

จาก “พถฒพล้ง” ถู “พถฒสุขภวะ”

ประภะเพญ สุวรรณ¹ มณีนรัตน์ อีระวิวัฒน์²

¹ สาขาสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น

² ภาควิชาสุศึกษาและพถติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

บทคัดย่อ

ในช่วงที่องค์การสหประชาชาติได้กำหนดเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ (ค.ศ. 2000-2015) องค์การอนามัยโลกได้กำหนดกลยุทธ์ “พถฒพล้ง/การสูงวัยอย่างมีพล้ง” (Active Ageing) จึงมีเป้าหมายเพื่อการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้เข้าสู่ระบบสุขภาพ/สาธารณสุข มีคุณภาพชีวิตที่ดี ปลอดภัยและมีความมั่นคง และมีส่วนร่วมกับชุมชน หลังจากปี ค.ศ. 2015 และความเป็นอยู่ที่ดี (พ.ศ. 2558) องค์การสหประชาชาติ ได้กำหนดเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนของโลก (The Global Goals for Sustainable Development) ในช่วง ค.ศ. 2015-2030 ซึ่งประกอบด้วย การพัฒนา 17 ประเด็น มีประเด็นหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพคือ “การมีสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี” และองค์การอนามัยโลกได้เสนอกลยุทธ์ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ คือ “การสูงวัยอย่างมีสุขภาพะ” (Healthy Ageing) ซึ่งโมเดลของ “การสูงวัยอย่างมีสุขภาพะ” ควรจะครอบคลุมแนวคิดของคำว่า “สุขภาพะ” ทั้ง 4 องค์ประกอบคือ สุขภาพะด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ อนึ่งควรจะได้มีการพัฒนา ศึกษา วิจัย เกี่ยวกับกลยุทธ์นี้ ให้มากขึ้นในประเทศไทย เพื่อให้ผู้สูงอายุไทยมีความสมบูรณ์ด้านสุขภาพะองค์รวมนี

คำสำคัญ: พถฒพล้ง/ เป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ/ เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนของโลก/
การสูงวัยอย่างมีสุขภาพะ

From “Active Ageing” to “Healthy Ageing”

Prapapen Suwan¹, Manirat Therawiwat²

¹ Program in Public Health, Graduate School, Western University

² Department of Health Education and Behavioral Sciences, Faculty of Public Health, Mahidol University

Abstract

The United Nations Organization had developed the Millennium Development Goals—MDGs (2000-2015) and the World Health Organization had developed the strategy of “Active Ageing” with the aim to promote elderly worldwide to access medical/public health services, have good quality of life, be safe and secure and participate in community activities. After the year 2015, the United Nations Organization had set up 17 components of the Sustainable Development Goals: SDGs (2015-2030) whereas the component 3- - “Good health and living” relates directly to health. At the same time, the World Health Organization had developed the strategy on “Healthy Ageing”, 2016-2030, aiming to promote health of elderly worldwide. “Healthy Ageing” Model should include all 4 components of health in regard to physical, mental, social and spiritual health. More activities should be done in Thailand to develop, study, and research the “Healthy Ageing” Model in order to help Thai elderly get holistic components of health.

Keywords: Active Ageing/ Millennium Development Goals—MDGs/
Sustainable Development Goals—SDGs/ Healthy Ageing

บทนำ

“พหุสุขภาพ” (Health Ageing) หรือ “ผู้สูงวัยที่มีสุขภาพ”/ “ผู้สูงวัยที่มีสุขภาพดี” เป็นแนวคิดที่เป็นเป้าหมายสำคัญของการอนามัยโลก ในการทำงานกับกลุ่มผู้สูงอายุในช่วงเวลาระหว่างปี พ.ศ. 2558-2573 (ค.ศ. 2015-2030)¹ เป้าหมายนี้กำหนดใช้แทนเป้าหมายเดิมที่ผ่านมาขององค์การอนามัยโลกเกี่ยวกับ “พหุพลัง”/ “ผู้สูงอายุที่มีพลัง” (Active Ageing) ที่ได้ถูกพัฒนาขึ้นมาในปี พ.ศ. 2545 (ค.ศ. 2002) ซึ่งเป็นช่วงเวลาเดียวกับที่ประชาคมโลก โดยองค์การสหประชาชาติได้กำหนดเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ (Millennium Development Goals-MDGs) และสิ้นสุดลงเมื่อปี พ.ศ. 2558 (ค.ศ. 2015) ประชาคมโลกโดยองค์การสหประชาชาติได้ร่วมประชุมสมัชชาใหญ่องค์การสหประชาชาติ (UN General Assembly) ณ กรุงนิวยอร์ก เพื่อรับรอง “เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนของโลก 17 ประการ” (The Global Goals for Sustainable Development: SDGs) ประกอบด้วย 1) ขจัดความยากจน 2) ขจัดความอดอยาก 3) การมีสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี 4) การมีการศึกษาที่มีคุณภาพ 5) ความเท่าเทียมทางเพศ 6) การสุขาภิบาลและน้ำสะอาด 7) การมีพลังงานสะอาดใช้อย่างเพียงพอ 8) มินางาที่มีคุณค่า และการเติบโตทางเศรษฐกิจ 9) พัฒนาด้านอุตสาหกรรม 10) ลดความเหลื่อมล้ำ 11) สร้างให้เกิดชุมชนเมืองที่ยั่งยืน 12) การบริโภคและผลิตอย่างมีความรับผิดชอบ 13) การดูแลด้านสภาพภูมิศาสตร์ 14) การดูแลทรัพยากรทางน้ำ 15) ชีวิตบนพื้นดิน 16) การสร้างความสงบ ความยุติธรรม และสถาบันที่เข้มแข็ง และ 17) ภาควิชาความร่วมมือเพื่อผลักดันให้ถึงเป้าหมาย² เป้าหมาย 17 เป้าหมายนี้ได้เริ่มเมื่อ พ.ศ. 2558 ถึง พ.ศ. 2573 (ค.ศ. 2015-2030) ในช่วงเวลาดังกล่าวองค์การอนามัยโลกได้กำหนดกลยุทธ์ด้านที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุของประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก เพื่อการมีสุขภาพของประชากรผู้สูงอายุ (Global Strategy and Action Plan on Ageing and Health) ซึ่งผ่านการยอมรับของประเทศสมาชิกองค์การอนามัยโลก ในการประชุมสมัชชาสหประชาชาติในปี ค.ศ. 2016 (พ.ศ. 2559) ทำให้เกิดนโยบาย เพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าประเทศสมาชิกทั่วโลกมีปฏิกิริยา

ตอบสนองเป้าหมายดังกล่าวในการพัฒนาสุขภาพของผู้สูงอายุในประชากรของตนเอง³

แนวคิดเกี่ยวกับ “Active Ageing”

ก่อนที่จะทำความเข้าใจกับกลยุทธ์และแผนการดำเนินงานเพื่อ “สุขภาพของผู้สูงอายุ” (Healthy Ageing) ควรจะทำความเข้าใจกับนโยบายของกลยุทธ์เกี่ยวกับ “Active Ageing” ก่อนเพราะทั้ง 2 กลยุทธ์นี้มีความสัมพันธ์เกี่ยวเนื่องกัน และมีเป้าหมายคล้ายกัน เป้าหมายขององค์การอนามัยโลกในการกำหนดกรอบแนวคิด Active Ageing นี้ เพื่อสร้างโอกาสให้ผู้สูงอายุเข้าถึงระบบสุขภาพ/ สาธารณสุข มีส่วนร่วมได้รับความปลอดภัย และมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีการวางแผนนโยบายการบริหารจัดการการให้บริการแก่ผู้สูงอายุ การจัดสภาพแวดล้อม และโครงสร้างเมืองให้เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ^{1, 3, 5, 6} โดยคำนึงถึงสิ่งต่อไปนี้

1. ผู้สูงอายุมีความสามารถที่หลากหลาย เป็นแหล่งทรัพยากรที่สำคัญและเป็นประโยชน์
2. มีการตอบสนองและคาดการณ์ความต้องการและความชอบของผู้สูงอายุ
3. ให้ความสำคัญต่อการตัดสินใจ และวิถีชีวิตของผู้สูงอายุ
4. ให้การคุ้มครองป้องกัน ผู้สูงอายุ องค์การอนามัยโลกได้เสนอองค์ประกอบสำคัญของการเป็น “ผู้สูงอายุที่มีพลัง” ประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 องค์ประกอบ (3 เสาหลัก)
 1. การมีสุขภาพดี (Health)
 2. การมีส่วนร่วม (Participation)
 3. การมีหลักประกันความมั่นคง (Security)

อนึ่งคำว่า “Active Ageing” นี้ในประเทศไทยมีการใช้ภาษาไทยหลายคำ เช่น พหุพลัง, พลังผู้สูงวัย, พลังผู้สูงอายุ, พลังผู้วัย เป็นต้น ซึ่งคำว่า “พหุ” แปลว่า “ผู้สูงวัย”, “ผู้สูงอายุ” ในปี พ.ศ. 2560 กลุ่มประสานและติดตามสารสนเทศศูนย์สารสนเทศยุทธศาสตร์ภาครัฐ สำนักงานสถิติแห่งชาติ ได้จัดทำดัชนีพหุพลัง (Active Ageing Index: AAI) เป็นการศึกษาดัชนีที่เกี่ยวข้องจากเอกสาร/รายงาน ทั้งในประเทศและต่างประเทศ เพื่อนำมากำหนดตัวชี้วัด และดัชนีที่เกี่ยวข้องกับการวัดภาวะพหุพลังหรือพลังผู้สูงอายุในสังคมไทย โดยประมวลผลข้อมูลจากการสำรวจที่

สำคัญของประเทศ มีวัตถุประสงค์เพื่อนำตัวชี้วัดไปใช้ในการศึกษาวิจัยด้านผู้สูงอายุและการวางแผนเพื่อสร้างสังคมพัฒนาได้ ข้อมูลที่ใช้เป็นข้อมูลจากการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2557 การสำรวจภาวะการทำงานของประชากร พ.ศ. 2557 และการสำรวจการมีเทคโนโลยีสารสนเทศ และการศึกษาของครัวเรือน พ.ศ. 2557^{6,7}

ดัชนีพัฒนาพลัง (AAI) ของผู้สูงอายุไทยที่จัดทำขึ้นเป็นดัชนีองค์ประกอบ (Composite Index) ที่มาจากดัชนีย่อย 4 ด้าน ดังนี้

1. ดัชนีสุขภาพ 6 ตัวชี้วัด ได้แก่ 1.1) การประเมินสุขภาพกาย 1.2) สุขภาพจิต 1.3) ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน และการเคลื่อนไหว 1.4) การมองเห็น 1.5) การได้ยิน 1.6) การออกกำลังกาย

2. ดัชนีการมีส่วนร่วม 4 ตัวชี้วัด ได้แก่ 2.1) การมีงานทำ 2.2) การเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มชมรมผู้สูงอายุ 2.3) การเข้าร่วมกิจกรรมของหมู่บ้าน/ชุมชน 2.4) การดูแลบุคคลในครัวเรือน

3. ดัชนีด้านความมั่นคง 4 ตัวชี้วัด ได้แก่

- 3.1) ความเพียงพอของรายได้
- 3.2) การเป็นเจ้าของที่อยู่อาศัย
- 3.3) ลักษณะการอยู่อาศัย
- 3.4) สภาพการอยู่อาศัยที่ปลอดภัย

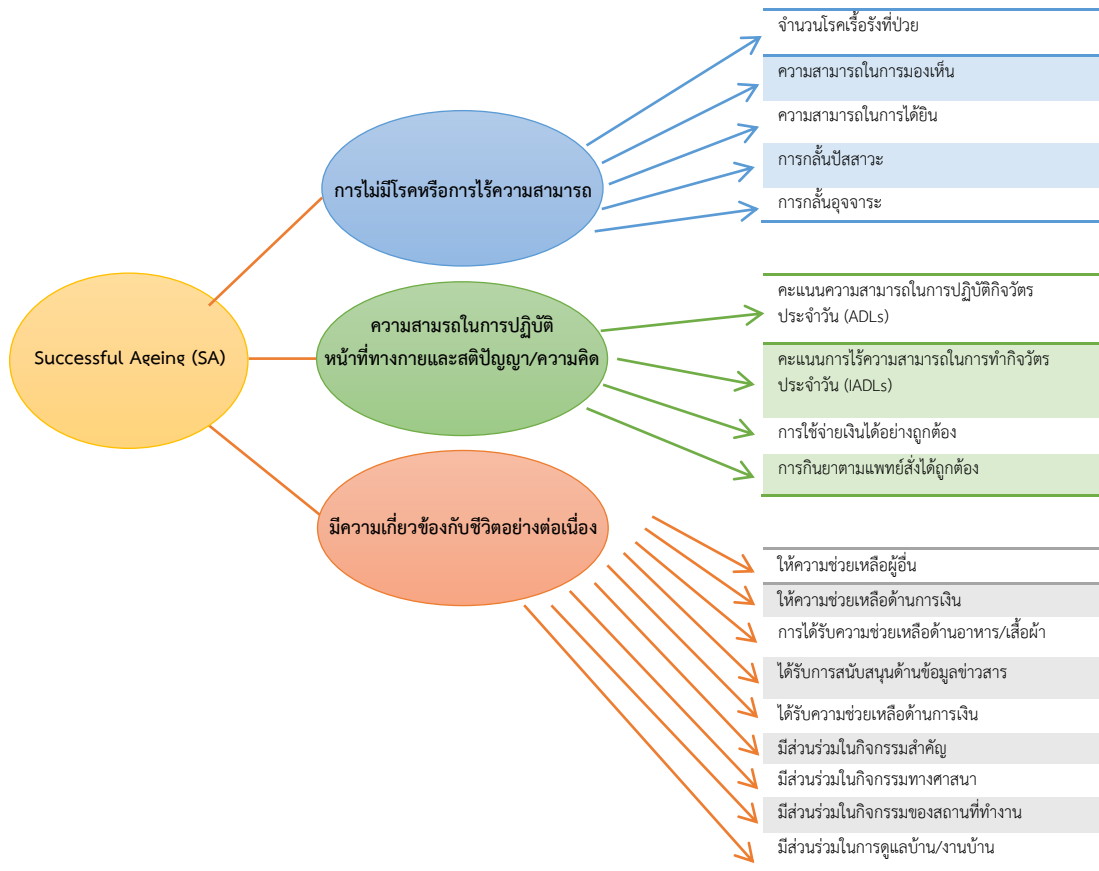
4. ดัชนีสภาพที่เอื้อต่อการมีพัฒนาพลัง 2 ตัวชี้วัด ได้แก่

- 4.1) การมี/ การใช้อุปกรณ์ ICT
- 4.2) การอ่านออกเขียนได้

ค่าดัชนีพัฒนาพลัง และดัชนีองค์ประกอบแต่ละด้านที่ได้มีค่าอยู่ระหว่าง 0 ถึง 1 ในการแปลความหมาย หากค่าดัชนีที่ได้มีค่าใกล้ 1 หมายถึง การมีความสามารถในการดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ แต่ถ้าค่าที่ได้มีค่าในทางตรงกันข้าม หมายถึง การมีความสามารถในการดำรงชีวิตอยู่ในระดับต่ำ ผลการศึกษาพบว่า ดัชนีพัฒนาพลัง

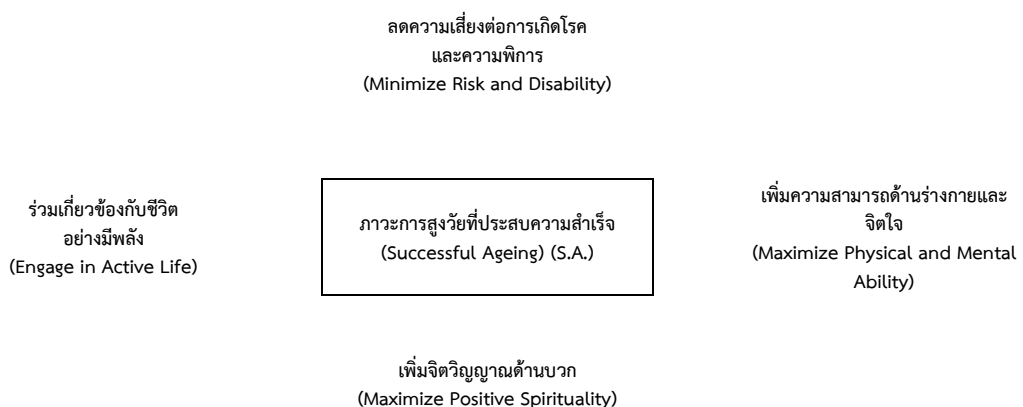
ผู้สูงอายุไทยมีค่าเท่ากับ 0.685 หมายความว่าผู้สูงอายุไทยมีคุณภาพในการดำรงชีวิตระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ดัชนีด้านสุขภาพมีค่าดัชนีสูงสุดเท่ากับ 0.797 รองลงมาคือ ดัชนีด้านความมั่นคง (0.751) ดัชนีด้านสภาพที่เอื้อต่อการมีภาวะพัฒนาพลัง (0.691) และดัชนีด้านการมีส่วนร่วม (0.502) ตามลำดับ เมื่อแบ่งตามระดับพื้นที่พบว่า ภาคเหนือมีระดับคุณภาพในการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุสูงที่สุด (0.695) รองลงมาได้แก่ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (0.694) ภาคกลาง (0.682) กรุงเทพมหานคร (0.677) และภาคใต้ (0.659)⁶

อย่างไรก็ตาม มีคำอื่น ๆ ที่นักวิชาการ/นักวิจัยใช้เรียก หรือกำหนดเป้าหมายสำหรับผู้สูงอายุ นอกจากคำว่า “Active Ageing” และ “Healthy Ageing” ได้แก่ Successful Ageing, Meaningful Ageing, Proactive Ageing, Gracefully Ageing, Positive Ageing, Optimal Ageing เป็นต้น จากคำต่าง ๆ ดังกล่าวมีการสร้างโมเดลเพื่ออธิบายความหมายของคำขึ้นมา เพื่อให้เป็นประโยชน์ต่อการศึกษาวิจัย และพัฒนาให้เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุในสังคมต่าง ๆ เช่น โมเดลของผู้สูงอายุที่มีประสิทธิผลสำเร็จ (Model of Successful Ageing) ซึ่งพัฒนาโดย Rowe T.W. และ Kahn R.L.⁸ ซึ่งได้ถูกนำไปศึกษาวิจัยหลายเรื่องทำให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยที่จะทำให้เกิดสิ่งเหล่านั้นกับผู้สูงอายุ Rowe และ Kahn ได้ให้ความหมายของผู้สูงอายุที่ประสิทธิผลสำเร็จว่าประกอบด้วยภาวะ 3 ภาวะ คือ 1) การไม่มีโรคหรือการไร้ความสามารถ (Avoiding Disease and Disability), 2) คงไว้ซึ่งความสามารถปฏิบัติหน้าที่ทางกายและทางปัญญา/ ความคิด (Maintaining physical & Cognitive Functioning), และ 3) การมีกิจกรรมเกี่ยวข้องกับชีวิตอย่างต่อเนื่องทั้งของตนเองและผู้อื่น (Continuing Engagement with Life) ดังแสดงในภาพที่ 1



จากการศึกษาของ Rossarin Gray⁴ เกี่ยวกับอิทธิพลของตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จของผู้สูงวัย พบว่า “การมีความเกี่ยวข้องกับชีวิตอย่างต่อเนื่อง” (Continuing Engagement With Life) มีอิทธิพลสูงสุด (0.99) รองลงไปคือ “การไม่มีโรคหรือการไร้ความสามารถ” (0.72) และ

“ความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ทางกาย และสติปัญญา/ความคิด” (0.67) อย่างไรก็ตาม ได้มีผู้เสนอแนะว่าโมเดลที่พัฒนาโดย Rowe และ Kahn ควรจะเพิ่มปัจจัย “จิตวิญญาณ” (Spirituality)⁸ ดังในภาพที่ 2



ภาพที่ 2 โมเดล Rowe และ Kahn เกี่ยวกับ Successful Ageing ปรับปรุงใหม่⁸

“ย่าง” ก้าวสู่ทศวรรษของ “สุขภาวะผู้สูงวัย” (Towards a Decade of Healthy Ageing)

กลยุทธ์หนึ่งของการดำเนินงานตามแผนเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน 2015-2030 (Sustainable Development Goals) ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ คือ กลยุทธ์เกี่ยวกับการพัฒนาสุขภาวะผู้สูงอายุ (Healthy Ageing) ซึ่งได้ถูกกำหนดในเอกสาร “World Report on Ageing and Health 2015” กลยุทธ์ของโครงการทศวรรษเพื่อสุขภาวะของผู้สูงอายุ (Decade of Healthy Ageing-from 2015 to 2030) ได้เน้นเป้าหมายของการพัฒนาสุขภาวะผู้สูงอายุตามแนวคิดหลักของคำว่า “สุขภาวะ” หรือ “ภาวะของการมีสุขภาพดี” ซึ่งไม่ได้เน้นเฉพาะการปราศจากโรค แต่จะเน้นปัจจัยอื่น ๆ ด้วย เช่น ความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ทางกาย ความสามารถในการตัดสินใจ การพัฒนาศักยภาพของบุคคล รวมถึงปัจจัยสิ่งแวดล้อมด้านร่างกาย และสังคมที่บุคคลนั้นอาศัยอยู่หรือถูกเลี้ยงดูมา กลยุทธ์นี้ได้จากการวางแผนกลั่นกรอง และกำหนดโดยผู้เชี่ยวชาญและที่ปรึกษาที่มีส่วนได้ส่วนเสียหลายท่านและเป็นเวลานาน กลยุทธ์เหล่านี้บางกลยุทธ์ได้ถูกดำเนินการมาบ้างแล้ว แต่อาจจะยังขาดความสัมพันธ์ระหว่างโครงการต่าง ๆ ตัวอย่าง เช่น การดูแลผู้สูงอายุ แบบบูรณาการ (Integrated care) จะเกิดขึ้นได้ยากหากประชาชนและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องไม่เปลี่ยนความคิด ความรู้สึก และการปฏิบัติต่อผู้สูงอายุ รวมถึงวิธีการปฏิบัติงานร่วมกับภาคีสมาชิกอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องด้วย

กลยุทธ์ในการดำเนินการเกี่ยวกับผู้สูงอายุนี้นี้จะต้องใช้ทรัพยากรเป็นจำนวนมาก แต่จะคุ้มค่าต่อการลงทุน เป็นการลงทุนที่จะทำให้ประชาชนมีสุขภาพดี และอายุยืนขึ้นในอนาคต และให้ความมั่นใจว่าประชาชนจะมีโอกาสที่จะมีสุขภาพดีขึ้น ไม่ถูกทอดทิ้ง และประชาคมโลกเกิดการพัฒนายั่งยืนตามที่ตั้งเป้าหมายไว้ภายในปี ค.ศ. 2030 ในช่วงเวลาที่ยุทธศาสตร์การอนามัยโลกได้ประกาศกลยุทธ์ “พลุดพลัง” หรือ “Active Ageing” ประเทศไทยโดยหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชากรวัยสูงอายุ มีการกำหนดเป้าหมายหรือการดำเนินงานของหน่วยงาน เช่น แนวคิด 4 Smarts ในการพัฒนาผู้สูงอายุไทย

โดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งได้แก่

- 1) Smart Walk (ไม่ล้ม) 2) Smart Brain (ไม่ลืม)
- 3) Smart Sleep & Emotion (ไม่ซึมเศร้า) และ
- 4) Smart Eat (กินข้าวอร่อย) มีการกำหนดให้สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวร เพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข และสถาบัน/ หน่วยงานอื่น ๆ ได้ทำการวิจัยพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุอย่างครบวงจร ออกแบบระบบบริการทางการแพทย์สำหรับผู้สูงอายุ 3 กลุ่มวัย ทุกระดับบริการ จัดทำระบบการศึกษา/ ฝึกอบรมเพื่อให้มีบุคลากรเพียงพอ รวมถึงผลิตผู้ดูแลผู้สูงอายุ ระดับที่ต่ำกว่าผู้ประกอบวิชาชีพสาธารณสุข เป็นต้น ปัจจุบันได้มีการนำเสนอรูปแบบระบบการดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทยหลากหลายรูปแบบ ทั้งการพัฒนา ระบบดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ (Long Term Care) เช่น การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน: พัฒนาพื้นที่ต้นแบบและปัจจัยสำคัญ¹¹

พลุดสุขภาพ (Healthy Ageing) คืออะไร

นักวิชาการหลายกลุ่มได้เสนอแนวคิดและรูปแบบ (models) เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของกลุ่มผู้สูงอายุในประเทศไทย รวมถึงการมีนโยบายเกี่ยวกับผู้สูงอายุขององค์กรต่าง ๆ เช่น กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข สถาบัน และมูลนิธิที่ดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ เป็นต้น ในเอกสารนี้ขอเสนอแนวคิดหลัก ๆ ของบางองค์กร/ หน่วยงานบางหน่วยงาน พอสังเขปดังนี้

- Ladda Thiamwong, Michael S. MaManus และ Jom Suwanno¹² ได้พัฒนารูปแบบการเป็นผู้สูงวัยที่มีสุขภาพ (Healthy Ageing) ที่ควรจะนำมาใช้สำหรับประเทศไทย โดยสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) และสนทนากลุ่ม (Focus-group discussion) กับกลุ่มตัวอย่างผู้ใหญ่อายุ 40-85 ปี จำนวน 39 คน ในชุมชนหลายแห่งของประเทศไทย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อนำผลการศึกษาร่างทฤษฎีพื้นฐานในการพัฒนาโมเดลการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีสุขภาพของประเทศไทย และได้เสนอโมเดล (Thai Healthy Ageing Model) ประกอบด้วยแนวคิดหลัก 3 ประเด็นสำคัญ (Themes) คือ
- 1) “ธรรมดา” (tham-ma-da: Normality);
 - 2) “ธรรมชาติ” (tham-ma-chat: Nature); และ
 - 3) “ธรรมะ” (tham-ma: Dharma) หรือเรียกว่า

“Thai 3 Ts” โมเดล ประเด็นเกี่ยวกับ **“ธรรมดา”** ประกอบด้วย ประเด็นย่อย คือ การมีกิจกรรมทางกาย มีจิตที่กระตือรือร้น ว่องไว (Mentally active) มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ และมีงานหรืองานอดิเรกที่ให้ประโยชน์ต่อสังคม ประเด็นเกี่ยวกับ **“ธรรมชาติ”** ประกอบด้วยประเด็นย่อย คือ การดำรงชีวิตอย่างเรียบง่ายใช้ง่ายอย่างระมัดระวัง และประเด็นสุดท้ายคือ **“ธรรมะ”** ประกอบด้วยประเด็นย่อยคือ การมีความสุขโดยการช่วยเหลือครอบครัว การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน ไม่มีความเครียดหรือวิตกกังวล โดยการพูดจาอย่างเปิดเผยและมีความซื่อสัตย์ต่อกันกับบุคคลอื่น การทำบุญ และให้ความช่วยเหลือคนอื่นด้วยความจริงใจและไม่หวังสิ่งตอบแทน อนึ่งในการดำเนินกิจกรรมติดต่อกับผู้สูงอายุ ต้องมีความเข้าใจผู้สูงอายุ ซึ่งจะเป็ประโยชน์ต่อผู้สูงอายุและต่อผู้ให้บริการสุขภาพ (Health Care Providers) ในการร่วมกันวางแผนออกแบบกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อเป้าหมายในการช่วยเหลือผู้สูงอายุ การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการประยุกต์ใช้โมเดลนี้จะเป็นประโยชน์อย่างมากต่อกำหนดนโยบายการพัฒนาสุขภาพในผู้สูงอายุไทย อย่างไรก็ตามแนวคิดของโมเดล “Thai 3Ts” นี้จะคล้าย ๆ กับแนวคิดหลักของคำว่าสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วยสุขภาพทางกาย ทางจิต ทางสังคม และจิตวิญญาณ

อย่างไรก็ตาม ภาวะสูงวัยดังกล่าวข้างต้นเป็นภาวะด้านบวกของความเป็นผู้สูงวัย ซึ่งจะนำมาซึ่งความสุขทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณของผู้สูงวัย ซึ่งจะแตกต่างจากการเป็นผู้สูงวัยที่อ่อนแอ (Frail Ageing) การเป็นผู้สูงวัยที่อ่อนแอ หมายถึงสภาวะที่ผู้สูงวัยมีความบกพร่องในการทำหน้าที่ของร่างกายบางประการ มีภาวะสุขภาพกายและจิตที่ไม่สมบูรณ์ ไม่สามารถดูแลตนเองเพื่อสนองตอบความต้องการด้านร่างกายได้ ต้องการความช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการตัดสินใจจากครอบครัวและสังคม ลักษณะของผู้สูงวัยที่อ่อนแอนี้สามารถใช้ประเมินเปรียบเทียบกับลักษณะของผู้สูงวัยที่มีพลัง มีคุณประโยชน์ ผู้สูงวัยที่สง่างาม และผู้สูงวัยที่มีสุขภาพแข็งแรงดังกล่ามาแล้ว

จะเห็นว่าแนวคิดหลักของคุณลักษณะที่พึงปรารถนาของภาวะการสูงวัยไม่ว่าจะเป็นพหุผลสำเร็จ (Active Elderly), ภาวะสูงวัยที่ประสบผลสำเร็จ (Successful Elderly), ภาวะการสูงวัยที่มีสุขภาพ

(Healthy Ageing) และ ภาวะการสูงวัยที่สง่างาม (Graceful Elderly) ล้วนมีความหมายที่ใกล้เคียงกันมาก มีปัจจัยส่วนประกอบบางองค์ประกอบที่คล้ายกัน ขึ้นอยู่กับสิ่งที่เน้นในลักษณะเฉพาะนั้น ๆ การเป็นผู้สูงวัยอย่างสุขภาพดี เกี่ยวข้องกับการสร้างสิ่งแวดล้อมและโอกาสที่จะช่วยให้ประชาชนเป็นและกระทำในสิ่งที่บุคคลนั้นให้ค่าว่าเป็นสิ่งสำคัญสำหรับตน ตลอดช่วงชีวิตของตน ทุก ๆ คนสามารถที่จะมีสุขภาพดีเมื่อเข้าสู่ภาวะสูงวัย การไม่มีโรค หรือความพิการ ไม่ใช่เป็นสิ่งที่จำเป็นต้องมีเท่านั้นสำหรับสุขภาพของการเป็นผู้สูงวัย ซึ่งพบว่า ผู้สูงวัยเป็นจำนวนมากมีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค หรือมากกว่า หรือปัญหาสุขภาพบางอย่าง แต่หากบุคคลเหล่านั้นควบคุมโรค หรือปัญหาสุขภาพนั้น ๆ ได้ ก็จะมีผลเพียงเล็กน้อยต่อสภาวะสุขภาพ หรือ wellbeing ของบุคคลนั้น คำว่า wellbeing หมายถึง สภาวะของความสมบูรณ์ ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายของคำว่า “สุขภาพ” (Health) ว่าหมายถึง สภาวะความสมบูรณ์ (Wellbeing) ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และรวมถึงการไม่มีโรค หรือความพิการ¹³ และการเป็นผู้สูงวัยอย่างสุขภาพดี และความสามารถในการปฏิบัติตามหน้าที่ (Health Ageing and Functional Ability)

องค์การอนามัยโลก^{3, 12} ได้ให้คำจำกัดความของคำว่า “Healthy Ageing” ว่าคือ “กระบวนการของการพัฒนา และคงไว้ซึ่งความสามารถในการมีความสามารถปฏิบัติหน้าที่ (Functional ability) ที่จะทำให้เกิดสภาวะความสมบูรณ์ (wellbeing) “ในช่วงวัยผู้สูงอายุ” ความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ หมายถึง การมีความสามารถ (capabilities) ที่ช่วยให้ประชาชนเป็น (to be) และปฏิบัติ (to do) ซึ่งจะเกี่ยวข้องกับความสามารถต่อไปนี้

- ตอบสนองต่อความต้องการพื้นฐานของผู้สูงวัย
- เรียนรู้, พัฒนา และตัดสินใจ
- มีพลังในการปฏิบัติพฤติกรรมต่าง ๆ
- สร้างและคงไว้ซึ่งความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น
- ให้/ ตอบแทนชุมชน/ สังคม

ความสามารถปฏิบัติหน้าที่ เป็นภาวะที่บุคคลมีความสามารถภายในตน (Intrinsic capability) ซึ่งประกอบด้วย ความสามารถทางด้านจิต

และด้านกายภาพ (Mental and physical capabilities) ที่บุคคลมีและเกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับบุคคล เช่น ครอบครัว ชุมชน สังคม ความสามารถภายในนี้จะทำให้บุคคลสามารถเดิน คิด มองเห็น ได้ยิน จำได้ เป็นต้น ระดับความสามารถภายในตนนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่าง เช่น การเจ็บป่วย โรค การบาดเจ็บ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากการมีอายุมากขึ้น เป็นต้น ในการศึกษาของ Rossarin Gray ได้ศึกษาตัวแปรชีวิตในประเด็นความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

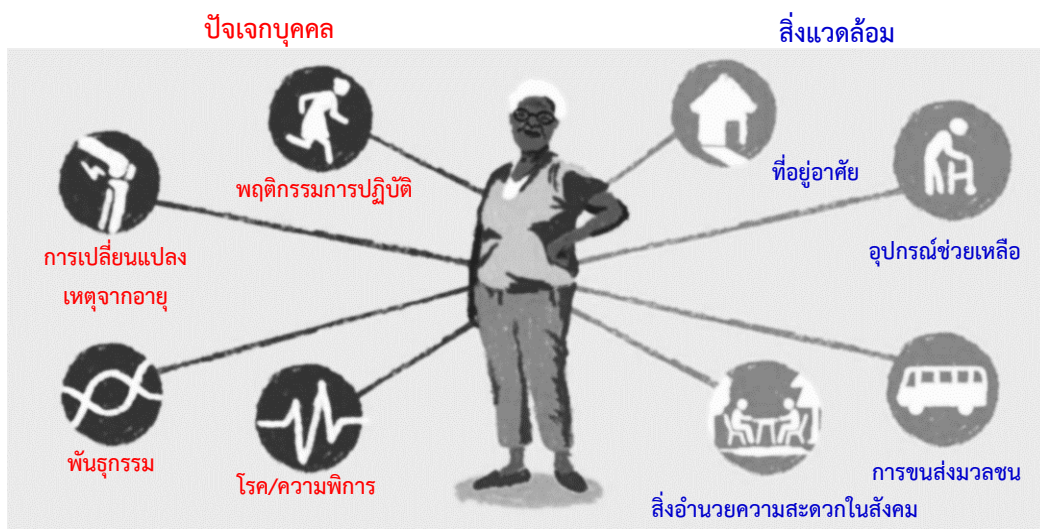
ปัจจัยแวดล้อม ได้แก่ บ้านที่อยู่อาศัย ชุมชน สังคมที่กว้างออกไป และปัจจัยทั้งหมดในสิ่งแวดล้อมทั้งหมด เป็นต้นว่า สิ่งแวดล้อมที่ก่อสร้างขึ้น คนในชุมชนและสัมพันธ์ภาพของบุคคลในชุมชน ทศนคติ และค่านิยม สุขภาพและนโยบายชุมชน, ระบบต่าง ๆ ที่สนับสนุนชุมชนและบริการที่จัดให้ ชุมชน การที่บุคคลสามารถจะดำเนินชีวิตในชุมชนที่มีสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุน และทำให้ความสามารถภายในตนยังคงอยู่ และความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ต่างๆ เป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้เกิดสุขภาวะของความสุขวัย (Health Ageing)

สิ่งที่ควรคำนึงถึงเกี่ยวกับ “สุขภาวะของผู้สูงอายุ”^{6, 7, 14, 15}

1. ผู้สูงอายุแต่ละคนมีความแตกต่างกัน ผู้สูงอายุบางคนมีความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ต่าง ๆ เท่า ๆ กับคนอายุ 30 ปี บางคนอาจต้องการความช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน แต่บางคนอาจต้องการความช่วยเหลือบางอย่าง เป็นต้น สุขภาพเป็นองค์ประกอบสำคัญของประสบการณ์ในวัยสูงอายุของทุกคน แม้ว่าผู้สูงวัยมีอายุเท่ากัน อาจต้องการความช่วยเหลือแตกต่างกัน เช่น การแต่งตัว การรับประทานอาหาร นโยบายของชุมชน/ ประเทศ ควรครอบคลุมการช่วยให้ผู้สูงอายุได้พัฒนาความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม กิจวัตรต่าง ๆ ที่จำเป็น และที่สำคัญของผู้สูงวัย ไม่ว่าจะเป็นกลุ่มที่แข็งแรง กลุ่มที่ช่วยตัวเองได้ หรือที่ช่วยตัวเองไม่ได้เลย รวมถึงกลุ่มที่ช่วยตัวเองได้บ้าง

2. ความไม่เท่าเทียมกัน (Inequity) ความแตกต่างในความสามารถของผู้สูงวัยดังกล่าวข้างบนส่วนใหญ่ (ประมาณ 75%) เป็นผลมาจากสิ่งที่สะสมมาของสิ่งดี/ มีประโยชน์ สิ่งที่ไม่ดี หรือไม่มีประโยชน์หลายอย่างที่เกิดขึ้นในช่วงชีวิตของแต่ละคน ที่สำคัญคือความสัมพันธ์ที่เรามีกับสิ่งแวดล้อมถูกหล่อหลอมจากหลายปัจจัย เช่น ครอบครัวที่เราเกิดมา เพศ ความเชื่อ ชาติพันธุ์ของเรา ระดับการศึกษา และรายได้ เป็นต้น

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสุขภาวะของผู้สูงอายุ



เพื่อส่งเสริมให้ภาวะสูงวัยเป็นภาวะที่มีสุขภาวะ จำเป็นจะต้องทำอะไรบ้าง?

- การเปลี่ยนแปลงความคิดทางสังคม/ประชาชน ต่อภาวะสูงวัย และผู้สูงวัย
- การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เป็นมิตร ต่อผู้สูงวัย จัดกิจกรรมทางการศึกษาเพื่อการเปลี่ยนแปลงปัจจัยเสี่ยงและปัญหาสุขภาพ
- ปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงวัย
- สร้างระบบการดูแลระยะยาวให้ผู้สูงวัย (Long-term care)

เพื่อให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดสุขภาพ (Health) อย่างสมบูรณ์ นอกจากสุขภาพจะรวมถึงสุขภาพกายและสุขภาพจิตแล้ว ผู้เขียนขอเสนอแนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพทางสังคม (Social Health) และสุขภาพด้านจิตวิญญาณ (Spiritual Health) ซึ่งแนวคิดนี้จะสามารถนำมาปรับให้เข้ากับแนวคิด Healthy Ageing และแนวคิดการสูงวัยที่ประสบความสำเร็จ (Successful Ageing) ได้

สุขภาพทางสังคม (Social Health)

ตามคำจำกัดความของคำว่า สุขภาพ (Health) หรือสุขภาพขององค์การอนามัยโลก^{3, 13} สุขภาพทางสังคมเป็นส่วนประกอบหนึ่งของการมีสุขภาวะ แต่เป็นองค์ประกอบที่ไม่ค่อยจะถูกนำมาศึกษา อภิปราย วัด ประเมิน หรือวิจัยกันมากนักเมื่อเปรียบเทียบกับองค์ประกอบของสุขภาพด้านร่างกาย และจิตใจ มีคนจำนวนไม่น้อยที่มีความเข้าใจผิด คลาดเคลื่อน หรือไม่ตรงกันเกี่ยวกับแนวคิดหลักขององค์ประกอบของสุขภาพทางสังคม คำว่า “สังคม” จะหมายถึง **คุณลักษณะของ “สังคม” มากกว่า** ที่จะหมายถึงคุณลักษณะของ “บุคคล” มีผู้ให้คำจำกัดความของคำว่า “สุขภาพทางสังคม” ไว้ว่า ... เป็นองค์ประกอบด้านหนึ่งที่แสดงถึงสถานะทางสุขภาพของบุคคล ซึ่งเกี่ยวข้องกับการอยู่ร่วมกันกับบุคคลอื่นในสังคม บุคคลในสังคมมีปฏิกริยาตอบสนองต่อบุคคลนั้นอย่างไร และบุคคลนั้นมีปฏิกริยาต่อองค์กรในสังคมและขนบธรรมเนียมประเพณีอย่างไร^{14, 15}

จากคำจำกัดความข้างบนจะเห็นว่า ความหมายของสุขภาพทางสังคมนั้นกว้างมาก

ซึ่งรวมถึงองค์ประกอบด้านบุคลิกภาพ ทักษะทางด้านสังคม (Social skills) และสะท้อนให้เห็นถึงบรรทัดฐานทางสังคมที่บุคคลนั้นร่วมอยู่ด้วยที่จริงแล้วพบว่า การวัดสุขภาพด้านสังคมมักจะไม่น่าจะรวมแนวคิดหลักด้าน “การมีสุขภาพดี” (Healthy) แต่มักจะรวมแนวคิดหลักด้าน “สภาวะความสมบูรณ์” (Well-being), “การปรับตัว” (Adjustment), “การปฏิบัติ” (Performance) หรือ “การปฏิบัติหน้าที่ในสังคม” (Social functioning) มากกว่า

ตามที่องค์การอนามัยโลกได้ให้คำจำกัดความของคำว่า “สุขภาพ” ไว้ นั้น จะเห็นว่าเน้นตรงที่การมองบุคคล (ผู้ป่วย) ว่าเป็นสัตว์สังคมผู้ซึ่งมีชีวิตอยู่ในสิ่งแวดล้อมทางสังคมที่ซับซ้อน จากคำจำกัดความนี้ก่อให้เกิดศาสตร์ด้านสังคมต่างๆ เกี่ยวกับการแพทย์ขึ้นหลายศาสตร์ เช่น สังคมศาสตร์การแพทย์ (Medical Social Sciences) เวชกรรมสังคม (Community Medicine) สังคมวิทยาการแพทย์ (Medical Sociology) เป็นต้น แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพทางสังคมนี้เชื่อว่า “เป้าหมายสูงสุดของการให้บริการทางการแพทย์ คือการช่วยให้ผู้ป่วยหรือบุคคลได้มีชีวิตอยู่อย่างปกติ มีชีวิตที่เจริญก้าวหน้าในสังคมด้วย พร้อม ๆ กับการที่จะรักษาอาการเจ็บป่วย” แนวคิดนี้ได้ก่อให้เกิดความต้องการเครื่องมือหรือมาตรวัดที่เหมาะสมเพื่อจะได้ศึกษาถึงความต้องการเกี่ยวกับสุขภาพทางสังคม และขณะเดียวกันก็เพื่อจะประเมินผลภาวะสุขภาพทางสังคมด้วยจากการศึกษาค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ที่โรงพยาบาลหรือหน่วยบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขได้จัดให้กับผู้ป่วย ประกอบกับความจำเป็นทางด้านเศรษฐกิจที่ต้องอนุญาตให้ผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลเร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้ และไม่ก่อให้เกิดอันตรายกับผู้ป่วย ซึ่งให้เห็นถึงความจำเป็นที่จะต้องประเมินความสามารถของผู้ป่วยที่จะอยู่ในสังคมได้ด้วยตนเอง การเปลี่ยนนโยบายเกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วยโรคจิตจากการรับผู้ป่วยไว้รักษาที่โรงพยาบาลเป็นการให้ยาและให้ผู้ป่วยอยู่บ้านนั้นเป็นปรากฏการณ์ที่กระตุ้นให้มีการศึกษาค้นคว้าเกี่ยวกับคุณภาพและความสามารถในการปรับตัวให้เข้ากับชุมชนเพื่อ

การดำรงชีวิตที่ดีในชุมชน โดยเฉพาะกับกลุ่มผู้สูงอายุ งานศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับเรื่องนี้ได้แก่ การฟื้นฟูสภาพทางด้านร่างกาย ตัวบ่งชี้ (Indices) สำหรับประเมินความสามารถในการปฏิบัติตนในสังคม (Social functioning) ซึ่งสามารถนำมาใช้ประเมินผลการฟื้นฟูสภาพในแง่การมีชีวิตอยู่ในสังคมก็คือ “การที่บุคคลสามารถจะกลับไปอยู่ในสังคมในสภาพที่จะสามารถสร้างสรรค์ อย่างมั่นคงหรือไม่เพียงใด” นอกจากนี้ก็ควรจะศึกษาอิทธิพลของการสนับสนุนทางสังคม (Social support) และความสัมพันธ์ของสังคมที่มีต่อบุคคลในด้านส่งเสริมสุขภาพทางด้านร่างกายและจิตใจด้วย

การปรับตัวในสังคมและบทบาทในสังคม (Social Adjustment and Social Roles)

วิธีการศึกษาสุขภาพทางสังคมที่เน้นการศึกษาการปรับตัวในสังคมนั้นมีต้นกำเนิดมาจากผลงานของนักสังคมวิทยา และจิตแพทย์ ความสนใจของจิตแพทย์ที่จะศึกษาสุขภาพทางด้านสังคมนั้นมีขึ้นเนื่องจากว่าผู้ป่วยที่มีปัญหาทางด้านจิตเวชนั้นมักจะมีปัญหาเกี่ยวกับสัมพันธภาพและการติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่น ดังนั้น ความเหมาะสมและเพียงพอของสัมพันธภาพทางสังคม และการปรับตัวทางสังคมของบุคคลจะเป็นตัวแปรที่บ่งชี้ถึงความต้องการในการบริการและการดูแลรักษาของแพทย์ และยังใช้สำหรับการประเมินผลการให้การดูแลรักษาอีกด้วย โดยเฉพาะในรายที่ผู้ป่วยได้รับการบำบัดทางจิต (Psychotherapy) ขณะเดียวกันจะเห็นว่า การพัฒนาเครื่องมือหรือมาตราส่วนประมาณค่าที่จะใช้วัดการปรับตัวของบุคคลก็ได้เปลี่ยนแนวทางจากแนวคิดทางด้านการแพทย์ซึ่งเน้นที่โรค (Disease) หรือความเบี่ยงเบนไปจากปกติ (deviance) ไปสู่การเน้นด้านความผิดปกติทางด้านจิตใจหรือการมีความกดดันทางจิตใจ (Mental distress) ซึ่งจะเกี่ยวข้องกับการปรับตัวที่ไม่เหมาะสมในสังคม ซึ่งเป็นการตอบคำถามที่ว่า... ผู้ป่วยสามารถแสดงบทบาทในแง่การมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นในสังคมได้อย่างเหมาะสมหรือไม่? หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งก็หมายถึงการปรับตัวในสังคมนั้นเอง ซึ่งบุคคลจะมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมทางสังคมของตน

นอกจากนี้ Linn⁹ ได้ให้ความหมายของการปรับตัวในลักษณะที่เกี่ยวกับผลสำเร็จของบุคคลในการลดความตึงเครียด (Tension) และการสนองตอบความต้องการของตน การมุ่งความสนใจไปสู่การปรับตัวในสังคมนี้นี้ไม่ใช่มีเฉพาะในกลุ่มจิตแพทย์เท่านั้น ในการจัดการศึกษาในโรงเรียนก็ได้ให้ความสนใจเกี่ยวกับเรื่องนี้โดยได้เน้นเป้าหมายของการสอนนักเรียน ไม่เพียงแต่จะจัดการเรียนการสอนเพื่อให้ นักเรียนอ่านออกเขียนได้เท่านั้น แต่เพื่อให้ นักเรียนสามารถปฏิบัติตนได้อย่างมีประสิทธิภาพในสังคมอีกด้วย

การปรับตัวทางสังคมอาจจะวัดโดยใช้ตัวแปรทางด้านความพึงพอใจของบุคคลที่มีต่อสัมพันธภาพของตนในสังคม หรือโดยศึกษาตัวแปรเกี่ยวกับการแสดงบทบาทของบุคคลในสังคม (Social roles) อย่างไรก็ตามการศึกษาตัวแปรเหล่านี้อาจจะมีบางส่วนซึ่งเกี่ยวข้องหรือพาดพิงถึงการวัดตัวแปรด้านความพึงพอใจในชีวิต ความสุข และคุณภาพชีวิต ปัญหาที่สำคัญปัญหาหนึ่งของการวัดการปรับตัวในสังคม ได้แก่ การเลือกเกณฑ์หรือมาตรฐานที่เหมาะสม เพื่อประเมินการปรับตัวของบุคคล เกณฑ์หรือมาตรฐานนี้จะแตกต่างกันระหว่างสังคมหนึ่งกับอีกสังคมหนึ่ง ความคาดหวังเกี่ยวกับการปรับตัวในสังคมก็จะแตกต่างกันระหว่างกลุ่มชนชั้นต่าง ๆ ในวัฒนธรรมเดียวกัน ความแตกต่างนี้ทำให้ยากในการเปรียบเทียบความสามารถในการปรับตัวระหว่างบุคคลในกลุ่มสังคมต่าง ๆ และในเวลา/ สถานที่ที่แตกต่างกัน วิธีการที่ดีที่สุดที่จะหลีกเลี่ยงปัญหานี้โดยการมุ่งศึกษาบทบาทเฉพาะอย่าง ซึ่งพฤติกรรมการศึกษาของบทบาทเหล่านั้นไม่มีความแตกต่างกันมาก

วิธีการศึกษาบทบาททางสังคม ซึ่งเป็นการวัดการปรับตัววิธีการหนึ่งนั้น มีแนวคิดพื้นฐานมาจากทฤษฎีเกี่ยวกับบทบาททางสังคม โดยการศึกษารายละเอียดเพื่อจะตอบคำถามที่ว่า **บุคคลได้ปฏิบัติบทบาทได้อย่างเหมาะสมเพียงใด - เมื่อเปรียบเทียบกับความคาดหวังของสังคมนั้น** บุคคลที่ไม่สามารถปฏิบัติตนไปในทางที่สังคมนั้นถือว่าปกติ (Normal) ก็จะถูกกล่าวว่าเป็นผู้ที่ขาดความสามารถทางสังคม (Socially disabled) อย่างไรก็ตาม วิธีการนี้ก็มีปัญหาที่ว่า การปฏิบัติที่ดีว่าปกตินั้นคืออย่างไร? ซึ่งจะมีเกณฑ์แตกต่างกัน และทำให้เครื่องมือวัดองค์ประกอบของสุขภาพ

ทางด้านสังคมแตกต่างกันออกไป โดยส่วนใหญ่แล้วพบว่าค่านิยมเชิงปฏิบัติการ (Operational definitions) ของบทบาททางสังคม มักจะประกอบไปด้วยบทบาทเกี่ยวกับการทำงานบ้าน การประกอบอาชีพ การมีส่วนร่วมในชุมชน บทบาทในฐานะเป็นสามี-ภรรยา บทบาทในฐานะเป็นบิดา-มารดา และกิจกรรมในการใช้เวลาว่างอย่างใดก็ตามจะเห็นว่า ตัวแปรเหล่านี้ก็มีอยู่ในมาตราส่วนประมาณค่า การวัดความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (IADL = Independence in Activities of Daily Living) ซึ่งกล่าวได้ว่า วิธีการศึกษาบทบาทในสังคมเพื่อศึกษาสุขภาพทางสังคมมีแนวคิดหลักที่ใกล้เคียงกับแนวคิดหลักเกี่ยวกับตัวบ่งชี้ทางด้านสุขภาพร่างกายที่ผิดปกติ (Physical handicap)

มีปัญหากเกิดขึ้นหลายปัญหาเกี่ยวกับวิธีการศึกษาบทบาทในสังคมเพื่อศึกษาสุขภาพทางสังคม ผู้ศึกษาจะต้องสร้างข้อสรุปเกี่ยวกับว่า จะประเมินการปฏิบัติของบุคคลอย่างไร? ควรจะเปรียบเทียบกับการปฏิบัติที่เป็นอุดมคติหรือไม่ หรือจะเปรียบเทียบกับความคาดหวังของผู้ตอบ หรือความคาดหวังของบุคคลอื่นที่มีต่อผู้ตอบ ในขณะที่เดียวกันจะเห็นว่ายังไม่สามารถสรุปบทบาทต่าง ๆ ที่ทุกคนมีความเห็นสอดคล้องกันได้ เช่น บทบาทในฐานะเป็นสามี-ภรรยาควรจะเป็นอย่างไร เหล่านี้เป็นต้น จากปัญหาดังกล่าวจะเห็นว่ามาตราส่วนประมาณค่าหลายชนิดเช่น ที่ใช้ในการศึกษาบทบาทของบุคคลก็พยายามที่จะหลีกเลี่ยงการให้ค่านิยมที่ชัดเจนของการปฏิบัติที่พอดีและถือว่าปกติ หรือใช้วิธีการที่ใกล้เคียงกับแนวคิดทางด้านการปรับตัวของบุคคลกับสิ่งแวดล้อม (Person-Environment Fit) ซึ่งกล่าวว่าบุคคลที่มีสุขภาพทางสังคมดีคือบุคคลที่ได้ปฏิบัติตนตามความสามารถของตนได้ดีที่สุดในสังคม และเกิดความพึงพอใจกับสิ่งที่แวดล้อมของตัวเขาด้วย

การสนับสนุนทางสังคมและสุขภาพทางสังคม (Social Support and Social Health)

งานวิจัยหลายเรื่องเกี่ยวกับระบาดวิทยาสังคมได้แสดงถึงความสำคัญของการสนับสนุนทางสังคมในการที่จะลดภาวะการณีก่อให้เกิดความเครียด และขณะเดียวกันก็ลดการเกิดของโรคด้วย นอกจากนี้การสนับสนุนจากสังคมจะส่งเสริมให้เกิดการปรับตัวที่ถูกต้องในเด็กและผู้ใหญ่ และช่วยให้

เกิดการพัฒนาในตัวบุคคล เนื่องจากปัจจุบันนักพฤติกรรมศาสตร์ได้ให้ความสนใจและเห็นความสำคัญของการสนับสนุนทางสังคมมากขึ้น จึงได้รวมเอามาตราส่วนประมาณค่าสำหรับวัดการสนับสนุนทางสังคมไว้ด้วยว่า เป็นเครื่องมือวัดสภาวะสุขภาพทางสังคมอย่างหนึ่ง

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง “การที่บุคคลหนึ่งมีบุคคลหนึ่ง (หรือหลายคน) ซึ่งเป็นที่ไว้วางใจ เป็นที่พึ่งได้ เชื่อถือได้ ให้การดูแล และทำให้บุคคลนั้นเกิดความรู้สึกว่ายังมีผู้ที่จะให้การดูแลตน และทำให้รู้สึกว่าตนเองมีค่า-ตนเองเป็นคน ๆ หนึ่ง” แนวคิดของการสนับสนุนทางสังคมนี้แตกต่างกับแนวคิดเกี่ยวกับเครือข่ายทางสังคม (Social network) ซึ่งจะเน้นที่โครงสร้างของสังคม

เครื่องมือที่ใช้ศึกษาเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมที่ใช้ครั้งแรกได้แก่ Berle Index ซึ่งพิมพ์ในปี ค.ศ. 1952 และปัจจุบัน มีมาตราส่วนประมาณค่าที่ใช้วัดตัวแปรนี้หลายชนิด และงานวิจัยหลายเรื่องได้ศึกษาตัวบ่งชี้ทางอ้อม (Indirect indicators) เช่น สถานภาพการสมรส และตัวแปรทางด้านสังคมและประชากร อย่างไรก็ตามมีเครื่องมือวัดการสนับสนุนทางสังคมหลายชนิดที่ได้ถูกสร้างขึ้น และกำลังทำการทดสอบเพื่อปรับปรุง ประเด็นที่กำลังเป็นถกเถียงกันในการศึกษาเรื่องนี้ได้แก่ ควรจะศึกษาถึงปริมาณหรือคุณภาพของการสนับสนุนทางสังคมที่บุคคลหนึ่งได้รับ รวมทั้งการเปรียบเทียบคุณค่าของสัมพันธภาพระหว่างบุคคลชนิดที่เป็นทางการ และชนิดไม่เป็นทางการ โดยทั่วไปแล้ว ปัจจุบันได้เน้นการศึกษาวิจัยด้านคุณภาพของสัมพันธภาพมากกว่าจำนวนหรือปริมาณ หรือชนิดของสัมพันธภาพ

ชุดเครื่องมือวัดสภาวะทางสังคม (The Social Health Battery)

เครื่องมือวัดสภาวะทางสังคมนี้สร้างโดยบริษัท Rand Corporation เป็นเครื่องมือที่แสดงตัวบ่งชี้เกี่ยวกับระดับของทรัพยากรหรือชุมพลทางสังคม และปฏิสัมพันธ์ในสังคม ใช้ได้กับกลุ่มประชาชนทั่วไป ข้อมูลนี้บอกถึงสถานะทางสุขภาพด้านสังคมหรือการสนับสนุนทางสังคม (Social well-being และ Social support) คำนี้บางครั้งถูกใช้ในลักษณะที่มีความหมาย

เหมือนกัน¹⁶ เครื่องมือนี้สร้างมาจากพื้นฐานความเข้าใจที่ว่า สภาวะแวดล้อมทางสังคมของบุคคลสามารถวัดได้ใน 2 ลักษณะ คือ **จำนวน** ของทรัพยากร (ชุมพลัง) ทางสังคมที่บุคคลมีและ **ความบ่อย** ที่บุคคลนั้นมีส่วนเกี่ยวข้องกับเพื่อนฝูงและญาติพี่น้อง Donald และ Ware มีความเห็นว่าการสนับสนุนทางสังคม เป็นสิ่งที่แตกต่างจากสถานะทางสุขภาพด้านสุขภาพจิต (Mental health) และสุขภาพกาย (Physical health) แต่สุขภาพทางด้านสังคมจะเป็นองค์ประกอบภายนอกที่มีผลต่อระดับสุขภาพของบุคคลโดยรวม

เครื่องมือนี้สร้างขึ้นพร้อม ๆ กับมาตราส่วนประมาณค่าที่ใช้วัดสุขภาพทางกายและสุขภาพจิต ซึ่งบริษัท Rand Corporation สร้างขึ้นเพื่อศึกษาด้านการประกันสุขภาพในกลุ่มประชากรอายุ 14-61 ปี โดยถามข้อมูลใน 2 ลักษณะ คือ ทรัพยากรทางสังคม (เช่น จำนวน-

เพื่อน) และการมีส่วนเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับบุคคลอื่น (Contacts) เช่น ความบ่อยในการได้พบเพื่อนหรือการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม โดยแบ่งหมวดหมู่ของกิจกรรมออกเป็นทางบ้านและครอบครัว, เพื่อน, สังคม และชีวิตในชุมชน แต่ไม่รวมถึงกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับงานและกิจกรรมทางสังคมที่ไม่มีปฏิสัมพันธ์กัน เช่น การไปชมกีฬา เป็นต้น นอกจากนี้มาตราส่วนประมาณค่านี้จะไม่วัดความพึงพอใจของการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลเหล่านั้น

ข้อคำถามมีทั้งประเภทให้เลือกตอบโดยการกำหนดข้อเลือก และการให้เติมคำในช่องว่าง การวิเคราะห์ข้อมูลทำได้โดยการรวมคะแนนทั้งหมด ถ้าคะแนนสูงหมายถึงการมีกิจกรรมทางสังคมที่พึงประสงค์ แต่ผู้สร้างก็ไม่ได้บอกจุดของคะแนนที่จะเป็นจุดแบ่งระหว่างการปรับตัวทางสังคมที่ดีและไม่ดี

ตัวอย่าง The Social Health Battery

- มีครอบครัวที่ครอบครัวในละแวกบ้านของท่านที่ท่านรู้จัก ซึ่งท่านเคยไปเยี่ยมบ้านเขา และเขาก็มาเยี่ยมบ้านท่าน?
จำนวน.....ครอบครัว
 - ท่านมีเพื่อนสนิทกี่คน ซึ่งท่านรู้สึกอิสระที่จะพูดคุยเกี่ยวกับสิ่งที่ท่านคิด? (อาจจะรวมทั้งญาติของท่านด้วย)
จำนวนเพื่อนสนิท.....คน
 - เมื่อปีที่ผ่านมามีกิจกรรมสังสรรค์กับเพื่อนหรือญาติของท่านบ่อยครั้งแค่ไหน เช่น ออกไปเที่ยวด้วยกันหรือไปเยี่ยมกันและกัน (โปรดวงกลมล้อมรอบตัวเลข)
- | | |
|------------------------|---|
| ทุกวัน | 1 |
| หลายวันใน 1 สัปดาห์ | 2 |
| สัปดาห์ละ 1 ครั้ง | 3 |
| 2 หรือ 3 ครั้งต่อเดือน | 4 |
| เดือนละ 1 ครั้ง | 5 |
| 5 – 10 ครั้งต่อปี | 6 |
| น้อยกว่า 5 ครั้งต่อปี | 7 |
- ในช่วง 1 เดือนที่แล้ว เพื่อนของท่านมาเยี่ยมท่านที่บ้านบ่อยครั้งเพียงใด (ไม่นับรวมถึงญาติ)
- | | |
|-------------------------|---|
| ทุกวัน | 1 |
| หลายวันใน 1 สัปดาห์ | 2 |
| ประมาณสัปดาห์ละ 1 ครั้ง | 3 |
| 2 - 3 ครั้งต่อเดือน | 4 |
| 1 ครั้งในเดือนที่ผ่านมา | 5 |
| ไม่เคย | 6 |

ตัวอย่าง The Social Health Battery (ต่อ)

5. ในระยะ 1 เดือนที่แล้ว ท่านเคยไปเยี่ยมเพื่อนของท่านที่บ้านของเพื่อนบ่อยครั้งเพียงใด (ไม่รวมถึงญาติ)

ทุกวัน	1
หลายวันใน 1 สัปดาห์	2
ประมาณสัปดาห์ละ 1 ครั้ง	3
2 - 3 ครั้งต่อเดือน	4
1 ครั้งในเดือนที่ผ่านมา	5
ไม่เคย	6

6. ในระยะ 1 เดือนที่แล้ว ท่านพูดโทรศัพท์กับเพื่อนสนิทหรือญาติของท่านบ่อยครั้งเพียงใด?

ทุกวัน	1
หลายวันใน 1 สัปดาห์	2
ประมาณสัปดาห์ละ 1 ครั้ง	3
2 - 3 ครั้งใน 1 เดือน	4
1 ครั้งในหนึ่งเดือน	5
ไม่เคย	6

7. ในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านเขียนจดหมายถึงเพื่อนสนิทหรือญาติของท่านบ่อยครั้งเพียงใด?

ทุกวัน	1
หลายวันใน 1 สัปดาห์	2
ประมาณสัปดาห์ละ 1 ครั้ง	3
2 - 3 ครั้งใน 1 เดือน	4
1 ครั้งในหนึ่งเดือน	5
ไม่เคย	6

8. โดยทั่วไป ท่านเข้ากับบุคคลอื่นได้ดีเพียงใด

ดีกว่าที่เคยเป็น	1
เท่ากับที่เคยเป็น	2
ไม่ดีกว่าที่เคยเป็น	3

9. ในระยะ 1 เดือนที่แล้วมา ท่านได้เข้าร่วมพิธีทางศาสนาบ่อยครั้งเพียงใด?

ทุกวัน	1
มากกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์	2
1 ครั้งต่อสัปดาห์	3
2 - 3 ครั้งในระยะ 1 เดือน	4
1 ครั้งใน 1 เดือน	5
ไม่เคย	6

10. ท่านได้เข้าเป็นสมาชิกสมาคมหรือองค์กรต่างๆ อย่างสมัครใจ กี่องค์กร/สมาคม?

จำนวน.....สมาคม/องค์กร ถ้าไม่มีให้ใส่ เลข 0

11. ท่านเข้าร่วมกิจกรรมกับสมาคม หรือองค์กรเหล่านั้นมากน้อยเพียงใด (ถ้าท่านเข้าร่วมเป็นสมาชิกของหลายองค์กร ท่านพิจารณาเฉพาะองค์กรที่ท่านรู้สึกว่ามีชีวิตมากที่สุดเท่านั้น ถ้าท่านไม่ได้เป็นสมาชิกขององค์กรใด โปรดวงกลมล้อมรอบเลข 4

เข้าร่วมเกือบจะทุกๆ ครั้ง	1
เข้าร่วมบ้าง	2
ไม่ค่อยได้ไปร่วม	3
ไม่ได้เป็นสมาชิกของสมาคม/องค์กรใด	4

ตารางที่ 1 การคิดคะแนนของ Social Health Battery

หมวด	การให้คะแนน
1. จำนวนครอบครัวที่รู้จัก	(0=0) (1=1) (2=2)
2. จำนวนครอบครัวในกลุ่มเพื่อนบ้าน	(3=3) (4=4) (5-10=5) (11 หรือสูงกว่า =6)
3. จำนวนเพื่อนสนิท และญาติ	(0=0) (1=1) (2=2) (3=3) (4=4) (5-9=5) (10-20=6) (21-25=7) (26-35=8) (36 หรือสูงกว่า =9)
4. การไปเยี่ยมเพื่อนฝูง/ญาติ	(1-3=4) (4=3) (5,6=2) (7=1)
5. เพื่อนฝูงมาเยี่ยม	(1-4=3) (5=2) (6=1)
6. การไปเยี่ยมเพื่อนที่บ้าน	(1-3=3) (4,5=2) (6=1)
7. การพูดคุยทางโทรศัพท์	(1=5) (2=4) (3, 4=3) (5=2) (6=1)
8. การเข้ากันได้กับคนอื่น	(1=3) (2=2) (3=1)
9. การไปร่วมกิจกรรมทางศาสนา	(1,2=5) (3=4) (4=3) (5=2) (6=1)
10. การเป็นสมาชิกสมาคมต่างๆ	(0=0) (1=1) (2=2) (3=3) (4=4) (5 หรือสูงกว่า = 5)

แบบสอบถามนี้มีเป้าหมายที่จะวัดสุขภาพทางสังคมของประชาชน และเป็นแบบสอบถามในจำนวนไม่กี่แบบสอบถามที่ไม่ได้ใช้กับผู้ป่วย¹⁶

สุขภาพจิตด้านจิตวิญญาณ (Spiritual Health)

ผู้อ่านอาจจะเคยเห็นภาพบุคคลที่เดินไปมาในชุมชนด้วยใบหน้าที่แสดงถึงความไม่ค่อยมีชีวิตจิตใจ ขาดความกระตือรือร้น หรือแสดงถึงความวิตกกังวล ภาพบุคคลที่เราเห็นอาจจะไม่ใช่เพราะเขาไม่มีเงิน แต่อาจจะเกิดจากการมีภาวะจิตใจความรู้สึกที่ว่างเปล่า ไม่มีความรู้สึกใด ๆ ถึงแม้เขาจะมีสิ่งของ ทรัพย์สินเป็นของตัวเอง หากคนเราถูกควบคุมโดยการมีเหตุผล (Reasoning) มักจะนำไปสู่ภาวะที่เรียกว่ามี “จิตวิญญาณ” (Spiritual) ตรงกันข้ามหากถูกครอบงำโดยสัญชาตญาณสัตว์ (Animal instinct) ก็จะนำบุคคลไปสู่ภาวะของ “ความอยาก”, “ความต้องการ”, “ความปรารถนา” ซึ่งจะขาดเหตุผลและนำไปสู่พฤติกรรมที่ปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องก็ได้

จิตวิญญาณ คือ สิ่งที่อยู่เบื้องหลัง “การกระทำ” ที่แสดงออกถึงการมีความรับผิดชอบ ความเอื้อเฟื้อ การมีความสุข ความสงบ หรือสันติสุขภายในของบุคคล เป็นสภาวะของการมีปัญญา รู้เท่าทัน การเข้าใจความแตกต่างของ “ความดี”, “ความชั่ว”, “ประโยชน์” และ “โทษ” การมีจิตใจที่ดั่งงาม เอื้อเฟื้อ เผื่อแผ่ มีคุณธรรม ดำรงชีวิตอยู่ในศีลธรรมอันดี การมีสุขภาพทางสติปัญญาที่ดี มีปัญญาในการใช้ชีวิต ใช้ชีวิตอย่างมีความสุข การมีความรับผิดชอบ

ความสงบสุข หรือสันติสุขภายในด้วยการมีสติ มีความฉลาดรู้เท่าทันสิ่งต่างๆ เข้าถึงสิ่งดีงาม ความถูกต้อง ไม่เห็นแก่ตัว มีจิตใจที่ไม่เครียดปลอดโปร่ง แจ่มใส มีจิตใจสูง ลดละความเห็นแก่ตัว มีความปรารถนาดีต่อผู้อื่น จิตวิญญาณ ไม่ใช่สิ่งที่เกี่ยวข้องกับวิญญาณ ภูตผี ปีศาจ

จิตวิญญาณไม่สามารถมองเห็นด้วยตาเปล่า แต่สามารถรู้ได้ว่ามี โดยการมองเห็นจากความศรัทธา (Faith), การยกโทษ, ความสงบสุข (Peace) ความรัก ความสวยงาม ความสุข (Joy) ความรู้สึกปลื้มปริ่ม (Ecstasy)

จิตวิญญาณ ประกอบด้วยสิ่งสำคัญ 3 ส่วน คือ การรู้ตัว (Consciousness), การรู้ด้วยตนเอง (Intuition) และการสื่อสาร (Communication) ที่แสดงต่อผู้อื่นให้ได้รับรู้¹⁷

1. การรู้ตัว เป็นส่วนที่บอกว่าอะไรดี หรืออะไรไม่ดี

2. การรู้เอง เป็นภาวะที่บุคคลมองเห็นเข้าใจสิ่งใดสิ่งหนึ่งอย่างแท้จริง

3. การสื่อสาร การสื่อสารที่แสดงต่อผู้อื่นต่อสังคมส่วนรวม

จะเห็นว่าจิตวิญญาณอาจจะไม่เกี่ยวข้องกับหลักคำสอนทางศาสนาโดยตรง แต่จะเป็นสิ่งที่จะหล่อหลอมบุคคลให้เป็นคนที่เห็นแก่บุคคลอื่น (Considerate) มีความเมตตา กรุณา มากขึ้น

(More kind) และมีความรักมากขึ้น (More loving)

มูลนิธิสตรี้-สฤตวงศ์²⁰ เป็นหน่วยงานเอกชนที่ให้ความสำคัญเกี่ยวกับสุขภาวะทางจิตวิญญาณ และเชื่อว่าสุขภาพหรือสุขภาวะองค์รวมอันประกอบด้วยสุขภาวะทางกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ จะช่วยสร้างความสุขหรือสภาวะสุขภาพที่สมบูรณ์ที่สุดให้กับบุคคลในระบบต่างๆ ของสังคม ไม่ว่าจะเป็นระบบสุขภาพ ระบบการศึกษา และสถานที่ทำงานต่าง ๆ (Workplaces) ในทุกระดับ หากผู้บริหารได้ตระหนักถึงความสำคัญของสุขภาวะองค์รวมนี้ และสร้าง/ส่งเสริมสภาวะแวดล้อม จัดกิจกรรมอื่น ๆ เพื่อให้บุคลากรในองค์กรนั้นๆ ได้เกิดสภาวะองค์รวมดังกล่าว ย่อมจะนำไปสู่สังคมที่มีความสุข สงบและ พัฒนาในด้านต่าง ๆ ได้ดี มูลนิธิสตรี้-สฤตวงศ์ ได้ส่งเสริมกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อการพัฒนาสุขภาวะทางจิตวิญญาณอย่างกว้างขวางในระดับต่าง ๆ รวมถึงการพัฒนาด้านวิชาการและการวิจัย เพื่อศึกษาและพัฒนาเครื่องมือการประเมินและพัฒนาตัวชี้วัดด้านสุขภาวะทางจิตวิญญาณรวมถึงแนวทางในการพัฒนา

สุขภาวะทางจิตวิญญาณ มูลนิธิสตรี้-สฤตวงศ์ โดยการสนับสนุนของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส) ได้พัฒนาเครื่องมือวัดสุขภาวะทางจิตวิญญาณโดยใช้วิธีการวิจัยที่ถูกหลักวิชาการ ผ่านการทดลองใช้กับบุคลากรด้านสุขภาพจำนวน 471 คน และบุคลากรในระบบการศึกษาจำนวน 384 คน ใน 4ภาคทั่วประเทศ ผลการศึกษาได้องค์ประกอบ 7 องค์ประกอบของตัวชี้วัดของสุขภาวะทางจิตวิญญาณ ดังนี้

1. กล้ายืนหยัด ทำในสิ่งที่ถูกต้อง (Moral courage)
2. เมตตา กรุณา (Loving , kindness and compassion)
3. มีเป้าหมายและเพียงพอ (Goal and sufficiency)
4. ให้ความสำคัญกับความเป็นมนุษย์ (Humanism)
5. อ่อนน้อม ถ่อมตน (Humility)

6. ให้อภัย (Forgiveness)

7. ความเป็นกันเป็นมิตร (Friendliness)

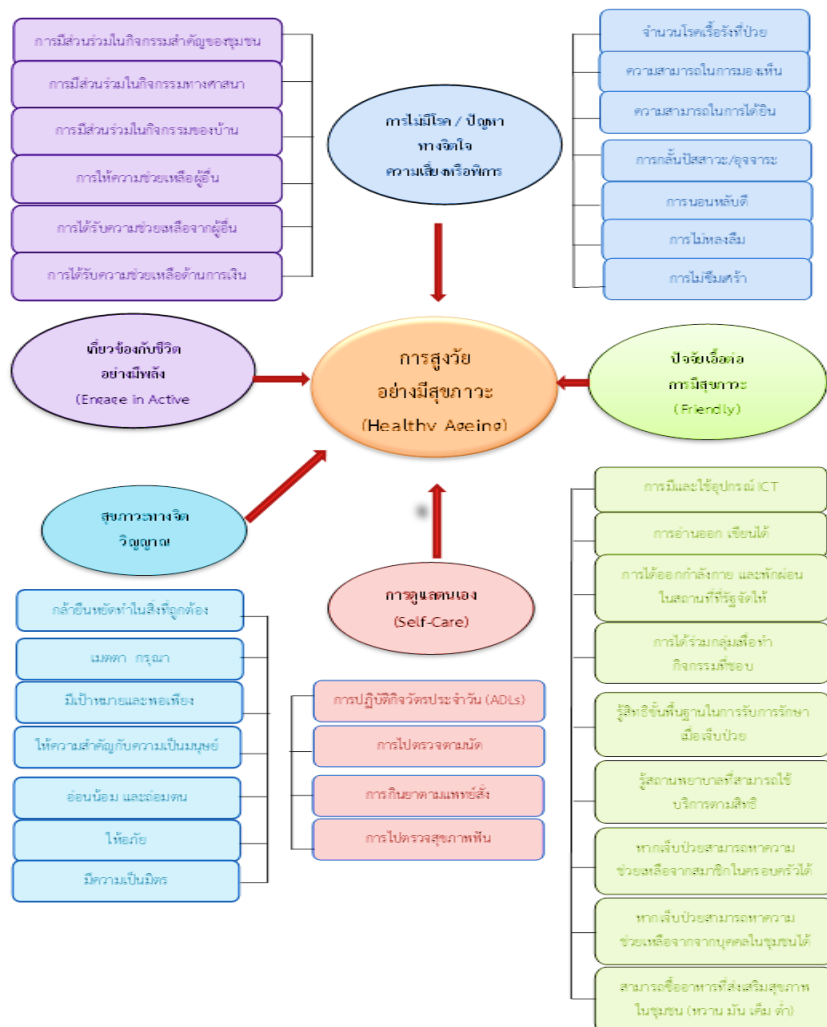
เครื่องมือวัดสุขภาวะทางจิตวิญญาณนี้ประกอบด้วยข้อความ 38 ข้อความ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ “ไม่ใช่ตัวทำมากนักที่สุด”, “ไม่ใช่ตัวทำมากนัก”, “เป็นตัวทำปานกลาง”, “เป็นตัวทำมาก” และ “เป็นตัวทำมากที่สุด” การพัฒนาเครื่องมือนี้ได้ค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมของข้อคำถาม อยู่ระหว่าง 0.63-0.89 ค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรวมรายข้อกับคะแนนรวมที่ไม่รวมข้อคำถามนั้นอยู่ระหว่าง 0.52-0.80 ทุกค่าสหสัมพันธ์มีค่าบวกและมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แสดงว่าข้อคำถาม 38 ข้อในแบบวัดมีอำนาจจำแนกที่ดี สามารถแยกบุคคลที่มีสุขภาวะทางจิตวิญญาณสูงและต่ำออกจากกันได้ ค่าความสอดคล้องภายใน (Internal consistency)ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach’s alpha coefficient) ของทุกองค์ประกอบ อยู่ระหว่าง 0.82-0.89 และความเชื่อมั่นของแบบวัดโดยรวมทุกองค์ประกอบเท่ากับ 0.94 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ดี ผู้สนใจสามารถนำแบบวัดดังกล่าวไปทดลองใช้ในการศึกษาวิจัยด้านนี้ได้ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการประเมินสุขภาวะทางจิตวิญญาณ และหาแนวทางเพื่อพัฒนาสุขภาวะด้านนี้กับกลุ่มเป้าหมายได้ และจะเป็นการปรับปรุงและพัฒนาเครื่องมือวัดให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้นรวมถึงพัฒนาวิชาการด้านนี้ด้วย

การที่บุคคลจะเกิดภาวะสุขภาพที่ดี/สุขภาวะที่สมบูรณ์ควรจะประกอบด้วย สุขภาวะด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ จึงจะเป็นสุขภาวะที่สมบูรณ์แบบ หรือที่แท้จริง อย่างไรก็ตามการทำให้เกิดสุขภาวะทั้ง 4 องค์ประกอบนี้ บุคคลต้องปฏิบัติด้วยตนเอง แสวงหา สร้างให้เกิดขึ้นและปฏิบัติเป็นนิสัยประจำวัน จึงจะเกิดขึ้นอย่างสมบูรณ์แบบ แล้วจึงจะเกิดความสุขอย่างแท้จริง ทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ตามคำนิยามของคำว่า “สุขภาวะ” (Health) ที่สมบูรณ์

อภิปรายและข้อเสนอแนะ

จากแนวคิด “การเป็นผู้สูงวัยอย่างมีพลัง/ พหุพลัง/สูงวัยอย่างแอคทีฟ (Active Ageing)” “การเป็นผู้สูงวัยที่ประสบผลสำเร็จ” (Successful Ageing) ตาม โมเดลของ Rowe and Kahn⁸ และ โมเดลที่ปรับปรุง โดย Crowther และคณะ¹⁰ โดยเพิ่มสุขภาวะทางจิตวิญญาณเป็นอีกองค์ประกอบหนึ่งของโมเดล, และรูปแบบสุขภาวะ “3 ธ- Thai 3 Ts Health Ageing Model : ธรรมชาติ, ธรรมชาติ และธรรมชาติ” ที่พัฒนาโดย Ladda Thiumwong และคณะ¹² ดังที่ได้นำเสนอข้างบน จะเห็นว่าแนวคิดดังกล่าวมีบางส่วนคล้ายกัน และแตกต่างกันบางประการเท่านั้น ขึ้นอยู่กับช่วงเวลา ปัญหา และบริบทในขณะนั้น อย่างไรก็ตามหากจะดำเนินงานพัฒนาผู้สูงอายุตามกลยุทธ์ของ

องค์การอนามัยโลก จากช่วงเวลา ปี ค.ศ. 2015-2030 ที่เน้นการช่วยให้ผู้สูงอายุมีสุขภาวะ หากเราจะพิจารณาความหมาย และขอบเขตของแนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพ (Health) อย่างน้อยที่สุดประเด็นที่จะครอบคลุมต้องมีแนวคิดเกี่ยวกับ สุขภาพ หรือ สุขภาวะ ที่ประกอบด้วย สุขภาวะทางกาย จิตใจ สังคม และ จิตวิญญาณ ใน ประเด็นนี้ โมเดล Successful Elderly ของ Rowe and Kahn⁸ น่าจะนำมาปรับ โดยเพิ่มองค์ประกอบด้านจิตวิญญาณให้ชัดเจนยิ่งขึ้นและให้เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย ผู้เขียนขอเสนอ โมเดล “การสูงวัยอย่างสุขภาวะ” ดังในภาพที่ 3 เพื่อผู้สนใจสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการประเมิน และพัฒนาแนวทางในการส่งเสริม สุขภาวะของผู้สูงอายุให้มีความสมบูรณ์ทางสุขภาพแบบองค์รวมอย่างแท้จริง



ภาพที่ 3 โมเดล “การสูงวัยอย่างสุขภาวะ” (Healthy Ageing)

ดัดแปลงจากโมเดลของ Rowe and Kahn

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Toward a Decade of Healthy Ageing. Available from <http://www.WHO/FWC/ALC/17.1> C WHO 2017. 1996
2. United Nation, The Sustainable Development Goals [Internet]. [cited 2020 December 1]. available from: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/>
3. World Health Assembly. The Global strategy and action plan on ageing and health 2016–2020: towards a world in which everyone can live a long and healthy life. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/252783> 2016.
4. Gray R. (1996). Active Ageing Index in Thailand: Experience with statistical tools to measure demographic development. Asia-Pacific Workshop on Developing Tools to Measure Inclusive and Active Population Ageing, 28 June, 2019, MR-4, UNCC, Bangkok.
5. โครงการสุขภาพคนไทย. (2560). สุขภาพคนไทยกับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนสถาบันวิจัยประชากรและสังคมมหาวิทยาลัยมหิดล นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคมมหาวิทยาลัยมหิดล. หน้า 78 -79.
6. สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม. ดัชนีพหุพลังผู้สูงอายุไทย(Active Ageing Index of Thai Elderly) กรุงเทพฯ: บริษัทเทกซ์แอนด์เจอร์นอลพับลิเคชั่น จำกัด. 2560.
7. กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. มาตรการขับเคลื่อนระเบียบวาระแห่งชาติเรื่องสังคมผู้สูงอายุ 2560. [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 1 มกราคม 2564]. เข้าถึงจาก: <http://www.dop.go.th>
8. Rowe JW and Kahn RL. “Successful Ageing”. The Gerontologist 1988;37:433-441.
9. Linn MW et al. “A Social Dysfunction Rating Scale”. Journal of Psychiatric Research 1969;6:299-306.
10. Crowther MR, Parker MW, Achebaum WA, Larimore WL and Koenig HG. (2002). Rowe and Khan’s Model of successful Ageing Revisited: Positive Spirituality-The Forgotten Factor. The Gerontologist 2002;42(5):613-620.
11. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย 2551 [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 1 มกราคม 2564]. เข้าถึงจาก: <http://www.thaigri.org>
12. Ladda Thiamwong, McManus MS and Jom Suwanno. (2013). Development of Thai Healthy Ageing Model: A Ground theory Study, Journal of Advanced Nursing 2013;15(2):256-261.
13. World Health Organization. Ageing: Healthy ageing and functional ability. [Internet]. [cited 2020 December 1]. available from :<https://www.int/ageing/healthy-ageing/en/>
14. วชิระ เพ็งจันทร์. เกษะติดสถานการณ์หลักการดูแลผู้สูงอายุ "ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย" [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 1 มกราคม 2564]. เข้าถึงจาก: <http://www.hfocus.org/content/2017/08/144433>. 2560.
15. วชิระ เพ็งจันทร์. เกษะติดสถานการณ์หลักการดูแลผู้สูงอายุ "ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย" [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 1 มกราคม 2564]. เข้าถึงจาก: <http://www.hfocus.org/content/2017/08/144433>
16. Pilowsky I, Spence ND. Manual for the Illness Behaviour Questionnaire (IBQ) 2. Adelaide, South Australia: University of Adelaide; 1983.
17. Donald CA and Ware JEJ. The Measurement of Social Support”. Research in Community Mental Health 1984;4:325-370.
18. ประภาพร สุวรรณ. การวัดสถานะทางสุขภาพ : การสร้างมาตราส่วนประมาณค่าและแบบสอบถาม. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สำนักพิมพ์ภาพพิมพ์. 2037. หน้า 109-112

19. Fulford RC and StoneG. Touch of Life: The Healing Power of Natural Life Force. Pocket Books, New York. 1996.
20. มุลินนิสตรี้-สฤชด้วงค์. การศึกษาและพัฒนาเครื่องมือประเมินและตัวชี้วัดสุขภาวะทางจิตวิญญาณเพื่อการพัฒนา บทสรุปสำหรับผู้บริหาร [อินเทอร์เน็ต]. 2556 [เข้าถึงเมื่อ 1 มกราคม 2564]. เข้าถึงจาก: <http://www.thaissf.org>