสังคมสูงวัย ในทศวรรษหน้าโดยใช้ชุมชนและสถานศึกษาเป็นฐาน ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นพื้นฐานในการดำเนินการวิจัย ดังนี้

1. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
2. แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564)
3. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความหมายของคุณภาพชีวิต ประกอบด้วย
  - 3.1 สุขภาพ
  - 3.2 หลักประกันและความมั่นคงในชีวิต
  - 3.3 การมีส่วนร่วมในสังคม
  - 3.4 การจัดการความรู้และภูมิปัญญาท้องถิ่น
  - 3.5 บทบาทหน้าที่ของครอบครัวและผู้สูงอายุ
4. แนวคิดเกี่ยวกับการเสริมพลัง
5. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับนวัตกรรม
6. ชุมชนเขตรอบบรี
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

##### 1. ความหมายของผู้สูงอายุ

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542 ให้ความหมายของคำว่า คนแก่ คือ มีอายุมาก หรืออยู่ในวัยชรา และให้ความหมายของคำว่า ชรา คือ แก่ด้วยอายุ ชำรุดทรุดโทรม ซึ่งพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 ได้กำหนดไว้ในมาตรา 3 “ผู้สูงอายุ” หมายความว่า ผู้ที่มีอายุหกสิบปีขึ้นไป มีสัญชาติไทย ซึ่งเป็นการนิยามโดยใช้อายุเป็นเกณฑ์ และใช้เป็นเกณฑ์ในการเกษียณอายุราชการ เนื่องจากสภาพร่างกายเปลี่ยนแปลงเข้าสู่วัยเสื่อม ส่วนสำนักงานสถิติแห่งชาติ ให้ความหมายว่า ผู้สูงอายุหมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป จากที่กล่าวมาเป็นการให้ความหมายผู้สูงอายุด้านกฎหมาย คือ ใช้เกณฑ์ในการกำหนดความสูงอายุตามปฏิทิน ซึ่งจะแตกต่างกันไปตามสังคมและวัฒนธรรมของแต่ละประเทศ และใช้เป็นเกณฑ์ในการปลดเกษียณ หรือใช้พิจารณาการให้ค่าตอบแทนและสวัสดิการต่างๆ (นริสรา พิงพิทธิสภ และฐาศุภร์ จันประเสริฐ, 2555, หน้า 6)

องค์การสหประชาชาติ (United Nation) ให้นิยามว่า “ผู้สูงอายุ” หมายถึง ประชากรทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป โดยนิยมนับตามอายุตั้งแต่แรกเกิด (Chronological age) ส่วนองค์การอนามัยโลก ส่วนองค์การอนามัยโลกยังไม่มีให้นิยามผู้สูงอายุ โดยมีเหตุผลว่า

ประเทศต่างๆ ทั่วโลกมีการนิยามผู้สูงอายุต่างกัน ทั้งนิยามตามอายุเกิด ตามสังคม (Social) วัฒนธรรม (Culture) และสภาพร่างกาย (Functional markers) ชมพูนุช พรหมภักดี (2556, หน้า 2)

นอกจากการกำหนดบุคคลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นผู้สูงอายุแล้วยังมีการแบ่งผู้สูงอายุตามสภาพร่างกายและจิตใจออกเป็น 3 กลุ่ม คือ (บรรลุ ศิริพานิช อ้างถึงใน สิริรินทร์ญา ไขเขียว, 2557, หน้า 9) 1) กลุ่มผู้สูงอายุตอนต้น (The young old) คือผู้ที่มีอายุ 60-69 ปี เป็นกลุ่มที่อยู่ในช่วงที่เกิดการเปลี่ยนแปลงชีวิตในหลายด้าน เช่น การเกษียณอายุ การสูญเสียตำแหน่ง รายได้ลดลงหรือไม่มีรายได้ การเสียชีวิตของคู่ครองหรือเพื่อน แต่โดยทั่วไปแล้วบุคคลในช่วงนี้มีการเปลี่ยนแปลงสภาพร่างกายไปสู่การเสื่อมตามวัย แต่ยังสามารถช่วยเหลือตัวเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เป็นส่วนใหญ่ และสามารถช่วยเหลือผู้อื่นได้ 2) กลุ่มผู้สูงอายุตอนกลาง (The middle old) คือผู้ที่มีอายุ 70-79 ปี มีการเปลี่ยนแปลงสภาพร่างกายไปสู่ความเสื่อมที่เห็นชัดมากขึ้น กำลังถดถอย เริ่มมีความเจ็บป่วยมารบกวนการดำเนินชีวิต หรือบางคนอาจสูญเสียความคล่องแคล่วทางร่างกาย เริ่มมีความจำเป็นต้องพึ่งพาศูนย์บุคคลอื่นในการทำกิจกรรมต่างๆ หรือการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 3) กลุ่มผู้สูงอายุตอนปลาย (The old old) คือผู้ที่มีอายุ 80 ปี ขึ้นไป มีความเสื่อมสภาพของอวัยวะต่างๆ ปรากฏชัดเจน เจ็บป่วย ช่วยเหลือตนเองได้น้อย ต้องการความช่วยเหลือดูแลจากผู้อื่นในการดำรงชีวิต หรือต้องพึ่งพาศูนย์บุคคลอื่น

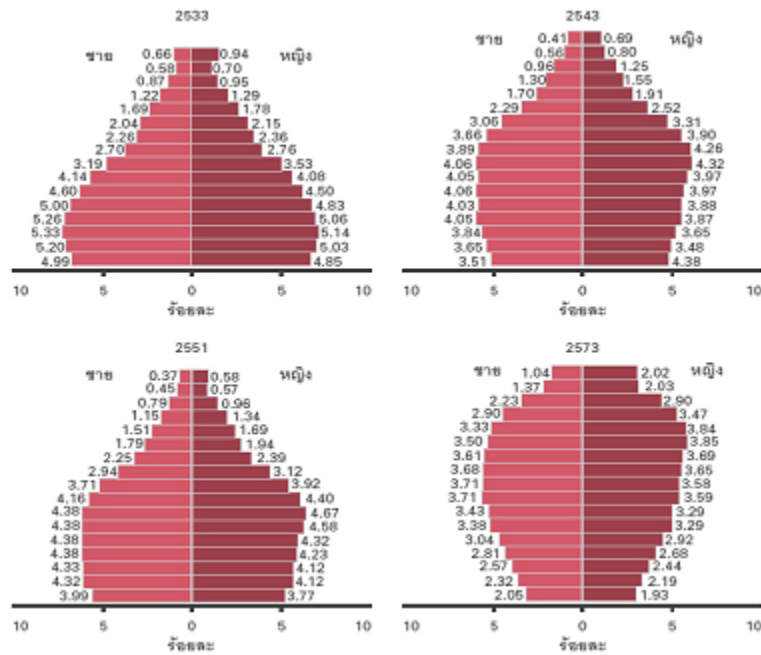
จะเห็นว่าประเทศไทยและองค์การสหประชาชาติ ได้ให้ความหมายของผู้สูงอายุ คือผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและเพศชาย ซึ่งเป็นการกำหนดโดยใช้อายุเป็นเกณฑ์ และในการวิจัยครั้งนี้กำหนดให้ผู้สูงอายุหมายถึงบุคคลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชาย เพศหญิง ที่อาศัยอยู่ในชุมชนพื้นที่เขตธนบุรี กรุงเทพมหานคร ที่มีความสนใจและสมัครใจเข้าร่วมโครงการ

## 2. สังคมผู้สูงอายุ

องค์การสหประชาชาติ ได้แบ่งระดับการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุเป็น 3 ระดับ คือ 1) ระดับการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Ageing society หรือ Aging society) ซึ่งหมายถึง สังคมหรือประเทศที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งประเทศ หรือมีประชากรอายุตั้งแต่ 65 ปี มากกว่า ร้อยละ 7 ของประชากรทั้งประเทศ แสดงว่าประเทศนั้นกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ 2) ระดับสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged society) หมายถึง สังคมหรือประเทศที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งประเทศ หรือมีประชากรอายุตั้งแต่ 65 ปี มากกว่า ร้อยละ 17 ของประชากรทั้งประเทศ แสดงว่าประเทศนั้นกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ และ 3) ระดับสังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มที่ (Super-aged society) สังคมหรือประเทศที่มีประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งประเทศ แสดงว่าประเทศนั้นเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มที่ ซึ่งการนิยามของระดับต่างๆ ทั้งประเทศไทยและประเทศต่างๆ ทั่วโลกใช้ความหมายเดียวกัน (ชมพูนุช พรหมภักดี, 2556, หน้า 2-3)

ประเทศไทยมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปร้อยละ 16 ซึ่งถือเป็นอันดับที่ 2 ของกลุ่มอาเซียน โดยไทยได้เข้าสู่การเป็นสังคมสูงอายุ (Aged society) มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 กล่าวคือ 1 ใน 10 ของประชากรไทยเป็นประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป และคาดว่าประเทศไทยจะเป็น “สังคมสูงวัยโดยสมบูรณ์” (Complete aged society) ในปี พ.ศ. 2564 เมื่อประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มีสัดส่วนสูงถึงร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด และเป็น “สังคมสูงวัยระดับสุดยอด” (Super aged

society) ภายในปี พ.ศ. 2574 เมื่อประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปสัดส่วนสูงถึงร้อยละ 28 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งถือว่าการเปลี่ยนระดับที่รวดเร็วมากเมื่อเทียบกับประเทศอื่นๆ (มูลนิธิสถาบันวิจัยและผู้สูงอายุ, 2559, หน้า 25; อนันต์ อนันตกุล, 2560, หน้า 9)



ภาพที่ 2.1 พีรามิดประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2533, 2543, 2551 และ 2573 (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2557)

จากภาพที่ 2.1 จะเห็นได้ว่า พีรามิดประชากรแสดงให้เห็นถึงการกระจายตัวของประชากรตามกลุ่มอายุและเพศ คือส่วนฐานจะแสดงให้เห็นถึงประชากรวัยเด็ก ส่วนกลางของพีรามิดแสดงถึงประชากรในวัยแรงงาน และส่วนบนแสดงถึงประชากรในวัยสูงอายุ จากภาพพีรามิดประชากรของประเทศไทย ระหว่างปี พ.ศ. 2533 ถึง พ.ศ. 2573 มีการเปลี่ยนแปลงรูปร่างอย่างชัดเจนแสดงให้เห็นว่า จำนวนจำนวนประชากรเด็กลดลงในขณะที่ประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน และจากการสำรวจของกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย ได้แสดงสถิติผู้สูงอายุ ของทั้ง 5 ภาค ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2560 ซึ่งให้เห็นถึงลักษณะโครงสร้างของประชากรเปลี่ยนแปลงไปในสัดส่วนที่มีจำนวนของผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ตามตารางข้างล่างนี้

ตารางที่ 2.1 แสดงสถิติผู้สูงอายุ 5 ภาค ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2560 (กรมการปกครอง, 2560)

จังหวัด เขต	จำนวนประชากรทั้งหมด			จำนวนประชากรผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป			ร้อยละ
	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม	
รวมทั้งสิ้น	32,464,906	33,723,597	66,188,503	4,524,021	5,701,301	10,225,322	15.45
ภาคกลาง	8,622,385	9,335,059	17,957,444	1,252,099	1,691,531	2,943,630	16.39
ภาคเหนือ	5,938,899	6,159,265	12,098,164	948,291	1,144,780	2,093,071	17.30
ภาคใต้	4,630,353	4,769,225	9,399,578	562,141	718,773	1,280,914	13.63
ตะวันออก เฉียงเหนือ	10,937,762	11,051,715	21,989,477	1,473,048	1,777,927	3,250,975	14.78
ภาค ตะวันออก	2,335,507	2,408,333	4,743,840	288,442	368,290	656,732	13.84

จากตารางที่ 2.1 แสดงสถิติผู้สูงอายุพบว่าประชากรผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปคิดเป็นร้อยละ 15.45 และภาคกลางมีจำนวนประชากรผู้สูงอายุมากที่สุด หากคิดตามอันดับประชากรผู้สูงอายุ จากจำนวนผู้สูงอายุพบว่า อันดับ 1 คือ กรุงเทพมหานคร มีจำนวนผู้สูงอายุ จำนวน 978,455 คน อันดับรองลงมา คือ จังหวัดนครราชสีมา มีจำนวนผู้สูงอายุ จำนวน 417,303 คน อันดับ 3 คือ จังหวัดเชียงใหม่ 300,490 คน คิดเป็นร้อยละ 17.22, 17.20, และ 15.81

### 3. ทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

ทฤษฎีที่อธิบายถึงการสูงอายุนั้นอาจแบ่งได้เป็น 3 ทฤษฎี คือ ทฤษฎีทางชีวภาพ ทฤษฎีทางจิตวิทยา และทฤษฎีทางสังคมวิทยา ซึ่งพอสรุปได้ ดังนี้ (อรรครา ธรรมาธิกุล, 2558, หน้า 20-24; สิทธิพงศ์ บุญผดุง, 2554, หน้า 9-10; อาชญญา รัตนอุบล และคณะ, 2552, หน้า 22-25)

1) **ทฤษฎีทางชีวภาพ (Biological Theory)** เป็นทฤษฎีที่อธิบายสาเหตุของความชราในเชิงชีววิทยา ประกอบด้วย 9 ทฤษฎี ได้แก่

1.1) ทฤษฎีที่ว่าด้วยคอลลาเจน (Collagen theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า เมื่อบุคคลเข้าวัยสูงอายุจะปรากฏรอยย่นมากขึ้น เนื่องจากมีสารประกอบของเนื้อเยื่อกระดูกเพิ่มขึ้น และมีการรวม Collagen Fiber หดสั้นเข้าทำให้ปรากฏเป็นรอยย่นเพิ่มมากขึ้น ถ้าอยู่ตรงบริเวณกระดูกข้อต่อจะมองเห็นเป็นปุ่มกระดูกชัดเจน ซึ่งการจับตัวของเส้นใยจะมีมากในช่วงอายุ 30-50 ปี บริเวณที่มีการจับตัวกันของเส้นใยสูง ได้แก่ ผิวหนัง กระดูก เอ็น กล้ามเนื้อหลอดเลือด และหัวใจ

1.2) ทฤษฎีทำลายตนเอง (Auto-Immune theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า ความชราเกิดขึ้นจากการที่ร่างกายสร้างภูมิคุ้มกันปกติลดน้อยลง ทำให้ร่างกายต่อสู้เชื้อโรคและสิ่งแปลกปลอมได้ไม่ดี ทำให้เกิดการเจ็บป่วยได้ง่ายและเมื่อเกิดขึ้นอาจเกิดความรุนแรงถึงแก่ชีวิต

1.3) ทฤษฎีพันธุศาสตร์ (Genetic theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าการสูงอายุนั้นเป็นลักษณะที่เกิดขึ้นตามกรรมพันธุ์ มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของอวัยวะบางส่วนของร่างกายคล้ายคลึงกันหลายชั่วคนเมื่อมีอายุมากขึ้น เช่น ลักษณะศีรษะล้าน ผมหงอกเร็ว เป็นต้น ลักษณะดังกล่าวจะพบในบางคนเท่านั้น แม้อายุจะไม่เท่ากัน

1.4) ทฤษฎีที่ว่าด้วยการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ร่างกาย และความผิดพลาดของเซลล์ร่างกาย (Somatic mutation and error theories) ทฤษฎีแรกกล่าวถึงการแบ่งตัวผิดปกติ (Mutation) ทำให้เกิดการสูงอายุได้เร็วขึ้น เช่น การได้รับรังสีขนาดเล็กน้อยเป็นประจำ หรือได้รับขนาดสูงทันที มีผลทำให้เซลล์มีชีวิตสั้นลง ส่วนทฤษฎีความผิดพลาดเชื่อว่า เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของ DNA และถูกส่งไปยัง RNA และเอนไซม์ที่เพิ่งสังเคราะห์ใหม่เอนไซม์ที่ผิดปกตินั้นจะผลิตสารชนิดหนึ่งขึ้นภายในเซลล์ทำให้มีผลต่อกระบวนการเผาผลาญภายในร่างกายซึ่งอาจจะเสื่อมหรือสูญเสียสมรรถภาพ

1.5) ทฤษฎีที่ว่าด้วยการเสื่อมและถดถอย (Wear and tear theory) ทฤษฎีนี้แสดงให้เห็นว่าสิ่งมีชีวิตสามารถซ่อมแซมส่วนที่สึกหรองเองได้ เช่น ผิวหนัง เยื่อบุทางเดินอาหาร เม็ดเลือดแดง มีการสร้างเซลล์ใหม่ขึ้นมาทดแทนเซลล์เก่าที่ตายได้อย่างต่อเนื่องเป็นการชะลอความเสื่อมแต่ในระบบเซลล์อื่นๆ เช่น เซลล์ประสาท และเซลล์กล้ามเนื้อ จะไม่มีการเพิ่มเซลล์ใหม่อีก เมื่อเข้าสู่การมีอายุเพิ่มขึ้นการเสริมสร้างจะแตกต่างกับพวกแรก คือ เป็นการเสริมสร้างภายในเซลล์เดิม ประสิทธิภาพในการซ่อมเสริมจะด้อยกว่า จึงชะลอความเสื่อมและความถดถอยได้น้อยกว่า ซึ่งจะส่งผลทำให้เกิดการสูงอายุเร็วขึ้น

1.6) ทฤษฎีที่ว่าด้วยการอดซึมที่บกพร่อง (Deprivation theory) เมื่อมีอายุเพิ่มมากขึ้น จะมีการเปลี่ยนแปลงอันเนื่องมาจากความเสื่อมที่เกิดขึ้นที่ผนังเซลล์ของระบบต่างๆ ภายในร่างกาย เป็นผลให้การดูดซึม หรือการส่งผ่านออกซิเจนและสารอาหารต่างๆ ในเลือดไปสู่เซลล์ของอวัยวะต่างๆ ไม่เพียงพอ อวัยวะต่างๆ จึงเสื่อมลง

1.7) ทฤษฎีที่ว่าด้วยการสะสม (Accumulation theory) ทฤษฎีนี้กล่าวว่า คนหรือสัตว์ที่สูงอายุ จะพบว่าในน้ำเหลือง (Serum) มีการสะสมของสารบางอย่างซึ่งมีผลทำให้หยุดการเจริญเติบโตของเซลล์ และสารนี้จะไม่พบในน้ำเหลืองของคนหรือสัตว์ที่มีอายุน้อย จากการทดลองต่างๆ สรุปได้ว่า สารสะสมนี้มีผลแทรกแซงกระบวนการเผาผลาญของเซลล์ทำให้เกิดประสิทธิภาพการซึมผ่านของผนังเซลล์ลดลง การทำงานของอวัยวะต่างๆ เสื่อมลงและเสียไปในที่สุด

1.8) ทฤษฎีที่ว่าด้วยสารที่เกิดจากการเผาผลาญ (Free radical theory) ทฤษฎีนี้กล่าวถึง กระบวนการออกซิเดชันของ  $O_2$  ที่ไม่สมบูรณ์ในกระบวนการเผาผลาญสารจากพวกโปรตีน, คาร์โบไฮเดรตและอื่นๆ ทำให้เกิดอนุมูลอิสระ (Free radical substance) ซึ่งสามารถทำลายผนัง Cell โดยโมเลกุลของอนุมูลอิสระเมื่อแตกออกเป็นอิสระจะจับกับโมเลกุลอื่นๆ ที่อยู่ใกล้เคียงทำให้โครงสร้างและหน้าที่ของ Cell เปลี่ยนไปอนุมูลอิสระเกิดได้

1.9) ทฤษฎีที่ว่าด้วยความเครียดและการปรับตัว (Stress-Adaptation theory) ทฤษฎีนี้กล่าวว่า ความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันมีผลทำให้เซลล์ตายได้ ผู้ที่ต้องเผชิญกับความเครียดบ่อยๆ จะทำให้เข้าสู่วัยสูงอายุเร็ว

จากทฤษฎีชีวภาพดังกล่าวข้างต้น สรุปได้ว่า เป็นการอธิบายถึงสาเหตุของความชราซึ่งเกิดจากการเปลี่ยนแปลงและการเสื่อมของเซลล์ภายในร่างกาย ซึ่งไม่สามารถอธิบายเพียงทฤษฎีเดียวได้ ต้องอาศัยหลายทฤษฎีจึงสามารถอธิบายถึงสาเหตุและกระบวนการของความเสื่อมของร่างกายอันเนื่องมาจากความสูงอายุได้อย่างชัดเจน

**2) ทฤษฎีทางจิตวิทยา (Psychological Theory)** ทฤษฎีทางจิตวิทยา เชื่อว่า การเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพ และพฤติกรรมของผู้สูงอายุเป็นการปรับตัวเกี่ยวกับความนึกคิด ความรู้ ความเข้าใจ แรงจูงใจ การเปลี่ยนแปลงไปของอวัยวะรับสัมผัสทั้งหลาย ตลอดจนสังคมที่ผู้สูงอายุนั้นๆ อาศัยอยู่ ประกอบด้วย 3 ทฤษฎี ได้แก่

2.1) ทฤษฎีบุคลิกภาพ (Personality theory) ทฤษฎีนี้กล่าวว่า ผู้สูงอายุจะมีความสุขหรือความทุกข์นั้น ขึ้นอยู่กับภูมิหลังและการพัฒนาจิตใจของผู้นั้น ถ้าผู้สูงอายุเติบโตมาด้วยความมั่นคง ความอบอุ่น มีความรักแบบถ้อยทีถ้อยอาศัย เห็นความสำคัญของคนอื่น รักคนอื่น และทำงานร่วมกับผู้อื่นได้อย่างดี ก็มักจะเป็นผู้สูงอายุที่ค่อนข้างจะมีความสุข สามารถอยู่ร่วมกับลูกหลาน หรือผู้อื่นได้โดยไม่มีความเดือดร้อนใจ แต่ในทางตรงกันข้าม ถ้าเป็นผู้สูงอายุที่เติบโตมาในลักษณะที่ร่วมมือกับใครไม่เป็น ไม่อยากให้ความช่วยเหลือผู้ใด จิตใจแคบ ผู้สูงอายุนั้นมักจะเป็นผู้ที่ไม่ค่อยมีความสุข

2.2) ทฤษฎีความปราดเปรื่อง (Intelligence theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า ผู้สูงอายุที่ยังปราดเปรื่องและคงอยู่ความเป็นปราชญ์อยู่ได้ เพราะเป็นผู้ที่มีความสนใจในเรื่องต่างๆ อยู่เสมอ มีการค้นคว้าและพยายามที่จะเรียนรู้อยู่ตลอดเวลา ผู้ที่มีลักษณะเช่นนี้ได้ต้องเป็นผู้ที่มีสุขภาพดี และมีฐานะทางเศรษฐกิจดีพอเป็นเครื่องเกื้อหนุน

2.3) ทฤษฎีของอีริกสัน (Erikson's theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าการพัฒนาด้านจิตวิทยา สังคมของผู้สูงอายุนั้น เป็นช่วงชีวิตที่ผู้สูงอายุรู้สึกกว่าชีวิตมีคุณค่า มั่นคง หรือท้อแท้หมดกำลังใจ สำหรับบุคคลที่มีความรู้สึกกว่าชีวิตนั้นมีคุณค่า ถ้ามีความมั่นคง จะมีความรู้สึกพึงพอใจในผลของความสำเร็จจากช่วงชีวิตที่ผ่านมา เกิดความรู้สึกสุข สงบทางใจ และสามารถยอมรับได้ว่าความตายเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต ตรงกันข้ามกับผู้สูงอายุที่จมอยู่กับความหลังอาลัยอาวรณ์ยอมรับอดีตไม่ได้ ก็คิดแต่เพียงว่ามีเวลาน้อยลงไปทุกที ไม่สามารถทำอะไรใหม่ๆ เพื่อแก้ไขอดีตที่ผิดพลาดไป กลัวความตายที่กำลังคืบคลานเข้ามา กลุ่มนี้จะมีความรู้สึกเศร้าสร้อยสิ้นหวังและหลีกเลี่ยงชีวิต บางรายอาจคิดฆ่าตัวตาย เกิดความท้อถอย สิ้นหวัง คับข้องใจ รู้สึกว่าตนนั้นไม่มีคุณค่า และความสามารถที่จะเผชิญกับภาวะสูงอายุลดน้อยลงด้วย

จากทฤษฎีบุคลิกภาพ ทฤษฎีปราดเปรื่อง และทฤษฎีของอีริกสัน สรุปได้ว่า บุคลิกภาพ การเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพ และพฤติกรรมของผู้สูงอายุนั้น เป็นการพัฒนาและการปรับตัวทางด้านของความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจ แรงจูงใจ การเปลี่ยนแปลงของอวัยวะรับสัมผัสทั้งปวง ตลอดจนสังคมและสิ่งแวดล้อมที่ผู้สูงอายุนั้นๆ อาศัยอยู่

**3) ทฤษฎีทางสังคมวิทยา** เป็นทฤษฎีที่กล่าวถึงแนวโน้มบทบาท สัมพันธภาพ และการปรับตัวในสังคมของผู้สูงอายุ ซึ่งพยายามวิเคราะห์สาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุต้องมีการเปลี่ยนแปลงสถานภาพทางสังคมไป และพยายามที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข ประกอบด้วย 5 ทฤษฎี ได้แก่

3.1) ทฤษฎีบทบาท (Role theory) ทฤษฎีนี้ให้แนวคิดว่าการปรับตัวต่อการเป็นผู้สูงอายุน่าจะเกี่ยวข้องกับทฤษฎีบทบาท คือ บุคคลผู้นั้นจะรับบทบาททางสังคมที่แตกต่างกันไปตลอดชีวิตของเขา เช่น บทบาทการเป็น พ่อ แม่ สามเณร ภรรยา ฯลฯ ความเป็นอยู่ของบุคคลจะถูกกำหนดโดยบทบาทหน้าที่ที่ตนกำลังรับผิดชอบอยู่ บุคคลจะอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขและ

ดีเพียงใดนั้น จะขึ้นอยู่กับ การปฏิบัติตนต่อบทบาทที่กำลังเป็นอยู่ได้อย่างเหมาะสมเพียงใด ดังนั้น บุคคลจะปรับตัวต่อบทบาทของผู้สูงอายุได้ดี ขึ้นอยู่กับ การยอมรับบทบาทที่ผ่านมาจากตนเอง อันส่งผลไปถึงการยอมรับบทบาทที่ผ่านมาจากแต่ละช่วงชีวิตของตนเองที่กำลังจะเปลี่ยนไปในอนาคต

3.2) ทฤษฎีกิจกรรม (Activity theory) ทฤษฎีพัฒนามาจากการวิเคราะห์ของ โรเบิร์ต ฮาร์วิกเฮิร์ต (Robert Harvighurst) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าผู้สูงอายุมีความต้องการที่จะเข้าร่วม กิจกรรม เพื่อความสุขและการมีชีวิตที่ดี เช่นเดียวกับวัยผู้ใหญ่ และสามารถเข้าร่วมกิจกรรมที่ตนเอง สนใจได้ สำหรับคำว่ากิจกรรมตามแนวคิดนี้หมายถึง กิจกรรมต่างๆ นอกเหนือจากกิจกรรมที่บุคคล ปฏิบัติต่อตนเอง นั่นคือกิจกรรมที่บุคคลปฏิบัติต่อเพื่อนฝูง ต่อสังคม หรือชุมชน ซึ่งกิจกรรมต่างๆ ที่ ผู้สูงอายุปฏิบัติจะทำให้รู้สึกว่าคุณค่า และยังเป็นประโยชน์ต่อสังคม ผู้สูงอายุที่มีกิจกรรมอยู่ เสมอๆ จะมีบุคลิกภาพที่กระฉับกระเฉง มีความพึงพอใจในชีวิต และปรับตัวได้ดีกว่าผู้ที่ไม่มีการ กิจกรรมหรือบทบาทหน้าที่ใดๆ ภาพพจน์เกี่ยวกับตนเองในด้านบวก และชอบในการเข้าร่วมกิจกรรม และการ เข้าร่วมกิจกรรมยังเป็นการทดแทนบทบาททางสังคมที่สูญเสียไปได้

3.3) ทฤษฎีการแยกตนเอง (Disengagement theory) ทฤษฎีนี้กล่าวว่า ผู้สูงอายุ และสังคมจะลดบทบาทซึ่งกันและกัน อย่างค่อยเป็นค่อยไปตามความต้องการของร่างกายและไม่อาจ หลีกเลี่ยงได้ (Gubrium , 1973 cited in Esberger and Hughes, 1989, p.28) เนื่องจากยอมรับว่า ตนเองมีความสามารถลดลง สุขภาพเสื่อมลงจึงถอยหนีจากสังคมผู้สูงอายุพยายามจะหลีกเลี่ยงจากความกดดันและความตึงเครียดโดยการถอนตัว (Withdrawal) ออกจากสังคม เพื่อลดความเครียด และรักษาพลังงาน พยายามไม่เกี่ยวข้องกับสังคมต่อไป เพื่อถอนสภาพและบทบาทของตนให้แก่ ชนรุ่นหลัง ซึ่งระยะแรกอาจมีความวิตกกังวลอยู่บ้างในบทบาทที่เปลี่ยนแปลงไปและค่อยๆ ยอมรับ การไม่เกี่ยวข้องกับสังคมต่อไปได้ในที่สุด

3.4) ทฤษฎีความต่อเนื่อง (Continuity theory) เป็นทฤษฎีที่พัฒนาขึ้นโดย Bernice Neugarten และคณะราวปี 1960 (Eliopoulos, 1995, p.16; Neugarten et. al., 1968 cited in Miller, 1995, p.33) กล่าวถึงการปรับตัวทางสังคมของผู้สูงอายุอีกทฤษฎีหนึ่ง ตามแนวคิด ทฤษฎีนี้กล่าวว่า ผู้สูงอายุจะแสวงหาบทบาททางสังคมให้มาทดแทนบทบาททางสังคมเก่าที่ตนสูญเสีย ไป และยังคงสภาพที่จะพยายามปรับตนเองให้เข้ากับสภาพแวดล้อมใหม่อย่างต่อเนื่องอยู่เสมอ

3.5) ทฤษฎีระดับชั้นอายุ (Age stratification theory) ทฤษฎีนี้ได้กล่าวถึง ความสัมพันธ์ทางสังคมที่เกิดภายในกลุ่มอายุและระหว่างชั้นอายุที่แตกต่างกัน ทฤษฎีนี้ถือว่าอายุเป็น หลักเกณฑ์สากลที่จะกำหนดบทบาท สิทธิหน้าที่ เช่น อายุที่ต้องทำบัตรประชาชน อายุที่ต้องเกณฑ์ ทหาร อายุที่ต้องเกษียณ ซึ่งมีความสัมพันธ์เชิงทฤษฎีกับอายุโดยตรง

จากทฤษฎีทางสังคมวิทยาดังกล่าว สรุปได้ว่า ทฤษฎีสังคมวิทยาเป็นทฤษฎีที่แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุแม้จะมีการเปลี่ยนแปลงบทบาทไปตามอายุ แต่ผู้สูงอายุที่มีการปรับตัวโดยพยายาม หาบทบาทใหม่ในสังคมและมีการร่วมกิจกรรมในสังคม และผู้สูงอายุที่มีกิจกรรมอยู่เสมออย่างต่อเนื่อง จะมีความพึงพอใจในชีวิตมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีกิจกรรมทำ แสดงให้เห็นว่าการมีกิจกรรมต่อสังคม ของผู้สูงอายุจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ ดังนั้นการมีกิจกรรมที่ พอเหมาะก็วัยของผู้สูงอายุจึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญและจำเป็น และจากทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ทั้งหมดที่ได้กล่าวมาข้างต้นนี้ สามารถสรุปได้ว่า ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุเป็นการศึกษาค้นคว้า

การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตใจ และสังคมที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุและยังกล่าวถึงหน้าที่ของสังคมในการปฏิบัติต่อผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตในบั้นปลายได้อย่างมีคุณภาพและมีความสุข

#### 4. การเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ

จากทฤษฎีการสูงอายุที่กล่าวข้างต้น ได้อธิบายถึงสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ ซึ่งความสูงอายุขึ้นอยู่กับเวลาของการมีชีวิตและสัมพันธ์กับความเจริญและความเสื่อมถอยของร่างกายและจิตใจ การเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุเป็นไปตามกระบวนการเปลี่ยนแปลงของชีวิต มีอัตราเปลี่ยนแปลงแตกต่างกันทั้งโดยตัวบุคคล และระบบสิ่งแวดล้อมของบุคคลนั้น และความสัมพันธ์จะเพิ่มขึ้นตามลำดับทำให้มีผลกระทบต่อตัวบุคคลทั้งร่างกายและจิตใจ อารมณ์ และสังคม (วันเพ็ญ วงศ์จันทร์ อ่างถึงใน ธัญรัตน์ ตันติกฤติยา, 2548, หน้า 14) โดยวัยสูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงในด้านต่างๆ ดังนี้

1) การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย เป็นการเปลี่ยนแปลงทุกระบบของร่างกาย การทำงานของอวัยวะภายในร่างกายเกิดความเสื่อมลงในทุกส่วน เนื่องจากอัตราการสลาย (Catabolism) มากกว่าอัตราการสร้าง (Anabolism) มีผลทำให้สมรรถภาพการทำงานต่างๆ ลดลง เช่น สูญเสียความสามารถในการได้ยินลดลง ความสามารถในการมองเห็นการจัดปรับเข้ารับความมืดและแสงสว่างลดน้อยลง ความสามารถในการรับรสและกลิ่น การรับรู้เกี่ยวกับอุณหภูมิและสัมผัสเปลี่ยนไป การเปลี่ยนแปลงของสมอง สูญเสียเซลล์ประสาท การทรงตัวของร่างกายไม่ดี ทำให้ผู้สูงอายุวิงเวียนได้ง่าย สูญเสียกลไกในการรับรู้ความรู้สึก ทำให้ผู้สูงอายุมีแนวโน้มจะหกล้ม หรือเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย กล้ามเนื้อลีบ ความตึงตัวลดลง และกล้ามเนื้ออ่อนแรง เส้นใยกล้ามเนื้อ เสื่อมสภาพ ประสิทธิภาพในการหายใจลดลง ผิวหนังเหี่ยวย่น สีของผิวหนังเปลี่ยนแปลง ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว มิใช่เกิดจากการเป็นโรค

ดังนั้น การเปลี่ยนแปลงของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายของผู้สูงวัยแต่ละคนเกิดขึ้นไม่เท่ากัน ขึ้นอยู่กับอิทธิพลทางด้านพันธุกรรม โภชนาการ การพักผ่อน การออกกำลังกาย การดูแลตนเองและสิ่งแวดล้อมต่างๆ รอบตัวผู้สูงอายุ

2) การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ อารมณ์ และพฤติกรรม เป็นการเปลี่ยนแปลงที่มีความสัมพันธ์การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและสังคม เพราะการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวจะก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพ ทำให้ประสิทธิภาพในการทำกิจกรรมลดลง ผู้สูงอายู้รีู้สึกว่าคุณค่าของตนเองลดลง ต้องพึ่งพาบุคคลอื่นมากขึ้น ปัญหาการออกจากงาน ต้องสูญเสียอำนาจ บทบาทหน้าที่ ซึ่งอาจจะก่อให้เกิดความเครียด มีอารมณ์หงุดหงิดกังวลใจ ใจน้อย มีเรื่องกระทบกระเทือนใจได้ง่าย มีความรู้สึกรู้ว่าตนเป็นคนไร้ประโยชน์ การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจของผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะเป็นไปทางลบ และพฤติกรรมของผู้สูงอายุอาจเปลี่ยนแปลงไป เป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงของระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้หลงลืม สับสนได้ง่าย

จะเห็นได้ว่า การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและสังคม ซึ่งการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นส่งผลต่อจิตใจของผู้สูงอายุเกิดความไม่มั่นคงทางด้านจิตใจ จนทำให้ผู้สูงอายุบางคนปรับตัวไม่ได้ เกิดป่วยทางจิตได้ ดังนั้น ผู้สูงอายุจึงต้องยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นและต้องปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงเหล่านั้น เพื่อจะได้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขและความมั่นคงในชีวิต



**3) การเปลี่ยนแปลงทางสังคมและวัฒนธรรม** การเปลี่ยนแปลงทางสังคมและวัฒนธรรมเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญกับผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุมักจะสูญเสียบทบาททางสังคมที่เคยได้รับมาตั้งแต่อดีต เปลี่ยนบทบาทจากผู้มีตำแหน่งหน้าที่ที่สำคัญ จากผู้หาเลี้ยงครอบครัว เป็นผู้พึ่งพาครอบครัว สูญเสียอำนาจในการตัดสินใจ ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกสูญเสียอำนาจและบทบาททางสังคมที่เคยมี รู้สึกตนเองหมดความหมาย ไร้คุณค่าและคิดว่าตนเองเป็นปัญหาและภาระสังคม ผู้สูงอายุจะพยายามหลีกเลี่ยงความกดดันและความตึงเครียดโดยการถอนตัว (Withdrawal) ออกจากสังคม เพราะรู้สึกว่าตนเองมีความสามารถลดลง

ดังนั้น การที่ผู้สูงอายุยอมรับบทบาททางสังคมที่กำลังจะมาถึง หรือกำลังจะเปลี่ยนไปในอนาคต พยายามปรับปรุงตนเองให้เข้ากับสภาพแวดล้อมใหม่อย่างต่อเนื่องอยู่เสมอ มีการรับรู้และมีความเข้าใจในการเปลี่ยนแปลงในด้านต่างๆ ย่อมเป็นแนวทางในการช่วยเหลือผู้สูงอายุในการวางแผนการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคการบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และสามารถดำรงชีวิตตามสภาพของแต่ละบุคคลได้อย่างเหมาะสมและมีความสุข

**4) ความต้องการของผู้สูงอายุ** ความต้องการของผู้สูงอายุแต่ละคนอาจแตกต่างกันไปบ้าง ดังนั้นควรที่จะทำความเข้าใจพื้นฐานชีวิตของผู้สูงอายุที่อยู่ในความดูแล ซึ่งครอบครัวจะมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในเรื่องดังกล่าวนี้ โดยทั่วไปความต้องการของผู้สูงอายุ พอสรุปได้ดังนี้ (บังอรธรรมศิริ, 2549, หน้า 47-48 อ้างถึงใน สิทธิพงศ์ บุญผดุง, 2554, หน้า 11-12)

4.1) ความต้องการทางด้านร่างกาย เป็นความต้องการขั้นพื้นฐาน ได้แก่ ความต้องการอาหาร การขับถ่าย การพักผ่อนนอนหลับ การมีที่อยู่อาศัยที่ปลอดภัย การมีเสื้อผ้าเครื่องนุ่งห่มที่เหมาะสมตามฤดูกาล และต้องการการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย

4.2) ความต้องการทางด้านจิตใจ ผู้สูงอายุต้องการความรัก การดูแลเอาใจใส่ การยอมรับนับถือ การเข้าใจ การเห็นอกเห็นใจและการให้อภัย

4.3) ความต้องการทางด้านสังคม ผู้สูงอายุยังต้องการมีกิจกรรมทางสังคม เช่น การพบปะเพื่อน การร่วมกิจกรรมทางศาสนา เป็นต้น

4.4) ความต้องการทางด้านเศรษฐกิจ ผู้สูงอายุจำเป็นต้องใช้เงินเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายสำหรับตนเอง ช่วยเหลือกิจกรรมทางสังคมและทำบุญ รวมทั้งเป็นค่ารักษาพยาบาลเมื่อยามเจ็บป่วย

นอกจากนี้ยังมีนักวิชาการได้แบ่งความต้องการพื้นฐานของผู้สูงอายุออกเป็น 2 กลุ่มคือ ความต้องการพื้นฐาน และความต้องการขั้นสูง (ระพีพรรณ คำหอมและคณะ, 2547; มัลลิกา มัติโก และรัตนา เพ็ชรอุไร, 2542, อ้างถึงใน สิริรินทร์ญา เขียวไข่กา, 2552, หน้า 17) โดยมีรายละเอียดดังนี้

1) ความต้องการพื้นฐาน เป็นความต้องการพื้นฐานที่ผู้สูงอายุทุกคนแสวงหา เช่น การมีอายุยืนยาวเท่าที่จะเป็นไปได้ หรืออยู่จนกว่าจะพึงพอใจ การมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง มีศักยภาพทางสมองให้คงอยู่มากที่สุด และสามารถใช้ประโยชน์จากพลังและศักยภาพดังกล่าวอย่างสูงสุดเท่าที่จะทำได้

2) ความต้องการขั้นสูง ถือว่าเป็นความต้องการที่แท้จริงของผู้สูงอายุ ซึ่งความต้องการขั้นสูงนี้มีลักษณะการเปลี่ยนแปลงได้ง่าย อาจเป็นความต้องการเฉพาะหน้าหรือระยะยาว

เช่นต้องการความรัก ความสนใจ เอาใจใส่จากคนรอบข้าง จากบุตรหลานและครอบครัว เพราะผู้สูงอายุมีความวิตกกังวล ห่วงใยลูกหลาน กลัวความถูกทอดทิ้ง กลัวความเฒ่าเหว เป็นต้น

จะเห็นได้ว่า ความต้องการของผู้สูงอายุเป็นไปตามทฤษฎีของมาสโลว์ (Maslow, 1970) ที่อธิบายแนวคิดเกี่ยวกับความต้องการของมนุษย์ว่า มนุษย์มีความต้องการอยู่เสมอและไม่มีที่สิ้นสุด เริ่มตั้งแต่เกิดจนตาย ซึ่งความต้องการนั้นสามารถเรียงลำดับความสำคัญจากความต้องการระดับต่ำไปหาสูงสุด และความต้องการของมนุษย์มีความซ้ำซ้อน ความต้องการอย่างหนึ่งอาจยังไม่หมดไป อาจเกิดความต้องการอย่างอื่นเกิดขึ้นได้ ซึ่งตามทฤษฎีของมาสโลว์ ได้แบ่งลำดับชั้นความต้องการไว้ 5 จากต่ำไปสูง ดังนี้ 1) ความต้องการทางร่างกาย (Physiological needs) เป็นความต้องการขั้นพื้นฐานเพื่อความอยู่รอด ได้แก่ ความต้องการปัจจัยสี่ เป็นต้น 2) ความต้องการความมั่นคงปลอดภัย (Safety needs) เป็นความต้องการที่สำคัญเพื่อความอยู่รอด ต้องการความปลอดภัยในชีวิต รอดพ้นจากอันตรายต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นกับร่างกาย และอิสระจากความกลัว วิตกกังวล เช่น ต้องการความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน ความมั่นคงในหน้าที่การงาน ความต้องการได้รับการปกป้องคุ้มครอง ที่พักอาศัยที่มั่นคงปลอดภัย 3) ความต้องการทางสังคม (Social needs) เป็นความต้องการเป็นที่ยอมรับของกลุ่มหรือความต้องการทางสังคม การได้รับการยอมรับจากบุคคลอื่น 4) ความต้องการมีเกียรติยศและชื่อเสียง (Esteem needs) เป็นความต้องการการยกย่องส่วนตัว (Self-esteem) ความนับถือ (Recognition) และสถานะ (Status) จากสังคม เช่น ความต้องการได้รับความเคารพนับถือ ความสำเร็จการมีสถานะที่ดีและชื่อเสียงในสังคม การมีอำนาจหรือมีอิทธิพลเหนือคนอื่น 5) ความต้องการความสมหวังในชีวิต (Self-actualization needs) เป็นความต้องการสูงสุด ความสำเร็จในทุกสิ่งทุกอย่างตามความนึกคิด

## **แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 1**

**พ.ศ. 2552**

ประเทศไทยให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุตั้งแต่ปี พ.ศ. 2525 มีการวางแผนนโยบายผู้สูงอายุในระยะยาว โดยจัดทำแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2525-2544) ซึ่งเป็นแผนแม่บทที่กำหนดทิศทางการดำเนินงานผู้สูงอายุให้กับหน่วยงานต่างๆ โดยมีเป้าหมายในการคุ้มครอง ดูแล และเสริมสร้างคุณภาพชีวิตให้แก่ผู้สูงอายุรอบได้ ประกอบด้วย 1) ด้านสุขภาพอนามัยและสวัสดิการ 2) ด้านเศรษฐกิจ 3) ด้านการศึกษาและการเรียนรู้ 4) ด้านส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในสังคม และในปี พ.ศ. 2545 ได้จัดทำแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) ต่อมาได้มีการปรับปรุงครั้งที่ 1 พ.ศ. 2552 ดังนั้น แผนผู้สูงอายุฯที่ใช้ในปัจจุบัน คือ แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 1 พ.ศ. 2552 (อนันต์ อนันตกุล, 2560; คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2553)

**1. แนวคิดพื้นฐานของแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 1 พ.ศ. 2552** (คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2553, หน้า 29-35)

แผนผู้สูงอายุ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) เป็นแผนระยะยาวที่ปรับปรุง จากการติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เพื่อให้มีความสอดคล้องกับสถานการณ์สังคมที่เปลี่ยนแปลงไป และได้มีการกำหนดประเด็นมาตรการใหม่ เพื่อรองรับและสอดคล้องกับสถานการณ์ทางสังคมที่เปลี่ยนแปลง และสภาพปัญหาของผู้สูงอายุ เช่น การสร้างวินัยการออมทุกช่วงวัย การจัดสรรงบประมาณสนับสนุนกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุขององค์กรปกครองท้องถิ่น การสนับสนุนการดูแลระยะยาว ระบบและแผนเพื่อให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุเมื่อเกิดภัยพิบัติ การสร้างเครือข่ายการบริหารและพัฒนาผู้สูงอายุในระดับจังหวัดและท้องถิ่น เป็นต้น มีการกำหนดหน่วยงานรับผิดชอบดำเนินการตามยุทธศาสตร์ และมาตรการต่างๆ ที่ได้กำหนดไว้

แผนฉบับนี้มีลักษณะเป็นแผนยุทธศาสตร์ซึ่งมีการกำหนดมาตรการต่างๆ ไว้อย่างชัดเจน มีการกำหนดดัชนี และกำหนดเป้าหมายของแต่ละมาตรการและระยะเวลาที่เป้าหมายสัมฤทธิ์ผล ดังนี้

1. มุมมองของแผนฉบับนี้เน้นผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่มีประโยชน์ต่อสังคมและสมควรส่งเสริมให้คงคุณค่าไว้ให้นานที่สุด แต่ในกรณีที่ตกอยู่ในสถานะต้องพึ่งพิงผู้อื่น ครอบครัวและชุมชน จะต้องเป็นด่านแรกในการเกื้อกูล เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงอยู่ในชุมชนได้อย่างมีคุณภาพที่สมเหตุสมผลได้นานที่สุด โดยมีสวัสดิการจากรัฐเป็นระบบเสริม เพื่อให้เกิดหลักประกันในวัยสูงอายุ และความมั่นคงของสังคม

2. แผนฉบับนี้มีลักษณะบูรณาการ ตามสาขาในด้านต่างๆ ได้แก่ด้านสุขภาพอนามัย ด้านความมั่นคงทางรายได้และการพึ่งพิง ด้านการศึกษาสังคมและวัฒนธรรม ด้านสวัสดิการ

3. แผนฉบับนี้มีการกำหนดดัชนีและเป้าหมาย ของมาตรการต่างๆ เพื่อประโยชน์ในการดำเนินการให้บรรลุจุดหมายแล้วเพื่อการติดตามประเมินผลการดำเนินการ

แผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับนี้ กำหนดปรัชญา วิสัยทัศน์ วัตถุประสงค์ และยุทธศาสตร์ มาตรการ ดัชนีและเป้าหมาย ไว้ดังนี้

### ปรัชญา

ผู้สูงอายุไม่ใช่บุคคลด้อยโอกาสหรือเป็นภาระต่อสังคม แต่สามารถมีส่วนร่วม เป็นพลังพัฒนาสังคม จึงควรได้รับการส่งเสริมและเกื้อกูลจากครอบครัว ชุมชน และรัฐให้ดำรงชีวิตอยู่อย่างมีคุณค่า มีศักดิ์ศรีและคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีให้นานที่สุด ขณะเดียวกันผู้สูงอายุที่ประสบความทุกข์ต้องได้รับการเกื้อกูลจากครอบครัว ชุมชน สังคม และรัฐอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม การสร้างหลักประกันในวัยสูงอายุ เป็นกระบวนการสร้างความมั่นคงให้แก่สังคม โดยการมีส่วนร่วมจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกภาคส่วนและมีการบูรณาการให้เหมาะสมกับสถานการณ์อย่างต่อเนื่อง ได้แก่

1. ประชากรช่วยตนเอง
2. ครอบครัวดูแล
3. ชุมชนช่วยเกื้อกูล
4. สังคม รัฐสนับสนุน

## วิสัยทัศน์

“ผู้สูงอายุเป็นหลักชัยของสังคม”

1. ผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตที่ดี คือ
  - 1.1) มีสุขภาพที่ดีทั้งกายและจิต
  - 1.2) ครอบครัวมีสุข สังคมเอื้ออาทร อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม ปลอดภัย
  - 1.3) มีหลักประกันที่มั่นคง ได้รับสวัสดิการและการบริการที่เหมาะสม
  - 1.4) อยู่อย่างมีคุณค่า มีศักดิ์ศรี พึ่งตนเองได้ เป็นที่ยึดเหนี่ยวทางจิตใจและมีส่วนร่วมในครอบครัว ชุมชน และสังคม
  - 1.5) มีโอกาสเข้าถึงข้อมูลและข่าวสารอย่างต่อเนื่อง
2. ครอบครัวและชุมชนเป็นสถาบันหลักที่มีความเข้มแข็ง สามารถให้การเกื้อหนุนแก่ผู้สูงอายุได้อย่างมีคุณภาพ
3. ระบบสวัสดิการและบริการ จะต้องสามารถรับผู้สูงอายุให้สามารถดำรงอยู่กับครอบครัวและชุมชนได้อย่างมีคุณภาพและมีมาตรฐาน
4. ทุกภาคส่วนจะต้องมีส่วนร่วมในระบบสวัสดิการ และบริการให้แก่ผู้สูงอายุในฐานะผู้บริโภค
5. ต้องมีการดำเนินการที่เหมาะสม เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุที่ทุกข์ยากและต้องการการเกื้อกูลให้ดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้อย่างดีและต่อเนื่อง

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี ด้วยการดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่า มีศักดิ์ศรี พึ่งตนเองได้ และมีหลักประกันที่มั่นคง
2. เพื่อสร้างจิตสำนึกให้สังคมไทยตระหนักถึงผู้สูงอายุในฐานะบุคคลที่มีประโยชน์ต่อส่วนรวม และส่งเสริมให้คงคุณค่าไว้ให้นานที่สุด
3. เพื่อให้ประชากรทุกคนตระหนักถึงความสำคัญของการเตรียมการ และมีการเตรียมความพร้อม เพื่อการเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ
4. เพื่อให้ประชาชน ครอบครัว ชุมชน ท้องถิ่น องค์กรภาครัฐ และเอกชน ตระหนักและมีส่วนร่วมในการกิจด้านผู้สูงอายุ
5. เพื่อให้มีกรอบและแนวทางการปฏิบัติงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุสำหรับทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง อันจะนำไปสู่การบูรณาการงานด้านผู้สูงอายุ

### ยุทธศาสตร์ มาตรการ ดัชนีและเป้าหมาย

แผนผู้สูงอายุฯ ฉบับปรับปรุงนี้ แบ่งยุทธศาสตร์ เป็น 5 ยุทธศาสตร์ ดังนี้

1. ยุทธศาสตร์ด้านการเตรียมความพร้อมของประชากรเพื่อวัยสูงอายุที่มีคุณภาพ
2. ยุทธศาสตร์ด้านการส่งเสริมและพัฒนาผู้สูงอายุ
3. ยุทธศาสตร์ด้านระบบคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ

4. ยุทธศาสตร์ด้านการบริหารจัดการเพื่อการพัฒนาทางด้านผู้สูงอายุอย่างบูรณาการระดับชาติ และการพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ

5. ยุทธศาสตร์ด้านการประมวล พัฒนา และเผยแพร่องค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุ และการติดตามประเมินผล การดำเนินการตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ

### **ยุทธศาสตร์ที่ 1 ยุทธศาสตร์ด้านการเตรียมความพร้อมของประชากร เพื่อวัยสูงอายุที่มีคุณภาพ**

- 1) มาตรการ หลักประกันด้านรายได้เพื่อวัยสูงอายุ
  - 1.1) ขยายหลักประกันสุขภาพให้ครอบคลุมถ้วนหน้า
  - 1.2) ส่งเสริมและสร้างวินัยการออมทุกช่วงวัย
- 2) มาตรการ การให้การศึกษาและการเรียนรู้ตลอดชีวิต
  - 2.1) ส่งเสริมการเข้าถึง และพัฒนาการจัดการบริการการศึกษา และการเรียนรู้ต่อเนื่องตลอดชีวิต ทั้งการศึกษาในระบบ นอกกระบบ และการศึกษาตามอัธยาศัย เพื่อความเข้าใจชีวิตและพัฒนาการในแต่ละวัย และเพื่อเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุที่เหมาะสม
  - 2.2) รณรงค์ให้สังคมตระหนักถึงความจำเป็นของการเตรียมการเข้าสู่การเป็นผู้สูงอายุ
- 3) มาตรการ การปลูกจิตสำนึกให้คนในสังคมตระหนักถึงคุณค่าและศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ
  - 3.1) ส่งเสริมให้ประชากรทุกวัยเรียนรู้และมีส่วนร่วมในการดูแลรับผิดชอบผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชน
  - 3.2) ส่งเสริมให้มีกิจกรรมสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุกับคนทุกวัย โดยเป็นส่วนหนึ่งของกิจกรรมการศึกษา ศาสนา วัฒนธรรม และการกีฬา

### **ยุทธศาสตร์ที่ 2 ยุทธศาสตร์ด้านการส่งเสริมและพัฒนาผู้สูงอายุ**

- 1) มาตรการ ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันการเจ็บป่วย และดูแลตนเองเบื้องต้น
  - 1.1) จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในรูปแบบที่หลากหลายและเหมาะสมแก่ผู้สูงอายุ และครอบครัว
- 2) มาตรการ ส่งเสริมการรวมกลุ่มและสร้างความเข้มแข็งขององค์กรผู้สูงอายุ
  - 2.1) ส่งเสริมการจัดตั้งและดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุและเครือข่าย
  - 2.2) สนับสนุนกิจกรรมขององค์กรเครือข่ายผู้สูงอายุ
- 3) มาตรการ ส่งเสริมด้านการทำงานและการหารายได้ของผู้สูงอายุ
  - 3.1) ส่งเสริมการทำงานทั้งเต็มเวลาและไม่เต็มเวลา ทั้งในระบบ และนอกระบบ
  - 3.2) ส่งเสริมการฝึกอาชีพและจัดหางานให้เหมาะสมกับวัย และความสามารถ
  - 3.3) ส่งเสริมการรวมกลุ่มในชุมชน เพื่อจัดกิจกรรมเสริมรายได้ โดยให้ผู้สูงอายุสามารถมีส่วนร่วม
- 4) มาตรการ สนับสนุนผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ
  - 4.1) ประกาศเกียรติคุณผู้สูงอายุที่เป็นตัวอย่างที่ดีของสังคม
  - 4.2) ส่งเสริมให้เกิดคลังปัญญากลางของผู้สูงอายุ เพื่อรวบรวมภูมิปัญญาในสังคม

4.3) ส่งเสริมและเปิดโอกาสให้มีการเผยแพร่ภูมิปัญญาของผู้สูงอายุ และให้มีส่วนร่วมในกิจกรรมด้านต่างๆ ในสังคม

5) มาตรการ ส่งเสริมสนับสนุนสื่อทุกประเภทให้มีรายการเพื่อผู้สูงอายุ และสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้รับความรู้และสามารถเข้าถึงข่าวสารและสื่อ

5.1) ส่งเสริมสนับสนุนสื่อทุกประเภทให้มีรายการเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

5.2) ส่งเสริมการผลิต การเข้าถึงสื่อ และการเผยแพร่ข่าวสารสำหรับผู้สูงอายุ

5.3) ดำเนินการให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ ได้อย่างต่อเนื่อง

6) มาตรการ ส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม

6.1) สนับสนุนส่งเสริมให้ความรู้แก่ครอบครัวและผู้สูงอายุในการปรับปรุงที่อยู่อาศัยเพื่อรองรับความต้องการในวัยสูงอายุ

6.2) กำหนดมาตรการแหล่งเงินกู้ดอกเบี้ยต่ำ เพื่อสร้าง/ปรับปรุงที่อยู่อาศัย และระบบ สาธารณูปโภคสำหรับผู้สูงอายุ

6.3) มีการออกกฎหมายให้สิทธิพิเศษแก่ภาคเอกชนที่จัดบริการด้านที่พักอาศัยที่ได้มาตรฐานสำหรับผู้สูงอายุ

### ยุทธศาสตร์ที่ 3 ยุทธศาสตร์ด้านระบบคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ

1) มาตรการ คุ้มครองด้านรายได้

1.1) ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุทุกคนได้รับสวัสดิการด้านรายได้พื้นฐานที่รัฐจัดให้

1.2) ส่งเสริมการจัดตั้งกองทุนในชุมชนสำหรับผู้สูงอายุ

2) มาตรการ หลักประกันด้านสุขภาพ

2.1) พัฒนาและส่งเสริมระบบประกันสุขภาพที่มีคุณภาพสำหรับผู้สูงอายุทุกคน

2.2) ส่งเสริมการเข้าถึงบริการทางสุขภาพ และการตรวจสุขภาพประจำปีอย่างทั่วถึง

2.3) ให้ความคุ้มครองที่จำเป็นตามมาตรฐาน การป้องกันและส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ

2.4) รัฐต้องให้อุปกรณ์ช่วยในการดำรงชีวิตประจำวันตามที่จำเป็น เช่น แวนตาไม่เท้า รถเข็น ฟันเทียมแก่ผู้สูงอายุ

3) มาตรการ ด้านครอบครัว ผู้ดูแล และการคุ้มครอง

3.1) ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้อยู่กับครอบครัวให้นานที่สุด โดยการส่งเสริมค่านิยมในการอยู่ร่วมกับผู้สูงอายุ

3.2) ส่งเสริมสมาชิกในครอบครัวและผู้ดูแลให้มีศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุ โดยให้ความรู้และข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวและผู้ดูแลเกี่ยวกับบริการต่างๆ ที่เป็นประโยชน์

4) มาตรการ ระบบบริการและเครือข่ายการเกื้อหนุน

4.1) ปรับปรุงบริการสาธารณสุขทุกระบบให้สามารถอำนวยความสะดวกแก่ผู้สูงอายุในการดำรงชีวิตและติดต่อสัมพันธ์กับสังคม กลุ่มและบุคคล

4.1.1) ดำเนินการประชาสัมพันธ์ให้ผู้สูงอายุทราบถึงอัตราค่าโดยสารของระบบขนส่งสาธารณะ และระบบขนส่งมวลชนต่างๆ ที่ลดหย่อนให้แก่ผู้สูงอายุ

4.1.2) ส่งเสริมให้มีการปรับปรุงบริการระบบขนส่งสาธารณะทุกประเภทให้ผู้สูงอายุเข้าถึง และใช้ได้อย่างสะดวกเหมาะสมกับผู้สูงอายุตลอดระยะเวลาให้บริการ โดยมีการประกาศเกียรติคุณแก่หน่วยบริการที่มีผลงานดีเด่น

4.1.3) ส่งเสริมให้ภาครัฐและเอกชนที่รับผิดชอบสถานที่สาธารณะปฏิบัติตามมาตรฐานสถานที่สาธารณะสำหรับผู้สูงอายุ

4.1.4) จัดสิ่งอำนวยความสะดวกที่ใช้ได้จริงในสถานที่สาธารณะแก่ผู้สูงอายุ เช่น ถนน ทางเดินสาธารณะในเขตชุมชน สะดวก เหมาะสมกับผู้สูงอายุ และผู้พิการ

4.1.5) จัดให้มีสวนสาธารณะและพื้นที่ออกกำลังกายที่เพียงพอและเหมาะสมปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ

4.2) จัดตั้งและพัฒนาบริการทางสุขภาพและทางสังคม รวมทั้งระบบดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวในชุมชนที่สามารถเข้าถึงผู้สูงอายุมากที่สุด โดยเน้นบริการถึงบ้านและมีการสอดประสานกันระหว่างบริการทางสุขภาพและทางสังคม โดยควรครอบคลุมบริการดังต่อไปนี้

4.2.1) สนับสนุนการดูแลระยะยาว

4.2.2) ระบบประกันสังคม

4.2.3) ดูแลโรคเรื้อรังที่สำคัญ ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และโรคหลอดเลือดในสมอง

4.2.4) อาสาสมัครในชุมชน

4.2.5) สนับสนุนให้ผู้ดูแลมีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุ

4.3) ส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรทางศาสนา องค์กรเอกชน และองค์กรสาธารณประโยชน์มีส่วนร่วมในการดูแลจัดสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ โดยกระบวนการประชาคม

4.4) เกื้อหนุนให้เอกชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จัดบริการด้านสุขภาพและสังคมให้แก่ผู้สูงอายุที่สามารถซื้อบริการได้ โดยมีการดูแลและกำกับมาตรฐานและค่าบริการที่เป็นธรรมร่วมด้วย

4.5) รัฐมีระบบและแผนเพื่อการให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุเมื่อเกิดภัยพิบัติ

4.6) ส่งเสริมให้โรงพยาบาลของรัฐ และเอกชนมีบริการแพทย์ทางเลือก

4.7) จัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลของรัฐที่มีจำนวนเตียงตั้งแต่ 120 เตียงขึ้นไป ยุทธศาสตร์ที่ 4 ยุทธศาสตร์ด้านการบริหารจัดการเพื่อการพัฒนาทางด้านผู้สูงอายุอย่างบูรณาการ ระดับชาติ และการพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ

1) มาตรการการบริหารจัดการเพื่อการพัฒนาทางด้านผู้สูงอายุอย่างบูรณาการระดับชาติ

1.1) เสริมสร้างความเข้มแข็งคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ ให้สามารถผลักดันนโยบายและภารกิจที่สำคัญด้านผู้สูงอายุสู่การปฏิบัติ

1.2) ให้คณะกรรมการส่งเสริมการจัดสวัสดิการสังคมด้านผู้สูงอายุจังหวัด ในคณะกรรมการส่งเสริมการจัดสวัสดิการสังคมจังหวัด เป็นเครือข่ายการบริหารและพัฒนาผู้สูงอายุในระดับจังหวัดและท้องถิ่น

1.3) พัฒนาศักยภาพของเครือข่ายในระดับจังหวัดและท้องถิ่น

1.4) คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติวางแผนและดำเนินการให้มีการติดตามประเมินผลแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ปรับแผน และแปลงแผนไปสู่การปฏิบัติที่ทันกำหนดเวลา

2) มาตรการ ส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ

2.1) ส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการผลิตหรือฝึกอบรมบุคลากรด้านผู้สูงอายุ ในระดับวิชาชีพอย่างเพียงพอและมีมาตรฐาน

2.2) ส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการผลิตหรือฝึกอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ อย่างเพียงพอและมีมาตรฐาน

2.3) กำหนดแผนการผลิตบุคลากรด้านผู้สูงอายุให้เหมาะสมและเพียงพอต่อความต้องการของประเทศและดำเนินการติดตามอย่างต่อเนื่อง

**ยุทธศาสตร์ที่ 5 ยุทธศาสตร์ด้านการประมวล พัฒนา และเผยแพร่องค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุ และการติดตามประเมินผลการดำเนินการตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ**

1) มาตรการ สนับสนุนและส่งเสริมการวิจัย และพัฒนาองค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุสำหรับการกำหนดนโยบาย และการพัฒนาการบริการหรือการดำเนินการที่เป็นประโยชน์แก่ผู้สูงอายุ

2) มาตรการ ดำเนินการให้มีการติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ที่มีมาตรฐานอย่างต่อเนื่อง

3) มาตรการพัฒนาระบบข้อมูลทางด้านผู้สูงอายุให้ถูกต้องและทันสมัย โดยมีระบบฐานข้อมูลที่สำคัญด้านผู้สูงอายุที่ง่ายต่อการเข้าถึงและสืบค้น

การปรับปรุงแผนผู้สูงอายุฯ ฉบับนี้ให้ความสำคัญต่อ “วงจรชีวิต” และให้ความสำคัญต่อคนทุกคนในสังคมที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ โดยค่านึงว่าทุกคนต้องเข้าสู่ระยะวัยสูงอายุตามวงจรที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ยกเว้นเสียชีวิตก่อน เป็นการปรับแผนผู้สูงอายุให้สอดคล้องกับสถานการณ์ผู้สูงอายุที่เปลี่ยนแปลงในปัจจุบัน ซึ่งจะเป็น “สังคมสูงวัยโดยสมบูรณ์” ในปีพ.ศ. 2564 และเป็น “สังคมสูงวัยระดับสุดยอด” ภายในปี พ.ศ. 2578 (อนันต์ อนันตกุล, 2560, หน้า 27) โดยรัฐบาลได้ดำเนินการปรับโครงสร้างกำลังคนของประเทศไทยในส่วนของผู้สูงอายุโดยวางเป้าหมายที่จะสร้างความมั่นคงให้เป็น “สังคมผู้สูงอายุที่มีพลัง” (Active aging society) ใน 7 มิติ ประกอบด้วย **ความสุข** เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความสุขอย่างยั่งยืน **สุขภาพ** เพื่อการแพทย์ปฐมภูมิเข้าถึงผู้สูงอายุอย่างทั่วถึง **ที่อยู่อาศัย** เพื่อให้ผู้สูงอายุมีที่อยู่อาศัยที่มั่นคง **การออม** เพื่อให้มีเงินออมไว้ใช้ในยามเกษียณที่เพียงพอ **นวัตกรรม** เพื่อสร้างตลาดนวัตกรรมผู้สูงอายุ **สภาพแวดล้อมปลอดภัย** เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตให้มีความปลอดภัย และ**ความมั่นคง** เพื่อให้มีระบบสวัสดิการเพื่อสังคมอย่างเป็นระบบ

## **แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความหมายของคุณภาพชีวิต**

### **1. ความหมายของคุณภาพชีวิต (Quality of life)**

องค์การยูเนสโก (UNESCO, 1978) ให้ความหมายของคุณภาพชีวิต คือ ความรู้สึกของการอยู่อย่างพอใจ มีความสุข ความพอใจต่อองค์ประกอบต่างๆที่มีส่วนสำคัญต่อบุคคลนั้นๆ ได้แก่ อาหาร สุขภาพอนามัย โภชนาการ การศึกษา สิ่งแวดล้อม รายได้ ที่อยู่อาศัย และทรัพยากร



องค์การอนามัยโลก (WHO) (The WHOQOL Group, 1995) กล่าวถึงคุณภาพชีวิตไว้ว่า คุณภาพชีวิตของแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับบริบททางสังคมวัฒนธรรม และค่านิยม ในเวลานั้นๆ และมีความสัมพันธ์กับจุดมุ่งหมาย ความคาดหวัง และมาตรฐานที่แต่ละคนกำหนดขึ้น ซึ่งประกอบด้วย 4 มิติ ดังนี้ 1) มิติด้านสุขภาพกาย (Physical) 2) มิติด้านสุขภาพจิต (Psychological) 3) มิติด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationships) และ 4) มิติด้านสภาพแวดล้อม (Environmental)

นักวิชาการของไทยที่สนใจและทำการวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต ได้ให้ความหมายคุณภาพชีวิตไว้อย่างหลากหลาย เช่น นริศรา พิงโพธิ์สม และ ฐาศุภร์ จันประเสริฐ (2556, หน้า 24) ได้สังเคราะห์งานวิจัยที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทางจิตและสังคมที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทย และได้สรุปความหมายคุณภาพชีวิตไว้ว่า คุณภาพชีวิตหมายถึง การรับรู้คุณค่าของบุคคลต่อสภาพการดำรงชีวิตของตน ซึ่งวัดจากความพึงพอใจในเรื่องความเป็นอยู่ สุขภาพกายและจิต อาหารการกิน การมีสิ่งของใช้ตามความจำเป็น การอยู่ในสภาพแวดล้อม และการใช้ชีวิตอยู่ในสังคม ส่วน ศิรินันท์ และคณะ (2557, หน้า 16) ได้กล่าวถึงนิยามของคุณภาพชีวิตจากการวิเคราะห์งานวิจัยหลายผลงาน พบว่า นิยามของคุณภาพชีวิตไม่ได้ขึ้นอยู่กับเกณฑ์ของแต่ละบุคคล แต่ขึ้นอยู่กับเกณฑ์ความจำเป็น ความต้องการและความปรารถนาของคนในแต่ละท้องถิ่นและสังคม ดังนั้นการศึกษาวเคราะห์เกี่ยวกับคุณภาพชีวิต ผู้วิจัยจึงเป็นผู้นิยามให้ความหมายของคุณภาพชีวิต โดยจะต้องระบุให้เจาะจงและครอบคลุมสิ่งที่ต้องการศึกษา จะต้องพิจารณาถึงสมมติฐานของความต้องการส่วนบุคคลไปจนถึงสังคม และดัชนีชี้วัดถึงความต้องการของสังคมด้วย (Andrew and Crandall, 1975; Harwood, 1976; Cummins, 1998; Van Praag, 1993; Osmani, 1993 อ้างถึงใน ศิรินันท์ และคณะ, 2557, หน้า 16) และสิทธิพงศ์ บุญผดุง (2554, หน้า 22) ได้กล่าวถึงคุณภาพชีวิตไว้ว่า คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ หมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับการใช้ชีวิตของแต่ละบุคคล ซึ่งสามารถอธิบายได้ดีที่สุดจากความพึงพอใจที่ผู้สูงอายุแต่ละบุคคลได้รับ โดยจะวัดการรับรู้เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในแต่ละด้าน ดังนี้ ด้านสภาพอารมณ์ที่ดี ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านสภาพความเป็นอยู่ที่ดี ด้านสภาพร่างกายที่ดี ด้านการรวมกลุ่มทางสังคม และด้านการตัดสินใจด้วยตนเอง

## 2. องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต

บีเดิ้ล-บราวน์ และคณะ (Beadle-Brown *et al.*, 2008, p.380 อ้างถึงใน สิทธิพงศ์ บุญผดุง, 2554, หน้า 18-19) ได้นำเสนอการแบ่งคุณภาพชีวิตควบคู่ไปกับการกำหนดตัวชี้วัด เป็น 8 ด้าน ดังนี้

1) ด้านร่างกาย (Physical domain) คือ การรับรู้สภาพทางด้านร่างกายของบุคคล ซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน เช่น การรับรู้สภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย การรับรู้ถึงความรู้สึกสุขสบาย ไม่มีความเจ็บปวด การรับรู้ถึงความสามารถที่จะจัดการกับความเจ็บปวดทางร่างกายได้ การรับรู้ถึงพลังกำลังในการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้ถึงความเป็นอิสระที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น การรับรู้ถึงความสามารถในการเคลื่อนไหวของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการทำงาน การรับรู้ว่าคุณไม่ต้องพึ่งพาอาศัยใครๆ หรือการรักษา ทาง การแพทย์อื่นๆ เป็นต้น

2) ด้านจิตใจ (Psychological domain) คือ การรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง เช่น การรับรู้ความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง การรับรู้ถึงความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง การรับรู้ถึงความมั่นใจในตนเอง การรับรู้ถึงความคิด ความจำ สมมติการตัดสินใจ

และความสามารถในการเรียนรู้เรื่องราวต่างๆ ของตนการรับรู้ถึงความสามารถในการจัดการกับความเครียด หรือกังวล การรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อต่างๆ ของตน ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ถึงความเชื่อด้านวิญญาณ ศาสนา การให้ความหมายของชีวิต และความเชื่ออื่นๆ ที่มีผลในทางที่ดีต่อการดำเนินชีวิต มีผลต่อการเอาชนะอุปสรรค เป็นต้น

3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationships) คือ การรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม การรับรู้ว่าเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคมด้วย รวมทั้งการรับรู้ในเรื่องอารมณ์ทางเพศ หรือการมีเพศสัมพันธ์

4) ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตอยู่อย่างอิสระ ไม่ถูกกักขัง มีความปลอดภัยและมั่นคงในชีวิต การรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตอยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดี ปราศจากมลพิษต่างๆ การคมนาคมสะดวก มีแหล่งประโยชน์ ด้านการเงิน สถานบริการทางสุขภาพและสังคมสงเคราะห์ การรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตมีโอกาสที่จะได้รับข่าวสาร หรือฝึกฝนทักษะต่างๆ การรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตได้มีกิจกรรมสันทนาการ และมีกิจกรรมในเวลาว่าง

5) คุณภาพชีวิตด้านลักษณะทางอารมณ์ (Emotional Well-Being) ด้านลักษณะทางอารมณ์จะเกี่ยวข้องกับความรู้สึกพอใจในการทำงานอาชีพ ที่อยู่อาศัย การช่วยเหลือสนับสนุน ความพึงพอใจในกลุ่มทางสังคมของตนเอง นอกจากนี้ด้านลักษณะทางอารมณ์ยังเกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต มโนภาพแห่งตน การไร้ความเครียดและความสุขในการดำเนินชีวิต

6) คุณภาพชีวิตด้านความสามารถในการตัดสินใจด้วยตนเอง (Self-determination) ด้านความสามารถในการตัดสินใจได้ด้วยตนเองจะเกี่ยวข้องกับความสามารถในการตัดสินใจ การควบคุมตนเอง การกำหนดทิศทางการดำเนินชีวิตด้วยตนเอง อิทธิพลของที่อยู่อาศัยที่มีผลต่อความสามารถในการตัดสินใจ การสนับสนุนช่วยเหลือด้วยคำพูดและการแก้ต่างเพื่อตนเอง

7) คุณภาพชีวิตด้านการพัฒนาตนเอง (Personal Development) ด้านการพัฒนาตนเองจะเกี่ยวข้องกับเรื่องของการศึกษาและทักษะในการปฏิบัติตน ความสามารถส่วนตัว การบรรลุสิ่งที่ปรารถนา ความก้าวหน้าและพัฒนาการในด้านต่างๆ

8) คุณภาพชีวิตด้านสิทธิเสรีภาพ (Rights) ด้านสิทธิเสรีภาพจะเกี่ยวข้องกับการเคารพในสิทธิส่วนบุคคล สิทธิมนุษยชน สิทธิในความเป็นพลเมือง เช่น การมีสิทธิเลือกตั้ง ความรับผิดชอบในฐานะความเป็นพลเมืองและกิจกรรมต่าง ๆ ซึ่งเกี่ยวข้องกับชุมชนหรือรัฐบาล

ฟลานาแกน (Flanagan, 1978) ได้กล่าวถึงองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตว่าเป็นความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ซึ่งจำแนกได้ 5 องค์ประกอบ ดังนี้

1) มีความสุขสบายทางด้านร่างกายและวัตถุ ทางด้านร่างกาย ได้แก่ การมีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ ทางด้านวัตถุ ได้แก่ การมีอาหารดี มีบ้านที่น่าอยู่ มีเครื่องอำนวยความสะดวก

2) มีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เช่น ความสัมพันธ์กับคู่สมรส บิดามารดา ญาติพี่น้อง เพื่อนฝูงและบุคคลอื่น นอกจากนี้การมีบุตรและการเลี้ยงดูบุตร ถือเป็นความสัมพันธ์ด้านนี้ด้วย

- 3) มีกิจกรรมในสังคมและชุมชน การได้มีการสนับสนุนและช่วยเหลือบุคคลอื่น
- 4) มีการพัฒนาบุคลิกภาพและมีความสำเร็จสมบูรณ์ตามพัฒนาการ เช่น ทางสติปัญญา การเรียนรู้ สนใจการเรียนรู้และการเข้าใจตนเอง รู้จุดบกพร่องของตนเอง มีงานที่น่าสนใจ ทำ ได้รับผลตอบแทนที่ดี และการแสดงออกในทางสร้างสรรค์
- 5) มีสันตนาการ เช่น อ่านหนังสือ ฟังดนตรี ดูกีฬาและสิ่งบันเทิงอื่นๆ และมีส่วนร่วมในสังคม

พาดิลลา และแกรีนท์ (Padilla & Grant, 1985) ได้ให้แนวคิดเกี่ยวกับองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต ควรประกอบไปด้วยความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน การรับรู้ความผาสุกด้านร่างกายและจิตใจ ความรู้สึกเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตนเอง การตอบสนองต่อการวินิจฉัยและการรักษา รวมทั้งความรู้สึกต่อสังคมรอบตัวผู้ป่วย

ชาร์มา (Sharma, R. C., 1988) ได้แบ่งองค์ประกอบคุณภาพชีวิตออกเป็น 2 ด้าน คือ

- 1) ด้านกายภาพ ได้แก่ อาหาร น้ำ ที่อยู่อาศัย เครื่องนุ่งห่ม ฯลฯ
- 2) ด้านสังคมและวัฒนธรรม ได้แก่ การศึกษา การบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุข การมีงานทำ สภาพแวดล้อมในการทำงาน ฯลฯ

สตรอมเบอร์ก (Stromberg, 1984) ได้แสดงทัศนคติในการประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุไว้ 3 ลักษณะ ดังนี้

1) การประเมินเชิงวัตถุวิสัย โดยวัดเชิงปริมาณ ด้วยการวัดจากรายได้ ที่อยู่อาศัย กิจกรรม และความบริสุทธิ์ของอากาศ ซึ่งเป็นการประเมินผู้ป่วยโดยผู้อื่น เช่น แพทย์หรือบุคลากรอื่นๆ ในทีมสุขภาพ

2) การประเมินเชิงจิตวิสัยโดยวัดเป็นเชิงปริมาณ ด้วยการสืบค้น ความต้องการ ความหมดหวัง ทัศนคติ และการรับรู้ของแต่ละคน ขึ้นอยู่กับค่านิยมของคุณภาพชีวิตของตนเองหรือประสบการณ์ในชีวิตของตนเอง เช่น ความพึงพอใจที่ตนเองได้รับ ซึ่งเป็นการประเมินของผู้ป่วยเอง โดยประเมินออกมาเป็นคะแนน

3) การประเมินเชิงจิตวิสัยโดยวัดเป็นคุณภาพ เป็นการประเมินโดยตัวผู้รับบริการ โดยเป็นการบรรยายและการบอกถึงสภาพที่ผู้รับบริการเป็นอยู่

ซัน (Zhan, 1992) ได้กล่าวไว้ว่า คุณภาพชีวิตมีองค์ประกอบ 4 ด้าน คือ

1) ด้านความพึงพอใจในชีวิต เป็นการตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงในสภาวะภายนอก ที่ได้รับอิทธิพลจากภูมิหลังของคน บุคลิกลักษณะ สิ่งแวดล้อมและสถานะทางสุขภาพ สิ่งที่คุณรับรู้ถึงสิ่งที่ตนเองครองอยู่ ซึ่งอยู่ระหว่างความต้องการ ความคาดหวัง ความใคร่ ความปรารถนาที่ตั้งไว้และความสำเร็จที่ได้รับ

2) ด้านอัตมโนทัศน์ เป็นความเชื่อและความรู้สึกที่คน ๆ หนึ่งมีต่อตนเอง ความเชื่อ ความรู้สึกเหล่านี้มาจากการรับรู้โดยเฉพาะการรับรู้ปฏิภพของผู้อื่นที่ส่งผลต่อพฤติกรรมของคน ๆ หนึ่งเกี่ยวกับตนเองในห้วงเวลาหนึ่ง

3) ด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกาย เป็นเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างตนเองกับบุคคลกับสิ่งแวดล้อม โดยนอกจากจะประเมินอาการทางคลินิกแล้ว ยังประเมินในเรื่องการรับรู้ภาวะ

สุขภาพของบุคคล สิ่งที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ และความสัมพันธ์ระหว่างครอบครัวกับสังคมและยังต้องพิจารณาถึงอิทธิพลทางสังคม สิ่งแวดล้อมและการเมืองด้วย

4) ด้านสังคมและเศรษฐกิจ เป็นการประเมินการประกอบอาชีพ การศึกษาและรายได้ ซึ่งถูกกำหนดเป็นมาตรฐานทางสังคม

โดยสรุป องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตของปีเดิล-บราวน์และคณะ (Beadle-Brown et al., 2008, p.380 อ้างถึงใน สิทธิพงศ์ บุญผดุง, ฟลานาแกน (Flanagan, 1978), พาติลลา และแกรีนท์ (Padilla & Grant, 1985), ชาร์มา (Sharma, R.C., 1988), สตรอมเบอร์ก (Stromberg, 1984) และซัน (Zhan, 1992) ที่นำเสนอข้างต้น ได้นำเสนอองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตไว้ว่าเป็นความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ในด้านความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การรับรู้ความผาสุกด้านร่างกายและจิตใจ ความรู้สึกเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตนเอง การตอบสนองต่อการวินิจฉัยและการรักษา รวมทั้งความรู้สึกต่อสังคมรอบตัวและสามารถใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุทั้งในการประเมินเชิงวัดถ่วงและจิตพิสัย ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ ได้กำหนดองค์ประกอบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชนในเขตพื้นที่ธนบุรี ประกอบด้วย คุณภาพชีวิตเกี่ยวกับสุขภาพกายและใจ คุณภาพชีวิตเกี่ยวกับหลักประกันความมั่นคงในชีวิต คุณภาพชีวิตเกี่ยวกับความสัมพันธ์และการมีส่วนร่วมในสังคม คุณภาพชีวิตเกี่ยวกับการจัดการความรู้และการถ่ายทอดภูมิปัญญาท้องถิ่น และคุณภาพชีวิตเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ของผู้สูงอายุในครอบครัว

องค์การอนามัยโลก (WHO, 1997) ได้กำหนดเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิต (WHOQOL-100) ประกอบด้วย 6 ด้าน ดังนี้

1) ด้านร่างกาย คือ การรับรู้ทางสภาพทางด้านร่างกายของบุคคล ซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน เช่น การรับรู้สภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย การรับรู้ความรู้สึกสบาย ไม่มี ความเจ็บปวดการรับรู้ถึงความสามารถที่จะจัดการกับความเจ็บปวดทางร่างกายได้ การรับรู้ถึงผลกำลังในการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้ถึงการนอนหลับและการพักผ่อน รวมถึงการรับรู้เรื่องการมีเพศสัมพันธ์ ซึ่งการรับรู้เหล่านี้มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน

2) ด้านจิตใจ คือการรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง เช่น การรับรู้ความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง การรับรู้ถึงความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง การรับรู้ถึงความมั่นใจในตนเอง การรับรู้ถึงความคิด ความจำสมาธิ การตัดสินใจและความสามารถในการเรียนรู้เรื่องต่างๆ ของตน และการรับรู้ถึงความสามารถในการจัดการกับความเศร้าหรือความกังวล เป็นต้น

3) ด้านระดับความเป็นอิสระของบุคคล คือ การรับรู้ถึงความเป็นอิสระที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น การรับรู้ถึงความสามารถเคลื่อนไหวของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการทำงาน การรับรู้ว่าคุณไม่ต้องพึ่งพาอาศัยต่างๆ หรือการรักษาทางการแพทย์อื่นๆ เป็นต้น

4) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม คือ การรับรู้ถึงความสัมพันธ์ของตนเองกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม การรับรู้ว่าคุณได้เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคมด้วย รวมถึงการรับรู้ในเรื่องอารมณ์ทางเพศหรือการมีเพศสัมพันธ์

5) ด้านสิ่งแวดล้อม คือการรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตอยู่อย่างอิสระ ไม่ถูกกักขัง มีความปลอดภัย มีความมั่นคงในชีวิต การรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตอยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดีปราศจากมลพิษต่างๆ การคมนาคมสะดวก มีแหล่งประโยชน์ด้านการเงิน การบริการทางสุขภาพและสังคมสงเคราะห์ การรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตมีโอกาสที่จะได้รับข่าวสารหรือฝึกฝนทักษะต่างๆ การรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตได้มีกิจกรรมสันทนาการและมีกิจกรรมในเวลาว่าง เป็นต้น

6) ด้านความเชื่อส่วนบุคคล คือ การรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อที่ต่างกันของคนที่มีการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ถึงความเชื่อด้านจิตวิญญาณ ศาสนา การให้ความหมายของชีวิต ความเชื่อที่ต่างกันที่มีผลในทางที่ดีต่อการดำเนินชีวิตที่มีผลต่อการเอาชนะอุปสรรค เป็นต้น

สุวัฒน์ มหัตถินันต์กุล, วิระวรรณ ตันติพิวัฒนสกุล, วนิตา พุ่มไพศาลชัย, กรองจิตต์ วงศ์สุวรรณ และราณี พรมานะจรัสกุล (2540) ได้แปลและพัฒนาเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตชุดย่อยฉบับภาษาไทย (WHOQOL- BREF-THAI, 1997) จากเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตชุดย่อยขององค์การอนามัยโลกฉบับภาษาอังกฤษ (WHOQOL-BREF, 1996) แบ่งเป็น 4 ด้าน คือ

1) ด้านสุขภาพกาย (Physical domain) คือ การรับรู้สภาพทางร่างกายของบุคคลซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน เช่น การรับรู้ถึงสภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย การรับรู้ถึงความรู้สึกสบาย ไม่มีความเจ็บปวด การรับรู้ถึงความสามารถที่จะจัดการกับความเจ็บปวดของร่างกายได้ การรับรู้ถึงพลังกำลังในการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้เรื่องการนอนหลับและการพักผ่อน ซึ่งการรับรู้เหล่านี้มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้ที่เป็นอิสระไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น การรับรู้ในความสามารถในการเคลื่อนไหวของตนเอง สามารถไปไหนมาไหนด้วยตนเองโดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น การรับรู้ถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การรับรู้ถึงความสามารถในการทำงาน การรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตไม่ต้องพึ่งพาอาศัยกัน หรือการรักษาทางการแพทย์อื่นๆ เป็นต้น มี 7 ตัวชี้วัด ได้แก่ 1) ความเจ็บปวดและความไม่สบาย 2) กำลังวังชาและความเหนื่อยล้า 3) การนอนหลับพักผ่อน 4) การเคลื่อนไหว 5) การดำเนินชีวิตประจำวัน 6) การเข้ายารักษาหรือการรักษา 7) ความสามารถในการทำงาน

2) ด้านจิตใจ (Psychological domain) คือการรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง เช่น การรับรู้ความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง การรับรู้ถึงความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง การรับรู้ถึงความมั่นใจในตนเอง การรับรู้ถึงความคิด ความจำ สมาธิ และการตัดสินใจ และความสามารถในการเรียนรู้เรื่องราวต่างๆ ของตน ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่นการรับรู้เรื่องของคุณภาพชีวิตด้านจิตวิญญาณ ศาสนา การให้ความหมายของชีวิตและความเชื่ออื่นๆ ที่มีผลในทางที่ดีต่อการดำเนินชีวิต มีผลต่อการเอาชนะอุปสรรค รับรู้ถึงความสามารถในการจัดการกับความเครียด กังวล และสิ้นหวัง เป็นต้น มี 6 ตัวชี้วัด ได้แก่ 1) ความรู้สึกในด้านดี 2) การคิดการเรียนรู้ ความจำและสมาธิ 3) การนับถือตนเอง 4) ภาพลักษณ์และรูปร่าง 5) ความรู้สึกในทางที่ไม่ดี 6) จิตวิญญาณ ศาสนา และความเชื่อส่วนบุคคล

3) ด้านสัมพันธภาพทางสังคม (Social relationships) คือการรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนเองกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม การรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคมด้วย รวมถึงการรับรู้ในอารมณ์ทางเพศ หรือการมีเพศสัมพันธ์มี 3 ตัวชี้วัด ได้แก่ 1) สัมพันธภาพทางสังคม 2) การช่วยเหลือสนับสนุนทางสังคม 3) กิจกรรมทางเพศ

4) ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) คือการรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตอยู่อย่างอิสระ ไม่ถูกกักขัง มีความปลอดภัย มีความมั่นคงในชีวิต มีที่อยู่อาศัยที่เอื้อต่อสุขภาพ การรับรู้ว่าได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดีปราศจากมลพิษต่างๆ การคมนาคมสะดวก มีแหล่งประโยชน์ด้านการเงิน การบริการทางสุขภาพและสังคมสงเคราะห์ การรับรู้ว่าคุณเองมีโอกาที่จะได้รับข่าวสารหรือฝึกฝนทักษะต่างๆ การรับรู้ว่าคุณได้มีกิจกรรมสันทนาการและมีกิจกรรมในช่วงเวลาว่าง เป็นต้น มี 8 ตัวชี้วัด ได้แก่ 1) ความปลอดภัยทางด้านร่างกายและความมั่นคงในชีวิต 2) สภาพแวดล้อมของบ้าน 3) แหล่งการเงิน 4) การดูแลสุขภาพและบริการทางสังคม 5) การรับรู้ข้อมูลข่าวสารและทักษะใหม่ๆ 6) การมีส่วนร่วม มีโอกาสพักผ่อนหย่อนใจและมีเวลาว่าง 7) สภาพแวดล้อม 8) การคมนาคม

ดวงใจ คำคง (2554, หน้า 34-35) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตเป็นแนวคิดที่ประกอบไปด้วยหลายมิติแต่ละคนให้คำจำกัดความที่แตกต่างกันไป กล่าวคือ

ลอร์ดตัน (Lawton) (ลลิตญา ลอยลม, 2545, หน้า 42 อ้างจาก Lawton, 1985) กล่าวว่า ผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีต้องประกอบ 4 ด้าน คือ 1) การมีความสุขทางด้านจิตใจ หมายถึง การที่บุคคลสามารถประเมินได้ว่า ประสบการณ์ในชีวิตที่ผ่านมาคุณภาพ โดยประเมินได้จากผลกระทบระดับความสุขที่ได้รับและความสำเร็จที่ได้บรรลุตามความต้องการหรือเป้าหมายที่ตั้งไว้ 2) ความสามารถในการแสดงพฤติกรรม หมายถึง ความสามารถในการทำหน้าที่ของบุคคล ซึ่งรวมถึงการทำหน้าที่ของร่างกาย การมีสุขภาพที่ดี การรับรู้ที่ถูกต้องและการมีพฤติกรรมทางสังคมที่ถูกต้อง 3) สิ่งแวดล้อมของบุคคล หมายถึง สิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่ 3.1) สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ลักษณะภูมิอากาศ ภูมิประเทศ และที่อยู่อาศัย 3.2) บุคคลที่มีความสำคัญต่อผู้สูงอายุ เช่น สมาชิกในครอบครัว เพื่อน 3.3) บุคคลอื่นทั่วไปที่มีปฏิสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ 3.4) สถานภาพทางสังคม อายุ เชื้อชาติ และเศรษฐกิจ และ 3.5) สภาพสังคมและวัฒนธรรมภายในชุมชนที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ และ 4) การรับรู้คุณภาพชีวิต หมายถึง การที่บุคคลมีการประเมินตนเองเกี่ยวกับความสุขทางด้านจิตใจ ความสามารถในการทำหน้าที่ตลอดจนสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อบุคคลแต่ละคน

## แนวคิดเกี่ยวกับการเสริมพลัง

แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวกับการเสริมพลังหรือพัฒนาพลัง (Active ageing) เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยมีแนวคิดทางทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง มีดังนี้

### แนวคิด (Active ageing)

เป็นแนวคิดที่ถูกกำหนดขึ้นโดยองค์การอนามัยโลก (WHO, 2002, อ้างถึงใน วิพรรณ ประจวบเหมาะ, 2560, หน้า 18-20) เน้นกระบวนการที่สร้างโอกาสที่เหมาะสมด้านสุขภาพ ด้านการมีส่วนร่วมทางสังคม และความมั่นคงเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุ กระบวนการเสริมสร้าง Active ageing ทำให้บุคคลตระหนักถึงศักยภาพทางด้านร่างกาย สังคม และจิตใจ ตลอดช่วงชีวิต และการมีส่วนร่วมในสังคม ขณะเดียวกันก็จัดระบบปกป้องคุ้มครอง การสร้างความมั่นคง และในการดูแลที่พอเพียงตามที่คุณสูงอายุต้องการ ซึ่งแนวคิด Active ageing ที่มองผู้สูงอายุมีชีวิตอย่างมีคุณค่า มี

ศักดิ์ศรี ภาครัฐจึงได้จัดทำแผนผู้สูงอายุแห่งชาติระยะยาว ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2545-2564 เป็นกรอบในการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ โดยกำหนดวิสัยทัศน์ให้ผู้สูงอายุเป็นหลักชัยของสังคม มุ่งเน้นให้ผู้สูงอายุมีชีวิตอย่างมีคุณค่า มีศักดิ์ศรี มีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถพึ่งตนเองได้นานที่สุด และมีส่วนร่วมในการพัฒนาสังคม (กมลชนก ข้าสุวรรณ, 2560, หน้า 33)

การเสริมพลังหรือพลังเป็นแนวคิดที่ถูกกำหนดขึ้นโดยองค์การอนามัยโลก ที่แสดงถึงสุขภาพที่สมบูรณ์ของผู้สูงอายุและเป็นเป้าหมายของภาวะหรือคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งมีความหมายว่าเป็นกระบวนการ (Process) ที่เหมาะสม (Optimization) นำไปสู่สุขภาพ (Health) การมีส่วนร่วม (Participation) และหลักประกัน (Security) ที่จะเสริมสร้างคุณภาพชีวิต (To enhance quality of life) เมื่อสูงอายุ (Older age) (WHO, 2006; สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544) สอดคล้องกับโมเดลการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ (องค์การอนามัยโลก WHO, 2006) แนวคิดนี้หมายถึง กระบวนการของการมีสุขภาพที่สุขสมบูรณ์ การมีส่วนร่วมและการมีหลักประกันเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตเมื่อสูงอายุพหุพลังประกอบ ด้วยแนวคิดหลัก 3 ประการคือ สุขภาพ การมีส่วนร่วมและหลักประกันและความมั่นคง กล่าวคือ ผู้สูงอายุมีความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ตระหนักในศักยภาพของตนเองเพื่อความดีทั้งด้านร่างกายจิตใจและสังคมตลอดช่วงของความสูงวัยทั้งขณะที่มีสุขภาพดีและเจ็บป่วยมีส่วนร่วมในกิจกรรมครอบครัว กลุ่มเพื่อน ชุมชน สังคม วัฒนธรรมและจิตวิญญาณที่สอดคล้องกับศักยภาพ ความชอบและสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐาน สามารถพึ่งพาตนเองได้ท่ามกลางสิ่งแวดล้อมที่เป็นมิตร และมีความเป็นปึกแผ่นระหว่างรุ่นวัย ขณะที่รัฐมีนโยบายสร้างสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง โดยพัฒนาบริการที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุทั้งด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค

## แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับนวัตกรรม

### เทคโนโลยีกับผู้สูงอายุ

ศ.เกียรติคุณ นพ.ประเวศ กล่าวว่า ผู้สูงอายุในสังคมสมัยใหม่ หรือโลกดิจิทัล จะตกอยู่ในสังคมทอดทิ้งกัน ทุกคนมีความเครียดสูง เครื่องจักรจะทำให้คนตกงานเป็นจำนวนมาก ขาดความเป็นชุมชน แต่มีข้อดีคือ จะทำให้คนสนใจการเจริญสติมากขึ้น สำหรับทางออกของปัญหาผู้สูงอายุในอนาคต ชุมชนจะต้องมีความเข้มแข็ง มีความคิดริเริ่มนำนวัตกรรมมาใช้ให้สามารถดูแลผู้สูงอายุทั้งหมดได้ และจะต้องพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุให้มีทักษะความเข้าใจและใช้เทคโนโลยีดิจิทัล (Digital literacy) คือการมีทักษะในการนำเครื่องมือ อุปกรณ์ และเทคโนโลยีดิจิทัลที่มีอยู่ในปัจจุบัน อาทิ คอมพิวเตอร์ โทรศัพท์ แท็บเล็ต โปรแกรมคอมพิวเตอร์ และสื่อออนไลน์ มาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด ในการสื่อสาร การปฏิบัติงาน และการอยู่ร่วมกัน ที่สำคัญจะต้องไปสู่สังคมสูงวัยที่ก้าวไปด้วยกัน ด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์ที่เคารพศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

นางภรณ์ ภูประเสริฐ (2561) กล่าวว่า สังคมไทยเป็นสังคมดิจิทัลอย่างเต็มรูปแบบ รวมถึงนโยบายของรัฐบาลที่เสนอให้ทุกภาคส่วนร่วมกันขับเคลื่อนนโยบายไทยแลนด์ 4.0 จากข้อมูลการสำรวจโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ ในปี 2560 พบว่า มีผู้สูงอายุเพียงร้อยละ 4.2 ที่ได้รับข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์จากอินเทอร์เน็ต หรือโซเชียลมีเดีย ผู้สูงอายุไทยในอนาคตจึงต้องรู้เท่าทันและสามารถใช้ประโยชน์จากอินเทอร์เน็ต โซเชียลมีเดีย และสมาร์ทโฟน ในการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร

โปรแกรมการดูแลสุขภาพต่างๆ ตลอดจนการทำธุรกรรมทางการเงิน ไม่ตกเป็นผู้เสียหาย โดนหลอกจากการเผยแพร่ข่าวสารปลอม นำไปสู่การละเมิดสิทธิ การฉ้อโกงทรัพย์สิน ซึ่งการเสวนาสาธารณะครั้งนี้ จะเป็นการนำเสนอตัวอย่างของการเรียนรู้ตลอดชีวิต การจ้างงานจะเห็นได้ว่าเทคโนโลยีผู้สูงอายุไทยในอนาคต ผู้สูงอายุจึงต้องรู้เท่าทันและสามารถใช้ประโยชน์จากอินเทอร์เน็ต โซเชียลมีเดีย และสมาร์ตโฟน ในการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร โปรแกรมการดูแลสุขภาพต่างๆ ตลอดจนการทำธุรกรรมทางการเงิน

กุศล สุนทรธาดา (2556) ได้กล่าวถึงประโยชน์ของเทคโนโลยีสารสนเทศสำหรับสังคมสูงอายุ ยังมีอีกหลายด้าน นอกจากการนำเทคโนโลยีมาใช้เป็นช่องทางในการติดต่อสื่อสาร เข้าถึงข้อมูลข่าวสารและองค์ความรู้ สามารถนำเทคโนโลยีมาใช้ในการศึกษา เทคโนโลยีจะช่วยให้มีการเรียนรู้ตลอดชีวิตสำหรับผู้สูงวัย เพราะความรู้เรียนได้ไม่มีสิ้นสุด เพื่อการประกอบอาชีพ เทคโนโลยีจะช่วยให้เพิ่ม ผลผลิตภาพการทำงานของผู้สูงอายุ และการดำรงชีวิต เทคโนโลยีช่วยให้มีการพัฒนาวิทยาการทางการแพทย์และการดูแลผู้สูงวัย สำหรับเทคโนโลยีที่ใช้ในทางการแพทย์และการดูแลผู้สูงอายุ ในประเทศพัฒนาได้มีการพัฒนาเทคโนโลยีที่ใช้ในทางการแพทย์และ เริ่มนำมาใช้จริง ในหลายประเทศที่ก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุแล้ว ได้แก่ เครื่องตรวจสอบการคลื่นลมของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นอุปกรณ์ อิเล็กทรอนิกส์ที่ใช้ตรวจจับแรงกระแทกขณะคลื่นลม โดยอุปกรณ์ นี้จะส่งสัญญาณผ่านมือถือไปยังลูกหลาน ญาติที่อยู่ใกล้ หรือโรงพยาบาล สามารถให้ความช่วยเหลือได้ทัน และลดความเสี่ยงต่อความพิการหรือการเสียชีวิตลงได้ นอกจากนี้ยังมีการพัฒนาเครื่องวัดอัตราการเต้นของหัวใจ ที่สามารถส่งข้อมูลไปยังเซิร์ฟเวอร์ของโรงพยาบาล เพื่อให้แพทย์สามารถติดตามผลการรักษา และวินิจฉัยโรคทางไกลได้โดยที่คนไข้ไม่ต้องเสียเวลาเดินทาง ปัจจุบันอยู่ระหว่างการพัฒนาให้ใช้งานได้ อย่างแม่นยำ

จะเห็นได้ว่าเทคโนโลยีผู้สูงอายุในอนาคต จะเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุมากขึ้น จึงต้องรู้เท่าทันและสามารถใช้ประโยชน์จากอินเทอร์เน็ต โซเชียลมีเดีย และสมาร์ตโฟน ในการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร โปรแกรมการดูแลสุขภาพต่างๆ ตลอดจนการทำธุรกรรมทางการเงิน จะเห็นได้ว่าเทคโนโลยีผู้สูงอายุไทยในอนาคต ผู้สูงอายุจึงต้องรู้เท่าทันสื่อเทคโนโลยีจะช่วยให้เพิ่ม ผลผลิตภาพการทำงานของผู้สูงอายุ และการดำรงชีวิต เทคโนโลยี ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะต้องพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุให้ มีทักษะความเข้าใจและใช้เทคโนโลยีดิจิทัล(Digital literacy) คือการมีทักษะในการนำเครื่องมือ อุปกรณ์ และเทคโนโลยีดิจิทัลที่มีอยู่ในปัจจุบัน อาทิ คอมพิวเตอร์ โทรศัพท์ แทปเล็ต โปรแกรมคอมพิวเตอร์ และสื่อออนไลน์ มาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด ในการสื่อสาร การปฏิบัติงาน และการอยู่ร่วมกันซึ่งเป็นไปตามการเตรียมการสำหรับผู้สูงอายุในด้านการส่งเสริมการวิจัยและการพัฒนาเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุให้มีการใช้ประโยชน์จากความก้าวหน้าทางด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีสมัยใหม่ในการศึกษา วิจัย ค้นคว้า พัฒนาความรู้ และนวัตกรรมเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ทั้งในเรื่องสุขภาพอนามัยด้านสังคม สิ่งแวดล้อมการดำรงชีวิตประจำวัน รวมทั้งวัสดุอุปกรณ์เพื่ออำนวยความสะดวกและปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุทั้งภายในและภายนอกบ้าน อาทิ หุ่นยนต์ช่วยดูแลผู้สูงอายุ อุปกรณ์ป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ อุปกรณ์เพื่อการใช้สอยในชีวิตประจำวัน อาทิ ยานพาหนะสำหรับผู้สูงอายุ และสุขภัณฑ์ อุปกรณ์ไฟฟ้าต่างๆ ตลอดจนผลิตภัณฑ์อาหารเครื่องดื่มที่เหมาะสมและปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ เป็นต้น

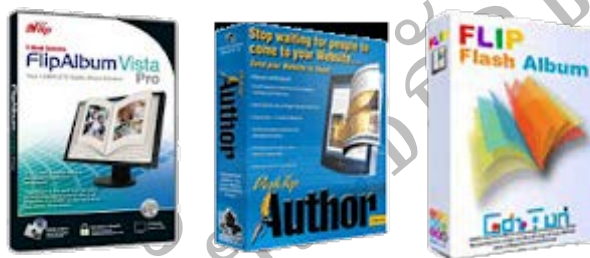


**E-Book** ย่อมาจากคำว่า Electronic Book เป็นสื่อที่ได้รับความนิยมและใช้กันอย่างแพร่หลาย มีความทันสมัยสามารถเรียนรู้ได้ไม่จำกัดเวลาและยังใช้งานร่วมกับคอมพิวเตอร์ได้อย่างสอดคล้อง และสะดวกสบาย ที่สร้างขึ้นด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์มีลักษณะเป็นเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ โดยปกติมักจะเป็นแฟ้มข้อมูลที่สามารถอ่านเอกสารผ่านทางหน้าจอคอมพิวเตอร์ ทั้งในระบบออฟไลน์ และออนไลน์ ซึ่งคุณลักษณะของหนังสืออิเล็กทรอนิกส์สามารถเชื่อมโยงจุดไปยังส่วนต่างๆ ของหนังสือ เว็บไซต์ต่างๆ ตลอดจนมีปฏิสัมพันธ์และโต้ตอบกับผู้เรียนได้ นอกจากนี้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์สามารถแทรกภาพ เสียง ภาพเคลื่อนไหว แบบทดสอบ และสามารถสั่งพิมพ์เอกสารที่ต้องการออกทางเครื่องพิมพ์ได้อีกประการหนึ่ง ที่สำคัญก็คือ หนังสืออิเล็กทรอนิกส์สามารถปรับปรุงให้ทันสมัยได้ตลอดเวลา ซึ่งคุณสมบัติเหล่านี้จะไม่มีในหนังสือธรรมดาทั่วไป

### โปรแกรมที่นิยมใช้สร้าง e-Book

โปรแกรมที่นิยมใช้สร้าง e-Book มีอยู่หลายโปรแกรม แต่ที่นิยมใช้กันมากในปัจจุบัน ได้แก่

1. โปรแกรมชุด Flip Album
2. โปรแกรม Desk Top Author
3. โปรแกรม Flash Album Deluxe



ชุดโปรแกรมทั้ง 3 จะต้องติดตั้งโปรแกรมสำหรับอ่าน e-Book ด้วยมิฉะนั้นแล้วจะเปิดเอกสารไม่ได้

### องค์ประกอบของ e-Book

1. เนื้อหาที่อยู่ในรูปของข้อความ
  - 1.1 สื่อความหมายให้ชัดเจน
  - 1.2 การจัดวางรูปแบบ (Font) เครื่องหมายหรือสัญลักษณ์ (Symbol) สี การจัดวางดูแล้วมีความเหมาะสม
  - 1.3 ความยาวเนื้อหาให้เหมาะสม
  - 1.4 การสร้างภาพเคลื่อนไหวให้ตัวหนังสือ จะเพิ่มความสนใจ แล้วแต่ความเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย
  - 1.5 การใช้สัญลักษณ์ควรให้สัมพันธ์กับเนื้อหา
2. ภาพนิ่ง  
ภาพได้จากการสร้างด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์หรือภาพที่ได้จากการสแกนภาพลักษณะเป็นจุดภาพ (Pixel) แบบไฟล์ได้แก่ไฟล์นามสกุล GIF, JPG, PNG, BMP, WMF, ICO, PCX, TIF, PCD, PSD
3. ภาพเคลื่อนไหว (Animation) รูปแบบไฟล์ได้แก่ไฟล์นามสกุล GIF, SWF

4. เสียง (Sound) รูปแบบไฟล์ ได้แก่ MID, WAV, MP3
5. ภาพวีดิทัศน์ (Video) ถูกเก็บในรูปแบบดิจิทัลไฟล์มักจะถูกเก็บไว้ในตระกูล AVI, MOV หรือ MPEG
6. การเชื่อมโยงข้อมูล (Links) การที่ผู้ใช้สามารถเลือกข้อมูลได้ตามต้องการโดยการใช้ตัวอักษร หรือ ปุ่ม หรือภาพสำหรับเชื่อมโยง
  - โครงสร้างทั่วไปของหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ ประกอบด้วย
    1. หน้าปก (Front cover) หน้าปก หมายถึง ปกด้านหน้าของหนังสือซึ่งจะอยู่ส่วนแรก เป็นตัวบ่งบอกว่าหนังสือเล่มนี้ชื่ออะไร ใครเป็นผู้แต่ง
    2. คำนำ (Introduction) คำนำ หมายถึง คำบอกกล่าวของผู้เขียนเพื่อสร้างความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับข้อมูล และเรื่องราวต่างๆ ของหนังสือเล่มนั้น
    3. สารบัญ (Contents) สารบัญ หมายถึง ตัวบ่งบอกหัวเรื่องสำคัญที่อยู่ภายในเล่มว่าประกอบด้วยอะไรบ้าง อยู่ที่หน้าใดของหนังสือ สามารถเชื่อมโยงไปสู่หน้าต่างๆ ภายในเล่มได้
    4. สารระของหนังสือแต่ละหน้า (Pages contents) สารระของหนังสือแต่ละหน้า หมายถึง ส่วนประกอบสำคัญในแต่ละหน้า ที่ปรากฏภายในเล่ม ประกอบด้วย
      - 4.1 หน้าหนังสือ (Page number)
      - 4.2 ข้อความ (Texts)
      - 4.3 ภาพประกอบ (Graphics) .jpg, .gif, .bmp, .png, .tiff
      - 4.4 เสียง (Sounds) .mp3, .wav, .midi
      - 4.5 ภาพเคลื่อนไหว (Video clips, flash) .mpeg, .wav, .avi?
      - 4.6 จุดเชื่อมโยง (Links)
    5. อ้างอิง (Reference) หมายถึง แหล่งข้อมูลที่ใช้นำมาอ้างอิง อาจเป็นเอกสาร ตำรา หรือเว็บไซต์
    6. ดัชนี (Index) ดัชนี หมายถึง การระบุคำสำคัญหรือคำหลักต่างๆ ที่อยู่ภายในเล่ม โดยเรียงลำดับตัวอักษรให้สะดวกต่อการค้นหาพร้อมระบุเลขหน้าและจุดเชื่อมโยง
    7. ปกหลัง (Back cover) ปกหลัง หมายถึง ปกด้านหลังของหนังสือซึ่งจะอยู่ส่วนท้ายเล่ม

จากสิ่งที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่า **e-book** เป็นเทคโนโลยีที่ทันสมัยชนิดหนึ่งในสังคมยุคไซเบอร์ ที่เข้ามามีบทบาทในชีวิตประจำวันของคนมากขึ้น ดังนั้นผู้สูงอายุต้องปรับตัวเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ เพื่อให้ทันกับสถานการณ์ในยุคไทยแลนด์ 4.0 ก็จะช่วยให้ผู้สูงอายุอยู่ในสังคมได้อย่างมีคุณค่าในตนเอง ตลอดจนสามารถเชื่อมโยง ติดต่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับคนในชุมชน ต่างชุมชนได้อย่างรวดเร็ว เป็นการสร้างสุขให้กับชีวิตได้อีกทางหนึ่ง

## ชุมชนเขตรนบุรี

เขตรนบุรีเป็น 1 ใน 50 เขตการปกครองของกรุงเทพมหานคร ตั้งอยู่ทางตะวันตกของแม่น้ำเจ้าพระยา มีพื้นที่ทั้งสิ้น 8.551 ตารางกิโลเมตร โดยมีอาณาเขตติดต่อกับเขตอื่นๆ ดังนี้ ทิศเหนือติดต่อกับเขตบางกอกใหญ่ ทิศใต้ ติดต่อเขตราชบุรีบูรณะ ทิศตะวันออก ติดต่อเขตคลองสาน ทิศ

ตะวันตก ติดต่อเขตจอมทองและเขตภาษีเจริญ และแบ่งพื้นที่การปกครองเป็น 7 แขวง ประกอบด้วย แขวงวัดกัลยาณ์ หิรัญรูจี บางยี่เรือ บุคคโล ตลาดพลู ดาวคะนอง และแขวงสำเหร่

เขตธนบุรีเดิมมีฐานะเป็นอำเภอชั้นในขึ้นกับกรมนครบาล ตั้งที่ว่าการอำเภอในพื้นที่ของวัดราชคฤห์ จึงเรียกอำเภอนี้ว่า อำเภอราชคฤห์ (ปัจจุบันสำนักงานเขตย้ายมาตั้งอยู่บริเวณวัดเวฬุราชิม) ต่อมาเมื่อวันที่ 11 กรกฎาคม พ.ศ. 2459 ได้มีพระบรมราชโองการเปลี่ยนชื่ออำเภอราชคฤห์เป็นอำเภอบางยี่เรือ จังหวัดธนบุรี เนื่องจากมีที่ตั้งอำเภออยู่ในเขตตำบลบางยี่เรือ และในวันที่ 17 เมษายน พ.ศ. 2482 สมัยจอมพล ป. พิบูลสงคราม เป็นนายกรัฐมนตรี ได้มีการยุบจังหวัดธนบุรีรวมกับจังหวัดพระนครให้มีฐานะเป็นนครหลวงกรุงเทพธนบุรี ดังนั้น เพื่อรักษาคำว่า "ธนบุรี" ซึ่งเคยเป็นเมืองหลวงและเพื่อเฉลิมพระเกียรติของสมเด็จพระเจ้ากรุงธนบุรี (สมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช) ประกอบกับอำเภอบางยี่เรื่อนี้เคยเป็นศูนย์กลางการปกครองของจังหวัดธนบุรีด้วย จึงได้มีพระราชกฤษฎีกาเปลี่ยนชื่ออำเภอบางยี่เรือเป็น อำเภอธนบุรี และได้รับการเปลี่ยนแปลงฐานะเป็น เขตธนบุรี กรุงเทพมหานคร ในเวลาต่อมา ครั้นในวันที่ 5 พฤศจิกายน พ.ศ. 2546 ได้มีประกาศกรุงเทพมหานครเปลี่ยนแปลงพื้นที่แขวงและตั้งแขวงใหม่ในเขตธนบุรี เนื่องจากผู้บริหารกรุงเทพมหานครมีนโยบายให้แบ่งแขวงขนาดใหญ่ให้ย่อยลง เพื่อความชัดเจนในการให้บริการของสำนักงานเขต โดยได้เปลี่ยนแปลงพื้นที่แขวงบุคคโล แขวงบางยี่เรือ และแขวงตลาดพลู นำมาจัดตั้งเป็นแขวงสำเหร่และแขวงดาวคะนอง ปัจจุบันเขตธนบุรีจำนวนประชากร จำนวน 109,482 คน (ธันวาคม 2560) และมีชุมชนในพื้นที่ 44 ชุมชน โดยมีข้อมูลรายละเอียดตามตารางข้างล่างนี้

ตารางที่ 2.2 แสดงรายละเอียดข้อมูลชุมชนในพื้นที่เขตธนบุรี 44 ชุมชน

ลำดับ	ชื่อชุมชน	ที่ตั้งชุมชน	พื้นที่ (ไร่)	จำนวนบ้าน (หลัง)	จำนวนประชากร (คน)
แขวงวัดกัลยาณ์					
1	วัดกัลยาณ์	ถนนอรุณอมรินทร์ตัดใหม่	22	230	1,200
2	กุฎีขาว	ถนนเทศบาลสาย 1	27	230	1,500
3	บุปผาราม	ถนนเทศบาลสาย 2	27	232	1,372
4	วัดประยูรวงศ์	ถนนประชาธิปไตย	13	181	980
5	กุฎีจีน	ถนนเทศบาลสาย 1	32	230	1,500
6	โรงคราม	ถนนเทศบาลสาย 2	5	115	581
แขวงหิรัญรูจี					
7	ศรีภูมิ	ซอยศรีภูมิ	10	180	1,131
8	วัดใหญ่ศรีสุพรรณ	ตรอกวัดใหญ่ศรีสุพรรณ	19	355	1,367
9	สามัคคีศรีสุพรรณ	ถนนอินทรพิทักษ์	5	106	980
10	บางไส้ไก่บ้านสมเด็จ	ถนนอิสรภาพ	11	160	1,300
11	มัสยิดบ้านสมเด็จ	ถนนอิสรภาพ 15	14	238	1,424
12	วัดประดิษฐาราม	ซอยวัดประดิษฐาราม	15	240	1,000
13	สี่แยกบ้านแขก	ถนนอิสรภาพ	11	204	1,160

ตารางที่ 2.2 แสดงรายละเอียดข้อมูลชุมชนในพื้นที่เขตธนบุรี 44 ชุมชน (ต่อ)

ลำดับ	ชื่อชุมชน	ที่ตั้งชุมชน	พื้นที่ (ไร่)	จำนวนบ้าน (หลัง)	จำนวนประชากร (คน)
14	ประสานมิตร	ซอยประสานมิตร	16	316	2,262
15	วัดหิรัญรูจี	ซอยวัดหิรัญรูจี	68	350	1,978
แขวงบางยี่เรือ					
16	ข้างสถานีรถไฟ วงเวียนใหญ่	ซอยเทอดไทย 9	28	580	2,500
17	โรงเจ 1	ซอยเทอดไทย 21	31	424	2,200
18	โรงเจ 2	ซอยเทอดไทย 21	40	630	3,800
19	ตากสินสัมพันธ์	ซอยตากสิน 4	90	800	4,377
20	วัดอินทาราม	ซอยเทอดไทย 8	9	75	300
แขวงบางยี่เรือ					
21	สวนพลู	ซอยอินทพิทักษ์ 3	37	673	4,108
22	พัฒนาบ้านล่าง	ซอยเทอดไทย 11	22	303	1,500
23	ตรอกเทวดา	ซอยอินทพิทักษ์ 3	13	289	1,400
24	หลังศูนย์ จันทรมิม ไพบูลย์	ถนนริมทางรถไฟ	14	204	626
แขวงบुकโคล					
25	สนามแดง	ซอยตากสิน 22	10	145	895
26	รวมพลัง	ซอยตากสิน 22	11	60	807
27	สายสัมพันธ์	ซอยตากสิน 18	23	458	2,616
28	สองร้อยห้อง	ซอยตากสิน 22	50	529	3,408
29	แซ่ซิมสวนบน	ซอยตากสิน 18	4	198	1,596
แขวงตลาดพลู					
30	วัดใหม่ยายนุ้ย	ถนนวุฒากาศ 24	20	112	487
31	สามัคคีธรรม	ซอยสามัคคีธรรม	10	102	102
32	วัดบางสะแกใน	ถนนริมทางรถไฟ	7	155	754
33	ปากคลองบางสะแก	ซอยเทอดไทย 22	9	204	505
34	วัดกัณฑ์ทาราม	ซอยเทอดไทย 21	35	548	1,960
แขวงดาวคะนอง					
35	มะนาวหวาน	ซอยตากสิน 35/2	14	112	340
36	วัดดาวคะนอง	ซอยเจริญนคร 65	10	175	1,300
37	เจริญนคร 66	ซอยตากสิน 35	10	129	420
38	โกวบ้อพัฒนา	ซอยตากสิน 34	40	1,350	4,800
39	ตรอกสะพานยาว	ซอยตากสิน 42	50	507	2,500

ตารางที่ 2.2 แสดงรายละเอียดข้อมูลชุมชนในพื้นที่เขตธนบุรี 44 ชุมชน (ต่อ)

ลำดับ	ชื่อชุมชน	ที่ตั้งชุมชน	พื้นที่ (ไร่)	จำนวนบ้าน (หลัง)	จำนวนประชากร (คน)
แขวงสำเหร่					
40	แก้ววิทยา	ซอยเจริญนคร 48	15	279	1,100
41	วัดราชวรินทร์	ตรอกวัดราชวรินทร์	31	276	1,080
42	วัดบางน้ำจืด	ซอยวัดบางน้ำจืด	9	118	400
43	หลังไปรษณีย์สำเหร่	ตากสิน 15	7	150	204
44	สุทธาราม	สุทธาราม 19	21	239	1,354

### งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เรวดี เพชรศิริสาส์น และคณะ (2550, หน้า 5) ได้จัดทำรายงานการวิจัยเรื่องความสุขและวิธีการสร้างเสริมพลังทางสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า วัยผู้สูงอายุให้ความหมายของความสุข คือ การได้รับการสร้างเสริมพลังทางสุขภาพ จะช่วยให้ชีวิตมีคุณค่า และการทำกิจกรรมสร้างเสริมพลังทางสุขภาพร่วมกัน นอกจากนี้ยังสามารถส่งเสริมความสุขในครอบครัวได้อีกด้วย

สุกัญญา วชิรเพชรปราง (2553, หน้า 54-56) ได้ศึกษาวิจัย บทบาทผู้สูงอายุที่อยู่กับครอบครัวอย่างมีความสุขในชุมชนกึ่งเมือง จังหวัดนครราชสีมา ผลการวิจัยพบว่า ผู้ร่วมโครงการวิจัยส่วนใหญ่ (95.65%) มีอายุระหว่าง 60-79 ปี เป็นเพศหญิง (73.91%) อาศัยอยู่ในชุมชนกึ่งเมืองที่อยู่กันอย่างหนาแน่นระหว่างรอยต่อของเขตเทศบาลตำบล ผู้สูงอายุ คือ ผู้ที่อายุมากแล้วแต่ยังสามารถประกอบภารกิจประจำวันได้ ผู้สูงอายุที่อยู่กับครอบครัวอย่างมีความสุขต้องสามารถแสดงบทบาทในการดูแลสุขภาพตนเอง ดูแลตนเองด้านจิตใจและจิตวิญญาณ เลี้ยงดูหลาน และมีบทบาทในชุมชน ครอบครัวและชุมชนมีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุ 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ สิ่งที่มีผลต่อการแสดงบทบาทของผู้สูงอายุ คือ ด้านภูมิหลัง ด้านครอบครัว และด้านชุมชน การแสดงบทบาทที่เหมาะสมของผู้สูงอายุ ครอบครัวและชุมชนเป็นปัจจัยที่ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความสุข บุคลากรที่เกี่ยวข้องควรสนับสนุนให้ผู้สูงอายุ ครอบครัว และชุมชน มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมของผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง

สุทธิพงศ์ บุญผดุง (2554, บทคัดย่อ) ได้ศึกษาการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในท้องถิ่น โดยใช้โรงเรียนเป็นฐานตามหลักเศรษฐกิจพอเพียง ผลการวิจัยพบว่า 1) ระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในภาพรวมอยู่ในระดับค่อนข้างมาก โดยด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเป็นอันดับแรก รองลงมาคือ ด้านการรวมกลุ่มทางสังคม ด้านสภาพอารมณ์ที่ดี และด้านสภาพร่างกายที่ดี ตามลำดับ ในขณะที่ด้านสภาพความเป็นอยู่ที่ดี และด้านการตัดสินใจด้วยตนเองมีระดับคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง 2) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต พบว่า ด้านสภาพอารมณ์ที่ดี มีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ปัจจัยด้านความหวาด อังว้าง และปัจจัยด้านความสุขกาย สบายใจ ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลมีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ปัจจัยด้านปฏิสัมพันธ์ในครอบครัว มิตรสหายและเพื่อนบ้าน ด้านการรวมกลุ่มทางสังคมมีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ปัจจัยด้านการอุทิศและการได้รับการยอมรับจากชุมชน ด้านสภาพ

ความเป็นอยู่ที่ดี มีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ปัจจัยด้านการดำรงชีพ และปัจจัยด้านรายรับและรายจ่าย คุณภาพชีวิตด้านสภาพร่างกายที่ดี มีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ปัจจัยด้านการใส่ใจเรื่องสุขภาพ และปัจจัยด้านการบริโภคที่ดี และสุดท้ายด้านการตัดสินใจด้วยตนเอง มีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ปัจจัยด้านความเป็นอิสระทางความคิด และปัจจัยการเลือกทำในสิ่งที่ต้องการ

กาญจนา ปัญญาธร (2555, บทคัดย่อ) ได้ทำการศึกษาวิจัย เรื่อง ความมั่นคงในชีวิตของผู้สูงอายุ ตำบลนาพู่ อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี ผลการวิจัยพบว่า ปัญหาหลักประกันและความมั่นคงในชีวิตของผู้สูงอายุ คือ รายได้ไม่พอใช้จ่ายในการดำรงชีวิต บ้านที่อยู่อาศัยไม่มีการจัดเตรียมให้เหมาะสมกับวัยสูงอายุ อาศัยอยู่คนเดียว ขาดการดูแลจากครอบครัว และเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนน้อย

วรรณวิมล เมฆวิมล (2555, บทคัดย่อ) ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ จังหวัดสมุทรสงคราม ผลการวิจัยพบว่า 1) พฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับปานกลาง 2) ปัจจัยทางชีวสังคมที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ คือ แหล่งที่มาของรายได้ ส่วนเพศ อายุ สถานภาพ การพักอาศัยร่วมกับบุคคลต่างๆ ของผู้สูงอายุ รายได้ต่อเดือน และการมีโรคประจำตัว ไม่มีความสัมพันธ์พฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ 3) ปัจจัยนำ ซึ่งประกอบไปด้วยความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหาร และการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ 4) ปัจจัยเอื้อ ซึ่งประกอบไปด้วยทรัพยากรที่ส่งเสริมพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ และกิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ 5) ปัจจัยเสริม ซึ่งประกอบไปด้วย การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการรับประทานอาหารจากสื่อต่างๆ และการได้รับคำแนะนำ หรือการสนับสนุนให้ปฏิบัติตนเรื่องการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุจากบุคคลต่างๆ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ

วาสนา เพิ่มพูล (2555, บทคัดย่อ) ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง การถอดบทเรียนภูมิปัญญาท้องถิ่น และการเรียนรู้ที่ยั่งยืนเพื่อนำไปสู่หลักสูตรสถานศึกษา กรณีศึกษาชุมชนในเขตธนบุรี ผลการศึกษาการจัดการความรู้ภูมิปัญญาท้องถิ่นชุมชนในเขตธนบุรี จากการสำรวจชุมชนและรวบรวมองค์ความรู้ของผู้ทรงภูมิปัญญาท้องถิ่นชุมชนธนบุรี ได้ถอดบทเรียนเพื่อจัดการความรู้ภูมิปัญญาท้องถิ่นได้ 2 ลักษณะ คือ แบ่งประเภทของสาขาภูมิปัญญาออกได้ 4 สาขา ได้แก่ สาขาคหกรรม ประกอบด้วย ด้านอาหาร ด้านงานประดิษฐ์เครื่องนุ่งห่ม สาขาศิลปกรรมประกอบด้วย ด้านงานประดิษฐ์ ด้านหัตถกรรม ด้านการแต่ง ด้านประติมากรรม สาขาสาธารณสุข ประกอบด้วย ด้านการใช้ยาสมุนไพร ด้านการรักษาโรคแผนโบราณ หมอนวดแผนโบราณ สาขาศาสนาและประเพณี ประกอบด้วย ด้านพิธีกรรม ด้านโหราศาสตร์ ด้านขนบธรรมเนียมประเพณี และแบ่งตามแขนงของภูมิปัญญาท้องถิ่น มี 7 แขนง

สุพัตรา ศรีวณิชชากร, กุศล สุนทรธาดา, และเสภา พรสิริพงษ์ (2555, บทคัดย่อ) ได้ดำเนินการวิจัยตามโครงการวิจัยบูรณาการเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ และความต้องการของผู้สูงอายุแบบองค์รวมทั้งทางด้านสุขภาพ ด้านสังคมวัฒนธรรม ด้านเศรษฐกิจและอาชีพ ด้านอาหารและโภชนาการ และด้านสภาพแวดล้อม

ทางกายภาพ รวมทั้งสถานการณ์ ศักยภาพ และช่องว่างในการดำเนินงานของกลไกต่างๆ ในชุมชน ที่ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อนำไปสู่การขับเคลื่อนและเชื่อมโยงให้เกิดการพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวมต่อไป ดำเนินการวิจัยโดยเน้นการมีส่วนร่วมและเปิดโอกาสให้ กลไกต่างๆ ในชุมชน ทั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ (รพ.สต.) จิตอาสา ผู้สูงอายุ ครอบครัว และคนในชุมชน ได้บูรณาการเครือข่ายการทำงานร่วมกับทีมวิจัย โดยใช้ โครงการวิจัยเป็นเครื่องมือในการเตรียมคนในชุมชน เพื่อสำรวจข้อมูลสถานการณ์ผู้สูงอายุในชุมชน และการดูแลผู้สูงอายุ พื้นที่ในการศึกษาครอบคลุมเขตเมือง/กึ่งเมืองและเขต ชนบท รวม 8 ตำบลใน 4 อำเภอของจังหวัดกาญจนบุรีและนครปฐม รูปแบบการวิจัยแบบผสมผสาน โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์ ด้วยแบบสอบถามเชิงปริมาณ กับผู้สูงอายุจำนวน 4,740 คน ครอบคลุมข้อมูลวิถีดำเนินชีวิต สุขภาพ อาหารการกิน การทำงาน ความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับคุณค่า และสภาพแวดล้อมในการอยู่อาศัย การศึกษาเชิงคุณภาพใช้วิธีการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่มกับเจ้าหน้าที่ อปท. รพ.สต. จิตอาสา ผู้ดูแล คนในชุมชน ผู้สูงอายุทั่วไป ผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียง โดยเน้นบทบาท ศักยภาพ และช่องว่างใน การดูแลผู้สูงอายุในชุมชน จากนั้น นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนาและวิเคราะห์ข้อมูลเชิง เนื้อหา นำเสนอข้อมูลให้ชุมชน เพื่อเสนอแนะในการดูแลผู้สูงอายุร่วมกันต่อไป ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุหญิงมากกว่าชาย (ร้อยละ 59 ต่อ 41) มากกว่าครึ่งเป็นผู้สูงอายุวัยต้น (อายุ 60-69 ปี) ด้าน สุขภาพ ร้อยละ 34 อ้วน ร้อยละ 83 มีโรคประจำตัว เช่น ความดันโลหิตสูง ปวดข้อ/ปวดเข่า เบาหวาน และภาวะไขมันในเลือดสูง มีความยากลำบากในการเดินทาง ด้านโภชนาการ ผู้สูงในชนบท ทำอาหารกินเองมากกว่าในเมือง (ร้อยละ 80 ต่อ 53) ครึ่งหนึ่งกินผักผลไม้เป็นประจำและกินอาหาร ร่วมกับครอบครัวบางวัน ยิ่งสูงอายุยิ่งกินอาหารคนเดียวและมีปัญหาการเคี้ยว/กลืนมากขึ้น ด้าน ทักษะคนผู้สูงอายุวัยต้นรู้สึกว่ามีคุณค่า/ศักดิ์ศรี พึ่งพาตนเอง และมีทัศนคติเชิงบวกมากกว่าวัยกลาง และวัยปลาย ด้านสุขภาพจิต ร้อยละ 33 มีภาวะซึมเศร้า โดยเฉพาะกลุ่มที่อยู่ติดบ้านติดเตียงและอายุ มาก ผู้สูงอายุครึ่งหนึ่งยังทำงานอยู่ แต่มีรายได้ไม่มากนัก ประมาณ 2 ใน 3 มีภาวะค่าใช้จ่ายค่อนข้าง สูง ร้อยละ 65 ได้รับการสนับสนุนด้านการเงินจากบุตรหลาน และส่วนใหญ่ได้รับเบี้ยยังชีพ

การดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวเป็นจุดแข็งในสังคมไทยที่ครอบครัวมีบทบาทในการดูแล ผู้สูงอายุอย่างใกล้ชิด และการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน พบว่า กลไกต่างๆ ในชุมชนที่ดูแลผู้สูงอายุมี 3 ระดับ ได้แก่ 1) องค์กรระดับนโยบาย คือ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.) รับผิดชอบงานด้านสังคมและสวัสดิการผู้สูงอายุ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) และสำนักงาน สาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) รับผิดชอบงานด้านนโยบายในพื้นที่ และสปสช. รับผิดชอบงานด้านการ ให้บริการสุขภาพ 2) องค์กรที่รับผิดชอบในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน คือโรงพยาบาลชุมชน (รพช.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) โดยมีกลุ่มจิตอาสาเป็นกำลังหลักในการดูแลสุขภาพ เบื้องต้น และชมรมผู้สูงอายุ เน้นการรวมกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชน มีการจัดกิจกรรมและสวัสดิการแก่ ผู้สูงอายุในชุมชน เช่น การเยี่ยมเยียนให้กำลังใจในกรณีปกติหรือเจ็บป่วย เป็นต้น และได้เสนอแนะ แนวทางในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน คือ 1) สนับสนุนความเข้มแข็งของสถาบันครอบครัวในการดูแล ผู้สูงอายุ โดยส่งเสริมค่านิยมความกตัญญูทวดเทวี พัฒนาศักยภาพผู้ดูแล โดยเฉพาะการอบรมให้ความรู้ เพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้สูงอายุอย่างถูกต้อง 2) สร้างและประสานความร่วมมือ

ระหว่างภาคีเครือข่ายการทำงานต่างๆ ในชุมชน เพื่อบูรณาการการทำงานและดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม 3) พัฒนาหรือเสริมศักยภาพบุคลากรที่ทำงานด้านผู้สูงอายุในชุมชน

สาสินี เทพสุวรรณ ญัฐจิรา ทองเจริญชูพงศ์ และรศรินทร์ เกรย์ (2556, หน้า 75-88) ได้ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดและความสุขของการดูแลผู้สูงอายุ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อค้นหาปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับความเครียดและความสุขของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นคนในครอบครัว โดยศึกษาจากปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแล (Personal characteristics) ปัจจัยสาเหตุของความเครียด (Stressors) ปัจจัยสนับสนุนทางสังคม (Social support) ได้แก่ การมีเพื่อนหรือคนในสังคมคอยช่วยเหลือในยามที่ต้องการ และการมีความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยเมื่ออยู่ในครอบครัว และปัจจัยการจัดการกับความเครียด (Coping strategies)

ฐิตินันท์ นาคผู้ (2557, บทคัดย่อ) ได้ศึกษาวิจัย เรื่อง การพึ่งพาตนเองการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ ความรอบรู้ทางสุขภาพและความสุขของผู้สูงอายุ ผลการวิจัยพบว่า 1) ผู้สูงอายุมีระดับการพึ่งพาตนเองโดยรวมได้มาก ในขณะที่การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ ความรอบรู้ทางสุขภาพ และความสุขโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง 2) ผู้สูงอายุที่มีอายุ อาชีพ และรายได้แตกต่างกัน มีความสุขแตกต่างกัน ส่วนผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรส และชนิดของโครงสร้างครอบครัวแตกต่างกัน มีความสุขแตกต่างกัน 3) การพึ่งพาตนเอง การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ และความรอบรู้ทางสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขของผู้สูงอายุ

วิเชียร ชูติมาสกุล และคณะ (2557, หน้า 95-97) ดำเนินการวิจัยเพื่อวางรากฐานและพัฒนาระบบอิเล็กทรอนิกส์ เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตในสังคมผู้สูงอายุ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อวางรากฐานองค์ความรู้ และพัฒนาระบบอิเล็กทรอนิกส์เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตในสังคมผู้สูงอายุ โดยเน้นการวิจัยรอบการพัฒนาสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์สำหรับผู้สูงอายุ การพัฒนาแอปพลิเคชันเพื่อช่วยสนับสนุนการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ และการพัฒนาซอฟต์แวร์ บนโทรศัพท์มือถืออัจฉริยะและสื่อมัลติมีเดียอื่นๆ เพื่อปรับปรุงคุณภาพและความปลอดภัยในการดำเนินชีวิตปกติของผู้สูงอายุในสังคมสูงอายุ ระเบียบวิธีวิจัย ในการศึกษาการพัฒนาระบบสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์สำหรับสังคมสูงอายุในประเทศไทย ใช้การวิจัยเอกสารและการวิจัยเชิงปริมาณ โดยใช้แบบสำรวจเพื่อประเมินปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์สำหรับสังคมสูงอายุ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ผู้ดูแลผู้สูงอายุ แพทย์ พยาบาล และบุคลากรทางการแพทย์ที่เคยใช้ระบบสุขภาพ อิเล็กทรอนิกส์ จากจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 220 คน ผลการศึกษาพบว่า การสร้างกรอบการพัฒนาระบบอิเล็กทรอนิกส์สำหรับสังคมสูงอายุอย่างยั่งยืนในมุมมองของผู้ใช้สุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ มีความคิดเห็นในระดับมากที่สุดว่า ควรประกอบด้วย องค์ประกอบทั้งห้าด้าน ได้แก่ องค์ประกอบหลักของสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ ผู้ที่เกี่ยวข้อง/นโยบาย ระเบียบวิธีการพัฒนา ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ และปัจจัยที่สามารถเข้ามากระทบต่อระบบสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์

โครงการวิจัยดังกล่าวได้พัฒนาระบบต้นแบบที่เรียกว่า Easy Care โดยพัฒนาระบบสารสนเทศและการสื่อสารที่ใช้เทคโนโลยีพื้นฐาน เช่นเทคโนโลยีโทรศัพท์มือถือ การส่งข้อความสั้นและอินเทอร์เน็ต เพื่อให้ผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวจากทุกระดับชั้นสามารถใช้งานร่วมกับระบบได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อช่วยให้พยาบาลสามารถดูแลอาการของผู้ป่วยได้อย่างใกล้ชิด และได้พัฒนาระบบเตือนรับประธานยาสำหรับผู้สูงอายุ โดยมีการแจ้งเตือนผ่านโทรศัพท์ทั่วไป และโทรศัพท์แบบสมาร์ตโฟน



จากการติดตามผลพบว่าผู้ป่วยโรคหัวใจที่ใช้ระบบนี้สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาลได้มากขึ้นและดูแลตัวเองที่บ้านได้ดีขึ้น นอกจากนี้ได้พัฒนาต้นแบบระบบส่งมัลติมีเดียบนโทรศัพท์ โดยการแสดงภาพแจ้งเตือนรับประทานยาขณะรับชมโทรทัศน์ พัฒนาซอฟต์แวร์การติดตามด้านสุขภาพของผู้สูงอายุผ่านเทคโนโลยีไร้สายอื่นๆ เช่นการบันทึกวิดีโอข้อมูลเกี่ยวกับการหกล้มและความรุนแรงของการหกล้ม เพื่อช่วยเพิ่มประสิทธิภาพและแบ่งเบาภาระให้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยได้เสนอแนะการใช้เทคโนโลยีของผู้สูงอายุต้องคำนึงถึงขีดจำกัดทางกายภาพของผู้สูงอายุด้วย

ศศิธร นิธิปรีชา (2557, บทคัดย่อ) ได้ทำการศึกษา บทบาทการพัฒนาท้องถิ่นของผู้สูงอายุ กลุ่มไท-ยวน สีคิ้ว วรรณศึกษา ชุมชนบ้านเหนือ อำเภอสีคิ้ว จังหวัดนครราชสีมา ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว แต่สามารถทำกิจกรรมประจำวัน ได้แก่ อาบน้ำ กินข้าวเอง ไปซื้อของ ออกกำลังกายและขับซักรีด ผลการศึกษาด้านบทบาทของผู้สูงอายุในการพัฒนาท้องถิ่น พบว่า ผู้สูงอายุมีบทบาทในครัวเรือน การเลี้ยงดูสั่งสอนบุตรหลาน ดูแลบ้านเรือน และเป็นที่ปรึกษาให้บุตรหลาน การดำเนินกิจกรรมการมีส่วนร่วมกับชุมชนของผู้สูงอายุพบว่า ผู้สูงอายุสามารถดำเนินกิจกรรมทางเศรษฐกิจ ประกอบอาชีพและพึ่งพาตนเองได้ มีส่วนร่วมในการสมัครเป็นสมาชิกกลุ่มต่างๆ ในชุมชน ได้แก่ กลุ่มชมรมผู้สูงอายุ กลุ่มดอกไม้ประดิษฐ์ และอื่นๆ โดยมีลักษณะการเป็นผู้นำกลุ่มหรือเคยเป็นผู้นำกลุ่ม มีการถ่ายทอดภูมิปัญญาท้องถิ่น มีการสืบสานประเพณีท้องถิ่น โดยการเข้าร่วมกิจกรรมประเพณีไท-ยวน และมีบทบาทเป็นผู้ชี้แนะให้คำปรึกษาการทำกิจกรรมพื้นบ้าน เช่น ทอผ้าพื้นเมืองไท-ยวน และมีบทบาทเป็นผู้ชี้แนะให้คำปรึกษาการทำกิจกรรมพื้นบ้าน เช่น ทอผ้าพื้นเมืองไท-ยวน ทำดอกไม้จัน ขนมห่ออาหารพื้นบ้าน ทำปุ๋ยหมัก จักสาน น้ำสมุนไพร

จรรย์ญา วงษ์พรหม, ศิริบุญ จงวุฒิเวศย์, นवलฉวี ประเสริฐสุข และนิรันดร์ จงวุฒิเวศย์ (2558, หน้า 41-42) ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง การมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ผลการวิจัยพบว่า 1) ผู้สูงอายุมีความสุขความพึงพอใจที่ได้เข้าร่วมกิจกรรมที่สามารถสนองตอบต่อคุณภาพชีวิตใน 4 มิติ คือ กาย ใจ สังคม และปัญญา/การเรียนรู้ 2) เกิดกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนผ่านการจัดกิจกรรมสัญจร เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและกิจกรรมสานวัยใส่ใจผู้สูงอายุที่ผู้วิจัยและกลุ่มปฏิบัติการหลักร่วมดำเนินการกับชุมชน 3) เกิดการบูรณาการความรู้และกิจกรรมในชุมชนผ่านการสรุปบทเรียนจากประสบการณ์ที่ได้เรียนรู้ร่วมกัน 4) เกิดความยั่งยืนของการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนโดยการดำเนินการต่อเนื่องของชุมชนที่ประกอบด้วย แกนนำผู้สูงอายุ คนวัยอื่น และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในชุมชน

นงเยาว์ อุทุมพร (2558, บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาการบริหารจัดการแหล่งการเรียนรู้ภูมิปัญญาท้องถิ่น ตามหลักเศรษฐกิจพอเพียงในชุมชนเขตรอบบรี ผลการศึกษาพบว่า ภูมิปัญญาท้องถิ่นเขตรอบบรี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุ 61 ปีขึ้นไป ผลงานส่วนใหญ่เป็นงานที่ต้องใช้ฝีมือและมีความเก่าแก่ สืบทอดมารุ่นต่อรุ่นจากบรรพบุรุษ กรรมวิธีการผลิตทำกันง่ายๆ โดยใช้วัสดุในท้องถิ่น การถ่ายทอดภูมิปัญญา ถูกเชิญไปให้ความรู้ทั้งในและนอกสถานที่ ส่วนแนวทางการพัฒนาการบริหารจัดการ ควรมีหน่วยงานที่รับผิดชอบในการจัดทำเป็นทำเนียบข้อมูลภูมิปัญญา ในรูปแบบหนังสือ เอกสาร หรือเว็บไซต์เผยแพร่ เป็นต้น

วิภาณันท์ ม่วงสกุล (2558, บทคัดย่อ) ศึกษาวิจัยการพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังด้วยแนวคิดพหุผลผลิต ผลการศึกษาพบว่า องค์ประกอบสำคัญของการเป็นผู้สูงอายุที่มีพลัง

ประกอบด้วย 3 ประการ ได้แก่ มีสุขภาพที่ดี มีความมั่นคงหรือการมีหลักประกันในชีวิต และมีส่วนร่วม  
ร่วมโดยผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง ควรได้รับการส่งเสริมให้เป็นผู้ที่มีคุณภาพ (Active ageing)  
เช่นกัน เริ่มจากผู้สูงอายุต้องส่งเสริมให้เกิดการดูแลตนเองให้เหมาะสมกับโรค หรือความเจ็บป่วยที่มี  
ตลอดจนกระตุ้นให้ทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเองอย่างต่อเนื่องตามศักยภาพ และมีกลุ่มในสังคมโดย  
อาศัยเทคโนโลยีมาเชื่อมต่อสังคมให้กับผู้สูงอายุเหล่านี้ ให้ได้ทำกิจกรรมทางสังคมมากขึ้น ทำให้ไม่  
ก่อให้เกิดความรู้สึกโดดเดี่ยวหรือหว่าเหว ในด้านครอบครัวควรให้การยอมรับนับถือผู้สูงอายุที่อาศัย  
อยู่ตามลำพัง ไปมาหาสู่หรือเยี่ยมเยียนผู้สูงอายุ ด้านชุมชนควรเปิดโอกาสให้มีพื้นที่ในชุมชนให้  
สามารถทำกิจกรรมร่วมกันของผู้สูงอายุด้วยกันเอง เพื่อให้เกิดการความสัมพันธ์ของคนในชุมชน  
รวมถึงส่งเสริมให้มีกิจกรรมต่างๆ เพื่อเสริมสร้างศักยภาพ และเสริมรายได้ให้ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตาม  
ลำพัง ตลอดจนรัฐบาลต้องวางแผนงานในทุกหน่วยงานเพื่อรองรับสังคม ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง  
อย่างเป็นรูปธรรม โดยเฉพาะด้านสุขภาพและรายได้

สยาม ยิ้มบัว (2558, บทคัดย่อ) ศึกษาวิจัยการพัฒนาเส้นทางท่องเที่ยวเชิงวัฒนธรรมด้วย  
ระบบภูมิสารสนเทศ กรณีศึกษาชุมชนแขวงวัดกัลยาณ์ เขตธนบุรี กรุงเทพมหานคร ผลการศึกษา  
พบว่า จากการศึกษาบริบทชุมชนและความต้องการของชุมชนเพื่อส่งเสริมการท่องเที่ยวเชิงวัฒนธรรม  
ทำให้ทราบถึงประวัติความเป็นมาจุดเริ่มต้นของชุมชนตั้งแต่สมัยกรุงศรีอยุธยา พ.ศ. 2310 และมีการ  
อพยพย้ายถิ่นฐานติดตามกองทัพสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราชมาตั้งอยู่ฝั่งธนบุรี และยังทราบ  
เกี่ยวกับสภาพแวดล้อมทางกายภาพของชุมชน ความแตกต่างกันในด้านของความหลากหลายทาง  
วัฒนธรรมของแต่ละชุมชนแตกต่างกันไปตามเชื้อชาติ ศาสนา และประวัติความเป็นมาของแต่ละ  
ชุมชน ซึ่งบ่งบอกถึงความเจริญก้าวหน้าถึงยุคสมัยของวิถีชีวิตของผู้คนในสมัยนั้นๆ ตลอดจนการสร้าง  
ผลิตภัณฑ์ท้องถิ่นที่เป็นเอกลักษณ์ดั้งเดิมและที่สร้างใหม่ด้วย

ณัฐฐิตตา เทวาลิศสกุล และคณะ (2559, บทคัดย่อ) ได้ศึกษาแนวทางการพัฒนาผู้สูงอายุ  
จากภาระให้เป็นพลัง กรณีศึกษาเทศบาลนครรังสิต ผลการศึกษาวิจัยพบว่า ศักยภาพของผู้สูงอายุ 1)  
ด้านทักษะพื้นฐานที่จำเป็นต่อการเรียนรู้ คือ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความคิดที่เป็นระบบ มีประสบการณ์  
มีความรู้ มีความคิดเป็นผู้นำ และมีการสื่อสารที่ชัดเจนพอสมควร 2) ด้านการทำงาน คือ ผู้สูงอายุ  
เพียงส่วนน้อยเท่านั้นที่ใช้ความรู้ ความเชี่ยวชาญมาช่วยทำงานพัฒนาชุมชน และ 3) ด้านการมีส่วนร่วม  
ร่วมและการอยู่ร่วมกันในสังคม คือ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความยินดีมีส่วนร่วมในการพัฒนาสังคมและ  
เข้าร่วมในกิจกรรมต่างๆ ของชุมชน ด้านความต้องการของผู้สูงอายุ 1) ด้านร่างกาย คือ ต้องการศูนย์  
สุขภาพ และการดูแลตรวจสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ 2) ด้านการพัฒนาความรู้ คือ ต้องการการอบรมให้  
ความรู้ด้านต่างๆ 3) ด้านรายได้และสวัสดิการสังคม คือ ต้องการรายได้จากเบี้ยยังชีพที่เพียงพอต่อ  
การดำรงชีวิต และ 4) ด้านครอบครัวและสังคม คือ ต้องการให้ลูกหลานดูแลเอาใจใส่ตนอย่างใกล้ชิด  
ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ และส่วนแนวทางการพัฒนาผู้สูงอายุจากภาระให้เป็นพลัง 1) ด้านการมีส่วนร่วม  
ร่วมของผู้สูงอายุ คือ การจัดกิจกรรมสันทนาการให้กับผู้สูงอายุ 2) ด้านอาชีพ คือ การเชิญวิทยากร  
อาจารย์สอนอาชีพที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ และ 3) ด้านการบริหารจัดการ คือ การจัดตั้งชมรม 11  
ชมรม มีประธานชมรมเป็นตัวแทนประสานงาน

พรกมล ระหาญนอก และสมยงค์ สีขาว (2559, บทคัดย่อ) ได้ศึกษาแนวทางการพัฒนา  
คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุจังหวัดเลยอย่างยั่งยืน ผลการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับองค์ประกอบคุณภาพชีวิตของ

ผู้สูงอายุ ได้แก่ ด้านครอบครัว พบว่า ผู้สูงอายุและครอบครัวมีการปรึกษาหารือกันอยู่เสมอ มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในครัวเรือนแบบครอบครัว 3 รุ่น ด้านสุขภาพ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความสามารถทางกาย กินอาหาร ขับถ่าย และอาบน้ำแต่งตัวได้เองโดยไม่มีปัญหา ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว โรคที่พบ เช่น โรคความดัน เบาหวาน คอเลสเตอรอล ไขมัน หอบหืด หลอดเลือดตีบ หัวใจ เป็นต้น ด้านความมั่นคงทางเศรษฐกิจ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีรายได้ต่ำกว่า 10,000 บาทต่อปี แต่ส่วนใหญ่มีรายได้พอเพียง ไม่เป็นหนี้ ด้านมาตรฐานที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อม ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่อาศัยในบ้านที่มีลักษณะมั่นคงถาวร มีที่อยู่อาศัยที่มีความโปร่งสบายอยู่อาศัยในสภาพแวดล้อมที่ไม่ประสบปัญหาด้านเสียงดัง คิว้น กลิ่น ฝุ่น น้ำเน่าเสีย ขยะหรือของเสีย ยุงและแมลง องค์ประกอบด้านการได้รับการสนับสนุนทางสังคม ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้กินอาหารที่ชอบตามฤดูกาล เมื่อเดือดร้อนจะมีหน่วยงานหรือคนในชุมชนมาช่วยเหลือ

กมลชนก ขำสุวรรณ (2560, หน้า 23-46) ได้ศึกษาความหมายของผู้สูงอายุในระบอบความจริง : ข้อถกเถียงเชิงทฤษฎีและปรัชญาสังคมศาสตร์ มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ความหมายของผู้สูงอายุในระบอบของความจริง ผ่านข้อถกเถียงเชิงทฤษฎีและปรัชญาสังคม โดยวิธีการสังเคราะห์องค์ความรู้และเอกสารที่เกี่ยวข้องครอบคลุมผู้สูงวัยทุกช่วงวัย นำมาวิเคราะห์ในมุมมองของกระบวนทัศน์แนวใหม่ ที่มุ่งเน้นทำความเข้าใจประสบการณ์อดีตแห่งวัยที่ผู้สูงอายุประสบจากทัศนะของผู้สูงอายุที่เป็นเจ้าของประสบการณ์ ผลการศึกษาพบว่า ความหมายของผู้สูงอายุในระบอบของความจริงมีทั้งเชิงบวกและเชิงลบที่ดำรงอยู่ เนื่องจากความแตกต่างของวิธีคิดในการกำหนดความหมายของผู้สูงอายุ ซึ่งมี 2 มุมมอง ได้แก่ วิธีคิดแบบชั่วคราวข้าม และการปฏิเสธชั่วคราวข้าม สะท้อนให้เห็นถึงข้อถกเถียงเชิงทฤษฎีและปรัชญาสังคมศาสตร์ภายใต้แนวคิดโครงสร้างผู้กระทำการที่วิเคราะห์ปฏิสัมพันธ์ทางสังคม โดยให้ความสำคัญระหว่างผู้สูงอายุและโครงสร้างทางสังคมคนละมุมมอง โดยแต่ละมุมมองได้แสดงทฤษฎีที่สนับสนุนและโต้แย้งสอดคล้องกับความหมายดังกล่าว แสดงให้เห็นว่าการวิเคราะห์ความหมายของผู้สูงอายุ สามารถมองได้หลายมุมมอง

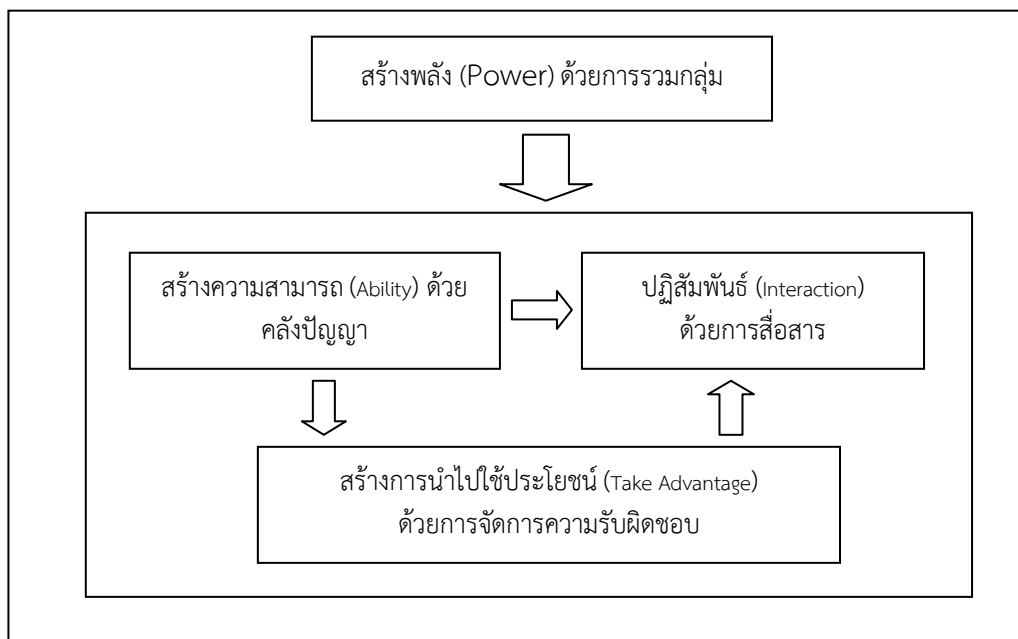
ซึ่งแนวคิดที่สนับสนุนชั่วคราวข้ามได้รับอิทธิพลจากวิธีคิดทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีทางการแพทย์ ที่อธิบายความหมายของผู้สูงอายุจำกัดในเรื่องการดำรงอยู่ของร่างกายที่มีความสัมพันธ์กับเวลาอย่างมีนัยสำคัญ ดังนั้นจึงกำหนดความหมายของผู้สูงอายุให้มีจุดเริ่มต้นและจุดสิ้นสุดเชิงเส้น ซึ่งจุดเริ่มต้นคือ อายุ 60 ปีขึ้นไป และจุดสิ้นสุดคือ การเกษียณอายุพ้นจากวัยทำงาน ความหมายของผู้สูงอายุจึงถูกมองด้านลบ เนื่องจากความเสื่อมถอยของสภาพร่างกายที่ทำให้ไม่มีบทบาทหน้าที่ต่อระบบเศรษฐกิจ ทำให้ผู้สูงอายุต้องได้รับการดูแล โดยการสงเคราะห์ช่วยเหลือ

สำหรับแนวคิดปฏิเสธชั่วคราวข้าม สำคัญคือให้ความสำคัญกับปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุในฐานะผู้กระทำการกับสังคมในฐานะที่เป็นกลไกโครงสร้างต่างๆ ที่มีอำนาจจากศูนย์กลาง จึงมีมุมมองว่าผู้สูงอายุ เป็นสมาชิกของสังคมที่อยู่ภายใต้กฎเกณฑ์ของโครงสร้างสังคม แต่ในอีกด้านหนึ่งผู้สูงอายุมีศักยภาพเป็นพลังของสังคมด้วย ซึ่งการมองในลักษณะนี้เป็นการสนับสนุนการสร้างเสริมพลังอำนาจให้กับผู้สูงอายุ ดังนั้น ความหมายของผู้สูงอายุตามแนวคิดนี้จึงไม่เป็นเชิงเส้นเช่นเดียวกับแนวคิดแรก แต่มีมิติเชิงซ้อนในเรื่องสังคมและวัฒนธรรมด้วย

กิตติวงศ์ สาสวด (2560, บทคัดย่อ) ได้ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีมาจากครอบครัวที่มีความรักความ

อบอุ่น สมาชิกในครอบครัวดำรงชีวิตอยู่ร่วมกันด้วยความเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกัน ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ดูแลซึ่งกันและกันและดูแลผู้สูงอายุอย่างดีที่สุดเท่าที่จะทำได้โดยเฉพาะในด้านอาหารและโภชนาการ และรูปแบบที่เหมาะสมสำหรับการดูแลผู้สูงอายุคือ สมาชิกครอบครัวเป็นบุคลากรหลักในการดูแลผู้สูงอายุ นอกจากนั้น หน่วยงานภาครัฐและภาคเอกชนจะต้องมีส่วนร่วมอย่างแข็งขันในการดูแลผู้สูงอายุโดยเน้นสุขภาพของผู้สูงอายุในทุกด้าน คือ ด้านร่างกาย อารมณ์ และจิตวิญญาณ

ชนิษฐา วัฒนจินดาเลิศ, ชลทิพย์ เอี่ยมสำอางค์, กอบกุล วิเศษสุวรรณศักดิ์ และสุจิตรา นิลเลิศ (2560, หน้า 76-85) ได้ดำเนินการศึกษายุทธศาสตร์การปฏิบัติกิจกรรมกลุ่มด้วยตนเองเพื่อพัฒนาแบบองค์รวมของผู้สูงอายุ เพื่อพัฒนาผู้สูงอายุในประเด็นการป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุประสบกับปัญหาภาวะความเสื่อมถอยที่เร็วกว่าปกติ ด้วยการออกแบบยุทธศาสตร์ที่สามารถทำให้ผู้สูงอายุปฏิบัติกิจกรรมกลุ่มได้ด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง เป็นแนวทางในการพัฒนาผู้สูงอายุ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ทบทวนสภาพปัญหาขาดการปฏิบัติกิจกรรมและปัญหาความเสื่อมถอยของผู้สูงอายุ 2) สร้างยุทธศาสตร์การปฏิบัติกิจกรรมกลุ่มด้วยตนเอง และ 3) ตรวจสอบยุทธศาสตร์โดยการนำยุทธศาสตร์ไปทดลองใช้ กำหนดผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ในพื้นที่เทศบาลตำบลขุนพิด็จ เป็นกลุ่มทดลอง และในพื้นที่เทศบาลตำบลระยองไสม เป็นกลุ่มควบคุม จำนวนกลุ่มละ 40 คน ใช้คู่มือยุทธศาสตร์ที่สร้างขึ้นใหม่ เป็นเครื่องมือการทดลองและใช้แบบสอบถาม และแบบสัมภาษณ์ เป็นเครื่องมือในการเก็บข้อมูลวิเคราะห์ข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง ซึ่งยุทธศาสตร์ที่สร้างขึ้นคือ “การปฏิบัติกิจกรรมกลุ่มด้วยตนเอง (PATI model)” ซึ่งประกอบด้วย 4 หน่วยระบบทำงาน ได้แก่ 1) การสร้างพลัง (Power) เป็นการจัดตั้งกลุ่มตามกระบวนการกลุ่ม ซึ่งการรวมกลุ่มเป็นขั้นตอนแรกและขั้นตอนสำคัญในการพัฒนาความเข้มแข็งให้ชุมชน และการใช้กระบวนการกลุ่ม 2) การสร้างความสามารถ (Ability) ด้วยคลังปัญญา โดยนำแนวคิดของธนาคารคลังปัญญามาใช้ คือการส่งเสริมให้ผู้เกษียณอายุนำความรู้ทักษะความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ มาถ่ายทอดให้สังคม 3) การสร้างวิธีการการนำไปใช้ประโยชน์ (Take advantage) ด้วยการมอบหมายหน้าที่ทำให้ทุกคนรู้จักงานและหน้าที่ความรับผิดชอบตามที่ตนถนัด ซึ่งหลักการของทฤษฎีแห่งการสร้างสรรคด้วยปัญญาที่ทำให้มีการปฏิบัติงานในสิ่งที่ตนเองชอบ และมีความรู้ ความสามารถแท้จริง 4) การสร้างปฏิสัมพันธ์ (Interaction) ด้วยการสื่อสารกับสังคม เพื่อให้เกิดการรับรู้ร่วมกันและมีปฏิริยาตอบสนองต่อกัน โดยมีโครงสร้าง ดังนี้



ผลการวิจัยพบว่า 1) ผู้สูงอายุมีปัญหาขาดการปฏิบัติกิจกรรมและมีปัญหาความเสื่อมถอยจริง โดยมีความสัมพันธ์เชิงบวก ( $r = 0.506$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 2) ยุทธศาสตร์การปฏิบัติกิจกรรมกลุ่มด้วยตนเอง เป็นนวัตกรรมที่สร้างขึ้นใหม่ เมื่อนำไปทดลองใช้แล้วพบว่า 3) กลุ่มทดลองที่ปฏิบัติตามยุทธศาสตร์มีการพัฒนาแบบองค์รวมได้จริง คือ มีการปฏิบัติกิจกรรมกลุ่มด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้มีการชะลอการเสื่อมถอย และเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม พบว่าระดับปัญหาที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $Z = -7.699$ ) โดยกลุ่มทดลองมีระดับปัญหาลดลง แต่กลุ่มควบคุมระดับปัญหาไม่เปลี่ยนแปลง ซึ่งจากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่ายุทธศาสตร์การปฏิบัติกิจกรรมกลุ่มด้วยตนเอง เป็นกระบวนการที่ทำให้ผู้สูงอายุสามารถคิดและปฏิบัติกิจกรรมกลุ่มได้ด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้มีการชะลอความเสื่อมถอยให้ช้าลงได้ เนื่องจากการปฏิบัติกิจกรรมกลุ่ม ทำให้ผู้สูงอายุได้มีการออกกำลังกายโดยการเคลื่อนไหวอวัยวะต่างๆ ซึ่งจะต้องมีการใช้สติปัญญา ใช้ความคิดในการกำหนดและดำเนินกิจกรรม ทำให้มีบทบาทต่อสังคม มีการติดต่อ พูดคุยกับบุคคลอื่น ซึ่งส่งผลทำให้สภาพจิตใจที่ปกติ ไม่เหงา ซึมเศร้า ปัญหาต่างๆ จึงลดน้อยลง จึงสามารถนำไปใช้กับกลุ่มผู้สูงอายุและกลุ่มทั่วไป ที่ไม่มีการปฏิบัติกิจกรรมอย่างต่อเนื่องในพื้นที่ต่างๆ ได้

จุฑาลักษณ์ แสนโท, จารุกัญญา อุคานันท์ และกาญจนา ดำริสุ (2560, หน้า 343-344) ได้ศึกษาแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ กรณีศึกษา : โรงเรียนผู้สูงอายุ ตำบลราชควาย อำเภอเมืองจังหวัดนครพนม ผลการศึกษาพบว่า ควรจัดให้มีหน่วยเคลื่อนที่บริการตรวจสุขภาพผู้สูงอายุ จัดให้มีอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุภายในชุมชนและควรจัดให้มีการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุในชุมชนอย่างสม่ำเสมอ ด้านจิตใจ ควรจัดให้มีการให้คำปรึกษาปัญหาด้านจิตใจสำหรับผู้สูงอายุ จัดให้มีการให้บริการคัดกรองและประเมินสุขภาพจิตและส่งเสริมกิจกรรมที่ผ่อนคลายความเครียดกังวลและเพิ่มคุณค่าให้ผู้สูงอายุ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ควรจัดให้มีกิจกรรมการมีส่วนร่วมในชุมชนของผู้สูงอายุได้มีบทบาทและเป็นที่ยอมรับ เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้แสดงความสามารถในฐานะเป็นคลังสมองในการ

เผยแพร่ภูมิปัญญาท้องถิ่น เช่น การเป็นวิทยากรให้กับโรงเรียนในท้องถิ่น การเป็นครูภูมิปัญญาให้กับชุมชน และโรงเรียนผู้สูงอายุควรจัดให้มีการส่งเสริมกิจกรรมให้ผู้สูงอายุได้ท่องเที่ยวและพักผ่อนในเทศกาลต่างๆ โดยให้มีการจัดทำเป็นแผนกิจกรรมที่สามารถดึงการมีส่วนร่วมขององค์กรหรือหน่วยงานต่างๆ เป็นผู้จัดกิจกรรมให้กับผู้สูงอายุ ด้านสิ่งแวดล้อม ควรมีแผนเพื่อสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้อาศัยอยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดี ปราศจากมลพิษต่างๆ มีการคมนาคมสะดวกโดยเฉพาะการเดินทางมาร่วมกิจกรรมกับทางโรงเรียนผู้สูงอายุ และควรจัดให้มีแหล่งประโยชน์ที่ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารได้อย่างสะดวก เช่น ข้อมูลข่าวสารผ่านช่องทางต่างๆ ด้านความมั่นคงปลอดภัยในชีวิต ควรมีแผนการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีอาชีพการงานและมีรายได้ โดยการฝึกอาชีพที่พัฒนาทักษะ และสามารถสร้างเป็นรายได้ให้กับผู้สูงอายุ ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่พักอาศัยที่เหมาะสมตามมาตรฐาน โดยการได้รับสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ธันวา บัวมี (2560, บทคัดย่อ) ศึกษาวิจัยเรื่องแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลหนองน้อย อำเภอวัดสิงห์ จังหวัดชัยนาท ผลการวิจัยพบว่า ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยภาพรวม อยู่ในระดับมาก ได้แก่ ด้านสิ่งแวดล้อมและทรัพยากร ด้านจิตใจ ด้านกายภาพ และด้านสังคม ตามลำดับ ส่วนแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ คือ ด้านการออกกำลังกาย จัดให้มีอุปกรณ์ สถานที่ และจัดให้มีกีฬาผู้สูงอายุ ปีละ 1 ครั้ง ตรวจสุขภาพประจำปีทุกเดือน ส่งเสริมให้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในด้านความรู้ในการดูแลสุขภาพ โดยกลุ่มผู้สูงอายุเอง การได้เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ของชุมชน ให้มีการจัดตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุดำเนินกิจกรรมต่างๆ ร่วมกับชุมชนเพื่อเพิ่มบทบาทของผู้สูงอายุในสังคม

กัญญา ชื่นอารมย์ และวลัยนาวี พรหมลา (2561, หน้า 100-101) ศึกษาวิจัยการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จังหวัดปทุมธานี ผลการศึกษาพบว่า แนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ภาครัฐต้องสนับสนุนส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้มีการรวมกลุ่มกิจกรรมทางสังคม โดยสนับสนุนเรื่องอุปกรณ์หรือปัจจัยต่างๆ รวมถึงมีการให้ข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ เช่น การประกวดกิจกรรมที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุ เป็นต้น การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ และผู้ดูแล รวมถึงการตรวจสอบสุขภาพประจำปี ซึ่งพบว่า ไม่มีสวัสดิการในการให้ตรวจสุขภาพประจำปีแก่ผู้สูงอายุ ซึ่งต้องชำระเอง ทำให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ทราบถึงการเจ็บป่วย และเมื่อเจ็บป่วยก็ไม่สามารถที่จะรักษาให้หายได้ นอกจากนี้ภาครัฐควรสนับสนุนให้มีหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ออกหน่วยมาให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพอย่างต่อเนื่อง รวมถึงเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อมต่างๆ ด้วยการส่งเสริมอาชีพหรือกิจกรรมที่เพิ่มรายได้ให้กับผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่แข็งแรง และสามารถทำงานได้ จึงต้องการให้มีการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการทำอาชีพให้กับผู้สูงอายุ รวมถึงการจัดหาแหล่งทุนและตลาดให้ด้วย

นิธิภัทร บาลศิริ (2561, บทคัดย่อ) ได้ศึกษาวิจัยการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตบนฐานเศรษฐกิจเชิงสร้างสรรค์และภูมิปัญญาท้องถิ่นของเกษตรกรเขตธนบุรี กรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต พบว่า 1) ชุมชนในเขตพื้นที่ฝั่งธนบุรีในอดีตเป็นสวนผักและสวนผลไม้ที่อุดมสมบูรณ์ แต่ปัจจุบันได้กลายเป็นพื้นที่อยู่อาศัยบริษัท ร้านค้า และโรงงานอุตสาหกรรม 2) องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตของประชาชน ได้แก่ ภาวะเศรษฐกิจ ที่อยู่และสิ่งแวดล้อม สุขภาพกาย สุขภาพจิต ความสัมพันธ์ในครอบครัวและสังคม 3) คุณภาพชีวิตค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ด้านโอกาส

เข้ารับการศึกษารองลงมาด้านความสัมพันธ์ในครอบครัวและสุขภาพจิต 4) ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต ได้แก่ การเสริมสร้างให้มีสุขภาพอนามัยที่ดี การศึกษาที่ดี การบริการทางสังคม มีงานทำ มีรายได้ และมีสวัสดิการ 5) ทรัพยากรท่องเที่ยว ได้แก่ ตลาดน้ำต่างๆ ในพื้นที่ 6) รูปแบบการเสริมสร้างคุณภาพชีวิต ได้แก่ การปลูกฝังให้รักอาชีพ การพัฒนาผลิตภัณฑ์ทางเกษตร การส่งเสริมการท่องเที่ยวตลาดน้ำ เป็นต้น

วิโรจน์ เจริญลักษณ์ และคณะ (2561, บทคัดย่อ) ได้ศึกษาวิจัยคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในหมู่บ้านดอนเซ่ง ตำบลบางแพ อำเภอบางแพ จังหวัดราชบุรี ผลการศึกษาวินิจฉัยพบว่า ผู้สูงอายุในหมู่บ้านดอนเซ่งมีการดำเนินชีวิตอย่างมีคุณภาพ โดยแบ่งองค์ประกอบออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านความสุขสบาย พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสุขภาพร่างกายแข็งแรงดี สามารถช่วยเหลือตนเองได้ดี ทั้งยังได้รับการดูแลด้านสุขภาพจากทางภาครัฐเป็นอย่างดี และมีความมั่นคงทั้งทางด้านที่อยู่อาศัยและด้านการเงิน 2) ด้านสัมพันธภาพ ผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์อันดีทั้งกับครอบครัวและบุคคลอื่นในชุมชนที่อาศัยอยู่ โดยภายในครอบครัวได้ใช้เวลาพูดคุย และรับประทานอาหารร่วมกันเสมอ นอกจากนี้ก็มีการแวะเวียนดูแลซึ่งกันและกันระหว่างคนในหมู่บ้านอยู่เป็นประจำ 3) ด้านกิจกรรมในสังคมและชุมชน พบว่า ผู้สูงอายุได้ลัดบทบาทการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมลง แต่ยังคงร่วมกิจกรรมภายในชุมชนอยู่ และยังคงเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาอย่างสม่ำเสมอ 4) ด้านนันทนาการ ผู้สูงอายุให้ความสนใจที่จะเข้าร่วมโรงเรียนสอนอาชีพโครงการโรงเรียนผู้สูงอายุ และกิจกรรมต่างๆ อยู่เสมอ