รายงานการวิจัย

เรื่อง

การมีส่วนร่วมของชุมชนในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จังหวัดเพชรบุรี

วันทนา กลิ่นงาม และคณะ

คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์

มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี

พ.ศ.2555

ได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจากสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ

เรื่อง

การมีส่วนร่วมของชุมชนในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จังหวัดเพชรบุรี

คณะวิจัย

วันทนา กลิ่นงาม	หัวหน้าโครงการ
ภมร พราหมณ์แก้ว	นักวิจัย
อภิรัตน์ อุดมทรัพย์	นักวิจัย
ฐิติมา สุวรรณชาติ	นักวิจัย
พนัส ชัยรัมย์	นักวิจัย

คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์

มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี

พ.ศ.2555

ได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจากสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ

บทคัดย่อ

วันทนา กลิ่นงาม ภมร พราหมณ์แก้ว อภิรัตน์ อุดมทรัพย์ ฐิติมา สุวรรณชาติ และ พนัส ชัยรัมย์ : การมีส่วนร่วมของชุมชนในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จังหวัดเพชรบุรี

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์คือ 1) เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบสภาพปัญหา ความต้องการ และการเตรียมตัวเข้าสู่วัยผู้สูงอายุของผู้สูงอายุในปี พ.ศ. 2552 กับปี พ.ศ. 2530 2) เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยใช้บวร (บ้าน วัด โรงเรียน)

การวิจัยมี 2 ขั้นตอนต่อเนื่องกัน ขั้นที่ 1 การวิจัยเชิงปริมาณเก็บข้อมูล โดยการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุจังหวัดเพชรบุรี ขนาดตัวอย่าง 635 คน สุ่มตัวอย่างแบบหลายชั้น วิเคราะห์โดยใช้ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบน มาตรฐาน และค่าไค-สแควร์ ขั้นที่ 2 การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในพื้นที่ตำบลโพไร่หวาน และเทศบาลตำบลหัวสะพาน อำเภอเมือง เก็บข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม สัมภาษณ์เชิงลึกตัวแทนบวร. รวม 49 คน

ผลการศึกษาเชิงปริมาณพบว่า ผู้สูงอายุยังประสบปัญหาต่างๆ อยู่มาก ทั้งร่างกาย อารมณ์ จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ และที่อยู่อาศัย ทั้งนี้ผู้สูงอายุ ปี พ.ศ. 2552 มีปัญหาด้านอาการทางกายมากกว่าผู้สูงอายุปี พ.ศ. 2530 ส่วนปัญหาด้านการปรับตัวและความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ด้านที่อยู่อาศัย และด้านเศรษฐกิจน้อยกว่าผู้สูงอายุปี พ.ศ. 2530 ผลการศึกษาความต้องการและเป้าหมายชีวิต พบว่าผู้สูงอายุต้องการที่จะผ่อนคลายและหาทางแก้ไขปัญหาพื้นฐานเหล่านั้น ซึ่งสิ่งเหล่านี้บางส่วนได้กลายเป็นเป้าหมายชีวิต และการเตรียมตัวเข้าสู่วัยผู้สูงอายุไปในตัว โดยผู้สูงอายุปี พ.ศ. 2552 มีความต้องการด้านต่างๆ ตลอดจนมีการเตรียมตัวด้านที่อยู่อาศัย สุขภาพ จิตใจ และเศรษฐกิจมากกว่าผู้สูงอายุปี พ.ศ 2530

ผลการศึกษา เชิงคุณภาพขั้นที่สองได้แนวทางการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของบ้าน วัด โรงเรียน ตามกรอบมาตรฐานการสงเคราะห์ผู้สูงอายุของกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น 6 มาตรฐาน ผลการเข้าร่วมจัดกิจกรรมในทั้งสองพื้นที่ คือการจัดทำฐานข้อมูลผู้สูงอายุ ส่งเสริมสุขภาพกายและจิตใจ และส่งเสริมความกตัญญู พบว่าผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีความพึงพอใจในระดับมากถึงมากที่สุด ข้อเสนอแนะในการวิจัยคือควรมีการจัดกิจกรรมตามความต้องการของผู้สูงอายุ

Abstract

Wantana Klin-ngam, Bhamorn Pramkaew, Apirat Udomsup, Thitima Suwannachat and Panas Chairum: The Participation of Communities to Improve the Quality of Life in the Aging Population in Phetchaburi.

This research had 2 objectives: 1) To study and compare the problems, needs and preparation for old age in the elderly of 2552 BE and 2530 BE. 2) To study the participation of communities to improve the quality of life of the aging population through collaborating with the primary support institution (family), religious institution (Buddhism) and educational institutions (school/university).

The study comprised two stepped design. The first step adopted a quantitative approach based on interviews with 635 elderly subjects in Phetchaburi employing a multi-staged method which was then analysed by using mean, standard deviation and chi-square. The second step entailed participatory action research in the Po Rai Wann district and Tambon Hua Saphan municipality which employed a qualitative approach based on focus group discussions and in-depth interviews of a total sample of 49 subjects.

The results found were as follows:

1) The general problems and needs of the elderly were: physical and mental sickness, failing health, family relationships, financial matters, housing and adjusting to old age. Some of these issues became their goals to be achieved. The 2552's had more physical problems than 2530's but had less problems in adjusting to old age, housing and financial matters than the 2530's. Moreover, the 2552's had more needs and had made more preparation for aging in terms of adjusting to old age, housing, financial and psychological matters than the 2530's.

2) The strategies to improve the quality of life was based on community participation through collaboration with the family, religious and educational using the Department of Local Administration's six dimensions of standard welfare for the elderly. Monitoring and evaluation of set activities that the elderly required including: the aging database, physical, psychological and parental support by collaborating communities was done altogether and it was shown that the satisfaction level reported by most participants was rated mostly at the high to highest level.

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยดี เพราะได้รับความอนุเคราะห์จากบุคลากรหลายฝ่ายและหลายหน่วยงาน โดยเฉพาะสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติที่สนับสนุนทุนวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณนายกองค์การบริหารส่วนตำบลโพไร่หวาน นายกเทศมนตรีเทศบาลตำบลหัวสะพาน อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี ชมรมผู้สูงอายุ บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับงานผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีส่วนร่วมในกระบวนการวิจัยที่กรุณาสละเวลาในการให้สัมภาษณ์ สนทนากลุ่ม และให้สัมภาษณ์เชิงลึกด้วยความเต็มใจ และขอขอบคุณผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมายที่ให้สัมภาษณ์ทุกท่าน

ขอขอบคุณมหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี สถาบันวิจัยและส่งเสริมศิลปวัฒนธรรม มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี ที่ให้โอกาสคณะวิจัยในการทำวิจัยครั้งนี้ ทำให้คณะวิจัยได้ลงพื้นที่ร่วมศึกษากับชุมชน เป็นการสอดคล้องกับพันธกิจการเป็นสถาบันอุดมศึกษาเพื่อการพัฒนาท้องถิ่น ขอขอบคุณ อาจารย์ชาลี พอร์เตอร์ ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการแปลบทคัดย่อ ขอขอบคุณ คุณชลิต นุชสวัสดิ์ ที่ช่วยเป็นธุระในการจัดพิมพ์ด้วยความอดทน และนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรีทุกคนที่มีส่วนร่วมในการวิจัยครั้งนี้

คณะวิจัย

มิถุนายน 2555

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อ ..... (1)
Abstract ..... (2)
กิตติกรรมประกาศ ..... (3)
สารบัญ ..... (4)
สารบัญตาราง ..... (6)
บทที่ 1 บทนำ
ความสำคัญและที่มาของปัญหาที่ทำการวิจัย 1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย 7
ขอบเขตของการวิจัย 8
ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย 9
นิยามศัพท์เฉพาะ 9
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ 10
แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ 25
แนวคิดเกี่ยวกับความต้องการของผู้สูงอายุ 35
แนวคิดการเตรียมการเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ 37
แนวคิดการมีส่วนร่วมของประชาชนและประชาสังคม “บวร” 41
แนวคิดเกี่ยวกับบทบาทของผู้สูงอายุ 45
แนวคิดเกี่ยวกับชมรมผู้สูงอายุ 48
แนวคิดการดูแลและสวัสดิการผู้สูงอายุ 53
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับการดูแลผู้สูงอายุ 60
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 64
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย
รูปแบบการวิจัย 99
ประชากร 99
กลุ่มเป้าหมายและขนาดตัวอย่าง 99
วิธีดำเนินการวิจัย 102

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

เครื่องมือที่ใช้และการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ 103
การวิเคราะห์ข้อมูล 107

บทที่ 4 ผลการวิจัย

ผลการวิจัยเชิงปริมาณ (ขั้นที่ 1) 109
ผลการวิจัยเชิงปริมาณ (ขั้นที่ 2) 173

บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

สรุปและอภิปรายผลการวิจัยเชิงปริมาณ (ขั้นที่ 1) 257
สรุปและอภิปรายผลการวิจัยเชิงปริมาณ (ขั้นที่ 2) 285
สรุปและอภิปรายผลการวิจัยโดยรวม 323
ข้อเสนอแนะ 325

บรรณานุกรม 330

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก แบบสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ 345
ภาคผนวก ข แนวคำถาม ประเด็นในการสนทนากลุ่ม 356
ภาคผนวก ค แบบสำรวจผู้สูงอายุ 357
ภาคผนวก ง แบบสัมภาษณ์ความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุ 360
ภาคผนวก จ สถิติประชากรผู้สูงอายุ 362

รูปภาพกิจกรรม 363
ประวัติคณะวิจัย 373

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามลักษณะทางประชากร สังคม และเศรษฐกิจ 112
ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามลักษณะทางครอบครัว 116
ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามโรคประจำตัวที่มี 118
ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามลักษณะการทำงานภายในบ้าน 119
ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามลักษณะบทบาทในครอบครัว 120
ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามลักษณะการพึ่งตนเอง 122
ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามแหล่งการได้รับข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ ... 124
ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกลักษณะการเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน 126
ตารางที่ 9 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานจำแนกตามสภาพปัญหาของผู้สูงอายุโดยรวม และรายด้าน 130
ตารางที่ 10 ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานจำแนกตามสภาพปัญหาของผู้สูงอายุ ด้านอาการเจ็บป่วยทางกายโดยรวมและรายข้อ 130
ตารางที่ 11 ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานจำแนกตามสภาพปัญหาของผู้สูงอายุ ด้านภาวะเจ็บป่วยทางอารมณ์และจิตใจ โดยรวมและรายข้อ 131
ตารางที่ 12 ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานจำแนกตามสภาพปัญหาของผู้สูงอายุ ด้านการปรับตัวและความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น โดยรวมและรายข้อ 132
ตารางที่ 13 ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานจำแนกตามสภาพปัญหาของผู้สูงอายุ ด้านสภาพที่อยู่อาศัย โดยรวมและรายข้อ 132
ตารางที่ 14 ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานจำแนกตามสภาพปัญหาของผู้สูงอายุ ด้านสภาพเศรษฐกิจ โดยรวมและรายข้อ 133
ตารางที่ 15 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามความต้องการของผู้สูงอายุ โดยรวมและรายด้าน 136
ตารางที่ 16 ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามความต้องการของผู้สูงอายุ ด้านเศรษฐกิจ โดยรวมและรายข้อ 137
ตารางที่ 17 ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามความต้องการของผู้สูงอายุ ด้านสุขภาพอนามัย โดยรวมและรายข้อ 137

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 18 ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามความต้องการของผู้สูงอายุ ด้านการทำงาน โดยรวมและรายข้อ 138
ตารางที่ 19 ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามความต้องการของผู้สูงอายุ ด้านความรัก โดยรวมและรายข้อ 138
ตารางที่ 20 ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามความต้องการของผู้สูงอายุ ด้านสวัสดิการต่าง ๆ จากชุมชน / รัฐ โดยรวมและรายข้อ 139
ตารางที่ 21 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามความจำเป็นในการเตรียมตัว เข้าสู่วัยผู้สูงอายุ 141
ตารางที่ 22 ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามการเตรียมตัวเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ โดยรวมและรายด้าน 142
ตารางที่ 23 ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามการเตรียมตัวเข้าสู่ วัยผู้สูงอายุ ด้านร่างกาย โดยรวมและรายข้อ 142
ตารางที่ 24 ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามการเตรียมตัวเข้าสู่ วัยผู้สูงอายุ ด้านเศรษฐกิจ โดยรวมและรายข้อ 143
ตารางที่ 25 ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามการเตรียมตัวเข้าสู่ วัยผู้สูงอายุ ด้านที่อยู่อาศัย โดยรวมและรายข้อ 143
ตารางที่ 26 ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามการเตรียมตัวเข้าสู่ วัยผู้สูงอายุ ด้านจิตใจ โดยรวมและรายข้อ 143
ตารางที่ 27 ลำดับความสำคัญของเป้าหมายชีวิตของผู้สูงอายุ 151
ตารางที่ 28 เปรียบเทียบสภาพปัญหาผู้สูงอายุระหว่างปี พ.ศ.2552 กับ พ.ศ.2530 โดยรวมและรายด้าน 152
ตารางที่ 29 เปรียบเทียบสภาพปัญหาผู้สูงอายุระหว่างปี พ.ศ.2552 กับ พ.ศ.2530 ตามรายข้อ 155
ตารางที่ 30 เปรียบเทียบความต้องการของผู้สูงอายุระหว่างปี พ.ศ.2552 กับ พ.ศ.2530 โดยรวมและรายด้าน 162
ตารางที่ 31 เปรียบเทียบความต้องการของผู้สูงอายุระหว่างปี พ.ศ.2552 กับ พ.ศ.2530 ตามรายข้อ 164

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 32 เปรียบเทียบการเตรียมตัวเข้าสู่วัยผู้สูงอายุระหว่างปี พ.ศ.2552 กับ พ.ศ.2530 โดยรวมและรายด้าน 167
ตารางที่ 33 เปรียบเทียบการเตรียมตัวเข้าสู่วัยผู้สูงอายุระหว่างปี พ.ศ.2552 กับ พ.ศ.2530 ตามรายข้อ 169
ตารางที่ 34 แนวทางการจัดกิจกรรมเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของ บ ว ร (บ้าน วัด โรงเรียน) 195
ตารางที่ 35 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุตำบลโพไร่หวาน จำแนกตามหมู่บ้าน 201
ตารางที่ 36 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุตำบลโพไร่หวาน จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพ สมรส การศึกษา จำนวนบุตร ประสบการณ์การทำงาน อาชีพปัจจุบัน รายได้ และลักษณะที่อยู่อาศัย 203
ตารางที่ 37 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุตำบลโพไร่หวาน จำแนกตามลักษณะการอุปการะดูแล 208
ตารางที่ 38 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุตำบลโพไร่หวาน จำแนกตามการตรวจสุขภาพประจำปี 208
ตารางที่ 39 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุตำบลโพไร่หวาน จำแนกตามสุขภาพและโรคประจำตัว 209
ตารางที่ 40 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุตำบลโพไร่หวาน จำแนกตามปัญหาของผู้สูงอายุ ..211
ตารางที่ 41 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุตำบลโพไร่หวาน จำแนกตามการได้รับบริการจากรัฐ และองค์การบริหารส่วนตำบลโพไร่หวาน 213
ตารางที่ 42 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุตำบลโพไร่หวาน จำแนกตามความต้องการสวัสดิการผู้สูงอายุ 215
ตารางที่ 43 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุเทศบาลตำบลหัวสะพาน จำแนกตามหมู่บ้าน 225
ตารางที่ 44 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุเทศบาลตำบลหัวสะพาน จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา จำนวนบุตร ประสบการณ์การทำงาน อาชีพปัจจุบัน รายได้ต่อเดือน แหล่งรายได้ และลักษณะที่อยู่อาศัย 227
ตารางที่ 45 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุเทศบาลตำบลหัวสะพาน จำแนกตามลักษณะการอุปการะดูแล 230

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 46 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุเทศบาลตำบลหัวสะพาน จำแนกตามการตรวจสุขภาพประจำปี 231
ตารางที่ 47 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุเทศบาลตำบลหัวสะพาน จำแนกตามสุขภาพและโรคประจำตัว 231
ตารางที่ 48 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุเทศบาลตำบลหัวสะพาน จำแนกตามปัญหาของผู้สูงอายุ 234
ตารางที่ 49 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุเทศบาลตำบลหัวสะพาน จำแนกตามการได้รับบริการจากรัฐ และเทศบาลตำบลหัวสะพาน 236
ตารางที่ 50 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุเทศบาลตำบลหัวสะพาน จำแนกตามความต้องการสวัสดิการของผู้สูงอายุ 238
ตารางที่ 51 จำนวนและร้อยละความพึงพอใจต่อการจัดกิจกรรมเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตำบลโพไร่หวาน จำแนกตามประเภทกิจกรรม 255
ตารางที่ 52 จำนวนและร้อยละความพึงพอใจต่อการจัดกิจกรรมเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเทศบาลตำบลหัวสะพาน จำแนกตามประเภทกิจกรรม 256

บทที่ 1

บทนำ

ความสำคัญและที่มาของปัญหาที่ทำการวิจัย

ผู้สูงอายุเป็นทรัพยากรมนุษย์ (Human Resources) อันมีค่าของสังคมที่ทำประโยชน์แก่สังคม และได้รับการสะสมทุนมนุษย์ (Human Capital) มีประสบการณ์ชีวิตและการทำงานอย่างต่อเนื่องมาเป็นเวลาช้านาน ซึ่งผลแห่งการทำประโยชน์แก่สังคมและเป็นผู้มีประสบการณ์สูง จึงสมควรได้รับการพิจารณาทั้งในด้านมนุษยธรรม (Humanitarian Issue) และด้านการพัฒนา (Development Issue) จากสังคมและบุตรหลาน กล่าวคือ ด้านมนุษยธรรม ผู้สูงอายุควรได้รับการช่วยเหลือตามหลักมนุษยธรรมและความต้องการ เช่น สุขภาพอนามัย ที่อยู่อาศัย สิ่งแวดล้อม สวัสดิการสังคม ความมั่นคงในรายได้ การศึกษา และครอบครัว ฯลฯ ด้านการพัฒนา ผู้สูงอายุก็ควรได้รับความสำคัญและมีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาตามความเหมาะสมกับกำลังสติปัญญาและความสามารถของแต่ละบุคคล ทั้งนี้เพื่อธำรงไว้ซึ่งคุณค่าแห่งตน และเป็นผลดีแก่สังคมโดยส่วนรวม อันเป็นการปลดเปลื้องความรู้สึกว้าเหว่ ถูกทอดทิ้ง และไร้ความหมาย โดยเฉพาะในสังคมที่กำลังเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วและมีความซับซ้อนกว่าในอดีต

จากสถิติในปัจจุบันพบว่า ผู้สูงอายุทั่วโลกได้เพิ่มจำนวนมากขึ้น ทั้งในเชิงปริมาณและสัดส่วน องค์การสหประชาชาติรายงานว่า ในปี พ.ศ.2552 ผู้สูงอายุทั่วโลกมีประมาณ 737 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 11 ของประชากรทั้งหมด และคาดว่าจำนวนผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นเป็น 1,963 ล้านคน หรือร้อยละ 22 ในปี พ.ศ.2593 (United Nations, 2009 a) สอดคล้องกับจำนวนผู้สูงอายุในประเทศไทย กล่าวคือ ผลการศึกษาขนาดและแนวโน้มของประชากรสูงอายุจากสำมะโนประชากรของประเทศไทยระหว่างปี พ.ศ.2503 ถึง พ.ศ. 2543 พบว่า ประเทศไทยเป็นประเทศหนึ่งที่มีแนวโน้มอายุคาดหวังเฉลี่ย (Life Expectancy) และอัตราเพิ่มประชากรผู้สูงอายุมีอัตราสูงขึ้น กล่าวคือ ประเทศไทยมีประชากรผู้สูงอายุ (อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป) จำนวน 1.5 ล้านคน 2.4 ล้านคน และ 5.8 ล้านคน ในปี พ.ศ.2503 พ.ศ.2523 และ พ.ศ.2543 ตามลำดับ ทั้งนี้ในปี พ.ศ.2503 ประชากรผู้สูงอายุของประเทศไทยคิดเป็นร้อยละ 5.4 ของประชากรทั้งหมด ขนาดของประชากรผู้สูงอายุตั้งแต่อายุ 60 ปีขึ้นไป ได้เพิ่มขึ้นเป็น 7 เท่าตัว คือ ประมาณ 7.6 ล้านคน ในปี พ.ศ.2552 หรือคิดเป็นร้อยละ 11.5 ของประชากรทั้งหมด โดยจำแนกเป็นประชากรผู้สูงอายุวัยต้น (อายุ 60 – 69 ปี) ร้อยละ 6.3 วัยกลาง (อายุ 70 – 79 ปี) ร้อยละ 3.8 และวัยปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป) ร้อยละ 1.5 ตามลำดับ ซึ่งสถานการณ์ดังกล่าวข้างต้นทำให้ปี พ.ศ.2552 เป็นปีที่ประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงวัย (Aging

Society) อย่างสมบูรณ์ ซึ่งหมายถึงประเทศไทยมีผู้สูงอายุ (ผู้มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป) มากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด (Shryack, 2004 อ้างถึงในคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ, 2551 : 2)

การเพิ่มขนาดและสัดส่วนประชากรสูงอายุของประเทศไทยยังคงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากข้อมูลของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ได้ระบุว่า ในระยะ 15 ปีจากนี้ไป หรือภายในปี พ.ศ.2568 จำนวนผู้สูงอายุไทยจะเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 11 ไปเป็นร้อยละ 20 หรือประมาณ 14.5 ล้านคน (คิดเป็น 2 เท่าของประชากรผู้สูงอายุ ในปี พ.ศ.2552) และคิดเป็นประมาณ 1 ใน 5 ของประชากรทั้งประเทศ ในปี พ.ศ.2573 คาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็นประมาณ 17.8 ล้านคน (คิดเป็นร้อยละ 25 หรือประมาณ 1 ใน 4 ของประชากรทั้งประเทศ) และคาดว่าในปี พ.ศ.2593 จะเพิ่มเป็น 19 ล้านคน หรือร้อยละ 26 ของประชากรทั้งประเทศ (United Nations, 2009 b) ที่สำคัญ คือ ประชากรผู้สูงอายุเหล่านี้มีแนวโน้มที่จะมีอายุยืนยาวขึ้น ซึ่งหมายความว่า ระยะเวลาของการต้องอยู่ในภาวะพึ่งพาของผู้สูงอายุจะยาวขึ้นด้วยเช่นกัน ปัจจุบันอายุคาดหวังเฉลี่ยของผู้สูงอายุชายอยู่ที่ 69.5 ปี ในขณะที่ผู้สูงอายุหญิงอยู่ที่ 76.3 ปี (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2553) ในขณะที่สัดส่วนของวัยแรงงานต่อการเกื้อหนุนผู้สูงอายุไทยจะลดลงจาก 6 ต่อผู้สูงอายุ 1 คน ไปเป็น 2 คน ต่อผู้สูงอายุ 1 คน ในปี พ.ศ.2573 หรือในระยะ 20 ปี ต่อจากนี้ไป (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2550)

จะเห็นได้ว่าโครงสร้างประชากรของประเทศไทยมีแนวโน้มประชากรวัยสูงอายุเพิ่มขึ้น ขณะที่ประชากรวัยเด็กและวัยแรงงานลดลง กล่าวคือ จากการคาดประมาณในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 (พ.ศ.2555 – 2559) พบว่า สัดส่วนประชากรเด็ก : วัยแรงงาน : วัยผู้สูงอายุ เท่ากับ 20.5 : 67.6 : 11.9 ในปี พ.ศ.2553 คาดว่าจะลดลงเป็น 18.3 : 66.9 : 14.8 ในปี พ.ศ.2559 การที่โครงสร้างประชากรวัยเด็กมีสัดส่วนลดลงอย่างต่อเนื่อง เป็นผลมาจากภาวะเจริญพันธุ์ของสตรีไทยที่ลดลงต่ำกว่าระดับทดแทนซึ่งในปี พ.ศ.2551 อัตราเจริญพันธุ์อยู่ที่ 1.6 และอัตราการตายของทารกอยู่ที่ 7.3 ต่อการเกิดมีชีพพันคน การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรดังกล่าวจะมีผลทำให้ภาครัฐและครัวเรือนมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นในการดูแล และพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในด้านต่าง ๆ ภาระพึ่งพิงสูง และเป็นภาระต่อฐานการคลังของประเทศด้านสวัสดิการและการรักษาพยาบาล (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2554 : 5) จึงกล่าวได้ว่า ปัจจุบันประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่ “ภาวะประชากรสูงอายุ (Population Aging)” คือ ภาวะที่ประเทศมีสัดส่วนของประชากรสูงอายุมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งประเทศ และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นในอนาคตอันเป็นผลจากการลดลงอย่างต่อเนื่องของอัตราเกิดและอัตราตายของประชากร (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2550)

การเพิ่มขึ้นของประชากรในวัยดังกล่าว นับว่าเป็นปรากฏการณ์ทางประชากร (Demographic phenomenon) ของประเทศที่น่าสนใจอย่างยิ่งในภาวะที่เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม

และค่านิยมทั้งในระดับมหภาค (Macro Level) และระดับจุลภาค (Micro Level) เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วและมีความซับซ้อน โครงสร้างครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น รูปแบบของครอบครัวเปลี่ยนไป การขยายตัวของเขตเมืองทำให้วิถีชีวิตของคนเปลี่ยนไป รูปแบบการทำงาน การอพยพย้ายถิ่นทำได้ง่ายขึ้น ลักษณะดังกล่าวย่อมมีผลกระทบต่อชีวิตบั้นปลายของผู้สูงอายุทั้งทางตรงและทางอ้อม ไม่ว่าจะเป็นด้านการแพทย์ สาธารณสุข สวัสดิการ และสังคม ทั้งนี้ในช่วงเข้าสู่วัยสูงอายุ ผู้สูงอายุทุกคนจะประสบกับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย เป็นการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพและโครงสร้างของร่างกายที่ปรากฏให้เห็นอย่างชัดเจน เช่น ผิวหนังเหี่ยวย่น ตกกระ ผิวบาง เกิดบาดแผลได้ง่าย กล้ามเนื้อจำนวนลดลงทำให้ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อลดลง กระดูกเปราะบาง กระดูกผุ กระดูกข้ออักเสบ ฯลฯ นอกจากนี้ยังมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา เป็นการเปลี่ยนแปลงคุณภาพของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายที่เคยใช้งานได้ดี เช่น การใช้สายตา หู ลิ้น ฯลฯ หย่อนสมรรถภาพลง จำนวนเซลล์สมองลดลงทำให้ความจำเสื่อมลงไป ระบบทางเดินหายใจ ทางเดินอาหาร ทางเดินปัสสาวะ ฯลฯ ทำงานได้น้อยลง ทำให้เกิดอาการผิดปกติตามมา เช่น อาหารไม่ย่อย เป็นไข้หวัดง่าย อั้นปัสสาวะไม่ได้ ฯลฯ กระบวนการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวนี้มีผลทำให้ผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพไม่มากก็น้อย ซึ่งหากผู้ใดมีปัญหามากก็มักจะส่งผลไปถึงจิตใจด้วย ผู้สูงอายุอาจจะเกิดความหดหู่ซึมเศร้าหรือหงุดหงิด เกรี้ยวกราด ฯลฯ นอกจากนั้นผู้สูงอายุในชุมชนส่วนหนึ่งถูกทอดทิ้งให้ว้าเหว่ เหงา ซึมเศร้า คิดมาก ผู้สูงอายุบางคนคิดมากจนถึงขั้นอยากฆ่าตัวตาย (ศรีเมือง พลังฤทธิ์, 2547 : 3)

ประเทศไทยได้เล็งเห็นความสำคัญของเรื่องผู้สูงอายุ จึงได้กำหนดให้มีแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ปัจจุบันมี 2 ฉบับ โดยแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ.2525 – 2544) (คณะอนุกรรมการการศึกษาวิจัย และวางแผนระยะยาวเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ในคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ, 2525 : 2) ได้กำหนดสาระสำคัญไว้ ดังนี้ 1) ผู้สูงอายุควรจะได้อยู่กับครอบครัวอย่างอบอุ่น ได้รับความเคารพนับถือและการดูแลเอาใจใส่จากบุตรหลานและควรลดบทบาทการเป็นผู้หารายได้มาเลี้ยงครอบครัวลง 2) ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถพึ่งตนเองได้ และไม่ได้รับการคุ้มครองดูแลจากครอบครัว ไม่ว่าจะด้วยเหตุใดก็ตาม ควรจะได้รับการปกป้องดูแลจากสังคม 3) ผู้สูงอายุควรได้รับข่าวสาร ข้อมูล รวมทั้งการแนะนำถึงวิธีการป้องกันและรักษาสุขภาพอนามัยของตนเอง และในกรณีที่เจ็บป่วยควรได้รับการดูแลรักษาพยาบาล 4) ผู้สูงอายุควรได้รับการสนับสนุนให้มีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัวและชุมชนตามฉนัด และความสามารถของแต่ละบุคคล โดยเฉพาะบทบาทที่ปรึกษา ซึ่งถ่ายทอดความรู้ ประสบการณ์ต่าง ๆ ให้ บทบาทเช่นนี้ย่อมมีผลให้ผู้สูงอายุมีความภูมิใจในตนเอง และเห็นคุณค่าในการที่จะดำรงชีวิตอยู่อย่างมีคุณค่าต่อไป สำหรับแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545 – 2564) ได้กำหนด 5 ยุทธศาสตร์ที่สำคัญไว้ดังนี้

1) ยุทธศาสตร์ด้านการเตรียมความพร้อมของประชากรเพื่อวัยสูงอายุที่มีคุณภาพ 2) ยุทธศาสตร์ด้านการส่งเสริมผู้สูงอายุ 3) ยุทธศาสตร์ด้านระบบคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ 4) ยุทธศาสตร์ด้านการบริหารจัดการ เพื่อการพัฒนางานด้านผู้สูงอายุระดับชาติ และการพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุอย่างมีทิศทางและผสมผสาน และ 5) ยุทธศาสตร์ด้านการประมวลและพัฒนาองค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุและการติดตามประเมินผลดำเนินการตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ (บรรลุ ศิริพานิช, 2544 : 44 – 45, สำนักนายกรัฐมนตรี, คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ, 2545 : 30) โดยสรุป แผนผู้สูงอายุทั้งสองฉบับมุ่งเน้นให้ประชาชนผู้สูงอายุมีการพึ่งตนเอง มีครอบครัวที่อบอุ่น การได้รับข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัวและชุมชน อีกทั้งควรเตรียมความพร้อม การส่งเสริมผู้สูงอายุ ระบบคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ และการพัฒนางานด้านผู้สูงอายุ โดยการดำเนินการต้องมีลักษณะแบบบูรณาการ (ศรีเมือง พลังฤทธิ์, 2550 : 67 – 68)

ทั้งนี้ จากการประเมินการดำเนินงานตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 ในระยะ 5 ปีแรก (พ.ศ.2545 – พ.ศ.2549) รวมทั้งการประมวลและสังเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์ทางประชากร เศรษฐกิจ สังคม และนโยบายของรัฐในปัจจุบัน ผลจากการประมวลและสังเคราะห์ผลการระดมความคิดและวิพากษ์แผนผู้สูงอายุฯ นำไปสู่แนวคิดพื้นฐานของผู้สูงอายุอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545 – 2564) ฉบับปรับปรุง โดยมีปรัชญาว่า “ผู้สูงอายุไม่ใช่บุคคลด้อยโอกาสหรือเป็นภาระต่อสังคม แต่สามารถมีส่วนร่วมเป็นพลังพัฒนาสังคม จึงควรได้รับการส่งเสริมและเกื้อกูลจากครอบครัว ชุมชน และรัฐ ให้ดำรงชีวิตอยู่อย่างมีคุณค่า มีศักดิ์ศรี และคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีให้นานที่สุด ขณะเดียวกันผู้สูงอายุที่ประสบความทุกข์ยากต้องได้รับการเกื้อกูลจากครอบครัว ชุมชน สังคม และรัฐอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม การสร้างหลักประกันในวัยสูงอายุเป็นกระบวนการสร้างความมั่นคงให้แก่สังคมโดยการมีส่วนร่วมจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกภาคส่วน ได้แก่ 1) ประชากรช่วยตนเอง 2) ครอบครัวดูแล 3) ชุมชนช่วยเกื้อกูล 4) สังคม รัฐสนับสนุน ทั้งนี้โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ควรมีการบูรณาการให้เหมาะสมกับสถานการณ์อย่างต่อเนื่อง ภายใต้วิสัยทัศน์ที่ว่า “**ผู้สูงวัยเป็นหลักชัยของสังคม**”

โดยสรุป แผนผู้สูงอายุฯ ฉบับปรับปรุงนี้ได้มีการปรับปรุงและเพิ่มเติมมาตรการและดัชนีใหม่ เพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์ทางการเมือง เศรษฐกิจ สังคม และประชากรที่เปลี่ยนแปลงไป มาตรการและดัชนีสำคัญที่แตกต่างจากแผนผู้สูงอายุฯ ฉบับเดิม ได้แก่ การปรับเปลี่ยนมาตรการส่งเสริมและสร้างวินัยการออมทุกช่วงวัยภายใต้ยุทธศาสตร์การเตรียมความพร้อมของประชากรเพื่อวัยสูงอายุที่มีคุณภาพ ในยุทธศาสตร์ด้านการส่งเสริมและพัฒนาผู้สูงอายุ

ได้มีความพยายามส่งเสริมบทบาทของท้องถิ่นในงานด้านผู้สูงอายุให้เพิ่มขึ้นโดยกำหนดให้มีดัชนีชี้วัดการจัดสรรงบประมาณสนับสนุนกิจกรรมเพื่อผู้สูงอายุโดยท้องถิ่น

ที่ผ่านมาการศึกษาวิจัยหรือการดำเนินงานของหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุรวมทั้งในระดับชุมชนมีการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุซึ่งเป็นการรวมกลุ่มเพื่อดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ พบว่า การดำเนินการต่าง ๆ ยังไม่สัมฤทธิผลเท่าที่ควร ประกอบกับผลการประเมินโครงการสวัสดิการสังคมของรัฐบาลเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุไทยพบว่า ไม่สามารถตอบสนองปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ อีกทั้งยังไม่เพียงพอ ไม่ทั่วถึง และไม่สามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายที่แท้จริงได้ บริการที่รัฐบาลจัดให้ไม่สามารถนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ไม่สามารถพัฒนาจิตวิญญาณของผู้สูงอายุอย่างเป็นองค์รวม บริการที่จัดให้เป็นการช่วยหรือให้เพื่ออยู่รอดมากกว่าเพื่ออยู่ดีมีสุข (ระพีพรรณ คำหอม และคณะ, 2542 : 4) อีกทั้งการให้การเกื้อหนุนผู้สูงอายุโดยกลุ่มผู้สูงอายุเองและประชากรกลุ่มอื่น ๆ ในชุมชน ถึงแม้จะมีปรากฏอยู่แต่การดำเนินงานส่วนใหญ่เป็นการดำเนินงานในลักษณะที่เป็นการรวมตัวกันเพียงเฉพาะกิจ หรือการจัดกิจกรรมตามประเพณีนิยม เมื่อเสร็จสิ้นกิจกรรมต่าง ๆ เหล่านั้นแล้ว ไม่มีการดำเนินงานในลักษณะที่มีความต่อเนื่องระยะยาว (มาลินี วงษ์สิทธิ์ และศิริวรรณ ศิริบุญ, 2544 : 96 อ้างถึงใน ศรีเมือง พลังฤทธิ์, 2550 : 68 – 69) ดังนั้น เพื่อก่อให้เกิดการพัฒนาที่ยั่งยืน การพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ได้ผลจึงควรใช้กลวิธี “การมีส่วนร่วม” ของประชาชนในชุมชน โดยใช้การขับเคลื่อนทางสังคม จากการถอดบทเรียนในหลาย ๆ พื้นที่ของชุมชนต่าง ๆ พบว่า การขับเคลื่อนและการรณรงค์ทางสังคมโดยเฉพาะอย่างยิ่งในระดับชุมชนนั้น จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากภาคีพันธมิตร หรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในหลายภาคส่วนด้วยกัน ทั้งนี้ตั้งแต่ในอดีตจนถึงปัจจุบันสถาบันหลักที่มีส่วนสำคัญอย่างมากในการรณรงค์ขับเคลื่อนสังคมให้ประสบความสำเร็จ คือ ชุมชนหมู่บ้าน สถาบันทางศาสนาหรือวัด และสถาบันทางการศึกษาหรือโรงเรียน ซึ่งประสานงานและทำงานร่วมกัน รวมเรียกว่า “บวร” เป็นสามประสาน (บุญอยู่ ขอพรประเสริฐ, สืบค้นเมื่อ 13/8/53) ตามแนวพระราชดำริของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว กล่าวคือ “. . . เป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไปว่าสถานภาพสังคมปัจจุบันที่พัฒนาขึ้นเรื่อย ๆ ทั้งทางด้านวัตถุ เศรษฐกิจ แต่สภาพจิตใจของความเป็นมนุษย์กลับดูเลวร้ายลง ปัญหาสังคมด้านต่าง ๆ จึงเกิดขึ้นเรื่อย ๆ ในภาวะดังกล่าว พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวทรงมีความห่วงใยอยู่เสมอ จึงพระราชทานแนวพระราชดำริที่มีชื่อว่า “บวร” กระตุ้นเตือนให้พัฒนาโดยใส่ใจในฟันเฟืองเล็ก ๆ ทางสังคมที่กำลังละเลยไปมากทั้งบ้าน วัด โรงเรียน เพื่อให้เกิดความผูกพันกันในสังคมแบบเดียวกับที่เคยมีมาในอดีต เพื่อให้ประเทศชาติเติบโตอย่างมีรากฐานอันจะทำให้ประเทศเข้มแข็งและมั่นคงสืบไป บ้าน คือ ที่พักอาศัยหรือครอบครัวก็ได้ บ้านให้ความรัก ความอบอุ่น ผูกพัน แม้จะเป็นหน่วยหรือสถาบันเล็กที่สุดในโครงสร้างของสังคม แต่

เป็นจุดเริ่มต้นของสังคมใหญ่ ๆ เป็นฟันเฟืองชิ้นเล็กที่มีความหมายสำคัญมาก วัด เปรียบเสมือนศูนย์กลางทางจิตใจของคนไทยมาแต่ครั้งอดีต เป็นสถาบันที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ อบรมสั่งสอนคนในชุมชนรอบ ๆ วัด ให้ประพฤติถูกทำนองคลองธรรม วัดนอกจากจะเป็นสถานที่ประกอบศาสนกิจของพระสงฆ์แล้ว สำหรับชาวบ้านยังเป็นสถานที่ให้คนในชุมชนพบปะกัน ใครเดือดเนื้อร้อนใจก็มาปรึกษากัน กลับจากวัดก็ได้คำสอนดี ๆ กลับไปมากมาย โรงเรียน คือ สถานที่ที่ให้ความรู้อย่างมีแบบแผน สำหรับเยาวชนซึ่งจะเติบโตขึ้นเป็นผู้ใหญ่ในอนาคต ภาระของโรงเรียนอาจดูหนักอยู่บ้างในปัจจุบัน เนื่องจากโรงเรียนต้องดูแลเหล่าลูกศิษย์เหมือนลูกหลานของตน นอกจากนี้โรงเรียนจะต้องให้ความรู้ทางวิชาการอย่างเต็มที่ รวมถึงทำให้ศิษย์เป็นคนดีแก่สังคม จากคำจำกัดความและความสัมพันธ์ของสิ่งเหล่านี้ที่เกิดขึ้นล้วนเกิดจากคำว่า “บวร” ที่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวทรงมองเห็น ซึ่งหากให้ความสำคัญกับสามสิ่งนี้ดังที่พระองค์ทรงมอง สังคมไทยที่ประเสริฐดีเลิศในความหมายของคำว่า “บวร” ก็จะบังเกิดขึ้น ความสัมพันธ์ระหว่างบ้าน วัด โรงเรียน ผูกพันกันมานานตั้งแต่สังคมไทยยังไม่มีโรงเรียน วัดต้องรับภาระในการให้ความรู้กับคนในชุมชนควบคู่ไปกับการสอนให้ทำความดี วัดจึงผูกพันกับชุมชนมากกว่าปัจจุบัน วัดเป็นเครือข่ายระดับ “ชุมชน” คำว่าวัด แต่โบราณสำหรับผู้สูงอายุเป็นเหมือนสมาคม ชมรม ที่ไม่ได้จดทะเบียน แต่ผู้สูงอายุก็ไปวัดแล้วไปนั่งรวมกันแล้วก็เป็นชมรมอยู่ในศาลาวัด รวมกลุ่มผู้สูงอายุกันในชุมชนนั้น วัดเป็นทุนทางสังคมที่เหนียวแน่น และยิ่งใหญ่ที่จะสร้างสายใยของผู้สูงอายุให้เกาะเกี่ยวเหนียวแน่นกับศรัทธาความเชื่อ และศาสนา จิตวิญญาณ ซึ่งเป็นอีกภาคส่วนของสังคม (จารุพงศ์ เรืองสุวรรณ, 2546 : 14)

ด้วยเหตุผลดังกล่าวข้างต้น คณะผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาสภาพปัญหา ความต้องการและการเตรียมตัวเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ (ข้อมูลเชิงปริมาณ) และศึกษาแนวทางการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจังหวัดเพชรบุรี (ข้อมูลเชิงคุณภาพ) โดยใช้รูปแบบและแนวคิด “บวร” (บ้าน วัด โรงเรียน) ซึ่งประกอบด้วยสามสถาบันหลักในชุมชนมาเป็นยุทธศาสตร์ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ได้แก่ สถาบันการปกครอง (บ้าน) ประกอบด้วย นายกองค์การบริหารส่วนตำบล นายกเทศมนตรี บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับงานผู้สูงอายุขององค์การบริหารส่วนปกครองท้องถิ่น ผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) รวมถึงผู้สูงอายุและครอบครัวของผู้สูงอายุ สถาบันศาสนา (วัด) ได้แก่ เจ้าอาวาส พระภิกษุ อุบาสก อุบาสิกา กลุ่ม/ชมรมที่เกี่ยวข้องกับศาสนา และสถาบันการศึกษา (โรงเรียน) ได้แก่ ผู้อำนวยการ ครู อาจารย์ในโรงเรียน มหาวิทยาลัย นักวิชาการ ผนึกกำลังสร้างความร่วมมือเพื่อรณรงค์ขับเคลื่อนสังคม โดยเฉพาะในระดับชุมชน เพื่อร่วมกันดูแลสังคมผู้สูงอายุและเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ที่จะก้าวเข้าสู่วัยผู้สูงอายุในอนาคตของชุมชน ให้ดำรงอยู่ได้อย่างมีศักดิ์ศรี การที่ชุมชนจะมีลักษณะดังกล่าวได้จะต้องเปิดโอกาสให้ประชาชนโดยเฉพาะผู้สูงอายุได้เข้ามามีส่วนร่วมอย่าง

จริงจัง ซึ่งจะต้องมีการเตรียมกลุ่มผู้สูงอายุหรือชุมชนเป็นการเฉพาะ ทั้งนี้คณะผู้วิจัยซึ่งเป็นคณาจารย์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี ในฐานะของภาคส่วนการศึกษาได้ตระหนักและเห็นความจำเป็นในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ โดยร่วมมือกับองค์การบริหารส่วนตำบลโพไร่หวาน และเทศบาลตำบลหัวสะพาน อำเภอเมืองเพชรบุรี จังหวัดเพชรบุรี เป็นชุมชนนำร่องในการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของสมาชิก โดยใช้บ้าน วัด โรงเรียน ประสานความร่วมมือเป็นแหล่งการทำกิจกรรมต่างๆ ของผู้สูงอายุ ซึ่งจะเป็นทั้งฝ่ายผู้ให้และผู้รับแก่ชุมชน เพื่อนำผลลัพธ์ที่ได้เป็นโครงการนำร่องการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้องมีการเตรียมพร้อมที่จะก้าวทันสถานการณ์ของผู้สูงอายุ เป็นการปรับกระบวนการทัศน์เดิมจากที่มองผู้สูงอายุว่าเป็นภาระของสังคม ทำให้เป็นผู้ใช้ประสบการณ์ที่สะสมมายาวนานให้เป็นประโยชน์ต่อสังคม ตลอดจนการเตรียมพร้อมในการจัดสวัสดิการสังคมและมาตรการในการรองรับอย่างทันท่วงทีในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสมทั้งด้านความรู้ การจัดการทรัพยากร การบริการของสังคมในการรับมือกับจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้นในอนาคตขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์บั้นปลาย

เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจังหวัดเพชรบุรี

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาสภาพปัญหา ความต้องการ และการเตรียมตัวเข้าสู่วัยผู้สูงอายุของผู้สูงอายุในจังหวัดเพชรบุรี
2. เพื่อเปรียบเทียบสภาพปัญหา ความต้องการ และการเตรียมตัวเข้าสู่วัยผู้สูงอายุระหว่างผู้สูงอายุปี พ.ศ.2552 กับปี พ.ศ.2530
3. เพื่อศึกษาการจัดกิจกรรมเกี่ยวกับผู้สูงอายุของชุมชนตำบลโพไร่หวาน และชุมชนเทศบาลตำบลหัวสะพาน จังหวัดเพชรบุรี
4. เพื่อศึกษาแนวทางการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มาจากการบูรณาการการจัดกิจกรรมร่วมกันระหว่างบ้าน วัด โรงเรียน ภายใต้การสนับสนุนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
5. เพื่อศึกษาผลการจัดกิจกรรมของชุมชนเพื่อเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ขอบเขตของการวิจัย

1. ขอบเขตด้านแหล่งข้อมูล การวิจัยครั้งนี้ใช้ทั้งแหล่งข้อมูลทุติยภูมิ และข้อมูลปฐมภูมิ ดังนี้

1.1 ข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary Source) ได้แก่ ข้อมูลจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส คนพิการ และผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ กรอบมาตรฐานการสงเคราะห์ผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ

1.2 ข้อมูลปฐมภูมิ (Primary Source) ได้จากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ การสนทนากลุ่ม (Focus Group) การสัมภาษณ์เชิงลึก (In – depth Interview) การประชุมเชิงปฏิบัติการตัวแทนสถาบันการปกครอง สถาบันศาสนา และสถาบันการศึกษา

2. ขอบเขตเนื้อหา

2.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ ลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจ สังคม สภาพปัญหาความต้องการและการเตรียมตัวเข้าสู่วัยผู้สูงอายุของผู้สูงอายุจังหวัดเพชรบุรี

2.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ การจัดกิจกรรมเกี่ยวกับผู้สูงอายุของชุมชนตำบลโพไร่หวาน และชุมชนเทศบาลตำบลหัวสะพาน จังหวัดเพชรบุรี

2.3 แนวทางการมีส่วนร่วมของชุมชน คือ บ้าน วัด โรงเรียน ในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

3. ขอบเขตด้านประชากร

3.1 ประชากรในการศึกษาเชิงปริมาณ (ขั้นที่ 1) คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปในจังหวัดเพชรบุรี ใช้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 640 คน

3.2 ประชากรในการศึกษาเชิงคุณภาพ (ขั้นที่ 2) คือ บุคลากรจากสถาบันการปกครอง สถาบันศาสนา และสถาบันการศึกษา ที่เกี่ยวข้องกับการจัดกิจกรรมของผู้สูงอายุ ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่าง คือ ตัวแทนที่เกี่ยวข้องจากทั้ง 3 สถาบัน

4. ขอบเขตด้านพื้นที่ที่ศึกษา

4.1 การศึกษาเชิงปริมาณ ศึกษากับผู้สูงอายุในเขตจังหวัดเพชรบุรี

4.2 การศึกษาเชิงคุณภาพ ศึกษาใน 2 ชุมชน คือ ตำบลโพไร่หวาน และเทศบาลตำบลหัวสะพาน อำเภอเมืองเพชรบุรี จังหวัดเพชรบุรี

ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย

1. ได้ข้อมูลสภาพปัญหา ความต้องการ และการเตรียมตัวเข้าสู่วัยผู้สูงอายุของผู้สูงอายุ และนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

2. ได้แนวทางการจัดกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของสถาบันการปกครอง สถาบันศาสนา และสถาบันการศึกษา (บ้าน วัด โรงเรียน)

3. ผลการวิจัยใช้เป็นข้อมูลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดสวัสดิการสังคม และจัดมาตรการในการรองรับและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม ทั้งในด้านความรู้ การจัดการทรัพยากร และบริการทางสังคม รวมทั้งการเตรียมความพร้อมในการรับมือกับจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้นในอนาคต

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง
2. ความต้องการของผู้สูงอายุ หมายถึง ลักษณะความสนใจหรือสิ่งที่ผู้สูงอายุต้องการเพื่อการดำรงชีวิตอย่างมีความสุข ประกอบด้วย ความต้องการด้านเศรษฐกิจ ด้านสุขภาพอนามัย ด้านการทำงาน ด้านความรัก และด้านสวัสดิการต่าง ๆ จากชุมชน/รัฐ
3. การเตรียมตัวเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ หมายถึง กิจกรรมการเตรียมการสำหรับปฏิบัติ และได้วางแผนปฏิบัติในการได้ทำสิ่งที่ปรารถนาในการดูแลตนเองเพื่อสร้างหลักประกัน และสร้างความมั่นคงในการดำรงชีวิตก่อนเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ ประกอบด้วย การเตรียมตัวด้านร่างกาย ด้านเศรษฐกิจ ด้านที่อยู่อาศัย และด้านจิตใจ
4. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ หมายถึง การมีส่วนร่วมของสถาบันการปกครอง (บ้าน) ประกอบด้วย บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เทศบาลตำบล รวมทั้งผู้สูงอายุและครอบครัวผู้สูงอายุ สถาบันศาสนา ประกอบด้วย เจ้าอาวาส พระภิกษุ และสถาบันการศึกษา ประกอบด้วย ผู้อำนวยการ ครู อาจารย์ นักวิชาการของสถาบันการศึกษาในชุมชน ในการร่วมกันคิด ร่วมวางแผน ร่วมปฏิบัติงานตามแผน และร่วมประเมินผลการจัดกิจกรรม เพื่อสร้างความพึงพอใจของผู้สูงอายุให้เกิดขึ้นทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคม

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยหัวข้อดังต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
2. แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ
3. แนวคิดเกี่ยวกับความต้องการของผู้สูงอายุ
4. แนวคิดการเตรียมการเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ
5. แนวคิดการมีส่วนร่วมของประชาชน และประชาสังคม “บวร”
6. แนวคิดเกี่ยวกับบทบาทของผู้สูงอายุ
7. แนวคิดเกี่ยวกับชมรมผู้สูงอายุ
8. แนวคิดการดูแลและสวัสดิการผู้สูงอายุ
9. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับการดูแลผู้สูงอายุ
10. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

เมื่อปี พ.ศ.2525 องค์การอนามัยโลก ได้กำหนดให้เป็นปีผู้สูงอายุ โดยให้คำขวัญว่า “Add Lives to Years” และประเทศไทยก็ได้ตั้งคำขวัญว่า “พิทักษ์อนามัย ผู้สูงวัยอายุยืน” วัยสูงอายุเป็นวัยที่มนุษย์ทุกคนต้องผ่านเข้าไปสู่อย่างไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ นอกจากจะรีบด่วนเสียชีวิตไปก่อน

1.1 ความหมายของผู้สูงอายุ

คำว่า “คนชรา” “คนแก่” “คนสูงอายุ” “ผู้สูงอายุ” “วัยสูงอายุ” “วัยวัฒนา” หรือ “วัยงาม” ซึ่งในต่างประเทศใช้คำว่า “Golden Age” หมายถึง บุคคลในวัยสุดท้ายของวงจรชีวิต ซึ่งตั้งต้นตั้งแต่วัยทารก วัยเด็ก วัยหนุ่มสาว วัยผู้ใหญ่ และวัยชรา (ฝน แสงสิงแก้ว, 2515 : 66)

คำว่า “ผู้สูงอายุ” เป็นคำที่ พล.ต.ต.อรรถสิทธิ์ สิทธิสุนทร บัญญัติและนำมาใช้ในการประชุมระหว่างแพทย์อาวุโสและผู้สูงอายุจากวงการต่าง ๆ เมื่อปี พ.ศ.2505 (สุรกุล เจนอบรม, 2534 : 4 – 5) จนเป็นที่ยอมรับและใช้กันอย่างแพร่หลายในปัจจุบัน เนื่องจากเป็นคำที่ฟังไพเราะ

รื่นหูและให้ความรู้สึกที่ดีกว่าคำว่า “คนแก่” หรือ “คนชรา” ซึ่งมีความหมายเหมือนกัน คือ หมายถึงคนที่มีอายุมากหรือสูงด้วยอายุ (ศรีทับทิม พานิชพันธ์, 2534 : 52 – 86 และ ราชบัณฑิตยสถาน, 2531 : 115)

1.2 เกณฑ์กำหนดวัยผู้สูงอายุ

เกณฑ์การพิจารณากำหนดผู้สูงอายุที่นิยมใช้กันมาก (Counts and Counts, 1985 อ้างถึงในวันดี โภคะกุล และคณะ, 2543 : 26) มีดังนี้ คือ

1.2.1 ใช้ระดับอายุเป็นเกณฑ์ (Chronological Age) กล่าวคือ ใช้อายุวัดด้วยจำนวนปีตามปฏิทินของเวลาที่ได้มีชีวิตอยู่ ทั้งนี้ย่อมขึ้นอยู่กับแต่ละสังคมและเวลาที่ใช้อ้างอิง สังคมที่มีลักษณะความเป็นสมัยใหม่ (Modernized) มากจะกำหนดอายุของผู้สูงอายุไว้สูง ส่วนสังคมดั้งเดิมหรือล้าหลังจะกำหนดอายุไว้ต่ำ ในการประชุมสมัชชาโลกเรื่องผู้สูงอายุที่กรุงเวียนนาในปี พ.ศ.2525 ที่ประชุมได้กำหนดเกณฑ์อายุ 60 ปีขึ้นไปทั้งชายและหญิงเป็นผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตามบางประเทศก็ได้มีการกำหนดวัยผู้สูงอายุโดยขึ้นอยู่กับเกณฑ์อายุการปลดเกษียณ ซึ่งเกณฑ์การปลดเกษียณของประชากรในประเทศต่าง ๆ ย่อมแตกต่างกันไป บางประเทศที่ประชากรอายุยืนมาก ๆ เช่น สวีเดน นอร์เวย์ เดนมาร์ค เกษียณอายุ 70 ปี ในประเทศสหรัฐอเมริกา ยุโรป เกษียณอายุ 65 ปี ในประเทศเขตร้อน เช่น มาเลเซีย อาฟริกา เกษียณอายุ 55 ปี สำหรับประเทศไทยนั้นถืออายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปเป็นเกณฑ์ปลดเกษียณจากราชการ

1.2.2 เกณฑ์ใช้ความสามารถในการทำหน้าที่ (Function) ของร่างกาย เกณฑ์นี้ยึดหลักการเปลี่ยนแปลงหรือความเสื่องของร่างกายที่เกิดขึ้น ซึ่งมีเกณฑ์ย่อยอีก 4 เกณฑ์ ไว้พิจารณา

1) ความเปลี่ยนแปลงของสมรรถภาพการทำงานของอวัยวะและการรับรู้ ประกอบด้วย ความสามารถในการรับรส การได้กลิ่น การได้ยินเสียง การมองเห็น การเจ็บปวด และการรับรู้ความสั่นสะเทือนลดลง การสูญเสียความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ความฉับไวของสติปัญญาและการเคลื่อนไหว

2) การเปลี่ยนแปลงทางรูปร่างหน้าตา เช่น ผมหงอก ผมร่วง หัวล้าน ฟันหลุด ผิวเหี่ยวย่น และหลังค่อม เป็นต้น

3) การเปลี่ยนแปลงทางกิจกรรม ความสามารถที่จะปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ที่จำเป็นสำหรับตนเองลดน้อยลงหรือไม่สามารถทำได้ครบถ้วนดังที่ผ่านมา ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น

4) การเปลี่ยนแปลงการทำงานของร่างกาย ซึ่งหมายถึง การเผาผลาญสารอาหารในร่างกายจะลดลง ปริมาณออกซิเจนเข้าสู่สมองก็น้อยลง สมรรถภาพการทำงานของไต หัวใจ การย่อยอาหารลดลง

1.2.3 เกณฑ์เวลาในประวัติศาสตร์ (Historical Age) เป็นการใช้เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นหรือความสามารถในการจดจำเรื่องต่าง ๆ ที่ผ่านมาเป็นตัวกำหนดการสูงอายุ เหตุการณ์หรือเรื่องราวนั้นอาจเป็นเรื่องสำคัญ โด่งดังในระดับชุมชน สังคม ประเทศ หรือระดับโลกก็ได้ เช่น คนยุคหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 เป็นต้น

1.2.4 เกณฑ์ภาวะทางสังคม (Social Age) เกณฑ์นี้ใช้จุดเปลี่ยนแปลงในชีวิต ซึ่งรวมถึงบทบาทในสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปเป็นหลักในการพิจารณา เช่น เมื่อเปลี่ยนบทบาทจาก พ่อ แม่ เป็นปู่ ย่า ตา ยาย ก็ถือว่าเป็นผู้สูงอายุ ซึ่งเกณฑ์นี้จะไม่สัมพันธ์กับอายุ เพราะบุคคลจะเปลี่ยนบทบาทของสังคมในอายุไม่เท่ากัน เช่น บางคนอายุ 40 ปี จึงเปลี่ยน

วัยสูงอายุนี้ Pythogoras นักปราชญ์โบราณที่สนใจเกี่ยวกับวงจรชีวิตของคน เรียกผู้อยู่ในวัยนี้ว่า เป็นวัยฤดูหนาว กล่าวคือ Pythogoras ได้เปรียบชีวิตคนเหมือนกับฤดูในแต่ละปี ในแต่ละฤดูของชีวิตจะมีระยะเวลานานเป็น 20 ปี ในช่วงแรกของชีวิตตั้งแต่แรกเกิดจนถึงอายุ 19 ปี จะเป็นฤดูใบไม้ผลิ ระหว่างอายุ 20 – 39 ปี เป็นฤดูร้อน ระหว่างอายุ 40 – 59 ปี เป็นฤดูใบไม้ร่วง และฤดูหนาวแห่งชีวิตอันเป็นสุดท้ายก็จะเริ่มเมื่ออายุ 60 ปี Hippocrates มีวิธีการกำหนดว่าใครคือผู้สูงอายุไว้ซับซ้อนกว่า Pythagoras กล่าวคือ เขาได้แบ่งชีวิตของคนไว้สิบช่วง ในแต่ละช่วงจะมีระยะเวลานาน 7 ปี และช่วงที่ 9 ซึ่งเริ่มจากอายุ 56 – 63 ปี จะเป็นเสมือนช่วงที่เริ่มเข้าสู่วัยชรา (พีระสิทธิ์ คำนวณศิลป์ และคณะ, 2523 : 6)

ในด้านการแพทย์ โดยทั่วไปถือเอาวัยที่ต่อจากวัยผู้ใหญ่ คือ นับตั้งแต่อายุประมาณ 45 ปีขึ้นไป บุคคลจะเริ่มเข้าสู่วัยชรา เพราะวัยนี้เกิดมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ อารมณ์ และด้านสังคม กล่าวคือ

1) เกิดการอ่อนเพลียโดยไม่ได้ออกแรง หรือออกแรงแต่น้อยอ่อนเพลียมากกว่าปกติ

2) อาการปวด มีอาการเจ็บปวดอันไม่ใช่มาจากความพิการและจะเปลี่ยนที่ไปเรื่อย ๆ

3) การพูด เสียงพูดจะแปรไป ไม่สดใส ไม่เป็นระฆังเงินเหมือนดังแต่ก่อน คือ เสียงหยาบและเสียงชะงัก

4) การเดิน ผู้สูงอายุจะเดินซอยเท้าถี่ขึ้น หัวทิ่ม เดินหัวปักไปข้างหน้า เพราะความเกร็งของกล้ามเนื้อ

5) การนอน ผู้สูงอายุจะนอนน้อยลง ไม่ค่อยนอนเอาทีเดียว หรือนอนแล้วตื่นเร็ว

6) ความจำ เรื่องปัจจุบันจำไม่ค่อยได้เหมือนแต่ก่อน แต่จำเรื่องเก่า ๆ สนใจในเรื่องประวัติศาสตร์แต่ปัจจุบันจำไม่ได้

7) เกิดการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับในด้านอาการแทรกซ้อน เช่น เป็นลม ตัวเย็น หรือมีอาการกระตุกขึ้นมา หรือหายใจไม่ออกขึ้นมา เหมือนกับถูกโจมตี มีหลายสิ่งรุมเร้าไปหมด

8) อารมณ์เศร้า หดหู่ ระแวงง่าย ใจน้อย ฯลฯ

ลักษณะดังกล่าวนี้มักจะเปลี่ยนแปลงไปตั้งแต่อายุ 45 ขึ้นไป มากบ้างน้อยบ้าง และตรงกับในวัยผู้หญิงที่เริ่มหมดประจำเดือน

ในด้านส่วนจิตใจ มีการเปลี่ยนแปลงหลายอย่าง เช่น บ่นมากขึ้น พูดซ้ำซาก จู้จี้ เอาแต่ใจตนเอง (ประสพ รัตนากร, 2525 : 67)

จากการทบทวนนิยามคำจำกัดความของคำว่า “ผู้สูงอายุ” ดังได้กล่าวมาแล้วข้างต้น งานวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยใช้เกณฑ์อายุเป็นตัวกำหนด เนื่องจากเป็นตัวชี้วัดที่คงที่มาตรฐานที่แน่นอน และกำหนดให้ผู้มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปตามเกณฑ์ปีปฏิทิน เป็นผู้สูงอายุ

1.3 ประเภทของผู้สูงอายุ

ได้มีการแบ่งผู้สูงอายุออกเป็นกลุ่มต่าง ๆ ตามลักษณะหลายประการ เช่น การแบ่งลักษณะผู้สูงอายุตามปฏิทินอายุ Alfred J. Kahn (1976 : 317) แห่งมหาวิทยาลัยโคลัมเบีย ได้แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ

1) กลุ่มผู้สูงอายุวัยต้น (the “young” elderly) มีอายุต่ำกว่า 74 ปี

2) กลุ่มผู้สูงอายุวัยกลางคน (the “middle – aged” elderly) มีอายุระหว่าง 75 ถึง 84 ปี

3) กลุ่มผู้สูงอายุวัยสุดท้าย (the “old” elderly) มีอายุ 85 ปีขึ้นไป

การแบ่งประเภทผู้สูงอายุตามความบกพร่องในหน้าที่ (Functional impairment) แบ่งออกได้เป็น 3 ประเภท (ศรีทับทิม พานิชพันธุ์, 2525 : 27) คือ

1) ผู้สูงอายุซึ่งยังกระฉับกระเฉง คล่องแคล่ว

2) ผู้สูงอายุที่ปลดเกษียณแล้ว แต่ยังสามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ดีเยี่ยม (Retired but Well – functioning)

3) ผู้สูงอายุที่เกษียณแล้วและไร้ความสามารถ (Retired and Incapacitated)

ในประเทศไทยนั้น อวย เกตุสิงห์ ได้กล่าวว่า คนแก่มีหลายอย่าง กล่าวคือ

1) คน “แก่อย่างสงอด” ป่วยออดแอด ทำอะไรไม่ไหว ช่วยตัวเองไม่ได้ เป็นภาระแก่ครอบครัวและสังคม เป็นที่รังเกียจและรำคาญ

2) คน “แก่อย่างสง่า” อายุมากแล้ว สุขภาพยังดี มีสมรรถภาพ ทำการงานได้ ช่วยตัวเองได้ ไม่ต้องพึ่งใคร มีเมตตาสมเป็นผู้ใหญ่ ไม่ระราน ไม่งอแง ไม่หงุดหงิด คิดช่วยผู้อื่น ทำประโยชน์ให้แก่สังคม

นอกจากนั้น อวย เกตุสิงห์ ยังได้แบ่งความชราออกเป็น 4 ประการ

1) แก่โดยอายุ คือ แก่เพราะเกิดมานาน

2) แก่โดยสังขาร คือ แก่ตามสภาพร่างกาย

3) แก่โดยจิตใจ คือ แก่ตามความนึกคิด

4) แก่โดยสังคม คือ แก่เพราะสิ่งแวดล้อม เช่น ตำแหน่งหน้าที่การงาน

ทั้ง 4 ประการนี้ แก่โดยสังขารเป็นแก่ที่เด็ดขาดที่สุดและแก้ไขได้ยาก (อวย เกตุสิงห์, 2525 : 19)

1.4 ลักษณะของผู้สูงอายุ

บริบูรณ์ พรพิบูลย์ (2536 อ้างถึงใน ระพีพรรณ คำหอม และคณะ, 2547 : 13) ได้จำแนกลักษณะของผู้สูงอายุไว้ดังนี้

1.4.1 ผิวหนังเหี่ยวย่น ผมหงอก ฟันสั่นคลอน ผู้หญิงจะหมดประจำเดือน และมีความเสื่อมโทรมโดยทั่วไปให้เห็น

1.4.2 มีความรู้สึกว่าตนเองมีเรี่ยวแรงน้อย กำลังลดถอย เหนื่อยง่าย มองอะไรเห็นไม่ค่อยชัด หูตึง รับกลิ่นรสเลวลง ความจำเสื่อม เรียนรู้สิ่งใหม่ได้ช้า ความสามารถในการทำงานลดลง เจ็บป่วยง่าย และเมื่อเจ็บป่วยแล้วก็หายได้ช้า

1.4.3 ขาดความมั่นใจในตนเอง มีอารมณ์กังวลง่ายและกลัวในสิ่งที่ไม่เคยกลัวมาก่อน โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลัวถูกทอดทิ้งและกลัวความตาย นอกจากนี้ยังรู้สึกหงอยเหงาเป็นนิจ ใจน้อย และสะเทือนใจง่าย บางคนกลายเป็นคนหงุดหงิด โมโหร้าย ชอบแยกตัว บางคนก็มีอารมณ์เศร้า ต้องการตายเร็วหรืออยากฆ่าตัวตาย แต่ก็มีบางคนกลายเป็นคนเพ้อเจ้อ ชอบโอ้อวด และชอบต่อเติมความเป็นจริง

1.5 ทฤษฎีเกี่ยวกับความชรา

วิทยาการว่าด้วยความชราของมนุษย์เรียกว่า “Gerontology” (ชราวิทยา) ซึ่งประกอบด้วย การประสานของหลายวิชา ได้แก่ ชีววิทยา แพทยศาสตร์ พฤติกรรมศาสตร์ สังคมศาสตร์ ตลอดจนปรัชญาและเทคโนโลยีต่าง ๆ ร่วมกัน (วันดี โภคะกุล และคณะ, 2544 : 26) ดังนั้น จึงมีทฤษฎีต่าง ๆ เกิดขึ้นมากมายที่พยายามอธิบายหรือกล่าวถึงสาเหตุการเปลี่ยนแปลงของแต่ละบุคคลเมื่อเข้าสู่วัยชรา อย่างไรก็ตามไม่มีทฤษฎีหนึ่งทฤษฎีใดโดยเฉพาะสามารถอธิบายความเปลี่ยนแปลงของมนุษย์ไปสู่วัยชราได้อย่างสมบูรณ์ ทั้งทางสรีระ จิตใจและสังคม โดยทั่วไปจะแบ่งเป็น 3 กลุ่มใหญ่ คือ

1.5.1 ทฤษฎีความชราด้านชีววิทยา

1) เป็นทฤษฎีทางพันธุศาสตร์ (Genetic Theory) เชื่อว่า การชราเกิดขึ้นตามพันธุกรรม มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างอวัยวะบางส่วนของร่างกายคล้ายคลึงกันหลายชั่วอายุคน และลักษณะนั้นแสดงออกเมื่ออายุมากขึ้น เช่น ผมหงอก ศีรษะล้าน

2) ทฤษฎีว่าด้วยคอลลาเจน (Collagen Theory) เชื่อว่า สารที่เป็นส่วนประกอบของเนื้อเยื่อกระดูก และ Fibrous Protein เพิ่มมากขึ้น และมีการจับตัวกันมากขึ้น ทำให้ Collagen ลดสั้นเข้าเมื่อถึงวัยชรา ทำให้ปรากฏรอยย่นมากขึ้น และอยู่ตรงบริเวณกระดูกข้อต่อจะมองกระดูกชัดเจน เช่น ที่หัวเข่า

1.5.2 ทฤษฎีความชราด้านจิตวิทยา

เป็นทฤษฎีที่พยายามจะอธิบายสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุมีบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลง มีความคิด คือ

1) ทฤษฎีบุคลิกภาพ ทฤษฎีนี้กล่าวว่า ผู้สูงอายุจะเป็นสุขหรือทุกข์นั้นขึ้นอยู่กับกำลังและการพัฒนาจิตใจของผู้นั้น ถ้าผู้สูงอายุที่เติบโตมาในลักษณะที่ไม่เคยร่วมมือกับใคร จิตใจคับแคบ มักเป็นผู้สูงอายุที่ไม่มีความสุข

2) ทฤษฎีความปราดเปรื่อง ทฤษฎีนี้เชื่อว่าผู้สูงอายุที่ยังปราดเปรื่องและคงความปราชญ์อยู่ได้ก็ด้วยเป็นผู้มีความสนใจในสิ่งต่าง ๆ และพยายามเรียนรู้อยู่ตลอดเวลา

1.5.3 ทฤษฎีความชราด้านสังคมวิทยา

เป็นทฤษฎีที่พยายามวิเคราะห์สาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุต้องมีสภาพทางสังคมเปลี่ยนไปครั้งที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ ทั้งเป็นทฤษฎีที่พยายามช่วยให้ผู้สูงอายุอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข มีดังนี้

1) ทฤษฎีแห่งบทบาท (Role Theory) เมื่อบุคคลเข้าสู่วัยสูงอายุ จะต้องปรับสภาพต่าง ๆ หลายอย่างที่ไม่ใช่บทบาทเดิมของตนมาก่อน เช่น

ก. การละทิ้งบทบาททางสังคม และความสัมพันธ์ซึ่งเป็นไปแบบวัยผู้ใหญ่

ข. ยอมรับบทบาทของสังคมและความสัมพันธ์ในรูปแบบของคนสูงอายุ

2) ทฤษฎีการไม่เกี่ยวข้อง (Disengagement Theory) ทฤษฎีนี้เสนอให้ผู้สูงอายุแยกตัวจากสังคมเพื่อให้คนหนุ่มสาวได้ทำหน้าที่สืบแทนไป แต่มีผู้คัดค้านว่าผู้สูงอายุไม่จำเป็นต้องออกจากสังคมทุกคนไป เพราะผู้สูงอายุที่ยังทำประโยชน์ให้สังคมมีอยู่เป็นจำนวนมากทุกวันนี้

3) ทฤษฎีแห่งกิจกรรม (Activity Theory) ทฤษฎีนี้เป็นความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมของสังคมและความพึงพอใจในชีวิต มุ่งจุดสนใจที่การเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับ “อัตตา” (Self) ของบุคคลขณะที่บุคคลผ่านเข้าสู่วัยสูงอายุ โดยแนะนำว่าถ้าจะให้ชีวิตในวัยสูงอายุมีความสุข ก็จงพอใจในชีวิต จงเป็นตัวของตัวเอง และพยายามรักษาสุขภาพให้แข็งแรงอยู่เสมอ

อาจกล่าวได้ว่า ทฤษฎีเกี่ยวกับความชรามีมากมายหลายประเภท หลายสาขา และต่างให้คำอธิบายแตกต่างกันไป การชราภาพเป็นเรื่องที่สลับซับซ้อน และมีการเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่มีความเสื่อมโทรมของสังขารตามธรรมชาติ และบางท่านอาจมีปัญหาต่าง ๆ ดังนั้นบุตรหลานและสังคมจึงควรให้ความสนใจและดูแลเอาใจใส่เป็นพิเศษ

1.6 แผนผู้สูงอายุ

แนวคิดพื้นฐานของการจัดทำแผนผู้สูงอายุระยะยาวได้รับการกำหนดขึ้นเพื่อประโยชน์ในการกำหนดทิศทาง กรอบ และประเด็นต่าง ๆ ที่จะต้องระบุไว้ในแผนผู้สูงอายุระยะยาว แนวคิดพื้นฐานประกอบไปด้วย “ปรัชญา” “วิสัยทัศน์” และ “วัตถุประสงค์” ตามลำดับที่ต้องมีเพื่อให้การดำเนินการตามยุทธศาสตร์เป็นไปอย่างเหมาะสมกับสังคมไทย (กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ, สืบค้นเมื่อวันที่ 15 เมษายน 2552)

1.6.1 ปรัชญา

1) การสร้างหลักประกันในวัยสูงอายุเป็นกระบวนการสร้างความมั่นคงให้แก่สังคม

2) การที่จะทำให้มีหลักประกันในวัยสูงอายุจะต้องมีการกระทำตามลำดับ ดังนี้

2.1) ประชากรช่วยตนเอง

2.2) ครอบครัวเกื้อหนุน

2.3) ชุมชนช่วยเหลือ

2.4) สังคม – รัฐเกื้อหนุน

โดยสมควรที่จะมีการผสมผสานการกระทำเหล่านี้ในบางช่วงเวลาที่จำเป็นและเหมาะสม

3) ผู้สูงอายุมีคุณค่าและศักยภาพ สมควรได้รับการส่งเสริมสนับสนุนให้มีส่วนร่วมอันเป็นประโยชน์ต่อสังคม

4) ผู้สูงอายุมีศักดิ์ศรีและสมควรดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนของตนได้อย่างมีคุณภาพ ที่สมเหตุสมผลและสมวัย

5) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ใช่บุคคลด้อยโอกาสหรือเป็นภาระต่อสังคม และถึงแม้ผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งจะประสบความทุกข์ยากและต้องการการเกื้อกูลจากสังคมและรัฐ แต่ก็เป็นเพียงบางช่วงเวลาของวัยสูงอายุเท่านั้น

1.6.2 วิสัยทัศน์

“ผู้สูงอายุเป็นหลักชัยของสังคม” โดยมีลักษณะ ดังนี้

1) ประชากรผู้สูงอายุที่มีสถานภาพดี คือ

1.1) มีสุขภาพที่ดีทั้งกายและจิต

1.2) ครอบครัวอบอุ่น มีสังคมที่ดี อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม

1.3) มีหลักประกันที่มั่นคง ได้รับสวัสดิการและบริการที่เหมาะสม

1.4) อยู่อย่างมีคุณค่า มีศักดิ์ศรี พึ่งตนเองได้ มีส่วนร่วม และเป็นที่ยึดเหนี่ยวทางจิตใจของครอบครัว ชุมชน

2) ผู้สูงอายุที่ทุกข์ยากและต้องการการเกื้อกูล หากมีการดำเนินการที่เหมาะสมจะช่วยให้ผู้สูงอายุเหล่านี้ดำรงอยู่ในชุมชนได้อย่างต่อเนื่อง

3) ครอบครัวและชุมชนเป็นสถาบันหลักในการเกื้อหนุนผู้สูงอายุ การดำเนินการต่าง ๆ จะต้องมุ่งสู่สถาบันหลักทั้งสอง เพื่อสร้างความเข้มแข็งให้สามารถเกื้อหนุนแก่ผู้สูงอายุได้อย่างมีคุณภาพที่พอเหมาะพอควร

4) รัฐจะต้องส่งเสริมและสนับสนุนให้เอกชนเข้ามีส่วนร่วมในระบบบริการ โดยมีการกำกับเพื่อการคุ้มครองผู้สูงอายุในฐานะผู้บริโภค

1.6.3 วัตถุประสงค์

1) เพื่อสร้างจิตสำนึกให้คนในสังคมตระหนักถึงผู้สูงอายุในฐานะบุคคลที่มีประโยชน์ต่อสังคมและสมควรส่งเสริมให้คงคุณค่าไว้ให้นานที่สุด

2) เพื่อให้ประชาชนทุกคนตระหนักถึงความสำคัญของการเตรียมการและมีการเตรียมการเข้าสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ

3) เพื่อให้ผู้สูงอายุดำรงชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรี พึ่งตนเองได้ มีคุณภาพชีวิตและมีหลักประกัน

4) เพื่อให้ประชาชน ครอบครัว ชุมชน องค์กรภาครัฐ และเอกชน มีส่วนร่วมในภารกิจด้านผู้สูงอายุ ด้วยตระหนักว่าเป็นการพัฒนาความมั่นคงของสังคมโดยรวมและถือเป็นภารกิจสำคัญขององค์กร

5) เพื่อให้มีกรอบแนะแนวทางปฏิบัติสำหรับส่วนต่าง ๆ ในสังคมทั้งภาคประชาชน ชุมชน องค์กร ภาครัฐ และเอกชนที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุได้ปฏิบัติงานอย่างประสานและสอดคล้องกัน

1.7 สิทธิผู้สูงอายุ

ตามหลักการขององค์การสหประชาชาติ ได้กำหนดสิทธิของผู้สูงอายุโดยประเด็นสำคัญมี 5 ประการใหญ่ ๆ คือ การมีอิสรภาพในการพึ่งตนเอง การมีส่วนร่วม การอุปการะเลี้ยงดู การบรรลุความต้องการ และความมีศักดิ์ศรี ซึ่งมีองค์ประกอบดังนี้ (สิทธิผู้สูงอายุตามหลักการขององค์การสหประชาชาติ, สืบค้นเมื่อวันที่ 15 เมษายน 2552)

การมีอิสรภาพในการพึ่งตนเอง

1) ผู้สูงอายุพึงมีสิทธิที่จะได้รับอาหาร น้ำ ที่อยู่อาศัย เครื่องนุ่งห่ม และการดูแลสุขภาพอย่างเพียงพอ ทั้งจากการจัดสรรรายได้ การสนับสนุนช่วยเหลือจากครอบครัวและชุมชน ตลอดจนการช่วยเหลือตนเอง

2) ผู้สูงอายุพึงมีสิทธิและโอกาสได้ทำงาน หรือมีโอกาสที่จะสร้างรายได้ทางอื่นให้กับตนเอง

3) ผู้สูงอายุพึงมีสิทธิและมีส่วนร่วมในการกำหนดการเกษียณอายุการทำงาน

4) ผู้สูงอายุพึงมีสิทธิเข้าถึงโครงการฝึกอบรมและโครงการด้านการศึกษาที่เหมาะสม

5) ผู้สูงอายุพึงมีสิทธิที่จะอาศัยอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย และสามารถที่จะปรับให้เข้ากับความพึงพอใจส่วนบุคคลและความสามารถที่เปลี่ยนไป

6) ผู้สูงอายุพึงมีสิทธิที่จะพักอาศัยอยู่ที่บ้านของตนเองได้นานที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้

การมีส่วนร่วม

7) ผู้สูงอายุพึงมีสิทธิคงอยู่ในสังคม และมีส่วนร่วมในการกำหนดและดำเนินนโยบายที่มีผลโดยตรงต่อความเป็นอยู่อันดีของผู้สูงอายุ รวมทั้งแลกเปลี่ยนความรู้และทักษะกับคนรุ่นใหม่

8) ผู้สูงอายุพึงมีสิทธิที่จะแสวงหาและพัฒนาโอกาสในการให้บริการแก่ชุมชนและทำงานอาสาสมัครในตำแหน่งที่เหมาะสมกับความสนใจและความสามารถ

9) ผู้สูงอายุพึงมีสิทธิที่จะก่อตั้งขบวนการหรือสมาคมเพื่อผู้สูงอายุ

การอุปการะเลี้ยงดู

10) ผู้สูงอายุพึงมีสิทธิที่จะได้รับการอุปการะเลี้ยงดู และการปกป้องคุ้มครองจากครอบครัวและชุมชน ตามคุณค่าวัฒนธรรมของแต่ละระบบสังคม

11) ผู้สูงอายุพึงมีสิทธิเข้าถึงบริการด้านการดูแลสุขภาพ เพื่อช่วยให้สามารถและคงไว้หรือฟื้นฟูสมรรถภาพทางด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ ให้อยู่ในระดับที่สมบูรณ์ที่สุด และเพื่อช่วยป้องกันหรือชะลอการเกิดภาวะเจ็บป่วยอีกด้วย

12) ผู้สูงอายุพึงมีสิทธิได้รับบริการทางด้านสังคมและกฎหมาย เพื่อส่งเสริมอิสรภาพในการดำเนินชีวิตการปกป้องคุ้มครองและการอุปการะเลี้ยงดู

13) ผู้สูงอายุพึงมีสิทธิที่จะได้รับประโยชน์จากการเลี้ยงดูในสถานสงเคราะห์ซึ่งจะให้บริการด้านการปกป้อง คุ้มครอง การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการกระตุ้นทางด้านจิตใจและสังคมในสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยและบรรยากาศที่เป็นมิตร ตามความเหมาะสมกับสถานภาพและความต้องการ

14) ผู้สูงอายุพึงมีสิทธิมนุษยชนทั้งปวงและเสรีภาพขั้นพื้นฐาน ในขณะที่อยู่ในสถานที่ใด หรือในสถานที่ให้บริการดูแลรักษา รวมทั้งพึงได้รับการยอมรับในศักดิ์ศรี ความเชื่อความต้องการ และความเป็นส่วนตัว ตลอดจนสิทธิในการตัดสินใจเกี่ยวกับการอุปการะเลี้ยงดูและคุณภาพชีวิตของตนเอง

การบรรลุความต้องการ

15) ผู้สูงอายุพึงมีสิทธิที่จะแสวงหาโอกาสในการพัฒนาศักยภาพของตนเองได้อย่างเต็มที่

16) ผู้สูงอายุพึงมีสิทธิเข้าถึงแหล่งการศึกษา วัฒนธรรม ความเชื่อทางศาสนา และนันทนาการในสังคม

ความมีศักดิ์ศรี

17) ผู้สูงอายุพึงมีสิทธิที่จะดำรงชีวิตอยู่อย่างมีศักดิ์ศรี และมีความมั่นคงปลอดภัยปราศจากการถูกแสวงหาผลประโยชน์ ตลอดจนการปฏิบัติอย่างทารุณ ทั้งทางร่างกายและจิตใจ

18) ผู้สูงอายุพึงได้รับการปฏิบัติอย่างเป็นธรรมโดยไม่คำนึงถึงความแตกต่างทางวัย เชื้อชาติ เผ่าพันธุ์ ภูมิหลัง ศาสนา ความพิการ ฐานะทางเศรษฐกิจ หรือสถานภาพอื่นใด

1.8 พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ

พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546 มาตรา 9 ให้คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ มีอำนาจหน้าที่กำหนดนโยบายและแผนหลักในการคุ้มครอง การส่งเสริม และการสนับสนุนสถานภาพ บทบาท และกิจกรรมของผู้สูงอายุตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546 มาตรา 11 ผู้สูงอายุมีสิทธิได้รับการคุ้มครอง การส่งเสริม และการสนับสนุนในด้านต่าง ๆ ดังนี้ (กระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์ สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, สืบค้นเมื่อวันที่ 15 เมษายน 2552)

1) การบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุขที่จัดไว้ โดยให้ความสะดวกและรวดเร็วแก่ผู้สูงอายุเป็นกรณีพิเศษ (กระทรวงสาธารณสุข)

2) การศึกษา การศาสนา และข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิต (กระทรวงศึกษาธิการ และกระทรวงวัฒนธรรม)

3) การประกอบอาชีพหรือฝึกอาชีพที่เหมาะสม (กระทรวงแรงงาน)

4) การพัฒนาตนเองและการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม การรวมกลุ่มในลักษณะเครือข่ายหรือชุมชน (กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์)

5) การอำนวยความสะดวกและความปลอดภัยโดยตรงแก่ผู้สูงอายุในอาคาร สถานที่ ยานพาหนะ หรือการบริการสาธารณะอื่น (กระทรวงมหาดไทย กระทรวงคมนาคม กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์)

6) การช่วยเหลือด้านค่าโดยสารยานพาหนะตามความเหมาะสม (กระทรวงคมนาคม)

7) การยกเว้นค่าเข้าชมสถานที่ของรัฐ (ทุกหน่วยงาน)

8) การช่วยเหลือผู้สูงอายุซึ่งได้รับอันตรายจากการถูกทารุณกรรมหรือถูกแสวงหาประโยชน์โดยมิชอบด้วยกฎหมาย หรือถูกทอดทิ้ง (กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์)

9) การให้คำแนะนำ ปรึกษา ดำเนินการอื่นที่เกี่ยวข้องในทางคดีหรือในทางการแก้ไขปัญหาครอบครัว (กระทรวงยุติธรรม กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์)

10) การจัดที่พักอาศัย อาหาร และเครื่องนุ่งห่มให้ตามความจำเป็นอย่างทั่วถึง (กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์)

11) การสงเคราะห์เบี้ยยังชีพตามความจำเป็นอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม (กระทรวงมหาดไทย)

12) การสงเคราะห์ในการจัดการศพตามประเพณี (กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์)

13) การอื่นตามที่คณะกรรมการประกาศกำหนด (กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา กระทรวงวัฒนธรรม)

มาตรา 12 ได้กำหนดให้การเรียกร้องสิทธิหรือการได้มาซึ่งสิทธิหรือประโยชน์ของผู้สูงอายุตามพระราชบัญญัตินี้ ไม่เป็นการตัดสิทธิหรือประโยชน์ที่ผู้สูงอายุจะได้รับตามที่บัญญัติไว้ในกฎหมายอื่น

มาตรา 13 กำหนดให้จัดตั้งกองทุนขึ้นกองทุนหนึ่งในสำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส คนพิการ และผู้สูงอายุ เรียกว่า “กองทุนผู้สูงอายุ” เพื่อเป็นทุนใช้จ่ายเกี่ยวกับการคุ้มครองการส่งเสริมสนับสนุนผู้สูงอายุ โดยเงินกองทุนในมาตรา 14 จะได้มาจากเงินทุนประเดิมที่รัฐบาลจัดสรรให้ ได้รับจากงบประมาณรายจ่ายประจำปี เงินอุดหนุนจากต่างประเทศหรือองค์กรระหว่างประเทศ หรือเงินทรัพย์สินที่มีผู้บริจาคมอบให้ และดอกผลที่เกิดจากเงินหรือทรัพย์สินของกองทุน

จากแนวคิดการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุในปัจจุบัน ตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 การดำเนินการมีความเป็นระบบมากขึ้น ไม่เน้นเพียงการให้การสงเคราะห์หรือการแจกจ่ายสิ่งของอย่างเช่นภายในอดีตที่ผ่านมาอย่างเดียว แต่ได้มุ่งเน้นให้ผู้สูงอายุมีการพัฒนาศักยภาพของตนเอง อยู่อย่างมีศักดิ์ศรี การมีส่วนร่วมทางสังคม โดยเฉพาะสิทธิในมาตรา 11 ผู้สูงอายุมีสิทธิได้รับการคุ้มครอง การส่งเสริมและการสนับสนุนในด้านต่าง ๆ (4) ผู้สูงอายุมีสิทธิพัฒนาตนเองและการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม การรวมกลุ่มในลักษณะเครือข่ายหรือชุมชน

1.9 แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545 – 2564)

รัฐได้กำหนดแผนผู้สูงอายุ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545 – 2564) โดยกำหนดยุทธศาสตร์ทั้ง 5 ด้าน ให้ความสัมพันธ์ต่อวงจรชีวิตและความสำคัญต่อทุกคนในสังคม ที่มีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ ไม่ว่าทางตรงหรือทางอ้อม และที่จะต้องเข้าสู่ระยะวัยสูงอายุตามวงจรชีวิต (คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ, 2545 : 30 – 35) โดยมีสาระดังนี้

1) ยุทธศาสตร์ด้านการเตรียมความพร้อมของประชากรเพื่อวัยสูงอายุที่มีคุณภาพ ประกอบด้วย 3 มาตรการ หลัก

1.1) มาตรการหลักประกันด้านรายได้เพื่อวัยสูงอายุ

1.2) มาตรการให้การศึกษาและการเรียนรู้ตลอดชีวิต

1.3) มาตรการการปลูกจิตสำนึกให้คนในสังคมตระหนักถึงคุณค่าและศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ

2) ยุทธศาสตร์ด้านการส่งเสริมผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 6 มาตรการหลัก

2.1) มาตรการส่งเสริมความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน ดูแลตนเองเบื้องต้น

2.2) มาตรการส่งเสริมการอยู่ร่วมกันและสร้างความเข้มแข็งขององค์กรผู้สูงอายุ

2.3) มาตรการส่งเสริมด้านการทำงานและการหารายได้ของผู้สูงอายุ

2.4) มาตรการสนับสนุนผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ

2.5) มาตรการส่งเสริม สนับสนุนสื่อทุกประเภทให้มีรายการเพื่อผู้สูงอายุ และสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้รับความรู้และสามารถเข้าถึงข่าวสารและสื่อ

2.6) มาตรการส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมและปลอดภัย

3) ยุทธศาสตร์ด้านระบบคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 4 มาตรการหลัก

3.1) มาตรการคุ้มครองด้านรายได้

3.2) มาตรการหลักประกันด้านสุขภาพ

3.3) มาตรการด้านครอบครัว ผู้ดูแล และการคุ้มครอง

3.4) มาตรการระบบบริการและเครือข่ายการเกื้อหนุน

4) ยุทธศาสตร์ด้านการบริหารจัดการเพื่อการพัฒนางานด้านผู้สูงอายุระดับชาติและการพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 2 มาตรการหลัก

4.1) มาตรการการบริหารจัดการเพื่อการพัฒนางานด้านผู้สูงอายุระดับชาติ

4.2) มาตรการส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ

5) ยุทธศาสตร์ด้านการประมวลและพัฒนาองค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุ และการติดตามประเมินผลการดำเนินการตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ประกอบด้วย 4 มาตรการหลัก

5.1) มาตรการสนับสนุนและส่งเสริมให้หน่วยงานวิจัยดำเนินการประมวลและพัฒนาองค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุที่จำเป็นสำหรับการกำหนดนโยบาย และการพัฒนาการบริการหรือการดำเนินการที่เป็นประโยชน์แก่ผู้สูงอายุ

5.2) มาตรการสนับสนุนและส่งเสริมการศึกษาวิจัยด้านผู้สูงอายุ โดยเฉพาะที่เป็นประโยชน์ต่อการกำหนดนโยบาย การพัฒนาการบริการและการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างเหมาะสม

5.3) มาตรการดำเนินการให้มีการติดตามประเมินผลการดำเนินการ ตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติที่มีมาตรฐานอย่างต่อเนื่อง

5.4) มาตรการพัฒนาระบบข้อมูลทางด้านผู้สูงอายุให้เป็นระบบและทันสมัย

1.10 แนวคิดพื้นฐานของแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545–2564) ฉบับปรับปรุง

แผนผู้สูงอายุฯ ฉบับปรับปรุง (ศิริวรรณ อรุณทิพย์ไพฑูรย์ และคณะ, 2553 : 142–144) เป็นผลของการกลั่นกรองและสังเคราะห์การระดมความคิดและการวิพากษ์หลายขั้นตอน โดยใช้ข้อมูลผลการประเมินการดำเนินงานตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 ในระยะ 5 ปีแรก (พ.ศ. 2545 – 2549) รวมทั้งการประมวลและสังเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์ทางประชากรเศรษฐกิจ สังคม และนโยบายของรัฐในปัจจุบัน ผลจากการประมวลและสังเคราะห์ผลการระดมความคิดและวิพากษ์แผนผู้สูงอายุฯ นำไปสู่แนวคิดพื้นฐานของแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545 – 2564) ฉบับปรับปรุงโดยมีปรัชญาว่า “ผู้สูงอายุไม่ใช่บุคคลด้อยโอกาสหรือเป็นภาระต่อสังคม แต่สามารถมีส่วนร่วมเป็นพลังพัฒนาสังคม จึงควรได้รับการส่งเสริมและเกื้อกูลจากครอบครัว ชุมชน และรัฐให้ดำรงชีวิตอยู่อย่างมีคุณค่า มีศักดิ์ศรี และคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีให้นานที่สุด ขณะเดียวกันผู้สูงอายุที่ประสบความทุกข์ยาก ต้องได้รับการเกื้อกูลจากครอบครัว ชุมชน สังคม และรัฐอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม การสร้างหลักประกันในวัยสูงอายุเป็นกระบวนการสร้างความมั่นคงให้แก่สังคม โดยการมีส่วนร่วมจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกภาคส่วน ได้แก่ 1) ประชากรช่วยตนเอง 2) ครอบครัวดูแล 3) ชุมชนช่วยเกื้อกูล 4) สังคม รัฐสนับสนุน ทั้งนี้โดยการมีส่วนร่วม

ของทุกภาคส่วน ควรมีการบูรณาการให้เหมาะสมกับสถานการณ์อย่างต่อเนื่อง ภายใต้วิสัยทัศน์ที่ว่า “ผู้สูงวัยเป็นหลักชัยของสังคม”

โดยสรุป แผนผู้สูงอายุฯ ฉบับปรับปรุงนี้ได้มีการปรับปรุงและเพิ่มเติมมาตรการและดัชนีใหม่เพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์ทางการเมือง เศรษฐกิจ สังคม และประชากรที่เปลี่ยนแปลงไป มาตรการและดัชนีสำคัญที่แตกต่างจากแผนผู้สูงอายุฯ ฉบับเดิม ได้แก่ การปรับเปลี่ยนมาตรการส่งเสริมและสร้างวินัยการออมทุกช่วงวัยภายใต้ยุทธศาสตร์การเตรียมความพร้อมของประชากรเพื่อวัยสูงอายุที่มีคุณภาพ ในยุทธศาสตร์ด้านการส่งเสริมและพัฒนาผู้สูงอายุได้มีความพยายามส่งเสริมบทบาทของท้องถิ่นในงานด้านผู้สูงอายุให้เพิ่มขึ้น โดยกำหนดให้มีดัชนีชี้วัดการจัดสรรงบประมาณสนับสนุนกิจกรรมเพื่อผู้สูงอายุโดยท้องถิ่น สำหรับยุทธศาสตร์ด้านระบบคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุได้มีการเพิ่มเติมมาตรการย่อยด้านหลักประกันทางสุขภาพ เช่น การให้วัคซีนที่จำเป็นตามมาตรฐานการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ การให้อุปกรณ์ช่วยในการดำรงชีวิตประจำวันตามที่จำเป็น นอกจากนี้ยังมีการเพิ่มมาตรการย่อยภายใต้มาตรการระบบบริการและเครือข่ายการเกื้อหนุน เช่น การจัดตั้งและพัฒนาบริการทางสุขภาพและสังคม รวมทั้งระบบการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวในชุมชน การส่งเสริมให้รัฐมีระบบและแผนเพื่อการให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุเมื่อเกิดภัยพิบัติ เป็นต้น นอกจากนี้ในดัชนีรวมของยุทธศาสตร์ ได้มีการเพิ่มเติมดัชนีวัดความสุขของผู้สูงอายุเพื่อให้ดัชนีรวมมีความครบถ้วนสมบูรณ์ ทั้งในมิติด้านเศรษฐกิจ สังคม สุขภาพกาย และสุขภาพจิต

ความแตกต่างที่สำคัญของแผนผู้สูงอายุฯ ฉบับปรับปรุงจากแผนฯ ฉบับเดิม คือ การกำหนดหน่วยงานหลักที่รับผิดชอบโดยหน่วยงานที่ระบุไว้ในลำดับต้นจะเป็นแกนหลักหรือผู้ประสานงานในการขับคลื่อนให้มีการดำเนินงานตามมาตรการต่าง ๆ ของแผน และได้มีการพิจารณาถึงเงื่อนไขจำเป็น ดังนี้

เงื่อนไขจำเป็น

1. การเปลี่ยนแปลงในโครงสร้างทางอายุของประชากรจะเป็นไปอย่างรวดเร็วและรุนแรงมากในช่วง 15 ปีหลังของแผนฯ ประชากรสูงอายุจะเพิ่มขึ้นเป็นประมาณร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด และประชากรสูงอายุช่วงวัยปลาย (อายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป) จะเพิ่มขึ้นในอัตราที่รวดเร็วกว่าประชากรสูงอายุกลุ่มอื่น ๆ การเร่งดำเนินงานตามที่กำหนดไว้ในแผนผู้สูงอายุฯ จึงไม่อาจรั้งรอได้ เงื่อนไขที่จำเป็น คือ การกำหนดเรื่องผู้สูงอายุให้เป็นวาระแห่งชาติ เพื่อให้การดำเนินงานด้านผู้สูงอายุได้รับการจัดอยู่ในลำดับสำคัญและได้รับความสนใจอย่างต่อเนื่อง ไม่ผันแปรไปตามนโยบายของแต่ละรัฐบาล

2. การแปลงแผนไปสู่การปฏิบัติต้องดำเนินการอย่างเป็นรูปธรรม เน้นการบูรณาการจากทุกหน่วยงาน ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง รวมถึงองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อสร้างความเข้าใจที่ตรงกันและร่วมแรงร่วมใจกันขับเคลื่อนให้เกิดผล โดยมีคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ และสำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส และผู้สูงอายุ เป็นแกนหลัก

3. การส่งเสริมและผลักดันให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคเอกชนเข้ามามีบทบาทให้มากขึ้น เป็นปัจจัยที่สำคัญที่จะช่วยให้การดำเนินงานตามแผนฯ สัมฤทธิ์ผล

4. เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทั้งทางประชากร เศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีการประเมินผลการดำเนินงานตามแผนฯ และปรับแผนฯ เป็นระยะอย่างต่อเนื่อง

2. แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

2.1 ความหมายของคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิต ได้มีการกล่าวถึงกันอย่างแพร่หลายและเป็นที่สนใจกันมานานแต่ยังไม่สามารถสรุปออกมาเป็นทฤษฎีได้ว่าเป็นอย่างไร เนื่องจากเป็นแนวคิดที่มีความหลากหลายแตกต่างกันออกไปตามสภาวะทางด้าน อายุ เชื้อชาติ ศาสนา เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม การเมืองการปกครอง ฯลฯ ดังนั้น ในความหมายของคุณภาพชีวิตจึงแตกต่างกันออกไป ทั้งในเชิงระดับของการวัดและเนื้อหาที่จะวัด ระดับของการวัดอาจเป็นระดับบุคคล ชุมชน เมือง หรือประเทศ ในด้านเนื้อหาอาจจะแบ่งแยกหรือผสมผสานกันระหว่างความหมายของคุณภาพชีวิตในเชิงวัตถุวิสัย (Objective) และเชิงจิตวิสัย (Subjective) เข้าด้วยกัน ในเชิงวัตถุวิสัย เช่น สภาวะร่างกาย สภาพบ้านเรือนที่อยู่อาศัย หรือรายได้ เป็นต้น ส่วนในเชิงจิตวิสัย เช่น การรับรู้ ความรู้สึก ทัศนคติ เป็นต้น อย่างไรก็ตามถึงแม้ว่าคุณภาพชีวิตไม่อาจที่จะกำหนดความหมายที่ใช้อธิบายเป็นมาตรฐานสากลได้ และไม่อาจจะสรุปได้ว่าความหมายใดถูกต้องที่สุด แต่จากการศึกษาวิจัยเรื่องคุณภาพชีวิตในกลุ่มบุคคลต่าง ๆ หลายกลุ่ม ทั้งในกลุ่มของผู้วิจัยเองหรือในกลุ่มของผู้ถูกวิจัยก็มีผู้ให้คำนิยามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตที่คล้ายคลึงและสอดคล้องกันเป็นส่วนใหญ่ ดังนี้

Wallace (1974 : 6) ให้ความหมายคุณภาพชีวิตว่า หมายถึง องค์ประกอบทั้งหลายที่ทำให้เกิดความพอใจแก่บุคคลทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

องค์การการศึกษา วิทยาศาสตร์ และวัฒนธรรมแห่งสหประชาชาติ (UNESCO, 1978 อ้างถึงใน ชิดชัย สนั่นเสียง, 2528 : 54) ให้ความหมายคุณภาพชีวิตว่า หมายถึง ความรู้สึกของการอยู่อย่างพอใจต่อองค์ประกอบต่าง ๆ ของชีวิต

George and Bearson (1980) ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่า หมายถึง มิติของการมีชีวิตที่ดี ประกอบด้วยความสุข ความพอใจในชีวิต และความนับถือตนเอง

Sharma (1988 : 141) ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่า หมายถึง ความรู้สึกที่มีความสุขและความพึงพอใจต่อการได้รับหรือมีสิ่งต่าง ๆ ที่ชีวิตต้องการ

Milberg (1992 : 32) กล่าวว่า คุณภาพชีวิต เป็นความรู้สึกของความพึงพอใจในชีวิตทั่วๆ ไป เป็นความสามารถทางอารมณ์ในการประเมินผลชีวิตตนเอง ตามความพึงพอใจ สภาพที่ยอมรับได้ของสุขภาพกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ซึ่งมีส่วนที่เป็นจิตวิสัยและวัตถุวิสัย ซึ่งทั้งสองส่วนล้วนมีความจำเป็น

Sheldon (2000 : 321) กล่าวว่า คุณภาพชีวิต คือ การรวมความเพียบพร้อมในเรื่องความเป็นอยู่ในชีวิตประจำวัน การมีค่าครองชีพต่ำ มีความพอใจในชีวิต มีความปลอดภัย มีความสุข มีอิสระเสรี และชีวิตมีความมั่นคง

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization : WHO, 2001) ได้ให้ความหมายว่า คุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ความพึงพอใจและสถานะของบุคคลในการดำรงชีวิตทางสังคม โดยจะมีความสัมพันธ์กับเป้าหมายและความคาดหวังของตนเองภายใต้บริบทของวัฒนธรรม ค่านิยม มาตรฐานของสังคมและสิ่งอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น สวัสดิการและการบริการในด้านต่าง ๆ ตลอดจนลักษณะทางการเมือง การปกครอง สังคมที่อาศัยอยู่

สำหรับนักวิชาการของไทยเองได้ให้คำจำกัดความของความหมายของคุณภาพชีวิตไว้น่าสนใจหลายท่าน ดังต่อไปนี้

อัจฉรา นวจินดา และ ขจีรัตน์ ภิรมย์ธรรมศิริ (2534 : 15) ได้นิยาม “คุณภาพชีวิต” ว่าเป็นความพึงพอใจของบุคคลที่เกิดจากการได้รับการตอบสนองในสิ่งที่ต้องการทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และการมีส่วนร่วมในการพัฒนาสภาพแวดล้อม ด้านเศรษฐกิจ สังคม อย่างเพียงพอก่อให้เกิดการมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดี

ศรีทับทิม พานิชพันธ์ (2525 : 17) กล่าวว่า คุณภาพชีวิต หมายถึง ความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคลอันน่าจะเทียบเคียงกับภาษาอังกฤษว่า Well – Being หรือการอยู่ดีกินดี

มณี ชุติมาวุฒิกุล (2543 : 22) กล่าวว่า คุณภาพชีวิต คือ การมีปัจจัยเพียงพอในการดำรงชีวิต ซึ่งเกิดมาจากปัจจัยทางรายได้หรือทางเศรษฐกิจเป็นส่วนสำคัญประการหนึ่งที่มีส่วนทำให้เกิดการมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีสุขภาพที่ดี มีความสามารถในการพึ่งตนเองได้ มีศักยภาพในการ

ประกอบอาชีพ เมื่อเกิดปัญหาก็สามารถแก้ไขได้ มีสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัวและชุมชน ซึ่งส่งผลต่อการพัฒนาประเทศในด้านเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2545) ได้ให้คำจำกัดความของคำว่า “คุณภาพชีวิต” ว่าหมายถึง การมีสุขภาพอนามัยที่ดีทั้งทางร่างกายและจิตใจ มีความรู้ มีงานทำที่ทั่วถึง มีรายได้พอเพียงต่อการดำรงชีวิต มีครอบครัวอบอุ่นมั่นคง อยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดี และอยู่ภายใต้การบริหารจัดการที่ดีของรัฐ

คุณภาพชีวิต เป็นสิ่งที่พึงปรารถนาของบุคคล โดยตัวชี้ที่สำคัญจากการศึกษาทางชราภาพวิทยา (Gerontology) คือ ความพึงพอใจในชีวิตซึ่งถือเป็นองค์ประกอบสำคัญอย่างหนึ่งในการดำรงชีวิตประจำวันได้อย่างมีความสุข

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ให้ความหมายของ “คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ” หมายถึง ระดับความพึงพอใจของบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่เกิดขึ้นในด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมเป็นหลัก

จากที่กล่าวมาเป็นการให้ความหมายของคุณภาพชีวิตของนักวิชาการ ทั้งนี้มีการศึกษาความหมายของคุณภาพชีวิตของในทัศนะของผู้สูงอายุ ดังนี้

2.2 การนิยามคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในมุมมองของผู้สูงอายุ

สุณี ผลดีเยี่ยม และคณะ (2551 : บทคัดย่อ อ้างถึงใน กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการและมหาวิทยาลัยศิลปากร, 2552 : 41 – 42) ได้ศึกษาเรื่อง การนิยามคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในมุมมองของผู้สูงอายุในพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่ ประกอบด้วยผู้สูงอายุ 3 กลุ่ม คือ 1) ผู้สูงอายุที่เป็นแกนนำในชุมชน 2) ผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัว หรือมีโรคประจำตัวแต่ช่วยเหลือตัวเองได้ และ 3) ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวและต้องมีผู้คอยดูแลช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน เก็บข้อมูลโดยใช้การสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึกและการสัมภาษณ์ทั่วไป ผลการศึกษาพบว่า ในมุมมองของผู้สูงอายุ สรุปนิยามคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุได้เป็น 4 ด้าน คือ

สุขภาพกายที่ดี คือ ไม่ป่วยด้วยโรคต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นโรคติดต่อและไม่ติดต่อ การเป็นโรคอะไรก็แล้วแต่จะทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตหรือมีความสุขลดน้อยลงไป หรือถ้าป่วยด้วยโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อ ต้องมีสภาพร่างกายพอที่จะไปไหนมาไหนหรือทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองโดยไม่ต้องพึ่งพาคนอื่น

สุขภาพทางจิตใจดี คือ จิตใจร่าเริงแจ่มใส ไม่มีความผิดปกติทางด้านจิตใจ มีสภาวะอารมณ์ที่ปกติ จะทำให้ร่างกายไม่ป่วยง่าย เนื่องจากสุขภาพจิตดี ทำให้สุขภาพกายดีตามไปด้วย

สุขภาพทางสังคม คือ การดำเนินวิถีชีวิตภายใต้สังคมที่ดีงาม มีเพื่อนบ้านที่ดี มีการช่วยเหลือ เกื้อกูลซึ่งกันและกัน จะทำให้ผู้สูงอายุมีวิถีชีวิตที่มีความสุข

สุขภาพทางจิตวิญญาณ หรือความมีศักดิ์ศรี คือ ทุกคนย่อมต้องการความยอมรับจากสังคม ถ้าได้รับการยอมรับจะรู้สึกว่าตัวเองมีคุณค่า ได้รับการยกย่อง จะทำให้ผู้สูงอายุมีชีวิตที่ดี มีคุณค่า มีคุณประโยชน์ต่อสังคม

ทั้งนี้สุขภาพทั้ง 4 ด้าน ต้องมีความสมดุลกัน ขับเคลื่อนไปด้วยกัน ทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี

2.3 องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต

องค์การอนามัยโลก (The WHOQOL Group, 1995 : 1405) เสนอว่า คุณภาพชีวิตประกอบด้วยองค์ประกอบ 6 ด้าน ได้แก่ สุขภาพกาย สภาพจิตใจ ระดับความเป็นอิสระ ความสัมพันธ์ทางสังคม สิ่งแวดล้อม และความเชื่อ ต่อมาในปี 1996 ได้มีการจัดองค์ประกอบใหม่ โดยรวมองค์ประกอบบางด้านเข้าด้วยกันเหลือเพียง 4 ด้าน คือ สุขภาพกาย สภาพจิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม และสภาพแวดล้อม ดังนี้

2.3.1 สุขภาพกาย เป็นองค์ประกอบที่สำคัญของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ การมีสุขภาพดีทำให้บุคคลรับรู้ว่าตนเองมีคุณภาพชีวิตที่ดี

2.3.2 สภาพจิตใจ เป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่สุดของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ (Patrick and Erickson, 1988 : 21; Denham, 1991 : 52) อาจกล่าวได้ว่าสภาพจิตใจนี้มีอิทธิพลเหนือกว่าสภาพร่างกาย ดังคำกล่าวที่ว่า “ใจเป็นนาย กายเป็นบ่าว”

2.3.3 ความสัมพันธ์ทางสังคม ความสัมพันธ์ทางสังคมของผู้สูงอายุนับเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของคุณภาพชีวิตเช่นกัน เนื่องจากสภาพสังคมนั้นเปรียบเสมือนเกราะป้องกันความเสื่อมถอยของคุณภาพชีวิตด้านอื่น ๆ ด้วย (Fillenbaum, 1987 : 157 – 158)

2.3.4 สภาพแวดล้อม สภาพแวดล้อมจะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมและความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ของร่างกายผู้สูงอายุ สภาพแวดล้อมจะประกอบด้วย รายได้ สภาพที่อยู่อาศัย ความปลอดภัยในชีวิต บริการทางสังคม สาธารณูปโภค ข่าวสาร มลภาวะ และกิจกรรมพักผ่อนนันทนาการ

2.4 ปัจจัยสำคัญของผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตที่ดี

ผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตที่ดี ต้องประกอบด้วยปัจจัยสำคัญ 4 ด้าน ดังนี้ (Lawton, 1985 อ้างถึงใน ลลิลญา ลอยลม, 2545 : 42)

1) การมีความผาสุกทางด้านจิตใจ (Psychological Well – Being) หมายถึง การที่บุคคลสามารถประเมินได้ว่า ประสบการณ์ในชีวิตที่ผ่านมามีคุณภาพ โดยประเมินได้จากผลกระทบ ระดับความสุขที่ได้รับและความสำเร็จที่ได้บรรลุตามความต้องการหรือเป้าหมายที่ตั้งไว้

2) ความสามารถในการแสดงพฤติกรรม (Behavioral Competence) หมายถึง ความสามารถในการทำหน้าที่ของบุคคล ซึ่งรวมถึงการทำหน้าที่ของร่างกาย การมีสุขภาพที่ดี การรับรู้ที่ถูกต้อง และการมีพฤติกรรมทางสังคมที่ถูกต้อง

3) สิ่งแวดล้อมของบุคคล (Objective Environment) หมายถึง สิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่

3.1) สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ลักษณะภูมิอากาศ ภูมิประเทศ และที่อยู่อาศัย

3.2) บุคคลที่มีความสำคัญต่อผู้สูงอายุ เช่น สมาชิกในครอบครัว เพื่อน

3.3) บุคคลทั่วไปที่มีปฏิสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ

3.4) สถานภาพทางสังคม อายุ เชื้อชาติ และเศรษฐกิจ

3.5) สภาพสังคมและวัฒนธรรมภายในชุมชนที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่

4) การรับรู้คุณภาพชีวิต (Perceived Quality of Life) หมายถึง การที่บุคคลมีการประเมินตนเองเกี่ยวกับความผาสุกทางด้านจิตใจ ความสามารถในการทำหน้าที่ ตลอดจนสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อบุคคลดังที่ได้กล่าวมา

2.5 แนวคิดและทฤษฎีที่ใช้อธิบายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

แนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยที่ทำให้เกิดคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ มีดังนี้

2.5.1 แนวคิดการพึ่งพาตนเอง (Self Reliance Concept) เป็นแนวคิดที่กล่าวถึงความสามารถของคนในการช่วยเหลือตนเองให้ได้มากที่สุด โดยไม่ต้องพึ่งพาคนอื่นมากจนเกินไป การพึ่งพาตนเองจึงเป็นสิ่งสำคัญโดยเฉพาะกับผู้สูงอายุ จากการศึกษาของ Berghorn et. al. (1981 : 331 – 343) พบว่า การที่ผู้สูงอายุรู้สึกพึงพอใจสามารถประกอบกิจกรรมต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง และรู้สึกว่าตนเองไม่เป็นภาระแก่ครอบครัวหรือเพื่อนฝูง ย่อมก่อให้เกิดความพึงพอใจในชีวิตตลอดจนหากผู้สูงอายุยังสามารถทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ อย่างเช่น การช่วยเหลือตัวเองในเรื่องการดำเนินชีวิตประจำวัน การเข้าห้องน้ำ การแต่งตัว การรับประทานอาหาร และการเดินทางไปไหนมาไหนด้วยตนเอง ตลอดจนความสามารถในการติดต่อสื่อสาร การใช้เทคโนโลยีในชีวิตประจำวัน แม้ด้วยว่าร่างกายจะเสื่อมถอยลงย่อมมีผลต่อความรู้สึกเกี่ยวกับการเห็นคุณค่าของ

ตนเอง ซึ่งการที่ยังสามารถดูแลตัวเองได้จะทำให้ผู้สูงอายุเกิดความภาคภูมิใจในตนและทำให้ใช้ชีวิตได้อย่างมีความสุข

ผลการศึกษาของ Guralnik, Branch and Wiener, J. M. (2002 : 47 – 48) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตัวเองของผู้สูงอายุกับคุณภาพชีวิต พบว่า การที่ผู้สูงอายุสามารถพึ่งพาตนเองได้นานก็จะส่งผลในด้านที่เกี่ยวกับการลดค่าใช้จ่ายทั้งค่ายาและเวชภัณฑ์ รวมทั้งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้วย

ในประเทศไทยผลการศึกษาของ วารี กังใจ (2540 : 46 – 47) ศึกษาความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและความสามารถในการดูแลตัวเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิราณี ปันคำ (2542 : 67) ศึกษาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตชนบทในจังหวัดเชียงราย พบว่า ในด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันผู้สูงอายุโดยส่วนใหญ่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ การย่อตัวเก็บของ การเดินขึ้นลงบันได และสามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้อย่างปกติ โดยการพึ่งพาตนเองในกิจวัตรประจำวันในด้านต่าง ๆ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญ

การพึ่งพาตนเองที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ จะหมายถึง การทำกิจวัตรประจำวัน การเข้าห้องน้ำ การแต่งตัว การรับประทานอาหาร การเดินทางไปไหนมาไหนด้วยตนเอง

2.5.2 แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม (Social Support Cconcept) เป็นแนวคิดทางสังคมซึ่งว่าด้วยเรื่องของการได้รับการช่วยเหลือจากคนที่อยู่ร่วมกันในสังคมในด้านต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นทางด้านสิ่งของหรือทางด้านจิตใจ แนวคิดเรื่องการสนับสนุนทางสังคมถือเป็นแนวคิดที่สำคัญต่อการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (Dean, A. and N. Lin, 1981 : 2)

การสนับสนุนทางสังคม สามารถจำแนกออกได้เป็น 4 ลักษณะ ดังนี้ (Cronenwelt, 1984 : 9)

1) การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ซึ่งเป็นเรื่องของความรู้สึก ดูแลเอาใจใส่ มีความรัก ความผูกพัน

2) การสนับสนุนทางด้านการช่วยเหลือ เช่น การช่วยเหลือทางการเงินและสิ่งของ

3) การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร ซึ่งเป็นการให้คำแนะนำต่าง ๆ เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการแก้ปัญหาในชีวิตได้

4) การสนับสนุนทางด้านการยกย่อง เป็นข้อมูลที่ทำให้บุคคลนั้นเห็นตัวเองมีคุณค่า จากการที่บุคคลอื่นยอมรับนับถือตน

คณะผู้วิจัยการเกื้อหนุนทางสังคมหรือการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ, 2541 : 49) กล่าวว่า การเกื้อหนุนทางสังคม หมายถึง การช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ได้รับจากบุคคลต่าง ๆ โดยความช่วยเหลือที่ได้รับนี้อาจจะมีลักษณะเป็นรูปธรรม เช่น อาหาร เงิน เสื้อผ้า หรือในลักษณะนามธรรม เช่น การให้กำลังใจ การยกย่อง การยอมรับ รวมทั้งข้อมูลข่าวสารที่จำเป็นต่าง ๆ โดยแบ่งออกเป็น 3 ประเภท คือ

1) การเกื้อหนุนทางด้านอารมณ์ (Emotion Support)

2) การเกื้อหนุนทางด้านสิ่งของและบริการต่าง ๆ (Instrumental Support)

3) การเกื้อหนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support)

ศักยภาพของปัจจัยเกื้อหนุนทางสังคม

1) ศักยภาพของครอบครัว มีความเข้าใจผิด ๆ ที่ว่า ผู้สูงอายุถูกครอบครัวทอดทิ้งนั้น จริง ๆ แล้วสมาชิกในครอบครัวเป็นผู้ให้ความเกื้อหนุนอย่างมากมายและเป็นตัวแทนทรัพยากรทางสังคมที่สำคัญที่สุด Victor G. Cicirelli (1981 อ้างถึงใน ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ, 2536 : 12) กล่าวว่า ครอบครัวเป็นระบบเกื้อหนุนทางสังคมระบบหนึ่งของผู้สูงอายุ กล่าวคือ การที่บุตรหลานแสดงความรัก ความเอาใจใส่ เคารพยกย่อง กตัญญูกตเวทีต่อผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุได้รับความพึงพอใจและเป็นการตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุทั้งร่างกาย อารมณ์ และสังคม ในขณะเดียวกันบุตรหลานและผู้สูงอายุก็มีความรู้สึกที่ดีต่อกัน ยอมรับและรับรู้พฤติกรรมและปฏิกิริยาของกันและกัน นอกจากนั้นยังทำให้ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัวและเกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของหรือเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวและสังคม

บทบาทของครอบครัวในการตอบสนองความต้องการทั้ง 3 ด้าน ของผู้สูงอายุ ได้แก่

1.1) ด้านร่างกาย เช่น การดูแลเรื่องอาหารการกิน การจัดที่อยู่อาศัยให้อย่างเหมาะสม จัดหาและดูแลเครื่องนุ่งห่ม เครื่องใช้ ให้การดูแลสุขภาพอนามัย ให้การรักษาพยาบาล ตลอดจนดูแลอนามัยส่วนบุคคล ให้การช่วยเหลือด้านการเงิน ด้านการงานและอำนวยความสะดวกเรื่องพาหนะและการเดินทาง

1.2) ด้านอารมณ์ จิตใจ คือ การให้ความเคารพนับถือ ให้เกียรติ ให้ความยกย่อง สนับสนุนให้มีงานอดิเรกและมีงานทำตามความสามารถ ดูแลให้ได้เข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา ความบันเทิงและนันทนาการตามสมควร

1.3) ด้านสังคม หมายถึง การสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้พบญาติและเพื่อนฝูง เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัวและสังคมภายนอก และการดูแลให้ผู้สูงอายุได้รับข่าวสารเพื่อรับรู้ความเป็นไปของสังคมและพัฒนาตนเอง

มีผลการวิจัยหลายเรื่องที่แสดงว่า ความต้องการพื้นฐานและความต้องการที่สูงกว่านี้เกือบทุกอย่างของผู้สูงอายุได้รับการตอบสนองภายในเครือข่ายครอบครัว ผู้สูงอายุประมาณ 1 ใน 3 อยู่ร่วมกับคู่สมรสทั้งคู่จะพึ่งพาซึ่งกันและกัน เอาใจใส่ดูแลกัน และมีความรับผิดชอบทั่ว ๆ ไปในเรื่องที่แต่ละฝ่ายต้องการ บุตรหลานของผู้สูงอายุจะให้ความเกื้อหนุนลักษณะต่าง ๆ ได้เป็นอย่างดี โดยเฉพาะอย่างยิ่งการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่อ่อนแอ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักจะอาศัยอยู่ใกล้กับบุตรหลานอย่างน้อยหนึ่งคนและได้พบปะกันเนือง ๆ นอกเหนือจากการดูแลสุขภาพแล้วยังมีการเกื้อหนุนทางสังคม การตอบสนองในภาวะวิกฤติ ความสนใจ ความห่วงใย และความไว้วางใจในทุก ๆ เรื่อง

2) ศักยภาพของเพื่อนและเพื่อนบ้าน เพื่อนและเพื่อนบ้านก็เป็นบุคคลสำคัญที่ให้ความเกื้อหนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุในยามฉุกเฉิน เพื่อนบ้านซึ่งอยู่ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุจะเป็นทรัพยากรที่มีคุณค่าที่สุด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มที่อยู่ในละแวกเดียวกัน ผู้สูงอายุจะได้รับการช่วยเหลือให้สามารถตอบสนองความต้องการในชีวิตประจำวันและความต้องการทางสังคม

3) ศักยภาพของกลุ่มและสมาคมต่าง ๆ กลุ่มและสมาคมต่าง ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งวัดและองค์กรอาสาสมัครที่เกี่ยวเนื่องกับศาสนาและกิจกรรมของผู้สูงอายุจะสามารถให้ความเกื้อหนุนแก่ผู้สูงอายุได้เป็นอย่างดี

โดยธรรมชาติบุคคลทุกช่วงวัยจะมีความต้องการการช่วยเหลือจากบุคคลอื่น ยิ่งอายุมากขึ้นความต้องการการช่วยเหลือก็มีมากขึ้น เนื่องจากผู้สูงอายุมีความเสื่อมถอยทางร่างกาย ความสามารถในการพึ่งตัวเองลดน้อยลง (Kaplan, 1977 : 132) ดังนั้น การช่วยเหลือจากบุคคลอื่นจึงมีความจำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ การสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้สูงอายุ และการขาดการสนับสนุนทางสังคมจะส่งผลให้ผู้สูงอายุขาดความมั่นใจในตนเอง (Talbot, 1985 : 42) โดยเฉพาะอย่างยิ่งการช่วยเหลือด้านเงินทอง แรงงาน การเสียสละเวลาช่วยเหลือกิจกรรมต่าง ๆ และการให้ข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำต่าง ๆ นั้น เป็นการนำไปใช้ประโยชน์เพื่อให้บุคคลแก้ปัญหาในชีวิตได้ และเพื่อให้บุคคลได้เกิดการประเมินตัวเองทำให้เกิดความมั่นใจในตนเองมากขึ้น และรู้จักเปรียบเทียบกับบุคคลอื่น ๆ ในสังคม (House อ้างถึงใน Cronenwelt, 1984 : 9)

2.5.3 ทฤษฎีกิจกรรม

กิจกรรม (Activities) เป็นปัจจัยที่สำคัญซึ่งมีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในชีวิต โดยกิจกรรม หมายถึง การที่บุคคลพอใจและกระทำการใด ๆ ในชีวิตประจำวันของตน ซึ่งสามารถแบ่งออกเป็น การทำกิจกรรมในครอบครัว การทำกิจกรรมทางสังคม และการมีงานอดิเรก (ศิริวรรณ ม่วงศิริ, 2540 : 21 – 23)

ทฤษฎีกิจกรรม (Activity Theory) ถูกพัฒนาขึ้นโดย Robert Havighurst (1963 : 350) ซึ่งใช้ในการอธิบายในศาสตร์ที่ว่าด้วยพฤฒาวิทยา (Gerontology) เพื่อให้ผู้สูงอายุมีชีวิตอยู่อย่างมีความสุข โดยอาศัยการทำกิจกรรมที่จะต้องมีลักษณะ 3 ประการ ดังนี้

1) ทำกิจกรรมต่าง ๆ ให้เป็นปกติและเหมาะกับตัวเอง

2) ทำกิจกรรมที่เคยทำมาในช่วงวัยกลางคนให้มากที่สุด

3) พยายามพัฒนาตนเอง รักษาระดับกิจกรรมทางสังคม กายภาพ และกิจกรรมยามว่างอยู่เสมอ

การทำกิจกรรมภายในครอบครัว การมีกิจกรรมทางสังคม และการมีงานอดิเรกทำของผู้สูงอายุนั้น มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อความรู้สึกที่ทำให้ตนเองมีคุณค่าและมีความหมาย ซึ่งกิจกรรมที่ทำนั้นจะต้องมีทำเป็นประจำและสม่ำเสมอ เพื่อให้ผู้สูงอายุไม่เกิดความรู้สึกเบื่อหน่ายและเหงา อันเป็นสาเหตุของการเสื่อมถอยทางด้านจิตใจ และจะมีผลต่อสุขภาพร่างกายที่ทรุดโทรมตามมา คุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุจึงขึ้นอยู่กับการทำกิจกรรมที่ผู้สูงอายุเองนั้นสามารถทำให้เป็นปกติและดำรงกิจกรรมต่าง ๆ ให้เหมือนกันกับช่วงวัยกลางคนให้มากที่สุด กล่าวคือ การที่ผู้สูงอายุจะใช้ชีวิตได้อย่างมีความสุขได้นั้น จะต้องพยายามรักษาระดับของกิจกรรมทางสังคมของตนไว้ กิจกรรมและบทบาทใด ๆ ของบุคคลที่ถูกผลักดันให้เลิกกระทำ จะต้องมีกิจกรรมใหม่ ๆ มาทดแทน ทฤษฎีนี้เชื่อว่าหากบุคคลใดสามารถดำรงกิจกรรมทางสังคมของตนไว้ได้ จะเป็นบุคคลที่สามารถดำรงชีวิตในสังคมอย่างปกติสุข และเป็นผู้ที่ประสบความสำเร็จในชีวิต นอกจากนั้นกิจกรรมจะเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในชีวิตมากยิ่งขึ้น โดยการแนะนำให้ผู้สูงอายุที่รู้สึกเหงาและคิดว่าตนเป็นคนไร้ประโยชน์ ให้เปลี่ยนแปลงทัศนคติของตน เป็นการกลับเข้าสู่ชีวิตสังคมและมีกิจกรรมในด้านต่าง ๆ เพิ่มมากขึ้นตามลำดับ

จะเห็นว่ากิจกรรมมีส่วนสำคัญยิ่งต่อชีวิตมนุษย์ ทำให้ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในชีวิตของตนและรู้สึกว่าตนเองยังเป็นบุคคลที่มีคุณค่าของสังคมได้อีกต่อไป การจัดกิจกรรมใด ๆ ให้ผู้สูงอายุจึงควรทำความเข้าใจทั้งลักษณะของกิจกรรมและธรรมชาติของวัยกลุ่มเป้าหมาย ทั้งนี้เพื่อให้ผู้สูงอายุได้ใช้ชีวิตอย่างมีความสุขและมีคุณค่าต่อไปตามศักยภาพ และความสามารถที่ยังเหลืออยู่

สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้เสนอกิจกรรมยามว่างของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะวัยเกษียณสามารถแบ่งออกได้ ดังนี้

1) กิจกรรมนันทนาการ ผู้สูงอายุสามารถทำได้ทุกช่วงอายุ ทำให้ร่างกายสดชื่นท้าทาย กระตุ้นเตือนเปลี่ยนแนวคิด และได้สัมผัสกับคนอื่น รวมทั้งทำให้จิตใจตื่นตัวอยู่เสมอ และมีชีวิตชีวา ผู้สูงอายุควรทำในสิ่งที่ตนเองชอบ และตนเองมีทักษะ หรือความถนัดเป็นพิเศษ

ทักษะในงานวิชาชีพอาจนำมาใช้ในกิจกรรมนันทนาการได้ ควรเลือกหลาย ๆ กิจกรรม และต้องมีเวลาพอด้วย ได้แก่ งานอดิเรก เช่น วาดรูป ทำอาหาร จัดสวน งานช่างไม้ เกม เช่น หมากรุก ปริศนาอักษรไขว้ กีฬา เช่น เดิน ว่ายน้ำ ขี่จักรยาน เทนนิส ดนตรี ชมรม เช่น การเข้าชมรมต่าง ๆ ได้แก่ ชมรมกีฬา ศาสนา การเมือง ชมรมผู้สูงอายุ และการท่องเที่ยว

2) กิจกรรมการเรียนรู้ สำหรับผู้ที่อยู่ในวัยสูงอายุ การเรียนรู้ยังสามารถมีได้อย่างต่อเนื่อง เพื่อสนองความอยากรู้ ความพึงพอใจ หรือเพื่อการดำเนินกิจกรรมบางอย่างให้ได้รับความสำเร็จ ในแง่สุขภาพจิตการเรียนรู้จะเป็นการกระตุ้นจิตใจ และเป็นการแลกเปลี่ยนความสนใจกับผู้อื่น เช่น การเรียนในระบบการศึกษาผู้ใหญ่ หรือการศึกษานอกระบบ การเรียนในมหาวิทยาลัยเปิด และการอบรมระยะสั้น ๆ ฯลฯ

3) กิจกรรมบริการผู้อื่น เนื้อแท้ของชีวิตอย่างหนึ่ง คือ การเสียสละ และทำสิ่งที่เป็นประโยชน์ให้แก่สังคม นอกเหนือไปจากการทำเพื่อตนเอง ครอบครัว โดยผ่านงานอาสาสมัครโดยผู้สูงอายุอาจลองงานอาสาสมัครหลาย ๆ อย่าง แล้วพิจารณาดูด้วยตนเองว่ากิจกรรมแบบไหนที่เหมาะสมกับตนเองที่สุด บริการอาสาสมัครมีหลายแนวทาง เช่น บริการทางสุขภาพอนามัย องค์กรการกุศล หรือองค์กรทางศาสนา ซึ่งผู้สูงอายุอาจเข้าร่วมได้ในหลายฐานะ เช่น ผู้สอน ผู้บริการหรือสมาชิก กลุ่มการเมือง กลุ่มเฉพาะทาง เช่น กลุ่มอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม กลุ่มผู้บริโภค กลุ่มสิทธิมนุษยชน ตลอดจนการบริการบทบาทตามวิชาชีพ เช่น เคยเป็นตำรวจ อาจเป็นหน่วยรักษาความปลอดภัยของหมู่บ้าน เคยเป็นครูอาจสอนหรือบรรยายพิเศษ และเคยเป็นช่างอาจเปิดอบรมความรู้ด้านแก้เครื่องยนต์

ทั้งนี้ กิจกรรมบริการผู้อื่นจะก่อให้เกิดประโยชน์หลายประการ ได้แก่

1) การได้เสียสละ เช่น ทำประโยชน์ให้แก่ผู้อื่น เป็นการแสดงว่าผู้อื่นยังต้องการผู้สูงอายุ

2) การช่วยเหลือผู้อื่นในการแก้ปัญหาของเขา จะทำให้ปัญหาที่เกิดกับผู้สูงอายุน้อยลงโดยอัตโนมัติ

3) ติดต่อสัมพันธ์กับผู้อื่นซึ่งมีสภาพเลวร้ายกว่าผู้สูงอายุในบางเรื่อง เช่น สุขภาพอนามัยจะช่วยให้ผู้สูงอายุพึงพอใจในตนเอง

4) การเสียสละต่อสังคม จะทำให้ภาพพจน์ของผู้สูงอายุน่าพึงพอใจ

5) การเสียสละหรือบริการผู้อื่น จะทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตดีขึ้น และพลอยทำให้สุขภาพกายดีด้วย

2.5.4 ทฤษฎีบทบาท

ทฤษฎีบทบาท (Role Theory) เป็นทฤษฎีที่อธิบายการเปลี่ยนสถานภาพจากสถานะหนึ่งไปสู่อีกสถานะหนึ่ง หรือจากวัยหนึ่งสู่อีกวัยหนึ่งเพื่อนำไปสู่การปรับตัวให้เหมาะสมกับบทบาทที่ตนได้รับ โดยทฤษฎีนี้มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในลักษณะของการพยายามจะอธิบายว่าบุคคลมีการปรับตัวต่อการเป็นผู้สูงอายุอย่างไร เมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้นสถานภาพทางสังคมจะลดลง บทบาทเก่าจะถูกถอนตัวออกไป (Barrow and Smith, 1979 : 5 อ้างถึงใน ทิพย์อรุณ สมภู่, 2552 : 14) โดยผู้สูงอายุจะมีความสุขได้มากน้อยเพียงใดนั้นขึ้นอยู่กับการปฏิบัติตนต่อบทบาทใหม่ที่ตนได้รับอย่างเหมาะสม (House, 1976 : 45 อ้างถึงใน ทิพย์อรุณ สมภู่, 2552 : 14) และการที่ผู้สูงอายุยังคงรักษาบทบาททางสังคมอยู่ได้ การมีบทบาทในเรื่องสำคัญอย่างการตัดสินใจทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองยังมีคุณค่าส่งผลต่อสภาพจิตใจและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

การมีบทบาทในครอบครัวและสังคมถือเป็นตัวแปรหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยการมีบทบาทที่ใช้ในการศึกษาในครั้งนี้จะหมายถึง การมีบทบาทในครอบครัว ได้แก่ การเป็นที่ปรึกษา ให้คำแนะนำ การเป็นผู้อบรมสั่งสอน การเป็นผู้ตัดสินใจในกรณีต่าง ๆ การเป็นผู้มีส่วนในการหารายได้ให้แก่ครอบครัว การเป็นผู้ดูแลหลาน การเป็นผู้ถ่ายประสบการณ์ต่าง ๆ

จากรายงานปฏิญญาผู้สูงอายุไทยกล่าวว่า ผู้สูงอายุควรมีบทบาททั้งในครอบครัวและสังคม ตลอดจนการมีส่วนร่วมในกิจกรรมอยู่ตลอด (กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม, กรมประชาสังเคราะห์ กองสวัสดิการสงเคราะห์, 2542 : 3)

การศึกษาของ Schroder Butterfill, E. (2002 : 127) พบว่า ผู้สูงอายุถือเป็นแกนหลักของครอบครัวในหลาย ๆ รุ่นของสังคมอินโดนีเซีย เป็นผู้ที่เพิ่มรายได้ให้กับครอบครัวที่ขาดแคลนโดยการทำงานไปจนกระทั่งอายุมาก สำหรับข้าราชการบำนาญการนำรายได้จากบำนาญ สามารถนำมาค้ำจุนครอบครัว ทรัพย์สินที่ได้สะสมมายังสามารถช่วยเหลือแก่คนรุ่นลูกหลานได้ กล่าวได้ว่าผู้สูงอายุที่ยังมีบทบาทในครอบครัว ถือว่ามีความสำคัญมากต่อการสร้างความมั่นคงและความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ

3. แนวคิดเกี่ยวกับความต้องการของผู้สูงอายุ

ทฤษฎีความต้องการ (Needs) คือ ทฤษฎีแรงจูงใจของนักจิตวิทยาแนวมนุษยนิยมชื่อ Abraham Maslow (Abraham Maslow's Theory of Motivation) ซึ่งมีเนื้อหาที่กล่าวถึงลำดับขั้นแห่งความต้องการจำเป็นของมนุษย์ ในปี ค.ศ.1954 Maslow (1954) จำแนกความต้องการมนุษย์อย่างง่าย ๆ แต่มีอิทธิพลมากที่สุดต่อทุกวงการ ความต้องการของมนุษย์ในทรรศนะของ

Maslow เขียนออกมาเป็นรูปพีระมิดก่อตัวเป็นขั้น ๆ นับตั้งแต่ขั้นพื้นฐานแรกสุดจนถึงขั้นสูงสุด มนุษย์ทุกคนจะมีการแสวงหาการตอบสนองความต้องการตั้งแต่ระดับล่างสุด เมื่อเกิดความพึงพอใจในระดับหนึ่งก็จะแสวงหาการตอบสนองความต้องการในขั้นต่อไปเป็นลำดับ ทั้งนี้ “ความพึงพอใจ” ของแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกันแล้วแต่บุคคล ลำดับขั้นความต้องการจำเป็นของมนุษย์ที่ Maslow เสนอไว้มีดังนี้ (ปณิธาน วัฒนพานิชกิจ, 2548 : 14 – 17) คือ

3.1 ความต้องการทางร่างกาย (Physiological Need) เป็นความต้องการขั้นพื้นฐานที่สุดเพื่อความมีชีวิตที่อยู่รอด ได้แก่ ความต้องการด้านอาหาร เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย ยารักษาโรค ทั้งนี้รวมถึงความต้องการทางเพศด้วย ปัจจัยทั้งสี่นี้เมื่อมีอยู่ครบถ้วน หมายถึง Standard of Life หากว่าขาดสิ่งหนึ่งสิ่งใดไปหมายถึงว่าชีวิตนั้น ๆ อยู่ในระดับต่ำกว่ามาตรฐานที่ควรจะเป็น ในชีวิตของผู้สูงอายุปัจจัยสี่นี้จึงมีความสำคัญมากที่สุด เพราะการดำเนินชีวิตมาตลอดระยะเวลาเกือบครึ่งศตวรรษแล้ว บั้นปลายชีวิตไม่ได้รับแม้เพียงปัจจัยพื้นฐานเลย ซึ่งเป็นการทำร้ายจิตใจและไม่มีคุณธรรมในสังคมอย่างยิ่ง เพราะผู้สูงอายุจะอยู่ในวัยที่หยุดการสร้างปัจจัยดังกล่าวแล้ว ตรงกันข้ามกลับเป็นฝ่ายที่รอรับการเกื้อหนุนจากสังคมในสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ด้วย ความต้องการนี้หากได้รับการตอบสนองผู้สูงอายุก็จะได้รับการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไป

3.2 ความต้องการความปลอดภัย (Safety Need) เป็นความต้องการแสวงหาความปลอดภัยจากสังคม จากสิ่งแวดล้อม ตลอดจนการรับความคุ้มครองจากผู้อื่น ความปลอดภัยที่ผู้สูงอายุต้องการย่อมหมายถึง อาหารที่บริโภคต้องมีคุณภาพสะอาด ปลอดจากเชื้อโรค ความปลอดภัยจากการตรวจร่างกาย การถูกทำลายทรัพย์สิน ปลอดภัยจากสิ่งแวดล้อมและอุบัติเหตุ และประการสำคัญก็คือ การได้รับความคุ้มครองตามกฎระเบียบของสังคมและกฎหมายคุ้มครองคุณภาพชีวิตให้กับผู้สูงอายุ

3.3 ความต้องการความรัก (Love and Belonging Need) ในผู้สูงอายุความรู้สึกจะย้อนกลับไปเหมือนเด็กเล็ก ต้องการผู้สนใจห่วงใย เอื้ออาทรและต้องการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของสังคม มีส่วนร่วมรับรู้และต้องการมีกลุ่มเพื่อนที่คุยกันและเข้าใจตนเอง

3.4 ความต้องการได้รับการยกย่องนับถือ (Esteem Need) ผู้สูงอายุต้องการให้บุตรหลานเคารพ เชื่อฟัง และต้องการให้สังคมเห็นคุณค่าว่ายังมีศักยภาพในฐานะที่ได้รับการตอบสนองจากครอบครัวและสังคม ผู้สูงอายุจะมีความภาคภูมิใจในเกียรติและศักดิ์ศรีได้รับการยกย่องนับถือและผู้สูงอายุจะมีความรู้สึกถึงความสำคัญของตนเอง

3.5 ความต้องการสำเร็จในชีวิต (Self Actualization Need) เป็นความต้องการขั้นสูงสุดในชีวิตคน เป็นความต้องการที่เกี่ยวกับการทำงานที่ตนเองชอบ หรือต้องการจะเป็นมากกว่าที่เป็นอยู่ คือ เป็นความต้องการการเข้าใจตนเองอย่างถ่องแท้ ความสำเร็จของผู้สูงอายุในขั้นตอนนี้

นอกจากจะเกี่ยวกับตนเองแล้วยังมองความสำเร็จของบุตรหลาน เพราะท่านสั่งสอน อบรม ดูแลบุตรหลานจนประสบความสำเร็จ ย่อมหมายถึงความสำเร็จของตนเองอย่างยิ่งใหญ่และภาคภูมิใจอย่างสูง

4. แนวคิดการเตรียมการเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ

การเตรียมการเข้าสู่วัยสูงอายุ ถือเป็นกิจกรรมการเตรียมการเพื่อสร้างหลักประกันและสร้างความมั่นคงในการดำรงชีวิตก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุในอนาคต ซึ่งประกอบด้วยด้านสุขภาพกายและจิตใจ ด้านที่พักอาศัย ด้านเศรษฐกิจ ด้านกิจกรรมงานอดิเรก และด้านการมีส่วนร่วมในสังคม

การเตรียมตัวเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุและการวางแผนที่ดีจะเป็นส่วนส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสม แต่การใช้ชีวิตภายหลังการเป็นผู้สูงอายุยังต้องขึ้นอยู่กับความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่จะเลือกวิถีการดำเนินชีวิตเพื่อให้เป็นไปตามความพึงพอใจ (โฆษิต ไชยประสิทธิ์, 2546 : 22)

4.1 ความสำคัญของการเตรียมการเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ

การเตรียมการเข้าสู่วัยสูงอายุของแต่ละบุคคลย่อมมีความแตกต่างกันออกไปตามสภาวะทางด้านเศรษฐกิจและสังคม รวมถึงพื้นฐานความรู้ความเข้าใจและการตระหนักในความสำคัญของการเตรียมการก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ เนื่องจากการเตรียมการดังกล่าวไม่อาจจะทำได้เป็นอย่างดีในเวลาอันสั้น ยิ่งบุคคลสามารถเตรียมการได้ล่วงหน้าเร็วเท่าใดก็จะยิ่งเป็นผลดีกับบุคคลนั้น

ประเด็นเรื่องการเตรียมการเข้าสู่วัยสูงอายุดังกล่าว ได้มีการกำหนดไว้ในแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545 – 2564) ยุทธศาสตร์ที่ 1 ด้านการเตรียมความพร้อมของประชากรเพื่อวัยสูงอายุที่มีคุณภาพ ซึ่งประกอบด้วยมาตรการหลักที่ต้องการจะรณรงค์ให้สังคมตระหนักถึงความจำเป็นของการเตรียมการเข้าสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ และเตรียมการสำหรับผู้ที่จะเข้าสู่วัยสูงอายุให้มีความรู้ที่ถูกต้องในทุกเรื่องที่จำเป็น โดยมีเป้าหมายที่ต้องการสร้างจิตสำนึกให้กับคนในสังคมได้ตระหนักถึงความสำคัญของผู้สูงอายุ และความสำคัญต่อการเตรียมการเข้าสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ เน้นการมีส่วนร่วมของประชาชน ครอบครัว ชุมชน องค์กรภาครัฐ และเอกชนที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุได้ปฏิบัติงานอย่างประสานและสอดคล้องกัน ด้วยตระหนักว่าเป็นกระบวนการพัฒนาเพื่อสร้างความมั่นคงทางสังคมให้กับผู้สูงอายุ รวมถึงการมีหลักประกันในชีวิตที่มั่นคง ซึ่งบุคคลสามารถทำได้โดยการช่วยตนเองในเบื้องต้น ครอบครัวให้ความเกื้อหนุน ชุมชน

ให้ความช่วยเหลือ และสังคมหรือรัฐให้ความเกื้อหนุนในลำดับท้าย (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2549 : 61 – 62)

4.2 การเตรียมการสู่วัยสูงอายุ

คู่มือการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ (2547 : 22 – 23) กล่าวว่า ความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยีต่าง ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการแพทย์และการสาธารณสุข ทำให้คนมีสุขภาพพลานามัยดีขึ้น อายุคาดหวังเฉลี่ยสูงขึ้นกว่าในอดีต จำนวนผู้สูงอายุมีมากขึ้น สภาพร่างกายจะมีการเปลี่ยนแปลงไปตามกฎของธรรมชาติอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ฉะนั้น ช่วงที่เข้าสู่วัยสูงอายุซึ่งเป็นวัยสุดท้ายของชีวิต จึงควรต้องมีการเตรียมตัวเพื่อยอมรับและปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ สังคม และสิ่งแวดล้อม ได้อย่างมีความสุข มีหลักปฏิบัติดังนี้

ประการที่ 1 ต้องยอมรับว่า เมื่อเข้าสู่ระยะวัยสูงอายุแล้ว กำลังร่างกาย จิตใจ ย่อมเปลี่ยนแปลงในทางลดน้อยลง จึงต้องปรับตัวให้เข้ากับสังคมและหน้าที่การงานที่เหมาะสม

ประการที่ 2 หมั่นดูแลสุขภาพให้แข็งแรง โดยออกกำลังกาย กินอาหารตามหลัก 5 หมู่ และตรวจสุขภาพร่างกายอย่างสม่ำเสมอ

ประการที่ 3 ทำจิตใจให้แจ่มใส สนใจบุคคลและสิ่งแวดล้อมเพิ่มขึ้น พร้อมทั้งให้ความสำคัญในคำสอนทางศาสนามากขึ้น

ประการที่ 4 ช่วยเหลือตนเองให้มากที่สุด โดยคิดว่าตนเองมีความสามารถ อย่าท้อแท้ และพึ่งผู้อื่นให้น้อยที่สุด

การเตรียมตัวที่ดีและพร้อมจะทำให้เป็นผู้สูงอายุที่มีความเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น สามารถอยู่ร่วมกับครอบครัวและสังคมได้อย่างมีความสุข

สุนันท์ จำรูญสวัสดิ์ (http://203.157.56.1/1667view.asp?id=4010; สืบค้นเมื่อวันที่ 22 พฤษภาคม 2550) กล่าวว่า ทุกคนที่เกิดมาย่อมล่วงเข้าสู่วัยสูงอายุ วิธีที่ดีที่สุด คือ มีการเตรียมตัวในการเข้าสู่วัยสูงอายุ ดังนี้

1) การเตรียมความมั่นคงให้กับชีวิต โดยการออมทรัพย์ตั้งแต่วัยต้นอย่างสม่ำเสมอ เพื่อเป็นหลักประกันแก่ชีวิตในอนาคตเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ

2) วางแผนด้านที่อยู่อาศัย เมื่อสูงอายุจะพักอาศัยอยู่กับใคร อยู่กับลูกหลาน อยู่ตามลำพัง หรืออยู่บ้านพักคนชรา ควรพิจารณาและเตรียมการไว้แต่เนิ่น ๆ

3) ส่งเสริมพฤติกรรมอนามัยที่ดีตั้งแต่วัยเด็กและต่อเนื่องจนถึงวัยผู้ใหญ่ หลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติด ควรออกกำลังกายหรือการเล่นกีฬาอย่างสม่ำเสมอ รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย นอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอวันละ 6 – 8 ชั่วโมง

4) วางแผนดำเนินกิจกรรมเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุหรือหลังเกษียณ เช่น กิจกรรมที่ทำให้เกิดรายได้ กิจกรรมการกุศลที่เสริมคุณค่าให้ตัวเอง กิจกรรมการออกกำลังกาย กิจกรรมที่ต้องใช้สมอง จะทำให้การเสื่อมต่าง ๆ ของร่างกายลดลง

5) ตรวจสุขภาพฟันและตรวจสุขภาพร่างกายอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง อย่างสม่ำเสมอ เพื่อป้องกันหรือเพื่อจะได้รับการรักษาแต่เนิ่น ๆ

6) ฝึกจิตและสมาธิตั้งแต่วัยต้น รู้จักปล่อยวาง มองโลกในแง่ดี รวมทั้งการพัฒนาทางอารมณ์ คือ มีอารมณ์ที่สงบเป็นสุข ไม่แปรปรวนง่าย จะทำให้ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายดี ส่งผลที่ดีต่อร่างกายและจิตใจ ทำให้ระบบต่าง ๆ ในร่างกายทำงานได้ดี

7) ศึกษาหาความรู้เพิ่มเติมอยู่เสมอ เพื่อให้เป็นคนทันสมัย พูดคุยกับผู้อื่นรู้เรื่อง และอาจให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ต่อลูกหลาน

กล่าวโดยสรุป การเตรียมตัวเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุและเป็นผู้สูงอายุที่มีความสุข ควรจะมีการเตรียมความมั่นคงให้กับชีวิต 3 ด้าน ได้แก่ เตรียมทางด้านร่างกาย ออกกำลังกายสม่ำเสมอ หมั่นดูแลรักษาสุขภาพเรื่องของความสะอาด ตรวจสุขภาพประจำปี และมีเงินออมสะสม เตรียมทางด้านจิตใจที่มียึดเหนี่ยว ศึกษาหลักธรรมคำสอนด้านศาสนา รู้จักปล่อยวาง มองโลกในแง่ดี มองชีวิตตามความเป็นจริง และเตรียมด้านสังคม มีการวางแผนในการดำเนินชีวิตหลังเกษียณ หาอาชีพที่เหมาะสม มีที่อยู่อาศัยที่มั่นคง และศึกษาหาความรู้เพิ่มเติมอยู่เสมอ

พีรสิทธิ์ คำนวณศิลป์ และคณะ (2542 : 14) ได้กล่าวว่า ปัจจัยที่ทำให้ผู้สูงอายุมีความสุข คือ การได้อยู่ร่วมกันอย่างพร้อมหน้ากับบุตรหลาน การมีสถานภาพมั่นคงทางเศรษฐกิจ การได้รับความนับถือเชื่อฟังจากบุตรหลาน การได้ทำบุญปฏิบัติธรรมทางศาสนา และการได้ทำประโยชน์ต่อส่วนรวม

การเตรียมตัวเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุที่ดีนั้น จะส่งผลให้เป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพหรือเป็นผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จ (Successful Aging)

4.3 ผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จ (Successful Aging)

มีผู้ให้ความหมายผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จไว้หลายท่าน ดังนี้

วรรณนิภา บุญระยอง (www.otal.org/images/1133859946/learning, 2549) กล่าวว่า ผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จ คือ ผู้สูงอายุสามารถที่จะดำเนินกิจกรรมได้ตลอดช่วงชีวิต มีศักยภาพที่พร้อมจะปฏิบัติกิจหรือหน้าที่ที่พึงประสงค์ มีความพึงพอใจในชีวิต มองเห็นคุณค่าในตนเองและผู้อื่น รวมไปถึงมีการดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีคุณภาพ ทั้งการมีปฏิสัมพันธ์กับคนอื่น ซึ่งได้แก่ การติดต่อ การปฏิบัติกิจกรรมด้วยกัน การส่งข่าวคราวแลกเปลี่ยนข่าวสารกัน การ

ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ตลอดจนมีกิจกรรมที่สร้างสรรค์ อันเป็นกระบวนการที่เหมาะสมเพื่อนำไปสู่สุขภาวะการมีส่วนร่วมและเป็นหลักประกันในอันที่จะเสริมสร้างคุณภาพชีวิตผู้สูงวัยได้

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2542 : 104) ได้ให้ความหมายของผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จ หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ เป็นผู้ที่ดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับความพึงพอใจและความปรารถนาของตน

ลักษณะของผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จ

จากการประชุมวิชาการแห่งชาติ ว่าด้วยผู้สูงอายุ : สู่วัยสูงอายุด้วยคุณภาพ (2542 : 104) ได้ระบุลักษณะของผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จ ต้องประกอบด้วย

1) มีช่วงระยะเวลาของการมีอายุที่ยืนยาว
2) มีภาวะด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดี
3) มีการตระหนักในคุณภาพชีวิตที่ดี
4) มีความสามารถทางสังคมและเศรษฐกิจ
5) มีความสามารถในการควบคุมตนเองและมีความพึงพอใจในชีวิต

4.4 การปรับตัวและการวางตนภายหลังการเป็นผู้สูงอายุ

กระทรวงสาธารณสุข กรมอนามัย สำนักส่งเสริมสุขภาพ (สืบค้นเมื่อวันที่ 27 พฤศจิกายน 2552) ได้กล่าวว่า การใช้ชีวิตภายหลังเป็นผู้สูงอายุนั้น ผู้สูงอายุต้องวางตนให้เหมาะสมกับวัยและเป็นแบบอย่างที่ดีแก่บุตรธิดา สมาชิกในครอบครัวและชุมชน เป็นที่ปรึกษาแนะนำ และให้กำลังใจแก่บุตรธิดาและสมาชิกในครอบครัวเมื่อมีปัญหา ช่วยเหลืองานบ้านตามความสามารถ ความถนัด การยอมรับบทบาทและสถานภาพที่เปลี่ยนไป การยอมรับและเข้าใจผู้อื่น และการช่วยเหลือตนเองเท่าที่สามารถทำได้

การใช้ชีวิตภายหลังการเป็นผู้สูงอายุนั้น การเข้าใจถึงตัวตนของตนเองเป็นพื้นฐานที่สำคัญ เพราะตนเองเท่านั้นที่จะรู้ว่าควรจะมีวิธีปฏิบัติตนอย่างไรในชีวิตต่อจากนี้ไป ทั้งนี้ทั้งนั้นการจะใช้ชีวิตให้มีคุณภาพและความสุขนั้นต้องมาจากการเป็นอยู่แบบความสันโดษ หมายถึง พอใจในสิ่งที่ตนเองมีอยู่ มีน้อยใช้ตามน้อยให้แบ่งเก็บไว้ใช้ยามเมื่อจำเป็นตามสมควร หมายถึง ไม่ใช้มากเกินความจำเป็นและก็ไม่น้อยเกินไป และใช้ตามสิ่งที่ตนมีให้พอยังประโยชน์ต่อชีวิตได้ และต้องมีการวางแผนเตรียมการดำเนินไว้ตั้งแต่เนิ่น ๆ

วันดี โภคะกุล และคณะ (2544 : 333) ได้กล่าวว่า หลักที่จะทำให้ผู้สูงอายุเพื่อมีชีวิตสดใสวัยสูงอายุ มี 9 ประการ หมายถึง กิจกรรมที่ควรปฏิบัติอยู่เป็นประจำ โดยให้ถือเป็นหน้าที่อย่าละเลยจนขาดความต่อเนื่อง ดังนี้

1) อาบน้ำทุกวัน แปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง
2) กินอาหารที่สุกและสะอาด วันละ 3 มื้อ 5 หมู่
3) ออกกำลังกาย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ครั้งละ 30 นาที
4) ดื่มน้ำสุกสะอาด วันละ 6 – 8 แก้ว
5) พักผ่อนให้เพียงพอ วันละ 6 – 8 ชั่วโมง
6) งดสิ่งเสพติด คบหาญาติมิตร ใกล้ชิดครอบครัว
7) ดูแลบ้านเรือนของใช้ เสื้อผ้าให้สะอาดตา น่าใช้
8) ตรวจสุขภาพปีละครั้ง เป็นอย่างน้อย
9) ฝึกใฝ่ในธรรม ประกอบกรรมดี อารีต่อทุกคน

แนวทางการปฏิบัติตนเมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุสรุปได้ว่า จำแนกเป็น 2 ลักษณะ คือ มีชีวิตอยู่กับปัจจุบัน ทำปัจจุบันให้มีประโยชน์และมีคุณค่า และฝึกใฝ่ในธรรม ยึดเหนี่ยวในหลักคำสอนของศาสนาที่ตนนับถือ

5. แนวคิดการมีส่วนร่วมของประชาชน (People Participation) และประชาสังคม “บวร”

5.1 ความหมายของการมีส่วนร่วม

การมีส่วนร่วมเป็นพฤติกรรมที่ประชาชนหรือคนที่อยู่ร่วมกันในสังคมนั้น ๆ ได้ใช้ปัญญา ความรู้ ความสามารถ โดยแสดงออกในรูปแบบต่าง ๆ ซึ่งเป็นประเด็นการมีส่วนร่วมของประชาชนจะดำเนินไปเพื่อพัฒนาสังคม สิ่งแวดล้อม หรือถิ่นที่ตนอาศัยอยู่เป็นสำคัญ ได้มีผู้ให้คำนิยามความหมายของการมีส่วนร่วม ไว้ดังนี้

Reader (1974 : 216) ให้ความหมายการมีส่วนร่วม หมายถึง การพบปะสังสรรค์ทางสังคมซึ่งรวมทั้งการมีส่วนร่วมของปัจเจกบุคคลและมีส่วนร่วมของกลุ่ม ต้องเป็นการมีส่วนร่วมอย่างมีสำนึกรับผิดชอบ และมีบทบาทอย่างเต็มที่ตั้งแต่ด้านคิดปัญหา วางแผนปฏิบัติ กำกับดูแลตลอดจนการประเมินผลและติดตาม

วีระวุฒิ เสียงใส (2546 : 28) กล่าวว่า การมีส่วนร่วมเป็นพฤติกรรมประชาชนหรือบุคคลที่อยู่รวมกันในสังคมนั้น ๆ ได้ใช้ปัญญา ความคิด ความรู้ ความสามารถ โดยแสดงออกในรูปแบบต่าง ๆ ซึ่งในประเด็นการมีส่วนร่วมของประชาชนจะดำเนินไปเพื่อพัฒนาสังคมสิ่งแวดล้อมหรือท้องถิ่นที่ตนอาศัยอยู่เป็นสำคัญ

ปาริชาติ วลัยเสถียร และคณะ (2542 : 138) ได้สรุปความหมายของการมีส่วนร่วมไว้โดยชี้ให้เห็นว่าสามารถแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ คือ การมีส่วนร่วมในลักษณะที่เป็นกระบวนการ

ของการพัฒนา โดยให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของโครงการ ส่วนความหมายในลักษณะที่สอง เป็นการมีส่วนร่วมในนัยการเมือง ซึ่งเน้นการส่งเสริมสิทธิ์และพลังอำนาจของพลเมือง โดยเน้นการพัฒนาขีดความสามารถของประชาชนหรือชุมชน ในการจัดการเพื่อหาผลประโยชน์ของชุมชน รวมไปถึงการเปลี่ยนแปลงกลไกการพัฒนาที่เคยเน้นภาครัฐเป็นจุดศูนย์กลาง ให้มาเป็นประชาชนที่จะมีบทบาทหลัก โดยการกระจายอำนาจการวางแผนจากส่วนกลางมาเป็นส่วนภูมิภาค คือ คืนอำนาจในการพัฒนาให้แก่ประชาชนที่จะกำหนดอนาคตของตนเอง

5.2 กระบวนการมีส่วนร่วม

ปาริชาติ วลัยเสถียร และคณะ (2542 : 143) ได้สรุปกระบวนการมีส่วนร่วมในการพัฒนา ไว้ดังนี้

1) การมีส่วนร่วมในการศึกษาชุมชน จะเป็นการกระตุ้นให้ประชาชนได้ร่วมกันเรียนรู้สภาพของชุมชน การดำเนินชีวิต ทรัพยากรและสิ่งแวดล้อม เพื่อใช้เป็นข้อมูลเบื้องต้นในการทำงาน และร่วมค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหา ตลอดจนจัดลำดับความสำคัญของปัญหา

2) การมีส่วนร่วมในการวางแผน โดยจะมีการรวมกลุ่มอภิปรายและแสดงความคิดเห็นเพื่อเป็นการกำหนดนโยบาย วัตถุประสงค์ วิธีการ แนวทางการดำเนินงาน และทรัพยากรที่ใช้

3) การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานพัฒนา โดยสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ แรงงาน เงินทุน หรือเข้าร่วมบริหารงาน การใช้ทรัพยากร การประสานงานและดำเนินการขอความช่วยเหลือจากภายนอก

4) การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์จากการพัฒนา เป็นการนำเอากิจกรรมมาใช้ให้เกิดประโยชน์ ทั้งด้านวัตถุและจิตใจ โดยอยู่บนพื้นฐานของความเท่าเทียมกันของบุคคลและสังคม

5) การมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผลในการพัฒนา เพื่อที่จะแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้ทันที

5.3 รูปแบบการมีส่วนร่วม

อิระวัชร์ จันทรประเสริฐ (2541 : 10) ได้ศึกษาถึงรูปแบบของการมีส่วนร่วมของประชาชน โดยจำแนกการเข้ามามีส่วนร่วมออกเป็น 3 ประการ ดังนี้

1) การที่ประชาชนมีส่วนร่วมโดยตรง (Direct Participation) โดยผ่านองค์กรจัดตั้งของประชาชน (Inclusive Organization)

2) การที่ประชาชนมีส่วนร่วมทางอ้อม (Indirect Participation) โดยผ่านองค์กรผู้แทนประชาชน

3) การที่ประชาชนมีส่วนร่วมโดยเปิดโอกาส (Open Participation) โดยผ่านองค์กรที่ไม่ใช่ผู้แทนของประชาชน เช่น สถาบัน หรือหน่วยงานที่เชิญชวน หรือเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมเมื่อไรก็ได้ทุกเวลา

5.4 ขั้นตอนการมีส่วนร่วม

ขั้นตอนการมีส่วนร่วมของประชาชนสามารถแบ่งออกเป็นขั้นตอนตั้งแต่การเริ่มเข้ามามีส่วนร่วมในขั้นตอนแรก จนกระทั่งขั้นตอนสุดท้าย คือ การติดตามประเมินผล แต่การมีส่วนร่วมนั้นควรเป็นการมีส่วนร่วมที่มีความสม่ำเสมอและเป็นการมีส่วนร่วมที่กระทบโดยการเต็มใจ และพร้อมที่จะเสียสละประโยชน์ส่วนตนเพื่อประโยชน์ส่วนรวม ซึ่งพอจะสรุปขั้นตอนของการมีส่วนร่วมสั้น ๆ ดังนี้

1) การร่วมค้นหาปัญหา สาเหตุของปัญหา ความต้องการ และพิจารณาแนวทางแก้ไข

2) การร่วมคิดหารูปแบบวิธีการเพื่อสร้างสรรค์สิ่งที่มีประโยชน์ตัดสินใจเลือกแนวทางแก้ไข

3) การร่วมวางแผนนโยบาย แผนงาน หรือโครงการ กิจกรรมเพื่อแก้ไขปัญหา

4) การร่วมปฏิบัติการแก้ไขปัญหาตามแผนและโครงการที่วางไว้

5) การร่วมการรับประโยชน์จากโครงการ

6) การร่วมประเมินผลโครงการ

5.5 เงื่อนไขของการมีส่วนร่วม

สมบูรณ์ อำพนพนารัตน์ (2542 : 24) กล่าวถึงเงื่อนไขการมีส่วนร่วมในการพัฒนาเกิดจากพื้นฐานของประชาชน 4 ประการ คือ

1) ประชาชนต้องมีความสามารถที่จะมีส่วนร่วม กล่าวคือ ต้องมีศักยภาพที่จะเข้าร่วมในการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ เช่น ประชาชนต้องมีความสามารถในการค้นหาความต้องการ วางแผน จัดการ บริหารองค์การ และการใช้ทรัพยากรในที่สุด

2) ประชาชนต้องมีความพร้อมที่จะมีส่วนร่วม กล่าวคือ ต้องมีสภาพทางเศรษฐกิจ วัฒนธรรม และกายภาพ ที่เปิดโอกาสให้เข้ามามีส่วนร่วม

3) ประชาชนจะต้องมีความประสงค์ที่จะเข้าร่วม กล่าวคือ จะต้องเต็มใจ เห็นประโยชน์ในการเข้าร่วม จะต้องมิใช่เป็นการบังคับหรือผลักดันให้เข้าร่วมโดยที่ประชาชนมิได้ประสงค์จะเข้าร่วมในนัยหนึ่งนัยใด

4) ประชาชนจะต้องมีความเป็นไปได้ที่จะเข้าร่วม กล่าวคือ ต้องมีโอกาสที่จะเข้าร่วม ซึ่งเป็นการกระจายอำนาจให้แก่ประชาชนในการตัดสินใจ และกำหนดกิจกรรมที่ตนเองต้องการในระดับที่เหมาะสม และมีความเป็นไปได้ที่จะจัดการด้วยตนเอง

5.6 ประชาสังคม “บวร” เพื่อการพัฒนาชุมชนอย่างยั่งยืน

เป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไปว่า การขับเคลื่อนหรือการรณรงค์ทางสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระดับชุมชนนั้น จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากภาคีพันธมิตร หรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในหลายภาคส่วนด้วยกัน แนวคิดประชาสังคม (Civil Society) นับได้ว่าเป็นแนวคิดที่มุ่งสร้างสังคมจากความร่วมมือขององค์กรในสังคม ในมิติเชิงการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วมจากหลาย ๆ ฝ่าย ได้มีนักวิชาการให้ความหมายของประชาสังคม หรือ Civil Society แตกต่างกันออกไป ดังนี้

ประเวศ วะสี (2539) ให้ความหมายว่า “ประชาคม” หมายถึง การที่ประชาชนจำนวนหนึ่งมีวัตถุประสงค์ร่วมกัน มีอุดมคติร่วมกัน หรือมีความเชื่อร่วมกันในบางเรื่อง มีการติดต่อสื่อสารกัน หรือมีการรวมกลุ่มกัน มีความเอื้ออาทรต่อกัน มีความรัก มีมิตรภาพ มีการเรียนรู้ร่วมกันในการปฏิบัติบางสิ่งบางอย่าง และมีการจัดการในระดับกลุ่ม

ชัยอนันต์ สมุทรวณิช (2539) ใช้คำว่า “วิถีประชา” หมายถึง การรวมกลุ่มขององค์กรต่าง ๆ ในการเอาตัวกิจกรรมเป็นศูนย์กลาง ปราศจากการจัดตั้ง ซึ่งเน้นกระบวนการการมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมพัฒนาทุกฝ่าย ในระดับพื้นที่อาจเป็นจังหวัด อำเภอ ตำบล หรือหมู่บ้าน

กระบวนการประชาสังคม “บ ว ร” คือ การนำเอารูปแบบและแนวคิดการพัฒนาแบบ “บวร” (บ้าน วัด โรงเรียน) ที่มุ่งนำองค์กรและ/หรือสถาบันหลักที่มีส่วนสำคัญอย่างมากในการรณรงค์ขับเคลื่อนสังคมระดับชุมชนที่ใช้มาเป็นเวลานาน ตั้งแต่อดีต การทำงานของ “บวร” ที่มีความเข้มแข็งและมีประสิทธิภาพย่อมนำไปสู่ความสำเร็จในการขับเคลื่อนสังคมได้เป็นอย่างดี

สถาบันหลักที่สำคัญในชุมชน 3 สถาบัน ได้แก่ สถาบันการปกครอง (บ = บ้าน) สถาบันศาสนา (ว = วัด) และสถาบันการศึกษา (ร = โรงเรียน) คำว่า “บวร” จึงเป็นคำย่อโดยการ

นำเอาพยัญชนะต้นของคำว่า บ้าน วัด โรงเรียน มาบัญญัติเป็นคำใหม่ ซึ่งมีองค์ประกอบของ “บวร” ดังนี้ (ธนพรรณ ธานี, 2545 : 6)

1. สถาบันการปกครอง (บ้าน) ซึ่งประกอบด้วย กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน คณะกรรมการหมู่บ้าน อบต. อสม. สาธารณสุขตำบล เกษตรตำบล ภูมิปัญญาท้องถิ่น เป็นต้น รวมทั้งระบบกลไกในการบริหารที่มาจากรัฐในรูปอื่น ๆ ด้วย

2. สถาบันศาสนา (วัด) ประกอบด้วย เจ้าอาวาส พระภิกษุ สามเณร อุบาสก อุบาสิกา และกลุ่มหรือชมรมทางศาสนา ซึ่งในความหมายเชิงกว้างอาจจะหมายรวมถึง องค์กร หรือสถาบันทางศาสนาต่าง ๆ ในชุมชนนั้น ๆ ด้วย

3. สถาบันการศึกษา (โรงเรียน) ประกอบด้วย ครูใหญ่ อาจารย์ใหญ่ ผู้อำนวยการ คณะครู นักวิชาการ และบุคลากรทางการศึกษาอื่น ๆ ทั้งในโรงเรียน วิทยาลัย มหาวิทยาลัย และองค์กรทางการศึกษาอื่น ๆ ด้วย

ดังนั้น ประชาสังคมแบบ “บวร” จึงหมายถึง การนำเอาสถาบันหลักในชุมชนมาเป็นกลไกในการพัฒนาและสร้างชุมชนให้เข้มแข็ง ทำหน้าที่เป็นแกนกลางในการพัฒนา ตัดสินใจแก้ปัญหาตนเอง และชุมชนกำหนดแผนแม่บทชุมชนด้วยการร่วมกันคิด สร้าง และบริหารจัดการชุมชนของคนในท้องถิ่นที่ร่วมกันเป็นเจ้าของ ความผูกพันระหว่างวัดกับชุมชน เป็นทุนทางจิตวิญญาณ (Spiritual Capital) และทุนทางวัฒนธรรม (Cultural Capital) ในสังคมไทยที่มีมาตั้งแต่อดีตจนปัจจุบัน ตั้งแต่เกิดจนตาย ทั้งนี้เพราะลักษณะของชุมชนที่ปรากฏในสังคมไทยมักประกอบด้วย “บ้าน” (ชุมชน ซึ่งเป็นแหล่งรวมของผู้คนและระบบชีวิตที่ก่อให้เกิดกิจกรรมทางสังคมที่หลากหลาย) “วัด” (สถาบันศาสนา ซึ่งเป็นตัวขัดเกลาและบ่มเพาะวัฒนธรรมและศูนย์รวมจิตใจของชุมชน) “โรงเรียน” (สถานศึกษาเป็นตัวแทนความรู้และถ่ายทอดการศึกษาอย่างเป็นระบบ) บ้าน วัด โรงเรียน จึงเป็นทุนมรดกทางสังคมที่มีคู่มานานคู่สังคมไทย สถาบันทั้ง 3 จึงมีความสัมพันธ์ในทางสังคม และเป็นตัวเชื่อมโยงกิจกรรมในชุมชนทั้งมิติทางด้านเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม (http://src.ac.th/web/index.php?option=content&task=view&id=225)

6. แนวคิดเกี่ยวกับบทบาทของผู้สูงอายุ

บทบาทของผู้สูงอายุในปัจจุบันนั้นมีทั้งบทบาทที่ผู้สูงอายุมีต่อครอบครัว และบทบาทที่ผู้สูงอายุมีต่อชุมชนที่ตนเองอาศัยอยู่ ทั้งนี้บทบาทของผู้สูงอายุที่มีต่อครอบครัวในปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงไป อันเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างครอบครัวและวัฒนธรรมบางประการ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวมีส่วนทำให้บทบาทในด้านต่าง ๆ ของผู้สูงอายุลดลงด้วยเช่นกัน ไม่ว่าจะเป็นบทบาทผู้นำครอบครัว บทบาทเชิงเศรษฐกิจ บทบาททางสังคม บทบาทในการเป็นที่ปรึกษา

หรือให้คำปรึกษาแก่บุตรหลานในครอบครัว ส่วนบทบาทที่ผู้สูงอายุมีต่อชุมชนที่ตนอาศัยอยู่นั้น ผู้สูงอายุมักจะมีบทบาทที่ค่อนข้างหลากหลายในชุมชนของตน ทั้งบทบาททางตรงและทางอ้อม โดยครอบคลุมถึงบทบาททางเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม และการเมือง โดยบทบาทที่เด่น ๆ นั้น มักเป็นบทบาททางด้านสังคมในชุมชน เช่น การถ่ายทอดและปฏิบัติพิธีกรรมทางศาสนา การเข้าร่วมในการประกอบพิธีทางศาสนาโดยการทำบุญ ตักบาตร ร่วมงานวัด เป็นผู้นำในการประกอบพิธีทางศาสนาต่าง ๆ การบำรุงและถ่ายทอดความรู้ที่มีคุณค่าให้ตกทอดสู่คนรุ่นหลังต่อไป

ปัญหาในการแสดงบทบาทของผู้สูงอายุนั้น มาจากปัญหาที่สำคัญของตัวผู้สูงอายุเอง นั่นก็คือ ปัญหาด้านสุขภาพ ที่ความเสื่อมถอยทางร่างกายถือเป็นอุปสรรคหลักของการประกอบกิจกรรมต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นกิจวัตรส่วนตัวของตน หรือการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้

6.1 บทบาทของผู้สูงอายุที่มีต่อครอบครัว

กระทรวงสาธารณสุข กรมอนามัย สำนักส่งเสริมสุขภาพ (2548 : 37 – 39) ได้กล่าวถึงการดูแลจิตใจ การยอมรับบทบาท และสถานภาพที่เปลี่ยนแปลงเมื่อมีอายุมากขึ้น กับการดูแลครอบครัวและสังคม ดังนี้

1) ผู้สูงอายุควรอยู่กับลูกหลานอย่างมีศักดิ์ศรี ดังนั้นจึงต้องรู้จักโอนอ่อนผ่อนปรนไปตามความคิดเห็นของผู้ที่ตนอยู่ด้วยตามสมควร ไม่เอาแต่ใจตนเอง หรือจู้จี้จุกจิกมาก สร้างสัมพันธ์ที่ดีกับลูกหลาน โดยเป็นที่ปรึกษา ให้กำลังใจ และให้ความช่วยเหลือตามความเหมาะสม

2) ผู้สูงอายุควรมองชีวิตตนเองในทางที่ดี มีความภาคภูมิใจที่สามารถเป็นที่พึ่งพิงแก่ผู้อ่อนวัย และเป็นผู้มีความดีงามสำหรับเป็นตัวอย่างเตือนใจแก่ลูกหลานตลอดไป

3) ผู้สูงอายุควรยอมรับฟังความคิดเห็นของลูกหลาน รวมทั้งสมาชิกในครอบครัว ซึ่งจะช่วยให้สัมพันธภาพระหว่างสมาชิกในครอบครัวกับผู้สูงอายุเป็นไปในทางที่ดี

4) ผู้สูงอายุควรเป็นที่ปรึกษาแนะนำและให้กำลังใจแก่ลูกหลาน และสมาชิกในครอบครัวเมื่อมีปัญหา ผู้สูงอายุเป็นผู้ที่ผ่านปัญหาและอุปสรรคมานานัปการ ย่อมมีประสบการณ์ที่สามารถนำมาเป็นบทเรียนในการให้คำปรึกษาแนะนำ และให้กำลังใจแก่ลูกหลานได้เป็นอย่างดี การถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์ในอดีตจึงเป็นสิ่งที่มีค่ายิ่ง

5) ผู้สูงอายุควรช่วยเหลือครอบครัวตามความสามารถและความถนัด เช่น ดูแลลูกหลาน ดูแลบ้าน ช่วยทำงานบ้าน

การได้อยู่ร่วมกันอย่างพร้อมหน้าถือว่าเป็นยอดปรารถนาของครอบครัว โดยเฉพาะผู้สูงอายุจะมีความปิติยินดีที่ลูกหลานได้อยู่รวมกัน แสดงความรัก ความสามัคคี และความ

ปรองดองกัน ซึ่งเป็นการแสดงออกถึงความเคารพให้เกียรติซึ่งกันและกัน ทั้งผู้สูงอายุและลูกหลาน โดยจะอยู่ในรูปแบบของการให้การปรึกษา การยอมรับฟังความคิดเห็นซึ่งกันและกัน

6.2 บทบาทของครอบครัวที่มีต่อผู้สูงอายุ

บทบาทของครอบครัวที่มีต่อผู้สูงอายุก็คือ บทบาทในการตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม โดยการให้การดูแลโดยทั่วไปในการดำรงชีวิตประจำวัน เช่น การให้เงิน อาหาร เสื้อผ้า การจ่ายค่ายารักษาโรค และดูแลเมื่อเจ็บป่วยกับผู้สูงอายุที่พึ่งพาตนเองได้และผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะที่ต้องพึ่งพา จนกระทั่งให้การดูแลในด้านอารมณ์จิตใจ โดยการที่บุคคลในครอบครัวได้ปฏิบัติต่อผู้สูงอายุในลักษณะของการให้ความเคารพนับถือ ให้เกียรติ ยกย่อง ให้กำลังใจเพื่อให้ผู้สูงอายุได้เกิดความภาคภูมิใจ

6.3 การปฏิบัติตนของครอบครัวต่อผู้สูงอายุ

กระทรวงสาธารณสุข กรมอนามัย สำนักส่งเสริมสุขภาพ (2547 : 159 – 160) ได้กล่าวถึงการปฏิบัติตนของสมาชิกในครอบครัวต่อผู้สูงอายุ ดังนี้ กล่าวคือผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีประสบการณ์ชีวิตมาก และเป็นผู้มีความรู้ความสามารถในทางใดทางหนึ่งมาก่อน มีพลังสร้างสรรค์สิ่งต่าง ๆ ได้ดี ลูกหลานควรคำนึงถึงคุณค่าและประโยชน์ของผู้สูงอายุ โดยทั่วไปผู้สูงอายุก็มีความยินดีและเต็มใจให้ข้อคิดเห็นต่าง ๆ รวมทั้งให้คำปรึกษาแก่ผู้ที่อ่อนวัยกว่า เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดี สมาชิกในครอบครัวควรปฏิบัติต่อผู้สูงอายุดังต่อไปนี้

1) ช่วยทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองยังมีคุณค่า มีความสำคัญ และมีความหวังในชีวิต เช่น ขอคำแนะนำต่าง ๆ ขอความช่วยเหลือจากผู้สูงอายุ ให้ควบคุมดูแลบ้านเรือน เป็นที่ปรึกษาอบรมเลี้ยงดูลูกหลาน

2) ควรระมัดระวังคำพูด หรือการกระทำที่แสดงออกต่อผู้สูงอายุ เน้นความสำคัญของผู้สูงอายุเป็นอันดับแรก ยกตัวอย่าง เวลารับประทานอาหารเชิญชวนให้รับประทานอาหารก่อนและตักข้าวให้

3) ชวนผู้สูงอายุเล่าเรื่องเหตุการณ์ประทับใจในอดีตของท่านให้ฟัง และรับฟังอย่างตั้งใจจะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่ายังมีคนชื่นชมในบางส่วนของชีวิตของตนอยู่

4) อำนวยความสะดวกให้ผู้สูงอายุปฏิบัติกิจกรรมที่น่าสนใจต่าง ๆ เช่น เมื่อผู้สูงอายุต้องการไปวัดหรือศาสนสถานต่าง ๆ ลูกหลานควรจัดเตรียมข้าวของต่าง ๆ ให้ และจัดการรับส่งหรือเป็นเพื่อน

6.4 บทบาทของชุมชนที่มีต่อผู้สูงอายุ

บทบาทของชุมชนที่มีต่อผู้สูงอายุ คือ การสร้างจิตสำนึกและพัฒนาศักยภาพของคนในชุมชนด้วยการจัดกิจกรรมและบริการสำหรับผู้สูงอายุ โดยดึงเอาบุคคลและทรัพยากรต่าง ๆ ที่มีอยู่ในชุมชนมาใช้ บทบาทของชุมชนที่มีต่อผู้สูงอายุมีหลากหลายบทบาท มีทั้งเครือข่ายทางสังคมอย่างไม่เป็นทางการ อันได้แก่ ครอบครัว เครือญาติ เพื่อน/เพื่อนบ้าน ผู้นำ ชุมชน และนักวิชาชีพส่วนเครือข่ายทางสังคมที่เป็นทางการ เป็นกิจกรรมต่าง ๆ ที่ทำร่วมกันกับองค์กรภายนอกชุมชน โดยผ่านการประสานงานของผู้นำ ได้แก่ ชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์บริการทางสังคมเพื่อผู้สูงอายุ ศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้าน และบริการอื่น ๆ (มาลินี วงษ์สิทธิ์, 2545 : 9 – 11)

7. แนวคิดเกี่ยวกับชมรมผู้สูงอายุ (The Elderly Club)

7.1 ความเป็นมาของชมรมผู้สูงอายุ

การจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุมีวัตถุประสงค์สำคัญเพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสถานที่ในการพบปะสังสรรค์เพื่อทำกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกัน อาทิ กิจกรรมส่งเสริมความรู้ด้านการดูแลสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ การแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ระหว่างผู้สูงอายุด้วยกัน ในระยะแรกกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงานหลักที่มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมความรู้ความเข้าใจ และสนับสนุนแนวคิดในการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุขึ้น โดยส่วนใหญ่จะเป็นการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุขึ้นภายในบริเวณสถานีอนามัย โรงพยาบาลชุมชน หรือโรงพยาบาลทั่วไป

จากสถิติของสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย ในปี พ.ศ.2552 พบว่า มีชมรมผู้สูงอายุที่เป็นเครือข่ายกับสมาคมสภาผู้สูงอายุฯ เพิ่มขึ้น กล่าวคือ ในปี พ.ศ.2551 มีจำนวน 19,475 ชมรม เพิ่มเป็น 21,155 ชมรมในปี พ.ศ.2552 ทั้งนี้ภาคเหนือมีจำนวนชมรมผู้สูงอายุมากที่สุด เท่ากับ 10,029 ชมรม รองลงมา คือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 7,050 ชมรม ภาคกลาง เท่ากับ 2,314 ชมรม และภาคใต้เท่ากับ 1,394 ชมรม ส่วนกรุงเทพมหานครมีจำนวน 368 ชมรม (รายงานประจำปี 2552 ของสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย)

การรวมตัวเป็นชมรมของผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นจาก 19,475 ชมรม เป็น 21,155 ชมรม (เพิ่มขึ้น 1,680 ชมรม) แสดงถึงความต้องการของผู้สูงอายุที่จะยังคงมีกิจกรรมทางสังคม มีความต้องการพบปะเพื่อนฝูง ทำกิจกรรมสาธารณะที่เป็นประโยชน์ โดยการทำกิจกรรมเหล่านี้เกิดขึ้นภายใต้การบริหารจัดการของคณะกรรมการชมรมที่มีประธานสาขาสมาคมสภาผู้สูงอายุฯ เป็นผู้ประสานงานในแต่ละจังหวัด ทั้งนี้ยังมีชมรมผู้สูงอายุที่ยังมิได้อยู่ในเครือข่ายของสภาผู้สูงอายุฯ

เนื่องจากสภาผู้สูงอายุมีข้อบังคับที่จะรับแต่ชมรมผู้สูงอายุที่ตั้งและดำเนินการมาแล้วเป็นหลักฐานไม่น้อยกว่า 1 ปี และมีสมาชิกในชมรมไม่น้อยกว่า 50 คน ทำให้ยังมีชมรมผู้สูงอายุอีกเป็นจำนวนมากที่ยังมิได้สมัครเข้าอยู่ในเครือข่ายของสภาผู้สูงอายุ เพราะยังไม่เข้าใจบทบาทของสภาผู้สูงอายุฯ และจากการที่ชมรมผู้สูงอายุไม่ใช่บุคคลและไม่ใช่นิติบุคคล จึงไม่สามารถทำนิติกรรมได้ตามกฎหมาย แต่สภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยฯ เป็นนิติบุคคลตามกฎหมาย ดังนั้นการเข้ามาอยู่ในเครือข่ายของสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยฯ จะก่อให้เกิดประโยชน์มากกว่า สำหรับวิธีในการเข้ามาอยู่ในเครือข่ายของสภาผู้สูงอายุฯ ทำได้โดยกรุงเทพมหานคร ติดต่อกับสาขาสภาฯ ประจำกลุ่มเขตนั้น ๆ แต่ถ้าอยู่ในต่างจังหวัดสามารถติดต่อกับสาขาสภาประจำจังหวัดนั้น ๆ (บรรลุ ศิริพานิช, 2542 : 186)

7.2 การดำเนินกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ

กิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุมีหลากหลายรูปแบบ ขึ้นอยู่กับความต้องการของแต่ละชมรม สามารถจำแนกเป็นหมวดหมู่ใหญ่ ๆ ได้ดังนี้ (บรรลุ ศิริพานิช, 2542 : 183 – 185)

1) กิจกรรมทางศาสนา ประเพณี วัฒนธรรม ได้แก่ การจัดกิจกรรมตามวันสำคัญทางศาสนา และตามวัฒนธรรมประเพณีนิยมของแต่ละท้องถิ่น มักนิยมกันมากในชมรมผู้สูงอายุในหมู่บ้าน หรือชุมชน เพราะทุกคนสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้

2) กิจกรรมนันทนาการ เป็นการจัดกิจกรรมเพื่อความสนุกสนาน รื่นเริงตามโอกาสและความพอใจของสมาชิก กิจกรรมประเภทนี้มักรวมเอาการร่วมรับประทานอาหารเข้าไปด้วย หลังรับประทานอาหารอาจมีการแสดงเล็ก ๆ น้อย ๆ และร่วมกันร้องเพลงตามอัธยาศัย กิจกรรมชนิดนี้มักนิยมกันมากในชมรมในเมือง หรือชมรมข้าราชการบำนาญ บางชมรมทำทุกเดือน

3) กิจกรรมเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย ได้แก่ การเชิญแพทย์ พยาบาล ผู้รู้ในเรื่องสุขภาพอนามัยมาบรรยายในเรื่องที่สมาชิกสนใจ การตรวจโรคประจำปี ความรู้เรื่องยา ยาสมุนไพร และโภชนาการเพื่อสุขภาพ ฯลฯ

4) กิจกรรมออกกำลังกายเพื่อสุขภาพและกีฬา เป็นกิจกรรมที่ต้องทำต่อเนื่องทุกวันหรือทุกวันเว้นวัน ในเวลาประมาณครึ่งชั่วโมงต่อวันหรือต่อครั้ง กิจกรรมประเภทนี้เป็นประโยชน์ในทางสุขภาพ แต่ชมรมจะต้องจัดสถานที่ที่เหมาะสม มีผู้ดำเนินการที่เหมาะสม

5) กิจกรรมเสริมรายได้ ได้แก่ กิจกรรมที่สมาชิกร่วมกันทำหรือผลิตสิ่งของ แล้วนำไปจำหน่ายเป็นการเสริมรายได้ เหมาะสำหรับชมรมในหมู่บ้านที่สมาชิกต้องการเสริมรายได้ เช่น บางชมรมร่วมกันสานเข่งปลาทู ทำไม้กวาด ทำดอกไม้จันทน์ ฯลฯ แล้วนำไปจำหน่าย

6) กิจกรรมเกี่ยวกับศิลปะต่าง ๆ ที่สมาชิกสนใจ เช่น ศิลปะเกี่ยวกับการวาดรูป การดนตรี การขับร้อง การประพันธ์บทกลอน ฯลฯ เหมาะสำหรับชมรมที่มีสมาชิกที่มีศักยภาพทางศิลปะ และรักทางศิลปะ

7) กิจกรรมท่องเที่ยว เนื่องจากผู้สูงอายุมีเวลาว่างมาก การท่องเที่ยวในสถานที่และโอกาสอันควร โดยไปเป็นหมู่คณะ นอกจากจะก่อให้เกิดประโยชน์เรื่องความรักสามัคคีในหมู่คณะแล้ว ยังได้ความรู้ ความเท่าทันโลกอีกด้วย

8) กิจกรรมการกุศล รวมทั้งสาธารณกุศล ที่ชมรมสามารถจะช่วยได้ และการกุศลที่ทำให้เพื่อนร่วมชมรมที่ถึงแก่กรรมหรือการเยี่ยมไข้เมื่อเพื่อนสมาชิกเจ็บป่วย หรือการเยี่ยมเยียนเพื่อนสมาชิกโชคร้าย เป็นการแสดงถึงความเอื้ออาทรต่อกัน ที่ทำให้เกิดความรักสามัคคีในหมู่คณะได้มาก ทำให้สมาชิกมีความรู้สึกว่าตนไม่โดดเดี่ยว

9) กิจกรรมฌาปนกิจสงเคราะห์ เป็นกิจกรรมที่ให้การสงเคราะห์แก่สมาชิกที่ถึงแก่กรรม กิจกรรมประเภทนี้สมาชิกชมรมมีความนิยมค่อนข้างมาก แต่เป็นเรื่องเกี่ยวกับการเงินและระเบียบทางราชการ ชมรมใดจะดำเนินการกิจกรรมประเภทนี้จะต้องมีความพร้อมในเรื่องคน ความรู้ ความเข้าใจ ความซื่อสัตย์สุจริต

สรุปได้ว่า การรวมกลุ่มของผู้สูงอายุในรูปแบบของชมรมผู้สูงอายุ เป็นการรวมตัวกันที่มีแนวคิดร่วมกัน เพื่อต้องการพัฒนาตนเอง ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน อันจะนำไปสู่การพัฒนาสังคมและประเทศชาติ ทั้งนี้หัวใจสำคัญของการรวมกลุ่มของชมรม คือ การจัดกิจกรรมให้กับผู้สูงอายุได้เข้ามามีส่วนในการทำประโยชน์ให้กับสังคม ได้ช่วยเหลือสังคม เป็นการสร้างจิตสำนึกที่ดีของผู้สูงอายุและสามารถเป็นตัวอย่างที่ดีให้กับสังคมต่อไป

จะเห็นได้ว่า การดำเนินกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุฯ เป็นกุญแจสำคัญในการที่จะพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และยังเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้ใช้ศักยภาพที่มีอยู่เพื่อเป็นประโยชน์ต่อตนเองและผู้อื่น (บรรลุ ศิริพานิช และคณะ, 2539 : คำนำ) อีกทั้งกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุฯ ยังเป็นหัวใจสำคัญของผู้สูงอายุ เนื่องจากการเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมจะทำให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสพบปะสังสรรค์ แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ข้อเสนอแนะต่าง ๆ ที่มีประโยชน์ทั้งทางร่างกายและจิตใจต่อผู้สูงอายุโดยตรง และเป็นประโยชน์ต่อสังคมโดยรวม

ผลการดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุในเครือข่ายสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยฯ จากรายงานผลการวิจัยเรื่อง “คุณลักษณะของชมรมพี่ – ชมรมน้อง และการประเมินการพัฒนาชมรมผู้สูงอายุในหมู่บ้านห่างไกลและหมู่บ้านสร้างเสริมสุขภาพ โดยผู้สูงอายุเป็นแกนนำ” พบว่า ด้านศักยภาพของชมรมผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังไม่มีระเบียบข้อบังคับ แต่ยังมีการประชุมคณะกรรมการเป็นประจำทุกเดือน การจัดกิจกรรมของชมรมส่วนใหญ่เน้นการจัดกิจกรรมทางศาสนา ประเพณี

และกิจกรรมการออกกำลังกายเป็นหลัก ในลักษณะการทำงานของชมรมผู้สูงอายุขึ้นอยู่กับตัวผู้นำในการดำเนินกิจกรรม ด้านประสิทธิภาพของชมรมส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ ความเข้าใจในการทำงาน แต่สมาชิกส่วนใหญ่ก็ยังได้เข้ามามีส่วนร่วมตามกิจกรรมที่ชมรมดำเนินงาน ด้านประสิทธิผลของชมรมพบว่า สมาชิกของชมรมมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกันแบบเครือข่ายเพื่อนบ้าน ตามวัฒนธรรมชนบทที่มีความเอื้ออาทรต่อกัน (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, วรรณลักษณ์ เมียนเกิด และโกวิทย์ พวงงาม, 2547 : 155 – 156) และจากการศึกษาเรื่อง “การบริหารจัดการของชมรมผู้สูงอายุในกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ : โครงการประเมินการพัฒนาผู้สูงอายุในหมู่บ้านห่างไกลและหมู่บ้านสร้างเสริมสุขภาพโดยผู้สูงอายุเป็นแกนนำ ปีที่ 3” พบว่า ในด้านศักยภาพของชมรมส่วนใหญ่มีการดำเนินงานอย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง สามารถจัดกิจกรรม มีการประสานความร่วมมือและเชิญชวนเข้ามาเป็นสมาชิกชมรมอยู่ในระดับมาก ด้านประสิทธิภาพของชมรม มีการดำเนินงานสอดคล้องกับวัตถุประสงค์และเป้าหมายการดำเนินงานทำให้สมาชิกมีความสนใจและกระตือรือร้นในการทำกิจกรรมอยู่ในระดับมาก ด้านประสิทธิภาพของชมรม มีการพัฒนากิจกรรมสอดคล้องกับภาวะสุขภาพของสมาชิกและชุมชนอยู่ในระดับมาก (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, โกวิทย์ พวงงาม และวรรณลักษณ์ เมียนเกิด, 2549 : 115 – 119)

7.3 ชมรมผู้สูงอายุกับการส่งเสริมสุขภาพ

ชมรมผู้สูงอายุมีภารกิจหลัก คือ การส่งเสริมสุขภาพให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่สมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และสติปัญญา โดยด้านร่างกายให้มีร่างกายแข็งแรง ได้รับอาหารดี มีสิ่งแวดล้อมดี มีความปลอดภัย ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ และมีเศรษฐกิจพอเพียง ในด้านจิตวิญญาณ ในด้านสังคม มีครอบครัวอบอุ่น ชุมชนเข้มแข็ง มีสันติภาพ มีความเป็นประชาคม เพื่อสังคมดี เศรษฐกิจ การเมืองดี และให้ผู้สูงอายุมีการเรียนรู้ต่อเนื่อง มีทักษะชีวิต มีอิสรภาพ มีโลกทรรศน์ชีวทรรศน์ถูกต้อง (ประเวศ วะสี อ้างถึงใน ปิยาภรณ์ ศิริภานุมาศ, 2546 : 13)

Kreuter and Devore ได้ให้ความหมายไว้ว่า การส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง กระบวนการสนับสนุนด้านสุขภาพ โดยให้บุคคล ครอบครัว ชุมชน ภาคเอกชน และภาครัฐร่วมมือปฏิบัติเพื่อการมีสุขภาพที่ดี (Edelmen and Mandle, 1994 : 16; quoted in Kreuter and Devore, 1980)

สุรเกียรติ อาชานานุภาพ (2541 : 10) ได้ให้ความหมายไว้ว่า การส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง กระบวนการส่งเสริมให้ประชาชนเพิ่มสมรรถนะในการควบคุมและพัฒนาสุขภาพของตนเอง

บรรลุ ศิริพานิช (2538 : 11 – 45) ได้กล่าวถึง การส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การบริโภคอาหารให้ถูกต้อง การออกกำลังกายให้เพียงพอ การพักผ่อนให้พอเหมาะและเป็นเวลา การได้รับแสงแดดและอากาศที่เหมาะสม การรักษาอนามัยของร่างกายให้สมบูรณ์อยู่เสมอ ได้แก่ การใช้เครื่องแต่งกายให้ถูกต้อง บำรุงรักษาผม ฟัน ฯลฯ

สำนักงานส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย (2540 : 15) ได้กล่าวว่า การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพผู้สูงอายุควรเป็นการออกกำลังกายที่ใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่ทำซ้ำ ๆ กันในท่าเดิมต่อเนื่องกันอย่างน้อย 20 นาที สัปดาห์ละ 3 วัน และการออกกำลังกายในวัยสูงอายุควรปฏิบัติโดยเน้นการออกกำลังกายแบบแอโรบิคเป็นหลัก เพื่อช่วยในการปรับปรุงระบบไหลเวียนโลหิต ตลอดจนช่วยป้องกันการเกิดโรคหัวใจและโรคความดันโลหิตสูง ทำให้การเผาผลาญแคลอรีมากขึ้น ซึ่งส่งผลให้จำนวนไขมันในร่างกายลดลง มีสัดส่วนของร่างกายดีขึ้น อีกทั้งยังช่วยให้คลายความเครียดลงอีกด้วย (วิชิต คนึงสุขเกษม, 2536 : 69) การออกกำลังกายในผู้สูงอายุ ควรเป็นการออกกำลังกายแบบแอโรบิคชนิดเบา ๆ เช่น การเดินเร็ว การวิ่งเหยาะ การรำมวยจีน การขี่จักรยานแบบเที่ยวเล่น การเล่นกีฬาบางชนิดที่ไม่ต้องออกแรงมาก เช่น ปิงปอง ว่ายน้ำ แบดมินตัน (จรัสวรรณ เทียนประภาส และ พัชนี ตันศิริ, 2533 : 156) สำหรับการออกกำลังกายโดยการเดินนั้นเป็นวิธีการออกกำลังกายที่ดีที่สุด และเกิดอันตรายน้อยที่สุดสำหรับผู้สูงอายุ โดยที่เดินติดต่อกันประมาณ 20–30 นาที (เสก อักษรานุเคราะห์, 2525 : 68)

ในปี พ.ศ.2550 กระทรวงสาธารณสุข ได้ติดตามผลการดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุ พบว่า ชมรมผู้สูงอายุร้อยละ 67.41 มีการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง ทั้งในเรื่องการออกกำลังกาย การให้ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพและโภชนาการ เป็นต้น (สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, 2551 : 53 – 54)

7.4 การขอรับงบประมาณสนับสนุนจากภาครัฐในการจัดกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ

กิจกรรมที่ชมรมผู้สูงอายุได้ดำเนินการนั้น เป็นกิจกรรมที่มุ่งพัฒนาตนเอง กลุ่มผู้สูงอายุ และประชาชนกลุ่มอื่นในชุมชน ภายใต้ความรู้ความสามารถของคณะกรรมการของชมรมและสมาชิก โดยมีกิจกรรมที่หลากหลายประเภท และมีงบประมาณสนับสนุนทั้งจากการจัดหาของชมรมและจากการขอรับการสนับสนุนจากแหล่งอื่น ๆ ในส่วนการขอรับการสนับสนุนจากภาครัฐนั้น ปีงบประมาณ 2552 กลุ่มชมรมและองค์กรผู้สูงอายุ ได้ขอรับงบประมาณจากกองทุนผู้สูงอายุเพื่อนำไปจัดทำกิจกรรมในลักษณะโครงการต่าง ๆ ให้กับผู้สูงอายุในชุมชนและชมรมของตน จำนวน 200 โครงการ งบประมาณ 29,001,294 บาท โดยมีประเภทของกิจกรรม ดังนี้

1) การส่งเสริมความรู้ และฝึกอบรมแก่ผู้สูงอายุ ได้แก่ การปลูกพืชผักสมุนไพร สิทธิผู้สูงอายุ การเขียนโครงการเพื่อขอรับทุนสนับสนุนจากกองทุนผู้สูงอายุ การศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาองค์ความรู้ การจัดสวัสดิการชุมชน ด้านอาชีพ ได้แก่ การทำดอกไม้จันทน์ พวงหรีด ดอกไม้แห้ง น้ำมันเหลือง หน่อไม้ดองเปรี้ยว น้ำยาอเนกประสงค์ จักสาน ทำเฟอร์นิเจอร์ไม้ไผ่ แปรอาหารสมุนไพร รวมจำนวน 87 โครงการ

2) การดูแลสุขภาพ ได้แก่ กายบริหารสำหรับผู้สูงอายุ/การออกกำลังกาย การนวดแผนไทย โภชนาการ กีฬาเปตอง การฝึกอบรมสมาธิ ไหว้พระ สวดมนต์ เดินจงกรม วิปัสสนา ยืดหยุ่น ปาถกฐาธรรม บวชชีพราหมณ์ และอบรมพิธีกรรมทางศาสนา รวมจำนวน 58 โครงการ

3) การอนุรักษ์วัฒนธรรมและภูมิปัญญา ได้แก่ ถ่ายทอดดนตรีไทย ศิลปวัฒนธรรมไทย การร้องเพลงพื้นบ้าน (หมอลำกลอน ลำหมู่ สรภัญญะ ยถา) หมอแคน การผลิตและเล่นดนตรีพื้นบ้าน (สะล้อ ขลุ่ย ซึง) การแสดงเซิ้งภูไท ศิลปะต่อสู้รำมวยโบราณ จักสาน (ไม้ไผ่ เสื่อ) ทอผ้า นิทานพื้นบ้าน สมุนไพร และพานบายศรีหมู่สู่ขวัญ รวมจำนวน 28 โครงการ

4) สร้างความเข้มแข็งให้ผู้นำองค์กรผู้สูงอายุ และเครือข่าย ได้แก่ กิจกรรมเชื่อมความสามัคคีในครอบครัวและระหว่างเครือข่าย และการประชุมสัมมนาเพื่อพัฒนาคณะกรรมการ สมาชิก และเครือข่าย รวมจำนวน 10 โครงการ

5) โครงการจัดให้มีสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุในที่สาธารณะ รวมจำนวน 7 โครงการ

6) โครงการอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้านหรือชุมชน รวมจำนวน 4 โครงการ

7) กิจกรรมอื่น ๆ สนับสนุนงบประมาณในการทำกิจกรรมเพื่อผู้สูงอายุในระดับชาติ ได้แก่ การดำเนินการตามมติ กผส. การจัดทำรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย ปี 2551 และงานวันผู้สูงอายุแห่งชาติ ปี 2552 รวมจำนวน 6 โครงการ

8. แนวคิดการดูแลและสวัสดิการผู้สูงอายุ

การดูแลและการจัดสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย ส่วนใหญ่ยังคงเป็นบทบาทหน้าที่ดำเนินการโดยหน่วยงานภาครัฐ นับตั้งแต่พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546 มีผลบังคับใช้ พบว่า มีหน่วยงานภาครัฐและภาคเอกชนจำนวนไม่น้อย ได้เข้ามาร่วมดำเนินการดังกล่าว

การดูแลและสวัสดิการผู้สูงอายุในประเทศไทย มีดังนี้ (ศิริวรรณ อรุณทิพย์ไพฑูรย์ และ เพ็ญศิริ แต่สุวรรณ, 2553 : 68 – 85)

8.1 การดำเนินงานในระดับนโยบายด้านการดูและสวัสดิการผู้สูงอายุ ในส่วนการดำเนินงานของคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ (กผส.) คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ เป็น

คณะกรรมการที่จัดตั้งขึ้นตามมาตรา 4 ของพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546 ทั้งนี้ในปี พ.ศ.2552 ได้มีการผลักดันนโยบายด้านผู้สูงอายุที่สำคัญ คือ 1) การผลักดันการจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุอย่างก้าวหน้า (ยกเว้นผู้สูงอายุที่ได้รับสวัสดิการและสิทธิประโยชน์อื่นใดจากหน่วยงานภาครัฐ) จำนวน 500 บาทต่อเดือน นับตั้งแต่เดือนเมษายน 2552 เป็นต้นมา 2) จัดตั้งคณะอนุกรรมการจัดงานวันผู้สูงอายุแห่งชาติ ปี พ.ศ.2552 3) การขยายสิทธิผู้สูงอายุในเรื่องการช่วยเหลือค่าจัดการศพ สำหรับผู้สูงอายุที่เสียชีวิตทุกราย รายละ 2,000 บาท นับตั้งแต่เดือนสิงหาคม 2552 เป็นต้นมา 4) การดำเนินงานตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545 – 2564) 5) การดำเนินการของคณะอนุกรรมการผลักดันระบบการออมเพื่อวัยสูงอายุแห่งชาติ เพื่อให้มีระบบการออมเพื่อการชราภาพที่มีความครอบคลุมทั่วถึงแรงงานทุกคน และ 6) การเสนอรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2550 ต่อคณะรัฐมนตรี

8.2 การจัดสวัสดิการ หลักประกัน และการช่วยเหลือด้านรายได้สำหรับผู้สูงอายุ การจัดสวัสดิการด้านรายได้สำหรับผู้สูงอายุ มีดังนี้

8.2.1 กองทุนสวัสดิการชุมชนสำหรับผู้สูงอายุ ทั้งนี้รัฐบาลได้มีการจัดการจัดสรรงบประมาณให้ชุมชนในการดำเนินงานด้านการจัดสวัสดิการแก่คนภายในชุมชน ในรูปแบบเงินกองทุนสวัสดิการที่ครอบคลุมตั้งแต่ เกิด แก่ เจ็บ ตาย การดำเนินงานให้เป็นไปตามข้อตกลงหรือกฎระเบียบของแต่ละกองทุนที่มุ่งเน้นการฟื้นฟูระบบการดูแล และการเกื้อหนุนซึ่งกันและกันระหว่างคนภายในชุมชนเดียวกัน และเมื่อเดือนมกราคม 2551 รัฐบาลได้ให้การสนับสนุนงบประมาณแก่กองทุนสวัสดิการชุมชนในหลักการ 1 : 1 : 1 (ชุมชน : องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น : รัฐบาล)

8.2.2 เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ การจ่ายเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ เป็นภารกิจที่ได้มีการถ่ายโอนจากกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ให้กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย รับไปดำเนินการตั้งแต่ปี พ.ศ.2545 โดยเทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบล ทำหน้าที่หลักในการจัดทำทะเบียน ตรวจสอบคุณสมบัติผู้สูงอายุ และจ่ายเบี้ยยังชีพให้แก่ผู้สูงอายุ ซึ่งเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุเป็นเงินช่วยเหลือเพื่อการยังชีพ จำนวนคนละ 500 บาท ต่อ 1 เดือน โดยเป็นผู้สูงอายุที่มีฐานะยากจน ถูกทอดทิ้ง หรือขาดผู้ดูแล

ต่อมาในปี พ.ศ.2552 รัฐบาลไทยได้ริเริ่มนโยบายสร้างหลักประกันด้านรายได้ให้แก่ผู้สูงอายุ ซึ่งได้เริ่มดำเนินการตั้งแต่เดือนเมษายน 2552 โดยครอบคลุมผู้สูงอายุที่ไม่มีหลักประกันทางด้านรายได้จากรัฐบาล ซึ่งได้จัดสรรเบี้ยยังชีพแก่ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มาแสดงความจำนงขอขึ้นทะเบียนเพื่อขอรับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ

ดังนั้น ในเดือนเมษายน พ.ศ.2552 ประเทศไทยจึงได้ดำเนินการจ่ายเบี้ยยังชีพให้แก่ผู้สูงอายุอย่างถ้วนหน้า คนละ 500 บาทต่อเดือน ส่งผลให้จากเดิมที่มีผู้สูงอายุที่ได้รับเบี้ยยังชีพในปี พ.ศ.2552 จำนวน 1,828,456 คน คิดเป็นงบประมาณ 10,976,000 บาท ได้เพิ่มเป็นจำนวน 5,652,893 บาท ที่ได้รับเบี้ยยังชีพหรือคิดเป็นประมาณกว่าร้อยละ 80 ของจำนวนผู้สูงอายุทั่วประเทศไทย

8.2.3 กองทุนผู้สูงอายุ จัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546 มีวัตถุประสงค์เพื่อให้เป็นกองทุนค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการคุ้มครอง ส่งเสริม และสนับสนุนผู้สูงอายุ โดยดำเนินงานในปีแรก คือ พ.ศ.2548 ในปี 2552 รัฐบาลได้ดำเนินการขยายวงเงินการกู้ยืมรายบุคคลจาก 15,000 บาทต่อราย เป็น 30,000 บาทต่อราย

8.2.4 การให้เงินช่วยเหลือแก่ผู้สูงอายุที่ด้อยโอกาสและประสบปัญหาเดือดร้อน โดยดำเนินการภายใต้ประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จำนวน 2 ฉบับ ได้แก่

- ประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่อง กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการคุ้มครอง การส่งเสริม และการสนับสนุนช่วยเหลือผู้สูงอายุ ซึ่งได้รับอันตรายจากการถูกทารุณกรรมหรือถูกแสวงหาประโยชน์โดยมิชอบด้วยกฎหมายหรือถูกทอดทิ้ง และการให้คำปรึกษาดำเนินการอื่นที่เกี่ยวข้องในการแก้ไขปัญหาครอบครัว

- ประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่อง กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการคุ้มครอง การส่งเสริม และการสนับสนุนการจัดที่พักอาศัย อาหาร และเครื่องนุ่งห่มให้ผู้สูงอายุตามความจำเป็นอย่างทั่วถึง

การให้ความช่วยเหลือแก่ผู้สูงอายุภายใต้ 2 ประกาศดังกล่าว เป็นการให้ความช่วยเหลือเป็นเงินสงเคราะห์หรือที่พักอาศัยแก่ผู้สูงอายุในพื้นที่ 76 จังหวัดทั่วประเทศ

8.2.5 การให้ความช่วยเหลือเป็นค่าจัดการศพแก่ผู้สูงอายุที่เสียชีวิต เดิมเป็นการให้ความช่วยเหลือเงินค่าจัดการศพแก่ผู้สูงอายุยากจนที่เสียชีวิต ตามประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่อง กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไข การคุ้มครอง ส่งเสริม และสนับสนุนผู้สูงอายุในการสงเคราะห์ในการจัดการศพตามประเพณี รายละ 2,000 บาท ต่อมาในปี พ.ศ.2552 คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ ที่มีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน ได้ขยายสิทธิการให้ความช่วยเหลือในการจัดการศพตามประเพณีสำหรับผู้สูงอายุทุกรายที่เสียชีวิต เป็นจำนวนเงินรายละ 2,000 บาท ตั้งแต่เดือนสิงหาคม 2552 เป็นต้นมา เป็นการให้ความช่วยเหลือผ่านบุตรญาติพี่น้องหรือสมาชิกในครอบครัว

8.3 การดูแลสุขภาพและสังคมของผู้สูงอายุที่บ้านและชุมชน

8.3.1 การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน (Home Health Care) เริ่มในปี พ.ศ.2548 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้ดำเนินการให้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้านที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังให้มีสุขภาพดี และมีคุณภาพชีวิตที่ดีมีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมให้มีระบบบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวโดยชุมชนและท้องถิ่น ต่อมาในปี พ.ศ.2552 กรมอนามัย ได้ดำเนินการคัดเลือกตำบลต้นแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน จำนวน 12 แห่ง ให้มีการจัดกิจกรรม/โครงการที่เหมาะสมกับกลุ่มผู้สูงอายุ อาทิ กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเฉพาะโรค กิจกรรมดูแลผู้สูงอายุที่บ้านโดยอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ ทั้งนี้ครอบคลุมการดูแลผู้สูงอายุ 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้ กลุ่มผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง และกลุ่มผู้สูงอายุที่ป่วยและช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิการ/ทุพพลภาพ (ติดเตียง)

8.3.2 วัดส่งเสริมสุขภาพ สังคมไทยมีวัดเป็นศูนย์รวมทางจิตใจ และเป็นทุนทางสังคมของคนในชุมชน โดยมีพระสงฆ์เป็นผู้นำทางจิตวิญญาณ เป็นที่ยึดเหนี่ยวและศรัทธาที่สำคัญของคนในแต่ละชุมชน ผู้สูงอายุเป็นประชากรส่วนใหญ่ในชุมชนที่มีการเข้าวัดเพื่อปฏิบัติกิจทางศาสนาด้วยการทำบุญ ฟังเทศน์ ฟังธรรม ปฏิบัติธรรม หรือเจริญสมาธิอย่างสม่ำเสมอ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข จึงได้ริเริ่มแนวคิด “วัดส่งเสริมสุขภาพ” ขึ้น เพื่อให้วัดมีส่วนร่วมในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ทั้งทางด้านสุขภาพ สิ่งแวดล้อม ศิลปวัฒนธรรม โดยกำหนดเงื่อนไขของการดำเนินงานเป็น 5 ร. ประกอบด้วย สะอาดร่มรื่น สงบร่มเย็น สุขภาพร่วมสร้าง ศิลปะร่วมจิต (วิญญาณ) และชาวประชาร่วมพัฒนา

กรมอนามัย ได้ดำเนินการด้านการส่งเสริมสนับสนุนและติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานโครงการวัดส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่เริ่มโครงการในปี พ.ศ.2546 จนกระทั่งถึงปี พ.ศ.2552 โดยได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดีจากพระสงฆ์ ผู้นำฝ่ายบรรพชิต กรรมการวัด รวมทั้งผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชน อาทิ ผู้สูงอายุ และประชาชนในชุมชน เจ้าหน้าที่จากหน่วยงานด้านสาธารณสุข และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ฯลฯ ขณะเดียวกันได้จัดการสัมมนาและการศึกษาดูงานเครือข่ายพระสงฆ์ เพื่อการส่งเสริมสุขภาพ และเพื่อถวายความรู้เรื่องการส่งเสริมสุขภาพแก่พระสงฆ์ด้วย และได้มีวัดที่ผ่านเกณฑ์ประเมินเป็นวัดส่งเสริมสุขภาพดีเด่น จำนวน 540 วัด และผ่านเกณฑ์ประเมินขั้นพื้นฐานของวัดส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 1,446 วัด รวมทั้งสิ้น 1,986 วัด

8.3.3 การดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชน สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ได้เริ่มดำเนินโครงการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ตั้งแต่ปี พ.ศ.2550 มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาองค์ความรู้ และแนวทางในการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุ รวมทั้งจัดให้มีสื่อ

หรืออุปกรณ์สำหรับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ เพื่อป้องกันปัญหาภาวะซึมเศร้า ลดความรู้สึกเหงา โดดเดี่ยว และช่วยชะลอความเสื่อมของสมองของผู้สูงอายุ

ในปี พ.ศ.2550 ดำเนินโครงการในพื้นที่นำร่อง คือ จังหวัดสุราษฎร์ธานี เพื่อส่งเสริมให้ร่วมดำเนินการกับหน่วยงานในพื้นที่ อาทิ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลตำบล ชมรมผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุข อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ เป็นต้น มีการจัดกิจกรรมที่สำคัญ ได้แก่ การจัดทำฐานข้อมูลผู้สูงอายุในพื้นที่นำร่อง การประชุมเชิงปฏิบัติการ และการฝึกอบรมบุคลากรที่เกี่ยวข้องในชุมชนให้มีความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุ เป็นต้น

8.3.4 การดูแลที่บ้านสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพา เป็นกิจกรรมใหม่ที่กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ เริ่มดำเนินการนำร่องในพื้นที่ 12 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดลำปาง ขอนแก่น สงขลา ปทุมธานี เชียงใหม่ ตรัง สมุทรปราการ พิษณุโลก นครราชสีมา ลพบุรี นครศรีธรรมราช และอุบลราชธานี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้กลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพามีความเปราะบางทางด้านสุขภาพและสังคม หรืออยู่ในภาวะพิการ ทุพพลภาพ ได้รับการบริการดูแลที่บ้านอย่างเหมาะสม โดยมีการจัดการอบรมเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจ และการฝึกให้มีทักษะเฉพาะในการทำหน้าที่ดูแลให้แก่ผู้ที่เป็นสมาชิกครอบครัวและบุคคลทั่วไปในชุมชน ที่มีความสนใจจะเข้ามามีส่วนร่วมทำหน้าที่ให้การดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา ในการดำเนินงานได้มีการประสานความร่วมมือกับทุกภาคส่วนภายในชุมชน โดยเฉพาะเทศบาลหรือองค์การบริหารส่วนตำบล สถานีอนามัย วัด ชมรมผู้สูงอายุ และอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ ในการคัดกรองผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพาและให้การสนับสนุนงบประมาณ ในการอบรมความรู้และทักษะการดูแลผู้สูงอายุ การจัดกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน การจัดหาอุปกรณ์กายภาพบำบัดพื้นฐาน การให้ความช่วยเหลือเป็นเงินแก่ผู้สูงอายุรายละ 2,000 บาทต่อเดือน รวมทั้งให้ความช่วยเหลือด้านสวัสดิการอื่น ๆ ตามสภาพปัญหาและความจำเป็นของผู้สูงอายุแต่ละราย

8.4 การส่งเสริมอาสาสมัครให้การดูแลผู้สูงอายุที่บ้านและชุมชน

8.4.1 อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (อสผ.) กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ โดยสำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ ได้ริเริ่มดำเนินโครงการอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ตั้งแต่ปี พ.ศ.2545 มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างและขยายระบบการดูแล และการคุ้มครองพิทักษ์สิทธิผู้สูงอายุ และมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้สูงอายุโดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ขาดผู้ดูแลและประสบปัญหาทางสังคม ได้รับการดูแลโดยอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุอย่างทั่วถึง และสามารถเข้าถึงบริการของรัฐ ขณะเดียวกันก็ยังคงใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับครอบครัวในชุมชนของตนเองได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี ตั้งแต่ปี พ.ศ.2550 คณะรัฐมนตรีได้มีมติเห็นชอบให้ขยายผลการดำเนินโครงการอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้านให้ครอบคลุมพื้นที่ทั่วประเทศ ภายในปี พ.ศ.2556

8.4.2 อาสาสมัคร “เพื่อนช่วยเพื่อน” สมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยฯ ได้ดำเนินโครงการ “เพื่อนช่วยเพื่อน” โดยมีวัตถุประสงค์ให้ผู้สูงอายุที่ยังคงมีศักยภาพทำหน้าที่เป็นอาสาสมัครไปเยี่ยมดูแล ช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและสามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้อย่างปกติ

8.5 การมีส่วนร่วมกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ ศูนย์อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุในชุมชน สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ ได้ริเริ่มดำเนินโครงการศูนย์อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุในชุมชนในลักษณะของโครงการนำร่องในพื้นที่ 7 จังหวัด ได้แก่ เชียงใหม่ พิษณุโลก ขอนแก่น สกลนคร พัทลุง ชลบุรี และเพชรบุรี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ศูนย์อเนกประสงค์เป็นสถานที่หรือศูนย์กลางสำหรับจัดกิจกรรมต่าง ๆ อย่างหลากหลายสำหรับผู้สูงอายุและบุคคลทุกวัยภายในชุมชน มีการบริหารจัดการศูนย์ฯ มุ่งเน้นให้มีการจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมและขยายโอกาสให้ผู้สูงอายุได้รับความรู้ และได้รับการพัฒนาทักษะด้านต่าง ๆ มีการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเข้ามามีส่วนร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ภายในชุมชน โดยกิจกรรมต่าง ๆ เหล่านี้จะเป็นเครื่องมือในการช่วยให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสในการพัฒนาตนเองทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และภูมิปัญญา ศูนย์อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุในชุมชนที่มีการจัดตั้งขึ้นสามารถเอื้อประโยชน์ให้แก่ผู้สูงอายุในแต่ละชุมชนในการเข้ามาทำกิจกรรมร่วมกันในระหว่างเวลากลางวันได้ชุมชนและประมาณ 800 – 1,000 คน กิจกรรมต่าง ๆ ที่ได้มีการดำเนินการโดยศูนย์อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุ ประกอบด้วย กิจกรรมให้ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพ การออกกำลังกาย และโภชนาการ กิจกรรมส่งเสริมเสริมทักษะการประกอบอาชีพ การถ่ายทอดความรู้และภูมิปัญญาผู้สูงอายุ กิจกรรมบันเทิงและนันทนาการระหว่างคนทุกวัย กิจกรรมทางศาสนา วัฒนธรรมและประเพณี ตลอดจนกิจกรรมบำเพ็ญประโยชน์แก่สาธารณะของผู้สูงอายุ เป็นต้น

8.6 การส่งเสริมให้มีการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ โดยความร่วมมือกับคณะสถาปัตยกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จำนวน 2 ตำบล ได้แก่ เทศบาลตำบลแม่เหียะ อำเภอเมือง และเทศบาลตำบลหนองตอง พัฒนา อำเภอหางดง จัดทำโครงการพัฒนารูปแบบการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน โดยจัดทำสื่อเพื่อการเผยแพร่และประชาสัมพันธ์เรื่องบ้านและชุมชนสำหรับผู้สูงอายุในชนบทภาคเหนือ ประกอบด้วยแนวคิดและบทเรียนที่เกี่ยวข้องกับการออกแบบและแนวปฏิบัติการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมและปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ และมีการเผยแพร่สื่อดังกล่าวให้แก่หน่วยงานในชุมชนที่เกี่ยวข้อง

ในปี พ.ศ.2552 สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ ได้จัดโครงการค่ายความสัมพันธ์คนสองวัย (ผู้สูงอายุและเยาวชน) ณ เทศบาลตำบลหนองตองพัฒนา จังหวัดเชียงใหม่ เพื่อให้เห็นความสำคัญและความจำเป็นของการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม และเป็นมิตรกับผู้สูงอายุ

นอกจากนี้กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ ได้ดำเนินการส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาที่อยู่อาศัยให้แก่ผู้สูงอายุ เป็นการระดมความร่วมมือจากชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับพื้นที่ อาทิ เทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบล สถาบันการศึกษา (วิทยาลัยอาชีวศึกษา ฯลฯ รวมทั้งภาคประชาชนให้มีส่วนร่วมในการระดมทรัพยากรต่าง ๆ เพื่อสนับสนุนการพัฒนาและปรับปรุงที่อยู่อาศัยให้แก่ผู้สูงอายุ โดยให้ความสำคัญในเรื่องของการสร้างความมั่นคง แข็งแรงของที่พักอาศัยให้มีความปลอดภัย ขณะเดียวกันจัดให้มีสิ่งอำนวยความสะดวกสอดคล้องเหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุในที่สาธารณะ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถใช้ประโยชน์ได้ โดยการใช้สถานที่ดังกล่าวทำกิจกรรมร่วมกันภายในชุมชน มีการสนับสนุนงบประมาณเป็นค่าวัสดุก่อสร้างในการปรับปรุง แก้ไข หรือซ่อมแซมบ้านให้แก่ผู้สูงอายุ วงเงินหลังละไม่เกิน 10,000 บาท และสนับสนุนงบประมาณสำหรับการซ่อมแซมสถานที่สาธารณประโยชน์ในชุมชนหรือสถานที่สำหรับจัดกิจกรรมผู้สูงอายุ

8.7 การดูแลผู้สูงอายุในสถาบัน กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ ได้ดำเนินการจัดตั้งศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อให้บริการช่วยเหลือผู้สูงอายุในลักษณะสถานสงเคราะห์แก่ผู้สูงอายุที่ขาดที่พึ่ง ถูกทอดทิ้ง ไม่มีผู้ดูแล หรือไม่สามารถใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับครอบครัวของตนเองได้ และได้เปลี่ยนชื่อจาก “สถานสงเคราะห์” เป็น “ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุ” ปัจจุบันมีจำนวน 12 แห่ง ในทุกภาคทั่วประเทศ ได้แก่ ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ ดังต่อไปนี้ 1) บ้านบางแค กรุงเทพมหานคร 2) บ้านบางละมุง จังหวัดชลบุรี 3) บ้านธรรมปกรณ์ จังหวัดเชียงใหม่ 4) บ้านทักษิณ จังหวัดยะลา 5) บ้านวาสนะเวสม์ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา 6) บ้านภูเก็ต จังหวัดภูเก็ต 7) บ้านบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์ 8) ปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี 9) ลำปาง จังหวัดลำปาง 10) นครพนม จังหวัดนครพนม 11) สงขลา จังหวัดสงขลา และ 12) ขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น

นอกจากนี้กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น ได้ดำเนินการ “สถานสงเคราะห์คนชรา” จำนวน 13 แห่ง ซึ่งถ่ายโอนมาจากกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ตั้งแต่ปี พ.ศ.2545 สถานสงเคราะห์คนชราทั้ง 13 แห่ง ประกอบด้วย สถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค 2 กรุงเทพมหานคร สถานสงเคราะห์คนชราเฉลิมราชกุมารี หลวงพ่อลำไยจังหวัดกาญจนบุรี สถานสงเคราะห์คนชราเฉลิมราชกุมารี หลวงพ่อเปิ่นอุปถัมภ์ จังหวัดนครปฐม สถานสงเคราะห์คนชราบ้านเขาบ่อแก้ว จังหวัดนครสวรรค์ สถานสงเคราะห์คนชราบ้านลพบุรี จังหวัด

ลพบุรี สถานสงเคราะห์คนชราบ้านจันทบุรี จังหวัดจันทบุรี สถานสงเคราะห์คนชราบ้านวัยทอง นิเวศน์ จังหวัดเชียงใหม่ สถานสงเคราะห์คนชราบ้านธรรมปกรณ์ (วัดม่วง) จังหวัดนครราชสีมา สถานสงเคราะห์คนชราบ้านธรรมปกรณ์ (โพธิ์กลาง) จังหวัดนครราชสีมา สถานสงเคราะห์คนชราบ้านคนชราบ้านมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม สถานสงเคราะห์คนชราบ้านศรีตรัง จังหวัดตรัง สถานสงเคราะห์คนชราอู่ทอง – พนังตัก จังหวัดชุมพร

สถานสงเคราะห์ทั้งหมดนี้อยู่ภายใต้ความดูแลขององค์การบริหารส่วนจังหวัดในแต่ละจังหวัดที่สถานสงเคราะห์คนชรานั้นตั้งอยู่ ให้ความอุปการะดูแลผู้สูงอายุที่ด้อยโอกาส ยากจน ขาดผู้ดูแลหรือขาดที่พึ่งพิง ด้วยการให้ที่พักอาศัยควบคู่ไปกับการจัดบริการด้านสวัสดิการสังคมอื่น ๆ เช่น การดูแลด้านสุขภาพ การฟื้นฟูบำบัด บริการสังคมสงเคราะห์ การจัดกิจกรรมนันทนาการ ศาสนกิจ การส่งเสริมการเรียนรู้ และการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ

8.8 การดูแลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในกระบวนการยุติธรรม กรมราชทัณฑ์ ได้ดำเนินการเพื่อการส่งเสริมคุณภาพชีวิตและพัฒนาผู้สูงอายุ โดยจัดโครงการสำหรับผู้ต้องขังสูงอายุ ได้แก่ โครงการสวัสดิการผู้ต้องขัง โครงการพัฒนาความรู้ในการดำเนินชีวิตแก่ผู้ต้องขังสูงอายุ และโครงการส่งเสริมคุณภาพชีวิตและจิตใจผู้ต้องขังผู้สูงอายุ เพื่อเฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ซึ่งเป็นโครงการที่มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

9. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับการดูแลผู้สูงอายุ

9.1 บทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการดูแลผู้สูงอายุ (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2551 : 112 – 120)

บทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุ ได้เริ่มต้นอย่างเป็นทางการเมื่อรัฐบาลได้จัดตั้งกองทุนส่งเสริมสวัสดิการผู้สูงอายุในชุมชน (เบี้ยยังชีพ) พ.ศ. 2536 เพื่อให้เงินช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีฐานะยากจน เดือนละ 200 บาท โดยลักษณะการทำงานเป็นการให้โอกาสแก่ท้องถิ่นได้มีบทบาทร่วมในการพิจารณาคัดเลือกผู้สูงอายุผ่านศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้าน

บทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นชัดเจนขึ้นเมื่อรัฐธรรมนูญ พ.ศ.2540 มาตรา 78 กำหนดว่า “รัฐจะต้องกระจายอำนาจให้ท้องถิ่นพึ่งตนเอง ระบบสาธารณูปโภคและสาธารณูปการตลอดจนโครงสร้างพื้นฐานสารสนเทศในท้องถิ่นให้ทั่วถึงและเท่าเทียมกันทั่วประเทศ รวมทั้งการพัฒนาจังหวัดที่มีความพร้อมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นขนาดใหญ่ โดยคำนึงถึงเจตนารมณ์ของประชาชนจังหวัดนั้น” จากข้อบัญญัติดังกล่าวนับเป็นจุดเปลี่ยนสำคัญของท้องถิ่นที่จะต้องมี

บทบาทดูแลทุกข์สุขของประชาชนของตน ปัจจุบันมีองค์ปกครองส่วนท้องถิ่นทั่วประเทศ จำนวน 7,853 แห่ง (กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น, 30 กันยายน 2550)

9.2 การจัดบริการและการดูแลผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

การจัดบริการสาธารณะและการดูแลผู้สูงอายุนั้น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้กำหนดแผนงานจัดสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ 4 แผนงาน ได้แก่

1) แผนงานให้บริการด้านสุขภาพอนามัย

2) แผนงานส่งเสริมการอยู่ร่วมกันและการสร้างความเข้มแข็งด้านองค์กรผู้สูงอายุและคนพิการ

3) แผนงานส่งเสริมอาชีพหรือรายได้ของผู้สูงอายุและคนพิการ

4) การจัดให้มีอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุและคนพิการ

ในส่วนของการปฏิบัติตามแผนนั้น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจำนวนมากมิได้ดำเนินงานให้บริการแก่ผู้สูงอายุโดยตรง แต่ได้สนับสนุนงบประมาณแก่กลุ่ม หน่วยงานและองค์กรในชุมชน ให้มีการจัดบริการแก่ผู้สูงอายุ เช่น การสนับสนุนงบประมาณให้สถานีอนามัยและโรงพยาบาลให้การรักษาแก่ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย การสงเคราะห์ผู้สูงอายุยากไร้เป็นรายบุคคล โดยจ่ายเป็นเงินยังชีพเพิ่มเติมจากงบประมาณของส่วนกลาง การมอบสิ่งของอุปโภคบริโภค การซ่อมแซมที่อยู่อาศัย การส่งเสริมการออกกำลังกายโดยสนับสนุนงบประมาณ จัดหาครูฝึก จัดหาเครื่องเสียง การอำนวยความสะดวกให้ใช้สถานที่ของหน่วยงานในการจัดกิจกรรมต่าง ๆ บางแห่งได้จัดให้ผู้สูงอายุไปทัศนศึกษา และที่เริ่มดำเนินการตามมติคณะรัฐมนตรีร่วมกับกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ คือ การจัดให้มีอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2551 : 115)

9.3 การกำหนดมาตรฐานการสงเคราะห์ผู้สูงอายุ

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้ตระหนักและให้ความสำคัญกับการจัดสวัสดิการและการสงเคราะห์ผู้สูงอายุให้มีคุณภาพและเป็นมาตรฐานเดียวกัน จึงได้จัดทำมาตรฐานการสงเคราะห์ผู้สูงอายุขึ้น เมื่อ พ.ศ.2548 มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์บทบาทหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามกฎหมายกำหนด เพื่อให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีกรอบมาตรฐานตัวชี้วัดขั้นพื้นฐาน และตัวชี้วัดขั้นพัฒนาในการจัดบริการด้านการสงเคราะห์ผู้สูงอายุตามหลักวิชาการอย่างเหมาะสม และเพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติสำหรับบุคลากรในการให้บริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ

มาตรฐานการสงเคราะห์ผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ประกอบด้วย มาตรฐาน 6 ประการ (กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น, ม.ป.ป. : 29 – 33) ได้แก่

1) มาตรฐานด้านสุขภาพและการรักษาพยาบาล ประกอบด้วย การจัดตั้งศูนย์บริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุ บริการตรวจสุขภาพที่บ้าน บริการให้ความรู้ แนะนำการดูแลสุขภาพให้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุ บริการตรวจสุขภาพประจำปี บริการให้คำแนะนำเกี่ยวกับสุขภาพและโรคภัยไข้เจ็บเป็นรายบุคคล ออกบัตรประจำตัวผู้สูงอายุเพื่อให้การรักษาฟรีที่โรงพยาบาล การให้บริการทางการแพทย์และการสาธารณสุข โดยให้ความสะดวกและรวดเร็วแก่ผู้สูงอายุเป็นกรณีพิเศษ บริการช่วยเหลือค่ารักษาพยาบาล การประกันสุขภาพ บริการด้านกายภาพบำบัด

2) มาตรฐานด้านรายได้ ประกอบด้วย จัดสวัสดิการด้านรายได้แก่ผู้สูงอายุที่ยากจนไม่มีแหล่งที่พึ่งพิง ส่งเสริมการจัดตั้งกองทุนส่งเสริมการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุในชุมชน การช่วยเหลือค่าครองชีพชีวิตประจำวัน จ่ายเบี้ยยังชีพแก่ผู้สูงอายุ การช่วยเหลือด้านค่าโดยสารยานพาหนะตามความเหมาะสม กองทุนสำรองเลี้ยงชีพ เป็นต้น การให้ส่วนลดในรายการต่าง ๆ เช่น ค่าซื้อยา ค่าทันตกรรม การให้ทุนประกอบอาชีพที่เหมาะสม

3) มาตรฐานด้านที่พักอาศัย ประกอบด้วย การจัดบ้านพักคนชราสำหรับผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาต้องแยกตัวออกจากครอบครัว หรือญาติ หรือเป็นผู้ที่มีรายได้น้อย การจัดสถานพยาบาล การจัดบ้านพักคนชราที่ต้องเสียค่าบริการส่วนหนึ่ง การให้บริการครอบครัวอุปการะ

4) มาตรฐานด้านนันทนาการ ประกอบด้วย การจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ สโมสรผู้สูงอายุ บริการนันทนาการในวันนักขัตฤกษ์ การจัดกิจกรรมร่วมกับเยาวชน การจัดทัศนศึกษา

5) มาตรฐานด้านความมั่นคงทางสังคม ครอบครัว ผู้ดูแล และการคุ้มครอง

6) มาตรฐานการสร้างบริการทางสังคม และเครือข่ายการเกื้อหนุน ประกอบด้วย การให้บริการที่ส่งเสริมการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องแก่ผู้สูงอายุ การส่งเสริมการเข้าถึงข้อมูลและบริการทางสังคม การสงเคราะห์การจัดงานศพตามประเพณี การจัดตั้งศูนย์บริการทางสังคมผู้สูงอายุ บริการด้านศาสนกิจ ลดหย่อนภาษีแก่บุตรที่อุปการะเลี้ยงดูผู้สูงอายุที่ไม่มีรายได้ บริการทางด้านกฎหมายแก่ผู้สูงอายุ

ในหลักปฏิบัติให้เป็นไปตามมาตรฐานนั้น ๆ โดยได้กำหนดตัวชี้วัด 2 ระดับ คือ ตัวชี้วัดขั้นพื้นฐาน (Primary Indicators) เป็นตัวชี้วัดที่มีความสำคัญและเป็นภารกิจที่ตอบสนองความจำเป็นพื้นฐานในการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ โดยกำหนดให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้องจัดบริการ หรือให้การสงเคราะห์ผู้สูงอายุ และตัวชี้วัดขั้นพัฒนา (Performance Indicators) เป็น

ตัวชี้วัดที่มีความสำคัญและเป็นภารกิจที่มีการพัฒนายกระดับการให้บริการหรือสวัสดิการสูงขึ้น หรือก้าวหน้ามากกว่ามาตรฐานตัวชี้วัดขั้นพื้นฐาน ทั้งนี้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอาจจะกระทำหรือเลือกทำตามศักยภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนั้น ๆ

ในปี 2550 ได้มีการทบทวนมาตรฐานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และได้ดำเนินการกำหนดมาตรฐานขั้นต่ำของบริการสาธารณะขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อแบ่งปันความรับผิดชอบจากรัฐบาลกลางไปให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้มีส่วนร่วมในการปกครองตนเอง และเพื่อให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้ใช้ทรัพยากรที่ได้รับจากการจัดสรรจากรัฐในการดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพ คุ้มค่าต่อการลงทุน และมีมาตรฐานไม่ต่ำกว่าการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ การกำหนดมาตรฐานขั้นต่ำนี้นับว่าเป็นการยกมาตรฐานการให้บริการแก่ผู้สูงอายุให้สูงขึ้น และจะเป็นกรอบการจัดบริการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้เป็นอย่างดี (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2551 : 115 – 118)

9.4 รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแนวใหม่โดยท้องถิ่น

การจัดบริการและการดูแลผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีนั้น การมีส่วนร่วมของประชาชน ชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นเรื่องสำคัญที่ทุกฝ่ายจะต้องให้ความร่วมมือ ประชาชนและผู้สูงอายุต้องเป็นฝ่ายสะท้อนสภาพปัญหาและความต้องการของตน ชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้องเป็นฝ่ายสนับสนุนให้เกิดการแก้ไขปัญหา การจัดบริการและการดำเนินงานต่าง ๆ ที่มุ่งเสริมสร้างคุณภาพชีวิตดังกล่าว บทบาทของชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้ทวีความสำคัญมากขึ้น เนื่องจากชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีปัจจัยความพร้อมในเรื่องทรัพยากร และทุนทางสังคมมากมาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งงบประมาณสนับสนุนจากภาครัฐที่นับว่ามีเพิ่มมากขึ้นในทุก ๆ ปี ดังนั้นการพัฒนาบทบาทของตนเองให้สามารถทั้งสร้างการมีส่วนร่วมจากทุกฝ่าย และนำตนเองเข้าไปมีส่วนร่วมในฐานะหัวหน้าทีม หรือผู้นำ สนับสนุนการจัดบริการและดูแลผู้สูงอายุในชุมชน จึงเป็นสิ่งที่เหมาะสมอย่างยิ่ง

แนวคิดดังกล่าวนี้มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 7 แห่ง ได้สมัครใจเข้าร่วมการทดลองรูปแบบการจัดสวัสดิการสังคมดังกล่าว ดังนี้ 1) เทศบาลเมืองสกลนคร จังหวัดสกลนคร 2) เทศบาลตำบลบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก 3) เทศบาลตำบลแม่เหียะ จังหวัดเชียงใหม่ 4) องค์การบริหารส่วนตำบลเขาสวนกวาง จังหวัดขอนแก่น 5) องค์การบริหารส่วนตำบลสามพระยา จังหวัดเพชรบุรี 6) องค์การบริหารส่วนตำบลหนองเหียง จังหวัดชลบุรี 7) เทศบาลตำบลเขาชัยสน จังหวัดพัทลุง ปรากฏว่ามีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่สามารถจัดตั้งศูนย์อเนกประสงค์และเปิดอย่างเป็นทางการเรียบร้อยแล้ว 3 แห่ง ได้แก่ เทศบาลสกลนคร องค์การบริหารส่วนตำบลเขาสวนกวาง และ

องค์การบริหารส่วนตำบลเขาชัยสน ส่วนอีก 4 แห่ง ได้เปิดดำเนินการเป็นการภายในบ้างแล้ว และบางแห่งอยู่ระหว่างการดำเนินการ ผลการดำเนินงานศูนย์อเนกประสงค์ที่เปิดดำเนินการแล้วพบว่าได้ก่อให้เกิดประโยชน์แก่ผู้สูงอายุหลากหลายประการ อาทิ ได้เป็นแหล่งพบปะของผู้สูงอายุแสวงหาความสนใจ ส่วนบุคคลเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การสนทนา ปราศรัย การทำงานศิลปะ การร้องเพลง และการออกกำลังกาย เป็นต้น และสิ่งสำคัญที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้ดำเนินการ คือ การเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมในการบริหารศูนย์อเนกประสงค์ด้วยตนเอง ซึ่งเป็นการส่งเสริมการใช้ความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์ของผู้สูงอายุให้เป็นประโยชน์ สร้างความภาคภูมิใจต่อการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพและมีคุณค่าในตัวเอง นอกจากนั้นทำให้เกิดการเรียนรู้ เกิดการถ่ายทอดภูมิปัญญา และเกิดความร่วมมือระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรต่าง ๆ และประชาชนที่หลากหลายวัย

นอกจากนี้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นยังมีบทบาทเป็นผู้ประสานงานเครือข่ายบริการทั้งในชุมชนและนอกชุมชน เพื่อให้ท้องถิ่นสามารถดำเนินการได้อย่างถูกวิธี และส่งเสริมประสิทธิภาพองค์กรของตน ให้สามารถบริหารจัดการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ได้มีการสร้างเครือข่ายกับหน่วยงานภาครัฐ อาทิ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงแรงงาน กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ เป็นต้น ในส่วนของภาคเอกชนมีการสร้างเครือข่ายร่วมกับองค์กร มูลนิธิด้านสวัสดิการสังคม เหล่ากาชาดจังหวัด และบริษัทห้างร้านในการเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดบริการ และสนับสนุนทรัพยากรต่าง ๆ มีผลทำให้ผู้สูงอายุได้รับบริการที่ดีและครอบคลุมมากยิ่งขึ้น ในอนาคตองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้องพิจารณาถึงลักษณะการจัดบริการให้เกิดการเชื่อมโยงระหว่างด้านการทำงานด้านการเมือง ด้านการปกครอง ด้านมนุษยธรรม และด้านการพัฒนาคุณค่าของมนุษย์ควบคู่กันไป โดยในอนาคตสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุจะเป็นหน้าที่ของชุมชนอย่างเต็มรูปแบบ ซึ่งผู้ที่มีบทบาทสำคัญ คือ ท้องถิ่นและผู้นำชุมชนทั้งหลาย (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2551 : 119 – 120)

10. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

10.1 คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยส่วนใหญ่จะเน้นศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุในเขตชนบท (สุพรรณี ไชยอำพร และสนิท สมัครการ, 2535; วันทนี ขำเพ็ง, 2540; นิตยา พันธุเวทย์, 2546; สถาบันวิถีใหม่ท้องถิ่น, 2547) ทั้งนี้เพราะผู้สูงอายุในเขตชนบทนั้นมีสัดส่วนมากถึงร้อยละ 71 และเชื่อว่าจะประสบปัญหากับการเตรียมความพร้อมต่อการก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัย

มากกว่าผู้สูงอายุในเขตเมือง แต่จากการรายงานคุณภาพชีวิตของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ พ.ศ.2550 พบว่า คุณภาพชีวิตของคนในเขตเมืองในด้านสุขภาพ สิ่งแวดล้อม จริยธรรม ครอบครัว และความปลอดภัย มีแนวโน้มลดลงทุกด้าน

สมพร ชัยอยุทธ์ (2542) ศึกษาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนแออัดเขตเทศบาลนครขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น พบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุ 3 ใน 5 มีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง 2 ใน 5 มีคุณภาพชีวิตระดับต่ำ และสูงใกล้เคียงกัน ส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตในเชิงจิตวิสัย เช่น ความพึงพอใจในภาวะสุขภาพ ความพึงพอใจในความมั่นคงทางเศรษฐกิจและสังคม ความพึงพอใจที่ได้รับการดูแลสูงกว่าคุณภาพชีวิตเชิงวัตถุวิสัย

นพวรรณ หาญผล (2535) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว ประสบการณ์เกี่ยวกับเหตุการณ์เปลี่ยนแปลงในชีวิตกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับคุณภาพชีวิต

กอบกุล สุดสวาท (2541 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดนครศรีธรรมราช มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดนครศรีธรรมราช โดยการเลือกตัวอย่างแบบง่ายสำหรับเขตเมือง และการเลือกตัวอย่างแบบชั้นภูมิหลายขั้นตอนสำหรับในเขตชนบท และสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่เข้าข่ายได้ 402 ราย ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการผันแปรของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและเป็นไปตามสมมติฐาน ด้วยวิธีวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การมีโรคประจำตัว การทำงานเชิงเศรษฐกิจในปัจจุบัน ฐานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือน การมีบ้านพักอาศัยเป็นของตนเอง ระดับการศึกษา การเป็นสมาชิกกลุ่มหรือชุมชน และการมีงานอดิเรกทำ ส่วนผลการวิเคราะห์จำแนกพหุพบว่า ปัจจัยที่ยังคงมีผลต่อการผันแปรของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ การมีโรคประจำตัว การทำงานเชิงเศรษฐกิจในปัจจุบัน ฐานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือน ระดับการศึกษา การเป็นสมาชิกกลุ่มหรือชมรม และการมีงานอดิเรกทำ ผลการศึกษาสรุปได้ว่า ผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัว และผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือนอยู่ในระดับสูงเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้สูงอายุกลุ่มอื่น ๆ

ศิริพร วีระเกียรติ และคณะ (2546) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้สูงอายุในจังหวัดสุราษฎร์ธานี ตัวอย่างประกอบด้วยผู้สูงอายุในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาลจำแนกเท่ากัน รวมทั้งสิ้นจำนวน 400 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบวัดคุณภาพชีวิต (Whobref – Thai) จำนวน 26 ข้อ แบบสอบถามภาวะสุขภาพทั่วไป (General Health Questionnaire – 28) และแบบวัดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale – TGDS) ผลการวิจัยพบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมจะอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด (ร้อยละ 65.50)

โดยส่วนใหญ่จะอยู่ในเกณฑ์ดีปานกลาง พบว่า เมื่อแยกคุณภาพชีวิตรายด้าน ด้านที่มีคุณภาพชีวิตดีที่สุด คือ ด้านจิตใจ (ร้อยละ 41.75) และด้านที่มีคุณภาพชีวิตไม่ดีมากที่สุด คือ ด้านสังคม (ร้อยละ 5.25) พบว่า ภาวะสุขภาพจิตโดยรวมไม่มีปัญหายาเสพติด (ร้อยละ 79.25) และภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่เป็นระดับ ปกติ (ร้อยละ 89.00) พบซึมเศร้ารุนแรง (ร้อยละ 0.75) การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานกับคุณภาพชีวิต พบว่า สถานภาพสมรส ความเพียงพอรายได้ บรรยากาศในครอบครัว การช่วยเหลือตนเอง การมีส่วนร่วมในกิจกรรมและมีที่ปรึกษา มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ ส่วนภาวะสุขภาพและภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน

ศรีเมือง พลังฤทธิ์ (2547 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเรื่องการพัฒนาคุณภาพผู้สูงอายุโดยตนเอง ครอบครัวและชุมชน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ 2) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล ครอบครัว และชุมชน กับการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และ 3) ให้ได้แนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยบุคคล ครอบครัว และชุมชน การวิจัยมี 2 ขั้นต่อเนื่องกัน โดยขั้นที่ 1 เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ ผลการวิจัยที่ได้เชื่อมโยงสู่การวิจัยเชิงคุณภาพในขั้นที่ 2 ซึ่งเก็บข้อมูลโดยการสนทนากลุ่มตัวแทนระดับบุคคล ครอบครัว และการสัมภาษณ์เชิงลึกตัวแทนระดับชุมชน ผลการประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ พบว่า คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย จิตใจ สิ่งแวดล้อม ความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านความพอใจ และพบว่าตัวแปรอิสระทั้ง 16 ตัว สามารถอธิบายการแปรผันคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้านร่างกาย ความสัมพันธ์ทางสังคม สิ่งแวดล้อม จิตใจ และด้านความพอใจได้ร้อยละ 33.8, 17.9, 13.2, 9.7 และ 9.3 ตามลำดับ โดยตัวแปรอิสระ 12 ตัว มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างน้อย 1 ด้าน แนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่ต้องการในระดับบุคคลประกอบด้วย การเตรียมเรื่องความรู้และการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพตั้งแต่วัยเด็กต่อเนื่องถึงวัยสูงอายุ การเตรียมเรื่องการเงิน โดยการออมเงินหรือการสะสมเงินเข้ากองทุนตั้งแต่วัยทำงาน เพื่อเอื้อต่อการเป็นผู้สูงอายุที่สามารถพึ่งตนเองได้ และการเป็นผู้สูงอายุที่กระฉับกระเฉงเข้าร่วมกิจกรรมของครอบครัวและชุมชน ส่วนในระดับครอบครัวนั้น บุตรหลานควรมีความกตัญญู ให้ความรัก ความอบอุ่น ให้การเลี้ยงดูเกื้อหนุนช่วยเหลือดูแลเอาใจใส่โดยสมาชิกในครอบครัวควรมีความรู้และการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพเพื่อสามารถให้คำแนะนำข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์กับผู้สูงอายุ ปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่บ้าน และปฏิบัติต่อผู้สูงอายุอย่างเหมาะสม อีกทั้งสนับสนุนและส่งเสริมผู้สูงอายุให้ยังคงมีบทบาทและเข้าร่วมกิจกรรมทั้งในครอบครัวและชุมชน สำหรับในระดับชุมชนควรเน้นหลักการชุมชนเข้มแข็ง ประกอบด้วยการสนับสนุนและกระตุ้นผู้นำชุมชน และประชาชนให้

ร่วมกันคิดร่วมกันสร้างกิจกรรม ตามความต้องการและสอดคล้องกับวิถีชีวิต โดยอาศัยภูมิปัญญาและทรัพยากรท้องถิ่น การเป็นแบบอย่างที่ดี เน้นการทำงานเชิงรุกในการพัฒนาองค์ความรู้และความร่วมมือกัน ดำเนินงานเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

ทิพย์อรุณ สมภู่ (2552 : บทคัดย่อ) ศึกษาเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ : กรณีศึกษาสมาชิกชมรมผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร และเพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยทางด้านครอบครัว และปัจจัยทางด้านสังคม กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 300 คน โดยใช้แบบสัมภาษณ์ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ การวิเคราะห์ปัจจัยและการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุ ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร อยู่ในระดับปานกลาง และมากถึงมากที่สุด และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุประกอบด้วย 6 องค์ประกอบที่สำคัญ ได้แก่ 1) คุณภาพชีวิตด้านร่างกายและจิตใจ 2) คุณภาพชีวิตด้านสภาพแวดล้อม 3) คุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ทางสังคม 4) คุณภาพชีวิตด้านการพึ่งพาตนเอง 5) คุณภาพชีวิตด้านความพอใจ และ 6) คุณภาพชีวิตด้านชีวิตทางเพศ โดยคุณภาพชีวิตด้านร่างกายและจิตใจถือเป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่สุดสำหรับผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร

10.2 ปัญหาของผู้สูงอายุ

ผลการสำรวจโครงการ SWET (Survey of the Welfare of Elderly in Thailand) ปี 2538 โดย นภาพร ชโยวรรณ และจอห์น โนเดล (2539 : อ้างถึงใน ขัตติยา กรรณสูต และ จตุรงค์ บุณยรัตนสุนทร, 2546 : 65) พบว่า โรคที่ผู้สูงอายุเป็นมากที่สุด 5 ลำดับ ได้แก่ โรคปวดหลัง/เอว ไขข้ออักเสบ ความดันโลหิตสูง โรคกระเพาะอาหาร โรคเกี่ยวกับตา และโรคหัวใจ (ร้อยละ 68, 40, 22, 21 และ 13 ตามลำดับ) ซึ่งใกล้เคียงกับ จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ และคณะ (2539 : อ้างถึงใน ขัตติยา กรรณสูต และ จตุรงค์ บุณยรัตนสุนทร, 2546 : 65) ที่จัดลำดับของโรค/อาการของผู้สูงอายุไว้ดังนี้ โรคความดันโลหิตสูง โรคไข้ข้ออักเสบ ข้อเสื่อม โรคกระเพาะ โรคเกี่ยวกับตา และโรคหัวใจ (ร้อยละ 18.1, 16.9, 13.1, 11.1 และ 8.1 ตามลำดับ) ซึ่ง มัลลิกา มัลติโก และ รัตนา เพชร์อุไร (2541 : อ้างถึงใน ขัตติยา กรรณสูต และ จตุรงค์ บุณรัตนสุนทร, 2546 : 65) ได้สรุปไว้ว่า โรคที่ผู้สูงอายุประสบในรายงานการวิจัย ในช่วงหลังนี้ไม่แตกต่างจากการสำรวจภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในอดีตมากนัก

วีรสิทธิ์ สิทธิไตรย์ และ โยธิน แสวงดี (2539 : 35) ได้ศึกษาเรื่อง การสนทนากลุ่มเทคนิคการวิจัยเชิงคุณภาพ จากการวิจัยเกี่ยวกับผู้สูงอายุและการเปลี่ยนแปลงในภาค

ตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า ผู้สูงอายุ กล่าวว่า เศรษฐกิจเป็นปัญหาหลักและสำคัญเพราะผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีรายได้เป็นกอบเป็นกำเป็นของตนเอง โดยต้องพึ่งพาลูกหลานเป็นหลัก ทั้งนี้ผู้สูงอายุที่มีฐานะยากจนจะได้รับผลกระทบมากกว่า องค์ประกอบสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุมีปัญหาในด้านเศรษฐกิจ คือ ผู้สูงอายุไม่มีรายได้ที่แน่นอนเป็นของตนเอง ของทุกอย่างที่จำเป็นในชีวิตประจำวันมีราคาและต้องซื้อด้วยเงิน ราคาสินค้ามีราคาสูงขึ้น เช่น เครื่องนุ่งห่ม อาหารและยารักษาโรค นอกจากนี้ผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจยากจนยังอาจจะได้รับผลกระทบทางจิตใจมากกว่าผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดี เพราะจิตใจต้องครุ่นคิดกังวลอยู่กับการดำรงคงอยู่ของชีวิตของตนเอง ต้องทุกข์ใจไปกับการหาเลี้ยงชีวิตตนเอง ซึ่งแตกต่างจากผู้สูงอายุที่มีฐานะดี อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุที่ฐานะดีก็ให้ทัศนะว่า ตนก็มีความทุกข์ทางใจอยู่บ้าง กล่าวคือ ทุกข์ไปกับความประพฤติของลูกหลาน เป็นต้น

สุทธิชัย จิตพันธ์ และคณะ (2542 : 90) ศึกษาปัญหาของผู้สูงอายุไทย พบว่า ประชากรสูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพ โดยผู้สูงอายุทุก 4 คน จะมี 1 คน ที่มีข้อจำกัดในการประกอบกิจกรรมที่เป็นปกติอันเนื่องมาจากสุขภาพกายและส่วนใหญ่ของผู้สูงอายุเหล่านี้ ร้อยละ 76 จะเป็นประเภทเรื้อรังที่เป็นภาวะที่สำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากความต้องการของการจัดการดูแลในระยะยาว ซึ่งมีอิทธิพลต่อทั้งผู้สูงอายุ ครอบครัว และหน่วยบริการอย่างมาก ในการจำแนกความรุนแรงของภาวะทุพพลภาพระยะยาวพบว่า ร้อยละ 3.1 ของผู้สูงอายุทั้งหมดไม่สามารถออกจากที่พักอาศัยได้โดยลำพัง แต่ยังไม่ต้องการการดูแลอย่างมาก และร้อยละ 0.9 ที่ต้องการการดูแลอย่างมาก (Total Dependence) นอกจากนั้น จากการศึกษาระดับภาวะพึ่งพา พบว่า ผู้สูงอายุไทยร้อยละ 6.9 ที่ต้องพึ่งพาในกิจวัตรดูแลสุขลักษณะส่วนตนอย่างน้อย 1 กิจวัตร ข้อมูลเหล่านี้มีความสำคัญยิ่งของผู้สูงอายุ จำเป็นต้องมีผู้ดูแล ร้อยละ 1.6 ของผู้สูงอายุไทยต้องการการดูแลใกล้ชิด โดยในจำนวนนี้มากกว่าครึ่งหนึ่งต้องการการดูแลอย่างมาก ซึ่งหมายถึงการดูแลตลอดหรือเกือบตลอดเวลา

พนิตนาฏ วิสุทธิธรรม และคณะ (2542 : 46) ศึกษาเรื่อง วิถีการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุภาคใต้และความต้องการบริการทางสังคม ผลการศึกษาข้อมูลพื้นฐานในการดำรงชีวิต พบว่า ผู้สูงอายุในกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20.20 ที่ประสบปัญหาสุขภาพจิตเนื่องจากความวิตกกังวลในเรื่อง ความเสื่อมของตา หู และฟันดังกล่าว ร้อยละ 21.90 มีความเครียดเนื่องจากปัญหาที่เกิดขึ้นจากลูกหลานหรือคู่ครอง และมีผู้สูงอายุในกลุ่มตัวอย่างถึงร้อยละ 30.50 ที่มิได้ปรึกษาปัญหาสุขภาพกับใครเลย ปัญหาสุขภาพทั้งทางกายและทางจิตทั้งสองประการนี้ผู้สูงอายุควรที่จะได้มีการปรึกษาหารือกับสมาชิกในครอบครัวเพื่อรับรู้ความเป็นไป การทำความเข้าใจร่วมกันในปัญหา และหาทางช่วยเหลือแก้ไขบำบัดภาวะความเครียดทางด้านจิตใจของผู้สูงอายุให้ผ่อนคลายลงไป มองอีกมุมหนึ่งก็คือ สมาชิกในครอบครัวที่มีส่วนทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเครียดทางด้านจิตใจ คงต้อง

มองตนเองและหาทางแก้ไขตนเอง เนื่องจากผลการศึกษายืนยันไว้ว่า ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่ไม่ได้สร้างปัญหาให้กับครอบครัวและสังคม แต่ต้องมารับรู้ภาวการณ์และเกิดผลกระทบต่อสุขภาพตามมา สรุปได้ว่า สถาบันครอบครัว คือ สถาบันเบื้องต้นในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ควรได้แสดงบทบาทให้การช่วยเหลือดูแลอย่างใกล้ชิด และประสานการสนับสนุนช่วยเหลือจากภายนอกในบางกรณีตามความจำเป็นและเหมาะสม

ระพีพรรณ คำหอม (2545 : 1 – 15) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความต้องการบริการสวัสดิการสังคมของผู้สูงอายุเขตชนบท ผลจากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างโรคและปัญหาทางสุขภาพที่สำคัญในประชากรสูงอายุของประเทศไทย คือ โรคไม่ติดต่อ โดยเฉพาะโรคที่มีผลต่อการเคลื่อนที่ เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคข้อ อุบัติเหตุ เป็นต้น โรคที่มีผลต่อประสาทสัมผัส เช่น การมองเห็น การได้ยิน และอุบัติเหตุ เป็นต้น นอกจากนี้โรคเรื้อรังต่าง ๆ เช่น โรคกระดูกพรุน โรคความดันโลหิตสูง โรคข้อและกระดูก โรคเบาหวาน และกลุ่มอาการโรคสมองเสื่อมเป็นโรคที่เป็นปัญหาสำคัญในผู้สูงอายุไทย ปัจจุบันผู้สูงอายุมีไม่ถึงร้อยละ 10 แต่อัตราการครองเตียงมีถึงร้อยละ 30 ในอีก 10 ปีข้างหน้า จะมีผู้สูงอายุมากขึ้นอย่างรวดเร็ว ทำให้ความต้องการและการใช้ระบบบริการต่าง ๆ สูงขึ้นอย่างรวดเร็วเช่นกัน โดยพบว่าเป็นปัญหาในเขตเมืองมากกว่าเขตชนบท โดยเฉพาะในเขตกรุงเทพมหานคร ปัญหาการกลั้นปัสสาวะไม่ได้ การหกล้มและโรคซึมเศร้า เป็นปัญหาที่พบบ่อยและมีความสำคัญเช่นเดียวกันทั้งต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิต ผู้สูงอายุร้อยละ 40 ของผู้สูงอายุจะมีโรคหรือปัญหาทางสุขภาพมากกว่า 2 ชนิดขึ้นไป ร้อยละ 19 ของผู้สูงอายุไทย มีโรคที่ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจที่เคยและควรจะทำได้ (ทุพพลภาพระยะยาว) และประมาณร้อยละ 7 ที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการดูแลกิจส่วนตน เช่น การอาบน้ำ การสวมใส่เสื้อผ้า หรือการรับประทานอาหาร เป็นต้น

การสูงอายุทำให้สุขภาพเสื่อมถอยและนับวันจะใกล้ความพิการมากขึ้นทุกที ผู้สูงอายุที่ต้องทำงานหนัก ขาดโภชนาการ ที่อยู่อาศัยไม่เหมาะสม และเข้าถึงบริการสุขภาพอนามัยได้ยาก มีโอกาสเสื่อมสภาพก็ยิ่งเป็นไปอย่างรวดเร็วและรุนแรงมากขึ้นกว่าผู้สูงอายุโดยทั่วไป

ผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ.2551 – 2552 โดยสำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย ที่ประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ จำนวน 9,195 ราย มีประเด็นน่าสนใจ คือ (สมจินต์ โฉมวัฒนชัย และคณะ, 2553 : 29 – 43)

1) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ประเมินว่าสุขภาพโดยรวมของตนเองปานกลาง (ร้อยละ 48.4) ประเมินว่าดีถึงดีมาก ร้อยละ 38.1 (ดีร้อยละ 32. 6 และดีมากร้อยละ 5.5) ผู้สูงอายุที่รู้สึกว่าสุขภาพไม่ดี และไม่ดีเลย ร้อยละ 12.5 และ 1.0 ตามลำดับ ผู้สูงอายุชายประเมินสุขภาพโดยรวมของตนเองว่าปานกลาง ดี และดีมาก สูงกว่าผู้สูงอายุหญิง ส่วนผู้สูงอายุหญิงประเมินสุขภาพ

โดยรวมของตนเองว่าไม่ดี และไม่ดีเลย สูงกว่าผู้สูงอายุชาย และพบว่าผู้สูงอายุมีแนวโน้มประเมินสุขภาพโดยรวมของตนเองว่าดีลดลงเมื่ออายุมากขึ้น และประเมินว่าไม่ดีมากขึ้นเมื่ออายุมากขึ้นเช่นกัน

2) ผลการศึกษาปัญหา/โรคที่เกิดจากความเสื่อมถอยของอวัยวะต่าง ๆ พบว่าผู้สูงอายุ 1 ใน 5 เป็นต้อกระจก โดยผู้สูงอายุหญิงเป็นต้อกระจกสูงกว่าผู้สูงอายุชาย (ชาย ร้อยละ 18.0 หญิง ร้อยละ 23.6) และผู้สูงอายุจะเป็นต้อกระจกสูงขึ้นเมื่ออายุมากขึ้นทั้งชายและหญิง ในเรื่องความเสื่อมจากการได้ยิน พบว่า ผู้สูงอายุเกือบ 1 ใน 3 มีปัญหาการได้ยินโดยผู้สูงอายุชายมีปัญหาการได้ยินสูงกว่าผู้สูงอายุหญิง (ผู้สูงอายุชาย ร้อยละ 30.0 ผู้สูงอายุหญิง ร้อยละ 26.0) ปัญหาการได้ยินจะสูงขึ้นตามอายุที่มากขึ้น สำหรับปัญหาเรื่องฟัน พบว่า ผู้สูงอายุมากกว่าครึ่งหนึ่งมีฟันที่ใช้งานได้ไม่ครบ 20 ซี่ และเพิ่มสูงขึ้นตามอายุที่มากขึ้น มีผู้สูงอายุเพียงร้อยละ 29.1 ที่ใส่ฟันเทียม ซึ่งเป็นผู้สูงอายุ 70 – 79 ปี (ร้อยละ 31.9) และต่ำสุดคือผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 25.1)

3) ในด้านความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม ซึ่งใช้ในการประเมินภาวะสุขภาพด้านหน้าที่ของร่างกาย เพราะหากผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติกิจกรรมประจำวันได้ด้วยตนเองจะรู้สึกว่ามีสุขภาพดี ผลการศึกษาการปฏิบัติกิจกรรมพื้นฐานประจำวัน (Activities of Daily Living : ADL) ประกอบด้วย การอาบน้ำ/ล้างหน้า การแต่งตัว การกินอาหาร การลุกนั่งจากที่นอน/เตียง การใช้ห้องน้ำ/ส้วม การเดินไป/มาภายในตัวบ้าน การกลั้นปัสสาวะ การกลั้นอุจจาระ พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่สามารถปฏิบัติกิจกรรมพื้นฐานประจำวันได้เกือบร้อยละ 100 ยกเว้นปัญหาเรื่องกลั้นปัสสาวะและอุจจาระ ที่พบว่าผู้สูงอายุมีปัญหากลั้นปัสสาวะเกือบร้อยละ 30 และมีปัญหากลั้นอุจจาระร้อยละ 22.6 ส่วนการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันที่ซับซ้อน (Instrumental Activities of Daily Living : IADL) เป็นกิจกรรมที่เกี่ยวกับการทำงาน การเดินทาง และการสื่อสาร ประกอบด้วยการใช้เงิน/นับเงิน/ทอนเงิน การจัดยากินเอง การทำงานบ้านอย่างเบา (กวาดบ้าน เก็บของ ทำครัว) การทำงานบ้านอย่างหนัก (ถูบ้าน ตักน้ำ ยกของ) การตัดเล็บเท้าด้วยตนเอง การเดินออกนอกบ้านมากกว่า 15 นาทีในแต่ละครั้ง การหิ้วของหนัก การเดินไกลอย่างน้อย 400 เมตร การออกนอกบ้านโดยขับรถเอง/ขึ้นรถโดยสารสาธารณะ การติดต่อสื่อสารกับเพื่อนบ้านหรือการใช้โทรศัพท์ พบว่า ผู้สูงอายุมากกว่าครึ่งปฏิบัติกิจกรรมที่ซับซ้อนได้ แต่ความสามารถในการใช้โทรศัพท์พบไม่ถึงครึ่ง (ร้อยละ 46.7) และความสามารถในการหิ้วของหนัก การเดินไกลอย่างน้อย 400 เมตร และการทำงานบ้านอย่างหนักปฏิบัติได้เกือบ 2 ใน 3

4) ในเรื่องการหกล้ม พบว่า ผู้สูงอายุหกล้มร้อยละ 18.5 โดยผู้สูงอายุหญิงหกล้มสูงกว่าผู้สูงอายุชาย เกือบ 1 เท่า (ผู้สูงอายุชาย ร้อยละ 14.4 ผู้สูงอายุหญิง ร้อยละ 21.9) ผู้สูงอายุหกล้มเฉลี่ยคนละ 2 ครั้ง สาเหตุการหกล้มอันดับแรกของทั้งผู้สูงอายุชายกับหญิง คือ การลื่น

(ผู้สูงอายุชาย ร้อยละ 42.2 ผู้สูงอายุหญิง ร้อยละ 42.8) สาเหตุการหกล้มของผู้สูงอายุชายรองลงมา คือ การสะดุดสิ่งกีดขวาง ร้อยละ 38.8 และเสียการทรงตัว ร้อยละ 32.1 ขณะที่สาเหตุการหกล้มของผู้สูงอายุหญิง รองลงมา คือ เพราะเสียการทรงตัว ร้อยละ 37.0 และสะดุดสิ่งกีดขวาง ร้อยละ 32.1

ผลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ.2552 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ในเรื่องการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ โดยสรุปมีดังนี้

1) การเจ็บป่วย โดยหมายถึง การเจ็บป่วยหรือรู้สึกไม่สบาย การได้รับอุบัติเหตุ หรือการถูกทำร้ายร่างกาย และการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง/โรคประจำตัว ในช่วง 1 เดือนก่อนวันสัมภาษณ์ พบว่า ผู้สูงอายุเกิดการเจ็บป่วยหรือรู้สึกไม่สบายร้อยละ 38.4 เป็นผู้สูงอายุหญิงมากกว่าผู้สูงอายุชาย (ชายร้อยละ 14.6 หญิงร้อยละ 23.8) แต่ผู้สูงอายุที่มีอายุมากมีการเจ็บป่วยหรือรู้สึกไม่สบายน้อยกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุน้อย (ผู้สูงอายุ 60 – 69 ปี ร้อยละ 18.1 ผู้สูงอายุ 70 – 79 ปี ร้อยละ 14.2 ผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไปร้อยละ 6.1) โรคหรืออาการที่ป่วยครั้งสุดท้าย 5 ลำดับแรก ได้แก่ โรคระบบทางเดินหายใจร้อยละ 48.6 ท้องร่วง/ท้องเสีย/บิด ร้อยละ 18.9 โรคในช่องปาก/ฟันผุ/โรคเหงือก ร้อยละ 14.8 ปวดท้อง/ท้องอืด/ท้องเฟ้อ/โรคกระเพาะ ร้อยละ 9.5 และปวดหลัง/ปวดกล้ามเนื้อ ร้อยละ 3.4 ผู้สูงอายุได้รับอุบัติเหตุหรือถูกทำร้ายร่างกายร้อยละ 3.3 ผู้สูงอายุร้อยละ 48.8 ได้รับอุบัติเหตุจากการหกล้ม

ในเรื่องโรคเรื้อรัง/โรคประจำตัว พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 54.9 มีโรคเรื้อรัง/โรคประจำตัว เป็นผู้สูงอายุหญิงมากกว่าผู้สูงอายุชาย (ชายร้อยละ 21.3 หญิงร้อยละ 33.6) แนวโน้มการเกิดโรคเรื้อรัง/โรคประจำตัวของผู้สูงอายุลดลงเมื่อมีอายุมากขึ้น (ผู้สูงอายุ 60 – 69 ปี ร้อยละ 25.5 ผู้สูงอายุ 70 – 79 ปี ร้อยละ 20.9 ผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไป ร้อยละ 8.5) สำหรับแนวโน้มการเกิดโรคเรื้อรัง/โรคประจำตัว 3 ลำดับแรก ระหว่าง พ.ศ.2546 – 2552) ได้แก่ 1) โรคหัวใจและหลอดเลือด 2) โรคของต่อมไร้ท่อ และ 3) โรคระบบกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น กระดูก และข้อ โดยโรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคของต่อมไร้ท่อมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง

2) การรับบริการทางสุขภาพ ผลการสำรวจพบว่า ผู้สูงอายุได้รับบริการทางการแพทย์ เนื่องจากโรคเรื้อรัง/โรคประจำตัว ระหว่าง 1 เดือนก่อนวันสัมภาษณ์ ร้อยละ 63.5 ผู้สูงอายุหญิงไปรับบริการฯ สูงกว่าผู้สูงอายุชาย และผู้สูงอายุไปรับบริการลดลงเมื่ออายุมากขึ้น ในการรับบริการสุขภาพด้านการส่งเสริมสุขภาพ ส่วนใหญ่เป็นการตรวจสุขภาพประจำปี ร้อยละ 53.8

ในการรับบริการทันตกรรม ระหว่าง 12 เดือนก่อนวันสัมภาษณ์ พบร้อยละ 8.9 เป็นผู้สูงอายุหญิงสูงกว่าผู้สูงอายุชาย ผู้สูงอายุ 60 – 69 ปี รับบริการทันตกรรมมากที่สุด (ร้อยละ 5.6)

ชนิดของบริการทันตกรรมที่ไปรับบริการครั้งสุดท้าย ส่วนใหญ่เป็นการถอนฟัน (ร้อยละ 51.8) รองลงมาใส่ฟันเทียม (ร้อยละ 17.7) และขูดหินปูน ขัดฟัน รักษาปริทันต์ (ร้อยละ 10.9)

10.3 ความต้องการของผู้สูงอายุ

เทิดเกียรติ ขุนแผ้ว (2547 :152) ศึกษาเรื่อง การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุมุสลิม ในตำบลเจ๊ะเห อำเภอตากใบ จังหวัดนราธิวาส พบว่า ผู้สูงอายุมีความต้องการในการดูแลสุขภาพตนเอง ต้องการช่วยเหลือเพื่อแก้ปัญหาความยากจน จัดทุนเพื่อการประกอบอาชีพ การรักษาพยาบาลฟรี การจัดหาเงินเลี้ยงดู เช่น เงินยังชีพ ค่าใช้จ่ายในแต่ละวัน

ชุติกาญจน์ ชมบุญ (2546 : 71 – 81) ได้ทำการวิจัยเรื่อง แนวทางการจัดสวัสดิการสุขภาพชุมชน : ศึกษาเฉพาะกรณี เทศบาลตำบลศรีธาตุ อำเภอศรีธาตุ จังหวัดอุดรธานี พบว่า ความต้องการของประชาชนต่อการจัดสวัสดิการด้านสุขภาพอยู่ในระดับมากในทุกด้าน คือ ด้านกิจกรรมการรักษาพยาบาล กิจกรรมส่งเสริมและสนับสนุนด้านสุขภาพชุมชน กิจกรรมด้านควบคุมและป้องกันโรค

ระพีพรรณ คำหอม และคณะ (2547 : 102 – 174) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อความต้องการบริการสวัสดิการสังคมของผู้สูงอายุในเขตชนบท ผลจากการศึกษา ความต้องการด้านเศรษฐกิจ คือ ความต้องการมีเงินและมีงานทำ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต้องการบริการทุกด้าน หมายความว่า ผู้สูงอายุที่มีความต้องการด้านเศรษฐกิจสูงจะมีความต้องการบริการทุกด้านสูง ผู้สูงอายุที่มีความต้องการเศรษฐกิจน้อยจะต้องการบริการน้อยด้วย

ปัจจัยด้านรายได้มีความสัมพันธ์กับบริการใน 2 ลักษณะ คือ การมีรายได้มากจะสัมพันธ์กับความต้องการด้านสังคม คือ การศึกษาเรียนรู้ ส่วนการมีรายได้น้อยจะสัมพันธ์กับความต้องการบริการเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต เช่น บัตรทอง 30 บาท การฝึกอาชีพ เบี้ยยังชีพ ศูนย์บริการผู้สูงอายุในวัดและฌาปนกิจสงเคราะห์ การจำแนกโดยรายได้ทำให้เห็นบริการที่เป็นที่ต้องการของผู้สูงอายุที่แตกต่างกันระหว่างผู้สูงอายุปกติและผู้ที่ยากลำบาก และผลจากการศึกษา ความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านเศรษฐกิจ รายได้น้อยมีความสัมพันธ์กับความต้องการบริการเพื่อช่วยเหลือคุณภาพชีวิตมาก ได้แก่ บัตรทอง 30 บาท การฝึกอาชีพ เบี้ยยังชีพ ศูนย์บริการ ผู้สูงอายุในวัดและฌาปนกิจสงเคราะห์

พนิตนาฏ วิสุทธิธรรม และคณะ (2542 : 46) ศึกษาเรื่อง วิถีการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุภาคใต้และความต้องการบริการทางสังคม ผลการศึกษาข้อมูลปัจจัยเสริมในการดำรงชีพและความต้องการ พบว่า ภาวะเศรษฐกิจของผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในภาวะพออยู่พอกิน แม้ผู้สูงอายุส่วนหนึ่งไม่มีอาชีพและไม่มีรายได้เป็นของตนเองแต่ลูกหลาน/เครือญาติได้ให้การสนับสนุนดูแล

จึงยืนยันว่ามีความสุขตามอัตภาพและอบอุ่น อย่างไรก็ตามมีผู้สูงอายุในกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 13 ที่ขัดสนเงินทองไม่พอใช้ ซึ่งหน่วยงานสังคมสงเคราะห์ควรจะได้เจาะไปถึงกลุ่มเป้าหมายดังกล่าวเพื่อช่วยเหลือบรรเทาความเดือดร้อน

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ (2536 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาศักยภาพของปัจจัยเกื้อหนุนทางสังคมที่มีต่อการจัดสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุมีความต้องการมีชีวิตอยู่อย่างสงบในบั้นปลายชีวิตกับลูกหลานจนกว่าจะถึงวาระสุดท้าย นอกนั้นเป็นความต้องการด้านการรักษาพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งการบริการจากภาครัฐผู้สูงอายุที่มีฐานะยากจนมีความต้องการเครื่องอุปโภคบริโภคและความเป็นอยู่ที่ดีกว่าเดิม สำหรับปัจจัยที่เกื้อหนุนอย่างไม่เป็นทางการจะมีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุมากกว่าปัจจัยเกื้อหนุนอย่างเป็นทางการ ความเข้มแข็งของศักยภาพขึ้นอยู่กับระบบการขัดเกลาทางสังคมและค่านิยมทางสังคม ชุมชนใดมีค่านิยมในกตัญญูสูงการดูแลจะสูงตามไปด้วย ส่วนปัจจัยเกื้อหนุนอย่างเป็นทางการโดยเฉพาะผู้นำชุมชนพบว่า มีส่วนดูแลและเกื้อหนุนผู้สูงอายุในชุมชนน้อยมาก โดยเขาเหล่านี้เห็นว่าปัจจุบันผู้สูงอายุเหล่านี้ไม่มีปัญหา หรือถ้ามีก็เป็นหน้าที่ของครอบครัวในการดูแล

มัลลิกา มัลติโก และคณะ (2542 : 97 – 98) ศึกษาเรื่อง ร่มโพธิ์ร่มไทร : สถานภาพและบทบาทในสังคมของผู้สูงอายุ พื้นที่ศึกษาในเขตภาคเหนือ ผลการศึกษาพบว่า ความคาดหวังของผู้สูงอายุต่อบทบาทของบุตรหลานในด้านการดูแลเอาใจใส่จากบุตรหลานนั้นเป็นความคาดหวังของผู้สูงอายุในบั้นปลายชีวิต คือ การให้บุตรหลานดูแลเอาใจใส่ไม่ทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพัง การได้รับการปฏิบัติด้านอาหาร ที่อยู่อาศัย เงิน และการหมั่นมาเยี่ยมผู้สูงอายุบ่อย ๆ และการดูแลในยามเจ็บป่วย ส่วนในด้านการให้บุตรเคารพเชื่อฟังนั้น ได้แก่ หากเห็นผู้สูงอายุก็ควรยกมือไหว้ทักทาย ถามทุกข์สุข มีน้ำใจให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุ และความคาดหวังให้บุตรหลานเป็นคนดี ตั้งใจทำงาน ตั้งใจเรียนหนังสือ ไม่ยุ่งเกี่ยวกับอบายมุข และรู้จักเก็บเงินใช้ในยามแก่

กรรณนิกา เจริญลักษณ์ (2545 : 103 – 105) ศึกษาเรื่อง “บทบาทของผู้สูงอายุในฐานะเป็นผู้ให้การสนับสนุนแก่สังคม ศึกษาเฉพาะกรณีชมรมผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร” พบว่า ผู้สูงอายุมีทัศนะต่อการพัฒนาบทบาทของผู้สูงอายุในการให้สนับสนุนแก่สังคม ด้านข้อมูลข่าวสาร คือ ผู้สูงอายุเห็นด้วยกับการที่รัฐจะดำเนินการจัดสร้างเครือข่ายของชมรมผู้สูงอายุให้มากขึ้น และให้มีการส่งเสริมและเปิดโอกาสให้มีการเผยแพร่ภูมิปัญญาของผู้สูงอายุ ส่วนทัศนะด้านวัตถุสิ่งของพบว่า ผู้สูงอายุเห็นด้วยมากที่สุดในเรื่องการลดค่าโดยสารของระบบขนส่งมวลชนให้แก่ผู้สูงอายุ และเห็นด้วยว่ารัฐควรจัดสิ่งอำนวยความสะดวกในที่สาธารณะให้แก่ผู้สูงอายุ เช่น ถนน ทางเดิน ห้องสุขา ในทัศนะด้านจิตใจ อารมณ์ พบว่า ผู้สูงอายุเห็นด้วยที่รัฐควรสนับสนุนการประกาศเกียรติคุณผู้สูงอายุที่เป็นตัวอย่างที่ดีแก่สังคมให้เป็นไปอย่างต่อเนื่อง นอกจากผู้สูงอายุจะ

เกิดความภาคภูมิใจในตัวเองแล้ว ยังได้เป็นตัวอย่างที่ดีให้กับเด็กและเยาวชนรุ่นหลังได้ปฏิบัติตามแต่ในสิ่งที่ดีงาม รวมถึงรัฐควรสนับสนุนการรณรงค์ให้สังคมมีจิตสำนึกและตระหนักเห็นคุณค่าและศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ ในทัศนะในด้านบริการต่าง ๆ นั้น พบว่าผู้สูงอายุเห็นด้วยที่รัฐจะส่งเสริมการทำสาธารณประโยชน์เพื่อการพัฒนาชุมชน ทั้งนี้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความยินดีที่จะได้รับความช่วยเหลือจากสังคม และเห็นว่ารัฐควรส่งเสริมการฝึกอาชีพและจัดหางานให้เกิดความเหมาะสมกับวัยและความสามารถของผู้สูงอายุ ทั้งนี้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีรายได้แต่มีความจำเป็นต้องใช้เงิน ซึ่งก็ไม่อยากรบกวนเงินของลูกหลาน

10.4 การเตรียมการเพื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ

ลีลาวดี อัครเศรณี (2549 : บทคัดย่อ) ศึกษาเรื่อง “การเตรียมการเพื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุของประชาชนตำบลไร่ขิง อำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม” ผลการศึกษาคุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง อายุระหว่าง 35 – 50 ปี มีสถานภาพสมรส ระดับการศึกษามัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า มีอาชีพหลัก คือ อาชีพค้าขาย มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 5,000 – 7,000 บาท ส่วนใหญ่มีหนี้สิน พักอาศัยอยู่กับคู่สมรส กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยตรวจสุขภาพประจำปีและไม่มีโรคประจำตัว ผลการศึกษาภาพรวมทั้งทัศนะต่อความจำเป็นของการเตรียมการเข้าสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ 3 ด้าน ได้แก่ ด้านเศรษฐกิจ สังคม และด้านสุขภาพอยู่ในระดับมาก กลุ่มตัวอย่างมีทัศนะต่อความจำเป็นของการเตรียมการเข้าสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพด้านเศรษฐกิจอยู่ในระดับมาก โดยเฉพาะการจัดแบ่งเงินเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายสำหรับใช้จ่ายในชีวิตประจำวันเป็นสิ่งที่จำเป็น ทัศนะต่อความจำเป็นของการเตรียมการเข้าสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพสังคมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีลักษณะการเตรียมการเข้าสู่วัยสูงอายุในด้านสังคมอยู่ในระดับมาก โดยเฉพาะการที่สมาชิกในครอบครัวทุกคนรักใคร่ เอาใจใส่กันดี เป็นความอบอุ่นในครอบครัว ส่วนลักษณะการเตรียมการเข้าสู่วัยสูงอายุภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีลักษณะการเตรียมการเข้าสู่วัยสูงอายุในด้านสังคมอยู่ในระดับมาก โดยเฉพาะการพูดคุยสังสรรค์กันระหว่างสมาชิกในครอบครัวทุกวัน และการซื้อผ่อนที่ดินเป็นของตนเองเพื่อสร้างบ้านในอนาคต

สิริชัย คำชมภู (2550 : บทคัดย่อ) ศึกษาเรื่อง “การเตรียมการสร้างหลักประกันเพื่อการดำรงชีวิตในวัยสูงอายุของข้าราชการสังกัดสำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี” มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาทัศนะของกลุ่มตัวอย่างต่อการสร้างหลักประกันเพื่อการดำรงชีวิตในวัยสูงอายุด้านประชากรช่วยตัวเอง ด้านครอบครัวเกื้อหนุน ด้านชุมชนช่วยเหลือ และด้านสังคม – รัฐ เกื้อหนุน และลักษณะการเตรียมการสร้างหลักประกันเพื่อการดำรงชีวิตในวัยสูงอายุ ด้านรายได้ ด้านสุขภาพ และด้านครอบครัว กลุ่มตัวอย่าง คือ ข้าราชการในสังกัดสำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี ที่มี

อายุตั้งแต่ 18 – 55 ปี จำนวน 244 คน ใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล สถิติที่ใช้ คือ ค่าร้อยละ ค่ามัชฌิมเลขคณิตหรือค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบหาความแตกต่างระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตามโดยทดสอบค่า F – test ผลการศึกษาสรุปได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีทัศนะต่อการสร้างหลักประกันเพื่อการดำรงชีวิตในวัยสูงอายุในด้านประชากรช่วยตัวเอง ด้านครอบครัวเกื้อหนุน ด้านชุมชนช่วยเหลือ และด้านสังคม – รัฐ เกื้อหนุน อยู่ในระดับปานกลาง โดยภาพรวมเห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีทัศนะต่อด้านประชากรช่วยตนเองเป็นอันดับแรก ด้านครอบครัวเกื้อหนุนกลุ่มตัวอย่างมีทัศนะเป็นอันดับสอง ด้านสังคม – รัฐ เกื้อหนุน เป็นอันดับสาม และด้านชุมชนช่วยเหลือเป็นอันดับสี่ สำหรับการศึกษาลักษณะการเตรียมการสร้างหลักประกันเพื่อการดำรงชีวิตในวัยสูงอายุด้านรายได้ ด้านสุขภาพ และด้านครอบครัว การเตรียมการสร้างหลักประกันเพื่อการดำรงชีวิตในวัยสูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายด้านโดยภาพรวมเห็นว่า กลุ่มตัวอย่างมีลักษณะการเตรียมการสร้างหลักประกันเพื่อการดำรงชีวิตในวัยสูงอายุด้านสุขภาพเป็นอันดับแรก ด้านรายได้เป็นอันดับสอง และมีการเตรียมการด้านสังคมเป็นอันดับสาม

กุณฑลี เงาแสงธรรม (2551 : บทคัดย่อ) ศึกษาเรื่อง “การเตรียมการเข้าสู่วัยสูงอายุที่มีศักยภาพ ของบุคลากรกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการเตรียมการเป็นผู้สูงอายุที่ยังประโยชน์ (Productive Aging) และการเตรียมการเป็นผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จ (Successful Aging) และการเตรียมการใช้ชีวิตหลังเกษียณ ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ บุคลากรกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ที่มีอายุระหว่าง 50–59 ปี จำนวน 286 คน โดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือ ผลการศึกษาสรุปได้ว่า การเตรียมการเป็นผู้สูงอายุที่ยังประโยชน์ กลุ่มตัวอย่างมีการเตรียมการด้านร่างกายสูงที่สุด รองลงมา คือ การเตรียมด้านการเงิน และการเตรียมด้านที่อยู่อาศัยเป็นอันดับถัดมา ในส่วนของการเตรียมการเป็นผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จนั้น กลุ่มตัวอย่างมีการเตรียมการด้านงานอดิเรกสูงที่สุด รองลงมา คือ การเตรียมด้านจิตใจ และการเตรียมด้านการมีส่วนร่วมในสังคม ตามลำดับ ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรกับการเตรียมการเป็นผู้สูงอายุที่ยังประโยชน์ ในภาพรวมพบว่า เงินเดือนมีความสัมพันธ์กับการเตรียมการเป็นผู้สูงอายุที่ยังประโยชน์ โดยเพศและระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับการเตรียมการด้านที่อยู่อาศัย และอายุ สถานภาพ รวมทั้งเงินเดือนมีความสัมพันธ์การเตรียมการด้านร่างกาย สำหรับความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรกับการเตรียมการเป็นผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จ พบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับการเตรียมการด้านจิตใจ และด้านงานอดิเรก และอายุ รวมทั้งสถานภาพมีความสัมพันธ์กับการเตรียมการด้านจิตใจ

พงศ์พันธุ์ คำพรรณ (2553 : บทคัดย่อ) ศึกษาการเตรียมความพร้อมด้านเศรษฐกิจเพื่อวัยสูงอายุที่มีคุณภาพ และพยากรณ์โอกาสของปัจจัยที่ส่งผลต่อการเตรียมความพร้อมด้าน

เศรษฐกิจของแรงงานนอกระบบเพื่อวัยสูงอายุที่มีคุณภาพ กรณีศึกษากลุ่มตัวอย่างชุมชนสาธิตวลัยลักษณ์พัฒนา จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงผสมผสาน ทั้งการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นแรงงานนอกระบบ อายุระหว่าง 15 – 59 ปี และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกจากกลุ่มตัวอย่าง ผลการวิจัยพบว่า เพียง 1 ใน 3 ของกลุ่มตัวอย่างเตรียมความพร้อมด้านเศรษฐกิจเพื่อวัยสูงอายุ และพบว่าแหล่งรายได้ที่กลุ่มตัวอย่างหวังจะพึ่งพิงเมื่อยามสูงวัย สูงที่สุดจากการเกื้อหนุนของบุตรหลาน รองลงมา การทำงาน คู่สมรส และเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ตามลำดับ สำหรับพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมด้านเศรษฐกิจ พบว่ากลุ่มตัวอย่างไม่ได้ให้ความสนใจกับการเตรียมความพร้อมด้านเศรษฐกิจ ทั้งการเตรียมสะสมทรัพย์ การประเมินรายรับรายจ่าย และการเตรียมการด้านอาชีพ นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างกว่า 1 ใน 3 มีแนวโน้มต้องยังชีพด้วยการทำงานเพื่อเลี้ยงตนเองและครอบครัวต่อไปเมื่อยามสูงวัย การพยากรณ์โอกาสของปัจจัยด้วยการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกส์ พบว่า อายุ จำนวนปีการศึกษา การประกอบอาชีพ การเกื้อหนุนของชุมชน รายได้ การถือครองที่ดิน และการไม่เป็นโรคประจำตัว มีผลทางบวก ส่วนจำนวนบุตรมีผลทางลบต่อการเตรียมความพร้อมด้านเศรษฐกิจเพื่อวัยสูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับประเด็นปัญหาและอุปสรรคต่อการเตรียมความพร้อมด้านเศรษฐกิจเพื่อวัยสูงอายุที่มีคุณภาพสูงที่สุด คือ การไม่มีเงินออม รองลงมา คือ การมีหนี้สิน สุขภาพร่างกายไม่แข็งแรง และการว่างงาน ตามลำดับ

เฟื่องฟ้า บุญยง (2548 : บทคัดย่อ) ศึกษาเรื่อง “ปัจจัยที่ส่งผลต่อการประกอบอาชีพของผู้สูงอายุ” มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาลักษณะอาชีพ สาเหตุ ปัญหาและความต้องการการสนับสนุนในการประกอบอาชีพของผู้สูงอายุ เก็บข้อมูลจากผู้สูงอายุในชุมชนวัดสุวรรณาราม เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 65 – 69 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีสถานภาพการสมรส แต่งงาน อาชีพเดิมก่อนอายุ 60 ปี คือ อาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว รับจ้างทั่วไป รับราชการ พนักงาน รัฐวิสาหกิจ พนักงานบริษัท และปัจจุบันประกอบอาชีพค้าขาย/อาชีพอิสระ และรับจ้างทั่วไป กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประสบปัญหาทางเศรษฐกิจ มีภาระต้องอุปการะบุคคลในครอบครัว และมีรายได้ไม่แน่นอน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังคงประกอบอาชีพต่อภายหลังอายุ 60 ปี เนื่องจากเหตุผลทางเศรษฐกิจ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่าผู้สูงอายุควรทำงานต่อไปเพราะทำให้รู้สึกภาคภูมิใจและไม่เป็นภาระของครอบครัว ผู้ศึกษาเสนอว่า ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพร่างกายแข็งแรง มีความสามารถ และมีความพร้อมไม่ควรหยุดทำงาน เนื่องจากยังเป็นบุคคลที่มีคุณค่าและเป็นประโยชน์ต่อสังคม สำหรับครอบครัวของผู้สูงอายุควรเอาใจใส่ดูแล และส่งเสริมสนับสนุนให้กำลังใจในการประกอบอาชีพของผู้สูงอายุ

สำหรับหน่วยงานที่ปฏิบัติงานด้านผู้สูงอายุควรสนับสนุนในการจัดกิจกรรมส่งเสริมอาชีพแก่ผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ โดยจัดให้เหมาะสมตามความรู้ความสามารถของผู้สูงอายุ

ในเรื่องที่อยู่อาศัย ประมวล พิรัชพันธุ์ (2544 : 1 – 2) ได้ทำการศึกษาเรื่อง การวิจัยเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในสังคมไทยด้านที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อม ผลการศึกษาสรุปในประเด็นหลัก ๆ ได้ดังนี้ สภาพทั่วไปของที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุไม่มีส่วนใด สิ่งใด ที่จัดทำให้เหมาะสมกับการอยู่อาศัยในวัยสูงอายุ โดยเฉพาะที่อยู่อาศัยมีความสะดวก สบาย ตามอัตภาพของผู้อยู่อาศัยในวัยแข็งแรง ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่กับครอบครัว และ/หรือมีบุตรหลานที่คาดว่าจะอยู่อาศัยด้วยได้ในบั้นปลายชีวิต ผู้สูงอายุไม่มีการเตรียมการเกี่ยวกับที่พักอาศัย ขาดความรู้ความเข้าใจในการจัดทำ และตกแต่งบ้านเรือนให้เหมาะสมกับการอยู่อาศัย เพื่อให้ชีวิตมีความสะดวก สบาย ปลอดภัย และยืดเวลาการพึ่งพาหรือเป็นภาระแก่บุตรหลานออกไป ผู้สูงอายุคิดว่าเมื่อถึงวันช่วยตนเองไม่ได้ลูกหลานก็คงจะเลี้ยงดู ไม่มีการมองการณ์ไกลในเรื่องนี้ และไม่มีความรู้ว่ารัฐมีการจัดบริการ/สวัสดิการให้แก่ผู้สูงอายุในเรื่องนี้อย่างใด ในด้านสภาพแวดล้อมหรือชุมชนที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุ แม้จะมีสาธารณูปโภคและสาธารณูปการ ตลอดจนสิ่งอำนวยความสะดวกพอประมาณ แต่ยังขาดคุณภาพ และมีช่องว่างให้ปรับปรุงได้อีกมากกว่าจะถึงขีด “ชุมชนที่มีสภาพแวดล้อมดี” ซึ่งจะทำให้ผู้คนทุกเพศวัยไม่เฉพาะแต่ผู้สูงอายุได้อยู่อาศัยอย่างมีความสุข ชุมชนที่ผู้สูงอายุต้องการอยู่อาศัย คือ ชุมชนที่มีบริการทำให้ชีวิตสะดวกสบายขึ้น รวมถึงบริการทางสังคม เช่น การศึกษา อนามัย และการพักผ่อนหย่อนใจ มีความปลอดภัยจากภัยธรรมชาติและภัยจากมนุษย์

ในเรื่องที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อม ประเด็นที่ผู้สูงอายุสนใจอยากทราบมากที่สุด คือ บริการ/สวัสดิการด้านที่อยู่อาศัย และด้านอื่น ๆ ที่รัฐจัดให้ผู้สูงอายุ รองลงมา คือ เรื่องการจัดบ้านให้สะอาด สบาย ปลอดภัยแก่การอยู่อาศัย

สำนักงานสถิติแห่งชาติ ร่วมกับสำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส คนพิการ และผู้สูงอายุ และวิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (2550 : 1 – 4) ได้ดำเนินการสำรวจความคิดเห็นของประชาชนเกี่ยวกับความรู้และทัศนคติที่มีต่อผู้สูงอายุ โดยศึกษากับประชาชนที่มีอายุระหว่าง 15 – 59 ปี ในเขตกรุงเทพมหานคร 4 ภาค และเขตการปกครอง 2 เขต จำนวน 9,000 ราย เกี่ยวกับความรู้และทัศนคติที่มีต่อผู้สูงอายุ พ.ศ.2550 เพื่อรวบรวมความคิดเห็นเกี่ยวกับความรู้และการเตรียมตัวเพื่อเข้าสู่วัยชรา รวมทั้งทัศนคติต่อผู้สูงอายุ เพื่อเป็นข้อมูลให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำไปใช้ประกอบเป็นแนวทางในการติดตาม และประเมินผลตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545 – 2564) ต่อไป สรุปผลการสำรวจที่สำคัญ ๆ คือ

1) ความรู้เกี่ยวกับพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ ประชาชนส่วนใหญ่ ร้อยละ 62.7 ระบุว่า ไม่ทราบเกี่ยวกับการมีพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ ที่ระบุว่าเคยทราบมีเพียงร้อยละ 24.5 และแน่ใจร้อยละ 12.8 โดยประชาชนในทุกเขตการปกครองส่วนใหญ่ไม่เคยทราบเช่นเดียวกัน และพบว่าประชาชนนอกเขตเทศบาลมีอัตราร้อยละของผู้ที่ไม่ทราบสูงกว่าประชาชนในเขตเทศบาล

2) ความคิดเห็นและทัศนคติเกี่ยวกับผู้สูงอายุ 2.1) ความคิดเห็นเกี่ยวกับการเตรียมการเพื่อวัยสูงอายุ ประชาชนส่วนใหญ่ร้อยละ 91.4 เห็นว่า ควรมีการเตรียมการเพื่อวัยสูงอายุ ไม่แน่ใจมีร้อยละ 4.9 และไม่ควรเตรียมการมีร้อยละ 3.7 ในกลุ่มที่เห็นว่าควรและกลุ่มที่ไม่แน่ใจในการเตรียมการเพื่อวัยสูงอายุ ได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับด้านต่าง ๆ ที่ควรเตรียมการ ดังนี้คือ ด้านการเงิน (ร้อยละ 98.8) สุขภาพ (ร้อยละ 96.9) ที่อยู่อาศัย (ร้อยละ 96.5) และระบุว่าช่วงอายุที่ควรเริ่มเตรียมการ คือ ควรเริ่มตั้งแต่อายุระหว่าง 40 – 49 ปี (ร้อยละ 35.0) รองลงมาอายุ 50 – 59 ปี (ร้อยละ 30.9) ก่อนอายุ 40 ปี (ร้อยละ 26.5) และตั้งแต่อายุ 60 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 7.6) 2.2) ทัศนคติเกี่ยวกับผู้สูงอายุเรื่องที่ประชาชนเห็นด้วยมากที่สุด คือ ผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่สังคมควรให้สิทธิประโยชน์เป็นพิเศษ (ร้อยละ 91.5) ส่วนเรื่องที่ประชาชนเห็นด้วยน้อยที่สุด คือ ผู้สูงอายุควรไปอยู่อาศัยในวัด (ร้อยละ 1.9) 2.3) ความคิดเห็นเกี่ยวกับอายุที่หน่วยงานภาครัฐ/เอกชนควรกำหนดให้เป็นอายุเกษียณ ประชาชนส่วนใหญ่ระบุว่า ควรกำหนดที่อายุ 60 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 52.2) รองลงมา คือ 55 ปี (ร้อยละ 19.8) 2.4) ความคิดเห็นเกี่ยวกับบุคคลที่ควรมีหน้าที่หลักในการดูแลผู้สูงอายุ ประชาชนส่วนใหญ่ (ร้อยละ 65.1) ระบุว่าควรเป็นหน้าที่หลักของบุตร รองลงมาเป็นตัวผู้สูงอายุเอง (ร้อยละ 13.8) 2.5) ความคิดเห็นเกี่ยวกับความเต็มใจและความสามารถในการจ่ายเงินสะสมเพื่อเป็นหลักประกันยามสูงอายุ หากต้องจ่ายเงินให้รัฐเดือนละ 200 บาท และเมื่ออายุครบ 60 ปี จะได้รับเงินบำนาญเดือนละ 2,000 บาทนั้น มีประชาชนระบุว่า เต็มใจและสามารถจ่ายเงินให้รัฐได้ (ร้อยละ 49.4) รองลงมา คือ เต็มใจแต่ไม่สามารถจ่ายได้ (ร้อยละ 20.9)

3) การมีหลักประกันด้านการเงินยามสูงอายุ 3.1) หลักประกันด้านการเงินยามสูงอายุ กลุ่มที่เป็นข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ ส่วนใหญ่ระบุเกี่ยวกับการเลือกรับบำเหน็จหรือบำนาญว่า เมื่อออกจากงานหรือเกษียณจะเลือก/ได้เลือกรับบำนาญ (ร้อยละ 62.3) รองลงมายังไม่ตัดสิน (ร้อยละ 21.4) และจะเลือก/ได้เลือกรับบำเหน็จ (ร้อยละ 16.3) 3.2) แหล่งเงินที่คาดหวังในการเลี้ยงดูตนเองยามสูงอายุ แหล่งเงินที่จะเป็นหลักประกันที่สำคัญที่สุดในการเลี้ยงดูตนเองยามสูงอายุที่ประชาชนคาดหวัง 5 อันดับแรก คือ จากบุตร (ร้อยละ 32.6) รองลงมา คือ การทำงานเลี้ยงตนเอง (ร้อยละ 27.2) เงินออม/ทรัพย์สิน (ร้อยละ 22.7) คู่สมรส (ร้อยละ 7.4) รัฐบาล (ร้อยละ 4.4)

4) การได้เตรียมการด้านต่าง ๆ เพื่อยามสูงอายุ ประชาชนส่วนใหญ่ระบุว่าเคยคิดและได้เตรียมการมากที่สุดในเรื่อง การออมหรือสะสมเงินทอง ทรัพย์สินให้เพียงพอใช้ในวัย

สูงอายุ (ร้อยละ 57.6) รองลงมา เป็นการทำตัวเองให้มีสุขภาพกายที่แข็งแรงก่อน/และเมื่ออยู่ในวัยสูงอายุ (ร้อยละ 52.1) ส่วนเรื่องที่ไม่เคยคิดเตรียมการ คือ เรื่องการทำศพสำหรับตัวเอง (ร้อยละ 40.4) และการทำงานให้ชุมชนหรือเป็นอาสาสมัครเมื่ออยู่ในวัยสูงอายุ (ร้อยละ 40.2)

โดยสรุป รัฐบาลต้องให้ความสำคัญกับการจัดบริการสังคมสำหรับผู้สูงอายุอย่างจริงจัง โดยมุ่งเน้นการป้องกันและพัฒนาผู้สูงอายุควบคู่ไปกับการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า โดยใช้แนวคิดชุมชนเป็นฐาน (Community Based Approach) ในการแก้ปัญหาผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นการลดภาระพึ่งพิงจากรัฐ โดยเน้นการมีบทบาทร่วมกันของภาคี (Partnership) ต่าง ๆ ในสังคม ทั้งภาครัฐ ภาคประชาชน ภาคเอกชนและธุรกิจเอกชน องค์กรพัฒนาเอกชน และองค์กรประสานงานระดับชาติ โดยดำเนินงานในลักษณะหุ้นส่วนกันด้วยความสมานฉันท์ บนแนวคิดพื้นฐานที่ว่าการดูแลผู้สูงอายุเป็นความรับผิดชอบของทุกคนในสังคมนั่นเอง โดยการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุ ครอบครัว และชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และรัฐมีกลไกการบริหารที่มุ่งพัฒนาศักยภาพของผู้สูงอายุให้ผู้สูงอายุสามารถอยู่ในครอบครัว ชุมชนของตนได้อย่างที่ผู้สูงอายุต้องการ

ในเรื่องด้านสุขภาพจิตนั้น สาคร อินโท่โล่ และ จิราพร เกศพิชญวัฒนา (2550 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเรื่อง ประสบการณ์และสุขภาวะของผู้สูงอายุไทยที่ถือศีลแปดที่วัด การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์การถือศีลแปดที่วัดของผู้สูงอายุไทย และศึกษาสุขภาวะของผู้สูงอายุไทยที่ถือศีลแปด โดยการศึกษาเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยา เก็บข้อมูลโดยวิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก ผู้สูงอายุจำนวน 12 ราย ซึ่งได้รับเลือกเป็นผู้ให้ข้อมูลหลักอย่างเฉพาะเจาะจง โดยพิจารณาตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด ทำการสัมภาษณ์โดยการบันทึกเทปร่วมกับการสังเกต และการบันทึกภาคสนาม ยุติการเก็บข้อมูลเมื่อพบว่ามีความอิ่มตัวของข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า ประสบการณ์การถือศีลแปดที่วัดของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 3 ประเด็นหลัก ซึ่งได้แก่ 1) สาเหตุของการก้าวเข้าสู่การปฏิบัติธรรม อันเกิดจากการปฏิบัติตามความเชื่อ การประสบกับเหตุการณ์ที่กระทบชีวิต 2) การปรับตัวเป็นผู้ปฏิบัติธรรม โดยการเตรียมความพร้อม การปรับพฤติกรรมให้เหมาะสม ฝึกฝนตนเองอย่างตั้งใจ และ 3) การปฏิบัติธรรมเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต โดยใช้หลักธรรมเป็นแนวทางในการดำเนินชีวิต ปฏิบัติธรรมจนเป็นกิจวัตรประจำวัน สุขภาวะของผู้สูงอายุที่ถือศีลแปด พบว่า ประกอบด้วย 4 ประเด็นหลัก คือ 1) การมีความสุขกาย สบายกาย อาการเจ็บป่วยดีขึ้น 2) การมีจิตใจที่สงบ สบายใจ ตัดความทุกข์ใจได้ มีสติ 3) การมีกิจกรรมทางสังคม โดยการมีเพื่อนวัยเดียวกัน การเป็นที่ยอมรับในสังคม และ 4) การเป็นผู้มีบุญจากการปฏิบัติธรรมโดยได้รับผลบุญทั้งในชาตินี้ และสร้างสมบุญเพื่อชาติหน้า การศึกษาครั้งนี้ทำให้เข้าใจเกี่ยวกับประสบการณ์การถือศีลแปด และสุขภาวะของผู้สูงอายุ

ไทยที่ถือศีลแปดที่วัด โดยบุคลากรทางสุขภาพสามารถใช้ข้อค้นพบจากผลการศึกษานี้เป็นข้อมูลสนับสนุนการจัดกิจกรรมทางศาสนาเพื่อส่งเสริมสุขภาวะผู้สูงอายุไทยที่เป็นพุทธศาสนิกชน

10.5 บทบาทของผู้สูงอายุ

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ (2541) ศึกษาวิจัยเรื่อง การพัฒนาสถาบันครอบครัวปัจจัยสำคัญในการเกื้อหนุน" มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะ การดูแล สภาพปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว ศักยภาพของครอบครัวต่อการเกื้อหนุนผู้สูงอายุ และปัจจัยสำคัญในการส่งเสริมให้ศักยภาพของครอบครัวเข้มแข็ง ผลการศึกษาพบว่า ครอบครัวคงมีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุทั้งด้านการตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย หรือปัจจัย 4 แก่ผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังพบว่า ครอบครัวมีความต้องการบริการสังคมรูปแบบต่าง ๆ ทั้งที่ลงไปสู่ครอบครัวและชุมชน และบริการทางอ้อม คณะผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเร่งจัดบริการสังคมลงไปสู่ครอบครัวและชุมชน ให้ประกาศใช้กฎหมายสวัสดิการสังคม ดำเนินการประกันชราภาพ และปรับปรุงกฎหมายในการลดหย่อนภาษีเงินได้แก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และยกเว้นภาษีสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นข้าราชการบำนาญ และมีอายุเกิน 70 ปี

นภาพร ชโยวรรณ และ จอห์น โนเดล (2542 : 13) ได้ศึกษาเรื่อง "การอยู่อาศัยและการเกื้อหนุนโดยครอบครัวผู้สูงอายุไทย" พบว่า ครอบครัวไทยยังคงทำหน้าที่ในการดูแลและเกื้อหนุนผู้สูงอายุอย่างกว้างขวาง ภายใต้การเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทางรายได้ สังคม และประชากรในช่วงเวลาหลายทศวรรษที่ผ่านมา ระบบครอบครัวที่ทำให้การเกื้อหนุนดูแลผู้สูงอายุยังคงอยู่ในสังคมไทย แม้ว่าความแตกต่างในตัวอย่างและวิธีการเก็บข้อมูลทำให้สรุปอย่างแน่นอนไม่ได้ก็ตาม แต่ข้อมูลที่มีอยู่ก็ชี้แนะว่า ระดับการอยู่บ้านเดียวกันกับบุตรอย่างน้อย 1 คน อาจลดลงเล็กน้อย แต่นั่นไม่ได้แสดงว่าระบบการเกื้อหนุนโดยครอบครัวจะสึกกร่อนลง เพราะระดับการติดต่อกับทุกคนระหว่างบิดา มารดาสูงกับบุตรอยู่ที่อื่นได้ชดเชยการลดระดับการอยู่บ้านเดียวกับบุตรที่พบว่าลดลงได้เกือบทั้งหมด และผลการวิจัยที่พบ สะท้อนแนวโน้มการตั้งครัวเรือนใหญ่อยู่ใกล้ ๆ กัน ขณะเดียวกันยังคงไว้ซึ่งระยะทางที่ใกล้กันพอที่บุตรจะดูแลเกื้อหนุนบิดามารดาตามประเพณีคาดหวัง

สายสีทอง ณ ภูเก็ต (2543 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาสัมพันธภาพของผู้สูงอายุกับบุคคลอื่น มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสัมพันธภาพของผู้สูงอายุกับบุคคลในวัยอื่นและวัยเดียวกันของผู้สูงอายุทั้งในเขตเมืองและในชนบท และ 2) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสัมพันธภาพของผู้สูงอายุกับบุคคลอื่น โดยศึกษากับกลุ่มผู้สูงอายุในจังหวัดระยอง ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย ร้อยละ 49.7 และเพศหญิง ร้อยละ 50.3 ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 60 – 69 ปี ร้อยละ

68.0 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 46.3 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 49.3 มีรายได้ระหว่าง 2,001 – 4,000 บาท ร้อยละ 48.9 และมีรายได้มาจากลูกหลาน ร้อยละ 59.7 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุมีสุขภาพไม่แข็งแรง ร้อยละ 59.7 โดยมีโรคประจำตัว ร้อยละ 61.3 และมีที่อยู่อาศัยอยู่ในเขตเมือง ร้อยละ 67.7 ในการศึกษาสัมพันธภาพของผู้สูงอายุกับบุคคลอื่น พบว่า ผู้สูงอายุมีสัมพันธภาพกับครอบครัวสูงที่สุด รองลงมา คือ สัมพันธภาพกับเครือญาติ วัด/ศาสนสถาน บุคคลอื่นในชุมชน เช่น กำนัน พยาบาล ฯลฯ กับเพื่อนบ้าน/เพื่อนสนิท และที่มีสัมพันธภาพต่ำสุด คือ กับชมรม/สมาคม ผลการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสัมพันธภาพในครอบครัว พบว่า 1) ด้านครอบครัวของผู้สูงอายุ ปัจจัยด้านอายุ ลักษณะที่อยู่อาศัย รายได้ มีอิทธิพลต่อสัมพันธภาพในครอบครัว 2) ด้านเครือญาติของผู้สูงอายุ ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพ มีอิทธิพลต่อสัมพันธภาพกับเครือญาติ 3) ด้านเพื่อนบ้าน/เพื่อนสนิทของผู้สูงอายุ ปัจจัยด้านลักษณะชุมชนที่อยู่อาศัย อายุ สุขภาพกาย มีอิทธิพลต่อสัมพันธภาพกับเพื่อนบ้าน/เพื่อนสนิท 4) ด้านบุคคลในชุมชนของผู้สูงอายุ ปัจจัยด้านระดับการศึกษาและอายุ มีอิทธิพลต่อสัมพันธภาพกับบุคคลในชุมชน 5) ชมรม/สมาคมของผู้สูงอายุ ปัจจัยด้านรายได้เฉลี่ยต่อเดือน ลักษณะชุมชนที่อยู่อาศัย และสถานภาพสมรส มีอิทธิพลต่อสัมพันธภาพกับชุมชนและสมาคม 6) ด้านวัดและศาสนสถาน ปัจจัยด้านสุขภาพกาย ระดับการศึกษา เพศ ลักษณะชุมชนที่อยู่อาศัย สถานภาพสมรส มีอิทธิพลต่อสัมพันธภาพกับวัดและศาสนสถาน

ธีราพร ทวีธรรมเจริญ (2545 : 105) ศึกษาเรื่อง “พฤติกรรมการให้ความพึ่งพิงแก่บิดามารดาของบุตร” พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการให้ความพึ่งพิงแก่บิดามารดาของบุตร ตามแนวทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม มี 2 ปัจจัย คือ วิธีที่บุตรได้เรียนรู้ด้วยการเห็นพฤติกรรมการให้ความพึ่งพิงแก่ปู่ ย่า ตา ยาย จากบิดามารดาส่งผลให้บุตรมีพฤติกรรมการให้ความพึ่งพิงแก่บิดามารดาตามไปด้วย และปัจจัยเรื่องวิธีที่บุตรได้เรียนรู้ด้วยการได้รับการสั่งสอนในเรื่องการตอบแทนบุญคุณคนในวัยเด็กมาก บุตรจะมีพฤติกรรมการให้ความพึ่งพิงแก่บิดามารดาตามไปด้วยเช่นเดียวกัน ส่วนปัจจัยตามแนวทางทฤษฎีการแลกเปลี่ยนทางสังคม มี 4 ปัจจัย ที่มีความสัมพันธ์กับการให้พึ่งพิงแก่บิดามารดาของบุตร ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากบิดามารดาและการยึดมั่นในบรรทัดฐานแห่งการตอบแทนกลับคืนของบุตร โดยมีการสัมพันธ์ในลักษณะที่ว่า บุตรที่ได้รับการสนับสนุน ช่วยเหลือจากบิดามารดาจะให้ความพึ่งพิงแก่บิดามารดา และบุตรที่มีความยึดมั่นในบรรทัดฐานแห่งการตอบแทนกลับคืนมา จะให้ความพึ่งพิงแก่บิดามารดาเช่นเดียวกัน ส่วนปัจจัยในเรื่องคุณค่าของรางวัลที่ได้รับจากการปฏิสังสรรค์กับบิดามารดากับการที่มีทรัพยากรที่เป็นที่ต้องการของบุตรนั้นพบว่า จะมีการโน้มเอียงที่จะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการให้ความพึ่งพิงแก่บิดามารดาของบุตร คือ บุตรที่เห็นคุณค่าของรางวัลที่ได้รับจากการปฏิสังสรรค์กับบิดา

มารดามากจะให้ความพึ่งพิงแก่บิดามารดามาก และบุตรที่เห็นว่าบิดามารดาที่มีทรัพยากรที่เป็นที่ต้องการก็จะให้ความพึ่งพิงแก่บิดามารดาตามไปด้วย มีเพียงมิติด้านจิตใจเท่านั้นที่การเห็นคุณค่าของรางวัลที่ได้รับจากการปฏิสังสรรค์ และการมีทรัพยากรที่เป็นที่ต้องการของบุตรจะมีการสัมพันธ์กับพฤติกรรมการให้ความพึ่งพิงแก่บิดามารดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

วรรณลักษณ์ เมียนเกิด (2549 : บทคัดย่อ) วิจัยเรื่อง “ค่านิยม ความคาดหวังของผู้สูงอายุและพหุวัย” เป็นการศึกษาสภาพสังคมไทยในปัจจุบัน ในประเด็นค่านิยม ความคาดหวังที่บุคคลมีต่อกัน ทั้งนี้เพราะค่านิยมเป็นสิ่งที่ถือว่าเป็นบรรทัดฐานที่กำหนดแนวทางในการประพฤติปฏิบัติ หรือการแสดงพฤติกรรมของบุคคลในสังคมอย่างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งค่านิยมเรื่องความกตัญญู การให้คุณค่าที่สมาชิกในครอบครัว ชุมชน และสังคมปฏิบัติต่อผู้สูงอายุ ค่านิยมนี้จึงน่าจะนำไปสู่ความคาดหวังต่อพฤติกรรมและบทบาทที่แต่ละบุคคลกระทำต่อกันอย่างเหมาะสม วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาค่านิยมไทยที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ความคาดหวังต่อผู้สูงอายุและพหุวัยที่มีต่อกัน และศึกษาแนวทางในการส่งเสริมค่านิยมที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุในทัศนะของผู้สูงอายุและพหุวัย ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุและพหุวัยทั้งในกรุงเทพมหานครและต่างจังหวัด มีทัศนคติว่าค่านิยมมีความสำคัญ เพราะเป็นบรรทัดฐานในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล เช่น การนำค่านิยมในอดีตมาใช้ในปัจจุบัน และการให้ความสำคัญกับการที่ค่านิยมเป็นแรงจูงใจให้บุคคลแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสมในสังคมระดับมากที่สุด ส่วนลักษณะของค่านิยมผู้สูงอายุทั้งในกรุงเทพมหานครและต่างจังหวัด มีทัศนคติว่าค่านิยมมีลักษณะเป็นความเชื่อว่าถ้าบุคคลมีการเลี้ยงดูบิดามารดาจะได้บุญ และเป็นมงคลแก่ชีวิตในระดับมาก ในขณะที่ค่านิยมที่ยึดถือในการปฏิบัติต่อผู้สูงอายุ พหุวัยควรยึดหลักการให้คุณค่าแก่ผู้สูงอายุเช่นกัน สำหรับพหุวัยทั้งในกรุงเทพมหานครและต่างจังหวัด ให้ความสำคัญกับค่านิยมที่มีลักษณะเป็นความเชื่อมากที่สุด ส่วนค่านิยมที่ยึดถือปฏิบัตินั้นพหุวัยในกรุงเทพมหานครให้ความสำคัญกับการให้ความเคารพผู้สูงอายุมากที่สุด ในขณะที่พหุวัยในต่างจังหวัดให้ความสำคัญกับการให้คุณค่าของผู้สูงอายุมากที่สุด

วิทธิลักษณ์ จันทร์ธนสมบัติ (2552 : บทคัดย่อ) ศึกษาเรื่อง ทัศนะต่อการเป็นผู้สูงอายุที่มีความสุขของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร กรณีศึกษา ศูนย์บริการสาธารณสุข 40 บางแค มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาทัศนะต่อการเป็นผู้สูงอายุที่มีความสุขเกี่ยวกับตนเอง ด้านการดูแลรักษาสุขภาพร่างกาย การส่งเสริมดูแลสุขภาพจิตและการมีปัจจัยขั้นพื้นฐานต่อการดำรงชีวิต และเพื่อศึกษาทัศนะต่อการเป็นผู้สูงอายุที่มีความสุขเกี่ยวกับครอบครัว ด้านการมีความมั่นคงทางเศรษฐกิจและการมีครอบครัวอบอุ่น และเพื่อศึกษาทัศนะต่อการเป็นผู้สูงอายุที่มีความสุขเกี่ยวกับชุมชน ด้านการมีส่วนร่วมต่อชุมชน และการเป็นแบบอย่างที่ดีแก่ชุมชน เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาสำรวจ กลุ่มประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้สูงอายุที่ขึ้นทะเบียนเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุของ

ศูนย์บริการสาธารณสุข 40 บางแค จำนวน 201 คน สถิติที่ใช้วิเคราะห์ คือ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบหาค่า t – test และการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างตัวแปรโดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One Way ANOVA) ผลการศึกษาสรุปได้ว่า ประชากรตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 60 – 64 ปี มีสถานภาพสมรสแล้ว มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ไม่ได้ประกอบอาชีพ (แม่บ้าน/พ่อบ้าน) และไม่มีรายได้ที่หาได้เอง ทัศนะต่อการเป็นผู้สูงอายุที่มีความสุข ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นในการเป็นผู้สูงอายุที่มีความสุขเกี่ยวกับตนเองในระดับมาก ด้านการดูแลรักษาสุขภาพกาย ด้านการส่งเสริมดูแลสุขภาพจิต และด้านการมีปัจจัยขั้นพื้นฐานต่อการดำรงชีวิต ส่วนทัศนะต่อการเป็นผู้สูงอายุที่มีความสุขเกี่ยวกับครอบครัวด้านความมั่นคงทางเศรษฐกิจ และด้านครอบครัวอบอุ่น อยู่ในระดับมาก ผลการศึกษาความแตกต่างระหว่างตัวแปรพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีเพศ อายุ สถานภาพ การศึกษา อาชีพ และรายได้ที่แตกต่างกัน ไม่มีความสัมพันธ์กับทัศนะต่อการเป็นผู้สูงอายุที่มีความสุขเกี่ยวกับตนเอง ทัศนะต่อการเป็นผู้สูงอายุที่มีความสุขเกี่ยวกับครอบครัว และทัศนะต่อการเป็นผู้สูงอายุที่มีความสุขเกี่ยวกับชุมชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

เกริกศักดิ์ บุญญานุพงษ์ และ สุรีย์ บุญญานุพงษ์ (2543 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเรื่องศักยภาพของผู้สูงอายุในการทำงานเพื่อสังคม โดยมีกลุ่มตัวอย่างเป็นประชากรในเขตเทศบาลเมืองเชียงใหม่ พบว่า บทบาทและหน้าที่ของผู้สูงอายุในครัวเรือนส่วนใหญ่จะเป็นผู้ช่วยเหลือบุตรหลานและคนในครอบครัวในด้านต่าง ๆ เช่น การดูแลบ้าน การให้คำปรึกษา การช่วยเหลือด้านการเงิน และอื่น ๆ ส่วนบทบาทผู้สูงอายุในชุมชน ผู้สูงอายุส่วนหนึ่งเข้าไปมีบทบาทหน้าที่ด้านกิจกรรมทางศาสนา การศึกษา และการส่งเสริมอาชีพ ส่วนบทบาทหน้าที่ในด้านการบริหารงานส่วนใหญ่ไม่ได้เป็นความสมัครใจของผู้สูงอายุ หากแต่เกิดจากการถูกขอร้องจากผู้อื่นมากกว่า ขณะเดียวกันจากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่มีศักยภาพมีความสามารถและความพร้อมในการทำงานหรือมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ แต่การที่ผู้สูงอายุไม่ได้มีโอกาสใช้ศักยภาพที่ตนเองมีอยู่เนื่องจากการไม่ยอมรับศักยภาพของผู้สูงอายุที่อ่อนวัยกว่า และได้เสนอแนะให้คนในสังคมทำความเข้าใจถึงศักยภาพของผู้สูงอายุ และหาแนวทางในการนำศักยภาพนั้นมาใช้ให้เกิดประโยชน์แก่สังคมอย่างเหมาะสม

กรรณิกา เจริญลักษณ์ (2545 : 102 – 104) ได้ศึกษาบทบาทของผู้สูงอายุในฐานะเป็นผู้ให้การสนับสนุนแก่สังคม : ศึกษาเฉพาะกรณีชมรมผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประเภทของการสนับสนุนแก่สังคมที่ผู้สูงอายุได้ปฏิบัติอยู่ในปัจจุบัน และศึกษาระดับของการปฏิบัติที่ให้การสนับสนุนแก่สังคม ผลการศึกษาพบว่า กิจกรรมที่ผู้สูงอายุได้ปฏิบัติ คือ การมีส่วนร่วมในการจัดทัศนศึกษาให้แก่สมาชิกในชุมชน ซึ่งจะก่อให้เกิดการ

เปลี่ยนแปลงบทบาทใหม่ ๆ เกิดการเรียนรู้การมีส่วนร่วมในการดูแลสมาชิกเจ็บป่วย ร้อยละ 92.9 และการเป็นผู้นำประกอบพิธีกรรมทางศาสนาในโอกาสวันสำคัญต่าง ๆ นอกจากนี้ในด้านข้อมูลข่าวสาร พบว่า ควรที่จะดำเนินการจัดสร้างเครือข่ายของชมรมผู้สูงอายุได้มีการช่วยเหลือกัน ผู้สูงอายุเห็นด้วยกับการที่จะมีการส่งเสริมและเปิดโอกาสให้มีการเผยแพร่ภูมิปัญญาของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความภาคภูมิในใจตนเอง ข้อเสนอแนะจากการศึกษาควรส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการเผยแพร่ภูมิปัญญาผู้สูงอายุให้แก่เด็ก ควรส่งเสริมสนับสนุนสื่อทุกประเภทให้มีรายการเพื่อผู้สูงอายุที่จะทำให้ผู้สูงอายุได้รับความรู้ในด้านต่าง ๆ และควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้เข้าร่วมในการพัฒนาชุมชนหรือสังคม

10.6 การมีส่วนร่วมของชุมชนต่อผู้สูงอายุ

วิริยาภรณ์ สวัสดิ์รักษา (2544 : บทคัดย่อ) ได้ทำการวิจัยการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุเพื่อการพึ่งตนเอง ศึกษาเฉพาะกรณีชุมชนในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า ชุมชนสามารถจัดสวัสดิการผู้สูงอายุ 6 ประเภท คือ กองทุนกิจกรรมผู้สูงอายุ งานประเพณีและกิจกรรมกองทุนออมทรัพย์ เงินเจ็บป่วยฉุกเฉิน/ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง กองทุนฌาปนกิจ กองทุนอาชีพ และพบว่าประเภทสวัสดิการที่ผู้สูงอายุจำเป็นต้องขอรับการสนับสนุนจากภายนอก คือ สวัสดิการประเภทเงินอุดหนุนรายเดือน การตรวจสุขภาพและศูนย์สุขภาพผู้สูงอายุ ในด้านกิจกรรมที่จัดให้แก่ผู้สูงอายุ ได้แก่ กิจกรรมการอบรมให้ความรู้ความเข้าใจในเรื่องของสวัสดิการผู้สูงอายุ การจัดสวัสดิการ กิจกรรมที่เกี่ยวกับสวัสดิการของผู้สูงอายุในชุมชน กิจกรรมบันเทิง การละเล่นพิเศษ กิจกรรมทัศนศึกษา กิจกรรมการออกกำลังกาย กิจกรรมตั้งชมรมผู้สูงอายุและกิจกรรมการเยี่ยมบ้าน

เยาวลักษณ์ จิตตะโคตร์ และ นันทพันธ์ ชินล้ำประเสริฐ (2547 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเรื่อง ผลของการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมที่มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาผลของการมีส่วนร่วมของชุมชนในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข นักวิจัยท้องถิ่น ผู้สูงอายุ และผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ ณ บ้านวัดแดง ตำบลไทรม้า อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี ดำเนินการวิจัยโดยผู้วิจัยอบรมนักวิจัยท้องถิ่นเกี่ยวกับกระบวนการวิจัยและสนับสนุนให้นักวิจัยท้องถิ่นดำเนินการวิจัยร่วมกับผู้วิจัย โดยระดมความคิดเห็นจากชุมชนเพื่อวิเคราะห์ปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ วางแผนส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ดำเนินการตามแผน ตลอดจนประเมินผลโครงการ เก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยก่อนและหลังการวิจัยโดยนักวิจัยท้องถิ่น ใช้แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่ประยุกต์จากทฤษฎีส่งเสริมสุขภาพของ เพนเดอร์ (Pender : 1996) นอกจากนี้

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสังเกตแบบมีส่วนร่วมเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดกิจกรรม เพื่อพัฒนาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และการดำเนินการวิจัยในชุมชนของนักวิจัยท้องถิ่น ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนส่งผลให้ชุมชนมีบริบทของการมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์และวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ และเกิดความภาคภูมิใจในการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน โดยพบว่าผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเกือบทุกด้าน ได้แก่ ด้านรับผิดชอบต่อสุขภาพ กิจกรรมด้านร่างกาย สัมพันธภาพกับบุคลอื่น การพัฒนาทางจิตวิญญาณ การขจัดความเครียด หลังการวิจัยสูงกว่าก่อนการวิจัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีเพียงคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้านโภชนาการเท่านั้นที่ไม่แตกต่างกัน

นิภาพร ทองหลอม, ปฐมรัตน์ ศักดิ์ศรี และ ศรีวรรณ ปัญติ (2547 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเรื่อง การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุบ้านเชียง อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ มีวัตถุประสงค์เพื่อ ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุให้สามารถดูแลตนเองและชุมชนได้อย่างถูกต้อง มีประสิทธิภาพ และช่วยลดปัญหาการเจ็บป่วย กลุ่มผู้ร่วมทดลอง คือ ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ประธานชมรม และสมาชิก กลุ่มแม่บ้าน กรรมการหมู่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 ประชุมผู้เข้าร่วมโครงการ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ วางแผนปฏิบัติงานแบบมีส่วนร่วม สำรวจพื้นที่หมู่บ้าน สำรวจปัญหาในภาพรวม ขั้นตอนที่ 2 ดำเนินการแบบให้ชุมชนมีส่วนร่วม วิเคราะห์ปัญหา สาเหตุ ความคาดหวัง ผลกระทบของปัญหา สรุปภาพรวมของปัญหา สภาพที่พึงประสงค์เมื่อแก้ไขปัญหาแล้ว ขั้นตอนที่ 3 ปฏิบัติงานตามแผนงาน โดยฝึกอบรมความรู้ การดูแลตนเองในเรื่องสุขภาพ โดยคณะผู้ทำการวิจัยเรื่อง การใช้เครื่องมือออกกำลังกาย การออกกำลังกายแบบแอโรบิค การทำลูกประคบ และการใช้ลูกประคบ การทำเครื่องมือออกกำลังกายจากวัสดุท้องถิ่น การเยี่ยมบ้านผู้ป่วย สอนสาธิตเรื่องการนวด และการยืดกล้ามเนื้อให้กับอาสาสมัครเพื่อให้นำไปสอนผู้สูงอายุ จัดทำโปสเตอร์และสื่อการให้ความรู้ ขั้นตอนที่ 4 ประเมินผลการปฏิบัติงานก่อนและหลังทุก ๆ 3 เดือน เป็นเวลา 3 ปี (พ.ศ.2543 – 2546) ขั้นตอนที่ 5 ประเมินผลการดำเนินงานในช่วง 3 ปี สรุปผลการวิจัยว่า ผู้สูงอายุสามารถค้นหาปัญหาการเจ็บป่วยที่สำคัญ เช่น ปวดเข่า ปวดหลัง อัมพาต จัดทำแผนปฏิบัติงานเพื่อสร้างสุขภาพ สร้างเครื่องมือออกกำลังกายจากวัสดุท้องถิ่น ทำและใช้ลูกประคบได้อย่างถูกต้อง มีการออกกำลังกายแบบแอโรบิคอย่างสม่ำเสมอ ออกเยี่ยมผู้ป่วยตามบ้านเดือนละครั้ง สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ดีขึ้น สามารถเผยแพร่ความรู้เรื่องสุขภาพแก่ผู้สนใจที่มาดูงานของชมรม

สมจิต แดนสี, เจียมจิต แสงสุวรรณ และ จงกลนี ศรีจักรโคตร (2544 : บทคัดย่อ) ได้ทำการวิจัยเรื่อง ชุมชนช่วยชุมชนต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตชุมชนชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และพัฒนารูปแบบการส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยทำการศึกษาที่ตำบลพระลับ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น จำนวนทั้งสิ้น 14 หมู่บ้าน ใช้กระบวนการประชุมวางแผนแบบมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ (AIC) มาใช้ในการดำเนินการ กำหนดแผนปฏิบัติการ 7 โครงการหลัก ได้แก่ 1) โครงการศึกษาดูงาน เพื่อชมกิจการของศูนย์ผู้สูงอายุ 2) อบรมหมอนวดแผนไทย 3) อบรมแกนนำชุมชน หมู่บ้านละ 2 – 3 คน เรื่องการป้องกันกระดูกและข้อเสื่อม 4) อบรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโดยอาสาสมัครที่ผ่านการอบรมแกนนำผู้สูงอายุ 5) บริการหน่วยเคลื่อนที่โดยสถานีอนามัยตำบลพระลับ สถานีอนามัยบ้านผือและคณะพยาบาลศาสตร์ 6) การเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุโดยกลุ่มผู้สูงอายุและอาสาสมัคร และ 7) โครงการย่อยในแต่ละหมู่บ้าน ผลการวิจัยพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุก่อนและหลังดำเนินโครงการอยู่ในระดับปานกลาง แต่พบว่าหลังดำเนินโครงการดีกว่าก่อนดำเนินโครงการ และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน (พอช.) (http://www.codi.or.th, 2550) ได้ดำเนินโครงการสวัสดิการผู้สูงอายุให้ผู้สูงอายุได้เข้ามาร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมสร้าง ร่วมบริหาร และร่วมรับผิดชอบ ซึ่งเป็นโครงการพัฒนาสวัสดิการแนวใหม่ โดยผู้สูงอายุในจังหวัดสกลนคร ที่มาจากหลายสาขาอาชีพได้รวมตัวกันจัดตั้งขึ้นเป็นเครือข่ายขึ้นในนามของเครือข่ายผู้สูงอายุจังหวัดสกลนคร และร่วมกันทำกิจกรรมในหลายรูปแบบเพื่อพัฒนากองทุนสวัสดิการผู้สูงอายุให้เติบโตขึ้น จากการดำเนินโครงการพบว่า กิจกรรมที่เด่นที่สุดของเครือข่ายผู้สูงอายุจังหวัดสกลนคร ก็คือกิจกรรมสมุนไพร โดยเฉพาะ “กลุ่มสมุนไพรอำเภอโพนนาแก้ว” ซึ่งดำเนินการโดยกลุ่มผู้สูงอายุในพื้นที่ และประสบความสำเร็จอย่างมาก ซึ่งโพนนาแก้ว เป็นอำเภอเล็ก ๆ ที่ยังคงความเป็นชุมชนดั้งเดิม ผลสำเร็จที่เกิดขึ้นกับกลุ่มผู้สูงอายุจังหวัดสกลนคร เกิดจากการที่เกษตรอำเภอจัดอบรมหมอยาพื้นบ้านขึ้นในตัวจังหวัดสกลนคร พอกลับมาชาวบ้านเกิดความสนใจในเรื่องแพทย์แผนไทยสมุนไพร ทำให้มีการรวมตัวกันขึ้นโดยทางผู้สูงอายุและ อสม. จำนวน 15 คน ช่วยกันระดมหุ้นจัดตั้งเป็นชมรมอนุรักษ์ภูมิปัญญาสมุนไพร ให้มีความรู้ถ่ายทอดให้กับประชาชนและผู้สนใจหันมาสนใจสมุนไพรมากขึ้น ชุมชนอื่นและชุมชนใกล้เคียง เพื่อเป็นศูนย์นำร่อง หนึ่งตำบลหนึ่งผลิตภัณฑ์ของอำเภอ ศูนย์แปรรูปสมุนไพร เป็นศูนย์แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ที่ติดต่อประสานงานระหว่างสมาชิกชุมชนอื่น และหน่วยงานอื่น ๆ รวมทั้งเป็นศูนย์ถ่ายทอดภูมิปัญญาชาวบ้านสู่คนรุ่นหลัง เพื่อให้รู้จักใช้และหวงแหนสมุนไพรธรรมชาติในท้องถิ่น ซึ่งการทำงานของกลุ่มเป็นการ

กลับคืนสู่วิถีไทยเมื่อครั้งสมัยปู่ย่าตายาย ที่เชื่อมโยงไปสู่การสร้างเสริมสุขภาพ ในส่วนของผลิตภัณฑ์สมุนไพรเพื่อสุขภาพจะมีส่วนเชื่อมโยงสุขภาพเป็นหลายมิติ ทั้งทางร่างกาย ทางจิตวิญญาณ ที่มุ่งเน้นใช้ภูมิปัญญาเพื่อทำให้เกิดความภาคภูมิใจในตัวผู้สูงอายุเองที่ได้รู้สึกว่าตนเองยังมีคุณค่า สามารถเป็นประโยชน์ให้กับสังคมได้ และทางสังคมทำให้เกิดการมีส่วนร่วม การพึ่งตนเองของผู้สูงอายุ โดยไม่มีเรื่องวัยมาเป็นข้อจำกัด เป็นกิจกรรมที่ร่วมกันคิดร่วมกันทำ ก่อให้เกิดการปลุกจิตสำนึกการร่วมสร้างจิตสำนึก การรวมกลุ่มกัน ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นที่จะแปรพลังเงียบของผู้สูงอายุในวันนี้ไปสู่การสร้างสรรค์สังคมให้มีความดีงามและน่าอยู่

10.7 ชมรมผู้สูงอายุ

วรรณนิภา นาควัฒนะ (2548 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเรื่องความสามารถในการจัดกิจกรรมด้านสุขภาพของชมรมผู้สูงอายุ ในเขตกรุงเทพมหานคร โดยการสัมภาษณ์ประธานชมรมผู้สูงอายุ จำนวน 98 ชมรม เกี่ยวกับกิจกรรมด้านสุขภาพ และเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพมาสนับสนุนด้วยกรณีศึกษาชมรมผู้สูงอายุที่มีความสามารถระดับดี 3 อันดับแรก และระดับปรับปรุง 3 อันดับแรกเช่นเดียวกัน โดยวิธีสัมภาษณ์เชิงลึก และจัดเวทีสนทนากลุ่ม ผลการศึกษาพบว่า ชมรมผู้สูงอายุโดยส่วนใหญ่ร้อยละ 67.33 มีความสามารถในการจัดกิจกรรมด้านสุขภาพระดับปานกลาง ซึ่งประเภทของกิจกรรมที่ส่วนใหญ่ได้จัดขึ้น ได้แก่ กิจกรรมจัดงานประเพณี คิดเป็นร้อยละ 95.0 รองลงมากิจกรรมวัดความดัน และกิจกรรมตรวจร่างกาย คิดเป็นร้อยละ 93.9 และร้อยละ 91.9 ตามลำดับ ความถี่ของกิจกรรมที่ส่วนใหญ่จัดขึ้น ได้แก่ วัดความดัน เดือนละ 1 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 69.4 รองลงมา ตรวจร่างกาย เดือนละ 1 ครั้ง และเยี่ยมเยียนสมาชิกทุกครั้งที่เจ็บป่วย คิดเป็นร้อยละ 67.4 และร้อยละ 65.3 ตามลำดับ กิจกรรมส่วนใหญ่ที่ชมรมผู้สูงอายุจัดขึ้นเอง ได้แก่ เยี่ยมเยียนสมาชิก คิดเป็นร้อยละ 79.5 รองลงมา จัดงานประเพณี และทำบุญตักบาตร คิดเป็นร้อยละ 58.5 และร้อยละ 49.0 ตามลำดับ กิจกรรมส่วนใหญ่ที่ชมรมผู้สูงอายุจัดร่วมกับหน่วยงานอื่น ได้แก่ งานประเพณี คิดเป็นร้อยละ 34.3 รองลงมา ทำความสะอาดชุมชน และอบรมให้ความรู้ในการดูแลร่างกายตนเอง คิดเป็นร้อยละ 23.3 เท่ากัน

อัจฉรา สิทธิรักษ์ (http://hp.anamai.moph.go.th, 2550) ศึกษาเรื่อง “ปัญหาและความต้องการด้านกิจกรรมส่งเสริม สุขภาพและสังคมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุจังหวัดลำปาง” วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัญหาและความต้องการด้านกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและสังคมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุจังหวัดลำปาง ผลการศึกษาพบว่า ความต้องการของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ มี 3 ด้าน คือ 1) ความต้องการด้านส่งเสริมสุขภาพด้านร่างกาย 2) ความต้องการด้านจิตใจและสังคม และ 3) ความต้องการด้านส่งเสริมอาชีพและรายได้ การส่งเสริมสุขภาพด้านร่างกาย ผู้สูงอายุใน

ชมรมต้องการให้มีการตรวจร่างกายเบื้องต้น ต้องการได้รับข่าวสารสุขภาพโดยต้องการให้มีคำแนะนำด้านสุขภาพจากบุคลากรสาธารณสุขที่เป็นแกนนำ และมีความต้องการให้มีกิจกรรมที่ทำให้มีสุขภาพดี เช่น การออกกำลังกายที่หลากหลาย ต้องการให้มีผู้นำออกกำลังกาย ต้องการให้ชมรมผู้สูงอายุมีการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ และต้องการอุปกรณ์ที่ช่วยออกกำลังกาย ทางด้านจิตใจและสังคม ผู้สูงอายุต้องการให้มีกิจกรรมส่งเสริมอารมณ์จิตวิญญาณและสังคม เช่น กิจกรรมสันทนาการ กิจกรรมทางศาสนาต้องการให้มีการพบปะกันระหว่างสมาชิกบ่อยกว่าปกติ เช่น การจัดการทัศนศึกษาให้ผู้สูงอายุมีโอกาสได้พบปะแลกเปลี่ยนกับผู้สูงอายุอื่น และทางด้านสังคม ต้องการให้มีการการส่งเสริมอาชีพและรายได้ด้านการเงิน ได้แก่ การจัดตั้งกองทุนสำหรับผู้สูงอายุ เช่น การทำสมุนไพร เงินเบี้ยยังชีพ

อัญชลี พรประสาทผล (http://www.dnp.go.th/researchandthesis/total_ebdm/ebdm%2001, doc, 2551) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเข้มแข็งของชมรมผู้สูงอายุในชุมชนแออัดของกรุงเทพมหานคร มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะความเข้มแข็งของชมรมผู้สูงอายุในชุมชนแออัด และศึกษาปัจจัยของผู้สูงอายุ และปัจจัยที่เกี่ยวกับชมรมผู้สูงอายุที่มีผลต่อความเข้มแข็งของชมรมฯ ผลการศึกษาพบว่า ประชากรผู้สูงอายุมีอายุในช่วงอายุ 60 – 64 ปี ซึ่งเป็นวัยที่เกษียณจากการทำงานประจำโดยที่ส่วนใหญ่มีรายได้หลักจากบุตรหลาน มีสถานภาพสมรสแล้ว มีระดับการศึกษาประถมศึกษาตอนต้น มีรายได้ต่ำกว่า 10,000 บาทต่อเดือน ระยะเวลาในการเป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุ 1 – 5 ปี มีสถานภาพเป็นสมาชิกในชมรมมากที่สุด ในด้านความพึงพอใจของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ พบว่า สมาชิกมีความพึงพอใจในการร่วมกิจกรรมของชมรมอยู่ในระดับมาก เนื่องจากสถานที่ตั้งชมรมมีความสะดวกและเหมาะสมในการมาร่วมกิจกรรม และรู้สึกตัวเองมีคุณค่ามากขึ้นเมื่อได้เข้าร่วมกิจกรรมของชมรม

พรรณธิภา บุญพิทักษ์ (2549 : 131 – 132) ได้ศึกษาเรื่อง “การพัฒนาเครือข่ายกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุในสังกัดสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยฯ” มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ ศึกษาลักษณะเครือข่ายของชมรมฯ และศึกษาทัศนะของสมาชิกชมรมต่อการพัฒนาเครือข่ายกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุฯ ผลการศึกษาพบว่า ระยะเวลาการเป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุอยู่ในช่วงเวลา 1 – 5 ปี กิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุในสังกัดฯ จัดให้กับสมาชิกเรียงตามลำดับ คือ ส่วนใหญ่เป็นด้านการเผยแพร่ข่าวสารมากที่สุด รองลงมา คือ การจัดกิจกรรมด้านสุขภาพ ด้านศาสนาและวัฒนธรรม ด้านการพัฒนาสังคม ด้านนันทนาการและทัศนศึกษานอกสถานที่ และด้านความสนใจและความถนัด ชมรมผู้สูงอายุฯ มีการจัดกิจกรรมการศึกษาเรื่องพุทธศาสนามากที่สุด รองลงมา มีกิจกรรมการสอนผลิตยาสมุนไพรให้แก่สมาชิกชมรม ตามลำดับ ส่วนลักษณะเครือข่ายของชมรมผู้สูงอายุนั้น มีลักษณะเครือข่ายของการติดต่อกับ

องค์กรภายนอกมากที่สุด รองลงมามีการติดต่อกับชมรมผู้สูงอายุอื่น ๆ ภายในจังหวัด ส่วนเครือข่ายภายในเป็นการติดต่อกับเพื่อนสมาชิกในชมรมเดียวกัน สมาชิกชมรมมีทัศนะต่อการพัฒนาเครือข่ายกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุในระดับมากต่อการประสานงาน มีความเห็นว่าควรมีการแบ่งหน้าที่ในการทำงานด้านเครือข่ายร่วมกัน ในด้านบริหารนั้นสมควรมีการพัฒนาและปรับปรุงการทำงานร่วมกัน ในส่วนของด้านกิจกรรมนั้นควรมีการจัดกิจกรรมร่วมกันในกลุ่มชมรมผู้สูงอายุ

10.8 อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน

ไพฑูรย์ พัชรอาภา (2547 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาโครงการนำร่องอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อศึกษาผลที่เกิดขึ้นในการดำเนินโครงการนำร่องอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ระหว่างปี 2546 – 2547 ในพื้นที่นำร่อง 8 จังหวัด คือ เพชรบุรี สุพรรณบุรี ขอนแก่น ร้อยเอ็ด เชียงใหม่ พิษณุโลก สุราษฎร์ธานี และสงขลา โดยจัดฝึกอบรมให้แก่ผู้สนใจและส่งเสริมให้ปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุที่ขาดผู้ดูแล และช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ศึกษานำผลการดำเนินงานโครงการมาประมวลสังเคราะห์เป็นตัวแบบ (Model) ส่งเสริมให้เกิด “อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (อผส.) “ ต่อไป โดยใช้การสำรวจความคิดเห็นด้วยแบบสอบถามและแบบประเมินผล การสัมภาษณ์ การสังเกตระหว่างร่วมปฏิบัติ การอภิปรายกลุ่ม ฯลฯ เป็นวิธีการศึกษาข้อมูลกับผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายใน 8 จังหวัด คือ อผส.ทุกคน รวม 564 คน ผู้สูงอายุ หน่วยงานสนับสนุนระดับจังหวัด หน่วยงานสนับสนุนระดับพื้นที่ อบต. ผู้นำชุมชน และประชาชน การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติพรรณนา ผลการศึกษาพบว่า องค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานของอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (อผส.) ประกอบด้วยส่วนประกอบ 4 ประการ ได้แก่ (1) ผู้ปฏิบัติงาน คือ อผส. และคณะกรรมการ อผส. (2) ผู้รับบริการ คือ ผู้สูงอายุที่ขาดผู้ดูแล (3) การดูแลผู้สูงอายุ ประกอบด้วย องค์ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ แนวปฏิบัติของ อผส. และฝ่ายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง การติดตาม/นิเทศงาน (4) การสนับสนุนของหน่วยงานตามภารกิจและเขตพื้นที่ประกอบด้วย ส่วนกลาง จังหวัด ท้องถิ่น/ชุมชน และเครือข่ายสนับสนุน จากการดำเนินงาน พบว่า อผส. มีความสอดคล้องเอื้ออำนวยประโยชน์ต่อการให้การดูแลผู้สูงอายุที่ขาดผู้ดูแล ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ และถูกละเลยเพิกเฉย ผู้สูงอายุประเมินตนเองว่ามีระดับการเปลี่ยนแปลงของวิถีชีวิตในด้านต่าง ๆ ในทิศทางที่ดีขึ้น ซึ่งการเปลี่ยนแปลงมากหรือน้อยมีความสัมพันธ์สอดคล้องกับระดับการปฏิบัติกิจกรรมของ อผส. ในทิศทางที่ตรงกัน การเปลี่ยนแปลงในลำดับต้น ๆ คือ สภาพจิตใจ อารมณ์ สุขภาพร่างกาย อาหารการกิน ความเชื่อมั่นว่าไม่ถูกทอดทิ้งในบั้นปลายชีวิต การดูแลเรื่องยา การออกกำลังกาย ฯลฯ

การดำเนินงานของ อผส. ในทุกพื้นที่มีปรากฏการณ์ต่าง ๆ ซึ่งเป็นแนวโน้มของการพัฒนาการในทิศทางที่คล้ายคลึงกัน จากจุดเริ่มต้นของความมุ่งหมายโครงการที่เน้นให้การดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (Home Care) แก่กลุ่มผู้สูงอายุที่ขาดผู้ดูแล การดำเนินงานของ อผส. ได้ขยายออกไปเป็นการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน (Community Care) คือ ขยายการดูแลครอบคลุมผู้สูงอายุทุกคนในชุมชน ประสานความร่วมมือกับฝ่ายต่าง ๆ ในชุมชนและท้องถิ่น ทำให้ชุมชนมีความตื่นตัวให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น มีการริเริ่ม การพิจารณา และดำเนินงานต่อวิถีชีวิตของผู้สูงอายุในเชิงองค์รวมมากยิ่งขึ้น ขยายการปฏิบัติหน้าที่ให้ความสำคัญกับการเฝ้าระวังปัญหาและการคุ้มครองสวัสดิภาพแก่ผู้สูงอายุทั้งหมด อผส. ได้รวบรวมข้อมูลที่สามารถระบุตัวและสภาพปัญหาของผู้สูงอายุเป็นรายบุคคล และในภาพรวมของชุมชนได้ อผส. ได้ขยายการดำเนินการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ประสบปัญหาความทุกข์ยากเดือดร้อน ผู้ด้อยโอกาสในชุมชน มีบทบาทเป็นกลไกในระดับปฐมภูมิ ทำหน้าที่คัดกรอง พิจารณา หาวิธีการให้ความช่วยเหลือ ประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และแสวงหาการมีส่วนร่วมภายในท้องถิ่นมาสนับสนุนการปฏิบัติงาน โดยมีปริมาณและคุณภาพการดำเนินงานเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ อผส. ทุกพื้นที่จะดำเนินการต่อเนื่องต่อไปภายหลังโครงการสิ้นสุด โดยเห็นว่าเป็นการปฏิบัติที่กลมกลืนอยู่ภายใต้ค่านิยมอันดีงามของบุตรหลานญาติ เพื่อนบ้าน พึงให้ความเคารพ เอาใจใส่ดูแลบุพการีและผู้สูงอายุ และในปัจจุบันประชาชนในชุมชนมีท่าที่เห็นว่าการมี อผส. ในหมู่บ้านถือได้ว่าเป็นส่วนหนึ่งในวิถีการดำเนินชีวิตตามปกติของชุมชน ข้อเสนอแนะจากการศึกษาเสนอให้กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์สนับสนุนให้มีระบบงานอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน เพื่อเป็นกลไกในระดับรากฐานของสังคมให้การดูแลผู้สูงอายุที่ขาดผู้ดูแลและช่วยเหลือตนเองไม่ได้ เป็นการกระจายบริการสวัสดิการสังคมเชิงรุกให้เข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย ช่วยเสริมสร้างระบบการเฝ้าระวังปัญหาทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุอันจะเป็นการสร้างหลักประกันเบื้องต้นให้ผู้สูงอายุได้รับการคุ้มครองดูแลอย่างทั่วถึงทุกคน รวมทั้งเอื้อประโยชน์ทางด้านสวัสดิการสังคมแก่ผู้ด้อยโอกาสอื่น ๆ ในชุมชน โดยควรขยายผลในพื้นที่ที่มีความพร้อมทั้งหน่วยงานของกระทรวงฯ การยอมรับในพื้นที่จากประชาชน ผู้สูงอายุ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เครือข่ายสนับสนุน ฯลฯ เพื่อให้มีความมั่นคงในการดำเนินงานไปสู่ความสำเร็จ

10.9 สวัสดิการของผู้สูงอายุ

มัทนา พนานิรามัย (2546 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาหลักประกันผู้สูงอายุไทย บทเรียนจาก 5 ประเทศในอาเซีย โดยได้สังเคราะห์และวิเคราะห์นโยบายผู้สูงอายุใน 5 ประเทศ คือ มาเลเซีย เกาหลี ฮ่องกง สิงคโปร์ และไทย พบว่า นโยบายผู้สูงอายุของประเทศต่าง ๆ สัมพันธ์กับ

การเปลี่ยนแปลงทางประชากร ในขณะที่สัดส่วนผู้สูงอายุยังไม่สูงมาก ประเทศส่วนใหญ่จะไม่มีนโยบายเพื่อผู้สูงอายุโดยเฉพาะ ทั้งนี้เพราะครอบครัวยังสามารถรองรับภาระผู้สูงอายุได้ รัฐจะช่วยเหลือเฉพาะผู้สูงอายุที่ยากจนและถูกทอดทิ้งด้วยการจัดบริการให้ในสถาบัน แต่เมื่อสัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ทุกประเทศตระหนักถึงความจำเป็นที่ต้องมีนโยบายเพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุ ครอบครัว และชุมชนที่มีภาระมากเพิ่มขึ้นทุกขณะ ปัญหาหลัก 2 ประการของผู้สูงอายุ คือ การรักษารายได้ และการเข้าถึงบริการพื้นฐานจำเป็นเรื่องการรักษาพยาบาลและที่อยู่อาศัย การรักษารายได้ของผู้สูงอายุ สามารถดำเนินการผ่านโครงการการเก็บออมระยะยาว โครงการการสงเคราะห์ และโครงการเพิ่มโอกาสการทำงานของผู้สูงอายุ วิวัฒนาการของโครงการในแต่ละประเทศแตกต่างกันเล็กน้อย โดยทั่วไปทุกประเทศจะมีโครงการบำนาญสำหรับข้าราชการ ทหาร และพลเรือนก่อน อันดับต่อไปจึงเป็นโครงการกองทุนสำรองเลี้ยงชีพหรือโครงการบำนาญสำหรับลูกจ้างในภาคอุตสาหกรรม ตามด้วยผู้ประกอบธุรกิจส่วนบุคคลและลูกจ้างภาคเกษตร นอกจากนี้บางประเทศยังมีโครงการให้เงินเพื่อเป็นเบี้ยยังชีพสำหรับผู้สูงอายุที่ยากจนและขาดผู้ดูแล

สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2546 : 43 – 44) ศึกษาเรื่อง “รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2545” ผลการศึกษาพบว่า รัฐบาลและเอกชนได้จัดบริการสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุ เช่น สถานสงเคราะห์คนชรา บัตรสุขภาพ บัตรประจำตัวผู้สูงอายุ บริการเบี้ยยังชีพสำหรับผู้สูงอายุที่ยากจน การลดหย่อนค่าโดยสารรถไฟ เป็นต้น ในเรื่องความต้องการที่จะให้รัฐบาลจัดสวัสดิการต่าง ๆ เพิ่มจากที่มีอยู่ พบว่า ผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 92.0 ต้องการให้รัฐบาลจัดสวัสดิการเพิ่มในเรื่องการดูแลผู้สูงอายุ โดยจัดศูนย์ดูแลกลางวันสำหรับผู้สูงอายุ จัดบ้านพักสำหรับผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพเรื้อรัง และต้องการให้รัฐบาลจัดหางานหรือกิจกรรมที่เหมาะสมกับวัย เพื่อจะได้มีงานทำ มีรายได้ ผู้สูงอายุร้อยละ 89.1 ต้องการให้มีการลดหย่อนภาษีให้กับบุคคลที่เลี้ยงดูผู้สูงอายุ เพื่อแบ่งเบาภาระของบุตรหลานที่ดูแลผู้สูงอายุ

กนกกาญจน์ อุตส่าห์ (2547 : 54) ได้ศึกษาเรื่อง ความพร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต่อการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุในจังหวัดกาญจนบุรี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้เกี่ยวกับการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุของผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดกาญจนบุรี และเพื่อศึกษาความพร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดกาญจนบุรีต่อการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นการศึกษาเชิงสำรวจ โดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวม โดยสอบถามนายกองค์การบริหารส่วนจังหวัด นายกองค์การบริหารส่วนตำบล และนายกเทศมนตรีในจังหวัดกาญจนบุรี พบว่า ในเรื่องของระดับความรู้ของผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเกี่ยวกับบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง ส่วนในเรื่องของความพร้อมเกี่ยวกับการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุ เห็นว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

มีส่วนสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้อยู่กับครอบครัวแทนการเข้าอยู่ในสถานสงเคราะห์อยู่ในระดับมาก ส่วนความพร้อมในด้านความสามารถขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุนั้น (กนกกาญจน์ อุตส่าห์, 2547 : 77) พบว่า การเสริมสร้างความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ของบุคลากรมีส่วนสำคัญในการพัฒนาความสามารถในการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุ และการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุต้องสามารถประสานเครือข่ายกับองค์กรทางภาครัฐและเอกชน การกระตุ้นให้คนในชุมชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนการเฝ้าระวังปัญหาสังคมที่จะเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ ส่วนความพร้อมด้านความสามารถในการบริหารองค์กร (กนกกาญจน์ อุตส่าห์, 2547 : 78) พบว่า หากมีการกำหนดอำนาจหน้าที่ ความรับผิดชอบของบุคลากรด้านสวัสดิการผู้สูงอายุก่อนการถ่ายโอนบุคลากรสู่ท้องถิ่น จะทำให้สายการบังคับบัญชาชัดเจนขึ้น และมีแนวโน้มที่จะขยายโครงสร้างสายงานด้านการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุ ความพร้อมด้านบุคลากร องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานด้านผู้สูงอายุตรงตามตำแหน่งงานน้อย และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีเจ้าหน้าที่ด้านผู้สูงอายุไม่เพียงพอ ความพร้อมด้านงบประมาณ เห็นว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรมีระเบียบการใช้จ่ายเงินเกี่ยวกับการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุ เพื่อความสะดวกคล่องตัวในการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ

ชาญวิทย์ บ่วงราบ (2551 : http://www.hongcharern.go.th/webboard/view.php?NO=114) ได้ทำการวิจัยเรื่อง ความต้องการการได้รับสวัสดิการของผู้สูงอายุในตำบลเสาธงหิน อำเภอบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี การศึกษาวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบความต้องการการได้รับสวัสดิการของผู้สูงอายุในตำบลเสาธงหิน อำเภอบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ผู้สูงอายุที่อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิงที่อาศัยและมีทะเบียนบ้านอยู่ในเขตตำบลเสาธงหิน อำเภอบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี จำนวน 318 คน เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบสอบถาม สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติทดสอบที (t-test) สถิติทดสอบความแปรปรวนเอฟ (F-test) และการทดสอบค่าเฉลี่ยเชิงพหุ (Multiple Comparison) ด้วยวิธีการ LSD ผลการศึกษาวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุในตำบลเสาธงหิน อำเภอบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี มีความต้องการการได้รับสวัสดิการ ในภาพรวมและรายด้านแต่ละด้านทั้ง 7 ด้าน อยู่ในระดับมาก ด้านที่ผู้สูงอายุมีความต้องการมากที่สุด คือ ด้านการแพทย์และสาธารณสุข รองลงมา คือ ด้านที่อยู่อาศัย อาหาร เครื่องนุ่งห่ม และสาธารณูปโภค และด้านการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพและการจัดการศพตามประเพณี ผลการเปรียบเทียบความต้องการพบว่า ผู้สูงอายุในตำบลเสาธงหิน มีความต้องการการได้รับสวัสดิการแตกต่างกัน เมื่อจำแนกกลุ่มตามปริมาณเงินที่เหลือเก็บออม โดยผู้สูงอายุที่ไม่มีเงินเหลือเก็บมีความต้องการการได้รับสวัสดิการมากกว่าผู้สูงอายุที่มีเงินเหลือเก็บ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทั้งในด้านการแพทย์และ

สาธารณสุข ด้านการศึกษาและข้อมูลข่าวสาร และด้านการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพและการจัดการศพตามประเพณี

ระพีพรรณ คำหอม และคณะ (2547) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความต้องการบริการสวัสดิการสังคมของผู้สูงอายุในเขตชนบท โดยมีวัตถุประสงค์ของการศึกษาเพื่อ 1) ทราบระดับความต้องการบริการสวัสดิการสังคมของผู้สูงอายุในเขตชนบท 2) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความต้องการบริการสวัสดิการสังคมของผู้สูงอายุในเขตชนบท 3) วิเคราะห์ข้อจำกัดด้านความสามารถของรัฐในการดูแล และจัดหาบริการสวัสดิการสังคมให้แก่ผู้สูงอายุในเขตชนบท 4) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อระดับความต้องการบริการสวัสดิการสังคมของผู้สูงอายุในเขตชนบท และ 5) ศึกษาบทบาทและการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุควบคู่บริการสวัสดิการสังคมที่รัฐพึงมีให้และฟื้นฟูการให้คุณค่าแก่ผู้สูงอายุ เพื่อให้สามารถอยู่ร่วมกันได้โดยปราศจากความรู้สึกเป็นภาระต่อสังคม ผลการศึกษาพบว่า ความรู้สึกต่อการสูงอายุของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง กล่าวคือ ผู้สูงอายุรู้สึกอึดอัดใจที่ต้องมีคนเลี้ยง ท้อแท้กับชีวิต เบื่อความวุ่นวาย เมื่อจำแนกรายภาค พบว่า ผู้สูงอายุมีการยอมรับการสูงอายุเฉลี่ยในระดับใกล้เคียงกัน บริการสวัสดิการสังคมที่ผู้สูงอายุได้ใช้บริการและมีความพึงพอใจมากที่สุด คือ บริการบัตรทอง 30 บาท สถานีอนามัย ฌาปนกิจสงเคราะห์ ผู้สูงอายุในกลุ่มด้อยโอกาสส่วนใหญ่ไม่มีโอกาสได้ใช้บริการเกี่ยวกับชมรมผู้สูงอายุ หรือสถานที่ออกกำลังกาย ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลเชิงคุณภาพที่ผู้สูงอายุทุกภาคระบุว่า ต้องทำมาหากิน ไม่มีเวลาไปร่วมกิจกรรมดังกล่าว หรือบางส่วนที่อายุมากก็ไม่สามารถไปร่วมกิจกรรมได้ ด้านความต้องการพื้นฐาน ด้านสังคมและด้านเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุมีความต้องการระดับปานกลางค่อนข้างสูง คือ ต้องการคนดูแลยามเจ็บป่วย ต้องการการยอมรับจากครอบครัว การได้รับอาหารที่เหมาะสม ความต้องการด้านเศรษฐกิจ คือ ต้องการมีงานทำและมีรายได้เป็นของตนเอง ความต้องการด้านสังคม คือ การเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา มีเพื่อนและการทำประโยชน์ต่อชุมชน เมื่อจำแนกรายภาค พบว่า ด้านความรู้สึกต่อความปลอดภัยในชีวิต พบว่า ผู้สูงอายุมีความรู้สึกกลัวอยู่ในระดับปานกลาง ความต้องการบริการสวัสดิการสังคมในชุมชนสำหรับผู้สูงอายุ พบว่า บริการที่ผู้สูงอายุต้องการระดับสูง คือ บริการเบี้ยยังชีพและหน่วยดูแลสุขภาพเคลื่อนที่ บริการที่ผู้สูงอายุต้องการในระดับค่อนข้างสูง คือ บริการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน กองทุนสวัสดิการผู้สูงอายุ บริการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ส่วนบริการที่ผู้สูงอายุต้องการในระดับปานกลาง คือ การช่วยเหลือจากผู้อื่นเมื่อเดือดร้อน บัตรทอง 30 บาท บริการฌาปนกิจสงเคราะห์ บริการข้อมูลข่าวสารสำหรับผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์บริการผู้สูงอายุในวัด ที่พบปะพูดคุยในชุมชน กลุ่มออมทรัพย์ บริการถ่ายทอดภูมิปัญญาในชุมชน และงานที่สร้างรายได้ บริการที่ผู้สูงอายุต้องการระดับน้อย (ค่อนข้างน้อย) ได้แก่ ที่ออกกำลังกาย การฝึกอาชีพ การศึกษาเรียนรู้

บ้านพักคนชราและที่พักชั่วคราว ข้อสังเกตพบว่า ผู้สูงอายุในเขตชนบทไม่ต้องการบริการบ้านพักคนชรา แต่ต้องการอาศัยอยู่ในชุมชนเดิมกับเพื่อนบ้าน ส่วนภาพรวมของผลการวิจัยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการบริการสวัสดิการสังคมของผู้สูงอายุพบว่า ปัจจัยด้านความต้องการของผู้สูงอายุ ความเข้มแข็งของชุมชน ภาวะสูงอายุ และความมั่นคงทางจิตใจมีความสัมพันธ์กับความต้องการบริการสวัสดิการสังคมของผู้สูงอายุมากที่สุด (ทุกบริการ) ปัจจัยด้านครอบครัว (สัมพันธภาพในครอบครัวดี) มีความสัมพันธ์กับความต้องการบริการด้านสังคมมาก ได้แก่ บริการการศึกษาเรียนรู้ การถ่ายทอดภูมิปัญญา บริการส่งเสริมสุขภาพ กลุ่มออมทรัพย์ งานที่สร้างรายได้ การฝึกอาชีพ บริการข้อมูลข่าวสาร ที่ออกกำลังกาย ที่พบปะพูดคุยในชุมชน และชมรมผู้สูงอายุ ปัจจัยด้านส่วนบุคคล (การดูแลตนเอง การทำกิจกรรมด้วยตนเอง) มีความสัมพันธ์กับความต้องการบริการสวัสดิการสังคมในระดับปานกลาง ได้แก่ บริการการศึกษาเรียนรู้ การถ่ายทอดภูมิปัญญา บริการส่งเสริมสุขภาพ กลุ่มออมทรัพย์ งานที่สร้างรายได้ การฝึกอาชีพ บริการข้อมูลข่าวสาร ที่ออกกำลังกาย ที่พบปะพูดคุยในชุมชน และชมรมผู้สูงอายุ ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ (รายได้น้อย) มีความสัมพันธ์กับความต้องการเพื่อช่วยเหลือคุณภาพชีวิตมาก ได้แก่ บัตรทอง 30 บาท การฝึกอาชีพ เบี้ยยังชีพ ศูนย์บริการผู้สูงอายุในวัด และบริการฌาปนกิจสงเคราะห์

สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (TDRI) (2550 : 7 – 9) ได้ศึกษาความต้องการหลักประกันทางสังคมขั้นพื้นฐานสำหรับผู้สูงอายุด้วยวิธีระดมสมองกลุ่มผู้สูงอายุ (Focus Group) ในสามจังหวัด ได้แก่ กรุงเทพมหานคร นครปฐม และนครราชสีมา และเสริมด้วยการศึกษาเชิงปริมาณเพื่อให้การศึกษามีความแม่นยำมากขึ้น โดยสำรวจกลุ่มตัวอย่างด้วยแบบสอบถามจำนวน 150 ชุด ในบางพื้นที่เพิ่มเติม กลุ่มเป้าหมายที่ใช้เป็นตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์และผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับครอบครัวหรือชุมชน ซึ่งได้แบ่งเป็นกลุ่มผู้สูงอายุทั่วไปที่อาจมีฐานะหรือพอมีพอกิน และกลุ่มผู้สูงอายุยากจน เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความต้องการหลักประกันและได้แบ่งพื้นที่ของการศึกษาออกเป็นเขตเมือง (ในเขตเทศบาล) และชนบท (นอกเขตเทศบาล) ผลการศึกษาพบข้อมูลที่น่าสนใจหลายประการ กล่าวคือ กลุ่มผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ของรัฐประเมินตนเองว่ามีคุณภาพชีวิตดีกว่าเมื่อยังมิได้เข้าไปอยู่ในสถานสงเคราะห์ ส่วนใหญ่สนใจการออกกำลังกาย และประสงค์ให้รัฐขยายบริการสถานสงเคราะห์เพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุอื่น ๆ ที่ประสบความเดือดร้อนเช่นเดียวกันเพิ่มขึ้น มีผู้สูงอายุเพียงส่วนน้อยที่สนใจกิจกรรมด้านการประกอบอาชีพ กลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับครอบครัวและชุมชน พบว่า ในส่วนความต้องการด้านสุขภาพอนามัย ผู้อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลต้องการให้รัฐช่วยจัดสถานที่ออกกำลังกายที่อยู่ใกล้ชุมชนของตนเอง ด้านการรักษาพยาบาลที่ผู้สูงอายุต้องการมากที่สุด คือ หน่วยบริการสุขภาพเยี่ยมบ้าน รองลงมาคือ ต้องการให้จัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุและศูนย์เนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุในชุมชน และ

ยังต้องการความช่วยเหลือเรื่องค่ารักษาพยาบาลเป็นกรณีพิเศษอีกด้วย โดยส่วนใหญ่ต้องการเข้าร่วมโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (โครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค) และพบว่าผู้สูงอายุในชนบทไม่สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุข ในด้านความต้องการให้ได้รับการดูแลพบว่า ผู้สูงอายุต้องการความช่วยเหลือทางการเงินมากที่สุด ไม่ว่าจะมีฐานะดีหรือไม่ก็ตาม ผู้สูงอายุกว่าร้อยละ 50 ทั้งในเมืองและในชนบทมีรายได้ไม่เพียงพอต่อการดำรงชีวิต และยังต้องการให้รัฐขยายโอกาสรับเบี้ยยังชีพให้ครอบคลุมจำนวนผู้สูงอายุที่ยากไร้และคนพิการ และผู้สูงอายุส่วนใหญ่ต้องการให้มีศูนย์บริการทางสังคมผู้สูงอายุที่อยู่ใกล้เคียงกับชุมชนของตนเอง

ด้านที่อยู่อาศัย ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ทั้งในเขตเมืองและชนบทมีความพึงพอใจกับสภาพที่อยู่อาศัยของตนเอง และต้องการอยู่กับครอบครัวของตนเองมากที่สุด ผู้สูงอายุเกือบครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษายังมีความต้องการสวัสดิการที่อยู่อาศัยในอนาคต โดยต้องการให้รัฐจัดสวัสดิการด้านที่อยู่อาศัยประเภทสถานสงเคราะห์คนชราของรัฐ ในด้านความต้องการทำงาน ผู้สูงอายุในชนบทต้องการทำงานมากกว่าผู้สูงอายุในเมือง เนื่องจากต้องหารายได้เลี้ยงตนเองและครอบครัว (ผู้สูงอายุยากจนเกือบทั้งหมดที่สำรวจให้เหตุผลในเรื่องนี้มากที่สุด) ผู้สูงอายุในเขตเมืองและชนบทต้องการทำงานลักษณะเดียวกัน คือ งานที่ทำเพียงบางช่วงเวลาหรืองานอิสระ และไม่ต้องการใช้แรงงานมาก ผู้สูงอายุยากจนส่วนใหญ่ต้องการให้รัฐสนับสนุนเงินทุนในการประกอบอาชีพมากที่สุด รองลงมา คือ ต้องการให้รัฐหางานให้ทำ แต่ส่วนใหญ่ของผู้สูงอายุที่มีฐานะพอมีพอกินหรือฐานะดียังไม่ต้องการความช่วยเหลือด้านการประกอบอาชีพ

สำหรับความต้องการมีส่วนร่วมทางสังคม (บทบาททางสังคม) พบว่า ส่วนใหญ่ของผู้สูงอายุที่มีฐานะพอมีพอกินหรือมีฐานะดีเป็นสมาชิกกลุ่มหรือชมรมผู้สูงอายุ ซึ่งแตกต่างจากผู้สูงอายุยากจนที่ไม่มีโอกาสและไม่สนใจเข้ารวมกลุ่มและร่วมกิจกรรมของชุมชน ในด้านความต้องการรับรู้ข่าวสาร พบว่า ผู้สูงอายุให้ความสนใจข้อมูลข่าวสารประเภทการเมืองและศาสนามากที่สุด และมีข้อที่น่าสังเกตว่า การรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านกฎหมายเกี่ยวกับผู้สูงอายุ (เช่น พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546) มีน้อยมาก นอกจากนี้มีผู้สูงอายุจำนวนมากอ่านหนังสือไม่ออก มีปัญหาด้านสายตาและการได้ยิน ซึ่งเป็นอุปสรรคสำคัญในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร

จิตรา วีรบุรีนนท์ (2546 : (2) – (3)) ได้ทำการศึกษาวิจัย รูปแบบการจัดสวัสดิการสังคมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุไทย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการจัดบริการสังคมให้กับผู้สูงอายุไทยในปัจจุบัน ศึกษาปัญหาการจัดบริการสังคมให้กับผู้สูงอายุไทยในปัจจุบัน และศึกษาวิเคราะห์รูปแบบการจัดบริการสังคมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุไทยในอนาคต จากการศึกษาพบว่า รูปแบบการจัดบริการสังคมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุไทย ในระดับมากที่สุด มี 4 ด้าน คือ 1) บริการด้านการประกันรายได้ 2) บริการด้านสุขภาพอนามัยและโภชนาการ 3)

บริการด้านนันทนาการ และ 4) บริการสังคมทั่วไปหรือบริการสังคมที่มุ่งตัวบุคคล ส่วนการจัดการบริการสำหรับผู้สูงอายุอีก 3 ด้าน กลุ่มตัวอย่างมีความเห็นว่า รูปแบบการจัดบริการสังคมดังกล่าวมีความเหมาะสมในระดับมาก โดยเรียงระดับจากมากไปหาน้อย คือ 1) บริการว่าจ้างและสวัสดิการแรงงาน 2) บริการด้านที่อยู่อาศัย และบริการด้านการศึกษา จากผลการศึกษาดังกล่าวผู้ศึกษาเห็นว่าสวัสดิการผู้สูงอายุที่เหมาะสมเป็นในเรื่องของรายได้ แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุมีความต้องการในความมั่นคงทางด้านรายได้มากที่สุด สะท้อนให้เห็นว่าการจัดสวัสดิการในอนาคตของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีแนวโน้มที่จะมุ่งส่งเสริมในเรื่องของการมีงานทำและรายได้ ข้อเสนอจากการศึกษาได้เสนอแนวคิดเชิงบูรณาการเพื่อกำหนดรูปแบบการจัดบริการสังคมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุไทย ดังนี้ คือ รูปแบบการจัดบริการสังคมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุไทยจะเน้นรูปแบบการจัดบริการสังคมเชิงบูรณาการระหว่างระบบครอบครัวและชุมชนกับระบบสถานสงเคราะห์ โดยรัฐมีหน้าที่คุ้มครองดูแลผู้สูงอายุที่ด้อยโอกาส และรัฐส่งเสริมให้ภาคเอกชน/ธุรกิจเอกชนจัดบริการสังคมให้ผู้สูงอายุที่ช่วยตนเองได้ รูปแบบการจัดบริการสังคมสำหรับผู้สูงอายุให้มีลักษณะหลากหลาย สร้างทางเลือกหลายรูปแบบที่เหมาะสม และสอดคล้องกับเพศ อายุ วัย ระดับการศึกษา ระดับการช่วยเหลือตนเอง ศักยภาพ ฐานะทางเศรษฐกิจ ภาวะสุขภาพและจิต วัฒนธรรม ความเชื่อของผู้สูงอายุ และครอบครัวในแต่ละท้องถิ่นเป็นสำคัญ ทั้งนี้รัฐบาลต้องให้ความสำคัญกับการจัดบริการสังคมสำหรับผู้สูงอายุอย่างจริงจัง โดยมุ่งเน้นการป้องกันและพัฒนาผู้สูงอายุควบคู่ไปกับการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า โดยใช้แนวคิดชุมชนเป็นฐาน (Community Based Approach) ในการแก้ปัญหาผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นการลดภาระพึ่งพิงจากรัฐ โดยเน้นการมีบทบาทร่วมกันของภาคี (Partnership) ต่าง ๆ ในสังคม ทั้งภาครัฐ ภาคประชาชน ภาคเอกชน และธุรกิจเอกชน องค์กรพัฒนาเอกชนและองค์กรประสานงานระดับชาติ โดยดำเนินงานในลักษณะหุ้นส่วนกันด้วยความสมานฉันท์ บนแนวคิดพื้นฐานที่ว่าการดูแลผู้สูงอายุเป็นความรับผิดชอบของทุกคนในสังคมนั่นเอง โดยการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุ ครอบครัว และชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และรัฐมีกลไกการบริหารที่มุ่งพัฒนาศักยภาพของผู้สูงอายุ ให้ผู้สูงอายุสามารถอยู่ในครอบครัว ชุมชนของตนได้อย่างที่ผู้สูงอายุต้องการ

วิพรรณ ประจวบเหมาะ และคณะ (2552) ได้ทำการวิจัยเรื่อง โครงการสร้างระบบติดตามและประเมินผลแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545 – 2564) โดยการสนับสนุนของสำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส คนพิการและผู้สูงอายุ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ประเมินผลการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุตามดัชนีชี้วัดในแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545 – 2564) ในช่วง 5 ปีแรก และ 2) เพื่อประเมินกระบวนการทำงานด้านผู้สูงอายุตามยุทธศาสตร์ที่ 4 (การบริหารจัดการเพื่อการ

พัฒนางานด้านผู้สูงอายุระดับชาติ และการพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ และ 3) วางระบบการติดตามและประเมินการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุเพื่อใช้เป็นแนวทางในการประเมินแผนในระยะต่อไป โดยเป็นการศึกษาทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพ ผลการศึกษาพบว่า ผลการดำเนินงานตามดัชนีและยุทธศาสตร์ของแผนผู้สูงอายุจากทั้งหมด 5 ยุทธศาสตร์ 57 ดัชนี มีดัชนีที่ผ่านการประเมินร้อยละ 57.9 แสดงว่า การดำเนินงานด้านผู้สูงอายุในช่วง พ.ศ.2545 – 2549 ยังมีระดับความน่าพอใจที่ต่ำ ตัวอย่างดัชนีที่ไม่ผ่านการประเมิน เช่น 1) อัตราการครอบคลุมการประกันยามชราภาพของประชากรอายุ 30 – 59 ปี ในมาตรการหลักประกันรายได้เพื่อวัยสูงอายุ 2) สัดส่วนที่มีทัศนคติทางบวกต่อผู้สูงอายุของประชากรอายุ 18 – 59 ปี ในมาตรการปลูกจิตสำนึกให้สังคมตระหนักถึงคุณค่าและศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุในยุทธศาสตร์ที่ 1 (ด้านการเตรียมความพร้อมของประชากรเพื่อวัยสูงอายุที่มีคุณภาพ) 3) สัดส่วนของผู้สูงอายุที่ยากจนไม่มีแหล่งที่พึ่งพิงเพียงพอที่ไม่ได้รับสวัสดิการรายได้ ภายใต้มาตรการคุ้มครองรายได้ของยุทธศาสตร์ที่ 3 (ระบบการคุ้มครองทางสังคม) เป็นต้น ส่วนผลการดำเนินงานเมื่อพิจารณากระบวนการทำงานด้านผู้สูงอายุตามยุทธศาสตร์ที่ 4 (การบริหารจัดการเพื่อการพัฒนางานด้านผู้สูงอายุระดับชาติ และการพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ) โดยพิจารณาตามประเภทของงาน 4 ด้าน คือ ด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรม และด้านการจัดการศึกษา การวิจัย และฐานข้อมูล พบว่า งานด้านสุขภาพ ผู้สูงอายุมีผลการดำเนินงานก้าวหน้ามากกว่างานด้านอื่น ๆ ด้านเศรษฐกิจ เพิ่งได้รับความสนใจจากรัฐและสังคมมากขึ้นในระยะหลัง ผู้สูงอายุส่วนมากยังคงทำงานเพื่อหารายได้มาเลี้ยงดูตนเองและครอบครัว แม้จะมีอายุเกินเกษียณแล้วก็ตาม ปัญหาที่พบคือ แรงงานผู้สูงอายุยังไม่ค่อยเป็นที่ต้องการของตลาดแรงงานหรือของผู้ประกอบการ งานส่วนใหญ่ที่ทำจึงเป็นงานนอกระบบและให้รายได้ไม่สูงนัก และมักประสบปัญหาด้านการตลาดที่จะนำผลิตภัณฑ์ผู้สูงอายุทำไปจำหน่าย ด้านสังคมและวัฒนธรรม อยู่ในระยะเริ่มต้น มีผู้สูงอายุและประชากรทั่วไปเพียงส่วนน้อยที่ทราบถึงสิทธิและการเข้าถึงสิทธิของผู้สูงอายุ สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส คนพิการและผู้สูงอายุ ได้ดำเนินโครงการคลังปัญญาสมองผู้สูงอายุ ร่วมกับสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด 13 จังหวัด ได้แก่ เชียงราย ลำพูน อุตรดิตถ์ แพร่ บุรีรัมย์ มหาสารคาม สกลนคร เพชรบุรี สุพรรณบุรี จันทบุรี พัทลุง สงขลา และตรัง ในปี พ.ศ.2551 มีผู้สูงอายุผู้เป็นภูมิปัญญาขึ้นทะเบียนเป็นอาสาสมัครถ่ายทอดความรู้สู่ชุมชน 23 สาขา จำนวน 4,731 คน เป็นชาย 3,547 คน หญิง 1,184 คน เป็นผู้ขึ้นทะเบียนและถ่ายทอดภูมิปัญญา จำนวน 416 คน ทำให้เกิดโครงการ/กิจกรรม จำนวน 235 โครงการ สืบทอดความรู้ประสบการณ์สู่เด็ก เยาวชน ผู้สนใจทั่วไป 8,843 คน งานด้านการศึกษาเน้นหนักในการจัดการศึกษาต่อเนื่องตลอดชีวิต แต่ขาดการพัฒนาหลักสูตรในด้านการเตรียมการเข้าสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ งานวิจัยด้านผู้สูงอายุมีมากขึ้น ได้ขยายจากด้านสุขภาพ

ไปสู่ด้านเศรษฐกิจและสังคมมากขึ้น จุดด้อยในการดำเนินงานตามแผน คือ ขาดการบูรณาการระหว่างหน่วยงานด้วยกัน ขาดแคลนบุคลากร ข้อมูลไม่ทันสมัย ขาดการเชื่อมโยง ส่วนจุดเด่น คือ บุคลากรผู้ปฏิบัติงานส่วนใหญ่มีความตั้งใจจริง และการที่มีหน่วยงานเกี่ยวข้องมาก ทำให้พัฒนางานด้านผู้สูงอายุได้หลายมิติ สำหรับการดำเนินงานในระดับท้องถิ่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้ความสนใจเรื่องเบี้ยยังชีพมากที่สุด ส่วนกิจกรรมอื่น ๆ เป็นการดำเนินการตามวาระโอกาส หน่วยงานสำคัญในระดับท้องถิ่น คือ องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) เพราะอยู่ในพื้นที่ เข้าใจความต้องการของคนในพื้นที่และผู้สูงอายุได้ดี แต่มีจุดอ่อน คือ อบต. มักจัดลำดับความสำคัญของงานด้านผู้สูงอายุไว้เป็นลำดับท้าย ๆ และการมีงบประมาณไม่เท่ากันระหว่าง อบต. ต่าง ๆ ทำให้การจัดสวัสดิการหรือการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุทำได้ไม่เท่าเทียมกัน ข้อเสนอแนะจากงานวิจัยในภาพรวมเกี่ยวกับงานผู้สูงอายุที่ควรดำเนินการในช่วง 5 ปีข้างหน้า คือ การสร้างหลักประกันทางเศรษฐกิจ ส่งเสริมการออมและระบบบำนาญแห่งชาติ ให้การศึกษาเกี่ยวกับการสูงอายุทั้งในระบบและนอกระบบโรงเรียน ส่งเสริมให้คนในสังคมเตรียมความพร้อมเพื่อวัยสูงอายุ ควรมีการพัฒนาระบบดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ให้สอดคล้องกับความต้องการและวิถีชีวิตของผู้สูงอายุไทย ส่งเสริมศักยภาพการทำงานด้านผู้สูงอายุของท้องถิ่น โดยจัดให้มีพี่เลี้ยงหรือคณะที่ปรึกษาให้ความช่วยเหลือเชิงวิชาการและการบริหารจัดการ

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัย เรื่อง การมีส่วนร่วมของชุมชนในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ คณะผู้วิจัย ออกแบบการวิจัยเป็น 2 ขั้นตอน คือ การวิจัยเชิงปริมาณ และการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยมีรายละเอียดของวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

รูปแบบการวิจัย

1. การวิจัยขั้นที่ 1 เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ เพื่อศึกษาสภาพปัญหา ความต้องการ และการเตรียมตัวเข้าสู่วัยผู้สูงอายุของผู้สูงอายุจังหวัดเพชรบุรี โดยการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุตามแบบสัมภาษณ์ จำนวน 635 คน และนำข้อมูลมาวิเคราะห์

2. การวิจัยขั้นที่ 2 เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ คือ การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) โดยนำผลการวิจัยขั้นที่ 1 มาวิเคราะห์รวมกับทฤษฎีกิจกรรม ทฤษฎีความต้องการ แผนพัฒนาผู้สูงอายุฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545 – 2564) แนวคิดพื้นฐานในการวางแผน การส่งเสริม และการพัฒนาผู้สูงอายุตามกรอบมาตรฐานการสงเคราะห์ผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และกระบวนการทางประชาสังคมที่เรียกว่า “บ ว ร” โดยมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน (บ้าน วัด โรงเรียน) ในการสร้างแนวทางการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุใน 2 พื้นที่ของจังหวัดเพชรบุรี

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้สูงอายุจังหวัดเพชรบุรี และผู้ที่เกี่ยวข้องในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดเพชรบุรี

กลุ่มเป้าหมายและขนาดตัวอย่าง

1. กลุ่มเป้าหมายในการศึกษาเชิงปริมาณ (ขั้นที่ 1) คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ในจังหวัดเพชรบุรี จำนวน 635 คน ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลเมืองเพชรบุรี และเทศบาลเมืองชะอำ จำนวน 200 คน 2) กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลตำบล จำนวน 200 คน และ 3) กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล จำนวน 235 คน โดยมีวิธีการสุ่มตัวอย่าง ดังนี้

กลุ่มที่ 1 กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองเพชรบุรีและเทศบาลเมืองชะอำ กระทำโดยสุ่มตำบลจากเทศบาลเมืองเพชรบุรีมา 1 ตำบล จากทั้งหมด 2 ตำบล โดยใช้วิธีสุ่มอย่างง่าย ผลปรากฏว่าได้ตำบลท่าราบ ทั้งนี้กำหนดขนาดตัวอย่างผู้สูงอายุจากเทศบาลเมืองเพชรบุรีและเทศบาลเมืองชะอำ แห่งละ 100 คน ได้ตัวอย่างทั้งหมด 200 คน

กลุ่มที่ 2 กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบล กระทำโดยสุ่มอำเภอมา 6 อำเภอ จากทั้งหมด 7 อำเภอ (ยกเว้นอำเภอหนองหญ้าปล้อง ไม่มีเทศบาลตำบล) จากนั้นสุ่มเทศบาลตำบลมาอำเภอละ 1 แห่ง รวม 6 แห่ง จากทั้งหมด 11 แห่ง โดยใช้วิธีสุ่มอย่างง่าย ผลปรากฏว่าได้เทศบาลตำบลหัวสะพาน เทศบาลตำบลเขาย้อย เทศบาลตำบลนายาง เทศบาลตำบลท่ายาง เทศบาลตำบลบ้านลาด และเทศบาลตำบลบ้านแหลม ทั้งนี้กำหนดขนาดตัวอย่างผู้สูงอายุจากเทศบาลตำบลแห่งละ 33 – 34 คน ได้ตัวอย่างทั้งหมด 200 คน

กลุ่มที่ 3 กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุนอกเขตเทศบาล กระทำโดยสุ่มตำบลจาก 8 อำเภอ โดยแต่ละอำเภอสุ่มตำบลมา 2 ตำบล จากนั้นสุ่มหมู่บ้านมาตำบลละ 2 หมู่บ้าน แต่ละหมู่บ้านสุ่มผู้สูงอายุมาหมู่บ้านละ 7 – 8 คน ได้ขนาดตัวอย่างทั้งหมด 235 คน ปรากฏว่าได้ตัวอย่างดังนี้ 1) อำเภอบ้านแหลม ได้แก่ ตำบลบางขุนไทร หมู่ที่ 1 และหมู่ที่ 4 ตำบลแหลมผักเบี้ย หมู่ที่ 2 และหมู่ที่ 3 ตำบลไร่โคก หมู่ที่ 1 และหมู่ที่ 5 3) อำเภอชะอำ ได้แก่ ตำบลหนองศาลา หมู่ที่ 2 และหมู่ที่ 5 ตำบลบางเก่า หมู่ที่ 6 และหมู่ที่ 8 4) อำเภอเขาย้อย ได้แก่ ตำบลหนองปรง หมู่ที่ 2 และหมู่ที่ 3 ตำบลห้วยท่าช้าง หมู่ที่ 1 และหมู่ที่ 2 5) อำเภอท่ายาง ได้แก่ ตำบลวังไคร้ หมู่ที่ 3 และหมู่ที่ 5 ตำบลท่าคอย หมู่ที่ 2 และหมู่ที่ 4 6) อำเภอแก่งกระจาน ได้แก่ ตำบลแก่งกระจาน หมู่ที่ 3 และหมู่ที่ 5 ตำบลพุสวรรค์ หมู่ที่ 1 และหมู่ที่ 2 7) อำเภอหนองหญ้าปล้อง ได้แก่ ตำบลหนองหญ้าปล้อง หมู่ที่ 3 และหมู่ที่ 4 ตำบลยางน้ำกลัดใต้ หมู่ที่ 2 และหมู่ที่ 5 8) อำเภอเมืองเพชรบุรี ได้แก่ ตำบลโพไร่หวาน หมู่ที่ 1 และหมู่ที่ 5 ตำบลต้นมะม่วง หมู่ที่ 3 และหมู่ที่ 5

2. กลุ่มเป้าหมายในการศึกษาเชิงคุณภาพ (ขั้นที่ 2)

ในการศึกษาเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยใช้กระบวนการทางประชาสังคมที่เรียกว่า “บ ว ร” ศึกษาใน 2 พื้นที่ คือ ชุมชนชนบท 1 แห่ง และชุมชนเมือง 1 แห่ง โดยใช้เกณฑ์ในการเลือกพื้นที่ ดังนี้ 1) เป็นชุมชนที่สมัครใจ และพร้อมที่จะเข้าร่วมโครงการวิจัย ตลอดจนมีความมุ่งมั่นที่จะเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน 2) เป็นชุมชนที่ตั้งอยู่ไม่ไกลจากมหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี ทั้งนี้เพื่อผู้วิจัยสามารถเข้าไปแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ตลอดจนร่วมกิจกรรมกับชุมชนได้บ่อย ๆ มีความสะดวกในการเข้าไปศึกษา สร้างความสัมพันธ์ และเรียนรู้กับคนในชุมชนได้มาก ประการสำคัญ คือ ภายหลังจากเสร็จสิ้นโครงการวิจัยแล้ว คณะผู้วิจัยในฐานะสถาบันการศึกษาสามารถส่งนักศึกษาเข้าไปร่วม

จัดกิจกรรมต่าง ๆ กับชุมชนได้อย่างต่อเนื่อง เป็นการฝึกประสบการณ์การปฏิบัติงานของนักศึกษาให้เกิดการเรียนรู้ได้อย่างแท้จริง ตลอดจนคณะผู้วิจัยสามารถเป็นที่ปรึกษาในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้อย่างต่อเนื่อง 3) เป็นชุมชนที่คณะผู้วิจัยตกลงร่วมกันในการเลือกพื้นที่มีความสะดวกในการประสานงาน และประการสำคัญ คือ สามารถคัดเลือกนักวิจัยในพื้นที่เป็นศิษย์เก่าของมหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี ซึ่งมีความสำคัญต่อการได้รับความร่วมมือในกระบวนการทำวิจัย

ผลการคัดเลือกชุมชนตามเกณฑ์ ปรากฏว่าได้พื้นที่ในการศึกษา คือ 1) ตำบลโพไร่หวาน เป็นชุมชนเขตความรับผิดชอบขององค์การบริหารส่วนตำบลโพไร่หวาน อำเภอเมืองเพชรบุรี จังหวัดเพชรบุรี 2) เทศบาลตำบลหัวสะพาน เป็นชุมชนกึ่งเมืองในเขตความรับผิดชอบของเทศบาลตำบลหัวสะพาน อำเภอเมืองเพชรบุรี จังหวัดเพชรบุรี

สำหรับกลุ่มเป้าหมายในการศึกษาเชิงคุณภาพในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยใช้ บ ว ร (บ้าน วัด โรงเรียน) ซึ่งนำ 3 สถาบันหลักในชุมชนท้องถิ่นมาเป็นยุทธศาสตร์ในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ได้แก่ สถาบันการปกครอง สถาบันศาสนา และสถาบันการศึกษา ดังนี้

1) สถาบันการปกครอง (บ้าน) ได้แก่ แกนนำ หรือผู้นำชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เจ้าหน้าที่หรือบุคลากรที่เกี่ยวข้อง กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน รวมถึงผู้สูงอายุและครอบครัวผู้สูงอายุในชุมชน (ตำบลโพไร่หวาน และเทศบาลตำบลหัวสะพาน)

2) สถาบันทางศาสนา ได้แก่ เจ้าอาวาส และพระภิกษุ วัดเพรียง (ตำบลโพไร่หวาน) และวัดเขมาภิรัติการาม (เทศบาลตำบลหัวสะพาน)

3) สถาบันการศึกษา ได้แก่ ผู้อำนวยการ/ครูใหญ่ และครูโรงเรียนวัดเพรียง และโรงเรียนบ้านบ่อหวาย (ตำบลโพไร่หวาน) โรงเรียนวัดเขมาภิรัติการาม (เกษมราษฎร์บำรุง) และโรงเรียนวังตะโก (เทศบาลตำบลหัวสะพาน) รวมถึงคณาจารย์ นักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี

ขนาดตัวอย่างในการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อเข้าร่วมสนทนากลุ่มและประชุม รวม 4 กลุ่ม กลุ่มละ 12 – 13 คน จำนวน 49 คน

การเลือกตัวแทนในการวิจัยเชิงคุณภาพ ใช้บุคลากรในพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลโพไร่หวาน ในพื้นที่เทศบาลตำบลหัวสะพาน โดยเป็นบุคลากรที่มีบทบาทหน้าที่หรือมีส่วนเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ตลอดจนผู้สูงอายุ ทั้งนี้เลือกตามคำแนะนำของคนในพื้นที่

วิธีดำเนินการวิจัย

1. การวิจัยเชิงปริมาณ (ขั้นที่ 1)

การวิจัยเชิงปริมาณในขั้นที่ 1 เป็นการเก็บข้อมูลปฐมภูมิโดยการสัมภาษณ์ (Interview) ผู้สูงอายุตามแบบสัมภาษณ์ ผู้สัมภาษณ์ ได้แก่ คณะผู้วิจัย และนักศึกษาวิชาเอกสาขาการพัฒนาชุมชน ชั้นปีที่ 3 และปีที่ 4 ที่ผ่านการเรียนวิชาระเบียบวิธีวิจัยทางสังคมศาสตร์ และได้รับการอบรมวิธีการสัมภาษณ์ตามแบบสัมภาษณ์เพื่อให้เข้าใจตรงกัน ทั้งนี้สัมภาษณ์ผู้สูงอายุในจังหวัดเพชรบุรี

2. การวิจัยเชิงคุณภาพ (ขั้นที่ 2)

การวิจัยเชิงคุณภาพในขั้นที่ 2 เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยใช้หลัก 3 ประสานแกนนำ ได้แก่ สถาบันการปกครอง (บ้าน) สถาบันทางศาสนา (วัด) และสถาบันการศึกษา (โรงเรียน) การวิจัยในขั้นที่ 2 นี้ แบ่งเป็น 5 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การสำรวจพื้นที่ และศึกษาความเป็นไปได้ในการเข้าร่วมโครงการวิจัยของทั้ง 2 พื้นที่ที่ศึกษา โดยในพื้นที่ตำบลโพไร่หวานใช้การสัมภาษณ์นายกองค์การบริหารส่วนตำบลโพไร่หวาน และบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ รองนายกองค์การบริหารส่วนตำบล ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล นักพัฒนาชุมชน หัวหน้าสถานีอนามัย และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) สำหรับพื้นที่เทศบาลตำบลหัวสะพาน ใช้การสัมภาษณ์นายกเทศมนตรีตำบลหัวสะพาน ประธานสภาเทศบาลตำบลหัวสะพาน (ทำหน้าที่ประธานชมรมผู้สูงอายุ) นักพัฒนาชุมชน กรรมการชมรมผู้สูงอายุ และผู้ใหญ่บ้าน

ระยะที่ 2 การสร้างความเข้าใจ ศึกษาบริบทข้อมูลและกิจกรรมเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยใช้การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion : FGD) ตัวแทนจาก 3 สถาบัน ได้แก่ สถาบันการปกครอง (บ้าน) สถาบันทางศาสนา (วัด) และสถาบันการศึกษา (โรงเรียน) รวมถึงผู้สูงอายุและวัยก่อนสูงอายุ พื้นที่ละ 2 กลุ่ม รวมจำนวน 4 กลุ่ม เพื่อสร้างความเข้าใจร่วมกันในการทำวิจัย ร่วมกันศึกษากิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุที่ปฏิบัติในชุมชนและความเป็นไปได้ในการใช้หลัก 3 ประสาน (บ้าน วัด โรงเรียน) เพื่อสร้างแนวทางการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน

ระยะที่ 3 การพัฒนาความรู้ กำหนดแนวทางการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยใช้การประชุมตัวแทนจาก 3 สถาบัน ในทั้ง 2 พื้นที่ เพื่อร่วมกันสร้างแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยร่วมกันพิจารณาจัดกิจกรรมตามงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและกรอบมาตรฐาน

การดำเนินงานการสงเคราะห์ผู้สูงอายุของกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น ตลอดจนความเป็นไปได้ในการจัดกิจกรรมโดยใช้หลักสามประสาน

ระยะที่ 4 ปฏิบัติกิจกรรมตามแนวทางการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยใช้หลัก 3 ประสาน ในทั้ง 2 พื้นที่ พื้นที่ละ 3 กิจกรรม

ระยะที่ 5 ประเมินผลการปฏิบัติกิจกรรมร่วมกัน

เครื่องมือที่ใช้และการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ (ขั้นที่ 1)

1. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ (ภาคผนวก ก) สำหรับสัมภาษณ์สภาพปัญหา ความต้องการ และการเตรียมตัวเข้าสู่วัยผู้สูงอายุของผู้สูงอายุ เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยพัฒนาจากแบบสัมภาษณ์งานวิจัยของ นิวัต กลิ่นงาม (2530) และเพิ่มเติมแบบสัมภาษณ์บางส่วนให้สมบูรณ์ขึ้น ประกอบด้วย 4 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและภูมิหลังของผู้สูงอายุ ได้แก่ ลักษณะทางประชากร สังคม และเศรษฐกิจ ลักษณะทางครอบครัว โรคประจำตัวของผู้สูงอายุ การทำงานภายในบ้าน บทบาทในครอบครัว ลักษณะการพึ่งตนเองของผู้สูงอายุ แหล่งการได้รับข้อมูลข่าวสาร และการเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน รวมจำนวน 21 ข้อ เป็นคำถามแบบเลือกตอบ

ตอนที่ 2 สภาพปัญหาของผู้สูงอายุ ในรอบ 2 เดือนที่ผ่านมา ประกอบด้วย 5 ด้าน รวม 51 ข้อ ดังนี้

ด้านการเจ็บป่วย จำนวน 19 ข้อ

ด้านภาวะเจ็บป่วยทางอารมณ์และจิตใจ จำนวน 8 ข้อ

ด้านการปรับตัวและความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น จำนวน 11 ข้อ

ด้านสภาพที่อยู่อาศัย จำนวน 5 ข้อ

ด้านสภาพเศรษฐกิจ จำนวน 8 ข้อ

ลักษณะคำถามเป็นแบบประมาณค่า (Rating Scales) 4 ระดับ ได้แก่ ไม่มีปัญหา มีปัญหาน้อย มีปัญหาปานกลาง และมีปัญหามาก

ตอนที่ 3 ความต้องการของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 5 ด้าน รวม 35 ข้อ ดังนี้

ด้านเศรษฐกิจ จำนวน 6 ข้อ

ด้านสุขภาพอนามัย จำนวน 6 ข้อ

ด้านการทำงาน จำนวน 7 ข้อ

ด้านความรัก จำนวน 7 ข้อ

ด้านสวัสดิการต่าง ๆ จากชุมชน/รัฐ จำนวน 9 ข้อ

ลักษณะคำถามเป็นแบบประมาณค่า 4 ระดับ ได้แก่ ต้องการมาก ต้องการปานกลาง ต้องการน้อย และไม่ต้องการ

ตอนที่ 4 การเตรียมตัวเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 4 ด้าน รวม 18 ข้อ ดังนี้

ด้านร่างกาย จำนวน 5 ข้อ

ด้านเศรษฐกิจ จำนวน 3 ข้อ

ด้านที่อยู่อาศัย จำนวน 2 ข้อ

ด้านจิตใจ จำนวน 8 ข้อ

ลักษณะคำถามเป็นแบบประมาณค่า 4 ระดับ คือ เตรียมตัวมาก ปานกลาง น้อย และไม่มีการเตรียมตัว

ตอนที่ 5 ข้อคำถาม 1 ข้อ คือ หากให้ย้อนกลับไปตั้งต้นใหม่ได้ก่อนที่จะเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ ท่านคิดว่าท่านจะมีการเตรียมตัวในเรื่องใดบ้าง มีลักษณะเป็นคำถามปลายเปิด

ตอนที่ 6 คำถามเกี่ยวกับความต้องการสูงสุดที่ผู้สูงอายุต้องการ จำนวน 9 ข้อ โดยให้เรียงลำดับตามความต้องการ 5 ลำดับ

2. การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือแบบสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ

ในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ เมื่อผู้วิจัยสร้างแบบสัมภาษณ์เสร็จแล้วได้นำไปทดลองใช้ (Pre – test) โดยสัมภาษณ์กับผู้สูงอายุจำนวน 50 คน ที่ตำบลหาดเจ้าสำราญ อำเภอเมืองเพชรบุรี จังหวัดเพชรบุรี และนำผลจากการทดลองใช้มาหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบัค (Cronbach's Alpha Coefficient) ผลปรากฏได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบัคแบบสัมภาษณ์ทั้งฉบับเท่ากับ .94 ถือว่าแบบสัมภาษณ์สามารถนำไปใช้ได้ ทั้งนี้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าในแต่ละประเด็นได้ผล ดังนี้

ประเด็น	สัมประสิทธิ์อัลฟ่า
สภาพปัญหาโดยรวม	.93
- ด้านอาการเจ็บป่วย	.88
- ด้านภาวะเจ็บป่วยทางอารมณ์และจิตใจ	.86
- ด้านการปรับตัวและความสัมพันธ์กับบุคลอื่น	.82
- ด้านสภาพที่อยู่อาศัย	.71
- ด้านสภาพเศรษฐกิจ	.74
ความต้องการโดยรวม	.94
- ด้านเศรษฐกิจ	.85

ประเด็น	สัมประสิทธิ์อัลฟ่า
- ด้านสุขภาพอนามัย	.74
- ด้านการทำงาน	.84
- ด้านความรัก	.88
- ด้านสวัสดิการต่าง ๆ จากชุมชน/รัฐ	.93
การเตรียมตัวของผู้สูงอายุโดยรวม	.92
- ด้านร่างกาย	.80
- ด้านเศรษฐกิจ	.73
- ด้านที่อยู่อาศัย	.75
- ด้านจิตใจ	.89
โดยรวมทั้งฉบับ	.94

3. เกณฑ์การพิจารณาคะแนนตัวแปรที่ศึกษาในการศึกษาเชิงปริมาณ

1) บทบาทในครอบครัวของผู้สูงอายุ 6 บทบาท ได้แก่ เป็นที่ปรึกษาให้คำแนะนำ เป็นผู้อบรมสั่งสอน เป็นผู้ตัดสินใจในกรณีต่าง ๆ เป็นผู้หารายได้มาเลี้ยงครอบครัว เป็นผู้ถ่ายทอดความรู้ ประสบการณ์ และเป็นผู้ดูแลลูกหลาน เป็นคำถามแบบประมาณค่า (Rating Scale) ให้เลือกตอบ 3 ระดับ โดยมีเกณฑ์ให้คะแนน ดังนี้

มีบทบาทบ่อย 2 คะแนน
มีบทบาทไม่บ่อย 1 คะแนน
ไม่มีบทบาท 0 คะแนน

ดังนั้น มาตรวัดการมีบทบาทในครอบครัวของผู้สูงอายุมีคะแนนต่ำสุด 0 คะแนน และคะแนนสูงสุด 12 คะแนน

2) การปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ 7 กิจกรรม ได้แก่ การแต่งตัว การอาบน้ำ การรับประทานอาหาร การขึ้นลงบันได การเข้าห้องส้วม การไปไหนมาไหนนอกบ้าน และการทำงานบ้าน เป็นคำถามแบบประมาณค่า ให้เลือกตอบ 3 ระดับ โดยมีเกณฑ์ให้คะแนน ดังนี้

ทำด้วยตนเองหมด 2 คะแนน
ต้องมีคนช่วยบางครั้ง 1 คะแนน
ต้องมีคนช่วยทุกครั้ง 0 คะแนน

ดังนั้น มาตรวัดการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ มีคะแนนต่ำสุด 0 คะแนน คะแนนสูงสุด 14 คะแนน

3) สภาพปัญหาของผู้สูงอายุ ด้านอาการเจ็บป่วย ด้านภาวะเจ็บป่วยทางอารมณ์และจิตใจ ด้านการปรับตัวและความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ด้านสภาพที่อยู่อาศัย และด้านสภาพเศรษฐกิจ เป็นคำถามแบบประมาณค่า ให้เลือกตอบ 4 ระดับ โดยมีเกณฑ์ให้คะแนน ดังนี้

มีปัญหามาก 4 คะแนน
มีปัญหาปานกลาง 3 คะแนน
มีปัญหาน้อย 2 คะแนน
ไม่มีปัญหา 1 คะแนน

4) ความต้องการของผู้สูงอายุ ด้านเศรษฐกิจ ด้านสุขภาพอนามัย ด้านการทำงาน ด้านความรัก และด้านสวัสดิการต่าง ๆ จากชุมชน/รัฐ เป็นคำถามแบบประมาณค่า ให้เลือกตอบ 4 ระดับ โดยมีเกณฑ์ให้คะแนน ดังนี้

ต้องการมาก 4 คะแนน
ต้องการปานกลาง 3 คะแนน
ต้องการน้อย 2 คะแนน
ไม่ต้องการ 1 คะแนน

5) การเตรียมตัวเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ ด้านร่างกาย ด้านเศรษฐกิจ ด้านที่อยู่อาศัย และด้านจิตใจ เป็นคำถามแบบประมาณค่า ให้เลือกตอบ 4 ระดับ โดยมีเกณฑ์ให้คะแนน ดังนี้

มีการเตรียมตัวมาก 4 คะแนน
มีการเตรียมตัวปานกลาง 3 คะแนน
มีการเตรียมตัวน้อย 2 คะแนน
ไม่มีการเตรียมตัว 1 คะแนน

6) การกำหนดค่าของระดับคะแนนเฉลี่ย สภาพปัญหา ความต้องการและการเตรียมตัวเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ

ใช้สูตร $= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนกลุ่ม}}$ แบ่งได้ดังนี้

ค่าเฉลี่ยของระดับคะแนนที่มี 4 ระดับ ดังนี้

1.00 – 1.75 หมายถึง ไม่มีปัญหา/ไม่ต้องการ/ไม่มีการเตรียมตัว

1.76 – 2.50 หมายถึง มีปัญหาน้อย/ต้องการน้อย/มีการเตรียมตัวน้อย

2.51 – 3.25 หมายถึง มีปัญหาปานกลาง/ต้องการปานกลาง/มีการเตรียมตัวปานกลาง

3.26 – 4.00 หมายถึง มีปัญหามาก/ต้องการมาก/มีการเตรียมตัวมาก

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ (ขั้นที่ 2)

การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ เครื่องมือที่ใช้ คือ ประเด็นคำถามเพื่อศึกษาการจัดกิจกรรมของผู้สูงอายุ และเพื่อศึกษาแนวทางการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยใช้การมีส่วนร่วมของชุมชน (บ้าน วัด โรงเรียน) สำหรับการสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึก (ภาคผนวก ข) เป็นแนวคำถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยอาศัยข้อมูลที่ได้จากผลการวิจัยขั้นที่ 1 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และมาตรการ/ดัชนีตามกรอบมาตรฐานการสงเคราะห์ผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. **การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ** (ขั้นที่ 1)

ภายหลังการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ โดยการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุตามแบบสัมภาษณ์ คณะผู้วิจัยได้ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสัมภาษณ์ ผลปรากฏว่าได้แบบสัมภาษณ์ที่สมบูรณ์เพื่อนำมาใช้ในการวิเคราะห์ จำนวน 635 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 100 จากนั้นได้นำไปวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ และวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) และใช้สถิติอนุมาน (Inferential Statistics) คือ ค่าไค-สแควร์ (Chi-square) ในการเปรียบเทียบสภาพปัญหา ความต้องการ และการเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ ระหว่างปี พ.ศ.2530 กับปี พ.ศ. 2552

2. **การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ** (ขั้นที่ 2)

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการเก็บข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion : FDG) ตัวแทนสถาบันการปกครอง (บ้าน) สถาบันทางศาสนา (วัด) และตัวแทนสถาบันการศึกษา (โรงเรียน) และการสัมภาษณ์เชิงลึก (In – depth Interview) บุคลากรที่เกี่ยวข้องในการจัดกิจกรรมของผู้สูงอายุ การประชุมสร้างแนวทางการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และผลการทดลองปฏิบัติกิจกรรม ใช้การวิเคราะห์เชิงคุณภาพ โดยการเริ่มต้นถอดเทป ประมวลข้อมูล ตรวจสอบข้อมูล ทำดัชนีข้อมูล ทำข้อสรุป และนำเสนอข้อมูล ในการนำเสนอข้อมูลมุ่งแสดงความคิดเห็นที่เด่นชัด และความคิดเห็นของผู้ร่วมสนทนา โดยอ้างคำพูด

(Quotation) เพื่อเป็นหลักฐานประกอบประเด็นที่น่าสนใจ การอ้างคำพูดนั้นแม้อาจตัดตอนบางส่วนมาจากการสนทนา แต่ไม่ทำให้ความหมายของถ้อยคำเปลี่ยนแปลงไป

บทที่ 4

ผลการวิจัย

บทนี้เป็นผลการวิจัย ประกอบด้วยส่วนสำคัญ 2 ส่วน คือ ผลการวิจัยเชิงปริมาณ (ขั้นที่ 1) คือ ผลการศึกษาสภาพปัญหา ความต้องการ และการเตรียมตัวเข้าสู่วัยผู้สูงอายุของผู้สูงอายุจังหวัดเพชรบุรี และผลการวิจัยเชิงคุณภาพ (ขั้นที่ 2) การมีส่วนร่วมของชุมชนในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ผลการวิจัยเชิงปริมาณ

ผลการวิจัยเชิงประมาณ (ขั้นที่ 1) การศึกษาสภาพปัญหา ความต้องการ และการเตรียมตัวเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 6 ตอน คือ ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและภูมิหลังของผู้สูงอายุ ได้แก่ ลักษณะทางประชากร สังคมและเศรษฐกิจ ลักษณะทางครอบครัว โรคประจำตัวของผู้สูงอายุ การทำงานภายในบ้าน บทบาทในครอบครัว ลักษณะการพึ่งตนเองของผู้สูงอายุ แหล่งการได้รับข้อมูลข่าวสาร การเข้าร่วมกิจกรรมทางชุมชน ตอนที่ 2 สภาพปัญหาของผู้สูงอายุ ตอนที่ 3 ความต้องการของผู้สูงอายุ ตอนที่ 4 การเตรียมตัวเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ ตอนที่ 5 เป้าหมายชีวิตของผู้สูงอายุ ตอนที่ 6 เปรียบเทียบสภาพปัญหา ความต้องการ และการเตรียมตัวเข้าสู่วัยผู้สูงอายุของผู้สูงอายุ ปี พ.ศ.2552 กับผู้สูงอายุปี พ.ศ.2530 จังหวัดเพชรบุรี

ในการวิจัยเชิงปริมาณ (ขั้นที่ 1) ได้ศึกษาสภาพปัญหา ความต้องการ และการเตรียมตัวเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุในจังหวัดเพชรบุรี จำนวน 635 คน ผลการวิเคราะห์ข้อมูลมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและภูมิหลังของผู้สูงอายุ

1) ลักษณะทางประชากร สังคม และเศรษฐกิจ

ลักษณะทางประชากร สังคม และเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา การศึกษาสูงสุด การประกอบอาชีพปัจจุบัน การประกอบอาชีพหลักในอดีต รายได้ต่อเดือนในปัจจุบัน แหล่งรายได้ และความเพียงพอของรายได้กับรายจ่าย ได้ผลการวิจัยดังนี้ (ตารางที่ 1)

เพศ

ในการวิจัยครั้งนี้ มีผู้สูงอายุที่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย กล่าวคือ ร้อยละ 54.02 เป็นเพศหญิง และร้อยละ 45.98 เป็นเพศชาย

อายุ

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 30.55 คือผู้มีอายุระหว่าง 60 – 64 ปี รองลงมาร้อยละ 28.35 คือผู้มีอายุระหว่าง 65 – 69 ปี ร้อยละ 21.10 คือผู้มีอายุระหว่าง 70 – 74 ปี ร้อยละ 11.97 คือผู้มีอายุระหว่าง 75 – 79 ปี ตามลำดับ จากข้อมูลแสดงว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้นจะมีจำนวนลดลง ทั้งนี้อายุเฉลี่ยของผู้สูงอายุเท่ากับ 68.82 ปี ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 6.58 ปี มีอายุต่ำสุดเท่ากับ 60 ปี อายุสูงสุดเท่ากับ 93 ปี

เมื่อแบ่งกลุ่มอายุเป็นผู้สูงอายุวัยต้น (60 – 69 ปี) ผู้สูงอายุวัยกลาง (70–79 ปี) และผู้สูงอายุวัยปลาย (80 ปีขึ้นไป) พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุวัยต้นร้อยละ 58.90 ร้อยละ 33.07 คือผู้สูงอายุวัยกลาง และร้อยละ 8.03 คือผู้สูงอายุวัยปลาย ตามลำดับ

สถานภาพสมรส

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 58.90 คือผู้ที่แต่งงานแล้ว รองลงมาร้อยละ 25.19 คือผู้เป็นหม้าย ร้อยละ 9.29 คือ ผู้อยู่เป็นโสด ส่วนผู้ที่แยกทางกับคู่สมรสเท่ากับร้อยละ 2.68

ศาสนา

ผู้สูงอายุร้อยละ 97.48 คือผู้นับถือศาสนาพุทธ ผู้นับถือศาสนาคริสต์เท่ากับร้อยละ 1.73 และร้อยละ 0.79 นับถือศานาอิสลาม

การศึกษาสูงสุด

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 53.54 จบชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ร้อยละ 6.46 ไม่จบชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ร้อยละ 19.37 ไม่ได้เรียนร้อยละ 6.61 จบชั้นประถมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 5.20 จบชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 2.99 จบระดับปริญญาตรี และร้อยละ 2.83 เรียนในระดับอนุปริญญาหรือเทียบเท่า

การประกอบอาชีพในปัจจุบัน

ผู้สูงอายุร้อยละ 50.71 ยังคงประกอบอาชีพในปัจจุบัน ร้อยละ 47.09 ไม่ได้ทำงานแล้ว และร้อยละ 2.20 ยังคงทำงานช่วยครอบครัว แต่ไม่มีรายได้

อาชีพปัจจุบัน

ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่ยังประกอบอาชีพในปัจจุบันส่วนใหญ่ร้อยละ 37.44 มีอาชีพรับจ้าง รองลงมาร้อยละ 28.03 ประกอบอาชีพค้าขาย ร้อยละ 24.44 ยังคงทำนา ทำไร่ ตามลำดับ

การประกอบอาชีพหลักในอดีต

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 32.44 ประกอบอาชีพทำนา ทำไร่ในอดีต รองลงมาร้อยละ 27.24 ทำงานรับจ้าง ร้อยละ 24.10 มีอาชีพค้าขาย ตามลำดับ

รายได้ต่อเดือนในปัจจุบัน

ผลการศึกษารายได้ต่อเดือนในปัจจุบันของผู้สูงอายุพบว่า ส่วนใหญ่มีรายได้อยู่ระหว่าง 1,001 – 3,000 บาทต่อเดือน และระหว่าง 3,001 – 5,000 บาทต่อเดือน ในสัดส่วนเท่ากัน คือ ร้อยละ 17.64 ร้อยละ 9.92 มีรายได้ระหว่าง 5,001 – 8,000 บาทต่อเดือน และร้อยละ 9.45 มีรายได้ไม่เกิน 1,000 บาทต่อเดือน ทั้งนี้รายได้เฉลี่ยของผู้สูงอายุเท่ากับ 3,972.30 บาทต่อเดือน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 6,939.75 บาท รายได้ต่ำสุดเท่ากับ 100 บาทต่อเดือน รายได้สูงสุดเท่ากับ 100,000 บาทต่อเดือน มีเพียงคนเดียว คือ มีธุรกิจส่วนตัว

แหล่งรายได้ที่ใช้จ่ายในปัจจุบัน

ผลการศึกษาแหล่งรายได้ส่วนใหญ่ที่ใช้จ่ายในปัจจุบันของผู้สูงอายุ พบว่า ร้อยละ 35.64 คือลูกหลานส่งเสียเลี้ยงดู ร้อยละ 27.62 ได้มาจากการที่ผู้สูงอายุทำงานเอง ร้อยละ 19.11 มีเงินสะสมเก็บไว้ และร้อยละ 9.70 มาจากเงินบำเหน็จบำนาญ ตามลำดับ

ความเพียงพอของรายได้กับรายจ่าย

ผู้สูงอายุร้อยละ 57.16 ตอบว่า รายได้กับรายจ่ายมีพอกินพอใช้ไม่มีเหลือ ร้อยละ 24.57 ไม่เพียงพอ และร้อยละ 18.27 มีเงินเหลือเก็บ ตามลำดับ

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามลักษณะทางประชากร สังคม และเศรษฐกิจ

ลักษณะทางประชากร สังคม และเศรษฐกิจ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	292	45.98
หญิง	343	54.02
รวม	635	100.00
อายุ (ปี)		
60 – 64	194	30.55
65 – 69	180	28.35
70 – 74	134	21.10
75 – 79	76	11.97
80 – 84	39	6.14
85 – 89	9	1.42
90 ปีขึ้นไป	3	0.47
รวม	635	100.00
อายุเฉลี่ยเท่ากับ 68.82 ปี	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 6.58 ปี	
อายุต่ำสุดเท่ากับ 60 ปี	อายุสูงสุดเท่ากับ 93 ปี	
สถานภาพสมรส		
โสด	59	9.29
คู่สมรสอยู่ด้วยกัน	374	58.90
หม้าย	160	25.19
หย่าร้าง	25	3.94
แยก	17	2.68
รวม	635	100.00
ศาสนา		
พุทธ	619	97.48
คริสต์	11	1.73
อิสลาม	5	0.79
รวม	635	100.00

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ลักษณะทางประชากร สังคม และเศรษฐกิจ	จำนวน	ร้อยละ
การศึกษา		
ไม่ได้เรียน	123	19.37
ไม่จบชั้นประถมศึกษาปีที่ 4	41	6.46
จบชั้นประถมศึกษาปีที่ 4	340	53.54
จบชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 หรือ 7	42	6.61
จบชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3	33	5.20
จบชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6	17	2.68
จบอนุปริญญา	18	2.83
จบปริญญาตรี	19	2.99
จบปริญญาโท	2	0.32
รวม	635	100.00
การประกอบอาชีพปัจจุบัน		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	299	47.09
ประกอบอาชีพ	322	50.71
ทำงานช่วยครอบครัวแต่ไม่มีรายได้	14	2.20
รวม	635	100.00
อาชีพปัจจุบัน*		
รับจ้าง	167	37.44
ค้าขาย	125	28.03
ทำนา ทำไร่	109	24.44
เลี้ยงสัตว์	21	4.71
ธุรกิจส่วนตัว	14	3.14
อื่น ๆ	10	2.24
รวม	446	100.00

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ลักษณะทางประชากร สังคม และเศรษฐกิจ	จำนวน	ร้อยละ
การประกอบอาชีพหลักในอดีต		
ทำนา ทำไร่	206	32.44
ค้าขาย	153	24.10
รับจ้าง	173	27.24
รับราชการ/วิสาหกิจ	44	6.93
อื่น ๆ	59	9.29
รวม	635	100.00
รายได้ต่อเดือน (บาท) ในปัจจุบัน		
ไม่มีรายได้	49	7.72
ไม่เกิน 1,000 บาท	60	9.45
1,001 – 3,000 บาท	112	17.64
3,001 – 5,000 บาท	112	17.64
5,001 – 8,000 บาท	63	9.92
8,001 – 11,000 บาท	27	4.25
มากกว่า 11,000 บาท	34	5.35
ไม่ตอบ	178	28.03
รวม	635	100.00
รายได้เฉลี่ยเท่ากับ 3,972.31 บาท ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 6,939.75 บาท		
รายได้ต่ำสุด 100 บาท รายได้สูงสุดเท่ากับ 100,000 บาท		
แหล่งรายได้ส่วนใหญ่ที่ใช้จ่ายในปัจจุบัน*		
ลูกหลานส่งเสียเลี้ยงดู	360	35.64
ทำงานเอง	279	27.62
มีเงินสะสมเก็บไว้	193	19.11
เงินบำเหน็จบำนาญ	98	9.70
ญาติพี่น้องให้	51	5.05
อื่น ๆ	29	2.87
รวม	1010	100.00

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ลักษณะทางประชากร สังคม และเศรษฐกิจ	จำนวน	ร้อยละ
ความเพียงพอของรายได้กับรายจ่าย		
ไม่เพียงพอ	156	24.57
พอกินพอใช้ไม่มีเหลือ	363	57.16
มีเหลือเก็บ	116	18.27
รวม	635	100.00

* ตอบได้หลายข้อ

2) ลักษณะทางครอบครัว

ลักษณะทางครอบครัวของผู้สูงอายุ ได้แก่ จำนวนสมาชิกในครอบครัว หัวหน้าครัวเรือน จำนวนบุตร บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย และผู้ดูแลหลัก (ตารางที่ 2) มีดังนี้

จำนวนสมาชิกในครอบครัว

ผลการศึกษาพบว่า ร้อยละ 39.68 มีจำนวนสมาชิกในครอบครัวของผู้สูงอายุ 2 – 3 คน ร้อยละ 35.12 มีจำนวนสมาชิก 4 – 5 คน และร้อยละ 20 มีจำนวนสมาชิกในครอบครัวตั้งแต่ 6 คนขึ้นไป ทั้งนี้ผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวเท่ากับร้อยละ 5.20 จำนวนสมาชิกในครอบครัวโดยเฉลี่ยเท่ากับ 3.82 คน มีจำนวนสมาชิกในครอบครัวต่ำสุด 0 คน (ผู้สูงอายุอยู่คนเดียวตามลำพัง) จำนวนสมาชิกในครอบครัวสูงสุดเท่ากับ 10 คน

หัวหน้าครัวเรือนที่อยู่ในปัจจุบัน

หัวหน้าครอบครัวที่อยู่ในปัจจุบันพบว่า ร้อยละ 54.01 คือผู้สูงอายุเป็นหัวหน้าครัวเรือนเอง รองลงมาร้อยละ 33.70 คือสามีหรือภรรยาเป็นหัวหน้าครัวเรือน ร้อยละ 9.45 คือบุตรเป็นหัวหน้าครัวเรือน และร้อยละ 2.05 คือญาติเป็นหัวหน้าครัวเรือน

จำนวนบุตร

ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่แต่งงานแล้วส่วนใหญ่ร้อยละ 44.27 เป็นผู้มีบุตรจำนวน 2 – 3 คน รองลงมาร้อยละ 29.34 มีบุตรจำนวน 4 – 5 คน ร้อยละ 13.72 มีบุตรตั้งแต่ 6 คนขึ้นไป ผู้มีบุตรเพียง 1 คน เท่ากับร้อยละ 11.11 ส่วนร้อยละ 1.56 ไม่มีบุตร ทั้งนี้จำนวนบุตรโดยเฉลี่ยเท่ากับ 3.38 คน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.17 คน จำนวนบุตรต่ำสุดคือ 0 คน (สมรสแล้วแต่ไม่มีบุตร) จำนวนบุตรสูงสุดเท่ากับ 12 คน

บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วยในปัจจุบัน

ผลการศึกษาบุคคลที่อาศัยอยู่ด้วยกับผู้สูงอายุในปัจจุบัน พบว่า ร้อยละ 38.42 ผู้สูงอายุอาศัยอยู่กับคู่สมรส คือ สามีหรือภรรยาและบุตร รองลงมาร้อยละ 27.72 อาศัยอยู่กับบุตร ร้อยละ 14.49 อาศัยอยู่กับคู่สมรส ร้อยละ 6.14 อาศัยอยู่กับญาติ สำหรับผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวเท่ากับร้อยละ 5.20

ผู้ดูแลหลัก

สำหรับผู้ที่เป็นหลักในการดูแลผู้สูงอายุนั้น ผลการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่ร้อยละ 47.09 คือบุตรเป็นผู้ดูแล รองลงมาร้อยละ 24.41 ผู้สูงอายุดูแลตนเอง และร้อยละ 14.49 คือคู่สมรสเป็นผู้ดูแล ร้อยละ 5.35 มีญาติเป็นผู้ดูแล

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามลักษณะทางครอบครัว

ลักษณะทางครอบครัว	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนสมาชิกในครอบครัว		
อยู่คนเดียว	33	5.20
2 – 3 คน	252	39.68
4 – 5 คน	223	35.12
ตั้งแต่ 6 คนขึ้นไป	127	20.00
รวม	635	100.00
จำนวนสมาชิกเฉลี่ยเท่ากับ 3.82 คน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.99 คน		
จำนวนสมาชิกต่ำสุดเท่ากับ 0 คน (ผู้สูงอายุอยู่คนเดียว) จำนวนสมาชิกสูงสุดเท่ากับ 10 คน		
หัวหน้าครัวเรือนที่อยู่ในปัจจุบัน		
ตนเอง	343	54.01
สามีหรือภรรยา	214	33.70
บุตร	60	9.45
ญาติ	13	2.05
อื่น ๆ	5	0.79
รวม	635	100.00

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ลักษณะทางครอบครัว		จำนวน	ร้อยละ
จำนวนบุตร			
ไม่มี		9	1.56
1 คน		64	11.11
2 – 3 คน		255	44.27
4 – 5 คน		169	29.34
6 คนขึ้นไป		79	13.72
รวม		576	100.00
จำนวนบุตรเฉลี่ยเท่ากับ 3.38 คน	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.17 คน		
จำนวนบุตรต่ำสุดเท่ากับ 0 คน	จำนวนบุตรสูงสุดเท่ากับ 12 คน		
บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วยในปัจจุบัน			
คนเดียว		33	5.20
คู่สมรส		92	14.49
คู่สมรสและบุตร		244	38.42
บุตร		176	27.72
หลาน		29	4.57
ญาติ		39	6.14
อื่น ๆ		22	3.46
รวม		635	100.00
ผู้ดูแลหลัก			
ตนเอง		155	24.41
คู่สมรส		92	14.49
บุตร		299	47.09
สะใภ้/เขย		25	3.94
หลาน		15	2.36
ญาติ		34	5.35
อื่น ๆ		15	2.36
รวม		635	100.00

3) โรคประจำตัวของผู้สูงอายุ

ผลการศึกษาโรคประจำตัวของผู้สูงอายุพบว่า ร้อยละ 23.46 ผู้สูงอายุไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 76.54 มีโรคประจำตัว

สำหรับผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวนั้น ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 22.79 เป็นโรคปวดข้อ ปวดกระดูก ร้อยละ 22.16 เป็นโรคความดันโลหิตสูง รองลงมาร้อยละ 17.33 เป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 14.08 ปวดเมื่อย ปวดหลัง ปวดเอว ร้อยละ 6.30 เป็นโรคหัวใจ เป็นต้น (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามโรคประจำตัวที่มี

โรคประจำตัว	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีโรคประจำตัว	149	23.46
มีโรคประจำตัว	486	76.54
รวม	635	100.00
โรคประจำตัวที่มี*		
ความดันโลหิตสูง	211	22.16
หัวใจ	60	6.30
เบาหวาน	165	17.33
ปวดข้อ ปวดกระดูก	217	22.79
ปวดเมื่อย ปวดหลัง ปวดเอว	134	14.08
ต้อกระจก ต้อเนื้อ ต้อหิน	18	1.89
หูตึง	36	3.78
กระดูกผุ กระดูกพรุน	10	1.05
ไขมันในเลือดสูง	29	3.05
อัมพฤกษ์ อัมพาต	19	2.00
กระเพาะ	9	0.95
รวม	44	4.62

* ตอบได้หลายข้อ

4) การทำงานภายในบ้านของผู้สูงอายุ

ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุยังคงทำงานภายในบ้าน กล่าวคือ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 17.08 ทำหน้าที่หุงข้าว รองลงมาร้อยละ 16.11 ทำความสะอาดบ้าน ร้อยละ 15.97 ทำกับข้าว ตามลำดับ ร้อยละ 11.59 จ่ายตลาดซื้อกับข้าว ร้อยละ 10.29 เลี้ยงลูก/หลาน (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามลักษณะการทำงานภายในบ้าน

ลักษณะการทำงานภายในบ้าน*	จำนวน	ร้อยละ
หุงข้าว	355	17.08
ทำกับข้าว	332	15.97
ทำความสะอาดบ้าน	335	16.11
จ่ายตลาดซื้อกับข้าว	241	11.59
ตักน้ำ	122	5.87
ล้างถ้วยชาม	205	9.86
ซักรีดเสื้อผ้า	167	8.03
เลี้ยงลูก/หลาน	214	10.29
ซ่อมเครื่องมือเครื่องใช้ในบ้าน	87	4.19
อื่น ๆ	21	1.01

* ตอบได้หลายข้อ

5) บทบาทในครอบครัวของผู้สูงอายุ

ผลการศึกษาบทบาทในครอบครัวของผู้สูงอายุ 6 บทบาท ได้แก่ บทบาทในการเป็นที่ปรึกษาให้คำแนะนำ เป็นผู้อบรมสั่งสอน เป็นผู้ตัดสินใจในกรณีต่าง ๆ เป็นผู้หารายได้มาเลี้ยงครอบครัว เป็นผู้ถ่ายทอดความรู้ประสบการณ์ และเป็นผู้ดูแลลูกหลาน (ตารางที่ 5) มีดังนี้

บทบาทเป็นที่ปรึกษาให้คำแนะนำ พบว่า ส่วนใหญ่ร้อยละ 48.34 มีบทบาทไม่บ่อย ร้อยละ 38.43 มีบทบาทบ่อย

บทบาทเป็นผู้อบรมสั่งสอน พบว่า ผู้สูงอายุมีบทบาทบ่อย และไม่บ่อยในสัดส่วนเท่ากัน คือ ร้อยละ 44

บทบาทเป็นผู้ตัดสินใจในกรณีต่าง ๆ ผู้สูงอายุร้อยละ 46.61 มีบบาทไม่บ่อย รองลงมาร้อยละ 37.48 มีบทบาทบ่อย

บทบาทเป็นผู้หารายได้มาเลี้ยงครอบครัว พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 32.44 มีบทบาทบ่อย รองลงมาร้อยละ 27.40 มีบทบาทไม่บ่อย

บทบาทเป็นผู้ถ่ายทอดความรู้ประสบการณ์ ผู้สูงอายุร้อยละ 44.88 มีบทบาทไม่บ่อย ร้อยละ 42.21 มีบทบาทบ่อย

บทบาทเป็นผู้ดูแลลูกหลาน ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 44.41 มีบทบาทบ่อย รองลงมาร้อยละ 34.49 มีบทบาทไม่บ่อย

โดยสรุปพบว่า บทบาทในครอบครัวของผู้สูงอายุที่มีบ่อยตามลำดับ ได้แก่ เป็นผู้อบรมสั่งสอน เป็นผู้ดูแลลูกหลาน เป็นผู้ถ่ายทอดความรู้ประสบการณ์ เป็นที่ปรึกษาให้คำแนะนำ เป็นผู้ตัดสินใจในกรณีต่าง ๆ และเป็นผู้หารายได้มาเลี้ยงครอบครัว เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยการมีบทบาทในครอบครัวของผู้สูงอายุ 6 บทบาท พบว่า ผู้สูงอายุได้คะแนนรวมเฉลี่ยเท่ากับ 7.25 คะแนน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.27 คะแนน (คะแนนเต็ม 12 คะแนน) คะแนนต่ำสุด 0 คะแนน คะแนนสูงสุด 12 คะแนน

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามลักษณะบทบาทในครอบครัว

บทบาทในครอบครัว*	จำนวน	ร้อยละ
เป็นที่ปรึกษาให้คำแนะนำ		
บ่อย	244	38.43
ไม่บ่อย	307	48.34
ไม่มี	84	13.23
รวม	635	100.00
เป็นผู้อบรมสั่งสอน		
บ่อย	284	44.73
ไม่บ่อย	280	44.09
ไม่มี	71	11.18
รวม	635	100.00

ตารางที่ 5 (ต่อ)

บทบาทในครอบครัว*	จำนวน	ร้อยละ
เป็นผู้ตัดสินในกรณีต่าง ๆ		
บ่อย	238	37.48
ไม่บ่อย	296	46.61
ไม่มี	101	15.91
รวม	635	100.00
เป็นผู้หารายได้มาเลี้ยงครอบครัว		
บ่อย	206	32.44
ไม่บ่อย	174	27.40
ไม่มี	255	40.16
รวม	635	100.00
เป็นผู้ถ่ายทอดความรู้ประสบการณ์		
บ่อย	268	42.21
ไม่บ่อย	285	44.88
ไม่มี	82	12.91
รวม	635	100.00
เป็นผู้ดูแลลูกหลาน		
บ่อย	282	44.41
ไม่บ่อย	219	34.49
ไม่มี	134	21.10
รวม	635	100.00
คะแนนรวมเฉลี่ยเท่ากับ 7.25	คะแนนค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 3.27 คะแนน	
คะแนนต่ำสุดเท่ากับ 0 คะแนน	คะแนนสูงสุด เท่ากับ 12 คะแนน	

* ตอบได้หลายข้อ

6) ลักษณะการพึ่งตนเองในเรื่องกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ

ผลการศึกษาลักษณะการพึ่งตนเองของผู้สูงอายุ จากการทำกิจกรรมด้วยตนเอง 7 ประเภท ได้แก่ การแต่งตัว การอาบน้ำ การรับประทานอาหาร การขึ้นลงบันได การเข้าห้องส้วม การไปไหนมาไหนนอกบ้าน และการทำงานบ้าน ปรากฏผลดังนี้ (ตารางที่ 6)

การแต่งตัว ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 89.13 ทำด้วยตนเองหมด ร้อยละ 8.82 ต้องมีคนช่วยบางครั้ง และร้อยละ 2.05 ต้องมีคนช่วยทุกครั้ง

การอาบน้ำ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 88.35 ทำด้วยตนเอง ร้อยละ 5.98 ต้องมีคนช่วยบางครั้ง ร้อยละ 5.67 ต้องมีคนช่วยทุกครั้ง

การรับประทานอาหาร ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 89.76 ทำด้วยตนเอง ร้อยละ 7.88 ต้องมีคนช่วยบางครั้ง

การขึ้นลงบันได ร้อยละ 77.17 ขึ้นลงได้เอง ร้อยละ 9.92 ต้องมีคนช่วยบางครั้ง และร้อยละ 8.19 ต้องมีคนช่วยทุกครั้ง ส่วนร้อยละ 4.72 ไม่ได้ขึ้นลงบันได เพราะเป็นบ้านชั้นเดียว

การเข้าห้องส้วม ร้อยละ 86.61 ทำด้วยตนเอง ร้อยละ 10.24 ต้องมีคนช่วยบางครั้ง

การไปไหนมาไหนนอกบ้าน ร้อยละ 63.94 ไปได้ด้วยตนเอง ร้อยละ 26.45 ต้องมีคนช่วยบางครั้ง ร้อยละ 9.61 ต้องมีคนช่วยทุกครั้ง

การทำงานบ้าน ร้อยละ 63.78 ทำด้วยตนเองได้ ร้อยละ 23.31 ต้องมีคนช่วยบางครั้ง

โดยสรุป การพึ่งตนเองของผู้สูงอายุที่ทำด้วยตนเองหมด ห้าลำดับแรก ได้แก่ การอาบน้ำ การรับประทานอาหาร การแต่งตัว การเข้าห้องส้วม และการขึ้นลงบันได

เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยการพึ่งตนเองในเรื่องกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ 7 กิจกรรม พบว่า ผู้สูงอายุได้คะแนนรวมเฉลี่ยเท่ากับ 12.36 คะแนน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.72 คะแนน (คะแนนเต็ม 14 คะแนน) คะแนนต่ำสุด 0 คะแนน คะแนนสูงสุด 14 คะแนน

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามลักษณะการพึ่งตนเอง

ลักษณะการพึ่งตนเอง	จำนวน	ร้อยละ
การแต่งตัว		
ทำด้วยตนเองหมด	566	89.13
ต้องมีคนช่วยบางครั้ง	56	8.82
ต้องมีคนช่วยทุกครั้ง	13	2.05
รวม	635	100.00

ตารางที่ 6 (ต่อ)

ลักษณะการพึ่งตนเอง	จำนวน	ร้อยละ
การอาบน้ำ		
ทำด้วยตนเองหมด	561	88.35
ต้องมีคนช่วยบางครั้ง	38	5.98
ต้องมีคนช่วยทุกครั้ง	36	5.67
รวม	635	100.00
การรับประทานอาหาร		
ทำด้วยตนเองหมด	570	89.76
ต้องมีคนช่วยบางครั้ง	50	7.88
ต้องมีคนช่วยทุกครั้ง	15	2.36
รวม	635	100.00
การขึ้นลงบันได		
ทำด้วยตนเองหมด	490	77.17
ต้องมีคนช่วยบางครั้ง	63	9.92
ต้องมีคนช่วยทุกครั้ง	52	8.19
ไม่เข้าข่าย	30	4.72
รวม	635	100.00
การเข้าห้องส้วม		
ทำด้วยตนเองหมด	550	86.61
ต้องมีคนช่วยบางครั้ง	65	10.24
ต้องมีคนช่วยทุกครั้ง	20	3.15
รวม	635	100.00
การไปไหนมาไหนนอกบ้าน		
ทำด้วยตนเองหมด	406	63.94
ต้องมีคนช่วยบางครั้ง	168	26.45
ต้องมีคนช่วยทุกครั้ง	61	9.61
รวม	635	100.00

ตารางที่ 6 (ต่อ)

ลักษณะการพึ่งตนเอง	จำนวน	ร้อยละ
การทำงานบ้าน		
ทำด้วยตนเองหมด	405	63.78
ต้องมีคนช่วยบางครั้ง	148	23.31
ต้องมีคนช่วยทุกครั้ง	57	8.98
ไม่ได้ทำแล้ว	25	3.93
รวม	635	100.00
คะแนนรวมเฉลี่ยเท่ากับ 12.36 คะแนน	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 2.72 คะแนน	
คะแนนต่ำสุดเท่ากับ 0 คะแนน	คะแนนสูงสุด เท่ากับ 14 คะแนน	

7) แหล่งการได้รับข้อมูลข่าวสาร

การได้รับข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ ของผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 22.04 ได้รับข้อมูลข่าวสารจากการดูโทรทัศน์ รองลงมาร้อยละ 15.86 ได้รับข้อมูลข่าวสารจากบุคคลในครอบครัว ร้อยละ 13.16 ได้รับข่าวสารจากการฟังวิทยุ ประมาณร้อยละ 10 ได้รับข่าวสารจากหอกระจายข่าว เพื่อนบ้าน และหนังสือพิมพ์ (ตารางที่ 7)

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามแหล่งการได้รับข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ

แหล่งการได้รับข้อมูลข่าวสาร*	จำนวน	ร้อยละ
บุคคลในครอบครัว	359	15.86
วิทยุ	298	13.16
โทรทัศน์	499	22.04
หนังสือพิมพ์	242	10.69
กำนัน / ผู้ใหญ่บ้าน	169	7.47
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	156	6.89
หอกระจายข่าว	265	11.70
เพื่อนบ้าน	264	11.66
อื่น ๆ	12	0.53

* ตอบได้หลายข้อ

8) ลักษณะการเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชนของผู้สูงอายุ

ผลการศึกษาการเข้าร่วมกิจกรรมทางชุมชนของผู้สูงอายุ ได้แก่ กิจกรรมทางการเมือง กิจกรรมทางศาสนา กิจกรรมกลุ่มอาสา กิจกรรมกีฬา กิจกรรมสาธารณประโยชน์ การหาความรู้เพิ่มเติม และอื่น ๆ ปรากฏผลดังนี้ (ตารางที่ 8)

กิจกรรมทางการเมือง มีผู้สูงอายุเข้าร่วมและไม่เข้าร่วมกิจกรรมทางการเมืองในสัดส่วนใกล้เคียงกัน กล่าวคือ มีผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมทางการเมืองร้อยละ 50.24 ไม่เข้าร่วมร้อยละ 49.76 ทั้งนี้กิจกรรมทางการเมืองที่ผู้สูงอายุระบุว่าเข้าร่วม ได้แก่ การเลือกตั้งสมาชิกสภาผู้แทนราษฎร การเลือกตั้งนายกและสมาชิกองค์การบริหารส่วนจังหวัด องค์การบริหารส่วนตำบล การเลือกกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน การลงประชามติเรื่องต่าง ๆ การประชุมพรรคการเมือง และการชุมนุมกลุ่มการเมืองต่าง ๆ เป็นต้น

กิจกรรมทางศาสนา ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 71.02 เข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา ร้อยละ 28.98 ไม่ได้เข้าร่วม กิจกรรมทางศาสนาที่เข้าร่วม ได้แก่ การเข้าวัด ทำบุญในเทศกาลวันสำคัญต่าง ๆ ทางศาสนา การแห่เทียน เวียนเทียน ทำบุญตักบาตร ซึ่งผู้สูงอายุบางคนระบุว่าได้ทำทุกวัน บางคนทำทุกสัปดาห์ บางคนทำทุกเดือน การทอดกฐิน งานบวช งานวัด งานศพ ปิดทอง การทำบุญไหว้พระ 9 วัด การนั่งสมาธิ การทำละหมาด เป็นต้น

กิจกรรมกลุ่มอาสา ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 85.20 ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรม มีผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมร้อยละ 14.80 ทั้งนี้ระบุว่ากิจกรรมที่เข้าร่วม ได้แก่ กลุ่มลูกเสือชาวบ้าน อปพร. อสม. อผส. เป็นต้น

กิจกรรมกีฬา มีผู้สูงอายุเพียงร้อยละ 15.28 ที่เข้าร่วมกิจกรรมกีฬา ร้อยละ 84.72 ไม่ได้เข้าร่วม กิจกรรมกีฬาที่ระบุว่าเข้าร่วม ได้แก่ เปตอง ปั่นจักรยาน วิ่ง ออกกำลังกายด้วยวิธีต่าง ๆ เช่น ไม้พลอง แอโรบิก การเล่นฟุตบอล เป็นต้น

กิจกรรมสาธารณประโยชน์ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 82.36 ไม่ได้เข้าร่วม ร้อยละ 17.64 เข้าร่วมกิจกรรมสาธารณประโยชน์ โดยระบุกิจกรรมที่เข้าร่วม ได้แก่ การทำความสะอาดที่สาธารณะ หมู่บ้าน ถนน วัด การพัฒนาหมู่บ้าน การปลูกต้นไม้ในวันสำคัญต่าง ๆ การอนุรักษ์แม่น้ำเพชรบุรี การสร้างสนามเด็กเล่น การเข้าร่วมกิจกรรมสาธารณะของหมู่บ้าน หรือของกลุ่มต่าง ๆ เป็นต้น

การหาความรู้เพิ่มเติม ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 91.97 ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรม ร้อยละ 8.03 เข้าร่วมกิจกรรมดังกล่าว โดยระบุกิจกรรมที่เข้าร่วม ได้แก่ การฟังบรรยายเรื่องต่าง ๆ การเข้าอบรมการสัมมนา การจัดกิจกรรมของชมรม สภากาแฟยามเช้า เป็นต้น

อื่น ๆ ผู้สูงอายุร้อยละ 97.95 ไม่ได้ระบุการเข้าร่วมกิจกรรมนอกเหนือจากที่กล่าวข้างต้น มีผู้สูงอายุร้อยละ 2.05 ระบุว่าได้เข้าร่วม เช่น การเปิดศาลเจ้าแม่กวนอิม กิจกรรมในเทศกาลพิเศษต่าง ๆ ของชุมชน เป็นต้น

โดยสรุปพบว่า ผู้สูงอายุมีการเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนตามลำดับ ดังนี้ กิจกรรมทางศาสนา กิจกรรมทางการเมือง กิจกรรมงานสาธารณประโยชน์ กิจกรรมกีฬา และกิจกรรมกลุ่มอาสา ตามลำดับ

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามลักษณะการเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน

ลักษณะการเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน*	จำนวน	ร้อยละ
กิจกรรมทางการเมือง		
เข้าร่วม	319	50.24
ไม่เข้าร่วม	316	49.76
รวม	635	100.00
กิจกรรมทางศาสนา		
เข้าร่วม	451	71.02
ไม่เข้าร่วม	184	28.98
รวม	635	100.00
กิจกรรมกลุ่มอาสา		
เข้าร่วม	94	14.80
ไม่เข้าร่วม	541	85.20
รวม	635	100.00
กิจกรรมกีฬา		
เข้าร่วม	97	15.28
ไม่เข้าร่วม	538	84.72
รวม	635	100.00
กิจกรรมงานสาธารณประโยชน์		
เข้าร่วม	112	17.64
ไม่เข้าร่วม	523	82.36
รวม	635	100.00

ตารางที่ 8 (ต่อ)

ลักษณะการเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน*	จำนวน	ร้อยละ
การหาความรู้เพิ่มเติม		
เข้าร่วม	51	8.03
ไม่เข้าร่วม	584	91.97
รวม	635	100.00
อื่น ๆ		
เข้าร่วม	13	2.05
ไม่เข้าร่วม	622	97.95
รวม	635	100.00

* ตอบได้หลายข้อ

ตอนที่ 2 สภาพปัญหาของผู้สูงอายุ

ผลการศึกษาสภาพปัญหาของผู้สูงอายุ โดยพิจารณาจากปัญหา 5 ด้าน ได้แก่ ด้านอาการเจ็บป่วยทางกาย (ช่วง 2 เดือน ก่อนการสัมภาษณ์) ด้านภาวะเจ็บป่วยทางอารมณ์และจิตใจ ด้านการปรับตัวและความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ด้านสภาพที่อยู่อาศัย และด้านสภาพเศรษฐกิจ ปรากฏผลดังนี้

สภาพปัญหาของผู้สูงอายุโดยรวมและรายด้าน

ผลการศึกษาพบว่า สภาพปัญหาของผู้สูงอายุทั้งโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับไม่มีปัญหา กล่าวคือ ปัญหาโดยรวมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.41 สำหรับผลการศึกษาตามรายด้านมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับไม่มีปัญหา โดยมีค่าเฉลี่ยตามลำดับดังนี้ ด้านอาการเจ็บป่วยทางกาย มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.53 ด้านสภาพที่อยู่อาศัยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.47 ด้านภาวะเจ็บป่วยทางอารมณ์และจิตใจ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.41 ด้านสภาพเศรษฐกิจมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.34 และด้านการปรับตัวและความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.29 ตามลำดับ (ตารางที่ 9)

ผลการศึกษาสภาพปัญหาของผู้สูงอายุในแต่ละด้านตามรายข้อ มีดังนี้ (ตารางที่ 10 – ตารางที่ 14)

สภาพปัญหาด้านอาการเจ็บป่วยตามรายข้อ

ผลการศึกษาปัญหาของผู้สูงอายุด้านอาการเจ็บป่วยทางกาย โดยรวมอยู่ในระดับไม่มีปัญหา ผลการศึกษาตามรายข้อจำนวน 18 ข้อ เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยพบว่า มีค่าเฉลี่ยอยู่ใน

ระดับไม่มีปัญหา จำนวน 16 ข้อ ระดับมีปัญหาน้อย จำนวน 2 ข้อ ได้แก่ การปวดเมื่อย (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.20) รองลงมา คือ เคล็ดขัดยอก (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.03) ตามลำดับ (ตารางที่ 10)

สำหรับข้อที่มีค่าเฉลี่ยระดับไม่มีปัญหา โดยมีค่าเฉลี่ย 5 ลำดับแรก ได้แก่ ความดันโลหิต (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.73) อาการเหน็บชา (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.65) เป็นลมหน้ามืด (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.59) อ่อนเพลียโดยไม่ทราบสาเหตุ (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.55) และนอนไม่หลับ (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.54) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยในระดับไม่มีปัญหาในลำดับสุดท้าย คือ มีอาการหิวโหย (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.23)

เมื่อพิจารณาค่าร้อยละ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 37.01 มีปัญหาเคล็ดขัดยอกในระดับน้อย และร้อยละ 35.43 มีปัญหาปวดเมื่อยในระดับน้อย

ด้านภาวะเจ็บป่วยทางอารมณ์และจิตใจ ตามรายข้อ

ผลการศึกษาสภาพปัญหาด้านภาวะเจ็บป่วยทางอารมณ์และจิตใจ โดยพิจารณาจากค่าเฉลี่ยพบว่า มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับไม่มีปัญหาทั้งโดยรวมและรายข้อ กล่าวคือ ค่าเฉลี่ยระดับปัญหาโดยรวมเท่ากับ 1.41 (ตารางที่ 11)

ผลการศึกษาตามรายข้อจำนวน 8 ข้อ พบว่ามีค่าเฉลี่ยระดับไม่มีปัญหาทั้ง 8 ข้อเช่นเดียวกัน โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ย 5 ลำดับแรก ได้แก่ การหวาดระแวงกลัวถูกทอดทิ้ง (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.36) ความรู้สึกว่าตนเองกำลังสูญเสียความสำคัญ (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.21) ความรู้สึกเหงาเปล่าเปลี่ยว (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.42) ความรู้สึกผิดหวัง มีอารมณ์โกรธ ขุ่นเคือง ความวิตกกังวลในทรัพย์สิน และความรู้สึกว่าตนเองไร้คุณค่า โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากันทั้ง 4 ข้อ คือ 1.26 ผลการศึกษาค่าร้อยละ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 29.92 ระบุว่ามีอารมณ์โกรธ ขุ่นเคือง ในระดับน้อย และผู้สูงอายุร้อยละ 24.73 ระบุว่าทะเลาะกับบุคคลในครอบครัวในระดับน้อย

ด้านการปรับตัวและความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ตามรายข้อ

ผลการศึกษาสภาพปัญหาด้านการปรับตัวและความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น โดยพิจารณาจากค่าเฉลี่ยพบว่า มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับไม่มีปัญหา ทั้งโดยรวมและรายด้าน กล่าวคือ ค่าเฉลี่ยระดับปัญหาโดยรวมเท่ากับ 1.29 (ตารางที่ 12)

ผลการศึกษาตามรายข้อ จำนวน 11 ข้อ พบว่า ผู้สูงอายุมีปัญหาด้านการปรับตัวและความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับไม่มีปัญหาทุกข้อ ทั้งนี้ข้อที่มีค่าเฉลี่ย 5 ลำดับแรก ได้แก่ กลัวความตาย ไม่เข้าใจกับลูกหลาน ซึ่งมีค่าเฉลี่ยเท่ากัน คือ 1.39 รองลงมา คือ ขาดเพื่อนคุย (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.36) กลัวความแก่ชรา (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.35) ลูกหลานห่างเหินและขาดคนดูแลเอาใจใส่ ซึ่งมีค่าเฉลี่ยเท่ากัน คือ 1.28 ตามลำดับ ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับไม่มีปัญหาต่ำสุด ได้แก่ การที่ลูกหลานไม่เกรงใจ/ไม่นับถือ (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.19)

เมื่อพิจารณาค่าร้อยละพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 27.88 มีปัญหาไม่เข้าใจกับลูกหลานในระดับน้อย และผู้สูงอายุร้อยละ 20.16 มีปัญหาขาดเพื่อนคุยในระดับน้อย

ด้านสภาพที่อยู่อาศัย ตามรายข้อ

ผลการศึกษาสภาพปัญหาด้านสภาพที่อยู่อาศัย โดยพิจารณาจากค่าเฉลี่ย พบว่า มีค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับไม่มีปัญหา (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.47) (ตารางที่ 13)

ผลการศึกษาตามรายข้อ จำนวน 5 ข้อ พบว่า มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับไม่มีปัญหา จำนวน 4 ข้อ ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปัญหาน้อย จำนวน 1 ข้อ ได้แก่ ขาดเพื่อนบ้านที่ดี (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.92)

สำหรับข้อที่มีค่าเฉลี่ยในระดับปัญหา ไม่มีปัญหา สามลำดับแรก ได้แก่ บ้านที่อยู่ขาดความมั่นคง (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.73) บ้านที่อยู่มีความคับแคบ (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.37) และมีปัญหาเรื่องน้ำดื่ม น้ำใช้ (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.22) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับไม่มีปัญหาต่ำสุด คือ ขาดที่อยู่อาศัยเป็นของตนเอง (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.11) เมื่อพิจารณาค่าร้อยละ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 16.85 มีปัญหาเรื่องบ้านที่อยู่มีความคับแคบ ระดับน้อย และผู้สูงอายุร้อยละ 16.22 มีปัญหาเรื่องขาดเพื่อนบ้านที่ดีในระดับมาก

สภาพปัญหาด้านสภาพเศรษฐกิจ ตามรายข้อ

ผลการศึกษาสภาพปัญหาด้านสภาพเศรษฐกิจ โดยพิจารณาจากค่าเฉลี่ย พบว่า ผู้สูงอายุมีปัญหาด้านเศรษฐกิจโดยรวมอยู่ในระดับไม่มีปัญหา (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.34) (ตารางที่ 14)

ผลการศึกษาตามรายข้อ จำนวน 8 ข้อ พบว่า มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับไม่มีปัญหาทุกข้อ โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ย 5 ลำดับแรก ได้แก่ ขาดเงินออม (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.59) มีรายได้ไม่เพียงพอ (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.57) มีหนี้สิน (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.49) ขาดเงินใช้จ่ายสิ่งต่าง (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.34) และลูกหลานมารบกวนเงินทอง (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.30) สำหรับข้อที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในลำดับสุดท้าย ได้แก่ ขาดแคลนเครื่องนุ่งห่ม (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.10) เมื่อพิจารณาค่าร้อยละ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 25.04 มีปัญหาเรื่องขาดเงินออม ประมาณร้อยละ 23 มีปัญหาเรื่องมีหนี้สิน และมีรายได้ไม่เพียงพอ

ตารางที่ 9 ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามสภาพปัญหาของผู้สูงอายุ โดยรวมและรายด้าน

สภาพปัญหา	ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)	ระดับปัญหา
ด้านอาการเจ็บป่วย	1.53	.41	ไม่มีปัญหา
ด้านภาวะเจ็บป่วยทางอารมณ์และจิตใจ	1.41	.50	ไม่มีปัญหา
ด้านการปรับตัวและความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น	1.29	.36	ไม่มีปัญหา
ด้านสภาพที่อยู่อาศัย	1.47	.56	ไม่มีปัญหา
ด้านสภาพเศรษฐกิจ	1.34	.40	ไม่มีปัญหา
รวมทุกด้าน	1.41	.34	ไม่มีปัญหา

ตารางที่ 10 ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามสภาพปัญหาของผู้สูงอายุ ด้านอาการเจ็บป่วยทางกาย โดยรวมและรายข้อ (ในช่วง 2 เดือนที่ผ่านมา)

ด้านอาการเจ็บป่วยทางกาย	ระดับสภาพปัญหา (ร้อยละ)				$\bar{X}$	S.D.
	ไม่มีปัญหา	น้อย	ปานกลาง	มาก		
ปวดท้อง	59.84	32.60	7.09	.47	1.48	.65
แน่นจุกเสียด	68.50	22.99	7.88	.63	1.41	.66
เป็นลมหน้ามืด	55.28	32.28	10.55	1.89	1.59	.75
อ่อนเพลียไม่ทราบสาเหตุ	58.27	30.71	9.13	1.89	1.55	.74
เคล็ดขัดยอก	33.23	37.01	22.83	6.93	2.03	.92
เป็นหวัดคัดจมูก	60.79	29.61	8.50	1.10	1.50	.70
หิวโหย	82.36	12.91	4.10	.63	1.23	.55
หายใจขัด	75.27	17.80	5.83	1.10	1.33	.64
ปวดเมื่อย	27.40	35.43	26.46	10.71	2.20	.96
นอนไม่หลับ	62.20	24.41	10.24	3.15	1.54	.80
เจ็บคอ	72.13	22.83	4.88	.16	1.33	.57
ท้องผูก ท้องอืด	72.60	20.16	5.51	1.73	1.36	.67

ตารางที่ 10 (ต่อ)

ด้านอาการเจ็บป่วยทางกาย	ระดับสภาพปัญหา (ร้อยละ)				$\bar{X}$	S.D.
	ไม่มีปัญหา	น้อย	ปานกลาง	มาก		
ท้องเสีย ท้องเฟ้อ	76.54	19.21	3.94	.31	1.28	.55
ได้รับอุบัติเหตุ หกล้ม	71.65	24.41	3.31	.63	1.33	.57
เบื่ออาหาร	73.54	21.42	3.78	1.26	1.33	.61
หูอื้อ ฟังเสียงไม่ชัด	68.50	20.94	7.88	2.68	1.45	.75
ความดันโลหิต	52.44	27.09	15.91	4.56	1.73	.89
อาการเหน็บชา	54.81	28.50	13.70	2.99	1.65	.83
รวม					1.53	.41

ตารางที่ 11 ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามสภาพปัญหาของผู้สูงอายุ ด้านภาวะเจ็บป่วยทางอารมณ์และจิตใจ โดยรวม และรายข้อ

ด้านภาวะเจ็บป่วยทางอารมณ์และจิตใจ	ระดับสภาพปัญหา (ร้อยละ)				$\bar{X}$	S.D.
	ไม่มีปัญหา	น้อย	ปานกลาง	มาก		
รู้สึกผิดหวัง	69.13	21.26	8.35	1.26	1.42	.70
มีอารมณ์โกรธ ขุ่นเคือง	59.06	29.92	9.76	1.26	1.53	.72
ทะเลาะกับบุคคลในครัวเรือน	68.35	24.73	5.98	.94	1.40	.65
รู้สึกเหงา เปล่าเปลี่ยว	66.93	23.62	8.03	1.42	1.44	.70
วิตกกังวลในทรัพย์สิน	75.75	17.01	5.98	1.26	1.33	.65
รู้สึกว่าตนเองไร้คุณค่า	75.12	18.74	4.88	1.26	1.32	.63
หวาดระแวงกลัวถูกทอดทิ้ง	72.44	16.38	8.82	2.36	1.41	.75
รู้สึกว่าตนเองกำลังสูญเสียความสำคัญ	72.28	17.01	8.50	2.21	1.41	.74
รวม					1.41	.50

ตารางที่ 12 ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามสภาพปัญหาของผู้สูงอายุ ด้านการปรับตัว และความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น โดยรวมและรายข้อ

ด้านการปรับตัวและความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น	ระดับสภาพปัญหา (ร้อยละ)				$\bar{X}$	S.D.
	ไม่มีปัญหา	น้อย	ปานกลาง	มาก		
ไม่เข้าใจกับคู่สมรส	77.48	19.53	2.36	.63	1.26	.53
ไม่เข้าใจกับลูกหลาน	67.24	27.88	3.62	1.26	1.39	.62
ลูกหลานห่างเหิน	77.95	17.48	3.47	1.10	1.28	.58
รำคาญลูกหลาน	81.41	15.75	1.42	1.42	1.23	.54
ขัดแย้งกับเขย/สะใภ้	83.62	13.39	2.52	.47	1.20	.49
ขาดเพื่อนคุย	72.76	20.16	5.51	1.57	1.36	.66
กลัวความแก่ชรา	75.59	15.28	7.40	1.73	1.35	.69
กลัวความตาย	74.01	15.91	7.40	2.68	1.39	.74
ลูกหลานไม่เกรงใจ/ไม่นับถือ	85.83	10.39	2.84	.94	1.19	.52
ขาดคนดูแลเอาใจใส่	77.95	17.32	3.62	1.11	1.28	.58
ขาดคนดูแลยามเจ็บป่วย	81.11	13.70	4.25	.94	1.25	.57
รวม					1.29	.36

ตารางที่ 13 ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามสภาพปัญหาของผู้สูงอายุ ด้านสภาพที่อยู่อาศัย โดยรวมและรายข้อ

ด้านสภาพที่อยู่อาศัย	ระดับสภาพปัญหา (ร้อยละ)				$\bar{X}$	S.D.
	ไม่มีปัญหา	น้อย	ปานกลาง	มาก		
ขาดที่อยู่อาศัยของตนเอง	92.44	5.04	2.05	.47	1.11	.41
บ้านที่อยู่อาศัยขาดความมั่นคง	62.20	15.28	9.76	12.76	1.73	1.08
บ้านที่อยู่อาศัยคับแคบ	73.70	16.85	7.88	1.57	1.37	.70
ขาดเพื่อนบ้านที่ดี	54.17	15.75	13.86	16.22	1.92	1.15
มีปัญหาเรื่องน้ำดื่ม น้ำใช้	82.52	13.70	2.84	.94	1.22	.54
รวม					1.47	.56

ตารางที่ 14 ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามสภาพปัญหาของผู้สูงอายุ ด้านสภาพเศรษฐกิจ โดยรวมและรายข้อ

ด้านสภาพเศรษฐกิจ	ระดับสภาพปัญหา (ร้อยละ)				$\bar{X}$	S.D.
	ไม่มีปัญหา	น้อย	ปานกลาง	มาก		
ขาดผู้อุปการะ	85.98	10.28	2.99	.79	1.19	.51
รายได้ไม่เพียงพอ	61.26	23.62	11.50	3.62	1.57	.83
มีหนี้สิน	65.36	23.15	9.13	2.36	1.49	.76
ขาดเงินออม	58.74	25.04	14.33	1.89	1.59	.80
ลูกหลานมารบกวนเงินทอง	77.33	16.85	4.25	1.57	1.30	.63
กินอาหารไม่อิ่ม	87.24	9.61	1.89	1.26	1.17	.51
ขาดแคลนเครื่องนุ่งห่ม	91.82	6.30	1.57	.31	1.10	.38
ขาดเงินใช้จ่ายสิ่งต่าง ๆ	77.95	13.70	4.88	3.47	1.34	.73
รวม					1.34	.40

ตอนที่ 3 ความต้องการของผู้สูงอายุ

ผลการศึกษาความต้องการของผู้สูงอายุ โดยศึกษาจากความต้องการ จำนวน 5 ด้าน ได้แก่ ความต้องการด้านเศรษฐกิจ ด้านสุขภาพอนามัย ด้านการทำงาน ด้านความรัก และด้านสวัสดิการต่าง ๆ จากชุมชน/รัฐ ปรากฏผลดังนี้

ความต้องการของผู้สูงอายุ โดยรวมและรายด้าน

ผลการศึกษาความต้องการของผู้สูงอายุ โดยพิจารณาจากค่าเฉลี่ยพบว่า ผู้สูงอายุมีความต้องการทั้งโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยโดยรวมเท่ากับ 3.09 สำหรับความต้องการตามรายด้านพบว่า มีค่าเฉลี่ยตามลำดับดังนี้ มีความต้องการด้านความรัก (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.24) ด้านสวัสดิการต่าง ๆ จากชุมชน/รัฐ (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.17) ด้านเศรษฐกิจและด้านสุขภาพอนามัย มีค่าเฉลี่ยระดับความต้องการเท่ากัน คือ 3.16 และด้านการทำงาน (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.71) ตามลำดับ (ตารางที่ 15)

ความต้องการด้านเศรษฐกิจ ตามรายข้อ

ความต้องการด้านเศรษฐกิจของผู้สูงอายุโดยรวม เมื่อพิจารณาจากค่าเฉลี่ยพบว่า อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.16

ผลการศึกษาตามรายข้อ จำนวน 6 ข้อ พบว่า ผู้สูงอายุมีความต้องการระดับปานกลาง จำนวน 5 ข้อ มีความต้องการระดับมาก จำนวน 1 ข้อ ได้แก่ ต้องการมีเงินเหลือเก็บ (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.29) ส่วนข้อที่มีความต้องการระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ย 3 ลำดับแรก คือ ความต้องการช่วยเหลือจากรัฐ (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.20) ต้องการทำงานมีรายได้ของตนเอง (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.18) และต้องการมีรายได้เพิ่มขึ้น (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.14) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยความต้องการอยู่ในลำดับสุดท้าย คือ ความต้องการความช่วยเหลือการเงินจากลูกหลาน (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.03) (ตารางที่ 16) เมื่อพิจารณาค่าร้อยละ พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 45.36 มีความต้องการเงินเหลือเก็บในระดับมาก ร้อยละ 43.62 ต้องการความช่วยเหลือจากรัฐในระดับมาก ร้อยละ 45.20 ต้องการมีเงินไว้ใช้เพื่อพักผ่อนในระดับปานกลาง ร้อยละ 44.09 ต้องการความช่วยเหลือการเงินจากลูกหลานในระดับปานกลาง และร้อยละ 43.31 ต้องการทำงานมีรายได้ของตนเองในระดับปานกลาง

ความต้องการด้านสุขภาพอนามัย ตามรายข้อ

ผลการศึกษาความต้องการด้านสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุมีความต้องการโดยรวมในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.16) เมื่อพิจารณาตามรายข้อ จำนวน 6 ข้อ พบว่า ผู้สูงอายุมีความต้องการในระดับมาก จำนวน 5 ข้อ และอยู่ในระดับไม่ต้องการ จำนวน 1 ข้อ ได้แก่ ความต้องการเพศสัมพันธ์ (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.67)

สำหรับความต้องการด้านสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ย 3 ลำดับแรก ได้แก่ ความต้องการมีสุขภาพที่แข็งแรง (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.64) รองลงมา คือ ความต้องการมีชีวิตที่ยืนยาว (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.46) ความต้องการการพักผ่อนที่เพียงพอ และความต้องการให้มีลูกหลานดูแลยามเจ็บป่วย ซึ่งมีค่าเฉลี่ยเท่ากัน คือ 3.45 ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยความต้องการในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ในลำดับสุดท้าย คือ ความต้องการอาหารที่ย่อยง่าย (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.28)

ผลการพิจารณาค่าร้อยละ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 68.19 มีความต้องการมีสุขภาพที่แข็งแรงในระดับมาก ร้อยละ 58.11 ต้องการมีชีวิตที่ยืนยาวในระดับมาก ร้อยละ 57.17 ต้องการมีลูกหลานดูแลยามเจ็บป่วยในระดับมาก (ตารางที่ 17)

ความต้องการด้านการทำงาน ตามรายข้อ

ผลการศึกษาความต้องการด้านการทำงานของผู้สูงอายุ โดยพิจารณาจากค่าเฉลี่ยพบว่า ผู้สูงอายุมีความต้องการโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.71) ผลการศึกษาตามรายข้อ จำนวน 7 ข้อ พบว่าผู้สูงอายุมีความต้องการในระดับปานกลาง จำนวน 5 ข้อ ระดับน้อย จำนวน 2 ข้อ ข้อที่ผู้สูงอายุมีความต้องการในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเรียงตามลำดับ ได้แก่ ความต้องการช่วยเหลืองานในบ้าน (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.16) รองลงมาต้องการใช้

เวลาว่างทำงานอดิเรก (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.07) ความต้องการหาความรู้เพิ่มเติม (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.82) ต้องการให้รัฐจัดอบรมฝึกสอนงานแก่ผู้สูงอายุ (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.74) และต้องการเข้าร่วมกิจกรรมชุมชน (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.68)

ส่วนข้อที่ผู้สูงอายุมีความต้องการในระดับน้อย ได้แก่ ต้องการอยู่เฉย ๆ ไม่ต้องทำงาน (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.33) และต้องการเป็นบุคคลมีชื่อเสียง (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.18) อยู่ในลำดับสุดท้าย

เมื่อพิจารณาค่าร้อยละ พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 49.45 มีความต้องการช่วยเหลืองานในบ้าน และใช้เวลาว่างทำงานอดิเรกในระดับปานกลาง ร้อยละ 42.04 ต้องการเข้าร่วมกิจกรรมชุมชนในระดับปานกลาง และร้อยละ 40 ต้องการหาความรู้เพิ่มเติมในระดับปานกลาง (ตารางที่ 18)

ความต้องการด้านความรัก ตามรายข้อ

ผลการศึกษาความต้องการด้านความรักของผู้สูงอายุ โดยพิจารณาจากค่าเฉลี่ย พบว่า ผู้สูงอายุมีความต้องการโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.24) ผลการศึกษาตามรายข้อ จำนวน 7 ข้อ พบว่า มีความต้องการในระดับมาก จำนวน 4 ข้อ ระดับปานกลาง จำนวน 3 ข้อ ข้อที่ผู้สูงอายุมีความต้องการในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเรียงตามลำดับดังนี้ ต้องการให้ชุมชนเห็นคุณค่าและความสำคัญของผู้สูงอายุ (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.34) รองลงมา คือ ต้องการเป็นที่ปรึกษาของลูกหลานเมื่อมีปัญหา (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.31) ต้องการการติดต่อจากลูกหลาน (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.27) และต้องการติดต่อพูดคุยกับเพื่อนบ้าน (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.26)

สำหรับข้อที่ผู้สูงอายุมีความต้องการในระดับปานกลาง จำนวน 3 ข้อ โดยมีค่าเฉลี่ยเรียงตามลำดับดังนี้ ความต้องการเป็นบุคคลสำคัญของบ้าน (ความต้องการ 3.24) ความต้องการช่วยเหลือผู้อื่นเท่ากับสามารถทำได้ (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.18) และความต้องการรวมกลุ่มหรือชมรมผู้สูงอายุ (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.07) ตามลำดับ

เมื่อพิจารณาค่าร้อยละ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 47.56 ต้องการให้ชุมชนเห็นคุณค่าและความสำคัญของผู้สูงอายุในระดับมาก ร้อยละ 44.88 ต้องการเป็นที่ปรึกษาของลูกหลานเมื่อมีปัญหาในระดับมาก ประมาณร้อยละ 48 ต้องการติดต่อพูดคุยกับเพื่อนบ้าน และต้องการช่วยเหลือผู้อื่นเท่าที่จะทำได้ในระดับปานกลาง ร้อยละ 45.20 ต้องการติดต่อกับลูกหลานในระดับปานกลาง และร้อยละ 44.25 ต้องการเป็นบุคคลสำคัญของบ้าน (ตารางที่ 19)

ความต้องการด้านสวัสดิการต่าง ๆ จากชุมชน/รัฐ ตามรายข้อ

ผลการศึกษาความต้องการด้านสวัสดิการต่าง ๆ จากชุมชน/รัฐ โดยพิจารณาจากค่าเฉลี่ย พบว่า ผู้สูงอายุมีความต้องการด้านสวัสดิการต่าง ๆ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย

เท่ากับ 3.17) ผลการศึกษาตามรายข้อ จำนวน 9 ข้อ พบว่า ผู้สูงอายุมีความต้องการในระดับมาก จำนวน 2 ข้อ ระดับปานกลาง จำนวน 5 ข้อ และระดับน้อย จำนวน 2 ข้อ ข้อที่ผู้สูงอายุมีความต้องการในระดับมาก ได้แก่ การได้รับเบี้ยยังชีพเป็นรายเดือน (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.44) รองลงมา คือ ต้องการมีช่องบัตรคิวพิเศษในการเข้ารับบริการรักษาพยาบาล (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.33)

ส่วนข้อที่ผู้สูงอายุมีความต้องการในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเรียงตามลำดับ ได้แก่ การยกเว้นภาษีรายได้ (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.24) การลดหย่อนค่าเดินทางทุกประเภท (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.31) การมีบุคลากรทางการแพทย์ช่วยดูแลสุขภาพที่บ้านเป็นครั้งคราว (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.20) ต้องการให้ลดค่าเข้าชมสถานที่ทุกประเภท (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.14) และต้องการศูนย์ดูแลผู้สูงอายุเวลากลางวัน (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.09) ตามลำดับ

ส่วนข้อที่ผู้สูงอายุมีความต้องการในระดับน้อย ได้แก่ การให้มีผู้ดูแลอาสาสมัครผลัดเปลี่ยนมาดูแล (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.96) และการมีบ้านพักผู้สูงอายุ (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.91) ตามลำดับ

เมื่อพิจารณาค่าร้อยละพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 57.32 มีความต้องการได้รับเบี้ยยังชีพเป็นรายเดือนในระดับมาก ร้อยละ 51.18 ต้องการมีช่องบัตรคิวพิเศษในการรับบริการรักษาพยาบาลในระดับมาก และร้อยละ 49.29 ต้องการยกเว้นภาษีรายได้ในระดับมากเช่นกัน (ตารางที่ 20)

ตารางที่ 15 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามความต้องการของผู้สูงอายุ โดยรวมและรายด้าน

ความต้องการ	ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)	ระดับความต้องการ
ด้านเศรษฐกิจ	3.16	.64	ปานกลาง
ด้านสุขภาพอนามัย	3.16	.51	ปานกลาง
ด้านการทำงาน	2.71	.67	ปานกลาง
ด้านความรัก	3.24	.58	ปานกลาง
ด้านสวัสดิการต่าง ๆ จากชุมชน/รัฐ	3.17	.72	ปานกลาง
รวม	3.09	.49	ปานกลาง

ตารางที่ 16 ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามความต้องการของผู้สูงอายุ ด้านเศรษฐกิจ โดยรวมและรายข้อ

ด้านเศรษฐกิจ	ระดับความต้องการ (ร้อยละ)				$\bar{X}$	S.D.
	ไม่ต้องการ	น้อย	ปานกลาง	มาก		
ทำงานมีรายได้ของตนเอง	6.14	10.08	43.31	40.47	3.18	.85
มีรายได้เพิ่มขึ้น	6.30	13.38	40.79	39.53	3.14	.87
มีเงินเหลือเก็บ	3.15	9.76	41.73	45.36	3.29	.77
มีเงินไว้ใช้เพื่อพักผ่อน	5.51	13.86	45.20	35.43	3.11	.84
ความช่วยเหลือการเงินจากลูกหลาน	8.03	14.65	44.09	33.23	3.03	.90
ความต้องการช่วยเหลือจากรัฐ	4.88	14.18	37.32	43.62	3.20	.86
รวม					3.16	.64

ตารางที่ 17 ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามความต้องการของผู้สูงอายุ ด้านสุขภาพอนามัย โดยรวมและรายข้อ

ด้านสุขภาพอนามัย	ระดับความต้องการ (ร้อยละ)				$\bar{X}$	S.D.
	ไม่ต้องการ	น้อย	ปานกลาง	มาก		
มีชีวิตที่ยืนยาว	3.78	4.88	33.23	58.11	3.46	.76
สุขภาพที่แข็งแรง	-	3.94	28.87	68.19	3.64	.56
ต้องการอาหารที่ย่อยง่าย	4.09	9.13	41.58	45.20	3.28	.79
การพักผ่อนที่เพียงพอ	2.36	5.83	36.53	55.28	3.45	.71
ลูกหลานดูแลยามเย็บป่วย	3.15	6.14	33.54	57.17	3.45	.75
เพศสัมพันธ์	61.26	19.21	10.71	8.82	1.67	.98
รวม					3.16	.51

ตารางที่ 18 ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามความต้องการของผู้สูงอายุ ด้านการทำงาน โดยรวมและรายข้อ

ด้านการทำงาน	ระดับความต้องการ (ร้อยละ)				$\bar{X}$	S.D.
	ไม่ต้องการ	น้อย	ปานกลาง	มาก		
ช่วยเหลืองานในบ้าน	4.57	10.55	49.45	35.43	3.16	.79
ใช้เวลาว่างทำงานอดิเรก	5.04	14.17	49.45	31.34	3.07	.81
ต้องการหาความรู้เพิ่มเติม	12.91	19.53	40.00	27.56	2.82	.98
อยู่เฉย ๆ ไม่ต้องการทำงานใด ๆ	24.73	30.39	31.81	13.07	2.33	.99
เป็นบุคคลที่มีชื่อเสียง	34.33	24.41	30.08	11.18	2.18	1.03
เข้าร่วมกิจกรรมชุมชน	12.13	26.77	42.04	19.06	2.68	.92
ให้รัฐจัดอบรมฝึกสอนงานแก่ผู้สูงอายุ	14.49	21.42	39.27	24.72	2.74	.99
รวม					2.71	.67

ตารางที่ 19 ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามความต้องการของผู้สูงอายุ ด้านความรัก โดยรวมและรายข้อ

ด้านความรัก	ระดับความต้องการ (ร้อยละ)				$\bar{X}$	S.D.
	ไม่ต้องการ	น้อย	ปานกลาง	มาก		
เป็นบุคคลสำคัญของบ้าน	5.98	6.93	44.25	42.84	3.24	.83
เป็นที่ปรึกษาของลูกหลานเมื่อมีปัญหา	2.52	8.69	43.94	44.88	3.31	.74
การติดต่อกับลูกหลาน	4.25	7.40	45.20	43.15	3.27	.78
การติดต่อพูดคุยกับเพื่อนบ้าน	2.20	9.45	48.19	40.16	3.26	.72
ให้ชุมชนเห็นคุณค่าและความสำคัญของผู้สูงอายุ	2.36	8.66	41.42	47.56	3.34	.74
ช่วยเหลือผู้อื่นเท่าที่สามารถทำได้	2.52	12.91	48.35	36.22	3.18	.75
รวมกลุ่มหรือชมรมผู้สูงอายุ	4.72	17.80	43.31	34.17	3.07	.84
รวม					3.24	.58

ตารางที่ 20 ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามความต้องการของผู้สูงอายุ ด้านสวัสดิการต่าง ๆ จากชุมชน/รัฐ โดยรวมและรายข้อ

ด้านสวัสดิการต่าง ๆ จากชุมชน/รัฐ	ระดับความต้องการ (ร้อยละ)				$\bar{X}$	S.D.
	ไม่ต้องการ	น้อย	ปานกลาง	มาก		
ได้รับเบี้ยยังชีพเป็นรายเดือน	3.31	6.61	32.76	57.32	3.44	.76
มีช่องบัตรคิวพิเศษในการเข้ารับบริการรักษาพยาบาล	3.62	11.02	34.18	51.18	3.33	.81
การยกเว้นภาษีรายได้	5.35	14.65	30.71	49.29	3.24	.89
การลดหย่อนค่าเดินทางทุกประเภท	6.77	13.07	32.91	47.25	3.21	.91
การลดค่าเข้าชมสถานที่ทุกประเภท	7.40	13.39	36.69	42.52	3.14	.91
ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุเวลากลางวันโดยเฉพาะ	8.98	13.07	38.11	39.84	3.09	.94
มีบ้านพักผู้สูงอายุให้อยู่	16.22	13.54	32.76	37.48	2.91	1.07
มีบุคลากรทางการแพทย์ (เจ้าหน้าที่อนามัย หมอ) ช่วยดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้านเป็นครั้งคราว	4.88	13.23	39.21	42.68	3.20	.85
ให้มีผู้ดูแลอาสาสมัครผลัดเปลี่ยนมาดูแลผู้สูงอายุ	7.40	22.83	36.38	33.39	2.96	.93
รวม					3.17	.72

ตอนที่ 4 การเตรียมตัวเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ

ผลการศึกษาความจำเป็นในการเตรียมตัวเข้าสู่วัยผู้สูงอายุของผู้สูงอายุ โดยพิจารณา 4 ด้าน ได้แก่ การเตรียมตัว ด้านร่างกาย ด้านเศรษฐกิจ ด้านที่อยู่อาศัย และด้านจิตใจ ปรากฏผลดังนี้

ความจำเป็นในการเตรียมตัวเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 64.72 ตอบว่า มีความจำเป็นในการเตรียมตัว รองลงมาร้อยละ 25.04 ตอบว่า มีความจำเป็นอย่างยิ่ง ส่วนผู้ที่ตอบว่าไม่จำเป็นต้องมีการเตรียมตัวเท่ากับร้อยละ 10.24 (ตารางที่ 21)

การเตรียมตัวเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ โดยรวมและรายด้าน

ผลการศึกษาการเตรียมตัวเพื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ โดยพิจารณาจากค่าเฉลี่ย พบว่า โดยรวมมีการเตรียมตัวในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.21) เมื่อพิจารณาตามรายด้านพบว่า มีการเตรียมตัวในระดับมาก จำนวน 2 ด้าน และระดับปานกลาง จำนวน 2 ด้าน ด้านที่ผู้สูงอายุมีการเตรียมตัวในระดับมาก ได้แก่ การวางแผนด้านที่อยู่อาศัย (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.33) รองลงมา คือ ด้านการวางแผนด้านร่างกาย (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.28) ตามลำดับ ส่วนด้านที่มีการเตรียมตัวในระดับปานกลาง ได้แก่ ด้านจิตใจ (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.14) และด้านเศรษฐกิจ (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.08) ตามลำดับ (ตารางที่ 22)

การเตรียมตัวเข้าสู่วัยผู้สูงอายุด้านร่างกาย ตามรายข้อ

ผลการศึกษาการเตรียมตัวด้านร่างกาย โดยพิจารณาจากค่าเฉลี่ยพบว่า ผู้สูงอายุมีการเตรียมตัวโดยรวมอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.28) ผลการศึกษาตามรายข้อ จำนวน 5 ข้อ พบว่า ผู้สูงอายุมีการเตรียมตัวในระดับมาก จำนวน 2 ข้อ ระดับปานกลาง 3 ข้อ ข้อที่ผู้สูงอายุมีการเตรียมตัวในระดับมาก ได้แก่ การรักษาสุขภาพให้แข็งแรง (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.56) และการตรวจสุขภาพ (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.41) ตามลำดับ ส่วนข้อที่ผู้สูงอายุมีการเตรียมตัวในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเรียงตามลำดับ ได้แก่ การเลือกรับประทานอาหารที่ย่อยง่าย (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.23) การออกกำลังกาย (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.19) และการงดเว้นของมึนเมา (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.99) ตามลำดับ

เมื่อพิจารณาค่าร้อยละพบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 65.04 มีการเตรียมตัวรักษาสุขภาพให้แข็งแรงในระดับมาก ร้อยละ 54.80 มีการเตรียมตัวการตรวจสุขภาพในระดับมาก และร้อยละ 48.66 มีการงดเว้นของมึนเมาในระดับมาก เป็นต้น (ตารางที่ 23)

การเตรียมตัวเข้าสู่วัยผู้สูงอายุด้านเศรษฐกิจ ตามรายข้อ

ผลการศึกษาการเตรียมตัวด้านเศรษฐกิจ โดยพิจารณาจากค่าเฉลี่ย พบว่า ผู้สูงอายุมีการเตรียมตัวด้านเศรษฐกิจโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.08) ผลการศึกษาตามรายข้อ จำนวน 3 ข้อ พบว่า ผู้สูงอายุมีการเตรียมตัวในระดับปานกลาง จำนวน 2 ข้อ ระดับมาก จำนวน 1 ข้อ ข้อที่ผู้สูงอายุมีการเตรียมตัวในระดับมาก ได้แก่ การสะสมทรัพย์สิน (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.26) ข้อที่มีการเตรียมตัวในระดับปานกลาง ได้แก่ การทำงานหนักเพื่ออนาคตยามชรา และการเตรียมหาที่พึ่งทางการเงินเมื่อจำเป็น โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากันทั้งสองข้อ คือ เท่ากับ 2.99 เมื่อพิจารณาค่าร้อยละพบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 48.03 มีการเตรียมหาที่พึ่งทางการเงินเมื่อจำเป็นในระดับปานกลาง ร้อยละ 47.72 มีการทำงานหนักเพื่ออนาคตยามชราในระดับปานกลาง และร้อยละ 44.73 มีการสะสมทรัพย์สินในระดับปานกลาง (ตารางที่ 24)

การเตรียมตัวเข้าสู่วัยผู้สูงอายุด้านที่อยู่อาศัย ตามรายข้อ

ผลการศึกษาการเตรียมตัวเข้าสู่วัยผู้สูงอายุด้านที่อยู่อาศัย โดยรวมอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.33) ผลการศึกษาตามรายข้อ จำนวน 2 ข้อ พบว่า มีการเตรียมตัวในระดับมาก จำนวน 1 ข้อ ได้แก่ การมีบ้านของตนเอง (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.45) และมีการเตรียมตัวในระดับปานกลาง จำนวน 1 ข้อ ได้แก่ การวางแผนไว้ว่าจะอยู่กับใคร (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.20) ตามลำดับ เมื่อพิจารณาค่าร้อยละ พบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 59.69 มีการวางแผนการมีบ้านของตนเองในระดับมาก และร้อยละ 42.99 มีการวางแผนว่าจะอยู่กับใครในระดับปานกลาง (ตารางที่ 25)

การเตรียมตัวเข้าสู่วัยผู้สูงอายุด้านจิตใจ ตามรายข้อ

ผลการศึกษาการเตรียมตัวด้านจิตใจพบว่า ผู้สูงอายุมีการเตรียมตัวด้านจิตใจโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.14) ผลการศึกษาตามรายข้อ จำนวน 8 ข้อ พบว่ามีการเตรียมตัวในระดับปานกลาง จำนวน 7 ข้อ และระดับมาก จำนวน 1 ข้อ ได้แก่ การฟังธรรมเข้าวัด (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.33) ข้อที่ผู้สูงอายุมีการเตรียมตัวในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ย 3 ลำดับแรก ได้แก่ การฝึกใจกว้าง ยอมรับความคิดเห็นของลูกหลาน (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.19) รองลงมา คือ การทำตนให้เป็นประโยชน์แก่สังคมเท่าที่จะทำได้ (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.17) และการทำใจให้มั่นคงยอมรับความชรา (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.16) ตามลำดับ ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยระดับปานกลางในลำดับสุดท้าย ได้แก่ เข้าร่วมกลุ่ม/ชมรม (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.98) เมื่อพิจารณาค่าร้อยละ พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 45.51 มีการเตรียมตัวโดยการฟังธรรม เข้าวัดวา ในระดับมาก ร้อยละ 47.72 มีการฝึกอารมณ์ให้ปกติ ไม่จู้จี้ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 47.72 มีการทำตนให้เป็นประโยชน์แก่สังคมในระดับปานกลาง และประมาณร้อยละ 45 มีการเข้าร่วมกลุ่ม/ชมรม มีการทำใจให้มั่นคงยอมรับความชรา ตลอดจนเตรียมงานอดิเรกไว้ทำยามชราในระดับปานกลาง เป็นต้น (ตารางที่ 26)

ตารางที่ 21 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามความจำเป็นในการเตรียมตัวเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ

การเตรียมตัวเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ	จำนวน	ร้อยละ
จำเป็นอย่างยิ่ง	159	25.04
จำเป็น	411	64.72
ไม่จำเป็น	65	10.24
รวม	635	100.00

ตารางที่ 22 ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามการเตรียมตัวเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ โดยรวมและรายด้าน

การเตรียมตัวเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ	ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)	ระดับการเตรียมตัว
ด้านร่างกาย	3.28	.64	มาก
ด้านเศรษฐกิจ	3.08	.67	ปานกลาง
ด้านที่อยู่อาศัย	3.33	.73	มาก
ด้านจิตใจ	3.14	.60	ปานกลาง
รวมทุกด้าน	3.21	.54	ปานกลาง

ตารางที่ 23 ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามการเตรียมตัวเข้าสู่วัยผู้สูงอายุด้านร่างกายโดยรวมและรายข้อ

ด้านร่างกาย	ระดับการเตรียมตัว (ร้อยละ)				$\bar{X}$	S.D.
	ไม่มี	น้อย	ปานกลาง	มาก		
รักษาสุขภาพให้แข็งแรง	1.26	6.14	27.56	65.04	3.56	.67
ตรวจสุขภาพ	1.42	10.87	32.91	54.80	3.41	.74
ออกกำลังกาย	3.31	16.85	37.48	42.36	3.19	.83
เลือกรับประทานอาหารย่อยง่าย	3.46	14.49	37.17	44.88	3.23	.82
งดเว้นของมึนเมา	19.84	10.24	21.26	48.66	2.99	1.18
รวม					3.28	.64

ตารางที่ 24 ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามการเตรียมตัวเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ ด้านเศรษฐกิจโดยรวมและรายข้อ

ด้านเศรษฐกิจ	ระดับการเตรียมตัว (ร้อยละ)				$\bar{X}$	S.D.
	ไม่มี	น้อย	ปานกลาง	มาก		
สะสมทรัพย์สิน	3.31	9.76	44.73	42.20	3.26	.77
ทำงานหนักเพื่ออนาคตยามชรา	4.88	19.21	47.72	28.19	2.99	.82
เตรียมหาที่พึ่งทางการเงินเมื่อจำเป็น	9.61	12.28	48.03	30.08	2.99	.90
รวม					3.08	.67

ตารางที่ 25 ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามการเตรียมตัวเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ ด้านที่อยู่อาศัยโดยรวมและรายข้อ

ด้านที่อยู่อาศัย	ระดับการเตรียมตัว (ร้อยละ)				$\bar{X}$	S.D.
	ไม่มี	น้อย	ปานกลาง	มาก		
การมีบ้านของตนเอง	5.04	4.25	31.02	59.69	3.45	.80
วางแผนไว้ว่าจะอยู่กับใคร	5.35	10.40	42.99	41.26	3.20	.83
รวม					3.33	.73

ตารางที่ 26 ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามการเตรียมตัวเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ ด้านจิตใจโดยรวมและรายข้อ

ด้านจิตใจ	ระดับการเตรียมตัว (ร้อยละ)				$\bar{X}$	S.D.
	ไม่มี	น้อย	ปานกลาง	มาก		
เตรียมงานอดิเรกไว้ทำยามชรา	4.72	14.80	45.20	35.28	3.11	.82
เข้าร่วมกลุ่ม/ชมรม	8.50	15.43	45.83	30.24	2.98	.89
การทำตนให้เป็นประโยชน์แก่สังคมเท่าที่จะทำได้	2.99	12.91	47.72	36.38	3.17	.76

ตารางที่ 26 (ต่อ)

ด้านจิตใจ	ระดับการเตรียมตัว (ร้อยละ)				$\bar{X}$	S.D.
	ไม่มี	น้อย	ปานกลาง	มาก		
ฟังธรรม เข้าวัดวา	.94	10.71	42.84	45.51	3.33	.70
เตรียมใจไม่กลัวความตาย	5.51	13.55	44.88	36.06	3.11	.84
ทำใจให้มั่นคงยอมรับความชรา	4.72	12.28	45.36	37.64	3.16	.82
ฝึกอารมณ์ให้ปกติ ไม่จู้จี้	3.94	15.43	47.72	32.91	3.10	.80
ฝึกใจกว้าง ยอมรับความคิดเห็นของลูกหลาน	3.94	9.29	50.71	36.06	3.19	.76
รวม					3.14	.60

ผลการวิเคราะห์คำถามปลายเปิดจากคำถามที่ว่า "หากให้ย้อนกลับไปตั้งต้นใหม่ได้ก่อนที่ท่านจะเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ ท่านคิดว่าจะมีการเตรียมการในเรื่องใดบ้าง"

ผลการวิเคราะห์ มีผู้สูงอายุระบุว่า หากให้ย้อนกลับไปตั้งต้นใหม่ได้ก่อนจะเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ จะมีการเตรียมการในประเด็นต่าง ๆ ดังนี้

1) ด้านเศรษฐกิจ จำนวน 394 คน (ร้อยละ 27.27)
2) ด้านสุขภาพอนามัย จำนวน 387 คน (ร้อยละ 26.78)
3) ด้านครอบครัว จำนวน 320 คน (ร้อยละ 22.15)
4) ด้านการทำงาน จำนวน 133 คน (ร้อยละ 9.20)
5) ด้านที่อยู่อาศัย จำนวน 90 คน (ร้อยละ 6.23)
6) ด้านสุขภาพจิตใจ จำนวน 75 คน (ร้อยละ 5.19)
7) ด้านอื่น ๆ จำนวน 46 คน (ร้อยละ 3.18)

การเตรียมการด้านเศรษฐกิจ (จำนวน 394 คน)

- เตรียมเงินออม เงินเก็บไว้ใช้ยามแก่ชรา (325 คน)
- เก็บเงินไว้มาก ๆ (31 คน)
- เตรียมเรื่องทรัพย์สินเงินทอง (16 คน)
- ไม่มีหนี้สิน (10 คน)
- เตรียมเงินไว้ดูแลตนเอง (8 คน)

- เตรียมมรดกไว้ให้ลูกหลาน (2 คน)
- เตรียมเรื่องที่ดินทำกิน (2 คน)

"เตรียมเงิน ทำงาน มีเงินเก็บ"

"วางแผนการใช้จ่ายยามฉุกเฉิน"

"มีเงินไว้ใช้ยามแก่"

"ฐานะการเงิน ให้มั่นคงที่สุด"

"ทำงาน ทำเงินให้มาก ๆ เพื่อจะได้ไม่รบกวนลูก ๆ"

"ทำงานเก็บเงินไว้ใช้ตอนแก่"

"เตรียมแบ่งเงินให้ลูกหลานเท่า ๆ กัน"

"เก็บเงินไว้รักษาตัวเองยามแก่"

"มีเงินสะสม มีที่อยู่เป็นหลัก มีกิจการที่พอยังชีพตอนแก่ ไม่ต้องรบกวนใคร"

"ทำงานมาก ๆ มีเงินเก็บมาก ๆ"

"ทำงานมาก ๆ มีเงินเก็บไว้ใช้ยามฉุกเฉิน"

"ร่ำรวย มีเงินรักษาตัวเอง"

"เตรียมทรัพย์สิน มีมรดกให้ลูกหลาน"

"ใช้หนี้ให้หมด จะได้อยู่อย่างไม่มีหนี้สิน ไม่ต้องทำงานใช้หนี้"

"มีที่ดินทำกิน เก็บเงินซื้อที่ดินให้ลูก"

"วางแผนการใช้จ่ายให้ดีกว่านี้"

"สร้างหลักฐานให้มั่นคง"

การเตรียมการด้านสุขภาพอนามัย (จำนวน 387 คน)

- เตรียมการดูแลรักษาสุขภาพของตนเอง (333 คน)
- เตรียมเรื่องปัจจัยสี่ โดยเฉพาะอาหารการกิน (19 คน)
- เตรียมเรื่องการออกกำลังกาย (15 คน)
- งดของมึนเมา (12 คน)
- ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ (5 คน)
- เตรียมตัวให้มีอายุยืน (3 คน)

"ดูแลรักษาสุขภาพให้สมบูรณ์แข็งแรง"

"ดูแลตัวเองให้ดีกว่าเดิม จะได้ไม่มีโรคประจำตัว จะไม่กินเหล้า เป็นที่รักใคร่ของลูกหลาน"

"เล่นกีฬาบ่อย ๆ"

"จะออกกำลังกายประจำ ทำต่อเนื่อง"

"เตรียมสุขภาพให้ดี ไม่เจ็บไข้ ไม่เป็นโรคอะไรเลย"

"ดูแลตัวเองให้ดีกว่านี้ เพื่อคนที่เรารัก ลูก เมีย หลาน"

"ดูแลสุขภาพให้ดี ไม่เจ็บป่วย ไม่มีโรค"

"จะออกกำลังกายทุกวันเลย"

การเตรียมการด้านครอบครัว (จำนวน 320 คน)

- ลูกหลานมีความเจริญก้าวหน้า (88 คน)
- อยู่กับลูกหลาน มีลูกหลานดูแลยามแก่เฒ่า (84 คน)
- ครอบครัวอบอุ่น อยู่กันพร้อมหน้า (67 คน)
- มีชีวิตที่สงบสุขกับลูกหลาน (19 คน)
- อบรมลูกหลานให้เป็นคนดี (19 คน)
- มีชีวิตบั้นปลายกับครอบครัว (17 คน)
- เลือกคู่ครองที่ดี (9 คน)
- ให้ลูกหลานเรียนสูง ๆ" (9 คน)
- อยู่กับลูกหลานนาน ๆ" (6 คน)
- อยากมีบุตร (2 คน)

"ไม่อยากเห็นลูกหลานลำบาก"

"เตรียมให้ลูกหลานมีงานทำ มีเงินใช้กันทุกคน"

"ให้การศึกษาแก่ลูกหลาน ให้เขาเรียนสูง ๆ จะได้ไม่ลำบาก"

"ให้ลูกหลานประสบความสำเร็จ มีอนาคตที่ดี"

"อยากอยู่กับลูกหลานนาน ๆ"

"ทำอะไรก็ได้ ที่ให้ลูกหลานนับถือ"

"ยามชรา เตรียมตัวให้มีลูกหลานคอยดูแลจนวันตาย"

"ได้อยู่ใกล้ชิดกับญาติพี่น้อง บุตรหลาน พร้อมหน้าพร้อมตา"

"เลือกคู่ให้ดีกว่านี้"

"ทำตัวเป็นที่พึ่งให้ลูกหลานได้"

"ทำตัวให้ลูกหลานมาเยี่ยมบ่อย ๆ"

"ทำทุกอย่างให้ดีกว่าที่ผ่านมา"

"ทุกอย่างดีอยู่แล้ว ลูกหลานพึ่งตนเองได้แล้ว"

"ต้องการทำความเข้าใจกับลูกหลาน ไม่ขี้โมโห ไม่อยากให้ลูกหลานทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพัง"

"อยากมีคู่ใหม่"

"ทำอย่างไรให้ลูก ๆ เลิกทะเลาะกัน"

"ทำให้ไม่ต้องอยู่คนเดียว เป็นที่รักของคนในบ้าน ไม่มีเรื่องทะเลาะกัน"

"อยู่กับลูกหลาน โดยไม่ต้องทำงานเอง"

"ทำอย่างไรก็ได้ ขอให้ทุกคนในครอบครัวมีความสุข"

"มีเงินให้ลูก ให้ลูกหลานมาดูแลมากกว่านี้"

"รู้จักกิน รู้จักใช้"

"จะเป็นหลักให้ลูกหลาน เป็นห่วงลูกหลาน"

"อยากได้การดูแลจากลูกหลาน"

"ให้ลูกหลานส่งเสียเงินทองให้ใช้ ให้ลูกเรียนสูง ๆ มีครอบครัวที่ดี ให้ลูกมีฐานะร่ำรวยทุกคน"

"ทำให้ลูกรัก"

"เลี้ยงลูกให้ดี เพื่อเป็นที่พึ่งของเรา"

"เตรียมสร้างหลักฐานให้ลูกหลาน"

"มีเมียดี ๆ เจ็บไข้ได้ป่วยจะได้มีคนเป็นหลักได้"

"อยู่กับลูกหลาน ที่อยู่ไกล ๆ ให้กลับมาอยู่ด้วยกัน ให้ลูกหลานมีอาชีพที่มั่นคง ไม่ทำความเดือดร้อนให้คนอื่น"

"ไม่ทำตนเป็นที่น่าเบื่อของลูกหลาน ไม่สร้างปัญหาให้ตัวเอง ผู้อื่น"

"รู้สึกเสียใจที่มีลูกคนเดียว เพราะคุมไว้ ไม่ยอมมีลูกอีกยามชราจึงลำบาก ลูกเขามีครอบครัว เขาก็ต้องเลี้ยงดูลูกเมียของเขา แต่ถึงอย่างไรก็อโหสิกรรมให้ลูกเสมอ"

"ลูกหลานไม่ค่อยเข้าตา"

"อยู่กับคู่ชีวิตจนวันตาย"

การเตรียมการด้านการทำงาน (จำนวน 133 คน)

- เตรียมอาชีพ มีการทำงานที่มั่นคง (96 คน)
- ขยันทำงานให้มาก (18 คน)
- เตรียมทำงานอดิเรกยามแก่ชรา (10 คน)
- วางแผนชีวิตการทำงาน (9 คน)

"ทำงานเยอะ ๆ กว่านี้"

"ทำงานตั้งใจ เก็บเงินให้มาก"

"ทำงานเก็บเงินให้มาก เมื่อแก่ชราจะไม่เดือดร้อน"

"ทำงานให้หนัก มีเงินเก็บมาก ๆ จะได้ไม่เดือดร้อนลูกหลาน"

"อยากมีเงินหรือได้ทุนช่วยเหลือ ยามทำกินไม่ได้แล้ว"

"เตรียมทุนช่วยเหลือ ยามที่ทำทุนไม่ได้"

"ทำงานที่มีความมั่นคงแก่ตัวเรา ไม่เปลี่ยนงานบ่อย สร้างฐานะเก็บเงินเมื่อยามชรา"

"เตรียมงานอดิเรกทำตอนแก่"

"มีงานทำตอนแก่"

การเตรียมการด้านที่อยู่อาศัย (จำนวน 90 คน)

- เตรียมที่อยู่ (90 คน)

"มีบ้านเป็นของตนเอง"

"เตรียมมีที่อยู่อาศัยเป็นหลักแหล่ง"

"เตรียมที่อยู่ ไม่ต้องอาศัยใครเขาให้เดือดร้อน"

"บางครั้งลูกหลานชอบดุ บ่น อยากไปอยู่ที่อื่นให้รู้แล้วรู้รอด แต่ก็ไม่มีที่ไป"

"เตรียมสร้างบ้านให้กว้างกว่านี้"

"เตรียมบ้านให้ดีกว่านี้"

"ใฝ่ฝัน อยากมีบ้าน มีลูกหลานอยู่ด้วย"

การเตรียมการด้านสภาพจิตใจ (จำนวน 75 คน)

- เตรียมเข้าวัด ทำบุญ (23 คน)
- เตรียมจิตใจให้สงบ ไม่ขี้บ่น (16 คน)
- เตรียมชีวิตโดยพึ่งตนเองให้ได้ (11 คน)
- เตรียมตนเองให้เป็นคนดี (8 คน)
- ทำตนให้เป็นประโยชน์แก่สังคม (5 คน)
- ไม่สร้างความเดือดร้อนให้ใคร (3 คน)
- ไม่สร้างศัตรู (2 คน)
- ช่วยสังคม (2 คน)
- ทำทุกอย่างให้ดีที่สุด (2 คน)
- เตรียมตาย ไม่เจ็บปวด (1 คน)

"เตรียมตัวให้มีสุขภาพจิตดี"

"ทำความดีให้มาก ๆ ทำแต่สิ่งดี ๆ"

"ทำอะไรก็ได้ที่เป็นประโยชน์ให้สังคม"

"อยากใช้ชีวิตอยู่บนโลกให้ดีที่สุด"

"เตรียมใจให้มีความสุขทุกวัน"

"เป็นที่รักของทุกคนในบ้าน"

"เตรียมจิตใจ ใช้ชีวิตที่สงบ ไม่เดือดร้อนเพื่อนบ้าน"

"เข้าวัด ฟังเทศน์ ฟังธรรม ปล่อยวาง"

"ไม่มีศัตรู มีคนรัก"

"มีชีวิตที่ดี มั่นคงทุกอย่าง"

"มีชีวิตบั้นปลายกับครอบครัวอย่างสงบสุข"

"อยู่อย่างพอเพียง มั่นคง"

"ไม่ดุด่า ไม่ขี้บ่น"

"เป็นตัวอย่างของลูกหลาน"

การเตรียมการด้านต่าง ๆ (จำนวน 46 คน)

- ไม่ต้องเตรียมการใด ๆ (15 คน)
- อยู่อย่างนี้ดีแล้ว (7 คน)
- อยู่อย่างสบาย (6 คน)
- เตรียมตัวไม่ให้แก่ (5 คน)
- เตรียมมีเพื่อนที่ดี (4 คน)
- บ้านเมืองสงบสุข (4 คน)
- เตรียมทำประกันชีวิต (3 คน)
- ไม่ต้องการย้อนเวลา (2 คน)

"ต้องการเรียนให้สูง ๆ กว่านี้ มีการศึกษาสูง จะได้ไม่ลำบาก"

"จะไปเป็นทหารดีกว่า"

"เตรียมไปท่องเที่ยวให้ทั่ว"

"เตรียมตัวให้ดี อยากกลับเป็นหนุ่มสาวอีก"

"ไม่อยากพูด ไม่อยากคิด"

"ไม่อยากย้อนเวลา"

"ไม่มีการเตรียมอะไร เพราะคิดว่าจะไม่แก่"

"เตรียมไปอยู่เมืองจีนบ้านเกิด"

"เตรียมตัวเป็นคุณปู่ คุณย่าที่ใจดี"

"จะทำอย่างไรดี ให้สังคมอยู่อย่างสงบสุข"

"ให้สังคม ชุมชน ให้ความสำคัญของผู้สูงอายุ ให้การดูแลอย่างทั่วถึง"

"เตรียมสังคมของคนแก่ด้วยกัน มีเพื่อนคุยแก้เหงา"

"รัฐ อบต. ดูแลอย่างทั่วถึง"

ตอนที่ 5 เป้าหมายชีวิตของผู้สูงอายุ

ลำดับความสำคัญของเป้าหมายชีวิตของผู้สูงอายุ

ผลการศึกษาการให้ลำดับความสำคัญของเป้าหมายชีวิตของผู้สูงอายุ ปรากฏผลดังต่อไปนี้ (ตารางที่ 27)

การมีสุขภาพสมบูรณ์

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 51.82 เห็นว่ามีความสำคัญอันดับ 1 ขณะที่ร้อยละ 20.16 ให้ความสำคัญอันดับ 2 และร้อยละ 14.01 ให้ความสำคัญอันดับ 3

การมีอายุยืนยาว

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 63.94 ให้ความสำคัญในประเด็นนี้ ตั้งแต่อันดับ 4 ขึ้นไป รองลงมาร้อยละ 20.16 ให้ความสำคัญอันดับ 2 ร้อยละ 10.39 ให้ความสำคัญอันดับ 3 และมีเพียงร้อยละ 5.51 ที่ให้ความสำคัญอันดับ 1

การมีเงินมีทรัพย์สินมาก

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 63.62 ให้ความสำคัญในประเด็นการมีเงินมีทรัพย์สินมาก ตั้งแต่อันดับ 4 ขึ้นไป รองลงมาร้อยละ 14.17 ให้ความสำคัญอันดับ 3 ร้อยละ 12.29 ให้ความสำคัญอันดับ 2 และมีเพียงร้อยละ 9.92 ที่ให้ความสำคัญอันดับ 1

การที่ลูกหลานมีความเจริญรุ่งเรือง

ผู้สูงอายุร้อยละ 37.32 ให้ความสำคัญในประเด็นนี้ตั้งแต่อันดับ 4 ขึ้นไป รองลงมาร้อยละ 26.93 ที่ให้ความสำคัญอันดับ 2 ร้อยละ 18.74 ให้ความสำคัญอันดับ 3 และร้อยละ 17.01 ให้ความสำคัญอันดับ 1

การมีคนรักใคร่นับหน้าถือตา

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 91.50 ให้ความสำคัญตั้งแต่อันดับ 4 ขึ้นไป รองลงมาร้อยละ 6.62 ให้ความสำคัญอันดับ 2

การมีเงินใช้ไปวันๆ หนึ่ง

ผู้สูงอายุร้อยละ 90.55 ให้ความสำคัญเรื่องนี้ตั้งแต่อันดับ 4 ขึ้นไป รองลงมาร้อยละ 5.83 ที่ให้ความสำคัญอันดับ 3

การทำบุญเพื่อเกิดใหม่ในชาติหน้า

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 78.58 ให้ความสำคัญในประเด็นนี้ตั้งแต่อันดับ 4 ขึ้นไป รองลงมาร้อยละ 11.50 ให้ความสำคัญอันดับ 3

การเป็นผู้ทำประโยชน์ให้ชุมชน

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 82.52 ให้ความสำคัญตั้งแต่อันดับ 4 ขึ้นไป รองลงมาร้อยละ 8.98 ให้ความสำคัญอันดับ 3

ประเทศชาติมีความสงบสุข

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 78.58 ให้ความสำคัญในประเทศตั้งแต่อันดับ 4 ขึ้นไป รองลงมาร้อยละ 9.13 ให้ความสำคัญอันดับ 3 และร้อยละ 7.25 ให้ความสำคัญอันดับ 1

เมื่อเปรียบเทียบเป้าหมายชีวิตที่เลือกในอันดับ 1 ของทุกประเด็น พบว่า การมีสุขภาพสมบูรณ์มีมากที่สุด (ร้อยละ 51.82) รองลงมา คือ การที่ลูกหลานมีความเจริญรุ่งเรือง (ร้อยละ 17.01) การมีเงินมีทรัพย์สินมาก (ร้อยละ 9.92) ประเทศชาติมีความสงบสุข (ร้อยละ 7.25) การมีอายุ

ยืนยาว (ร้อยละ 5.51) การทำบุญเพื่อเกิดใหม่ในชาติหน้า (ร้อยละ 4.41) การเป็นผู้ทำประโยชน์ให้ชุมชน (ร้อยละ 2.52) การมีเงินใช้ไปวันหนึ่ง ๆ (ร้อยละ 1.26) และการมีคนรักใคร่นับหน้าถือตา (ร้อยละ 0.31)

ผลการศึกษาโดยสรุปพบว่า ผู้สูงอายุให้ความสำคัญการมีสุขภาพสมบูรณ์เป็นอันดับ 1 อันดับ 2 ได้แก่ การที่ลูกหลานมีความเจริญรุ่งเรือง อันดับ 3 ได้แก่ การมีเงินมีทรัพย์สิน

ตารางที่ 27 ลำดับความสำคัญของเป้าหมายชีวิตของผู้สูงอายุ

เป้าหมายชีวิต		ลำดับความสำคัญ			
		อันดับ 1	อันดับ 2	อันดับ 3	ตั้งแต่ อันดับ 4 ขึ้นไป
การมีสุขภาพสมบูรณ์	ร้อยละ	51.82	20.16	14.01	14.01
	จำนวน	(329)	(128)	(89)	(89)
การมีอายุยืนยาว	ร้อยละ	5.51	20.16	10.39	63.94
	จำนวน	(35)	(128)	(66)	(406)
การมีเงินมีทรัพย์สินมาก	ร้อยละ	9.92	12.29	14.17	63.62
	จำนวน	(63)	(78)	(90)	(404)
การที่ลูกหลานมีความเจริญรุ่งเรือง	ร้อยละ	17.01	26.93	18.74	37.32
	จำนวน	(108)	(171)	(119)	(237)
การมีคนรักใคร่นับหน้าถือตา	ร้อยละ	.31	1.57	6.62	91.50
	จำนวน	(2)	(10)	(42)	(581)
การมีเงินใช้ไปวัน ๆ หนึ่ง	ร้อยละ	1.26	2.36	5.83	90.55
	จำนวน	(8)	(15)	(37)	(575)
การทำบุญเพื่อเกิดใหม่ในชาติหน้า	ร้อยละ	4.41	5.51	11.50	78.58
	จำนวน	(28)	(35)	(73)	(499)
การเป็นผู้ทำประโยชน์ให้ชุมชน	ร้อยละ	2.52	5.98	8.98	82.52
	จำนวน	(16)	(38)	(57)	(524)
ประเทศชาติมีความสงบสุข	ร้อยละ	7.25	5.04	9.13	78.58
	จำนวน	(46)	(32)	(58)	(499)

ตอนที่ 6 เปรียบเทียบสภาพปัญหา ความต้องการ และการเตรียมตัวเข้าสู่วัยผู้สูงอายุของผู้สูงอายุปี พ.ศ.2552 กับผู้สูงอายุปี พ.ศ.2530

คณะผู้วิจัยได้นำผลการวิจัยเชิงปริมาณที่ได้ในขั้นที่ 1 เปรียบเทียบกับงานวิจัยของ นิวัต กลิ่นงาม (2530) เรื่อง สภาพปัญหา ความต้องการ เป้าหมายชีวิต และการเตรียมตัวเข้าสู่วัยผู้สูงอายุของผู้สูงอายุ เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ ซึ่งเก็บรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุในจังหวัดเพชรบุรี จำนวน 470 คน ในปี พ.ศ.2530 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบ สภาพปัญหา ความต้องการ และการเตรียมตัวเข้าสู่วัยผู้สูงอายุในช่วง 22 ปีที่ผ่านไป ทั้งนี้ใช้สถิติ ไค-สแควร์ (x^2 – test) ในการเปรียบเทียบ ปรากฏผลดังต่อไปนี้

6.1 ผลการเปรียบเทียบสภาพปัญหาผู้สูงอายุระหว่างปี พ.ศ.2552 กับปี พ.ศ. 2530 โดยรวม และรายด้าน (ตารางที่ 28)

ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุปี พ.ศ.2552 กับผู้สูงอายุปี พ.ศ.2530 มีสภาพปัญหาโดยรวมทุกด้าน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยผู้สูงอายุปี พ.ศ.2552 มีแนวโน้มสภาพปัญหาน้อยกว่าผู้สูงอายุปี พ.ศ.2530 ผลการศึกษาตามรายด้าน พบว่าผู้สูงอายุปี พ.ศ.2552 กับปี พ.ศ.2530 มีสภาพปัญหาด้านการปรับตัวและความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น และด้านสภาพที่อยู่อาศัย แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยผู้สูงอายุปี พ.ศ.2552 มีสภาพปัญหาดังกล่าวน้อยกว่า ผู้สูงอายุปี พ.ศ.2530 และพบว่าผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มมีสภาพปัญหาด้านอาการทางกาย และด้านสภาพเศรษฐกิจแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทั้งนี้ผู้สูงอายุปี พ.ศ.2552 มีอาการทางกายมากกว่าผู้สูงอายุปี พ.ศ.2530 ส่วนด้านสภาพเศรษฐกิจพบว่าผู้สูงอายุปี พ.ศ.2552 มีปัญหาน้อยกว่าผู้สูงอายุปี พ.ศ.2530 ส่วนสภาพปัญหาด้านภาวะเจ็บป่วยทางอารมณ์และจิตใจนั้น พบว่า ผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มมีสภาพปัญหาไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 28 เปรียบเทียบสภาพปัญหาผู้สูงอายุระหว่างปี พ.ศ.2552 กับ พ.ศ.2530 โดยรวมและรายด้าน

สภาพปัญหา	พ.ศ.2552		พ.ศ.2530		x^2	sig.
	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี		
ด้านอาการทางกาย						
จำนวน	461	174	313	157	4.64*	.03
ร้อยละ	72.60	27.40	66.60	33.40		
ด้านภาวะเจ็บป่วยทางอารมณ์และจิตใจ						
จำนวน	260	375	183	287	.45	.50
ร้อยละ	40.94	59.06	38.94	61.06		

ตารางที่ 28 (ต่อ)

สภาพปัญหา	พ.ศ.2552		พ.ศ.2530		x^2	sig.
	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี		
ด้านการปรับตัวและความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น						
จำนวน	207	428	249	221	46.29**	.00
ร้อยละ	32.60	67.40	52.98	47.02		
ด้านสภาพที่อยู่อาศัย						
จำนวน	291	344	429	41	65.76**	.00
ร้อยละ	45.83	54.17	91.28	8.72		
ด้านสภาพเศรษฐกิจ						
จำนวน	262	373	226	244	5.10*	.02
ร้อยละ	41.26	58.74	48.09	51.91		
รวมทุกด้าน						
จำนวน	461	174	429	41	60.13**	.00
ร้อยละ	72.60	27.40	91.28	8.72		

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการเปรียบเทียบสภาพปัญหาผู้สูงอายุระหว่างปี พ.ศ.2552 กับปี พ.ศ.2530 ตามรายด้านและรายข้อ (ตารางที่ 29) มีดังนี้

สภาพปัญหาด้านอาการของกาย ตามรายข้อ

ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุปี พ.ศ.2552 กับผู้สูงอายุปี พ.ศ.2530 มีสภาพปัญหาด้านอาการทางกายโดยรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผลการศึกษาตามรายข้อพบว่า ผู้สูงอายุมีอาการทางกายที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ได้แก่ ปวดท้อง แน่นจุกเสียด เคล็ดขัดยอก เป็นหวัดคัดจมูก หิวโหย หายใจขัด เจ็บคอ ท้องผูกท้องอืด ท้องเสีย ท้องเฟ้อ ได้รับอุบัติเหตุหกล้ม หูอื้อ ฟังเสียงไม่ชัด ความดันโลหิต และอาการเหน็บชา โดยผู้สูงอายุปี พ.ศ.2552 มีแนวโน้มของอาการดังกล่าวมากกว่าผู้สูงอายุปี พ.ศ.2530 ยกเว้น อาการเป็นหวัดคัดจมูก ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุปี พ.ศ.2552 มีอาการดังกล่าวน้อยกว่าผู้สูงอายุปี พ.ศ.2530 ส่วนอาการอ่อนเพลียไม่ทราบสาเหตุ การปวดเมื่อย และอาการเบื่ออาหาร ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุในช่วงดังกล่าวมีอาการแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยผู้สูงอายุในปี พ.ศ. 2552 มี

อาการอ่อนเพลีย ปวดเมื่อย มากกว่าผู้สูงอายุปี พ.ศ.2530 ส่วนการเบื่ออาหารพบว่า ผู้สูงอายุปี พ.ศ. 2552 มีอาการน้อยกว่าผู้สูงอายุปี พ.ศ.2530

สำหรับอาการเป็นลมหน้ามืดและนอนไม่หลับ พบว่า ผู้สูงอายุปี พ.ศ.2552 กับผู้สูงอายุปี พ.ศ.2530 มีอาการดังกล่าวไม่แตกต่างกัน

สภาพปัญหาด้านภาวะเจ็บป่วยทางอารมณ์และจิตใจ ตามรายข้อ

ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุปี พ.ศ.2552 กับผู้สูงอายุปี พ.ศ.2530 มีสภาพปัญหาด้านภาวะเจ็บป่วยทางอารมณ์และจิตใจโดยรวมไม่แตกต่างกัน ผลการศึกษาตามรายข้อพบว่า ผู้สูงอายุมีอาการรู้สึกเหงา เปล่าเปลี่ยว รู้สึกว่าตนเองไร้คุณค่า รู้สึกหวาดระแวงกลัวถูกทอดทิ้ง และรู้สึกว่าตนเองกำลังสูญเสียความสำคัญ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยผู้สูงอายุปี พ.ศ.2552 มีปัญหาดังกล่าวมากกว่าผู้สูงอายุปี พ.ศ.2530 ส่วนความรู้สึกผิดหวัง มีอารมณ์โกรธขุ่นเคือง การทะเลาะกับบุคคลในครัวเรือน และความวิตกกังวลในทรัพย์สิน ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุปี พ.ศ.2552 กับผู้สูงอายุปี พ.ศ.2530 มีปัญหาดังกล่าวไม่แตกต่างกัน

สภาพปัญหาด้านการปรับตัวและความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ตามรายข้อ

ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุปี พ.ศ.2552 กับผู้สูงอายุปี พ.ศ.2530 มีปัญหาด้านการปรับตัวและความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นทั้งโดยรวมและรายข้อ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยรายข้อพบว่ามีความไม่เข้าใจกับคู่สมรส ไม่เข้าใจกับลูกหลาน ลูกหลานห่างเหิน รำคาญลูกหลาน ขัดแย้งกับเขย/สะใภ้ ขาดเพื่อนคุย กลัวความแก่ชรา กลัวความตาย ลูกหลานไม่เกรงใจ/นับถือ ขาดคนดูแลเอาใจใส่ และขาดคนดูแลยามเจ็บป่วย โดยผู้สูงอายุปี พ.ศ. 2552 มีปัญหาต่าง ๆ ดังกล่าวข้างต้นน้อยกว่าผู้สูงอายุปี พ.ศ.2530

สภาพปัญหาด้านสภาพที่อยู่อาศัย ตามรายข้อ

ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุปี พ.ศ.2552 กับผู้สูงอายุปี พ.ศ.2530 มีสภาพปัญหาด้านสภาพที่อยู่อาศัยโดยรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ผลการศึกษาตามรายข้อพบว่า ผู้สูงอายุมีปัญหาขาดที่อยู่อาศัยของตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้สูงอายุปี พ.ศ.2552 มีปัญหาน้อยกว่าผู้สูงอายุปี พ.ศ.2530 ส่วนปัญหาบ้านที่อยู่อาศัยขาดความมั่นคง ปัญหาบ้านที่อยู่มีความคับแคบ และปัญหาขาดเพื่อนบ้านที่ดีนั้น ผู้สูงอายุปี พ.ศ.2552 กับผู้สูงอายุปี พ.ศ.2530 มีปัญหาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยผู้สูงอายุปี พ.ศ. 2552 มีบ้านที่ขาดความมั่นคง และขาดเพื่อนบ้านที่ดีน้อยกว่าผู้สูงอายุปี พ.ศ.2530 ส่วนบ้านที่อยู่คับแคบนั้นผู้สูงอายุปี พ.ศ.2552 มีปัญหามากกว่าผู้สูงอายุปี พ.ศ.2530 ส่วนปัญหาเรื่องน้ำดื่มน้ำใช้ผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มมีปัญหาไม่แตกต่างกัน

สภาพปัญหาด้านสภาพเศรษฐกิจ ตามรายข้อ

ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุปี พ.ศ.2552 กับผู้สูงอายุปี พ.ศ.2530 มีสภาพปัญหาด้านเศรษฐกิจแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผลการศึกษาตามรายข้อพบว่า ผู้สูงอายุมีปัญหาการขาดผู้อุปการะ รายได้ไม่เพียงพอ มีหนี้สิน และกินอาหารไม่อิ่ม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยผู้สูงอายุปี พ.ศ.2552 มีปัญหามากกว่าผู้สูงอายุปี พ.ศ.2530 ส่วนปัญหาขาดเงินออม ผู้สูงอายุปี พ.ศ.2552 กับผู้สูงอายุปี พ.ศ.2530 มีปัญหาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยผู้สูงอายุปี พ.ศ.2552 มีปัญหาน้อยกว่าผู้สูงอายุปี พ.ศ.2530 ส่วนปัญหาการขาดแคลนเครื่องนุ่งห่ม และขาดเงินใช้จ่ายสิ่งต่าง ๆ พบว่า ผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มมีปัญหาไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 29 เปรียบเทียบสภาพปัญหาผู้สูงอายุ ระหว่างปี พ.ศ.2552 กับ พ.ศ.2530 ตามรายข้อ

สภาพปัญหา	พ.ศ.2552		พ.ศ.2530		x^2	sig.
	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี		
ด้านอาการทางกาย						
ปวดท้อง						
จำนวน	255	380	152	318	7.09**	.01
ร้อยละ	40.16	59.84	32.34	67.66		
แน่นจุกเสียด						
จำนวน	200	435	113	357	7.39**	.01
ร้อยละ	31.50	68.50	24.04	75.96		
เป็นลมหน้ามืด						
จำนวน	284	351	217	253	.23	.63
ร้อยละ	44.72	55.28	46.17	53.83		
อ่อนเพลียไม่ทราบสาเหตุ						
จำนวน	265	370	168	302	4.06*	.04
ร้อยละ	41.73	58.27	35.74	64.26		

ตารางที่ 29 (ต่อ)

สภาพปัญหา	พ.ศ.2552		พ.ศ.2530		x^2	sig.
	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี		
เคล็ดขัดยอก						
จำนวน	424	211	274	196	8.34**	.00
ร้อยละ	66.77	33.23	58.30	41.70		
เป็นหวัดคัดจมูก						
จำนวน	249	386	313	157	81.03**	.00
ร้อยละ	39.21	60.79	66.60	33.40		
หิวโหย						
จำนวน	112	523	43	427	16.14**	.00
ร้อยละ	17.64	82.36	9.15	90.85		
หายใจขัด						
จำนวน	158	477	43	427	44.93**	.00
ร้อยละ	24.88	75.12	9.15	90.58		
ปวดเมื่อย						
จำนวน	461	174	313	157	4.64*	.03
ร้อยละ	72.60	27.40	66.60	33.40		
นอนไม่หลับ						
จำนวน	240	395	197	273	1.92	.17
ร้อยละ	37.80	62.20	41.91	58.09		
เจ็บคอ						
จำนวน	177	458	84	386	14.98**	.00
ร้อยละ	27.87	72.13	17.87	82.13		
ท้องผูก ท้องอืด						
จำนวน	174	461	89	381	10.67**	.00
ร้อยละ	27.40	72.60	18.94	81.06		

ตารางที่ 29 (ต่อ)

สภาพปัญหา	พ.ศ.2552		พ.ศ.2530		x^2	sig.
	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี		
ท้องเสีย ท้องเฟ้อ						
จำนวน	149	486	80	390	6.83**	.01
ร้อยละ	23.46	76.54	17.02	82.98		
ได้รับอุบัติเหตุ หกล้ม						
จำนวน	180	455	52	418	48.64**	.00
ร้อยละ	28.35	71.65	11.06	88.94		
เบื่ออาหาร						
จำนวน	168	467	153	317	4.87*	.03
ร้อยละ	26.46	73.54	32.55	67.45		
หูอื้อ ฟังเสียงไม่ชัด						
จำนวน	200	435	73	397	37.00**	.00
ร้อยละ	31.50	68.50	15.53	84.47		
ความดันโลหิต						
จำนวน	302	333	59	411	150.47**	.00
ร้อยละ	47.56	52.44	12.55	87.45		
อาการเหน็บชา						
จำนวน	288	347	89	381	83.86**	.00
ร้อยละ	45.35	54.65	18.94	81.06		
ด้านภาวะเจ็บป่วยทางอารมณ์และจิตใจ						
รู้สึกผิดหวัง						
จำนวน	196	439	125	345	2.39	.12
ร้อยละ	30.87	69.13	26.60	73.40		
มีอารมณ์โกรธ ขุ่นเคือง						
จำนวน	260	375	183	287	.45	.50
ร้อยละ	40.94	59.06	38.94	61.06		

ตารางที่ 29 (ต่อ)

สภาพปัญหา	พ.ศ.2552		พ.ศ.2530		x^2	sig.
	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี		
ทะเลาะกับบุคคลในครัวเรือน						
จำนวน	201	434	142	328	.26	.61
ร้อยละ	31.65	68.35	30.21	69.79		
รู้สึกเหงา เปล่าเปลี่ยว						
จำนวน	210	425	116	354	9.14**	.00
ร้อยละ	33.07	66.93	24.68	75.32		
วิตกกังวลในทรัพย์สิน						
จำนวน	154	481	109	361	.17	.68
ร้อยละ	24.25	75.75	23.19	76.81		
รู้สึกว่าตนเองไร้คุณค่า						
จำนวน	158	477	84	386	7.76**	.01
ร้อยละ	24.88	75.12	17.87	82.13		
หวาดระแวงกลัวถูกทอดทิ้ง						
จำนวน	175	460	52	418	45.02**	.00
ร้อยละ	27.56	72.44	11.06	88.94		
รู้สึกว่าตนเองกำลังสูญเสียความสำคัญ						
จำนวน	176	459	80	390	17.36**	.00
ร้อยละ	27.72	72.28	17.02	82.98		
ด้านการปรับตัวและความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น						
ไม่เข้าใจกับคู่สมรส						
จำนวน	143	492	143	327	8.80**	.00
ร้อยละ	22.52	77.48	30.43	69.57		
ไม่เข้าใจกับลูกหลาน						
จำนวน	207	428	249	221	46.29**	.00
ร้อยละ	32.60	67.40	52.98	47.02		

ตารางที่ 29 (ต่อ)

สภาพปัญหา	พ.ศ.2552		พ.ศ.2530		x^2	sig
	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี		
ลูกหลานห่างเหิน						
จำนวน	140	495	228	242	85.16**	.00
ร้อยละ	22.05	77.95	48.51	51.49		
รำคาญลูกหลาน						
จำนวน	118	517	215	255	94.65**	.00
ร้อยละ	18.58	81.42	45.74	54.26		
ขัดแย้งกับเขย/สะใภ้						
จำนวน	104	531	140	330	28.23**	.00
ร้อยละ	16.38	83.62	29.79	70.21		
ขาดเพื่อนคุย						
จำนวน	173	462	195	275	24.68**	.00
ร้อยละ	27.24	72.76	41.49	58.51		
กลัวความแก่ชรา						
จำนวน	155	480	209	261	49.20**	.00
ร้อยละ	24.41	75.59	44.47	55.53		
กลัวความตาย						
จำนวน	165	470	202	268	35.17**	.00
ร้อยละ	25.98	74.02	42.98	57.02		
ลูกหลานไม่เกรงใจ/ไม่นับถือ						
จำนวน	90	545	189	281	97.03**	.00
ร้อยละ	14.17	85.83	40.21	59.79		
ขาดคนดูแลเอาใจใส่						
จำนวน	140	495	205	265	58.52**	.00
ร้อยละ	22.05	77.95	43.62	56.38		

ตารางที่ 29 (ต่อ)

สภาพปัญหา	พ.ศ.2552		พ.ศ.2530		x^2	sig.
	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี		
ขาดคนดูแลยามเจ็บป่วย						
จำนวน	120	515	188	282	59.83**	.00
ร้อยละ	18.90	81.10	40.00	60.00		
ด้านสภาพที่อยู่อาศัย						
ขาดที่อยู่อาศัยของตนเอง						
จำนวน	48	587	55	415	5.49*	.02
ร้อยละ	7.56	92.44	11.70	88.30		
บ้านที่อยู่อาศัยขาดความมั่นคง						
จำนวน	240	395	369	101	80.99**	.00
ร้อยละ	37.80	62.20	78.51	21.49		
บ้านที่อยู่อาศัยคับแคบ						
จำนวน	167	468	82	388	12.13**	.00
ร้อยละ	26.30	73.70	17.45	82.55		
ขาดเพื่อนบ้านที่ดี						
จำนวน	291	344	429	41	57.76**	.00
ร้อยละ	45.83	54.17	91.28	8.72		
มีปัญหาเรื่องน้ำดื่มน้ำใช้						
จำนวน	111	524	92	378	.79	.37
ร้อยละ	17.48	82.52	19.57	80.43		
ด้านสภาพเศรษฐกิจ						
ขาดผู้อุปการะ						
จำนวน	89	546	30	440	16.38**	.00
ร้อยละ	14.02	85.98	6.38	93.62		
รายได้ไม่เพียงพอ						
จำนวน	246	389	110	360	29.09**	.00
ร้อยละ	38.74	61.26	23.40	76.60		

ตารางที่ 29 (ต่อ)

สภาพปัญหา	พ.ศ.2552		พ.ศ.2530		x^2	sig.
	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี		
มีหนี้สิน						
จำนวน	220	415	68	402	57.06**	.00
ร้อยละ	34.65	65.35	14.47	85.53		
ขาดเงินออม						
จำนวน	262	373	226	244	15.10*	.02
ร้อยละ	41.26	58.74	48.09	51.91		
ลูกหลานมารบกวนเงินทอง						
จำนวน	144	491	112	358	.20	.65
ร้อยละ	22.68	77.32	23.83	76.17		
กินอาหารไม่อิ่ม						
จำนวน	81	554	27	443	15.06**	.00
ร้อยละ	12.76	87.24	5.74	94.26		
ขาดแคลนเครื่องนุ่งห่ม						
จำนวน	52	583	46	424	.85	.36
ร้อยละ	8.19	91.81	9.79	90.21		
ขาดเงินใช้จ่ายสิ่งต่าง ๆ						
จำนวน	140	495	89	381	1.59	.21
ร้อยละ	22.05	77.95	18.94	81.06		

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

6.2 ผลการเปรียบเทียบความต้องการของผู้สูงอายุระหว่างปี พ.ศ.2552 กับปี พ.ศ.2530 โดยรวมและรายด้าน (ตารางที่ 30)

ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุปี พ.ศ.2552 กับผู้สูงอายุปี พ.ศ.2530 มีความต้องการโดยรวมทุกด้านแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยผู้สูงอายุปี พ.ศ.2552 มีความต้องการมากกว่าผู้สูงอายุปี พ.ศ.2530 ผลการศึกษาตามรายด้านพบว่า ผู้สูงอายุปี พ.ศ.2552 กับปี พ.ศ.2530 มีความต้องการด้านเศรษฐกิจและด้านสุขภาพอนามัย แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยผู้สูงอายุปี พ.ศ.2552 มีความต้องการมากกว่า ส่วนความต้องการด้านการทำงาน และด้านความรัก พบว่า ผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มมีความต้องการไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 30 เปรียบเทียบความต้องการของผู้สูงอายุระหว่างปี พ.ศ.2552 กับ พ.ศ.2530 โดยรวมและรายด้าน

ความต้องการ	พ.ศ.2552		พ.ศ.2530		x^2	sig.
	ต้องการ	ไม่ต้องการ	ต้องการ	ไม่ต้องการ		
ด้านเศรษฐกิจ						
จำนวน	615	20	425	45	20.14**	.00
ร้อยละ	96.85	3.15	90.43	9.57		
ด้านสุขภาพอนามัย						
จำนวน	635	-	465	5	6.79**	.01
ร้อยละ	100.00	-	98.94	1.06		
ด้านการทำงาน						
จำนวน	606	29	444	26	.53	.47
ร้อยละ	95.43	4.57	94.47	5.53		
ด้านความรัก						
จำนวน	621	14	462	8	.35	.55
ร้อยละ	97.80	2.20	98.30	1.70		
รวมทุกด้าน						
จำนวน	635	-	465	5	6.79**	.01
ร้อยละ	100.00	-	98.94	1.06		

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ผลการเปรียบเทียบความต้องการของผู้สูงอายุ ปี พ.ศ.2552 กับผู้สูงอายุ ปี พ.ศ.2530 ตามรายด้านและรายข้อ (ตารางที่ 31) มีดังนี้

ความต้องการด้านเศรษฐกิจ ตามรายข้อ

ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุปี พ.ศ.2552 กับผู้สูงอายุปี พ.ศ.2530 มีความต้องการด้านเศรษฐกิจโดยรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ผลการศึกษาตามรายข้อ พบว่า ผู้สูงอายุมีความต้องการด้านเศรษฐกิจทุกข้อแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่

ระดับ 0.01 กล่าวคือ ต้องการทำงานมีรายได้ของตนเอง ต้องการมีรายได้เพิ่มขึ้น ต้องการมีเงินเหลือเก็บ มีเงินไว้ใช้เพื่อการพักผ่อน ต้องการความช่วยเหลือการเงินจากลูกหลาน และต้องการความช่วยเหลือจากรัฐ โดยผู้สูงอายุปี พ.ศ.2552 มีความต้องการมากกว่าผู้สูงอายุปี พ.ศ.2530

ความต้องการด้านสุขภาพอนามัย ตามรายข้อ

ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุปี พ.ศ.2552 กับผู้สูงอายุปี พ.ศ.2530 มีความต้องการด้านสุขภาพอนามัยโดยรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ผลการศึกษาตามรายข้อพบว่า ผู้สูงอายุต้องการมีชีวิตที่ยืนยาว ต้องการสุขภาพที่แข็งแรง และต้องการเพศสัมพันธ์ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยผู้สูงอายุปี พ.ศ.2552 มีความต้องการมากกว่าผู้สูงอายุปี พ.ศ.2530 ส่วนความต้องการอาหารที่ย่อยง่าย ต้องการการพักผ่อนที่เพียงพอ ต้องการลูกหลานดูแลยามเจ็บป่วย พบว่าผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มมีความต้องการไม่แตกต่างกัน

ความต้องการด้านการทำงาน ตามรายข้อ

ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุปี พ.ศ.2552 กับผู้สูงอายุปี พ.ศ.2530 มีความต้องการด้านการทำงานโดยรวมไม่แตกต่างกัน ผลการศึกษาตามรายข้อพบว่า ผู้สูงอายุมีความต้องการหาความรู้เพิ่มเติม ต้องการอยู่เฉย ๆ ไม่ทำงานใด ๆ ต้องการเป็นบุคคลที่มีชื่อเสียง ต้องการเข้าร่วมกิจกรรมชุมชน และต้องการให้รัฐจัดอบรมฝึกสอนงาน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยผู้สูงอายุปี พ.ศ.2552 มีความต้องการมากกว่าผู้สูงอายุปี พ.ศ.2530 ส่วนความต้องการช่วยเหลืองานในบ้าน ต้องการใช้เวลาว่างทำงานอดิเรก และผลศึกษาพบว่าผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มมีความต้องการไม่แตกต่างกัน

ความต้องการด้านความรัก ตามรายข้อ

ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุปี พ.ศ.2552 กับผู้สูงอายุปี พ.ศ.2530 มีความต้องการด้านความรักโดยรวมไม่แตกต่างกัน ผลการศึกษาตามรายข้อพบว่า ผู้สูงอายุมีความต้องการเป็นบุคคลสำคัญของบ้าน ต้องการให้ชุมชนเห็นคุณค่าและความสำคัญของผู้สูงอายุ และต้องการรวมกลุ่มหรือชมรมผู้สูงอายุแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยผู้สูงอายุปี พ.ศ.2552 มีความต้องการให้ชุมชนเห็นคุณค่าและความสำคัญของผู้สูงอายุ และต้องการรวมกลุ่มหรือชมรมผู้สูงอายุ มากกว่าผู้สูงอายุปี พ.ศ.2530 ส่วนความต้องการเป็นบุคคลสำคัญของบ้าน พบว่าผู้สูงอายุปี พ.ศ.2552 มีความต้องการน้อยกว่าผู้สูงอายุปี พ.ศ.2530

ส่วนความต้องการเป็นที่ปรึกษาของลูกหลานเมื่อมีปัญหา ต้องการติดต่อพูดคุยกับเพื่อนบ้าน และต้องการช่วยเหลือผู้อื่นเท่าที่สามารถทำได้ พบว่า ผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มมีความต้องการไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 31 เปรียบเทียบความต้องการของผู้สูงอายุ ระหว่างปี พ.ศ.2552 กับ พ.ศ.2530 ตามรายข้อ

ความต้องการ	พ.ศ.2552		พ.ศ.2530		x^2	sig.
	ต้องการ	ไม่ต้องการ	ต้องการ	ไม่ต้องการ		
ด้านเศรษฐกิจ						
ทำงานมีรายได้ของตนเอง						
จำนวน	596	39	410	60	14.03**	.00
ร้อยละ	93.86	6.14	87.23	12.77		
มีรายได้เพิ่มขึ้น						
จำนวน	595	40	421	49	6.21**	.01
ร้อยละ	93.70	6.30	89.57	10.43		
มีเงินเหลือเก็บ						
จำนวน	615	20	425	45	20.14**	.00
ร้อยละ	96.85	3.15	90.43	9.57		
มีเงินไว้ใช้เพื่อการพักผ่อน						
จำนวน	600	35	404	66	23.67**	.00
ร้อยละ	94.49	5.51	85.96	14.04		
ความช่วยเหลือการเงินจากลูกหลาน						
จำนวน	584	51	373	97	37.01**	.00
ร้อยละ	91.97	8.03	79.36	20.64		
ความต้องการช่วยเหลือจากรัฐ						
จำนวน	604	31	295	175	186.39**	.00
ร้อยละ	95.12	4.88	62.77	37.23		
ด้านสุขภาพอนามัย						
มีชีวิตที่ยืนยาว						
จำนวน	611	24	427	43	13.67**	.00
ร้อยละ	96.22	3.78	90.85	9.15		

ตารางที่ 31 (ต่อ)

ความต้องการ	พ.ศ.2552		พ.ศ.2530		x^2	sig.
	ต้องการ	ไม่ต้องการ	ต้องการ	ไม่ต้องการ		
สุขภาพที่แข็งแรง						
จำนวน	635	-	465	5	6.79**	.01
ร้อยละ	100.00	-	98.94	1.06		
ต้องการอาหารที่ย่อยง่าย						
จำนวน	609	26	452	18	.05	.82
ร้อยละ	95.91	4.09	96.17	3.85		
การพักผ่อนที่เพียงพอ						
จำนวน	620	15	463	7	1.06	.30
ร้อยละ	97.64	2.36	98.51	1.49		
ลูกหลานดูแลยามเจ็บป่วย						
จำนวน	615	20	454	16	.06	.81
ร้อยละ	96.85	3.15	96.60	3.40		
เพศสัมพันธ์						
จำนวน	246	389	127	343	16.59**	.00
ร้อยละ	38.74	61.26	27.02	72.98		
ด้านการทำงาน						
ช่วยเหลืองานในบ้าน						
จำนวน	606	29	444	26	.53	.47
ร้อยละ	95.43	4.57	94.47	5.53		
ใช้เวลาว่างทำงานอดิเรก						
จำนวน	603	32	441	29	.66	.45
ร้อยละ	94.96	5.04	93.83	6.17		
ต้องการหาความรู้เพิ่มเติม						
จำนวน	553	82	349	121	29.65**	.00
ร้อยละ	87.09	12.91	74.26	25.74		

ตารางที่ 31 (ต่อ)

ความต้องการ	พ.ศ.2552		พ.ศ.2530		x^2	sig.
	ต้องการ	ไม่ต้องการ	ต้องการ	ไม่ต้องการ		
อยู่เฉย ๆ ไม่ต้องทำงานใด ๆ						
จำนวน	478	157	296	174	19.47**	.00
ร้อยละ	75.28	24.72	62.98	37.02		
เป็นบุคคลที่มีชื่อเสียง						
จำนวน	417	218	273	197	6.63**	.01
ร้อยละ	65.67	34.33	58.09	41.91		
เข้าร่วมกิจกรรมชุมชน						
จำนวน	558	77	355	115	28.66**	.00
ร้อยละ	87.87	12.13	75.53	24.47		
ให้รัฐจัดอบรมฝึกสอนงาน						
จำนวน	543	92	311	159	57.56**	.00
ร้อยละ	85.51	14.49	66.17	33.83		
ด้านความรัก						
เป็นบุคคลสำคัญของบ้าน						
จำนวน	597	38	458	12	7.36**	.01
ร้อยละ	94.02	5.98	97.45	2.55		
เป็นที่ปรึกษาของลูกหลาน						
จำนวน	619	16	462	8	.85	.36
ร้อยละ	97.48	2.52	98.30	1.70		
การติดต่อกับลูกหลาน						
จำนวน	608	27	461	9	4.68*	.03
ร้อยละ	95.75	4.25	98.09	1.91		
การติดต่อพูดคุยกับเพื่อนบ้าน						
จำนวน	621	14	456	14	.66	.42
ร้อยละ	97.80	2.20	97.02	2.98		

ตารางที่ 31 (ต่อ)

ความต้องการ	พ.ศ.2552		พ.ศ.2530		x^2	sig.
	ต้องการ	ไม่ต้องการ	ต้องการ	ไม่ต้องการ		
ให้ชุมชนเห็นคุณค่าและความสำคัญของผู้สูงอายุ						
จำนวน	620	15	433	37	18.28**	.00
ร้อยละ	97.64	2.36	92.13	7.87		
ช่วยเหลือผู้อื่นเท่าที่สามารถทำได้						
จำนวน	619	16	452	18	1.55	.21
ร้อยละ	97.48	2.52	96.17	3.83		
รวมกลุ่มหรือชมรมผู้สูงอายุ						
จำนวน	605	30	363	107	80.94**	.00
ร้อยละ	95.28	4.72	77.23	22.77		

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

6.3 ผลการเปรียบเทียบการเตรียมตัวเข้าสู่วัยผู้สูงอายุของผู้สูงอายุ ระหว่างปี 2552 กับปี พ.ศ.2530 โดยรวมและรายด้าน (ตารางที่ 32)

ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุปี พ.ศ.2552 กับผู้สูงอายุปี พ.ศ.2530 มีการเตรียมตัวเข้าสู่วัยผู้สูงอายุทั้งโดยรวมและรายด้านทุกด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านเศรษฐกิจ ด้านที่อยู่อาศัย และด้านจิตใจ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยผู้สูงอายุปี พ.ศ. 2552 มีการเตรียมตัวเข้าสู่วัยผู้สูงอายุมากกว่าผู้สูงอายุปี พ.ศ.2530

ตารางที่ 32 เปรียบเทียบการเตรียมตัวเข้าสู่วัยผู้สูงอายุของผู้สูงอายุระหว่างปี พ.ศ.2552 กับ พ.ศ. 2530 โดยรวมและรายด้าน

การเตรียมตัวเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ	พ.ศ.2552		พ.ศ.2530		x^2	sig.
	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี		
ด้านร่างกาย						
จำนวน	627	8	437	33	25.09**	.00
ร้อยละ	98.74	1.26	92.98	7.02		

ตารางที่ 32 (ต่อ)

การเตรียมตัวเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ	พ.ศ.2552		พ.ศ.2530		x^2	sig.
	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี		
ด้านเศรษฐกิจ						
จำนวน	614	21	421	49	23.07**	.00
ร้อยละ	96.69	3.31	89.57	10.43		
ด้านที่อยู่อาศัย						
จำนวน	603	32	428	42	6.56**	.01
ร้อยละ	94.96	5.04	91.06	8.94		
ด้านจิตใจ						
จำนวน	629	6	449	21	14.07**	.00
ร้อยละ	99.06	.94	95.53	4.47		
รวมทุกด้าน						
จำนวน	629	6	449	21	14.07**	.00
ร้อยละ	99.06	.94	95.53	4.47		

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ผลการเปรียบเทียบการเตรียมตัวเข้าสู่วัยผู้สูงอายุตามรายด้านและรายข้อระหว่างผู้สูงอายุปี พ.ศ.2552 กับผู้สูงอายุปี พ.ศ.2530 (ตารางที่ 33) มีดังนี้

การเตรียมตัวด้านร่างกาย ตามรายข้อ

ผลการศึกษาการเตรียมตัวด้านร่างกายของผู้สูงอายุปี พ.ศ.2552 กับผู้สูงอายุปี พ.ศ.2530 โดยรวมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ผลการศึกษาตามรายข้อพบว่า ข้อที่ผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มมีการเตรียมตัวแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ได้แก่ มีการเตรียมตัวรักษาสุขภาพให้แข็งแรง ตรวจสุขภาพ ออกกำลังกาย และเลือกรับประทานอาหารที่ย่อยง่าย โดยผู้สูงอายุปี พ.ศ.2552 มีการเตรียมตัวดังกล่าวมากกว่าผู้สูงอายุปี พ.ศ.2530 ส่วนการงดเว้นของมึนเมา พบว่า ผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มมีการเตรียมตัวไม่แตกต่างกัน

การเตรียมตัวด้านเศรษฐกิจ ตามรายข้อ

ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุปี พ.ศ.2552 กับผู้สูงอายุปี พ.ศ.2530 มีการเตรียมตัวด้านเศรษฐกิจโดยรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ผลการศึกษาตามรายข้อพบว่า ผู้สูงอายุมีการสะสมทรัพย์สิน ทำงานหนักเพื่ออนาคตยามชรา แตกต่างกันอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ส่วนการเตรียมหาที่พึ่งทางการเงินเมื่อจำเป็น พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยผู้สูงอายุปี พ.ศ.2552 มีการเตรียมตัวดังกล่าวมากกว่าผู้สูงอายุปี พ.ศ.2530

การเตรียมตัวด้านที่อยู่อาศัย ตามรายข้อ

ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุปี พ.ศ.2552 กับผู้สูงอายุปี พ.ศ.2530 มีการเตรียมตัวด้านที่อยู่อาศัยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ผลการศึกษาตามรายข้อพบว่า ผู้สูงอายุมีการเตรียมตัวการมีบ้านของตนเอง และการวางแผนว่าจะอยู่กับใคร แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ทั้งนี้ผู้สูงอายุปี พ.ศ.2552 มีการเตรียมตัวมากกว่าผู้สูงอายุปี พ.ศ.2530

การเตรียมตัวด้านจิตใจ ตามรายข้อ

ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุปี พ.ศ.2552 กับผู้สูงอายุปี พ.ศ.2530 มีการเตรียมตัวด้านจิตใจ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ผลการศึกษาตามรายข้อพบว่า ผู้สูงอายุมีการเตรียมตัวเรื่องการเตรียมงานอดิเรกไว้ทำยามชรา วางแผนเข้าร่วมกลุ่ม/ชมรม มีการเตรียมการทำตนให้เป็นประโยชน์แก่สังคมเท่าที่จะทำได้ เตรียมการฟังธรรม เข้าวัดวา แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ส่วนการฝึกอารมณ์ให้ปกติไม่จู้จี้ พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทั้งนี้ผู้สูงอายุปี พ.ศ.2552 มีการเตรียมตัวในเรื่องดังกล่าวมากกว่าผู้สูงอายุปี พ.ศ.2530 ส่วนการเตรียมใจไม่กลัวความตาย การทำใจให้มั่นคงยอมรับความชรา และฝึกใจกว้างยอมรับความคิดเห็นของลูกหลาน พบว่า ผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มมีการเตรียมตัวไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 33 เปรียบเทียบการเตรียมตัวเข้าสู่วัยผู้สูงอายุของผู้สูงอายุระหว่างปี พ.ศ.2552 กับ พ.ศ. 2530 ตามรายข้อ

การเตรียมตัวเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ	พ.ศ.2552		พ.ศ.2530		x^2	sig.
	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี		
ด้านร่างกาย						
รักษาสุขภาพให้แข็งแรง						
จำนวน	627	8	437	33	25.09**	.00
ร้อยละ	98.74	1.26	92.98	7.02		

ตารางที่ 33 (ต่อ)

การเตรียมตัวเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ	พ.ศ.2552		พ.ศ.2530		x^2	sig.
	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี		
ตรวจสุขภาพ						
จำนวน	626	9	330	140	186.34**	.00
ร้อยละ	98.58	1.42	70.21	29.79		
ออกกำลังกาย						
จำนวน	614	21	392	78	58.47**	.00
ร้อยละ	96.69	3.31	83.40	16.60		
เลือกรับประทานอาหารย่อยง่าย						
จำนวน	613	22	417	53	26.05**	.00
ร้อยละ	96.54	3.46	88.72	11.28		
งดเว้นของมึนเมา						
จำนวน	509	126	385	85	.54	.46
ร้อยละ	80.16	19.84	81.91	18.09		
ด้านเศรษฐกิจ						
สะสมทรัพย์สิน						
จำนวน	614	21	421	49	23.07**	.00
ร้อยละ	96.69	3.31	89.57	10.43		
ทำงานหนักเพื่ออนาคตยามชรา						
จำนวน	604	31	395	75	38.20**	.00
ร้อยละ	95.12	4.88	84.04	15.96		
เตรียมหาที่พึ่งทางการเงินเมื่อจำเป็น						
จำนวน	574	61	406	64	4.33*	.04
ร้อยละ	90.39	9.61	86.38	13.62		

ตารางที่ 33 (ต่อ)

การเตรียมตัวเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ	พ.ศ.2552		พ.ศ.2530		x^2	sig.
	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี		
ด้านที่อยู่อาศัย						
การมีบ้านของตนเอง						
จำนวน	603	32	428	42	6.56**	.01
ร้อยละ	94.96	5.04	91.06	8.94		
การวางแผนไว้ว่าจะอยู่กับใคร						
จำนวน	601	34	387	83	43.20**	.00
ร้อยละ	94.65	5.35	82.34	17.66		
ด้านจิตใจ						
เตรียมงานอดิเรกไว้ทำยามว่าง						
จำนวน	605	30	346	124	105.63**	.00
ร้อยละ	95.28	4.72	73.62	26.38		
เข้าร่วมกลุ่ม/ชมรม						
จำนวน	581	54	317	153	102.61**	.00
ร้อยละ	91.50	8.50	67.45	32.55		
การทำตนให้เป็นประโยชน์แก่สังคมเท่าที่จะทำได้						
จำนวน	616	19	386	84	70.75**	.00
ร้อยละ	97.01	2.99	82.13	17.87		
ฟังธรรมเข้าวัดวา						
จำนวน	629	6	415	55	59.93**	.00
ร้อยละ	99.06	.94	88.30	11.70		
เตรียมใจไม่กลัวความตาย						
จำนวน	600	35	430	40	3.84	.50
ร้อยละ	94.49	5.51	91.49	8.51		
ทำใจให้มั่นคงยอมรับความชรา						
จำนวน	605	30	449	21	.04	.84
ร้อยละ	95.28	4.72	95.53	4.47		

ตารางที่ 33 (ต่อ)

การเตรียมตัวเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ	พ.ศ.2552		พ.ศ.2530		x^2	sig.
	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี		
ฝึกอารมณ์ให้ปกติไม่จู้จี้						
จำนวน	610	25	439	31	3.94*	.05
ร้อยละ	96.06	3.94	93.40	6.60		
ฝึกใจกว้าง ยอมรับความคิดเห็นของลูกหลาน						
จำนวน	610	25	440	30	3.42	.07
ร้อยละ	96.06	3.94	93.62	6.38		

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

6.4 ผลการเปรียบเทียบเป้าหมายชีวิตของผู้สูงอายุปี พ.ศ.2552 กับผู้สูงอายุปี พ.ศ.2530

ผลการศึกษาเป้าหมายชีวิตของผู้สูงอายุปี พ.ศ.2552 กับปี พ.ศ.2530 อันดับ 1 ของผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่ม คือ การมีสุขภาพอนามัยสมบูรณ์ ส่วนอันดับ 2 ของผู้สูงอายุปี พ.ศ.2552 คือ การที่ลูกหลานมีความเจริญรุ่งเรือง ขณะที่อันดับ 2 ของผู้สูงอายุปี พ.ศ.2530 คือ การมีอายุยืนยาว สำหรับอันดับ 3 นั้น ผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มระบุตรงกัน คือ การมีเงินทรัพย์สินมาก

เป้าหมายชีวิตของผู้สูงอายุ

	พ.ศ. 2552	พ.ศ. 2530
อันดับ 1	การมีสุขภาพอนามัยสมบูรณ์	การมีสุขภาพอนามัยสมบูรณ์
อันดับ 2	การที่ลูกหลานมีความเจริญรุ่งเรือง	การมีอายุยืนยาว
อันดับ 3	การมีเงินมีทรัพย์สินมาก	การมีเงินมีทรัพย์สินมาก

ผลการวิจัยเชิงคุณภาพ

ผลการวิจัยเชิงคุณภาพ (ขั้นที่ 2)

การมีส่วนร่วมของชุมชนในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ผลการศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ได้มีขั้นตอนวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

ขั้นที่ 1 การสำรวจพื้นที่และลักษณะความเป็นไปได้ของพื้นที่ที่ศึกษา

ขั้นที่ 2 การสร้างความเข้าใจ ศึกษาบริบทข้อมูล และกิจกรรมเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน

ขั้นที่ 3 การพัฒนาความรู้ กำหนดแนวทางการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

ขั้นที่ 4 การปฏิบัติกิจกรรมตามแนวทางการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

ขั้นที่ 5 การประเมินผลการปฏิบัติกิจกรรม

โดยมีรายละเอียดผลการศึกษา ดังนี้

ขั้นที่ 1 สำรวจพื้นที่ และศึกษาความเป็นไปได้ของพื้นที่ที่ศึกษา

การเลือกพื้นที่ในการศึกษาเพื่อเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ได้คัดเลือกพื้นที่นำร่อง จำนวน 2 ชุมชน คือ ชุมชนชนบท 1 แห่ง และชุมชนกึ่งเมือง 1 แห่ง โดยใช้เกณฑ์ดังนี้ 1) เป็นชุมชนที่สมัครใจและพร้อมที่จะเข้าร่วมโครงการวิจัย ตลอดจนมีความมุ่งมั่นที่จะเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ 2) เป็นชุมชนที่ตั้งอยู่ไม่ไกลจากมหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี เพื่อนักวิจัยสามารถเข้าไปแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ตลอดจนจัดกิจกรรมร่วมกับชุมชนได้บ่อย ๆ มีความสะดวกในการเข้าไปศึกษาสร้างความสัมพันธ์ และเรียนรู้กับคนในชุมชนได้มาก ตลอดจนสามารถร่วมจัดกิจกรรมต่าง ๆ กับชุมชนภายหลังเสร็จสิ้นโครงการวิจัยได้อย่างต่อเนื่อง 3) เป็นชุมชนที่คณะผู้วิจัยตกลงร่วมกันในการเลือกพื้นที่ดังกล่าว มีความสะดวกในการประสานงาน ตลอดจนมีนักวิจัยในชุมชนซึ่งเป็นศิษย์เก่าของมหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี

ผลการคัดเลือกพื้นที่ในการศึกษา ได้แก่ 1) ชุมชนในเขตพื้นที่รับผิดชอบขององค์การบริหารส่วนตำบลโพไร่หวาน อำเภอเมืองเพชรบุรี จังหวัดเพชรบุรี 2) ชุมชนกึ่งเมือง ได้แก่ ชุมชนในเขตพื้นที่เทศบาลตำบลหัวสะพาน อำเภอเมืองเพชรบุรี จังหวัดเพชรบุรี ทั้ง 2 พื้นที่สมัครใจและ

พร้อมที่จะเข้าร่วมตลอดโครงการวิจัย ประการสำคัญ คือ บุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านผู้สูงอายุมีความมุ่งมั่นที่จะร่วมมือกันเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนของตน

ภายหลังจากที่ได้คัดเลือกชุมชนในการศึกษาแล้ว คณะผู้วิจัยได้ติดต่ออย่างไม่เป็นทางการกับบุคลากรที่เกี่ยวข้องของทั้ง 2 พื้นที่ จากนั้นได้มีหนังสือจากทางมหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี เพื่อขอความร่วมมือในการลงพื้นที่ตามโครงการวิจัย การเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และนัดหมายเพื่อสัมภาษณ์ผู้นำ และบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการศึกษาความเป็นไปได้ของการทำวิจัย

ผลการสัมภาษณ์ผู้นำ และบุคลากรที่เกี่ยวข้องของทั้งสองพื้นที่ กล่าวคือ พื้นที่ตำบลโพไร่หวาน ได้แก่ นายกองค์การบริหารส่วนตำบล รองนายกองค์การฯ ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล หัวหน้าสถานีอนามัย นักพัฒนาชุมชน และเจ้าหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) รวม 6 คน ส่วนพื้นที่เทศบาลตำบลหัวสะพาน ผู้ให้สัมภาษณ์ ได้แก่ นายกเทศมนตรีตำบลหัวสะพาน ประธานสภาเทศบาลตำบลหัวสะพาน (ทำหน้าที่ประธานชมรมผู้สูงอายุเทศบาลตำบลหัวสะพาน) นักพัฒนาชุมชน กรรมการชมรมผู้สูงอายุ และผู้ใหญ่บ้าน รวม 5 คน ผลการสัมภาษณ์ทำให้ทราบข้อมูลการจัดกิจกรรมต่าง ๆ ที่ทั้งสองพื้นที่จัดให้กับผู้สูงอายุ และทั้งสองพื้นที่ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนเสนอรายชื่อบุคลากรที่เข้าร่วมในกระบวนการวิจัย โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วม ได้แก่ ร่วมคิด ร่วมวางแผนงาน ร่วมปฏิบัติตามแผนงาน และร่วมประเมินผล ตลอดจนได้เสนอสถานที่และความเป็นไปได้ในการจัดกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน โดยใช้การมีส่วนร่วมของบ้าน วัด โรงเรียน

ขั้นที่ 2 การสร้างความเข้าใจ ศึกษาบริบทข้อมูล และกิจกรรมเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

ในการดำเนินการวิจัยขั้นที่ 2 นี้ ได้ใช้วิธีการสนทนากลุ่มบุคลากรที่เกี่ยวข้องทั้งสองพื้นที่ แห่งละ 2 กลุ่ม รวมทั้งหมด 4 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับ บ้าน วัด โรงเรียน 3 สถาบันในชุมชน ได้แก่ สถาบันการปกครอง ซึ่งหมายถึง บ (บ้าน) สถาบันทางศาสนาซึ่งหมายถึง ว (วัด) และสถาบันการศึกษาซึ่งหมายถึง ร (โรงเรียน) มาผนึกกำลังกันเพื่อมีส่วนร่วมในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

กลุ่มที่ 2 คือ ผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ทั้งนี้ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มที่ 1 ของตำบลโพไร่หวาน ได้แก่ เจ้าอาวาสวัดเพรียง นายกองค์การบริหารส่วนตำบล รองนายกองค์การบริหารส่วนตำบล ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล

หัวหน้าสถานีอนามัย ผู้อำนวยการโรงเรียนวัดเพรียง ผู้อำนวยการโรงเรียนบ้านบ่อหวาย นักพัฒนาชุมชน เจ้าหน้าที่พัฒนาชุมชน หัวหน้าสถานีอนามัย และสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล รวมจำนวน 11 คน

ส่วนผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มที่ 1 ของเทศบาลตำบลหัวสะพาน ได้แก่ รองเจ้าอาวาสวัดเขมาภิรัติการาม นายกเทศมนตรี รองนายกเทศมนตรี ประธานสภาเทศบาล ปลัดเทศบาล ผู้อำนวยการโรงเรียนวัดเขมาภิรัติการาม ผู้อำนวยการโรงเรียนวังตะโก เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเทศบาล พัฒนากรเทศบาล เจ้าหน้าที่พัฒนาชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้ใหญ่บ้านหมู่ 10 บ้านหัวสะพาน และประธานกลุ่มเกษตร (ทำนา) รวมจำนวน 13 คน

สำหรับกลุ่มผู้สูงอายุ ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มของทั้งสองพื้นที่ ได้แก่ ผู้สูงอายุ ลูกหรือหลานของผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุมีทั้งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (อผส.) ซึ่งบางคนเป็นทั้ง อสม. และ อผส. รวมแห่งละ 11 – 12 คน

การสนทนากลุ่มเริ่มต้นด้วยคณะผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยกล่าวถึงสถิติของผู้สูงอายุในประเทศไทยว่า ในปี พ.ศ.2503 มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปเพียง 1.5 ล้านคน หรือประมาณร้อยละ 5.4 ของประชากรทั้งหมด ทั้งนี้ในปี 2552 มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปเพิ่มเป็นประมาณ 7.6 ล้านคน (ประมาณ 7 เท่าตัว) คิดเป็นร้อยละ 11.5 ของประชากรทั้งหมด จากสถิติดังกล่าวแสดงว่าในปี พ.ศ.2552 เป็นปีที่ประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงวัย (Aging Society) อย่างสมบูรณ์ ซึ่งหมายถึงประเทศไทยมีผู้สูงอายุ (ผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป) มากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด (Shryock, 2004) และคาดประมาณว่าในปี พ.ศ.2573 จะมีผู้สูงอายุเพิ่มเป็น 17.7 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด สำหรับจังหวัดเพชรบุรี ปี พ.ศ.2552 มีผู้สูงอายุร้อยละ 13.3 (จำนวน 60,458 คน) ทั้งนี้เทศบาลหัวสะพาน มีผู้สูงอายุร้อยละ 16.3 ส่วนตำบลโพไร่หวาน มีผู้สูงอายุร้อยละ 11.27 (พ.ศ.2552) แสดงว่าเป็นสังคมผู้สูงวัยเช่นเดียวกัน แม้ว่าการมีผู้สูงอายุของทั้งสองพื้นที่ส่วนหนึ่งอาจเกิดจากการย้ายถิ่นก็ตาม

การมีผู้สูงอายุจำนวนมาก รัฐให้ความสำคัญมาก ทั้งนี้ในแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545 – 2564) ฉบับปรับปรุง มีปรัชญาว่า “ผู้สูงอายุไม่ใช่บุคคลด้อยโอกาสหรือเป็นภาระต่อสังคม แต่สามารถมีส่วนร่วมเป็นพลังพัฒนาสังคม จึงควรได้รับการส่งเสริมและเกื้อกูลจากครอบครัว ชุมชน และรัฐให้ดำรงชีวิตอยู่อย่างมีคุณค่า มีศักดิ์ศรี และคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีให้นานที่สุด ขณะเดียวกันผู้สูงอายุที่ประสบความทุกข์ยาก ต้องได้รับการเกื้อกูลจากครอบครัว ชุมชน สังคม และรัฐอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม การสร้างหลักประกันในวัยสูงอายุเป็นกระบวนการสร้างความมั่นคงให้แก่สังคม โดยการมีส่วนร่วมจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกภาคส่วน

ได้แก่ 1) ประชากรช่วยตนเอง 2) ครอบครัวดูแล 3) ชุมชนช่วยเกื้อกูล 4) สังคม รัฐสนับสนุน ทั้งนี้โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ควรมีการบูรณาการให้เหมาะสมกับสถานการณ์อย่างต่อเนื่อง ภายใต้วิสัยทัศน์ที่ว่า “ผู้สูงวัยเป็นหลักชัยของสังคม”

การก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็วของสังคมไทยทั้งในระดับประเทศและชุมชน ย่อมส่งผลให้วิถีชีวิตและพฤติกรรมของคนในสังคมเกิดการเปลี่ยนแปลงไป หน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้องรวมทั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ไม่ว่า อบต. เทศบาล ต้องมีการเตรียมมาตรการออกมารองรับอย่างทันท่วงที พร้อมที่จะก้าวทันสถานการณ์ของผู้สูงอายุและปรับกระบวนทัศน์เดิมจากที่มองผู้สูงอายุว่าเป็นภาระของสังคม ทำให้เป็นผู้ใช้ประสบการณ์ที่สะสมมายาวนานให้เป็นประโยชน์ต่อสังคม ทั้งนี้คณะผู้วิจัยได้ศึกษาสภาพปัญหา ความต้องการ และการเตรียมตัวเข้าสู่วัยผู้สูงอายุจังหวัดเพชรบุรี ซึ่งเป็นการศึกษาเชิงปริมาณไว้แล้ว การวิจัยในพื้นที่ครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ เพื่อเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ใน 2 พื้นที่ โดยใช้การมีส่วนร่วมของชุมชนตามแนวพระราชดำริของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวที่มีชื่อว่า “บ ว ร” คือ บ้าน วัด โรงเรียน เป็นการพัฒนาโดยใช้ฟันเฟืองเล็ก ๆ เพื่อให้เกิดความผูกพันในสังคมแบบเดียวกับที่เคยมาในอดีต คำว่า บ้าน (บ) หมายถึง ครอบครัว รวมถึงสถาบันการปกครองซึ่งประกอบด้วย กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน คณะกรรมการหมู่บ้าน องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น สาธารณสุข เป็นต้น วัด (ว) คือ สถาบันทางศาสนา ประกอบด้วย เจ้าอาวาส พระภิกษุ สามเณร อุบาสก อุบาสิกา กลุ่ม/ชมรม ส่วนโรงเรียน (ร) คือ สถาบันการศึกษา ประกอบด้วย ครู/อาจารย์ใหญ่ คณะครู นักวิชาการ และบุคลากรทางการศึกษาอื่น ๆ ทั้งในโรงเรียน วิทยาลัย มหาวิทยาลัย และองค์กรทางการศึกษาอื่น ๆ ด้วย ผลการวิจัยที่ได้จะใช้เป็นข้อมูลของ อบต. และเทศบาล ในการจัดสวัสดิการสังคม และจัดมาตรการรองรับ และพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม ทั้งด้านความรู้ การจัดการทรัพยากร และบริการทางสังคม เป็นการเตรียมความพร้อมเพื่อรับมือกับจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้นในอนาคต

ดังนั้น การเข้าร่วมสนทนากลุ่มของตัวแทนทั้ง 3 สถาบัน (บวร) จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาใน 5 ประเด็น คือ 1) ปัญหาของผู้สูงอายุในชุมชนมีอะไรบ้าง 2) บุคคล/หน่วยงานใดที่ควรมีบทบาทหรือมีส่วนร่วมแก้ปัญหาดังกล่าว 3) ที่ผ่านมาในชุมชนมีโครงการหรือกิจกรรมใดบ้างที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ 4) หากจะใช้ชุมชน 3 ส่วน ประสานกันคือ บ้าน วัด โรงเรียน ในการจัดกิจกรรมเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้หรือไม่ อย่างไร และควรมีกิจกรรมอะไรบ้าง 5) ข้อเสนอแนะในการจัดกิจกรรมเสริมสร้างคุณภาพชีวิต

ผลการสนทนากลุ่มจำนวน 4 กลุ่ม คือ ตำบลโพไร่หวาน และเทศบาลตำบลหัวสะพาน พื้นที่ละ 2 กลุ่ม ปรากฏผลดังนี้

ประเด็นที่ 1 คำถาม “ปัญหาของผู้สูงอายุในชุมชน มีอะไรบ้าง”

ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม 3 – 4 คน ในทั้งสองพื้นที่กล่าวว่า ปัจจุบันมีจำนวนผู้สูงอายุมากขึ้น และปัจจุบันผู้สูงอายุมีอายุยืนกว่าเดิม ซึ่งน่าจะมีปัญหาในอนาคต

ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มมากกว่าครึ่งของทั้งสองพื้นที่ (ส่วนใหญ่) กล่าวว่า ผู้สูงอายุมีปัญหาเรื่องรายได้ไม่พอใช้ มีน้อยมากที่มีเงินเก็บ ยกเว้นข้าราชการบำนาญ ส่วนใหญ่มีรายได้จากเบี้ยยังชีพ 500 บาทต่อเดือน บางคนยังมีลูกหลานช่วยเหลือ มีผู้สูงอายุบางคนที่ยังคงประกอบอาชีพมีรายได้ของตนเอง แต่ก็มีเป็นส่วนน้อย โดยมีอาชีพค้าขาย ทำขนมขาย บางคนยังทำนาอยู่โดยทำนาของตนเอง บางคนทำนา รับจ้าง

ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม 4 – 5 คน ใน 2 พื้นที่กล่าวว่า ผู้สูงอายุมีปัญหาเรื่องสุขภาพ แต่ผู้สูงอายุบางคนก็มีสุขภาพแข็งแรง โรคประจำตัวของผู้สูงอายุส่วนใหญ่ คือ โรคปวดเมื่อย / ปวดข้อ / ปวดกระดูก โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน นอกจากนั้นผู้สูงอายุที่ตำบลโพไร่หวาน ส่วนใหญ่มีปัญหาเรื่องฟัน ส่วนผู้สูงอายุเทศบาลตำบลหัวสะพาน มีปัญหาโรคไขมันในเส้นเลือด และมีสารตกค้างจากยาปราบศัตรูพืช เนื่องจากส่วนใหญ่มีอาชีพทำนา

ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม 4 – 5 คน ของทั้งสองพื้นที่กล่าวว่า ผู้สูงอายุมีปัญหาครอบครัว บางคนต้องอาศัยอยู่คนเดียวไม่มีคนคอยดูแล บางคนมีปัญหาลูกหลานไม่ดูแลเอาใจใส่ บางคนมาดูแลปีละครั้ง ผู้สูงอายุบางคนต้องเลี้ยงดูหลานที่ลูก ๆ นำมาฝากไว้ ลูกบางคนก็ให้ค่าเลี้ยงดู บางคนก็ไม่ให้ บางคนมีปัญหาเรื่องลูกหลานไม่ให้ความเคารพ ดุว่าพ่อแม่ นอกจากนั้นมีผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม 2 – 3 คน ในทั้งสองพื้นที่กล่าวว่า บางครั้งปัญหาเกิดจากตัวผู้สูงอายุเองที่เอาแต่ใจ ไม่พอใจลูกหลานที่อยู่ด้วย แต่พอใจหรือรักลูกที่ไม่ได้อยู่ด้วยกัน มีผู้สูงอายุบางคนทำใจไม่ได้กับการถูกลดบทบาทตนเองในครอบครัว

นอกจากนั้น มีผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม 3 – 4 คน ในทั้งสองพื้นที่กล่าวว่า ผู้สูงอายุมีปัญหาด้านจิตใจ คือ เหงา ว้าเหว่ ต้องการเพื่อนคุย หรือต้องการเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ บ้าง โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ออกไปนอกบ้านตามลำพังไม่ได้ อย่างไรก็ตามผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม 2 คน ได้กล่าวว่า ผู้สูงอายุบางคนไม่ต้องการติดต่อกับใคร ต้องการอยู่กับครอบครัวของตนเท่านั้น

ในเรื่องปัญหาที่อยู่อาศัย ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม 2 – 3 คน ในทั้งสองพื้นที่กล่าวว่า ปัญหาที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุ คือ ไม่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ได้แก่ สภาพแวดล้อมไม่ถูกสุขลักษณะ โดยเฉพาะห้องน้ำ ห้องส้วม บางคนขาดที่อยู่อาศัยของตนเอง บางคนลำบากมาก ทางเทศบาลตำบลหัวสะพาน ได้แจ้งไปยังกาชาดจังหวัดและได้งบประมาณสร้างบ้านให้ 1 หลัง

> “จำนวนผู้สูงอายุมากขึ้นทุกปี เพราะการแพทย์เจริญ อายุยืนจะเป็นปัญหาต่อไปข้างหน้า”
>
> “ผู้สูงอายุมีรายได้ไม่พอ ฐานะยากจน ปากกัด ตีนถีบ ประมาณร้อยละ 30”
>
> “ผู้สูงอายุขาดรายได้ ไม่มีลูกหลานส่งเสียเลี้ยงดู”

“คนแก่บางคนที่ขยัน ยังคงทำงานหาเงิน บางคนยังทำนา บางคนค้าขาย บางคนทำขนมขาย พอมีรายได้ บางคนรับจ้างทุกอย่างเท่าที่ทำได้”

“ได้เบี้ยยังชีพเดือนละ 500 บาท ไม่พอก็ต้องพอ เก็บผักเองบ้าง”

“ผู้สูงอายุที่นี่ส่วนใหญ่มีปัญหาเรื่องฟัน”

“จะทำอย่างไรให้ผู้สูงอายุอยู่อย่างมีคุณค่า ไม่ไร้ค่าสำหรับลูกหลาน”

“คนแก่สะเทือนใจ ลูกติดยาเสพย์ติด เป็นปัญหาสังคม คนแก่ตายไม่เป็นไร ลูกตายแล้วพ่อแม่ต้องเป็นเจ้าภาพ สะเทือนใจมาก”

“ผู้สูงอายุขาดคนเหลียวแล พ่อแม่ออกไปรับจ้าง หลาน ๆ ต้องอยู่กับผู้สูงอายุ”

“ขณะนี้ผู้สูงอายุมีภาระเกี่ยวกับหลาน ในพื้นที่ละแวกนี้เด็กนักเรียนมักจะอยู่กับ ปู่ ย่า ตา ยาย สาเหตุจากพ่อแม่ทิ้งไปจึงส่งผลให้นักเรียนเวลากลับบ้านไม่มีคนสอนการบ้าน โรงเรียนแก้ปัญหาโดยการไม่ให้การบ้าน ก็ประสบปัญหาทางบ้านต่อว่าโรงเรียนว่าทำไม่ให้การบ้าน”

“ผู้สูงอายุมีปัญหา 2 ด้าน 1) จิตใจ 2) สุขภาพ จิตใจ คือ การได้รับการเอาใจใส่จากลูกหลาน แต่ในปัจจุบันลูกหลานไม่ค่อยมีเวลาดูแล ทำให้ผู้สูงอายุอยู่ลำพังคนเดียว ทำให้จิตว่าง ใจน้อย สมาธิสั้น อารมณ์อ่อนไหว กลับไปเหมือนเด็ก”

“บางครั้งผู้สูงอายุที่มาถือศีลที่วัด กลับนำเรื่องพกพาไปคิดที่บ้าน ส่วนใหญ่จะเป็นเรื่องที่พูดคุยในวงสังคมที่มาวัด แล้วเรื่องที่ไปฟังมานั้นทำให้ผู้สูงอายุเครียด และถ้าจะตักเตือนลูกหลานก็ไม่ฟัง ทำให้คิดว่าตนเองไม่สำคัญ ในเรื่องสุขภาพสมัยก่อนอาหารไม่มีสารพิษ แต่ปัจจุบันมีสิ่งที่ทำให้เกิดภาวะเบาหวาน ความดัน”

“ผู้สูงอายุควรมีจิตใจสงบ ใจสบาย เยือกเย็น บางคนยิ่งแก่ยิ่งเห็นแก่ตัว มีกิเลสมาก อันตราย”

“มีผู้สูงอายุคนหนึ่งภรรยาตาย อยู่กับลูกสาว ต่อมาลูกสาวตายอยู่กับลูกเขย มาระยะหลังตาเป็นฝ้า คิดน้อยใจบุตรหลานกินยาตาย อยากให้คิดว่าแท้จริงแล้วผู้สูงอายุอยากได้อะไร”

“เด็ก ๆ เดี๋ยวนี้ก้าวร้าวมาก ไม่เชื่อฟังคำสั่งสอนของพ่อแม่”

“ผู้สูงอายุมีปัญหาเรื่องสภาพแวดล้อมในบ้าน เช่น ห้องน้ำ ห้องส้วม นั่งโถส้วมไม่เป็น”

“มีผู้สูงอายุคนหนึ่ง ยากจนมาก ไม่มีบ้านอยู่ ต้องขอความช่วยเหลือไปที่กาชาด ได้บ้านมา 1 หลัง เป็นผู้ย้ายมาจากที่อื่นนานแล้ว”

ประเด็นที่ 2 คำถาม “บุคคล / หน่วยงานใดที่ควรมีบทบาท หรือมีส่วนช่วยแก้ปัญหาดังกล่าวข้างต้น และแก้ปัญหาอย่างไร”

ผลการสนทนากลุ่ม ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มได้กล่าวถึงบุคคล/หน่วยงาน ที่ควรมีบทบาทหรือมีส่วนช่วยแก้ปัญหาของผู้สูงอายุ ดังนี้

ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม ประมาณ 4 – 5 คน กล่าวว่า ผู้สูงอายุเองต้องเป็นผู้แก้ปัญหาดังกล่าว โดยเฉพาะการดูแลสุขภาพ อาหารการกิน การปฏิบัติตน ทำใจยอมรับสภาพการที่ต้องลดบทบาทในครอบครัวน้อยลงกว่าเดิม ผู้สูงอายุจะเป็นผู้ที่รู้ดีที่สุดว่าตนเองมีปัญหาอะไร

ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม (ร้อยละร้อยของผู้เข้าร่วมสนทนา) กล่าวว่า ครอบครัวเป็นหน่วยที่มีบทบาท และช่วยแก้ปัญหาให้ผู้สูงอายุได้มากที่สุด ไม่ว่าจะเป็นสามีหรือภรรยา โดยเฉพาะบุตร หลาน ต้องเลี้ยงดูพ่อแม่ยามท่านแก่ชรา เป็นกำลังใจให้ เชื่อฟังคำสั่งสอนของท่าน มีความกตัญญูรู้คุณ ส่งเสียเลี้ยงดูตามอัตภาพ

ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มประมาณ 3 ใน 4 กล่าวว่า หน่วยงานที่ควรมีบทบาทในการช่วยแก้ปัญหาในชุมชน คือ เทศบาลตำบล อบต. อนามัย วัด โรงเรียน สถานศึกษา ชมรมผู้สูงอายุ หน่วยงานระดับจังหวัด ได้แก่ พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กาชาดจังหวัด เป็นต้น เช่น ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุเป็นหน้าที่ในการดูแลของอนามัย อสม. อผส. ภายใต้การสนับสนุนของ อบต. เทศบาล พระภิกษุ ครู อาจารย์ มีบทบาทมากในการอบรมสั่งสอนนักเรียนเยาวชน ให้มีความกตัญญูกตเวทีต่อบุพพารี รวมทั้งบิดา มารดา คนในชุมชนต้องเป็นตัวอย่างที่ดีแก่ลูกหลานและเยาวชนในชุมชน

"ตัวผู้สูงอายุเอง ที่รู้ดีที่สุดว่ามีปัญหา และต้องการอะไร บางครั้งตัวเองทำตัวให้เป็นปัญหา ทำใจไม่ได้ ขี้บ่น"

"ผู้สูงอายุต้องแก้ปัญหาด้วยตัวเองก่อน ต่อมาคือครอบครัวและชุมชน"

"คนแก่บางคนก็ยังไม่รู้เลยว่าตัวเองมีปัญหาอะไร"

"ครอบครัวมีส่วนสำคัญที่สุดในการแก้ปัญหา เพราะใกล้ชิดที่สุด"

"ทุกส่วนในสังคมต้องช่วยกัน แล้วแต่ว่าเป็นปัญหาอะไร"

"อบต. วัด โรงเรียน อสม. กลุ่มต่าง ๆ บางคนที่เดือดร้อนมากก็ต้องช่วยกัน เพราะบางคนครอบครัวก็ไม่ได้ดูแล"

ประเด็นที่ 3 คำถาม "ที่ผ่านมาในชุมชนมีโครงการ หรือกิจกรรมใดบ้างที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ"

ผลการสนทนากลุ่ม ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มได้กล่าวถึงโครงการ/กิจกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ดังนี้

โครงการ/กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุของทั้ง 2 พื้นที่ คือ ตำบลโพไร่หวาน และเทศบาลตำบลหัวสะพาน ที่จัดให้กับผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีลักษณะกิจกรรมเหมือนกัน แต่มีรายละเอียดในการปฏิบัติและอยู่ในความรับผิดชอบของหน่วยงานต่างกันบ้าง กิจกรรมที่จัดให้มีดังนี้ คือ

3.1 บริการตรวจสุขภาพ

3.2 เบี้ยยังชีพของผู้สูงอายุ

3.3 การเยี่ยมเยียนผู้สูงอายุ

3.4 การส่งเสริมอาชีพ

3.5 ชมรมผู้สูงอายุ

3.6 ทัศนศึกษาและส่งเสริมกิจกรรมนันทนาการผู้สูงอายุ

3.7 จัดกิจกรรมนันทนาการในวันสำคัญ ได้แก่ วันสงกรานต์ วันผู้สูงอายุ วันขึ้นปีใหม่

3.8 กิจกรรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (อผส.)

3.9 กิจกรรมส่งเสริมการออกกำลังกาย

3.10 กิจกรรมของวัดที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ได้แก่ การเข้าวัดฟังธรรมในเทศกาลสำคัญทางศาสนา พัฒนาสถานที่วัดให้อำนวยความสะดวกแก่ผู้สูงอายุ ชักชวนผู้สูงอายุเข้าวัดปฏิบัติธรรม บริการศาสนกิจต่าง ๆ ฯลฯ

3.11 กิจกรรมของโรงเรียนที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ได้แก่ ค่ายพุทธบุตร กิจกรรมวันพ่อ วันแม่ ฯลฯ

3.12 กิจกรรมสืบสานต่อภูมิปัญญาของผู้สูงอายุ

3.13 การฌาปนกิจศพผู้สูงอายุ

3.14 กิจกรรมอื่น ๆ

ทั้งนี้ ภายหลังจากการสนทนากลุ่มคณะผู้วิจัยได้สัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการจัดกิจกรรมดังกล่าวทั้ง 2 ชุมชน ให้ได้รายละเอียดการดำเนินงานตามกิจกรรมดังกล่าวข้างต้น โดยสัมภาษณ์ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล สมาชิก อบต. สมาชิกสภาเทศบาล ประธานชมรมผู้สูงอายุ สมาชิกชมรมผู้สูงอายุ หมออนามัย อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (อผส.) นักพัฒนาชุมชน เจ้าหน้าที่เทศบาล คณะกรรมการหมู่บ้าน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้สูงอายุ และลูกหลานของผู้สูงอายุ จำนวน 18 คน

ผลการวิเคราะห์การจัดโครงการ/กิจกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุของทั้งสองพื้นที่ มีดังต่อไปนี้

3.1 บริการตรวจสุขภาพ

ในการบริการตรวจสุขภาพของตำบลโพไร่หวาน ใช้ชื่อโครงการว่า โครงการไทยเข้มแข็งร่วมใจห่วงใยสุขภาพประชาชน (มาตรฐานการบริการสาธารณะขององค์การบริหารส่วนตำบลโพไร่หวาน เป็นโครงการจัดตั้งศูนย์บริการร่วมในการให้บริการประชาชนด้านการสาธารณสุข โดยมีบันทึกข้อตกลงว่าด้วยความร่วมมือระหว่างองค์การบริหารส่วนตำบลโพไร่หวานกับสถานีอนามัยตำบลโพไร่หวาน (ปัจจุบัน คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล) ในการจัดตั้งศูนย์บริการร่วมดังกล่าวตั้งแต่วันที่ 20 พฤศจิกายน 2552 ทั้งนี้สถานที่ติดต่อ ประสานงาน และดำเนินการใช้อาคารที่ทำการองค์การบริหารส่วนตำบลโพไร่หวาน ทั้ง 2 หน่วยงานได้ร่วมกันจัด

เจ้าหน้าที่ออกให้บริการด้านสาธารณสุข ด้านการควบคุมโรคติดต่อ การควบคุมดูแลกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ การปฏิบัติตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ.2535 ด้านสิ่งแวดล้อม และด้านการส่งเสริมสุขภาพให้แก่ประชาชนในพื้นที่ ผู้รับบริการ ได้แก่ กลุ่มแม่และเด็ก กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มผู้พิการ เป็นต้น โดยการไปเยี่ยมบ้าน ในด้านการให้บริการรักษาพยาบาล โครงการบริการรักษาพยาบาลมีแพทย์ 1 คน เภสัชกร 1 คน และพยาบาลวิชาชีพ 1 คน จากโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี มาให้บริการเป็นประจำทุกเดือนที่สถานีอนามัย ส่วนใหญ่เป็นวันพุธ สัปดาห์ที่ 3 ของทุกเดือน ทั้งนี้มีผู้สูงอายุมาใช้บริการเป็นประจำ โดยเฉพาะผู้ที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง นอกจากนี้ยังมีกลุ่มแม่และเด็ก ประชาชนทั่วไป ผู้พิการ ผู้สูงอายุ ทั้งในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลโพไร่หวาน และเขตพื้นที่ใกล้เคียงมารับบริการด้วย โดยมีผู้มารับบริการประมาณเดือนละ 80 – 100 คนต่อเดือน

นอกจากนี้ยังมีบริการนวดแผนโบราณ ซึ่งเป็นที่นิยมของผู้สูงอายุซึ่งต้องมีการจองคิวล่วงหน้า ส่วนใหญ่เป็นข้าราชการบำนาญ ทั้งนี้ต้องเสียค่าบริการด้วย ในเร็ว ๆ นี้ องค์การบริหารส่วนตำบลโพไร่หวาน ร่วมกับอนามัยได้จัดให้มีบริการศูนย์ทันตกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุที่มีปัญหาเรื่องฟัน

การให้บริการการรักษาพยาบาลแก่ผู้รับบริการของตำบลโพไร่หวาน ทางองค์การบริหารส่วนตำบลโพไร่หวาน ได้ให้งบประมาณค่าอาหารเช้า (ข้าวต้ม) และค่าอาหารกลางวันให้กับผู้มารับบริการทุกคน ดังนั้นผู้มารับบริการตรวจรักษาจะรับประทานข้าวต้มและอาหารกลางวันได้ทุกคน โดยเฉพาะผู้สูงอายุบางคนที่อดอาหารตั้งแต่เที่ยงคืน และมารับบริการตรวจเลือดในตอนเช้า นอกจากนี้ยังมีรถบริการรับ–ส่ง ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถเดินทางมาด้วยตนเองได้ ตลอดระยะเวลาการให้บริการ จะมี อสม. อผส. และเจ้าหน้าที่ของสถานีอนามัยและบุคลากรของ อบต. คอยดูแลและอำนวยความสะดวกต่าง ๆ ให้โดยเฉพาะกับผู้สูงอายุ

ส่วนที่เทศบาลตำบลหัวสะพาน จะมีแพทย์จากโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี เภสัชกร และพยาบาลวิชาชีพ มาให้บริการตรวจรักษา ณ สถานีอนามัยเทศบาลตำบลหัวสะพานทุกวันอังคารต้นเดือน และให้บริการประชาชนทุกวัยเช่นเดียวกัน ขณะเดียวกันจะมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (อผส.) คอยดูแลอำนวยความสะดวกผู้สูงอายุที่มารับบริการตรวจรักษาในวันดังกล่าว และมีการให้บริการอาหารเช้า (ข้าวต้ม) เช่นเดียวกัน

นอกจากนั้นเทศบาลตำบลหัวสะพาน ร่วมกับชมรมผู้สูงอายุจัดให้มีโครงการ “ดูแล ห่วงใย ใส่ใจสุขภาพของผู้สูงอายุ รู้ทันโรคร้าย ร่างกายแข็งแรง” เป็นโครงการความร่วมมือของเทศบาลตำบลหัวสะพาน ชมรมผู้สูงอายุตำบลหัวสะพาน สถานีอนามัยตำบลหัวสะพาน และ

ตำบลวังตะโก พร้อมทั้งอาสาสมัครสาธารณสุขมูลฐานทั้ง 2 ตำบล ได้ร่วมกันออกหน่วยบริการสาธารณสุขเคลื่อนที่ให้บริการแก่ผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน และโรคไขมันอุดตันในเส้นเลือด ในการออกหน่วยบริการเคลื่อนที่จะมีการตรวจเช็คระดับน้ำตาลในเลือด โคเรสเตอรอล และไตรกลีเซอร์ไรด์ มีการวัดส่วนสูง ชั่งน้ำหนัก และวัดความดัน พร้อมทั้งบริการให้คำแนะนำเกี่ยวกับโรคเบาหวานและโรคไขมันอุดตันในเส้นเลือด

3.2 เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

การจ่ายเบี้ยยังชีพแก่ผู้สูงอายุตามจำนวนเงินที่กฎหมายกำหนด ในจำนวนผู้สูงอายุเท่ากับที่เคยได้รับอยู่เดิมจากหน่วยงานที่ถ่ายโอน และโดยมีจำนวนผู้สูงอายุมากกว่าที่เคยได้รับเดิมจากหน่วยงานที่ถ่ายโอน ตามนโยบายของรัฐบาล งบประมาณรายจ่ายเพิ่มเติมประจำปี 2553

ทั้งนี้ทั้งสองพื้นที่ คือ ตำบลโพไร่หวาน และเทศบาลตำบลหัวสะพาน ได้จ่ายเบี้ยยังชีพให้กับผู้สูงอายุ สำหรับองค์การบริหารส่วนตำบลโพไร่หวานจากข้อมูลเดือนกรกฎาคม 2553 มีผู้สูงอายุได้รับเบี้ยยังชีพจำนวน 361 คน สำหรับเทศบาลตำบลหัวสะพาน มีผู้สูงอายุได้รับเบี้ยยังชีพจำนวน 702 คน

ในส่วนของตำบลโพไร่หวาน ผู้สูงอายุที่รับเบี้ยยังชีพได้มีมติร่วมกันสละเงินเบี้ยยังชีพให้ผู้สูงอายุด้วยกันกรณีที่มีผู้สูงอายุเสียชีวิตคนละ 20 บาท ทั้งนี้ผู้สูงอายุที่เสียชีวิตจะได้รับเงินฌาปนกิจศพจากเงินเบี้ยยังชีพของผู้สูงอายุ รายละไม่เกิน 3,000 บาท เพื่อเป็นการสร้างความมั่นคงให้แก่ผู้สูงอายุที่เสียชีวิต

3.2 การเยี่ยมเยียนผู้สูงอายุ

ในส่วนของตำบลโพไร่หวาน โครงการนี้ได้มีการจัดทำขึ้นตั้งแต่ปีงบประมาณ 2552 โดยองค์การบริหารส่วนตำบลโพไร่หวาน ร่วมกับสถานีอนามัยโพไร่หวาน ได้ร่วมกันลงพื้นที่เยี่ยมบ้านผู้สูงอายุทุกครัวเรือน กิจกรรมที่ฝ่ายอนามัยทำ คือ ตรวจวัดความดัน ให้คำแนะนำ การดูแลสุขภาพ ตรวจสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีปัญหา และจัดยาให้ภายหลัง ฝ่ายผู้บริหารองค์การบริหารส่วนตำบลโพไร่หวาน สอบถาม พูดคุยถึงความเป็นอยู่ ความต้องการการช่วยเหลือต่าง ๆ พร้อมมอบเครื่องนุ่งห่ม ได้แก่ ผ้าห่ม เสื้อคอกระเช้า ผ้าถุงสำหรับผู้สูงอายุหญิง ส่วนผู้สูงอายุชายมอบผ้าขาวม้า เสื้อม่อฮ่อม เป็นต้น ในการเยี่ยมเยียนผู้สูงอายุมีการเยี่ยมเฉลี่ยวันละ 20 หลังคาเรือน โดยเวียนไปจนครบทุกครัวเรือน เมื่อครบแล้วจะมีการไปเยี่ยมบ้านรอบใหม่ ทั้งนี้ขึ้นกับเวลาของคณะผู้บริหาร อบต.ด้วย นอกจากนั้นยังมีการบริการนวดสำหรับผู้เป็นอัมพฤกษ์ด้วย

สำหรับเทศบาลตำบลหัวสะพาน จะมีทั้งคณะผู้บริหารเทศบาลตำบลหัวสะพาน คณะของชมรมผู้สูงอายุ และ อสม. ไปเยี่ยมเยียนผู้สูงอายุที่ประสบปัญหา โดยเฉพาะกรณีที่ได้รับ

ภัยพิบัติ หรือผู้สูงอายุที่มีปัญหาเร่งด่วนต้องการความช่วยเหลือ พร้อมมอบสิ่งของเครื่องใช้ตามความจำเป็น

3.4 การส่งเสริมอาชีพของผู้สูงอายุ

ในส่วนของตำบลโพไร่หวาน ได้ให้ทุนประกอบอาชีพกับประชาชนหมู่ 3 บ้านใหม่ กลุ่มลอกใบจาก จำนวน 30,000 บาท สมาชิกกลุ่มส่วนใหญ่ คือ ผู้สูงอายุ เดิมมีการรวมกลุ่มทำกิจกรรมร่วมกันที่ศาลาหมู่บ้าน ทำให้ได้มีการพบปะพูดคุยกัน สนุกสนาน ปัจจุบันมีบางส่วนนำไปทำที่บ้านของตนเอง เพราะผู้สูงอายุบางคนต้องทำงานบ้าน บางคนต้องเลี้ยงหลาน การที่ผู้สูงอายุยังคงทำกิจกรรมลอกใบจากเป็นการเสริมรายได้ให้กับตนเอง นอกจากนั้นผลการสำรวจพบว่ามีผู้ประกอบอาชีพเสริมโดยลอกใบจากในหมู่ 6 บ้านบ่อหวาย ด้วย ทั้งนี้ผลการศึกษาพบว่า เป็นเพราะมีการขยายเครือข่ายจากหมู่บ้านหนึ่งไปอีกหมู่บ้านหนึ่ง แม้ว่าการทำอาชีพลอกใบจากจะมีรายได้น้อย แต่ก็ทำให้ผู้สูงอายุมีงานทำ ไม่อยู่ว่าง นอกจากนั้น อบต.โพไร่หวาน เคยมีงบสนับสนุนกลุ่มผู้เลี้ยงโคเมื่อหลายปีมาแล้ว จำนวน 20,000 บาท

ส่วนเทศบาลตำบลหัวสะพาน โดยชมรมผู้สูงอายุเคยอบรมให้ผู้สูงอายุทำดอกไม้จันทน์ และจัดตั้งเป็นกลุ่ม เพื่อจำหน่ายสำหรับผู้นำไปใช้ในงานศพ ปัจจุบันมีทำกันมากในหลายพื้นที่ จึงมีปัญหาเรื่องการตลาด แต่ยังคงมีผู้สูงอายุที่รับทำอยู่อีก 4 – 5 คน โดยชมรมผู้สูงอายุเป็นฝ่ายจัดหาวัสดุอุปกรณ์ให้และมอบรายได้หลังหักค่าวัสดุอุปกรณ์แล้วให้ผู้สูงอายุ นอกจากนี้เคยมีการอบรมให้ทั้งผู้สูงอายุและไม่ใช่ผู้สูงอายุถักทอป่านศรนารายณ์ แต่มีผู้สูงอายุเลิกราไปเนื่องจากมีปัญหาเรื่องสายตา และปัญหาการตลาด

การส่งเสริมอาชีพของผู้สูงอายุในทั้งสองพื้นที่ไม่ได้ทำอย่างต่อเนื่อง และยังขาดการติดตามประเมินผล

3.5 ชมรมผู้สูงอายุ

ชมรมผู้สูงอายุตำบลโพไร่หวาน จัดตั้งขึ้นเมื่อ พ.ศ.2549 ผู้ริเริ่ม คือ อาจารย์เจริญ พวงเดช ข้าราชการบำนาญ โดยมีนายไชยรัตน์ ปิ่นแก้ว เป็นประธานชมรมในช่วงแรก ปัจจุบันประธานชมรม คือ อาจารย์ทุเรียน คงแก้ว ข้าราชการบำนาญ ในระยะแรกมีสมาชิกชมรมจำนวน 75 คน ปัจจุบันมีสมาชิกจำนวน 121 คน วัตถุประสงค์ของการจัดตั้งชมรมเพื่อให้ผู้สูงอายุมีโอกาสพบปะสังสรรค์ แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ซึ่งกันและกัน ทั้งนี้มีการพบกันเดือนละ 1 ครั้ง เพื่อร่วมกันทำกิจกรรมตามแนวทางที่สภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ของสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนีกำหนดไว้ ในการทำกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุได้ใช้วันตรวจสุขภาพประจำเดือนที่สถานีอนามัย โดยมีกิจกรรม เช่น การมอบของขวัญวันเกิดให้กับผู้สูงอายุ การทายปัญหา การแจ้งข่าวสารต่าง ๆ เป็นต้น โดยใช้สถานที่ของ อบต.

ชมรมผู้สูงอายุเทศบาลตำบลหัวสะพาน เดิมชื่อชมรมผู้สูงอายุสถานีอนามัยตำบลหัวสะพาน ก่อตั้งขึ้นเมื่อวันที่ 1 เมษายน 2545 และสมัครเข้าเป็นสมาชิกชมรมสาขาสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ของสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนีประจำจังหวัดเพชรบุรี เมื่อวันที่ 16 กรกฎาคม 2546 ประธานชมรมผู้สูงอายุคนแรก คือ พันตรีสมชาติ เมืองอินทร์ ข้าราชการบำนาญ ปัจจุบันประธานชมรม คือ นายชัยวัฒน์ แสงมณี ซึ่งนอกจากเป็นประธานชมรมผู้สูงอายุแล้ว ยังเคยเป็นผู้ใหญ่บ้าน หมู่ 10 ระหว่างดำรงตำแหน่งได้รับรางวัลผู้ใหญ่บ้านดีเด่น 3 ครั้ง ตั้งแต่ปี 2546 ดำรงตำแหน่งประธานสภาเทศบาลตำบลหัวสะพาน ประธานศูนย์การเรียนรู้ชุมชน ประธานชมรมลูกเสือชาวบ้าน ประธานชมรมแอโรบิค ประธานคณะกรรมการผู้ดูแลผู้ด้อยโอกาส และประธานชมรมฌาปนกิจตำบลหัวสะพาน อาคารชมรมผู้สูงอายุตั้งอยู่ที่ หมู่ที่ 10 บริเวณสถานีอนามัยหัวสะพาน โดยประธานชมรมได้ของบประมาณจากเทศบาลตำบลหัวสะพาน จำนวน 683,000 บาท เป็นอาคารชั้นเดียว เปิดใช้เมื่อ 5 ธันวาคม 2549 ตราสัญลักษณ์ประจำชมรมผู้สูงอายุ คือ ดอกลำดวน เป็นต้นไม้ที่ให้ความร่มเย็น ลำต้นมีอายุยืน มีใบเขียวตลอดปี ให้ร่มเงาดี ดอกมีสีนวล กลิ่นหอม กลีบแข็ง ไม่ร่วงง่าย เปรียบเหมือนกับผู้ทรงวัยวุฒิที่คงคุณธรรม ความดีงามไว้ให้เป็นแบบอย่างแก่ลูกหลานตลอดไป วัตถุประสงค์ของการจัดตั้งชมรมเพื่อเป็นศูนย์การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ในด้านต่าง ๆ เพื่อจัดหรือดำเนินกิจกรรมเกี่ยวกับสวัสดิการของสมาชิก และร่วมกันทำกิจกรรมตามแนวทางที่สภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ของสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนีกำหนดไว้ กิจกรรมที่ชมรมผู้สูงอายุจัดให้สมาชิก คือ กิจกรรมวันแม่แห่งชาติ มีการมอบโล่คุณแม่ดีเด่น กิจกรรมวันพ่อแห่งชาติ มีการมอบโล่ให้คุณพ่อดีเด่น โครงการแว่นแก้วเพื่อตรวจวัดสายตา และตัดแว่นตา ให้กับสมาชิกในชมรมผู้มีปัญหาเรื่องสายตา โดยได้รับเงินสนับสนุนจากคุณพชร เสนาดิศัย คหปตานี จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 50,000 บาท ในการดำเนินการของมูลนิธิแว่นแก้ว และยังมีโครงการสูงค่าสูงวัยใจมีสุข เป็นโครงการผู้สูงอายุของชมรมร่วมกับเทศบาลบริการประชาชนโดยดูแลผู้สูงอายุที่ไปถืออุโบสถทุกวันพระ (ตั้งแต่เข้าพรรษาจนถึงออกพรรษา) โดยสนับสนุนนมกล่องเป็นเครื่องดื่มในช่วงเย็นตลอดโครงการ ณ วัดเสาวคนธ์ วัดเขมาภิรัติการาม และวัดบ่อหลวง และโครงการที่ชมรมผู้สูงอายุยังจัดทำอยู่อย่างต่อเนื่อง คือ โครงการทำดีเพื่อพ่อหลวง ตรวจวัด ความดัน เจาะไขมันในเส้นเลือด เพื่อดูแล ใส่ใจ ห่วงใยผู้สูงอายุ ปัจจุบันใช้ชื่อโครงการ “ดูแล ห่วงใย ใส่ใจสุขภาพผู้สูงอายุ รู้ทันโรคร้าย ร่างกายแข็งแรง”

นอกจากนั้น ชมรมผู้สูงอายุเทศบาลตำบลหัวสะพาน ยังมีโครงการฝึกอบรมอาชีพทำดอกไม้จันทน์ให้กับผู้สูงอายุ แต่ปัจจุบันเหลือผู้ทำเพียง 4 – 5 คนเท่านั้น เนื่องจากมีปัญหาด้านการตลาด เพราะมีผู้ทำหลายแห่ง มีการจัดอบรมถักทอป่านศรนารายณ์ มีโครงการให้

สวัสดิการกับผู้สูงอายุที่มีอายุ 76 ปีขึ้นไปจนตลอดชีวิต คือ ให้ความช่วยเหลือด้านสิ่งของอุปโภคบริโภคต่าง ๆ และมีโครงการแจกที่นอนให้กับผู้สูงอายุที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไปทุกคน

ปัจจุบันชมรมผู้สูงอายุเทศบาลตำบลหัวสะพาน มีสมาชิกชมรมจำนวน 546 คน (เฉพาะตำบลหัวสะพาน) ทั้งนี้เทศบาลตำบลหัวสะพานมีชมรมผู้สูงอายุ 2 ชมรม คือ ชมรมผู้สูงอายุตำบลหัวสะพาน และชมรมผู้สูงอายุตำบลวังตะโก ในการจัดกิจกรรมต่าง ๆ จะมีสมาชิกจากทั้งสองชมรมเข้าร่วมด้วย

3.6 ทัศนศึกษาและส่งเสริมกิจกรรมนันทนาการผู้สูงอายุ

ในส่วนของตำบลโพไร่หวาน มีโครงการทัศนศึกษาและส่งเสริมกิจกรรมนันทนาการผู้สูงอายุ เป็นโครงการส่งเสริมชมรมผู้สูงอายุตำบลโพไร่หวาน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อจัดกิจกรรมทัศนศึกษาให้กับผู้สูงอายุ ให้ผู้สูงอายุเรียนรู้ภูมิปัญญาท้องถิ่น ใกล้ชิดกับพุทธศาสนา และส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ต่อการดำรงชีวิต ตลอดจนผู้สูงอายุได้มีการรวมตัวกันและช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ระหว่างกลุ่มคนวัยใกล้เคียงกัน ทั้งนี้ตำบลโพไร่หวาน ได้มีโครงการทัศนศึกษาดังกล่าวทุกปี เช่น วันที่ 15 มิถุนายน 2551 มีการพาไปวัดในจังหวัดสมุทรสงคราม 9 วัด ได้แก่ หลวงพ่อวัดบ้านแหลม วัดบางกระพ้อม วัดโบสถ์ วัดจุฬามณี วัดอัมพวัน วัดจันทร์เจริญสุข วัดค่ายบางกุ้ง วัดแคน้อย และวัดภุมรินทร์ วันที่ 19 มิถุนายน 2552 พาไปวัดและทัศนศึกษาที่จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ คือ วัดหนองพลับ (หัวหิน) วัดห้วยมงคล สวนสัตว์ห้วยทราย และพระราชวังมฤคทายวัน และล่าสุดคือวันที่ 5 กุมภาพันธ์ 2554 พาไปวัด ปิดทองฝังลูกนิมิต วัดเขาชมพู วัดพุพลู วัดลิ้นช้าง วัดอ่างศิลา อำเภอหนองหญ้าปล้อง วัดพวงมาลัย อำเภอเขาย้อย วัดหนองขาอ่อน อำเภอท่ายาง และไปทัศนศึกษาโครงการชั่งหัวมัน อำเภอท่ายาง ผลการสัมภาษณ์พบว่า มีสมาชิกเข้าร่วมกิจกรรมทัศนศึกษาเพิ่มขึ้นทุกปี ในการไปทัศนศึกษา นอกจากผู้สูงอายุแล้วยังมี อสม. อผส. บุคลากรของ อบต. และลูกหลานของผู้สูงอายุร่วมไปด้วย

สำหรับเทศบาลตำบลหัวสะพาน ได้จัดให้มีกิจกรรมทัศนศึกษาสำหรับประชาชนทุกวัย แต่เนื่องจากมีประชาชนจำนวนมาก ดังนั้นจึงไม่สามารถให้บริการได้ทั่วถึง และไม่ได้จัดเป็นประจำทุกปี มีบางหมู่บ้านจัดกันเอง ส่วนชมรมผู้สูงอายุไม่ได้จัดกิจกรรมดังกล่าว ผลการสัมภาษณ์ประธานชมรมผู้สูงอายุให้สัมภาษณ์ว่า “มีผู้สูงอายุจำนวนมาก เกรงว่าจะให้บริการไม่ทั่วถึง”

3.7 กิจกรรมนันทนาการในวันสำคัญ

ประเพณีวันสงกรานต์ รดน้ำดำหัวผู้สูงอายุ เป็นกิจกรรมที่จัดเป็นประเพณีของทั้งสองพื้นที่ประจำทุกปี โดยองค์การบริหารส่วนตำบลโพไร่หวาน จัดวันที่ 12 เมษายน ที่วัดเพรียง โดยมีผู้สูงอายุจากทั้ง 7 หมู่บ้าน มาร่วมงานดังกล่าว มีการรดน้ำดำหัวผู้สูงอายุ ผู้เข้าร่วม

กิจกรรมมีทั้งวัยเด็ก วัยแรงงาน และผู้สูงอายุ มีการละเล่นต่าง ๆ บางปีมีการแข่งขันกีฬาระหว่างคน 3 วัย คือ วัยเด็ก วัยแรงงาน และวัยผู้สูงอายุ และมีการมอบของชำร่วยให้ผู้สูงอายุทุกคนที่มาร่วมงานทุกปี บางปีในภาคค่ำจะมีการแสดงรื่นเริง บางปีมีการประกวดธิดาสงกรานต์ด้วย

สำหรับเทศบาลตำบลหัวสะพาน ทางชมรมผู้สูงอายุได้มีการจัดงานวันผู้สูงอายุของชมรมผู้สูงอายุ มีการรดน้ำดำหัวตัวแทนผู้สูงอายุ มีการแสดงของผู้สูงอายุ บางปีมีการรำวงย้อนยุค และมีการมอบสิ่งของ เช่น น้ำตาล ข้าวสาร ให้กับผู้สูงอายุทุกคนที่มาร่วมงานทุกปี โดยประธานชมรมผู้สูงอายุได้ขอสนับสนุนจากคหปตานี คือ คุณพชร เสนาดิศัย ร้านเพชรบุรีค้าข้าว และทางเทศบาลกับชมรมผู้สูงอายุได้ให้งบประมาณค่าอาหารกลางวัน ในส่วนของเทศบาลตำบลหัวสะพานเองได้จัดให้มีการรดน้ำผู้สูงอายุในวันสงกรานต์ และมีงานรื่นเริงต่าง ๆ สำหรับประชาชนทุกวัยอีกด้วย นอกจากนั้นในวันสงกรานต์คณะผู้บริหารของเทศบาลตำบลหัวสะพานได้เดินสายขอพรจากตัวแทนผู้สูงอายุทุกหมู่บ้าน

ประเพณีรดน้ำดำหัวผู้สูงอายุ นับได้ว่าเป็นวัฒนธรรมอันดีงามที่แสดงออกถึงคุณค่าของผู้สูงอายุที่มีมาตั้งแต่โบราณสืบเนื่องถึงปัจจุบัน

3.8 กิจกรรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (อผส.)

อาสาสมัคร (Volunteer) หมายถึง ผู้ที่สมัครใจทำงานเพื่อประโยชน์แห่งประชาชนและสังคม โดยไม่หวังผลตอบแทนเป็นเงิน หรือสิ่งอื่นใด บุคคลที่อาสาเข้ามาช่วยเหลือสังคมด้วยความสมัครใจ เสียสละ เพื่อช่วยเหลือผู้อื่น ป้องกัน แก้ไขปัญหาและพัฒนาสังคม โดยไม่หวังสิ่งตอบแทน คุณสมบัติที่สำคัญของอาสาสมัครมี 3 ประการ คือ ทำงานด้วยความสมัครใจ ไม่ใช่ด้วยการถูกบังคับ หรือเป็นเพราะหน้าที่ เป็นงานเพื่อประโยชน์แก่ประชาชนและสังคมหรือสาธารณประโยชน์ และทำโดยไม่หวังผลตอบแทนเป็นเงิน ผลตอบแทนที่อาสาสมัครได้รับ คือ ความสุข ความภูมิใจที่ได้ปฏิบัติงานที่เป็นประโยชน์แก่ประชาชน สังคม และประเทศชาติ

กิจกรรมการปฏิบัติงานของอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุของทั้งสองพื้นที่ คือ กิจกรรมการดูแลช่วยเหลือและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ประกอบด้วยกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การพบปะ เยี่ยมเยียนดูแลทุกข์สุขทั่วไป การไปเยี่ยมไข้ เป็นกำลังใจทั้งที่บ้านและหากจำเป็นก็จะไปที่โรงพยาบาลด้วย นอกจากนี้อาสาสมัครจะช่วยพาผู้สูงอายุไปพบแพทย์หากผู้สูงอายุไม่มีญาติหรือไม่สามารถเดินทางได้ด้วยตนเอง อาจเป็นการพาผู้สูงอายุไปพักผ่อนนอกบ้าน ไปร่วมกิจกรรมในชุมชนกับผู้สูงอายุคนอื่น ๆ และอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุจะช่วยดูแลเรื่องอาหาร การออกกำลังกายและการรับประทานยาตามคำสั่งการรักษาของแพทย์ ช่วยกระตุ้นเตือน และเป็นกำลังใจให้ผู้สูงอายุดูแลตนเอง และสุดท้ายหากผู้สูงอายุขาดคนดูแลและไม่สามารถช่วยตัวเองได้

อาสาสมัครก็ยังจะช่วยเรื่องทำความสะอาดร่างกาย ที่พักอาศัย และเสื้อผ้า นอกจากนี้อาสาสมัครในชุมชนนั้น ๆ จะประสานส่งต่อผู้สูงอายุไปขอรับการช่วยเหลือยังหน่วยงานของจังหวัดที่เกี่ยวข้องต่อไป ซึ่งอาสาสมัครทุกคนผ่านการอบรมให้มีความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้สูงอายุในระดับความรู้สำหรับประชาชนทั่วไป

จะเห็นได้ว่า อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุเป็นผู้ที่อยู่ในชุมชน อาจเป็นเพื่อนบ้านใกล้เรือนเคียงกับผู้สูงอายุ ทำให้ทราบปัญหาและค้นหาผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือได้อย่างทันท่วงที ชุมชนจะได้รับประโยชน์มากและชุมชนจะมีความเข้มแข็งหากประชาชนร่วมแรงร่วมใจกันช่วยเหลือซึ่งกันและกัน อาสาสมัครคิดกันเอง ทำกันเอง ให้การช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุในชุมชนของตัวเอง ที่มีผู้ดูแลและไม่มีผู้ดูแล ที่ช่วยเหลือตนเองได้และไม่ได้ กิจกรรมหนึ่งที่สำคัญของ อสม. และ อผส. คือ การไปเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ โดยมีของกินเล็ก ๆ น้อย ๆ ไปมอบให้ เช่น โอวัลติน ของแห้งต่าง ๆ เป็นต้น เนื่องจากมีงบประมาณน้อย ที่ตำบลโพไร่หวาน อสม. กล่าวว่า เมื่อปีที่ผ่านมาได้รับข้าวสารจากทางจังหวัดจำนวน 20 ถุง ก็ได้นำไปมอบให้กับผู้สูงอายุที่ไม่มีผู้ดูแล และผู้สูงอายุที่ลำบากเรื่องรายได้ การเยี่ยมบ้านของ อสม. และ อผส. นี้ไม่ผ่านทางองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ทั้ง อบต. และเทศบาล)

นอกจากนี้ อสม. และ อผส. ของทั้ง 2 พื้นที่ ยังปฏิบัติหน้าที่จัดกิจกรรมต่าง ๆ ให้กับผู้สูงอายุในวันมารับบริการตรวจสุขภาพที่สถานีอนามัย ส่วนใหญ่คือการออกกำลังกายง่าย ๆ ทั้ง 2 พื้นที่จะมีการจัดประชุม อสม. เป็นประจำทุกเดือน

ในพื้นที่ตำบลโพไร่หวาน มี อสม. จำนวน 60 คน และ อผส. จำนวน 5 คน เทศบาลตำบลหัวสะพาน มี อสม. จำนวน 98 คน และ อผส. จำนวน 5 คน ทั้งนี้อาสาสมัครบางคนเป็นทั้ง อสม. และ อผส. โดยได้รับค่าตอบแทน 600 บาทต่อเดือน ผลการสัมภาษณ์ อสม. และ อผส. ระบุว่า “ใช้เป็นค่าน้ำมันรถเครื่อง และบางครั้งก็มีของฝากไปให้ด้วย”

3.9 กิจกรรมส่งเสริมการออกกำลังกาย

ทั้งตำบลโพไร่หวาน และเทศบาลตำบลหัวสะพาน มีโครงการเต้นแอโรบิค เป็นโครงการที่จัดทำขึ้นเพื่อให้ประชาชนรวมกลุ่มกันจัดกิจกรรมออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอจนเป็นสุขนิสัย เพื่อให้มีสุขภาพดีทั้งกาย ใจ และสังคม ที่ตำบลโพไร่หวาน มีการจัดกิจกรรมการออกกำลังกายโดยการเต้นแอโรบิค สัปดาห์ละ 5 วัน ๆ ละ 60 นาที ทั้งนี้เป็นโครงการสำหรับประชาชนทุกวัย แต่ก็มีผู้สูงอายุบางคนเข้าร่วมด้วยในบางวัน ส่วนที่เทศบาลตำบลหัวสะพาน เป็นโครงการที่ไม่ต่อเนื่อง นอกจากนั้นที่เทศบาลตำบลหัวสะพานมีสวนเฉลิมพระเกียรติ และมีอุปกรณ์เครื่องออกกำลังกายต่าง ๆ สำหรับประชาชนไปใช้บริการได้ ส่วนตำบลโพไร่หวาน กำลังอยู่ในระหว่างดำเนินการซื้ออุปกรณ์ต่าง ๆ ดังกล่าว

3.10 กิจกรรมของวัดที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ

วัดเป็นสถานที่จัดกิจกรรมที่พัฒนาจิตใจ และเป็นที่พึ่งทางใจให้ผู้สูงอายุในเทศกาลต่าง ๆ ได้แก่ วันพระ เทศกาลต่าง ๆ ได้แก่ วันมาฆบูชา วันวิสาขบูชา วันอาสาฬหบูชา วันเข้าพรรษา วันออกพรรษา ผู้สูงอายุเข้าวัดเพื่อทำบุญตักบาตร ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ฟังเทศน์ ปฏิบัติธรรม เจริญสมาธิอย่างต่อเนื่อง

วัดได้จัดสถานที่สำหรับผู้สูงอายุ เช่น จัดทางลาด ราวบันได ราวจับในห้องน้ำสำหรับวัดเพรียง ตำบลโพไร่หวาน ได้ให้ใช้สถานที่บริเวณลานวัดด้านหน้าจัดตลาดนัดให้ประชาชนทั่วไปและผู้สูงอายุมาขายของทุกวันจันทร์ ตั้งแต่เวลาประมาณ 16.00 น. เป็นต้นไป และใช้วัดเป็นสถานที่จัดงานวันผู้สูงอายุทุกปี เนื่องจากสถานที่ อบต. ค่อนข้างคับแคบ

ส่วนวัดเขมาภิรัติการาม เทศบาลตำบลหัวสะพาน มีสถานที่คือ ศาลาการเปรียญที่ใช้เป็นสถานที่จัดกิจกรรมต่าง ๆ ได้ สะดวก สบาย เพราะเพิ่งมีการปรับปรุงใหม่ ร่วมถึงการสร้างห้องอาบน้ำ ห้องน้ำ โดยได้รับงบประมาณจากทางเทศบาลในการสร้างและปรับปรุงจากของเดิมให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุและประชาชนที่มาวัดถือศีล หรือนอนค้างที่วัด ทั้งนี้ชมรมผู้สูงอายุร่วมกับเทศบาลตำบลหัวสะพาน ได้จัดโครงการ “สูงค่า สูงวัย ใจมีสุข ของชมรมผู้สูงอายุตำบลหัวสะพาน” เป็นโครงการที่สนับสนุนให้สมาชิกชมรมผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมทางพระพุทธศาสนา โดยการเข้าร่วมฟังเทศน์ ฟังธรรม ถืออุโบสถศีล นั่งสมาธิ เจริญภาวนา ในวันพระในช่วงเข้าพรรษา เพื่อพัฒนาจิตและเป็นการส่งเสริมให้ชาวบ้าน วัด และชุมชน เกิดการรวมกลุ่ม และสร้างสัมพันธภาพที่ดีงามระหว่างครอบครัว ประชาชน วัด และชุมชน ในช่วงเข้าพรรษา มีระยะเวลาโดยประมาณ 4 เดือน ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม ถึงสิ้นสุดวันลอยกระทง (วันพระ) เดือนละ 4 ครั้ง รวมทั้งสิ้น 16 ครั้ง โครงการนี้เทศบาลและชมรมผู้สูงอายุได้จัดขึ้นเพื่อถวายเป็นพระราชกุศลแด่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวฯ ตลอดจนเป็นการส่งเสริม สนับสนุนกิจกรรมทางพระพุทธศาสนาและส่งเสริมการพัฒนาจิตใจในการเข้าร่วมกิจกรรมตามโครงการ เทศบาล และชมรมผู้สูงอายุ เทศบาลตำบลหัวสะพาน สนับสนุนนมกล่องเป็นเครื่องดื่มในช่วงเย็นให้กับผู้เข้าร่วมถืออุโบสถศีลที่วัด ทั้งนี้ที่วัดเพรียง ตำบลโพไร่หวาน ในช่วงเข้าพรรษามีผู้สูงอายุบางท่านเข้าร่วมฟังเทศน์ ฟังธรรม ถืออุโบสถศีลด้วย แต่มีจำนวนน้อยลงไปเรื่อย ๆ ในแต่ละปี

ในส่วนบทบาทของพระภิกษุสงฆ์ เจ้าอาวาสวัดเพรียง ไปเยี่ยมเยียนผู้สูงอายุที่มีความประสงค์ให้พระไปเยี่ยม นอกจากนั้นพระภิกษุสงฆ์ทั้ง 2 วัดของทั้งสองพื้นที่ ได้เทศนาอบรมสั่งสอนกุลบุตร กุลธิดา ให้มีความกตัญญูรู้คุณต่อบุพการี คือ พ่อ แม่ ปู่ ย่า ตา ยาย ในต่างกรรมต่างวาระอยู่เนือง ๆ เช่น รองเจ้าอาวาสวัดเขมาภิรัติการาม ได้ไปสอนศีลธรรมให้นักเรียนใน

โรงเรียนเทศบาลตำบลหัวสะพานทุกสัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ชั่วโมง ซึ่งท่านได้บรรยายสอดแทรกความกตัญญูกตเวทีอยู่เสมอ

3.11 กิจกรรมของโรงเรียนที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ

ปัจจุบันสถานศึกษาทุกแห่งต้องจัดโครงการที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ คือ โครงการพุทธบุตร กิจกรรมหนึ่งคืออบรมสั่งสอนให้นักเรียนมีความกตัญญูรู้คุณต่อบิดา มารดา ปู่ ย่า ตา ยาย นอกจากนั้นโรงเรียนบ้านบ่อหวาย ตำบลโพไร่หวาน จัดให้ผู้สูงอายุถ่ายทอดความรู้/ภูมิปัญญาให้นักเรียน โดยได้เชิญลุงผ่อง แววนิล อายุ 74 ปี ผู้เชี่ยวชาญดนตรีไทย ไปสอนดนตรีไทยให้นักเรียนตั้งแต่ภาคเรียนที่ 1/2553 เป็นต้นไป 2 วัน/สัปดาห์ โดยจัดยานพาหนะรับ-ส่งวิทยากร และได้ของบประมาณสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาเพชรบุรี เขต 1 เป็นค่าตอบแทนวิทยากรในอัตรา 200 บาทต่อชั่วโมง นอกจากนี้ในภาคเรียนที่ 1/2554 จะเชิญผู้เชี่ยวชาญด้านการจักสานไปสอนให้นักเรียนจักสาน เช่น ปลาตะเพียน เป็นต้น

เทศบาลตำบลหัวสะพาน ได้เชิญผู้สูงอายุในฐานะภูมิปัญญาท้องถิ่น ไทยทรงดำให้ความรู้กับนักเรียนและมีการจัดกิจกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับวัฒนธรรมไทยทรงดำอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เด็กนักเรียนได้รู้จักประวัติความเป็นมา มีการสืบสานต่อประเพณี วัฒนธรรม และมีความภาคภูมิใจต่อวัฒนธรรมในท้องถิ่นของตนเอง นอกจากนี้ ทางโรงเรียนได้นิมนต์พระจากทางวัดในพื้นที่หรือพระวิทยากรมาอบรมศีลธรรมให้กับนักเรียนในโอกาสต่าง ๆ เช่น โรงเรียนวังตะโก ตำบลหัวสะพาน ได้จัดทำโครงการเข้าค่ายพัฒนาคุณธรรมนักเรียน โดยของบประมาณสนับสนุนจากสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาเพชรบุรี เขต 1 กิจกรรมหนึ่งที่มีการสอดแทรกในการเข้าค่าย คือ การอบรมให้นักเรียนมีความกตัญญูรู้คุณต่อบุพการี ปู่ ย่า ตา ยาย การจัดกิจกรรมเข้าค่ายได้จัดที่วัดเขมาภิรัติการาม

นอกจากนั้น ที่โรงเรียนวัดเขมาภิรัติการาม ได้อาราธนารองเจ้าอาวาสวัดเขมาภิรัติการาม มาสอนศีลธรรมให้นักเรียนที่โรงเรียน สัปดาห์ละ 2 วัน ๆ ละ 1 ชั่วโมง ซึ่งท่านได้สอดแทรกคุณธรรมต่าง ๆ ให้กับนักเรียน ผลการสนทนากลุ่ม รองเจ้าอาวาสกล่าวว่า ชั่วโมงที่ให้บรรยายเรื่องศีลธรรมน้อยเกินไป และควรมีครูของโรงเรียนควรเข้าร่วมฟังด้วย

3.12 กิจกรรมสืบสานต่อภูมิปัญญาท้องถิ่นของผู้สูงอายุ

ที่องค์การบริหารส่วนตำบลโพไร่หวาน ได้มีการรวบรวมภูมิปัญญาผู้สูงอายุในพื้นที่ ได้แก่ 1) นายพรพรม ทองไทย อายุ 60 ปี ความสามารถพิเศษ คือ แหล่สดงานบุญต่าง ๆ 2) นายผ่อง แววนิล อายุ 75 ปี ความสามารถพิเศษคือ เล่นดนตรีไทย 3) นางประทุม แผ่แผ่นทอง อายุ 70 ปี ความสามารถพิเศษคือ งานปีผีมด และ 4) นางวิไล วงประเสริฐ มีความสามารถพิเศษคือ ลง

รักษ์ศิราภรณ์ ทั้งนี้ทางโรงเรียนบ้านบ่อหวาย ได้เชิญนายผ่อง แววนิล เป็นครูสอนดนตรีไทยให้กับนักเรียนที่โรงเรียนด้วย โดยมีค่าตอบแทนพอสมควร คือ ชั่วโมงละ 200 บาท

สำหรับที่เทศบาลตำบลหัวสะพาน ได้มีการใช้คุณค่าของภูมิปัญญาท้องถิ่นเพื่อสืบทอดต่อให้นักเรียน คือ เชิญนายละม้าย เอี่ยมประเสริฐ ครูภูมิปัญญาสอนรำละครให้นักเรียนโดยสอนในช่วงหลังเลิกเรียน และมีค่าตอบแทนชั่วโมงละ 200 บาท นอกจากนั้นที่โรงเรียนวังตะโกได้มีการจัดนิทรรศการเกี่ยวกับไทยทรงดำ โดยเชิญภูมิปัญญาท้องถิ่นเข้าร่วมจัดกิจกรรม และปลูกฝังความรัก ภาคภูมิใจในประเพณี วัฒนธรรมอันดีงามของท้องถิ่น

3.13 การฌาปนกิจศพผู้สูงอายุ

ที่องค์การบริหารส่วนตำบลโพไร่หวาน ผู้สูงอายุจะบริจาคเบี้ยยังชีพคนละ 20 บาทต่อเดือน ให้ผู้สูงอายุที่เสียชีวิตในเดือนนั้น ๆ และทั้งสองพื้นที่ได้มีการประสานงานกับฝ่ายพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดเพชรบุรี เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติตามที่กฎหมายกำหนดได้รับการสงเคราะห์ในการจัดการศพตามประเพณี รายละ 2,000 บาท

3.14 กิจกรรมอื่น ๆ

นอกเหนือจากกิจกรรมต่าง ๆ ที่กล่าวมาข้างต้นที่ทั้งสองพื้นที่ได้จัดให้กับผู้สูงอายุโดยตรงแล้ว ยังมีกิจกรรมอื่น ๆ อีก แต่จัดให้กับคนสองวัย สามวัย หรือประชาชนทั่วไป เช่น อาราธนาพระภิกษุมาบรรยายธรรมะในโอกาสต่าง ๆ ที่เทศบาลตำบลหัวสะพาน ในวันลอยกระทงมีผู้สูงอายุสอนเด็กนักเรียนทำกระทง โครงการฝึกอบรมการนวดแผนไทย และการทำน้ำสมุนไพรเพื่อสุขภาพของกลุ่มสตรีเทศบาลตำบลหัวสะพาน กิจกรรมแข่งกีฬาพ่อแม่ลูก เป็นต้น

ประเด็นที่ 4 คำถาม “หากจะใช้ชุมชน 3 ส่วน ประสานกัน คือ บ้าน วัด โรงเรียน ในการจัดกิจกรรมเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ได้หรือไม่ อย่างไร”

ในประเด็นการใช้บ้าน วัด โรงเรียน (บ ว ร) ตามแนวพระราชดำริของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว มาใช้ในการพัฒนาเพื่อให้เกิดความผูกพันในสังคมแบบเดียวกับที่เคยมีมาในอดีต “บ ว ร” ถือว่าเป็นกระบวนการทางประชาสังคมรูปแบบหนึ่งที่รวมเรียกว่า “บ้าน วัด โรงเรียน” เป็นการนำเอารูปแบบและแนวคิดการพัฒนาที่อาศัยสถาบันหลัก 3 สถาบันในชุมชน ได้แก่ สถาบันการปกครอง ซึ่งหมายถึง บ (บ้าน) สถาบันทางศาสนา ซึ่งหมายถึง ว (วัด) และสถาบันทางการศึกษา ซึ่งหมายถึง ร (โรงเรียน) มาผนึกกำลังกันเป็น 3 ประสาน เพื่อร่วมกันจัดกิจกรรมเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน

ในประเด็นนี้ ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มในทั้ง 2 พื้นที่ ร้อยละร้อยกล่าวว่า ที่ผ่านมาทั้งสามสถาบัน คือ สถาบันการปกครอง (บ) สถาบันทางศาสนา (ว) และสถาบันการศึกษา (ร) ได้มีส่วนในการจัดกิจกรรมให้ผู้สูงอายุอยู่แล้ว เช่น ทาง อบต. และเทศบาล ได้สนับสนุนงบประมาณ

เป็นหลักในการจัดกิจกรรมต่าง ๆ เช่น งานประเพณีสงกรานต์ โดยใช้สถานที่วัดจัดงาน บางกิจกรรมทาง อบต. และเทศบาล สนับสนุนงบประมาณและร่วมในการจัดกิจกรรมโดยตรง เช่น บริการตรวจสุขภาพ ซึ่งเป็นงานหลักของฝ่ายอนามัย ปรากฏว่าทั้ง อบต. และเทศบาลตำบล สนับสนุนงบประมาณ และอำนวยความสะดวกต่าง ๆ เช่น บริการอาหาร ยานพาหนะรับส่งผู้สูงอายุที่มารับบริการ ทั้งนี้ในส่วนของ บ รวมถึงแกนนำชุมชนด้วย ไม่ว่าจะเป็นหมออนามัย อสม. ประธานและกรรมการชมรมผู้สูงอายุ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ต่างมีส่วนในการจัดกิจกรรมให้ผู้สูงอายุด้วยเช่นกัน ฯลฯ หรือการดำเนินงานกิจกรรมต่าง ๆ ของชมรมผู้สูงอายุ ไม่ว่าจะเป็นกิจกรรมในวาระต่าง ๆ ได้แก่ วันสงกรานต์ การไปทัศนศึกษา การเยี่ยมบ้านฯ เป็นการประสานงานระหว่างบุคลากร / ฝ่ายที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุของ อบต. เทศบาล เจ้าหน้าที่อนามัย อสม. อผส. คณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุ ผู้ใหญ่บ้าน ผู้อาวุโส ครอบครัวผู้สูงอายุ ฯลฯ ในส่วนของสถาบันทางศาสนาและแกนนำด้านศาสนา หมายถึง พระภิกษุสงฆ์ และเจ้าอาวาสซึ่งเป็นผู้ทรงอิทธิพลต่อการปรับเปลี่ยนและโน้มน้าวชักจูงให้ผู้สูงอายุและประชาชนในพื้นที่เกิดความตระหนักและเข้ามามีส่วนในกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะคุณภาพชีวิตทางจิตใจ วัดเป็นศูนย์รวมการทำกิจกรรมต่าง ๆ ของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในเทศกาลสำคัญต่าง ๆ ทางศาสนา เป็นแหล่งอบรมกุลบุตร กุลธิดาให้มีความกตัญญูกตเวทีต่อผู้สูงอายุ ส่วนสถาบันการศึกษา คือ โรงเรียน แกนนำทางความคิด ได้แก่ ครู อาจารย์ ในพื้นที่ต่างมีส่วนจัดกิจกรรมเพื่อผู้สูงอายุ โดยเฉพาะทางคณะผู้วิจัยของมหาวิทยาลัยที่ได้เข้ามาร่วมทางวิชาการ ทำให้ได้แนวคิดในการจัดกิจกรรมต่าง ๆ ให้ผู้สูงอายุมากขึ้น

นอกจากนั้น ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มร้อยละร้อย กล่าวว่า ทั้งสามภาคส่วน (บวร) ต่างมีกิจกรรมที่ทำให้ผู้สูงอายุตามที่กล่าวมาแล้วข้างต้น ดังนั้นเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดอย่างแท้จริง จึงควรมีการผนึกกำลังร่วมกันคิด ร่วมวางแผน ร่วมปฏิบัติ และร่วมประเมินผลที่ได้

“กิจกรรมบางอย่าง เช่น การไปเยี่ยมบ้าน น่าจะจัดโครงการไปพร้อมกัน ทั้ง อบต. หน่วยงานพระ อาจผลัดกันเป็นเจ้าภาพ แต่ต้องแจ้งล่วงหน้าเพื่อเตรียมการจัดเวลาว่าง”

“ให้ทั้ง 3 ประสาน ร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมทำ ร่วมประเมิน และร่วมพัฒนา”

“ควรเขียนแผนร่วมกัน มีปฏิทินการทำงานร่วมกัน”

“ทุกคนมีเป้าหมายเดียวกัน แต่อาจเดินคนละทาง แต่ก็ดีใจที่มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรีได้เข้ามาพูดคุย อยากให้ทางมหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรีรวบรวมข้อมูลว่าแท้จริงแล้วผู้สูงอายุต้องการอะไร และในแบบสอบถามควรจะมี คือ คำถามเกี่ยวกับผู้ดูแล”

“ภูมิสังคมที่นี่เหมาะสมกับการใช้หลัก 3 ประสาน คือ บ้าน วัด โรงเรียน อยู่แล้ว”

ประเด็นที่ 5 คำถาม “ข้อเสนอแนะในการจัดกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างคุณภาพชีวิตให้ผู้สูงอายุ”

ผลการสนทนากลุ่ม ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มได้ให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ ดังนี้

ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม ส่วนใหญ่ (มากกว่าร้อยละ 80) กล่าวว่า ควรจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ทั้งในภาควิชาการและภาคปฏิบัติ และให้สามารถนำไปปฏิบัติได้จริงอย่างต่อเนื่อง

ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม 3 – 4 คน กล่าวว่า ควรจัดอบรมอาชีพเสริมเพื่อสร้างรายได้ให้ผู้สูงอายุ และจัดหาตลาดให้ด้วย ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม 2 คนกล่าวว่า ควรจัดศูนย์ดูแลผู้สูงอายุในเวลากลางวัน โดยมีค่าตอบแทนให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และมีผู้เข้าร่วมสนทนากล่าวเสริมว่า อาจจัดศูนย์ดูแลที่ศาลาประจำหมู่บ้านแต่ละหมู่บ้านก็ได้ เนื่องจากมีสถานที่อยู่แล้ว แต่มีผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม 1 – 2 คน ให้ข้อคิดเห็นว่า ผู้สูงอายุบางคนอาจไม่ต้องการเพราะเป็นห่วงบ้าน

นอกจากนั้น ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มร้อยละร้อย กล่าวว่า ควรจัดกิจกรรมที่ปลูกฝังความกตัญญูรู้คุณต่อบุพการี ปู่ ย่า ตา ยาย ทั้งนี้ควรปลูกฝังตั้งแต่ยังอยู่ในวัยเด็ก โดยผ่านทางสถาบันการศึกษา สถาบันทางศาสนา เช่น อบรมหน้าเสาธง ชั่วโมงจริยธรรม ใช้ช่องทางกิจกรรมวันสงกรานต์ วันพ่อ วันแม่ โดยจัดเป็นประจำอย่างต่อเนื่อง จริงจัง ตลอดจนใช้สื่อต่าง ๆ ในการรณรงค์ มีการให้รางวัลเยาวชน ผู้ดูแลผู้สูงอายุ เป็นต้น

ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม 4 – 5 คน กล่าวว่า ควรมีโครงการหรือกิจกรรมถ่ายทอดภูมิ-ปัญญาของผู้สูงอายุ เพื่อให้เห็นคุณค่าของผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุเกิดความภาคภูมิใจในการเป็นผู้ให้ประโยชน์แก่ชุมชน

สุดท้าย ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มร้อยละร้อย กล่าวว่า ควรมีการสำรวจข้อมูลพื้นฐานและความต้องการที่แท้จริงของผู้สูงอายุ ว่าต้องการให้มีกิจกรรมอะไรบ้าง เพราะการจัดกิจกรรมอะไรก็ตามต้องตรงกับปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ จึงจะเกิดประโยชน์อย่างแท้จริง

“ช่วยกันคิด กิจกรรมเดิมให้คงไว้ และคิดว่าจะมีกิจกรรมอะไรเพิ่ม”

“ควรป้องกัน ส่งเสริมรักษาสุขภาพ มากกว่าการรักษาโรค”

“ควรจัดให้ความรู้ทางวิชาการด้วย เพื่อนำไปใช้ได้จริง บางกิจกรรมสอนให้ออกกำลังกาย พอหมดงบประมาณก็เลิก”

“จัด nursery หรือศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ เวลากลางวันได้ไหม อาจของบสนับสนุนหรือการทำกิจกรรมจากผู้สูงอายุที่ปลดเกษียณมีเงินบำนาญ”

“สถานที่จัดศูนย์ดูแลผู้สูงอายุเวลากลางวัน อาจใช้ที่ศาลาหมู่บ้าน เพราะไม่ต้องเดินทางลำบาก”

“ไม่แน่ใจว่า ผู้สูงอายุต้องการศูนย์ดูแลหรือไม่ เพราะเขาห่วงบ้าน”

“อยากให้มีศูนย์ดูแล อบรมอาชีพเสริมให้ผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีรายได้เสริม แต่ต้องดูทางการตลาดด้วย”

“อยากรู้จริง ๆ ว่าผู้สูงอายุต้องการอะไร”

“อยากให้ราชภัฏเพชรบุรี เข้ามาทำแบบสอบถามให้ว่าผู้สูงอายุต้องการอะไร โดยต้องปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรม”

“ศาสนาสำหรับนักเรียน อาตมาเข้าไปสอน แต่เวลามันน้อยไปหน่อย เวลาไปสอนอาจารย์ในโรงเรียนต้องเข้ามาดูด้วย ส่วนผู้สูงอายุอยากเสนอว่าอยากให้ไปสอบถามทุกครอบครัว โดยลงไปหาปัญหาว่าต้องการอะไร ถึงจะตรงจุด”

“ให้สอบถามตรง ๆ ว่า ครอบครัวต้องการอะไร ไปถึงบ้านเขาเอง เขาจะตอบปัญหาให้ จึงจะตรงจุด”

“เราให้เขา เขาอาจไม่ต้องการ เขาอาจต้องการมนุษยสัมพันธ์มากกว่า”

“การให้ความสำคัญของผู้สูงอายุในเรื่องคลังสมอง ภูมิปัญญาท้องถิ่น มีหลายแขนงวิชาที่ต้องพึ่งพาผู้สูงอายุเข้ามาเผยแพร่ ทำให้ผู้สูงอายุมีความสำคัญในสายตาของคนรุ่นหลัง โรงเรียนวังตะโก อยู่ในชุมชนไทยทรงดำ ทางโรงเรียนเสนอของบประมาณและการสร้างนวัตกรรมสื่อการเรียนรู้ ภูมิปัญญาท้องถิ่น ผู้อาวุโสท้องถิ่นเข้ามาใช้ในการเรียนการสอน สิ่งเหล่านี้จะทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขที่ได้รับการยกย่องในสังคม”

“ทางโรงเรียนพยายามทำกิจกรรมเรื่องการไหว้ การกราบ กิจกรรมวันแม่ แต่กิจกรรมที่จัดจะตรงกับความต้องการหรือไม่ จึงอยากให้มีการทำแบบสอบถามโดยปัจจุบันเราเข้าไปนึกเอาเองว่าเขาอยากได้สิ่งนั้นสิ่งนี้ แต่จริง ๆ แล้วเขาอยากได้อะไร”

“การทำกิจกรรมต่าง ๆ ต้องเข้ามาดูแล และทำกิจกรรมให้เกิดประโยชน์มากที่สุด”

นอกจากนั้น ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม 1 คน กล่าวว่า ต้องการให้มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรีเข้ามาช่วยซ่อมแซมบ้านผู้สูงอายุ เช่น หลังคาบ้าน ฝาบ้าน ฯลฯ หรือช่วยดูแลสิ่งแวดล้อมรอบบ้านของผู้สูงอายุเท่าที่ทำได้ แต่มีผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มกล่าวว่า อาจมีปัญหาเรื่องงบประมาณของสถาบันทางการศึกษา

โดยสรุป ที่สนทนากลุ่มขอให้สำรวจความต้องการของผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อนำผลที่ได้มาใช้ในการจัดกิจกรรมให้ผู้สูงอายุ สำหรับแนวทางในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจะร่วมกันประชุมในครั้งต่อไป โดยให้ส่วนที่เกี่ยวข้องร่างเป็นแนวทางมาก่อน

ขั้นที่ 3 พัฒนาความรู้ กำหนดแนวทางการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

ในการพัฒนาความรู้ กำหนดแนวทางการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ได้ใช้การประชุมเพื่อนำเสนอผลการสำรวจความต้องการของผู้สูงอายุในชุมชนและเสนอแนวทางการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของ 3 ประสาน คือ บ้าน วัด โรงเรียน และทดลองปฏิบัติตามกิจกรรม

ในการประชุมครั้งนี้ ผู้เข้าร่วมประชุมในทั้ง 2 พื้นที่ ดังนี้

ตำบลโพไร่หวาน ผู้เข้าร่วมประชุมประกอบด้วย นายก อบต. รองนายก อบต. ปลัด อบต. หัวหน้าสถานีอนามัย ผู้อำนวยการโรงเรียนวัดเพรียง ผู้อำนวยการโรงเรียนบ้าน

บ่อหวาย นักพัฒนาชุมชน เจ้าหน้าที่พัฒนาชุมชน หัวหน้า อสม. ส.อบต.หมู่ 5 สมาชิก อบต. ผู้ใหญ่บ้าน และประธานชมรมผู้สูงอายุ รวมจำนวน 12 คน ทั้งนี้เจ้าอาวาสวัดเพรียงติดนิมนต์จากญาติโยม นอกจากนั้นมีคณะผู้วิจัย 3 คน นักศึกษา 2 คน รวมผู้เข้าประชุมฯ 17 คน

เทศบาลตำบลหัวสะพาน ผู้เข้าร่วมประชุมประกอบด้วย รองเจ้าอาวาสวัดเขมาภิรัติการาม นายกเทศมนตรี รองนายกเทศมนตรี ประธานสภาเทศบาล และประธานชมรมผู้สูงอายุ ปลัดเทศบาล ผู้อำนวยการโรงเรียนวัดเขมาภิรัติการาม ผู้อำนวยการโรงเรียนวังตะโกสาธารณสุขเทศบาล พัฒนาการ พัฒนาการ อสม. ผู้ใหญ่บ้านหมู่ 10 ประธานกลุ่มเกษตรกรและสมาชิกสภาเทศบาล รวม 13 คน นอกจากนั้นมีคณะผู้วิจัย 3 คน นักศึกษา 2 คน รวมผู้เข้าประชุมฯ 18 คน

เริ่มประชุมฯ โดยหัวหน้าคณะผู้วิจัยได้เสนอผลสรุปการสำรวจสภาพปัญหาความต้องการ และการเตรียมตัวเข้าสู่วัยผู้สูงอายุของผู้สูงอายุ โดยใช้การสัมภาษณ์ ซึ่งสอดคล้องกับผลจากการสนทนากลุ่ม

จากนั้นผู้วิจัยและนักวิจัยในพื้นที่ได้เสนอแนวทางการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จำนวน 55 กิจกรรม ที่สังเคราะห์จากผลสรุปการวิจัยเชิงปริมาณ (ขั้นที่ 1) การสนทนากลุ่ม การทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และมาตรฐานการจัดบริการเพื่อสงเคราะห์ผู้สูงอายุของกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย

ผลการประชุมฯ ผู้เข้าร่วมประชุมฯ ในทั้ง 2 พื้นที่ ได้ร่วมกันพิจารณางานกิจกรรมต่าง ๆ ทั้ง 55 กิจกรรม ศึกษาความเป็นไปได้ของกิจกรรมดังกล่าว ตลอดจนพิจารณาว่าฝ่ายใดเป็นหลักในการดำเนินงาน กล่าวคือ สถาบันการปกครองหรือแกนนำ (บ้าน) สถาบันศาสนาหรือแกนนำ (วัด) และ/หรือ สถาบันการศึกษาหรือแกนนำ (โรงเรียน) ทั้งนี้กิจกรรมบางอย่างอาจดำเนินงานโดย 2 ประสาน บางกิจกรรมอาจดำเนินงานทั้ง 3 ประสาน (บ้าน วัด โรงเรียน) ก็ได้ หรืออาจไปบูรณาการร่วมกับหน่วยงาน/ฝ่ายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง

ในที่สุด ที่ประชุมฯ ได้ร่วมกันพิจารณากิจกรรมหลักที่มีความเป็นไปได้ มีการยุบรวมกิจกรรมบางอย่างเข้าด้วยกันเป็นกิจกรรมเดียวกันหรือโครงการเดียวกัน ได้รวม 43 งาน/กิจกรรม และเนื่องจากทาง อบต./เทศบาล จะเป็นฝ่ายประสานงานและ/หรือสนับสนุนงบประมาณในการจัดกิจกรรม เพราะมีความพร้อมในเรื่องทรัพยากรและทุนทางสังคม ที่ประชุมจึงได้เสนอให้จัดกิจกรรมต่าง ๆ เข้าตามกรอบมาตรฐานการสงเคราะห์ผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งมาตรฐานดังกล่าวประกอบด้วยแนวคิดพื้นฐานที่สำคัญในการคิด และวางแผนการส่งเสริมและการพัฒนาผู้สูงอายุดังนี้ 1) การเห็นคุณค่าของผู้สูงอายุ 2) เป็นภารกิจขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และ 3) สร้างค่านิยมการอยู่ร่วมกันกับผู้สูงอายุ โดยกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น ได้

เสนอหลักการทำงาน แนวทางการวางนโยบาย และวางแผนสงเคราะห์ผู้สูงอายุโดยให้ยึดหลักการ 4 ประการ กล่าวคือ 1) ยึดหลักการมีส่วนร่วม 2) ยึดหลักประสานกับส่วนราชการและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 3) ยึดหลักการศึกษาข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลด้านผู้สูงอายุ และ 4) ยึดหลักการเตรียมกลไกการทำงานด้านผู้สูงอายุ ผลการประชุมปฏิบัติการปรากฏงาน/กิจกรรม ดังตารางที่ 34 ทั้งนี้ งาน/กิจกรรมบางอย่างมีการปฏิบัติอยู่แล้วในทั้งสองพื้นที่ เช่น บริการตรวจสุขภาพ จ่ายเบี้ยยังชีพ ชมรมผู้สูงอายุ งาน/กิจกรรมบางอย่างยังไม่มีในทั้งสองพื้นที่ เช่น ศูนย์เอนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุ สัปดาห์ผู้สูงอายุ งาน/กิจกรรมบางอย่างมีเฉพาะในบางพื้นที่ เช่น กองทุนส่งเสริมสวัสดิการผู้สูงอายุ เป็นต้น อย่างไรก็ตามที่ประชุมฯ ได้เสนอให้ใส่ไว้เป็นแนวทางการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตเพื่อนำไปปฏิบัติในอนาคตเมื่อมีความพร้อม

ตารางที่ 34 แนวทางการจัดกิจกรรมเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของ บ ว ร (บ้าน วัด โรงเรียน)

มาตรฐาน/แนวทางการจัดกิจกรรมเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ	การมีส่วนร่วม		
	บ้าน	วัด	โรงเรียน
1. มาตรฐานด้านสุขภาพและการรักษาพยาบาล			
1.1 บริการตรวจสุขภาพประจำทุกเดือนที่สถานีอนามัย (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล)	✓		
1.2 จัดอบรม/ให้ความรู้เรื่องสุขภาพและโรคภัยไข้เจ็บให้ผู้สูงอายุนำมาปฏิบัติได้อย่างถูกต้องอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	✓	✓	✓
1.3 รณรงค์/จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย/กีฬาที่เหมาะสมกับวัย	✓	✓	✓
1.4 จัดกิจกรรมเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	✓	✓	✓
1.5 จัดสวนสุขภาพและสนามกีฬาสำหรับการออกกำลังกาย และการพักผ่อนที่เหมาะสมและปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ	✓		

ตารางที่ 34 (ต่อ)

มาตรฐาน/แนวทางการจัดกิจกรรมเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ	การมีส่วนร่วม		
	บ้าน	วัด	โรงเรียน
2. มาตรฐานด้านรายได้			
2.1 จ่ายเบี้ยยังชีพแก่ผู้สูงอายุ	✓		
2.2 จัดหา/ส่งเสริมอาชีพที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุโดยให้ทุนประกอบอาชีพ หรือสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ในการประกอบอาชีพที่เหมาะสม	✓	✓	✓
2.3 ส่งเสริมการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุเพื่อประกอบอาชีพหารายได้และหาแหล่งตลาดจำหน่ายสินค้าที่ผู้สูงอายุผลิตขึ้น	✓		✓
2.4 จัดตั้งกองทุนส่งเสริมสวัสดิการผู้สูงอายุในชุมชน (ส่งเสริมการออม)	✓		✓
2.5 จัดสวัสดิการด้านรายได้แก่ผู้สูงอายุและไม่มีแหล่งพึ่งพิงที่เพียงพอโดยประสานกับพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด	✓	✓	
3. มาตรฐานด้านที่พักอาศัย			
3.1 สนับสนุนอาหาร เครื่องนุ่งห่ม เครื่องนอน และที่พักอาศัยให้ผู้สูงอายุที่ยากไร้ ตามความจำเป็น โดยหน่วยงาน/ชุมชน หรือประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	✓		
3.2 ซ่อมแซมที่อยู่อาศัยให้ผู้สูงอายุที่ยากไร้ตามความจำเป็น	✓		✓
3.3 เจ้าหน้าที่หรือหน่วยงานให้คำแนะนำหรือให้ความรู้ผู้สูงอายุ/ลูกหลาน ในการดำเนินการปรับปรุงที่พักอาศัยให้ถูกสุขลักษณะ	✓		✓
3.4 ช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ยากไร้หรือผู้สูงอายุที่ประสบภัยต่าง ๆ โดยใช้งบประมาณของ อปท.	✓		
3.5 จัดให้มีบริการครอบครัวอุปการะผู้สูงอายุแก่ผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวหรือไร้ที่พึ่ง	✓	✓	✓
4. มาตรฐานด้านนันทนาการ			
4.1 จัดให้มีกิจกรรมประเพณีในเทศกาลวันสำคัญอย่างต่อเนื่อง เช่น จัดงานรดน้ำดำหัว ขอพรผู้สูงอายุในวันสงกรานต์	✓	✓	✓

ตารางที่ 34 (ต่อ)

มาตรฐาน/แนวทางการจัดกิจกรรมเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ	การมีส่วนร่วม		
	บ้าน	วัด	โรงเรียน
4.2 จัดงานวันกตัญญู ส่งเสริมค่านิยม ระลึกถึงบุญคุณของพ่อแม่ ได้แก่ วันพ่อ วันแม่ ฯลฯ	✓	✓	✓
4.3 ส่งเสริมการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุและเครือข่าย และสนับสนุนกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุโดยสนับสนุนงบประมาณ	✓		✓
4.4 จัดกลุ่มสนใจงานอดิเรกของผู้สูงอายุ	✓		✓
4.5 จัดให้มีศูนย์บริการผู้สูงอายุ	✓	✓	✓
4.6 จัดให้มีการบริการทัศนศึกษาตามความสนใจ เช่น แหล่งท่องเที่ยวทางศาสนสถาน แหล่งท่องเที่ยวนอกสถานที่ อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	✓	✓	✓
4.7 จัดกิจกรรมนันทนาการร่วมกับเยาวชน คนในชุมชนในเทศกาลต่าง ๆ เช่น วันปีใหม่ วันครอบครัว	✓	✓	✓
5. มาตรฐานด้านความมั่นคงทางสังคม ครอบครัว ผู้ดูแล และการคุ้มครอง			
5.1 ประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติตามที่กฎหมายกำหนดได้รับการสงเคราะห์ในการจัดการศพตามประเพณี	✓		
5.2 จัดฌาปนกิจสงเคราะห์ และช่วยเหลือค่าจัดการศพตามสมควร	✓	✓	
5.3 จัดให้มีบริการด้านศาสนกิจเพื่อเสริมสร้างคุณภาพชีวิตทางจิตใจ ให้ผู้สูงอายุในเทศกาลต่าง ๆ ได้แก่ วันมาฆบูชา วันวิสาขบูชา วันอาสาฬหบูชา วันเข้าพรรษา วันพระ (ชวนผู้สูงอายุเข้าวัด ทำบุญตักบาตร ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ฟังเทศน์ ปฏิบัติธรรม เจริญสมาธิอย่างต่อเนื่อง	✓	✓	✓
5.4 จัดให้มีบริการอำนวยความสะดวกและความปลอดภัยโดยตรงแก่ผู้สูงอายุในอาคาร สถานที่ ยานพาหนะ หรือบริการสาธารณะอื่น ๆ เช่น ทางเดิน ทางเท้า ห้องน้ำ ในที่ทำการ อปท. สถานีอนามัย วัด เป็นต้น	✓	✓	

ตารางที่ 34 (ต่อ)

มาตรฐาน/แนวทางการจัดกิจกรรมเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ	การมีส่วนร่วม		
	บ้าน	วัด	โรงเรียน
5.5 จัดให้มีการส่งเสริมสมาชิกในครอบครัวให้มีศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุ โดยการอบรมให้ความรู้ คำแนะนำ และข้อมูลแก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุ รวมถึงบริการต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์	✓	✓	✓
5.6 จัดให้มีการส่งเสริมค่านิยมของบุตรหลาน เช่น กิจกรรมครอบครัวศึกษา อบรมสั่งสอนให้ลูกหลานมีความกตัญญูกตเวที เคารพดูแลเอาใจใส่ โดยเฉพาะจิตใจ และใช้ชีวิตร่วมกับผู้สูงอายุ	✓	✓	✓
5.7 จัดให้มีการรณรงค์ให้คนในครอบครัวและชุมชนเห็นคุณค่าของผู้สูงอายุ เช่น จัดสัปดาห์ผู้สูงอายุ โดยมีการจัดกิจกรรมต่าง ๆ มีการเผยแพร่สื่อและเอกสารเพื่อสร้างความเข้าใจของสังคมให้เห็นคุณค่าและตระหนักถึงความสำคัญของผู้สูงอายุ	✓	✓	✓
5.8 จัดกิจกรรมส่งเสริมและเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุถ่ายทอดความรู้หรือภูมิปัญญาท้องถิ่นของผู้สูงอายุให้ลูกหลานหรือชุมชน	✓	✓	✓
5.9 สนับสนุนและส่งเสริมภูมิปัญญาของผู้สูงอายุในการผลิตสินค้าหนึ่งตำบลหนึ่งผลิตภัณฑ์ (OTOP)	✓		✓
5.10 จัดให้มีการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้อยู่กับครอบครัวอย่างมีคุณภาพและต่อเนื่องจนวาระสุดท้ายของชีวิต	✓	✓	✓
5.11 จัดประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เกี่ยวกับพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546 และสิทธิของผู้สูงอายุตามมาตรา 11	✓		✓
5.12 จัดอบรมให้ความรู้/คำแนะนำ/ปรึกษา/บริการด้านกฎหมาย เพื่อป้องกันรักษาความปลอดภัยสิทธิและสวัสดิการในการช่วยเหลือผู้สูงอายุ	✓		✓
5.13 จัดให้มีการสื่อสารข้อมูลต่าง ๆ สำหรับผู้สูงอายุ โดยผ่านทางหอกระจายข่าว/แผ่นพับอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง	✓		✓
5.14 จัดอบรม/ให้ความรู้เรื่องต่าง ๆ ตามความต้องการของผู้สูงอายุ	✓	✓	✓

ตารางที่ 34 (ต่อ)

มาตรฐาน/แนวทางการจัดกิจกรรมเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ	การมีส่วนร่วม		
	บ้าน	วัด	โรงเรียน
6. มาตรฐานด้านการสร้างบริการและเครือข่ายการเกื้อหนุน			
6.1 จัดให้มีบริการชุมชนเคลื่อนที่ไปในพื้นที่ต่าง ๆ โดย อปท.	✓		
6.2 จัดตั้งและพัฒนาบริการทางสุขภาพและสังคม เช่น บริการเยี่ยมบ้าน บริการดูแลที่บ้าน บริการสุขภาพที่บ้าน ฯลฯ	✓		✓
6.3 จัดให้มีบริการกิจกรรมอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ อสม. อผส. เพื่อนช่วยเพื่อน และอบรมให้ความรู้ ความสามารถ ในการดูแลผู้สูงอายุ	✓		✓
6.4 จัดตั้งศูนย์เอนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุ	✓		✓
6.5 จัดศูนย์ดูแลกลางวันสำหรับผู้สูงอายุ	✓		✓
6.6 สร้างเครือข่ายผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือซึ่งกันและกันในชุมชน	✓		✓
6.7 จัดระบบเฝ้าระวัง เกื้อกูล และดูแลผู้สูงอายุในชุมชน	✓	✓	✓

อนึ่ง ในการจัดทำแนวทางการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุนั้น กิจกรรมหนึ่งที่จำเป็นต้องมีเพื่อพัฒนางานผู้สูงอายุของ อบต. และเทศบาล ต่อไปในอนาคต คือ การสำรวจข้อมูลผู้สูงอายุในพื้นที่ ด้วยเหตุนี้เองกิจกรรมที่คณะผู้วิจัยร่วมกับบุคลากรในพื้นที่ทั้ง 2 แห่ง คือ การสำรวจผู้สูงอายุตามแบบสำรวจ โดยสัมภาษณ์กับผู้สูงอายุทุกคนในพื้นที่ เพื่อจัดเป็นฐานข้อมูลผู้สูงอายุ ซึ่งตรงกับความต้องการจากการสนทนากลุ่ม โดยสรุปกิจกรรมที่ทั้งสองพื้นที่เลือกในการปฏิบัติตามโครงการวิจัยนี้ มีดังนี้

ตำบลโพไร่หวาน ได้จัดกิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสำรวจข้อมูลผู้สูงอายุทุกคนในตำบลโพไร่หวาน เพื่อจัดเป็นฐานข้อมูลผู้สูงอายุ

กิจกรรมที่ 2 การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพกายและจิตของผู้สูงอายุตำบลโพไร่หวาน โดยจัด 2 ครั้ง

กิจกรรมที่ 3 จัดกิจกรรมส่งเสริมลูกหลานให้มีความกตัญญูกตเวทีต่อบิดามารดา ปู่ ย่า ตา ยาย

เทศบาลตำบลหัวสะพาน ได้จัดกิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสำรวจข้อมูลผู้สูงอายุทุกคนในเทศบาลตำบลหัวสะพาน เพื่อจัดเป็นฐานข้อมูลผู้สูงอายุ

กิจกรรมที่ 2 การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพกายของผู้สูงอายุเทศบาลตำบลหัวสะพาน

กิจกรรมที่ 3 การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ เทศบาลตำบลหัวสะพาน

ในการสำรวจข้อมูลผู้สูงอายุทุกคนของทั้งสองพื้นที่ คณะผู้วิจัยได้มีการสำรวจเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลด้านผู้สูงอายุ ทำให้รู้จำนวน โครงสร้างผู้สูงอายุของชุมชน รู้ศักยภาพของผู้สูงอายุ ทั้งที่พึ่งตนเองได้และพึ่งตนเองไม่ได้ รวมทั้งจัดกลุ่มสภาพปัญหาที่พบในผู้สูงอายุ ได้แก่ ปัญหาด้านสุขภาพ ปัญหาด้านรายได้ ปัญหาด้านครอบครัว ฯลฯ โดยจัดไว้เป็นฐานข้อมูลผู้สูงอายุ เพื่อใช้ในการวางแผนการตัดสินใจ จัดบริการด้านการสงเคราะห์ผู้สูงอายุอย่างมีประสิทธิภาพ การรวบรวมและจัดเก็บข้อมูลทะเบียนประวัติผู้สูงอายุเบื้องต้น ทำให้สามารถเรียกใช้ข้อมูลได้อย่างรวดเร็ว สะดวก และง่ายต่อการสืบค้น ทั้งนี้คณะผู้วิจัยได้ใช้แบบสัมภาษณ์ผู้สูงอายุตามเอกสารมาตรฐานการสงเคราะห์ผู้สูงอายุของกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย ซึ่งประกอบด้วย 1) ชื่อ – นามสกุล อายุ เพศ 2) สถานภาพการสมรส จำนวนบุตร รายชื่อบุตร 3) ระดับการศึกษา ความสามารถพิเศษ 4) รายได้ของผู้สูงอายุแต่ละบุคคล 5) โรคประจำตัว สภาพปัญหาที่พบในผู้สูงอายุ ข้อมูลการได้รับบริการจากรัฐและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และข้อมูลความต้องการสวัสดิการต่าง ๆ จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังกล่าว อบต. และเทศบาลตำบล สามารถนำปัญหาที่พบมาจัดลำดับความสำคัญเพื่อวางแผนการให้บริการและสงเคราะห์ผู้สูงอายุตามมาตรฐานตัวชี้วัด ว่าควรจะทำภารกิจตามมาตรฐานตัวชี้วัดใดก่อนหลัง การสำรวจข้อมูลดังกล่าวข้างต้นเป็นการประสานงานร่วมกันระหว่างสถาบันการปกครอง (บ้าน) และสถาบันการศึกษา (โรงเรียน) โดยคณะผู้สำรวจในพื้นที่ตำบลโพไร่หวาน คือ อสม. และ อผส. ในพื้นที่ คณะผู้สำรวจในพื้นที่เทศบาลตำบลหัวสะพาน คือ อสม. และ อผส. และนักศึกษาจากมหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี ใช้ระยะเวลาในการสำรวจ 1 เดือน โดยการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุทุกคนในทั้งสองพื้นที่ ปรากฏผลดังนี้

ตำบลโพไร่หวาน

กิจกรรมที่ 1 การจัดทำฐานข้อมูลผู้สูงอายุในตำบลโพไร่หวาน เป็นการประสานความร่วมมือระหว่างสถาบันการปกครอง (บ้าน) คือ อสม. อผส. อบต. และสถาบันการศึกษา (โรงเรียน) คือ คณาจารย์จากมหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี

ผลการสำรวจข้อมูลผู้สูงอายุทุกคนในตำบลโพไร่หวาน เพื่อจัดทำฐานข้อมูลผู้สูงอายุ ได้นำเสนอ 7 ตอน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลเกี่ยวกับผู้สูงอายุในตำบลโพไร่หวาน

ผลการสำรวจผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ในเขตตำบลโพไร่หวาน จำนวน 7 หมู่บ้าน พบว่า หมู่ 4 มีผู้สูงอายุร้อยละ 21.21 (84 คน) รองลงมา คือ หมู่ 2 มีผู้สูงอายุร้อยละ 18.18 (72 คน) หมู่ 5 ร้อยละ 17.93 (71 คน) หมู่ 1 ร้อยละ 16.42 (65 คน) ส่วนหมู่บ้านที่มีผู้สูงอายุน้อยที่สุด คือ ร้อยละ 2.02 (8 คน) ได้แก่ หมู่ 7 รวมจำนวนผู้สูงอายุในการสำรวจเท่ากับ 396 คน (ตารางที่ 35)

ตารางที่ 35 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุตำบลโพไร่หวาน จำแนกตามหมู่บ้าน

หมู่	จำนวน	ร้อยละ
หมู่ 1 บ้านปลายนา	65	16.42
หมู่ 2 บ้านทุ่งลม	72	18.18
หมู่ 3 บ้านใหม่	44	11.11
หมู่ 4 บ้านเพรียง	84	21.21
หมู่ 5 บ้านเพรียง	71	17.93
หมู่ 6 บ้านบ่อหวาย	52	13.13
หมู่ 7 บ้านตะโกงาม	8	2.02
รวม	396	100.00

ตอนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุตำบลโพไร่หวาน

ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุตำบลโพไร่หวาน ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา จำนวนบุตร ประสบการณ์การทำงาน อาชีพปัจจุบัน รายได้ต่อเดือน แหล่งรายได้ และลักษณะที่อยู่อาศัย (ตารางที่ 36) มีดังนี้

เพศ

ผู้สูงอายุร้อยละ 58.84 เป็นเพศหญิง และร้อยละ 41.16 เป็นเพศชาย แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุในปัจจุบันยังคงมีสัดส่วนของเพศหญิงสูงกว่าเพศชาย

อายุ

ผู้สูงอายุในเขตตำบลโพไร่หวาน ส่วนใหญ่ร้อยละ 29.55 คือ ผู้มีอายุระหว่าง 60 – 64 ปี ร้อยละ 18.43 มีอายุระหว่าง 70 – 74 ปี และร้อยละ 17.93 มีอายุระหว่าง 65 – 69 ปี เมื่อจำแนกตามผู้สูงอายุวัยต้น (60 – 69 ปี) ผู้สูงอายุวัยกลาง (70 – 79 ปี) และผู้สูงอายุวัยปลาย (80 ปีขึ้นไป) พบว่าร้อยละ 47.48 เป็นกลุ่มผู้สูงอายุวัยต้น (60 – 69 ปี) ร้อยละ 33.83 เป็นผู้สูงอายุวัยกลาง (70 – 79 ปี) และร้อยละ 16.17 เป็นกลุ่มผู้สูงอายุวัยปลาย (80 ปีขึ้นไป) ตามลำดับ ทั้งนี้ร้อยละ 1.77 เป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุ 90 ปีขึ้นไป อายุเฉลี่ยของผู้สูงอายุในตำบลโพไร่หวาน เท่ากับ 71.52 ปี โดยมีอายุสูงสุดเท่ากับ 98 ปี อายุต่ำสุดเท่ากับ 60 ปี

สถานภาพสมรส

ผู้สูงอายุในตำบลโพไร่หวาน ส่วนใหญ่ร้อยละ 56.82 คือผู้ที่แต่งงานแล้ว รองลงมาร้อยละ 32.57 คือผู้เป็นหม้าย และหย่าร้าง และร้อยละ 10.61 คือผู้อยู่เป็นโสด

การศึกษา

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 91.61 คือผู้ที่ได้เรียนในโรงเรียน และร้อยละ 7.83 ไม่เคยได้เรียน

ผลการศึกษาระดับการศึกษาของผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 69.95 มีการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4

จำนวนบุตร

ผู้สูงอายุในตำบลโพไร่หวาน ที่แต่งงานแล้วส่วนใหญ่ร้อยละ 49.72 เป็นผู้ที่มีบุตร จำนวน 2 – 3 คน รองลงมาร้อยละ 19.77 คือผู้ที่มีบุตรจำนวน 4 – 5 คน ประมาณร้อยละ 11 คือผู้มีบุตร 1 คน และผู้มีบุตรตั้งแต่ 6 คนขึ้นไป ทั้งนี้ผู้ไม่มีบุตรเท่ากับร้อยละ 4.24 จำนวนบุตรเฉลี่ยเท่ากับ 3.06 คน โดยมีจำนวนบุตรสูงสุดเท่ากับ 13 คน

ประสบการณ์ทำงาน

ผู้สูงอายุร้อยละ 62.37 ตอบว่า เคยมีประสบการณ์การทำงานในอดีต

อาชีพปัจจุบัน

ผู้สูงอายุในตำบลโพไร่หวาน ที่ยังทำงานอยู่ในปัจจุบันมีจำนวน 106 คน คิดเป็นร้อยละ 26.77 ส่วนใหญ่ร้อยละ 31.13 คือประกอบอาชีพรับจ้าง รองลงมาร้อยละ 29.25 ประกอบอาชีพค้าขาย ร้อยละ 10.38 ประกอบอาชีพทำนาและทำใบจากในสัดส่วนเท่ากัน

รายได้ต่อเดือน

ปัจจุบันผู้สูงอายุในตำบลโพไร่หวาน ร้อยละ 50.51 คือผู้ไม่มีรายได้ แต่ได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ร้อยละ 49.49 คือผู้ที่มีรายได้ของตนเอง ในกลุ่มผู้มีรายได้นั้นร้อยละ 32.65 คือผู้มี

รายได้ตั้งแต่ 5,000 บาทขึ้นไป รองลงมาร้อยละ 17.86 คือผู้มีรายได้ระหว่าง 1,001 – 2,000 บาท ร้อยละ 14.28 มีรายได้ระหว่าง 2,001 – 3,000 บาท ผู้สูงอายุตำบลโพไร่หวานมีรายได้เฉลี่ยเท่ากับ 3,491.89 บาท โดยมีรายได้สูงสุดเท่ากับ 60,000 บาทต่อเดือน

แหล่งรายได้

แหล่งรายได้ของผู้สูงอายุในตำบลโพไร่หวาน ส่วนใหญ่ร้อยละ 43.37 ได้มาจากการทำงานด้วยตนเอง และจากรับเบี้ยยังชีพ รองลงมาร้อยละ 19.90 รับเงินบำนาญ และร้อยละ 18.88 จากการที่บุตรส่งเสียเลี้ยงดูและจากรับเบี้ยยังชีพ

ลักษณะที่อยู่อาศัย

ผู้สูงอายุในตำบลโพไร่หวาน ส่วนใหญ่ร้อยละ 78.28 เป็นผู้มีที่อยู่อาศัยเป็นของตนเอง รองลงมาร้อยละ 13.13 อาศัยอยู่กับบุตร ร้อยละ 5.81 อาศัยอยู่กับญาติพี่น้อง ส่วนผู้สูงอายุที่ไม่มีที่อาศัยเป็นของตนเองโดยเช่าบ้านอยู่เท่ากับร้อยละ 1.52

ตารางที่ 36 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุตำบลโพไร่หวาน จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา จำนวนบุตร ประสบการณ์การทำงาน อาชีพปัจจุบัน รายได้ต่อเดือน แหล่งรายได้ และลักษณะที่อยู่อาศัย

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	163	41.16
หญิง	233	58.84
รวม	396	100.00
อายุ (ปี)		
60 – 64 ปี	117	29.55
65 – 69 ปี	71	17.93
70 – 74 ปี	73	18.43
75 – 79 ปี	61	15.40
80 – 84 ปี	34	8.59
85 – 89 ปี	23	5.81
90 ปีขึ้นไป	7	1.77
ไม่ตอบ/ไม่ทราบ	10	2.52
รวม	396	100.00

ตารางที่ 36 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อายุเฉลี่ยเท่ากับ 71.52 ปี	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 8.37 ปี	
อายุต่ำสุดเท่ากับ 60 ปี	อายุสูงสุดเท่ากับ 98 ปี	
สถานภาพสมรส		
โสด	42	10.61
แต่งงาน	225	56.82
หย่าร้าง, หม้าย	129	32.57
รวม	396	100.00
การศึกษา		
ไม่ได้เรียน (0 ปี)	31	7.83
ไม่จบชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 (1 – 3 ปี)	10	2.51
จบชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 (4 ปี)	277	65.95
จบชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 หรือ 7 (6 หรือ 7 ปี)	6	1.52
จบชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 (10 ปี)	15	3.79
จบชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 (13 ปี)	16	4.04
จบชั้นอาชีวศึกษา (12 ปี)	2	0.51
จบปริญญาตรี (16 ปี)	30	7.58
จบปริญญาโท	5	1.26
ไม่ตอบ/ไม่ทราบ	4	1.01
รวม	396	100.00
จำนวนบุตร (คน)		
ไม่มีบุตร	15	4.24
1 คน	42	11.86
2 – 3 คน	176	49.72
4 – 5 คน	70	19.77
6 คน ขึ้นไป	39	11.02
ไม่ตอบ	12	3.39
รวม	354	100.00

ตารางที่ 36 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนบุตรเฉลี่ยเท่ากับ 3.06 คน	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.84 คน	
จำนวนบุตรต่ำสุดเท่ากับ 0 คน	จำนวนบุตรสูงสุดเท่ากับ 13 คน	
ประสบการณ์การทำงาน		
ไม่มี	26	6.57
มี	247	62.37
ไม่ตอบ	123	31.06
รวม	396	100.00
อาชีพปัจจุบัน		
ทำนา	11	10.38
รับจ้าง	33	33.13
ค้าขาย	31	29.25
เลี้ยงสัตว์	4	3.77
ทำใบจาก	11	10.38
รับจ้างและทำนา	2	1.89
ทำนาและทำใบจาก	1	0.94
อื่น ๆ	13	12.26
รวม	106	100.00
รายได้		
ไม่มีรายได้	200	50.51
มีรายได้	196	49.49
รวม	396	100.00
จำนวนรายได้ต่อเดือน		
ไม่เกิน 1,000 บาท	15	7.65
1,001 - 2,000 บาท	35	17.86
2,001 - 3,000 บาท	28	14.28
3,001 - 4,000 บาท	13	6.63

ตารางที่ 36 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
4,001 - 5,000 บาท	17	8.67
ตั้งแต่ 5,000 บาทขึ้นไป	64	32.65
ไม่แน่นอน	12	6.12
รวม	196	100.00
รายได้เฉลี่ยเท่ากับ 3,491.89 บาท	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 7,230.66 บาท	
รายได้ต่ำสุดเท่ากับ 500 บาท	รายได้สูงสุดเท่ากับ 60,000 บาท	
แหล่งรายได้		
ทำงานเองและเบี้ยยังชีพ	85	43.37
เงินบำนาญ	39	19.90
บุตรและเบี้ยยังชีพ	37	18.88
ทำงานเอง	12	6.12
ค่าเช่าทรัพย์สินและเบี้ยยังชีพ	12	6.12
บุตร	3	1.53
เงินบำนาญและทำงานเอง	3	1.53
อื่น ๆ	5	2.55
รวม	196	100.00
ลักษณะที่อยู่อาศัย		
ไม่มีที่อยู่อาศัย	6	1.52
มีที่อยู่อาศัยเป็นของตนเอง	310	78.28
อาศัยอยู่กับบุตร	52	13.13
อาศัยอยู่กับญาติพี่น้อง	23	5.81
อื่น ๆ	5	1.26
รวม	396	100.00

ตอนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะการอุปการะดูแล สุขภาพ และโรคประจำตัว ของผู้สูงอายุตำบลโพไร่หวาน

ข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะการอุปการะดูแล สุขภาพ และโรคประจำตัวของผู้สูงอายุตำบลโพไร่หวาน มีดังนี้ (ตารางที่ 37 – ตารางที่ 39)

สถานภาพการอุปการะดูแลในปัจจุบัน

ผู้สูงอายุในตำบลโพไร่หวาน ร้อยละ 85.86 มีผู้อุปการะดูแลในปัจจุบัน มีเพียงร้อยละ 14.14 ไม่มีผู้อุปการะดูแล โดยส่วนใหญ่ระบุว่า ดูแลตนเองได้ ยังช่วยเหลือตนเองได้ มีสุขภาพแข็งแรง เป็นต้น (ตารางที่ 37)

ผู้อุปการะดูแลปัจจุบัน

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ร้อยละ 71.47 อาศัยอยู่กับบุตร โดยบุตรเป็นผู้อุปการะดูแล ร้อยละ 9.70 สามีหรือภรรยาเป็นผู้ดูแลซึ่งกันและกัน ร้อยละ 6.47 มีหลานเป็นผู้ดูแล และร้อยละ 6.18 มีญาติเป็นผู้ดูแล ซึ่งได้แก่ พี่ชาย น้องชาย พี่สาว น้องสาว เป็นต้น (ตารางที่ 37)

การตรวจสุขภาพประจำปี

การตรวจสุขภาพประจำปีของผู้สูงอายุ พบว่า ร้อยละ 68.94 มีการตรวจสุขภาพประจำปี ซึ่งส่วนใหญ่ ได้แก่ ข้าราชการบำนาญ ร้อยละ 31.06 ไม่มีการตรวจสุขภาพประจำปี (ตารางที่ 38)

ลักษณะสุขภาพในปัจจุบัน

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ร้อยละ 38.89 ประเมินตนเองว่ามีสุขภาพแข็งแรงดี ร้อยละ 32.07 ระบุว่า ไม่ค่อยแข็งแรงหรือเจ็บป่วยเล็กน้อย และร้อยละ 29.04 ระบุว่ามีโรคประจำตัว (ตารางที่ 39)

โรคประจำตัวของผู้สูงอายุ

ผลการศึกษาโรคประจำตัว 3 อันดับแรกของผู้สูงอายุ มีดังนี้ ร้อยละ 30.17 เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 19.66 เป็นโรคเบาหวาน และร้อยละ 14.24 เป็นโรคปวดเมื่อยตามตัว ขา เข่า หลัง และกระดูก ตามลำดับ (ตารางที่ 39)

ตารางที่ 37 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุตำบลโพไร่หวาน จำแนกตามลักษณะการอุปการะดูแล

ลักษณะการอุปการะดูแล	จำนวน	ร้อยละ
สถานภาพการอุปการะดูแลปัจจุบัน		
ไม่มีผู้อุปการะดูแล	56	14.14
มีผู้อุปการะดูแล	340	85.86
รวม	396	100.00
ผู้อุปการะดูแลปัจจุบัน		
ครอบครัวของตนเอง	15	4.41
สามี/ภรรยา	33	9.70
บุตร	243	71.47
หลาน	22	6.47
บุตรและหลาน	4	1.18
ญาติ	21	6.18
เขย/สะใภ้	2	0.59
รวม	340	100.00

ตารางที่ 38 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุตำบลโพไร่หวาน จำแนกตามการตรวจสุขภาพประจำปี

การตรวจสุขภาพประจำปี	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีการตรวจ	123	31.06
มีการตรวจ	273	68.94
รวม	396	100.00

ตารางที่ 39 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุตำบลโพไร่หวาน จำแนกตามสุขภาพ และโรคประจำตัว

ลักษณะสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
สุขภาพของท่าน		
แข็งแรงดี	154	38.89
ไม่ค่อยแข็งแรง/เจ็บป่วยเล็กน้อย	127	32.07
มีโรคประจำตัว	115	29.04
รวม	396	100.00
โรคประจำตัวของผู้สูงอายุ *		
ความดันโลหิต	89	30.17
เบาหวาน	58	19.66
โรคปวดเมื่อยตามตัว ขา เข่า หลัง กระดูก	42	14.24
หัวใจ	20	6.78
ไขมันในเส้นเลือด	18	6.10
โรคทางตา	14	4.75
อัมพฤกษ์ อัมพาต	7	2.37
โรคประจำตัวของผู้สูงอายุ *		
กระเพาะอาหาร	5	1.69
โรคประสาท	5	1.69
ไมเกรน	5	1.69
หูตึง	4	1.35
ระบบทางเดินหายใจ	4	1.35
โรคเก๊าต์	2	0.68
เหน็บชา	2	0.68
โรคผิวหนัง คัน	2	0.68
เส้นเลือดสมองตีบ	2	0.68
สมองเสื่อม	2	0.68
ถุงลมโป่งพอง	1	0.34
รีดสีดวงทวาร	1	0.34

ตารางที่ 39 (ต่อ)

ลักษณะสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ประสบอุบัติเหตุ	1	0.34
ไทรอยด์	1	0.34
โรคฟัน	1	0.34
ตับ	1	0.34
ต่อมลูกหมาก	1	0.37
เนื้องอกในสมอง	1	0.34
มือสั่น	1	1.34
ปลายประสาทอักเสบ	1	0.34
ไข่กระดูกผิดเม็ดเลือดไม่พอ	1	0.34
มะเร็ง	1	0.34
รูมาตอยด์	1	0.34
ลำไส้	1	0.34
รวม	295	100.00

* ตอบได้หลายข้อ

ตอนที่ 4 ปัญหาของผู้สูงอายุตำบลโพไร่หวาน

ปัญหาของผู้สูงอายุ โดยพิจารณาจาก 8 ปัญหา ได้แก่ การมองเห็น ความพิการ ดื่มสุรา สูบบุหรี่ สิ่งเสพย์ติดอื่น ๆ การพนัน ฟัน และอื่น ๆ มีดังนี้ (ตารางที่ 40)

ปัญหาการมองเห็น ร้อยละ 71.97 ไม่มีปัญหา ร้อยละ 28.03 มีปัญหา ส่วนใหญ่คือสายตามองไม่ชัดเจน พร่ามัว ฝ้าฟาง หรือเป็นต้อเนื้อ ต้อกระจก เป็นต้น

ปัญหาความพิการ ร้อยละ 7.58 มีปัญหาความพิการ ได้แก่ เดินไม่ได้ อัมพฤกษ์ อัมพาต ขาเสีย เป็นต้น

ปัญหาการดื่มสุรา ร้อยละ 6.82 ระบุว่า มีการดื่มสุราเป็นครั้งคราว ดื่มเมื่อเข้าสังคม บางรายระบุว่าดื่มเล็กน้อย

ปัญหาการสูบบุหรี่ ร้อยละ 12.63 ระบุว่ามีการสูบบุหรี่ โดยสูบประจำ สูบเป็นครั้งคราว บางรายระบุว่าสูบใบจาก

สิ่งเสพย์ติดอื่น ๆ ร้อยละ 0.25 (1 คน) ระบุว่ามีปัญหาเรื่องนี้

การพนัน ร้อยละ 1.77 ระบุว่ามีปัญหาการพนัน ส่วนใหญ่คือ ซื้อล็อตเตอรี่ และ/หรือ แทงหวยใต้ดิน

ฟัน ร้อยละ 37.88 ระบุว่ามีปัญหา ส่วนใหญ่ตอบว่ามีปัญหาฟันผุ โดยมีทั้งผุบางซี่ และหักหมดทั้งปาก บางรายระบุว่าใส่ฟันปลอม โดยใส่บางซี่ และมีบ้างใส่ทั้งปาก บางรายระบุว่ามีปัญหาฟันโยก

อื่น ๆ ร้อยละ 29.55 ระบุว่ามีปัญหาโดยมีโรคประจำตัวต่าง ๆ

ผลการศึกษาปัญหาของผู้สูงอายุ โดยสรุปส่วนใหญ่ไม่มีปัญหา ส่วนที่มีปัญหาพบว่า คือ ปัญหาโรคฟัน รองลงมา คือ ปัญหาโรคประจำตัวต่าง ๆ และปัญหาการมองเห็นตามลำดับ (ตารางที่ 40)

ตารางที่ 40 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุตำบลโพไร่หวาน จำแนกตามปัญหาของผู้สูงอายุ

ปัญหาโรคผู้สูงอายุ	จำนวน	ร้อยละ
การมองเห็น		
ไม่มีปัญหา	283	71.97
มีปัญหา	111	28.03
รวม	396	100.00
ความพิการ		
ไม่มีปัญหา	366	92.42
มีปัญหา	30	7.58
รวม	396	100.00
ดื่มสุรา		
ไม่มีปัญหา	396	93.18
มีปัญหา	27	6.82
รวม	396	100.00
สูบบุหรี่		
ไม่มีปัญหา	346	87.37
มีปัญหา	50	12.63
รวม	396	100.00

ตารางที่ 40 (ต่อ)

ปัญหาโรคผู้สูงอายุ	จำนวน	ร้อยละ
สิ่งเสพย์ติดอื่น ๆ		
ไม่มีปัญหา	395	99.75
มีปัญหา	1	0.25
รวม	396	100.00
การพนัน		
ไม่มีปัญหา	386	98.23
มีปัญหา	7	1.77
รวม	396	100.00
ฟัน		
ไม่มีปัญหา	246	62.12
มีปัญหา	150	37.88
รวม	396	100.00
โรคประจำตัว		
ไม่มีปัญหา	279	70.45
มีปัญหา	117	29.55
รวม	396	100.00

ตอนที่ 5 การได้รับบริการจากรัฐ และจากองค์การบริหารส่วนตำบลโพไร่หวาน ของผู้สูงอายุ

การได้รับบริการจากรัฐ และจากองค์การบริหารส่วนตำบลโพไร่หวาน ของผู้สูงอายุ โดยพิจารณาจากการรับบริการ 10 ประเภท มีดังนี้ (ตารางที่ 41)

เบี้ยยังชีพของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ร้อยละ 84.09 ได้รับบริการ ผู้ที่ไม่ได้รับบริการ คือ ข้าราชการบำนาญ และผู้ที่กำลังรอการได้รับเบี้ยยังชีพ เนื่องจากเพิ่งมีอายุ 60 ปี

การตรวจสุขภาพประจำปี ร้อยละ 57.83 ระบุว่าได้ตรวจสุขภาพประจำปี

การรับบริการแพทย์ตรวจรักษา ร้อยละ 53.28 ระบุว่าได้รับบริการแพทย์ตรวจรักษา

การรับบริการสงเคราะห์ต่าง ๆ ร้อยละ 18.18 ระบุว่า ได้รับบริการ เช่น เครื่องนุ่งห่ม ข้าวสาร อาหารแห้ง และสิ่งของจำเป็นต่าง ๆ

การจัดทัศนศึกษา/ท่องเที่ยว ร้อยละ 44.44 ระบุว่าได้รับบริการ

การออกกำลังกาย ร้อยละ 28.54 ระบุว่าได้รับบริการ

การฝึกอบรม/สัมมนา ร้อยละ 14.90 ระบุว่าได้รับบริการเรื่องดังกล่าว

สถานสงเคราะห์คนชรา ร้อยละ 5.30 ระบุว่าได้รับบริการ

รดน้ำดำหัวในวันสงกรานต์ ร้อยละ 49.49 ระบุว่าได้รับบริการ

อื่น ๆ ร้อยละ 4.29 ระบุว่าได้รับบริการ เช่น ชมรมผู้สูงอายุ และ/หรือ บริการต่าง ๆ ขององค์การบริหารส่วนตำบลโพไร่หวาน (ตารางที่ 41)

ตารางที่ 41 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุตำบลโพไร่หวาน จำแนกตามการได้รับบริการจากรัฐและจากองค์การบริหารส่วนตำบลโพไร่หวาน

ลักษณะการรับบริการ	จำนวน	ร้อยละ
เบี้ยยังชีพ		
ไม่รับบริการ	63	15.91
รับบริการ	333	84.09
รวม	396	100.00
ตรวจสุขภาพประจำปี		
ไม่รับบริการ	167	42.17
รับบริการ	229	57.83
รวม	396	100.00
บริการแพทย์ตรวจรักษา		
ไม่รับบริการ	185	46. 72
รับบริการ	211	53.28
รวม	396	100.00
บริการด้านสงเคราะห์ต่าง ๆ		
ไม่รับบริการ	324	81.82
รับบริการ	72	18.18
รวม	396	100.00

ตารางที่ 41 (ต่อ)

ลักษณะการรับบริการ	จำนวน	ร้อยละ
การจัดทัศนศึกษา/การท่องเที่ยว		
ไม่รับบริการ	220	55.56
รับบริการ	176	44.44
รวม	396	100.00
การออกกำลังกาย		
ไม่รับบริการ	283	71.46
รับบริการ	113	28.54
รวม	396	100.00
การฝึกอบรม/สัมมนา		
ไม่รับบริการ	337	85.10
รับบริการ	59	14.90
รวม	396	100.00
สถานสงเคราะห์คนชรา		
ไม่รับบริการ	375	94.70
รับบริการ	21	5.30
รวม	396	100.00
รดน้ำดำหัว (วันสงกรานต์)		
ไม่รับบริการ	200	50.51
รับบริการ	196	49.49
รวม	396	100.00
อื่น ๆ		
ไม่รับบริการ	379	95.71
รับบริการ	17	4.29
รวม	396	100.00

ตอนที่ 6 ความต้องการสวัสดิการผู้สูงอายุตำบลโพไร่หวาน

ความต้องการสวัสดิการผู้สูงอายุตำบลโพไร่หวาน มีดังนี้ (ตารางที่ 42)

ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 17.17 ต้องการสวัสดิการผู้สูงอายุ ร้อยละ 82.83 ไม่ระบุความต้องการใด ๆ

ลักษณะความต้องการของผู้สูงอายุ จำแนกตามประเภทความต้องการ พบว่าส่วนใหญ่ร้อยละ 34.16 คือ ความต้องการบริการสวัสดิการต่าง ๆ รองลงมา ร้อยละ 22.50 คือ ความต้องการเกี่ยวกับเบี้ยยังชีพ ร้อยละ 12.50 คือ ความต้องการจัดทัศนศึกษา/การท่องเที่ยว และบริการแพทย์ตรวจรักษาในสัดส่วนที่เท่ากัน ร้อยละ 5.83 คือ ความต้องการการออกกำลังกาย และร้อยละ 4.17 คือ ความต้องการการฝึกอบรม/สัมมนา บริการด้านสงเคราะห์ต่าง ๆ และรดน้ำดำหัว ในสัดส่วนที่เท่ากัน (ตารางที่ 42)

ตารางที่ 42 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุ ตำบลโพไร่หวาน จำแนกตามความต้องการสวัสดิการผู้สูงอายุ

ความต้องการสวัสดิการผู้สูงอายุ	จำนวน	ร้อยละ
ความต้องการสวัสดิการผู้สูงอายุ		
ไม่ต้องการ	328	82.83
ต้องการ	68	17.17
รวม	396	100.00
ลักษณะความต้องการ*		
บริการสวัสดิการต่าง ๆ	41	34.16
เบี้ยยังชีพ	27	22.50
การจัดทัศนศึกษา/การท่องเที่ยว	15	12.50
บริการแพทย์ตรวจรักษา	15	12.50
การออกกำลังกาย	7	5.83
การฝึกอบรม/สัมมนา	5	4.17
บริการด้านสงเคราะห์ต่าง ๆ	5	4.17
รดน้ำดำหัว	5	4.17
รวม	120	100.00

* ตอบได้หลายข้อ

ในเรื่องความต้องการสวัสดิการผู้สูงอายุ ตำบลโพไร่หวาน ผลการสัมภาษณ์รายละเอียดในด้านต่าง ๆ มีรายการที่น่าสนใจ ดังนี้

บริการสวัสดิการต่าง ๆ (44 คน)

- ต้องการให้ อบต. จัดเจ้าหน้าที่เยี่ยมเยียน พูดคุยกับผู้สูงอายุ (23 คน)
- ต้องการให้จัดกิจกรรมต่าง ๆ ให้ผู้สูงอายุพบกัน (5 คน)
- ประชาสัมพันธ์ข่าวสารต่าง ๆ (3 คน)
- มีรถบริการรับ-ส่งเวลาผู้สูงอายุเจ็บป่วย (3 คน)
- ดูแลความปลอดภัยในทรัพย์สิน (2 คน)
- จัดชมรมผู้สูงอายุ (1 คน)
- จัดกิจกรรมวันสำคัญทางศาสนา (1 คน)
- อบต. เป็นแกนนำจัดกิจกรรมผู้สูงอายุในรอบ 12 เดือน (1 คน)
- จัดสงเคราะห์ฌาปนกิจศพผู้สูงอายุ (1 คน)
- หมู่บ้านมีแสงสว่างทุกซอย (1 คน)

"ต้องการให้ อบต. ดูแลผู้สูงอายุอย่างใกล้ชิด"

"ต้องการให้ อบต. มาเยี่ยมเยียนบ่อย ๆ"

"ให้ อสม. มาพูดคุยบ้าง"

"จัดเจ้าหน้าที่ที่มีความรู้และประสบการณ์มาเยี่ยมเยียนผู้สูงอายุและสอบถามความเป็นอยู่"

"องค์กรช่วยดูแลเท่าที่ควร"

"องค์กรใกล้ชิดมากกว่านี้"

"ขอให้มาเยี่ยมเยียนผู้สูงอายุบ้าง (ตาบอด เดินไม่ได้)"

"จัดบริการทางชราภาพ เดินไม่ได้"

"จัดนักศึกษาพยาบาลเข้าเยี่ยม"

"อบต. เป็นแกนนำจัดกิจกรรมต่าง ๆ"

"ต้องการให้ประชาสัมพันธ์เรื่องต่าง ๆ ให้เข้าใจมากกว่านี้"

"มีจดหมายข่าวส่งถึงสมาชิกเป็นประจำ"

"อบต. น่าจะจัดงบประมาณสำหรับฌาปนกิจศพผู้สูงอายุ ไม่ควรมาเก็บกับผู้สูงอายุด้วยกันเอง"

"วันสำคัญทางศาสนา อยากให้ความสำคัญ เช่น มีเทศน์แล้วเชิญชวนผู้สูงอายุไปฟัง – เวียนเทียนกันให้คึกคัก"

เบี้ยยังชีพ (27 คน)

- ต้องการเบี้ยยังชีพเพิ่ม (24 คน)

- ยังไม่ได้รับเบี้ยยังชีพ (2 คน)
- จัดเบี้ยยังชีพให้พระภิกษุ (1 คน)

"ต้องการเพิ่มเบี้ยยังชีพ ไม่พอกิน ข้าวของแพง"

"เบี้ยยังชีพยังไม่ได้ ทำเรื่องตั้งแต่พฤศจิกายน 2552 ยังไม่เคยได้รับ ไม่รู้จะได้เมื่อไหร่"

"เพิ่งย้ายเข้ามา ยังไม่ได้เบี้ยยังชีพ"

"ดูแลเบี้ยยังชีพให้พระด้วย"

การจัดทัศนศึกษา/การท่องเที่ยว (15 คน)

- พาผู้สูงอายุไปเที่ยว ทัศนศึกษา (9 คน)
- พาผู้สูงอายุไปไหว้พระ (5 คน)
- พาผู้สูงอายุไปดูงานต่างจังหวัด (1 คน)

"ให้ผู้สูงอายุไปต่างจังหวัดบ่อย ๆ"

"ให้ผู้สูงอายุไปเที่ยวบ่อย ๆ"

"ให้ผู้สูงอายุไปไหว้พระตามวัดต่าง ๆ"

การบริการทางการแพทย์ (15 คน)

- ต้องการการบริการทางการแพทย์ (9 คน)
- ต้องการให้มีการตรวจสุขภาพประจำปี (2 คน)
- ต้องการให้ดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ (2 คน)
- ต้องการรับบริการฟันเทียมสำหรับผู้สูงอายุ (1 คน)
- ต้องการให้มีนวดแผนโบราณ (1 คน)

"ต้องการพบหมอบ่อย ๆ"

"ต้องการพบหมอบ้าง"

"ต้องการพบหมอทุกเดือน"

"ต้องการให้แพทย์มาตรวจที่บ้าน"

"มีนวดแผนโบราณมาตรวจที่บ้าน"

"มีนวดแผนโบราณตามหมู่บ้าน"

การออกกำลังกาย (7 คน)

- ให้ อบต. ดูแลการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ (3 คน)
- จัดสถานที่ สวนสาธารณะ สำหรับออกกำลังกาย (2 คน)
- มีเครื่องออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ (2 คน)

การฝึกอบรม/สัมมนา (5 คน)

- ต้องการให้มีการฝึกอาชีพสำหรับผู้สูงอายุ (4 คน)

- ต้องการฝึกอบรมงานฝีมือให้ผู้สูงอายุ (1 คน)

บริการด้านสงเคราะห์ต่าง ๆ (5 คน)

- จัดสวัสดิการต่าง ๆ ช่วยเหลือผู้สูงอายุ (5 คน)
- สถานสงเคราะห์คนชรา (1 คน)
- แจกข้าวของเครื่องใช้แก่ผู้สูงอายุตามความจำเป็น (1 คน)

"แจกข้าวสาร ช่วงข้าวยากหมากแพง"

"อยากได้เงินซื้ออาหาร ของใช้ ยาสีฟัน สบู่ เสื้อผ้า แว่นตา สายตาสั้น"

รดน้ำดำหัว (5 คน)

- ต้องการจัดงานสงกรานต์รดน้ำดำหัวผู้สูงอายุ (5 คน)

"จัดงานสงกรานต์ประจำปี เพื่อผู้สูงอายุมาพบกัน"

นอกจากนั้น มีผู้สูงอายุบางท่านกล่าวดังนี้

"เพิ่งมีส่วนร่วมเท่าที่เห็นก็จัดได้ดีมากอยู่แล้ว"

"ที่ทำอยู่แล้วนับได้ว่าดีเยี่ยม"

"ไม่รบกวนครับ ส่วนตัวให้ช่วยคนพิการและจนกว่าผม เอาเงินให้คนจน นักเรียนเลี้ยงอาหารนักเรียนบ่อย ๆ นมให้นักเรียนดื่มให้มีคุณภาพ ข้อมูลได้แล้วอย่าไปเก็บเฉย ๆ แจ้งประชาชนด้วย หลังได้ข้อมูลแล้วทำอะไรบ้าง"

"ไม่เข้าสังคม"

"ไม่รู้จริง ๆ ว่าผู้สูงอายุต้องการอะไรบ้าง"

ตอนที่ 7 ความต้องการได้รับความรู้หรือทำกิจกรรมในเรื่องต่าง ๆ ของผู้สูงอายุ ตำบลโพไร่หวาน

ผลการศึกษาความต้องการได้รับความรู้หรือทำกิจกรรมในเรื่องต่าง ๆ ของผู้สูงอายุ ตำบลโพไร่หวาน มีดังนี้

อันดับ 1 (ร้อยละ 98.2)

- ฟังพระเทศน์
- สุขลักษณะ 9 ประการ ในผู้สูงอายุ

อันดับ 2 (ร้อยละ 94.5)

- การใช้ยา
- การดูแลสุขภาพในช่องปาก

อันดับ 3 (ร้อยละ 92.7)

- อาหารของผู้สูงอายุ
- สมุนไพรไทย

- การฝึกสมาธิและสุขภาพจิต
- การปวดข้อ/ปวดเข่า/ปวดกระดูก/เก้าต์/ข้อเสื่อม
- การออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ

อันดับ 4 (ร้อยละ 89.1)

- ความจำเสื่อมและความหลงลืมในวัยสูงอายุ
- การนวดแผนโบราณ/นวดกล้ามเนื้อ/จับเส้น
- การป้องกันอุบัติเหตุ
- การเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ

อันดับ 5 (ร้อยละ 87.3)

- โรคระบบทางเดินหายใจ

อันดับ 6 (ร้อยละ 85.5)

- ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุในเวลากลางวัน

อันดับ 7 (ร้อยละ 81.8)

- การแก้ท้องผูกและนอนไม่หลับ

อันดับ 8 (ร้อยละ 80)

- กิจกรรมนันทนาการสำหรับผู้สูงอายุ

อันดับ 9 (ร้อยละ 60)

- การฝึกอาชีพเสริม

ทั้งนี้ผู้สูงอายุ ร้อยละ 81.8 ตอบว่า จะเข้าร่วมกิจกรรมทุกครั้ง ร้อยละ 16.4 ตอบว่าจะเข้าร่วมบางครั้ง และร้อยละ 1.8 ตอบว่า ไม่แน่ใจว่าจะเข้าร่วมหรือไม่

นอกจากนั้น ได้มีการสำรวจข้อมูลภูมิปัญญาท้องถิ่นในพื้นที่ด้วย

กิจกรรมที่ 2.1 กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพกายและจิตของผู้สูงอายุ ตำบลโพไร่หวาน เป็นการประสานงานร่วมกันระหว่างสถาบันการปกครอง (บ้าน) ประกอบด้วย อบต. สถานีอนามัย ชมรมทหารบกที่ 5 ค่ายรามราชนิเวศน์ ชมรมผู้สูงอายุ อสม. และ อผส. สถาบันศาสนา (วัด) ได้แก่ พระภิกษุ และสถาบันการศึกษา (โรงเรียน) ได้แก่ คณะอาจารย์และนักศึกษาจากมหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี แบ่งเป็นกิจกรรมครั้งที่ 2.1 คือ การฟังพระบรรยายธรรม และการให้ความรู้เรื่องอาหารสำหรับผู้สูงอายุ

ผลการศึกษาความต้องการของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ต้องการฟังพระเทศน์ ดังนั้นคณะนักวิจัยร่วมกับองค์การบริหารส่วนตำบล และชมรมผู้สูงอายุโพไร่หวาน ได้อาราธนาพระครูวาทีกรวัฒน์ (กล้า) วีรฺตโน ผู้ช่วยเจ้าอาวาสพระอารามหลวงวัดมหาธาตุวรวิหาร และ

เลขานุการเจ้าคณะจังหวัดเพชรบุรี ซึ่งท่านเป็นพระนักเทศน์ มาบรรยายธรรมะให้กับผู้สูงอายุในหัวข้อเรื่อง “สูงวัยอย่างมีคุณค่า” ระหว่าง 9.00 – 10.00 น. ณ ห้องประชุมองค์การบริหารส่วนตำบลโพไร่หวาน ซึ่งอยู่ในบริเวณเดียวกับสถานีอนามัย มีผู้สูงอายุเข้าร่วมฟังจำนวน 92 คน เป็นการประสานงานร่วมกันระหว่างคณะนักวิจัย (สถานศึกษา) พระภิกษุ (วัด) และ อบต. ชมรม ผู้สูงอายุ (บ้าน) ในวันนั้นพระครูวาทีวรวัฒน์ ได้บรรยายธรรมะ การปฏิบัติตนโดยสรุปดังนี้ 1) ไฟในอย่านำออก 2) ไฟนอกอย่านำเข้า 3) จงให้แก่คนที่ควรให้ 4) อย่าให้แก่คนไม่ควรให้ 5) เขาจะให้หรือไม่ให้ก็ให้เขาเกิด 6) จงนั่งให้เป็นสุข 7) จงนอนให้เป็นสุข 8) จงกินให้เป็นสุข 9) จงบูชาไฟ 10) จงบูชาเทวดาภายใน พระได้เล่านิทานเปรียบเทียบในการที่ผู้สูงอายุจะปฏิบัติตนอย่างไรให้จิตใจเป็นสุข ผู้สูงอายุทุกคนนั่งฟังและรับพรจากพระ จากนั้นได้ร่วมกันถวายปัจจัยไทยทาน ซึ่งคณะผู้วิจัยจัดเตรียมให้ และผู้สูงอายุร่วมติดกัณฑ์เทศน์ ซึ่งพระครูวาทีวรวัฒน์ได้มอบปัจจัยทั้งหมดให้ชมรมผู้สูงอายุ โดยผ่านนายกองค์การบริหารส่วนตำบลโพไร่หวาน และนายกองค์การบริหารส่วนตำบลได้มอบต่อประธานชมรมผู้สูงอายุ เพื่อนำไว้ใช้ในการจัดกิจกรรมต่าง ๆ ของผู้สูงอายุต่อไป

จากนั้น วิทยากรได้ให้ความรู้เรื่อง อาหารสำหรับผู้สูงอายุ โดยสรุป คือ ผู้สูงอายุควรบริโภคอาหารหลาย ๆ ชนิด เพื่อให้ได้คุณค่าทางโภชนาการครบตามที่ร่างกายต้องการ โดยรับประทานให้ครบ 5 หมู่ ดังนี้ **หมู่ที่ 1 เนื้อสัตว์และถั่ว** ควรบริโภคชนิดที่เคี้ยวง่าย ย่อยง่าย และไขมันต่ำ เช่น ปลา ไก่ และไข่ หรือนำเนื้อสัตว์อื่นมาปรุงให้เคี้ยวง่ายขึ้น เช่น สับละเอียด หรือต้มเปื่อย ไข่ บริโภคไข่ทั้งฟองได้ สัปดาห์ละ 3 – 4 ฟอง แต่หากมีปัญหาไขมันในเลือดสูงควรบริโภคเฉพาะไข่ขาวเท่านั้น นม ควรดื่มนมพร่องมันเนยหรือนมถั่วเหลืองวันละ 1 แก้ว **หมู่ที่ 2 ข้าว แป้ง น้ำตาล เผือก มัน** ควรลดปริมาณลงจากวัยหนุ่มสาว **หมู่ที่ 3 ผักใบเขียว และผักสีเหลือง** ผู้สูงอายุอาจบริโภคผักหลาย ๆ ชนิด สลับกันในปริมาณมาก ๆ ได้ โดยไม่จำกัดแต่ควรต้มหรือนึ่งให้สุก เพื่อป้องกันการท้องอืด ท้องเฟ้อ **หมู่ที่ 4 ผลไม้** ผลไม้ที่เหมาะสำหรับผู้สูงอายุ ได้แก่ ผลไม้สุกเนื้อนุ่มเคี้ยวง่ายทุกชนิด ยกเว้นผู้สูงอายุที่อ้วนหรือเป็นเบาหวานไม่ควรบริโภคผลไม้รสหวานจัดมากนัก **หมู่ที่ 5 ไขมัน** ควรลดปริมาณลง และควรเป็นไขมันจากพืชเท่านั้น เช่น นมถั่วเหลือง น้ำมันรำ น้ำมันข้าวโพด ควรงดน้ำมันจากสัตว์ทุกชนิด เช่น น้ำมันหมู น้ำมันไก่ และงดน้ำมันพืชบางชนิด เช่น น้ำมันปาล์ม และน้ำมันมะพร้าว

หลังจากนั้น ผู้สูงอายุได้ร่วมกันร้องเพลง โดยมีประธานชมรมผู้สูงอายุและคณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุเป็นผู้ร้องนำในช่วงรอพบแพทย์เพื่อตรวจรักษา เมื่อถึงคิวของผู้สูงอายุท่านใดที่เข้าพบแพทย์จะมี อสม. และ/หรือ อผส. คอยอำนวยความสะดวกมารับตัวไปที่ห้องแพทย์ ซึ่งการจัดกิจกรรมต่าง ๆ จะทำให้ผู้สูงอายุไม่รู้สึกเบื่อในการนั่งคอยพบแพทย์ เมื่อถึงเวลา 11.30 น.

ผู้สูงอายุที่ได้พบแพทย์และรับยาแล้วก็ได้รับประทานอาหารกลางวันที่ทางองค์การบริหารส่วนตำบลโพไร่หวานจัดให้

"ชอบมาก ๆ สบายใจที่ได้ฟังธรรม"

"อยากให้มีพระเทศน์บ่อย ๆ"

"มาร่วมประสานอย่างนี้ดีมาก ๆ"

"รู้ว่าต้องกินอะไรบ้าง"

กิจกรรมที่ 2.2 กิจกรรมให้ความรู้เรื่อง การดูแลสุขภาพและกิจกรรมนันทนาการของผู้สูงอายุ ตำบลโพไร่หวาน

กิจกรรมวันนี้เป็นการประสานงานร่วมกัน ระหว่างสถาบันการปกครอง (บ้าน) คือ อบต. อนามัย ชมรมผู้สูงอายุและผู้สูงอายุ และสถาบันการศึกษา (โรงเรียน) คือ คณาจารย์และนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี ในวันนี้องค์การบริหารส่วนตำบลโพไร่หวานได้ขอดนตรีวงเล็ก จากชมรมทหารบกมณฑลทหารบกที่ 5 ค่ายรามราชนิเวศน์ จังหวัดเพชรบุรี พร้อมทหารประจำวงจำนวน 4 นาย กิจกรรมที่ทำในช่วงรอพบแพทย์ในวันนั้น คือ ฟังดนตรีร้องเพลง สลับกับการให้ความรู้เรื่องการปฏิบัติตนให้อายุยืน การออกกำลังกาย บริหารมือ ตีลัญจกร และการรำวง

ในวันนี้มีคณาจารย์ 5 คน และนักศึกษา 10 คน จากมหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี เข้าร่วมกิจกรรมกับผู้สูงอายุจำนวน 85 คน กิจกรรมเริ่มต้นโดยฟังเพลงจากทหาร จากนั้นวิทยากรจากมหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี ได้เล่าเรื่องการปฏิบัติตนให้อายุยืน โดยยกตัวอย่างผลการประกวด "แม่ 100 ปี" ที่มหาวิทยาลัยมหิดลจัดขึ้น โดยสรุปคือ แม่ 100 ปี ที่ได้รับรางวัลทุกท่านรับประทานปลา ผัก เป็นประจำ ไม่รับประทานเนื้อสัตว์ บางท่านรับประทานแกงต้มข่าปลา มะเขือยาวต้มกะทิ กล้วยน้ำว้าผลไม้ที่เนื้อนิ่ม มีการตรวจสุขภาพประจำปีสม่ำเสมอ ทุกท่านมีสุขภาพแข็งแรง มีสุขภาพจิตดี อารมณ์ดี บางท่านชอบร้องเพลง แต่ละท่านสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ บางท่านทำบุญเป็นประจำ ถือศีล 8 ทุกวันพระ จะสวดมนต์และนั่งสมาธิวันละไม่น้อยกว่า 1 ชั่วโมง จากนั้นเป็นการเล่นดนตรีของทหาร 2 – 3 เพลง และวิทยากรจากมหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี และนักศึกษาจากมหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรีจำนวน 10 คน ได้สาธิตท่าบำรุงอวัยวะภายใน 8 ท่าพื้นฐาน โดยมีวัตถุประสงค์ คือ บริหารและสนุกกับมือ พร้อมกับให้ผู้สูงอายุปฏิบัติตาม ดังนี้ 1) ท่าบริหารลำไส้ใหญ่ (แก้ท้องผูก) โดยคว่ำมือใช้แนวนิ้วชี้ถึงนิ้วโป้ง โค้งเป็นรูปตัว C ทั้งสองข้าง กระทบกันเบา ๆ 36 ครั้ง 2) ท่าบริหารไตขวาและไตซ้าย (ปัสสาวะบ่อย ไตทำงานผิดปกติ) โดยหงายมือขึ้น มือซ้ายคว่ำลง ใช้หลังมือขวาตีบนหลังมือซ้ายเบา ๆ ทำ 36 ครั้ง 3) ท่าสร้างภูมิต้านทานโรค (แก้ภูมิแพ้) โดยกางนิ้วมือทั้งสองข้างออก แล้วบีบนิ้วมือทั้งสองข้างเล็กน้อยแล้วดึงออก ทำ 36 ครั้ง 4) ท่าบริหารปอดซ้ายและขวา (แก้หืด หอบ หวัด) โดยกางมือซ้ายออกไม่

ต้องเกร็ง แล้วใช้นิ้วชี้และนิ้วหัวแม่มือขวาหนีบแล้วกดเบา ๆ ตรงกลางระหว่างนิ้วชี้และนิ้วหัวแม่มือของมือซ้าย นับ 36 ครั้ง 5) ท่าบริหารกล้ามเนื้อหัวใจอ่อนแรง โดยกำมือขวาและกางมือซ้ายออก จากนั้นให้เอาสันหมัดต่อยเบา ๆ กลางอุ้งมือซ้าย ไม่ให้มีเสียง นับ 36 ครั้ง และ สลับข้าง นับอีก 36 ครั้งเช่นเดียวกัน 6) ท่าบริหารเยื่อหุ้มหัวใจ (ขี้หนาว) โดยตั้งมือทั้งสองข้างขึ้น หวายมือเป็นรูปดอกบัวแล้วใช้ข้อมือกระทบกันเบา ๆ 36 ครั้ง 7) ท่ากระตุ้นเส้นลมปราณ (เปิดจุดรับพลังซ้าย-ขวา) โดยกางมือซ้ายออก จากนั้นใช้นิ้วหัวแม่มือขวาหมุนตามเข็มนาฬิกา รอบจุดเล่ากง (กำมือแล้วสังเกตจุดตรงบริเวณปลายนิ้วกลาง) คลึงเบา ๆ 36 รอบ และ 8) ท่าบริหารลำไส้เล็ก (แก้ท้องอืด ท้องเฟ้อ) โดยหงายมือให้แนวนิ้วก้อยถึงสันมือกระทบกันเบา ๆ 36 ครั้ง (www.ayuyuen.com) ทั้งนี้ได้มีการแจกเอกสารเพื่อให้ผู้สูงอายุได้นำไปปฏิบัติที่บ้านได้ ทั้งนี้เป็นการให้ผู้สูงอายุได้เล่นสนุกกับมือ และคิดตามไปด้วย

ในการฝึกแต่ละท่านั้น จะฝึกปฏิบัติ 2 ท่า และสลับกับการฟังดนตรีจากค่ายทหารทุกครั้ง เพื่อไม่ให้ผู้สูงอายุเกิดการเบื่อ นอกจากนั้นจะมีนักศึกษาคอยสังเกตผู้สูงอายุที่ปฏิบัติได้ถูกต้องที่สุด และมีการมอบรางวัลให้กับผู้สูงอายุจำนวน 8 คน ที่ปฏิบัติแต่ละท่าถูกต้อง

หลังจากฝึกการบริหารมือ มีการทายปัญหาและการเชิญชวนผู้สูงอายุออกมารำวงร่วมกัน โดยทหารเป็นผู้ร้องเพลงรำวง ร่วมกับนักศึกษาและเชิญผู้สูงอายุซึ่งถือว่าเป็นภูมิปัญญา คือ นายทด สีดี อยู่บ้านเลขที่ 58 หมู่ 1 ตำบลโพไร่หวาน อายุ 72 ปี ออกมาแหล่สด เป็นที่สนุกสนาน

กิจกรรมในวันนี้ อสม. อผส. ได้ร่วมกับคณะวงดนตรีทหาร คณะนักศึกษาจากมหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี ชมรมผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุที่มารับบริการทางการแพทย์ที่สถานีอนามัย ทุกคนมีใบหน้ายิ้มแย้มแจ่มใส และสนุกสนาน ทั้งนี้เพราะมีเสียงดนตรีจากค่ายทหารด้วย

> “เรามาสนุกร่วมกัน ผมภูมิใจ อยากแก่จริง ๆ มีแต่คนเอกอกเอาใจ” (ทหารที่มาเล่นดนตรี)
> “ชอบมาก อยากให้นักศึกษาและอาจารย์มาร่วมทุกครั้ง” (ผู้สูงอายุ)
> “ชอบมาก ๆ ขนาดมาเรียกให้ไปพบหมอยังไม่อยากลุกจากที่นั่ง” (อสม.)
> “ดี ๆ มาประสานกันหลาย ๆ ฝ่าย” (ผู้สูงอายุ)
> “สนุกดี”
> “รำวงไม่เป็น แต่นั่งดูก็สนุก”

กิจกรรมที่ 3 การบรรยายธรรม เรื่อง ความกตัญญูต่อบิดา มารดา ปู่ ย่า ตา ยาย

กิจกรรมครั้งนี้เป็นการประสานความร่วมมือระหว่างสามฝ่าย คือ ทั้งสถาบันการปกครอง (บ้าน) ได้แก่ อบต. ฝ่ายการศึกษาของ อบต. ผู้ปกครองนักเรียนในพื้นที่ สถาบันศาสนา (วัด) ได้แก่ พระภิกษุ และสถาบันการศึกษา (โรงเรียน) ผู้อำนวยการโรงเรียน ครูวิทยากร คณะอาจารย์และนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี และนักเรียนที่มีภูมิลำเนาในเขตโพไร่หวาน

ผลจากการสนทนากลุ่มทั้งกลุ่มคณะผู้เกี่ยวข้อง และกลุ่มผู้สูงอายุได้เห็นพ้องต้องกันให้นิมนต์พระบรรยายธรรมะให้นักเรียน หัวข้อ “ความกตัญญูรู้คุณต่อบิดา มารดา ปู่ ย่า ตา ยาย” ตามข้อเสนอแนะของผู้สูงอายุ 3 – 4 ท่าน ว่า “ทำอย่างไรจึงจะสามารถทำให้ลูกหลานมีจิตสำนึกรู้จักการกตัญญู หันมาดูแลเอาใจใส่ โดยเฉพาะด้านจิตใจ กำลังใจต่อปู่ ย่า ตา ยาย พ่อ แม่”

ในที่สนทนากลุ่มได้เสนอให้จัดกิจกรรมดังกล่าวให้นักเรียนที่มาอบรมภาษาอังกฤษภาคฤดูร้อน ซึ่งทางฝ่ายการศึกษาองค์การบริหารส่วนตำบลโพไร่หวานจัดให้กับนักเรียนที่มีภูมิลำเนาในเขต อบต. ทั้งนี้ทางคณะผู้วิจัยได้อาราธนาพระครูวาทีวรวัฒน์ วีรฺตโน ผู้ช่วยเจ้าอาวาสพระอารามหลวงวัดมหาธาตุวรวิหาร มาบรรยายธรรมะให้นักเรียนในวันเปิดการอบรม หลังจากเสร็จสิ้นพิธีเปิดการอบรมโดยนายกองค์การบริหารส่วนตำบลโพไร่หวาน มีนักเรียนร่วมฟังบรรยายธรรมะ จำนวน 50 คน ผู้ปกครองนักเรียนจำนวน 5 คน และคณะครู จำนวน 4 คน

พระครูวาทีวรวัฒน์ ได้ตั้งคำถามถามนักเรียนเกี่ยวกับความหมายของความกตัญญูรู้คุณบุคคลที่นักเรียนต้องแสดงความกตัญญู และมีวิธีแสดงความกตัญญูได้อย่างไรบ้าง ซึ่งนักเรียนได้ตอบคำถามและพระครูวาทีวรวัฒน์ได้บรรยายธรรม มงคลชีวิต 9 ประการ โดยใช้ภาษาง่าย ๆ ที่นักเรียนเข้าใจได้ โดยสรุปประกอบด้วย 1) ซื่อตรง 2) สะอาด 3) ขยัน (ขยันศึกษา ขยันคิด ขยันพูด ขยันทำ และขยันหา 4) ใช้จ่ายพอสมควรแก่ฐานะ 5) งดเว้นสิ่งให้โทษ สุราเมรัย ยาเสพติด การพนัน แหล่งอบายมุขต่าง ๆ 6) ไม่ล่วงเกินผู้อื่น 7) งดติดต่อคบค้าสมาคมกับคนไม่ดี 8) กตัญญูกตเวที และ 9) รู้จักหน้าที่ และทำหน้าที่ของตนให้ดีที่สุด

ในเรื่องความกตัญญูกตเวทีต่อพ่อ แม่ ท่านตั้งคำถามว่า พ่อ แม่ ให้อะไรกับพวกเราบ้าง โดยสรุปพ่อแม่ให้ลูก 5 ข้อหลัก คือ 1) แนะนำให้เราทำความดี 2) ไม่ให้ทำความชั่ว 3) ส่งเสริมให้เราเรียนหนังสือ 4) หาคู่ครองให้ ซึ่งตอนนี้พวกเรายังเล็กอยู่ และ 5) มอบมรดกให้ ดังนั้นเราควรทำอะไรให้พ่อแม่บ้าง โดยสรุปมีดังนี้ คือ 1) เลี้ยงท่านตอบ 2) ทำงานแทนท่าน 3) รักษาวงศ์สกุลให้ดี 4) เป็นทายาทน่าวางใจ และ 5) จัดการศพให้พ่อแม่ บุพการี ไม่ว่าจะเป็นพ่อ แม่ ปู่ ย่า ตา ยาย เป็นผู้ที่ให้พวกเราก่อน เลี้ยงดูเรามา เราต้องรู้พระคุณท่าน และต้องตอบแทนท่าน

นอกจากนั้นท่านได้บรรยายถึงความกตัญญูกตเวทีต่อผู้มีพระคุณแก่เราโดยเรียงลำดับจากสูง ได้แก่ พระพุทธ – พระธรรม – พระสงฆ์ ชาติ กษัตริย์และรัฐธรรมนูญ บิดา – มารดา – ปู่ – ย่า – ตา – ยาย ผู้ให้กำเนิดเลี้ยงดูรักษาให้ความสุข ความเจริญ และหลักฐานของชีวิต ครูบาอาจารย์และญาติพี่น้อง มิตรสหาย จากนั้น พระครูวาทีวรวัฒน์ ได้เล่านิทานเรื่อง สุวรรณสาม ให้นักเรียนฟัง ซึ่งนักเรียนฟังอย่างตั้งใจ ไม่มีใครพูดคุยหรือลุกจากที่นั่ง ตลอดเวลา 40 นาที จากนั้นท่านได้ให้ศีลให้พรนักเรียน การบรรยายของพระครูวาทีวรวัฒน์ใช้วิการซักถามให้นักเรียนตอบ และท่านจะสรุปโดยใช้ภาษาง่าย ๆ เช่น ความกตัญญูกตเวที โดยเลี้ยงท่านตอบ ได้แก่ เรียนหนังสือให้ดี ตั้งใจ

เรียน ขยันหมั่นเพียร ช่วยพ่อ แม่ ปู่ ย่า ตา ยาย ล้างจาน ถูบ้าน หรือในภาคฤดูร้อนนี้นักเรียนก็มาเรียนภาษาอังกฤษเสริมความรู้ให้ตนเอง การทำหน้าที่เป็นทายาทน่าวางใจ ก็มาเรียนทุกวัน กลับบ้านก็ไปทบทวนบทเรียน เวลาเปิดเทอมเราก็มีความรู้ และเก่งภาษาอังกฤษกว่าคนอื่น เพราะเราได้ฝึกทักษะต่าง ๆ อย่างไรก็ตามเพื่อน ๆ บางคนที่ไม่ได้มาเรียน เขาอาจมีความจำเป็นต้องทำงานช่วยเหลือพ่อ แม่ ปู่ ย่า ตา ยาย ก็เป็นการทำหน้าที่เช่นกัน ทั้งนี้ผู้ปกครองที่เข้าร่วมฟังการบรรยายธรรมครั้งนี้ ต่างก็พอใจที่ลูกหลานได้รับการอบรมศีลธรรมโดยเฉพาะจากพระ ภายหลังจากการฟังบรรยายธรรม นายกองค์การบริหารส่วนตำบลโพไร่หวานพร้อมคณะครูวิทยากรได้ร่วมถวายปัจจัยพระวิทยากรที่ทางคณะนักวิจัยจัดเตรียมไว้

“ชอบ สนุกดี”

“ดี เด็ก ๆ จะได้รู้จักกตัญญู”

“ชอบฟังนิทานครับ”

เทศบาลตำบลหัวสะพาน

กิจกรรมที่ 1 การจัดทำฐานข้อมูลผู้สูงอายุในพื้นที่เทศบาลตำบลหัวสะพาน เป็นการประสานความร่วมมือระหว่างสถาบันการปกครอง (บ้าน) คือ ชมรมผู้สูงอายุ อสม. และเทศบาล และสถาบันการศึกษา (โรงเรียน) คือ นักเรียนและคณาจารย์จากมหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี

ผลการสำรวจข้อมูลของผู้สูงอายุทุกคนในเทศบาลตำบลหัวสะพาน เพื่อจัดทำฐานข้อมูลผู้สูงอายุได้นำเสนอ 7 ตอน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลเกี่ยวกับผู้สูงอายุในเทศบาลตำบลหัวสะพาน

ผลการสำรวจผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ในเทศบาลตำบลหัวสะพาน จำนวน 14 หมู่บ้าน พบว่า หมู่ 10 มีผู้สูงอายุร้อยละ 19.30 (110 คน) รองลงมา คือ หมู่ 8 มีผู้สูงอายุร้อยละ 18.42 (105 คน) หมู่ 5 (50 คน) และหมู่ 9 (50 คน) มีผู้สูงอายุร้อยละ 8.77 เท่ากัน หมู่ 14 และหมู่ 1 มีผู้สูงอายุเท่ากับร้อยละ 8.60 (49 คน) และ 7.72 (44 คน) ตามลำดับ หมู่บ้านที่มีผู้สูงอายุน้อยที่สุด คือ ร้อยละ 1.93 (11 คน) ได้แก่ หมู่ 2 รวมจำนวนผู้สูงอายุในการสำรวจเท่ากับ 570 คน (ตารางที่ 43)

ตารางที่ 43 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุเทศบาลตำบลหัวสะพาน จำแนกตามหมู่บ้าน

หมู่	จำนวน	ร้อยละ
หมู่ 1	44	7.72
หมู่ 2	11	1.93
หมู่ 3	29	5.09

ตารางที่ 43 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุเทศบาลตำบลหัวสะพาน จำแนกตามหมู่บ้าน

หมู่	จำนวน	ร้อยละ
หมู่ 4	12	2.10
หมู่ 5	50	8.77
หมู่ 6	13	2.28
หมู่ 7	29	5.09
หมู่ 8	105	18.42
หมู่ 9	50	8.77
หมู่ 10	110	19.30
หมู่ 11	22	3.86
หมู่ 12	13	2.28
หมู่ 13	33	5.79
หมู่ 14	49	8.60
รวม	570	100.00

ตอนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุเทศบาลตำบลหัวสะพาน

ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุเทศบาลตำบลหัวสะพาน ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา จำนวนบุตร ประสบการณ์การทำงาน อาชีพปัจจุบัน รายได้ต่อเดือน แหล่งรายได้ และลักษณะที่อยู่อาศัย (ตารางที่ 44)

เพศ

ผู้สูงอายุร้อยละ 58.42 เป็นเพศหญิง และร้อยละ 41.58 เป็นเพศชาย แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุในปัจจุบันยังคงมีสัดส่วนของเพศหญิงสูงกว่าเพศชาย

อายุ

ผู้สูงอายุในเทศบาลตำบลหัวสะพาน ส่วนใหญ่ร้อยละ 27.89 คือผู้มีอายุระหว่าง 60 – 64 ปี ประมาณร้อยละ 20 มีอายุระหว่าง 65 – 69 ปี และระหว่าง 70 – 74 ปี เมื่อจำแนกตามผู้สูงอายุวัยต้น (60 – 69 ปี) ผู้สูงอายุวัยกลาง (70 – 79 ปี) และผู้สูงอายุวัยปลาย (80 ปีขึ้นไป) พบว่าร้อยละ 48.07 เป็นกลุ่มผู้สูงอายุวัยต้น (60 – 69 ปี) ร้อยละ 33.68 เป็นผู้สูงอายุวัยกลาง (70 – 79 ปี) และร้อยละ 18.25 เป็นกลุ่มผู้สูงอายุวัยปลาย (80 ปีขึ้นไป) ตามลำดับ ทั้งนี้ร้อยละ 1.93 เป็นกลุ่ม

ผู้สูงอายุที่มีอายุ 90 ปีขึ้นไป อายุเฉลี่ยของผู้สูงอายุในเทศบาลตำบลหัวสะพานเท่ากับ 70.97 ปี โดยมีอายุสูงสุดเท่ากับ 99 ปี อายุต่ำสุดเท่ากับ 60 ปี

สถานภาพสมรส

ผู้สูงอายุในเทศบาลตำบลหัวสะพาน ส่วนใหญ่ร้อยละ 72.11 คือผู้ที่แต่งงานแล้ว รองลงมาร้อยละ 15.78 คือผู้เป็นหม้ายและหย่าร้าง และร้อยละ 12.11 คือผู้อยู่เป็นโสด

การศึกษา

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 93.51 คือผู้ที่ได้เรียนในโรงเรียน และร้อยละ 6.49 ไม่เคยได้เรียน

ผลการศึกษาระดับการศึกษาของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 80.00 มีการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4

จำนวนบุตร

ผู้สูงอายุในเทศบาลตำบลหัวสะพานที่แต่งงานแล้ว ส่วนใหญ่ร้อยละ 40.72 เป็นผู้ที่มีบุตรจำนวน 2 – 3 คน รองลงมาร้อยละ 28.94 คือผู้ที่มีบุตรจำนวน 4 – 5 คน ร้อยละ 11.97 มีบุตรตั้งแต่ 6 คนขึ้นไป ส่วนร้อยละ 10.99 มีบุตรเพียง 1 คน สำหรับผู้ที่ไม่มีบุตรเท่ากับร้อยละ 4.19 ทั้งนี้จำนวนบุตรเฉลี่ยเท่ากับ 3.33 คน โดยมีจำนวนบุตรสูงสุดเท่ากับ 12 คน

ประสบการณ์การทำงาน

ผู้สูงอายุร้อยละ 73.86 ตอบว่า เคยมีประสบการณ์การทำงานในอดีต

อาชีพปัจจุบัน

ผู้สูงอายุในเทศบาลตำบลหัวสะพาน ที่ยังทำงานอยู่ในปัจจุบัน จำนวน 110 คน คิดเป็นร้อยละ 19.30 ส่วนใหญ่ร้อยละ 40.90 คือผู้ประกอบอาชีพรับจ้าง รองลงมาร้อยละ 28.18 ประกอบอาชีพค้าขาย ร้อยละ 20 ประกอบอาชีพทำนา

รายได้ต่อเดือน

ปัจจุบันผู้สูงอายุในเทศบาลตำบลหัวสะพาน ร้อยละ 61.58 คือผู้ไม่มีรายได้ ร้อยละ 38.42 คือผู้ที่มีรายได้ของตนเอง ในกลุ่มผู้มีรายได้นั้นร้อยละ 41.10 มีรายได้ไม่แน่นอน ซึ่งขึ้นอยู่กับงานที่ทำ ได้แก่ ค้าขาย ทำนา บุตรหลานให้ ร้อยละ 20.09 มีรายได้ตั้งแต่ 5,000 บาทขึ้นไป ร้อยละ 10.05 เป็นผู้มีรายได้ไม่เกิน 1,000 บาท และมีรายได้ระหว่าง 4,001 – 5,000 บาท ผู้สูงอายุในเทศบาลตำบลหัวสะพาน มีรายได้เฉลี่ยเท่ากับ 1,343.40 บาท โดยมีรายได้สูงสุดเท่ากับ 50,000 บาทต่อเดือน ทั้งนี้เป็นผู้ประกอบอาชีพธุรกิจ

ลักษณะที่อยู่อาศัย

ผู้สูงอายุในเทศบาลตำบลหัวสะพาน ส่วนใหญ่ร้อยละ 90.35 เป็นผู้ที่มีที่อยู่อาศัยเป็นของตนเอง รองลงมาร้อยละ 4.74 อาศัยอยู่กับบุตร ร้อยละ 3.68 อาศัยอยู่กับญาติพี่น้อง ส่วนผู้สูงอายุที่ไม่มีที่อาศัยเป็นของตนเองโดยเช่าบ้านอยู่เท่ากับร้อยละ 1.23

ตารางที่ 44 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุเทศบาลตำบลหัวสะพาน จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา จำนวนบุตร ประสบการณ์การทำงาน อาชีพปัจจุบัน รายได้ต่อเดือน แหล่งรายได้ และลักษณะที่อยู่อาศัย

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	237	41.58
หญิง	333	58.42
รวม	570	100.00
อายุ (ปี)		
60 – 64 ปี	159	27.89
65 – 69 ปี	115	20.18
70 – 74 ปี	116	20.35
75 – 79 ปี	76	13.33
80 – 84 ปี	73	12.81
85 – 89 ปี	20	3.51
90 ปี ขึ้นไป	11	1.93
รวม	570	100.00
อายุเฉลี่ยเท่ากับ 70.97 ปี	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 8.06 ปี	
อายุต่ำสุดเท่ากับ 60 ปี	อายุสูงสุดเท่ากับ 99 ปี	
สถานภาพสมรส		
โสด	69	12.11
แต่งงาน	411	72.11
หย่าร้าง, หม้าย	90	15.78
รวม	570	100.00

ตารางที่ 44 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
การศึกษา		
ไม่ได้เรียน (0 ปี)	37	6.49
ไม่จบชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 (1 – 3 ปี)	40	7.02
จบชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 (4 ปี)	456	80.00
จบชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 หรือ 7 (6 หรือ 7 ปี)	8	1.40
จบชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 (10 ปี)	16	2.80
จบชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 (13 ปี)	12	2.11
จบปริญญาตรี (16 ปี)	1	0.18
รวม	570	100.00
จำนวนบุตร (คน)		
ไม่มีบุตร	21	4.19
1 คน	55	10.99
2 – 3 คน	204	40.72
4 – 5 คน	145	28.94
6 คน ขึ้นไป	60	11.67
ไม่ตอบ	16	3.19
รวม	501	100.00
จำนวนบุตรเฉลี่ยเท่ากับ 3.33 คน	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.93 คน	
จำนวนบุตรต่ำสุดเท่ากับ 0 คน	จำนวนบุตรสูงสุดเท่ากับ 12 คน	
ประสบการณ์การทำงาน		
ไม่มี	3	0.53
มี	421	73.86
ไม่ตอบ	146	25.61
รวม	570	100.00
อาชีพปัจจุบัน		
ทำนา	22	20.00
รับจ้าง	45	40.90

ตารางที่ 44 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ค้าขาย	31	28.18
เลี้ยงสัตว์	3	2.73
ขึ้นตาล	2	1.82
อื่น ๆ	7	6.37
รวม	110	100.00
รายได้		
ไม่มีรายได้	351	61.58
มีรายได้	219	38.42
รวม	570	100.00
จำนวนรายได้ต่อเดือน		
ไม่เกิน 1,000 บาท	22	10.05
1,001 - 2,000 บาท	13	5.93
2,001 - 3,000 บาท	14	6.39
3,001 - 4,000 บาท	14	6.39
4,001 - 5,000 บาท	22	10.05
ตั้งแต่ 5,000 บาท ขึ้นไป	44	20.09
ไม่แน่นอน	90	41.10
รวม	219	100.00
รายได้เฉลี่ยเท่ากับ 1,343.40 บาท ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3,643.31 บาท		
รายได้ต่ำสุดเท่ากับ 500 คน รายได้สูงสุดเท่ากับ 50,000 บาท		
ลักษณะที่อยู่อาศัย		
ไม่มีที่อยู่อาศัย	7	1.23
มีที่อยู่อาศัยเป็นของตนเอง	515	90.35
อาศัยอยู่กับบุตร	27	4.74
อาศัยอยู่กับญาติพี่น้อง	21	3.68
รวม	570	100.00

ตอนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะการอุปการะดูแล สุขภาพ และโรคประจำตัวของผู้สูงอายุ ตำบลหัวสะพาน

ข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะการอุปการะดูแล สุขภาพ และโรคประจำตัว ของผู้สูงอายุเทศบาลตำบลหัวสะพาน มีดังนี้ (ตารางที่ 45 – ตารางที่ 47)

สถานภาพการอุปการะดูแลในปัจจุบัน

ผู้สูงอายุในเทศบาลตำบลหัวสะพาน ร้อยละ 59.12 มีผู้อุปการะดูแลในปัจจุบัน ร้อยละ 40.88 ไม่มีผู้อุปการะดูแล โดยส่วนใหญ่ระบุว่า ดูแลตนเองได้ ยังช่วยเหลือตนเองได้ มีสุขภาพแข็งแรง เป็นต้น (ตารางที่ 45)

ผู้อุปการะดูแลปัจจุบัน

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 74.48 อาศัยอยู่กับบุตร โดยบุตรเป็นผู้อุปการะดูแล ร้อยละ 16.32 สามีหรือภรรยาเป็นผู้ดูแลซึ่งกันและกัน ร้อยละ 5.05 มีญาติเป็นผู้ดูแล ซึ่งได้แก่ พี่ชาย น้องชาย พี่สาว น้องสาว เป็นต้น (ตารางที่ 45)

การตรวจสุขภาพประจำปี

การตรวจสุขภาพประจำปีของผู้สูงอายุ พบว่าร้อยละ 59.65 ไม่มีการตรวจสุขภาพประจำปี ร้อยละ 40.35 มีการตรวจสุขภาพประจำปี (ตารางที่ 46)

ลักษณะสุขภาพในปัจจุบัน

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 51.40 ประเมินตนเองว่ามีสุขภาพแข็งแรงดี ร้อยละ 25.79 ระบุว่าไม่ค่อยแข็งแรงหรือเจ็บป่วยเล็กน้อย และร้อยละ 22.81 ระบุว่าไม่มีโรคประจำตัว (ตารางที่ 47)

โรคประจำตัวของผู้สูงอายุ

ผลการศึกษาโรคประจำตัว 3 อันดับแรกของผู้สูงอายุ มีดังนี้ ร้อยละ 33.85 เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 16.78 เป็นโรคเบาหวาน และร้อยละ 12.11 เป็นโรคปวดเมื่อยตามตัว ขา เข่า หลัง และกระดูก ตามลำดับ (ตารางที่ 47)

ตารางที่ 45 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุเทศบาลตำบลหัวสะพาน จำแนกตามลักษณะการอุปการะดูแล

ลักษณะการอุปการะดูแล	จำนวน	ร้อยละ
สถานภาพการอุปการะดูแลปัจจุบัน		
ไม่มีผู้อุปการะดูแล	233	40.88
มีผู้อุปการะดูแล	337	59.12
รวม	570	100.00

ตารางที่ 45 (ต่อ)

ลักษณะการอุปการะดูแล	จำนวน	ร้อยละ
ผู้อุปการะดูแลปัจจุบัน		
ครอบครัวของตนเอง	8	2.37
สามี/ภรรยา	55	16.32
บุตร	251	74.48
หลาน	4	1.19
บุตรและหลาน	2	0.59
ญาติ	17	5.05
รวม	337	100.00

ตารางที่ 46 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุเทศบาลตำบลหัวสะพาน จำแนกตามการตรวจสุขภาพประจำปี

การตรวจสุขภาพประจำปี	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีการตรวจ	340	59.65
มีการตรวจ	230	40.35
รวม	570	100.00

ตารางที่ 47 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุเทศบาลตำบลหัวสะพาน จำแนกตามสุขภาพ และโรคประจำตัว

ลักษณะสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
สุขภาพของท่าน		
แข็งแรงดี	293	51.40
ไม่ค่อยแข็งแรง/เจ็บป่วยเล็กน้อย	147	25.79
มีโรคประจำตัว	130	22.81
รวม	570	100.00

ตารางที่ 47 (ต่อ)

ลักษณะสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
โรคประจำตัวของผู้สูงอายุ*		
ความดันโลหิต	109	33.85
เบาหวาน	54	16.78
โรคปวดเมื่อยตามตัว ขา เข่า หลัง กระดูก	39	12.11
หัวใจ	20	6.22
โรคทางตา	13	4.04
กระเพาะอาหาร	12	3.73
อัมพฤกษ์ อัมพาต	12	3.73
โรคลม หอบ หืด	11	3.42
ไขมันอุดตัน	7	2.17
ไต	5	1.55
ไข้หวัด ระบบทางเดินหายใจ	4	1.24
โรคเก๊าต์	3	0.93
ตับ	3	0.93
ไมเกรน	3	0.93
ไทรอยด์	3	0.93
หูตึง	3	0.93
โรคเกี่ยวกับทางเดินปัสสาวะ	3	0.93
วัณโรค ปอด	2	0.62
ถุงลมโป่งพอง	2	0.62
ต่อมลูกหมาก	2	0.62
เลือดจาง	2	0.62
หลงลืม	2	0.62
ลำไส้	2	0.62
ถุงน้ำดี	1	0.31
เส้นเลือดอุดตัน	1	0.31

ตารางที่ 47 (ต่อ)

ลักษณะสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
กรดไหลย้อน	1	0.31
เส้นเลือดสมองตีบ	1	0.31
รูมาตอยด์	1	0.31
รวม	322	100.00

* ตอบได้หลายข้อ

ตอนที่ 4 ปัญหาของผู้สูงอายุเทศบาลตำบลหัวสะพาน

ปัญหาของผู้สูงอายุโดยพิจารณาจาก 8 ปัญหา ได้แก่ การมองเห็น ความพิการ ดื่มสุรา สูบบุหรี่ สิ่งเสพย์ติดอื่น ๆ การพนัน ฟัน และอื่น ๆ มีดังนี้ (ตารางที่ 48)

ปัญหาการมองเห็น ร้อยละ 71.40 ไม่มีปัญหา ร้อยละ 28.60 มีปัญหา ส่วนใหญ่คือ สายตา มองไม่ชัดเจน พร่ามัว ฝ้าฟาง หรือเป็นต้อเนื้อ ต้อกระจก เป็นต้น

ปัญหาความพิการ ร้อยละ 5.61 มีปัญหาความพิการ ได้แก่ เดินไม่ได้ อัมพฤกษ์ อัมพาต ขาเสีย เป็นต้น

ปัญหาการดื่มสุรา ร้อยละ 6.14 ระบุว่ามีการดื่มบ้างเป็นครั้งคราว ดื่มเมื่อเข้าสังคม บางรายระบุว่าดื่มทุกวันประจำ

ปัญหาการสูบบุหรี่ ร้อยละ 10.88 ระบุว่ามีการสูบบุหรี่ โดยสูบประจำ สูบเป็นครั้งคราว บางรายระบุว่าสูบใบจาก

สิ่งเสพย์ติดอื่น ๆ ร้อยละ 0.35 (2 คน) ระบุว่ามีปัญหาเรื่องนี้

การพนัน ร้อยละ 1.75 ระบุว่ามีปัญหาการพนัน ส่วนใหญ่คือ ซื้อล็อตเตอรี่ และ/หรือ แทงหวยใต้ดิน

ฟัน ร้อยละ 22.98 ระบุว่ามีปัญหา ส่วนใหญ่ตอบว่ามีปัญหาฟันผุ โดยมีทั้งผุบางซี่และหักหมดทั้งปาก บางรายบุว่าใส่ฟันปลอม โดยใส่บางซี่ และมีบ้างใส่ทั้งปาก บางรายระบุว่ามีปัญหาฟันโยก

อื่น ๆ ร้อยละ 42.11 ระบุว่ามีปัญหาโดยมีโรคประจำตัวต่าง ๆ

ผลการศึกษาปัญหาของผู้สูงอายุ โดยสรุปส่วนใหญ่ไม่มีปัญหา ส่วนที่มีปัญหาพบว่าคือ ปัญหาโรคประจำตัวต่าง ๆ รองลงมา คือ ปัญหาการมองเห็น และปัญหาฟัน ตามลำดับ (ตารางที่ 48)

ตารางที่ 48 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุเทศบาลตำบลหัวสะพาน จำแนกตามปัญหาของผู้สูงอายุ

ปัญหาของผู้สูงอายุ	จำนวน	ร้อยละ
การมองเห็น		
ไม่มีปัญหา	407	71.40
มีปัญหา	163	28.60
รวม	570	100.00
ความพิการ		
ไม่มีปัญหา	538	94.39
มีปัญหา	32	5.61
รวม	570	100.00
ดื่มสุรา		
ไม่มีปัญหา	535	93.86
มีปัญหา	35	6.14
รวม	570	100.00
สูบบุหรี่		
ไม่มีปัญหา	508	89.12
มีปัญหา	62	10.88
รวม	570	100.00
สิ่งเสพย์ติดอื่น ๆ		
ไม่มีปัญหา	568	99.65
มีปัญหา	2	0.35
รวม	570	100.00
การพนัน		
ไม่มีปัญหา	560	98.25
มีปัญหา	10	1.75
รวม	570	100.00

ตารางที่ 48 (ต่อ)

ปัญหาของผู้สูงอายุ	จำนวน	ร้อยละ
ฟัน		
ไม่มีปัญหา	439	77.02
มีปัญหา	131	22.98
รวม	570	100.00
โรคประจำตัว		
ไม่มีปัญหา	330	57.89
มีปัญหา	240	42.11
รวม	570	100.00

ตอนที่ 5 การได้รับบริการจากรัฐและเทศบาลตำบลหัวสะพาน ของผู้สูงอายุเทศบาลตำบลหัวสะพาน

การได้รับบริการจากรัฐ และเทศบาลตำบลหัวสะพานของผู้สูงอายุเทศบาลตำบลหัวสะพาน โดยพิจารณาจากการรับบริการ 10 ประเภท ดังนี้ (ตารางที่ 49)

เบี้ยยังชีพของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ร้อยละ 97.89 ได้รับบริการ ผู้ที่ไม่ได้รับบริการ คือ ข้าราชการบำนาญ และผู้ที่กำลังรอการได้รับเบี้ยยังชีพเนื่องจากเพิ่งมีอายุ 60 ปี

การตรวจสุขภาพประจำปี ร้อยละ 41.75 ได้ตรวจสุขภาพประจำปี

การรับบริการแพทย์ตรวจรักษา ร้อยละ 35.76 ระบุว่าได้รับบริการแพทย์ตรวจรักษา

การรับบริการสงเคราะห์ต่าง ๆ ร้อยละ 1.75 ระบุว่าได้รับบริการ เช่น เครื่องนุ่งห่ม ข้าวสาร อาหารแห้ง และสิ่งของจำเป็นต่าง ๆ

การจัดทัศนศึกษา/การท่องเที่ยว ร้อยละ 7.89 ระบุว่าได้รับบริการ

การออกกำลังกาย ร้อยละ 40 ระบุว่าได้รับบริการ

การฝึกอบรม/สัมมนา ร้อยละ 3.51 ระบุว่าได้รับบริการเรื่องดังกล่าว

สถานสงเคราะห์คนชรา ร้อยละ 0.88 ระบุว่าได้รับบริการ

รดน้ำดำหัวในวันสงกรานต์ ร้อยละ 19.47 ระบุว่าได้รับบริการ (ตารางที่ 7)

ตารางที่ 49 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุเทศบาลตำบลหัวสะพาน จำแนกตามการได้รับบริการจากรัฐ และเทศบาลตำบลหัวสะพาน

ลักษณะการรับบริการ	จำนวน	ร้อยละ
เบี้ยยังชีพ		
ไม่รับบริการ	12	2.11
รับบริการ	558	97.89
รวม	570	100.00
ตรวจสุขภาพประจำปี		
ไม่รับบริการ	332	58.25
รับบริการ	238	41.75
รวม	570	100.00
บริการแพทย์ตรวจรักษา		
ไม่รับบริการ	365	64.04
รับบริการ	205	35.96
รวม	570	100.00
บริการด้านสงเคราะห์ต่าง ๆ		
ไม่รับบริการ	560	98.25
รับบริการ	10	1.75
รวม	570	100.00
การจัดทัศนศึกษา/การท่องเที่ยว		
ไม่รับบริการ	525	92.11
รับบริการ	45	7.89
รวม	570	100.00
การออกกำลังกาย		
ไม่รับบริการ	342	60.00
รับบริการ	228	40.00
รวม	570	100.00

ตารางที่ 49 (ต่อ)

ลักษณะการรับบริการ	จำนวน	ร้อยละ
การฝึกอบรม/สัมมนา		
ไม่รับบริการ	550	96.49
รับบริการ	20	3.51
รวม	570	100.00
สถานสงเคราะห์คนชรา		
ไม่รับบริการ	565	99.12
รับบริการ	5	0.88
รวม	570	100.00
รดน้ำดำหัว (วันสงกรานต์)		
ไม่รับบริการ	459	80.53
รับบริการ	111	19.47
รวม	570	100.00
อื่น ๆ		
ไม่รับบริการ	567	99.47
รับบริการ	3	0.53
รวม	570	100.00

ตอนที่ 6 ความต้องการสวัสดิการผู้สูงอายุ เทศบาลตำบลหัวสะพาน

ความต้องการสวัสดิการผู้สูงอายุเทศบาลตำบลหัวสะพาน มีดังนี้ (ตารางที่ 50)

ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 41.93 ต้องการสวัสดิการผู้สูงอายุ ร้อยละ 58.07 ไม่ระบุความต้องการใด ๆ

ลักษณะความต้องการของผู้สูงอายุ จำแนกตามประเภทความต้องการพบว่า ส่วนใหญ่ร้อยละ 61.73 คือ ความต้องการเกี่ยวกับเบี้ยยังชีพ ส่วนใหญ่ต้องการจำนวนเบี้ยยังชีพเพิ่ม รองมาร้อยละ 15.89 คือ ความต้องการบริการสวัสดิการต่าง ๆ ร้อยละ 11.19 คือ ความต้องการการบริการทางการแพทย์ และร้อยละ 7.58 คือ บริการด้านสงเคราะห์ต่าง ๆ (ตารางที่ 50)

ตารางที่ 50 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุ เทศบาลตำบลหัวสะพาน จำแนกตามความต้องการสวัสดิการผู้สูงอายุ

ความต้องการสวัสดิการผู้สูงอายุ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่ต้องการ	331	58.07
ต้องการ	239	41.93
รวม	570	100.00
ลักษณะความต้องการ*		
เบี้ยยังชีพ	171	61.73
บริการสวัสดิการต่าง ๆ	44	15.89
การบริการทางการแพทย์	31	11.19
บริการด้านสงเคราะห์ต่าง ๆ	21	7.58
การฝึกอบรม/สัมมนา	4	1.45
การออกกำลังกาย	3	1.08
การรดน้ำดำหัว	2	0.72
การจัดทัศนศึกษา/การท่องเที่ยว	1	0.36
รวม	277	100.00

* ตอบได้หลายข้อ

ในเรื่องลักษณะความต้องการสวัสดิการผู้สูงอายุเทศบาลตำบลหัวสะพาน ผลการสัมภาษณ์รายละเอียดในด้านต่าง ๆ มีรายการที่น่าสนใจ ดังนี้

เบี้ยยังชีพ (171 คน)

- ต้องการเบี้ยยังชีพเพิ่ม (164 คน)
- ต้องการให้จ่ายเงินเบี้ยยังชีพที่เทศบาลตำบลหัวสะพาน (3 คน)
- ยังไม่ได้เบี้ยยังชีพ (2 คน)
- เบี้ยยังชีพแต่ละเดือนได้ช้า (2 คน)

"ไม่มีรายได้อะไร ไม่พอกิน"

"ต้องการเงินค่าเบี้ยยังชีพเพิ่ม ข้าวของต่าง ๆ แพงมาก"

"ต้องการเงินเพิ่มเพราะช่วยตัวเองไม่ได้"

"อยากมีเงินใช้ ขอเบี้ยยังชีพเพิ่ม"

"ขอให้เทศบาลรับเงินมาจ่ายที่เทศบาลตำบลหัวสะพาน จะสะดวกกว่าสำหรับคนแก่"

"ขอให้จ่ายเงินที่เทศบาล คนแก่ข้ามถนนลำบากมาก ไปไม่ค่อยไหว"

"ทำเบี้ยยังชีพไปแล้ว ยังไม่ได้ อยากให้เร่งรัด"

"ยังไม่ได้เงินเลย"

"เบี้ยยังชีพบางเดือนได้ช้า อยากได้เร็ว ๆ"

บริการสวัสดิการต่าง ๆ (44 คน)

- ต้องการให้บริการอะไรก็ได้ตามที่จัดให้ (20 คน)
- ต้องการให้เทศบาลดูแลบริการอย่างทั่วถึงทุกหมู่บ้าน (4 คน)
- ต้องการดูแลรักษาความปลอดภัยในหมู่บ้าน (4 คน)
- ต้องการทำทางระบายน้ำให้ด้วย น้ำท่วมบ่อย (4 คน)
- ต้องการถนนรอบ ๆ หมู่บ้าน (3 คน)
- ต้องการบริการไฟฟ้าสาธารณูปโภคต่าง ๆ (3 คน)
- ต้องการจัดกิจกรรมต่าง ๆ ให้สม่ำเสมอ (2 คน)
- ต้องการให้บริการประชาชนอย่างครบวงจร (1 คน)
- ต้องการปรับปรุงการประชาสัมพันธ์ให้ดีขึ้น (1 คน)
- ต้องการน้ำประปา (1 คน)
- ต้องการจัดให้ซื้อของใช้ราคาถูก (1 คน)

"อยากได้ไฟทางเร็ว ๆ"

"ต้องการทางสำหรับเดินทาง แต่เทศบาลยังไม่ดำเนินการ"

"หมู่บ้านนี้ไม่ค่อยได้อะไร"

"ให้เทศบาลตรวจตราขโมยให้ทั่วถึง"

"ที่หมู่บ้านยังไม่มีน้ำประปา"

การบริการทางการแพทย์ (31 คน)

- ต้องการให้แพทย์/พยาบาลบริการตามบ้าน (14 คน)
- ต้องการแพทย์มาดูแลรักษา (5 คน)
- ต้องการให้มีการตรวจสุขภาพประจำปี (3 คน)
- ต้องการหน่วยแพทย์มาบริการในหมู่บ้าน (3 คน)
- ต้องการให้เทศบาลช่วยเหลือยามเจ็บป่วย (2 คน)
- ตรวจสุขภาพทุกเดือน (2 คน)
- ต้องการรับบริการฟันเทียม (2 คน)
- ต้องการบริการส่งโรงพยาบาลยามฉุกเฉิน (1 คน)

"ให้หมอมาบริการที่บ้าน"

"ให้หมอมาเยี่ยมบ้าน"

"อยากรักษาตาให้ดีขึ้น"

"ช่วยเหลือยามเจ็บไข้"

"ตรวจสุขภาพทุกเดือน"

"อยากให้ทุกคนมีสิทธิในการได้รับยาเท่าเทียมกัน ทั้งคนรวย คนจน"

บริการด้านสงเคราะห์ต่าง ๆ (21 คน)

- ต้องการบริการต่าง ๆ จากเทศบาล (5 คน)
- ต้องการอุปกรณ์ต่าง ๆ สำหรับผู้ป่วย เช่น สายรัดหมอนรองกระดูก รถเข็นคนพิการ ไม้เท้าสำหรับผู้สูงอายุ เครื่องช่วยฟัง (5 คน)
- ต้องการให้เทศบาลเยี่ยมเยียนผู้สูงอายุ (5 คน)
- ต้องการสิ่งของเครื่องใช้ต่าง ๆ (3 คน)
- ต้องการที่อยู่อาศัย (3 คน)

"ต้องการบริการต่าง ๆ จากเทศบาล อะไรก็ได้"

"ต้องการให้เทศบาลมาดูแลที่บ้านให้บ่อยครั้ง"

"ให้เทศบาลมาดูแลบ่อย ๆ"

"ให้เทศบาลมาดูแลเยี่ยมเยียนทุกข์สุขบ้าง"

"ต้องการได้รับเพิ่ม ของกิน เช่น นม ของใช้ ที่นอน ผ้าห่ม ผ้ากันหนาว ด่วน"

"เทศบาลรับปากว่าจะสร้างที่อยู่ให้ แต่ยังไม่มาดำเนินการ"

"อยากได้ที่อยู่อาศัย"

"อยากมีที่อยู่ใหม่ เพราะลูกด่า รังแก"

"ต้องการให้อุปการะเลี้ยงดูลูกหลาน"

"ขอบริจาคตู้เย็น"

"รถล้ม พิการ ไม่มีรายได้ อยู่กับแม่ อยากให้เทศบาลช่วย"

"อยากให้แจกอุปกรณ์ เช่น ยา ผ้าห่ม"

"เยี่ยมบ้านเดือนละครั้ง เพื่อเป็นกำลังใจให้คนแก่ ไม่พอใช้ทุกเดือน"

การฝึกอบรม/สัมมนา (4 คน)

- ต้องการศูนย์ฝึกอาชีพสำหรับผู้สูงอายุ (2 คน)
- ต้องการให้จัดอบรมเพื่อหารายได้เพิ่ม (1 คน)
- ต้องการฝึกอบรมเรื่องต่าง ๆ ที่จำเป็นให้ผู้สูงอายุ (1 คน)

รดน้ำดำหัว (2 คน)

- ต้องการให้จัดกิจกรรมต่าง ๆ อย่างสม่ำเสมอ (2 คน)

การจัดทัศนศึกษา/การท่องเที่ยว (1 คน)

- ต้องการ ให้จัดทัศนศึกษาต่าง ๆ ตามแหล่งต่าง ๆ ให้ผู้สูงอายุ (1 คน)

ตอนที่ 7 ความต้องการได้รับความรู้ หรือทำกิจกรรมในเรื่องต่าง ๆ

ผลการศึกษาความต้องการได้รับความรู้หรือทำกิจกรรมในเรื่องต่าง ๆ ของผู้สูงอายุ เทศบาลตำบลหัวสะพาน มีดังนี้

อันดับ 1 (ร้อยละ 92)
- การฝึกสมาธิและสุขภาพจิต
- การออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ

อันดับ 2 (ร้อยละ 88)
- สุขลักษณะ 9 ประการในผู้สูงอายุ

อันดับ 3 (ร้อยละ 84)
- สมุนไพรไทย

อันดับ 4 (ร้อยละ 80)
- อาหารของผู้สูงอายุ
- การนวดแผนโบราณ/นวดกล้ามเนื้อ/จับเส้น

อันดับ 5 (ร้อยละ 76)
- การแก้ท้องผูกและนอนไม่หลับ
- ความจำเสื่อมและความหลงลืมในวัยสูงอายุ
- การปวดข้อ/ปวดเข่า/ปวดกระดูก/เก้าต์/ข้อเสื่อม
- การเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ

อันดับ 6 (ร้อยละ 72)
- การป้องกันอุบัติเหตุ
- โรคระบบทางเดินหายใจ
- ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุในเวลากลางวัน

อันดับ 7 (ร้อยละ 52)
- การฝึกอาชีพเสริม
- กิจกรรมนันทนาการสำหรับผู้สูงอายุ

ทั้งนี้ผู้สูงอายุร้อยละ 84 ตอบว่า จะเข้าร่วมกิจกรรมทุกครั้ง ร้อยละ 12 ตอบว่าจะเข้าร่วมบางครั้ง และร้อยละ 4 ตอบว่าไม่แน่ใจว่าจะเข้าร่วมหรือไม่

นอกจากนั้น ได้มีการสำรวจข้อมูลภูมิปัญญาท้องถิ่นในชุมชนด้วย และคณะนักวิจัยได้เข้าร่วมกิจกรรมกับผู้สูงอายุของชมรมผู้สูงอายุตำบลหัวสะพาน โดยมีคณะนักวิจัยจำนวน 5 คน นักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี จำนวน 15 คน เจ้าหน้าที่เทศบาลตำบลหัวสะพาน จำนวน 5 คน ผู้สูงอายุของชมรมผู้สูงอายุ จำนวน 40 คน ที่วัดเขมาภิรัติการาม ตามโครงการ “สูงค่า สูงวัย ใจมีสุข” ทั้งนี้มีตัวแทนผู้สูงอายุ 3 ท่าน ได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมกิจกรรมทางพระพุทธศาสนา โดยเข้าร่วมฟังเทศน์ ฟังธรรม ถืออุโบสถศีล นั่งสมาธิ เจริญภาวนาในวันพระในช่วงเข้าพรรษา ทั้งนี้ผู้สูงอายุบางคนจำวัด บางคนไปกลับ โดยมีกิจกรรมดังนี้

07.00 น. ทำบุญตักบาตร
08.30 น. รับศีล 8 สวดมนต์ทำวัดเช้า
09.00 น. นั่งวิปัสสนา
11.00 น. รับประทานอาหาร
13.30 น. พระเทศน์ 1 กัณฑ์
18.00 น. สวดมนต์ ทำวัดเย็น
19.00 น. ฟังพระเทศน์
20.00 น. สวดมนต์ก่อนนอน

คณะวิจัยและนักศึกษาได้เข้าร่วมสวดมนต์ และรับประทานอาหารร่วมกันกับผู้สูงอายุ

กิจกรรมที่ 2 กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพกายของผู้สูงอายุ เทศบาลตำบลหัวสะพาน

การจัดกิจกรรมครั้งนี้ เป็นการประสานความร่วมมือระหว่างสถาบันการปกครอง คือ ชมรมผู้สูงอายุเทศบาลตำบลหัวสะพาน อสม. ผู้ใหญ่บ้าน ผู้สูงอายุ สถาบันการศึกษา คือ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี ได้แก่ คณะวิทยากร คณาจารย์ และนักศึกษาจากมหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี จำนวน 10 คน และสถาบันศาสนา (วัด) คือ วัดเขมาภิรัติการาม เอื้อเฟื้อสถานที่ คือ ศาลาการเปรียญ เป็นสถานที่จัดกิจกรรม มีผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรม จำนวน 98 คน โดยมีกิจกรรมแพทย์ให้ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพและบริการตรวจสุขภาพ เภสัชกรให้ความรู้เรื่องการใช้ยา อาจารย์มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรีให้ความรู้การใช้ชีวิตของผู้สูงอายุ นักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรีสาธิตการออกกำลังกายของผู้สูงอายุและมีการนันทนาการ คือ รำวง ร้องเพลง เริ่มต้นโดยประธานชมรมผู้สูงอายุได้กล่าวถึงวัตถุประสงค์ของการจัดกิจกรรม เพื่อส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยมีกิจกรรมทั้งภาควิชาการและการนันทนาการ

วิทยากร คือ แพทย์หญิงนิวัน กลิ่นงาม สาขาอายุรกรรม ได้บรรยายให้ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยสรุป คือ เริ่มจากการตั้งคำถามว่า การมีสุขภาพดีหมายถึงอะไร ผู้สูงอายุในปัจจุบันมีจำนวนมากขึ้น เวลาผู้สูงอายุมีโรคต้องไปหาหมอที่โรงพยาบาล สถานีอนามัย เกิดความรู้สึกอย่างไร บางครั้งต้องรอนานมากกว่าจะได้พบหมอ เมื่อพบหมอแล้วบางคนไม่กล้าถามหมอ เมื่อได้ยากลับบ้านก็กินยาตามหน้าที่ ลองถามตัวเองว่าเรากินยาทำไม ต้องกินยาอีกนานไหม ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับตัวเราเองว่าเราดูแลสุขภาพของตัวเราอย่างไร เราทานอะไรบ้างในแต่ละวัน เราออกกำลังกายหรือไม่ อย่างไร ผู้สูงอายุควรดูแลสุขภาพร่างกายให้แข็งแรง ทั้งนี้มาตรฐานผู้สูงอายุมีสุขภาพอนามัยที่พึงประสงค์ คือ 1) มีสุขภาพดีทั้งร่างกายและจิตใจ 2) มีฟันถาวรใช้งานได้อย่างน้อย 20 ซี่ 3) มีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ 4) สามารถช่วยเหลือตนเองและผู้อื่นได้ตามอัตภาพ สำหรับเกณฑ์สุขภาพกายดี คือ ปราศจากประวัติและอาการของโรคต่าง ๆ ดังนี้ โรคที่สามารถควบคุมได้ในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา ได้แก่ โรคหัวใจขาดเลือด โรคมะเร็ง โรคเส้นเลือดสมองอุดตัน โรคข้อเสื่อม โรคเอดส์ วัณโรค เป็นต้น และโรคที่สามารถควบคุมได้ในระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา คือ โรคความดันโลหิต สามารถควบคุมให้อยู่ในเกณฑ์ 150/90 mmHg โรคเบาหวาน สามารถควบคุมระดับน้ำตาลอยู่ในเกณฑ์ต่ำกว่า 150 mg ทั้งนี้ความไม่มีโรคเป็นลาภอันประเสริฐ ส่วนการมีสุขภาพจิตที่ดีนั้น คือ สุขใจ ไม่ทุกข์

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้กล่าวถึงเกณฑ์สุขภาพจิตดี 4 ข้อ คือ ข้อ 1) เข้าร่วมกิจกรรมกับครอบครัว และหรือเพื่อนบ้านเป็นประจำ ข้อ 2) เมื่อมีปัญหาไม่สบายใจ สามารถแก้ไขได้โดยไม่ต้องปรึกษาเจ้าหน้าสาธารณสุขหรือแพทย์ ข้อ 3) ลูกหลานให้ความเคารพนับถือหรือลูกหลานมาปรึกษาหารือ ข้อ 4) ลูกหลานมาเยี่ยมหรือดูแลเอาใจใส่ ทั้งนี้ถ้าผ่านเกณฑ์ 3 ข้อถือว่าสุขภาพจิตดี นอกจากนี้ในด้านสังคม ครอบครัวควรมีส่วนร่วมในการดูแลสุภาพของผู้สูงอายุ มีการจัดสถานที่สภาพแวดล้อมให้เอื้อกับสุขภาพของผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุควรมีการพบปะสังสรรค์กับเพื่อน ๆ เช่น การเข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุ เข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ กับชุมชน นอกจากนั้นประการสำคัญ คือ การมีจิตวิญญาณที่ดี กล่าวคือ การดูแลสุขภาพร่างกาย โดยการออกกำลังกายเปรียบเสมือน hardware ส่วนการดูแลจิต เปรียบกับ software ของเครื่องคอมพิวเตอร์ ซึ่งศาสนาจะเป็นการช่วยเหลือจิตวิญญาณของเราได้ดี ผู้สูงอายุควรมีความหวังกับชีวิต อย่าท้อแท้ อย่างไรก็ตามหากมีโรคภัยไข้เจ็บต่าง ๆ ก็รักษา เพราะวิทยากรทางการแพทย์ปัจจุบันก้าวหน้าไปมาก จากนั้นแพทย์ได้ตอบคำถามของผู้สูงอายุเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพและการปฏิบัติตนในการป้องกันและรักษาโรคต่าง ๆ และแพทย์ได้ตรวจสุขภาพให้กับผู้สูงอายุที่ต้องการให้ตรวจ จำนวน 15 คน ขณะที่ผู้สูงอายุท่านอื่นทำกิจกรรมต่อไป

วิทยากรอีก 1 คน คือ เภสัชกรหญิงวันนิตา กลิ่นงาม ได้ให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาในผู้สูงอายุ ดังนี้

เมื่ออายุมากขึ้น การทำงานของร่างกายก็เริ่มเสื่อมถอยไปตามวัย ไม่ว่าจะเป็นเรื่องสายตา การมองเห็น เรื่องเหงือกและฟัน เรื่องการเคลื่อนไหว การลุกนั่งเดินยืน หรือการจับถือสิ่งของ รวมถึงอวัยวะภายในร่างกาย เช่น เรื่องตับ ไต ก็เริ่มเสื่อมไปด้วย เมื่อร่างกายเริ่มเสื่อมโรคก็เริ่มถามหา ดังนั้นผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะเป็นโรคเรื้อรังมากขึ้น ๆ จากโรคเดียว ต่อมาก็เพิ่มขึ้นทีละโรคจนเป็นหลาย ๆ โรคพร้อมกัน ที่พบได้บ่อย ได้แก่ ความดันโลหิตสูง ความจำเสื่อม นอนไม่หลับ กังวล โรคซึมเศร้า โรคเบาหวาน โรคกระดูกเสื่อม เป็นต้น ทำให้ต้องมีการใช้ยาหลายชนิดเพื่อควบคุมรักษาโรค และควรพิจารณาปรับการดำเนินชีวิตประจำอย่างไรให้อยู่กับโรคอย่างมีความสุข

หลักในการใช้ยาให้ถูกต้อง จำง่าย ๆ อยู่ 4 ถูก ด้วยกัน คือ

ถูกที่ 1 ถูกกับโรค ยาแต่ละตัวจะมีกลไกในการออกฤทธิ์ต่างกันออกไป สำหรับใช้รักษาโรคต่างกัน เช่น คนเป็นโรคเบาหวาน ซึ่งเป็นโรคที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง ก็จะต้องไปรับยาที่ไปออกฤทธิ์ลดระดับน้ำตาลในเลือด เพื่อปรับสมดุลของน้ำตาลในร่างกายให้เหมาะสม วิธีที่จะกินยาให้ถูกกับโรคมากที่สุดก็คือ เมื่อมีอาการเจ็บป่วยควรไปพบแพทย์หรือไปหาเภสัชกรเพื่อที่จะวินิจฉัยโรคและจ่ายยาให้ได้อย่างเหมาะสม

ส่วนยาชุดหรือยาสมุนไพรที่ไม่ได้รับการรับรอง ส่วนใหญ่จะมีสาร steroid จะมีอาการดีขึ้นในช่วงแรก ๆ ต่อเมื่อรับประทานไปนาน ๆ จะเกิดผลเสียต่อไตและสุขภาพอย่างมาก ทั้งยังอาจทำให้เกิดแผลในกระเพาะอาหารได้ด้วย

นอกจากจะต้องทานยาให้ถูกกับโรคหนึ่งโรคใดแล้ว ยังต้องทานยาให้ถูกกับโรคอื่น ๆ ที่เราเป็นร่วมด้วย อย่างที่กล่าวว่า คนสูงวัยมักจะเป็นหลายโรคร่วมกัน การทานยาหลายชนิดอาจมีผลทำให้เกิดปัญหาที่เรียกว่า ยาตีกัน เช่น ผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันเลือดสูง ถ้าเกิดเป็นไข้หวัดขึ้นและซื้อยาแก้หวัดชนิดแผงมาใช้ด้วยตนเอง เมื่อใช้ยานี้ไปอาจทำให้เกิดการตีกันของยาลดความดันเลือดสูงกับยาแก้หวัดได้ ทั้งนี้เพราะยาแก้หวัดนอกจากออกฤทธิ์ลดน้ำมูกแก้คัดจมูก ยังส่งผลข้างเคียงไปกระตุ้นการทำงานของหัวใจ ทำให้หัวใจเต้นเร็วขึ้นพร้อมกับความดันเลือดเพิ่มสูงขึ้นด้วยเช่นกัน ก่อให้เกิดการต้านฤทธิ์ของยาลดความดันเลือด ความดันเลือดก็จะสูงขึ้น นอกจากนี้ยาแก้หวัดชนิดแผงอาจทำให้รู้สึกง่วงนอนหรือเหนื่อย และใจสั่นในผู้สูงอายุบางคนได้ ดังนั้นในผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวเมื่อต้องการใช้ยาเพิ่มเติม ควรปรึกษาแพทย์หรือเภสัชกรก่อนการใช้ยาทุกครั้ง ทั้งนี้เพื่อให้ได้ผลดีต่อการรักษาควบคู่กับความปลอดภัยในการใช้ยา

ถูกที่ 2 คือ ถูกเวลา ต้องกินยาให้ถูกเวลา ยาไหนกินก่อนอาหาร ให้กินก่อนอาหาร 30 นาที ยาใดกินหลังอาหารให้กินหลังอาหารประมาณ 15 นาที มียาบางตัวที่ต้องกินหลังอาหารทันที เนื่องจากมีผลกัดกระเพาะอาหาร เช่น ยากลุ่มแก้อักเสบ และลดการปวดของกระดูกและกล้ามเนื้อ จะทำให้เกิดการระคายเคืองต่อผนังกระเพาะอาหารและลำไส้ และอาจเกิดเป็นแผลมีเลือดออกได้ง่ายในผู้สูงอายุ จึงควรรับประทานยากลุ่มนี้พร้อมอาหารและดื่มน้ำตามมาก ๆ หรืออาจต้องรับประทานพร้อมกับยาลดกรด นอกจากนี้ควรมีการเขียนขนาดและวิธีรับประทานยาตัวโต ๆ ติดบนฉลากยา

ถูกที่ 3 คือ ถูกขนาด ยาที่รักษาโรคจะมีขนาดที่เหมาะสมในการรักษา (Therapeutic dose) ถ้าเรากินยาขนาดต่ำไปก็จะไม่หาย กินมากไปก็เกิดพิษต่อร่างกายได้ เนื่องจากผู้ป่วยที่เป็นหลายโรคและมีการใช้ยาหลายชนิด และเป็นยาที่ต้องใช้ติดต่อกันนาน ๆ เมื่อใช้ไปสักระยะหนึ่งก็จะเริ่มรู้สึกเบื่อ หรือเมื่อเกิดผลข้างเคียงก็มักจะหยุดยาเอง หรือในบางคนเมื่อไม่มีอาการก็จะหยุดใช้ยาและจะใช้ยาเมื่อมีอาการเท่านั้น เพราะเข้าใจว่าไม่มีอาการหรือไม่เป็นโรคแล้วก็ไม่ต้องใช้ยา การหยุดยาเองจะมีผลทำให้ได้รับยาไม่ครบขนาด พอไม่ครบโรคก็จะไม่หาย เช่น ยา Antibiotic ดังนั้นเราต้องกินยาตามขนาดและระยะเวลาที่กำหนดตามฉลากอย่างเคร่งครัด ห้ามหยุดกินยาเองเด็ดขาด

ถูกที่ 4 ถูกสุดท้าย คือ ถูกวิธี ยารักษาโรคมีหลายแบบ บางทีไว้กิน ทา เหน็บทวารเคี้ยว ยาพ่นรักษาหอบหืด ยาฉีดเบาหวาน ก็ต้องใช้ให้ถูกวิธี เพื่อให้ยาออกฤทธิ์ได้ดี ยาน้ำแขวนตะกอนก็ควรเขย่าก่อนใช้เพื่อให้ตัวยาเข้ากันสม่ำเสมอ ถ้าสงสัยในวิธีการใช้ให้รีบถามเภสัชกรเพื่ออธิบายให้ถูกต้อง

สิ่งที่ควรทราบเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้สูงอายุ คือ

- ผู้ดูแลผู้สูงอายุควรศึกษาถึงรูปร่าง ลักษณะ และสรรพคุณของยาแต่ละชนิดที่รับประทานอยู่เป็นประจำ และแนะนำผู้สูงอายุทราบด้วย
- อ่านฉลากยาและปฏิบัติตามคำแนะนำทุกขั้นตอนก่อนการใช้ยาทุกครั้ง
- เขียนขนาดและวิธีรับประทานตัวใด ๆ ติดบนฉลากยา (กรณีที่ผู้สูงอายุอ่านหนังสือได้ดี)
- อาจใส่กล่องแยกชั้นยา เช่น เช้า – กลางวัน – เย็น – ก่อนนอน (ก่อนหรือหลังอาหาร) เพราะเคยมีผู้สูงอายุหลงลืมรับประทานยาซ้ำ ทำให้เกิดอันตรายมาก
- ควรดูวันหมดอายุของยาที่ใช้ วิธีการดูวันหมดอายุเขาจะเขียนไว้ที่แผงหรือที่ขวด ให้ดูวันหมดอายุ ถ้ายาหมดอายุแล้วไม่ควรนำมาใช้เพราะปริมาณของตัวยาสำคัญจะลดลง มีผลทำให้รักษาไม่หาย

- สังเกตลักษณะของยาที่เสื่อมสภาพ เช่น ยาน้ำแขวนตะกอน ถ้าเราเขย่าแล้วตะกอนยังจมที่ก้นขวดอย่าใช้ หรือยามีสี กลิ่น รสชาติที่ผิดปกติให้เลิกใช้เด็ดขาด

- สถานที่เก็บยา ควรให้ปลอดภัยและเก็บไว้ห่างจากมือเด็ก (เพราะเคยมีเด็กหยิบยาไปรับประทานโดยผู้ใหญ่ไม่ทราบ ซึ่งอันตรายมาก) บางชนิดต้องเก็บให้พ้นแสง (มักบรรจุในภาชนะสีชาหรือห่อด้วยแผงฟอยล์)

- หากเกิดอาการแพ้ยา เช่น มีผื่นขึ้น คัน บวม แน่นหน้าอก หายใจไม่ออก ให้รีบหยุดยาทันทีและรีบมาพบแพทย์ พร้อมทั้งนำยาหรือจดชื่อยามาด้วย และจดจำชื่อยานั้นไว้เพื่อหลีกเลี่ยงการรับประทานยาที่แพ้ซ้ำอีก

- ผลข้างเคียงของยาบางชนิด เช่น ยาลดความดันบางกลุ่มทำให้ไอมาก ยาบางกลุ่มทำให้ท้องเสีย ปากแห้ง เป็นต้น หากเกิดอาการเหล่านี้ควรปรึกษาแพทย์

- การใช้ยาสมุนไพรหรือยาแผนโบราณ ควรใช้การพิจารณาและควรระมัดระวังศึกษาจากผู้ที่ผ่านการอบรมมาเท่านั้น เพราะอาจเกิดอันตรายต่อไตและตับได้ภายหลัง และหากผู้ป่วยมีการใช้ยาสมุนไพรควบคู่กับยารักษาโรคเรื้อรัง เช่น ยาความดัน หรือยาเบาหวาน เมื่อหยุดใช้ยาสมุนไพรควรแจ้งให้แพทย์ทราบทุกครั้ง เพราะในช่วงนั้นอาจมีความดันโลหิตสูงขึ้น หรือระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นได้

- รับประทานยาตามที่แพทย์หรือเภสัชกรแนะนำอย่างเคร่งครัด

นอกจากการใช้ยาแล้ว เรายังต้องพยายามรักษาสุขภาพร่างกายและจิตใจให้แข็งแรงและแจ่มใสผู้เสมอ ง่าย ๆ คือ ยึดหลัก “5 อ.” เพื่อให้สูงวัยอย่างมีคุณภาพ คือ

1. อาหารและยา : ควรรับประทานอาหารและยาที่มีคุณภาพและปริมาณที่เหมาะสม
2. ออกกำลังกาย : ให้เหมาะสมกับร่างกายและปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ
3. อนามัยและอุจจาระ : งดการสูบบุหรี่หรือดื่มเหล้า รวมทั้งขับถ่ายอย่างสม่ำเสมอ
4. อารมณ์ : ควรมีอารมณ์ดีและรักษาอารมณ์ให้คงที่ด้วยการฝึกสมาธิหรือวิธีอื่น ๆ
5. อากาศ : ควรอยู่ในที่ที่มีอากาศดีและถ่ายเทอยู่เสมอ

จากนั้น วิทยากรจากมหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี ได้กล่าวถึงวิธีทำให้อายุยืนโดยได้ยกตัวอย่าง ผู้ได้รับคัดเลือกเป็น “แม่ 100 ปี” ของแต่ละภาค จากผลการประกวดของมหาวิทยาลัยมหิดล ที่จัดขึ้นซึ่งคณะกรรมการคัดเลือกแม่ 100 ปี จากเกณฑ์แม่ที่มีสุขภาพแข็งแรงและมีอายุมาก ซึ่งผู้ที่ได้รับรางวัลมีดังนี้

1) นางเสงี่ยม ศรีรักษา อายุ 103 ปี ชาวกรุงเทพมหานคร มีสุขภาพร่างกายแข็งแรง มีสุขภาพจิตและอารมณ์ดีมาก ถึงแม้หูได้ยินไม่ชัดเจน แต่สามารถพูดจาโต้ตอบได้ ร้องเพลงได้ รับประทนอาหารได้เอง ชอบรับประทานแกงต้มข่าปลา และผักเป็นประจำ คุณแม่เสงี่ยม มี

การตรวจสุขภาพประจำปีสม่ำเสมอ อยู่กับลูกสาวลูกชายทั้งหมด 7 คน โดยลูกหลานสร้างบ้านอยู่ในบริเวณเดียวกัน ความรัก ความเอาใจใส่ และความจริงใจจากลูกหลาน เหลน เป็นสิ่งที่ทำให้คุณแม่เสงี่ยมมีอายุยืนยาวถึงทุกวันนี้

2) นางอ่อน ทรงธนะ อายุ 104 ปี เป็นคนจันทบุรี มีลูก 6 คน ปัจจุบันเสียชีวิตไปหมดแล้ว ต้องอาศัยอยู่คนเดียวในกระท่อมข้างบ้านญาติ สามารถกินข้าว อาบน้ำ แต่งตัวเอง และยังหาเลี้ยงชีพโดยเก็บหญ้ามามัดเป็นไม้กวาดขาย เป็นคนขยันไม่ชอบอยู่เฉย ๆ เนื่องจากอยู่คนเดียวจึงต้องทำทุกอย่างเอง กวาดลานบ้านเอง ทำอาหารกินเอง ที่กินประจำคือปลาและผัก ชอบมากที่สุดคือมะเขือยาวต้มกะทิ

3) นางเขียว ลาพิงค์ อายุ 104 ปี เป็นคนจังหวัดลำพูน อาศัยอยู่กับลูกชาย มีลูก 3 คน หลาน 15 คน เหลน 19 คน และโหลนอีก 4 คน นางเขียว แข็งแรงสามารถเดินไปไหนมาไหนโดยใช้ไม้เท้าช่วย ขึ้นและลงบันไดได้ด้วยตนเอง มีสุขภาพจิตดี โดยเฉพาะอย่างยิ่งความจำยังดีมาก ปัจจุบันนางเขียวอาบน้ำเอง แต่งตัวเอง กินข้าวได้เอง แต่ช้ามากเพราะสายตาเริ่มฝ้ามัว อาหารที่กินเป็นประจำ คือ ข้าวเหนียว ผัก และปลา ผลไม้ที่กินประจำ คือ แก้วมังกรสีแดง

4) นางบุผา ปัททุบ อายุ 100 ปี เป็นคนจังหวัดมุกดาหาร เป็นคนอารมณ์ดี ยิ้มแย้มแจ่มใส สภาพร่างกายแข็งแรง ความจำดี ตอบคำถามได้ชัดเจน มีสุขภาพจิตและอารมณ์ดีมาก ไม่เคยโมโหหรือโกรธใคร นางบุผารับประทานข้าวได้เอง อาหารปกติคือข้าวเหนียวจิ้มน้ำพริก ผักต้ม ปลา มีอาหารเสริมระหว่างมื้อบ้าง ได้แก่ กล้วยน้ำว้าสุก มะม่วงสุก หรือผลไม้ที่เนื้อนิ่ม ๆ นางบุผามีการตรวจสุขภาพประจำปีสม่ำเสมอ ลูก หลาน เหลน มีบ้านอยู่ใกล้ ๆ

5) นางพิน นาคนิยม อายุ 105 ปี เป็นคนจังหวัดชุมพร มีสุขภาพแข็งแรงตามวัย ช่วยเหลือตนเองได้ ตำหมากกินเอง กินข้าวเอง เดินเข้าห้องน้ำได้เองโดยอาศัยเครื่องช่วยเดิน (วอล์กเกอร์) เป็นผู้ตั้งมั่นในศีลธรรมมาตลอด สนใจเรื่องสติปัฏฐาน 4 เพราะเคยบวชเป็นชีมาตั้งแต่อายุ 45 ปี เมื่ออายุมากขึ้นจึงสึกกลับมาอยู่กับลูกหลานที่บ้าน มีลูกชาย 2 คน หลาน 17 คน เหลน 17 คน ชอบเดินทางไปทำบุญที่วัดใกล้บ้านเป็นประจำ ถือศีล 8 ทุกวันพระ พออายุ 103 ปี ไม่สามารถเดินระยะทางไกลได้ จึงปฏิบัติธรรมะอยู่กับบ้าน จะสวดมนต์และนั่งสมาธิทุกวัน วันละไม่น้อยกว่า 1 ชั่วโมง ตั้งแต่ห้าโมงเย็นถึงหกโมงครึ่ง นางพินชอบรับประทานผักและปลา อาหารส่วนมากคือแกงส้ม แกงเผ็ด และผลไม้ตามฤดูกาล

ข้อสังเกต คือ ผู้สูงอายุทุกท่านที่ได้รับรางวัลจะมีสุขภาพแข็งแรงตามวัย มีสุขภาพจิตดี ทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ อาหารที่รับประทานประจำ คือ ปลา ผัก ผลไม้ ไม่รับประทานเนื้อสัตว์ อาหารรสจัด

หลังจากนั้นมีการสาธิตการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ โดยนักศึกษาจากมหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี จำนวน 10 คน ซึ่ง อสม. เทศบาลตำบลหัวสะพาน จำนวน 2 คน ได้ร่วมด้วย โดยเริ่มจากเกณฑ์การทดสอบกลไกทางร่างกายของผู้สูงอายุที่ถือว่าผ่าน จำนวน 7 ท่า (สำนักส่งเสริม กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2541 : 9 – 10) ดังนี้ 1) เมื่อยืนตรง ระดับไหล่ทั้งสองข้างต้องขนานกับพื้น 2) เมื่อมองเพดาน ระดับคางต้องขนานกับพื้น ก้มมองพื้นสามารถมองเห็นเท้าตนเองได้ 3) สามารถใช้ฝ่ามือแตะสะบักตรงกันข้ามในระดับราบได้ 4) สามารถกำหนด กระดก งุ้ม หมุนข้อมือให้ทำมุมกับแขนได้ และสามารถบังคับนิ้วให้กางออกจากกัน และหุบติดกันได้ 5) เมื่อนั่งเหยียดขาให้ตรง เข่าจะอยู่ในแนวขนานกันทั้งสองข้าง 6) แนวกระดูกสันหลังเรียบและตรง 7) ก้าวขึ้นลงบนม้าโดยก้าวเท้าขวาขึ้นเหยียบม้า ก้าวเท้าซ้ายตามขึ้นไป ก้าวเท้าขวาลงจากพื้น ก้าวเท้าซ้ายตามลงมา นับเป็น 1 ครั้ง ทำติดต่อกันอย่างต่อเนื่อง 3 ครั้ง (เวลาก้าวขึ้น – ลงให้เหยียบเต็มฝ่าเท้าลำตัวยืดตรง) จากนั้นให้ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมครั้งนี้ทำตามท่าละ 8 ครั้ง ยกเว้นท่าที่ 7 เนื่องจากไม่มีม้านั่ง ทั้งนี้อาจฝึกที่บ้านโดยใช้ขั้นบันไดก็ได้

จากนั้นนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี ได้สาธิตการออกกำลังกายของผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี จำนวน 5 ท่า (สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2541 : 17 – 19) และผู้สูงอายุได้ปฏิบัติตาม ดังนี้ ท่าที่ 1) การทรงตัวระดับไหล่ ยืนแยกเท้าห่างหนึ่งช่วงไหล่ กางแขนออกด้านข้าง สูงเสมอไหล่ คว่ำฝ่ามือ จังหวะที่ 1 เหวี่ยงแขนทั้งสองข้างมาข้างหน้าจนเลยไปไขว้กันในลักษณะของขากรรไกร จังหวะที่ 2 วาดแขนทั้งสองกางออกมาเสมอไหล่ นับเป็น 1 ครั้ง ฝึก 10 ครั้ง ท่าที่ 2) การเคลื่อนไหวของคอ ยืนเท้าห่างหนึ่งช่วงไหล่ มือทั้งสองข้างจับเอว ก้มศีรษะพอประมาณ นับเป็นจังหวะที่ 1 เงยหน้าให้ศีรษะเลยไปข้างหลังพอประมาณ นับเป็นจังหวะที่ 2 ฝึก 10 ครั้ง จากนั้นหันหน้าไปทางซ้ายตามองเลยออกไปทางไหล่ซ้าย หันหน้ากลับตรง และหันเลยไปทางขวา ตามองผ่านไหล่ขวา หันซ้าย – ขวา นับเป็น 1 ครั้ง ฝึก 10 ครั้ง ท่าที่ 3 การเคลื่อนไหวของข้อไหล่ โดยยืนแยกเท้าห่างหนึ่งช่วงไหล่ งอพับแขน นิ้วมือแตะไหล่ แล้วพับศอกทั้งสองข้างเข้ามาแตะกันที่ด้านหน้า วาดศอกกางออกมาด้านข้าง พับ-แยกศอกเข้าออกนับเป็น 1 ครั้ง ฝึก 10 ครั้ง ท่าที่ 4) การเคลื่อนไหวของข้อมือและนิ้วมือ โดยกำหมัดกระดกงุ้ม หมุนข้อมือกาง-หุบนิ้วมือ ฝึก 10 ครั้ง ท่าที่ 5) ความสมมาตรด้านหน้าข้อเข่าและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา โดยยืนหันหน้าเข้าหาเก้าอี้ เอามือจับพนักเก้าอี้ทั้งสองข้าง เท้าแยกห่างกันพอสมควร ย่อตัวลงโดยให้ศีรษะและหลังตั้งตรง ย่อตัวลงในระดับที่นั่งเก้าอี้ ทำซ้ำ 5 ครั้ง

ในการฝึกการออกกำลังกายครั้งนี้ ผู้สูงอายุท่านใดจะปฏิบัติท่าใดก็ได้ตามความสมัครใจ และมีการแจกเอกสารซึ่งมีภาพประกอบคำอธิบาย โดยขยายตัวอักษรขนาดใหญ่เพื่อให้อ่านง่ายและสามารถนำไปฝึกปฏิบัติต่อที่บ้านได้ ทั้งนี้ผู้สูงอายุจำนวนมากขอเอกสาร

หลังจากออกกำลังกายแล้ว เป็นการนันทนาการโดยมีการทายปัญหาและเชิญผู้สูงอายุออกมารำวง สลับกับการร้องเพลงของผู้สูงอายุ เป็นที่สนุกสนาน ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ชอบกิจกรรมต่าง ๆ โดยเฉพาะการพบแพทย์

"อยากให้มีกิจกรรมอย่างนี้อีกอย่างต่อเนื่อง"

"สนุกดี ได้พบเพื่อน ๆ"

"อยากให้มีการพบหมออย่างนี้บ่อย ๆ"

"จัดให้มีกิจกรรมพบแพทย์ เดือนละครั้งได้ไหม"

"ชอบการให้ความรู้ทางวิชาการ"

"วิทยากรพูดเพราะ"

"วิทยากรเป็นกันเองดี"

กิจกรรมที่ 3 กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตในวันผู้สูงอายุ เทศบาลตำบลหัวสะพาน

การจัดกิจกรรมในวันผู้สูงอายุ เป็นการประสานความร่วมมือระหว่างสามฝ่าย คือ สถาบันการปกครอง (บ้าน) ประกอบด้วย ชมรมผู้สูงอายุ เทศบาลตำบล อสม. อผส. ผู้ใหญ่บ้าน ผู้สูงอายุ และครอบครัวผู้สูงอายุ สถาบันศาสนา (วัด) คือ พระนักเทศน์ และสถาบันการศึกษา (โรงเรียน) ได้แก่ คณะอาจารย์และนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี และคณะวิทยากร (ครู) จากการศึกษานอกโรงเรียน โดยมีกิจกรรมดังนี้ ชมรมผู้สูงอายุเทศบาลตำบลหัวสะพาน คณะนักวิจัยจากมหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี ได้อาราธนาพระครูวาทีวรวัฒน์ (กล้า) วีรฺตโน ผู้ช่วยเจ้าอาวาสพระอารามหลวงวัดมหาธาตุวรวิหาร และเลขานุการเจ้าคณะจังหวัดเพชรบุรี พระนักเทศน์มาบรรยายธรรมะให้กับผู้สูงอายุในหัวข้อ "ธรรมะต่ออายุญาติโยม" ตามความต้องการของผู้สูงอายุ คณะวิทยากรจากการศึกษานอกโรงเรียนจังหวัดเพชรบุรี ร่วมร้องเพลงและทำกิจกรรมกับผู้สูงอายุ การรดน้ำผู้สูงอายุและการรำวงย้อนยุค

กิจกรรมเริ่มต้นด้วยการลงทะเบียน ผู้สูงอายุชาย 1 คน หญิง 1 คน นำสวดเจริญพระพุทธมนต์พร้อมกัน ประธานชมรมผู้สูงอายุกล่าวถึงวัตถุประสงค์ของการจัดงานวันผู้สูงอายุ และให้หัวหน้าคณะนักวิจัยจากมหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี กล่าวถึงความสำคัญของผู้สูงอายุและขอความร่วมมือจากผู้สูงอายุในการให้สัมภาษณ์ตามแบบสำรวจข้อมูลผู้สูงอายุ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทำให้รู้จำนวนโครงสร้างผู้สูงอายุของชุมชน รู้ศักยภาพของผู้สูงอายุทั้งที่พึ่งตนเองได้และพึ่งตนเองไม่ได้ โดยจัดไว้เป็นฐานข้อมูลผู้สูงอายุ

จากนั้นพระครูวาทีวรวัฒน์ ได้บรรยายธรรมะเรื่อง "ธรรมะต่ออายุญาติโยม" โดยสรุป คือ กล่าวถึงการปฏิบัติตามเบญจศีล เบญจธรรม เบญจศีล คือ ข้อปฏิบัติที่ใช้สำหรับควบคุมกายและวาจาให้อยู่ในความดีงาม 5 ประการ หรือเรียกว่า ศีล 5 ได้แก่ เว้นจากการฆ่าสัตว์ เว้นจากการลัก

ทรัพย์ เว้นจากการประพฤติผิดในกาม เว้นจากการพูดเท็จ และเว้นจากการดื่มเครื่องดองของเมา ส่วนเบญจธรรม หมายถึง หลักธรรมที่ควรปฏิบัติ 5 ประการ ได้แก่ เมตตากรุณา สัมมาอาชีวะ ความสำรวมในกาม ความซื่อสัตย์และความมีสติรอบคอบ ทั้งนี้ปกติผู้สูงอายุได้ปฏิบัติตามหลักเบญจศีล เบญจธรรมอยู่แล้ว นอกจากนี้ผู้สูงอายุมีโอกาสทำบุญมากกว่าคนในวัยอื่น ๆ มีโอกาส ทำความดี จึงอยากให้ผู้สูงอายุนำหลักเบญจศีล เบญจธรรม ไปสอนลูกหลาน เพราะขณะนี้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะอยู่กับลูกกับหลาน เราควรคิดว่าจะอบรมเลี้ยงดูเขาอย่างไร โดยปกติเราจะเลี้ยงดูให้มีพื้นฐานการกิน การสอนเป็นเวลา รู้จักปฏิบัติตามระเบียบวินัย ดูแลป้องกันอุบัติเหตุให้ลูกหลาน เราต้องสอนลูกหลานให้ทำความดี ละเว้นความชั่ว คือ สอนหลักเบญจธรรม 5 ประการ ให้เขาทำความดีโดยเฉพาะความดีพื้นฐาน 5 ประการ โดยถ้าต้องการให้เขาเป็นคนดีก็ต้องปลูกฝังสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ให้เขาตั้งแต่ยังอยู่ในวัยเด็ก เช่น กรณีเด็กตกน้ำคนพายเรือเห็นแต่ช่วยไม่ทัน คนพายเรือไม่ผิดศีล แต่ถ้าคนพายเรือเป็นคนดีต้องช่วยเหลือ ดังนั้นเราต้องสั่งสอนให้ลูกหลานมีความเมตตา รู้จักรักสัตว์เลี้ยง เช่น ขยำปลาทูให้แมว ต้องสอนให้เขาอย่าลักขโมย เขาต้องรู้จักประกอบสัมมาชีพ อย่าปล่อยให้เขาดูทีวีอย่างเดียว แต่ต้องสอนว่าเป็นละคร ในชีวิตจริง ๆ ต้องไม่ทำอย่างนี้ สอนให้ไม่พูดหยาบคาย โดยสอนให้พูดจาสุภาพ ลงท้ายด้วย ครับ คะ ขา ต้องสอนให้ลูกหลานมีสติสัมปชัญญะ มีสมาธิ รู้จักทำบุญตักบาตรพร้อมกับ ปู่ ย่า ตา ยาย ในโอกาสนี้กิจกรรมที่ชมรมผู้สูงอายุ เทศบาลตำบลหัวสะพาน คณะนักวิจัยจากมหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี คณะวิทยากรจากการศึกษานอกโรงเรียน ได้ร่วมกันจัดกิจกรรมต่าง ๆ ให้ผู้สูงอายุ เพื่อให้สังคมน่าอยู่ และพระครูวาทีวรวัฒน์ได้สวดคาถาต่ออายุให้ญาติโยมที่มาฟังการบรรยายธรรมะ โดยเล่าประวัติคาถาดังกล่าว พร้อมกับบรรยายว่า ให้กราบบูชาพระ ดูแลหิ้งบูชาพระอย่าให้เหี่ยวแห้ง ตลอดระยะเวลาการฟังบรรยายธรรมะ ผู้สูงอายุทุกท่านตั้งใจฟังและร่วมกันถวายปัจจัยไทยทาน ซึ่งคณะผู้วิจัยจัดเตรียมให้และผู้สูงอายุได้ร่วมกันทำบุญด้วย

หลังจากฟังพระบรรยายธรรมะแล้ว ได้มีการรดน้ำผู้สูงอายุโดยแต่ละหมู่บ้านส่งตัวแทนผู้สูงอายุที่อาวุโสหมู่บ้านละ 2 คน และให้ผู้อาวุโสน้อยกว่าตลอดจนลูกหลานที่เข้าร่วมกิจกรรมรดน้ำขอพรผู้อาวุโส ชมรมผู้สูงอายุมอบของที่ระลึกให้ผู้สูงอายุอาวุโสดังกล่าวด้วย จากนั้นเป็นการร้องเพลงและเล่นเกมส์ โดยคณะวิทยากรจากการศึกษานอกโรงเรียน เป็นที่สนุกสนาน

นอกจากนั้นมีการรำวงย้อนยุคของผู้สูงอายุ โดยมีตัวแทนผู้สูงอายุแต่ละหมู่บ้าน แต่งกายสวยงาม และแต่งกายประยุกต์ตามอัธยาศัย บางท่านแต่งแฟนซีร่วมรำวงกับผู้สูงอายุที่มาร่วมกิจกรรม คณะกรรมการมอบรางวัลให้ผู้สูงอายุที่แต่งกายเข้าร่วมรำวง

สุดท้าย ชมรมผู้สูงอายุได้มอบข้าวสารถุงให้กับผู้สูงอายุทุกคนที่มาร่วมงาน ข้าวสารที่นำมามอบให้กับผู้สูงอายุในวันนี้ได้รับการสนับสนุนจากร้านเพชรบุรีค้าข้าว โดยประธานชมรมผู้สูงอายุเป็นผู้ติดต่อขอรับการสนับสนุน หลังจากนั้นผู้สูงอายุได้ร่วมรับประทานอาหาร คือ ข้าวกล่อง และขนมร่วมกัน กิจกรรมในวันนี้มีผู้สูงอายุเข้าร่วม 230 คน ผู้สูงอายุทุกท่านสนุกสนาน ที่ได้เข้าร่วมกิจกรรมดังกล่าว

"มีความสุขมากวันนี้ สนุก และได้ฟังพระเทศน์"

"มาร่วมงานทุกปี ไม่เคยขาด"

"พระเทศน์ฟังง่าย นำไปปฏิบัติได้"

"ชอบมาก ๆ มีกิจกรรมหลายอย่าง"

"ควรจัดอย่างนี้ทุกปี"

ขั้นที่ 5 การประเมินผล

การประเมินผลการจัดกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ใช้วิธีการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุและบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการจัดกิจกรรมในทั้งสองพื้นที่

ผลการประเมินโดยการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุในตำบลโพไร่หวาน จำนวน 76 คน ส่วนใหญ่คือเพศหญิงเท่ากับร้อยละ 68.4 เพศชายเท่ากับร้อยละ 31.6 มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 69.42 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.26 ปี) ผลการประเมินพบว่า ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจต่อการจัดกิจกรรมโดยรวมอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.36) ผลการศึกษาตามรายกิจกรรมพบว่า ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด 3 กิจกรรม ส่วนกิจกรรมอื่น ๆ มีความพึงพอใจในระดับมาก 6 กิจกรรม กิจกรรมที่ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ยเรียงตามลำดับดังนี้ การฟังพระบรรยายธรรมะ กิจกรรมวันผู้สูงอายุ โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากัน คือ 4.66 รองลงมา คือ กิจกรรมแพทย์ตรวจสุขภาพผู้สูงอายุ (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.50) ส่วนกิจกรรมที่ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในระดับมาก 3 กิจกรรมแรก ได้แก่ การร้องเพลง ฟังเพลง ฟังดนตรี (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.37) การให้ข้อมูลพื้นฐานเพื่อใช้ประโยชน์ในการจัดสวัสดิการต่าง ๆ (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.34) และกิจกรรมการให้ความรู้เรื่องต่าง ๆ แก่ผู้สูงอายุ (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.25) สำหรับกิจกรรมที่ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในลำดับสุดท้าย คือ การทายปัญหาต่าง ๆ (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.01) (ตารางที่ 51)

ผลการสัมภาษณ์คำถามปลายเปิด จำนวน 3 ข้อ คือ ข้อคำถามดังนี้ กิจกรรมใดที่ท่านชอบมากที่สุด กิจกรรมที่มีประโยชน์มากที่สุด และจะมาเข้าร่วมกิจกรรมอีกหรือไม่

กิจกรรมที่ชอบมากที่สุด

- การฟังพระบรรยายธรรมะ จำนวน 19 คน

- กิจกรรมแพทย์ตรวจสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 6 คน
- กิจกรรมทุกอย่างที่จัดให้ จำนวน 6 คน
- การร้องเพลง ฟังเพลง ฟังดนตรี จำนวน 5 คน
- รำวง จำนวน 2 คน

กิจกรรมที่ท่านคิดว่ามีประโยชน์มากที่สุด

- มีประโยชน์ทุกกิจกรรม จำนวน 9 คน
- กิจกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ จำนวน 6 คน
- การฟังพระบรรยายธรรมะ จำนวน 4 คน
- กิจกรรมแพทย์ตรวจรักษาสุขภาพ จำนวน 4 คน
- การร้องเพลง ฟังเพลง ฟังดนตรี จำนวน 4 คน

ถ้ามีการจัดกิจกรรมต่าง ๆ ท่านจะมาเข้าร่วมหรือไม่ เพราะเหตุใด

ผลการประเมินพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ตอบว่า จะมาเข้าร่วมทุกครั้ง ร้อยละ 96.05 ผู้ที่ตอบว่าไม่มาร่วมเท่ากับร้อยละ 3.95 โดยผู้สูงอายุให้เหตุผลดังต่อไปนี้

- ชอบ ดีมาก จำนวน 8 คน
- เพื่อสุขภาพของตนเอง จำนวน 8 คน
- ได้ความรู้ มีประโยชน์ จำนวน 6 คน
- จิตใจเบิกบาน จำนวน 4 คน
- มีความสุข จำนวน 3 คน
- เพื่อส่วนรวม จำนวน 3 คน
- เป็นกันเองดี จำนวน 2 คน
- ได้หัวเราะ จำนวน 2 คน
- ได้เห็น ได้ทำ จำนวน 2 คน
- พบเพื่อน ๆ จำนวน 2 คน
- มีของที่ระลึก จำนวน 1 คน

“การออกกำลังกาย มีประโยชน์ต่อสุขภาพ”

“จิตใจเราชอบ ผู้สูงอายุไม่มีอะไร ลูกหลานโตหมดแล้ว ไม่มีภาระ ไม่มีห่วง”

“ดีมาก ได้รับความรู้ ความเข้าใจ”

“ดี สุขภาพแข็งแรง”

“รักการออกกำลังกาย”

“ต้องมาตรวจทุกเดือนอยู่แล้ว”

“รู้สึกดี เป็นกันเอง”

"ทำให้จิตใจเบิกบาน สนุกสนาน"
"มีความสุข ชอบ"
"สบายใจ มีความสุข"
"ได้เจอเพื่อน ๆ มีความสุข"
"เพื่อส่วนรวม และสุขภาพของตนเอง"
"อยากจะมา ได้เห็น ได้ทำ"
"ไม่เคยขาด คอยวันมาพบ เจอคนมาก ๆ สนุกดี"
"ดีมาก รดน้ำ รับของที่ระลึก"
"ไม่มา มีภาระมาก"

ผลการประเมินโดยการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุในเทศบาลตำบลหัวสะพาน จำนวน 80 คน ส่วนใหญ่ คือ เพศหญิง ร้อยละ 72.50 เพศชายเท่ากับร้อยละ 27.50 มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 67.93 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.87) ผลการประเมินพบว่า ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจต่อการจัดกิจกรรมโดยรวมอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.84) ผลการศึกษาตามรายกิจกรรมพบว่า ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในระดับมาก 8 กิจกรรม ระดับปานกลาง 1 กิจกรรม โดยมีค่าเฉลี่ย 3 ลำดับแรก ดังนี้ การฟังพระบรรยายธรรมะ (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.25) กิจกรรมแพทย์ตรวจสุขภาพผู้สูงอายุ (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.19) และการให้ข้อมูลพื้นฐานของผู้สูงอายุเพื่อใช้ประโยชน์ในการจัดสวัสดิการต่าง ๆ (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.08) ส่วนกิจกรรมที่ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจลำดับสุดท้ายในระดับปานกลาง คือ การทายปัญหาต่าง ๆ (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.11) (ตารางที่ 52)

ผลการสัมภาษณ์คำถามปลายเปิด จำนวน 3 ข้อ ได้ผลดังนี้

กิจกรรมที่ท่านชอบมากที่สุด

- ชอบทุกกิจกรรมที่จัดให้ จำนวน 16 คน
- การฟังพระบรรยายธรรมะ จำนวน 7 คน
- ร้องเพลง รำวง จำนวน 5 คน
- การออกกำลังกายของผู้สูงอายุ จำนวน 2 คน
- แพทย์ตรวจสุขภาพ จำนวน 2 คน

กิจกรรมที่ท่านคิดว่ามีประโยชน์มากที่สุด

- มีประโยชน์ทุกกิจกรรม จำนวน 19 คน
- แพทย์ตรวจสุขภาพ จำนวน 4 คน
- การออกกำลังกาย จำนวน 4 คน
- การฟังพระบรรยายธรรมะ จำนวน 2 คน
- การให้ความรู้เรื่องต่าง ๆ จำนวน 2 คน

ถ้ามีการจัดกิจกรรมต่าง ๆ ท่านจะมาเข้าร่วมหรือไม่ เพราะเหตุใด

ผลการประเมินพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 91.25 ตอบว่า จะมาเข้าร่วมทุกครั้ง ร้อยละ 2.50 ตอบว่าถ้าว่างก็จะเข้าร่วม ส่วนร้อยละ 6.25 ตอบว่าไม่มาเข้าร่วม เนื่องจากสุขภาพไม่ดี มาไม่ไหวต้องทำนา สำหรับผู้สูงอายุที่ระบุว่าเข้าร่วมให้เหตุผลดังต่อไปนี้

- สนุก และได้รับความรู้ จำนวน 10 คน
- มีความสุข จำนวน 5 คน
- ดี เพราะมีประโยชน์ จำนวน 5 คน
- ช่วยเรื่องสุขภาพของตนเอง จำนวน 3 คน
- ทำกิจกรรมหลาย ๆ คน สามัคคีกันดี จำนวน 3 คน
- ได้ของที่ระลึก ของชำร่วย จำนวน 2 คน
- เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ จำนวน 1 ราย

"เจอคนรู้จักมาก พูดคุยกัน รู้สึกดี"

"ทำอะไรหลายคน สนุกดี"

"ช่วยให้มีความรู้ ได้รู้ว่าตนเองเป็นอะไร จะได้ทำตัวถูก"

"เป็นการหาความรู้ใส่ตัว"

"ถ้าหมอตรวจจะได้รู้ว่าเป็นอะไรบ้าง"

"ได้ทำนั่น ทำนี่ ได้กินข้าวฟรี"

"ได้ความสามัคคี มีเพื่อนคุย"

"ไปเราก็ไม่ได้เสียอะไร แถมได้ประโยชน์อีกต่างหาก"

"ดีกว่าอยู่บ้านเฉย ๆ"

ผลการสัมภาษณ์บุคลากรที่เกี่ยวข้องในการจัดกิจกรรมของผู้สูงอายุ ได้แก่ ปลัด อบต. ประธานชมรมผู้สูงอายุ กรรมการชมรมผู้สูงอายุ พัฒนากร หัวหน้าสถานีอนามัย อสม. และ อผส. สมาชิก อบต. และครูในทั้งสองพื้นที่ จำนวน 15 คน พบว่า ร้อยละร้อยมีความพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วมในการวิจัยครั้งนี้ ได้มีส่วนร่วมในการอภิปรายแสดงความคิดเห็น สภาพปัญหาของผู้สูงอายุในชุมชน มีส่วนร่วมในการกำหนดแนวทาง/รูปแบบการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ การเข้าร่วมกิจกรรมที่ทดลองปฏิบัติโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (บวร) และร่วมรับรู้ผลการประเมินการปฏิบัติตามกิจกรรมดังกล่าว ผลการวิจัยที่ได้นำไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนการจัดทำแผนงาน/โครงการและกิจกรรมต่าง ๆ ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว รวมถึงการจัดสรรงบประมาณและทรัพยากรต่าง ๆ ของ อบต. และเทศบาลตำบลได้ โดยใช้หลักวิชาการมากขึ้น มีการจัดสวัสดิการสังคม จัดมาตรการในการรองรับ และพัฒนาคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม ตรงตามผลการสัมภาษณ์สภาพปัญหาและความต้องการที่แท้จริงของผู้สูงอายุทุก

คนในชมรม ผลการสัมภาษณ์ที่ได้ใช้เป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ในการจัดทำฐานข้อมูลผู้สูงอายุในชุมชน เป็นการเตรียมความพร้อมในการรับมือกับผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้นในอนาคต

"การเข้าร่วมงานวิจัยครั้งนี้มีประโยชน์ในทางวิชาการมาก ทำให้มีเหตุมีผลในการจัดทำโครงการ / กิจกรรมต่าง ๆ ของผู้สูงอายุ"

"ได้รับความรู้ และนำไปใช้เขียนแผนงาน/โครงการของผู้สูงอายุของ อบต. ได้"

"จะนำไปใช้เขียนแผนงานของผู้สูงอายุ แต่เดิมไม่ได้ทำ ทำเป็นปี ๆ ไป"

"ทำให้รู้ว่าผู้สูงอายุพอใจอย่างไรบ้างกับกิจกรรมที่ทำ"

"มีประโยชน์กับฝ่ายปฏิบัติงานมาก ชอบฐานข้อมูลผู้สูงอายุ ทำให้มีข้อมูลของผู้สูงอายุทุกคนนำไปพัฒนางานต่อไปได้"

"ทำให้รู้จักคิด วางแผนงานผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบมากขึ้น"

"ได้ทำงานอย่างต่อเนื่อง"

ตารางที่ 51 จำนวนและร้อยละความพึงพอใจต่อการจัดกิจกรรมเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ตำบลโพไร่หวาน จำแนกตามประเภทกิจกรรม

กิจกรรม	ระดับความพึงพอใจ (ร้อยละ)					ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)	ระดับความพึงพอใจ
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด			
1. การให้ข้อมูลพื้นฐานของผู้สูงอายุเพื่อใช้ประโยชน์ในการจัดสวัสดิการต่าง ๆ	34.21	65.79	-	-	-	4.34	.48	มาก
2. กิจกรรมแพทย์ตรวจสุขภาพผู้สูงอายุ	50.00	50.00	-	-	-	4.50	.50	มากที่สุด
3. กิจกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ	28.95	63.16	7.89	-	-	4.21	.57	มาก
4. กิจกรรมการให้ความรู้เรื่องต่าง ๆ แก่ผู้สูงอายุ	25.00	75.00	-	-	-	4.25	.44	มาก
5. การทายปัญหา	38.16	30.26	26.32	5.26	-	4.01	.93	มาก
6. การร้องเพลง ฟังเพลง ฟังดนตรี	47.36	42.11	10.53	-	-	4.37	.67	มาก
7. รำวง	36.84	48.68	13.16	-	1.32	4.20	.77	มาก
8. การฟังพระบรรยายธรรมะ	65.79	34.21	-	-	-	4.66	.48	มากที่สุด
9. กิจกรรมวันผู้สูงอายุ (รดน้ำดำหัว รับของที่ระลึก ฯลฯ)	65.79	34.21	-	-	-	4.66	.48	มากที่สุด
รวม						4.36	.40	มาก

ตารางที่ 52 จำนวนและร้อยละความพึงพอใจต่อการจัดกิจกรรมเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเทศบาลตำบลหัวสะพาน จำแนกตามประเภทกิจกรรม

กิจกรรม	ระดับความพึงพอใจ (ร้อยละ)					ค่าเฉลี่ย – (X)	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)	ระดับความพึงพอใจ
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด			
1. การให้ข้อมูลพื้นฐานของผู้สูงอายุเพื่อใช้ประโยชน์ในการจัดสวัสดิการต่าง ๆ	12.50	85.00	-	2.50	-	4.08	.47	มาก
2. กิจกรรมแพทย์ตรวจสุขภาพผู้สูงอายุ	27.50	66.30	3.80	2.50	-	4.19	.62	มาก
3. กิจกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ	17.50	48.80	31.30	2.50	-	3.81	.75	มาก
4. กิจกรรมการให้ความรู้เรื่องต่าง ๆ แก่ผู้สูงอายุ	17.50	47.50	31.30	3.80	-	3.79	.77	มาก
5. การทายปัญหา	12.50	17.50	41.30	26.30	2.50	3.11	1.02	ปานกลาง
6. การร้องเพลง ฟังเพลง ฟังดนตรี	21.30	33.80	22.50	20.00	2.50	3.51	1.11	มาก
7. รำวง	30.00	40.00	23.80	6.30	-	3.94	.89	มาก
8. การฟังพระบรรยายธรรมะ	32.50	60.00	7.50	-	-	4.25	.58	มาก
9. กิจกรรมวันผู้สูงอายุ (รดน้ำดำหัว รับของที่ระลึก ฯลฯ)	21.30	52.50	23.80	2.50	-	3.93	.74	มาก
รวม						3.84	.58	มาก

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

ในบทนี้เป็นการสรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และมีข้อเสนอแนะในการวิจัย ดังนี้

จากความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาพบว่า ประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ คือ ภาวะที่ประเทศมีสัดส่วนของประชากรสูงอายุมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งประเทศ ทั้งนี้เพราะตั้งแต่ปี 2552 ประเทศไทยมีประชากรผู้สูงอายุประมาณ 7.6 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 11.5 ของประชากรทั้งหมด และมีการคาดประมาณว่าจะมีประชากรผู้สูงอายุเพิ่มเป็น 17.8 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 25 ของประชากรทั้งหมดในปี 2573 (วิพรรณ ประจวบเหมาะ และศิริวรรณ ศิริบุญ, 2553 : 9) จะเห็นได้ว่าประชากรผู้สูงอายุของไทยมีแนวโน้มเพิ่มสูงมากขึ้นทั้งจำนวนและสัดส่วน ผู้สูงอายุเป็นทรัพยากรมนุษย์ที่มีค่าของสังคม และได้รับการสะสมทุนมนุษย์ มีประสบการณ์ชีวิต และการทำงานอย่างต่อเนื่องมาเป็นเวลาช้านาน จึงสมควรได้รับการพิจารณาทั้งในด้านมนุษยธรรม และด้านการพัฒนาจากสังคมและบุตรหลาน ดังแนวคิดพื้นฐานของแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545 – 2564) ฉบับปรับปรุง ซึ่งมีปรัชญาว่า “ผู้สูงอายุไม่ใช่บุคคลด้อยโอกาสหรือเป็นภาระต่อสังคม แต่สามารถมีส่วนร่วมเป็นพลังพัฒนาสังคม จึงควรได้รับการส่งเสริมและเกื้อกูลจากครอบครัว ชุมชน และรัฐให้ดำรงชีวิตอยู่อย่างมีคุณค่า มีศักดิ์ศรี และคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีให้นานที่สุด ขณะเดียวกันผู้สูงอายุที่ประสบความทุกข์ยากต้องได้รับการเกื้อกูลจากครอบครัว ชุมชน สังคม และรัฐอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม การสร้างหลักประกันในวัยสูงอายุเป็นกระบวนการสร้างความมั่นคงให้แก่สังคมโดยการมีส่วนร่วมจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกภาคส่วน ได้แก่ 1) ประชากรช่วยตนเอง 2) ครอบครัวดูแล 3) ชุมชนช่วยเกื้อกูล 4) สังคม รัฐสนับสนุน ทั้งนี้โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ควรมีการบูรณาการให้เหมาะสมกับสถานการณ์อย่างต่อเนื่อง ภายใต้วิสัยทัศน์ที่ว่า “ผู้สูงวัยเป็นหลักชัยของสังคม” การวิจัยเรื่อง การมีส่วนร่วมของชุมชนในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพปัญหา ความต้องการ และการเตรียมตัวเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ และศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยใช้หลัก 3 ประสาน คือ บ้าน วัด โรงเรียน หรือที่เรียกว่า “บ ว ร” ประกอบด้วย สถาบันการปกครอง (บ้าน) สถาบันทางศาสนา (วัด) และสถาบันศึกษา (โรงเรียน)

ทั้งนี้รูปแบบการวิจัยมี 2 ขั้น คือ ขั้นที่ 1 เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ เพื่อศึกษาสภาพปัญหา ความต้องการ และการเตรียมตัวเข้าสู่วัยผู้สูงอายุของจังหวัดเพชรบุรี เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้การสัมภาษณ์ผู้สูงอายุจำนวน 635 คน ตามแบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิง

พรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอนุมาน ได้แก่ ค่าไค-สแควร์ เพื่อเปรียบเทียบสภาพปัญหา ความต้องการ และการเตรียมตัวเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ ระหว่างผู้สูงอายุ ปี พ.ศ.2552 กับปี พ.ศ.2530 ขั้นที่ 2 เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ คือ การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยใช้หลัก 3 ประสาน (บวร) ทั้งนี้ศึกษาใน 2 พื้นที่ คือ ตำบลโพไร่หวาน และเทศบาลตำบลหัวสะพาน จังหวัดเพชรบุรี ซึ่งสามารถสรุป อภิปรายผลการวิจัยและมีข้อเสนอแนะดังนี้

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

การสรุปและอภิปรายผลการวิจัย ประกอบด้วยสรุปและอภิปรายผลการวิจัยเชิงปริมาณ (ขั้นที่ 1) และสรุปและอภิปรายผลการวิจัยเชิงคุณภาพ (ขั้นที่ 2) ดังนี้

1. สรุปและอภิปรายผลการวิจัยเชิงปริมาณ (ขั้นที่ 1)

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและภูมิหลังของผู้สูงอายุ

1.1 ลักษณะทางประชากร สังคม และเศรษฐกิจ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ (ร้อยละ 54.02) เป็นหญิง และร้อยละ 45.98 เป็นผู้สูงอายุชาย ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 58.90) เป็นผู้สูงอายุวัยต้น อายุระหว่าง 60 – 69 ปี รองลงมาประมาณ 1 ใน 3 (ร้อยละ 33.07) คือ ผู้สูงอายุวัยกลาง อายุระหว่าง 70 – 79 ปี และผู้สูงอายุวัยปลาย คือ อายุ 80 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 8.03) ตามลำดับ โดยมีอายุเฉลี่ย 68.82 ปี ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 58.90 คือ ผู้สมรสแล้ว ส่วนใหญ่ร้อยละ 97.48 นับถือพุทธศาสนา ผู้สูงอายุมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 53.54) จบชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ปัจจุบันยังมีผู้สูงอายุร้อยละ 50.71 ประกอบอาชีพอยู่ โดยอาชีพส่วนใหญ่ที่ประกอบในปัจจุบัน คือ รับจ้าง (ร้อยละ 37.44) รองลงมา คือ ค้าขาย (ร้อยละ 28.03) และทำนา ทำไร่ (ร้อยละ 24.44) ตามลำดับ ส่วนอาชีพหลักในอดีตส่วนใหญ่ คือ ทำนา ทำไร่ รับจ้าง และค้าขาย ตามลำดับ ปัจจุบันผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีรายได้ ยกเว้นการได้รับเบี้ยยังชีพ สำหรับผู้มีรายได้ปัจจุบันส่วนใหญ่มีรายได้ตั้งแต่ 5,000 บาทขึ้นไปต่อเดือน รองลงมา คือ ผู้มีรายได้ระหว่าง 4,001 – 5,000 บาท และ 1,001 – 2,000 บาท ตามลำดับ ผู้สูงอายุมีรายได้เฉลี่ยเท่ากับ 3,972.31 บาทต่อเดือน ทั้งนี้แหล่งรายได้ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 35.64) คือ ลูกหลานส่งเสียเลี้ยงดู รองลงมา (ร้อยละ 27.62) ผู้สูงอายุทำงานเอง ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 57.16) ผู้สูงอายุมีรายได้พอกินพอใช้ไม่มีเหลือ รองลงมา (ร้อยละ 24.57) มีรายได้ไม่พอกับรายจ่าย ส่วนผู้สูงอายุที่มีรายได้เหลือเก็บมีเพียงร้อยละ 18.27

ผลการศึกษาเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไประหว่างผู้สูงอายุจังหวัดเพชรบุรี ปี พ.ศ.2552 กับปี พ.ศ.2530 พบว่า มีลักษณะข้อมูลทั่วไปเช่นเดียวกัน และสอดคล้องกับลักษณะของผู้สูงอายุส่วนใหญ่โดยทั่วไป กล่าวคือ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าชาย สอดคล้องกับข้อมูลทางประชากรที่ว่า เพศหญิงมีอายุคาดหวังเฉลี่ย (Life Expectancy) หรือมีอายุยืนกว่าเพศชาย อายุเฉลี่ยของผู้สูงอายุที่ได้จากการสัมภาษณ์ใกล้เคียงกันทั้งสองกลุ่ม คือ ประมาณ 68 ปี ส่วนใหญ่ คือ ผู้ที่สมรสแล้ว นับถือศาสนาพุทธ มีการศึกษาระดับประถมศึกษาปีที่ 4 อาชีพหลักในอดีตของผู้สูงอายุในปี พ.ศ.2552 และ พ.ศ.2530 ส่วนใหญ่คือ ทำนา ทำไร่ ทำสวน รองลงมา คือ รับจ้าง และค้าขายตามลำดับ ปัจจุบันผู้สูงอายุ ปี พ.ศ.2552 ประมาณร้อยละ 50 ยังคงทำงานประกอบอาชีพ ขณะที่ร้อยละ 68.7 ของผู้สูงอายุ ปี พ.ศ.2530 ยังคงทำงาน ทั้งนี้อาชีพปัจจุบันของผู้สูงอายุ ปี พ.ศ.2552 ส่วนใหญ่ คือ รับจ้าง รองลงมา คือ ค้าขายและทำนา ทำไร่ ทำสวน ส่วนอาชีพของผู้สูงอายุ ปี พ.ศ.2530 ส่วนใหญ่ คือ ทำนา / ทำไร่ / ทำสวน รองลงมา คือ ค้าขายและรับจ้าง สอดคล้องกับอาชีพของประชากรจังหวัดเพชรบุรีที่ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพด้านการเกษตร คือ ทำนา ทำไร่ ทำสวน ประมง และปศุสัตว์ จะพบว่าในการประกอบอาชีพการเกษตรนั้น ยังคงมีผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งที่ทำนา ทำไร่ เลี้ยงสัตว์อยู่แม้จะมีอายุเกิน 60 ปีแล้วก็ตาม เนื่องจากภาคเกษตรกรรมไม่มีการกำหนดอายุเกษียณ นอกจากนั้นพบว่ายังมีผู้สูงอายุประกอบอาชีพค้าขาย / ธุรกิจส่วนตัว และบางส่วนมีอาชีพรับจ้างทั่วไป การที่ผู้สูงอายุยังคงประกอบอาชีพต่อภายหลังอายุ 60 ปี อาจเนื่องจากเหตุผลทางเศรษฐกิจ การทำงานของผู้สูงอายุจะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกภาคภูมิใจ ไม่เป็นภาระของครอบครัว และยังสามารถเป็นหลักประกันให้ครอบครัวได้

ภาวะการทำงานของผู้สูงอายุเป็นข้อมูลแสดงให้เห็นถึงบทบาทของผู้สูงอายุในปัจจุบัน สะท้อนให้เห็นถึงที่มาของรายได้ การพึ่งพาตนเอง และการหาเลี้ยงครอบครัว รวมถึงแสดงให้เห็นถึงศักยภาพในการดำรงชีวิต การมีชีวิตอย่างมีคุณค่า ไม่เป็นภาระแก่บุตรหลานและสังคม (สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, 2551 : 68) การทำงานที่เหมาะสมกับตัวผู้สูงอายุสามารถทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีมากกว่าที่จะทำให้เสียสุขภาพ จะว่าเป็นยาอายุวัฒนะขนานหนึ่งสำหรับผู้สูงอายุก็ได้ นอกจากนี้การที่ผู้สูงอายุยังทำงานต่อไปยังจะช่วยยืดเวลาที่จะได้ออมเงินเพื่อความมั่นคงของชีวิตได้มากขึ้น จึงกล่าวได้ว่าถ้าผู้สูงอายุทำงานต่อไป เงินก็ได้ สุขภาพก็ดี สวัสดิการที่จะได้รับเมื่อเลิกทำงานก็จะสะสมได้มากขึ้น และที่สำคัญภาระต่อสังคมก็ลดลงด้วย (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม, 2550 : 96)

สำหรับแหล่งรายได้ในปัจจุบันของผู้สูงอายุ ปี พ.ศ.2552 และปี พ.ศ. 2530 คือ ส่วนใหญ่ลูกหลานยังส่งเสียเลี้ยงดู รองลงมา คือ ผู้สูงอายุทำงานเอง และมีส่วนน้อยที่ผู้สูงอายุมีเงินสะสมไว้ ทั้งนี้การใช้จ่ายส่วนใหญ่พอกินพอใช้ แต่ไม่มีเหลือเก็บ แสดงให้เห็นว่า

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีรายได้ประจำของตนเอง ต้องพึ่งพารายได้จากผู้อื่นโดยเฉพาะบุตรหลาน อีกทั้งไม่มีเงินสำรองยามฉุกเฉิน ซึ่งอาจเป็นสาเหตุให้เกิดความรู้สึกอื่น ๆ ตามมา เช่น อาจรู้สึกเสียศักดิ์ศรี จิตใจต้องครุ่นคิดกังวลอยู่กับการดำรงคงอยู่ของชีวิตตนเอง ต้องทุกข์ใจไปกับการหาเลี้ยงชีวิตตนเอง สิ่งเหล่านี้ล้วนมีผลต่อสภาพจิตใจ กระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ทั้งนี้จากผลการศึกษาของ Smith. M. Hutchison (1975 : 941) พบว่า ยิ่งผู้สูงอายุมีรายได้ต่ำมาก สภาพความสุขและความพึงพอใจในชีวิตก็ยิ่งต่ำมากขึ้นเท่านั้น โดยรายได้มีความสัมพันธ์โดยตรงกับความสุขและความพึงพอใจในชีวิต ทั้งนี้ตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 ฉบับปรับปรุง ได้มีมาตรการส่งเสริมและสร้างวินัยการออมทุกช่วงวัยภายใต้ยุทธศาสตร์การเตรียมความพร้อมของประชากรเพื่อวัยผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ เป็นการสร้างหลักประกันความมั่นคงด้านรายได้ให้กับผู้สูงอายุ

1.2 ลักษณะทางครอบครัวของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 39.68) มีจำนวนสมาชิกในครัวเรือนเท่ากับ 2 – 3 คน รองลงมา (ร้อยละ 35.12) มีจำนวนสมาชิก 4 – 5 คน จำนวนสมาชิกในครัวเรือนโดยเฉลี่ยเท่ากับ 3.82 คน ทั้งนี้มีผู้สูงอายุร้อยละ 5.20 ที่อาศัยอยู่คนเดียวในครัวเรือน นอกจากนั้นพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ (ร้อยละ 54.01) เป็นหัวหน้าครัวเรือนเอง สำหรับผู้สูงอายุที่สมรสแล้วส่วนใหญ่ (ร้อยละ 44.27) มีบุตรจำนวน 2 – 3 คน รองลงมา (ร้อยละ 29.34) มีบุตรจำนวน 4 – 5 คน ทั้งนี้ผู้สูงอายุมีจำนวนบุตรโดยเฉลี่ยเท่ากับ 3.38 คน

สำหรับบุคคลที่อาศัยอยู่กับผู้สูงอายุในปัจจุบัน ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 38.42) คือ สามีหรือภรรยาและบุตร รองลงมา (ร้อยละ 27.20) อาศัยอยู่กับบุตร และอาศัยอยู่กับสามีหรือภรรยา (ร้อยละ 14.49) ตามลำดับ ทั้งนี้ผู้ดูแลผู้สูงอายุเป็นหลักส่วนใหญ่ (ร้อยละ 47.09) คือ บุตร รองลงมาผู้สูงอายุดูแลตนเอง (ร้อยละ 24.41) และสามีหรือภรรยาเป็นผู้ดูแล (ร้อยละ 14.49) ตามลำดับ

ผลการเปรียบเทียบระหว่างผู้สูงอายุ ปี พ.ศ.2552 กับปี พ.ศ.2530 พบว่า ผู้สูงอายุ ปี พ.ศ.2552 มีจำนวนบุตรเฉลี่ย 3.38 คน มีจำนวนสมาชิกในครัวเรือนโดยเฉลี่ยจำนวน 3.82 คน น้อยกว่าผู้สูงอายุ ปี พ.ศ.2530 ซึ่งมีจำนวนบุตรเฉลี่ย 4.93 คน มีจำนวนสมาชิกในครัวเรือนโดยเฉลี่ยจำนวน 5.06 คน ทั้งนี้เป็นเพราะการลดลงอย่างต่อเนื่องของภาวะเจริญพันธุ์และการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างครอบครัวจากครอบครัวขยายมาสู่ครอบครัวเดี่ยวมากยิ่งขึ้น

ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นหัวหน้าครัวเรือนเอง สอดคล้องกับผลการสำรวจประชากรสูงอายุของไทย ปี พ.ศ.2550 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ที่พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 60 มีสถานภาพเป็นหัวหน้าครัวเรือนเช่นกัน

จะเห็นได้ว่า การเปลี่ยนแปลงทางด้านโครงสร้างประชากร สังคม และเศรษฐกิจของประเทศไทยก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของครอบครัว และครัวเรือน

อย่างค่อยเป็นค่อยไปจนถึงปัจจุบัน และมีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้นในอนาคต แต่ละครอบครัวมีจำนวนบุตรน้อยลง และผู้คนเริ่มเปลี่ยนอาชีพจากเกษตรกรรมเข้าสู่อาชีพอุตสาหกรรม การขยายตัวของเขตเมือง วิถีชีวิตที่เปลี่ยนไป การย้ายถิ่นเพื่อการทำงานและการศึกษา รวมทั้งความต้องการอิสระของคู่สมรส ไม่ต้องการจะอยู่กับครอบครัวฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง ปัจจัยเหล่านี้ทำให้ขนาดของสมาชิกในครัวเรือนลดลงเหลือเพียงสมาชิก 2 รุ่นอายุ เป็นการเปลี่ยนแปลงประเภทของครัวเรือนขนาดใหญ่ไปสู่ครัวเรือนขนาดเล็กที่ประกอบด้วยคนเพียง 2 รุ่นอายุ คือ คู่สมรสและบุตร จากสภาพโครงสร้างครัวเรือนที่กล่าวมาแล้ว ในอนาคตการอยู่ร่วมครัวเรือนเดียวกันระหว่างบุตรและบิดามารดาที่สูงอายุจะลดลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเขตเมือง และการเยี่ยมเยียนคาดว่าจะลดลงเป็นอย่างมาก ในเขตชนบทผลการวิจัยเกี่ยวกับเรื่องการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุพบว่า สถานะสุขภาพที่ไม่ดีของผู้สูงอายุจะเป็นปัจจัยสำคัญประการหนึ่งที่จะทำให้บุตรและผู้สูงอายุได้อยู่ร่วมครัวเรือนเดียวกัน และทำให้บุตรที่ตั้งครัวเรือนในที่ห่างไกลมีการเยี่ยมเยียน บิดา มารดา ที่สูงอายุเพิ่มขึ้น (กชกร สังขชาติ และสมโภชน์ อเนกสุข, 2548 : 12 – 13)

1.3 โรคประจำตัวของผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุ 3 ใน 4 (ร้อยละ 76.54) มีอาการหรือมีโรคประจำตัว โดยโรคหรืออาการที่พบมาก 5 ลำดับแรก คือ โรคปวดข้อ ปวดกระดูก (ร้อยละ 22.79) โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 22.16) โรคเบาหวาน (ร้อยละ 17.33) โรคปวดเมื่อย ปวดหลัง ปวดเอว (ร้อยละ 6.30) และโรคหัวใจ (ร้อยละ 6.30) ตามลำดับ สอดคล้องกับผลงานวิจัยของ ศรีเมือง พลังฤทธิ์ (2547 : 152) ศึกษากับผู้สูงอายุจังหวัดพระนครศรีอยุธยาที่พบว่า ผู้สูงอายุ 3 ใน 4 มีอาการหรือมีโรคประจำตัว อาการที่พบมาก 5 อันดับแรก คือ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ปวดข้อ หัวใจ และปวดศรีษะ ซึ่งใกล้เคียงกับ จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ และคณะ (2539 อ้างถึงใน ขัตติยา กรรณสูต และจตุรงค์ บุณยรัตนสุนทร, 2546 : 65) ที่จัดลำดับโรค/อาการของผู้สูงอายุดังนี้ ความดันโลหิตสูง ไขข้ออักเสบ ข้อเสื่อม โรคกระเพาะ โรคเกี่ยวกับตา และโรคหัวใจ ตามลำดับ และสอดคล้องกับผลการวิจัยของ วาทินี บุญชะลักษี และคณะ (2551 : 51) ศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่ตำบลชะแล และนาสวน จังหวัดกาญจนบุรี 3 ใน 4 มีโรคประจำตัว โดยโรคประจำตัวที่เป็นกันมาก คือ โรคความดันโลหิตสูง โรคกระเพาะ โรคกระดูก/ปวดข้อ/ปวดเมื่อย โรคเบาหวาน โรคหอบ/หืด และโรคหัวใจ และผลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ.2552 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ผู้สูงอายุมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 54.9) มีโรคประจำตัว โดยแนวโน้มการเกิดโรคประจำตัว/โรคเรื้อรัง 3 ลำดับแรกระหว่าง พ.ศ.2546 – 2552 ได้แก่ 1) โรคหัวใจและหลอดเลือด 2) โรคของต่อมไร้ท่อ และ 3) โรคระบบกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น กระดูก และข้อ โดยโรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคของต่อมไร้ท่อมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง

1.4 การทำงานภายในบ้านของผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุยังคงมีบทบาทการทำงานในบ้าน โดยมีบทบาททำงาน 3 อันดับแรก คือ หุงข้าว (ร้อยละ 55.91) ทำความสะอาดบ้าน และทำกับข้าว ในสัดส่วนเท่ากัน คือ ร้อยละ 52

ผลการเปรียบเทียบการทำงานภายในบ้านของผู้สูงอายุจังหวัดเพชรบุรี ทั้งในปี พ.ศ.2552 และ พ.ศ.2530 พบว่า ยังคงมีการทำงานภายในบ้าน ทั้งนี้ไม่ว่าจะเป็นหุงข้าว ทำกับข้าว ทำความสะอาดบ้าน และเลี้ยงดูบุตรหลาน สอดคล้องกับผลการวิจัยของ วาทินี บุญชะลักษี และคณะ (2551 : 48) ที่พบว่า ผู้สูงอายุยังทำกิจกรรมประจำวัน คือ หุงข้าว ทำกับข้าว จ่ายตลาด ทำความสะอาดบ้าน ซักรีดเสื้อผ้า และบางคนเลี้ยงลูกหลานด้วยตนเอง ทั้งนี้ส่วนหนึ่งอาจเป็นเพราะผู้สูงอายุส่วนใหญ่จากการสัมภาษณ์อยู่ในช่วงวัยสูงตอนต้น มีอายุเฉลี่ยประมาณ 68 ปี ซึ่ง Foley et, al. (2002 : 1284 – 1289) สรุปไว้ว่า ผู้สูงอายุวัยต้น (60 – 74 ปี) เป็นผู้ที่ยังพึ่งตนเองได้ นอกจากนั้นการที่ผู้สูงอายุยังสามารถทำตนให้เป็นประโยชน์หรือช่วยเหลือลูกหลาน บุคคลในครอบครัว ผู้สูงอายุจะรู้สึกสบายใจ มีความสุข ขณะเดียวกันบุคคลในครอบครัวหรือลูกหลานตอบแทนโดยการเลี้ยงดู ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุโดยเฉพาะยามเจ็บป่วย เป็นการพึ่งพาอาศัยกันและกัน (Interdependence) ผู้สูงอายุจะเกิดความสบายใจจากการมีคุณค่าในตนเอง ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้ มีประโยชน์ต่อลูกหลาน มิใช่พึ่งพาลูกหลานฝ่ายเดียว เป็นไปตามแนวคิดเกี่ยวกับความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุไทย (จิราพร เกศพิชญ์วัฒนา, จันทร์เพ็ญ แสงเทียนฉาย และ ยุพิน อังสุโรจน์ สืบค้นเมื่อ 1 มิถุนายน 2552)

ลักษณะการทำงานภายในบ้านของผู้สูงอายุนี้ ปราโมทย์ ประสาทกุล (2551 : 95) กล่าวว่า งานประเภทนี้อาจเรียกว่าเป็นงานที่เกื้อหนุนให้สมาชิกอื่นในครัวเรือนมีอิสระที่จะทำงานในระบบเศรษฐกิจได้เต็มที่ เช่น การดูแลภายในบ้าน เฝ้าบ้าน ทำงานบ้าน และเลี้ยงหลานที่ยังเล็ก เพื่อให้พ่อแม่ของเด็ก ๆ เหล่านี้สามารถเอาเวลาไปทำงานการผลิตได้เต็มที่ งานดังกล่าวข้างต้นเป็นงานที่ไม่มีรายได้อาจจะเทียบไม่ได้กับงานในระบบ แต่ถ้าปราศจากแรงงานผู้สูงอายุที่รับผิดชอบในด้านนี้ ชีวิตของสมาชิกครัวเรือนทุกคนคงจะยุ่งยากไม่น้อย การมีผู้สูงอายุ (ปู่ ย่า ตา ยาย) อยู่ดูแลบ้านหรือช่วยเลี้ยงหลานนั้นถือว่าเป็นรูปแบบในอุดมคติของการอยู่ร่วมกันและเกื้อหนุนกันและกันของสมาชิกต่างรุ่นในครัวเรือนของไทย ที่สำคัญเป็นคุณูปการอย่างยิ่งแก่ทั้งผู้สูงอายุและสมาชิกที่เยาว์วัยกว่า เพราะอย่างน้อยก็ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตัวเองมีคุณค่า ขณะเดียวกันเป็นการสร้างความผูกพันและความอบอุ่นระหว่างคนต่างวัยในครัวเรือนด้วย ซึ่งเป็นสิ่งที่หาค่ามิได้ อย่างไรก็ตามจากการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคมในปัจจุบัน และแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นในอนาคต มีเหตุผลที่จะเชื่อว่าในอนาคตบทบาทของผู้สูงอายุในด้าน

การให้ความเกื้อหนุนแก่สมาชิกอื่นในครัวเรือนอาจจะลดลง เนื่องจากโอกาสการได้อยู่ในครัวเรือนเดียวกับลูกหลานจะค่อย ๆ ลดลง

1.5 บทบาทในครอบครัวของผู้สูงอายุ โดยพิจารณาจาก 6 บทบาท ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุยังคงมีบทบาทต่าง ๆ ในครอบครัวในระดับบ่อยครั้ง ตามลำดับดังนี้ บทบาทเป็นผู้อบรมสั่งสอน บทบาทเป็นผู้ดูแลลูกหลาน ในสัดส่วนเท่ากัน คือ ร้อยละ 44 รองลงมา คือ บทบาทเป็นผู้ถ่ายทอดความรู้ ประสบการณ์ (ร้อยละ 42.21) บทบาทเป็นที่ปรึกษาให้คำแนะนำ (ร้อยละ 38.43) บทบาทเป็นผู้ตัดสินใจในกรณีต่าง ๆ (ร้อยละ 37.48) และบทบาทเป็นผู้หารายได้มาเลี้ยงครอบครัว (ร้อยละ 32.44) โดยมีคะแนนรวมเฉลี่ย 7.25 คะแนน จากคะแนนเต็ม 12 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุจังหวัดพระนครศรีอยุธยา จากผลการศึกษาของ ศรีเมือง พลังฤทธิ์ (2547 : 153) พบว่า ผู้สูงอายุมีบทบาททั้ง 6 บทบาทในครอบครัว โดยมีคะแนนรวมเฉลี่ยเท่ากับ 4.99 คะแนน แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุในจังหวัดเพชรบุรียังคงมีบทบาทต่าง ๆ ในครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเป็นผู้อบรมสั่งสอน ดูแลลูกหลาน และถ่ายทอดความรู้ ประสบการณ์ ทั้งนี้ตามทฤษฎีบทบาท (Role theory) อธิบายว่า บุคคลมีการปรับตัวต่อการเป็นผู้สูงอายุอย่างไร กล่าวคือ เมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้นสถานภาพทางสังคมจะลดลง บทบาทเก่าจะถูกถอนตัวออกไป (Barrow and Smith, 1979 : 5) โดยผู้สูงอายุจะมีความสุขได้มากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับบทบาทใหม่ที่ตนได้รับอย่างเหมาะสม การมีบทบาทในเรื่องสำคัญอย่างการตัดสินใจทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองยังมีคุณค่า ส่งผลต่อสภาพจิตใจ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (Caldwell, E. and Hegner, B.R., 1986 : 53) กล่าวได้ว่า ผู้สูงอายุที่ยังมีบทบาทในครอบครัวถือว่ามีความสำคัญมากต่อการสร้างความมั่นคงและความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ

1.6 การพึ่งตนเองของผู้สูงอายุในการทำกิจวัตรประจำวัน โดยพิจารณาจาก 7 กิจกรรม จากผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุสามารถทำกิจกรรมด้วยตนเองตามลำดับดังนี้ อาบน้ำเอง (ร้อยละ 91.22) รับประทานอาหารและแต่งตัวด้วยตนเองในสัดส่วนเท่ากัน คือ ร้อยละ 89 เข้าห้องน้ำได้เอง (ร้อยละ 86.61) ขึ้นลงบันไดได้ (ร้อยละ 80.99) การทำงานบ้าน (ร้อยละ 66.39) และไปไหนมาไหนนอกบ้านด้วยตนเองได้ (ร้อยละ 63.94) โดยผู้สูงอายุมีคะแนนรวมเฉลี่ย 12.36 คะแนน (คะแนนเต็ม 14 คะแนน) ค่อนข้างสอดคล้องกับงานวิจัยของ ศรีเมือง พลังฤทธิ์ (2547 : 152) พบว่า ผู้สูงอายุมีคะแนนรวมเฉลี่ยการพึ่งตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันเท่ากับ 13.53 คะแนน (คะแนนเต็ม 14 คะแนน) ทั้งนี้น่าจะเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุจังหวัดเพชรบุรีมีอายุเฉลี่ย 68.82 ปี ซึ่งเป็นผู้สูงอายุวัยต้น สอดคล้องกับ Foley et. al. (2002 : 1284 – 1289 อ้างถึงใน ศรีเมือง พลังฤทธิ์, 2547 : 152) สรุปว่า ผู้สูงอายุวัยต้น (60 – 74 ปี) ยังพึ่งตนเองได้ ทั้งนี้

ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมของผู้สูงอายุสามารถใช้ในการประเมินภาวะสุขภาพด้านหน้าที่ของร่างกาย หากผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติกิจกรรมประจำวันได้ด้วยตนเองจะรู้สึกว่ามีสุขภาพดี

ทั้งนี้จากผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย พ.ศ.2551 – 2552 โดยสำนักงานสุขภาพประชาชนไทย พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่สามารถปฏิบัติกิจกรรมพื้นฐานประจำวัน (Activities of Daily Living : ADL) ได้แก่ การอาบน้ำ/ล้างหน้า การแต่งตัว การกินอาหาร การลุกนั่งจากที่นอน/เตียง การใช้ห้องน้ำ/ส้วม การเดินไป/มาภายในตัวบ้าน การกลั้นปัสสาวะ การกลั้นอุจจาระ โดยพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่สามารถปฏิบัติกิจกรรมพื้นฐานประจำวันได้เกือบร้อยละ 100 ยกเว้น ปัญหาเรื่องกลั้นปัสสาวะและอุจจาระ (ผู้สูงอายุมีปัญหากลั้นปัสสาวะเกือบร้อยละ 30 และมีปัญหากลั้นอุจจาระ ร้อยละ 22.6) อย่างไรก็ตามสัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีอายุมากจะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ดังนั้นในอนาคตจะต้องหาแนวทางให้ผู้สูงอายุสามารถพึ่งตนเองให้ได้นานที่สุด โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีอายุ 85 ปีขึ้นไป จำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือในเรื่องการดำเนินชีวิตประจำวัน (Pickette & Hanlon 1990 : 441 อ้างถึงใน ศรีเมือง พลังฤทธิ์ 2547 : 152) อีกทั้งต้องมีการเตรียมการสำหรับช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยตนเองได้ด้วย และจากการศึกษาของ Berghorn et, al. 1981 : 331 – 343) พบว่า การที่ผู้สูงอายุรู้สึกพึงพอใจที่สามารถประกอบกิจกรรมต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง และรู้สึกว่าตนเองไม่เป็นภาระแก่ครอบครัวหรือเพื่อนฝูง ย่อมก่อให้เกิดความพึงพอใจในชีวิต ตลอดจนหากผู้สูงอายุยังสามารถทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ได้แม้ว่าร่างกายจะเสื่อมถอยลง เช่น การช่วยเหลือตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวัน การเข้าห้องน้ำ การแต่งตัว การรับประทานอาหาร และการเดินทางไปไหนมาไหนด้วยตนเอง ตลอดจนมีความสามารถในการติดต่อสื่อสาร การใช้เทคโนโลยีในชีวิตประจำวัน การที่ยังสามารถดูแลตัวเองได้จะทำให้ผู้สูงอายุเกิดความภาคภูมิใจในตนเอง และทำให้ใช้ชีวิตได้อย่างมีความสุข ทั้งนี้เป็นไปตามแนวคิดเกี่ยวกับการพึ่งพาตนเอง (Self Reliance Concept) ที่กล่าวถึงความสามารถของคนในการช่วยเหลือตนเองให้มากที่สุดโดยไม่ต้องพึ่งพาคนอื่นมากจนเกินไป การพึ่งพาตนเองเป็นสิ่งสำคัญโดยเฉพาะกับผู้สูงอายุ

นอกจากนั้นจากการศึกษาของ Guralnik, Branch and Wiener, J.M. (2002 : 47 – 48) ซึ่งศึกษาพฤติกรรมการดูแลตัวเองของผู้สูงอายุกับคุณภาพชีวิตพบว่า การที่ผู้สูงอายุสามารถพึ่งพาตนเองได้นาน ก็จะส่งผลในด้านที่เกี่ยวกับการลดค่าใช้จ่ายทั้งค่ายาและเวชภัณฑ์ รวมทั้งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้วย

1.7 แหล่งข้อมูลข่าวสาร ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลข่าวสารจากการดูโทรทัศน์มากที่สุด (ร้อยละ 22.04) รองลงมา คือ จากบุคคลในครอบครัว จากการฟังวิทยุ จากหอกระจายข่าว และจากเพื่อนบ้าน ตามลำดับ สอดคล้องกับผลการวิจัยของ

ศรีเมือง พลังฤทธิ์ (2547 : 155) พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลข่าวสารจากทางโทรทัศน์ รองลงมาได้รับจากทางโทรทัศน์และวิทยุ และจากวิทยุเพียงอย่างเดียว และพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ดูรายการโทรทัศน์ตามที่บุตรหลานเปิดดู ส่วนใหญ่ดูช่วงหัวค่ำ พอจบข่าวในพระราชสำนักก็เข้านอน และสอดคล้องกับผลการสำรวจที่พบว่า ผู้สูงอายุนิยมรับชมสื่อทางโทรทัศน์สูงสุด (รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2552 : 6) ดังนั้น จึงควรเพิ่มรายการต่าง ๆ สำหรับผู้สูงอายุให้มากขึ้น โดยควรผลิตสื่อทั้งประเภทเนื้อหา รูปแบบที่ผู้สูงอายุนิยม ให้ผู้สูงอายุเรียนรู้โดยไม่เบื่อ และควรเพิ่มช่องทางสื่อโทรทัศน์ในช่วงเวลาที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้ดู และสอดแทรกสาระที่จำเป็นต่อการเรียนรู้ เช่น ด้านสุขภาพ ช่องทางที่ควรเพิ่มเป็นอันดับต้น ๆ คือ ช่องทางสื่อโทรทัศน์ของรัฐ ของสถานศึกษา และของท้องถิ่น

ทั้งนี้จากการลงพื้นที่ในการจัดกิจกรรมร่วมกับผู้สูงอายุในพื้นที่ตำบลโพไร่หวาน และพื้นที่เทศบาลตำบลหัวสะพาน คณะผู้วิจัยได้แนะนำให้ชมรายการ การดูแลรักษาสุขภาพของผู้สูงอายุทางโทรทัศน์ช่องไทยพีบีเอส เวลา 8.00 น. คือ รายการคนสู้โรค ปรากฏว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 90 ไม่เคยดู โดยระบุว่าอยากดูเหมือนกันโดยให้เหตุผลว่า ไม่มีเวลาดู เพราะเป็นช่วงเวลาทำงานบ้าน เลี้ยงหลาน ผู้สูงอายุบางคนต้องทำงาน บางคนไม่ทราบว่ามีรายการดังกล่าว เป็นต้น

1.8 ลักษณะการเข้าร่วมกิจกรรมทางชุมชนของผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนตามลำดับ ดังนี้ เข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา (ร้อยละ 71.02) กิจกรรมทางการเมือง (ร้อยละ 50.24) กิจกรรมงานสาธารณประโยชน์ (ร้อยละ 17.64) กิจกรรมกีฬา (ร้อยละ 15.28) และกิจกรรมกลุ่มอาสา (ร้อยละ 14.80) ตามลำดับ

การที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา สอดคล้องกับงานวิจัยของ ศรีเมือง พลังฤทธิ์ (2547 : 154) ที่พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 70.8 ไปงานบุญ/งานพิธี ทั้งนี้เพราะผู้สูงอายุไทยผูกพันกับศาสนา สำหรับกิจกรรมทางการเมืองมีผู้สูงอายุเข้าร่วมร้อยละ 50 ส่วนกิจกรรมอื่น ๆ มีผู้สูงอายุเพียง 1 ใน 5 เท่านั้น ที่เข้าร่วม ทั้งนี้น่าจะเป็นเพราะชุมชนยังไม่ค่อยมีการจัดกิจกรรมเพื่อให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมทั้งโดยตรงและโดยอ้อม หรือกิจกรรมอาจไม่ตรงกับความสนใจ และความต้องการของผู้สูงอายุ หรือกิจกรรมไม่เหมาะกับผู้สูงอายุ ผลการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุระบุว่า ไม่มีเวลา ต้องทำงานบ้าน เลี้ยงบุตรหลาน และมีผู้สูงอายุบางคนอาจไม่ชอบการเข้าสังคม อย่างไรก็ตาม ตามทฤษฎีกิจกรรมของ Robert Havighurst and Ruth Albrech กล่าวว่า ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมจะทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น (Weeks, 1984 : 27 – 28) การได้เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุมีหลายประเภท ได้แก่ 1) กิจกรรมทางการเมือง เช่น การสมัครรับเลือกตั้ง การเป็นสมาชิกพรรคการเมือง 2) กิจกรรมศาสนา เช่น การไปวัด การเป็นมัคทายก 3) กิจกรรมหาความรู้

เพิ่มเติม เช่น การศึกษาต่อเนื่อง การเข้าอบรมต่าง ๆ 4) กิจกรรมทางสังคม เช่น การไปร่วมงานเลี้ยง งานรื่นเริงต่าง ๆ 5) กิจกรรมศิลปะการฝีมือ เช่น การจัดดอกไม้ เย็บปักถักร้อย แต่งโคลง กลอน 6) กิจกรรมกีฬา เช่น การเข้าชม เป็นผู้จัดกีฬา 7) กิจกรรมอาสาสมัครเพื่อชุมชน ได้แก่ การร่วมบำเพ็ญสาธารณประโยชน์ต่อชุมชน เช่น การขุดลอกคูคลอง การได้เข้าร่วมกิจกรรมโดยเฉพาะกิจกรรมที่ทำประโยชน์ต่อสังคม จะทำให้ผู้สูงอายุไม่รู้สึกว่าตนเองถูกทอดทิ้ง เหลา ว้าเหว่ หรือถูกมองว่าเป็นส่วนเกินหรือเป็นภาระของสังคม กิจกรรมจะช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดความพึงพอใจ และเห็นว่าตนเองยังมีคุณค่า และยังจะช่วยให้ผู้สูงอายุได้นำความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์ในชีวิตมาใช้สร้างสรรค์สังคมอีกด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการได้มีส่วนร่วมเป็นวิทยากรของผู้สูงอายุที่มีศักยภาพในชุมชน

ตอนที่ 2 สภาพปัญหาของผู้สูงอายุ

2.1 ผลการศึกษา สภาพปัญหาของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุมีสภาพปัญหาทั้งโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับไม่มีปัญหา ถึงมีปัญหาระดับน้อย โดยมีค่าเฉลี่ยระดับปัญหาตามรายด้าน ดังนี้ ด้านอาการเจ็บป่วยทางกาย (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.53) ด้านสภาพที่อยู่อาศัย (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.47) ด้านภาวะเจ็บป่วยทางอารมณ์และจิตใจ (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.41) ด้านสภาพเศรษฐกิจ (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.34) และด้านการปรับตัวและความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.29) ตามลำดับ โดยรวมมีค่าเฉลี่ยระดับสภาพปัญหาเท่ากับ 1.41

ผลการศึกษาสภาพปัญหาของผู้สูงอายุตามรายข้อ โดยพิจารณาค่าร้อยละในแต่ละด้าน แม้ว่าส่วนใหญ่พบว่ามีปัญหาอยู่ในระดับน้อย แต่มีข้อที่น่าสนใจ คือ ด้านอาการเจ็บป่วย ผู้สูงอายุร้อยละ 37.01 มีปัญหาเคล็ดขัดยอก และร้อยละ 35.43 มีปัญหาปวดเมื่อยในระดับน้อย ด้านภาวะเจ็บป่วยทางอารมณ์และจิตใจพบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 29.92 มีอารมณ์โกรธ ขุ่นเคือง และร้อยละ 24.73 ทะเลาะกับบุคคลอื่นในครอบครัวในระดับน้อย ด้านการปรับตัวและความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ผู้สูงอายุร้อยละ 27.88 มีปัญหาไม่เข้าใจกับลูกหลาน และร้อยละ 20.16 มีปัญหาขาดเพื่อนคุยอยู่ในระดับน้อย ด้านสภาพที่อยู่อาศัยพบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 16.85 มีปัญหาเรื่องบ้านที่อยู่คับแคบในระดับปานกลาง ด้านสภาพเศรษฐกิจ ผู้สูงอายุร้อยละ 25.04 มีปัญหาขาดเงินออม และร้อยละ 23 มีปัญหาเรื่องหนี้สิน และรายได้ไม่เพียงพอ

2.2 ผลการเปรียบเทียบการวิจัยเชิงปริมาณ (ขั้นที่ 1) ในงานวิจัยครั้งนี้ โดยเปรียบเทียบกับงานวิจัยของ นิวัต กลิ่นงาม (2530) ที่ศึกษากับผู้สูงอายุจังหวัดเพชรบุรี จำนวน 470 คน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบสภาพปัญหา ความต้องการ และการเตรียมตัวเข้าสู่วัยผู้สูงอายุในช่วง 23 ปีที่ผ่านไป โดยใช้สถิติ ไค–สแควร์ ปรากฏผลโดยสรุปดังนี้ ผลการเปรียบเทียบสภาพปัญหาของผู้สูงอายุโดยรวมและรายด้าน พบว่า ผู้สูงอายุปี พ.ศ.2552 มีสภาพ

ปัญหาโดยรวมแตกต่างกับผู้สูงอายุปี พ.ศ.2530 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยผู้สูงอายุปี พ.ศ.2552 มีแนวโน้มสภาพปัญหาน้อยกว่า ผลการศึกษาตามรายด้านพบว่า ผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มมีสภาพปัญหาด้านการปรับตัวและความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น และด้านสภาพที่อยู่อาศัยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยผู้สูงอายุปี พ.ศ.2552 มีสภาพปัญหาดังกล่าวน้อยกว่า ส่วนสภาพปัญหาด้านอาการทางกาย และด้านสภาพเศรษฐกิจ พบว่า ผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มมีสภาพปัญหาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้สูงอายุปี พ.ศ.2552 มีสภาพปัญหาด้านอาการทางกายมากกว่า ส่วนสภาพปัญหาด้านเศรษฐกิจ ผู้สูงอายุปี พ.ศ.2552 มีปัญหาน้อยกว่า สำหรับสภาพปัญหาด้านภาวะเจ็บป่วยทางอารมณ์และจิตใจ พบว่า ผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มมีสภาพปัญหาไม่แตกต่างกัน

ผลการเปรียบเทียบสภาพปัญหาของผู้สูงอายุตามรายข้อ มีดังนี้

ด้านอาการทางกาย จำนวน 18 ข้อ พบว่า ผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มมีอาการทางกายแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 จำนวน 13 ข้อ มีอาการทางกายแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จำนวน 3 ข้อ โดยผู้สูงอายุปี พ.ศ.2552 มีแนวโน้มอาการทางกายสูงกว่าผู้สูงอายุปี พ.ศ.2530 ได้แก่ ปวดท้อง แน่นจุกเสียด เคล็ดขัดยอก หิวโหย หายใจขัด เจ็บคอ ท้องผูกท้องอืด ท้องเสียท้องเฟ้อ ได้รับอุบัติเหตุหกล้ม หูอื้อฟังเสียงไม่ชัด ความดันโลหิต อาการเหน็บชา (มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01) อาการอ่อนเพลียไม่ทราบสาเหตุ การปวดเมื่อย (มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05) ส่วนอาการเป็นหวัดคัดจมูก (มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01) และการเบื่ออาหาร (มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05) พบว่าผู้สูงอายุปี พ.ศ.2552 มีอาการน้อยกว่าผู้สูงอายุปี พ.ศ.2530 ทั้งนี้ผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มมีอาการเป็นลมหน้ามืด และนอนไม่หลับ (จำนวน 2 ข้อ) ไม่แตกต่างกัน

ด้านภาวะเจ็บป่วยทางอารมณ์และจิตใจ ตามรายข้อ จำนวน 8 ข้อ พบว่า ผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มมีอาการเจ็บป่วยทางอารมณ์และจิตใจแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ มีความรู้สึกเหงาเปล่าเปลี่ยว รู้สึกว่าตนเองไร้คุณค่า รู้สึกหวาดระแวงกลัวถูกทอดทิ้ง และรู้สึกว่าตนเองกำลังสูญเสียความสำคัญ โดยผู้สูงอายุปี พ.ศ.2552 มีอาการดังกล่าวมากกว่าผู้สูงอายุปี พ.ศ.2530 ทั้งนี้ผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มมีอาการความรู้สึกผิดหวัง มีอารมณ์โกรธขุ่นเคือง การทะเลาะกับบุคคลในครัวเรือน และความวิตกกังวลในทรัพย์สิน (จำนวน 4 ข้อ) ไม่แตกต่างกัน

ด้านการปรับตัวและความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ตามรายข้อ จำนวน 11 ข้อ พบว่า ผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มมีปัญหาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ทุกข้อ โดยผู้สูงอายุปี พ.ศ.2552 มีปัญหาน้อยกว่าผู้สูงอายุปี พ.ศ.2530 ทั้ง 11 ข้อ ได้แก่ มีความไม่เข้าใจกับ

คู่สมรส ไม่เข้าใจกับลูกหลาน ลูกหลานห่างเหิน รำคาญลูกหลาน ขัดแย้งกับเขย/สะใภ้ ขาดเพื่อนคุย กลัวความแก่ชรา กลัวความตาย ลูกหลานไม่เกรงใจ/นับถือ ขาดคนดูแลเอาใจใส่ และขาดคนดูแลยามเจ็บป่วย

ด้านสภาพที่อยู่อาศัย ตามรายข้อ จำนวน 5 ข้อ พบว่า ผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มมีปัญหาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 จำนวน 3 ข้อ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จำนวน 1 ข้อ โดยผู้สูงอายุปี พ.ศ.2552 มีปัญหาบ้านที่อยู่ขาดความมั่นคง ปัญหาขาดเพื่อนบ้านที่ดี และปัญหาขาดที่อยู่อาศัยของตนเอง น้อยกว่าผู้สูงอายุปี พ.ศ.2530 ส่วนผู้สูงอายุปี พ.ศ.2552 มีปัญหาบ้านที่อยู่อาศัยคับแคบมากกว่าผู้สูงอายุปี พ.ศ.2530 ส่วนปัญหาเรื่องน้ำดื่ม น้ำใช้ พบว่ามีปัญหาไม่แตกต่างกัน

ด้านสภาพเศรษฐกิจ จำนวน 8 ข้อ พบว่า ผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มมีปัญหาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 จำนวน 4 ข้อ โดยผู้สูงอายุปี พ.ศ.2552 มีปัญหาขาดผู้อุปการะ รายได้ไม่เพียงพอ มีหนี้สิน และกินอาหารไม่อิ่ม มากกว่าผู้สูงอายุปี พ.ศ. 2530 ผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มมีปัญหาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จำนวน 1 ข้อ คือ ผู้สูงอายุปี พ.ศ.2552 มีปัญหาขาดเงินออมน้อยกว่าผู้สูงอายุปี พ.ศ.2530 ส่วนปัญหาการขาดแคลนเครื่องนุ่งห่ม และขาดเงินใช้จ่ายสิ่งต่าง ๆ พบว่ามีปัญหาไม่แตกต่างกัน

อภิปรายผลการวิจัย ได้ดังนี้

1) การเพิ่มขึ้นของจำนวนประชากรผู้สูงอายุ เป็นผลโดยตรงของปัจจัยทางประชากรที่สำคัญ 2 ประการ คือ ประการแรก คนไทยนิยมมีลูกน้อยลง ซึ่งเป็นผลจากการวางแผนครอบครัว ทำให้ภาวะเจริญพันธุ์ของประชากรไทยได้ลดต่ำลงอย่างมากและรวดเร็ว กล่าวคือ อัตราการเจริญพันธุ์ของประชากรไทยลดลงจาก 6.3 คน ในช่วงปี พ.ศ.2507 – 2508 เป็น 1.8 คน ในปี พ.ศ.2549 และเหลือเพียง 1.5 ในปัจจุบัน (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม 2553) ทำให้จำนวนเด็กแต่ละปีซึ่งเคยมีมากกว่า 1 ล้านคน ระหว่างปี พ.ศ.2506 – 2526) ได้ลดต่ำลงจนเหลือไม่ถึง 8 แสนคน ในปี พ.ศ.2551 (กรมการปกครอง 2552) การพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ ทำให้การคุมกำเนิดในหมู่คู่สมรสชาวไทยแพร่หลายไปอย่างรวดเร็วมาก อัตราการคุมกำเนิดของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่แต่งงานแล้วที่เคยสูงไม่ถึงร้อยละ 15 ก่อนการประกาศนโยบายประชากรของประเทศในปี พ.ศ.2513 ได้สูงขึ้นถึงร้อยละ 65 ในปี พ.ศ.2527 (จอห์น โนเดล และคณะ 2530) และสูงถึงประมาณ ร้อยละ 75 ในปัจจุบัน (ปราโมทย์ ประสาทกุล และปัทมา ว่าพัฒนวงศ์ 2553 : 16) ประการที่สอง การพัฒนาการด้านการศึกษา การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ระบบเทคโนโลยีที่ทันสมัย ความเจริญก้าวหน้าทางด้านวิทยาศาสตร์ โดยเฉพาะการแพทย์และสาธารณสุขที่ทันสมัยและพัฒนาอยู่ตลอดเวลา สามารถที่จะชะลอหรือยืดอายุของประชากรให้ยืดยาวได้ ดังเห็นได้จากอายุ

คาดหวังเฉลี่ยของประชากรไทยที่ยืนยาวไม่ถึง 60 ปี เมื่อ 50 ปีก่อน ได้เพิ่มสูงขึ้นเป็น 73 ปี ใน พ.ศ. 2552 (ในช่วงปี พ.ศ.2548 – 2553 เพศชายมีอายุคาดหวังเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดเพิ่มขึ้นเป็น 68.5 ปี ขณะที่เพศหญิงเพิ่มขึ้นเป็น 75 ปี โดยคาดว่าในปี พ.ศ.2568 – 2570 จะเพิ่มเป็น 73.6 ปีสำหรับชาย และ 79.1 ปีสำหรับหญิง (United Nation, 2007 อ้างถึงใน วิพรรณ ประจวบเหมาะ และศิริวรรณ ศิริบุญ , 2553 : 8 – 9) ด้วยเหตุผลดังกล่าว จึงเป็นเหตุให้กลุ่มประชากรผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ในแต่ละปีจากภาวะเจริญพันธุ์ที่ลดลง และอายุคาดหวังเฉลี่ยที่ยืนยาวได้ ทำให้โครงสร้างอายุของประชากรไทยเปลี่ยนไปอย่างมาก จากที่เคยเป็นประชากรเยาว์วัยด้วยอายุมัธยฐานประมาณ 17 ปี เมื่อ 50 ปีก่อน ได้กลายเป็นประชากรสูงอายุที่มีอายุมัธยฐานสูงถึง 32 ปี ในปี พ.ศ.2553 (ปราโมทย์ ประสาทกุล และปัทมา ว่าพัฒนวงศ์ 2548 และ ปราโมทย์ ประสาทกุล 2549) การเปลี่ยนแปลงเช่นนี้จะเห็นได้ว่ายิ่งจำนวนประชากรวัยเด็กลดต่ำลงเท่าไร สัดส่วนประชากรสูงอายุก็ยิ่งเพิ่มสูงขึ้นแบบสวนทางกัน (ปราโมทย์ ประสาทกุล 2549) ทั้งนี้ สำนักงานสถิติแห่งชาติ ระบุว่า ประเทศไทยมีประชากรผู้สูงอายุร้อยละ 10.4 ในปี พ.ศ.2548 เพิ่มเป็นร้อยละ 10.7 ในปี พ.ศ.2550 และจากการคาดการณ์พบว่า สัดส่วนของผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ กล่าวคือ เท่ากับร้อยละ 12.4 (8,404,000 คน) ในปี พ.ศ.2555 เพิ่มเป็นร้อยละ 18 (12,866,000 คน) ในปี พ.ศ.2568 และจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด (14,452,000 คน) อย่างไรก็ตามแม้ว่าประชากรไทยมีแนวโน้มของอายุคาดหวังเฉลี่ยยืนยาวขึ้นเรื่อย ๆ ในปัจจุบัน แต่ก็ไม่ได้หมายความว่าการเจ็บป่วยและภาวะทุพพลภาพจะหดตัวลง (Compression of morbidity) ในทางตรงข้ามมีข้อมูลบางประการที่ชี้นำว่าอาจมีการขยายตัวเพิ่มขึ้นของการเจ็บป่วยและภาวะทุพพลภาพ (Expansion of morbidity) อาจกล่าวได้ว่า การเพิ่มของอายุคาดหวังเฉลี่ยในช่วงวัยสูงอายุจะไม่เป็นประโยชน์ ถ้าหากจำนวนปีที่อยู่ยืนยาวขึ้นเป็นปีที่อยู่อย่างไร้ความสามารถหรือทุพพลภาพ (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ, 2545 : 2 – 5) ซึ่งเป็นประเด็นทางสังคม ประชากรผู้สูงอายุจะกลายเป็นภาระทางการคลังของรัฐบาล การที่มีจำนวนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ ทั่วประเทศ จึงเกิดปัญหาตามมาที่ผู้สูงอายุจะต้องประสบโดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไปตามกฎของธรรมชาติอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ทั้งนี้ธรรมชาติและการเปลี่ยนแปลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุจะมีลักษณะโดยรวมเหมือนกันทุกคน ทุกเชื้อชาติศาสนา เพียงแต่ระยะเวลาในการเข้าสู่ความชรานั้นจะช้าหรือเร็วแตกต่างกันไปในแต่บุคคล โดยมีปัจจัยหลายปัจจัยเข้ามาเกี่ยวข้อง เช่น สิ่งแวดล้อม การดูแลสุขภาพ พันธุกรรม และภาวะสุขภาพของแต่บุคคล ความสูงวัยนำมาซึ่งการเปลี่ยนแปลง 3 ด้านใหญ่ ๆ ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตใจ และสังคม (กาญจนา ตั้งชลทิพย์ ปัทมา ว่าพัฒนวงศ์ เฉลิมพล แจ่มจันทร์ อุไรวรรณ คนึงสุขเกษม ภาณี วงษ์เอก และ สุรีย์พร พันพึ่ง, 2553 : 31) การเปลี่ยนแปลงที่เห็นได้ชัด คือ การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย โดยมีการเปลี่ยนแปลงในลักษณะของรูปร่างภายนอกที่สามารถเห็นได้

อย่างชัดเจน และการมีอาการของโรคต่าง ๆ ทั้งนี้โรคที่ผู้สูงอายุทั่วไปเป็นกันมาก คือ โรคปวดต่าง ๆ เช่น ปวดข้อ ปวดหลัง ปวดเอว ปวดกล้ามเนื้อ ต่อมาก็เป็นโรคนอนไม่หลับ เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นคนคิดมาก วิตกกังวล ทั้งเรื่องสุขภาพของตัวเอง ลูกหลาน เงินทอง ถัดมาคือมีอาการเกี่ยวกับตาและสายตา เช่น ตาพร่ามัว ต้อกระจก สุดท้ายคือโรคลม ทั้งนี้ผลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ.2552 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ผู้สูงอายุเกิดการเจ็บป่วยหรือรู้สึกไม่สบาย ร้อยละ 38.4 โรค/อาการครั้งสุดท้ายของผู้สูงอายุ 5 ลำดับแรก ได้แก่ โรคระบบทางเดินหายใจ (ร้อยละ 48.6) ท้องร่วง/ท้องเสีย/บิด (ร้อยละ 18.9) โรคในช่องปาก/ฟันผุ/โรคเหงือก (ร้อยละ 14.8) ปวดท้อง/ท้องอืด/ท้องเฟ้อ/โรคกระเพาะ (ร้อยละ 9.5) และปวดหลัง/ปวดกล้ามเนื้อ (ร้อยละ 3.4) อย่างไรก็ตามการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุแต่ละคน และบางครั้งอาการหรือโรคต่าง ๆ ก็ไม่ได้เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุทุกคน การมองว่าผู้สูงอายุมีลักษณะเหมือนกัน หรือเป็นพิมพ์เดียวกัน หรือเรียกว่า มีการให้ Stereotype ผู้สูงอายุ จะส่งผลต่อการมองผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มการมองเป็นพิมพ์เดียวกันในทางลบ (Negative Stereotypes) เช่น เหมารวมว่าผู้สูงอายุอ่อนแอ หง่อม เชื่องช้า มีความเสื่อมทั้งทางร่างกายและจิตใจ ไม่สามารถเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ ได้ ในขณะที่ตามความเป็นจริงผู้สูงอายุไม่ได้มีลักษณะที่เป็นแบบเดียวกันหมด เช่น ความเสื่อมของร่างกายบางคนก็เสื่อมเร็ว บางคนก็เสื่อมช้า บางคนยังมีสติปัญญาที่ยังเฉียบคมและสร้างสรรค์ สามารถถ่ายทอดออกมาได้ หรือความสามารถในการเรียนรู้ พบว่าส่วนใหญ่จะเริ่มแตกต่างกันเมื่อเข้าสู่อายุ 70 ปีขึ้นไป หรือการเกิดโรคอัลไซเมอร์/โรคเกี่ยวกับความจำ ก็พบในสัดส่วนไม่ถึงร้อยละ 2 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังคงแข็งแรง (Fit) และมีสุขภาพดีทั้งทางร่างกายและจิตใจ (Pearsons, 1993 อ้างถึงใน กาญจนา ตั้งชลทิพย์ และคณะ, 2553 : 31) การมองผู้สูงอายุที่เหมารวมเหมือนกันหมดนี้จะทำให้เกิดอคติต่อผู้สูงอายุ เป็นปรากฏการณ์ที่เรียกว่า การเลือกปฏิบัติต่อบุคคลอันเนื่องมาจากวัยหรืออายุ (Age Discrimination) ได้

ด้วยเหตุผลดังกล่าวข้างต้น อาจสรุปได้ว่า การที่ผู้สูงอายุจังหวัดเพชรบุรี ในปี พ.ศ.2552 กับปี พ.ศ.2530 มีสภาพปัญหาด้านอาการทางกาย ตลอดจนมีอาการทางกายบางอย่างแตกต่างกัน จึงอาจเป็นเพราะการดูแลสุขภาพ สิ่งแวดล้อม พันธุกรรม ภาวะสุขภาพของแต่ละคน รวมถึงปัจจัยทางด้านอายุ เศรษฐานะและรายได้ ที่อยู่อาศัย และสถานะโภชนาการ (สิทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ, 2545 : 1 – 7) อย่างไรก็ตามผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้สูงอายุ 3 ใน 4 มีโรคประจำตัว 5 ลำดับแรก คือ ปวดข้อ ปวดกระดูก ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ปวดเมื่อย และหัวใจ ตามลำดับ

2) การเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างทางเศรษฐกิจและสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว ย่อมส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิตความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุ กล่าวคือ

นอกจากปัญหาด้านสุขภาพแล้ว ผู้สูงอายุยังอาจประสบกับปัญหาด้านจิตใจ คือ เหงา ว้าเหว่ เครียด ซึมเศร้า ขาดที่พึ่งทางใจ ปัญหาด้านสังคม เช่น การถูกทอดทิ้ง ปล่อยให้อยู่ตามลำพัง และปัญหาเศรษฐกิจ นอกจากนั้นการขยายตัวของตลาดแรงงานภาคอุตสาหกรรมและการบริการอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้คนวัยแรงงานในชนบทเคลื่อนย้ายเข้าสู่ตลาดแรงงานในเมืองใหญ่มากยิ่งขึ้น แนวโน้มดังกล่าวอาจส่งผลกระทบต่อสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นวัยที่ต้องการความช่วยเหลือดูแล โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่อายุมากหรือมีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ทำให้ผู้สูงอายุขาดผู้ทำหน้าที่ดูแลช่วยเหลือ ทั้งนี้จากผลการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ในปี พ.ศ.2549 พบว่า มีผู้สูงอายุต้องอยู่คนเดียวมากถึง 459,149 คน หรือร้อยละ 7.1 ของผู้สูงอายุ 6.4 ล้านคน และในอีก 15 ปีข้างหน้าจะมีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 18 ของจำนวนประชากร โดยผู้สูงอายุในชนบทจะถูกทอดทิ้งเพราะลูกหลานจะทิ้งอาชีพเกษตรกรไปประกอบอาชีพอื่นในเมือง (ผลการเสนอของ นายไพบูลย์ วัฒนศิริธรรม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, วิทยาลัยประชากรศาสตร์ สืบค้นเมื่อวันที่ 20 พฤษภาคม 2551) และสอดคล้องกับคำกล่าวของ สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล (2543 : 25) ที่ว่า สภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็วในปัจจุบัน เป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุจะประสบปัญหา การเปลี่ยนแปลงสภาพสังคมอย่างรวดเร็ว ทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มหนึ่งต้องใช้ชีวิตอย่างโดดเดี่ยว เงียบเหงา และรู้สึกว่าตนเองไร้คุณค่า ดังผลการศึกษาปัญหาด้านภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทย 2549 พบว่า ผู้สูงอายุของกรุงเทพมหานครมีปัญหาด้านภาวะสุขภาพจิต คือ การนอนหลับไม่สนิทติดต่อกันเกินกว่า 3 วัน การรู้สึกเบื่อหน่ายหรือวิตกกังวลติดต่อกันเป็นสัปดาห์ โดยพบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 41.3 วิตกกังวลกลัวถูกทอดทิ้ง เป็นห่วงคนที่รัก ร้อยละ 29.2 เจ็บป่วยร่างกาย

ทั้งนี้จากผลการศึกษาสภาพปัญหาด้านภาวะทางอารมณ์และจิตใจของผู้สูงอายุทั้งสองช่วงปี พ.ศ.2552 กับปี พ.ศ.2530 จะมีสภาพปัญหาดังกล่าว และผลการเปรียบเทียบพบว่าผู้สูงอายุในช่วงปี พ.ศ.2552 ประสบปัญหาความรู้สึกเหงา รู้สึกว่าตนเองไร้คุณค่า หวาดระแวงกลัวถูกทิ้ง และรู้สึกว่าตนเองสูญเสียความสำคัญมากกว่าผู้สูงอายุในช่วงปี พ.ศ.2530 ทั้งนี้กล่าวได้ว่าเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางเศรษฐกิจและสังคมดังกล่าวข้างต้น

3) การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างครอบครัวและวัฒนธรรมบางประการ มีผลทำให้บทบาทด้านต่าง ๆ ของผู้สูงอายุลดลง ไม่ว่าจะเป็นบทบาทของผู้สูงอายุที่มีต่อครอบครัว ได้แก่ บทบาทผู้นำครอบครัว บทบาทเชิงเศรษฐกิจ บทบาททางสังคม บทบาทในการเป็นที่ปรึกษา หรือให้คำปรึกษาแก่บุตรหลานในครอบครัว หรือบทบาทที่ผู้สูงอายุมีต่อชุมชนที่ตนอาศัยอยู่ บทบาทผู้สูงอายุในสังคมไทยปัจจุบันมีความเปลี่ยนแปลงจากในอดีตอยู่มาก ทำให้เกิดปัญหาในเรื่องจิตใจ รวมทั้งการดำเนินชีวิตหลายประการ วัฒนธรรมในอดีต ผู้สูงอายุมีบทบาทไม่ซับซ้อนเหมือนสมัยนี้ผู้สูงอายุมีความผูกพันในครอบครัวสูง เมื่อเกษียณจากงานก็ทำหน้าที่ปู่ ย่า ตา

ยาย ให้คำปรึกษาหารือ ช่วยดูแลบ้านช่อง ถ้าจะมีปัญหาก็เป็นเรื่องการกระทบกระทั่งของคนในครอบครัว หรือการปรับตัวเข้ากับสมาชิกใหม่ เช่น เขย สะใภ้ แต่ในปัจจุบันลูกหลานจะแยกครอบครัวออกไป ที่อยู่ต่างจังหวัดลูกหลานจะเข้ามาทำงานในเมืองมากขึ้น ปัญหาใหม่จึงเข้ามาแทนที่ คือ ด้านการพึ่งพาตนเอง การเผชิญความเหงา ความเจ็บไข้ และการปรับบทบาทที่จะทำตนให้เป็นประโยชน์มากขึ้นในสังคม เพื่อทดแทนบทบาทเดิมและเพื่อให้ยังรู้สึกว่าตนมีศักดิ์ศรีในสังคมอยู่ (ธนพรรณ สิทธิสุนทร, 2543 : 1) อย่างไรก็ตามปัญหาสำคัญในการแสดงบทบาทของผู้สูงอายุอาจเกิดจากตัวผู้สูงอายุเอง คือ ปัญหาด้านสุขภาพ ที่ความเสื่อมถอยทางร่างกายถือเป็นอุปสรรคหลักของการประกอบกิจกรรมต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นกิจวัตรส่วนตัวของตน หรือการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้ (วรรณลักษณ์ เมียนเกิด, 2549 : 11 – 12)

นอกจากนี้ มุมมองผู้สูงอายุของสังคมไทยได้เปลี่ยนแปลงไป สมัยก่อนวัฒนธรรมไทยสอนให้ลูกหลานเคารพผู้ใหญ่ ให้เกียรติแก่คนรุ่น ปู่ ย่า ตา ยาย เด็กส่วนใหญ่ถูกสอนให้คิดว่าความคิดเห็นของผู้สูงอายุนั้นถูกต้อง ควรเชื่อฟังปฏิบัติตาม แม้ท่านจะมีคุณวุฒิไม่สูงนัก แต่มีประสบการณ์เรียนรู้ชีวิตมาก่อน ความคิดแนวนี้มีส่วนถูกในเรื่องคุณค่าของประสบการณ์ แต่ขณะเดียวกันเมื่อระบบการเรียนรู้กว้างขึ้น การศึกษาขยายตัว คนไทยรับอารยธรรมความรู้จากต่างประเทศมากขึ้นในทุกสาขา โดยเฉพาะด้านสังคมวิทยา มานุษยวิทยา และวิทยาศาสตร์ มีความรู้ใหม่เกิดขึ้น ลบล้างความรู้เก่า ทำให้ผู้สูงอายุที่ไม่ติดตามข้อมูลใหม่มีความรู้ไม่ทันสมัย ผลคือคนรุ่นหลังเกิดความเชื่อถือน้อยลง ความรู้ต่าง ๆ ดังกล่าวสอนให้คนมองเหตุผลความเป็นจริงมากขึ้น ความคิดว่าการเป็นผู้รู้ที่ควรแก่การเคารพนับถือ จึงมิได้ขึ้นอยู่กับอายุหรือบทบาทความเป็นผู้ใหญ่ในครอบครัวอย่างเดียว แต่อยู่ที่จริยธรรม ภูมิปัญญา ความรู้ และเหตุผลที่ถูกต้อง สังคมไทยปัจจุบันจึงเริ่มมีมุมมองผู้สูงอายุที่แตกต่างไป อาจกล่าวได้ว่ามองอย่างมีเหตุผลและเป็นธรรมมากขึ้น ยิ่งถ้ามีลูกหลานที่เข้าถึงสังคมโลก รู้จักเปรียบเทียบความถูกผิดจากหลายมุมมอง มีการศึกษาเรื่องธรรมในศาสนาลึกซึ้งขึ้น จะเริ่มมองดูผู้สูงอายุในมุมมองที่กว้างมากกว่าจะคิดแต่ความกตัญญูหรือความเป็นผู้อาวุโส ทั้งนี้มีข้อเสียของคนรุ่นใหม่คือกลุ่มที่ไปรับค่านิยมในสังคมที่ผิด คือ เน้นวัตถุนิยมมากกว่าจริยธรรม ขาดเมตตาธรรม กลุ่มนี้จะกระทบจิตใจผู้สูงอายุในครอบครัวได้มาก เพราะความรักเมตตาต่อผู้สูงอายุจะน้อยลง ความเปลี่ยนแปลงของสังคมดังกล่าวจึงทำให้ผู้สูงอายุที่เคยขึ้นกับวัฒนธรรมเดิมต้องปรับตัว ปรับใจ และต้องเป็นกระจกส่องตัวเองประกอบกัน เพื่อให้มีบทบาทที่เหมาะสมกับสังคมใหม่จึงจะเกิดความสุขสงบทางใจได้ (ธนพรรณ สิทธิสุนทร, 2543 : 1 – 2) ด้วยเหตุผลดังกล่าวข้างต้นจึงอาจกล่าวได้ว่า เป็นเหตุให้ผู้สูงอายุทั้งปี พ.ศ.2552 และปี พ.ศ.2530 ประสบปัญหาด้านการปรับตัว และความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น

4) มีปัจจัยต่าง ๆ หลายประการที่ทำให้ผู้สูงอายุประสบสภาพปัญหาด้านต่าง ๆ แตกต่างกัน ทั้งนี้ผลการสังเคราะห์งานวิจัยที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (กอบกุล สุดสวาท, 2541 ศรีเมือง พลังฤทธิ์, 2547 และ ทิพย์อรุณ สมภู่, 2552) ผลงานวิจัยดังกล่าวข้างต้นใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL – BREF – THAI) ประกอบด้วยคุณภาพชีวิต 4 ด้าน คือ สุขภาพกาย สภาพจิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม และสภาพแวดล้อม ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมและความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ของร่างกายผู้สูงอายุ สภาพแวดล้อมประกอบด้วย รายได้ สภาพที่อยู่อาศัย ความปลอดภัยในชีวิต บริการทางสังคม สาธารณูปโภค ข่าวสาร มลภาวะ และกิจกรรมนันทนาการ รวม 26 ข้อคำถาม จะเห็นได้ว่ามีตัวแปรหลายตัวที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอาจสรุปว่า ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ซึ่งประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส สถานภาพการทำงานในปัจจุบัน ฐานะทางเศรษฐกิจ ระดับการศึกษา ลักษณะครอบครัวขยาย การมีโรคประจำตัว การดูแลสุขภาพอนามัย (ความรู้และการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพ) และสภาพแวดล้อม เป็นต้น ปัจจัยการมีบทบาทในครอบครัวและสังคม ปัจจัยการทำกิจกรรม ทั้งกิจกรรมในครอบครัว สังคม ปัจจัยการพึ่งพาตนเองของผู้สูงอายุ และปัจจัยการสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นตัวแปรที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต อาทิเช่น ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงกว่ามีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาต่ำกว่าหรือไม่มีการศึกษา เพราะการศึกษาสามารถช่วยให้มีการรับรู้ถึงความเป็นไปในโลกและชีวิตด้านต่าง ๆ และสามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุข (Frankish, Milligan และ Reid, 1998 : 291, อ้างถึงใน ศรีเมือง พลังฤทธิ์, 2547 : 29) นอกจากนี้การศึกษายังมีความสัมพันธ์กับระบบเศรษฐกิจ กล่าวคือ บุคคลที่มีระดับการศึกษาสูงย่อมมีโอกาสแสวงหาอาชีพที่ดี มีความมั่นคงและได้รับค่าตอบแทนสูง ซึ่งทำให้สามารถทำงานหาเลี้ยงตนเองได้ (ยนต์ ชุ่มจิต, 2530 : 117) และยังสามารถเก็บออมไว้ในยามสูงอายุ รายได้ที่ดีนั้นทำให้มีอำนาจในการซื้อสูง เช่น ซื้อบ้าน ที่ดิน เป็นของตนเองได้ หรือผู้สูงอายุที่มีรายได้มากกว่ามีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยกว่า หรือไม่มีรายได้ โดยเฉพาะผลการศึกษาจำนวนมากพบว่า ผู้สูงอายุที่ยังคงประกอบอาชีพอยู่มีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ประภาพร จินันทุยา, 2536 : 81 สะอิ้ง ชวรางกร, 2538 : 83 จิระพร อภิชาตบุตร, 2540 : 96) ผลการวิจัยของ ศิริวรรณ ศิริบุญ และมาลินี วงษ์สิทธิ์ (2535 : 58) พบว่าผู้สูงอายุที่ยังมีอำนาจทางเศรษฐกิจยังคงมีอำนาจและบทบาทการตัดสินใจในปัญหาสำคัญ ๆ ของครอบครัวในสัดส่วนที่ค่อนข้างสูง สิ่งเหล่านี้จะช่วยทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า หรือผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมมีคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ด้านความสัมพันธ์ที่ดี และด้านสิ่งแวดล้อมสูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรม (ศรีเมือง พลังฤทธิ์, 2547 : 157) ทั้งนี้สอดคล้องกับผลการวิจัย

ของ บรรลุ ศิริพานิช และคณะ, 2531 : 63) พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่มีชีวิตยืนยาวและแข็งแรง มีภารกิจประจำวันมากกว่า 4 อย่างขึ้นไป อีกทั้งมีการใช้เวลาว่างทำกิจกรรมมากกว่า 5 อย่างขึ้นไป เป็นต้น

นอกจากนั้นผู้สูงอายุแต่ละคนยังมีการปรับตัวไม่เหมือนกัน ดังที่ Evikson (1968 อ้างถึงใน Allgeier & Allgeier , 1995 : 440) กล่าวไว้ว่า วัยสูงอายุเป็นช่วงสุดท้ายของชีวิต หลายคนต้องพบกับความขัดแย้งในความคิดระหว่างแนวคิดเชิงจริยธรรมกับความสูญเสียด้านต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น บุคคลที่ประสบความสุขเพราะเขาสามารถแก้ไขปัญหาวิกฤตต่าง ๆ ได้ มีมุมมองของชีวิตอย่างมีเป้าหมาย ความรู้สึกด้านจริยธรรมทำให้ความรู้สึกกลัวความตายลดลง บางคนเกิดความรู้สึกว่าเวลาที่เหลือไม่เพียงพอสำหรับกระทำสิ่งต่าง ๆ ตามเป้าหมายที่วางไว้ ทำให้รู้สึกหมดหวังและไร้ความหมาย วัยสูงอายุจึงต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ (กชกร สังขชาติ และ สมโภชน์ อเนกสุข, 2547 : 16)

ด้วยเหตุผลดังกล่าวข้างต้น จึงอาจกล่าวได้ว่า มีปัจจัยต่าง ๆ ที่ทำให้ผู้สูงอายุทั้งปี พ.ศ.2552 และปี พ.ศ.2530 ประสบสภาพปัญหาอาการทางกาย ภาวะเจ็บป่วยทางอารมณ์และจิตใจ การปรับตัวและความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น สภาพที่อยู่อาศัยและสภาพเศรษฐกิจ สภาพการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรมบางประการ มีผลทำให้สภาพปัญหาของผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มแตกต่างกัน

ตอนที่ 3 ความต้องการของผู้สูงอายุ

3.1) ผลการศึกษาความต้องการของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุมีความต้องการทั้งโดยรวมและรายด้านในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยระดับความต้องการตามลำดับดังนี้ ต้องการด้านความรัก (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.28) ความต้องการด้านสวัสดิการต่าง ๆ จากชุมชน/รัฐ (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.17) ความต้องการด้านเศรษฐกิจ ด้านสุขภาพอนามัย มีค่าเฉลี่ยเท่ากัน คือ 3.16 และด้านการทำงาน (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.71) ตามลำดับ โดยรวมมีค่าเฉลี่ยความต้องการเท่ากับ 3.17

ผลการศึกษาความต้องการตามรายข้อในแต่ละด้าน โดยพิจารณาจากค่าร้อยละพบว่า ด้านเศรษฐกิจ ผู้สูงอายุร้อยละ 45.36 ต้องการมีเงินเหลือเก็บในระดับมาก ร้อยละ 43.62 ต้องการความช่วยเหลือจากรัฐในระดับมาก ด้านสุขภาพอนามัย พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 68.19 ต้องการมีสุขภาพที่แข็งแรง ร้อยละ 58.11 ต้องการมีชีวิตที่ยืนยาว และร้อยละ 57.17 ต้องการมีลูกหลานดูแลยามเจ็บป่วย ทั้ง 3 ข้อ มีความต้องการในระดับมาก ในด้านการทำงาน ผู้สูงอายุร้อยละ 49.45 ต้องการช่วยเหลืองานในบ้าน และใช้เวลาว่างทำงานอดิเรกในระดับปานกลาง ตลอดจนร้อยละ 42.04 ต้องการเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนในระดับปานกลาง ส่วนด้านความรัก พบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 47.56 ต้องการให้ชุมชนเห็นคุณค่าและความสำคัญของผู้สูงอายุ ร้อยละ 44.88 ต้องการเป็นที่ปรึกษาของลูกหลานเมื่อมีปัญหา ทั้ง 2 ข้อ ผู้สูงอายุมีความต้องการในระดับมาก

สำหรับด้านสวัสดิการต่าง ๆ จากชุมชน/รัฐ พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 57.32 มีความต้องการได้รับเบี้ยยังชีพรายเดือน ร้อยละ 51.18 ต้องการมีช่องบัตรคิวพิเศษในการรักษาพยาบาล และร้อยละ 49.29 ต้องการยกเว้นภาษีรายได้ โดยทั้ง 3 ข้อ มีความต้องการในระดับมาก

3.2) ผลการเปรียบเทียบความต้องการของผู้สูงอายุโดยรวมและรายด้านของผู้สูงอายุปี พ.ศ.2552 กับปี พ.ศ.2530 พบว่า ผู้สูงอายุปี พ.ศ.2552 มีความต้องการโดยรวมแตกต่างกับผู้สูงอายุปี พ.ศ.2530 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยผู้สูงอายุปี พ.ศ.2552 มีความต้องการมากกว่า ผลการศึกษาตามรายด้านพบว่า ผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มมีความต้องการด้านเศรษฐกิจ และด้านสุขภาพอนามัยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยผู้สูงอายุปี พ.ศ.2552 มีความต้องการมากกว่า ส่วนความต้องการด้านการทำงาน และด้านความรักพบว่าผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มมีความต้องการไม่แตกต่างกัน

ผลการเปรียบเทียบความต้องการของผู้สูงอายุตามรายข้อมีดังนี้ ด้านเศรษฐกิจ ตามรายข้อ จำนวน 6 ข้อ พบว่า ผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มมีความต้องการทั้ง 6 ข้อ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยผู้สูงอายุปี พ.ศ.2552 มีความต้องการทำงานมีรายได้ของตนเอง มีรายได้เพิ่มขึ้น มีเงินเหลือเก็บ มีเงินไว้ใช้เพื่อพักผ่อน ความช่วยเหลือการเงิน และต้องการช่วยเหลือจากรัฐมากกว่าผู้สูงอายุปี พ.ศ.2530

ด้านสุขภาพอนามัย ตามรายข้อ จำนวน 6 ข้อ พบว่า ผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มมีความต้องการ 3 ข้อ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยผู้สูงอายุปี พ.ศ.2552 มีความต้องการมีชีวิตที่ยืนยาว มีสุขภาพแข็งแรง และมีเพศสัมพันธ์มากกว่าผู้สูงอายุปี พ.ศ.2530 ส่วนความต้องการอาหารที่ย่อยง่าย การพักผ่อนที่เพียงพอ การมีลูกหลานดูแลยามเจ็บป่วย พบว่ามีความต้องการไม่แตกต่างกัน

ด้านการทำงาน ตามรายข้อ จำนวน 7 ข้อ พบว่า ผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มมีความต้องการ 5 ข้อแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยผู้สูงอายุปี พ.ศ.2552 มีความต้องการหาความรู้เพิ่มเติม อยู่เฉยๆ ไม่ต้องทำงาน เป็นบุคคลมีชื่อเสียง เข้าร่วมกิจกรรมชุมชน และให้รัฐจัดอบรมฝึกสอนงานมากกว่าผู้สูงอายุปี พ.ศ.2530 ส่วนความต้องการช่วยเหลืองานในบ้าน ใช้เวลาว่างทำงานอดิเรก พบว่ามีความต้องการไม่แตกต่างกัน

ด้านความรัก ตามรายข้อ จำนวน 7 ข้อ พบว่า ผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มมีความต้องการ 3 ข้อแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยผู้สูงอายุ ปี พ.ศ.2552 มีความต้องการเป็นบุคคลสำคัญของบ้าน ให้ชุมชนเห็นคุณค่าและความสำคัญของผู้สูงอายุ และรวมกลุ่มหรือชมรมผู้สูงอายุมากกว่าผู้สูงอายุปี พ.ศ.2530 และมีความต้องการแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จำนวน 1 ข้อ โดยผู้สูงอายุปี พ.ศ.2552 มีความต้องการติดต่อกับ

ลูกหลานน้อยกว่า ส่วนความต้องการเป็นที่ปรึกษาของลูกหลานเมื่อมีปัญหา การติดต่อพูดคุยกับเพื่อนบ้าน และช่วยเหลือผู้อื่นเท่าที่ทำได้ พบว่า มีความต้องการไม่แตกต่างกัน

อภิปรายผลได้ว่า ความต้องการของมนุษย์เป็นไปตามทฤษฎีจิตวิทยาของ Abraham H. Maslow (ค.ศ.1908 – 1970) ได้พิจารณาระดับความต้องการทางจิตใจตามประเภทของความจำเป็น หรือความสำเร็จในชีวิตของมนุษย์ (Maslow's Need Hierarchy) จากขั้นต่ำไปสู่ขั้นสูง โดยแบ่งเป็น 5 ขั้น คือ 1) ความต้องการทางร่างกาย 2) ความต้องการความปลอดภัย 3) ความต้องการความเป็นเจ้าของและความรัก 4) ความต้องการเกียรติยศชื่อเสียงและการยอมรับนับถือ และ 5) ความต้องการความสมบูรณ์แบบเชิงคุณค่า ในกรณีของผู้สูงอายุนั้น อาจกล่าวได้ว่ามีความต้องการดังต่อไปนี้ 1) ความต้องการทางร่างกายเป็นความต้องการขั้นพื้นฐานที่สุดเพื่อความมีชีวิตที่อยู่รอด คือ ปัจจัยสี่ ได้แก่ ความต้องการอาหาร เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย ยารักษาโรค ซึ่งมีความสำคัญมากที่สุด ความต้องการนี้หากได้รับการตอบสนองผู้สูงอายุก็จะได้รับการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไป 2) ความต้องการความปลอดภัยที่ผู้สูงอายุต้องการ หมายถึง อาหารที่บริโภคต้องมีคุณภาพ สะอาด ปราศจากเชื้อโรค ความปลอดภัยจากการตรวจร่างกาย ปลอดภัยจากสิ่งแวดล้อม และอุบัติเหตุ ประการสำคัญ คือ การได้รับความคุ้มครองตามกฎระเบียบของสังคมและกฎหมายคุ้มครองคุณภาพชีวิตให้ผู้สูงอายุ 3) ความต้องการความรัก ในผู้สูงอายุความรู้สึกจะย้อนกลับไปเหมือนเด็ก ผู้สูงอายุจะต้องการผู้สนใจห่วงใย เอื้ออาทร และต้องการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของสังคม มีส่วนร่วมรับรู้ และต้องการมีเพื่อนคุยและเข้าใจตนเอง 4) ความต้องการได้รับการยกย่องนับถือ คือ ต้องการให้บุตรหลานเคารพ เชื่อฟัง ต้องการให้สังคมเห็นคุณค่า และ 5) ความต้องการความสำเร็จในชีวิต เป็นความต้องการเกี่ยวกับการทำงานที่ตนเองชอบหรือต้องการจะเป็นมากกว่าที่เป็นอยู่ และยังมองความสำเร็จของบุตรหลาน การที่บุตรหลานประสบความสำเร็จในชีวิตย่อมหมายถึงความสำเร็จของตนเองอย่างยิ่งใหญ่ และภาคภูมิใจอย่างสูง เพราะผู้สูงอายุสั่งสอนอบรม ดูแลบุตรหลานมา

นอกจากนี้ วิไลวรรณ ทองเจริญ และ ลิวรรณ อุนนาภิรักษ์ (2543 อ้างถึงใน ระพีพรรณ คำหอม และคณะ, 2547 : 18) ศึกษาความต้องการของบุคคลก่อนวัยเกษียณพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความต้องการด้านต่าง ๆ ตามลำดับ ดังนี้ 1) ความต้องการด้านสุขภาพ ลำดับที่ 1 ต้องการความรู้ด้านสุขภาพจากแพทย์ พยาบาล ลำดับที่ 2 ต้องการตรวจสุขภาพประจำปีฟรี ปีละ 1 ครั้ง และลำดับที่ 3 ต้องการได้รับจัดบริการส่งเสริมสุขภาพฟรี 2) ความต้องการด้านสังคม ลำดับที่ 1 ต้องการสถานที่พักผ่อนและออกกำลังกาย ลำดับที่ 2 ต้องการให้ชุมชนมีหน่วยงานดูแลผู้สูงอายุโดยเฉพาะ และลำดับที่ 3 ต้องการลดหย่อนภาษีเงินได้ส่วนบุคคล 3)ความต้องการด้านจิตใจ ลำดับที่ 1 ต้องการความเคารพนับถือยกย่องจากครอบครัวและสังคม ลำดับที่ 2 ต้องการเข้า

ร่วมกิจกรรมทางศาสนา และลำดับที่ 3 ต้องการเข้าร่วมกิจกรรมทางขนบธรรมเนียมประเพณี และ 4) ความต้องการด้านการเงินและการงาน ลำดับที่ 1 ต้องการให้รัฐจัดหางานให้ ลำดับที่ 2 ต้องการเงินช่วยเหลือสำหรับผู้สูงอายุยากจน และลำดับที่ 3 ต้องการเกื้อหนุนทางการเงินจากลูกหลาน

ทั้งนี้สอดคล้องกับผลการวิจัยของ เทอดเกียรติ ขุนแผ้ว (2547 : 152) ศึกษาผู้สูงอายุจังหวัดนราธิวาส พบว่า ผู้สูงอายุมีความต้องการในการดูแลสุขภาพตนเอง ต้องการความช่วยเหลือเพื่อแก้ปัญหาความยากจน จัดทุนเพื่อการประกอบอาชีพ การรักษาพยาบาลฟรี การจัดหาเงินเลี้ยงดู และงานวิจัยของ ระพีพรรณ คำหอม และคณะ (2547 : 102 – 174) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อความต้องการบริการสวัสดิการสังคมของผู้สูงอายุในชนบท ผลการศึกษาความต้องการด้านเศรษฐกิจ คือ ความต้องการมีเงินและมีงานทำมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต้องการบริการทุกด้าน หมายความว่า ผู้สูงอายุที่มีความต้องการด้านเศรษฐกิจสูง จะมีความต้องการบริการทุกด้านสูง ผู้สูงอายุที่มีความต้องการเศรษฐกิจน้อยจะต้องการบริการน้อยด้วย และจากผลการศึกษาความต้องการบริการสวัสดิการสังคมของผู้สูงอายุของ ศิริกัญญา แก่นทอง (2548 : 88) พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุจังหวัดนราธิวาสมีความต้องการสวัสดิการสังคมในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความต้องการอยู่ในระดับมากเพียงด้านเดียว คือ ด้านความต้องการสวัสดิการสังคม ด้านสุขภาพอนามัย นอกจากนั้นทั้ง 6 ด้าน มีระดับความต้องการอยู่ในระดับปานกลาง โดยด้านบริการสังคมและด้านนันทนาการมีค่าเฉลี่ยสูงสุดเท่ากัน รองลงมาด้านการทำงานและการมีรายได้ ด้านที่อยู่อาศัย ด้านความมั่นคงทางสังคม และด้านการศึกษา มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด การที่ผู้ที่อยู่ในวัยสูงอายุมีความต้องการและความจำเป็นแตกต่างจากคนในวัยหนุ่มสาว ทั้งนี้เพราะความต้องการและความจำเป็นเหล่านี้เป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงตามธรรมชาติของร่างกาย ซึ่งยังผลให้สมรรถภาพของอวัยวะต่าง ๆ เสื่อมถอย เจ็บป่วยง่าย โดยเฉพาะการเจ็บป่วยที่เรื้อรัง ยาวนาน หรือในขั้นรุนแรงอาจจะมีภาวะทุพพลภาพ ช่วยเหลือตัวเองในการดำรงชีวิตประจำวันไม่ได้ ทำให้ผู้สูงอายุต้องการการดูแลหรือต้องพึ่งพิงผู้อื่นในหลายด้าน ซึ่งไม่ได้จำกัดเฉพาะในเรื่องของสุขภาพทางกายและทางจิตเท่านั้น หากยังรวมถึงด้านเศรษฐกิจและสังคมด้วย

อย่างไรก็ตาม การที่ความต้องการของมนุษย์เรารวมถึงผู้สูงอายุในปี พ.ศ.2552 ที่มีมากขึ้นกว่าผู้สูงอายุในปี พ.ศ.2530 นั้น อาจเนื่องมาจากการขยายตัวของระบบทุนนิยม ซึ่งเรื่องนี้ ตีรณ พงศ์มฆพัฒน์ (2554 : 17, 124) อธิบายว่า การขยายตัวของระบบทุนนิยมมิได้สนับสนุนความสุขที่แท้จริง แต่อาจยกระดับมาตรฐานการครองชีพหรือสร้างความพึงพอใจอย่างหยาบได้ งานวิจัยจึงพบว่า ส่วนใหญ่แล้วเงินซื้อความสุขไม่ได้ หรือถ้ารายได้ทำให้มีความสุขก็เป็น

ความสุขเพียงเล็กน้อย ทั้งนี้มีคำถามซึ่งถามกันบ่อย และเป็นที่มาของงานวิจัยจำนวนมาก คือ เงินซื้อความสุขได้หรือไม่ การแข่งขันในทางเศรษฐกิจได้ก่อให้เกิดการเพิ่มขึ้นของรายได้ และการสนองตอบความต้องการทางวัตถุตลอดกว่าครึ่งศตวรรษ การที่บุคคลทุ่มเทให้กับความต้องการทางวัตถุอย่างมาก (แม้ว่าจะไม่ทั้งหมด) ย่อมมีผลต่อจิต ความเคยชินของจิตจะทำให้บุคคลปรับความรู้สึกพอใจ ไม่พอใจ และเริ่มคุ้นเคยกับสิ่งที่ตนได้ว่าที่เคยได้นั้นเริ่มไม่พอ เริ่มไม่เป็นสุขถ้าไม่ได้มากขึ้นจากที่ได้แล้ว ความอยากได้เพิ่มขึ้นเป็นการติดยึดในวัตถุที่ตนได้เสพแล้ว ความอยากได้เพิ่มขึ้นและความไม่อิ่มกับสิ่งที่ได้แล้วมีผลต่อการวิเคราะห์ 2 ประการ คือ ก) ความพึงพอใจและรสนิยมเปลี่ยนเข้าหาวัตถุมากขึ้น ข) ความพึงพอใจมีการปรับตัว เกิดความเคยชิน และรู้สึกว่าที่ได้มาแล้วนั้นยังไม่พอ จะอยากได้เพิ่มขึ้นอีก ในเชิงเศรษฐศาสตร์ความต้องการทั้งหลายล้วนเป็นสิ่งที่มนุษย์ต้องการทั้งสิ้น เพียงแต่ปัจเจกบุคคลอาจมีรสนิยมแตกต่างกัน และมีโอกาสหรือทรัพยากรที่จะได้สิ่งเหล่านั้นมาได้ไม่เท่าเทียมกัน (ตีรณ พงศ์มฆพัฒน์, 2554 : 109) ด้วยเหตุผลดังกล่าวจึงอาจอภิปรายได้ว่า ผู้สูงอายุ ปี พ.ศ.2552 มีความต้องการทั้งโดยรวมและรายด้านมากกว่าผู้สูงอายุปี พ.ศ.2530

ตอนที่ 4 การเตรียมตัวเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ

4.1) ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 64.72 ตอบว่า การเตรียมตัวเข้าสู่วัยผู้สูงอายุมีความจำเป็น และพบว่าผู้สูงอายุมีการเตรียมตัวเข้าสู่วัยผู้สูงอายุโดยรวมในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.21) ผลการศึกษาตามรายด้านพบว่า ผู้สูงอายุมีการเตรียมตัวด้านที่อยู่อาศัยและด้านร่างกายในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.33 และ 3.23 ตามลำดับ ส่วนด้านจิตใจและด้านเศรษฐกิจมีการเตรียมตัวในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.14 และ 3.08 ตามลำดับ

ผลการศึกษาการเตรียมตัวเข้าสู่วัยผู้สูงอายุตามรายข้อในแต่ละด้าน โดยพิจารณาจากค่าร้อยละพบว่า ด้านร่างกาย ผู้สูงอายุร้อยละ 65.04 มีการเตรียมตัวด้านรักษาสุขภาพให้แข็งแรง ร้อยละ 54.80 มีการเตรียมตัวโดยการตรวจสุขภาพ และร้อยละ 48.66 มีการเตรียมตัวโดยการงดเว้นของมึนเมา ทั้ง 3 ข้ออยู่ในระดับมาก ด้านเศรษฐกิจผู้สูงอายุร้อยละ 48.03 มีการเตรียมหาที่พึ่งทางการเงินเมื่อจำเป็น ร้อยละ 47.72 มีการเตรียมทำงานหนักเพื่ออนาคตยามชรา และร้อยละ 44.73 มีการเตรียมสะสมทรัพย์สินโดยทั้ง 3 ข้อ มีการเตรียมการในระดับปานกลาง สำหรับด้านที่อยู่อาศัยพบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 59.69 มีการเตรียมมีบ้านของตนเองในระดับมาก และร้อยละ 42.99 มีการเตรียมการว่าจะอยู่กับใครในระดับปานกลาง ส่วนการเตรียมการด้านจิตใจ พบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 45.51 มีการเตรียมการโดยการฟังธรรม เข้าวัดวาในระดับมาก ร้อยละ 47.72 มีการเตรียมการฝึกอารมณ์ไม่จู้จี้ ร้อยละ 47.72 เตรียมทำประโยชน์ให้สังคม และร้อยละ 45 มีการ

เตรียมการโดยเข้าร่วมกลุ่ม/ชมรม ยอมรับความชรา และเตรียมงานอดิเรกไว้ทำยามชรา โดยทั้ง 5 ข้อ มีการเตรียมตัวในระดับปานกลาง

ผลการวิเคราะห์คำถามปลายเปิด หากให้ย้อนกลับไปตั้งต้นใหม่ได้ก่อนที่จะเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุกล่าวว่า จะมีการเตรียมตัวในเรื่องต่อไปนี้ ตามลำดับคือ 1) ด้านเศรษฐกิจ 2) ด้านสุขภาพอนามัย 3) ด้านครอบครัว 4) ด้านการทำงาน 5) ด้านที่อยู่อาศัยและ 6) ด้านสภาพจิตใจ

4.2) ผลการเปรียบเทียบการเตรียมตัวเข้าสู่วัยผู้สูงอายุในปี พ.ศ.2552 และปี พ.ศ.2530 พบว่า ผู้สูงอายุทั้งช่วงปี พ.ศ.2552 และ พ.ศ.2530 ส่วนใหญ่ระบุว่ามีความจำเป็นโดยผู้สูงอายุปี พ.ศ.2552 มีแนวโน้มสูงกว่า ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุปี พ.ศ.2552 มีการเตรียมตัวเข้าสู่วัยผู้สูงอายุทั้งโดยรวมและรายด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านเศรษฐกิจ ด้านที่อยู่อาศัย และด้านจิตใจมากกว่าผู้สูงอายุในปี พ.ศ.2530

ผลการเปรียบเทียบการเตรียมตัวสู่วัยผู้สูงอายุตามรายข้อ มีดังนี้ ด้านร่างกาย ตามรายข้อ จำนวน 5 ข้อ พบว่า ผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มมีการเตรียมตัว แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 จำนวน 4 ข้อ โดยผู้สูงอายุปี พ.ศ.2552 มีการวางแผนรักษาสุขภาพให้แข็งแรง ตรวจสุขภาพ ออกกำลังกาย และเลือกรับประทานอาหารย่อยง่ายมากกว่าผู้สูงอายุปี พ.ศ. 2530 ส่วนการงดเว้นของมึนเมาพบว่า ผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มมีการเตรียมตัวไม่แตกต่างกัน

ด้านเศรษฐกิจ ตามรายข้อ จำนวน 3 ข้อ พบว่า ผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มมีการเตรียมตัวแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ทั้ง 3 ข้อ โดยผู้สูงอายุปี พ.ศ.2552 มีการวางแผนสะสมทรัพย์สิน ทำงานหนักเพื่ออนาคตยามชรา และเตรียมหาที่พึ่งทางการเงินเมื่อจำเป็นมากกว่าผู้สูงอายุปี พ.ศ.2530

ด้านที่อยู่อาศัย ตามรายข้อ จำนวน 2 ข้อ พบว่า ผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มมีการวางแผนชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ทั้ง 2 ข้อ โดยผู้สูงอายุปี พ.ศ.2552 มีการเตรียมการมีบ้านของตนเอง และเตรียมตัวว่าจะอยู่กับใครมากกว่าผู้สูงอายุปี พ.ศ.2530

ด้านจิตใจ ตามรายข้อ จำนวน 8 ข้อ พบว่า ผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มมีการเตรียมตัวแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 จำนวน 4 ข้อ และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จำนวน 2 ข้อ โดยผู้สูงอายุปี พ.ศ.2552 มีการเตรียมงานอดิเรกไว้ทำยามชรา เข้าร่วมกลุ่ม/ชมรม ทำตนให้เป็นประโยชน์แก่สังคม ฟังธรรม เข้าวัด (มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01) เตรียมใจไม่กลัวความตาย และฝึกอารมณ์ให้ปกติไม่จู้จี้ (มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05) มากกว่าผู้สูงอายุปี พ.ศ.2530 ส่วนการเตรียมตัวทำใจให้มั่นคงยอมรับความชรา และฝึกใจกว้างยอมรับความคิดเห็นของลูกหลาน พบว่าผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มมีการเตรียมตัวไม่แตกต่างกัน

อภิปรายผลการวิจัย ได้ดังนี้

1) ผลการศึกษาการเตรียมตัวเข้าสู่วัยผู้สูงอายุครั้งนี้ สอดคล้องกับผลที่ได้จากการศึกษาความต้องการของผู้สูงอายุ เป้าหมายชีวิต และคำถามปลายเปิดที่ว่า หากให้ย้อนกลับไปก่อนเข้าสู่วัยผู้สูงอายุจะมีการเตรียมการในเรื่องใดบ้าง พบว่า คือด้านสุขภาพกายและจิตใจ และด้านเศรษฐกิจ นอกนั้นมีการเตรียมตัวด้านสังคม คือ ครอบครัว ที่อยู่อาศัย ทั้งนี้ค่อนข้างสอดคล้องกับผลการวิจัยของ ลีลาวดี อัครเศรณี (2549 : บทคัดย่อ) ศึกษากับผู้สูงอายุจังหวัดนครปฐม พบว่า ผู้สูงอายุมีทัศนะต่อความจำเป็นในการเตรียมการเข้าสู่วัยผู้สูงอายุที่มีคุณภาพทั้งด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม และด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับมาก โดยมีทัศนะต่อความจำเป็นในการเตรียมการด้านเศรษฐกิจ คือ การจัดแบ่งเงินไว้เป็นค่าใช้จ่ายสำหรับชีวิตประจำวันในระดับมาก ส่วนลักษณะการเตรียมการเข้าสู่วัยผู้สูงอายุนั้น มีลักษณะการเตรียมการด้านสังคม โดยเฉพาะการพูดคุยสังสรรค์กันระหว่างสมาชิกในครอบครัวทุกวัน และการซื้อผ่อนที่ดินเป็นของตนเองเพื่อสร้างบ้านในอนาคต สำหรับลักษณะการเตรียมการด้านสุขภาพนั้น แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างจะระบุว่าการเตรียมการด้านสุขภาพมีความจำเป็นมาก แต่ปรากฏว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยตรวจสุขภาพประจำปี และไม่มีโรคประจำตัว นอกจากนั้นจากผลการศึกษาการเตรียมการเข้าสู่วัยผู้สูงอายุของสิริชัย คำชมพู (2550 : บทคัดย่อ) โดยศึกษากับข้าราชการสังกัดสำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี ที่มีอายุ 18–55 ปี พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีลักษณะการเตรียมการสร้างหลักประกันเพื่อการดำรงชีวิตในวัยสูงอายุด้านสุขภาพเป็นอันดับแรก ด้านรายได้เป็นอันดับสอง และด้านสังคมเป็นอันดับสาม สอดคล้องกับผลการศึกษาของ กุณฑลี แสงธรรม (2551 : บทคัดย่อ) ศึกษาการเตรียมการเข้าสู่วัยสูงอายุของบุคลากรกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ อายุระหว่าง 50 – 59 ปี พบว่า การเตรียมการเป็นผู้สูงอายุที่ยังประโยชน์ กลุ่มตัวอย่างมีการเตรียมการด้านร่างกายสูงที่สุด รองลงมา คือ ด้านการเงิน และด้านที่อยู่อาศัย ส่วนการเตรียมการเป็นผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จ คือ การเตรียมการด้านงานอดิเรก รองลงมา คือ ด้านจิตใจ และด้านการมีส่วนร่วมในสังคม เช่นเดียวกับผลการสำรวจความคิดเห็นของประชาชนเกี่ยวกับความรู้และทัศนคติที่มีต่อผู้สูงอายุ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2550 : 1 – 4) โดยศึกษากับประชาชนที่มีอายุระหว่าง 15 – 59 ปี พบว่า ประมาณร้อยละ 90 เห็นว่าควรมีการเตรียมการเพื่อวัยสูงอายุ โดยมีการเตรียมการด้านการเงิน สุขภาพ และที่อยู่อาศัย (มากกว่าร้อยละ 95) นอกจากนั้นประชาชนส่วนใหญ่ระบุว่าเคยคิดและได้เตรียมการมากที่สุดในเรื่องการออม / สะสมเงินทองทรัพย์สินให้เพียงพอใช้ในวัยสูงอายุ รองลงมา คือ การทำตัวเองให้มีสุขภาพกายที่แข็งแรงก่อน/และเมื่ออยู่ในวัยสูงอายุ

2) ผลการเปรียบเทียบการเตรียมตัวเข้าสู่วัยผู้สูงอายุปี พ.ศ.2552 กับปี พ.ศ.2530 พบว่า ผู้สูงอายุปี พ.ศ.2552 มีการเตรียมตัวเข้าสู่วัยผู้สูงอายุมากกว่าผู้สูงอายุปี พ.ศ.2530

ทั้งด้านร่างกาย ด้านเศรษฐกิจ ด้านที่อยู่อาศัย และด้านจิตใจ อภิปรายผลได้ดังนี้ การที่ผู้สูงอายุมีการเตรียมตัวเข้าสู่วัยผู้สูงอายุนั้น กล่าวได้ว่าเป็นเพราะสิ่งสำคัญ คือ เนื่องมาจากนับตั้งแต่มีพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546 ได้มีผลบังคับใช้ตั้งแต่ปี พ.ศ.2547 จะพบว่ามีหน่วยงานภาครัฐและภาคเอกชนจำนวนไม่น้อย ที่ได้เข้าร่วมดำเนินการและร่วมมีบทบาทอำนวยสิทธิประโยชน์ด้านต่าง ๆ ให้แก่ผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถใช้ชีวิตอยู่ในครอบครัว ชุมชน และสังคมได้อย่างมีความมั่นคง และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ทั้งในเรื่องการดูแลทางด้านสุขภาพอนามัยที่จัดเป็นความจำเป็นในลำดับต้น ๆ ของผู้สูงอายุ การจัดบริการให้ความคุ้มครองดูแลช่วยเหลือทางด้านสวัสดิการสังคมรูปแบบต่าง ๆ สำหรับผู้สูงอายุ ครอบคลุมในเรื่องการสร้างความมั่นคงด้านรายได้สำหรับผู้สูงอายุ การดูแลด้านสุขภาพและสังคมในครอบครัวและชุมชน บทบาทอาสาสมัครในการดูแลผู้สูงอายุ การส่งเสริมการมีส่วนร่วมกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ สวัสดิการด้านที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุ รวมทั้งการคุ้มครองดูแลผู้สูงอายุด้านกระบวนการยุติธรรม (ศิริวรรณ อรุณทิพย์ไพฑูรย์ และ เพ็ญศิริ แต่สุวรรณ, 2553 : 68) กล่าวได้ว่าภาพรวมของการขับเคลื่อนความร่วมมือจากภาคส่วนต่าง ๆ ด้านการดูแลผู้สูงอายุ มีความก้าวหน้าอย่างต่อเนื่อง แม้ว่าจะเป็นความก้าวหน้าที่มีลักษณะค่อยเป็นค่อยไป แต่มีข้อสังเกตที่น่าจะเป็นปัจจัยสนับสนุนและจะส่งผลดีต่อการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุในระยะต่อมา คือ การที่หน่วยงานต่าง ๆ ของภาคราชการ โดยเฉพาะองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในทุกจังหวัดที่ประกอบไปด้วย องค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบล ที่กำลังให้ความสนใจและให้ความสำคัญในเรื่องของการดูแลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุมากขึ้นเป็นลำดับ พิจารณาได้จากความริเริ่มโครงการนำร่องที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบต่าง ๆ ของการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนที่มีการดำเนินการในระดับหมู่บ้าน ตำบล ทั้งนี้เรื่องของการดูแลและการส่งเสริมสุขภาพ การสร้างรายได้ การส่งเสริมอาชีพ การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ ตลอดจนการจัดบริการสวัสดิการสังคมในรูปแบบต่าง ๆ รวมทั้งความพยายามในการขยายผลต่อไปยังพื้นที่อื่น ๆ ซึ่งผลการประเมินแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 ระยะ 5 ปี คือ ระหว่างปี พ.ศ.2545 – 2550 (วิพรรณ ประจวบเหมาะ, 2551) พบว่ามีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสูงถึงร้อยละ 97 ที่ได้มีการจัดให้มีโครงการและกิจกรรมด้านผู้สูงอายุภายใต้ท้องถิ่นของตนเอง (ศิริวรรณ อรุณทิพย์ไพฑูรย์ และ เพ็ญศิริ แต่สุวรรณ, 2553 : 69) นอกจากนั้นแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 ปี พ.ศ.2545–2564 ซึ่งเป็นแผนต่อเนื่องจากแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 1 ปี พ.ศ.2524 – 2544 ให้ความสำคัญกับการเตรียมความพร้อมของประชากรเพื่อวัยสูงอายุที่มีคุณภาพอีกด้วย การทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีความผาสุก และได้รับการยกย่องให้คุณค่านั้นจะต้องส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตนเองได้ หากกรณีที่ตกอยู่ในสถานการณ์ที่จะต้องได้รับความช่วยเหลือ ครอบครัวและชุมชนจะต้องเข้ามาเป็นหน่วยแรกในการช่วยเหลือ

เกื้อกูลเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงตนอยู่ในสังคมอย่างมีคุณภาพ และเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาสังคมต่อไป

การเตรียมตัวเพื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ และมีการวางแผนที่ดีจะเป็นส่วนส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสม แต่การใช้ชีวิตภายหลังการเป็นผู้สูงอายุยังต้องขึ้นอยู่กับความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่จะเลือกวิถีการดำเนินชีวิต เพื่อให้เป็นไปตามความพึงพอใจ (โฆษิต ไชยประสิทธิ์, 2546 : 22) อย่างไรก็ตามการเตรียมการดังกล่าวอาจมีความแตกต่างกันตามสภาวะเศรษฐกิจ สังคม และพื้นฐานความรู้ความเข้าใจ การตระหนักถึงความสำคัญของการเตรียมการ เพราะยิ่งมีการเตรียมการได้ล่วงหน้าก็จะมีผลดีทั้งต่อตัวผู้สูงอายุ ครอบครัว ชุมชน และประเทศ กล่าวได้ว่าความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยีต่าง ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการแพทย์และการสาธารณสุขทำให้คนมีสุขภาพพลานามัยดีขึ้น อายุคาดหวังเฉลี่ยสูงขึ้นกว่าในอดีต จำนวนผู้สูงอายุมีมากขึ้น สภาพร่างกายจะมีการเปลี่ยนแปลงไปตามกฎของธรรมชาติอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ฉะนั้นช่วงที่เข้าสู่วัยสูงอายุซึ่งเป็นวัยสุดท้ายของชีวิต จึงควรต้องมีการเตรียมตัวเพื่อยอมรับและปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ สังคม และสิ่งแวดล้อมได้อย่างมีความสุข ซึ่งมีหลักปฏิบัติ การเตรียมตัวเมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุมีดังนี้ (คู่มือการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ, 2547 : 22 – 23) 1) ต้องยอมรับว่าเมื่อเข้าสู่ระยะวัยสูงอายุแล้ว กำลังร่างกาย จิตใจ ย่อมเปลี่ยนแปลงในทางลดน้อยลง จึงต้องปรับตัวให้เข้ากับสังคมและหน้าที่การงานที่เหมาะสม 2) หมั่นดูแลสุขภาพให้แข็งแรง โดยออกกำลังกาย กินอาหารตามหลัก 5 หมู่ และตรวจสุขภาพร่างกายอย่างสม่ำเสมอ 3) ทำจิตใจให้แจ่มใส สนใจบุคคลและสิ่งแวดล้อมเพิ่มขึ้น พร้อมทั้งให้ความสำคัญในคำสอนทางศาสนามากขึ้น และ 4) ช่วยเหลือตนเองให้มากที่สุด โดยคิดว่าตนเองมีความสามารถ อย่าท้อแท้และพึ่งผู้อื่นให้น้อยที่สุด สำหรับการปรับตัวและการวางตนของผู้สูงอายุ มีดังนี้ 1) ผู้สูงอายุควรวางตัวให้เหมาะสมกับวัย ประพฤติปฏิบัติตนเป็นแบบอย่างที่ดีแก่ลูก หลาน และสมาชิกในครอบครัว 2) เป็นที่ปรึกษาแนะนำและให้กำลังใจแก่ลูก หลาน และสมาชิกในครอบครัวเมื่อมีปัญหา ผู้สูงอายุเป็นผู้ที่ผ่านปัญหาและอุปสรรคมามาก ย่อมมีประสบการณ์ที่สามารถนำมาเป็นบทเรียน ให้คำปรึกษา แนะนำแก่ลูกหลานได้เป็นอย่างดี 3) ช่วยเหลืองานบ้านตามความสามารถและความถนัด หากสภาพร่างกายยังมีกำลังดีก็จะช่วยเหลืองานบ้าน เช่น ทำความสะอาดบ้าน ทำอาหาร รดน้ำต้นไม้ เลี้ยงหลาน ทำงานฝีมือ เย็บปักถักร้อย เป็นต้น 4) ผู้สูงอายุจะต้องตระหนักว่าเมื่ออายุมากขึ้น หรือเกษียณจากวัยทำงานแล้ว บทบาทและสถานภาพย่อมจะเปลี่ยนแปลงไป ครั้งหนึ่งเคยเป็นผู้ให้ เป็นผู้นำครอบครัว เป็นผู้มีบทบาทในสังคม ต้องเปลี่ยนบทบาทมาเป็นผู้รับ เป็นผู้ตาม ลดบทบาทในครอบครัว สถานภาพเปลี่ยนแปลงไป 5) ผู้สูงอายุจะต้องยอมรับและปรับตัวให้สามารถอยู่ร่วมกับลูกหลานและสมาชิกในครอบครัวได้อย่างปกติสุข

การยอมรับบทบาทและการรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น เป็นการให้กำลังใจแก่ลูกหลาน และสมาชิกในครอบครัว จะช่วยให้ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวกับผู้สูงอายุเป็นไปในทางที่ดีขึ้น 6) ผู้สูงอายุจะต้องช่วยเหลือตนเองเท่าที่สามารถทำได้ จะเป็นการแบ่งเบาหรือลดภาระของผู้อื่นในครอบครัว การแบ่งเบาภาระและการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน นับเป็นการเสริมสร้างสัมพันธภาพอันดีระหว่างผู้สูงอายุและคนในครอบครัว

ตอนที่ 5 เป้าหมายชีวิตของผู้สูงอายุ

5.1 ผลการศึกษาเป้าหมายชีวิตของผู้สูงอายุ โดยให้ผู้สูงอายุแสดงความคิดเห็นในหลาย ๆ คำตอบ พบว่าผู้สูงอายุให้ความสำคัญกับการมีสุขภาพสมบูรณ์เป็นอันดับ 1 อันดับ 2 คือ การที่ลูกหลานมีความเจริญรุ่งเรือง และอันดับ 3 คือ การมีเงิน มีทรัพย์สิน

5.2 ผลการเปรียบเทียบเป้าหมายชีวิตของผู้สูงอายุในปี พ.ศ.2552 กับ พ.ศ.2530 พบว่า เป้าหมายชีวิตอันดับ 1 ของผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มตรงกัน คือ การมีสุขภาพอนามัยสมบูรณ์ เป้าหมายชีวิตอันดับ 2 ของผู้สูงอายุปี พ.ศ.2552 คือ การที่ลูกหลานมีความเจริญรุ่งเรือง ขณะที่เป้าหมายชีวิตอันดับ 2 ของผู้สูงอายุปี พ.ศ.2530 คือ การมีอายุยืนยาว สำหรับเป้าหมายชีวิตอันดับ 3 ของผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มระบุตรงกัน คือ การมีเงินทรัพย์สินมาก ผลการศึกษาที่ได้สอดคล้องกับความต้องการและการเตรียมตัวเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ กล่าวคือ ผู้สูงอายุมีความต้องการด้านสุขภาพอนามัย คือ ต้องการมีสุขภาพที่แข็งแรง ต้องการมีชีวิตที่ยืนยาว ด้านเศรษฐกิจ คือ ต้องการมีเงินเหลือเก็บ และสอดคล้องกับผลการศึกษาการเตรียมตัวเข้าสู่วัยผู้สูงอายุด้านร่างกาย คือ มีการเตรียมตัวด้านรักษาสุขภาพให้แข็งแรง เตรียมตัวโดยการตรวจสุขภาพ ด้านเศรษฐกิจ คือ เตรียมหาที่พึ่งทางการเงิน เตรียมทำงานหนักเพื่ออนาคตยามชรา และเตรียมสะสมทรัพย์สิน และสอดคล้องกับผลการศึกษาคำถามปลายเปิดที่ว่าหากให้ย้อนกลับไปตั้งต้นใหม่ก่อนเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุจะมีการเตรียมตัวในด้านเศรษฐกิจ ด้านสุขภาพอนามัย และด้านครอบครัว ตามลำดับ ทั้งนี้ผลการวิจัยที่ได้ค่อนข้างสอดคล้องกับผลการสำรวจของ ปรีชา อุปโยคิน และคณะ (2538 : 126 – 129) ที่ให้ผู้สูงอายุแสดงความคิดเห็นในหลายคำตอบถึงปัจจัยที่ทำให้ผู้สูงอายุมีความสุข ผลการสำรวจจัดได้ 4 กลุ่มใหญ่ คือ 1) การมีทรัพย์สินเงินทอง ผู้สูงอายุส่วนหนึ่งเชื่อว่า การมีทรัพย์สินเงินทองจะทำให้การดำรงชีพสุขสบาย สามารถซื้อสิ่งของจำเป็น และช่วยเหลือลูกหลานยามจำเป็นได้ 2) การทำจิตใจให้เป็นสุข โดยผู้สูงอายุบางกลุ่มระบุว่า ความสุขอยู่ที่จิตใจ รู้จักวางเฉย เป็นสุขที่ลูกหลานมีงานทำ เอาใจใส่ดูแลผู้สูงอายุ บางกลุ่มระบุว่าเป็นสุขที่ลูกหลานทำดี ไม่รบกวนสร้างปัญหา 3) การได้เข้าวัดทำบุญทำทาน เป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุมีความอิ่มเอิบทางจิตใจ เป็นที่พึ่งทางใจ ผู้สูงอายุเชื่อว่าการเข้าวัดถือศีลเป็นความสุข แสดงถึงการกระทำความดี การบริจาคเงินสร้างโบสถ์ วิหาร เป็นการเสริมสร้างทำนุบำรุงพระศาสนาและเป็นตัวอย่างที่ดีแก่บุตรหลาน และ

4) การมีสุขภาพที่ดี ผู้สูงอายุให้ความเห็นว่าการมีสุขภาพดีสำคัญกว่าเงินทองทรัพย์สิน ถึงมีเงินทองทรัพย์สินมากมายแต่ไปไหนมาไหนไม่ได้ก็ไม่เกิดประโยชน์ การมีสุขภาพดีก็ทำให้สุขภาพจิตดีด้วย การไม่มีโรคจึงเป็นลาภอันประเสริฐ ทั้งนี้ เฉก ธนะสิริ (2547 : 1 – 4) กล่าวว่า ข้อมูลจากวารสารของมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ เมื่อเดือนเมษายน 2545 ได้เสนอผลการประชุมโลกว่าด้วยผู้สูงอายุ (The World Assembly on Aging) ที่ประเทศสเปน ในการประชุมครั้งนี้ได้มีการพูดถึงผู้สูงอายุว่านับวันจะมีจำนวนมากขึ้นและอายุจะยืนยาวมากขึ้น ดังนั้นงบประมาณในการดูแลหรือรักษาพยาบาลจะต้องเพิ่มอย่างมหาศาลเป็นเงาตามตัว จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องหาทางสนับสนุนส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเป็นผู้ที่ทรงพลังหรือเรียกพฤติพลังตลอดไปจนถึงวาระสุดท้าย คือ ตายอย่างสงบและปราศจากโรค โดยไม่ต้องรักษาหรือหาวิธียืดความตายอีกต่อไป ภาษาอังกฤษใช้คำ “Active Aging” หมายถึง ให้เป็น “ผู้สูงอายุที่ทรงพลัง” ถ้าสามารถทำได้ดังกล่าวนี้รัฐบาลจะประหยัดงบประมาณอย่างมหาศาลที่จะไม่ต้องดูแลรักษาคนสูงอายุก่อนตาย ที่จะต้องใช้งบประมาณมากที่สุดในการดูแลรักษา เฉก ธนะสิริ (2547 : 2) ได้กล่าวว่า การจะเป็นผู้สูงอายุที่ทรงพลังและพฤติพลังได้นั้นมีหลักเกณฑ์ที่สำคัญ ดังนี้ 1) ต้องปราศจากทุกโรค คือ สุขภาพต้องทำให้ดีตลอดไป แม้นว่าจะมีโรคประจำตัวก็ต้องสามารถทำให้โรคหายด้วยการเสริมสุขภาพให้แข็งแรงขึ้นใหม่ได้อย่างเดิมและดีกว่าเดิม 2) ต้องมีพลังชีวิตหรือพลังแอโรบิคที่สามารถเดินเร็ว ๆ 1 ชั่วโมง หรือวิ่งเหยาะ ๆ หรือว่ายน้ำ หรือถีบจักรยาน หรือเต้นแอโรบิค ครึ่งชั่วโมงโดยไม่หยุดได้ตลอดไปจนกว่าจะตาย 3) ต้องสร้างสมความมั่นคงในฐานะการเงินตั้งแต่ยังหนุ่มสาว อย่างน้อยให้พอมีพอกินไปจนตลอดชีวิต ถ้าเริ่มเมื่อแก่จะไม่ทันการ 4) ต้องเข้าร่วมกิจกรรม โดยเฉพาะอย่างยิ่งกับครอบครัวของตนเอง ชุมชน ชมรม สมาคม ประเทศชาติ จนถึงระดับโลก ตามแต่โอกาสหรือสถานะความสามารถของแต่ละคน โดยไม่มีคำว่า “ธุระไม่ใช่” 5) ต้องศึกษาหาความรู้อย่างต่อเนื่องให้ทันสมัย ทันโลก และทันเหตุการณ์ไปจนตลอดชีวิต โดยวิธีเรียนรู้ทุกอย่างในบางอย่าง และเรียนรู้บางอย่างในทุกอย่าง 6) ต้องทำตัวให้เข้าได้กับทุกเพศ ทุกวัย โดยไม่มีขีดขั้นและชนชั้น และเป็นที่ยอมรับในสังคมทั่วไป 7) ต้องมีความ “พอใจ” และ “พอ” ในสิ่งที่ตนมี ตื่นเช้าขึ้นมาให้ยิ้มกับตนเอง ชื่นชมตนเอง ให้กำลังใจตนเอง ทำตนเป็น “ผู้ให้” ยิ่งกว่า “เป็นผู้รับ” คือ “พอ” ในสิ่งที่ตนมี 8) ท้ายที่สุดในฐานะเป็นพุทธศาสนิกชน จะต้องเชื่อในเรื่อง “กฎแห่งกรรม” และเชื่อในเรื่อง “ทำดีต้องได้ดี และทำชั่ว ก็ต้องได้ชั่ว” จะต้องหมั่นสร้างสมแต่กุศลกรรม หมั่นสร้างแต่ความดีทุกทางที่จะมีโอกาสกระทำ ละความชั่วทุกอย่าง กุศลกรรมนั้นเป็นตัวเร่ง ตัวช่วยให้ความหวังที่ว่าชีวิตตั้งต้นที่ 80 นั้นจะเป็นความจริงได้อย่างแน่นอน ให้ดำเนินชีวิตด้วย “ปัญญา” มิใช่ด้วยตัณหาในทุกอย่าง เช่น การกินและการอยู่ด้วยปัญญา ให้รู้ว่าอะไรเป็นประโยชน์ อะไรไม่เป็นประโยชน์ นั่นคือจะต้องมีระดับของสติและปัญญาให้สูงพอ (Awareness Quotient)

2. สรุปและอภิปรายผลการวิจัยเชิงคุณภาพ (ขั้นที่ 2)

การวิจัยเชิงคุณภาพ ศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ มีวิธีการศึกษา 5 ขั้นตอน ดังนี้ ขั้นที่ 1 การสำรวจพื้นที่ และศึกษาความเป็นไปได้ของพื้นที่ที่ศึกษา ขั้นที่ 2 การสร้างความเข้าใจ ศึกษาบริบทข้อมูล และกิจกรรมเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน โดยใช้การสนทนากลุ่ม ขั้นที่ 3 การพัฒนาความรู้ กำหนดแนวทางการเสริมสร้างคุณภาพชีวิต โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (บ้าน วัด โรงเรียน) ขั้นที่ 4 การปฏิบัติกิจกรรมตามแนวทาง การเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (พื้นที่ละ 3 กิจกรรม) และขั้นที่ 5 การประเมินผลการปฏิบัติกิจกรรม

ผลการวิจัย มีดังนี้

ขั้นที่ 1 การสำรวจพื้นที่ และศึกษาความเป็นไปได้ของพื้นที่ที่ศึกษา การศึกษาครั้งนี้มีการสำรวจพื้นที่ที่จะทำการศึกษาก่อนว่าควรเป็นพื้นที่ใด โดยเลือกพื้นที่ในชุมชนชนบท 1 แห่ง ได้แก่ ตำบลโพไร่หวาน อยู่ในเขตความรับผิดชอบขององค์การบริหารส่วนตำบลโพไร่หวาน อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี และเลือกพื้นที่ในชุมชนกึ่งเมือง 1 แห่ง ได้แก่ เทศบาลตำบลหัวสะพาน อยู่ในเขตความรับผิดชอบของเทศบาลตำบลหัวสะพาน อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี เหตุผลที่เลือก 2 พื้นที่ เพราะ 1) เป็นชุมชนที่สมัครใจ และพร้อมที่จะเข้าร่วมตลอดโครงการวิจัย ตลอดจนบุคลากรที่เกี่ยวข้องมีความมุ่งมั่นในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน 2) เป็นชุมชนที่ตั้งอยู่ไม่ไกลจากมหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี คณะผู้วิจัยมีความสะดวกในการเข้าไปศึกษา สร้างความสัมพันธ์ เรียนรู้กับคนในชุมชน ตลอดจนร่วมกิจกรรมกับชุมชนได้บ่อย ๆ และภายหลังเสร็จสิ้นโครงการวิจัยแล้ว คณะผู้วิจัยในฐานะตัวแทนสถาบันทางการศึกษาสามารถส่งนักศึกษาเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ของผู้สูงอายุได้อย่างต่อเนื่อง เป็นการร่วมกันพัฒนาแนวทางการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ 3) เป็นชุมชนที่คณะผู้วิจัยตกลงร่วมกัน มีความสะดวกในการประสานงาน และมีนักวิจัยซึ่งเป็นศิษย์เก่าของมหาวิทยาลัยเข้าร่วมเป็นนักวิจัยในพื้นที่ นอกจากนั้นจากการลงพื้นที่ และสัมภาษณ์ผู้นำที่เกี่ยวข้องในการจัดกิจกรรมของผู้สูงอายุในชุมชนโพไร่หวาน ได้แก่ นายกองค์การบริหารส่วนตำบล รองนายกองค์การบริหารส่วนตำบล ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล หัวหน้าสถานีอนามัย นักพัฒนาชุมชน และเจ้าหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ของตำบลโพไร่หวาน สมัครใจเข้าร่วมในการวิจัยดังกล่าว โดยให้ข้อเสนอแนะว่าในการจัดกิจกรรมเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ควรทำในวันที่ผู้สูงอายุมารับบริการตรวจรักษาที่สถานีอนามัยเป็นประจำในวันพุธสัปดาห์ที่ 3 ของทุกเดือน ส่วนของพื้นที่เทศบาลตำบลหัวสะพาน จากการลงพื้นที่และสัมภาษณ์ผู้นำเกี่ยวข้องในการจัดกิจกรรมของผู้สูงอายุ ได้แก่ นายกเทศมนตรี ประธานสภาเทศบาล (ทำหน้าที่ตำแหน่งประธานชมรมผู้สูงอายุ) นักพัฒนา

ชุมชน กรรมการชมรมผู้สูงอายุ และผู้ใหญ่บ้าน ได้ให้ข้อเสนอแนะว่า การจัดกิจกรรมเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ควรประสานความร่วมมือกับชมรมผู้สูงอายุเป็นหลัก

ขั้นที่ 2 การสร้างความเข้าใจ ศึกษาบริบทข้อมูล และกิจกรรมเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน ผลจากการสนทนากลุ่มบุคลากรที่เกี่ยวข้องทั้งสองพื้นที่ แห่งละ 2 กลุ่ม รวมจำนวน 4 กลุ่ม คือ กลุ่มตัวแทนจาก 3 สถาบัน ในพื้นที่โพไร่หวาน ตัวแทนจากสถาบันการปกครอง (บ้าน) ได้แก่ นายกองค์การบริหารส่วนตำบล รองนายกองค์การบริหารส่วนตำบล ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล หัวหน้าสถานีอนามัย นักพัฒนาชุมชน เจ้าหน้าที่พัฒนาชุมชน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล อาสาสมัครสาธารณสุข ตัวแทนจากสถาบันศาสนา (วัด) ได้แก่ เจ้าอาวาสวัดเพรียง และตัวแทนสถาบันการศึกษา (โรงเรียน) ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงเรียนวัดเพรียง และผู้อำนวยการโรงเรียนบ้านบ่อหวาย รวม 11 คน และพื้นที่เทศบาลตำบลหัวสะพาน ตัวแทนสถาบันการปกครอง (บ้าน) ได้แก่ นายกเทศมนตรี รองนายกเทศมนตรี ประธานสภาเทศบาล (ทำหน้าที่ตำแหน่งประธานชมรมผู้สูงอายุ) ปลัดเทศบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเทศบาล พัฒนากร เจ้าหน้าที่พัฒนาชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้ใหญ่บ้าน ตัวแทนสถาบันศาสนา (วัด) ได้แก่ รองเจ้าอาวาสวัดเขมาภิรัติการาม และตัวแทนสถาบันการศึกษา (โรงเรียน) ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงเรียนวัดเขมาภิรัติการาม และผู้อำนวยการโรงเรียนวังตะโก รวม 13 คน และกลุ่มผู้สูงอายุ ได้แก่ ผู้สูงอายุ ลูกหรือหลานของผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีทั้งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (อผส.) รวม 2 กลุ่ม ๆ ละ 11–12 คน เพื่อให้ได้ข้อมูลมากที่สุด ในการจัดสนทนากลุ่มจึงตั้งประเด็นการสนทนาที่สำคัญ ๆ รวม 5 ประเด็น ได้แก่ 1) ปัญหาของผู้สูงอายุในชุมชนมีอะไรบ้าง 2) บุคคล/หน่วยงานใดที่ควรมีบทบาทหรือมีส่วนช่วยแก้ปัญหาดังกล่าว และแก้ปัญหาอย่างไร 3) ที่ผ่านมาในชุมชนมีโครงการ/กิจกรรมใดบ้างที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ 4) หากจะใช้ชุมชน 3 ส่วนประสานกัน คือ สถาบันการปกครอง (บ้าน) สถาบันศาสนา (วัด) และสถาบันการศึกษา (โรงเรียน) ในการจัดกิจกรรมเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้หรือไม่ อย่างไร และ 5) ข้อเสนอแนะในการจัดกิจกรรมดังกล่าว

ผลการศึกษาปัญหาของผู้สูงอายุโดยการสนทนากลุ่มมีดังนี้ ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มส่วนใหญ่ระบุว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหารายได้ไม่พอกับรายจ่าย มีผู้สูงอายุจำนวนน้อยที่มีเงินเก็บ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีรายได้จากเบี้ยยังชีพ 500 บาทต่อเดือน ผู้สูงอายุบางคนยังประกอบอาชีพมีรายได้ของตนเอง แต่มีจำนวนน้อย โดยประกอบอาชีพค้าขาย ทำขนมขาย ทำนา รับจ้าง ผู้สูงอายุบางคนมีปัญหาเรื่องสุขภาพ โรคประจำตัวของผู้สูงอายุส่วนใหญ่ คือ โรคปวดเมื่อย/ปวดข้อ/ปวดกระดูก โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ผู้สูงอายุบางคนมีปัญหาครอบครัว บางคนอาศัยอยู่ลำพังคนเดียว บางคนมีปัญหาลูกหลานไม่เอาใจใส่ มีบ้างที่ลูกหลานไม่ให้ความเคารพ

อย่างไรก็ตามมีผู้สูงอายุบางคนเอาใจตนเอง ผู้สูงอายุบางคนทำใจไม่ได้ในการถูกลดบทบาทของตนเองในครอบครัว นอกจากนั้นผู้สูงอายุบางคนมีปัญหาด้านจิตใจ คือ เหงา ว้าเหว่ ต้องการเพื่อนสนทนา ต้องการเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ อย่างไรก็ตามมีผู้สูงอายุบางคนไม่ต้องการเข้าสังคมกับภายนอก นอกจากอยู่กับครอบครัวตนเองเท่านั้น

บุคคล/หน่วยงานที่ควรมีบทบาทหรือมีส่วนช่วยแก้ปัญหาของผู้สูงอายุนั้น ผลจากการสนทนากลุ่ม ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มส่วนใหญ่ระบุว่า ผู้สูงอายุเป็นบุคคลแรกที่มีบทบาทในการแก้ปัญหาของตน เนื่องจากเป็นผู้ที่รู้ดีที่สุดว่าตนเองมีปัญหาอะไร โดยเฉพาะต้องดูแลสุขภาพ อาหารการกิน การปฏิบัติตน ยอมรับสภาพการลดบทบาทของตนในครอบครัว รองลงมา คือ ครอบครัวของผู้สูงอายุ ไม่ว่าสามีหรือภรรยา โดยเฉพาะบุตร หลาน ต้องเลี้ยงดูตอบแทนบุญคุณผู้สูงอายุ มีความกตัญญูรู้คุณ เชื่อฟังคำสั่งสอน นอกจากผู้สูงอายุและครอบครัวแล้ว หน่วยงานที่ควรมีบทบาทในการช่วยแก้ปัญหาของผู้สูงอายุในระดับชุมชน คือ เทศบาล อบต. อนามัย วัด โรงเรียน สถานศึกษา ชมรมผู้สูงอายุ ในระดับจังหวัด ได้แก่ พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กาชาดจังหวัด เป็นต้น

กิจกรรม/โครงการที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุที่ผ่านมาในทั้งสองพื้นที่ที่มีกิจกรรมเหมือนกันแต่ลักษณะการปฏิบัติอาจต่างกันบ้าง ได้แก่ บริการตรวจสุขภาพ เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ การเยี่ยมเยียนผู้สูงอายุ การส่งเสริมอาชีพ ชมรมผู้สูงอายุ ทัศนศึกษา และส่งเสริมกิจกรรมนันทนาการ กิจกรรมในวันสำคัญ ได้แก่ วันสงกรานต์ วันผู้สูงอายุ วันขึ้นปีใหม่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (อผส.) กิจกรรมส่งเสริมการออกกำลังกาย กิจกรรมของวัด กิจกรรมของโรงเรียนที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ กิจกรรมสืบสานต่อภูมิปัญญาของผู้สูงอายุ การฌาปนกิจศพผู้สูงอายุ และอื่น ๆ

ในประเด็นการใช้หลัก 3 ประสาน คือ บ้าน วัด โรงเรียน (บ ว ร) ตามแนวพระราชดำริของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวมาใช้ในการพัฒนาเพื่อให้เกิดความผูกพันในสังคมแบบเดียวกับที่เคยมีมาในอดีต โดยประยุกต์การประสาน 3 สถาบันหลักในชุมชน ได้แก่ สถาบันการปกครอง หมายถึง บ (บ้าน) ประกอบด้วย อบต. เทศบาล เจ้าหน้าที่อนามัย ชมรมผู้สูงอายุ แกนนำชุมชน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้สูงอายุ ครอบครัวผู้สูงอายุ ฯลฯ สถาบันศาสนา หมายถึง ว (วัด) ประกอบด้วย เจ้าอาวาส พระภิกษุ และสถาบันการศึกษา หมายถึง ร (โรงเรียน) ประกอบด้วย ครู อาจารย์ ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มร้อยละร้อยเห็นด้วยกับการใช้หลัก 3 ประสานดังกล่าว ทั้งนี้ที่ผ่านมาทั้ง 3 สถาบัน ได้มีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมให้ผู้สูงอายุอยู่แล้ว กล่าวคือ อบต. เทศบาล มีส่วนช่วยสนับสนุนงบประมาณเป็นหลัก กิจกรรมบริการตรวจสุขภาพ เป็นความร่วมมือระหว่าง อบต. เทศบาล กับฝ่ายอนามัย ชมรมผู้สูงอายุ เป็นความร่วมมือระหว่างฝ่ายอนามัย

และแกนนำในชุมชน วัดเป็นจุดศูนย์รวมการทำกิจกรรมต่าง ๆ ของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในเทศกาลสำคัญทางศาสนา พระภิกษุสงฆ์เป็นผู้ทรงอิทธิพลต่อการพัฒนาคุณภาพทางจิตใจของผู้สูงอายุ อบรมสั่งสอนให้บุตรหลานและคนในชุมชนมีความกตัญญูรู้คุณต่อบิดา มารดา ปู่ ย่า ตา ยาย ครูอาจารย์ ให้ความรู้ทางวิชาการ เป็นต้น ทั้งนี้เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดอย่างแท้จริงทั้ง 3 สถาบัน ต้องมีการผนึกกำลัง ร่วมกันคิด ร่วมวางแผน ร่วมปฏิบัติ และร่วมประเมินผลที่ได้ในการร่วมกันจัดกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างคุณภาพชีวิตให้ผู้สูงอายุ

ขั้นที่ 3 การพัฒนาความรู้ กำหนดแนวทางการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยใช้หลัก 3 ประสาน ได้แก่ สถาบันการปกครอง (บ้าน) สถาบันศาสนา (วัด) และสถาบันการศึกษา (โรงเรียน) ผลการประชุมร่วมกันของตัวแทนจากทั้ง 3 สถาบันหลัก ได้ใช้แนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยจัดงาน/กิจกรรมต่างๆ ให้เข้าตามกรอบมาตรฐานการสงเคราะห์ผู้สูงอายุของกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย เนื่องจากมีความเป็นไปได้ในการนำไปสู่การปฏิบัติ ภายใต้การประสานงานและ/หรือสนับสนุนงบประมาณของ อปท. ซึ่งมีความพร้อมทั้งเรื่องทรัพยากรและทุนทางสังคม โดยมีแนวคิดพื้นฐานที่สำคัญ คือ การเห็นคุณค่าของผู้สูงอายุ การเป็นภารกิจขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการส่งเสริมและพัฒนาผู้สูงอายุ ตลอดจนเป็นการสร้างค่านิยมการอยู่ร่วมกันของผู้สูงอายุ มาตรฐานตัวชี้วัดดังกล่าวประกอบด้วย 6 มาตรฐาน ทั้งนี้ในทั้ง 2 พื้นที่อาจมีความแตกต่างกันบ้างในการปฏิบัติ บางกิจกรรมอาจดำเนินงานโดยใช้หลัก 2 ประสาน บางกิจกรรมใช้หลัก 3 ประสาน (บวร) อย่างไรก็ตามบางกิจกรรมมีการปฏิบัติอยู่แล้วในพื้นที่ บางกิจกรรมยังไม่มีการปฏิบัติ แต่ที่ประชุมเสนอให้บรรจุไว้เป็นแนวทางสำหรับการปฏิบัติต่อไปในอนาคต เพื่อพัฒนางานของผู้สูงอายุ ภายหลังการกำหนดแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ที่ประชุมได้ตกลงร่วมกันทดลองจัดกิจกรรมในพื้นที่ แห่งละ 3 กิจกรรม ดังนี้

พื้นที่ตำบลโพไร่หวาน จัดกิจกรรม 1) จัดทำฐานข้อมูลผู้สูงอายุที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุทุกคน 2) จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพกายและจิตของผู้สูงอายุ จำนวน 2 ครั้ง 3) จัดกิจกรรมส่งเสริมลูกหลานให้มีความกตัญญูกตเวทีต่อบิดา มารดา ปู่ ย่า ตา ยาย

พื้นที่เทศบาลตำบลหัวสะพาน จัดกิจกรรม 1) จัดทำฐานข้อมูลผู้สูงอายุที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุทุกคน 2) จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพกายของผู้สูงอายุ 3) จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

ขั้นที่ 4 ทดลองปฏิบัติกิจกรรมตามแนวทางการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลโพไร่หวาน ผลการจัดกิจกรรมโดยสรุปมีดังนี้

องค์การบริหารส่วนตำบลโพไร่หวาน

กิจกรรมที่ 1 ผลการจัดทำฐานข้อมูลผู้สูงอายุ โดยการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุทุกคน เป็นการประสานความร่วมมือระหว่างสถาบันการปกครอง กับสถาบันการศึกษา ได้ข้อมูลโดยสรุปดังนี้

1) ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุตำบลโพไร่หวาน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 58.84) ส่วนใหญ่ร้อยละ 47.48 เป็นผู้สูงอายุวัยต้น (60 – 69 ปี) รองลงมาร้อยละ 33.83 เป็นผู้สูงอายุวัยกลาง (70 – 79 ปี) และวัยปลาย (80 ปีขึ้นไป) ร้อยละ 16.17 ตามลำดับ อายุเฉลี่ยของผู้สูงอายุเท่ากับ 71.52 ปี ทั้งนี้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่คือผู้ที่แต่งงานแล้ว ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 69.95) มีการศึกษาระดับประถมศึกษาปีที่ 4 ร้อยละ 49.72 เป็นผู้มีบุตรจำนวน 2 – 3 คน รองลงมาร้อยละ 19.77 มีบุตรจำนวน 4 – 5 คน ทั้งนี้ผู้สูงอายุมีจำนวนบุตรโดยเฉลี่ยเท่ากับ 3.06 คน ในตำบลโพไร่หวานมีผู้สูงอายุร้อยละ 22.77 ยังคงประกอบอาชีพในปัจจุบัน โดยส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง รองลงมาคือ ค้าขาย ทำนา และลอกใบจาก ตามลำดับ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 50.51 ไม่มีรายได้ของตนเองนอกจากการได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ สำหรับผู้สูงอายุที่มีรายได้เป็นของตนเองส่วนใหญ่ (ร้อยละ 32.65) มีรายได้ 5,000 บาทต่อเดือนขึ้นไป ทั้งนี้ผู้สูงอายุมีรายได้เฉลี่ยเท่ากับ 3,491 บาท แหล่งรายได้ของผู้สูงอายุส่วนใหญ่มาจากการทำงานด้วยตนเองและได้รับเบี้ยยังชีพ ผู้สูงอายุในตำบลโพไร่หวานส่วนใหญ่ร้อยละ 78.28 มีที่อยู่อาศัยเป็นของตนเอง รองลงมาร้อยละ 13.13 อาศัยอยู่กับบุตร

2) ข้อมูลสถานภาพการอุปการะเลี้ยงดู สุขภาพ การรับบริการ และโรคประจำตัวของผู้สูงอายุตำบลโพไร่หวาน ส่วนใหญ่ร้อยละ 85.86 มีผู้อุปการะ โดยส่วนใหญ่ระบุว่าบุตรเป็นผู้อุปการะ (ร้อยละ 71.47) ส่วนผู้ที่ไม่มีผู้อุปการะมีเพียงร้อยละ 14.14 โดยส่วนใหญ่ระบุว่าดูแลตนเองได้ ผู้สูงอายุร้อยละ 68.94 มีการตรวจสุขภาพ ส่วนใหญ่ร้อยละ 38.89 ประเมินภาวะสุขภาพโดยรวมของตนเองว่ามีสุขภาพแข็งแรงดี ร้อยละ 32.07 ระบุว่าไม่ค่อยแข็งแรงหรือเจ็บป่วยเล็กน้อย ทั้งนี้โรคประจำตัว 3 อันดับแรกของผู้สูงอายุ คือ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคปวดเมื่อย

3) ปัญหาของผู้สูงอายุตำบลโพไร่หวาน พบว่า ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 37.88) ระบุว่ามีปัญหาเรื่องฟัน รองลงมามีปัญหาเรื่องโรคประจำตัว (ร้อยละ 29.55) และปัญหาการมองเห็น (ร้อยละ 28.03) ตามลำดับ

4) การได้รับบริการจากองค์การบริหารส่วนตำบล 3 อันดับแรกของผู้สูงอายุ ได้แก่ เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ (ร้อยละ 84.09) บริการแพทย์ตรวจสุขภาพ (ร้อยละ 53.28) และกิจกรรมรดน้ำดำหัวในเทศกาลสงกรานต์ (ร้อยละ 49.49)

5) ความต้องการสวัสดิการของผู้สูงอายุตำบลโพไร่หวาน มีผู้สูงอายุเพียงร้อยละ 17.17 เท่านั้นที่ระบุความต้องการ โดยระบุความต้องการบริการสวัสดิการต่าง ๆ ต้องการเบี้ยยังชีพเพิ่ม ต้องการไปทัศนศึกษา ท่องเที่ยว บริการแพทย์ตรวจรักษา เป็นต้น

กิจกรรมที่ 2 กิจกรรมเสริมสร้างคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตำบลโพไร่หวาน มี 2 กิจกรรม คือ กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพกายและจิตของผู้สูงอายุ มีการจัด 2 วันในวันที่ผู้สูงอายุมารับบริการตรวจรักษาทางการแพทย์โดยสถาบันการปกครอง (บ้าน) ประกอบด้วย อบต. สถานีอนามัย ชมรมทหารบกที่ 5 ค่ายรามราชนิเวศน์ ชมรมผู้สูงอายุ อสม. ผอส. สถาบันศาสนา (วัด) ได้แก่ พระภิกษุ และสถาบันการศึกษา (โรงเรียน) ได้แก่ คณะอาจารย์และนักศึกษาจากมหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี ทั้งนี้การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพกายและจิตของผู้สูงอายุครั้งที่ 1 คือ นิมนต์พระภิกษุบรรยายธรรมะ เรื่อง “สูงวัยอย่างมีคุณค่า” วิทยากรให้ความรู้เรื่องอาหารสำหรับผู้สูงอายุ มีผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมจำนวน92 คน ครั้งที่ 2 มีกิจกรรม คือ ฟังดนตรี ร้องเพลง สลับกับวิทยากรให้ความรู้เรื่องการปฏิบัติตนให้อายุยื น วิทยากรและนักศึกษาสาธิตการออกกำลังกายตีลัญจกร คือ ท่าบำรุงอวัยวะภายใน 8 ท่าพื้นฐาน เป็นการบริหารมือ ฝึกการคิดและสนุกกับมือ และผู้สูงอายุปฏิบัติตามโดย อสม. และ อผส. ได้ร่วมสาธิตด้วยการทายปัญหา จากนั้นมีการรำวงร่วมกัน กิจกรรมครั้งนี้มีผู้สูงอายุเข้าร่วม 85 คน

กิจกรรมที่ 3 การบรรยายธรรมะให้เด็กนักเรียน เรื่อง ความกตัญญูรู้คุณต่อบิดา มารดา ปู่ ย่า ตา ยาย เป็นการประสานร่วมกันระหว่าง 3 สถาบัน (บ ว ร) เช่นกัน โดยสถาบันการปกครอง (บ้าน) ได้แก่ อบต. และฝ่ายการศึกษาของ อบต. ผู้ปกครอง สถาบันศาสนา (วัด) คือ พระนักเทศน์ และสถาบันการศึกษา คือ นักเรียน ผู้อำนวยการโรงเรียน ครูวิทยากร คณะอาจารย์ และนักศึกษาจากมหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี กิจกรรมในวันนี้ คือ นิมนต์พระนักเทศน์บรรยายธรรมะ เรื่อง ความกตัญญูรู้คุณต่อบิดา มารดา ปู่ ย่า ตา ยาย ให้นักเรียนที่มีภูมิลำเนาในเขต อบต.โพไร่หวาน ที่เข้าร่วมอบรมวิชาภาษาอังกฤษภาคฤดูร้อน ซึ่งจัดโดยฝ่ายการศึกษาของ อบต.โพไร่หวาน ภายหลังพิธีเปิดการอบรมแล้ว มีนักเรียนเข้าร่วมกิจกรรมจำนวน 50 คน ผู้ปกครองนักเรียน 5 คน และคณะครู 4 คน

เทศบาลตำบลหัวสะพาน

กิจกรรมที่ 1 ผลการจัดทำข้อมูลผู้สูงอายุโดยการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุทุกคน เป็นการประสานความร่วมมือระหว่างสถาบันการปกครองและสถาบันการศึกษา ได้ข้อมูลโดยสรุปดังนี้

1) ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุเทศบาลตำบลหัวสะพาน ส่วนใหญ่ร้อยละ 58.42 เป็นเพศหญิง ส่วนใหญ่ร้อยละ 48.07 เป็นผู้สูงอายุวัยต้น (60 – 69 ปี) รองลงมาร้อยละ 33.68 เป็นผู้สูงอายุวัยกลาง (70 – 79 ปี) และร้อยละ 18.25 เป็นผู้สูงอายุวัยปลาย (80 ปีขึ้นไป) อายุเฉลี่ยของผู้สูงอายุเท่ากับ 70.97 ปี ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 72.11) คือผู้ที่แต่งงานแล้ว ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 80

มีการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ส่วนใหญ่ร้อยละ 40.72 เป็นผู้มีบุตรจำนวน 2 – 3 คน รองลงมาร้อยละ 28.94 คือผู้มีบุตรจำนวน 4 – 5 คน ทั้งนี้ผู้สูงอายุมีจำนวนบุตรโดยเฉลี่ย 3.33 คน ในเทศบาลตำบลหัวสะพานมีผู้สูงอายุร้อยละ 19.30 ยังคงประกอบอาชีพในปัจจุบัน โดยส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง รองลงมาคือค้าขาย และทำนา ตามลำดับ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 61.58 ไม่มีรายได้เป็นของตนเอง นอกจากการได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ สำหรับผู้สูงอายุที่มีรายได้เป็นของตนเองส่วนใหญ่ (ร้อยละ 20.09) เป็นผู้มีรายได้ 5,000 บาทต่อเดือนขึ้นไป ทั้งนี้รายได้เฉลี่ยของผู้สูงอายุเท่ากับ 1,343 บาท ผู้สูงอายุในเทศบาลตำบลหัวสะพานส่วนใหญ่ร้อยละ 90.35 มีที่อยู่อาศัยเป็นของตนเอง

2) ข้อมูลสถานภาพการอุปการะเลี้ยงดู การรับบริการ และโรคประจำตัวของผู้สูงอายุ เทศบาลตำบลหัวสะพานส่วนใหญ่ร้อยละ 59.12 มีผู้อุปการะ โดยส่วนใหญ่ร้อยละ 74.48 ระบุว่าบุตรเป็นผู้อุปการะ ทั้งนี้มีผู้สูงอายุที่ไม่มีผู้อุปการะเท่ากับร้อยละ 40.88 โดยส่วนใหญ่ระบุว่ายังดูแลตนเองได้

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 59.65 ระบุว่าไม่มีการตรวจสุขภาพ ทั้งนี้ส่วนใหญ่ร้อยละ 51.40 ประเมินตนเองว่ามีสุขภาพแข็งแรงดี ร้อยละ 25.79 ประเมินตนเองว่าไม่ค่อยแข็งแรงหรือเจ็บป่วยเล็กน้อย โรคประจำตัว 3 อันดับแรกของผู้สูงอายุ คือ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคปวดเมื่อย

3) ปัญหาของผู้สูงอายุเทศบาลตำบลหัวสะพาน พบว่า ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 42.11) คือ โรคประจำตัว รองลงมาคือปัญหาการมองเห็น (ร้อยละ 28.60) และปัญหาเรื่องฟัน (ร้อยละ 22.98) ตามลำดับ

4) การได้รับบริการจากเทศบาลตำบลหัวสะพาน 3 อันดับแรกของผู้สูงอายุ ได้แก่ เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ การออกกำลังกาย และบริการแพทย์ตรวจรักษา

5) ความต้องการสวัสดิการของผู้สูงอายุ เทศบาลตำบลหัวสะพานมีผู้สูงอายุร้อยละ 41.93 ต้องการสวัสดิการ โดยระบุต้องการเบี้ยยังชีพเพิ่มขึ้น ต้องการบริการสวัสดิการต่างๆ และต้องการบริการทางการแพทย์ เป็นต้น

กิจกรรมที่ 2 กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพกายของผู้สูงอายุ เทศบาลตำบลหัวสะพานเป็นการประสานระหว่าง 3 สถาบัน คือ สถาบันการปกครอง (บ้าน) ประกอบด้วย ชมรมผู้สูงอายุเทศบาลตำบลหัวสะพาน อสม. ผู้ใหญ่บ้าน ผู้สูงอายุ สถาบันศาสนา (วัด) อำนวยความสะดวกเรื่องสถานที่ คือ ศาลาการเปรียญวัดเขมาภิรัติการาม และสถาบันการศึกษา (โรงเรียน) ประกอบด้วย คณะวิทยากร คณาจารย์ และนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี โดยมีกิจกรรมคือแพทย์ให้ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพและบริการตรวจสุขภาพ เภสัชกรให้ความรู้เรื่องการใช้ยา วิทยากรให้

ความรู้การใช้ชีวิตของผู้สูงอายุ อาจารย์และนักศึกษาสาธิตการออกกำลังกายของผู้สูงอายุร่วมกับ อสม. อผส. มีนันทนาการ คือ การทายปัญหา ร้องเพลง และรำวงร่วมกัน กิจกรรมครั้งนี้มีผู้เข้าร่วมจำนวน 98 คน

กิจกรรมที่ 3 กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุเทศบาลตำบลหัวสะพาน โดยจัดในวันผู้สูงอายุ เป็นการประสานระหว่างสถาบันการปกครอง (บ้าน) ประกอบด้วย ชมรมผู้สูงอายุเทศบาลตำบลหัวสะพาน อสม. อผส. ผู้ใหญ่บ้าน ผู้สูงอายุ ครอบครัวผู้สูงอายุ สถาบันศาสนา (วัด) คือ พระนักเทศน์ และสถาบันการศึกษา คือ คณาจารย์ และนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี และคณะวิทยากร (ครู) จากการศึกษานอกโรงเรียน โดยมีกิจกรรม คือ การสวดมนต์ร่วมกัน วิทยากรกล่าวถึงสถานการณ์และความสำคัญของผู้สูงอายุ พระบรรยายธรรมะเรื่อง “ธรรมะต่ออายุญาติโยม” การรดน้ำผู้สูงอายุ มีกิจกรรมนันทนาการ คือ เล่นเกมส์ ร้องเพลงนำโดยคณะครูวิทยากรจากการศึกษานอกโรงเรียน มีรำวงย้อนยุค และมอบข้าวสารให้ผู้สูงอายุที่มาร่วมงานทุกคน กิจกรรมครั้งนี้มีผู้สูงอายุเข้าร่วม 230 คน

ขั้นที่ 5 การประเมินผล

ในการประเมินผลการจัดกิจกรรมเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ได้ใช้วิธีการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ผลการประเมินโดยการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุตำบลโพไร่หวาน จำนวน 76 คน พบว่า โดยรวมผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในกิจกรรมต่าง ๆ อยู่ในระดับมาก ผลการศึกษาตามรายกิจกรรม พบว่าพอใจในระดับมากที่สุด 3 กิจกรรม และพอใจในระดับมาก 6 กิจกรรม ทั้งนี้กิจกรรมที่ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด ได้แก่ การฟังพระบรรยายธรรมะ กิจกรรมวันผู้สูงอายุ และกิจกรรมแพทย์ ตรวจสุขภาพ ส่วนกิจกรรมนอกเหนือจากนี้มีความพึงพอใจในระดับมาก กิจกรรมที่ผู้สูงพึงพอใจระดับมากโดยมีค่าเฉลี่ยในลำดับสุดท้าย ได้แก่ การทายปัญหา ส่วนเทศบาลตำบลหัวสะพาน ผลการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุจำนวน 80 คน พบว่า โดยรวมผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในกิจกรรมต่าง ๆ อยู่ในระดับมาก และมีความพึงพอใจตามรายกิจกรรมในระดับมากทุกกิจกรรม กิจกรรมที่ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในระดับมาก 3 ลำดับแรก ได้แก่ การฟังพระบรรยายธรรมะ กิจกรรมแพทย์ตรวจสุขภาพ และการให้ข้อมูลพื้นฐานเพื่อใช้ประโยชน์ในการจัดสวัสดิการ ส่วนกิจกรรมที่ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในระดับปานกลาง คือ การทายปัญหา ส่วนการสัมภาษณ์บุคลากรที่เกี่ยวข้อง พบว่า มีความพึงพอใจในการจัดทำฐานข้อมูลของผู้สูงอายุทุกคนในพื้นที่ เพื่อใช้ประโยชน์ในการจัดกิจกรรมการจัดสวัสดิการ การจัดสรรงบประมาณของ อบต. เทศบาล นอกจากนั้นทำให้ทราบความต้องการและความพึงพอใจในการจัดกิจกรรมต่าง ๆ ให้ผู้สูงอายุ เป็นการเตรียมความพร้อมในการรับมือกับผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้นในอนาคต

อภิปรายผลการวิจัยเชิงคุณภาพ (ขั้นที่ 2) ได้ดังนี้

1) การมีส่วนร่วมในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนครั้งนี้ เป็นกระบวนการประชาสังคมที่นำรูปแบบและแนวคิดการพัฒนาแบบ “บ ว ร” (บ้าน วัด โรงเรียน) ซึ่งเป็นองค์กรหรือสถาบันหลักของชุมชนในสังคมไทยมาช้านาน ประกอบด้วย บ (บ้าน) เป็นแหล่งรวมของผู้คนและระบบวิถีชีวิตที่ก่อเกิดกิจกรรมทางสังคมที่หลากหลาย ว (วัด) คือสถาบันศาสนา เป็นตัวขัดเกลาทางสังคม (Socialization) และบ่มเพาะวัฒนธรรม เป็นจุดศูนย์รวมจิตใจของชุมชน ประเทศไทยเป็นเมืองทางพุทธศาสนา มีความผูกพันระหว่างวัดกับชุมชนนับเป็นทุนทางจิตวิญญาณ (Spiritual Capital) และทุนทางวัฒนธรรม (Cultural Capital) ในสังคมไทยที่มีมาตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน ตั้งแต่เกิดจนตาย และ ร (โรงเรียน) คือ สถาบันการศึกษาเป็นตัวแทนความรู้และถ่ายทอดการศึกษาอย่างเป็นระบบ เป็นการรวมตัวโดยใช้หลักสามประสาน กล่าวคือ สถาบันการปกครอง ประกอบด้วย นายก อบต. นายกเทศมนตรี ประธานสภาเทศบาล รองนายก อบต. ปลัด อบต. หัวหน้าสถานีอนามัย นักพัฒนาชุมชน เจ้าหน้าที่พัฒนาชุมชน สมาชิก อบต. อสม. อผส. ประธานชมรมผู้สูงอายุ คณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุ และครอบครัวผู้สูงอายุ สถาบันศาสนา ประกอบด้วย เจ้าอาวาส พระภิกษุ และสถาบันการศึกษา ประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงเรียน ครู คณะอาจารย์ และนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี และการศึกษานอกโรงเรียนเข้ามามีส่วนร่วมในการเสริมสร้างพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในพื้นที่ตำบลโพไร่หวาน และเทศบาลตำบลหัวสะพาน โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วม ดังนี้ 1) การมีส่วนร่วมในการศึกษาสภาพปัญหา สาเหตุของปัญหาจัดลำดับความสำคัญของปัญหา การดำเนินงาน/กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุในชุมชนที่ผ่านมา ซึ่งผลการศึกษาโดยการสนทนากลุ่ม พบว่า ผู้สูงอายุในชุมชนมีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ ด้านสุขภาพอนามัยทางกายและจิตใจ ด้านครอบครัว และด้านสภาพที่อยู่อาศัย 2) การมีส่วนร่วมในการวางแผน โดยการเข้าร่วมสนทนากลุ่ม ประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อกำหนดนโยบาย วัตถุประสงค์ แนวทาง ตลอดจนวิธีการดำเนินงานและทรัพยากรที่ใช้ เพื่อเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ผลคือได้แนวทางการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยกำหนดงาน/กิจกรรมต่าง ๆ ตามกรอบมาตรฐาน การสงเคราะห์ผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ร่วมกันเสนอความเป็นไปได้ในการจัดกิจกรรมดังกล่าว โดยใช้กลไกการมีส่วนร่วมของ บ้าน วัด โรงเรียน ทั้งนี้ในส่วนของสถาบันการปกครอง คือ อบต. เทศบาล เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง นำไปใช้ในการจัดทำแผนงาน โครงการ/กิจกรรมของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งทางชมรมผู้สูงอายุของทั้งสองพื้นที่ ได้เกิดแนวคิด และแนวทางการดำเนินงานในการจัด

กิจกรรมของชมรมที่หลากหลายมากกว่าเดิม โดยจัดทำเป็นแผนประจำปีเสนอต่อ อบต. เทศบาล เพื่อขอสนับสนุนงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ แรงงาน สถานที่ ตลอดจนเจ้าหน้าที่/บุคลากรที่เกี่ยวข้องเข้าร่วมบริหารงาน 3) การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานเพื่อเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยร่วมกันเสนอจัดกิจกรรม 3 กิจกรรม เพื่อทดลองปฏิบัติโดยใช้หลักสามประสานในการดำเนินกิจกรรมดังกล่าว ตามผลที่ได้จากการสัมภาษณ์ความต้องการของผู้สูงอายุ และผลจากการสนทนากลุ่มพบว่า กิจกรรมที่ทั้งสองพื้นที่เลือกปฏิบัติเหมือนกัน คือ การจัดทำฐานข้อมูลของผู้สูงอายุ เป็นการปฏิบัติงานร่วมกันระหว่าง บ้าน กับ โรงเรียน กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพกายและจิตของผู้สูงอายุ (ทั้งสองพื้นที่) และกิจกรรมส่งเสริมความกตัญญูกตเวทีต่อบิดา มารดา ปู่ ย่า ตา ยาย (เฉพาะพื้นที่โพไร่หวาน) เป็นการปฏิบัติงานร่วมกันระหว่างบ้าน วัด โรงเรียน โดยประสานงานร่วมกันในการดำเนินงาน ร่วมกันสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ บุคลากร สถานที่ ตลอดจนการอำนวยความสะดวกต่าง ๆ นอกจากนั้นได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานภายนอก ได้แก่ วงดนตรีทหารจากมณฑลทหารบก ค่ายรามราชนิเวศน์ และคณะวิทยากรจากการศึกษานอกโรงเรียน 4) การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์จากการที่ทั้งสามฝ่ายร่วมกันกำหนดแนวทางการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ตลอดจนการร่วมทดลองปฏิบัติกิจกรรมที่เลือกและที่จะทำต่อไปในอนาคต จากการวิจัยครั้งนี้จะเห็นว่าชุมชนได้รับผลประโยชน์ร่วมกันทุกฝ่าย ในการดำเนินการพัฒนาเชิงรุกงานด้านผู้สูงอายุมากขึ้นทั้งในตัวผู้สูงอายุ ชุมชน และสังคม เพื่อพัฒนาศักยภาพของผู้สูงอายุให้สามารถพึ่งตนเองได้และเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณค่าเป็นประโยชน์ต่อตนเอง ครอบครัว ชุมชน สังคม และประเทศชาติในอนาคต การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมจึงมีความสำคัญต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ ตามแนวคิดทฤษฎีกิจกรรมที่เชื่อว่าผู้สูงอายุจะมีความสุข มีความภาคภูมิใจในตนเอง และมีความพึงพอใจในชีวิต หากได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นกิจกรรมส่วนบุคคล กิจกรรมที่ทำร่วมกับสมาชิกในครอบครัว หรือกิจกรรมที่ทำร่วมกับผู้อื่นในสังคม และ 5) การมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผลในการจัดกิจกรรม แม้ว่าจะมีการจัดกิจกรรมเพียง 3 กิจกรรม ผลการประเมินพบว่า ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในระดับมากถึงมากที่สุด และผู้สูงอายุส่วนใหญ่ระบุว่าจะเข้าร่วมทุกครั้งถ้ามีการจัดกิจกรรมดังกล่าวอีก

2) การจัดทำฐานข้อมูลของผู้สูงอายุในชุมชน โดยการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุทุกคนในชุมชน ประกอบด้วยข้อมูล เพศ อายุ สถานภาพสมรส จำนวนบุตร (รายชื่อที่อยู่ปัจจุบันของบุตร) ระดับการศึกษา ความสามารถพิเศษ (ภูมิปัญญา) รายได้ โรคประจำตัว สภาพปัญหาของผู้สูงอายุ ข้อมูลการรับบริการจากรัฐและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และความต้องการสวัสดิการต่าง ๆ ของผู้สูงอายุ การจัดทำฐานข้อมูลของผู้สูงอายุในทั้งสองพื้นที่มีประโยชน์ดังนี้ 1) เป็นการตอบสนองผลการสนทนากลุ่มที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ ซึ่งผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มร้อยละร้อย ระบุว่า

ควรมีการสำรวจสภาพปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ โดยสัมภาษณ์ผู้สูงอายุทุกคน 2) ข้อมูลดิบที่ได้ของผู้สูงอายุแต่ละราย ได้มาจากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุโดยตรง โดยการมีส่วนร่วมของ อสม. อผส. ส่วนใหญ่ (ตำบลโพไร่หวาน) และ อสม. ร่วมกับคณะนักศึกษา (เทศบาลตำบลหัวสะพาน) ข้อมูลได้จัดเก็บอย่างเป็นระบบในโปรแกรมคอมพิวเตอร์ ที่องค์การบริหารส่วนตำบลโพไร่หวาน และเทศบาลตำบลหัวสะพาน เป็นประโยชน์ต่อเจ้าหน้าที่พัฒนาชุมชน ชมรมผู้สูงอายุ อสม. อผส. เป็นต้น ทั้งนี้ภายหลังการจัดทำฐานข้อมูลผู้สูงอายุในทั้งสองพื้นที่เสร็จสิ้นแล้ว คณะผู้วิจัยได้มีการคืนข้อมูลย้อนกลับสู่บุคลากรและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องของทั้งสองพื้นที่ ในพื้นที่โพไร่หวาน ได้แก่ ปลัด อบต. พัฒนากร ประธานชมรมผู้สูงอายุ และเจ้าหน้าที่ ในพื้นที่เทศบาลตำบลหัวสะพาน ได้แก่ ประธาน คณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุ พัฒนากร และเจ้าหน้าที่เทศบาล ผลจากการประชุมร่วมกัน โดยสะท้อนข้อมูลสภาพ ปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุทั้งโดยภาพรวมและความต้องการโดยเร่งด่วนของผู้สูงอายุบางคน คณะกรรมการที่เข้าร่วมประชุมได้รับไว้พิจารณาเพื่อของบประมาณและหาทางช่วยเหลือต่อไป สำหรับผู้สูงอายุบางคน คณะกรรมการระบุว่าได้เคยให้ความช่วยเหลือแล้ว คณะกรรมการบางคนให้ข้อคิดเห็นว่า ผู้สูงอายุบางคน จะเรียกร้องความช่วยเหลือทุกครั้ง ทั้งที่มีฐานะทางเศรษฐกิจปานกลาง ไม่ขัดสน บางคนมีลูกคอยดูแล แต่ก็เรียกร้องขอความช่วยเหลือทุกครั้ง สิ่งเหล่านี้แสดงให้เห็นว่าบุคลากรส่วนใหญ่ที่เกี่ยวข้องกับการจัดกิจกรรมต่าง ๆ ให้กับผู้สูงอายุค่อนข้างรู้จักผู้สูงอายุ แต่ยังขาดการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงประจักษ์อย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง ผลการจัดทำฐานข้อมูลผู้สูงอายุ และผลการวิเคราะห์ข้อมูลโดยภาพรวม ใช้เป็นข้อมูลอ้างอิงเชิงประจักษ์ (Empirical Data) ในทางวิชาการ และมีการนำข้อมูลเหล่านี้มาสู่กระบวนการวิเคราะห์สภาพ ปัญหาและความต้องการอย่างแท้จริงของผู้สูงอายุ เพื่อขอสนับสนุนงบประมาณจาก อบต. เทศบาล หรือหน่วยงานต่าง ๆ กล่าวได้ว่าการจัดทำฐานข้อมูลผู้สูงอายุในชุมชน โดย อบต. เทศบาล ผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุ อสม. อผส. เป็นต้น ทำให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ของชุมชน โดยสร้างการเรียนรู้ร่วมกัน เพื่อแสวงหาคำตอบหรือทางออกที่นำไปสู่การจัดบริการที่เหมาะสม มีประสิทธิผล และสอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุมากยิ่งขึ้น ดังคำกล่าวของผู้เข้าร่วมประชุมที่ว่า “เราจะได้มีแผน/กิจกรรมให้กับผู้สูงอายุที่เป็นวิชาการมากขึ้น” “ทำให้รู้ภูมิปัญญาของผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุยินดีจะถ่ายทอดให้ชุมชน” “ทำให้มีข้อมูลผู้สูงอายุทุกคน จะเรียกกดเมื่อไรก็ได้” อย่างไรก็ตาม เพื่อให้เกิดประโยชน์อย่างแท้จริงในการจัดทำฐานข้อมูลผู้สูงอายุ ควรมีการสัมภาษณ์ผู้ที่เข้าสู่วัยผู้สูงอายุในชุมชนเพิ่มขึ้นทุกปี ทั้งนี้อาจเพิ่มประเด็นในการสัมภาษณ์บางอย่างตามความต้องการทั้งของผู้สูงอายุและฝ่ายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องและหากให้ผู้สูงอายุเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดเก็บข้อมูล วิเคราะห์ สรุปผล และจัดเสนอ

กิจกรรมต่าง ๆ ก็จะเป็นประโยชน์มากยิ่งขึ้น และในอนาคตควรมีการสร้างเครือข่ายข้อมูลร่วมกับระดับอำเภอและจังหวัด

ผลการวิเคราะห์ โดยการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุทุกคนในพื้นที่ตำบลโพไร่หวาน และเทศบาลตำบลหัวสะพาน พบว่า มีข้อมูลพื้นฐานเหมือนกันทั้งสองพื้นที่ และสอดคล้องกับข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุจังหวัดเพชรบุรี (ข้อมูลเชิงปริมาณ) และข้อมูลของผู้สูงอายุส่วนใหญ่ทั่วไป กล่าวคือ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย สอดคล้องกับข้อมูลทางประชากรที่ว่าเพศหญิงมีอายุคาดหวังเฉลี่ยสูงกว่าเพศชาย ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ คือ ผู้สูงอายุวัยต้น (60 – 69 ปี) รองลงมา คือ ผู้สูงอายุวัยกลาง (70 – 79 ปี) และวัยปลาย (80 ปีขึ้นไป) ตามลำดับ โดยมีอายุเฉลี่ยในทั้งสองพื้นที่ใกล้เคียงกัน คือ ตำบลโพไร่หวาน เท่ากับ 71.52 ปี ส่วนอายุเฉลี่ยของผู้สูงอายุเทศบาลตำบลหัวสะพานเท่ากับ 70.97 ปี ผู้สูงอายุส่วนใหญ่คือผู้สมรส มีการศึกษาระดับประถมศึกษาปีที่ 4 ซึ่งสอดคล้องกับผู้สูงอายุทั่วไป ส่วนใหญ่มีบุตรจำนวน 2 – 3 คน รองลงมา คือ 4 – 5 คน จำนวนบุตรโดยเฉลี่ยของผู้สูงอายุตำบลโพไร่หวานเท่ากับ 3.06 คน ของผู้สูงอายุเทศบาลตำบลหัวสะพานเท่ากับ 3.33 คน ทั้งนี้ผู้สูงอายุประมาณร้อยละ 20 ของทั้งสองพื้นที่ยังคงประกอบอาชีพ โดยส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง รองลงมาคือค้าขาย และทำนา ตามลำดับ สอดคล้องกับข้อมูลจากการศึกษาเชิงปริมาณเช่นกัน ผู้สูงอายุของทั้งสองพื้นที่ส่วนใหญ่มีรายได้ประมาณ 5,000 บาทต่อเดือน ทั้งนี้การทำงานจะช่วยทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า จากผลการศึกษาของ สอิ้ง ชวรางกูร (2538 : 83 อ้างถึงใน ทิพย์อรุณ สมภู่, 2552 : 17) พบว่า อาชีพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ การทำงานจะช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าและมีคุณภาพชีวิตที่ดี และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ จิระพร อภิชาตบุตร (2540 : 96) พบว่า ผู้สูงอายุที่ยังคงมีบทบาทการทำงานเพื่อเลี้ยงชีพมีแนวโน้มมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้คงบทบาทการทำงานเพื่อเลี้ยงชีพ การทำงานนำมาซึ่งรายได้ของผู้สูงอายุ และจากผลการศึกษาของ ฉัตรทอง อินทร์นอก (2540 : 88) สมสุข สิงหปัญจนที (2540 : 80) และวรรณา กุมารจันทร์ (2543 : 62) พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต

ผู้สูงอายุตำบลโพไร่หวานร้อยละ 90 มีที่อยู่อาศัยเป็นของตนเอง ขณะที่ผู้สูงอายุเทศบาลตำบลหัวสะพานร้อยละ 78.28 มีที่อยู่เป็นของตนเอง การมีบ้านพักอาศัยเป็นของตนเองนับเป็นปัจจัยที่บ่งชี้ถึงหลักประกันในชีวิต การอาศัยอยู่ในบ้านที่เป็นของตนเองหรือคู่สมรสย่อมทำให้เกิดความรู้สึกมั่นคง อบอุ่นใจมากกว่าที่จะต้องอาศัยอยู่ในบ้านผู้อื่นซึ่งตนเองไม่ได้เป็นเจ้าของ อย่างไรก็ดี พบข้อขัดแย้งของตัวแปรกรรมสิทธิ์ในที่อยู่อาศัยจากการศึกษาของ ประภาพร จินันทุยา (2536 : 83 – 84 อ้างถึงใน กอบกุล สุดสวาท, 2541 : 18) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีบ้านเป็นของตนเองมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีบ้านเป็นของตนเอง โดย Yurick et al. (1984 : 157) กล่าว

ว่า การมีบ้านเป็นของตนเองนั้นผู้สูงอายุจะต้องเสียค่าใช้จ่ายในการบำรุงรักษาซ่อมแซมซึ่งเป็นรายจ่ายที่สูง นับว่าเป็นภาระอย่างหนึ่งที่ผู้สูงอายุจะต้องแบกรับไว้ นอกจากนั้นจากผลการศึกษาพบว่า ประมาณร้อยละ 80 ของผู้สูงอายุในทั้งสองพื้นที่มีบุตรเป็นผู้อุปการะเลี้ยงดู สอดคล้องกับผลการวิจัยเชิงปริมาณในขั้นที่ 1 และค่อนข้างสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ (2540 : 36) พบว่า ร้อยละ 90 ของการเกื้อหนุนประเภทสิ่งของแก่ผู้สูงอายุมาจากบุตร และบุตรเป็นผู้อุปการะด้านการเงินที่สำคัญที่สุด สอดคล้องกับผลการศึกษาของ อัจฉรา เอ็นซ์ และปรียา รุ่งโสภาสกุล (2541 : 56) พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้รับการดูแลและช่วยเหลือจากบุตร รองลงมาคือจากคู่สมรส เหตุผลที่ผู้ดูแลทำหน้าที่นี้เนื่องจากไม่มีบุคคลอื่น ผู้ดูแลไม่ได้ทำงาน ผู้ดูแลมีความห่วงใยผู้สูงอายุ และเป็นหน้าที่ของบุตรที่ต้องทดแทนบุญคุณ (ศรีเมือง พลังฤทธิ์, 2547 : 35 – 36)

ในเรื่องสุขภาพ ผู้สูงอายุประมาณร้อยละ 60 มีการตรวจสุขภาพ อาจกล่าวได้ว่าผู้สูงอายุเห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพ และเอาใจใส่สุขภาพของตนมากขึ้น หรือเป็นเพราะมีโรคประจำตัว จากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ประเมินตนเองว่า มีสุขภาพแข็งแรงดี ส่วนโรคประจำตัวของผู้สูงอายุทั้งสองพื้นที่มีลักษณะสอดคล้องกัน คือ ปัญหาโรคประจำตัว ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ปวดเมื่อย ทั้งนี้ผู้สูงอายุของทั้งสองพื้นที่ได้ไปรับบริการตรวจสุขภาพเป็นประจำที่สถานีอนามัย ตรงกับผลที่ได้จากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่อนามัย นอกจากนั้นผู้สูงอายุของทั้งสองพื้นที่ได้ระบุว่า มีปัญหาการมอง คือ ตามองไม่ชัด พร่ามัว ฝ้าฟาง บางคนเป็นต้อกระจก และมีปัญหาเรื่องฟัน ได้แก่ ฟันโยก ฟันผุ ฟันหัก มีผู้สูงอายุส่วนน้อยที่สวมใส่ฟันเทียม ทั้งนี้สอดคล้องกับผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พ.ศ.2551 – 2552 โดยสำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทยที่ประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ จำนวน 9,195 ราย พบว่า ผู้สูงอายุประเมินว่า สุขภาพโดยรวมของตนเองปานกลางร้อยละ 48.4 ประเมินว่าดีถึงดีมาก ร้อยละ 38.1 (ดี ร้อยละ 32.6 ดีมาก ร้อยละ 5.5) และประเมินว่าสุขภาพไม่ดีและไม่ดีเลยร้อยละ 12.5 และ 1.0 ตามลำดับ และพบว่าผู้สูงอายุมากกว่าครึ่งหนึ่งมีฟันใช้งานได้ไม่ครบ 20 ซี่ และเพิ่มสูงขึ้นตามอายุที่มากขึ้น มีผู้สูงอายุเพียงร้อยละ 29.1 ที่ใส่ฟันทดแทนซึ่งเป็นผู้สูงอายุ 70 – 79 ปี สูงที่สุด (ร้อยละ 31.9) และผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไปต่ำสุด (ร้อยละ 25.1) ทั้งนี้การที่ผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพช่องปากส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เพราะการรับประทานอาหาร การหัวเราะ ความสวยงามของใบหน้า ล้วนเกิดจากสุขภาพในช่องปากทั้งสิ้น การมีปริมาณพื้นที่น้อยลงทำให้เคี้ยวอาหารได้ไม่ละเอียด เกิดปัญหาต่อระบบทางเดินอาหารได้ (สมจินต์ โฉมวัฒนชัย และคณะ, 2553 : 28 – 34) สำหรับปัญหาเรื่องการมองนั้น พบว่า เมื่อคนเรามีอายุมากขึ้นจะเกิดความเสื่อมถอยของอวัยวะต่าง ๆ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดโรคได้ง่าย โดยเฉพาะความเสื่อมของดวงตาที่ทำให้ผู้สูงอายุส่วน

ใหญ่มักมีอาการตาพร่ามัว ระคายเคืองตา น้ำตาไหล กล้ามเนื้อที่ทำหน้าที่ยึดหดเลนส์ลูกตาอ่อนกำลังทำให้ลำบากในการเพ่งดูสิ่งของ โดยเฉพาะวัตถุเล็ก ๆ โรคที่เกิดจากความเสื่อมของดวงตาที่พบมากในผู้สูงอายุ ได้แก่ ต้อกระจก ผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พบว่า ผู้สูงอายุ 1 ใน 5 เป็นต้อกระจก และผู้สูงอายุจะเป็นต้อกระจกสูงขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น ในเรื่องการได้ยินนั้นผู้สูงอายุของทั้งสองพื้นที่มีปัญหาดังกล่าวบ้าง โดยเฉพาะกับผู้สูงอายุที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป กล่าวได้ว่าความเสื่อมจากการได้ยินของผู้สูงอายุ สาเหตุที่พบบ่อยมักมาจากการสูงอายุ ในการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พบว่า ผู้สูงอายุเกือบ 1 ใน 3 มีปัญหาการได้ยิน ปัญหาการได้ยินจะสูงขึ้นตามอายุที่มากขึ้น

ทั้งนี้ในพื้นที่ตำบลโพไร่หวานได้มีการสร้างสถานบริการทันตกรรม ให้บริการผู้สูงอายุและบุคคลทุกวัยในเขตและพื้นที่ใกล้เคียง โดยมีผู้ใจบุญสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการสร้างห้องทันตกรรม ในการให้บริการทันตกรรม สถานีอนามัยร่วมกับองค์การบริหารส่วนตำบลโพไร่หวานได้ร่วมกับโรงพยาบาลพระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรี จัดให้มีทันตแพทย์มาให้บริการทุกวันพฤหัสบดี เพื่อให้บริการตอบสนองปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุที่มีปัญหาเรื่องฟัน

3) ผลการสร้างแนวทางการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของ บ้าน วัด โรงเรียน โดยใช้ตามกรอบมาตรฐานการสงเคราะห์ผู้สูงอายุของกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย จำนวน 6 มาตรฐาน ได้แก่ 1) มาตรฐานด้านสุขภาพและการรักษาพยาบาล ได้แก่ บริการตรวจสุขภาพ ให้ความรู้เรื่องสุขภาพ ส่งเสริมการออกกำลังกาย จัดศูนย์ให้คำปรึกษาเรื่องสุขภาพ ให้ความรู้สุขภาพที่บ้าน กิจกรรมเยี่ยมบ้าน และจัดสวนสุขภาพ 2) มาตรฐานด้านรายได้ ได้แก่ การจ่ายเบี้ยยังชีพ การส่งเสริมอาชีพ ส่งเสริมการรวมกลุ่มอาชีพ จัดหาตลาดจำหน่ายสินค้า จัดตั้งกองทุนส่งเสริมสวัสดิการผู้สูงอายุ และจัดสวัสดิการด้านรายได้สำหรับผู้สูงอายุที่ไม่มีแหล่งพึ่งพิง 3) มาตรการด้านที่พักอาศัย ได้แก่ สนับสนุนปัจจัยสี่ซ่อมแซมบ้านช่วยเหลือกรณีประสบอุทกภัยสำหรับผู้สูงอายุที่ยากไร้ บริการครอบครัวอุปการะ 4) มาตรฐานด้านนันทนาการ ได้แก่ จัดตั้งและส่งเสริมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ จัดทัศนศึกษา จัดกิจกรรมนันทนาการในวาระต่าง ๆ 5) มาตรฐานด้านความมั่นคงทางสังคม ครอบครัว ผู้ดูแล และการคุ้มครอง ได้แก่ จัดฌาปนกิจสงเคราะห์ ประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการได้รับการสงเคราะห์ การจัดการศพตามประเพณี จัดบริการด้านศาสนกิจเพื่อเสริมสร้างคุณภาพชีวิตทางจิตใจ รณรงค์ส่งเสริมค่านิยมความกตัญญูรู้คุณ การเห็นคุณค่าของผู้สูงอายุ เผยแพร่ภูมิปัญญาของผู้สูงอายุ และ 6) มาตรฐานด้านการสร้างบริการและเครือข่ายการเกื้อหนุน ได้แก่ บริการชุมชนเคลื่อนที่ สนับสนุนและสร้างเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุ เป็นต้น

อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

3.1) แนวทางการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุดังกล่าวข้างต้น ประกอบด้วยกิจกรรมต่าง ๆ ที่ช่วยตอบสนองคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตามองค์ประกอบคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้าน ขององค์การอนามัยโลก (The WHOQOL, 1995 : 1405) ประกอบด้วย ด้านสุขภาพกาย ด้านสภาพจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสภาพแวดล้อม (รายได้ สภาพที่อยู่อาศัย ความปลอดภัยในชีวิต บริการทางสังคม สาธารณูปโภค ข่าวสาร มลภาวะ และกิจกรรมพักผ่อนนันทนาการ) ซึ่งตัวชี้วัดทั้ง 4 ด้าน ค่อนข้างสอดคล้องกับผลการศึกษานิยามคุณภาพชีวิตในมุมมองของผู้สูงอายุของ สุณี ผลดีเยี่ยม และคณะ (2551 : บทคัดย่อ) เก็บข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสัมภาษณ์ทั่วไป พบว่า ในมุมมองของผู้สูงอายุ สรุปนิยามคุณภาพชีวิตได้เป็น 4 ด้าน คือ 1) ด้านสุขภาพกายที่ดี คือ ไม่ป่วยด้วยโรคต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นโรคติดต่อและไม่ติดต่อ ต้องมีสภาพร่างกายพอที่จะไปไหนมาไหนหรือทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองโดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น การเป็นโรคอะไรก็แล้วแต่จะทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตหรือมีความสุขน้อยลง 2) ด้านสุขภาพทางจิตใจดี คือ จิตใจร่าเริงแจ่มใส ไม่มีความผิดปกติทางด้านจิตใจ มีสภาวะอารมณ์ที่ปกติ จะทำให้ร่างกายไม่ป่วยง่าย การมีสุขภาพจิตดีทำให้สุขภาพกายดีไปด้วย 3) ด้านสุขภาพทางสังคม คือ การดำเนินชีวิตภายใต้สังคมที่ดีงาม มีเพื่อนบ้านที่ดี มีการช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน และ 4) ด้านสุขภาพทางจิตวิญญาณ หรือความมีศักดิ์ศรี คือ ทุกคนย่อมต้องการความยอมรับจากสังคม จะรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า ได้รับการยกย่อง จะทำให้ผู้สูงอายุมีชีวิตที่ดี มีคุณค่า มีคุณประโยชน์ต่อสังคม ทั้งนี้คุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้าน ต้องมีความสมดุลกัน ขับเคลื่อนไปด้วยกัน ทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี ดังนั้นหากมีการปฏิบัติตามกิจกรรมดังกล่าวจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งทางด้านสุขภาพกาย ด้านสภาพจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสภาพแวดล้อม

อาจกล่าวได้ว่า ที่ผ่านมาองค์การบริหารส่วนตำบลโพไร่หวาน และเทศบาลตำบลหัวสะพาน ร่วมกับชมรมผู้สูงอายุ สถานีอนามัย วัด สถาบันการศึกษา และฝ่ายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุในทั้งสองพื้นที่ ได้ร่วมกันจัดบริการและดูแลผู้สูงอายุตามแผนงานจัดสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ 4 แผนงาน ได้แก่ 1) แผนงานให้บริการด้านสุขภาพอนามัย 2) แผนงานส่งเสริมการอยู่ร่วมกันและสร้างความเข้มแข็งด้านองค์กรผู้สูงอายุและคนพิการ 3) แผนงานส่งเสริมอาชีพหรือรายได้ของผู้สูงอายุและคนพิการ และ 4) การจัดให้มีอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุและคนพิการ อย่างไรก็ตาม ในส่วนของการปฏิบัติตามแผนนั้นทั้งสองพื้นที่มีลักษณะการดำเนินงานคล้ายกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจำนวนมาก กล่าวคือ ไม่ได้ดำเนินงานให้บริการแก่ผู้สูงอายุโดยตรง แต่ได้สนับสนุนงบประมาณแก่กลุ่ม หน่วยงาน และองค์กรในชุมชนให้มีการจัดบริการแก่ผู้สูงอายุ เช่น สนับสนุนงบประมาณให้สถานีอนามัยและโรงพยาบาลให้การรักษาแก่ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย

การสงเคราะห์ผู้ยากไร้เป็นรายบุคคล โดยจ่ายเป็นเงินยังชีพเพิ่มเติมจากงบประมาณของส่วนกลาง การมอบสิ่งของอุปโภคบริโภค การซ่อมแซมที่อยู่อาศัย การส่งเสริมการออกกำลังกายโดยสนับสนุนงบประมาณ จัดหาครูฝึก จัดหาเครื่องเสียง การอำนวยความสะดวกให้ใช้สถานีที่ของหน่วยงานในการจัดกิจกรรมต่าง ๆ ที่องค์การบริหารส่วนตำบลโพไร่หวาน ได้จัดให้ผู้สูงอายุไปทัศนศึกษาทุกปี และที่เริ่มดำเนินการตามมติคณะรัฐมนตรีร่วมกับกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ คือ การจัดให้มีอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (อผส.) โดยงบประมาณขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่นเอง ทั้งนี้ปัญหาผู้สูงอายุเป็นปัญหาที่ละเอียดอ่อนต้องแก้ไขอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาสุขภาพและปัญหาการขาดรายได้ ซึ่งนำไปสู่ความยากจนของผู้สูงอายุ ปัญหาการทอดทิ้งผู้สูงอายุที่นำไปสู่ปัญหาด้านคุณธรรม จริยธรรมของประชาชนในชุมชน การแก้ไขปัญหาเหล่านี้ต้องกระทำอย่างเป็นระบบ มีการวางแผนที่ดี และมีการดำเนินงานที่จริงจังและเหมาะสมอย่างเร่งด่วนในอนาคต (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2551 : 115 – 116)

3.2) ในการจัดกิจกรรมตามแนวทางกรอบมาตรฐาน มีข้อเสนอแนะดังนี้

1) มาตรฐานด้านสุขภาพและการรักษาพยาบาล

1.1) ควรพัฒนาระบบบริการสุขภาพของสถานีอนามัย ปัจจุบัน คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้อำนวยความสะดวกแก่ผู้สูงอายุและเพิ่มการเข้าถึงบริการสาธารณสุขมากขึ้น เพื่อได้รับการดูแลสุขภาพผสมผสาน ทั้งการส่งเสริม การป้องกัน การรักษาและฟื้นฟูสภาพ ตอบสนองต่อความต้องการของชุมชน ทั้งนี้ในการให้บริการด้านสาธารณสุขควรเน้นทางด้านส่งเสริมสุขภาพในเชิงรุกมากขึ้น เช่น มีการคัดกรองโรคผู้สูงอายุบางชนิด คลินิกเบาหวาน / ความดัน ให้คำปรึกษาเรื่องสุขภาพ โดยให้บริการในลักษณะองค์รวมให้ครอบคลุมทุก ๆ ด้าน ตลอดจนมีการบูรณาการผู้สูงอายุทุกกลุ่ม ทั้งผู้สูงอายุที่ยังมีสุขภาพดีและผู้สูงอายุที่มีภาวะโรคเรื้อรัง และทุพพลภาพอย่างมีคุณภาพ โดยจัดให้มีบริการดูแลที่บ้านสำหรับผู้ป่วยเรื้อรัง มีกายภาพฟื้นฟู (ดังที่ อบต.โพไร่หวาน มีการบริการกายภาพบำบัดที่บ้าน) มีระบบการดูแลฉุกเฉินและการส่งต่อ ทั้งนี้จากการสังเกตในการลงพื้นที่พบว่า ในพื้นที่โพไร่หวาน ได้จัดบริการรถรับส่งผู้สูงอายุที่มารับบริการที่สถานีอนามัย และกรณีมีเหตุฉุกเฉินทั้งสองพื้นที่ให้บริการใช้รถของ อบต. เทศบาล ส่งต่อยังโรงพยาบาลประจำจังหวัดด้วย

1.2) มีการดูแลรักษาสุขภาพผู้สูงอายุที่มีคุณภาพอย่างต่อเนื่องทั้งที่สถานีอนามัยและที่บ้าน โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาในเรื่องการเดินทาง ควรจัดให้มีบริการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home Care Service)

1.3) หากเป็นไปได้ควรมีหน่วยแพทย์เคลื่อนที่บริการในชุมชน เช่น ที่วัด ศาลาประจำหมู่บ้าน ศูนย์สาธารณสุขมูลฐาน ฯลฯ

1.4) มีการพัฒนาศักยภาพแกนนำด้านสุขภาพให้กับผู้สูงอายุ ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. อผส. เป็นต้น

1.5) มีการจัดอบรมแนะนำเรื่องการดูแลสุขภาพให้กับครอบครัวและกลุ่มบุตรหลานของผู้สูงอายุ เพื่อภายหลังรับการอบรมแล้วบุตรหลานผู้สูงอายุจะได้นำไปปฏิบัติให้กับผู้สูงอายุในครัวเรือน จะเป็นการเตรียมตัวบุตรหลานให้เป็นบุคคลที่มีความรู้ และนำไปปฏิบัติต่อผู้สูงอายุและต่อตนเองในอนาคต

1.6) ควรมีการส่งเสริมและประชาสัมพันธ์เพื่อสร้างความเข้าใจให้ผู้สูงอายุได้ทราบถึงประโยชน์ของการตรวจสุขภาพ แม้ว่าผู้สูงอายุจะไม่ได้รู้สึกถึงการเจ็บไข้ได้ป่วยก็ตาม ในระยะยาวควรจะต้องส่งเสริมให้ประชาชนมีการเตรียมความพร้อมไว้ก่อนที่จะก้าวเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ ควรมีการเตรียมด้านสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นการออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์อย่างครบถ้วนและเพียงพอ ทั้งนี้ในการเสนอวิธีการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ อาจใช้ผ่านสื่อต่าง ๆ เช่น หอกระจายข่าว เอกสารแผ่นพับ แพทย์ อสม. อผส. พูดคุยหรือแนะนำในโอกาสต่าง ๆ ให้กับผู้สูงอายุโดยตรง หรือผ่านทางบุตรหลาน ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และควรมีเอกสาร/แผ่นพับไปแจกด้วย เพื่อผู้สูงอายุจะได้อ่านเผื่อกันลืมในวันต่อไป กรณีที่ผู้สูงอายุอ่านหนังสือไม่ออกสามารถให้ลูกหลานอ่านให้ฟังได้ ทั้งนี้จากการลงปฏิบัติในพื้นที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่กล่าวว่า “การออกกำลังกายทำที่นี่พร้อม ๆ กันทำได้ แต่พอไปถึงบ้านก็ลืม” ผู้สูงอายุบางคนกล่าวว่า “กลับบ้านก็ไม่มีเวลาทำแล้ว” จากการสังเกตพบว่า ผู้สูงอายุสนใจและขอรับเอกสาร/แผ่นพับที่นำไปแจกด้วย จนเอกสารที่เตรียมไปไม่พอแจก อนึ่ง เอกสาร/แผ่นพับที่มอบให้ผู้สูงอายุคณะผู้วิจัยได้ขยายตัวอักษรขนาดใหญ่เพื่อให้อ่านง่าย มีรูปภาพประกอบ และมีเนื้อหาอธิบายขั้นตอนการปฏิบัติอย่างชัดเจน เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถนำไปปฏิบัติเองได้ที่บ้าน

1.7) ควรมีการดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ นอกเหนือจากสุขภาพกายดังคำกล่าวที่ว่า “จิตเป็นนาย กายเป็นบ่าว” โดยการมีส่วนร่วมกับฝ่าย/หน่วยงานต่าง ๆ ในพื้นที่ คือ สถาบันการปกครอง (บ้าน) ได้แก่ อบต. เทศบาล สถานีอนามัย อสม. อผส. ชมรมผู้สูงอายุ บุตร หลาน ครอบครัวผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุ สถาบันศาสนา (วัด) ได้แก่ พระภิกษุ ชมรม/กลุ่มทางศาสนา ทั้งในชุมชนและนอกชุมชน และสถาบันการศึกษา (โรงเรียน) ได้แก่ ครู อาจารย์ นักศึกษา ซึ่งร่วมเป็นนักวิชาการ วิทยากร หรือเข้าร่วมกิจกรรมโดยอาจมีกิจกรรมที่สำคัญ ได้แก่ การจัดทำฐานข้อมูล การประชุมเชิงปฏิบัติการ การฝึกอบรมบุคลากรที่เกี่ยวข้องในชุมชนให้มีความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ รวมทั้งจัดหาสื่อ/อุปกรณ์สำหรับส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ เป็นการป้องกันภาวะซึมเศร้า ลดความรู้สึกเหงา โดดเดี่ยว และช่วยชะลอความเสื่อมของสมองของผู้สูงอายุ ทั้งนี้อาจอาศัยความรู้ทางวิชาการจากสำนักพัฒนาสุขภาพจิต กระทรวง

สาธารณสุข (มีการเริ่มดำเนินการโครงการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุตั้งแต่ปี พ.ศ.2550 โดยเริ่มโครงการนำร่องในจังหวัดสุราษฎร์ธานี)

1.8) การไปเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ อาจจัดเป็นเวรหมุนเวียนกันไปตามทีมงาน บ ว ร โดยจัดทำตารางในแต่ละเดือน เพื่อผู้สูงอายุจะได้รับคำแนะนำและความรู้อย่างทั่วถึง หากไม่ทำเช่นนี้จะมีเฉพาะผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยและไปรับการรักษาที่สถานีอนามัยเท่านั้นจึงจะได้รับคำแนะนำ การไปเยี่ยมเยียนที่บ้านจะทำให้เห็นสภาพที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุด้วย แต่ทั้งนี้ต้องเป็นไปตามความต้องการของผู้สูงอายุ เพราะจากการลงศึกษาในพื้นที่และจากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุพบว่า ผู้สูงอายุบางคนต้องการความเป็นส่วนตัว ไม่ต้องการติดต่อหรือทำกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกับชุมชน ในการไปเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุควรมีการจดบันทึกข้อมูลต่าง ๆ ในการไปเยี่ยมแต่ละครั้งอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง กรณีผู้สูงอายุคนใดมีปัญหาควรแจ้งหน่วยงานหรือฝ่ายที่เกี่ยวข้องเพื่อพิจารณาให้ความช่วยเหลือต่อไป

2) มาตรฐานด้านรายได้

2.1) หน่วยงานที่รับผิดชอบการเบิกจ่ายเบี้ยยังชีพต้องดำเนินการอย่างรวดเร็ว มีการจัดทำทะเบียนผู้สูงอายุเป็นปัจจุบันตามความเป็นจริง เพื่อให้การพิจารณาเบิกจ่ายเงินเป็นไปอย่างทั่วถึง และควรอำนวยความสะดวกในการจ่ายเบี้ยยังชีพสำหรับผู้สูงอายุที่มีอายุมาก ไม่มีบุตรหลาน และไม่สะดวกในการเดินทางไปรับเบี้ยยังชีพด้วยตนเอง

2.2) รัฐบาลและหน่วยงานต่าง ๆ ควรให้การสนับสนุน ส่งเสริมแรงงานของผู้สูงอายุให้ได้ทำงานต่อไป ตามความพร้อมและศักยภาพที่เหมาะสมของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ยังมีพลัง (“พฤฒพลัง” Active Aging) ในช่วงนี้นอกจากผู้สูงอายุจะสามารถช่วยตัวเองได้อย่างดีแล้ว ยังสามารถช่วยเหลือผู้อื่นได้ด้วยในด้านการเป็นแรงงานและศักยภาพในการผลิต ผู้สูงอายุในช่วงนี้แทบไม่ต่างจากคนที่อ่อนวัยกว่า ช่วงการเป็น “พฤฒพลัง” มักจะอยู่ในวัยสูงอายุตอนต้น (อายุ 60 – 69 ปี) สำหรับหลายคนช่วงนี้คือจุดสูงสุดทั้งในด้านประสบการณ์ ภูมิปัญญา และการคิดวิเคราะห์ เป็นช่วงที่พลังทางกายและสติปัญญายังกระฉับกระเฉงอยู่ ถ้าสถานการณ์ด้านอื่นเอื้ออำนวย ผู้สูงอายุที่อยู่ในช่วงนี้จะสามารถทำงานสร้างสรรค์แก่ครอบครัว ชุมชน และสังคมได้มาก แต่ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับโอกาสที่ได้มีส่วนร่วมในแรงงานต่อไปด้วยว่ามีมากน้อยเพียงใด (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2551 : 91) จากผลการศึกษาของกรรณิกา เจริญลักษณ์ (2545 : 105) ศึกษาเฉพาะกรณีชมรมผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ผู้สูงอายุมีความเห็นว่ารัฐควรส่งเสริมการฝึกอาชีพและจัดหางานให้เหมาะสมกับวัยและความสามารถของผู้สูงอายุ ทั้งนี้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีรายได้ แต่มีความจำเป็นที่ต้องใช้เงิน ซึ่งก็ไม่อยากรบกวนเงินทองของลูกหลาน

2.3) ควรสนับสนุนและส่งเสริมการรวมกลุ่มอาชีพของผู้สูงอายุ โดยเป็นงานที่ผู้เหมาะสมตามความสามารถของผู้สูงอายุ อาจเป็นงานเบา ๆ เช่น ทำไม้กวาด ทอใบจาก ยาหม่องสมุนไพร ดอกไม้ประดิษฐ์ เป็นต้น โดยมีวิทยากรมาให้การอบรม ทักษะ หรือฝึกอาชีพ หรือเป็นภูมิปัญญาท้องถิ่น ทั้งนี้ต้องตรงตามความต้องการของผู้สูงอายุด้วย อาจเป็นการรวมกลุ่มทำร่วมกันหรือต่างคนต่างเอาไปทำที่บ้าน ประการสำคัญ คือ ต้องมีตลาดรองรับเพื่อจำหน่ายผลิตภัณฑ์/สินค้าของผู้สูงอายุ การรวมกลุ่มอาชีพจึงจะยั่งยืน เพราะถ้าผลิตแล้วแต่ขายไม่ได้ก็ไม่เกิดประโยชน์ การรวมกลุ่มอาชีพเพื่อทำงานร่วมกันจะทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสพบปะพูดคุยกับเพื่อน ทำให้ได้สังคม ไม่เหงา มีสุขภาพจิตดี และมีรายได้เสริม สำหรับใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน ทั้งนี้ อบต. เทศบาล สนับสนุนงบประมาณ อาจใช้สถานที่ คือ วัด อบต. หรือเทศบาล ใช้วิทยากรจากสถานศึกษาหรือภูมิปัญญาชาวบ้าน โดยครอบครัวของผู้สูงอายุสนับสนุน เช่น รับ – ส่งผู้สูงอายุ สนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ ฯลฯ ที่ผ่านมาทั้งสองพื้นที่ได้มีการส่งเสริมกลุ่มอาชีพ แต่ไม่ได้ทำอย่างต่อเนื่องและขาดการติดตามประเมินผล

2.4) ควรจัดกิจกรรมส่งเสริมอาชีพสำหรับผู้สูงอายุอย่างสม่ำเสมอ เป็นกิจกรรมที่เป็นอาชีพอิสระ ผู้สูงอายุสามารถดำเนินการได้เป็นส่วนตัวไม่ต้องเป็นลูกจ้างหน่วยงานใด ในการจัดกิจกรรมควรมีการประชาสัมพันธ์กิจกรรมดังกล่าวให้ผู้สูงอายุได้ทราบอย่างทั่วถึง และควรมีการประเมินผลการจัดกิจกรรมส่งเสริมอาชีพแก่ผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง เพื่อจะได้ทราบถึงปัญหาและอุปสรรคของการจัดกิจกรรมแต่ละประเภท รวมถึงมีการจัดสรรงบประมาณสนับสนุนการจัดกิจกรรมดังกล่าวด้วย การให้โอกาสผู้สูงอายุได้ทำงานในลักษณะงานหรือกลุ่มอาชีพที่เหมาะสมนี้อาจเป็นการทำงานโดยได้รับค่าตอบแทน การทำงานแบบอาสาสมัครหรือทำเป็นงานอดิเรกเพื่อการผ่อนคลาย เป็นการรับกับสถานการณ์สังคมผู้สูงอายุ ทั้งนี้ในการจัดกิจกรรมส่งเสริมอาชีพดังกล่าวอาจขอสนับสนุนด้านการเงินโดยผ่านกองทุนผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นกองทุนของภาครัฐที่ทำหน้าที่ให้การสนับสนุนส่งเสริมกิจกรรมของผู้สูงอายุ ทั้งในเรื่องของการให้โอกาส เพื่อสร้างอาชีพและรายได้ในวัยสูงอายุ ตลอดจนส่งเสริมกิจกรรมทางสังคมสำหรับกลุ่มหรือชมรมผู้สูงอายุ ซึ่งได้ดำเนินงานมาตั้งแต่ พ.ศ.2548 และมีแนวโน้มให้การสนับสนุนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

2.5) ควรส่งเสริมการออม การออมในระดับต่ำจะส่งผลกระทบต่อความมั่นคงในชีวิตของประชากร และเสถียรภาพทางเศรษฐกิจของประเทศ ในอนาคตจึงต้องมีการรณรงค์ให้ประชาชนลดรายจ่ายเพื่อการบริโภค หันมาให้ความสำคัญกับการออม ทั้งนี้ในระดับประเทศมีโครงการกองทุนการออมแห่งชาติ (กอช.) เป็นการสร้างระบบการออมของบุคคลที่มีรัฐร่วมสมทบ จะเป็นมาตรการสำคัญให้ผู้สูงอายุในอนาคตมีหลักประกันรายได้ที่เพียงพอต่อการ

ดำรงชีพอย่างมีคุณภาพชีวิต ในระดับชุมชนควรขยายช่องทางการออมที่มีความหลากหลายที่ประชาชนเข้าถึงได้ง่าย เพื่อให้มีหลักประกันรายได้เพิ่มเติมที่เพียงพอต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดี เช่น กองทุนสวัสดิการชุมชนที่มีการกระจายตัวอยู่ในพื้นที่ต่าง ๆ ทั่วประเทศเกือบ 3,000 กองทุน ล้วนเป็นกองทุนที่จัดตั้งขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมวินัยเรื่องการออมและการแบ่งปันผลประโยชน์ให้แก่คนทุกวัยภายในชุมชน โดยมีการผนวกรวมเรื่องสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุเข้าไว้ด้วย

ในช่วงของการทำวิจัยครั้งนี้ เทศบาลตำบลหัวสะพานโดยการดำเนินงานของประธานชมรมผู้สูงอายุ ได้รับการสนับสนุนเงินสมทบกองทุนสวัสดิการชมรมจากรัฐบาลสำหรับกองทุนสวัสดิการชุมชนที่จัดตั้งครบ 1 ปีแล้ว

3) มาตรฐานด้านที่พักอาศัย

3.1) สถานที่ราชการและสถานที่สาธารณะต่าง ๆ เช่น ที่ทำการ อบต. เทศบาล สถานีอนามัย วัด ควรจัดสภาพแวดล้อมต่าง ๆ เช่น ห้องน้ำ ห้องส้วม สำหรับผู้สูงอายุให้เป็นตัวอย่าง ใช้โถส้วมแบบนั่งห้อยขา มีราวพยุงเวลาจะนั่งหรือลุกขึ้น ภาคเอกชนและร้านค้าควรจำหน่ายวัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่มีราคาไม่แพงนัก ผลการศึกษาของ กรรณิกา เจริญลักษณ์ (2545 : 104) พบว่า สมาชิกชมรมผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครเห็นด้วยว่า รัฐควรจัดสิ่งอำนวยความสะดวกในที่สาธารณะให้แก่ผู้สูงอายุ เช่น ถนน ทางเดิน ห้องสุขา เป็นต้น

3.2) มีการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในการช่วยเหลือด้านที่พักอาศัย เช่น การสร้างบ้านให้กับผู้ประสบภัยต่าง ๆ และผู้สูงอายุที่ยากไร้ และควรมีการสนับสนุนเครื่องอุปโภค บริโภคต่าง ๆ ให้กับผู้สูงอายุตามความจำเป็น ที่ผ่านมาเทศบาลตำบลหัวสะพานได้มีการประสานกับกาชาดจังหวัด สร้างบ้านให้ผู้สูงอายุที่ยากไร้ จำนวน 1 หลัง

3.3) ควรมีการจัดอบรมหรือให้ความรู้ในการปรับปรุงสภาพแวดล้อมของที่อยู่อาศัยให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ โดยเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย กาชาดจังหวัด อบต. เทศบาล สถานศึกษา ให้ความรู้หรือแนะนำลูกหลานให้ปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ เพื่อป้องกันอุบัติเหตุ เช่น ปรับปรุงห้องส้วม ผู้สูงอายุบางคนนั่งโถส้วมแบบนั่งห้อยขาไม่เป็น แต่เคยชินกับสภาพแวดล้อมแบบเดิม ๆ ไม่อยากแก้ไข กรณีนี้บุตรหลานควรมีความรู้เกี่ยวกับการปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่บ้าน และชี้แจงให้ผู้สูงอายุรับรู้เกี่ยวกับอันตรายที่อาจเกิดขึ้น ลูกหลานควรแนะนำและปรึกษากับผู้สูงอายุเพื่อดำเนินการปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสม ทั้งนี้ย่อมขึ้นอยู่กับสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมของครอบครัวนั้น ๆ ด้วย

4) มาตรฐานด้านนันทนาการ

4.1) ส่งเสริมการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุในรูปของชมรมผู้สูงอายุ โดยมีแกนนำและมีกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง ชมรมผู้สูงอายุจะยั่งยืนต้องเป็นชมรมที่ผู้สูงอายุจัดตั้งขึ้นเอง ไม่ได้เป็นชมรมจัดตั้ง แต่ให้ผู้สูงอายุและชุมชนดำเนินการเอง กล่าวคือชมรมเป็นของผู้สูงอายุโดยผู้สูงอายุและเพื่อผู้สูงอายุ ผลการศึกษาของ บรรลุ ศิริพานิช และคณะ (2539 : 86 – 112) เรื่อง ชมรมผู้สูงอายุ การศึกษารูปแบบและการดำเนินงานที่เหมาะสม โดยศึกษาจากชมรมผู้สูงอายุทั่วประเทศ จำนวน 1,042 ชมรม ผลการศึกษาพบว่า ปัญหาการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุส่วนใหญ่ คือ ปัญหาการขาดเงินทุนและกรรมการไม่เข้มแข็ง นอกจากนี้ยังพบว่าระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ ความสะดวกในการเดินทางเข้าร่วมกิจกรรม ความสามารถในการพึ่งตนเองของสมาชิกมีส่วนสัมพันธ์กับระดับความสำเร็จของการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุ

ในการจัดกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ ควรจัดกิจกรรมที่เป็นรูปธรรม สอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุ สำหรับการวิจัยครั้งนี้ผลการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุพบว่า ผู้สูงอายุในทั้งสองพื้นที่ คือ ในตำบลโพไร่หวาน และเทศบาลตำบลหัวสะพาน ต้องการทำกิจกรรมการออกกำลังกาย การดูแลสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ รุ่งทิพา เฉลิมการนนท์ (2537 : บทคัดย่อ) ศึกษาความต้องการร่วมกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลรามาธิบดี พบว่า ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมมีความต้องการพัฒนาทางด้านกาย จิตใจ สติปัญญาและสังคม และมีความคิดเห็นต่อการให้บริการในชมรม โดยต้องการให้ชมรมมีสถานที่เป็นสัดส่วนและถาวร มีการประชาสัมพันธ์เรื่องของชมรมอย่างกว้างขวางด้วย

การออกกำลังกายเป็นสิ่งที่มีประโยชน์สำหรับทุกเพศ ทุกวัย โดยเฉพาะผู้สูงอายุซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงทางกายจากความเสื่อมยิ่งต้องออกกำลังกายเพื่อป้องกันความเสื่อมสภาพและพิการของอวัยวะต่าง ๆ การออกกำลังกายเป็นการทำกิจกรรมทางกายที่มีการวางแผนหรือการเตรียมตัว เป็นการทำกิจกรรมซ้ำ ๆ เพื่อเพิ่มหรือคงสมรรถภาพทางร่างกาย การออกกำลังกายนอกจากจะทำให้มีสุขภาพดี ยังสามารถป้องกันโรคที่เกิดจากความเสื่อมได้ เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ โรคความดันโลหิตสูง โรคข้อเสื่อม ยิ่งไปกว่านั้นการออกกำลังกายยังช่วยลดความเครียด และทำให้สมรรถภาพทางเพศดีขึ้น การออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุมีหลายประเภท ได้แก่ 1) การฝึกกายบริหารจะช่วยให้ข้อต่อและกล้ามเนื้อแข็งแรง ทรงตัวดี เช่น การหัดพละ การรำมวยจีน ฝึกโยคะ 2) การฝึกกล้ามเนื้อเฉพาะส่วนหรือเล่นกล้าม มีประโยชน์ในการเสริมสร้างสมรรถภาพของกล้ามเนื้อบางส่วนเป็นพิเศษ เช่น กรณีผู้สูงอายุที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมควรฝึกกล้ามเนื้อต้นขาให้แข็งแรง เพื่อประคับประคองข้อต่อไม่ให้ปวดเข่าเวลาเดิน หรือผู้สูงอายุที่ข้อต่อกระดูกสันหลังเสื่อมและปวดหลังควรออกกำลังกายกล้ามเนื้อหลัง 3) การเล่นกีฬาที่ตนเองชอบ โดยผู้สูงอายุควรเลือกชนิดกีฬาที่ไม่หักโหมเกินไป และไม่ควรเล่นเพื่อการแข่งขันเอาแพ้เอาชนะอย่างจริงจังมากเกินไป เพราะจะทำ

ให้หัวใจทำงานหนักเกินไป อาจเกิดอันตรายได้ และ 4) การออกกำลังกายแบบแอโรบิค เป็นการออกกำลังกายแบบที่มีการเคลื่อนไหวของร่างกายอย่างต่อเนื่อง นาน 3 – 5 นาทีขึ้นไป เช่น การวิ่งเหยาะ หรือจ๊อกกิ้ง การเดินเร็ว ขี่จักรยาน ว่ายน้ำ เต้นแอโรบิค หรือการใช้อุปกรณ์บางอย่างเสริม เช่น การเดินบนสายพาน ขี่จักรยานอยู่กับที่ การออกกำลังกายแบบแอโรบิคมีประโยชน์มากสำหรับผู้สูงอายุ และช่วยป้องกันโรคเส้นเลือดหัวใจตีบตันได้ (รุ่งโรจน์ ประดิษฐ์สุวรรณ, สืบค้นเมื่อวันที่ 21 กรกฎาคม 2551) สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย ได้ศึกษาสถานะสุขภาพผู้สูงอายุไทยในชนบทพบว่า ผู้สูงอายุในชนบทร้อยละ 68.8 ออกกำลังกาย การออกกำลังกายจะลดลงเมื่ออายุมากขึ้น โดยประเภทการออกกำลังกายที่นิยม 5 อันดับแรก ได้แก่ การบริหารร่างกาย ยืดเหยียดกล้ามเนื้อ (ร้อยละ 63) เดินเร็ว (ร้อยละ 39.2) รำไม้พลอง (ร้อยละ 10.3) เดินช้า ๆ (ร้อยละ 5.4) และวิ่ง (ร้อยละ 4.8)

ในปี พ.ศ.2550 กระทรวงสาธารณสุข ได้ติดตามผลการดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุ พบว่า ชมรมผู้สูงอายุร้อยละ 67.41 มีการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง ทั้งเรื่องการออกกำลังกาย การให้ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพและโภชนาการ

การจัดกิจกรรมด้านสุขภาพ หมายถึง การที่ชมรมผู้สูงอายุสามารถจัดกิจกรรมเพื่อการมีสุขภาพที่ดีของสมาชิก โดยมีเป้าหมายในการคงไว้ซึ่งสุขภาพร่างกายที่แข็งแรงและยืนยาว โดยปฏิบัติกิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ กิจกรรมป้องกันโรค และกิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพ กล่าวคือ 1) กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง กิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุที่ทำให้สมาชิกมีสุขภาพร่างกาย จิตใจดีขึ้น ด้วยการปฏิบัติตนให้แข็งแรง ได้แก่ 1.1) กิจกรรมการออกกำลังกาย เช่น วิ่ง เดิน เต้นแอโรบิค ซี่กง ไทเก๊ก รำมวยจีน และขี่จักรยาน 1.2) กิจกรรมการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ เช่น การจัดสวนหย่อม การปลูกต้นไม้ และการรักษาความสะอาดในชุมชนและที่อยู่อาศัย 1.3) กิจกรรมโภชนาการ เช่น การทำอาหารที่ถูกหลักโภชนาการรับประทานร่วมกัน 1.4) กิจกรรมอบรมให้ความรู้ เช่น การอบรมให้ความรู้ด้านโภชนาการและการอบรมให้ความรู้ในการดูแลร่างกาย 1.5) กิจกรรมนันทนาการ เช่น การทัศนาจร การแสดง และการเล่นดนตรี เป็นต้น 1.6) กิจกรรมด้านจิตใจ เช่น การทำสมาธิ การทำบุญ การจัดงานประเพณีและวันสำคัญต่าง ๆ เป็นต้น 2) กิจกรรมการป้องกันโรค หมายถึง กิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุที่ทำให้สมาชิกรู้เท่าทันโรคภัยไข้เจ็บ ได้แก่ การตรวจร่างกาย ชั่งน้ำหนัก วัดความดัน ตรวจมวลกระดูก การฉีดวัคซีนป้องกันโรค และเอ็กซเรย์ การป้องกันโรคและรักษาโรค การตรวจเช็คร่างกายเป็นครั้งคราว สม่ำเสมอ เป็นประโยชน์ทุกช่วงอายุ แต่จะยิ่งสำคัญมากขึ้นสำหรับผู้สูงอายุ เพราะจะช่วยให้ได้พบสิ่งผิดปกติเล็ก ๆ น้อย ๆ หรือพบสิ่งผิดปกติมาก ๆ ซึ่งเป็นการดีที่จะได้รับการรักษาเสียแต่เนิ่น ๆ ถ้าทิ้งไว้อาจนำไปสู่สภาพที่เลวร้ายยากต่อการรักษาได้ (บรรลุ ศิริพานิช, 2538 : 18) การ

ป้องกันโรคเป็นการจัดบริการเพื่อป้องกันโรค พร้อมจัดเป็นโครงการส่งเสริมสุขภาพ เช่น ให้คำแนะนำในด้านการป้องกันโรค การรักษาความสะอาด การรับประทานอาหารที่ถูกสุขลักษณะและมีคุณค่าทางอาหาร การปรับปรุงสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ เพื่อมิให้เป็นแหล่งของโรค ส่วนการป้องกันเฉพาะด้านก็อาจทำได้ เช่น ให้บริการฉีดวัคซีนป้องกันโรคต่าง ๆ (พัฒน์ สุจำนงค์, 2541 : 29) 3) กิจกรรมการฟื้นฟูร่างกายและจิตใจ หมายถึง กิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุที่ทำให้สมาชิกมีสุขภาพร่างกายและจิตใจกลับสู่ภาวะปกติ ได้แก่ การทำกายภาพบำบัดด้วยการสอนการฝึกนั่ง การฝึกเดิน การฝึกยืนและการฝึกหายใจ และการเยี่ยมบ้าน ให้กำลังใจแก่สมาชิกที่มีอาการเจ็บป่วย

นอกจากกิจกรรมด้านสุขภาพดังกล่าวแล้ว ชมรมผู้สูงอายุ อบต. เทศบาล วัด สถานศึกษา และหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง สามารถจัดกิจกรรมทางสังคมต่าง ๆ ที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ โดยทั้งนี้ต้องเป็นกิจกรรมที่สร้างความพึงพอใจแก่ผู้สูงอายุ ควรเป็นกิจกรรมที่ใช้เวลาพอสมควร ไม่นานจนเกินไป สามารถตอบสนองความต้องการและปัญหาพื้นฐานของผู้สูงอายุได้เป็นอย่างดี และควรเน้นกิจกรรมที่จะช่วยทำให้ผู้สูงอายุอยู่ในครอบครัวของตนเองและสังคมได้อย่างมีความสุข กิจกรรมต่าง ๆ นี้อาจจะได้แก่ (พฤฒินันท์ เหลืองไพบูลย์, 2530 : 83 – 88) 1) กิจกรรมด้านสุขภาพอนามัย เช่น การตรวจสุขภาพ การทดสอบสมรรถภาพของร่างกาย การทดสอบร่างกาย การตรวจความต้านทานของโรค การให้ความรู้เรื่องของการปฏิบัติตนให้พ้นจากโรคภัยไข้เจ็บต่าง ๆ การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาเบื้องต้น และความรู้เกี่ยวกับโรคของผู้สูงอายุและการป้องกัน 2) กิจกรรมด้านการศึกษาตามความสนใจและความถนัด เช่น การศึกษาในเรื่องพระพุทธศาสนา การศึกษาเรื่องพระพุทธรูปและพระเครื่องในสมัยต่าง ๆ 3) กิจกรรมนันทนาการ ได้แก่ กิจกรรมที่ช่วยส่งเสริมความพร้อมของร่างกายในด้านต่าง ๆ ตามวัยของผู้สูงอายุ เช่น การละเล่นดนตรีและนาฏศิลป์ การละเล่นละครย่อย การร้องรำทำเพลง การเล่นเกมส์ต่าง ๆ เป็นต้น 4) กิจกรรมด้านวัฒนธรรม เช่น การจัดให้มีงานในโอกาสต่าง ๆ เช่น วันขึ้นปีใหม่ วันสงกรานต์ เป็นต้น เพื่อทำให้ผู้สูงอายุได้ผ่อนคลายอารมณ์ และได้มีโอกาสสนุกสนานร่าเริงเหมือนบุคคลอื่น ๆ 5) กิจกรรมด้านศาสนา เช่น การจัดให้มีการทำบุญ การประกอบพิธีทางศาสนาโดยเสรี เช่น การจัดให้มีการนิมนต์พระมาเทศน์ การจัดบำเพ็ญกุศลในโอกาสวันสำคัญต่างๆ 6) กิจกรรมด้านการเผยแพร่ความรู้ ได้แก่ การเผยแพร่ความรู้ในเรื่องข่าวสารอันเป็นประโยชน์ต่อผู้สูงอายุ การจัดบรรยายและสัมมนาในเรื่องต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ โดยการเชิญวิทยากรจากภายนอกที่มีคุณวุฒิมาบรรยายเป็นครั้งคราว เป็นต้น 7) กิจกรรมด้านการพัฒนาสังคม ได้แก่ การจัดกิจกรรมเพื่อผู้สูงอายุได้มีบทบาทในการพัฒนาสังคม เช่น การจัดให้มีการทำความสะอาดวัดและศาสนสถานในโอกาสวันสำคัญต่าง ๆ ของชาติ เช่น วันเฉลิมพระชนมพรรษา วันรัฐธรรมนูญ เป็นต้น หรือการจัดการรณรงค์ต่าง ๆ 8) การทัศนศึกษานอกสถานที่ ได้แก่ การจัดนำเที่ยวตาม

สถานที่ท่องเที่ยวและโบราณสถานที่สำคัญต่าง ๆ 9) กิจกรรมด้านการฝึกหัดอาชีพ เป็นกิจกรรมที่ช่วยส่งเสริมรายได้ และเป็นการใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์กับผู้สูงอายุ เช่น การทำไม้จิ้มฟัน การทอผ้าไหม ฯลฯ 10) กิจกรรมอื่น ๆ เช่น การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเป็นครูสอนพิเศษ การประพันธ์บทเพลงและนวนิยาย การออกแบบเสื้อผ้า ฯลฯ

จะเห็นได้ว่ากิจกรรมจำนวนมากที่ผู้สูงอายุสามารถกระทำได้ เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรม เพื่อทดแทนบทบาทที่ต้องสูญเสียไป การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมจะส่งผลต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ จะทำให้ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในชีวิตและปรับตัวได้ดีกว่าผู้สูงอายุที่ปราศจากกิจกรรมหรือบทบาทหน้าที่ภาระใด ๆ การที่ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมเป็นเพราะมีภาพลักษณ์เกี่ยวกับตนเอง (Self Image) ด้านบวกและชอบในการเข้าร่วมกิจกรรม และต้องการคงลักษณะนิสัยนี้ไว้เหมือนช่วงที่อยู่ในวัยกลางคน กิจกรรมทางสังคมเป็นแก่นแท้ของชีวิตและจำเป็นสำหรับทุกวัย กิจกรรมจึงเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้สูงอายุ

กิจกรรมต่าง ๆ ของชมรมผู้สูงอายุ เป็นกุญแจสำคัญที่จะนำไปสู่การเสริมสร้างสุขภาพ การมีส่วนร่วม และความมั่นคงของผู้สูงอายุ ทั้งนี้รูปแบบของชมรมผู้สูงอายุที่มีความยั่งยืน คือ 1) มีแกนนำสำคัญรับผิดชอบ คือผู้สูงอายุ โดยมีบุคลากรจากหลายหน่วยงานร่วมกัน ได้แก่ อบต. เทศบาล พัฒนากร สถานีอนามัย วัด โรงเรียน สถานศึกษาต่าง ๆ ทั้งนี้ อบต. เทศบาล หรือชมรมผู้สูงอายุอาจเสนอแผน/โครงการของบประมาณประจำปีในการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ 2) ต้องมีการขยายผล เช่น รู้จักสร้างแกนนำคนอื่นต่อไป ดึงผู้สูงอายุที่ยังไม่เป็นสมาชิกให้เข้ามาร่วมกลุ่มด้วย 3) มีกิจกรรมของชมรมและกิจกรรมต้องมีความต่อเนื่อง ซึ่งจะทำให้มีการสร้างคนต่อไปเรื่อย ๆ จะทำให้ชมรมอยู่ต่อไปได้ โดยจัดกิจกรรมสอดคล้องกับวิถีชีวิตและตรงกับความต้องการของผู้สูงอายุ (ประนอม โอสถานนท์, ม.ป.ป. : 43)

ดังนั้น การที่ผู้สูงอายุได้เข้าเป็นสมาชิกกลุ่มหรือชมรมเป็นรูปแบบหนึ่งของการทำกิจกรรม ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมเป็นสมาชิกของกลุ่มหรือชมรมจะมีความรู้สึกว่าตนเองมีส่วนร่วมในสังคม เพิ่มความมีชีวิตชีวาให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองไม่ได้อ้างว้างหรือโดดเดี่ยว เนื่องจากกลุ่มหรือชมรมจะมีกิจกรรมที่จะต้องทำร่วมกัน สมาชิกกลุ่มใดหรือชมรมใดย่อมจะมีความคล้ายคลึงกัน ไม่ด้านใดก็ด้านหนึ่ง เช่น เพศ วัย หรืออาชีพ ผู้สูงอายุก็จะได้พบปะกับบุคคลที่มีความคล้ายคลึงกันกับตนเอง มีความสนใจร่วมกันในสิ่งใดสิ่งหนึ่ง นอกจากนี้ยังก่อให้เกิดความพึงพอใจ รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าและก่อให้เกิดความสุขในชีวิต การเป็นสมาชิกกลุ่มหรือชมรมนี้จะทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมมากขึ้น จากทฤษฎีกิจกรรมเชื่อว่าผู้ที่สามารถเข้าร่วมในกิจกรรมทางสังคมได้ย่อมมีโอกาสพบปะเพื่อนฝูงวัยเดียวกันและมองเห็นโลกกว้างขึ้น ทำให้ไม่มี

เวลาเหงาหรือเศร้าซึม ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในชีวิตสูงไปด้วย (Berghorn Schafer and others, 1981 : 343)

4.2) ส่งเสริมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ โดยอาจสนับสนุนให้ผู้สูงอายุร่วมกันจัดตั้งชมรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุขึ้นเองโดยเฉพาะ โดยอาจมีกิจกรรมอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น ด้านเศรษฐกิจ อาชีพ รายได้ การออกกำลังกาย ศิลปวัฒนธรรม เป็นต้น การที่ผู้สูงอายุมีสุขภาพแข็งแรง สามารถดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ได้ตามอัตภาพไม่เป็นภาระต่อลูกหลาน ทำให้รู้สึกภูมิใจและรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

ที่ผ่านมาชมรมผู้สูงอายุในพื้นที่โพไร่หวาน มีกิจกรรมที่ดำเนินการมาอย่างต่อเนื่อง คือ การจัดทัศนศึกษาสำหรับผู้สูงอายุ และมีผู้สูงอายุเข้าร่วมเพิ่มขึ้นมากในแต่ละปี มีการเข้าร่วมกับองค์การบริหารส่วนตำบลในการจัดประเพณีรดน้ำดำหัวผู้สูงอายุ และการจัดกิจกรรมต่าง ๆ ให้ผู้สูงอายุในวันตรวจสุขภาพประจำเดือนที่สถานีอนามัย โดยใช้สถานที่ขององค์การบริหารส่วนตำบลโพไร่หวาน ระหว่างการรอเพื่อตรวจสุขภาพ เช่น การร้องเพลงร่วมกัน การทายปัญหา การมอบของขวัญวันเกิดให้ผู้สูงอายุ การแจ้งข่าวสารต่าง ๆ ของชมรมผู้สูงอายุ เมื่อคณะผู้วิจัยได้ร่วมกับชุมชนจัดกิจกรรมเสริมสร้างคุณภาพกายและจิตให้ผู้สูงอายุ โดยการนิมนต์พระมาบรรยายธรรมะ การให้ความรู้เรื่องอาหาร การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ การออกกำลังกายของผู้สูงอายุอย่างง่าย การฟังดนตรีและร้องเพลงร่วมกับวงดนตรีจากชมรมทหารบกค่ายรามราชนิเวศน์ จังหวัดเพชรบุรี (ประสานงานโดยนายก อบต.) การรำวงร่วมกัน เป็นต้น ผลการประเมินเป็นที่พอใจของผู้สูงอายุในระดับมากถึงมากที่สุด และต้องการให้มีการจัดกิจกรรมร่วมกันในลักษณะนี้อีก ทั้งนี้จากการติดตามผลพบว่า หลังจากที่คณะผู้วิจัยได้ถอนตัวจากพื้นที่แล้ว ทางองค์การบริหารส่วนตำบลร่วมกับชมรมผู้สูงอายุ หมออนามัย อผส. อสม. ได้ร่วมกันจัดกิจกรรมให้ผู้สูงอายุในวันตรวจสุขภาพแต่ละเดือน ได้แก่ การนิมนต์พระบรรยายธรรมะ การนำนักศึกษาจากวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้ามาให้ความรู้เรื่องสุขภาพของผู้สูงอายุ การเชิญอาจารย์จากมหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรีให้ความรู้เรื่องการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ และการเชิญวิทยากรมาให้ความรู้ สาธิต และเชิญชวนผู้สูงอายุออกกำลังกายโดยการแกว่งแขน การอบรมการใช้คอมพิวเตอร์สำหรับผู้สูงอายุ โดยคณะวิจัยได้ร่วมประสานงานในบางกิจกรรมด้วย เช่น การนิมนต์พระ การสรุปเอกสารการออกกำลังกายโดยแกว่งแขน เป็นต้น ข้อสังเกต คือ การจัดกิจกรรมในวันตรวจสุขภาพของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมคือผู้มารับบริการตรวจสุขภาพในวันดังกล่าวเท่านั้น

ส่วนชมรมผู้สูงอายุเทศบาลตำบลหัวสะพาน ที่ผ่านมามีการจัดกิจกรรมวันแม่ วันพ่อแห่งชาติ โครงการแว่นแก้วเพื่อตรวจวัดสายตา ตัดแว่นตาให้สมาชิก จัดโครงการสูงค่า สูงวัย ใฝ่ธรรมะ โดยดูแลผู้สูงอายุที่ไปถืออุโบสถทุกวันพระ (เข้าพรรษาจนถึงออกพรรษา) ณ วัด

เสาวคนธ์ วัดเขมาภิรัติการาม และวัดบ่อหลวง และโครงการตรวจวัดความดัน เจาะไขมันในเส้นเลือด (ผู้รับบริการส่วนใหญ่คือผู้สูงอายุ) และในช่วงที่ทำวิจัยชมรมผู้สูงอายุเทศบาลตำบลหัวสะพานได้รับงบสนับสนุนจากรัฐ (29 เมษายน 2554) ในการจัดตั้งกองทุนสวัสดิการชุมชน ชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดเพชรบุรี สำหรับการจัดกิจกรรมเสริมสร้างคุณภาพชีวิตทางกาย (ครั้งที่ 1) ของผู้สูงอายุที่เทศบาลตำบลหัวสะพาน จึงเป็นกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุที่ไม่เคยจัดมาก่อน สถานที่คือ วัดเขมาภิรัติการาม โดยชมรมผู้สูงอายุร่วมกับคณะผู้วิจัยได้เชิญแพทย์ เภสัชกร และวิทยากร มาให้ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพ การใช้ยา วิธีทำให้อายุยืน การร้องเพลงและรำวงร่วมกันกับคณะผู้วิจัยและนักศึกษา ส่วนการจัดกิจกรรม (ครั้งที่ 2) เป็นการร่วมกับชมรมผู้สูงอายุเทศบาลตำบลหัวสะพาน จัดกิจกรรมวันผู้สูงอายุ คือ นิมนต์พระบรรยายธรรมะ รดน้ำผู้สูงอายุ กิจกรรมนันทนาการ (ได้รับความร่วมมือจากคณะครู อาจารย์ ของการศึกษานอกโรงเรียน) รำวงย้อนยุค และมอบข้าวสาร น้ำตาล ให้ผู้สูงอายุทุกคน (ได้รับความอนุเคราะห์จากบริษัทเอกชน) ผลการประเมินการจัดกิจกรรมทั้งสองครั้ง พบว่า ผู้สูงอายุต้องการให้มีการร่วมมือจัดกิจกรรมเช่นนี้อีก และจากการติดตามผลพบว่า หลังจากที่คณะผู้วิจัยถอนตัวจากพื้นที่แล้ว ทางชมรมผู้สูงอายุได้มีการจัดกิจกรรมเพิ่มขึ้นอีก ได้แก่ เชิญนักกฎหมายมาบรรยายให้ความรู้สิทธิผู้สูงอายุ พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ และกฎหมายน่ารู้สำหรับผู้สูงอายุ จัดอบรมการทำปุ๋ยน้ำชีวภาพ จัดกิจกรรมวันพ่อ และมอบเสื้อกันหนาวให้กับผู้สูงอายุที่อายุ 75 ปีขึ้นไป โดยขอความอนุเคราะห์จากบริษัทเอกชน จัดกิจกรรมพบแพทย์ โดยแพทย์เป็นวิทยากรให้ความรู้ การดูแลสุขภาพ การออกกำลังกาย และให้บริการตรวจสุขภาพผู้สูงอายุ และได้มีการจัดทำแผนเสริมสร้างคุณภาพชีวิตให้ผู้สูงอายุ โดยทั้งสองกิจกรรมหลังมีคณะผู้วิจัยเป็นผู้เชิญวิทยากรและเข้าร่วมกิจกรรมด้วย

กล่าวได้ว่าชมรมผู้สูงอายุของทั้งสองพื้นที่ สามารถดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ไปได้อย่างราบรื่น และมีผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมมากขึ้น เพราะมีประธานชมรมที่เสียสละ มีความตั้งใจจริงในการปฏิบัติงาน เห็นความสำคัญของผู้สูงอายุ และเป็นแบบอย่างที่ดี ในพื้นที่โพไร่หวานประธานชมรม คือ ข้าราชการเกษียณ ที่ อบต. และชุมชนให้ความเคารพนับถือ ในเทศบาลตำบลหัวสะพาน ประธานชมรมผู้สูงอายุมีตำแหน่งหน้าที่หลายอย่าง เป็นประธานสภาเทศบาลในปัจจุบัน ประธานกลุ่มหลายกลุ่มเคยเป็นอดีตผู้ใหญ่บ้านดีเด่น ในการดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุทั้งสองพื้นที่ได้รับการสนับสนุนทั้งงบประมาณ สถานที่ วัสดุอุปกรณ์ และบุคลากรจาก อบต. เทศบาล ดังคำให้สัมภาษณ์ของหมออนามัยโพไร่หวาน ที่ว่า “จะขออะไรทาง อบต. ก็ไม่เคยขัด ทำให้การดำเนินงานต่าง ๆ ราบรื่น ไม่มีปัญหา” นอกจากนั้นทั้งสองพื้นที่มีคณะกรรมการที่เสียสละมีความกระตือรือร้นในการดูแลผู้สูงอายุ ในส่วนของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุมีความสนใจและเข้าร่วมในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ทั้งนี้ค่อนข้างสอดคล้องกับผลการศึกษาความสามารถในการจัด

กิจกรรมด้านสุขภาพของชมรมผู้สูงอายุ โดย วรรณนิภา นาควัฒนะ (2548 : บทคัดย่อ) พบว่า ปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับความสามารถในการจัดกิจกรรมด้านสุขภาพของชมรมผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 1) ด้านผู้นำและคณะกรรมการ ต้องมีความเสียสละและตั้งใจจริงในการทำงาน โดยการมีวิสัยทัศน์ที่ดีต่อการดูแลสุขภาพ จะต้องเป็นแบบอย่างและมีความสามารถในการกระตุ้นให้สมาชิกเข้ามาร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ได้ 2) การสนับสนุนเงินทุนจากสมาชิกและคนในชุมชน จะสามารถทำให้กิจกรรมต่าง ๆ ดำเนินไปได้อย่างต่อเนื่อง ยั่งยืน ด้วยความเต็มใจ และการมีส่วนร่วมสนับสนุนจากสมาชิกเป็นหลัก เป็นการระดมทุนทรัพย์คนละเล็กละน้อย รวมถึงจากสมาชิกในชุมชนที่เป็นลูกหลานให้การสนับสนุนทั้งเงินทอง แรงงาน และวัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ 3) ความสามัคคีและความตั้งใจของสมาชิก มีส่วนทำให้กิจกรรมดำเนินไปได้อย่างต่อเนื่อง และสมาชิกสามารถช่วยเหลือกันเองได้อย่างดีด้วยความรักและเอื้ออาทรต่อกัน ดังที่ นายแพทย์ประเวศ วะสี (2541) ได้กล่าวว่า ตัวผู้สูงอายุเองจะต้องมีความตระหนักถึงคุณค่าของการมีสุขภาพดี และรู้ว่าวัยสูงอายุเป็นวัยที่เสี่ยงต่อการเจ็บป่วย ดังนั้นสมาชิกที่เข้ามาร่วมจะต้องทราบถึงประโยชน์ที่ตนได้รับ โดยมีความตั้งใจจริง และปฏิบัติตนอย่างต่อเนื่อง เพื่อเป็นแบบอย่างแก่เพื่อนร่วมวัยให้ใส่ใจในการดูแลสุขภาพตนเอง มีสุขภาพจิตที่ดี และอยู่ร่วมกับลูกหลานอย่างมีความสุข

อย่างไรก็ตาม จากการลงพื้นที่สัมภาษณ์ผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุบางคนให้ข้อคิดเห็นว่าการรวมตัวทำกิจกรรมของผู้สูงอายุบางคนทำได้ยาก เพราะผู้สูงอายุบางคนยังต้องทำงานหารายได้ บางคนมีภาระทำงานบ้าน บางคนห่วงบ้าน บางคนมีสุขภาพไม่แข็งแรง ไม่สามารถมาร่วมกิจกรรมได้ อย่างไรก็ตามในการเข้าร่วมกิจกรรมของชมรม ครอบครัวของผู้สูงอายุควรสนับสนุนในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ของผู้สูงอายุ เช่น อาจรับ – ส่งผู้สูงอายุ หรือเข้าร่วมกิจกรรมบางอย่าง ทั้งนี้ตามทฤษฎีกิจกรรม (Activity theory) ซึ่งพัฒนาขึ้นโดย Robert Havighurst (1963 : 350) อธิบายในศาสตร์ที่ว่าด้วยพฤฒาวิทยา (Gerontology) ทฤษฎีนี้มีความเชื่อว่า การที่ผู้สูงอายุได้ทำกิจกรรมต่าง ๆ เป็นประจำและสม่ำเสมอ จะทำให้ผู้สูงอายุมีที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า และมีความหมาย ทั้งนี้รูปแบบของการทำกิจกรรมสามารถแบ่งออกได้เป็น การมีกิจกรรมในครอบครัว การมีกิจกรรมทางสังคม และการมีงานอดิเรก (ศิริวรรณ ม่วงศรี, 2540 : 21 – 23) ซึ่งกิจกรรมที่ทำนั้นจะต้องมีทำเป็นประจำและสม่ำเสมอ เพื่อให้ผู้สูงอายุไม่เกิดความรู้สึกเบื่อหน่ายและเหงาอันเป็นสาเหตุของการเสื่อมถอยทางด้านจิตใจและจะมีผลต่อสุขภาพร่างกายที่ทรุดโทรมตามมา การเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ทำให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสพบปะเพื่อนฝูงวัยเดียวกัน ทำให้ไม่เหงาหรือเศร้าซึม จากการศึกษาของ Graney, M. J. (1975 : 701 – 706 อ้างถึงใน ทิพย์อรุณ สมภู่, 2552 : 13) ศึกษาเรื่องความสุขกับการมีส่วนร่วมในสังคม พบว่า ผู้สูงอายุที่มีความสุข คือ ผู้สูงอายุที่มีส่วนร่วมในสังคมมาก และผู้สูงอายุที่ไม่มีความสุข คือ ผู้สูงอายุที่มีส่วนร่วมในสังคมน้อย

4.3) ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุทำงานอดิเรกที่ชื่นชอบยามว่าง งานอดิเรกเป็นส่วนหนึ่งของการทำกิจกรรมของผู้สูงอายุ เนื่องจากวัยที่สูงอายุขึ้นทำให้ต้องลดกิจกรรมและบทบาททางสังคมลงไปโดยปริยาย (สุรกุล เจนอบรม, 2534 : 35) ผู้สูงอายุจะมีเวลาว่างมากขึ้น หากไม่มีงานอดิเรกหรือกิจกรรมอย่างอื่นมาทำจะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกเป็นคนว่างงาน ไร้ค่า การทำงานอดิเรกยามสูงอายุถือเป็นการพักผ่อนอย่างหนึ่ง เพราะจะทำให้เกิดความรู้สึกเพลิดเพลิน พึงพอใจในการได้ทำในสิ่งที่ตนเองชอบ บางครั้งงานอดิเรกที่ผู้สูงอายุทำอาจก่อให้เกิดรายได้ขึ้นมา ดังนั้นผู้สูงอายุที่มีงานอดิเรกทำจะมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้สูงอายุที่อยู่เฉย ๆ ไม่มีอะไรทำ

5) มาตรฐานด้านความมั่นคงทางสังคม ครอบครัว ผู้ดูแล และการคุ้มครอง

5.1) ควรจัดกิจกรรมต่าง ๆ ที่บูรณาการสำหรับคนทุกวัย เช่น จัดกิจกรรมต่าง ๆ ที่ส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุ ครอบครัว และชุมชน เช่น วันพ่อ วันแม่ วันเข้าพรรษา วันสงกรานต์ วันผู้สูงอายุ ฯลฯ และผู้นำชุมชนควรมีบทบาทในการสร้างกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นนอกจากครอบครัว ให้ชุมชนเห็นคุณค่าของผู้สูงอายุ ซึ่งอาจเป็นกิจกรรมนันทนาการ การออกกำลังกาย การให้การศึกษาเพิ่มเติม การฝึกอาชีพ เป็นต้น กิจกรรมดังกล่าวผู้สูงอายุสามารถเป็นทั้งผู้ให้และผู้รับได้

5.2) การจัดอบรมแนะนำเรื่องการดูแลสุขภาพ การออกกำลังกาย ควรให้บุตรหลานและผู้ที่สนใจเข้าร่วมกับผู้สูงอายุด้วย เพื่อให้มีความรู้และนำมาถ่ายทอด แนะนำบอกต่อ หรือนำมาปฏิบัติให้ผู้สูงอายุและตนเองยังได้รับความรู้เพื่อเป็นการเตรียมพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ

5.3) ควรบูรณาการงานด้านผู้สูงอายุ นอกจากมุ่งสู่กลุ่มเป้าหมายคือผู้สูงอายุแล้ว ควรขยายออกไปให้ครอบคลุมกลุ่มประชากรก่อนวัยผู้สูงอายุ เพื่อให้มีการเตรียมความพร้อมตั้งแต่ก่อนเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ รับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเพื่อปรับทัศนคติ การเรียนรู้ การสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่นให้สามารถดำรงชีวิตในวัยสูงอายุได้อย่างเหมาะสมกับตนเอง สอดคล้องกับสถานการณ์ทางสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป มีการเตรียมการวางแผนสำหรับการดำเนินชีวิตในวัยสูงอายุ ทั้งส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุ่มเสี่ยงทางสุขภาพ ทั้งการบริโภคมีแบบแผนการบริโภคที่ได้คุณค่าทางโภชนาการ งดการสูบบุหรี่ งดดื่มสุรา มีการออกกำลังกายสม่ำเสมอ รู้จักใช้ชีวิตประจำวันที่เหมาะสม รู้จักคลายความเคร่งเครียด มีการพักผ่อนทั้งร่างกายและจิตใจ เป็นต้น สิ่งเหล่านี้ช่วยลดความเสี่ยงจากการเป็นโรคที่ป้องกันได้ทั้ง 5 โรค คือ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง เส้นเลือดในสมองตีบ โรคหัวใจ และโรคมะเร็ง ส่งผลให้ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลในช่วงวัยสูงอายุ

5.4) สถาบันทั้งสามสถาบัน ได้แก่ สถาบันครอบครัว (บ้าน) สถาบันศาสนา (วัด) และสถาบันการศึกษา (โรงเรียน) ควรร่วมกันทำหน้าที่ขัดเกลาทางสังคม (Socialization) คือ อบรมสั่งสอนบุตรหลาน เลี้ยงดูพ่อ แม่ ปู่ ย่า ตา ยาย โดยปลูกฝังความกตัญญูให้ลูกหลาน ตามธรรมเนียมและบรรทัดฐานที่ปฏิบัติสืบมาของสังคมไทย การดูแลผู้สูงอายุโดยเฉพาะพ่อแม่ที่แก่ชราเป็นหน้าที่ความรับผิดชอบของบุตรหลานและตามคำสอนและความเชื่อทางศาสนา เช่น เรื่องความกตัญญูกตเวที บาปบุญและเรื่องนรกสวรรค์ โดยมีบรรทัดฐานทางสังคมทำหน้าที่คอยกำกับ เป็นการตอบแทนพระคุณผู้สูงอายุ ทั้งนี้ พ่อ แม่ ผู้ปกครอง รับหน้าที่อบรมเลี้ยงดูเป็นสถาบันแรกแก่เด็กทำให้เกิดแบบแผนการประพฤติปฏิบัติ ความเชื่อ หรือทัศนคติในเรื่องต่าง ๆ ให้เด็กได้มากที่สุด และครอบครัวได้ส่งต่อบทบาทนี้ให้สถาบันการศึกษา คือ ให้โรงเรียนเป็นองค์กรในการขัดเกลาทางสังคม เพื่อให้เด็กได้มีโอกาสเรียนรู้กฎเกณฑ์หรือได้รับการศึกษาการอบรมปลูกฝังต่อจากครอบครัว ช่วยให้เด็กมีทักษะทางสังคมที่เหมาะสม สถาบันศาสนาซึ่งประกอบด้วยนักบวชและผู้เผยแพร่ศาสนา ทำหน้าที่ขัดเกลาเกี่ยวกับจริยธรรม ศีลธรรม เป็นต้น นอกจากสถาบันครอบครัวแล้ว ชุมชนถือว่าเป็นแหล่งที่สามารถขัดเกลาทางสังคมแก่เด็กและเยาวชนได้ในรูปแบบของการถ่ายทอดวิถีการดำเนินชีวิตในบริบทแวดล้อมตัวเด็กรวมถึงสื่อมวลชน ได้แก่ โทรทัศน์ ภาพยนตร์ หนังสือพิมพ์ สิ่งตีพิมพ์ วิทยุ และอื่น ๆ สิ่งเหล่านี้เป็นสื่อทำให้เกิดค่านิยม ความเชื่อ ทัศนคติ และได้เรียนรู้พฤติกรรมแบบอย่างต่าง ๆ แล้วนำมาประพฤติปฏิบัติในสังคม (วรรณลักษณ์ เนียมเกิด, 2549 : 16 – 17)

จะเห็นได้ว่า บ้าน วัด โรงเรียน มีบทบาทสำคัญในการปลูกฝังความกตัญญูให้ลูกหลาน นอกจากนี้ พ่อ แม่ ต้องเป็นตัวอย่างที่ดี ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับตัวเด็กเองด้วย เนื่องจากปัจจุบันเด็กไม่ค่อยไปวัด จึงต้องปลูกจิตสำนึกให้เด็กมีความกตัญญูตั้งแต่ยังเล็ก โรงเรียนเน้นสอนศีลธรรม นิมนต์พระมาสอนเด็กที่โรงเรียน จัดกิจกรรมหรือสอดแทรกในหลักสูตรการเรียนการสอน ขณะเดียวกันผู้สูงอายุต้องปรับตัวเองด้วย ทำตนให้น่าเคารพ ไม่บ่น ไม่จู้จี้ ไม่ทำตัวให้น่าเบื่อหน่าย บุตรหลานต้องเข้าใจลักษณะของผู้สูงอายุ ไม่มีนิสัยก้าวร้าว พ่อแม่ต้องอบรมสั่งสอนและเป็นตัวเชื่อมระหว่างบุตรหลานกับรุ่นปู่ ย่า ตา ยาย เป็นตัวอย่างที่ดี และชุมชนต้องให้ความสำคัญช่วยกันสอดส่องดูแลว่ากล่าวตักเตือนลูกบ้านที่ไม่เคารพผู้มีพระคุณ และร่วมกันยกย่องบุคคลที่มีความกตัญญูรู้คุณ กล่าวคือ ต้องมีการร่วมมือกันหลาย ๆ ฝ่าย (ผลจากการสนทนากลุ่ม) ตลอดจนชุมชนต้องร่วมกันสร้างโอกาสให้ผู้สูงอายุมีบทบาทในชุมชน เพื่อการเป็นผู้ให้แก่ชุมชนด้วย

มีงานวิจัยหลายชิ้นระบุว่า ลูกหลานหรือคนในสังคมไทยโดยภาพรวมแล้วยังคงให้ความสำคัญกับประเด็นความกตัญญูกตเวที หรือความรู้สึกสำนึกในบุญคุณของพ่อแม่ เช่น งานวิจัยของ จิราพร เกศพิชญวัฒนา (2542) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการกระทำหน้าที่ของลูกในยามที่พ่อ

แม่ที่สูงอายุเจ็บป่วย ที่ถึงแม้จะพบว่าบุตรซึ่งเป็นผู้ดูแลพ่อแม่ซึ่งเป็นผู้สูงอายุที่กำลังป่วย มีความรู้สึกทั้งเชิงบวกและเชิงลบต่อการที่ต้องกระทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลพ่อแม่ในยามเจ็บป่วยก็ตาม แต่โดยภาพรวมนั้นงานวิจัยดังกล่าวพบว่า บุตรหลานที่เป็นผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ยังคงให้ความสำคัญต่อความกตัญญูกตเวที หรือมองว่าเป็นความสำคัญและความจำเป็นที่บุตรหลานควรกระทำต่อบิดามารดาของตนโดยไม่มีเงื่อนไข (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2553 : 178)

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้เข้าร่วมประชุมเสนอแนะว่า ควรมีการให้รางวัลบุตรหลานที่มีความกตัญญู ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวเพื่อเป็นตัวอย่างที่ดีในชุมชน

5.5) มีการรณรงค์ ประชาสัมพันธ์ และสร้างความตระหนักในคุณค่าของผู้สูงอายุ สังคมไทยได้มีการกำหนดคุณค่าให้กับบุคคลที่สูงอายุ นอกเหนือจากค่านิยมเรื่องความกตัญญูกตเวที ได้แก่ ค่านิยมเกี่ยวกับระบบอาวุโส ค่านิยมการเคารพยกย่องให้เกียรติผู้สูงอายุ ค่านิยมการตอบแทนบุญคุณผู้สูงอายุ ค่านิยมเกี่ยวกับศักดิ์ศรีของความเป็นคนของผู้สูงอายุ ค่านิยมที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุที่สะท้อนอยู่ในสำนวน สุภาษิต คำพังเพย เช่น ผู้สูงอายุเป็นร่มโพธิ์ร่มไทรของครอบครัว ผู้สูงอายุเป็นพรหมของบุตร เป็นต้น จากผลการศึกษาของ กรรณิกา เจริญลักษณ์ (2545 : 103 – 105) ศึกษาเรื่องบทบาทของผู้สูงอายุในฐานะเป็นผู้ให้การสนับสนุนแก่สังคม ศึกษาเฉพาะกรณีชมรมผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร ในทัศนะด้านจิตใจและอารมณ์ พบว่าผู้สูงอายุเห็นด้วยที่รัฐควรสนับสนุนการประกาศเกียรติคุณผู้สูงอายุที่เป็นตัวอย่างที่ดีแก่สังคมให้เป็นไปอย่างต่อเนื่อง นอกจากผู้สูงอายุจะเกิดความภาคภูมิใจในตัวเองแล้วยังได้เป็นตัวอย่างที่ดีให้กับเด็กและเยาวชนรุ่นหลังได้ปฏิบัติตามแต่ในสิ่งที่ดีงาม รวมถึงรัฐควรสนับสนุนการรณรงค์ให้สังคมมีจิตสำนึก และตระหนักเห็นคุณค่าและศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุด้วย

5.6) ส่งเสริมการดูแลผู้สูงอายุโดยครอบครัวของผู้สูงอายุ จากผลการวิจัยครั้งนี้ ผลการสนทนากลุ่มพบว่า การดูแลผู้สูงอายุควรเป็นหน้าที่ของครอบครัว คือ ลูกหลานและครอบครัวของผู้สูงอายุ จึงจะขอความช่วยเหลือจากชุมชน สอดคล้องกับการให้สัมภาษณ์ของผู้สูงอายุหลายท่านที่ต้องการอยู่กับครอบครัวจนวาระสุดท้ายของชีวิต ทั้งนี้สอดคล้องกับผลงานวิจัยของ ศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2549 : บทคัดย่อ) เรื่องระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในครอบครัว พบว่า แต่ละครอบครัวมีผู้ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุเป็นหลัก ครอบครัวทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุในการดำเนินชีวิตทุกอย่าง ต่อจากครอบครัวที่เป็นเครือข่ายให้ความช่วยเหลือในการดูแลมากที่สุด คือ ญาติ งานวิจัยนี้ได้มีการสัมภาษณ์ผู้นำชุมชน ผลการศึกษาสรุปว่า ผู้นำชุมชนมีทัศนะว่า ครอบครัวควรมีบทบาทสำคัญในการดูแลเช่นกัน ทั้งนี้ผลงานวิจัย (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2549 : บทคัดย่อ) สรุปว่า ปัญหาสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัว คือ ปัญหาด้านรายได้ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุในครอบครัว ได้แก่ ความสามารถ

ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ บทบาทของผู้ดูแลและภาวะทางเศรษฐกิจของครอบครัว สถาบันครอบครัวเป็นสถาบันหลักที่ให้ความช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ ครอบครัวมีบทบาทในการตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ 3 ด้าน ดังนี้ (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2536 : 13) 1) บทบาทในการตอบสนองความต้องการด้านร่างกายของผู้สูงอายุ ได้แก่ การดูแลเรื่องอาหารการกิน เครื่องนุ่งห่ม เครื่องใช้ การจัดที่อยู่อาศัยให้อยู่อย่างเหมาะสม ให้การดูแลสุขภาพอนามัย การรักษาพยาบาล และอนามัยส่วนบุคคล รวมทั้งในการช่วยเหลือด้านการเงิน ด้านแรงงาน อำนวยความสะดวกเรื่องพาหนะและการเดินทาง 2) บทบาทในการตอบสนองความต้องการทางอารมณ์จิตใจของผู้สูงอายุ ได้แก่ ให้ความเคารพนับถือ ให้เกียรติ ให้ความยกย่อง สนับสนุนให้มีงานอดิเรกและมีงานทำตามความสามารถ ดูแลให้ได้เข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา และได้รับความบันเทิงและนันทนาการตามสมควร อย่างเหมาะสม และ 3) บทบาทในการตอบสนองความต้องการด้านสังคมของผู้สูงอายุ ได้แก่ ให้ผู้สูงอายุได้พบญาติและเพื่อนฝูง เปิดโอกาสให้มีส่วนในกิจกรรมของครอบครัวและสังคมภายนอก ให้ได้รับข่าวสาร เพื่อรับรู้ความเป็นไปของสังคมและการพัฒนาตนเอง

จะเห็นได้ว่าสมาชิกในครอบครัวเป็นตัวแทนทรัพยากรทางสังคมที่สำคัญที่สุดของผู้สูงอายุ เป็นผู้ให้การสนับสนุนทางสังคม หรือเกื้อหนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุ การที่บุตรหลานแสดงความรัก ความเอาใจใส่ เคารพยกย่อง กตัญญูกตเวทีต่อผู้สูงอายุทั้งทางร่างกาย อารมณ์ และสังคม ขณะเดียวกันผู้สูงอายุควรมีบทบาทต่อครอบครัว ดังนี้ (มัลลิกา มัติโก และคณะ, 2542 : 1) อยู่กับลูกหลานอย่างมีศักดิ์ศรี รู้จักโอนอ่อนผ่อนปรน ไม่เอาแต่ใจตนเอง จู้จี้จุกจิก สร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับลูกหลาน เป็นที่ปรึกษาให้กำลังใจ ช่วยเหลือบุตรหลานตามควร 2) มองชีวิตตนเองในทางที่ดี มีความภาคภูมิใจที่สามารถเป็นที่พึ่งให้ผู้อ่อนวัย 3) ยอมรับฟังความคิดเห็นของลูกหลาน สมาชิกในครอบครัว จะทำให้สัมพันธภาพเป็นไปด้วยดี 4) เป็นที่ปรึกษาและให้กำลังใจแก่ลูกหลานและสมาชิกในครอบครัวเมื่อมีปัญหา การดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุที่ผ่านมาย่อมมีปัญหาและอุปสรรคนานัปการ จึงมีประสบการณ์ที่นำมาเป็นบทเรียน ให้คำปรึกษา แนะนำ และให้กำลังใจแก่ลูกหลานได้เป็นอย่างดี ดังนั้นการถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์ในอดีตจึงเป็นสิ่งที่มีค่ายิ่ง และ 5) ผู้สูงอายุควรช่วยเหลือครอบครัวตามความสามารถและความถนัด เช่น ดูแลลูกหลาน ดูแลบ้าน ช่วยทำงานบ้าน เป็นต้น

5.7) มีการประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ หรือจัดอบรม หรือจัดประชุมประชาคม เกี่ยวกับสิทธิที่ผู้สูงอายุพึงได้รับตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ ปี พ.ศ.2546 และสิทธิของผู้สูงอายุตามมาตรา 11 ของพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546 ซึ่งพระราชบัญญัติกำหนดให้มีการคุ้มครองผู้สูงอายุที่ได้รับการปฏิบัติไม่เหมาะสมจากบุคคลใกล้ชิดหรือดูแล การส่งเสริมและ

สนับสนุนในด้านต่าง ๆ มีการกำหนดกรอบสิทธิการให้บริการต่าง ๆ ของผู้สูงอายุ และได้มีการมอบหมายให้หน่วยงานต่าง ๆ ดำเนินการตามกฎหมาย เพื่อจัดบริการให้ผู้สูงอายุตามหลักการของกฎหมาย เพื่อให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ จากผลการศึกษาการเข้าถึงสิทธิตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546 พบว่า ภาพรวมการใช้บริการตามสิทธิของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 61.8) ไม่รับทราบว่ามีการบริการตามสิทธิของผู้สูงอายุ (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และวรรณลักษณ์ เนียมเกิด, 2551) จึงควรสร้างกลไกในการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเพิ่มขึ้น เพิ่มการประชาสัมพันธ์ในสิทธิต่าง ๆ ของผู้สูงอายุผ่านกลไกประชาสัมพันธ์ เช่น สื่อวิทยุ โทรทัศน์ วิทยุชุมชน หอกระจายข่าว และกลไกการจัดการความรู้ในชุมชนผ่านชมรมผู้สูงอายุทั่วประเทศ โดยสื่อสารข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องและตีความตรงกัน

5.8) ควรจัดทำโครงการ/กิจกรรมเผยแพร่ภูมิปัญญาผู้สูงอายุ โดยการสำรวจ รวบรวม จัดทำทะเบียนภูมิปัญญาผู้สูงอายุ สนับสนุน ส่งเสริมผู้สูงอายุที่เป็นภูมิปัญญาในด้านต่าง ๆ เป็นวิทยากรให้เด็ก เยาวชน ผู้สนใจ เช่น ภูมิปัญญาผลิตสินค้า OTOP ภูมิปัญญาแพทย์แผนโบราณ ภูมิปัญญาศิลปะการแสดง เป็นต้น นอกจากสังคมจะได้รับประโยชน์แล้ว ผู้สูงอายุก็มีส่วนที่มีโอกาสได้บำเพ็ญตนให้เป็นประโยชน์แก่สังคม ชุมชน มีโอกาสแสดงศักยภาพและใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ ทำให้สุขภาพกายและสุขภาพจิตดี และยังเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทั้งในหมู่ผู้สูงอายุด้วยกันเองอีกด้วย ทั้งนี้ยังมีผู้สูงอายุจำนวนมากมีความรู้อย่างแท้จริง แต่สังคมไม่เปิดโอกาส เพราะมองว่าคนสมัยใหม่เหมาะกับยุคเทคโนโลยีสื่อสารสมัยใหม่มากกว่า ทั้งที่ความเป็นจริงแล้วคุณสมบัติที่สำคัญอย่างหนึ่งของผู้สูงอายุซึ่งมองไม่เห็นแต่สามารถสัมผัสได้ คือ ภูมิปัญญาที่ผู้สูงอายุได้สร้างสรรค์ สั่งสมสืบทอดมาจากคนรุ่นก่อน สิ่งเหล่านี้พร้อมที่จะส่งผ่านไปยังคนรุ่นหลัง ด้วยการสอนการทำให้เห็นเป็นตัวอย่าง หรือด้วยการให้คำปรึกษาแนะนำ ผู้สูงอายุเหมือนกับ “คลัง” แห่งภูมิปัญญา ซึ่งภูมิปัญญาของผู้สูงอายุมีทั้งส่วนที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการดำรงชีวิต และส่วนที่เป็นเรื่องของกุศลธรรมและสุนทรียะ คือ ความดีและความงามของชีวิต สำหรับภูมิปัญญาผู้สูงอายุที่เป็นเรื่องของคุณธรรมและความรู้อันว่าด้วยความดีและความงาม ในฐานะที่ผ่านโลกมาก่อน ผู้สูงอายุอยู่ในฐานะเหมาะสมที่จะเป็นผู้ชี้แนะแก่อนุชนรุ่นหลังในสิ่งที่ถูกที่ควร หรืออย่างน้อยก็ได้รับการคาดหวังว่าจะช่วยชี้แนะได้ บนพื้นฐานของการเรียนรู้และการได้ผ่านประสบการณ์มาก่อน ผู้สูงอายุจำนวนไม่น้อยมีความรู้เชี่ยวชาญในสุนทรียศาสตร์ซึ่งเป็นเอกลักษณ์ของชาติ หรือชุมชน และได้ถ่ายทอดความรู้เหล่านั้นให้คนรุ่นหลังเป็นการสืบสานศิลปวัฒนธรรม บางคนในชุมชนที่เป็นปราชญ์ชาวบ้านมีความพร้อมด้วยวัยวุฒิและคุณวุฒิ ดำรงชีวิตเป็นแบบอย่าง เป็นเหมือนขุมทรัพย์ของชุมชนท้องถิ่น เป็นที่เคารพนับถือของคนทั่วไป มีบทบาทสำคัญในการเป็นผู้ให้ และมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ของชุมชนในฐานะเป็นผู้ให้ความรู้ ความคิด ให้

คำปรึกษาในกิจกรรมขององค์กรชุมชน จึงกล่าวได้ว่าผู้สูงอายุเป็นคลังแห่งภูมิปัญญาหรือเป็น “ธนาคารสมอง” ซึ่งคนรุ่นหลังสามารถและขอคำปรึกษาและเรียนรู้เพื่อใช้ประโยชน์หรือปรับปรุงต่อยอดให้เหมาะสมสอดคล้องกับยุคสมัยของตนได้ ดังพระราชดำรัสของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวซึ่งพระราชทานเมื่อวันที่ 4 ธันวาคม 2549 มีประเด็นรับสั่งว่า “คนที่มีอายุมาก ถือว่ามีกำลังปฏิบัติงานได้อีกไม่ใช่น้อย คนที่อายุมากได้เปรียบเพราะมีความรู้ และความมีอายุมากเป็นคุณสมบัติของคนที่มีประสบการณ์ หากใช้ความอายุมากเป็นประสบการณ์ จะสามารถช่วยคนอื่นได้มาก และช่วยให้ส่วนรวมก้าวหน้าได้” พระราชดำรัสดังกล่าวสอดคล้องสัมพันธ์กับพระราชดำริของสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พระบรมราชินีนาถ ที่ได้พระราชทานเมื่อวันที่ 11 สิงหาคม 2543 ใจความสำคัญคือ ทรงเห็นคุณค่าของผู้ที่เกษียณอายุว่า เป็นผู้ที่เก่ง ฉลาด ได้เรียนรู้ และฝึกทดลองมามาก มีคุณค่าสูง จึงเชิญให้ร่วมกันเป็นอาสาแผ่นดินทำประโยชน์ให้บ้านเมือง ซึ่งปัจจุบันรู้จักกันในนามของวุฒิอาสาธนาคารสมอง (กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. 2550) ที่ผ่านมาทั้งในพื้นที่โพไร่หวาน และเทศบาลตำบลหัวสะพาน มีการเชิญครูภูมิปัญญาศิลปะการแสดงไปสอนนักเรียนในโรงเรียน ทั้งนี้ผลการจัดทำฐานข้อมูลผู้สูงอายุในทั้งสองพื้นที่พบว่า มีผู้สูงอายุหลายท่านมีความรู้ด้านต่าง ๆ และพร้อมที่จะถ่ายทอดให้ชุมชน ซึ่งสถาบันการศึกษาควรมีบทบาทส่งเสริมภูมิปัญญาท้องถิ่น

5.9) ส่งเสริมสนับสนุนการจัดกิจกรรมต่าง ๆ ทางศาสนา เพื่อส่งเสริมสุขภาวะของผู้สูงอายุ ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา การไปวัดหรือร่วมกิจกรรมทางศาสนาเป็นกิจกรรมที่ผู้สูงอายุมักเลือกปฏิบัติมากกว่ากิจกรรมอื่น ๆ (อรวรรณ ฉ่ำชื่น, 2541 และ ธัญญา สนิทวงศ์ ณ อยุธยา, 2542) การที่ผู้สูงอายุได้ทำกิจกรรมทางศาสนาส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในชีวิตสูงด้วย ทั้งนี้จุดแข็งของสังคมไทย คือ การมีพระพุทธศาสนาและได้รับการยอมรับว่าประเทศไทยเป็นเมืองทางพุทธศาสนา มีความผูกพันระหว่างวัดกับชุมชน นับว่าเป็นทุนทางจิตวิญญาณ (Spiritual Capital) ทุนทางวัฒนธรรม (Cultural Capital) ในสังคมไทยมาตั้งแต่อดีตจนปัจจุบัน หรือตั้งแต่เกิดจนตาย ศาสนาเป็นที่ยึดเหนี่ยวสุดท้ายของชีวิต การที่ผู้สูงอายุรู้และเข้าใจนำหลักธรรมคำสอนมาใช้ปฏิบัติได้อย่างถูกต้องเหมาะสม เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิต เป็นวิธีการหนึ่งที่จะดูแลส่งเสริมสุขภาพจิตให้มั่นคง สงบ ร่มเย็นได้ เพราะจิตเป็นนาย กายเป็นบ่าว การประคับประคองรักษาจิตจึงนับว่าเป็นสิ่งสำคัญยิ่ง โดยใช้ธรรมปฏิบัติ เช่น 1) การสวดมนต์ทำบุญ 2) การถือศีล 5 ศีล 8 และอุโบสถศีล 3) การเจริญสติ 4) การปฏิบัติสมาธิภาวนา และวิปัสสนาภาวนา 5) การเดินจงกรม เป็นต้น ทั้งนี้ผู้สูงอายุอาจเลือกปฏิบัติตามความสะดวก ตามความเหมาะสมกับสภาพทางเศรษฐกิจ เวลา และสภาพร่างกายของผู้สูงอายุเอง การไปวัดทำให้ผู้สูงอายุได้รับความสงบ และความผาสุกทางด้านจิตใจจากหลักธรรมคำสั่งสอนทาง

ศาสนา ผู้สูงอายุยังได้พบปะกับบุคคลอื่นในสังคม และได้ชีวิตทางสังคม จากการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น (ศิริวรรณ ศิริบุญ, 2545 : 6 – 14) ทั้งนี้จากผลการศึกษาประสบการณ์และสุขภาวะของผู้สูงอายุไทยที่ถือศีลแปดที่วัด โดย สาคร อินโทโล่ และ จิราพร เกศพิชญวัฒนา (2550 : บทคัดย่อ) เก็บข้อมูลโดยวิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกผู้สูงอายุจำนวน 12 ราย ผลการวิจัยพบว่า ประสบการณ์การถือศีลแปดที่วัดของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 3 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) สาเหตุของการก้าวเข้าสู่การปฏิบัติธรรม อันเกิดจากการปฏิบัติตามความเชื่อ การประสบกับเหตุการณ์ที่กระทบชีวิต 2) การปรับตัวเป็นผู้ปฏิบัติธรรม โดยการเตรียมความพร้อม การปรับพฤติกรรมให้เหมาะสม ฝึกฝนตนเองอย่างตั้งใจ และ 3) การปฏิบัติธรรมเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต โดยใช้หลักธรรมเป็นแนวทางในการดำเนินชีวิต ปฏิบัติธรรมจนเป็นกิจวัตรประจำวัน และผลการศึกษาสุขภาวะของผู้สูงอายุที่ถือศีลแปด พบว่า ประกอบด้วย 4 ประเด็นหลัก คือ 1) การมีความสุขกาย สบายกาย อาการเจ็บป่วยดีขึ้น 2) การมีจิตใจที่สงบ สบายใจ ตัดความทุกข์ใจได้ มีสติ 3) การมีกิจกรรมทางสังคม โดยการมีเพื่อนวัยเดียวกัน การเป็นที่ยอมรับในสังคม และ 4) การเป็นผู้มีบุญจากการปฏิบัติธรรม โดยได้รับผลบุญทั้งในชาตินี้ และสร้างสมบุญเพื่อชาติหน้า จากการสัมภาษณ์ในการวิจัยครั้งนี้พบว่า มีผู้สูงอายุไปปฏิบัติธรรมที่วัดน้อยลงกว่าที่ผ่านมา ท่านเจ้าอาวาสและรองเจ้าอาวาสกล่าวว่า “อยากให้ผู้สูงอายุจูงลูกหลานเข้าวัด หรือลูกหลานพาผู้สูงอายุมาวัด” ทั้งนี้อาจเป็นเพราะความเสื่อมของสภาพร่างกายมาลำบาก ทั้งนี้ท่านเจ้าอาวาสได้กล่าวว่า “ถ้าผู้สูงอายุคนใดอยากมาวัดถือศีลทางวัดพร้อมจะส่งรถไปรับและเตรียมเก้าอี้นั่งสำหรับผู้สูงอายุที่นั่งพื้นไม่สะดวกไว้ให้” ผู้สูงอายุบางคนให้สัมภาษณ์ว่า “อยากมาวัด แต่ลุกนั่งลำบาก บางคนเขาติดภารกิจ” “บางคนต้องทำงานมาอยู่วัดหลายวันไม่ได้” “บางคนมีโรคประจำตัว” ทั้งนี้จากผลงานวิจัยของ ธัญญา สนิทวงศ์ ณ อยุธยา (2542 : บทคัดย่อ) พบว่า ผู้สูงอายุที่ไม่เจ็บป่วยมีสัมพันธภาพกับวัด/ศาสนสถานมากกว่าผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย ซึ่งสอดคล้องกับสภาพความเป็นจริง คือ ผู้ที่ไม่เจ็บป่วยย่อมมีสภาพร่างกายที่แข็งแรง สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้

5.10) ฟื้นฟูบทบาทของวัดให้เป็นศูนย์กลางชุมชนในทุกด้าน เป็นศูนย์รวมกิจกรรมทางสังคมของคนในชุมชน โดยเฉพาะกิจกรรมทางด้านศาสนาและกิจกรรมด้านสังคมของชุมชน เป็นที่สงบจิตใจ เป็นที่พักผ่อนของชุมชน และเป็นศูนย์กลางการเรียนรู้ภูมิปัญญาท้องถิ่น ซึ่งวัดจะต้องมีจุดประสานระหว่างวัด บ้าน และโรงเรียน ในรูปคณะกรรมการพัฒนาวัด โดยบ้านและโรงเรียนจะเข้ามามีบทบาทสำคัญ กิจกรรมหลักที่จะขับเคลื่อนให้บ้าน วัด และโรงเรียนดำเนินการร่วมกัน คือ วันสำคัญทางพระพุทธศาสนา ได้แก่ วันมาฆบูชา วันวิสาขบูชา วันอาสาฬหบูชา วันเข้าพรรษา วันธรรมสวนะ (วันพระ) วันสำคัญของชาติ ได้แก่ วันที่ 12 สิงหาคม และวันที่ 5 ธันวาคม เป็นต้น

5.11) การจัดโครงการวัดส่งเสริมสุขภาพ ตามที่กรมอนามัยได้ดำเนินโครงการดังกล่าวมาตั้งแต่ปี พ.ศ.2546 โดยมีเกณฑ์ประเมินวัดส่งเสริมสุขภาพในเรื่องต่อไปนี้ 1) ร่มรื่น ความสะอาดของอาคารสถานที่ บริเวณลานและสิ่งแวดล้อมในวัด 2) ร่มเย็น การปฏิบัติธรรม ทำบุญ มีการจัดกิจกรรมที่เอื้อต่อการเผยแพร่ความรู้ในการดูแลสุขภาพ 3) ร่วมสร้างบุคลากรในวัดมีกิจกรรมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ 4) ร่วมจิต ดำรงสืบสานศิลปวัฒนธรรมประเพณี ภูมิปัญญา กิจกรรมที่เอื้อต่อการอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม และ 5) ร่วมพัฒนา มีส่วนร่วมในเรื่องของการพัฒนาการบริหารของกระบวนการจัดส่งเสริมสุขภาพ ทั้งนี้ในแต่ละเกณฑ์ประเมินได้มีการกำหนดตัวชี้วัดย่อยเพื่อใช้ในการประเมินด้วย ในแต่ละปีจะมีการมอบโล่รางวัลประกาศเกียรติคุณยกย่องวัดส่งเสริมสุขภาพดีเด่น ทั้งนี้จากการติดตามผลโดยกรมอนามัยการดำเนินโครงการวัดส่งเสริมสุขภาพนี้ได้รับความร่วมมือร่วมใจเป็นอย่างดีจากพระผู้นำฝ่ายบรรพชิต กรรมการวัด ผู้สูงอายุ ประชาชน หน่วยสาธารณสุข และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ และคณะ, 2551 : 52)

5.12) ควรใช้กลไกต่าง ๆ ในการเผยแพร่ข่าวสาร หรือประชาสัมพันธ์เรื่องต่าง ๆ ให้กับผู้สูงอายุ โดยควรจัดทำรายการประจำปีหรือรายเดือน และมีเอกสารประกอบด้วย เช่น จดหมายข่าว แผ่นพับ มีการประสานงานระหว่างฝ่ายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น การประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เรื่องโรคต่าง ๆ การดูแลสุขภาพกายและจิตของผู้สูงอายุ เป็นต้น ในการดำเนินงานใช้วิธีการมีส่วนร่วมของฝ่ายต่าง ๆ เช่น ทางฝ่ายเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือสถาบันการศึกษา มีความรู้ในเรื่องต่าง ๆ แต่ไม่มีงบประมาณ อาจนำข้อมูลความรู้ต่าง ๆ มาให้เจ้าหน้าที่ อบต. เทศบาล ออกเสียงตามสายทางหอกระจายข่าว หรือประชาสัมพันธ์ทางวิทยุชุมชนตลอดจน อบต. เทศบาล จัดทำเอกสารต่าง ๆ ให้สมาชิก อบต. หมู่บ้าน หรือผู้ใหญ่บ้าน ออกเสียงตามสายและ/หรือแจกเอกสารตามก็ได้ (ผลจากการสนทนากลุ่ม) ทั้งนี้จากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุในพื้นที่พบว่า ยังมีผู้สูงอายุบางคนไม่ทราบข่าวสารข้อมูลต่าง ๆ จากทาง อบต. เทศบาล และมีความต้องการให้มีการประชาสัมพันธ์เรื่องต่าง ๆ เช่น การดูแลสุขภาพของตนเอง โภชนาการของผู้สูงอายุ การออกกำลังกายง่าย ๆ สำหรับผู้สูงอายุ และต้องการให้มีจดหมายข่าวแจ้งถึงบ้านอย่างทั่วถึง

6) มาตรฐานด้านการสร้างบริการ และเครือข่ายการเกื้อหนุน

6.1) ควรจัดบริการผู้สูงอายุให้ตรงกับสภาพปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ และเพิ่มบริการให้ทั่วถึงและเป็นธรรม อาศัยฐานข้อมูลผู้สูงอายุในชุมชน โดยอาจใช้เกณฑ์พิจารณาตามความเหมาะสม เช่น ให้บริการกลุ่มผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ กลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยในครอบครัวที่ยากจนหรือพิจารณาตามช่วงวัยของผู้สูงอายุ คือ กลุ่มอายุ 60 – 69 ปี 70 – 79 ปี และ 80 ปีขึ้นไป ทั้งนี้ผู้สูงอายุที่มีอายุมากเป็นกลุ่มที่มีความสัมพันธ์กับผู้อื่นน้อย

ผู้สูงอายุจะได้ไม่รู้สึกว่าถูกทอดทิ้ง โดดเดี่ยว หรือไร้คุณค่าในชีวิต ที่ผ่านมาชมรมผู้สูงอายุเทศบาลตำบลหัวสะพานมีการขอรับบริจาคจากบริษัท/ร้านค้า เอกชน ในการมอบข้าวสาร น้ำตาล ผ้าห่ม ให้กับผู้สูงอายุที่มีอายุ 75 ปีขึ้นไปเป็นประจำทุกปีในวันผู้สูงอายุ

6.2) ส่งเสริมและสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้เครือข่ายการเกื้อหนุน การดูแลผู้สูงอายุมีฐานหลักอยู่ที่ครอบครัว ซึ่งเป็นจุดแข็งของวัฒนธรรมไทยที่ปฏิบัติสืบต่อกันมาของสังคมไทย การดูแลผู้สูงอายุเป็นหน้าที่และความรับผิดชอบของบุตรหลานและทำกันในครอบครัว ทั้งนี้ครอบครัวไทยในอดีตมีลักษณะเป็นครอบครัวขยาย อาศัยรวมกันเป็นครอบครัวใหญ่ ทำให้การดูแลผู้สูงอายุไม่เป็นภาระหนักเกินไป ประกอบกับสมัยก่อนคนส่วนใหญ่อายุไม่ค่อยยืนและรูปแบบของการเจ็บป่วยไม่ได้ทำให้มีผู้สูงอายุที่อยู่ในสภาพต้องพึ่งพิงผู้อื่นมากนัก ผู้สูงอายุที่ยากไร้ ไม่มีที่ทำกิน หรือไม่มีบุตรหลานเลี้ยงดู ก็มักได้รับการดูแลจากญาติหรือชุมชน ทำให้พออยู่ได้ หรือมิฉะนั้นก็มีสถาบันศาสนา เช่นวัด เป็นที่พึ่งสุดท้ายให้ความอนุเคราะห์ให้ข้าวกิน ให้ที่พัก ให้ความสงบทั้งกายและใจในบั้นปลายของชีวิตได้ ในปัจจุบันวัดบางแห่งยังเป็นสถานที่ให้การเกื้อหนุนทางด้านอาหาร เครื่องอุปโภคบริโภค และที่พักอาศัยแก่ผู้สูงอายุที่ขาดที่พึ่งพิง บางแห่งมีการจัดสถานที่อย่างเป็นสัดส่วนเพื่อให้ที่พักอาศัยแก่ผู้สูงอายุที่เดือดร้อน และทำหน้าที่เหมือนบ้านพักคนชราไปด้วย (ศิริวรรณ ศิริบุญ, 2545 : 6 – 14) ปัจจุบันความสามารถของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุเริ่มลดน้อยลงอย่างช้า ๆ ตามสภาพแวดล้อม การพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม เนื่องจากเหตุผลดังนี้ 1) ครอบครัวจำนวนมากขาดคนที่จะให้การดูแลได้ต่อเนื่อง เพราะคนที่พอจะดูแลได้ก็มีความจำเป็นต้องทำงานนอกบ้าน เพื่อหารายได้มาจุนเจือครอบครัว หรือออกจากครอบครัวไปทำมาหากินที่อื่น ทิ้งให้ผู้สูงอายุอยู่กันลำพังสองคน หรืออยู่กับหลานวัยเด็ก ซึ่งนอกจากช่วยเหลือผู้สูงอายุไม่ค่อยได้แล้วยังเป็นภาระแก่ผู้สูงอายุอีกด้วย ยิ่งไปกว่านั้นมีผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งที่ถูกทอดทิ้งให้อยู่คนเดียว ไม่มีคนดูแล (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยามหิดล, 2551 : 104) การขาดผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นคนในครอบครัว สำหรับครอบครัวที่พอมีฐานะพอจ้างผู้ดูแลได้ก็อาจได้ผู้ที่มีความรู้หรือทักษะไม่ดีพอ 2) การขาดกำลังหลักในการดูแล สมาชิกในครอบครัว คือ ผู้หญิง เดิมทีสังคมไทยให้อำนาจและวางบทบาทผู้หญิงให้เป็นผู้ดูแลหรือจัดกิจกรรมต่าง ๆ ในครัวเรือน แต่ในปัจจุบันผู้หญิงต้องออกไปทำงานหาเลี้ยงครอบครัวเท่าเทียมกับผู้ชาย บางครอบครัวผู้หญิงอาจมีหน้าที่การงานรับผิดชอบมากกว่าผู้ชาย บางคนก็ไปมีครอบครัว และส่งลูกหลานมาเป็นภาระให้ปู่ ย่า ตา ยาย เลี้ยงดูอีก 3) ผู้สูงอายุที่อยู่ในช่วงแห่งการพึ่งพิง ส่วนใหญ่คือผู้สูงอายุวัย 80 ปีขึ้นไป ช่วงนี้ความเจ็บป่วยจะมีมากขึ้น การเสื่อมสภาพของอวัยวะต่าง ๆ ปรากฏชัด บางคนอาจอยู่ในสภาวะทุพพลภาพจึงต้องการความช่วยเหลือและการดูแลจากผู้อื่นในการดำรงชีวิต ทั้งนี้ผู้สูงอายุบางคนอาจจะต้องพึ่งพิงคนอื่นตั้งแต่อายุน้อยกว่า 80 ปี ขึ้นอยู่กับสภาพสังขารและ

พฤติกรรมสุขภาพของแต่ละคน แต่โดยทั่วไปแล้วยิ่งคนเรามีอายุยืนยาวขึ้น โอกาสเสี่ยงที่จะต้องพึ่งพิงผู้อื่นในการดำรงชีวิตมักจะมากขึ้นตามไปด้วย โดยเฉพาะในยุคที่เทคโนโลยีทางการแพทย์สามารถยื้อลมหายใจของมนุษย์ไว้ได้นานขึ้นเช่นทุกวันนี้ (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2551 : 92) ผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพิงผู้อื่น มักมีปัญหาด้านสุขภาพ เช่น เจ็บป่วย เรื้อรัง ภาวะทุพพลภาพ ปัญหาสุขภาพจิต โรคสมองเสื่อม เป็นต้น จำเป็นต้องได้รับการดูแลโดยผู้ที่มีความรู้ และผ่านการฝึกฝนมาโดยเฉพาะ การให้การดูแลในครอบครัวแม้ว่าจะมีข้อดี คือ เกิดความอบอุ่นทางจิตใจ ทั้งของผู้สูงอายุและสมาชิกผู้ให้การดูแล แต่สมาชิกผู้ดูแลมักขาดความรู้ประสบการณ์ และบางกรณีขาดอุปกรณ์ที่จำเป็นในการดูแล สำหรับครอบครัวที่มีฐานะดี อาจมีการจ้างผู้ช่วยจากศูนย์ดูแลต่างๆ ให้เข้ามาดูแลผู้สูงอายุ นอกจากการดูแลผู้สูงอายุโดยครอบครัวแล้ว อาจมีญาติที่ให้การดูแล ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับว่าผู้สูงอายุมีญาติหรือไม่ ญาติอยู่ห่างไกลจากผู้สูงอายุหรือไม่ และให้การดูแลผู้สูงอายุหรือไม่ อย่างไรบ้าง นอกจากนั้นมีเพื่อน/เพื่อนบ้านที่มีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุด้วย จึงควรมีการอบรมอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ

สำหรับการเกื้อหนุนหรือการช่วยเหลือนอกชุมชนสำหรับผู้สูงอายุที่มีมาตั้งแต่อดีตจนปัจจุบัน มักอยู่ในรูปของการสงเคราะห์ เช่น สถานสงเคราะห์คนชราของกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ รับผู้สูงอายุที่ทุกข์ยากขาดผู้อุปการะเข้าอยู่ประจำ ซึ่งมีทั้งประเภทที่ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายและประเภทที่เสียค่าใช้จ่าย แต่เนื่องจากสถานสงเคราะห์คนชรามีข้อจำกัดด้านงบประมาณและบุคลากรจึงรับผู้สูงอายุได้จำนวนน้อยกว่าที่มีอยู่แสดงความจำนง การที่ผู้สูงอายุมาอยู่สถานสงเคราะห์ทำให้ผู้สูงอายุถูกแยกออกจากครอบครัวและชุมชน ทำให้มิติทางด้านจิตใจและสังคมที่สำคัญหายไป (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2551 : 108) ต่อมาในระยะหลัง รัฐมีแนวคิดให้การเกื้อหนุนเป็นงานที่อยู่ภายใต้การจัดการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและชุมชนให้มากที่สุด ทั้งนี้เพราะเชื่อว่าท้องถิ่นและชุมชนอยู่ใกล้ชิดผู้สูงอายุมากที่สุดย่อมรู้และเข้าใจสภาพปัญหา ตลอดจนความต้องการของผู้สูงอายุได้ดี การให้ชุมชนมีบทบาทในกิจกรรมสำหรับเกื้อหนุนผู้สูงอายุ เช่น โครงการอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุตามบ้าน (อผส.) ซึ่งโครงการนี้กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ได้ริเริ่มตั้งแต่ปี พ.ศ.2548 และจะให้ครอบคลุมพื้นที่ทั่วประเทศในปี พ.ศ.2556 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างและขยายระบบการดูแล และการคุ้มครองพิทักษ์สิทธิผู้สูงอายุ เป้าหมาย คือ ผู้สูงอายุโดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุที่ขาดผู้ดูแลและประสบปัญหาทางสังคม ได้รับการดูแลโดย อผส. อย่างทั่วถึง และสามารถเข้าถึงบริการของรัฐ ขณะเดียวกันก็ยังคงใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับครอบครัวในชุมชนของตนเองได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี ทั้งนี้จากผลการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ ไพฑูรย์ พัชรอาภา (2547 : บทคัดย่อ) ศึกษาผลที่เกิดขึ้นในการดำเนินโครงการนำร่องอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน

ในพื้นที่นำร่อง 8 จังหวัด พบว่า การดำเนินงานของ อผส. ในทุกพื้นที่ที่มีปรากฏการณ์ต่าง ๆ มีแนวโน้มของพัฒนาการในทิศทางที่คล้ายคลึงกัน คือ จากจุดเริ่มต้นของความมุ่งหมายโครงการฯ ที่เน้นให้การดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (Home Care) แก่กลุ่มผู้สูงอายุที่ขาดผู้ดูแล ได้ขยายออกไปเป็นการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน (Community Care) คือ ขยายการดูแลครอบคลุมผู้สูงอายุทุกคนในชุมชน ประสานความร่วมมือกับฝ่ายต่าง ๆ ในชุมชนและท้องถิ่น ทำให้ชุมชนมีความตื่นตัวให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น มีการริเริ่ม การพิจารณา และดำเนินงานต่อวิถีชีวิตของผู้สูงอายุในเชิงองค์รวมมากยิ่งขึ้น ขยายการปฏิบัติหน้าที่ให้ความสำคัญกับการเฝ้าระวังปัญหา และการคุ้มครองสวัสดิภาพแก่ผู้สูงอายุทั้งหมด

ในพื้นที่โพไร่หวาน และเทศบาลตำบลหัวสะพาน จากการสังเกตและสัมภาษณ์การปฏิบัติงานของ อผส. พบว่า ทั้งสองพื้นที่มีกลุ่มอาสาสมัครที่เป็นทั้ง อสม. และ อผส. ประมาณ 5 คน โดยอยู่ในวัย 40 ปีขึ้นไป ปฏิบัติงานด้วยความเสียสละ มีความมุ่งมั่น และตั้งใจจริงในการปฏิบัติงาน ไปเยี่ยมบ้านดูแลให้ความช่วยเหลือและให้กำลังใจแก่ผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง เป็นที่น่าเสียดายว่า ปัจจุบันไม่มีงบประมาณจ้าง อผส. (เดือนละ 600 บาท) จากการสัมภาษณ์ อผส. บางคนกล่าวว่า “แต่เราก็ยังไปเยี่ยมเยียนและให้ความช่วยเหลือเท่าที่ทำได้” ปัจจุบันการให้บริการดูแลผู้สูงอายุมีหลายรูปแบบ เช่น บริการที่จัดให้ในบ้าน ในโรงพยาบาลผู้สูงอายุ หรือในสถานพยาบาลผู้สูงอายุ เป็นต้น บางแห่งรับผู้สูงอายุเข้ามาอยู่ประจำ ดูแลทั้งด้านการดำรงชีวิตขั้นพื้นฐาน การดูแลด้านสุขภาพ นอกจากนี้ยังมีสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุ ศูนย์บริการผู้สูงอายุในชุมชน และศูนย์บริการทางสังคม เป็นต้น บริการต่าง ๆ เหล่านี้ส่วนมากเป็นบริการที่จัดโดยภาคเอกชนที่หวังผลกำไร และยังจำกัดเฉพาะในเขตเมืองเป็นหลัก ทั้งนี้ชุมชนควรมีหน้าที่จัดบริการให้ตรงกับความต้องการของผู้สูงอายุ โดยเพิ่มบริการให้ทั่วถึงและเป็นรูปแบบที่เน้นการสงเคราะห์แบบให้เปล่าหรือควรเสียค่าใช้จ่ายให้น้อยที่สุด

6.3) ควรใช้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยจัดระบบการบริการชุมชนใหม่ ในการให้บริการดูแลผู้สูงอายุควรมีการประสานกันระหว่างบริการทางสุขภาพและบริการทางสังคม กิจกรรมที่ควรจัดให้มีต่อไปโดยเฉพาะในอนาคต คือ ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุกลางวัน (Day Care Center) บริการดูแลที่บ้าน (Home Care) บริการเยี่ยมบ้าน (Home Visit) บริการหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ในพื้นที่ห่างไกล การจัดตั้งระบบเฝ้าระวังดูแลผู้สูงอายุในชุมชน การสนับสนุนระบบอาสาสมัครเพื่อการให้การดูแลผู้สูงอายุ การมีอาสาสมัครในชุมชนที่ช่วยผลัดเปลี่ยนผู้ดูแลในรูปของการมาช่วยเฝ้าหรือดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน เพื่อให้ผู้ดูแลได้มีโอกาสพักผ่อนหรือทำกิจธุระนอกบ้าน บ้านพักฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุ นอกจากนี้องค์กร หน่วยงาน หรือแม้แต่สถาบันการศึกษาอาจจัดการดูแลผู้สูงอายุในรูปแบบของการฝากเลี้ยงที่เรียกว่า ไปเช้า – เย็นกลับ (Day Care Center) ซึ่ง

ต้องมีค่าใช้จ่ายแต่ไม่ควรเป็นธุรกิจมากนัก นอกจากนั้นควรมีการสนับสนุนระบบบริการที่ไม่เป็นทางการ (ศิริวรรณ ทองบุญ, 2545 : 6 – 8) เช่น เครือข่ายอาสาสมัคร (ร่วมกับ อสม. อผส.) หรือร่วมกับชมรมต่าง ๆ เช่น ชมรมผู้สูงอายุ ทั้งนี้เพราะปัญหาทางด้านเศรษฐกิจและปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มสูงขึ้น ซึ่งมีผลกระทบต่อผู้ดูแล ครอบครัว ชุมชน และประเทศเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งกับกลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวยากจน กลุ่มผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ อยู่ในภาวะทุพพลภาพ และกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งนี้จากการลงพื้นที่สัมภาษณ์ผู้สูงอายุ พบว่า ทั้งสองพื้นที่มีผู้สูงอายุเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุด้วยกันเองหลายครอบครัว กรณีดังกล่าวอาจไม่มีปัญหาสำหรับครอบครัวที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดี บางครอบครัวยังมีหลานอุปการะแต่มีครอบครัวที่อยู่กันตามลำพังสองคนพี่น้องชายหญิงเป็นโสดทั้งคู่ มีรายได้จากการร้อยพวงมาลัย ซึ่งไม่ได้เป็นประจำทุกวันรวมกับที่ได้จากเบี้ยยังชีพ ยังไม่มีบ้านพักอาศัยเป็นของตนเอง ทั้งนี้ผู้สูงอายุยังพึ่งตนเองในกิจวัตรประจำวันได้ ซึ่งชมรมผู้สูงอายุได้ช่วยเหลือข้าวสาร อาหารแห้งในบางโอกาส และมีเพื่อนบ้านที่ดีคอยเฝ้าระวัง ทั้งนี้ผู้สูงอายุทั้งสองคนได้เข้าร่วมกิจกรรมของชมรม ผู้สูงอายุคนน้องได้เข้าร่วมเป็นคณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุ ให้ข้อคิดเห็นต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์และร่วมทำประโยชน์ให้ชุมชนตามศักยภาพ นับว่าเป็นผู้สูงอายุที่เป็นทั้งผู้ให้และผู้รับ ทั้งนี้ Kim and Kim (2003) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการเป็นผู้ให้และผู้รับของผู้สูงอายุในประเทศเกาหลี พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นทั้งผู้ให้และผู้รับมีความพึงพอใจในชีวิตสูงกว่าผู้ที่เป็นผู้ให้ฝ่ายเดียวหรือเป็นผู้รับฝ่ายเดียว ผู้สูงอายุทั้งสองท่านยึดมั่นในหลักธรรมทางศาสนา ทำหน้าที่เป็นผู้นำสวดและพิธีกรรมทางศาสนา เป็นแบบอย่างและชักชวนผู้สูงอายุท่านอื่นให้เข้าร่วมกิจกรรมด้วย ถือว่าเป็นแบบอย่างที่ดี จากการสัมภาษณ์ท่านตอบว่า “ชีวิตฉันไม่มีปัญหา อยู่แบบพอเพียง ยังมีแรงทำได้อยู่ดูแลกันไปสองคนพี่น้อง” มีผู้สูงอายุบางคนอาศัยอยู่คนเดียวแต่ไม่ลำบาก เพราะพอมีฐานะเลี้ยงตนเองได้ ผู้สูงอายุบางคนมีฐานะยากจน ทาง อบต. ได้ช่วยซ่อมแซมบ้านพักให้ และมี อสม. อผส. ผลัดเปลี่ยนไปเยี่ยมเยียนและดูแลค่อนข้างสม่ำเสมอ มีครอบครัวผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดีระบุว่า ต้องการให้ทาง อบต. อสม. อผส. ไปเยี่ยมให้กำลังใจหรือทำกายภาพบำบัดให้ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะทุพพลภาพที่บ้าน มี อสม. เสนอว่าต้องการให้จัดศูนย์ดูแลผู้สูงอายุกลางวันอาจจัดที่ อบต. หรือหมู่บ้าน โดยขอให้ข้าราชการเกษียณช่วยดูแล หรือจัดให้มีอาสาสมัครคอยดูแล อย่างไรก็ตามมีผู้สูงอายุบางคนให้สัมภาษณ์ว่าไม่ต้องการให้มาเยี่ยมเยียนที่บ้าน ไม่ต้องการรับความช่วยเหลือใด ๆ ทั้งสิ้น และไม่ต้องการเข้าร่วมกิจกรรมใด ๆ ของชุมชน

3. สรุปและอภิปรายผลการวิจัยโดยรวม

การวิจัยเรื่องนี้มีวัตถุประสงค์บั้นปลาย คือ เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจังหวัดเพชรบุรี โดยใช้สถาบันการปกครอง (บ้าน)

สถาบันศาสนา (วัด) และสถาบันการศึกษา (โรงเรียน) ซึ่งเป็นสถาบันหลักของชุมชนในสังคมไทยมาช้านาน บ้านเป็นแหล่งรวมของผู้คนและระบบวิถีชีวิตที่ก่อเกิดกิจกรรมทางสังคมที่หลากหลาย ประกอบด้วยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น คือ อบต. เทศบาลตำบล บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุ รวมทั้งผู้สูงอายุและครอบครัวผู้สูงอายุ วัด เป็นศูนย์กลางทางจิตใจของคนไทย เป็นสถาบันที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ เป็นแหล่งขัดเกลาของสังคม และบ่มเพาะวัฒนธรรม ทั้งนี้คนไทยมีความผูกพันระหว่างวัดกับชุมชน นับเป็นทุนทางจิตวิญญาณของชุมชน โรงเรียน เป็นสถานที่ที่ให้ความรู้อย่างมีแบบแผน เป็นตัวแทนความรู้ และถ่ายทอดการศึกษาอย่างมีระบบ คือ ครู อาจารย์ นักวิชาการ ซึ่งในชุมชนจะมีสถานศึกษาอยู่แล้ว ดังนั้นการที่สถาบันทั้งสามมาผนึกกำลังร่วมกันคิด ศึกษาสภาพปัญหา สาเหตุของปัญหา ร่วมกันวางแผนกำหนดแนวทางการจัดกิจกรรมเสริมสร้างคุณภาพชีวิต โดยใช้ตามกรอบมาตรฐานสงเคราะห์ผู้สูงอายุ ของกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น ร่วมดำเนินงานจัดกิจกรรม และร่วมประเมินผลในการจัดกิจกรรมดังกล่าวที่ตรงกับสภาพปัญหา ความต้องการ และการเตรียมตัวเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ ตลอดจนเป้าหมายชีวิตของผู้สูงอายุ (การวิจัยเชิงปริมาณ ขั้นที่ 1) ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุในปี พ.ศ.2552 ส่วนใหญ่ยังคงประกอบอาชีพ โดยประกอบอาชีพรับจ้าง ทำนา ทำไร่ แหล่งรายได้ส่วนใหญ่นอกเหนือจากได้รับเบี้ยยังชีพแล้ว คือ ลูกหลานส่งเสียเลี้ยงดู และทำงานเอง ทั้งนี้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีเงินพอกิน พอใช้ ไม่มีเหลือเก็บรองลงมา คือ ไม่พอใช้ ทั้งนี้ผู้สูงอายุ 3 ใน 4 ระบุว่ามีโรคประจำตัว โดยโรคประจำตัว 5 ลำดับแรก ได้แก่ โรคปวดข้อ ปวดกระดูก โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคปวดเมื่อย ปวดหลัง ปวดกระดูก และโรคหัวใจ

ผลการเปรียบเทียบสภาพปัญหาระหว่างผู้สูงอายุ ปี พ.ศ.2552 กับปี พ.ศ.2530 พบว่า ผู้สูงอายุปี พ.ศ.2522 มีปัญหาด้านอาการเจ็บป่วยทางกาย (ในรอบ 2 เดือน) มากกว่า ส่วนใหญ่มีอาการปวดเมื่อย เคล็ดขัดยอก ความดันโลหิต เหน็บชา อ่อนเพลีย ด้านภาวะเจ็บป่วยทางอารมณ์และสังคม ผู้สูงอายุ ปี พ.ศ.2552 มีความรู้สึกเหงา เปล่าเปลี่ยว รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า รู้สึกหวาดระแวง กลัวถูกทอดทิ้ง และรู้สึกว่ากำลังสูญเสียความสำคัญ มากกว่า ทั้งนี้เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างทางเศรษฐกิจและสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว ประกอบกับการขยายตัวของตลาดแรงงานภาคอุตสาหกรรมและการบริการ มีผลให้คนวัยแรงงานในชนบทเคลื่อนย้ายเข้าสู่ตลาดแรงงานในเมืองมากยิ่งขึ้น ด้านสภาพเศรษฐกิจ ผู้สูงอายุ ปี พ.ศ.2552 มีปัญหาขาดผู้อุปการะ รายได้ไม่เพียงพอ มากกว่า ผลการศึกษาความต้องการของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุปี พ.ศ.2552 มีความต้องการทุกด้านมากกว่า โดยมีความต้องการตามลำดับ คือ ด้านความรัก ส่วนใหญ่ต้องการให้ชุมชนเห็นคุณค่าและความสำคัญ ต้องการเป็นที่ปรึกษาของลูกหลาน ต้องการการติดต่อจากลูกหลานและเพื่อนบ้าน ด้านสวัสดิการต่าง ๆ จากชุมชนและรัฐ ส่วนใหญ่ต้องการเบี้ยยังชีพ ช่อง

บัตรคิวพิเศษสำหรับผู้สูงอายุ ต้องการให้แพทย์ดูแลที่บ้านเป็นครั้งคราว ต้องการศูนย์ดูแลกลางวัน และต้องการลดค่าเข้าชมสถานที่ทุกประเภท ด้านเศรษฐกิจ ส่วนใหญ่ต้องการมีเงินเหลือเก็บ ต้องการความช่วยเหลือจากรัฐ ต้องการมีเงินใช้ ต้องการเงินจากบุตรหลาน ด้านสุขภาพอนามัย ส่วนใหญ่ต้องการมีสุขภาพแข็งแรง ต้องการมีชีวิตยืนยาว และต้องการมีลูกหลานดูแล ส่วนด้านการทำงานนั้นส่วนใหญ่ต้องการช่วยเหลืองานบ้าน ต้องการใช้เวลาว่างทำงานอดิเรก และต้องการเข้าร่วมกิจกรรมชุมชน ต้องการรวมกลุ่ม ทั้งนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาการเตรียมตัวเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุเห็นความจำเป็นในการเตรียมตัวเข้าสู่วัยผู้สูงอายุมากขึ้น ไม่ว่าการเตรียมตัวด้านร่างกาย ได้แก่ รักษาสุขภาพให้แข็งแรง การตรวจสุขภาพ ด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ ทำงานหนักเพื่อยามชรา สะสมทรัพย์สิน ด้านที่อยู่อาศัย ได้แก่ เตรียมมีบ้านของตนเอง เตรียมว่าจะอยู่กับใคร และด้านจิตใจ ได้แก่ เตรียมเข้าวัดวาฟังธรรม ฝึกอารมณ์ไม่จู้จี้ เข้าร่วมกลุ่ม/ชมรม ยอมรับความชรา เตรียมงานอดิเรก ทั้งนี้หากให้ผู้สูงอายุย้อนกลับไปได้ผู้สูงอายุระบุว่าจะเตรียมตัวด้านเศรษฐกิจ ด้านสุขภาพและด้านครอบครัว โดยระบุเป้าหมายสูงสุดของชีวิตสอดคล้องกัน คือ การมีสุขภาพที่ดี การที่ลูกหลานมีความเจริญ และการมีเงินพอใช้ในยามชรา ทั้งนี้สรุปได้ว่า ผลการศึกษาเชิงปริมาณสอดคล้องกับผลการศึกษาเชิงคุณภาพ (ขั้นที่ 2) จากการสนทนากลุ่มพบว่า ผู้สูงอายุมีปัญหาด้านเศรษฐกิจ คือ รายได้ไม่พอใช้ ไม่มีเงินเก็บ มีปัญหาด้านสุขภาพ ได้แก่ ปวดเมื่อย ปวดข้อ ปวดกระดูก ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคเกี่ยวกับฟัน สายตา ด้านครอบครัว คือ ขาดลูกหลานดูแล ลูกหลานไม่ให้ความเคารพ บางครอบครัวเกิดจากผู้สูงอายุเอาใจตนเอง ทำใจไม่ได้กับการถูกลดบทบาท ด้านจิตใจ คือ เหงา ว้าเหว่ ต้องการเพื่อน ต้องการเข้าร่วมกิจกรรม ด้านสภาพที่อยู่อาศัย คือ สภาพแวดล้อมไม่เหมาะสม ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ต้องการสวัสดิการต่าง ๆ ดังนั้น การผนึกกำลังร่วมกันคิด ร่วมกันทำ โดยใช้หลักสามประสาน โดยมี อบต. เทศบาล เป็นฝ่ายประสานงาน และสนับสนุนทรัพยากรด้านต่าง ๆ จึงนับว่าเป็นการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคมให้แก่ผู้สูงอายุ เป็นการเตรียมความพร้อมในการรับมือกับจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้นในอนาคต

ข้อเสนอแนะจากผลการศึกษา

ระดับนโยบาย

1. ระดับประเทศ

1.1 ส่งเสริมและสนับสนุนโครงการกองทุนการออมแห่งชาติ (กอช.) ซึ่งเป็นกองทุนที่รัฐร่วมสนับสนุน จะเป็นมาตรการสำคัญในการสร้างหลักประกันทางเศรษฐกิจให้ผู้สูงอายุในอนาคต

1.2 สนับสนุนและเผยแพร่กองทุนผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นนโยบายของคณะกรรมการผู้สูงอายุให้กว้างขวาง และให้เกิดประโยชน์แก่ผู้สูงอายุในระดับชุมชน ภายใต้การสนับสนุนและการช่วยเหลือทางวิชาการของพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ในระดับจังหวัด

1.3 นำนโยบาย/แผนผู้สูงอายุสู่การปฏิบัติอย่างจริงจัง โดยประชาสัมพันธ์และรณรงค์ให้คนในสังคมตระหนักถึงคุณค่าและศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ โดยสอดแทรกเรื่องผู้สูงอายุในหลักสูตร รายการโทรทัศน์ และสื่อต่าง ๆ ให้การศึกษาตลอดชีวิตในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ทั้งการดูแลสุขภาพกาย สุขภาพจิต สิทธิตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ สภาพแวดล้อมและที่อยู่อาศัยที่เหมาะสมและปลอดภัย เป็นต้น ตลอดจนมีการเผยแพร่ความรู้โดยใช้กลไกต่าง ๆ ไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อันจะนำไปสู่ความสามารถในการพึ่งตนเอง ลดการพึ่งพาผู้อื่น ลดภาระของผู้ดูแลผู้สูงอายุและเป็นการเตรียมพร้อมสำหรับผู้ที่จะเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ

2. ระดับปฏิบัติการ

จากสถานการณ์การมีจำนวนผู้สูงอายุมากขึ้น และสังคมไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้ว จึงต้องอาศัยความร่วมมือร่วมใจของคนทุกระดับและทุกหน่วยงาน ทุกคนจะต้องช่วยกันรับผิดชอบเพราะสักวันหนึ่งทุกคนจะกลายเป็นผู้สูงอายุด้วยกันทั้งสิ้น สถาบันทางสังคมในระดับชุมชน คือ บ้าน วัด โรงเรียน องค์กรชุมชน จึงควรร่วมมือกันอย่างเข้มแข็ง เป็นการส่งเสริมฟื้นฟูสถาบันทางสังคมเพื่อร่วมมือร่วมใจกันเสริมสร้างคุณภาพชีวิตให้กับผู้สูงอายุ โดยมีการจัดตั้งทีมงาน คือ 1) สถาบันการปกครอง (บ้าน) ได้แก่ 1.1) ทีมปกครอง ประกอบด้วย นายก อบต. หรือนายกเทศมนตรี คณะกรรมการ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน และอื่น ๆ มีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนการให้บริการ งบประมาณ บุคลากร สถานที่ และทรัพยากรอื่น ๆ 1.2) ทีมสุขภาพ ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล นักกายภาพ นักโภชนาการ เจ้าหน้าที่อนามัย นักจิตวิทยา มีบทบาทในการจัดบริการด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพที่จะเกิดกับผู้สูงอายุ 1.3) ทีมบริการสังคม ประกอบด้วย พัฒนากร นักสังคมสงเคราะห์ นักพัฒนาสังคม นักพัฒนาชุมชน เกษตรกร ฯลฯ เพื่อให้ความรู้ทางวิชาการ ให้คำปรึกษา แก้ไขปัญหา และจัดบริการต่าง ๆ 1.4) ทีมอาสาสมัคร ได้แก่ อสม. อผส. เพื่อนช่วยเพื่อน อาสาสมัครผู้สูงอายุในชุมชน อาสาสมัครอื่น ๆ ในชุมชน เพื่อเยี่ยมเยียน ให้กำลังใจ ให้คำปรึกษาแนะนำผู้สูงอายุในชุมชน และ 1.5) ทีมองค์กร เช่น อาสากาชาด สมาชิกเหล่ากาชาด ชมรมผู้สูงอายุ เป็นต้น 2) สถาบันทางศาสนา (วัด) ได้แก่ เจ้าอาวาส พระภิกษุ คณะกรรมการวัด และ 3) สถาบันการศึกษา (โรงเรียน) ได้แก่ ผู้อำนวยการสถานศึกษา ครู อาจารย์ นักวิชาการ นักศึกษา สถานศึกษาในชุมชน บุคลากรในแต่ละทีม คือ บุคลากรในชุมชน ข้าราชการเกษียณที่มีจิตอาสาเข้าร่วม ประการสำคัญ คือ ต้องมีกลุ่มผู้สูงอายุเข้าร่วมด้วยความสมัครใจ และเป็นประโยชน์ต่อการเข้ามามีส่วนร่วม

การเข้าร่วมทำงานเป็นกลุ่ม/ทีม สถาบันทางสังคมทั้ง 3 ส่วน ต้องร่วมกันศึกษาปัญหา ร่วมกันคิด ร่วมกันวางแผน ร่วมกันปฏิบัติ และร่วมกันติดตามประเมินผลเพื่อปฏิบัติงานให้คนในชุมชนตระหนัก ตื่นตัว และเห็นความสำคัญของผู้สูงอายุ โดยผ่านผู้นำชุมชน กลุ่มหนุ่มสาว กลุ่มผู้ที่กำลังเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ และกลุ่มผู้สูงอายุ การทำงานต้องมีส่วนร่วมอย่างสม่ำเสมอ เต็มใจ พร้อมเสียสละประโยชน์ส่วนตนเพื่อประโยชน์ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ทั้งนี้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรมีส่วนร่วมในฐานะหัวหน้าทีม หรือผู้นำในการประสานงาน เพราะ อปท. มีปัจจัยความพร้อมในเรื่องทรัพยากรทุนทางสังคมไม่ว่าทรัพยากรบุคคล เงิน วัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ

ในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุนั้น สถาบันทั้ง 3 ฝ่าย ควรร่วมกันดำเนินการจัดกิจกรรม/โครงการตามผลจากการวิจัย ดังนี้

2.1 จัดทำฐานข้อมูลผู้สูงอายุในชุมชนให้เป็นปัจจุบันอย่างต่อเนื่อง เพื่อเป็นการพัฒนาไปสู่การเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบ ทันสมัย เข้าถึงฐานชีวิตของบุคคลในชุมชน และใช้ประโยชน์จากฐานข้อมูลในการวางแผนจัดบริการสวัสดิการผู้สูงอายุ ตลอดจนวางแผนการป้องกันในอนาคต โดยให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการสำรวจสภาพปัจจุบันและความต้องการ เพื่อจัดกิจกรรมหรือจัดสวัสดิการต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์ ตรงกับความต้องการของผู้สูงอายุ เหมาะสมตามวัยและคุณลักษณะของผู้สูงอายุ

2.2 อบต. และเทศบาลตำบล ควรมีการจัดทำแผนระยะยาวและระยะสั้น จัดกิจกรรมให้ความสำคัญในการเสริมสร้างการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตามผลจากการจัดทำฐานข้อมูล โดยจัดงบประมาณสนับสนุนและมีตัวชี้วัดการดำเนินงานตามกิจกรรมดังกล่าว

2.3 สนับสนุนให้ครอบครัวเข้มแข็ง ดูแลผู้สูงอายุได้อย่างต่อเนื่อง ทั้งด้านร่างกาย ด้านอารมณ์จิตใจ และด้านสังคม โดยพ่อแม่ต้องทำเป็นตัวอย่าง ให้ผู้สูงอายุพึ่งตนเองให้ได้มากที่สุด โดยลูกหลานให้กำลังใจและดูแลเมื่อท่านต้องการความช่วยเหลือ

2.4 สนับสนุนให้ลูกหลาน ญาติ และผู้ใกล้ชิดให้การดูแลจัดสวัสดิการให้ผู้สูงอายุตามสมควรมากกว่าจะให้ผู้สูงอายุรอรับสวัสดิการต่าง ๆ จากชุมชน ซึ่งอาจได้รับไม่เพียงพอ ไม่ทั่วถึง และไม่ตรงกับความต้องการ

2.5 รณรงค์ให้ครอบครัว ชุมชน เห็นคุณค่าของผู้สูงอายุ ส่งเสริมค่านิยมในการอยู่ร่วมกันกับผู้สูงอายุ เปลี่ยนมุมมองต่อผู้สูงอายุให้เป็นแบบพัฒนามากกว่าการสงเคราะห์

2.6 ให้ผู้ความรู้แก่ผู้สูงอายุ และผู้ที่จะเข้าสู่วัยผู้สูงอายุในการเตรียมตัวด้านร่างกาย เช่น การออกกำลังกาย การดูแลสุขภาพ การตรวจสุขภาพประจำปี มีเงินออมสะสม ด้านจิตใจ เช่น การรู้จักปล่อยวาง มองโลกในแง่ดี มองชีวิตตามความเป็นจริง ศึกษาหลักธรรมทาง

ศาสนาและด้านสังคม เช่น มีการวางแผนชีวิตเมื่อถึงวัยชรา มีอาชีพที่เหมาะสม มีสภาพที่อยู่อาศัยที่ปลอดภัย และศึกษาหาความรู้เพิ่มเติมเพื่อเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร

2.7 ส่งเสริมการฝึกอาชีพให้เหมาะสม ตลอดจนมีการจัดกิจกรรมเสริมรายได้ เช่น ฝึกอาชีพให้ผู้สูงอายุตามความถนัดและความสนใจ เพื่อมีรายได้สำหรับใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า ตลอดจนเป็นการใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์

2.8 จัดตั้งกองทุนสวัสดิการชุมชน หรือกลุ่มกองทุนย่อย ๆ เป็นการรองรับผู้ที่ไม่สามารถออมในระบบการออมแห่งชาติ เป็นการส่งเสริมการออม เพื่อดูแลและเกื้อหนุนซึ่งกันและกันระหว่างคนในชุมชนเดียวกัน

2.9 สนับสนุนชมรมผู้สูงอายุ ให้เป็นแกนนำจัดกิจกรรมต่าง ๆ ของผู้สูงอายุภายใต้การนำของผู้สูงอายุด้วยกันเอง โดยยึดหลักกระบวนการสร้างพลัง (Empowerment) ทั้งนี้แกนนำผู้สูงอายุควรได้รับการอบรมตามหลักสูตรการให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุ เพื่อเป็นการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของตนเองทั้งทางกาย จิตใจ และสามารถนำไปถ่ายทอดให้ผู้ที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมหรืออาจให้ผู้สูงอายุด้วยกันเองไปเยี่ยมเยียนและถ่ายทอดให้ เช่น จัดกิจกรรมส่งเสริมด้านสุขภาพทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต โดยมีทั้งวิธีการป้องกัน การบำบัดรักษา การฟื้นฟู และการให้คำแนะนำ

2.10 สนับสนุนและให้ความรู้ในการพัฒนาการบริการดูแลผู้สูงอายุทั้งระยะสั้นและระยาว โดยใช้ชุมชนเป็นฐานหลัก (Community Based Approach) ในการดูแลผู้สูงอายุ โดยสนับสนุนอาสาสมัครชุมชนดูแลผู้สูงอายุ เช่น เพื่อน เพื่อนบ้าน อาสาสมัคร ผู้นำชุมชน อสม. อผส. เพื่อนช่วยเพื่อน โดยถือว่าการดูแลผู้สูงอายุเป็นความรับผิดชอบของทุกคนในสังคม อาจให้บริการเยี่ยมบ้าน บริการดูแลที่บ้าน จัดตั้งศูนย์ดูแลผู้สูงอายุเวลากลางวัน (การฝากเลี้ยงไปเช้า-เย็นกลับ) จัดระบบเฝ้าระวังดูแลผู้สูงอายุในชุมชน บริการหน่วยแพทย์เคลื่อนที่โดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกล

2.11 จัดตั้งศูนย์อเนกประสงค์ หรือศูนย์บริการทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ ให้เป็นเครือข่ายทางสังคมระดับชุมชน โดยให้ผู้สูงอายุบริหารด้วยตนเอง เป็นการส่งเสริมการใช้ความรู้ความสามารถประสบการณ์ของผู้สูงอายุให้เกิดประโยชน์ เกิดการเรียนรู้ถ่ายทอด และสร้างความร่วมมือร่วมกันระหว่าง อปท. องค์กรต่าง ๆ ตลอดจนประชาชนหลากหลายวัย

2.12 จัดอบรมสั่งสอน ปลูกฝังความกตัญญูรู้คุณ ค่านิยมต่อผู้สูงอายุ การเคารพและให้เกียรติผู้สูงอายุ

2.13 จัดบริการด้านการศึกษา เนื่องจากชุมชนแต่ละแห่งมีโรงเรียน/สถานศึกษาตั้งอยู่ในชุมชนของตน ให้บริการข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์โดยผ่านช่องทางหรือสื่อต่างๆ โดยเฉพาะข้อมูลทางด้านสิทธิ สวัสดิการ แหล่งการบริการ และหน่วยบริการแก่ผู้สูงอายุ

2.14 มีกลไกให้ผู้สูงอายุในฐานะคลังแห่งภูมิปัญญา ได้ถ่ายทอดประสบการณ์และภูมิปัญญาสู่คนรุ่นหลังในชุมชนอย่างจริงจัง เพื่อให้เห็นคุณค่าของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุเกิดความภาคภูมิใจในการเป็นผู้ให้ประโยชน์แก่ชุมชน

2.15 ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ การจัดสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยที่ปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ ตลอดจนการพัฒนาสภาพแวดล้อมและบริการสาธารณะ เช่น สวนสาธารณะ และสถานที่สาธารณะที่เหมาะสมต่อผู้สูงอายุ

2.16 จัดกิจกรรมทางศาสนา ประเพณี วัฒนธรรม ในวันสำคัญทางศาสนา วันสำคัญต่าง ๆ เช่น วันปีใหม่ วันสงกรานต์ ทำให้ผู้สูงอายุมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ปรับตัวเข้ากับผู้อื่น พัฒนาบุคลิกภาพ มีความสนุกสนาน ขจัดความเหงา โดดเดี่ยว ตลอดจนวัดมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านจิตใจของผู้สูงอายุ

2.17 พัฒนาศักยภาพและขยายโครงสร้างสายงานด้านการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุใน อบต. และเทศบาล จัดให้มีเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานด้านผู้สูงอายุโดยตรง มีการเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ดังกล่าว โดยอาจจัดอบรมให้ปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ การประสานงานกับเครือข่ายทั้งภาครัฐและเอกชน ตลอดจนการจัดระบบการใช้เงิน ทั้งนี้การจัดให้มีคณะที่ปรึกษาด้วย

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วม คือ บ้าน วัด โรงเรียน จำแนกตามกลุ่มผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ และพึ่งตนเองไม่ได้ เพื่อตอบสนองต่อการแก้ปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ และเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายที่แท้จริง

2. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับแนวทางการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยใช้บ้าน วัด โรงเรียน กับผู้สูงอายุในศาสนาอื่น โดยใช้การศึกษาเชิงคุณภาพ และศึกษาเปรียบเทียบเพื่อให้ได้ข้อมูลที่กว้างขึ้น

บรรณานุกรม

กชกร สังขชาติ และ สมโภชน์ อเนกสุข. 2548. **รายงานการวิจัยเรื่อง รูปแบบการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุเกิน 100 ปี จังหวัดชบบุรี**. คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.

กนกกาญจน์ อุตส่าห์. 2547. **ความพร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต่อการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุในจังหวัดกาญจนบุรี**. สารนิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ และมหาวิทยาลัยศิลปากร. 2552. **รายงานฉบับสมบูรณ์ โครงการติดตามประเมินผล การทำประโยชน์และสร้างรายได้จากการใช้ความรู้และประสบการณ์ของผู้สูงอายุ**. กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ และมหาวิทยาลัยศิลปากร.

กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น, กระทรวงมหาดไทย. **มาตรฐานการสงเคราะห์ผู้สูงอายุ**. กรุงเทพมหานคร : ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.

กรมสุขภาพจิต, กระทรวงสาธารณสุข. 2542. **คู่มือการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุ**. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

กรรณนิกา เจริญลักษณ์. 2545. **บทบาทของผู้สูงอายุในฐานะเป็นผู้ให้การสนับสนุนแก่สังคม : ศึกษาเฉพาะกรณีชมรมผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

กระทรวงสาธารณสุข, กรมอนามัย. สำนักส่งเสริมสุขภาพ. 2547. **คู่มือการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุสำหรับบุคลากรสาธารณสุข**. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานกิจกรรมโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

_____. 2548. **คู่มือการดูแลส่งเสริมผู้สูงอายุ**. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.

กอบกุล สุดสวาท. 2541. **คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดนครศรีธรรมราช**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาประชากรศาสตร์ ภาควิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

กาญจนา ตั้งชลทิพย์, ปัทมา ว่าพัฒนวงศ์, เฉลิมพล แจ่มจันทร์, อุไรวรรณ คนึงสุขเกษม, ภาณี วงษ์เอก และ สุรีย์พร พันพึ่ง. 2553. คุณค่าผู้สูงอายุ : ภาพสะท้อนมุมมองจากคนสองวัย **ประชากรและสังคม 2553**. สุชาดา ทวีสิทธิ์, สวรัย บุณยมานนท์ (บรรณาธิการ). นครปฐม : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

การพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. กระทรวง. สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ. 2547. **พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546**. กรุงเทพมหานคร : เจ เอส การพิมพ์.

_____. 2547. **รายงานผลการประชุมเชิงปฏิบัติการ การติดตามผล การดำเนินงานตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2**. (พ.ศ.2545 – 2564).

กุณฑลี เงาแสงธรรม. 2551. **การเตรียมการเข้าสู่วัยผู้สูงอายุที่มีศักยภาพของบุคลากรกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาการบริหารและนโยบายสวัสดิการสังคม คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

เกริกศักดิ์ บุญญานุพงศ์. 2539. **นโยบายของรัฐและแนวทางการจัดบริการสังคมสำหรับผู้สูงอายุในอนาคต**. เชียงใหม่ : สถาบันวิจัยสังคม มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

เกื้อ วงศ์บุญสิน. 2551. **สังคม สว. (ผู้สูงวัย)**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

คณะกรรมการการศึกษาวิจัยและวางแผนระยะยาวเกี่ยวกับผู้สูงอายุ. 2525. **แผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุแห่งชาติ 2525 – 2544**. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์สหกรณ์กลาโหม.

คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ กองทุนผู้สูงอายุ และมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. 2551. **สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2550**. สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ (บรรณาธิการ) . กรุงเทพมหานคร : บริษัททีคิวพี จำกัด.

_____. 2553. **สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2552**. สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ (บรรณาธิการ). กรุงเทพมหานคร : บริษัททีคิวพี จำกัด.

คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ. สำนักนายกรัฐมนตรี. 2545. **แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545 – พ.ศ.2564)**. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์คุรุสภาลาดพร้าว.

คณะทำงานพิเศษนโยบายและมาตรการหลักเพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุ. 2535. **สาระสำคัญของนโยบายและมาตรการสำหรับผู้สูงอายุระยะยาว (พ.ศ.2535 – 2554)**. กรุงเทพมหานคร : สำนักนายกรัฐมนตรี.

โฆษิต ไชยประสิทธิ์. 2546. **บทบาทผู้นำกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชนชนบท : ศึกษาเฉพาะกรณีผู้สูงอายุในตำบลหัวโพ อำเภอบางแพ จังหวัดราชบุรี**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาชนบทศึกษาและการพัฒนา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

จรัสวรรณ เทียนประภาส และพัชรี ตันศิริ. 2533. **การพยาบาลผู้สูงอายุ**. กรุงเทพมหานคร : คณะกรรมการพัฒนาตำรา สาขาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย มหิดล.

จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ และคณะ. 2541. **รายงานการทบทวนองค์ความรู้เรื่อง เด็ก เยาวชน และครอบครัวในประเทศไทย และข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและการวิจัย**. กรุงเทพมหานคร : มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ.

จิตรา วีรบุรนนท์. 2546. **รูปแบบการจัดบริการสังคมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุไทย**. วิทยานิพนธ์ดุษฎีบัณฑิต คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

จิระพร อภิชาตบุตร. 2540. **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การอุปถัมภ์จากครอบครัว และการบริการสุขภาพในชุมชน กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนแออัดเขตกรุงเทพมหานคร**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

จุฬาลงกรณ์, มหาวิทยาลัย, คณะแพทย์ศาสตร์, ภาควิชาอายุรศาสตร์ สาขาวิชาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. 2545. **ผู้สูงอายุในประเทศไทย รายงานการทบทวนองค์ความรู้ และสถานการณ์ในปัจจุบัน ตลอดจนข้อเสนอแนะทางนโยบายและการวิจัย**. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ฉัตรทอง อินทร์นอก. 2540. **พฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

เฉก ธนะสิริ. 2547. **ชีวิตตั้งต้นเมื่อ 80 โครงการปัจฉิมนิเทศข้าราชการเกษียณอายุประจำปี พ.ศ. 2547**. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ตีรณ พงศ์มฆพัฒน์. 2554. **การพัฒนาความสุขสำหรับสังคมสมัยใหม่**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : สร้างสรรค์บุ๊คส์.

ทิพย์อรุณ สมภู่. 2552. **คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ : กรณีศึกษาสมาชิกชมรมผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาสังคมวิทยา คณะสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

ธนพรรณ สิทธิสุนทร. 2543. ทำความเข้าใจผู้สูงวัยไทยในปี 2000. **จดหมายข่าวประชากร**. มกราคม – มิถุนายน 2543. ฉบับที่ 63. วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ธีราพร ทวีธรรมเจริญ. 2545. **พฤติกรรมการให้ความพึ่งพิงแก่บิดา มารดาของบุตร**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต ภาควิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นภาพร ชโยวรรณ และ จอห์น โนเดล. 2539. **รายงานการสำรวจสภาวะผู้สูงอายุในประเทศไทย**. กรุงเทพมหานคร : สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นภาพร ชโยวรรณ และ จอห์น โนเดล. 2542. **การอยู่อาศัยและการเกื้อหนุนโดยครอบครัวของผู้สูงอายุไทย**. สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (อัดสำเนา)

นาฏ ฟองสมุทร. 2544. การออกแบบสภาพแวดล้อมและที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุ. **เอกสารการประชุมประจำปี พ.ศ.2544 สมาคมพฤฒาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย**. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นิวัต กลิ่นงาม และคณะ. 2530. **รายงานการวิจัย เรื่อง สภาพปัญหา ความต้องการ เป้าหมายชีวิตและการเตรียมตัวของผู้สูงอายุ**. วิทยาลัยครูเพชรบุรี.

บรรลุ ศิริพานิช และคณะ. 2539. **รายงานการวิจัยเรื่อง ชมรมผู้สูงอายุ : การศึกษารูปแบบและการดำเนินงานที่เหมาะสม**. กรุงเทพมหานคร : สภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย.

บรรลุ ศิริพานิช. 2538. **คู่มือผู้สูงอายุฉบับสมบูรณ์**. กรุงเทพมหานคร : หมอชาวบ้าน.

_____. 2542. **ผู้สูงอายุไทย : ผู้สูงอายุเป็นทรัพยากรของสังคม**. กรุงเทพมหานคร : สภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย.

บริบูรณ์ พรพิบูลย์. 2526. **โลกยามชราและแนวการเตรียมตัวเพื่อเป็นสุข**. เชียงใหม่ : พระสิงห์การพิมพ์.

ปณิธาน วัฒนพานิชกิจ. 2548. **ความต้องการการเรียนรู้ตลอดชีวิตของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาบริหารและนโยบายสวัสดิการสังคม คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

ประมวล พิรัชพันธุ์. 2544. **รายงานการวิจัยเรื่อง การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้านที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อม**. สถาบันวิจัยมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

ประสพ รัตนากร. 2525. สุขภาพจิตผู้สูงอายุ. **ดุรุปริทัศน์ฉบับพิเศษขานรับปีสุขภาพผู้สูงอายุ** : 64 – 69.

ปราโมทย์ ประสาทกุล และ ปัทมา ว่าพัฒนวงศ์. 2548. **ภาวการณ์ตายและความยืนยาวของชีวิตประชากรไทย**. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

_____. 2548. “สถานการณ์ประชากรของประเทศไทย พ.ศ.2548. **ประชากรและสังคม 2548 : ประชากรของประเทศไทย ณ พ.ศ.2548**. กฤตยา อาชวนิจกุล และ ปราโมทย์ ประสาทกุล (บรรณาธิการ). เอกสารวิชาการสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. หมายเลข 300. นครปฐม : สำนักพิมพ์ประชากรและสังคม.

ปราโมทย์ ประสาทกุล. 2547. **การฉายภาพประชากรของประเทศไทย พ.ศ.2543 – 2568 : ประชากรฐานและการตั้งข้อสมมติฐานเรื่องการเกิด การตาย และการย้ายถิ่น**. นครปฐม : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

ปราโมทย์ ประสาทกุล. 2551. **หอมกลิ่นลำดวน**. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

ปรีชา อุปโยคิน และคณะ. 2541. **ไม้ใกล้ฝั่ง : สถานภาพและบทบาทผู้สูงอายุไทย**. กรุงเทพมหานคร : เจริญการพิมพ์.

ปัทมา ว่าพัฒนวงศ์ และ ปราโมทย์ ประสาทกุล. 2549. "ประชากรไทยในอนาคต" **ประชากรและสังคม 2549 : ภวาะการตาย ภาพสะท้อนความมั่นคงของประชากร**. กฤตยา อาชวนิจกุล และ วรชัย ทองไทย (บรรณาธิการ). เอกสารวิชาการสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. หมายเลข 315. นครปฐม : สำนักพิมพ์ประชากรและสังคม.

ปาริชาติ วลัยสถียร และคณะ. 2543. **กระบวนการและเทคนิคการทำงานของนักพัฒนา**. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย.

ปิยาภรณ์ ศิริภานุมาศ. 2546. **ความคิดเห็นของนักศึกษาวิทยาลัยครูเกี่ยวกับการประกันสุขภาพ**. กรุงเทพมหานคร : ม.ป.ท.

ฝน แสงสิงแก้ว. 2515. **วัลลดาอนุสรณ์**. พระนคร : โรงพิมพ์ดำรงหัตถการ.

พรรณธิภา บุญพิทักษ์. 2549. **การพัฒนาเครือข่ายกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยฯ**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาการบริหารและนโยบายสวัสดิการสังคม คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

พีรสิทธิ์ คำนวณศิลป์ และคณะ. 2542. **การประเมินนโยบายและแผนงานด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ**. กระทรวงสาธารณสุข มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

พีระศิลป์ คำนวณศิลป์, ลินี กมลนาวิน และ ประเสริฐ รักไทยดี. 2523. **ความทันสมัยภาพพจน์เกี่ยวกับตนเองและปัญหาบางประการของคนชรา**. สำนักวิจัยสถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.

ไพฑูรย์ พัชรอาภา. 2547. **รายงานการวิจัยเรื่อง โครงการนำร่องอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน**. สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.

เฟื่องฟ้า บุญยง. 2548. **ปัจจัยที่ส่งผลต่อการประกอบอาชีพของผู้สูงอายุ**. สารนิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาพัฒนาแรงงานและสวัสดิการ คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

มณี ชุติมาวุฒิกุล. 2543. **ผลที่เกิดขึ้นจากการนำสินเชื่อการเกษตรไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพชีวิต**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารและนโยบายสวัสดิการสังคม คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

มัทนา พนานิรามัย และคณะ. 2545. ผู้สูงอายุในประเทศไทย ใน **รายงานการทบทวนองค์ความรู้และสถานการณ์ในปัจจุบัน ตลอดจนข้อเสนอแนะทางนโยบายและการวิจัย**. กรุงเทพมหานคร : สาขาวิชาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทย์ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

มัทนา พนานิรามัย. 2546. **หลักประกันของผู้สูงอายุไทย : บทเรียนจาก 5 ประเทศในอาเซีย**. วารสารเศรษฐศาสตร์ธรรมศาสตร์ (มีนาคม) : 124 – 156.

มัลลิกา มัติโก และคณะ. 2542. **ประมวลสถานภาพทางสุขภาพและสังคมของผู้สูงอายุไทย : วิเคราะห์จากวิทยานิพนธ์**. กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยมหิดล.

มาลินี วงษ์สิทธิ์ และ ศิริวรรณ ศิริบุญ. 2544. **ประชาสังคมกับการเกื้อหนุนผู้สูงอายุ**. กรุงเทพมหานคร : สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

มาลินี วงษ์สิทธิ์. 2545. ชุมชนและผู้สูงอายุ ใน **ผู้สูงอายุในประเทศไทย : รายงานการทบทวนองค์ความรู้และสถานการณ์ในปัจจุบัน ตลอดจนข้อเสนอแนะ ทางนโยบายและการวิจัย**. สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล (บรรณาธิการ). กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ยนต์ ชุ่มจิต. 2530. **สังคมจิตวิทยาการศึกษา**. กรุงเทพมหานคร : โอเดียนสโตร์.

ระพีพรรณ คำหอม และคณะ. 2547. **โครงการประเมินผลการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพสำหรับผู้สูงอายุ**. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์ห้างหุ้นส่วนจำกัดบางกอกบล๊อก – ออฟเซ็ต การพิมพ์.

ระพีพรรณ คำหอม และคณะ. 2547. **รายงานการวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อความต้องการบริหารสวัสดิการสังคม**. กรุงเทพมหานคร : ห้างหุ้นส่วนจำกัด บางกอกบล็อก.

ระพีพรรณ คำหอม. 2542. **รายงานการวิจัยเรื่อง การประเมินโครงการบริการสวัสดิการสังคมเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในประเทศไทย**. กรุงเทพมหานคร : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และคณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ.

_____. 2545. **สวัสดิการสังคมกับสังคมไทย**. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์สามเจริญพาณิชย์.

รุ่งโรจน์ พุ่มริ้ว. 2545. **สวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุและบทบาทของสุขศึกษาในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ**. กรุงเทพมหานคร : เจริญดีการพิมพ์.

ลลิลญา ลอยลม. 2545. **การเตรียมตัวก่อนเกษียณของผู้สูงอายุในจังหวัดสมุทรปราการ**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาการจัดการโครงการสวัสดิการสังคม มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.

ลัดดา สุทนต์. 2551. **การใช้ภูมิปัญญาของผู้สูงอายุ เพื่อสนับสนุนการจัดกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ : ศึกษากรณีชมรมผู้สูงอายุในเครือข่ายของสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยฯ**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

ลีลาวดี อัครเศรณี. 2549. **การเตรียมการเพื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุของประชาชนตำบลไร่ขิง อำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

วรรณนิภา นาควัฒนะ. 2548. **ความสามารถในการจัดกิจกรรมด้านสุขภาพของชมรมผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

วรรณลักษณ์ เมียนเกิด. 2549. **รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์เรื่อง โครงการค่านิยมความคาดหวังของผู้สูงอายุและพหุวัย**. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

วรรณา กุมารจันทร์. 2543. **คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตภาคใต้ตอนบน**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยมหิดล.

วันดี โภคะกุล และ ดิษยา ชวลิตธำรง. 2544. **เตรียมพร้อมสรรพรับวัยเกษียณ**. กรุงเทพมหานคร : ม.ป.ท.

วันดี โภคะกุล และคณะ. 2543. **คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุไทย ปี 2543**. กรุงเทพมหานคร : สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ.

วาทินี บุญชะลักษี, พงษ์ศักดิ์ หมื่นศักดา, เสาวนีย์ เงินโพธิ์กลางดี และ จินดา เห็นประเสริฐ. 2551. **รายงานการวิจัยและพัฒนาเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุจังหวัดกาญจนบุรี**. นครปฐม : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

วารี กังใจ. 2540. **รายงานการวิจัยเรื่อง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ**. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.

วิชิต คนึงสุขเกษม. 2536. **รายงานผลการศึกษาตัวบ่งชี้การพัฒนาการกีฬาของไทย พ.ศ.2537 ด้านกีฬาขั้นพื้นฐาน**. กรุงเทพมหานคร : งานข้อมูลพื้นฐาน กองนโยบายและแผนการกีฬาแห่งประเทศไทย สำนักนายกรัฐมนตรี.

วิทธิลักษณ์ จันทร์ธนสมบัติ. 2552. **ทัศนะต่อการเป็นผู้สูงอายุที่มีความสุขของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร : กรณีศึกษาสาธารณสุข 40 บางแค**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และสำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. 2551. **รายงานการศึกษาโครงการสร้างระบบการติดตามและประเมินผล แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545 – 2564)**. กรุงเทพมหานคร : วิทยาลัยประชากรศาสตร์.

วิพรรณ ประจวบเหมาะ และ ศิริวรรณ ศิริบุญ. 2553. ประชากรสูงอายุไทย ใน **สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2552**. สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์. (บรรณาธิการ). กรุงเทพมหานคร : บริษัท ที คิว พี จำกัด.

วิพรรณ ประจวบเหมาะ, นภาพร ชโยวรรณ, มาลินี วงษ์สิทธิ์, ศิริวรรณ ศิริบุญ, บุศริน บางแก้ว และ ชานตตี มิลินทรากูร. 2552. **บทสรุปผู้บริหารโครงสร้างระบบการติดตามประเมินผลแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2**. กรุงเทพมหานคร : วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ศรีทับทิม พานิชพันธ์. 2525. บริการสังคมกับผู้สูงอายุ. **ครุรุปริทัศน์ ฉบับพิเศษ**. ม.ป.ท.

_____. 2534. บริการสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย. **วารสารสังคมสงเคราะห์**. 6 : 52 – 86.

ศรีเมือง พลังฤทธิ์. 2547. **การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยตนเอง ครอบครัว และชุมชน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา**. วิทยานิพนธ์ดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาประชากรศาสตร์ วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

_____. 2550. แนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยบุคคล ครอบครัว และชุมชน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา : การศึกษาเชิงคุณภาพ. **วารสารประชากรศาสตร์**. (กันยายน 2550) : 67 – 81.

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ. 2536. **รายงานการวิจัยเรื่อง ศักยภาพของปัจจัยการเกื้อหนุนทางสังคมที่มีต่อการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุ**. กรุงเทพมหานคร :สถาบันไทยคดีศึกษา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

_____. 2548. **การเข้าถึงสิทธิตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546 ของผู้สูงอายุ**. กรุงเทพมหานคร : ศุภวณิชการพิมพ์.

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, โกวิทย์ พวงงาม และ วรรณลักษณ์ เมียนเกิด. 2549. **การบริหารจัดการของชมรมผู้สูงอายุในกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ : โครงการประเมินการพัฒนาผู้สูงอายุในหมู่บ้านห่างไกลและหมู่บ้านสร้างเสริมสุขภาพโดยผู้สูงอายุเป็นแกนนำ ปีที่ 3**. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, วรรณลักษณ์ เมียนเกิด และ โกวิทย์ พวงงาม. 2547. **การประเมินการพัฒนาชมรมผู้สูงอายุในหมู่บ้านห่างไกล และหมู่บ้านสร้างเสริมสุขภาพโดยผู้สูงอายุเป็นแกนนำ**. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) คณะสังคม-สงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. 2541. **รายงานการวิจัยเรื่อง คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทย ในประเด็นการเกื้อหนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุ**. กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยมหิดล.

_____. 2549. **รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์ เรื่อง โครงการระบบการดูแลระยะยาวในครอบครัวสำหรับผู้สูงอายุ**. กรุงเทพมหานคร : บริษัทมิสเตอร์ก๊อปปี้ (ประเทศไทย) จำกัด.

_____. 2551. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับการดูแลผู้สูงอายุในสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2550. สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ (บรรณาธิการ). กรุงเทพมหานคร : บริษัททีคิวพี จำกัด.

ศิริกัญญา แก่นทอง. 2548. **ปัจจัยส่วนบุคคลที่สัมพันธ์กับความต้องการบริการสวัสดิการสังคมของผู้สูงอายุ : กรณีศึกษาอำเภอเมือง จังหวัดนราธิวาส**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

ศิริพร วีระเกียรติ และคณะ. 2546. **คุณภาพชีวิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้สูงอายุในจังหวัดสุราษฎร์ธานี**. งานผู้สูงอายุ กลุ่มงานวิชาการและสุขภาพจิต.

ศิริวรรณ ม่วงศิริ. 2540. **ความพึงพอใจในการเกษียณอายุ : ศึกษากรณีข้าราชการบำนาญกระทรวงศึกษาธิการ**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาสังคมวิทยา คณะสังคมและมานุษยวิทยา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

ศิริวรรณ ศิริบุญ. 2545. ผู้ดูแล ใน**ผู้สูงอายุในประเทศไทย**. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล นภาพร ชโยวรรณ และ ศศิพัฒน์ ยอดเพชร (บรรณาธิการ). สาขาวิชาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ศิริวรรณ อรุณทิพย์ไพฑูรย์ และ เพ็ญศิริ แต่สุวรรณ. 2553. การดูแลและสวัสดิการผู้สูงอายุใน **สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2553**. สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ (บรรณาธิการ). กรุงเทพมหานคร : บริษัททีคิวพี จำกัด.

สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และกองวางแผนกำลังคน สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. 2548. **ผู้สูงอายุในประเทศไทย**. เอกสารประกอบการสัมมนา วันที่ 3 – 4 พฤษภาคม 2548. กรุงเทพมหานคร : สถาบันวิจัยประชากรศาสตร์.

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. 2549. **การฉายภาพประชากรของประเทศไทย พ.ศ.2548 – 2568**. มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพมหานคร : เอดิสัน เพรส.

_____. 2553. **ประชากรและสังคม 2553 คุณค่าผู้สูงอายุในสายตาสังคมไทย**. สุชาดา ทวีสิทธิ์ และ สวรัย บุณยมานนท์ (บรรณาธิการ). นครปฐม : สำนักพิมพ์ประชากรและสังคม.

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม. 2549. **การฉายภาพประชากรของประเทศไทย พ.ศ.2548 – 2568**. มหาวิทยาลัยมหิดล (มีนาคม 2549). นครปฐม ; สำนักพิมพ์ประชากรและสังคม.

สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย. **การสร้างและขยายโอกาสการเข้าถึงหลักประกันทางสังคมขั้นพื้นฐานสำหรับผู้สูงอายุ**. รายงานทีดีอาร์ไอ ฉบับที่ 50 กันยายน 2550.

สถาบันวิถีใหม่ท้องถิ่น. 2547. **คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตชนบทไทย**. สืบค้นเมื่อ 1 มีนาคม 2552. จาก http://ww.polsci.chula.ac.th.

สมจิต แดนสีแก้ว, เจียมจิต แสงสุวรรณ และ จงกลนี ศรีจักรโคตร. 2544. **รายงานวิจัยเรื่องชุมชนช่วยชุมชนต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตชุมชนชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ**. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

สมจินต์ โฉมวัฒนชัย และคณะ. 2553. สถานการณ์ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ **สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2552**. สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ (บรรณาธิการ). กรุงเทพมหานคร : บริษัททีคิวพี จำกัด.

สมศักดิ์ ศรีสันติสุข. 2539. **สังคมวิทยาผู้สูงอายุ : ความเป็นจริงและการคาดการณ์ในสังคมไทย**. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สาคร อินโท่โล่ และ จิราพร เกศพิชญาวัฒนา. 2550. ประสบการณ์และสุขภาวะของผู้สูงอายุไทยที่ถือศีลแปดที่วัด. **วารสารประชากรศาสตร์**. (กันยายน 2550) : 35 – 47.

สายสีทอง ณ ภูเก็ต. 2543. **การศึกษาสัมพันธภาพของผู้สูงอายุกับบุคคลอื่น : ศึกษาเฉพาะผู้สูงอายุในจังหวัดระยอง**. สารนิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาการจัดการโครงการสวัสดิการสังคม คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. สำนักนายกรัฐมนตรี. 2549. **แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 พ.ศ.2550 – 2554**.

สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน. 2530. **คู่มือการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ**. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข.

สำนักงานส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย. 2547. **รายงานผลการประชุมเชิงปฏิบัติการการติดตามผลการดำเนินงานตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545 – 2564)**. กรุงเทพมหานคร : สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส คนพิการ และผู้สูงอายุ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และวิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2550. **การสำรวจความคิดเห็นของประชากรเกี่ยวกับความรู้และทัศนคติที่มีต่อผู้สูงอายุ พ.ศ.2550**. สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2545. **ผู้สูงอายุไทย**. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานสถิติแห่งชาติ. กรุงเทพมหานคร.

_____. 2545. **รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย**. กรุงเทพมหานคร : ม.ท.ป.

_____. 2551. **สรุปผลที่สำคัญการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2550**. กรุงเทพมหานคร : สำนักสถิติพยากรณ์.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สำนักนายกรัฐมนตรี. 2546. **รายงานการสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2545**. กรุงเทพมหานคร : ชวนพิมพ์.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. **สำมะโนประชากรและเคหะ**. พ.ศ.2503, 2513, 2523, 2533, และ 2543.

สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็กเยาวชน ผู้ด้อยโอกาส คนพิการ และผู้สูงอายุ และกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. 2546. **รายงานสรุปผลการสัมมนาเชิงปฏิบัติการเพื่อกำหนดบทบาท ทิศทาง และแนวทางการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ**. เอกสารวิชาการ สทส. ลำดับที่ 2/2546. (อัดสำเนา)

สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ. กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. สมาคมพฤฒาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ และสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย. 2547. **การประชุมวิชาการระดับชาติ เรื่อง “ผู้สูงอายุ : ขุมทรัพย์ทางปัญญา” ระหว่างวันที่ 4 – 6 สิงหาคม 2547**. โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สิริชัย คำชมพู. 2550. **การเตรียมการสร้างหลักประกันเพื่อการดำรงชีวิตในวัยผู้สูงอายุของข้าราชการสังกัดสำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาบริหารและนโยบายสวัสดิการสังคม คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. 2544. “Active Ageing : เรือธงลำใหม่ในศตวรรษที่ 21.” **วารสารพฤฒาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย**. 3 (กรกฎาคม – กันยายน) : 1 – 2.

สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ. 2542. **ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย**. กรุงเทพมหานคร : บริษัท โฮลิสติก พับลิชชิ่ง จำกัด.

สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ. 2545. **ผู้สูงอายุในประเทศไทย รายงานการทบทวน องค์ความรู้และสถานการณ์ในปัจจุบัน ตลอดจนข้อเสนอแนะทางนโยบายและการวิจัย**. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล นภาพร ชโยวรรณ และ ศศิพัฒน์ ยอดเพชร (บรรณาธิการ). สาขาวิชาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุและพฤฒาวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. 2554. **หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุพรรณี ไชยอำพร และ สนิท สมัครการ. 2535. **รายงานการวิจัยเรื่อง คุณภาพชีวิตของคนไทย ศึกษาเปรียบเทียบระหว่างชาวเมืองและชาวชนบท**. กรุงเทพมหานคร : สำนักวิจัย สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.

สุรกุล เจนอบรม. 2534. **วิทยาการผู้สูงอายุ**. กรุงเทพมหานคร : ภาควิชาการศึกษานอกโรงเรียน คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

_____. 2542. **วิสัยทัศน์ผู้สูงอายุไทยและการศึกษานอกระบบผู้สูงอายุ**. กรุงเทพมหานคร : นิชิน แอทเวอร์ไทซิ่งกรุ๊ป.

สุรเกียรติ อาชานานุภาพ. 2541. **วิวัฒนาการการส่งเสริมสุขภาพระดับนานาชาติ**. นนทบุรี : โครงการสำนักพิมพ์สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

สุวรา แก้วนัย. 2551. **การศึกษาตัวชี้วัดศักยภาพของชุมชนในการจัดตั้งศูนย์อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุในชนบท**. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

เสก อักษรานุเคราะห์. 2534. **การออกกำลังกายสายกลางเพื่อสุขภาพและชะลอความแก่**. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อนามัย, กรม, สำนักส่งเสริมสุขภาพ กลุ่มอนามัยผู้สูงอายุ. 2547. **คู่มือการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ**. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.

อวย เกตุสิงห์. 2525. แก่อย่างสง่า. **เอกสารประกอบการประชุมสมัชชาโลก เรื่อง ผู้สูงอายุ**. มีนาคม 2525 : 2 – 19.

อัจฉรา นวจินดา และ ขจีจรัส ภิรมย์ธรรมศิริ. 2534. ความพึงพอใจ : ตัวแปรกลาง การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ **การประชุมวิชาการประชากรศาสตร์แห่งชาติ**. 2534. กรุงเทพมหานคร : 21 เซ็นจุรี.

Barrow, Georgia M. and Smith, Patricia A. 1979. **Aging : Ageism and Society**. Minnesota : West Publishing Company.

Berghorn, F.S., Schafer, D.E. & Associates. 1981. **The Dynamics of Aging**. Colorado : Westview Press.

Caldwell, E., and Hegner, B.R. 1986. **Geriatrics : A Study of Maturity**. 4th ed. New York : Delmar Publishers.

Cronenwelt, Clerk W. 1984. **Social Support : Conceptual Analysis**. New York : Blackwell.

Dean, Adam and Lin N. 1981. "Social Support and Depression," In **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**. 19 : 2.

Denham, M.J. 1991. **Care of the Long Stay Elderly Patient**. 2 nd ed. London : Champman and Hall.

Ebsersole, P., and Hess, P. 1998. **Toward Healthy Aging**. St Louis : Mosley Year Book.

Fillenbaum, G. 1987. Measures of Well – being in the Elderly. In T. Abelin and et al. (eds.), **Measurement in Health Promotion and Protection**. pp. 151 – 173. WHO Regional Office for European Series, No.22.

George, L,K. and Bearson L.B. 1980. **Quality of Life in Older Persons**. New York : Human Sciences Press.

Guralnik, Branch J. 2002. "Medical and Long – Term Care Cost When Older Person Become More Dependent," In **Research and Practice 92**. 8 : 47 – 48.

Havighurst, R.J. 1968. **Personality and Patterns of Aging**. Gerontologist. 8 : 20 – 23.

Hutchison, William G. 1975. "Quality of Life." In **Journal of Home Economics**. 11 : 941.

Kaplan, Wise. 1977. **Humanscape : Environments for People**. North Scituate : MA.

Milberg, Johm A. 1992. "Quality of Life : Concept Analysis." in **Journal of Advanced Nursing**. 18 : 32 – 38.

Patrick, D. and Erickson, P. 1988. Assessment Health Related Quality of Life for Clinical Decision – making. In S. Walker and R. Rosser (ed.). **Quality of Life : Assessment and Application**. pp. 9 – 49. Lancaster MTP Press.

Reader, William W. 1974. **Some Aspects of the Informal : Social Participation of Farm Families in New York State**. New York : Cornell University.

Robert, Havighurst. 1976. "The Significance of Age in Sociology." In **American Sociological Review**. 52 : 5.

Sharma, R.C. 1988. The Meaning of Quality of Life. In R.C. Sharma. **Population, Resource, Environment and Quality of Life**. New Delhi : Dhanpat Rai & Sons.

Sheldon, Watson. 2000. "The Helping to End Man' Hopeless Existence." In **British Medical Journal**. 8 : 321.

Shryock, Henry S. 2004. **The Methods and Materials of Demography**. New York : Academic Press.

The WHOQOL Group. 1995. The World Health Organization Quality of Life Assessment [WHOQOL] : position paper from the World Health Organization. **Social Science and Medicine**. 41 : 1403 – 1409.

Wallace, S. 1974. **Identification of Quality of Life Indicators for Use in Family Planning Programme in Developing Countries**. Unpublished Doctoral Dissertation. Pennsylvania State University.

World Health Organization (WHO). 2001. **Health in Old : A Guide to Good Health for Senior Citizens and Their Careers**. n.p.