

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ที่มาและความสำคัญ

องค์การสหประชาชาติ (United Nations:UN) ได้แบ่งระดับสังคมผู้สูงอายุออกเป็น 3 ระดับ คือ (1) ระดับการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging society) หมายถึง ประเทศที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด หรือมีประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 7 ของประชากรทั้งประเทศ (2) ระดับสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged society) หมายถึง ประเทศที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 20 ของประชากรทั้งประเทศ หรือมีประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 14 ของประชากรทั้งประเทศ และ (3) ระดับสังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด (Super-aged society) หมายถึง ประเทศที่มีประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งประเทศ (กรมสุขภาพจิต, 2565: เว็บไซต์) สำหรับประเทศไทยนั้นได้ให้ความหมาย “สังคมผู้สูงอายุ” ว่าสังคมที่มีสัดส่วนของผู้สูงอายุหรือประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปได้เพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ ขณะที่สัดส่วนของอัตราการเกิดและจำนวนประชากรในวัยทำงานลดน้อยลง (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2564: เว็บไซต์) จึงนับได้ว่า ประเทศไทยเป็นสังคมผู้สูงอายุ (Aging society) นับตั้งแต่ปี 2548 โดยในปี 2564 ประชากรไทยมีอายุ 65 ปีขึ้นไป ประมาณ 9 ล้านคน คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 12.8 เมื่อเทียบกับประเทศอื่น ๆ ในอาเซียน มากเป็นอันดับ 2 เป็นรองเพียงสิงคโปร์เท่านั้น ซึ่งในปี 2565 ประเทศไทยกำลังจะเป็นประเทศที่ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged society) และอีก 9 ปีถัดไป ประเทศไทยจะกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด (Super-aged society) (ศูนย์วิจัยกสิกรไทย, 2565: เว็บไซต์)

การสูงอายุเป็นการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมเป็นกระบวนการที่ต่อเนื่องของชีวิต ตั้งแต่เกิดจนหมดอายุขัย โดยมีลักษณะการเป็นไปในทางลดความเจริญไปสู่ความเสื่อม ทำให้มีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ (วาสนา ปรากววงศ์, 2551) รวมถึงผู้สูงอายุต้องเปลี่ยนบทบาทจากผู้นำมาเป็นผู้ตามทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าลดลง (สุนันทา โอศิริ และคณะ, 2557) โดยสอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงและปัญหาของผู้สูงอายุ 3 ด้าน ดังนี้ (1) การเปลี่ยนแปลงทางกาย (2) การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ และ (3) การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม โดยในด้านแรกที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงทางกายนั้น การเข้าสู่วัยสูงอายุกล้ามเนื้อจะลดถอยลง การสมดุลของกล้ามเนื้อเสียไป ทำให้การประสานงานในการเคลื่อนไหวต่าง ๆ ไม่สามารถทำได้อย่างสะดวก เช่น ผิวน้ำหนักเหี่ยวลง กระดูกเปราะ เป็นต้น ส่วนในด้านการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ เป็นการเปลี่ยนแปลงที่มีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและสังคม เพราะความเสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ มีอิทธิพลกับจิตใจของผู้สูงอายุ เป็นอุปสรรคต่อการติดต่อกับบุคคลรวมทั้งการปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อม เช่น การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก การสูญเสียสถานภาพทางสังคม (เช่น การเกษียณอายุการทำงาน) การสูญเสียสัมพันธภาพในครอบครัว เป็นต้น และด้านสุดท้ายเป็นการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เป็นการเปลี่ยนแปลงที่กระทบต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ เช่น การถูกทอดทิ้ง เป็นผลจากลักษณะกีดกัน

ผู้สูงอายุในด้านต่าง ๆ คือ ไม่ให้ผู้สูงอายุทำงาน ให้พึ่งพาบุตรหลานเท่านั้น รวมถึงการขยายตัวของชุมชนเมือง ทำให้บุตรหลานส่วนใหญ่เข้าไปประกอบอาชีพในชุมชนเมือง ผู้สูงอายุมักถูกทอดทิ้ง เกิดความรู้สึกว่าเหงา และการเสื่อมความเคารพจากผู้อ่อนอาวุโส เพราะเห็นว่าผู้อาวุโสไม่ทันสมัย (กาญจนา พระสุทา และคณะ, 2545) การเปลี่ยนแปลงทางกาย การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจและการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เป็นส่วนหนึ่งที่สะท้อนถึงสภาพของผู้สูงอายุในปัจจุบัน คือ ความชราภาพ ความเจ็บป่วย การถูกทอดทิ้ง ความรู้สึกเปลี่ยวเหงา ว่าเหงา ความรู้สึกไม่มีคุณค่า ไม่มีประโยชน์ ทั้งที่ผู้สูงอายุมีประโยชน์ มีประสบการณ์มากมาย เรื่องเหล่านี้ควรต้องได้รับการแก้ไขด้วยทำให้ผู้สูงอายุกลับมาเห็นคุณค่าของตนเองเช่นเดิม

จากรายงานสภาพการณ์ของผู้สูงอายุไทยในปัจจุบัน พบว่าผู้สูงอายุไทยประสบปัญหาความยากจน มีรายได้ลดลง เพราะไม่ได้ทำงาน ไม่มีเงินออมเพียงพอ จึงมีรายได้ต่ำกว่าเส้นความยากจน (2,647 บาทต่อเดือน) (สรารุณ ไพฑูรย์พงษ์, 2565: เว็บไซต์) จึงไม่มีเงินเพียงพอต่อการดำรงชีวิต นอกจากนี้การสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติยังพบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 68.7 มีรายได้น้อยขาดความรู้ทางการเงิน การบริหารการใช้จ่าย การลงทุนและการออม ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีปัญหาด้านการเงินในบั้นปลายชีวิต (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2565: เว็บไซต์) จึงเป็นที่มาของคำกล่าวที่ว่าผู้สูงอายุไทย “สูงวัยแต่ไม่รวย” (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2565: เว็บไซต์) ที่เป็นการย้ำเตือนถึงความเดือดร้อนทางการเงินของผู้สูงอายุ เพราะไม่ได้ทำงานประจำ รายได้ที่เก็บออมไม่เพียงพอต่อการดำรงชีวิต เนื่องด้วยอัตราเงินเฟ้อที่ทำให้ระดับราคาสินค้าปรับฐานสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง

จากสภาพปัญหาการขาดความมั่นคงทางการเงินดังกล่าวไม่เพียงส่งผลต่อการดำรงชีวิตเท่านั้น แต่ยังส่งผลถึงการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพด้วย ซึ่งสุขภาพของผู้สูงอายุมีทั้งสุขภาพทางกาย และสุขภาพจิต โดยปัญหาสุขภาพกายของผู้สูงอายุจะเริ่มต้นจากเมื่อมนุษย์เข้าสู่วัยผู้สูงอายุ การทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายเริ่มเสื่อมสมรรถภาพลง การรับรู้ว่ามีภาวะสุขภาพเป็นอย่างไร มักขึ้นกับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันและการดำเนินชีวิต โดยปกติแล้วผู้สูงอายุมีโอกาสเจ็บป่วยด้วยโรคต่าง ๆ แต่มีปัญหาสุขภาพกายที่มีผลจากความเสื่อมของร่างกายมากกว่าวัยอื่น ๆ (มัลลิกา มัติโก และรัตนา เพ็ชรอุไร, 2542: 4) สำหรับสุขภาพจิตเป็นอีกหนึ่งปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกายและสังคม ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกสูญเสียบทบาทที่เคยทำหน้าที่ในครอบครัวและในสังคม สูญเสียคู่สมรสหรือบุคคลใกล้ชิด รวมทั้งสูญเสียความสามารถในการทำงานเชิงเศรษฐกิจและเกิดความไม่มั่นใจในความสามารถตลอดจนคุณค่าของตนเอง

จากข้อมูลข้างต้นดังกล่าวจึงนำมาซึ่งข้อสรุปว่าผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่ มีปัญหาด้านการเงิน และปัญหาด้านสุขภาพ โดยสุขภาพแบ่งเป็นสุขภาพกายกับสุขภาพจิต อีกทั้งในระดับภูมิภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยเฉพาะจังหวัดอุบลราชธานีนั้นก็พบว่า ผู้สูงอายุก็นมีปัญหาทางการเงิน และปัญหาด้านสุขภาพเช่นกัน ดังปรากฏในข้อมูลที่ทำการศึกษาโดยมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุ ที่ทำการสำรวจกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุจำนวน 1,091 คน ที่มีอายุระหว่าง 55–70 ปี ในพื้นที่ 6 จังหวัดทั่วประเทศ ได้แก่ กรุงเทพฯและปริมณฑล จังหวัดราชบุรี จังหวัดพะเยา จังหวัดอุบลราชธานี จังหวัดตราดและจังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่าปัญหาด้านการเงินของผู้สูงอายุเกิดจาก การออมเงินที่ไม่เพียงพอ และยังพบว่าแหล่งรายได้ที่ใช้ในการดำรงชีพหลังเกษียณอายุของผู้สูงอายุ มาจากบุตรหลาน

หรือญาติมากที่สุด รองลงมาคือ เบี้ยผู้สูงอายุ การเกษตร รับจ้าง ค้าขาย และลำดับสุดท้ายมาจากเงินบำนาญและการออมเงินก่อนเกษียณ (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุ, 2565: เว็บไซต์) และในการศึกษาผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในจังหวัดอุบลราชธานีพบว่า ปัญหาภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดอุบลราชธานีมีโรคประจำตัวร้อยละ 50.5 โดยส่วนมากเป็นโรคความดันโลหิตสูง เบาหวานและไขมันในเลือดสูง สำหรับสุขภาพจิตผู้สูงอายุก็มีปัญหาเช่นกัน โดยส่วนมากปัญหาสุขภาพจิตที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ คือ ความเหงา ว่าเหว่ กลัวการถูกทอดทิ้ง ความรู้สึกว่าตนไม่มีคุณค่า โดยปัญหาสุขภาพกายมีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิต คือ หากผู้สูงอายุมีปัญหาด้านสุขภาพร่างกายจะส่งผลต่อสุขภาพจิตตามมา (มินตรา สารรักษ์ จิตธิรัช งานฉมิง และนันทยา กระสวยทอง, 2563)

จากสภาพปัญหาของผู้สูงอายุข้างต้นนั้นหน่วยงานภาครัฐได้พยายามแก้ไขปัญหานี้ในมิติต่าง ๆ เช่น การสนับสนุนสิทธิประโยชน์ให้กับผู้สูงอายุในเรื่องการรักษาพยาบาล เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ โดยสิทธิประโยชน์การรักษาพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุ ได้แก่ สิทธิบัตรทองที่ครอบคลุมโรคต่าง ๆ อีกทั้งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติยังให้ความสำคัญกับการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคซึ่งเป็นสิทธิประโยชน์ที่ให้กับผู้สูงอายุ เช่น (1) บริการฉีดวัคซีนคอตีบและบาดทะยัก (2) วัคซีนไข้หวัดใหญ่ (ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหรืออายุ 65 ปีขึ้นไป) (3) การตรวจและวัดดัชนีมวลกาย (4) การวัดความดันโลหิต (5) การตรวจเลือดคัดกรองเบาหวาน (6) การติดเชื้อเอชไอวี (7) การคัดกรองปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (8) การคัดกรองปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (9) การคัดกรองโรคซึมเศร้า และ (10) การคัดกรองรอยโรคเสี่ยงมะเร็งหรือมะเร็งช่องปาก ฯลฯ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2565: เว็บไซต์) ส่วนเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ พ.ศ. 2565 ระบุไว้ว่า (1) ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60–69 ปี ได้รับเงินเดือนละ 600 บาท (2) ผู้สูงอายุ ที่มีอายุ 70–79 ปีได้รับเงินเดือนละ 700 บาท (3) ผู้สูงอายุที่มีอายุ 80–89 ปี ได้รับเงินเดือนละ 800 บาท และ (4) ผู้สูงอายุที่มีอายุ 90 ปีขึ้นไป ได้รับเงินเดือนละ 1,000 บาท (กรมประชาสัมพันธ์, 2566: เว็บไซต์) ซึ่งรัฐบาลได้เตรียมโอนเงินช่วยเหลือพิเศษเบี้ยยังชีพเป็นระยะเวลา 6 เดือนตั้งแต่เมษายน – กันยายน 2565 ดังนี้ (1) ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60–69 ปี จะได้รับเงินช่วยเหลือเพิ่ม 100 บาท ทำให้เบี้ยยังชีพที่จะได้รับเท่ากับ 700 บาท (2) ผู้สูงอายุที่มีอายุ 70–79 ปี จะได้รับเงินช่วยเหลือเพิ่ม 150 บาท ทำให้เบี้ยยังชีพที่จะได้รับเท่ากับ 850 บาท (3) ผู้สูงอายุที่มีอายุ 80–89 ปี จะได้รับเงินช่วยเหลือเพิ่ม 200 บาท ทำให้เบี้ยยังชีพที่จะได้รับเท่ากับ 1,050 บาท และ (4) ผู้สูงอายุที่มีอายุ 90–100 ปี จะได้รับเงินช่วยเหลือเพิ่ม 250 บาท ทำให้เบี้ยยังชีพที่จะได้รับเท่ากับ 1,250 บาท (กรมประชาสัมพันธ์, 2565ก: เว็บไซต์)

อย่างไรก็ตามถึงแม้ว่าหน่วยงานภาครัฐจะมีการสนับสนุนสิทธิประโยชน์ต่าง ๆ ให้กับผู้สูงอายุ แต่การดำรงชีวิตด้วยเบี้ยยังชีพอาจจะไม่เพียงพอสำหรับการดำรงชีพและยังไม่ครอบคลุมค่ารักษาพยาบาลสำหรับโรคที่มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูง เช่น โรคมะเร็ง โรคความดันโลหิตสูงที่เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคไต โรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาต โรคหัวใจขาดเลือด และโรคเบาหวาน (อรพิชญา ศรีวรรณณาส, 2566: เว็บไซต์) ประกอบกับเมื่อสุขภาพร่างกายมีปัญหาสุขภาพใจก็มีปัญหาเช่นเดียวกัน คือ เกิดความวิตกกังวล ความเครียด เมื่อสะสมมากเกินไปอาจทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้

จากข้อมูลดังกล่าว เป็นภาพสะท้อนถึงการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุที่มีความยากลำบากและมีแนวโน้มที่ยากยิ่งขึ้นเรื่อย ๆ อนึ่ง จากการสัมภาษณ์เบื้องต้นผู้สูงอายุในหมู่บ้านบัวเทิง อำเภอสว่างวีระวงศ์ จังหวัดอุบลราชธานี เมื่อวันที่ 15-16 ธันวาคม 2564 ก็พบสภาพการณ์ที่ไม่แตกต่างจากผลการศึกษาข้างต้นที่ระบุถึงความไม่มั่นคงทั้งทางเศรษฐกิจ ทางกาย ทางจิตใจและทางสังคม กล่าวคือ (1) ความไม่มั่นคงทางเศรษฐกิจ เกิดจากการขาดแคลนทุนทรัพย์ที่เพียงพอต่อการดำเนินชีวิต เพราะมีรายได้จากเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุเท่านั้นทั้งยังไม่มีบุตรหลานเลี้ยงดู (2) ความไม่มั่นคงทางกายเป็นความทุกข์ใจที่ต้องเผชิญกับสภาพการเดินไม่สะดวกและมีอาการเจ็บป่วยเช่น เจ็บปวดตามข้อเข่า เจ็บปวดหลัง เป็นต้น (3) ความไม่มั่นคงทั้งทางจิตใจและทางสังคมเกิดจากความรู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า ไร้ประโยชน์ ดังคำกล่าวที่ว่า “ยายแก่แล้วจะทำอะไรได้” และการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก และ/หรือมีสถานภาพโสดทำให้เกิดความรู้สึกเปลี่ยวเหงา ว่าเหว เพราะไม่มีคู่ครองหรือบุตรหลานดูแลเอาใจใส่ ข้อมูลเหล่านี้ล้วนสื่อถึงความต้องการด้านการจัดการชีวิตของผู้สูงอายุให้สามารถดำรงอยู่ได้อย่างมีศักดิ์ศรี ไม่อ่อนแอทางด้านการเงิน สุขภาพ และสังคม อนึ่ง ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในบ้านบัวเทิงนั้นมีบริบทแห่งการร่วมมือร่วมใจในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ซึ่งจากการสำรวจเบื้องต้นจากผู้นำชุมชนผู้สูงอายุในหมู่บ้านบัวเทิงมีจำนวน 73 คน คิดเป็นร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมู่บ้าน จึงกล่าวได้ว่าผู้สูงอายุที่อาศัยในพื้นที่ของหมู่บ้านบัวเทิงก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) รวมถึงยังเป็นผู้สูงอายุที่มีเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุเป็นรายได้หลักในการดำรงชีวิต ด้วยเหตุนี้ผู้ศึกษาจึงสนใจศึกษาถึงการพัฒนารูปแบบการจัดการชีวิตของผู้สูงวัย โดยยกเอาผู้สูงอายุในบ้านบัวเทิงมาเป็นกรณีศึกษา ผ่านกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม เพื่อให้เกิดต้นแบบด้านการสร้างคุณค่าทางเศรษฐกิจ ทางกาย ทางจิตใจและทางสังคมแก่ผู้สูงอายุ อันจะเป็นประโยชน์สำหรับผู้สูงอายุในชุมชนบ้านบัวเทิง และสำหรับผู้กำหนดนโยบาย เพื่อใช้ในการวางแผนพัฒนาการดูแลและให้ความสำคัญแก่ผู้สูงอายุในพื้นที่อื่น ๆ ต่อไป

1.2 คำถามวิจัยหลัก

รูปแบบการจัดการชีวิตของผู้สูงอายุบ้านบัวเทิงควรเป็นเช่นไร

1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1.3.1 เพื่อศึกษาข้อมูลทั่วไปที่เกี่ยวข้องกับมิติด้านการเงิน มิติด้านสุขภาพ และมิติด้านสังคมของผู้สูงอายุบ้านบัวเทิง หมู่ 4 ตำบลท่าช้าง อำเภอสว่างวีระวงศ์ จังหวัดอุบลราชธานี

1.3.2 เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการชีวิตสำหรับผู้สูงอายุในบ้านบัวเทิง

1.4 ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยนี้มีขอบเขตของการศึกษา ดังนี้

1.4.1 ขอบเขตด้านกลุ่มเป้าหมายและผู้ให้ข้อมูลหลัก

1.4.1.1 กลุ่มเป้าหมาย คือ บุคคลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้านบ้านบัวเทิง อำเภอสว่างวีระวงศ์ จังหวัดอุบลราชธานี

1.4.1.2 กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ บุคคลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้านบ้านบัวเทิง อำเภอสว่างวีระวงศ์ จังหวัดอุบลราชธานี เป็นผู้ที่ย้ายมาอาศัยในพื้นที่โดยถาวรหรืออยู่อาศัยในช่วงระยะเวลาของการดำเนินการวิจัยนี้ อีกทั้งมีรายได้หลักมาจากเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ (กรมประชาสัมพันธ์, 2565: เว็บไซต์) จำนวนอย่างน้อย 12 คน หรือจนกว่าข้อมูลจะอิ่มตัว (Boddy, 2016)

1.4.2 ขอบเขตด้านพื้นที่

บ้านบัวเทิง หมู่ 4 ตำบลท่าช้าง อำเภอสว่างวีระวงศ์ จังหวัดอุบลราชธานี

1.4.3 ขอบเขตด้านระยะเวลา

ผู้วิจัยใช้ระยะเวลาในการศึกษาระหว่างเดือน พฤศจิกายน 2564 ถึง เดือนมีนาคม 2566

1.4.4 ขอบเขตด้านเนื้อหา

การวิจัยครั้งนี้มุ่งศึกษาการพัฒนา รูปแบบการจัดการชีวิตของผู้สูงอายุ กรณีศึกษา บ้านบัวเทิง อำเภอสว่างวีระวงศ์ จังหวัดอุบลราชธานี โดยมีการใช้แนวคิดและทฤษฎีต่าง ๆ ดังนี้

1.4.4.1 แนวคิดการจัดการชีวิตมีกระบวนการ 4 ขั้นตอน ได้แก่ (1) การวางแผน (2) การจัดการตนเอง (3) การชี้นำตนเอง และ (4) การควบคุมตนเอง (Drucker, 2022: Website)

1.4.4.2 ทฤษฎีลำดับขั้นความต้องการของมาสโลว์ ประกอบด้วย 8 ลำดับขั้น ได้แก่ (1) ความต้องการขั้นพื้นฐานหรือปัจจัยสี่ (2) ความต้องการจำเป็นด้านความปลอดภัย (3) ความต้องการจำเป็นด้านความรักและการได้เป็นเจ้าของ (4) ความต้องการจำเป็นด้านการเห็นคุณค่าในตนเอง (5) ความต้องการความรู้ (6) ความต้องการด้านสุนทรียภาพ (7) ความต้องการจำเป็นด้านความสมบูรณ์ของชีวิต และ (8) ความต้องการด้านภูมิปัญญา (McLeod, 2022: Website)

1.4.4.3 ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลง ประกอบด้วย 4 ลำดับขั้น ซึ่งได้แก่ (1) เงื่อนไข (Precodition) หรือทรัพยากร (ก่อน) (2) การแทรกแซง (Intervention) โดยเป็นการจัดกิจกรรม (Activities) (3) ตัวชี้วัด (Indicators) และ (4) ผลลัพธ์ในระยะยาว (Long term Outcome) (สมพร อิศวิลานนท์, 2561)

1.5 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1.5.1 ผู้สูงอายุสามารถพึ่งพาตนเองได้ ไม่เป็นภาระบุตร บุตรหลานในด้านการเงิน ด้านสุขภาพ และด้านสังคม

1.5.2 บุตร บุตรหลาน หรือบุคคลใกล้ชิด มีแนวทางในการส่งเสริมคุณค่าให้กับผู้สูงอายุ

1.5.3 ชุมชนบ้านบัวเทิง มีต้นแบบของการสร้างความเข้มแข็งด้านการจัดการชีวิตสำหรับผู้สูงอายุ

1.5.4 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และหน่วยงานภาครัฐด้านสาธารณสุขอื่น ๆ มีต้นแบบในการดูแลผู้สูงอายุเชิงบูรณาการ

1.6 คำนิยามศัพท์

1.6.1 การจัดการชีวิต หมายถึง กระบวนการดำเนินการของกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายชีวิตตามที่ตั้งไว้

1.6.2 รูปแบบการจัดการชีวิตของผู้สูงอายุ หมายถึง วิธีการของผู้สูงอายุในการดำเนินชีวิต เพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามที่ตั้งไว้ใน 3 มิติ ได้แก่ 1) มิติด้านการเงิน 2) มิติด้านสุขภาพ และ 3) มิติ

ด้านสังคม ผ่านกระบวนการดำเนินกิจกรรมการวางแผน การจัดการตนเอง การชี้นำตนเอง และการควบคุมตนเอง

1.6.3 การวางแผน หมายถึง การตั้งเป้าหมายชีวิตของผู้สูงอายุ เพื่อจะนำพาตนเองให้บรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้

1.6.4 การจัดการตนเอง หมายถึง การจัดการเวลาในชีวิตของผู้สูงอายุเพื่อดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ให้สามารถบรรลุเป้าหมายตามที่วางแผนไว้

1.6.5 การชี้นำตนเอง หมายถึง การลงมือดำเนินกิจกรรมของผู้สูงอายุ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้

1.6.6 การควบคุมตนเอง หมายถึง การกำกับตนเองของผู้สูงอายุเพื่อที่จะสามารถดำเนินชีวิตให้เป็นไปตามเป้าหมายที่ตั้งไว้

1.6.7 ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้านบ้านบัวเทิง ตำบลท่าช้าง อำเภอสว่างวีระวงศ์ จังหวัดอุบลราชธานี

1.6.8 มิติด้านการเงิน หมายถึง ความสามารถในการเพิ่มรายได้ของผู้สูงอายุ

1.6.9 มิติด้านสุขภาพ หมายถึง การใส่ใจในสุขภาพของผู้สูงอายุ

1.6.10 มิติด้านสังคม หมายถึง การมองเห็นคุณค่าตนเอง และการมีความรู้สึกไม่โดดเดี่ยวของผู้สูงอายุ