

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎี และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเรื่อง การเตรียมความพร้อมของครัวเรือนและชุมชนในการก้าวเข้าสู่สังคม
ชราภาพ ผู้ศึกษาได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและได้เสนอผลการทบทวน
วรรณกรรม

1. ทฤษฎี แนวคิด สถานการณ์ และปัญหาเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
2. ผลงานวิจัยที่ผ่านมาแล้ว

2.1 ทฤษฎีชราภาพและแนวคิด

2.1.1 ทฤษฎีชราภาพ

มีทฤษฎีต่างๆ แบ่งตามศาสตร์ที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับการชราภาพ ได้แก่

1) ทฤษฎีทางชีววิทยา (Biological Theory) อธิบายถึงสาเหตุการเปลี่ยนแปลงของ
บุคคลเมื่อเข้าสู่วัยชราภาพ แบ่งได้ 3 กลุ่ม คือ

(1) ทฤษฎีว่าด้วยยีน (Genetic Theory) อธิบายว่าลักษณะการเปลี่ยนแปลง
ที่เกิดขึ้น เมื่อเข้าสู่วัยชราเกิดขึ้นเป็นพันธุกรรม ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงในลักษณะโครงสร้างของ
อวัยวะบางส่วนของร่างกายที่คล้ายคลึงกันหลายชั่วอายุคนแล้ว และลักษณะนั้นก็แสดงออกเมื่อ
มนุษย์มีอายุมากขึ้น หรืออาจแสดงออกกับบางบุคคล ถึงแม้ว่ายังไม่ถึงอายุช่วงวัยชราก็ตาม เช่น
ผมหงอก ศีรษะล้าน เป็นต้น ในกลุ่มนี้ยังมีทฤษฎี ชีวนาฬิกา (Biological Clock) ซึ่งกล่าวถึง
สภาพการทำงานของอวัยวะของแต่ละบุคคลที่ควบคุมด้วย “ นาฬิกาชีวิต ” ในนิวเคลียสและไซโต
พลาสซึม ซึ่งได้ถูกกำหนดโปรแกรมไว้แล้ว ที่ไม่เหมือนกันซึ่งจะทำให้คนแก่เร็วหรือช้าไม่เท่ากัน

(2) ทฤษฎีว่าด้วยความสัมพันธ์ของพัฒนาการขั้นต้น (Counterpart Theory) ซึ่ง
อธิบายว่าการเปลี่ยนแปลงของชีวิตในวัยสูงอายุ เป็นผลของการสืบเนื่องของการพัฒนาการตั้งแต่
แรกเริ่มของมนุษย์ที่เกี่ยวข้องพันกัน มีทฤษฎีที่คล้ายคลึงกัน เช่น ทฤษฎีทางบุคลิกภาพ

(Personality Theory) ซึ่งบ่งถึง ความเกี่ยวพันของลักษณะเด่นของบุคลิกภาพอันเป็นผลรวมของประสบการณ์ระยะแรกของชีวิต ทฤษฎีว่าด้วยพฤติกรรม (Behavior Theory Of Aging) แสดงถึงความแตกต่างของพฤติกรรมและสมรรถภาพของมนุษย์ในช่วงอายุต่างๆ ในด้านความสามารถ ความสนใจ แรงจูงใจ การเรียนรู้ และความสามารถในการแก้ปัญหาต่างๆ ฯลฯ ทฤษฎีทางสังคมว่าด้วยการเลิกการเกี่ยวข้อง (Disengagement Theory) ที่อธิบายถึงการค่อยๆ ลดบทบาทการเกี่ยวข้องในกิจกรรมทางสังคมของคนอายุสูง ทฤษฎีกึ่งชนกลุ่มน้อย (Quasiminority) จึงกล่าวถึงคนชราในชนกลุ่มน้อยในสังคม เป็นต้น ฯลฯ

(3) ทฤษฎีว่าด้วยอุบัติเหตุหรือความเสื่อมถอย (Accidental or “ Wear – and – tear “Theory) ซึ่งอธิบายว่าลักษณะของการสูงอายุเกิดจากการรวมของอิทธิพลที่เกิดขึ้นโดยอุบัติเหตุต่างๆ ด้วยโอกาสที่เท่าเทียมกัน อาทิ การรับโรคร้ายหรืออุบัติเหตุต่างๆ ที่ทำให้อวัยวะบางส่วนเกิดชำรุดเสียหายหรือได้รับกัมมันตภาพรังสีบางอย่าง เมื่อเกิดกับบุคคลใดก็จะทำให้เกิดการชราภาพเร็วหรือบุคคลนั้นๆ บังเอิญต้องเผชิญกับความเคร่งเครียดที่เกิดกับชีวิตประจำวันหรือจากการประกอบอาชีพหรือมีปัญหาชีวิตยุ่งยากมากกว่าคนอื่น ก็จะทำให้เกิดริ้วรอยของความกังวลใจแก่เร็วกว่าคนอื่น (Stress Theory) ที่บังเอิญมีภาระน้อยกว่าหรือสุขภาพดีกว่า เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีทฤษฎีทางชีวเคมี (Biochemical Theory) ที่อธิบายถึงการสูงอายุเนื่องมาจากความเสื่อมถอยของสารเคมี และการเสื่อมหน้าที่ของอวัยวะในการผลิตสารเคมีและฮอร์โมนต่างๆ ในร่างกาย ฯลฯ

2) ทฤษฎีด้านจิตวิทยาสังคม (Social Theory Of Aging) อธิบายถึงจิตวิทยาทางสังคมของผู้สูงอายุ ซึ่งนักชราภาพวิทยาสังคม (Social Gerontologist) ได้เสนอเป็นหลายแนวคิดทฤษฎี คือ (สุรกุล เจนอบรม , 2541)

(1) ทฤษฎีบทบาท (Role Theory) กล่าวว่า ผู้สูงอายุรับบทบาททางสังคมที่แตกต่างกันในตลอดชีวิต เช่น บทบาทเป็นนักเรียน พ่อ แม่ ภรรยา ลูก ปู่ ย่า ตา ยาย ลูกจ้าง นายจ้าง ฯลฯ โดยที่อายุเป็นองค์ประกอบที่สำคัญประการหนึ่ง ในการกำหนดบทบาทของแต่ละคนแต่ละช่วงชีวิตที่ดำเนินไปของบุคคลนั้น ดังนั้นบุคคลจะปรับตัวต่อบทบาทของผู้สูงอายุได้ดีขึ้นอยู่กับการยอมรับบทบาทที่ผ่านมาของตนเอง อันส่งผลไปถึงการยอมรับบทบาทที่ผ่านมาในแต่ละช่วงชีวิตของตนเอง อันส่งผลไปถึงการยอมรับบทบาทที่ผ่านมาในแต่ละช่วงชีวิตของตนเองที่กำลังจะเปลี่ยนไปในอนาคต

(2) ทฤษฎีกิจกรรม (Activity Theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า ผู้สูงอายุจะมีความสุขทั้งทางร่างกายและจิตใจ ซึ่งได้จากการมีกิจกรรมและเคลื่อนไหวอยู่ตลอดเวลา ซึ่งสามารถดำเนินชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุขและตระหนักว่าตนเองเป็นประโยชน์ต่อสังคม

(3) ทฤษฎีการแยกตนเอง (Disengagement Theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า ผู้สูงอายุส่วนมากค่อย ๆ ถอยห่างออกจากสังคม ทั้งในกลุ่มผู้สูงอายุและในกลุ่มคนวัยอื่น ๆ ด้วยเป็นการลดภาวะกดดันทางสังคมบางประการ และหนีความตึงเครียด (Withdrawal) ออกจากสังคม

(4) ทฤษฎีความต่อเนื่อง (Continuity Theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า ผู้สูงอายุมีความสุขได้ต่อเมื่อได้ทำกิจกรรมหรือปฏิบัติตัวแบบที่เคยทำมาก่อน บุคคลใดคุ้นเคยกับการอยู่ร่วมกันกับคนหมู่มากจะกระทำต่อไป บุคคลใดพอใจชีวิตที่สุขสงบ สันโดษ อาจแยกตนเองออกมาอยู่ตามลำพัง ทฤษฎีนี้กล่าวถึงพฤติกรรมของผู้สูงอายุอย่างกว้าง ๆ ว่าต้องปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงมากมายที่เกิดขึ้นในสังคม เช่น การตายของสามีหรือภรรยา การเกษียณอายุ และรายได้ที่ลดลง

(5) ทฤษฎีระดับชั้นอายุ (Age Stratification Theory) ทฤษฎีนี้ศึกษาความสัมพันธ์ทางสังคมที่เกิดขึ้นระหว่างชั้นอายุที่แตกต่างกัน โดยถืออายุเป็นเกณฑ์สากลในการกำหนดบทบาท หน้าที่ สิทธิ ฯลฯ เช่น อายุที่ต้องทำบัตรประชาชน อายุที่ต้องเกณฑ์ทหาร อายุที่ต้องเกษียณ ซึ่งมีความสัมพันธ์เชิงทฤษฎีกับอายุโดยตรง

3) ทฤษฎีทางจิตวิทยา (Psychological Theory) เป็นทฤษฎีที่สามารถอธิบายถึงสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุมีบุคลิกภาพที่เปลี่ยนไป ได้แก่

(1) ทฤษฎีบุคลิกภาพ (Personality Theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าผู้สูงอายุจะเป็นสุขหรือเป็นทุกข์นั้น ขึ้นอยู่กับสภาพภูมิหลังและพัฒนาการทางจิตของผู้นั้น ถ้าผู้สูงอายุเติบโตมาด้วยความอบอุ่นมั่นคง มีความรักผู้อื่นและทำงานร่วมกับผู้อื่นได้ มักจะเป็นผู้สูงอายุที่มีความสุขสามารถอยู่กับลูกหลานหรือผู้อื่นได้ ในทางกลับกันหากผู้สูงอายุไม่เคยร่วมมือกับใคร จิตใจคับแคบ รู้สึกตนเองทำคุณกับใครไม่ค่อยขึ้น มักจะเป็นผู้สูงอายุที่ไม่มีความสุข

(2) ทฤษฎีความปราชัย (Intelligence Theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าผู้สูงอายุยังปราชัยและคงความเป็นนักปราชัยอยู่ได้ ด้วยความที่เป็นผู้ที่สนใจเรื่องราวต่างๆ อยู่ตลอดเวลา มีการค้นคว้าและสนใจในการเรียนรู้อยู่ตลอดเวลา ทำให้ผู้มีลักษณะเช่นนี้ได้ต้องเป็นผู้ที่มีสุขภาพดีและมีฐานะทางเศรษฐกิจดีพอเป็นเครื่องเกื้อหนุน

(3) ทฤษฎีของอีริกสัน (Erikson " s Theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า การพัฒนาด้านจิตวิทยาสังคมของผู้สูงอายุ นั้น เป็นช่วงชีวิตที่ผู้สูงอายู้สึกว่าชีวิตมีคุณค่า มั่นคง หรือ ท้อแท้หมดกำลังใจ สำหรับบุคคลที่มีความรู้สึกที่ชีวิตนั้นมีคุณค่า ถ้ามีความมั่นคง จะมีความรู้สึกพึงพอใจในผลของความสำเร็จจากช่วงชีวิตที่ผ่านมา เกิดความรู้สึกสุขสงบทางใจ และสามารถยอมรับได้ว่าความตายเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต และไม่ต้องการให้ชีวิตยืนยาวอีกต่อไป เกิดความท้อถอย สิ้นหวัง คับข้องใจ รู้สึกว่าตนนั้นไม่มีคุณค่า และความสามารถที่จะเผชิญกับภาวะสูงอายุลดน้อยลงด้วย

4) ทฤษฎีวิวัฒนาการ (Evaluation Theory) เป็นทฤษฎีที่มีแนวคิดที่ว่ามนุษย์เป็นสิ่งมีชีวิตที่มีวิวัฒนาการอยู่เสมอ และขั้นตอนการพัฒนาของมนุษย์ได้กำหนดไว้เรียบร้อยแล้ว โดยเริ่มต้นเป็นขั้นตอนตั้งแต่ เกิด แก่ และตายในที่สุด

5) ทฤษฎีของแพค (Peck"s Development Theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าผู้สูงอายุวัยต้น (55 -75) มีความแตกต่างกันทั้งลักษณะนิสัยและผู้สูงอายุวัยปลาย (75 ปีขึ้นไป) มีความแตกต่างกันทั้งด้านลักษณะนิสัยและการปฏิสัมพันธ์ ทางด้านสังคม มีความเชื่อว่าผู้สูงอายุมีพัฒนาการ 3 ประการ คือ

(1) ความสามารถในการแยกความแตกต่างของตนกับบทบาทช่วงชีวิตที่ผ่านมา ความภาคภูมิใจในตนเอง และความรู้สึกว่าตนเองไร้คุณค่า และถ้าความรู้สึกภาคภูมิใจและความมีคุณค่าของงานไม่ได้มาจากตำแหน่งหน้าที่ที่เคยทำหลังเกษียณ ความรู้สึกนั้นยังคงมีอยู่ เช่น ผู้สูงอายุที่ชอบปลูกต้นไม้ จะพึงพอใจหลังเกษียณอายุ ที่ได้ทำสิ่งที่ต้องการแทนงานอาชีพที่เคยทำประจำ

(2) ความสามารถทางร่างกายที่มีการเปลี่ยนแปลงตามธรรมชาติ ถ้าผู้สูงอายุนึกถึงสภาพร่างกายยังมีความแข็งแรง จะทำให้ผู้สูงอายุยอมรับความสามารถทางร่างกายที่ลดลงและพยายามปรับตัวให้เหมาะสม ชีวิตจะมีความสุข แต่ถ้าผู้สูงอายุนึกถึงความถดถอยของร่างกายทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขและความพึงพอใจลดลง

(3) ความสามารถในการยอมรับว่าร่างกายของตนเปลี่ยนแปลงไปตามธรรมชาติกับร่างกายก่อนสูงอายุ การยอมรับร่างกายตามธรรมชาตินี้ ทำให้ผู้สูงอายุยอมรับความตายโดยไม่รู้สึกหวาดกลัว การยอมรับนี้ รวมไปถึงกิจกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับความตายด้วย ในทางตรงข้ามผู้ที่

ยึดติดกับสภาพร่างกายขณะที่อยู่ในวัยน้อยกว่า จะพยายามยืดชีวิตไว้ให้ยาวนานที่สุด โดยไม่พึ่งพ้อใจกับสภาพที่เป็นอยู่ และมีความหวาดกลัวกับความตาย

กล่าวโดยสรุปทฤษฎีความชราภาพมีมากมายหลายศาสตร์ มองแตกต่างกันออกไป เช่นพิจารณาจากการทำงานของระบบต่างๆในร่างกาย การเรียนรู้ ความจำ ความสามารถ อารมณ์สติปัญญา หรือพิจารณาจากความเสื่อมถอยของร่างกาย และการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและจิตใจ

2.1.2 แนวคิดชราภาพ

มนุษย์มีการพัฒนาตลอดชีวิต โดยมีการพัฒนาไปตามลำดับตั้งแต่วัยทารกถึงวัยชราภาพซึ่งแนวคิดของวัยชราภาพได้ถือกำเนิดขึ้นในประเทศที่พัฒนาแล้วมาเป็นระยะเวลานาน โดยได้เริ่มขึ้นภายหลังจากมีการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่ระบบเศรษฐกิจอุตสาหกรรม ซึ่งระบบเศรษฐกิจอุตสาหกรรมได้เน้นประสิทธิภาพเป็นหลัก โดยคนส่วนใหญ่อยู่ในฐานะลูกจ้างและมีอายุงาน เมื่อทำงานถึงวัยหนึ่งที่ประสิทธิภาพลดลง ผู้รับจ้างก็จะถูกให้ออกจากงานไม่ว่าจะมีเงินชดเชยให้หรือไม่ก็ตาม ดังนั้นเมื่อถึงอายุหนึ่งความสามารถและโอกาสในการหางานทำก็จะลดลงกลายเป็นผู้ด้อยโอกาสและเกิดปัญหาในสังคมขึ้น นอกจากนี้ผู้ที่มีอายุมากเหล่านี้จะมีความเจ็บป่วยและทุพพลภาพเกิดความจำเป็นต้องพึ่งพาและรับการดูแลอย่างมาก ขณะเดียวกันการพัฒนาทำให้คนอายุยืนยาวขึ้น ในขณะที่ครอบครัว ชุมชน และสังคมไม่สามารถจัดการได้ตามที่ควรจะเป็น และนั่นคือจุดเปลี่ยนที่สังคมในประเทศทางตะวันตกเข้ามาพิจารณาและให้ความสำคัญกับการชราภาพ การดำเนินการที่เกิดขึ้นคือ การให้การช่วยเหลือ การให้สวัสดิการ และการบริการจนถึงการให้บำนาญ จึงมีความจำเป็นจะต้องกำหนดเส้นแบ่งและตั้งนิยามให้กับบุคคลที่มีวัยเข้าสู่ระยะที่จะมีสิทธิได้รับสวัสดิการ บริการ สิทธิประโยชน์ต่างๆ และเป็นที่มาแห่งวัยชราภาพ ด้วยเหตุนี้เส้นแบ่งที่ใช้ในแต่ละประเทศจึงอาจแตกต่างกันออกไป ขึ้นอยู่กับลักษณะของโครงสร้างประชากร สังคมเศรษฐกิจและความพร้อมของสังคมนั้นๆ ดังนั้นเมื่อแนวความคิดเรื่องวัยและสิทธิประโยชน์ของวัยชราภาพได้แพร่เข้าสู่สังคมไทย (เริ่มตั้งแต่ปลายพุทธศตวรรษที่ 24) จึงเกิดการดำเนินการต่างๆต่อเนื่องและพัฒนามาโดยตลอดจนถึงปัจจุบัน

ชีวิตตั้งแต่แรกเกิดจนตาย สามารถแบ่งระยะของชีวิตออกเป็น สี่วัย โดยอาศัยสถานะของความสามารถในการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างเป็นอิสระ ไม่ได้ขึ้นกับเกณฑ์ของอายุ ได้แก่

วัยที่หนึ่ง : เริ่มตั้งแต่แรกเกิดและอยู่ในระยะของพัฒนา เป็นวัยที่ต้องการการดูแล ต้องพึ่งพาความเอาใจใส่และยังไม่สามารถดำรงอยู่โดยลำพังในสังคมได้ วัยนี้เป็นวัยของเด็กและวัยรุ่น อย่างไรก็ตามเด็กหรือวัยรุ่นที่สามารถดำรงชีวิตอยู่ตามลำพังได้ก็จะเปลี่ยนเป็นวัยที่สอง

วัยที่สอง : เป็นวัยที่สามารถดำรงชีวิตอย่างเป็นอิสระในสังคม ทำงานและรับผิดชอบดูแลตนเองได้ อาจมีครอบครัวหรือเป็นโสดก็ได้ และอาจอาศัยอยู่กับครอบครัว วัยนี้เรียกได้ว่าวัยผู้ใหญ่หรือวัยทำงาน

วัยที่สาม : เป็นวัยที่สามารถอยู่อย่างเป็นอิสระ แต่สามารถหยุดจากงานที่ต้องทำเพื่อหารายได้เลี้ยงชีพเนื่องจากได้รับสวัสดิการ มีเงินออมเพียงพอ หรือได้รับการอุปถัมภ์จากบุคคลในครอบครัว วัยนี้สามารถมีเวลาเป็นของตัวเอง สามารถเลือกทำในสิ่งที่ต้องการ อาจเรียกวัยนี้ว่าเป็นวัยทอง หรือวัยวัฒนา มีคนจำนวนไม่น้อยเข้าสู่วัยนี้ก่อนอายุ 60 ปี และมีผู้มีอายุมากกว่า 60 ปี จำนวนมากไม่ได้อยู่ในวัยที่สาม แต่ยังคงอยู่ในวัยที่สองต้องทำงานหาเลี้ยงชีพ

วัยที่สี่ : เป็นวัยที่ต้องกลับมาพึ่งพาอีกครั้งโดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาสุขภาพ ไม่สามารถดำรงชีวิตในครัวเรือนและชุมชนอย่างเป็นอิสระ ต้องมีผู้ดูแล บุคคลวัยนี้คือวัยชราภาพที่แท้จริง บางคนเข้าสู่วัยชราภาพตั้งแต่อ่อนอายุ 60 ปี แต่โดยทั่วไปจะเข้าสู่วัยนี้ที่อายุราวๆ 75-80 ปี (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2547 : 1 – 2)

2.1.3 การเปลี่ยนแปลงทั่วไปของการชราภาพ

มนุษย์มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาที่อายุเพิ่มขึ้น การเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น 2 รูปแบบ คือ การเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างและหน้าที่ของร่างกาย และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากการปรับตัว ทั้งร่างกายและจิตใจและสิ่งแวดล้อมของแต่ละบุคคล อัตราเปลี่ยนและอัตราการปรับตัวนั้น เมื่ออายุน้อยจะเร็วและจะเริ่มคงที่ เช่นทางกาย เมื่ออายุน้อยๆก็เจริญอย่างรวดเร็ว จนมีวุฒิภาวะเจริญเต็มที่ต่อจากนั้นก็เริ่มช้าลงๆ และยากที่จะทราบอัตราการเปลี่ยนแปลงได้เพราะมีตัวแปร

ต่างๆหลายอย่างเข้ามาเกี่ยวข้อง การเปลี่ยนแปลงของมนุษย์ในช่วงวัยสุดท้ายจะเป็นช่วงที่ค่อยๆลดลงๆจนกระทั่งยุติไป เพื่อความเข้าใจเกี่ยวกับการชราภาพและการเปลี่ยนแปลงที่เกี่ยวข้องกับการชราภาพให้ชัดเจนยิ่งขึ้น สรุปการเปลี่ยนแปลงได้ดังนี้

- 1) การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา (Biological change)

มีการเปลี่ยนแปลงในหน่วยเล็กที่สุดของชีวิต คือ ในระดับเซลล์ซึ่งมีการเกิด เจริญเติบโต และตายลง และมีการสร้างเซลล์ใหม่ขึ้นทดแทน เมื่ออายุมากขึ้น ๆ จำนวนของเซลล์ ที่ตายจะมีเพิ่มมากขึ้น ความสามารถในการทำงานของระบบต่าง ๆ จะลดลงคือ

(1) โครงกระดูก ซึ่งเป็นเครื่องยึดเซลล์และกล้ามเนื้อต่าง ๆ กระดูกเจริญเต็มที่และ ป้องกันอวัยวะภายในรวมทั้งเป็นคานในการยึดกล้ามเนื้อต่างๆ กระดูกเจริญเต็มที่เมื่ออายุ ประมาณ 20 ปี หลังจากนั้นเมื่ออายุมากขึ้น ๆ เกิดการเปลี่ยนแปลงทางเคมีของสารแคลเซียม และการขาดวิตามินดี ทำให้กระดูกมีความเปราะพรุนสูง โอกาสที่จะรับเชื้อโรคหรือหักหรือ เปลี่ยนแปลงโครงสร้างง่ายขึ้น พื้นหน้าจะฝุ่ร่อนทำให้กินอาหารไม่สะดวกและอื่อยและอาจทำให้ลักษณะการพูดจาเปลี่ยนแปลงไป

(2) กล้ามเนื้อลาย ได้แก่ กล้ามเนื้อที่ทำงานภายใต้อำนาจจิตใจ กล้ามเนื้อเกาะติด กระดูกโดยมีเส้นเอ็นยึด เช่น กล้ามเนื้อแขนขา ทำหน้าที่หดยืด คลายตัว และคืนสู่รูปทางเดิน มัดกล้ามเนื้อประกอบด้วยใยเป็นจำนวนมาก เมื่ออายุมากขึ้น ความสามารถและแรงหดตัว ยืดหยุ่น และตั้งตัวก็ลดน้อยลง ซ้ำลง คอลลาเจนเพิ่มมากขึ้น กล้ามเนื้อหย่อนยานและขาด ประสิทธิภาพในการประสานงาน

(3) กล้ามเนื้อเรียบ (Smooth Muscle) คือ กล้ามเนื้อที่อยู่ตามผนังอวัยวะภายในที่ กลวง เช่นในช่องท้อง ปอด และหลอดเลือดซึ่งทำงานโดยระบบประสาทอัตโนมัติ ถึงแม้จะมีการ เปลี่ยนแปลงน้อย (ยกเว้นกล้ามเนื้อในหลอดเลือด) และทำงานเป็นปกติแม้ว่าอายุจะสูงขึ้นมาก ก็ตาม เมื่อเปรียบเทียบกับกล้ามเนื้อประเภทอื่นๆ

(4) เส้นเอ็นและใยยึดเหนี่ยวประสานระหว่างมัดกล้ามเนื้อต่าง ๆ ให้ยึดติดกัน ประกอบด้วย “ Collagen “ ซึ่งเป็นโปรตีน เมื่ออายุมากขึ้นเกิดการสับสน (Cross Linkage) ทำให้ยึดหดตัวลำบากหรือเมื่อเกิดการฉีกขาดจะประสานตัวซ้ำ หรือประสานไม่สนิทเป็นรอยแผล แผลหายช้าในคนสูงอายุ

(5) ผิวหนัง ซึ่งปกคลุมป้องกันเนื้อเยื่อภายใน มี 2 ชั้นคือ ภายนอก (Cuticle) และ ภายใน (Dermis) ซึ่งมีต่อมไขมัน ซับไขมันทำให้ผิวหนังอ่อนนุ่ม ต่อมเหงื่อขับเหงื่อทำให้ผิวหนัง ชุ่มชื้น มีปลายประสาทซึ่งรับความรู้สึกร้อนหนาวปรับอุณหภูมิของร่างกาย เมื่ออายุมาก การขับ ไขมันน้อยลง ประสาททำงานช้าลง ผิวหนังเหี่ยวย่น ตกกระ ขาดความนุ่มนวล ผิวหนังแห้ง การปรับอุณหภูมิในตัวช้าลง ผมร่วง หัวล้าน ผมหงอก ฯลฯ เมื่ออายุมากขึ้น BMR (Basal

Metabolic Rate = การใช้ Oxygen ระดับปกติ) ลดลง ร่างกายจะปรับตัวเข้าทำให้ความรู้สึกหนาวจัด ทำให้เสี่ยงต่อ Hypothermia (โรคหนาวสั่น) สูงขึ้น

(6) ระบบย่อยอาหาร ซึ่งประกอบด้วย ปาก ฟัน น้ำลาย น้ำย่อยและอวัยวะเกี่ยวกับการย่อยต่างๆ คนเรากินอาหารเพื่อพลังงานปรับอุณหภูมิร่างกายและซ่อมแซมเนื้อเยื่อที่สึกหรอ อาหารควรได้สัดส่วน 5 ประเภท ตามความต้องการของร่างกาย ปริมาณของอาหารก็ขึ้นอยู่กับการใช้พลังงานของแต่ละบุคคล เมื่ออายุมากความอยากอาหารจะลดลง เพราะประสาทรับกลิ่นรส มีความสามารถน้อยลง รวมทั้งการเปลี่ยนของเหงือกและฟันทำให้กินอาหารลำบาก การหลั่งของน้ำย่อยในกระเพาะอาหารน้อยลง กรดเกลือในกระเพาะอาหารอยู่ในระดับต่ำ อาหารถูกย่อยไม่สมบูรณ์ ความสามารถของระบบย่อยลดลง ทำให้เกิดท้องอืด ท้องเฟ้อได้ง่าย นอกจากนี้นิสัยในการกิน การเลือกกินอาหารทำให้ขาดสารอาหารที่มีประโยชน์

(7) ระบบขับถ่าย กระเพาะปัสสาวะจะเล็กลง ประสิทธิภาพของกล้ามเนื้อหดเกร็งลดลง ปริมาณของเลือดที่ผ่านได้ลดลง ทำให้อัตราการกรองและจำนวนน้ำที่ขับออกน้อยลง เมื่ออายุมากขึ้นการถ่ายปัสสาวะจะมีปริมาณลดลงแต่บ่อยครั้งขึ้น การขับถ่ายอุจจาระน้อยลง และจับตัวเป็นก้อนแข็งขับถ่ายยาก เนื่องจากกินอาหารที่มีกากน้อย และประสิทธิภาพในการย่อยของลำไส้ลดลง ฯลฯ

(8) ระบบการรับรู้ (Sense) ต่างๆ ได้แก่

(8.1) การมองเห็น ระบบประสาทตาและกล้ามเนื้อตา และแก้วตาจะเปลี่ยนแปลงเสื่อมสมรรถภาพ เมื่อสูงอายุ คนชราโดยทั่วไปจะสายตายาว ไม่สามารถมองเห็นใกล้ได้เท่ากับคนสายตาปกติ ความไวต่อแสง การกระพริบตาจะลดลง ประสิทธิภาพการเห็นโดยทั่วไปขาดสมรรถภาพทั้งการรับภาพความชัดคม และฉับไว สีนัยน์ตาจะเริ่มเปลี่ยนขุ่นมัวไม่สดใส เพราะขาดไขมัน หนังตาเหี่ยวย่นหย่อนยาน และการกระพริบของตาช้าลง

(8.2) สมรรถภาพของการได้ยินจะเสื่อมลง เพราะการเสื่อมของเยื่อประสาทตอนใน (Cochlea Basal Tune) คนสูงอายุจึงไม่สามารถจะได้ยินระดับเสียงสูงๆ มากได้ คือ เกิดอาการหูตึง และถ้าคนที่เคยทำงานอยู่กับเสียงดังอยู่ตลอดเวลา ก็เกิดอาการหูตึงเร็วกว่าคนปกติ ซึ่งส่วนใหญ่จะเกิดขึ้นในเพศชายมากกว่าเพศหญิง และเกิดทางหูซ้ายมากกว่าหูขวา

(8.3) เสียง เมื่ออายุเกิน 40 ปี หลอดเสียงจะแข็งและยืดหยุ่นได้ยากขึ้น เพราะการเสื่อมของหลอดเสียงและกล่องเสียง เสียงคนสูงอายุจะแหลมขึ้นการควบคุมและรักษาระดับเสียง จะได้ไม่นาน การพูดจะช้าลง และจังหวะการหยุดจะบ่อยและนานขึ้น อาการอ้าอึ้งมากขึ้น

(8.4) การรับรู้อื่นๆ เมื่ออายุมาก ความไวของรสสัมผัสต่าง ๆ จะลดลงหรือเปลี่ยนแปลงไป เช่น ความไวต่อรสหวานและเค็มลดลง เนื่องจากจำนวนของประสาทการรับรส (Taste Bud) หดตัวและเสื่อมลง การไวต่อกลิ่น ต่อการสัมผัส และรับรู้ก็เสื่อมถอยลงเช่นกัน ประสาทที่เกี่ยวข้องกับการสมดุลงของการทรงตัวก็เสื่อมประสิทธิภาพลงซึ่งเมื่อรวมทั้งการหย่อนยานของกล้ามเนื้อและข้อต่อต่างๆ จะทำให้ผู้สูงอายุเกิดอุบัติเหตุหกล้มได้ง่าย

(8.5) ระบบหายใจ อัตราการหายใจเข้าออกของผู้ใหญ่ปกติเฉลี่ยประมาณ 15-18 ครั้งต่อวินาที การหายใจเข้าออกตลอดจนความถี่และความลึกของการหายใจขึ้นอยู่กับการทำงานของศูนย์ควบคุมการหายใจ เพื่อให้ร่างกายได้รับ ออกซิเจน เพียงพอกับความต้องการของเซลล์ต่างๆในร่างกาย เมื่ออายุสูงขึ้น ระบบการหายใจลดประสิทธิภาพลงประมาณ 50 % เพราะเนื้อเยื่อของปอดเปลี่ยนแปลง ทำให้ปริมาณ ออกซิเจน ที่เข้าไปในร่างกายได้น้อย การขาดออกซิเจน ทำให้เกิดอาการวิงเวียนเป็นลมได้ง่าย กล้ามเนื้ออ่อนแอ คิดอะไรไม่ออก และถ้าขาดมากก็จะเกิดอาการสลับ หรืออาจตายได้

(9) ระบบการหมุนเวียนของโลหิต

หัวใจทำหน้าที่สูบฉีดโลหิตไปเลี้ยงทั่วร่างกาย ในเวลาปกติหัวใจจะเต้นในราว 72 ครั้งต่อนาที อัตราการเต้นของหัวใจจะเปลี่ยนแปลงช้าลงหรือเร็วขึ้นย่อมแล้วแต่สภาพของอารมณ์และอิริยาบถของร่างกาย หลอดเลือดของโลหิตในร่างกายเกิดขึ้นเมื่อหัวใจทำงาน เม็ดโลหิตแดงมีหน้าที่ขนส่ง ออกซิเจน จากปอดไปสู่เนื้อเยื่อต่าง ๆ และช่วยถ่าย คาร์บอนไดออกไซด์กลับไปยังปอด ปริมาณของโลหิตของคนเราขึ้นอยู่กับเพศ อายุ และน้ำหนักของร่างกาย อัตรา

การทำงานของหัวใจ (Cardiac index = ปริมาณของเลือด * ความดันเลือดที่เกิดจากการบีบของหัวใจ) ในคนสูงอายุจะลดอัตราจากวัยหนุ่มสาวลงประมาณ 30 % เม็ดเลือดมีคุณสมบัติคือการแข็งตัว (Clot) แต่ถ้าเกิดในหลอดเลือดเรียกว่า Thrombosis ซึ่งจะเกาะกับผนังหลอดเลือดทำให้เกิดการอุดตันได้ แรงดันของการไหลของเลือด จะช่วยทำลาย Thrombosis ให้แตกกระจายไป ในกรณีผู้สูงอายุการอุดตันจะเกิดจากเม็ดเลือดแข็ง หรือเนื้อเยื่อที่ขอกเข้าไปในเลือดอันเกิดจาก

การเก่าแก่ของเซลล์ เพราะหลอดเลือดแข็ง และยืดหยุ่นน้อยลง ดังนั้นกล้ามเนื้อหัวใจจะต้องบีบตัวสูง คือทำงานมากขึ้นหลังจากอายุ 45 ปีไปแล้ว การเต้นของหัวใจจะช้าลง และไม่ค่อยปกติ ความดันโลหิตจะสูงและมีโอกาสที่จะเป็นโรคเกี่ยวกับหัวใจและหลอดเลือดสูงกว่าคนกลุ่มอายุอื่น

(10) ระบบต่อมไร้ท่อและฮอร์โมน

ประสิทธิภาพของการทำงานของต่อมไร้ท่อเสื่อมถอยลง เมื่ออายุมากขึ้นการขับปริมาณของฮอร์โมนน้อยลง มีการเปลี่ยนแปลงดังนี้

- ต่อมไธรมอยด์ โดยเฉพาะสมองส่วนหน้า จะเสื่อมหน้าที่ให้ฮอร์โมนต่ำทำให้เบื่ออาหาร
- ต่อมไทรอยด์ มีขนาดเล็กลงเมื่ออายุ 50 ปี ขึ้นไป การผลิตฮอร์โมนต่ำลงอาจทำให้เบื่ออาหาร ตับอ่อนหลังอินซูลินน้อยลง การใช้น้ำตาลในร่างกายน้อยลง ผู้สูงอายุจึงมีแนวโน้มที่จะเป็นเบาหวานได้ง่ายกว่าคนกลุ่มอื่น
- ต่อมเพศ มีการเปลี่ยนแปลง ทั้งรูปร่างและโครงสร้างของอวัยวะสืบพันธุ์และอวัยวะที่เกี่ยวข้อง ความรู้สึกทางเพศลดลง ฯลฯ

(11) ระบบประสาทและสมอง ความสามารถของศูนย์กลางควบคุมประสาทลดลง ประสิทธิภาพการสั่งงานของสมองลดลง เพราะการเสื่อมของเซลล์สมองทำให้ความจำเสื่อม ความว่องไวการสั่งงานต่าง ๆ ทั่วไปของร่างกายช้าลง ฯลฯ

โดยสรุปจะเห็นว่าเมื่อเข้าสู่วัยชราเกิด การเปลี่ยนแปลงทางสรีระตามสภาพ อย่างไรก็ตามถ้าผู้สูงอายุได้มีการเตรียมความพร้อมของร่างกายด้วยวิธีการดูแลสุขภาพ ใส่ใจในตนเอง ออกกำลังกายสม่ำเสมอ รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ก็สามารถชะลอการเสื่อมสภาพทางร่างกายได้

2) การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์และจิตใจ (Psychological Change)

เป็นผลสืบเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและสังคม การเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิตจากที่ทำมาเมื่อ 20 - 30 ปี เคยทำงาน มีตำแหน่งหน้าที่ ทำให้เกิดความรู้สึกสูญเสียทางบทบาท ซึ่งอาจมีผลกระทบกระเทือนทางเศรษฐกิจ ทำให้ขาดความมั่นใจในตนเอง รู้สึกคุณค่าในตนเองลดลง และอาจเกิดการสงสารตัวเอง ยิ่งถ้าเกิดการสูญเสียสามีหรือภรรยา หรือบุตรหรือบุคคลใกล้ชิด ก็จะมีผลกระทบกระเทือนใจมากขึ้น และยังถ้าสุขภาพทางกายขาดผู้

ใกล้ชิดดูแล จะทำให้เกิดความรู้สึกหมดหวังท้อแท้ บุคลิกลักษณะ (Personality Trait) ของกลุ่มคนสูงอายุโดยทั่วไปที่แตกต่างไปจากคนกลุ่มอื่น คือ แรงจูงใจ ความกระตือรือร้นในการทำกิจกรรมต่างๆโดยทั่วไปลดลง การมองปัญหาต่าง ๆ ต่างจากคนหนุ่มสาวเนื่องจากมีประสบการณ์มากกว่า การมองรอบคอบลึกซึ้งกว่า

กล่าวได้ว่า สภาวะทางจิตใจของผู้สูงอายุเกี่ยวพันกับสภาวะร่างกายอย่างใกล้ชิด เมื่อร่างกายเปลี่ยนแปลงไปตามวัยที่เพิ่มขึ้นอารมณ์และจิตใจย่อมมีการเปลี่ยนแปลงตามไปด้วย

3) การเปลี่ยนแปลงทางสังคม (Social Change)

นอกจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีระและอารมณ์จิตใจแล้ว สังคมของมนุษย์มีการอยู่ร่วมกัน โดยทั่วไปถ้าสังคมนั้น ๆ ให้ความสำคัญกับคนหนุ่มสาว กลุ่มคนชราาก็จะรู้สึกตนเองไร้ประโยชน์และเป็นภาระแก่สังคม แต่สังคมที่ยกย่องคนชราว่ายังมีคุณค่า มีประสบการณ์ให้ประโยชน์กับสังคมตั้งแต่ระดับครอบครัว ชุมชนและประเทศชาติ กลุ่มคนชรา ก็จะผ่านเข้าไปสู่บทบาทนั้นๆได้โดยไม่ยุ่งยาก และกระทบกระเทือนสูญเสียบทบาทอย่างรวดเร็ว นอกจากนั้นบริการต่างๆที่สังคมเตรียมให้แก่ผู้สูงอายุ หรือจัดกิจกรรมให้ผู้สูงอายุ เช่น วันผู้สูงอายุแห่งชาติ หรือบริการทางสังคม ช่วยให้ผู้สูงอายุเห็นว่าสังคมยังให้ความสำคัญ

4) การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ (Economy Change)

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นบุคคลที่ไม่ได้ทำงานแล้ว อาจออกจากงานตามวาระ แต่ยังคงดำรงชีวิตและต้องมีภาระในการใช้จ่ายตามความต้องการของแต่ละบุคคล เช่น ค่าใช้จ่ายอาหาร เครื่องนุ่งห่ม สุขภาพ การพักผ่อนหย่อนใจ การซ่อมแซมบ้านที่ทรุดโทรม จึงทำให้ต้องเผชิญกับปัญหาด้านเศรษฐกิจรายได้ไม่เพียงพอเนื่องจากรายได้ลดลง ถ้าไม่มีการเตรียมความพร้อมด้านการเงิน จะทำให้ผู้สูงอายุดำรงชีวิตอย่างลำบาก

จากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว สรุปได้ว่า การเปลี่ยนแปลงในแต่ละด้านต่างมีความสัมพันธ์กันและการเปลี่ยนแปลงของแต่ละบุคคลมากน้อยต่างกัน และมีปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ และสังคมที่ต่างกันอย่างชัดเจนจนพฤติกรรมในการดำรงชีวิตและการรักษาสุขภาพมากน้อยต่างกัน ดังนั้นถ้าผู้สูงอายุได้มีการเตรียมความพร้อมในด้านต่างๆก็จะทำให้วัยชราภาพอยู่อย่างเป็นสุข

2.1.4 แนวคิดการดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชน

แนวคิดการใช้ชุมชนเป็นพื้นฐาน เป็นแนวความคิดที่ได้แรงจูงใจและพัฒนามาจากแนวคิดการลดการพึ่งพิงจากบริการภายนอก (Deinstitutionalization) โดยแนวคิดนี้ได้พยายามที่จะนำศักยภาพที่เด่นของปัจเจกบุคคล ซึ่งได้แก่ ความต้องการที่จะมีอิสระในการดูแลตนเองทั้งร่างกายและจิตใจ การให้ความสำคัญในคุณค่าของความเป็นมนุษย์และศักยภาพในการแก้ไขปัญหาของแต่ละบุคคล ชุมชน มาเป็นแนวทางในการให้บริการ

โดยแนวคิดเรื่องการใช้ชุมชนเป็นพื้นฐานนั้น จะเป็นการปฏิบัติงานที่มุ่งใช้คุณลักษณะของชุมชน และทรัพยากรในชุมชนเป็นเครื่องมือ เพื่อสร้างจิตสำนึกร่วมของประชาชนในการดำเนินการเพื่อชุมชน และโดยชุมชน แนวคิดนี้ ถือเป็นรูปแบบหรือวิธีการอย่างหนึ่งของการป้องกันปัญหาต่างๆของบุคคลในชุมชน ให้มีการสู่สถาบันที่ให้บริการน้อยลง และเป็นวิธีการที่หน่วยงานของรัฐและเอกชนจะทำหน้าที่หลักในการให้คำแนะนำ กระตุ้น และร่วมสนับสนุนบางประการ จุดเด่นของแนวคิดนี้อยู่ที่การมีรากฐานมาจากหลักประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม โดยสร้างให้ประชาชนในชุมชนมีส่วนร่วมในการคิดวิเคราะห์ปัญหาของชุมชนเอง ร่วมกำหนดแนวทางและแผนการดำเนินงานและแก้ไขปัญหา ร่วมลงมือปฏิบัติ และร่วมพิจารณาประเมินผลในกิจกรรมนั้นๆ ทั้งนี้เพื่อให้เกิดการเรียนรู้และตระหนักในกระบวนการแก้ไขปัญหาต่างๆของชุมชนเอง ซึ่งเป็นการสนับสนุนให้ประชาชนเกิดความเข้มแข็ง สามารถจัดการต่างๆในชุมชนด้วยตนเอง ด้วยเหตุนี้แนวคิดการใช้ชุมชนเป็นพื้นฐานในการปฏิบัติงานจึงมีจุดมุ่งหมายดังนี้ (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร , 2549 : 54)

- 1) เพื่อสร้างจิตสำนึกและพัฒนาศักยภาพของคนในชุมชน
- 2) เพื่อให้เกิดการแก้ไขปัญหา และพัฒนาบริการต่างๆโดยชุมชนเพื่อระดมความร่วมมือในลักษณะการประสานความร่วมมือระหว่างองค์กรภายนอกชุมชนและบุคลากร ภายใน

2.1.5 แนวคิดเกี่ยวกับอาสาสมัคร

อาสาสมัคร หมายถึงผู้ที่สมัครใจทำงานเพื่อให้เกิดความผาสุกแก่เพื่อนบ้าน ชุมชน และ สังคมส่วนรวมโดยไม่หวังผลกำไรหรือสิ่งตอบแทน อาสาสมัครมีบทบาทสำคัญต่อการพัฒนาประเทศ โดยเฉพาะงานด้านสังคมสงเคราะห์การแก้ปัญหาสังคม การพัฒนาสังคม อีกทั้ง

อาสาสมัครเป็นกำลังสำคัญในการร่วมปฏิบัติงานกับองค์กรเอกชนและรัฐบาลในการช่วยเหลือผู้
ประสบปัญหา ความทุกข์ยากเดือดร้อนต่าง ๆ

แนวคิดการมีส่วนร่วมของประชาชน เป็นกระบวนการในการพัฒนาที่เน้นความ
เป็นประชาธิปไตยและการปกครองตนเอง หมายถึง การที่ประชาชนมีส่วนร่วมในการกำหนดแผน
และดำเนินการในเรื่องที่มีผลต่อการปรับปรุงสภาพความเป็นอยู่และอนาคตของตนเอง การมีส่วน
ร่วมในการพัฒนาจึงหมายถึง การมีประชาชนเปลี่ยนฐานะจากความเป็นผู้ถูกพัฒนามาเป็นตัวนำ
ของการพัฒนาและการเปลี่ยนแปลง ตั้งแต่จุดแรก คือ

- 1) ร่วมคิด (คิดว่าจะอะไรคือปัญหา)
- 2) ร่วมวางแผน (วิเคราะห์สาเหตุของปัญหา ตัดสินใจ กำหนดเป้าหมาย)
- 3) จัดสรรทรัพยากรเพื่อให้บรรลุตามเป้าหมาย
- 4) ร่วมดำเนินการ (กำหนดโครงการ วิธีการและการลงมือปฏิบัติ) ระหว่างปฏิบัติก็จะ
สามารถทดสอบได้ด้วยว่าประชาชนมีส่วนร่วมระดับใด
- 5) ร่วมประเมินผล

ความมุ่งหมายของการมีส่วนร่วมของประชาชน คือ การให้ประชาชนรับทราบ เข้าใจ และสำนึกกว่า
งานสวัสดิการทางสังคมไม่ใช่งานของรัฐบาลฝ่ายเดียว รัฐบาลเพียงแต่เข้ามาช่วยในการ
ดำเนินงานเท่านั้น การพัฒนาเศรษฐกิจในลักษณะที่มุ่งวัตถุมากกว่าคน มีผลทำให้ช่องว่าง
ระหว่างคนรวยกับคนจนห่างกันมากขึ้น รวมทั้งมีความแตกต่างระหว่างเมืองกับชนบทมากขึ้น
ด้วย เพราะขาดการกระจายรายได้ที่เหมาะสม จึงจำเป็นต้องผสมผสานการพัฒนาเศรษฐกิจให้

เข้ากับการพัฒนาสังคม การมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นหลักการสำคัญยิ่งอันหนึ่งของการ
พัฒนาสังคมเช่นเดียวกับเรื่องการสร้างคุณธรรมในสังคม

การมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นกลวิธีในการพัฒนา ทำให้คนมีคุณภาพชีวิตใน 2
ลักษณะ คือ

- 1) คุณภาพชีวิตในการดำรงชีวิต หมายถึง ประชาชนได้รับการตอบสนองความต้องการ
ด้านวัตถุและบริการ
- 2) คุณภาพชีวิตในด้านจิตสำนึก หมายถึง ประชาชนได้รับการปลูกฝังความรับผิดชอบ

ความกระตือรือร้นในการแก้ปัญหาของคนและชุมชนที่ตนเองเป็นสมาชิกอยู่

การมีส่วนร่วมของประชาชน โดยทั่วไปประชาชนสามารถเข้ามามีส่วนร่วม 2 แบบ คือ

1) มีส่วนร่วมโดยเป็นตัวนำที่สำคัญ เริ่มตั้งแต่การร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมจัดสรร

ทรัพยากร ร่วมลงมือปฏิบัติ ร่วมในการประเมินผล

2) มีส่วนร่วมโดยการรับรองสิ่งที่เกิดขึ้น หรือทำตามการตัดสินใจที่ได้กำหนดมาแล้ว

(วิจิตร ระวังวงศ์, 2539 : 36)

2.1.6 แนวคิดเกี่ยวกับเพื่อนบ้าน (Neighborhood Based)

ความเป็นเพื่อนบ้านเป็นระบบเกื้อกูลกันของผู้คนในชุมชน เพื่อให้ระบบพึ่งตนเองของชุมชนแข็งแกร่งขึ้น การจัดบริการระดับชุมชนใกล้เคียงที่ตนเองอยู่อาศัย จุดมุ่งหมายหลักของการใช้แนวคิดความเป็นเพื่อนบ้านกับบริการสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อสร้างจิตสำนึกและพัฒนาและพัฒนาศักยภาพของคนในชุมชน เพื่อให้เกิดการแก้ไขปัญหาและพัฒนาบริการต่าง ๆ โดยชุมชน รวมทั้งระดมความร่วมมือระหว่างองค์กรภายนอกชุมชนและบุคลากรภายในชุมชน โดยมุ่งให้เกิดบริการที่ดีแก่ผู้สูงอายุและครอบครัว

2.2 ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1) นภาพร ชโยวรรณและคณะ (2532) ศึกษาวิจัยเรื่อง สรุปผลการวิจัยโครงการวิจัยผลกระทบทางเศรษฐกิจ สังคม และประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย เรื่องการเตรียมการเพื่อเข้า

สู่วัยสูงอายุ โดยวิธีสนทนากลุ่ม (Focus Group) พบว่า ผู้สูงอายุไทยกว่าครึ่งไม่มีการเตรียมตัวเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ทั้ง ๆ ที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เห็นว่าเรื่องการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุเป็นเรื่องสำคัญ กลุ่มที่มีการเตรียมความพร้อมจะเป็นด้านการเงินมากกว่าเรื่องอื่น ๆ และเกือบทุกกลุ่มตัวอย่างพบว่า ควรมีการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยชราภาพ เพื่อจะได้ไม่ลำบากในอนาคต เนื่องจากเมื่ออายุมากขึ้นร่างกายถดถอยไม่สามารถทำอะไรได้มาก จะได้ไม่เดือดร้อน ควรเตรียมพร้อมไว้ถ้าหากไม่มีใครดูแล

2) ธารณีย์ ศรีสวัสดิ์กุล (2539) ศึกษาวิจัย เรื่อง การเตรียมการเกษียณอายุราชการ ศึกษาเฉพาะกรณีข้าราชการกรมพลศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ ผลการศึกษาพบว่า ข้าราชการมีการเตรียมการเกษียณอายุในระดับปานกลาง และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเตรียมการเกษียณอายุ คือ ความสัมพันธ์กับครอบครัว และความสัมพันธ์กับเพื่อน ส่วนปัจจัยที่ไม่มี ความสัมพันธ์กับการเตรียมการเกษียณอายุ คือ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส สถานภาพทาง ตำแหน่ง สถานภาพทางสุขภาพ สถานภาพทางเศรษฐกิจ และความสนับสนุนจากหน่วยงาน

3) สุกัญญา นิธังกรและนางนุช สุนทรชว กานต์ (2542) ได้ศึกษาเรื่องแนวทางการจัดสรร ทรัพยากรเพื่อการลงทุนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในประเทศไทย โดยศึกษา งบประมาณของรัฐที่ให้แก่ผู้สูงอายุ โดยพิจารณาถ้ารัฐต้องการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้สูงอายุโดย ใช้เกณฑ์รายได้ และเกณฑ์อายุเป็นหลักจะต้องใช้ทรัพยากรจำนวนเท่าใด โดยพยากรณ์รายจ่าย เพื่อผู้สูงอายุจนถึงสิ้นสุดแผนปฏิบัติการจัดสวัสดิการและสงเคราะห์ผู้สูงอายุในช่วงปี 2542- 2554 จากผลการ ศึกษาพบว่าในส่วนของผู้สูงอายุที่เป็นข้าราชการเกษียณในปี 2540 รัฐบาลมีภาระ ด้านบำเหน็จบำนาญจำนวน 24,717 ล้านบาท และรายจ่ายค่ารักษาพยาบาลเท่ากับ 1,785 ล้าน บาท รวมทั้งสิ้นประมาณร้อยละ 3 ของรายจ่ายงบประมาณแผ่นดิน หรือร้อยละ 3.2 ของบ รายได้จากภาษีอากรของรัฐและพยากรณ์รายจ่ายไปจนถึงปี 2554 พบว่ารายจ่ายเพื่อผู้สูงอายุที่ เกษียณในราชการคิดเป็นร้อยละ 2.24, 10.85 ,11.97 .13.59 ของรายได้ประชาชาติ รายจ่ายของ รัฐบาล รายได้ของรัฐบาลและรายได้จากภาษีอากรตามลำดับ สำหรับรายจ่ายที่รัฐให้ในรูป สวัสดิการผู้สูงอายุทั่วไปที่จ่ายผ่านกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม ค่าใช้จ่ายส่วนใหญ่ ใน ด้านสถานสงเคราะห์คนชราและศูนย์บริการเป็นค่าใช้จ่ายด้านการบริหารจัดการ ส่วนด้านเบี้ยยังชีพไม่ถึงร้อยละ 50 ของผู้สูงอายุที่ยากจนทั้งหมดเท่านั้นที่ได้รับการจัดสรรในส่วนของ งบประมาณรายจ่ายด้านสาธารณสุขที่รัฐให้แก่โครงการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ยากจน ช่วยเหลือเกื้อกูลได้จัดสรรให้แก่ผู้สูงอายุที่ยากจนไม่ถึงร้อยละ 50 เมื่อพยากรณ์รายจ่ายทั้งสอง ส่วนรวมกันนี้ไปจนถึงปี 2554 พบว่า รายจ่ายที่รัฐจ่ายเป็นสวัสดิการเพื่อผู้สูงอายุที่ยากจนทั่วไป งบประมาณร้อยละ 0.15 , 0.75 , 0.83 และ 0.94 ของรายได้ประชาชาติ รายจ่ายของรัฐบาล รายได้ของรัฐบาล และรายได้จากภาษีอากรตามลำดับ งาน ศึกษา นี้ ได้คำนวณ ฅการสูญเสีย รายได้จากภาษีเงินได้บุคคลธรรมดา ที่รัฐยอมให้หักลดหย่อนในการเลี้ยงดูบิดามารดาที่อาศัยอยู่

ในครัวเรือนเดียวกัน โดยคำนวณเฉพาะผู้มีเงินได้ที่มิสถานภาพการทำงานเป็นลูกจ้างประจำ พบว่ารัฐจะสูญเสียรายได้ทั้งสิ้นประมาณ 134.6 ล้านบาท

ซึ่งสรุปได้ว่า รัฐให้การดูแลสวัสดิการผู้สูงอายุที่ยากจนน้อยมาก สถาบันครอบครัว ภาคเอกชนและชุมชน เข้ามามีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุ ดังนั้น ครอบครัว ชุมชน ต้องมีการเตรียมความพร้อม ในการเข้าสู่สังคมชราภาพ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ทาง เศรษฐกิจ

4) นางลักษณะ พะโกยะ (2551) ศึกษาความต้องการกำลังคน ดูแลผู้สูงอายุด้าน สุขภาพ ข้อมูลที่นำมาใช้คาดการณ์นี้ คือ ข้อมูลมาตรฐานกำลังคนใช้ข้อมูลจากการศึกษาของ สำนักวิจัยและพัฒนากำลังคน (2551) ข้อมูลการเจ็บป่วยจากการสำรวจของสำนักงานสถิติ แห่งชาติ (2551) โดยคาดการณ์มีความสัมพันธ์กับข้อมูลผู้สูงอายุจากการรายงานของมูลนิธิ สถาบันและพัฒนาผู้สูงอายุ (2549) พบว่า ในการคาดการณ์ผู้สูงอายุ พบว่า ในปี พ . ศ 2553 ประเทศไทยจะมีผู้สูงอายุจำนวน 7,639,000 คน และในจำนวนนี้มีผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่น 499,873 คน (ร้อยละ 6.5) และในปี พ . ศ 2563 ผู้สูงอายุจะเพิ่มมากขึ้น จำนวน 10,776,000 คน และในจำนวนนี้มีผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่น 741,766 คน (ร้อยละ 6.9) ทำให้คาดการณ์ได้ว่า ภาระในการดูแลผู้สูงอายุที่ทุพพลภาพและช่วยเหลือ ตนเองไม่ได้ จะเป็นปัญหาที่มีความสำคัญในอนาคต ดังนั้นแนวคิดการดูแลระยะยาวใน ครอบครัวต้องมีการเตรียมความพร้อมเพื่อ เข้าสู่วัยชราภาพ ให้สอดคล้องกับสถานการณ์ที่จะ เกิดขึ้น

5) วิพรรณ ประจวบเหมาะ และคณะ (2551) ศึกษาวิจัยเรื่อง โครงการสร้างระบบการ ติดตามและประเมินผลแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ ศ 2545 – 2564) มีวัตถุประสงค์ 1. เพื่อติดตามและประเมินผลของการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุตามดัชนีที่กำหนดไว้ในมาตรการ และยุทธศาสตร์ของแผนดังกล่าว 2. เพื่อประเมินกระบวนการทำงานด้านผู้สูงอายุตาม ยุทธศาสตร์ การบริหารจัดการเพื่อการพัฒนาทางด้านผู้สูงอายุระดับชาติและการพัฒนาบุคลากร ด้านผู้สูงอายุ 3.วางระบบการติดตามและประเมินการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุเพื่อใช้เป็นแนวทาง ในการประเมินแผนระยะต่อไป ผลการวิจัยในเรื่องการวัดความรู้ด้านวงจรชีวิต กระบวนการชรา และความรู้การเตรียมตัวเมื่อยามชราภาพ โดยสำรวจประชากรอายุ 30 -59 ปี ทุกภาค ทั่ว ประเทศ กลุ่มตัวอย่าง 9,000 ตัวอย่าง พบว่า ผู้มีความรู้ด้านดังกล่าวมี ร้อยละ 31.2 โดย

ภาคเหนือร้อยละ 35.6 สูงสุด ภาคกลางต่ำสุดร้อยละ 27.8 ความรู้ด้านวงจรชีวิต กระบวนการชราและการเตรียมตัวเพื่อยามชราภาพจะ เพิ่มตามอายุ และจากการสำรวจการปฏิบัติการเตรียมการด้านการเงิน สุขภาพกาย สุขภาพใจ ที่อยู่อาศัย และผู้ดูแลเมื่อสูงอายุ การศึกษาธรรมะหรือการเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา และการทำงานด้านอาสาสมัคร ร้อยละ 60.2 ได้เตรียมการเรื่องการเงินสูงที่สุด รองลงมาด้านสุขภาพทางกายร้อยละ 54.7 สุขภาพทางใจร้อยละ 50.4 การเตรียมการด้านที่อยู่อาศัยและผู้ดูแลเมื่อสูงอายุมีสัดส่วนเท่ากันคือ ร้อยละ 43 และการทำงานด้านอาสาสมัครเตรียมต่ำสุดร้อยละ 29 สำหรับระดับการเตรียมการแต่ละด้านแตกต่างกันระหว่างภาคเล็กน้อย กรุงเทพมหานคร มีร้อยละที่ได้เตรียมการเป็นอาสาสมัครต่ำที่สุดคือร้อยละ 18.1 ภาคใต้มีร้อยละที่ได้เตรียมการด้านการเงินสูงสุด คือร้อยละ 67.4 ในภาคเหนือมีร้อยละที่เตรียมการเกือบทุกด้าน สูงกว่าคนในภาคอื่นๆ ยกเว้นด้านสุขภาพกาย สุขภาพใจและการเงิน

6) สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2554) ได้สำรวจความคิดเห็นของประชาชนเกี่ยวกับความรู้และทัศนคติที่มีต่อผู้สูงอายุ พ.ศ 2554 โดยสอบถามประชากรที่มีอายุระหว่าง 18 – 59 ปี ทุกจังหวัดทั่วประเทศ กลุ่มตัวอย่าง 9,000 ราย พบว่า ประชาชนร้อยละ 55.2 ไม่ทราบว่าเป็นประเทศกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุและร้อยละ 44.8 ทราบเรื่องนี้ ประชาชนร้อยละ 62.1 ไม่ทราบมีพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ ร้อยละ 23.4 ทราบ และไม่แน่ใจว่าทราบร้อยละ 14.5 สำหรับความรู้เกี่ยวกับการเตรียมตัวเพื่อยุติสูงอายุ มีประชาชนร้อยละ 94.0 เห็นว่าการสูงอายุขึ้นเป็นการเปลี่ยนแปลงตามปกติของชีวิต รองลงมาร้อยละ 88.9 เห็นว่าเมื่อเข้าวัยสูงอายุกระดูกจะบางลงกว่าหนุ่มสาว และประชาชนร้อยละ 53.0 ไม่เห็นด้วยที่เมื่อเข้าวัยสูงอายุควรหยุดทำงานหรืออยู่เฉย ๆ สำหรับเรื่องการเตรียมการเพื่อยุติสูงอายุ พบว่า ร้อยละ 87.1 เห็นว่าควรมีการเตรียมการเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ร้อยละ 6.8 เห็นว่าไม่ควรเตรียมการ และร้อยละ 6.1 ไม่แน่ใจ ในเรื่องการเตรียมการเรื่องการเงินควรเตรียมร้อยละ 98.4 ด้านสุขภาพร้อยละ 97.3 ที่อยู่อาศัยร้อยละ 97.1 ด้านจิตใจร้อยละ 91.7 ผู้ที่ดูแลเมื่อสูงวัยขึ้นร้อยละ 89.2 และการจัดสรรแบ่งมรดกหรือทรัพย์สินร้อยละ 85.5

7) Carolyn (1984) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการประเมินการวางแผนก่อนเกษียณอายุของครูและผู้บริหารโรงเรียนประชาบาลในรัฐโอกลาโฮมา ที่มีอายุ 45 ปี ขึ้นไป จำนวน 300 คน พบว่าร้อยละ 100 ควรวางแผนความเป็นอยู่หลังเกษียณ ร้อยละ 83 ได้เริ่มวางแผนแล้ว การวางแผนก่อนเกษียณกับรายได้โดยเฉลี่ยในแต่ละเดือนของครอบครัวมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติ กลุ่มผู้ตอบแบบสอบถาม มีความเห็นว่า เงินออมหรือเงินเก็บสะสมควรเป็นจำนวนร้อยละ 10 – 20 ของรายได้ประจำในแต่ละเดือน วิธีที่ผู้วางแผนนิยมมากที่สุด คือ การรับบำนาญรายปี ร้อยละ 26.2 มีความต้องการรายได้หลังเกษียณ ร้อยละ 80 – 100 ของรายได้ปัจจุบัน รายได้ที่เหมาะสมคือ 15,000 – 86,000 บาท ต่อเดือน มีเพียงร้อยละ 10 ที่ได้รับการศึกษาเกี่ยวกับการเตรียมตัวก่อนเกษียณ หัวข้อที่ได้รับความสนใจมากที่สุดในการศึกษาเกี่ยวกับการเตรียมตัวก่อนเกษียณคือ งบประมาณและการจัดการบ้านเรือน การวางแผนทางการเงิน การวางแผนเกี่ยวกับทรัพย์สิน การวางแผนเรื่องการพักผ่อนหย่อนใจและการเดินทาง

8) Hershey and Mowen (2000) ศึกษาความมุ่งมั่นทางจิตวิทยาในการเตรียมความพร้อมทางการเงินเพื่อการเกษียณอายุ มีจุดมุ่งหมายเพื่อตรวจสอบปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมด้านการเงินสำหรับการเกษียณอายุ โดยกลุ่มตัวอย่างมีทั้งสิ้น 230 คน พบว่า โครงสร้างทางบุคลิกภาพและความรู้ด้านการเงินสามารถทำนายการวางแผนก่อนเกษียณอายุของบุคคลได้

9) Voonchin (2004) ศึกษาเรื่องการวางแผนเกษียณอายุของผู้ชาย โดยสัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 73 คน มีวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบการวางแผนก่อนเกษียณอายุและการวางแผนด้านการเงินของผู้ชาย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ชายที่อายุน้อยกว่าจะมีความกระตือรือร้นในการวางแผนเกษียณอายุน้อยกว่าผู้ชายที่อายุมาก

10) จากรายงานการศึกษาการเตรียมความพร้อมในการก้าวสู่สังคมชราภาพของหน่วยงานประเทศต่างๆ (2551) ได้แก่ ประเทศฮ่องกง กระทรวงสวัสดิการสังคม (Social Welfare Department) ได้สนับสนุนให้มีบริการผู้สูงอายุที่มีคุณภาพตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน ค.ศ 2000 ซึ่งการบริการครอบคลุมเรื่อง บ้านพักสำหรับผู้สูงอายุ การดูแลพยาบาล ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ รายวัน มีศูนย์ดูแลผู้สูงอายุประจำชุมชน รวมถึงการเข้าไปดูแลผู้สูงอายุถึงที่บ้านซึ่งการให้บริการจะมีบุคลากรที่เชี่ยวชาญในการดูแลผู้สูงอายุหลายสาขา ที่ได้รับการฝึกอบรมมาเป็นอย่างดี เช่น นักสังคมสงเคราะห์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด เมื่อเดือนมกราคม ค . ศ 2007 บุคลากรเหล่านี้มีจำนวนทั้งสิ้น 1, 903 คน รูปแบบการให้บริการบางส่วน ได้แก่ 1. ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุละแวกบ้าน (Neighborhood Elderly Centre : NEC) เป็นรูปแบบการให้บริการในชุมชนระดับเพื่อน

บ้าน ให้บริการหลายด้าน อาทิ ให้คำปรึกษาและตอบสนองของความต้องการด้านสุขภาพ มีกิจกรรม ฝึกอบรม บริการจัดหาคนดูแลผู้สูงอายุ รวมถึงการให้ข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ต่อผู้สูงอายุ

2. ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุรายวัน (Day Care Centre for The Elderly) เป็นศูนย์ที่ให้บริการใน ระหว่างวันสำหรับผู้สูงอายุที่ร่างกายอ่อนแอและช่วยเหลือตนเองไม่ได้ เน้นที่ให้บริการฟื้นฟู สมรรถภาพทางร่างกายมีพยาบาลและบุคลากรที่เชี่ยวชาญให้ความช่วยเหลือ นอกจากนี้ยัง ให้บริการฝึกอบรม ให้คำปรึกษาด้านอาหารและบริการจัดส่ง บ้านพักคนชรา (Home For Aged) ให้บริการที่พัก อาหาร เสื้อผ้า สำหรับผู้สูงอายุที่ไม่สามารถอาศัยอยู่ในชุมชนได้

3. Nursing Home ให้บริการที่พักและดูแลเป็นรายบุคคลเพื่อการรักษาพยาบาลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย และไม่สามารถให้การดูแลที่บ้านได้

4. Resident Respite Service ให้บริการที่พักเพื่อดูแล ผู้สูงอายุชั่วคราว เพื่อลดภาระสมาชิกในครอบครัวที่ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ สำหรับประเทศ ออสเตรเลีย การเตรียมความพร้อมการให้บริการผู้สูงอายุส่วนใหญ่ภาครัฐเป็นผู้ผลักดัน ซึ่ง กระจายอำนาจการจัดการไปยังมลรัฐและในเมืองต่าง ๆ พร้อมกันนี้ยังมีโครงการและการ สนับสนุนผู้สูงอายุที่ได้รับความร่วมมือจากชุมชน อาสาสมัคร ภาคเอกชนที่แสวงหาผลกำไร และ ไม่แสวงหาผลกำไรโดยบทบาทรัฐบาลในการให้บริการสูงอายุ ได้แก่ ให้เงินบำนาญ บ้านพัก ผู้สูงอายุ ให้บริการยารักษาโรค การช่วยเหลือฉุกเฉิน การให้บริการผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเอง ไม่ได้ ส่งเสริมให้สถานพยาบาล บ้าน และชุมชนจัดโครงการดูแลผู้สูงอายุ บทบาทรัฐและเมือง ต่าง ๆ ให้บริการคำปรึกษาด้านสุขภาพทางโทรศัพท์ บ้านพักคนชรา ให้บริการผู้สูงอายุ ช่วยเหลือ ผู้สูงอายุที่วิกฤตชีวิต ช่วยเหลือในการเดินทาง และให้บุตรผู้สูงอายุที่ใช้เป็นส่วนตัวเมื่อซื้อสินค้า และบริการ และบทบาทของภาคประชาสังคมและเอกชน ให้บริการบ้านพักคนชราและองค์กร เพื่อดูแลผู้สูงอายุหลายแห่งดำเนินการโดยชุมชนผู้ที่มีใจกุศล ซึ่งใช้ทรัพยากรและงบประมาณของ ตนเอง หากคิดเป็นสัดส่วนภาคประชาสังคมให้บริการสวัสดิการผู้สูงอายุประมาณร้อยละ 20 ส่วน ภาคเอกชนให้บริการบ้านพักและบริการด้านสุขภาพ

จากข้อความข้างต้นสรุปว่าหลายประเทศได้กำลังก้าวเข้าสู่สังคมชราภาพและได้มี นโยบายสำคัญในการเตรียมความพร้อมในการเข้าสู่สังคมชราภาพอย่างเป็นระบบเพื่อดูแล ผู้สูงอายุในด้านสวัสดิการ การแพทย์ ยารักษาโรค การดูแลชีวิตความเป็นอยู่ ดังนั้นประเทศไทย ต้องมีการเตรียมความพร้อมเพื่อสังคมผู้สูงอายุจักได้มีคุณภาพและประเทศชาติมีความสงบสุข

2.3 สถานการณ์ผู้สูงอายุในประเทศไทย

ประเทศไทยเริ่มเข้าสู่สังคมสูงอายุตั้งแต่ปี พ.ศ 2547 และจะเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ในปี 2568 หรืออีก ประมาณ 20 ปีข้างหน้า จากร่างแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 11 สัดส่วนประชากร เด็ก : แรงงาน : ผู้สูงอายุ 20.5 : 67.6 : 11.9 ในปี 2553 เปลี่ยนเป็น 18:3 : 66.9 : 14.8 ในปี 2559 โครงสร้างประชากรเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ปี 2568 โดยภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีประชากรสูงอายุมากที่สุดเกือบ 1 ใน 3 ของประชากรสูงอายุทั้งประเทศ กรุงเทพมหานครมีการเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุอย่างรวดเร็ว ภาวะเจริญพันธุ์ของสตรีลดลงอย่างต่อเนื่อง ในปี 2551 อัตราการเจริญพันธุ์ อยู่ที่ 1.6 และอัตราการตายของทารกอยู่ที่ 7.3 % ต่อการเกิดมีชีวิตพันคน จะเห็นได้ว่าอัตราการเกิดและการตายลดลง ประชากรวัยเด็กและวัยแรงงานมีสัดส่วนลดลง วัยสูงอายุมีสัดส่วนเพิ่มขึ้น ถ้าประเทศไทยไม่มีการเตรียมความพร้อมจะส่งผลกระทบต่อมิใช่แต่เรื่องสังคมผู้สูงอายุเท่านั้น ยังมีผลกระทบต่อเศรษฐกิจ เช่น ผลกระทบต่อการปรับตัวของแรงงาน ผลกระทบต่อรายได้และค่าใช้จ่ายภาครัฐ รวมไปถึงผลกระทบต่อตลาดเงินและตลาดทุนอื่น ๆ อีกมากมาย

2.4 แผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ ศ 2545 – 2564)

เป็นแผนระยะยาวที่มีนโยบายให้ความสำคัญต่อวงจรชีวิต และความสำคัญของทุกคนในสังคมที่มีความเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุไม่ว่าทางใดก็ตามและจะต้องเข้าสู่ระยะวัยสูงอายุตามวงจรชีวิตที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ แนวคิดพื้นฐานของการจัดทำแผนผู้สูงอายุระยะยาวได้รับการกำหนดขึ้นเพื่อประโยชน์ในการกำหนดทิศทาง กรอบและประเด็นต่าง ๆ ที่จะต้องระบุไว้ในแผนผู้สูงอายุระยะยาว แนวคิดพื้นฐานประกอบด้วย ปรัชญา วิสัยทัศน์ วัตถุประสงค์(คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ , 2545 :1)

ปรัชญา

การสร้างหลักประกันในวัยสูงอายุเป็นกระบวนการสร้างความมั่นคงให้แก่สังคม การที่จะทำให้มีหลักประกันในวัยสูงอายุจะต้องมีการกระทำ ดังนี้

- 1) ประชากรช่วยตนเอง

- 2) ครอบครัวเกื้อหนุน
- 3) ชุมชนช่วยเหลือ
- 4) สังคม – รัฐเกื้อหนุน

โดยสมควรที่จะมีการผสมผสานการกระทำเหล่านี้ในบางช่วงเวลาที่เหมาะสม

1) ผู้สูงอายุมีคุณค่าและศักยภาพ สมควรได้รับการส่งเสริมสนับสนุนให้มีส่วนร่วมเป็นประโยชน์ต่อสังคม

2) ผู้สูงอายุที่จะสามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนของตนได้อย่างมีคุณภาพที่สมเหตุสมผลและสมวัย

3) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ใช่บุคคลด้อยโอกาสหรือเป็นภาระต่อสังคม และถึงแม้ผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งจะประสบความทุกข์ยากและต้องการการเกื้อกูลจากสังคม และรัฐ แต่ก็ก็เป็นบางช่วงเวลาของวัยสูงอายุเท่านั้น

แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฯ กำหนดยุทธศาสตร์ 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการเตรียมความพร้อมของประชาชนเพื่อวัยสูงอายุที่มีคุณภาพ ด้านการส่งเสริมผู้สูงอายุ ด้านระบบการคุ้มครองทางสังคม ด้านการบริหารจัดการเพื่อการพัฒนา งานด้านผู้สูงอายุระดับชาติ และการพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุและด้านการประมวลและพัฒนาองค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุและการติดตามประเมินผลการดำเนินการตามแผนผู้สูงอายุ (คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติสำนักนายกรัฐมนตรี, 2545) นอกจากนี้พระราชบัญญัติผู้สูงอายุที่ระบุว่าผู้สูงอายุมีสิทธิ์ได้รับการคุ้มครอง การส่งเสริมสนับสนุนในด้านต่าง ๆ โดยเฉพาะการส่งเสริมด้านการศึกษา และข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิต เพื่อช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตและเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุในไทยให้เป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ

หมวดที่ 1 ยุทธศาสตร์ด้านการเตรียมความพร้อมของประชากรเพื่อวัยสูงอายุที่มีคุณภาพ

- 1) มาตรการ หลักประกันด้านรายได้เพื่อวัยสูงอายุ
 - (1) ขยายหลักประกันยามชราให้ครอบคลุมบุคคลทั่วไป
 - (2) ส่งเสริมการออมตั้งแต่วัยต้น
 - (3) ลดหย่อนภาษีเพื่อส่งเสริมการออมสำหรับผู้สูงอายุ
- 2) มาตรการ การให้การศึกษาและการเรียนรู้ตลอดชีวิต

(1) ส่งเสริมพฤติกรรมอนามัยตั้งแต่วัยเด็ก ให้มีหลักสูตรวิชาการดูแลสุขภาพและพฤติกรรมอนามัย

(2) ส่งเสริมและจัดบริการการศึกษาต่อเนื่องตลอดชีวิต ทั้งการศึกษาในระบบและนอกระบบ และการศึกษาตามอัธยาศัย เพื่อความเข้าใจชีวิตและพัฒนาการในแต่ละวัยและเพื่อการเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุที่เหมาะสม

(3) วรรณคดีให้สังคมตระหนักถึงความจำเป็นของการเตรียมการเข้าสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ

(4) เตรียมการสำหรับผู้ที่เข้าสู่วัยสูงอายุให้มีความรู้ที่ถูกต้องในทุกเรื่องที่เป็น (pre retirement program)

3) มาตรการ การปลูกจิตสำนึกให้คนในสังคมตระหนักถึงคุณค่าและศักดิ์ศรี ของผู้สูงอายุ

(1) ปรับปรุงระบบการศึกษาให้เกิดการเรียนรู้และประชาชนทุกวัยมีส่วนร่วมในการดูแลรับผิดชอบครอบครัวผู้สูงอายุและชุมชน

(2) จัดให้มีการศึกษาเกี่ยวกับผู้สูงอายุทั้งการศึกษาในระบบ นอกระบบ และการศึกษาตามอัธยาศัย โดยเริ่มตั้งแต่ระดับอนุบาล

(3) ส่งเสริมให้มีกิจกรรมสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุและเยาวชน โดยดำเนินการเป็นส่วนหนึ่งของกิจกรรมการศึกษา ศาสนา วัฒนธรรม และการกีฬา

(4) วรรณคดีให้สังคมมีจิตสำนึกและตระหนักถึงคุณค่าและศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ

หมวดที่ 2 ยุทธศาสตร์ด้านการส่งเสริมผู้สูงอายุ

1) มาตรการ ส่งเสริมความรู้ ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน ดูแลตนเองเบื้องต้น

(1) จัดบริการการอบรมในรูปแบบที่หลากหลายและเหมาะสมแก่ผู้สูงอายุ

(2) จัดบริการให้คำปรึกษาทั่วไปในสถานบริการทางสุขภาพของรัฐและเอกชน

(3) ดำเนินการให้มีการสื่อสารข้อมูลข่าวสารแก่ผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง

2) มาตรการ ส่งเสริมการอยู่ร่วมกันและสร้างความเข้มแข็งขององค์กรผู้สูงอายุ

(1) ส่งเสริมการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุและเครือข่าย

(2) สนับสนุนกิจกรรมขององค์กรเครือข่ายผู้สูงอายุ

3) มาตรการ ส่งเสริมด้านการทำงานและการหารายได้ของผู้สูงอายุ

- (1) ส่งเสริมการทำงานทั้งเต็มเวลาและไม่เต็มเวลา ทั้งในระบบและนอกระบบ
- (2) ส่งเสริมการฝึกอาชีพและจัดหางานให้เหมาะสมกับวัยและความสามารถ
- (3) ส่งเสริมการรวมกลุ่มของชุมชนเพื่อจัดทำกิจกรรมเสริมรายได้ โดยให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมด้วย

4) มาตรการ สนับสนุนผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ

- (1) ประกาศเกียรติคุณผู้สูงอายุที่เป็นตัวอย่างที่ดีของสังคม
- (2) ส่งเสริมและเปิดโอกาสให้มีการเผยแพร่ภูมิปัญญาของผู้สูงอายุและให้มีส่วนร่วมในกิจกรรมสังคมด้านต่าง ๆ

5) มาตรการ ส่งเสริมสนับสนุนสื่อทุกประเภทให้มีรายการเพื่อผู้สูงอายุและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้รับความรู้และสามารถเข้าถึงข่าวสารและสื่อ

- (1) ส่งเสริมสนับสนุนสื่อทุกประเภทให้มีรายการเพื่อผู้สูงอายุ
- (2) ส่งเสริมการผลิตและการเข้าถึงสื่อและข่าวสารที่มีประสิทธิภาพสำหรับผู้สูงอายุ

(3) ดำเนินการให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่าง ๆ ได้อย่างต่อเนื่อง

6.) มาตรการ ส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุที่มีที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมและปลอดภัย

- (1) กำหนดมาตรฐานขั้นต่ำสำหรับที่พักอาศัยและสภาพแวดล้อมผู้สูงอายุ
- (2) สนับสนุนให้องค์กรทั้งภาครัฐ ชุมชน และเอกชน เข้ามามีส่วนร่วมในการรับผิดชอบและจัดบริการด้านที่พักอาศัยและสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ
- (3) กำหนดมาตรการแหล่งเงินกู้ดอกเบี้ยต่ำเพื่อที่อยู่อาศัย การปรับปรุงเพื่อที่อยู่อาศัย และระบบสาธารณสุขปโภค สำหรับผู้สูงอายุ

หมวดที่ 3 ยุทธศาสตร์ด้านระบบคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ

1) มาตรการ คุ้มครองด้านรายได้

- (1) จัดสวัสดิการด้านรายได้แก่ผู้สูงอายุที่ยากจนและไม่มีแหล่งพึ่งพิงที่เพียงพอ
- (2) ขยายหลักประกันยามชราภาพให้ครอบคลุมผู้สูงอายุ
- (3) ส่งเสริมการจัดตั้งกองทุนในชุมชนที่มีวัตถุประสงค์ครอบคลุมผู้สูงอายุ

2) มาตรการ หลักประกันด้านสุขภาพ

(1) พัฒนาและส่งเสริมระบบประกันสุขภาพที่มีคุณภาพเพื่อผู้สูงอายุทุกคน

3) มาตรการด้านครอบครัว ผู้ดูแล และการคุ้มครอง

(1) ลดหย่อนภาษีสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยตัวเองไม่ได้

(2) เร่งรัดให้มีกฎหมายและแนวปฏิบัติ ในการคุ้มครองและพิทักษ์สิทธิของผู้สูงอายุ ที่ได้รับการทารุณกรรม หรือการปฏิบัติที่ไม่เป็นธรรม หรือถูกทอดทิ้งจนเกิดผลเสียร้ายแรงทางสุขภาพกายและ / หรือสุขภาพจิต

(3) ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้อยู่กับครอบครัวอย่างมีคุณภาพและต่อเนื่องจนวาระสุดท้ายของชีวิต

(3.1) รณรงค์ให้เห็นคุณค่าของผู้สูงอายุ

(3.2) ส่งเสริมค่านิยมในการอยู่ร่วมกันกับผู้สูงอายุ

(3.3) ส่งเสริมสมาชิกในครอบครัวให้มีศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุ โดยการให้ความรู้และเรียนรู้วิธีการขอความช่วยเหลือ

4) มาตรการ ระบบบริการและเครือข่ายการเกื้อหนุน

(1) ปรับปรุงบริการสาธารณะทุกระบบให้สามารถอำนวยความสะดวกให้ผู้สูงอายุ ในการดำรงชีวิตและติดต่อสัมพันธ์กับสังคม กลุ่ม และบุคคล

(2) ลดราคาค่าโดยสารระบบขนส่งสาธารณะและระบบขนส่งมวลชนแก่ผู้สูงอายุ

(3) ปรับปรุงบริการระบบขนส่งสาธารณะและระบบขนส่งมวลชนแก่ผู้สูงอายุ

(4) จัดทำมาตรฐานสถานที่สาธารณะแก่ผู้สูงอายุ เช่น ถนน ทางเดิน

(5) จัดตั้งอำนวยความสะดวกในสถานที่สาธารณะแก่ผู้สูงอายุ เช่น ถนนทางเดิน อาคาร ห้องสุขา

(6) จัดทำมาตรฐานสวนสาธารณะและสนามกีฬาสำหรับการออกกำลังกายและพักผ่อนที่เหมาะสมและปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ

(7) จัดให้มีสวนสาธารณะและสนามกีฬาสำหรับออกกำลังกายและพักผ่อนที่เหมาะสมและปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุอย่างเพียงพอ

(8) จัดตั้งและพัฒนาบริการทางสุขภาพและทางสังคมในชุมชนที่สามารถเข้าถึงผู้สูงอายุมากที่สุด โดยเน้นบริการถึงบ้านและมีการสอดประสานกันกันระหว่าง บริการทางสุขภาพและทางสังคม โดยควรครอบคลุมบริการ ดังต่อไปนี้

(8.1) ศูนย์อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุ (multipurpose senior center)

(8.2) ศูนย์ดูแลกลางวัน (day care center)

(8.3)บริการเยี่ยมบ้าน (home visit)

(8.4) บริการสุขภาพที่บ้าน (home health care)

(8.5).บริการดูแลที่บ้าน (home care)

(8.6) บริการชุมชนเคลื่อนที่ไปในพื้นที่ต่าง ๆ โดยเฉพาะพื้นที่ห่างไกล

(8.7) ส่งเสริมการจัดตั้งระบบเฝ้าระวังเกื้อกูลและดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชน

(8.8) สนับสนุนระบบอาสาสมัคร

(8. 9) สนับสนุนและส่งเสริมความรู้ความสามารถให้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุและอาสาสมัครผู้ดูแล

9) ส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และองค์กรศาสนา มีส่วนร่วมในการดูแลจัดสวัสดิการเพื่อผู้สูงอายุ

(9.1) ส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีแผนงบประมาณในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

(9.2) ส่งเสริมและสนับสนุนการดำเนินงานของชุมชนที่ดำเนินการจัดบริการและสวัสดิการผู้สูงอายุ

(9.3) ส่งเสริมให้องค์กรทางศาสนามีส่วนร่วมในการพัฒนาจิตใจและดูแลจัดสวัสดิการเพื่อผู้สูงอายุ

(9.4) เกื้อหนุนให้เอกชนจัดบริการด้านสุขภาพและสังคมให้กับผู้สูงอายุที่สามารถซื้อบริการได้โดยมีการดูแลและกำกับมาตรฐานร่วมด้วย

(9.5) จัดบริการแพทย์ทางเลือก เช่น แพทย์แผนไทย ฯลฯ เพื่อเป็นทางเลือกในการดูแลรักษาปัญหาสุขภาพ

(9.6) จัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ หอผู้ป่วยผู้สูงอายุ และสถานบริการสุขภาพเรื้อรัง สำหรับผู้สูงอายุที่เพียงพอแก่การให้บริการและสามารถรองรับปัญหาในผู้สูงอายุ

หมวดที่ 4 ยุทธศาสตร์การบริหารจัดการเพื่อการพัฒนาทางด้านผู้สูงอายุระดับชาติและการพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ

1) มาตรการ การบริหารจัดการเพื่อการพัฒนาทางด้านผู้สูงอายุระดับชาติ

(1.1) ส่งเสริมให้คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ มีศักยภาพในการดำเนินการให้แผนผู้สูงอายุแห่งชาติได้รับการนำไปปฏิบัติและเป็นสื่อกลางในการประสานกิจการและการดำเนินการต่าง ๆ ทั้งระหว่างองค์กรต่าง ๆ ภายในประเทศและต่างประเทศ

(1.2) คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ ดำเนินการให้มีการพัฒนา และปรับปรุงแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 ที่เหมาะสมกับสถานการณ์เป็นระยะอย่างต่อเนื่อง

2) มาตรการ ส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ

(2.1) ส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการผลิตหรือฝึกอบรมบุคลากรด้านผู้สูงอายุ ทั้งในระดับวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญและผู้ดูแลทั่วไป อย่างมีประสิทธิภาพและได้มาตรฐานอย่างต่อเนื่อง

(2.2) กำหนดแผนการผลิตบุคลากรด้านผู้สูงอายุให้เหมาะสมและเพียงพอต่อความต้องการของประเทศและดำเนินการติดตามอย่างต่อเนื่อง

หมวดที่ 5 ยุทธศาสตร์การประมวลและพัฒนาองค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุ และการติดตามประเมินผลการดำเนินการตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ

1) มาตรการ สนับสนุนและส่งเสริมให้หน่วยงานวิจัยดำเนินการประมวลและพัฒนาองค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุที่จำเป็นสำหรับการกำหนดนโยบาย และการพัฒนาบริการหรือการดำเนินการที่เป็นประโยชน์แก่ผู้สูงอายุ

2) มาตรการ สนับสนุนและส่งเสริมการศึกษาวิจัยด้านผู้สูงอายุโดยเฉพาะที่เป็นประโยชน์ต่อการกำหนดนโยบาย การพัฒนาการบริการ และการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างเหมาะสม

3) มาตรการ ดำเนินการให้มีการติดตามประเมินผลการดำเนินการตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติที่มีมาตรฐานอย่างต่อเนื่อง

จะเห็นได้ว่า แผนผู้สูงอายุแห่งชาติได้ให้ทุกหน่วยงาน และผู้สูงอายุ ต้องมีการเตรียมความพร้อมในอนาคตในการก้าวสู่สังคมชราภาพอย่างมีคุณภาพ

