

## บทที่ 2

### แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่อง การมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในอำเภอแก่งหางแมว จังหวัดจันทบุรี เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research; PAR) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เพื่อพัฒนาผู้สูงอายุให้มีพฤติกรรมด้านพฤติกรรมในระดัที่ดี เพื่อประเมินความพึงพอใจและการนำผลไปใช้ประโยชน์ของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
2. การมีส่วนร่วมของชุมชน
3. ความหมายและดัชนีพัฒนาคุณภาพชีวิต
4. แนวคิดการพัฒนาคุณภาพชีวิต
5. แนวทางการประกอบอาชีพของผู้สูงอายุ
6. ผู้สูงอายุในตำบลเขาวงศ อำเภอแก่งหางแมว จังหวัดจันทบุรี
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### 1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

##### 1.1 ความหมายของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุ หมายถึง ประชากรทั้งชายและหญิงที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป มีการแบ่งระดับการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุไว้ 3 ระดับ ได้แก่ 1) ระดับการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ หมายถึง การมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งประเทศหรือมีประชากรอายุตั้งแต่ 65 ปีมากกว่าร้อยละ 7 ของประชากรทั้งประเทศ 2) ระดับสังคมผู้สูงอายุโดย หมายถึง การมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งประเทศหรือมีประชากรอายุตั้งแต่ 65 ปีมากกว่าร้อยละ 14 ของประชากรทั้งประเทศ 3) ระดับสังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มที่ หมายถึง การมีประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไปมากกว่า ร้อยละ 20 ของประชากรทั้งประเทศ

พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 “ผู้สูงอายุ” หมายถึง บุคคลที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป “สังคมผู้สูงอายุ” หมายถึง สังคมที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปที่อยู่จริงในพื้นที่ต่อประชากรทุกช่วงอายุในพื้นที่เดียวกัน ในอัตราเท่ากับหรือมากกว่าร้อยละ 10 ขึ้นไป หรือมีประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไป ที่อยู่จริงในพื้นที่ต่อประชากรทุกช่วงอายุในพื้นที่เดียวกัน ในอัตราเท่ากับหรือมากกว่าร้อยละ 7 ขึ้นไป “สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์” หมายถึง สังคมที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปที่อยู่จริงในพื้นที่ต่อประชากร

ทุกช่วงอายุในพื้นที่เดียวกัน ในอัตราเท่ากับหรือมากกว่าร้อยละ 20 ขึ้นไป หรือมีประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไป ที่อยู่จริงในพื้นที่ต่อประชากรทุกช่วงอายุในพื้นที่เดียวกัน ในอัตราเท่ากับหรือมากกว่าร้อยละ 14 ขึ้นไป

## 1.2 สถานการณ์ผู้สูงอายุ

ประเทศไทยเริ่มเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ตั้งแต่ พ.ศ. 2548 และเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุระดับสมบูรณ์ พ.ศ. 2564 มีผู้สูงอายุร้อยละ 20 ในปี พ.ศ. 2584 จะเป็นสังคมสูงอายุระดับสุดยอด มีผู้สูงอายุ ร้อยละ 30 เนื่องจากคนเกิดน้อยลง ผู้สูงอายุมียุ่ยืนยาวขึ้น ประชากรวัยเด็กและวัยทำงานมีสัดส่วน ลดลง อัตราการพึ่งพิงจะสูงขึ้นจำเป็นต้องพัฒนาระบบรองรับการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ โดยอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด ในช่วงปี 2543- 2548 เพศชายมีอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด 68.15 ปี และเพศหญิง มีอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด 72.39 ปี (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2559) และอัตราการพึ่งพิงของผู้สูงอายุต่อประชากรวัยทำงาน จะเพิ่มสูงขึ้นถึง 2 เท่า จากร้อยละ 15.16 เป็นร้อยละ 31.80 คือ ประชากรวัยแรงงาน 100 คน จะต้องทำงานเลี้ยงดูประชากรผู้สูงอายุ 15 คน และในอนาคตจะต้องเลี้ยงดูผู้สูงอายุเพิ่มเป็น 30 คน ส่งผลให้รัฐจะต้องจัดสรรงบประมาณจำนวนมาก เพื่อเลี้ยงดูผู้สูงอายุ ในขณะที่รายได้จากภาษีอากรของคนวัยทำงานจะมีทิศทางลดลง (มูลนิธิ สถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุ, 2560)

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร ครอบครัวยุคใหม่มีบุตรน้อยลง ส่งผลให้จำนวนเด็ก และวัยแรงงานลดลง การพัฒนาทางการแพทย์ที่เพิ่มขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุมียุ่ยืนยาวขึ้น ผู้สูงอายุในอนาคตที่อาจจะมีลูกหลานให้พึ่งพิง แนวโน้มการอยู่ร่วมกันเป็นครอบครัวใหญ่ลดลงผู้สูงอายุจะต้อง เก็บออมเงินไว้เพื่อใช้ในยามเกษียณ และหากเงินออมไม่พอเลี้ยงชีพก็อาจจะเป็นภาระแก่สังคมในที่สุด โดยสัดส่วนรายจ่ายสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุต่อรายได้ภาครัฐในปี 2561 คิดเป็นร้อยละ 8.82 และมี แนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ภาครัฐจึงควรให้ความสำคัญกับการออมอย่างจริงจัง เพื่อสร้าง หลักประกันแก่ผู้สูงอายุให้มีเงินออมพอใช้หลังชีวิตเกษียณอย่างมีความสุขและลดการพึ่งพิงลูกหลาน ข้อมูลจากสหประชาชาติ พบว่าประเทศญี่ปุ่นมีสัดส่วนประชากรที่อายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป สูงที่สุดใน โลกเป็นสังคมผู้สูงอายุเต็มรูปแบบ และรัฐบาลญี่ปุ่นดำเนินมาตรการแก้ไขกฎหมายเพื่อให้เกิดระบบการ ดูแลในพื้นที่แบบบูรณาการ เพื่อให้ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลที่เหมาะสมในพื้นที่ที่ ตนเองอาศัยอยู่ดั้งเดิม มีการออกแบบให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการภายใน 30 นาที ทั้งบริการ รักษาพยาบาล บริการการดูแล บริการที่อยู่อาศัย และบริการการสนับสนุนการใช้ชีวิตประจำวัน รัฐบาลท้องถิ่นเป็นหลักในการดำเนินงานความตามต้องการของเฉพาะของแต่ละพื้นที่ (กฤตวรรณ สำหรับราย, 2560) ในปี พ.ศ. 2558 มีจำนวนผู้สูงอายุทั่วโลกประมาณ 900 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 12.3 ของประชากรทั่วโลก โดยมีการจัดอันดับสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุต่อประชากรในประเทศ พบว่า ประเทศญี่ปุ่นมีสัดส่วนประชากรที่อายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไปต่อประชากรในประเทศคิดเป็น

ร้อยละ 33.1 สูงเป็นอันดับ 1 ของโลกขณะที่ประเทศไทยมีสัดส่วนประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ต่อประชากรในประเทศคิดเป็นร้อยละ 15.8 จัดเป็นลำดับที่ 63 จาก 201 ประเทศ (ศิวลาภ สุขไพบุลย์วัฒน์, 2560)

สถานการณ์ผู้สูงอายุของประเทศไทยเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับนานาประเทศ ซึ่งเป็นผลจากนโยบายการควบคุมจำนวนประชากรตลอดจนความก้าวหน้าในการพัฒนาด้านเศรษฐกิจ สังคม และด้านสาธารณสุข ส่งผลให้คนไทยมีสุขภาพดี อายุยืนนานขึ้น โครงสร้างอายุทางประชากร เปลี่ยนแปลงไป จำนวนและสัดส่วนของประชากรวัยเด็กจะลดลง รัฐบาลควรเน้นคุณภาพของการเกิด โดยเริ่มตั้งแต่ก่อนการปฏิสนธิทารกในครรภ์มารดาจนถึงการคลอด รูปแบบการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ จะเกี่ยวกับความเสื่อมถอยของอวัยวะ โรคของผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นโรคเรื้อรังที่ต้องการการดูแลระยะ ยาวค่าใช้จ่ายของรัฐในการดูแลสุขภาพจะต้องเพิ่มสูงขึ้นตามการสูงวัยของประชากรด้วย

### 1.3 การทำกิจกรรมของผู้สูงอายุ

เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุหรือเกษียณอายุงานแล้ว ผู้สูงอายุจะมีเวลาว่างมากขึ้น การทำกิจกรรม ยามว่างอาจเป็นกิจกรรมนันทนาการ หรือกิจกรรมเพื่อการเรียนรู้ หรือกิจกรรมให้บริการผู้อื่น จะทำให้ผู้สูงอายุมีชีวิตชีวา ทำให้สุขภาพแข็งแรง มีคุณค่าในตนเอง มีสุขภาพจิตดี ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อ ความพึงพอใจของผู้สูงอายุ มี 3 ด้านประกอบด้วย 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ระดับการศึกษา ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ดีกว่ากลุ่มที่มีระดับการศึกษา ต่ำ ภาวะสุขภาพ ผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพทรุดโทรมเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ต้องพึ่งพิงผู้อื่นจะรู้สึกตนเองด้อย งานอดิเรก การใช้เวลาว่างทำกิจกรรมด้วยความสมัครใจก็จะเกิด ความเพลิดเพลิน มีความพอใจ 2) ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ เป็นปัญหาหลักของผู้สูงอายุ รายได้ลดลง ส่งผลต่อความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง 3) ปัจจัยด้านความสัมพันธ์ในสังคม เมื่อเข้าสู่ วัยสูงอายุจะเกิดการเสียบทบาทในการทำงาน ผู้สูงอายุจะเปลี่ยนบทบาทใหม่ด้วยการเป็นที่ปรึกษาใน ครอบครัว แนะนำลูกหลานภายในบ้าน หากความสัมพันธ์ในครอบครัวดีก็จะส่งผลต่อความพอใจใน ชีวิตของผู้สูงอายุ และด้านความสัมพันธ์ของผู้สูงอายุกับบุคคลภายนอก เบอร์กแมน ศึกษาผู้สูงอายุ ในปี 1986 จำนวน 7,200 คน พบว่าผู้สูงอายุที่แยกตัวออกจากสังคม มีอัตราตายสูงกว่าผู้สูงอายุที่ ได้รับการสนับสนุนทางสังคมถึง 2.5 เท่า

การส่งเสริมการจัดกิจกรรมผู้สูงอายุเป็นไปตามทฤษฎีบทบาททางสังคม (role theory) และ ทฤษฎีกิจกรรมทางสังคม (activity theory) กิจกรรมเป็นส่วนหนึ่งของการสร้างบทบาททางสังคม ของผู้สูงอายุขึ้นใหม่ เพื่อทดแทนบทบาทเดิมที่สูญเสียไป และทำให้เกิดการมองเห็นคุณค่าของตนเอง เป็นสำคัญ ในด้านนโยบายที่ชัดเจนและมีหน่วยงานรองรับ เพื่อบูรณาการการอนุรักษ์เอกลักษณ์ความ เป็นไทยควบคู่กับการยอมรับความเป็นภูมิภาคนิยม พัฒนาระบบสารสนเทศสำหรับผู้สูงอายุ รวมทั้ง

จัดระบบเชื่อมโยงสวัสดิการทุกประเภทให้ผู้สูงอายุใช้บริการจากบัตรสมาร์ทการ์ด (smart card) เพียงใบเดียว รัฐสนับสนุนให้มีการดำเนินการโดยชุมชนเพื่อชุมชน โดยที่รัฐทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยง รัฐวางนโยบายกว้างๆ เช่นเรื่องการสร้างอาชีพและรายได้ การออม เป็นต้น (สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา, 2556)

#### 1.4 การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2554) ได้ให้ข้อเสนอข้อคิดเห็น ว่า เป็นการยากที่จะกำหนดว่า ผู้ใด ขราภาพหรือสูงอายุ แต่สามารถพิจารณาจากองค์ประกอบ ดังนี้

1. ประเพณีนิยม คือ การกำหนดผู้สูงอายุที่เกษียณอายุการทำงาน เช่น เมื่ออายุ 60 ปี ประเทศไทยกำหนดอายุวัยเกษียณทำงาน แต่ประเทศสหรัฐอเมริกากำหนดด้วยเกษียณอายุ 65 ปี
2. การปฏิบัติหน้าที่ทางร่างกาย คือ การกำหนดสรีรวิทยาหรือกายภาพ โดยบุคคลจะมีการเสื่อมสลายการเปลี่ยนแปลงของระบบต่าง ๆ ในร่างกายที่แตกต่างกัน ในวัยสูงอายุอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายจะทำงานน้อยลง
3. การปฏิบัติหน้าที่ทางจิตใจ คือ การกำหนดเกณฑ์ความสามารถในการคิดสร้างสรรค์ การจำสิ่งที่พบมากที่สุดผู้สูงอายุในความสัมพันธ์ทางด้านจิตใจ คือ ภาวะความจำเสื่อม โดยขาดแรงจูงใจซึ่งไม่ได้หมายความว่า ผู้สูงอายุทุกคนจะมีสภาพเช่นนี้
4. ความคิดเกี่ยวกับตนเอง คือ การกำหนดความคิดที่ผู้สูงอายุ มองตนเองเพราะผู้สูงอายุมักเกิดความคิดที่ว่า “ตนเองแก่ อายุมากแล้ว” ทำให้ส่งผลต่อบุคลิกภาพทางกาย ความรู้สึกด้านจิตใจ และการดำเนินชีวิตประจำวัน สิ่งเหล่านี้จะเปลี่ยนแปลงไปตามความคิดที่ผู้สูงอายุนั้น ๆ ได้กำหนดขึ้น
5. ความสามารถในการประกอบอาชีพ โดยใช้แนวความคิดจากการเสื่อมของสภาพร่างกายและจิตใจ คนทั่วไปจึงกำหนดว่า วัยสูงอายุเป็นวัยที่ต้องพักผ่อนหยุดทำงาน
6. ความเจ็บป่วย โดยที่ สภาพร่างกายและจิตใจ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ จะพบกับโรคภัย ใช้เจ็บอยู่เสมอ เพราะสภาพทางร่างกายและอวัยวะเริ่มเสื่อมลง และยังพบกับปัญหาทางด้านสังคมทำให้ความกดดัน ทางอารมณ์เพิ่มขึ้นอีก มักจะพบกับผู้ที่มีอายุระหว่าง 60-65 ปี

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2554) ศึกษาการเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุและอธิบายสภาพของการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมว่า เป็นปัจจัยที่สำคัญและส่งผลต่อการเสื่อมโทรมของร่างกาย โดยมีผลจากการเปลี่ยนแปลง 3 ประการ ได้แก่

1. การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จำแนกออกตามระบบของร่างกายได้ ดังนี้
  - 1.1 ระบบผิวหนัง ผิวหนังบางลง เพราะเซลล์ผิวหนังมีจำนวนลดลง เซลล์ที่เหลือเจริญช้าลง อัตราการสร้างเซลล์ใหม่ลดลง
  - 1.2 ระบบประสาทและระบบสัมผัส เซลล์สมองและเซลล์ประสาทมีจำนวนลดลงระบบ

กล้ามเนื้อ กระดูกจำนวน และขนาดเส้นใยของเซลล์กล้ามเนื้อลดลง มีเนื้อเยื่อพังผืดแทนที่มากขึ้น

1.3 ระบบการไหลเวียนโลหิต หลอดลม ปอดมีขนาดใหญ่ขึ้น ความยืดหยุ่นของเนื้อปอดลดลง

1.4 ระบบทางเดินอาหาร ฟันของผู้สูงอายุไม่แข็งแรง เคลือบฟันเริ่มบางลง เซลล์สร้างฟันลดลง ฟันผุง่ายขึ้น ผู้สูงอายุไม่ค่อยมีฟันเหลือ ต้องใส่ฟันปลอมทำให้การเคี้ยวอาหารไม่สะดวกต้องรับประทานอาหารอ่อนและย่อยง่าย

1.5 ระบบทางเดินปัสสาวะและระบบสืบพันธุ์ ผู้สูงอายุมีขนาดของไตลดลงการไหลเวียนโลหิตในไตลดลง ในเพศชาย ต่อมลูกหมากโตขึ้น ทำให้ปัสสาวะลำบาก ต้องถ่ายบ่อย ลูกอัณฑะเหี่ยว เล็กลง และผลิตเชื้ออสุจิได้น้อยลง ส่วนในเพศหญิงรังไข่จะฝ่อเล็กลง ปีกมดลูกเหี่ยว มดลูกมีขนาดเล็กลง

1.6 ระบบต่อมไร้ท่อ ต่อมใต้สมองจะมีการเปลี่ยนแปลงรูปร่าง และทำงานลดลง ผู้สูงอายุจะเกิดอาการอ่อนเพลีย เบื่ออาหารและน้ำหนักลดลง

2. การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์จะมีความสัมพันธ์ กับ การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย และการเปลี่ยนแปลงทางสังคมเนื่องจากความเสื่อมของอวัยวะในร่างกาย การสูญเสียบุคคลใกล้ชิด การแยกไปของสมาชิกในครอบครัวและการหยุดจากงานที่ทำอยู่ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ

3. การเปลี่ยนแปลงทางสังคม เป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุต้องประสบ ภาระ หน้าที่และบทบาทของผู้สูงอายุ จะลดลง ทำให้ความคล่องตัวในการคิด การกระทำ การสื่อสาร สัมพันธภาพทางสังคมมีขอบเขต ความห่างเหินจากสังคมมีมากขึ้น ความมีเหตุผล และการคิดเป็นไปในทางลบเพราะสังคมมักจะประเมินว่า ความสามารถในการปฏิบัติลดลง ถึงแม้ว่าจะมีผู้สูงอายุบางคนแสดงให้เห็นว่าความมีอายุมิได้เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินบทบาทและหน้าที่ทางสังคมก็ตาม

## 2. การมีส่วนร่วมของชุมชน

### 2.1 ความหมายของการมีส่วนร่วมของชุมชน

การมีส่วนร่วมของชุมชน เป็นแนวคิดหนึ่งที่มีความสำคัญต่อการพัฒนาผู้สูงอายุ เนื่องจากปัญหาผู้สูงอายุเป็นปัญหาหนึ่งของสังคม องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นต้องเปิดโอกาสให้ประชาชนในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมรับรู้ ร่วมใช้สติปัญญาและความสามารถในการตัดสินใจ กำหนดวิธีการ (means) และเป้าหมาย (ends) ในการพัฒนาผู้สูงอายุ อันเป็นกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อส่วนรวมที่มุ่งเน้นในเรื่อง ความสมัครใจ การมีอิสรภาพ มีความเสมอภาค มีการรวมพลังอย่างเข้มแข็ง สอดคล้องกับความจำเป็น ความต้องการและวัฒนธรรมของคนส่วนใหญ่ รวมไปถึงการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาผู้สูงอายุ การรวมกลุ่มทางสังคม (social inclusion) ซึ่งเกี่ยวข้องกับความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน

ของกลุ่มทางสังคม สภาพแวดล้อมของที่อยู่อาศัยที่มีอิทธิพล ต่อการรวมกลุ่มทางสังคม บทบาทในการดำเนินชีวิตและการช่วยเหลือสนับสนุน (โกวิทย์ พวงงาม, 2553)

Cohen and Uphoff (1981) ให้ความหมาย การมีส่วนร่วมของชุมชน ไว้ว่า การมีส่วนร่วมของชุมชน หมายถึง การสร้างโอกาสให้สมาชิกทุกคนในชุมชน ได้เข้ามามีส่วนร่วมช่วยเหลือและเข้ามามีอิทธิพลต่อกระบวนการการดำเนินกิจกรรมในการพัฒนา รวมถึงรับผลประโยชน์จากการพัฒนานั้นอย่างเสมอภาค ซึ่งสอดคล้องกับ องค์การสหประชาชาติ (United Nation, 1981) ให้ความหมายเจาะจงถึงการมีส่วนร่วมไว้ว่า การมีส่วนร่วม เป็นการปะทะสังสรรค์ทางสังคม ทั้งในลักษณะการมีส่วนร่วมของปัจเจกบุคคล และการมีส่วนร่วมของกลุ่ม

วันรักษ์ มิ่งมณีนาคิน (2531) กล่าวว่า การมีส่วนร่วมของประชาชน หมายถึง การเข้าร่วมอย่างแข็งขันและอย่างเต็มที่ของกลุ่มบุคคลที่มีส่วนได้ส่วนเสียในทุกขั้นตอนของโครงการหรืองานพัฒนาชนบท โดยเฉพาะอย่างยิ่งการมีส่วนร่วมในอำนาจการตัดสินใจ และหน้าที่ความรับผิดชอบ การมีส่วนร่วมจะเป็นเครื่องประกันว่าสิ่งที่มีส่วนได้ส่วนเสียต้องการที่สุดนั้น จักได้รับการตอบสนอง และทำให้มีความเป็นไปได้มาก ขึ้นอยู่กับว่าสิ่งที่ทำไปนั้นจะตรงกับความต้องการที่แท้จริงและมั่นใจมากขึ้นว่าผู้เข้าร่วมทุกคนจะได้รับประโยชน์เสมอหน้ากัน

## 2.2 รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชน

ปาริชาติ วลัยเสถียร (2552) สรุปรูปแบบของการมีส่วนร่วมไว้ 3 รูปแบบตามแนวคิดขององค์การสหประชาชาติ ไว้ดังต่อไปนี้

1. การมีส่วนร่วมแบบเป็นกันเอง (spontaneous participation) เป็นการมีส่วนร่วมโดยอาสาสมัคร หรือรวมตัวกันเองขึ้นมา เพื่อแก้ไขปัญหาของตนเอง โดยเป็นการกระทำที่ไม่ได้รับความช่วยเหลือจากภายนอก ซึ่งเป็นรูปแบบที่เป็นเป้าหมาย
2. การมีส่วนร่วมแบบชักนำ (induced participation) เป็นการเข้าร่วมโดยความต้องการความเห็นชอบ หรือการสนับสนุนโดยรัฐบาล ซึ่งเป็นรูปแบบซึ่งเป็นลักษณะทั่วไปของประเทศกำลังพัฒนา
3. การมีส่วนร่วมแบบบังคับ (coercive participation) เป็นผู้มีส่วนร่วมภายใต้การดำเนินการตามนโยบายของรัฐบาล ภายใต้การจัดการโดยเจ้าหน้าที่ของรัฐ หรือโดยการบังคับโดยตรง รูปแบบนี้เป็นรูปแบบที่ผู้กระทำได้ผลในทันที แต่จะไม่ได้ผลในระยะยาว และจะมีผลเสียที่ไม่ได้รับการสนับสนุนจากประชาชนในที่สุด

## 2.3 ปัจจัยที่เสริมสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน

ปัจจัยที่เสริมสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนในงานพัฒนา แบ่งออกเป็น 4 ปัจจัย คือ

1. ปัจจัยด้านกลไกของรัฐ โดยการกำหนดนโยบาย รัฐจะต้องคำนึงถึงความแตกต่างของวัฒนธรรมในท้องถิ่น สนับสนุนกิจกรรมที่มีความสอดคล้องกับสภาพแวดล้อมทางเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม และการเมือง การสร้างช่องทางในการเข้ามามีส่วนร่วม ของประชาชนโดยระบบการทำงานของทางราชการจะต้องเอื้ออำนวย และเพิ่มโอกาสให้ประชาชนเข้ามีส่วนร่วม

2. ปัจจัยด้านประชาชน โดยประชาชนในชุมชนจะต้องมีความรู้ ความเข้าใจและมีประสบการณ์ในการทำงานพัฒนา เป็นฝ่ายตัดสินใจ ริเริ่มกิจกรรม และรับผลประโยชน์ เป็นสมาชิกกลุ่มทางสังคม หรือเป็นผู้นำท้องถิ่น มีการติดต่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่ หรือหน่วยงานอื่น และได้รับการฝึกอบรม การศึกษาดูงาน และรับรู้ข้อมูลข่าวสารอย่างต่อเนื่อง

3. ปัจจัยด้านนักพัฒนา โดยนักพัฒนาต้องศึกษาชุมชน เพื่อนำมาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐาน และได้เรียนรู้สภาพแวดล้อมในชุมชน มีความรู้ ความเข้าใจในเนื้อหาของกระบวนการมีส่วนร่วม ค้นหาผู้นำที่มีศักยภาพ ซึ่งจะเป็นผู้ที่กระตุ้นให้ชาวบ้าน แสดงความคิดเห็นและมีส่วนร่วมในงานพัฒนา รวมกลุ่มชาวบ้านเพื่อหาหนทางแก้ไขปัญหา และเป็นผู้สนับสนุนด้านการศึกษา การให้ข้อมูลข่าวสารวิทยากรใหม่ๆ วัสดุ อุปกรณ์ที่จำเป็นและประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มีความจริงใจ และมีความผูกพัน กับท้องถิ่น เพื่อให้ประชาชนเชื่อถือ และศรัทธา ตลอดจนดำเนินงานพัฒนาที่มีความเหมาะสม และสอดคล้องกับสภาพท้องถิ่น

4. ปัจจัยจูงใจ คือ การได้รับผลประโยชน์จากการได้เข้ามีส่วนร่วมในกิจกรรมการพัฒนาและโครงการพัฒนาตอบสนองต่อความต้องการของประชาชน

Koufman (1949) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวกับการพัฒนาชุมชนในชนบท พบว่า อายุ เพศ การศึกษา ขนาดของครอบครัว อาชีพ รายได้ และระยะเวลาการอยู่อาศัยในท้องถิ่น มีความสัมพันธ์กับระดับการมีส่วนร่วมของประชาชน สอดคล้องกับ ประยูร ศรีประสารณ์ (2554) นำเสนอปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วม มี 3 ปัจจัย คือ

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ
  2. ปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจ ได้แก่ การศึกษา อาชีพ รายได้ และการเป็นสมาชิกกลุ่ม
  3. ปัจจัยด้านการสื่อสาร ได้แก่ การรับข่าวสารสื่อมวลชนและสื่อบุคคล
- ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม มีดังนี้
1. ลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์
  2. ลักษณะเศรษฐกิจ ได้แก่ อาชีพ รายได้
  3. การได้รับข้อมูลข่าวสาร ได้แก่ ความถี่ในการรับรู้ข่าวสาร และแหล่งที่มาของข่าวสาร

#### 2.4 กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน

Cohen and Uphoff (1981) กล่าวถึง ขั้นตอนการมีส่วนร่วมของชุมชนไว้ว่า สมาชิกของ

ชุมชนจะต้องเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้อง 4 ขั้นตอน ได้แก่

1. การมีส่วนร่วมการตัดสินใจว่าควรทำอะไร อย่างไร
2. การมีส่วนร่วมเสียสละในการพัฒนารวมทั้งลงมือปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจ
3. การมีส่วนร่วมในการแบ่งปันผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงาน
4. การมีส่วนร่วมในการประเมินผลโครงการ

Formaroff (1980) ได้เสนอกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน มีขั้นตอนการมีส่วนร่วม ดังนี้

1. การวางแผน การตัดสินใจในการกำหนดเป้าหมาย
2. การติดตามประเมินผล
3. การดำเนินงาน
4. การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์

แนวคิดที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ นำแนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนของ ถวิลวดี บุรีกุล (2548) ที่กล่าวว่า การมีส่วนร่วมในชุมชนในการที่ประชาชนใช้สิทธิ หน้าที่ และความรับผิดชอบ ในการเข้าไปร่วมแก้ไขปัญหาของชุมชน รวมไปถึงสำรวจ ตรวจสอบความจำเป็นในเรื่องต่าง ๆ เพื่อระดมทรัพยากร ท้องถิ่นและเสนอแนวทางแก้ไขใหม่ๆ ให้กับชุมชน สำหรับกระบวนการทำงานแบบมีส่วนร่วมนั้นต้องอาศัยความพร้อมเพียงในการใช้อำนาจตัดสินใจเพื่อบังคับไปสู่ความสำเร็จ โดยแบ่งกระบวนการมีส่วนร่วมเป็น 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจกำหนดโครงการจากความต้องการ 2) การมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมในรูปแบบการเข้าร่วมโครงการ การสนับสนุนการบริหารงาน หรือการประสาน ความร่วมมือ รวมทั้งการร่วมปฏิบัติด้วยแรงงาน แรงเงิน และทรัพยากรอื่น ๆ 3) การมีส่วนร่วมในการร่วมรับผลประโยชน์ เป็นการร่วมรับผิดชอบต่อผลที่จะเกิดขึ้นใน และ 4) การมีส่วนร่วมในการประเมินผล ที่ร่วมกันตรวจสอบผลการดำเนินงานตลอดจน การร่วมกันแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น โกวิท พวงงาม (2553) ได้กล่าวถึงขั้นตอนของการมีส่วนร่วมเป็นการส่งเสริมชักนำ และเปิดโอกาสให้บุคคล กลุ่ม องค์กร ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมหรือโครงการ ตั้งแต่ต้นจนสิ้นสุดโครงการ โดยเฉพาะองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นต้องเปิดช่องทางการมีส่วนร่วมให้กับประชาชน ดังนี้ 1) การเปิดช่องทางให้ประชาชนร่วมรับรู้ข้อมูลข่าวสารขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่นผ่านช่องทางต่าง ๆ เพื่อให้ประชาชนได้มีช่องทางการแสดงความคิดเห็น 2) การเปิดเวทีรับฟังความคิดเห็น และเวทีแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อมูล และเป็นเวทีในการตัดสินใจ 3) การรณรงค์ส่งเสริมให้เกิดการรวมกลุ่มตามความสนใจในลักษณะของชมรม รวมทั้งการส่งเสริมอาสาสมัครที่มีจิตอาสา เพื่อช่วยเหลืองานท้องถิ่น ประชาชนสามารถเข้ามามีส่วนร่วมในชุมชน ในฐานะทั้ง ผู้ส่งเสริม ผู้รับบริการ และผู้ตรวจสอบ ซึ่งในการพัฒนาคุณภาพผู้สูงอายุ เป็นส่วนหนึ่งของหน้าที่ในการดำเนินงานของชุมชน จริญญา วงศ์พรหม และคณะ (2558) ศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาผู้สูงอายุพบว่า มีการร่วมดำเนินการร่วมกันอย่างต่อเนื่องของชุมชนที่



ประกอบด้วยแกนนำผู้สูงอายุและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องภายในชุมชน ร่วมกันจัดกิจกรรมในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิต ของผู้สูงอายุตามองค์ประกอบคุณภาพชีวิต ตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุในชุมชน การจัดกิจกรรมส่งเสริมให้คนในชุมชนมีส่วนร่วมดูแล และให้เกิดความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ

แนวคิดเหล่านี้เป็นพื้นฐานสำคัญสำหรับการวิจัยในครั้งนี้ กล่าวโดยสรุปการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นเปิดโอกาสให้ประชาชนในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การดำเนินกิจกรรม การร่วมรับผลที่เกิดขึ้น และการตรวจสอบประเมินผลกิจกรรมต่าง ๆ ที่ปฏิบัติการร่วมกันในการพัฒนาผู้สูงอายุทั้งทาง สุขภาพกาย สุขภาพจิต ความสัมพันธ์ทางสังคม และสภาพแวดล้อม เพื่อให้เกิดการเตรียมพร้อมเพื่อเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุที่มีคุณภาพต่อไป

### 3. ความหมายและดัชนีพัฒนาพลัง

#### 3.1 ความหมายของพัฒนาพลัง

ผู้สูงอายุที่มีศักยภาพหรือผู้สูงอายุที่มีภาวะพัฒนาพลังนั้น เป็นเป้าหมายที่ยิ่งใหญ่ที่จะทำให้ผู้สูงอายุมีชีวิตที่สุขสมบูรณ์อย่างแท้จริง ซึ่งนิยามหรือแนวคิดนี้ได้ถูกเสนอโดย องค์การอนามัยโลก (WHO) ตั้งแต่ช่วงปลายทศวรรษที่ 90 เพื่อหาแนวทางการแก้ปัญหาประชากรสูงอายุที่กำลังเพิ่มมากขึ้นในอนาคต รวมทั้งมุ่งหมายให้เป็นกรอบการแก้ไขปัญหาอย่างยั่งยืนแท้จริง ในการสร้างความสุขสมบูรณ์ หรือคุณภาพชีวิตที่ดีครบทุกมิติแก่ประชากรผู้สูงอายุทั่วโลก กล่าวได้ว่า เป็นความพยายามปรับเปลี่ยนแนวคิดจาก ความต้องการพื้นฐาน (need based) ที่มีผู้สูงอายุเป็นกลุ่มเป้าหมายแบบถูกกระทำ (passive targets) เป็นแนวคิดสิทธิขั้นพื้นฐาน (rights-based) จากหลักการพื้นฐานผู้สูงอายุขององค์การสหประชาชาติ ประกอบด้วย หลักการมีเสรีภาพ (independent) หลักการมีส่วนร่วม (participation) การได้รับการดูแล (care) การบรรลุความพึงพอใจในตนเอง (self fulfillment) และ ความมีศักดิ์ศรี (dignity) ที่ได้ตระหนักถึงสิทธิของประชาชนอย่างเท่าเทียม เป็นการปฏิบัติในทุกมิติของชีวิต ซึ่งการมีศักยภาพนั้นทุกภาคส่วนจะสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมรับผิดชอบ และมีส่วนร่วมในกระบวนการทางการเมืองและอื่น ๆ ของวิถีชุมชน อาจกล่าวได้ว่าแนวคิดผู้สูงอายุที่มีศักยภาพแบบรอบด้าน การมีภาวะพัฒนาพลังผู้สูงอายุนั้นต้องยึดการให้คุณค่าในความเป็นมนุษย์ ความมีศักดิ์ศรีแห่งตน และความมีส่วนร่วมในสังคมร่วมกัน

การเสนอกรอบเป้าหมายสังคมผู้สูงอายุที่มีภาวะพัฒนาพลังขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2006) ได้เสนอกรอบที่เป็นองค์ประกอบหลักของการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ (active ageing) ใน 3 องค์ประกอบหลัก อันได้แก่ สุขภาพ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม และการมีหลักประกันความมั่นคงใน (health, participation and security) เป็นองค์ประกอบสำคัญ โดยคาดว่าภาวะพัฒนาพลัง

เป็นแนวทางเดียวที่จะแก้ไขปัญหาผู้สูงอายุได้ดังกล่าวข้างต้น และเสนอแนวทางนี้ให้ประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกนำไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชากรผู้สูงอายุอย่างแท้จริงด้วย รวมทั้งกรอบนี้มุ่งให้ความหมายของผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ โดยเน้นลำดับที่ปัจจัยด้านสังคมเป็นหลักสำคัญด้วย กล่าวคือ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม การมีสัมพันธภาพกับครอบครัว เพื่อน และชุมชน หรือการบำเพ็ญประโยชน์ต่าง ๆ ประเด็นที่ให้ความสนใจถัดมาคือประเด็นทางเศรษฐกิจ ทั้งการมีส่วนร่วมทางเศรษฐกิจ และเป็นความมั่นคงในชีวิต ขณะที่ให้ความสนใจด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิตเป็นลำดับหลังด้วย

ในประเทศไทย คำว่า active ageing มีผู้แปลเป็นภาษาไทยแตกต่างกันไป เช่น “พดุงพลัง” “วุฒิวัย” และ “ผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ” กล่าวได้ว่า นักวิชาการของไทยให้ความหมายของผู้สูงอายุที่มีศักยภาพโดยให้ความสำคัญกับสุขภาพกายเป็นหลัก ความสามารถในการกระทำการมีอิสระ ความพอใจในชีวิต ตลอดจนการพัฒนาทางจิตและปัญญา ศักยภาพของผู้สูงอายุไทยพิจารณาจากการที่ผู้สูงอายุได้ทำกิจกรรมที่เกิดประโยชน์ทั้งต่อตนเอง ครอบครัว ชุมชน และสังคม โดยใช้ทักษะความรู้ ความสามารถและภูมิปัญญาของตนให้เป็นประโยชน์ (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2562)

โดยสรุป จะพบว่าประเทศไทยทั้งภาครัฐและภาคส่วนต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาผู้สูงอายุในด้านต่าง ๆ นั้นได้มีการตื่นตัวในการวางแผน นโยบาย รวมทั้งการดำเนินงาน หากในส่วนของภาคปฏิบัติในการขับเคลื่อนรูปแบบที่จะศึกษา ทั้งส่วนงานวิชาการและงานวิจัยยังมีน้อยไม่เพียงพอ รวมทั้งการขาดการบูรณาการเชื่อมโยงข้อมูลอย่างต่อเนื่อง ไม่รองรับในการพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ อันจะนำไปสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพดุงพลัง ซึ่งเป็นกลไกที่สำคัญมากในการสร้างสังคมผู้สูงอายุไทยที่มีพดุงพลัง อันจะเป็นแนวทางการแก้ปัญหากลุ่มประชากรผู้สูงอายุเพิ่มอย่างมีคุณภาพ และเป็นแนวการสร้างสรรคิให้ผู้คนตระหนักในคุณค่าของคนผู้สูงวัย รวมทั้งเกิดประโยชน์ต่อชาติทั้งทางเศรษฐกิจสังคมได้อีกด้วย โดยถือว่าแนวทางการพัฒนาผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ ผู้เป็นพลังอย่างแท้จริงที่จะเป็นแนวทางสนับสนุนระดับนานาชาติทั่วทั้งโลกให้ผู้สูงอายุมีศักยภาพที่เหมาะสมด้วยการมีสุขภาพดี การมีส่วนร่วม และการมีหลักประกันให้มีความเป็นรูปธรรมและเชื่อมโยงกันอย่างยั่งยืน ตามกรอบเป้าหมายสูงสุดการพัฒนาผู้สูงอายุขององค์การอนามัยโลกที่มุ่งหวังให้ประชากรผู้สูงอายุทั่วทั้งโลกไปถึงจุดหมายนั้นด้วยทุกคน

### 3.2 องค์ประกอบของภาวะพดุงพลัง

องค์การอนามัยโลก (WHO, 2006) ได้เสนอกรอบที่เป็นองค์ประกอบหลักของการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ (active ageing) ใน 3 องค์ประกอบหลัก อันได้แก่ สุขภาพ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม และการมีหลักประกันความมั่นคงในชีวิต ดังนี้

1. สุขภาพ สุขภาพส่วนบุคคลนั้นเป็นสิ่งสำคัญ หากบุคคลมีสุขภาพแข็งแรงจะเป็นเงื่อนไขแรกของการดำรงอยู่อย่างเป็นอิสระและพึ่งพาตนเอง อันเป็นลักษณะสำคัญของผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ การที่บุคคลจะมีสุขภาพดี แข็งแรงหรือไม่นั้น ล้วนเกี่ยวข้องกับปัจเจกบุคคล ครอบครัวและสังคมแวดล้อม

2. การมีส่วนร่วม กิจกรรมในครอบครัว ชุมชน และสังคม เป็นผู้ดำรงไว้ซึ่งสิทธิมนุษยชน และวัฒนธรรมของสังคม ผู้สูงอายุที่ยังคงมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ นอกจากจะรู้สึกถึงความมีคุณค่า มีเกียรติภูมิแล้ว ยังรู้สึกถึงความเป็นผู้มีศักดิ์ศรี และเป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจของบุตรหลานด้วย เหล่านี้ช่วยทำให้สุขภาพจิตของผู้สูงอายุดีขึ้น อันจะส่งผลต่อสุขภาพกายด้วย

3. การมีหลักประกัน ความมั่นคงของผู้สูงอายุ คือการที่ ผู้สูงอายุมั่นคงปลอดภัยทางด้านร่างกาย จากที่อยู่อาศัยที่ปลอดภัยตลอดจนสถานที่ต่าง ๆ ที่ผู้สูงอายุต้องไปใช้บริการแล้ว ยังมีความมั่นคงทางเศรษฐกิจที่ทำให้ผู้สูงอายุมั่นใจที่จะดำเนินชีวิตในบ้านปลายอย่างมีคุณภาพ อาจกล่าวได้ว่า ความหมายของผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ ให้น้ำหนักด้านสังคมมากกว่าสุขภาพ

จากการศึกษาตัวชี้วัดที่นำมาสร้างดัชนีพหุผลหลังจากเอกสารงานวิจัยทั้งในและต่างประเทศ พบว่า การสร้างดัชนีพหุผลหลังมีองค์ประกอบของตัวชี้วัดที่แตกต่างกัน แต่ยังคงยึดกรอบแนวคิดขององค์การอนามัยโลกเป็นแนวทางในการศึกษาภาวะพหุผลของผู้สูงอายุ ดังนั้น กรอบแนวคิดในการสร้างดัชนีพหุผลของผู้สูงอายุครั้งนี้จึงใช้ตัวชี้วัดที่ศึกษาและคำนึงถึงการมีอยู่ของข้อมูลซึ่งมีการจัดองค์ประกอบของตัวชี้วัด ที่สอดคล้องกับการศึกษาจากแหล่งอ้างอิงและมีแหล่งข้อมูลที่สามารถนำมาสร้างดัชนีพหุผลได้

### 3.3 ดัชนีพหุผล

ดัชนีพหุผลพัฒนาโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ.2560 ประกอบด้วย

ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 6 ตัวชี้วัด

1.1. การประเมินสุขภาพกายของตนเอง ในระหว่าง 7 วันก่อนการสัมภาษณ์

1.2 ความสุข การประเมินระดับความสุขด้วยตนเองในระหว่าง 3 เดือนที่ผ่านมา

1.3 ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และการเคลื่อนไหว การทำกิจกรรมด้วยตนเอง เช่นกินอาหาร ใส่เสื้อผ้า อาบน้ำ ล้างหน้า แปรงฟัน เข้าห้องสุขา และการเคลื่อนไหว เช่น นั่งยกของหนัก ขึ้นบันได

1.4 ความสามารถในการมองเห็น

1.5 ความสามารถในการได้ยิน

1.6 พฤติกรรมการออกกำลังกาย การออกกำลังกายในช่วง 6 เดือนก่อนสัมภาษณ์

2. องค์ประกอบด้านการมีส่วนร่วม ประกอบด้วย 4 ตัวชี้วัด

- 2.1 การมีงานทำ ผู้สูงอายุยังคงทำงานทั้งที่มีรายได้และไม่มีรายได้
- 2.2 การเข้าร่วมชมรม/ กลุ่มผู้สูงอายุ การเข้าร่วมกิจกรรมในชมรมหรือกลุ่มผู้สูงอายุในรอบปีที่แล้ว
- 2.3 การเข้าร่วมกิจกรรม หมู่บ้าน/ชุมชน การได้เข้าร่วมกิจกรรมในวันสำคัญของหมู่บ้านชุมชน
- 2.4 การดูแลบุคคลในครัวเรือน การให้ความช่วยเหลือ/ดูแลสมาชิกในครัวเรือน เช่น การให้เงินบุตร การดูแลบุตรของบุตร
3. องค์ประกอบด้านความมั่นคง ประกอบด้วย 4 ตัวชี้วัด
  - 3.1 ความเพียงพอของ รายได้ การประเมินรายได้ตนเองจากทุกแหล่งว่าเพียงพอต่อการดำรงชีพหรือไม่
  - 3.2 การเป็นเจ้าของที่อยู่อาศัย สถานภาพการเป็นเจ้าของในที่อยู่อาศัยปัจจุบัน
  - 3.3 ลักษณะการอยู่อาศัย การอยู่อาศัยร่วมกับสมาชิกในครัวเรือน
  - 3.4 สภาพแวดล้อมในการอยู่อาศัยที่ปลอดภัย ความปลอดภัยของที่อยู่อาศัยเช่น การมีราวยึดเกาะที่บันได ห้องนอน ห้องน้ำ
4. องค์ประกอบด้านสภาพที่เอื้อต่อการมีคุณภาพ ประกอบด้วย 2 ตัวชี้วัด
  - 4.1 การมีการใช้อุปกรณ์ ICT การมีการใช้อุปกรณ์เทคโนโลยี สารสนเทศและการสื่อสาร เช่นคอมพิวเตอร์ โทรศัพท์มือถือ อินเทอร์เน็ต
  - 4.2 การอ่านออกเขียนได้ของผู้สูงอายุ

#### 4. แนวคิดการพัฒนาคุณภาพ

##### 4.1 แนวคิดการศึกษาตลอดชีวิต (lifelong learning)

แนวคิดการศึกษาตลอดชีวิต ได้รับการพิจารณาอย่างเป็นทางการเป็นครั้งแรกในการประชุม The Third International Committee for Facilitating Education ซึ่งจัดโดย UNESCO เมื่อ พ.ศ. 2507 หลังจากนั้น การศึกษาตลอดชีวิตได้กลายเป็นแนวคิดและแนวทางที่มีความหมายและความสำคัญอย่างยิ่งต่อการจัดการศึกษา ได้มีการศึกษา สืบค้นข้อมูล ทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องและรวบรวมแนวคิดจากนักการศึกษาจำนวนมาก เพื่อสร้างความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการศึกษาตลอดชีวิต และเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของมนุษย์อย่างแท้จริง ปัจจุบันคำว่า “การศึกษาตลอดชีวิต” เป็นที่ยอมรับอย่างกว้างขวางในการจัดการศึกษาของประเทศทั่วโลก แนวคิดการศึกษาตลอดชีวิตเป็นแนวคิดการจัดการเรียนรู้ที่ให้ผู้เรียนพึ่งตนเองและไม่แยกห่างจากวิถีชีวิต เรียนรู้ได้ทุกเพศ ทุกวัย ทุกชุมชน การจัดการศึกษาสำหรับผู้สูงอายุจึงควรนำแนวคิด ทฤษฎี หลักการของการศึกษาตลอดชีวิตไปปรับใช้ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการพัฒนาทุกด้านอย่างมีความสัมพันธ์กับชีวิตประจำวันของตน

ในหลายประเทศที่ได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้ว เช่น ประเทศญี่ปุ่น ประเทศสหรัฐอเมริกา ประเทศสาธารณรัฐเกาหลี ประเทศฝรั่งเศส และประเทศฟินแลนด์ มีรูปแบบการจัดการศึกษาตลอดชีวิตสำหรับผู้สูงอายุ ประกอบด้วย การศึกษาในระบบ การศึกษานอกระบบ และการศึกษาตามอัธยาศัย โดยพบว่า รูปแบบการศึกษาในระบบเป็นรูปแบบที่ไม่ได้รับความสนใจจากกลุ่มผู้เรียนที่เป็นผู้สูงอายุ เนื่องจากไม่สอดคล้องกับสภาพทางกายภาพและสภาพทางจิตใจของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุส่วนมากต้องการรับการศึกษาในลักษณะ กิจกรรมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย ที่มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้สูงอายุมีสภาพร่างกายที่สมบูรณ์ มีสุขภาพดี มีสัมพันธภาพที่ดีกับครอบครัวและสามารถปรับตัวเข้ากับชุมชน สังคมและสามารถเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมได้

กิจกรรมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย ควรจัดแบบบูรณาการในลักษณะสาระบันเทิง มีการสร้างและส่งเสริมแกนนำผู้สูงอายุเพื่อเป็นแกนนำในการจัดกิจกรรมการเรียนรู้สำหรับกลุ่มเป้าหมาย 2 กลุ่มหลัก คือ กลุ่มที่พึ่งตนเองได้ และกลุ่มที่พึ่งตนเองไม่ได้ เนื้อหาการเรียนรู้ควรตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ ตามความสามารถในการเรียนรู้ของแต่ละบุคคล และควรนำไปสู่การประยุกต์ใช้ได้ สถานการณ์ชีวิตที่เป็นจริง แบ่งออกเป็น 5 ด้าน คือ ด้านสุขภาพอนามัย ด้านการปรับตัวทางสังคมและจิตใจ ด้านเศรษฐกิจและการออม ด้านการเรียนรู้ และด้านสิทธิของผู้สูงอายุตามกฎหมาย วิธีการจัดการศึกษาและการเรียนรู้ตลอดชีวิตของผู้สูงอายุ ได้แก่ การจูงใจให้ผู้สูงอายุเข้ารับการศึกษา ควรเน้นการประชาสัมพันธ์กิจกรรมโดยเสริมแรงจูงใจเรื่องประโยชน์ ผู้สูงอายุจะได้รับหลังจากเข้ารับการศึกษา ผู้จัดการศึกษาและผู้สอนควรเป็นผู้ปฏิบัติงานด้านการพัฒนาผู้สูงอายุในพื้นที่ กิจกรรมการจัดการศึกษาควรบูรณาการอย่างหลากหลายรูปแบบ ในลักษณะพหุวัย เน้นการอภิปรายหรือการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้วยกันอย่างไม่เป็นทางการ สื่อและแหล่งการเรียนรู้ควรมีบทบาทตลอดชีวิตให้ผู้สูงอายุเป็นรายบุคคล สำหรับการประเมินผลควรประเมินตามสภาพจริงด้วยการสังเกต มีการบริหารจัดการในลักษณะที่ส่งเสริมให้ภาคีเครือข่ายร่วมกันบริหารจัดการ ใ้ทั้งงบประมาณสนับสนุนและจัดสรรทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชนร่วมกัน (อาชญญา รัตนอุบล และคณะ, 2554)

#### 4.2 แนวคิดพัฒนาวิทยาการด้านการศึกษา (educational gerontology)

แนวคิดพัฒนาวิทยาการด้านการศึกษา เป็นแนวคิดที่บูรณาการหลักการและวิธีวิทยาการสอนผู้สูงอายุตามแนวคิดการศึกษาตลอดชีวิตเข้ากับแนวคิดพัฒนาวิทยา เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ 5 ประการ ตามแนวคิดของ Mc Clusky (1975) คือ ความรู้เพื่อการดำรงชีวิตในสังคม ทักษะเพื่อการแสดงออกในสังคม ความรู้เพื่อถ่ายทอดความรู้แก่สังคม ความรู้เพื่อความเข้าใจสภาพแวดล้อม และความรู้เพื่อการพัฒนาตน โดยมีเป้าหมายการจัดการศึกษาเพื่อให้ผู้สูงอายุได้พัฒนาศักยภาพของตนอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต เสริมสร้างพลังอำนาจแก่ผู้สูงอายุ ให้ผู้สูงอายุเกิด

ความเข้าใจในกระบวนการชราภาพตามธรรมชาติ อันนำไปสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพหุพลัง อันประกอบด้วย การมีสุขภาพที่ดี การมีส่วนร่วมในสังคม และการมีหลักประกันที่มั่นคง หลักการจัดการศึกษาสำหรับผู้สูงอายุของ Mc Clusky (1975) และ Knowles (1980) สรุปได้ว่า หลักการจัดการศึกษาตามแนวคิดพหุวิชาด้านการศึกษาเป็น 2 ประเภท คือ การจัดการศึกษาเพื่อเตรียมตัวก่อนเข้าสู่วัยผู้สูงอายุและการจัดการศึกษาสำหรับผู้สูงอายุ การจัดการศึกษาทั้งสองประเภทนี้ไม่จำเป็นต้องจัดต่อเนื่องกันหรือต่อยอดกัน โดยยึดความต้องการทางด้านการศึกษาของผู้สูงอายุเป็นหลัก โดยจัดให้ผู้สูงอายุเกิดความต้องการเข้าไปมีส่วนร่วมในสังคม และการพัฒนาศักยภาพ โดยใช้หลักการของ Knowles (1980) 4 ประการ คือ มโนภาพต่อตนเองประสบความสำเร็จ ความพร้อม และแนวโน้มต่อการเรียนรู้ โดยต้องจัดการเรียนรู้ให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวเข้ากับสภาพแวดล้อมในวัยของตนได้เป็นอย่างดีในลักษณะการเรียนรู้จากประสบการณ์ที่ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน ตั้งแต่การวินิจฉัยความต้องการจำเป็น การระบุ วัตถุประสงค์ การกำหนดแผนการเรียนรู้ รวมทั้งการประเมินผลการเรียนรู้ด้วยตนเอง โดยผู้สอนมีบทบาทเป็นวิทยากรกระบวนการ หรือผู้เอื้ออำนวยให้เกิดการเรียนรู้ คอยให้การช่วยเหลือสนับสนุน แบ่งเป็น 2 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างความเชื่อมั่นและทัศนคติเชิงบวก ด้วยการสร้างความสนใจ ความเชื่อมั่นและทัศนคติเชิงบวกแก่ผู้สูงอายุในการเรียนเพื่อสร้างแรงจูงใจที่ทำให้ผู้สูงอายุเรียนรู้ด้วยตนเอง

ขั้นตอนที่ 2 การนำประสบการณ์เดิมมาใช้ในการเรียนรู้ เมื่อเกิดทัศนคติเชิงบวกผู้สูงอายุจะสามารถนำประสบการณ์เดิมมาผสมผสานกับความรู้ใหม่ โดยเน้นให้การเรียนรู้สอดคล้องกับความสนใจและความต้องการของผู้สูงอายุ นำความรู้ที่ได้ไปใช้แก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันของตนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

#### 4.3 การเสริมสร้างพลังอำนาจ (empowerment)

แนวคิดการเสริมพลังอำนาจ ความหมายตามพจนานุกรมของ Merriam Webster (2005) : ให้ความหมายไว้ 3 ประการ คือ 1) การให้อำนาจที่เป็นทางการหรือที่ถูกต้องตามกฎหมาย 2) การจัดหาหรือให้โอกาส และ 3) การส่งเสริมความเป็น คำว่า empowerment มีผู้แปลเป็นภาษาไทยไว้หลาย อย่าง เช่น เสริมอาวุธทางปัญญา การเสริมพลังอำนาจประชาชนและการใช้อำนาจ โดยการเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นแนวคิดที่มีความซับซ้อน และกว้างขวางเป็นอย่างมาก แตกต่างกันไปตามบริบท มีนักวิชาการให้ความหมายไว้หลากหลาย ดังนี้

Rappaport (1984) ให้คำจำกัดความของการเสริมพลังอำนาจว่า เป็นสิ่งที่ทำได้ยาก จนกว่าเราจะได้สัมผัสกับสิ่งนั้นอย่างแท้จริง ทั้งนี้เพราะการเสริมพลังอำนาจ เป็นโครงสร้างที่ไม่มีขอบเขต และมีรูปแบบที่แตกต่างไปตามกลุ่มประชากร

Keiffer (1984) ให้ความหมายว่า หมายถึง กระบวนการที่ทำให้บุคคลปรับเปลี่ยน ความรู้สึก จากบุคคลที่ไม่มีคุณค่าไปสู่การยอมรับว่าตนเองเป็นผู้มีความสามารถอย่างแท้จริง

Zimmerman M. and Rappaport J. (1988) กล่าวว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจของชุมชน มีทั้งในระดับบุคคลและในระดับชุมชน การเสริมสร้างพลังอำนาจในระดับบุคคล เป็นเรื่องของการ พัฒนาศักยภาพตนเองให้ มีความเข้มแข็งพอที่จะควบคุมตนเองจากปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลใน การดำเนินชีวิต สามารถพึ่งพาตนเองได้ และเห็นคุณค่าในสิ่งที่ตนเอง ประพฤติปฏิบัติ จนมีความ ภาคภูมิใจในตนเอง ส่วนการเสริมสร้างพลังอำนาจในระดับชุมชน เกิดจาก การรวมกลุ่มของสมาชิกที่ มีความรู้สึกเป็นกลุ่มเดียวกัน มีวิถีชีวิตเดียวกัน มีความร่วมมือร่วมใจ สร้างประโยชน์ และควบคุม สมาชิกในชุมชน ที่จะจัดการให้เกิดความเสมอภาคของการกระจายทรัพยากร แล้วส่งผลดีต่อชุมชน

Conger and Kanungo (1988) เน้นถึงการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านจิตใจ โดยการขจัด ความรู้สึกไร้อำนาจของบุคคล ให้ความรู้สึกมั่นใจในการทำงาน การเสริมสร้างพลังอำนาจว่า เป็น การ สร้างแรงจูงใจ ให้ผู้ปฏิบัติเกิดความมั่นใจในตนเองว่ามีความสามารถในการทำงานให้สำเร็จได้ ความหมายดังกล่าวเป็นการพัฒนาความรู้สึกของบุคคลให้มีความเชื่อในเรื่อง ประสิทธิภาพของบุคคล ที่จะทำงานร่วมกันไปสู่เป้าหมายของงานหรือขององค์กร

Clifford and Chandler (1992) กล่าวว่า การเสริมพลังอำนาจ เป็นกระบวนการเพิ่มพลัง อำนาจให้บุคคลที่รู้สึกว่ามีอำนาจให้รู้สึกว่าเป็นผู้มีอำนาจในตนเอง มีความเป็นอิสระ เป็นตัว ของตัวเอง รู้สึกว่าชีวิตมีคุณค่า สามารถตัดสินใจในการทำสิ่งต่างๆ ให้ประสบความสำเร็จตามที่มุ่งหวัง

Tebbitt (1993) กล่าวว่า การเสริมพลังอำนาจ ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในองค์การโดย ส่งเสริมให้บุคลากรมีอิสระในกิจกรรมที่ทำงานและปฏิบัติงานแบบมีส่วนร่วม ทำให้บุคลากรรู้สึกยึดมั่น ในองค์การ โดยไม่มีการบังคับหรือเรียกร้องให้กระทำ บุคลากรทุกคนบรรลุถึงวิสัยทัศน์และพันธกิจ ร่วมกัน

คณิต เขียววิชัย (2551: 8) ให้ความหมายว่า คือ กระบวนการหรือวิธีการต่าง ๆ ตลอดจนการ จัดการสิ่งแวดล้อมภายในองค์การเพื่อสนับสนุน หรือส่งเสริมให้บุคคลมีเป้าหมายในชีวิต มีความยึดมั่น ผูกพันต่อองค์การ มีความพอใจในงาน ตระหนักในคุณค่าของตนเอง มีความรับผิดชอบ รับรู้ในพลัง อำนาจของตนในการจัดการแก้ปัญหาได้ และมีการเรียนรู้ และการพัฒนาตนเอง ทำให้บุคคลสามารถ เติบโตตามสัดส่วนของตนได้อย่างเต็มที่ และมีผลต่อสมรรถนะการปฏิบัติงานส่วนตน ที่มงาน และ องค์การ

จากความหมายข้างต้น สรุปได้ว่า การเสริมพลังอำนาจจะเกิดภายในตนเองของบุคคลก่อน ทั้งนี้เพราะบุคคลที่มีพลังในตนเองเท่านั้น จึงจะสามารถเสริมพลังให้แก่ผู้อื่นได้ และ การเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นกระบวนการเพิ่มศักยภาพของบุคคลให้สามารถพึ่งพาตนเองได้ เห็น

คุณค่าในตนเอง มีความภาคภูมิใจในตนเอง และส่งเสริมให้บุคคลเกิดความสามารถในการทำกิจกรรมในชีวิตและแก้ปัญหาได้ดี

รูปแบบการเสริมพลังอำนาจ ที่จะนำไปสู่การสร้างพลังอำนาจที่ส่งเสริมบุคคลเป็นสำคัญ โดยจะเน้นการสร้างพลังที่ตัวบุคคล 4 ประการ ดังนี้ (กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล, 2539: 9-18)

1. เพิ่มความสามารถในตัวบุคคล (increasing self-efficacy) โดยเน้นที่ความรู้สึกภายในตัวบุคคล ส่งเสริมให้มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองขณะอุปสรรคได้
2. พัฒนาความรู้สึกเรื่องการทำงานเป็นทีม (teamwork) โดยปลูกจิตสำนึกในตัวบุคคลในเรื่องของความร่วมมือร่วมใจกันทำงาน มีเป้าหมายร่วมกันที่จะใช้พลังของทีมในการแก้ปัญหา
3. ลดการตำหนิตนเอง (reducing self-blame) โดยเปลี่ยนวิธีการมองปัญหาจาก การกล่าวโทษตนเอง มาเป็นการนำปัญหาของตนเองมาพูดคุยในกลุ่ม ให้กลุ่มมีความรับผิดชอบร่วมกันในการมองและแก้ไขปัญหา วิธีที่จะช่วยให้ผู้ที่ประสบปัญหา รู้สึกเป็นอิสระจากสถานการณ์ทางสังคมที่ตนประสบอยู่
4. กำหนดความรับผิดชอบของบุคคลต่อการเปลี่ยนแปลงในอนาคต (assuming personal responsibility for change) เพื่อให้บุคคลนั้นมีส่วนร่วมอย่างจริงจังและรับรู้พลังของตนเองในการมุ่งมั่นที่จะแก้ไขปัญหาหรือปรับเปลี่ยนสถานการณ์ให้ดีขึ้น

Ebersole (1998) กล่าวว่า การเสริมพลังอำนาจเป็นวิธีทางเลือกทางหนึ่งของการพัฒนาสุขภาพของกลุ่มคน โดยจากการศึกษาการนำมาใช้ในกลุ่มต่าง ๆ เช่น กลุ่มผู้หญิง กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง ซึ่งอาจจะมีการดำเนินการในรูปแบบที่เหมาะสมกับกลุ่ม

Stewart (1994: 73-86) เสนอกฎเกณฑ์ขั้นตอนการส่งเสริมการสร้างพลังอำนาจ ดังนี้

1. ขั้นตอนการแสดงวิสัยทัศน์ร่วมกัน (envision) หมายถึง ผู้มอบและผู้รับภารกิจ ต้องแสดงวิสัยทัศน์ร่วมกัน ผู้ปฏิบัติงานร่วมรับรู้ แสดงและเข้าใจเป้าหมายสูงสุดขององค์การร่วมกัน
2. ขั้นตอนการให้การศึกษา (educate) หมายถึง การที่ผู้ปฏิบัติงานต้องได้รับการศึกษาเพื่อจะได้พิจารณาและตัดสินใจเกี่ยวกับงานได้อย่างถูกต้อง โดยความหมายการได้รับการศึกษาจะมีขอบเขตกว้างขวาง มากกว่าการฝึกอบรมด้วย
3. การขจัด (eliminate) หมายถึง การขจัดอุปสรรค เช่น กฎเกณฑ์ ระเบียบ ที่ไม่จำเป็น ยุ่งยากและซับซ้อน การขจัดทัศนคติที่ต้านลบบของบุคคล
4. การแสดงออก (express) หมายถึง การที่บุคคลมีโอกาสดังกล่าวเกี่ยวกับความรู้สึกความคิดเห็น การสอบถามข้อสงสัยอย่างจริงจังร่วมกันทุกฝ่าย ทั้งนี้เพื่อประโยชน์ของงาน และต้องดำรงสิทธิของแต่ละบุคคลด้วย



5. การกระตือรือร้น (enthus) หมายถึง การกระตือรือร้นของผู้มอบภารกิจ ผู้มอบภารกิจต้องสอนงาน ให้คำแนะนำคนอื่น และชื่นชมยินดีเมื่อผู้ปฏิบัติทำงานสำเร็จ โดยให้ความสำคัญกับการทำงานเป็นทีมมากกว่าควบคุมงานเคร่งครัด

6. ความพร้อม (equip) หมายถึง ความพร้อมด้านเวลา การเงิน อุปกรณ์จำเป็น ทักษะและสภาพส่วนตัวของผู้มอบภารกิจรวมทั้งความเชื่อมั่นของผู้มอบภารกิจที่มีความสามารถ และความพร้อมของผู้รับมอบ

7. การประเมินงาน (evaluate) หมายถึง การเสริมพลังอำนาจเป็นกระบวนการ มิใช่เป็นผลผลิต จะต้องมีการประเมินวัตถุประสงค์และเกณฑ์การปฏิบัติงานได้ มีการกำหนดว่าได้ บรรลุหรือไม่ อย่างไร เป็นสิ่งสำคัญในการปฏิบัติภารกิจอย่างยิ่ง

ในกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจนั้นต้องมีสิ่งสำคัญร่วมกันที่ต้องสอดคล้องกันไป การเสริมพลังอำนาจมีพื้นฐานมาจากการต้องรู้สึกว่าคุณค่าเป็นสิ่งสำคัญ รับรู้ว่าตนได้รับความสำคัญ ได้รับความรักการดูแล การรับรู้ถึงความคาดหวังของผู้มอบภารกิจชัดเจน การได้รับผิดชอบในงานที่เหมาะสมกับตนเอง การได้เห็นรูปแบบที่ดีและการได้เลือกสิ่งที่มีความหมายสำหรับตนเองด้วย (Zerwekh, 1992)

#### 4.4 ความเชื่อด้านสุขภาพ

ทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นทฤษฎีของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านสุขภาพและความสามารถในการทำนายการตอบสนองของแต่ละบุคคลและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการป้องกันโรค โดยพัฒนามาจากทฤษฎีของเคิร์ท เลวิน (Kurt Levin, 1951) ที่เชื่อว่าบุคคลจะกระทำในสิ่งที่ตนพอใจและคิดว่าสิ่งนั้นก่อให้เกิดประโยชน์ต่อตนเองและห่างจากสิ่งที่ตนไม่ปรารถนา ซึ่งต่อมาทฤษฎีนี้ได้พัฒนาโดยโรเซนสต็อกและคณะ (Rosenstock and et al., 1974) นำมาอธิบายงานบริการด้านสุขภาพสาธารณะของประเทศสหรัฐอเมริกา ในปี ค.ศ.1950-1960 โดยนำมาผสมผสานกับทฤษฎีแรงจูงใจและทฤษฎีการตัดสินใจ นำองค์ประกอบแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาใช้ในการอธิบายพฤติกรรมและทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคล โดยบุคคลเปรียบเทียบข้อดีข้อเสียของการกระทำนั้น และหากการกระทำได้ผลที่ดีกว่า ย่อมส่งผลต่อการเกิดพฤติกรรมการป้องกันโรค ทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วยองค์ประกอบสำคัญ 6 อย่าง คือ

1. ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค (perceived severity) หมายถึง ผลกระทบและผลอื่นที่ตามมาของโรคที่นำสู่บุคคล ซึ่งอาจเป็นความพิการ (disability) การรับประทานยาระยะยาว (long term medication) ความเจ็บป่วยทางจิตใจ (mental illness) ปัญหาทางการเงิน (financial problem) หรือแม้กระทั่งความตาย (death) ซึ่งบุคคลเชื่อว่าเรื่องสุขภาพเป็นเรื่องที่รุนแรง เขาจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันและลดความรุนแรง

2. ด้านการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรค (perceived susceptibility) เป็นความคิด ความเชื่อของบุคคลที่มีโอกาสเกิดโรคได้
3. ด้านการรับรู้ประโยชน์ที่ได้รับ (perceived benefits) เป็นความคิดความเชื่อว่าการกระทำที่ได้รับคำแนะนำ หากปฏิบัติจะก่อประโยชน์ต่อตนเอง ลดความเสี่ยงหรือความรุนแรงลง
4. ด้านการรับรู้อุปสรรค (perceived barriers) เป็นความคิดความเชื่อว่าการกระทำที่ได้รับคำแนะนำนั้น เป็นสิ่งยุ่งยาก เสียค่าใช้จ่าย และทำได้ยาก เป็นต้น
5. สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ (cause to action) อาจมีสิ่งชักนำภายใน เช่น การเจ็บป่วยต่าง ๆ และสิ่งชักนำภายนอก ได้แก่ ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรค สื่อมวลชน ประสบการณ์ที่เคยมีบุคคลในครอบครัวหรือเพื่อนร่วมงานเจ็บป่วย สิ่งเหล่านี้จะทำให้บุคคลปฏิบัติอย่างใดอย่างหนึ่งเกี่ยวกับสุขภาพ
6. ด้านความสามารถของตนเอง (self - efficacy) เป็นความคิดความเชื่อว่าตนเองมีศักยภาพ มีความสามารถในการกระทำพฤติกรรมสุขภาพได้สำเร็จในระดับต่างๆ

## 5. แนวทางการประกอบอาชีพของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุ ที่มีอายุระหว่าง 60 – 65 ปี ยังมีความสามารถในการประกอบอาชีพ ส่วนใหญ่เป็นแรงงานที่อยู่ภายใต้ระบบประกันสังคม สามารถเริ่มรับสิทธิประโยชน์ชราภาพที่ อายุ 55 ปีขึ้นไป เป้าหมายสำหรับกลุ่มนี้ คือ การขยายอายุการทำงานให้ยาวนานกว่า 55 ปี โดยขยายสัญญาจ้างงานอย่างน้อย 1 ปี จากนั้นอาจเป็นปีต่อปี มีเกณฑ์ประเมินที่ผู้ว่าจ้างกำหนดและตามความสมัครใจของแรงงานแต่ละคน การจ้างงานกลับมาใหม่รายบุคคล ด้วยสัญญาจ้างงานใหม่อย่างน้อย 1 ปี ในตำแหน่งงาน เงื่อนไขการจ้างงานและค่าตอบแทนที่อาจจะเหมือนเดิมหรือปรับเปลี่ยนให้มีความยืดหยุ่นเพิ่มขึ้น

การกำหนดอายุเกษียณเป็น 60 ปีบริบูรณ์ ทั้งพนักงานรับใหม่หรือพนักงานเดิม โดยอาจดำเนินการในลักษณะค่อยเป็นค่อยไปหรือขยับเป็นขั้นบันได

แรงงานสูงอายุในระบบ ส่วนใหญ่ทำงานในลักษณะเป็นนายจ้าง ประกอบธุรกิจส่วนตัวหรือธุรกิจครอบครัว โดยเฉพาะในภาคเกษตรหรือการบริการ

การสร้างงานด้านการผลิตและการให้บริการ โดยมีรัฐบาลหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้แรงจูงใจการสนับสนุนหรือส่งเสริม เน้นงานที่ผู้สูงอายุสามารถทำได้ มีรูปแบบการทำงาน ชั่วโมงการทำงาน และค่าตอบแทนที่ยืดหยุ่นสามารถสอดคล้องไปกับนโยบาย การมีอัตราค่าจ้างผู้สูงอายุแบบรายชั่วโมง

การส่งเสริมการจ้างงาน หรือสร้างงานให้กับผู้สูงอายุในลักษณะกิจกรรมเพื่อสังคม (corporate social responsibility - CSR) โดยสถานประกอบการและบริษัทภาคเอกชน

รัฐบาลได้จัดตั้งศูนย์บริการจัดหางานผู้สูงอายุและศูนย์ขึ้นทะเบียนหางานผู้สูงอายุ จำนวน 87 ศูนย์ทั่วประเทศ ผ่านช่องทางการหางานสำหรับผู้สูงอายุของกรมการจัดหางาน และเป็นช่องทางให้นายจ้างหรือลูกจ้าง โดยมีผู้สูงอายุเข้ามาใช้บริการจำนวน 4,053 ราย และได้บรรจุนายจ้างจำนวน 2,020 ราย โครงการฝึกอบรมให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุในการทำงาน เพื่อเพิ่มโอกาสการจ้างงานและเข้าใจสิทธิตามกฎหมายคุ้มครองแรงงานผู้สูงอายุ อาทิ โครงการส่งเสริม ความรู้เกี่ยวกับสิทธิหน้าที่ตามกฎหมายคุ้มครองแรงงานแก่ผู้สูงอายุ และกิจกรรมเสริมสร้างองค์ความรู้แก่แรงงานผู้สูงอายุเพื่อเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยเกษียณอย่างมีคุณภาพ

นอกจากกระทรวงแรงงานจัดให้มีการส่งเสริมองค์ความรู้ และโอกาสในการเข้าถึงงานให้ผู้สูงอายุแล้ว กรมสรรพากรยังมีมาตรการส่งเสริมองค์ความรู้ที่มีการจ้างงานผู้สูงอายุในเรื่องของการยกเว้นภาษีเงินได้ โดยสามารถหักรายจ่ายได้ 2 เท่า ทั้งนี้รายจ่ายที่จะได้รับการยกเว้นภาษีต้องเกิดจากรายจ่ายที่จ่ายเป็นค่าจ้างให้แก่ผู้สูงอายุไม่เกิน เดือนละ 15,000 บาท โดยในรอบระยะเวลาบัญชีปี 2560 มีจำนวนบริษัทหรือห้างหุ้นส่วนนิติบุคคลที่ได้ใช้สิทธิประโยชน์ภาษีตามมาตรการจ้างงานผู้สูงอายุ จำนวน 454 ราย โดยมีการจ้างงานลูกจ้างผู้สูงอายุจำนวน 2,058 ราย

สำนักพัฒนาสังคม กรุงเทพมหานคร ได้จัดอบรมการฝึกอาชีพให้แก่บุคคลทั่วไปและผู้สูงอายุ มีจำนวนผู้สูงอายุที่เข้ารับการฝึกอาชีพประมาณ 7,800 คน จำนวนผู้สูงอายุที่ประกอบอาชีพหลังจากการเข้ารับการฝึกอาชีพแล้วประมาณ 3,400 คน โดยอบรมเกี่ยวกับศิลปประดิษฐ์ งานผ้า ผ้ามัดย้อม ปั่นดิน พับริบบิ้น ดอกไม้ประดิษฐ์ ต้นไม้มงคล งานวาดรูป เดคูพาท สิ่งประดิษฐ์จากวัสดุเหลือใช้ พบผ้าเช็ดหน้า กระเป๋าผ้าสานเส้น พลาสติก ของชำร่วย การบูรฟักทอง แปรรูปสมุนไพร (มูลนิธิสถาบันพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2562) อาชีพที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ ควรเป็นอาชีพที่ผู้สูงอายุคุ้นเคย ไม่ต้องใช้แรงงานมาก ได้แก่ การปลูกพืชระยะสั้น หรือ การประกอบอาหารสด หรือ อาหารแปรรูป เพื่อจำหน่าย การใช้ภูมิปัญญาเดิมนำมาพัฒนาเป็นสิ่งประดิษฐ์ใหม่

## 6. ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุในตำบลเขาวงกต อำเภอแก่งหางแมว จังหวัดจันทบุรี

ในอำเภอแก่งหางแมว จังหวัดจันทบุรี มีพื้นที่ 1,254.1 ตารางกิโลเมตร มีประชากรในปี 2562 จำนวน 42,307 คน พื้นที่ส่วนใหญ่ค่อนข้างแห้งแล้ง เป็นป่าโปร่งและสวนยางพารา สวนผลไม้ ประกอบด้วย 5 ตำบล 63 หมู่บ้าน ได้แก่ ตำบลแก่งหางแมว มี 22 หมู่บ้าน ตำบลขุนช่อง มี 17 หมู่บ้าน ตำบลสามพี่น้อง มี 9 หมู่บ้าน ตำบลพวา มี 12 หมู่บ้าน และตำบล เขาวงกต มี 4 หมู่บ้าน

ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุในตำบลเขาวงกต อำเภอแก่งหางแมว จังหวัดจันทบุรี ประกอบด้วย 4 หมู่บ้าน ได้แก่ บ้านเขาวงกต บ้านหนองขวาง บ้านหนองเจ๊กสร้อย และบ้านลานทอง มีประชากรทั้งหมด จำนวน 2,363 คน เป็นผู้สูงอายุ จำนวน 477 คน คิดเป็นร้อยละ 20.19

ของประชากรทั้งหมด จำแนกผู้สูงอายุเป็นกลุ่มติดสังคม 471 คน (ร้อยละ 98.74) ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน 5 คน (ร้อยละ 1.05) และผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง 1 คน (ร้อยละ 0.21) จำแนกเป็นเพศชาย 210 คน (ร้อยละ 44.03) เป็นเพศหญิง 267 คน (ร้อยละ 55.97)

ข้อมูลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในตำบลเขาวงกต จากการตรวจร่างกายคัดกรองสุขภาพเบื้องต้น พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาเกี่ยวกับโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง 115 ราย (ร้อยละ 24.11) โรคเบาหวาน 40 ราย (ร้อยละ 24.11) โรคหลอดเลือดหัวใจ 12 ราย (ร้อยละ 2.52) โรคหลอดเลือด 7 ราย (ร้อยละ 1.47) โรคถุงลมโป่งพอง 4 ราย (ร้อยละ 0.84) และพบโรคในกลุ่มโรคเฉพาะในผู้สูงอายุ (geriatric syndrome) เช่น ภาวะหกล้ม 9 ราย (ร้อยละ 1.88) ข้อเข่าเสื่อม 12 ราย (ร้อยละ 2.51) ภาวะทุพโภชนาการ 34 ราย (ร้อยละ 7.13) และด้านจิตใจมีภาวะซึมเศร้า 4 ราย (ร้อยละ 0.84) ซึ่งมาจากผู้สูงอายุบางคนขาดเพื่อนที่เคยทำกิจกรรมร่วมกัน บางคนขาดชีวิตหรือต้องอยู่โดยลำพัง ทำให้การดำเนินชีวิตต้องเปลี่ยนแปลงและรู้สึกสูญเสียสถานภาพบางส่วน

ข้อมูลด้านเศรษฐกิจและสังคม ผู้สูงอายุในชุมชนส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในบ้านของตนเองและอยู่กับครอบครัว มีผู้สูงอายุเพียง 2 คนที่ไม่มีบ้านเป็นของตนเองอาศัยอยู่ในโรงเรียนบนที่ดินของผู้อื่น ลักษณะที่อยู่อาศัยส่วนใหญ่เป็นบ้านชั้นเดียวมั่นคงแข็งแรงพอสมควร มีบริเวณบ้าน เมื่อผู้สูงอายุเจ็บป่วยญาติที่อยู่ในละแวกบ้านหรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นผู้ดูแลและนำส่งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีรายได้ไม่เพียงพอในการดำรงชีวิต มีความเพียงพอได้จากเบี้ยผู้สูงอายุ ประกอบกับสภาพร่างกายไม่เอื้อต่อการประกอบอาชีพทำการเกษตรที่ใช้แรงงาน หรือรับจ้างทั่วไป

การดำเนินงานด้านสาธารณสุขแก่ผู้สูงอายุในตำบลเขาวงกต โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเขาวงกตดำเนินการประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพและจัดทำข้อมูลผู้สูงอายุที่ควรได้รับการดูแลในระยะยาวเป็นประจำทุกปี มีการทำโครงการให้คำแนะนำด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุเขาวงกตเดือนละ 1 ครั้ง และการให้บริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้านโดยบุคลากรสาธารณสุขและทีมสหสาขาวิชาชีพจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเขาวงกตและโรงพยาบาลชุมชนแก่งหางแมว และมีระบบการดูแลเยี่ยมผู้สูงอายุที่ติดบ้านติดเตียงในชุมชน

การจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุเขาวงกตเริ่มดำเนินการเมื่อ 27 มกราคม 2538 ปัจจุบันมีสมาชิก 378 คน มีการเลือกตั้งประธานชมรมผู้สูงอายุและคณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุ โดยประธานมีวาระคราวละ 2 ปี ปัจจุบันเป็นประธานคนที่ 3 ชื่อ นายมงคล แก้วศรีนาม อายุ 70 ปี ใช้สถานที่อานามัยเขาวงกตเดิมเป็นสำนักงาน ดำเนินงานจัดประชุมและจัดกิจกรรมผู้สูงอายุทุกวันพฤหัสบดีที่ 4 ของทุกเดือนอย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน

## 7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

อุษา โพนทอง (2553) ศึกษาเรื่อง การพัฒนาโปรแกรมพัฒนาภาวะพหุพลังของข้าราชการ กงทัพอไทยตามแนวคิดวิทยาการผู้สูงอายุด้านการศึกษาและการเรียนรู้เป็นการศึกษาแบบการทดลอง กับกลุ่มข้าราชการ กงทัพอไทย และศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดการเรียนรู้ทางการศึกษา โดยสรุปผลการวิจัย ดังนี้

1. ผลการพัฒนาโปรแกรมพัฒนาภาวะพหุพลังของข้าราชการ กงทัพอไทยตามแนวคิด วิทยาการผู้สูงอายุด้านการศึกษาและการเรียนรู้จากประสบการณ์ มีองค์ประกอบของโปรแกรม การศึกษานอกระบบโรงเรียนโดยมีการพัฒนาภาวะพหุพลังของข้าราชการ กงทัพอไทยจาก กิจกรรมการเรียนรู้ 5 ขั้นตอนคือ 1) การสร้างประสบการณ์ 2) การรับรู้ปัญหา 3) การสะท้อนความคิด 4) การสร้างความรู้ใหม่ 5) การลงมือปฏิบัติและการประยุกต์ใช้

2. การทดสอบพหุพลัง 1) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความรู้ ทักษะและพฤติกรรมในการเตรียมความพร้อมเพื่อพัฒนาภาวะพหุพลัง ด้านสุขภาพ ด้านการมีส่วนร่วมในสังคมและด้าน ความมั่นคง สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 2) กลุ่มทดลองมีความรู้ ทักษะและพฤติกรรมในการเตรียมความพร้อมเพื่อพัฒนาภาวะพหุพลัง ด้านสุขภาพ ด้าน การมีส่วนร่วมในสังคมและด้านความมั่นคง สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และจากการสัมภาษณ์ พบว่าโปรแกรมที่จัดขึ้นสามารถทำให้ผู้เรียนเกิดภาวะพหุพลัง 3 ด้าน คือ 1) ด้านสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นว่าการมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรงสำคัญมากจึงให้ ความสำคัญกับการออกกำลังกาย 2) ด้านการมีส่วนร่วม กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นว่าการทำ งานอดิเรกทำให้มีกิจกรรมทำในวัยสูงอายุ 3) ด้านความมั่นคง กลุ่มตัวอย่างมีความเห็นว่าการมีเงินสำหรับ ใช้จ่ายอย่างคล่องตัวในวัยสูงอายุสำคัญมากจึงให้ความสำคัญกับการออมเงิน และเกิดพฤติกรรมมี ภาวะพหุพลัง 3 ด้าน คือ 1) การตระหนักและรับทำ กลุ่มตัวอย่างมีความเห็นว่าปัญหาสุขภาพเกิด จากการเปลี่ยนแปลงร่างกาย และจิตใจเป็นสำคัญจึงควรมีการวางแผนดูแลสุขภาพ เช่น การตรวจ สุขภาพ ออกกำลังกาย รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ 2) การพึ่งพาตนเอง กลุ่มตัวอย่างมีความเห็น ว่าสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ เช่น การออกกำลังกาย การทำให้มีสุขภาพจิตดีจากการคิดในแง่บวก ฟังเพลงให้คลื่นสมองต่ำ สวดมนต์ทำสมาธิ 3) ทุกคนทำและทำเพื่อทุกคน กลุ่มตัวอย่างมีความเห็นว่าการรวมกลุ่มทำประโยชน์ให้สังคม มีความสำคัญในวัยสูงอายุ เช่น การเข้าร่วมชมรมทำกิจกรรมที่ ตนเองถนัดและการถ่ายทอดความรู้ที่ตนเองเชี่ยวชาญให้ผู้สนใจ 4) สภาพแวดล้อม เงื่อนไขของการ ใช้โปรแกรมพัฒนาภาวะพหุพลังของข้าราชการ กงทัพอไทยตามแนวคิดวิทยาการผู้สูงอายุด้าน การศึกษาและการเรียนรู้จากประสบการณ์ คือ กลุ่มผู้เรียนต้องคำนึงถึงอายุที่เหมาะสม คืออยู่ในช่วง วัยกลางคน จำนวนผู้เรียนไม่มากเกินไป มีความเท่าเทียมกันไม่แบ่งแยกเพศ ผู้สอนมีความรู้ใน แนวคิดพัฒนาภาวะพหุพลังเป็นอย่างดี สื่อการเรียนการสอนจะต้องมีความหลากหลาย และมี

เพียงพอกับจำนวนผู้เรียน สถานที่จะต้องกว้างขวางสะดวกต่อการจัดกิจกรรม ข้อเสนอแนะ ดังนี้ 1) การจะเกิดพฤติกรรมมีภาวะพลัดหลังนั้นต้องมีการทำกิจกรรมต่าง ๆ อย่างต่อเนื่องเป็นสิ่งสำคัญมาก โดยเฉพาะการดูแลสุขภาพที่สามารถทำได้ต่อเนื่อง เช่น การตรวจสุขภาพเป็นประจำอย่างสม่ำเสมอ ทุกปี ออกกำลังกายทุกวัน การมีส่วนร่วมในสังคม เช่น มีงานอดิเรกทำตลอดเวลาในยามว่าง การร่วมกิจกรรมชุมชน การศึกษาหาความรู้ และด้านความมั่นคง เช่น การออมเงินทุกเดือน 2) แนวทางส่งเสริมภาวะพลัดหลังของผู้สูงอายุต้องอาศัยภาครัฐและหน่วยงานต่าง ๆ ในการเข้ามามีส่วนร่วมและวางนโยบายที่สอดคล้องเหมาะสมกับผู้สูงอายุในสังคม รวมทั้งการส่งเสริมในระดับส่วนท้องถิ่นที่จะเข้ามามีส่วนร่วมพัฒนาอย่างต่อเนื่องด้วย

กิตติภักดิ์ วิทยากรณ์ (2553) ศึกษาเรื่อง การพัฒนารูปแบบกิจกรรมการศึกษาของระบบโรงเรียน ตามแนวคิดจิตปัญญาศึกษาเพื่อเสริมสร้างสุขภาวะของผู้สูงอายุเป็นการศึกษาแบบผสมผสาน ใช้แบบสอบถาม จากการสัมภาษณ์และศึกษาเอกสาร สรุปผลการวิจัย คือ การส่งเสริมรูปแบบกิจกรรมการศึกษาเพื่อพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ นำแนวคิดจิตปัญญาศึกษาไปใช้เพื่อเสริมสร้างสุขภาวะ และถือว่าการสร้างสุขภาวะที่ดีเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของการพัฒนาภาวะพลัดหลังของผู้สูงอายุ ซึ่งผลการวิจัย พบว่า 1) ผู้สูงอายุมีปัญหาด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต และไม่สามารถปรับตัวเข้าสู่วัยสูงอายุได้ และมีความต้องการด้านร่างกาย จิตใจ การสนับสนุนจากครอบครัว สังคม และการมีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจเพื่อความสงบสุขของชีวิตบั้นปลาย 2) รูปแบบกิจกรรมที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ คือ ด้านกิจกรรมการเรียนรู้ ด้านผู้เรียนหรือผู้เข้าร่วมกิจกรรม ด้านวิทยากรหรือกระบวนการ ด้านเนื้อหาสาระ ด้านการประเมิน และด้านสถานที่ และให้ข้อเสนอแนะ ควรมีหน่วยงานที่รับผิดชอบการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุของกลุ่มเป้าหมาย ร่วมกับใช้แนวทางพัฒนารูปแบบการจัดการศึกษาที่เน้นการพัฒนาจิตปัญญาเพื่อให้เกิดสุขภาวะที่ดีแก่ผู้สูงอายุ

อาชญญา รัตนอุบล และคณะ (2554) ศึกษาเรื่อง การพัฒนาแนวทางการส่งเสริมการจัดการศึกษา การเรียนรู้เพื่อการพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ โดยการวิจัยกรณีศึกษาและวิเคราะห์เอกสารที่เกี่ยวข้อง ผลการวิจัยสรุปคือ การพัฒนาแนวทางการส่งเสริมการจัดการศึกษา การเรียนรู้เป็นมิติหนึ่งของการส่งเสริมศักยภาพ เพื่อการพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุไทยที่สำคัญ ดังนี้

1. กรณีศึกษาที่ดีของประเทศไทยมีลักษณะเอกลักษณ์ตามแบบวิถีไทย การพัฒนาส่งเสริมและการจัดกิจกรรมการศึกษา การเรียนรู้ของผู้สูงอายุไทยให้ความสำคัญเป็นพิเศษกับ ผู้สูงอายุกับครอบครัว ชุมชนโดยรวมโดยแท้จริง โดยบูรณาการกิจกรรมการเรียนรู้หลากหลายทั้งการส่งเสริมการศึกษาในระบบ นอกระบบ และตามอัธยาศัย

2. การดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ให้ผู้สูงอายุทำ เป็นระบบและค่อนข้างมีความต่อเนื่อง รวมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้ร่วมแสดงความคิดเห็นตามความต้องการด้วย โดยปัญหาสำคัญของการจัด

การศึกษา พบว่า ปัญหาสุขภาพทางกายเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดที่ส่งผลต่อการเรียนรู้และพัฒนา ศักยภาพผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3. ผลจากการพัฒนารูปแบบและแนวทางการจัดการศึกษาการเรียนรู้เพื่อการพัฒนา ศักยภาพผู้สูงอายุไทย สามารถจัดทำเป็น 5 แบบสำคัญ ได้แก่ 1) รูปแบบมหาลัยวัยที่สาม 2) ศูนย์ เอนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุในเมือง 3) รูปแบบชุมชนสำหรับผู้สูงอายุ 4) ชมรมสำหรับผู้สูงอายุ และ 5) รูปแบบการรวมกลุ่มผู้สูงอายุตามอัยาศัย

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย การจัดการศึกษาและการเรียนรู้สำหรับผู้สูงอายุเพื่อการพัฒนา ศักยภาพผู้สูงอายุ สิ่งที่สำคัญอย่างยิ่งคือ ความต้องการและความคิดเห็นต่อรูปแบบกิจกรรมหรือ แนวทางในการส่งเสริมที่ต้องให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน โดยคำนึงในบริบทที่แตกต่าง หลากหลายของผู้สูงอายุในแต่ละพื้นที่

ระวี สัจโสภา (2556) ศึกษาเรื่อง อนาคตภาพรูปแบบเมืองแห่งการเรียนรู้ตามแนวคิดการ เรียนรู้ตลอดชีวิตเพื่อพัฒนาภาวะพลัมพลังของผู้สูงอายุไทย โดยเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ประยุกต์ใช้ แนวคิดอนาคตศึกษาด้วยเทคนิคการวิจัยอนาคต ผลการวิจัยพบว่า อนาคตภาพรูปแบบเมืองแห่งการ เรียนรู้ตามแนวคิดการเรียนรู้ ตลอดชีวิตเพื่อการพัฒนาภาวะพลัมพลังของผู้สูงอายุไทยในอีก 10 ปี ข้างหน้า (พ.ศ.2556–2565) ประกอบด้วย 1) หลักการของเมืองแห่งการเรียนรู้ คือ การเรียนรู้ ตลอดชีวิตและการใช้ชุมชนเป็นฐาน ในการส่งเสริม สนับสนุน พัฒนา และกระตุ้นผู้สูงอายุเกิด ศักยภาพภายในตนเองด้านสุขภาพ ด้านการมีส่วนร่วม และด้านหลักประกันและความมั่นคงของชีวิต ผ่านกิจกรรมการศึกษาและการเรียนรู้ผสมผสานอยู่ในวิถีชีวิตในลักษณะเป็นพหุวัย 2) องค์ประกอบของเมืองแห่งการเรียนรู้ แบ่งออกเป็น องค์ประกอบภายใน คือ ผู้เรียนรู้ ผู้จัดการเรียนรู้ องค์ความรู้ กิจกรรมการเรียนรู้ บรรยากาศการเรียนรู้ เครือข่ายการเรียนรู้ การจัดการความรู้ องค์กร แห่งการเรียนรู้ และองค์ประกอบภายนอก คือ ยุทธศาสตร์ นโยบายสาธารณะ และเป้าหมายการ พัฒนา กรรมการกลางการบริหารทรัพยากร และเครือข่ายการเรียนรู้ตลอดชีวิต ระดับชาติ 3) กระบวนการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ของเมืองแห่งการเรียนรู้ เป็นการบูรณาการ การศึกษาในระบบ การศึกษานอกระบบ และการศึกษาตามอัธยาศัย ด้วยการพัฒนาความรู้ ทักษะ และทัศนคติ ด้านสุขภาพ ด้านการมีส่วนร่วม และด้านหลักประกันและความมั่นคง 4) วิธิดำเนินงานเมืองแห่งการ เรียนรู้ ใช้ชุมชนเป็นฐานในการพัฒนาเริ่มจากกลไกระดับท้องถิ่น และกลไกระดับชาติที่กำหนด นโยบายขับเคลื่อนสู่การปฏิบัติ มีการประสานสัมพันธ์ระหว่างภาคีเครือข่ายเชิงพื้นที่ 5) ยุทธศาสตร์ การขับเคลื่อนเมืองแห่งการเรียนรู้ไปสู่การปฏิบัติ ประกอบด้วย การกำหนดนโยบายสาธารณะ การพัฒนาหลักสูตรการเรียนรู้ตลอดชีวิตเพื่อพัฒนาภาวะพลัมพลังของผู้สูงอายุไทย ให้เกิดบุคคลแห่ง การเรียนรู้ ชุมชนแห่งการเรียนรู้ และเครือข่ายการเรียนรู้ในระดับชาติ

สุภจักษ์ แสงประจักษ์สกุล (2558) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยกำหนดระดับบุคลิกภาพของผู้สูงอายุไทย เป็นการศึกษาในระดับบุคลิกภาพของผู้สูงอายุไทยใน ปี พ.ศ.2554 ตามกรอบแนวคิดเชิงนโยบายของ องค์การอนามัยโลก 3 ด้าน ซึ่งประกอบด้วย ด้านการมีสุขภาพที่ดี ด้านการมีส่วนร่วมทางสังคมและ ด้านการมีหลักประกันที่มั่นคง เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยกำหนดที่มีอิทธิพลต่อระดับบุคลิกภาพของผู้สูงอายุไทยจาก การสำรวจ ผู้สูงอายุใน ปีพ.ศ.2554 กลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวนทั้งสิ้น 23,884 คน ผลการวิจัยพบว่า ระดับบุคลิกภาพของผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง โดยการวิเคราะห์การ ถดถอยแบบพหุด้วยการจำลองโพรบิตตามลำดับ พบว่า ปัจจัยกำหนดระดับบุคลิกภาพของผู้สูงอายุอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ เขตที่อยู่อาศัย ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ต่อปี การ ทำงาน การตรวจสุขภาพ การดูแลตนเองและการออกกำลังกาย

จรรย์ญา วงษ์พรหม และคณะ (2558) ศึกษาเรื่อง การมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อพัฒนา คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยมีวัตถุประสงค์หลัก คือ การมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุ และมีวัตถุประสงค์ย่อย ได้แก่ 1) เพื่อศึกษาบริบทและการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อพัฒนา คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ 2) เพื่อพัฒนากิจกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ 3) เพื่อประเมินผลการดำเนินกิจกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และ 4) เสนอแนวทางที่เหมาะสมเพื่อพัฒนากิจกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุ โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ซึ่งเป็นงานวิจัยปฏิบัติการที่อยู่บน ฐานข้อมูลและความคิดของชุมชนเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่ประกอบด้วย 4 มิติ คือ กาย ใจ สังคม และปัญญา ในตำบลสะอาด อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น โดยใช้การเก็บข้อมูลแบบวิธี ผสมผสาน (mixed methods) ระหว่างวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพเป็นหลัก และการวิจัยเชิงปริมาณเป็น องค์ประกอบในการเก็บข้อมูลผู้สูงอายุและครอบครัวเพื่อต้องการได้ข้อมูลตัวเลขเชิงปริมาณ ผลการวิจัยพบว่า 1) ผู้สูงอายุมีความสุขความพึงพอใจที่ได้เข้าร่วมกิจกรรมที่สามารถสนองตอบต่อ คุณภาพชีวิตใน 4 มิติ คือ กาย ใจ สังคม และปัญญา การเรียนรู้ 2) เกิดกระบวนการมีส่วนร่วมของ ชุมชนผ่านการจัดกิจกรรมสัญจรเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและกิจกรรมสานวิญญูใจผู้สูงอายุที่ ผู้วิจัยและกลุ่มปฏิบัติการหลักร่วมดำเนินการกับชุมชน 3) เกิดการบูรณาการความรู้และกิจกรรมใน ชุมชนผ่านการสรุปทเรียนจากประสบการณ์ที่ได้เรียนรู้ร่วมกัน 4) เกิดความยั่งยืนของการพัฒนา คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนโดยการดำเนินการต่อเนื่องของชุมชนที่ประกอบด้วย แกนนำผู้สูงอายุ คนวัยอื่น และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในชุมชน

ฐาณญา สมภู (2560) ศึกษาเรื่อง การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมภาวะพดพพลังของชมรม ผู้สูงอายุไทย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาภาวะพดพพลังของผู้สูงอายุในสภาพปัจจุบัน 2) เพื่อศึกษาวิธีปฏิบัติที่เป็นเลิศ ของชมรมผู้สูงอายุไทยในการส่งเสริมภาวะพดพพลัง และ 3) เพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมภาวะพดพพลังของชมรมผู้สูงอายุไทย เป็นการศึกษาที่ใช้ระเบียบ



วิธีแบบผสมผสาน กลุ่มตัวอย่างและผู้ให้ข้อมูลหลักในการวิจัย ได้แก่ ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุไทย โดยตอบแบบสอบถามจากการสุ่มตัวอย่างหลายขั้นตอน จำนวน 410 คน คณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุและผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือแบบประเมินวัดระดับภาวะสุขภาพ แบบสัมภาษณ์แบบไม่มีโครงสร้าง แบบสัมภาษณ์ความคิดเห็น แบบประเมินความเหมาะสม และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบค่า T- test แบบอิสระต่อกันและการวิเคราะห์เนื้อหา พบว่า 1) ระดับภาวะสุขภาพในสภาพปัจจุบันในการศึกษา พ.ศ. 2558 ผู้สูงอายุไทยในชมรมผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับสุขภาพปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.54 และในด้านสุขภาพอยู่ในระดับมากที่สุด มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 3.81 2) วิธีปฏิบัติที่เป็นเลิศ จากการศึกษาพบหุเทศะกรณีชมรมผู้สูงอายุต้นแบบ มีขั้นตอนที่สำคัญในการจัดกิจกรรมส่งเสริมภาวะสุขภาพของชมรมผู้สูงอายุไทย ประกอบด้วย ขั้นแรก การตระหนักและการวางแผน ขั้นที่สอง การเรียนรู้พึ่งพาตนเอง และขั้นตอนสุดท้าย การลงมือทำซ้ำและการจัดกิจกรรมให้ต่อเนื่องและกิจกรรมหลากหลาย กิจกรรมที่สำคัญ ได้แก่ การออกกำลังกายประยุกต์การรำท้อถิ่น กิจกรรมฝึกจิตใจด้วยสมาธิ กิจกรรมกีฬาสามัคคี กิจกรรมร่วมใจพหุวัย กิจกรรมความรู้พี่ชุมชนไพเราะ ท้อถิ่น กิจกรรมความรู้สิทธิศักดิ์ศรีผู้สูงวัย และเงื่อนไขภายนอกที่ส่งเสริมภาวะสุขภาพของชมรมผู้สูงอายุไทย ได้แก่ ภาศึเครือข่าย การจัดการและออกแบบสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ศักยภาพแกนนำ และแหล่งเรียนรู้ในท้องถิ่น 3) ผลการพัฒนาารูปแบบการสร้างเสริมภาวะสุขภาพของชมรมผู้สูงอายุไทย ในส่วนแรกเป็นรูปแบบ PLS Model ประกอบด้วย 1) หลักการและเหตุผล 2) วัตถุประสงค์ 3) การดำเนินกิจกรรมและกิจกรรมสำคัญ 4)เงื่อนไขการจัดรูปแบบ 5) การติดตามและการประเมินผล ในส่วนที่สอง การทดลองและการปรับปรุงรูปแบบ โดยวัดภาวะสุขภาพก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น พบว่าระดับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุหลังการทดลองสูงกว่าระดับภาวะสุขภาพก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ค่าเฉลี่ยก่อนทดลองเท่ากับ 3.55 ค่าเฉลี่ยหลังทดลองเท่ากับ 3.94) จากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุหลังการทดลองรูปแบบที่เหมาะสม รูปแบบดังกล่าวเหมาะสมกับจำนวนสมาชิกไม่มากเกินไป กิจกรรมชมรมมีความหลากหลายตามบริบทท้องถิ่น กิจกรรมสืบสานภูมิปัญญา และการร่วมมือทำกิจกรรมเน้นลักษณะพหุวัย

### ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

อารี พุ่มประวาทย์ และจรรยา เสียงเสนาะ (2560) ศึกษาเรื่อง การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมภาวะสุขภาพของชมรมผู้สูงอายุไทย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาพฤติกรรม การสร้างเสริมสุขภาพ และศึกษาพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นแกนนำชุมชน ในการดำเนินงาน 43 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง กลุ่มผู้สูงอายุ อายุ 60-80 ปี สัมภาษณ์เข้าร่วมวิจัย จำนวน 50 คน จาก 5 หมู่บ้าน คัดเลือกโดยการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสัมภาษณ์เชิงลึก แบบสังเกตมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วม

แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ แนวคำถามการสนทนา กลุ่ม แบบสอบถามการมีส่วนร่วม แบบบันทึกข้อมูลภาคสนาม วิเคราะห์ข้อมูล ด้วยสถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Paired t – test ผลการวิจัยพบว่า ชุมชนมีส่วนร่วมในระดับมาก ( $M=3.77$ ,  $SD=0.84$ ) กิจกรรมการพัฒนาพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ คือ 1) การให้คำแนะนำด้านการสร้างเสริมสุขภาพ 2) การค้นหาปัจจัยเสี่ยงโดยการตรวจเลือดเพิ่มจาก การได้รับสิทธิปกติ และการตรวจร่างกาย 3) การสร้างความอบอุ่นด้านจิตใจ 4) สุขภาพดีรอบด้าน และการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ หลังการเข้าร่วมโครงการดีกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อรพิน ปิยะสกุลเกียรติ (2561) ศึกษาเรื่อง การมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูง อายุในตำบลท่าแค จังหวัดลพบุรี พบว่า 1) ผู้สูงอายุในชุมชนมีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพกายมากที่สุด รองลงมาได้แก่สุขภาพจิต ความสัมพันธ์ทางสังคม และสภาพแวดล้อม 2) กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ผู้สูงอายุได้รับประโยชน์จากการเข้าร่วมกิจกรรมในการพัฒนา คุณภาพชีวิตทั้งทางสุขภาพกาย การส่งเสริมการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับวัย การมีความสุขใจที่ได้รับความสำคัญ และการได้เข้าร่วมพบปะสังสรรค์ บำเพ็ญประโยชน์ให้กับผู้อื่น การมีส่วนร่วมของชุมชน นอกจากเป็นการสร้างความรัก ความสามัคคีแล้ว ยังเป็นการสร้างเสริมสังคมผู้สูงอายุให้มีคุณภาพอีกด้วย สอดคล้องกับแนวคิดของ WHO and UNICEF (1981 : 41) ที่นำเสนอกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินกิจกรรมไว้ 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การวางแผน ประชาชนต้องมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหา จัดอันดับความสำคัญ ตั้งเป้าหมาย กำหนดการใช้ทรัพยากร กำหนดวิธีติดตามประเมินผล และ ประการสำคัญต้องตัดสินใจด้วยตนเอง 2) การดำเนินกิจกรรม ประชาชนต้องมีส่วนร่วมในการดำเนินการและการบริหารการใช้ทรัพยากร มีความรับผิดชอบในการจัดสรร 3) การใช้ประโยชน์ ประชาชนต้องมีความสามารถในการนำเอากิจกรรมมาใช้ให้เกิดประโยชน์ ซึ่งเป็นการพึ่งตนเองและการควบคุมทางสังคม 4) การได้รับประโยชน์ ประชาชนต้องได้รับการแจกจ่ายผลประโยชน์จากชุมชน ในพื้นฐานที่เท่าเทียมกัน อาจเป็นผลประโยชน์ส่วนตัวและสังคม

ปาหนัน กนกวงศ์นวัฒน์ (2562) ศึกษาเรื่อง การศึกษาระบบบริการสุขภาพ ระบบการจ้างงาน และระบบสวัสดิการสังคม เพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาจังหวัดจันทบุรี พบว่า ระบบบริการสุขภาพ ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุ ดูแลสุขภาพของตนเองเน้นบริการระดับปฐมภูมิมีระบบ ส่งต่อการติดตามเยี่ยมที่บ้าน (home health care) ให้บริการเชิงรุกแก่ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง องค์กรภาคประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ระบบการจ้างงาน ส่งเสริมให้มีการจ้างงานผู้สูงอายุ ทั้งแรงงานในระบบและแรงงานนอกระบบ ขยายอายุการจ้างงาน ออกแบบการทำงานให้มีลักษณะยืดหยุ่นเอื้อกับผู้สูงอายุเหมาะสมกับผู้สูงอายุ ระบบสวัสดิการสังคม ส่งเสริมเครือข่ายสังคมผู้สูงอายุระดับครอบครัว และชุมชนมีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนนั้น

กล่าวโดยสรุป การมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาผู้สูงอายุดำเนินกิจกรรม 4 ขั้นตอน ได้แก่ ร่วมวางแผนวิเคราะห์ปัญหาและจัดอันดับความสำคัญ ร่วมดำเนินกิจกรรมและจัดสรรการใช้ทรัพยากร ร่วมติดตามประเมินผลการพัฒนาในชุมชน และร่วมรับผลประโยชน์ และการพัฒนาศักยภาพของผู้สูงอายุจำเป็นต้องครอบคลุมทั้งด้านสุขภาพ ด้านสังคม ด้านความมั่นคงปลอดภัย และด้านการส่งเสริมการเรียนรู้ให้ผู้สูงอายุสามารถพึ่งพาตนเองได้ยาวนานที่สุด โดยภาคีเครือข่ายในชุมชนให้การสนับสนุนการพัฒนาผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง



ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี