

มองอนาคตเพื่อการดูแลผู้สูงอายุแบบครบวงจร

LOOKING AT THE FUTURE FOR COMPREHENSIVE CARE FOR THE ELDERLY

ปภาภัทร อัครางกูร¹

Received 16 May 2019

Revised 10 November 2019

Accepted 16 December 2019

บทคัดย่อ

เนื่องจากผู้สูงอายุมีมากขึ้นซึ่งมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด แต่สถานดูแลผู้สูงอายุมีน้อยเมื่อเทียบกับจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น งานชิ้นนี้เป็นการวิเคราะห์ด้วยข้อมูลทุติยภูมิที่ได้จากการสังเคราะห์ด้วยการทบทวนวรรณกรรม โดยให้ความสนใจเรื่องการดูแลผู้สูงอายุที่มากกว่าการดูแลด้านร่างกาย แต่เป็นการดูแลทุกด้านแบบครบวงจรทั้งด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ สังคม และจิตวิญญาณ ความจำเป็นของการดูแลด้านจิตวิญญาณมีความหมายลึกซึ้งกว่าการดูแลด้านอื่น เพราะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่ามีคุณค่า มีความภูมิใจในสภาพของตน เนื่องจากสามารถจัดการชีวิตตนเองได้แม้ว่าอยู่ในสถานะของผู้สูงวัย รวมทั้งทำให้ผู้สูงอายุมีความพร้อมที่จะจากไปด้วยความสบายใจมากยิ่งขึ้น บทความนี้ต้องการชี้ให้เห็นตระหนักถึงความต้องการของผู้สูงอายุที่ปัจจุบันได้รับการตอบสนองที่ไม่ครบถ้วนตามศักยภาพ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการใช้บริษัณนี้ได้โดยปราศจากการสนับสนุนด้านการเงินจากรัฐ แต่ไม่สามารถหาบริการที่ดูแลแบบครบวงจรได้ หากมีการพัฒนาระบบศูนย์ดูแลผู้สูงอายุได้อย่างครบวงจรเกิดขึ้นจริง อาจเป็นการบริหารจัดการโดยภาคเอกชนหรือภาครัฐบาล จะช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงวัยซึ่งเป็นคนกลุ่มใหญ่ของสังคมต่อไป

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ การดูแลผู้สูงอายุ

¹ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร., คณะบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี 39 หมู่ 1 ถนนรังสิต-นครนายก ตำบลคลองหก อำเภอธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี 12110 E-mail: paphapat@rmutt.ac.th

Abstract

Currently, the elderly account for more than 10% of the total population; however, the elderly healthcare facilities available are incompatible with the increased number. This article focuses on a comprehensive healthcare program for the elderly: physical, mental, economic, social and spiritual. The spiritual aspect plays a more important role than the others because this will assure the elderly of their self-worthiness and confidence that they can take care of themselves. This program will prepare the elderly for the aging society. This article would like to point out that at present the elderly's needs have not been met especially those who can access the existing services for the elderly without financial support from the government but such services are not comprehensive. As a result, a comprehensive healthcare center for the elderly that can be under the supervision of either the government or the public sector should be established to improve their quality of life.

Keywords: The Elderly, Elderly Healthcare Business, Elderly Care

1. ความสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุ

การเพิ่มประชากรวัยสูงอายุอย่างรวดเร็วในปัจจุบันและจะยังทวีความรวดเร็วต่อไปอีก จากแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564) คาดการณ์ว่าจะส่งผลทำให้ขนาดของกำลังแรงงานเริ่มลดลงเฉลี่ยร้อยละ 0.4 และร้อยละ 0.8 ในช่วงแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 12 และแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 13 ตามลำดับ ซึ่งจะเป็ปัจจัยทำให้ศักยภาพการขยายตัวทางเศรษฐกิจลดลงประมาณร้อยละ 0.15 และร้อยละ 0.25 ตามลำดับ อีกทั้งการเพิ่มขึ้นของจำนวนประชากรผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่จะทำให้ภาระทางการคลังเพิ่มขึ้น จนกระทบต่อขีดความสามารถในการจัดเก็บรายได้ของภาครัฐจะลดลงด้วย (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2562, หน้า 35) ดังนั้นการหาวิธีรับมือกับปัญหาดังกล่าวจึงมีความสำคัญยิ่ง

การเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของโครงสร้างประชากร โดยเฉพาะการลดลงอย่างรวดเร็วของภาวะเจริญพันธุ์ ชี้ว่าจำนวนบุตรของผู้สูงอายุในแต่ละรุ่นปีเกิดได้ลดลง ส่งผลให้จำนวนบุตรที่จะให้การดูแลผู้สูงอายุรุ่นต่อ ๆ ไปในอนาคตมีแนวโน้มลดลงเป็นลำดับ ซึ่งจากผลการศึกษาของ Knodel and Chayovan (2008) ที่คาดประมาณว่าในปี 2573 สถานการณ์มีบุตรของสตรีสูงอายุส่วนใหญ่หรือกว่าร้อยละ 60 จะมีบุตรที่มีชีวิตเพียง 2 คน หรือมากกว่าและเพียงร้อยละ 20 จะมีบุตร 4 คนหรือมากกว่า และจากการทบทวนผลการศึกษาวิจัยต่าง ๆ ยังพบด้วยว่า ผู้สูงอายุมีแนวโน้มเป็นโสดมากขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุที่ไม่มีบุตร หรือมีบุตรแต่ไม่ได้อาศัยอยู่กับบุตร เนื่องจากการย้ายถิ่นไปทำงานหรือไปตั้งหลักแหล่งที่อื่น ทำให้อัตราส่วนพึ่งพิงวัยสูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (ในปี 2557 คิดเป็นร้อยละ 4.5) ในขณะที่อัตราส่วนเกื้อหนุนลดลงอย่างต่อเนื่อง จากร้อยละ 9.3 ในปี 2537 เป็นร้อยละ 4.5 ในปี 2557 ดังนั้น ผู้สูงอายุจึงมีแนวโน้มจะต้องดูแลตัวเองมากขึ้น

ผู้สูงอายุเป็นวัยที่เผชิญต่อการเปลี่ยนผ่านด้านภาวะสุขภาพ (Health transition) มีการเสื่อมถอยของสมรรถภาพทางกาย ภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ภาวะทุพพลภาพ รวมทั้งการลดหรือสูญเสียบทบาททางเศรษฐกิจและสังคม อาจส่งผลให้ผู้สูงอายุไม่สามารถปรับตัวปรับใจได้ทัน และอาจนำไปสู่ปัญหาภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ด้วยเหตุนี้ ความต้องการบริการดูแลผู้สูงอายุในช่วงชีวิตบั้นปลายจึงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างมาก ส่งผลให้อุปสงค์ต่อการบริการดูแลผู้สูงอายุ (Elder care) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามลำดับ การดูแล

ประคับประคองผู้สูงอายุให้มีภาวะสุขภาพทรุดลงไปกว่าเดิม เป็นเรื่องที่ท้าทายยิ่งสำหรับบุตรหรือสมาชิกในครอบครัว ที่อาจมีข้อจำกัดในเรื่องต่าง ๆ เช่น จากขาดความรู้ ความเข้าใจในวิธีการดูแล ไม่มีเวลาดูแล และการดูแลระยะยาวในหลายกรณี ต้องการผู้ดูแลตลอดเวลา ทำให้การดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวทำได้ไม่เต็มศักยภาพ ดังนั้น การมีทางเลือกให้กับครอบครัวผู้สูงอายุ เช่น การมีสมาชิกในชุมชนเข้ามาร่วมช่วยดูแล หรือการมีบริการดูแลผู้สูงอายุของภาครัฐและเอกชน จึงเป็นเรื่องที่ต้องมีการดำเนินการอย่างจริงจัง

จากอุปสงค์ดังกล่าวข้างต้น ส่งผลต่ออุปทานทางการบริการดูแลผู้สูงอายุ (Elder care) ของไทย ที่ได้รับความสนใจจากผู้ประกอบการธุรกิจบริการมากขึ้น หากแต่ธุรกิจบริการดูแลผู้สูงอายุยังมีสัดส่วนน้อยมาก เมื่อเทียบกับจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการเตรียมรับมือกับสังคมผู้สูงอายุของประเทศ โดยรัฐได้จัดบริการให้ผู้สูงอายุตามยุทธศาสตร์แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 ฉบับปรับปรุง (พ.ศ. 2545-2564) (คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ, 2552) โดยเฉพาะในยุทธศาสตร์ที่ 3 ด้านระบบคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ ข้อ 4.4 เกื้อหนุนให้เอกชนจัดบริการด้านสุขภาพและสังคมให้ผู้สูงอายุที่สามารถซื้อบริการได้ โดยมีการดูแลและกำกับมาตรฐานและค่าบริการให้เป็นธรรมร่วมด้วย ธุรกิจบริการดูแลผู้สูงอายุที่สามารถให้บริการด้วยคุณภาพ มาตรฐาน และมีค่าบริการที่เหมาะสมและเป็นธรรม จึงเป็นธุรกิจที่น่าจะมีแนวโน้มเติบโตขึ้นอย่างมากในอนาคต

ทั้งนี้ ลักษณะและแนวโน้มของรูปแบบการดำเนินธุรกิจบริการสำหรับผู้สูงอายุในอีก 10 ปีข้างหน้า จะต้องคำนึงถึงความต้องการของผู้สูงอายุ รายได้ กำลังซื้อบริการ และศักยภาพของผู้สูงอายุเป็นสำคัญ แม้ว่าผู้สูงอายุบางส่วนเป็นผู้มีศักยภาพ มีความสามารถในการดูแลตนเอง สามารถช่วยเหลือตนเองได้ แต่มีความต้องการการช่วยเหลือทางสังคม ต้องการมีเพื่อน แลกเปลี่ยนพูดคุย บางส่วนอาจต้องการให้มีอุปกรณ์ช่วยเหลือในการใช้ชีวิตประจำวันเพื่อความสะดวกสบาย ต้องการการเอาใจใส่ดูแลสุขภาพ ต้องการดูแลตนเองได้ตามมาตรฐาน ต้องการบริการด้านการท่องเที่ยว การไปเที่ยวซื้อของ ต้องการสถานบริการซึ่งให้บริการเหมือนอยู่ที่บ้าน การบริการด้านการให้คำปรึกษา บริการตรวจสุขภาพถึงบ้าน บริการให้ความรู้เรื่องการเงิน การลงทุน การประกอบอาชีพ (สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ, 2556) ดังนั้นจะเห็นได้ว่า ธุรกิจบริการดูแลผู้สูงอายุที่สามารถให้บริการได้ตามความต้องการอย่างครบถ้วน จะต้องให้บริการที่สามารถทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขดี มีลักษณะสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม ทำให้ผู้สูงอายุสามารถอยู่กับครอบครัวได้และที่สำคัญจะต้องมีมาตรฐานสำหรับผู้ให้บริการ

ดังนั้น ผู้สูงอายุที่มีจำนวนมากขึ้นทำให้กำลังแรงงานของประเทศลดลง ส่งผลต่อศักยภาพการขยายตัวทางเศรษฐกิจลดลงด้วย สภาพเช่นนี้มีแนวโน้มที่ผู้สูงอายุต้องดูแลตัวเอง การให้บริการของศูนย์ดูแลผู้สูงอายุเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุและผู้ที่จะก้าวสู่ผู้สูงอายุจึงเป็นสิ่งจำเป็น เพื่อให้สามารถกำหนดทิศทางการให้บริการที่สอดคล้องกับความต้องการและสร้างความพึงพอใจได้อย่างแท้จริง หากมีการพัฒนาธุรกิจศูนย์ดูแลผู้สูงอายุครบวงจรได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้สูงอายุส่วนหนึ่งที่มีความพร้อมทางการเงินมาใช้บริการศูนย์ดูแลของภาคเอกชนที่มีคุณภาพมากขึ้น ย่อมทำให้รัฐบาลลดภาระค่าใช้จ่ายด้านงบประมาณในการจัดสวัสดิการแก่ผู้สูงอายุ อีกทั้งทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงวัยในประเทศดีขึ้น และหากธุรกิจนี้มีศักยภาพสูงจะสามารถดึงดูดผู้ใช้บริการชาวต่างชาติ เป็นการเพิ่มความสามารถในการแข่งขันทางเศรษฐกิจและสังคมของประเทศโดยรวมต่อไป

2. ความหมายของผู้สูงอายุในประเทศไทย

นิยามของผู้สูงอายุจากการศึกษาของ รศรินทร์ เกรย์, อุมาร ภัทรวาณิชย์, เฉลิมพล แจ่มจันทร์ และเรวดี สุวรรณพเก้า (2556) พบว่า ผู้สูงอายุควรหมายถึงบุคคลที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป เนื่องจากเป็น

ความเห็นส่วนใหญ่ของผู้สนทนากลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึก ที่เห็นว่าความก้าวหน้าทางการแพทย์ทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่แข็งแรง มีอายุยืนยาวมากขึ้น จนบางครั้งมีความสามารถในการทำงานได้ดีแม้ว่าอายุเกิน 60 ปี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษานิยามผู้สูงอายุโดย ปราโมทย์ ประสาทกุล และปัทมา ว่าพัฒน์วงศ์ (2553) พบว่า หากมีการเปลี่ยนเกณฑ์ผู้สูงอายุจาก 60 ปีเป็น 65 ปี นั้นหมายถึง การยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่จะมีผลต่อขนาดประชากรผู้สูงอายุ และนโยบายผู้สูงอายุ ได้แก่ นโยบายเกษียณ และสวัสดิการของผู้สูงอายุไทย ทั้งนี้ จากการมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้นของผู้สูงอายุไทย อีกการศึกษาที่เป็นเครื่องยืนยันได้ตั้งงานวิจัยเกี่ยวกับความยืนยาวในชีวิตของผู้สูงอายุไทยโดยการศึกษาของ สยมภู สายชลพิทักษ์ (2553) พบว่า อัตราภาระในเพศชายอยู่ที่ 60-92 ปี และเพศหญิงอยู่ที่ 60-93 ปี

อย่างไรก็ตาม เคยมีการประมาณจำนวนศตวรรษิกชนในไทย และแนวโน้มความยืนยาวของชีวิตในช่วง พ.ศ. 2503-2553 โดย Chuanwan (2012) พบว่า จำนวนศตวรรษิกชนมีมากเกินจริงตามหลักฐานทะเบียนราษฎร เนื่องจากการรายงานอายุเกินความเป็นจริง โดยบางรายอายุต่ำกว่า 100 ปี แต่รายงานว่าเกิน 100 ปี อีก 90% พบว่า ผู้สูงอายุได้เสียชีวิตไปแล้ว นั้นแสดงว่าไม่มีความถูกต้องในการบันทึกข้อมูล

ในงานวิจัยบางชิ้นได้ให้อัตลักษณ์ของผู้สูงอายุในสังคมไทยไว้ว่าเป็นอำนาจที่ถูกกำหนดจากสังคม ซึ่งมีทั้งที่ถูกกำหนดความหมายของผู้สูงอายุจาก 5 สถาบัน ได้แก่ สังคม การแพทย์ รัฐ เศรษฐกิจ และการสื่อสาร ดังเช่น การศึกษาของ กำจร หลุยยะพงศ์ (2553) ที่อธิบายถึง การกำหนดอัตลักษณ์ของผู้สูงอายุกับการสื่อสาร โดยผู้สูงอายุบางกลุ่มเลือกยอมรับอัตลักษณ์ที่เหมาะสมกับตน อีกทั้งสร้างความหมายของอัตลักษณ์ด้วยการยืนยันความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน ซึ่งเป็นการยืนยันตัวตนในแง่บวก แต่ปฏิเสธอัตลักษณ์ด้านลบ เช่น นิยามตนเองว่าเป็นผู้สูงวัยหัวใจโฮเทค ผู้สูงวัยที่มีศักยภาพต่อชุมชน แต่ไม่ยอมรับนิยามว่าเป็นผู้สูงอายุที่อ่อนแอและต้องพึ่งพาผู้อื่น

ดังนั้น ความหมายของผู้สูงอายุในปัจจุบันยังมีเกณฑ์อยู่ที่ 60 ปีขึ้นไป แต่เนื่องจากผู้สูงอายุมีสุขภาพแข็งแรง อายุยืนขึ้นจากความก้าวหน้าทางการแพทย์ จึงมีแนวโน้มเปลี่ยนเกณฑ์ผู้สูงอายุเป็น 65 ปี หากเปลี่ยนเกณฑ์ตามนี้จริงย่อมส่งผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงขนาดผู้สูงอายุ และนโยบายผู้สูงอายุ ได้แก่ นโยบายเกษียณ และสวัสดิการของผู้สูงอายุ

3. ความต้องการของผู้สูงอายุจากงานวิจัยในอดีต

งานชิ้นนี้ใช้วิธีอนุมาน (Deductive) จากการนำเอาหลักการของเหตุผลมาใช้ในการหาความรู้ โดยใช้เหตุผล คำนึงถึงข้อเท็จจริงที่เกิดขึ้นเป็นเหตุ และอาศัยความสัมพันธ์ของเหตุมาสรุปเป็นผล ทั้งเป็นการศึกษามุมมองจากคนนอก (Etic) โดยอธิบายผ่านการสังเคราะห์และทบทวนวรรณกรรมได้ ดังนี้

การศึกษาความต้องการของผู้สูงอายุ โดยแบ่งความต้องการของผู้สูงอายุได้เป็น 4 ด้าน ได้แก่ ความต้องการที่อยู่และสิ่งอำนวยความสะดวก ความต้องการบริการทางการแพทย์ ความต้องการเข้าร่วมกิจกรรมนันทนาการ และความต้องการทำงานหารายได้ ตามลำดับ (ดูตาราง 1)

ตารางที่ 1 ความต้องการของผู้สูงอายุ

ความต้องการของผู้สูงอายุในแต่ละด้าน	ผู้วิจัย
1. ที่อยู่และสิ่งอำนวยความสะดวก	Sangpring (2010), ปวิข ศรีละมุล (2552), ภัทรพล สาลี (2553), วณัสนินทร์ สุธสุวรรณ (2553), วานิสสา ตโนภาส (2554), ชูเฮ อมะมะยะ (2553), ณัฐพัฒน์ สุขสมัย (2550)
2. บริการทางการแพทย์	พันธ์ทิพย์ วรราช (2551), ณัฐพงษ์ พบสมัย (2551)

ตารางที่ 1 ความต้องการของผู้สูงอายุ (ต่อ)

ความต้องการของผู้สูงอายุในแต่ละด้าน	ผู้วิจัย
3. กิจกรรมนันทนาการ	ศจี วิสารทศจี (2554), สุรพล ไกรวงศ์, อภิชาติ สุดแสง และกรวิวัฒน์ อยู่เล็ก (2542), ภัททิศรี โชคอนันต์ตระกูล (2553)
4. ทำงานหารายได้	มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (2557), สุรพันธุ์ เล้าวิวัฒนา (2551), ทิพรรัตน์ มาระเนตร์ (2555), กุศล สุนทรธาดา (2553), เฉลิมพล แจ่มจันทร์ (2553), สวริย์ บุญยमानนท์ และจรัมพร ให้อย่าง (2553), อุมารณ ภัทรวาณิชย์ (2553), กาญจนา ตั้งชลทิพย์, ปัทมา ว่าพัฒน์วงศ์ เฉลิมพล แจ่มจันทร์, อุไรวรรณ คงสุขเกษม, ภาณี วงษ์เอก และสุริย์พร พันพิง (2553)

ที่มา: จากการสังเคราะห์ด้วยการทบทวนวรรณกรรม

จากตารางที่ 1 อธิบายได้ ดังนี้

ความต้องการที่อยู่และสิ่งอำนวยความสะดวก โดยการศึกษาของ Sangpring (2010) พบว่า การสร้างและพัฒนาแบบสอบถามเพื่อวัดภาวะกลัวล้มในผู้สูงอายุไทย ผู้สูงอายุที่มีภาวะกลัวล้มมีความเชื่อใน 3 ปัจจัย ได้แก่ ความบกพร่องทางกาย อันตรายจากสิ่งแวดล้อม และปัญหาจิตใจ ดังนั้น ผู้สูงอายุจึงต้องการที่อยู่และสิ่งอำนวยความสะดวกที่สามารถป้องกันการล้ม อันเกิดจากความเชื่อที่ว่าต้นเหตุของการล้มที่สามารถเกิดขึ้นได้จาก 3 ปัจจัยดังกล่าวข้างต้น

ปวิข ศรีละมุล (2552) พบว่า พื้นที่และสิ่งอำนวยความสะดวกในสวนสาธารณะ การออกแบบตำแหน่งที่ตั้งของสวนสาธารณะควรอยู่ใกล้ทั้งประตู ลานจอดรถ จุดขึ้นลงรถประจำทาง รวมทั้งในสวนสาธารณะควรมีกิจกรรมให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมได้ เช่น ใช้เพื่อการพักผ่อน ออกกำลังกาย ซึ่งควรแบ่งพื้นที่กิจกรรมแต่ละประเภทออกจากกัน แต่ให้อยู่ในบริเวณเดียวกัน ควรมีม้านั่ง และมีไฟฟ้าให้แสงสว่าง

ภัทรพล สาลี (2553) พบว่า การปรับปรุงสภาพแวดล้อมทางกายภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดขอนแก่น ปัญหาที่พบคือ ที่อยู่ทรุดโทรม ห้องน้ำไม่เอื้อแก่การใช้งานสำหรับผู้สูงอายุ พื้นที่ใช้สอยไม่เป็นระเบียบ เส้นทางสัญจรขรุขระ บันไดชัน และไม่มีราวจับ จึงควรปรับปรุงห้องน้ำ บันได ทางเดินให้พื้นราบเรียบ โดยแนะนำว่ารัฐควรให้ความรู้ด้านการจัดที่อยู่ที่เหมาะสมให้แก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ควรมีโครงการซ่อมแซมบ้านให้แก่ผู้สูงอายุ ควรผสมผสานความร่วมมือกันระหว่างรัฐและภาคเอกชนในการดูแลผู้สูงอายุ ควรให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีส่วนร่วมกำหนดมาตรฐานการจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมแก่การดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ ดังนั้น การปรับปรุงสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุจึงควรเป็นความร่วมมือกันระหว่างรัฐ ภาคเอกชน และองค์การบริหารส่วนตำบล

วันสินทร์ สุธสุวรรณ (2553) พบว่า การปรับปรุงสิ่งอำนวยความสะดวกในชุมชนเพื่ออยู่อาศัยที่เหมาะสมแก่ผู้สูงอายุ จังหวัดนครสวรรค์ ซึ่งให้ความสำคัญกับทางเดินและทางสัญจรมากที่สุด รองลงมา คือ ปรับปรุงพื้นที่ทำกิจกรรมทางศาสนาและติดต่อราชการ ดังนั้น การปรับปรุงทางเดินจึงเป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุให้ความสำคัญเป็นอันดับต้น

วานิสสา ตโนภาส (2554) พบว่า พื้นที่ใช้สอยและสิ่งอำนวยความสะดวกที่จำเป็นต่อรีสอร์ทสำหรับผู้สูงอายุ พื้นที่ใช้สอยที่ควรมีในรีสอร์ทเป็นอันดับแรก คือ พื้นที่ส่งเสริมสุขภาพและดำเนินกิจกรรมประจำวัน เช่น สวนสุขภาพ พื้นที่สวนมนต์ พื้นที่ปฐมพยาบาลหรือห้องพยาบาล ส่วนพื้นที่อำนวยความสะดวก

สำหรับผู้สูงอายุ อันดับแรก คือ ต้องการความสะดวกและปลอดภัยในการใช้อุปกรณ์ เช่น ปุ่มเรียกฉุกเฉินตามจุดต่าง ๆ รวมทั้งควรมีโทรทัศน์คอนโทรลใช้เปิดปิดอุปกรณ์ในห้องเองได้ นอกจากนี้ ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความต้องการพื้นที่ใช้สอยและสิ่งอำนวยความสะดวก ได้แก่ อาชีพ ผู้ที่เข้าพักรีสอร์ทด้วย ช่วงฤดูที่ท่องเที่ยว การเคยเข้าพักรีสอร์ท และราคาที่พักต่อคืน

ชูเช อมะยะ (2553) พบว่า ที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุชาวญี่ปุ่นที่พักระยะยาวในเชียงใหม่ โดยมีกลุ่มตัวอย่าง 3 กลุ่ม คือ ผู้สูงอายุที่เคยมีรายได้สูง กลาง และต่ำ ซึ่งปรากฏว่าทั้งผู้มีรายได้สูง กลาง และต่ำ มีแนวโน้มใช้ชีวิตไม่ต่างจากการอยู่ที่ญี่ปุ่น ชาวญี่ปุ่นส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตเหมือนเดิมหรือดีกว่าเดิม และมักเลือกเช่าห้องชุดโดยอาศัยอยู่ในเมือง เนื่องจากอาศัยอยู่กับคู่สมรสโดยบุตรยังคงอยู่ที่ญี่ปุ่นตามเดิม ทั้งนี้ การตัดสินใจเลือกที่อยู่ในเชียงใหม่ของชาวญี่ปุ่นส่วนใหญ่เป็นไปตามคำแนะนำของเพื่อนชาวญี่ปุ่น หรือบริษัทนายหน้าญี่ปุ่นที่เชียงใหม่ และพบว่าชาวญี่ปุ่นไม่ต้องการแยกที่พักให้มีเพียงชนชาติเดียวกันกับตน

ณัฐพัฒน์ สุขสมัย (2550) พบว่า การปรับปรุงซ่อมบ้านผู้สูงอายุสำหรับผู้มีรายได้น้อยในกรุงเทพ ผู้สูงอายุเห็นควรให้ซ่อมหลังคามากที่สุด ส่วนห้องน้ำเห็นว่าควรซ่อมแซมน้อยที่สุด เพราะมีส่วนอื่นที่จำเป็นเร่งด่วนที่ต้องซ่อมมากกว่าห้องน้ำ โดยยอมใช้ส้วมนั่งยองแบบเดิมที่ไม่มีราวจับ กรณีนี้ปัญหาที่พบมี 6 จุดอันตราย ได้แก่ พื้นและสภาพแวดล้อมนอกบ้าน พื้นต่างระดับ พื้นในบ้าน บันไดขั้นขึ้นสอง พื้นห้องน้ำ และชนิดโถส้วม ซึ่งควรได้รับการซ่อมแซมอย่างเร่งด่วน

ความต้องการบริการทางการแพทย์ โดยการศึกษาของ พันธิพิย วรราช (2551) พบว่า ความต้องการของผู้สูงอายุในสถานบริบาลเอกชนเขตกรุงเทพและปริมณฑล ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 54.3 ซึ่งต้องพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด ร้อยละ 46.4 โดยผู้สูงอายุต้องการผู้ดูแลเรื่องยาที่รับประทาน ความปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน ต้องการการดูแลทางการแพทย์และพยาบาล เพื่อช่วยฟื้นฟูสภาพร่างกาย และช่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน อีกทั้งต้องการที่พักที่เป็นสัดส่วน มีเจ้าหน้าที่พาไปตรวจตามที่แพทย์นัดหมาย ส่วน ณัฐพงษ์ พบสมัย (2551) พบว่า ความต้องการบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในไทย ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นหญิงอยู่คนเดียว สุขภาพไม่ดี และช่วยเหลือตัวเองได้น้อย มีแนวโน้มต้องการการดูแลระยะยาวที่เป็นศูนย์ดูแลกลางวันสำหรับผู้สูงอายุ โดยรายได้และความพร้อมด้านการเงินเป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้สูงอายุมีแนวโน้มต้องการบริการด้านการดูแลระยะยาวอยู่ในระดับที่มากขึ้น

ความต้องการเข้าร่วมกิจกรรมนันทนาการ โดยการศึกษาของ ศจี วิสารทศจี (2554) พบว่า การออกแบบศูนย์ส่งเสริมสังคมนันทนาการผู้สูงอายุในกรุงเทพ มีแนวทางออกแบบสิ่งแวดล้อมที่ควรคำนึงถึง 5 ประการ คือ 1) การเข้าถึงต้องสะดวก 2) พื้นที่กิจกรรมควรปรับเปลี่ยนสำหรับกิจกรรมที่หลากหลายได้ 3) มีความปลอดภัยในการเดินทาง และปลอดภัยในพื้นที่ทำกิจกรรม 4) สามารถกระตุ้นความสนใจในการทำกิจกรรมได้ และ 5) คำนึงถึงการสร้างความสัมพันธ์อันดีระหว่างผู้สูงอายุกับบุคคลในสังคม ส่วน สุรพล ไกรวงศ์ อภิชาติ สุดแสง และกรวิวัฒน์ อยู่เล็ก (2542) พบว่า สถานที่พักผ่อนสำหรับผู้สูงอายุชาวญี่ปุ่นในไทย เน้นความปลอดภัย หูหระ สะดวกสบายของสถานที่และบริการ สำคัญที่สุด คือ มีแพทย์และพยาบาลตลอด 24 ชั่วโมง เมื่อเปลี่ยนจากทำธุรกิจโรงแรมธรรมดาไปเป็นโครงการสถานที่พักผ่อนสำหรับผู้สูงอายุ ทำให้กระแสเงินสดสะสมเพิ่มขึ้นมากกว่าเดิมในปีที่ 4 เป็นต้นไป ส่วน ภัทติศร์ โชคอนันต์ตระกูล (2553) พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกแหล่งท่องเที่ยวของผู้สูงอายุในกรุงเทพ โดยใช้แบบสอบถามทำการเปรียบเทียบระหว่างระดับการศึกษาและอาชีพที่แตกต่างกัน ปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกแหล่งท่องเที่ยวมากที่สุด คือ ปัจจัยด้านสถานที่ช่องทางการจัดจำหน่าย อีกทั้งพบว่าระดับการศึกษาที่แตกต่างกันไม่มีผลต่อการเลือกแหล่งท่องเที่ยว ในขณะที่อาชีพที่แตกต่างกันมีผลต่อการเลือกแหล่งท่องเที่ยว นอกจากนี้ ปัจจัยด้านผลิตภัณฑ์ ด้านประสิทธิภาพ และคุณภาพที่แตกต่างกัน ทั้งหมดมีผลต่อการเลือกแหล่งท่องเที่ยวของผู้สูงอายุทั้งสิ้น

ความต้องการทำงานหารายได้ของผู้สูงอายุ การศึกษาสถานการณ์ผู้สูงอายุของไทย พ.ศ. 2556 โดยมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (2557) พบว่า ข้อมูลสำรวจผู้สูงอายุปี 2554 แสดงให้เห็นว่ามีผู้สูงอายุประมาณ 1 ใน 3 ส่วน มีรายได้ต่ำกว่าเส้นยากจน จึงควรมีหลักประกันรายได้ให้แก่ผู้สูงอายุของไทย การส่งเสริมสุขภาพและการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในระยะยาว การสร้างหลักประกันความมั่นคงทางรายได้ย่อมมีความสำคัญอย่างมากต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ นั่นคือ ควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีงานทำ มีเงินออม รวมทั้งได้รับเงินช่วยเหลือจากสวัสดิการของรัฐ จึงสรุปเป็นข้อเสนอแนะว่า 1) ควรมีการสนับสนุนผู้สูงอายุให้ดำรงชีพได้อย่างมั่นคง ปลอดภัย และมีศักดิ์ศรี 2) ควรเสริมสร้างสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ และ 3) ควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีหลักประกันรายได้ที่มั่นคงและยั่งยืน

จากการมีรายได้ที่ต่ำของผู้สูงอายุไทยทำให้ผู้สูงอายุเข้าสู่ตลาดแรงงาน ดังการศึกษาของ สุรพันธุ์ เล่าวิวัฒนา (2551) พบว่าร้อยละ 20 ของผู้สูงอายุทั้งหมดที่เข้าร่วมแรงงานส่วนใหญ่เป็นชาย มีการศึกษาที่ระดับประถม โดยการเข้าร่วมในตลาดแรงงานของผู้สูงอายุไม่เป็นอุปสรรค หากมีการปรับลักษณะงานให้เหมาะสม โดยปัจจัยที่ส่งผลให้ต้องทำงานมากที่สุด ได้แก่ เบี้ยยังชีพไม่เพียงพอแก่การดำรงชีพ การต้องให้เงินบุตร และมีสุขภาพเอื้อต่อการทำงานต่อ ตามลำดับ ส่วนปัจจัยที่ส่งผลให้ไม่ต้องทำงานมากที่สุด ได้แก่ มีเงินบำนาญ บำนาญ การได้รับเงินจากบุตร การมีเงินออม และการมีเงินดอกเบี้ยรับ ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยเกี่ยวกับการตัดสินใจทำงานของข้าราชการผู้สูงอายุหลังเกษียณ โดย ทิพรรัตน์ มาระเนตร์ (2555) พบว่า ผู้สูงอายุมีความต้องการทำงานหลังเกษียณ ร้อยละ 39 เนื่องจากมีรายได้ไม่เพียงพอแก่การใช้จ่าย โดยผู้สูงอายุมีเงื่อนไขการทำงานคือต้องการค่าจ้างแบบรายชั่วโมงมากที่สุด และต้องการสวัสดิการจากนายจ้างในด้านประกันสุขภาพและการรักษาพยาบาล

ผู้สูงอายุของไทยมีคุณค่าทางด้านเศรษฐกิจ ดังการศึกษาของ กุศล สุนทรธาดา (2553) พบว่าผู้สูงอายุ 1 ใน 3 ส่วน สามารถทำงานเพื่อเลี้ยงตนเองและครอบครัว ส่วนใหญ่ทำงานภาคเกษตรและทำงานนอกระบบราชการ โดยปัจจัยที่มีผลต่อการทำงาน ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา การไม่มีบำนาญ ไม่ได้รับเงินช่วยเหลือจากบุตร การมีหนี้ และเจ็บป่วย อีกคุณค่าหนึ่งของผู้สูงอายุ คือ ผู้สูงอายุของไทยมีการระดมดูแลครอบครัวดังเช่นการศึกษาของ เกลิมพล แจ่มจันทร์ (2553) พบว่า ครอบครัวที่มีผู้สูงอายุมีประสิทธิภาพในการควบคุมสถานการณ์ทางเศรษฐกิจได้ดีกว่าครอบครัวที่ไม่มีผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของ สวรัย บุญมานนท์ และจรัมพร ให้อย่าง (2553) ที่พบว่าหัวหน้าครอบครัวที่สูงอายุสามารถจัดการค่าใช้จ่ายได้มีประสิทธิภาพกว่าหัวหน้าวัยแรงงาน แม้ความมั่นคงในเชิงเศรษฐกิจของหัวหน้าครอบครัวที่เป็นผู้สูงอายุจะด้อยกว่าคนวัยแรงงานที่เป็นหัวหน้าครอบครัว ทั้งนี้เพราะผู้สูงอายุมีหนี้สินน้อยกว่า อีกทั้งงานวิจัยหนึ่งที่ยืนยันคุณค่าผู้สูงอายุได้ว่า ความช่วยเหลือระหว่างรุ่นพ่อแม่ และรุ่นลูก ดังการศึกษาของ อุมารณณ์ ภัทรวานิชย์ (2553) พบว่า ครอบครัวที่ช่วยเหลือให้แก่บุตรมากที่สุด คือ ครอบครัวที่มีหัวหน้าอายุวัยทำงานตอนปลาย แต่ครอบครัวที่รับความช่วยเหลือจากบุตรมากที่สุด คือ ครอบครัวที่มีหัวหน้าครอบครัวอยู่ในวัยสูงอายุ และสุดท้ายมีการศึกษาที่สะท้อนคุณค่าด้านเศรษฐกิจของผู้สูงอายุไทยจากมุมมองคน 2 วัย คือ วัยทำงาน และวัยรุ่น โดยกาญจนา ตั้งชลทิพย์, ปัทมา ว่าพัฒนางศ์, เกลิมพล แจ่มจันทร์, อุไรวรรณ คณิงสุขเกษม, ภาณี วงษ์เอก และสุริย์พร พันพื้ง (2553) พบว่า ทั้ง 2 วัยมีแนวโน้มมีทัศนคติที่ดีต่อผู้สูงอายุ แม้ว่ามุมมองที่ดีที่มีต่อผู้สูงอายุวัยปลายมีน้อยกว่าผู้สูงอายุวัยต้นก็ตาม

สรุป ความต้องการของผู้สูงอายุมี 4 ด้าน ได้แก่ 1) ความต้องการที่อยู่และสิ่งอำนวยความสะดวก ที่ให้ความสำคัญกับการป้องกันการหกล้ม ต้องการสวนสาธารณะ พื้นที่เสริมสร้างสุขภาพ และต้องการอยู่อาศัยในตัวเมืองที่เดินทางสะดวก 2) ความต้องการบริการทางการแพทย์ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง มีความต้องการพึ่งพาอาศัยผู้อื่นช่วยเหลือในการทำกิจวัตร สำหรับผู้ที่ฐานะดีมีความต้องการใช้

บริการด้านการดูแลระยะยาวในระดับที่สูง 3) ความต้องการเข้าร่วมกิจกรรมนันทนาการ คนไทยต้องการความสะดวก ปลอดภัย สามารถปรับเปลี่ยนพื้นที่กิจกรรมได้หลากหลาย ต้องการสร้างความสัมพันธ์อันดีระหว่างกับบุคคลในสังคม ส่วนผู้ใช้บริการชาวต่างชาติต้องการให้มีบริการทางการแพทย์และพยาบาลตลอด 24 ชั่วโมง หากเป็นการท่องเที่ยวต้องการให้จัดช่องทางจำหน่ายที่สะดวก และ 4) ความต้องการทำงานหารายได้ ควรมีหลักประกันรายได้ให้แก่ผู้สูงอายุ การมีรายได้ที่ต่ำทำให้ผู้สูงอายุต้องการทำงาน โดยมีผู้สูงอายุ 1 ใน 3 สามารถทำงานเพื่อเลี้ยงตนเองและครอบครัวได้

4. การดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทย

ในส่วนนี้กล่าวถึงรูปแบบของการดูแลผู้สูงอายุ การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ และการดำเนินธุรกิจเพื่อผู้สูงวัยที่มีฐานะการเงินมั่นคง ตามลำดับ

รูปแบบของการดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ การดูแลด้วยตนเอง การดูแลที่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและญาติ การดูแลที่ได้รับการส่งเสริมจากชุมชนที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ การดูแลจากรัฐบาลที่ผู้สูงอายุได้รับผ่านนโยบาย และการได้รับการดูแลจากองค์กรเอกชน (ดูตาราง 2)

ตารางที่ 2 รูปแบบของการดูแลผู้สูงอายุ

การดูแลผู้สูงอายุ	ผู้วิจัย
1. ด้วยตนเอง	สุรพล ชยภพ (2552)
2. สนับสนุนจากครอบครัว	มรรค ศรีขาว (2553), สุรพล ชยภพ (2552), สิงหา จันทริยวงศ์ (2553), ลักษณา มะรังกา (2553), รศรินทร์ เกรย์, สาสิณี เทพสุวรรณ, ณัฐจิรา ทองเจริญชูพงศ์ และภูวนัย พุ่มไทรทอง (2556)
3. ชุมชนเกื้อหนุน	มรรค ศรีขาว (2553), วันเพ็ญ ปันราช (2552), สุพัฒน์ จำปาหวาย (2554), ขวัญดาว กล่ำรัตน์ (2554)
4. รัฐบาลช่วยเหลือ	สุรพล ชยภพ (2552)
5. องค์กรเอกชนดูแล	รณกร (2554), ศุภฤกษ์ ศิริจินดาเลิศ, เมธี จิรจิตติกาลไชย และวรัตน์ ศรีพันธ์มาศ (2552), สุรพล ไกรวงศ์, อภิชาติ สุดแสง และกรวัฒน์ อยู่เล็ก (2542)

ที่มา: จากการสังเคราะห์ด้วยการทบทวนวรรณกรรม

จากตารางที่ 2 การดูแลด้วยตนเองโดย สุรพล ชยภพ (2552) ศึกษาการพัฒนาแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดนครราชสีมา พบว่า วัฒนธรรมการดูแลผู้สูงอายุมีด้วยกัน 4 ยุค คือ ยุคก่อตั้งชุมชน ยุคชุมชน ยุคสถานีนอนามัย และยุคพัฒนา โดยยุคก่อตั้งชุมชนและยุคชุมชน การดูแลผู้สูงอายุเป็นการพึ่งพาตนเองและญาติ ร่วมกับการพึ่งธรรมชาติในการดูแลสุขภาพด้วยสมุนไพร ส่วนยุคอนามัยและยุคพัฒนา ผู้สูงอายุพึ่งพาตนเองและรัฐให้การช่วยเหลือ โดยยุคพัฒนาในการดูแลผู้สูงอายุ พบว่า บุตรหลานทอดทิ้งผู้สูงอายุ และพึ่งรัฐสวัสดิการที่ให้การสงเคราะห์ผู้สูงอายุซึ่งมีไม่ทั่วถึง

การดูแลที่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและญาติ โดยการศึกษาของ มรรค ศรีขาว (2553) เกี่ยวกับการบริหารจัดการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนไทย พบว่า ใช้การสัมภาษณ์ทั้งผู้สูงอายุและบุคลากรทางการแพทย์ ในชุมชนที่มีความสามารถมากจะมีรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่เน้นครอบครัวและชุมชนมากกว่าการดูแล

โดยรัฐ ส่วน สุรพล ชยภพ (2552) พบว่า การดูแลผู้สูงอายุโดยมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดนครราชสีมา ในการดูแลผู้สูงอายุที่ไม่ถูกทอดทิ้งมีรูปแบบการดูแลจากครอบครัวและญาติพี่น้อง แต่ผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งการดูแลเป็นแบบพึ่งพาตนเองและพึ่งรัฐสวัสดิการ ส่วน สิงหา จันทริยวงษ์ (2553) พบว่า รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชนบทของไทยกับกัมพูชาโดยใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง มีการกำหนดยุทธศาสตร์เพื่อเป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบายได้ผลว่า ควรดูแลผู้สูงอายุและครอบครัวอย่างเหมาะสมในหลายประเด็น ได้แก่ การเตรียมความพร้อมให้แก่ผู้สูงอายุ การส่งเสริมกิจกรรมให้ทำร่วมกันระหว่างครอบครัวกับผู้สูงอายุ การจัดสวัสดิการการคุ้มครองทั้งครอบครัวและผู้สูงอายุ การพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุและครอบครัว และการพัฒนาองค์ความรู้ด้วยการวิจัยด้านผู้สูงอายุและครอบครัว ส่วน ลักษณะ มะรังกา (2553) พบว่า ความกลัวล้มของผู้สูงอายุ สรุปได้ 2 ประเด็น คือ หนึ่ง กลัวล้มแล้วไม่มีใครเห็น กลัวป่วยมากขึ้น กลัวเป็นภาระคนอื่น กลัวล้มแล้วอาจเสียชีวิต และสอง กลัวจนมีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น คิดว่าตนเองมีข้อจำกัด ไม่กล้าดำเนินชีวิตตามปกติ โดยปรับการดำเนินชีวิตด้วยการทำใจยอมรับสภาพ การใช้ศาสนาเป็นที่พึ่ง การพยายามช่วยเหลือตนเอง และครอบครัวรับรู้ปัญหาาร่วมกันช่วยเหลือผู้สูงอายุ ทำให้ครอบครัวเป็นผู้มีบทบาทหนึ่งที่สำคัญในการดูแลผู้สูงอายุ ส่วน รศรินทร์ เกรย์, สาสินี เทพสุวรรณ, ญัฐจิรา ทองเจริญพงศ์ และภูวนัย พุ่มไทรทอง (2556) พบว่า การดูแลผู้สูงอายุมีทั้งความสุขและความเครียด เพราะผู้ดูแลผู้สูงอายุมีบทบาทในการดูแลผู้ที่เกี่ยวข้องหลายคน ได้แก่ คู่ชีวิตของตน พ่อแม่ของตน พ่อแม่ของคู่สมรส และเพื่อนหรือนายจ้าง ซึ่งเห็นว่าผู้สูงอายุถูกดูแลโดยคนในครอบครัวหรือญาติ

การดูแลที่ได้รับการส่งเสริมจากชุมชนที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ โดยการศึกษาของ มรรค ศรีขาว (2553) พบว่า ในชุมชนที่มีความสามารถมากจะมีการดูแลผู้สูงอายุร่วมกันระหว่างครอบครัวและชุมชน ส่วน วันเพ็ญ ปันราช (2552) พบว่า ในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุเนื่องจากปัญหาภาวะสุขภาพกายและการเจ็บป่วย ปัญหาสุขภาพจิต ปัญหาความยากจนไม่มีรายได้ และปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัวและการได้รับการยอมรับจากสังคม จึงมีข้อเสนอรูปแบบการดูแลโดยให้เสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนที่ควรมีความสอดคล้องกับบริการของสังคมและวัฒนธรรม ส่วน สุพรรณ จำปาหวาย (2554) พบว่า ในการพัฒนาตัวแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสร้างสุขภาพที่เหมาะสมของผู้สูงอายุ คือ อายุ ส่วนปัจจัยด้านการศึกษา ศาสนา สถานภาพสมรส ไม่มีความสัมพันธ์กับการสร้างสุขภาพที่เหมาะสม ทั้งนี้ มีการพัฒนาตัวแบบสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมในชุมชนที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุใน 6 ด้าน ได้แก่ ด้านกิจกรรม สุขภาพกาย สุขภาพจิต เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม และสังคม พบว่า ตัวแบบดังกล่าวทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุดีขึ้นได้ร้อยละ 63.15 ส่วน ขวัญดาว กล่ำรัตน์ (2554) พบว่า พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในภาคตะวันตกของไทย ปัจจัยที่ส่งผลทางบวกต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ การช้หน้าตนเอง ความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม การเข้าถึงแหล่งเรียนรู้ และความเชื่อประสิทธิภาพแห่งคน นั้นหมายถึง สังคมมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ส่วนปัจจัยที่ส่งผลทางลบต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ ความเชื่อวัฒนธรรมท้องถิ่น และความรู้ด้านการดูแลสุขภาพ ส่วน สุรพล ชยภพ (2552) พบว่า การดูแลผู้สูงอายุโดยมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดนครราชสีมา ในการดูแลด้านสุขภาพกายเน้นการมีส่วนร่วมระหว่างคนในครอบครัว ชุมชน เจ้าหน้าที่ของรัฐ และองค์กรเอกชน ส่วนการดูแลสุขภาพด้านจิตใจต้องใช้จิตวิทยาซึ่งมีรูปแบบให้การยอมรับนับถือจากชุมชนและครอบครัวของตนเอง

การดูแลจากรัฐบาลที่ผู้สูงอายุได้รับผ่านนโยบาย โดยการศึกษาของ สุรพล ชยภพ (2552) การดูแลผู้สูงอายุโดยมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดนครราชสีมา พบว่า ในการดูแลด้านเศรษฐกิจมีรูปแบบการสร้าง

หลักประกันรายได้ให้แก่ผู้สูงอายุ มีการส่งเสริมการออมเพื่อใช้ยามชรา มีการจัดตั้งศูนย์ส่งเสริมอาชีพแก่ผู้สูงอายุ และมีการจัดเบี้ยยังชีพให้แก่ผู้สูงอายุ

การได้รับการดูแลจากองค์กรเอกชน โดยการศึกษาของ รณกร ลิ้มบุญ (2554) พบว่า ภาคเอกชนมีบทบาทในธุรกิจบ้านเดี่ยวสำหรับผู้สูงอายุที่ให้ความสำคัญกับการรักษาความปลอดภัยในที่อยู่อาศัย ส่วน ศุภฤกษ์ ศิริจินดาเลิศ, เมธี จิรัฐติกาลไชย และวรัตน์ ศรีพันธุ์มาศ (2552) พบว่า ภาคเอกชนให้บริการตรวจสอบสุขภาพและท่องเที่ยวเชิงสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ รวมทั้งให้บริการด้านข่าวสารข้อมูลแก่ผู้สูงอายุในการดูแลสุขภาพ ส่วน สุรพล ไกรวงศ์, อภิชาติ สุดแสง และกรวิวัฒน์ อยู่เล็ก (2542) พบว่า ภาคเอกชนให้บริการสถานที่พักผ่อนสำหรับผู้สูงอายุชาวญี่ปุ่นในไทย โดยเน้นความปลอดภัย หูรหระ สะดวกสบายของสถานที่และบริการทางการแพทย์ตลอด 24 ชั่วโมง

ดังนั้น 5 รูปแบบของการดูแลผู้สูงอายุ สรุปได้ว่า 1) การดูแลด้วยตนเอง เพราะบุตรหลานทอดทิ้งผู้สูงอายุจึงต้องพึ่งรัฐสวัสดิการที่ให้การสงเคราะห์ซึ่งมีไม่ทั่วถึง ส่วน 2) และ 3) เป็นการดูแลที่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว กับการดูแลที่ได้รับการส่งเสริมจากชุมชน พบว่า การดูแลแบบมีส่วนร่วมทั้งสองแบบส่งผลดีต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ 4) การดูแลจากรัฐบาลผ่านนโยบาย ผู้สูงอายุต้องการให้มีศูนย์ส่งเสริมอาชีพและเบี้ยยังชีพคนชรา สุดท้าย 5) การได้รับการดูแลจากองค์กรเอกชน หากเป็นบ้านเดี่ยวผู้สูงอายุต้องการบริการรักษาความปลอดภัย ส่วนบริการท่องเที่ยวชอบเที่ยวเชิงสุขภาพ และต้องการบริการด้านข่าวสารข้อมูลในการดูแลสุขภาพ

การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตเน้นใส่ใจใน 4 ด้าน ได้แก่ อาหาร การปฏิบัติตัวยามเจ็บป่วย การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด ตามลำดับ (ดูตาราง 3)

ตารางที่ 3 การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในแต่ละด้าน	ผู้วิจัย
1. อาหาร	อุไรรัชต์ บุญแท้ (2554), ทวีศิลป์ ศรีอักษร (2551)
2. การปฏิบัติตัวยามเจ็บป่วย	ชินิษฐา บุญแสง (2550), สมลักษณ์ เทพสุริยานนท์ (2553), ธิดา รัตนวิไลศักดิ์ (2554), กนกพรรณ กรณสุต (2551)
3. ออกกำลังกาย	กรรณา นนทรักษ์ (2552), อมรเทพ วันดี (2554), ทิชา สังวรกาญจน์ (2551)
4. จัดการความเครียด	ศิริวัฒน์ ไชยพะนิจ (2552), ฉัตรชัย ประภัสร์ (2553)

ที่มา: จากการสังเคราะห์ด้วยการทบทวนวรรณกรรม

จากตาราง 3 การส่งเสริมสุขภาพด้วยอาหาร โดยการศึกษาของ อุไรรัชต์ บุญแท้ (2554) พบว่า ในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยนำผู้สูงอายุมาเรียนรู้รูปแบบพฤติกรรมสุขภาพดีของผู้สูงอายุใน 7 ด้าน ได้แก่ การรับประทานอาหาร ดื่มน้ำ หายใจ ออกกำลังกาย การนอน การผ่อนคลายอารมณ์ และการปรึกษาแพทย์ มีการเรียนรู้รูปแบบสู่การปฏิบัติและประเมินผลทุกสัปดาห์ ปรากฏว่ากลุ่มทดลองมีสุขภาพดีกว่ากลุ่มควบคุมและกลุ่มธรรมชาติ ขณะที่กลุ่มควบคุมและกลุ่มธรรมชาติมีสุขภาพไม่แตกต่างกัน ส่วน ทวีศิลป์ ศรีอักษร (2551) พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในกรุงเทพฯ ได้แก่ ปัจจัยนำด้านความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร และปัจจัยเสริมด้านครอบครัวและเพื่อน โดยปัจจัยดังกล่าวสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมบริโภคอาหารได้ร้อยละ 34.9

การส่งเสริมสุขภาพด้วยการปฏิบัติตัวยามเจ็บป่วย โดยการศึกษาของ ชนิษฐา บุญแสง (2550) พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ ทักษะต่อการดูแล กับความเครียด ในงานพี่เลี้ยงผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา ปรากฏว่าตัวแปรอายุและทักษะต่อการดูแลผู้สูงอายุ สามารถร่วมกันพยากรณ์ความเครียดในงานของพี่เลี้ยงผู้สูงอายุได้ ดังนั้น เมื่อพี่เลี้ยงมีความเครียดในงานดูแล ย่อมทำให้ประสิทธิภาพในการดูแลผู้สูงอายุลดลงด้วย ส่วน สมลักษณ์ เทพสุริยานนท์ (2553) พบว่า พฤติกรรม ความสม่ำเสมอในการทานยาของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันสูง ในบรรดาปัจจัยระดับความรู้คิดและสติปัญญา ความเชื่อด้านสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม ปรากฏว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลทางบวกต่อพฤติกรรมความ สม่ำเสมอในการทานยาของผู้สูงอายุโดยมีการสนับสนุนทางสังคม สามารถทำนายพฤติกรรมดังกล่าวได้ดีที่สุด ส่วน ธิดา รัตนวิไลศักดิ์ (2554) พบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการใช้บริการทันตกรรมของผู้สูงอายุในเขตเทศบาล บุรีรัมย์ โดยใช้แบบสอบถาม มีปัจจัยนำเกี่ยวกับความเชื่อด้านทันตกรรม ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการ ป้องกันโรค และความเชื่อมั่นต่อตนเองในการใช้บริการ ส่วนปัจจัยสนับสนุนที่เอื้อต่อการใช้บริการทันตกรรม ได้แก่ ความสามารถในการจ่ายค่าบริการสุขภาพ การมีแพทย์ และสามารถไปใช้บริการทันตกรรมด้วย ตนเอง ทั้งนี้ พบว่าทั้งปัจจัยนำเกี่ยวกับความเชื่อด้านทันตกรรม และปัจจัยสนับสนุนที่เอื้อต่อการใช้บริการทัน ตกรรม มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการทันตกรรมของผู้สูงอายุ ส่วนปัจจัยความจำเป็นในการรับบริการทันตกร มกรรมพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการ ส่วน กนกพรพรณ กรรณสูตร (2551) พบว่า ประสิทธิภาพของการ ฝึกทักษะการทำกิจวัตรประจำวันในผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมระยะแรก ปรากฏว่าอายุส่งผลต่อคะแนนความ สามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ เฉพาะในการติดตามผลครั้งที่ 2 เท่านั้น

การส่งเสริมสุขภาพด้วยการออกกำลังกาย โดยการศึกษาของ กรุณา นนทริทธิ์ (2552) พบว่า การ พัฒนารูปแบบยิมนาสติกเพื่อสุขภาพ โดยผสมยิมนาสติกกับเต้นรำ ทั้งที่มีอุปกรณ์บอลและริบบิ้น และไม่มี อุปกรณ์ สามารถช่วยเสริมสร้างสุขภาพและสุขสมรรถนะแก่ผู้สูงอายุได้เป็นอย่างดี ส่วน อมรเทพ วันดี (2554) พบว่า การเปรียบเทียบผลการออกกำลังกายด้วยการเดินร่วมกับการใช้น้ำหนักและไทชิ ที่มีผลต่อการทรงตัว ของหญิงผู้สูงอายุ ปรากฏว่าการเดินร่วมกับการใช้น้ำหนักสามารถพัฒนากล้ามเนื้อและมีการทรงตัวของ ผู้สูงอายุได้ดีกว่าการออกกำลังกายด้วยไทชิเพียงอย่างเดียว ส่วน ทิชา สังวรกาญจน์ (2551) พบว่า การออกกำลังกายด้วยรำกระบี่เป็นการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุในการเพิ่มการทรงตัวที่ดี

การส่งเสริมสุขภาพด้วยการจัดการความเครียด โดยการศึกษาของ ศิริวัฒน์ ไชยชนะ (2552) พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุ จังหวัดร้อยเอ็ด ได้มาจากการจัดการความเครียด ที่ดี การรับประทานอาหารดี การปฏิบัติตนที่ดีในยามเจ็บป่วย และมีการออกกำลังกายในระดับที่น่าพอใจ โดย ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ คือ อายุ การมีโรคประจำตัว ซึ่งมีความสัมพันธ์กับอาหาร ส่วนเพศ ระดับการศึกษา ความพอเพียงของรายได้ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการออกกำลังกาย ส่วนสถานภาพสมรสมี ความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวยามเจ็บป่วย ส่วนเพศ การศึกษา ความพอเพียงของรายได้ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับ การจัดการความเครียด ส่วน ฉัตรชัย ประภัสร์ (2553) พบว่า การพัฒนาหลักสูตรวิทยาศาสตร์สุขภาพที่ดี สำหรับผู้สูงอายุนั้นมี 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นที่ 1 ผลการศึกษาจากผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับผู้สูงอายุ หลักสูตรนี้ ประกอบด้วยการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุใน 5 ด้าน คือ การจัดการความเครียดซึ่งเป็นหนึ่งด้านที่สำคัญสำหรับการ ดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพ และการดูแล ความมั่นคงแห่งชาติและสวัสดิการของผู้สูงอายุ ขั้นที่ 2 สร้างหลักสูตรจำลอง เป็นหลักสูตรฝึกอบรมพัฒนา สุขภาพของผู้สูงอายุซึ่งประกอบด้วยการพัฒนา 5 ด้านดังกล่าว ขั้นที่ 3 ทดลองใช้หลักสูตร และขั้นที่ 4 ประเมินผลและปรับปรุงหลักสูตร

ดังนั้น สุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุได้มาจากพฤติกรรมการรับประทานอาหารดี การปฏิบัติตนที่ดีในยามเจ็บป่วย มีการออกกำลังกาย และการจัดการความเครียดที่ดี

การดำเนินธุรกิจเพื่อผู้สูงอายุที่มีฐานะการเงินมั่นคง

ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุสำหรับผู้มีฐานะการเงินมั่นคงในประเทศไทยมีทั้งโครงการบ้านเดี่ยว การบริการตรวจสอบสุขภาพและท่องเที่ยว ตามลำดับ โดยอธิบายได้ดังนี้

โครงการบ้านเดี่ยว โดย รณกร ลิ้มบุญ (2554) พบว่า แผนธุรกิจโครงการบ้านเดี่ยวสำหรับผู้สูงอายุ ดำเนินการโดยใช้แบบสอบถามผู้สูงอายุและผู้สนใจใช้บริการ ร่วมกับการสัมภาษณ์ผู้ให้บริการ โครงการที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุ โดยแผนธุรกิจนี้มีความเป็นไปได้ กล่าวคือ อัตราการขายต้องไม่ต่ำกว่า 5 หลังต่อเดือน โครงการนี้มุ่งให้บริการด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ ด้วยการใช้วัสดุตกแต่งสำหรับผู้สูงอายุ มีทำเลที่ตั้งอยู่บริเวณที่ปลอดภัย ซึ่งให้ความสำคัญกับการรักษาความปลอดภัยแก่ผู้ให้บริการ

การบริการตรวจสอบสุขภาพและท่องเที่ยว โดย ศุภฤกษ์ ศิริจินดาเลิศ, เมธี จิรัฐติกาลไชย และวรัตน์ ศรีพันธุ์มาศ (2552) พบว่า แผนธุรกิจบริการตรวจสอบสุขภาพและท่องเที่ยวเชิงสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ มีกลุ่มเป้าหมายเป็นผู้สูงอายุ 50 ปีขึ้นไป เน้นผู้มีรายได้สูงและรักสุขภาพ ธุรกิจนี้อาจเรียกว่า Health mate ซึ่งมีการวางแผนเป็น 2 ช่วง คือ 1) ช่วงเตรียมงานก่อนเปิดให้บริการ และ 2) ช่วงเปิดให้บริการ โดยธุรกิจนี้มีบริการใน 3 รูปแบบ คือ ตรวจสอบสุขภาพ ท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ และให้ข่าวสารแก่ผู้สูงอายุเพื่อประโยชน์ในดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสม

ดังนั้น การดำเนินธุรกิจผู้สูงอายุสำหรับผู้มีฐานะการเงินมั่นคงควรให้ความสำคัญกับความปลอดภัย ได้แก่ การอยู่อาศัยในบ้านที่สะดวกและปลอดภัย ควรมีการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้สูงอายุ และมีกิจกรรมนันทนาการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ

5. ความแตกต่างกรณีประเทศไทยกับต่างประเทศ ในการวางแผนชีวิตและนโยบายของรัฐเพื่อดูแลผู้สูงอายุ

การวางแผนชีวิตของผู้สูงอายุ

กรณีประเทศไทย การวางแผนชีวิตของผู้สูงอายุสามารถแบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ 1) ความพร้อมทางร่างกาย 2) จิตใจและการใช้เวลาว่าง และ 3) เศรษฐกิจและสังคม ตามลำดับ ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้

ตารางที่ 4 การวางแผนชีวิตของผู้สูงอายุชาวไทย

การวางแผนชีวิตในแต่ละด้าน	ผู้วิจัย
1. ร่างกาย	สิริชัย คำชมภู (2550), จุฑามณี จันทรรักษ์ (2556)
2. จิตใจและการใช้เวลาว่าง	อาชญญา รัตนอุบล, วีระเทพ ปทุมเจริญวัฒนา, สาริพันธุ์ ศุภวรรณ, ปาน กิมปี, วรรัตน์ อภินันท์กุล, ณัฐฐลักษณ์ ศรีมิชัย, สุวิธิตา จรุงเกียรติกุล และระวี สัจจโสภณ (2553), จุฑามณี จันทรรักษ์ (2556)
3. เศรษฐกิจและสังคม	จุฑามณี จันทรรักษ์ (2556)

ที่มา: จากการสังเคราะห์ด้วยการทบทวนวรรณกรรม

จากตาราง 4 การวางแผนชีวิตของผู้สูงอายุด้วยการเตรียมความพร้อมทางร่างกาย โดยการศึกษาของสิริชัย คำชมภู (2550) และ จุฑามณี จันทรรักษ์ (2556) อธิบายได้ว่าการเตรียมสร้างหลักประกันเพื่อ

ดำรงชีวิตในวัยสูงอายุของข้าราชการสำนักงานปลัด สำนักนายกรัฐมนตรี โดย สิริชัย คำชมภู (2550) พบว่าจากการใช้แบบสอบถาม ข้าราชการส่วนใหญ่อายุ 18-55 ปี มีทัศนคติการสร้างหลักประกันของผู้สูงอายุในระดับปานกลาง โดยกลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติด้านการช่วยเหลือด้วยตนเองมากที่สุด นั้นหมายถึง ผู้สูงอายุต้องเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายมาเป็นอย่างดี รองลงมา คือ ครอบครัวให้การเกื้อหนุนดูแล สังคมและรัฐเกื้อหนุน และชุมชนช่วยเหลือ ตามลำดับ ส่วนการเตรียมพร้อมสร้างหลักประกัน พบว่า มีอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีการเตรียมความพร้อมมากที่สุดในด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ รองลงมา คือ การเตรียมความพร้อมด้านรายได้ และด้านสังคม ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการวางแผนชีวิตก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุของประชาชนผู้รับราชการกับไม่รับราชการ อำเภอเมือง จังหวัดตาก โดย จุฑามณี จันททรัพย์ (2556) พบว่า มีการวางแผนชีวิตใน 5 ด้าน ได้แก่ 1) สุขภาพ 2) เศรษฐกิจ 3) จิตใจ 4) สังคม และ 5) การใช้เวลาว่าง พบว่า มีการวางแผนสุขภาพอยู่ในระดับมาก ได้แก่ มีการออกกำลังกาย ตรวจสอบสุขภาพประจำปี กินอาหารครบ 5 หมู่ และมีการพักผ่อนให้เพียงพอ อีกทั้งได้มีการเตรียมการเข้าสู่วัยสูงอายุในระดับปานกลาง

การวางแผนด้วยการเตรียมความพร้อมทางด้านจิตใจและการใช้เวลาว่าง โดยมีการศึกษาในการเตรียมความพร้อมเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุของผู้ใหญ่วัยแรงงาน โดย อาชญญา รัตนอุบล, วีระเทพ ปทุมเจริญวัฒนา, สาริพันธุ์ ศุภวรรณ, ปาน กิมปี, วรรัตน์ อภินันท์กุล, ณัฐลักษณ์ ศรีมีชัย, สุวิธิดา จรุงเกียรติกุล และระวี สัจจโสภณ (2553) พบว่า มีการนำเสนอปัญหาของผู้สูงอายุ ค้นหาความต้องการของผู้สูงอายุ และมีการจัดกิจกรรมการศึกษาตามอัธยาศัยให้แก่ผู้สูงอายุ กระบวนการดังกล่าวถูกนำมาใช้วางแผนเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุของวัยแรงงานไทยได้เป็นอย่างดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการวางแผนชีวิตก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ โดย จุฑามณี จันททรัพย์ (2556) พบว่า มีการวางแผนชีวิตทางด้านจิตใจในระดับมาก ได้แก่ การยอมรับความจริง การปรับตัว การมองโลกในแง่ดี การพึ่งพิงศาสนา และมีการใช้เวลาว่าง โดยเลือกทำงานอดิเรกที่ผู้สูงอายุชอบ

การวางแผนชีวิตด้วยการเตรียมความพร้อมทางด้านเศรษฐกิจและสังคมของผู้สูงอายุ โดยการศึกษาการวางแผนชีวิตก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุของประชาชนผู้รับราชการกับไม่รับราชการ อำเภอเมือง จังหวัดตาก โดย จุฑามณี จันททรัพย์ (2556) พบว่า ใช้แบบสัมภาษณ์ และแบบสอบถาม มีการวางแผนชีวิตทางด้านเศรษฐกิจในระดับมาก ได้แก่ มีการวางแผนการใช้จ่าย มีการเตรียมเงินออม และมีเงินสำรองยามฉุกเฉิน ส่วนการวางแผนชีวิตด้านสังคมอยู่ในระดับมาก ได้แก่ มีความสัมพันธ์ที่ดีกับครอบครัว บุตรหลาน ญาติ การมีที่อยู่อาศัยที่ปลอดภัย มีสิ่งอำนวยความสะดวก มีกิจกรรมของชุมชน และกิจกรรมทางศาสนาให้ผู้สูงอายุเข้าร่วม อีกทั้งพบว่า ทั้งผู้รับราชการและไม่รับราชการ ต่างมีการเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง

ในต่างประเทศ กรณีศึกษาในสวีเดนเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ที่มีการตั้งเป้าหมายและกลวิธีของผู้สูงอายุในการดำเนินชีวิตประจำวัน ดังการศึกษาของ เกรียงศักดิ์ โจนันศรีเสถียร (2553) พบว่า จากการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้สูงอายุมีวิธีการจัดการชีวิตประจำวันโดยแบ่งผู้สูงอายุเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ผู้สูงอายุที่จัดการชีวิตประจำวันได้ด้วยตนเอง ผู้สูงอายุที่ต้องปรับตัวรับความช่วยเหลือจากภายนอก และผู้สูงอายุที่ยอมรับสภาพเนื่องจากไม่สามารถจัดการสิ่งต่าง ๆ ด้วยตนเองได้ โดยผู้สูงอายุแต่ละระดับนั้นมีความตั้งใจและกลวิธีในการจัดการชีวิตประจำวันของตนเองที่แตกต่างกัน ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้

ผู้สูงอายุที่จัดการชีวิตประจำวันได้ด้วยตนเอง โดยรู้ว่าตนเองสามารถขอความช่วยเหลือได้ พบว่าผู้สูงอายุมีความตั้งใจทำสิ่งต่าง ๆ ได้อย่างเสรี และตั้งใจเข้าไปมีส่วนร่วมในสังคม ส่วนกลวิธีในการจัดการชีวิตประจำวัน พบว่า ผู้สูงอายุจะไม่อยู่เฉย หากิจกรรมต่าง ๆ มาทำ โดยพร้อมปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ ยอมรับความช่วยเหลือจากแหล่งต่าง ๆ และสามารถแลกเปลี่ยนความช่วยเหลือกับผู้อื่นได้

ผู้สูงอายุที่ต้องปรับตัวยอมรับความช่วยเหลือจากภายนอก โดยยอมรับความคิด ความรู้สึกของคนอื่น ยอมรับความช่วยเหลือจากแหล่งอื่น พบว่า ผู้สูงอายุมีความตั้งใจทำสิ่งต่าง ๆ ได้เองในบางส่วน และ

ตั้งใจเข้าไปมีส่วนร่วมในสังคม ส่วนกลวิธีในการจัดการชีวิตประจำวัน พบว่า ผู้สูงอายุจะไม่อยู่เฉย หากิจกรรมต่าง ๆ มาทำ พร้อมปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ ยอมรับความช่วยเหลือจากแหล่งต่าง ๆ และแลกเปลี่ยนช่วยเหลือกับผู้อื่น

ผู้สูงอายุที่ยอมรับสภาพเนื่องจากไม่สามารถจัดการสิ่งต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง พบว่า มีความตั้งใจใช้ชีวิตประจำวันโดยอยู่อย่างสันติ และสงบเงียบ ส่วนกลวิธีในการจัดการชีวิตประจำวัน พบว่า ผู้สูงอายุจะปรับตัวยอมรับว่าตนเองทำสิ่งต่าง ๆ เองไม่ได้แล้ว

นโยบายของรัฐที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ

กรณีประเทศไทย ในส่วนนี้เป็นความคิดเห็นที่ผู้สูงอายุมีต่อนโยบายรัฐ โดยอธิบายใน 3 ส่วน ได้แก่ นโยบายจ่ายเบี้ยยังชีพ นโยบายสวัสดิการสังคม และกฎหมายเกี่ยวกับการประกอบธุรกิจในการให้บริการดูแลผู้สูงอายุ ตามลำดับ ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 นโยบายรัฐเกี่ยวกับผู้สูงอายุชาวไทย

นโยบายรัฐเกี่ยวกับผู้สูงอายุ	ผู้วิจัย
1. จ่ายเบี้ยยังชีพของไทย	บัญชา ผลานิสงค์ (2553), ประภาศรี อนาวิน (2553)
2. สวัสดิการสังคมของไทย	สุริยา แป้นสุชา (2550), ศุภณัฐ ทรัพย์นาวิ (2554)
3. กฎหมายเกี่ยวกับการประกอบธุรกิจใน การให้บริการดูแลผู้สูงอายุไทย	พิชาณี สำเภาเงิน (2553)

ที่มา: จากการสังเคราะห์ด้วยการทบทวนวรรณกรรม

จากตารางที่ 5 นโยบายจ่ายเบี้ยยังชีพแก่ผู้สูงอายุของไทย โดยการศึกษาของ บัญชา ผลานิสงค์ (2553) พบว่า นโยบายสวัสดิการเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์การบริหารตำบลบ่อวิน จังหวัดชลบุรี ผู้สูงอายุเห็นว่าการดำเนินนโยบายโดยรวมอยู่ในระดับมาก มีอุปสรรคในการดำเนินนโยบายน้อย ส่วน ประภาศรี อนาวิน (2553) พบว่า ประสิทธิภาพการบริหารเบี้ยยังชีพในองค์การบริหารตำบลอำเภอเวียงชัย จังหวัดเชียงราย มีประสิทธิภาพอยู่ในระดับปานกลาง โดยผู้สูงอายุมีความต้องการมากที่สุด คือ การประชาสัมพันธ์การแจ้งให้ทราบก่อนการขึ้นทะเบียนรับเบี้ยยังชีพ รองลงมาคือ ด้านบริการและสิ่งอำนวยความสะดวก ส่วนประสิทธิภาพต่ำที่สุด คือ ด้านกระบวนการและขั้นตอนการให้บริการ โดยมีปัญหาและอุปสรรคมากที่สุด คือ ผู้นำหมู่บ้านไม่แจ้งหรือแจ้งการรับลงทะเบียนผ่านหอกระจายข่าวหมู่บ้านล่าช้า

นโยบายสวัสดิการสังคมแก่ผู้สูงอายุของไทย โดยการศึกษาของ สุริยา แป้นสุชา (2550) พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการสวัสดิการสังคมของผู้สูงอายุตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 จังหวัดหนองคาย ปัจจัยด้านระดับความรู้ความเข้าใจพระราชบัญญัติฯ มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสวัสดิการสังคมในทิศทางเดียวกัน แต่มีผลน้อยมาก ขณะที่ปัจจัยส่วนบุคคลไม่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสวัสดิการสังคม ส่วน ศุภณัฐ ทรัพย์นาวิ (2554) พบว่า การนำนโยบายบริการสาธารณะแก่ผู้สูงอายุไปปฏิบัติ โดยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิภาพในการนำนโยบายไปปฏิบัติในระดับองค์การบริหารส่วนตำบล ได้แก่ 1) ความชัดเจนในเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของนโยบาย 2) ความพร้อมและความพอเพียงของทรัพยากร 3) ความรู้ความเข้าใจของผู้ปฏิบัติ 4) การกำหนดภารกิจและมอบหมายงาน ส่วนแนวทางที่เหมาะสมในการนำนโยบายไปปฏิบัติ ได้แก่ 1) บรรลุเป้าหมาย โดยเชื่อมนโยบายและการปฏิบัติ 2) เตรียมความพร้อมด้านงบประมาณ บุคลากร และวัสดุอุปกรณ์ให้เพียงพอ 3) กำหนดภารกิจและมอบหมายงาน 4) ทำความเข้าใจและชี้แจงแก่ผู้ปฏิบัติ 5) กระจายอำนาจ 6) กำหนดระยะเวลาในการปฏิบัติให้ชัดเจน 7)

คำนึงถึงความเร่งด่วน 8) สอดคล้องกับท้องถิ่น 9) ส่งเสริมหลักคุณธรรมแก่ผู้ปฏิบัตินโยบาย 10) การมีส่วนร่วมของผู้รับบริการในกระบวนการนโยบาย 11) ครอบคลุมผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 12) ติดตามและประเมินผล และ 13) นำนโยบายไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

กฎหมายเกี่ยวกับการประกอบธุรกิจในการให้บริการดูแลผู้สูงอายุไทย โดย พิชานี สำเภาเงิน (2553) พบว่าปัญหากฎหมายเกี่ยวกับการประกอบธุรกิจให้บริการดูแลผู้สูงอายุ กฎหมายไทยไม่สามารถคุ้มครองผู้รับบริการได้อย่างเหมาะสมและเพียงพอ กล่าวคือ 1) หลักเกณฑ์ที่ใช้ในการกำกับดูแลทั้งระดับพื้นฐานและระดับสูงไม่เหมาะสมในการดูแลผู้สูงอายุ 2) หลักเกณฑ์ที่ใช้ในการกำกับดูแลที่บ้านในแต่ละท้องถิ่นแตกต่างกัน 3) การให้บริการแนะนำผู้ดูแลไม่ชัดเจนว่าเป็นกิจการที่อยู่ภายใต้การกำกับดูแลของกฎหมายหรือไม่ 4) การไม่มีบทบังคับเพื่อคุ้มครองผู้บริโภคเกี่ยวกับธุรกิจบริการ 5) มาตรการทางกฎหมายสัญญาและข้อสัญญาไม่เป็นธรรม ต้องอาศัยฟ้องร้องศาลซึ่งใช้เวลานาน และ 6) มาตรการตามกฎหมายละเมิดเป็นเพียงมาตรการเชิงรับ เพื่อชดใช้ความเสียหายที่เกิดขึ้นแล้ว แต่ไม่มีมาตรการเชิงป้องกันไม่ให้เกิดความเสียหายขึ้น

กรณีศึกษาของต่างประเทศเกี่ยวกับนโยบายรัฐในการดูแลผู้สูงอายุ โดยการศึกษาของ อรพินทร์ พิทักษ์มหาเขต (2553) พบว่า ผู้สูงอายุของเบอร์มิวดา รัฐช่วยเหลือจัดประกันสุขภาพ บริการขนส่งสาธารณะ แบบถึงประตูบ้าน บริการจ้างบ้านโดยจ่ายเงินคืนพร้อมดอกเบี้ยเมื่อผู้สูงอายุเสียชีวิต ด้วยการขายบ้านหรือย้ายบ้านเพื่อนำมาเป็นค่ารักษาตัวเอง อีกทั้งมีสวัสดิการรับจากรัฐและเอกชน

6. แนวทางดูแลผู้สูงอายุแบบครบวงจรในอนาคต

จากการศึกษากรณีประเทศไทยถึงความต้องการของผู้สูงอายุเปรียบเทียบกับบริการที่จัดให้แก่ผู้สูงอายุ พบว่า ประเทศไทยมีบริการไม่ครบถ้วนและดูแลไม่ครอบคลุมทุกด้าน ซึ่งต่างกับต่างประเทศที่มีระบบการดูแลเหนือกว่าประเทศไทย ดังนั้น หากต้องการให้ผู้สูงอายุของไทยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นควรมีหลักการดูแลเป็นองค์รวมครบทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ ร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ สังคม และจิตวิญญาณ ตามลำดับ ทั้งนี้ งานวิจัยในอดีตอธิบายการดูแลผู้สูงอายุในแต่ละด้านแตกต่างกัน ดังนี้

ตารางที่ 6 คุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุแบบครบวงจร

คุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุในแต่ละด้าน	ผู้วิจัย
1. ร่างกาย	รณกร ลิไพบูลย์ (2554), ศุภฤกษ์ ศิริจินดาเลิศ, เมธี จิรัฐติกาลไชย และวรัตน์ ศรีพันธมาศ (2552), สุรพล ไกรวงศ์, อภิชาติ สุดแสง และกรวัฒน์ อยู่เล็ก (2542), ทวีศิลป์ ศรีอักษร (2551), สมลักษณ์ เทพสุรียานนท์ (2553), ธิดา รัตนวิไลศักดิ์ (2554), อมรเทพ วันดี (2554), กรุณา นนทรักส์ (2552), กนกพรรณ กรรณสูตร (2551), ศิริวัฒน์ ไชยพะนิจ (2552), ทิชา สังวรกาญจน์ (2551), อุทัย เสริมศรี (2553), ฉัตรชัย ประภัศร (2553), ปิยะพันธุ์ นันตา (2553)
2. จิตใจ	พัชญา คชศิริพงศ์ (2553), สมพร ชวายนุกูล (2552), ศิรินันท์ กิตติสุขสถิต (2553), อรทัย อาจอ่ำ (2553), จันจิรา วิชัย และอมรา สุนทรธาดา (2553), อีระพงศ์ สันติภาพ (2553), เกรียงศักดิ์ โรจน์ศรีเสถียร (2553)

ตารางที่ 6 คุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุแบบครบวงจร (ต่อ)

คุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุในแต่ละด้าน	ผู้วิจัย
3. เศรษฐกิจ	อมรา สุนทรธาดา (2553), สดใส ศรีสอาด (2553)
4. สังคม	ชินัน บุญเรืองรัตน์ (2551), พิศุทธิภา เมธิกุล (2554), กิตติภัต วิทยาภรณ์ (2553), ภัทร ถามล (2554), ปิยกานดา บุญนิธิ (2552), กัตติกา ธนะขว้าง (2552), อุทัย เสริมศรี (2553)
5. จิตวิญญาณ	ปิยะพันธุ์ นันตา (2553), วรชัย ทองไทย (2553)

ที่มา: จากการสังเคราะห์ด้วยการทบทวนวรรณกรรม

จากตารางที่ 6 อธิบายได้ดังนี้

การดูแลด้านกาย โดยการศึกษาของ รณกร ลิ้มบุญ (2554) พบว่า โครงการบ้านเดี่ยวสำหรับผู้สูงอายุเป็นแผนธุรกิจที่มีความเป็นไปได้ โดยมีบริการด้านดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ การให้ความสำคัญกับการรักษาความปลอดภัย ส่วน ศุภฤกษ์ ศิริจินดาเลิศ, เมธี จิรัฐติกาลไชย และวรัตน์ ศรีพันธุ์มาศ (2552) พบว่า ได้ศึกษาการทำแผนธุรกิจที่ให้บริการตรวจสุขภาพและท่องเที่ยวเชิงสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ รวมทั้งให้บริการข่าวสารข้อมูลในการดูแลสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ โดยเน้นให้บริการผู้มีรายได้สูงและรักสุขภาพ ส่วนสุรพล ไกรวงศ์, อภิชาติ สุดแสง และ กรวัณณ์ อยู่เล็ก (2542) พบว่า สถานที่พักผ่อนสำหรับผู้สูงอายุชาวญี่ปุ่นในไทย โดยให้บริการทางการแพทย์และพยาบาลตลอด 24 ชั่วโมง ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลทางด้านสุขภาพกายอย่างเหมาะสม

ทวีศิลป์ ศรีอักษร (2551) พบว่า พฤติกรรมบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในกรุงเทพฯ ได้รับอิทธิพลจากความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร โดยได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและเพื่อนของผู้สูงอายุ ส่วน สมลักษณ์ เทพสุริยานนท์ (2553) พบว่า พฤติกรรมความสม่ำเสมอในการทานยาของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ขึ้นอยู่กับระดับความรู้เกี่ยวกับการทานยา ความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพ และการได้รับการสนับสนุนจากสังคมของผู้สูงอายุ ส่วน ธิดา รัตนวิไลศักดิ์ (2554) พบว่า การใช้บริการทันตกรรมของผู้สูงอายุในเขตเทศบาล จังหวัดบุรีรัมย์ มีความสัมพันธ์กับความเชื่อด้านทันตกรรม การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค และความเชื่อมั่นต่อตนเองในการใช้บริการทันตกรรม

อมรเทพ วันดี (2554) พบว่า การออกกำลังกายด้วยการเดินร่วมกับการใช้น้ำหนักมีผลดีต่อการพัฒนากล้ามเนื้อและการทรงตัวของผู้สูงอายุ ส่วน กรรณา นนทรักส์ (2552) พบว่า การออกกำลังกายด้วยยิมนาสติกร่วมกับการเดินสามารถช่วยส่งเสริมสุขภาพและสุขสมรรถนะที่ดีแก่ผู้สูงอายุ ส่วน กนกพรพรรณ วรรณสุต (2551) พบว่า การฝึกทักษะในการทำกิจวัตรประจำวันในผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมระยะแรก สามารถช่วยให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีขึ้นโดยเฉพาะในการติดตามผลครั้งที่ 2 ส่วน ศิริวัฒน์ ไชยพะนิจ (2552) พบว่า พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดร้อยเอ็ด ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การปฏิบัติตัวยามเจ็บป่วย และการจัดการความเครียด ส่วน ทิชา สังวรกาญจน์ (2551) พบว่า การออกกำลังกายด้วยรำกระบี่เป็นการออกกำลังกายที่เป็นผลดีต่อการทรงตัวของผู้สูงอายุ

อุทัย เสริมศรี (2553) พบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในไทยและลาวมีลักษณะคล้ายกัน คือ ชุมชนมีบทบาทสูงในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยเป็นการดูแลแบบพึ่งพาธรรมชาติ ส่วน ฉัตรชัย ประภัสร์ (2553) พบว่า การพัฒนาหลักสูตรวิทยาศาสตร์สุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ เป็นหลักสูตรที่ให้การ

ฝึกอบรมกับผู้สูงอายุซึ่งเป็นผลดีแก่ผู้สูงอายุทั้งในด้านดูแลสุขภาพโดยตรง การส่งเสริมสุขภาพ การจัดการความเครียด การร่วมกิจกรรมสังคม และการเสริมสร้างความมั่นคงรวมทั้งสวัสดิการที่ให้แก่ผู้สูงอายุ ส่วนปิยะพันธุ์ นันตา (2553) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีชีวิตยืนยาวควรมีการดูแลตนเองแบบองค์รวม กล่าวคือ ทั้งด้านร่างกาย เช่น อาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อนอย่างเพียงพอ ด้านจิตใจ เช่น การสร้างความอบอุ่นในครอบครัว การให้อภัย การให้ความเชื่อทางศาสนา การมองโลกในแง่ดี การภูมิใจในตนเอง และการปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ ด้านอารมณ์โดยดูแลให้อยู่ในภาวะสมดุล ด้านสังคมโดยผู้สูงอายุสามารถเข้าร่วมกิจกรรมส่วนรวมได้ ซึ่งทำให้เป็นที่ยอมรับ รวมทั้งได้รับการดูแลสุขภาพจากชุมชนที่ตนเองอาศัยอยู่ และด้านจิตวิญญาณ ซึ่งทุกด้านที่กล่าวข้างต้นต้องดูแลพร้อมกันโดยไม่สามารถแยกออกจากกันได้

การดูแลด้านจิตใจ โดยการศึกษาของ พัชญา คชศิริพงศ์ (2553) พบว่า ปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในศูนย์ผู้สูงอายุบางแคมีอยู่ที่ร้อยละ 22.2 โดยส่วนใหญ่มีอายุเกิน 70 ปี มีการศึกษาดำรงตำแหน่งต่ำกว่าปริญญาตรี มีโรคประจำตัว โดยปัญหาสุขภาพจิตที่พบ คือ ไม่มีผู้มาเยี่ยม ซึ่งผู้สูงอายุมีความพอใจต่อบ้านบางแคอย่างมากถึงปานกลาง มีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองต่ำถึงปานกลาง ทั้งนี้ การเห็นคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางจิตวิญญาณ ส่วนคะแนนการคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับการเห็นคุณค่าตนเองและความผาสุกทางจิตวิญญาณ ส่วน สมพร ช้วนกุล (2552) พบว่า การปรับตัวด้านเศรษฐกิจ สังคม จิตใจ และสุขภาพของผู้สูงอายุที่หาดใหญ่ จังหวัดสงขลา โดยผู้สูงอายุมีการปรับตัวในระดับมากที่สุด คือ ด้านสังคม รองลงมา ได้แก่ ด้านเศรษฐกิจ และด้านสุขภาพ ตามลำดับ ส่วนการปรับตัวด้านจิตใจมีอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งแสดงว่าผู้สูงอายุสามารถปรับตัวทางด้านจิตใจได้น้อยกว่าด้านอื่น

คุณภาพชีวิต หมายถึง การมีชีวิตที่สุขสบายหรือมีความผาสุก จึงต้องประกอบด้วยวัตถุวิสัยและจิตวิสัย กล่าวคือ วัตถุวิสัย ได้แก่ ปัจจัยพื้นฐานสำหรับการดำรงชีพ ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมือง สิ่งแวดล้อม ส่วนจิตวิสัย ได้แก่ ความรู้สึกนึกคิด ค่านิยม ความพึงพอใจในชีวิต ทั้งนี้ ศิริพันธ์ กิตติสุขสถิต (2553) พบว่า คุณภาพชีวิตและระดับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทย ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพจิตดีมีแนวโน้มสะท้อนความสุขในระดับมากที่สุดเป็นสัดส่วนที่สูง ผู้สูงอายุที่ทำงานเกษตรและค้าขายมีสุขภาพจิตในระดับดี และผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงมีแนวโน้มสุขภาพจิตในระดับดีตามไปด้วย ส่วน อรทัย อาจอ่ำ (2553) พบว่า ผู้สูงอายุมีคุณค่าหรือไม่ด้วยการทบทวนงานวิจัยในอดีต สะท้อนว่าผู้สูงอายุของไทยมีคุณค่าทั้งภาพในเชิงบวกและลบ ส่วน จันจิรา วิชัย และอมรา สุนทรธาดา (2553) พบว่า สุขภาวะผู้สูงอายุในมิติของการถูกกระทำ ความรุนแรง โดยความรุนแรงที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุได้สะท้อนปัญหาสุขภาวะของผู้สูงอายุในไทย ส่วน ชีระพงศ์ สันติภพ (2553) พบว่า ผู้สูงอายุกับการเข้าถึงระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ โดยการเข้าถึงเทคโนโลยีที่มีประสิทธิภาพด้านคอมพิวเตอร์และอินเทอร์เน็ตของผู้สูงอายุไทยอยู่ในระดับต่ำ ทั้งนี้ ผู้สูงอายุใช้คอมพิวเตอร์และอินเทอร์เน็ตเฉลี่ย 1-3 วันต่อเดือน

เกรียงศักดิ์ ไรจน์ศรีเสถียร (2553) พบว่า กลวิธีผู้สูงอายุชาวสวีเดนต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ผู้สูงอายุชาวสวีเดนจะกำหนดเป้าหมายและกลวิธีในการดำเนินชีวิตของตนเอง ซึ่งสามารถใช้รับมือได้ดีกับภาวะไม่พร้อมทางด้านร่างกาย หากผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองได้มาก ย่อมมีการตั้งเป้าหมายและกลวิธีในการดำเนินชีวิตที่แตกต่างกับกับผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อย ทั้งนี้ ผู้สูงอายุจะมีการปรับตัวรับกับสถานการณ์ที่ตนเองเผชิญอยู่ โดยการปรับทั้งเป้าหมายและกลวิธีในการดำเนินชีวิตไปพร้อมกัน

การดูแลด้านเศรษฐกิจ โดยการศึกษาของ อมรา สุนทรธาดา (2553) พบว่า อาชีพหลักเกษียณในสังคมตะวันตก ในหลายประเทศให้โอกาสผู้สูงอายุได้ทำงานในลักษณะงาน หรือกลุ่มอาชีพที่เหมาะสม เช่น ทำงานโดยได้รับค่าตอบแทน ทำงานแบบอาสาสมัคร หรือทำงานอดิเรกเพื่อผ่อนคลาย ส่วน สดใส ศรีสอาด

(2553) พบว่า ระบบสารสนเทศเพื่อเตรียมความพร้อมด้านเศรษฐกิจในการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ทำขึ้นเพื่อสนับสนุนการกำหนดนโยบายประกันความมั่นคงทางเศรษฐกิจสำหรับการเข้าสู่วัยสูงอายุ โดยดำเนินการวิจัยใน 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) สังเคราะห์โครงสร้างสารสนเทศด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา 2) ออกแบบองค์ประกอบของระบบ และ 3) ทดสอบระบบ

การดูแลด้านสังคม โดยการศึกษาของ ชินัน บุญเรืองรัตน์ (2551) เกี่ยวกับความสุขของผู้สูงอายุในศูนย์ผู้สูงอายุบางแค พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความสุขในระดับปานกลาง โดยผู้ที่มีอายุน้อยมีความสุขมากกว่าผู้ที่มีอายุมาก ผู้มีโรคประจำตัวมีความสุขทางจิตวิญญาณสูงกว่าผู้ไม่มีโรค ผู้อาศัยอยู่รวมกันมีความสุขมากกว่าผู้ที่อยู่ลำพัง การเข้าร่วมกิจกรรมมีความสุขมากกว่าการไม่เข้าร่วมกิจกรรม ส่วนด้านความสุขพบว่าคนอายุมากมีความสุขมากกว่าคนอายุน้อย ผู้ไม่มีโรคประจำตัวมีความสุขมากกว่าผู้ที่มีโรค ส่วนการพยากรณ์พบว่าปัจจัยที่ทำนายความสุขได้ คือ อายุ ส่วนด้านความสุขปัจจัยที่ทำนายได้ คือ โรคประจำตัว ทั้งนี้ ความสุขและความสุขในผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กันในเชิงบวก

พิศุทธิภา เมธิกุล (2554) พบว่า การสูงวัยอย่างประสบความสำเร็จของผู้สูงอายุไทยที่มีสุขภาพทางจิตสูง จากการสัมภาษณ์รายบุคคล 11 ราย พบการสูงวัยอย่างประสบความสำเร็จมีลักษณะ 6 ประการ ได้แก่ 1) ผู้สูงอายุมีจิตใจที่สงบสุข 2) ผู้สูงอายุทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิต 3) ผู้สูงอายุเห็นคุณค่าในตนเอง 4) ผู้สูงอายุพึงพอใจในชีวิต 5) ผู้สูงอายุมีครอบครัวที่ดี และ 6) ผู้สูงอายุมีสุขภาพกายที่ดี ดังนั้น การส่งเสริมผู้สูงอายุให้มีกิจกรรมในชีวิตอย่างต่อเนื่อง ทั้งกิจกรรมทำด้วยตนเอง ทำร่วมกับครอบครัว และกิจกรรมทำร่วมกับสังคม ทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพทางจิตสูง และที่สำคัญ คือ การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุปฏิบัติตามหลักศาสนา เช่น เจริญสติ หรือฝึกจิตให้สงบ ส่วน กิตติภักดิ์ วิทยาภรณ์ (2553) เกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบกิจกรรมการศึกษานอกโรงเรียนเพื่อสร้างสุขภาวะของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุมีความต้องการด้านร่างกาย จิตใจ ต้องการการสนับสนุนจากครอบครัว สังคม ต้องการมีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ ดังนั้น การมีกิจกรรมการเรียนรู้จึงสามารถส่งเสริมสุขภาวะของผู้สูงอายุได้

ภัทร งามล (2554) เกี่ยวกับความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนเมือง ชุมชนวัดไชยทิศ บางกอกน้อย กรุงเทพฯ โดยใช้แบบสอบถาม ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อายุ 60-64 ปี พบว่า ภาพรวมระดับความสุขในชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 52.6 มีความสุขในระดับมาก โดยมีองค์ประกอบของความสุขในชีวิตเรียงจากมากไปหาน้อย คือ ด้านการให้อำนาจแก่ตนเอง ด้านความพอใจในชีวิต ด้านความสามัคคีปองตอง และด้านความเบิกบานตามลำดับ โดยส่วนใหญ่ประเมินตนเองว่ามีสถานภาพด้านสังคมดีมากกว่าสถานภาพด้านสุขภาพจิต สุขภาพกาย และเศรษฐกิจ ดังนั้น ควรเตรียมความพร้อมในการก้าวสู่วัยสูงอายุในด้านต่าง ๆ ได้แก่ ด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต สังคม และเศรษฐกิจ ส่วน ปิยภานดา บุญนิธิ (2552) เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมทางการเมืองของผู้สูงอายุ จังหวัดปราจีนบุรี โดยใช้วิธีสัมภาษณ์และแบบสอบถาม พบว่า ตัวแปรที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมทางการเมืองของผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การเป็นหัวหน้าครอบครัว เขตที่อยู่อาศัย ความสนใจการเมือง ระดับการรับข่าวสารการเมือง ระดับความรู้ทางการเมือง การเป็นสมาชิกของกลุ่มทางสังคม และระดับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมสังคม ซึ่งตรงตามสมมติฐาน ทั้งนี้ ระดับความรู้ทางการเมืองสามารถอธิบายการมีส่วนร่วมทางการเมืองได้ดีที่สุด

กัตติกา ธนะขว้าง (2552) เกี่ยวกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยการศึกษาจากงานวิจัยที่ตีพิมพ์ พ.ศ. 2534-2552 พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในระดับสูงกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ ความรู้สึกที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การรับรู้สมรรถนะของตน การรับรู้ประโยชน์ของการทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม ส่วน อุทัย เสริมศรี (2553) เกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนไทยกับลาว

พบว่า แบบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุเป็นแบบผสมผสานระหว่างพึงธรรมชาติและองค์กรภายนอก โดยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชนทั้งไทยและลาวพบว่ามีลักษณะคล้ายกัน

การดูแลด้านจิตวิญญาณ โดยการศึกษาของ ปิยะพันธุ์ นันตา (2553) เกี่ยวกับหนทางสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุยืนยาว พบว่า การปฏิบัติตามหลักทฤษฎีดูแลตนเองต้องทำเป็นองค์รวม โดยไม่สามารถแยกออกจากกันได้ ได้แก่ ร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ส่วน วรชัย ทองไทย (2553) เกี่ยวกับบ้านพักสุดท้ายของชีวิต พบว่า งานบริการดูแลผู้สูงอายุไม่ได้ทุ่มไปกับการรักษาโรค แต่หันมาเน้นการดำรงรักษาคุณภาพชีวิตที่เหลืออยู่ของคนไข้แทน โดยมีทีมดูแล 24 ชั่วโมง ในหลายสาขา เช่น หมอ พยาบาล นักบวช และอาสาสมัคร เป็นต้น มีบริการสัมมนาให้แก่คนในครอบครัว มีบริการหลังเสียชีวิต เช่น จัดงานศพ อีกทั้ง พบว่าการควบคุมความเจ็บปวดที่ต้องใช้ยาและบุคลากรที่ทำได้ยากนั้น การทำสมาธิเป็นอีกทางในการควบคุมความเจ็บปวดได้

ดังนั้น หากต้องการให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุดีขึ้น บทความนี้ขอเสนอว่าควรดูแลให้ครบวงจรทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ ร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งสอดคล้องกันกับงานวิจัยของ ปิยะพันธุ์ นันตา (2553) ที่ศึกษาเกี่ยวกับหนทางสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุยืนยาว พบว่า การปฏิบัติตามหลักทฤษฎีดูแลตนเองต้องทำเป็นองค์รวม โดยไม่สามารถแยกออกจากกันได้

7. บทสรุป

การจัดตั้งศูนย์ดูแลผู้สูงอายุแบบครบวงจรในอนาคตควรหมายถึงการดูแลแบบองค์รวมทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ ร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ สังคม และจิตวิญญาณ ในขณะที่งานวิจัยส่วนใหญ่ในประเทศไทยไม่ได้ให้ความสนใจในด้านจิตวิญญาณ ซึ่งจิตวิญญาณในบทความนี้ หมายถึง การดูแลผู้สูงอายุที่ลึกซึ้งยิ่งไปกว่าการดูแลด้านจิตใจ มีความหมายรวมถึงการดูแลความรู้สึกของครอบครัวผู้สูงอายุ กิจกรรมหลังความตายของผู้สูงอายุ เช่น การจัดอบรมให้แก่ครอบครัวของผู้สูงอายุ เพื่อให้คนในครอบครัวเข้าใจความรู้สึก ความต้องการของผู้สูงอายุอย่างแท้จริง จนสามารถปรับตัวเข้าหากันได้อย่างสมดุล การจัดการเรื่องสร้างความสงบสุขทางจิตใจให้แก่ผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นเรื่องเกี่ยวกับความเชื่อทางศาสนาในขณะใกล้เวลาสุดท้ายของชีวิต การให้การดูแลเรื่องจัดการงานศพ การดูแลเรื่องการจัดการมรดก รวมไปถึงเรื่องให้ผู้สูงอายุร้องขอให้ศูนย์ดูแลนี้จัดการให้ เป็นต้น ความแตกต่างนี้ทำให้งานชิ้นนี้มีจุดเด่นที่การศึกษาธุรกิจดูแลผู้สูงอายุแบบครบวงจร ซึ่งรวมถึงการดูแลจิตวิญญาณของผู้สูงอายุด้วย ในขณะที่งานวิจัยอื่นไม่ได้ศึกษาการดำเนินธุรกิจดูแลผู้สูงอายุแบบครบวงจรอย่างแท้จริง แต่เป็นเพียงการดูแลผู้สูงอายุเฉพาะด้านหนึ่งด้านใดเท่านั้น โดยปราศจากการดูแลด้านจิตวิญญาณให้แก่ผู้สูงอายุ

เอกสารอ้างอิง

- กนกพรรณ กรณสุต. (2551). **ประสิทธิภาพของการฝึกทักษะในการทำจิตวัตรประจำวันด้วยกิจกรรมแบบมอนเตสซอรีในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มแรก.** (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย).
- กรุณา นนทรักษ์. (2552). **การพัฒนาแบบนิยามสติทั่วไปเพื่อส่งเสริมภาวะสุขภาพและสุขสมรรถนะของผู้สูงอายุสตรี.** (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย).
- กัตติกา ธนะขำ. (2552). **ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ: การวิเคราะห์อภิมาน.** (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย).
- กาญจนา ตั้งชลทิพย์, ปัทมา วาพัฒน์วงศ์, เฉลิมพล แจ่มจันทร์, อุไรวรรณ คณิงสุขเกษม, ภาณี วงษ์เอก และสุริย์พร พันพิง. (2553). **คุณค่าผู้สูงอายุ: ภาพสะท้อนมุมมองจากคนสองวัย. ใน** สุชาติ ทวีสิทธิ์ และสวรัย บุณยานนท์ (บรรณาธิการ) **ประชากรและสังคม 2553 คุณค่าผู้สูงอายุในสายตาสังคมไทย, 29-64.** กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เดือนตุลา.

- กำจร หลุยยะพงศ์. (2553). การสื่อสารกับวาทกรรมอัตลักษณ์ผู้สูงอายุในสังคมไทย. (วิทยานิพนธ์ปริญญา
ดุขฎิบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย).
- กุศล สุนทรธาดา. (2553). คุณค่าด้านเศรษฐกิจของผู้สูงอายุไทย. ใน สุชาดา ทวีสิทธิ์ และสวรัย บุญมานนท์
(บรรณาธิการ) **ประชากรและสังคม 2553 คุณค่าผู้สูงอายุในสายตาสังคมไทย**, 65-84. กรุงเทพฯ:
โรงพิมพ์เดือนตุลา.
- กิตติภักดิ์ วิทยาภรณ์. (2553). การพัฒนารูปแบบกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนตามแนวคิดปัญญา
ศึกษาเพื่อเสริมสร้างสุขภาวะของผู้สูงอายุ. (วิทยานิพนธ์ปริญญาดุขฎิบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย).
- เกรียงศักดิ์ โรจน์ศิริเสถียร. (2553). กลวิธีผู้สูงอายุส่วิเตนต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน. ใน สุชาดา ทวีสิทธิ์
และสวรัย บุญมานนท์ (บรรณาธิการ) **ประชากรและสังคม 2553 คุณค่าผู้สูงอายุในสายตา
สังคมไทย**, 255-258. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เดือนตุลา.
- ชนิษฐา บุญแสง. (2550). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ ทศนคติต่อ
การดูแลผู้สูงอายุกับความเครียด ในงานของพี่เลี้ยงผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา.
(วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย).
- ขวัญดาว กล่ำรัตน์. (2554). ปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตภูมิภาคตะวันตกของ
ประเทศไทย. (วิทยานิพนธ์ปริญญาดุขฎิบัณฑิต, มหาวิทยาลัยศิลปากร).
- คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ. (2552). **แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545 – 2564) ฉบับ
ปรับปรุง**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เทพเพ็ญเวนิสย์.
- จันจิรา วิชัย และอมรา สุนทรธาดา. (2553). สุขภาวะผู้สูงอายุในมิติของการกระทำความรุนแรง. ใน สุชาดา
ทวีสิทธิ์ และสวรัย บุญมานนท์ (บรรณาธิการ) **ประชากรและสังคม 2553 คุณค่าผู้สูงอายุใน
สายตาสังคมไทย**, 185-204 กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เดือนตุลา.
- จุฑามณี จันทรทรัพย์. (2556). การศึกษาเปรียบเทียบการวางแผนชีวิตก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุของประชาชนที่
รับราชการและไม่ได้รับราชการ อำเภอเมืองตาก จังหวัดตาก. (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต,
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์).
- ฉัตรชัย ประภัสร์. (2553). การพัฒนาหลักสูตรวิทยาศาสตร์สุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ. (วิทยานิพนธ์ปริญญา
ดุขฎิบัณฑิต, มหาวิทยาลัยรามคำแหง).
- เฉลิมพล แจ่มจันทร์. (2553). ผู้สูงอายุไทย: ภาระและสถานการณ์ทางเศรษฐกิจของครัวเรือน. ใน สุชาดา ทวี
สิทธิ์ และสวรัย บุญมานนท์ (บรรณาธิการ) **ประชากรและสังคม 2553 คุณค่าผู้สูงอายุในสายตา
สังคมไทย**, 85-106. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เดือนตุลา.
- ชินัน บุญเรืองรัตน์. (2551). ความผาสูกทางจิตวิญญาณและความสุขของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัด
สวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค. (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย).
- ชูเฮ ฮะมะยะ. (2553). ที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุชาวญี่ปุ่นที่พำนักระยะยาวในเชียงใหม่. (วิทยานิพนธ์ปริญญา
มหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย).
- ณัฐพัฒน์ สุขสมัย. (2550). การปรับปรุงซ่อมแซมบ้านผู้สูงอายุตามโครงการนวัตกรรมผู้สูงอายุ:
กรณีศึกษาผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยในกรุงเทพมหานคร. (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต,
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย).

- ณัฐพงษ์ พบสมัย. (2551). **ความต้องการบริการด้านการดูแลระยะยาวแบบเป็นทางการสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย**. (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย).
- ทิตา สวรรกาญจน์. (2551). **ผลของการฝึกโปรแกรมการออกกำลังกายท่ารำกระบี่ที่มีต่อสุขสมรรถนะและการทรงตัวของผู้สูงอายุ**. (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย).
- ทิพรัตน์ มาระเนตร์. (2555). **การตัดสินใจทำงานของข้าราชการผู้สูงอายุหลังเกษียณ**. (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่).
- ทวีศิลป์ ศรีอักษร. (2551). **ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร**. (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย).
- ธิดา รัตนวิไลศักดิ์. (2554). **ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการใช้บริการทันตกรรมของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองบุรีรัมย์**. (การค้นคว้าอิสระปริญญามหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์).
- ธีระพงศ์ สันติภพ. (2553). **ผู้สูงอายุกับการเข้าถึงระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ**. ใน สุชาดา ทวีสิทธิ์ และสวริย์ บุญมานนท์ (บรรณาธิการ) **ประชากรและสังคม 2553 คุณค่าผู้สูงอายุในสายตาสังคมไทย**, 205-220. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เดือนตุลา.
- บัญชา ผลานิสงค์. (2553). **การนำนโยบายสวัสดิการเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุไปปฏิบัติขององค์การบริหารส่วนตำบลบ่อวิน จังหวัดชลบุรี**. (งานนิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยบูรพา).
- ประภาศรี อนาวิน. (2553). **ความต้องการของผู้สูงอายุที่มีต่อประสิทธิภาพการบริหารเบี้ยยังชีพในองค์การบริหารส่วนตำบลเมืองชุม อำเภอเวียงชัย จังหวัดเชียงราย**. (การศึกษาค้นคว้าอิสระปริญญามหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย).
- ปราโมทย์ ประสาทกุล และปัทมา วาพัฒน์วงศ์. (2553). **นิยามผู้สูงอายุด้วยช่วงชีวิตข้างหน้า**. ใน สุชาดา ทวีสิทธิ์ และสวริย์ บุญมานนท์ (บรรณาธิการ) **ประชากรและสังคม 2553 คุณค่าผู้สูงอายุในสายตาสังคมไทย**, 15-28. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เดือนตุลา.
- ปวิข ศรีละมุล. (2552). **แนวทางการกำหนดพื้นที่และสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุในสวนสาธารณะระดับชุมชนเพื่อใช้ข้อพิจารณาในการออกแบบ**. (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย).
- ปิยกานดา บุญนิธิ. (2552). **การมีส่วนร่วมทางการเมืองของผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดปราจีนบุรี**. (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย).
- ปิยะพันธุ์ นันตา. (2553). **หนทางแห่งการเข้าสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุยืนยาว**. (ดุษฎีนิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต, มหาวิทยาลัยแม่โจ้).
- พัชญา คชศิริพงศ์. (2553). **ปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค**. (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย).
- พันธ์ทิพย์ วรรณาท. (2551). **การศึกษาความต้องการของผู้สูงอายุในสถานบริบาลเอกชนเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล**. (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย).
- พิชาณี สำเภาเงิน. (2553). **ปัญหากฎหมายเกี่ยวกับการประกอบธุรกิจให้บริการดูแลผู้สูงอายุ**. (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย).
- พิศุทธิภา เมธิกุล. (2554). **ประสบการณ์การสูงวัยอย่างประสบความสำเร็จของผู้สูงอายุไทยที่มีสุขภาพทางจิตสูง: การวิจัยเชิงคุณภาพแบบที่มีผู้วิจัยเห็นชอบร่วมกัน**. (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย).

- ภัททิศร์ โชคณัณฑ์ตระกูล. (2553). ปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกแหล่งท่องเที่ยวของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย).
- ภัทร งามม. (2554). ความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนเมือง: กรณีศึกษาชุมชนวัดไชยทิศ เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์).
- ภัทรพล สาลี. (2553). แนวทางการปรับปรุงสภาพแวดล้อมทางกายภาพที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุในชนบท กรณีศึกษาตำบลหนองกุ้งเขิน อำเภอกุเวียง จังหวัดขอนแก่น. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย).
- มรรค ศรีขาว. (2553). การบริหารจัดการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนไทย. (ภาคานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์).
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2557). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2556. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- รณกร ลีไพบูลย์. (2554). แผนธุรกิจโครงการบ้านเดี่ยวสำหรับผู้สูงอายุ. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์).
- รศรินทร์ เกรย์, สาสนี เทพสุวรรณ, ณัฐจิรา ทองเจริญพงศ์ และภูวนัย พุ่มไทรทอง. (2556). การดูแลผู้สูงอายุ: ความสุขและความเครียด. นครปฐม: สำนักงานวิจัยประชากรและสังคม, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รศรินทร์ เกรย์, อุมาร ภัทรวาณิช, เฉลิมพล แจ่มจันทร์ และเรวดี สุวรรณนพเก้า. (2556). มโนทัศน์ใหม่ของนิยามผู้สูงอายุ: มุมมองเชิงจิตวิทยาสังคมและสุขภาพ. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ลักขณา มะรังกา. (2553). ประสบการณ์ความกลัวต่อการหกล้มของผู้สูงอายุ. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย).
- วันสรินทร์ สุขสุวรรณ. (2553). การปรับปรุงสิ่งอำนวยความสะดวกชุมชนเพื่อการอยู่อาศัยที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุในชนบทภาคกลาง: กรณีศึกษาหมู่บ้านเขาน้อย อำเภอบ้านไร่ จังหวัดนครสวรรค์. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย).
- วันเพ็ญ ปันราช. (2552). การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยขอนแก่น).
- วานิสสา ตโนภาส. (2554). พื้นที่ใช้สอยและสิ่งอำนวยความสะดวกที่จำเป็นต่อชีวิตสำหรับผู้สูงอายุ. (การค้นคว้าอิสระปริญญาโทบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์).
- วรชัย ทองไทย. (2553). บ้านพักสุดท้ายของชีวิต. ใน สุชาดา ทวีสิทธิ์ และสวรัย บุญมานนท์ (บรรณาธิการ) ประชากรและสังคม 2553 คุณค่าผู้สูงอายุในสายตาสังคมไทย, 239-244. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เดือนตุลา., 239-244.
- ศจี วิสารทศจี. (2554). แนวทางการออกแบบศูนย์ส่งเสริมสังคมและนันทนาการสำหรับผู้สูงอายุในพื้นที่เขตทุ่งครุและพื้นที่ใกล้เคียง จังหวัดกรุงเทพมหานคร. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์).
- ศุภณัฐ ทรัพย์นาวิ. (2554). การนำนโยบายการบริการสาธารณะแก่ผู้สูงอายุไปปฏิบัติ กรณีศึกษาองค์การบริหารส่วนตำบล 16 แห่ง. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยรามคำแหง).

- ศุภฤกษ์ ศิริจินดาเลิศ, เมธี จิรัชิตกาลไชย และวรัตน์ ศรีพันธมาศ. (2552). **โครงการแผนธุรกิจบริการตรวจสุขภาพและการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ**. (โครงการวิจัยปริญญามหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์).
- ศิรินันท์ กิตติสุขสถิต. (2553). คุณภาพชีวิตและระดับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทย. ใน สุชาดา ทวีสิทธิ์ และสวรัย บุญมานนท์ (บรรณาธิการ) **ประชากรและสังคม 2553 คุณค่าผู้สูงอายุในสายตาสังคมไทย**, 147-166. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เดือนตุลา.
- ศิริวัฒน์ ไชยพะนิจ. (2552). **ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด ประเทศไทย**. (วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธรรณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย).
- สิงหา จันทริยวงศ์. (2553). **รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชนบทของราชอาณาจักรไทยและราชอาณาจักรกัมพูชา โดยใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง**. (วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต, มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์).
- สดใส ศรีสอาด. (2553). **ระบบสารสนเทศเพื่อเตรียมความพร้อมด้านเศรษฐกิจในการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ**. (วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต, มหาวิทยาลัยขอนแก่น).
- สมพร ช้วนกุล. (2552). **การปรับตัวด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม ด้านจิตใจ และด้านสุขภาพ ของผู้สูงอายุที่อยู่ในอำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา**. (การศึกษาค้นคว้าอิสระปริญญามหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช).
- สมลักษณ์ เทพสุริยานนท์. (2553). **แบบจำลองเชิงสาเหตุของพฤติกรรมความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้สูงอายุสตรีโรคความดันโลหิตสูง**. (วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย).
- สยมภู สายชลพิทักษ์. (2553). **การประมาณค่าอัตราการณะของผู้สูงอายุไทยโดยใช้ตัวแบบคานนิสโต ตัวแบบเมคแฮม ตัวแบบอินเวอร์สเมคแฮม และทฤษฎีค่าสุดขีด**. (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย).
- สวรัย บุญมานนท์ และจรัมพร ให้ลายอง. (2553). **ภาวะเศรษฐกิจของครัวเรือนเป็นอย่างไร เมื่อผู้สูงวัยเป็นหัวหน้าครัวเรือน**. ใน สุชาดา ทวีสิทธิ์ และสวรัย บุญมานนท์ (บรรณาธิการ) **ประชากรและสังคม 2553 คุณค่าผู้สูงอายุในสายตาสังคมไทย**, 107-128. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เดือนตุลา.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2562). **แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 – 2564)** กรุงเทพฯ: สำนักนายกรัฐมนตรี.
- สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 3 จังหวัดชลบุรี (สสว.3). 2556. **ทิศทางการให้บริการของธุรกิจบริการสำหรับผู้สูงอายุที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ที่จะก้าวเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ**. ชลบุรี: เก้ากู่ครีเอชั่น .
- สุพัฒน์ จำปาหวาย.(2554). **การพัฒนาตัวแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมในชุมชน**. (วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต, มหาวิทยาลัยสารคาม).
- สุรพันธุ์ เล้าวิวัฒนา.(2551). **การศึกษาการเข้าร่วมในกำลังแรงงานของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร**. (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย).
- สุรพล ชยภพ. (2552). **การพัฒนาแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดนครราชสีมา**. (วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหาสารคาม).

- สุรพล ไกรวงศ์, อภิชาติ สุดแสง และกรวัฒน์ อยู่เล็ก. (2542). **สถานที่พักผ่อนสำหรับผู้สูงอายุชาวญี่ปุ่นในประเทศไทย**. (โครงการวิจัยปริญญามหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์).
- สุริยา แป้นสุขา. (2550). **ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการสวัสดิการสังคมของผู้สูงอายุตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546: กรณีศึกษาเขตเทศบาล ตำบลศรีพนา อำเภอเขกา จังหวัดหนองคาย**. (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์).
- สิริชัย คำชมภู. (2550). **การเตรียมการสร้างหลักประกันเพื่อการดำรงชีวิตในวัยสูงอายุของข้าราชการสังกัดสำนักงานนายกรัฐมนตรี**. (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์).
- อาชัญญา รัตนอุบล, วีระเทพ ปทุมเจริญวัฒนา, สาริพันธุ์ ศุภวรรณ, ปาน กิมปี, วรรัตน์ อภินันท์กุล, ณัฐลักษณ์ ศรีมีชัย, สุวิธิดา จรุงเกียรติกุล และระวี สัจจโสภณ. (2553). **การเตรียมความพร้อมเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุของผู้ใหญ่วัยแรงงาน**. ใน สุชาดา ทวีสิทธิ์ และสวรัย บุญมานนท์ (บรรณาธิการ) **ประชากรและสังคม 2553 คุณค่าผู้สูงอายุในสายตาสังคมไทย**, 221-234. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เดือนตุลา., 221-238.
- อุทัย เสริมศรี. (2553). **แบบพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนไทย-ลาว**. (วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต, มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์).
- อุมาภรณ์ ภัทรวาณิชย์. (2553). **การช่วยเหลือสนับสนุนระหว่างรุ่นพ่อแม่และรุ่นลูก ศึกษากรณีพื้นที่เผ่าละว้าทางประชากรกาญจนบุรี**. ใน สุชาดา ทวีสิทธิ์ และสวรัย บุญมานนท์ (บรรณาธิการ) **ประชากรและสังคม 2553 คุณค่าผู้สูงอายุในสายตาสังคมไทย**, 129-146. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เดือนตุลา.
- อมรา สุนทรธาดา. (2553). **อาชีพหลังเกษียณในสังคมตะวันตก**. ใน สุชาดา ทวีสิทธิ์ และสวรัย บุญมานนท์ (บรรณาธิการ) **ประชากรและสังคม 2553 คุณค่าผู้สูงอายุในสายตาสังคมไทย**, 045-248. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เดือนตุลา.
- อมรเทพ วันดี. (2554). **การเปรียบเทียบผลของการออกกำลังกายด้วยการเดินร่วมกับการใช้น้ำหนักและไทซ์ที่มีผลในการทรงตัวของผู้สูงอายุเพศหญิง**. (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย).
- อรทัย อาจอ่ำ. (2553). **แก่แล้วไม่มีคุณค่าจริงหรือ บทสังเคราะห์ความรู้เกี่ยวกับคุณค่าของผู้สูงอายุ**. ใน สุชาดา ทวีสิทธิ์ และสวรัย บุญมานนท์ (บรรณาธิการ) **ประชากรและสังคม 2553 คุณค่าผู้สูงอายุในสายตาสังคมไทย**, 167-184. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เดือนตุลา., 167-184.
- อรพินทร์ พิทักษ์มหาเกตุ. (2553). **ผู้สูงอายุของเบอร์มิวดา**. ใน สุชาดา ทวีสิทธิ์ และสวรัย บุญมานนท์ (บรรณาธิการ) **ประชากรและสังคม 2553 คุณค่าผู้สูงอายุในสายตาสังคมไทย**, 249-254. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เดือนตุลา.
- อุไรรัชต์ บุญแท้. (2554). **การวิจัยและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยยุทธศาสตร์ “การเรียนรู้สู่พลัง”**. (ดุษฎีนิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต, มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี).
- Chuanwan. (2012). **Estimating the Number of Centenarians and the Oldest-old in Thailand: Trends in Old Age Longevity for 1960-2010**. (Unpublished doctoral).
- Knodel, J., & Chayovan, N. (2008). **Population Ageing and the Well-being of Older Persons in Thailand: Past Trends, Current Situation and Future Challenges**. Papers in Population Aging. Bangkok: UNFPA, Thailand.
- Sangpring, S. (2513). **Development of a geriatric fear of falling questionnaire for assessing the fear of falling in Thai elders**. (Dissertation, Mahidol University)