

การนำเสนอรูปแบบการส่งเสริมผู้สูงอายุที่มีศักยภาพบนฐานระบบสุขภาพพอเพียง



นายสุรพิเชษฐ์ สุขโชติ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)  
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR)  
are the thesis authors' files submitted through the University Graduate School.

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาครุศาสตรดุษฎีบัณฑิต  
สาขาวิชาพัฒนศึกษา ภาควิชานโยบาย การจัดการและความเป็นผู้นำทางการศึกษา

คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2558

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

PROPOSED AN ACTIVE AGEING ENHANCEMENT MODEL BASED ON  
THE SUFFICIENCY HEALTH SYSTEM

Mr. Surapichate Sukchot



A Dissertation Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements  
for the Degree of Doctor of Philosophy Program in Development Education  
Department of Educational Policy Management and Leadership

Faculty of Education

Chulalongkorn University

Academic Year 2015

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	การนำเสนอรูปแบบการส่งเสริมผู้สูงอายุที่มีศักยภาพบน ฐานระบบสุขภาพพอเพียง
โดย	นายสุรพิเชษฐ์ สุขโชติ
สาขาวิชา	พัฒนศึกษา
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ดร. อุบลวรรณ หงษ์วิทยากร
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม	รองศาสตราจารย์ ดร.วิไล ตั้งจิตรสมนิต

---

คณะกรรมการ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่ง  
ของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาคุณวุฒิปบัณฑิต

..... คณบดีคณะครุศาสตร์

(รองศาสตราจารย์ ดร. บัญชา ชลาภิรมย์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชื่นชนก โควินท์)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(ดร. อุบลวรรณ หงษ์วิทยากร)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

(รองศาสตราจารย์ ดร.วิไล ตั้งจิตรสมนิต)

..... กรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร. อาชัญญา รัตนอุบล)

..... กรรมการ

(อาจารย์ ดร. พรทิพย์ อันทิวโรทัย)

..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย

(ศาสตราจารย์ ศศิพัฒน์ ยอดเพชร)

สุรพิเชษฐ์ สุขโชติ : การนำเสนอรูปแบบการส่งเสริมผู้สูงอายุที่มีศักยภาพบนฐานระบบสุขภาพพอเพียง (PROPOSED AN ACTIVE AGEING ENHANCEMENT MODEL BASED ON THE SUFFICIENCY HEALTH SYSTEM) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์  
หลัก: ดร. อุบลวรรณ หงษ์วิทยากร, อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม: รศ. ดร.วิไล ตั้งจิตรสุมิต, 251 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสภาพการส่งเสริมผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ 2) วิเคราะห์การเรียนรู้ในการส่งเสริมผู้สูงอายุที่มีศักยภาพบนฐานระบบสุขภาพพอเพียง และ 3) นำเสนอรูปแบบการส่งเสริมผู้สูงอายุที่มีศักยภาพบนฐานระบบสุขภาพพอเพียง โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ได้แก่ ก) การศึกษาเอกสาร ข) การวิจัยเชิงสำรวจโดยใช้แบบสอบถาม เพื่อสำรวจระดับการปฏิบัติตนที่จะนำไปสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ และความคิดเห็นต่อการดำเนินงานส่งเสริมการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้เข้าสู่วัยสูงอายุและผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ในพื้นที่กรุงเทพมหานครและ 4 จังหวัดจาก 4 ภูมิภาคทั่วประเทศที่คัดเลือกจากการสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม (Cluster Sampling) และการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) จำนวน 720 คน ค) การวิจัยเชิงสำรวจโดยใช้เทคนิคการสัมภาษณ์ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานด้านผู้สูงอายุ ง) การสังเกตแบบมีส่วนร่วม การดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ รวมทั้ง จ) สัมภาษณ์เชิงลึกผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ สวัสดิการสังคม สังคมสงเคราะห์ ศาสตร์ การศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย จำนวน 6 ท่าน

ผลการวิจัย พบว่า

1. กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติตนที่จะนำไปสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ อยู่ในระดับปฏิบัติบ้างเป็นบางครั้ง (ระดับ 3 จาก 4 ระดับ) ซึ่งเน้นการปฏิบัติตนด้านการมีส่วนร่วมทางสังคมและด้านสุขภาพ ค่อนข้างมาก แต่ให้ความสำคัญกับหลักประกันในชีวิตค่อนข้างน้อย และยังคงพึ่งพิงจากสมาชิกในครอบครัวเป็นหลัก โดยเฉพาะผู้สูงอายุวัยปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป) แรงงานนอกระบบที่มีรายได้น้อย และมีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสูง และผู้ที่มีสถานภาพโสด ซึ่งมีความเสี่ยงในการขาดผู้ดูแล ทั้งนี้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องยังขาดการเชื่อมโยงแผนงานอย่างเป็นรูปธรรม รวมทั้งขาดการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน โดยเฉพาะส่วนร่วมจากประชาชนผู้ที่ยังไม่เข้าสู่วัยสูงอายุ

2. การเรียนรู้ในการส่งเสริมผู้สูงอายุที่มีศักยภาพบนฐานระบบสุขภาพพอเพียง พบว่า หน่วยงานที่เกี่ยวข้องและ คนในสังคม ยังมีการจัดการเรียนรู้เพื่อเสริมสร้างเจตคติเกี่ยวกับศักยภาพของผู้สูงอายุที่ถูกต้องค่อนข้างน้อย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการส่งเสริมการเรียนรู้สำหรับผู้สูงอายุวัยปลาย ส่วนของกิจกรรมการเรียนรู้และการเสริมสร้างประสบการณ์ระหว่างช่วงวัย ยังมีลักษณะเป็นโครงการที่ขาดความเชื่อมโยงในลักษณะบูรณาการ นอกจากนี้เนื้อหาการเรียนรู้ไม่สามารถส่งเสริมหลักประกันในชีวิตเพื่อให้สามารถพึ่งตนเองได้

3. รูปแบบการส่งเสริมการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพบนฐานระบบสุขภาพพอเพียง ที่ยึดหลักทางสายกลาง หลักความสมดุล หลักความพอประมาณ สร้างระบบภูมิคุ้มกัน และสร้างระบบการเรียนรู้ให้เท่าทัน มีกลไกสำคัญคือสถาบันครอบครัวและชุมชนที่เกิดขึ้นจากระบบความสัมพันธ์ทางสังคม เช่น เครือข่าย กลุ่มจิตอาสา เป็นโครงสร้างทางสังคมและวัฒนธรรมหลักในการส่งเสริมการเรียนรู้ภายนอกให้กับผู้สูงอายุเพื่อให้เกิดภูมิคุ้มกัน และการเรียนรู้ให้เท่าทัน โดยมีแบบแผน การดำรงชีวิตส่งเสริมการเรียนรู้ภายในให้กับผู้สูงอายุให้สามารถดำเนินชีวิตตามหลักทางสายกลาง มีความสมดุล และมีความพอประมาณ อย่างเป็นองค์รวม

ภาควิชา นโยบาย การจัดการและความเป็นผู้นำทางการศึกษา ลายมือชื่อนิสิต .....

สาขาวิชา พัฒนศึกษา ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก .....

ปีการศึกษา 2558 ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาร่วม .....

# # 5484476727 : MAJOR DEVELOPMENT EDUCATION

KEYWORDS: ACTIVE AGEING / ENHANCEMENT MODEL / SUFFICIENCY HEALTH SYSTEM

SURAPICHATE SUKCHOT: PROPOSED AN ACTIVE AGEING ENHANCEMENT MODEL BASED ON THE SUFFICIENCY HEALTH SYSTEM. ADVISOR: UBONWAN HONGWITYAKORN, Ph.D., CO-ADVISOR: ASSOC. PROF. WILAI TANGCHITSOMKIT, Ph.D., 251 pp.

This research aims 1) to study the situation of active ageing enhancement 2) to analyze the learning in enhancing active ageing based on the sufficiency health system and 3) to propose an active ageing enhancement based on the sufficiency health system. Quantitative and qualitative research methods had been applied in this study, i.e. a) the documentary study; b) the survey research by means of questionnaire. These methods explored the level of practices leading to active ageing and the opinion on the enhancement of active ageing. The sample consisted of the pre-old age and the elderly who are members of the senior clubs in Bangkok and 4 other provinces representing the four geographical nationwide. These samples were selected by the cluster sampling and simple random sampling for the total of 720 cases; c) the survey by means of the interview with the executives and officers who work in the elderly field; d) the participant observation of active ageing life style; and e) the in-depth interview of health professionals in social welfare, social work, non-formal education, and informal education for the number of 6 persons.

This research found that

1. The subjects had practiced to become active ageing at the degree of ‘sometimes’ level (the third of four levels), mostly participating in the social and health aspects; however, rarely focusing on the security. They also primarily depend on family members, especially the very old age (aged 80 and over), the elderly workers with low income but high health care cost, and the single elderly. These groups had more risk of lacking care givers. Moreover, the relevant authorities had an inadequate linkage of concrete plans and a participation from all sectors was lacking especially from people who are not yet old age.

2. With regard to the learning to enhance active ageing based on the sufficiency health system, it was found that related agencies and people in society had a limited operational learning to enhance knowledge about the potential of the elderly, especially the very old age. The learning activities and the promotion of experiences among aged groups were found to be lacking with regard to the linkage and integration between projects. In addition, the learning contents did not contribute to life security to promote self-reliance.

3. An active ageing enhancement model based on the sufficiency health system adhering the principles of middle path, equilibrium, moderation, and self-immunity rely on significant mechanisms. That is, families and communities deriving from social relations, for example, net works and volunteers. These mechanisms are the social structure and the core culture that promote the elderly’s learning for self-immunity and the ability of seeing through. Such a structure should provide the elderly with life patterns that promote internal learning for them to live the lives with moderation and equilibrium holistically.

Department: Educational Policy Management and Leadership      Student's Signature .....

Advisor's Signature .....

Field of Study: Development Education

Co-Advisor's Signature .....

Academic Year: 2015

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากอาจารย์ ดร. อุบลวรรณ หงษ์วิทยากร อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก รองศาสตราจารย์ ดร. วิไล ตั้งจิตสมคิด อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม และรองศาสตราจารย์ ดร. กุศล สุนทรธาดา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ผู้ล่วงลับ ที่ให้ความกรุณาให้คำปรึกษา ให้คำแนะนำช่วยเหลือ ตลอดระยะเวลาการศึกษาที่จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยและการทำวิทยานิพนธ์

ขอกราบขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชื่นชนก โควินท์ รองศาสตราจารย์ ดร. อาชญญา รัตนอุบล อาจารย์ ดร. พรทิพย์ อันทิวโรทัย ที่ให้เกียรติเป็นประธาน และกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ตลอดจน ศาสตราจารย์ ศศิพัฒน์ ยอดเพชร ที่ให้เกียรติเป็นกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายนอกมหาวิทยาลัย ซึ่งให้ความเมตตาเสมอมา

ขอขอบพระคุณอาจารย์ ดร. เอกจิตรา คำมีศรีสุข อาจารย์ ดร. ระวี สัจจโสภณ ดร. ขวัญดาว กล่ำรัตน์ อาจารย์ ดร. รติพร ถึงฝั่ง และผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้สละเวลาในการตรวจสอบเครื่องมือ ให้ข้อคิดเห็น และข้อเสนอแนะในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ รวมทั้ง อาจารย์ ดร. มิ่งขวัญ คงเจริญ ที่ให้ความช่วยเหลือ ให้กำลังใจ ด้วยความปรารถนาดีมาโดยตลอด

ขอขอบพระคุณคณาจารย์สาขาวิชาพัฒนศึกษา และคณาจารย์จากจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ทุกท่านที่ได้ถ่ายทอดความรู้ ประสบการณ์ และสรรพวิทยาการทั้งหลาย อันเป็นประโยชน์ต่อการทำวิทยานิพนธ์ และการดำเนินชีวิตทั้งในปัจจุบันและอนาคต

ขอขอบคุณเพื่อนร่วมงานจากสำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เพื่อนปริญญาโท สาขาวิชาสุขภาพจิต และเพื่อนร่วมรุ่นปริญญาเอก สาขาวิชาพัฒนศึกษา ทุกท่าน ที่ช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล และเป็นกำลังใจที่ดีตลอดมา

ท้ายที่สุดนี้ ความดีงามใดที่เป็นคุณประโยชน์จากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ขอมอบให้บิดา อาจารย์พินิจ สุขโชติ และมารดา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ชิตชม สุขโชติ ผู้ให้กำเนิด และอบรมเลี้ยงดูให้ทำวิทยานิพนธ์เป็นผู้ที่รักและใฝ่เรียนรู้ เป็นผู้ที่อยู่เคียงข้างให้กำลังใจเสมอมา และเป็นผู้สนับสนุนด้านการศึกษา และการดำเนินชีวิต ซึ่งถือเป็นผู้ที่มีพระคุณสูงสุดในชีวิตของผู้ทำวิทยานิพนธ์

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญภาพ .....	ฅ
สารบัญตาราง.....	ฉ
บทที่ 1 บทนำ .....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา .....	1
คำถามการวิจัย .....	6
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	6
ขอบเขตการวิจัย .....	6
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	7
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	8
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง .....	9
ตอนที่ 1 แนวคิดผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ (Active Ageing).....	10
1.1 ความหมายของผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ .....	11
1.2 องค์ประกอบของผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ.....	12
1.3 สถานการณ์การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ.....	15
1.4 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ .....	16
1.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ .....	18
ตอนที่ 2 การส่งเสริมศักยภาพผู้สูงอายุ.....	23
2.1 กฎหมายและนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ.....	23

2.1.1 พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 และ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2553 .....	23
2.1.2 นโยบายสาธารณะ .....	25
2.1.3 ยุทธศาสตร์การพัฒนาผู้สูงอายุ .....	27
2.1.4 แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1 พ.ศ. 2552 .....	29
2.1.5 แผนพัฒนาสาธารณสุข .....	30
2.1.6 แผนยุทธศาสตร์การดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ใน ภาวะพึ่งพิง พ.ศ. 2557 - 2561 .....	32
2.2 แนวคิดการจัดสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ .....	36
2.2.1 การจัดสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุในต่างประเทศ .....	36
2.2.2 การจัดสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย .....	41
2.3 การจัดการศึกษาสำหรับผู้สูงอายุ .....	48
2.3.1 แนวคิดการจัดการศึกษาสำหรับผู้สูงอายุ .....	48
2.3.2 รูปแบบการจัดการศึกษาสำหรับผู้สูงอายุ .....	50
2.3.2.1 รูปแบบกิจกรรมการศึกษาสำหรับผู้สูงอายุในต่างประเทศ .....	50
1) ประเทศสหรัฐอเมริกา .....	50
2) ประเทศอังกฤษ .....	50
3) ประเทศญี่ปุ่น .....	51
4) ประเทศเกาหลี .....	51
5) ประเทศสิงคโปร์ .....	51
6) ประเทศมาเลเซีย .....	51
2.3.2.2 รูปแบบกิจกรรมการศึกษาสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย .....	52
ตอนที่ 3 ระบบสุขภาพพอเพียง (Health Sufficiency System) .....	55
3.1 ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง .....	55



3.1.1 ความหมายของเศรษฐกิจพอเพียง .....	55
3.1.2 หลักคิดและหลักการปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง .....	58
3.2 ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงกับสุขภาพพอเพียง.....	59
3.3 ดัชนีชี้วัดสุขภาพพอเพียง .....	65
3.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพพอเพียง .....	69
ตอนที่ 4 การเรียนรู้และทฤษฎีโครงสร้าง-การหน้าที่นิยม .....	72
4.1 การเรียนรู้.....	72
4.1.1 ความหมายของการเรียนรู้.....	72
4.1.2 ประเภทของการเรียนรู้.....	73
4.2 ทฤษฎีโครงสร้างหน้าที่ของโรเบิร์ต เมอร์ตัน (Robert Merton’s Structural Functionalism).....	74
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	78
1. ศักยภาพการส่งเสริมผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ .....	78
ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาเอกสารเกี่ยวกับการดำเนินงานเพื่อส่งเสริมการเป็นผู้สูงอายุที่มี ศักยภาพ.....	78
1.1 การสังเคราะห์กรอบแนวคิดในการศึกษาเอกสาร .....	78
1.2 วิธีการศึกษาเอกสาร .....	79
1.3 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเอกสาร .....	79
1.4 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย .....	79
1.5 การรวบรวมข้อมูล .....	79
1.6 การตรวจสอบข้อมูล.....	80
1.7 การวิเคราะห์ข้อมูล .....	80
1.8 การนำเสนอข้อมูล.....	80

ขั้นตอนที่ 2 การสำรวจระดับการปฏิบัติตนที่จะนำไปสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ และระดับความคิดเห็นต่อการดำเนินงานส่งเสริมการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ .....	80
2.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง .....	80
2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล.....	82
2.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล .....	84
2.4 การวิเคราะห์ข้อมูล .....	85
2.5 การนำเสนอข้อมูล.....	87
2. วิเคราะห์การเรียนรู้ในการส่งเสริมผู้สูงอายุที่มีศักยภาพบนฐานระบบสุขภาพพอเพียง.....	87
ขั้นตอนที่ 3 การสัมภาษณ์ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ.....	87
3.1 ผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key Informants).....	87
3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล.....	88
3.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล .....	88
3.3.1 การเตรียมการก่อนการเก็บข้อมูล .....	88
3.3.2 ขั้นตอนการเก็บข้อมูล.....	89
3.4 การวิเคราะห์ข้อมูล .....	89
3.5 การนำเสนอข้อมูล.....	89
ขั้นตอนที่ 4 การสัมภาษณ์และติดตามการดำเนินชีวิตประจำวันของกรณีศึกษาผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ.....	90
4.1 การเลือกกรณีศึกษา.....	90
4.2 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล.....	90
4.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล .....	91
4.3.1 การเตรียมการก่อนการเก็บข้อมูล .....	91
4.3.2 ขั้นตอนการเก็บข้อมูล.....	91

4.4 การวิเคราะห์ข้อมูล .....	92
4.5 การนำเสนอข้อมูล.....	92
3. นำเสนอรูปแบบการส่งเสริมผู้สูงอายุที่มีศักยภาพบนฐานระบบสุขภาพพอเพียง .....	93
ขั้นตอนที่ 5 การสัมภาษณ์ กลุ่มผู้เชี่ยวชาญ เพื่อรวบรวมข้อมูลความคิดเห็นต่อรูปแบบการ ส่งเสริมการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพบนฐานระบบสุขภาพพอเพียง .....	93
5.1 กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก.....	93
5.2 ประเด็นการสัมภาษณ์ .....	93
5.3 เครื่องมือที่ใช้.....	93
5.4 การวิเคราะห์ข้อมูล.....	93
5.5 การนำเสนอข้อมูล.....	93
ขั้นตอนที่ 6 การสังเคราะห์รูปแบบการส่งเสริมผู้สูงอายุที่มีศักยภาพบนฐานระบบสุขภาพ พอเพียง.....	94
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	95
ตอนที่ 1 ผลการศึกษาสภาพการส่งเสริมผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ .....	95
1.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง.....	95
1.1.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ.....	97
1.1.2 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามช่วงอายุ.....	100
1.1.3 ข้อมูลรายได้ต่อเดือนและรายจ่ายด้านสุขภาพต่อเดือน .....	103
1.2 ระดับการปฏิบัติตนที่จะนำไปสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ .....	104
1.2.1 การปฏิบัติตนที่จะนำไปสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพด้านสุขภาพ.....	105
1.2.2 การปฏิบัติตนที่จะนำไปสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพด้านการมีส่วนร่วม ทางสังคม .....	109
1.2.3 การปฏิบัติตนที่จะนำไปสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพด้านหลักประกันใน ชีวิต .....	113

1.3	ผลวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติตนที่จะนำไปสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ	118
1.3.1	ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติตนที่จะนำไปสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ ด้านสุขภาพ .....	119
1.3.2	ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติตนที่จะนำไปสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ ด้านการมีส่วนร่วมทางสังคม .....	120
1.3.3	ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติตนที่จะนำไปสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ ด้านหลักประกันในชีวิต.....	121
1.4	การส่งเสริมการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ .....	123
1.4.1	การดำเนินงานเพื่อส่งเสริมการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ.....	123
	1) ด้านสุขภาพ.....	123
	2) ด้านการมีส่วนร่วมทางสังคม.....	125
	3) ด้านหลักประกันในชีวิต .....	128
1.4.2	ระดับความคิดเห็นต่อการส่งเสริมการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ .....	133
ตอนที่ 2	ผลการวิเคราะห์การเรียนรู้ในการส่งเสริมผู้สูงอายุที่มีศักยภาพบนฐานระบบสุขภาพ พอเพียง.....	147
2.1	การเรียนรู้ในการดำเนินงานส่งเสริมผู้สูงอายุที่มีศักยภาพของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องใน เชิงโครงสร้างทางสังคมและวัฒนธรรม .....	148
2.1.1	ด้านนโยบาย.....	148
2.1.2	ด้านแผนงาน .....	149
2.1.3	ด้านการดำเนินงาน.....	150
2.1.4	ด้านการมีส่วนร่วมและบูรณาการ .....	152
2.1.5	ด้านกฎหมายและมาตรฐาน.....	153
2.2	แบบแผนการดำรงชีวิต และแหล่งเรียนรู้ ของผู้เข้าสู่วัยสูงอายุและผู้สูงอายุ .....	157
2.2.1	แบบแผนการดำรงชีวิต .....	157

2.2.2 แหล่งเรียนรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ .....	159
3.1 ผลวิเคราะห์ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับรูปแบบการส่งเสริมผู้สูงอายุที่มี ศักยภาพบนฐานระบบสุขภาพพอเพียง .....	173
3.1.1 ความคิดเห็นเกี่ยวกับการดำเนินงานส่งเสริมเพื่อการเป็นผู้สูงอายุที่มี ศักยภาพ .....	173
3.1.2 ความคิดเห็นเกี่ยวกับหน่วยงานที่ควรมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมการเป็น ผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ .....	177
3.1.3 ความคิดเห็นเกี่ยวกับการศึกษา/การเรียนรู้ เพื่อส่งเสริมการเป็นผู้สูงอายุที่มี ศักยภาพ .....	178
3.1.4 ความคิดเห็นเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุบนฐานระบบสุขภาพ พอเพียง .....	180
3.1.5 ความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบการส่งเสริมผู้สูงอายุที่มีศักยภาพบนฐานระบบ สุขภาพพอเพียง .....	182
3.1.6 ความคิดเห็น/ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม .....	183
3.2 ผลการสังเคราะห์รูปแบบการส่งเสริมผู้สูงอายุที่มีศักยภาพบนฐานระบบสุขภาพ พอเพียง .....	184
บทที่ 5 สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ .....	189
สรุปผลการวิจัย .....	189
ตอนที่ 1 สภาพการส่งเสริมผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ .....	189
ตอนที่ 2 การเรียนรู้ในการส่งเสริมผู้สูงอายุที่มีศักยภาพบนฐานระบบสุขภาพพอเพียง .....	191
ตอนที่ 3 รูปแบบการส่งเสริมผู้สูงอายุที่มีศักยภาพบนฐานระบบสุขภาพพอเพียง .....	193
อภิปรายผล .....	195
1. สภาพการส่งเสริมผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ .....	195
2. การเรียนรู้ในการส่งเสริมผู้สูงอายุที่มีศักยภาพบนฐานระบบสุขภาพพอเพียง .....	199
3. รูปแบบการส่งเสริมผู้สูงอายุที่มีศักยภาพบนฐานระบบสุขภาพพอเพียง .....	202

	หน้า
ข้อเสนอแนะ .....	204
1. ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย .....	204
รายการอ้างอิง .....	207
ภาคผนวก.....	216
ภาคผนวก ก แบบสอบถาม .....	217
ภาคผนวก ข รายงานผู้ทรงคุณวุฒิ.....	233
ภาคผนวก ค ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	234
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์ .....	251



## สารบัญภาพ

แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย .....	77
--	----



## สารบัญตาราง

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง.....	96
ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ .....	98
ตารางที่ 3 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามช่วงอายุ.....	101
ตารางที่ 4 ข้อมูลรายได้ต่อเดือนและรายจ่ายด้านสุขภาพต่อเดือน .....	103
ตารางที่ 5 ระดับการปฏิบัติตนที่จะนำไปสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ .....	104
ตารางที่ 6 ระดับการปฏิบัติตนที่จะนำไปสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพด้านสุขภาพ .....	105
ตารางที่ 7 ระดับการปฏิบัติตนที่จะนำไปสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพด้านสุขภาพ จำแนกตาม ช่วงอายุ.....	107
ตารางที่ 8 ระดับการปฏิบัติตนที่จะนำไปสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพด้านการมีส่วนร่วมทาง สังคม.....	110
ตารางที่ 9 ระดับการปฏิบัติตนที่จะนำไปสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพด้านการมีส่วนร่วมทาง สังคมจำแนกตามช่วงอายุ.....	111
ตารางที่ 10 ระดับการปฏิบัติตนที่จะนำไปสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพด้านหลักประกันในชีวิต 113	
ตารางที่ 11 ระดับการปฏิบัติตนที่จะนำไปสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพด้านหลักประกันในชีวิต จำแนกตามช่วงอายุ.....	115
ตารางที่ 12 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับการปฏิบัติตนที่จะนำไปสู่การ เป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ .....	118
ตารางที่ 13 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับการปฏิบัติตนที่จะนำไปสู่การ เป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพด้านสุขภาพ .....	119
ตารางที่ 14 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับการปฏิบัติตนที่จะนำไปสู่การ เป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพด้านการมีส่วนร่วมทางสังคม .....	121
ตารางที่ 15 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับการปฏิบัติตนที่จะนำไปสู่การ เป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพด้านหลักประกันในชีวิต.....	122



ตารางที่ 16 ระดับความคิดเห็นต่อการส่งเสริมผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ.....	133
ตารางที่ 17 ระดับความคิดเห็นต่อการส่งเสริมการเป็นผู้สูงอายุที่ศักยภาพจากครอบครัว จำแนกตามช่วงอายุ.....	137
ตารางที่ 18 ระดับความคิดเห็นต่อการส่งเสริมการเป็นผู้สูงอายุที่ศักยภาพจากกลุ่มเพื่อน จำแนกตามช่วงอายุ.....	139
ตารางที่ 19 ระดับความคิดเห็นต่อการส่งเสริมการเป็นผู้สูงอายุที่ศักยภาพจากสื่อมวลชน จำแนกตามช่วงอายุ.....	140
ตารางที่ 20 ระดับความคิดเห็นต่อการส่งเสริมการเป็นผู้สูงอายุที่ศักยภาพจากอาสาสมัครจำแนกตามช่วงอายุ.....	141
ตารางที่ 21 ระดับความคิดเห็นต่อการส่งเสริมการเป็นผู้สูงอายุที่ศักยภาพจากหน่วยงานภาครัฐในพื้นที่จำแนกตามช่วงอายุ.....	143
ตารางที่ 22 ระดับความคิดเห็นต่อการส่งเสริมการเป็นผู้สูงอายุที่ศักยภาพจากเพื่อนร่วมงานจำแนกตามช่วงอายุ.....	144
ตารางที่ 23 ระดับความคิดเห็นต่อการส่งเสริมการเป็นผู้สูงอายุที่ศักยภาพจากหน่วยงานต้นสังกัด จำแนกตามช่วงอายุ.....	146
ตารางที่ 24 วิเคราะห์แหล่งเรียนรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพด้านสุขภาพ จำแนกตามช่วงอายุ.....	161
ตารางที่ 25 วิเคราะห์แหล่งเรียนรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพด้านการมีส่วนร่วม ทางสังคม จำแนกตามช่วงอายุ.....	165
ตารางที่ 26 วิเคราะห์แหล่งเรียนรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพด้านหลักประกัน ในชีวิต จำแนกตามช่วงอายุ.....	169
ตารางที่ 27 ผลการวิเคราะห์การเรียนรู้ด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ จำแนกตามเพศ.....	234
ตารางที่ 28 ผลการวิเคราะห์การเรียนรู้ด้านการมีส่วนร่วมทางสังคมเพื่อส่งเสริมการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพจำแนกตามเพศ.....	236
ตารางที่ 29 ผลการวิเคราะห์การเรียนรู้ด้านหลักประกันในชีวิตเพื่อส่งเสริมการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ จำแนกตามเพศ.....	238

ตารางที่ 30 ผลการวิเคราะห์การเรียนรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพตาม  
 หลักสุขภาพพอเพียง..... 240

ตารางที่ 31 ผลการวิเคราะห์การดำเนินงานส่งเสริมผู้สูงอายุที่มีศักยภาพตามหลักสุขภาพ  
 พอเพียง..... 241

ตารางที่ 32 ผลการวิเคราะห์การดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุตามหลักสุขภาพพอเพียง ..... 243



## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประเทศไทยเข้าสู่ “สังคมสูงวัย” (Aged society) ตั้งแต่ปี 2548 ซึ่งเมื่อปี 2557 ประเทศไทยมีผู้สูงอายุวัยต้น (อายุ 60-69 ปี) จำนวน 5.6 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 8.6 ของประชากรทั้งหมด ผู้สูงอายุวัยกลาง (อายุ 70-79 ปี) จำนวน 3.0 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 4.6 และผู้สูงอายุวัยปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป) จำนวน 1.4 ล้านคน คิดเป็น ร้อยละ 2.1 และคาดการณ์ว่าในปี 2583 จะมีประชากรสูงอายุวัยปลายเพิ่มขึ้นอีกเกือบเท่าตัว ซึ่งเพิ่มเร็วกว่าผู้สูงอายุกลุ่มอื่น ทำให้ภาระพึ่งพิงมีแนวโน้มสูงขึ้น เมื่อพิจารณาจากอัตราส่วนผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) 1 คน ต่อ จำนวนประชากรวัยแรงงาน (15-59 ปี) มีแนวโน้มลดลงจากประชากรวัยแรงงานประมาณ 4 คน ต่อผู้สูงอายุ 1 คน ในปี 2557 และจะลดลงเหลือเพียง 2 คน ในอีก 25 ปีข้างหน้า (ปราโมทย์ ประสาทกุล และคณะ, 2558) นอกจากนี้ขนาดและรูปแบบของครัวเรือนเปลี่ยนเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น สมาชิกในครอบครัวมีจำนวนน้อยลง และมีรูปแบบการอยู่อาศัยที่มีความหลากหลายมากขึ้น ซึ่งส่งผลกระทบต่อสัมพันธภาพ การดูแลและช่วยเหลือเกื้อกูลระหว่างกันที่ลดน้อยลง และอาจส่งผลให้ผู้สูงอายุต้องใช้ชีวิตลำพังเพิ่มมากขึ้น (2552) แนวคิดในการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุจึงได้ปรับเปลี่ยนเป็นการมองผู้สูงอายุว่าเป็นผู้ที่มีศักยภาพ เป็นผู้ที่ทำคุณประโยชน์และควรส่งเสริมให้คงคุณค่าไว้ให้นานที่สุด

องค์การอนามัยโลก (WHO, 2002) ได้ให้คำนิยาม Active Ageing ว่าเป็นกระบวนการในการสร้างโอกาสที่เหมาะสมทางด้านสุขภาพ ด้านการมีส่วนร่วม และด้านหลักประกันในชีวิตเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุซึ่งครอบคลุมทั้งระดับบุคคลและกลุ่มประชากร ทั้งนี้จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีความอยู่ดีมีสุขทั้งทางด้านกายภาพ ด้านสังคม ด้านจิตใจ และสามารถมีส่วนร่วมในสังคมได้สำหรับในประเทศไทยยังไม่มีคำบัญญัติคำแปลของคำว่า “Active Ageing” โดยราชบัณฑิตยสภาแต่มีการใช้คำในภาษาไทยที่แตกต่างกันออกไปเช่น “สูงวัยอย่างมีคุณภาพ” “พลฒิพลัง” “พลฒพลัง” “ผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ” (เล็ก สมบัติ, ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, และธนิกันต์ ศักดาพร, 2554) นอกจากนี้ยังมีการใช้คำว่า “วุฒิวัย” ซึ่งหมายถึงวัยหรือระยะอายุที่มีความเจริญสมบูรณ์เพียบพร้อม (สุกจักษ์ แสงประจักษ์สกุล, 2558) ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยใช้คำว่า “ผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ” โดยยึดกรอบแนวคิดขององค์การอนามัยโลก ซึ่งครอบคลุมองค์ประกอบ ทั้งด้านสุขภาพ ด้านการมีส่วนร่วมทางสังคม และด้านหลักประกันในชีวิต

แผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) มีมุมมองในเรื่องผู้สูงอายุว่าเป็นบุคคลที่มีประโยชน์ต่อสังคมและสมควรส่งเสริมให้คงคุณค่าไว้ให้นานที่สุด โดยมีสวัสดิการจากรัฐเป็นระบบ

เสริมเพื่อให้เกิดหลักประกันในวัยสูงอายุและความมั่นคงทางสังคม ซึ่งเป็นการมองว่าผู้สูงอายุเป็นกลุ่มประชากรที่มีความสำคัญต่อสังคม สามารถสร้างสรรคคุณค่าให้กับสังคมได้ (นภาพรณ ะหวานนท์ และธีรวัลย์ วรรณโทัย, 2552) จึงกล่าวได้ว่าผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ เป็นการปรับมุมมองเกี่ยวกับผู้สูงอายุจากการเป็นผู้รับสวัสดิการ อยู่ในภาวะพึ่งพิง หรือเป็นภาระ มาเป็นผู้ที่สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีศักยภาพ

จากการศึกษาของสุภจักษ์ แสงประจักษ์สกุล (2557) พบว่า ผู้สูงอายุไทยในปี พ.ศ. 2550 และ 2554 มีดัชนีวุฒิวัยในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีดัชนีด้านสุขภาพในระดับสูงมากที่สุด รองลงมาคือด้านหลักประกันในชีวิต และด้านการมีส่วนร่วมทางสังคม เมื่อพิจารณาแนวโน้มการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ พบว่า ในปี พ.ศ. 2550 และ 2554 ค่าเฉลี่ยของวุฒิวัยในภาพรวมมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามลำดับ (สุภจักษ์ แสงประจักษ์สกุล, 2557) อย่างไรก็ตามจากการศึกษาของกุศล สุนทรธาดา และกมลชนก ขำสุวรรณ (2553) แสดงให้เห็นว่าดัชนีพหุพลังของไทยในช่วงปี พ.ศ. 2545-2550 มีค่าลดลงเนื่องจากองค์ประกอบของดัชนีความมั่นคงโดยเฉพาะด้านรายได้และความพอเพียงของรายได้ลดลงสอดคล้องกับผลการศึกษาของศุภเจตน์ จันทรสาส์น (2555) ที่พบว่าผู้สูงอายุไทยยังมีพหุพลังในระดับที่ไม่สูงพอที่จะนำพาตนเองให้หลุดพ้นจากการเป็นประชากรพึ่งพิงทางเศรษฐกิจ และสามารถมีส่วนร่วมทางเศรษฐกิจได้อย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งประเด็นด้านสุขภาพกายและความมั่นคงทางการเงิน

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (WHO, 2002; กุศล สุนทรธาดา และกมลชนก ขำสุวรรณ, 2553; วิไลพร วงศ์ดีณี, โรจน์จินตนาวัฒน์, และกนกพร สุคำวัง, 2556; สุภจักษ์ แสงประจักษ์สกุล, 2557) มีความครอบคลุมทั้งระบบบริการด้านสุขภาพและระบบบริการทางสังคม สภาพแวดล้อมทั้งทางกายภาพและทางสังคม รวมทั้งตัวบุคคล ซึ่งประกอบด้วย ปัจจัยทางประชากร พฤติกรรม การได้รับข้อมูลข่าวสาร ทักษะคิดต่อการสูงอายุ และปัจจัยทางเศรษฐกิจ

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพทั้งในต่างประเทศและประเทศไทย (Hessel, 2008; Rowena MacKean, และAbbott-Chapman, 2011; Wiles, และ Jayasinha, 2013; เล็ก สมบัติ, ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, และธนิกานต์ ศักดาพร, 2554; กุณทลี เงามแสงธรรม, 2551; ทนงศักดิ์ ยิ่งรัตนสุข, ภาณุวัฒน์ เชิดเกียรติกุล, และปณิตา วรรณพิรุณ, 2558; นันทรัตน์ อมาตยกุล, 2555; บุญนาค ปัตถานัง และวิฑูรท์ จำรัสพันธ์, 2556; ปณิธิ บรรวณ, 2557; ศุภเจตน์ จันทรสาส์น, 2555; สุภจักษ์ แสงประจักษ์สกุล, 2558; อาชญญา รัตนอุบล และคณะ, 2553b; อุษษา โพนทอง, 2553) พบว่า มีประเด็นที่มีความหลากหลาย ทั้งในส่วนของเตรียมการเข้าสู่วัยสูงอายุ การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ การพัฒนาคุณภาพชีวิต บทบาทของผู้สูงอายุในชุมชน บทบาทของกลุ่มผู้สูงอายุในการขับเคลื่อนงานด้านผู้สูงอายุ ระบบการส่งเสริมสุขภาพรูปแบบการเรียนรู้ ปัจจัยที่ส่งผล

ต่อการเรียนรู้เพื่อการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ แนวทางการส่งเสริมการศึกษา การพัฒนาโปรแกรม รวมทั้งปัจจัยกำหนดระดับการมีศักยภาพ จึงทำให้มีผลการศึกษาทั้งในส่วนของ 1) การพัฒนาตัวผู้สูงอายุเองเช่น การฝึกอาชีพ การทำงานของผู้สูงอายุ สร้างความมั่นคงทางรายได้ การศึกษาตลอดชีวิต การมีส่วนร่วมกิจกรรมในชุมชน การทำคุณประโยชน์ของผู้สูงอายุ 2) การจัดการระบบที่เอื้อต่อการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ เช่น แนวทางการส่งเสริมการศึกษา โปรแกรมการเรียนรู้ ระบบการส่งเสริมสุขภาพ ทั้งในส่วนของนโยบาย งบประมาณ การวางแผน ดำเนินโครงการ และติดตามประเมินผล 3) การปรับทัศนคติของคนในสังคมเกี่ยวกับผู้สูงอายุ 4) การมีส่วนร่วมและทำกิจกรรมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ และ 5) มโนทัศน์ของ Active Ageing ในหลายระดับ ได้แก่ ระดับปัจเจก ครอบครัว ผู้สูงอายุด้วยกัน ชุมชน

การให้นิยามผู้สูงอายุที่มีศักยภาพในงานวิจัยมีความแตกต่างกัน เช่น การเป็นผู้ทำประโยชน์แก่สังคม การเป็นผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จ ความเป็นองค์ประกอบรวมจากสุขภาพกาย สุขภาพจิต การจัดการการเงิน ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น การทำกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ซึ่งมีกรอบแนวคิดเชิงทฤษฎีทั้งทางด้านสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา ในการอธิบายมโนทัศน์ “Active Ageing” เป็นที่สังเกตได้ว่างานวิจัยส่วนใหญ่เน้นแนวคิดชุมชนเป็นฐานในการให้บริการสำหรับผู้สูงอายุ การศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเป็นกลุ่มตัวอย่างเฉพาะกลุ่ม ได้แก่ กลุ่มก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ กลุ่มผู้สูงอายุ

เมื่อพิจารณาการดำเนินงานส่งเสริมศักยภาพผู้สูงอายุของประเทศไทยที่ผ่านมา ได้มีกลไกระดับชาติ ประกอบด้วย พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ นโยบายสาธารณะ แผนพัฒนาสาธารณสุข ซึ่งได้ปรับเปลี่ยนมุมมองว่าผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่มีประโยชน์ต่อสังคมและสมควรส่งเสริมให้คงคุณค่าไว้ให้นานที่สุด เน้นการส่งเสริมและสนับสนุนให้ครอบครัวและชุมชน โดยเฉพาะองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถดูแลผู้สูงอายุให้ดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพและมีศักดิ์ศรี ให้ความสำคัญกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชากรวัยสูงอายุอย่างต่อเนื่อง ทั้งในประเด็นสิทธิผู้สูงอายุ การได้รับการคุ้มครอง ภายใต้การมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนในระบบสวัสดิการและบริการให้แก่ผู้สูงอายุ สรุปได้ว่านโยบายด้านผู้สูงอายุจะมีลักษณะเป็นองค์รวม เน้นการเตรียมความพร้อมเพื่อสังคมสูงวัย โดยสอดคล้องกับปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง

จากการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดการจัดสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ (นาริรัตน์ จิตรมนตรี, และสาวิตรี ทยานศิลป์, 2552; วรรณภา ศรีธีรรัตน์, ผ่องพรรณ อรุณแสง, และมารีสา ไกรฤกษ์, 2545; วรรณภา ศรีธีรรัตน์, ผ่องพรรณ อรุณแสง, สุจิตรา ลีมีอำนาจลาภ, และคณะ, 2545; วรรณลักษณ์ เมียนกิต, 2549; ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2548; สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย, 2549; สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ, 2545) พบว่า การจัดสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุในต่างประเทศส่วนใหญ่มีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิต ความผาสุก สุขภาวะ โดยมีมาตรการ ด้านการดูแลระยะ

ยาว ดูแลที่บ้าน ประสานความร่วมมือจากหลายฝ่าย สร้างความมั่นคงทางรายได้ ส่งเสริมการออม พัฒนาบริการด้านสุขภาพ และเตรียมความพร้อมสำหรับวัยสูงอายุ สำหรับประเทศไทย ได้ปรับเปลี่ยนแนวคิดการจัดสวัสดิการมาเป็นลดการพึ่งพิงจากสถาบัน สนับสนุนให้ผู้สูงอายุพึ่งพาตนเอง และส่งเสริมการดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่าและมีศักดิ์ศรี อย่างไรก็ตาม ยังพบปัญหาหรืออุปสรรคการดำเนินงาน ได้แก่ ขาดการบูรณาการการดำเนินงาน ความไม่ต่อเนื่องทั้งระดับนโยบายและการปฏิบัติ ขาดการนำนโยบายสู่การปฏิบัติ การรับรู้และความเข้าใจสิทธิ การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพและสังคม ชุมชนขาดความพร้อม ขาดการเตรียมความพร้อมของครอบครัวในการรับบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุ รวมทั้งแรงงานนอกระบบที่ไม่มีหลักประกันเรื่องรายได้

นอกจากนี้ยังมีการจัดการศึกษาสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งจากการศึกษาแนวคิดที่เกี่ยวข้อง (McClusky, 1975; ระวี สัจจโสภณ, 2556; อาชญญา รัตนอุบล และคณะ, 2553b) เป็นการจัดการศึกษาทั้งในการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุและวัยสูงอายุ เพื่อตอบสนองความต้องการพื้นฐาน สามารถปรับตัวเข้ากับสภาพแวดล้อมใหม่ๆ ได้เป็นอย่างดี ในรูปแบบการศึกษาตลอดชีวิต ซึ่งในต่างประเทศจะเน้นให้ผู้สูงอายุสามารถพึ่งพิงตนเองได้ และส่งเสริมสนับสนุนให้ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วม สำหรับในประเทศไทย หน่วยงานหลักของกระทรวงศึกษาธิการ ให้ความสำคัญกับครอบครัว ชุมชน เช่น รูปแบบมหาวิทยาลัยวัยที่สาม รูปแบบศูนย์อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุในชุมชน รูปแบบเมือง/ชุมชนสำหรับผู้สูงอายุ รูปแบบชมรมผู้สูงอายุ/สโมสรผู้สูงอายุ และรูปแบบการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุตามอัธยาศัย โดยมีกิจกรรมการเรียนรู้ที่ครอบคลุมด้านความรู้พื้นฐาน การฝึกอาชีพ และข่าวสารข้อมูล เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต

การส่งเสริมการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพในประเทศไทยได้ปรับเปลี่ยนแนวคิดการจัดสวัสดิการ มาเป็นลดการพึ่งพิงจากสถาบัน (Deinstitutionalization) สร้างความตระหนักเรื่องการพึ่งตนเอง (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2550b) ซึ่งสอดคล้องกับปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง เป็นปรัชญาในการดำเนินชีวิตโดยยึดหลักทางสายกลาง ด้วยความไม่ประมาท สามารถพึ่งตนเองได้ทั้งในระดับชุมชน เมืองรัฐและระดับบุคคลในด้านสังคม ทรัพยากรธรรมชาติ เทคโนโลยี และเศรษฐกิจ โดยสร้างความเข้มแข็งจากฐานวัฒนธรรมไทย ในลักษณะบูรณาการอย่างเป็นองค์รวม ทั้งนี้ต้องคำนึงถึงความพอเพียงต่อตนเองโดยไม่ทำให้เดือดร้อน จนทำให้เกิดความสมดุลในการดำเนินชีวิตอย่างปกติสุขและยั่งยืน (โสภณ สุภาพงษ์, 2547; กรมการศาสนา, 2549; นิธิ เอียวศรีวงศ์, 2544; ประเวศ วะสี, 2542; สำนักงานคณะกรรมการพิเศษเพื่อประสานงานโครงการอันเนื่องมาจากพระราชดำริ, 2547; สุเมธ ตันติเวชกุล, 2544; สุนทร กลุณนวรพงศ์, 2544)

แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 10 และฉบับที่ 11 (คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10 พ.ศ. 2550-2554, 2550b; คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 11 พ.ศ. 2555-2559, 2555) ได้นำปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง

มากำหนดเป็นทิศทางในการพัฒนาระบบสุขภาพ ซึ่งเป็นกระบวนการพัฒนาสุขภาพของประชาชนให้ไปสู่การมีสุขภาพะ ทั้งมิติทางกาย จิต สังคมและปัญญา โดยมีระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพมาตรฐาน เข้มแข็ง เพียงพอและเข้าถึงได้สะดวก ตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการที่แท้จริงของประชาชน บนต้นทุนที่เหมาะสมมีวัตถุประสงค์ของการสร้างระบบสุขภาพพอเพียง เพื่อสร้างสุขภาพดีให้เป็นวิถีชีวิตในทุกช่วงวัยสร้างระบบบริการดี สร้างสังคมดี เป็นสังคมที่อยู่เย็นเป็นสุขร่วมกันได้ด้วยการมีหลักประกันด้านสุขภาพที่ให้ความอบอุ่นใจและความมั่นคงปลอดภัยในชีวิต และสร้างชีวิตที่มีความสุขพอเพียง เป็นวิถีชีวิตที่มีความสุขสงบ ไม่เบียดเบียนกัน เติบโตได้ในสังคมแห่งการเรียนรู้ มีวัฒนธรรมที่เกื้อกูลต่อสุขภาพ สันติภาพ และการพัฒนาไปสู่ศักยภาพสูงสุดของความเป็นมนุษย์ ทั้งนี้ระบบสุขภาพพอเพียงมีหลักการสำคัญ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2550) ประกอบด้วย ยึดหลักทางสายกลาง ยึดหลักความสมดุล ยึดหลักความพอประมาณ สร้างระบบภูมิคุ้มกัน และสร้างระบบการเรียนรู้ให้รู้เท่าทันโลก เพื่อสร้างสุขภาพดีให้เป็นวิถีชีวิต เน้นในระดับครอบครัวและชุมชน โดยบูรณาการเป็นองค์รวมในระบบสุขภาพ บริบทแวดล้อม และการมีส่วนร่วมของสังคม

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพพอเพียงที่ผ่านมา (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2551; มณี อภานันท์กุล และคณะ, 2554; มณี อภานันท์กุล, รุจา ภูไพบูลย์, และกฤษมา คุวัฒนะสัมฤทธิ์, 2558; รุจา ภูไพบูลย์ และคณะ, 2555) มีการศึกษาในประเด็นกระบวนการสร้างและพัฒนาสุขภาพบนฐานเศรษฐกิจพอเพียง วิถีชีวิตสุขภาพบนฐานเศรษฐกิจพอเพียง รวมทั้งการสร้างและวิเคราะห์ดัชนีชี้วัดสุขภาพพอเพียง ซึ่งส่วนใหญ่ใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ และการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมี ส่วนร่วม ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า กลไกที่สำคัญคือชมรมสร้างสุขภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งมีบทบาทในการจัดทำแผนสร้างการเรียนรู้ด้านสุขภาพโดยมีความสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย 3 อ. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์) เน้นกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม นอกจากนี้ความมีน้ำใจเอื้อเฟื้อของคนในชุมชน และการรับรู้แนวคิดปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงเป็นต้นทุนสำคัญที่ทำให้เกิดการพึ่งตนเองด้านสุขภาพและดูแลซึ่งกันและกัน จะเห็นได้ว่างานวิจัยส่วนใหญ่จะมีหน่วยวิเคราะห์ (Unit of Analysis) ในระดับบุคคล และชุมชน เป็นกลุ่มประชากรในทุกช่วงวัย และเน้นกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเป็นหลัก ซึ่งยังไม่พบบางงานวิจัยที่ศึกษาเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุและผู้สูงอายุ จึงควรมีการศึกษาการนำแนวคิดระบบสุขภาพพอเพียงมาประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้ของผู้สูงอายุและผู้สูงอายุเพื่อการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ

ด้วยเหตุนี้จึงมีความจำเป็นและความสำคัญที่จะต้องมีการศึกษาสภาพการส่งเสริมการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพในปัจจุบัน วิเคราะห์ความสอดคล้องระหว่างการเรียนรู้ของผู้ที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมผู้สูงอายุที่มีศักยภาพและผู้สูงอายุกับหลักการของระบบสุขภาพพอเพียง และหาโครงสร้างทางสังคมและวัฒนธรรม และแบบแผนการดำรงชีวิต ที่เหมาะสมต่อการปฏิบัติตนที่จะนำไปสู่การเป็น

ผู้สูงอายุที่มีศักยภาพและการส่งเสริมการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษา “การนำเสนอรูปแบบการส่งเสริมผู้สูงอายุที่มีศักยภาพบนฐานระบบสุขภาพพอเพียง” เพื่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ เอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และองค์กรที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ สามารถนำไปเป็นแนวทางกำหนดนโยบายและวางแผนการพัฒนาผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ ผู้เข้าสู่วัยสูงอายุ และผู้สูงอายุ สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินชีวิตอย่างพึ่งพาตนเองได้ และมีส่วนร่วมในการพัฒนาสังคมต่อไป

### คำถามการวิจัย

1. สภาพการส่งเสริมการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพในปัจจุบันเป็นอย่างไร
2. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ มีการเรียนรู้ในการดำเนินงานอย่างไร และผู้สูงอายุ มีแหล่งเรียนรู้และแบบแผนการดำรงชีวิตอย่างไร สอดคล้องกับหลักการของสุขภาพพอเพียงหรือไม่
3. รูปแบบการส่งเสริมการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพบนฐานระบบสุขภาพพอเพียงควรเป็นอย่างไร

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพการส่งเสริมผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ
2. เพื่อวิเคราะห์การเรียนรู้ในการส่งเสริมผู้สูงอายุที่มีศักยภาพบนฐานระบบสุขภาพพอเพียง
3. เพื่อนำเสนอรูปแบบการส่งเสริมผู้สูงอายุที่มีศักยภาพบนฐานระบบสุขภาพพอเพียง

### ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตด้านเนื้อหา ประกอบด้วย

1. ผู้สูงอายุที่มีศักยภาพมุ่งศึกษาใน 3 ด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพ ด้านการมีส่วนร่วมทางสังคม และด้านหลักประกันในชีวิต ตามกรอบแนวคิดขององค์การอนามัยโลก
2. การส่งเสริมผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ มุ่งศึกษาการปฏิบัติตนที่จะนำไปสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ รวมทั้งการดำเนินงานในเชิงโครงสร้างทางสังคมและวัฒนธรรม ซึ่งประกอบด้วย นโยบาย แผนงาน การดำเนินงาน การบูรณาการ กฎหมายและมาตรฐานที่เกี่ยวข้อง และแบบแผนการดำรงชีวิต ของผู้ที่มีอายุ 50-59 ปี และผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป
3. ระบบสุขภาพพอเพียง มุ่งศึกษา 5 ด้าน ได้แก่ การยึดหลักทางสายกลาง การยึดหลักความสมดุล การยึดหลักความพอประมาณ สร้างระบบภูมิคุ้มกัน และสร้างระบบการเรียนรู้ให้รู้เท่าทัน ตามแนวคิดของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข



## คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

**ผู้เข้าสู่วัยสูงอายุ** หมายถึง บุคคลที่มีอายุระหว่าง 50-59 ปี ทั้งเพศชายและหญิง

**ผู้สูงอายุ** หมายถึง บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง

**ผู้สูงอายุวัยต้น** หมายถึง บุคคลที่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี ทั้งเพศชายและหญิง

**ผู้สูงอายุวัยกลาง** หมายถึง บุคคลที่มีอายุระหว่าง 70-79 ปี ทั้งเพศชายและหญิง

**ผู้สูงอายุวัยปลาย** หมายถึง บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง

**ผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ** หมายถึง บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่มีภาวะสมดุลทั้ง 3 ด้าน ประกอบด้วย ด้านสุขภาพ คือมีสุขภาพกายและจิตดี มีความพึงพอใจในชีวิตสามารถดำเนินชีวิตด้วยตนเองได้ในยามที่มีอายุมากขึ้น มีภาวะการเจ็บป่วยหรือพิการที่ไม่รุนแรงและสามารถเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพได้เป็นอย่างดี ด้านการมีส่วนร่วมทางสังคม คือมีส่วนร่วมทั้งในกิจกรรมที่มีรายได้และกิจกรรมที่ไม่มีรายได้ และด้านหลักประกันในชีวิต คือสามารถมั่นใจได้ว่าตนเองจะได้รับการปกป้องคุ้มครองจากสังคม ทั้งด้านรายได้และที่อยู่อาศัยในยามที่มีอายุมากขึ้น รวมทั้งการให้เกียรติและการดูแลเอาใจใส่

**การเรียนรู้ในการส่งเสริมผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ** หมายถึง การดำเนินงานตามหลักสุขภาพพอเพียงของโครงสร้างทางสังคมและวัฒนธรรม ซึ่งประกอบด้วย นโยบาย แผนงาน การดำเนินงาน การบูรณาการ กฎหมายและมาตรฐานที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งแบบแผนการดำรงชีวิต และแหล่งเรียนรู้ของผู้เข้าสู่วัยสูงอายุและผู้สูงอายุ ในการปฏิบัติตนที่จะนำไปสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ

**รูปแบบการส่งเสริมผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ** หมายถึง โครงสร้างทางสังคมและวัฒนธรรม และแบบแผนการดำรงชีวิต ในการปฏิบัติตนที่จะนำไปสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ และการดำเนินงานส่งเสริมการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ โดยใช้การเรียนรู้เป็นเครื่องมือหลักในการส่งเสริม ทั้งในด้านสุขภาพ ด้านการมีส่วนร่วมทางสังคม และด้านหลักประกันในชีวิต

**ฐานระบบสุขภาพพอเพียง** หมายถึง การดำเนินชีวิตโดยยึดหลักทางสายกลาง ยึดหลักความสมดุล ยึดหลักความพอประมาณ สร้างระบบภูมิคุ้มกัน และสร้างระบบการเรียนรู้ให้รู้เท่าทันโลก ภายใต้การสนับสนุนจากระบบบริการสุขภาพ และการมีสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม

**รูปแบบการส่งเสริมผู้สูงอายุที่มีศักยภาพบนฐานระบบสุขภาพพอเพียง** หมายถึง โครงสร้างทางสังคมและวัฒนธรรม และแบบแผนการดำรงชีวิต ในการปฏิบัติตนที่จะนำไปสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ และการดำเนินงานส่งเสริมการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ โดยใช้การเรียนรู้เป็นเครื่องมือหลักในการส่งเสริม ทั้งในด้านสุขภาพ ด้านการมีส่วนร่วมทางสังคม และด้านหลักประกันในชีวิต โดยยึดหลักทางสายกลาง ยึดหลักความสมดุล ยึดหลักความพอประมาณ สร้างระบบภูมิคุ้มกัน และสร้างระบบการเรียนรู้ให้รู้เท่าทัน

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้ทราบแนวทางการปฏิบัติตนที่จะนำไปสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพและการส่งเสริมศักยภาพของผู้สูงอายุ เพื่อที่จะได้เป็นฐานประชากรในการเข้าสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพในช่วงวัยต่อไป
2. ได้รูปแบบการส่งเสริมผู้สูงอายุที่มีศักยภาพบนฐานระบบสุขภาพพอเพียง เพื่อที่ผู้เข้าสู่วัยสูงอายุและผู้สูงอายุ สามารถนำไปประยุกต์ใช้ รวมทั้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ เอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และองค์กรที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ สามารถนำไปเป็นแนวทางกำหนดนโยบาย และวางแผนการพัฒนาผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ
3. ได้รูปแบบการส่งเสริมผู้สูงอายุที่มีศักยภาพที่จะทำให้ผู้สูงอายุและชุมชนสามารถพึ่งพาตนเองได้และช่วยเหลือสังคมได้อีกทางหนึ่ง



## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในบทนี้เป็นการนำเสนอผลการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อกำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัยเกี่ยวกับรูปแบบการส่งเสริมผู้สูงอายุที่มีศักยภาพบนฐานระบบสุขภาพพอเพียงครอบคลุมเนื้อหาดังต่อไปนี้

#### ตอนที่ 1 แนวคิดผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ (Active Ageing)

- 1.1 ความหมายของผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ
- 1.2 องค์ประกอบของผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ
- 1.3 สถานการณ์การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ
- 1.4 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ
- 1.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ

#### ตอนที่ 2 การส่งเสริมศักยภาพผู้สูงอายุ

##### 2.1 กฎหมายและนโยบายที่เกี่ยวกับการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ

- 2.1.1 พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 และ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2553
- 2.1.2 นโยบายสาธารณะ
- 2.1.3 ยุทธศาสตร์การพัฒนาผู้สูงอายุ
- 2.1.4 แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1 พ.ศ. 2552
- 2.1.5 แผนพัฒนาสาธารณสุข
- 2.1.6 แผนยุทธศาสตร์การดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง พ.ศ. 2557 - 2561

##### 2.2 แนวคิดการจัดสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ

- 2.2.1 การจัดสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุในต่างประเทศ
- 2.2.2 การจัดสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย

##### 2.3 การจัดการศึกษาสำหรับผู้สูงอายุ

- 2.3.1 แนวคิดการจัดการศึกษาสำหรับผู้สูงอายุ
- 2.3.2 รูปแบบการจัดการศึกษาสำหรับผู้สูงอายุ
  - 2.3.2.1 รูปแบบกิจกรรมการศึกษาสำหรับผู้สูงอายุในต่างประเทศ
  - 2.3.2.2 รูปแบบกิจกรรมการศึกษาสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย

### ตอนที่ 3 ระบบสุขภาพพอเพียง

#### 3.1 ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง

##### 3.1.1 ความหมายของเศรษฐกิจพอเพียง

##### 3.1.2 หลักคิดและหลักการปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง

#### 3.2 ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงกับสุขภาพพอเพียง

#### 3.3 ดัชนีชี้วัดสุขภาพพอเพียง

#### 3.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพพอเพียง

### ตอนที่ 4 การเรียนรู้และทฤษฎีโครงสร้าง-การหน้าที่นิยม (Structural – Functional Theory)

#### 4.1 แนวคิดเกี่ยวกับการเรียนรู้

#### 4.2 ความหมายของการเรียนรู้

#### 4.3 ประเภทของการเรียนรู้

#### 4.4 ทฤษฎีโครงสร้าง-การหน้าที่นิยม

### ตอนที่ 1 แนวคิดผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ (Active Ageing)

องค์การอนามัยโลกได้เสนอแนวคิดผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ (Active Ageing) เพื่อหาแนวทางการแก้ปัญหาประชากรสูงอายุที่กำลังเพิ่มมากขึ้นในอนาคต เป็นแนวคิดที่แสดงถึงสภาวะที่สมบูรณ์ของผู้สูงอายุ และเป็นเป้าหมายของภาวะหรือคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุทั่วโลกที่ต้องดำเนินไปให้ถึง ซึ่งมีความหมายที่ครอบคลุมกว่าแนวคิดผู้สูงอายุสุขภาพดี (Healthy Ageing) แนวคิดสูงวัยอย่างประสบความสำเร็จ (Successful Ageing) และแนวคิดผู้สูงอายุที่ยังประโยชน์ (Productive Ageing) (จิราพร เกศพิชญวัฒนา และคนอื่นๆ, 2549) เป็นความพยายามปรับเปลี่ยนแนวคิดจาก “ความต้องการพื้นฐาน (Need-based)” ที่มีผู้สูงอายุเป็นกลุ่มเป้าหมายในฐานะเป็นผู้รับ (Passive Targets) เป็นแนวคิด “สิทธิขั้นพื้นฐาน (Rights-based)” จากหลักการพื้นฐานผู้สูงอายุขององค์การสหประชาชาติประกอบด้วยหลักการมีอิสรภาพ (Independent) หลักการมีส่วนร่วม (Participation) การได้รับการดูแล (Care) การบรรลุความพึงพอใจในตนเอง (Self Fulfillment) และความมีศักดิ์ศรี (Dignity) ที่ได้ตระหนักถึงสิทธิของประชาชนอย่างเท่าเทียม เป็นการปฏิบัติในทุกมิติของชีวิตตามวัยหรือเหมาะสมกับอายุของผู้สูงอายุซึ่งผู้สูงอายุที่มีศักยภาพจะสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมรับผิดชอบและมีส่วนร่วมในกระบวนการทางการเมืองและมิติอื่น ๆ ของวิถีชุมชน (วันดี โภคะกุล, 1-3 พฤศจิกายน 2549)

### 1.1 ความหมายของผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ

องค์การอนามัยโลก (WHO, 2002) ได้ให้คำนิยาม Active Ageing ไว้ว่า “เป็นกระบวนการในการสร้างโอกาสที่เหมาะสมทางด้านสุขภาพ ด้านการมีส่วนร่วม และด้านหลักประกันในชีวิต เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุซึ่งครอบคลุมทั้งระดับบุคคลและกลุ่มประชากร ทั้งนี้ Active Ageing จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีความอยู่ดีมีสุข ทั้งทางด้านกายภาพ ด้านสังคม ด้านจิตใจ และสามารถมีส่วนร่วมในสังคมได้”

สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (2544) ได้ให้ความหมาย Active Ageing ว่า“เป็นกระบวนการ (Process) ที่เหมาะสม (Optimization) นำไปสู่สุขภาพ (Health) การมีส่วนร่วม (Participation) และหลักประกัน (Security) ในอันที่จะเสริมสร้างคุณภาพชีวิต (To Enhance Quality of Life) เมื่อสูงวัย”

ประเวศ วะสี (2542) ให้ความหมายของผู้สูงอายุที่มีศักยภาพว่า หมายถึง อิสรภาพและการหลุดพ้นจากความบีบคั้น คุณภาพชีวิตสุขภาพหรือสภาวะในเรื่องกาย จิต สังคม และปัญญา

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2542) ให้ความหมายของผู้สูงอายุที่มีศักยภาพว่า หมายถึง ผู้ที่ดูแลตนเองได้ (Self-care) พึ่งตนเองได้ (Self-Reliance) ทำในสิ่งที่ปรารถนาได้ตามศักยภาพของตน ทำประโยชน์ต่อผู้อื่นและสังคม มีความพึงพอใจในชีวิตความเป็นอยู่ในปัจจุบัน และเตรียมพร้อมสำหรับความเปลี่ยนแปลงที่จะมาถึง

อุษา โพนทอง (2555) ได้สรุปความหมายของพหุพลัง (Active Ageing) ว่าเป็นการพัฒนาศักยภาพของบุคคลที่จะเป็นผู้สูงอายุในอนาคตที่มีสุขภาพแข็งแรง อายุยืนยาว รู้วิธีจัดการกับชีวิตให้มีความสุข ที่มีคุณลักษณะที่พึงประสงค์ในการดำเนินชีวิต ได้แก่ การมีสุขภาพร่างกาย จิตใจที่แข็งแรง สมบูรณ์ มีอิสระพึ่งพาตนเองได้และมีศักยภาพในการช่วยเหลือผู้อื่น มองโลกในแง่ดี มีความสามารถในการปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมเพื่อให้ตนเองมีชีวิตอยู่ได้อย่างมีศักยภาพ มีคุณค่า มีศักดิ์ศรี และเป็นที่ยอมรับของตนเองและสังคม นานตราบจนวาระสุดท้ายของชีวิต

นันทรัตน์ อมาตยกุล (2555) ได้สรุปคุณลักษณะของผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ เป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพร่างกายแข็งแรง มีสุขภาพจิตที่มั่นคง สดใส แข็งแรง มีการจัดการการเงิน มีสัมพันธ์กับชุมชน และมีกิจกรรมทำประโยชน์ให้กับสังคม

สำหรับในประเทศไทยยังไม่มีคำบัญญัติคำแปลของคำว่า “Active Ageing” โดยราชบัณฑิตยสภา แต่ก็มีผู้แปลคำว่า “Active Ageing” หรือมีการใช้คำในภาษาไทยที่แตกต่างกันออกไป เช่น “สูงวัยอย่างมีคุณภาพ” “พหุพลัง” “พหุพลัง” “ผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ” (เล็ก สมบัติ, ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, และธนิกานต์ ศักดาพร, 2554) ยังมีการใช้คำว่า “วุฒิวัย” ซึ่งหมายความว่า วัยหรือระยะอายุที่มีความเจริญสมบูรณ์เพียบพร้อม (สุภจักษ์ แสงประจักษ์สกุล, 2558)

ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยใช้คำว่า “ผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ” โดยยึดกรอบแนวคิดขององค์การอนามัยโลก สรุปความหมายได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ คือ บุคคลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มีสุขภาพดีทั้งร่างกาย จิตใจ และสติปัญญา มีส่วนร่วมทางสังคม และมีหลักประกันในชีวิต

## 1.2 องค์ประกอบของผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ

องค์การอนามัยโลก (WHO, 2002) ได้แบ่งองค์ประกอบของการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพไว้ 3 ด้านและให้นิยามไว้ดังนี้

1) **ด้านสุขภาพ** หมายถึง การที่ผู้สูงอายุสุขภาพดีทั้งสุขภาพกายและจิต สามารถดำเนินชีวิตด้วยตนเองได้ในยามที่มีอายุมากขึ้น ไม่มีการเจ็บป่วยที่ต้องการรักษาที่มีต้นทุนสูง และสามารถเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพได้เป็นอย่างดี

2) **ด้านการมีส่วนร่วมทางสังคม** หมายถึง การที่ผู้สูงอายุสามารถมีส่วนร่วมในสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งในกิจกรรมที่ถือเป็นรายได้และกิจกรรมที่ไม่ถือเป็นรายได้

3) **ด้านหลักประกันในชีวิต** หมายถึง การที่ผู้สูงอายุสามารถมั่นใจได้ว่าตนเองจะได้รับการปกป้องคุ้มครอง การให้เกียรติ และการดูแลเอาใจใส่ในยามที่มีอายุมากขึ้น

จิราพร เกศพิชญวัฒนา และคณะ (2549) ได้ศึกษาภาวะพหุพลังของผู้สูงอายุกรณีศึกษาผู้สูงอายุที่ได้รับการยอมรับจากสังคม พบว่า ลักษณะภาวะพหุพลัง ประกอบด้วย

### 1) การไม่อยู่นิ่งทำกิจกรรมตลอดเวลา

1.1) ทำกิจกรรมที่ตนชอบในยามว่าง แบ่งเป็น 2 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมที่ทำเป็นงานอดิเรก เช่น การทำสวน การเล่นกีฬา กิจกรรมแห่งการเรียนรู้ ได้แก่ การอ่านหนังสือ ฟังวิทยุ ดูโทรทัศน์

1.2) การทำกิจกรรมในองค์กรที่ตนเป็นสมาชิก ได้แก่ ครอบครัว ชุมชนและสังคม

1.2.1) กิจกรรมที่ทำกับสมาชิกในครอบครัว ได้แก่ การมีกิจกรรมสังสรรค์เพื่อความผูกพันในครอบครัว เช่น การท่องเที่ยว การรับประทานอาหารร่วมกัน และการทำประโยชน์ให้กับครอบครัว เช่น ช่วยทำงานบ้าน การหน้าที่เป็นผู้อบรมสั่งสอนบุตรหลานในครอบครัว ทำงานเชิงเศรษฐกิจเท่าที่ตนสามารถทำได้

1.2.2) กิจกรรมที่ทำร่วมกับชุมชน ได้แก่ การมีกิจกรรมสังสรรค์กับเพื่อนร่วมงาน การทำประโยชน์แก่เพื่อนบ้าน ชมรม สมาคม มูลนิธิ หรือแก่บุคคลส่วนรวมทั่วไป การมีกิจกรรมแห่งการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับองค์กรที่ตนเป็นสมาชิก

### 2) การมีสุขภาพะดี

2.1) การมีสุขภาพกายดี หมายถึง การที่ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพกายได้เหมาะสมกับสภาพร่างกายของตนเอง ทำให้อาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับร่างกายทุเลา สุขภาพแข็งแรงขึ้นและผู้สูงอายุรับรู้ว่าคุณภาพกายดีขึ้น จากการออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การละเว้น

อบายมุข การพักผ่อนเพียงพอ การใช้ความรู้ที่ตนเองมีอยู่ดูแลรักษาสุขภาพของตนเอง และการตรวจสุขภาพประจำปี

## 2.2) การมีสุขภาพใจดี

2.2.1) การมีจิตใจสงบ มีสติ ปรับใจกับปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันได้ โดยมีหลักคิดจากคำสอนทางพุทธศาสนา โดยใช้หลักปล่อยวางในปัญหาที่แก้ไม่ได้ ทำใจยอมรับกับปัญหาหรือความสูญเสียในชีวิต ไม่ยึดมั่นถือมั่นจนเกินไปซึ่งก่อให้เกิดความทุกข์ รู้จักวางเฉยในบางเรื่อง รู้จักประมาณตนเอง หลีกเลียงจากสิ่งกระตุ้นให้เกิดความเครียด พอใจในสิ่งที่ตนมีและไม่เอาตนเองไปเปรียบเทียบกับผู้อื่น

2.2.2) การมีความคิดสร้างสรรค์ คือการประยุกต์ใช้อุปกรณ์พื้นฐานที่สามารถหาได้ง่าย ใช้พัฒนาขึ้นเป็นท่าออกกำลังกายรักษาอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับร่างกายของตนเอง หรือการผสมผสานการบริหารกายกับจิตเข้าด้วยกัน

2.2.3) การมีความพึงพอใจในชีวิต คือการที่เมื่อผู้สูงอายุมองย้อนกลับไปในชีวิตแล้วเห็นว่าตนเองได้ดำเนินชีวิตมาเป็นอย่างดี และมีความสุขในชีวิต

2.2.4) การมีความภาคภูมิใจในชีวิต คือการรู้สึกภาคภูมิใจที่ตนเองได้ทำประโยชน์ต่อสังคม ได้ถ่ายทอดความรู้ที่ตนมีต่อผู้อื่น

2.2.5) การยอมรับกับความตายได้ คือการมองการตายเป็นธรรมชาติของชีวิต หากต้องเผชิญกับความตายมีความปรารถนาที่จะตายอย่างสงบ สมศักดิ์ศรี ด้วยการเจ็บสั้นๆ ก่อนตาย และไม่ทุกข์ทรมานจากการรักษาทางการแพทย์

2.3) การมีสุขภาพทางสังคม การที่ผู้สูงอายุมีการพบปะติดต่อกับครอบครัว ชุมชน สังคมที่ตนเป็นสมาชิกอยู่อย่างสม่ำเสมอ โดยมีสัมพันธภาพที่ดีกับสมาชิกท่านอื่นๆ สามารถปรับตัวเข้ากับบทบาทที่เปลี่ยนแปลงไปตามวัยได้เหมาะสม

## 2.4) การมีสุขภาพทางจิตวิญญาณดี ได้แก่

2.4.1) การที่ได้ฝึกเจริญสติอย่างสม่ำเสมอ ด้วยวิธีการต่างๆ ดังนี้ สวดมนต์ แผ่เมตตา ทำวัตรเช้า-เย็น การเจริญวิปัสสนากรรมฐาน การฝึกจงกรม การนั่งสมาธิ การฝึกกระสิริรู้ตามความคิดของตนเอง ฝึกให้จิตจดจ่ออยู่กับสิ่งใดสิ่งหนึ่ง

2.4.2) การมีศาสนาเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ หลักธรรมที่นำมาใช้ในการมองหรือดำเนินชีวิต ได้แก่ หลักไตรลักษณ์ (อนิจจัง ทุกขัง อนัตตา) อริยสัจ 4 (ทุกข์ สมุทัย นิโรธ มรรค) การเชื่อในเรื่องชาติหน้ามีจริง หลักอิทธิบาท 4 ลตกิเลส การใช้สติในการดำเนินชีวิต

3) การมีความมั่นคงในชีวิต การที่ผู้สูงอายุรู้สึกมั่นใจปลอดภัย มีความรู้สึกแน่นอนถึงปัจจัยต่างๆ ในการดำรงชีวิต ได้แก่ การมีความมั่นคงทางรายได้ การมีความมั่นคงด้านที่อยู่อาศัย และการมีความมั่นคงด้านผู้ดูแล

กุศล สุนทรธาดา และกมลชนก ขำสุวรรณ (2553) ได้สำรวจข้อมูลประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2545 และ 2550 โดยข้อมูลจากการสำรวจมีองค์ประกอบสำคัญตามแนวคิดผู้สูงอายุที่มีศักยภาพเพื่อนำมาสร้างดัชนีองค์ประกอบ (Composite Index) ที่มาจากตัวชี้วัดหลายๆ ตัว ส่วนตัวชี้วัดที่นำมาใช้ในการคำนวณผู้สูงอายุที่มีศักยภาพมาจากข้อเสนอแนะของคณะทำงานด้านนี้ของรัฐบาลออสเตรเลีย นำมาประยุกต์กับข้อมูลการสำรวจผู้สูงอายุของไทย เพื่อนำไปใช้ในการสร้างดัชนีที่ใช้วัดผู้สูงอายุที่มีศักยภาพดัชนีดังกล่าวสร้างจากข้อมูลทั้ง 3 มิติ/ด้าน ประกอบด้วย

1) ดัชนีด้านสุขภาพ มี 2 ดัชนี 3 ตัวชี้วัด ได้แก่ ดัชนีด้านสุขภาพและสุขภาพจิต มี 3 ตัวชี้วัด คือ สถานะสุขภาพที่ผู้ตอบประเมินตนเอง ระดับสุขภาพจิตและความพิการ และดัชนีสมรรถภาพทางกาย มี 3 ตัวชี้วัด คือความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) ข้อจำกัดในการทำหน้าที่ของร่างกาย (Functional Limitation)

2) ดัชนีด้านการมีส่วนร่วม มี 3 ตัวชี้วัด ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการทำงาน การมีส่วนร่วมในครอบครัว และการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมกลุ่ม/ชมรม

3) ดัชนีด้านความมั่นคง มี 2 ดัชนี 6 ตัวแปร ได้แก่ ดัชนีด้านเศรษฐกิจ มี 3 ตัวชี้วัด คือ รายได้ ความพอเพียงของรายได้ แหล่งรายได้ และดัชนีด้านกายภาพ 3 ตัวชี้วัด คือ ความเป็นเจ้าของบ้าน การอยู่อาศัย และการมีสิ่งอำนวยความสะดวกที่ปลอดภัย

สุภจักษ์ แสงประจักษ์สกุล (สุภจักษ์ แสงประจักษ์สกุล, 2558) ได้สร้างดัชนีวุฒิวย (Active Ageing Index: AAI) ของผู้สูงอายุไทย ซึ่งประกอบด้วย 3 ดัชนี 11 ตัวชี้วัด

1) ดัชนีด้านสุขภาพ 6 ตัวชี้วัด ได้แก่ สุขภาพกาย สุขภาพจิต การมองเห็น การได้ยิน ข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวัน และข้อจำกัดด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย

2) ดัชนีด้านการมีส่วนร่วมทางสังคม 2 ตัวชี้วัด ได้แก่ การเป็นสมาชิกกลุ่ม/ชมรม และการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม/ชมรม

3) ดัชนีด้านการมีหลักประกันที่มั่นคง 3 ตัวชี้วัด ได้แก่ ความเพียงพอของรายได้ ความเป็นเจ้าของบ้าน และลักษณะการอยู่อาศัย

จะเห็นได้ว่าการสร้างดัชนีองค์ประกอบการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพของผู้สูงอายุไทย นักวิชาการได้นำแนวคิดผู้สูงอายุที่มีศักยภาพจากองค์การอนามัยโลก มาประยุกต์กับข้อมูลการสำรวจผู้สูงอายุของไทย เพื่อนำไปใช้ในการสร้างดัชนีที่ใช้วัดผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ ซึ่งมีความแตกต่างกันในรายละเอียดของตัวชี้วัด ดังนั้นในการวิจัยนี้ผู้วิจัยจึงใช้องค์ประกอบผู้สูงอายุที่มีศักยภาพตามกรอบแนวคิดขององค์การอนามัยโลก ซึ่งประกอบด้วย ด้านสุขภาพ ด้านการมีส่วนร่วมทางสังคม และด้านหลักประกันในชีวิต



### 1.3 สถานการณ์การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ

จากการศึกษาระดับการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ ของสุภจักษ์ แสงประจักษ์สกุล (2558) พบว่า ประมาณครึ่งหนึ่งมีดัชนีวุฒิวัยอยู่ในระดับปานกลาง โดยผู้สูงอายุส่วนใหญ่ (2 ใน 3) มีดัชนีด้านสุขภาพในระดับสูงมากที่สุด รองลงมาคือด้านหลักประกันในชีวิต และด้านการมีส่วนร่วมทางสังคม

ด้านสุขภาพ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสุขภาพกายอยู่ในระดับปานกลาง ไม่เคยมีความรู้สึกเชิงลบ มองเห็นชัดเจนโดยไม่ต้องใส่แว่น ได้ยินชัดเจนโดยไม่ต้องใส่เครื่องช่วยฟัง สามารถทำสิ่งต่างๆ เหล่านี้ได้ด้วยตนเอง ได้แก่ กินอาหาร ใส่เสื้อผ้า อาบน้ำ ล้างหน้า แปรงฟัน เข้าห้องสุขา นั่งยองๆ ยกของหนักประมาณ 5 กิโลกรัม เดินขึ้นบันได 2-3 ชั้น และเดินทางโดยขึ้นรถ/ลงเรือคนเดียว

ด้านการมีส่วนร่วมทางสังคม พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นสมาชิกกลุ่ม/ชมรมตั้งแต่ 1 กลุ่มขึ้นไป แต่ก็ไม่ค่อยได้เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม/ชมรม

ด้านการมีหลักประกันที่มั่นคง พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีรายได้จากทุกแหล่งเพียงพอต่อการดำรงชีพ เป็นเจ้าของบ้านเองและไม่ได้อยู่คนเดียว

วิไลพร วงศ์ดีนิ, โรจน์ จินตนาวัฒน์ และกนกพร สุคำวัง (2556) ได้ศึกษาพฤติกรรมของประชากรเขตเมือง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับคะแนนพฤติกรรมโดยรวมอยู่ในระดับสูง ส่วนใหญ่มีคะแนนพฤติกรรมด้านสุขภาพ ด้านการมีส่วนร่วม และด้านความมั่นคงอยู่ในระดับสูง คือ ร้อยละ 89.45 ร้อยละ 83.42 และร้อยละ 93.22 ตามลำดับ

นอกจากนี้จากการศึกษาของนันทรัตน์ อมาตยกุล (2555) พบว่า ผู้สูงอายุประเมินศักยภาพของตนเองตามเกณฑ์ของการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ อยู่ในระดับดี โดยประเมินสุขภาพกาย มีค่าเฉลี่ย 3.72 สุขภาพจิต 4.06 การจัดการการเงิน 3.82 มีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น 3.98 และทำกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อสังคม 4.08

เมื่อพิจารณาแนวโน้มการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ พบว่าดัชนีผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมของประเทศไทย ในช่วง 5 ปี (2545-2550) ลดลง (กุศล สุนทรธาดา และกมลชนก ขำสุวรรณ, 2553) เนื่องจากองค์ประกอบของดัชนีความมั่นคงโดยเฉพาะด้านรายได้และความพอเพียงของรายได้ลดลง อย่างไรก็ตามจากการศึกษาของสุภจักษ์ แสงประจักษ์สกุล (2557) พบว่า ผู้สูงอายุในปี พ.ศ. 2545 มีค่าเฉลี่ยของวุฒิวัยในภาพรวมอยู่ในระดับต่ำ คือ 0.525 ส่วนในปี พ.ศ. 2550 และ 2554 มีค่าเฉลี่ยของวุฒิวัยในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลางคือ 0.584 และ 0.591 ตามลำดับ จะเห็นได้ว่าค่าเฉลี่ยของวุฒิวัยในภาพรวมมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามลำดับ เมื่อพิจารณาวุฒิวัยในแต่ละด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพ พบว่า ในปี พ.ศ. 2545 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.791 ซึ่งอยู่ในระดับสูง ส่วนในปี พ.ศ. 2550 และ 2554 มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงมาก คือ 0.826 และ 0.831 ตามลำดับ อีกทั้งค่าเฉลี่ยของวุฒิวัยด้านสุขภาพ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามลำดับ ด้านการมีส่วนร่วม พบว่า ในปีพ.ศ. 2545 2550 และ 2554 มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับ

ต่ำ คือ 0.150 0.170 และ 0.178 ตามลำดับ อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาแนวโน้ม พบว่าผู้วิจัยด้านการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ด้านความมั่นคง พบว่า ในปี พ.ศ. 2545 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.632 ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนในปี พ.ศ. 2550 และ 2554 มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง คือ 0.757 และ 0.764 ตามลำดับ อีกทั้งค่าเฉลี่ยก็มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามลำดับ

นอกจากนี้ จากการศึกษาของศุภเจตน์ จันทร์สาส์น (ศุภเจตน์ จันทร์สาส์น, 2555) พบว่าผู้สูงอายุไทยยังมีพฤติพลั้งในระดับที่ไม่สูงพอที่จะนำพาตนเองให้หลุดพ้นจากการเป็นประชากรพึ่งพิงทางเศรษฐกิจและสามารถมีส่วนร่วมทางเศรษฐกิจได้อย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งประเด็นด้านสุขภาพกายและความมั่นคงทางการเงิน

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ พบว่าระดับการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพอยู่ในระดับปานกลางถึงดี โดยจะมีระดับการมีศักยภาพด้านสุขภาพและด้านหลักประกันในชีวิต มากกว่าศักยภาพด้านการมีส่วนร่วมทางสังคม เมื่อพิจารณาแนวโน้มของการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ จะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุไทยมีแนวโน้มการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพเพิ่มขึ้น แต่มีศักยภาพลดลงในด้านหลักประกันในชีวิต โดยเฉพาะด้านรายได้และความพอเพียงของรายได้ ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุไทยยังมีระดับการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพไม่สูงพอที่จะสามารถพึ่งพาตนเองได้และมีส่วนร่วมทางเศรษฐกิจได้

#### 1.4 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ

องค์การอนามัยโลก (WHO, 2002 อ้างถึงใน จิราพร เกศพิชญวัฒนา และคนอื่นๆ, 2549) ได้กำหนดปัจจัยตัดขวางและตัวกำหนดผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ ซึ่งเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องตั้งแต่ระดับบุคคล ครอบครัว และระดับชาติ

1) ปัจจัยตัดขวาง (Cross-Cutting Determinants) เป็นปัจจัยที่ต้องคำนึงถึงเป็นภาพใหญ่ก่อน ได้แก่ เพศ และวัฒนธรรม เป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อปัจจัยด้านอื่นๆ ซึ่งส่งผลต่อการเข้าสู่วัยผู้สูงอายุอย่างมีศักยภาพมีรายละเอียดดังนี้

1.1) เพศ เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อสถานภาพทางสังคม ลักษณะการเข้าถึงบริการทางสุขภาพผู้สูงอายุ การทำงาน การบริโภคและภาวะโภชนาการ

1.2) วัฒนธรรม ได้แก่ ค่านิยมทางวัฒนธรรม (Cultural Value) และประเพณีนิยม (Tradition) ของแต่ละสังคมเป็นตัวกำหนดกว้างๆ ว่าสังคมมองและปฏิบัติต่อผู้สูงอายุและกระบวนการสูงอายุอย่างไร เพื่อเป็นบรรทัดฐานให้แก่คนรุ่นใหม่ในการปฏิบัติต่อผู้สูงอายุ ซึ่งจะส่งผลต่อความเป็นอยู่ พฤติกรรม ตลอดจนสุขภาพของผู้สูงอายุ

2) ตัวกำหนด (Determinants) การเข้าสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ 6 ด้าน ได้แก่

2.1) ระบบบริการทางสุขภาพและระบบบริการทางสังคม ระบบบริการสุขภาพแบ่งออกเป็น การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาสุขภาพ และฟื้นฟูสุขภาพ นอกจากนี้ยังมีการดูแลในระยะยาว (Long Term Care) ซึ่งเป็นระบบของกิจกรรมที่ดำเนินการโดยผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการเช่น ครอบครัว เพื่อนบ้าน และเพื่อน และผู้ดูแลที่เป็นทางการ ทั้งระบบบริการทางสุขภาพและสังคม ที่ จะรองรับผู้สูงอายุซึ่งไม่สามารถดูแลตนเองได้ รวมทั้งบริการสุขภาพจิต

2.2) ตัวกำหนดทางพฤติกรรม ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุแต่ละบุคคลที่ประกอบ กันเป็นปัจจัยทางพฤติกรรม ได้แก่ กิจกรรมทางกาย การรับประทานอาหารที่ถูกสุขอนามัย สุขภาพ ช่องปาก การสูบบุหรี่ แอลกอฮอล์ การไ้ยา การปฏิบัติตาม/การให้ความร่วมมือในการรักษา

2.3) ตัวกำหนดเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ชีววิทยาและพันธุกรรม ปัจจัยทางจิตวิทยา

2.4) ตัวกำหนดทางด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ได้แก่ ที่อยู่อาศัยปลอดภัย การหกล้ม น้ำ สะอาด อากาศบริสุทธิ์

2.5) ตัวกำหนดเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมทางสังคม การสนับสนุนทางสังคม โอกาสทางการศึกษา และการเรียนรู้ตลอดชีวิต ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ความรุนแรงและการทารุณกรรม การศึกษา และการอ่านออกเขียนได้

2.6) ตัวกำหนดทางเศรษฐกิจ ได้แก่ รายได้ การทำงาน และการปกป้องทางสังคม

กุศล สุนทรธาดา และกมลชนก ขำสุวรรณ (2553) ได้ศึกษาปัจจัยกำหนดระดับพฤติกรรมของผู้สูงอายุ พบว่า ปัจจัยกำหนดการเป็นผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมของไทยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ สถานภาพสมรส เขตที่อยู่อาศัย อาชีพ การมีหนี้สิน การได้รับข้อมูลข่าวสาร การเป็นโรคเรื้อรัง และ พฤติกรรมสุขภาพ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

สุภจักษ์ แสงประจักษ์สกุล (2557) พบว่า ปัจจัยกำหนดที่มีอิทธิพลต่อระดับวุฒิวิัยของผู้สูงอายุไทยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ประกอบด้วย ปัจจัยทางสังคม (เขตที่อยู่อาศัย ระดับการศึกษา และสถานภาพสมรส) สามารถอธิบายการแปรผันของวุฒิวิัยผู้สูงอายุได้มากที่สุด คือ ร้อยละ 13.7 รองลงมาคือ ปัจจัยทางพฤติกรรม (การตรวจสุขภาพ การดูแลปรนนิบัติ และการออกกำลังกาย) สามารถอธิบายการแปรผันของวุฒิวิัยผู้สูงอายุได้ ร้อยละ 9.2 ปัจจัยทางเศรษฐกิจ (รายได้ สถานภาพ การทำงาน) สามารถอธิบายการแปรผันของวุฒิวิัยผู้สูงอายุได้ ร้อยละ 8.2 ปัจจัยทางประชากร (เพศ อายุ) สามารถอธิบายการแปรผันของวุฒิวิัยผู้สูงอายุได้ ร้อยละ 6.5 และปัจจัยทางเวลา สามารถอธิบายการแปรผันของวุฒิวิัยผู้สูงอายุได้ ร้อยละ 6.2 ตามลำดับ

วิไลพร วงศ์คินี, โรจน์ จินตนาวัฒน์ และกนกพร สุคำวัง (2556) พบว่า ปัจจัยทำนายพฤติกรรม ได้แก่ เพศหญิง การสนับสนุนทางสังคม ทักษะติดต่อการสูงอายุ และรายได้

จะเห็นได้ว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ มีความครอบคลุมทั้งระบบ บริการด้านสุขภาพและระบบบริการทางสังคม สภาพแวดล้อมทั้งทางกายภาพและทางสังคม รวมทั้ง

ตัวบุคคล ซึ่งประกอบด้วย ปัจจัยทางประชากร พฤติกรรม การได้รับข้อมูลข่าวสาร ทักษะคิดต่อการสูงอายุ และปัจจัยทางเศรษฐกิจ

### 1.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพทั้งต่างประเทศและประเทศไทย พบว่า มีประเด็นที่มีความหลากหลาย ทั้งในส่วนของ การเตรียมการเข้าสู่วัยสูงอายุ การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ การพัฒนาคุณภาพชีวิต บทบาทของผู้สูงอายุในชุมชน บทบาทของกลุ่มผู้สูงอายุในการขับเคลื่อนงานด้านผู้สูงอายุ ระบบการส่งเสริมสุขภาพ รูปแบบการเรียนรู้ ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเรียนรู้เพื่อการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ แนวทางการส่งเสริมการศึกษา การพัฒนาโปรแกรมรวมทั้งปัจจัยกำหนดระดับการมีศักยภาพ จึงทำให้มีผลการศึกษาทั้งในส่วนของ 1) การพัฒนาตัวผู้สูงอายุเอง เช่น การฝึกอาชีพ การทำงานของผู้สูงอายุ สร้างความมั่นคงทางรายได้ การมีส่วนร่วมกิจกรรมในชุมชน การทำคุณประโยชน์ของผู้สูงอายุ Hessel (2008) ศึกษาการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพในสังคม พบว่า การเสริมสร้างการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพจะต้องเน้นที่อาชีวศึกษา ฝึกอบรมให้กับทุกช่วงวัย ต้องปรับทัศนคติของคนในสังคมเกี่ยวกับผู้สูงอายุ โดยการเพิ่มความตระหนักเกี่ยวกับศักยภาพของผู้สูงอายุที่ยังทำงาน ให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในตลาดแรงงานอย่างต่อเนื่อง ส่งเสริมภาพลักษณ์ผู้สูงอายุ ตลอดจนเน้นการศึกษาตลอดชีวิตเพื่อให้ผู้สูงอายุยังคงประโยชน์ให้นานที่สุด ควรให้ประชาชนมีส่วนร่วมและทำกิจกรรมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุอยากที่จะเรียนรู้ทักษะใหม่ๆ ความท้าทายที่จะให้ผู้สูงอายุคิดใหม่ทำใหม่ว่า “สามารถฝึกได้” เช่นเดียวกับ Mackean and Abbott-Chapman (2011) ศึกษาเรื่องกิจกรรมยามว่างของผู้สูงอายุเป็นการเรียนรู้ตามอัธยาศัยสำหรับผู้สูงอายุ พบว่า ผู้หญิงเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มมากกว่าผู้ชาย ใช้เวลาส่วนใหญ่ไปกับด้านสุขภาพของตนเองหรือคู่สมรส ลักษณะของกิจกรรมยามว่างเป็นกิจกรรมที่ไม่เสียค่าใช้จ่ายและเป็นกิจกรรมที่ต้องมีความสัมพันธ์กับผู้อื่น เช่น งานอดิเรกหรือกิจกรรมที่สนใจ การกีฬาและนันทนาการ การเป็นอาสาสมัคร ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีความสุข สามารถมีอิสระในการดำรงชีวิตในสังคม ทำให้เข้าใจความท้าทายที่จะต้องเผชิญ รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า เนื่องจากเป็นการเปิดโอกาสในการเรียนรู้ทั้งความรู้ที่อยู่ภายในตัวบุคคล (Implicit) และความรู้แจ้ง (Explicit) จะทำให้ได้ทั้งทักษะ ทักษะคิด และกลยุทธ์ในการจัดการกับชีวิตเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ได้แก่ เกิดความรู้สึกการเป็นเจ้าของ การได้รับการยอมรับ มีความหวังและความมั่นใจ ได้รับทราบและแบ่งปันปัญหากับคนอื่นๆ ที่คล้ายคลึงกัน นอกจากนี้ เล็ก สมบัติ, ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และธนิกานต์ ศักดาพร (2554) ได้ศึกษาภาวะสูงวัยอย่างมีคุณภาพประโยชน์กับการพัฒนาสังคมและเศรษฐกิจในประเทศไทย ผลการศึกษาพบว่า สามารถแบ่งรูปแบบลักษณะการทำกิจกรรมที่แสดงถึงการยังคุณค่าประโยชน์ของผู้สูงอายุได้ 2 ประเภท ได้แก่ (1) การยังคุณค่าประโยชน์ของผู้สูงอายุในกิจกรรมธุรกิจ แบ่งได้ออกเป็น 5

กลุ่ม คือกลุ่มใหญ่ที่สุดเป็นงานด้านการเกษตร รองลงมากลุ่มรับจ้างทั่วไป ผู้ทำธุรกิจส่วนตัว ทำอาหารขาย และกลุ่มขายของชำในชุมชน และ (2) การยังคุณประโยชน์ของผู้สูงอายุในกิจกรรมบริการ โดยมีลักษณะกิจกรรมประกอบด้วย การทำงานหรือกิจกรรมบริการเพื่อครอบครัว และกิจกรรมบริการเพื่อสังคม เช่นเดียวกับสุภจักษ์ แสงประจักษ์สกุล (2558) ได้ศึกษาปัจจัยกำหนดระดับวุฒิวิัยของผู้สูงอายุไทย จากผลการวิจัยมีข้อเสนอแนะว่ารัฐบาลควรให้ความสำคัญในการส่งเสริมการเรียนรู้และการมีส่วนร่วมในวัยสูงอายุให้มากขึ้นเพื่อช่วยยกระดับวุฒิวิัย ควรให้ความสำคัญกับการสร้างความมั่นคงด้านรายได้ในวัยสูงอายุซึ่งเป็นดัชนีวุฒิวิัยที่สำคัญและยังมีระดับต่ำ โดยการส่งเสริมเรื่องการทำงานของผู้สูงอายุ เช่น การขยายอายุเกษียณของผู้ที่ทำงานในระบบออกไปเป็น 65 ปี จึงเป็นการส่งเสริมการสร้างรายได้ในวัยสูงอายุเป็นการรักษาบทบาทของผู้สูงอายุในการเป็นผู้ผลิตในครอบครัวและสังคม และยังลดระยะเวลาในการเป็นผู้พึ่งพิงของวัยสูงอายุอีกด้วย อย่างไรก็ตาม ศุภเจตน์ จันทร์สาส์น (2555) ได้ศึกษาพฤติพลังของผู้สูงอายุไทย การปันผลทางประชากร และโอกาสทางเศรษฐกิจของประเทศไทยในสังคมสูงวัย พบว่า ประเด็นที่อาจเป็นอุปสรรคต่อการสร้างการปันผลทางประชากรครั้งที่ 2 ของประเทศไทย ได้แก่ ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีแนวโน้มที่จะเป็นภาระพึ่งพิงของประเทศมากกว่าที่จะเป็นประชากรที่มีส่วนร่วมทางเศรษฐกิจ และอาจส่งผลกระทบต่อสร้างการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ และผู้สูงอายุยังมีพฤติพลังทางด้านความมั่นคงด้านการเงินในระดับต่ำและไม่ยั่งยืนในสังคมสูงวัย และปัญหาหนี้สิน

สำหรับประเด็นการศึกษาตลอดชีวิตอาชญญา รัตนอุบล และคณะ (2553b) ได้พัฒนาแนวทางการส่งเสริมการจัดการศึกษา/การเรียนรู้เพื่อการพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ 5 รูปแบบ ได้แก่ รูปแบบมหาวิทยาลัยวัยที่สาม รูปแบบ ศูนย์อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุในชุมชน รูปแบบเมือง/ชุมชนสำหรับผู้สูงอายุ รูปแบบชมรมผู้สูงอายุ/สโมสรผู้สูงอายุ และรูปแบบการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุตามอัยยาศัย โดยแต่ละรูปแบบมีความเชื่อมโยงและเกี่ยวพันซึ่งกันและกัน ซึ่งใช้แนวคิดการใช้ชุมชนเป็นฐานในการให้บริการสำหรับผู้สูงอายุ (Community-Based Approach) ซึ่งเป็นกลไกในการสร้าง “สังคมผู้สูงอายุที่มีพฤติพลัง” และได้เสนอแนวทางสำหรับการส่งเสริมกิจกรรมการศึกษา/การเรียนรู้สำหรับผู้สูงอายุ ประกอบด้วย การกำหนดเนื้อหา/กิจกรรมการเรียนรู้ การเชื่อมโยงเครือข่ายเพื่อส่งเสริมกิจกรรมการศึกษา/การเรียนรู้ การจัดสภาพแวดล้อมการเรียนรู้/สื่อการเรียนรู้ และการวิจัยและพัฒนา นอกจากนี้ อุษา โพนทอง (2553) ได้ศึกษาการพัฒนาโปรแกรมพัฒนาภาวะพฤติพลังของข้าราชการกองทัพไทยตามแนวคิดวิทยาการผู้สูงอายุด้านการศึกษาและการเรียนรู้จากประสบการณ์ พบว่าองค์ประกอบของโปรแกรม ได้แก่ หลักการและเหตุผล วัตถุประสงค์ แนวคิดในการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ และกำหนดแผนการจัดการเรียนรู้ ใน 5 ขั้นตอน ได้แก่ ประสบการณ์ การรับรู้ปัญหา การสะท้อน การสร้างความรู้ใหม่ และการลงมือปฏิบัติและการประยุกต์ใช้ โดยมีปัจจัยและเงื่อนไขการนำโปรแกรมไปใช้ ประกอบด้วย 1) กลุ่มผู้เรียน มีอายุระหว่าง 40 – 59 ปี จำนวนต้องเหมาะสมไม่มาก

และไม่น้อยเกินไป 2) ผู้สอนและวิทยากร ต้องเป็นผู้จัดบรรยากาศที่ยืดหยุ่น ผ่อนคลาย เป็นกันเอง กระตุ้นให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น 3) กิจกรรมการเรียนรู้ แนวคิดการเรียนรู้จากประสบการณ์ ทำให้มีความตระหนักและเห็นความสำคัญในการเตรียมตัวเป็นผู้สูงอายุอย่างมีภาวะพหุพลัง 4) แหล่งข้อมูลและสื่อการเรียนรู้ มีความทันสมัย หลากหลายและเหมาะสม และ 5) สภาพแวดล้อม เป็นสถานที่ที่มีขนาดเหมาะสม

2) การจัดการระบบที่เอื้อต่อการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ เช่น แนวทางการส่งเสริมการศึกษา ระบบการส่งเสริมสุขภาพ ทั้งในส่วนของนโยบาย งบประมาณ การวางแผน ดำเนินโครงการ และติดตามประเมินผล Wiles and Jayasinha (2013) ศึกษาเรื่องการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุดูแลชุมชนของตนเอง (Care for Place) ศึกษากิจกรรมที่ผู้สูงอายุปฏิบัติเพื่อแก้ไขปัญหาและช่วยเหลือเพื่อนบ้านและชุมชน ใน 4 ด้าน ได้แก่ การเป็นอาสาสมัคร การมีส่วนร่วมทางการเมือง การเป็นผู้ให้การสนับสนุน และการเลี้ยงดูบุตรหลาน ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุแสดงออกซึ่งการดูแลชุมชนของตนเองใน 4 ลักษณะ ได้แก่ การพัฒนาชุมชน ดูแลเพื่อนบ้าน อนุรักษ์สิ่งแวดล้อม อนุรักษ์มรดกวัฒนธรรม ผู้วิจัยได้อธิบายปรากฏการณ์ดังกล่าวว่าเกิดขึ้นจากอัตลักษณ์ของที่อยู่อาศัยเป็นการพัฒนาความรู้สึกในความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมรอบตัว ทำให้เชื่อมอัตลักษณ์ระหว่างตัวตนของผู้สูงอายุกับสถานที่และสร้างเสริมความรู้สึกการเป็นเจ้าของ นอกจากนี้กิจกรรมที่ผู้สูงอายุทำทำยังเป็นตัวผนวกผู้สูงอายุเข้ากับสังคมอีกด้วย ทนงศักดิ์ ยิ่งรัตนสุข, ภาณุวัฒน์ เชิดเกียรติกุล และปณิตา วรณพิรุณ (2558) ได้พัฒนารูปแบบการเรียนรู้และอาชีพของผู้สูงอายุ: การเรียนรู้เพื่อส่งเสริมภาวะพหุพลัง โครงการอบรมให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุเรื่องปัญหาสุขภาพจากการทำงานในผู้สูงอายุ ซึ่งได้เสนอว่าภาวะพหุพลังด้านสุขภาพเป็นกุญแจสำคัญที่จะนำไปสู่ภาวะพหุพลังด้านอื่น การมีสุขภาพที่ดีทั้งร่างกายและจิตใจจะส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพลังแห่งการเรียนรู้ เป็นการเสริมพลังให้อยากไปมีส่วนร่วมทำกิจกรรมต่าง ๆ บุญนาค ปัตถานัง และวิยุทธ์ จำรัสพันธ์ (2556) ศึกษากระบวนการส่งเสริมสุขภาพให้เป็นผู้สูงอายุที่มีพหุพลังในเขตตำบลโนนอุดม อำเภอเมืองยาง จังหวัดนครราชสีมา มีข้อเสนอแนวทางการพัฒนาระบบการส่งเสริมสุขภาพให้เป็นผู้สูงอายุที่มีพหุพลัง ประกอบด้วย ควรนำนโยบายที่ตั้งไว้ไปปฏิบัติให้เป็นรูปธรรมชัดเจน ด้านงบประมาณมีการกระตุ้นผู้บริหารให้จัดสรรงบประมาณในการดำเนินงานให้เพียงพอ จัดสรรทรัพยากรบุคคลในการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพให้เพียงพอในพื้นที่ตำบลและมีศักยภาพในการดำเนินงานขึ้นการวางแผนและจัดทำโครงการ ผู้สูงอายุต้องมีส่วนร่วมในการวางแผนแก้ปัญหของตนเอง ขั้นตอนการดำเนินโครงการในการดำเนินโครงการควรพัฒนาศักยภาพของพนักงานจ้างส่วนสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม ขั้นตอนการติดตามประเมินผล คณะกรรมการติดตามโครงการควรให้ความสำคัญกับการดำเนินงานเพื่อการประเมินโครงการติดตามความก้าวหน้าและเพื่อเป็นการแก้ไขปัญหาที่เกิดในผู้สูงอายุ นอกจากนี้ นันทรัตน์ อมาตยกุล (2555) ได้ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการเรียนรู้เพื่อการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ พบว่า ระดับ

ความรู้เกี่ยวกับองค์ประกอบของการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพอยู่ในระดับสูง โดยมีความรู้ด้านสุขภาพ ภาย ค่าเฉลี่ย 0.77 สุขภาพจิต 3.79 การจัดการการเงิน 3.58 การมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น 3.65 และการทำกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อสังคม 3.72 ปัจจัยที่ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดการเรียนรู้ในด้านต่างๆ ได้แก่ แรงจูงใจของผู้สูงอายุที่อยากเรียนรู้ ปัจจัยเศรษฐกิจ เช่น ค่าครองชีพ ค่ารักษาพยาบาลที่สูงขึ้น ที่ผลักดันให้เกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับรักษาสุขภาพ การออม และการจัดการทางการเงิน และปัจจัยการชักจูงเหนี่ยวนำจากสมาชิกในสังคม นอกจากนี้ อายุที่แตกต่างกันมีผลต่อการประเมินศักยภาพด้านสุขภาพที่แตกต่างกันโดยผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 75 ปี มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ในขณะที่ผู้สูงอายุที่มีอายุ 50 – 59 ปี มีค่าเฉลี่ยมาก ระดับการศึกษาที่แตกต่างกันมีผลต่อการประเมินศักยภาพด้านการจัดการการเงินและการทำประโยชน์ต่อสังคมแตกต่างกัน โดยพบว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีมีค่าเฉลี่ยที่สูงกว่าระดับมัธยมศึกษาและประถมศึกษา

3) การมีส่วนร่วมและทำกิจกรรมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ กุณฑลี เจาแสงธรรม (2551) ได้ศึกษาการเตรียมการเข้าสู่วัยสูงอายุที่มีศักยภาพของบุคลากรกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ โดยศึกษาการเตรียมการเป็นผู้สูงอายุที่ยังประโยชน์ (Productive Ageing) ได้แก่ การเตรียมการด้านร่างกาย ด้านการเงิน และด้านที่อยู่อาศัย และการเตรียมการเป็นผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จ (Successful Ageing) ได้แก่ การเตรียมการด้านจิตใจ ด้านงานอดิเรก และด้านมีส่วนร่วมทางสังคม และการเตรียมการใช้ชีวิตหลังเกษียณ ได้แก่ ด้านชีวิตส่วนบุคคล การท่องเที่ยว และการทำกิจกรรม ด้านการเงิน และด้านสุขภาพ ผลการศึกษา พบว่า การเตรียมการเป็นผู้สูงอายุที่ยังประโยชน์ มีการเตรียมการด้านร่างกายสูงสุด รองลงมาคือการเตรียมด้านการเงิน และการเตรียมด้านที่อยู่อาศัย การเตรียมการเป็นผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จ มีการเตรียมการด้านงานอดิเรกสูงสุด รองลงมาคือการเตรียมด้านจิตใจ และการเตรียมด้านการมีส่วนร่วมในสังคมนอกจากนี้ยังพบว่าเงินเดือนมีความสัมพันธ์กับการเตรียมการเป็นผู้สูงอายุที่ยังคุณประโยชน์ และเพศมีความสัมพันธ์กับการเตรียมการด้านจิตใจ นอกจากนี้ อาชญญา รัตนอุบล และคณะ (2553b) ศึกษาการเตรียมความพร้อมผู้ใหญ่วัยแรงงานเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ พบว่า ผู้ใหญ่วัยแรงงานอายุ 50 – 59 ปี มีปัญหาด้านการเตรียมความพร้อมด้านการปรับตัวทางสังคม และจิตใจในเรื่องการเป็นสมาชิกกลุ่มของคนในกลุ่มวัยใกล้เคียงกัน และต้องการการเรียนรู้และปรับตัวเกี่ยวกับสุขภาพจิต มีปัญหาการจัดการการเงินและการลงทุนและมีความสนใจในการส่งเสริมความพร้อมเรื่องการออมและการลงทุน มีปัญหาการได้รับการพัฒนาทักษะการเรียนรู้และมีความต้องการฝึกนิสัยการเรียนรู้เป็นประจำอย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะในสภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา

4) มโนทัศน์ของ Active Ageing ในหลายระดับ ได้แก่ ระดับปัจเจก ครอบครัว ผู้สูงอายุด้วยกัน และชุมชน ปณิธิ บรรวณ (2557) ได้ศึกษาพัฒนาผลง: บทบาทของกลุ่มผู้สูงอายุและทุนที่ใช้ในการขับเคลื่อนงานด้านผู้สูงอายุ พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยคือ 60-69 ปี และมีสุขภาพแข็งแรง

มักเป็นแกนนำและเข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุอย่างสม่ำเสมอ Active Ageing ในระดับปัจเจก คือ ไม่เป็นภาระของลูกหลานและสังคม เพื่อยืดระยะเวลาพึ่งพิงตนเองให้นานที่สุด ในระดับครอบครัว คือเป็นแหล่งสำคัญในการดูแลหลาน เป็นทั้งผู้ได้รับการดูแลและผู้ให้การดูแลสมาชิกในครอบครัว ต่อผู้สูงอายุด้วยกัน คือ ผู้สูงอายุที่อยู่ละแวกบ้านใกล้เคียงกันช่วยเหลือ ดูแลกันเอง และผู้สูงอายุนำศักยภาพความรู้และประสบการณ์ของตนเองมาริเริ่มทำกิจกรรมในรูปของชมรมผู้สูงอายุ ในระดับชุมชน คือเป็นผู้ที่ทำประโยชน์ให้สังคม มีจิตอาสา ผู้สูงวัยไม่ใช่ผู้รับจากสังคมเพียงอย่างเดียวซึ่งการนำโมโนทัศน์ Active Ageing มาใช้ หากหน่วยงานของรัฐตระหนักถึงระดับการเป็น Active Ageing ที่แตกต่างกันแล้ว สามารถสนับสนุนและเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุแสดงศักยภาพและบทบาทเชิงสร้างสรรค์ต่อตนเอง ครอบครัวและชุมชนในระดับที่ผู้สูงอายุแต่ละคนสามารถทำได้ อันจะช่วยให้ผู้สูงอายุตระหนักถึงคุณค่าและศักดิ์ศรีของตนเอง

การให้นิยามผู้สูงอายุที่มีศักยภาพในงานวิจัย มีความแตกต่างกัน เช่น การเป็นผู้ทำประโยชน์แก่สังคม การเป็นผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จ ความเป็นองค์ประกอบรวมจากสุขภาพกาย สุขภาพจิต การจัดการการเงิน ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น การทำกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ซึ่งมีกรอบแนวคิดเชิงทฤษฎีทั้งทางด้านสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา ในการอธิบายโมโนทัศน์ “Active Ageing” เป็นที่สังเกตได้ว่างานวิจัยส่วนใหญ่เน้นแนวคิดชุมชนเป็นฐานในการให้บริการสำหรับผู้สูงอายุ การศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเป็นกลุ่มตัวอย่างเฉพาะกลุ่ม ได้แก่ กลุ่มก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ กลุ่มผู้สูงอายุ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษารูปแบบการส่งเสริมโดยใช้การเรียนรู้เป็นเครื่องมือในการส่งเสริมทั้งตัวผู้สูงอายุเอง ผู้ที่กำลังเข้าสู่วัยสูงอายุ เพื่อการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพทั้งด้านสุขภาพ ด้านการมีส่วนร่วมทางสังคม และด้านการมีหลักประกันในชีวิต



## ตอนที่ 2 การส่งเสริมศักยภาพผู้สูงอายุ

### 2.1 กฎหมายและนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ

#### 2.1.1 พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 และ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2553

มีสาระสำคัญได้กำหนดนิยามของผู้สูงอายุ คือบุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไปและมีสัญชาติไทย มีคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติกำหนดสิทธิผู้สูงอายุได้รับการคุ้มครองการส่งเสริมและการสนับสนุนในด้านต่างๆ จัดตั้งกองทุนผู้สูงอายุมาตรการลดหย่อนภาษี

จากการที่รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 มาตรา 53 กำหนดให้บุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์และไม่มีรายได้เพียงพอแก่การยังชีพ มีสิทธิได้รับสวัสดิการสิ่งอำนวยความสะดวกอันเป็นสาธารณะอย่างสมศักดิ์ศรีและความช่วยเหลือที่เหมาะสมจากรัฐ ดังนั้นเพื่อให้สอดคล้องกับบทบัญญัติของรัฐธรรมนูญดังกล่าว สมควรแก้ไขเพิ่มเติมบทบัญญัติเกี่ยวกับอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ สิทธิเรื่องเบี้ยยังชีพของผู้สูงอายุ และอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการบริหารกองทุนผู้สูงอายุเพื่อให้ผู้สูงอายุมีสิทธิได้รับเบี้ยยังชีพเป็นรายเดือนอย่างทั่วถึงและเป็นธรรมจากรัฐ จึงได้มีการตราพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2553

นอกจากนี้ได้มีประกาศสำนักนายกรัฐมนตรี เรื่อง การกำหนดหน่วยงานผู้มีอำนาจหน้าที่รับผิดชอบดำเนินการเกี่ยวกับการคุ้มครอง การส่งเสริม และการสนับสนุนผู้สูงอายุในด้านต่างๆ ตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 พ.ศ. 2553 (ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 127 ตอนพิเศษ 151 ง, 2553) โดยได้กำหนดหน่วยงานรับผิดชอบดำเนินการเกี่ยวกับการคุ้มครอง การส่งเสริมและการสนับสนุนผู้สูงอายุในด้านต่างๆ ดังนี้

1) การบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุขที่จัดไว้โดยให้ความสะดวกและรวดเร็วเป็นกรณีพิเศษตามมาตรา 11(1) หน่วยงานรับผิดชอบ คือ หน่วยงานที่ให้บริการทางการแพทย์และการสาธารณสุข ในสังกัดกระทรวงกลาโหม กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานตำรวจแห่งชาติ กรุงเทพมหานคร และรัฐวิสาหกิจ

2) การศึกษาตามมาตรา 11(2) หน่วยงานรับผิดชอบ คือ หน่วยงานที่ให้บริการทางการศึกษา ในสังกัดกระทรวงศึกษาธิการ

3) การศาสนาตามมาตรา 11(2) หน่วยงานรับผิดชอบ คือ กรมการศาสนา กระทรวงวัฒนธรรม และสำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ

4) ข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิตตามมาตรา 11(2) หน่วยงานรับผิดชอบ คือ หน่วยงานที่ให้บริการข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิต ในสังกัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงสาธารณสุข และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

5) การประกอบอาชีพหรือฝึกอาชีพที่เหมาะสมตามมาตรา 11(3) หน่วยงานรับผิดชอบ คือ หน่วยงานที่ให้บริการเกี่ยวกับการประกอบอาชีพหรือฝึกอาชีพ ในสังกัดกระทรวงแรงงาน กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงมหาดไทย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

6) การพัฒนาตนเองและการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม การรวมกลุ่มในลักษณะเครือข่ายหรือชุมชนตามมาตรา 11(4) หน่วยงานรับผิดชอบ คือ หน่วยงานที่ให้บริการด้านการพัฒนาตนเองและการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม การรวมกลุ่มในลักษณะเครือข่ายหรือชุมชน ในสังกัดกระทรวงมหาดไทย กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงวัฒนธรรม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

7) การอำนวยความสะดวกและความปลอดภัยในอาคาร หรือสถานที่ตามมาตรา 11(5) หน่วยงานรับผิดชอบ คือ กรมโยธาธิการและผังเมือง กระทรวงมหาดไทย กรุงเทพมหานคร และเมืองพัทยา

8) การอำนวยความสะดวกและความปลอดภัยในยานพาหนะตามมาตรา 11(5) หน่วยงานรับผิดชอบ คือ หน่วยงานที่รับผิดชอบด้านการอำนวยความสะดวกและความปลอดภัยในยานพาหนะ ในสังกัดกระทรวงคมนาคม และกรุงเทพมหานคร

9) การอำนวยความสะดวกและความปลอดภัยในการบริการสาธารณะอื่นตามมาตรา 11(5) หน่วยงานรับผิดชอบ คือ หน่วยงานที่รับผิดชอบด้านการอำนวยความสะดวกและความปลอดภัยในการให้บริการสาธารณะอื่น ในสังกัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

10) การช่วยเหลือด้านค่าโดยสารยานพาหนะตามความเหมาะสมตามมาตรา 11(6) หน่วยงานรับผิดชอบ คือ หน่วยงานที่รับผิดชอบการให้บริการยานพาหนะในสังกัดกระทรวงคมนาคม กรุงเทพมหานคร และรัฐวิสาหกิจ

11) การยกเว้นค่าเข้าชมสถานที่ของรัฐตามมาตรา 11(7) หน่วยงานรับผิดชอบ คือ หน่วยงานในสังกัดกระทรวง ทบวง กรม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และรัฐวิสาหกิจที่จัดเก็บค่าเข้าชมสถานที่

12) การช่วยเหลือผู้สูงอายุซึ่งได้รับอันตรายจากการถูกละเมิดหรือแสวงหาประโยชน์ โดยมีขอบด้วยกฎหมาย หรือถูกทอดทิ้งตามมาตรา 11(8) หน่วยงานรับผิดชอบ คือ หน่วยงานที่รับผิดชอบในการช่วยเหลือผู้สูงอายุซึ่งได้รับอันตรายจากการถูกละเมิดหรือแสวงหาประโยชน์ โดยมีขอบด้วยกฎหมาย หรือถูกทอดทิ้ง ในสังกัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงยุติธรรม สำนักงานอัยการสูงสุด สำนักงานตำรวจแห่งชาติ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีสถานสงเคราะห์คนชราอยู่ในความรับผิดชอบ

13) การให้คำแนะนำ ปรีกษา ดำเนินการอื่นที่เกี่ยวข้องในทางคดีตามมาตรา 11(9) หน่วยงานรับผิดชอบ คือ หน่วยงานที่มีหน้าที่ให้คำแนะนำ ปรีกษา หรือดำเนินการอื่นที่เกี่ยวข้องในทางคดี ในสังกัดกระทรวงยุติธรรม สำนักงานอัยการสูงสุด สำนักงานตำรวจแห่งชาติ

14) การให้คำแนะนำ ปรีกษา ดำเนินการอื่นที่เกี่ยวข้องในทางการแก้ไขปัญหาคอขวดตาม มาตรา 11(9) หน่วยงานรับผิดชอบ คือ หน่วยงานที่มีหน้าที่ให้คำแนะนำ ปรีกษา หรือดำเนินการอื่นที่ เกี่ยวข้องในการแก้ไขปัญหาคอขวด ในสังกัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

15) การจัดที่พักอาศัย อาหาร และเครื่องนุ่งห่มให้ตามความจำเป็นอย่างทั่วถึงตามมาตรา 11(10) หน่วยงานรับผิดชอบ คือ หน่วยงานที่มีหน้าที่ด้านการสงเคราะห์ที่พักอาศัย อาหาร และ เครื่องนุ่งห่ม ในสังกัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

16) การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพเป็นรายเดือนอย่างทั่วถึงและเป็นธรรมตามมาตรา 11(11) หน่วยงานรับผิดชอบ คือ หน่วยงานที่มีหน้าที่เกี่ยวกับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ ในสังกัดองค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่น

17) การสงเคราะห์ในการจัดการศพตามประเพณีตามมาตรา 11(12) หน่วยงานรับผิดชอบ คือ หน่วยงานที่มีหน้าที่ด้านการสงเคราะห์ในการจัดการศพตามประเพณี ในสังกัดกระทรวงการ พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

18) การจัดบริการสถานที่ท่องเที่ยว การจัดกิจกรรมกีฬาและนันทนาการ ตามที่ คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติกำหนดตามมาตรา 11(13) หน่วยงานรับผิดชอบ คือ หน่วยงานที่ จัดบริการสถานที่ท่องเที่ยวการจัดกิจกรรมกีฬาและนันทนาการ ในสังกัดกระทรวงการท่องเที่ยวและ กีฬา และรัฐวิสาหกิจ

19) การจัดบริการเพื่ออำนวยความสะดวกด้านพิพิธภัณฑ โบราณสถาน หอจดหมายเหตุ แห่งชาติ และการจัดกิจกรรมด้านศาสนา ศิลปะ และวัฒนธรรม ตามที่คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ ประกาศกำหนดตามมาตรา 11(13) หน่วยงานรับผิดชอบ คือ หน่วยงานที่จัดบริการด้านพิพิธภัณฑ โบราณสถาน หอจดหมายเหตุแห่งชาติ และการจัดกิจกรรม ด้านศาสนา ศิลปะและวัฒนธรรม ใน สังกัดกระทรวงวัฒนธรรม

20) การประชาสัมพันธ์ให้ทราบเกี่ยวกับสิทธิที่ได้รับ ตามที่คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ ประกาศกำหนดตามมาตรา 11(13) หน่วยงานรับผิดชอบ คือ สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์ เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส และผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

### 2.1.2 นโยบายสาธารณะ

นับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2525 เป็นต้นมา ประเทศไทยได้ให้ความสำคัญกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต ของประชากรวัยสูงอายุอย่างต่อเนื่อง โดยได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์ กำหนดนโยบาย และมีการตรา กฎหมาย เพื่อเป็นกรอบในการพัฒนาระบบและการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุของประเทศ

นโยบายของรัฐบาลหรือกรอบแนวคิดพื้นฐานในการดำเนินงานของรัฐบาลมีความสำคัญต่อ การพัฒนาระบบการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุของประเทศไทย จากการวิเคราะห์คำแถลงนโยบายต่อ

รัฐสภาของนายกรัฐมนตรีก่อนเข้ารับบริหารประเทศระหว่างปี พ.ศ. 2525 - พ.ศ. 2554 พบว่าในช่วงแรกนั้น นโยบายของรัฐให้ความสำคัญกับด้านสุขภาพของผู้สูงอายุเป็นลำดับต้น โดยมองว่าผู้สูงอายุเป็นกลุ่มด้อยโอกาส เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของรัฐ จึงมีการกำหนดแนวนโยบายให้การรักษาผู้สูงอายุแบบให้เปล่า นโยบายทางสังคมเป็นอีกนโยบายหนึ่งที่มีพัฒนาการมาเป็นลำดับ โดยในระยะแรกนั้น เป็นนโยบายแบบกว้าง ๆ มองผู้สูงอายุในฐานะผู้พึ่งพิง เน้นการสงเคราะห์ ช่วยเหลือเป็นหลัก ภายหลังจากวิกฤตเศรษฐกิจในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 กลุ่มผู้สูงอายุได้รับผลกระทบจากวิกฤตดังกล่าวค่อนข้างมาก จึงมีการกำหนดนโยบายเกี่ยวกับโครงข่ายปลอดภัยทางสังคมแก่ผู้สูงอายุ ซึ่งเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และรัฐ หลังจากปี พ.ศ. 2548 เป็นต้นมา นโยบายด้านผู้สูงอายุจะมีลักษณะเป็นองค์รวมมากขึ้น เน้นการพัฒนาผู้สูงอายุในทุกมิติ เน้นการเตรียมความพร้อมเพื่อสังคมสูงวัย และเน้นการเสริมสร้างบทบาทของครอบครัวและชุมชนโดยเฉพาะองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้มีบทบาทหลักในการดูแลส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

สำหรับแนวนโยบายด้านเศรษฐกิจนั้น เริ่มมีการกล่าวถึงในช่วง 5 - 6 ปี ที่ผ่านมา โดยเน้นเรื่องการออมและการสร้างหลักประกันรายได้ และการส่งเสริมการทำงานให้เหมาะสมกับวัย นโยบายที่มีการเปลี่ยนไปสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรมชัดเจน คือเบี้ยยังชีพ ซึ่งเริ่มจากการเพิ่มจำนวนเงินที่ได้รับรายเดือนเปลี่ยนจากการสงเคราะห์หรือคัดเลือกผู้สูงอายุที่ยากจนหรือขาดแหล่งพึ่งพิงเป็นสวัสดิการหรือหลักประกันทางเศรษฐกิจขั้นพื้นฐานสำหรับผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับรายได้ประเภทอื่นจากรัฐและมาขอขึ้นทะเบียนใช้สิทธิ์ ปัจจุบันมีการปรับเพิ่มเบี้ยยังชีพให้เป็นอัตราแบบขั้นบันไดตามอายุที่เพิ่มขึ้น การออมเป็นอีกนโยบายหนึ่งที่มีการเปลี่ยนนโยบายสู่การปฏิบัติแล้วในระดับหนึ่ง ด้วยการมีตราพระราชบัญญัติกองทุนการออมแห่งชาติ ประกาศใช้ในปี พ.ศ.2554 และมีการจัดตั้งคณะกรรมการกองทุนการออมแห่งชาติขึ้น

ในส่วนของนโยบายด้านที่อยู่อาศัยนั้น ไม่ได้มีการแปลงเป็นนโยบายอย่างชัดเจน แต่ดูเหมือนว่ารัฐจะส่งเสริมให้ผู้สูงอายุอยู่กับครอบครัวและชุมชนให้นานที่สุด และยังไม่มียุทธศาสตร์ที่จะเพิ่มสถานบริการผู้สูงอายุของรัฐ อีกนโยบายหนึ่งที่มีการกล่าวถึงในระยะหลังคือ นโยบายด้านสภาพแวดล้อมที่เป็นมิตร ปลอดภัยหรือเอื้อต่อการมีส่วนร่วมในทางสังคมของผู้สูงอายุ ซึ่งนำไปสู่การปรับปรุงสถานที่ต่าง ๆ โดยเฉพาะสถานที่ท่องเที่ยวเพื่อรองรับผู้สูงอายุ รวมทั้งมีการพยายามที่จะปรับปรุงอาคารและสถานที่อื่น ๆ เพื่อรองรับสังคมสูงวัย (วิพรรณ ประจวบเหมาะ, 2555)

### 2.1.3 ยุทธศาสตร์การพัฒนาผู้สูงอายุ

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2552) ได้จัดทำแนวทางการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การพัฒนาผู้สูงอายุอย่างบูรณาการ เพื่อให้เกิดการทำงานในเชิงรุก โดยมีแนวคิดที่ให้ความสำคัญกับการพัฒนาคนและระบบคุ้มครองทางสังคม ที่เน้นการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนในการช่วยเหลือเกื้อกูลกันในกลุ่มคนและสังคม ทั้งนี้ได้มีข้อเสนอประเด็นการพัฒนาที่ต้องให้ความสำคัญในการขับเคลื่อนการดำเนินงาน ตลอดจนแนวทางการดำเนินงาน ดังนี้

#### 1) การสร้างหลักประกันความมั่นคงทางรายได้

1.1) ส่งเสริมการมีงานทำของผู้สูงอายุให้พึ่งตนเองได้ทางเศรษฐกิจ โดย (1) ขยายโอกาสการมีงานทำในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ ให้ความสำคัญกับการสนับสนุนให้มีการจ้างงานทั้งในและนอกระบบ การพัฒนาเพิ่มพูนความรู้และทักษะให้แก่แรงงานผู้สูงอายุและผู้ที่กำลังจะเข้าสู่วัยสูงอายุ และเปิดโอกาสให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วมในการสร้างอาชีพพร้อมกันของคนในชุมชน ตามความต้องการของผู้สูงอายุ (2) ศึกษาเชิงลึกการขยายอายุเกษียณของหน่วยงานภาครัฐและเอกชน กำหนดลักษณะงาน อาชีพ ค่าจ้าง สวัสดิการและช่วงเวลาที่เหมาะสมในการดำเนินงานที่จะไม่ส่งผลกระทบต่อการทำงานโดยรวมของประเทศ

1.2) ส่งเสริมและพัฒนาระบบการออมเพื่อสร้างหลักประกันความมั่นคงในชีวิตหลังเกษียณ (1) เร่งรัดให้มีระบบประกันด้านรายได้ให้กับผู้สูงอายุ มีรายได้ขั้นพื้นฐานครอบคลุมถ้วนหน้า ผลักดันให้มีระบบหลักประกันด้านรายได้หลายระดับ (Multi Pillar) และจัดตั้งกลไกการขับเคลื่อนนโยบายการออมเพื่อการเกษียณระดับชาติ (2) ส่งเสริมความรู้และสร้างวินัยการออมของประชากรทุกช่วงวัย โดยส่งเสริมความรู้และปลูกจิตสำนึกในการออมแก่ประชากรทุกช่วงวัยให้ประชาชนเห็นความสำคัญของการออม และน้อมนำหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงมาใช้ในชีวิตประจำวันอย่างต่อเนื่อง ส่งเสริมให้ประชากรวัยแรงงานมีการวางแผนด้านการเงิน พัฒนาองค์กรการเงินให้มีความเข้มแข็งมั่นคง การเสริมสร้างความรู้ทักษะด้านการลงทุน

1.3) ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต โดยสนับสนุนปรับปรุงและพัฒนาระบบการเรียนการสอนให้เหมาะสม เพื่อเอื้อให้คนทุกกลุ่มวัยเข้าถึงการเรียนรู้ตลอดชีวิต สามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารที่ง่ายและสะดวกต่อการใช้งาน มีการพัฒนารูปแบบสื่อและชุดความรู้ที่เหมาะสมต่อการพัฒนาทักษะในการดำเนินชีวิตให้สอดคล้องกับความต้องการและสถานการณ์การเปลี่ยนแปลง เพื่อให้สามารถพึ่งตนเองได้และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

1.4) เสริมสร้างคุณค่าของผู้สูงอายุเพื่อเพิ่มมูลค่าทางสังคมและเศรษฐกิจ ทั้งเป็นพลังสำคัญต่อการพัฒนาชุมชนและประเทศชาติในอนาคต โดย (1) ให้ความสำคัญกับการรณรงค์ส่งเสริมให้วัยอื่นๆ เปลี่ยนทัศนคติจากที่เคยมองผู้สูงอายุเป็นภาระของสังคม มาเป็นพลังสำคัญของการพัฒนาครอบครัว

ชุมชนและประเทศชาติ สนับสนุนให้มีการนำภูมิปัญญาผู้สูงอายุด้านต่างๆ มาต่อยอดกับภูมิปัญญาสากลในการพัฒนาสินค้าและบริการ

## 2) การพัฒนาระบบสังคมสวัสดิการและสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ

2.1) พัฒนาระบบสังคมสวัสดิการ (Welfare Society) ให้หนุนเสริมระบบรัฐสวัสดิการ เพื่อให้ผู้สูงอายุทุกกลุ่มสามารถเข้าถึงระบบสวัสดิการได้อย่างทั่วถึง เป็นธรรม และมีความยั่งยืน โดย (1) พัฒนาระบบการช่วยเหลือสาธารณะ (Public Assistance) โดยมุ่งให้การสงเคราะห์กลุ่มผู้สูงอายุที่ยากจน ด้อยโอกาส ขาดที่พึ่งอย่างเป็นธรรม และสร้างความรู้ความเข้าใจให้ผู้สูงอายุได้รับรู้สิทธิและใช้สิทธิที่พึงได้รับตามกฎหมาย (2) พัฒนาศักยภาพของสถาบันครอบครัว ให้มีความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพทั้งร่างกายและจิตใจ โดยมุ่งส่งเสริมตั้งแต่การเกิดที่มีคุณภาพ การปลูกฝังค่านิยมเรื่องความกตัญญู ความเอื้ออาทร การเสริมสร้างสัมพันธภาพที่ดีของการอยู่ร่วมกันระหว่างคนหลายวัย และการสร้างความรู้ความเข้าใจให้สมาชิกในครอบครัวมีการเตรียมตัวเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพในอนาคต (3) พัฒนาระบบและกลไกการดูแลผู้สูงอายุที่มีอยู่ในชุมชนให้สามารถเชื่อมต่อกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยพัฒนาระบบบริการทางสุขภาพและบริการทางสังคมในชุมชนให้เชื่อมโยงทุกระดับ การพัฒนาศักยภาพของชุมชนและองค์กรชุมชนให้เข้มแข็งมีส่วนร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมกำหนดรูปแบบของสวัสดิการที่เหมาะสมกับความต้องการและบริบทของพื้นที่ (4) พัฒนาระบบและมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวโดยสถาบัน โดยกำหนดรูปแบบ/มาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่ชัดเจน และมีความเหมาะสมในแต่ละประเภทของการให้บริการ ขยายการให้บริการโดยสถาบันของภาครัฐให้สามารถรองรับกับการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ (5) วางแผนผลิตและพัฒนากำลังคนให้มีความรู้ความเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้สูงอายุได้อย่างมีคุณภาพ

2.2) จัดการสภาพแวดล้อมทางกายภาพที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ มุ่งเน้นการออกแบบเพื่อคนทุกวัย และการมีส่วนร่วมบริหารจัดการของทุกภาคส่วน โดย (1) รมรณรงค์ส่งเสริมเพื่อสร้างความตระหนักและดึงให้ทุกภาคส่วนได้เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุและคนทุกวัย (2) ส่งเสริมสนับสนุนให้มีการออกแบบสภาพแวดล้อมของแหล่งท่องเที่ยวและบริการที่เอื้อต่อคนทั้งมวลโดยเฉพาะผู้สูงอายุและคนพิการ

## 3) การบริการจัดการเพื่อการขับเคลื่อนการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ

3.1) สนับสนุนการจัดทำระบบฐานข้อมูลผู้สูงอายุทั้งระดับชุมชน และระดับประเทศให้มีมาตรฐานและมีความทันสมัย

3.2) ส่งเสริมการวิจัยเพื่อนำผลมาใช้ประโยชน์ในการเตรียมการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ

3.3) พัฒนาเสริมสร้างความเข้มแข็งกลไกการขับเคลื่อนการดำเนินงานผู้สูงอายุในทุกระดับ ให้ความสำคัญกับการจัดทำแผนเพื่อขับเคลื่อนงานผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่เชื่อมโยงกับแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ

3.4) ส่งเสริมให้มีการบริหารจัดการงบประมาณแบบบูรณาการในระดับพื้นที่เพื่อให้สามารถใช้ทรัพยากรได้อย่างมีประสิทธิภาพและเกิดความคุ้มค่า โดย (1) เสริมสร้างศักยภาพของจังหวัดและกลุ่มจังหวัดให้เป็นศูนย์กลางในการบูรณาการขับเคลื่อนการพัฒนาผู้สูงอายุและการเตรียมความพร้อมผู้สูงอายุที่สอดคล้องกับความต้องการ สถานการณ์และแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงผู้สูงอายุในเชิงพื้นที่ (2) เสริมสร้างศักยภาพชุมชน/องค์กรชุมชนและเครือข่าย รวมทั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้เป็นแกนหลักในการขับเคลื่อนการพัฒนาผู้สูงอายุในระดับชุมชน และ (3) กระตุ้นให้ภาคธุรกิจเอกชนตระหนักถึงความสำคัญของการเป็นสังคมผู้สูงอายุ พร้อมกับส่งเสริมให้มีส่วนร่วมในการพัฒนางานที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุ

3.5) พัฒนาระบบการบริหารทรัพยากรบุคคลให้เอื้อต่อการส่งเสริมศักยภาพของบุคลากรด้านการดูแลผู้สูงอายุ การใช้ทรัพยากรบุคคลทำงานร่วมกัน และมีความมั่นคงก้าวหน้าในสายอาชีพ โดย (1) เสริมสร้างศักยภาพบุคลากรของหน่วยงานของรัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและผู้นำชุมชน และ (2) พัฒนาระบบที่เอื้อให้บุคลากรมีความก้าวหน้าและมีความมั่นคงในสายอาชีพ เพื่อสร้างแรงจูงใจให้กำลังคนเข้ามาทำงานด้านการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น

#### 2.1.4 แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1 พ.ศ. 2552

แผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 1 มีมุมมองผู้สูงอายุในฐานะ “บุคคลที่ได้ทำคุณประโยชน์ต่อสังคมและสมควรได้รับการตอบแทน” อันมีนัยว่า ผู้สูงอายุเป็นเพียงผู้ที่เคยทำประโยชน์ต่อสังคม และเมื่อเข้าสู่วัยของเป็นการผู้สูงอายุแล้ว ก็มิได้ถูกคาดหวังจากสังคมว่าจะต้องทำประโยชน์ให้กับสังคมอีกต่อไป แต่สังคมมีหน้าที่ในการตอบแทนผู้สูงอายุด้วยการให้การสนับสนุนและดูแล ได้นำไปสู่การสร้างระบบที่เน้นรูปแบบของการให้บริการทางสังคม (นภาพรณ์ หะวานนท์ และธีรวัลย์ วรธโนทัย, 2552)

แผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) ได้มีการเปลี่ยนมุมมองในเรื่องผู้สูงอายุว่าเป็น “บุคคลที่มีประโยชน์ต่อสังคมและสมควรส่งเสริมให้คงคุณค่าไว้ให้นานที่สุด แต่ในกรณีที่ตกอยู่ในสถานะจะต้องพึ่งพิงผู้อื่นครอบครัวและชุมชนจะต้องเป็นด่านแรกในการเกื้อกูลเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงอยู่ในชุมชนได้อย่างมีคุณภาพที่สมเหตุสมผลให้นานที่สุด โดยมีสวัสดิการจากรัฐเป็นระบบเสริมเพื่อให้เกิดหลักประกันในวัยสูงอายุและความมั่นคงทางสังคม” นับเป็นการเปลี่ยนแปลงสำคัญ เพราะเป็นการมองว่าผู้สูงอายุเป็นกลุ่มประชากรที่มีความสำคัญต่อสังคม สามารถสร้างสรรค์คุณค่าให้กับสังคมได้ และในกรณีที่ผู้สูงอายุจำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่น ครอบครัวและชุมชนจะต้องมีบทบาทสำคัญในการดูแลสนับสนุน ซึ่งเป็นนโยบายที่ต้องการให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตอยู่ในบ้านและชุมชน (Ageing in Place) ให้นานที่สุด ดังนั้นแนวทางการจัดสวัสดิการให้กับผู้สูงอายุจึงต้อง

เคลื่อนไปสู่การส่งเสริมและสนับสนุนให้ครอบครัวและชุมชนสามารถดูแลผู้สูงอายุให้ดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพและมีศักดิ์ศรี (นภาพรณัฏ วัฒนานนท์ และธีรวัลย์ วรธนโทย, 2552)

แผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 มีวิสัยทัศน์คือ “ผู้สูงอายุเป็นหลักชัยของสังคม” โดยมีประเด็นที่สำคัญคือ ผู้สูงอายุที่มีคุณภาพที่ดีหมายถึง มีสุขภาพที่ดีทั้งกายและจิต ครอบครัวมีสุข สังคมเอื้ออาทรอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมปลอดภัย มีหลักประกันที่มั่นคง ได้รับสวัสดิการและการบริการที่เหมาะสม อยู่อย่างมีคุณค่า มีศักดิ์ศรี พึ่งตนเองได้เป็นที่ยึดเหนี่ยวทางจิตใจและมีส่วนร่วมในครอบครัวชุมชนและสังคม และมีโอกาสเข้าถึงข้อมูลและข่าวสารอย่างต่อเนื่อง

ครอบครัวและชุมชนเป็นสถาบันหลักที่มีความเข้มแข็ง สามารถให้การเกื้อหนุนแก่ผู้สูงอายุได้อย่างมีคุณภาพ ระบบสวัสดิการและบริการจะต้องสามารถรองรับผู้สูงอายุให้สามารถดำรงอยู่กับครอบครัวและชุมชนได้อย่างมีคุณภาพและมีมาตรฐาน ทุกภาคส่วนจะต้องมีส่วนร่วมในระบบสวัสดิการและบริการให้แก่ผู้สูงอายุโดยมีการกำกับดูแลเพื่อการคุ้มครองผู้สูงอายุในฐานะผู้บริโภค รวมทั้งต้องมีการดำเนินการที่เหมาะสมเพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุที่ทุกข์ยากและต้องการการเกื้อหนุนให้ดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้อย่างดีและต่อเนื่อง

#### 2.1.5 แผนพัฒนาสาธารณสุข

แผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545 - พ.ศ. 2549) มีการกำหนดยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบสาธารณสุขให้สอดคล้องกับแนวคิดการปฏิรูประบบสุขภาพและแนวพระราชดำริเศรษฐกิจพอเพียง วัตถุประสงค์สำคัญของแผนฉบับนี้คือ เพื่อสร้างระบบสุขภาพเชิงรุกโดยมุ่งเน้นการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อสร้างระบบหลักประกันสุขภาพให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึงและเป็นธรรม ไม่มีอุปสรรคในการเข้าถึงอันเนื่องมาจากข้อจำกัดทางเศรษฐกิจเพื่อสร้างความเข้มแข็งและการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการสร้างเสริมสุขภาพและการจัดการระบบสุขภาพ และเพื่อเพิ่มศักยภาพในการใช้ความรู้และเทคโนโลยีเพื่อการพัฒนาสุขภาพ ในด้านผู้สูงอายุนั้น ได้มีการกำหนด “หนึ่งโรงพยาบาลชุมชน หนึ่งคลินิกผู้สูงอายุ” (กระทรวงสาธารณสุข, 2548)

แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550 - พ.ศ. 2554) ยังคงเน้นการเสริมสร้างสุขภาพและมุ่งสู่ระบบสุขภาพพอเพียง นอกจากนี้กระทรวงสาธารณสุขยังพยายามที่จะบูรณาการงานด้านผู้สูงอายุภายในกระทรวงโดยการตั้งคณะกรรมการอำนวยการงานผู้สูงอายุซึ่งมีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน และการตั้งคณะกรรมการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุที่มีปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน ทั้งยังมีการพัฒนาระบบกลไกการดำเนินงานอย่างบูรณาการด้วยการจัดทำแผนยุทธศาสตร์พัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ (พ.ศ. 2552 - พ.ศ. 2554) ให้เป็นกรอบการ



ทำงานในภาพรวมของกระทรวงสาธารณสุข และเพื่อให้สอดคล้องกับแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545 - พ.ศ.2564) ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1 พ.ศ. 2552 ซึ่งมีรายละเอียดสรุปได้ดังนี้

แต่งตั้งคณะกรรมการอำนวยการและคณะกรรมการดำเนินงานผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งแบ่งเป็น 2 คณะ คือ คณะกรรมการอำนวยการงานผู้สูงอายุ มีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขหรือรัฐมนตรีช่วย ที่ได้รับมอบหมายเป็นประธานและคณะกรรมการ คณะกรรมการดำเนินงานผู้สูงอายุ มีปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธานคณะกรรมการ ผู้อำนวยการสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์เป็นกรรมการและเลขานุการ

พัฒนากลไกการทำงาน ประกอบด้วย จัดทำแผนยุทธศาสตร์พัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุซึ่งเป็นกรอบการทำงานภาพรวมของกระทรวง จัดทำแผนปฏิบัติการ/โครงการผู้สูงอายุเชิงบูรณาการที่มีส่วนร่วมของทุกกรมที่เกี่ยวข้อง ใช้เวทีการประชุมคณะกรรมการอำนวยการและคณะกรรมการดำเนินงานผู้สูงอายุเพื่อติดตามและประเมินผลการดำเนินงานตามแผนงาน/โครงการ

เป็นแกนกลางโครงการพัฒนารูปแบบบริการสุขภาพและสวัสดิการสังคมเชิงบูรณาการโดยชุมชนสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย ซึ่งเป็นโครงการความร่วมมือทางวิชาการจากรัฐบาลญี่ปุ่น (JICA) ร่วมดำเนินงานกับกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และหน่วยงานกระทรวงสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง 4 กรม คือ กรมอนามัย กรมการแพทย์ กรมสุขภาพจิต กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ โดยเริ่มทดลองในพื้นที่นำร่อง 4 จังหวัด คือ นนทบุรี เชียงราย สุราษฎร์ธานี และขอนแก่น

วิสัยทัศน์ของแผนยุทธศาสตร์พัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ (พ.ศ. 2552 - พ.ศ. 2554) คือ มุ่งมั่นพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยมียุทธศาสตร์ที่สำคัญ 5 ยุทธศาสตร์ คือ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุของสถานบริการทุกระดับและการบริการในชุมชนให้ครอบคลุมทั้งการส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟูสุขภาพ การสร้างและพัฒนาศักยภาพกำลังคนด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ การสร้างความเข้มแข็งและการมีส่วนร่วมของชุมชนและเครือข่ายด้านผู้สูงอายุ การบริหารจัดการเชิงบูรณาการงานด้านสุขภาพผู้สูงอายุ การพัฒนาองค์ความรู้และการศึกษาวิจัยด้านสุขภาพผู้สูงอายุ (กระทรวงสาธารณสุข, 2552)

ในการพัฒนาระบบบริการผู้สูงอายุนั้น มีการเน้นการพัฒนาและการให้การสนับสนุนบริการสุขภาพในชุมชนที่สามารถเข้าถึงผู้สูงอายุให้มากที่สุด โดยเน้นบริการถึงบ้าน และเน้นให้มีการบูรณาการระหว่างบริการทางสุขภาพและบริการทางสังคม เช่น บริการเคลื่อนที่ บริการเยี่ยมบ้าน ศูนย์กลางวัน บริการสุขภาพที่บ้าน สนับสนุนระบบอาสาสมัครผู้ดูแล เป็นต้น

### 2.1.6 แผนยุทธศาสตร์การดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง พ.ศ. 2557 - 2561

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์การดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง พ.ศ. 2557 - 2561 (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2557) มีเป้าหมายเพื่อให้บุคคล ครอบครัวและชุมชน ได้รับการสนับสนุนให้มีขีดความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุ ให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีศักดิ์ศรีในครอบครัวและชุมชน โดยเชื่อมโยงกับระบบบริการ สุขภาพและบริการทางสังคมอย่างมีประสิทธิภาพ

สำหรับแนวคิดหลักในการพัฒนา คือพัฒนาจากต้นทุนทางสังคมและทรัพยากรที่มีอยู่ ซึ่งเป็นที่ยอมรับกันว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) เป็นกลไกหลักในการบูรณาการการจัดบริการต่างๆ ที่ลงไปสู่ชุมชน ขณะเดียวกันในปัจจุบัน กองทุนสุขภาพตำบลซึ่งเกิดจากความร่วมมือระหว่างสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และ อปท. เป็นกลไกหลัก ในการสนับสนุนการดำเนินงานต่างๆ ในชุมชน ขณะเดียวกันมีทรัพยากรบุคคลที่มีอยู่ในชุมชนที่สามารถ สนับสนุนการดำเนินงานได้ เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (อผส.) รวมถึงชมรมผู้สูงอายุ ขณะเดียวกันภาครัฐมีการจัดสรรงบประมาณการดำเนินงานของอาสาสมัครบางกลุ่ม อย่างไรก็ตามเพื่อให้เกิดการจัดการอย่างเป็นระบบจำเป็นต้องมีฐานข้อมูลผู้สูงอายุซึ่งมีการจำแนกตามระดับความจำเป็นในการดูแลระยะยาว เน้นให้ผู้สูงอายุสามารถอาศัยอยู่ในชุมชนได้อย่างมีศักดิ์ศรี ต้องมีผู้จัดการระบบในการอำนวยความสะดวกเข้าถึงบริการที่จำเป็น ครอบคลุมบริการทั้งในด้านการดูแลกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง และการป้องกันการเข้าสู่ภาวะพึ่งพิง เพื่อให้ผู้สูงอายุดำรงชีพได้อย่างอิสระได้นานที่สุดและลดภาระในการดูแลในระยะยาว ตลอดจนระบบสนับสนุนต่างๆ จากสถานพยาบาล ทั้งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และโรงพยาบาล และหน่วยงานสนับสนุนในระดับจังหวัด และส่วนกลาง ทั้งนี้ในช่วงห้าปีแรกของการพัฒนาจะเน้นเรื่องการจัดบริการในชุมชนเป็นหลัก

#### ชุดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ

ชุดสิทธิประโยชน์สำหรับการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุจำแนกได้สองประเภทบริการ คือ ชุดบริการดูแลระยะยาวที่บ้านและชุมชน และชุดบริการส่งเสริมป้องกัน

##### 1. ชุดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่บ้านและในชุมชน

ชุดบริการ ประกอบด้วย บริการงานบ้าน (Domestic Help) สำหรับผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้และพักอาศัยคนเดียว บริการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL Help) บริการด้านสุขภาพ (Health Care) บริการอุปกรณ์ช่วยเหลือในการดำรงชีวิต (Assistive Devices) บริการสนับสนุนการดูแลที่บ้าน เช่น รถนำส่ง ศูนย์ดูแลกลางวัน ศูนย์ดูแลชั่วคราว การให้คำปรึกษา เป็นต้น

## 2. ชุดบริการส่งเสริมป้องกันที่บ้านและในชุมชน

เป็นชุดบริการที่มุ่งเน้นในการป้องกันภาวะพึ่งพิงในกลุ่มผู้สูงอายุ โดยจัดกิจกรรมส่งเสริมป้องกัน ให้กับผู้สูงอายุที่ผ่านการประเมินและพบว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะพึ่งพิง เช่น การจัดกิจกรรมฟื้นฟู สมรรถภาพทางการแพทย์ต่างๆ รวมถึงการฟื้นฟูการทำงานของกล้ามเนื้อมัดเล็ก การฟื้นฟูสำหรับผู้ป่วย ที่มีภาวะสมองเสื่อม เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีกิจการในการส่งเสริมการมีบทบาทของผู้สูงอายุในชุมชน

ทั้งนี้การจัดบริการตามชุดบริการนั้น ควรต้องมีการกำหนดให้ชัดเจนว่าในระยะแรกนั้นจะครอบคลุมบริการอะไรบ้างเพื่อให้มีความเป็นไปได้ในการดำเนินงาน ขณะเดียวกันในต่างประเทศ นอกเหนือจากบริการที่จัดให้แล้วยังมีสิทธิประโยชน์ที่เป็นตัวเงิน เช่น เงินชดเชยค่าเสียโอกาสให้กับผู้ดูแล หรือเงินสำหรับผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิงเพื่อให้ไปเลือกซื้อบริการเองหรือจะให้ญาติที่ดูแล การลดหย่อนภาษี การให้ผลงานเพื่อมาดูแล ผู้สูงอายุโดยยังได้รับเงินเดือนหรือไม่รับเงินเดือน การหาอาชีพให้กับผู้ดูแลเพื่อให้ทำงานที่บ้านได้ เป็นต้น

### ยุทธศาสตร์ และมาตรการ

ประกอบด้วย 6 ยุทธศาสตร์หลัก ดังนี้

1. การคัดกรองผู้สูงอายุ และพัฒนาฐานข้อมูลผู้สูงอายุในชุมชน มีมาตรการ ประกอบด้วย
  - 1.1 พัฒนาแบบประเมินเพื่อสำรวจผู้สูงอายุ และจัดทำเกณฑ์/มาตรฐานการ จำแนกผู้สูงอายุตามความจำเป็นในการได้รับบริการดูแลระยะยาว
  - 1.2 พัฒนาศักยภาพโดยการฝึกอบรมมาตรฐานการคัดกรองให้แก่ อสม. /อผส.
  - 1.3 ทำการสำรวจและประเมินผู้สูงอายุตามเกณฑ์/มาตรฐานการจำแนกผู้สูงอายุตามความจำเป็นในการได้รับบริการดูแลระยะยาว โดยบูรณาการร่วมกับภาคส่วนอื่นๆ
  - 1.4 จัดทำฐานข้อมูลผู้สูงอายุเพื่อใช้ในการวางแผนการดูแลระยะยาวและการจัดสวัสดิการและบริการต่างๆ แก่ผู้สูงอายุ
2. การพัฒนาการจัดบริการในชุมชนเพื่อการป้องกัน การดูแล และฟื้นฟู ผู้สูงอายุ โดยเชื่อมโยงกับระบบบริการในสถานบริบาล มีมาตรการ ประกอบด้วย
  - 2.1 พัฒนามาตรฐานบริการและระบบสนับสนุนการบริการ ได้แก่ มาตรฐานหน่วยจัดบริการ เช่น ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ Day Care, Respite Care, Community Nursing Home มาตรฐานบุคลากร เช่น มาตรฐานผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุ มาตรฐานหลักสูตรผู้จัดการบริการระยะยาว มาตรฐานบริการในระดับชุมชน ในสถานบริบาลผู้สูงอายุ และมาตรฐานระบบส่งต่อระหว่างบ้านชุมชน และสถานบริบาล เป็นต้น
  - 2.2 มีการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุเชิงรุกที่บ้าน/ชุมชน
  - 2.3 มีศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ ศูนย์เอนกประสงค์ผู้สูงอายุ

## 2.4 Day care center ในระดับตำบล

### 3. การพัฒนาระบบการเงินการคลัง และชุดสิทธิประโยชน์ มีมาตรการ ประกอบด้วย

#### 3.1 พัฒนาชุดสิทธิประโยชน์บริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

3.2 ออกแบบระบบการเงินการคลัง และรูปแบบการจ่ายค่าบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ ที่เอื้อต่อการเข้าถึงบริการตามมาตรฐาน

3.3 จัดทำข้อเสนอการบูรณาการงบประมาณการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุของหน่วยงานต่างๆ

#### 3.4 ขยายความครอบคลุมกองทุนฟื้นฟูผู้พิการระดับจังหวัด

### 4. การพัฒนากำลังคน มีมาตรการ ประกอบด้วย

4.1 สนับสนุนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และชุมชน เอกชนมีส่วนร่วมในการวางแผนและบริหารจัดการกำลังคนเพื่อการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุให้สอดคล้องกับความต้องการของพื้นที่

4.2 การพัฒนาหลักสูตร และการอบรมบุคลากรด้านการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ ได้แก่ ผู้จัดการบริการดูแลระยะยาว (Long Term Care Manager) ผู้ช่วยผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Assistant)

4.3 สนับสนุนการผลิต การจ้าง และการสร้างแรงจูงใจแก่กำลังคนในระบบการดูแลระยะยาว ประกอบด้วย Community Care ในชุมชน ได้แก่ อสม. อพส. ผู้จัดการบริการดูแลระยะยาว ผู้ช่วยผู้ดูแลผู้สูงอายุ Assistant Care ใน รพ.สต. ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ นักจิตวิทยาคลินิกหมอนวดไทย Hospital Care ในโรงพยาบาลชุมชน ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว นักกายภาพบำบัด ในโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไป ได้แก่ นักกิจกรรมบำบัด พยาบาลเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ แพทย์เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ

### 5. การสร้าง การจัดการความรู้ และการติดตามประเมินผล มีมาตรการ ประกอบด้วย

5.1 ศึกษาและพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ในด้านการป้องกันและการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

5.2 ศึกษาและพัฒนาารูปแบบการจัดบริการในชุมชนและการบริหารจัดการกองทุนระดับต่างๆเพื่อให้เกิดการบูรณาการการจัดบริการ

5.3 ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการจ่ายค่าบริการเพื่อกระตุ้นให้เกิดการบริการ และเพิ่มคุณภาพบริการ

#### 5.4 ศึกษาารระบบ Long-Term Care Financing

#### 5.5 ศึกษาและพัฒนาารระบบการประเมินผลการดำเนินงานการจัดบริการดูแลระยะยาว

### 6. การพัฒนากฎหมาย/ระเบียบ และการบริหารจัดการ มีมาตรการ ประกอบด้วย

6.1 แก้ไขระเบียบสวัสดิการการรักษาพยาบาลข้าราชการให้ครอบคลุมบริการสุขภาพในชุมชน

6.2 กำหนดบทบาทให้ท้องถิ่นเป็นผู้ดูแล การจัดบริการดูแลระยะยาวผู้สูงอายุ และปรับปรุงแก้ไขกฎระเบียบของท้องถิ่นให้เอื้อต่อการดำเนินงานตามบทบาท

6.3 ทบทวนกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการดูแลระยะยาว เช่น มาตรฐานและการกำกับสถานบริการเอกชน มาตรฐานและการกำกับการจัดบริการดูแลระยะยาวที่บ้าน

### การดำเนินงานในปี พ.ศ. 2559

รัฐบาลได้มุ่งเน้นในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทั้งกลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง โดยมีเป้าหมายสำคัญในการป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุที่ยังแข็งแรงมีการเจ็บป่วยจนต้องอยู่ในภาวะพึ่งพิง และผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม ดังนั้นรัฐบาลจึงได้สนับสนุนงบประมาณเพิ่มเติมจากงบเหมาจ่ายรายหัวปกติ จำนวน 600 ล้านบาท ให้แก่ สปสช. เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการจัดบริการทางการแพทย์ให้แก่ผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง ตามชุดสิทธิประโยชน์ โดยมีกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับ สปสช. และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีเป้าหมายการดำเนินงาน ในปี 2559 คือผู้สูงอายุกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 100,000 ราย ในพื้นที่ประมาณ 1,000 ตำบล ในทุกจังหวัด รวมกรุงเทพมหานคร (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559) ทั้งนี้คาดหวังว่าผู้สูงอายุที่อยู่ติดบ้าน ติดเตียง จะได้รับดูแลจากทีมสหวิชาชีพจากหน่วยงานบริการปฐมภูมิและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล บริการดูแลด้านสุขภาพถึงที่บ้านอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ตามปัญหาสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และท้องถิ่น ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี อยู่ในสังคมอย่างมีศักดิ์ศรี เข้าถึงบริการอย่างถ้วนหน้าและเท่าเทียม เป็นการสร้างสังคมแห่งความเอื้ออาทร อีกทั้งยังเป็นการสร้างความร่วมมือของภาคส่วนต่างๆ ควบคู่ไปกับการพัฒนาทีมหมอครอบครัวและอาสาสมัครในชุมชน เพื่อ “สังคมไทย สังคมผู้สูงวัย เข้าใจ เข้าถึง พึ่งได้” ผู้สูงอายุมีคุณค่า มีศักดิ์ศรี และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

จากการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องกับกฎหมายและนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ สามารถสรุปได้ว่าการส่งเสริมศักยภาพผู้สูงอายุมีกลไกระดับชาติ ประกอบด้วยพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ นโยบายสาธารณะ ยุทธศาสตร์การพัฒนาผู้สูงอายุ แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ แผนพัฒนาสาธารณสุข และแผนยุทธศาสตร์การดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ซึ่งได้ปรับเปลี่ยนมุมมองว่าผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่มีประโยชน์ต่อสังคมและสมควรส่งเสริมให้คงคุณค่าไว้ให้นานที่สุด เน้นการส่งเสริมและสนับสนุนให้ครอบครัวและชุมชนโดยเฉพาะองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถดูแลผู้สูงอายุให้ดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพและมีศักดิ์ศรี ให้มีความสำคัญกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชากรวัยสูงอายุอย่างต่อเนื่อง ทั้งในประเด็นสิทธิ

ผู้สูงอายุ การได้รับการคุ้มครอง ภายใต้การมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนในระบบสวัสดิการและบริการให้แก่ผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังมีชุดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ชุดบริการดูแลระยะยาวที่บ้านและชุมชน และชุดบริการส่งเสริมป้องกันที่บ้านและในชุมชน ซึ่งมุ่งเน้นในการป้องกันภาวะพึ่งพิงในกลุ่มผู้สูงอายุ โดยจัดกิจกรรมส่งเสริมป้องกันให้กับผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะพึ่งพิง และส่งเสริมการมีบทบาทของผู้สูงอายุในชุมชน ดังนั้นจะเห็นได้ว่านโยบายด้านผู้สูงอายุจะมีลักษณะเป็นองค์รวม เน้นการเตรียมความพร้อมเพื่อสังคมสูงวัย

## 2.2 แนวคิดการจัดสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ

### 2.2.1 การจัดสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุในต่างประเทศ

ระบบสวัสดิการผู้สูงอายุในต่างประเทศ มีเป้าหมายส่วนใหญ่มุ่งส่งเสริมคุณภาพชีวิต และสุขภาพ แต่เน้นมาตรการแตกต่างกันไป อาทิ ประเทศญี่ปุ่นเน้นการดูแลระยะยาวที่ไม่ใช่เป็นการดูแลในสถานพยาบาลหรือสถานสงเคราะห์ แต่เป็นการส่งเสริมให้เกิดการดูแลที่บ้าน รัฐบาลของประเทศสิงคโปร์มีความเด่นชัดในบทบาทการเป็นผู้สนับสนุนและประสานความร่วมมือจากหลายฝ่าย โดยเฉพาะองค์กรเอกชนกับภาคประชาชนซึ่งทำให้งานสวัสดิการผู้สูงอายุดำเนินได้อย่างเข้มแข็ง ประเทศออสเตรเลียและอังกฤษเน้นการสร้างความมั่นคงทางรายได้ของผู้สูงอายุโดยส่งเสริมการจ้างงานหลังเกษียณที่สอดคล้องตามศักยภาพ และในระยะหลังเกือบทุกประเทศส่งเสริมการออมรูปแบบต่างๆ เพื่อเตรียมความพร้อมสำหรับวัยสูงอายุในขณะที่การบริการด้านสุขภาพทุกประเทศยังคงพยายามพัฒนาให้เหมาะสมสะดวกรวดเร็วและผู้สูงอายุเข้าถึงได้อย่างครอบคลุม (นาริรัตน์ จิตรมนตรี และสาวิตรี ทยานศิลป์, 2552)

จากการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการจัดสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุในต่างประเทศ ประกอบด้วย ประเทศญี่ปุ่น ประเทศสิงคโปร์ ประเทศสหรัฐอเมริกา ประเทศอังกฤษ และประเทศออสเตรเลีย สามารถสรุปได้ดังนี้

#### 1) ประเทศญี่ปุ่น

ประเทศญี่ปุ่น เมื่อปี ค.ศ. 1986 มีนโยบายให้มีสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ นโยบายดังกล่าวนี้มุ่งให้ครอบคลุม 4 ระบบทั้งระบบประกันการจ้างงานและรายได้ระบบสุขภาพและสวัสดิการสังคม ระบบการเรียนรู้และการมีส่วนร่วมของชุมชนและระบบการสร้างที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อม ด้วยเหตุเพราะผู้สูงอายุญี่ปุ่นมีการเจ็บป่วยเรื้อรังจำนวนมาก สวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่นจึงเน้นที่การดูแลระยะยาวแต่เป็นการดูแลที่บ้าน (วรรณภา ศรีฉัตรรัตน์ และคณะ, 2545 อ้างถึงใน นาริรัตน์ จิตรมนตรี และสาวิตรี ทยานศิลป์, 2552)

สำหรับระบบการดูแลระยะยาว (Kaisghodken) มีกฎหมาย Public Long-Term Care Insurance Law เมื่อปี ค.ศ. 2000 ซึ่งเป็นระบบประกันตนแบบบังคับสำหรับผู้ที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป ภายใต้การดำเนินงานของหน่วยงานด้านสุขภาพ และสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข แรงงานและสวัสดิการ (Ministry of Health, Labor and Welfare) เน้นบริการสำหรับผู้สูงอายุ โดยให้บริการด้านสุขภาพ และศูนย์ดูแลกลางวัน ซึ่งเป็นลักษณะของบริการที่บ้าน เนื่องจากประชากรผู้สูงอายุญี่ปุ่นมีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังในระดับสูง นอกจากนี้ประเทศญี่ปุ่นมีแผนที่เรียกว่า “The Year Strategy to Promote Care and Welfare for the Elderly (The Gold Plan)” ประกอบด้วยเป้าหมาย (1) การพัฒนาบริการที่บ้านสำหรับผู้สูงอายุในระดับเทศบาล (2) การลดจำนวนผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง (3) การตั้งกองทุน Longevity Social Welfare (4) การพัฒนาเครื่องมือ และอุปกรณ์ของสถานพยาบาล (5) การส่งเสริม Productive Ageing (6) การสนับสนุนการวิจัยด้านผู้สูงอายุ และ (7) การพัฒนาสถาบันทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2550)

## 2) ประเทศสิงคโปร์

ประเทศสิงคโปร์ มีคณะกรรมการ Inter Ministerial Population Committee on the Ageing Population ซึ่งได้จัดทำแผนการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุขึ้นเมื่อปี ค.ศ. 2001-2005 มีการกำหนดนโยบายสำคัญในการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุที่มุ่งเน้นให้เกิดการบูรณาการทางสังคม โดยให้การดูแลในครอบครัวเป็นหลัก และบริการต่างๆ ที่มีต้องสามารถประสาน และเชื่อมโยงกับการดูแลในครอบครัวและชุมชนไปพร้อมกัน นอกจากนี้นโยบายสำคัญคือการจัดที่พักอาศัย การสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการใช้ชีวิตของผู้สูงอายุ ไม่ว่าจะเป็นสวัสดิการชุมชน เช่น Community Center สำหรับกิจกรรมเพื่อการอยู่ร่วมกันในชุมชน ความสามารถในการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุ และบริการที่จำเป็นต่อการใช้ชีวิตประจำวัน เป็นต้น (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2550)

แนวความคิดการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุของประเทศสิงคโปร์ที่เด่นชัดปรากฏอยู่ใน 3 กรอบได้แก่

1) Heart ware เน้นปรับทัศนคติของสังคมต่อการเข้าสู่วัยสูงอายุเป็นความต้องการให้บุคคลคิดและเข้าใจว่าวัยมิใช่อุปสรรคในการทำสิ่งใดผู้สูงอายุยังคงเป็นคนที่มีความรู้ความสามารถและควรค่าแก่การส่งเสริมให้ทำกิจกรรมอันมีประโยชน์ต่อสังคม 2) Soft ware เน้นการสร้างเสริมศักยภาพของผู้สูงอายุในการทำกิจกรรมต่างๆ เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจการงานสังคม เช่น ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเป็นอาสาสมัคร การดำเนินกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนและที่สำคัญคือการส่งเสริมให้มีศูนย์อเนกประสงค์ (Multi-Service Center) เพื่อให้บริการที่หลากหลายในชุมชนแบบครบวงจร 3) Hard ware เน้นการสร้างที่อยู่อาศัย การจัดการคมนาคมขนส่ง การสร้างสถานบริการต่างๆ ที่เอื้อต่อการดำรงชีวิตและการเข้าร่วมกิจกรรมและการรับบริการต่างๆ ของผู้สูงอายุด้วยตนเองสอดคล้องตาม

แนวคิด Ageing in place (วรรณภา ศรีธีรรัตน์ และคณะ, 2545 อ้างถึงใน นารีรัตน์ จิตรมนตรี และสาวิตรี ทยานศิลป์, 2552)

ระบบการเงินของผู้สูงอายุสิงคโปร์รัฐจะเน้นให้บุคคลดูแลเรื่องการเงินด้วยตนเองรัฐจะเป็นเพียงผู้สนับสนุนเท่านั้น ดังนั้นรายได้ของคนสิงคโปร์หลังเกษียณจึงมาจากเงินออมหรือบำนาญเป็นหลักเพื่อสนับสนุนการออมรัฐได้จัดตั้งกองทุนเงินออมแห่งชาติ (Central Provident Fund) (วรรณภา ศรีธีรรัตน์ และคณะ, 2545 อ้างถึงใน นารีรัตน์ จิตรมนตรี และสาวิตรี ทยานศิลป์, 2552)

ด้านการทำงานของผู้สูงอายุประเทศสิงคโปร์มีระบบการทำงานทั้งแบบ Part Time และ Flex Time เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้มีงานทำที่เหมาะสมตามวัยและศักยภาพพร้อมกับมีระบบการจ่ายเงินเดือนตามอาวุโสให้เงินเดือนตามคุณค่าของงานและจัดให้มีโปรแกรมอบรมฝีมือแรงงานผู้สูงอายุเพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถอยู่ในตลาดแรงงานมีฝีมือเพิ่มมากขึ้น (วรรณภา ศรีธีรรัตน์ และคณะ, 2545 อ้างถึงใน นารีรัตน์ จิตรมนตรี และสาวิตรี ทยานศิลป์, 2552)

### 3) ประเทศสหรัฐอเมริกา

ประเทศสหรัฐอเมริกา มีกฎหมาย The Older American Act ซึ่งเป็นกฎหมายที่ใช้ในการกำกับดูแล การจัดสรรงบประมาณจากรัฐบาลกลาง (Federal) ที่จัดให้กับมลรัฐ (States) ต่างๆ โดยที่งบประมาณที่จัดสรรให้แต่ละมลรัฐเป็นงบประมาณสำหรับการวางแผนชุมชน และโครงการให้บริการแก่ผู้สูงอายุในชุมชน โครงการจัดกิจกรรมให้กับผู้สูงอายุ จัดขึ้นโดยความรับผิดชอบของหน่วยงานราชการด้านนันทนาการ ซึ่งอยู่ภายใต้การดูแลขององค์การบริหารส่วนท้องถิ่น นอกจากนี้ได้มีการตราพระราชบัญญัติการจัดตั้งศูนย์เอนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุโดยเฉพาะขึ้นมา ตามกฎหมาย The Older Americans Act of 1965 (OAA) โดยระบุว่าในแต่ละรัฐที่มีเมืองหรือศูนย์บริการสำหรับผู้สูงอายุตั้งอยู่ในพื้นที่ จะต้องมีการเตรียมการและจัดทำแผนงานเพื่อการจัดให้บริการสำหรับผู้สูงอายุ โดยเฉพาะ ซึ่งแผนงานต่างๆ เหล่านี้ควรมีการจัดตั้ง โดยผ่านระบบการประสานงาน และมีการจัดให้บริการที่ครอบคลุมทุกด้าน มีการสนับสนุนบริการ และการจัดหาสถานที่ที่มีความเหมาะสม (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2550)

ระบบสวัสดิการสังคมของประเทศสหรัฐอเมริกาครอบคลุมการประกันสุขภาพและการประกันทางสังคม ประกอบด้วย 2 ระบบคือ (1) ระบบรัฐบาลกลางให้สิทธิประโยชน์แก่ผู้เกษียณอายุทำงาน (2) ระบบสนับสนุนมลรัฐให้เงินช่วยเหลือผู้สูงอายุผู้ตกงานและขยายไปยังกลุ่มอื่นๆโดยมีการขยายวงเงินค่าตอบแทนตามค่าครองชีพที่สูงขึ้นขยายอายุของการให้ผลประโยชน์และเพิ่มเงินชดเชยด้วยระบบประกันสังคมหลัก ได้แก่ ระบบ Medicare กองทุนมาจากภาษีรายได้ของคนวัยทำงานและระบบ Medicaid กองทุนมาจากเงินภาษี



ระบบ Medicare ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ Part A (Hospital Insurance) เป็นประกันสุขภาพที่จ่ายเมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหรือสถานบริการผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไปได้รับประกันสุขภาพส่วนนี้โดยไม่ต้องจ่ายค่าธรรมเนียมรายเดือนใดๆ อีกส่วนหนึ่งคือ Part B (Medical Insurance) เป็นโครงการจ่ายค่ารักษาที่ Part A ไม่จ่าย เช่น กายภาพบำบัด อาชีวบำบัด การให้บริการที่บ้าน ผู้สูงอายุต้องซื้อประกันส่วนนี้

ระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุเป็นบริการแบบต่อเนื่องมีระบบการดูแลปฐมภูมิ การป้องกันการตรวจรักษาการส่งต่อการรักษาการดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน (Transitional Care) การดูแลระยะยาวและการดูแลระยะสุดท้ายสำหรับการดูแลในชุมชนมีหลายรูปแบบดังนี้คือศูนย์อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุ (Multipurpose Senior Centers) การดูแลกลางวัน การดูแลแบบทดแทนชั่วคราว (Respite Care) การช่วยงานบ้าน (Homemaker Services) การบริการส่งอาหาร บริการขนส่ง บริการติดตามทางโทรศัพท์ บริการช่วยเหลือในภาวะฉุกเฉิน (Personal Emergency Response Systems: PERS) และอาสาสมัครซึ่งมีทั้งอาสาสมัครอย่างเป็นทางการ (Formal Volunteers) ที่มาจากสถาบันและองค์กรต่างๆและอาสาสมัครอย่างไม่เป็นทางการ (Informal Volunteers) ได้แก่ สมาชิกในครอบครัว เพื่อนฝูง และเพื่อนบ้าน วิถีชีวิตครอบครัวและค่านิยมชาวอเมริกันที่ส่วนใหญ่ไม่ค่อยอยู่กับลูกหลานเป็นปัจจัยที่ทำให้ต้องการผู้ดูแลแบบทางการเพิ่มมากขึ้น (วรรณภา ศรีธัญรัตน์, ผ่องพรรณ อรุณแสง และมาริสา ไกรฤกษ์, 2545 อ้างถึงใน นาริรัตน์ จิตรมนตรี และสาวิตรี ทยานศิลป์, 2552)

#### 4) ประเทศอังกฤษ

ประเทศอังกฤษ มีแนวคิดในการจัดระบบสวัสดิการของประเทศอังกฤษคือ สนับสนุนให้ผู้สูงอายุสามารถทำงานได้ตามความสามารถ ให้โอกาสแก่ผู้ที่ทุพพลภาพ และสร้างมาตรการให้ผลประโยชน์ในการอยู่ในระบบจ้างงานเพื่อจูงใจให้คนทำงาน ระบบประกันสังคมของประเทศอังกฤษมีวัตถุประสงค์ประการหนึ่งคือ ส่งเสริมความมั่นคงด้านการเงินหลังเกษียณ ส่งเสริมการจัดการกองทุนบำนาญ และสนับสนุนให้มีการออมเงินที่เหมาะสม รวมทั้งช่วยให้ผู้ที่เกษียณมีรายได้หลังเกษียณที่เพียงพอ (นาริรัตน์ จิตรมนตรี และสาวิตรี ทยานศิลป์, 2552) ได้ดำเนินงานด้านผู้สูงอายุอยู่ภายใต้นโยบายใหม่ หลังการปฏิรูปเน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน มีการกำหนดเป็นกรอบการบริการระดับชาติสำหรับผู้สูงอายุขึ้น (National Service Frame Work for Older People) เมื่อปี ค.ศ. 2001 ซึ่งบริการต่างๆ เน้นด้านสุขภาพเป็นหลัก บริการในชุมชนและบริการสังคม เป็นลักษณะของบริการย่อย ที่เน้นบริการด้านสุขภาพ มีหลายลักษณะ ได้แก่ การบริการพยาบาล บริการในภาวะสุดท้ายที่บ้าน บริการด้านสุขภาพจิต และบริการพยาบาลจิตเวชชุมชน (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2550) มีเป้าหมายเพื่อเพิ่มคุณภาพการให้บริการด้านสุขภาพและสังคมลดความแตกต่างในการให้บริการแก่ผู้สูงอายุ ขจัดการกีดกันในความเป็นผู้สูงอายุ จัดให้มีการดูแลที่เน้นบุคคลเป็นศูนย์กลางส่งเสริม

สุขภาพ ส่งเสริมการพึ่งพาตนเองของผู้สูงอายุ จัดบริการให้ครอบคลุมความต้องการและเน้นการดูแล เรื่องการหกล้ม สโตร์คและสุขภาพจิตระบบบริการสุขภาพประกอบด้วยบริการในโรงพยาบาล รวมทั้ง Intermediate Care ที่เตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้านและการดูแลในชุมชนเพื่อให้สามารถ ดำรงชีวิตในชุมชนได้แทนการไปอยู่ในสถานบริการบริการมีรูปแบบเป็น Home Care Services คือการ เยี่ยมบ้านและ Home Help Services คือการดูแลเรื่องอาหาร การดูแลในเวลากลางวัน (นาริรัตน์ จิตร มนตรี และสาวิตรี ทยานศิลป์, 2552)

#### 5) ประเทศออสเตรเลีย

ประเทศออสเตรเลีย เป็นประเทศที่พัฒนาสวัสดิการด้านผู้สูงอายุได้อย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะ อย่างยิ่งมีการพัฒนานโยบายด้านการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง มีนโยบายที่เกี่ยวกับบริการในชุมชน นโยบายการดูแล และการช่วยเหลือเกื้อกูลผู้สูงอายุที่บ้าน บริการที่มุ่งสู่ที่พักอาศัย และมีจุดเด่นด้าน การมีอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชนทั่วประเทศ (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2550) เมื่อปี ค.ศ. 1999 ออสเตรเลียกำหนดยุทธศาสตร์ชาติ National Strategy for an Ageing Australia ที่เน้นด้าน ผู้สูงอายุ 4 เรื่องคือ (1) การช่วยให้ผู้สูงอายุมีชีวิตที่พึ่งตนเองได้ยึดการจ้างงานให้มีการเรียนรู้ตลอด ชีวิตและมีการเงินที่มั่นคง (2) ผู้สูงอายุต้องได้รับการดูแลที่มีคุณภาพด้วยการบริการรูปแบบใหม่ (3) ปรับทัศนคติที่มีต่อผู้สูงอายุและความชราวมทั้งปรับปรุงสิ่งที่เกี่ยวข้องกับวิถีชีวิต เช่น การมีบ้านการ ขนส่งความปลอดภัยการพักผ่อนและให้การสนับสนุนชุมชน (4) สนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีเป็น Healthy Ageing (วรรณภา ศรีธัญรัตน์ และผ่องพรรณ อรุณแสง, 2545b อ้างถึงใน นาริรัตน์ จิตร มนตรี และสาวิตรี ทยานศิลป์, 2552) นอกจากนี้ แผนยุทธศาสตร์ของออสเตรเลีย ค.ศ. 2006 ที่ เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ให้ความสำคัญกับการกระจายบริการและการเชื่อมต่อระหว่างวัยต่างๆ ใน ชุมชน โดยมียุทธศาสตร์การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในชุมชนและสังคม ในภาพรวมประเทศ ออสเตรเลียมุ่งจัดสวัสดิการแก่ประชาชนผู้สูงอายุในมาตรฐานการให้บริการระดับดีที่สุด (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2550)

เรื่องระบบความมั่นคงด้านรายได้ชาวออสเตรเลียจะมีรายได้หลังเกษียณจากเงินบำนาญ สำหรับผู้สูงอายุ (Aged Pension) ซึ่งเป็นเงินให้เปล่าที่ไม่เกี่ยวข้องกับการทำงานก่อนเกษียณและเป็น เงินที่จ่ายให้กับผู้สูงอายุชายที่อายุ 65 ปีและผู้สูงอายุหญิงที่อายุ 60 ปี ในอัตราพื้นฐานที่พิจารณาตาม Consumer Price Index (CPI) นอกจากนี้ยังมีการยืดเวลาการจ้างงานหลังเกษียณที่เป็นอีกหนึ่งความ ช่วยเหลือด้านรายได้ของผู้สูงอายุในส่วนของระบบประกันด้านสุขภาพเป็นระบบประกันสุขภาพ ถ้วน หน้าเช่นเดียวกับในหลายประเทศ สำหรับเรื่องที่อยู่อาศัย มีนโยบายสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้อาศัยอยู่ ในบ้านของตนโดยให้การส่งเสริมเรื่องการจัดที่อยู่อาศัยในรูปแบบที่ยืดหยุ่นเหมาะสมสำหรับผู้สูงอายู รวมทั้งส่งเสริมเรื่องสิ่งแวดล้อมการออกแบบบ้านและสถานที่สาธารณะในชุมชนให้สอดคล้องตาม

นโยบาย Aging in Place เพื่อให้ผู้สูงอายุมีชีวิตความเป็นอยู่ที่มีมาตรฐานและสามารถทำงานทำหน้าที่ได้ตลอดชีวิต (วรรณภา ศรีธัญรัตน์ และผ่องพรรณ อรุณแสง, 2545b อ้างถึงใน นาริรัตน์ จิตรมนตรี และสาวิตรี ทยานศิลป์, 2552)

## 2.2.2 การจัดสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย

ระบบสวัสดิการผู้สูงอายุในประเทศไทย สังคมไทยมีค่านิยมในเรื่องความกตัญญูระบบสวัสดิการจึงถูกริเริ่มขึ้นมาตามแนวคิดแบบ“บรรเทาปัญหา” (Residual Model of Social Welfare) ในปี พ.ศ. 2483 มีการตั้งกรมประชาสงเคราะห์ขึ้นมาเพื่อจัดสวัสดิการให้กลุ่มผู้ด้อยโอกาสต่างๆ รวมทั้งผู้สูงอายุซึ่งไม่ได้ช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดความเข้มแข็งหรือพึ่งพาตนเองได้มีผลให้สังคมเกิดทัศนคติทางลบต่อกลุ่มผู้รับบริการคือการถูกมองว่าเป็นภาระของสังคมเป็นคนไร้ค่าขาดศักดิ์ศรีต่อมารัฐเริ่มเปลี่ยนแนวคิดการจัดสวัสดิการมาเป็นลดการพึ่งพิงจากสถาบัน (Deinstitutionalization) สร้างความตระหนักเรื่องการพึ่งตนเอง (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2550b อ้างถึงใน นาริรัตน์ จิตรมนตรี และสาวิตรี ทยานศิลป์, 2552)

### กลไกการขับเคลื่อนการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ

กลไกการขับเคลื่อนการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ ประกอบด้วย กลไกระดับชาติ และกลไกระดับปฏิบัติ และกลไกอื่นๆ ดังนี้ (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2552)

1) คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ (กผส.) ซึ่งมีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน ข้าราชการทั้งฝ่ายการเมือง ผู้แทนจากหน่วยงานราชการ ผู้แทนภาคเอกชน และผู้ทรงคุณวุฒิ เป็นกรมการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เป็นฝ่ายเลขานุการ และกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้ช่วยเลขานุการร่วมกับกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ มีอำนาจหน้าที่สำคัญคือการกำหนดนโยบายและแผนหลักเกี่ยวกับการคุ้มครอง การส่งเสริมและการสนับสนุนสถานภาพบทบาท และกิจกรรมของผู้สูงอายุ ตลอดจนแนวทางปฏิบัติ การติดตามและประเมินผลตามนโยบายและแผน รวมทั้งการกำหนดระเบียบที่เกี่ยวข้องกับกองทุนผู้สูงอายุ ซึ่งที่ผ่านมามีการจัดตั้งคณะอนุกรรมการขึ้นมารับผิดชอบและขับเคลื่อนงานที่สำคัญ ประกอบด้วย (1) คณะอนุกรรมการผลักดันระบบการออมเพื่อวัยสูงอายุ (2) คณะอนุกรรมการขับเคลื่อนการประชุมสมัชชาผู้สูงอายุแห่งชาติ คณะอนุกรรมการบูรณาการโครงการนำร่องการจัดตั้งศูนย์อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุในชุมชน

2) กลไกระดับปฏิบัติการ ประกอบด้วย

2.1) ภาครัฐ มีหน่วยงานหลักที่ดำเนินงานด้านผู้สูงอายุตาม พ.ร.บ.ผู้สูงอายุ ได้แก่ ด้านเศรษฐกิจ เน้นการส่งเสริมระบบการออมชราภาพ การฝึกอบรมและสร้างอาชีพ การมีงานทำ ด้านสังคม เน้นการบริการดูแลสุขภาพ การจัดสวัสดิการ/สงเคราะห์ การจัดการศึกษา การให้คำแนะนำ กฎหมายแก่ผู้สูงอายุ และด้านบริการสาธารณะ เน้นการดูแลสิ่งอำนวยความสะดวกในอาคารสถานที่ การบริการพื้นฐาน การเดินทางในยานพาหนะ การลดหย่อนค่าโดยสารและค่าธรรมเนียมต่างๆ ซึ่งการขับเคลื่อนการดำเนินงานที่ผ่านมาเน้นงานในเชิงบทบาทหน้าที่ (Function Based) ได้แก่ (1) หน่วยงานส่วนกลางและส่วนภูมิภาค เช่น กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานอื่นๆ เช่น กระทรวงคมนาคม กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา (2) หน่วยงานส่วนท้องถิ่น เช่น องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น กรุงเทพมหานคร

2.2) ภาคธุรกิจเอกชน ซึ่งปัจจุบันมีการขับเคลื่อนการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุค่อนข้างน้อย โดยส่วนใหญ่มุ่งกิจกรรมในด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ การสังคมสงเคราะห์ การแจกสิ่งของ เครื่องใช้ เป็นครั้งคราว ตลอดจนให้ที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุ และสนับสนุนการรวมกลุ่ม

2.3) ภาคชุมชนและประชาชน ประกอบด้วย องค์การพัฒนาเอกชน องค์การประชาสังคม อาสาสมัคร และกลุ่มต่างๆ ที่ดำเนินงานอยู่ในชุมชน การขับเคลื่อนงานผู้สูงอายุในชุมชนส่วนใหญ่อยู่ภายใต้การส่งเสริม สนับสนุนจากหลายหน่วยงานในลักษณะของงานอาสาสมัคร รวมทั้งส่งเสริมให้มีการรวมกลุ่มดำเนินกิจกรรมต่างๆ ส่วนการดำเนินงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุโดยชุมชนจริงๆ ชุมชนหลายพื้นที่มักใช้ทุนทางสังคมในการขับเคลื่อน โดยส่วนใหญ่เป็นการช่วยเหลือเกื้อกูลผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้ง หรือไม่มีใครดูแลตามความจำเป็น

2.4) สถาบันทางสังคมอื่นๆ เช่น สถาบันทางศาสนา ซึ่งได้เข้ามีส่วนร่วมในกิจกรรมด้านการพัฒนาจิตใจให้กับผู้สูงอายุ

3) กลไกอื่นๆ ประกอบด้วย

3.1) การจัดเวทีระดมความคิด

3.2) การแต่งตั้งคณะกรรมการ

3.3) การร่วมมือระหว่างหน่วยงาน เช่น การขับเคลื่อนโครงการพัฒนารูปแบบการบริการและสวัสดิการสังคมเชิงบูรณาการโดยชุมชนสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย โดยกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และ องค์การ JICA (Japan International Cooperation Agency)

### ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ

ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ (ศพอส.) เป็นการจัดสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนรูปแบบหนึ่ง โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน และเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุ แขนงนำ

อาสาสมัคร ชุมชน องค์กรเครือข่ายจากภาครัฐ และภาคเอกชน มีส่วนร่วมขับเคลื่อนการดำเนินงาน ศูนย์ โดยมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้การหนุนเสริม (สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ, 2557)

ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ ดำเนินการภายใต้แนวคิด “ร่วมแรง ร่วมใจ ผู้สูงวัยกายใจเบิกบาน” เพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีสถานที่รวมกลุ่มในการจัดกิจกรรมและบริการที่ครอบคลุมทุกมิติทางด้านสุขภาพ สังคม จิตใจ และเศรษฐกิจ โดยเฉพาะมิติด้านเศรษฐกิจที่เน้นการสร้างรายได้และการมีงานทำที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อยกระดับการจัดบริการและสวัสดิการทางสังคมในการคุ้มครอง ส่งเสริม และพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุแบบครบวงจร สามารถตอบสนองปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุและชุมชนได้

กลุ่มเป้าหมายที่ใช้บริการในศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ประกอบด้วย กลุ่มเป้าหมายหลัก ได้แก่ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนและพื้นที่ให้บริการศูนย์ รวมไปถึงสมาชิกครอบครัวของผู้สูงอายุและผู้ดูแล และกลุ่มเป้าหมายรอง ได้แก่ สมาชิกทุกวัยในชุมชน และสมาชิกกลุ่มองค์กรต่างๆ

การบริหารจัดการศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ มีกลไกการบริหารจัดการศูนย์ให้ดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพ ประกอบด้วย (1) คณะกรรมการบริหารศูนย์ ได้แก่ นายกองตรีปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นที่ปรึกษา ประธานศูนย์โดยคัดเลือกจากประธานชมรมผู้สูงอายุ รองประธาน คัดเลือกจากผู้แทนชมรมผู้สูงอายุ ผู้แทนผู้สูงอายุ ผู้แทนอาสาสมัคร เป็นกรรมการ และผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือผู้สูงอายุ เป็นกรรมการและเลขานุการ (2) งบประมาณในการขับเคลื่อนการดำเนินงาน ได้แก่ การก่อสร้างหรือปรับปรุงอาคารสถานที่ และการจัดกิจกรรมเพื่อผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังสามารถขอรับการสนับสนุนจากกองทุนต่างๆ เช่น กองทุนผู้สูงอายุ กองทุนส่งเสริมการจัดสวัสดิการสังคม กองทุนสร้างเสริมสุขภาพ และ (3) กลไกการดำเนินงาน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ส่วนกลาง คือ สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กรมกิจการผู้สูงอายุ กองทุนผู้สูงอายุ และคณะกรรมการกำกับในส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค คือ สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด (พมจ.) ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ คณะกรรมการระดับจังหวัด และระดับพื้นที่ คือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชมรมผู้สูงอายุ กลุ่ม/องค์กร/อาสาสมัคร และคณะกรรมการระดับพื้นที่

การจัดกิจกรรมและบริการ มีการกำหนดระเบียบ ข้อปฏิบัติที่เกิดจากข้อตกลงร่วมกัน จากการประชุมคณะกรรมการบริหารศูนย์ จัดทำแผนการดำเนินกิจกรรมประจำสัปดาห์ เดือน ปี อย่างต่อเนื่อง สม่าเสมอ โดยให้บริการ ทั้งในศูนย์และนอกศูนย์ เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุทุกกลุ่ม และสมาชิกทุกวัยในชุมชนได้เข้าร่วมกิจกรรม โดยกิจกรรม แบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ กิจกรรมภายในศูนย์ และกิจกรรมภายนอกศูนย์ กิจกรรมภายในศูนย์ ประกอบด้วย การประชุมคณะกรรมการบริหารศูนย์ กิจกรรมด้านสังคมและนันทนาการ กิจกรรมด้านอาชีพ กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพอนามัย กิจกรรม



ถ่ายทอดวัฒนธรรม และภูมิปัญญาท้องถิ่น กิจกรรมการจัดให้มีระบบข้อมูลของผู้สูงอายุในพื้นที่ กิจกรรมการให้คำปรึกษา หรือ และการช่วยเหลือเกื้อกูล กิจกรรมที่ส่งเสริมศักยภาพการดำเนินงานของอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ โดยเป็นศูนย์ประสานงานอาสาสมัคร และกิจกรรมที่ตอบสนองตามความต้องการอื่นๆ ของผู้สูงอายุ และกิจกรรมภายนอกศูนย์ ประกอบด้วย กิจกรรมทางศาสนาและประเพณี กิจกรรมการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ กิจกรรมอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ การประสาน การเชื่อมโยง การดำเนินงานร่วมกับกิจกรรมอื่นและวิธีการดำเนินงานอื่นๆ ที่จะเป็นประโยชน์ต่อผู้สูงอายุในชุมชน

การจัดเก็บข้อมูลสำคัญเพื่อขับเคลื่อนการจัดกิจกรรมศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ สำหรับการใช้ประโยชน์เพื่อการวางแผนการกำหนดแนวทางขับเคลื่อนการจัดกิจกรรม และการบูรณาการของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในระดับชุมชน ข้อมูลสำคัญที่ควรมีการจัดเก็บ ประกอบด้วย ข้อมูลด้านผู้สูงอายุ ได้แก่ ทำเนียบรายชื่อผู้สูงอายุที่เป็น ภูมิปัญญา ทะเบียนรายชื่อผู้สูงอายุ อายุ ที่อยู่เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ สภาพปัญหาที่ต้องการการช่วยเหลือ ข้อมูลด้านอาชีพ จัดทำทะเบียนรายชื่อกลุ่มอาชีพ สำหรับวางแผนในการจัดกิจกรรมการเป็นศูนย์สาธิตและจำหน่ายสินค้าและผลิตภัณฑ์เพื่อเป็นช่องทางการเพิ่มรายได้ และข้อมูลด้านอาสาสมัคร จัดทำทะเบียนรายชื่อกลุ่มอาสาสมัคร สำหรับเป็นผู้ประสานงาน ผู้ให้การช่วยเหลือ ผู้ร่วมวางแผนในการจัดกิจกรรมและการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชน ตามสภาพปัญหาและความต้องการ

จากการศึกษาของ นาริรัตน์ จิตรมนตรี และสาวิตรี ทยานศิลป์ (2552) พบว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จในงานระบบสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุไทย ได้แก่ 1) การปรับกระบวนการทัศนคติจากการสงเคราะห์เป็นการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุพึ่งพาตนเองและส่งเสริมการดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่าและมีศักดิ์ศรี 2) การริเริ่มและดำเนินโครงการโดยให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วม เป็นการจตุสวัสดิการที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุและนำมาซึ่งความสนใจและความร่วมมือ 3) การบูรณาการงบประมาณจากแหล่งทุน/งบประมาณต่างๆการดำเนินงานบางโครงการจำเป็นต้องใช้งบประมาณที่มากซึ่งแหล่งทุนเดียวอาจไม่สามารถสนับสนุนได้เพียงพอ หรือการบูรณาการอีกรูปแบบหนึ่งคือการแบ่งโครงการเป็นกิจกรรมย่อย ๆ แล้วหางบประมาณจำนวนที่ไม่มากมาสนับสนุนแต่ละกิจกรรมนั้น 4) การดำเนินงานที่ได้รับความร่วมมือจากหลายฝ่ายและทำงานในลักษณะเครือข่ายโดยได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐ นำมาซึ่งการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างเครือข่าย เป็นประโยชน์ในการคิดสร้างสรรค์การป้องกันปัญหาหรือแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ 5) ภาวะผู้นำของผู้รับผิดชอบโครงการ 6) ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานของการศึกษานอกโรงเรียน ได้แก่ บุคลากรผู้ดำเนินการเป็นบุคคลในพื้นที่ เข้าใจวิถีชีวิตของผู้สูงอายุ ใช้วิธีการยืดหยุ่นในการจัดการศึกษา ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ นำภูมิปัญญามาสนับสนุนการศึกษานอกโรงเรียนและบูรณาการการทำงานร่วมกับเครือข่าย 7) การดำเนินงานของ “โรงพยาบาลตำบล” ประสบผลสำเร็จในการดูแลสุขภาพของประชาชน เพราะประกอบด้วยปัจจัยสำคัญคือการมีผู้นำชุมชนที่มุ่งมั่น การมีส่วนร่วมของประชาชน

กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ด้วยความตระหนักในบทบาทหน้าที่ดูแลสุขภาพของตนเองและทำงานแบบหุ้นส่วน การดูแลการเสริมพลังภาคประชาชนทำให้ผู้เกี่ยวข้องเห็นประโยชน์ที่เป็นรูปธรรม คือ ความรู้สึกปลอดภัยและมั่นคงในชีวิต การลดค่าใช้จ่ายและความลำบากในการเดินทางไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลห่างไกล รวมทั้งการส่งเสริมการศึกษาและการมีงานทำของเยาวชนในท้องถิ่นการบริหารกองทุนที่โปร่งใส แสดงให้เห็นที่มาของรายได้และค่าใช้จ่ายและดำเนินงานโดยกลุ่มบุคคลที่น่าเชื่อถือ และ 8) การจ่ายเบี้ยยังชีพที่มอบหมายให้องค์กรบริหารส่วนตำบลเป็นผู้ดำเนินการคัดเลือกร่วมกับประชาคมในท้องถิ่น มีข้อดีคือบุคลากรในท้องถิ่นเป็นผู้คัดเลือกย่อมมีข้อมูลที่ถูกต้องและทันสมัยเกี่ยวกับจำนวนและสภาพการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุซึ่งช่วยลดปัญหาการจ่ายเงินให้กับผู้ที่ไม่สมควรได้รับหรือการจ่ายเงินให้กับผู้เสียชีวิตไปแล้ว

นอกจากนี้ปัญหาและอุปสรรคในงานระบบสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุไทย มีดังนี้

1) ขาดการบูรณาการของงานและความไม่ต่อเนื่องระบบสวัสดิการผู้สูงอายุดำเนินงานแยกส่วนระหว่างงานด้านสุขภาพกับงานด้านสังคมขาดการบูรณาการจึงไม่สามารถตอบสนองปัญหาและความต้องการของกลุ่มคนได้อย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพเท่าที่ควร นอกจากนี้งานสวัสดิการผู้สูงอายุยังกระจายความรับผิดชอบอยู่ตามหน่วยงานต่าง ๆ ของภาครัฐ เช่น กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงแรงงาน กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงมหาดไทย และกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ อุปสรรคในการดำเนินงานคือขาดการวางแผนร่วมกันขาดระบบการประสานงานที่ดี “ต่างคนต่างทำ” ที่สำคัญยังขาดความต่อเนื่องทั้งในระดับนโยบายและการปฏิบัติไม่ผลักดันให้สังคมเห็นความสำคัญของผู้สูงอายุ จึงก่อให้เกิดช่องว่างระหว่างแผนกับการปฏิบัติประกอบกับการขาดอำนาจในการสั่งการ กลไกการขับเคลื่อนจึงไม่บรรลุเป้าหมาย (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ, 2545) นอกจากนี้เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงทางการเมืองหรือมีการย้ายตำแหน่งโครงการของภาครัฐบางโครงการก็ไม่ได้ดำเนินการสานต่อ

2) ขาดการนำนโยบายสู่การปฏิบัติอย่างแท้จริงเนื่องจากความไม่ชัดเจนในแนวคิดและการปฏิบัติ

3) การปฏิบัติตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่องการจัดช่องทางด่วนสำหรับผู้สูงอายุมีปัญหาในการปฏิบัติในสถานการณ์จริง การจัดบริการดังกล่าวเหมาะสมสำหรับแผนกที่มีผู้ป่วยสูงอายุจำนวนไม่มากเท่านั้น

4) ความจำกัดของงบประมาณและการขาดแคลนกำลังคน การถ่ายโอนงานด้านผู้สูงอายุจากกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ไปให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทำให้กำลังคนลดน้อยลง ขาดบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะ และที่สำคัญความพร้อมด้านงบประมาณยังไม่ชัดเจน (สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย, 2549 อ้างถึงใน นาริรัตน์ จิตรมนตรี และสาวิตรี

ทยานศิลป์, 2552) องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นจึงไม่สามารถตอบสนองความต้องการที่แท้จริงของผู้สูงอายุในพื้นที่ได้ทั้งหมด

5) การรับรู้และความเข้าใจในสิทธิของผู้สูงอายุตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 ของกลุ่มผู้สูงอายุยังมีความจำกัดทำให้ผู้สูงอายุขาดโอกาสในการเข้าถึงสิทธิที่พึงได้รับต่างๆ

6) สวัสดิการสังคมที่รัฐจัดให้กับผู้สูงอายุยังไม่เพียงพอกับความต้องการของผู้สูงอายุและยังไม่สามารถตอบสนองปัญหาได้อย่างแท้จริง ไม่ครอบคลุมผู้สูงอายุทั้งหมดและยังไม่สามารถกระจายได้ทั่วถึง (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2548 อ้างถึงใน นาริรัตน์ จิตรมนตรี และสาวิตรี ทยานศิลป์, 2552) บริการต่างๆ เน้นการสงเคราะห์เพื่อบรรเทาปัญหาเฉพาะหน้ามากกว่าการพัฒนาความเท่าเทียมกัน รูปแบบบริการที่เป็นแบบเดียวกันทั่วประเทศและเน้นการสงเคราะห์ผู้ยากไร้มากกว่าการให้บริการตามสิทธิที่พึงได้รับของผู้สูงอายุเป็นผลให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้รับบริการที่ควรได้ (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2550)

7) แนวคิดในการบริการที่เน้นการบริการในระดับรายบุคคลและเป็นการจัดให้เฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุยากจนในรูปแบบบรรเทาปัญหา ทำให้ไม่สามารถสร้างความเข้มแข็งให้แก่ผู้สูงอายุได้อย่างยั่งยืนในระยะยาว

8) การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพและสังคมมีจำกัด แม้ผู้สูงอายุจะได้รับสวัสดิการด้านสุขภาพที่ครอบคลุมด้วยระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่ในทางปฏิบัติผู้สูงอายุมักเข้าไม่ถึงบริการด้านสุขภาพที่เหมาะสม โดยเฉพาะผู้สูงอายุในชนบทที่มักใช้บริการที่สถานีอนามัย ทั้งนี้เพราะปัญหาในเรื่องค่าใช้จ่ายและความไม่สะดวกของการเดินทางไปรับบริการยังสถานพยาบาลที่เหมาะสม บริการด้านสุขภาพที่ผู้สูงอายุได้รับจึงถูกจำกัดตามศักยภาพของสถานพยาบาลอีกทั้งระบบการส่งต่อผู้ป่วยยังขาดความคล่องตัวชัดเจน เมื่อผู้สูงอายุเกิดกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินก็ไม่สามารถได้รับบริการที่เหมาะสมได้ทันที (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2550) ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าไม่เอื้อต่อการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ทำให้ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังและต้องการการดูแลระยะยาวที่บ้านขาดโอกาสในการได้รับบริการที่มีคุณภาพสูงสุด

9) สวัสดิการที่อยู่อาศัยที่จัดให้ผู้สูงอายุอยู่แยกจากครอบครัวแม้จะเป็นการช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุมีที่อยู่อาศัยและได้รับความช่วยเหลือด้านปัจจัยสี่ แต่ผู้สูงอายุมักไม่ได้รับการตอบสนองด้านจิตใจและมีผลต่อสุขภาพกายทำให้ผู้สูงอายุเหล่านี้คุณภาพชีวิตไม่ค่อยดี

10) การจัดบริการที่ไม่ได้เกิดจากความต้องการของประชาชนไม่ให้อาสาประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่การสำรวจความต้องการการวางแผนและการดำเนินงานทำให้ไม่ได้รับความร่วมมือจากประชาชนเท่าที่ควร



11) ชุมชนในบางพื้นที่ขาดความพร้อมในเรื่องของภาวะผู้นำขาดความรู้และความคิดสร้างสรรค์ในการริเริ่มกิจการงานด้านผู้สูงอายุ รวมทั้งขาดความตระหนักถึงความสำคัญในการช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

12) รัฐยังขาดในเรื่องการสร้างและส่งเสริมค่านิยมหรือทัศนคติที่ดีต่อผู้สูงอายุทำให้ครอบครัวไม่ตระหนักในหน้าที่ของการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ บทบาทของครอบครัวในเรื่องนี้จึงยังคงอ่อนแอและขาดการเตรียมความพร้อมของครอบครัวในการรับบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุ ที่ผ่านมารัฐยังไม่มีนโยบายที่ชัดเจนในการเตรียมผู้ดูแล การสนับสนุนจากรัฐที่ให้กับครอบครัวยังมีน้อยอยู่ บริการของรัฐด้านข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์สำหรับผู้ดูแลยังจำกัด ทำให้การดูแลผู้สูงอายุโดยครอบครัวขาดคุณภาพ อีกทั้งขาดความรู้ในเรื่องบุคลิกลักษณะการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์ของผู้สูงอายุ ส่งผลให้เกิดความไม่เข้าใจกัน เกิดความขัดแย้งและต่อต้านผู้สูงอายุ (วรรณลักษณ์ เมียนเกิด, 2549)

13) ปัญหาการออมเพื่อเกษียณอายุ คือแรงงานนอกระบบที่ไม่มีหลักประกันเรื่องรายได้หรือแรงงานที่มีรายได้ต่ำยังไม่มีระบบการออมเพื่อวัยสูงอายุรองรับและไม่สามารถเข้าถึงการออมได้ (มูลนิธิสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย, 2551)

14) ข้อจำกัดอันเกิดจากกฎหมายเกี่ยวกับสิ่งปลูกสร้างทำให้มีปัญหาในการปรับปรุงอาคารสถานที่และสิ่งแวดล้อมเดิมให้เหมาะกับการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ จึงไม่สามารถสนับสนุนการใช้ชีวิตอย่างพึ่งพาตนเองของผู้สูงอายุได้

จากการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดการจัดสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ สามารถสรุปได้ว่า การจัดสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุในต่างประเทศ ส่วนใหญ่มีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิต ความผาสุก สุขภาวะ โดยมีมาตรการ ด้านการดูแลระยะยาว ดูแลที่บ้าน ประสานความร่วมมือจากหลายฝ่าย สร้างความมั่นคงทางรายได้ ส่งเสริมการออม พัฒนาบริการด้านสุขภาพ และเตรียมความพร้อมสำหรับผู้สูงอายุ สำหรับประเทศไทยได้ปรับเปลี่ยนแนวคิดการจัดสวัสดิการมาเป็นลดการพึ่งพิงจากสถาบัน สนับสนุนให้ผู้สูงอายุพึ่งพาตนเองและส่งเสริมการดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่าและมีศักดิ์ศรี อย่างไรก็ตาม ยังพบปัญหาหรืออุปสรรคการดำเนินงาน ได้แก่ ขาดการบูรณาการการดำเนินงาน ความไม่ต่อเนื่องทั้งระดับนโยบายและการปฏิบัติ ขาดการนำนโยบายสู่การปฏิบัติ การรับรู้และความเข้าใจสิทธิ การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพและสังคม ชุมชนขาดความพร้อม ขาดการเตรียมความพร้อมของครอบครัวในการรับบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุ รวมทั้งแรงงานนอกระบบที่ไม่มีหลักประกันเรื่องรายได้

## 2.3 การจัดการศึกษาสำหรับผู้สูงอายุ

### 2.3.1 แนวคิดการจัดการศึกษาสำหรับผู้สูงอายุ

ปรัชญาการศึกษาผู้สูงอายุ หมายถึง แนวทางในการจัดการศึกษาสำหรับผู้สูงอายุทุกเพศ ต้องจัดการศึกษาให้ตอบสนองความต้องการพื้นฐานของผู้สูงอายุ อันผสมกลมกลืนกับทฤษฎีต่างๆ ของผู้สูงอายุ เป็นการศึกษาต่อเนื่องตลอดชีวิต เพื่อช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุให้สามารถอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข (อาชัญญา รัตนอุบล และคณะ, 2553)

McClusky (1975, อ้างถึงใน อาชัญญา รัตนอุบล และคณะ, 2553) ได้เสนอหลักการจัดการศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยสำหรับผู้สูงอายุ โดยเป้าหมายหลักคือ เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวเข้ากับสภาพแวดล้อมใหม่ๆ ได้เป็นอย่างดี เพื่อตอบสนองปรัชญาการศึกษาตลอดชีวิต แบ่งออกเป็น 2 ประเภท 1) การจัดการศึกษานอกระบบโรงเรียนเพื่อเตรียมตัวก่อนเกษียณอายุ (Preretirement Education) และ 2) การจัดการศึกษาหลังเกษียณอายุ (Postretirement Education) ทั้งนี้ต้องยึดหลักความต้องการทางด้านการศึกษาของผู้สูงอายุ โดยจัดให้ผู้สูงอายุเกิดความต้องการที่เข้าไปมีส่วนร่วมในสังคม และการพัฒนาศักยภาพ และได้เสนอหลักการจัดการศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยสำหรับผู้สูงอายุ 5 ประการ ได้แก่

- 1) ความต้องการความรู้เพื่อสามารถดำรงตนอยู่ในสังคม (Coping Needs)
- 2) ความต้องการทักษะในการสามารถเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมได้ (Expressive Needs)
- 3) ความต้องการความรู้เพื่อสามารถถ่ายทอดให้สังคม (Contributive Needs)
- 4) ความต้องการในการควบคุมสภาพแวดล้อม (Influence Needs) เช่น ชุมชนสภาพแวดล้อมรอบตัว ด้านเศรษฐกิจ สังคมและการเมืองเพื่อให้เข้าใจการเปลี่ยนแปลงปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชน
- 5) ความต้องการความรู้ที่พัฒนาตนให้ดีขึ้นกว่าเดิม (Transcendence Needs) ได้แก่ ความรู้และการศึกษาที่จัดในรูปแบบต่างๆ ให้เกิดความพึงพอใจหลังจากการเกษียณ

ระวี สัจจโสภณ (2556) ได้เสนอแนวคิดทางการศึกษาเพื่อพัฒนาภาวะพหุผลิพลังในผู้สูงอายุ ดังนี้

- 1) แนวคิดการศึกษาตลอดชีวิต (Life Long Learning) ผู้สูงอายุส่วนมากต้องการรับการศึกษาในลักษณะกิจกรรมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัยที่มีเป้าหมายการจัดการเพื่อให้ผู้สูงอายุมีสภาพร่างกายที่สมบูรณ์และมีสุขภาพดีเพื่อให้ผู้สูงอายุมีสัมพันธภาพที่ดีกับครอบครัว และสามารถปรับตัวเข้ากับชุมชนสังคม และสามารถเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ในสังคมได้กิจกรรมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัยควรจัดแบบบูรณาการในลักษณะสาระบันเทิง มีการสร้างและส่งเสริมแกนนำผู้สูงอายุเพื่อเป็นแกนนำในการจัดกิจกรรมการเรียนรู้

สำหรับกลุ่มเป้าหมาย 2 กลุ่มหลัก คือ กลุ่มที่พึ่งตนเองได้และกลุ่มที่พึ่งตนเองไม่ได้เนื้อหาการเรียนรู้อบรมตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุตามความสามารถในการเรียนรู้ของแต่ละบุคคล และควรนำไปสู่การประยุกต์ใช้ได้ สถานการณ์ชีวิตที่เป็นจริง แบ่งออกเป็น 5 ด้าน คือ ด้านสุขภาพอนามัย ด้านการปรับตัวทางสังคม และจิตใจ ด้านเศรษฐกิจและการออม ด้านการเรียนรู้ และด้านสิทธิของผู้สูงอายุตามกฎหมาย

วิธีการจัดการศึกษาและการเรียนรู้ตลอดชีวิตของผู้สูงอายุ ได้แก่ การจูงใจให้ผู้สูงอายุเข้ารับการศึกษ ควรเน้นการประชาสัมพันธ์กิจกรรมโดยเสริมแรงจูงใจเรื่องประโยชน์ผู้สูงอายุจะได้รับ หลังจากเข้ารับการศึกษ ผู้จัดการศึกษาและผู้สอนควรเป็นผู้ปฏิบัติงานด้านการพัฒนาผู้สูงอายุในพื้นที่ กิจกรรมการจัดการศึกษาควรบูรณาการอย่างหลากหลายรูปแบบในลักษณะพหุวัย เน้นการอภิปรายหรือการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้วยกันอย่างไม่เป็นทางการ สื่อและแหล่งการเรียนรู้ควรมีบทบาทสำคัญและใกล้ชิดในการจัดการศึกษาและการเรียนรู้ตลอดชีวิตให้ผู้สูงอายุเป็นรายบุคคล

2) แนวคิดพหุฒาวิทยาทางการศึกษา (Educational Gerontology) เป็นแนวคิดที่บูรณาการหลักการและวิธีวิทยาการสอนผู้สูงอายุตามแนวคิดการศึกษาตลอดชีวิตเข้ากับแนวคิดพหุฒาวิทยาเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ 5 ประการตามแนวคิดของ McClusky (1975) คือความรู้เพื่อการดำรงชีวิตในสังคม ทักษะเพื่อการแสดงออกในสังคม ความรู้เพื่อถ่ายทอดความรู้แก่สังคม ความรู้เพื่อความเข้าใจสภาพแวดล้อม และความรู้เพื่อการพัฒนาตน

หลักการจัดการศึกษาสำหรับผู้สูงอายุของ McClusky (1975) Knowles (1980) และ Moody (1990) สรุปได้ว่า หลักการจัดการศึกษาตามแนวคิดพหุฒาวิทยาทางการศึกษาเป็น 2 ประเภท คือ การจัดการศึกษาเพื่อเตรียมตัวก่อนเข้าสู่ผู้สูงอายุและการจัดการศึกษาสำหรับผู้สูงอายุ การจัดการศึกษาทั้งสองประเภทนี้ไม่จำเป็นต้องจัดต่อเนื่องกันหรือต่อยอดกันโดยยึดความต้องการทางด้านการศึกษาของผู้สูงอายุเป็นหลักโดยจัดให้ผู้สูงอายุเกิดความต้องการเข้าไปมีส่วนร่วมในสังคม และการพัฒนาศักยภาพ

3) แนวคิดการพัฒนาเมืองแห่งการเรียนรู้ (Learning City) เป็นแนวคิดที่กล่าวถึงการพัฒนาเมืองหรือชุมชนด้วยการวางแผนกลยุทธ์ในการส่งเสริมสนับสนุนพัฒนาและกระตุ้นให้แก่ประชาชนในเมืองได้เรียนรู้ตลอดชีวิตด้วยวิธีการที่หลากหลาย ไม่ว่าจะเป็นผู้รู้สื่อเทคโนโลยีสารสนเทศแหล่งการเรียนรู้ภูมิปัญญาท้องถิ่นและจากองค์ความรู้ต่าง ๆ มีการผสมผสานเครือข่ายการเรียนรู้ ในลักษณะความร่วมมือแบบหุ้นส่วน ซึ่งทำให้ประชาชนในเมืองสามารถสร้างความรู้สร้างทักษะและมีการจัดการความรู้ที่ตีรวมทั้งสามารถแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันตามความเหมาะสมกับสภาพของตนเองและชุมชน

4) แนวคิดการพัฒนาเมืองสำหรับผู้สูงอายุ (Ageing City) แนวคิดการพัฒนาเมืองสำหรับผู้สูงอายุเป็นแนวคิดที่กล่าวถึงการจัดสภาพแวดล้อมเพื่อการมีชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุโดย Lawton (1975) เสนอว่าชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย องค์ประกอบ 4 ประการ คือ ความสามารถเชิง

พฤติกรรมความสุขทางจิตใจ คุณภาพชีวิตที่สัมผัสได้ และสภาพแวดล้อมเชิงประจักษ์กรอบการพัฒนา ดังกล่าวเป็นสิ่งที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการเรียนรู้ของผู้สูงอายุโดยตรง ความสำคัญในการพัฒนาเมืองสำหรับผู้สูงอายุคือการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีโอกาสการเรียนรู้และพัฒนาคุณภาพชีวิตได้อย่างต่อเนื่องตลอดชีวิตโดยให้ผู้สูงอายุได้อยู่ในที่เดิมและสภาพแวดล้อมเดิมที่ผู้สูงอายุเคยอยู่และมีการเปลี่ยนแปลงน้อยที่สุดทำให้ผู้สูงอายุปราศจากความวิตกกังวล ส่งผลให้เกิดการเข้าร่วมกิจกรรมการเรียนรู้ต่าง ๆ กับสมาชิกในชุมชน ทำให้ชุมชนมีการยังประโยชน์จากผู้สูงอายุ มีการดำเนินชีวิต อยู่ร่วมกันและมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในลักษณะพหุวัย

การจัดการศึกษาสำหรับผู้สูงอายุต้องยึดหลักส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้สูงอายุปรับตัวเข้ากับสภาพแวดล้อมในวัยของตนได้เป็นอย่างดี และต้องตอบสนองปรัชญาการศึกษาตลอดชีวิต ซึ่งเสนอว่าบุคคลต้องเกิดการเรียนรู้ตลอดเวลา อันสอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุ โดยกิจกรรมการเรียนรู้แบ่งออกเป็น 3 ประเภท ได้แก่ กิจกรรมการศึกษาด้านความรู้พื้นฐาน เพื่อให้เกิดความรู้พื้นฐานที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต กิจกรรมด้านการฝึกอาชีพ เพื่อให้ความรู้และทักษะอาชีพ สร้างรายได้ ก่อให้เกิดการพึ่งตนเอง และกิจกรรมด้านข่าวสารข้อมูล ซึ่งเป็นการศึกษาตามอัธยาศัยของผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดการเรียนรู้ตลอดชีวิตในการรับมือกับปัญหาต่างๆ ในชีวิตได้อย่างเหมาะสม (อาชัญญา รัตนอุบล และคณะ, 2553)

### 2.3.2 รูปแบบการจัดการศึกษาสำหรับผู้สูงอายุ

#### 2.3.2.1 รูปแบบกิจกรรมการศึกษาสำหรับผู้สูงอายุในต่างประเทศ

##### 1) ประเทศสหรัฐอเมริกา

รูปแบบการศึกษาผู้ใหญ่แบบเบ็ดเสร็จ โดยศึกษาในโบสถ์ ศูนย์ชุมชน สโมสรผู้สูงอายุ โดยให้การศึกษาในด้านสุขภาพอนามัยและสุขศึกษา เน้นในด้านการพัฒนาสติปัญญา ทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสพูดคุยแลกเปลี่ยนทัศนคติกับคนในวัยเดียวกัน จัดบริการชุมชน (Community Service) โดยพยายามหลีกเลี่ยงการส่งผู้สูงอายุเข้าอาศัยในสถานสงเคราะห์ โดยจัดระบบครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ บริการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับปัญหาในครอบครัว ช่วยเหลือทางกฎหมาย บริการดูแลคนชราเวลากลางวัน ช่วยเหลือในกรณีที่บุตรหลานมีปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุ ช่วยเหลือผู้สูงอายุที่อยู่ในบ้านตามลำพังโดยจัดบริการต่างๆ ในบ้าน เช่น อาสาสมัครเยี่ยมบ้าน ส่งเสริมให้ภาคีเครือข่ายผู้สูงอายุได้มีบทบาทในการมีส่วนร่วมในการจัดอาสาสมัครผู้สูงอายุ (อาชัญญา รัตนอุบล และคณะ, 2553)

##### 2) ประเทศอังกฤษ

ประสานสัมพันธ์ระหว่างภาคีเครือข่ายองค์กรเอกชนในการจัดการศึกษาหลากหลายรูปแบบ ได้แก่ การจัดพิมพ์เอกสารที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุ เพื่อการศึกษาตามอัธยาศัยออกเผยแพร่ พิมพ์แผ่นปลิว

ความรู้ด้านการรักษาสุขภาพอนามัยแก่ผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคม เป็นผู้รับผิดชอบหลัก หากที่พักอาศัยในลักษณะบ้านฉุกเฉินให้แก่ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย จัดบริการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่อาศัยในบ้านของตน (Self-Accommodation) เช่น การจัดส่งอาหารถึงบ้าน ผู้ช่วยในบ้าน มหาวิทยาลัยวัยที่สาม (University of the Third Age) จัดการศึกษาเพื่อผู้สูงอายุที่ต้องการศึกษาต่อเนื่องในระดับอุดมศึกษา เป็นการเฉพาะ (อาชัญญา รัตนอุบล และคณะ, 2553)

### 3) ประเทศญี่ปุ่น

กระทรวงวิทยาศาสตร์และวัฒนธรรม เป็นผู้รับผิดชอบในระดับชาติ และสนับสนุนให้รัฐบาลระดับท้องถิ่น เทศบาล เครือข่ายและชุมชน มีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุการดูแลผู้สูงอายุในบ้านและสถานสงเคราะห์ ซึ่งผู้สูงอายุต้องออกค่าใช้จ่ายร้อยละ 10 ของต้นทุนอาหารประจำวัน แนวทางแก้ไขคือ ให้เอกชนและหน่วยงานเครือข่ายต่างๆ เข้ามามีส่วนร่วมดูแลผู้สูงอายุมากขึ้น (อาชัญญา รัตนอุบล และคณะ, 2553)

### 4) ประเทศเกาหลี

มุ่งเน้นการพัฒนาด้านเศรษฐกิจมากกว่าสังคม มีวัฒนธรรมในการเคารพนับถือบรรพบุรุษ จึงทำให้สังคมและบุตรหลานดูแลผู้สูงอายุเป็นอย่างดี นโยบายจึงมุ่งเน้นไปที่ผู้สูงอายุยากจน โดยจัดตั้งสมาคมผู้สูงอายุแห่งเกาหลี (Korea Senior Citizen's Association: KSCA) มีหน้าที่ประสานงานระหว่างรัฐบาลกลาง ท้องถิ่น ชุมชน และภาคีเครือข่าย (อาชัญญา รัตนอุบล และคณะ, 2553)

### 5) ประเทศสิงคโปร์

มีนโยบายคือ การให้ประชากรผู้สูงอายุอยู่อย่างมีศักดิ์ศรี เป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวและสังคม ตามกฎหมาย the Maintenance of Parent Act ซึ่งระบุให้ลูกมีหน้าที่ต้องดูแลพ่อแม่ตามกฎหมายเน้นความร่วมมือในลักษณะของความเป็นหุ้นส่วนในการดูแลผู้สูงอายุกับชุมชนและครอบครัว ตามนโยบาย “Many Helping Hands” โดยกระทรวงการพัฒนาสังคมและกีฬา นโยบายที่ขับเคลื่อนไปสู่ชุมชนด้วยการประสานงานกับอาสาสมัคร หน่วยงานทางศาสนา เชื้อชาติ โดยเชื่อว่าการให้ทุกภาคีเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วมทำให้การแก้ปัญหาด้านผู้สูงอายุไม่กระทบถึงความสามารถในการแข่งขันของประเทศ (อาชัญญา รัตนอุบล และคณะ, 2553)

### 6) ประเทศมาเลเซีย

มีนโยบายผู้สูงอายุแห่งชาติ โดยมีวัตถุประสงค์คือ เพิ่มศักดิ์ศรีและคุณค่าของผู้สูงอายุในครอบครัว สังคม และประเทศ เพิ่มศักยภาพผู้สูงอายุให้คงไว้ซึ่งผลิตภาพในกระบวนการพัฒนาประเทศ และเพิ่มสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ เพื่อดูแลรักษาและคุ้มครองผู้สูงอายุจัดตั้ง National Senior Citizens Policy Technical Committee เพื่อดำเนินงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุ 6 ด้าน ได้แก่

ด้านสุขภาพ ด้านการศึกษา ด้านการศาสนา ด้านการฝึกอบรม ด้านการวิจัย และด้านการประชาสัมพันธ์นโยบายให้องค์กรต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาว เช่น จัดตั้งบ้านพักสำหรับผู้สูงอายุ จัดกิจกรรมภายใต้การดูแลของกรมประชาสงเคราะห์ที่ออกไปอนุญาตให้ดำเนินการได้ (อาชัญญา รัตนอุบล และคณะ, 2553)

สรุปประเด็นสำคัญจากรูปแบบการจัดการศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยสำหรับผู้สูงอายุในต่างประเทศ สะท้อนให้เห็น 2 ประการ (อาชัญญา รัตนอุบล และคณะ, 2553) ได้แก่ (1) ต้องการให้ผู้สูงอายุสามารถพึ่งพิงตนเองได้ด้วยการให้การศึกษาทั้งก่อนเกษียณและหลังเกษียณ ด้วยเนื้อหาที่ตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ ซึ่งส่วนมากเป็นเรื่องเกี่ยวกับจิตใจ สุขภาพ และเศรษฐกิจ และ (2) ส่งเสริมสนับสนุนให้ภาคีเครือข่ายเข้ามา มีบทบาทการมีส่วนร่วม และแบ่งเบาภาระในการจัดกิจกรรมการศึกษาสำหรับผู้สูงอายุ ที่เห็นได้ชัด ได้แก่ ประเทศสหรัฐอเมริกา ประเทศสิงคโปร์ และประเทศเกาหลี ที่ประกาศเป็นนโยบายดูแลรับผิดชอบผู้สูงอายุในฐานะหุ้นส่วน (Partnerships) กับรัฐบาล (อาชัญญา รัตนอุบล และคณะ, 2553)

### 2.3.2.2 รูปแบบกิจกรรมการศึกษาสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย

หน่วยงานหลักของกระทรวงศึกษาธิการ ได้แก่ สำนักงานปลัดกระทรวงศึกษาธิการ สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน สำนักงานคณะกรรมการการอาชีวศึกษา สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา และสำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษาได้ดำเนินงานสอดคล้องกับแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 และประกาศกระทรวงศึกษาธิการ โดยจัดการศึกษาสำหรับผู้สูงอายุให้เป็นรูปธรรมแก่สังคมและสอดคล้องกับภารกิจของหน่วยงานหลักแต่ละแห่งโดยมีกิจกรรมและโครงการที่ให้บริการสำหรับผู้สูงอายุที่หลากหลายมีนโยบายและมาตรการที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545 - 2564) พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 พระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2545 พระราชบัญญัติส่งเสริมการศึกษานอกระบบโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัย พ.ศ. 2551 ประกาศกระทรวงศึกษาธิการ พ.ศ. 2547 เรื่อง กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการคุ้มครองและข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุสะท้อนให้เห็นว่ามีการกำหนดให้จัดบริการการศึกษาอย่างต่อเนื่องทั้งการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย เพื่อให้ผู้สูงอายุมีโอกาสการเรียนรู้และพัฒนาคุณภาพชีวิตได้อย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต โดยระบุบทบาทหน้าที่ของผู้สูงอายุและบุคคลทั่วไปและระบบ

สวัสดิการต่างๆ รวมทั้งสิทธิโดยตรงที่จะได้รับการบริการพื้นฐานจากสังคม (อาชัญญา รัตนอุบล และคณะ, 2553)

นอกจากนี้ประเทศไทย ยังให้ความสำคัญเป็นพิเศษกับผู้สูงอายุ ครอบครัว และชุมชนโดยรวมอย่างแท้จริง โดยบูรณาการกิจกรรมการเรียนรู้ที่หลากหลายทั้งการส่งเสริมการศึกษาในระบบ การศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย มีกิจกรรมการเตรียมความพร้อม การพัฒนาตนเอง ให้มีคุณค่าอย่างต่อเนื่องในด้านต่างๆ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี อยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้อย่างมีความสุขด้วยตนเอง (อาชัญญา รัตนอุบล และคณะ, 2553)

อาชัญญา รัตนอุบล และคณะ (2553) ได้พัฒนารูปแบบการส่งเสริมการจัดการศึกษา/การเรียนรู้เพื่อการพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ 5 รูปแบบ ได้แก่ รูปแบบมหาวิทยาลัยวัยที่สาม รูปแบบศูนย์อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุในชุมชน รูปแบบเมือง/ชุมชนสำหรับผู้สูงอายุ รูปแบบชมรมผู้สูงอายุ/สโมสรผู้สูงอายุ และรูปแบบการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุตามอัธยาศัย ซึ่งแต่ละรูปแบบมีความเชื่อมโยงและเกื้อหนุนซึ่งกันและกัน ใช้แนวความคิดการใช้ชุมชนเป็นฐานในการให้บริการสำหรับผู้สูงอายุ (Community-Based Approach) ซึ่งเป็นกลไกในการสร้างสังคมผู้สูงอายุที่มีพลวัต ทั้งนี้แนวทางสำหรับการส่งเสริมกิจกรรมการศึกษา/การเรียนรู้สำหรับผู้สูงอายุ ประกอบด้วย การกำหนดเนื้อหา/กิจกรรมการเรียนรู้ การเชื่อมโยงเครือข่ายเพื่อส่งเสริมกิจกรรมการศึกษา/การเรียนรู้การจัดการสภาพแวดล้อมการเรียนรู้/สื่อการเรียนรู้ การวิจัยและพัฒนา

จากการศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับการจัดการศึกษาสำหรับผู้สูงอายุ สามารถสรุปได้ว่า การจัดการศึกษาสำหรับผู้สูงอายุ เป็นการจัดการศึกษาทั้งในการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ และวัยสูงอายุ เพื่อตอบสนองความต้องการพื้นฐาน สามารถปรับตัวเข้ากับสภาพแวดล้อมใหม่ๆ ได้เป็นอย่างดี ในรูปแบบการศึกษาตลอดชีวิต ซึ่งในต่างประเทศจะเน้นให้ผู้สูงอายุสามารถพึ่งพิงตนเองได้ และส่งเสริมสนับสนุนให้ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วม สำหรับในประเทศไทย หน่วยงานหลักของกระทรวงศึกษาธิการ ให้ความสำคัญกับครอบครัว ชุมชน เช่น รูปแบบมหาวิทยาลัยวัยที่สาม รูปแบบศูนย์อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุในชุมชน รูปแบบเมือง/ชุมชนสำหรับผู้สูงอายุ รูปแบบชมรมผู้สูงอายุ/สโมสรผู้สูงอายุ และรูปแบบการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุตามอัธยาศัย โดยมีกิจกรรมการเรียนรู้ที่ครอบคลุมด้านความรู้พื้นฐาน การฝึกอาชีพ และข่าวสารข้อมูล เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดการส่งเสริมศักยภาพผู้สูงอายุ พบว่า การส่งเสริมศักยภาพผู้สูงอายุมีกลไกระดับชาติ ประกอบด้วย พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ นโยบายสาธารณะ แผนพัฒนาสาธารณสุข ซึ่งมีลักษณะเป็นองค์รวม เน้นการเตรียมความพร้อมเพื่อสังคมสูงวัย โดยสอดคล้องกับปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง การจัดสวัสดิการสำหรับ

ผู้สูงอายุในต่างประเทศ ส่วนใหญ่มีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิต ความผาสุก สุขภาวะ โดยมีมาตรการ ด้านการดูแลระยะยาว ดูแลที่บ้าน ประสานความร่วมมือจากหลายฝ่าย สร้างความมั่นคงทางรายได้ ส่งเสริมการออม พัฒนาบริการด้านสุขภาพ และเตรียมความพร้อมสำหรับวัยสูงอายุสำหรับประเทศไทย ได้ สนับสนุนให้ผู้สูงอายุพึ่งพาตนเองและส่งเสริมการดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่าและมีศักดิ์ศรี อย่างไรก็ตาม ยังพบปัญหาหรืออุปสรรคการดำเนินงาน ได้แก่ ขาดการบูรณาการการดำเนินงาน ความไม่ต่อเนื่องทั้งระดับนโยบายและการปฏิบัติ ขาดการนำนโยบายสู่การปฏิบัติ การรับรู้และความเข้าใจสิทธิ การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพและสังคม ชุมชนขาดความพร้อม ขาดการเตรียมความพร้อมของครอบครัวในการรับบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุ รวมทั้งแรงงานนอกระบบที่ไม่มีหลักประกันเรื่องรายได้ ทั้งนี้ในส่วนของการจัดการศึกษาสำหรับผู้สูงอายุ เป็นการจัดการศึกษาทั้งในการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุและวัยสูงอายุ เพื่อตอบสนองความต้องการพื้นฐาน สามารถปรับตัวเข้ากับสภาพแวดล้อมใหม่ๆ ได้เป็นอย่างดี ในรูปแบบการศึกษาตลอดชีวิต ซึ่งในต่างประเทศจะเน้นให้ผู้สูงอายุสามารถพึ่งพาตนเองได้ และส่งเสริมสนับสนุนให้ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วม สำหรับในประเทศไทย ได้ให้ความสำคัญกับครอบครัว ชุมชน เพื่อส่งเสริมศักยภาพผู้สูงอายุ



### ตอนที่ 3 ระบบสุขภาพพอเพียง (Health Sufficiency System)

#### 3.1 ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง

##### 3.1.1 ความหมายของเศรษฐกิจพอเพียง

สุเมธ ตันติเวชกุล (2544) กล่าวว่า เศรษฐกิจพอเพียงหมายถึง เศรษฐกิจที่สามารถอุ้มชูตนเองอยู่ได้โดยไม่ต้องเดือดร้อน โดยต้องสร้างพื้นฐานเศรษฐกิจของตนเองให้ดีเสียก่อน คือ ตั้งตัวให้มีความพอมีพอใช้ ไม่ใช่มุ่งหวังแต่จะทุ่มเทสร้างความเจริญ ยกเศรษฐกิจให้รวดเร็วแต่เพียงอย่างเดียว เพราะผู้มีอาชีพและฐานะเพียงพอที่จะพึ่งตนเองย่อมสามารถสร้างความเจริญก้าวหน้าและฐานะทางเศรษฐกิจขั้นที่สูงขึ้นไปตามลำดับต่อไป โดยสรุปคือการหันกลับมายึดทางสายกลางในการดำรงชีวิต โดยใช้หลักการพึ่งตนเอง ได้แก่ พึ่งตนเองทางจิตใจ คนที่สมบูรณ์พร้อมต้องมีจิตใจที่เข้มแข็ง มีจิตสำนึกว่าตนเองสามารถพึ่งตนเองได้ ดังนั้นจึงควรที่จะสร้างพลังผลักดันให้มีภาวะจิตใจอีกheimต่อสูชีวิตด้วยความสุจริต แม้อาจจะไม่ประสบความสำเร็จบ้างก็ตามไม่ควรท้อแท้ ให้พยายามต่อไป

1) พึ่งตนเองทางสังคม ควรเสริมสร้างให้แต่ละชุมชนในท้องถิ่นได้ร่วมมือช่วยเหลือเกื้อกูล นำความรู้ที่ได้รับมาถ่ายทอดและเผยแพร่ให้ได้รับประโยชน์ซึ่งกันและกัน

2) พึ่งตนเองได้ทางทรัพยากรธรรมชาติ คือการส่งเสริมให้มีการนำเอาศักยภาพของผู้คนในท้องถิ่นแสวงหาทรัพยากรธรรมชาติหรือวัสดุในท้องถิ่นที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์สูงสุดซึ่งส่งผลให้เกิดการพัฒนาประเทศได้อย่างดีเยี่ยม สิ่งดีคือการประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นซึ่งมีมากมายในประเทศ

3) พึ่งตนเองได้ทางเทคโนโลยี ควรส่งเสริมให้มีการศึกษา ทดลองทดสอบเพื่อให้ได้มาซึ่งเทคโนโลยีใหม่ๆ ที่สอดคล้องกับสภาพภูมิประเทศและสังคมไทย และสิ่งสำคัญสามารถนำไปใช้ปฏิบัติได้อย่างเหมาะสม

4) พึ่งตนเองได้ในทางเศรษฐกิจ หมายถึง สามารถอยู่ได้ด้วยตนเองในระดับเบื้องต้น กล่าวคือแม้ไม่มีเงินก็มีข้าว ปลา ผัก ผลไม้ ในท้องถิ่นของตนเองเพื่อการยังชีพ และสามารถนำไปสู่การพัฒนาเศรษฐกิจของประเทศในระดับมหภาคต่อไปได้

ประเวศ วะสี (2542) กล่าวถึงเศรษฐกิจพอเพียงแห่งการพึ่งตนเองว่าการพึ่งตนเองได้ คือ ความเข้มแข็ง ดังนั้นจึงมีความจำเป็นต้องสร้างความเข้มแข็งจากฐานล่าง กล่าวคือเป็นเศรษฐกิจวัฒนธรรมเพราะจุดแข็งที่สุดของเรา คือวัฒนธรรมไทย โดยที่วัฒนธรรมหมายถึงวิถีทางการดำรงชีวิตทั้งหมด จึงรวมความเชื่อ ระบบคุณค่า อาชีพ การกิน การอยู่ การแต่งกาย ขนบธรรมเนียมประเพณี ศิลปะและวิธีการแก้ไขปัญหา การดำรงรักษา คุณภาพหรือการแพทย์พื้นบ้าน การสร้างความเข้มแข็ง จำเป็นต้องมีเศรษฐกิจบูรณาการหรือเป็นองค์รวม คือเป็นเศรษฐกิจแห่งการพึ่งตนเองและความเข้มแข็ง มีความเชื่อมโยงระหว่างเศรษฐกิจ จิตใจ สังคม วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อมและการเมือง พร้อม

กันไปในตัว เศรษฐกิจแบบนี้จะทำให้เกิดความเป็นปากล้มมา ครอบครัวย่อย ชุมชนเข้มแข็ง มีการอนุรักษ์และพัฒนาวัฒนธรรมพร้อมๆ กับความเข้มแข็งทางเศรษฐกิจและการพัฒนาจิตใจ

เศรษฐกิจพอเพียง หมายถึง พอเพียงในอย่างน้อย 7 ประการคือ

- 1) พอเพียงสำหรับทุกคน ทุกครอบครัว ไม่ใช่เศรษฐกิจแบบทอดทิ้งกัน
- 2) จิตใจพอเพียง ทำให้รัก และเอื้ออาทรคนอื่นได้ คนที่ไม่พอจะรักคนอื่นไม่เป็นและทำลายมาก
- 3) สิ่งแวดล้อมพอเพียง การอนุรักษ์และเพิ่มพูนสิ่งแวดล้อม ทำให้ยังชีพและทำมาหากินได้ เช่น การทำเกษตรผสมผสาน
- 4) ชุมชนเข้มแข็งพอเพียง การรวมตัวกันเป็นชุมชนที่เข้มแข็ง จึงทำให้สามารถแก้ปัญหาต่างๆ ได้ เช่น ปัญหาสังคม ปัญหาความยากจน หรือปัญหาสิ่งแวดล้อม
- 5) ปัญญาพอเพียง มีการเรียนรู้ร่วมกันในการปฏิบัติ และปรับตัวได้อย่างต่อเนื่อง
- 6) อยู่บนพื้นฐานวัฒนธรรมพอเพียงวัฒนธรรม หมายถึง วิถีชีวิตของกลุ่มคนที่สัมพันธ์อยู่กับสิ่งแวดล้อมที่หลากหลาย ดังนั้นเศรษฐกิจพอเพียงจึงควรสัมพันธ์และเติบโตขึ้นจากฐานวัฒนธรรมจึงจะมั่นคง
- 7) มีความมั่นคงพอเพียงจึงจะทำให้สุขภาพจิตดี

เมื่อทุกอย่างพอเพียงเกิดความสมดุล (Equilibrium) ความสมดุลคือความเป็นปกติและยั่งยืน ซึ่งเราอาจกล่าวถึงเศรษฐกิจพอเพียงในชื่ออื่นๆ เช่น เศรษฐกิจพื้นฐาน เศรษฐกิจสมดุล เศรษฐกิจบูรณาการเศรษฐกิจศีลธรรม เป็นต้น นี่คือนโยบายทางสายกลางหรือเศรษฐกิจแบบมีขมิมาปฏิบัติ เพราะเชื่อมโยงทุกเรื่องเข้ามาด้วยกันทั้งเศรษฐกิจจิตใจ สังคม วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม คำว่าเศรษฐกิจเป็นคำที่มีความหมายที่ดีที่หมายถึงความเจริญที่เชื่อมโยงภายในสังคม วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อมเข้าด้วยกัน

สำนักงานคณะกรรมการพิเศษเพื่อประสานงานโครงการอันเนื่องมาจากพระราชดำริ (2547) ได้ให้ความหมายของเศรษฐกิจพอเพียง หมายถึงเศรษฐกิจที่สามารถอุ้มชูตนเองได้ ให้มีความพอเพียงกับตนเอง อยู่ได้โดยไม่เดือดร้อน โดยต้องสร้างพื้นฐานทางเศรษฐกิจของตนเองให้ดีเสียก่อน คือ ตั้งตัวให้มีความพอกินพอใช้ ไม่ใช่มุ่งหวังแต่จะพุ่มพวงสร้างความเจริญ ยกเศรษฐกิจให้รวดเร็วแต่เพียงอย่างเดียว เพราะผู้ที่มีและฐานะเพียงพอที่จะพึ่งตนเอง ย่อมสามารถสร้างความเจริญก้าวหน้า และฐานะทางเศรษฐกิจขั้นที่สูงขึ้นไปตามลำดับต่อไปได้

สุนทร กุลวัฒน์รพงศ์ (2544) กล่าวว่า เศรษฐกิจพอเพียงหรือระบบเศรษฐกิจที่พึ่งตนเองได้ตามแนวพระราชดำริของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว นั้นอาจมองได้ใน 2 ลักษณะใหญ่ ๆ คือ

1) เศรษฐกิจพอเพียง หมายถึง ความสามารถของชุมชน เมือง รัฐ ประเทศ หรือภูมิภาคหนึ่งๆ ในการผลิตสินค้า และบริการทุกชนิดเพื่อเลี้ยงสังคมนั้นๆ ได้ โดยไม่ต้องพึ่งพาปัจจัยต่างๆ ที่เราไม่ได้เป็นเจ้าของ

2) เศรษฐกิจพอเพียงระดับบุคคล คือ ความสามารถในการดำรงชีวิตอย่างไม่เดือดร้อน มีความเป็นอยู่อย่างประมาทตนตามฐานะ ตามอัตภาพที่สำคัญไม่หลงไหลไปตามกระแสของวัตถุนิยม มีอิสรภาพ เสรีภาพ ไม่พัวพันการอยู่กับสิ่งใด

นิธิ เอียวศรีวงศ์ (2544) ได้ให้ความหมายเศรษฐกิจพอเพียงสรุปได้ว่า เศรษฐกิจพอเพียง หมายถึง วัฒนธรรมหรือระบบความสัมพันธ์ทางสังคมโดยมีเป้าหมายคือ ความมั่นคงในปัจจัย 4 และความยั่งยืนของระบบนิเวศและวิถีชีวิต ประกอบด้วยหลัก 4 ประการ คือ

1) อุดมการณ์ คือ การสร้างความตระหนักในคุณค่าความสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์กับมนุษย์ และมนุษย์กับธรรมชาติ ด้วยการให้ความช่วยเหลือเกื้อกูลกัน เน้นหลักความเสมอภาคและไม่ทำลายสิ่งแวดล้อม

2) โลกทัศน์ คือ การมองโลกในลักษณะที่เป็นการพัฒนาที่ยั่งยืน และสามารถพึ่งพาตนเองได้

3) ความสัมพันธ์ทางสังคม คือ ความสัมพันธ์ของชุมชนแบบดั้งเดิมในลักษณะของระบบเครือญาติและระบบอุปถัมภ์ โดยสมาชิกสามารถติดต่อสัมพันธ์กันได้โดยตรง

4) ค่านิยม คือ ความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ ความไว้วางใจกัน การให้ความเคารพต่อส่วนรวม

กรมศาสนา (2549) ได้ให้นิยามของเศรษฐกิจพอเพียงตามหลักพระพุทธศาสนา หมายถึง การดำรงชีวิตที่เรียบง่าย ประหยัด ไม่ฟุ้งเฟ้อ ฟุ่มเฟือย ยึดถือทางสายกลาง รู้จักพอดี พอประมาณ และพอใจ มีความเมตตาเอื้ออาทรต่อกัน ไม่เบียดเบียนกัน ไม่เอาัดเอาเปรียบกัน ไม่มุ่งร้ายทำลายกัน ประกอบสัมมาอาชีพ ความขยันหมั่นเพียร สามารถพึ่งตนเองได้ ไม่เดือดร้อน ไม่ตกเป็นทาสอบายมุข วัตถุนิยม และบริโภคนิยม ดำเนินชีวิตในความพอดี มีชีวิตใหม่คือหวนกลับมาใช้วิถีชีวิตไทยในการสร้างรากฐานหรือพื้นฐานของระบบเศรษฐกิจทั้งหมด

ไสว บุญมา (2543) กล่าวถึง เศรษฐกิจพอเพียง หมายถึง การใช้ทรัพยากรที่มีจำกัดในการผลิตเพื่อบริโภคเองบ้าง และเพื่อแลกเปลี่ยนบ้างตามความเหมาะสม โดยมีจุดมุ่งหมายเบื้องต้น คือ ให้สามารถมีสิ่งต่างๆ เพียงพอสนองความต้องการเบื้องต้น หรือปัจจัย 4 ในการดำเนินชีวิต

โสภณ สุภาพงษ์ (2547) ได้กล่าวถึงความหมายของเศรษฐกิจพอเพียงว่า เศรษฐกิจพอเพียง คือการพึ่งพาตนเอง การที่คนเราสามารถเลี้ยงชีพด้วยการพึ่งตนเองจากสิ่งที่ตัวเองมีพอเพียงแล้ว โดยมีการเติบโตอย่างพอเหมาะ

จากความหมายของเศรษฐกิจพอเพียงข้างต้น สามารถสรุปได้ว่า ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง เป็นปรัชญาในการดำเนินชีวิตโดยยึดหลักทางสายกลางด้วยความไม่ประมาท สามารถพึ่งตนเองได้ทั้งในระดับชุมชน เมือง รัฐและระดับบุคคล ในด้านสังคม ทรัพยากรธรรมชาติ เทคโนโลยี

และเศรษฐกิจ โดยสร้างความเข้มแข็งจากฐานวัฒนธรรมไทย ในลักษณะบูรณาการอย่างเป็นองค์รวม ทั้งนี้ต้องคำนึงถึงความพอเพียงต่อตนเองโดยไม่ทำให้เดือดร้อน จนทำให้เกิดความสมดุลในการดำเนินชีวิตอย่างปกติสุขและยั่งยืน

### 3.1.2 หลักคิดและหลักการปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง

กานดา เตชะชั้นหมาก (2552) ได้สรุปหลักคิดและหลักการของปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงไว้ดังนี้

หลักคิดคือ เป็นแนวทางการดำรงอยู่และปฏิบัติของประชาชนในทุกระดับทั้งครอบครัว ชุมชน และรัฐ ความพอเพียง หมายถึง ความพอประมาณ มีเหตุผล ระบบภูมิคุ้มกัน โดยอาศัยความรู้ รอบคอบ และระมัดระวังในการนำวิชาการต่างๆ มาใช้ในการวางแผนและดำเนินการทุกขั้นตอน เสริมสร้างพื้นฐานจิตใจให้มีคุณธรรม ความซื่อสัตย์สุจริต ความรอบรู้ ดำเนินชีวิตด้วยความอดทน ความเพียร มีสติปัญญาและความรอบคอบ เศรษฐกิจพอเพียง เป็นเสมือนรากฐานของชีวิต รากฐานความมั่นคงของแผ่นดิน เปรียบเสมือนเสาเข็มที่ถูกต้องรองรับบ้านเรือนตัวอาคารไว้แน่นอน สิ่งก่อสร้างจะมั่นคงได้ก็อยู่ที่เสาเข็ม แต่คนส่วนมากมองไม่เห็นเสาเข็มและลืมเสาเข็มเสียด้วยซ้ำ

กรอบแนวคิด คือเป็นปรัชญาที่ชี้แนะแนวทางการดำรงชีวิตและการปฏิบัติตนในทางที่ควรจะเป็น มีพื้นฐานมาจากวิถีชีวิตดั้งเดิมของสังคมไทยเป็นการมองโลกเชิงระบบที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา มุ่งเน้นการรอดพ้นจากภัยและวิกฤติ เพื่อความมั่นคงและยั่งยืนของการพัฒนา

คุณลักษณะ เป็นการประยุกต์ใช้กับการปฏิบัติตนได้ในทุกระดับเน้นการปฏิบัติบนทางสายกลางและพัฒนาอย่างเป็นขั้นตอนทั้งนี้ค้ำนิยามความพอเพียงต้องประกอบด้วย 3 คุณลักษณะพร้อมกันดังนี้ ความพอประมาณ ความพอดี ไม่น้อยเกินไป ไม่มากเกินไป โดยไม่เบียดเบียนผู้อื่น ความมีเหตุผลพิจารณาจากเหตุปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนคำนึงถึงผลที่คาดว่าจะเกิดขึ้นอย่างรอบคอบ การมีภูมิคุ้มกันที่ดีในตัวเตรียมตัวพร้อมรับผลกระทบและเปลี่ยนแปลงด้านต่างๆ คำนึงถึงความเป็นไปได้ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในอนาคตทั้งใกล้และไกล

เงื่อนไขประกอบด้วยเงื่อนไขความรู้ วิชาการต่างๆ รอบด้าน รอบคอบ พิจารณาให้เชื่อมโยงเพื่อประกอบการวางแผน ระมัดระวังและเงื่อนไขคุณธรรม ความตระหนักในคุณธรรม ความซื่อสัตย์สุจริต ความเพียร ความอดทน ใช้สติปัญญาในการดำเนินชีวิต ไม่โลภ และไม่ตระหนี่

แนวทางปฏิบัติคือการพัฒนาที่สมดุลและยั่งยืนพร้อมรับต่อการเปลี่ยนแปลงในทุกด้าน ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม ความรู้ และเทคโนโลยีสำหรับการขับเคลื่อนการพัฒนาตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงโดยการขจัดความยากจนและลดความเสี่ยงทางเศรษฐกิจของคนจนเป็นฐานรากของการสร้างพลังอำนาจของชุมชนและพัฒนาศักยภาพชุมชนให้เข้มแข็ง เน้นผลกำไรระยะ

ยาวในบริบทที่มีการแข่งขันปรับปรุงมาตรฐานของธรรมาภิบาลในการบริหารงานภาครัฐ กำหนดนโยบาย เพื่อสร้างภูมิคุ้มกันต่อสถานการณ์ที่เข้ามากระทบการปลูกฝังจิตสำนึกพอเพียง ปรับเปลี่ยนค่านิยมและความคิดของคนเพื่อให้เอื้อต่อการพัฒนาคน

### 3.2 ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงกับสุขภาพพอเพียง

การนำปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงมากำหนดเป็นทิศทางในการพัฒนาระบบสุขภาพ ประกอบด้วย หลักการที่สำคัญดังนี้ (กองสุขศึกษา, 2550)

1) ยึดหลักทางสายกลาง หมายถึง ดำรงชีวิตเพื่อการมีสุขภาพดีตั้งแต่ระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชนและระดับรัฐเพื่อสร้างครอบครัว และชุมชนให้มีความเข้มแข็งและพอเพียงมีความสามารถในการพึ่งพาตนเอง และสร้างสังคมให้เป็นสังคมที่มีกระบวนการเรียนรู้ด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่องทั้งในและนอกระบบ

2) ยึดหลักความสมดุล หมายถึง สร้างระบบการเลือกใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมกับภูมิปัญญาไทยการพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพให้มีความสมดุลและพอดีทั้งโลกาภิวัตน์ (Globalization) และ อภิวัตน์ท้องถิ่น (Localization) มีเหตุผลทั้งการผลิต การบริโภคและการใช้ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมเพื่อเอื้อต่อการมีสุขภาพดี มีความสมดุลบูรณาการทั้งการเสริมสร้างสุขภาพ การป้องกันควบคุมโรค การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการคุ้มครองผู้บริโภค

3) ยึดหลักความพอประมาณ หมายถึง สร้างระบบสุขภาพที่เป็นการให้บริการแบบองค์รวม มีความพอประมาณกับภาวะการเงินการคลังที่สอดคล้องกับฐานะเศรษฐกิจของประเทศ มีระบบกลั่นกรองการจัดซื้อครุภัณฑ์ทางการแพทย์ที่มีเทคโนโลยีสูง ส่งเสริมสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกอื่นๆ

4) สร้างระบบภูมิคุ้มกัน หมายถึง พร้อมรับผลกระทบการเปลี่ยนแปลงทั้งภายในและภายนอกประเทศสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และการคุ้มครองสุขภาพสร้างทักษะในการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพและทักษะชีวิตของบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคมสร้างความเข้มแข็งในระดับฐานรากของสังคม สร้างระบบคุ้มกันสุขภาพโดยชุมชนมีส่วนร่วมสร้างระบบการบริหารจัดการที่มีธรรมาภิบาล

5) สร้างระบบการเรียนรู้ให้รู้เท่าทันโลก หมายถึง สร้างระบบการเรียนรู้ด้านสุขภาพด้วยการสนับสนุนการศึกษาวิจัยให้มีความรอบรู้ รู้จริง มีสติปัญญา มีความอดทน มีเหตุผล มีความพอประมาณพร้อมรับการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทันของโลก สังคม และสิ่งแวดล้อม จาริตประเพณี และวัฒนธรรมการระบอบของโรคที่อุบัติใหม่/ ซ้ำต่างๆ ด้วยการใช้สื่อที่สอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมาย

นอกจากนี้แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10 พ.ศ. 2550-2554 (**คณะกรรมการ  
อำนวยการจัดทำแผนสุขภาพแห่งชาติ, 2550**) ซึ่งเป็นแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติที่ได้กล่าวถึงระบบ  
สุขภาพพอเพียงเป็นแผนแรก สามารถสรุปรายละเอียด ได้ดังนี้

ประเด็นในการขับเคลื่อนเศรษฐกิจพอเพียงด้านสุขภาพระดับชุมชนในลักษณะบูรณาการ  
ประกอบด้วย

1) สร้างกลไกเพื่อเสริมพลังการพัฒนาเศรษฐกิจพอเพียงกับสุขภาพที่เข้มแข็งมีผู้นำทาง  
ศาสนา ผู้บริหารโรงเรียน สาธารณสุข เยาวชน เกษตร ชุมชนผู้สูงอายุ ชุมชนสร้างสุขภาพที่มีอยู่แล้วใน  
ชุมชน รวมถึงของผู้คนเลือกผู้แทนแต่ละชมรมในแต่ละหมู่บ้านเสริมสร้างกระบวนการเรียนรู้ในพื้นที่  
ให้มีความรู้ด้านเศรษฐกิจพอเพียงในภาคปฏิบัติให้รู้จักปัญหาชุมชนใช้ทรัพยากร รู้จักความต้องการที่  
แท้จริงของคนในชุมชน รวมทั้งรู้จักวัฒนธรรมและประเพณีของชุมชนที่สืบทอดกันมา

2) ส่งเสริมการจัดทำแผนแม่บทชุมชนในลักษณะบูรณาการใช้แผนแม่บทชุมชนเป็นเข็มทิศ  
การพัฒนา (พลังพัฒนา) บูรณาการในทุกกระดับ จนสมาชิกทุกคนในหมู่บ้านหรือสมาชิกส่วนใหญ่มี  
ความเข้าใจถูกต้องนำไปปฏิบัติได้จริงในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชนนำเอาเศรษฐกิจพอเพียง  
แบบบูรณาการ ผสมผสานอยู่ในวิถีชีวิตประเพณีและวัฒนธรรม ศาสนาของชุมชนจัดให้มีกลไกการ  
ประสานงานกับส่วนราชการอื่นๆ ในชุมชน ทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงแบบมีส่วนร่วม

3) เสริมสร้างระบบสุขภาพชุมชนให้เข้มแข็งที่มีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนของชุมชนบริการ  
สุขภาพที่พอเพียงและพึ่งพาตนเองได้ให้ความสำคัญกับการสร้างและพัฒนาเครือข่ายด้านสุขภาพ  
ชุมชนให้เข้มแข็งจัดตั้งเครือข่ายสุขภาพในระดับพื้นที่สอดแทรกความรู้เศรษฐกิจพอเพียงเข้าไปใน  
ชีวิตประจำวัน หากมีหลายโครงการให้รวบรวมเป็นกลุ่มโครงการ (Clusters) เพื่อการบริหารจัดการ

4) สนับสนุนและส่งเสริมการทำประชาพิจัย (People Research and Development : PR  
& D) สสำรวจข้อมูลจริงด้านต่างๆ ในชุมชนนำข้อมูลมาถกเถียง หาเหตุ หาผลเพื่อกระตุ้นให้ประชาชน  
มีทักษะในการคิดเป็นทำเป็นเพิ่มภูมิปัญญาให้เกิดขึ้นจากทักษะประสบการณ์ในชีวิต

5) สร้างระบบการดูแลสุขภาพแบบเพื่อนช่วยเพื่อน (Self Help Group) ใช้กลุ่มเพื่อนช่วย  
เพื่อนเป็นฐานด้านการจัดการความรู้ สนับสนุนให้มีเวทีในการพูดคุยปรับทุกข์-สุข แลกเปลี่ยน  
ประสบการณ์ในการดูแลตนเองสร้างแรงจูงใจไม่ท้อแท้ สิ้นหวัง สอดแทรกความรู้เรื่องเศรษฐกิจ  
พอเพียง

6) ส่งเสริมการสร้างเครือข่ายจิตอาสาในทุกกลุ่มอาชีพ สนับสนุนบริการสุขภาพในชุมชน  
ประชาสัมพันธ์ ต้องการอาสาสมัครในการมาร่วมกันทำความดี วาดฝันบทบาทในชุมชนให้กลุ่มจิต  
อาสาให้มีช่องทางติดต่อสอนหรือให้ความรู้เรื่องต่างๆ ที่เป็นปัญหาของชุมชนนั้นๆ เพื่อช่วยเสริมการ  
ทำงานด้านสุขภาพและการป้องกันควบคุมโรคให้เข้มแข็ง

7) สนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทในด้านสุขภาพมากขึ้นสนับสนุนงบประมาณจากทั้งภาครัฐ และงบประมาณในส่วนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นบางส่วน

แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 10 พ.ศ. 2550-2554 (คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนสุขภาพแห่งชาติ, 2550) ได้กำหนดวัตถุประสงค์ของการสร้างระบบสุขภาพพอเพียง ได้แก่ 1) สร้างสุขภาพดีให้เป็นวิถีชีวิตในทุกช่วงวัยตั้งแต่ครรภ์มารดาถึงเชิงตะกอน โดยเน้นการสร้างรากฐานที่เข้มแข็งจากการมีความพอเพียงทางสุขภาพในระดับครอบครัวและชุมชน 2) สร้างระบบบริการดี เป็นระบบบริการสุขภาพที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์ ให้บริการที่มีคุณภาพ เป็นมิตร ใส่ใจในความทุกข์ และมีความละเอียดอ่อนต่อความเป็นมนุษย์ 3) สร้างสังคมดี เป็นสังคมที่อยู่เย็นเป็นสุขร่วมกันได้ด้วยการมีหลักประกันด้านสุขภาพที่ให้ความอบอุ่นใจและความมั่นคงปลอดภัยในชีวิต ทั้งยามปกติ ยามเจ็บป่วย และยามวิกฤติและ 4) สร้างชีวิตที่มีความสุขพอเพียง เป็นวิถีชีวิตที่มีความสุขสงบ ไม่เบียดเบียนกัน เติบโตได้ในสังคมแห่งการเรียนรู้ มีวัฒนธรรมที่เกื้อกูลต่อสุขภาพ สันติภาพ และการพัฒนาไปสู่ศักยภาพสูงสุดของความเป็นมนุษย์

ทั้งนี้คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนสุขภาพแห่งชาติ (2550) ได้กำหนดยุทธศาสตร์หลักสู่ระบบสุขภาพพอเพียง ประกอบด้วย

ยุทธศาสตร์ที่ 1 การสร้างเอกภาพและธรรมาภิบาลในการจัดการระบบสุขภาพปฏิรูประบบงานโครงสร้างการบริหารจัดการ กลไกและกระบวนการดำเนินนโยบายสุขภาพให้เกิดความเป็นเอกภาพและธรรมาภิบาล มีความยุติธรรม โปร่งใสตรวจสอบได้โดยในระยะสั้นเน้นการป้องปรามการทุจริตคอร์รัปชัน และเน้นการสร้างวัฒนธรรมองค์กรที่ดีเป็นเกราะป้องกันธรรมาภิบาลในระยะยาว

ยุทธศาสตร์ที่ 2 การสร้างวัฒนธรรมสุขภาพและวิถีชีวิตที่มีความสุขในสังคมแห่งสุขภาวะเร่งรัดงานสุขภาพเชิงรุกเพื่อสร้างหลักประกันความปลอดภัยอย่างพอเพียงในชีวิตประจำวันทั้งด้านอาหาร โภชนาการ ยา ผลิตภัณฑ์สุขภาพ การประกอบอาชีพ และสิ่งแวดล้อม รวมทั้งส่งเสริมบทบาทของครอบครัว ชุมชน และภาคประชาสังคมในการสร้างวัฒนธรรมการดูแลสุขภาพที่ดีและสร้างสรรค์สังคมที่มีความสุขในทุกระดับ

ยุทธศาสตร์ที่ 3 การสร้างระบบบริการสุขภาพและการแพทย์ที่ผู้รับบริการอุ่นใจผู้ให้บริการมีความสุขเน้นการพัฒนาบริการสุขภาพที่ใส่ใจต่อความทุกข์ยากและความลำบากใจทั้งในส่วนของผู้รับบริการและผู้ให้บริการ โดยสร้างระบบการจัดการที่เป็นธรรม มีความเห็นอกเห็นใจกันและมีความภาคภูมิใจ และพึงพอใจในประสิทธิภาพและคุณภาพมาตรฐานการมีบริการร่วมกันภายใต้นโยบายสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ยุทธศาสตร์ที่ 4 การสร้างระบบภูมิคุ้มกันเพื่อลดผลกระทบจากโรคและภัยคุกคามสุขภาพสร้างความเข้มแข็งให้แก่ระบบการเฝ้าระวังควบคุมป้องกันโรค การควบคุมปัจจัยเสี่ยงและผลกระทบ

ด้านสุขภาพของการเปลี่ยนแปลงต่างๆ รวมทั้งเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับภัยพิบัติและความรุนแรงที่แพร่ระบาดทั่วไป

ยุทธศาสตร์ที่ 5 การสร้างทางเลือกสุขภาพที่หลากหลายผสมผสานภูมิปัญญาไทยและสากล เน้นการพัฒนาศักยภาพเพื่อการพึ่งพาตนเองได้ในด้านสุขภาพด้วยการส่งเสริมสมุนไพร การแพทย์แผนไทย การแพทย์แผนพื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก รวมทั้งพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่มีความปลอดภัย

ยุทธศาสตร์ที่ 6 การสร้างระบบสุขภาพฐานความรู้ด้วยการจัดการความรู้สร้างระบบการจัดการที่เน้นการใช้ความรู้เป็นฐานการตัดสินใจด้วยการสร้างวัฒนธรรมการวิจัยและการจัดการความรู้ในทุกระดับองค์กรด้านสุขภาพ

สำหรับผู้สูงอายุนั้นการสร้างสุขภาพดีให้เป็นวิถีชีวิต โดยเน้นการสร้างรากฐานที่เข้มแข็งจากการมีความพอเพียงทางสุขภาพในระดับครอบครัวและชุมชนนับว่าเป็นสิ่งสำคัญยิ่งต่อการเสริมสร้างสุขภาวะ ซึ่งอาจมีการดำเนินการเชิงรุกในการสร้างวัฒนธรรมสุขภาพและวิถีชีวิตที่มีความสุขในสังคมแห่งสุขภาวะ เพื่อสร้างหลักประกันความปลอดภัยอย่างพอเพียงในชีวิตประจำวัน ทั้งด้านอาหาร โภชนาการ ยา ผลิตภัณฑ์สุขภาพ การประกอบอาชีพ และสิ่งแวดล้อม รวมทั้งส่งเสริมบทบาทของครอบครัว ชุมชน และภาคประชาสังคมในการสร้างวัฒนธรรมการดูแลสุขภาพที่ดีและสร้างสรรค์สังคมที่มีความสุขในทุกระดับ

คำว่า “สุขภาพพอเพียง” ได้ปรากฏขึ้นอีกครั้งในแผนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย พ.ศ. 2554-2563 ซึ่งสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2554) ได้จัดทำขึ้นให้สอดคล้องกับสถานการณ์ปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สามารถป้องกันได้ หรือเรียกว่า “โรควิถีชีวิต” เนื่องจากโครงสร้างประชากรไทยที่เปลี่ยนไปสู่สังคมผู้สูงอายุ อายุขัยเฉลี่ยของคนไทยเพิ่มขึ้นเป็น 75.6 ปี (ชาย 68 ปี หญิง 75 ปี) กลุ่มผู้สูงอายุมียัตราการรับบริการผู้ป่วยในในอัตราค่อนข้างสูงมาก ในปี 2551 ด้วยโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด (7,213 ต่อประชากรแสนคน) รองลงมาคือ เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง หัวใจขาดเลือด อัมพฤกษ์อัมพาต ส่งผลกระทบต่อภาระค่าใช้จ่ายรักษาพยาบาลของภาครัฐในปัจจุบัน และอนาคตได้มีการกำหนดไว้เป็นเป้าหมายและทิศทางการพัฒนาคุณภาพคน สังคม และสุขภาพในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10 แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10 และแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 แผนยุทธศาสตร์นี้ได้สานต่อแนวคิดสุขภาพพอเพียงตามแนวปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงที่ยึดคนเป็นศูนย์กลางของการพัฒนา สร้างสมดุลการพัฒนาในทุกมิติ และสร้างภูมิคุ้มกันที่เข้มแข็งให้แก่ คนไทยและประเทศ ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การพัฒนาแบบมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน

สถานการณ์ปัญหาและแนวโน้มการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรควิถีชีวิต (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2554) คือการขาดความตระหนักรู้ถึงภัยคุกคามสุขภาพ ทำให้ไม่สามารถ



สร้างกระแสการเปลี่ยนแปลงความตระหนักของสังคมและจิตสำนึกสุขภาพให้เป็นส่วนหนึ่งของวัฒนธรรมและวิถีชีวิตของสังคมไทยได้ นโยบายระดับชาติและระดับพื้นที่ขาดความเป็นเอกภาพ จำเป็นต้องใช้มาตรการที่เน้นการป้องกันระดับปฐมภูมิที่มีประสิทธิผลและประสิทธิภาพทั้งทางด้านสิ่งแวดล้อมและด้านประชากรระบบเฝ้าระวัง คัดกรอง ส่วนใหญ่การคัดกรองเป็นเพียงเพื่อหาผู้ป่วย มิใช่เพื่อหากกลุ่มเสี่ยงและเตรียมการป้องกันตั้งแต่เริ่มต้นระบบบริการสุขภาพมีศักยภาพไม่เพียงพอ มีข้อจำกัดในการส่งเสริมบทบาทการมีส่วนร่วมและพึ่งตนเองในการดูแลสุขภาพระดับบุคคล ครอบครัว และการสร้างความเข้มแข็งของชุมชนท้องถิ่นในการลดเสี่ยง ลดโรคและจัดการโรคได้ด้วยตนเอง นอกจากนี้การบริหารจัดการความรู้ยังขาดประสิทธิภาพ องค์ความรู้ที่มีอยู่กระจุกกระจายเฉพาะจุด เฉพาะพื้นที่ ขาดความจำเพาะ

แนวคิดหลักในการพัฒนาสุขภาพวิถีชีวิตไทย ประกอบด้วย แนวคิดสุขภาพพอเพียงและปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงมุมมองการบูรณาการเป็นองค์รวมในระบบสุขภาพ บริบทแวดล้อมและการมีส่วนร่วมของสังคมความสัมพันธ์ขององค์ประกอบที่เชื่อมโยงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรควิถีชีวิต (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2554)

วิสัยทัศน์พันธกิจ เป้าประสงค์สูงสุด และเป้าหมายหลักในการพัฒนา (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2554)

วิสัยทัศน์ คือ “ประชาชนมีศักยภาพในการจัดการปัจจัยเสี่ยงและสภาพแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อโรควิถีชีวิตด้วยการรวมพลังขับเคลื่อนจากทุกภาคส่วนอย่างบูรณาการ สมดุล ยั่งยืน และเป็นสุข บนพื้นฐานปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง”

พันธกิจ ประกอบด้วย สร้างชุมชน ท้องถิ่น สังคม ที่ตระหนัก ลดปัจจัยเสี่ยง เสริมปัจจัยเอื้อ และมีส่วนร่วมอย่างเข้มแข็งในการผลักดันนโยบายสู่การปฏิบัติการค้นหา เฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมจัดการปัญหา และพัฒนาของทุกภาคส่วนอย่างเป็นระบบ องค์รวม ครอบคลุม มีประสิทธิภาพ

เป้าประสงค์สูงสุด คือประชาชน ชุมชน สังคม และประเทศ มีภูมิคุ้มกันและศักยภาพในการสกัดกั้นภัยคุกคามสุขภาพจากโรควิถีชีวิตที่สำคัญได้

เป้าหมายหลักในการพัฒนาประกอบด้วย ลดปัญหาโรควิถีชีวิตที่สำคัญ 5 โรคได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หัวใจหลอดเลือดสมอง และมะเร็งใน 5 ด้าน ได้แก่ การเกิดโรคภาวะแทรกซ้อนการพิการการตายและการระคายค่าใช้จ่ายรวมทั้งเพิ่มวิถีชีวิตพอเพียง 3 ด้านได้แก่ การบริโภคที่เหมาะสม (อาหาร) การออกกำลังกายที่เพียงพอ (ออกกำลังกาย) และการจัดการอารมณ์ได้เหมาะสม (อารมณ์)

เส้นทางการพัฒนากำหนดไว้ 3 ระยะ (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2554) ประกอบด้วยระยะสั้น (พ.ศ. 2554-2556) บูรณาการความคิด สร้างความเชื่อมั่น และการมีส่วนร่วมขับเคลื่อนของภาคีเครือข่ายร่วมระยะกลาง (พ.ศ. 2554-2558) ปฏิบัติการเชิงรุกสู่การวางรากฐานที่

มั่นคงเชิงโครงสร้างและระบบ และระยะยาว (พ.ศ. 2554-2563) สร้างความเข้มแข็งเชิงโครงสร้างและระบบในการป้องกันและแก้ไขปัญหาอย่างยั่งยืน

ยุทธศาสตร์การพัฒนา ประกอบด้วย 5 ยุทธศาสตร์ (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2554)

ยุทธศาสตร์ที่ 1 นโยบายสาธารณะสร้างสุข (Healthy Public Policy)

ยุทธศาสตร์ที่ 2 การขับเคลื่อนทางสังคมและสื่อสารสาธารณะ (Social Mobilization & Public Communication)

ยุทธศาสตร์ที่ 3 การพัฒนาศักยภาพชุมชน (Community Building)

ยุทธศาสตร์ที่ 4 การพัฒนาระบบเฝ้าระวังและการจัดการโรค (Surveillance & Care System)

ยุทธศาสตร์ที่ 5 การสร้างความเข้มแข็งของระบบสนับสนุนยุทธศาสตร์ (Capacity Building)

จะเห็นได้ว่าแผนยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทยมีความเหมาะสมเป็นอย่างยิ่งสำหรับการเสริมสร้างสุขภาวะของผู้สูงอายุ ซึ่งส่วนใหญ่มีปัญหาสุขภาพอันเนื่องมาจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหรือโรคที่เกิดจากการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม โดยเฉพาะยุทธศาสตร์ที่ 3 การพัฒนาศักยภาพชุมชน (Community Building) ซึ่งเป็นการสร้างความตระหนักและเสริมสร้างพลังความเข้มแข็งชุมชนในการจัดการปัญหาทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ปัญญา/จิตวิญญาณ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ การบูรณาการบริหารจัดการข้อมูลและข่าวสารชุมชน หมู่บ้าน รวมทั้งการพัฒนาและขยายรูปแบบชุมชนท้องถิ่น และองค์กรที่มีศักยภาพในการจัดการลดเสี่ยงลดโรค จะเป็นการช่วยจัดการกับปัญหาและข้อบกพร่องของการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุจากภาครัฐเพียงฝ่ายเดียว

ระบบสุขภาพพอเพียงยังมีการดำเนินงานในเชิงนโยบายอย่างต่อเนื่องดังจะเห็นได้จากแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 11 พ.ศ. 2555-2559 โดยมีหลักการของแผน คือ มุ่งพัฒนาภายใต้หลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง และมีวิสัยทัศน์คือ “ประชาชนทุกคนมีสุขภาพดี ร่วมสร้างระบบสุขภาพพอเพียง เป็นธรรม นำสู่สังคมสุขภาวะ”

นอกจากนี้แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 11 พ.ศ. 2555-2559 (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2555) ได้ให้นิยามระบบสุขภาพพอเพียงว่าเป็นกระบวนการพัฒนาสุขภาพของประชาชนให้ไปสู่การมีสุขภาวะ ทั้งมิติทางกาย จิต สังคมและปัญญา โดยมีระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพมาตรฐาน เข้มแข็ง เพียงพอและเข้าถึงได้สะดวก ตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการที่แท้จริงของประชาชน บนต้นทุนที่เหมาะสม

มณี อากานันท์กุล และคณะ (2554) ได้ให้ความหมายของสุขภาพพอเพียงว่า หมายถึงการมีสุขภาพดีอันเป็นผลจากการดำเนินชีวิตด้วยความพอประมาณ ความมีเหตุผล และการมีภูมิคุ้มกันในตัวที่ดี รวมทั้งมีความสามารถในการบริหารจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นในการดำเนินชีวิต มีศักยภาพใน

การดูแลสุขภาพตนเองเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีสามารถดำรงชีวิตได้ตามปกติ ภายใต้สภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป การที่ประชาชนในชุมชนจะมีสุขภาพพอเพียงได้ต้องเริ่มต้นที่ตนเองก่อน แล้วจึงขยายออกสู่ครอบครัวและชุมชนการทำให้ประชาชนมีสุขภาพดีภายใต้แนวคิดเศรษฐกิจพอเพียงสามารถทำได้โดยให้ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจเรื่องสุขภาพ และการดูแลสุขภาพเพื่อให้รักตนเอง รักสังคมและมีความตระหนักในการปฏิบัติตนให้มีสุขภาพดีบนพื้นฐานการพึ่งตนเองเป็นหลักอย่างเป็น สายกลาง มีเหตุผล ด้วยความรู้ความรอบคอบ ระมัดระวัง และมีคุณธรรมเป็นพื้นฐาน ได้แก่ มีความซื่อสัตย์ เมตตา จิตอาสา เสียสละ แบ่งปัน และเอื้ออาทรต่อคนอื่นตามความเหมาะสมของสภาพชีวิตของตนเองเศรษฐกิจและสังคมที่เป็นอยู่เพื่อความสมดุลมั่นคงและยั่งยืนของการมีสุขภาพดี

จากการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดระบบสุขภาพพอเพียงสามารถสรุปได้ว่า ระบบสุขภาพพอเพียง เป็นการนำปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงมากำหนดเป็นทิศทางในการพัฒนาระบบสุขภาพ โดยยึดหลักทางสายกลาง ความสมดุล ความพอประมาณ สร้างระบบภูมิคุ้มกัน และสร้างระบบการเรียนรู้ให้เท่าทัน เพื่อสร้างสุขภาพดีให้เป็นวิถีชีวิต ซึ่งเน้นในระดับครอบครัวและชุมชน โดยบูรณาการเป็นองค์รวมในระบบสุขภาพ บริบทแวดล้อม และการมีส่วนร่วมของสังคม

### 3.3 ดัชนีชี้วัดสุขภาพพอเพียง

มณี อากานันท์ทิกุล และคณะ (2554) ได้พัฒนาดัชนีชี้วัดสุขภาพพอเพียงระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน ภายใต้แนวคิดปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงรวมจำนวน 36 ตัวชี้วัด แบ่งเป็นระดับบุคคล 8 ตัวชี้วัด ครอบครัว 12 ตัวชี้วัด และชุมชน 16 ตัวชี้วัด ได้แก่

ดัชนีชี้วัดสุขภาพพอเพียงระดับบุคคล ประกอบด้วย 8 ตัวชี้วัดดังนี้

1) ดูแลสุขภาพตนเองให้แข็งแรงอย่างสม่ำเสมอมีดัชนีชี้วัดย่อย 6 ดัชนีได้แก่ (1) นอนหลับอย่างเพียงพอ (2) เคลื่อนไหวร่างกายสม่ำเสมอ (3) รับประทานอาหารที่มีประโยชน์รับประทานข้าว 3 มื้อดื่มน้ำสะอาด (4) ทำจิตใจให้สบายแจ่มใสไม่เครียด (5) หมั่นตรวจสุขภาพตนเองอย่างสม่ำเสมอ และ (6) ไม่ทำงานหักโหมจนเกินไป

2) หลีกเลี่ยงสิ่งที่ทำลายสุขภาพเช่นเหล้าบุหรี่สารเสพติดเที่ยวกลางคืน

3) ใช้อาสาสมัครประจำบ้านเช่นยาลดไข้หรือใช้ยาสมุนไพรหรือรับประทานอาหารพืชสมุนไพรพื้นบ้านเมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อย

4) ใช้บริการการรักษาจากสถานีนอมาัย/โรงพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยมาก

5) ใช้วิถีชีวิตความเป็นอยู่แบบเรียบง่าย

6) มีความรู้ภูมิปัญญาท้องถิ่นและความรู้ทั่วไปด้านสุขภาพ

7) ใช้จ่ายอย่างคุ้มค่ากินอยู่อย่างประหยัดใช้ทรัพยากรที่มีอยู่

8) มีเงินเก็บออมไว้ใช้เมื่อยามจำเป็น

ดัชนีชี้วัดสุขภาพพอเพียงระดับครอบครัว ประกอบด้วย 12 ตัวชี้วัด ดังนี้

1) ครอบครัวดูแลสุขภาพให้แก่สมาชิกในครอบครัวที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้

2) ครอบครัวมีความสุขความอบอุ่น

3) สมาชิกในครอบครัวมีสุขภาพกายและใจดี

4) ครอบครัวมีการดูแลสุขภาพสมาชิกในครอบครัวที่ไม่สบายเบื้องต้นก่อนเช่นให้รับประทานยาสามัญประจำบ้านหรือยาสมุนไพรแต่ถ้าไม่ดีขึ้นจึงค่อยพึ่งสถานบริการสาธารณสุข

5) ครอบครัวผลิตอาหารพื้นบ้านปลอดสารพิษเลี้ยงสัตว์ที่จำเป็นไว้บริโภคภายในบ้านแทนการซื้อจากภายนอก

6) ครอบครัวใช้สารเคมีในการผลิตวัตถุดิบทางเกษตรน้อยลงและใช้สารอินทรีย์แทน

7) ครอบครัวจัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้านให้น่าอยู่ปลูกต้นไม้กำจัดขยะ

8) ครอบครัวมีความรู้ภูมิปัญญาท้องถิ่นและความรู้ทั่วไปด้านสุขภาพและมีการแสวงหาความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพจากคนในชุมชนและเจ้าหน้าที่สถานีนานามัย

9) ครอบครัวช่วยกันประหยัดไม่ฟุ่มเฟือยเช่นไม่ดื่มน้ำอัดลมไม่ดื่มสุรา/เบียร์ไม่สูบบุหรี่

10) ครอบครัวเป็นตัวอย่างที่ดีด้านคุณธรรมในเรื่องการประหยัดซื้อสัตย์มีวินัยแก่สมาชิกในครอบครัว

11) ครอบครัวมีการแลกเปลี่ยนความรู้กัน/ถ่ายทอดความรู้ด้านสุขภาพให้แก่บุตรหลาน

12) ครอบครัวมีหลักประกันชีวิตเช่นมีที่ดินทำกินอย่างพอเพียงมีบ้านอาศัยมีอาหารกินพอเพียงและมีเงินสำหรับใช้อย่างพอเพียง

ดัชนีชี้วัดสุขภาพพอเพียงระดับชุมชน ประกอบด้วย 16 ตัวชี้วัดดังนี้

1) ชุมชนมีการรวมกลุ่มแลกเปลี่ยนความรู้ความคิดเห็นและข่าวสารต่างๆ

2) ชุมชนมีการรวมกลุ่มทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเช่นการออกกำลังกายการทำอาหารสุขภาพ

3) ชุมชนอยู่ร่วมกันแบบดูแลพึ่งพาอาศัยกันเกื้อกูลกันช่วยเหลือดูแลสุขภาพของสมาชิกในชุมชน

4) ชุมชนมีส่วนร่วมในการจัดการสิ่งแวดล้อมในชุมชนกำจัดขยะกำจัดยุงดูแลต้นไม้

5) ชุมชนได้รับความรู้เรื่องสุขภาพอาหารการเกษตรและเรื่องอื่นๆอย่างสม่ำเสมอ

6) คนในชุมชนแลกเปลี่ยนอาหาร/ผลิตผลทางการเกษตรกัน

7) มีสถานีนานามัยให้บริการสุขภาพให้การดูแลรักษาเบื้องต้นให้คำปรึกษาและความรู้ด้านสุขภาพแก่คนในชุมชน

8) เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยในหมู่บ้านมีความเข้มแข็งในการทำงานด้านสุขภาพของประชาชนในชุมชน

9) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในหมู่บ้านมีความเข้มแข็งในการทำงานด้านสุขภาพของประชาชนในชุมชน

10) มีการประสานงานกับองค์การบริหารส่วนตำบลในการส่งผู้ป่วยอาการหนักไปโรงพยาบาล

11) มีสถานที่/อุปกรณ์ที่สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชนเช่นสถานที่ออกกำลังกายของชุมชนมีลานออกกำลังกายและมีเครื่องออกกำลังกายที่ใช้ร่วมกันมีลานกีฬาเปิดอเนกประสงค์

12) ชุมชนร่วมกับสถานีอนามัยมีการป้องกันและเฝ้าระวังโรคระบาดในชุมชนเช่นการกำจัดขยะ

13) มีการกระจายข่าวของชุมชนผ่านอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และประชาชนที่มาเข้าร่วมกิจกรรมในหมู่บ้านเป็นสื่อกลางแจ้งข่าวด้านสุขภาพ

14) ผู้นำชุมชนให้ความสนใจสุขภาพของชุมชน

15) มีสถาบันทางสังคมเช่นสถานศึกษาวัดที่อยู่ใกล้หมู่บ้านอบรมความรู้เป็นที่พึงพอใจให้คนในชุมชน

16) ชุมชนอยู่ร่วมกันอย่างสงบสุขคนในชุมชนมีความรักสามัคคีไม่ทำให้อันตราย

นอกจากนี้ มณี อาภาภรณ์ทิกุล, รุจา ภูไพบูลย์ และกฤษณา คุววัฒนสัมฤทธิ์ (2558) วิเคราะห์และบูรณาการดัชนีชี้วัดสุขภาพพอเพียงกับแนวคิดปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงโดยใช้ข้อมูลดัชนี ชีววัดสุขภาพพอเพียงจำนวน 36 ตัวชี้วัด พบว่า มี 5 ตัวชี้วัด เข้าได้กับด้านความพอประมาณ 7 ตัวชี้วัดเข้าได้กับด้านความมีเหตุผล 11 ตัวชี้วัดเข้าได้กับด้านการมีภูมิคุ้มกัน 9 ตัวชี้วัดเข้าได้กับด้านการมีความรู้ และ 4 ตัวชี้วัดเข้าได้กับด้านการมีคุณธรรม ดังนี้

ตัวชี้วัดระดับบุคคล ประกอบด้วย

ความพอประมาณ ได้แก่ ใช้วิถีชีวิตความเป็นอยู่แบบเรียบง่าย

ความมีเหตุผล ได้แก่ มีเงินเก็บออมไว้ใช้เมื่อจำเป็น

การมีภูมิคุ้มกัน ได้แก่ ดูแลสุขภาพตนเองให้แข็งแรงสม่ำเสมอ หลีกเลี่ยงสิ่งที่ทำลายสุขภาพ

การมีความรู้ ได้แก่ ใช้ยาสามัญประจำบ้าน เช่น ยาลดไข้ หรือใช้ยาสมุนไพร หรือรับประทานพืชสมุนไพรพื้นบ้านเมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อย ใช้บริการการรักษาจากสถานีอนามัย/โรงพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยมาก มีความรู้ภูมิปัญญาท้องถิ่นและความรู้ทั่วไปด้านสุขภาพ

การมีคุณธรรม ได้แก่ ใช้จ่ายอย่างคุ้มค่า กินอยู่อย่างประหยัด ใช้ทรัพยากรที่มีอยู่

ตัวชี้วัดระดับครอบครัว ประกอบด้วย

**ความพอประมาณ** ได้แก่ ครอบครัวผลิตวัตถุดิบอาหารพื้นบ้านที่ปลอดภัย เลี้ยงสัตว์ที่จำเป็นไว้บริโภคภายในบ้านแทนการซื้อจากภายนอก ครอบครัวช่วยกันประหยัด ไม่ฟุ่มเฟือย เช่น ไม่ดื่มน้ำอัดลม ไม่ดื่มสุรา/เบียร์ ไม่สูบบุหรี่ ครอบครัวมีหลักประกันชีวิต เช่น มีที่ดินทำกินอย่างพอเพียง มีบ้านพักอาศัย มีอาหารกินพอเพียง และมีเงินสำหรับใช้อย่างพอเพียง

**ความมีเหตุผล** ได้แก่ ครอบครัวมีการดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ไม่สบายเบื้องต้นก่อน เช่น รับประทานยาสามัญประจำบ้านหรือยาสมุนไพรแต่ถ้าไม่ดีขึ้นจึงค่อยพึ่งสถานบริการสาธารณสุข ครอบครัวใช้สารเคมีในการผลิตวัตถุดิบทางเกษตรน้อยลง และใช้สารอินทรีย์แทน

**การมีภูมิคุ้มกัน** ได้แก่ ครอบครัวมีความสุข ความอบอุ่น สมาชิกในครอบครัวมีสุขภาพกายและใจดี ครอบครัวจัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้านให้น่าอยู่ ปลูกต้นไม้ กำจัดขยะ

**การมีความรู้** ได้แก่ ครอบครัวมีความรู้ภูมิปัญญาท้องถิ่นและความรู้ทั่วไปด้านสุขภาพ และมีการแสวงหาความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพจากคนในชุมชนและเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย ครอบครัวมีการแลกเปลี่ยนความรู้/ถ่ายทอดความรู้ด้านสุขภาพให้แก่บุตรหลานกัน

**การมีคุณธรรม** ได้แก่ ครอบครัวดูแลสุขภาพให้แก่สมาชิกในครอบครัวที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ครอบครัวเป็นตัวอย่างที่ดีด้านคุณธรรมในเรื่องการประหยัด ซื่อสัตย์ มีวินัยแก่สมาชิกในครอบครัว

ตัวชี้วัดระดับชุมชน ประกอบด้วย

**ความพอประมาณ** ได้แก่ คนในชุมชนแลกเปลี่ยนอาหาร/ผลิตผลทางการเกษตรกัน

**ความมีเหตุผล** ได้แก่ ชุมชนมีส่วนร่วมในการจัดการสิ่งแวดล้อมในชุมชน กำจัดขยะ กำจัดยุงดูแลต้นไม้ มีการประสานงานกับอบต. ในการส่งผู้ป่วยอาหารหนักไปโรงพยาบาล มีสถานที่/อุปกรณ์ที่สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน เช่น สถานที่ออกกำลังกายของชุมชน มีลานออกกำลังกายและมีเครื่องออกกำลังกายที่ใช้ร่วมกัน มีลานกีฬา ชุมชนอยู่ร่วมกันอย่างสงบสุข คนในชุมชนมีความรักสามัคคี ไม่ทำให้คนอื่นเดือดร้อน

**การมีภูมิคุ้มกัน** ได้แก่ ชุมชนมีการรวมกลุ่มทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย การทำอาหารสุขภาพ มีสถานีอนามัยให้บริการสุขภาพให้การดูแลรักษาเบื้องต้น ให้คำปรึกษาและความรู้ด้านสุขภาพแก่คนในชุมชน เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยในหมู่บ้านมีความเข้มแข็งในการทำงานด้านสุขภาพของประชาชนในชุมชน อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในหมู่บ้านมีความเข้มแข็งในการทำงานด้านสุขภาพของประชาชนในชุมชน ชุมชนร่วมกับสถานีอนามัยมีการป้องกันและเฝ้าระวังโรคระบาดในชุมชน เช่น การกำจัดยุงลาย ผู้นำชุมชนให้ความสนใจสุขภาพของชุมชน

**การมีความรู้** ได้แก่ ชุมชนมีการรวมกลุ่มแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็นและข่าวสารต่างๆ ชุมชนได้รับความรู้เรื่องสุขภาพ อาหาร การเกษตร และเรื่องอื่นๆ อย่างสม่ำเสมอ มีการกระจายข่าวของชุมชนผ่าน อสม. และประชาชนที่มาเข้าร่วมกิจกรรมในหมู่บ้าน เป็นสื่อกลางแจ้งข่าวด้านสุขภาพ

มีสถาบันทางสังคม เช่น สถานศึกษา วัด ที่อยู่ใกล้หมู่บ้านอบรมความรู้ด้านสุขภาพเป็นที่พึงพอใจให้คนในชุมชน

**การมีคุณธรรม** ได้แก่ ชุมชนอยู่ร่วมกันแบบดูแลพึ่งพาอาศัยกัน เกื้อกูลกัน ช่วยเหลือดูแลสุขภาพของสมาชิกในชุมชน

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับดัชนีชี้วัดสุขภาพพอเพียง สามารถสรุปได้ว่าดัชนีชี้วัดสุขภาพพอเพียง เป็นสิ่งที่แสดงให้เห็นถึงการดำเนินชีวิตตามแนวคิดสุขภาพพอเพียง ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน ซึ่งมีความสอดคล้องกับปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง ในหลักความพอประมาณ ความมีเหตุผล การมีภูมิคุ้มกัน การมีความรู้ และการมีคุณธรรม

### 3.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพพอเพียง

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (2550a) ได้ศึกษากระบวนการสนับสนุนการดำเนินงานสร้างสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นบนพื้นฐานเศรษฐกิจพอเพียง พบว่า กระบวนการสนับสนุนบนพื้นฐานเศรษฐกิจพอเพียง ประกอบด้วย 1) การจัดทำแผนด้านสุขภาพแผนงาน/โครงการด้านสุขภาพบนพื้นฐานเศรษฐกิจพอเพียง พบว่า ไม่มีแผนสนับสนุนในกลุ่มเป้าหมายชมรมสร้างสุขภาพโดยตรง สนับสนุนไปที่ชุมชนและกลุ่มเป้าหมายโดยเฉพาะลักษณะแผนเป็นแผนในลักษณะกว้างๆ เพื่อสะดวกในการสนับสนุนและการปฏิบัติจัดทำภายใต้ปัญหาและความต้องการของกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย มีอิสระทางความคิดในการกำหนดแนวทางแก้ไข แต่อยู่ภายใต้บริบทสังคม วัฒนธรรม และทรัพยากรท้องถิ่น สอดคล้องกับวิถีชีวิตชุมชนกระบวนการจัดทำแผนงานโครงการด้านสุขภาพบนพื้นฐานเศรษฐกิจพอเพียงกระบวนการสนับสนุน ยังไม่ชัดเจนในเรื่องการสนับสนุนบนพื้นฐานของเศรษฐกิจพอเพียงในด้านความสมเหตุสมผล ความสมดุล เพราะไม่ได้มีการวางแผนเฉพาะไว้วางจะสนับสนุนหรือไม่ลักษณะของแผนงาน โครงการ มีความสอดคล้องกับปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง เพราะตรงกับความต้องการ ปัญหา อยู่ภายใต้บริบทของชุมชน ซึ่งเป็นความพอประมาณและมีเหตุผล 2) การสร้างการเรียนรู้ด้านสุขภาพบนพื้นฐานเศรษฐกิจพอเพียง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะเข้ามาสนับสนุนเมื่อเห็นว่าชมรมสร้างสุขภาพสามารถดำเนินงานไปได้เข้มแข็งในระดับหนึ่งแล้วกิจกรรมสนับสนุนอย่างชัดเจนที่สุดคือการออกกำลังกายเรื่องสถานที่ วัสดุอุปกรณ์ ค่าไฟฟ้า ผู้นำต้น ชมรมสร้างสุขภาพ มีความสามารถในการพึ่งตนเอง การจัดการ การระดมทุน แสดงให้เห็นว่ามีภูมิคุ้มกันภายในองค์กรที่ชัดเจน 3) รูปแบบการสนับสนุนบนพื้นฐานเศรษฐกิจพอเพียง ได้แก่ การจัดทำแผนด้านสุขภาพบนพื้นฐานเศรษฐกิจพอเพียงแบบทางตรงและทางอ้อม แบบองค์กรและส่วนบุคคลการสร้างกิจกรรมการเรียนรู้ด้านสุขภาพบนพื้นฐานเศรษฐกิจพอเพียง การสร้างระบบการเรียนรู้ทางด้านสุขภาพ สร้างเครือข่ายสุขภาพในชุมชน 4) กระบวนการและรูปแบบการสนับสนุนของภาคอื่นที่มีต่อ

ชมรมสร้างสุขภาพภาคีภายในชุมชนที่สำคัญ ได้แก่ แกนนำชุมชน อสม. กลุ่มต่างๆ ในชุมชนภาคีภายนอกชุมชน ได้แก่ สนับสนุนงบประมาณ จากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ สำนักงานปฏิรูปที่ดินเพื่อเกษตรกรรมสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย พัฒนาศักยภาพในการจัดทำแผนงาน โครงการ เพื่อขอรับทุนสนับสนุน จากสภาสมาคมผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (2550b) ศึกษาการพัฒนาวิถีชีวิตสุขภาพของชุมชนบนพื้นฐานแนวคิดเศรษฐกิจพอเพียง ผลการศึกษา พบว่า การน้อมนำแนวคิดเศรษฐกิจพอเพียงมาใช้ในการพัฒนาวิถีชีวิตสุขภาพชุมชน ประกอบด้วย ด้านอาหาร โดยกินตามความต้องการและจำเป็นต่อร่างกายการดำรงชีวิตรู้จักนำภูมิปัญญาท้องถิ่นมาใช้เกิดประโยชน์ต่อสุขภาพรู้จักพึ่งพาตนเองด้านออกกำลังกาย โดยเลือกออกกำลังกายให้เหมาะสมกับสภาพร่างกาย และด้านอารมณ์ โดยการรวมกลุ่มกันทำกิจกรรมต่างๆ เป็นการส่งเสริมสุขภาพจิต ในส่วนของการกำหนดรูปแบบการพัฒนาวิถีชีวิตสุขภาพของชุมชน พบว่า กรณีศึกษาจังหวัดตรังให้ความสำคัญและกระตุ้นเตือนประชาชนให้มีพฤติกรรมกินที่ถูกต้อง ส่งเสริมให้ประชาชนออกกำลังกายที่ถูกต้อง สม่่าเสมอและเหมาะสมกับวัย การส่งเสริมให้ประชาชนมีสุขภาพจิตที่ดีการส่งเสริมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ กรณีศึกษาจังหวัดพะเยา กิจกรรมวันเกิดสุขสันต์ รู้ทันสุขภาพ และกระบวนการงดเหล้าในงานศพ และกรณีศึกษาจังหวัดอุบลราชธานี การพัฒนาโครงสร้างของกลุ่ม กลุ่มเกษตรกรอินทรีย์ กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของแต่ละกลุ่ม การพัฒนาการเรียนรู้ชาวบ้านการพัฒนาเครือข่ายที่เข้ามามีส่วนร่วมในรูปแบบองค์กรชุมชน จัดตั้งสภาองค์กรในชุมชน ปรับกรอบการทำงาน ในส่วนของเครือข่ายภาคราชการ และทำงานที่ปลอดภัยนโยบายภาครัฐ

รจนา ภูไพบูลย์ และคณะ (2555) ได้ศึกษากระบวนการพัฒนาสุขภาพพอเพียงในชุมชนโดยใช้วิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) พบว่า ภาพรวมของกระบวนการพัฒนาชุมชนสุขภาพพอเพียงที่เน้นกระบวนการ PAR สามารถนำมาประยุกต์ใช้ร่วมกับแนวคิดเศรษฐกิจพอเพียงที่เป็นฐานคิดสำคัญนำสู่กระบวนการแก้ปัญหาและดูแลสุขภาวะชุมชนผลจากการถอดบทเรียนผลลัพธ์จากกระบวนการพัฒนา ได้แก่ สภาพพลวัตในชุมชนเศรษฐกิจพอเพียง สะท้อนระบบการดูแลชุมชนที่กระตุ้นให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชน ให้โอกาสแสดงความคิดเห็น และเสนอแนวคิดการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนของตน มีความสามัคคี ใกล้ชิดกันมากขึ้น ทั้งนี้มีปัจจัยเอื้อคือต้นทุนของชุมชนที่เป็นเงื่อนไขของเศรษฐกิจพอเพียงคือความมีน้ำใจ เอื้อเพื่อ ระหว่างชาวบ้านในชุมชนและการที่ชุมชนเป็นชุมชนเศรษฐกิจพอเพียงมาก่อน รับรู้แนวคิดการกินอยู่อย่างพอเพียงพอประมาณ มีเหตุผลและมีภูมิคุ้มกันมาแล้ว เป็นพื้นฐานต่อยอดนำสู่สุขภาพพอเพียงได้ จากการดำเนินการ พบว่า ผู้ที่ทำให้การดำเนินการสำเร็จได้ คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพตลอดโครงการ เป็นผู้ที่มีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ อย่างเข้มแข็ง สำหรับการพัฒนาสุขภาพระดับครอบครัว



และบุคคลเป็นผลจากการร่วมกิจกรรมโครงการย่อย ที่เกิดขึ้นตลอดระยะเวลาดำเนินโครงการ เพื่อทำให้เกิดการพึ่งตนเองด้านสุขภาพและดูแลซึ่งกันและกัน

มณี อากานันท์กกุล และคณะ (2554) ได้พัฒนาดัชนีชี้วัดสุขภาพพอเพียงระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน ภายใต้แนวคิดปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงรวมจำนวน 36 ตัวชี้วัด แบ่งเป็นระดับบุคคล 8 ตัวชี้วัดครอบครัว 12 ตัวชี้วัด และชุมชน 16 ตัวชี้วัด

มณี อากานันท์กกุล, รุจา ภูไพบูลย์ และกุสุมา คุววัฒนสัมฤทธิ์ (2558) ได้วิเคราะห์และบูรณาการดัชนีชี้วัดสุขภาพพอเพียงกับแนวคิดปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงโดยใช้ข้อมูลดัชนีชี้วัดสุขภาพพอเพียงจำนวน 36 ตัวชี้วัด พบว่า มี 5 ตัวชี้วัด เข้าได้กับด้านความประมาณ 7 ตัวชี้วัดเข้าได้กับด้านความมีเหตุผล 11 ตัวชี้วัดเข้าได้กับด้านการมีภูมิคุ้มกัน 9 ตัวชี้วัดเข้าได้กับด้านการมีความรู้ และ 4 ตัวชี้วัดเข้าได้กับด้านการมีคุณธรรม

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพพอเพียง สามารถสรุปได้ว่า งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพพอเพียงจะศึกษาในประเด็น กระบวนการสร้างและพัฒนาสุขภาพบนฐานเศรษฐกิจพอเพียง วิถีชีวิตสุขภาพบนฐานเศรษฐกิจพอเพียง รวมทั้งการสร้างและวิเคราะห์ดัชนีชี้วัดสุขภาพพอเพียง ซึ่งส่วนใหญ่ใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ และการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า กลไกที่สำคัญคือชมรมสร้างสุขภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งมีบทบาทในการจัดทำแผน สร้างการเรียนรู้ด้านสุขภาพโดยมีความสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย 3 อ. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์) เน้นกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม นอกจากนี้ความมีน้ำใจ เอื้อเฟื้อของคนในชุมชน และการรับรู้แนวคิดปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงเป็นต้นทุนสำคัญที่ทำให้เกิดการพึ่งตนเองด้านสุขภาพและดูแลซึ่งกันและกัน จะเห็นได้ว่างานวิจัยส่วนใหญ่จะมีหน่วยวิเคราะห์ (Unit of Analysis) ในระดับบุคคล และชุมชน เป็นกลุ่มประชากรในทุกช่วงวัย และเน้นกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเป็นหลัก ซึ่งยังไม่พบบางงานวิจัยที่ศึกษาเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุและผู้สูงวัย ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาการนำแนวคิดระบบสุขภาพพอเพียงมาประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้ของผู้สูงอายุและผู้สูงวัยเพื่อการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ

## ตอนที่ 4 การเรียนรู้และทฤษฎีโครงสร้าง-การหน้าที่นิยม

### 4.1 การเรียนรู้

#### 4.1.1 ความหมายของการเรียนรู้

พระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542 ให้ความหมายของการเรียนรู้ ว่าเป็นกระบวนการรับข้อมูล ข่าวสาร และประสบการณ์อันนำไปสู่การรู้แจ้งเห็นจริง และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของมนุษย์ที่เกี่ยวกับการรับรู้ ความเข้าใจ และการปรับเปลี่ยนทางความคิด และพฤติกรรมในขณะเดียวกัน

Crow and Crow (1969) กล่าวว่า การเรียนรู้เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลง การได้รับลักษณะนิสัย ความรู้ และทัศนคติทั้งหลาย การเรียนรู้ทำให้บุคคลมีการปรับตัวเอง เพื่อตอบสนองต่อสิ่งเร้าเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย และในกระบวนการเปลี่ยนแปลงนี้ครอบคลุมกับระบบต่างๆ ของร่างกายรวมทั้งด้านอารมณ์ ทัศนคติ การปรับตัวด้านสังคม

Wollfolk (1998) กล่าวว่า การเรียนรู้ เป็นกระบวนการที่เนื่องมาจากประสบการณ์ตรงและประสบการณ์อ้อมกระทำให้อินทรีย์เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมก่อนข้างถาวร

Mednick (1964) ได้ให้ความหมายของการเรียนรู้ ไว้ดังนี้

- 1) การเรียนรู้มีผลทำให้พฤติกรรมมีการเปลี่ยนแปลง
- 2) การเรียนรู้เป็นผลของการฝึกปฏิบัติ หรือฝึกฝน และทำให้พฤติกรรมเปลี่ยนแปลง
- 3) การเรียนรู้เป็นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในลักษณะค่อนข้างถาวร
- 4) การเรียนรู้ไม่อาจสังเกตหรือเห็นได้โดยตรง การเรียนรู้เป็นเพียงตัวแปรหนึ่งของตัวแปรอื่นๆ อีกมากมายที่มีอิทธิพลต่อการกระทำ

เชียรศรี วิวิธสิริ (2527) กล่าวว่า การเรียนรู้ หมายถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ค่อนข้างถาวร อันเป็นผลมาจากประสบการณ์ การฝึกหัด และการปฏิบัติการ เป็นการกระทำจริง จะด้วยวิธีการที่ตั้งใจหรือไม่ตั้งใจก็ตาม การเรียนรู้ที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงนั้น สามารถจำแนกได้ 3 ด้าน ดังนี้

- 1) พฤติกรรมทางความรู้ คือ เปลี่ยนจากผู้ไม่รู้ให้เป็นรู้
  - 2) พฤติกรรมทักษะ คือ จากทำไม่เป็นให้ทำเป็น
  - 3) พฤติกรรมทางทัศนคติ คือ เปลี่ยนจากความรู้สึกไม่ชอบให้ชอบหรือจากชอบเป็นไม่ชอบ
- ซึ่งการเรียนรู้ที่สมบูรณ์ คือ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้ง 3 ด้าน

น้ำทิพย์ วิภาวิน (2547) กล่าวว่า การเรียนรู้เป็นกระบวนการในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอันเนื่องมาจากประสบการณ์ที่บุคคลได้รับมา ดังนั้นการเรียนรู้จึงเป็นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

ในทางที่ดีขึ้น โดยการเรียนรู้ทำให้เกิดประสบการณ์และประสบการณ์ทำให้เกิดการพัฒนาคุณภาพชีวิต

สุณีย์ ธีดากร (2542) กล่าวว่า การเรียนรู้ เป็นการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องของพฤติกรรม ซึ่งเป็นผลมาจากการได้รับประสบการณ์และการฝึกอบรมจนทำให้พฤติกรรมที่เกิดขึ้นเนื่องจากสาเหตุอื่นๆ เช่น วุฒิภาวะหรือพฤติกรรมที่เกิดจากการตอบสนองของระบบประสาทอัตโนมัติและไมรวมถึงพฤติกรรมที่ไม่เปลี่ยนแปลงชั่วคราวภายใต้อิทธิพลของฤทธิ์ยาบางอย่าง เช่น แอลกอฮอล์หรือยาเสพติด เป็นต้น

สุพัตราชาติบัญชาชัย (2548) กล่าวถึงการเรียนรู้ว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในสมอง โดยเกี่ยวข้องกับความจำ ความเข้าใจ การนึกคิด การวิเคราะห์ และการแก้ปัญหา การเรียนรู้ในเรื่องใด คือความเข้าใจความสัมพันธ์และการเชื่อมโยงของสิ่งต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับเรื่องนั้น หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งคือ การกระทำที่มีกระบวนการทางความคิดมาเกี่ยวข้องพร้อมกับการปฏิบัติเพื่อเกิดข้อสรุปผลลัพธ์ ทราบได้จากความเข้าใจของผู้เรียนต่อคำถาม หรือประเด็นที่ต้องการความชัดเจนในเรื่องนั้นๆ และสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้จริง การเรียนรู้จึงไม่ใช่การพูดลอยๆ แต่ควรระบุว่าเรียนรู้เรื่องอะไร คือเป้าหมายที่จะเรียน

จากความหมายของการเรียนรู้ สามารถสรุปได้ว่า การเรียนรู้เป็นกระบวนการรับข้อมูลข่าวสาร และสิ่งที่ได้มาจากประสบการณ์ทั้งทางตรงและทางอ้อม ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมค่อนข้างถาวรทั้งด้านความรู้ ทักษะและการปรับตัวทางสังคม

#### 4.1.2 ประเภทของการเรียนรู้

1) แบ่งตามเนื้อหาสาระของสิ่งที่เรียนรู้ (วรรณิ ลิ้มอักษร, 2541) ได้แก่ ข้อเท็จจริงหรือคำชี้แจง การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของการรู้การคิดในสาขาวิชาต่างๆ เพื่อให้เกิดความรู้ใหม่ขึ้นมา ความเชื่อพื้นฐานจากครอบครัว สังคม ประเพณีและวัฒนธรรมเจตคติการจูงใจ เกี่ยวกับการชอบหรือไม่ชอบทักษะในการควบคุมกล้ามเนื้อร่างกาย ภาษา ตัวเลข

2) แบ่งตามวิธีการเรียนรู้ (พรธิดา วิเชียรปัญญา, 2547) ได้แก่ (1) การเรียนรู้โดยการจำ (2) การเลียนแบบ (3) การหยั่งรู้ คือมองเห็นความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งเล็กน้อย หรือสถานการณ์ภาพรวมทั้งหมดจากการมองเห็นหรือมีปฏิริยาต่อส่วนรวมของสถานการณ์ทั้งหมด แยกแยะส่วนรวมเพื่อพิจารณาความสัมพันธ์ของส่วนย่อย และเกิดความเข้าใจอย่างแจ่มแจ้งหรือเกิดการหยั่งรู้ (4) แบบลองผิดลองถูก และ (5) สร้างมโนทัศน์ (Concept) มองเห็นลักษณะรวมของสิ่งที่จะเรียนก่อน แล้วพิจารณาเฉพาะของสิ่งนั้นต่อไป

จากแนวคิดของการเรียนรู้ สรุปได้ว่าเป็นกระบวนการรับข้อมูลข่าวสาร และสิ่งที่ได้มาจากประสบการณ์ทั้งทางตรงและทางอ้อม ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมค่อนข้างถาวรทั้งด้านความรู้ ทักษะและการปรับตัวทางสังคม ซึ่งมีความหลากหลายทั้งเนื้อหาสาระของการเรียนรู้ และวิธีการเรียนรู้ สามารถนำมาเป็นกระบวนการหนึ่งในการส่งเสริมการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ ทั้งในด้านสุขภาพ ด้านการมีส่วนร่วมทางสังคม และด้านหลักประกันในชีวิต

#### 4.2 ทฤษฎีโครงสร้างหน้าที่ของโรเบิร์ต เมอร์ตัน (Robert Merton's Structural Functionalism)

เมอร์ตัน (Merton) ได้แต่งหนังสือ “Toward the Codification of Functional Analysis in Sociology” โดยวิจารณ์ทฤษฎีโครงสร้าง-หน้าที่ว่าสมมุติฐานของการวิเคราะห์เกี่ยวกับหน้าที่มี 3 ประการคือ 1) สมมุติฐานเกี่ยวกับเอกภาพของหน้าที่ (The Postulate of Functional Unity) กล่าวคือ ความเชื่อและการปฏิบัติทางสังคมและวัฒนธรรมเป็นหน้าที่ต่อสังคม เท่ากับมีหน้าที่ต่อปัจเจกชน ความจริงคือถูกสำหรับสังคมเล็กดั้งเดิม แต่ใช้กับสังคมใหญ่ ๆ และสลับซับซ้อนกว่าไม่ได้ 2) สมมุติฐานเกี่ยวกับลักษณะสากลของทฤษฎีหน้าที่ (The Postulate of Universal Functionalism) กล่าวคือโครงสร้างทางสังคมและวัฒนธรรมต้องมีหน้าที่เชิงบวก โดยแย้งว่าในโลกแห่งความจริง ไม่ใช่ทุกโครงสร้างที่เป็นแบบนี้ เช่น ลัทธิชาตินิยม มีหน้าที่เชิงลบ และ 3) สมมุติฐานว่าความไม่จำเป็น (The Postulate of Indispensability) กล่าวคือ ลักษณะของสังคมทั้งหมดจำเป็นต่อสังคม แต่ที่จริงแล้วยังมีระบบอื่นในสังคมที่ไม่จำเป็นด้วย

เมอร์ตันกล่าวว่า การวิเคราะห์ทฤษฎีโครงสร้าง-หน้าที่ ต้องเน้นที่กลุ่มคนองค์กรสังคมและวัฒนธรรม โดยเปลี่ยนจากวัตถุวิสัยเป็นจิตพิสัย กล่าวคือ บทบาททางสังคม (Social Role) แบบแผนของสถาบัน (Institutionalized Patterns) กระบวนการทางสังคม (Social Process) รูปแบบทางวัฒนธรรม (Cultural Patterns) บรรทัดฐานทางสังคม (Social Norms) การจัดกลุ่ม (Group Organization) โครงสร้างทางสังคม (Social Structure) และเครื่องมือสำหรับการควบคุมทางสังคม (Devices for Social Control)

หน้าที่ตามนิยามของเมอร์ตัน คือ สิ่งที่เกิดผลซึ่งสร้างไว้สำหรับการปรับตัวกับระบบที่กำหนดไว้ คือคนมักจะมองหน้าที่แต่ในทางบวก แต่ความเป็นจริงแล้ว หน้าที่ในทางลบก็มีเช่นกัน โครงสร้างหรือสถาบัน อาจจะทำให้เกิดผลในทางลบต่อสังคมเช่นกัน

ทฤษฎีสภาวะไร้ระเบียบของสังคม (Anomie Theory) ของเมอร์ตัน (Merton)

เป็นทฤษฎีที่มีแนวคิดว่าพฤติกรรมเบี่ยงเบนหรือพฤติกรรมอาชญากรรมเป็นผลผลิตของสังคมและวัฒนธรรมโดยโครงสร้างทางวัฒนธรรมเป็นตัวกำหนดเป้าหมายชีวิตของคนในสังคมหรือที่

เมอร์ตันเรียกว่าเป้าหมายทางวัฒนธรรม (Cultural Goal) แต่ขณะเดียวกันโครงสร้างทางสังคมจะเป็นตัวกำหนดวิถีทางหรือความประพฤติที่จะเข้าสู่เป้าหมายดังกล่าวหรือที่เมอร์ตันเรียกว่าวิถีทางสถาบัน (Institutionalized Means) สาเหตุที่ทำให้เกิดพฤติกรรมเบี่ยงเบนเนื่องมาจากความสามารถปรับตัวให้เข้ากับเงื่อนไขทั้งสองประการหรือเงื่อนไขใดเงื่อนไขหนึ่งการปรับตัวให้เข้ากับเงื่อนไขแบ่งเป็น 5 รูปแบบดังนี้ (Merton, 1938, p. 97)

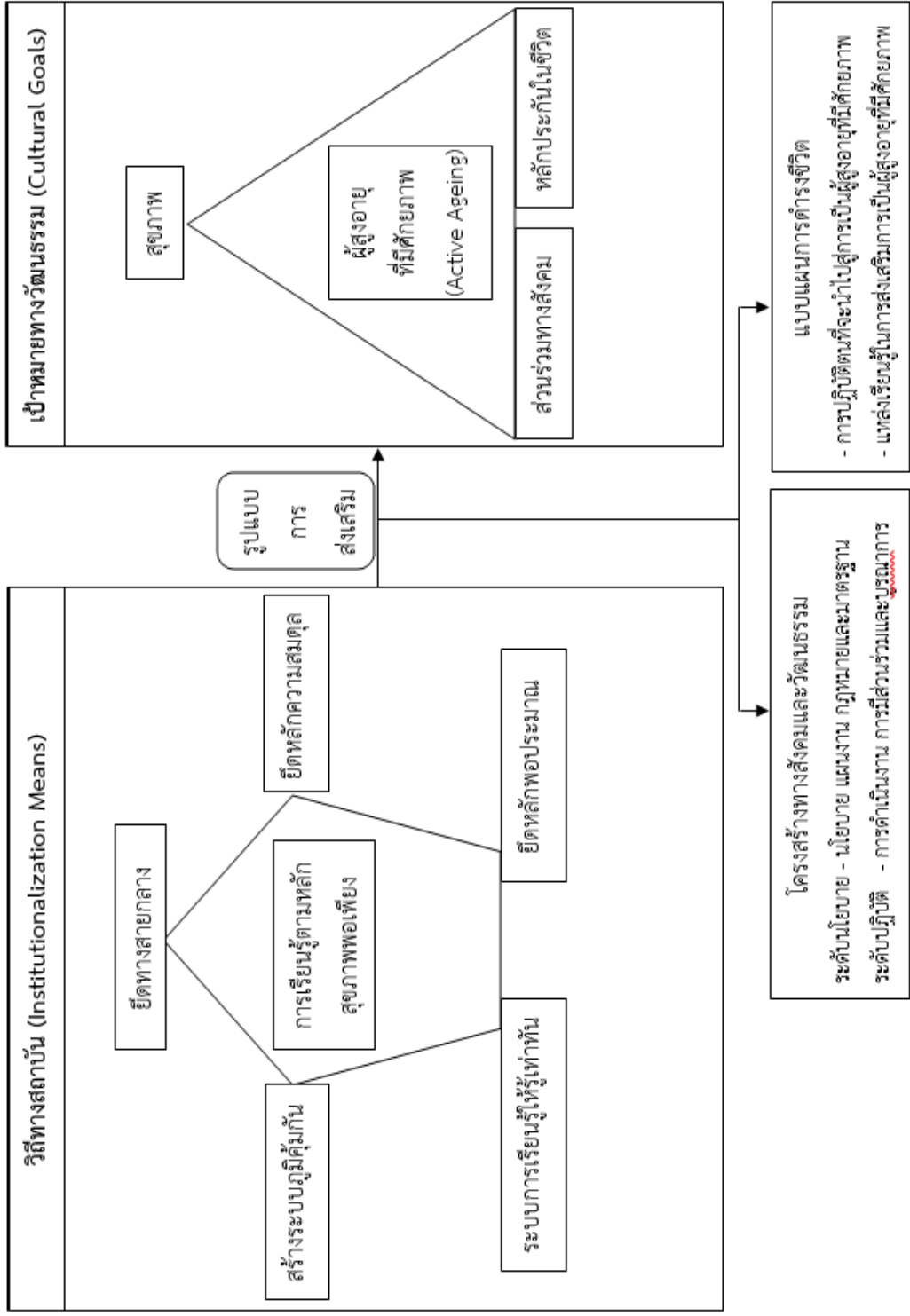
- 1) Conformity เป็นแบบการปรับตัวที่ยอมรับทั้งเป้าหมายทางวัฒนธรรมและวิถีทางสถาบัน  
อย่าง
- 2) Innovation เป็นแบบการปรับตัวที่ยอมรับเฉพาะเป้าหมายทางวัฒนธรรมแต่ไม่ยอมรับ  
วิถีทางสถาบัน
- 3) Ritualism เป็นแบบการปรับตัวที่ยอมรับเฉพาะวิถีทางสถาบันแต่ไม่ยอมรับเป้าหมายทาง  
วัฒนธรรม
- 4) Retreatism เป็นแบบการปรับตัวที่ไม่ยอมรับทั้งเป้าหมายทางวัฒนธรรมและวิถีทาง  
สถาบัน และไม่สนใจเป้าหมายทางวัฒนธรรมและวิถีทางสถาบันอีกต่อไป
- 5) Rebellion เป็นแบบการปรับตัวที่ไม่ยอมรับทั้งเป้าหมายทางวัฒนธรรมและวิถีสถาบันแต่  
ยังต้องการที่จะเปลี่ยนแปลงสังคมที่เป็นอยู่ไปอีกแนวหนึ่ง

จากแนวคิดของเมอร์ตันจะเห็นได้ว่าการที่คนในสังคมจะกลายเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพได้จะต้องมีการตั้งเป้าหมายร่วมกันคือการมีสุขภาพที่ดีทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต การมีส่วนร่วมทาง  
ในกิจกรรมทางสังคม และการมีหลักประกันในชีวิต เป็นเป้าหมายทางวัฒนธรรมร่วมกัน (Cultural  
Goal)การที่จะบรรลุซึ่งเป้าหมายดังกล่าวได้นั้น คนในสังคม ผู้ที่จะเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุ และตัว  
ผู้สูงอายุเอง ซึ่งอยู่ภายใต้โครงสร้างของสังคมไม่ว่าจะเป็นระบบการศึกษา ระบบสาธารณสุข และ  
ระบบสวัสดิการสังคมภายใต้วิถีสุขภาพพอเพียง อันประกอบด้วย ทางสายกลาง ความสมดุล ความ  
พอประมาณ ระบบภูมิคุ้มกัน และระบบการเรียนรู้ให้เท่าทัน ทั้งนี้ผู้สูงอายุอาจมีการแสดงพฤติกรรม  
การปรับตัวภายใต้ระบบสุขภาพพอเพียง แบ่งออกเป็น 1) Conformity เป็นแบบการปรับตัวที่ยอมรับ  
ทั้งเป้าหมาย คือการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพและปฏิบัติตามระบบสุขภาพพอเพียง 2) Innovation  
เป็นแบบการปรับตัวที่ยอมรับแต่เฉพาะเป้าหมาย คือการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ ในขณะที่เดียวกันก็  
ปฏิเสธระบบสุขภาพพอเพียงจากภาครัฐ แต่จะมีการดำเนินชีวิตภายใต้การระบบสุขภาพทางเลือก  
อื่นๆ เช่น วิถีแห่งการพึ่งตนเองทางสุขภาพของชุมชนวิถีแห่งสุขภาพเชิงพุทธศาสนา 3) Ritualism  
เป็นการปรับตัวที่ยอมรับเฉพาะแนวทางปฏิบัติตนภายใต้ระบบสุขภาพพอเพียงแต่ละเลยเป้าหมายใน  
การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ ซึ่งอาจจะมีการดำเนินชีวิตภายใต้ระบบสุขภาพพอเพียงเพื่อการเป็น  
ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี หรือเป็นผู้สูงอายุที่ยังคุณประโยชน์ 4) Retreatism เป็นแบบการปรับตัวที่ไม่

ยอมรับทั้งเป้าหมายการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ และแนวทางปฏิบัติตนภายใต้ระบบสุขภาพพอเพียง กล่าวคือไม่ได้ตั้งเป้าหมายการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ และไม่มีการเตรียมความพร้อมตามแนวทางระบบสุขภาพพอเพียงเพื่อการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพโดยจะดำเนินชีวิตไปวิถีทางของตนเอง และ 5) Rebellion เป็นแบบการปรับตัวที่ไม่ยอมรับทั้งเป้าหมายการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพและแนวทางการปฏิบัติตนภายใต้ระบบสุขภาพพอเพียง แต่ยังคงการที่จะเปลี่ยนแปลงสังคมที่เป็นอยู่อีกแนวทางหนึ่ง กล่าวคืออาจจะต้องการปฏิบัติตนภายใต้ยุคโลกาภิวัตน์โดยการดำรงตนภายใต้แนวคิดภาวะทันสมัย หรือเป็นการแพทย์ทางเลือกโดยใช้วาทกรรมทางด้านสุขภาพอื่นๆ

ดังนั้นในการส่งเสริมปัจจัยกำหนดผู้สูงอายุที่มีศักยภาพของประเทศไทย จึงควรให้ความสำคัญกับการดำเนินงานเพื่อส่งเสริมตัวกำหนดทางพฤติกรรม และปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุเพิ่มมากยิ่งขึ้น ซึ่งถือว่าเป็นปัจจัยภายในตัวผู้สูงอายุที่มีความสำคัญต่อการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ ซึ่งมีความสอดคล้องกับแนวคิดระบบสุขภาพพอเพียงที่จะสามารถเป็นวิถีทางสถาบัน (Institutionalized Means) เนื่องจากการขับเคลื่อนการดำเนินงานของระบบสุขภาพพอเพียงสามารถตอบสนองต่อปัจจัยกำหนดการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพได้อย่างครอบคลุม ทั้งนี้ในการดำเนินงานเพื่อให้เกิดระบบสุขภาพพอเพียงนั้นไม่ได้ดำเนินการแบบแยกส่วน หากจะดำเนินการอย่างเป็นองค์รวมโดยบูรณาการร่วมกันระหว่างโครงสร้างทางสังคมและวัฒนธรรม และแบบแผนการดำรงชีวิต โดยยึดหลักทางสายกลาง ความสมดุล ความพอประมาณ สร้างระบบภูมิคุ้มกัน และสร้างระบบการเรียนรู้ให้รู้เท่าทัน ซึ่งสามารถเป็นกลวิธีหลักในการขับเคลื่อนการดำเนินงานเพื่อส่งเสริมการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพได้ต่อไป ผู้วิจัยจึงได้พัฒนารอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังนี้

กรอบแนวคิดในการวิจัย



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

### บทที่ 3

#### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเรื่อง “การนำเสนอรูปแบบการส่งเสริมผู้สูงอายุที่มีศักยภาพบนฐานระบบสุขภาพพอเพียง” มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสภาพการส่งเสริมผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ 2) วิเคราะห์การเรียนรู้ในการส่งเสริมผู้สูงอายุที่มีศักยภาพบนฐานระบบสุขภาพพอเพียง และ 3) นำเสนอรูปแบบการส่งเสริมผู้สูงอายุที่มีศักยภาพบนฐานระบบสุขภาพพอเพียง โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ มีวิธีดำเนินการวิจัย ดังต่อไปนี้

#### 1. ศึกษาสภาพการส่งเสริมผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ

##### ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาเอกสารเกี่ยวกับการดำเนินงานเพื่อส่งเสริมการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ

การดำเนินการวิจัยในขั้นตอนนี้ เป็นการศึกษาเอกสาร (Documentary Study) เกี่ยวกับการดำเนินงานเพื่อส่งเสริมการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ ทั้งด้านสุขภาพ ด้านการมีส่วนร่วมทางสังคม และด้านหลักประกันในชีวิต ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพตามกรอบแนวคิดขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2002) โดยมีวิธีการดำเนินการวิจัย ดังนี้

##### 1.1 การสังเคราะห์กรอบแนวคิดในการศึกษาเอกสาร

ผู้วิจัยศึกษาข้อมูลจากเอกสาร ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานเพื่อส่งเสริมการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ เพื่อนำมาสังเคราะห์สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิเคราะห์เอกสาร ซึ่งจากการสังเคราะห์ข้อมูลทำให้สามารถแบ่งการดำเนินงานเพื่อส่งเสริมการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพเป็น 4 ด้าน ได้แก่ นโยบาย แผนงาน การมีส่วนร่วมและการบูรณาการ และกฎหมายและมาตรฐาน โดยแบ่งการดำเนินการออกเป็น 3 มิติ ได้แก่ มิติสุขภาพ มิติการมีส่วนร่วมทางสังคม และมิติหลักประกันในชีวิต

ผู้วิจัยใช้ผลจากการสังเคราะห์ข้อมูลดังกล่าว กำหนดเป็นกรอบแนวคิดในการวิเคราะห์เอกสาร จากนั้นดำเนินการตามขั้นตอนของการวิเคราะห์เอกสาร



## 1.2 วิธีการศึกษาเอกสาร

1.2.1 ผู้วิจัยได้ศึกษาข้อมูล ประกอบด้วย เอกสาร พระราชบัญญัติ หนังสือ รายงานการวิจัย บทความวิจัย และวิทยานิพนธ์ทั้งในระดับมหาบัณฑิตและดุษฎีบัณฑิต ซึ่งเป็นเอกสารปฐมภูมิ ในประเด็นเกี่ยวกับนโยบาย แผนงาน การมีส่วนร่วมและการบูรณาการ และกฎหมายและมาตรฐาน ที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ ทั้งด้านสุขภาพ ด้านการมีส่วนร่วมทางสังคม และด้านหลักประกันในชีวิต เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาสรุปเป็นประเด็นการดำเนินงานเพื่อส่งเสริมการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพตามกรอบแนวคิดในการศึกษาเอกสาร

1.2.2 ผู้วิจัยได้ศึกษาข้อมูลจากอินเทอร์เน็ต โดยการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ แนวโน้มเกี่ยวกับการดำเนินงานเพื่อส่งเสริมการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ ซึ่งเป็นเอกสารทุติยภูมิ เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาสรุปเป็นประเด็นหลักตามกรอบแนวคิดในการศึกษาเอกสาร

## 1.3 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเอกสาร

ผู้วิจัยคัดเลือกเอกสารที่นำมาวิเคราะห์โดยการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ซึ่งมีเกณฑ์ในการคัดเลือก ดังนี้

1.3.1 เป็นเอกสารที่เกี่ยวข้องกับนโยบาย แผนงาน การมีส่วนร่วมและการบูรณาการ และกฎหมายและมาตรฐาน ในการดำเนินการส่งเสริมการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ

1.3.2 เป็นเอกสารที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับการปฏิบัติตนที่จะนำไปสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ และการดำเนินงานส่งเสริมการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ ทั้งในด้านสุขภาพ การมีส่วนร่วมทางสังคม และหลักประกันในชีวิต

1.3.3 เป็นเอกสารที่จัดทำขึ้น ระหว่างปี พ.ศ. 2546-2559

## 1.4 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1.4.1 แบบศึกษาเอกสาร ซึ่งเป็นแบบบันทึกข้อมูลที่ได้จากการศึกษาเอกสารตามกรอบแนวคิดในการศึกษาเอกสาร

1.4.2 ผู้วิจัยใช้ตัวผู้วิจัยเป็นเครื่องมือการวิจัย โดยอ่าน และศึกษาเอกสารแต่ละเรื่องอย่างละเอียด เพื่อทำความเข้าใจและนำข้อมูลมาวิเคราะห์ สรุปเป็นประเด็นการดำเนินงานเพื่อส่งเสริมการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ ในด้านสุขภาพ การมีส่วนร่วมทางสังคม และหลักประกันในชีวิต

## 1.5 การรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบศึกษาเอกสาร และตัวผู้วิจัย โดยการอ่านและศึกษาเอกสารตามเกณฑ์ในข้อ 1.3 ตามกรอบแนวคิดในการศึกษาเอกสาร แล้ววิเคราะห์ สรุปเป็นประเด็นการ

ดำเนินงานเพื่อส่งเสริมการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ ในด้านสุขภาพ การมีส่วนร่วมทางสังคม และหลักประกันในชีวิต

### 1.6 การตรวจสอบข้อมูล

ผู้วิจัยพิจารณาเฉพาะเนื้อหาในเอกสารส่วนที่เกี่ยวข้องกับกรอบแนวคิดในการศึกษาเอกสาร เพื่อเลือกเอกสารที่เกี่ยวข้องตามเกณฑ์นำมาศึกษา จากนั้นตรวจสอบข้อมูลโดยพิจารณาความน่าเชื่อถือของแหล่งที่มาของเอกสาร ชื่อผู้แต่ง ปีที่พิมพ์ หน่วยงานที่พิมพ์ ว่ามีความครบถ้วน สมบูรณ์ น่าเชื่อถือหรือไม่

### 1.7 การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลจากการศึกษาเอกสาร ผู้วิจัยใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) โดยวิธีอุปนัย (Inductive) นำข้อมูลมาเรียบเรียงและจำแนกอย่างเป็นระบบ จากนั้นตีความหมาย เชื่อมโยงความสัมพันธ์ ลดทอนข้อมูล สกัดสาระ และสร้างข้อสรุป ในประเด็นการดำเนินงานเพื่อส่งเสริมการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ

### 1.8 การนำเสนอข้อมูล

ผู้วิจัยนำเสนอข้อมูลการดำเนินงานส่งเสริมการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ ในด้านสุขภาพ การมีส่วนร่วมทางสังคม และหลักประกันในชีวิต ในรูปแบบความเรียง

## ขั้นตอนที่ 2 การสำรวจระดับการปฏิบัติตนที่จะนำไปสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ และระดับความคิดเห็นต่อการดำเนินงานส่งเสริมการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ

การดำเนินการวิจัยในขั้นตอนนี้ เป็นการวิจัยเชิงสำรวจโดยใช้แบบสอบถาม เพื่อสำรวจระดับการปฏิบัติตนที่จะนำไปสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ และความคิดเห็นต่อการดำเนินงานส่งเสริมการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ โดยมีวิธีการดำเนินการวิจัยดังนี้

### 2.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

2.1.1 ประชากร คือ ผู้เข้าสู่วัยสูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 50-59 ปี และผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ จำนวน 1,635,690 คน (สมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย, 2556)

2.1.2 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้เข้าสู่วัยสูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 50-59 ปี และผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ จำนวน 800 คน ซึ่งผู้วิจัยคำนวณโดยใช้สูตรของ Taro Yamane (1987) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ยอมให้เกิดความคลาดเคลื่อนได้  $\pm 5\%$  ซึ่งจากการคำนวณได้ขนาดตัวอย่าง 400 คน เพื่อการเป็นตัวแทนของประชากรและความ

นำเชื่อถือของข้อมูล ผู้วิจัยได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีก 100% โดยผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ด้วยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multistage Sampling) ซึ่งดำเนินการดังนี้

1) ผู้วิจัยจำแนกประชากรออกเป็น 4 ภาค ด้วยวิธีสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม (Cluster Sampling) ได้แก่ ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคกลางและตะวันออก และภาคใต้ จากนั้นสุ่มจังหวัดในแต่ละภาค ภาคละหนึ่งจังหวัด โดยใช้วิธีสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) และกรุงเทพมหานคร ที่ผู้วิจัยเลือกอย่างเจาะจง ได้จังหวัดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 จังหวัด เป็นตัวแทนของภาคต่างๆ ดังนี้

- 1.1) ภาคเหนือ ได้แก่ จังหวัดลำปาง
- 1.2) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้แก่ จังหวัดนครราชสีมา
- 1.3) ภาคกลางและตะวันออก ได้แก่ จังหวัดนครปฐม
- 1.4) ภาคใต้ ได้แก่ จังหวัดสงขลา
- 1.5) กรุงเทพมหานคร

2) ผู้วิจัยสุ่มพื้นที่ในเขตเทศบาล และนอกเขตเทศบาล ในจังหวัดที่สุ่มได้ในขั้นตอนที่ 1 ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ยกเว้น กรุงเทพมหานคร ผู้วิจัยเลือกอย่างเจาะจงในพื้นที่เขตดินแดง เนื่องจากเป็นพื้นที่ที่มีศูนย์บริการผู้สูงอายุตั้งอยู่ ทำให้ได้พื้นที่กระจายอยู่ในจังหวัดต่างๆ ดังนี้

- 2.1) จังหวัดลำปาง
  - พื้นที่ในเขตเทศบาล คือ เทศบาลตำบลทุ่งรวงทอง อำเภอแม่วาง
  - พื้นที่นอกเขตเทศบาล คือ องค์การบริหารส่วนตำบลทุ่งรวงทอง อำเภอแม่วาง
- 2.2) จังหวัดนครราชสีมา
  - พื้นที่ในเขตเทศบาล คือ เทศบาลตำบลในเมือง อำเภอพิมาย
  - พื้นที่นอกเขตเทศบาล คือ องค์การบริหารส่วนตำบลนิคมสร้างตนเอง อำเภอพิมาย
- 2.3) จังหวัดนครปฐม
  - พื้นที่ในเขตเทศบาล คือ เขตเทศบาลตำบลโพรงมะเดื่อ อำเภอเมือง
  - พื้นที่นอกเขตเทศบาล คือ เขตองค์การบริหารส่วนตำบลโพรงมะเดื่อ อำเภอเมือง
- 2.4) จังหวัดสงขลา
  - พื้นที่ในเขตเทศบาล คือ เทศบาลตำบลปรีก อำเภอสะเดา
  - พื้นที่นอกเขตเทศบาล คือ องค์การบริหารส่วนตำบลปรีก อำเภอสะเดา
- 2.5) กรุงเทพมหานคร
  - เขตดินแดง

3) ผู้วิจัยสุ่มผู้เข้าสู่วัยสูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 50-59 ปี และผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ด้วยวิธีการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ซึ่งมีเกณฑ์คือ เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ และเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 800 คน โดยจำแนกเป็นรายจังหวัด ดังนี้

3.1) จังหวัดลำปาง จำนวน 160 คน จำแนกเป็น

- พื้นที่ในเขตเทศบาล คือ เทศบาลตำบลทุ่งรวงทอง อำเภอแม่วาง จำนวน 80 คน
- พื้นที่นอกเขตเทศบาล คือ องค์การบริหารส่วนตำบลทุ่งรวงทอง อำเภอแม่วาง จำนวน 80 คน

3.2) จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 160 คน จำแนกเป็น

- พื้นที่ในเขตเทศบาล คือ เทศบาลตำบลในเมือง อำเภอพิมาย จำนวน 80 คน
- พื้นที่นอกเขตเทศบาล คือ องค์การบริหารส่วนตำบลนิคมสร้างตนเอง อำเภอพิมาย จำนวน 80 คน

3.3) จังหวัดนครปฐม จำนวน 160 คน จำแนกเป็น

- พื้นที่ในเขตเทศบาล คือ เขตเทศบาลตำบลโพรงมะเดื่อ อำเภอเมือง จำนวน 80 คน
- พื้นที่นอกเขตเทศบาล คือ เขตองค์การบริหารส่วนตำบลโพรงมะเดื่อ อำเภอเมือง จำนวน 80 คน

3.4) จังหวัดสงขลา

- พื้นที่ในเขตเทศบาล คือ เทศบาลตำบลปรีก อำเภอสะเดา จำนวน 80 คน
- พื้นที่นอกเขตเทศบาล คือ องค์การบริหารส่วนตำบลปรีก อำเภอสะเดา จำนวน 80 คน

3.5) กรุงเทพมหานคร

เขตดินแดง จำนวน 160 คน

## 2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

2.2.1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น เกี่ยวกับการปฏิบัติตนที่จะนำไปสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ และความคิดเห็นต่อการดำเนินงานส่งเสริมการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ โดยนำข้อมูลจากการทบทวนเอกสารและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และการศึกษาเอกสารจากการวิจัยขั้นตอนที่ 1 มาสังเคราะห์เพื่อสร้างแบบสอบถาม จากนั้นตรวจสอบ

ความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) และความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ จากนั้นนำแบบสอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตนที่จะนำไปสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ และความคิดเห็นต่อการดำเนินงานส่งเสริมการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน คือ ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญในด้านสวัสดิการสังคม ประชากรศาสตร์ สุขภาพ การศึกษานอกระบบ และการศึกษาตามอัธยาศัย ทำการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) และความเหมาะสมในการเรียงข้อคำถามหลักและคำถามรองในรอบที่หนึ่ง จากนั้นนำข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิไปปรับปรุงแบบสอบถาม

ผู้วิจัยใช้เกณฑ์ดัชนีวัดค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Item-Objective Congruency Index: IOC) มากกว่าหรือเท่ากับ 0.50 ขึ้นไป ซึ่งถือว่ามีความสอดคล้องกับเนื้อหา ผลการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา มีค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์รวมทั้งฉบับ เท่ากับ 0.89 แสดงว่าแบบสอบถาม มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย สามารถนำไปใช้ได้

ผู้วิจัยพัฒนาแบบสอบถามแบ่งเป็น 3 ตอน ดังนี้ (รายละเอียดแสดงในภาคผนวก ก)

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม เป็นแบบเลือกตอบและเติมตัวเลข จำนวน 20 ข้อ

ตอนที่ 2 การปฏิบัติตนที่จะนำไปสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพ จำนวน 11 ข้อ ด้านการมีส่วนร่วมทางสังคม จำนวน 10 ข้อ และด้านหลักประกันในชีวิต จำนวน 10 ข้อ โดยเป็นแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ รวมจำนวน 31 ข้อ

ตอนที่ 3 ความคิดเห็นต่อการส่งเสริมการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ แบ่งออกเป็น 6 ส่วน ได้แก่ การส่งเสริมจากครอบครัว จำนวน 6 ข้อ การส่งเสริมจากกลุ่มเพื่อน จำนวน 4 ข้อ การส่งเสริมจากสื่อมวลชน จำนวน 3 ข้อ การส่งเสริมจากอาสาสมัคร จำนวน 3 ข้อ การส่งเสริมจากหน่วยงานภาครัฐในพื้นที่ จำนวน 6 ข้อ การส่งเสริมจากเพื่อนร่วมงาน จำนวน 5 ข้อ และการส่งเสริมจากหน่วยงานต้นสังกัด จำนวน 5 ข้อ โดยเป็นแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ รวมจำนวน 32 ข้อ

2.2.2 นำแบบสอบถามการปฏิบัติตนที่จะนำไปสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ และความคิดเห็นต่อการดำเนินงานส่งเสริมการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ ไปทดลองใช้ (Try Out) กับผู้สูงอายุสูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 50-59 ปี และผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่ไม่ใช่ในกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เมื่อช่วงเดือนพฤศจิกายน 2557 ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางระกำ อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม

2.2.3 การดำเนินการทดลองใช้แบบสอบถาม ได้ประสานขอความอนุเคราะห์นักพัฒนาสังคม เจ้าหน้าที่วิเคราะห์นโยบายและแผน ของศูนย์พัฒนาสังคม หน่วยที่ 18 จังหวัดนครปฐม กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ จำนวน 5 คน เพื่อกำกับและประเมินผลแบบสอบถามให้เหมาะสมกับบริบทของผู้สูงอายุไทยยิ่งขึ้น แล้วนำผลการทดลองมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาในการคำนวณค่าความเชื่อมั่นมีค่าความเชื่อมั่น มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.91

### 2.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

2.3.1 ผู้วิจัยจัดทำข้อมูลการลงรหัส แบบสอบถามเรื่อง การปฏิบัติตนที่จะนำไปสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ และความคิดเห็นต่อการดำเนินงานส่งเสริมการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ รวมทั้งกลุ่มเป้าหมายในการเก็บแบบสอบถาม เพื่อประกอบการชี้แจงผู้ช่วยเก็บข้อมูลในการเก็บรวบรวมข้อมูลแบบสอบถาม

2.3.2 ผู้วิจัยประสานผู้อำนวยการสำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ เขต 4 5 10 และ 11 กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เพื่อขอความร่วมมือนักพัฒนาสังคม เจ้าหน้าที่พัฒนาสังคม เป็นผู้ช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล และลงพื้นที่ในแต่ละจังหวัดที่เป็นกลุ่มตัวอย่างการวิจัย สำหรับกรุงเทพมหานคร ประสานผู้อำนวยการศูนย์คุ้มครองสวัสดิภาพชุมชนเขตดินแดง เพื่อขอความร่วมมือเจ้าหน้าที่เป็นผู้ช่วยเก็บรวบรวมข้อมูลและลงพื้นที่เขตดินแดง

2.3.3 ผู้วิจัยประสานนัดหมายผู้ช่วยเก็บข้อมูล และลงพื้นที่ในแต่ละจังหวัดที่เป็นกลุ่มตัวอย่างการวิจัย โดยผู้วิจัยได้เดินทางไปชี้แจง และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองร่วมกับผู้ช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีรายละเอียดการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1) ผู้วิจัยชี้แจงการเก็บรวบรวมข้อมูลให้ผู้ช่วยเก็บข้อมูล ซึ่งเป็นนักพัฒนาสังคม และเจ้าหน้าที่พัฒนาสังคม จากสำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ให้ทราบถึงเหตุผลความจำเป็น วัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดเครื่องมือ การเก็บรวบรวมข้อมูล การชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม การตอบแบบสอบถาม การตรวจสอบความสมบูรณ์ของการตอบแบบสอบถาม

2) ผู้วิจัยและผู้ช่วยเก็บข้อมูล ศึกษาคู่มือลงรหัส และฝึกปฏิบัติในการใช้แบบสอบถาม โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์รายบุคคล

3) ผู้วิจัยและผู้ช่วยเก็บข้อมูล ร่วมกันวางแผนการเก็บข้อมูลผู้เข้าสู่วัยสูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 50-59 ปี และผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุและเข้าร่วมกิจกรรมอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน ในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง

2.3.4 ผู้วิจัยประสานผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ที่เป็นตำบลเป้าหมาย ซึ่งเป็นนายกเทศบาลตำบล และนายกองค์การบริหารส่วนตำบล เพื่อขออนุญาตและขอข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับชมรมผู้สูงอายุในพื้นที่ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการเก็บข้อมูลการวิจัย

2.3.5 ผู้วิจัยและผู้ช่วยเก็บข้อมูล ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลแบบสอบถาม โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์รายบุคคลซึ่งมีแบบสอบถามเป็นเครื่องมือ หากกลุ่มตัวอย่างไม่เข้าใจผู้วิจัยและผู้ช่วยเก็บข้อมูลอธิบายเพิ่มเติม จนกลุ่มตัวอย่างสามารถให้ข้อมูลและตอบแบบสอบถามครบทุกข้อ

2.3.6 ผู้วิจัยและผู้ช่วยเก็บข้อมูล ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลแบบสอบถาม จำนวน 800 ฉบับ ได้กลับคืนมา จำนวน 720 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 90 จากนั้นทำการตรวจสอบความถูกต้อง ความสอดคล้อง และความสมบูรณ์ของแบบสอบถามซึ่งมีความสมบูรณ์ทั้งหมด และประมวลข้อมูลด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์

## 2.4 การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลแบบสอบถาม โดยใช้โปรแกรมสถิติสำเร็จรูปทางสังคมศาสตร์ SPSS (Statistical Package for the Social Science) ด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ ซึ่งในการให้คะแนนแบบสอบถามพิจารณาจากเกณฑ์ต่อไปนี้

2.4.1 ระดับการปฏิบัติตนที่จะนำไปสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ

เลือกระดับ 1 หมายถึง ไม่คิดจะปฏิบัติ

เลือกระดับ 2 หมายถึง กำลังจะปฏิบัติ

เลือกระดับ 3 หมายถึง ปฏิบัติบ้างเป็นบางครั้ง

เลือกระดับ 4 หมายถึง ปฏิบัติอย่างจริงจัง

ทั้งนี้ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนเพื่อวิเคราะห์ข้อมูลรายข้อ และวิเคราะห์ข้อมูลแบบสอบถาม ตามรายละเอียดดังนี้

1) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ใช้สถิติเชิงบรรยาย (Descriptive Statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage)

2) วิเคราะห์ข้อมูลระดับการปฏิบัติตนที่จะนำไปสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ ใช้สถิติเชิงบรรยาย (Descriptive Statistics) ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

3) วิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับระดับการปฏิบัติตนที่จะนำไปสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ ใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ได้แก่ การทดสอบค่าที (t-test Independent Sample) การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One- Way ANOVA) และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Product – Moment Correlation Coefficient)

สำหรับการแปลความหมายของค่าเฉลี่ยระดับการปฏิบัติตนที่จะนำไปสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ กำหนดเกณฑ์ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 3.25 – 4.00 หมายถึง ระดับการปฏิบัติตนที่จะนำไปสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพระดับปฏิบัติอย่างจริงจัง

ค่าเฉลี่ย 2.50 – 3.24 หมายถึง ระดับการปฏิบัติตนที่จะนำไปสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพระดับปฏิบัติบ้างเป็นบางครั้ง

ค่าเฉลี่ย 1.75 – 2.49 หมายถึง ระดับการปฏิบัติตนที่จะนำไปสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพกำลังจะปฏิบัติ

ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.74 หมายถึง ระดับการปฏิบัติตนที่จะนำไปสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพระดับไม่คิดจะปฏิบัติ

#### 2.4.2 ระดับความคิดเห็นต่อการส่งเสริมการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ

เลือกระดับ 1 หมายถึง เห็นด้วยน้อยที่สุด

เลือกระดับ 2 หมายถึง เห็นด้วยน้อย

เลือกระดับ 3 หมายถึง เห็นด้วยปานกลาง

เลือกระดับ 4 หมายถึง เห็นด้วยมาก

เลือกระดับ 5 หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด

ทั้งนี้ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนเพื่อวิเคราะห์ข้อมูลรายข้อ และวิเคราะห์ข้อมูลแบบสอบถาม ด้วยการวิเคราะห์ระดับความคิดเห็นต่อการส่งเสริมการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย (Descriptive Statistics) ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

สำหรับการแปลความหมายของค่าเฉลี่ยระดับความคิดเห็นต่อการส่งเสริมการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ กำหนดเกณฑ์ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 4.21 – 5.00 หมายถึง ระดับความคิดเห็นต่อการส่งเสริมการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ ระดับเห็นด้วยมากที่สุด

ค่าเฉลี่ย 3.41 – 4.20 หมายถึง ระดับความคิดเห็นต่อการส่งเสริมการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ ระดับเห็นด้วยมาก

ค่าเฉลี่ย 2.61 – 3.40 หมายถึง ระดับความคิดเห็นต่อการส่งเสริมการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ ระดับเห็นด้วยปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.81 – 2.60 หมายถึง ระดับความคิดเห็นต่อการส่งเสริมการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ ระดับเห็นด้วยน้อย



ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.80 หมายถึง ระดับความคิดเห็นต่อการส่งเสริมการเป็นผู้สูงอายุที่มี ศักยภาพ ระดับเห็นด้วยน้อยที่สุด

## 2.5 การนำเสนอข้อมูล

ผู้วิจัยนำเสนอข้อมูลสรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลระดับการปฏิบัติตนที่จะนำไปสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ และระดับความคิดเห็นต่อการส่งเสริมเพื่อการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ ในรูปแบบคำบรรยายสรุป และตารางประกอบ

## 2. วิเคราะห์การเรียนรู้ในการส่งเสริมผู้สูงอายุที่มีศักยภาพบนฐานระบบสุขภาพพอเพียง

### ขั้นตอนที่ 3 การสัมภาษณ์ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ

การดำเนินการวิจัยในขั้นตอนนี้ ผู้ใช้วิจัยใช้การวิจัยเชิงสำรวจโดยใช้เทคนิคการสัมภาษณ์ เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลระดับนโยบาย ได้แก่ การกำหนดนโยบาย แผนงาน กฎหมายและมาตรฐานที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ รวมทั้งระดับปฏิบัติ ได้แก่ การดำเนินงาน การสร้างการมีส่วนร่วมและการบูรณาการการดำเนินงาน โดยมีวิธีการวิจัยดังนี้

#### 3.1 ผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key Informants)

เพื่อให้การวิจัยครั้งนี้ได้ผู้ให้ข้อมูลหลักที่สอดคล้องกับประเด็นที่ศึกษา ผู้วิจัยจึงใช้การเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยมีเกณฑ์ที่ใช้ในการคัดเลือก คือ เป็นผู้ที่มีประสบการณ์การดำเนินงานด้านผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 2 ปี และยินยอมให้ความร่วมมือในการทำวิจัย

จากนั้น ผู้วิจัยเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักแบบลูกโซ่ (Snowball Sampling) เชื่อมโยงไปถึงผู้ให้ข้อมูลหลักทั้งระดับนโยบายและระดับปฏิบัติ ทำให้ได้ผู้ให้ข้อมูลหลักจำนวน 20 คน ดังนี้

ระดับนโยบาย ได้แก่ อธิบดีกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ รองอธิบดีกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านส่งเสริมสวัสดิการสังคม ผู้อำนวยการกองยุทธศาสตร์และแผนงาน หัวหน้ากลุ่มแผนงานและงบประมาณ กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ ผู้อำนวยการกลุ่มงานวิจัยและติดตามประเมินผล กรมกิจการผู้สูงอายุ วัฒนธรรมจังหวัด นายกเทศบาลตำบลโพรงมะเดื่อ นายกองค์การบริหารส่วนตำบลโพรงมะเดื่อ นายกองค์การบริหารส่วนตำบลจักรวรรดิ และนายกเทศบาลตำบลดอนยายหอม จังหวัดนครปฐม

ระดับปฏิบัติ ได้แก่ ผู้อำนวยการศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางระกำ จังหวัดนครปฐม เจ้าหน้าที่ศูนย์พัฒนา

คุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุตำบลชี้เหล็ก จังหวัดเชียงใหม่ ครู ศูนย์ส่งเสริมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัยตำบลน้ำทรัพย์ จังหวัดเพชรบุรี เจ้าหน้าที่สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดนครปฐม เจ้าหน้าที่สำนักงานวัฒนธรรมจังหวัดนครปฐม พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านลาดปลาเค้า จังหวัดสุพรรณบุรี และพยาบาลวิชาชีพ ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค

### 3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยใช้แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้น เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานส่งเสริมการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ ผู้วิจัยกำหนดให้แบบสัมภาษณ์มี 7 ประเด็น ดังนี้ (แสดงในภาคผนวก ก)

- 1) การกำหนดนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการเตรียมความพร้อมสำหรับผู้เข้าสู่วัยสูงอายุ
- 2) การดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับการเตรียมความพร้อมสำหรับผู้เข้าสู่วัยสูงอายุ
- 3) การกำหนดนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ
- 4) การดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ
- 5) การเรียนรู้ในการปฏิบัติงานด้านผู้สูงอายุ
- 6) ความคิดเห็นเกี่ยวกับระบบสุขภาพพอเพียงสำหรับผู้สูงอายุ
- 7) ความคิดเห็นเกี่ยวกับการเรียนรู้ตามหลักสุขภาพพอเพียงเพื่อการปฏิบัติตนในการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ

### 3.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง มุ่งประเด็นคำถามที่เกี่ยวข้องกับนโยบายและการปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการเตรียมความพร้อมและการดำเนินงานส่งเสริมการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ ในด้านสุขภาพ ด้านการมีส่วนร่วมทางสังคม และด้านหลักประกันในชีวิต รวมทั้งความคิดเห็นที่เกี่ยวข้องกับการเรียนรู้ตามหลักสุขภาพพอเพียงในการดำเนินงานส่งเสริมการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ โดยมีขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

#### 3.3.1 การเตรียมการก่อนการเก็บข้อมูล

ผู้วิจัยติดต่อและขอเข้าพบผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานด้านผู้สูงอายุ ตามที่ได้คัดเลือกไว้ เพื่อแนะนำตัวผู้วิจัย การดำเนินงานวิจัย วัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และขอความอนุเคราะห์ในการให้ข้อมูลประกอบการวิจัย ซึ่งการติดต่อผู้ให้ข้อมูลหลักใช้การติดต่อ 2 วิธี คือ ติดต่อผ่านเลขานุการ และติดต่อด้วยตนเอง

### 3.3.2 ขั้นตอนการเก็บข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ ดังนี้

- 1) ผู้วิจัยเข้าพบผู้ให้ข้อมูลหลักตามวัน เวลา และสถานที่ที่ได้นัดหมาย แนะนำงานวิจัยวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัยซ้ำอีกครั้ง และให้ผู้ให้ข้อมูลหลักแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยใช้วาจา พร้อมทั้งขออนุญาตบันทึกเสียง
- 2) ผู้วิจัยสัมภาษณ์โดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่เตรียมไว้ล่วงหน้า
- 3) ผู้วิจัยตั้งใจฟังและติดตามฟังอย่างเอาใจใส่ สบตาหรือพยักหน้าเพื่อแสดงอาการสนใจ ติดตามข้อมูลที่ได้ฟังและจดประเด็นที่สงสัยเพื่อที่จะกลับมาถามให้เกิดความกระจ่างอีกครั้ง รวมทั้งถามคำถามให้เหมาะสมกับจังหวะของผู้ตอบ
- 4) การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลักคนละ 1-2 ครั้ง ครั้งละเฉลี่ยประมาณ 1 ชั่วโมง ถึง 1 ชั่วโมง 30 นาที
- 5) ปิดการสัมภาษณ์เมื่อครบประเด็นการสัมภาษณ์ และกล่าวขอบคุณผู้ให้ข้อมูลหลักที่ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์แก่ผู้วิจัย และหากพบว่าข้อมูลยังไม่ครบถ้วนในประเด็นใดจะขออนุญาตกลับมาสัมภาษณ์อีกครั้ง โดยจะประสานผ่านเลขานุการ หรือประสานโดยตรงก่อนเข้าไปสัมภาษณ์

### 3.4 การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) โดยนำข้อมูลมาเรียบเรียงและจำแนกอย่างเป็นระบบ โดยจำแนกข้อมูลออกเป็นข้อมูลด้านนโยบาย ด้านแผนงาน ด้านการมีส่วนร่วมและการบูรณาการ และด้านกฎหมายและมาตรฐาน จากนั้นตีความหมาย เชื่อมโยงความสัมพันธ์ ลดทอนข้อมูล สกัดสาระ สร้างข้อสรุป โดยวิเคราะห์การเรียนรู้ตามหลักสุขภาพพอเพียง ประกอบด้วยการเรียนรู้ด้วยการยึดหลักทางสายกลาง ยึดหลักความสมดุล ยึดหลักความพอประมาณ สร้างระบบภูมิคุ้มกัน และสร้างระบบการเรียนรู้ให้เท่าทัน

### 3.5 การนำเสนอข้อมูล

ผู้วิจัยนำเสนอข้อมูลผลการศึกษาคำเนินงานส่งเสริมการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ และผลการวิเคราะห์การเรียนรู้ตามหลักสุขภาพพอเพียง ในรูปแบบความเรียง

## ขั้นตอนที่ 4 การสัมภาษณ์และติดตามการดำเนินชีวิตประจำวันของกรณีศึกษาผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ

ในขั้นตอนนี้ ผู้วิจัยใช้วิธีการวิจัยโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-dept Interview) และการสังเกตแบบมีส่วนร่วม (Participant Observation) เพื่อศึกษาการปฏิบัติตนที่จะนำไปสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ และติดตามการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ

### 4.1 การเลือกกรณีศึกษา

เพื่อให้การวิจัยครั้งนี้ได้ผู้ให้ข้อมูลหลักที่สอดคล้องกับประเด็นที่ศึกษา ผู้วิจัยจึงใช้การเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยมีเกณฑ์ที่ใช้ในการคัดเลือกกรณีศึกษา คือ

- 4.1.1 ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป
- 4.1.2 มีสุขภาพดีทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต
- 4.1.3 สามารถช่วยเหลือตัวเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้
- 4.1.4 เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมอย่างต่อเนื่อง
- 4.1.5 มีความมั่นคงในชีวิต ทั้งในด้านเศรษฐกิจ ครอบครัว และสภาพแวดล้อม
- 4.1.6 ดำเนินชีวิตตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง
- 4.1.7 ยินยอมให้ความร่วมมือในการทำวิจัย

ผู้วิจัยได้พิจารณาเลือกกรณีศึกษาตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้ และเลือกกรณีศึกษาทั้งหมด 4 กรณีศึกษา (Multiple Case Study) เพื่อให้สามารถเปรียบเทียบประเด็นที่ต้องการศึกษาในบุคคลที่แตกต่างกัน กรณีศึกษาในการวิจัยครั้งนี้เป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพจากหมู่ที่ 9 ตำบลน้ำทรัพย์ อำเภอแก่งกระจาน จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 1 คน ผู้สูงอายุโรงเรียนผู้สูงอายุดินแดง จำนวน 1 คน และผู้สูงอายุจากชมรมผู้สูงอายุดินแดง จำนวน 1 คน และผู้สูงอายุชมรมไทเก๊กดินแดง จำนวน 1 คน

### 4.2 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยใช้แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้น เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลส่วนตัว และการปฏิบัติตนที่จะนำไปสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ ผู้วิจัยกำหนดให้แบบสัมภาษณ์มี 10 ประเด็น ดังนี้ (แสดงในภาคผนวก ก)

- 4.2.1 ข้อมูลส่วนบุคคล
- 4.2.2 ชีวิตในวัยเด็ก
- 4.2.3 ชีวิตในวัยทำงาน
- 4.2.4 ชีวิตในวัยสูงอายุ

- 4.2.5 มุมมองเกี่ยวกับการดำรงชีวิตที่จะนำไปสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพตามหลักสุขภาพพอเพียง
- 4.2.6 การเตรียมความพร้อมเพื่อการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ
- 4.2.7 ประเด็นท้าทายต่อการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ
- 4.2.8 การเรียนรู้ในการปฏิบัติตนตามหลักสุขภาพพอเพียงที่จะนำไปสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ
- 4.2.9 ความต้องการได้รับการสนับสนุนหรือส่งเสริมการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ
- 4.2.10 ประเด็นข้อสังเกตอื่นๆ

### 4.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง มุ่งประเด็นคำถามที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลส่วนบุคคล การปฏิบัติตนตั้งแต่วัยเด็ก วัยทำงาน และวัยสูงอายุ มุมมองเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตตามหลักสุขภาพพอเพียง การเรียนรู้ในการปฏิบัติตนตามหลักสุขภาพพอเพียงที่จะนำไปสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ รวมทั้งความต้องการในการสนับสนุนหรือส่งเสริมการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ โดยมีขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

#### 4.3.1 การเตรียมการก่อนการเก็บข้อมูล

- 1) ผู้วิจัยติดต่อและขอเข้าพบผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ ตามที่ได้คัดเลือกไว้ เพื่อแนะนำตัวผู้วิจัย การดำเนินงานวิจัย วัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และขอความอนุเคราะห์ในการให้ข้อมูลประกอบการวิจัย ซึ่งการติดต่อผู้ให้ข้อมูลหลักใช้การติดต่อ 2 วิธี คือ ติดต่อผ่านบุคคลที่รู้จักผู้สูงอายุที่เป็นกรณีศึกษาเป็นอย่างดี และติดต่อด้วยตนเอง
- 2) ผู้วิจัยศึกษาข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่เป็นกรณีศึกษาทั้ง 4 คน และข้อมูลชุมชนที่กรณีศึกษาอาศัยอยู่ เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานก่อนการสัมภาษณ์และสังเกตแบบมีส่วนร่วม บันทึกประเด็นข้อคำถามที่ต้องการความกระจ่างเพิ่มเติมจากการศึกษาข้อมูลเอกสาร เพื่อให้การเก็บรวบรวมข้อมูลมีความครอบคลุมและครบถ้วน

#### 4.3.2 ขั้นตอนการเก็บข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์และสังเกตแบบมีส่วนร่วม ดังนี้

- 1) ผู้วิจัยเข้าพบกรณีศึกษาตามวัน เวลา และสถานที่ที่ได้นัดหมาย แนะนำงานวิจัย วัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัยซ้ำอีกครั้ง และให้กรณีศึกษาแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยใช้เวลา พร้อมทั้งขออนุญาตบันทึกเสียง
- 2) ผู้วิจัยสัมภาษณ์โดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่เตรียมไว้ล่วงหน้า ทั้งนี้ผู้วิจัยได้สร้างสัมพันธภาพเพื่อให้เกิดความคุ้นเคย เป็นกันเอง โดยเริ่มจากการสนทนาในเรื่องทั่วไป เช่น วิถีชีวิตของคนในชุมชน

เหตุการณ์ข่าวสารปัจจุบัน สุขภาพโดยทั่วไปของผู้สูงอายุ ซึ่งในการสัมภาษณ์ผู้วิจัยพยายามสร้างบรรยากาศของความเป็นกันเอง

3) ผู้วิจัยตั้งใจฟังและติดตามฟังอย่างเอาใจใส่ สบตาหรือพยักหน้าเพื่อแสดงอาการสนใจ ติดตามข้อมูลที่ได้ฟังและจดประเด็นที่สงสัยเพื่อที่จะกลับมาถามให้เกิดความกระจ่างอีกครั้ง รวมทั้งถามคำถามให้เหมาะสมกับจังหวะของผู้ตอบ การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยสัมภาษณ์กรณีศึกษา คนละ 2-3 ครั้ง ครั้งละเฉลี่ยประมาณ 1 ชั่วโมง 30 นาที ถึง 2 ชั่วโมง

4) ปิดการสัมภาษณ์เมื่อครบประเด็นการสัมภาษณ์ และกล่าวขอบคุณกรณีศึกษาที่ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์แก่ผู้วิจัย และหากพบว่าข้อมูลยังไม่ครบถ้วนในประเด็นใดจะขออนุญาตกลับมาสัมภาษณ์อีกครั้ง โดยจะประสานผ่านเลขานุการ หรือประสานโดยตรงก่อนเข้าไปสัมภาษณ์

5) เก็บข้อมูลโดยการสังเกตแบบมีส่วนร่วม (Participant Observation) ในระหว่างเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่เป็นกรณีศึกษา ผู้วิจัยสังเกตสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตัวผู้สูงอายุ ลักษณะทางกายภาพของผู้สูงอายุ สภาพที่อยู่อาศัย พฤติกรรมการแสดงออกของผู้สูงอายุ บุคลิกภาพ รวมทั้งเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมกับผู้สูงอายุที่เป็นกรณีศึกษา เช่น การเข้าร่วมกิจกรรมศูนย์การเรียนรู้เศรษฐกิจพอเพียง กิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุ กิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ กิจกรรมชมรมไทเก๊ก โดยเฉลี่ยเป็นระยะเวลา 2-3 วัน

#### 4.4 การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) โดยวิธีอุปนัย (Inductive) วิเคราะห์การดำเนินชีวิตตามหลักการสุขภาพพอเพียง ได้แก่ ยึดหลักทางสายกลาง ยึดหลักความสมดุล ยึดหลักความพอประมาณ สร้างระบบภูมิคุ้มกัน และสร้างระบบเรียนรู้เท่าทัน นำข้อมูลมาเรียบเรียงและจำแนกอย่างเป็นระบบ จากนั้นตีความหมาย เชื่อมโยงความสัมพันธ์ ลดทอนข้อมูล สกัดสาระ ในประเด็นการเรียนรู้ตามหลักสุขภาพพอเพียงในการปฏิบัติที่จะนำไปสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ และสร้างข้อสรุปแบบแผนการดำรงชีวิตตามหลักสุขภาพพอเพียง

#### 4.5 การนำเสนอข้อมูล

ผู้วิจัยนำเสนอข้อมูลผลการวิเคราะห์ข้อมูลแบบการเรียนรู้ตามหลักสุขภาพพอเพียงตามแบบแผนการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ ในรูปแบบความเรียง

### 3. นำเสนอรูปแบบการส่งเสริมผู้สูงอายุที่มีศักยภาพบนฐานระบบสุขภาพพอเพียง

ขั้นตอนที่ 5 การสัมภาษณ์ กลุ่มผู้เชี่ยวชาญ เพื่อรวบรวมข้อมูลความคิดเห็นต่อรูปแบบการส่งเสริมการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพบนฐานระบบสุขภาพพอเพียง

ผู้วิจัยใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกรายบุคคล (In-Dept Interview) กลุ่มผู้เชี่ยวชาญ โดยมีวิธีการวิจัย ดังนี้

#### 5.1 กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก

นักวิชาการผู้เชี่ยวชาญ ด้านสุขภาพผู้สูงอายุ สวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ สังคมสงเคราะห์ศาสตร์ การศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย ซึ่งมีประสบการณ์ในการวิจัยหรือการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ อย่างน้อย 5 ปี จำนวน 6 คน

#### 5.2 ประเด็นการสัมภาษณ์

การดำเนินงานส่งเสริมเพื่อการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพหน่วยงานที่ควรมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมผู้สูงอายุที่มีศักยภาพการศึกษา/การเรียนรู้ เพื่อส่งเสริมการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ การดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุบนฐานระบบสุขภาพพอเพียง การส่งเสริมผู้สูงอายุที่มีศักยภาพบนฐานระบบสุขภาพพอเพียง และข้อคิดเห็น/ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

#### 5.3 เครื่องมือที่ใช้

แนวคำถามการสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ในประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบการส่งเสริมการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพบนฐานระบบสุขภาพพอเพียง

#### 5.4 การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) โดยวิธีอุปนัย (Inductive) วิเคราะห์การดำเนินงานทั้งในส่วนของกลไก วิธีการ และกิจกรรม นำข้อมูลมาเรียบเรียงและจำแนกอย่างเป็นระบบ จากนั้นตีความหมาย เชื่อมโยงความสัมพันธ์ ลดทอนข้อมูล สกัดสาระ และสร้างข้อสรุปในประเด็นการส่งเสริมการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพบนฐานระบบสุขภาพพอเพียง

#### 5.5 การนำเสนอข้อมูล

ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญต่อรูปแบบการส่งเสริมการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพบนฐานระบบสุขภาพพอเพียง ในรูปแบบความเรียง

## ขั้นตอนที่ 6 การสังเคราะห์รูปแบบการส่งเสริมผู้สูงอายุที่มีศักยภาพบนฐานระบบสุขภาพพอเพียง

6.1 ผู้วิจัยสรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลสภาพการส่งเสริมการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ และการเรียนรู้ในการส่งเสริมการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพบนฐานระบบสุขภาพพอเพียง ที่ได้จากการวิจัยขั้นตอนที่ 1-5 และนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปแบบความเรียง

6.2 ผู้วิจัยใช้ตารางสังเคราะห์ข้อมูลการเรียนรู้ตามหลักสุขภาพพอเพียงในการดำเนินงานส่งเสริมการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพในเชิงโครงสร้างทางสังคมและวัฒนธรรม และแบบแผนการดำรงชีวิตตามหลักสุขภาพพอเพียงของผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ ทั้งด้านสุขภาพ ด้านการมีส่วนร่วมทางสังคม ด้านหลักประกันในชีวิต ซึ่งยึดหลักทางสายกลาง ยึดหลักความสมดุล ยึดหลักความพอประมาณ สร้างระบบภูมิคุ้มกัน และสร้างระบบเรียนรู้ให้เท่าทัน และนำเสนอข้อมูลในรูปแบบความเรียง และแผนภาพ





## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยเรื่อง “การนำเสนอรูปแบบการส่งเสริมผู้สูงอายุที่มีศักยภาพบนฐานระบบสุขภาพพอเพียง” ผู้วิจัยได้ใช้วิธีดำเนินการวิจัยทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย การศึกษาเอกสาร (Documentary Study) การวิจัยเชิงสำรวจโดยใช้แบบสอบถาม การวิจัยเชิงสำรวจโดยใช้เทคนิคการสัมภาษณ์ การสังเกตแบบมีส่วนร่วม และการสัมภาษณ์เชิงลึกรายบุคคล (In-dept Interview) โดยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งเป็น 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ผลการศึกษาสภาพการส่งเสริมผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์การเรียนรู้ในการส่งเสริมผู้สูงอายุที่มีศักยภาพบนฐานระบบสุขภาพพอเพียง

ตอนที่ 3 การนำเสนอรูปแบบการส่งเสริมผู้สูงอายุที่มีศักยภาพบนฐานระบบสุขภาพพอเพียง

#### ตอนที่ 1 ผลการศึกษาสภาพการส่งเสริมผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ

การดำเนินงานเพื่อส่งเสริมการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ ประกอบด้วย ด้านสุขภาพ ทั้งในส่วนของโครงสร้างระบบบริการสุขภาพ การจัดบริการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก การสาธารณสุข มูลฐาน ด้านการมีส่วนร่วมทางสังคม มีบริการที่เกิดจากการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุและชุมชน และด้านหลักประกันในชีวิต มีเทคโนโลยีและสิ่งอำนวยความสะดวกช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตนเอง การสร้างหลักประกันและการออมของผู้สูงอายุ ตลอดจนการคุ้มครองจากภัยพิบัติทางธรรมชาติ ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสาร (Documentary Study) และวิจัยเชิงสำรวจโดยใช้แบบสอบถาม เพื่อสำรวจระดับการปฏิบัติตนที่จะนำไปสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ และความคิดเห็นต่อการส่งเสริมการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ โดยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลสภาพการส่งเสริมผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ระดับการปฏิบัติตนที่จะนำไปสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ การวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตนที่จะนำไปสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ และการส่งเสริมการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ ดังนี้

##### 1.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 720 คน ร้อยละ 60 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 40 เป็นเพศชาย ร้อยละ 44.8 มีอายุ 50-59 ปี มากที่สุด รองลงมาคือร้อยละ 35.9 มีอายุระหว่าง 60 - 69 ปี เกือบครึ่ง (ร้อยละ 49.9) จบการศึกษาระดับประถมศึกษาปีที่ 4 หรือ 6 ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 83.2) มีความสามารถในการอ่านออกเขียนได้ ร้อยละ 78.3 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 64.0 มีสถานภาพสมรสคือสมรส ร้อย

ละ 64.7 พักอยู่อาศัยกับบุตรมากที่สุด รองลงมาคือ ร้อยละ 63.4 อยู่อาศัยกับคู่สมรส เมื่อพิจารณาที่มาของรายได้ พบว่าร้อยละ 50.3 มีรายได้จากบุตร รองลงมาคือ ร้อยละ 32.1 มีรายได้จากคู่สมรส โดยร้อยละ 63.9 เป็นรายได้จากการประกอบอาชีพ มากที่สุด รองลงมาคือ ร้อยละ 28.3 เป็นรายได้จากเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ทั้งนี้ส่วนใหญ่ ร้อยละ 76.4 มีค่าใช้จ่ายจากการบริโภค อุปโภค มากที่สุด รองลงมาคือ ร้อยละ 10.9 เป็นค่าใช้จ่ายการศึกษาของบุตร หลาน ร้อยละ 7.1 เป็นค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ หรือโรคประจำตัว และร้อยละ 5.6 เป็นค่าใช้จ่ายในการทำบุญ ทำทาน บริจาค ตามลำดับ รายละเอียดตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
เพศ (n=720)		
ชาย	288	40.0
หญิง	432	60.0
อายุ (ปี) (n=719)		
ต่ำกว่า 60 ปี	322	44.8
60 - 69 ปี	258	35.9
70 - 79 ปี	98	13.6
80 ปี ขึ้นไป	41	5.7
ระดับการศึกษา (n=720)		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	65	9.0
เรียนแต่ไม่จบการศึกษา	55	7.6
จบประถมศึกษา 4 หรือ 6	359	49.9
จบมัธยมศึกษาปีที่ 3	88	12.2
จบมัธยมศึกษาปีที่ 6/ ปวช.	91	12.6
จบอนุปริญญา/ ปวส.	8	1.1
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	50	6.9
สูงกว่าปริญญาตรี	4	0.6
ความสามารถในการอ่านเขียน (n=720)		
อ่านออก/ เขียนได้	599	83.2
อ่านออก/ เขียนไม่ได้	31	4.3
อ่านไม่ออก/ เขียนไม่ได้	90	12.5
ศาสนา (n=720)		
พุทธ	564	78.3
คริสต์	6	0.8
อิสลาม	150	20.9
สถานภาพสมรส (n=720)		
โสด	57	7.9
สมรส	461	64.0
หม้าย	151	21.0
หย่าร้าง/ แยกกันอยู่	51	7.1

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
บุคคลที่พักอาศัยอยู่ด้วย (n=720)		
คู่สมรส (สามี - ภรรยา)	454	63.2
บุตร	466	64.8
หลาน	187	26.0
พี่/ น้อง	72	10.0
ญาติ	36	5.0
บุคคลที่เป็นแหล่งที่มาของรายได้ (n=720)		
คู่สมรส	231	32.3
บุตร	362	50.3
หลาน	19	2.7
ญาติ/ พี่น้อง	28	3.9
ตนเอง	517	71.8
แหล่งที่มาของรายได้ (n=717)		
การประกอบอาชีพ	458	63.9
บำเหน็จ/ บำนาญ	40	5.6
เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ	203	28.3
อื่นๆ	16	2.2
ค่าใช้จ่ายส่วนใหญ่ (n=717)		
โรคประจำตัว/ สุขภาพ	51	7.1
การศึกษาของบุตร/ หลาน	78	10.9
บริโภค/ อุปโภค	548	76.4
ทำบุญ/ทำทาน/บริจาค	40	5.6

### 1.1.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ

กลุ่มตัวอย่างเพศหญิง ร้อยละ 28.4 มีอายุระหว่าง 50-59 ปี มากที่สุด รองลงมาคือ ร้อยละ 19.9 มีอายุระหว่าง 60-64 ปี ร้อยละ 32.7 มีรายได้ 5,000-9,999 บาท/เดือน มากที่สุด รองลงมาคือ ร้อยละ 27.4 มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท/เดือน ร้อยละ 44.9 มีรายจ่าย ต่ำกว่า 5,000 บาท มากที่สุด รองลงมาคือ ร้อยละ 29.5 มีรายจ่าย 5,000-9,999 บาท/เดือน ร้อยละ 33.5 มีรายจ่ายด้านสุขภาพ หรือโรคประจำตัว ต่ำกว่า 500 บาท/เดือน มากที่สุด รองลงมาคือ ร้อยละ 22.8 มีรายจ่ายด้านสุขภาพ หรือโรคประจำตัว 500-999 บาท/เดือน และ ร้อยละ 22.0 มีรายจ่ายด้านสุขภาพ หรือโรคประจำตัว 1,000-1,499 บาท/เดือน ร้อยละ 63.2 ไม่มีหนี้สิน ซึ่งผู้ที่มีหนี้สิน ร้อยละ 47.4 มีหนี้สิน ต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 60.6 ไม่มีโรคประจำตัว ส่วนใหญ่ร้อยละ 96.7 มีผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วย โดยผู้ดูแลส่วนใหญ่ร้อยละ 76.2 เป็นบุตร รองลงมาคือ ร้อยละ 46.2 เป็นคู่สมรส เกือบครึ่ง ร้อยละ 49.1 ใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือในชีวิตประจำวัน ซึ่งร้อยละ 67.7 เป็นแว่นตา ร้อยละ 68.5 ยังคงประกอบอาชีพเกษตรกรรม/ประมง ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว และรับจ้างทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างเพศชาย ร้อยละ 16.4 มีอายุระหว่าง 50-59 ปี และร้อยละ 16.0 มีอายุระหว่าง 60-64 ปี ร้อยละ 33.8 มีรายได้ 5,000-9,999 บาท/เดือน มากที่สุด รองลงมาคือ ร้อยละ 23.2 มีรายได้ 10,000-14,999 บาท/เดือน ร้อยละ 39.4 มีรายจ่ายต่ำกว่า 5,000 บาท/เดือน และร้อยละ 32.9 มีรายจ่าย 5,000-9,999 บาท/เดือน ร้อยละ 55.6 มีรายจ่ายด้านสุขภาพ หรือโรคประจำตัว 500-1,499 บาท/เดือน ร้อยละ 56.1 ไม่มีหนี้สิน ซึ่งผู้ที่มีหนี้สิน ร้อยละ 43.1 มีหนี้สิน ต่ำกว่า 5,000 บาท และ ร้อยละ 29.3 มีหนี้สิน 55,000 บาท ขึ้นไป ร้อยละ 74.0 ไม่มีโรคประจำตัว ส่วนใหญ่ร้อยละ 96.9 มีผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วย โดยผู้ดูแลส่วนใหญ่ร้อยละ 64.7 เป็นบุตร รองลงมาคือ ร้อยละ 56.6 เป็นคู่สมรส กว่าครึ่งร้อยละ 50.3 ใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือในชีวิตประจำวัน ซึ่งร้อยละ 68.3 เป็นแว่นตา ร้อยละ 81.6 ยังคงประกอบอาชีพเกษตรกรรม/ประมง ค่าขาย/ธุรกิจส่วนตัว และรับจ้างทั่วไป รายละเอียดตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	เพศ		รวม
	ชาย	หญิง	
อายุ			
50-59 ปี	16.4% (118)	28.4% (204)	44.8% (322)
60-69 ปี	16.0% (115)	19.9% (143)	35.9% (258)
70-79 ปี	5.3% (38)	8.3% (60)	13.6% (98)
80 ปีขึ้นไป	2.4% (17)	3.3% (24)	5.7% (41)
รวม	40.1% (288)	59.9% (431)	100.0% (719)
รายได้ (บาท/เดือน)			
ต่ำกว่า 5,000	14.8% (42)	27.4% (115)	22.3% (157)
5,000-9,999	33.8% (96)	32.7% (137)	33.1% (233)
10,000-14,999	23.2% (66)	14.8% (62)	18.2% (128)
15,000-19,999	10.2% (29)	9.3% (39)	9.7% (68)
20,000-24,999	8.8% (25)	5.0% (21)	6.5% (46)
25,000-29,999	2.1% (6)	3.6% (15)	3.0% (21)
30,000 ขึ้นไป	7.0% (20)	7.2% (30)	7.1% (50)
รวม	40.4% (284)	59.6% (419)	100.0% (703)
รายจ่าย (บาท/เดือน)			
ต่ำกว่า 5,000	39.4% (109)	44.9% (184)	42.6% (293)
5,000-9,999	32.9% (91)	29.5% (121)	30.9% (212)
10,000-14,999	19.9% (55)	13.2% (54)	15.9% (109)
15,000-19,999	4.0% (11)	7.6% (31)	6.1% (42)
20,000-24,999	1.1% (3)	3.4% (14)	2.5% (17)
25,000-29,999	0.0% (0)	0.5% (2)	0.3% (2)
30,000 ขึ้นไป	2.9% (8)	1.0% (4)	1.7% (12)
รวม	40.3% (277)	59.7% (410)	100.0% (687)
รายจ่ายด้านสุขภาพ (บาท/เดือน)			
ต่ำกว่า 500	21.5% (34)	33.5% (85)	28.9% (119)
500-999	27.8% (44)	22.8% (58)	24.8% (102)

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	เพศ				รวม	
	ชาย		หญิง			
1,000-1,499	27.8%	(44)	22.0%	(56)	24.3%	(100)
1,500-1,999	1.9%	(3)	2.0%	(5)	1.9%	(8)
2,000- 2,999	10.8%	(17)	13.8%	(35)	12.6%	(52)
3,000-3,999	4.4%	(7)	3.1%	(8)	3.6%	(15)
4,000-4,499	1.3%	(2)	1.2%	(3)	1.2%	(5)
4,500-4,999	0.6%	(1)	0.4%	(1)	0.5%	(2)
5,000 ขึ้นไป	3.8%	(6)	1.2%	(3)	2.2%	(9)
รวม	38.3%	(158)	61.7%	(254)	100.0%	(412)
การมีหนี้สิน						
ไม่มีหนี้สิน	56.1%	(160)	63.2%	(273)	60.4%	(433)
มีหนี้สิน	43.9%	(125)	36.8%	(159)	39.6%	(284)
รวม	39.7%	(285)	60.3%	(432)	100.0%	(717)
จำนวนหนี้สิน						
ต่ำกว่า 5,000	43.1%	(72)	47.4%	(111)	45.6%	(83)
5,000-14,999	10.2%	(17)	4.7%	(11)	7.0%	(28)
15,000-24,999	4.2%	(7)	8.5%	(20)	6.7%	(27)
25,000-34,999	0.6%	(1)	5.6%	(13)	3.5%	(14)
35,000-44,999	1.2%	(2)	1.3%	(3)	1.2%	(5)
45,000-54,999	11.4%	(19)	10.7%	(25)	11.0%	(44)
55,000 ขึ้นไป	29.3%	(49)	21.8%	(51)	24.9%	(100)
รวม	41.6%	(167)	58.4%	(234)	100.0%	(401)
โรคประจำตัว						
ไม่มีโรคประจำตัว	74.0%	(213)	60.6%	(261)	(40.1%)	(288)
มีโรคประจำตัว	26.0%	(75)	39.4%	(170)	(59.9%)	(431)
รวม	65.9%	(474)	34.1%	(245)	(100.0%)	(719)
การมีผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วย						
ไม่มีผู้ดูแล (คน)	3.1%	(9)	3.5%	(15)	3.3%	(24)
มีผู้ดูแล(คน)	96.9%	(279)	96.5%	(417)	96.7%	(696)
รวม	40.0%	(288)	60.0%	(432)	100.0%	(719)
ผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วย						
คู่สมรส	56.6%	(162)	46.2%	(196)	50.4%	(358)
บุตร	64.7%	(185)	76.2%	(323)	71.5%	(508)
หลาน	11.2%	(32)	14.2%	(60)	13.0%	(92)
ญาติพี่น้อง	18.2%	(52)	16.0%	(68)	16.9%	(120)
เพื่อน	1.0%	(3)	0.5%	(2)	0.7%	(5)
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	0.7%	(2)	0.7%	(3)	0.7%	(5)
นักสังคมสงเคราะห์	0.0%	(0)	0.2%	(1)	0.1%	(1)
รวม	40.3%	(286)	59.7%	(424)	100.0%	(710)
การใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือในชีวิตประจำวัน						
ไม่ใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือ	49.7%	(143)	50.9%	220	50.4%	(363)
ใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือ	50.3%	(145)	49.1%	212	49.6%	(357)
รวม	40.0%	(288)	60.0%	432	100.0%	(720)
อุปกรณ์ช่วยเหลือในชีวิตประจำวัน						
แว่นตา	68.3%	(136)	67.7%	(193)	68.0%	(329)

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	เพศ				รวม	
	ชาย		หญิง			
ไม่เท่า	7.0%	(14)	8.1%	(23)	7.6%	(37)
ไม่เท่า 3 ขา	1.0%	(2)	1.4%	(4)	1.2%	(6)
เครื่องช่วยฟัง	0.0%	(0)	1.1%	(3)	0.6%	(3)
รถเข็น	0.5%	(1)	0.4%	(1)	0.4%	(2)
รวม	41.1%	(199)	58.9%	(285)	100.0%	(484)
การประกอบอาชีพในปัจจุบัน						
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	18.4%	(53)	31.5%	(136)	26.3%	(189)
เกษตรกรกรม/ประมง	36.5%	(105)	25.0%	(108)	29.6%	(213)
ราชการ/รัฐวิสาหกิจ	2.1%	(6)	5.1%	(22)	3.9%	(28)
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	24.0%	(69)	18.3%	(79)	20.6%	(148)
รับจ้างทั่วไป	18.8%	(54)	17.4%	(75)	17.9%	(129)
อื่นๆ	0.3%	(1)	2.8%	(12)	1.8%	(13)
รวม	40.0%	(288)	60.0%	(432)	100.0%	(720)

### 1.1.2 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามช่วงอายุ

กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 44.8 เป็นผู้ที่เข้าสู่วัยสูงอายุ (อายุ 50-59 ปี) ร้อยละ 35.9 เป็นผู้สูงอายุวัยต้น (อายุ 60-69 ปี) ร้อยละ 13.6 เป็นผู้สูงอายุวัยกลาง (อายุ 70-79 ปี) และร้อยละ 5.7 เป็นผู้สูงอายุวัยปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป)

ผู้ที่เข้าสู่วัยสูงอายุ ร้อยละ 26.5 มีรายได้ 5,000-9,999 บาท/เดือน มากที่สุด รองลงมาคือ ร้อยละ 26.2 มีรายได้ 10,000-14,999 บาท/เดือน ร้อยละ 38.7 มีรายจ่าย 5,000-9,999 บาท/เดือน รองลงมาคือ ร้อยละ 23.3 มีรายจ่ายต่ำกว่า 5,000 บาท/เดือน ร้อยละ 32.7 มีรายจ่ายด้านสุขภาพ 500 - 999 บาท/เดือน รองลงมาคือ ร้อยละ 31.6 มีรายจ่ายด้านสุขภาพ ต่ำกว่า 500 บาท/เดือน ร้อยละ 53.9 มีหนี้สิน ซึ่งร้อยละ 34.2 มีหนี้สิน มากกว่า 55,000 บาท รองลงมาคือ ร้อยละ 30.0 มีหนี้สิน ต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 75.1 ไม่มีโรคประจำตัว ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 95.7) มีผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วย มากกว่าครึ่ง ร้อยละ 57.8 ไม่ได้ใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือในชีวิตประจำวัน ร้อยละ 36.4 ประกอบอาชีพในอดีต รับจ้างทั่วไป รองลงมาคือ ร้อยละ 24.6 เคยประกอบอาชีพเกษตรกรกรม/ประมง และยังคงประกอบอาชีพเกษตรกรกรม ค้าขาย และรับจ้างทั่วไป

ผู้สูงอายุวัยต้น ร้อยละ 37.8 มีรายได้ 5,000-9,999 บาท/เดือน รองลงมาคือ ร้อยละ 26.9 มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท/เดือน มากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 54.0) มีรายจ่ายต่ำกว่า 5,000 บาท/เดือน รองลงมาคือ ร้อยละ 26.6 มีรายจ่าย 5,000-9,999 บาท/เดือน ร้อยละ 32.9 มีรายจ่ายด้านสุขภาพ ต่ำกว่า 500 บาท/เดือน รองลงมาคือ ร้อยละ 27.4 มีรายจ่ายด้านสุขภาพ 1,000-1,499 บาท/เดือน ร้อยละ 65.5 ไม่มีหนี้สิน ซึ่งผู้ที่มีหนี้สินเกือบครึ่ง (ร้อยละ 49.6) มีหนี้สิน ต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 64.3 ไม่มีโรคประจำตัว ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 98.1) มีผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วย มากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 51.9)

ไม่ได้ใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือในชีวิตประจำวัน ร้อยละ 32.3 ประกอบอาชีพในอดีตรับจ้างทั่วไป รองลงมา คือ เกษตรกรรม และค้าขาย ร้อยละ 66.7 ยังคงประกอบอาชีพเกษตรกรรม และค้าขาย

ผู้สูงอายุวัยกลาง ร้อยละ 40.6 มีรายได้ 5,000–9,999 บาท/เดือน รองลงมาคือ ร้อยละ 39.6 มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท/เดือน มากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 60.5) มีรายจ่ายต่ำกว่า 5,000 บาท/เดือน เกือบครึ่ง (ร้อยละ 49.2) มีรายจ่ายด้านสุขภาพ 500-1,499 บาท/เดือน ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 83.7) ไม่มีหนี้สิน โดยผู้ที่มีหนี้สิน ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 77.6) มีหนี้สินต่ำกว่า 5,000 บาท เกินครึ่ง (ร้อยละ 56.1) ไม่มีโรคประจำตัว ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 95.9) มีผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วย เกินครึ่ง (ร้อยละ 66.3) ใช้ อุปกรณ์ช่วยเหลือในชีวิตประจำวัน ร้อยละ 39.1 ประกอบอาชีพในอดีต คือเกษตรกรรม/ประมง รองลงมาคือ ร้อยละ 21.8 รับจ้างทั่วไป เกินครึ่ง (ร้อยละ 56.1) ยังคงประกอบอาชีพเกษตรกรรม/ประมง และค้าขาย

ผู้สูงอายุวัยปลาย เกินครึ่ง (ร้อยละ 52.5) มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท/เดือน รองลงมาคือ ร้อยละ 40.0 มีรายได้ 5,000 – 9,999 บาท/เดือน ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 91.4) มีรายจ่าย ต่ำกว่า 5,000 บาท/เดือน ร้อยละ 34.5 มีรายจ่ายด้านสุขภาพ 2,000–2,499 บาท/เดือน รองลงมาคือ ร้อยละ 27.6 มีรายจ่ายด้านสุขภาพ 1,000–1,499 บาท/เดือน ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 82.9) ไม่มีหนี้สิน โดยผู้ที่มีหนี้สิน ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 75.0) มีหนี้สินต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 70.7 มีโรคประจำตัว ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 97.6) มีผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วย ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 75.6) ใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือในชีวิตประจำวัน ร้อย ละ 38.5 ประกอบอาชีพในอดีต เกษตรกรรม/ประมง รองลงมาคือ ค้าขาย ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 87.8) ไม่ได้ประกอบอาชีพในปัจจุบัน รายละเอียดตามตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามช่วงอายุ

ตัวแปร	อายุ (ปี)				รวม
	50-59 ปี	60 - 69 ปี	70 - 79 ปี	80 ปีขึ้นไป	
รายได้(บาท/เดือน)					
ต่ำกว่า 5,000	31 (9.8%)	67 (26.9%)	38 (39.6%)	21 (52.5%)	157 (22.4%)
5,000 - 9,999	84 (26.5%)	94 (37.8%)	39 (40.6%)	16 (40.0%)	233 (33.2%)
10,000 - 14,999	83 (26.2%)	38 (15.3%)	6 (6.3%)	0 (0.0%)	127 (18.1%)
15,000 - 19,999	45 (14.2%)	19 (7.6%)	4 (4.2%)	0 (0.0%)	68 (9.7%)
20,000 - 24,999	34 (10.7%)	9 (3.6%)	3 (3.1%)	0 (0.0%)	46 (6.6%)
25,000 - 29,999	11 (3.5%)	5 (2.0%)	5 (5.2%)	0 (0.0%)	21 (3.0%)
30,000 ขึ้นไป	29 (9.1%)	17 (6.8%)	1 (1.0%)	3 (7.5%)	50 (7.1%)
รวม	317 (100%)	249 (100%)	96 (100%)	40 (100%)	702 (100.0%)
รายจ่าย (บาท/เดือน)					
ต่ำกว่า 5,000	73 (23.3%)	13 (54.0%)	52 (60.5%)	32 (91.4%)	293 (42.7%)
5,000 - 9,999	121 (38.7%)	67 (26.6%)	22 (25.6%)	1 (2.9%)	211 (30.8%)
10,000 - 14,999	69 (22.0%)	31 (12.3%)	7 (8.1%)	2 (5.7%)	109 (15.9%)
15,000 - 19,999	26 (8.3%)	13 (5.2%)	3 (3.5%)	0 (0.0%)	42 (6.1%)
20,000 - 24,999	14 (4.5%)	2 (0.8%)	1 (1.2%)	0 (0.0%)	17 (2.5%)
25,000 - 29,999	2 (0.6%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	2 (.3%)
30,000 ขึ้นไป	8 (2.6%)	3 (1.2%)	1 (1.2%)	0 (0.0%)	12 (1.7%)

ตัวแปร	อายุ (ปี)				รวม
	50-59 ปี	60 - 69 ปี	70 - 79 ปี	80 ปีขึ้นไป	
รวม	313 (100%)	252 (100%)	86 (100%)	35 (100%)	686 (100.0%)
รายจ่ายด้านสุขภาพ (บาท/เดือน)					
ต่ำกว่า 500	54 (31.6%)	48 (32.9%)	15 (23.1%)	2 (6.9%)	119 (29.0%)
500 - 999	56 (32.7%)	27 (18.5%)	16 (24.6%)	3 (10.3%)	102 (24.8%)
1,000 - 1,499	36 (21.1%)	40 (27.4%)	16 (24.6%)	8 (27.6%)	100 (24.3%)
1,500 - 1,999	2 (1.2%)	4 (2.7%)	1 (1.5%)	1 (3.4%)	8 (1.9%)
2,000 - 2,999	14 (8.2%)	18 (12.3%)	9 (13.8%)	10 (34.5%)	51 (12.4%)
3,000 - 3,999	4 (2.3%)	5 (3.4%)	2 (3.1%)	4 (13.8%)	15 (3.6%)
4,000 - 4,499	0 (0.0%)	3 (2.1%)	2 (3.1%)	0 (0.0%)	5 (1.2%)
4,500 - 4,999	0 (0.0%)	0 (0.0%)	2 (3.1%)	0 (0.0%)	2 (0.5%)
5,000 ขึ้นไป	5 (2.9%)	1 (0.7%)	2 (3.1%)	1 (3.4%)	9 (2.2%)
รวม	171 (100%)	146 (100%)	65 (100%)	29 (100%)	411 (100.0%)
การมีหนี้สิน					
ไม่มีหนี้สิน	147 (46.1%)	169 (65.5%)	82 (83.7%)	34 (82.9%)	432 (60.34%)
มีหนี้สิน	172 (53.9%)	89 (34.5%)	16 (16.3%)	7 (17.1%)	284 (39.66%)
รวม	319 (100%)	258 (100%)	98 (100%)	41 (100%)	716 (100.0%)
จำนวนหนี้สิน					
ต่ำกว่า 5,000	57 (30.0%)	66 (49.6%)	38 (77.6%)	21 (75.0%)	182 (45.5%)
5,000 - 14,999	8 (4.2%)	17 (12.8%)	3 (6.1%)	0 (0.0%)	28 (7.0%)
15,000 - 24,999	20 (10.5%)	6 (4.5%)	1 (2.0%)	0 (0.0%)	27 (6.8%)
25,000 - 34,999	10 (5.3%)	4 (3.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	14 (3.5%)
35,000 - 44,999	4 (2.1%)	0 (0.0%)	1 (2.0%)	0 (0.0%)	5 (1.3%)
45,000 - 54,999	26 (13.7%)	12 (9.0%)	1 (2.0%)	5 (17.9%)	44 (11.0%)
55,000 ขึ้นไป	65 (34.2%)	28 (21.1%)	5 (10.2%)	2 (7.1%)	100 (25.0%)
รวม	190 (100%)	133 (100%)	49 (100%)	28 (100%)	400 (100.0%)
โรคประจำตัว					
ไม่มีโรคประจำตัว	241 (75.1%)	166 (64.3%)	55 (56.1%)	12 (29.3%)	474 (66.0%)
มีโรคประจำตัว	80 (24.9%)	92 (35.7%)	43 (43.9%)	29 (70.7%)	244 (34.0%)
รวม	321 (100%)	258 (100%)	98 (100%)	41 (100%)	718 (100.0%)
ผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วย					
ไม่มีผู้ดูแล	14 (4.3%)	5 (1.9%)	4 (4.1%)	1 (2.4%)	24 (3.3%)
มีผู้ดูแล	308 (95.7%)	253 (98.1%)	94 (65.9%)	40 (97.6%)	695 (96.7%)
รวม	322 (100%)	258 (100%)	98 (100%)	41 (100%)	719 (100.0%)
การใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือ					
ไม่ใช้	186 (57.8%)	134 (51.9%)	33 (33.7%)	10 (24.4%)	363 (50.5%)
ใช้	136 (42.2%)	124 (48.1%)	65 (66.3%)	31 (75.6%)	356 (49.5%)
รวม	322 (100%)	258 (100%)	98 (100%)	41 (100%)	719 (100.0%)
อุปกรณ์ช่วยเหลือในชีวิตประจำวัน					
แว่นตา	137 (68.8%)	121 (70.8%)	54 (66.7%)	17 (53.1%)	329 (68.1%)
ไม้เท้า	1 (0.5%)	2 (1.2%)	13 (16.0%)	20 (62.5%)	36 (7.5%)
ไม้เท้า 3 ขา	0 (0.0%)	0 (0.0%)	4 (4.9%)	2 (6.3%)	6 (1.2%)
เครื่องช่วยฟัง	0 (0.0%)	1 (0.6%)	2 (2.5%)	0 (0.0%)	3 (0.6%)
รถเข็น	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	2 (6.3%)	2 (0.4%)
รวม	138 (100%)	124 (100%)	73 (100%)	41 (100%)	367 (100.0%)
การประกอบอาชีพในปัจจุบัน					
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	24 (7.5%)	86 (33.3%)	43 (43.9%)	36 (87.8%)	189 (26.3%)
เกษตรกรรม/ประมง	113 (35.1%)	76 (29.5%)	21 (21.4%)	3 (7.3%)	213 (29.6%)



ตัวแปร	อายุ (ปี)						รวม
	50-59 ปี		60 - 69 ปี		70 - 79 ปี		
ราชการ/รัฐวิสาหกิจ	28 (8.7%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	28 (3.9%)
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	77 (23.9%)	50 (19.4%)	19 (19.4%)	1 (2.4%)	1 (2.4%)	1 (2.4%)	147 (20.4%)
รับจ้างทั่วไป	68 (21.1%)	45 (17.4%)	15 (15.3%)	1 (2.4%)	1 (2.4%)	1 (2.4%)	129 (17.9%)
อื่นๆ	12 (3.7%)	1 (0.4%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	13 (1.8%)
รวม	322 (100%)	258 (100%)	98 (100%)	41 (100%)	41 (100%)	41 (100%)	719 (100.0%)

### 1.1.3 ข้อมูลรายได้ต่อเดือนและรายจ่ายด้านสุขภาพต่อเดือน

เมื่อพิจารณาข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างรายได้กับรายจ่ายด้านสุขภาพ พบว่า ผู้ที่มีรายได้น้อยจะมีสัดส่วนรายจ่ายด้านสุขภาพสูงกว่าผู้ที่มีรายได้มาก โดยร้อยละ 31.1 ของผู้ที่มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท/เดือน มีรายจ่ายด้านสุขภาพ 500-1,499 บาท/เดือน (คิดเป็น 0.40 % ของรายได้ต่อเดือน) ร้อยละ 31.0 ของผู้ที่มีรายได้ 5,000-9,999 บาท/เดือน มีรายจ่ายด้านสุขภาพ 1,000 - 1,499 บาท/เดือน (คิดเป็น 0.17 % ของรายได้ต่อเดือน) ร้อยละ 34.3 ของผู้ที่มีรายได้ 10,000 - 14,999 บาท/เดือน มีรายจ่ายด้านสุขภาพ 500-999 บาท/เดือน (คิดเป็น 0.06 % ของรายได้ต่อเดือน) ร้อยละ 42.9 ของผู้ที่มีรายได้ 15,000 - 19,999 บาท/เดือน มีรายจ่ายด้านสุขภาพต่ำกว่า 500 บาท/เดือน (คิดเป็น 0.01 % ของรายได้ต่อเดือน) เกือบครึ่ง (ร้อยละ 46.4) ของผู้ที่มีรายได้ 20,000 - 24,999 บาท/เดือน มีรายจ่ายด้านสุขภาพ 500 - 999 บาท/เดือน (คิดเป็น 0.03 % ของรายได้ต่อเดือน) ร้อยละ 36.4 ของผู้ที่มีรายได้ 25,000 - 29,999 บาท/เดือน มีรายจ่ายด้านสุขภาพ 1,000 - 1,499 บาท/เดือน (คิดเป็น 0.04 % ของรายได้ต่อเดือน) และร้อยละ 36.4 ของผู้ที่มีรายได้ 30,000 บาท/เดือน ขึ้นไป มีรายจ่ายด้านสุขภาพ ต่ำกว่า 500 บาท/เดือน (คิดเป็น 0.007 % ของรายได้ต่อเดือน) รายละเอียดตามตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ข้อมูลรายได้ต่อเดือนและรายจ่ายด้านสุขภาพต่อเดือน

รายได้ (บาท/เดือน)	รายจ่ายด้านสุขภาพ (บาท/เดือน)									รวม
	ต่ำกว่า 500	500-999	1,000- 1,499	1,500- 1,999	2,000- 2,999	3,000- 3,999	4,000- 4,499	4,500- 4,999	5,000 ขึ้นไป	
ต่ำกว่า5,000	15 (24.6%)	19 (31.1%)	19 (31.1%)	1 (1.6%)	7 (11.5%)	0 (.0%)	0 (.0%)	0 (.0%)	0 (.0%)	61 (15.3%)
5,000- 9,999	34 (21.9%)	28 (18.1%)	48 (31.0%)	5 (3.2%)	27 (17.4%)	10 (6.5%)	1 (.6%)	2 (1.3%)	0 (.0%)	155 (38.8%)
10,000 - 14,999	23 (32.9%)	24 (34.3%)	10 (14.3%)	0 (.0%)	6 (8.6%)	3 (4.3%)	2 (2.9%)	0 (.0%)	2 (2.9%)	70 (17.5%)
15,000 - 19,999	18 (42.9%)	10 (23.8%)	5 (11.9%)	2 (4.8%)	5 (11.9%)	0 (.0%)	0 (.0%)	0 (.0%)	2 (4.8%)	42 (10.5%)
20,000 - 24,999	8 (28.6%)	13 (46.4%)	4 (14.3%)	0 (.0%)	2 (7.1%)	0 (.0%)	0 (.0%)	0 (.0%)	1 (3.6%)	28 (7.0%)

รายได้ (บาท/เดือน)	รายจ่ายด้านสุขภาพ (บาท/เดือน)									รวม
	ต่ำกว่า 500	500-999	1,000- 1,499	1,500- 1,999	2,000- 2,999	3,000- 3,999	4,000- 4,499	4,500- 4,999	5000 ขึ้นไป	
25,000 - 29,999	3 (27.3%)	3 (27.3%)	4 (36.4%)	0 (0%)	1 (9.1%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	11 (2.8%)
30,000 ขึ้นไป	12 (36.4%)	4 (12.1%)	9 (27.3%)	0 (0%)	3 (9.1%)	1 (3.0%)	0 (0%)	0 (0%)	4 (12.1%)	33 (8.3%)
รวม	113 (28.3%)	101 (25.3%)	99 (24.8%)	8 (2.0%)	51 (12.8%)	14 (3.5%)	3 (.8%)	2 (.5%)	9 (2.3%)	400 (100.0%)

## 1.2 ระดับการปฏิบัติตนที่จะนำไปสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ

ระดับการปฏิบัติตนที่จะนำไปสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ มี 4 ระดับ ได้แก่ 1) ไม่คิดจะปฏิบัติ 2) กำลังจะปฏิบัติ 3) ปฏิบัติบ้างเป็นบางครั้ง และ 4) ปฏิบัติอย่างจริงจัง กลุ่มตัวอย่างมีระดับการปฏิบัติตนที่จะนำไปสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ อยู่ในระดับ 3 คือปฏิบัติบ้างเป็นบางครั้ง ( $\bar{x} = 2.902$ ) โดยมีการเตรียมความพร้อมด้านการมีส่วนร่วมทางสังคมมากที่สุด ( $\bar{x} = 3.093$ ) รองลงมาคือด้านสุขภาพ ( $\bar{x} = 3.010$ ) และด้านหลักประกันในชีวิต ( $\bar{x} = 2.604$ ) ตามลำดับ รายละเอียดตามตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ระดับการปฏิบัติตนที่จะนำไปสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ

การปฏิบัติตน	ระดับการปฏิบัติตน				$\bar{x}$ (n=720)	S.D.	แปลผล
	4	3	2	1			
ด้านสุขภาพ	1,820	2,569	867	449	3.010	0.850	ปฏิบัติบางครั้ง
ด้านการมีส่วนร่วมทางสังคม	1,900	2,264	625	395	3.093	0.842	ปฏิบัติบางครั้ง
ด้านหลักประกันในชีวิต	1,203	1,904	841	1198	2.604	1.042	ปฏิบัติบางครั้ง
รวม	4,923	6,737	2,333	2042	2.902	0.911	ปฏิบัติบางครั้ง

### 1.2.1 การปฏิบัติตนที่จะนำไปสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพด้านสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างให้ความสำคัญในการปฏิบัติตนด้านการรักษาโรค มากกว่าการส่งเสริมสุขภาพ หรือการป้องกันโรค และยังไม่ให้ความสำคัญกับการเรียนรู้ในการรักษาสุขภาพจิตวัยสูงอายุ และการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจและสังคมของผู้สูงอายุ รายละเอียดตามตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ระดับการปฏิบัติตนที่จะนำไปสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพด้านสุขภาพ

ข้อ	การปฏิบัติตน	ระดับการปฏิบัติตน				$\bar{x}$ n=720	S.D.	แปลผล
		4	3	2	1			
ด้านการศึกษา/เรียนรู้								
1.	ศึกษาหาความรู้เพื่อให้ทราบถึง การเปลี่ยนแปลงของร่างกายในวัย	76	323	70	51	2.815	0.800	ทำบ้าง
2.	เตรียมศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับการ เปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ และสังคม	111	237	102	64	2.769	0.928	ทำบ้าง
3.	ศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับการรักษา สุขภาพจิตวัยสูงอายุ	110	225	92	90	2.687	0.995	ทำบ้าง
4.	ศึกษาหาวิธีในการจัดการกับ ความเครียดทางอารมณ์	164	203	79	71	2.890	1.01	ทำบ้าง
ด้านการป้องกันรักษาสุขภาพ								
5.	เข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปี	233	203	68	16	3.256	0.799	ทำ
6.	หากมีปัญหาสุขภาพจะรีบจัดการ แก้ไขทันที เช่น ไปพบแพทย์	275	178	59	8	3.385	0.746	ทำ จริงจัง
ด้านการปฏิบัติตน								
7.	ออกกำลังกายสม่ำเสมอสัปดาห์ละ 3 วันๆ ละ 20-30 นาที	142	249	73	53	2.928	0.907	ทำบ้าง
8.	เลือกรับประทานอาหารที่มี ประโยชน์ ถูกหลักโภชนาการและ	199	253	62	6	3.240	0.701	ทำบ้าง
9.	นอนหลับเพียงพออย่างน้อย 8 ชั่วโมง/คืน	158	241	111	10	3.052	0.770	ทำบ้าง
ด้านสุขภาพจิต								
10.	ฝึกจิตใจเพื่อให้มีจิตที่สงบ เช่น การ นั่งสมาธิ	125	229	96	70	2.787	0.959	ทำบ้าง
11.	มองโลกในแง่ดีอยู่เสมอ	227	228	55	10	3.292	0.731	ทำ
รวม		1,820	2,569	867	449	3.010	0.85	ทำบ้าง

เมื่อพิจารณาตามช่วงอายุ พบว่า จุดเน้นของการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมกับช่วงวัย กล่าวคือ ผู้เข้าสู่วัยสูงอายุและผู้สูงอายุวัยต้น จะเน้นด้านการรักษาสุขภาพ แต่ในขณะที่ผู้สูงอายุวัยกลางให้ ความสำคัญกับการศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจและสังคมของผู้สูงอายุ เพื่อ เตรียมใจให้พร้อมที่จะเผชิญวัยสูงอายุ และผู้สูงอายุวัยปลายเริ่มให้ความสำคัญกับการป้องกันโรค การศึกษา/การเรียนรู้ และสุขภาพจิต ซึ่งควรมีการเตรียมความพร้อมตั้งแต่ก่อนวัยสูงอายุ รายละเอียด ตามตารางที่ 7



การเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพ	ระดับการเตรียมความพร้อม	ช่วงอายุ				รวม
		50-59 ปี	60-69 ปี	70-79 ปี	80 ปีขึ้นไป	
1. ศึกษาหาความรู้เพื่อให้ทราบถึงการเปลี่ยนแปลงของร่างกายในวัยสูงอายุ	ไม่คิดจะทำ	11.8% (38)	9.3% (24)	16.3% (16)	22.0% (9)	12.1% (87)
	กำลังจะทำ	14.3% (46)	15.1% (39)	21.4% (21)	7.3% (3)	15.2% (109)
	ทำบ้าง	65.2% (210)	64.7% (167)	46.9% (46)	53.7% (22)	61.9% (445)
	ทำอย่างจริงจัง	8.7% (28)	10.9% (28)	15.3% (15)	17.1% (7)	10.8% (78)
	รวม	44.8% (322)	35.9% (258)	13.6% (98)	5.7% (41)	100.0% (719)
2. เข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปี	ไม่คิดจะทำ	2.2% (7)	4.3% (11)	3.1% (3)	2.4% (1)	3.1% (22)
	กำลังจะทำ	21.7% (70)	10.1% (26)	14.3% (14)	4.9% (2)	15.6% (112)
	ทำบ้าง	38.8% (125)	48.4% (125)	42.9% (42)	36.6% (15)	42.7% (307)
	ทำอย่างจริงจัง	37.3% (120)	37.2% (96)	39.8% (39)	56.1% (23)	38.7% (278)
	รวม	44.8% (322)	35.9% (258)	13.6% (98)	5.7% (41)	100.0% (719)
3. ออกกำลังกายสม่ำเสมอ	ไม่คิดจะทำ	11.2% (36)	6.3% (16)	7.1% (7)	7.3% (3)	8.7% (62)
	กำลังจะทำ	20.2% (65)	37 (14.5%)	20 (20.4%)	1 (2.4%)	123 (17.2%)
	ทำบ้าง	50.0% (161)	55.7% (142)	49.0% (48)	68.3% (28)	52.9% (379)
	ทำอย่างจริงจัง	18.6% (60)	23.5% (60)	23.5% (23)	22.0% (9)	21.2% (152)
	รวม	45.0% (322)	35.6% (255)	13.7% (98)	5.7% (41)	100.0% (716)
4. เลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ถูกหลักโภชนาการ และเหมาะสมกับวัย	ไม่คิดจะทำ	2.2% (7)	0.4% (1)	1.0% (1)	2.4% (1)	10 (1.4%)
	กำลังจะทำ	16.1% (52)	10.9% (28)	13.3% (13)	2.4% (1)	13.1% (94)
	ทำบ้าง	56.8% (183)	55.0% (142)	57.1% (56)	65.9% (27)	56.7% (408)
	ทำอย่างจริงจัง	24.8% (80)	33.7% (87)	28.6% (28)	29.3% (12)	28.8% (207)
	รวม	44.8% (322)	35.9% (258)	13.6% (98)	5.7% (41)	100.0% (719)

ตารางที่ 7 ระดับการปฏิบัติตนที่จะนำไปสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพด้านสุขภาพ จำแนกตามช่วงอายุ

การเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพ	ระดับการเตรียมความพร้อม	ช่วงอายุ				รวม
		50-59 ปี	60-69 ปี	70-79 ปี	80 ปีขึ้นไป	
5. นอนหลับเพียงพออย่างน้อย 8 ชั่วโมง/คืน	ไม่คิดจะทำ	3.1% (10)	1.6% (4)	1.0% (1)	2.4% (1)	2.2% (16)
	กำลังจะทำ	23.0% (74)	18.6% (48)	16.3% (16)	7.3% (3)	141 (19.6%)
	ทำบ้าง	51.6% (166)	57.4% (148)	45.9% (45)	51.2% (21)	380 (52.9%)
	ทำอย่างจริงจัง	22.4% (72)	22.5% (58)	36.7% (36)	39.0% (16)	182 (25.3%)
	รวม	44.8% (322)	35.9% (258)	13.6% (98)	5.7% (41)	719 (100.0%)
6. หากมีปัญห สุขภาพจะรีบจัดการแก้ไขทันที	ไม่คิดจะทำ	3.4% (11)	0.4% (1)	0.0% (0)	0.0% (0)	1.7% (12)
	กำลังจะทำ	14.6% (47)	10.5% (27)	10.2% (10)	7.3% (3)	12.1% (87)
	ทำบ้าง	40.4% (130)	45.0% (116)	43.9% (43)	51.2% (21)	43.1% (310)
	ทำอย่างจริงจัง	41.6% (134)	44.2% (114)	45.9% (45)	41.5% (17)	43.1% (310)
	รวม	44.8% (322)	35.9% (258)	13.6% (98)	5.7% (41)	100.0% (719)
7. เตรียมศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ และสังคมของผู้สูงอายุ เพื่อเตรียมใจให้พร้อมที่จะเผชิญวัยสูงอายุ	ไม่คิดจะทำ	14.6% (46)	8.1% (21)	18.4% (18)	22.0% (9)	13.2% (94)
	กำลังจะทำ	27.8% (88)	29.1% (75)	21.4% (21)	12.2% (5)	26.5% (189)
	ทำบ้าง	46.8% (148)	46.5% (120)	29.6% (29)	39.0% (16)	43.9% (313)
	ทำอย่างจริงจัง	10.8% (34)	16.3% (42)	30.6% (30)	26.8% (11)	16.4% (117)
	รวม	44.3% (316)	36.2% (258)	13.7% (98)	5.8% (41)	100.0% (713)
8. ศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับการรักษาสุขภาพจิตวัยสูงอายุ	ไม่คิดจะทำ	14.4% (46)	19.8% (51)	20.4% (20)	9.8% (4)	16.9% (121)
	กำลังจะทำ	26.3% (84)	21.7% (56)	24.5% (24)	9.8% (4)	23.5% (168)
	ทำบ้าง	45.1% (144)	45.7% (118)	35.7% (35)	39.0% (16)	43.7% (313)
	ทำอย่างจริงจัง	14.1% (45)	12.8% (33)	19.4% (19)	41.5% (17)	15.9% (114)
	รวม	44.6% (319)	36.0% (258)	13.7% (98)	5.7% (41)	100.0% (716)

การเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพ	ระดับการเตรียมความพร้อม	ช่วงอายุ				รวม
		50-59 ปี	60-69 ปี	70-79 ปี	80 ปีขึ้นไป	
9. ผิดจิตใจเพื่อให้มีจิตที่สงบ	ไม่คิดจะทำ	14.9% (48)	9.7% (25)	12.2% (12)	7.3% (3)	12.2% (88)
	กำลังจะทำ	23.6% (76)	20.2% (52)	22.4% (22)	4.9% (2)	21.1% (152)
	ทำบ้าง	47.5% (153)	54.3% (140)	37.6% (37)	43.9% (18)	48.4% (348)
	ทำอย่างจริงจัง	14.0% (45)	15.9% (41)	27.6% (27)	43.9% (18)	18.2% (131)
	รวม	44.8% (322)	35.9% (258)	13.6% (98)	5.7% (41)	100.0% (719)
10. มองโลกในแง่ดีอยู่เสมอ	ไม่คิดจะทำ	2.8% (9)	1.9% (5)	2.0% (2)	0.0% (0)	2.2% (16)
	กำลังจะทำ	14.9% (48)	8.5% (22)	16.3% (16)	2.4% (1)	12.1% (87)
	ทำบ้าง	48.1% (155)	59.7% (154)	46.9% (46)	43.9% (18)	51.9% (373)
	ทำอย่างจริงจัง	34.2% (110)	29.8% (77)	34.7% (34)	53.7% (22)	33.8% (243)
	รวม	44.8% (322)	35.9% (258)	13.6% (98)	5.7% (41)	100.0% (719)
11. ศึกษาหาวิธีในการจัดการกับความเครียดทางอารมณ์	ไม่คิดจะทำ	15.4% (49)	8.5% (22)	13.3% (13)	2.4% (1)	11.9% (85)
	กำลังจะทำ	17.6% (56)	19.4% (50)	25.5% (25)	12.2% (5)	19.0% (136)
	ทำบ้าง	46.1% (147)	48.4% (125)	31.6% (31)	53.7% (22)	45.4% (325)
	ทำอย่างจริงจัง	21.0% (67)	23.6% (61)	29.6% (29)	31.7% (13)	23.7% (170)
	รวม	44.6% (319)	36.0% (258)	13.7% (98)	5.7% (41)	100.0% (716)

### 1.2.2 การปฏิบัติตนที่จะนำไปสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพด้านการมีส่วนร่วมทางสังคม

กลุ่มตัวอย่างให้ความสำคัญกับกิจกรรมที่ต้องมีการพบปะผู้อื่น ทั้งบุคคลในครอบครัว และชุมชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งเป็นกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับวัฒนธรรม ไม่ว่าจะเป็นศาสนา หรือประเพณี แต่ยังไม่ให้ความสำคัญกับการศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับงานอดิเรกที่ตรงกับความสนใจและเหมาะสมกับวัยสูงอายุ รายละเอียดตามตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ระดับการปฏิบัติตนที่จะนำไปสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพด้านการมีส่วนร่วมทางสังคม

ข้อ	การปฏิบัติตนด้านการมีส่วนร่วมทางสังคม	ระดับการปฏิบัติตน				$\bar{x}$ n=719	S.D.	แปลผล
		4	3	2	1			
1.	ด้านการศึกษา/เรียนรู้ ศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับงานอดิเรกที่ตรงกับความสนใจของตนเองและเหมาะสมกับวัยสูงอายุ	100	263	66	90	2.719	0.968	ทำบ้าง
2.	ด้านการวางแผน/เตรียมการ วางแผนที่จะเข้าร่วมกิจกรรมที่เป็นประโยชน์แก่สังคมเมื่อสูงอายุ	153	209	92	65	2.867	0.978	ทำบ้าง
3.	ปรับบทบาทมาเป็นผู้ให้คำปรึกษาของครอบครัว	208	211	67	33	3.145	0.875	ทำบ้าง
4.	ปรับบทบาทมาเป็นปู่ ย่า ตา ยาย ของลูกหลาน	230	188	70	28	3.201	0.871	ทำบ้าง
5.	ทดลองทำงานอดิเรก เพื่อพิจารณากิจกรรมที่เหมาะสมกับตนเอง	143	192	78	103	2.727	1.074	ทำบ้าง
6.	ด้านการมีส่วนร่วมกิจกรรมทางสังคม ติดต่อหรือไปมาหาสู่ลูกหลานหรือญาติพี่น้อง	247	246	20	6	3.414	0.624	ทำจริงจัง
7.	เข้าร่วมงานประเพณีต่างๆ ในชุมชน	221	239	44	15	3.283	0.740	ทำจริงจัง
8.	เข้าไปมีส่วนร่วมในการรวมตัวกันของคนในชุมชนที่พบปะกับคนหลายรุ่น	190	217	77	35	3.082	0.883	ทำบ้าง
9.	หากิจกรรมในการพบปะสังสรรค์ พูดคุย และใช้เวลาว่างในการทำกิจกรรมร่วมกันภายในกลุ่มเพื่อน	161	275	66	17	3.118	0.745	ทำบ้าง
10.	เข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา	247	224	45	3	3.378	0.666	ทำจริงจัง
	รวม	1,900	2,264	625	395	3.093	0.842	ทำบ้าง

เมื่อพิจารณาตามช่วงอายุ พบว่า จุดเน้นของการปฏิบัติตนมีความเหมาะสมกับช่วงวัย กล่าวคือ ผู้เข้าสู่วัยสูงอายุ ผู้สูงอายุวัยต้น และผู้สูงอายุวัยกลาง เน้นที่กิจกรรมทางสังคมซึ่งเป็นกิจกรรมนอกบ้านสามารถเข้าร่วมได้ ในส่วนของผู้สูงอายุวัยปลาย เน้นที่บทบาทที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ในครอบครัว รายละเอียดตามตารางที่ 9



ตารางที่ 9 ระดับการปฏิบัติตนที่จะนำไปสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพด้านการมีส่วนร่วมทางสังคม  
จำแนกตามช่วงอายุ

การเตรียมความพร้อมด้านการมีส่วนร่วมทางสังคม	ระดับการเตรียมความพร้อม	ช่วงอายุ				รวม
		50-59ปี	60-69 ปี	70-79 ปี	80 ปีขึ้นไป	
1. ติดต่อกับเพื่อนหรือญาติพี่น้อง	ไม่คิดจะทำ	0.6% (2)	1.9% (5)	0.0% 0	2.4% (1)	1.1% (8)
	กำลังจะทำ	5.6% (18)	5.1% (13)	2.0% (2)	2.4% (1)	4.7% (34)
	ทำบ้าง	43.5% (140)	47.1% (121)	54.1% (53)	53.7% (22)	46.8% (336)
	ทำอย่างจริงจัง	50.3% (162)	45.9% (118)	43.9% (43)	41.5% (17)	47.4% (340)
	รวม	44.8% (322)	35.8% (257)	13.6% (98)	5.7% (41)	100.0% (718)
2. ศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับงานอดิเรกที่ตรงกับความต้องการของตนเองและเหมาะสมกับวัยสูงอายุ	ไม่คิดจะทำ	17.1% (55)	10.5% (27)	19.4% (19)	17.1% (7)	15.0% (108)
	กำลังจะทำ	15.5% (50)	17.5% (45)	15.3% (15)	2.4% (1)	15.5% (111)
	ทำบ้าง	53.1% (171)	55.3% (142)	46.9% (46)	48.8% (20)	52.8% (379)
	ทำอย่างจริงจัง	14.3% (46)	16.7% (43)	18.4% (18)	31.7% (13)	16.7% (120)
	รวม	44.8% (322)	35.8% (257)	13.6% (98)	5.7% (41)	100.0% (718)
3. เข้าร่วมงานประเพณีต่างๆ ในชุมชน	ไม่คิดจะทำ	3.1% (10)	0.8% (2)	6.1% (6)	7.3% (3)	2.9% (21)
	กำลังจะทำ	7.1% (23)	9.7% (25)	1.3% (9)	2.4% (1)	8.1% (58)
	ทำบ้าง	47.5% (153)	52.9% (136)	53.1% (52)	58.5% (24)	50.8% (365)
	ทำอย่างจริงจัง	42.2% (136)	36.6% (94)	31.6% (31)	31.7% (13)	38.2% (274)
	รวม	44.8% (322)	35.8% (257)	13.6% (98)	5.7% (41)	100.0% (718)
4. วางแผนที่จะเข้าร่วมกิจกรรมที่เอื้อประโยชน์แก่สังคมเมื่อสูงอายุ	ไม่คิดจะทำ	12.1% (39)	7.4% (19)	16.3% (16)	7.3% (3)	10.7% (77)
	กำลังจะทำ	14.3% (46)	18.7% (48)	22.4% (22)	9.8% (4)	16.7% (120)
	ทำบ้าง	46.6% (150)	47.9% (123)	36.7% (36)	56.1% (23)	46.2% (332)
	ทำอย่างจริงจัง	27.0% (87)	26.1% (67)	24.5% (24)	26.8% (11)	26.3% (189)
	รวม	44.8% (322)	35.8% (257)	13.6% (98)	5.7% (41)	100.0% (718)
	ไม่คิดจะทำ	12.1% (39)	7.4% (19)	16.3% (16)	7.3% (3)	10.7% (77)

การเตรียมความพร้อมด้านการมีส่วนร่วมทางสังคม	ระดับการเตรียมความพร้อม	ช่วงอายุ				รวม
		50-59ปี	60-69 ปี	70-79 ปี	80 ปีขึ้นไป	
4. วางแผนที่จะเข้าร่วมกิจกรรมที่เป็นประจำ	กำลังจะทำ	14.3% (46)	18.7% (48)	22.4% (22)	9.8% (4)	16.7% (120)
เป็นประจำ	กำลังจะทำ	46.6% (150)	47.9% (123)	36.7% (36)	56.1% (23)	46.2% (332)
ประโยชน์แก่สังคมเมื่อสูงอายุ	ทำบ้าง	27.0% (87)	26.1% (67)	24.5% (24)	26.8% (11)	26.3% (189)
	จริงจัง	44.8% (322)	35.8% (257)	13.6% (98)	5.7% (41)	100.0% (718)
5. เข้าไปมีส่วนร่วมในการรวมตัวกันของคนในชุมชนที่พบปะกับคนหลายรุ่น	ไม่คิดจะทำ	7.5% (24)	3.5% (9)	8.2% (8)	9.8% (4)	6.3% (45)
	กำลังจะทำ	13.7% (44)	15.6% (40)	21.4% (21)	14.6% (6)	15.5% (111)
	ทำบ้าง	40.7% (131)	48.2% (124)	38.8% (38)	56.1% (23)	44.0% (316)
	ทำอย่างจริงจัง	38.2% (123)	32.7% (84)	31.6% (31)	19.5% (8)	34.3% (246)
	รวม	44.8% (322)	35.8% (257)	13.6% (98)	5.7% (41)	100.0% (718)
6. หากิจกรรมในการพบปะสังสรรค์ และใช้เวลาว่างในการทำกิจกรรมร่วมกัน	ไม่คิดจะทำ	3.1% (10)	1.6% (4)	6.1% (6)	2.4% (1)	2.9% (21)
	กำลังจะทำ	12.1% (39)	11.7% (30)	20.4% (20)	17.1% (7)	13.4% (96)
	ทำบ้าง	56.5% (182)	61.1% (157)	52.0% (51)	48.8% (20)	57.1% (410)
	ทำอย่างจริงจัง	28.3% (91)	25.7% (66)	21.4% (21)	31.7% (13)	26.6% (191)
	รวม	44.8% (322)	35.8% (257)	13.6% (98)	5.7% (41)	100.0% (718)
7. ปรึกษาบทบาทมาเป็นผู้ให้คำปรึกษาของครอบครัว	ไม่คิดจะทำ	3.4% (11)	7.4% (19)	5.1% (5)	4.9% (2)	5.2% (37)
	กำลังจะทำ	12.4% (40)	12.5% (32)	21.4% (21)	14.6% (6)	13.8% (99)
	ทำบ้าง	44.4% (143)	49.0% (126)	52.0% (51)	43.9% (18)	47.1% (338)
	ทำอย่างจริงจัง	39.8% (128)	31.1% (80)	21.4% (21)	36.6% (15)	34.0% (244)
	รวม	44.8% (322)	35.8% (257)	13.6% (98)	5.7% (41)	100.0% (718)
8. เข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา	ไม่คิดจะทำ	1.2% (4)	1.2% (3)	0.0% (0)	0.0% (0)	1.0% (7)
	กำลังจะทำ	9.3% (30)	6.6% (17)	10.2% (10)	9.8% (4)	8.5% (61)
	ทำบ้าง	43.2% (139)	45.9% (118)	45.9% (45)	48.8% (20)	44.8% (322)
	ทำอย่างจริงจัง	46.3% (149)	46.3% (119)	43.9% (43)	41.5% (17)	45.7% (328)

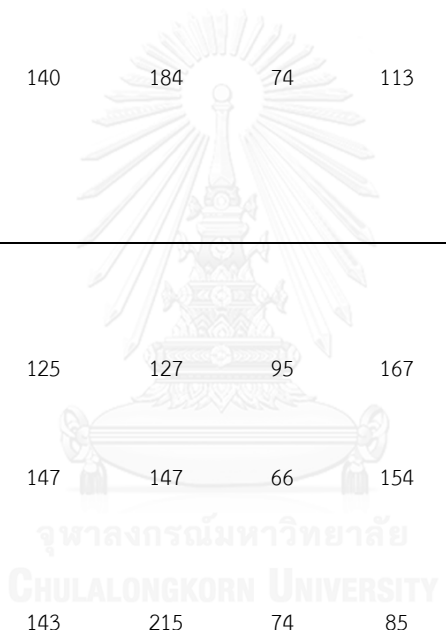
การเตรียมความพร้อมด้านการมีส่วนร่วมทางสังคม	ระดับการเตรียมความพร้อม	ช่วงอายุ				รวม
		50-59ปี	60-69 ปี	70-79 ปี	80 ปีขึ้นไป	
รวม		44.8% (322)	35.8% (257)	13.6% (98)	5.7% (41)	718 (100.0%)
9. ปรับบทบาทเป็นปู่ย่าตายายของลูกหลาน	ไม่คิดจะทำ	6.5% (21)	3.9% (32)	3.2% (3)	4.9% (2)	5.0% (36)
	กำลังจะทำ	14.6% (47)	12.5% (32)	13.7% (13)	4.9% (2)	13.1% (94)
	ทำบ้าง	36.6% (118)	44.7% (115)	47.4% (45)	39.0% (16)	41.1% (294)
	ทำอย่างจริงจัง	42.2% (136)	38.9% (100)	35.8% (34)	51.2% (21)	40.7% (291)
	รวม	45.0% (322)	35.9% (257)	13.3% (95)	5.7% (41)	100.0% (718)
10. ทดลองทำงานอดิเรกเพื่อพิจารณากิจกรรมที่เหมาะสมกับตนเอง	ไม่คิดจะทำ	17.4% (56)	16.1% (41)	15.3% (15)	2.4% (1)	15.8% (113)
	กำลังจะทำ	16.8% (54)	21.3% (54)	23.5% (23)	24.4% (10)	19.7% (141)
	ทำบ้าง	41.0% (132)	40.6% (103)	39.8% (39)	39.0% (16)	40.6% (290)
	ทำอย่างจริงจัง	24.8% (80)	22.0% (56)	21.4% (21)	34.1% (14)	23.9% (171)
	รวม	45.0% (322)	35.5% (254)	13.7% (98)	5.7% (41)	100.0% (718)

### 1.2.3 การปฏิบัติตนที่จะนำไปสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพด้านหลักประกันในชีวิต

กลุ่มตัวอย่างให้ความสำคัญกับการลดรายจ่ายฟุ่มเฟือย รวมทั้งการเตรียมการด้านที่อยู่อาศัยและการเงิน แต่ยังไม่ให้ความสำคัญกับการศึกษา/เรียนรู้กฎหมายเกี่ยวกับทรัพย์สิน มรดกอสังหาริมทรัพย์ และการเพิ่มรายได้ รายละเอียดตามตารางที่ 10

#### ตารางที่ 10 ระดับการปฏิบัติตนที่จะนำไปสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพด้านหลักประกันในชีวิต

ข้อ	การปฏิบัติตนด้านหลักประกันในชีวิต	ระดับการปฏิบัติตน				$\bar{x}$ n=720	S.D.	แปลผล
		4	3	2	1			
1.	ด้านการศึกษา/เรียนรู้ ศึกษาวิธีการจัดสรรเงินเพื่อให้สามารถดำรงชีวิตในวัยสูงอายุอย่างไม่เดือดร้อน	102	245	99	71	2.731	0.931	ทำบ้าง

ข้อ	การปฏิบัติตน ด้านหลักประกัน ในชีวิต	ระดับการปฏิบัติตน				$\bar{x}$ n=720	S.D.	แปลผล
		4	3	2	1			
2.	ศึกษากฎหมาย เกี่ยวกับ ทรัพย์สิน มรดก อสังหาริมทรัพย์	55	168	106	182	2.188	1.040	กำลังจะ ทำ
3.	หาความรู้เรื่อง การลงทุนใน ธุรกิจต่างๆ เพื่อ เพิ่มรายได้	59	183	106	166	2.262	1.035	กำลังจะ ทำ
4.	เรียนรู้การ ซ่อมแซม อุปกรณ์ต่างๆ ที่ ชำรุดภายใน บ้านด้วยตนเอง	121	231	65	100	2.722	1.029	ทำบ้าง
5.	หาความรู้ เกี่ยวกับ สภาพแวดล้อม ของชุมชนที่จะ พักอาศัย	140	184	74	113	2.687	1.099	ทำบ้าง
								
6.	ด้าน การ วางแผน / เตรียมการ เตรียมสะสม ทรัพย์สินใน รูปแบบต่างๆ	125	127	95	167	2.409	1.175	กำลังจะ ทำ
7.	เตรียม/วางแผน มีบ้านเป็นของ ตนเองเพื่อพัก อาศัย	147	147	66	154	2.558	1.191	ทำบ้าง
8.	เตรียม / วางแผนจัด สภาพภายใน บ้าน ให้ เหมาะสมกับวัย สูงอายุ	143	215	74	85	2.805	1.020	ทำบ้าง
9.	ด้านการปฏิบัติ เริ่มฝึกหัดทำ บัญชีรายจ่ายใน แต่ละเดือน	108	167	102	137	2.479	1.098	กำลังจะ ทำ
10.	ลดรายจ่าย ฟุ่มเฟือย	203	237	54	23	3.199	.798	ทำบ้าง
รวม		1,203	1,904	841	1198	2.604	1.042	ทำบ้าง

เมื่อพิจารณาตามช่วงอายุ พบว่า จุดเน้นของการปฏิบัติตนมีความเหมาะสมกับผู้ที่เข้าสู่วัยสูงอายุ ผู้สูงอายุวัยต้น และผู้สูงอายุวัยกลาง อย่างไรก็ตาม ในส่วนของการทำบัญชีรายจ่ายในแต่ละเดือน และการหาความรู้เกี่ยวกับสภาพแวดล้อมของชุมชนที่จะพักอาศัย ควรมีการเตรียมความพร้อมตั้งแต่ก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ รายละเอียดตามตารางที่ 11

ตารางที่ 11 ระดับการปฏิบัติตนที่จะนำไปสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพด้านหลักประกันในชีวิต จำแนกตามช่วงอายุ

การเตรียมความพร้อมด้านหลักประกันในชีวิต	ระดับการเตรียมความพร้อม	ช่วงอายุ				รวม
		50-59 ปี	60-69 ปี	70-79 ปี	80 ปีขึ้นไป	
1. ศึกษาวิธีการจัดสรรเงินเพื่อให้อายุยืนยาว	ไม่คิดจะทำ	8.4%	17.9%	13.4%	12.2%	12.7%
	กำลังจะทำ	(77)	(16)	(12)	(5)	(101)
	ทำบ้าง	28.7%	19.1%	24.7%	9.8%	23.6%
	ทำอย่างจริงจัง	(97)	(49)	(71)	(1)	(168)
	รวม	40.5%	42.0%	46.4%	58.5%	42.9%
2. ศึกษาเกี่ยวกับทรัพย์สินมรดก	ไม่คิดจะทำ	22.4%	21.0%	15.5%	19.5%	20.8%
	กำลังจะทำ	(130)	(108)	(45)	(71)	(354)
	ทำบ้าง	44.8%	35.9%	13.5%	5.7%	100.0%
	ทำอย่างจริงจัง	(77)	(54)	(15)	(8)	(149)
	รวม	44.8%	35.9%	13.5%	5.7%	100.0%
3. หาความรู้เรื่องการลงทุนในธุรกิจต่างๆ เพื่อเพิ่มรายได้	ไม่คิดจะทำ	24.1%	37.0%	36.1%	26.8%	30.6%
	กำลังจะทำ	(76)	(95)	(25)	(11)	(207)
	ทำบ้าง	27.9%	27.2%	27.8%	12.2%	26.8%
	ทำอย่างจริงจัง	(88)	(70)	(77)	(5)	(190)
	รวม	33.0%	25.7%	27.8%	51.2%	30.7%
4. เตรียมสะสมทรัพย์สินในรูปแบบต่างๆ	ไม่คิดจะทำ	14.9%	10.1%	8.2%	9.8%	12.0%
	กำลังจะทำ	(104)	(66)	(77)	(71)	(318)
	ทำบ้าง	44.4%	36.2%	13.7%	5.8%	100.0%
	ทำอย่างจริงจัง	(17)	(26)	(8)	(1)	(52)
	รวม	44.4%	36.2%	13.7%	5.8%	100.0%
5. หาความรู้เรื่องการลงทุนในธุรกิจต่างๆ เพื่อเพิ่มรายได้	ไม่คิดจะทำ	23.0%	36.2%	33.0%	26.8%	29.3%
	กำลังจะทำ	(72)	(92)	(27)	(11)	(202)
	ทำบ้าง	24.5%	23.0%	25.8%	14.6%	23.6%
	ทำอย่างจริงจัง	(78)	(59)	(75)	(6)	(168)
	รวม	35.8%	31.5%	37.1%	39.0%	34.6%
6. เตรียมสะสมทรัพย์สินในรูปแบบต่างๆ	ไม่คิดจะทำ	16.7%	9.3%	4.1%	19.5%	12.5%
	กำลังจะทำ	(114)	(81)	(26)	(16)	(237)
	ทำบ้าง	44.6%	36.0%	13.6%	5.8%	100.0%
	ทำอย่างจริงจัง	(52)	(70)	(1)	(8)	(131)
	รวม	44.6%	36.0%	13.6%	5.8%	100.0%
7. เตรียมสะสมทรัพย์สินในรูปแบบต่างๆ	ไม่คิดจะทำ	26.7%	28.0%	21.6%	12.2%	25.7%
	กำลังจะทำ	(85)	(72)	(71)	(5)	(133)
	ทำบ้าง	23.3%	26.1%	25.8%	17.1%	24.3%
	ทำอย่างจริงจัง	(71)	(67)	(75)	(7)	(170)
	รวม	24.5%	27.6%	32.0%	51.2%	28.2%
8. เตรียมสะสมทรัพย์สินในรูปแบบต่างๆ	ไม่คิดจะทำ	16.7%	9.3%	4.1%	19.5%	12.5%
	กำลังจะทำ	(114)	(81)	(26)	(16)	(237)
	ทำบ้าง	44.6%	36.0%	13.6%	5.8%	100.0%
	ทำอย่างจริงจัง	(52)	(70)	(1)	(8)	(131)
	รวม	44.6%	36.0%	13.6%	5.8%	100.0%

การเตรียมความพร้อมด้านหลักประกันในชีวิต	ระดับการเตรียมความพร้อม	ช่วงอายุ				รวม
		50-59ปี	60-69 ปี	70-79 ปี	80 ปีขึ้นไป	
		รวม				
		44.6%	257 (36.0%)	13.6%	5.8%	100.0% (718)
5. เริ่มฝึกหัดทำบัญชีรายจ่ายในแต่ละเดือน	ไม่คิดจะทำ	21.1%	34.6%	26.8%	34.1%	27.5%
		(67)	(89)	(26)	(14)	(196)
	กำลังจะทำ	23.3%	19.8%	27.8%	9.8%	21.9%
		(71)	(51)	(77)	(1)	(156)
	ทำบ้าง	38.4%	30.4%	23.7%	24.4%	32.7%
	(122)	(78)	(23)	(10)	(233)	
	ทำอย่างจริงจัง	17.3%	15.2%	21.6%	31.7%	18.0%
	(55)	(30)	(71)	(13)	(178)	
	รวม	44.6%	36.0%	13.6%	41	100.0%
		(318)	(257)	(97)	(5.8%)	(718)
6. เรียนรู้การซ่อมแซมอุปกรณ์ต่างๆที่ชำรุดภายในบ้านด้วยตนเอง	ไม่คิดจะทำ	12.8%	19.8%	22.7%	22.0%	17.2%
		(41)	(51)	(77)	(0)	(172)
	กำลังจะทำ	18.1%	47 (18.3%)	21.6%	7.3%	18.0%
		(58)	(177)	(71)	(2)	(170)
	ทำบ้าง	50.8%	45.5%	32.0%	34.1%	45.4%
	(163)	(177)	(31)	(14)	(325)	
	ทำอย่างจริงจัง	18.4%	16.3%	23.7%	36.6%	19.4%
	(59)	(47)	(73)	(15)	(139)	
	รวม	44.8%	35.9%	13.5%	5.7%	100.0%
		(321)	(257)	(97)	(41)	(718)
7. ลดรายจ่ายฟุ่มเฟือย	ไม่คิดจะทำ	2.8%	5.8%	5.2%	9.8%	4.6%
		(0)	(15)	(5)	(1)	(22)
	กำลังจะทำ	14.3%	12.5%	15.5%	2.4%	13.1%
		(46)	(37)	(15)	(1)	(94)
	ทำบ้าง	43.9%	46.7%	46.4%	61.0%	46.2%
	(141)	(170)	(45)	(75)	(331)	
	ทำอย่างจริงจัง	38.9%	35.0%	33.0%	26.8%	36.0%
	(125)	(90)	(37)	(11)	(258)	
	รวม	44.8%	35.9%	13.5%	5.7%	100.0%
		(321)	(257)	(97)	(41)	(718)
8. เตรียม/วางแผนมีบ้านเป็นของตนเองเพื่อพักอาศัย	ไม่คิดจะทำ	22.0%	27.2%	26.8%	19.5%	24.4%
		(70)	(70)	(76)	(8)	(174)
	กำลังจะทำ	18.2%	17.1%	18.6%	9.8%	124
		(58)	(44)	(18)	(4)	(17.4%)
	ทำบ้าง	27.4%	34.2%	33.0%	39.0%	31.3%
	(87)	(88)	(37)	(16)	(223)	
	ทำอย่างจริงจัง	32.4%	21.4%	21.6%	31.7%	26.9%
	(103)	(55)	(71)	(13)	(197)	
	รวม	44.6%	36.0%	13.6%	5.8%	100.0%
		(318)	(257)	(97)	(41)	(718)
9. หาความรู้เกี่ยวกับสภาพแวดล้อม	ไม่คิดจะทำ	17.0%	22.0%	20.6%	17.1%	19.3%
		(54)	(56)	(20)	(7)	(137)
	กำลังจะทำ	20.8%	16.9%	19.6%	9.8%	18.6%

การเตรียมความพร้อมด้านหลักประกันในชีวิตของชุมชนที่จะพักอาศัย	ระดับการเตรียมความพร้อม	ช่วงอายุ				รวม
		50-59ปี	60-69 ปี	70-79 ปี	80 ปีขึ้นไป	
		(66)	(43)	(19)	(4)	(132)
	ทำบ้าง	36.8%	41.7%	38.1%	36.6%	38.7%
		(117)	(49)	(21)	(15)	(166)
	ทำอย่างจริงจัง	25.5%	19.3%	21.6%	36.6%	23.4%
		(81)	(49)	(21)	(15)	(166)
	รวม	44.8%	35.8%	13.7%	5.8%	100.0%
		(318)	(254)	(97)	(41)	(718)
10. เตรียม/วางแผนจัดสภาพภายในบ้านให้เหมาะสมกับวัยสูงอายุ	ไม่คิดจะทำ	16.2%	11.7%	20.6%	17.1%	15.2%
		(52)	(30)	(20)	(7)	(109)
	กำลังจะทำ	20.6%	20.2%	19.6%	17.1%	144
		(66)	(52)	(19)	(7)	(20.1%)
	ทำบ้าง	39.3%	45.5%	36.1%	34.1%	40.8%
		(126)	(117)	(35)	(14)	(292)
	ทำอย่างจริงจัง	24.0%	22.6%	23.7%	31.7%	23.9%
		(77)	(58)	(23)	(13)	(171)
	รวม	44.8%	35.9%	13.5%	5.7%	100.0%
		(321)	(257)	(97)	(41)	(718)

เมื่อพิจารณาการปฏิบัติตนที่จะนำไปสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพตามช่วงอายุ พบดังนี้ ผู้สูงอายุวัยสูงอายุ ปฏิบัติตนด้านสุขภาพ โดยเน้นการรักษาสุขภาพ คือการจัดการกับปัญหาสุขภาพ (ร้อยละ 41.6) ด้านการมีส่วนร่วมทางสังคม เน้นการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม คือ การติดต่อหรือไปมาหาสู่ลูกหลานหรือญาติพี่น้อง (ร้อยละ 50.3) และการเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา (46.3%) การวางแผน คือการปรับบทบาทเป็นปู่ ย่า ตา ยาย ของลูกหลาน (ร้อยละ 42.2) และด้านหลักประกันในชีวิต เน้นการเตรียม/วางแผนมีบ้านเป็นของตนเองเพื่อพักอาศัย (ร้อยละ 32.4) การสะสมทรัพย์สินในรูปแบบต่างๆ (ร้อยละ 25.5)

ผู้สูงอายุวัยต้น ปฏิบัติตนด้านสุขภาพ โดยเน้นการรักษาสุขภาพ คือการจัดการกับปัญหาสุขภาพ (ร้อยละ 44) ด้านการมีส่วนร่วมทางสังคม เน้นการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม คือ การเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา (ร้อยละ 46.3) และด้านหลักประกันในชีวิต เน้นการลดรายจ่ายฟุ่มเฟือย (ร้อยละ 35.0)

ผู้สูงอายุวัยกลาง ปฏิบัติตนด้านสุขภาพ โดยเน้นการรักษาสุขภาพ คือการจัดการกับปัญหาสุขภาพ (ร้อยละ 45.9) และศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจและสังคมของผู้สูงอายุ เพื่อเตรียมใจให้พร้อมที่จะเผชิญวัยสูงอายุ (30.6%) ด้านการมีส่วนร่วมทางสังคม เน้นการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม คือ การติดต่อหรือไปมาหาสู่ลูกหลานหรือญาติพี่น้อง (ร้อยละ 43.9) และเข้า

ร่วมกิจกรรมทางศาสนา (ร้อยละ 43.9) และด้านหลักประกันในชีวิต เน้นการลดรายจ่ายฟุ่มเฟือย (ร้อยละ 35.0)

ผู้สูงอายุวัยปลาย ปฏิบัติตนด้านสุขภาพ ที่เน้นการป้องกันโรค โดยการเข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปี (ร้อยละ 56.1) การหาความรู้เกี่ยวกับการรักษาสุขภาพจิตวัยสูงอายุ (ร้อยละ 41.5) และสุขภาพจิต คือ การมองโลกในแง่ดีอยู่เสมอ (ร้อยละ 53.7) และการฝึกจิตใจเพื่อให้มีความสุข (ร้อยละ 43.9) ด้านการมีส่วนร่วมทางสังคม เน้นด้านการวางแผน คือ การปรับบทบาทเป็นปู่ ย่า ตา ยาย ของลูกหลาน (ร้อยละ 51.2) และด้านหลักประกันในชีวิต เน้นการหาความรู้เกี่ยวกับสภาพแวดล้อมของชุมชนที่จะพักอาศัย (ร้อยละ 36.6) และทำบัญชีรายจ่ายในแต่ละเดือน (ร้อยละ 31.7)

### 1.3 ผลวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติตนที่จะนำไปสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ

จากผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติตนที่จะนำไปสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ พบว่า ผู้ที่มีผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วย มีระดับการศึกษาสูง และมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนสูง มีแนวโน้มที่จะมีการปฏิบัติตนที่จะนำไปสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจะดำเนินงานส่งเสริมการมีผู้ดูแลผู้สูงอายุ สนับสนุนด้านการศึกษาของประชาชนในระดับที่สามารถอ่านออกเขียนได้ และส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิต รวมทั้งส่งเสริมการประกอบอาชีพที่มีรายได้มั่นคง รายละเอียดตามตารางที่ 12

ตารางที่ 12 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับการปฏิบัติตนที่จะนำไปสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติตนที่จะนำไปสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ	ผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ			รวม 3 ด้าน
	สุขภาพ	การมีส่วนร่วมทางสังคม	หลักประกันในชีวิต	
- การมีโรคประจำตัว	t = -2.447*	t = -2.933*	-	-
- การมีผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วย	t = 2.757*	t = 2.761*	t = 2.753*	Sig
- ระดับการศึกษา	F = 3.600*	F = 5.189**	F = 9.673**	Sig
- การอ่านออกเขียนได้	F = 3.858*	F = 10.832**	-	-
- สถานภาพสมรส	F = 4.643*	-	F = 2.721*	-
- แหล่งที่มาของรายได้	F = 5.946**	-	F = 4.337*	-
- อายุ	r = .095*	-	r = -.085*	-
- รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	r = .123**	r = .145**	r = .215**	Sig
- การมีหนี้สิน	-	t = -4.757**	t = -3.844**	-
- อาชีพในปัจจุบัน	-	F = 3.680*	F = 7.876**	-



ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติตนที่จะนำไปสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ	ผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ			รวม 3 ด้าน
	สุขภาพ	การมีส่วนร่วมทางสังคม	หลักประกันในชีวิต	
- การใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือในชีวิตประจำวัน	-	-	t = 5.327**	-
- อาชีพในอดีต	-	-	F = 6.595**	-
- จำนวนหนังสือ	-	-	r = .120*	-
- ค่าใช้จ่ายรายเดือน	-	-	r = .160**	-
- ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ	-	-	r = .104*	-

หมายเหตุ \* หมายถึง ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

\*\* หมายถึง ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

### 1.3.1 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติตนที่จะนำไปสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพด้านสุขภาพ

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติตนที่จะนำไปสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพด้านสุขภาพ ได้แก่ การไม่มีโรคประจำตัว มีผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วย มีระดับการศึกษาสูง สามารถอ่านออกเขียนได้ สมรส อายุและรายได้เฉลี่ยต่อเดือนสูง กลุ่มที่ควรส่งเสริมเพื่อการปฏิบัติตนที่จะนำไปสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพคือ ผู้ที่มีระดับศึกษาน้อยไม่สามารถอ่านออกเขียนได้ และผู้ที่มีรายได้น้อย เนื่องจากการมีรายได้น้อยจะมีแนวโน้มที่จะมีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ หรือโรคประจำตัว เพิ่มมากขึ้น รายละเอียดตามตารางที่ 13

ตารางที่ 13 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับการปฏิบัติตนที่จะนำไปสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพด้านสุขภาพ

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติตนด้านสุขภาพ	ค่าเฉลี่ย ( $\bar{x}$ )	S.D.	ค่าสถิติ	Sig.
โรคประจำตัว			t = -2.447	0.015
ไม่มีโรคประจำตัว	31.6432	6.1078		
มีโรคประจำตัว	32.8471	6.4149		
ผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วย			t = 2.757	0.006
ไม่มีผู้ดูแล	28.6250	6.9957		
มีผู้ดูแล	32.1761	6.1748		
ระดับการศึกษา			F = 3.60	0.001
ไม่ได้เรียนหนังสือ				
เรียนแต่ไม่จบประถมศึกษา				
จบประถมศึกษาปีที่ 4 หรือ 6				
มัธยมศึกษาปีที่ 3				
มัธยมศึกษาปีที่ 6/ปวช.				
อนุปริญญา/ปวส.				
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า				
สูงกว่าปริญญาตรี				

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติตนด้านสุขภาพ	ค่าเฉลี่ย ( $\bar{x}$ )	S.D.	ค่าสถิติ	Sig.
การอ่านออก เขียนได้			F = 3.858	0.022
อ่านออก เขียนได้				
อ่านไม่ออก เขียนไม่ได้				
สถานภาพสมรส			F = 4.643	0.003
โสด				
สมรส				
หย่าร้าง/แยกกันอยู่				
แหล่งที่มาของรายได้			F = 5.946	0.001
การประกอบอาชีพ				
บำนาญ/บำนาญ				
เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ				
อายุ			r = .095	0.011
รายได้เฉลี่ย (บาท/เดือน)			r = .123	0.001

### 1.3.2 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติตนที่จะนำไปสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพด้านการมีส่วนร่วมทางสังคม

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติตนที่จะนำไปสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพด้านการมีส่วนร่วมทางสังคม ได้แก่ การไม่มีหนี้สิน การไม่มีโรคประจำตัว การมีผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วย ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูง สามารถอ่านออกเขียนได้ ประกอบอาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ และมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนสูง กลุ่มที่ควรส่งเสริมเพื่อการปฏิบัติตนที่จะนำไปสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพคือ ผู้ที่มีหนี้สิน และผู้ที่มีโรคประจำตัว ซึ่งเป็นปัจจัยอุปสรรคในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม รายละเอียดตามตารางที่ 14

ตารางที่ 14 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับการปฏิบัติตนที่จะนำไปสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพด้านการมีส่วนร่วมทางสังคม

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติตนด้านการมีส่วนร่วมทางสังคม	ค่าเฉลี่ย ( $\bar{x}$ )	S.D.	ค่าสถิติ	Sig.
การมีหนี้สิน			t = -4.757	0.000
ไม่มีหนี้สิน	30.0352	5.1588		
มีหนี้สิน	31.9754	5.5633		
โรคประจำตัว			t = -2.933	0.003
ไม่มีโรคประจำตัว	30.3966	5.4713		
มีโรคประจำตัว	31.6471	5.1486		
ผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วย			t = 2.761	0.006
ไม่มีผู้ดูแล	27.8333	6.5982		
มีผู้ดูแล	30.9115	5.3227		
ระดับการศึกษา			F = 5.189	0.000
ไม่ได้เรียนหนังสือ				
เรียนแต่ไม่จบประถมศึกษา				
จบประถมศึกษาปีที่ 4 หรือ 6				
มัธยมศึกษาปีที่ 3				
มัธยมศึกษาปีที่ 6/ปวช.				
อนุปริญญา/ปวส.				
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า				
สูงกว่าปริญญาตรี				
การอ่านออก เขียนได้			F = 10.832	0.000
อ่านออก เขียนได้				
อ่านไม่ออก เขียนไม่ได้				
อาชีพในปัจจุบัน			F = 3.680	0.003
ไม่ได้ประกอบอาชีพ				
เกษตรกร/ประมง				
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ				
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว				
รับจ้างทั่วไป				
รายได้เฉลี่ย (บาท/เดือน)			r = .145	0.000

### 1.3.3 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติตนที่จะนำไปสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพด้านหลักประกันในชีวิต

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติตนที่จะนำไปสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพด้านหลักประกันในชีวิต ได้แก่ การไม่มีหนี้สิน การใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือ มีผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วย มีระดับการศึกษาสูง สมรส ประกอบอาชีพในอดีตและปัจจุบัน อายุน้อย รายได้เฉลี่ยต่อเดือนสูง กลุ่มที่ควรส่งเสริมเพื่อการปฏิบัติตนที่จะนำไปสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพคือ แรงงานนอกระบบซึ่งมีรายได้น้อยและไม่แน่นอน และมีรายได้น้อย ซึ่งมีแนวโน้มที่จะมีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพหรือโรคประจำตัว เพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้ควรให้

ความสำคัญกับกลุ่มที่มีสถานภาพสมรสเป็นโสด ซึ่งไม่มีผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วย รายละเอียดตามตารางที่ 15

ตารางที่ 15 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับการปฏิบัติตนที่จะนำไปสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพด้านหลักประกันในชีวิต

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติตนด้านหลักประกันในชีวิต	ค่าเฉลี่ย ( $\bar{x}$ )	S.D.	ค่าสถิติ	Sig.
การมีหนี้สิน			t = -3.844	0.000
ไม่มีหนี้สิน	25.2807	7.4608		
มีหนี้สิน	27.3636	6.6819		
การใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือ			t = 5.327	0.000
ไม่ได้ใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือ	24.6343	6.9256		
ใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือ	27.4886	7.2658		
ผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วย			t = 2.753	0.006
ไม่มีผู้ดูแล	22.0000	8.0227		
มีผู้ดูแล	26.2032	7.1736		
ระดับการศึกษา			F = 9.673	0.000
ไม่ได้เรียนหนังสือ				
เรียนแต่ไม่จบประถมศึกษา				
จบประถมศึกษาปีที่ 4 หรือ 6				
มัธยมศึกษาปีที่ 3				
อนุปริญญา/ปวส.				
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า				
สูงกว่าปริญญาตรี				
สถานภาพสมรส			F = 2.721	0.044
โสด				
สมรส				
หย่าร้าง/แยกกันอยู่				
แหล่งที่มาของรายได้			F = 4.337	0.005
การประกอบอาชีพ				
บำนาญ/บำนาญ				
เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ				
อาชีพในอดีต			F = 6.595	0.000
ไม่ได้ประกอบอาชีพ				
เกษตรกรรม/ประมง				
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ				
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว				
รับจ้างทั่วไป				
อาชีพในปัจจุบัน			F = 7.876	0.000
ไม่ได้ประกอบอาชีพ				
เกษตรกรรม/ประมง				

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติตน ด้านหลักประกันในชีวิต	ค่าเฉลี่ย ( $\bar{x}$ )	S.D.	ค่าสถิติ	Sig.
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ				
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว				
รับจ้างทั่วไป				
อายุ (ปี)			$r = -.085$	0.024
รายได้เฉลี่ย (บาท/เดือน)			$r = .215$	0.000
ค่าใช้จ่าย (บาท/เดือน)			$r = .160$	0.000
จำนวนหนี้สิน (บาท)			$r = .120$	0.017
ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเฉลี่ย(บาท/ เดือน)			$r = .104$	0.037

## 1.4 การส่งเสริมการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ

### 1.4.1 การดำเนินงานเพื่อส่งเสริมการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ

#### 1) ด้านสุขภาพ

ระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ รัฐเป็นผู้ให้บริการหลักและระบบบริการที่จัดโดยเอกชนเพื่อมุ่งหากำไร ในการจัดระบบบริการสุขภาพในปัจจุบัน กระทรวงสาธารณสุขได้จัดรูปแบบการให้บริการให้สัมพันธ์กับระดับความต้องการใช้บริการในแต่ละระดับพื้นที่ โดยผู้ให้บริการจะคำนึงถึงสภาพปัญหาที่สำคัญทางด้านสุขภาพ ที่มุ่งเน้นการป้องกัน หรือดำเนินการแก้ไข (วิพรรณ ประจวบเหมาะ, 2555) โดยมีรายละเอียดของการจัดบริการ ประกอบด้วย

โครงสร้างระบบบริการสุขภาพ มีองค์ประกอบที่สำคัญประกอบด้วย บริการปฐมภูมิ (Primary Care) เป็นบริการที่อยู่ใกล้ชิดประชาชนและชุมชนมากที่สุด เน้นที่ความครอบคลุม มีการบริการผสมผสานทั้งในด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันควบคุมโรค ฟื้นฟูสภาพ จัดบริการปฐมภูมิในเขตพื้นที่ชนบท ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ศูนย์สุขภาพชุมชน สำหรับในเขตเมือง ศูนย์บริการสาธารณสุขของกรุงเทพมหานคร หรือศูนย์แพทย์ชุมชน บริการทุติยภูมิ (Secondary Care) เป็นบริการที่ใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ในระดับที่สูงขึ้นเน้นการบริการรักษาพยาบาลโรคที่ยาก ซับซ้อนมากขึ้น ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชนในระดับอำเภอ โรงพยาบาลทั่วไปในระดับจังหวัด และโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงกลาโหม และมหาวิทยาลัย บริการตติยภูมิ และศูนย์การแพทย์เฉพาะทาง (Tertiary Care and Excellent Center) เป็นการบริการที่ใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ขั้นสูง มีความสลับซับซ้อนมาก มีบุคลากรทางการแพทย์ในสาขาเฉพาะทาง สังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่เป็นโรงพยาบาลศูนย์ สถาบันเฉพาะทางต่าง ๆ หรือสังกัดมหาวิทยาลัย และระบบส่งต่อผู้ป่วย กระทรวงสาธารณสุขได้พัฒนาเชื่อมโยงระบบส่งต่อผู้ป่วยให้เป็นเครือข่ายที่มีประสิทธิภาพ ให้ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐาน ปลอดภัยตามความจำเป็นของปัญหาสุขภาพ

การจัดบริการแพทย์แผนไทยและแพทย์พื้นบ้านไทย และแพทย์ทางเลือก ระบบบริการสุขภาพที่พึงประสงค์ของประเทศไทย ควรเป็นระบบบริการแบบพหุลักษณะ กล่าวคือ เป็นการผสมผสานทั้งการแพทย์กระแสหลัก คือ การแพทย์ตะวันตก ผสมผสานองค์ความรู้ภูมิปัญญา ทั้งที่มีอยู่เดิมในท้องถิ่น และจากต่างประเทศ ได้แก่ การบริการแพทย์แผนไทย แพทย์พื้นบ้านไทย และแพทย์ทางเลือก เข้าร่วมจัดบริการและให้การดูแลทางด้านสุขภาพให้แก่ประชาชน ซึ่งรูปแบบวิธีการจัดบริการแพทย์แผนไทย แพทย์พื้นบ้านไทย และแพทย์ทางเลือก หมายรวมถึง บริการและการดูแลสุขภาพ ทั้งโดยกลุ่มวิชาชีพที่ทำหน้าที่ให้บริการหรือใช้ความรู้ความสามารถ ตามวิชาชีพของตนเอง และการดูแลตนเองในครอบครัวชุมชน

การสาธารณสุขมูลฐาน เป็นการดูแลสุขภาพที่จำเป็นซึ่งจัดให้อย่างทั่วถึงสำหรับทุกคนทุกครอบครัวและในทุกชุมชน โดยการยอมรับและการมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ของทุกคน ด้วยค่าใช้จ่ายที่ไม่เกินกำลังของชุมชนและประเทศจะรับได้ การสาธารณสุขมูลฐาน เป็นกลวิธีทางสาธารณสุขที่เพิ่มขึ้นจากระบบบริการสาธารณสุข ซึ่งมีอยู่ในระดับตำบลและหมู่บ้าน ผสมผสานทางด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพที่ดำเนินการโดยประชาชน โดยใช้ทรัพยากรในท้องถิ่น ด้วยวิธีการหรือเทคโนโลยีที่เหมาะสม โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เป็นผู้ประสานงานและดำเนินการ

กระทรวงสาธารณสุขได้ร่วมกับหลายภาคส่วนดำเนินการพัฒนาระบบบริการผู้สูงอายุ ได้แก่ 1) ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ 2) กำหนดแนวทางการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุผ่านยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีไทย เป็นมาตรการต่อสู้กับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่พบมากในผู้สูงอายุ โดยมุ่งเน้นการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเชิงรุก ในด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคมกกว่าการรักษา ตลอดจนการเฝ้าระวังและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง 3) กำหนดนโยบายการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุผ่านกลไกการส่งเสริมระบบบริการปฐมภูมิซึ่งมีอยู่ใกล้บ้านทั่วประเทศ และมุ่งเน้นการส่งเสริม ป้องกัน รวมถึงการดูแลโรคเรื้อรัง ซึ่งเป็นการลงทุนที่ใช้ค่าใช้จ่ายน้อยเมื่อเปรียบเทียบกับการลงทุนด้านอื่น โดยผ่านกลไกการให้บริการที่เป็นโครงสร้างของหน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุขที่ครอบคลุมพื้นที่บริการทั่วประเทศ

นอกจากนี้มีการพัฒนาระบบสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ต้นแบบที่เรียกว่า Easy Care สำหรับสังคมสูงอายุอย่างยั่งยืน (วิเชียร ชูติมาสกุล และคณะ, 2557) โดยได้พัฒนาระบบสารสนเทศและการสื่อสารที่ใช้เทคโนโลยีพื้นฐานในปัจจุบัน เช่น เทคโนโลยีโทรศัพท์มือถือ การส่งข้อความสั้นและอินเทอร์เน็ต เพื่อให้ผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวจากทุกระดับชั้นสามารถใช้งานร่วมกับระบบได้อย่างมีประสิทธิภาพและเพื่อช่วยให้พยาบาลสามารถดูแลอาการของผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวได้อย่างใกล้ชิด รวมถึงการพัฒนาระบบเตือนรับประทานยาสำหรับผู้สูงอายุโดยมีกลไกการทำงานที่รองรับการแจ้งเตือนผ่านโทรศัพท์ ปัญหาด้านสุขภาพเป็นปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุ การแก้ปัญหาสามารถทำได้โดย

การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเข้ามาช่วย หลายประเทศได้ให้ความสำคัญกับการพัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศด้านสุขภาพหรือที่เรียกว่าระบบสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Health- e-Health) แต่ในประเทศไทย ยังไม่พบว่ามีผู้ใช้สุขภาพอิเล็กทรอนิกส์เพื่อผู้สูงอายุโดยเฉพาะ ซึ่งอาจเป็นผลจากการขาดโครงสร้างพื้นฐานที่สำคัญสำหรับการพัฒนาสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ อีกทั้งยังไม่มีกำหนดคุณภาพของสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ การใช้เทคโนโลยีของผู้สูงอายุนั้นต้องคำนึงถึงขีดจำกัดทางกายภาพของผู้สูงอายุ ดังนั้นการพัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศสำหรับผู้สูงอายุ จำเป็นต้องออกแบบเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถใช้งานได้อย่างเท่าเทียม

ด้านสุขภาพจิต จากการสำรวจสภาวะสังคมและวัฒนธรรม พ.ศ. 2551 พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปเป็นกลุ่มที่มีสุขภาพจิตโดยเฉลี่ยต่ำสุด กล่าวคือ มีคะแนนสุขภาพจิตเฉลี่ย 31.44 คะแนนจากคะแนนเต็มที่กรมสุขภาพจิตกำหนดเกณฑ์สุขภาพจิตที่ดีไว้ที่ 45 คะแนน โดยผู้สูงอายุเพศหญิงทุกกลุ่มวัยมีเกณฑ์ระดับสุขภาพจิตเป็นสัดส่วนสูงกว่าในทุกระดับ (ศิริพันธ์ กิตติสุขสถิต, 2553) ดังนั้นหน่วยงานทุกภาคส่วนที่รับผิดชอบในการแก้ปัญหาผู้สูงอายุ ควรสนใจประเด็นที่สามารถเชื่อมโยงคุณภาพชีวิตทางด้านจิตใจของผู้สูงอายุ ซึ่งการดูแลคุณภาพชีวิตด้านจิตใจของผู้สูงอายุเป็นเรื่องที่ผู้สูงอายุต้องดูแลตนเองเป็นหลัก

## 2) ด้านการมีส่วนร่วมทางสังคม

บริการต่าง ๆ ที่ส่งเสริมการมีศักยภาพด้านการมีส่วนร่วมทางสังคม เกิดจากการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุและชุมชน ได้แก่ ศูนย์อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุในชุมชน อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (อผส.) การจัดอาคารสถานที่และสิ่งแวดล้อมที่เป็นมิตรสำหรับผู้สูงอายุ

2.1) ศูนย์อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุในชุมชนโครงการนี้ได้มีการจัดตั้งศูนย์บริการทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุใน 4 ชุมชนนำร่องในกรุงเทพมหานคร จังหวัดเชียงใหม่ ขอนแก่น สุพรรณบุรี ภายใต้การดำเนินงานของกองสวัสดิการสงเคราะห์ กรมประชาสงเคราะห์ ร่วมกับ สภาผู้สูงอายุ โดยมีการจัดหาอุปกรณ์ต่างๆ เพื่อให้ผู้สูงอายุมาออกกำลังกาย มีการจัดกิจกรรม ให้บริการต่าง ๆ และฝึกอบรมในสถานที่ที่ใช้เป็นศูนย์ ซึ่งส่วนใหญ่ คือ วัด จนถึงปี พ.ศ. 2550 สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ (ปัจจุบันคือกรมกิจการผู้สูงอายุ) กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ได้จัดตั้งศูนย์อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุในชุมชนเป็นโครงการนำร่องในพื้นที่ 8 จังหวัด 8 ศูนย์ ได้แก่ กรุงเทพมหานคร จังหวัดชลบุรี เพชรบุรี พิษณุโลก เชียงใหม่ ขอนแก่น สกลนคร และพัทลุง เพื่อเป็นศูนย์กลางในการจัดกิจกรรมต่าง ๆ สำหรับผู้สูงอายุและบุคคลทุกเพศ ทุกวัยในชุมชน โดยมีการให้ความรู้ความเข้าใจเรื่องศูนย์อเนกประสงค์ให้แก่ผู้สูงอายุและคนในชุมชน ที่บริหารโดยคน

ในชุมชนเพื่อคนในชุมชน กิจกรรมต่าง ๆ ที่จัดในศูนย์เป็นกิจกรรมที่มุ่งเน้นการส่งเสริมและขยายโอกาสให้ผู้สูงอายุได้พัฒนาทั้งทางกาย อารมณ์ สังคม และภูมิปัญญา กิจกรรมต่าง ๆ เช่น ด้านสุขภาพ ศิลปวัฒนธรรม การฝึกอาชีพ นันทนาการ จากการประเมินผลจากสำนักส่งเสริมและฝึกอบรม มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ในปี พ.ศ. 2552 พบว่า แนวคิดเรื่องศูนย์อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุในชุมชนมีความเหมาะสม ควรสนับสนุนให้มีการจัดตั้งเพิ่ม โดยให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นเจ้าของหลักในการดูแลและดำเนินการ ส่วนกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ร่วมกับกระทรวงมหาดไทยทำหน้าที่สนับสนุนด้านวิชาการ ให้คำแนะนำเรื่องการบริหารจัดการ

2.2) อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (อผส.) สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ (ปัจจุบันคือกรมกิจการผู้สูงอายุ) ได้ริเริ่มดำเนินการโครงการอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างระบบการดูแล และการคุ้มครองพิทักษ์สิทธิผู้สูงอายุในชุมชน กลุ่มเป้าหมายคือผู้สูงอายุ ซึ่งสามารถได้รับบริการต่าง ๆ ของรัฐได้อย่างทั่วถึง รวมทั้งสามารถใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับครอบครัวในชุมชนของตนเองได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี โครงการนำร่องดำเนินการในปี พ.ศ. 2546 - พ.ศ.2547 คณะอนุกรรมการบูรณาการขยายผลการดำเนินงานอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้านได้สนับสนุนดำเนินการผลักดันโครงการอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน เพื่อเป็นกลไกในระดับฐานรากของชุมชน มีอาสาสมัครซึ่งเป็นคนภายในชุมชนที่ได้รับการฝึกอบรม ฝึกทักษะ ในการคุ้มครองผู้สูงอายุที่ขาดผู้ดูแล ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ อยู่ตามลำพัง เป็นมาตรการเชิงรุกทางสังคมที่มุ่งเข้าไปดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่บ้านพัก ในปี พ.ศ.2550 คณะรัฐมนตรีมีมติเห็นชอบให้ขยายผลโครงการ อผส. โดยสำนักงานส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ ได้ดำเนินการประสานสนับสนุนผลักดันและขยายโครงการ อผส. ตามกรอบระยะเวลาตั้งแต่ปีงบประมาณ 2551 - 2556 ปีงบประมาณ 2554 ครอบคลุมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 3,532 แห่ง มี อผส. จำนวน 31,272 คน ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน จำนวน 568,966 คน ทั้งนี้รัฐบาลสนับสนุนเงินเป็นค่าใช้จ่ายในการปฏิบัติงานของ อผส. ในระยะเริ่มต้น คนละ 300 บาท ต่อเดือน ในปี พ.ศ. 2554 เพิ่มเป็นคนละ 600 บาทต่อเดือน (คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ, 2554)

2.3) การจัดอาคารสถานที่และสภาพแวดล้อมที่เป็นมิตรสำหรับผู้สูงอายุ เมื่อปี พ.ศ. 2552 มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุ (มส.ผส.) ริเริ่มให้มีการประกวดอาคารสถานที่ที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ อาคารสถานที่ดังกล่าว ได้แก่ วัด สวนสาธารณะและตลาด โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างกระแสสังคมให้หันมาสนใจและให้ความสำคัญในการปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่เป็นมิตรและปลอดภัยกับผู้สูงอายุ อาคารที่ชนะการประกวดถือเป็นอาคารต้นแบบที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ และกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ได้ดำเนินการขับเคลื่อนชุมชนต้นแบบที่เป็นมิตรสำหรับผู้สูงอายุ ทำการรณรงค์ให้สาธารณชนตระหนัก และสนใจการจัดสภาพแวดล้อมและสิ่งอำนวยความสะดวกแก่ผู้สูงอายุ และยังได้ร่วมมือกับคณะสถาปัตยกรรมศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และ



มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จัดอบรมเผยแพร่ความรู้เรื่องการจัดสิ่งอำนวยความสะดวกในบ้านพักผู้สูงอายุ ผลิตภัณฑ์ และคู่มือต่าง ๆ เพื่อเผยแพร่ให้ความรู้แก่ประชาชนทั่วไปและผู้สูงอายุในเรื่องการออกแบบก่อสร้าง ปรับปรุงสถานที่ให้สะดวกและเหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ เช่น ติดตั้งราวจับในบ้าน ปรับปรุงห้องน้ำที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ การมีไฟแสงสว่างเพียงพอ (คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ, 2554)

อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาวิเคราะห์และยก่างกฎหมายลำดับรองเพื่อรองรับอำนาจหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการใช้งบประมาณเพื่อจัดสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ (ณัฐภัทร ถวัลย์โพธิ, จุมพล ศรีจางศิริกุล และทวีศักดิ์ มีญาณเยี่ยม, 2557) พบว่า กฎหมายที่เกี่ยวข้องยังมีความไม่ชัดเจน จึงควรดำเนินการโดยการแก้ไขกฎหมายลำดับรองที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สามารถใช้งบประมาณในการจัดสวัสดิการให้แก่ผู้สูงอายุได้ภายใต้กฎหมายที่ใช้บังคับอยู่ในปัจจุบัน

นอกจากนี้ รูปแบบการทำกิจกรรมที่แสดงถึงการยังคุณค่าประโยชน์ของผู้สูงอายุ มี 2 ประเภท ได้แก่ การยังคุณค่าประโยชน์ของผู้สูงอายุในกิจกรรมเชิงธุรกิจ และการยังคุณค่าประโยชน์ของผู้สูงอายุในกิจกรรมบริการ (เล็ก สมบัติ, ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และธนิกานต์ ศักดาพร, 2554) การยังคุณค่าประโยชน์ของผู้สูงอายุในกิจกรรมเชิงธุรกิจ ผู้สูงอายุที่ทำงานหรือกิจกรรมใดๆ ตามความชอบหรือความถนัด โดยได้รับค่าตอบแทนเป็นค่าจ้างหรือเงินเพื่อใช้จ่ายในการดำรงชีวิต โดยค่าตอบแทนที่ได้รับสามารถเป็นทั้งเงินรายได้ประจำ และรายได้ไม่ประจำ ได้รับเงินเป็นงวด เป็นรายปี หรือเป็นครั้งคราวก็ได้ เป็นลักษณะการยังคุณค่าประโยชน์โดยการประกอบอาชีพ สำหรับการยังคุณค่าประโยชน์ของผู้สูงอายุในกิจกรรมบริการ การทำงานหรือกิจกรรมใดๆ ของผู้สูงอายุ โดยไม่ได้รับค่าตอบแทน เป็นการกระทำที่เป็นประโยชน์ต่อบุคคล กลุ่มบุคคล และส่วนรวมเพื่อให้ผู้อื่นได้รับความสุข ความสะดวก หรือความสบาย อันเกิดจากจิตใจที่เปี่ยมไปด้วยความปรารถนาดี ช่วยเหลือเกื้อกูล เอื้ออาทร มีน้ำใจไมตรี เป็นลักษณะของผู้มีจิตสาธารณะหรือจิตอาสา ลักษณะกิจกรรมมี การทำงานหรือกิจกรรมบริการเพื่อครอบครัว เกิดจากแรงจูงใจที่จะแบ่งเบาภาระในครอบครัวของบุตรหลาน เกิดจากความต้องการช่วยเหลือหลานลดค่าใช้จ่ายในครอบครัวและทำตนให้เป็นประโยชน์ต่อครอบครัว และการทำงานหรือกิจกรรมบริการเพื่อสังคม หมายถึง ผู้สูงอายุที่ได้ทำงานหรือกิจกรรมใดๆ เพื่อประโยชน์ของบุคคลอื่น ได้แก่ กลุ่มและชุมชนที่ทำงานสังคม

เมื่อพิจารณาการเข้าถึงระบบเทคโนโลยีสารสนเทศของผู้สูงอายุ พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุวัยต้น (60 – 69 ปี) มีการใช้อินเทอร์เน็ตในสัดส่วนที่สูงที่สุด เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มผู้สูงอายุวัยกลาง (70 – 79 ปี) และกลุ่มผู้สูงอายุวัยปลาย (80 ปีขึ้นไป) (ธีระพงศ์ สันติภพ, 2553) โดยผู้สูงอายุเพศหญิง มีการเข้าถึงเทคโนโลยีด้านคอมพิวเตอร์ และโทรศัพท์มือถือ มากกว่าผู้สูงอายุเพศชาย แต่ผู้สูงอายุเพศชายจะมีการเข้าถึงอินเทอร์เน็ต มากกว่าผู้สูงอายุหญิง จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้สูงอายุในสังคมไทยจะได้มีโอกาสในการเรียนรู้เทคโนโลยีสารสนเทศที่เหมาะสม และสามารถใช้เทคโนโลยีสารสนเทศได้

อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อสร้างเสริมศักยภาพและความพร้อมของตนเอง ให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมแห่งการเรียนรู้ที่มีเทคโนโลยีสารสนเทศก้าวไกลอย่างรวดเร็ว อีกทั้งยังเป็นการลดภาระของครอบครัวให้มากที่สุด ในเรื่องของการติดต่อสื่อสารและการดำรงชีวิตเพื่อนำไปสู่การพึ่งตนเอง และลดปัญหาการพึ่งพิงญาติพี่น้อง โทรศัพท์มือถือ จัดได้ว่าเป็นเทคโนโลยีที่ผู้สูงอายุใช้กันแพร่หลายที่สุดในการติดต่อสื่อสารในชีวิตประจำวัน ในทุกกลุ่มอายุ และทุกเพศ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จึงจ่ายค่าใช้จ่ายโทรศัพท์มือถือต่อเดือนเป็นจำนวนเงินที่สูงกว่าค่าใช้จ่ายอินเทอร์เน็ต ซึ่งการใช้โทรศัพท์มือถืออย่างแพร่หลายนี้ ย่อมแสดงให้เห็นถึงโอกาสการเข้าถึงเทคโนโลยีของโทรศัพท์มือถือในระดับสูงด้วย

### 3) ด้านหลักประกันในชีวิต

จากรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2557 (ปราโมทย์ ประสานกุล, 2558) พบว่า การพัฒนาของเทคโนโลยีต่างๆ ภายในครัวเรือนที่ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรต่างๆ ได้โดยไม่ต้องรอคอยความช่วยเหลือจากผู้อื่น สิ่งที่แสดงว่าสังคมไทยกำลังต่างตื่นตัวกับสังคมสูงวัย สังเกตได้จากการจัดระบบส่งเสริมด้านการคมนาคมสาธารณะที่อำนวยความสะดวกให้ผู้สูงอายุมีความสะดวกมากยิ่งขึ้นในการเดินทางซึ่งประเด็นที่ได้รับความสนใจจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องคือการเตรียมพร้อมในการออกแบบสถาปัตยกรรมเพื่อคนทั้งมวล (Universal Design) ที่เป็นแนวคิดเรื่องการออกแบบสิ่งแวดล้อมการสร้างอาคารสถานที่และสิ่งของต่างๆ เพื่อให้ทุกคนที่อยู่ในสังคมสามารถใช้ประโยชน์จากสิ่งเหล่านั้นได้อย่างเต็มที่และเท่าเทียมกัน ทั้งนี้เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถใช้ชีวิตทำกิจกรรมภายนอกบ้านได้โดยสะดวกและปลอดภัย เช่น (1) ลิฟต์ที่สถานีรถไฟฟ้าสำหรับผู้สูงอายุจุดเชื่อมต่อของการคมนาคมขนส่งประเภทต่างๆ ทั้งทางรถขนส่งสาธารณะรถไฟฟ้า รวมถึงรถไฟใต้ดิน ได้รับการปรับปรุงให้สะดวกต่อการใช้งานของผู้สูงอายุ เน้นที่ให้สามารถเชื่อมต่อขึ้นลงขบวนพาหนะต่างๆ ได้อย่างสะดวกยิ่งขึ้น ซึ่งเป็นสิ่งแวดล้อมพื้นฐานที่สำคัญในการช่วยอำนวยความสะดวกให้ผู้สูงอายุได้เป็นอย่างดี (2) รถแท็กซี่สำหรับผู้สูงอายุ มีการเพิ่มทางเลือกในการเดินทางให้ผู้สูงอายุที่ต้องใช้รถเข็นและผู้พิการ โดยกรุงเทพมหานครร่วมกับบริษัทเอกชนจัดให้มี “โครงการบริหารจัดการทดลองเดินรถแท็กซี่สำหรับผู้พิการและผู้สูงอายุ” ขึ้น โดยดัดแปลงรถตู้โดยสารนำมาติดตั้งอุปกรณ์ที่จะอำนวยความสะดวกให้แก่ผู้ใช้รถวีลแชร์ และผู้ติดตามต้นแบบของรถบริการชนิดนี้ได้จากประเทศญี่ปุ่นระบบดังกล่าวได้รับการตอบรับในการใช้บริการที่ดีจากกลุ่มเป้าหมาย เนื่องจากสามารถตอบโต้และช่วยเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงระบบขนส่งสาธารณะที่จำเป็นต่อการเดินทางในเขตตัวเมือง รวมทั้งช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับความสะดวกสบายมากยิ่งขึ้น เพราะมีระบบนัดหมายให้ไปรับ-ส่งถึงที่บ้านได้โดยสะดวก และ (3) แนวคิดที่จะให้มีรถเมล์ขานต่ำ คือรถขนส่งสาธารณะที่ถูกออกแบบมาให้มีทางลาดเข้าตัวรถขนาดความกว้างไม่น้อยกว่า 80 เซนติเมตร เพื่อความสะดวกในการผ่านขึ้นลงของรถเข็นโดยเมื่อวาง

เทียบกับทางเท้าต้องมีความลาดชันไม่เกินกว่า 1 ต่อ 8 ในแนวตั้งต่อแนวราบและกรณีที่ว่าขเทียบกับระดับพื้นดินต้องมีความลาดชันไม่เกินกว่า 1 ต่อ 3 ในแนวตั้งต่อแนวราบ นโยบายดังกล่าวจะช่วยทำให้ผู้สูงอายุได้รับประโยชน์ในการเดินทางโดยรถขนส่งสาธารณะที่มีความสะดวกและความปลอดภัย ลดความเสี่ยงที่อาจเกิดอุบัติเหตุหรืออาการบาดเจ็บได้มากขึ้น การจัดให้มีสิ่งอำนวยความสะดวก เช่นนี้นับเป็นสัญญาณที่ดีที่แสดงให้เห็นว่าสังคมไทยได้มีความตื่นตัวและเตรียมพร้อมสำหรับการเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ในอนาคตอันใกล้

ความพยายามของภาครัฐในการสร้างหลักประกันและการออมของผู้สูงอายุ (ปราโมทย์ ประสานกุล, 2558) แนวคิดเกี่ยวกับการขยายโอกาสการประกันตนของผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งนับเป็นหนึ่งในแนวทางการประกันความเสี่ยง และสร้างความมั่นคงในชีวิตของประชาชนได้เป็นอย่างดี ไม่ว่าจะเป็นเรื่องความเสี่ยงจากการเจ็บป่วย การเสียชีวิต การทำงานหรือแม้กระทั่งการประกันตน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างหลักประกันทางรายได้ในยามสูงอายุ สำนักงานประกันสังคม ได้เสนอแนวคิดให้โอกาสประชาชนทั่วไปที่ไม่ได้เป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 33 หรือมาตรา 39 หรือไม่เข้าราชการหรือบุคคลที่ถูกยกเว้นตามกฎหมายประกันสังคมและมีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป สามารถสมัครเป็นผู้ประกันตนโดยสมัครใจตามมาตรา 40 ได้ทางเลือกของการสมัครเป็นผู้ประกันตนโดยสมัครใจตามมาตรา 40 ทางเลือกที่ 1 ส่งเงินสมทบเดือนละ 100 บาท (ผู้ประกันตนจ่าย 70 บาท รัฐบาลอุดหนุน 30 บาท) ได้สิทธิประโยชน์ 3 กรณี คือประสบอันตราย หรือเจ็บป่วยทุพพลภาพ และตาย ทางเลือกที่ 2 ส่งเงินสมทบเดือนละ 150 บาท (ผู้ประกันตนจ่าย 100 บาท รัฐบาลอุดหนุน 50 บาท) ได้สิทธิประโยชน์ 4 กรณี คือประสบอันตราย หรือเจ็บป่วยทุพพลภาพ ตาย และเงินบำเหน็จชราภาพ ทั้งนี้ผู้ประกันตนทางเลือกที่ 2 ที่ประสงค์รับบำเหน็จชราภาพเพิ่มขึ้น สามารถจ่ายเงินสมทบเพิ่มเติมได้ไม่เกินเดือนละ 1,000 บาทต่อเดือนทางเลือกที่ 3 ส่งเงินสมทบเดือนละ 200 บาท (ผู้ประกันตนจ่าย 100 บาท รัฐบาลอุดหนุน 100 บาท) เป็นเงินออมเพื่อรับเงินบำนาญชราภาพ (รัฐบาลอุดหนุนสูงสุดไม่เกิน 1,200 บาท/คน/ปี) ทางเลือกที่ 4 ส่งเงินสมทบเดือนละ 300 บาท (ผู้ประกันตนจ่าย 170 บาท รัฐบาลอุดหนุน 130 บาท) สิทธิประโยชน์เช่นเดียวกับทางเลือกที่ 1 และทางเลือกที่ 3 รวมกัน และทางเลือกที่ 5 ส่งเงินสมทบเดือนละ 350 บาท (ผู้ประกันตนจ่าย 200 บาท รัฐบาลอุดหนุน 150 บาท) สิทธิประโยชน์เช่นเดียวกับทางเลือกที่ 2 และทางเลือกที่ 3 รวมกัน ทั้งนี้ประชาชนที่มีอายุ 60 - 65 ปีสมัครได้ในทุกทางเลือก และผู้ที่มีอายุเกิน 65 ปีสามารถสมัครได้เฉพาะทางเลือกที่ 3 (เงินบำนาญชราภาพ) เท่านั้น ซึ่งจะมีเงินออมเดือนละ 200 บาท

นอกจากแนวคิดในการประกันตนของผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปแล้ว ยังพบว่า ได้มีการผลักดันพระราชบัญญัติกองทุนการออมแห่งชาติเพื่อเป็นการสร้างโอกาสสำหรับการออมเพื่อชีวิตในยามสูงวัยโดยเฉพาะประชาชนที่เป็นแรงงานนอกระบบที่มีกว่า 30 ล้านคนทั่วประเทศและไม่ได้อยู่ในกองทุนประกันสังคมหรือกองทุนอื่นๆ โดยภาครัฐจะร่วมสมทบในการออมตามสัดส่วนที่แตกต่างกัน

ตามช่วงวัย กล่าวคือ อายุ 15 แต่ไม่เกิน 30 ปี ร่วมสมทบ 50% ของเงินสะสมแต่ไม่เกิน 600 บาทต่อปี อายุ 30 แต่ไม่เกิน 50 ปี ร่วมสมทบ 80% ของเงินสะสมแต่ไม่เกิน 960 บาทต่อปี อายุ 50 แต่ไม่เกิน 60 ปี ร่วมสมทบ 100% ของเงินสะสมแต่ไม่เกิน 1,200 บาทต่อปี กองทุนการออมแห่งชาตินี้จะ เป็นรูปแบบเดียวกับกองทุนประกันสังคมที่รัฐจะร่วมจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนและเมื่อสมาชิกมีอายุ ครบ 60 ปีจะได้รับเงินบำนาญชราภาพ ทั้งนี้เพื่อเป็นการสร้างหลักประกันสำหรับแรงงานนอกระบบ พ.ร.บ. กองทุนการออมแห่งชาติจะช่วยให้ผู้ที่กำลังจะเข้าสู่วัยสูงอายุที่ไม่ได้รับประโยชน์ทดแทนกรณี ชราภาพ มีสิทธิเข้าเป็นสมาชิกกองทุนการออมแห่งชาติได้ ขณะเดียวกันแม้ว่าร่างมาตรการเกี่ยวกับการขยายโอกาสประกันตนตามมาตรา 40 ของกองทุนประกันสังคมยังคงอยู่ในกระบวนการพิจารณา กลั่นกรองถึงรูปแบบและแนวทางที่เหมาะสมในการนำมาประกาศใช้ในสังคมไทยเพื่อสร้าง หลักประกันทางรายได้ ตลอดจนความมั่นคงในชีวิตให้กับผู้ที่อยู่ในวัยสูงอายุ

ความพยายามในการผลักดันให้เกิดกฎหมายทั้งสองฉบับนี้เป็นสิ่งสะท้อนให้เห็นว่าหน่วยงาน ภาครัฐได้ให้ความสำคัญและมีความพยายามที่จะสนับสนุนให้ประชากรมีหลักประกันด้านความมั่นคง ทางรายได้เพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีในยามสูงอายุ (ปราโมทย์ ประสานกุล, 2558)

การพึ่งพาตนเองด้านเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ สามารถพิจารณาจาก 2 ด้าน คือ แหล่งรายได้ และความพอเพียงของรายได้ (กุศล สุนทรธาดา, 2552) พบว่า แหล่งรายได้หลักของผู้สูงอายุมีอยู่ 2 แหล่งใหญ่ๆ คือ จากบุตรมากที่สุด รองลงมาคือ จากการทำงาน ส่วนรายได้จากการออม จากคู่สมรส และจากแหล่งอื่นยังมีอยู่ไม่มากนัก แสดงให้เห็นว่าถ้าผู้สูงอายุได้รับการช่วยเหลือด้านการเงินจากบุตร มาก จะไม่จำเป็นต้องพึ่งตนเองโดยการทำงานมากนัก ส่วนสวัสดิการจากรัฐ คือ เบี้ยยังชีพ สามารถเข้ามาสนับสนุนมากขึ้น โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่อยู่กับพ่อแม่ อยู่กับคนอื่น หรืออยู่คนเดียว ใน ส่วนของความพอเพียงของรายได้ พบว่า สัดส่วนผู้ที่มีรายได้พอเพียงมีน้อยกว่าผู้ที่มีรายได้ไม่พอเพียง เมื่อพิจารณาการเกื้อหนุนที่ผู้สูงอายุได้รับจากบุตร มี 3 ประเภท คือ การสนับสนุนด้านการเงิน ด้าน สิ่งของ และด้านจิตใจ

ผู้สูงอายุมีแนวโน้มในการทำงานมากขึ้น โดยมีแนวโน้มที่จะทำงานนอกระบบ ในสัดส่วนที่ เพิ่มขึ้น เนื่องจากต้องการหารายได้เพื่อเลี้ยงตนเองและครอบครัว ทำให้ผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือ ตนเองได้ ไม่เป็นภาระแก่ลูกหลานและสังคม และสามารถอยู่ได้อย่างมีศักดิ์ศรี (กุศล สุนทรธาดา, 2553) ทั้งนี้แรงงานสูงอายุที่ทำงานนอกระบบ ไม่มีหลักประกันทางรายได้ใดๆ ที่จะมีเงินไว้ใช้ยามชรา ภาพ ยกเว้นผู้ที่มีการออมโดยสมัครใจ เช่น ซื้อประกันชีวิต เป็นสมาชิกกลุ่มสัจจะออมทรัพย์ที่มีการ ออมเงินเดือนละครั้ง แต่ถ้าออมเพื่อบำนาญชราภาพ ต้องเป็นสมาชิกที่ส่งเงินนาน 10-15 ปี

จากการศึกษาการออม ความมั่นคง และบำนาญผู้สูงอายุของครัวเรือนไทย (ดิเรก ปัทมสิริ รัตน์ และสุวิมล เสงพัฒนา, 2557) พบว่า อัตราการออมของครัวเรือนไทยซึ่งมีความผันผวนปีต่อปีมี แนวโน้มลดลงการเปลี่ยนแปลงเช่นนี้ คาดว่ามาจากหลายสาเหตุ อาทิ วัฒนธรรมบริโภคนิยมตาม

กระแสโลกาภิวัตน์ ความต้องการผลิตภัณฑ์ใหม่ด้านสื่อสารคมนาคม และการขยายตัวของสินเชื่อ ผู้บริโภคอัตราการออมครัวเรือนเฉลี่ยเท่ากับ 6,387 บาทต่อเดือนเปรียบเทียบกับรายได้เฉลี่ยเท่ากับ 22,396 บาทต่อเดือนร้อยละ 59 ของครัวเรือนมีความรู้สึกหวังดีต่อลูกหลานคือความปรารถนาที่จะถ่ายโอนมรดกให้ลูกหลานเมื่อถึงเวลาอันสมควร ปัจจัยที่ส่งเสริมให้ครัวเรือนออมเพิ่มขึ้นพฤติกรรมกลุ่ม คือการจัดตั้งกองทุนออมทรัพย์/กองทุนฌาปนกิจซึ่งดำเนินการภายในหมู่บ้านโดยผู้นำชุมชนมีบทบาทในการโน้มน้าวให้ครัวเรือนออมเพิ่มขึ้นเพื่อหวังจะได้สิทธิประโยชน์บางอย่าง การที่สัดส่วนการออมต่อรายได้ที่พึงจับจ่ายใช้สอยของคนไทยยังอยู่ในระดับต่ำแสดงว่า คนไทยไม่ค่อยให้ความสำคัญกับการออม ซึ่งจะมีผลต่อความมั่นคงในชีวิตเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ สำหรับผู้ทำงานในระบบภาครัฐก็ได้มีระบบการส่งเสริมการออมระยะยาวแบบผูกพัน (Contractual Savings) ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อออมไว้ใช้หลังเกษียณ ทั้งการออมแบบบังคับและแบบสมัครใจ เพื่อให้ผู้สูงอายุเหล่านี้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้โดยไม่ต้องพึ่งคนอื่น (กุศล สุนทรธาดา, 2553)

เมื่อพิจารณาลักษณะครอบครัวที่มีผู้สูงอายุ พบว่า จำนวนผู้สูงอายุที่อาศัยในครัวเรือนโดยเฉลี่ยยังคงอยู่ที่ระดับเดิม คือ ประมาณ 1.26 – 1.27 คน คาดว่าเป็นภาพสะท้อนหนึ่งของรูปแบบครัวเรือนไทยที่กำลังเปลี่ยนแปลงไป โดยผู้สูงอายุมีแนวโน้มอยู่อาศัยโดยลำพัง หรืออยู่เพียงสองคนกับคู่สมรสมากขึ้น ตามการเพิ่มขึ้นของลักษณะครัวเรือนเชิงเดี่ยว (เฉลิมพล แจ่มจันทร์, 2553) เมื่อพิจารณาค่าใช้จ่ายสุขภาพของครัวเรือน พบว่า สูงกว่าค่าใช้จ่ายของครัวเรือนที่ไม่มีผู้สูงอายุ และยิ่งสูงมากขึ้นในครัวเรือนที่มีผู้สูงอายุไม่ได้ทำงานหรือมีกิจกรรมเชิงเศรษฐกิจ โดยเฉพาะค่ายาและเวชภัณฑ์ และค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยใน โดยค่าใช้จ่ายสุขภาพรวมต่อเดือนเฉลี่ยสูงถึง 251.18 บาท สัดส่วนค่าใช้จ่ายสุขภาพต่อรายได้ของครัวเรือนนั้น ชี้ให้เห็นข้อเท็จจริงที่ยืนยันถึงภาระค่าใช้จ่ายสุขภาพของครัวเรือนผู้สูงอายุ ที่สูงกว่าครัวเรือนที่ไม่มีผู้สูงอายุ

นอกจากนี้ การศึกษาการปรับปรุงระบบเกษียณอายุข้าราชการพลเรือนสามัญ (วรเวศม์ สุวรรณระดา, วิราภรณ์ โพธิศิริ และธนานนท์ บัวทอง, 2557) พบว่า ข้าราชการพลเรือนสามัญมากกว่าครึ่ง เห็นด้วยกับการปรับปรุงอายุเกษียณข้าราชการ โดยควรขยายอายุเกษียณเท่าเทียมกันทุกคนและกำหนดอายุเกษียณเท่ากับ 65 ปี ทั้งนี้ข้าราชการพลเรือนสามัญชายมีสัดส่วนเห็นด้วยสูงกว่าหญิงผู้มีระดับการศึกษาสูงกว่ามีแนวโน้มเห็นด้วยสูงกว่า โดยส่วนใหญ่ให้เหตุผลว่าสุขภาพยังแข็งแรงสามารถทำงานได้เป็นการใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ซึ่งอายุสูงสุดที่สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพน่าจะอยู่ในช่วงอายุ 65 ปี ส่วนข้าราชการพลเรือนสามัญที่ไม่ต้องการทำงานหลังอายุเกษียณ เป็นผู้ที่มีคู่ครอง มีรายได้พอใช้จ่าย และพอมิเก็บออม มีงานเสริม และเป็นกลุ่มอายุ 40-49 ปี โดยเกือบทั้งหมดให้เหตุผลว่าต้องการพักผ่อนหลังเกษียณอายุแนวทางการปรับปรุงระบบเกษียณอายุข้าราชการพลเรือนสามัญประกอบด้วย 3 แนวทางหลัก ได้แก่ (1) ขยายอายุเกษียณเป็น 65 ปีทันทีทุกคน (2) ทอยขยายอายุเกษียณเป็น 65 ปีทุกคนทำให้ไม่สามารถรับบรรจุข้าราชการใหม่ได้บางปี



และมีการเกษียณอายุของข้าราชการพลเรือนสามัญในบางปี และ (3) ขยายอายุบางสายงานหรือบางกลุ่มอาชีพและอาจจะกำหนดให้มีอายุเกษียณแตกต่างกันไป อย่างไรก็ตามควรมีการขยายระยะเวลาการทำงานด้วยวิธีการและรูปแบบการทำงานที่หลากหลายมากขึ้นเพื่อรองรับการขาดแคลนกำลังในอนาคตและยังเป็นการบรรเทาความแตกต่างระหว่างสายงานด้านโครงสร้างกำลังคนสภาพการรับคนเข้าใหม่และการแข่งขันกับภาคเอกชนที่แตกต่างกัน

ประเด็นเรื่องหลักประกันในชีวิตที่สำคัญอีกประเด็นคือ ผู้สูงอายุกับภัยพิบัติทางธรรมชาติ ซึ่งจากรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2557 (ปราโมทย์ ประสานกุล, 2558) พบว่า ชุมชนเป็นกลไกสำคัญในการคุ้มครองผู้สูงอายุในยามเกิดภัยพิบัติ เครือข่ายท้องถิ่นถือเป็นผู้มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการเตรียมความพร้อมและให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุเมื่อเกิดภัยพิบัติ คนในชุมชน เพื่อนบ้าน และเครือข่ายสำคัญในพื้นที่ ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้านอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อาสาสมัครป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน องค์การบริหารส่วนตำบล เป็นเครือข่ายคุ้มครองทางสังคมให้แก่ผู้สูงอายุได้เป็นอย่างดีเครือข่ายท้องถิ่นจำเป็นต้องทราบข้อมูลของลักษณะประชากรในพื้นที่ ไม่ว่าจะเป็นจำนวนผู้สูงอายุและผู้เปราะบางอื่นๆ ที่จะต้องการความช่วยเหลือในพื้นที่ลักษณะการอยู่อาศัยข้อจำกัดและความต้องการต่างๆของกลุ่มเปราะบาง

นอกจากนี้เรื่องการเตรียมความพร้อมในระดับบุคคล ผู้สูงอายุสามารถเตรียมตัวให้พร้อมกับการรับมือภัยพิบัติด้วยตนเองโดยพื้นที่เสี่ยง ควรมีการจัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับภัยพิบัติเพื่อให้ผู้สูงอายุมีความรู้เกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมให้เหมาะสมกับสถานการณ์ และแนวทางการเตรียมพร้อมตนเองสำหรับเหตุการณ์ภัยพิบัติธรรมชาติ โดยควรให้แนวทางการเตรียมพร้อมในประเด็น (1) ประเมินความเสี่ยงผู้สูงอายุควรประเมินได้ว่าสถานที่พักอาศัยของตนมีความเสี่ยงต่อภัยพิบัติทางธรรมชาติประเภทใดบ้าง เช่น น้ำท่วม ดินถล่ม น้ำป่าไหลหลาก หรืออัคคีภัย เพื่อสามารถเตรียมการได้อย่างถูกต้องและควรทราบช่องทางเพื่อติดตามข่าวสาร (2) วางแผนผู้สูงอายุควรมีแผนไว้ล่วงหน้าก่อนที่จะเกิดภัยพิบัติเช่น จะอพยพไปที่ใดอย่างไร จะติดต่อใคร และเตรียมเบอร์โทรศัพท์ต่างๆ ให้พร้อมสำหรับติดต่อครอบครัวผู้ดูแลแพทย์ เป็นต้น (3) สร้างเครือข่ายในการช่วยเหลือเป็นขั้นตอนที่สำคัญมากโดยเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ เนื่องจากจำเป็นต้องพึ่งผู้อื่นในการอพยพหนีภัยคนในเครือข่ายอาจเป็นญาติพี่น้อง เพื่อนบ้าน หรือผู้ทำงานในท้องถิ่น และ (4) เตรียมสิ่งของสำหรับยามฉุกเฉินผู้สูงอายุต้องทราบว่าต้องเตรียมสิ่งของสำหรับยามฉุกเฉินอย่างไรบ้าง ไม่ว่าจะเป็นน้ำดื่ม อาหารแห้ง เสื้อผ้า อุปกรณ์ปฐมพยาบาลเบื้องต้น เงินติดตัว และที่สำคัญที่สุดคือ ยาประจำตัว

#### 1.4.2 ระดับความคิดเห็นต่อการส่งเสริมการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ

กลุ่มตัวอย่างประเมินว่าได้รับการส่งเสริมการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพอยู่ในระดับมาก ( $\bar{x}=3.551$ ) ทั้งนี้ครอบครัวมีบทบาทในการส่งเสริม มากที่สุด โดยสมาชิกในครอบครัวมีการช่วยเหลือเกื้อกูลกันและกัน ( $\bar{x}=4.221$ ) สามารถพึ่งพาอาศัยบุตรหลาน/ญาติพี่น้อง เมื่อเจ็บป่วยได้ ( $\bar{x}=4.111$ ) สมาชิกในครอบครัวมีการพูดคุย ปรัชญาหรือ แลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารกัน ( $\bar{x}=4.053$ ) รองลงมาคือ กลุ่มเพื่อน ซึ่งมีการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน ( $\bar{x}=3.742$ ) และสื่อมวลชน ซึ่งทำให้ได้รับทราบข้อมูลข่าวสารทั่วไป อย่างไรก็ตาม พบว่า หน่วยงานต้นสังกัด ยังให้ข้อมูล/ความรู้เกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมเพื่อการเป็นผู้สูงอายุ อยู่ในระดับค่อนข้างน้อย ( $\bar{x}=3.258$ ) รายละเอียดตามตารางที่ 16

ข้อ	การส่งเสริม	ระดับความคิดเห็น					$\bar{x}$	S.D.	แปลผล
		5	4	3	2	1			
ครอบครัว (n=720)									
1.	สมาชิกในครอบครัวมีการช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน	249	384	81	3	1	4.221	0.664	มากที่สุด
2.	สมาชิกในครอบครัวมีการพูดคุย ปรัชญาหรือ แลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารกัน	217	335	154	11	1	4.053	0.767	มาก
3.	สมาชิกในครอบครัวใช้เวลาว่างในการทำกิจกรรมต่างๆ ร่วมกัน	213	275	205	24	1	3.941	0.852	มาก
4.	สมาชิกในครอบครัวเป็นบุคคลที่ให้ความสนใจในการเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุ	217	284	180	36	1	3.947	0.874	มาก
5.	สมาชิกในครอบครัวเป็นผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเตรียมตัวเรื่องการเข้าสู่วัยสูงอายุ	202	268	200	46	2	3.866	0.908	มาก
6.	สามารถพึ่งพาอาศัยบุตรหลาน/ญาติพี่น้อง เมื่อเจ็บป่วย	259	292	156	10	1	4.111	0.797	มาก
กลุ่มเพื่อน (n=720)									
7.	เพื่อนมีการช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน	126	321	231	40	0	3.742	0.809	มาก
8.	กลุ่มเพื่อนสนับสนุนในการดูแลสุขภาพ	99	324	254	39	2	3.667	0.790	มาก

ข้อ	การส่งเสริม	ระดับความคิดเห็น					$\bar{x}$	S.D.	แปลผล
		5	4	3	2	1			
ครอบครัว (n=720)									
9.	เพื่อนสนิทสามารถให้ความช่วยเหลือท่านในด้านการเงินได้เมื่อจำเป็น	61	233	292	97	35	3.262	0.963	ปานกลาง
10.	กลุ่มเพื่อนใช้เวลาว่างในการทำกิจกรรมต่างๆ ร่วมกัน	87	272	296	61	2	3.531	0.824	มาก
สื่อมวลชน (n=720)									
11.	ได้รับทราบข้อมูลข่าวสารทั่วไปจากสื่อ	144	278	258	35	3	3.731	0.849	มาก
12.	เคยได้รับทราบข้อมูลด้านสิทธิประโยชน์ของผู้สูงอายุตามกฎหมายจากสื่อต่างๆ	103	262	305	45	3	3.581	0.826	มาก
13.	รับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมในการเข้าสู่วัยสูงอายุจากสื่อต่างๆ	104	236	323	50	5	3.535	0.849	มาก
อาสาสมัคร (n=718)									
14.	อาสาสมัครต่างๆ เช่น อสม. อพม. อพส. เข้ามาพบปะพูดคุยสภาพความเป็นอยู่	123	275	236	68	16	3.586	0.954	มาก
15.	อาสาสมัครต่างๆ เช่น อสม. อพม. อพส. ให้คำปรึกษาปัญหาต่างๆ ทั้งด้านสังคมและด้านสุขภาพ	126	274	233	70	15	3.593	0.956	มาก
16.	อาสาสมัครต่างๆ เช่น อสม. อพม. อพส. แนะนำบริการที่เกี่ยวข้อง ซึ่ง เป็นประโยชน์	119	284	222	77	16	3.575	0.962	มาก
หน่วยงานภาครัฐในพื้นที่ (n=718)									
17.	เจ้าหน้าที่ได้แนะนำให้สังเกตสิ่งผิดปกติหรือผลข้างเคียงจากการรับประทานยา	118	248	280	61	10	3.562	0.911	มาก
18.	เจ้าหน้าที่มีสื่อรูปภาพ หรือ วิดีโอการออกกำลังกาย	97	229	283	98	10	3.425	0.934	มาก
19.	เจ้าหน้าที่ได้แจกเอกสารเกี่ยวกับการปฏิบัติตนขณะเจ็บป่วยเพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติตน	98	261	289	63	9	3.522	0.879	มาก
20.	เจ้าหน้าที่ได้ให้กำลังใจ เมื่อเกิดความท้อแท้จากปัญหา	105	220	296	82	17	3.436	0.953	มาก



ข้อ	การส่งเสริม	ระดับความคิดเห็น					$\bar{x}$	S.D.	แปลผล
		5	4	3	2	1			
ครอบครัว (n=720)									
ส่วนตัวและปัญหาการเจ็บป่วย									
21.	เจ้าหน้าที่ได้จัดกิจกรรมต่างๆ เพื่อให้ได้เข้าร่วม	98	187	335	91	9	3.380	0.915	ปานกลาง
22.	เจ้าหน้าที่จัดตั้งกลุ่มส่งเสริมอาชีพให้ได้มีโอกาสถ่ายทอดประสบการณ์แก่คนรุ่นหลัง	107	153	348	100	12	3.338	0.949	ปานกลาง
เพื่อนร่วมงาน (n=361)									
23.	เพื่อนร่วมงานเป็นผู้ที่ให้ความสนใจในการเตรียมตัวเกี่ยวกับการเป็นผู้สูงอายุ	17	116	208	19	1	3.357	0.669	ปานกลาง
24.	เพื่อนร่วมงานเป็นผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเตรียมตัวเรื่องวัยสูงอายุ	19	97	211	29	2	3.285	0.712	ปานกลาง
25.	เมื่อเจ็บป่วยเพื่อนร่วมงานจะคอยดูแลช่วยเหลือเสมอ	17	103	207	31	0	3.296	0.691	ปานกลาง
26.	เพื่อนร่วมงานให้คำแนะนำ/ปรึกษาเรื่องการดูแลสุขภาพ	20	97	213	28	0	3.305	0.694	ปานกลาง
27.	เพื่อนร่วมงานเคยให้วัสดุอุปกรณ์เพื่อใช้ส่งเสริมสุขภาพ	19	96	191	48	4	3.218	0.783	ปานกลาง
หน่วยงานต้นสังกัด (n=330)									
28.	หน่วยงานต้นสังกัดมีการให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการเก็บออมเงิน	17	112	171	24	6	3.333	0.763	ปานกลาง
29.	หน่วยงานต้นสังกัดสนับสนุนการทำกิจกรรมนันทนาการและการพบปะสังสรรค์ทั้งภายในและภายนอกหน่วยงาน	19	94	187	24	6	3.291	0.760	ปานกลาง
30.	ได้รับข้อมูล/ความรู้เกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมเพื่อการเป็นผู้สูงอายุจากหน่วยงานต้นสังกัด	18	89	187	32	4	3.258	0.754	ปานกลาง
31.	หน่วยงานต้นสังกัดสนับสนุนให้บุคลากรมีสุขภาพแข็งแรง	29	105	173	18	5	3.409	0.787	ปานกลาง
32.	ได้รับข้อมูล/ความรู้เกี่ยวกับการประกอบอาชีพเสริมหลังเกษียณอายุจากต้นสังกัด	20	98	174	31	7	3.282	0.800	ปานกลาง
รวม		3,267	6,902	7,379	1,491	206	3.551	0.831	มาก

เมื่อพิจารณาการส่งเสริมการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพตามช่วงอายุ พบว่า ทุกช่วงวัยได้รับการส่งเสริมการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ จากหลายแหล่ง ไม่ว่าจะเป็นครอบครัว กลุ่มเพื่อน อาสาสมัคร หน่วยงานภาครัฐในพื้นที่ สื่อมวลชน และหน่วยงานต้นสังกัด อย่างไรก็ตาม เป็นที่น่าสังเกตว่ายิ่งช่วงอายุที่เพิ่มมากขึ้นจะมีการส่งเสริมการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพน้อยลง กล่าวคือ ผู้เข้าสู่วัยสูงอายุ จะได้รับการส่งเสริมจากครอบครัว กลุ่มเพื่อน อาสาสมัคร และหน่วยงานภาครัฐในพื้นที่ ผู้สูงอายุวัยต้น ได้รับการส่งเสริมจากครอบครัว กลุ่มเพื่อน และอาสาสมัคร ในขณะที่ผู้สูงอายุวัยกลาง และวัยปลาย จะมีเพียงครอบครัว และกลุ่มเพื่อน เป็นผู้ที่มีบทบาทหลักในการส่งเสริมการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ ตามรายละเอียดดังนี้

ผู้เข้าสู่วัยสูงอายุ ได้รับการส่งเสริมการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ จากครอบครัว กลุ่มเพื่อน อาสาสมัคร หน่วยงานภาครัฐในพื้นที่ และหน่วยงานต้นสังกัด เป็นหลัก ในส่วนของ **ครอบครัว** มีบทบาทในการช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน (ร้อยละ 55.5) พุดคุย ปรึกษาหารือ แลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร (ร้อยละ 49.5) ใช้เวลาว่างในการทำกิจกรรมต่างๆ ร่วมกัน (ร้อยละ 42.4) ให้กำลังใจในการเตรียมตัวเกี่ยวกับการเข้าสู่วัยสูงอายุ (ร้อยละ 42.4) พึ่งพาอาศัยบุตรหลาน/ญาติพี่น้อง ในยามเจ็บป่วย (ร้อยละ 38.9) และให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเตรียมตัวเรื่องการเข้าสู่วัยสูงอายุ (ร้อยละ 38.0) **กลุ่มเพื่อน** มีบทบาทสนับสนุนในการดูแลสุขภาพ (ร้อยละ 46.7) ช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน (ร้อยละ 44.5) และใช้เวลาว่างในการทำกิจกรรมต่างๆ ร่วมกันเสมอ (ร้อยละ 42.7) **อาสาสมัคร** เช่น อสม. อพม. อผส. แนะนำบริการที่เกี่ยวข้องที่เป็นประโยชน์ (ร้อยละ 47.4) ให้คำปรึกษาปัญหาต่างๆ ทั้งด้านสังคม และด้านสุขภาพ (ร้อยละ 45.2) และเข้ามาพบปะ สนทนา พุดคุยสภาพความเป็นอยู่ (ร้อยละ 44.2) **เจ้าหน้าที่จากหน่วยงานภาครัฐในพื้นที่** ได้แนะนำให้สังเกตสิ่งผิดปกติหรือผลข้างเคียงจากการรับประทานยา (ร้อยละ 41.7) และแจกเอกสารเกี่ยวกับการปฏิบัติตนขณะเจ็บป่วยเพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติตน (ร้อยละ 41.3) และหน่วยงานต้นสังกัด ให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการเก็บออมเงิน (ร้อยละ 46.4) และสนับสนุนให้มีสุขภาพแข็งแรง (ร้อยละ 42.9)

ผู้สูงอายุวัยต้น ได้รับการส่งเสริมการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ จากครอบครัว กลุ่มเพื่อน และอาสาสมัคร เป็นหลัก ในส่วนของ **ครอบครัว** เน้นที่สามารถพึ่งพาอาศัยบุตรหลาน/ญาติพี่น้อง ในยามเจ็บป่วยได้ (ร้อยละ 38.9) รวมทั้งช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน (ร้อยละ 51.4) พุดคุย ปรึกษาหารือ แลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร (ร้อยละ 41.2) ให้กำลังใจในการเตรียมตัวเกี่ยวกับการเข้าสู่วัยสูงอายุ (ร้อยละ 37.0) ใช้เวลาว่างในการทำกิจกรรมต่างๆ ร่วมกัน (ร้อยละ 35.0) และให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเตรียมตัวเรื่องการเข้าสู่วัยสูงอายุ (ร้อยละ 34.2) **กลุ่มเพื่อน** มีบทบาทในการช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน (ร้อยละ 47.9) และสนับสนุนในการดูแลสุขภาพ (ร้อยละ 45.9) และ **อาสาสมัคร** เช่น อสม. อพม. อผส. เข้ามาพบปะ สนทนา พุดคุยสภาพความเป็นอยู่ (ร้อยละ 43.2) แนะนำบริการที่เกี่ยวข้อง ซึ่ง

เป็นประโยชน์ (ร้อยละ 40.5) และให้คำปรึกษาปัญหาต่างๆ ทั้งด้านสังคม และด้านสุขภาพ (ร้อยละ 39.7)

ผู้สูงอายุวัยกลาง ได้รับการส่งเสริมการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ จากครอบครัว และกลุ่มเพื่อน เป็นหลัก ในส่วนของ**ครอบครัว** เน้นที่สามารถพึ่งพาอาศัยบุตรหลาน/ญาติพี่น้อง ในยามเจ็บป่วยได้ (ร้อยละ 46.9) ใช้เวลาว่างในการทำกิจกรรมต่างๆ ร่วมกัน (39.8) ให้กำลังใจในการเตรียมตัวเกี่ยวกับการเข้าสู่วัยสูงอายุ (ร้อยละ 39.8) ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเตรียมตัวเรื่องการเข้าสู่วัยสูงอายุ (ร้อยละ 39.8) รวมทั้งช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน (ร้อยละ 54.1) และพูดคุย ปรึกษาหารือ แลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารกัน (ร้อยละ 48.0) และ**กลุ่มเพื่อน** มีบทบาทในการช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน (ร้อยละ 39.8) สนับสนุนในการดูแลสุขภาพ (ร้อยละ 38.8)

ผู้สูงอายุวัยปลาย ได้รับการส่งเสริมการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ จากครอบครัว สื่อมวลชน และกลุ่มเพื่อน เป็นหลัก ในส่วนของ**ครอบครัว** เน้นที่สามารถพึ่งพาอาศัยบุตรหลาน/ญาติพี่น้อง ในยามเจ็บป่วยได้ พบว่า ผู้เข้าสู่วัยสูงอายุ (ร้อยละ 46.3) ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเตรียมตัวเรื่องการเข้าสู่วัยสูงอายุ (ร้อยละ 43.9) ให้กำลังใจในการเตรียมตัวเกี่ยวกับการเข้าสู่วัยสูงอายุ (ร้อยละ 39.0) รวมทั้งพูดคุย ปรึกษาหารือ แลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารกัน (ร้อยละ 53.7) ช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน (ร้อยละ 51.2) และใช้เวลาว่างในการทำกิจกรรมต่างๆ ร่วมกัน (ร้อยละ 41.5) **สื่อมวลชน** เน้นการได้รับทราบข้อมูลด้านสิทธิประโยชน์ของผู้สูงอายุตามกฎหมาย จากสื่อต่างๆ (ร้อยละ 29.3) และ**กลุ่มเพื่อน** มีบทบาทสนับสนุนในการดูแลสุขภาพ (ร้อยละ 43.9) ช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน (ร้อยละ 36.6) และเพื่อนสนิทสามารถให้ความช่วยเหลือในด้านการเงินได้เมื่อถึงคราวจำเป็น (ร้อยละ 36.6) รายละเอียดตามตารางที่ 17-23

ตารางที่ 17 ระดับความคิดเห็นต่อการส่งเสริมการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพจากครอบครัว จำแนกตามช่วงอายุ

การส่งเสริม	ระดับความคิดเห็น	ช่วงอายุ				รวม
		50-59ปี	60-69 ปี	70-79 ปี	80 ปีขึ้นไป	
1. สมาชิกในครอบครัวมีการช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน	น้อยที่สุด	1 (0.3%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (0.1%)
	น้อย	1 (.3%)	1 (.4%)	1 (1.0%)	0 (0.0%)	3 (0.4%)
	ปานกลาง	39 (12.1%)	32 (12.5%)	8 (8.2%)	2 (4.9%)	81 (11.3%)
	มาก	178 (55.5%)	132 (51.4%)	53 (54.1%)	21 (51.2%)	384 (53.6%)
	มากที่สุด	102 (31.8%)	92 (35.8%)	36 (36.7%)	18 (43.9%)	248 (34.6%)

การส่งเสริม	ระดับความคิดเห็น	ช่วงอายุ				รวม
		50-59ปี	60-69 ปี	70-79 ปี	80 ปีขึ้นไป	
	รวม	321 (44.8%)	257 (35.8%)	98 (13.7%)	41 (5.7%)	717 (100.0%)
2. สมาชิกในครอบครัวมีการพูดคุยปรึกษาหารือ แลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารกัน	น้อยที่สุด	1 (0.3%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (0.1%)
	น้อย	2 (.6%)	5 (1.9%)	3 (3.1%)	1 (2.4%)	11 (1.5%)
	ปานกลาง	66 (20.6%)	67 (26.1%)	18 (18.4%)	3 (7.3%)	154 (21.5%)
	มาก	159 (49.5%)	106 (41.2%)	47 (48.0%)	22 (53.7%)	334 (46.6%)
	มากที่สุด	93 (29.0%)	79 (30.7%)	30 (30.6%)	15 (36.6%)	217 (30.3%)
	รวม	321 (44.8%)	257 (36.8%)	98 (13.7%)	41 (5.7%)	717 (100.0%)
	3. สมาชิกในครอบครัวใช้เวลาว่างในการทำกิจกรรมต่างๆ ร่วมกัน	น้อยที่สุด	1 (.3%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
น้อย		12 (3.7%)	6 (2.3%)	5 (5.1%)	1 (2.4%)	24 (3.3%)
ปานกลาง		92 (28.7%)	84 (32.7%)	20 (20.4%)	9 (22.0%)	205 (28.6%)
มาก		136 (42.4%)	90 (35.0%)	34 (34.7%)	14 (34.1%)	274 (38.2%)
มากที่สุด		80 (24.9%)	77 (30.0%)	39 (39.8%)	17 (41.5%)	213 (29.7%)
รวม		321 (44.8%)	257 (35.8%)	98 (13.7%)	41 (5.7%)	717 (100.0%)
4. สมาชิกในครอบครัวเป็นบุคคลที่ใส่ใจในการเตรียมตัวเกี่ยวกับ การเข้าสู่วัยสูงอายุ		น้อยที่สุด	1 (0.3%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
	น้อย	16 (5.0%)	17 (6.6%)	2 (2.0%)	1 (2.4%)	36 (5.0%)
	ปานกลาง	83 (25.9%)	67 (26.1%)	20 (20.4%)	10 (24.4%)	180 (25.1%)
	มาก	137 (42.7%)	95 (37.0%)	37 (37.8%)	14 (34.1%)	283 (39.5%)
	มากที่สุด	84 (26.2%)	78 (30.4%)	39 (39.8%)	16 (39.0%)	217 (30.3%)
	รวม	321 (44.8%)	257 (35.8%)	98 (13.7%)	41 (5.7%)	717 (100.0%)
	5. สมาชิกในครอบครัวเป็นผู้ให้ข้อมูล	น้อยที่สุด	1 (0.3%)	1 (0.4%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
น้อย		22 (6.9%)	19 (7.4%)	4 (4.1%)	1 (2.4%)	46 (6.4%)
ปานกลาง		98	74	20	8	200

การส่งเสริม	ระดับความ คิดเห็น	ช่วงอายุ				รวม
		50-59ปี	60-69 ปี	70-79 ปี	80 ปี ขึ้นไป	
เกี่ยวกับ	(30.5%)	(28.8%)	(20.4%)	(19.5%)	(27.9%)	
การเตรียม	122	88	39	18	267	
ตัวเรื่องการ	(380%)	(34.2%)	(39.8%)	(43.9%)	(37.2%)	
เข้าสู่วัย	มากที่สุด	78	75	35	14	202
สูงอายุ	(24.3%)	(29.2%)	(35.7%)	(34.1%)	(28.2%)	
รวม	321	257	98	41	717	
	(44.8%)	(35.8%)	(13.7%)	(5.7%)	(100.0%)	
6. ท่าน	น้อยที่สุด	1	0	0	0	1
สามารถ	(0.3%)	(0.0%)	(0.0%)	(0.0%)	(0.1%)	
พึ่งพาอาศัย	น้อย	4	5	1	0	10
บุตรหลาน/	ปานกลาง	81	55	15	5	156
ญาติพี่น้อง	(1.2%)	(1.9%)	(1.0%)	(0.0%)	(1.4%)	
ในยาม	มาก	142	97	36	17	292
เจ็บป่วยได้	(25.2%)	(21.4%)	(15.3%)	(12.2%)	(21.8%)	
มากที่สุด	(44.2%)	(37.7%)	(36.7%)	(41.5%)	(40.7%)	
รวม	93	100	46	19	258	
	(29.0%)	(38.9%)	(46.9%)	(46.3%)	(36.0%)	
	321	257	98	41	717	
	(44.8%)	(35.8%)	(13.7%)	(5.7%)	(100.0%)	

ตารางที่ 18 ระดับความคิดเห็นต่อการส่งเสริมการเป็นผู้สูงอายุที่ศักยภาพจากกลุ่มเพื่อน จำแนกตามช่วงอายุ

การส่งเสริม	ระดับความ คิดเห็น	ช่วงอายุ				รวม
		50-59ปี	60-69 ปี	70-79 ปี	80 ปี ขึ้นไป	
1. เพื่อนมีการช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน	น้อยที่สุด	0	0	0	0	0
		(0.0%)	(0.0%)	(0.0%)	(0.0%)	(0.0%)
	น้อย	14	15	9	2	40
		(4.4%)	(5.8%)	(9.2%)	(4.9%)	(5.6%)
	ปานกลาง	111	73	35	12	231
		(34.6%)	(28.4%)	(35.7%)	(29.3%)	(32.2%)
มาก	143	123	39	15	320	
	(44.5%)	(47.9%)	(39.8%)	(36.6%)	(44.6%)	
มากที่สุด	53	46	15	12	126	
	(16.5%)	(17.9%)	(15.3%)	(29.3%)	(17.6%)	
รวม	321	257	98	41	717	
	(44.8%)	(35.8%)	(13.7%)	(5.7%)	(100.0%)	
2. กลุ่มเพื่อนสนับสนุนท่านในการดูแลสุขภาพ	น้อยที่สุด	0	0	2	0	2
		(0.0%)	(0.0%)	(2.0%)	(0.0%)	(0.3%)
	น้อย	7	17	11	4	39
		(2.2%)	(6.6%)	(11.2%)	(9.8%)	(5.4%)
	ปานกลาง	125	85	33	11	254
		(38.9%)	(33.1%)	(33.7%)	(26.8%)	(35.4%)

การส่งเสริม	ระดับความคิดเห็น	ช่วงอายุ				รวม
		50-59ปี	60-69 ปี	70-79 ปี	80 ปีขึ้นไป	
	มาก	150 (46.3%)	118 (45.9%)	38 (38.8%)	18 (43.9%)	324 (45.2%)
	มากที่สุด	39 (12.1%)	37 (14.4%)	14 (14.3%)	8 (19.5%)	98 (13.7%)
	รวม	321 (44.8%)	257 (35.8%)	98 (13.7%)	41 (5.7%)	717 (100.0%)
3. เพื่อนสนิทสามารถให้ความช่วยเหลือในด้านการเงินได้เมื่อถึงคราวจำเป็น	น้อยที่สุด	14 (4.4%)	8 (3.1%)	7 (7.1%)	6 (14.6%)	35 (4.9%)
	น้อย	37 (11.5%)	42 (16.3%)	13 (13.3%)	5 (12.2%)	97 (13.5%)
	ปานกลาง	133 (41.4%)	113 (44.0%)	36 (36.7%)	10 (24.4%)	292 (40.7%)
	มาก	118 (36.8%)	72 (28.0%)	27 (27.6%)	15 (36.6%)	232 (32.4%)
	มากที่สุด	19 (5.9%)	22 (8.6%)	15 (15.3%)	5 (12.2%)	61 (8.5%)
	รวม	321 (44.8%)	257 (35.8%)	98 (13.7%)	41 (5.7%)	717 (100.0%)
	4. กลุ่มเพื่อนใช้เวลาว่างในการทำกิจกรรมต่างๆ ร่วมกันเสมอ	น้อยที่สุด	0 (0.0%)	2 (0.8%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
น้อย		18 (5.6%)	26 (10.1%)	11 (11.2%)	5 (12.2%)	60 (8.4%)
ปานกลาง		136 (42.4%)	102 (39.7%)	40 (40.8%)	18 (43.9%)	296 (41.3%)
มาก		137 (42.7%)	98 (38.1%)	31 (31.6%)	6 (14.6%)	272 (37.9%)
มากที่สุด		30 (9.3%)	29 (11.3%)	16 (16.3%)	12 (29.3%)	87 (12.1%)
รวม		321 (44.8%)	257 (35.8%)	98 (13.7%)	41 (5.7%)	717 (100.0%)

ตารางที่ 19 ระดับความคิดเห็นต่อการส่งเสริมการเป็นผู้สูงอายุที่ศักยภาพจากสื่อมวลชน จำแนกตามช่วงอายุ

การส่งเสริม	ระดับความคิดเห็น	ช่วงอายุ				รวม
		50-59ปี	60-69 ปี	70-79 ปี	80 ปีขึ้นไป	
	น้อยที่สุด	3 (0.9%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	3 (0.4%)

การส่งเสริม	ระดับความคิดเห็น	ช่วงอายุ				รวม
		50-59ปี	60-69 ปี	70-79 ปี	80 ปีขึ้นไป	
1. เคยได้ รับทราบข้อมูล ข่าวสารทั่วไป จากสื่อต่างๆ	น้อย	6 (1.9%)	12 (4.7%)	13 (13.3%)	4 (9.8%)	35 (4.9%)
	ปานกลาง	107 (33.3%)	97 (37.7%)	38 (38.8%)	16 (39.0%)	258 (36.0%)
		142 (44.2%)	94 (36.6%)	34 (34.7%)	7 (17.1%)	277 (38.6%)
	มากที่สุด	63 (19.6%)	54 (21.0%)	13 (13.3%)	14 (34.1%)	144 (20.1%)
	รวม	321 (44.8%)	257 (35.8%)	98 (13.7%)	41 (5.7%)	717 (100.0%)
	2. เคยได้ รับทราบข้อมูล ด้านสิทธิ ประโยชน์ของ ผู้สูงอายุตาม กฎหมาย	น้อยที่สุด	3 (0.9%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
น้อย		12 (3.7%)	11 (4.3%)	15 (15.3%)	6 (14.6%)	44 (6.1%)
		143 (44.5%)	113 (44.0%)	38 (38.8%)	11 (26.8%)	305 (42.5%)
ปานกลาง		121 (37.7%)	96 (37.4%)	33 (33.7%)	12 (29.3%)	262 (36.5%)
		42 (13.1%)	37 (14.4%)	12 (12.2%)	12 (29.3%)	103 (14.4%)
รวม		321 (44.8%)	257 (35.8%)	98 (13.7%)	41 (5.7%)	717 (100.0%)
3. รับรู้ ข้อมูล ข่าวสาร เกี่ยวกับการ เตรียมความ พร้อมใน การเข้าสู่วัย สูงอายุจาก สื่อต่างๆ	น้อยที่สุด	4 (1.2%)	0 (0.0%)	1 (1.0%)	0 (0.0%)	5 (0.7%)
	น้อย	8 (2.5%)	15 (5.8%)	19 (19.4%)	8 (19.5%)	50 (7.0%)
		144 (44.9%)	124 (48.2%)	42 (42.9%)	12 (29.3%)	322 (44.9%)
	ปานกลาง	120 (37.4%)	83 (32.3%)	23 (23.5%)	10 (24.4%)	236 (32.9%)
		45 (14.0%)	35 (13.6%)	13 (13.3%)	11 (26.8%)	104 (14.5%)
	รวม	321 (44.8%)	257 (35.8%)	98 (13.7%)	41 (5.7%)	717 (100.0%)

ตารางที่ 20 ระดับความคิดเห็นต่อการส่งเสริมการเป็นผู้สูงอายุที่ดีคุณภาพจากอาสาสมัครจำแนกตามช่วงอายุ

การส่งเสริม	ระดับความคิดเห็น	ช่วงอายุ				รวม
		50-59ปี	60-69 ปี	70-79 ปี	80 ปีขึ้นไป	
1. อาสาสมัครต่างๆ เช่น อสม. อพม. อผส. เข้ามาพบปะ สนทนา พูดคุยสภาพความเป็นอยู่	น้อยที่สุด	8 (2.5%)	2 (.8%)	4 (4.1%)	2 (4.9%)	16 (2.2%)
	น้อย	14 (4.4%)	34 (13.2%)	15 (15.3%)	5 (12.2%)	68 (9.5%)
		ปานกลาง	94 (29.3%)	72 (28.0%)	48 (49.0%)	21 (51.2%)

การส่งเสริม	ระดับ ความ คิดเห็น	ช่วงอายุ			รวม
		50-59ปี	60-69 ปี	70-79 ปี	
	มาก	142 (44.2%)	111 (43.2%)	19 (19.4%)	275 (38.4%)
	มากที่สุด	63 (19.6%)	38 (14.8%)	12 (12.2%)	123 (17.2%)
	รวม	321 (44.8%)	257 (35.8%)	98 (13.7%)	717 (100.0%)
2. อาสาสมัครต่างๆ เช่น อสม. อพม. อผส. ให้คำปรึกษาปัญหา ต่างๆ ทั้งด้านสังคม และด้าน สุขภาพ	น้อยที่สุด	7 (2.2%)	3 (1.2%)	3 (3.1%)	15 (2.1%)
	น้อย	18 (5.6%)	33 (12.8%)	13 (13.3%)	70 (9.8%)
	ปานกลาง	87 (27.1%)	80 (31.1%)	47 (48.0%)	232 (32.4%)
	มาก	145 (45.2%)	102 (39.7%)	22 (22.4%)	274 (38.2%)
	มากที่สุด	64 (19.9%)	39 (15.2%)	13 (13.3%)	126 (17.6%)
	รวม	321 (44.8%)	257 (35.8%)	98 (13.7%)	717 (100.0%)
3. อาสาสมัคร ต่างๆ เช่น อสม. อพม. อผส. แนะนำบริการที่ เกี่ยวข้อง ซึ่งเป็น ประโยชน์	น้อย ที่สุด	8 (2.5%)	3 (1.2%)	3 (3.1%)	16 (2.2%)
	น้อย	16 (5.0%)	34 (13.2%)	19 (19.4%)	77 (10.7%)
	ปาน กลาง	88 (27.4%)	78 (30.4%)	42 (42.9%)	221 (30.8%)
	มาก	152 (47.4%)	104 (40.5%)	20 (20.4%)	284 (39.6%)
	มากที่สุด	57 (17.8%)	38 (14.8%)	14 (14.3%)	119 (16.6%)
	รวม	321 (44.8%)	257 (35.8%)	98 (13.7%)	717 (100.0%)
4. เจ้าหน้าที่ได้ แนะนำให้สังเกตสิ่ง ผิดปกติ หรือ ผลข้างเคียงจาก การรับประทานยา	น้อย ที่สุด	4 (1.2%)	3 (1.2%)	0 (0.0%)	10 (1.4%)
	น้อย	16 (5.0%)	28 (10.9%)	15 (15.5%)	61 (8.5%)
	ปาน กลาง	114 (35.5%)	105 (40.9%)	42 (43.3%)	280 (39.1%)
	มาก	134 (41.7%)	84 (32.7%)	20 (20.6%)	247 (34.5%)
	มากที่สุด	53 (16.5%)	37 (14.4%)	20 (20.6%)	118 (16.5%)
	รวม	321 (44.8%)	257 (35.9%)	97 (13.5%)	716 (100.0%)



ตารางที่ 21 ระดับความคิดเห็นต่อการส่งเสริมการเป็นผู้สูงอายุที่ศักยภาพจากหน่วยงานภาครัฐในพื้นที่  
จำแนกตามช่วงอายุ

การส่งเสริม	ระดับความคิดเห็น	ช่วงอายุ				รวม
		50-59ปี	60-69 ปี	70-79 ปี	80 ปี ขึ้นไป	
1. เจ้าหน้าที่มี สื่อรูปภาพ หรือ วิดีโอการออก กำลังกายให้ดู เป็นตัวอย่าง	น้อยที่สุด	2	4	1	3	10
		(0.6%)	(1.6%)	(1.0%)	(7.3%)	(1.4%)
	น้อย	24	39	23	12	98
		(7.5%)	(15.2%)	(23.7%)	(29.3%)	(13.7%)
	ปานกลาง	133	92	41	17	283
		(41.4%)	(35.8%)	(42.3%)	(41.5%)	(39.5%)
	มาก	113	89	20	6	228
		(35.2%)	(34.6%)	(20.6%)	(14.6%)	(31.8%)
	มากที่สุด	49	33	12	3	97
		(15.3%)	(12.8%)	(12.4%)	(7.3%)	(13.5%)
รวม		321	257	97	41	716
		(44.8%)	(35.9%)	(13.5%)	(5.7%)	(100.0%)
2. เจ้าหน้าที่ได้ แจกเอกสาร เกี่ยวกับการ ปฏิบัติตนขณะ เจ็บป่วยเพื่อ เป็นแนวทางใน การปฏิบัติตน	น้อยที่สุด	2	3	1	3	9
		(0.6%)	(1.2%)	(1.0%)	(7.3%)	(1.3%)
	น้อย	17	27	16	3	63
		(5.3%)	(10.5%)	(16.3%)	(7.3%)	(8.8%)
	ปานกลาง	124	103	44	18	289
		(38.5%)	(39.9%)	(44.9%)	(43.9%)	(40.2%)
	มาก	133	95	22	11	261
		(41.3%)	(36.8%)	(22.4%)	(26.8%)	(36.3%)
	มากที่สุด	46	30	15	6	97
		(14.3%)	(11.6%)	(15.3%)	(14.6%)	(13.5%)
รวม		322	258	98	41	719
		(44.8%)	(35.9%)	(13.6%)	(5.7%)	(100.0%)
3. เจ้าหน้าที่ ได้ให้กำลังใจ เมื่อเกิดความ ท้อแท้จาก ปัญหา ส่วนตัวและ ปัญหาการ เจ็บป่วย	น้อยที่สุด	6	6	2	3	17
		(1.9%)	(2.3%)	(2.0%)	(7.3%)	(2.4%)
	น้อย	20	40	18	4	82
		(6.2%)	(15.5%)	(18.4%)	(9.8%)	(11.4%)
	ปานกลาง	141	93	45	17	296
		(43.8%)	(36.0%)	(45.9%)	(41.5%)	(41.2%)
	มาก	106	85	18	10	219
		(32.9%)	(32.9%)	(18.4%)	(24.4%)	(30.5%)
	มากที่สุด	49	34	15	7	105
		(15.2%)	(13.2%)	(15.3%)	(17.1%)	(14.6%)
รวม		322	258	98	41	719
		(44.8%)	(35.9%)	(13.6%)	(5.7%)	(100.0%)
4. เจ้าหน้าที่ได้ จัดกิจกรรม ต่างๆ เพื่อให้ เข้าร่วม	น้อยที่สุด	3	3	0	3	9
		(0.9%)	(1.2%)	(0.0%)	(7.3%)	(1.3%)
	น้อย	20	42	23	6	91
		(6.2%)	(16.3%)	(23.5%)	(14.6%)	(12.7%)
	ปานกลาง	173	108	40	14	335
		(53.7%)	(41.9%)	(40.8%)	(34.1%)	(46.6%)
	มาก	82	72	22	10	186
		(25.5%)	(27.9%)	(22.4%)	(24.4%)	(25.9%)
	มากที่สุด	44	33	13	8	98
		(13.7%)	(12.8%)	(13.3%)	(19.5%)	(13.6%)

การส่งเสริม	ระดับความคิดเห็น	ช่วงอายุ				รวม
		50-59ปี	60-69 ปี	70-79 ปี	80 ปีขึ้นไป	
	รวม	322 (44.8%)	258 (35.9%)	98 (13.6%)	41 (5.7%)	719 (100.0%)
5. เจ้าหน้าที่จัดตั้งกลุ่มส่งเสริมอาชีพให้ได้มีโอกาสถ่ายทอดประสบการณ์แก่คนรุ่นหลัง	น้อยที่สุด	5 (1.6%)	4 (1.6%)	0 (0.0%)	3 (7.3%)	12 (1.7%)
	น้อย	28 (8.7%)	42 (16.3%)	24 (24.5%)	6 (14.6%)	100 (13.9%)
	ปานกลาง	168 (52.2%)	122 (47.3%)	41 (41.8%)	17 (41.5%)	348 (48.4%)
	มาก	75 (23.3%)	55 (21.3%)	15 (15.3%)	8 (19.5%)	153 (21.3%)
	มากที่สุด	46 (14.3%)	35 (13.6%)	18 (18.4%)	7 (17.1%)	106 (14.7%)
	รวม	322 (44.8%)	258 (35.9%)	98 (13.6%)	41 (5.7%)	719 (100.0%)

ตารางที่ 22 ระดับความคิดเห็นต่อการส่งเสริมการเป็นผู้สูงอายุที่ดีคุณภาพจากเพื่อนร่วมงานจำแนกตามช่วงอายุ

การส่งเสริม	ระดับความคิดเห็น	ช่วงอายุ				รวม
		50-59ปี	60-69 ปี	70-79 ปี	80 ปีขึ้นไป	
1. เพื่อนร่วมงานเป็นผู้ที่ใส่ใจในการเตรียมตัวเกี่ยวกับการเป็นผู้สูงอายุ	น้อยที่สุด	1 (0.7%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (0.3%)
	น้อย	5 (3.4%)	5 (4.0%)	7 (12.3%)	2 (6.7%)	19 (5.3%)
	ปานกลาง	82 (55.0%)	74 (59.2%)	31 (54.4%)	21 (70.0%)	208 (57.6%)
	มาก	55 (36.9%)	41 (32.8%)	16 (28.1%)	4 (13.3%)	116 (32.1%)
	มากที่สุด	6 (4.0%)	5 (4.0%)	3 (5.3%)	3 (10.0%)	17 (4.7%)
	รวม	149 (41.3%)	125 (34.6%)	57 (15.8%)	30 (8.3%)	361 (100%)
2. เพื่อนร่วมงานเป็นผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเตรียมตัวเรื่องวัยสูงอายุ	น้อยที่สุด	2 (1.4%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	2 (0.6%)
	น้อย	6 (4.1%)	14 (11.3%)	6 (10.5%)	3 (10.3%)	29 (8.1%)
	ปานกลาง	87 (58.8%)	74 (59.7%)	29 (50.9%)	21 (72.4%)	211 (58.9%)
	มาก	46 (31.1%)	28 (22.6%)	20 (35.1%)	3 (10.3%)	97 (27.1%)
	มากที่สุด	7 (4.7%)	8 (6.5%)	2 (3.5%)	2 (6.9%)	19 (5.3%)
	รวม	148 (41.3%)	124 (34.6%)	57 (15.9%)	29 (8.1%)	358 (100.0%)
	น้อยที่สุด	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)

การส่งเสริม	ระดับความ คิดเห็น	ช่วงอายุ				รวม	
		50-59ปี	60-69 ปี	70-79 ปี	80 ปี ขึ้นไป		
3. เมื่อ เจ็บป่วย เพื่อน ร่วมงานจะ คอยดูแล ช่วยเหลือ เสมอ	น้อย	11 (7.4%)	9 (7.3%)	6 (10.5%)	5 (17.2%)	31 (8.7%)	
	ปานกลาง	79 (53.4%)	80 (64.5%)	31 (54.4%)	17 (58.6%)	207 (57.8%)	
		มาก	50 (33.8%)	29 (23.4%)	18 (31.6%)	6 (20.7%)	103 (28.8%)
	มากที่สุด	8 (5.4%)	6 (4.8%)	2 (3.5%)	1 (3.4%)	17 (4.7%)	
	รวม	148 (41.3%)	124 (34.6%)	57 (15.9%)	29 (8.1%)	358 (100.0%)	
	4. เพื่อน ร่วมงานให้ คำแนะนำ/ ปรึกษาเรื่อง การดูแล สุขภาพ	น้อยที่สุด	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
		น้อย	10 (6.8%)	10 (8.1%)	6 (10.5%)	2 (6.9%)	28 (7.8%)
ปานกลาง			82 (55.4%)	75 (60.5%)	35 (61.4%)	21 (72.4%)	213 (59.5%)
		มาก	47 (31.8%)	32 (25.8%)	13 (22.8%)	5 (17.2%)	97 (21.1%)
มากที่สุด		9 (6.1%)	7 (5.6%)	3 (5.3%)	1 (3.4%)	20 (5.6%)	
รวม		148 (41.3%)	124 (34.6%)	57 (15.9%)	29 (8.1%)	358 (100.0%)	
5. เพื่อน ร่วมงาน เคยให้วัสดุ อุปกรณ์ เพื่อใช้ ส่งเสริม สุขภาพ		น้อยที่สุด	3 (2.0%)	1 (0.8%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	4 (1.1%)
	น้อย	18 (12.2%)	18 (14.5%)	9 (15.8%)	3 (10.3%)	48 (13.4%)	
		ปานกลาง	76 (51.4%)	63 (50.8%)	34 (59.6%)	18 (62.1%)	191 (53.4%)
	มาก		44 (29.7%)	35 (28.2%)	11 (19.3%)	6 (20.7%)	96 (26.8%)
	มากที่สุด	7 (4.7%)	7 (5.6%)	3 (5.3%)	2 (6.9%)	19 (5.3%)	
	รวม	148 (41.3%)	124 (34.6%)	57 (15.9%)	29 (8.1%)	358 (100.0%)	

ตารางที่ 23 ระดับความคิดเห็นต่อการส่งเสริมการเป็นผู้สูงอายุที่ศักยภาพจากหน่วยงานต้นสังกัด  
จำแนกตามช่วงอายุ

การส่งเสริม	ระดับความคิดเห็น	ช่วงอายุ				รวม
		50-59ปี	60-69 ปี	70-79 ปี	80 ปีขึ้นไป	
1. หน่วยงานต้นสังกัดมีการให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการเก็บออมเงิน	น้อยที่สุด	1 (0.7%)	2 (1.9%)	3 (5.5%)	0 (0.0%)	6 (1.8%)
	น้อย	12 (8.6%)	4 (3.8%)	3 (5.5%)	5 (17.9%)	24 (7.3%)
	ปานกลาง	56 (40.0%)	63 (59.4%)	36 (65.5%)	16 (57.1%)	171 (52.0%)
	มาก	65 (46.4%)	32 (30.2%)	10 (18.2%)	5 (17.9%)	112 (34.0%)
	มากที่สุด	6 (4.3%)	5 (4.7%)	3 (5.5%)	2 (7.1%)	16 (4.9%)
	รวม	140 (42.6%)	106 (32.2%)	55 (16.7%)	28 (8.5%)	329 (100.0%)
	2. หน่วยงานต้นสังกัดสนับสนุนการทำกิจกรรมนันทนาการและการพบปะสังสรรค์ทั้งภายในและภายนอกหน่วยงาน	น้อยที่สุด	3 (2.1%)	1 (0.9%)	2 (3.6%)	0 (0.0%)
น้อย		13 (9.3%)	4 (3.8%)	3 (5.5%)	4 (14.3%)	24 (7.3%)
ปานกลาง		69 (49.3%)	64 (60.4%)	37 (67.3%)	17 (60.7%)	187 (56.8%)
มาก		47 (33.6%)	33 (31.1%)	9 (16.4%)	5 (17.9%)	94 (28.6%)
มากที่สุด		8 (5.7%)	4 (3.8%)	4 (7.3%)	2 (7.1%)	18 (5.5%)
รวม		140 (42.6%)	106 (32.2%)	55 (16.7%)	28 (8.5%)	329 (100.0%)
3. ได้รับข้อมูล/ ความรู้เกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมเพื่อการเป็นผู้สูงอายุจากหน่วยงานต้นสังกัด		น้อยที่สุด	1 (0.7%)	1 (.9%)	2 (3.6%)	0 (0.0%)
	น้อย	16 (50.0%)	6 (18.8%)	7 (12.7%)	3 (10.7%)	32 (9.7%)
	ปานกลาง	75 (53.6%)	61 (57.5%)	32 (58.2%)	19 (67.9%)	187 (56.8%)
	มาก	43 (30.7%)	31 (29.2%)	11 (20.0%)	3 (10.7%)	88 (26.7%)
	มากที่สุด	5 (3.6%)	7 (6.6%)	3 (5.5%)	3 (10.7%)	18 (5.5%)
	รวม	140 (42.6%)	106 (32.2%)	55 (16.7%)	28 (8.5%)	329 (100.0%)
	4. หน่วยงานต้นสังกัดสนับสนุนให้บุคลากรมีสุขภาพแข็งแรง	น้อยที่สุด	1 (0.7%)	2 (1.9%)	2 (3.6%)	0 (0.0%)
น้อย		7 (5.0%)	3 (2.8%)	4 (7.3%)	3 (10.7%)	17 (5.2%)
ปานกลาง		59 (42.1%)	64 (60.4%)	34 (61.8%)	16 (57.1%)	173 (52.6%)
มาก		60 (42.9%)	29 (27.4%)	11 (20.0%)	5 (17.9%)	105 (31.9%)
รวม						

การส่งเสริม	ระดับความ คิดเห็น	ช่วงอายุ				รวม
		50-59ปี	60-69 ปี	70-79 ปี	80 ปี ขึ้นไป	
มากที่สุด	13 (9.3%)	8 (7.5%)	4 (7.3%)	4 (14.3%)	29 (8.8%)	
รวม	140 (42.6%)	106 (32.2%)	55 (16.7%)	28 (8.5%)	329 (100.0%)	
5. ได้รับ	น้อยที่สุด	3	2	2	0	7
ข้อมูล /	น้อย	12	6	9	4	31
ความรู้อ	เกี่ยวกับ	12	6	9	4	31
การ	ปานกลาง	65	57	32	19	173
ประกอบ	มาก	52	34	9	3	98
อาชีพเสริม	มากที่สุด	8	7	3	2	20
หลัง	มากที่สุด	8	7	3	2	20
เกษียณอายุ	มากที่สุด	8	7	3	2	20
จาก	รวม	140	106	55	28	329
หน่วยงาน	รวม	140	106	55	28	329
ต้นสังกัด	รวม	140	106	55	28	329

## ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์การเรียนรู้ในการส่งเสริมผู้สูงอายุที่มีศักยภาพบนฐานระบบสุขภาพพอเพียง

การเรียนรู้ในการส่งเสริมผู้สูงอายุที่มีศักยภาพบนฐานระบบสุขภาพพอเพียง ประกอบด้วย 1) การเรียนรู้ในการดำเนินงานส่งเสริมผู้สูงอายุที่มีศักยภาพของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในเชิงโครงสร้างทางสังคมและวัฒนธรรม ได้แก่ นโยบาย แผนงาน การดำเนินงาน การบูรณาการ และกฎหมายและมาตรฐาน รวมทั้ง 2) แบบแผนการดำรงชีวิต และแหล่งเรียนรู้ ของผู้เข้าสู่วัยสูงอายุและผู้สูงอายุ ซึ่งผู้วิจัยใช้การวิจัยเชิงสำรวจโดยใช้เทคนิคการสัมภาษณ์ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงาน เพื่อศึกษาการกำหนดนโยบาย การดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน รวมทั้งข้อเสนอแนะในการปฏิบัติตนที่จะนำไปสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ และการส่งเสริมการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ ใช้การสังเกตแบบมีส่วนร่วม เพื่อติดตามการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ ตลอดจนการวิจัยเชิงสำรวจโดยใช้แบบสอบถาม เพื่อสำรวจความคิดเห็นต่อแหล่งเรียนรู้เกี่ยวกับการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ ผลการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ การเรียนรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพในระดับโครงสร้างทางสังคมและวัฒนธรรม แบบแผนการดำรงชีวิตและแหล่งเรียนรู้ของผู้ที่เข้าสู่วัยสูงอายุและผู้สูงอายุ และผลการวิเคราะห์การเรียนรู้ตามหลักสุขภาพพอเพียง ดังนี้

## 2.1 การเรียนรู้ในการดำเนินงานส่งเสริมผู้สูงอายุที่มีศักยภาพของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในเชิงโครงสร้างทางสังคมและวัฒนธรรม

การดำเนินงานส่งเสริมผู้สูงอายุที่มีศักยภาพของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในเชิงโครงสร้างทางสังคมและวัฒนธรรม ประกอบด้วย นโยบาย แผนงาน การดำเนินงาน การมีส่วนร่วมและการบูรณาการ และกฎหมายและมาตรฐาน ดังนี้

### 2.1.1 ด้านนโยบาย

นโยบายของประเทศไทยด้านผู้สูงอายุได้เน้นไปที่การส่งเสริมผู้สูงอายุ ที่ยากไร้ ขาดผู้ดูแล ต่อมา มีการจัดตั้งสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุ สมัยรัฐบาลจอมพล ป. พิบูลสงคราม ซึ่งเป็นนโยบายส่งเสริมการเพิ่มประชากร การสงเคราะห์คนมีบุตรมาก การสงเคราะห์เด็ก รวมทั้งคนชรา และยังมีมุ่งเน้นการสงเคราะห์ผู้ตกทุกข์ได้ยาก ปัจจุบันนโยบายของรัฐบาลได้เน้นไปที่การลดความเหลื่อมล้ำของสังคม และการสร้างโอกาสการเข้าถึงบริการของรัฐ โดยเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตและการมีงานทำหรือกิจกรรมที่เหมาะสม เพื่อสร้างสรรค์และไม่ก่อภาระต่อสังคมในอนาคต โดยจัดเตรียมระบบการดูแลในบ้าน สถานพักฟื้น และโรงพยาบาล ที่เป็นความร่วมมือของภาครัฐ ภาคเอกชน ชุมชน และครอบครัว รวมทั้งพัฒนาระบบการเงิน การคลัง สำหรับดูแลผู้สูงอายุ ในส่วนของผู้ปฏิบัติงานด้านผู้สูงอายุ มองว่าการกำหนดนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการเตรียมความพร้อมสำหรับผู้สูงอายุ เป็นการกำหนดจากแผนผู้สูงอายุแห่งชาตินำมาปฏิบัติ สำหรับการกำหนดนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ ได้มีการประสานงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น สำนักงานเขตกรุงเทพมหานคร องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อให้การสนับสนุนเจ้าหน้าที่ และสถานที่ รวมทั้งใช้กลไกของชมรมผู้สูงอายุที่มีศักยภาพเพื่อให้เกิดการเข้าถึงทรัพยากร

อย่างไรก็ตาม พบว่า ขาดการเชื่อมโยงนโยบายด้านงานสวัสดิการผู้สูงอายุในระดับกรม ของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงสาธารณสุข และกรมการปกครองส่วนท้องถิ่น กับระดับพื้นที่ ได้แก่ สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น นอกจากนี้ยังขาดความสอดคล้องและไม่ทันกับสถานการณ์ผู้สูงอายุที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้การขับเคลื่อนภารกิจซึ่งมีบริบทกว้างและเกี่ยวข้องกับประเด็นสังคมอื่น ๆ เช่น สุขภาพครอบครัว ความพิการ ค่านิยมวัฒนธรรม เป็นแบบแยกส่วนและล่าช้า ไม่ทันต่อการเตรียมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย ทั้งนี้ควรปรับปรุง โดยการบูรณาการแผนระดับนโยบายที่เกี่ยวข้องกับบริบทงานสวัสดิการผู้สูงอายุให้ชัดเจน และมีรูปแบบการจัดสวัสดิการที่สอดคล้องตรงตามความต้องการของผู้สูงอายุและครอบครัว

ผู้ปฏิบัติงานด้านผู้สูงอายุ มีความเห็นว่า รัฐบาลควรริเริ่มการบริการ การให้ความช่วยเหลือในรูปแบบอื่น ๆ เพื่อช่วยเหลือครอบครัวที่รับภาระในการดูแลผู้สูงอายุ โดยมุ่งเน้นให้ครอบครัว ชุมชน และหน่วยงานในท้องถิ่นเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ และให้ผู้สูงอายุได้ทำกิจกรรมต่าง ๆ ตามความต้องการ สนับสนุนให้มีศูนย์บริการผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ในตำบล/ชุมชน และส่งเสริมให้กลุ่มผู้สูงอายุ ชุมชน ท้องถิ่น มีส่วนร่วมในการดำเนินการและร่วมเป็นเจ้าของ

### 2.1.2 ด้านแผนงาน

ประเทศไทยได้มีแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2525-2544) ซึ่งเป็นแผนที่กำหนด “สิทธิ” ของผู้สูงอายุไทยฉบับแรก โดยมุ่งเน้นให้สังคมตระหนักถึงความรับผิดชอบที่มีต่อผู้สูงอายุ ปัญหาผู้สูงอายุที่ต้องการความร่วมมือร่วมใจของทุกฝ่ายไม่ว่าจะเป็นเพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับความคุ้มครองทั้งกายและใจ เป็นหลักประกันในการจัดสรรทรัพยากรสำหรับสวัสดิการสังคมเพื่อผู้สูงอายุ และเพื่อให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในสังคมต่อไปในฐานะผู้ให้ ปัจจุบันอยู่ในช่วงการดำเนินงานของแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) ซึ่งมุ่งเน้นให้ภาคประชาชน ชุมชน องค์กรภาครัฐและเอกชนที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุ สามารถปฏิบัติงานได้อย่างประสานสอดคล้องกัน แผนดังกล่าวให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุในฐานะที่เป็นหลักชัยของสังคม ที่พึงได้รับหลักประกันด้านรายได้ การให้การศึกษาตลอดชีวิต การส่งเสริมด้านสุขภาพ การทำงานหารายได้ โดยมีองค์กรที่รับผิดชอบด้านผู้สูงอายุ ได้แก่ คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.) ในการนำนโยบายไปปฏิบัติโดยที่ภาครัฐให้การสนับสนุนในด้านต่าง ๆ เช่น ด้านงบประมาณ ด้านการประสานงาน เป็นต้น

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดำเนินการจัดบริการสาธารณะ และการดูแลผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้กำหนดแผนงานจัดสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุไว้ 4 แผนงาน ได้แก่ แผนงานให้บริการด้านสุขภาพอนามัย แผนงานส่งเสริมการอยู่ร่วมกันเพื่อสร้างความเข้มแข็งด้านองค์ความรู้ และคนพิการ แผนงานส่งเสริมอาชีพหรือรายได้ของผู้สูงอายุและคนพิการ และแผนงานการจัดให้มีอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุและคนพิการ รวมทั้งการสนับสนุนสถานสงเคราะห์คนชราไร้บ้านจากกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

อย่างไรก็ตาม ในส่วนของผู้ปฏิบัติงานด้านผู้สูงอายุ มองว่าศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ ไม่ได้เป็นหน่วยงานกำหนดแผนที่สอดคล้องกับบริบทและสภาพปัญหาของพื้นที่ ส่งผลให้การจัดบริการและการแก้ไขปัญหาการจัดสวัสดิการ ทั้งในสถาบันและในชุมชน ไม่ครอบคลุมในทุกมิติของการจัดบริการทางสังคมขั้นพื้นฐาน ควรเปิดโอกาสให้แต่ละหน่วยงานได้มีส่วนร่วมในการกำหนดแผน

ที่สอดคล้องและสัมพันธ์กับสภาพปัญหาในพื้นที่ และเอื้อให้ทุกภาคส่วนได้มีส่วนร่วมในการจัดบริการสวัสดิการสังคมภายในศูนย์และชุมชน

### 2.1.3 ด้านการดำเนินงาน

กรมกิจการผู้สูงอายุ ได้ปรับเปลี่ยนรูปแบบการให้บริการจากสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุ มาเป็นศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ โดยมีภารกิจหลักใน 6 รูปแบบ ได้แก่ ศูนย์ข้อมูลและสารสนเทศงานสวัสดิการผู้สูงอายุ ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนา ศูนย์การเรียนรู้ ศูนย์การจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุแบบสถาบัน ศูนย์การจัดสวัสดิการผู้สูงอายุในชุมชน และศูนย์บริการให้คำแนะนำปรึกษาและส่งต่อ ซึ่งผู้ปฏิบัติงานด้านผู้สูงอายุมีความเห็นว่า กรมกิจการผู้สูงอายุ ควรมีบทบาทในการพัฒนารูปแบบ วิธีการให้บริการ งานวิชาการและงานวิจัย และให้ความสำคัญกับครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ

การดำเนินงานด้านระบบคุ้มครองทางสังคมให้กับผู้สูงอายุ เช่น การลดหย่อนภาษีรายได้ให้กับบุตรที่อุปการะเลี้ยงดู และมีระบบบริการที่เอื้อต่อความสะดวกแก่ผู้สูงอายุ ศูนย์ดูแลกลางวัน บริการเยี่ยมบ้าน สนับสนุนระบบอาสาสมัคร การส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการจัดสวัสดิการให้กับผู้สูงอายุ ซึ่งการจัดสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุ ต้องคำนึงถึงความเหมาะสมและความต้องการของผู้สูงอายุอย่างเป็นองค์รวมจัดทำฐานข้อมูลผู้สูงอายุ เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการจัดทำแผนฟื้นฟูรายบุคคล (IRP) แผนกิจกรรมพัฒนา ทั้งนี้เพื่อตอบสนองต่อความต้องการตามศักยภาพของผู้สูงอายุแต่ละคน ควรจัดโครงการกิจกรรมที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเป็นผู้ให้ ทั้งด้านความรู้ ภูมิปัญญา การให้คำแนะนำปรึกษา ให้ความอบอุ่น ความเมตตา กับเพื่อนสมาชิกในชุมชน สังคม ในฐานะบุคคลที่มีประโยชน์ต่อสังคม

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้จัดบริการสาธารณะให้กับผู้สูงอายุ ซึ่งส่วนมากมีลักษณะการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า เน้นการสงเคราะห์ ได้แก่ การสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ การส่งเสริมด้านสุขภาพเป็นหลัก เน้นการพึ่งพางบประมาณจากส่วนกลาง ซึ่งจะส่งผลต่อการผูกพันงบประมาณจำนวนมากในอนาคต อีกทั้งไม่ส่งเสริมการพึ่งพาตนเอง เช่น การสร้างอาชีพของผู้สูงอายุ ซึ่งในระยะสั้น ควรเร่งดำเนินการส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุในชุมชน โดยศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุทำหน้าที่เป็นผู้สนับสนุนและเป็นพี่เลี้ยงในการดำเนินงานส่งเสริมการดำเนินงานความรับผิดชอบต่อสังคม (CSR) ขององค์กรภาคธุรกิจ สร้างการสื่อสารสาธารณะแบบมีส่วนร่วม เพื่อให้คนในสังคมมีทัศนคติทางบวกและความใส่ใจต่อผู้สูงอายุ นอกจากนี้ควรเสริมทัศนคติประชาชนเรื่องสวัสดิการควรเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานภายใต้กรอบการเสียภาษี และสร้างความมั่นใจการสะท้อนกลับมาในรูปแบบของสวัสดิการตามกฎหมาย



นอกจากนี้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้รับการถ่ายโอนสถานสงเคราะห์คนชรา จากกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ รวมทั้งมีการจัดตั้งศูนย์เฝ้าระวังและคุ้มครองสิทธิสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนขึ้น โดยนำแนวคิดการใช้ชุมชนเป็นพื้นฐานในการให้บริการ (Community-Based Approach) ซึ่งเป็นการปฏิบัติงานที่มุ่งใช้คุณลักษณะเด่นของชุมชน และทรัพยากรในชุมชนเป็นเครื่องมือ เพื่อสร้างจิตสำนึกร่วมของประชาชน ในการดำเนินการเพื่อชุมชน และโดยชุมชน เป็นการสนับสนุนการทำงานที่ระหว่างผู้สูงอายุ ครอบครัว ชุมชน องค์กรและสถาบันทางสังคมต่างๆ ในการจัดบริการต่างๆ ร่วมกัน

การดำเนินงานด้านวัฒนธรรม ซึ่งผู้สูงอายุจะมีประสบการณ์และภูมิความรู้ ซึ่งสามารถนำมาถ่ายทอดเป็นองค์ความรู้ให้แก่เยาวชนรุ่นหลังได้ และด้านหลักประกันในชีวิต ได้ดำเนินการส่งเสริมด้านการออม เน้นการสร้างอาชีพทางวัฒนธรรม ใช้ภูมิปัญญาชาวบ้านที่มีความรู้ดั้งเดิมมาต่อยอดเพื่อสร้างอาชีพและขับเคลื่อนเศรษฐกิจ เช่น การทำเครื่องจักรสาน การแปรรูปอาหาร หรือแปรรูปผลิตภัณฑ์ เป็นต้น อย่างไรก็ตาม การปฏิบัติงานในการดูแลผู้สูงอายุเป็นลักษณะงานวิชาชีพ และต้องใช้ความทุ่มเท ใส่ใจดูแลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเกิดจากสภาพความซับซ้อนของปัญหาในผู้สูงอายุ เช่น มีความพิการติดเตียง ภาวะจิตเวช หรือประสบการณ์การใช้ชีวิตของผู้สูงอายุที่ผ่านมา ทำให้การปฏิบัติงานในภาพรวมขาดประสิทธิภาพและเห็นควรแก้ไข โดยสร้างความร่วมมือในลักษณะสหวิชาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักกายภาพบำบัด นักจิตวิทยา เป็นต้น เพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุองค์รวม โดยต้องสนองต่อระบบปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุอย่างแท้จริง นอกจากนี้ งานด้านดูแลสุขภาพ ซึ่งปัจจุบันผู้สูงอายุจะมีอายุยืนยาวมากขึ้น ทำให้พบจำนวนผู้สูงอายุวัยปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป) เพิ่มขึ้น จึงจำเป็นต้องปรับการปฏิบัติงานให้สอดคล้องกับมิติสุขภาพเพิ่มขึ้นบุคลากรต้องเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง เพื่อให้เกิดการปฏิบัติงานที่ครอบคลุมมากขึ้น

อย่างไรก็ตาม ยังพบปัญหาด้านการจัดสรรงบประมาณ ที่ไม่สอดคล้องกับแผนพัฒนาการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นค่าใช้จ่ายพื้นฐานในการดูแลผู้สูงอายุ ไม่สามารถกำหนดงบประมาณที่เป็นค่าใช้จ่ายที่สอดคล้องกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีความซับซ้อนด้านสุขภาพ หรือการดูแลผู้สูงอายุตามสภาพปัญหาได้ รวมไปถึงสิ่งอำนวยความสะดวก ภายอุปกรณ์ มีราคาสูง ซึ่งควรจัดทำแผนงบประมาณเกี่ยวกับความต้องการในการดูแลผู้สูงอายุของหน่วยงาน และแบ่งตามสภาพปัญหาของผู้สูงอายุ ทั้งสภาพร่างกายและอาการพิการ โดยต้องประเมินภาวะการแบกรับการดูแล เช่น ช่วงวัย สภาพร่างกาย หรืออาการพิการ เพื่อขอรับการจัดสรรงบประมาณการดูแลตามเกณฑ์พื้นฐาน ให้เป็นไปตามมาตรฐานการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุรวมทั้งการทำ CSR ในระดับกระทรวงกับหน่วยงานภาคธุรกิจขนาดใหญ่ เพื่อลดภาระงบประมาณภาครัฐ ในการบริการขั้นพื้นฐานสำหรับผู้สูงอายุ ประกอบด้วยการส่งเสริม

พัฒนา สงเคราะห์ ค้ำครอง ป้องกัน แก้ไข และการบำบัดฟื้นฟูซึ่งจำเป็นต้องใช้งบประมาณในการให้บริการ

ผู้บริหาร มองว่าการดำเนินงานในอนาคตควรมีการเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับสถานการณ์สังคมสูงวัย โดยเริ่มต้นตั้งแต่ออกเข้าสู่วัยสูงอายุ ทั้งนี้ผู้ปฏิบัติงานด้านผู้สูงอายุเห็นว่า ควรมีกรอบแนวคิดที่นำไปสู่การส่งเสริม การจัดสรรงบประมาณ และบุคลากร ที่เหมาะสม รวมถึงการเชื่อมโยง Social Network เพื่อไปสู่การปฏิบัติได้จริงและสมบูรณ์ตามพระราชบัญญัติ จัดทำโครงการด้านสวัสดิการสังคม หน่วยบริการผู้สูงอายุเคลื่อนที่ การส่งเสริมและช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาสังคม และควรมีการกำหนดมาตรฐานการให้บริการขั้นพื้นฐานที่สามารถปฏิบัติจริงได้ สอดคล้องกับผู้ปฏิบัติงานด้านผู้สูงอายุ เห็นว่าควรส่งเสริมการใช้กองทุนผู้สูงอายุเป็นกลไกในงานสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ นอกจากนี้ ประเด็นการให้คำแนะนำ ปรีกษา ดำเนินการช่วยเหลือทางคดี ยังมีความจำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ ควรเพิ่มการประชาสัมพันธ์เพื่อสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการเข้าถึงสิทธิ เพื่อช่วยเหลือให้ประชาชนรับรู้ถึงสิทธิ การลงทะเบียน ตลอดจนขั้นตอนวิธีการต่าง ๆ เพื่อขอใช้สิทธิได้อย่างถูกต้อง

#### 2.1.4 ด้านการมีส่วนร่วมและบูรณาการ

การสร้างการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน ทั้งครอบครัว ชุมชน รัฐบาล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และองค์กรพัฒนาเอกชน ภายใต้แนวคิดสังคมสวัสดิการ (Welfare Society) ซึ่งเป็นการเปิดโอกาสให้ประชาสังคมได้เข้ามารับผิดชอบสวัสดิการสังคมของทุกภาคส่วนตลอดจนภาคเศรษฐกิจและธุรกิจพาณิชย์ เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดบริการ โดยที่รัฐก็ไม่ได้ยุติการจัดการ แต่ยังคงดูแลในระดับที่เหมาะสม และในบางด้านของการจัดสวัสดิการที่ยังจำเป็นต้องดำเนินการโดยภาครัฐ เป็นความร่วมมือกันในลักษณะที่เรียกว่าเป็นหุ้นส่วนทางสังคม (Partnership) ซึ่งจะเป็นการขยายโอกาสในการมีชีวิตที่ดีขึ้นในทุก ๆ ด้าน หนุนสร้างความมั่นคงของมนุษย์ และทำให้เกิดความเป็นธรรมทางสังคมได้อย่างสอดคล้องกับสภาพปัญหาความต้องการที่หลากหลายของประชาชนกลุ่มต่าง ๆ ควรให้ความสำคัญกับการหนุนเสริมและสนับสนุนจากภาคส่วนต่าง ๆ การจัดสวัสดิการตามหลักศาสนาภูมิปัญญาและวัฒนธรรมท้องถิ่น องค์ความรู้เรื่องผู้สูงอายุทั้งในด้านสุขภาวะของผู้สูงอายุ เศรษฐกิจของผู้สูงอายุ อารยสถาปัตย์และสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุ

ทั้งนี้ ควรสร้างการมีส่วนร่วม โดยไม่ใช้งบประมาณจากภาครัฐเพียงฝ่ายเดียว อาทิ การจัดสวัสดิการ 3 ขาการจัดสวัสดิการเชิงธุรกิจ เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีกำลังทรัพย์ตามหลักการเฉลี่ยทุกข์เฉลี่ยสุข ซึ่งเป็นการจัดสวัสดิการเพิ่มเติมจากบริการขั้นพื้นฐาน (Social Safety Net) ผู้ปฏิบัติงานด้านผู้สูงอายุ มองว่าการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับการเตรียมความพร้อมสำหรับผู้เข้าสู่วัยสูงอายุด้าน

สุขภาพให้ความรู้เรื่องอนามัยส่วนบุคคล การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ โดยใช้กลไกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) แต่การดำเนินงานยังขาดความต่อเนื่อง เนื่องจากเป็นการจัดกิจกรรมเป็นรายครั้งในชุมชน ด้านการมีส่วนร่วมในสังคม ได้ร่วมมือกับอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชน (อผส.) มีศูนย์บริการในชุมชน โดยให้ชุมชนและผู้สูงอายุเป็นผู้นำในการขับเคลื่อนกิจกรรม จึงควรมีแผนบูรณาการระดับพื้นที่ ทั้งแผนระยะสั้นและระยะกลางควรเป็นแบบกลุ่มจังหวัดหรือภาค เพื่อให้เกิดการดูแลผู้สูงอายุในบริบท วัฒนธรรมใกล้เคียงกัน และควรจัดกลุ่ม (Zoning) ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ ให้สอดคล้องกับกลุ่มจังหวัด เป็นการลดเงื่อนไขท้องถิ่น (กรณีถ่ายโอน) ที่จะต้องไม่ดูแลเฉพาะผู้สูงอายุในพื้นที่จังหวัด

การเพิ่มบทบาทอาสาสมัครในชุมชนในการช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุทั่วไป และผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะวิกฤต โดยผู้ปฏิบัติงานด้านผู้สูงอายุเห็นว่า ควรประสานงานเครือข่ายเข้ามาช่วยดูแลผู้สูงอายุ รวมทั้งการสร้างระบบ การเฝ้าระวัง การเตือนภัยด้านผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบ และกำหนดรูปแบบการทำงานที่มีส่วนร่วมกับทุกภาคส่วนในงานสวัสดิการสังคมด้านผู้สูงอายุ นอกจากนี้ ภาครัฐสนับสนุนสวัสดิการผู้สูงอายุหลายประเภทที่ซ้ำซ้อนกันหลายหน่วยงาน แต่หน่วยงานมักไม่ค่อยได้หารือเรื่องการประสานการดำเนินงาน จึงเกิดปัญหาไม่ค่อยเชื่อมโยงกัน มีอิสระในการทำงาน

### 2.1.5 ด้านกฎหมายและมาตรฐาน

ในอดีตยังไม่มีกฎหมายที่กำหนดแนวทางการดำเนินการให้กับผู้สูงอายุ เนื่องจากปัจจัยทางการเมือง เศรษฐกิจและสังคมไม่เอื้ออำนวย ต่อมาได้มีการพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติผลักดันให้แผนปฏิบัติได้จริง และยังมีภาระบุให้เร่งรัดให้มีกฎหมายเพื่อคุ้มครองและพิทักษ์สิทธิผู้สูงอายุอันนำไปสู่ความพยายามผลักดันให้เกิด กฎหมาย เพื่อประกันสิทธิของผู้สูงอายุ ซึ่งกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานผู้สูงอายุในปัจจุบัน คือพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546 ฉบับแก้ไขเพิ่มเติม พ.ศ. 2551 นับว่าเป็นจุดเริ่มต้นของการเห็นความสำคัญของส่วนราชการต่าง ๆ ต่อเรื่องผู้สูงอายุ ซึ่งเน้นที่การคุ้มครอง ส่งเสริม และสนับสนุนแก่ผู้สูงอายุ โดยกำหนดให้มีคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ ในการกำหนดนโยบายและแผนหลัก แนวทางปฏิบัติ พิจารณาให้การสนับสนุนและช่วยเหลือกิจกรรมของภาครัฐและเอกชนที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุ กำหนดให้ผู้สูงอายุ มีสิทธิได้รับการคุ้มครอง การส่งเสริมและการสนับสนุนในด้านต่าง ๆ เช่น การบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุขด้วยความสะดวกรวดเร็วเป็นกรณีพิเศษ การศึกษา การศาสนา และข้อมูลข่าวสาร การประกอบอาชีพหรือฝึกอาชีพ การพัฒนาตนเองและการมีส่วนร่วมในสังคม เครือข่ายชุมชน การอำนวยความสะดวกและความปลอดภัยในอาคารสถานที่ ยานพาหนะ การช่วยเหลือด้านค่าโดยสารยานพาหนะ การยกเว้นค่าเข้าชมสถานที่ของรัฐ การช่วยเหลือจากการถูก

ทารุณกรรม หรือถูกแสวงหาประโยชน์โดยมิชอบด้วยกฎหมาย หรือถูกทอดทิ้ง การให้คำแนะนำ  
ปรึกษา ดำเนินการในทางคดีหรือแก้ไขปัญหาคอครบครัว การจัดที่พักอาศัย อาหารและเครื่องนุ่งห่ม  
การสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ การสงเคราะห์ในการจัดการศพ เป็นต้น กำหนดให้มีกองทุนผู้สูงอายุ เพื่อ  
เป็นทุนใช้จ่ายเกี่ยวกับการคุ้มครอง ส่งเสริมและสนับสนุนตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุนี้ โดยกองทุน  
ประกอบด้วย เงินประเดิมที่รัฐบาลจัดสรรให้ เงินที่ได้รับจากงบประมาณรายจ่ายประจำปี เงินหรือ  
ทรัพย์สินที่มีผู้บริจาคหรือมอบให้ เงินอุดหนุนจากต่างประเทศหรือองค์การระหว่างประเทศ เงินหรือ  
ทรัพย์สินที่ตกเป็นของกองทุน หรือได้รับตามกฎหมายหรือนิติกรรมอื่น และดอกผลที่เกิดจากเงินหรือ  
ทรัพย์สินของกองทุนทั้งนี้ไม่ต้องนำส่งกระทรวงการคลัง

นอกจากนี้ บทบัญญัติกฎหมายที่เกี่ยวข้องขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการใช้  
งบประมาณเพื่อจัดสวัสดิการให้แก่ผู้สูงอายุ พบว่า ยังไม่มีความชัดเจน ดังนั้นจึงควรแก้ไขกฎหมายใน  
เรื่องดังกล่าวให้ชัดเจนยิ่งขึ้น แต่เนื่องจากการแก้ไขกฎหมายในระดับพระราชบัญญัติจะต้องใช้  
ระยะเวลาในการดำเนินการที่ค่อนข้างยาว เพื่อให้การแก้ไขปัญหาดังกล่าวเป็นไปด้วยความรวดเร็ว จึง  
ควรดำเนินการโดยการแก้ไขกฎหมายลำดับรองที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถ  
ใช้งบประมาณในการจัดสวัสดิการให้แก่ผู้สูงอายุได้ภายใต้กฎหมายที่ใช้บังคับอยู่ในปัจจุบัน

ผู้บริหารหน่วยงานด้านผู้สูงอายุ มีความเห็นว่า กรมกิจการผู้สูงอายุ ควรกำหนดมาตรฐาน  
การจัดสวัสดิการผู้สูงอายุปรับบทบาทเป็นผู้สนับสนุนการดำเนินงาน และเป็นพี่เลี้ยงให้กับองค์กร  
ปกครองส่วนท้องถิ่น โดยเฉพาะสถานสงเคราะห์ที่ได้รับการถ่ายโอนไปแล้ว การเพิ่มคุณภาพการ  
ให้บริการตามความต้องการของผู้สูงอายุและเหมาะสมกับบริบทพื้นที่สร้างคุณค่าให้ผู้สูงอายุโดย  
พัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุที่มีความพร้อมและถอดบทเรียนจากความรู้ความสามารถของผู้สูงอายุ  
อย่างไรก็ตาม ผู้ปฏิบัติงานด้านผู้สูงอายุมีความเห็นว่า จะต้องมีการประเมินติดตามผลหลักสูตรที่เป็น  
หลักสูตรมาตรฐาน โดยสหวิชาชีพด้านผู้สูงอายุรับรอง เพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวมมี  
ประสิทธิภาพ ควรมีเวทีในลักษณะสมัชชาสหวิชาชีพ ผู้ปฏิบัติงานด้านผู้สูงอายุ เพื่อให้เกิดการ  
แลกเปลี่ยนองค์ความรู้ ทั้งนี้ต้องสร้างความตื่นตัวเรื่องสังคมสูงวัย ให้เป็นที่รับรู้ของคนทำงาน  
เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุทุกระดับ เพื่อเป็นการยกระดับการรับรู้ นำไปสู่ความสนใจที่จะมาร่วมดูแล  
ผู้สูงอายุในรูปแบบต่าง ๆ ผู้บริหารของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะต้องมีความเข้าใจเกี่ยวกับสังคมสูงวัย  
เพื่อให้การบูรณาการการทำงานของทุกหน่วยงานเกิดประโยชน์ต่อผู้สูงอายุในภาพรวมมากขึ้น

### วิเคราะห์การเรียนรู้ในการส่งเสริมการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ

จากการดำเนินงานเชิงโครงสร้างทางสังคมและวัฒนธรรม ทั้งในด้านนโยบาย ด้านแผนงาน  
ด้านการดำเนินงาน ด้านการมีส่วนร่วมและการบูรณาการ และด้านกฎหมายและมาตรฐาน จะเห็นได้  
ว่า หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มีการเรียนรู้ในการส่งเสริมการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ ดังนี้

การเรียนรู้ในการปฏิบัติงานด้านผู้สูงอายุ เน้นที่การเรียนรู้ตลอดชีวิต ให้เหมาะสม สอดคล้อง กับความต้องการของผู้สูงอายุ เนื่องจากบริบทแวดล้อมของผู้สูงอายุมีพื้นฐานที่หลากหลาย ประกอบด้วย การเรียนรู้ด้านการปฏิบัติที่นำไปสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพของผู้เข้าสู่วัย สูงอายุควรมี 1) กลไกของหลักสูตรการเรียนรู้เป็นวิชาเลือกในโรงเรียน ครอบครัวเป็นผู้ทำหน้าที่ รวมทั้งการศึกษาความต้องการและพฤติกรรมผู้สูงอายุเพื่อเป็นการรองรับสังคมผู้สูงอายุ 2) วิธีการ ดำเนินการเตรียมตั้งแต่วัยเด็ก ให้เรียนรู้เรื่องพัฒนาการมนุษย์เพื่อทำให้เข้าใจวัยสูงอายุ การสำรวจ สัมภาษณ์ ทำแบบสอบถาม 3) กิจกรรมสร้างความสัมพันธ์ระหว่างช่วงวัยระหว่างเด็กผู้สูงอายุ และ บุคคลในครอบครัวเพื่อสนองตอบความต้องการและสร้างพฤติกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อการใช้ชีวิตของ ผู้สูงอายุ และครอบครัว

นอกจากนี้การเรียนรู้ด้านการส่งเสริมการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ ควรมี 1) กลไกของ หลักสูตรการเรียนรู้ในโรงเรียนตั้งแต่วัยเด็ก ต้องคิดว่าสุขภาพเป็นของตัวเอง การให้ความรู้ และสร้างแรงบันดาลใจ ในการเป็นผู้สูงอายุอย่างมีคุณค่า ซึ่งครอบครัวมีบทบาทสำคัญ 2) วิธีการ โดย ให้โรงเรียน สถานสงเคราะห์ หรือศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ เพื่อเป็นแหล่งเรียนรู้ใน การศึกษาด้านจิตวิทยาพัฒนาการ 3) กิจกรรมส่งเสริมการออม ทำความเข้าใจกับบิดามารดา รวมทั้ง สร้างกิจกรรมให้ผู้สูงอายุได้ทำกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ทำให้ไม่รู้สึกรู้ว่าเป็นภาระของบุตรหลาน หรือ สังคม โดยการทำกิจกรรมต่างๆ หรือจัดตั้งชมรมเพื่อทำกิจกรรมร่วมกับทุกวัยในชุมชน

### วิเคราะห์การเรียนรู้ในการส่งเสริมการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพตามหลักสุขภาพพอเพียง

จากการดำเนินงานเชิงโครงสร้างทางสังคมและวัฒนธรรม ทั้งในด้านนโยบาย ด้านแผนงาน ด้านการดำเนินงาน ด้านการมีส่วนร่วมและการบูรณาการ และด้านกฎหมายและมาตรฐาน พบว่า มีความสอดคล้องกับหลักการของสุขภาพพอเพียง ในส่วนของการยึดหลักทางสายกลาง ยึดหลักความสมดุล ยึดหลักความพอประมาณ สร้างระบบภูมิคุ้มกัน และสร้างระบบการเรียนรู้ให้เท่าทัน ดังนี้

ยึดหลักทางสายกลาง ได้ให้ความสำคัญกับการกำหนดนโยบายจากแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ นำมาปฏิบัติ มีเป้าหมายให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตพึ่งพาตนเองได้ โดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น มีระบบบริการที่เอื้อต่อความสะดวกแก่ผู้สูงอายุ การปฏิบัติงานที่มุ่งใช้คุณลักษณะเด่นของชุมชน และทรัพยากรในชุมชนเป็นเครื่องมือ เน้นเรื่องการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและการมีสภาพจิตใจที่ดี การนำหลักธรรมทางศาสนามาใช้ในชีวิตประจำวัน

ยึดหลักความสมดุล ได้ให้ความสำคัญกับ การมุ่งเน้นให้ภาคประชาชน ชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรภาครัฐ และเอกชน มีส่วนร่วมในการจัดสวัสดิการให้กับผู้สูงอายุ การจัดสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุแบบสังคมสวัสดิการ (Welfare Society) การบูรณาการแผนระดับนโยบายที่เกี่ยวข้องกับบริบทงานสวัสดิการผู้สูงอายุ ส่งเสริมให้ชุมชนและผู้สูงอายุเป็นผู้นำในการขับเคลื่อนกิจกรรม สร้างความสัมพันธ์ระหว่างช่วงวัยระหว่างเด็กผู้สูงอายุ และบุคคลในครอบครัว มีความสมดุลทั้งด้านสุขภาพ การมีส่วนร่วมทางสังคม และหลักประกันในชีวิต การใช้หลักธรรมชาตินในการสร้างความสมดุล การใช้สมุนไพรในการรักษาโรค และการสร้างความสมดุลด้านร่างกายและจิตใจ

ยึดหลักความพอประมาณ ได้ให้ความสำคัญกับองค์กรที่รับผิดชอบด้านผู้สูงอายุจัดทำแผนงบประมาณเกี่ยวกับความต้องการในการดูแลผู้สูงอายุ ควรแบ่งตามสภาพปัญหาของผู้สูงอายุ ส่งเสริมความเข้าใจเกี่ยวกับสังคมสูงวัยเพื่อให้เกิดบูรณาการการทำงานของทุกหน่วยงานให้เกิดประโยชน์ต่อผู้สูงอายุในภาพรวม การมีกิจกรรมที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเป็นผู้ให้ ส่งเสริมการทำงานหารายได้ และน้อมนำหลักเศรษฐกิจพอเพียงมาใช้

สร้างระบบภูมิคุ้มกัน ได้ให้ความสำคัญกับ การปฏิบัติงานได้อย่างประสานสอดคล้องกัน เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับหลักประกันด้านรายได้ การส่งเสริมด้านสุขภาพ การมีระบบคุ้มครองทางสังคมให้กับผู้สูงอายุ สร้างจิตสำนึกร่วมของประชาชน การดำเนินงานเตรียมความพร้อมเริ่มต้นตั้งแต่ก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ ให้ความสำคัญกับครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ สร้างการสื่อสารสาธารณะแบบมีส่วนร่วม ใช้กลไกของชมรมผู้สูงอายุและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่มีศักยภาพเพื่อให้เกิดการเข้าถึงทรัพยากร ส่งเสริมการดำเนินงานธุรกิจเพื่อสังคมกับหน่วยงานภาครัฐขนาดใหญ่ เพื่อลดภาระงบประมาณภาครัฐ การสร้างอาชีพทางวัฒนธรรมโดยใช้ภูมิปัญญามาต่อยอด และการถ่ายทอดประสบการณ์ ภูมิปัญญาให้คนรุ่นหลัง รวมทั้งส่งเสริมด้านการออม

สร้างระบบการเรียนรู้ให้เท่าทัน ได้ให้ความสำคัญกับการกำหนดนโยบายหรือแผนเพื่อให้มีรูปแบบการจัดสวัสดิการที่สอดคล้องตรงตามความต้องการของผู้สูงอายุและครอบครัว การส่งเสริมการศึกษาตลอดชีวิต การพัฒนารูปแบบ วิธีการให้บริการ งานวิชาการและงานวิจัย พัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุที่มีความพร้อม การแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ในการปฏิบัติงาน การเรียนรู้ด้านเตรียมความพร้อมเพื่อการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพของผู้เข้าสู่วัยสูงอายุ โดยมีโรงเรียน ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ เป็นแหล่งเรียนรู้ในการศึกษาด้านจิตวิทยาพัฒนาการ รวมทั้งการให้คำแนะนำ ปรึกษา ดำเนินการช่วยเหลือทางกฎหมาย

## 2.2 แบบแผนการดำรงชีวิต และแหล่งเรียนรู้ ของผู้เข้าสู่วัยสูงอายุและผู้สูงอายุ

### 2.2.1 แบบแผนการดำรงชีวิต

ผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ เป็นผู้สูงอายุที่สามารถดำเนินชีวิตได้โดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น สามารถพึ่งพาตนเองได้ โดยชะลอการเป็นภาวะพึ่งพิงให้มากที่สุด มีทัศนคติต่อการทำกิจกรรมในสังคม การบำเพ็ญประโยชน์ เพื่อสร้างคุณค่าแห่งตน มีการออมและการสร้างรายได้ ซึ่งมีกรณีศึกษา ดังนี้

#### กรณีศึกษาที่ 1

การดำรงชีวิตในภาวะผู้สูงอายุที่มีศักยภาพบนฐานระบบสุขภาพพอเพียง คือ ผู้สูงอายุที่มีศักยภาพที่ดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพในสังคมไทย ควรเป็นแบบอย่างที่ดีให้กับครอบครัว และชุมชน โดยมีความขยัน อดทนไม่คดโกง เป็นคนดี ระบบสุขภาพพอเพียงที่จะส่งเสริมการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพควรประกอบด้วย ผู้สูงอายุต้องดูแลรักษาสุขภาพตนเอง มีบริการสุขภาพ โดยมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เป็นกลไกหลักในชุมชน และสภาพแวดล้อมที่เป็นชุมชนเศรษฐกิจพอเพียง พึ่งพาตนเอง ลดการพึ่งพิงจากภายนอกชุมชน ทำการเกษตรแบบผสมผสาน การปฏิบัติตนที่จะนำไปสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ ควรจะมีการเตรียมตัวด้านสุขภาพ โดยการปลูกผักกินเอง ออกกำลังกาย พักผ่อนให้เพียงพอ ด้านสังคม โดยการเลี้ยงดูบุตรหลาน การเป็นวิทยากรในชุมชนเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา และด้านเศรษฐกิจ โดยการเก็บออม ประหยัด ลดรายจ่ายเพิ่มรายได้การเตรียมตัวที่สำคัญคือ “ด้านจิตใจ” ทำใจให้มีความสุข

การปฏิบัติตนบนฐานระบบสุขภาพพอเพียง โดยยึดต้นแบบจากพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวฯ ประกอบด้วย 1) ยึดหลักทางสายกลาง ได้แก่ พออยู่พอกิน สร้างสัมพันธภาพกับผู้นำในชุมชน และประหยัดอดออม 2) ยึดหลักความสมดุล ได้แก่ การแบ่งเวลาในการดำเนินชีวิตประจำวัน คำนึงถึงประโยชน์ส่วนรวมก่อนประโยชน์ส่วนตน 3) ยึดหลักความพอประมาณ ได้แก่ การกินอาหารที่ปลูกเอง การใช้จ่ายอย่างเหมาะสม 4) สร้างระบบภูมิคุ้มกัน ได้แก่ การพักผ่อนให้เพียงพอ การทำบัญชีครัวเรือนลดรายจ่าย เพิ่มรายได้ และ 5) สร้างระบบการเรียนรู้ให้เท่าทัน ได้แก่ การเรียนรู้ตาม

อัยาศัย ข้อมูลข่าวสารจากโทรทัศน์ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของศูนย์เรียนรู้เศรษฐกิจพอเพียง โดยการเป็นวิทยากรแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความรู้ ซึ่งความท้าทายต่อการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพบนฐานระบบสุขภาพพอเพียง คือการเป็นแบบอย่างที่ดีให้กับลูกหลานและการทำให้มีความสุข “เตรียมจิตใจ” ทั้งนี้มีเรื่องที่ต้องเรียนรู้คือ การดำเนินชีวิตภายใต้ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง โดยใช้วิธีการเกษตรแบบผสมผสานเป็นหลัก วิธีการเรียนรู้คือ เรียนรู้จากการฝึกปฏิบัติ การเป็นวิทยากรแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความรู้ทำให้เห็นถึงผลลัพธ์ช่องทาง/แหล่งการเรียนรู้ ได้แก่ ศูนย์การเรียนรู้เศรษฐกิจพอเพียง เสียงตามสายในชุมชน โทรทัศน์ ซึ่งปัจจัยความสำเร็จในการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพประกอบด้วย 3 อ. ได้แก่ อดทน อดออม อาสาทำดี รวมทั้งขยันหมั่นเพียร เรียนรู้เพิ่มเติม ปัจจัยอุปสรรค คือการไม่กล้าทำ ไม่กล้าแสดงออก

### กรณีศึกษาที่ 2

การปฏิบัติตนที่จะนำไปสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ ที่เกิดจากการที่มีปัญหาสุขภาพ จึงเริ่มรับประทานอาหารมังสวิรัต มีมุมมองว่าการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพเริ่มจากการปฏิบัติในการดูแลตนเองก่อน โดยเฉพาะด้านร่างกาย และจิตใจ ซึ่งในปัจจุบันไม่ได้รู้สึกว่าเป็นผู้สูงอายุ เนื่องจากยังทำงานอย่างต่อเนื่อง ออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง ความภาคภูมิใจชีวิตเกิดจากความสุขของผู้อื่น การแบ่งปันผู้อื่น การเป็น “ผู้ให้” ทำเพื่อพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวฯ ทั้งนี้การดำรงชีวิตตามหลักสุขภาพพอเพียง คือการที่พึ่งพาตนเองให้มากที่สุด เน้นการป้องกันโรคมามากกว่าการรักษาสุขภาพ มีภูมิคุ้มกันในเรื่องการเงิน โดยการออมเงิน ภายใต้สร้างสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมคือ การช่วยเหลือผู้อื่น “ไม่เห็นแก่ตัว” มีศูนย์บริการในชุมชน เพื่อให้ผู้สูงอายุมีเพื่อน มีสังคม ได้ช่วยเหลือกัน การดูแลเรื่องการเจ็บไข้ได้ป่วย ออกกำลังกาย ฝึกอาชีพ “ถ้าใครไม่ออกจากบ้าน จะไม่ได้สังคมและสุขภาพ”

### กรณีศึกษาที่ 3

การมีพื้นฐานทางครอบครัวที่ดี เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับแบบแผนการดำรงชีวิต ซึ่งควรมีการวางแผนเป้าหมายในชีวิต การวางแผน การท่องเที่ยวเพื่อหาประสบการณ์ชีวิต มีวินัยในชีวิต เก็บออมตั้งแต่เด็ก ประหยัด อดออม การแบ่งสัดส่วนของเงินที่จะใช้ ใช้ชีวิตให้มีคุณภาพด้วยการทำงานเพื่อสังคม ทำตนให้เป็นประโยชน์ ไม่เป็นภาระให้คนอื่น ให้ความสำคัญกับการทำงานเพื่อสังคม การทดแทนคุณ เพื่อแผ่นดิน ไม่ลืมนบุญคุณคน การเป็นผู้ให้ ช่วยเหลือสังคม ส่วนหนึ่งของชีวิตต้องแบ่งให้สังคม สิ่งที่ได้กลับมาคือ “ความรัก” ทั้งนี้ต้องเตรียมความพร้อมตั้งแต่วัยเด็ก ด้วยการออกกำลังกาย ประหยัด แบ่งสัดส่วนของเงินที่ใช้ อยู่แบบธรรมชาติ อยู่อย่างพอเพียง ใช้ชีวิตเรียบง่าย สมถะ โดยการเรียนรู้เน้นไปที่การเป็นจิตอาสา การเป็นวิทยาทาน การหาผู้สานต่อ ถ่ายทอดความรู้ประสบการณ์ “สิ่งที่มีอยู่ถ้าเราไม่ถ่ายทอดให้กับคนรุ่นหลัง เราตายไปก็สูญเปล่า” อย่างไรก็ตาม หน่วยงานภาครัฐต้องมองว่าผู้สูงอายุเป็นผู้ที่มีศักยภาพ สนับสนุนโดยการเปิดพื้นที่ในการร่วมกิจกรรม และอุปกรณ์ ดังนั้นการ



ดำเนินชีวิตตามหลักสุขภาพพอเพียง จึงควรฝึกการดูแลสุขภาพตนเองให้แข็งแรง สามารถช่วยเหลือตนเองได้ จากแหล่งเรียนรู้ คือการอบรม และอินเทอร์เน็ต

#### กรณีศึกษาที่ 4

การดำเนินชีวิตโดยให้ความสำคัญกับการทำประโยชน์เพื่อสังคม ทำให้คนในชุมชนรักใคร่กลมเกลียวกัน เสียสละ ทุ่เมเท พึ่งระลึกไว้เสมอว่า “ชีวิตคนเราไม่แน่นอน” มีการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ “ไม่ได้เรียนเพื่อตนเอง แต่เรียนเพื่อที่จะไปสอนคนอื่นได้” โดยเรียนรู้จากแบบอย่างที่ดี การสังเกต ศึกษาจากหนังสือตำรา คู่มือ การสนทนาพูดคุย ต้องการมีการสร้างคนทดแทน ถ่ายทอด นอกจากนี้ควรปฏิบัติตนที่จะนำไปสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ ในการดูแลสุขภาพตนเอง โดยการออกกำลังกาย ต้องมีเงินออม ซึ่งออมตั้งแต่วัยทำงาน มีงานอดิเรก รวมทั้งการปฏิบัติตนเป็นแบบอย่างที่ดี

#### 2.2.2 แหล่งเรียนรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ

แหล่งเรียนรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ พบว่า การเรียนรู้ด้านสุขภาพ มีครอบครัว และหน่วยงานภาครัฐในพื้นที่ เป็นแหล่งเรียนรู้หลัก ด้านการมีส่วนร่วมทางสังคม มีครอบครัว และเพื่อนบ้าน เป็นแหล่งเรียนรู้หลัก และด้านหลักประกันในชีวิต มีเพียงครอบครัว เป็นแหล่งเรียนรู้หลัก

เมื่อพิจารณาแหล่งเรียนรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพตามช่วงอายุ พบว่า ช่วงอายุที่เพิ่มขึ้นจะมีแหล่งเรียนรู้หลักลดลง กล่าวคือ ผู้เข้าสู่วัยสูงอายุมีแหล่งเรียนรู้ที่มีความหลากหลาย ได้แก่ ครอบครัว สื่อมวลชน และหน่วยงานภาครัฐในพื้นที่ ผู้สูงอายุวัยต้นและผู้สูงอายุวัยกลาง มีแหล่งเรียนรู้หลักเป็นครอบครัวและหน่วยงานภาครัฐในพื้นที่ ส่วนผู้สูงอายุวัยปลายมีแหล่งการเรียนรู้หลักเป็นครอบครัวเพียงแหล่งเดียว

##### 1) แหล่งเรียนรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพด้านสุขภาพ

ผู้เข้าสู่วัยสูงอายุ มีแหล่งเรียนรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย ครอบครัว สื่อมวลชน และหน่วยงานภาครัฐในพื้นที่ กล่าวคือ ครอบครัว มีบทบาทในการส่งเสริมการมองโลกในแง่ดีอยู่เสมอ การนอนหลับเพียงพอ ช่วยเหลือจัดการปัญหาสุขภาพ การเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ถูกหลักโภชนาการและเหมาะสมกับวัย ทาวิธีในการจัดการกับความเครียดทางอารมณ์ ฝึกจิตใจเพื่อให้มีจิตที่สงบ หาความรู้เกี่ยวกับการรักษาสุขภาพจิตวัยสูงอายุ และ (ร้อยละ 66.9, ร้อยละ 55.8, ร้อยละ 49.0, ร้อยละ 48.4, ร้อยละ 48.4, ร้อยละ 38.0, ร้อยละ 27.8) สื่อมวลชน มีบทบาทในการส่งเสริมความรู้เพื่อให้ทราบถึงการเปลี่ยนแปลงของร่างกายในวัยสูงอายุ เช่น อ่านเอกสาร/บทความ เกี่ยวกับวิธีปฏิบัติตนที่ถูกต้องและการดูแลสุขภาพในวัยสูงอายุ การออกกำลังกายสม่ำเสมอ (ร้อยละ

50.3 และร้อยละ 26.3) และหน่วยงานภาครัฐในพื้นที่ มีบทบาทในการตรวจสอบสุขภาพประจำปี หาความรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจและสังคมของผู้สูงอายุ เพื่อเตรียมใจให้พร้อมที่จะเผชิญวัยสูงอายุ (ร้อยละ 47.3 และร้อยละ 28.9)

ผู้สูงอายุวัยต้น มีแหล่งเรียนรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย ครอบครัว และหน่วยงานภาครัฐในพื้นที่ กล่าวคือ ครอบครัว มีบทบาทในการส่งเสริม ความรู้เพื่อให้ทราบถึงการเปลี่ยนแปลงของร่างกายในวัยสูงอายุ การตรวจสอบสุขภาพประจำปี การออกกำลังกายสม่ำเสมอ การเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ถูกหลักโภชนาการ และเหมาะสมกับวัย การนอนหลับเพียงพอ ช่วยเหลือจัดการเมื่อมีปัญหาสุขภาพ หาคำรู้เกี่ยวกับการรักษาสุขภาพจิตวัยสูงอายุฝึกจิตใจเพื่อให้มีจิตที่สงบ การมองโลกในแง่ดีอยู่เสมอ และหาวิธีในการจัดการกับความเครียดทางอารมณ์ (ร้อยละ 46.4, ร้อยละ 39.3, ร้อยละ 42.9, ร้อยละ 56.2, ร้อยละ 57.3, ร้อยละ 53.9, ร้อยละ 28.1, ร้อยละ 47.1, ร้อยละ 68.8 และร้อยละ 54.5) นอกจากนี้มีหน่วยงานภาครัฐในพื้นที่ มีบทบาทในการให้ความรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจและสังคมของผู้สูงอายุ เพื่อเตรียมใจให้พร้อมที่จะเผชิญวัยสูงอายุ (ร้อยละ 28.2)

ผู้สูงอายุวัยกลาง มีแหล่งเรียนรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย ครอบครัว และหน่วยงานภาครัฐในพื้นที่ กล่าวคือ ครอบครัว มีบทบาทในการส่งเสริมความรู้เพื่อให้ทราบถึงการเปลี่ยนแปลงของร่างกายในวัยสูงอายุ บริการการตรวจสอบสุขภาพประจำปี การออกกำลังกายสม่ำเสมอ การเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ถูกหลักโภชนาการและเหมาะสมกับวัย การนอนหลับเพียงพอ ช่วยเหลือจัดการเมื่อมีปัญหาสุขภาพ ฝึกจิตใจเพื่อให้มีจิตที่สงบ การมองโลกในแง่ดีอยู่เสมอ และหาวิธีในการจัดการกับความเครียดทางอารมณ์ (ร้อยละ 45.1, ร้อยละ 50.0, ร้อยละ 55.8, ร้อยละ 54.1, ร้อยละ 60.2, ร้อยละ 40.6, ร้อยละ 37.8, ร้อยละ 48.0 และร้อยละ 45.2) และหน่วยงานภาครัฐในพื้นที่ มีบทบาทในการส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจและสังคมของผู้สูงอายุ เพื่อเตรียมใจให้พร้อมที่จะเผชิญวัยสูงอายุและศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับการรักษาสุขภาพจิตวัยสูงอายุ (ร้อยละ 35.2 และร้อยละ 32.2)

ผู้สูงอายุวัยปลาย มีแหล่งเรียนรู้ด้านสุขภาพ คือ ครอบครัว เพียงแหล่งเดียว ซึ่งมีบทบาทในการส่งเสริมความรู้เพื่อให้ทราบถึงการเปลี่ยนแปลงของร่างกายในวัยสูงอายุ บริการตรวจสอบสุขภาพประจำปี การออกกำลังกายสม่ำเสมอ การเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ถูกหลักโภชนาการ และเหมาะสมกับวัย การนอนหลับเพียงพอ ช่วยเหลือจัดการเมื่อมีปัญหาสุขภาพ หาคำรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจและสังคมของผู้สูงอายุ เพื่อเตรียมใจให้พร้อมที่จะเผชิญวัยสูงอายุ หาคำรู้เกี่ยวกับการรักษาสุขภาพจิตวัยสูงอายุ ฝึกจิตใจเพื่อให้มีจิตที่สงบ การมองโลกในแง่ดีอยู่เสมอ และหาวิธีในการจัดการกับความเครียดทางอารมณ์ (ร้อยละ 56.4, ร้อยละ 61.0, ร้อยละ 75.6, ร้อย

ละ 56.1, ร้อยละ 53.7, ร้อยละ 41.5, ร้อยละ 41.0, ร้อยละ 48.7, ร้อยละ 56.4, ร้อยละ 63.4 และ ร้อยละ 53.7) รายละเอียดตามตารางที่ 24

ตารางที่ 24 วิเคราะห์แหล่งเรียนรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพด้านสุขภาพ จำแนกตามช่วงอายุ

การเรียนรู้ด้านสุขภาพ	แหล่งเรียนรู้	ช่วงอายุ				รวม
		50-59ปี	60-69 ปี	70-79 ปี	80 ปี ขึ้นไป	
1. ศึกษาหาความรู้ เพื่อให้ทราบถึงการเปลี่ยนแปลงของร่างกายในวัยสูงอายุ เช่น อ่านเอกสาร/บทความ เกี่ยวกับวิธีปฏิบัติตนที่ถูกต้อง และการดูแลรักษาสุขภาพในวัยสูงอายุ	สื่อ	147 (50.3%)	80 (32.0%)	26 (28.6%)	11 (28.2%)	264 (39.3%)
	ครอบครัว	70 (24.0%)	116 (46.4%)	41 (45.1%)	22 (56.4%)	249 (37.1%)
	เพื่อนบ้าน	13 (4.5%)	17 (6.8%)	10 (11.0%)	3 (7.7%)	43 (6.4%)
	หน่วยงานภาครัฐ	56 (19.2%)	34 (13.6%)	14 (15.4%)	2 (5.1%)	106 (15.8%)
	หน่วยงาน	1 (.3%)	1 (.4%)	0 (0.0%)	1 (2.6%)	3 (.4%)
	ภาคเอกชน	5 (1.7%)	2 (.8%)	0 (0.0%)	0 (.0%)	7 (1.0%)
	ผู้เชี่ยวชาญ	5 (1.7%)	2 (.8%)	0 (0.0%)	0 (.0%)	7 (1.0%)
รวม		292 (43.5%)	250 (37.2%)	91 (13.5%)	39 (5.8%)	672 (100.0%)
2. เข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปี (ปีละ 1 ครั้ง)	สื่อ	59 (19.0%)	24 (9.5%)	4 (4.3%)	1 (2.4%)	88 (12.6%)
	ครอบครัว	59 (19.0%)	99 (39.3%)	47 (50.0%)	25 (61.0%)	230 (33.0%)
	เพื่อนบ้าน	26 (8.4%)	18 (7.1%)	7 (7.4%)	6 (14.6%)	57 (8.2%)
	หน่วยงานภาครัฐ	147 (47.3%)	99 (39.3%)	31 (33.0%)	8 (19.5%)	285 (40.8%)
	หน่วยงาน	3 (1.0%)	1 (.4%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	4 (.6%)
	ภาคเอกชน	17 (5.5%)	11 (4.4%)	5 (5.3%)	1 (2.4%)	34 (4.9%)
	ผู้เชี่ยวชาญ	17 (5.5%)	11 (4.4%)	5 (5.3%)	1 (2.4%)	34 (4.9%)
รวม		311 (44.6%)	252 (36.1%)	94 (13.5%)	41 (5.9%)	698 (100.0%)
3. ออกกำลังกายสม่ำเสมอสัปดาห์ละ 3 วันๆ ละ 20-30 นาที	สื่อ	73 (26.3%)	35 (13.9%)	10 (10.5%)	1 (2.4%)	119 (17.9%)
	ครอบครัว	73 (26.3%)	108 (42.9%)	53 (55.8%)	31 (75.6%)	265 (39.8%)
	เพื่อนบ้าน	47 (16.9%)	44 (17.5%)	16 (16.8%)	6 (14.6%)	113 (17.0%)
	หน่วยงานภาครัฐ	66 (23.7%)	58 (23.0%)	11 (11.6%)	2 (4.9%)	137 (20.6%)
	หน่วยงาน	1 (.4%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (2.4%)	2 (.3%)
	ภาคเอกชน	18 (6.5%)	7 (2.8%)	5 (5.3%)	0 (0.0%)	30 (4.5%)
	ผู้เชี่ยวชาญ	18 (6.5%)	7 (2.8%)	5 (5.3%)	0 (0.0%)	30 (4.5%)
รวม		278 (41.7%)	252 (37.8%)	95 (14.3%)	41 (6.2%)	666 (100.0%)
4. เลือกรับประทานอาหารที่มี	สื่อ	70 (22.3%)	51 (19.8%)	13 (13.3%)	2 (4.9%)	136 (19.1%)
	ครอบครัว	152 (48.4%)	145 (56.2%)	53 (54.1%)	23 (56.1%)	373 (52.5%)

การเรียนรู้ด้านสุขภาพ แหล่งเรียนรู้		ช่วงอายุ				รวม
		50-59ปี	60-69 ปี	70-79 ปี	80 ปี ขึ้นไป	
ประโยชน์ ถูกหลัก โภชนาการ และ เหมาะสม กับวัย	เพื่อนบ้าน	16	30	15	10	71
		(5.1%)	(11.6%)	(15.3%)	(24.4%)	(10.0%)
	หน่วยงาน	51	19	11	5	86
	ภาครัฐ	(16.2%)	(7.4%)	(11.2%)	12.2%	(12.1%)
	หน่วยงาน	2	1	0	1	4
	ภาคเอกชน	(.6%)	(.4%)	(0.0%)	(2.4%)	(.6%)
	ผู้เชี่ยวชาญ	23	12	6	0	41
	(7.3%)	(4.7%)	(6.1%)	(0.0%)	(5.8%)	
	รวม	314	258	98	41	711
		(44.2%)	(36.3%)	(13.8%)	(5.8%)	(100.0%)
5. นอก ห ลั ก เพียงพอ อย่างน้อย 8 ชั่วโมง/ คืน	สื่อ	34	34	9	3	80
		(11.0%)	(13.4%)	(9.2%)	(7.3%)	(11.4%)
	ครอบครัว	173	145	59	22	399
		(55.8%)	(57.3%)	(60.2%)	(53.7%)	(56.8%)
	เพื่อนบ้าน	25	32	15	11	83
		(8.1%)	(12.6%)	(15.3%)	(26.8%)	(11.8%)
	หน่วยงาน	49	28	10	4	91
	ภาครัฐ	(15.8%)	(11.1%)	(10.2%)	(9.8%)	(13.0%)
	หน่วยงาน	3	1	0	1	5
	ภาคเอกชน	(1.0%)	(.4%)	(0.0%)	(2.4%)	(.7%)
ผู้เชี่ยวชาญ	26	13	5	0	44	
	(8.4%)	(5.1%)	(5.1%)	(0.0%)	(6.3%)	
	รวม	310	253	98	41	702
		(44.2%)	(36.0%)	(14.0%)	(5.8%)	(100.0%)
6. หากมี ปัญหา สุขภาพจะ บริหารจัดการ แก้ไขทันที	สื่อ	32	24	7	1	64
		(10.5%)	(9.4%)	(7.3%)	(2.4%)	(9.2%)
	ครอบครัว	150	138	39	17	344
		(49.0%)	(53.9%)	(40.6%)	(41.5%)	(49.2%)
	เพื่อนบ้าน	26	29	15	11	81
		(8.5%)	(11.3%)	(15.6%)	(26.8%)	(11.6%)
	หน่วยงาน	70	39	26	10	145
	ภาครัฐ	(22.9%)	(15.2%)	(27.1%)	(24.4%)	(20.7%)
	หน่วยงาน	6	6	4	1	17
	ภาคเอกชน	(2.0%)	(2.3%)	(4.2%)	(2.4%)	(2.4%)
ผู้เชี่ยวชาญ	22	20	5	1	48	
	(7.2%)	(7.8%)	(5.2%)	(2.4%)	(6.9%)	
	รวม	306	256	96	41	699
		(43.8%)	(36.6%)	(13.7%)	(5.9%)	(100.0%)
7. เตรียมศึกษาหา ความรู้เกี่ยวกับการ เปลี่ยนแปลงด้าน จิตใจ และสังคม ของผู้สูงอายุ เพื่อ เตรียมใจให้พร้อมที่ จะเผชิญวัยสูงอายุ	สื่อ	76	38	10	2	126
		(26.8%)	(15.1%)	(11.0%)	(5.1%)	(18.9%)
	ครอบครัว	65	63	25	16	169
		(22.9%)	(25.0%)	(27.5%)	(41.0%)	(25.4%)
	เพื่อนบ้าน	29	52	21	12	114
		(10.2%)	(20.6%)	(23.1%)	(30.8%)	(17.1%)
	หน่วยงาน	82	71	32	6	191
	ภาครัฐ	(28.9%)	(28.2%)	(35.2%)	(15.4%)	(28.7%)
	หน่วยงาน	5	7	2	1	15
	ภาคเอกชน	(1.8%)	(2.8%)	(2.2%)	(2.6%)	(2.3%)
ผู้เชี่ยวชาญ	27	21	1	2	51	
	(9.5%)	(8.3%)	(1.1%)	(5.1%)	(7.7%)	
	รวม	284	252	91	39	666
		(42.6%)	(37.8%)	(13.7%)	(5.9%)	(100.0%)

การเรียนรู้ด้านสุขภาพ แหล่งเรียนรู้		ช่วงอายุ				รวม
		50-59ปี	60-69 ปี	70-79 ปี	80 ปี ขึ้นไป	
8. ศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับการรักษาสุขภาพจิตวัยสูงอายุ	สื่อ	55	37	12	4	108
		(19.6%)	(15.7%)	(12.9%)	(10.3%)	(16.7%)
	ครอบครัว	78	66	29	19	192
		(27.8%)	(28.1%)	(31.2%)	(48.7%)	(29.6%)
	เพื่อนบ้าน	34	32	20	8	94
		(12.1%)	(13.6%)	(21.5%)	(20.5%)	14.5(%)
	หน่วยงาน	69	54	30	6	159
		(24.6%)	(23.0%)	(32.3%)	(15.4%)	(24.5%)
	ภาครัฐ	4	4	1	0	9
		(1.4%)	(1.7%)	(1.1%)	(0.0%)	(1.4%)
ภาคเอกชน	41	42	1	2	86	
	(14.6%)	(17.9%)	(1.1%)	(5.1%)	(13.3%)	
ผู้เชี่ยวชาญ						
รวม	281	235	93	39	648	
	(43.4%)	(36.3%)	(14.4%)	(6.0%)	(100.0%)	
9. ผูกจิตใจเพื่อให้มีจิตที่สงบ	สื่อ	29	22	7	4	62
		(10.5%)	(9.1%)	(7.8%)	(10.3%)	(9.6%)
	ครอบครัว	105	114	34	22	275
		(38.0%)	(47.1%)	(37.8%)	(56.4%)	(42.5%)
	เพื่อนบ้าน	92	70	26	8	196
		(33.3%)	(28.9%)	(28.9%)	(20.5%)	(30.3%)
	หน่วยงาน	35	30	21	2	88
		(12.7%)	(12.4%)	(23.3%)	(5.1%)	(13.6%)
	ภาครัฐ	5	4	0	1	10
		(1.8%)	(1.7%)	(0.0%)	(2.6%)	(1.5%)
ภาคเอกชน	10	2	2	2	16	
	(3.6%)	(.8%)	(2.2%)	(5.1%)	(2.5%)	
ผู้เชี่ยวชาญ						
รวม	276	242	90	39	647	
	(42.7%)	(37.4%)	(13.9%)	(6.0%)	(100.0%)	
10. มองโลกในแง่ดีอยู่เสมอ	สื่อ	26	17	6	3	52
		(8.3%)	(6.7%)	(6.1%)	(7.3%)	(7.4%)
	ครอบครัว	210	174	47	26	457
		(66.9%)	(68.8%)	(48.0%)	(63.4%)	(64.7%)
	เพื่อนบ้าน	31	34	30	8	103
		(9.9%)	(13.4%)	(30.6%)	(19.5%)	(14.6%)
	หน่วยงาน	40	26	12	1	79
		(12.7%)	(10.3%)	(12.2%)	(2.4%)	(11.2%)
	ภาครัฐ	3	0	0	2	5
		(1.0%)	(0.0%)	(0.0%)	(4.9%)	(.7%)
ภาคเอกชน	4	2	3	1	10	
	(1.3%)	(.8%)	(3.1%)	(2.4%)	(1.4%)	
ผู้เชี่ยวชาญ						
รวม	314	253	98	41	706	
	(44.5%)	(35.8%)	(13.9%)	(5.8%)	(100.0%)	
11. ศึกษาหาวิธีในการจัดการกับความเครียดทางอารมณ์	สื่อ	63	38	8	3	112
		(22.6%)	(15.4%)	(8.6%)	(7.3%)	(17.0%)
	ครอบครัว	135	134	42	22	333
		(48.4%)	(54.5%)	(45.2%)	(53.7%)	(50.5%)
	เพื่อนบ้าน	34	38	23	9	104
		(12.2%)	(15.4%)	(24.7%)	(22.0%)	(15.8%)
	หน่วยงาน	38	31	18	5	92
		(13.6%)	(12.6%)	(19.4%)	(12.2%)	(14.0%)
ภาครัฐ	1	2	1	1	5	
	(.4%)	(.8%)	(1.1%)	(2.4%)	(.8%)	
ภาคเอกชน						

การเรียนรู้ด้านสุขภาพ แหล่งเรียนรู้	ช่วงอายุ				รวม
	50-59ปี	60-69 ปี	70-79 ปี	80 ปี ขึ้นไป	
ผู้เชี่ยวชาญ	8 (2.9%)	3 (1.2%)	1 (1.1%)	1 (2.4%)	13 (2.0%)
รวม	279 (42.3%)	246 (37.3%)	93 (14.1%)	41 (6.2%)	659 (100.0%)

2) แหล่งเรียนรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพด้านการมีส่วนร่วมทางสังคม ผู้เข้าสู่วัยสูงอายุ มีแหล่งเรียนรู้ด้านการมีส่วนร่วมทางสังคม ประกอบด้วย ครอบครัว เพื่อนบ้าน และหน่วยงานภาครัฐในพื้นที่ กล่าวคือ ครอบครัว มีบทบาทส่งเสริมในเรื่องการติดต่อหรือไปมาหาสู่ลูกหลานหรือญาติพี่น้อง การปรับบทบาทมาเป็นปู่ ย่า ตา ยาย ของลูกหลาน การเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา ปรับบทบาทเป็นผู้ให้คำปรึกษาของครอบครัว การทดลองทำงานอดิเรกเพื่อพิจารณากิจกรรมที่เหมาะสมกับตนเอง และหาความรู้เกี่ยวกับงานอดิเรกที่ตรงกับความสนใจและเหมาะสมกับวัยสูงอายุ (ร้อยละ 74.6, ร้อยละ 68.0, ร้อยละ 59.6, ร้อยละ 49.5, ร้อยละ 40.7 และร้อยละ 34.4) เพื่อนบ้าน มีบทบาทส่งเสริมในการใช้เวลาว่างในการทำกิจกรรมร่วมกันภายในกลุ่มเพื่อน เข้าร่วมงานประเพณีต่างๆ ในชุมชน กิจกรรมในการพบปะสังสรรค์ พุดคุย และ (ร้อยละ 60.9 และร้อยละ 50.6) หน่วยงานภาครัฐในพื้นที่ มีบทบาทในการวางแผนที่จะเข้าร่วมกิจกรรมที่เป็นประโยชน์แก่สังคมเมื่อสูงอายุ และการมีส่วนร่วมในการรวมตัวกันของคนในชุมชนที่พบปะกับคนหลายรุ่น (ร้อยละ 45.5 และร้อยละ 37.8)

ผู้สูงอายุวัยต้น มีแหล่งเรียนรู้ด้านการมีส่วนร่วมทางสังคม ประกอบด้วย ครอบครัว และเพื่อนบ้าน กล่าวคือ ครอบครัว มีบทบาทในการส่งเสริมการติดต่อหรือไปมาหาสู่ลูกหลานหรือญาติพี่น้อง ปรับบทบาทมาเป็นปู่ ย่า ตา ยาย ของลูกหลาน เข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา ปรับบทบาทเป็นผู้ให้คำปรึกษาของครอบครัว หาความรู้เกี่ยวกับงานอดิเรกที่ตรงกับความสนใจและเหมาะสมกับวัยสูงอายุ และการทดลองทำงานอดิเรกเพื่อพิจารณากิจกรรมที่เหมาะสมกับตนเอง (ร้อยละ 80.2, ร้อยละ 69.7, ร้อยละ 59.8, ร้อยละ 56.9, ร้อยละ 48.8, และร้อยละ 43.6) และเพื่อนบ้าน มีบทบาทในการส่งเสริมการใช้เวลาว่างในการทำกิจกรรมร่วมกันภายในกลุ่มเพื่อน เข้าร่วมงานประเพณีต่างๆ ในชุมชน วางแผนที่จะเข้าร่วมกิจกรรมที่เป็นประโยชน์แก่สังคมเมื่อสูงอายุ การหากิจกรรมในการพบปะสังสรรค์ พุดคุย การมีส่วนร่วมในการรวมตัวกันของคนในชุมชนที่พบปะกับคนหลายรุ่น (ร้อยละ 52.4, ร้อยละ 41.2, ร้อยละ 35.7 และร้อยละ 34.6)

ผู้สูงอายุวัยกลาง มีแหล่งเรียนรู้ด้านการมีส่วนร่วมทางสังคม ประกอบด้วย ครอบครัว และเพื่อนบ้าน กล่าวคือ ครอบครัว มีบทบาทส่งเสริมในการติดต่อหรือไปมาหาสู่ลูกหลานหรือญาติพี่น้อง ปรับบทบาทมาเป็นปู่ ย่า ตา ยาย ของลูกหลาน กิจกรรมในการพบปะสังสรรค์ พุดคุย ใช้เวลาว่างใน

การทำกิจกรรมร่วมกันภายในกลุ่มเพื่อน เข้าร่วมงานประเพณีต่างๆ ในชุมชน ปรับบทบาทมาเป็นผู้ให้คำปรึกษาของครอบครัว เข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา หาคำความรู้เกี่ยวกับงานอดิเรกที่ตรงกับความสนใจและเหมาะสมกับวัยสูงอายุ และการทดลองทำงานอดิเรกเพื่อพิจารณากิจกรรมที่เหมาะสมกับตนเอง (ร้อยละ 87.8, ร้อยละ 64.2, ร้อยละ 60.0, ร้อยละ 55.7, ร้อยละ 52.1, ร้อยละ 52.0, ร้อยละ 45.3 และร้อยละ 39.6) เพื่อนบ้าน มีบทบาทส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการรวมตัวกันของคนในชุมชนที่พบปะกับคนหลายรุ่น และวางแผนที่จะเข้าร่วมกิจกรรมที่เป็นประโยชน์แก่สังคมเมื่อสูงอายุ (ร้อยละ 47.4 และร้อยละ 37.4)

ผู้สูงอายุวัยปลาย มีแหล่งเรียนรู้ด้านการมีส่วนร่วมทางสังคม มีครอบครัว เป็นแหล่งเรียนรู้เพียงแหล่งเดียว ซึ่งมีบทบาทส่งเสริมการติดต่อหรือไปมาหาสู่ลูกหลานหรือญาติพี่น้อง การทดลองทำงานอดิเรกเพื่อพิจารณากิจกรรมที่เหมาะสมกับตนเอง เข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา การปรับบทบาทมาเป็นผู้ให้คำปรึกษาของครอบครัว เข้าร่วมงานประเพณีต่างๆ ในชุมชน ใช้เวลาว่างในการทำกิจกรรมร่วมกันภายในกลุ่มเพื่อน วางแผนที่จะเข้าร่วมกิจกรรมที่เป็นประโยชน์แก่สังคมเมื่อสูงอายุ มีส่วนร่วมในการรวมตัวกันของคนในชุมชนที่พบปะกับคนหลายรุ่น การหากิจกรรมในการพบปะสังสรรค์ พุดคุย (ร้อยละ 84.6, ร้อยละ 65.4, ร้อยละ 58.5, ร้อยละ 58.5, ร้อยละ 54.1, ร้อยละ 51.2, ร้อยละ 48.7, ร้อยละ 46.3, ร้อยละ 38.5 และร้อยละ 35.9) รายละเอียดตามตารางที่ 25

ตารางที่ 25 วิเคราะห์แหล่งเรียนรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพด้านการมีส่วนร่วม ทางสังคม จำแนกตามช่วงอายุ

การเรียนรู้ด้านการมีส่วนร่วมทางสังคม	แหล่งเรียนรู้	ช่วงอายุ				รวม
		50-59ปี	60-69 ปี	70-79 ปี	80 ปีขึ้นไป	
1. ติดต่อหรือไปมาหาสู่ลูกหลานหรือญาติพี่น้อง	สื่อ	15 (4.7%)	9 (3.5%)	4 (4.1%)	0 (0.0%)	28 (3.9%)
	ครอบครัว	238 (74.6%)	206 (80.2%)	86 (87.8%)	33 (84.6%)	563 (79.0%)
	เพื่อนบ้าน	48 (%)	30 (%)	4 (%)	4 (%)	86 (%)
	หน่วยงานภาครัฐ	15 (15.0%)	11 (11.7%)	3 (4.1%)	0 (0.0%)	29 (12.1%)
	หน่วยงานภาคเอกชน	1 (0.3%)	1 (0.4%)	0 (0.0%)	2 (5.1%)	4 (0.6%)
	ผู้เชี่ยวชาญ	2 (.6%)	0 (.0%)	1 (1.0%)	0 (0.0%)	3 (0.4%)

การเรียนรู้ด้านการมี ส่วนร่วมทางสังคม	แหล่งเรียนรู้	ช่วงอายุ				รวม
		50-59ปี	60-69 ปี	70-79 ปี	80 ปี ขึ้นไป	
	รวม	319 (44.7%)	257 (36.0%)	98 (13.7%)	39 (5.5%)	713 (100.0%)
2. ศึกษาหาความรู้ เกี่ยวกับงานอดิเรกที่ ตรงกับความสนใจ ของตนเองและ เหมาะสมกับวัย สูงอายุ	สื่อ	54 (19.6%)	29 (12.0%)	11 (12.5%)	4 (10.8%)	98 (15.2%)
	ครอบครัว	95 (34.4%)	11 (4.8%)	49 (55.7%)	20 (54.1%)	282 (43.9%)
	เพื่อนบ้าน	47 (17.0%)	42 (17.4%)	17 (19.3%)	6 (16.2%)	112 (17.4%)
	หน่วยงานภาครัฐ	71 (25.7%)	48 (19.8%)	8 (9.1%)	5 (13.5%)	132 (20.5%)
	หน้ ว ย ง า น ภาคเอกชน	5 (1.8%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	5 (0.8%)
	ผู้เชี่ยวชาญ	4 (1.4%)	5 (2.1%)	3 (3.4%)	2 (5.4%)	14 (2.2%)
	รวม	276 (42.9%)	242 (37.6%)	88 (13.7%)	37 (5.8%)	643 (100.0%)
3. เข้า ร่วมงาน ประเพณี ต่างๆ ใน ชุมชน เช่น งาน แต่งงาน งานบวช	สื่อ	16 (5.1%)	9 (3.5%)	2 (2.1%)	1 (2.6%)	28 (4.0%)
	ครอบครัว	88 (28.2%)	101 (39.3%)	43 (45.3%)	19 (48.7%)	251 (35.7%)
	เพื่อนบ้าน	158 (50.6%)	106 (41.2%)	36 (37.9%)	15 (38.5%)	315 (44.8%)
	หน่วยงานภาครัฐ	48 (15.4%)	39 (15.2%)	12 (12.6%)	2 (5.1%)	101 (14.4%)
	หน้ ว ย ง า น ภาคเอกชน	1 (.3%)	1 (.4%)	1 (1.1%)	1 (2.6%)	4 (.6%)
	ผู้เชี่ยวชาญ	1 (.3%)	1 (.4%)	1 (1.1%)	1 (2.6%)	4 (.6%)
	รวม	312 (44.4%)	257 (36.6%)	95 (13.5%)	39 (5.5%)	703 (100.0%)
4 . วางแผน ที่จะเข้า ร่ว ม กิจกรรม ที่ เป็ น ประโยชน์ แก่สังคม มี อ สูงอายุ	สื่อ	18 (6.3%)	24 (9.9%)	1 (1.1%)	1 (2.6%)	44 (6.7%)
	ครอบครัว	62 (21.5%)	52 (21.4%)	31 (34.1%)	15 (38.5%)	160 (24.2%)
	เพื่อนบ้าน	93 (32.3%)	84 (34.6%)	34 (37.4%)	13 (33.3%)	224 (33.9%)
	หน่วยงานภาครัฐ	109 (37.8%)	81 (33.3%)	25 (27.5%)	8 (20.5%)	223 (33.7%)
	หน้ ว ย ง า น ภาคเอกชน	5 (1.7%)	0 (.0%)	0 (.0%)	1 (2.6%)	6 (.9%)
	ผู้เชี่ยวชาญ	1 (.3%)	2 (.8%)	0 (.0%)	1 (2.6%)	4 (.6%)
	รวม	288 (43.6%)	243 (36.8%)	91 (13.8%)	39 (5.9%)	661 (100.0%)
5. เข้าไป มี ส่ว น ร่ว ม ใน ก า ร ร่ว ม ตั ว กัน ของ ค น ใน ชุมชนที่	สื่อ	13 (4.3%)	14 (5.6%)	1 (1.1%)	0 (.0%)	28 (4.1%)
	ครอบครัว	61 (20.1%)	58 (23.3%)	25 (26.3%)	14 (35.9%)	158 (23.0%)
	เพื่อนบ้าน	85 (28.1%)	98 (35.7%)	45 (47.4%)	12 (30.8%)	231 (33.7%)
	หน่วยงานภาครัฐ	138 (45.5%)	86 (34.5%)	24 (25.3%)	11 (28.2%)	259 (37.8%)
	หน้ ว ย ง า น ภาคเอกชน	3 (1.0%)	2 (.8%)	0 (.0%)	0 (.0%)	5 (.7%)



การเรียนรู้ด้านการมี แหล่งเรียนรู้ ส่วนร่วมทางสังคม		ช่วงอายุ				รวม
		50-59ปี	60-69 ปี	70-79 ปี	80 ปี ขึ้นไป	
พบปะกับ	ผู้เชี่ยวชาญ	3	0	0	2	5
คนหลาย		(1.0%)	(.0%)	(.0%)	(5.1%)	(.7%)
รุ่น เช่น	รวม	303	249	95	39	686
งาน		(44.2%)	(36.3%)	(13.8%)	(5.7%)	(100.0%)
6. ทากิจกรรมใน	สื่อ	10	8	2	0	20
การพบปะ		(3.2%)	(3.1%)	(2.1%)	(.0%)	(2.8%)
สังสรรค์ พูดคุย	ครอบครัว	63	69	18	19	169
และใช้เวลาว่าง		(20.2%)	(27.2%)	(18.9%)	(46.3%)	(24.1%)
ในการทำ	เพื่อนบ้าน	190	133	57	15	395
กิจกรรมร่วมกัน		(60.9%)	(52.4%)	(60.0%)	(36.6%)	(56.3%)
ภายในกลุ่ม	หน่วยงาน	40	38	18	5	101
เพื่อน	ภาครัฐ	(12.8%)	(15.0%)	(18.9%)	(12.2%)	(14.4%)
	หน่วยงาน	5	4	0	4	10
	ภาคเอกชน	(1.6%)	(1.6%)	(.0%)	(2.4%)	(1.4%)
	ผู้เชี่ยวชาญ	4	2	0	1	7
		(1.3%)	(.8%)	(.0%)	(2.4%)	(1.0%)
	รวม	312	254	95	41	702
		(44.4%)	(36.2%)	(13.5%)	(5.8%)	(100.0%)
7. ปรับบทบาท	สื่อ	7	16	5	1	29
มาเป็นผู้ให้		(2.2%)	(6.5%)	(5.2%)	(2.4%)	(4.2%)
คำปรึกษาของ	ครอบครัว	186	141	50	21	398
ครอบครัว		(59.6%)	(56.9%)	(52.1%)	(51.2%)	(57.1%)
	เพื่อนบ้าน	48	44	28	14	134
		(15.4%)	(17.7%)	(29.2%)	(34.1%)	(19.2%)
	หน่วยงาน	61	39	11	5	116
	ภาครัฐ	(19.6%)	(15.7%)	(11.5%)	(12.2%)	(16.6%)
	หน่วยงาน	6	4	0	0	10
	ภาคเอกชน	(1.9%)	(1.6%)	(.0%)	(.0%)	(1.4%)
	ผู้เชี่ยวชาญ	4	4	2	0	10
		(1.3%)	(1.6%)	(2.1%)	(.0%)	(1.4%)
	รวม	312	248	96	41	697
		(44.8%)	(15.6%)	(13.8%)	(5.9%)	(100.0%)
8. เข้าร่วม	สื่อ	12	16	5	0	33
กิจกรรมทาง		(3.8%)	(6.3%)	(5.1%)	(.0%)	(4.7%)
ศาสนา	ครอบครัว	156	152	51	24	383
		(49.5%)	(59.8%)	(52.0%)	(58.8%)	(54.1%)
	เพื่อนบ้าน	85	48	32	13	178
		(27.0%)	(18.9%)	(32.7%)	(31.7%)	(25.1%)
	หน่วยงาน	56	33	9	4	102
	ภาครัฐ	(17.8%)	(13.0%)	(9.2%)	(9.8%)	(14.4%)
	หน่วยงาน	6	4	0	0	10
	ภาคเอกชน	(1.9%)	(1.6%)	(.0%)	(.0%)	(1.4%)
	ผู้เชี่ยวชาญ	0	1	1	0	2
		(.0%)	(.4%)	(1.0%)	(.0%)	(.3%)
	รวม	315	254	98	41	708
		(44.5%)	(35.9%)	(13.8%)	(5.8%)	(100.0%)
9. ปรับ	สื่อ	13	13	5	1	32
บทบาทมาเป็น		(4.2%)	(5.1%)	(5.3%)	(2.4%)	(4.6%)
ผู้นำ ตา ยาย	ครอบครัว	208	177	61	24	470
ของลูกหลาน		(68.0%)	(69.7%)	(64.2%)	(58.5%)	(67.5%)
	เพื่อนบ้าน	48	33	21	12	114
		(15.7%)	(13.0%)	(22.1%)	(29.3%)	(16.4%)
	หน่วยงาน	30	27	8	3	68
	ภาครัฐ	(9.8%)	(10.6%)	(8.4%)	(7.3%)	(9.8%)
	หน่วยงาน	5	1	0	1	7
	ภาคเอกชน	(1.6%)	(.4%)	(.0%)	(2.4%)	(1.0%)
	ผู้เชี่ยวชาญ	2	3	0	0	5
		(.7%)	(1.2%)	(.0%)	(.0%)	(.7%)

การเรียนรู้ด้านการมี ส่วนร่วมทางสังคม	แหล่งเรียนรู้	ช่วงอายุ				รวม
		50-59ปี	60-69 ปี	70-79 ปี	80 ปี ขึ้นไป	
รวม		306 (44.0%)	254 (36.5%)	95 (13.6%)	41 (5.9%)	696 (100.0%)
10. ทดลอง ทำงานอดิเรก เพื่อพิจารณา กิจกรรมที่ เหมาะสมกับ ตนเอง	สื่อ	36 (13.3%)	26 (11.5%)	9 (9.9%)	1 (2.6%)	72 (11.5%)
	ครอบครัว	110 (40.7%)	99 (43.6%)	36 (39.6%)	22 (56.4%)	267 (42.6%)
	เพื่อนบ้าน	49 (18.1%)	43 (18.9%)	27 (29.7%)	8 (20.5%)	127 (20.3%)
	หน่วยงาน	63 (23.3%)	57 (25.1%)	17 (18.7%)	7 (17.9%)	144 (23.0%)
	ภาครัฐ	4	1	2	1	8
	หน่วยงาน					
	ภาคเอกชน	8 (1.5%)	1 (.4%)	0 (2.2%)	0 (2.6%)	9 (1.3%)
	ผู้เชี่ยวชาญ					
	รวม	270 (43.1%)	227 (36.2%)	91 (14.5%)	39 (6.2%)	627 (100.0%)

### 3) แหล่งเรียนรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพด้านหลักประกันในชีวิต

ผู้เข้าสู่วัยสูงอายุ มีแหล่งเรียนรู้ด้านหลักประกันในชีวิต คือ ครอบครัว เพียงแหล่งเดียว โดยมีบทบาทส่งเสริมการลดรายจ่ายฟุ่มเฟือย เตรียม/วางแผนมีบ้านเป็นของตนเองเพื่อพักอาศัย เตรียม/วางแผนจัดสภาพภายในบ้านให้เหมาะสมกับวัยสูงอายุ เรียนรู้การซ่อมแซมอุปกรณ์ต่างๆ ที่ชำรุดภายในบ้านด้วยตนเอง หาความรู้เกี่ยวกับสภาพแวดล้อมของชุมชนที่จะพักอาศัย ฝึกหัดทำบัญชีรายจ่ายในแต่ละเดือน เตรียมสะสมทรัพย์สินในรูปแบบต่างๆ ศึกษาวิธีการจัดสรรเงินเพื่อให้สามารถดำรงชีวิตในวัยสูงอายุอย่างไม่เดือดร้อน หาความรู้เรื่องการลงทุนในธุรกิจต่างๆ เพื่อเพิ่มรายได้ ศึกษากฎหมายเกี่ยวกับทรัพย์สิน มรดก อสังหาริมทรัพย์ (ร้อยละ 61.1, ร้อยละ 53.8, ร้อยละ 57.0, ร้อยละ 51.0, ร้อยละ 49.6, ร้อยละ 41.0, ร้อยละ 38.2, ร้อยละ 37.8, ร้อยละ 33.3 และร้อยละ 28.1)

ผู้สูงอายุวัยต้น มีแหล่งเรียนรู้ด้านหลักประกันในชีวิต คือครอบครัว เพียงแหล่งเดียว ซึ่งมีบทบาทส่งเสริมการลดรายจ่ายฟุ่มเฟือย การเตรียม/วางแผนมีบ้านเป็นของตนเองเพื่อพักอาศัย การหาความรู้เกี่ยวกับสภาพแวดล้อมของชุมชนที่จะพักอาศัย เรียนรู้การซ่อมแซมอุปกรณ์ต่างๆ ที่ชำรุดภายในบ้านด้วยตนเอง เตรียม/วางแผนจัดสภาพภายในบ้านให้เหมาะสมกับวัยสูงอายุ ศึกษาวิธีการจัดสรรเงินเพื่อให้สามารถดำรงชีวิตในวัยสูงอายุอย่างไม่เดือดร้อน เตรียมสะสมทรัพย์สินในรูปแบบต่างๆ ฝึกหัดทำบัญชีรายจ่ายในแต่ละเดือน หาความรู้เรื่องการลงทุนในธุรกิจต่างๆ เพื่อเพิ่มรายได้ และศึกษากฎหมายเกี่ยวกับทรัพย์สิน มรดก อสังหาริมทรัพย์ (ร้อยละ 66.9, ร้อยละ 62.3, ร้อยละ 61.3, ร้อยละ 60.4, ร้อยละ 59.4, ร้อยละ 56.7, ร้อยละ 52.2, ร้อยละ 45.0, ร้อยละ 41.2 และร้อยละ 39.4)

ผู้สูงอายุวัยกลาง มีแหล่งเรียนรู้ด้านหลักประกันในชีวิต คือครอบครัว เพียงแหล่งเดียว ซึ่งมีบทบาทส่งเสริมการลดรายจ่ายฟุ่มเฟือย เตรียม/วางแผนมีบ้านเป็นของตนเองเพื่อพักอาศัย เตรียม/วางแผนจัดสภาพภายในบ้านให้เหมาะสมกับวัยสูงอายุ ศึกษาวิธีการจัดสรรเงินเพื่อให้สามารถดำรงชีวิตในวัยสูงอายุอย่างไม่เดือดร้อน ศึกษากฎหมายเกี่ยวกับทรัพย์สิน มรดก อสังหาริมทรัพย์ เตรียมสะสมทรัพย์สินในรูปแบบต่างๆ หากความรู้เกี่ยวกับสภาพแวดล้อมของชุมชนที่จะพักอาศัย ฝึกหัดทำบัญชีรายจ่ายในแต่ละเดือนเรียนรู้ การซ่อมแซมอุปกรณ์ต่างๆ ที่ชำรุดภายในบ้านด้วยตนเอง หากความรู้เรื่องการลงทุนในธุรกิจต่างๆ เพื่อเพิ่มรายได้ (ร้อยละ 62.9, ร้อยละ 59.6, ร้อยละ 58.5, ร้อยละ 57.4, ร้อยละ 50.0, ร้อยละ 54.3, ร้อยละ 52.1, ร้อยละ 48.3, ร้อยละ 48.3, และร้อยละ 48.3)

ผู้สูงอายุวัยปลาย มีแหล่งเรียนรู้ด้านหลักประกันในชีวิต คือครอบครัว เพียงแหล่งเดียว ซึ่งมีบทบาทส่งเสริมการศึกษาวิธีการจัดสรรเงินเพื่อให้สามารถดำรงชีวิตในวัยสูงอายุอย่างไม่เดือดร้อน เตรียม/วางแผนมีบ้านเป็นของตนเองเพื่อพักอาศัย เตรียม/วางแผนจัดสภาพภายในบ้านให้เหมาะสมกับวัยสูงอายุ เตรียมสะสมทรัพย์สินในรูปแบบต่างๆ เรียนรู้การซ่อมแซมอุปกรณ์ต่างๆ ที่ชำรุดภายในบ้านด้วยตนเอง ลดรายจ่ายฟุ่มเฟือย หากความรู้เกี่ยวกับสภาพแวดล้อมของชุมชนที่จะพักอาศัย ศึกษากฎหมายเกี่ยวกับทรัพย์สิน มรดก อสังหาริมทรัพย์ หากความรู้เรื่องการลงทุนในธุรกิจต่างๆ เพื่อเพิ่มรายได้ ฝึกหัดทำบัญชีรายจ่ายในแต่ละเดือน (ร้อยละ 82.1, ร้อยละ 58.5, ร้อยละ 56.1, ร้อยละ 53.8, ร้อยละ 53.8, ร้อยละ 51.2, ร้อยละ 48.8, ร้อยละ 46.2, ร้อยละ 46.2, และร้อยละ 43.2) รายละเอียดตามตารางที่ 26

### จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 26 วิเคราะห์แหล่งเรียนรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพด้านหลักประกันในชีวิต จำแนกตามช่วงอายุ

การเรียนรู้ด้านหลักประกันในชีวิต	แหล่งเรียนรู้	ช่วงอายุ				รวม
		50-59ปี	60-69 ปี	70-79 ปี	80 ปีขึ้นไป	
1. ศึกษาวิธีการจัดสรรเงินเพื่อให้สามารถดำรงชีวิตในวัยสูงอายุอย่างไม่เดือดร้อน เช่น	สื่อ	60 (20.3%)	23 (10.0%)	13 (13.8%)	0 (.0%)	96 14.5%
ครอบครัว	ครอบครัว	112 (37.8%)	131 (56.7%)	54 (57.4%)	32 (82.1%)	329 (49.8%)
เพื่อนบ้าน	เพื่อนบ้าน	11 (3.7%)	17 (7.4%)	10 (10.6%)	2 (5.1%)	40 (6.1%)
ข้าราชการบำนาญ	หน่วยงาน	67 (22.6%)	39 (16.9%)	13 (13.8%)	3 (7.7%)	122 (18.5%)
อาสาสมัคร	ภาครัฐ	33 (11.1%)	16 (6.9%)	2 (2.1%)	1 (2.6%)	52 (7.9%)
ผู้สูงอายุ	ภาคเอกชน	13 (4.4%)	5 (2.2%)	2 (2.1%)	1 (2.6%)	21 (3.2%)
รวม	รวม	296 (44.8%)	231 (35.0%)	94 (14.2%)	39 (5.9%)	660 (100.0%)

การเรียนรู้ด้าน หลักประกันในชีวิต	แหล่งเรียนรู้	ช่วงอายุ				รวม
		50-59ปี	60-69 ปี	70-79 ปี	80 ปี ขึ้นไป	
2. ศึกษากฎหมาย เกี่ยวกับทรัพย์สิน มรดก อสังหาริมทรัพย์	สื่อ	34 (12.9%)	22 (10.2%)	6 (7.0%)	1 (2.6%)	63 (10.4%)
	ครอบครัว	74 (281%)	85 (39.4%)	43 (50.0%)	18 (46.2%)	220 (36.4%)
	เพื่อนบ้าน	17 (6.5%)	20 (9.3%)	14 (16.3%)	7 (17.9%)	58 (9.6%)
	หน่วยงาน	72 (27.4%)	60 (27.8%)	15 (17.4%)	11 (28.2%)	158 (26.2%)
	ภาครัฐ	45 (17.1%)	20 (9.3%)	2 (2.3%)	1 (2.6%)	68 (11.3%)
	ภาคเอกชน	21 (8.0%)	9 (4.2%)	6 (7.0%)	1 (2.6%)	37 (6.1%)
	ผู้เชี่ยวชาญ					
	รวม	263 (43.5%)	216 (35.8%)	86 (14.2%)	39 (6.5%)	604 (100.0%)
3. ทหาความรู้เรื่องการ ลงทุนในธุรกิจต่างๆ เพื่อเพิ่มรายได้	สื่อ	36 (13.5%)	28 (13.3%)	7 (8.0%)	1 (2.6%)	72 (11.9%)
	ครอบครัว	89 (33.3%)	87 (41.2%)	42 (48.3%)	18 (46.2%)	236 (39.1%)
	เพื่อนบ้าน	30 (11.2%)	27 (12.8%)	15 (17.2%)	7 (17.9%)	79 (13.1%)
	หน่วยงาน	60 (22.5%)	43 (20.4%)	14 (16.1%)	11 (28.2%)	128 (21.2%)
	ภาครัฐ	36 (13.5%)	17 (8.1%)	5 (5.7%)	1 (2.6%)	59 (9.8%)
	ภาคเอกชน	16 (6.0%)	9 (4.3%)	4 (4.6%)	1 (2.6%)	30 (5.0%)
	ผู้เชี่ยวชาญ					
	รวม	267 (44.2%)	211 (34.9%)	87 (14.4%)	39 (6.5%)	604 (100.0%)
4. เตรียม สะสม ทรัพย์สิน ในรูปแบบ ต่างๆ เช่น ฝาก ธนาคาร ซื้อบ้าน หรือที่ดิน	สื่อ	26 (9.6%)	19 (8.6%)	9 (9.6%)	1 (2.6%)	55 (8.8%)
	ครอบครัว	104 (38.2%)	99 (45.0%)	51 (54.3%)	21 (53.8%)	275 (44.0%)
	เพื่อนบ้าน	17 (6.3%)	18 (8.2%)	13 (13.8%)	12 (30.8%)	60 (9.6%)
	หน่วยงาน	67 (24.6%)	51 (23.2%)	14 (14.9%)	4 (10.3%)	136 (21.8%)
	ภาครัฐ	49 (18.0%)	26 (11.8%)	4 (4.3%)	0 (.0%)	79 (12.6%)
	ภาคเอกชน	9 (3.3%)	7 (3.2%)	3 (3.2%)	1 (2.6%)	20 (3.2%)
	ผู้เชี่ยวชาญ					
	รวม	272 (43.5%)	220 (35.2%)	94 (15.0%)	39 (6.2%)	625 (100.0%)
5. เริ่ม ฝึกหัดทำ บัญชี รายจ่ายใน แต่ละเดือน	สื่อ	23 (8.6%)	11 (5.4%)	7 (7.9%)	1 (2.7%)	42 (7.0%)
	ครอบครัว	110 (41.0%)	107 (52.2%)	43 (48.3%)	16 (43.2%)	276 (46.1%)
	เพื่อนบ้าน	33 (12.3%)	33 (16.1%)	23 (25.8%)	10 (27.0%)	99 (16.5%)
	หน่วยงาน	76 (28.4%)	39 (19.0%)	15 (16.9%)	10 (27.0%)	140 (23.4%)
	ภาครัฐ	19 (7.1%)	10 (4.9%)	1 (1.1%)	0 (.0%)	30 (5.0%)
	ภาคเอกชน	7 (2.6%)	5 (2.4%)	0 (.0%)	0 (.0%)	12 (2.0%)
	ผู้เชี่ยวชาญ					
	รวม	268 (44.7%)	205 (34.2%)	89 (14.9%)	37 (6.2%)	599 (100.0%)

การเรียนรู้ด้าน หลักประกันในชีวิต	แหล่งเรียนรู้	ช่วงอายุ				รวม
		50-59ปี	60-69 ปี	70-79 ปี	80 ปี ขึ้นไป	
6. เรียนรู้ การ ซ่อมแซม อุปกรณ์ ต่างๆ ที่ ชำรุด ภายในบ้าน ด้วยตนเอง	สื่อ	24 (8.4%)	14 (6.1%)	11 (12.4%)	2 (5.1%)	51 (7.9%)
	ครอบครัว	146 (51.0%)	139 (60.4%)	43 (48.3%)	21 (53.8%)	349 (54.2%)
	เพื่อนบ้าน	36 (12.6%)	41 (17.8%)	20 (22.5%)	9 (23.1%)	106 (16.5%)
	หน่วยงาน	57 (19.9%)	26 (11.3%)	15 (16.9%)	7 (17.9%)	105 (16.3%)
	ภาครัฐ หน่วยงาน	17 (5.9%)	7 (3.0%)	0 (.0%)	0 (.0%)	24 (3.7%)
	ภาคเอกชน ผู้เชี่ยวชาญ	6 (2.1%)	3 (1.3%)	0 (.0%)	0 (.0%)	9 (1.4%)
	รวม	286 (44.4%)	230 (35.7%)	89 (13.8%)	39 (6.1%)	644 (100.0%)
7. ลดรายจ่าย ฟุ่มเฟือย	สื่อ	18 (5.7%)	14 (5.5%)	7 (7.2%)	2 (4.9%)	41 (5.8%)
	ครอบครัว	192 (61.1%)	170 (66.9%)	61 (62.9%)	21 (51.2%)	444 (62.9%)
	เพื่อนบ้าน	32 (10.2%)	29 (11.4%)	16 (16.5%)	11 (26.8%)	88 (12.5%)
	หน่วยงาน	51 (16.2%)	29 (11.4%)	11 (11.3%)	5 (12.2%)	96 (13.6%)
	ภาครัฐ หน่วยงาน	17 (5.4%)	7 (2.8%)	1 (1.0%)	1 (2.4%)	26 (3.7%)
	ภาคเอกชน ผู้เชี่ยวชาญ	4 (1.3%)	5 (2.0%)	1 (1.0%)	1 (2.4%)	11 (1.6%)
	รวม	314 (44.5%)	254 (36.0%)	97 (13.7%)	41 (5.8%)	706 (100.0%)
8. เตรียม/ วางแผนมีบ้าน เป็นของตนเอง เพื่อพักอาศัย	สื่อ	18 (6.3%)	14 (5.9%)	11 (11.7%)	3 (7.3%)	46 (7.0%)
	ครอบครัว	162 (57.0%)	147 (62.3%)	56 (59.6%)	24 (58.5%)	389 (59.4%)
	เพื่อนบ้าน	28 (9.9%)	30 (12.7%)	15 (16.0%)	8 (19.5%)	81 (12.4%)
	หน่วยงาน	50 (17.6%)	34 (14.4%)	9 (9.6%)	4 (9.8%)	97 (14.8%)
	ภาครัฐ หน่วยงาน	21 (7.4%)	8 (3.4%)	2 (2.1%)	1 (2.4%)	32 (4.9%)
	ภาคเอกชน ผู้เชี่ยวชาญ	5 (1.8%)	3 (1.3%)	1 (1.1%)	1 (2.4%)	10 (1.5%)
	รวม	284 (43.4%)	236 (36.0%)	94 (14.4%)	41 (6.3%)	655 (100.0%)
9. หาความรู้ เกี่ยวกับ สภาพแวดล้อม ของชุมชนที่จะ พักอาศัย	สื่อ	26 (9.7%)	16 (7.1%)	10 (10.6%)	2 (4.9%)	54 (8.6%)
	ครอบครัว	133 (49.6%)	138 (61.3%)	49 (52.1%)	20 (48.8%)	340 (54.1%)
	เพื่อนบ้าน	36 (5.7%)	31 (13.8%)	20 (21.3%)	14 (34.1%)	101 (16.1%)
	หน่วยงาน	54 (20.1%)	32 (3.6%)	10 (4.3%)	2 (2.4%)	98 (4.3%)
	ภาครัฐ หน่วยงาน	14 (5.2%)	8 (3.6%)	4 (4.3%)	1 (2.4%)	27 (4.3%)
	ภาคเอกชน ผู้เชี่ยวชาญ	5 (1.9%)	0 (.0%)	1 (1.1%)	2 (4.9%)	8 (1.3%)
	รวม	268 (427%)	225 (35.8%)	94 (15.0%)	41 (6.5%)	628 (100.0%)

การเรียนรู้ด้าน หลักประกันในชีวิต	แหล่งเรียนรู้	ช่วงอายุ				รวม
		50-59ปี	60-69 ปี	70-79 ปี	80 ปี ขึ้นไป	
10. เตรียม/ วางแผนจัด สภาพภายใน บ้านให้ เหมาะสมกับ วัยสูงอายุ	สื่อ	29 (10.4%)	26 (10.4%)	7 (7.4%)	2 (4.9%)	64 (9.6%)
	ครอบครัว	150 (53.8%)	149 (59.4%)	55 (58.5%)	23 (56.1%)	377 (56.7%)
	เพื่อนบ้าน	22 (7.9%)	24 (9.6%)	13 (13.8%)	7 (17.1%)	66 (9.9%)
	หน่วยงาน	49 (17.6%)	36 (14.3%)	14 (14.9%)	6 (14.6%)	105 (15.8%)
	ภาครัฐ หน่วยงาน	19 (6.8%)	7 (2.8%)	4 (4.3%)	2 (4.9%)	32 (4.8%)
	ภาคเอกชน ผู้เชี่ยวชาญ	10 (3.6%)	9 (3.6%)	1 (1.1%)	1 (2.4%)	21 (3.2%)
	รวม	279 (42.0%)	251 (37.7%)	94 (14.1%)	41 (6.2%)	665 (100.0%)

### วิเคราะห์การเรียนรู้แบบแผนการดำรงชีวิต และแหล่งเรียนรู้ในการส่งเสริมการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพตามหลักสุขภาพพอเพียง

จากแบบแผนการดำรงชีวิตของกรณีศึกษา และแหล่งเรียนรู้ในการส่งเสริมการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ จะเห็นได้ว่าเป็นวิถีการดำรงชีวิตโดยยึดหลักทางสายกลาง ความสมดุล ความพอประมาณ สร้างระบบภูมิคุ้มกัน และสร้างระบบการเรียนรู้ให้เท่าทัน ทั้งทางด้านสุขภาพ การมีส่วนร่วมทางสังคม และหลักประกันในชีวิต ดังนี้

**ยึดหลักทางสายกลาง** โดยเตรียมความพร้อมด้านจิตใจ เริ่มจากการปฏิบัติในการดูแลตนเอง ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ สร้างการมีส่วนร่วมโดยยึดผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลาง 1) ด้านสุขภาพ ดำเนินชีวิตตามธรรมชาติ พออยู่พอกิน 2) ด้านการมีส่วนร่วมทางสังคม สร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้นำในชุมชน และ 3) ด้านหลักประกันในชีวิต ดำเนินชีวิตด้วยความไม่ประมาท ประหยัด อุดม

**ยึดหลักความสมดุล** เน้นการดำรงชีวิตให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตในชุมชน ลดการพึ่งพิงจากภายนอกชุมชน ลดภาระของสังคม มีความต่อเนื่องในการทำงานและการออกกำลังกาย และการมีวินัยในการดำเนินชีวิต 1) ด้านสุขภาพ การแบ่งเวลาในการดำเนินชีวิตประจำวัน การดูแลรักษาสุขภาพตนเอง 2) ด้านการมีส่วนร่วมทางสังคม ไม่เบียดเบียนผู้อื่น คำนึงถึงประโยชน์ส่วนรวมก่อนประโยชน์ส่วนตน และ 3) ด้านหลักประกันในชีวิต แบ่งสัดส่วนของการใช้จ่ายเงิน เปลี่ยนจากความร่ำรวยมาเป็นความสุข

**ยึดหลักความพอประมาณ** ปฏิบัติตนเพื่อไม่ให้เป็นภาระของผู้อื่น มีความขยัน อดทน มีความซื่อสัตย์ เป็นคนดี 1) ด้านสุขภาพ เข้ารับบริการสุขภาพจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลซึ่งเป็นกลไกหลักในชุมชน การรับประทานอาหารที่ปลูกและปรุงเอง 2) การมีส่วนร่วมทางสังคม

โดยเป็นผู้ให้มากกว่าผู้รับ ช่วยเหลือผู้อื่น ไม่เห็นแก่ตัว เข้าร่วมกิจกรรมที่มีความยืดหยุ่น และ 3) ด้านหลักประกันในชีวิต มีการใช้จ่ายอย่างเหมาะสม

**สร้างระบบภูมิคุ้มกัน** คำนึงถึงความไม่แน่นอนในชีวิต มีการวางแผนเป้าหมายในชีวิต สร้างแรงจูงใจให้คนในชุมชนร่วมกันทำงาน และใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในพื้นที่เพื่อความยั่งยืน 1) ด้านสุขภาพ การส่งเสริมและดูแลสุขภาพ พักผ่อนให้เพียงพอ 2) ด้านการมีส่วนร่วมทางสังคม มีการรวมกลุ่มให้ผู้สูงอายุมีโอกาสได้พบปะ ทำกิจกรรมร่วมกัน มีสถานที่สำหรับเป็นพื้นที่รวมให้คนในชุมชนและผู้สูงอายุมีกิจกรรมร่วมกัน และ 3) ด้านหลักประกันในชีวิต การทำบัญชีครัวเรือน ลดรายจ่าย เพิ่มรายได้ เข้าร่วมกองทุนสวัสดิการผู้สูงอายุ

**สร้างระบบการเรียนรู้ให้เท่าทัน** ใช้ปัญญาในการดำรงชีวิต เรียนรู้จากการกระทำ มีความใฝ่รู้อยู่เสมอ ปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง เรียนรู้เพื่อการถ่ายทอดและแลกเปลี่ยนกับผู้อื่น เป็นแบบอย่างที่ดีให้กับครอบครัวและชุมชน 1) ด้านสุขภาพ เป็นการเรียนรู้ตามอัธยาศัย 2) ด้านการมีส่วนร่วมทางสังคม การเป็นวิทยากรแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความรู้ มีส่วนร่วมในกิจกรรมของศูนย์การเรียนรู้ เศรษฐกิจพอเพียง และ 3) ด้านหลักประกันในชีวิต มีการติดตามประเมินผล

ตอนที่ 3 การนำเสนอรูปแบบการส่งเสริมผู้สูงอายุที่มีศักยภาพบนฐานระบบสุขภาพพอเพียง จากการศึกษาสภาพการส่งเสริมเพื่อการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ การวิเคราะห์การเรียนรู้ในการส่งเสริมผู้สูงอายุที่มีศักยภาพบนฐานระบบสุขภาพพอเพียง ผู้วิจัยได้สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา และสัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ เพื่อสังเคราะห์รูปแบบการส่งเสริมผู้สูงอายุที่มีศักยภาพบนฐานระบบสุขภาพพอเพียง ดังนี้

### 3.1 ผลวิเคราะห์ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับรูปแบบการส่งเสริมผู้สูงอายุที่มีศักยภาพบนฐานระบบสุขภาพพอเพียง

#### 3.1.1 ความคิดเห็นเกี่ยวกับการดำเนินงานส่งเสริมเพื่อการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ

ผู้เชี่ยวชาญคนที่ 1 มีความเห็นเกี่ยวกับการมองผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ (Active Ageing) ใน 3 มิติ ได้แก่ มิติสุขภาพ มิติการมีส่วนร่วมทางสังคม และมิติหลักประกันในชีวิต ทั้งนี้การเป็น Active Ageing อยู่ที่การที่ผู้สูงอายุมีคุณค่าความเป็นมนุษย์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการมีคุณค่าต่อ Significant Persons/Others (ตามแนวคิดของโบว์แมน) เช่น ครอบครัว เพื่อนบ้าน ซึ่งถ้าหากถูก Treat ในฐานะ Passive (ผู้รับ) ก็จะถูกลดคุณค่าของความเป็นมนุษย์ (1) มิติสุขภาพ มีการดำเนินงานโดยถูกขั้วจากกลุ่มแพทย์ ซึ่งมีบทบาทค่อนข้างสูงในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันสุขภาพ รักษาสุขภาพ และฟื้นฟูสุขภาพ ดังจะเห็นได้จากการดำเนินงานในปัจจุบัน เช่น การป้องกันและรักษาโรคเบาหวาน การดูแลรักษาสุขภาพอนามัยผู้สูงอายุ มีอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (อผส.) ซึ่งจะเห็นได้ว่าการมีทิศทางที่

ชัดเจนทำให้เกิดกระบวนการดำเนินงานที่ชัดเจน นอกจากนี้ยังมีในเรื่องการดูแลแบบ Palliative care (การทำให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองให้ได้ดีที่สุดเท่าที่จะทำได้ โดยคำนึงถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแลเป็นสำคัญ) ซึ่งต้องก้าวข้ามวิธีคิดที่มองว่าผู้สูงอายุเป็นผู้ป่วยติดเตียงที่ทำอะไรไม่ได้ (2) มิติการมีส่วนร่วมทางสังคม มีความเห็นว่าในปัจจุบันจะให้ความสำคัญกับการให้ชุมชนมีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุ แต่เมื่อวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงทางสังคมในปัจจุบัน ซึ่งทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างคนในชุมชนลดน้อยลง คนที่อยู่บ้านใกล้กันแต่ไม่มีการติดต่อหรือปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน จึงอาจทำให้ชุมชนยังไม่สามารถดูแลผู้สูงอายุได้ ดังนั้นจึงไม่ควรมองชุมชนในเชิงกายภาพ แต่ควรมองในลักษณะของ Space มิติความสัมพันธ์ เป็นชุมชนอย่างมีนัยสำคัญ (Significant Community) เช่น เครือข่ายภาคประชาชน การรวมกลุ่มของผู้มีจิตอาสา หากพิจารณาการมีส่วนร่วมทางสังคมในปัจจุบัน ส่วนใหญ่จะเป็นผู้สูงอายุที่มีเงิน (ทำให้ผู้สูงอายุที่ยากจนไม่ค่อยได้มีส่วนร่วมทางสังคม) เป็นผู้ที่มีความสามารถในการเดินทาง ซึ่งพบว่าในความเป็นจริงระบบการขนส่งสาธารณะ และสภาพแวดล้อม ยังไม่เอื้อต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ (ยังไม่เป็นอารยสถาปัตยกรรม Universal Design) จึงเป็นข้อจำกัดของการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุ ทั้งนี้ต้องมีการดำเนินการที่จะทำให้ผู้สูงอายุออกสู่ศูนย์กลาง โดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องปรับเปลี่ยนวิธีการทำงาน ซึ่งไม่ใช่การที่หน่วยงานเดินเข้าไปหาผู้สูงอายุ แต่ต้องมีการอำนวยความสะดวกให้ผู้สูงอายุออกมาสู่ศูนย์กลาง และที่สำคัญคือต้องออกมาร่วมกับคนต่างวัย เช่น เด็ก และ (3) มิติหลักประกันในชีวิต ควรมองในประเด็นความมั่นคงในชีวิต และความปลอดภัยในชีวิต โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวตามลำพัง ในปัจจุบันข้าราชการและรัฐวิสาหกิจมีระบบบำเหน็จบำนาญ แต่เกษตรกร พนักงานเอกชน กรรมกร ไม่สามารถเรียกร้องสิทธิได้ ไม่มีสิทธิ หรือบางส่วนไม่ทราบสิทธิของตนเอง ภายใต้ระบบทุนนิยมทำให้เกิดความเสี่ยงในความมั่นคงในชีวิตของลูกจ้าง ดังนั้นต้องปรับเปลี่ยนมุมมองการจัดสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุในระบบทุนนิยม โดยมองตั้งแต่การเตรียมความพร้อมก่อนแก่ คิดอย่างเป็นระบบ นอกจากนี้ในปัจจุบันมีกลไกของภาครัฐคือกองทุนส่งเสริมการจัดสวัสดิการสังคมแห่งชาติ (กสศ.) และกองทุนผู้สูงอายุ แต่การเข้าถึงกองทุนดังกล่าวเอื้อต่อผู้ทำงานที่เกี่ยวข้องกับระบบราชการ ระเบียบการเบิกจ่ายงบประมาณในการเสนอของบประมาณสนับสนุนโครงการ ซึ่งมีอยู่อย่างจำกัด จึงควรมีกลไกที่เสริมศักยภาพจิตอาสา (ตัวเล็กตัวน้อย) ที่ต้องการทำงานพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุจริงๆ ได้รับการสนับสนุน หรือปลดปล่อยการสนับสนุนเงินจากกองทุนหรือเอื้อต่อการสนับสนุน

ผู้เชี่ยวชาญคนที่ 2 เห็นว่า การดำเนินงานเตรียมความพร้อมสำหรับผู้สูงอายุควรมีการดำเนินการที่มีความแตกต่างกันระหว่างเพศหญิงและเพศชาย ซึ่งจากสถิติจำนวนผู้รับบริการในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ กรมกิจการผู้สูงอายุ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง เนื่องจากเพศชายบางส่วนไปบวชเรียน และมีเจตคติในเรื่องการเป็นผู้นำ จะเสียศักดิ์ศรี จึงไม่ขอรับบริการสวัสดิการจากภาครัฐ และพบว่าผู้สูงอายุชายจะถูกทอดทิ้งมากกว่าหญิง เนื่องจากการไม่ดูแล



สุขภาพตนเอง ดีมีเหล่า สุขบุหรี เป็นอัมพฤก อัมพาต ประกอบกับมีสัมพันธภาพในครอบครัวน้อยกว่า ผู้หญิง ซึ่งในการดำเนินงานเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุควรทำควบคู่กันไปกับการเตรียมความพร้อมด้านสังคมและเศรษฐกิจ ด้านการมีส่วนร่วมทางสังคมควรคำนึงถึงการทำงาน โดยให้มีลักษณะงานที่มีความเหมาะสมกับวัยสูงอายุ เน้นทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเป็นผู้นำ ด้านหลักประกันในชีวิต ควรดำเนินเรื่องการออม การวางแผนชีวิตเมื่อสูงอายุ การดำเนินงานเพื่อส่งเสริมการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ ประกอบด้วย (1) ด้านสุขภาพ ควรมีการเตรียมความพร้อมตั้งแต่วัยผู้ใหญ่ตอนต้น หน่วยงานกระทรวงสาธารณสุขควรมีบทบาทหลักในการวิจัยสร้างองค์ความรู้ รวมทั้งส่งเสริมการจัดตั้งองค์กรในชุมชนที่ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงได้ การใช้กลไกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการจัดบริการให้เข้าถึงบ้าน (2) ด้านการมีส่วนร่วมทางสังคม ควรมีตัวแบบ (Role Model) เพื่อช่วยกระตุ้นให้คนในสังคมเห็น สนับสนุนข้อมูลที่น่าเชื่อถือและเป็นตัวอย่างของแรงบันดาลใจ และ (3) ด้านหลักประกันในชีวิต ควรมีการเตรียมความพร้อมเมื่อเผชิญปัญหา โดยเฉพาะปัญหาเร่งด่วนในชีวิต (Crisis) ซึ่งเป็นแหล่งตรงกลางที่จะเตรียมผู้สูงอายุและญาติก่อนกลับสู่ครอบครัวปกติ ประเด็นผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวหรือผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะยากลำบาก หน่วยงานภาครัฐควรตระหนักถึงความไม่ปลอดภัยในชีวิตประจำวัน ความเป็นอยู่ ชุมชนปลอดภัยเสพติด หาที่พึ่งพาซึ่งเป็นคนที่มีฐานะดีระดับหนึ่ง

ผู้เชี่ยวชาญคนที่ 3 มีความเห็นว่า ในด้านสุขภาพ มีหน่วยงานรับผิดชอบทั้งในส่วนกลาง ภูมิภาค และท้องถิ่น มีอาสาสมัคร จิตอาสา และโรงพยาบาลทุกระดับมีบุคลากรพร้อม มีระบบ/โครงสร้างที่ดี และมีแผนงาน/โครงการ และงบประมาณทั่วถึง ด้านการมีส่วนร่วมทางสังคม การมีส่วนร่วมในระดับครอบครัวไม่ดีพอ ไม่สนับสนุน ส่งเสริมในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุเท่าที่ควร พร้อมกลัวเกิดอันตรายและจะเป็นภาระเมื่อเจ็บป่วย ชุมชนและสังคมเห็นคุณค่าของผู้สูงอายุไปในสิ่งที่ไม่ถูกต้อง ซึ่งหลักคิดและประสบการณ์ของผู้สูงอายุไม่ถูกนำมาใช้ มักจะเลือกผู้สูงอายุที่แข็งแรงเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณค่า และด้านหลักประกันในชีวิต ยังไม่มั่นคงและขาดการเตรียมความพร้อม ขาดความรู้และวินัยในการใช้ชีวิต

ผู้เชี่ยวชาญคนที่ 4 เห็นว่า ปัจจุบันสังคมทั้งในภาครัฐ และเอกชนให้ความใส่ใจผู้ใหญ่มากขึ้น โดยเฉพาะด้านสุขภาพ มีการส่งเสริมให้ความรู้ คำแนะนำ แนวทางปฏิบัติให้กับตัวผู้สูงอายุเอง และผู้ที่เกี่ยวข้อง ส่วนด้านการมีส่วนร่วมทางสังคม ผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุน เปิดโอกาสให้เข้ามามีส่วนร่วมทางสังคมในอัตราส่วนน้อย มีเพียงบางกลุ่ม จำนวนไม่มาก ด้านหลักประกันในชีวิต ยังไม่เพียงพอ มีการประกันในชีวิตต่ำ การมอบเบี้ยยังชีพเป็นแต่เพียงมาตรการช่วยเหลือผู้สูงอายุในระยะสั้น ไม่ใช่หลักประกันในชีวิตอย่างยั่งยืน รัฐบาลและทุกฝ่ายควรร่วมช่วยกันวางแผนพัฒนาศักยภาพให้กับผู้สูงอายุ

ผู้เชี่ยวชาญคนที่ 5 มีความเห็นว่า ด้านสุขภาพ เมืองค์กรและหน่วยงานที่ส่งเสริมด้านสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุพอสมควร บางครั้งสุขภาพของผู้สูงอายุเสื่อมตามวัยแต่บางครั้งก็มีสาเหตุมาจากโรคประจำตัวตั้งแต่อยู่ในช่วงวัยทำงาน ดังนั้นควรมีการเตรียมความพร้อมในการส่งเสริมด้านสุขภาพก่อนเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ ด้วยการมีส่วนร่วมทางสังคม มีหน่วยงานและองค์กรดำเนินกิจกรรมเป็นจำนวนมากพอสมควร แต่มีลักษณะที่จัดขึ้นเฉพาะกิจในลักษณะโครงการ อบรม ฯลฯ ซึ่งไม่เกิดการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงในสังคมและบางครั้งไม่สอดคล้องกับวิถีชีวิตอย่างแท้จริง และด้านหลักประกันในชีวิตมีความเห็นว่าควรมีการส่งเสริมและเตรียมความพร้อมตั้งแต่ก่อนเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุในปัจจุบันมีลักษณะที่ต้องรอรับความช่วยเหลืออยู่เป็นจำนวนมาก

ผู้เชี่ยวชาญคนที่ 6 เห็นว่า ปัจจุบันสังคมรับรู้กับผู้สูงอายุ การเกษียณตัวเองเมื่ออายุ 60 ปี และควรเป็นหน้าที่ของลูกหลานที่ต้องดูแลเพื่อตอบแทนพระคุณ อีกทั้งผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาสุขภาพทำให้ไม่สามารถแสดงศักยภาพที่มีอยู่ได้อย่างเต็มที่ นอกจากนั้นนโยบายของรัฐบาลที่ผ่านมาได้ช่วยเหลือผู้สูงอายุในลักษณะ “ให้” มากกว่า “การสร้าง” จึงทำให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการเรียกร้องสิทธิต่างๆ ตามมา

**สรุปได้ว่า** การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพคือผู้สูงอายุที่มีคุณค่าความเป็นมนุษย์โดยเฉพาะอย่างยิ่งคุณค่าต่อครอบครัว ซึ่งการจะเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพได้ต้องมีการดำเนินการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ 1) ด้านสุขภาพ หน่วยงานภาครัฐโดยเฉพาะอย่างยิ่งหน่วยงานกระทรวงสาธารณสุข มีทิศทางการดำเนินงานที่ชัดเจน มีกลไกของหน่วยงานในทุกระดับทั้งส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค และท้องถิ่น รวมทั้งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการจัดบริการให้เข้าถึงบ้าน อย่างไรก็ตามควรเน้นการดำเนินงานเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ โดยทำควบคู่กับการมีส่วนร่วมทางสังคมและด้านหลักประกันในชีวิต การจัดตั้งองค์กรในชุมชนที่ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงได้ นอกจากนี้ควรส่งเสริม Active Ageing ในกลุ่มผู้สูงอายุวัยปลายโดยมองมากกว่าเป็นผู้สูงอายุติดเตียงที่ทำอะไรไม่ได้ 2) ด้านการมีส่วนร่วมทางสังคม หน่วยงานภาครัฐในชุมชนมีความพยายามจัดกิจกรรมสร้างการมีส่วนร่วมให้กับผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตามครอบครัว ยังไม่สามารถสนับสนุนการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุเท่าที่ควร การเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุเข้ามามีส่วนร่วมมีอัตราส่วนน้อยและมีเฉพาะบางกลุ่มที่เข้าร่วมกิจกรรมโดยเฉพาะกลุ่มที่แข็งแรง ลักษณะของโครงการที่จัดขึ้นมักไม่ต่อเนื่องและไม่สอดคล้องกับความต้องการ และวิถีชีวิตของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ระบบการขนส่งสาธารณะและสภาพแวดล้อมยังไม่เอื้อต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ จึงเป็นข้อจำกัดของการมีส่วนร่วมทางสังคม ดังนั้นจึงไม่ควรมองชุมชนในทางกายภาพแต่ควรคำนึงถึงมิติความสัมพันธ์ เช่น เครือข่ายภาคประชาชน การรวมกลุ่มของจิตอาสา โดยใช้ตัวผู้สูงอายุเองเป็นตัวแบบ (Role Model) ทั้งตัวแบบต่อผู้สูงอายุด้วยกันเองและต่อสังคม ซึ่งลักษณะของกิจกรรมควรสร้างการมีส่วนร่วมของคนต่างวัยและสอดคล้องกับวิถีชีวิต และ 3) ด้านหลักประกันในชีวิต ควรดำเนินการตั้งแต่

ก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ โดยเน้นประเด็นความมั่นคงในชีวิต และความปลอดภัยในชีวิต ในเรื่องของการออม การเตรียมความพร้อมเมื่อเผชิญปัญหาเร่งด่วนในชีวิต (Crisis) นอกจากนี้ควรสนับสนุนให้กลุ่มจิตอาสาหรือเครือข่ายในชุมชนสามารถเข้าถึงกองทุนส่งเสริมการจัดสวัสดิการสังคมแห่งชาติ หรือกองทุนผู้สูงอายุได้

### 3.1.2 ความคิดเห็นเกี่ยวกับหน่วยงานที่ควรมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ

ผู้เชี่ยวชาญคนที่ 1 มีความเห็นว่ากระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ควรเป็นเจ้าภาพหลัก เนื่องจากมีภารกิจที่เกี่ยวข้องกับสวัสดิการของมนุษย์ ทั้ง 7 มิติ ซึ่งเกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตในทุกด้าน โดยดำเนินการในฐานะผู้ประสานงาน เชิงนโยบาย เช่น การทำ Mapping หรือ Databased ของผู้สูงอายุทำให้ทราบว่าผู้สูงอายุมีสภาพปัญหาอะไร พื้นที่ใดมีปัญหา สุขภาพ บอกได้ว่าบ้านไหนมีปัญหา ซึ่งจะนำไปสู่การประสานการดำเนินงานว่าใครหรือหน่วยงานใด ต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการ Take Action อะไร

ผู้เชี่ยวชาญคนที่ 2 มองว่า ปัจจุบันการดำเนินงานเพื่อส่งเสริมผู้สูงอายุที่มีศักยภาพมีลักษณะแยกกันทำงานระหว่างกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และกระทรวงสาธารณสุข นอกจากนี้ผู้สูงอายุบางคนสามารถเข้าถึงทรัพยากรได้แต่จำกัด และไม่เพียงพอต่อความต้องการของผู้สูงอายุ

ผู้เชี่ยวชาญคนที่ 3 เห็นว่า ในด้านสุขภาพ หน่วยงานที่ควรมีบทบาทคือรัฐบาล กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการกระทรวงแรงงาน กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์กระทรวงมหาดไทย กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา ด้านการมีส่วนร่วมทางสังคม คือ ครอบครัว ชุมชน องค์กรบริหารส่วนตำบล เทศบาล องค์กรบริหารส่วนจังหวัด ทุกกระทรวง และด้านหลักประกันในชีวิต คือ ตัวผู้สูงอายุ ครอบครัว กองทุนที่เกี่ยวข้อง

ผู้เชี่ยวชาญคนที่ 4 เห็นว่า ทุกภาคส่วนควรร่วมมือ ร่วมแรง ร่วมใจกันในการวางแผน ดำเนินการพัฒนา ส่งเสริมผู้สูงอายุ โดยมีองค์กรของรัฐบาลเป็นหน่วยงานหลัก ในการวางแผน จัดการ การดำเนิน ตรวจสอบ และประเมินการดำเนินงาน

ผู้เชี่ยวชาญคนที่ 5 มีความเห็นว่า ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องประสานความร่วมมือกัน ในลักษณะบูรณาการแบบองค์รวมและการดำเนินกิจกรรมใดๆ ต้องสอดคล้องกับวิถีชีวิต และต้องมีการวางแผนและดำเนินงานในการเตรียมความพร้อมให้กับผู้สูงอายุก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ

ผู้เชี่ยวชาญคนที่ 6 มองว่า ทุกหน่วยงานสามารถแสดงบทบาทในการสร้างผู้สูงอายุที่มีศักยภาพได้ และควรมีการเตรียมตัวตั้งแต่วัยเด็กจนถึงวัยสูงอายุ เพราะที่ผ่านมาผู้สูงอายุที่ไม่สามารถแสดงศักยภาพได้ เนื่องจากมีการใช้ชีวิตที่ผ่านมาอย่างไม่เหมาะสม ทำให้ยากลำบากในวัยชรา

**สรุปได้ว่า** ทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐ เอกชน และภาคประชาสังคม ควรมีส่วนร่วมในการส่งเสริมการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ ทั้งนี้กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ควรเป็นหน่วยงานหลัก เนื่องจากมีภารกิจที่เกี่ยวข้องกับสวัสดิการของมนุษย์ ซึ่งเกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตในทุกด้าน โดยทำหน้าที่เป็นผู้ประสานการดำเนินงานกับภาคส่วนที่เกี่ยวข้องและมีบทบาทเชิงนโยบาย ซึ่งต้องคำนึงถึงความสอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุ อาทิ ด้านสุขภาพประสานกับ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการกระทรวงแรงงาน กระทรวงมหาดไทย กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา ด้านการมีส่วนร่วมทางสังคม ประสานกับ ครอบครัวยุ ชุมชน อบต เทศบาล อบจ. และด้านหลักประกันในชีวิต ประสานกับ ครอบครัวยุ กองทุนที่เกี่ยวข้อง

### 3.1.3 ความคิดเห็นเกี่ยวกับการศึกษา/การเรียนรู้ เพื่อส่งเสริมการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ

ผู้เชี่ยวชาญคนที่ 1 มองว่าคนทุกคนมีชุดของประสบการณ์ ดังนั้นสิ่งที่สำคัญคือคนจัดชุดความรู้ ทำหน้าที่เชื่อมประสานบุคคลหลายรุ่น (หลาย Generation) เพื่อให้เกิดการถ่ายทอดซึ่งกันและกัน เกิดการเรียนรู้เพื่ออยู่ร่วมกันในสังคม ดังนั้นการศึกษาหรือการเรียนรู้จึงไม่ใช่การยึดเยียดความรู้ แต่ต้องเป็นการเรียนรู้ที่สังคมกับผู้สูงอายุเรียนรู้ร่วมกันทั้งในระบบและนอกระบบ เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นผู้มีประสบการณ์ชีวิตและพร้อมที่จะถ่ายทอดความรู้

ผู้เชี่ยวชาญคนที่ 2 เห็นว่า ควรมีองค์กรสนับสนุนซึ่งเป็นองค์กรที่สามารถเข้าถึงได้ง่าย เป็นกลไก เช่น ศูนย์ดูแลเด็ก ศูนย์โรคอัลไซเมอร์ เป็นลักษณะ “สังคมช่วยกัน” ในระดับนโยบายภาครัฐ ควรเป็นผู้กำหนด ระดับปฏิบัติควรมีชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นโดยมีหน่วยงานภาครัฐสนับสนุน เช่น ความรู้ นวัตกรรม โดยเน้นเรื่องทำอย่างไรให้ผู้สูงอายุสามารถพึ่งพาตนเองได้ ต่อยอดองค์ความรู้ด้วยตนเอง วิธีการโดยใช้ครอบครัวสัมพันธ์ การเรียนรู้การอยู่ร่วมกับผู้อื่นทั้งครอบครัว ชุมชน เพื่อนบ้าน สื่อซึ่งต้อง Screen เนื้อหาความรู้ที่เหมาะสม การสร้าง Application รวมทั้งใช้บุคคลต้นแบบ หนังสือที่ผู้สูงอายุสามารถอ่านง่าย กระทัดรัด กิจกรรมการเรียนรู้ด้านการกินอยู่ อาหาร สุขภาพ การดูแลตนเองตามโรคเรื้อรังที่เป็นอยู่ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ด้านสิทธิสวัสดิการ ด้านสุขภาพจิต การเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม และครอบครัวสัมพันธ์

ผู้เชี่ยวชาญคนที่ 3 เห็นว่า การศึกษาหรือการเรียนรู้ จะมีบทบาทในการเสริมสร้างความรู้พัฒนาทักษะ ฝึกการคิดวิเคราะห์ วางแผน สร้างทัศนคติที่ดีในการดำรงชีวิต การศึกษา/การเรียนรู้

ตลอดชีวิตเป็นการนำความรู้มาปรับใช้กับตนเอง และครอบครัว ตลอดจนนำมาพัฒนาตนเองและชุมชนได้อย่างสมบูรณ์ โดยนำหลักการที่เกิดจากการเรียนรู้ด้วยตนเองเป็นตัวอย่างที่ดี

ผู้เชี่ยวชาญคนที่ 4 มองว่า การศึกษาหรือการเรียนรู้ เป็นกลไกที่สำคัญในการส่งผ่านความรู้ ข้อมูลด้านสุขภาพ ด้านการมีส่วนร่วมทางสังคม และด้านหลักประกันชีวิตให้กับผู้สูงอายุ และผู้ที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพผู้สูงอายุ เพื่อสร้างความเข้าใจ และการนำไปใช้ให้เกิดประสิทธิภาพ การศึกษาหรือการเรียนรู้ เป็นคำชี้แจง แนะนำ การดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุบนฐานระบบสุขภาพพอเพียง สามารถส่งเสริมผู้สูงอายุได้ หากผู้จัดดำเนินการเข้าใจหลักการการศึกษาผู้ใหญ่

ผู้เชี่ยวชาญคนที่ 5 เห็นว่า ผู้สูงอายุจะมีความรู้ในการจัดการตนเองตั้งแต่ก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ ในด้านสุขภาพ ด้านหลักประกันในชีวิต และการมีส่วนร่วมในสังคม เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุจะสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติ ไม่เป็นภาระของผู้ใด หรือรับความช่วยเหลือจากผู้อื่นให้น้อยที่สุด อีกทั้งยังมีส่วนร่วมในสังคมในการสร้างสรรค์และเป็นแบบอย่างที่ดีให้กับคนรุ่นหลัง การศึกษา/การเรียนรู้ จะทำให้ผู้สูงอายุมีการวางแผนและจัดระบบในการดำเนินชีวิตของตนเองได้เป็นอย่างดี ตั้งแต่การเตรียมความพร้อม การดูแล และการรักษาตนเองในช่วงชีวิตหนึ่ง กิจกรรมต่างๆ ที่ใช้พื้นที่เป็นฐานในการศึกษา/เรียนรู้ สามารถส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีศักยภาพบนฐานระบบสุขภาพพอเพียงอย่างแน่นอน เพราะสอดคล้องกับวิถีชีวิตและความต้องการของผู้สูงอายุเอง ไม่ได้เป็นการยึดเหนี่ยวในการทำกิจกรรมจากภาครัฐหรือหน่วยอื่นที่ไม่ตรงกับความต้องการของผู้สูงอายุอย่างแท้จริง

ผู้เชี่ยวชาญคนที่ 6 มีความเห็นว่า การศึกษา/การเรียนรู้ มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งที่จะช่วยส่งเสริมการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ เริ่มได้ตลอดช่วงชีวิต ตั้งแต่ด้านสุขภาพ การสร้างสัมพันธภาพ การบริหารสินทรัพย์ การใช้ชีวิตคู่ เป็นต้น การศึกษา/การเรียนรู้ ไม่มีคำว่าสาย คนเราสามารถเรียนรู้ได้ตลอดชีวิต แต่โจทย์ก็คือจะทำอย่างไรให้ผู้สูงอายุมีความกระตือรือร้นที่จะไม่รู้ตลอดชีวิต การศึกษา/การเรียนรู้ที่มีการวางแผนหรือเป้าหมายที่ชัดเจน ย่อมทำให้การเรียนรู้ได้นำไปใช้ประโยชน์ได้อย่างสูงสุด และมีความคุ้มค่าต่อการลงทุนระยะยาวสู่บั้นปลายชีวิตของคนๆหนึ่ง

**สรุปได้ว่า** การใช้การศึกษาหรือการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ ควรอยู่บนฐานคิดที่ว่าคนทุกคนมีชุดของประสบการณ์ จึงควรเชื่อมโยงและทำให้เกิดการถ่ายทอด ส่งผ่านความรู้ ระหว่างช่วงวัย ทำให้เป็นการเรียนรู้เพื่ออยู่ร่วมกันในสังคม ในรูปแบบของการเรียนรู้ตลอดชีวิต สามารถส่งเสริมการพึ่งพาตนเอง ต่อยอดองค์ความรู้ด้วยตนเอง ภายใต้การสนับสนุนของสื่อการเรียนรู้ที่เหมาะสม เช่น เทคโนโลยี สื่อบุคคล รวมทั้งทำให้ผู้สูงอายุเป็นแบบอย่างที่ดีให้กับคนรุ่นหลัง

### 3.1.4 ความคิดเห็นเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุบนฐานระบบสุขภาพพอเพียง

ผู้เชี่ยวชาญคนที่ 1 มีความเห็นว่า ผู้สูงอายุต้องรู้เท่าทันโลก และต้องรู้เท่าทันตัวเอง การรู้เท่าทันโลกเป็นส่วนหนึ่งที่ต้องแสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุเป็น Active Ageing ซึ่งจะทำให้เกิดการยึดทางสายกลาง (ซึ่งสายกลางแต่ละคนมีความแตกต่างกัน) และสามารถเปลี่ยนได้ตามช่วงวัยของมนุษย์ ดังนั้นคำถามที่สำคัญคือ Information คืออะไร การรู้เท่าทันตัวเอง เป็นการรับรู้สถานภาพ ศักยภาพ รู้ว่าโลกมีการเปลี่ยนแปลง สังคมบริโภคนิยม การเรียนรู้ทั้งการเรียนรู้เท่าทันโลก และการรู้เท่าทันตัวเอง จะทำให้เกิดภูมิคุ้มกันในการดำเนินชีวิต และทำให้ผู้สูงอายุเกิดความสมดุล คือสมดุลระหว่างตัวผู้สูงอายุและสังคม

ผู้เชี่ยวชาญคนที่ 2 มองว่า คือการมีความสมดุลในการใช้ชีวิตทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ในแต่ละวัน สามารถใช้ชีวิตเข้ากับธรรมชาติ สิ่งแวดล้อม และใช้ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงในการดำเนินชีวิต ภายใต้อุปสรรคประมาณ มีเหตุผล มีภูมิคุ้มกัน และเงื่อนไขความรู้ คู่คุณธรรม

ผู้เชี่ยวชาญคนที่ 3 เห็นว่าควรยึดหลักทางสายกลาง รู้จักประมาณกำลัง ร่างกาย และปรับสภาพจิตใจให้ไม่ทุกข์ หรือสุขจนเกินไป ยึดหลักความสมดุล เดินทางสายกลาง ไม่ยึดติดลาภ ยศ ตำแหน่ง หน้าตาทางสังคม ยึดหลักพอประมาณ หยุดเมื่อถึงเวลา ที่สมควร ให้ความสำคัญต่อการพักผ่อน ไม่เป็นภาระของครอบครัว หรือผู้อื่น และเตรียมความพร้อมในการดำรงชีวิตที่จะต้องพึ่งพาในอนาคต สร้างระบบภูมิคุ้มกัน มีสติ ยับยั้ง และทำในสิ่งที่ดีงาม และระบบการเรียนรู้ ให้รู้เท่าทันโลกเปิดใจ เข้าใจการเรียนรู้ในสิ่งใหม่ รับรู้ ติดตาม รับฟัง เรื่องราวใหม่ๆ

ผู้เชี่ยวชาญคนที่ 4 เสนอว่า ควรยึดหลักทางสายกลาง ผู้สูงอายุที่ยึดหลักทางสายกลางจะได้รู้จักประมาณตนในการดำเนินชีวิต การรักษาสุขภาพตนเอง การออกกำลังกาย การกินอาหาร การใช้ยาดูแลรักษาตนเอง เป็นต้น ยึดหลักความสมดุล ในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุอาจจะทำให้เกิดสมดุลระหว่างการแพทย์แผนปัจจุบันกับการแพทย์แผนโบราณ ยึดหลักพอประมาณ คล้ายกับหลักทางสายกลาง สร้างระบบภูมิคุ้มกัน เพื่อการเตรียมผู้สูงอายุกับการเปลี่ยนแปลงในทุกด้าน ซึ่งหมายรวมถึงการเปลี่ยนแปลงด้านการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ และสร้างระบบการเรียนรู้ให้รู้เท่าทันโลกถึงจะเป็นผู้สูงอายุแล้ว ก็ไม่ควรหยุดการเรียนรู้ การดูแลรักษาสุขภาพตนเอง และยิ่งในยุคที่วิวัฒนาการทางด้านสุขภาพก้าวล้ำนำสมัย ผู้สูงอายุยิ่งต้องเรียนรู้เพื่อช่วยเหลือตนเอง อีกประการปัจจุบันอัตราการเกิดลดลง การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุจึงต้องหวังพึ่งพาผู้สูงอายุเอง

ผู้เชี่ยวชาญคนที่ 5 มีความเห็นว่าสามารถยึดหลักใดก็ได้ตามสไตล์ของตนเอง (ทางสายกลาง ความสมดุล พอประมาณ ระบบภูมิคุ้มกัน และระบบการเรียนรู้ให้เท่าทันโลก) ที่สามารถยึดเป็นแบบอย่างในการปฏิบัติได้ โดยสามารถมีสุขภาพที่ดีทั้งกายและใจ

ผู้เชี่ยวชาญคนที่ 6 เห็นว่าควร ยึดทางสายกลาง ใช้หลักพระพุทธศาสนามาใช้ในการดำเนินชีวิต แต่กรณีเป็นผู้นับถือศาสนาอื่นควรยึดหลักการดำรงชีวิตตามศาสนานั้น ใช้ชีวิตโดยมีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ ยึดหลักความสมดุล ควรปลูกฝังให้มีการมองโลกในแง่ดี รู้จักการเสียสละมากกว่าการคำนึงถึงประโยชน์ส่วนตน การรู้จักให้อภัยผู้อื่นที่ผิดพลาด รวมถึงการให้อภัยตนเองและแก้ตัวใหม่อย่างเหมาะสม ยึดหลักพอประมาณ ปลูกฝังให้รู้จักการสร้างความสุขที่แท้จริงคือการ “พอ” ไม่ฟุ้งเฟ้อ มักใหญ่ใฝ่สูงเกินตัว มองคนรอบข้างที่อยู่เหนือกว่าจะต่ำกว่าเพื่อหาจุดพอดีให้กับตนเอง สร้างระบบภูมิคุ้มกัน มองโลกในแง่ดี เปลี่ยนวิกฤตเป็นโอกาส ทำจิตใจให้แจ่มใสอยู่เสมอ เมื่อผิดพลาดเกิดความเครียดต้องรีบกำจัดอย่างเหมาะสม ฝึกนั่งสมาธิและบริหารอารมณ์ให้คงที่ จะได้ควบคุมอารมณ์ให้มันคง และสร้างระบบการเรียนรู้ให้เท่าทัน ปลูกฝังให้เป็นคนกระตือรือร้นและใฝ่รู้อยู่เสมอ อย่าหลงเชื่อหรือมกมายในสิ่งที่เลื่อนลอย และอย่าคิดว่าตนเอง “ทำไม่ได้” ให้คิดว่า “เราต้องทำให้ได้”

**สรุปได้ว่า** การดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุบนฐานระบบสุขภาพพอเพียง เป็นการดำเนินชีวิตโดยรู้เท่าทันโลก และรู้เท่าทันตนเอง มีความสมดุลในชีวิตระหว่างตัวผู้สูงอายุเองกับสังคม ภายใต้ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ซึ่งมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ทั้งนี้ควรคำนึงถึง 1) ยึดหลักทางสายกลาง รู้จักประมาณกำลัง ร่างกาย และปรับสภาพจิตใจให้ไม่ทุกข์ หรือสุขจนเกินไปรู้จักประมาณตนในการดำเนินชีวิต การรักษาสุขภาพตนเอง ใช้หลักพระพุทธศาสนามาใช้ในการดำเนินชีวิต ใช้ชีวิตโดยมีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ 2) ยึดหลักความสมดุล ไม่ยึดติดลาภ ยศ ตำแหน่งทางสังคมสมดุลระหว่างการแพทย์แผนปัจจุบันกับการแพทย์แผนโบราณ การมองโลกในแง่ดี รู้จักการเสียสละมากกว่าการคำนึงถึงประโยชน์ส่วนตน การรู้จักให้อภัยผู้อื่นที่ผิดพลาด รวมถึงการให้อภัยตนเองและแก้ตัวใหม่อย่างเหมาะสม 3) ยึดหลักความพอประมาณ หยุดเมื่อถึงเวลา ที่สมควร ให้ความสำคัญต่อการพักผ่อน ไม่เป็นภาระของครอบครัว หรือผู้อื่น และเตรียมความพร้อมในการดำรงชีวิตที่จะต้องพึ่งพาในอนาคต ไม่ฟุ้งเฟ้อ มักใหญ่ใฝ่สูงเกินตัว มองคนรอบข้างที่อยู่เหนือกว่าจะต่ำกว่าเพื่อหาจุดพอดีให้กับตนเอง 4) สร้างระบบภูมิคุ้มกัน มีสติ ยับยั้ง และทำในสิ่งที่ดีงามการเตรียมผู้สูงอายุกับการเปลี่ยนแปลงในทุกด้าน เปลี่ยนวิกฤตเป็นโอกาส ทำจิตใจให้แจ่มใสอยู่เสมอ เมื่อผิดพลาดเกิดความเครียดต้องรีบกำจัดอย่างเหมาะสม และ 5) สร้างระบบการเรียนรู้ให้รู้เท่าทัน เปิดใจ เข้าใจการเรียนรู้ในสิ่งใหม่ รับรู้ ติดตาม เรื่องราวใหม่ๆต้องเรียนรู้เพื่อช่วยเหลือตนเอง อย่าหลงเชื่อหรือมกมายในสิ่งที่เลื่อนลอย และเชื่อในศักยภาพของตนเอง

### 3.1.5 ความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบการส่งเสริมผู้สูงอายุที่มีศักยภาพบนฐานระบบสุขภาพพอเพียง

ผู้เชี่ยวชาญคนที่ 1 เห็นว่าหน่วยงานภาครัฐควรมีบทบาทหลักในการส่งเสริมศักยภาพผู้สูงอายุ โดยแสดงบทบาทของการเป็นผู้ประสานทรัพยากร Match Maker ระหว่างผู้สูงอายุกับหน่วยงาน/จิตอาสาที่ต้องการส่งเสริมผู้สูงอายุให้มีศักยภาพ

ผู้เชี่ยวชาญคนที่ 2 มองว่าการส่งเสริมผู้สูงอายุที่มีศักยภาพบนฐานระบบสุขภาพพอเพียงควรเริ่มจากการมีสุขภาพดี (ทางสายกลาง)มองโลกในแง่บวก การมีทัศนคติที่ดีต่อตนเอง สามารถเป็นต้นแบบที่ดี พุดจามีเหตุผล พร้อมช่วยเหลือผู้อื่น (ความสมดุล) เสียสละเพื่อส่วนรวม การเป็น “ผู้ให้” สามารถเป็นผู้นำครอบครัว ชุมชน (พอประมาณ) การมีองค์ความรู้ในอดีต เช่น ครู (ระบบการเรียนรู้ให้เท่าทันโลก) และการทำให้บั้นปลายชีวิตมีปัญหาน้อย มีเงินออม แบ่งลูกหลาน การมีครอบครัวขยาย อยู่กับบุตรหลาน จะทำให้มีสุขภาพจิตที่ดี (ภูมิคุ้มกัน)

ผู้เชี่ยวชาญคนที่ 3 เสนอว่ารูปแบบควรประกอบด้วย กลไกในการดำเนินงานได้แก่ คณะกรรมการ หรือสภาผู้สูงอายุแห่งชาติ/ระดับจังหวัด/อำเภอ/หมู่บ้านการมีนโยบาย/ยุทธศาสตร์/แผน และภาคีเครือข่าย-เบญจภาคี (รัฐบาล/นักวิชาการ/NGO/ธุรกิจ/ชุมชน) วิธีการ/มาตรการ ได้แก่ จัดตั้งคณะกรรมการ หรือสภาผู้สูงอายุแห่งชาติ/ระดับจังหวัด/อำเภอ/หมู่บ้านจัดทำนโยบาย/ยุทธศาสตร์/แผน และสร้างภาคีเครือข่าย-เบญจภาคี (รัฐบาล/นักวิชาการ/NGO/ธุรกิจ/ชุมชน)และควรมีกิจกรรมเปิดศูนย์ผู้สูงอายุระดับจังหวัด/อำเภอ/หมู่บ้าน จัดทำยุทธศาสตร์ส่งเสริมเพื่อการพัฒนาผู้สูงอายุที่มีศักยภาพบนฐานระบบสุขภาพพอเพียง และเปิดเวทีเสวนาหาแนวทางส่งเสริมการพัฒนาผู้สูงอายุที่มีศักยภาพบนฐานระบบสุขภาพพอเพียง

ผู้เชี่ยวชาญคนที่ 4 เสนอว่า กลไกในการดำเนินงาน ควรนำการศึกษา การฝึกอบรม การให้ความรู้กับผู้สูงอายุ และผู้เกี่ยวข้อง มาเป็นกลไกในการขับเคลื่อนผู้สูงอายุให้มีศักยภาพ ควรมีวิธีการ/มาตรการ ให้ความรู้ควรอยู่บนหลักการ การเรียนรู้ และการให้ความเคารพกับผู้ใหญ่ โดยมีมาตรการการกระจายความรู้ให้เข้าถึงผู้สูงอายุอย่างทั่วถึง และจัดเนื้อหา ความรู้ให้ผู้ใหญ่เข้าใจได้ง่าย และควรมีกิจกรรม ผ่อนคลายสลับกับการให้ความรู้

ผู้เชี่ยวชาญคนที่ 5 เสนอว่า กลไกในการดำเนินงานควรจัดตั้งศูนย์ส่งเสริมเพื่อการพัฒนาผู้สูงอายุที่มีศักยภาพบนฐานระบบสุขภาพพอเพียง เพื่อทำหน้าที่ตัวกลางในการประสานกับหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องอย่างบูรณาการ โดยมุ่งเน้นการส่งเสริมตั้งแต่ก่อนวัยเกษียณในการเตรียมความพร้อมไม่ใช่ว่าผู้สูงอายุแล้วค่อยดำเนินการ ควรมีวิธีการ/มาตรการโดยมีศูนย์กลาง และมีศูนย์ย่อยในแต่ละจังหวัดเพื่อบริหารจัดการได้อย่างทั่วถึง และ/หรืออาจมีการจัดตั้งกองทุนเพื่อใช้ในการบริหารจัดการศูนย์ฯ และควรมีกิจกรรมใดก็ได้ที่เป็นไปบนพื้นฐานของความต้องการของผู้สูงอายุในชุมชน



นั้นๆ และกิจกรรมต้องใช้พื้นที่เป็นฐานในการดำเนินกิจกรรม ไม่ใช่กิจกรรมแบบเดี่ยวใช้กันทั่วประเทศ

ผู้เชี่ยวชาญคนที่ 6 เสนอว่า กลไกในการดำเนินงาน ควรมีกองทุนดูแลผู้สูงอายุโดยเฉพาะใน ส่วนกลาง (ส่วนอยู่กระทรวงไหนก็แล้วแต่เนื้องาน) เพื่อให้กำหนดนโยบายมาตั้งแต่ระดับประเทศ จนถึงผู้ปฏิบัติ ควรมีวิธีการ/มาตรการ การออกเป็น พ.ร.บ. ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ มีการวางแผน และกิจกรรม รวมถึงรูปแบบการดำเนินงานอย่างชัดเจนครอบคลุมในทุกด้าน และควรมีกิจกรรม ครอบคลุมทั้ง 4 มิติ กาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ โดยมุ่งเน้นการสร้างมากกว่าการให้อย่างเดียว เพื่อให้เกิดความคงทนถาวรและเกิดศักยภาพที่ดีอย่างยั่งยืน

**สรุปได้ว่า** ภาครัฐควรมีบทบาทหลักในการส่งเสริมศักยภาพผู้สูงอายุโดยทำหน้าที่เป็นผู้ ประสานทรัพยากร (Match Maker) ระหว่างผู้สูงอายุกับหน่วยงาน/จิตอาสาที่ต้องการส่งเสริม ผู้สูงอายุให้มีศักยภาพ โดยมีกลไก ระดับนโยบาย คือคณะกรรมการหรือสภาผู้สูงอายุแห่งชาติ นโยบาย ยุทธศาสตร์และแผนงาน ระดับปฏิบัติ คือเครือข่าย ศูนย์เพื่อทำหน้าที่ตัวกลางในการ ประสานกับหน่วยงานอื่นๆ ใช้การศึกษาหรือการเรียนรู้เป็นกลไกในการแลกเปลี่ยน โดยมุ่งเน้นการ ส่งเสริมตั้งแต่ก่อนวัยเกษียณในการเตรียมความพร้อม ใช้วิธีการ/มาตรการ คือ การจัดตั้ง คณะกรรมการระดับจังหวัด อำเภอ หมู่บ้าน การจัดทำนโยบาย ยุทธศาสตร์และแผนงาน รวมทั้ง การ จัดตั้งกองทุนเพื่อใช้ในการบริหารจัดการศูนย์ และกิจกรรม ควรสอดคล้องกับความต้องการของ ผู้สูงอายุในชุมชน และต้องใช้พื้นที่เป็นฐานในการดำเนินกิจกรรม

### 3.1.6 ความคิดเห็น/ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

ผู้เชี่ยวชาญคนที่ 1 เสนอว่าการส่งเสริม Active Ageing จะต้องทำให้มนุษย์แก่แล้วมีวิถีชีวิตที่ ทำอย่างไรให้มีความสุข มนุษย์เวลาจะเกิดพฤติกรรมอย่างไรย่อมเกิดจากสังคมซึ่งเป็นบริบทที่เอื้อต่อ ผู้สูงอายุ ดังนั้นผู้สูงอายุจึงควรมีการเรียนรู้วัฒนธรรมที่เปลี่ยนแปลงไป เพื่อเป็นการป้องกัน Culture Shock มุมมองด้านสังคมเชื่อในบทบาทของรัฐในการจัดสวัสดิการ ซึ่งสวัสดิการต้องทำให้ผู้สูงอายุ เกิดความภูมิใจในตนเองไม่เป็นระบบอุปถัมภ์ “ไม่ต้องแบมือขอรัฐ”

ผู้เชี่ยวชาญคนที่ 2 เห็นว่า ปัญหาอุปสรรคที่ผู้สูงอายุบางส่วนไม่สามารถเป็น Active Ageing ได้ ประกอบด้วย (1) การเตรียมความพร้อมไม่ดี ไม่มีการวางแผนดูแลตนเองทั้งด้านองค์ความรู้ วิถี การดำเนินชีวิตซึ่งมีความเสี่ยง และมีการเปลี่ยนแปลงทางสังคม และข้อจำกัดทางร่างกาย (2) การ เปลี่ยนแปลงทางสังคม เช่น ในเขตชนบทมีแต่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่กับเด็ก และ (3) การเปลี่ยนแปลงทาง วัฒนธรรม เรื่อง “ความกตัญญู” การดำรงชีวิต ค่าครองชีพ

ผู้เชี่ยวชาญคนที่ 3 เห็นว่า ผู้สูงอายุ ไม่ว่าจะรวยหรือจน หรือมีศักยภาพก็ตาม จะมีความรู้สึกที่โดดเด่นทุกคนที่ที่เหมาะสม และเป็นประโยชน์ คือศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในพื้นที่ ซึ่งต้องความรัก ความเอื้ออาทร และเวลาที่มากพอ

ผู้เชี่ยวชาญคนที่ 4 เสนอว่า ควรคำนึงถึงลักษณะทางกายภาพ ระดับสติปัญญา ความเสื่อมทางร่างกาย ของผู้สูงอายุ เพื่อการจัดการถ่ายทอดความรู้ให้เหมาะสม ก่อให้เกิดประสิทธิภาพในการจัดการความรู้ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถนำความรู้ด้านสุขภาพไปใช้ในการช่วยเหลือ และพัฒนาตนเอง

ผู้เชี่ยวชาญคนที่ 5 เสนอว่า การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพบนฐานสุขภาพพอเพียงได้ จะเกิดขึ้นได้ต้องมีการเตรียมความพร้อมตั้งแต่ก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ ดังนั้นจึงควรให้ความสำคัญในเรื่องการเตรียมความพร้อมด้วย

ผู้เชี่ยวชาญคนที่ 6 คิดว่าในอดีตยังไม่มีกำหนดการศึกษาขั้นพื้นฐาน หรือกำหนดแต่ยังอยู่ในระดับต่ำ (ป.4) ไม่มีการวางแผนดูแลประชากรในระยะยาว ทำให้ผู้สูงอายุในปัจจุบันส่วนใหญ่เป็นผู้ที่อยู่ในวัยฟุ้งฟิง ดำรงชีวิตอย่างยากลำบาก อีกทั้งโรคภัยไข้เจ็บเบียดเบียน ซึ่งเกิดจากการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมในวัยหนุ่มสาว แต่ถ้าปัจจุบันมีการกำหนดการศึกษาขั้นพื้นฐานให้สูงขึ้น มีการสอดแทรกการดูแลตนเองใน 4 มิติตลอดช่วงชีวิตคน จะทำให้ผู้สูงอายุในอนาคตมีภาวะฟุ้งฟิงน้อยลง มีศักยภาพในการดูแลตนเองมากขึ้น ทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้นในที่สุด

**สรุปได้ว่า** การส่งเสริมการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ จะต้องทำให้เมื่อเป็นผู้สูงอายุแล้วมีวิธีคิดว่าทำอะไรให้มีความสุข เกิดการเรียนรู้ตลอดชีวิต สามารถปรับตัวให้เข้ากับเปลี่ยนแปลงทางสังคม และวัฒนธรรม การดำเนินงานสวัสดิการสังคมควรให้ความสำคัญกับการทำให้ผู้สูงอายุมีความภาคภูมิใจในตนเอง ลดภาวะฟุ้งฟิง เพิ่มศักยภาพในการดูแลตนเอง รวมทั้งการส่งเสริมการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ ควรให้ความสำคัญในเรื่องการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ

### 3.2 ผลการสังเคราะห์รูปแบบการส่งเสริมผู้สูงอายุที่มีศักยภาพบนฐานระบบสุขภาพพอเพียง

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลสภาพการส่งเสริมเพื่อการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ การเรียนรู้ในการส่งเสริมผู้สูงอายุที่มีศักยภาพบนฐานระบบสุขภาพพอเพียง และข้อมูลจากการสัมภาษณ์กลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ผู้วิจัยสามารถสังเคราะห์รูปแบบการส่งเสริมผู้สูงอายุที่มีศักยภาพบนฐานระบบสุขภาพพอเพียง กล่าวคือ การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ เป็นเป้าหมายทางวัฒนธรรมของประชาชนที่จะต้องดำเนินไปให้ถึง (Cultural Goal) ซึ่งการจะนำไปสู่เป้าหมายดังกล่าว หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในเชิงโครงสร้างทางสังคมและวัฒนธรรม ผู้เข้าสู่วัยสูงอายุและผู้สูงอายุ ต้องมีการเรียนรู้ตามหลักสุขภาพพอเพียง โดยยึดหลักทางสายกลาง ยึดหลักความสมดุล ยึดหลักความพอประมาณ สร้างระบบ

ภูมิคุ้มกัน และสร้างระบบการเรียนรู้ให้เท่าทัน เป็นวิถีทางสถาบัน (Institutionalized Means) โดยมีรายละเอียดดังนี้

### โครงสร้างทางสังคมและวัฒนธรรม

โครงสร้างทางสังคมและวัฒนธรรม ประกอบด้วย ระดับนโยบาย ได้แก่ นโยบาย และแผนงาน ระดับปฏิบัติ ได้แก่ การดำเนินงาน การมีส่วนร่วมและบูรณาการ

นโยบายส่งเสริมเพื่อการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ ควรให้ความสำคัญกับการทำให้ผู้สูงอายุมีความภาคภูมิใจในตนเอง เพิ่มศักยภาพในการดูแลตนเอง ลดภาวะพึ่งพิง ซึ่งควรดำเนินการตั้งแต่ก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ โดยเน้นประเด็นหลักประกันในชีวิต ภาครัฐควรมีบทบาทหลักในการส่งเสริมศักยภาพผู้สูงอายุโดยทำหน้าที่เป็นผู้ประสานทรัพยากร (Match Maker) ระหว่างผู้สูงอายุกับหน่วยงาน/จิตอาสาที่ต้องการส่งเสริมผู้สูงอายุให้มีศักยภาพ ทั้งนี้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม ควรมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสังคมสวัสดิการ (Welfare Society) เพื่อพัฒนาการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ โดยมีกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ควรเป็นหน่วยงานหลัก แสดงบทบาทเชิงนโยบายและเป็นผู้ประสานการดำเนินงานกับภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง

การดำเนินงานส่งเสริมเพื่อการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ ควรเน้นการดำเนินงานเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุด้านหลักประกันในชีวิต ควบคู่กับด้านสุขภาพ และการมีส่วนร่วมทางสังคม โดยส่งเสริมระบบการขนส่งสาธารณะ และสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ ด้านสุขภาพ มีกลไกของหน่วยงานในทุกระดับทั้งส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค และท้องถิ่น เน้นการจัดบริการให้เข้าถึงบ้าน และการจัดตั้งองค์กรในชุมชนที่ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงได้ ด้านการมีส่วนร่วมทางสังคม หน่วยงานภาครัฐในชุมชน ควรจัดกิจกรรม/โครงการที่มีความต่อเนื่องและสอดคล้องกับความต้องการ และวิถีชีวิตของผู้สูงอายุ รวมทั้งลักษณะของกิจกรรมควรมีส่วนร่วมของคนต่างวัย และควรสนับสนุนให้กลุ่มจิตอาสาหรือเครือข่ายในชุมชนสามารถเข้าถึงกองทุนส่งเสริมการจัดสวัสดิการสังคมแห่งชาติ หรือกองทุนผู้สูงอายุได้

ควรดำเนินการส่งเสริมการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ ในกลุ่มผู้สูงอายุวัยกลางและวัยปลาย โดยใช้กลไกของครอบครัวเป็นหลัก เพื่อส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวมีการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน สามารถพึ่งพาอาศัยเมื่อเจ็บป่วย และสมาชิกในครอบครัวมีการปรึกษาหารือ แลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารกัน นอกจากนี้สำหรับแรงงานในระบบหน่วยงานต้นสังกัด ควรให้ข้อมูล/ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนที่จะนำไปสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ

ดังนั้นการเรียนรู้ตามหลักสุขภาพพอเพียงเพื่อการดำเนินงานส่งเสริมการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพในเชิงโครงสร้างทางสังคมและวัฒนธรรม จึงควรมีการเรียนรู้โดยยึดหลักทางสายกลาง ยึด

หลักความสมดุล ยึดหลักความพอประมาณ สร้างระบบภูมิคุ้มกัน และสร้างระบบการเรียนรู้ให้เท่าทัน ดังนี้

**ยึดหลักทางสายกลาง** โดยให้ความสำคัญกับการกำหนดและเชื่อมโยงนโยบายสู่การปฏิบัติ อย่างเป็นรูปธรรม มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตพึ่งพาตนเองได้ มีระบบบริการที่เอื้อต่อความสะดวกแก่ผู้สูงอายุ การปฏิบัติงานที่มุ่งใช้คุณลักษณะเด่นของชุมชน และทรัพยากรในชุมชน เป็นเครื่องมือ ตลอดจนเน้นเรื่องการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและการมีสภาพจิตใจที่ดี การนำหลักธรรมทางศาสนามาปรับใช้ในชีวิตประจำวัน

**ยึดหลักความสมดุล** โดยให้ความสำคัญกับการมุ่งเน้นให้ภาคประชาชนชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรภาครัฐ และเอกชน มีส่วนร่วมในการจัดสวัสดิการให้กับผู้สูงอายุ การจัดสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุแบบสังคมสวัสดิการ (Welfare Society) การประสานงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การบูรณาการแผนระดับนโยบายที่เกี่ยวข้องกับบริบทงานสวัสดิการผู้สูงอายุ ใช้หลักธรรมชาติในการสร้างความสมดุล การใช้สมุนไพรในการรักษาโรค และการสร้างความสมดุลด้านร่างกายและจิตใจ สร้างความสัมพันธ์ระหว่างช่วงวัยระหว่างเด็กผู้สูงอายุ และบุคคลในครอบครัว เพื่อให้เกิดความสมดุลทั้งด้านสุขภาพ การมีส่วนร่วมทางสังคม และหลักประกันในชีวิต

**ยึดหลักความพอประมาณ** โดยให้ความสำคัญกับองค์กรที่รับผิดชอบด้านผู้สูงอายุควรจัดทำแผนงบประมาณเกี่ยวกับความต้องการในการดูแลผู้สูงอายุ ควรแบ่งตามสภาพปัญหาของผู้สูงอายุ บนพื้นฐานความเข้าใจเกี่ยวกับสังคมสูงวัยเพื่อให้การบูรณาการการทำงานของทุกหน่วยงานเกิดประโยชน์ต่อผู้สูงอายุในภาพรวม เน้นกิจกรรมที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเป็นผู้ให้ และการทำงานเพิ่มรายได้ ภายใต้การน้อมนำหลักเศรษฐกิจพอเพียงมาประยุกต์ใช้

**สร้างระบบภูมิคุ้มกัน** โดยให้ความสำคัญกับการปฏิบัติงานได้อย่างประสานสอดคล้องกัน เน้นให้ผู้สูงอายุได้รับหลักประกันด้านรายได้ การส่งเสริมด้านสุขภาพ การมีระบบคุ้มครองทางสังคมให้กับผู้สูงอายุ การดำเนินงานเตรียมความพร้อมเริ่มต้นตั้งแต่ก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ ให้ความสำคัญกับครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ สร้างจิตสำนึกร่วมของประชาชน ใช้กลไกของชมรมผู้สูงอายุและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อให้เกิดการเข้าถึงทรัพยากร การสร้างอาชีพทางวัฒนธรรม ใช้ภูมิปัญญามาต่อยอด ถ่ายทอดประสบการณ์ให้คนรุ่นหลัง ส่งเสริมธุรกิจเพื่อสังคมกับองค์กรภาคธุรกิจขนาดใหญ่ เพื่อลดภาระงบประมาณภาครัฐ ตลอดจนการส่งเสริมด้านการออม

**สร้างระบบการเรียนรู้ให้เท่าทัน** โดยให้ความสำคัญกับการเรียนรู้เพื่ออยู่ร่วมกันในสังคม ในรูปแบบของการเรียนรู้ตลอดชีวิต สามารถส่งเสริมการพึ่งพาตนเอง ต่อยอดองค์ความรู้ด้วยตนเอง การพัฒนารูปแบบ วิธีการให้บริการ งานวิชาการและงานวิจัย แลกเปลี่ยนองค์ความรู้ในการปฏิบัติงาน ตลอดจนมีบริการให้คำแนะนำ ปรัชญา ดำเนินการช่วยเหลือทางกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

### แบบแผนการดำรงชีวิตของผู้เข้าสู่วัยสูงอายุและผู้สูงอายุ

แบบแผนการดำรงชีวิตของผู้เข้าสู่วัยสูงอายุและผู้สูงอายุ เป็นวิธีการดำรงชีวิตตามหลักสุขภาพพอเพียง ทั้งในด้านสุขภาพ การมีส่วนร่วมทางสังคม และการมีหลักประกันในชีวิต ซึ่งแบบแผนการดำรงชีวิต ควรปฏิบัติตนก่อนที่จะเข้าสู่วัยสูงอายุอย่างต่อเนื่อง ส่งเสริมการมีผู้ดูแลผู้สูงอายุ สนับสนุนด้านการศึกษาในระดับที่สามารถอ่านออกเขียนได้ ส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิต รวมทั้งส่งเสริมการประกอบอาชีพที่มีรายได้มั่นคง โดยเน้นด้านการมีหลักประกันในชีวิต ด้านสุขภาพ และด้านการมีส่วนร่วมทางสังคม

ด้านหลักประกันในชีวิต ควรส่งเสริมแรงงานนอกระบบซึ่งมีรายได้ไม่แน่นอน และมีรายได้น้อย ซึ่งมีแนวโน้มที่จะมีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพหรือโรคประจำตัว เพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้ควรให้ความสำคัญกับกลุ่มที่มีสถานภาพสมรสเป็นโสด ซึ่งไม่มีผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วย โดยการเพิ่มรายได้ การศึกษา/เรียนรู้กฎหมายเกี่ยวกับทรัพย์สิน มรดก อสังหาริมทรัพย์ การทำบัญชีรายจ่ายในแต่ละเดือน และหาความรู้เกี่ยวกับสภาพแวดล้อมของชุมชนที่จะพักอาศัย

ด้านสุขภาพ ควรส่งเสริมผู้ที่มีระดับการศึกษาน้อยไม่สามารถอ่านออกเขียนได้ และผู้ที่มีรายได้น้อย โดยเน้นการปฏิบัติตนเพื่อส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค และเรียนรู้ในการรักษาสุขภาพจิตวัยสูงอายุ และการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจและสังคมของผู้สูงอายุ

ด้านการมีส่วนร่วมทางสังคม ควรส่งเสริมผู้ที่มีหนี้สิน และผู้ที่มีโรคประจำตัว ซึ่งเป็นปัจจัยอุปสรรคในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม โดยการหาความรู้เกี่ยวกับงานอดิเรกที่ตรงกับความสนใจ และเหมาะสมกับวัยสูงอายุ และเน้นที่กิจกรรมทางสังคมซึ่งเป็นกิจกรรมนอกบ้านสามารถเข้าร่วมได้ สำหรับผู้เข้าสู่วัยสูงอายุ ผู้สูงอายุวัยต้น และผู้สูงอายุวัยกลาง และในส่วนของผู้สูงอายุวัยปลาย ควรเน้นที่บทบาทที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ในครอบครัว

การดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุบนฐานระบบสุขภาพพอเพียง เป็นการดำเนินชีวิตโดยรู้เท่าทันโลก และรู้เท่าทันตนเอง มีความสมดุลในชีวิตระหว่างตัวผู้สูงอายุเองกับสังคม ภายใต้ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ดังนั้นการเรียนรู้ตามหลักสุขภาพพอเพียงของผู้เข้าสู่วัยสูงอายุและผู้สูงอายุเพื่อการปฏิบัติตนที่จะนำไปสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ จึงควรมีการเรียนรู้โดยยึดหลักทางสายกลาง ยึดหลักความสมดุล ยึดหลักความพอประมาณ สร้างระบบภูมิคุ้มกัน และสร้างระบบการเรียนรู้ให้เท่าทัน ดังนี้

**ยึดหลักทางสายกลาง** โดยเตรียมความพร้อมด้านจิตใจ เริ่มจากการปฏิบัติในการดูแลตนเอง ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ สร้างการมีส่วนร่วมโดยยึดผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลาง 1) ด้านสุขภาพ ดำเนินชีวิตตามธรรมชาติ พoczyพอกิน รู้จักประมาณกำลัง ร่างกาย และปรับสภาพจิตใจให้ไม่ทุกข์ หรือสุขจนเกินไป 2) ด้านการมีส่วนร่วมทางสังคม สร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้นำในชุมชน ใช้หลักพระพุทธศาสนาใช้ในการดำเนินชีวิต ใช้ชีวิตโดยมีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ และ 3) ด้านหลักประกันในชีวิต ดำเนินชีวิตด้วยความไม่ประมาท ประหยัด อุดม

**ยึดหลักความสมดุล** โดยเน้นการดำรงชีวิตให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตในชุมชน ลดการพึ่งพิงจากภายนอกชุมชน ลดภาระของสังคม มีความต่อเนื่องในการทำงานและการออกกำลังกาย และการมีวินัยในการดำเนินชีวิต 1) ด้านสุขภาพ การแบ่งเวลาในการดำเนินชีวิตประจำวัน การดูแลรักษาสุขภาพตนเอง สมดุลระหว่างการแพทย์แผนปัจจุบันกับการแพทย์แผนโบราณ การมองโลกในแง่ดี การให้อภัยตนเองและแก้ตัวใหม่อย่างเหมาะสม 2) ด้านการมีส่วนร่วมทางสังคม ไม่เบียดเบียนผู้อื่น เสียสละ คำนึงถึงประโยชน์ส่วนรวมก่อนประโยชน์ส่วนตน ไม่ยึดติดลาภ ยศ ตำแหน่งทางสังคม และให้อภัยผู้อื่นที่ผิดพลาด และ 3) ด้านหลักประกันในชีวิต แบ่งสัดส่วนของการใช้จ่ายเงิน เปลี่ยนจากความร่ำรวยมาเป็นความสุข

**ยึดหลักความพอประมาณ** โดยปฏิบัติตนเพื่อไม่ให้เป็นการละเมิดผู้อื่น มีความขยัน อดทน มีความซื่อสัตย์ เป็นคนดี 1) ด้านสุขภาพ รู้จักประมาณตนในการดำเนินชีวิต การรักษาสุขภาพตนเอง ให้ความสำคัญต่อการพักผ่อน เข้ารับบริการสุขภาพ การรับประทานอาหารที่ปลูกและปรุงเอง 2) การมีส่วนร่วมทางสังคม โดยเป็นผู้ให้มากกว่าผู้รับ ช่วยเหลือผู้อื่น ไม่เห็นแก่ตัว เข้าร่วมกิจกรรมที่มีความยืดหยุ่น และยุติบทบาทเมื่อถึงเวลาที่เหมาะสม และ 3) ด้านหลักประกันในชีวิต เตรียมความพร้อมในการดำรงชีวิตที่จะต้องพึ่งพาในอนาคต ไม่ฟุ้งเฟ้อ มีการใช้จ่ายอย่างเหมาะสม รวมทั้งไม่มักใหญ่ใฝ่สูง เกินตัว มองคนรอบข้างที่อยู่เหนือกว่าจะต่ำกว่าเพื่อหาจุดพอดีให้กับตนเอง

**สร้างระบบภูมิคุ้มกัน** โดยคำนึงถึงความไม่แน่นอนในชีวิต มีการวางแผนเป้าหมายในชีวิต มีสติทำในสิ่งที่ดีงาม และใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในพื้นที่เพื่อความยั่งยืน 1) ด้านสุขภาพ การส่งเสริมและดูแลสุขภาพ พักผ่อนให้เพียงพอ ทำจิตใจให้แจ่มใสอยู่เสมอ เมื่อผิดพลาดเกิดความเครียดต้องรีบกำจัดอย่างเหมาะสม 2) ด้านการมีส่วนร่วมทางสังคม มีการรวมกลุ่มให้ผู้สูงอายุมีโอกาสได้พบปะ ทำกิจกรรมร่วมกัน มีสถานที่สำหรับเป็นพื้นที่รวมให้คนในชุมชนและผู้สูงอายุมีกิจกรรมร่วมกัน และ 3) ด้านหลักประกันในชีวิต การทำบัญชีครัวเรือน ลดรายจ่าย เพิ่มรายได้ เข้าร่วมกองทุนสวัสดิการผู้สูงอายุ รวมทั้งการเตรียมพร้อมรับกับการเปลี่ยนแปลงในทุกด้าน เปลี่ยนวิกฤตเป็นโอกาส

**สร้างระบบการเรียนรู้ให้เท่าทัน** โดยใช้ปัญญาในการดำรงชีวิต เรียนรู้จากการกระทำ มีความใฝ่รู้อยู่เสมอ ปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง เรียนรู้เพื่อการถ่ายทอดและแลกเปลี่ยนกับผู้อื่น เป็นแบบอย่างที่ดีให้กับครอบครัวและชุมชน 1) ด้านสุขภาพ เป็นการเรียนรู้ตามอริยาศัย 2) ด้านการมีส่วนร่วมทางสังคม การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความรู้ มีส่วนร่วมในกิจกรรมของศูนย์การเรียนรู้ในชุมชน เปิดใจเข้าใจการเรียนรู้ในสิ่งใหม่ รับรู้ และติดตาม และ 3) ด้านหลักประกันในชีวิต ต้องเรียนรู้เพื่อช่วยเหลือตนเอง อย่างหลงเชื่อหรือมกมายในสิ่งที่เลื่อนลอย ตระหนักถึงศักยภาพในตนเอง

## บทที่ 5

### สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยเรื่อง “การนำเสนอรูปแบบการส่งเสริมผู้สูงอายุที่มีศักยภาพบนฐานระบบสุขภาพพอเพียง” มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสภาพการส่งเสริมผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ 2) วิเคราะห์การเรียนรู้ในการส่งเสริมผู้สูงอายุที่มีศักยภาพบนฐานระบบสุขภาพพอเพียง และ 3) นำเสนอรูปแบบการส่งเสริมผู้สูงอายุที่มีศักยภาพบนฐานระบบสุขภาพพอเพียง ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยการศึกษาเอกสาร การวิจัยเชิงสำรวจโดยใช้แบบสอบถาม เพื่อสำรวจระดับการปฏิบัติตนที่จะนำไปสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ และความคิดเห็นต่อการดำเนินงานส่งเสริมการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้เข้าสู่วัยสูงอายุ (อายุ 50-59 ปี) และผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) ที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร และ 4 จังหวัดที่เป็นตัวแทน 4 ภูมิภาคทั่วประเทศ (จังหวัดลำปาง จังหวัดนครราชสีมา จังหวัดนครปฐม และจังหวัดสงขลา) จำนวน 720 คน การวิจัยเชิงสำรวจโดยใช้เทคนิคการสัมภาษณ์ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานด้านผู้สูงอายุ การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสังเกตแบบมีส่วนร่วมกรณีศึกษาผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ 4 กรณีศึกษา เพื่อวิเคราะห์การเรียนรู้ในการส่งเสริมผู้สูงอายุที่มีศักยภาพบนฐานระบบสุขภาพพอเพียง รวมทั้งสัมภาษณ์เชิงลึกรายบุคคลผู้เชี่ยวชาญจำนวน 6 ท่าน เพื่อให้ข้อคิดเห็นเกี่ยวกับการส่งเสริมการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพบนฐานระบบสุขภาพพอเพียง และสังเคราะห์รูปแบบการส่งเสริมผู้สูงอายุที่มีศักยภาพบนฐานระบบสุขภาพพอเพียง

#### สรุปผลการวิจัย

จากการวิเคราะห์ข้อมูลสามารถสรุปผลการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 สภาพการส่งเสริมผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ

ตอนที่ 2 การเรียนรู้ในการส่งเสริมผู้สูงอายุที่มีศักยภาพบนฐานระบบสุขภาพพอเพียง

ตอนที่ 3 รูปแบบการส่งเสริมผู้สูงอายุที่มีศักยภาพบนฐานระบบสุขภาพพอเพียง

#### ตอนที่ 1 สภาพการส่งเสริมผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้สูงอายุวัยต้น (อายุ 60-69 ปี) มากที่สุด รองลงมาคือ ผู้สูงอายุวัยกลาง (อายุ 70-79 ปี) และผู้สูงอายุวัยปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป) มีความสามารถด้านการศึกษา/การเรียนรู้ได้ในระดับหนึ่ง แต่ยังคงต้องพึ่งพิงด้านหลักประกันในชีวิตจากสมาชิกในครอบครัวโดยเฉพาะอย่างยิ่ง บุตร และคู่สมรส มีค่าใช้จ่ายส่วนใหญ่เป็นค่าใช้จ่ายเพื่อการดำรงชีพของตนเอง เช่น ค่าใช้จ่ายเพื่อการบริโภค อุปโภค ด้านสุขภาพหรือโรคประจำตัว ค่าใช้จ่ายเพื่อบุตร/หลาน ในเรื่องการศึกษา และ

ค่าใช้จ่ายเพื่อสังคม เช่น การทำบุญ ทำทาน บริจาค โดยมีรายจ่ายต่อเดือนที่สอดคล้องกับรายได้ต่อเดือน กล่าวคือ ผู้ที่มีรายได้ต่อเดือนต่ำมีรายจ่ายต่อเดือนน้อย และผู้ที่มีรายได้ต่อเดือนสูงจะมีรายจ่ายต่อเดือนมาก อย่างไรก็ตามผู้ที่มีรายได้ต่ำจะมีสัดส่วนรายจ่ายด้านสุขภาพสูงกว่าผู้ที่มีรายได้สูง

สภาพการส่งเสริมผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ ทั้งในส่วนของ การปฏิบัติตนที่จะนำไปสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ และการส่งเสริมการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ มีดังนี้

การปฏิบัติตนที่จะนำไปสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ พบว่า อยู่ในระดับค่อนข้างดี คือ ปฏิบัติบ้างเป็นบางครั้ง โดยมีการปฏิบัติตนด้านการมีส่วนร่วมทางสังคม มากที่สุด รองลงมาคือด้านสุขภาพ และด้านหลักประกันในชีวิต 1) ด้านสุขภาพ ให้ความสำคัญในการปฏิบัติตนด้านการรักษาโรคมากกว่าการส่งเสริมสุขภาพหรือการป้องกันโรค ดังนั้นควรส่งเสริมการปฏิบัติตนด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การเรียนรู้ด้านการรักษาสุขภาพจิตวัยสูงอายุ และการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจและสังคมของผู้สูงอายุ กลุ่มที่ควรส่งเสริมคือ ผู้ที่มีระดับการศึกษาน้อยไม่สามารถอ่านออกเขียนได้ และผู้ที่มีรายได้น้อย เนื่องจากการมีรายได้น้อยจะมีแนวโน้มที่จะมีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพหรือโรคประจำตัวเพิ่มมากขึ้น 2) ด้านการมีส่วนร่วมทางสังคม ให้ความสำคัญกับกิจกรรมที่ต้องมีการพบปะผู้อื่น ทั้งบุคคลในครอบครัว และชุมชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งเป็นกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับวัฒนธรรม ไม่ว่าจะเป็นศาสนา หรือประเพณี ทั้งนี้ควรส่งเสริมกิจกรรมที่เป็นงานอดิเรกที่ตรงกับความสนใจและเหมาะสมกับวัยสูงอายุ กลุ่มที่ควรส่งเสริมคือ ผู้ที่มีหนี้สิน และผู้ที่มีโรคประจำตัว ซึ่งเป็นปัจจัยอุปสรรคในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม และ 3) ด้านหลักประกันในชีวิต ให้ความสำคัญกับการลดรายจ่ายฟุ่มเฟือย รวมทั้งการเตรียมการด้านที่อยู่อาศัยและการเงิน ทั้งนี้ควรส่งเสริมด้านกฎหมายเกี่ยวกับทรัพย์สิน มรดก อสังหาริมทรัพย์ และการเพิ่มรายได้ กลุ่มที่ควรส่งเสริมคือ แรงงานนอกระบบซึ่งมีรายได้อันไม่แน่นอน และมีรายได้น้อย ซึ่งมีแนวโน้มที่จะมีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพหรือโรคประจำตัวเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้ควรให้ความสำคัญกับกลุ่มที่มีสถานภาพสมรสเป็นโสด ซึ่งไม่มีผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วย

การส่งเสริมการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ ประกอบด้วย ด้านสุขภาพ มีโครงสร้างระบบบริการสุขภาพ การจัดบริการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก การสาธารณสุขมูลฐาน การดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ ด้านการมีส่วนร่วมทางสังคม มีบริการที่เกิดจากการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุและชุมชน และด้านหลักประกันในชีวิต มีเทคโนโลยีและสิ่งอำนวยความสะดวกช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตนเอง การสร้างหลักประกันและการออมของผู้สูงอายุ ตลอดจนการคุ้มครองจากภัยพิบัติทางธรรมชาติ โดยกลุ่มตัวอย่างประเมินว่าได้รับการส่งเสริมการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพอยู่ในระดับมาก ซึ่งครอบครัวมีบทบาทมากที่สุด รองลงมาคือ กลุ่มเพื่อน และสื่อมวลชน อย่างไรก็ตาม หน่วยงานต้นสังกัด ยังให้ข้อมูล/ความรู้อยู่ในระดับค่อนข้างน้อย เมื่อพิจารณาตามช่วงอายุ พบว่า ทุกช่วงวัยได้รับการส่งเสริมการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ จากหลายแหล่ง ไม่ว่าจะเป็น



ครอบครัว กลุ่มเพื่อน อาสาสมัคร หน่วยงานภาครัฐในพื้นที่ สื่อมวลชน และหน่วยงานต้นสังกัด เป็นที่น่าสังเกตว่ายิ่งช่วงอายุที่เพิ่มมากขึ้นจะได้รับการส่งเสริมการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพน้อยลง กล่าวคือ ผู้เข้าสู่วัยสูงอายุ จะได้รับการส่งเสริมจากครอบครัว กลุ่มเพื่อน อาสาสมัคร และหน่วยงานภาครัฐในพื้นที่ ผู้สูงอายุวัยต้น ได้รับการส่งเสริมจากครอบครัว กลุ่มเพื่อน และอาสาสมัคร ในขณะที่ผู้สูงอายุวัยกลางและวัยปลายจะมีเพียงครอบครัว และกลุ่มเพื่อนเป็นผู้ที่มีบทบาทหลัก

## ตอนที่ 2 การเรียนรู้ในการส่งเสริมผู้สูงอายุที่มีศักยภาพบนฐานระบบสุขภาพพอเพียง

การเรียนรู้ในการส่งเสริมผู้สูงอายุที่มีศักยภาพบนฐานระบบสุขภาพพอเพียง เป็นการเรียนรู้ทั้งในส่วนของการดำเนินงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในเชิงโครงสร้างทางสังคมและวัฒนธรรม และแบบแผนการดำรงชีวิตของผู้เข้าสู่วัยสูงอายุและผู้สูงอายุ โดยยึดหลักสุขภาพพอเพียง สรุปได้ดังนี้

การเรียนรู้ในการดำเนินงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเชิงโครงสร้างทางสังคมและวัฒนธรรม ทั้งในด้านนโยบาย ด้านแผนงาน ด้านการดำเนินงาน ด้านการมีส่วนร่วมและการบูรณาการ และด้านกฎหมายและมาตรฐาน พบว่า มีความสอดคล้องกับหลักการของสุขภาพพอเพียง ประกอบด้วย 1) ยึดหลักทางสายกลาง ควรให้ความสำคัญกับการกำหนดนโยบายจากแผนผู้สูงอายุแห่งชาตินำมาปฏิบัติ มีเป้าหมายให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตพึ่งพาตนเองได้ โดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น มีระบบบริการที่เอื้อต่อความสะดวกแก่ผู้สูงอายุ การปฏิบัติงานที่มุ่งใช้คุณลักษณะเด่นของชุมชน และทรัพยากรในชุมชนเป็นเครื่องมือ เน้นเรื่องการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและการมีสภาพจิตใจที่ดี การนำหลักธรรมทางศาสนา มาปรับใช้ในชีวิตประจำวัน 2) ยึดหลักความสมดุล ควรให้ความสำคัญกับ การมุ่งเน้นให้ภาคประชาชน ชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรภาครัฐ และเอกชน มีส่วนร่วมในการจัดสวัสดิการให้กับผู้สูงอายุ การจัดสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุแบบสังคมสวัสดิการ (Welfare Society) การบูรณาการแผนระดับนโยบายที่เกี่ยวข้องกับบริบทงานสวัสดิการผู้สูงอายุ ส่งเสริมให้ชุมชนและผู้สูงอายุเป็นผู้นำในการขับเคลื่อนกิจกรรม สร้างความสัมพันธ์ระหว่างช่วงวัยระหว่างเด็กผู้สูงอายุ และบุคคลในครอบครัว มีความสมดุลทั้งด้านสุขภาพ การมีส่วนร่วมทางสังคม และหลักประกันในชีวิต การใช้หลักธรรมชาติในการสร้างความสมดุล การใช้สมุนไพรในการรักษาโรค และการสร้างความสมดุลด้านร่างกายและจิตใจ 3) ยึดหลักความพอประมาณ ควรให้ความสำคัญกับองค์กรที่รับผิดชอบด้านผู้สูงอายุจัดทำแผนงบประมาณเกี่ยวกับความต้องการในการดูแลผู้สูงอายุ ควรแบ่งตามสภาพปัญหาของผู้สูงอายุ ส่งเสริมความเข้าใจเกี่ยวกับสังคมสูงวัยเพื่อให้การบูรณาการการทำงานของทุกหน่วยงานให้เกิดประโยชน์ต่อผู้สูงอายุในภาพรวม การมีกิจกรรมที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเป็นผู้ให้ ส่งเสริมการทำงานหารายได้ และน้อมนำหลักเศรษฐกิจพอเพียงมาปรับใช้ 4) สร้างระบบภูมิคุ้มกัน ควรให้ความสำคัญกับการปฏิบัติงานได้อย่างประสานสอดคล้องกัน เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับหลักประกันด้าน

รายได้ การส่งเสริมด้านสุขภาพ การมีระบบคุ้มครองทางสังคมให้กับผู้สูงอายุ สร้างจิตสำนึกร่วมของประชาชน การดำเนินงานเตรียมความพร้อมเริ่มต้นตั้งแต่ก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ ให้ความสำคัญกับครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ สร้างการสื่อสารสาธารณะแบบมีส่วนร่วม ใช้กลไกของชมรมผู้สูงอายุ และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่มีศักยภาพเพื่อให้เกิดการเข้าถึงทรัพยากร ส่งเสริมการดำเนินงานธุรกิจเพื่อสังคมกับหน่วยงานภาคธุรกิจขนาดใหญ่ เพื่อลดภาระงบประมาณภาครัฐ การสร้างอาชีพทางวัฒนธรรมโดยใช้ภูมิปัญญาถ่ายทอดยอด และการถ่ายทอดประสบการณ์ ภูมิปัญญาให้คนรุ่นหลัง รวมทั้งส่งเสริมด้านการออม และ 5) สร้างระบบการเรียนรู้ให้เท่าทัน ควรให้ความสำคัญกับการกำหนดนโยบายหรือแผนเพื่อให้มีรูปแบบการจัดสวัสดิการที่สอดคล้องตรงตามความต้องการของผู้สูงอายุและครอบครัว การส่งเสริมการศึกษาตลอดชีวิต การพัฒนารูปแบบ วิธีการให้บริการ งานวิชาการและงานวิจัย พัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุที่มีความพร้อม การแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ในการปฏิบัติงาน การเรียนรู้ด้านเตรียมความพร้อมเพื่อการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพของผู้เข้าสู่วัยสูงอายุ โดยมีโรงเรียน ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ เป็นแหล่งเรียนรู้ในการศึกษาด้านจิตวิทยาพัฒนาการ รวมทั้งการให้คำแนะนำ ปรีกษา ดำเนินการช่วยเหลือทางกฎหมาย

การเรียนรู้แบบแผนการดำรงชีวิตของผู้เข้าสู่วัยสูงอายุและผู้สูงอายุ เป็นวิธีการดำรงชีวิตตามหลักสุขภาพพอเพียง ซึ่งประกอบด้วย 1) ยึดหลักทางสายกลาง โดยเตรียมความพร้อมด้านจิตใจ เริ่มจากการปฏิบัติในการดูแลตนเองทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ สร้างการมีส่วนร่วมโดยยึดผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลาง 2) ยึดหลักความสมดุล เน้นการดำรงชีวิตให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตในชุมชน ลดการพึ่งพิงจากภายนอกชุมชน ลดภาระของสังคม มีความต่อเนื่องในการทำงานและการออกกำลังกาย และการมีวินัยในการดำเนินชีวิต 3) ยึดหลักความพอประมาณ ปฏิบัติตนเพื่อไม่ให้เป็นภาระของผู้อื่น มีความขยัน อดทน มีความซื่อสัตย์ เป็นคนดี 4) สร้างระบบภูมิคุ้มกัน คำนึงถึงความไม่แน่นอนในชีวิต มีการวางแผนเป้าหมายในชีวิต สร้างแรงจูงใจให้คนในชุมชนร่วมกันทำงาน และใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในพื้นที่เพื่อความยั่งยืน และ 5) สร้างระบบการเรียนรู้ให้เท่าทัน ใช้ปัญญาในการดำรงชีวิต เรียนรู้จากการกระทำ มีความใฝ่รู้อยู่เสมอ ปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง เรียนรู้เพื่อการถ่ายทอดและแลกเปลี่ยนกับผู้อื่น เป็นแบบอย่างที่ดีให้กับครอบครัวและชุมชน

### ตอนที่ 3 รูปแบบการส่งเสริมผู้สูงอายุที่มีศักยภาพบนฐานระบบสุขภาพพอเพียง

การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ (Active Ageing) เป็นเป้าหมายทางวัฒนธรรมของประชาชนที่จะต้องดำเนินไปให้ถึง (Cultural Goal) ซึ่งการจะนำไปสู่เป้าหมายดังกล่าว หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในเชิงโครงสร้างทางสังคมและวัฒนธรรม ผู้เข้าสู่วัยสูงอายุและผู้สูงอายุ ต้องมีการเรียนรู้ตามหลักสุขภาพพอเพียง โดยยึดหลักทางสายกลาง ยึดหลักความสมดุล ยึดหลักความพอประมาณ สร้างระบบภูมิคุ้มกัน และสร้างระบบการเรียนรู้ให้เท่าทัน เป็นวิถีทางสถาบัน (Institutionalized Means) ดังนี้

#### โครงสร้างทางสังคมและวัฒนธรรม

โครงสร้างทางสังคมและวัฒนธรรม ประกอบด้วย ระดับนโยบาย ได้แก่ นโยบาย และแผนงาน ระดับปฏิบัติ ได้แก่ การดำเนินงาน การมีส่วนร่วมและบูรณาการ ซึ่งมีการเรียนรู้ตามหลักสุขภาพพอเพียง ดังนี้

**ยึดหลักทางสายกลาง** โดยให้ความสำคัญกับการกำหนดและเชื่อมโยงนโยบายสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตพึ่งพาตนเองได้ มีระบบบริการที่เอื้อต่อความสะดวกแก่ผู้สูงอายุ การปฏิบัติงานที่มุ่งใช้คุณลักษณะเด่นของชุมชน และทรัพยากรในชุมชนเป็นเครื่องมือ ตลอดจนเน้นเรื่องการเมืองการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและการมีสภาพจิตใจที่ดี การนำหลักธรรมทางศาสนามาปรับใช้ในชีวิตประจำวัน

**ยึดหลักความสมดุล** โดยให้ความสำคัญกับการมุ่งเน้นให้ภาคประชาชนชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรภาครัฐ และเอกชน มีส่วนร่วมในการจัดสวัสดิการให้กับผู้สูงอายุ การจัดสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุแบบสังคมสวัสดิการ (Welfare Society) การประสานงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การบูรณาการแผนระดับนโยบายที่เกี่ยวข้องกับบริบทงานสวัสดิการผู้สูงอายุ ใช้หลักธรรมชาติในการสร้างความสมดุล การใช้สมุนไพรในการรักษาโรค และการสร้างความสมดุลด้านร่างกายและจิตใจ สร้างความสัมพันธ์ระหว่างช่วงวัยระหว่างเด็กผู้สูงอายุ และบุคคลในครอบครัว เพื่อให้เกิดความสมดุลทั้งด้านสุขภาพ การมีส่วนร่วมทางสังคม และหลักประกันในชีวิต

**ยึดหลักความพอประมาณ** โดยให้ความสำคัญกับองค์กรที่รับผิดชอบด้านผู้สูงอายุควรจัดทำแผนงบประมาณเกี่ยวกับความต้องการในการดูแลผู้สูงอายุ ควรแบ่งตามสภาพปัญหาของผู้สูงอายุ บนพื้นฐานความเข้าใจเกี่ยวกับสังคมสูงวัยเพื่อให้การบูรณาการการทำงานของทุกหน่วยงานเกิดประโยชน์ต่อผู้สูงอายุในภาพรวม เน้นกิจกรรมที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเป็นผู้ให้ และการทำงานเพิ่มรายได้ ภายใต้การน้อมนำหลักเศรษฐกิจพอเพียงมาประยุกต์ใช้

**สร้างระบบภูมิคุ้มกัน** โดยให้ความสำคัญกับการปฏิบัติงานได้อย่างประสานสอดคล้องกัน เน้นให้ผู้สูงอายุได้รับหลักประกันด้านรายได้ การส่งเสริมด้านสุขภาพ การมีระบบคุ้มครองทางสังคมให้กับผู้สูงอายุ การดำเนินงานเตรียมความพร้อมเริ่มต้นตั้งแต่อ่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ ให้ความสำคัญกับ

ครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ สร้างจิตสำนึกร่วมของประชาชน ใ้กาลโกของชมรมผู้สูงอายุและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อให้เกิดการเข้าถึงทรัพยากร การสร้างอาชีพทางวัฒนธรรม ใช้ภูมิปัญญามาต่อยอด ถ่ายทอดประสบการณ์ให้คนรุ่นหลัง ส่งเสริมธุรกิจเพื่อสังคมกับองค์กรภาคธุรกิจขนาดใหญ่ เพื่อลดภาระงบประมาณภาครัฐ ตลอดจนการส่งเสริมด้านการออม

**สร้างระบบการเรียนรู้ให้เท่าทัน** โดยให้ความสำคัญกับการเรียนรู้เพื่ออยู่ร่วมกันในสังคม ในรูปแบบของการเรียนรู้ตลอดชีวิต สามารถส่งเสริมการพึ่งพาตนเอง ต่อยอดองค์ความรู้ด้วยตนเอง การพัฒนารูปแบบ วิธีการให้บริการ งานวิชาการและงานวิจัย แลกเปลี่ยนองค์ความรู้ในการปฏิบัติงาน ตลอดจนมีบริการให้คำแนะนำ ปรีกษา ดำเนินการช่วยเหลือทางกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

#### แบบแผนการดำรงชีวิต

แบบแผนการดำรงชีวิต ประกอบด้วย วิถีชีวิตตามหลักสุขภาพพอเพียง ทั้งในด้านสุขภาพ การมีส่วนร่วมทางสังคม และหลักประกันในชีวิต ซึ่งต้องมีการเรียนรู้ตามหลักสุขภาพพอเพียง ดังนี้

**ยึดหลักทางสายกลาง** โดยเตรียมความพร้อมด้านจิตใจ เริ่มจากการปฏิบัติในการดูแลตนเองทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ สร้างการมีส่วนร่วมโดยยึดผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลาง 1) ด้านสุขภาพ ดำเนินชีวิตตามธรรมชาติ พออยู่พอกิน รู้จักประมาณกำลัง ร่างกาย และปรับสภาพจิตใจให้ไม่ทุกข์ หรือสุขจนเกินไป 2) ด้านการมีส่วนร่วมทางสังคม สร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้นำในชุมชน ใช้หลักพระพุทธศาสนาใช้ในการดำเนินชีวิต ใช้ชีวิตโดยมีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ และ 3) ด้านหลักประกันในชีวิต ดำเนินชีวิตด้วยความไม่ประมาท ประหยัด อุดม

**ยึดหลักความสมดุล** โดยเน้นการดำรงชีวิตให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตในชุมชน ลดการพึ่งพิงจากภายนอกชุมชน ลดภาระของสังคม มีความต่อเนื่องในการทำงานและการออกกำลังกาย และการมีวินัยในการดำเนินชีวิต 1) ด้านสุขภาพ การแบ่งเวลาในการดำเนินชีวิตประจำวัน การดูแลรักษาสุขภาพตนเอง สมดุลระหว่างการแพทย์แผนปัจจุบันกับการแพทย์แผนโบราณ การมองโลกในแง่ดี การให้อภัยตนเองและแก้ตัวใหม่อย่างเหมาะสม 2) ด้านการมีส่วนร่วมทางสังคม ไม่เบียดเบียนผู้อื่น เสียสละ คำนึงถึงประโยชน์ส่วนรวมก่อนประโยชน์ส่วนตน ไม่ยึดติดลาภ ยศ ตำแหน่งทางสังคม และให้อภัยผู้อื่นที่ผิดพลาด และ 3) ด้านหลักประกันในชีวิต แบ่งสัดส่วนของการใช้จ่ายเงิน เปลี่ยนจากความร่ำรวยมาเป็นความสุข

**ยึดหลักความพอประมาณ** โดยปฏิบัติตนเพื่อไม่ให้เป็นการละเมิดผู้อื่น มีความขยัน อดทน มีความซื่อสัตย์ เป็นคนดี 1) ด้านสุขภาพ รู้จักประมาณตนในการดำเนินชีวิต การรักษาสุขภาพตนเอง ให้ความสำคัญต่อการพักผ่อน เข้ารับบริการสุขภาพ การรับประทานอาหารที่ปลูกและปรุงเอง 2) การมีส่วนร่วมทางสังคม โดยเป็นผู้ให้มากกว่าผู้รับ ช่วยเหลือผู้อื่น ไม่เห็นแก่ตัว เข้าร่วมกิจกรรมที่มีความยึดหยุ่น และยุติบทบาทเมื่อถึงเวลาที่เหมาะสม และ 3) ด้านหลักประกันในชีวิต เตรียมความพร้อมใน

การดำรงชีวิตที่จะต้องพึ่งพาในอนาคต ไม่พึ่งเพื่อ มีการใช้จ่ายอย่างเหมาะสม รวมทั้งไม่มักใหญ่ใฝ่สูง เกินตัว มองคนรอบข้างที่อยู่เหนือกว่าจะต่ำกว่าเพื่อหาจุดพอดีให้กับตนเอง

**สร้างระบบภูมิคุ้มกัน** โดยคำนึงถึงความไม่แน่นอนในชีวิต มีการวางแผนเป้าหมายในชีวิต มีสติ ทำในสิ่งที่ดีงาม และใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในพื้นที่เพื่อความยั่งยืน 1) ด้านสุขภาพ การส่งเสริมและดูแล สุขภาพ พักผ่อนให้เพียงพอ ทำจิตใจให้แจ่มใสอยู่เสมอ เมื่อผิดพลาดเกิดความเครียดต้องรีบกำจัด อย่างเหมาะสม 2) ด้านการมีส่วนร่วมทางสังคม มีการรวมกลุ่มให้ผู้สูงอายุมีโอกาสได้พบปะ ทำ กิจกรรมร่วมกัน มีสถานที่สำหรับเป็นพื้นที่รวมให้คนในชุมชนและผู้สูงอายุมีกิจกรรมร่วมกัน และ 3) ด้านหลักประกันในชีวิต การทำบัญชีครัวเรือน ลดรายจ่าย เพิ่มรายได้ เข้าร่วมกองทุนสวัสดิการ ผู้สูงอายุ รวมทั้งการเตรียมพร้อมรับกับการเปลี่ยนแปลงในทุกด้าน เปลี่ยนวิกฤตเป็นโอกาส

**สร้างระบบการเรียนรู้ให้เท่าทัน** โดยใช้ปัญญาในการดำรงชีวิต เรียนรู้จากการกระทำ มีความใฝ่รู้อยู่เสมอ ปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง เรียนรู้เพื่อการถ่ายทอดและแลกเปลี่ยนกับผู้อื่น เป็นแบบอย่างที่ดีให้กับครอบครัวและชุมชน 1) ด้านสุขภาพ เป็นการเรียนรู้ตามอธยาศัย 2) ด้านการมีส่วนร่วมทาง สังคม การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความรู้ มีส่วนร่วมในกิจกรรมของศูนย์การเรียนรู้ในชุมชน เปิดใจ เข้าใจการเรียนรู้ในสิ่งใหม่ รับรู้ และติดตาม และ 3) ด้านหลักประกันในชีวิต ต้องเรียนรู้เพื่อช่วยเหลือ ตนเอง อย่างหลงเชื่อหรือมกมายในสิ่งที่เลื่อนลอย ตระหนักถึงศักยภาพในตนเอง

## อภิปรายผล

### 1. สภาพการส่งเสริมผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ

องค์การอนามัยโลก แบ่งองค์ประกอบของการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพไว้ 3 ด้าน ประกอบด้วย ด้านสุขภาพ คือการที่ผู้สูงอายุสุขภาพดีทั้งสุขภาพกายและจิต สามารถดำเนินชีวิตด้วย ตนเองได้ในยามที่มีอายุมากขึ้น ไม่มีการเจ็บป่วยที่ต้องการรักษาที่มีต้นทุนสูง และสามารถเข้าถึง บริการทางด้านสุขภาพได้เป็นอย่างดี ด้านการมีส่วนร่วมทางสังคม คือการที่ผู้สูงอายุสามารถมีส่วนร่วม ในสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งในกิจกรรมที่ถือเป็นรายได้และกิจกรรมที่ไม่ถือเป็นรายได้ และด้าน หลักประกันในชีวิต คือการที่ผู้สูงอายุสามารถมั่นใจได้ว่าตนเองจะได้รับการปกป้องคุ้มครอง การให้ เกียรติ และการดูแลเอาใจใส่ในยามที่มีอายุมากขึ้น จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบประเด็นที่เกี่ยวข้อง กับสภาพการส่งเสริมผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ ดังนี้

สังคมไทยโดยเฉพาะอย่างยิ่งในเขตชนบทมีมิติทางวัฒนธรรมเข้ามาเกี่ยวข้องกับ การ ดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ เช่น ศาสนา ประเพณี ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะเป็นตัวเสริมโอกาสให้กับผู้สูงอายุ ให้มีส่วนร่วมทางสังคมเพิ่มมากขึ้น กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติตนที่จะนำไปสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มี ศักยภาพ อยู่ในระดับปฏิบัติบ้างเป็นบางครั้ง (ระดับ 3 จาก 4 ระดับ) โดยเน้นการปฏิบัติตนด้านการมี

ส่วนร่วมทางสังคม และด้านสุขภาพ แต่ยังให้ความสำคัญกับการปฏิบัติตนด้านหลักประกันในชีวิตค่อนข้างน้อย อธิบายได้ว่าการปฏิบัติตนด้านการมีส่วนร่วมทางสังคม กลุ่มตัวอย่างยังคงมีสัมพันธ์ภาพกับครอบครัว และกิจกรรมในชุมชน โดยติดต่อหรือไปมาหาสู่ลูกหลานหรือญาติพี่น้อง เข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา งานประเพณีต่าง ๆ ในชุมชน เช่น งานแต่งงาน งานบวช กิจกรรมจึงเป็นตัวเชื่อมความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุเข้ากับชุมชน เมื่อพิจารณาร่วมกับลักษณะของกลุ่มตัวอย่างซึ่งส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง และอยู่ในวัยผู้สูงอายุตอนต้น ทำให้สามารถติดต่อหรือเข้าร่วมกิจกรรมนอกบ้านได้ โดยลักษณะของกิจกรรมจะเป็นกิจกรรมที่ไม่เสียค่าใช้จ่ายและเป็นกิจกรรมที่ต้องมีความสัมพันธ์กับผู้อื่น สอดคล้องกับงานวิจัยของ Wiles และ Jayasinha (2013) ที่พบว่ากิจกรรมที่ผู้สูงอายุปฏิบัติเป็นตัวเชื่อมระหว่างตัวตนผู้สูงอายุกับครอบครัวและชุมชน และสร้างเสริมความรู้สึกรู้สึกความเป็นเจ้าของกิจกรรมจึงเป็นตัวผนวกผู้สูงอายุเข้ากับสังคมและมีโอกาสในการเรียนรู้จากคนอื่นและแลกเปลี่ยนความรู้ทักษะจากช่วงวัยอื่น (Hessel, 2008) ทั้งนี้การมีส่วนร่วมทางสังคมดังกล่าวจะทำให้ผู้สูงอายุเกิดการเรียนรู้ พัฒนาดตนเองอย่างต่อเนื่อง และสร้างคุณประโยชน์ต่อครอบครัวและชุมชนในแง่ของการสืบสานวัฒนธรรม ประเพณี สอดคล้องกับทฤษฎีกิจกรรม (Activity Theory) ที่เชื่อว่ากิจกรรมเป็นเครื่องมือและเป็นการพัฒนาบุคคลโดยอาศัยการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันและกัน อย่างไรก็ตามในบริบทของชุมชนเมือง ผู้สูงอายุอาจมีส่วนร่วมทางสังคมที่แตกต่างจากชนบท ดังนั้นจึงไม่ควรมองชุมชนในเชิงกายภาพแต่ควรให้ความสำคัญกับชุมชนในเชิงความสัมพันธ์ ซึ่งสามารถส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุได้ เช่น เครือข่าย การรวมกลุ่มจิตอาสา เป็นต้น

**นโยบายสาธารณะให้ความสำคัญกับด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ จึงทำให้ผู้สูงอายุได้รับการบริการด้านสุขภาพในทุกระดับ โดยเฉพาะในระดับพื้นที่ซึ่งมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นกลไกหลักในการดำเนินงาน การปฏิบัติตนด้านสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติตนทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต แต่จะให้ความสำคัญเรื่องสุขภาพกาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเชิงการรักษาสุขภาพป้องกันโรค ซึ่งจากการวิเคราะห์ค่าถดถอยนโยบายของนายกรัฐมนตรึระหว่างปี พ.ศ. 2525 - พ.ศ. 2554 (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2556) พบว่า ในช่วงแรกให้ความสำคัญกับด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตามในด้านสุขภาพจิต จากการสำรวจสภาวะสังคมและวัฒนธรรม พ.ศ. 2551 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่มีสุขภาพจิตโดยเฉลี่ยต่ำสุด (ศิรินนท์ กิตติสุขสถิต, 2553) ทั้งนี้การศึกษาที่สูงขึ้นมีผลทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตในระดับดีขึ้น (พรเทพ ศิริวนารังสรรค์, 2546) ดังนั้นจึงควรให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพในด้านสุขภาพจิตโดยใช้การศึกษาหรือการเรียนรู้เป็นกลไกหลัก**

มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการส่งเสริมหลักประกันในชีวิตสำหรับผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเรื่องการออม และการส่งเสริมรายได้ การปฏิบัติตนด้านหลักประกันในชีวิต กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุวัยต้น (อายุ 60-69 ปี) ส่วนใหญ่ยังคงประกอบอาชีพซึ่งเป็นการทำงานนอกระบบในภาคเกษตรกรรม ค่าขาย มีการปฏิบัติตนที่เน้นการลดรายจ่ายฟุ่มเฟือย เตรียมวางแผนจัดสภาพภายในบ้านให้เหมาะสมกับวัยสูงอายุ เรียนรู้การซ่อมแซมอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่ชำรุดภายในบ้านด้วยตนเอง สะท้อนให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างยังขาดหลักประกันทางรายได้ และการเก็บออมไว้ใช้ยามชราภาพ สอดคล้องกับวิพรธน์ ประจวบเหมาะ และคณะ (2556) แสดงให้เห็นว่าประชากรอายุ 30 - 59 ปี มีหลักประกันยามชราภาพต่ำกว่าเป้าหมาย (ร้อยละ 50) ที่ตั้งไว้ในแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ จึงมีความจำเป็นที่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรเน้นเรื่องการประกอบอาชีพเพื่อเพิ่มรายได้ เนื่องจากการมีรายได้น้อย จะมีความสัมพันธ์กับการมีรายจ่ายด้านสุขภาพที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เมื่อพิจารณาคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งรายได้ส่วนใหญ่มาจากบุตร และคู่สมรส สะท้อนว่าผู้สูงอายุยังต้องพึ่งพาด้านเศรษฐกิจจากสมาชิกในครอบครัวเป็นหลัก

ภาครัฐควรให้ความสำคัญกับการบริการ หรือการจัดสวัสดิการ เพื่อช่วยเหลือครอบครัวที่รับภาระในการดูแลผู้สูงอายุ รวมทั้งเสริมสร้างสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว จากผลวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ครอบครัวมีบทบาทหลักในการส่งเสริมการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ และเป็นแหล่งเรียนรู้ที่สำคัญในด้านหลักประกันในชีวิต โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้สูงอายุวัยปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป) โดยครอบครัวมีบทบาทที่เน้นการให้ความช่วยเหลือเกื้อกูล พุดคุย ใช้เวลาว่างในการทำกิจกรรมร่วมกัน รวมทั้งให้ข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ต่อสิทธิประโยชน์และการปฏิบัติตน จะเห็นได้ว่าครอบครัวเป็นผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ ซึ่งเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคม (Social Support) ที่มีความใกล้ชิดกับผู้สูงอายุ แต่จากรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2557 (ปราโมทย์ ประสาทกุล, 2558) พบว่า คนไทยอาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีขนาดเล็กลงอย่างมาก ในปี 2557 ประมาณการว่าครัวเรือนไทยมีขนาดเฉลี่ยเพียง 3 คนเท่านั้น นอกจากนี้รูปแบบการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุในลักษณะการอยู่ตามลำพังคนเดียวหรืออยู่ตามลำพังกับคู่สมรสมีสัดส่วนที่สูงขึ้น สอดคล้องกับเฉลิมพล แจ่มจันทร์ (2553) ที่พบว่าลักษณะครอบครัวที่มีผู้สูงอายุ มีแนวโน้มผู้สูงอายุอยู่อาศัยโดยลำพัง หรืออยู่เพียงสองคนกับ คู่สมรสมากขึ้น ตามการเพิ่มขึ้นของลักษณะครัวเรือนเชิงเดี่ยว และมีภาระค่าใช้จ่ายสุขภาพของครัวเรือนสูงกว่าค่าใช้จ่ายของครัวเรือนที่ไม่มีผู้สูงอายุ โดยเฉพาะค่ายาและเวชภัณฑ์ และ ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยใน

เนื่องจากการมีผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วยเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติตนที่จะนำไปสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ประกอบกับในอนาคตที่ครัวเรือนจะมีขนาดเล็กลง และรูปแบบการอยู่อาศัยในลักษณะอยู่ตามลำพังคนเดียวหรืออยู่ตามลำพังกับคู่สมรสเพิ่มมากขึ้น

สะท้อนให้เห็นว่ากลุ่มประชาชนที่ควรให้ความสำคัญในการส่งเสริมการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพคือผู้ที่มีสถานภาพสมรสเป็นโสด ซึ่งมีความเสี่ยงที่จะขาดผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วย

นอกจากนี้จากผลการศึกษาของวรรณลักษณ์ เมียนเกิด (2549) พบว่า รัฐยังขาดในเรื่องการสร้างและส่งเสริมค่านิยมหรือทัศนคติที่ดีต่อผู้สูงอายุ ทำให้ครอบครัวไม่ตระหนักในหน้าที่ของการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ บทบาทของครอบครัวในเรื่องนี้จึงยังคงอ่อนแอ และขาดการเตรียมความพร้อมของครอบครัวในการรับบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุ การสนับสนุนจากรัฐที่ให้กับครอบครัวยังน้อยอยู่ บริการของรัฐด้านข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์สำหรับผู้ดูแลยังจำกัด ทำให้การดูแลผู้สูงอายุโดยครอบครัวขาดคุณภาพ อีกทั้งขาดความรู้ในเรื่องบุคลิกลักษณะการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายจิตใจและอารมณ์ของผู้สูงอายุส่งผลให้เกิดความไม่เข้าใจกันเกิดความขัดแย้งและต่อต้านผู้สูงอายุ สอดคล้องกับศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2550) ที่เสนอว่า แนวทางหนึ่งในการเสริมสร้างสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว คือการส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวที่รวมทั้งผู้สูงอายุด้วย มีการศึกษาเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายจิตใจ และสังคมในวัยสูงอายุ เพื่อทำให้เกิดความเข้าใจในความรู้สึกนึกคิดของผู้สูงอายุมากยิ่งขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้มีปรับตัวและเกิดสัมพันธภาพที่ดีมากยิ่งขึ้น ในส่วนของผู้สูงอายุ ควรส่งเสริมให้เข้าใจถึงการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ในครอบครัวที่เกิดขึ้นตลอดเวลาตามกระบวนการพัฒนาและเปลี่ยนแปลงทางสังคมเศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อม เพื่อก่อให้เกิดการปรับตัวที่เหมาะสม

การส่งเสริมศักยภาพผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ควรใช้กลไกในพื้นที่ที่มีอยู่ เช่น อสม. อพส. ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ โดยประสานการดำเนินงานผ่านหน่วยงานของกระทรวงมหาดไทย ได้แก่ ส่วนราชการระดับอำเภอ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อถ่ายทอดแผนงาน โครงการ/กิจกรรม และบูรณาการร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ จากผลวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า การดำเนินงานส่งเสริมเพื่อการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพในระดับพื้นที่ ยังขาดความเชื่อมโยงการดำเนินงานด้านสุขภาพและด้านสังคม กล่าวคือในระดับพื้นที่มีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งเป็นเครือข่ายและหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุข เป็นกลไกหลักในการขับเคลื่อนการดำเนินงานด้านสุขภาพ ในขณะที่การดำเนินงานด้านสังคมมีเพียงอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (อพส.) ซึ่งมักจะเป็นบุคคลเดียวกับ อสม. และยังมีไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ และศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นเครือข่ายของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จะเห็นได้ว่าในส่วนของการทำงานด้านสังคมยังไม่มีหน่วยงานภาครัฐในพื้นที่ ที่สำคัญคือการทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ (Hessel, 2008) สอดคล้องกับการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การพัฒนาผู้สูงอายุของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2552) ที่มีข้อเสนอในการพัฒนาระบบสังคมสวัสดิการ (Welfare Society) เพื่อให้ผู้สูงอายุทุกกลุ่มสามารถเข้าถึงระบบสวัสดิการได้อย่างทั่วถึง เป็นธรรม และมีความ



ยั่งยืน พัฒนาระบบและกลไกการดูแลผู้สูงอายุที่มีอยู่ในชุมชนให้สามารถเชื่อมต่อกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยพัฒนาระบบบริการทางสุขภาพและบริการทางสังคมในชุมชนให้เชื่อมโยงทุกระดับ การพัฒนาศักยภาพของชุมชนและองค์กรชุมชนให้เข้มแข็งมีส่วนร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมกำหนดรูปแบบของสวัสดิการที่เหมาะสมกับความต้องการและบริบทของพื้นที่

## 2. การเรียนรู้ในการส่งเสริมผู้สูงอายุที่มีศักยภาพบนฐานระบบสุขภาพพอเพียง

ควรเน้นกิจกรรมการเรียนรู้ในลักษณะองค์รวม เป็นกิจกรรมการเรียนรู้ที่ต่อเนื่องในทุกช่วงวัย เนื่องจากหน่วยงานภาครัฐในชุมชนจัดกิจกรรมการเรียนรู้ให้กับผู้สูงอายุ ในลักษณะแยกส่วนการดำเนินงานตามภารกิจของหน่วยงาน จึงทำให้โครงการไม่ต่อเนื่อง ไม่สอดคล้องกับความต้องการ และวิถีชีวิตของผู้สูงอายุ การส่งเสริมศักยภาพผู้สูงอายุมีกลไกระดับชาติ ประกอบด้วย พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ นโยบายสาธารณะ ยุทธศาสตร์การพัฒนาผู้สูงอายุ แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ แผนพัฒนาสาธารณสุข และแผนยุทธศาสตร์การดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ซึ่งได้ปรับเปลี่ยนมุมมองว่าผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่มีประโยชน์ต่อสังคมและสมควรส่งเสริมให้คงคุณค่าไว้ให้นานที่สุด เน้นการส่งเสริมและสนับสนุนให้ครอบครัวและชุมชนโดยเฉพาะองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถดูแลผู้สูงอายุให้ดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพและมีศักดิ์ศรี ให้ความสำคัญกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชากรวัยสูงอายุอย่างต่อเนื่อง ทั้งในประเด็นสิทธิผู้สูงอายุ การได้รับการคุ้มครอง ภายใต้การมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนในระบบสวัสดิการและบริการให้แก่ผู้สูงอายุ จะเห็นได้ว่านโยบายด้านผู้สูงอายุจะมีลักษณะเป็นองค์รวมเพิ่มมากขึ้น อย่างไรก็ตามการขับเคลื่อนการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุมีบริบทกว้างและเกี่ยวข้องกับประเด็นสังคมอื่น ๆ เช่น สุขภาพครอบครัว ความพิการ ค่านิยมวัฒนธรรม ยังเป็นแบบแยกส่วนและล่าช้า

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรส่งเสริมการเรียนรู้เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุด้านหลักประกันในชีวิต และการส่งเสริม Active Ageing ในกลุ่มผู้สูงอายุวัยปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป) ซึ่งการเรียนรู้เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยผู้สูงอายุควรเรียนรู้ในด้านหลักประกันในชีวิต ควบคู่กับด้านสุขภาพ และด้านการมีส่วนร่วมทางสังคม สอดคล้องกับนภากาศ หะวานนท์ และธีรวัลย์ วรรณโนทัย (2552) ที่กล่าวว่าหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรมองผู้สูงอายุบนฐานคิดของความเป็นมนุษย์ โดยมองว่าการเข้าสู่วัยสูงอายุเป็นขั้นตอนหนึ่งของชีวิตที่เกิดขึ้นไปพร้อม ๆ กับความก้าวหน้าของสังคม ทุกขั้นตอนของชีวิตล้วนมีส่วนสำคัญในการสร้างการเติบโตและสร้างกระบวนการเรียนรู้ให้กับสังคม เป็นวิธีการมองชีวิตแบบองค์รวม ซึ่งมีนัยถึงมิติต่าง ๆ ในชีวิตของผู้สูงอายุไม่ว่าจะเป็นสุขภาพ สังคม ร่างกาย จิตวิญญาณ ซึ่งผสมผสานรวมกันและทำให้ผู้สูงอายุอยู่ในภาวะของการตระหนักในคุณค่าของตนเอง ในฐานะที่เป็นสมาชิกคนหนึ่งของสังคม

นอกจากนี้ การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ (Active Ageing) มีมิติการมองได้ในหลายระดับ กลุ่มผู้สูงอายุวัยปลาย จึงสามารถเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพได้ สอดคล้องกับ ปณิธิ บราวน์ (2557) ที่พบว่า การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ ได้แก่ ในระดับปัจเจก คือไม่เป็นภาระของลูกหลานและสังคม เพื่อยืดระยะเวลาการพึ่งพิงตนเองให้นานที่สุด ในระดับครอบครัว คือเป็นแหล่งสำคัญในการดูแลหลาน เป็นทั้งผู้ได้รับการดูแลและผู้ให้การดูแลสมาชิกในครอบครัว ต่อผู้สูงอายุด้วยกัน คือ ผู้สูงอายุที่อยู่ ละคร่วมกันใกล้เคียงกันช่วยเหลือ ดูแลกันเอง และผู้สูงอายุนำศักยภาพความรู้และประสบการณ์ของตนเองมาริเริ่มทำกิจกรรมในรูปแบบของชมรมผู้สูงอายุ และในระดับชุมชน คือเป็นผู้ที่ทำประโยชน์ให้ สังคม มีจิตอาสา ผู้สูงวัยไม่ใช่ผู้รับจากสังคมเพียงอย่างเดียวหากหน่วยงานของรัฐตระหนักถึงระดับ การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพที่แตกต่างกันแล้ว จะสามารถสนับสนุนและเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุแสดง ศักยภาพและบทบาทเชิงสร้างสรรค์ต่อตนเอง ครอบครัวและชุมชนในระดับที่ผู้สูงอายุแต่ละคน สามารถทำได้ อันจะช่วยให้ผู้สูงอายุตระหนักถึงคุณค่าและศักดิ์ศรีของตนเอง

คนในสังคมและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรส่งเสริมการเรียนรู้เพื่อเสริมสร้างเจตคติในเรื่อง ศักยภาพของผู้สูงอายุ และการเป็นผู้สูงอายุที่ยังคุณประโยชน์ (Productive Ageing) จากผล การศึกษาของศศิปพัฒน์ ยอดเพชร (2550) พบว่า การส่งเสริมให้เยาวชนและบุคคลในครอบครัว ตระหนักถึงความจำเป็นของการสร้างหลักประกันในวัยสูงอายุ และการมีเจตคติที่ดีต่อผู้สูงอายุและวัย สูงอายุ ย่อมทำให้รับรู้และตระหนักว่าผู้สูงอายุเป็นผู้มีพระคุณซึ่งบุตรหลานต้องสำนึกในพระคุณและ หาโอกาสตอบแทนพระคุณผู้สูงอายุให้มากที่สุดเท่าที่จะมากได้ เจตคติที่ดีที่เห็นคุณค่าของผู้สูงอายุ และวัยสูงอายุย่อมจะนำไปสู่สัมพันธภาพที่ดีระหว่างสมาชิกและพฤติกรรมที่เหมาะสมในการดูแล ผู้สูงอายุในครอบครัว สอดคล้องกับ กุศล สุนทรธาดา (2553) พบว่า ผู้สูงอายุมีคุณค่าทั้งในเชิงอรรถ ประโยชน์ที่วัดได้ชัดเจน ได้แก่ การทำงานรายได้ และการออม ซึ่งเป็นเครื่องมือนำไปสู่ความมั่นคง ในชีวิตความมีศักดิ์ศรีและลดความเสี่ยงต่อความยากจน และคุณค่าในฐานะที่เป็นทุนมนุษย์ซึ่งเป็น คุณค่าที่แฝงอยู่และสร้างคุณประโยชน์ให้แก่สังคมโดยรวม นอกจากการทำประโยชน์ให้แก่สังคม ในลักษณะดังกล่าว ผู้สูงอายุยังเป็นบุคคลที่ทรงคุณค่าของครอบครัวที่คอยให้ความรักความอบอุ่นช่วย สานสัมพันธ์ในครอบครัว เป็นผู้ได้รับการเคารพนับถือ และเป็นທີ່ปรึกษาที่ดีให้แก่ลูกหลานด้วยความ เต็มใจ เพราะมีประสบการณ์ เช่นเดียวกับผลการวิจัยของ อรทัย อาจอ่ำ (2553) ที่พบว่า ผู้สูงอายุมี คุณค่าในด้านต่าง ๆ ทั้งด้านประวัติศาสตร์ ศิลปะ วัฒนธรรม ประเพณี ภูมิปัญญา ความรู้ฝังลึก ประสบการณ์ที่มีคุณค่า คุณค่าด้านจิตใจ และการเป็นเสาหลักของครอบครัวคุณค่าทางเศรษฐกิจ เป็น ต้น วิธีการหนึ่งในการเสริมสร้างคุณค่าให้กับผู้สูงอายุคือ ทั้งองค์กรและสถาบันต่างๆ ในสังคมนวม ทั้งตัวผู้สูงอายุเอง ควรให้ความสำคัญกับเรื่องคุณธรรมจริยธรรม ไม่ว่าจะเป็นการเกี่ยวเนื่องกัน การ ช่วยเหลือกัน การรักและเคารพซึ่งกันและกัน การกระทำความดีทั้งต่อตนเองและคนอื่น ๆ โดยเฉพาะ

ต่อผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นการสะท้อนว่าทั้งผู้ปฏิบัติและผู้ได้รับการปฏิบัติล้วนมีคุณค่าและมีศักดิ์ศรีของความ เป็นมนุษย์

การมีศักยภาพของผู้สูงอายุประการสำคัญ คือ การทำกิจกรรมทางเศรษฐกิจและสังคม ซึ่งผล การศึกษาของเล็ก สมบัติ, ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และธนิษานต์ ศักดาพร (2554) พบว่า ลักษณะการทำ กิจกรรมที่แสดงถึงการยังคุณค่าประโยชน์ของผู้สูงอายุได้ 2 ประเภท ได้แก่ 1) การยังคุณค่าประโยชน์ของ ผู้สูงอายุในกิจกรรมธุรกิจ แบ่งได้ออกเป็น 5 กลุ่ม คือกลุ่มใหญ่ที่สุดเป็นงานด้านการเกษตร รองลงมา กลุ่มรับจ้างทั่วไป ผู้ทำธุรกิจส่วนตัว ทำอาหารขาย และกลุ่มขายของชำในชุมชน และ 2) การยัง คุณค่าประโยชน์ของผู้สูงอายุในกิจกรรมบริการ โดยมีลักษณะกิจกรรมประกอบด้วย การทำงานหรือ กิจกรรมบริการเพื่อครอบครัว และกิจกรรมบริการเพื่อสังคม นอกจากนี้ การรวมกลุ่มของผู้สูงอายุเป็น สิ่งที่สะท้อนให้เห็นถึงการพยายามปรับตัวของผู้สูงอายุและการสร้างความหมายใหม่ต่อการเป็น ผู้สูงอายุที่ไม่ใช่ยัยพั้งพั้ง แต่เป็นผู้มีศักดิ์ศรี มีคุณค่าต่อครอบครัว ชุมชน และสังคม (ปณิธิ บรรวณ, 2557)

ผู้เข้าสู่วัยสูงอายุและผู้สูงอายุควรมีการเรียนรู้ตลอดชีวิต เพื่อสามารถพึ่งตนเองได้ โดยมีส่วน ร่วมในการจัดการเรียนรู้ด้วยตนเอง กล่าวคือ เป็นการเรียนรู้ที่สอดคล้องกับการดำเนินชีวิตตามหลัก สุขภาพพอเพียง ทั้งการดำเนินชีวิตตามหลักทางสายกลาง มีความสมดุล มีความพอประมาณ สร้าง ระบบภูมิคุ้มกัน และสร้างระบบการเรียนรู้ให้เท่าทัน สามารถอธิบายได้ว่าทั้งผู้เข้าสู่วัยสูงอายุและ ผู้สูงอายุ มีการเรียนรู้เพื่อให้รู้เท่าทันตนเอง และรู้เท่าทันสังคม ทำให้สามารถปรับตัวเข้ากับสังคมได้ หรืออาจกล่าวได้ว่าเป็นการเรียนรู้เพื่อการอยู่ร่วมกันในสังคม ทั้งนี้ผู้สูงอายุต่างมีชุดของความรู้และ ประสบการณ์ชีวิตเดิมของตนเอง จึงควรมีการเชื่อมโยงชุดของความรู้และประสบการณ์ระหว่างช่วงวัย เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนและถ่ายทอดซึ่งกันและกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งบุคคลในครอบครัวซึ่งมี บทบาทหลักในการส่งเสริมการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ นอกจากนี้ยังเป็นการเตรียมความพร้อมวัย เด็ก วัยแรงงาน และผู้เข้าสู่วัยสูงอายุ ในการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ สอดคล้องกับบรวิ สัจโสภณ (2556) ที่กล่าวว่า รูปแบบการศึกษาเพื่อการพัฒนาภาวะพลัดพลังในผู้สูงอายุ ควรเน้นให้ผู้สูงอายุ สามารถพึ่งพิงตนเองได้ด้วยการให้การศึกษาตลอดชีวิต ทั้งก่อนเกษียณและหลังเกษียณด้วยเนื้อหาที่ ตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ผลการวิจัยของอรทัย อาจอ่ำ (2553) ยังพบว่า การ ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพกายและสุขภาพใจที่ดีดูแลตนเองได้ไม่เป็นภาระต่อลูกหลานทำให้ผู้สูงอายุ รู้สึกภูมิใจและรู้สึกว่าคุณค่า ทั้งนี้การเตรียมการในการพึ่งพาตนเองในด้านต่างๆ ของตัว ผู้สูงอายุเองมีความจำเป็นอย่างยิ่งทั้งการเตรียมการด้านเศรษฐกิจ รายได้ สุขภาพ ควรส่งเสริมการจัด การศึกษาหรือการเรียนรู้เพื่อพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน ซึ่งประกอบด้วย การ กำหนดเนื้อหา/กิจกรรมการเรียนรู้ การเชื่อมโยงเครือข่ายเพื่อส่งเสริมกิจกรรมการศึกษา/การเรียนรู้ การจัดสภาพแวดล้อมการเรียนรู้/สื่อการเรียนรู้ และการวิจัยและพัฒนา (อาชญญา รัตนอุบล และ

คณะ, 2553) อย่างไรก็ตาม ควรคำนึงถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการเรียนรู้เพื่อการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ ได้แก่ แรงจูงใจของผู้สูงอายุที่อยากเรียนรู้ ปัจจัยเศรษฐกิจ เช่น ค่าครองชีพ ค่ารักษาพยาบาลที่สูงขึ้น ที่ผลักดันให้เกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับรักษาสุขภาพ การออม และการจัดการทางการเงิน และปัจจัยการชักจูงเหนี่ยวนำจากสมาชิกในสังคม (นันทรัตน์ อมาตยกุล, 2555)

### 3. รูปแบบการส่งเสริมผู้สูงอายุที่มีศักยภาพบนฐานระบบสุขภาพพอเพียง

รูปแบบการส่งเสริมการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพบนฐานระบบสุขภาพพอเพียง ที่ยึดหลักทางสายกลาง หลักความสมดุล หลักความพอประมาณ สร้างระบบภูมิคุ้มกัน และสร้างระบบการเรียนรู้ให้เท่าทัน มีกลไกสำคัญคือสถาบันครอบครัวและชุมชนที่เกิดขึ้นจากระบบความสัมพันธ์ทางสังคม เช่น เครือข่าย กลุ่มจิตอาสา เป็นโครงสร้างทางสังคมและวัฒนธรรมหลักในการส่งเสริมการเรียนรู้ภายนอกให้ผู้สูงอายุเพื่อให้เกิดภูมิคุ้มกัน และการเรียนรู้ให้เท่าทัน โดยมีแบบแผน การดำรงชีวิตส่งเสริมการเรียนรู้ภายในให้ผู้สูงอายุให้สามารถดำเนินชีวิตตามหลักทางสายกลาง มีความสมดุล และมีความพอประมาณ อย่างเป็นองค์รวม

การส่งเสริมการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพในเชิงโครงสร้างทางสังคมและวัฒนธรรม ประกอบด้วย ระดับนโยบาย ได้แก่ นโยบาย แผนงาน กฎหมายและมาตรฐาน และระดับปฏิบัติ ได้แก่ การดำเนินงาน การมีส่วนร่วมและการบูรณาการ

**ระดับนโยบาย** เดิมเน้นการสงเคราะห์ซึ่งเป็นการช่วยเหลือเฉพาะหน้า เป็นการจัดสวัสดิการสังคมมิติการช่วยเหลือทางสังคม (Social Assistance) แม้ว่าที่ผ่านมาหน่วยงานภาครัฐจะมีความพยายามในการจัดบริการสังคม (Social Service) เพื่อตอบสนองความต้องการพื้นฐานของประชาชนครอบคลุมด้านการศึกษา การสาธารณสุข สิ่งอำนวยความสะดวก ที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุ ควบคู่กับส่งเสริมประกันสังคม (Social Insurance) เพื่อคุ้มครองป้องกันประชาชนที่มีรายได้ไม่ไหวได้รับความเดือนร้อน เมื่อต้องสูญเสียรายได้ทั้งหมดหรือบางส่วน หรือมีรายได้ไม่เพียงพอแก่การเลี้ยงชีพให้ยังคงมีหลักประกันที่สามารถบรรเทาความเดือดร้อน สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ตามสมควร แต่ยังไม่เป็นรูปธรรมในส่วนของส่งเสริมสนับสนุนหุ้นส่วนทางสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งการส่งเสริมความเข้มแข็งของตัวผู้สูงอายุเอง ครอบครัว ชุมชน ท้องถิ่น ประชาสังคม องค์กรพัฒนาเอกชน (NGOs) องค์กรธุรกิจ และอาสาสมัคร เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถพึ่งพาตนเองได้

**ระดับปฏิบัติ** ขับเคลื่อนโครงการ/กิจกรรม ในลักษณะแยกส่วนการดำเนินงานตามภารกิจของหน่วยงานด้านสุขภาพ ด้านสังคม และด้านเศรษฐกิจ จึงทำให้โครงการไม่ต่อเนื่องและขาดการบูรณาการในเชิงประเด็นการดำเนินงานและเชิงงบประมาณการดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรม ทั้งนี้ในระดับปฏิบัติจะเกิดการบูรณาการได้จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการบูรณาการตั้งแต่ระดับนโยบาย

โดยยึดผู้สูงอายุเป็นสำคัญ เพื่อตอบสนองต่อความต้องการและวิถีชีวิตของผู้สูงอายุที่มีความแตกต่างกัน รวมทั้งใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐานในการจัดโครงการ/กิจกรรม เพื่อให้สร้างเครือข่ายในการดำเนินงานให้เกิดความยั่งยืน สอดคล้องกับผลการศึกษาของ รุจา ภูไพบูลย์ และคณะ (2555) ที่พบว่า ภาพรวมของกระบวนการพัฒนาชุมชนสุขภาพพอเพียงที่เน้นกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม สามารถนำมาประยุกต์ใช้ร่วมกับแนวคิดเศรษฐกิจพอเพียงที่เป็นฐานคิดสำคัญนำสู่กระบวนการแก้ปัญหาและดูแลสุขภาพชุมชน และผลการศึกษาของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (2550) ที่พบว่า กระบวนการดำเนินงานสร้างสุขภาพบนพื้นฐานเศรษฐกิจพอเพียง ประกอบด้วย การจัดทำแผนด้านสุขภาพแผนงาน/โครงการด้านสุขภาพบนพื้นฐานเศรษฐกิจพอเพียง การสร้างการเรียนรู้ด้านสุขภาพบนพื้นฐานเศรษฐกิจพอเพียง รูปแบบการสนับสนุนบนพื้นฐานเศรษฐกิจพอเพียง ได้แก่ การจัดทำแผนด้านสุขภาพบนพื้นฐานเศรษฐกิจพอเพียงแบบทางตรงและทางอ้อม แบบองค์กรและส่วนบุคคลการสร้างกิจกรรมการเรียนรู้ด้านสุขภาพบนพื้นฐานเศรษฐกิจพอเพียง การสร้างระบบการเรียนรู้ทางด้านสุขภาพ สร้างเครือข่ายสุขภาพในชุมชน รวมทั้งการสนับสนุนของภาคอื่นทั้งภาคภายในชุมชน และภายนอกชุมชน

แบบแผนการดำรงชีวิตสำหรับผู้สูงอายุที่มีศักยภาพบนฐานระบบสุขภาพพอเพียง ควรเน้นที่แนวราบ คือการพึ่งพาตนเอง ทั้งในด้านสุขภาพ การมีส่วนร่วมทางสังคม และหลักประกันในชีวิต ซึ่งต้องมีการเรียนรู้ตามหลักสุขภาพพอเพียง โดยเตรียมความพร้อมด้านจิตใจ เริ่มจากการปฏิบัติในการดูแลตนเองทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เน้นการดำรงชีวิตให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตในชุมชน ลดการพึ่งพิงจากภายนอกชุมชน ลดภาระของสังคม มีความต่อเนื่องในการทำงานและการออกกำลังกาย และการมีวินัยในการดำเนินชีวิต ปฏิบัติตนเพื่อไม่ให้เป็นภาระของผู้อื่น มีความขยัน อดทน มีความซื่อสัตย์ เป็นคนดี คำนึงถึงความไม่แน่นอนในชีวิต มีการวางแผนเป้าหมายในชีวิต มีสติ ทำในสิ่งที่ดีงาม และใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในพื้นที่เพื่อความยั่งยืน รวมทั้งใช้ปัญญาในการดำรงชีวิต เรียนรู้จากการกระทำ มีความใฝ่รู้อยู่เสมอ ปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง เรียนรู้เพื่อการถ่ายทอดและแลกเปลี่ยนกับผู้อื่น เป็นแบบอย่างที่ดีให้กับครอบครัวและชุมชน สอดคล้องกับผลการศึกษาของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (2550) ที่พบว่า การนำปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงมากำหนดเป็นทิศทางในการพัฒนาระบบสุขภาพ ประกอบด้วย 1) ยึดหลักทางสายกลาง โดยดำรงชีวิตเพื่อการมีสุขภาพดีตั้งแต่ระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชนและระดับรัฐเพื่อสร้างครอบครัว และชุมชนให้มีความเข้มแข็งและพอเพียงมีความสามารถในการพึ่งพาตนเอง และสร้างสังคมให้เป็นสังคมที่มีกระบวนการเรียนรู้ด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่องทั้งในและนอกระบบ 2) ยึดหลักความสมดุล โดยสร้างระบบการเลือกใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมกับภูมิปัญญาไทยการพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพให้มีความสมดุล มีเหตุผลทั้งการผลิต การบริโภคและการใช้ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมเพื่อเอื้อต่อการมีสุขภาพดี มีความสมดุลบูรณาการทั้งการเสริมสร้างสุขภาพ การป้องกันควบคุมโรค การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการคุ้มครอง

ผู้บริโภคร 3) ยึดหลักความพอประมาณ โดยสร้างระบบสุขภาพที่เป็นการให้บริการแบบองค์รวม ส่งเสริมสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกอื่น ๆ 4) สร้างระบบภูมิคุ้มกันพร้อมรับผลกระทบการเปลี่ยนแปลง และการคุ้มครองสุขภาพสร้างทักษะในการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพและทักษะชีวิตของบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคมสร้างความเข้มแข็งในระดับฐานรากของสังคมสร้างระบบคุ้มกันสุขภาพโดยชุมชนมีส่วนร่วมสร้างระบบการบริหารจัดการที่มีธรรมาภิบาล และ 5) สร้างระบบการเรียนรู้ให้รู้เท่าทันโลก ให้มีความรอบรู้ รู้จริง มีสติปัญญา มีความอดทน มีเหตุผล มีความพอประมาณพร้อมรับการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทันของโลก สังคม และสิ่งแวดล้อม จาริตประเพณี และวัฒนธรรม นอกจากนี้ผู้สูงอายุเองยังสามารถทำประโยชน์ให้กับคนในชุมชนและสังคม ซึ่งเป็นการแสดงศักยภาพของผู้สูงอายุ

## ข้อเสนอแนะ

### 1. ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย มีดังนี้

#### 1.1 หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรใช้การเรียนรู้เป็นเครื่องมือหลักในการปฏิบัติตนที่จะนำไปสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ

1.1.1 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรมีบทบาทหลักในการส่งเสริมการเรียนรู้ด้านการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ และการป้องกันโรค เพื่อเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพของประชาชนตั้งแต่วัยแรงงานในการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ

1.1.2 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ควรมีบทบาทในการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุและคนในชุมชนมีกิจกรรมการเรียนรู้ร่วมกัน โดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐานในการจัดกิจกรรมเชิงวัฒนธรรม รวมทั้งประสานความร่วมมือจากองค์กรพัฒนาเอกชนเพื่อสนับสนุนทรัพยากร

1.1.3 ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ ควรใช้กิจกรรมการเรียนรู้เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้มีคุณค่า โดยเฉพาะอย่างยิ่งมิติด้านหลักประกันในชีวิต เพื่อลดการพึ่งพิงทางเศรษฐกิจจากครอบครัว เช่น ส่งเสริมอาชีพและการตลาด รวมทั้งการสร้างคุณภาพภูมิใจให้กับผู้สูงอายุ

1.2 หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุควรร่วมบูรณาการในเชิงนโยบายและปฏิบัติ เพื่อพัฒนาระบบสังคมสวัสดิการ (Welfare Society) โดยยึดความต้องการและวิถีชีวิตของผู้สูงอายุเป็นหลัก

1.2.1 กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ควรมีบทบาทในเชิงนโยบาย โดยเชื่อมโยงนโยบายสู่การปฏิบัติที่เน้นการพึ่งพาตนเองของผู้สูงอายุ ทำหน้าที่ประสานการดำเนินงานและทรัพยากรร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานภาครัฐในชุมชน ให้มีส่วนร่วมจัดสวัสดิการสังคม

1.2.2 กรมกิจการผู้สูงอายุ ควรมีบทบาทหลักในการเชื่อมโยงการขับเคลื่อนการดำเนินงานด้านสุขภาพและสังคมในระดับพื้นที่ โดยใช้กลไกในพื้นที่ที่มีอยู่ เช่น อสม. อผส. ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ และประสานการดำเนินงานผ่านหน่วยงานของกระทรวงมหาดไทย ได้แก่ ส่วนราชการระดับอำเภอ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อถ่ายทอดแผนงาน โครงการ/กิจกรรม และบูรณาการร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ

### 1.3 ควรส่งเสริมศักยภาพครอบครัวให้มีบทบาทหลักในการดูแลและพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ

1.3.1 กระทรวงสาธารณสุข ควรให้ความสำคัญกับบริการดูแลผู้สูงอายุเชิงรุกที่บ้าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุวัยปลาย ตามแผนยุทธศาสตร์การดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ อย่างเป็นรูปธรรม เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถพึ่งตนเองได้นานที่สุด

1.3.2 ศูนย์พัฒนาครอบครัวในชุมชน ควรมีบทบาทในการส่งเสริมสัมพันธ์ภาพที่ดีในการอยู่ร่วมกันระหว่างคนหลายวัยในครอบครัว สร้างวินัยการออม การทำบัญชีครัวเรือน เพื่อสร้างหลักประกันในชีวิต เนื่องจากผู้สูงอายุยังคงต้องพึ่งพาด้านเศรษฐกิจจากสมาชิกในครอบครัวเป็นหลัก

1.4 ควรเน้นการพัฒนาเครือข่ายภาคประชาชน และภาคประชาสังคมด้านสุขภาพจากการใช้กำลังคนในชุมชน ผ่านกลไกเครือข่ายสุขภาพระดับบุคคลและครอบครัว เพิ่มศักยภาพในชุมชนโดยพัฒนาอาสาสมัครสุขภาพครอบครัว เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแล ป้องกัน ส่งเสริมสุขภาพได้

### 1.5 ควรส่งเสริมเจตคติของผู้สูงอายุและคนในสังคมเกี่ยวกับการมีศักยภาพของผู้สูงอายุ

1.5.1 กระทรวงศึกษาธิการ ควรบูรณาการเนื้อหาเกี่ยวกับวงจรชีวิต จิตวิทยา พัฒนาการ ในสาระการเรียนรู้สุขศึกษา เพื่อเสริมสร้างทักษะการดูแลตนเองตั้งแต่วัยเด็กซึ่งจะเป็นพื้นฐานสำคัญในการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพในอนาคต นอกจากนี้ยังเป็นการเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจ และเจตคติทางบวกต่อการมีศักยภาพของผู้สูงอายุ

1.5.2 กระทรวงวัฒนธรรม ควรจัดกิจกรรมเพื่อปลูกฝังคุณธรรม จริยธรรม ค่านิยม เรื่องความกตัญญู และเห็นคุณค่าของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งบุคคลในครอบครัว เพื่อส่งเสริมเจตคติในการอยู่ร่วมกันในสังคมระหว่างช่วงวัย

1.5.3 ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ ควรจัดกิจกรรม แลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ชีวิตระหว่างช่วงวัย เพื่อพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ รวมทั้ง สนับสนุนและเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุแสดงศักยภาพและบทบาทเชิงสร้างสรรค์ต่อตนเอง ครอบครัว และชุมชน เพื่อส่งเสริมเจตคติของคนในชุมชนเกี่ยวกับการมีศักยภาพของผู้สูงอายุ ว่าผู้สูงอายุเป็นผู้มี “พลัง”

## 2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป มีดังนี้

2.1 ควรศึกษาเปรียบเทียบแนวทางการส่งเสริมการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพในแต่ละช่วงวัย ได้แก่ ผู้เข้าสู่วัยสูงอายุ ผู้สูงอายุวัยต้น ผู้สูงอายุวัยกลาง และผู้สูงอายุวัยปลาย

2.2 ควรศึกษาอนาคตภาพของรูปแบบการส่งเสริมการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพของ ครอบครัวที่มีผู้สูงอายุอยู่คนเดียวตามพัง หรือครอบครัวที่มีผู้สูงอายุอยู่กับผู้สูงอายุด้วยกัน

2.3 ควรวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อบูรณาการการดำเนินงานด้านสุขภาพและด้านสังคม เพื่อ พัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุบนฐานระบบสุขภาพพอเพียง



## รายการอ้างอิง

### ภาษาไทย

- กรมการศาสนา. (2549). แผนปฏิบัติการ/โครงการส่งเสริมคุณธรรมจริยธรรมประชาชน ประจำปีงบประมาณ 2549. กรุงเทพฯ: กรมการศาสนา.
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2550). กระบวนการสนับสนุนการดำเนินงานสร้างสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น บนพื้นฐานเศรษฐกิจพอเพียง. นนทบุรี: กองสุขศึกษา.
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2551). การพัฒนาวิถีชีวิตสุขภาพของชุมชนบนพื้นฐานแนวคิดเศรษฐกิจพอเพียง. นนทบุรี: กองสุขศึกษา.
- กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2553). โครงการวิจัยระบบการดูแลระยะยาวเพื่อเสริมสร้างความมั่นคงเพื่อวัยสูงอายุ. กรุงเทพฯ: ศักดิ์โสภณาการพิมพ์.
- กาญจนา ตั้งชลทิพย์ และคณะ. (2553). คุณค่าผู้สูงอายุ: ภาพสะท้อนมุมมองจากคนสองวัย. In สุชาดา ทวีสิทธิ์ และสวรัย บุญยमानนท์ (Ed.), ประชากรและสังคม 2553: คุณค่าผู้สูงอายุในสายตาสังคมไทย. นครปฐม: สำนักพิมพ์ประชากรและสังคม.
- การทบทวนและสังเคราะห์องค์ความรู้ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2545-2550. (2553). (ซินดา วิชาวุธ, นภาพร โชยวรรณ, ยุพา วงศ์ไชย, ประคอง อินทรสมบัติ, & นันทศักดิ์ ธรรมานวัตร Eds.). กรุงเทพฯ: ทิควีพี.
- การพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, ก. (2553). ความต้องการมีส่วนร่วมในการพัฒนาสังคมของผู้สูงอายุศึกษาเฉพาะกรณีศูนย์อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุในชุมชน. กรุงเทพฯ: สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ.
- กฤษณี เงามแสงธรรม. (2551). การเตรียมการเข้าสู่วัยสูงอายุที่มีศักยภาพของบุคลากรกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ), มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- กุศล สุนทรธาดา. (252). รูปแบบครอบครัวกับการเกื้อหนุนและสวัสดิการผู้สูงอายุ. In ชาย โพธิ์สีดา และสุชาดา ทวีสิทธิ์ (Ed.), ครอบครัวไทยในสถานการณ์การเปลี่ยนผ่านทางสังคมและประชากรประชากรและสังคม 2552 (pp. 106-123). นครปฐม: สำนักพิมพ์ประชากรและสังคม.
- กุศล สุนทรธาดา. (2553). คุณค่าด้านเศรษฐกิจของผู้สูงอายุไทย. In สุชาดา ทวีสิทธิ์ & สวรัย บุญยमानนท์ (Eds.), ประชากรและสังคม 2553: คุณค่าผู้สูงอายุในสายตาสังคมไทย (pp. 65-82). นครปฐม: สำนักพิมพ์ประชากรและสังคม.

- กุศล สุนทรธาดา และกมลชนก ขำสุวรรณ. (2553). ระดับและแนวโน้มความมีพฤติพลังของผู้สูงอายุไทย. เอกสารการประชุมวิชาการประชากรศาสตร์แห่งชาติ. ณ โรงแรมเดอะทวิน ทาวเวอร์ กรุงเทพฯ.
- คณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2552). สำนักงาน.แนวทางการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การพัฒนาผู้สูงอายุอย่างบูรณาการ. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.
- คณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, ส., 2550. (2550). การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2543-2573. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.
- คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10 พ.ศ. 2550-2554. (2550). แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550-2554). กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.
- คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 11 พ.ศ. 2555-2559. (2555). แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555-2559). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.
- ศิริบุญ จงวุฒิเวศย์. (2553). รูปแบบและวิธีการที่เหมาะสมในการจัดสวัสดิการสังคมโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสำหรับผู้สูงอายุ. นครปฐม: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยศิลปากร วิทยาเขตพระราชวังสนามจันทร์.
- จอห์น โนเดล และนภาพร ชโยวรรณ. (2552). การสูงอายุทางประชากรและการอยู่ดีมีสุขของผู้สูงอายุในประเทศไทยแนวโน้มในอดีต สถานการณ์ปัจจุบันและท้าทายในอนาคต *Population Aging No.5*. กรุงเทพฯ: กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติประจำประเทศไทย และสำนักงานภาคพื้นเอเชียและแปซิฟิก.
- จิราพร เกศพิชญวัฒนา และคนอื่นๆ. (2549). รายงานการวิจัยโครงการพุดพลัง: กรณีศึกษาจากผู้สูงอายุที่ได้รับการยอมรับในสังคม. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.
- เฉลิมพล แจ่มจันทร์. (2553). ผู้สูงอายุไทย: ภาระและสถานการณ์ทางเศรษฐกิจของครัวเรือน. In สุชาดา ทวีสิทธิ์ & และสรวัย บุญยमानนท์ (Eds.), ประชากรและสังคม 2553: คุณค่าผู้สูงอายุในสายตาสังคมไทย (pp. 85-104). นครปฐม: สำนักพิมพ์ประชากรและสังคม.
- ชนิตา รักษ์พลเมือง. (2534). พื้นฐานการศึกษา: หลักการและแนวคิดทางสังคม. กรุงเทพฯ: ภาควิชาสารัตถศึกษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- ณัฐภัทร ถวัลย์โพธิ, จุมพล ศรีจงศิริกุล, & ทวีศักดิ์ มีญาณเยี่ยม. (2557). การศึกษาวิเคราะห์และยก  
ร่างกฎหมายลำดับรองเพื่อรองรับอำนาจหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการใช้  
งบประมาณเพื่อจัดสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนา  
ผู้สูงอายุไทย.
- ดิเรก ปัทมสิริวัฒน์ และสุวิมล เสงพัฒนา. (2557). การออมความมั่นคงและบำนาญผู้สูงอายุของ  
ครัวเรือนไทย. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา.
- ทงศักดิ์ ยิ่งรัตนสุข, ภาณุวัฒน์ เชิดเกียรติกุล, & ปณิตา วรรณพิรุณ. (2558). รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์  
การพัฒนารูปแบบการเรียนรู้และอาชีพของผู้สูงอายุ: การเรียนรู้เพื่อส่งเสริมภาวะพลัดพลัง.  
ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ทิพย์วดี เหลืองกระจ่าง. (2554). การพัฒนาแบบการเรียนรู้ตามแนวพุทธศาสตร์เพื่อพัฒนาผู้สูงอายุ.  
(วิทยานิพนธ์ปริญญาโทศึกษาศาสตร์), จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ธีระพงศ์ สันติภพ. (2553). ผู้สูงอายุกับการเข้าถึงระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ. In สุชาติ ทวีสิทธิ์ &  
สวรัย บุญยमानนท์ (Eds.), ประชากรและสังคม 2553: คุณค่าผู้สูงอายุในสายตาสังคมไทย  
(pp. 161-184). นครปฐม: สำนักพิมพ์ประชากรและสังคม.
- นภาพรณัฏ ทยานนท์ และธีรวัลย์ วรรณโณทัย. (2552). ทิศทางใหม่ในการพัฒนาการอยู่อาศัยสำหรับผู้  
สูงอายุในสังคมไทย. กรุงเทพฯ: คณะสถาปัตยกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชม  
งคลธัญบุรี.
- นันทรัตน์ อมาตยกุล. (2555). การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการเรียนรู้เพื่อการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ.  
(วิทยานิพนธ์ปริญญาโทศึกษาศาสตร์), จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นารีรัตน์ จิตรมนตรี, & สาวิตรี ทยานศิลป์. (2552). รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์การทบทวนองค์ความรู้  
และแนวทางการจัดระบบสวัสดิการผู้สูงอายุในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุน  
สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.
- นารีรัตน์ จิตรมนตรี, สาวิตรี ทยานศิลป์, & สิริวัลย์ เรืองสุรัตน์. (2551). บทสรุปจากเวทีสาธารณะการ  
เตรียมความพร้อมระบบสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ. นครปฐม: มิสเตอร์ก๊อปปี้ (ประเทศไทย).
- นิธิ เอียวศรีวงศ์. (2544). มิติทางวัฒนธรรมในยุคเศรษฐกิจพอเพียง: ความหมายและความสำคัญ.  
กรุงเทพฯ: มูลนิธิชุมชนท้องถิ่นพัฒนา.
- บุญนาถ ปัตถานัง และวิยุทธ์ จำรัสพันธ์. (2556). ระบบการส่งเสริมสุขภาพให้เป็นผู้สูงอายุที่มีพลัด  
พลังในเขตตำบลโนนอุดม อำเภอเมืองยาง จังหวัดนครราชสีมา. Paper presented at the  
เอกสารประชุมวิชาการมหาวิทยาลัยขอนแก่นKhon Khan University Graduate Research Conference  
2013, ขอนแก่น.

- ปณิธี บราวน์. (2557). พดุมพลัง บทบาทของกลุ่มผู้สูงอายุและ “ทุน” ที่ใช้ในการขับเคลื่อนงานด้านผู้สูงอายุ. วารสารมนุษยศาสตร์สังคมศาสตร์, 31(3), 97-120.
- ประเวศ วะสี. (2542). เศรษฐกิจพอเพียงและประชาสังคม แนวทางพลิกฟื้นเศรษฐกิจสังคม. กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน.
- ประกาศสำนักนายกรัฐมนตรี เรื่อง การกำหนดหน่วยงานผู้มีอำนาจหน้าที่รับผิดชอบดำเนินการเกี่ยวกับการคุ้มครอง การส่งเสริม และการสนับสนุนผู้สูงอายุในด้านต่างๆ ตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 พ.ศ. 2553, ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 127 ตอนพิเศษ 151 ง พ.ศ. 2553 C.F.R. ( 29 ธันวาคม 2553).
- ปราโมทย์ ประสาทกุล และคณะ. (2558). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2557. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- ปาริชาติ ญาตินิยม. (2547). ลักษณะภาวะพดุมพลัง: กรณีศึกษาผู้สูงอายุไทยที่มีชื่อเสียง. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ), จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พรชัย ตระกูลวรานนท์ และคณะ. (ม.ป.ป.). *Policy Brief: ปฏิรูปประเทศไทยสร้างเสริมสุขภาวะประชากรสูงวัยในสังคมไทย. เชียงใหม่: สถาบันศึกษานโยบายสาธารณะ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.*
- มณี อากานันท์กุล, กุสุมา คุววัฒนสมฤทธิ, อภา ยังประดิษฐ์, & รุจา ภูไพบูลย์. (2554). การพัฒนาดัชนีชี้วัดสุขภาพพอเพียงระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชนภายใต้แนวคิดปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง. วารสารพยาบาล, 60(3), 5-13.
- มณี อากานันท์กุล, รุจา ภูไพบูลย์, & กุสุมา คุววัฒนสมฤทธิ. (2558). การวิเคราะห์และบูรณาการดัชนีชี้วัดสุขภาพพอเพียงกับแนวคิด ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง. วารสารสหการพยาบาล, 30(1), 41-57.
- ระวี สัจจโสภณ. (2556). แนวคิดทางการศึกษาเพื่อการพัฒนาภาวะพดุมพลังในผู้สูงอายุ. วารสารเกษตรศาสตร์ (สังคม), 34(3), 471-490.
- รุ่งเรือง กิจผาติ. (ม.ป.ป.). สุขภาพตามหลักเศรษฐกิจพอเพียง. Retrieved from <http://www.oknation.net/blog/thainht/2010/05/01/entry-1>
- รุจา ภูไพบูลย์ และคณะ. (2555). กระบวนการพัฒนาสุขภาพพอเพียงในชุมชน. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ *Journal of Nursing Science & Health*, 35(1 (มกราคม-มีนาคม)).
- เล็ก สมบัติ, ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, & ธนิกานต์ ศักดาพร. (2554). ภาวะสูงวัยอย่างมีคุณภาพเชื่อมโยงกับการพัฒนาสังคมและเศรษฐกิจในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: สำนักมาตรฐานกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.

- วรรณกรรม สุวรรณระดา, วิราภรณ์ โพธิศิริ, & ธนานนท์ บัวทอง. (2557). การศึกษาการปรับปรุงระบบ เกษียณอายุข้าราชการพลเรือน. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน.
- วรรณภา ศรีธีธรรณ์, ผ่องพรรณ อรุณแสง, เพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์, & พรทิพา สมบัติ. (2545). ระบบ บริการสุขภาพและหลักประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุประเทศสิงคโปร์. ขอนแก่น: โรงพิมพ์ คลังนานาชาติ.
- วรรณภา ศรีธีธรรณ์, ผ่องพรรณ อรุณแสง, & มาริสา ไกรฤกษ์. (2545). ระบบบริการสุขภาพและ หลักประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุประเทศสหรัฐอเมริกา. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาชาติ.
- วรรณภา ศรีธีธรรณ์, ผ่องพรรณ อรุณแสง, สุจิตรา ลิ้มอำนวยลาภ, & พรรณงาม พรรณเชษฐ์. (2545). ระบบบริการสุขภาพและหลักประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุประเทศญี่ปุ่น. ขอนแก่น: โรง พิมพ์คลังนานาชาติ.
- วรรณภา ศรีธีธรรณ์ และผ่องพรรณ อรุณแสง. (2545). ระบบบริการสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุประเทศออสเตรเลีย. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาชาติ.
- วรรณลักษณ์ เมียนเกิด. (2549). โครงการค่านิยม ความคาดหวังของผู้สูงอายุและพหุวัย. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย.
- วันดี โภคะกุล. (1-3 พฤศจิกายน 2549). นโยบายและมาตรการทางกฎหมายคุ้มครองผู้สูงอายุใน ต่างประเทศ. Paper presented at the เอกสารการประชุมวิชาการสมาคมพฤฒาวิทยา และเวชศาสตร์ผู้สูงอายุประจำปี 2549, โรงแรมมิราเคิล แกรนด์ คอนเวนชั่น ถนนวิภาวดี กรุงเทพฯ.
- วาทีณี บุญชะลิกชี. (ม.ป.ป.). โครงการนโยบายและทิศทางนโยบายด้านผู้สูงอายุในอนาคต. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย.
- วิเชียร ชูติมาสกุล และคนอื่นๆ. (2557). การวิจัยเพื่อการวางรากฐานและพัฒนาระบบอิเล็กทรอนิกส์ เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตในสังคมผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการอุดมศึกษา.
- วิไลพร วงศ์ดี, โรจน์ จินตนาวัฒน์, & กนกพร สุคำวัง. (2556). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมของประชากร เขตเมือง จังหวัดเชียงใหม่. พยาบาลสาร, 40(4), 91-99.
- วิภาวี เอี่ยมวรมธ และอัจฉรา แอนซ์. (2548). ผู้สูงอายุในพุทธศาสนาและวัฒนธรรมไทย. วารสาร ประชากรศาสตร์, 21(2), 67-83.
- ศรีนครินทร์วิโรฒ, ม. (2555). โครงการเสริมสร้างโครงข่ายการคุ้มครองทางสังคมของผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทร์วิโรฒ.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2548). ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว. วารสารพฤฒาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 6(1), 13-24.

- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2550a). ตัวแบบการดูแลระยะยาวในครอบครัวและชุมชน. วารสารพหุฒาวิทยา และเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 6(3), 1-9.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2550b). ศูนย์อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุ: กลไกการดำเนินงานเพื่อความยั่งยืน. กรุงเทพฯ: มิสเตอร์ก๊อปปี้ (ประเทศไทย).
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2551). การเข้าถึงสิทธิตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 ของผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: มิสเตอร์ก๊อปปี้ (ประเทศไทย).
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2552). บูรณาการระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพฯ: เจพรีน 2.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. ( 21-23 พฤศจิกายน 2550.). การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวในครอบครัว สำหรับผู้สูงอายุ. Paper presented at the เอกสารรายงานการประชุมวิชาการประจำปี พ.ศ. 2550 เรื่อง “การดูแลต่อเนื่องและการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุไทย”, โรงแรมปริน พาเลซ กรุงเทพฯ.
- ศิรินันท์ กิตติสุขสถิต. (2553). คุณภาพชีวิตและระดับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทย. In สุชาดา ทวีสิทธิ์ & และสวรัย บุญยमानนท์ (Eds.), ประชากรและสังคม 2553: คุณค่าผู้สูงอายุในสายตา สังคมไทย (pp. 147-165). นครปฐม: สำนักพิมพ์ประชากรและสังคม.
- ศิริวรรณ ศิริบุญ, บุศริน บางแก้ว, & ชนตติ มลิินทางกูร. (2556). การประเมินภายในการดำเนินงาน ตามแผนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ: พัฒนาพื้นที่ต้นแบบและปัจจัยสำคัญ. กรุงเทพฯ: วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศุภเจตน์ จันท์สาสน์. (2555). พฤติพลังของผู้สูงอายุไทย การปันผลทางประชากรและโอกาสทาง เศรษฐกิจของประเทศไทยในสังคมสูงวัย. วารสารศรีนครินทร์วิโรฒวิจัยและพัฒนา(สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์), 4(7), 201-214.
- สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2557. (2558). (ป. ประสานกุล Ed.). กรุงเทพฯ: อมรินทร์ พริ้นติ้งแอนด์ พับลิชชิ่ง.
- สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาแห่งประเทศไทย. (2551). รายงานฉบับสมบูรณ์การขยายกำหนด เกษียณอายุและการออมสำหรับวัยเกษียณอายุ โครงการสร้างและขยายโอกาสในการเข้าถึง หลักประกันทางสังคมขั้นพื้นฐานสำหรับผู้สูงอายุ.
- สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย. (2549). โครงการสร้างและขยายโอกาสในการเข้าถึง หลักประกันทางสังคมขั้นพื้นฐานสำหรับผู้สูงอายุ กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิสถาบันวิจัยเพื่อ การพัฒนาประเทศไทย.
- สมศักดิ์ ชุณหรัศม์. (2555). รายงานประจำปี สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2553. กรุงเทพฯ: ทีคิวพี.

- สาธารณสุข, ก. (2554). แผนยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทย พ.ศ. 2554-2563. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สำนัก  
พระพุทธรศาสนาแห่งชาติ.
- สำนักงานคณะกรรมการพิเศษเพื่อประสานงานโครงการอันเนื่องมาจากพระราชดำริ. (2547).  
เศรษฐกิจพอเพียง. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานคณะกรรมการพิเศษเพื่อประสานงาน  
โครงการอันเนื่องมาจากพระราชดำริ.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2546). รายงานการสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2545.  
กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชวนพิมพ์.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2549). ผู้สูงอายุกับการทำงาน. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2550). รายงานการสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย ปี 2550.  
กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2553). รายงานสถิติรายปีประเทศไทย พ.ศ. 2553 (ฉบับพิเศษ). กรุงเทพฯ:  
สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2557). แผนยุทธศาสตร์การดำเนินงานระบบการดูแลระยะ  
ยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง พ.ศ. 2557-2561. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกัน  
สุขภาพแห่งชาติ.
- สุเมธ ตันติเวชกุล. (2544). ไต้เบื้องพระยุคลบาท (6 ed.). กรุงเทพฯ: มติชน.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2544). หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (พิมพ์ครั้งที่ 3 ed.). กรุงเทพฯ:  
สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ. (2545). ผู้สูงอายุในประเทศไทย : รายงานการทบทวนองค์ความรู้  
และสถานการณ์ในปัจจุบัน ตลอดจนข้อเสนอแนะทางนโยบายและการวิจัย.
- สุนทร กลวุฒนวรพงศ์. (2544). ตามรอยพระราชดำริเศรษฐกิจพอเพียง-ทฤษฎีใหม่. กรุงเทพฯ: ชมรม  
เด็กจัดพิมพ์.
- สุภจักษ์ แสงประจักษ์สกุล. (2557). วุฒิวัยของผู้สูงอายุไทย: ระดับ แนวนอน และปัจจัยกำหนด.  
(วิทยานิพนธ์ปริญญาโทศึกษาศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย).
- สุภจักษ์ แสงประจักษ์สกุล. (2558). ปัจจัยกำหนดระดับวุฒิวัยของผู้สูงอายุไทย. วารสารสงขลา  
นครินทร์ ฉบับสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์, 21(1), 139-167.
- โสภณ สุภาพงษ์. (2547). โสภณ สุภาพงษ์ เลมอนฟาร์ม เส้นทาง การถือกุศลตามแนวเศรษฐกิจพอเพียง.  
สกุลไทย, 45, 70-71, 92.
- อรรถัย อาจอ่ำ. (2553). แก่แล้วไม่มีคุณค่าจริงหรือ?: บทสังเคราะห์ความรู้เกี่ยวกับคุณค่าของผู้สูงอายุ.  
In ส. ท. แ. บุญยमानนท์ (Ed.), ประชากรและสังคม 2553: คุณค่าผู้สูงอายุในสายตาสังคมไทย  
(pp. 161-184). นครปฐม: สำนักพิมพ์ประชากรและสังคม.

- อาชัญญา รัตน์อุบล และคณะ. (2552). การศึกษาสภาพปัญหา ความต้องการ และรูปแบบการจัดกิจกรรมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัยเพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ด้านการเตรียมความพร้อมเมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุของผู้ใหญ่วัยแรงงาน. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.
- อาชัญญา รัตน์อุบล และคณะ. (2553a). การเตรียมความพร้อมผู้ใหญ่วัยแรงงานเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ. In ส. ท. แ. บุญยฆานนท์ (Ed.), ประชากรและสังคม 2553: คุณค่าผู้สูงอายุในสายตาสังคมไทย (pp. 221-235). นครปฐม: สำนักพิมพ์ประชากรและสังคม.
- อาชัญญา รัตน์อุบล และคณะ. (2553b). การพัฒนาแนวทางการส่งเสริมการจัดการศึกษา/เรียนรู้เพื่อการพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา.
- อุษา โพนทอง. (2553). การพัฒนาโปรแกรมพัฒนาภาวะพลพลังของข้าราชการกองทัพไทยตามแนวคิดวิทยาการผู้สูงอายุด้านการศึกษาและการเรียนรู้จากประสบการณ์. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ), คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

### ภาษาอังกฤษ

- Administration on Aging. (2011). Old American Act. Retrieved from [http://www.aoa.gov/AoARoot/AoA\\_Program/OAA/oa.aspx#1](http://www.aoa.gov/AoARoot/AoA_Program/OAA/oa.aspx#1)
- Bennett, I. M., Chen, J., Soroui, J. S., & White, S. (2009). The Contribution of Health Literacy to Disparities in Self-Rated Health Status and Preventive Health Behaviors in Older Adults. *Annals of Family Medicine*, 7(3), 204-211.
- Hessel, R. (2008). Active ageing in a greying society: training for all ages. *European Journal of Vocational Training*, 45(3), 144-163.
- Knowles, M. S. (1980). *The Modern Practice of Adult Education: Pedagogy and Andragogy*. Chicago: Follett Publishing.
- McClusky, H. Y. (1975). Education for Aging: The Scope of the Field and Perspection for the Future. In W. D. M. S.M. Grabowski (Ed.), *Learning for Aging*. Washington D.C.: Syracuse: : ERIC for Adult Education.
- Nations, U. (2004). *Population Aging and Development*. New York: ECLAC.
- Nations, U. (2009). *World Population Aging 1950-2050*. New York: United Nations.
- Organization, W. H. (2007). *WHO Global Report on Falls Prevention in Older Age*. France: World Health Organization.



- Rowena MacKean, & Abbott-Chapman, J. (2011). Leisure activities as a source of informal learning for older people: The role of community-based organisations. *Australian Journal of Adult Learning, 51*(2).
- WHO, W. H. O. (2002). *Active Ageing: A Policy Framework*. Geneva: World Health Organization.
- Wiles, J. L., & Jayasinha, R. (2013). Care for place: the contributions older people make to their communities. *Journal of Aging Studie, 27*(2), 93-101.





ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

## ภาคผนวก ก

### แบบสอบถาม

- แบบสอบถาม การปฏิบัติตนที่จะนำไปสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ และความคิดเห็นต่อการดำเนินงานส่งเสริมการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ
- แบบสัมภาษณ์ ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ
- แบบสัมภาษณ์ ผู้สูงอายุที่มีศักยภาพในการปฏิบัติตนที่จะนำไปสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ
- แบบสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ ความคิดเห็นต่อรูปแบบการส่งเสริมการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพบนฐานระบบสุขภาพพอเพียง



## แบบสอบถาม

เรื่อง การปฏิบัติตนที่จะนำไปสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพและความคิดเห็น

ต่อการส่งเสริมผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ

\*\*\*\*\*

คำชี้แจง กรุณาตอบแบบสอบถามโดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน  และเติมข้อความลงในช่องว่างที่ตรงกับความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่านมากที่สุด

## ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

1. เพศ

 1. ชาย 2. หญิง

2. อายุ .....ปี

3. ระดับการศึกษา

 1. ไม่ได้เรียนหนังสือ 2. เรียนแต่ไม่จบประถมศึกษา 3. จบประถมศึกษา 4 หรือ 6 4. มัธยมศึกษาปีที่ 3 5. มัธยมศึกษาปีที่ 6/ ปวช. 6. อนุปริญญา/ ปวส. 7. ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า 8. สูงกว่าปริญญาตรี

4. ความสามารถในการอ่านเขียน

 1. อ่านออก/ เขียนได้ 2. อ่านออก/ เขียนไม่ได้ 3. อ่านไม่ออก/ เขียนไม่ได้

5. ศาสนา

 1. พุทธ 2. คริสต์ 3. อิสลาม 4. อื่นๆ (โปรดระบุ).....

6. สถานภาพสมรส

 1. โสด 2. สมรส 3. หม้าย 4. หย่าร้าง/ แยกกันอยู่

7. ปัจจุบันท่านพักอาศัยอยู่กับใคร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

 1. คู่สมรส (สามี-ภรรยา) 2. บุตร 3. หลาน 4. พี่/น้อง 5. ญาติ 5. อื่นๆ(โปรดระบุ).....

8. รายได้เฉลี่ย.....บาท/เดือน

9. ปัจจุบันท่านได้รายได้มาจากใคร (ตอบได้มากกว่า 1 ตัวเลือก)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1. คู่สมรส    | <input type="checkbox"/> 2. บุตร                 |
| <input type="checkbox"/> 3. หลาน       | <input type="checkbox"/> 4.ญาติ/พี่น้อง          |
| <input type="checkbox"/> 5. ตัวท่านเอง | <input type="checkbox"/> 6. อื่นๆ(โปรดระบุ)..... |

10. แหล่งที่มาของรายได้

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1. การประกอบอาชีพ        | <input type="checkbox"/> 2. บำเหน็จ/ บำนาญ        |
| <input type="checkbox"/> 3. เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ | <input type="checkbox"/> 4. อื่นๆ (โปรดระบุ)..... |

11. ค่าใช้จ่าย.....บาท/เดือน

12. ค่าใช้จ่ายส่วนใหญ่เป็นค่าใช้จ่ายในด้านใด

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1. โรคประจำตัว/สุขภาพ   | <input type="checkbox"/> 2. การศึกษาของบุตร/หลาน |
| <input type="checkbox"/> 3. บริโภค/อุปโภค        | <input type="checkbox"/> 4. ทำบุญ/ทำทาน/บริจาค   |
| <input type="checkbox"/> 5. อื่นๆ(โปรดระบุ)..... |  |

13. ท่านมีหนี้สินหรือไม่

- |                                   |   |
|-----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 1. ไม่มี | <input type="checkbox"/> 2. มี .....บาท |
|-----------------------------------|---|

14. อาชีพในอดีต (ตอบเฉพาะผู้ที่เกษียณอายุแล้ว)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1. ไม่ได้ประกอบอาชีพ      | <input type="checkbox"/> 2. เกษตรกรรม/ ประมง      |
| <input type="checkbox"/> 3. รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ | <input type="checkbox"/> 4. ค้าขาย/ ธุรกิจส่วนตัว |
| <input type="checkbox"/> 5. รับจ้างทั่วไป          | <input type="checkbox"/> 6. อื่นๆ(โปรดระบุ).....  |

15. อาชีพในปัจจุบัน

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1. ไม่ได้ประกอบอาชีพ      | <input type="checkbox"/> 2. เกษตรกรรม/ ประมง      |
| <input type="checkbox"/> 3. รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ | <input type="checkbox"/> 4. ค้าขาย/ ธุรกิจส่วนตัว |
| <input type="checkbox"/> 5. รับจ้างทั่วไป          | <input type="checkbox"/> 6. อื่นๆ(โปรดระบุ).....  |

16. โรคประจำตัว

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1. ไม่มีโรคประจำตัว | <input type="checkbox"/> 2. มี (ระบุได้มากกว่า 1 โรค)..... |
|--|--|

17. ค่าใช้จ่ายในด้านสุขภาพโดยเฉลี่ย.....บาท/เดือน
18. เมื่อท่านเจ็บป่วย ใครคือผู้ดูแลหลัก
1. ไม่มี
2. มี ระบุ
- 2.1 คู่สมรส  2.2 บุตร
- 2.3 หลาน  2.4 ญาติ/ พี่น้อง
- 2.5 เพื่อน  2.6 เจ้าหน้าที่หน่วยงานกระทรวงสาธารณสุข
- 2.7 เจ้าหน้าที่สังคมสงเคราะห์  2.8 อื่นๆ โปรดระบุ.....
19. ปัจจุบันท่านใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือใดบ้าง
1. ไม่ได้ใช้  2. ใช้ (ตอบได้มากกว่า 1 ตัวเลือก)
- 2.1 แวนตา  2.2 ไม่เท้า
- 2.3 ไม่เท้า 3 ขา  2.4 เครื่องช่วยฟัง
- 2.5 รถเข็น  2.6 อื่นๆ ระบุ.....
20. ปัจจุบันท่านใช้สิทธิในการรักษาพยาบาลอะไรบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ตัวเลือก)
1. บัตร 30 บาท  2. บัตรประกันสังคม
3. สิทธิข้าราชการ/ รัฐวิสาหกิจ  4. บัตรทหารผ่านศึก
5. คนไข้ในพระราชูปถัมภ์  6. อื่นๆ ระบุ.....









### ตอนที่ 3 การเสริมสร้างผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ

ข้อที่	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
<b>จากครอบครัว</b>						
1.	ท่านและสมาชิกในครอบครัวมีการช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน					
2.	ท่านและสมาชิกในครอบครัวมีการพูดคุยปรึกษา แลกเปลี่ยนข้อมูล					
3.	ท่านและสมาชิกในครอบครัวใช้เวลาว่างในการทำกิจกรรมต่างๆ ร่วมกัน					
4.	สมาชิกในครอบครัวเป็นบุคคลที่ทำให้กำลังใจในการเตรียมตัวเกี่ยวกับการเข้าสู่วัยสูงอายุ					
5.	สมาชิกในครอบครัวเป็นผู้ให้ข้อมูลการเตรียมตัวเรื่องการเข้าสู่วัยสูงอายุ					
6.	ท่านสามารถพึ่งพาอาศัยบุตรหลาน/ญาติพี่น้อง ในยามเจ็บป่วยได้					
<b>จากกลุ่มเพื่อน</b>						
7.	ท่านและเพื่อนมีการช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน					
8.	กลุ่มเพื่อนของท่านสนับสนุนท่านในการดูแลสุขภาพ					
9.	เพื่อนสนิทสามารถให้ความช่วยเหลือท่านในด้านการเงินได้เมื่อจำเป็น					
10.	ท่านและกลุ่มเพื่อนใช้เวลาว่างในการทำกิจกรรมต่างๆ ร่วมกันเสมอ					
<b>จากสื่อมวลชน</b>						
11.	ท่านเคยได้รับทราบข้อมูลข่าวสารทั่วไปจากสื่อต่างๆ เช่น โทรทัศน์ วิทยุ หนังสือพิมพ์ วารสาร/นิตยสาร อินเทอร์เน็ต					
12.	ท่านเคยได้รับทราบข้อมูลด้านสิทธิประโยชน์ของผู้สูงอายุตามกฎหมาย เช่น เบี้ยยังชีพ กองทุนผู้สูงอายุ ค่าจัดการศพ ฯลฯ จากสื่อต่างๆ เช่น โทรทัศน์ วิทยุ หนังสือพิมพ์					
13.	ท่านรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมในการเข้าสู่วัยสูงอายุ จากสื่อต่างๆ เช่น โทรทัศน์ วิทยุ หนังสือพิมพ์					
<b>จากอาสาสมัคร</b>						
14.	อาสาสมัครต่างๆ เช่น อสม. อพม. อพส. เข้ามาพบปะ สนทนา พูดคุย สภาพความเป็นอยู่ของท่าน					
15.	อาสาสมัครต่างๆ เช่น อสม. อพม. อพส. ให้คำปรึกษาปัญหาต่างๆ ทั้งด้านสังคม และด้านสุขภาพ					
16.	อาสาสมัครต่างๆ เช่น อสม. อพม. อพส. แนะนำบริการที่เกี่ยวข้อง ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อตัวท่าน					
<b>จากหน่วยภาครัฐในพื้นที่</b>						
17.	เจ้าหน้าที่ได้แนะนำให้ท่านสังเกตสิ่งผิดปกติหรือผลข้างเคียงจากการรับประทานยา					
18.	เจ้าหน้าที่มีสื่อรูปภาพ หรือวิดีโอการออกกำลังกายให้ท่านดูเป็นตัวอย่าง					

ข้อที่	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
19.	เจ้าหน้าที่ได้แจกเอกสารเกี่ยวกับการปฏิบัติตนขณะเจ็บป่วยเพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติตน					
20.	เจ้าหน้าที่ได้ให้กำลังใจ เมื่อท่านเกิดความท้อแท้จากปัญหาส่วนตัวและปัญหาการเจ็บป่วย					
21.	เจ้าหน้าที่ได้จัดกิจกรรมต่างๆ เพื่อให้ท่านได้เข้าร่วม เช่น การละเล่น ร้องเพลงพื้นบ้าน แข่งขันกีฬา					
22.	เจ้าหน้าที่จัดตั้งกลุ่มส่งเสริมอาชีพให้ท่านได้มีโอกาสถ่ายทอดประสบการณ์แก่คนรุ่นหลัง					
<b>จากเพื่อนร่วมงาน (ถ้ามี)</b>						
23.	เพื่อนร่วมงานเป็นผู้ที่ให้กำลังใจในการเตรียมตัวเกี่ยวกับการเป็นผู้สูงอายุ					
24.	เพื่อนร่วมงานเป็นผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเตรียมตัวเรื่องวัยสูงอายุ					
25.	เมื่อเจ็บป่วย เพื่อนร่วมงานจะคอยดูแลช่วยเหลือเสมอ					
26.	เพื่อนร่วมงานให้คำแนะนำ/ปรึกษาเรื่องการดูแลสุขภาพของท่าน					
27.	เพื่อนร่วมงานเคยให้วัสดุ อุปกรณ์เพื่อใช้ส่งเสริมสุขภาพ					
<b>จากหน่วยงานต้นสังกัด (ถ้ามี)</b>						
28.	หน่วยงานต้นสังกัดมีการให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการเก็บออมเงิน					
29.	หน่วยงานต้นสังกัดสนับสนุนการทำกิจกรรมนันทนาการและการพบปะสังสรรค์ทั้งภายในและภายนอกหน่วยงานเสมอ					
30.	ท่านได้รับข้อมูล/ ความรู้เกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมเพื่อการเป็นผู้สูงอายุจากหน่วยงานต้นสังกัด					
31.	หน่วยงานต้นสังกัดสนับสนุนให้บุคลากรมีสุขภาพแข็งแรง เช่น จัดให้มีการตรวจสุขภาพประจำปี					
32.	ท่านได้รับข้อมูล/ ความรู้เกี่ยวกับการประกอบอาชีพเสริมหลังเกษียณอายุจากหน่วยงานต้นสังกัด					

**แบบสัมภาษณ์ ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานด้านผู้สูงอายุ**  
**การวิจัยเรื่อง “การนำเสนอรูปแบบการส่งเสริมผู้สูงอายุที่มีศักยภาพบนฐานระบบสุขภาพ**  
**พอเพียง”**

.....

1. หน่วยงานของท่านมีการกำหนดนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการเตรียมความพร้อมสำหรับผู้เข้าสู่วัยสูงอายุอย่างไร
2. หน่วยงานของท่านมีการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับการเตรียมความพร้อมสำหรับผู้เข้าสู่วัยสูงอายุอย่างไร
  - ด้านสุขภาพ
  - ด้านการมีส่วนร่วมในสังคม
  - ด้านความมั่นคงทางเศรษฐกิจ
3. หน่วยงานของท่านมีการกำหนดนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมผู้สูงอายุที่มีศักยภาพอย่างไร
4. หน่วยงานของท่านมีการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมผู้สูงอายุที่มีศักยภาพอย่างไร
  - ด้านสุขภาพ
  - ด้านการมีส่วนร่วมในสังคม
  - ด้านความมั่นคงทางเศรษฐกิจ
5. ท่านมีการเรียนรู้ในการปฏิบัติงานด้านผู้สูงอายุอย่างไร
  - 5.1 การเรียนรู้ด้านเตรียมความพร้อมในการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพของผู้เข้าสู่วัยสูงอายุ
    - กลไก.....
    - วิธีการ .....
    - กิจกรรมการเรียนรู้.....
  - 5.2 การเรียนรู้ด้านการส่งเสริมผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ
    - กลไก.....
    - วิธีการ .....
    - กิจกรรมการเรียนรู้.....
6. ท่านคิดว่าระบบสุขภาพพอเพียงสำหรับผู้สูงอายุคืออะไร

7. ท่านคิดว่าผู้สูงอายุควรมีการเรียนรู้เพื่อการปฏิบัติตนในการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพอย่างไร

7.1 ยึดทางสายกลาง

- กลไก.....

- วิธีการ .....

- กิจกรรมการเรียนรู้.....

7.2 ยึดหลักความสมดุล

- กลไก.....

- วิธีการ .....

- กิจกรรมการเรียนรู้.....

7.3 ยึดหลักพอประมาณ

- กลไก.....

- วิธีการ .....

- กิจกรรมการเรียนรู้.....

7.4 ระบบการเรียนรู้ให้รู้เท่าทัน

- กลไก.....

- วิธีการ .....

- กิจกรรมการเรียนรู้.....

7.5 สร้างระบบภูมิคุ้มกัน

- กลไก.....

- วิธีการ .....

- กิจกรรมการเรียนรู้.....

\*\*\*\*\*

## แบบสัมภาษณ์ ผู้สูงอายุที่มีศักยภาพในการปฏิบัติตนที่จะนำไปสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ

\*\*\*\*\*

### 1. ข้อมูลส่วนบุคคล :

#### 1.1 ประวัติส่วนตัว

ชื่อ-สกุล.....วัน เดือน ปีเกิด.....

อายุ.....ปี.....เดือน สถานภาพสมรส.....

#### 1.2 ประวัติครอบครัว

ครอบครัวตนเอง (บิดา-มารดา, พี่น้อง, บุตร, หลาน).....

ครอบครัวคู่สมรส.....

1.3 พื้นเพภูมิลำเนา/ภูมิลำเนา.....

#### 1.4 ลักษณะที่พักอาศัยในปัจจุบัน

บ้าน.....

ชุมชน.....

### 2. ชีวิตในวัยเด็ก :

2.1 ชีวิตในวัยเด็ก สุขภาพในวัยเด็ก .....

2.2 กิจวัตรประจำวัน.....

2.3 พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์).....

2.4 พฤติกรรมการเรียนรู้/การศึกษา.....

### 3. ชีวิตในวัยทำงาน

3.1 การทำงาน/ประกอบอาชีพ รายได้ การสร้างครอบครัว .....

#### 3.2 สุขภาพในวัยทำงาน

(Probe : กิจวัตรประจำวัน พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ การดูแลจิตใจเมื่อต้องเผชิญกับความเครียด การมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม พฤติกรรมการเรียนรู้).....

3.3 มีสิ่งที่รู้สึกภูมิใจในช่วงวัยทำงานหรือไม่ รู้สึกว่าประสบความสำเร็จในเรื่องใด.....

#### 3.4 ก่อนเกษียณอายุงาน มีการเตรียมตัวอย่างไรบ้าง

3.4.1 ด้านสุขภาพ.....

3.4.2 ด้านสังคม.....

3.4.3 ด้านเศรษฐกิจ.....

#### 4. ชีวิตในวัยสูงอายุ :

- 4.1 สุขภาพในปัจจุบัน มีวิธีการดูแลสุขภาพอย่างไร.....
- 4.2 การทำงานเพื่อประโยชน์ส่วนรวม สังคม.....
- 4.3 การเรียนรู้ตลอดชีวิต.....
- 4.4 รู้สึกอย่างไรกับชีวิตที่ผ่านมา คิดว่าอะไรเป็นความสำเร็จและเป็นสิ่งที่ทำให้รู้สึกภาคภูมิใจในชีวิต

#### 5. มุมมองเกี่ยวกับการดำรงชีวิตในภาวะผู้สูงอายุที่มีศักยภาพบนฐานระบบสุขภาพพอเพียง :

- 5.1 ท่านคิดว่าบทบาทผู้สูงอายุควรจะเป็นอย่างไร ทั้งต่อ
  - 5.1.1 ครอบครัว.....
  - 5.1.2 ชุมชน.....
  - 5.1.3 สังคม.....
- 5.2 ปัจจุบันองค์การอนามัยโลกได้เสนอแนวคิดผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ (Active Ageing) เป็นแนวทางของการมีคุณภาพชีวิตในวัยผู้สูงอายุ ท่านคิดว่า ผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ ที่ดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพในสังคมไทยควรมีลักษณะอย่างไร.....
- 5.3 ท่านคิดว่า ระบบสุขภาพพอเพียงที่จะส่งเสริมการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ ควรเป็นอย่างไร
  - 5.3.1 ปัจเจกบุคคล.....
  - 5.3.2 บริการสุขภาพ.....
  - 5.3.3 สภาพแวดล้อม.....

#### 6. การเตรียมความพร้อมเพื่อเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ :

- 6.1 การที่จะเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพควรเตรียมตัวอย่างไร
  - 6.1.1 ด้านสุขภาพ .....
  - 6.1.2 สังคม .....
  - 6.1.3 เศรษฐกิจ.....
- 6.2 ท่านคิดว่าท่านมีการเตรียมตัวด้านใดมามาก อย่างไร .....
- 6.3 ท่านได้รับการสนับสนุนในการเตรียมความพร้อมเพื่อเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพจากแหล่งใด เช่น หน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน เพื่อนบ้าน ครอบครัว ผู้เชี่ยวชาญ/นักวิชาการ สื่อสาธารณะ ฯลฯ (Probe : แต่ละแหล่งสนับสนุน วิธีการดำเนินการอย่างไร ผู้สูงอายุสามารถ เข้าถึงการสนับสนุนนั้นๆ อย่างไร).....
- 6.4 ท่านคิดว่าผู้สูงอายุที่มีศักยภาพควร ปฏิบัติบนฐานระบบสุขภาพพอเพียงอย่างไร (Probe : ยึดหลักทางสายกลาง ยึดหลักความสมดุล ยึดหลักพอประมาณ สร้างระบบภูมิคุ้มกัน และระบบ

การเรียนรู้ให้รู้เท่าทันโลก ของแต่ละด้านของการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ ได้แก่ ด้านสุขภาพ ด้านการมีส่วนร่วมทางสังคม และด้านความมั่นคงทางเศรษฐกิจ)

มิติสุขภาพพอเพียง	มิติผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ		
	ด้านสุขภาพ	มีส่วนร่วมทางสังคม	ความมั่นคงทางเศรษฐกิจ
ยึดหลักทางสายกลาง			
ยึดหลักความสมดุล			
ยึดหลักพอประมาณ			
สร้างระบบภูมิคุ้มกัน			
ระบบการเรียนรู้ให้รู้เท่าทันโลก			

7. ท่านคิดว่าอะไรเป็นสิ่งที่ท้าทายต่อการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพบนฐานระบบสุขภาพพอเพียง

ท่านสามารถก้าวผ่านสิ่งท้าทายเหล่านั้นมาได้อย่างไร (Probe : ยึดหลักทางสายกลาง ยึดหลักความสมดุล ยึดหลักพอประมาณ สร้างระบบภูมิคุ้มกัน และระบบการเรียนรู้ให้รู้เท่าทันโลก ของแต่ละด้านของการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ ได้แก่ ด้านสุขภาพ ด้านการมีส่วนร่วมทางสังคม และด้านความมั่นคงทางเศรษฐกิจ).....

8. หากจะปฏิบัติตนให้ได้เพื่อเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพบนฐานสุขภาพพอเพียง ท่านคิดว่าจะต้องมีการเรียนรู้เรื่องอะไรบ้าง อย่างไร และจากช่องทาง/แหล่งใด (Probe : ยึดหลักทางสายกลาง

ยึดหลักความสมดุล ยึดหลักพอประมาณ สร้างระบบภูมิคุ้มกัน และระบบการเรียนรู้ให้รู้เท่าทันโลก ของแต่ละด้านของการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ ได้แก่ ด้านสุขภาพ ด้านการมีส่วนร่วมทางสังคม และด้านความมั่นคงทางเศรษฐกิจ)

8.1 เรื่องที่ต้องเรียนรู้.....

8.2 วิธีการเรียนรู้อย่างไร.....

8.3 ช่องทาง/แหล่งเรียนรู้.....

9. ท่านคิดว่าในการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพบนฐานระบบสุขภาพพอเพียง ควรจะได้รับการสนับสนุนจากแหล่ง/ กลุ่มใดบ้าง อย่างไร (Probe : ยึดหลักทางสายกลาง ยึดหลักความสมดุล ยึดหลักพอประมาณ สร้างระบบภูมิคุ้มกัน และระบบการเรียนรู้ให้รู้เท่าทันโลก ของแต่ละด้านของการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ ได้แก่ ด้านสุขภาพ ด้านการมีส่วนร่วมทางสังคม และด้านความมั่นคงทางเศรษฐกิจ)

10. ข้อสังเกตอื่นๆ .....



## แบบสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ

ความคิดเห็นต่อรูปแบบการส่งเสริมการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพบนฐานระบบสุขภาพพอเพียง

สัมภาษณ์ครั้งที่.....วัน/เดือน/ปี.....

### ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้สัมภาษณ์

ชื่อ-สกุล.....

เพศ  หญิง  ชาย

ระดับการศึกษา  ต่ำกว่าปริญญาตรี  ปริญญาตรี  ปริญญาโท  ปริญญาเอก

ประสบการณ์การทำงานด้านผู้สูงอายุ .....ปี

ตำแหน่งปัจจุบัน.....

สถานที่ทำงานปัจจุบัน.....

### ตอนที่ 2 ความคิดเห็นเกี่ยวกับการดำเนินงานส่งเสริมเพื่อการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ

1. ท่านมีความเห็นว่าการดำเนินงานส่งเสริมเพื่อการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ (active ageing)

ในปัจจุบันเป็นอย่างไร (ด้านสุขภาพ ด้านการมีส่วนร่วมทางสังคม ด้านหลักประกันในชีวิต)

2. ท่านมีความเห็นว่ามีใคร/หน่วยงานใดมีบทบาทสำคัญในการดำเนินงานส่งเสริม active ageing

ในปัจจุบัน (ด้านสุขภาพ ด้านการมีส่วนร่วมทางสังคม ด้านหลักประกันในชีวิต)

3. ท่านมีความเห็นว่าการศึกษา/การเรียนรู้ สามารถช่วยส่งเสริมการเป็น active ageing ได้อย่างไร

### ตอนที่ 3 ความคิดเห็นเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุบนฐานระบบสุขภาพพอเพียง

1. ท่านมีความเห็นที่ผู้สูงอายุควรดำเนินชีวิตอย่างไรบนฐานระบบสุขภาพพอเพียง

1) ยึดหลักทางสายกลาง .....

2) ยึดหลักความสมดุล .....

3) ยึดหลักพอประมาณ .....

4) สร้างระบบภูมิคุ้มกัน .....

5) ระบบการเรียนรู้ให้รู้เท่าทันโลก .....

2. ท่านมีความเห็นว่าการศึกษา/การเรียนรู้ สามารถช่วยส่งเสริมการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุบนฐานระบบสุขภาพพอเพียงได้อย่างไร

ตอนที่ 4 ความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบการส่งเสริมผู้สูงอายุที่มีศักยภาพบนฐานระบบสุขภาพพอเพียง

1. ท่านมีความเห็นว่าการส่งเสริมเพื่อการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพบนฐานระบบสุขภาพพอเพียงอย่างไร

1) ควรมีกลไกอะไรในการดำเนินงาน .....

2) ควรมีวิธีการ/มาตรการอย่างไร .....

3) ควรมีกิจกรรมอะไรบ้าง .....

2. ท่านมีความเห็นว่าการศึกษา/การเรียนรู้ สามารถช่วยส่งเสริมเพื่อการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพบนฐานระบบสุขภาพพอเพียงอย่างไร

3. ความคิดเห็น/ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมเกี่ยวกับการส่งเสริมการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพบนฐานสุขภาพพอเพียง

@@@THANK YOU@@@

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

**ภาคผนวก ข**  
**รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ**

**รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือวิจัย**

1. อาจารย์ ดร. รติพร ถึงฝั่ง

รองคณบดีฝ่ายวางแผนและพัฒนา คณะพัฒนาสังคมและสิ่งแวดล้อม สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์

2. อาจารย์ ดร. ระวี สัจจโสภณ

อาจารย์ประจำคณะศึกษาศาสตร์และพัฒนศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตกำแพงแสน

3. อาจารย์ ดร. เอกจิตรา คำมีศรีสุข

อาจารย์ประจำคณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

4. อาจารย์ ดร. มิ่งขวัญ คงเจริญ

อาจารย์ประจำคณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

5. ดร. ขวัญดาว กล่ำรัตน์

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม

**ภาคผนวก ค**  
**ผลการวิเคราะห์ข้อมูล**

ตารางที่ 27 ผลการวิเคราะห์การเรียนรู้ด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพจำแนกตามเพศ

การเรียนรู้ด้านสุขภาพ	เพศ	แหล่งเรียนรู้						รวม
		สื่อ	ครอบครัว	เพื่อนบ้าน	ภาครัฐ	เอกชน	ผู้เชี่ยวชาญ	
1. ศึกษาหาความรู้เพื่อให้ทราบถึงการเปลี่ยนแปลงของร่างกายในวัยสูงอายุ	ชาย	118	114	12	24	2	1	271
		43.5%	42.1%	4.4%	8.9%	0.7%	0.4%	100.0%
	หญิง	146	136	31	82	1	6	402
		36.3%	33.8%	7.7%	20.4%	0.2%	1.5%	100.0%
	รวม	264	250	43	106	3	7	673
		39.2%	37.1%	6.4%	15.8%	0.4%	1.0%	100.0%
2. เข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปี (ปีละ 1 ครั้ง)	ชาย	46	94	24	108	1	10	283
		16.3%	33.2%	8.5%	38.2%	0.4%	3.5%	100.0%
	หญิง	42	137	33	177	3	24	416
		10.1%	32.9%	7.9%	42.5%	0.7%	5.8%	100.0%
	รวม	88	231	57	285	4	34	699
		12.6%	33.0%	8.2%	40.8%	0.6%	4.9%	100.0%
3. ออกกำลังกายสม่ำเสมอ สัปดาห์ละ 3 วันๆ ละ 20-30 นาที	ชาย	50	119	48	42	2	11	272
		18.4%	43.8%	17.6%	15.4%	0.7%	4.0%	100.0%
	หญิง	69	147	65	95	0	19	395
		17.5%	37.2%	16.5%	24.1%	0.0%	4.8%	100.0%
	รวม	119	266	113	137	2	30	667
		17.8%	39.9%	16.9%	20.5%	0.3%	4.5%	100.0%
4. เลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ หลีกเลี่ยงโภชนาการและเหมาะสมกับวัย	ชาย	58	156	35	19	2	17	287
		20.2%	54.4%	12.2%	6.6%	0.7%	5.9%	100.0%
	หญิง	78	217	36	68	2	24	425
		18.4%	51.1%	8.5%	16.0%	0.5%	5.6%	100.0%
	รวม	136	373	71	87	4	41	712
		19.1%	52.4%	10.0%	12.2%	0.6%	5.8%	100.0%
5. นอนหลับเพียงพออย่างน้อย 8 ชั่วโมง/คืน	ชาย	33	175	37	22	4	15	286
		11.5%	61.2%	12.9%	7.7%	1.4%	5.2%	100.0%
	หญิง	48	224	46	69	1	29	417
		11.5%	53.7%	11.0%	16.5%	0.2%	7.0%	100.0%
	รวม	81	399	83	91	5	44	703
		11.5%	56.8%	11.8%	12.9%	0.7%	6.3%	100.0%
6. หากมีปัญหาสุขภาพจะรีบจัดการแก้ไขทันที	ชาย	30	159	32	42	4	17	284
		10.6%	56.0%	11.3%	14.8%	1.4%	6.0%	100.0%
	หญิง	34	186	49	103	13	31	416
		8.2%	44.7%	11.8%	24.8%	3.1%	7.5%	100.0%
	รวม	64	345	81	145	17	48	700
		9.1%	49.3%	11.6%	20.7%	2.4%	6.9%	100.0%
7. ศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ และ	ชาย	49	88	43	63	7	20	270
		18.1%	32.6%	15.9%	23.3%	2.6%	7.4%	100.0%
	หญิง	78	81	71	128	8	31	397
		19.6%	20.4%	17.9%	32.2%	2.0%	7.8%	100.0%
	รวม	127	169	114	191	15	51	667

การเรียนรู้ด้าน สุขภาพ	เพศ	แหล่งเรียนรู้						รวม
		สื่อ	ครอบครัว	เพื่อนบ้าน	ภาครัฐ	เอกชน	ผู้เชี่ยวชาญ	
สิ่ง ค ม ข อ ง		19.0%	25.3%	17.1%	28.6%	2.2%	7.6%	100.0%
8. ศึกษาหา ความรู้เกี่ยวกับ การ รักษา สุขภาพจิตวัย สูงอายุ	ชาย	39	90	42	51	4	41	267
		14.6%	33.7%	15.7%	19.1%	1.5%	15.4%	100.0%
	หญิง	70	102	52	108	5	45	382
		18.3%	26.7%	13.6%	28.3%	1.3%	11.8%	100.0%
	รวม	109	192	94	159	9	86	649
		16.8%	29.6%	14.5%	24.5%	1.4%	13.3%	100.0%
9. ฝึกจิตใจ เพื่อให้มีจิตที่ สงบ	ชาย	26	117	83	31	6	3	266
		9.8%	44.0%	31.2%	11.7%	2.3%	1.1%	100.0%
	หญิง	36	158	114	57	4	13	382
		9.4%	41.4%	29.8%	14.9%	1.0%	3.4%	100.0%
	รวม	62	275	197	88	10	16	648
		9.6%	42.4%	30.4%	13.6%	1.5%	2.5%	100.0%
10. มองโลกใน แง่ดีอยู่เสมอ	ชาย	21	192	40	26	4	4	287
		7.3%	66.9%	13.9%	9.1%	1.4%	1.4%	100.0%
	หญิง	31	266	63	53	1	6	420
		7.4%	63.3%	15.0%	12.6%	0.2%	1.4%	100.0%
	รวม	52	458	103	79	5	10	707
		7.4%	64.8%	14.6%	11.2%	0.7%	1.4%	100.0%
11. ศึกษาหา วิธีในการ จัดการกับ ความเครียด ทางอารมณ์	ชาย	36	143	48	29	3	5	264
		13.6%	54.2%	18.2%	11.0%	1.1%	1.9%	100.0%
	หญิง	76	190	56	64	2	8	396
		19.2%	48.0%	14.1%	16.2%	0.5%	2.0%	100.0%
	รวม	112	333	104	93	5	13	660
		17.0%	50.5%	15.8%	14.1%	0.8%	2.0%	100.0%

ตารางที่ 28 ผลการวิเคราะห์การเรียนรู้ด้านการมีส่วนร่วมทางสังคมเพื่อส่งเสริมการเป็นผู้สูงอายุที่มี  
ศักยภาพจำแนกตามเพศ

การเรียนรู้ด้านการมีส่วนร่วมทางสังคม	เพศ	แหล่งเรียนรู้						รวม
		สื่อ	ครอบครัว	เพื่อนบ้าน	ภาครัฐ	เอกชน	ผู้เชี่ยวชาญ	
1. ติดต่อกับหรือไปมาหาสู่ลูกหลานหรือญาติพี่น้อง	ชาย	10	218	43	13	1	2	287
		3.5%	76.0%	15.0%	4.5%	0.3%	0.7%	100.0%
	หญิง	18	346	43	16	3	1	427
		4.2%	81.0%	10.1%	3.7%	0.7%	0.2%	100.0%
รวม	28	564	86	29	4	3	714	
		3.9%	79.0%	12.0%	4.1%	0.6%	0.4%	100.0%
2. ศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับงานอดิเรกที่ตรงกับความต้องการ และเหมาะสมกับวัย	ชาย	34	109	45	70	3	3	264
		12.9%	41.3%	17.0%	26.5%	1.1%	1.1%	100.0%
	หญิง	64	173	67	63	2	11	380
		16.8%	45.5%	17.6%	16.6%	0.5%	2.9%	100.0%
รวม	98	282	112	133	5	14	644	
		15.2%	43.8%	17.4%	20.7%	0.8%	2.2%	100.0%
3. เข้าร่วมงานประเพณีต่างๆ ในชุมชน	ชาย	12	91	125	52	3	1	284
		4.2%	32.0%	44.0%	18.3%	1.1%	0.4%	100.0%
	หญิง	16	161	190	49	1	3	420
		3.8%	38.3%	45.2%	11.7%	0.2%	0.7%	100.0%
รวม	28	252	315	101	4	4	704	
		4.0%	35.8%	44.7%	14.3%	0.6%	0.6%	100.0%
4. วางแผนที่จะเข้าร่วมกิจกรรมที่เป็นประโยชน์แก่สังคมเมื่อสูงอายุ	ชาย	20	61	96	88	4	1	270
		7.4%	22.6%	35.6%	32.6%	1.5%	0.4%	100.0%
	หญิง	24	100	128	135	2	3	392
		6.1%	25.5%	32.7%	34.4%	0.5%	0.8%	100.0%
รวม	44	161	224	223	6	4	662	
		6.6%	24.3%	33.8%	33.7%	0.9%	0.6%	100.0%
5. เข้าไปมีส่วนร่วมในการรวมตัวกันของคนในชุมชนที่พบปะกับคนหลายรุ่น	ชาย	12	46	94	117	1	3	273
		4.4%	16.8%	34.4%	42.9%	0.4%	1.1%	100.0%
	หญิง	16	112	137	143	4	2	414
		3.9%	27.1%	33.1%	34.5%	1.0%	0.5%	100.0%
รวม	28	158	231	260	5	5	687	
		4.1%	23.0%	33.6%	37.8%	0.7%	0.7%	100.0%
6. หากิจกรรมในการพบปะสังสรรค์ และใช้เวลาว่างในการทำกิจกรรมร่วมกันภายในกลุ่มเพื่อน	ชาย	6	54	179	38	4	3	284
		2.1%	19.0%	63.0%	13.4%	1.4%	1.1%	100.0%
	หญิง	14	115	217	63	6	4	419
		3.3%	27.4%	51.8%	15.0%	1.4%	1.0%	100.0%
รวม	20	169	396	101	10	7	703	
		2.8%	24.0%	56.3%	14.4%	1.4%	1.0%	100.0%
7. ปรับบทบาทมาเป็นผู้ให้คำปรึกษาของครอบครัว	ชาย	11	160	48	62	4	2	287
		3.8%	55.7%	16.7%	21.6%	1.4%	0.7%	100.0%
	หญิง	18	239	86	54	6	8	411
		4.4%	58.2%	20.9%	13.1%	1.5%	1.9%	100.0%
รวม	29	399	134	116	10	10	698	
		4.2%	57.2%	19.2%	16.6%	1.4%	1.4%	100.0%
8. เข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา	ชาย	10	158	60	53	5	1	287
		3.5%	55.1%	20.9%	18.5%	1.7%	0.3%	100.0%
	หญิง	23	226	118	49	5	1	422
		5.5%	53.6%	28.0%	11.6%	1.2%	0.2%	100.0%

การเรียนรู้ด้านการมี ส่วนร่วมทางสังคม	เพศ	แหล่งเรียนรู้						รวม
		สื่อ	ครอบครัว	เพื่อนบ้าน	ภาครัฐ	เอกชน	ผู้เชี่ยวชาญ	
	รวม	33 4.7%	384 54.2%	178 25.1%	102 14.4%	10 1.4%	2 0.3%	709 100.0%
9. ปรับบทบาทมา เป็นปุ๋ย ตา ยาย ของลูกหลาน	ชาย	10 3.5%	189 66.5%	46 16.2%	31 10.9%	5 1.8%	3 1.1%	284 100.0%
	หญิง	22 5.3%	282 68.3%	68 16.5%	37 9.0%	2 0.5%	2 0.5%	413 100.0%
	รวม	32 4.6%	471 67.6%	114 16.4%	68 9.8%	7 1.0%	5 0.7%	697 100.0%
10. ทดลองทำงาน อติเรก เพื่อ พิจารณากิจกรรมที่ เหมาะสมกับ ตนเอง	ชาย	30 11.3%	110 41.4%	56 21.1%	60 22.6%	5 1.9%	5 1.9%	266 100.0%
	หญิง	42 11.6%	158 43.6%	71 19.6%	84 23.2%	3 0.8%	4 1.1%	362 100.0%
	รวม	72 11.5%	268 42.7%	127 20.2%	144 22.9%	8 1.3%	9 1.4%	628 100.0%



ตารางที่ 29 ผลการวิเคราะห์การเรียนรู้ด้านหลักประกันในชีวิตเพื่อส่งเสริมการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ

จำแนกตามเพศ

การเรียนรู้ด้านหลักประกันในชีวิต	เพศ	แหล่งเรียนรู้						รวม
		สื่อ	ครอบครัว	เพื่อนบ้าน	ภาครัฐ	เอกชน	ผู้เชี่ยวชาญ	
1. ศึกษาวิธีการจัดสรรเงินเพื่อให้สามารถดำรงชีวิตในวัยสูงอายุอย่างไม่เดือดร้อน	ชาย	38	138	20	50	20	7	273
		13.9%	50.5%	7.3%	18.3%	7.3%	2.6%	100.0%
	หญิง	59	191	20	72	32	14	388
		15.2%	49.2%	5.2%	18.6%	8.2%	3.6%	100.0%
	รวม	97	329	40	122	52	21	661
		14.7%	49.8%	6.1%	18.5%	7.9%	3.2%	100.0%
2. ศึกษากฎหมายเกี่ยวกับทรัพย์สินมรดก อสังหาริมทรัพย์	ชาย	25	95	24	79	26	14	263
		9.5%	36.1%	9.1%	30.0%	9.9%	5.3%	100.0%
	หญิง	38	125	34	80	42	23	342
		11.1%	36.5%	9.9%	23.4%	12.3%	6.7%	100.0%
	รวม	63	220	58	159	68	37	605
		10.4%	36.4%	9.6%	26.3%	11.2%	6.1%	100.0%
3. หาความรู้เรื่องการลงทุนในธุรกิจต่างๆ เพื่อเพิ่มรายได้	ชาย	33	99	35	59	22	10	258
		12.8%	38.4%	13.6%	22.9%	8.5%	3.9%	100.0%
	หญิง	40	137	44	69	37	20	347
		11.5%	39.5%	12.7%	19.9%	10.7%	5.8%	100.0%
	รวม	73	236	79	128	59	30	605
		12.1%	39.0%	13.1%	21.2%	9.8%	5.0%	100.0%
4. เตรียมสะสมทรัพย์สินในรูปแบบต่างๆ	ชาย	27	103	29	62	34	6	261
		10.3%	39.5%	11.1%	23.8%	13.0%	2.3%	100.0%
	หญิง	28	172	32	74	45	14	365
		7.7%	47.1%	8.8%	20.3%	12.3%	3.8%	100.0%
	รวม	55	275	61	136	79	20	626
		8.8%	43.9%	9.7%	21.7%	12.6%	3.2%	100.0%
5. เริ่มฝึกหัดทำบัญชีรายจ่ายในแต่ละเดือน	ชาย	19	126	46	42	12	5	250
		7.6%	50.4%	18.4%	16.8%	4.8%	2.0%	100.0%
	หญิง	23	150	54	98	18	7	350
		6.6%	42.9%	15.4%	28.0%	5.1%	2.0%	100.0%
	รวม	42	276	100	140	30	12	600
		7.0%	46.0%	16.7%	23.3%	5.0%	2.0%	100.0%
6. เรียนรู้การซ่อมแซมอุปกรณ์ต่างๆ ที่ชำรุดภายในบ้านด้วยตนเอง	ชาย	19	160	51	39	10	3	282
		6.7%	56.7%	18.1%	13.8%	3.5%	1.1%	100.0%
	หญิง	32	189	56	66	14	6	363
		8.8%	52.1%	15.4%	18.2%	3.9%	1.7%	100.0%
	รวม	51	349	107	105	24	9	645
		7.9%	54.1%	16.6%	16.3%	3.7%	1.4%	100.0%
7. ลดรายจ่ายฟุ่มเฟือย	ชาย	16	188	39	30	12	2	287
		5.6%	65.5%	13.6%	10.5%	4.2%	0.7%	100.0%
	หญิง	25	257	49	66	14	9	420
		6.0%	61.2%	11.7%	15.7%	3.3%	2.1%	100.0%
	รวม	41	445	88	96	26	11	707
		5.8%	62.9%	12.4%	13.6%	3.7%	1.6%	100.0%
	ชาย	16	166	36	37	16	1	272
		5.9%	61.0%	13.2%	13.6%	5.9%	0.4%	100.0%



การเรียนรู้ด้าน หลักประกันใน ชีวิต	เพศ	แหล่งเรียนรู้						รวม
		สื่อ		เพื่อน		ผู้เชี่ยวชาญ		
		ครอบครัว	บ้าน	ภาครัฐ	เอกชน	ผู้เชี่ยวชาญ		
8. เตรียม/ วางแผนมีบ้าน เป็นของตนเอง เพื่อพักอาศัย	หญิง	30	224	45	60	16	9	384
		7.8%	58.3%	11.7%	15.6%	4.2%	2.3%	100.0%
	รวม	46	390	81	97	32	10	656
9. หาความรู้ เกี่ยวกับ สภาพแวดล้อม ของชุมชนที่จะ พักอาศัย	ชาย	19	150	43	34	10	4	260
		7.3%	57.7%	16.5%	13.1%	3.8%	1.5%	100.0%
	หญิง	35	190	59	64	17	4	369
10. เตรียม/ วางแผนจัด สภาพภายใน บ้านให้ เหมาะสมกับวัย สูงอายุ	รวม	54	340	102	98	27	8	629
		8.6%	54.1%	16.2%	15.6%	4.3%	1.3%	100.0%
	ชาย	26	153	28	38	16	12	273
รวม		9.5%	56.0%	10.3%	13.9%	5.9%	4.4%	100.0%
	หญิง	38	224	38	68	16	9	393
		9.7%	57.0%	9.7%	17.3%	4.1%	2.3%	100.0%
รวม	64	377	66	106	32	21	666	
		9.6%	56.6%	9.9%	15.9%	4.8%	3.2%	100.0%

ตารางที่ 30 ผลการวิเคราะห์การเรียนรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพตามหลักสุขภาพพอเพียง

มิติผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ	ยึดหลักทางสายกลาง	ยึดหลักความสมดุล	ยึดหลักความพอประมาณ	สร้างระบบภูมิคุ้มกัน	สร้างระบบการเรียนรู้ให้รู้เท่าทัน
สุขภาพ	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การฝึกจิตใจเพื่อให้มีจิตที่สงบ</li> <li>- การมองโลกในแง่ดีอยู่เสมอ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- เมื่อมีปัญหาสุขภาพจะรีบจัดการแก้ไขทันที</li> <li>- ศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจและสังคมของผู้สูงอายุ</li> <li>- ศึกษาหาวิธีการจัดการกับความเครียดทางอารมณ์</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ถูกหลักโภชนาการ และเหมาะสมกับวัย</li> <li>- การนอนหลับเพียงพอ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การออกกำลังกายสม่ำเสมอ</li> <li>- ศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับการรักษาสุขภาพจิตวัยสูงอายุ</li> <li>- การศึกษาหาความรู้เพื่อให้ทราบถึงการเปลี่ยนแปลงของร่างกายในวัยสูงอายุ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การเข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปี</li> </ul>
การมีส่วนร่วมทางสังคม	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับงานอดิเรกที่ตรงกับความสนใจ และเหมาะสมกับวัยสูงอายุ</li> <li>- การเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การติดต่อหรือไปมาหาสู่ลูกหลานหรือญาติพี่น้อง</li> <li>- การปรับบทบาทมาเป็นปู่ย่า ตายาย ของลูกหลาน</li> <li>- เข้าไปมีส่วนร่วมในการรวมตัวกันของคนในชุมชนที่พบปะกับคนหลายรุ่น</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การเข้าร่วมงานประเพณีต่างๆ ในชุมชน</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ปรับบทบาทมาเป็นผู้ให้คำปรึกษาของครอบครัว</li> <li>- การทำกิจกรรมในการพบปะสังสรรค์พูดคุย</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การทดลองทำงานอดิเรกเพื่อพิจารณาว่ากิจกรรมที่เหมาะสมกับตนเอง</li> <li>- การวางแผนที่จะเข้าร่วมกิจกรรมที่เป็นประโยชน์แก่สังคมเมื่อสูงอายุ</li> </ul>
หลักประกันในชีวิต	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การเตรียม/วางแผนมีบ้านเป็นของตนเองเพื่อพักอาศัย</li> <li>- การเตรียม/วางแผนจัดสภาพภายในบ้านให้เหมาะสมกับวัยสูงอายุ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การเตรียมสะสมทรัพย์สินในรูปแบบต่างๆ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การลดรายจ่ายฟุ่มเฟือย</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ศึกษาวิธีการจัดสรรเงินเพื่อให้สามารถดำรงชีวิตในวัยสูงอายุอย่างไม่เดือดร้อน</li> <li>- การหาความรู้เรื่องการลงทุนในธุรกิจต่างๆ เพื่อเพิ่มรายได้</li> <li>- การเริ่มฝึกหัดทำบัญชีรายจ่ายในแต่ละเดือน</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ศึกษากฎหมายเกี่ยวกับทรัพย์สินมรดก อสังหาริมทรัพย์</li> <li>- การเรียนรู้การซ่อมแซมอุปกรณ์ต่างๆ ที่ชำรุดภายในบ้านด้วยตนเอง</li> <li>- การหาความรู้เกี่ยวกับสภาพแวดล้อมของชุมชนที่จะพักอาศัย</li> </ul>

ตารางที่ 31 ผลการวิเคราะห์การดำเนินงานส่งเสริมผู้สูงอายุที่มีศักยภาพตามหลักสุขภาพพอเพียง

ระดับการดำเนินงาน	ยึดหลักทางสายกลาง	ยึดหลักความสมดุล	ยึดหลักความพอประมาณ	สร้างระบบภูมิคุ้มกัน	สร้างระบบการเรียนรู้ให้รู้เท่าทัน
ผู้บริหาร	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ระบบบริการที่เอื้อต่อความสะดวกแก่ผู้สูงอายุ</li> <li>- การปฏิบัติงานที่มุ่งใส่ใจคุณลักษณะเด่นของชุมชน และทรัพยากรในชุมชนเป็นเครื่องมือ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มุ่งเน้นให้ภาคประชาชนชุมชนองค์กรภาครัฐและเอกชนมีส่วนร่วม</li> <li>- การส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการจัดสวัสดิการให้กับผู้สูงอายุ</li> <li>- การถ่ายโอนสถานสงเคราะห์คนชราให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น</li> <li>- การจัดสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุแบบพหุลักษณะ (Welfare Pluralism)</li> <li>- เพิ่มบทบาทอาสาสมัครในชุมชนในการช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การทำงานหารายได้</li> <li>- การมีองค์กรที่รับผิดชอบด้านผู้สูงอายุ</li> <li>- กิจกรรมที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเป็นผู้ให้</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การปฏิบัติงานได้อย่างประสานสอดคล้องกัน</li> <li>- พึ่งได้รับทหลักประกันด้านรายได้</li> <li>- การส่งเสริมด้านสุขภาพ</li> <li>- การมีระบบคุ้มครองทางสังคมให้กับผู้สูงอายุ</li> <li>- สร้างจิตสำนึกร่วมของประชาชน</li> <li>- การดำเนินงานเตรียมความพร้อมเริ่มต้นตั้งแต่ก่อนเข้าสู่ผู้สูงอายุ</li> <li>- ให้ความสำคัญกับครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ</li> <li>- สร้างการสื่อสารสาธารณะแบบมีส่วนร่วม</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุในฐานะที่เป็นหลักชัยของสังคม</li> <li>- การให้การศึกษาตลอดชีวิต</li> <li>- การปรับเปลี่ยนรูปแบบการให้บริการจากสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุ มาเป็นศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ</li> <li>- การพัฒนารูปแบบวิธีการให้บริการงานวิชาการและงานวิจัย</li> <li>- พัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุที่มีความพร้อมและถอดบทเรียนจากความรู้ความสามารถของผู้สูงอายุ</li> </ul>
ผู้ปฏิบัติ	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การกำหนดนโยบายจากแผนผู้สูงอายุแห่งชาตินำมาปฏิบัติ</li> <li>- สามารถดำเนินชีวิตได้โดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่นสามารถพึ่งพาตนเองได้</li> <li>- เน้นเรื่องการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี</li> <li>- การมีสภาพจิตใจที่ดี การนำหลักธรรมทางศาสนามาปรับใช้ในชีวิตประจำวัน</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การประสานงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง</li> <li>- การบูรณาการแผนระดับนโยบายที่เกี่ยวข้องกับบริบทงานสวัสดิการผู้สูงอายุ</li> <li>- ประสานความร่วมมือกับองค์กรที่มีบริการที่หน่วยงานขาดแคลน เพิ่มทักษะบุคลากร</li> <li>- ให้ชุมชนและผู้สูงอายุเป็นผู้นำในการขับเคลื่อนกิจกรรม</li> <li>- สร้างความสัมพันธ์ระหว่างช่วงวัยระหว่างเด็กผู้สูงอายุและบุคคลในครอบครัว</li> <li>- สมดุลทั้งด้านสุขภาพ การมีส่วนร่วมทางสังคม และหลักประกันในชีวิต</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- จัดทำแผนงบประมาณเกี่ยวกับความต้องการในการดูแลผู้สูงอายุ และควรแบ่งตามสภาพปัญหาของผู้สูงอายุ</li> <li>- ความเข้าใจเกี่ยวกับสังคมสูงวัย เพื่อให้การบูรณาการการทำงานของแต่ละหน่วยงานเกื้อต่อประโยชน์ต่อผู้สูงอายุในภาพรวม</li> <li>- การน้อมนำหลักเศรษฐกิจ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ใช้กลไกของชมรมผู้สูงอายุที่มีศักยภาพเพื่อให้เกิดการเข้าถึงทรัพยากร</li> <li>- การทำ CSR ในระดับกระทรวงกับหน่วยงานภาครัฐกิจขนาดใหญ่ เพื่อลดภาระงบประมาณภาครัฐ</li> <li>- ใช้กลไกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)</li> <li>- การส่งเสริมด้านการออม</li> <li>- การสร้างอาชีพทางวัฒนธรรม ใช้ภูมิปัญญาชาวบ้านที่มีความรู้ดั้งเดิมมาต่อยอด</li> <li>- การเข้าถึงสื่อ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- กำหนดนโยบายหรือแผนเพื่อให้มีรูปแบบการจัดสวัสดิการที่สอดคล้องตรงตามความต้องการของผู้สูงอายุและครอบครัว</li> <li>- การแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ในการปฏิบัติงาน</li> <li>- การเรียนรู้ด้านเตรียมความพร้อมในการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพของผู้เข้าสู่ผู้สูงอายุ</li> <li>- โรงเรียน สถานสงเคราะห์หรือศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ เป็นแหล่งเรียนรู้ในการศึกษาด้านจิตวิทยาพัฒนาการ</li> <li>- การเรียนรู้ด้านการส่งเสริมการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ</li> </ul>

ระดับการดำเนินงาน	ยึดหลักทางสายกลาง	ยึดหลักความสมดุล	ยึดหลักความพอประมาณ	สร้างระบบภูมิคุ้มกัน	สร้างระบบการเรียนรู้ให้รู้เท่าทัน
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- การใช้หลักธรรมชาติในการสร้างความสมดุล การใช้สมุนไพรในการรักษาโรค</li> <li>- การสร้างความสมดุลด้านร่างกายและจิตใจ</li> </ul>	พอเพียงมาปรับใช้	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การถ่ายทอดประสบการณ์ ภูมิปัญญาให้คนรุ่นหลัง</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- คำนึงถึงช่วงอายุระดับการศึกษา ในการรู้เท่าทันสื่อในยุคดิจิทัล</li> <li>- การให้คำแนะนำปรึกษา ดำเนินการช่วยเหลือทางคดี</li> </ul>



ตารางที่ 32 ผลการวิเคราะห์การดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุตามหลักสุขภาพพอเพียง

มิติผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ	ยึดหลักทางสายกลาง	ยึดหลักความสมดุล	ยึดหลักความพอประมาณ	สร้างระบบภูมิคุ้มกัน	สร้างระบบการเรียนรู้ให้รู้เท่าทัน
สุขภาพ	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การดำเนินชีวิตตามธรรมชาติ</li> <li>- พoczyพอกิน</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การแบ่งเวลาในการดำเนินชีวิตประจำวัน</li> <li>- ผู้สูงอายุต้องดูแลรักษาสุขภาพตนเอง</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- บริการสุขภาพโดยมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เป็นกลไกหลักในชุมชน</li> <li>- การรับประทานอาหารที่ปลูกเอง</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การส่งเสริมและดูแลสุขภาพ</li> <li>- พักผ่อนให้เพียงพอ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การเรียนรู้ตามอัธยาศัย</li> <li>- ข้อมูลข่าวสารจากโทรทัศน์</li> </ul>
การมีส่วนร่วมทางสังคม	<ul style="list-style-type: none"> <li>- สร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้นำในชุมชน</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ไม่เบียดเบียนผู้อื่น</li> <li>- คำนึงถึงประโยชน์ส่วนรวมก่อนประโยชน์ส่วนตน</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- เป็นผู้ให้มากกว่าผู้รับ</li> <li>- กิจกรรมมีความยืดหยุ่น</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีสถานที่สำหรับเป็นศูนย์รวมให้กับคนในชุมชนและผู้สูงอายุ มีกิจกรรมร่วมกัน</li> <li>- การรวมกลุ่มให้ผู้สูงอายุมีโอกาสได้พบปะกัน ทำกิจกรรมร่วมกัน</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของศูนย์เรียนรู้เศรษฐกิจพอเพียงโดยการเป็นวิทยากรแลกเปลี่ยนประสบการณ์ความรู้</li> </ul>
หลักประกันในชีวิต	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ไม่ประมาท</li> <li>- ประหยัดอดออม</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- เปลี่ยนจากความร่ำรวยมาเป็นความสุข</li> <li>- ทำการเกษตรแบบผสมผสาน</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การใช้จ่ายอย่างเหมาะสม</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การส่งเสริมการทำบัญชีครัวเรือน</li> <li>- ลดรายจ่ายเพิ่มรายได้</li> <li>- กองทุนจัดตั้งกองทุนสวัสดิการผู้สูงอายุ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การติดตามประเมินผล</li> </ul>
มิตรร่วม	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การเตรียมตัวที่สำคัญคือ “ด้านจิตใจ”</li> <li>- ยึดผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลาง</li> <li>- ร่วมกันคิดและปฏิบัติตามระเบียบ “กฎธรรมชาติ”</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- เน้นให้สอดคล้องกับวิถีชีวิต</li> <li>- ลดการพึ่งพิงจากภายนอกชุมชน</li> <li>- ลดภาระของสังคม</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ความขยันอดทนไม่คดโกงเป็นคนดี</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- สร้างแรงจูงใจให้คนในชุมชนร่วมกันทำงาน</li> <li>- เน้นให้มีทรัพยากรที่มีอยู่ในพื้นที่เพื่อความยั่งยืน</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การใช้ปัญญาในการดำรงชีวิต</li> <li>- เรียนรู้จากการกระทำ การลองผิดลองถูก</li> <li>- การถอดบทเรียนการดำเนินงาน</li> <li>- ทำตัวเป็น “น้ำไม่เต็มแก้ว”</li> <li>- พูดบ่อยๆ ทำบ่อยๆ “สัมผัสได้ จับต้องได้”</li> <li>- เป็นแบบอย่างที่ดีให้กับครอบครัว และชุมชน</li> </ul>

### ข้อมูลทั่วไปกรณีศึกษาผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ

กรณีศึกษาที่ 1 : ผู้สูงอายุ หมู่ที่ 9 ตำบลน้ำทรัพย์ อำเภอแก่งกระจาน จังหวัดเพชรบุรี

ศูนย์เรียนรู้เศรษฐกิจพอเพียงบ้านน้ำทรัพย์ เป็นศูนย์เรียนรู้เศรษฐกิจพอเพียง ซึ่งเป็นรูปแบบหนึ่งของการศึกษานอกโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัย เน้นการสอนจากการกระทำ (Doing) บูรณาการได้ตามภารกิจของทุกส่วนราชการ “ไม่เน้นวิธีการสอนแบบวิชาการแต่เน้นให้สอดคล้องกับวิถีชีวิต” เช่น กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ สนับสนุนให้ทำบัญชีครัวเรือน การสอนบัญชีครัวเรือนไม่ยาก สิ่งที่ยากคือยากตรงจุดเริ่มต้น “ทำอย่างไรให้ชาวบ้านทำบัญชี” ใช้หลักการทรงงานของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวว่า “จากต่างคนต่างทำ รวมเป็นจุดเดียว” ซึ่งเป็นเครื่องมือสร้างแรงจูงใจให้คนในชุมชนมาร่วมกันทำงานครอบคลุมทุกหลักสูตรในเรื่อง พอประมาณ มีเหตุผล มีภูมิคุ้มกัน เพื่อ “ลดรายจ่ายเพิ่มรายได้” มีการถอดบทเรียนเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงร่วมกับศูนย์การศึกษานอกโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัยอำเภอแก่งกระจาน

การส่งเสริมการฝึกอาชีพสอนอาชีพให้เป็นอย่างดีให้เหมาะสมกับคนในพื้นที่ เน้นให้มีทรัพยากรที่มีอยู่ในพื้นที่เพื่อความยั่งยืน “ลดการพึ่งพิงจากภายนอกชุมชน” สอนเรื่องการบริหารจัดการ ซึ่งเดิมเกิดจากความล้มเหลวของหน่วยงานภาครัฐ เช่น กศน. กระทรวงเกษตรฯ ที่มาส่งเสริมอาชีพ “ต่างคนต่างเป็น ความสามัคคีแตก” ฉะนั้นทุกคนต้องทำตัวเป็น “น้ำไม่เต็มแก้ว” แยกสอนตามความถนัด ไม่ทำเหมือนกันทุกคน แต่มีส่วนได้ส่วนเสียทุกคนเลือกคนให้เหมาะสมกับทรัพยากร เช่น ความถนัด ความรับผิดชอบ “เก็บสมองไว้ทีหลัง” ต้องไม่ทำตัวเป็น “น้ำเต็มแก้ว” ความรับผิดชอบ ความละเอียดของแต่ละคนมีผลต่อความสำเร็จของการฝึกอาชีพ เช่น ทองม้วน ปลาต้ม น้ำสมุนไพร ดังนั้นต้องหาคนรับผิดชอบในแต่ละเรื่องให้ได้ โดยเริ่มจากคนในชุมชนก่อน และต้องหาคนควบคุมที่มีใจ สัมผัสใจใช้ระบบการจ้างแรงงาน ทุกคนได้เงินจากแรงงาน

ที่มาศูนย์เรียนรู้ความคิดที่ได้เกิดจาก “ปัญหา” ต้องการการแก้ไขปัญหาเศรษฐกิจพอเพียง (ปี 2540) เริ่มจากคนในชุมชน 30 คน จากการทำในบ้านตัวเอง (ปี 2541 - 2542) เริ่มจากมีปัญหาย่อย ทำตามนโยบายให้มันจบบๆ “เผาไม่ถูกที่คั้น” มีการศึกษาหลักเศรษฐกิจพอเพียงจากหนังสือ โดยศึกษาจากโครงการพระราชดำริ ที่ในหลวงคิดมาตั้งแต่ปี 2516-2517 แต่ยังไม่มีคนนำมาทำให้เห็นเป็นรูปธรรม “อย่าเชื่อในตัวผู้ใหญ่ แต่ให้เชื่อในพระเจ้าอยู่หัวฯ” ต้องมีความศรัทธาและความเชื่อในพระเจ้าอยู่หัวฯ นำมาใช้ในการแก้ไขปัญหาและพัฒนา โดยการลงมือทำ โดยต้องขยายแก้ไขปัญหาภาพรวมทั้งหมดในชุมชน เริ่มจากวิสัยทัศน์เนื่องจากคนเราต้องมีเป้าหมายเพื่อให้เดินทางให้ถูก จากการลองผิดลองถูก มาเป็นใช้หลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงบริบทชุมชน ที่มีความรักใคร่กลมเกลียวกัน มีภูมิปัญญาท้องถิ่น และทรัพยากรธรรมชาติ โดยนำปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงมาปรับใช้ในชีวิตประจำวัน พ.ศ. 2549 เริ่มมีหน่วยงานภาครัฐเองประมาณเข้ามาในชุมชน เช่น หน่วยบัญชาการทหารพัฒนา ศูนย์การศึกษานอกโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัย กรมการพัฒนาชุมชน

ซึ่งเน้นเรื่องโครงสร้างพื้นฐาน ถนน ประปาเป็นตัวแทนจังหวัดเพชรบุรีเข้าร่วมประกวดหมู่บ้านอาสาและพัฒนาป้องกันตนเอง พ.ศ. 2550 ได้รับรางวัลจากกองทัพบกโครงการประมงต้นแบบ (พื้นฟูสะพาน้ำหน้าบ้าน) จากกรมประมง มีนโยบายจากกรมการพัฒนาชุมชน ให้จัดตั้งศูนย์เรียนรู้เศรษฐกิจพอเพียง 1 แห่ง/อำเภอ (แต่บ้านน้ำทรัพย์ไม่ได้ทำตามกรอบและเกณฑ์ที่กำหนด) เนื่องจากบ้านน้ำทรัพย์เป็นหมู่บ้านเศรษฐกิจพอเพียงตั้งแต่แรก ค้นพบจากการหาอัตลักษณ์ชุมชน ได้รับงบประมาณ 1,000,000 บาท เพื่อทำเอกสารเผยแพร่ (300,000-400,000 บาท) เหลืออยู่ที่ศูนย์ฯ 600,000 บาท จึงนำมาสร้างระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ เครื่องเสียง ปรับภูมิทัศน์ ปัจจัยการผลิต ส่งเสริมครัวเรือนต้นแบบ มีการจัดตั้งคณะกรรมการ โดยกรมการพัฒนาชุมชน (มีการปรับเปลี่ยนคณะกรรมการให้เป็นปัจจุบัน) พ.ศ. 2552 กรมการปกครอง มีหนังสือสั่งการมาด่วน ให้ตั้งศูนย์การเรียนรู้ของกรมการปกครอง (โครงการอันเนื่องมาจากพระราชดำริอำเภอแก่งกระจาน) ทำให้เปลี่ยนเฉพาะป้ายชื่อของศูนย์ฯ เนื่องจากไม่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณ พ.ศ. 2554 หน่วยบัญชาการทหารพัฒนาได้ตั้งศูนย์การเรียนรู้ และธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์ (ธกส.) จัดตั้งศูนย์เรียนรู้เศรษฐกิจพอเพียง โดยสนับสนุนให้ชาวบ้านไปอบรม ต่อยอดความรู้ โดยมีวิสัยทัศน์คือ ใช้วิถีชีวิตตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง เกิดจากไม่มีเงินทุนในการประกอบอาชีพ “ตกเขียว” ก่อให้เกิดหนี้สิน ชายที่ดิน เงินหมด

แนวคิดหลักการ “อยู่รอด พึ่งพาตนเอง มีความสุข (เปลี่ยนจากความร่ำรวยเป็นความสุข)” หลักพอประมาณแบบธรรมชาติ ใช้วิถีธรรมชาติซึ่งเป็นวิถีดั้งเดิมจากชุมชน เช่น การรับประทาน อาหาร พืช ผัก ปลา อาบน้ำลดต้นทุนภาคเกษตรโดยลดการใช้สารเคมี มีกลุ่มเกษตรผสมผสาน จาก การปลูกพืชเชิงเดี่ยวเป็นปลูกหลายอย่าง ซึ่งเป็นการลดพื้นที่ลงแต่ปลูกพืชได้หลายอย่างฐานการเรียนรู้จะต้องมีชีวิตชีวา “ลดต้นทุนในภาคเกษตร”ใครทำได้ก่อนจะเรียกว่า “ครัวเรือนต้นแบบ” ใช้สื่อบุคคล โดยมีหน่วยงานภาครัฐสนับสนุนปัจจัยการผลิตให้เฉพาะคนที่ตั้งใจ “เอาชาวบ้านเป็นตัวตั้ง” หน่วยงานภาครัฐส่วนใหญ่เน้นหลักสูตรมากกว่าวิถีชีวิต

หลักสูตร/กิจกรรมในศูนย์การเรียนรู้หลักสูตรเน้นการทำแล้วใช้ได้จริง ประกอบด้วย การลดต้นทุนในภาคเกษตร มีปุ๋ยสูตรใหม่ๆ สมุนไพรฆ่าแมลงสูตรใหม่การลดรายจ่ายสร้างรายได้ อาชีพเสริม เช่น ปลูกส้ม ปลูกส้มควักลิ้ง ทองม้วน (เปลี่ยนบรรจุภัณฑ์ใหม่ส่งออกไปประเทศเมียนมา) สัตว์เศรษฐกิจ ได้แก่แพะ ไก่ประดู่หางดำ (ไก่ชนที่สามารถเป็นไก่เนื้อได้ด้วย) ม้า (เลี้ยงแบบอินทรีย์) วัว (วิทยาลัยการอาชีพเพชรบุรี) กิจกรรมในศูนย์การเรียนรู้ ประกอบด้วยเกษตรผสมผสานการทำปุ๋ย ทำยาจากพืชสมุนไพรฝักอบรมอาชีพโดยยกคน. เพื่อลดรายจ่ายในครัวเรือน เช่น น้ายาล้างจาน สบู่ ยาสระผม การท่องเที่ยวเชิงอนุรักษ์ ซึ่งใช้ม้าเป็นพาหนะในการเดินทางเป็นแหล่งเรียนรู้เพื่อให้บุคคลภายนอกเข้ามาศึกษาดูงานซึ่งในระยะแรกเป็นระดับผู้ปฏิบัติการ จนถึงระดับผู้บริหาร (คำถามจากการดูงานจะเปลี่ยนไปจากการทำอาชีพมาเป็นการบริหารจัดการ)คลินิกตรวจสุขภาพครัวเรือน เป็นการตรวจบัญชีครัวเรือนของคนในชุมชน

กลุ่มออมทรัพย์มีเป้าหมายเพื่อเป็นสหกรณ์ เพราะเป็นกระบวนการช่วยเหลือ เพื่อแผ้วถางกัน และกัน ระยะเริ่มแรกมีสมาชิก 42 คน จำนวนเงิน 6,120 บาท พอ 10 ปีผ่านไป จดทะเบียนเป็น สหกรณ์น้ำทรัพย์ ประเภทเครดิตยูเนียน มีที่ทำการอยู่ใกล้บ้านผู้ใหญ่บ้าน เนื่องจากต้องการส่งเสริม ให้ชาวบ้านเกิดการบริหารจัดการปัจจุบันมีสมาชิก 1,300 คน สมาชิกเป็นทุกคนในหมู่บ้านน้ำทรัพย์ และหมู่บ้านอื่นๆ จำนวนเงิน 60 ล้านบาทเศษผลลัพธ์คือ ชาวบ้านขายที่น้อยลง

ปัจจัยที่ทำให้ประสบความสำเร็จได้แก่ ความตั้งใจที่จะทำมีทีมงานร่วมกันแก้ไขปัญหาและพัฒนา ใช้วิธีการสร้างแรงจูงใจ เช่น ให้เชื่อในพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวฯ ต้องมีการกระตุ้นอย่าง ต่อเนื่อง โดยให้หีบมาพูดบ่อยๆ ทำบ่อยๆ “สัมผัสได้ จับต้องได้” สิ่งที่จะได้คือ “ต้องได้ใจก่อน” ความน่าเชื่อถือของคนงบประมาณ หน่วยงานสนับสนุน และองค์ความรู้ การวางแผนในอนาคต ประกอบด้วย ขับเคลื่อนไปปลูกฝังในโรงเรียนตั้งแต่เริ่มต้นในวัยเด็กหาคนสืบทอดแทนผู้นำยุคปัจจุบัน ในแต่ละเรื่อง และรักษามาตรฐาน SMART FARMER โดยมีคู่เทียบ (Benchmark)

กรณีตัวอย่างผู้สูงอายุ เพศชาย เกิด พ.ศ. 2493 (ปัจจุบันอายุ 66 ปี) อาศัยอยู่ในที่ดินที่เป็น ของตนเอง มีเนื้อที่ประมาณ 20 ไร่ สมรส มีบุตร 2 คน (เสียชีวิตเป็นมะเร็งในเม็ดเลือดตั้งแต่วัยเด็ก 1) บุตรชายคนโตทำงานส่งผลิตผลการเกษตรในกรุงเทพฯ ประวัติการศึกษา จบชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 จากโรงเรียนในอำเภอบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรีนับถือศาสนาพุทธอาศัยอยู่ในชุมชนเป็นชุมชนชนบทที่ มีความสงบสุข มีเวรยาม ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน รักษาความปลอดภัย

กิจวัตรประจำวันคือ ตื่นนอน ช่วงเวลา 03.30 - 05.00 น. ต้มกาแฟ 1 แก้วลงพื้นที่สวน ตัดใบ มะกรูด เก็บผลมะละกอ ส่งขาย หาหญ้ามาให้วัวกิน รับประทานอาหารเช้า โดยเน้นผักที่ปลูกเอง และ ปลา เวลา 08.00 น. รดน้ำต้นไม้ โดยใช้ท่อสูบน้ำมาจากเขื่อนทำการเกษตรรับประทานอาหารกลางวัน เวลา 13.00 - 14.00 น. ทำการเกษตรเกี่ยวหญ้าให้วัวกินรับประทานอาหารเช้า เวลา 19.00- 21.00 น. ดูโทรทัศน์ (ข่าวสารบ้านเมือง ข่าวในพระราชสำนัก)นอนหลับ เวลา 20.00 น. (โดยที่ก่อนนอนจะมีการวางแผนไว้ก่อนว่าวันรุ่งขึ้นจะทำอะไร)

ชีวิตในวัยทำงานในอดีตประกอบอาชีพทำนา ปั่นต้นตาล ก่อสร้าง เคยสูบบุหรี่ ดื่มสุรา (เลิก ตอนอายุ 50 ปี) สิ่งที่ทำให้รู้สึกภูมิใจคือ การเป็นวิทยากรของศูนย์การเรียนรู้เศรษฐกิจพอเพียงบ้านน้ำ ทรัพย์ เรื่องเกษตรผสมผสานก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุเน้นการเตรียมตัว 2 ด้าน คือด้านสุขภาพ โดยปลูก พืชผักรับประทานในครัวเรือน อด ละ เลิกบุหรี่ สุรา ด้านสังคม โดยการเข้าร่วมกิจกรรมของหมู่บ้าน ประชุมประจำเดือนกรรมการหมู่บ้าน เข้าวัดทำบุญ

ชีวิตในวัยสูงอายุมีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง ไม่มีโรคประจำตัว ทำงานเพื่อประโยชน์ส่วนรวม สังคม โดยการเป็นวิทยากรศูนย์การเรียนรู้เศรษฐกิจพอเพียง เป็นกรรมการหมู่บ้าน มีการเรียนรู้ตลอด ชีวิตลองผิดลองถูกความรู้สึกต่อชีวิตที่ผ่านมา รู้สึกว่าในช่วงต้นของชีวิต ตนเองล้มลุกคลุกคลาน มีเงิน ไม่พอใช้จ่าย จนกระทั่งได้ใช้หลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงในการดำเนินชีวิตประจำวัน เริ่มจากการ



ทำเกษตรผสมผสาน ทำปุ๋ยหมัก ปุ๋ยชีวภาพ ทำให้ดินดีรายได้จากการขายผลผลิตทางการเกษตรและ  
บุตรส่งให้ ประมาณ 10,000 บาท/เดือน และเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ 600 บาท รวม 10,600 บาท

มุมมองเกี่ยวกับการดำรงชีวิตในภาวะผู้สูงอายุที่มีศักยภาพบนฐานระบบสุขภาพพอเพียงคือ  
ผู้สูงอายุที่มีศักยภาพที่ดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพในสังคมไทยควรเป็นแบบอย่างที่ดี ให้กับครอบครัว  
และชุมชน โดยมีความขยัน อดทนไม่คดโกง เป็นคนดีระบบสุขภาพพอเพียงที่จะส่งเสริมการเป็น  
ผู้สูงอายุที่มีศักยภาพควรประกอบด้วยผู้สูงอายุต้องดูแลรักษาสุขภาพตนเอง มีบริการสุขภาพ โดยมี  
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เป็นกลไกหลักในชุมชน และสภาพแวดล้อมที่เป็นชุมชน  
เศรษฐกิจพอเพียง พึ่งพาตนเอง ลดการพึ่งพิงจากภายนอกชุมชน ทำการเกษตรแบบผสมผสาน

การเตรียมความพร้อมเพื่อการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพควรจะมีการเตรียมตัวด้านสุขภาพ  
โดยการปลูกผักกินเอง ออกกำลังกาย พักผ่อนให้เพียงพอ ด้านสังคม โดยการเลี้ยงดูบุตรหลาน การ  
เป็นวิทยากรในชุมชนเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา และด้านเศรษฐกิจ โดยการเก็บออม ประหยัด ลด  
รายจ่ายเพิ่มรายได้การเตรียมตัวที่สำคัญคือ “ด้านจิตใจ” ทำให้มีความสุขการได้รับการสนับสนุน  
จากหน่วยงานภาครัฐ ได้แก่ หน่วยทหารพัฒนา (นพค. 13) และศูนย์การศึกษาออกโรงเรียนและ  
การศึกษาตามอัธยาศัย (กศน.) ในการพาไปศึกษาดูงาน การส่งเสริมอาชีพ เลี้ยงวัว เลี้ยงแพะ เลี้ยงไก่

## กรณีศึกษาที่ 2: ผู้สูงอายุชมรมไท่เก๊กดินแดง กรุงเทพมหานคร

เพศหญิง เกิดเมื่อ พ.ศ. 2495 (ปัจจุบัน อายุ 64 ปี) สถานภาพสมรส (เมื่ออายุ 18 ปี) มี  
บุตรสาว 1 คน (อายุ 44 ปี) มีพี่น้อง 9 คน เป็นคนที่ 3 การศึกษาจบระดับ มศ.3 ภูมิลำเนา จังหวัด  
สกลนคร ย้ายมาอาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร เมื่อ พ.ศ. 2534 เพื่อค้าขายอาหารมังสวิรัต ก๋วยเตี๋ยว  
และอาหารตามสั่ง เนื่องจากบุตรเข้ามาศึกษาต่อในระดับอุดมศึกษา เดิมประกอบอาชีพเลี้ยงเป็ด เลี้ยง  
หมู มั่นสำปะหลัง ทำสวนอ้อย (เกษตรกรรม ทำไร่ ทำนา) ในส่วนของประวัติสุขภาพ มีสุขภาพไม่ดี  
ตั้งแต่วัยเด็กเป็นโรคธาลัสซีเมีย เมื่อพ.ศ. 2525 เป็นเนื้องอกในเต้านม ปัจจุบันอาศัยอยู่ในชุมชนแฟลต  
ดินแดง ซึ่งสามีเป็นประธาน และเป็นกรรมการแฟลตดินแดง

การเตรียมความพร้อมเพื่อการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ โดยรับประทานอาหารมังสวิรัต  
ตั้งแต่ พ.ศ. 2525 เนื่องจากมีปัญหาสุขภาพเป็น เนื้องอกในเต้านม เริ่มออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง  
เมื่ออายุ 55 ปี จากการเล่นโยคะที่สนามกีฬาไทย-ญี่ปุ่น ดินแดง (เสียค่าสมาชิก 40 บาท/ปี) ซึ่งมี  
แรงบันดาลใจมาจากลูกค้ำที่มีอายุมากยังสามารถเล่นโยคะได้ ไร่ไท่เก๊กที่ศูนย์ฯ ดินแดง ไร่กะ  
บอง (เวลา 9-10 โมงเช้า) แล้วเล่นโยคะต่อ (ทุกวันพุธ) ไร่ไท่เก๊ก (จันทร์ อังคาร พุธ ศุกร์) และเล่น  
โยคะ (อังคาร พุธ สบตี) รวมทั้งด้านสุขภาพจิต มีการจัดการความเครียดโดยการไม่คิดมาก ปฏิบัติ  
ธรรมะ ไม่ยึดติด “คนเราเกิดขึ้น ตั้งอยู่ แล้วก็ดับไป” อย่างไรก็ตามปัจจุบันยังไม่ได้รู้สึกว่าเป็น

ผู้สูงอายุ เพราะทำงานอย่างต่อเนื่อง ประเด็นความท้าทาย/ปัญหาอุปสรรคต่อการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ คือ การก้าวพ้นความขี้เกียจ และขจัดความเห็นแก่ตัวออกไป

ทั้งนี้มองว่าการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพต้องทำร่างกายให้แข็งแรงจะได้ไม่เป็นภาระกับลูกหลาน ต้องเริ่มจากตัวเราเองก่อน “เริ่มจากจิตใจเรา ให้จิตใจเราเข้มแข็ง” รู้จักปล่อยวาง ไม่ติดยึด ไม่ไปเปรียบเทียบกับคนอื่น มีอะไรก็จะช่วยเหลือผู้อื่น ผู้ที่ด้อยโอกาสกว่าเรา จะทำให้สังคมเราน่าอยู่ มีการพบปะคนในสังคม ในรูปแบบของศูนย์บริการในชุมชน มีเพื่อน มีสังคม ได้ช่วยเหลือกัน การดูแลเรื่องการเจ็บไข้ได้ป่วย ออกกำลังกาย ฝึกอาชีพ “ถ้าใครไม่ออกจากบ้าน จะไม่ได้สังคมและสุขภาพ”

การดำรงชีวิตที่ผ่านมา มีความรู้สึกภาคภูมิใจในเรื่องของการได้ทำอาหารมังสวิรัตืขาย ทำให้คนอื่นมีสุขภาพดี บุตรสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโท จากประเทศแคนาดา เป็นผู้จัดทำโรงบุญ 5 ธันวาคม ตั้งแต่ปี 2526 ที่จังหวัดสกลนคร ภูมิใจที่เป็น “ผู้ให้” ทำให้มีความสุขที่ได้ช่วยเหลือคน การดำรงชีวิตโดยให้ความสำคัญกับอาหารการกิน “มีกิน มีใช้” เน้นการป้องกันโรคมามากกว่าการรักษา เก็บออมเงินเพื่อดูแลตนเองยามเจ็บป่วย จะได้ไม่ต้องพึ่งพาอาศัยผู้อื่น “พยายามพึ่งตนเองให้ได้มากที่สุดก่อน” สภาพแวดล้อมที่เหมาะสมคือ การช่วยเหลือผู้อื่น “ไม่เห็นแก่ตัว” ทั้งนี้มีการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องจากสื่อมวลชน เช่น โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ อินเทอร์เน็ต เช่น ไลน์ เฟสบุ๊ก และจากสื่อบุคคล เช่น การแนะนำในเรื่องการปฏิบัติตนด้านสุขภาพจากเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล

ความต้องการในการได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องคือ หน่วยงานสาธารณสุขในชุมชน และหน่วยงานด้านสุขภาพจิต ควรช่วยให้คำแนะนำด้านการส่งเสริมสุขภาพ บริการตรวจสุขภาพ เน้นในเชิงป้องกันโรค นอกจากนี้ควรมีศูนย์บริการในชุมชน ซึ่งส่งเสริมการรวมกลุ่มทำกิจกรรมของผู้สูงอายุ

### กรณีศึกษาที่ 3: ผู้สูงอายุชมรมผู้สูงอายุดินแดง กรุงเทพมหานคร

เพศหญิง เกิด พ.ศ. 2492 (ปัจจุบันอายุ 67 ปี) ภูมิลำเนา จังหวัดยะลา มีเชื้อสายจีน มีพี่น้อง 7 คน เป็นคนที่ 5 ภูมิลำเนาจังหวัดยะลา ครอบครัวมีฐานะทางเศรษฐกิจดี เมื่ออายุ 13 ปี เข้ามาศึกษาต่อที่โรงเรียนสตรีวิทยา อาศัยอยู่กับญาติที่ราชวิถี และย้ายมาอยู่หอพักที่บางลำภู ใช้ชีวิตช่วยเหลือตนเอง ได้ทุนนักเรียนแลกเปลี่ยน AFS ณ ประเทศสหรัฐอเมริกา จบการศึกษาระดับปริญญาตรีจากประเทศสหรัฐอเมริกา สาขาคอมพิวเตอร์ เคยประกอบอาชีพเป็นเลขานุการแผนกต่างประเทศของบริษัทเอกชน และลาออกมาประกอบธุรกิจส่วนตัว สถานภาพสมรส (เมื่ออายุ 27 ปี) มีบุตร 2 คน บุตรสาวคนโต อายุ 37 ปี เป็นอาจารย์มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ บุตรสาวคนเล็ก อายุ 33 ปี จบปริญญาโท ด้านการตลาด ทำงานบริษัทเอกชน ปัจจุบันพักอาศัยอยู่กับคู่สมรส เขตห้วยขวาง

ชีวิตในวัยเด็ก ให้ความสำคัญกับเรื่องการศึกษา และไม่ต้องทำงานบ้านเพราะมีพี่น้องคอยช่วยเหลือ เป็นนักกีฬาประจำจังหวัด (กรีฑา วอลเลย์บอล) สุขภาพร่างกายแข็งแรง ไม่มีโรคประจำตัว

เป็นหัวหน้าชั้นเรียน และประธานนักเรียนของโรงเรียน มีลักษณะนิสัยเก็บออมตั้งแต่เด็ก ประหยัด อดออม และตั้งเป้าหมายในชีวิตว่าจะมีบ้านเป็นของตนเอง

การเตรียมความพร้อมเพื่อการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ ได้ดำเนินการตั้งแต่อายุ 40 ปี โดยแบ่งสัดส่วนของเงินที่ใช้ ประหยัด การทำบัญชีรายรับรายจ่าย วางแผนการใช้จ่าย การออกกำลังกาย ตอนเช้า ที่สนามกีฬาไทย-ญี่ปุ่น โดยการเดิน รำไทเก๊ก การกินอยู่แบบธรรมชาติ การรู้จักปล่อยวาง ดูแลเรื่องอาหาร ทำอาหารเองเป็นหลัก ทั้งนี้สิ่งที่ภูมิใจในชีวิตคือ การทำงานเพื่อสังคม การทดแทนคุณเพื่อแผ่นดิน “สิ่งที่มีอยู่ ถ้าเราไม่ถ่ายทอดให้กับคนรุ่นหลัง เราตายไปก็สูญเปล่า” การไม่ลืมบุญคุณคน เป็นจิตอาสา ทำด้วยใจ สิ่งที่ได้กลับคือ “ความรัก” “Enjoy กับงานที่ทำ Enjoy กับสิ่งที่มีอยู่” อย่างไรก็ตามประเด็นท้าทาย ปัญหา/อุปสรรค คือความอดทน ความเข้มแข็ง กำลังใจ การปล่อยวาง ไม่ยึดติด และต้องเข้าใจความแตกต่างระหว่างบุคคล

การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ มองว่าเป็นผู้สูงอายุที่จิตใจแจ่มใส ทำใจให้สบาย สวดมนต์ นั่งสมาธิดูแลสุขภาพตนเอง ออกกำลังกาย ฝึกฝนตนเองตลอดเวลา ออกสังคม ท่องเที่ยวเพื่อพักผ่อน เข้าชมรมผู้สูงอายุ เป็นจิตอาสา การเป็นวิทยากร ช่วยงานในชมรมผู้สูงอายุ ซึ่งภายหลังจากที่ไม่มีภาระทางครอบครัว (บุตรสำเร็จการศึกษา มีการประกอบอาชีพ มีรายได้แล้ว) มีแนวคิด “ส่วนหนึ่งของชีวิตต้องแบ่งให้สังคม” จึงอุทิศตนเพื่อช่วยเหลือสังคมส่วนรวม โดยเป็นจิตอาสาสอนออกกำลังกายไทเก๊ก สอนภาษาจีน นอกจากนี้ได้จัดตั้งธนาคารกายอุปกรณ์ร่วมกับนักสังคมสงเคราะห์ ศูนย์บริการสาธารณสุข 4 เป็นศูนย์รับบริจาค บริการยืมกายอุปกรณ์ เช่น ไม้เท้า รถเข็น สำหรับผู้ป่วยติดเตียง และเป็นผู้ริเริ่มจัดตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุเขตดินแดง

การดำรงชีวิตตามหลักสุขภาพพอเพียง ควรมีชมรมผู้สูงอายุ เพื่อให้มีเพื่อน ทำให้สุขภาพกายดี สุขภาพจิตดี ได้เห็นโลกกว้าง การมองโลกในแง่ดี การดูแลสุขภาพตัวเอง ออกกำลังกาย จิตแจ่มใส (อาหาร อารมณ์ อากาศ ออกกำลังกาย อุจจาระ: 5 อ.) ดูแลสุขภาพ สามารถดูแลตนเองได้ ออกมาร่วมกิจกรรมภายนอกบ้าน อยู่อย่างพอเพียง ใช้ชีวิตเรียบง่าย สมถะ ที่สำคัญคือต้องมีสุขภาพดี จิตอาสาการเป็นวิทยาทาน ทั้งนี้ผู้สูงอายุต้องมีการเรียนรู้ จากการอบรม อินเทอร์เน็ต โดยฝึกการดูแลสุขภาพตนเองให้แข็งแรง สามารถช่วยเหลือตนเองได้ “ก่อนช่วยเหลือผู้อื่น เราต้องช่วยเหลือตนเองให้ได้ก่อน”

ความต้องการในการได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องคือ รัฐบาลต้องมองผู้สูงอายุว่าเป็นผู้ที่มีศักยภาพ สนับสนุนสถานที่จัดกิจกรรม อุปกรณ์ เช่น เครื่องเสียง และส่งเสริมการใช้ประโยชน์จากคลังปัญญาผู้สูงอายุ สำหรับหน่วยงานภาคเอกชนที่ควรมีบทบาทคือ โรงพยาบาลเอกชน ในการจัดกิจกรรมและให้ความรู้ด้านสุขภาพ

#### กรณีศึกษาที่ 4: ผู้สูงอายุโรงเรียนผู้สูงอายุดินแดง กรุงเทพมหานคร

เพศชาย เกิด พ.ศ. 2483 (ปัจจุบันอายุ 76 ปี) ภูมิลำเนา จังหวัดพิจิตร มีฐานะครอบครัวปานกลาง ประกอบอาชีพค้าขายพืชไร่ มีพี่น้อง 4 คน (เป็นคนที่ 3) เข้ามาศึกษาต่อที่กรุงเทพมหานคร จบการศึกษาระดับ ม. 8 เป็นนายช่างวิทยุ โรงเรียนเอกชนแถวปากคลองตลาด ประกอบอาชีพเป็นช่างวิทยุ ระยะเวลา 7-8 ปี มีความมุ่งมั่นกับการเรียนภาษาอังกฤษ จบการศึกษา คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง ประกอบอาชีพทนายความ 2 ปี เริ่มการค้าขายกับชาวต่างประเทศ ทำงานบริษัทเอกชน ที่เกี่ยวข้องกับการประมูลทางราชการ การประกวดราคา ขายวัสดุให้กับทางราชการ (supplier) ทำให้ได้พบกับคู่สมรส และลาออกมาจัดบริษัทประมูลกับทางราชการ ซึ่งเมื่อพ.ศ. 2530 ขณะที่มีภาวะเศรษฐกิจดี เพื่อนได้ชักชวนให้ทำธุรกิจเกี่ยวกับคอนโดมิเนียม (ฝ่ายกฎหมาย) ทำให้เมื่ออายุ 55 ปี มีฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวดีขึ้น

แนวคิดในการดำเนินชีวิต ประกอบด้วย “ชีวิตคนเราไม่แน่นอน มีขึ้นมีลง” ควร สะสม ออมเงินไว้ ไม่ใช่จ่ายฟุ่มเฟือย “ชีวิตต้องคืนให้กับสังคม” ควรมีความซื่อสัตย์ ไม่คดโกง เป็นคนดี และสร้างความผูกพันให้กับคนในชุมชน ที่ผ่านมารู้สึกภาคภูมิใจที่ได้มีส่วนร่วมในการเริ่มต้นการดำเนินงาน ศูนย์ 3 วัย ทำให้คนในชุมชนรักใคร่กลมเกลียวกัน

การเตรียมความพร้อมเพื่อการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ ควรมีการปฏิบัติตนอย่างเสมอต้นเสมอปลาย ตั้งแต่วัยทำงาน เน้นเรื่องการออมเงินตั้งแต่วัยทำงาน การดูแลสุขภาพ ออกกำลังกาย และที่สำคัญคือสุขภาพจิต โดยการนั่งสมาธิ หายใจลึกๆ ทำให้จิตใจว่าง สมองว่าง

การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ คือผู้สูงอายุที่ดูแลสุขภาพตนเอง โดยการออกกำลังกาย “การออกกำลังกาย เป็นทั้งการป้องกันโรคและการรักษาโรค” การรับประทานอาหารที่ถูกหลักโภชนาการพักผ่อนหลันอน ขับถ่าย (เน้นหลัก 5 อ.) “ธรรมชาติสร้างมนุษย์มาเพื่อให้เคลื่อนไหว” ต้องมีเงินออม โดยออมตั้งแต่วัยทำงาน และทำงานอดิเรก รวมทั้งเสียสละ ทุ่มเทเพื่อส่วนรวม

การดำรงชีวิตตามหลักสุขภาพพอเพียง เน้นที่การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับวัยและสุขภาพของตนเอง การให้อภัย “ลืมในสิ่งที่ควรลืม จำในสิ่งที่ควรจำ” มีสัมพันธภาพในครอบครัว และการมีสิทธิที่จะเลือกในการมีชีวิตอยู่ (living will) ป่วยเกิดการรักษาไม่ต้องไปยื้อชีวิต ทั้งนี้มีการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องจากแบบอย่างที่ดี (ภรรยา) การสังเกต ศึกษาจากหนังสือตำรา คำนิยามว่า “ไม่ได้เรียนเพื่อตนเอง แต่เรียนเพื่อที่จะไปสอนคนอื่นได้” ต้องสร้างคนที่จะสานต่อ ถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์ ใช้วิธีการสนทนาพูดคุย รวมทั้งต้องปฏิบัติตนเป็นแบบอย่างที่ดีให้กับลูกหลาน และคนในสังคมความต้องการในการได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องคือ หน่วยงานภาครัฐต้องให้ความสำคัญกับประเด็นสังคมผู้สูงอายุ การเตรียมความพร้อมตั้งแต่คนวัยทำงาน

### ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นายสุรพิเชษฐ์ สุขโชติ เกิดเมื่อวันที่ 3 พฤษภาคม 2527 ที่จังหวัดราชบุรี สำเร็จ การศึกษาระดับปริญญาตรี สาขาวิชาสุขศึกษา (เกียรตินิยมอันดับ 1) คณะศึกษาศาสตร์ จาก มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ เมื่อปี พ.ศ. 2548 สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโท สาขาวิชา สุขภาพจิต คณะแพทยศาสตร์ จากจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปี พ.ศ. 2551 และเข้าศึกษา ศึกษาต่อระดับปริญญาเอก สาขาวิชาพัฒนศึกษา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปี พ.ศ. 2554 ปัจจุบันรับราชการ ตำแหน่งนักพัฒนาสังคมชำนาญการ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

