

บทที่ 1



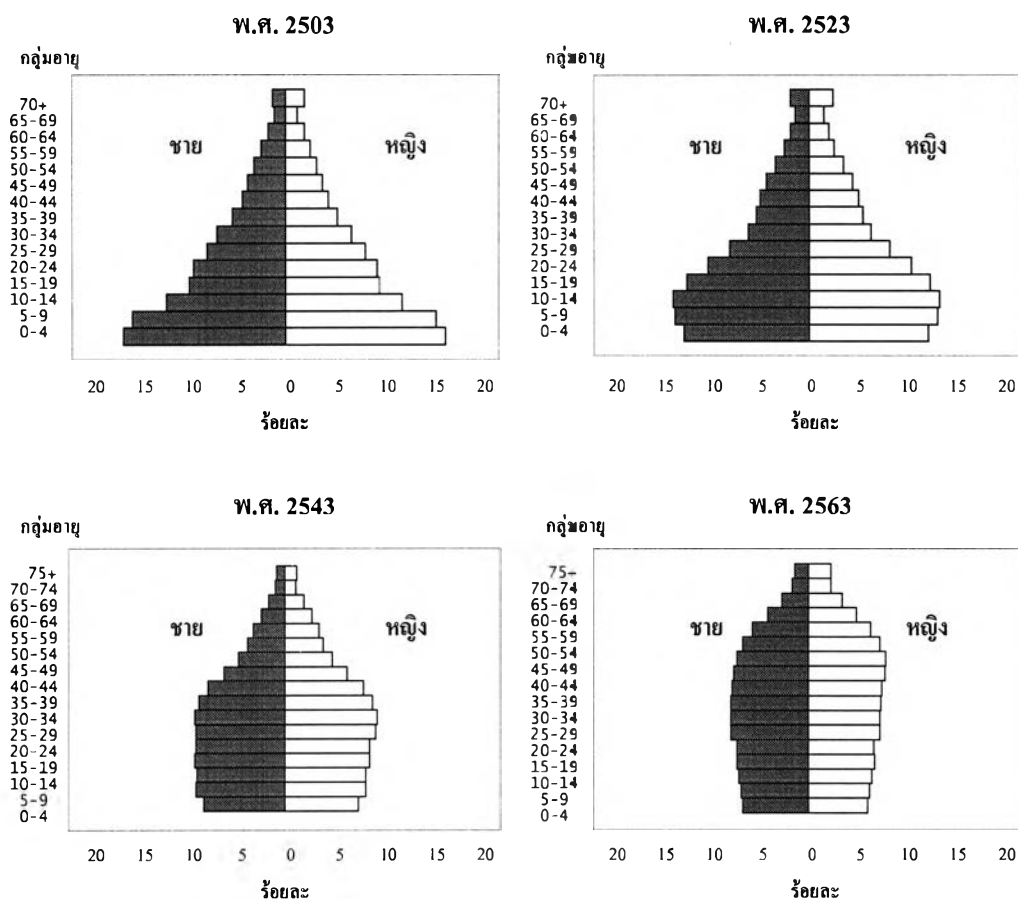
บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ข้อมูลประชากรโลกชี้ชัดว่าในช่วงสามทศวรรษที่ผ่านมา ประชากรผู้สูงอายุ (อายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป) มีเพิ่มขึ้นทั้งขนาดและสัดส่วนต่อประชากรทั้งหมด ทั้งนี้เนื่องจากอัตราการตายและอัตราการเจริญพันธุ์ลดลง (Sen, 1994: 1; Weeks, 2002: 337) กล่าวคือในปี พ.ศ. 2518 ประชากรโลกมีจำนวน 4,100 ล้านคน ประชากรผู้สูงอายุมีจำนวน 350 ล้านคน คิดเป็นสัดส่วนต่อประชากรทั้งหมดร้อยละ 8.54 และจากการคาดประมาณประชากรในปี พ.ศ. 2568 ประชากรโลกจะมีจำนวน 8,200 ล้านคน ประชากรผู้สูงอายุจะมีจำนวน 1,100 ล้านคน คิดเป็นสัดส่วนต่อประชากรทั้งหมดร้อยละ 13.41 นอกจากนี้แนวโน้มสัดส่วนผู้สูงอายุที่มีอายุมากยังเพิ่มขึ้นด้วย อีกทั้ง 2 ใน 3 ของผู้สูงอายุในโลกอยู่ในประเทศกำลังพัฒนา โดยเฉพาะในภาคพื้นเอเชีย (บรรลุ ศิริพานิช, 2542: 28; Schlenker, 1993: 3; United Nations, 2002c: 33) แต่เมื่อพิจารณาสัดส่วนผู้สูงอายุเป็นรายประเทศ พบว่าในปี พ.ศ. 2545 ประเทศที่มีสัดส่วนของผู้สูงอายุสูงที่สุด 5 อันดับแรก ได้แก่ ประเทศอิตาลี (ร้อยละ 25) ญี่ปุ่น เยอรมันนี กรีก (ร้อยละ 24) สวีเดน (ร้อยละ 23) เบลเยียม สเปน สวิตเซอร์แลนด์ บัลแกเรีย (ร้อยละ 22) และออสเตรเลีย แลทเวีย โปรตุเกส อังกฤษ โครเอเชีย ยูเครน ฝรั่งเศส (ร้อยละ 21) (United Nations, 2002a: 1-2)

ข้อมูลประชากรของประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2503, 2523 และ 2543 มีประชากรผู้สูงอายุ (อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป) จำนวน 1.21 ล้านคน, 2.44 ล้านคน และ 5.79 ล้านคน คิดเป็นสัดส่วนต่อประชากรทั้งหมดร้อยละ 4.61, 5.46 และ 9.51 ตามลำดับ (สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจแห่งชาติ, สำนักงานสถิติกลาง, 2505: 9; สำนักนายกรัฐมนตรี, สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2525: 22; สำนักนายกรัฐมนตรี, สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2545ข: 22) และจากการคาดประมาณประชากรในปี พ.ศ. 2563 ประชากรผู้สูงอายุจะเพิ่มจำนวนเป็น 11.88 ล้านคน คิดเป็นสัดส่วนต่อประชากรทั้งหมดร้อยละ 16.78 (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2546: 23) นอกจากนี้สัดส่วนผู้สูงอายุที่มีอายุมากยังเพิ่มขึ้นอีกด้วย ดังในปี พ.ศ. 2503 ประชากรผู้สูงอายุที่มีอายุ 70 ปีหรือมากกว่ามีร้อยละ 34.9 ของผู้สูงอายุทั้งหมด และคาดว่าในปี พ.ศ. 2563 จะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 39.6 ของผู้สูงอายุทั้งหมด ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากประเทศไทยมีอัตราการตายและอัตราการเจริญพันธุ์ลดลง ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางอายุของประชากรประเทศไทย ดังในปี พ.ศ. 2503, 2523, 2543 และ 2563 โครงสร้างประชากรมีลักษณะจากรูปรางเจดีย์ เปลี่ยนเป็นลักษณะรวงผึ้ง ลักษณะระฆังและลักษณะแฉก้น (แผนภาพที่ 1)

แผนภาพที่ 1 โครงสร้างประชากรของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2503, 2523, 2543 และ 2563



ที่มา: สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจแห่งชาติ, สำนักงานสถิติกลาง, 2505: 9; สำนักนายกรัฐมนตรื, สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2525: 22; สำนักนายกรัฐมนตรื, สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2545ข: 22; สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2546: 23

การตายลดลงส่งผลให้อายุคาดหมายเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดของคนไทยสูงขึ้น (คนไทยอายุยืนขึ้น) โดยที่เพศหญิงมีอายุขัยเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดมากกว่าเพศชาย กล่าวคือในปี พ.ศ. 2538-2543 คนไทยมีอายุคาดหมายเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด 69.51 ปี (เพศหญิง 71.74 ปี เพศชาย 67.36 ปี) ปี พ.ศ. 2543-2548 เพิ่มขึ้นเป็น 70.23 ปี (เพศหญิง 72.39 ปี เพศชาย 68.15 ปี) และปี พ.ศ. 2548-2553 จะเพิ่มขึ้นเป็น 70.89 ปี (เพศหญิง 73 ปี เพศชาย 69.50 ปี) ตามลำดับ (สมาคมอนามัยแห่งประเทศไทย, 2544: 207) อีกทั้งอายุคาดหมายเฉลี่ยของประชากรอายุ 60 ปี มีเพิ่มขึ้น กล่าวคือในปี พ.ศ. 2543-2548 เพศหญิงอายุ 60 ปี มีอายุคาดหมายเฉลี่ย 19.41 ปี ในปี พ.ศ. 2563-2568 จะเพิ่มขึ้นเป็น 21.94 ปี ในทำนองเดียวกัน ในปี พ.ศ. 2543-2548 เพศชายอายุ 60 ปี มีอายุคาดหมายเฉลี่ย 16.33 ปี ในปี พ.ศ. 2563-2568 จะเพิ่มขึ้นเป็น 18.62 ปี (เกื้อ วงศ์บุญสิน, 2546: 5) ทั้งนี้ส่วนหนึ่งเป็นเพราะการแพทย์และการสาธารณสุขของประเทศไทยพัฒนาก้าวหน้าไปมาก และจากข้อมูลโครงการสำมะโนประชากรและเคหะปี พ.ศ. 2543 พบว่าจังหวัดที่มีสัดส่วนของผู้สูงอายุสูงที่สุด 5 อันดับแรก ส่วนใหญ่เป็น

จังหวัดในภาคกลางและภาคเหนือ ได้แก่ จังหวัดสิงห์บุรี (ร้อยละ 15.6) อ่างทอง (ร้อยละ 15.1) ชัยนาท (ร้อยละ 14.7) สมุทรสงคราม (ร้อยละ 14.3) พิจิตร และนครนายก (ร้อยละ 12.9) (สำนักนายกรัฐมนตรี, สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2545ก: 1)

เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ สภาพร่างกายของผู้สูงอายุย่อมเปลี่ยนไป ระบบต่างๆ ย่อมเสื่อมถอยลง (Susser, 1987: 247; Coni, Davison และ Webster, 1993: 11-31) อีกทั้งผู้สูงอายุมีโอกาสป่วยด้วยโรคต่างๆ ทั้งโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อ (สมชาย สุพันธุ์วิช, 2527: 15) และจากข้อมูลการศึกษาผู้สูงอายุที่ไปรับบริการรักษาที่สถานบริการของรัฐบาล ทุกภาคของประเทศไทยจำนวน 16 แห่ง โรคที่พบบ่อย 5 อันดับแรกของผู้สูงอายุที่เป็นคนไข้นอก ได้แก่ เบาหวาน ร้อยละ 9.7 ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 9.0 ปวดข้อ ร้อยละ 4.9 หลอดเลือดหัวใจ ร้อยละ 3.7 และวัณโรค ร้อยละ 3.6 ส่วนโรคที่พบบ่อย 5 อันดับแรกของผู้สูงอายุที่เป็นคนไข้ใน ได้แก่ ต้อกระจก ร้อยละ 8.4 ติดเชื้อทางเดินอาหาร ร้อยละ 7.0 ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 3.8 เบาหวาน ร้อยละ 3.7 และวัณโรคปอด ร้อยละ 3.3 (บรรลุ ศิริพานิช, 2542: 118-119) อีกทั้งข้อมูลผู้สูงอายุในปัจจุบัน มีการใช้เตียงในโรงพยาบาล รัฐบาลทั่วประเทศถึงร้อยละ 28 ของปริมาณเตียงทั้งหมด และได้ประมาณการว่าจะมีการเพิ่มของการครองเตียงในอัตราที่สูงเป็น 3 เท่าของการเพิ่มในประชากรอายุน้อย (สำนักนายกรัฐมนตรี, คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ, 2545: 18)

นอกจากปัญหาด้านสุขภาพกายดังกล่าวแล้ว ผู้สูงอายุในชุมชนส่วนหนึ่งถูกทอดทิ้งให้ว่าเหว่เหงา ซึมเศร้า คิดมาก ผู้สูงอายุบางคนบอกว่าคิดมากจนถึงขั้นอยากฆ่าตัวตาย (ศรีเมือง พลึงฤทธิ์, 2540: 2) ซึ่งเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยทางด้านจิตใจอีกด้วย และในสภาวะสังคมเศรษฐกิจสิ่งแวดล้อมปัจจุบันนี้ บุตร หลาน ต้องออกไปศึกษาหรือประกอบอาชีพที่ไกลบ้าน ทำให้การดูแลสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจ ซึ่งรวมถึงการป้องกันสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพ การรักษาสุขภาพ และการฟื้นฟูสภาพของผู้สูงอายุ อาจทำได้ไม่เต็มที่ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ประเทศไทยได้เล็งเห็นความสำคัญของเรื่องผู้สูงอายุ จึงได้มีการวางแผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ เรียกว่าแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ปัจจุบันมี 2 ฉบับ โดยที่แผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2525-2544) ได้กำหนดสาระสำคัญไว้ดังนี้ (คณะกรรมการการศึกษาวิจัยและวางแผนระยะยาวเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ในคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ, 2525: 2)

1. ผู้สูงอายุควรจะได้อยู่กับครอบครัวอย่างอบอุ่น ได้รับความเคารพนับถือและการดูแลเอาใจใส่จากบุตรหลาน และควรลดบทบาทการเป็นผู้หารายได้มาเลี้ยงครอบครัวลง
2. ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถพึ่งตนเองได้ และไม่ได้รับการคุ้มครองดูแลจากครอบครัว ไม่ว่าจะด้วยเหตุใดก็ตาม ควรจะได้รับการปกป้องดูแลจากสังคม
3. ผู้สูงอายุควรได้รับข่าวสาร ข้อมูล รวมทั้งการแนะนำถึงวิธีการป้องกัน และรักษาสุขภาพอนามัยของตนเอง และในกรณีเจ็บป่วยควรได้รับการดูแลรักษาพยาบาล

4. ผู้สูงอายุควรได้รับการสนับสนุน ให้มีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัว และชุมชน ตามความถนัด และความสามารถของแต่ละบุคคล โดยเฉพาะบทบาทที่ปรึกษา ซึ่งถ่ายทอด ความรู้ ประสบการณ์ต่างๆ ให้ บทบาทเช่นนี้ย่อมมีผลให้ผู้สูงอายุมีความภูมิใจในตนเอง และเห็นคุณค่าในการที่จะดำรงชีวิตอยู่อย่างมีคุณค่าต่อไป

สำหรับแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) ได้กำหนดยุทธศาสตร์ที่สำคัญไว้ดังนี้ (บรรลุ ศิริพานิช, 2544: 44-45; สำนักนายกรัฐมนตรี, คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ, 2545: 30)

1. ยุทธศาสตร์ด้านการเตรียมความพร้อมของประชากรเพื่อวัยสูงอายุที่มีคุณภาพ
2. ยุทธศาสตร์ด้านการส่งเสริมผู้สูงอายุ
3. ยุทธศาสตร์ด้านระบบคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ
4. ยุทธศาสตร์ด้านการบริหารจัดการ เพื่อการพัฒนางานด้านผู้สูงอายุระดับชาติและการพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ อย่างมีทิศทางและผสมผสาน
5. ยุทธศาสตร์ด้านการประมวลและพัฒนาองค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุ และการติดตามประเมินผลการดำเนินการตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ

โดยสรุป แผนผู้สูงอายุทั้งสองฉบับมุ่งเน้นให้ประชากรผู้สูงอายุมีการพึ่งตนเอง การมีครอบครัวที่อบอุ่น การได้รับข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุน ให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัว และชุมชน อีกทั้งควรเตรียมความพร้อม การส่งเสริมผู้สูงอายุ ระบบคุ้มครองทางสังคม สำหรับผู้สูงอายุ และการพัฒนางานด้านผู้สูงอายุ โดยการดำเนินการต้องมีลักษณะแบบบูรณาการ

ความสำคัญของผู้สูงอายุ ได้ถูกระบุไว้ในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 ในมาตรา 54 “บุคคลซึ่งมีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ และไม่มีรายได้เพียงพอแก่การยังชีพมีสิทธิได้รับความช่วยเหลือจากรัฐทั้งนี้ตามที่กฎหมายบัญญัติ” และในมาตรา 80 “รัฐต้องคุ้มครองพัฒนาเด็กและเยาวชน ส่งเสริมความเสมอภาคของหญิงและชาย ส่งเสริมและพัฒนาความเป็นปึกแผ่นของครอบครัว และความเข้มแข็งของชุมชน รัฐต้องสงเคราะห์คนชรา ผู้ยากไร้ ผู้พิการหรือทุพพลภาพ และผู้ด้อยโอกาสให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและพึ่งตนเอง” (สำนักนายกรัฐมนตรี, คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ, 2545: 4)

นอกจากนโยบายระดับชาติ อันได้แก่ แผนผู้สูงอายุแห่งชาติสองฉบับ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 ยังมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับผู้สูงอายุ การดำเนินงานของหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ รวมทั้งในระดับชุมชนมีการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุซึ่งเป็นการรวมกลุ่มเพื่อดำเนินกิจกรรมต่างๆ อย่างไรก็ตามการดำเนินการต่างๆ ยังไม่สัมฤทธิ์ผล กล่าวคือ ปี พ.ศ. 2539 ประเทศไทยมีชมรมผู้สูงอายุ 3,487 ชมรม แต่ชมรมที่มีการดำเนินการเป็นกิจลักษณะมีอยู่เพียง 1,042 ชมรม หรือประมาณร้อยละ 30 (บรรลุ ศิริพานิช, 2542: 175) และจากผลการประเมินโครงการสวัสดิการสังคมของรัฐบาลเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุไทย พบว่าไม่สามารถตอบสนองปัญหา

และความต้องการของผู้สูงอายุ อีกทั้งไม่เพียงพอ ไม่ทั่วถึง และไม่สามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายที่แท้จริงได้ บริการที่รัฐบาลจัดให้ไม่สามารถนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ไม่สามารถพัฒนาจิตวิญญาณของผู้สูงอายุอย่างเป็นองค์รวม บริการที่จัดให้เป็นการช่วยหรือให้เพื่อยุ่รอดมากกว่าเพื่อยุ่ดีมีสุข (ระพีพรรณ คำหอม และคณะ, 2542: 4) อีกทั้งการให้การเกื้อหนุนผู้สูงอายุโดยกลุ่มผู้สูงอายุเองและประชากรกลุ่มอื่นๆ ในชุมชนถึงแม้จะมีปรากฏอยู่ แต่การดำเนินงานส่วนใหญ่เป็นการดำเนินงานในลักษณะที่เป็นการรวมตัวกันเพียงเฉพาะกิจหรือการจัดกิจกรรมตามประเพณีนิยม เมื่อเสร็จสิ้นกิจกรรมต่างๆ เหล่านั้นแล้ว ไม่มีการดำเนินงานในลักษณะที่มีความต่อเนื่องระยะยาว (มาลินี วงษ์สิทธิ์ และ ศิริวรรณ ศิริบุญ, 2544: 96)

ดังที่กล่าวมา จากข้อมูลทางประชากรในอดีต ปัจจุบัน และการคาดหมายประชากรในอนาคต แสดงให้เห็นเด่นชัดว่าประชากรผู้สูงอายุของโลกและของประเทศไทยมีเพิ่มขึ้นทั้งจำนวนและสัดส่วนและมีแนวโน้มจะมากขึ้นอีก อีกทั้งปัญหาสุขภาพ (สุขภาพกาย สุขภาพใจ) ของผู้สูงอายุ ปัญหาทางสังคม ปัญหาเศรษฐกิจ และจากการดำเนินงานที่ผ่านมาที่ยังไม่ประสบความสำเร็จทำให้ผู้วิจัยเกิดความสงสัยว่าจะเตรียมการหรือทำอะไรที่จะทำให้ผู้สูงอายุที่กำลังมีแนวโน้มมากขึ้นอยู่ดีมีความสุข หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งว่าผู้วิจัยมีคำถามการวิจัยว่า “จะพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุได้อย่างไร”

ผู้วิจัยมีความคิดเห็นว่าการทำวิจัยเพื่อตอบคำถามการวิจัยในครั้งนี้ ควรใช้หลักทางพุทธศาสนาที่ว่า ทุกข์ สมุทัย นิโรจน์ มรรค นั่นคือควรทราบปัญหาและสาเหตุของปัญหาก่อน จากนั้นจึงหาแนวทางเพื่อแก้ไขปัญหาให้ตรงกับสาเหตุ ดังนั้นการวิจัยในครั้งนี้จำเป็นต้องวิเคราะห์สถานการณ์ (situation analysis) ในปัจจุบันว่าเป็นอย่างไร (What is?) เพื่อให้ทราบถึงสภาพปัจจุบัน ปัญหา สาเหตุของปัญหา และความต้องการของผู้สูงอายุ จากนั้นจึงนำส่วนนี้ไปหาแนวทางว่าในอนาคตควรจะเป็นอย่างไร (What should be?) เพื่อนำแนวทางที่ได้ไปแก้ปัญหาคือทำให้เกิดการพัฒนา ภายใต้ทรัพยากรที่มีอยู่ และบนศักยภาพของความเป็นไปได้ ก็น่าจะเป็นแนวทางการพัฒนาได้อย่างแท้จริงและยั่งยืน เมื่อผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าเรื่องการพัฒนาที่ยั่งยืน การพึ่งตนเอง การมีครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน อีกทั้งการเสริมสร้างความเข้มแข็งทุกระดับ ทำให้ผู้วิจัยมีความคิดเห็นว่าการจะพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุควรทำทั้งในแนวตั้งและแนวนอน กล่าวคือแนวตั้งหมายถึงต้องพัฒนาทั้งระดับย่อย (จุลภาค) ไปจนถึงระดับใหญ่ (มหภาค) โดยการเริ่มต้นที่ตนเอง ครอบครัว ชุมชน รวมไปถึงประเทศ แนวนอนหมายถึงในแต่ละระดับต้องคำนึงถึงความสัมพันธ์แบบองค์รวม คือทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม ด้านเศรษฐกิจ ด้านสิ่งแวดล้อม และด้านการเมืองการปกครอง ทั้งหมดนำมาบูรณาการเข้าด้วยกันเป็นคุณภาพชีวิต

ดังนั้น จากความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาที่กล่าวมาข้างต้น จำเป็นต้องทำการวิจัยเพื่อศึกษาถึงการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้วิจัยทำวิจัยเรื่อง การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยบุคคล ครอบครัว และชุมชน

1.2 คำถามการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีคำถามการวิจัยว่า จะพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุได้อย่างไร

1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์คือ

- 1.3.1 เพื่อประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ
- 1.3.2 เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล ครอบครัว และชุมชน กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ
- 1.3.3 เพื่อให้ได้แนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยบุคคล ครอบครัว และชุมชน

1.4 แนวคิดและทฤษฎี

แนวคิดและทฤษฎีที่จะกล่าวต่อไปนี้เป็นส่วนที่นำมาสร้างเป็นกรอบแนวคิดของการวิจัยในครั้งนี้ ซึ่งการวิจัยในครั้งนี้อาศัย 4 แนวคิด กับ 1 ทฤษฎี ได้แก่ แนวคิดการพัฒนา แนวคิดการพึ่งตนเอง แนวคิดพื้นฐานครอบครัว และแนวคิดพื้นฐานชุมชน กับทฤษฎีกิจกรรม ซึ่งมีหลักการและสาระสำคัญดังนี้

1.4.1 แนวคิดการพัฒนา

พัฒนา หมายถึง ทำให้เจริญ (ราชบัณฑิตยสถาน, 2546: 779) ซึ่งมีผู้กล่าวถึงแนวคิดการพัฒนาไว้ต่างๆ กันดังนี้

1.4.1.1 แนวคิดการพัฒนาแบบยั่งยืน

การพัฒนาแบบยั่งยืน คือการพัฒนาที่สนองความต้องการของปัจจุบันโดยไม่ทำให้ประชาชนรุ่นต่อไปในอนาคตต้องประนีประนอมยอมลดความสามารถของเขาในการที่จะสนองความต้องการของเขาเอง (World Commission on Environment and Development, 1987 อ้างถึงใน พระธรรมปิฎก (ป.อ.ปยุตโต), 2539: 59-60) หรือการพัฒนาแบบยั่งยืน คือนโยบายที่สนองความต้องการของประชาชนในปัจจุบัน โดยไม่ต้องทำลายทรัพยากรซึ่งจะเป็นที่ต้องการในอนาคต (Corson, 1990 อ้างถึงใน พระธรรมปิฎก (ป.อ.ปยุตโต), 2539: 60-61) แนวคิดการพัฒนาแบบยั่งยืนจึงมีความสำคัญยิ่ง และเป็นที่ยกมาพูดถึงกันมากเนื่องจากการพัฒนาที่ผ่านๆ มาเกิดขึ้นมากแต่ไม่นานก็หายไป

1.4.1.2 แนวคิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชากรไทย

เนาวรัตน์ พลายน้อย และ สุภวัลย์ พลายน้อย (2544: 75-83) อธิบายแนวคิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชากรไทยว่าในระดับครอบครัวจะต้องส่งเสริมให้คู่สมรสมีบุตรธิดาจำนวนพอเหมาะกับฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว สถานภาพทางสังคม สุขภาพของมารดา

และความสามารถในการอบรมเลี้ยงดูบุตรให้เป็นพลเมืองดี นอกจากนี้จะต้องหามาตรการจูงใจให้มีการสร้างงานในแหล่งต่างๆ เพื่อจูงใจให้ประชากรไทยแยกย้ายไปอยู่ในทุกส่วนของประเทศ รวมทั้งจะต้องหาทางให้ประชากรทุกคนมีงานทำ มีรายได้ดีขึ้น ตลอดจนให้ประชากรมีการศึกษาสูงขึ้น มีความสามารถ ในการคิด การทำ และการแก้ปัญหา มีการกินดีอยู่ดี รู้จักใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพสูงสุดและประหยัด ไม่ทำลายสิ่งแวดล้อมธรรมชาติที่มีอยู่ รู้จักสิทธิหน้าที่ของแต่ละบุคคล มีความรักชาติ ศาสนา พระมหากษัตริย์ และส่งเสริมการปกครองในระบอบประชาธิปไตย

การจะบรรลุถึงสิ่งต่างๆ จะต้องเป็นความร่วมมือกันในทุกระดับตั้งแต่ระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชนและรัฐบาล การที่ฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดทำเพียงฝ่ายเดียวย่อมเป็นการยากที่จะยกระดับคุณภาพชีวิตของประชากรให้ดีขึ้นได้ อย่างไรก็ตาม ในระดับบุคคลนั้นการพัฒนาคุณลักษณะให้เป็นผู้คิดเป็น ทำเป็น และแก้ปัญหาเป็น นับเป็นเงื่อนไขเบื้องต้นที่สำคัญอย่างยิ่ง

1.4.1.3 แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตและสังคม

อนุชาติ พวงสำลี และ อรทัย อาจอ่ำ (2541: 37-57) กล่าวว่าแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตและสังคม มี 4 ด้าน คือ

1.4.1.3.1 แนวคิดการพัฒนาคุณภาพชีวิต เป็นเรื่องของระดับการมีชีวิตที่ดีมีความสุข ความพึงพอใจในชีวิตจะครอบคลุมไปถึงเรื่องของสุขภาพ มาตรฐานการดำรงชีวิต คุณภาพของที่อยู่อาศัย ความพึงพอใจในหน้าที่การงาน ซึ่งมีกรรมสิ่งเหล่านี้ไว้ในนิยามและเกณฑ์ของคุณภาพชีวิต

1.4.1.3.2 แนวคิดเรื่องการพัฒนาสังคม มี 3 ประเด็นหลักที่ต้องดำเนินงานคือ

- การขจัดความยากจน โดยใช้นิยามความยากจนที่รัฐบาลประเทศต่างๆ ใช้ คือ รายได้ของครัวเรือนหรือของบุคคลที่ต่ำกว่าเส้นยากจน ตัวบ่งชี้อื่นๆ เช่น การได้รับแคลอรีต่ำ อายุขัย และการไม่รู้หนังสือ

- การกระจายความเป็นธรรม เรื่องนี้เกี่ยวข้องกับผู้ด้อยโอกาส คือ สตรี เยาวชน คนพิการ ผู้สูงอายุ กลุ่มชาติพันธุ์ที่เป็นชนกลุ่มน้อย คนเหล่านี้ไม่ได้รับโอกาสและไม่สามารถเข้าถึงบริการต่างๆ ที่สามารถนำมาปรับปรุงคุณภาพชีวิตได้

- การมีส่วนร่วมของประชาชน คนส่วนใหญ่ในภูมิภาคไม่สามารถยกระดับคุณภาพชีวิตของตนเองได้ เพราะถูกกีดกันจากระบบการการตัดสินใจ และการควบคุมสถานการณ์ทั้งด้านครอบครัว ชุมชน และองค์กรต่างๆ

1.4.1.3.3 แนวคิดการพัฒนามนุษย์ เป็นทางเลือกหนึ่งของแนวคิดที่ท้าทายการพัฒนาที่ผิดพลาดซึ่งเน้นด้านเศรษฐกิจและใช้เศรษฐกิจเป็นตัวบ่งชี้ความสำเร็จของการพัฒนาเพียงอย่างเดียว แนวคิดการพัฒนามนุษย์แบบยั่งยืนจึงเป็นประเด็นที่ท้าทายและถูกกำหนดไว้ให้เป็นเป้าหมายของการพัฒนาสังคม และแนวคิดการพัฒนามนุษย์เป้าหมายคือการกำหนดทางเลือกที่สะท้อนความเป็นพลวัตของกระบวนการพัฒนาและศักยภาพที่มากมายของมนุษย์มากกว่าการรับเอาโครงสร้างที่เป็นเสมือนพิมพ์เขียวมาเท่านั้น แต่ต้องพัฒนาบุคคลและพัฒนาสังคมไปพร้อมๆ กัน

1.4.1.3.4 แนวคิดเรื่องความมั่นคงของชีวิตมนุษย์ องค์การสหประชาชาติได้เสนอแนวคิดนี้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของดัชนีในการพิจารณาการพัฒนาคนมนุษย์ กล่าวคือความมั่นคงของชีวิตมนุษย์ทั่วโลก (Global human security) หมายถึง การที่มนุษย์ที่อาศัยอยู่ทั่วโลกสามารถดำรงชีวิตและทำมาหากินได้โดยปลอดภัยจากความหวาดกลัวภัยที่อาจคุกคามการอยู่รอด สุขภาพอนามัย การทำมาหากิน ตลอดจนความสุขสบายของเขา โลกจะมีความมั่นคงของชีวิตมนุษย์โดยทั่วไปได้ก็ต่อเมื่อมีการพลิกผันทรัพยากรและแรงงานในโลก ซึ่งแต่เดิมเคยถูกใช้ไปในด้านความมั่นคงทางการทหารและภูมิรัฐศาสตร์ มาสู่การสร้างสรรคความผาสุกของชีวิตสามัญชนแทน องค์การสหประชาชาติได้กำหนดความมั่นคงของชีวิตมนุษย์ไว้ 7 ด้าน ได้แก่ ความมั่นคงด้านเศรษฐกิจ ความมั่นคงด้านอาหาร ความมั่นคงด้านสุขภาพ ความมั่นคงด้านสิ่งแวดล้อม ความมั่นคงของบุคคล ความมั่นคงของชุมชน และความมั่นคงทางการเมือง

1.4.1.4 แนวคิดการพัฒนาคุณภาพและศักยภาพของระบบสุขภาพ

การพัฒนาคุณภาพและศักยภาพของระบบสุขภาพเป็นความสัมพันธ์ของการกระทำของระบบและวัตถุประสงค์ของระบบ โดยที่การกระทำของระบบจะต้องคำนึงถึงการเงิน การคลัง การสร้างแหล่งทรัพยากร การให้บริการ สัมพันธ์ไปยังวัตถุประสงค์ของระบบคือการตอบสนองต่อความคาดหวังของประชาชน ความเสมอภาค ที่ส่งผลต่อสุขภาพ ซึ่งทั้งหมดสัมพันธ์กัน (The World Health Organization (WHO), 2001, Available from: <http://www.who.org/>: Chapter 2: 25)

1.4.2 แนวคิดการพึ่งตนเอง

การพึ่งพาตนเอง เป็นแนวคิดที่มีความสำคัญ แม้แต่ในทางพุทธศาสนา พระพุทธเจ้าทรงตรัสว่า “อิตตาหิ อิตตโนนาโถ” ตนเป็นที่พึ่งแห่งตน ซึ่งการพึ่งตนเอง คือการรับผิดชอบที่มีสมรรถนะในการตัดสินใจด้วยตัวเอง รวมทั้งการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่เพื่อแก้ปัญหาเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ แต่ไม่ได้หมายความว่า การแก้ปัญหาทั้งปวงจะต้องกระทำโดยเจ้าของปัญหาคนเดียวเท่านั้น การพึ่งตนเองรวมถึงการมีส่วนร่วมร่วมกับบุคคลอื่นอย่างเต็มที่ และการยอมรับความคิดเห็นของผู้อื่นเป็นสิ่งจำเป็นยิ่ง ซึ่งปัจจัยที่จะทำให้เกิดการพึ่งตนเองได้มีดังนี้ (พิเชียน ลิ้มปีห้วงอยู่, 2531: 22; ประเวศ วะสี, 2542, Available from: <http://www.anamai.moph.go.th/wsapply/plan9.html>)

1.4.2.1 ปัจจัยทางการเมือง ได้แก่ ความสามารถในการรับข่าว การมีส่วนร่วม การรู้จักแก้ปัญหา

1.4.2.2 ปัจจัยทางเศรษฐกิจ ได้แก่ การมีปัจจัยพื้นฐานเพียงพอแก่การดำรงชีพ ความสมดุลย์ระหว่างรายได้และรายจ่าย การใช้ทรัพยากร

1.4.2.3 ปัจจัยทางจิตวิทยา ได้แก่ ความมั่นใจในตนเอง ความรับผิดชอบ ความคิดริเริ่ม ในการสร้างความร่วมมือ ความพอใจและภูมิใจในตนเอง

1.4.2.4 ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรม ได้แก่ ประชากรเหมาะสมกับการผลิต มีสถาบันในการแก้ปัญหาาร่วมกัน มีความสามารถในการปรับตัว

สำหรับการพึ่งตนเองของผู้สูงอายุในเรื่องการดำเนินกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง โดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น ไม่เป็นภาระของผู้อื่น จะทำให้ผู้สูงอายุเกิดความพอใจและความภาคภูมิใจ ซึ่งความพึงพอใจเป็นการรับรู้ของบุคคลที่มีความสุข และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

1.4.3 แนวคิดพื้นฐานครอบครัว

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2544: 75-76) อธิบายว่าครอบครัวเป็นสถาบันที่สำคัญในการอุปการะดูแลสมาชิกในสังคม เป็นแหล่งที่ให้ความรัก ความคุ้มครองและความมั่นคงทางจิตใจแก่สมาชิกครอบครัว สำหรับกลุ่มผู้สูงอายุ ความต้องการความรัก ความอบอุ่น และการดูแลเอาใจใส่จากสมาชิกในครอบครัว จะมีสูงกว่ากลุ่มวัยอื่นๆ และต่างคาดหวังว่าครอบครัวจะเป็นแหล่งพักพิงแห่งสุดท้ายในชีวิต ดังนั้นครอบครัวจึงเป็นส่วนสำคัญอย่างมากที่ส่งผลทั้งทางร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุ เช่นเดียวกับ Victor (1994: 169-189) กล่าวว่าครอบครัวเป็นแหล่งสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุ

1.4.4 แนวคิดพื้นฐานชุมชน

ธีระพงษ์ แก้วหาญ (2543: 19) ให้ความหมายของชุมชนว่า หมายถึงกลุ่มคนที่มีความสัมพันธ์กันและมีการติดต่อสื่อสารเกี่ยวข้องกันอย่างเป็นปกติต่อเนื่อง อันเนื่องมาจากการอยู่ในพื้นที่ร่วมกัน หรือการมีอาชีพร่วมกัน หรือการประกอบกิจกรรม ซึ่งมีวัตถุประสงค์ร่วมกันหรือการมีวัฒนธรรม ความเชื่อ ความสนใจร่วมกัน ส่วนยุทธศาสตร์เพื่อสร้างความเข้มแข็งของชุมชนมีดังนี้

1.4.4.1 พัฒนาศักยภาพของคนในชุมชนให้เข้มแข็ง สามารถผสมผสานภูมิปัญญาท้องถิ่นกับความรู้ และความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์เทคโนโลยีสมัยใหม่ได้อย่างกลมกลืน เพื่อเป็นรากฐานการพัฒนาชุมชนให้เข้มแข็งและเสริมสร้างกระบวนการการมีส่วนร่วมในชนบทและเมืองอย่างยั่งยืน

1.4.4.2 เสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน โดยส่งเสริมการรวมตัวของประชาชน องค์กรชุมชน และเครือข่ายองค์กรชุมชนในรูปแบบต่างๆ เพื่อให้มีการรับรองสถานะอย่างถูกต้อง อีกทั้งสามารถดำเนินกิจกรรมทางเศรษฐกิจ สังคม การดูแลทรัพยากรธรรมชาติ และสิ่งแวดล้อมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.4.4.3 พัฒนาเครือข่ายภาคประชาชน โดยสนับสนุนกระบวนการประชาสังคมทุกระดับให้มีบทบาทในการพัฒนาท้องถิ่นและเกิดการพัฒนาศักยภาพผู้นำชุมชนและแกนนำประชาสังคม รวมทั้งสร้างกระบวนการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องเพื่อค้นหาศักยภาพและจัดทำแผนความต้องการชุมชน

1.4.4.4 พัฒนาเศรษฐกิจชุมชนอย่างครบวงจร โดยเน้นการจัดการที่มีประสิทธิภาพ นำภูมิปัญญาท้องถิ่นมาใช้ประโยชน์ควบคู่กับเทคโนโลยีสมัยใหม่ และสร้างความเชื่อมโยงภาคธุรกิจระดับต่างๆ รวมทั้งต้องคำนึงถึงความเกื้อกูลกันของระบบเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2544: 93-94) กล่าวว่าแนวคิดการใช้ชุมชนเป็นพื้นฐานในการให้บริการ (community-based approach) เป็นแนวคิดที่ได้แรงจูงใจและพัฒนามาจากแนวคิดการลดการพึ่งพิงจากบริการภายนอก ร่วมกับแนวคิดอื่นๆ เช่น การพึ่งตนเอง การมีส่วนร่วม และเครือข่ายทางสังคม เป็นต้น โดยแนวคิดนี้ได้พยายามที่จะนำศักยภาพที่เด่นของปัจเจกบุคคล ซึ่งได้แก่ ความต้องการที่จะมีอิสระเสรีภาพในการดูแลตนเองทั้งทางร่างกายและจิตใจ การให้ความสำคัญในคุณค่าของความ เป็นมนุษย์และศักยภาพในการแก้ไขปัญหาของแต่ละบุคคลและชุมชน มาเป็นกรอบแนวคิดในการ อภิปรายและเป็นแนวทางในการให้บริการ และเทคนิครวมทั้งลักษณะการจัดบริการที่เป็นรูปธรรม ซึ่งการนำแนวคิดการใช้ชุมชนเป็นพื้นฐานในการปฏิบัติงานนี้ จึงหมายถึงการปฏิบัติงานที่มุ่งใช้คุณ าศักยภาพของชุมชน และทรัพยากรในชุมชนเพื่อสร้างจิตสำนึกร่วมของประชาชนในการดำเนินการ เพื่อชุมชนและโดยชุมชน

1.4.5 ทฤษฎีกิจกรรม (Activity Theory)

ทฤษฎีกิจกรรม มีสาระสำคัญว่าการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุจะช่วยรักษาสุขภาพและ บุคลิกภาพของผู้สูงอายุไว้ได้ หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งว่าผู้สูงอายุที่จะดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุขจะต้อง เป็นผู้ดำรงกิจกรรมในสังคมไว้ได้โดยไม่ทำตัวออกห่างจากสังคม ซึ่ง Robert Havighurst and Ruth Albrecht ทำการศึกษาวิจัยในปี ค.ศ. 1953 ที่เรียกว่า “Prairie City” พบว่าบุคคลที่ยังคงมี กิจกรรมมาก มีความสัมพันธ์กับบุคลิกภาพทั้งด้านจิตใจ ด้านร่างกาย และด้านสังคม ได้ดีกว่า บุคคลที่ยังคงมีกิจกรรมน้อย

นอกจากนี้ทฤษฎีกิจกรรม ได้อธิบายว่าผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จหลังวัยเกษียณ คือ ผู้สูงอายุที่สามารถยังคงรักษาระดับของการทำกิจกรรมหลังออกจากงานไว้ได้ การทำกิจกรรมต่างๆ อาจเป็นงานอดิเรก ทำงานทางการเมือง ฯลฯ ทฤษฎีกิจกรรมนี้ยังอธิบายอีกว่าผู้สูงอายุมักจะ สูญเสียกิจกรรมทางเศรษฐกิจ ดังนั้นการว่าจ้างงานต่อเป็นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุประสบความสำเร็จ แทนบทบาทที่สูญเสียไปในวัยเกษียณ โดยเฉพาะในคนที่มีความเชื่อมั่นในตนเองสูง ทั้งนี้ เนื่องจากคนที่เคยทำงานและมีตำแหน่งหน้าที่การงานดี เมื่อเกษียณอายุต้องออกจากงานทำให้ สูญเสียบทบาท ทำให้คิดมาก ซึ่งส่งผลต่อการดำเนินชีวิตได้มาก สำหรับประเทศสหรัฐอเมริกา เรียกผู้สูงอายุที่ยังคงทำกิจกรรมว่ามี “keep active” (Weeks, 1984: 27-29)

โดยสรุป ทฤษฎีกิจกรรม คือการที่ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรม จะทำให้มีความกระฉับกระเฉง กระตือรือร้น มีพลัง (active aging) ไม่เหงา มีเพื่อน มีสังคม ไม่คิดมาก มีผลงาน รู้สึก ภาควุฒิใจ ดังนั้นการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุจึงเกิดผลดีทั้งทางด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ ทางสังคม และด้านร่างกาย หรือกล่าวโดยรวมได้ว่าผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมแล้วจะทำให้มี คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

1.5 กรอบแนวคิดของการวิจัย

การสร้างกรอบแนวคิดของการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยนำเอา 4 แนวคิด กับ 1 ทฤษฎี มาสร้างเป็นกรอบแนวคิดของการวิจัย ดังนี้ (แผนภาพที่ 2)

แนวคิดที่ 1 แนวคิดการพัฒนา ทำให้ทราบว่า การพัฒนาต้องเป็นความต้องการ เป็นความคิด เป็นการกระทำของกลุ่มเป้าหมาย และไม่ขัดกับประชาชนรุ่นต่อไป อีกทั้งเป็นการดำเนินชีวิตที่ดี เกี่ยวข้องกันหลายๆ ด้าน โดยต้องคำนึงถึงระบบการจัดการ การใช้ทรัพยากรในท้องถิ่นอย่างคุ้มค่า และต้องร่วมมือกันของระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และรัฐบาล

ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดดังกล่าวข้างต้นมาเป็นกรอบแนวคิดหลัก ของการวิจัยในครั้งนี้ คือการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุประกอบด้วยปัจจัย 3 กลุ่ม ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยทางครอบครัว และปัจจัยทางชุมชน

แนวคิดที่ 2 แนวคิดการพึ่งตนเอง ทำให้ทราบว่า การพึ่งตนเองเป็นการรับผิดชอบทำอะไร ด้วยตนเองแล้วจะสามารถแก้ปัญหาได้ ทำให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข แนวคิดนี้เมื่อนำมาสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในเรื่องการทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น ไม่เป็นภาระของผู้อื่น จะทำให้ผู้สูงอายุเกิดความพอใจ ความภาคภูมิใจ และมีความสุข

ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดนี้มาเป็นกรอบแนวคิดของการวิจัย ในส่วนของกลุ่มที่ 1 ปัจจัยด้านบุคคล การพึ่งตนเองในเรื่องการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ รวมทั้งเพื่อหาแนวทางการพัฒนาว่าจะพัฒนาอย่างไรที่จะทำให้ผู้สูงอายุสามารถพึ่งตนเองได้ ทั้งนี้เพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

แนวคิดที่ 3 แนวคิดพื้นฐานครอบครัว ครอบครัวเป็นสถาบันที่ใกล้ชิดและมีความสำคัญยิ่ง สำหรับผู้สูงอายุ การได้รับการดูแลเอาใจใส่จากสมาชิกในครอบครัวจะทำให้ผู้สูงอายุมีความสุข

ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำแนวคิดพื้นฐานครอบครัวมาเป็นกรอบแนวคิดของการวิจัย ในส่วนของกลุ่มที่ 2 ปัจจัยทางครอบครัวจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ รวมทั้งหาแนวทางการพัฒนา ปัจจัยทางครอบครัว เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

แนวคิดที่ 4 แนวคิดพื้นฐานชุมชน จากสาระสำคัญที่ว่าชุมชนต้องเข้มแข็ง โดยการรวมตัวของประชาชน ผู้นำ องค์กรต่างๆ เพื่อพัฒนาศักยภาพและสร้างเครือข่าย การผสมผสานภูมิปัญญา การใช้ทรัพยากร ข้อมูลข่าวสาร เทคโนโลยี สิ่งแวดล้อม เพื่อสร้างความรู้อย่างต่อเนื่อง สร้างโอกาสและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข

ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำแนวคิดดังกล่าวมาเป็นกรอบแนวคิดของการวิจัย ในส่วนของกลุ่มที่ 3 ปัจจัยทางชุมชนจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ รวมทั้งหาแนวทางการพัฒนาปัจจัยทางชุมชน เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

ทฤษฎีกิจกรรม ทฤษฎีกิจกรรมมีหลักการสำคัญว่าถ้าผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมแล้วจะทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้นำทฤษฎีกิจกรรมมาสร้างเป็นกรอบแนวคิด ทั้งในส่วนของปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยทางครอบครัว และปัจจัยทางชุมชน ซึ่งปัจจัยทางบุคคลคือการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุ ปัจจัยทางครอบครัวคือบทบาทของผู้สูงอายุในครอบครัว และปัจจัยทางชุมชนคือการจัดให้มีกิจกรรมในชุมชน โดยยึดหลักว่าทฤษฎีกิจกรรมจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ รวมทั้งนำทฤษฎีกิจกรรมไปเป็นกรอบในการหาแนวทางการพัฒนากิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

สำหรับตัวแปรของปัจจัยทางด้านบุคคล ปัจจัยทางครอบครัว และปัจจัยทางชุมชน ส่วนใหญ่ได้มาจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (รายละเอียดอยู่ในบทที่ 2) ซึ่งพบว่ามีการศึกษาวิจัยไว้ค่อนข้างมากถึงความสัมพันธ์ของปัจจัยบุคคล (เช่น เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และรายได้ ฯลฯ) กับคุณภาพชีวิต โดยมีกลุ่มเป้าหมายที่แตกต่างกันออกไป เป็นต้นว่า กลุ่มผู้ป่วยโรค กลุ่มข้าราชการเกษียณ กลุ่มนักเรียน กลุ่มเกษตรกร กลุ่มผู้สูงอายุ ฯลฯ ส่วนการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวกับครอบครัว และชุมชน มีผู้ศึกษาไว้พอสมควร แต่ส่วนใหญ่ไม่ได้เชื่อมโยงกับคุณภาพชีวิต ในขณะที่การวิจัยครั้งนี้ ให้ความสำคัญกับทั้งปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยทางครอบครัว และปัจจัยทางชุมชน ดังนั้นผู้วิจัยจึงอาศัยทั้ง 4 แนวคิด ทฤษฎีกิจกรรม และจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มากำหนดตัวแปรในกลุ่มปัจจัยต่างๆ ได้ดังนี้

กลุ่มที่ 1 ปัจจัยด้านบุคคล ประกอบด้วยตัวแปรอิสระ 9 ตัว ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา รายได้ ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ การปฏิบัติตัวด้านสุขภาพ การพึ่งตนเอง และการเข้าร่วมกิจกรรม

กลุ่มที่ 2 ปัจจัยทางครอบครัว ประกอบด้วยตัวแปรอิสระ 4 ตัว ได้แก่ ประเภทครอบครัว การได้รับการเกื้อหนุน การมีบทบาท และสภาพแวดล้อมที่บ้าน

กลุ่มที่ 3 ปัจจัยทางชุมชน ประกอบด้วยตัวแปรอิสระ 3 ตัว ได้แก่ การมีกิจกรรม สิ่งแวดล้อม และข้อมูลข่าวสาร

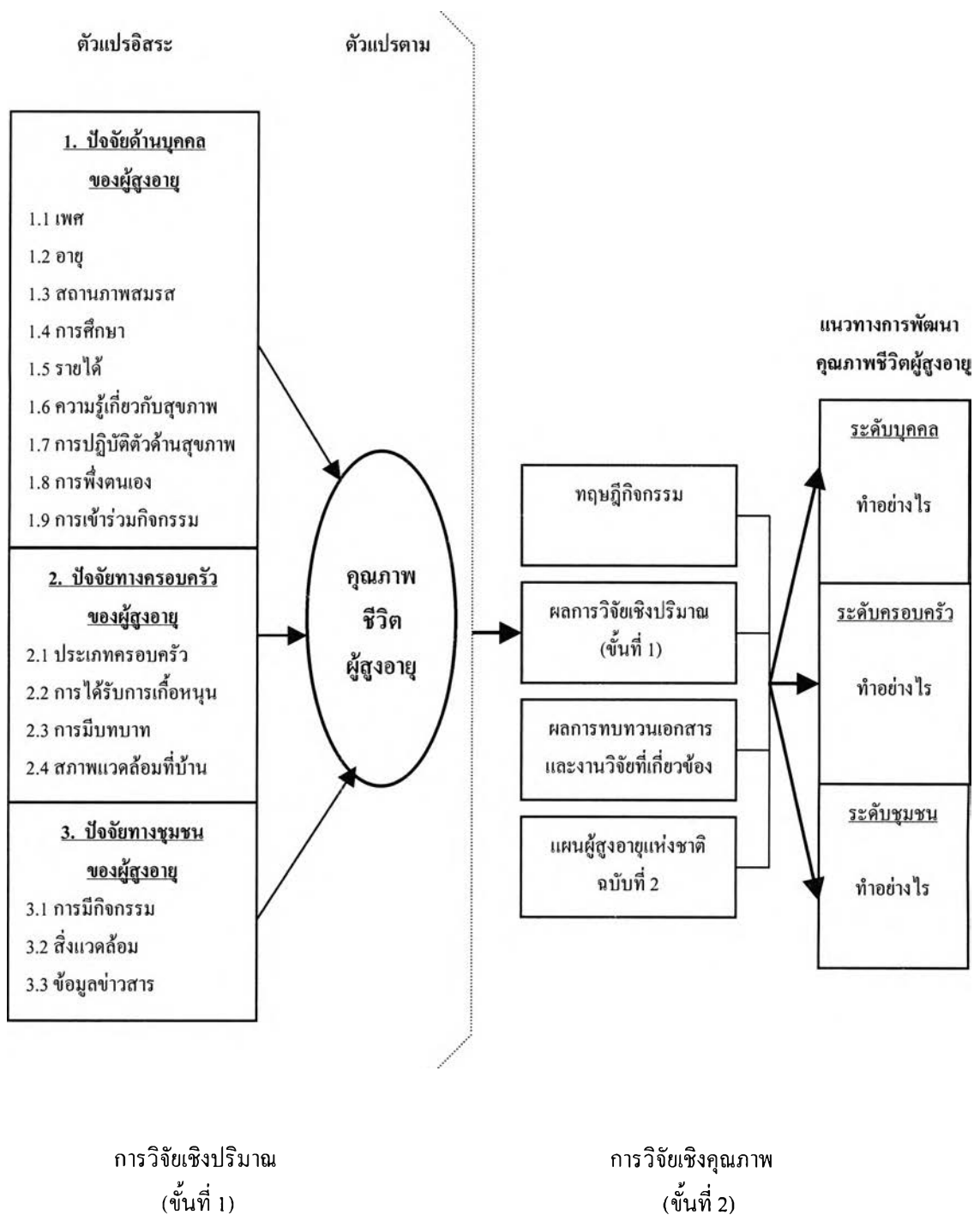
ปัจจัยทั้ง 3 กลุ่มน่าจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ดังนั้นคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุของการวิจัยในครั้งนี้จึงถูกจัดเป็นตัวแปรตาม ซึ่งผู้วิจัยเลือกใช้แบบการวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization Quality of Life: WHOQOL) เพราะด้วยเหตุผลที่ว่าเป็นแบบวัดหรือแบบประเมินที่เป็นสหมิติ สะท้อนความเป็นองค์รวม มีความเป็นสากล และสามารถนำมาใช้กับสังคมและวัฒนธรรมของไทยได้

การศึกษาค้นคว้าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระของปัจจัยทั้ง 3 กลุ่ม กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ทำให้ทราบว่าตัวแปรใดบ้างที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จากนั้นนำผลที่ได้ผนวกเข้ากับทฤษฎีกิจกรรม เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) ทั้งนี้เพื่อศึกษาว่ามีแนวทางหรือการดำเนินงานเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุไว้แล้วอย่างไรบ้าง อันจะเป็นข้อมูลนำเข้าสู่สำหรับหาแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยบุคคล ครอบครัว และชุมชน

การวิจัยเพื่อให้ทราบว่าตัวแปรอิสระใดของปัจจัยทั้ง 3 กลุ่ม มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 จึงใช้วิธีการวิจัยเชิงปริมาณ (จัดเป็นขั้นที่ 1) จากนั้นนำผลที่ได้ไปผนวกกับสิ่งที่มีอยู่แล้วไปวิจัยต่อเพื่อให้ได้ข้อมูลระดับลึกด้านความคิดเห็น ค่านิยมหรืออุดมการณ์ และประสบการณ์ ของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (key informant) เพื่อหาแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จึงใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ (จัดเป็นขั้นที่ 2)

ดังนั้น กรอบแนวคิดของการวิจัยในครั้งนี้ จึงมีทั้งในส่วนของการวิจัยเชิงปริมาณแล้ว เชื่อมโยงต่อด้วยการวิจัยเชิงคุณภาพ อันเป็นการเสริมซึ่งกันและกัน ทั้งนี้เพื่อให้ได้แนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ที่มีความสมบูรณ์แบบ

แผนภาพที่ 2 กรอบแนวคิดของการวิจัย



1.6 สมมุติฐานการวิจัย

ปัจจัยด้านบุคคล

1. ผู้สูงอายุเพศชาย น่าจะมีคุณภาพชีวิตดีกว่า ผู้สูงอายุเพศหญิง
2. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ แปรผกผันกับ อายุ
3. ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสที่น่าจะมีคุณภาพชีวิตดีกว่า ผู้สูงอายุที่เป็น โสด ม่าย หย่า แยก
4. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ แปรผันตาม การศึกษา
5. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ แปรผันตาม รายได้
6. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ แปรผันตาม ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ
7. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ แปรผันตาม การปฏิบัติตัวด้านสุขภาพ
8. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ แปรผันตาม การพึ่งตนเอง
9. ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรม น่าจะมีคุณภาพชีวิตดีกว่า ผู้สูงอายุที่ไม่เข้าร่วมกิจกรรม

ปัจจัยทางครอบครัว

1. ผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวขยาย น่าจะมีคุณภาพชีวิตดีกว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวเดี่ยว
2. ผู้สูงอายุที่ได้รับการเกื้อหนุน น่าจะมีคุณภาพชีวิตดีกว่า ผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับการเกื้อหนุน
3. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ แปรผันตาม การมีบทบาท
4. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ แปรผันตาม สภาพแวดล้อมที่บ้าน

ปัจจัยทางชุมชน

1. ผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนที่มีกิจกรรม น่าจะมีคุณภาพชีวิตดีกว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนที่ไม่มีกิจกรรม
2. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ แปรผันตาม สิ่งแวดล้อม
3. ผู้สูงอายุที่ได้รับข้อมูลข่าวสารน่าจะมีคุณภาพชีวิตดีกว่า ผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับข้อมูลข่าวสาร

1.7 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1.7.1 เพื่อทราบว่าปัจจัยใดบ้างที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

1.7.2 ได้แนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เกิดจากความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย ทั้งระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน ซึ่งแนวทางที่ได้ น่าจะมีศักยภาพของความเป็นไปได้สูง และน่าจะเป็นแนวทางที่สามารถนำไปขยายผลต่อไปในอนาคตได้

1.7.3 ทำให้ได้ความคิดเห็น รู้ถึงศักยภาพ และภูมิปัญญาที่มีอยู่ของกลุ่มเป้าหมาย เพื่อนำมาก่อให้เกิดประโยชน์ในอนาคต

1.7.4 สามารถนำข้อมูลที่ได้มาใช้ประโยชน์ในการวางแผนการปฏิบัติงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน.