



นโยบายการบริการผู้สูงอายุในระยะยาวของไทย
Long-term Elderly Service Policy in Thailand



ัชชษา บุญนิยมแดง

คุณฉันทิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญารัฐศาสตรดุษฎีบัณฑิต

สาขาวิชาการปกครอง

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสยาม

พุทธศักราช 2566

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสยาม



ใบรับรองคุณฉันทิพนธ์
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสยาม
ปริญญาวิทยาศาสตรคุณวุฒิบัณฑิต

สาขาการปกครอง

คณะบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อเรื่อง นโยบายการบริการผู้สูงอายุในระยะยาวของไทย
Long-term Elderly Service Policy in Thailand

นามผู้วิจัย นางสาวชัชชษา บุญเนียมแดง
Miss Shudshasa Bunniamtang

คณะกรรมการสอบคุณฉันทิพนธ์ได้ให้ความเห็นชอบคุณฉันทิพนธ์ฉบับนี้แล้ว

ประธานกรรมการ

(ศาสตราจารย์ ดร.บุญทัน ดอกไธสง)

กรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วัลลภ รัฐนัตรานนท์)

กรรมการ

(ศาสตราจารย์ พิเศษ ดร.ยุวัฒน์ วุฒิเมธี)

กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จิตภา ธิริศิริกุล)

กรรมการ / ที่ปรึกษาหลัก

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชาญชัย จิตรเหล่าอาพร)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสยาม อนุมัติให้รับคุณฉันทิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรคุณวุฒิบัณฑิต สาขาวิชาการปกครอง มหาวิทยาลัยสยาม

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชาญชัย จิตรเหล่าอาพร)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย สาขารัฐศาสตร์

วันที่ 2 เดือน ๖.๖. พ.ศ. 2566

บทคัดย่อ

ชื่อเรื่อง : นโยบายการบริการผู้สูงอายุในระยะยาวของไทย

โดย : ชัชชมา บุญนิยมแดง

ชื่อปริญญา : รัฐศาสตรดุษฎีบัณฑิต

สาขา : การปกครอง

อาจารย์ที่ปรึกษาประจำตัวนักศึกษา :



(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชาญชัย จิตรเหล่าอาพร)

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) สภาพปัญหาของผู้สูงอายุหลังเกษียณอายุในประเทศไทย 2) นโยบายการบริการผู้สูงอายุในระยะยาวของไทย 3) ปัจจัยที่มีผลต่อนโยบายการบริการผู้สูงอายุในระยะยาวของไทย และ 4) เสนอแนะแนวทางการส่งเสริมนโยบายการบริการผู้สูงอายุในประเทศไทย โดยเป็นการวิจัยเชิงผสมวิธี ซึ่งมุ่งเน้นการวิจัยเชิงปริมาณ เสริมด้วยข้อมูลเชิงคุณภาพ กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย คือ ผู้สูงอายุชาวไทยหลังเกษียณอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งในเขตกรุงเทพมหานคร และปริมณฑล จำนวน 400 ตัวอย่าง เครื่องมือการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามสำหรับการวิจัยเชิงปริมาณ และแบบสัมภาษณ์สำหรับการวิจัยเชิงคุณภาพ สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และโมเดลสมการโครงสร้าง (Structural Equation Modeling)

ผลการวิจัยพบว่า 1. สภาพปัญหาของผู้สูงอายุหลังเกษียณอายุในประเทศไทย มีลักษณะของปัญหาในสองมิติ กล่าวคือ มิติแรก ปัญหาระดับปัจเจกบุคคล ประกอบด้วย ปัญหาด้านสุขภาพ ปัญหาทางการเงิน ปัญหาด้านจิตใจ และปัญหาทางด้านสังคมของผู้สูงอายุ ส่วนมิติที่สอง ปัญหาระดับโครงสร้างโดยปัญหาผู้สูงอายุได้ส่งผลกระทบต่อสังคมและเศรษฐกิจของประเทศ 2. นโยบายการบริการผู้สูงอายุในระยะยาวของไทยดำเนินการครอบคลุมใน 3 ด้าน ได้แก่ การเข้าถึงการดูแลรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุตลอดชีวิต การสร้างความพร้อมทางเศรษฐกิจในการดำรงชีพตราบจนสิ้นอายุขัย และ การส่งเสริมคุณภาพชีวิตและสวัสดิการอื่นๆ 3. ปัจจัยที่มีผลต่อนโยบายการบริการผู้สูงอายุในระยะยาวของไทย ได้แก่ คุณลักษณะของผู้สูงอายุ ค่านิยมของสังคมในการดูแลผู้สูงอายุ และบทบาทของรัฐต่อผู้สูงอายุ 4. ข้อเสนอแนะแนวทางการส่งเสริมนโยบายการบริการผู้สูงอายุในประเทศไทย ประกอบด้วย ภาครัฐควรเปิดกว้างให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการนโยบายการบริการ

(๗)

ผู้สูงอายุในประเทศไทย พรรคการเมืองควรผลักดันให้นโยบายการบริการผู้สูงอายุระยะยาวของไทย เป็นวาระแห่งชาติ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและหน่วยงานภาครัฐควรมีการประเมินผลการ ดำเนินการแบบรายพื้นที่เพื่อให้เกิดการแก้ไขปัญหาและการพัฒนาที่สอดคล้องกับความต้องการและ ความคาดหวังของผู้สูงอายุ

คำสำคัญ: นโยบายผู้สูงอายุ การบริการผู้สูงอายุระยะยาว ผู้สูงอายุของไทย



Abstract


Title : Long-term Elderly Service Policy in Thailand

By : Shudshasa Bunniamtang

Degree : Doctor of Political Science

Major : Government

Advisor :



(Assistant Professor Dr. Chanchai Chitlaoarporn)

The objectives of this research were to study: 1) the problem status of the elderly after retirement in Thailand; 2) the long-term elderly service policy in Thailand; 3) factors affecting the long-term elderly service policy in Thailand; and 4) propose guidelines for promoting elderly service policies in Thailand. The research utilized mixed method which focused on quantitative research supplemented with qualitative data. The sample in the research was 400 Thai elderly people after retirement, 60 years and above, living in Bangkok and its vicinity. The research tools were questionnaires for quantitative research and interview forms for qualitative research. Statistics used in quantitative data analysis were frequency, percentage, mean, standard deviation (S.D.) and structural equation modeling.

The results of the research were as follows: 1) The problem of the elderly after retirement in Thailand were two dimensions, the first dimension was individual level problems consisting of health, financial, mental, and social problems and the second dimension was structural level problem caused by the elderly and affected the country's society and economy; 2) Thailand's long-term elderly service policy implemented in 3 aspects, access to lifelong medical care for the elderly, creating economic readiness for living until the end of life, and promoting quality of life and other welfare; 3) Factors affecting Thailand's long-term elderly service policy are characteristics of the elderly, social value in caring for the elderly, and the role of the state towards the elderly factors; and 4) Suggestions for the promotion of elderly service policies in Thailand include that The government should promote public participation in the process of

elderly service policies in Thailand, political parties should advocate Thailand's long-term elderly care policy into the national agenda, and local administrative organizations and government agencies should evaluate the implementation on an area basis to solve problems and develop solutions that are in line with the needs and expectations of the elderly.

Keyword: elderly policy, long-term elderly service, Thai elderly people



กิตติกรรมประกาศ

คุษฎีนิพนธ์เล่มนี้สามารถสำเร็จลุล่วงสมบูรณ์ได้ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณการให้คำแนะนำอันเป็นประโยชน์ของ รวมทั้งการให้กำลังใจจากที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชาญชัย จิตรเหล่าอาพร ที่ช่วยชี้แนะในการพัฒนาคุษฎีนิพนธ์มาโดยตลอด รวมทั้งการให้คำแนะนำจาก คณะกรรมการสอบคุษฎีนิพนธ์ ได้แก่ ศาสตราจารย์ ดร.บุญทัน ดอกไธสง ศาสตราจารย์พิเศษ ดร. ยุวัฒน์ วุฒิเมธ รองศาสตราจารย์ ดร.วัลลภ รัฐฉัตรานนท์ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จิตภา ถิรศิริ กุล ที่ช่วยปรับปรุงผลงานของผู้วิจัย ด้วยความละเอียด ใส่ใจตลอดระยะเวลาในการเขียนและสอบ คุษฎีนิพนธ์

นอกจากนั้น ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ บิดา ผู้เป็นที่รักเคารพ และเป็นกำลังใจที่สำคัญที่ทำให้ผู้วิจัยก้าวผ่านอุปสรรคในชีวิตและในการศึกษา มาตั้งแต่วัยเยาว์จนถึงปัจจุบัน อีกทั้ง ข้าพเจ้าขอขอบคุณกัลยาณมิตรในการศึกษาในหลักสูตรรัฐศาสตรคุษฎีบัณฑิต ญาติพี่น้อง และ เพื่อนในสังคมการทำงานของข้าพเจ้าที่เป็นกำลังใจในการศึกษาครั้งนี้

ชัชชษา บุญนิยมแดง

มีนาคม 2566

สารบัญ

| | หน้า |
|--|------|
| บทคัดย่อภาษาไทย..... | (ก) |
| ABSTRACT..... | (ค) |
| กิตติกรรมประกาศ..... | (จ) |
| สารบัญ..... | (ฉ) |
| สารบัญตาราง..... | (ช) |
| สารบัญรูปภาพ..... | (ซ) |
| บทที่ 1 บทนำ | |
| 1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา..... | 1 |
| 1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย..... | 6 |
| 1.3 ขอบเขตของการวิจัย..... | 6 |
| 1.4 ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย..... | 7 |
| 1.5 นิยามศัพท์ทั่วไป..... | 7 |
| บทที่ 2 แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง | |
| 2.1 แนวคิดคุณลักษณะของผู้สูงอายุ..... | 10 |
| 2.2 แนวคิดค่านิยมทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุ..... | 20 |
| 2.3 แนวคิดบทบาทของรัฐต่อผู้สูงอายุ..... | 31 |
| 2.4 แนวคิดนโยบายการบริการผู้สูงอายุในระยะยาว..... | 39 |
| 2.5 งานวิจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง..... | 55 |
| 2.6 กรอบแนวคิดในการวิจัย..... | 61 |
| 2.7 ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย..... | 62 |
| 2.8 สมมติฐานการวิจัย..... | 62 |

สารบัญ (ต่อ)

| | หน้า |
|---|------------|
| บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย | |
| 3.1 ประชากร กลุ่มตัวอย่าง และ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ..... | 63 |
| 3.2 เครื่องมือการวิจัย..... | 64 |
| 3.3 การพัฒนาเครื่องมือการวิจัย..... | 65 |
| 3.4 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล..... | 67 |
| 3.5 การวิเคราะห์ข้อมูล..... | 68 |
| บทที่ 4 ผลการวิจัย | |
| 4.1 ผลการวิจัยเชิงปริมาณ..... | 69 |
| 4.2 ผลการศึกษาเชิงคุณภาพ..... | 94 |
| 4.3 การสังเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ..... | 124 |
| บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ | |
| 5.1 สรุปผลการวิจัย..... | 138 |
| 5.2 อภิปรายผลการวิจัย..... | 143 |
| 5.3 ข้อเสนอแนะจากการวิจัย..... | 147 |
| บรรณานุกรม..... | 149 |
| ภาคผนวก..... | 156 |
| ประวัติผู้วิจัย..... | 171 |

สารบัญตาราง

| ตารางที่ | หน้า |
|--|------|
| 4.1 แสดงจำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ | 70 |
| 4.2 แสดงค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างที่มีต่อคุณลักษณะของผู้สูงอายุ.... | 74 |
| 4.3 แสดงค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างที่มีต่อค่านิยมทางสังคมกับการ ดูแลผู้สูงอายุ..... | 75 |
| 4.4 แสดงค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างที่มีต่อบทบาทของรัฐต่อผู้สูงอายุ.. | 77 |
| 4.5 แสดงค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างที่มีต่อนโยบายการบริการผู้สูงอายุ ในระยะยาว | 78 |
| 4.6 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกตได้..... | 83 |
| 4.7 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ..... | 84 |
| 4.8 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากดัชนีที่ใช้ในการตรวจสอบความสอดคล้องและ ความกลมกลืนของตัวแปรกับข้อมูลเชิงประจักษ์..... | 86 |
| 4.9 แสดงค่า Covariances: (Group number 1 - Default model) ใช้ปรับสมการ โครงสร้าง ตามสมมติฐานเพื่อให้สอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ตามข้อเสนอแนะของโปรแกรม...87 | 87 |
| 4.10 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากดัชนีที่ใช้ในการตรวจสอบความสอดคล้องและ ความกลมกลืนของตัวแปรกับข้อมูลเชิงประจักษ์..... | 89 |
| 4.11 แสดงค่า Covariances: (Group number 1 - Default model) ใช้ปรับสมการ โครงสร้าง ตามสมมติฐานเพื่อให้สอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ตามข้อเสนอแนะของโปรแกรม..90 | 90 |
| 4.12 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากดัชนีที่ใช้ในการตรวจสอบความสอดคล้องและ ความกลมกลืนของตัวแปรกับข้อมูลเชิงประจักษ์..... | 92 |
| 4.13 ค่าอิทธิพลของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อนโยบายการบริการผู้สูงอายุในระยะยาวของไทย.....93 | 93 |
| 4.14 แสดงประชากรรายอายุแยกตามจำนวนประชากรที่มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านในพื้นที่ ทั่วประเทศ..... | 94 |
| 4.15 เปรียบเทียบช่วงอายุของจำนวนประชาชนสัญชาติไทย พ.ศ. 2564..... | 98 |

สารบัญภาพ

| ภาพที่ | หน้า |
|--------|---|
| 2.1 | กรอบการวิจัย..... 61 |
| 4.1 | แสดงการวิเคราะห์โมเดลสมการโครงสร้างตามสมมติฐานแสดงตัวแปรนโยบาย การบริการผู้สูงอายุในระยะยาวของไทย (ก่อนปรับโมเดล)..... 85 |
| 4.2 | แสดงการวิเคราะห์โมเดลสมการโครงสร้างตามสมมติฐานแสดงตัวแปรนโยบายการ บริการผู้สูงอายุในระยะยาวของไทย (หลังปรับโมเดลครั้งที่ 1)..... 88 |
| 4.3 | แสดงการวิเคราะห์โมเดลสมการโครงสร้างตามสมมติฐานแสดงตัวแปรนโยบายการ บริการผู้สูงอายุในระยะยาวของไทย (หลังปรับโมเดล ครั้งที่ 2)..... 91 |
| 4.4 | แสดงการวิเคราะห์โมเดลสมการโครงสร้างตามสมมติฐานแสดงตัวแปร นโยบายการบริการผู้สูงอายุในระยะยาวของไทย..... 135 |
| 5.1 | แสดงการวิเคราะห์โมเดลสมการโครงสร้างตามสมมติฐานแสดงตัวแปร นโยบายการบริการผู้สูงอายุในระยะยาวของไทย..... 142 |

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของการวิจัย

การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ สังคม และการเมือง บน โลกหลังยุคโลกาภิวัตน์ได้ปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตของมวลมนุษยชาติ จากบริบทของกาลเทศะที่กว้างขวางทั้งพรมแดนและระยะทางของช่วงเวลากลับกลายเป็นสิ่งที่แคบและใกล้ชิดกันมากขึ้น อันเป็นผลจากความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีที่พัฒนาอย่างรวดเร็วตลอดระยะเวลาในช่วงที่ 20 ปีที่ผ่านมาในทุกมิติ อีกทั้งการพัฒนาบนพื้นฐานเศรษฐกิจบนรากฐานการพัฒนาประเทศให้เป็นประเทศอุตสาหกรรมใหม่ (New Industry Countries) ได้ส่งเสริมการก้าวตามการพัฒนาของเทคโนโลยีหลากหลายมิติไปพร้อมกันทั้งเครื่องจักรกล ยาพาหนะ คอมพิวเตอร์ การสื่อสาร กระทบส่งผลให้ การค้า การลงทุน การคมนาคมขนส่ง การท่องเที่ยว และการแพทย์ เป็นสิ่งที่สามารถทำได้โดยสะดวกและอยู่ใกล้ตัวกับคนทุกชาติ ทุกเพศ และทุกวัย

เมื่อพิจารณาบริบททางสังคม โลกในอดีตความเจริญก้าวหน้าทางด้านเทคโนโลยี วิทยาศาสตร์ทางการแพทย์ที่มีวิวัฒนาการก้าวหน้าค่อนข้างช้า ขาดประสิทธิภาพ นวัตกรรมทางเทคโนโลยีกว่าในยุคปัจจุบันเป็นอย่างมาก พลวัตของระบอบการปกครองของรัฐจากบุคคล คณะบุคคล ผู้ระบอบการปกครองของประชาชนส่วนใหญ่ ทำให้รัฐสามารถกำหนดนโยบายสาธารณะที่เป็นประโยชน์กับประชาชนทำให้ประชาชนภายในรัฐมีความมั่นคงปลอดภัยใน มีคุณภาพชีวิตที่ดีตามความต้องการของประชาชน จากระบบบริหารงานภาครัฐในการนำนโยบายของรัฐไปสู่การปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล ประชาชนทุกพื้นที่ชุมชนสามารถเข้าถึงบริการสาธารณะสวัสดิการของรัฐได้อย่างทั่วถึงเป็นธรรม โดยเฉพาะอย่างยิ่งคุณภาพชีวิตของประชาชนในด้านระบบสุขภาพทางการแพทย์ การบริการทางการแพทย์ องค์ความรู้ทางการแพทย์ ความพร้อมด้านบุคลากร เทคนิคทางการแพทย์ หรือการจัดสรรสวัสดิการทางการแพทย์ของรัฐสามารถตอบสนองให้บริการประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพส่งผลทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงสิทธิการรักษาพยาบาลใน โรคภัยไข้เจ็บต่างๆ ได้อย่างทันการนำไปสู่การดำรงชีวิตอย่างปกติสุข และเกิดสังคมที่สันติสุขตามมา

แนวโน้มเชิงประชากรที่เป็นความท้าทายของรัฐต่างๆ ในปัจจุบันและอนาคต คือ การที่รัฐได้ก้าวเข้าสู่โครงสร้างสังคมผู้สูงอายุ จากข้อมูลจากองค์การสหประชาชาติ (United Nations ESCAP, 2017) ได้แสดงแนวโน้มการที่รัฐต่างๆ กำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น โดยกลุ่ม

ประเทศที่พัฒนาแล้ว อาทิ ประเทศสหรัฐอเมริกา และประเทศแถบทวีปยุโรปต่างก็เผชิญกับปัญหาสังคมผู้สูงอายุเช่นกัน เนื่องจากอัตราของจำนวนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มและสูงมากขึ้น ในขณะที่เดียวกันจำนวนอัตราการเกิดน้อยลงหรืออยู่ภาวะต่ำ ทำให้สัดส่วนของกลุ่มอายุผู้ใช้แรงงานมีจำนวนลดลง กระทั่งผู้สูงอายุยังไม่สามารถเกษียณออกจากการทำงานหลังมีอายุครบ 60 ปีได้ รวมทั้งผู้สูงอายุจำนวนไม่น้อยต่างต้องการการได้รับการดูแลด้วยความซื่อสัตย์ ซึ่งไม่สามารถปฏิบัติงานตามระบบแรงงานสัมพันธ์ได้ดังเดิม จึงก่อให้เกิดปัญหาที่เป็นผลกระทบต่อสภาพเศรษฐกิจและสังคม และปัญหาดังกล่าวรัฐต่างๆในทวีปเอเชียรวมถึงประเทศไทยที่กำลังประสบกับโครงสร้างสังคมผู้สูงอายุด้วยเช่นกัน

นอกจากข้างต้น เมื่อพิจารณาคำว่า “ผู้สูงอายุ” นั้น ตามความหมายของพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 กำหนดว่า ผู้สูงอายุ คือบุคคลที่อายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปมีสัญชาติไทย และเป็นผู้ที่มีประสิทธิภาพ ความรู้ ความสามารถที่ได้มีการสั่งสมกันมามากมายตลอดชีวิต (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2564) ซึ่งเมื่อพิจารณาข้อมูลจำนวนประชากรทั้งประเทศไทยในปี พ.ศ. 2562 จากสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการลงทุน (2564) พบว่า ประเทศไทยมีจำนวนประชากร 66.56 ล้านคน เมื่อพิจารณาประชากรที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2563) จำแนกได้กว่า เป็นเพศหญิง จำนวน 4,601,119 คน เป็นเพศชาย จำนวน 3,553,273 คน คิดเป็นร้อยละ 11.82% จากประชากรทั้งหมด จำแนกอายุประมาณ 39 ปี อัตราการเพิ่มของประชากร 0.25% อัตราการเกิดต่อประชากรพันคน คน 10.7 อัตราการตายต่อประชากรพันคน 8.3 สอดคล้องกับข้อมูลของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า สถิติประชากรศาสตร์ ประชากรและเคหะทั่วราชอาณาจักรมีจำนวน 66,558,935 คน เมื่อจำแนกตามอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป จำนวน 11,136,059 คน คิดเป็นร้อยละ 16.73 จากจำนวนประชากรทั้งหมด (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2563) ซึ่งบ่งชี้ให้เห็นว่า ปัญหาประชากรในเชิงโครงสร้างทางสังคมของไทยนั้น จำนวนผู้สูงอายุอยู่ในอัตราสัดส่วนที่เพิ่มมากขึ้นกว่าวัยทำงานหรือวัยแรงงานซึ่งมีแนวโน้มลดน้อยลงอันเป็นผลจากอัตราการเกิดนั้นมีแนวโน้มลดลง จึงส่งผลให้วัยทำงานหรือกลุ่มแรงงานมีแนวโน้มลดน้อยลงกระทั่งส่งผลกระทบต่อภาคการผลิตของอุตสาหกรรม และรวมไปถึงปัญหาการจัดเก็บรายได้จากผู้เสียภาษีย่อมลดน้อยลงตามไปด้วย ทั้งนี้หากเปรียบเทียบกับกลุ่มประเทศอื่นๆ ย่อมพบว่า ประเทศไทยมีรายได้ประชากรต่อคนนั้นต่ำกว่าประเทศอื่นๆ เช่น ญี่ปุ่น สวิตเซอร์แลนด์ ซึ่งมีผลิตภัณฑ์มวลรวมของประเทศสูง เนื่องจากประชาชนมีรายได้ต่อคน ดังนั้นการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากรระหว่างสัดส่วนอัตราการเกิดของประชากร ทั้งวัยแรงงานและผู้สูงอายุจึงส่งผลต่อความสัมพัทธ์เชิงโครงสร้างทางสังคม เศรษฐกิจของประเทศอย่างมาก อีกทั้งยังเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการพัฒนาทั้งในปัจจุบันและในอนาคต

จากแนวโน้มของสังคมอยู่สูงอายุในประเทศไทยที่มีการเพิ่มขึ้นของประชากรสูงวัยมากขึ้น ทำให้แนวโน้มของการรอรับบริการจากกลุ่มผู้สูงอายุเนื่องจากต้องได้รับการดูแลและการพึ่งพิงมากขึ้น อันเป็นผลจากมลพิษหรือมลภาวะที่อยู่รายรอบตัวเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อม รวมถึงการแพร่ระบาดของโรคต่างๆ ที่เกิดขึ้นอยู่ตลอดเวลา การกำหนดนโยบายด้านสาธารณสุขของภาครัฐแก่ประชาชนจึงเกิดขึ้นอยู่ตลอดเวลาไปพร้อมกับการพัฒนาทางด้านเทคโนโลยี เช่น นโยบายสามสิบบาทรักษาทุกโรค นโยบายบัตรประกันสุขภาพ และนโยบายสวัสดิการแห่งรัฐ เป็นต้น โดยนโยบายเหล่านี้ต่างมีประชากรในกลุ่มวัยชราเป็นฐานผู้รับบริการสำคัญ เพราะมีความต้องการการพึ่งพิงสวัสดิการจากรัฐทั้งโดยเหตุเป็นกลุ่มผู้เสียภาษีอากรในช่วงวัยทำงาน และบางกลุ่มก็เคยรับการดูแลจากรัฐมาก่อนหน้าเนื่องจากเป็นกลุ่มผู้มีรายได้น้อยจากการประกอบอาชีพในภาคเกษตรกรรมและแรงงานนอกระบบในอุตสาหกรรม คุณภาพชีวิตและความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุทั้งในชนบทและสังคมเมืองจึงมีความเหลื่อมล้ำหรือต่างกันตามสภาพสังคม เศรษฐกิจของแต่ละบุคคล

ด้วยเหตุจากข้างต้น ผู้สูงอายุในสังคมไทยมีคุณภาพชีวิตลักษณะสำคัญแบ่งเป็น 2 กลุ่ม กล่าวคือ กลุ่มผู้สูงอายุที่พึ่งพาตนเองได้ กลุ่มผู้สูงอายุพึ่งพิงผู้อื่น โดยมีปัจจัยปฐมบทที่ใช้เป็นเงื่อนไขเบื้องต้นในการจำแนก อาทิ อัตรารายได้สำหรับการเลี้ยงชีพช่วงหลังจากเกษียณงาน ความสัมพันธ์ในครอบครัว และปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ เป็นต้น แม้ว่าอายุเฉลี่ยของประชากรไทยจะมีมากกว่าอดีตที่ผ่านมาก็ตาม แต่ปัญหาสุขภาพในกลุ่มโรคต่างๆ ของผู้สูงอายุก็ทวีความรุนแรงและมีความหลากหลายมากขึ้นไปด้วย อาทิ โรคเกี่ยวกับระบบกล้ามเนื้อกระดูก ระบบทางเดินหายใจ ระบบสมองประสาท อวัยวะเสื่อมถดถอย อัมพฤกษ์ เป็นต้น ซึ่งอาการเจ็บป่วยและการทุพพลภาพ ย่อมส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจเพราะสูญเสียความมั่นใจและกลัวถูกทอดทิ้ง

ดังนั้นปัญหาสังคมผู้สูงอายุเกี่ยวพันกับนโยบายสาธารณะ เนื่องจากรัฐมีหน้าที่โดยตรงในการดูแลความสงบของบ้านเมืองควบคู่กับการความผาสุกของประชาชนในรัฐ การสร้างความมั่นคงในมิติเศรษฐกิจและการเมืองจึงต้องดำเนินการควบคู่กับมิติทางสังคม ผ่านนโยบายของรัฐบาล ทั้งในระดับกระทรวง หรือหน่วยงานโดยตรง เช่น กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กรมกิจการผู้สูงอายุ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งหลายหน่วยงานของรัฐบาลต่างมีบทบาททั้งในการกำหนดนโยบาย และการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ โดยนโยบายอันเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุนั้นต่างถือเป็นส่วนหนึ่งตามความมุ่งหมายของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2560 โดยรัฐธรรมนูญได้บัญญัติว่าด้วยเรื่องผู้สูงอายุในหมวดที่ 3 สิทธิและเสรีภาพของปวงชนชาวไทยว่าบุคคลย่อมเสมอกันในกฎหมาย มีสิทธิและเสรีภาพและได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายเท่าเทียม

กัน การเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรมต่อบุคคล ไม่ว่าด้วยเหตุความแตกต่างในเรื่องอายุ ความพิการ สภาพทางกายหรือสุขภาพ กลุ่มครองหรืออำนาจความสะดวกให้แก่ ผู้สูงอายุ โดยในมาตรา 71 วรรคสองบัญญัติให้รัฐพึงส่งเสริมและพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ให้เป็นพลเมืองที่ดี มีคุณภาพและความสามารถสูงขึ้น รัฐพึงให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ และกลุ่มครองป้องกันมิให้บุคคลดังกล่าวถูกใช้ความรุนแรงหรือปฏิบัติอย่างไม่เป็นธรรม รวมตลอดทั้งให้การบำบัด พิ้นฟูและเยียวยาผู้ถูกระทำการดังกล่าว

ทั้งนี้ตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546 มีสาระสำคัญว่าด้วยผู้สูงอายุ คือ ให้รัฐต้องคุ้มครอง ส่งเสริมและสนับสนุนผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปที่มีสัญชาติไทยให้ได้รับการดูแลในด้านการแพทย์และสาธารณสุข อาชีพ การพัฒนาตนเอง การศึกษา อำนวยความสะดวก ช่วยเหลือ หรือกระทรวงพัฒนาสังคม และความมั่นคงของมนุษย์ มุ่งพิทักษ์สิทธิคุ้มครองและส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีโอกาสทางการพัฒนาตนเอง สามารถช่วยเหลือตนเอง ซึ่งภาครัฐวางเป้าหมายระดับชาติที่จะยกระดับพัฒนาผู้สูงอายุในสังคมไทยเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ โดยในยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี นั้นได้กำหนดประเด็นส่งเสริมให้เกิดอุตสาหกรรมและบริการการแพทย์ครบวงจรเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ ส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพคนตลอดช่วงชีวิต มุ่งเน้นการพัฒนาคนเชิงคุณภาพในทุกช่วง โดยช่วงวัยผู้สูงอายุ ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเป็นพลังในการขับเคลื่อนประเทศ ส่งเสริมให้มีการทำงานหลังเกษียณ ผ่านการเสริมทักษะการดำรงชีวิต ทักษะอาชีพในการหารายได้ มีงานทำที่เหมาะสมกับศักยภาพ มีการสร้างเสริมสุขภาพ พิ้นฟูสุขภาพ การป้องกันโรคให้แก่ผู้สูงอายุ พร้อมกับจัดสภาพแวดล้อมให้เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ และหลักประกันทางสังคมที่สอดคล้องกับความจำเป็นพื้นฐานในการดำรงชีวิต การมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในสังคม รัฐส่งเสริมสนับสนุนการรวมตัวและดึงพลังของภาคส่วนต่าง ๆ โดยเฉพาะการเชื่อมพลังของคนสามช่วงวัย ได้แก่ เยาวชนคนรุ่นใหม่ คนวัยทำงาน และผู้สูงอายุ ให้มาเป็นกำลังของการพัฒนาเพื่อส่วนรวม โดยสร้างเวทีกลางเป็นพื้นที่สาธารณะ เพื่อปรึกษาหารือปัญหาสาธารณะของพื้นที่ ตั้งแต่ระดับชุมชน ท้องถิ่น อำเภอจนถึงระดับจังหวัด

นอกจากนี้ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ยังได้ส่งเสริมการรองรับสังคมสูงวัยอย่างมีคุณภาพ โดยเตรียมความพร้อมในทุกมิติ ทั้งมิติเศรษฐกิจ สังคม สุขภาพ และสภาพแวดล้อม โดยเฉพาะการออมและการลงทุนระยะยาวของคนตั้งแต่ก่อนเกษียณอายุ พัฒนาระบบและกลไกเพื่อสนับสนุนการปรับตัวของประชากรให้สามารถปรับเปลี่ยนอาชีพให้เหมาะสมตามแต่ละช่วงอายุ เพื่อยืดช่วงเวลาและเพิ่มโอกาสในการทำงานในยามสูงอายุและสร้างหลักประกันทางรายได้ให้แก่ตนเองได้นานขึ้น มีการสร้างแรงจูงใจให้ภาคเอกชนหรือสถานประกอบการในการเตรียมความพร้อมของแรงงานก่อนวัยเกษียณ การจ้างงานผู้สูงอายุให้เหมาะสมกับวัยวุฒิ ประสบการณ์และ

สมรรถนะ ตลอดจนส่งเสริมการสร้างสรรค้เทคโนโลยีและนวัตกรรมสำหรับการส่งเสริมและฟื้นฟูศักยภาพผู้สูงอายุ ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีกิจกรรมทำต่อเนื่องทั้งในเชิงเศรษฐกิจสังคม และสุขภาพ รวมทั้งคงไว้ซึ่งบทบาทในการขับเคลื่อนการพัฒนาสังคม โดยส่งเสริมและสร้างแรงจูงใจให้ทุกภาคส่วนมีการจ้างงานผู้สูงอายุให้เหมาะสมกับวัยวุฒิ ประสบการณ์ และสมรรถนะส่งเสริมการถ่ายทอดภูมิปัญญาและประสบการณ์ และร่วมสร้างสังคมที่ไม่ทอดทิ้งกัน เพื่อเพิ่มคุณค่าของผู้สูงอายุ

หน่วยงานรัฐที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับผู้สูงอายุ โดยเฉพาะกรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ได้กำหนดยุทธศาสตร์กรมกิจการผู้สูงอายุ 20 ปี พ.ศ. 2561 – 2580 เพื่อส่งเสริม สนับสนุนภารกิจเกี่ยวกับผู้สูงอายุโดยตรง เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการส่งเสริมศักยภาพคุ้มครอง และพิทักษ์สิทธิ สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมั่นคง มีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยมีกลไกดำเนินการในการส่งเสริมการใช้ศักยภาพการคุ้มครองและพิทักษ์สิทธิ และการจัดสวัสดิการสังคมแก่ผู้สูงอายุ เพื่อการพัฒนาให้ผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ และลดภาระของประเทศอย่างเป็นองค์รวม ซึ่งถือเป็นตัวอย่างหนึ่ง que แสดงถึงความสำคัญของผู้สูงอายุที่รัฐบาลและกลไกภาครัฐต่างตระหนักถึงปัญหาและความมุ่งหวังในการคลี่คลายและบรรเทาปัญหาในอนาคต

อย่างไรก็ตาม หากพิจารณามิติของนโยบายของรัฐ มิติของกฎหมาย อำนาจหน้าที่ภารกิจของหน่วยงานระดับกระทรวง กรม จังหวัด อำเภอ และองค์กรการปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นกลไกหลักของรัฐกับการนํานโยบายหรือโครงการที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุไปสู่การปฏิบัติ นั้น โดยเฉพาะความพยายามผลักดันนโยบายเชิงสวัสดิการ โดยเฉพาะเบี้ยยังชีพผู้สูง แต่ผลของการนํานโยบายผู้สูงอายุไปปฏิบัติอาจยังไม่สามารถตอบสนองหรือปรับให้สอดคล้องกับทิศทางกระแสของสังคมผู้สูงอายุได้เหมาะสมตามความต้องการของกลุ่มผู้สูงอายุที่เกษียณอายุหรือยังทำงาน เนื่องจากสังคมผู้สูงอายุมีลักษณะแตกต่างกับสังคมไทยในอดีตอย่างมาก อาทิ ลักษณะครอบครัวเดี่ยวทำให้ผู้สูงอายุต้องอยู่คนเดียวจนต้องดูแลตนเองมากกว่าครอบครัวขยาย การมีสิทธิในการเข้าถึงการรักษาพยาบาลแตกต่างกันระหว่างผู้ที่เคยรับราชการกับผู้ที่ทำงานอิสระจนกลายเป็นปัญหาด้านสวัสดิการจากระบบประกันสังคม บำเหน็จ และบำนาญที่แตกต่างกัน รวมทั้งการเผชิญกับค่าครองชีพหลังเกษียณอายุที่สูงขึ้น การขาดปัจจัยสี่ที่ครบถ้วนหรือเพียงพอ การขาดสถานพยาบาลที่สนองตอบต่อกลุ่มผู้สูงอายุ และรวมถึงการเข้าถึงเทคโนโลยีและนวัตกรรมที่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุ เป็นต้น

จากที่กล่าวมาทั้งหมดข้างต้น การศึกษาเรื่อง “นโยบายการบริการผู้สูงอายุในระยะยาวของประเทศไทย” จึงมุ่งศึกษาสภาพปัญหาของผู้สูงอายุหลังเกษียณอายุในประเทศไทย โดยเฉพาะนโยบายการบริการผู้สูงอายุของรัฐ ซึ่งมีหลายปัจจัยที่มีผลต่อนโยบายการบริการผู้สูงอายุ ย่อมทำให้ทราบถึงแนวทางการส่งเสริมการบริการผู้สูงอายุในประเทศไทย

1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

- 1.2.1 เพื่อศึกษาสภาพปัญหาของผู้สูงอายุหลังเกษียณอายุในประเทศไทย
- 1.2.2 เพื่อศึกษานโยบายการบริการผู้สูงอายุในระยะยาวของไทย
- 1.2.3 เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อนโยบายการบริการผู้สูงอายุในระยะยาวของไทย
- 1.2.4 เพื่อเสนอแนะแนวทางการส่งเสริมนโยบายการบริการผู้สูงอายุในประเทศไทย

1.3 ขอบเขตของการวิจัย

1.3.1 การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงผสมวิธี (Mixed Methods Research) โดยมุ่งเน้นการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) พร้อมทั้งดำเนินการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) เน้นการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ให้ข้อมูลสำคัญ

1.3.2 มุ่งศึกษาเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุหลังเกษียณอายุของส่วนราชการที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปในประเทศไทย ทั้งนี้พิจารณารูปแบบของนโยบายการบริการเพื่อผู้สูงอายุในประเทศไทย เฉพาะหน่วยงานราชการในส่วนกลาง เช่น กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย กรมกิจการผู้สูงอายุ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น มูลนิธิบ้านบางแค และประชาชนผู้สูงอายุหลังเกษียณอายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นต้น โดยกลุ่มตัวอย่างในเชิงปริมาณ และผู้ให้ข้อมูลสำคัญที่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุ คือ ผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร และปริมณฑล

1.3.3 ขอบเขตเนื้อหาในการศึกษาคือ รูปแบบของนโยบายการบริการผู้สูงอายุในระยะยาวของไทย

1.3.4 ขอบเขตระยะเวลาในการวิจัยครั้งนี้ ระหว่าง เมษายน พ.ศ. 2564 - ตุลาคม พ.ศ. 2565

1.4 ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย

1.4.1 ทราบถึงสภาพปัญหาของผู้สูงอายุ ลักษณะรูปแบบและนโยบายการบริการผู้สูงอายุในระยะยาวของไทย อันจะนำไปสู่แนวทางส่งเสริมพัฒนานโยบายการพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุหลังเกษียณอายุสามารถพึ่งพิงพึ่งพาตนเองได้อย่างมีคุณภาพในสังคมไทย

1.4.2 ทราบถึงแนวทางการพัฒนาศักยภาพเพื่อการพึ่งพาตนเองของผู้เกษียณอายุในประเทศไทย เป็นองค์ความรู้ในการพัฒนาองค์ความรู้ทางวิชาการ และประโยชน์กับหน่วยงานผู้กำหนดนโยบายของรัฐในระดับการบริหารราชการส่วนกลางส่วนภูมิภาค หรือส่วนท้องถิ่นให้ตระหนักถึงแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ การจัดสวัสดิการของรัฐ รูปแบบสวัสดิการของรัฐ เพื่อให้ได้ประสิทธิผลสอดคล้องกับของนโยบายการบริการผู้สูงอายุในระยะยาวของไทย

1.4.3 สามารถประยุกต์องค์ความรู้ทางรัฐศาสตร์ในการสร้างตัวแบบเชิงนโยบายการบริการผู้สูงอายุในระยะยาวของไทย

1.5 นิยามศัพท์

การศึกษาวิจัยเรื่อง นโยบายการบริการผู้สูงอายุในระยะยาวของไทย ผู้วิจัยกำหนดขอบเขตนิยามศัพท์ความหมายสำคัญในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้แก่

ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่มีสัญชาติไทย

หน่วยงานภาครัฐ หมายถึง หน่วยงานต่างๆ ของรัฐบาลไทยที่เกี่ยวข้องกับนโยบายการบริการผู้สูงอายุในระยะยาวของไทย ซึ่งเป็นทั้งหน่วยงานด้านสาธารณสุขของรัฐและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

คุณลักษณะของผู้สูงอายุ หมายถึง ปัจจัยส่วนบุคคลที่สัมพันธ์กับปัจจัยแวดล้อมประกอบขึ้นเป็นความพร้อมด้านสภาพทางเศรษฐกิจส่วนบุคคลการมีสุขภาพดี และความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง

ความพร้อมด้านสภาพทางเศรษฐกิจส่วนบุคคลหมายถึง ความสุขอันเกิดจากการมีรายได้เพียงพอที่ปลอดภาระทางการเงิน และความพร้อมของเทคโนโลยีและสิ่งอำนวยความสะดวก

การมีสุขภาพดี หมายถึง การมีความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุ โดยการมีสุขภาพดีจึงเป็นการเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุตั้งแต่ก่อนเข้าสู่วัยชรา ทั้งในด้านการดูแลรักษาสุขภาพให้ได้อยู่เสมอตั้งแต่ในช่วงวัยทำงานตราจนกระทั่งหลังเกษียณอายุการทำงาน อีกทั้งมีการเตรียมจิตใจเมื่อปลอดภาระความรับผิดชอบจากงานประจำหลังเกษียณอายุการทำงาน

ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง หมายถึง ผู้สูงอายุมีความรู้และความเข้าใจถึงแนวทางการดูแลและรักษาสุขภาพของตนเอง รวมถึงการวางตัวอยู่ร่วมกับบุคคลต่างเพศ ต่างวัยทั้งในครอบครัวและสังคม เพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดี และการดำรงชีพอย่างมีความสุขในสังคม

ค่านิยมทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุ หมายถึง การแสดงบทบาทของบุคคลหรือหน่วยทางสังคมที่ยอมรับและมีแบบแผนในวิถีการดำเนินชีวิตที่ตระหนักถึงความสำคัญของผู้สูงอายุนั้นเป็นบุคคลที่มีเกียรติและมีความสำคัญ สำหรับครอบครัวและชุมชน โดยเป็นผู้ที่มีความต้องการความรัก ความเข้าใจ และการดูแลที่ดีจากครอบครัว ชุมชน และสังคมผ่านบทบาทของครอบครัวและการมีส่วนร่วมร่วมชุมชนที่อยู่แวดล้อมผู้สูงอายุ

บทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ หมายถึง การแสดงบทบาทของสมาชิกในครอบครัวที่สะท้อนถึงการยอมรับในตัวผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกของครอบครัวด้วยความเคารพ รัก และเอาใจใส่ในการดูแลใกล้ชิดในด้านต่างๆ

การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ หมายถึง การเปิดกว้างทางสังคมในชุมชนที่เอื้ออำนวยให้ผู้สูงอายุสามารถเข้ามาปฏิบัติสัมพันธ์ทั้งในด้านการส่งเสริมและการสนับสนุนช่วยเหลือ ตลอดจนการแสดงออกต่างๆ ที่เกื้อหนุนให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข หรือเติมเต็มส่วนที่ขาดจากตนเองและครอบครัว

บทบาทของรัฐต่อผู้สูงอายุ หมายถึง การมีปฏิสัมพันธ์ของรัฐต่อการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวผ่านการแสดงบทบาทของหน่วยงานด้านสาธารณสุขของรัฐและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นร่วมกับภาคส่วนประชาสังคมอื่นๆ ทั้งภาครัฐกิจเอกชนและภาคประชาชนในชุมชนท้องถิ่นต่างๆ บทบาทของหน่วยงานด้านสาธารณสุขของรัฐ หมายถึง องค์กรกลางที่มีบทบาทและหน้าที่ในการดูแลและกำกับเชิงนโยบายมหภาคที่ก่อให้เกิดผลประโยชน์ต่อผู้สูงอายุทั้งในทางตรงและทางอ้อมผ่านการจัดตั้งหน่วยงานขึ้นเฉพาะกิจเกี่ยวกับผู้สูงอายุ การออกระเบียบกฎเกณฑ์ ระเบียบ และข้อบังคับที่ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้สูงอายุ รวมทั้งทำงานร่วมกับองค์กรภาครัฐด้วยกันเองทั้งในระดับชาติและในระดับท้องถิ่นไปพร้อมๆ กับองค์กรในภาคเอกชนที่ให้บริการแก่ผู้สูงอายุ

บทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หมายถึง หน่วยงานระดับท้องที่ซึ่งจะทำงานร่วมกับชุมชนที่มีฐานจากครอบครัวในการให้บริการ ความช่วยเหลือ และสนับสนุนแก่ผู้สูงอายุ เน้นการบริการในบ้านหรือชุมชนตามที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุอาศัยอยู่ เช่น การดูแลและระยะยาวแบบไม่ค้างคืน (ศูนย์บริการทางสังคม ผู้สูงอายุกลางวัน) การดูแลที่บ้าน (บริการทางด้านการแพทย์ พยาบาล และบริการช่วยเหลืองานบ้าน) บริการเยี่ยมบ้าน โดยอาสาสมัคร เป็นต้น โดยจะทำงานร่วมกับชุมชนที่มีฐานจากครอบครัวในการดูแล การให้บริการ ความช่วยเหลือ และการสนับสนุนตามความต้องการแก่ผู้สูงอายุ

นโยบายการบริการผู้สูงอายุในระยะยาว หมายถึง แนวนโยบายของรัฐที่มีผลกระทบต่อวิถีการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุในระยะยาวตั้งแต่หลังเกษียณจวบจนสิ้นอายุขัยนั้น สัมพันธ์กับรูปแบบการบริการผู้สูงอายุระยะยาว และความคาดหวังเชิงนโยบายการบริการผู้สูงอายุ

รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว หมายถึง การสร้างหลักประกันถึงความมั่นคงความเป็นมนุษย์ที่ผู้สูงอายุจะไม่ถูกทอดทิ้งโดยรัฐตราบจนสิ้นอายุขัย ซึ่งนำไปสู่การป้องกันการดูแลผู้สูงอายุไม่เหมาะสม รวมทั้งการล่วงละเมิดสิทธิของผู้สูงอายุ

ประสิทธิผลของนโยบายการบริการผู้สูงอายุในระยะยาว หมายถึง การมุ่งเน้นถึงผลสำเร็จหรือผลที่เกิดขึ้นในการให้บริการเพื่อนำไปสู่ประโยชน์ที่พึงเกิดขึ้นจากสิ่งที่ได้ดำเนินไปที่คำนึงถึงตัวชี้วัดที่สำคัญ ประกอบด้วย การให้บริการที่ดีของบุคลากรผู้ให้บริการ ความสะดวกของขั้นตอนดำเนินการ การให้บริการที่เท่าเทียม และความพร้อมของสิ่งอำนวยความสะดวกประกอบการให้บริการ

ความคาดหวังเชิงนโยบายการบริการผู้สูงอายุนั้น หมายถึง ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุขที่ก่อให้เกิด ความเป็นธรรม การตอบสนองต่อความต้องการ การป้องกันความเสี่ยงทางสังคมและการเงิน รวมทั้งประสิทธิภาพการบริการแก่ผู้สูงอายุ



บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเรื่อง “นโยบายการบริการผู้สูงอายุในระยะยาวของไทย” ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับการบริการผู้สูงอายุและประเด็นอื่นๆ ได้แก่ คุณลักษณะของผู้สูงอายุ ค่านิยมทางสังคมกับการดูแลผู้สูงอายุ บทบาทของรัฐต่อผู้สูงอายุ และนโยบายการบริการผู้สูงอายุในระยะยาว โดยสามารถนำเสนอการทบทวนวรรณกรรมได้ดังต่อไปนี้

2.1 แนวคิดคุณลักษณะของผู้สูงอายุ

เมื่อพิจารณาถึงแนวคิดคุณลักษณะของผู้สูงอายุมีประเด็นที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย ค่านิยมของผู้สูงอายุ ปัญหาที่พบในผู้สูงอายุ และการสังเคราะห์คุณลักษณะของผู้สูงอายุ

2.1.1 ค่านิยมของผู้สูงอายุ

ปัจจุบัน สหประชาชาติ (United Nations) ยังไม่มีการให้คำนิยามที่แน่นอนถึงช่วงอายุที่ชัดเจนว่า ช่วงอายุใดเป็น “ผู้สูงอายุ” (Older or Elderly person) โดยองค์การสหประชาชาติ (UN) กำหนดให้อายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุในการนำเสนอข้อมูล ทั้งนี้ในประเทศพัฒนาแล้วส่วนใหญ่กำหนดให้อายุ 65 ปีขึ้นไปเป็นเกณฑ์ในการเรียก “ผู้สูงอายุ” (World Health Organization, 2000) ซึ่งองค์การสหประชาชาติไม่ได้มีการกำหนดคำจำกัดความหรือข้อตกลงเกี่ยวกับคำว่า “ผู้สูงอายุ” ที่เกณฑ์อายุเริ่มต้นที่เป็นมาตรฐาน เพียงแต่มีการยอมรับโดยทั่วไปว่าผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลหรือกลุ่มประชากรที่มีอายุตามปฏิทินตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งสอดคล้องกับคำแนะนำขององค์การอนามัยโลกที่ใช้การกำหนดช่วงอายุของผู้สูงอายุเป็นเกณฑ์อายุเริ่มต้น แต่ในทางปฏิบัติการกำหนดนิยามผู้สูงอายุอยู่ภายใต้แนวคิดที่ว่าผู้สูงอายุเป็นวัยที่เปราะบาง สมควรได้รับสวัสดิการและการดูแลหลังจากการทำงาน จึงมักเป็นอายุเดียวกันกับอายุเกษียณ ซึ่งส่งผลให้แต่ละประเทศมีการกำหนดคำจำกัดความหรือนิยามของผู้สูงอายุแตกต่างกัน กล่าวคือ กลุ่มประเทศพัฒนาแล้ว มักตกลงไว้ที่เกณฑ์อายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป ถึงแม้ว่าประเทศเหล่านี้ส่วนใหญ่ไม่ได้กำหนดเอาไว้อย่างเป็นทางการหรือมีการระบุชัดเจนทางกฎหมาย ในขณะที่ประเทศกำลังพัฒนา กำหนดหรือตกลงไว้ที่อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป (สมศักดิ์ อรรถศิลป์, 2560)

สำหรับประเทศไทยกำหนดนิยาม “ผู้สูงอายุ” ไว้ในพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 มาตรา 3 “ผู้สูงอายุ” หมายความว่า บุคคลซึ่งมีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปและมีสัญชาติไทย (Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute, 2018) และรัฐธรรมนูญแห่ง

ราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2550 มาตรา 53 ให้คำนิยาม ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปี บริบูรณ์และไม่มีรายได้เพียงพอแก่การยังชีพ มีสิทธิได้รับสวัสดิการและสิ่งอำนวยความสะดวกอันเป็นสาธารณะอย่างสมศักดิ์ศรี อีกทั้งได้รับความช่วยเหลือที่เหมาะสมจากรัฐ

นอกจากนี้ การจำแนกคุณลักษณะของผู้สูงอายุนั้น พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546 ใน มาตรา 3 แบ่งความแตกต่างกลุ่มผู้สูงอายุตามช่วงอายุ โดยแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุได้ 3 กลุ่มคือ

- 1) ผู้สูงอายุวัยต้น (อายุ 60-69 ปี) เป็นช่วงที่ยังมีพลังช่วยเหลือตนเองได้
- 2) ผู้สูงอายุวัยกลาง (อายุ 70-79 ปี) เริ่มขึ้นสู่วัยเสื่อมกล่าวคือ เริ่มมีอาการเจ็บป่วยร่างกาย เริ่มอ่อนแอ มีโรคประจำตัวหรือโรคเรื้อรัง
- 3) ผู้สูงอายุวัยปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป) เข้าสู่วัยเสื่อม เจ็บป่วยบ่อยขึ้น อวัยวะเสื่อมสภาพ อาจมีภาวะทุพพลภาพ

ส่วน ศรีเรือน แก้วกังวาล (2549) ได้แบ่งประเภทของผู้สูงอายุ ออกเป็นช่วงสูงอายุ 4 ช่วง ได้แก่

- 1) ช่วงไม่คอยแก่ (The young-old) อายุประมาณ 60-69 ปี เป็นช่วงที่ต้องประสบกับความเปลี่ยนแปลงของชีวิตที่เป็นภาวะวิกฤตหลายด้าน เช่น การเกษียณอายุ การจากไปของมิตรสนิท คู่ครอง โดยทั่วไปยังเป็นคนที่แข็งแรงแต่อาจต้องพึ่งพิงผู้อื่นบ้าง รู้จักปรับตัวเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ทางสังคม ทั้งในครอบครัวและนอกครอบครัว

- 2) ช่วงแก่ปานกลาง (The middle-aged old) อายุประมาณ 70-79 ปี เป็นช่วงที่เริ่มเจ็บป่วย เข้าร่วมกิจกรรมของสังคมน้อยลง

- 3) ช่วงแก่จริง (The old-old) อายุประมาณ 80-90 ปี ความสามารถในการปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมมากขึ้นต้องการมีความเป็นส่วนตัวมากขึ้น ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นมากกว่าวัยที่ผ่านมา เริ่มข้อนนึกถึงอดีตมากขึ้น

- 4) ช่วงแก่จริงๆ (The very old-old) อายุประมาณ 90-99 ปี เป็นระยะที่มักมีปัญหาทางสุขภาพ ผู้สูงอายุในวัยนี้ควรทำกิจกรรมที่ไม่ต้องมีการแข่งขัน ทำกิจกรรมอะไรที่ตนเองมีความสนใจและต้องการทำ

โดย สมศักดิ์ อรรถศิลป์ (2560) สรุปให้เห็นว่า เมื่อแต่ละคนมีอายุเข้าสู่วัยสูงอายุแล้วนั้น ยังมีการเปลี่ยนแปลงในหลายๆระบบของร่างกายที่เกิดขึ้นอย่างสม่ำเสมอของบุคคลที่อยู่ในภาวะสูงอายุ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงเนื่องมาจากความชราเกิดขึ้นได้ทั้งกายวิภาคหรือการทำงาน แต่ไม่จำเป็นจะต้องเกิดกับทุกอวัยวะหรือระบบการทำงานโดยการเปลี่ยนแปลงในระยะแรกของวัยชราจะตรวจวัดได้ยากและมีความแตกต่างระหว่างบุคคลสูง ซึ่งเมื่อผ่านไประยะหนึ่งลักษณะบางอย่างจะปรากฏให้เห็นชัดเจนขึ้น เช่น ความสูงลดลง ผมหงอก ผิวหนัง ส่ายตาเปลี่ยน การเคลื่อนไหวด้อยลง

เป็นต้น ในขณะที่เดียวกันการเปลี่ยนแปลงหรือด้อยลง ของประสิทธิภาพการทำงานอวัยวะต่างๆ จะดำเนินไปภายหลังจากระยะสมบูรณ์สูงสุดในวัยเจริญพันธุ์ เช่น มวลกระดูกลดลง ประสิทธิภาพการทำงานของไตลดลง จึงแบ่งผู้สูงอายุดังกล่าวออกเป็น 3 ช่วง ตามเกณฑ์ความสามารถของผู้สูงอายุ ดังนี้

1. กลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้ดี
2. กลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง
3. กลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ เนื่องจากมีปัญหาสุขภาพ มีความพิการ

ทั้งนี้ธรรมชาติการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่วัยสูงอายุของแต่ละคนจะช้าเร็วต่างกันขึ้นอยู่กับ พันธุกรรม สภาพร่างกาย การดูแลสุขภาพและสิ่งแวดล้อมรอบตัว ด้วยอายุที่มากขึ้นผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงในด้านต่างๆ 3 ด้าน (eldercarenow, 2564) ประกอบด้วย

1) การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงที่เห็นได้ชัดเจนเนื่องจากระบบต่างๆ ของร่างกายจะเสื่อมสภาพและทำงานได้น้อยลงการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอาจต้องมีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

2) การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ ผู้สูงอายุส่วนมากมักประสบกับปัญหาวิตกกังวล ซึมเศร้า รู้สึกสิ้นหวังและต้องการการสร้างความกำลังใจผู้สูงอายุ ปัญหาเหล่านี้อาจถูกกลบเกลี้ยงจากคนในครอบครัว เพราะความเข้าใจว่าผู้สูงอายุต้องการเรียกร้องความสนใจ

3) การเปลี่ยนแปลงทางสังคม ผู้สูงอายุจะรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าที่น้อยลงเพราะ โอกาสเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ทางสังคมที่น้อยลง ขาดการรับรู้ข้อมูลข่าวสารจากสังคมทำให้ผู้สูงอายุถูกแยกตัวออกจากสังคม

จากข้างต้นย่อมพบว่า ทั้งองค์การสหประชาชาติและนักวิชาการไทยและต่างประเทศต่างเห็นว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป อย่างไรก็ตามแม้บางประเทศจะกำหนดเกณฑ์อายุไว้ 65 ปีก็ตาม แต่ย่อมพบว่า ฐานการกำหนดอายุที่เพิ่มขึ้นนั้นสัมพันธ์กับการขาดบุคลากรในวัยทำงานจึงทำการขยายเกณฑ์อายุให้มากขึ้น เพื่อเพิ่มอัตราวัยทำงานของประชากร ทั้งนี้หลายประเทศโดยทั่วไปรวมทั้งไทยเองก็ยังคงกำหนดเกณฑ์ไว้ที่ 60 ปีเป็นฐานในการจำแนกช่วงวัยของประชากร ซึ่งนักวิชาการอาจใช้เกณฑ์สมรรถภาพทางด้านร่างกายมาเป็นฐานในการประกอบในการจำแนกถึงความชราภาพเพิ่มเติมของผู้สูงอายุเพิ่มเติมไปพร้อมกันด้วยก็ได้

2.1.1 ปัญหาที่พบในผู้สูงอายุ

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2562) ได้อธิบายถึง การเปลี่ยนแปลงและเตรียมตัวเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ โดยพบปัญหาของผู้สูงอายุที่สำคัญ ได้แก่

1) ปัญหาทางด้านสุขภาพกาย ผู้สูงอายุมักจะมีปัญหาด้านสุขภาพเสื่อมโทรม มีโรคร้ายต่างๆ เบียดเบียน ทั้งโรคทางกาย และทางสมอง ผู้มีอายุเกิน 65 ปี มักมีการเปลี่ยนแปลงทางสมองคือ โรคสมองเสื่อม โรคหลงลืม โรคซึมเศร้า

2) ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ ผู้สูงอายุที่มีฐานะไม่ดี ไม่มีลูกหลานดูแลอุปการะเลี้ยงดู อาจจะไม่มีรายได้ หรือรายได้ไม่เพียงพอสำหรับการเลี้ยงชีพ อาจจะไม่มีที่อยู่อาศัย ทำให้ได้รับความลำบาก

3) ปัญหาทางด้านความรู้ ผู้สูงอายุไม่มีโอกาสได้รับความรู้เพื่อการพัฒนาตนเอง ให้เหมาะสมกับวัย และสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป และเพื่อให้เข้ากันได้กับเยาวชนรุ่นใหม่

4) ปัญหาทางด้านสังคม ผู้สูงอายุอาจจะไม่ได้รับการยกย่องจากสังคมเหมือนเดิม โดยเฉพาะผู้ที่เคยเป็นข้าราชการ ตำแหน่งสูงซึ่งเคยมีอำนาจและบริหารแวดล้อม เมื่อเกษียณอายุราชการ อาจเสียดายอำนาจและตำแหน่งที่เสียไป เยาวชนและหนุ่มสาวหลายคนมีทัศนคติไม่ดีต่อผู้สูงอายุ เห็นคนรุ่นเก๋าล้าสมัย พูดไม่รู้เรื่องและไม่มีประโยชน์

5) ปัญหาทางด้านจิตใจ ผู้สูงอายุจะไม่ได้รับความเอาใจใส่ และความอบอุ่นจากลูกหลานอย่างเพียงพอ ทำให้รู้สึกว่าเหว อ่างว้าง และอาจจะมีความวิตกกังวลต่างๆ เช่น กังวลว่าจะถูกลูกหลาน และญาติพี่น้องทอดทิ้ง กังวลในเรื่องความตาย ผู้สูงอายุมักมีอารมณ์เปลี่ยนแปลง เช่น เศร้า เฉยเมย เอาแต่ใจตนเอง ผู้สูงอายุบางคน ก็ยังมีความต้องการความสุขทางโลกีย์ ซึ่งไม่เหมาะสมกับวัยของตนทำให้ได้รับความผิดหวัง

6) ปัญหาเกี่ยวกับครอบครัว ปัญหาผู้สูงอายุที่น่าเป็นห่วงคือ การเปลี่ยนแปลงทางสังคม และวัฒนธรรม ในอดีตจะเป็นครอบครัวใหญ่ ที่เรียกว่า ครอบครัวขยาย ทำให้มีความสัมพันธ์แน่นแฟ้น และเกิดความอบอุ่น ระหว่างพ่อ แม่ และลูกหลาน ในปัจจุบันครอบครัวคนไทย โดยเฉพาะในเขตเมืองจะเป็นครอบครัวเดี่ยวเป็นส่วนใหญ่ ลูกหลานจะมาทำงานในเขตเมืองทั้งพ่อแม่ให้เฝ้าบ้าน ทำให้ผู้สูงอายุอยู่อย่างโดดเดี่ยว ไม่ได้รับการดูแล และได้รับความอบอุ่นดังเช่นอดีตที่ผ่านมา

7) ปัญหาค่านิยมที่เปลี่ยนแปลง ปัจจุบันความเปลี่ยนแปลงจากภาวะทางด้านเศรษฐกิจ และสังคม ทำให้เยาวชนมีความกตเวทิต่อพ่อแม่ ครูอาจารย์ น้อยลง ผู้สูงอายุไม่ได้รับการดูแล ต้องอาศัยสถานสงเคราะห์คนชรา

ในอนาคตเมื่อประเทศไทยเป็นประเทศอุตสาหกรรมแบบใหม่ สังคมไทยอาจกลายเป็นสังคมตะวันตก กล่าวคือ ต่างคนต่างอยู่ ไม่มีการเอื้อเฟื้อซึ่งกันและกัน ไม่มีการทดแทนบุญคุณ บุตรหลานโตขึ้นก็จะไม่เลี้ยงดูพ่อแม่เมื่อแก่ชรา ทั้งนี้ นัชชา เรื่องเกียรติคุณ อธิบายถึง วิธีที่ผู้สูงอายุหรือผู้สูงวัยจะต้องปรับตัวเพื่อใช้ชีวิตได้อย่างมีความสุขสมวัย (มติชนออนไลน์, 2562) ดังนี้

- 1) เตรียมใจยอมรับความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ซึ่งเป็นธรรมชาติของวัยนี้ เช่น สูญเสียสมรรถภาพทางกาย ลูกหลานจากไปมีครอบครัว หรือทำงานในเวลากลางวัน บางครั้งต้องอยู่ตามลำพังคนเดียว
 - 2) ดูแลสุขภาพอนามัยให้ถูกต้อง เช่น ดูแลสุขภาพของช่องปาก รับประทานอาหารที่มีคุณค่าครบ 5 หมู่ มีโปรตีนปานกลาง ไขมันน้อย วิตามินมาก เน้นผัก-ผลไม้ ไฟเบอร์ และ น้ำรับประทานอาหารให้ถูกต้องตามหลักธงโภชนาการ เป็นต้น
 - 3) เฝ้าระวังและชะลอความเสื่อมของร่างกาย โดยช่วยเหลือตนเองในการประกอบกิจวัตรประจำวันให้ได้มากที่สุด เพิ่มความกระฉับกระเฉง
 - 4) ออกกำลังกายให้เหมาะสมกับวัย มีความหลากหลาย และเหมาะสมกับสภาพร่างกายของแต่ละบุคคล เพื่อชะลอความเสื่อมด้านร่างกายและสมอง
 - 5) ไม่ควรคิดถึงอายุซึ่งล่วงเลยไป หรืออดีตด้วยความวิตกกังวล ควรสร้างความภาคภูมิใจในประสบการณ์ชีวิตที่ผ่านมา
 - 6) ผู้สูงอายุมีประสบการณ์และความเชี่ยวชาญในการดำเนินชีวิตของแต่ละบุคคล ซึ่งแตกต่างกันตามความรู้ ความสามารถและความถนัด ดังนั้น ผู้สูงอายุสามารถปรึกษาเรื่องที่ไม่เชี่ยวชาญจากผู้อื่นได้ ไม่ได้เป็นเรื่องน่าอายในการปรึกษาปัญหาต่างๆ จากผู้ที่มีอายุน้อยกว่าตน
 - 7) เข้าใจต่อสังคมโลกที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว การคิด ความเชื่อ หรือหลักในการดำเนินชีวิตประจำวันอาจแตกต่างกันในแต่ละกลุ่มวัย ซึ่งความเข้าใจนี้จะช่วยให้ลูกหลาน และคนรอบข้างรู้สึกอบอุ่น ครอบครัวยังมีความสุข
 - 8) ควรมีการพักผ่อนหย่อนใจและทำงานอดิเรกเล็กๆ น้อยๆ เพื่อความเพลิดเพลินใจ ทำจิตใจให้เบิกบานอยู่เสมอ รู้จักสร้างอารมณ์ขัน และพัฒนาทักษะการเข้าสังคมเพื่อกระตุ้นสมองและความจำ เช่น ปลูกต้นไม้ เข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุ ทำกิจกรรมสังคม ไปวัดทำบุญศึกษาและปฏิบัติธรรม
 - 9) ในขณะที่ยังทำงานมีรายได้ก็ควรจัดการทรัพย์สิน ลงทุนและออมทรัพย์ไว้เพื่อจุนเจือใช้จ่ายในวัยสูงอายุเพื่อให้สามารถพึ่งพาตนเองได้
 - 10) ควรพบแพทย์เพื่อตรวจสุขภาพอย่างสม่ำเสมอเป็นประจำ เพื่อเฝ้าระวังภาวะโรคหรือความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น หากมีโรคประจำตัวควรพบแพทย์ตามนัดอย่างต่อเนื่อง รับประทานยาสม่ำเสมอ
- ส่วน กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2562) ชี้ให้เห็นว่า การปรับตัวและการวางแผนของผู้สูงอายุนั้นประกอบด้วย

1) การวางตนให้เหมาะสมและเป็นแบบอย่างที่ดี ผู้สูงอายุควรวางตัวให้เหมาะสมกับวัย ประพฤติปฏิบัติตน เป็นแบบอย่างที่ดีแก่ลูก หลาน และสมาชิกในครอบครัว

2) การเป็นที่ปรึกษาแนะนำและกำลังใจแก่ลูก หลาน และสมาชิกในครอบครัวเมื่อมีปัญหา ผู้สูงอายุเป็นผู้ที่ผ่านปัญหา และอุปสรรคมามาก ย่อมมีประสบการณ์ที่สามารถนำมาเป็นบทเรียน ให้คำปรึกษาแนะนำแก่ลูก หลาน ได้เป็นอย่างดี การถ่ายทอด ความรู้ ประสบการณ์ในอดีต จึงเป็น สิ่งมีค่าและเป็นกำลังใจแก่ลูก หลาน แต่สิ่งที่พึงระวัง และเป็นข้อจำกัดสำหรับลูก หลาน และ สมาชิกในครอบครัวก็คือ ต้องไม่เป็นการนำเรื่องในอดีตที่ร้ายแรง หรือมีผลกระทบรุนแรงต่อ ความเครียดในผู้สูงอายุ

3) การช่วยเหลืองานบ้านตามความสามารถ และความถนัด ผู้สูงอายุมักจะไม่อยู่นิ่งเฉย หาก สภาพร่างกายยังมีกำลังดี ก็จะช่วยเหลืองานบ้าน เช่น ทำความสะอาดบ้าน ทำอาหาร รดน้ำต้นไม้ เลี้ยงหลาน ทำงานฝีมือ เย็บปักถักร้อย ฯลฯ

4) การยอมรับบทบาท และสถานภาพที่เปลี่ยนไป ผู้สูงอายุจะต้องตระหนักว่า เมื่ออายุมากขึ้นหรือเกษียณจากวัยทำงานแล้ว บทบาทและสถานภาพย่อมเปลี่ยนไป ครั้งหนึ่งเคยเป็นผู้ให้ เป็น ผู้นำครอบครัว เป็นผู้มอบบทบาทในสังคม ต้องเปลี่ยนบทบาทมาเป็นผู้รับ เป็นผู้ตาม ลดบทบาทใน สังคม สถานภาพเปลี่ยนแปลงไป

5) การยอมรับและเข้าใจผู้อื่น ผู้สูงอายุจะต้องยอมรับ และปรับตัวให้สามารถอยู่ร่วมกับลูก หลาน และสมาชิกในครอบครัว ได้อย่างปกติสุข การยอมรับบทบาท และการรับฟังความคิดเห็น ของผู้อื่น เป็นการให้กำลังใจ และให้เกียรติแก่ลูก หลาน และสมาชิกในครอบครัว ซึ่งมีส่วนช่วยให้ ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว กับผู้สูงอายุเป็นไปในทางที่ดีขึ้น

6) การช่วยเหลือตนเองเท่าที่สามารถทำได้ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ จะมีความเกรงใจลูก หลาน และผู้อุปการะดูแลใกล้ชิดอยู่เป็นปกตินิสัย ดังนั้น การช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุเท่าที่สามารถทำ ได้ จึงเป็นการแบ่งเบา หรือลดภาระของผู้อื่นในครอบครัว การแบ่งเบาภาระ และการช่วยเหลือซึ่ง กันและกัน นับเป็นการเสริมสร้าง และรักษาสัมพันธ์ภาพอันดีระหว่างกันไว้ได้

อย่างไรก็ตาม หากพิจารณาถึงปัญหาเชิง โครงสร้างของผู้สูงอายุในประเทศไทยนั้น แม้ว่า รัฐบาลได้จัดสวัสดิการพื้นฐานด้านสาธารณสุขหรือเรียกอีกนัยหนึ่งว่า ระบบบริการสุขภาพดีสำหรับ ประชาชนได้มีประสิทธิภาพประสิทธิผลประชาชนสามารถเข้าถึงสวัสดิการบริการสุขภาพได้ดี เหมาะสม สะดวก รวดเร็วและรักษาพยาบาลได้ครอบคลุมมากกว่าในอดีตที่ผ่านมา กระทั่งส่งผลให้ สุขภาพของประชาชนในทุกเพศวัย ต่างได้รับการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค รักษาพยาบาล พักฟื้น ฟื้นฟูได้มีประสิทธิผลในการรักษาทำให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น อายุเฉลี่ยของประชาชน เพิ่มขึ้น ทำให้จำนวนกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไปมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ใกล้เคียงกับกลุ่ม

เยาวชนหรือวัยกลางคนที่เป็นช่วงวัยผู้ใ้แรงงาน โครงสร้างของผู้สูงอายุในสังคมไทยเปลี่ยนแปลงไปจากอดีต

นอกจากปัจจัยด้านการบริการสาธารณสุขของรัฐที่ดีแล้ว ปัจจัยด้านสังคมยุคใหม่ของลักษณะวิถีชีวิตของกลุ่มวัยทำงานในยุคโลกาภิวัตน์ที่มีวิถีชีวิต ค่านิยมการดำเนินชีวิตแบบเสรีนิยม มีความเป็นปัจเจกชน ชอบการท่องเที่ยวเดินทาง หรือวางแผนครอบครัวแบบครอบครัวเดียวมากขึ้น และสอดคล้องกับภาพรวมของการควบคุมอัตราการเกิดได้อย่างมีประสิทธิภาพทำให้อัตราการเกิดมีจำนวนลดน้อยลง เป็นต้น ความท้าทายของการแก้ไขปัญหาเชิงโครงสร้างของผู้สูงอายุในสังคมไทยสามารถพิจารณาได้จากนโยบายของรัฐ หน่วยงานภาครัฐและเอกชน และระดับบุคคล

ปัญหาภาระบวหนักน้ของสังคมผู้สูงอายุในประเทศไทย ยังขาดการกำหนดแนวทางการปฏิบัติ การเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในด้านงบประมาณ บุคลากร ระบบ กลไกในการบริการสาธารณสุข องค์ความรู้ทางวิชาการด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ หรือความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสังคมผู้สูงอายุกับประชาชนให้การเตรียมความพร้อมการเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ โดยปัจจุบันแม้ว่ารัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 และพระราชบัญญัติที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุได้บัญญัติสารสำคัญในการส่งเสริมคุ้มครองผู้สูงอายุ แต่ในทางปฏิบัติกลับยังขาดความพร้อมในหลายด้าน เนื่องจากการดำเนินการตามนโยบายของรัฐตั้งแต่หน่วยงานระดับกระทรวง ภาคเอกชน หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจำเป็นต้องจัดเตรียมความพร้อมด้านบุคลากรทางการแพทย์ การพยาบาลเฉพาะทางด้านผู้สูงอายุ การเตรียมความพร้อมด้านองค์ความรู้ทางวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ โดยกระบวนการวิธีการบริการสุขภาพผู้สูงอายุต้องมีความสอดคล้องเหมาะสมกับลักษณะของประชาชนที่อาศัยในแต่ละภูมิภาคให้ได้รับการบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุอย่างเหมาะสมรวดเร็ว เนื่องอวัยวะร่างกายของผู้สูงอายุมีความเสื่อมของร่างกายและระบบภายในร่างกายเสื่อมตามธรรมชาติ และหากผู้สูงอายุมีสภาวะอาการเจ็บป่วยในระบบใดในร่างกายย่อมสัมพันธ์กับระบบอื่นๆ ของร่างกายไปด้วยทำให้ผู้สูงอายุต้องการได้รับการรักษาพยาบาลและดูแลอย่างใกล้ชิด ดังนั้นผู้สูงอายุจำเป็นต้องได้รับการดูแลจากบุคคลในครอบครัวที่มีความรู้ในการดูแลพยาบาลผู้สูงอายุ หรืออยู่ในสถานดูแลผู้สูงอายุ เพื่อดูแลผู้สูงอายุได้อย่างใกล้ชิดถูกต้องเหมาะสมกับคุณภาพชีวิตที่ดีในสังคมผู้สูงอายุ

ปัญหาคุณค่าตัวตนของผู้สูงอายุหลักเกียชนอายุการทำงาน เนื่องจากผู้สูงอายุอดีตเป็นผู้ที่มีบทบาทหน้าที่ประสพการณ์ ความเชี่ยวชาญในการทำงาน หรือเป็นบุคคลสำคัญที่ทรงคุณค่าทั้งคุณวุฒิและวิวุฒิในองค์กรตลอดช่วงชีวิตที่ผ่านมา เมื่อผู้สูงอายุเกษียณอายุการทำงานและสถานะทางสังคมเป็นผู้สูงอายุที่เกษียณการทำงานทำให้เกิดความรู้สึกหดหู่ หรือถูกลดบทบาทหน้าที่ตนเองนำไปสู่การใช้ชีวิตขาดความสดใส ร่าเริงกับการดำเนินชีวิตโดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผู้สูงอายุที่ไม่ได้

วางแผนเตรียมความพร้อมหลังเกษียณอายุการทำงาน ด้วยเหตุนี้บริบทสังคมจำเป็นต้องสร้างบรรยากาศให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุผ่านกิจกรรมต่างๆทางสังคม ชุมชน หรือกิจกรรมสันทนาการสำหรับผู้สูงอายุให้เกิดความรู้สึกภาคภูมิใจ และสังคมสามารถดื่กศักยภาพของผู้สูงอายุในความเชี่ยวชาญเพื่อเป็นองค์ความรู้ภูมิปัญญาหรือปราชญ์ความรู้สำหรับคนในชุมชนท้องถิ่น ซึ่งจะส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความภาคภูมิใจในตนเอง ได้รับการยอมรับจากชุมชนสังคม ทำให้ผู้สูงอายุสามารถปรับเปลี่ยนเตรียมความพร้อมสู่การปรับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เหมาะสม

ปัญหาทางเศรษฐกิจมหภาคของรัฐ เมื่อรัฐบาลส่งเสริมพัฒนาโครงสร้างทางเศรษฐกิจภาพรวมของประเทศให้มีผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (GDP) ในเชิงบวก การพัฒนาประเทศจึงมุ่งเน้นการส่งเสริมการพัฒนาโครงสร้างขั้นพื้นฐานทางเศรษฐกิจมากกว่าการส่งเสริมสวัสดิการบริการสาธารณะในลักษณะของรัฐสวัสดิการ ทำให้ประชาชนไม่สามารถเข้าถึงสวัสดิการของรัฐหรือบริการสาธารณะเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตที่เหมาะสมได้ หรือขาดศักยภาพความพร้อมในการออมเงินเพื่อการลงทุน ปัญหาการวางแผนชีวิตครอบครัว หรือไม่สามารถวางแผนการออมเงินสำหรับเกษียณอายุ ซึ่งส่งผลต่อรัฐในการกำหนดนโยบายสาธารณะเกี่ยวกับการจัดสวัสดิการสำหรับดูแลช่วยเหลือประชาชนผู้สูงอายุ ที่มีผลต่อภาระด้านงบประมาณของรัฐบาลในการจัดสรรงบประมาณจำนวนมากเพื่อดูแลและรักษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้มีความเหมาะสมตามแนวนโยบายของรัฐที่กำหนดไว้ในรัฐธรรมนูญ

ทั้งนี้ หากพิจารณาในกลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้ว แนวนโยบาย ยุทธศาสตร์ของรัฐได้เตรียมความพร้อมการสังคมผู้สูงอายุกับประชาชนไว้อย่างเป็นระบบ เช่น การวางระบบบริการสวัสดิการของรัฐรองรับอย่างเป็นระบบ การพัฒนาเศรษฐกิจที่มั่นคงเพื่อเพิ่มรายได้ และการออมทรัพย์ของประชาชน การเข้าถึงบริการสาธารณะสุข กิจกรรมค่านิยมในการใช้ชีวิตภายหลังเกษียณอายุการทำงาน โดยต่างจากประเทศที่กำลังพัฒนาที่รายได้ผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (GDP) ที่อยู่ในระดับน้อยหรือปานกลาง เส้นรายได้ของประชาชนน้อย นโยบายแห่งรัฐมุ่งส่งเสริมกิจกรรมทางเศรษฐกิจ การลงทุนโครงสร้างขั้นพื้นฐานของรัฐ มากกว่าการส่งเสริมพัฒนาคุณภาพประชาชนสังคมให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีสามารถเข้าถึงสวัสดิการของรัฐได้อย่างทั่วถึงเท่าเทียมในด้านสาธารณะสุข การศึกษา หรือรายได้ที่เพียงพอต่อการดำรงชีพอย่างเหมาะสม ปฏิเสธมิได้ว่ารัฐบาลในประเทศที่กำลังพัฒนาขาดงบประมาณรายจ่ายที่มากพอในการจัดสรรงบประมาณด้านผู้สูงอายุทำให้เมื่อเกิดปัญหาทางเศรษฐกิจ เสถียรภาพทางการเมืองย่อมส่งผลกระทบต่อทางตรงและทางอ้อมกับนโยบายสวัสดิการของผู้สูงอายุเป็นอันดับแรก โดยเฉพาะกลุ่มประชากรบางกลุ่มที่ไม่ได้เตรียมแผนการเงินหรือมีภาระทางการเงิน ทำให้ผู้สูงอายุยังคงต้องทำงาน เพื่อหารายได้และทำงานเกินขอบเขต

ศักยภาพร่างกายที่ถดถอยลงไป จึงเป็นปัญหาภาวะทางสังคม หรือการทอดทิ้งผู้สูงอายุให้ดำรงชีพตามลำพังทั้งในเขตพื้นที่ชนบทหรือสังคมเมือง

ปัญหาการพัฒนาาระบบประกันสุขภาพสำหรับประชาชนระดับปฐมภูมิในการป้องกันรักษาสุขภาพปัจจุบันระบบสาธารณสุขประเทศไทยมีสาธารณสุขชุมชนที่ให้บริการประชาชนในระดับชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพผ่านอาสาสมัครของหน่วยงานรัฐ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการให้ความรู้เกี่ยวกับการปกป้องกันโรค การควบคุมโรค การติดตาม สังเกตอาการกลุ่มผู้ป่วยในชุมชน หรือประสานงานให้บริการทางการแพทย์ระหว่างประชาชนในชุมชนกับโรงพยาบาล โดยนโยบายสาธารณสุขของรัฐสามารถให้บริการประชาชนได้อย่างทั่วถึงในพื้นที่ชุมชนต่างๆ แต่รัฐควรมุ่งส่งเสริม นโยบายส่งเสริมสุขภาพ สุขอนามัย ป้องกันโรค หรือเสริมสร้างสุขภาพให้กับประชาชนมากกว่าสร้างรักษาโรค เช่น ส่งเสริมพฤติกรรมมารับประทานอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกาย การออมเงิน การรักษาสุขภาพ กิจกรรมสันทนาการกิจกรรมที่เหมาะสม หรือระบบกลไกการช่วยเหลือดูแลจากรัฐต่างๆ แม้ว่ารัฐจะดำเนินการทั้งป้องกันและส่งเสริมสุขภาพการบริการทางการแพทย์อย่างบูรณาการ แต่การส่งเสริมสาธารณสุขระดับชุมชนให้มีความเข้มแข็งผ่านองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เนื่องจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นหน่วยงานรัฐที่ใกล้ชิดประชาชนมากที่สุดสามารถตอบสนองความต้องการของประชาชนได้ดีที่สุดตามความต้องการของประชาชน ดังนั้นการเตรียมความพร้อมด้านสาธารณสุขระดับชุมชน การสร้างความพร้อมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่แข็งแรง ระบบกลไกของชุมชนในการช่วยเหลือ ดูแลคนในชุมชนในการพยาบาลกลุ่มผู้ป่วยในชุมชน ซึ่งลักษณะความสัมพันธ์ของชุมชนที่ช่วยเหลือเกื้อหนุนซึ่งกันและกันอุปถัมภ์ช่วยเหลือกันชุมชนโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุในชุมชนได้รับการดูแลและได้รับการยอมรับบุคคลที่สำคัญของในชุมชนที่บุคคลในชุมชนให้ความเคารพนับถือหรือเป็นปราชญ์ชาวบ้านในชุมชนทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีในบริบทสังคมผู้สูงอายุ

ปัญหาสุขภาพของโรคของคนไทยจากการบริโภคอาหารยุคใหม่ เนื่องจากยุคสังคมโลกาภิวัตน์ที่ประชาชนใช้ชีวิตบริโภคอาหารถึงสำเร็จรูป อาหารจานด่วนหรือเน้นการบริโภคแป้งหรืออาหารจานด่วนที่สะดวกรวดเร็วในการบริโภค ส่งผลทำให้ประชาชนส่วนใหญ่มีค่าดัชนีมวลกายมีเกณฑ์น้ำหนักเกินมาตรฐานไปในทิศทางอ้วน หรือโรคอ้วน ทำให้มีสถานะเสี่ยงต่อการเป็นโรคอื่นๆ ตามไปด้วย จึงเป็นสถานการณ์และเงื่อนไขปัญหาหนึ่งที่สำคัญต่อปัญหาสุขภาพหลักของคนไทยและผู้สูงอายุ หรือเป็นอุปสรรคในการพึ่งพาช่วยเหลือตัวเองในชีวิตประจำวัน ดังนั้นพฤติกรรมของบุคคลในการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย หรือการดูแลสุขภาพในช่วงวัยรุ่นและวัยทำงานจึงเป็นพื้นฐานสำคัญของการรักษาสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุด้วยเช่นกัน ด้วยเหตุนี้การรักษาสุขภาพ

ร่างกายให้มีสรีรร่างกายที่เหมาะสมพฤติกรรมมารับประทานอาหาร การออกกำลังกายเป็นสิ่งที่สำคัญสำหรับการส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุเป็นต้น

2.1.3 การสังเคราะห์คุณลักษณะของผู้สูงอายุ

เมื่อศึกษาภาพรวมเกี่ยวกับคุณลักษณะของผู้สูงอายุย่อมเห็นว่า ทั้งองค์การสหประชาชาติ และนักวิชาการไทยและต่างประเทศกำหนดให้ ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป อย่างไรก็ตามแม้บางประเทศจะกำหนดเกณฑ์อายุไว้ 65 ปีก็ตาม แต่กลับพบว่า ฐานการกำหนดอายุที่เพิ่มขึ้นนั้นสัมพันธ์กับการขาดแคลนแรงงานในภาคการผลิตหรือบุคลากรในวัยทำงาน จึงทำให้เกิดการขยายเกณฑ์อายุให้มากขึ้น เพื่อเพิ่มอัตราวัยทำงานของประชากร ทั้งนี้หลายประเทศโดยทั่วไปรวมทั้งไทยเองก็ยังคงกำหนดเกณฑ์ไว้ที่ 60 ปีเป็นฐานในการจำแนกช่วงวัยของประชากร ซึ่งนักวิชาการอาจใช้เกณฑ์สมรรถภาพทางด้านร่างกายมาเป็นฐานในการประกอบในการจำแนกถึงความชราภาพเพิ่มเติมของผู้สูงอายุเพิ่มเติมไปพร้อมกันด้วยก็ได้

การพิจารณาถึงคุณลักษณะของผู้สูงอายุโดยทั่วไปจากปัจจัยด้านประชากรศาสตร์ต่างให้ความสำคัญกับปัจจัยด้านเพศ สถานภาพสมรส สถานภาพทางเศรษฐกิจ สถานภาพการทำงาน และปัจจัยอื่นๆ ทั้งนี้หากทบทวนวรรณกรรมข้างต้นกลับพบว่า สามารถจำแนกถึงปัจจัยส่วนบุคคลที่สัมพันธ์กับปัจจัยแวดล้อมประกอบขึ้นเป็นปัจจัยเชิงคุณลักษณะของผู้สูงอายุ ได้แก่ ความพร้อมด้านสถานภาพทางเศรษฐกิจส่วนบุคคลการมีสุขภาพดี และความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ซึ่งปัจจัยเชิงองค์ประกอบเหล่านี้มีคุณลักษณะ ดังนี้

1) ความพร้อมด้านสถานภาพทางเศรษฐกิจส่วนบุคคลก็คือ ความสุขอันเกิดจากการมีรายได้เพียงพอที่ปลดภาระทางการเงิน และความพร้อมของเทคโนโลยีและสิ่งอำนวยความสะดวก

การมีรายได้เพียงพอที่ปลดภาระทางการเงิน ถือเป็นพื้นฐานที่นำไปสู่มาตรฐานการครองชีพที่ก่อให้เกิดความมั่นคงในการดำรงชีวิต เนื่องจากการตกอยู่ในภาวะที่มีหนี้สินย่อมนำไปสู่ปัญหาอื่นๆ ตามมา อาทิ การเข้าถึงปัจจัยสี่ทั้งอาหาร เสื้อผ้า ที่อยู่อาศัย และการรักษาโรค ซึ่งล้วนสัมพันธ์กับการดำรงชีพ การมีรายได้หลังการเกษียณงานที่เพียงพอต่อการดำรงชีพจึงถือเป็นปัจจัยที่สำคัญ ไปพร้อมกับการปลดภาระหรือความรับผิดชอบต่อหนี้สินต่างๆ จึงถือเป็นการดำรงชีพบนพื้นฐานของความพร้อมตามสถานภาพทางเศรษฐกิจของแต่ละบุคคล

นอกจากนี้ ความพร้อมของเทคโนโลยีและสิ่งอำนวยความสะดวก ถือเป็นปัจจัยเสริมที่สำคัญในการดำรงชีพของโลกสมัยใหม่ การเข้าถึงเทคโนโลยีด้านต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตประจำวัน อาทิ โทรศัพท์มือถือ โทรทัศน์ ทีวี อินเตอร์เน็ต และยานพาหนะส่วนบุคคล เป็นต้น ล้วนทำให้

ผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตนเองได้ง่ายและสะดวกต่อการดูแลตนเอง รวมทั้งการเข้าถึงการรับบริการที่เกี่ยวข้องได้ง่ายหรือทันกับปัญหามากขึ้น

จากข้างต้นการมีรายได้เพียงพอที่ปลอดภัยทางการเงิน และความพร้อมของเทคโนโลยี และสิ่งอำนวยความสะดวกล้วนเป็นปัจจัยเชิงองค์ประกอบที่อธิบายการสร้างความสุขทางด้านวัตถุที่เอื้ออำนวยประโยชน์ต่อผู้สูงอายุในหลายมิติ

2) การมีสุขภาพดี ก็คือ การมีความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุมักจะมีปัญหาด้านสุขภาพเสื่อมโทรม มีโรคภัยต่างๆ เบียดเบียน ทั้งโรคทางกาย และทางสมอง โดยผู้สูงอายุมักมีการเปลี่ยนแปลงทางสมองคือ โรคสมองเสื่อม โรคหลงลืม โรคซึมเศร้า เป็นต้น โดยการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายล้วนส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนเชิงทัศนคติ ความคิด และความรู้สึทึกของผู้สูงอายุตลอดเวลา

ด้วยเหตุนี้ การมีสุขภาพดีจึงเป็นการเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุตั้งแต่ก่อนเข้าสู่วัยชรา ทั้งในด้านการดูแลรักษาสุขภาพให้ดีขึ้นอยู่เสมอตั้งแต่ในช่วงวัยทำงานทราบจนกระทั่งหลังเกษียณอายุการทำงาน อีกทั้งมีการเตรียมจิตใจเมื่อปลอดภัยจากความรับผิดชอบจากงานประจำหลังเกษียณอายุการทำงาน ซึ่งเป็นการสรรค์สร้างสุขภาพที่ดีแก่ผู้สูงอายุทั้งทางร่างกายและจิตใจ

3) ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ก็คือ ผู้สูงอายุมีความรู้และความเข้าใจถึงแนวทางการดูแลและรักษาสุขภาพของตนเอง รวมถึงการวางตัวอยู่ร่วมกับบุคคลต่างเพศ ต่างวัยทั้งในครอบครัว และสังคม เพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดี และการดำรงชีพอย่างมีความสุขในสังคม โดยความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองที่สำคัญประกอบด้วย การเข้าใจถึงการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย การป้องกันโรคภัยที่อาจเกิดขึ้นกับตนเอง แนวทางการรักษาพยาบาล การติดต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดำรงชีวิต และการวางตัวในสังคม เป็นต้น

จึงเห็นได้ว่า ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เป็นการมีความเข้าใจถึงประเด็นต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดำรงชีพทั้งในด้านสุขภาพอนามัย ด้านสังคม รวมทั้งด้านปฏิสัมพันธ์กับหน่วยงานหรือองค์กรที่สัมพันธ์กับผู้สูงอายุ

2.2 แนวคิดค่านิยมทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุ

การศึกษาแนวคิดค่านิยมทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุมีประเด็นที่สำคัญ ประกอบด้วย ค่านิยมของสังคมในการดูแลผู้สูงอายุ บทบาทของชุมชน และการสังเคราะห์ค่านิยมทางสังคมกับการดูแลผู้สูงอายุ

2.2.1 ค่านิยมของสังคมในการดูแลผู้สูงอายุ

ค่านิยมทางสังคม (Social Value) คือ ลักษณะนิสัย ความคิด ความเชื่อ รวมทั้งแบบแผนในการดำเนินชีวิต ตลอดจนความนิยมที่สังคมยึดถือ หรือมองเห็นร่วมกันทั้งในทางที่ดีหรือไม่ดี และเมื่อสภาพแวดล้อมสังคมภายนอก มีการเปลี่ยนแปลงก็มีผลให้ค่านิยมในสังคมนั้นๆ เปลี่ยนแปลงไปได้ (ฤกษ์ชัย คุณูปการ, 2539; นวลศิริ เปาโรหิต, 2545; ดิฉนวนวรรณ สิริทรัพย์ทวี, 2557)

ทั้งนี้หากพิจารณาถึง ค่านิยมทางสังคมของไทย ผ่านค่านิยมหลักของคนไทย 12 ประการ ตามนโยบายของคณะรักษาความสงบแห่งชาติ (คสช.) ประกอบด้วย

- 1) มีความรักชาติ ศาสนา พระมหากษัตริย์
- 2) ซื่อสัตย์ เสียสละ อดทน มีอุดมการณ์ในสิ่งที่ดีงามเพื่อส่วนรวม
- 3) กตัญญูต่อพ่อแม่ ผู้ปกครอง ครูบาอาจารย์
- 4) ใฝ่หาความรู้ หมั่นศึกษาเล่าเรียนทั้งทางตรง และทางอ้อม
- 5) รักษาวัฒนธรรมประเพณีไทยอันงดงาม
- 6) มีศีลธรรม รักษาความสัตย์ หวังดีต่อผู้อื่น เพื่อแผ่และแบ่งปัน
- 7) เข้าใจเรียนรู้การเป็นประชาธิปไตย อันมีพระมหากษัตริย์ทรงเป็นประมุขที่ถูกต้อง
- 8) มีระเบียบวินัย เคารพกฎหมาย ผู้น้อยรู้จักการเคารพผู้ใหญ่
- 9) มีสติรู้ตัว รู้คิด รู้ทำ รู้ปฏิบัติตามพระราชดำรัสของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว
- 10) รู้จักดำรงตนอยู่โดยใช้หลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงตามพระราชดำรัสของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว รู้จักอดออมไว้ใช้เมื่อยามจำเป็น มีไว้พอกินพอใช้ ถ้าเหลือก็แจกจ่ายจำหน่าย และพร้อมที่จะขยายกิจการเมื่อมีความพร้อม เมื่อมีภูมิคุ้มกันที่ดี
- 11) มีความเข้มแข็งทั้งร่างกาย และจิตใจ ไม่ยอมแพ้ต่ออำนาจฝ่ายต่ำ หรือกิเลส มีความละอายเกรงกลัวต่อบาปตามหลักของศาสนา

12) ดำเนินถึงผลประโยชน์ของส่วนรวม และของชาติมากกว่าผลประโยชน์ของตนเอง จากที่กล่าวมาข้างต้นสะท้อนให้เห็นว่า การแสดงออกถึงความกตัญญูต่อพ่อแม่ และผู้ปกครอง ประการหนึ่งก็คือ การดูแลบุคคลเหล่านี้ในยามที่สูงวัยหรือเป็นผู้สูงอายุ

ทั้งนี้ เพ็ญแข ชิวะพันธ์ (2545) ได้อธิบายว่า ภายใต้อิทธิพลของสังคมต่างๆ นั้น มีค่านิยมเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุอันเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุจำแนกได้ 5 ทศนะ กล่าวคือ

- 1) การดูแลเป็นลักษณะประจำของมนุษยชาติ เพื่อให้มนุษย์สามารถรักษาเผ่าพันธุ์ไว้ แต่จะแตกต่างกันตามศักยภาพของแต่ละบุคคลซึ่งขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของบุคคลตามที่เคยได้รับการดูแลมา

2) การดูแลเป็นเรื่องของศีลธรรมจริยธรรม ตามค่านิยมพื้นฐานของบุคคลและสังคม ขนบธรรมเนียมประเพณีในสังคมนั้นๆ ที่เป็นพื้นฐานอยู่

3) การดูแลเป็นการแสดงถึงความสนใจห่วงใยด้วยความใส่ใจ ซึ่งการดูแลมีความเกี่ยวข้องกับอารมณ์ ซึ่งเกี่ยวข้องกับความรู้สึกเอาใจเขามาใส่ใจเรา ความสนใจ ความเป็นห่วง และความ ต้องการปกป้องและอุทิศให้กับผู้อื่น

4) การดูแลเป็นการแสดงสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล จึงเป็นการดูแลที่เกิดขึ้นในครอบครัว ระหว่างคนใกล้ชิด ซึ่งมักเป็นการแสดงออกต่อเฉพาะบุคคลที่มีความใกล้ชิดกัน

5) การดูแลเป็นการปฏิบัติเพื่อการรักษาพยาบาล ภายใต้การประยุกต์ใช้ความรู้ทางการแพทย์ และศาสตร์อื่นๆ เพื่อให้ผู้รับบริการคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี หรือพ้นจากความเจ็บป่วย รวมทั้งการถ่ายทอดความรู้ให้คำปรึกษาแก่บุคคล สามารถจัดการกับปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้น และมีความรู้ความเข้าใจในการประสานงานเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพได้

ดังนั้นย่อมเห็นว่า ค่านิยมของสังคมไทยโดยทั่วไปนั้นให้ความสำคัญกับการเคารพและให้เกียรติ เชื้อพียงผู้สูงวัยกว่า รวมทั้งยังถือเป็นวัฒนธรรมอันดีงามที่เป็นอัตลักษณ์ของสังคมไทย อีกทั้งยังสะท้อนถึงความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดกับบุพการีและบุคคลในครอบครัว โดยการดูแลทั้งเพื่อการรักษาพยาบาลและการเอาใจใส่ต่อผู้สูงอายุในครอบครัวถือเป็นการกิจและหน้าที่ที่สมาชิกที่อ่อนวัยกว่าพึงปฏิบัติตามครรลองของสังคม จนอาจกล่าวได้ว่าเป็นจารีต (Morality) และวิถีประชา (Folkways) ที่เป็นปกติสถานอย่างไม่เป็นทางการของสังคมไทยที่เป็นมากกว่าค่านิยม (Value) ที่ได้รับการยอมรับเพียงชั่วคราวเท่านั้น

เมื่อพิจารณางานของ ปิ่นนเรศ กาศอุดม และคณะ (2561) เรื่อง “บทบาทครอบครัวในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในสถานการณ์การเปลี่ยนแปลง” สรุปให้เห็นว่า ครอบครัวมีความสำคัญในการดูแลเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยจะต้องมีบทบาทในการดูแล 4 ด้าน ได้แก่

1) การดูแลด้านร่างกาย เช่น การจัดเตรียมอาหาร และดูแลการรับประทานอาหาร การพักผ่อน การนอนหลับ การจัดที่อยู่อาศัยให้เหมาะสมปลอดภัย การจัดหาเสื้อผ้าเครื่องนุ่งห่มให้เหมาะสมเพียงพอ การพาไปรับการตรวจสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ การจัดหาอุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวกให้ผู้สูงอายุ เป็นต้น

2) การดูแลทางด้านจิตใจ เช่น การเอาใจใส่พูดคุยอย่างสม่ำเสมอ การให้ความรัก ความเคารพ การยกย่องยอมรับนับถือ การพาผู้สูงอายุไปท่องเที่ยวตามโอกาสหรือตามความต้องการในสถานที่ที่เหมาะสม รวมทั้งการแสดงให้เห็นความสำคัญตามวันสำคัญต่าง ๆ

3) การดูแลด้านสังคม เช่น การแสดงความยินดีที่จะนำพาผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมที่เหมาะสมตามที่ต้องการของผู้สูงอายุ เป็นต้น

4) การดูแลด้านเศรษฐกิจ โดยการดูแลเอาใจใส่ช่วยเหลือในด้านการเงินอย่างเพียงพอและสม่ำเสมอ และไม่ควรถือเป็นด้านการเงินของผู้สูงอายุ

นอกจากนี้ ครอบครัวควรให้ความสำคัญ และความสนใจในนำเทคโนโลยีสื่อสารสมัยใหม่มาใช้กับผู้สูงอายุอย่างเหมาะสม เพื่อลดปัญหาช่องว่างระหว่างวัย อีกทั้งใช้เป็นเครื่องมือในการสื่อสารกับสมาชิกในครอบครัว ช่วยให้ผู้สูงอายุอยู่ในสังคมและครอบครัวได้อย่างมีศักดิ์ศรี และมีคุณค่าในตนเอง รวมถึงการใช้เทคโนโลยีเพื่อการเรียนรู้ประสบการณ์แปลกใหม่ ค้นหาข้อมูลต่าง ๆ ในการดูแลสุขภาพ ในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เป็นต้น

ขณะเดียวกัน เมื่อพิจารณาถึงแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในด้านต่าง ๆ (Dupuis, Kousaie, Wittich, & Spadafora, 2007) พบว่า

ด้านแรก ด้านความมีอิสระภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่

1) การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว การมีรายได้ การช่วยเหลือและสนับสนุนทางสังคม และการช่วยเหลือตนเองเพื่อสามารถเข้าถึงปัจจัยสี่ รวมถึงการดูแลรักษาสุขภาพ

2) การได้รับโอกาสในการทำงานหาเลี้ยงชีพ หรือเบียดเบียน เบียดขีพ ต่าง ๆ

3) การมีสิทธิในการตัดสินใจเลือกที่จะเกษียณอายุงานด้วยตนเอง

4) การได้รับ โอกาสเข้าร่วมการให้การศึกษาเพิ่มเติม และการฝึกอบรม เพื่อพัฒนาตนเอง และดูแลตัวเอง

5) การอยู่ในสถานที่ที่ปลอดภัย และเหมาะสมต่อสภาวะทางร่างกายของตนเอง

6) สิทธิเสรีภาพในการเลือกที่อยู่อาศัยได้ตามความต้องการของตนเอง

ด้านต่อมา ด้านการมีส่วนร่วม ได้แก่

1) การมีส่วนร่วมในสังคม รวมถึงการมีส่วนร่วมในการพัฒนา และการดำเนินนโยบายต่าง ๆ ที่มีผลต่อความเป็นอยู่ที่ดีของตน รวมถึงนโยบายเกี่ยวกับการแบ่งปัน การถ่ายทอดความรู้ ประสบการณ์ และทักษะแก่เยาวชนรุ่นหลัง

2) การเข้าร่วมการให้บริการแก่สังคมส่วนรวม หรือการเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครที่เหมาะสมตามความสามารถ และความสนใจของตนเอง

3) การมีโอกาสนในการสร้างเครือข่ายทางสังคม หรือสมาคมสำหรับผู้สูงอายุด้วยกัน

4) การรับความช่วยเหลือจากครอบครัว และชุมชนของตนเองตามคุณค่าทางวัฒนธรรมในสังคม

5) การรับความช่วยเหลือและการส่งเสริมทางด้านการดูแลและการรักษาสุขภาพทั้งทางร่างกาย และจิตใจ รวมถึงความเป็นอยู่ที่ดีทางอารมณ์ ตลอดจน การช่วยเหลือเพื่อหลีกเลี่ยงการเจ็บป่วยต่าง ๆ ที่เหมาะสม และครบถ้วน

6) การช่วยเหลือทางด้านการบริการทางสังคม และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง เพื่อส่งเสริมความมีอิสระภาพ และการดูแลเอาใจใส่

7) การได้รับประโยชน์จากสถาบันที่ให้การดูแลและคุ้มครองทางทรัพย์สินและทางสังคม รวมถึงสภาพจิตใจของผู้สูงอายุ

8) การได้รับความช่วยเหลือทางด้านสิทธิมนุษยชน และสิทธิเบื้องต้นในการพักอาศัย การเข้าร่วมการดูแลรักษาต่าง ๆ รวมถึงการได้รับการเคารพที่สมเกียรติ และได้รับการยอมรับในเรื่องความเชื่อ ความต้องการ และความเป็นส่วนตัว และการมีสิทธิเสรีภาพในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลเอาใจใส่ และคุณภาพชีวิตของตนเอง

ด้านที่สาม ด้านความสำเร็จหรือการบรรลุในสิ่งที่ต้องการ ได้แก่

- 1) การพัฒนาศักยภาพของตนเองเพื่อนำไปสู่การบรรลุสิ่งที่ตนเองต้องการ
- 2) การเข้าถึงแหล่งทางการศึกษา วัฒนธรรม ศาสนา และการพักผ่อนหย่อนใจ
- 3) ความสามารถในการดำรงชีวิตได้อย่างสมเกียรติ และปลอดภัยจากประเด็นคุกคามต่าง ๆ ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ
- 4) การได้รับความยุติธรรมและเสมอภาคไม่ว่าจะเป็นทางด้าน เพศ เชื้อชาติ ชนชาติ รวมถึงข้อจำกัดของสภาพทางร่างกายต่าง ๆ

จากข้างต้นย่อมบ่งชี้ให้เห็นว่า สังคมจำเป็นต้องเปิดกว้างและให้โอกาสแก่ผู้สูงอายุ โดยตระหนักว่า ผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่มีเกียรติและมีความสำคัญ สำหรับครอบครัวและสังคม โดยเป็นผู้ที่มีความต้องการความเข้าใจและการดูแลที่ดีจากสมาชิกในครอบครัว ชุมชน และสังคม โดยต้องตระหนักถึงความสำคัญในประเด็นดังกล่าวว่าเป็นเรื่องที่มีคุณค่ามากกว่าค่านิยมที่ได้รับการยอมรับเพียงชั่วคราวหรือเปลี่ยนแปลงได้ง่ายตามกาลเวลาเท่านั้น

2.2.2 บทบาทของชุมชน

กรอบความคิดเรื่องชุมชน (Community) ซึ่งถือเป็นส่วนหนึ่งของรูปแบบการสร้างประชาคมทางสังคม ถือเป็นพื้นฐานของสังคมที่เปิดโอกาสให้ทุกฝ่ายทั้งภาครัฐ ภาคธุรกิจ องค์กรสาธารณประโยชน์และประชาชน ต่างเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาชุมชน ภายใต้วัตถุประสงค์ที่มีความมุ่งหมายใดๆ ก็ตามร่วมกัน การรวมกลุ่มที่เกิดขึ้นจึงตั้งอยู่บนพื้นฐานของความเอื้ออาทรต่อกันในการเรียนรู้เพื่อทำสิ่งต่างๆ ด้วยกัน ประชาคมจึงเป็นยุทธศาสตร์สุขภาพที่สำคัญอย่างหนึ่ง เนื่องจากการรวมกลุ่มเป็นพลังงานทางสังคมอย่างมหาศาลที่ส่งผลต่อองค์รวมของสุขภาพทั้งใน

ระดับสังคมควบคู่ไปกับปัจเจกบุคคล คือทั้งทางจิตใจ การช่วยเหลือทางวัตถุ การเกื้อหนุนทางสังคม และการสร้างปัญหาให้แก่คนในชุมชน (ประเวศ วะสี, 2541)

การพัฒนาสังคมและชุมชนแบบมีส่วนร่วม (Participation) จึงเป็นบทบาทพื้นฐานที่สำคัญ ในการกำหนด การดำเนิน และการประเมินผลเชิงนโยบาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเพิ่มระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนในด้านการดำเนินชีวิตของปัจเจกชนในชุมชน ผ่านปฏิสัมพันธ์ของความเป็นครอบครัว (Family) ร่วมกับชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ ทั้งนี้แนวคิดการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (Community Based Approach) เป็นแนวคิดที่เกิดจากแนวคิดการลดการพึ่งพิงจากบริการภายนอกชุมชน (Deinstitutionalization) โดยพยายามนำศักยภาพที่โดดเด่นภายในชุมชน ได้แก่ ทุนทางสังคมที่มีอยู่ในชุมชนเป็นเครื่องมือหลัก เพื่อสร้างจิตสำนึกร่วมของประชาชนในการดำเนินการเพื่อชุมชนและโดยชุมชน ซึ่งถือเป็นรูปแบบหรือวิธีการป้องกันปัญหาต่าง ๆ ของบุคคลในชุมชนให้มีการพึ่งพาสถาบันหรือหน่วยงานภายนอกให้น้อยลง และเป็นวิธีการที่หน่วยงานของรัฐและเอกชนจะทำหน้าที่หลักในการให้คำแนะนำ การกระตุ้น และการร่วมสนับสนุนบางประการ ซึ่งจุดเด่นของแนวคิดนี้อยู่ที่การมีรากฐานบนหลักการประชาธิปไตย โดยมุ่งสร้างให้ประชาชนในชุมชนมีส่วนร่วมในการคิดวิเคราะห์ปัญหาของชุมชนเอง การร่วมกำหนดแนวทางและแผนการดำเนินงานและแก้ไขปัญหา การร่วมลงมือปฏิบัติและการร่วมในการพิจารณาประเมินผลในกิจกรรมนั้น ๆ (ชวลิต สวัสดิ์ผล และคณะ, 2560) จึงเห็นได้ว่าชุมชนท้องถิ่นได้รับความคาดหวังให้เข้ามามีบทบาทหน้าที่ในการดูแลเกื้อหนุนและพัฒนาผู้สูงอายุ ทั้งในขั้นตอนต้นน้ำ กลางน้ำ และปลายน้ำ ในกระบวนการนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ

อย่างไรก็ดี ความสำคัญของแนวคิดไม่ได้อยู่ที่การพยายามจัดให้มีการสงเคราะห์หรือบริการผู้สูงอายุเท่านั้น เนื่องจากเป็นการมองผู้สูงอายุเป็นภาระของสังคมที่จะต้องไปอุ้มชูดูแล หากแต่ต้องการทำให้ผู้สูงอายุเป็นประชากรที่เป็นพลังในการพัฒนา ซึ่งจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนแนวคิดค่านิยมของสังคมที่มีต่อผู้สูงอายุ การพัฒนาศักยภาพของกลไกต่าง ๆ ในชุมชน ตลอดจนพัฒนาศักยภาพของผู้สูงอายุ อีกทั้ง ชุมชนท้องถิ่นยังมีกลไก เช่น วัด บ้าน โรงเรียน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และกลุ่มต่าง ๆ อย่างมีศักยภาพ หรือกล่าวได้ว่า บทบาทเครือข่ายทางสังคม (Social Networks) และการสนับสนุนทางสังคม (Social Support) ว่า การอยู่ร่วมกันทางสังคมเกิดขึ้นได้ในบริบทของการช่วยเหลือเกื้อกูลกันในหมู่เครือญาติ หรือเพื่อนบ้าน ซึ่งเป็นความพึงพอใจที่จะดูแลกันอย่างหลวม ๆ โดยไม่สร้างเงื่อนไขที่เป็นทางการหรือทำเป็นประจำ (ชวลิต สวัสดิ์ผล และคณะ, 2560)

นอกจากนี้ ชวลิต สวัสดิ์ผล และคณะ (2560) ได้สรุปให้เห็นว่า เครือข่ายทางสังคมระดับชุมชน ในปัจจุบัน เครือข่ายทางสังคมระดับชุมชน ต่างมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุมากขึ้น เพราะเครือข่ายทางสังคมระดับครอบครัวและเครือญาติมีข้อจำกัดมากขึ้น แนวคิดการใช้ชุมชนเป็นพื้นฐานหลัก (Community – based Approach) จึงเริ่มเข้ามามีบทบาทมากขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากชุมชนจะเป็นพลังสนับสนุน และเป็นฐานรองรับการพึ่งตนเองของประชาชน รวมทั้ง จะช่วยให้เกิดการลดการพึ่งพิงบริการของรัฐ โดยเจ้าหน้าที่ของรัฐที่เป็นผู้ให้บริการต้องเปลี่ยนบทบาทเป็นพี่เลี้ยง และให้การสนับสนุนด้านบุคลากรและทรัพยากรบางอย่าง ทั้งนี้ เครือข่ายทางสังคมระดับชุมชน แบ่งออกได้ ดังนี้

กลุ่มแรก เพื่อนบ้าน เครือข่ายทางสังคมระดับชุมชนที่มีบทบาทต่อการดูแลผู้สูงอายุ คือ เพื่อนและเพื่อนบ้าน ผู้นำชุมชน กลุ่มและสมาคมต่าง ๆ ซึ่งผู้ที่มีบทบาทดังกล่าวจะเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นหรือมีการกระทำได้จริงในสังคมชนบท เนื่องจากความสัมพันธ์ของคนในสังคมชนบทยังเป็นลักษณะปฐมนิยามที่สังคมและวัฒนธรรมของคนในชุมชนยังคงมีการเอื้อเฟื้อเกื้อกูล โดยเฉพาะการให้การยอมรับและความเคารพต่อผู้สูงอายุอย่างจริงใจและแนบแน่น ซึ่งต่างจากสังคมเมืองที่มีความสัมพันธ์กันแบบทฤษฎี กล่าวคือ เป็นความสัมพันธ์อย่างเป็นทางการต่างคนต่างอยู่ และเกิดการพึ่งพิงระหว่างกันไม่มากนัก เป็นผลให้บทบาทของเพื่อนและเพื่อนบ้านในการดูแลผู้สูงอายุน่าจะมีน้อยกว่าในชนบท

กลุ่มที่สอง ผู้นำชุมชน ซึ่งปัจจุบันมีบทบาทค่อนข้างน้อย ยกเว้นเครือข่ายประเภทนี้จะมีสถานภาพทางครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุอยู่แล้ว ผู้นำชุมชนจะเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุในกรณีที่ผู้สูงอายุมีปัญหาหรือความต้องการความช่วยเหลือที่ไม่สามารถจะหาได้จากครอบครัวและเครือญาติ อาทิ การนำส่งสถานพยาบาลกรณีเจ็บป่วยหนักหรือกะทันหัน การจัดหาที่พักอาศัย การให้ข่าวสารและแนะนำบริการทางสังคมที่จำเป็น

กลุ่มที่สาม วัด โดยวัดเป็นศูนย์รวมกิจกรรมทางสังคมของคนในชุมชน โดยเฉพาะกิจกรรมทางด้านศาสนาซึ่งเป็นเรื่องของจิตใจ ไปพร้อมกับกิจกรรมด้านสังคมของชุมชน เนื่องจากผู้สูงอายุมีโอกาสได้พบปะกับบุคคลอื่นในสังคมอีกด้วย อีกทั้งวัดยังเป็นสถานที่ที่ให้การเกื้อหนุนทางด้านอาหาร เครื่องอุปโภคบริโภค วัดบางแห่งมีการจัดสถานที่เป็นสัดส่วนเพื่อให้ที่พักอาศัยแก่ผู้สูงอายุที่เดือดร้อนหรือผู้สูงอายุที่ต้องการมาปฏิบัติธรรมอีกด้วย

กลุ่มที่สี่ กลุ่มและสมาคมในชุมชน กล่าวคือ ส่วนใหญ่เป็นการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุ เพื่อผู้สูงอายุด้วยกันเอง การรวมกลุ่มของคนทั่วไปในชุมชนเพื่อการดูแลผู้สูงอายุยังอยู่ในระดับที่ค่อนข้างต่ำ แม้ว่าจะมีการรวมกลุ่มแบบไม่เป็นทางการที่ได้มีการรวมตัวกันของผู้สูงอายุเป็นกลุ่มตามธรรมชาติมานานแล้ว เช่น งานวัด งานบุญ เป็นต้น ส่วนการรวมกลุ่มอย่างเป็นทางการนั้น เกิด

จากการส่งเสริมของทางราชการหรือองค์กรเอกชนเป็นสำคัญ อย่างไรก็ตาม ในปัจจุบันพบว่า ผู้สูงอายุมีความตื่นตัวที่จะเข้าร่วมกลุ่มและทำกิจกรรมร่วมกันมากขึ้น โดยเฉพาะในรูปแบบของ ชมรมผู้สูงอายุ

กลุ่มที่ห้า องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งถือว่ามีแนวโน้มของบทบาทต่อไปในอนาคต โดย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นถือเป็นสถาบันหนึ่งของรัฐซึ่งมีภาระหน้าที่และบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนทั้งในทางตรงและทางอ้อม

การพัฒนาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย เช่น องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น หน่วยบริการด้านสุขภาพในชุมชน หน่วยงานที่เกี่ยวข้องอื่น ๆ และชมรมผู้สูงอายุก่อให้เกิดการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานที่เป็นรูปธรรมและเกิดแผนงานที่ชัดเจนในการแก้ไขปัญหาผู้สูงอายุและนำไปสู่การปฏิบัติจริงได้โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทสำคัญด้านการสนับสนุนงบประมาณในส่วนที่เกี่ยวข้อง หน่วยบริการด้านสุขภาพและหน่วยงานอื่น ๆ มีบทบาทในด้านการส่งเสริมและสนับสนุนงานด้านผู้สูงอายุในชุมชน ชมรมผู้สูงอายุทุกชมรมมีบทบาทในการเป็นผู้ดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ในการแก้ไขปัญหาของตนเองเพื่อตนเอง ซึ่งการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสามารถดำเนินงานด้านผู้สูงอายุให้เกิดความต่อเนื่องอย่างเป็นรูปธรรมที่ชัดเจน และเกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของร่วมกันนำไปสู่การดำเนินงานที่มีความยั่งยืนต่อไป (สาคร อินโทโล่, 2551)

ทั้งนี้แนวทางการบริหารจัดการสวัสดิการผู้สูงอายุที่สำคัญมีดังนี้ (สิริลักษณ์ เทียงธรรม (2554) ประกอบด้วย

ประการแรก การจัดตั้งหน่วยงานที่ทำหน้าที่ดูแลงานด้านผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบ

ประการที่สอง การสร้างเครือข่ายการทำงานด้านผู้สูงอายุ การใช้ทรัพยากร และข้อมูลด้านผู้สูงอายุร่วมกันอย่างบูรณาการระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ประการที่สาม สนับสนุนให้มีชมรมผู้สูงอายุในชุมชนที่เข้มแข็ง

ประการที่สี่ การพัฒนาบุคลากรของท้องถิ่นให้มีความรู้ความเข้าใจถึงการดูแลผู้สูงอายุ รวมถึงสิทธิ และผลประโยชน์ที่ผู้สูงอายุพึงได้รับตามกฎหมาย

ทั้งนี้จากการศึกษาเรื่อง “การดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือของไทย” ของชวลิต สวัสดิ์ผล และคณะ (2560) สรุปให้เห็นว่า บทบาทและภาระการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงโดยชุมชนท้องถิ่นนั้นมีกิจกรรมที่มีความสำคัญ ได้แก่ การเยี่ยมบ้าน และการดูแลสุขภาพที่บ้าน ส่วนการดูแลวงนอก ได้แก่ กลุ่มเครือข่าย กลุ่มเพื่อนบ้านครัวเรือนแบบชิด กลุ่มผู้นำ กลุ่มอาสาสมัคร กลุ่มองค์กรและสถาบันในชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และกลุ่มเจ้าหน้าที่รัฐ ที่เกิดจากการผสมผสานการนำทุนทางสังคมของชุมชนท้องถิ่นที่หลากหลาย และระบบสวัสดิการของรัฐมาใช้ ทำให้เกิดความสัมพันธ์ และเชื่อมโยงและ

ช่วยเหลือกัน แต่บทบาทและภาระการจัดบริการโดยชุมชนท้องถิ่นยังสามารถกระทำกันได้ในช่วง
แคบ ๆ ที่ไม่ทั่วถึงครอบคลุม ขาดความต่อเนื่อง และการเข้าถึงไม่ถึงผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง
รวมทั้งแนวทางในการดูแล คือ การเพิ่มศักยภาพด้านการดูแลและการเตรียมความพร้อมให้กับ
ผู้ดูแลในและวงนอกที่เป็นเครือญาติ และครัวเรือนแบบชิด เพื่อให้เกิดการช่วยเหลือกันเป็น
สิ่งจำเป็น และควรพัฒนากลไกในรูปแบบคณะกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในชุมชน
ท้องถิ่นร่วมกับหน่วยงานภาคีที่เกี่ยวข้อง โดยมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีแผนงานที่เกิดจากการ
มีส่วนร่วมจากชุมชน

ขณะที่การศึกษาของ สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, กนิษฐา บุญธรรมเจริญ, ศิริพันธุ์ สาสัตย์, และ
ขวัญใจ อำนวยศักดิ์ชื่อ (2550) เรื่อง “รูปแบบการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในระยะยาวโดย
ชุมชน” พบว่า ลักษณะชุมชนที่เอื้อต่อการจัดการบริการสุขภาพผู้สูงอายุลักษณะเด่นโดยรวมของพื้นที่
ศึกษาคือ

- 1) ผู้นำมีบทบาทเข้มแข็ง ไม่ว่าจะเป็นผู้นำภาคไม่ทางการ หรือผู้นำภาคทางการ
- 2) การเข้าถึงแหล่งทุนสำหรับนำมาพัฒนาท้องถิ่น กล่าวคือ ผู้นำภาคไม่เป็นทางการเป็น
บุคคลมีชื่อเสียงเข้าถึงแหล่งทุนภายนอกทั้งในและต่างประเทศ และมีธนาคารหมู่บ้านและกองทุน
สวัสดิการชุมชน ส่วนนายกองจัดการบริหารส่วนตำบล (อบต.) สามารถเข้าถึงแหล่งงบประมาณรัฐ
อื่นใน และนอกจังหวัดเพื่อดึงมาพัฒนาพื้นที่เนื่องจากเคยเป็นอดีตสมาชิกสภาจังหวัด และมี
เกจิอาจารย์ต่างๆ หลายท่านสามารถระดมทุนจากภายนอกมาสนับสนุนการดำเนินงานของชุมชนได้
ส่วนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ทั้งสองพื้นที่เป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นขนาดใหญ่มี
งบประมาณมาก การเมืองท้องถิ่นค่อนข้างเสถียร
- 3) มีต้นทุนทางสังคม เช่น มีทรัพยากรคนที่เข้มแข็ง มีวัฒนธรรมชุมชนเข้มแข็ง เศรษฐกิจ
ชุมชนเข้มแข็ง รวมถึงการเป็นสังคมเครือญาติของพื้นที่ในชนบท

นอกจากนี้ การดูแลหรือจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนในทุกพื้นที่ (สัมฤทธิ์ ศรีธำรง
สวัสดิ์ และคณะ, 2550) ศึกษาพบว่า ครอบครัวยังคงมีบทบาทหลักในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ
อย่างไรก็ดีบริบทของชุมชนมีผลต่อการดำเนินบทบาทของครอบครัวในการดูแล กล่าวคือ ชุมชนที่
มีการเคลื่อนย้ายแรงงานออกนอกชุมชนน้อย และมีเศรษฐกิจชุมชนเข้มแข็ง (ยโสธร) ย่อมเอื้อต่อ
การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยลูกหลานในครัวเรือน การมีประเพณีวัฒนธรรมชุมชนที่เข้มแข็งก็
ส่งเสริมบทบาทผู้สูงอายุ เอื้อต่อการรวมกลุ่ม และดำรงสถานภาพของผู้สูงอายุในชุมชน อย่างไรก็ตาม
ตามลักษณะดังกล่าวพบเห็นได้ในพื้นที่จำกัด การมีผู้นำชุมชนทั้งภาคทางการและไม่ทางการ
รวมถึงการเข้าถึงแหล่งทุนเป็นปัจจัยสำคัญอีกประการที่ส่งผลเชิงบวกต่อการดำเนินงานด้านสุข

ภาวะสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน สำหรับการดูแลสุขภาพที่มีการจัดการในชุมชนมีอยู่ทุกพื้นที่ เพียงแต่มีความครอบคลุมและเข้มข้นในการดำเนินการต่างกัน กิจกรรมดูแลด้านสังคมประกอบด้วย

1) การส่งเสริมอาชีพ

2) การบริการสังคมสงเคราะห์แก่ผู้สูงอายุ ในลักษณะของการบริจาคสิ่งของ การจัดหาหน่วยเคลื่อนที่ ซ่อมแซมบ้านพักที่ทรุดโทรมของคนยากจน เกือบทุกพื้นที่ที่มีการเพิ่มจำนวนคนได้รับเบี้ยยังชีพ และบางแห่งมีการเพิ่มวงเงิน มีเพียงหนึ่งพื้นที่ที่จัดให้ตามจำนวนที่ได้รับจากส่วนกลาง ทั้งนี้ขึ้นกับความสามารถด้านการเงินของ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และศักยภาพด้านข้อมูลสำหรับพื้นที่ที่มี องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมากกว่าหนึ่งแห่งและมีศักยภาพด้านการเงินต่างกัน ส่งผลให้เกิดความเหลื่อมล้ำในการเกื้อหนุนผู้สูงอายุ

3) การจัดสวัสดิการแก่ประชาชนในชุมชน ในรูปแบบกองทุนสวัสดิการ หรือ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอุดหนุนเงินให้กรณีต้องไปค่าใช้จ่ายผู้ป่วยที่ส่งต่อไปรักษาตัวนอกจังหวัด

4) การเยี่ยมผู้สูงอายุ

5) การจัดกิจกรรมตามประเพณีวัฒนธรรม

6) การจัดกิจกรรมสันตนาการ

7) กองทุนฌาปนกิจศพ

จากข้างต้นในประเด็นบทบาทของชุมชนต่อการดูแลผู้สูงอายุ ย่อมพบว่า สังคมขนาดใหญ่ประกอบด้วยชุมชนต่างๆ ที่ประกอบเข้าด้วยกัน โดยมีครอบครัวเป็นหน่วยขนาดเล็กที่มีความสำคัญในการสร้างชุมชน และรวมถึงสังคมไปพร้อมกัน บทบาทของสังคมในโครงสร้างทางการเมืองในระบบประชาธิปไตยที่เข้มแข็งต่างมุ่งเน้นให้ชุมชนนั้นดูแลตนเอง ในฐานะที่เป็นประชาคม (Civil Society) ทั้งทางการเมืองที่ต้องเร่งระดมการมีส่วนร่วมทางการเมือง และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมต่าง ๆ ด้วยตนเอง

การเติบโตของสังคมที่ขยายกว้างขึ้น บทบาทของชุมชนหนึ่งๆ จึงมีบทบาทโดยตรงต่อสมาชิกในสังคมตามไปด้วยอย่างยากที่จะหลีกเลี่ยงได้ เพราะชุมชนต้องทำหน้าที่ประสานทุกภาคส่วนในประชาคม อาทิ เพื่อนบ้าน ผู้นำชุมชน วัด สมาคมหรือการรวมกลุ่มที่ปรากฏอยู่ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้มีบทบาทในการร่วมกันทั้งในทางตรงและในทางอ้อมเพื่อสนับสนุนให้เกิดการดูแลสุขภาพที่อยู่ในชุมชน ได้ประสบความสำเร็จ บนพื้นฐานของการยกย่อง ให้เกียรติ และตระหนักถึงคุณค่าของผู้สูงอายุ ให้ดำเนินชีวิตตราบนานวันด้วยความสุข

2.2.3 การสังเคราะห์ค่านิยมทางสังคมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

เมื่อพิจารณาถึงปัจจัยเชิงองค์ประกอบที่มีความสัมพันธ์กับค่านิยมทางสังคมกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแล้ว ย่อมพบว่าทั้งการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และการมีส่วนร่วมของ

ชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุต่างเป็นองค์ประกอบที่สำคัญอันสะท้อนถึงค่านิยมทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุ อันเป็นลักษณะนิสัย ความคิด ความเชื่อ รวมทั้งแบบแผนในการดำเนินชีวิต ตลอดจนค่านิยมที่สังคมยึดถือหรือมองเห็นร่วมกันว่าผู้สูงอายุคือบุคคลที่มีเกียรติและมีความสำคัญ สำหรับครอบครัวและชุมชน โดยเป็นผู้ที่มีความต้องการความเข้าใจและการดูแลที่ดีจากสมาชิกในครอบครัว ชุมชน และสังคม

ดังนั้น ค่านิยมทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุ ก็คือ การแสดงบทบาทของบุคคลหรือหน่วยทางสังคมที่ยอมรับและมีแบบแผนในวิถีการดำเนินชีวิตที่ตระหนักถึงความสำคัญของผู้สูงอายุนั้น เป็นบุคคลที่มีเกียรติและมีความสำคัญ สำหรับครอบครัวและชุมชน โดยเป็นผู้ที่มีความต้องการความรัก ความเข้าใจ และการดูแลที่ดีจากครอบครัว ชุมชน และสังคมผ่านการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนที่อยู่แวดล้อมผู้สูงอายุ

บทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ คือ การแสดงบทบาทของสมาชิกในครอบครัวที่สะท้อนถึงการยอมรับในตัวผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกของครอบครัวด้วยความเคารพ รัก และเอาใจใส่ในการดูแลใกล้ชิดในด้านต่างๆ อาทิ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ของครอบครัว การได้รับการตอบสนองความต้องการทางจิตใจ เช่น การนำเที่ยว การเข้าสู่สังคมภายนอก การพาไปพบแพทย์ เป็นต้น และการเปิดโอกาสให้เข้าถึงเทคโนโลยีสมัยใหม่ที่สร้างความสะดวกสบายในการดำเนินชีวิตอันเป็นการเรียนรู้ประสบการณ์แปลกใหม่ ค้นหาข้อมูลต่าง ๆ ในการดูแลสุขภาพ ในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เป็นต้น

ทั้งนี้ การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ ก็คือ การเปิดกว้างทางสังคมในชุมชนที่เอื้ออำนวยให้ผู้สูงอายุสามารถเข้ามาปฏิบัติสัมพันธ์ทั้งในด้านการส่งเสริมและการสนับสนุนช่วยเหลือ ตลอดจนการแสดงออกต่างๆ ที่เกื้อหนุนให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข หรือเติมเต็มส่วนที่ขาดจากตนเองและครอบครัว อาทิ การมีกิจกรรมสันทนาการตามประเพณี การรับฟังความคิดเห็นของผู้สูงอายุในการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ของชุมชน การจัดการทางการแพทย์เบื้องต้นเพื่ออำนวยความสะดวกผู้สูงอายุ รวมถึงกิจกรรมทางสังคมอื่นๆ ที่บ่งชี้ให้เห็นถึงการยอมรับสิทธิและเสรีภาพของผู้สูงอายุในการมีส่วนร่วมในชุมชน

2.3 แนวคิดบทบาทของรัฐต่อผู้สูงอายุ

แนวคิดบทบาทของรัฐต่อผู้สูงอายุ มีประเด็นที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในต่างประเทศ ภาพรวมของการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของต่างประเทศ และบทสังเคราะห์บทบาทของรัฐต่อผู้สูงอายุ

2.3.1 การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในต่างประเทศ

เมื่อศึกษางานวิชาการที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในต่างประเทศนั้น ช่อมพบว่ามีการศึกษาจำนวนมากของตะวันตกที่สะท้อนให้เห็นถึงปัญหาการดูแลผู้สูงอายุด้วยเหตุจากหลายปัจจัย โดยรัฐได้เข้ามามีบทบาทแก้ไขปัญหาดังกล่าวอยู่ตลอดเวลาเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุขตราบสิ้นอายุขัย ดังที่ Hooyman and Kiyak (2009, p.539) อธิบายให้เห็นว่า การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) หมายถึง มิติกว้างๆ ในระดับการให้การสนับสนุน และการช่วยเหลือแก่บุคคลที่เป็นผู้ป่วยเรื้อรัง หรือมีความพิการ โดยรวมถึงกลุ่มผู้สูงอายุซึ่งไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวัน ได้อย่างอิสระ

เมื่อพิจารณาถึงรูปแบบระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวนั้น องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2000 อ้างถึงใน ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2552, น.13-14) ได้จำแนก รูปแบบระบบการดูแลระยะยาว ตามมิติของสถานที่และหน่วยงานหลักในการจัดบริการ ออกเป็น 4 ประเภทได้แก่

- 1) การดูแลระยะยาวในสถาบัน (Institute Long-Term Care) หมายถึง การเตรียมการดูแลของบุคคลตั้งแต่ 3 คน หรือมากกว่าในสถานที่ของหน่วยงานเดียวกัน
- 2) การดูแลที่บ้าน (Home Care) เป็นการเตรียมการดูแลในบ้าน ซึ่งรวมถึงการให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลบุคคลที่ครอบครัวออกไปทำงานยังพื้นที่อื่นๆ หรือเป็นชุมชนแออัด
- 3) การดูแลที่เป็นทางการ (Formal Care) เป็นการจัดบริการโดยองค์กรภาครัฐ องค์กรเอกชน และภาคประชาชนในระดับท้องถิ่น ชาติ และนานาชาติ โดยมีสหวิชาชีพทางการแพทย์ ผู้ช่วยงานและอาสาสมัครเป็นผู้ให้บริการ
- 4) การดูแลที่ไม่เป็นทางการ (Informal Care) เป็นการดูแลโดย ครอบครัว เพื่อนบ้าน เพื่อน และอาสาสมัคร

ส่วนกนิษฐา บุญธรรมเจริญ และศิริพันธุ์ สาสัตย์ (2550, น.43) ได้อธิบายถึง รูปแบบระบบการดูแลระยะยาว ตามมิติแหล่งให้บริการ ออกเป็น 2 ประเภทใหญ่ คือ

- 1) บริการดูแลในสถานบริการ (Institutional-Based Care) เป็นบริการดูแลผู้สูงอายุในสถานที่พักอาศัย เช่น สถานพยาบาลผู้สูงอายุ สถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย สถานดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุศูนย์ฟื้นฟูสภาพ และสถานดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกึ่งฉุกเฉิน เป็นต้น

2) บริการดูแลโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (Community-Based Care) เป็นบริการในบ้านหรือชุมชนตามที่อยู่อาศัยอยู่ เช่น การดูแลระยะยาวแบบไม่ค้างคืน (ศูนย์บริการทางสังคม ผู้สูงอายุกลางวัน) การดูแลที่บ้าน (บริการทางด้านกายภาพบำบัด และบริการช่วยเหลืองานบ้าน) บริการเยี่ยมบ้านโดยอาสาสมัคร เป็นต้น

จากสภาพสังคมทั้งในประเทศและต่างประเทศนั้นย่อมพบว่า การเป็นครอบครัวเดี่ยวทำให้ผู้สูงอายุมีสภาพการเป็นโสดมากขึ้นทั่วโลก ทำให้มีอัตราการเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง และความเป็นอิสระในการดำเนินชีวิต โดยไม่เป็นภาระหรือพึ่งพาผู้อื่น และเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ตลอดจนการพัฒนาสุขภาพอนามัยได้นำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้นนั้น ในต่างประเทศจึงมีการจัดการให้บริการที่เรียกว่า “ที่พักผู้สูงอายุ (Residential aged care services)” ซึ่งเป็นบริการที่จัดเป็นบ้านพักหรือที่อยู่อาศัยให้อยู่ภายใต้การดูแลของทีมงานบริการเพื่อจัดไว้สำหรับผู้ที่ไม่สามารถอยู่ในชุมชนได้เอง ซึ่งอาจเป็นเพราะขาดผู้ดูแล ความเจ็บป่วย หรือมีความพิการ เป็นต้น อีกทั้งยังมี “การบริการพักชั่วคราว (Respite care)” โดยเห็นว่ามีประโยชน์มากในต่างประเทศซึ่งเป็นการยินยอมให้ญาติผู้ดูแลสามารถนำผู้ป่วยหรือผู้สูงอายุมาฝากดูแลเป็นการชั่วคราว ซึ่งมักไม่เกิน 2 สัปดาห์ เพื่อเปิดโอกาสให้ญาติได้มีโอกาสดูแลก่อน หรือทำภารกิจส่วนตัว โดยไม่ต้องพะวงกับการดูแลผู้สูงอายุในช่วงเวลาดังกล่าว (จินตนา อาจสันเทียะ และพรนภา คำพราว, 2557)

เมื่อพิจารณาถึงการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวของต่างประเทศนั้น จากการศึกษาของ เกวลี เชียรวิชัย (2560) เรื่อง “บทบาทพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน” งานของ สิริลักษณ์ เทียงธรรม (2554) เรื่อง “แนวทางการบริหารจัดการสวัสดิการผู้สูงอายุในชุมชนเขตพื้นที่จังหวัดชัยภูมิ” และ สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, กนิษฐา บุญธรรมเจริญ, ศิริพันธุ์ สาสัตย์, และ ขวัญใจ อำนาศัตย์ชื้อ (2550) เรื่อง “รูปแบบการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในระยะยาวโดยชุมชน” ล้วนสะท้อนให้เห็นว่า บทบาทรัฐของต่างประเทศยังเป็นปัจจัยสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาว กล่าวคือ หลายประเทศต่างมีรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุบนพื้นฐานวัฒนธรรมและหลักการทางการแพทย์ ควบคู่กับการให้บริการของรัฐ อาทิ ญี่ปุ่น สิงคโปร์ และสหรัฐอเมริกา

2.3.1.1 ประเทศญี่ปุ่น

ประเทศญี่ปุ่น ย่อมพบว่า รัฐบาลได้ตระหนักถึงการเพิ่มจำนวน และสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุ โดยมีระบบการให้บริการแก่ผู้สูงอายุหลายระดับและหลายลักษณะ ซึ่งดำเนินการทั้งโดยรัฐและเอกชน ทั้งนี้โครงสร้างการดำเนินการให้บริการนั้นอยู่ในความรับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการที่จะดูแลเกี่ยวกับรายได้ สุขภาพ การบริการทางการแพทย์ และสวัสดิการที่ให้แก่ผู้สูงอายุ แบ่งออกได้ 2 ระดับ คือ ระดับชาติ และระดับท้องถิ่น โดยในระดับชาตินั้น กระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการได้จัดตั้งหน่วยงานชื่อ “Department of Health and Welfare for

the Elderly” เพื่อรับผิดชอบด้านการส่งเสริมสุขภาพ การบริการด้านการรักษา และสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุในรูปแบบผสมผสาน เนื่องจากผู้สูงอายุมีความต้องการที่หลากหลายแตกต่างกัน ส่วนในระดับท้องถิ่นนั้น ได้มีการจัดตั้งหน่วยงานระดับ “Departments” และ “Sections” ในแต่ละจังหวัด เทศบาลหรือเมืองขนาดเล็ก และหมู่บ้าน เพื่อรับผิดชอบด้านสุขภาพ การรักษาพยาบาล และสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ โดยเจ้าหน้าที่ของรัฐบาลเป็นผู้วางแผนและให้บริการพื้นฐาน รวมทั้งการบริการพิเศษตามความจำเป็นของแต่ละท้องถิ่น นอกจากนี้ศูนย์สวัสดิการชุมชนในแต่ละแห่งยังอยู่ในฐานะเป็นหน่วยงานสนาม ขณะเดียวกันก็มีส่วนร่วมในการรับผิดชอบเกี่ยวกับการจัดการบริการ (สิริลักษณ์ เทียงธรรม, 2554) ได้แก่

ประการแรก การให้ความรู้ด้านสุขภาพอนามัยและการรักษาพยาบาลแก่ผู้สูงอายุ ทั้งการให้คำปรึกษา การตรวจสุขภาพ การฝึกฟื้นฟูร่างกาย การไปเยี่ยมบ้าน บริการพิเศษการอบรมผู้เชี่ยวชาญ และการวิจัย ภายใต้ฐานคติการพึ่งตนเองของผู้สูงอายุ และการช่วยเหลือกันและกัน โดยได้จัดตั้งระบบที่จะทำให้คนทั้งชาติเข้ามาช่วยแบกรับภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล รวมทั้งมาตรการที่จะส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค

ประการที่สอง การจัดสวัสดิการสังคม โดยให้ครอบครัว และชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ

ประการที่สาม การประกันรายได้ โดยให้ทุกคนอยู่ในระบบบำนาญ เพื่อแก้ไขปัญหาด้านการเงินของผู้สูงอายุ

ประการที่สี่ การจ้างงาน โดยมีมาตรการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการพัฒนาสังคม ประเทศชาติ มีกาขยายเวลาการเกษียณออกไปมากกว่า 60 ปี เป็น 63 หรือ 65 ปี ขึ้นอยู่กับข้อกำหนดของแต่ละหน่วยงาน โดยไม่มีการบังคับ และสนับสนุนให้เทศบาลจัดตั้ง “Silver Human Resource Center” เป็นองค์กรอิสระดูแลงานด้านการทำงานของผู้สูงอายุ

มีระบบการดูแลผู้สูงอายุบนพื้นฐานระบบการประกันการดูแลระยะยาว (Long Term Care Insurance) โดยระยะแรก พ.ศ.2543 ซึ่งก่อนจะเริ่มใช้ระบบนั้น ครอบครัวมีหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุ กระทั่งได้มีการพัฒนาปรับปรุงเป็นการใช้ระบบประกันการดูแลระยะยาว ซึ่งสามารถสรุปได้ 4 ประการ ได้แก่

1) เพื่อให้เป็นระบบช่วยเหลือกันระหว่างประชาชนทุกคนในการรองรับความจำเป็นที่ต้องได้รับการดูแลระยะยาวยามชราภาพและมีภาวะพึ่งพิง

2) เพื่อให้ได้รับการยอมรับจากประชาชนจึงจัดตั้งเป็นระบบประกันที่มีความชัดเจนระหว่างสิทธิประโยชน์ที่จะได้รับและค่าใช้จ่ายที่ประชาชนต้องจ่าย

3) เพื่อให้เป็นระบบที่มีความหลากหลายในด้านผู้ให้บริการ โดยผู้รับบริการสามารถเลือกผู้ให้บริการได้อย่างอิสระตามความต้องการ

4) เพื่อแยกการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวออกจากระบบประกันสุขภาพที่มีอยู่ จึงทำให้ระบบนี้เริ่มมีความเป็นรูปธรรมมากขึ้นเรื่อย ๆ

กระทั่งในปี พ.ศ.2557 รัฐบาลญี่ปุ่นได้แก้ไขกฎหมายเพื่อให้เกิด “ระบบการดูแลในพื้นที่แบบบูรณาการ” ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงได้รับบริการที่เหมาะสมในพื้นที่ของตนเองอาศัยอยู่ โดยออกแบบให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการทั้งบริการการรักษาพยาบาล บริการการดูแล บริการด้านที่อยู่อาศัย และบริการการสนับสนุนการใช้ชีวิตประจำวัน นำไปสู่การพัฒนาวิชาชีพขึ้นมาใหม่ เรียกว่า “ผู้จัดการการดูแล (Care Manager)” โดยการขอรับบริการการดูแลระยะยาวภายใต้ระบบใหม่นี้ ผู้ขอรับบริการ (หรือผู้ประกันตน) จะต้องยื่นเรื่องที่สำนักงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ตนอาศัยอยู่ในเขตพื้นที่นั้น และเข้ารับการประเมินความจำเป็นในการรับบริการ ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจจากคณะกรรมการประเมิน ซึ่งใช้มาตรฐานการประเมินหรือเกณฑ์การประเมินที่กำหนดไว้เหมือนกันทั่วประเทศ นอกจากนี้ยังต้องได้รับการรับรองจากแพทย์อีกด้วย ผู้ประกันตนที่เข้ารับการประเมินถูกจัดเป็น 3 ประเภท ได้แก่ 1) ผู้ที่ต้องได้รับการดูแล 2) ผู้ที่ต้องได้รับความช่วยเหลือ และ 3) ผู้ที่ไม่เข้าข่าย โดยเมื่อผู้ประกันตนได้รับการประเมินเสร็จเรียบร้อยแล้ว ผู้จัดการการดูแลจะออกแบบแผนการดูแลให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการบนพื้นฐานของผลการประเมิน ตามระดับของความจำเป็นในการรับบริการดูแลและสิทธิประโยชน์ที่ได้รับ

2.3.1.2 ประเทศสิงคโปร์

ปรัชญาพื้นฐานของประเทศสิงคโปร์ในด้านความมั่นคงของมนุษย์นั้น เน้นการพึ่งพิงตนเองมากกว่ารัฐ ดังนั้นนโยบายผู้สูงอายุจึงเน้นถึงความมีศักดิ์ศรี และการดูแลผู้สูงอายุจากครอบครัวโดยการออกกฎหมาย และการส่งเสริมให้ลูกต้องดูแลพ่อแม่ ผู้สูงอายุต้องอาศัยอยู่กับลูกหรือคู่สมรสของลูกให้มากที่สุด และสนับสนุนให้แก่ลูกที่ดูแลพ่อแม่ ทั้งนี้หลักประกันด้านรายได้ของผู้สูงอายุ คือ กองทุนสำรองเลี้ยงชีพ ซึ่งแรงงานชาวสิงคโปร์จะต้องสะสมเงินกองทุนสำรองเลี้ยงชีพใน 3 บัญชี ได้แก่ บัญชีทั่วไป บัญชีเฉพาะ และบัญชีเพื่อการรักษาพยาบาล โดยเงินสะสมใน 2 บัญชีแรกจะถอนได้หมดเมื่ออายุ 55 ปี ส่วนบัญชีการรักษาพยาบาลนั้นมักไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่ายจริง รัฐบาลจะให้ความช่วยเหลือ โดยการจัดตั้งโครงการช่วยเหลือทางสังคมแก่ผู้ที่มีรายได้น้อย และคนยากจนที่ไม่สามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้อีกด้วย (สิริลักษณ์ เทียงธรรม, 2554)

นอกจากนี้ประเทศสิงคโปร์มีรูปแบบการบริการการดูแลผู้สูงอายุหลากหลายรูปแบบ (เกวลี เชียรวิชัย, 2560) ได้แก่ 1) การบริการการดูแลในศูนย์ (Center-Based Care) 2) การบริการการดูแล

ระยะสั้น (Respite Care) 3) การบริการการดูแลที่บ้าน (Home-Based Care) โดยการเข้ารับการดูแลจากบริการประเภทต่างๆ ข้างต้นนั้น ผู้สูงอายุหรือผู้ดูแลสามารถติดต่อผ่าน Agency for Integrated Care (AIC) ซึ่งเป็นหน่วยงานที่ประสานการส่งตัวผู้รับการดูแลไปยังระบบต่างๆ โดยหน่วยงานนี้จะได้รับเงินอุดหนุนผ่านกระทรวงสาธารณสุข

2.3.1.3 ประเทศสหรัฐอเมริกา

ประเทศสหรัฐอเมริกา มีการจัดบริการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่สามารถแบ่งออกเป็น 4 ประเภท ได้แก่ 1) การบริการดูแลที่บ้าน (Home Care) ซึ่งเป็นบริการช่วยครอบครัวหรือผู้ที่อาศัยอยู่กับผู้สูงอายุในการดูแลผู้สูงอายุ 2) บ้านพักผู้สูงอายุ (Residential Care) ซึ่งให้บริการเกี่ยวข้องกับชีวิตประจำวัน เช่น การทำอาหาร การทำงานบ้าน การเตือนเรื่องรับประทานยา การช่วยเหลือ การดูแลความสะอาดของตนเอง รวมไปถึงการให้การดูแลตลอด 24 ชั่วโมง 3) สถานะนบรืบาลผู้สูงอายุ (Nursing Homes) ซึ่งเป็นการดูแลทางการแพทย์และการพยาบาล 4) สถานดูแลผู้สูงอายุระหว่างวัน ในชุมชน ซึ่งสหรัฐอเมริกามีการจัดบริการให้ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหลายโรคเพื่อที่จะช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตให้แก่ผู้สูงอายุ และลดการใช้ทรัพยากรสาธารณสุข ตลอดจนการจัดบริการการดูแลแบบ Guided Care ที่มีพยาบาลวิชาชีพซึ่งผ่านหลักสูตรการอบรมเพิ่มเติมของ Guided Care และอยู่ในหน่วยเวชปฏิบัติปฐมภูมิเป็นผู้ดูแลหลัก 1 คน เรียกว่า Guided Care Nurse (GNC) ทำงานร่วมกับแพทย์ปฐมภูมิ (Primary Care Physicians: PCPs) เพื่อดูแลผู้ป่วย 50-60 คนที่ต้องการการดูแลระยะยาว และมีความเสี่ยงสูงที่จะใช้บริการสุขภาพมาก

2.3.2 ภาพรวมของการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของต่างประเทศ

จากการศึกษาของ สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ (2550) เรื่อง “รูปแบบการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในระยะยาวโดยชุมชน” พบว่า ในต่างประเทศ มีการพัฒนาการดูแลระดับชุมชนสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่เป็นระบบในหลายรูปแบบตั้งแต่บริการในสถาบัน (Institutional care) เช่น สถานะนบรืบาล (Nursing home) สถานะดูแลระยะสุดท้าย (End of life care) จนถึงบริการแบบชุมชน (Community care) ที่มีตั้งแต่ศูนย์ดูแลช่วงกลางวัน (Day care) บริการพยาบาลชุมชน (Community nursing) บริการดูแลที่บ้าน (Home care) บริการช่วยเหลืองานบ้าน (Home help) สถานะดูแลชั่วคราว (Respite care) ทั้งนี้บทเรียนสำคัญที่ได้จากการทบทวนประสบการณ์การจัดระบบการดูแลระยะยาวแบบชุมชนสำหรับผู้สูงอายุในประเทศต่างๆ ซึ่งให้เห็นถึงประเด็นร่วมกันในเรื่อง

1) การขาดการให้ความสำคัญกับการดูแลชุมชนในคุณค่าที่แท้จริง ที่มีข้อดีมากกว่าเป็นแค่เพียงการช่วยลดการเข้าสู่บริการแบบสถาบันเท่านั้น

2) การขาดการบูรณาการของบริการ

3) ความไม่เพียงพอของทรัพยากรสำหรับประเทศไทย การดูแลผู้สูงอายุเป็นบทบาทและความรับผิดชอบของครอบครัว บริการที่จัดให้แก่ผู้สูงอายุยังคงมีลักษณะการสงเคราะห์ผู้ยากไร้ แนวนโยบายที่เป็นรูปธรรมของการดูแลที่ครอบคลุมมิติต่างๆ ของสุขภาวะของผู้สูงอายุ เริ่มในแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 1 จนถึงแผนระยะยาวฉบับที่ 2 ซึ่งมาตรการที่สามของแผนระยะยาว กำหนดให้มีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพชุมชนแบบบูรณาการไว้อย่างชัดเจน โดยให้ความสำคัญกับสุขภาวะของผู้สูงอายุ จัดให้มีบริการที่หลากหลายครอบคลุมในเรื่องของการส่งเสริมสุขภาพ การตรวจสุขภาพและคัดกรองโรค การรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยและการฟื้นฟูสภาพการรวมกลุ่ม และการนันทนาการ การจัดที่พักอาศัย การบริการทางสังคม การช่วยเหลือด้านรายได้ อย่างไรก็ตาม ภาครัฐยังไม่มีการดำเนินการที่เป็นรูปธรรมที่ให้การสนับสนุนครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ นอกจากการลดหย่อนภาษีรายได้สำหรับบุตรที่ให้การดูแลบิดามารดา จะเห็นได้ว่าการพัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนแบบบูรณาการยังขาดรูปธรรมที่ชัดเจน (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ, 2550)

2.3.3 บทสังเคราะห์บทบาทของรัฐต่อผู้สูงอายุ

เมื่อพิจารณากรณีศึกษาข้างต้นย่อมพบว่า ทั้งประเทศญี่ปุ่น สิงคโปร์ และสหรัฐอเมริกา นั้น ให้การดูแลผู้สูงอายุในรูปแบบที่เป็นทางการ (Formal Care) จัดเป็นการจัดบริการโดยองค์กรภาครัฐ องค์กรเอกชน และภาคประชาชนในระดับท้องถิ่น โดยมีสหวิชาชีพทางการแพทย์ ผู้ช่วยงานและอาสาสมัครเป็นผู้ให้บริการร่วมกัน (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2552) กล่าวคือ

บทบาทของหน่วยงานด้านสาธารณสุขของรัฐจะทำงานร่วมกับองค์กรภาครัฐด้วยกันเองทั้งในระดับชาติและในระดับท้องถิ่นไปพร้อมๆ กับองค์กรในภาคเอกชนที่ให้บริการแก่ผู้สูงอายุ

ขณะที่บทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะทำงานร่วมกับชุมชนที่มีฐานจากครอบครัวในการให้บริการ ความช่วยเหลือ และสนับสนุนแก่ผู้สูงอายุ

ด้วยเหตุนี้สามารถกล่าวได้ว่า บทบาทของรัฐต่อผู้สูงอายุ จึงเป็นการมีปฏิสัมพันธ์ของรัฐต่อการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวผ่านการแสดงบทบาทของหน่วยงานด้านสาธารณสุขของรัฐและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ร่วมกับภาคส่วนประชาสังคมอื่นๆ ทั้งภาคธุรกิจเอกชนและภาคประชาชนในชุมชนท้องถิ่นต่างๆ โดยบทบาทของหน่วยงานด้านสาธารณสุขของรัฐและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (กนิษฐา บุญธรรมเจริญ และศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2550) มีรูปแบบการให้บริการใน 2 ลักษณะ ได้แก่

1) การบริการดูแลในสถานบริการ (Institutional-Based Care) เป็นบริการดูแลผู้สูงอายุในสถานที่พักอาศัย เช่น สถานพยาบาลผู้สูงอายุ สถานดูแลผู้ปวยระยะสุดท้าย สถานดูแลผู้ปวยสมอง

เสื่อม ที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุศูนย์ฟื้นฟูสภาพ และสถานดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกึ่งฉุกเฉิน เป็นต้น ซึ่งถือเป็นบทบาทของหน่วยงานด้านสาธารณสุขของรัฐบนพื้นฐานการทำงานร่วมกับองค์กรในภาคเอกชนที่ให้บริการแก่ผู้สูงอายุ เนื่องจากต้องใช้งบประมาณในการดำเนินการจำนวนมาก หน่วยงานภาครัฐระดับชาติจึงถือเป็นภารกิจที่ต้องแบกรับปัญหาดังกล่าวไว้ โดยอิงอาศัยการสนับสนุนหรือลดภาระในบางด้านเพื่อให้เกิดการให้บริการที่มีคุณภาพจากภาคเอกชนมาเสริมการทำงานของภาครัฐ

2) การบริการดูแลโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (Community-Based Care) เป็นบริการในบ้านหรือชุมชนตามที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุ เช่น การดูแลระยะยาวแบบไม่ค้างคืน (ศูนย์บริการทางสังคมผู้สูงอายุกลางวัน) การดูแลที่บ้าน (บริการทางการแพทย์ พยาบาล และบริการช่วยเหลืองานบ้าน) บริการเยี่ยมบ้านโดยอาสาสมัคร เป็นต้น ซึ่งถือเป็นบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จะทำงานร่วมกับชุมชนที่มีฐานจากครอบครัวในการดูแล การให้บริการ ความช่วยเหลือ และการสนับสนุนตามความต้องการของผู้สูงอายุ ซึ่งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นโดยทั่วไปต่างมีความพร้อมทั้งด้านงบประมาณ บุคลากร และเครื่องมือเครื่องใช้ที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการเบื้องต้นแก่ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนภายใต้ความรับผิดชอบขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนั้นๆ ได้อย่างใกล้ชิด สะดวก และรวดเร็ว กว่าที่รอคอยความช่วยเหลือหรือการสนับสนุนจากส่วนกลาง

อย่างไรก็ดี การดูแลผู้สูงอายุในต่างประเทศโดยภาคเอกชนต่างถือเป็นธุรกิจที่มีความสำคัญควบคู่ไปพร้อมกับการเป็นภาคีการทำงานด้านการพัฒนา ร่วมกับภาครัฐ ซึ่งหนึ่งในธุรกิจที่สำคัญคือการจัดการให้บริการที่เรียกว่า “ที่พักผู้สูงอายุ (Residential aged care services)” ซึ่งเป็นบริการที่จัดเป็นบ้านพักหรือที่อยู่อาศัยให้อยู่ภายใต้การดูแลของทีมงานบริการเพื่อจัดไว้สำหรับผู้ที่ไม่สามารถอยู่ในชุมชนได้เอง ซึ่งอาจเป็นเพราะขาดผู้ดูแล ความเจ็บป่วย หรือมีความพิการ เป็นต้น อีกทั้งยังมี “การบริการพักชั่วคราว (Respite care)” โดยเห็นว่ามีประโยชน์มากในต่างประเทศซึ่งเป็นการยินยอมให้ญาติผู้ดูแลสามารถนำผู้ป่วยหรือผู้สูงอายุมาฝากดูแลเป็นการชั่วคราว ซึ่งมักไม่เกิน 2 สัปดาห์ เพื่อเปิดโอกาสให้ญาติได้มีโอกาสรักผ่อน หรือทำภารกิจส่วนตัว โดยไม่ต้องพะวงกับการดูแลผู้สูงอายุในช่วงเวลาดังกล่าว (จินตนา อาจสันเทียะ และพรนภา คำพราว, 2557)

จากข้างต้นสามารถกล่าวโดยสรุปได้ว่า บทบาทของหน่วยงานด้านสาธารณสุขของรัฐและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีลักษณะสำคัญดังนี้

บทบาทของหน่วยงานด้านสาธารณสุขของรัฐ ถือเป็น องค์กรกลางที่มีบทบาทและหน้าที่ในการดูแลและกำกับเชิงนโยบายมหภาคที่ก่อให้เกิดผลประโยชน์ต่อผู้สูงอายุทั้งในทางตรงและทางอ้อมผ่านการจัดตั้งหน่วยงานขึ้นเฉพาะกิจเกี่ยวกับผู้สูงอายุ การออกระเบียบกฎเกณฑ์ ระเบียบ และข้อบังคับที่ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้สูงอายุ รวมทั้งทำงานร่วมกับองค์กรภาครัฐด้วยกันเองทั้ง

ในระดับชาติและในระดับท้องถิ่น ไปพร้อมๆ กับองค์กรในภาคเอกชนที่ให้บริการแก่ผู้สูงอายุ ทั้งนี้พบว่า นโยบายด้านความมั่นคงของมนุษย์ในหลายประเทศมุ่งเน้นบทบาทของรัฐเป็นผู้สนับสนุนให้ประชาชนพึ่งพาตนเองมากขึ้น โดยอยู่บนฐานคติของการจัดสวัสดิการของรัฐที่จำเป็น จึงเห็นได้ว่ารัฐพยายามสร้างฐานรายได้ที่มาจากหลักประกันด้านรายได้ของผู้สูงอายุมากขึ้น เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถเข้ารับบริการจากภาคเอกชนได้ด้วยตนเอง ดังเช่นในกรณีของประเทศสิงคโปร์ หรือหากผู้สูงอายุขาดความพร้อมก็จะได้รับการดูแลจากหน่วยงานภาครัฐที่ดำเนินการร่วมกับภาคเอกชนในหลายรูปแบบ ได้แก่ การรับบริการการดูแลในศูนย์ (Center-Based Care) การรับบริการการดูแลระยะสั้น (Respite Care) และการบริการการดูแลที่บ้าน (Home-Based Care) โดยการเข้ารับบริการดูแลจากบริการประเภทต่างๆ ข้างต้นนั้น ผู้สูงอายุหรือผู้ดูแลสามารถติดต่อผ่าน Agency for Integrated Care (AIC) ซึ่งเป็นหน่วยงานที่ประสานการส่งตัวผู้รับบริการดูแลไปยังระบบต่างๆ โดยหน่วยงานนี้จะได้รับเงินอุดหนุนผ่านกระทรวงสาธารณสุข

ส่วนบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ถือเป็น หน่วยงานระดับท้องถิ่นที่จะทำงานร่วมกับชุมชนที่มีฐานจากครอบครัวในการให้บริการ ความช่วยเหลือ และสนับสนุนแก่ผู้สูงอายุ เน้นการบริการในบ้านหรือชุมชนตามที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุอาศัยอยู่ เช่น การดูแลและระยะยาวแบบไม่ค้างคืน (ศูนย์บริการทางสังคม ผู้สูงอายุกลางวัน) การดูแลที่บ้าน (บริการทางด้านการแพทย์ พยาบาล และบริการช่วยเหลืองานบ้าน) บริการเยี่ยมบ้านโดยอาสาสมัคร เป็นต้น โดยจะทำงานร่วมกับชุมชนที่มีฐานจากครอบครัวในการดูแล การให้บริการ ความช่วยเหลือ และการสนับสนุนตามความต้องการแก่ผู้สูงอายุ เนื่องจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นย่อมมีความใกล้ชิดต่อชุมชนและครอบครัวของผู้สูงอายุจึงมีแนวโน้มสร้างความสะดวก และความรวดเร็วในการให้บริการ ความช่วยเหลือ แก่ผู้สูงอายุได้ตลอดเวลา ซึ่งหลายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในประเทศสหรัฐอเมริกาที่มีสถานดูแลผู้สูงอายุระหว่างวันในชุมชน ซึ่งมีการจัดบริการให้ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหลายโรคเพื่อที่จะช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตให้แก่ผู้สูงอายุ และลดการใช้ทรัพยากรสาธารณสุข ตลอดจนการจัดบริการการดูแลแบบ Guided Care ที่มีพยาบาลวิชาชีพซึ่งผ่านหลักสูตรการอบรมเพิ่มเติมของ Guided Care และอยู่ในหน่วยเวชปฏิบัติปฐมภูมิเป็นผู้ดูแลหลัก 1 คน เรียกว่า Guided Care Nurse (GNC) ทำงานร่วมกับแพทย์ปฐมภูมิ (Primary Care Physicians: PCPs) เพื่อดูแลผู้ป่วย 50-60 คนที่ต้องการการดูแลระยะยาว และมีความเสี่ยงสูงที่จะใช้บริการสุขภาพมาก

2.4 แนวคิดนโยบายการบริการผู้สูงอายุในระยะยาว

แนวคิดนโยบายการบริการผู้สูงอายุในระยะยาว มีประเด็นการศึกษาที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย การบริการผู้สูงอายุในระยะยาว รูปแบบการบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ประสิทธิภาพของนโยบายการบริการผู้สูงอายุในระยะยาว และการสังเคราะห์นโยบายการบริการผู้สูงอายุในระยะยาว

2.4.1 การบริการผู้สูงอายุในระยะยาว

การประชุมสมัชชาโลกว่าด้วยผู้สูงอายุครั้งที่ 2 (Second World Assembly on Ageing) ที่จัดขึ้นโดยองค์การสหประชาชาติในปี พ.ศ. 2545 (World Health Organization, 2002) ถือเป็นจุดเริ่มต้นของแผนปฏิบัติการระหว่างประเทศมาดริดว่าด้วยผู้สูงอายุ (The Madrid International Plan of Action on Ageing : MIPAA) ซึ่งเป็นกรอบในการจัดทำนโยบาย วางแผน รวมทั้งกำหนดวิธีการปฏิบัติเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุของประเทศทั่วโลกที่ได้รับรองโดยสมัชชาที่เข้าร่วมประชุมและพิจารณาร่วมกัน ซึ่งได้สร้างความชัดเจนเพื่อให้บรรดาประเทศสมาชิกได้นำไปวางกรอบในการกำหนดนโยบายพร้อมกับประยุกต์ให้เข้ากับสถานการณ์ผู้สูงอายุและบริบทของประเทศต่างๆ ในประเด็นหลักด้านผู้สูงอายุกับการพัฒนา โดยได้ระบุข้อเสนอแนะเพื่อนำแผนดังกล่าวไปสู่การปฏิบัติ (Recommendations for Action) ว่าการเปลี่ยนแปลงทางประชากร สังคมและเศรษฐกิจ ส่งผลให้เกิดความจำเป็นต้องมีการปรับระบบบำนาญ (Pension) ประกันสังคม (Social Security) สุขภาพ และระบบ การดูแลระยะยาว (Health and Long-Term Care Systems) เพื่อรักษาอัตราการเติบโตทางเศรษฐกิจและการพัฒนาและเพื่อให้มั่นใจว่าการเพิ่มขึ้นของรายได้และการให้บริการที่เพียงพอและมีประสิทธิภาพ ซึ่งผลจากการระดมความคิดจึงเกิดประเด็นที่มุ่งให้ความสำคัญคือ ความมั่นคงในชีวิต การมีสุขภาพที่ดี และการมีส่วนร่วมในสังคมที่อยู่ได้อย่างมีศักดิ์ศรีและเต็มขั้นของสิทธิอันพึงมี เป็นการให้ความสำคัญที่แผนปฏิบัติการระหว่างประเทศมาดริดปรารถนาให้เกิดขึ้นกับประชากรสูงอายุของทุกที่และทุกคนอีกทั้งให้ผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่ได้รับการยอมรับและให้ความสำคัญในฐานะหนึ่งในสมาชิกของสังคม โดยไม่แบ่งแยกเพศและอายุ จึงเกิดการผลักดันให้มีการขับเคลื่อนและสร้างแนวทางการดำเนินงานและกิจกรรมเพื่อผู้สูงอายุให้เป็นไปในทิศทางหลัก 3 ด้านหลักสำคัญ (ศิริวรรณ อรุณทิพย์ไพฑูรย์, 2560; ศุทธิดา ชวนวัน, กาญจนา เทียนลาย และปณณวัฒน์ เกื้อนกลิ่น, 2563) ได้แก่

- 1) ผู้สูงอายุกับการพัฒนา (Older Persons and Development)
- 2) สุขวัยอย่างสุขภาพดีและมีสุขภาวะ (Advancing Health and Well-Being into Old Age)
- 3) การจัดให้มีสภาพแวดล้อมที่เกื้อหนุนและเหมาะสม (Ensuring Enabling and Supportive Environments)

นับจากแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติได้ให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของภาคีการพัฒนาทุกภาคส่วนเพื่อร่วมกันกำหนดวิสัยทัศน์และทิศทางการพัฒนาประเทศไทยได้แนวคิด “สังคมอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุขด้วยความเสมอภาคเป็นธรรมและมีภูมิคุ้มกันต่อการเปลี่ยนแปลง” จึงพยายามให้มีการจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุภายใต้แนวทางต่อไปนี้ (จินตนา อาจสันทียะ และพรนภา คำพราว, 2557 และประดิษฐ์ เจริญไทยทวี, 2544)

1) ความเสมอภาค (Equity) ผู้สูงอายุควรได้รับความเสมอภาคในการได้รับบริการสุขภาพตามความจำเป็นและสามารถจ่ายได้โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการจัดสรรทรัพยากรสำหรับผู้สูงอายุให้เข้าถึงทรัพยากรที่จำเป็นต่อสุขภาพความเจ็บป่วย

2) คุณภาพ (Quality) การจัดบริการด้านสุขภาพต้องมีมาตรฐานคุณภาพที่ควรได้รับในการรับบริการทางสุขภาพด้วยความเอื้ออาทรสำหรับผู้สูงอายุ รวมทั้งการจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุทุกกลุ่มนั้นต้องครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพการป้องกัน โรครักษาป้องกันภาวะทุพพลภาพ การรักษา และฟื้นฟูสภาพ เพียงแต่จุดเน้นของการบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุแต่ละกลุ่มจะมีความต่างกัน ได้แก่ เน้นการส่งเสริมสุขภาพและการชะลอความเสื่อมจากความสูงอายุ สำหรับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีสุขภาพโดยรวมดีจะมุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันทั้งโรคและภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุที่มีสุขภาพอยู่ในสถานะเสี่ยง และเน้นการดูแลรักษาตลอดจนการฟื้นฟูสภาพ และชะลอหรือลดทอนภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยทุพพลภาพและพิการอย่างมีคุณภาพ

3) ประสิทธิภาพ (Efficiency) การจัดรูปแบบบริการต้องคำนึงความคุ้มค่า คุ่มทุนต่างๆ นอกเหนือจากประสิทธิภาพในการรักษาแล้ว การจัดบริการควรศึกษารูปแบบที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุมีการดูแลต่อเนื่องเป็นองค์รวมเพื่อก่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด

ขณะที่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติได้ให้ความสำคัญกับการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุรองรับการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง โดยเน้นถึง

1) การส่งเสริมการสร้างรายได้และการมีงานทำของผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีรายได้และพัฒนาศักยภาพของตัวเองอย่างต่อเนื่อง โดยดำเนินการในรูปของกลุ่มอาชีพและกลุ่มวิสาหกิจชุมชน

2) การพัฒนานวัตกรรมดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว เพื่อรองรับการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ รวมทั้งแก้ปัญหาการขาดแคลนผู้ดูแลผู้สูงอายุ

3) การสร้างความเข้มแข็งให้กับสถาบันครอบครัวและชุมชน เพื่อให้ชุมชนเข้ามามีบทบาทในการจัดสวัสดิการได้อย่างยั่งยืนและเป็นโครงข่ายการคุ้มครองของสังคมให้กับผู้สูงอายุ

ทั้งนี้เมื่อพิจารณาถึงแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545 - 2564) ประกอบกัน ย่อมพบว่า มีการกำหนดมาตรการรองรับไว้เป็นยุทธศาสตร์ด้าน โดยยุทธศาสตร์ที่ 3 ด้านระบบคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ มาตรการที่ระบบบริการและเครือข่ายเกื้อหนุนผู้สูงอายุ กำหนดให้กระทรวงสาธารณสุขรับผิดชอบด้านการดูแลสุขภาพ ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำแผนบูรณาการพัฒนาระบบสุขภาพกลุ่มวัยผู้สูงอายุ 10 ปี (พ.ศ.2557-2566) โดยเน้นยุทธศาสตร์หลัก ได้แก่

- 1) การสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ
- 2) การพัฒนาบริการสุขภาพเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพอย่างมีคุณภาพ
- 3) การพัฒนาการมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายเพื่อการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง

ทั้งนี้เป้าหมายของบริการที่พึงประสงค์คือ การบริการสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic Health Care) ซึ่งเป็นการบริการสุขภาพผสมผสาน (Integrated Health Care) โดยเห็นได้ว่าการบริการสุขภาพที่ต่อเนื่องในช่วงระยะ 10 ปีที่ผ่านมามีความเปลี่ยนแปลงของการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุทั้งในรูปแบบการบริการ และการดูแลที่แตกต่างกันตามบริบทของแต่ละภูมิภาคของประเทศไทย กล่าวคือ มีการดำเนินงานการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยระยะยาว การจัดบริการเยี่ยมบ้าน ติดตามดูแลผู้สูงอายุที่บ้านและในชุมชน การจัดบริการดูแลรักษาผู้สูงอายุในระบบเครือข่ายการดูแลต่อเนื่อง การจัดบริการดูแลผู้สูงอายุในช่วงกลางวัน การจัดระบบจิตอาสาเยี่ยมผู้สูงอายุในชุมชน การดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุ และอื่นๆ เกิดขึ้นอย่างหลากหลาย (เบญจพร สุธรรมชัย, จิราพร เกศพิชญวัฒนา และนภัส แก้ววิเชียร, 2558)

ขณะที่ สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2557) ได้สรุปถึงการพัฒนารูปแบบระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการภายใต้แนวคิดที่สำคัญในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ดังนี้

- 1) ผู้สูงอายุเป็นผู้มีประสบการณ์ มีความรู้ความสามารถจึงควรดูแลผู้สูงอายุให้มีสุขภาพดี ทำให้สามารถใช้ศักยภาพของผู้สูงอายุที่มีอยู่ให้เป็นประโยชน์ต่อครอบครัว สังคมและประเทศชาติได้ ตามแนวคิด “พฤฒิพลัง”

- 2) ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย สังคมต้องเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา และหากสูญเสียความสามารถในการดูแลตนเอง ก็จะเพิ่มภาระในการดูแลช่วยเหลือแก่ครอบครัว และสังคม การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ดีจะช่วยลดอัตราการเจ็บป่วย ลดความรุนแรงของโรค และลดการพึ่งพิงได้ ผลตอบแทนทางเศรษฐกิจ

- 3) ผู้สูงอายุเป็นผู้ที่ทำประโยชน์ให้แก่ครอบครัว ชุมชน สังคมและประเทศชาติมาเป็นเวลานาน การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุให้มีสุขภาพดี คุณภาพชีวิตดี มีความสุข คือเป็นการตอบแทน

บุญคุณ เป็นคุณธรรมจริยธรรมของคนดี ตามแนวคิด “การดูแลด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์” อันเป็นส่วนสำคัญที่ดึงดูดใจของสังคมไทย

4) ผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลางร่วมแห่งการเคารพนับถือ ทั้งในระดับครอบครัว ชุมชนและสังคม การร่วมกันดูแลผู้สูงอายุซึ่งเป็นที่รักและเคารพ จึงเป็นกลไกสำคัญในการสร้างความรักความสามัคคีในครอบครัว ตามแนวคิด “สายใยรักแห่งครอบครัว”

การจัดบริการผู้สูงอายุควรดำเนินการโดยคำนึงถึงแนวคิดข้างต้น และจัดระบบวิธีการให้สามารถตอบสนองทุกแนวคิดเพื่อให้กระบวนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเกิดประโยชน์สูงสุดทั้งต่อผู้ดูแลผู้สูงอายุ ตลอดถึงครอบครัว สังคมและประเทศชาติ (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2557)

ทั้งนี้ สมศักดิ์ อรรถศิลป์ (2560) ได้สรุปให้เห็นว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ตามกรอบแนวคิดในการวิจัยเรื่อง “แนวทางการจัดระบบบริการสุขภาพเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย” นั้น มีปัจจัยที่สำคัญอันเกี่ยวข้องกับความต้องการด้านสุขภาพผู้สูงอายุ ได้แก่ 1) ระบบการบริการ 2) อัตรากำลังบุคลากรด้านสุขภาพ 3) ระบบข้อมูลข่าวสาร 4) เทคโนโลยีทางการแพทย์ 5) อัตราค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ 6) ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล โดยปัจจัยข้างต้นนั้นอาจนำไปสู่ระบบบริการสาธารณสุขที่ก่อให้เกิด ความเป็นธรรม การตอบสนองต่อความต้องการ การป้องกันความเสี่ยงทางสังคมและการเงิน รวมทั้งประสิทธิภาพการบริการแก่ผู้สูงอายุ หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งได้ว่า เป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุคาดหวังที่จะได้รับจากนโยบายของรัฐ เพราะถือเป็นการสร้างความมั่นคงของมนุษย์ (Human Security) ผ่านนโยบายที่เกี่ยวข้องกับ 1) การเข้าถึงโอกาสการรักษาพยาบาลในยามป่วยไข้ 2) การได้รับการดูแลด้านสุขภาพในภาวะปกติ 3) การเข้าถึงนวัตกรรมที่สนับสนุนการดำเนินชีวิตให้เกิดความสะดวกสบาย ซึ่งถือเป็นการคาดหวังที่ผู้สูงอายุปรารถนาให้ทั้งครอบครัว ชุมชน สังคม และรัฐตอบสนองความต้องการเพื่อสร้างหลักประกันความมั่นคงของมนุษย์ ซึ่งนโยบายภาครัฐของตะวันตกต่างผลึกให้ความคาดหวังดังกล่าวตั้งอยู่บนฐานของระบบประกันสังคมและสวัสดิการที่รัฐพึงกำหนดนโยบายเอื้อประโยชน์ต่อผู้สูงอายุในฐานะพลเมืองที่ทำหน้าที่เสียภาษีให้กับรัฐมาก่อนหน้า

อย่างไรก็ตาม สำหรับนโยบายเกี่ยวเนื่องกับผู้สูงอายุนั้น รัฐบาลและหน่วยงานภาครัฐต่างตระหนักว่า ผู้สูงอายุคือพลเมืองที่เป็นทรัพยากรที่ทรงคุณค่าของรัฐ หลายหน่วยงานทั้งระดับชาติ และท้องถิ่นจึงต่างมีการกำหนดนโยบายหลากหลายที่เอื้อประโยชน์ตามโครงการต่างๆ มาโดยตลอดกว่า 20 ปีที่ผ่านมา ซึ่งถือเป็นฐานคิดที่แตกต่างจากวิถีการบริการผู้สูงอายุระยะยาวของโลกตะวันตกหรือประเทศที่พัฒนาแล้วอื่นๆ

2.4.2 รูปแบบการบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

เมื่อพิจารณาถึงแนวทางการดูแลผู้สูงอายุตามแนวคิดของ Koff (1982) ซึ่งอธิบายว่า ระบบการดูแลระยะยาว เป็นความผสมผสานการบริการทางสังคมและบริการทางด้านสุขภาพระหว่างการให้บริการทั้งที่ผ่านหน่วยงานหรือองค์กรสาธารณะเชิงสถาบันของรัฐและหน่วยงานของเอกชน รวมถึงการประสานความร่วมมือระหว่างนโยบายสาธารณะ งบประมาณ การจัดการรายบุคคล เพื่อการจัดเตรียมทางเลือกที่เหมาะสมให้แก่บุคคลที่จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือ ไม่ว่าจะเป็นผู้พิการ ผู้ป่วยเรื้อรัง ซึ่งมีทางเลือกหลากหลายในการสนับสนุนให้บุคคลเหล่านั้นสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างอิสระ ดังรวมถึงผู้สูงอายุ โดยได้สรุปถึงแนวทางการให้บริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในระยะยาวแบ่งออกเป็น 4 ประเภท ได้แก่

1) Integrated Home – Service Center Model เป็นศูนย์บริการที่ให้บริการพื้นฐานด้านสุขภาพและบริการสังคมที่ให้การสนับสนุนผู้สูงอายุ นอกเหนือจากครอบครัว ซึ่งเป็นการจัดบริการภายในศูนย์ที่ผู้สูงอายุสามารถเข้าไปรับบริการได้ตามความสะดวกและตามความพร้อม อีกทั้งเสียค่าใช้จ่ายน้อยมาก ได้แก่ ศูนย์บริการสุขภาพ ศูนย์นันทนาการ โดยมีรูปแบบในการให้บริการ เช่น การดูแลสุขภาพ การให้คำปรึกษา การจ้างงาน การจัดหาอาหาร การออกกำลังกาย การดูแลสุขภาพอนามัยที่บ้าน บริการดูแลสุขภาพกลางวัน (Day Health Care) เป็นต้น

2) Congregate Service Model เป็นการรวบรวมหลายๆบริการ ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นการจัดบริการพื้นฐาน โดยครอบครัวเข้ามามีบทบาทน้อย เพราะมีหน่วยงานเข้ามาให้การดูแลและจัดหาบริการที่ตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุซึ่งได้แก่ ครอบครัวอุปถัมภ์บ้านพักคนชรา โดยดูแลด้านอาหาร นันทนาการ การให้ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพ การทำงานอดิเรก การดูแลสุขภาพอนามัยที่บ้าน บริการนี้มีความแตกต่างจาก Integrated Home – Service Center Model เนื่องจากมีหน่วยงานเข้ามาให้บริการและบริการส่วนใหญ่ที่จัดให้ก็เป็นบริการพื้นฐานภายในบ้าน

3) Home Care Service เป็นบริการเบื้องต้นสำหรับผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ที่บ้านเพื่อตอบสนองความต้องการของครอบครัวและผู้สูงอายุอีกทั้งเป็นการหลีกเลี่ยงการนำผู้สูงอายุไปอยู่กับหน่วยงาน โดยรูปแบบในการให้บริการ ได้แก่ บริการทางโทรศัพท์อาหาร บริการแม่บ้าน บริการดูแลสุขภาพกลางวัน การดูแลสุขภาพอนามัยที่บ้าน เข็มบ้าน บริการแม่บ้าน บริการรถรับ – ส่ง เพื่อไปรักษาพยาบาล

4) Institution Care Model คือ บริการในหน่วยงานเชิงสถาบันเฉพาะกิจที่ควรจะเป็นทางเลือกสุดท้ายสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแล การบำบัดฟื้นฟู และการพักฟื้นภายหลังเจ็บป่วย การดูแลในหน่วยงานจะทำให้ระดับการช่วยเหลือตนเองหรือการพึ่งพาตนเองลดน้อยลง การบริการรูปแบบนี้ต้องอาศัยการสนับสนุนด้านการเงินจากรัฐมาก หน่วยงานที่ให้การดูแลรักษาระยะยาว

ได้แก่ โรงพยาบาล โดยมีบริการคือ การให้การพยาบาล (Nursing Care) การดูแลด้านการแพทย์ (Medical care) นันทนาการการให้คำปรึกษา การทำจิตบำบัด อาชีวบำบัด ศาสนบำบัด และบริการสังคมอื่นๆ

กล่าวโดยสรุป รูปแบบการดูแลระยะยาว เป็นบริการที่ได้จัดขึ้นทั้งที่อยู่อาศัย (บ้าน) สถานบริการและชุมชน เป็นการบริการที่เกี่ยวกับการดูแลส่วนบุคคลหรือดูแลเฉพาะตัวเพื่อเสริมสิ่งที่ขาดไปจากครอบครัว ช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับการตอบสนองอย่างเหมาะสม สร้างความมั่นคงในชีวิตสำหรับผู้สูงอายุ (สมศักดิ์ อรรถศิลป์, 2560)

อย่างไรก็ดี Counsell (2007) ได้ศึกษาถึงการบูรณาการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยภายใต้ระบบการจัดการดูแล (Care Management) ในการประเมินความต้องการบริการสุขภาพและสังคมแล้วนั้น ซึ่งมีพยาบาลผู้จัดการและนักสังคมสงเคราะห์เป็นผู้รับผิดชอบร่วมกัน เพื่อแบ่งกลุ่มความต้องการทางสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยพบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับบริการรูปแบบนี้มีภาวะสุขภาพที่ดีกว่ารูปแบบการดูแลปกติ กล่าวคือ มีภาวะพึ่งพิงน้อยกว่า และสามารถลดอัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคเฉียบพลันได้มากขึ้น ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่า รูปแบบการจัดการระยะยาวนั้นกระบวนการจัดกลุ่มความต้องการทางด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุนั้นมีประโยชน์ไม่น้อยต่อการให้บริการที่เหมาะสม

นอกจากนี้ หากพิจารณาถึงการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุแบบไปกลับผ่านงานของกาญจนา พิบูลย์ และคณะ (2557) เรื่อง “รูปแบบการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุแบบไปกลับในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา” แล้ว ย่อมพบว่า รูปแบบของศูนย์ดูแลแบบไปกลับหรือแบบกลางวันในประเทศสหรัฐอเมริกา นั้น มี 3 รูปแบบ ประกอบด้วย รูปแบบที่เน้นทางสังคม รูปแบบที่เน้นทางการแพทย์ และรูปแบบเฉพาะ

1) รูปแบบที่มีแนวคิดทางสังคมนั้นจะมุ่งเน้นการบริการที่มีอาหาร การจัดกิจกรรมสนทนา การมีกิจกรรมสุขภาพบางกิจกรรม มีกิจกรรมสำหรับผู้ที่มีปัญหาเรื่องการรับรู้ หรือมีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวัน กิจกรรมที่มีศูนย์ดูแลแบบไปกลับหรือแบบกลางวันอาทิเช่น เกมสั งานฝีมือ งานศิลปะ กิจกรรมสนทนากลุ่ม

2) รูปแบบที่มีแนวคิดเน้นทางการแพทย์ หรือเน้นดูแลสุขภาพนั้นจะมีกิจกรรมคล้ายคลึงกับศูนย์ดูแลแบบไปกลับหรือแบบกลางวันในรูปแบบที่มีแนวคิดทางสังคม แต่จะมุ่งเน้นบริการเรื่องการบำบัดรักษา หรือฟื้นฟูอาทิเช่น การทำกายภาพบำบัด กิจกรรมบำบัด ซึ่งบางคราวรูปแบบกิจกรรมก็จะประกอบไปด้วยทั้งกิจกรรมที่เน้นเรื่องสังคมและทางการแพทย์

3) รูปแบบเฉพาะ จะมีบริการสำหรับกลุ่มที่มีปัญหาเฉพาะ เช่น กลุ่มผู้ป่วย HIV หรือ AIDS กลุ่มที่มีปัญหาจากการได้รับอุบัติเหตุทางสมอง หรือมีปัญหาสุขภาพจิต

โดย Fairholm (2001) สรุปให้เห็นว่าการบริการในสถานบริการแบบไปกลับนั้นส่วนใหญ่ก็คือ การบริการการดูแลสุขภาพที่หลากหลายสำหรับผู้ที่มีปัญหาสุขภาพกาย จิต และสังคม รวมทั้งเป็นสถานที่ ที่เป็นที่พักผ่อน ออกกำลังกาย หรือสถานที่ ที่ผู้ป่วยในวัยสูงอายุสามารถมาพบปะ พูดคุย และอาจรวมถึงการสนับสนุนบริการอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกัน การส่งเสริม และการดูแลสุขภาพสูงอายุในช่วงเวลาทำงานปกติ 5 วันต่อสัปดาห์ไปด้วย ซึ่ง O'Keeffe and Siebenaler (2006) ได้สะท้อนให้เห็นเพิ่มเติมถึงลักษณะของศูนย์ดูแลแบบไปกลับหรือแบบกลางวันตามแนวคิดข้างต้นต้องคำนึงถึง สถานที่ตั้ง การบริหารจัดการ กลุ่มเป้าหมาย และ ข้อจำกัดของผู้มารับบริการ กล่าวคือ อาคารสถานที่นั้นควรหลีกเลี่ยงให้ศูนย์ดูแลแบบไปกลับหรือแบบกลางวันมีลักษณะคล้ายสถานบริการมากเกินไป อีกทั้งค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ในการเข้ามารับบริการนั้นจะเป็นตัวกำหนดคุณภาพของทั้งโครงสร้าง และสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ ภายในศูนย์บริการ ดังนั้นศูนย์ดูแลแบบไปกลับหรือแบบกลางวันจำเป็นต้องพิจารณาถึงกิจกรรมในแต่ละวัน ความเป็นอิสระของการบริหารงาน และความสัมพันธ์กับ โรงพยาบาล หรือศูนย์ดูแลแบบระยะยาว หลาย ๆ แห่ง

งานของ เบญจพร สุธรรมชัย, จิราพร เกศพิชญวัฒนา และนภัส แก้ววิเชียร (2558) ได้สังเคราะห์รูปแบบบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการ พบว่า

1. การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ
 - 1) การจัดทำสมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุสำหรับผู้สูงอายุทุกคน เพื่อจัดบริการสุขภาพให้เหมาะสมตามสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุแต่ละกลุ่ม
 - 2) การจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ เพื่อจัดกิจกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ
 - 3) การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้กับผู้สูงอายุทุกคน
 - 4) การคัดกรองค้นหาผู้ป่วยในโรคที่สำคัญเพื่อจัดบริการดูแลรักษาพยาบาลผู้สูงอายุตามสภาวะการเจ็บป่วย ได้ตั้งแต่ระยะแรก รวมถึงการให้องค์ความรู้เป็นการเฉพาะต่อกลุ่มเสี่ยง
2. การจัดบริการรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพในสถานพยาบาล
 - 1) การจัดบริการผู้ป่วยนอกสำหรับผู้สูงอายุในสถานพยาบาลทุกระดับ ทั้งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) รพช. รพท. และ รพศ. โดยมีขีดความสามารถตามลำดับขั้นที่สอดคล้องกับแผนระบบบริการ (Service Plan)
 - 2) การจัดบริการผู้ป่วยในสำหรับผู้สูงอายุในโรงพยาบาลตั้งแต่ 60 เตียงขึ้นไป ตามความเหมาะสมและบริบทของโรงพยาบาลนั้นๆ
 - 3) การจัดบริการ Intermediate Care ในโรงพยาบาล โดยจัดหอผู้ป่วยที่ใช้บุคลากรและเครื่องมือน้อยกว่าในหอผู้ป่วย Acute Care สำหรับผู้สูงอายุที่พ้นระยะ Acute Care จากโรงพยาบาล

แต่ยังไม่สามารถกลับไปบ้านได้ เนื่องจากยังต้องการช่วยเหลือดูแลจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ หรือบ้านยังไม่พร้อมสำหรับการดูแลต่อเป็นระยะเวลาไม่เกิน 3 เดือน

4) การจัดบริการ Long-Term Care ในโรงพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุที่ไม่สามารถกลับไปรับการดูแลที่บ้าน เช่น ผู้สูงอายุติดเตียง หรือไม่มีผู้ดูแลที่บ้าน/สภาพบ้านไม่พร้อมสำหรับการดูแลระยะยาว โดยระยะเวลาที่ต้องอยู่โรงพยาบาลนานกว่า 3 เดือน

5) การจัดบริการ Day Care Center ในโรงพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม และกลุ่มติดบ้านที่สามารถเดินทางมาโรงพยาบาลได้ และต้องการรับบริการจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ โดยมารับบริการในตอนเช้า-กลับในตอนเย็น

6) การจัดบริการ Hospice Care สำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต ซึ่งไม่สามารถให้การดูแลที่มีคุณภาพที่บ้าน มุ่งเน้นดูแลแบบ Palliative Care ดูแลและจัดการก่อนเสียชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

7) การจัดบริการส่งต่อผู้ป่วยสูงอายุ เพื่อจัดเครือข่ายส่งต่อผู้ป่วยสูงอายุที่สอดคล้องกับ Service Plan กำหนดเกณฑ์การส่งต่อ การดูแลก่อนและระหว่างการส่งต่อ โดยจัดระบบส่งต่อทั่วไป และระบบส่งต่อเฉพาะโรคที่สำคัญ รวมทั้งระบบการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลระดับที่สูงกว่า และระบบการส่งกลับมายังโรงพยาบาลระดับที่ต่ำกว่า

8) การจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพในโรงพยาบาลเพื่อให้บริการผู้สูงอายุที่เป็นผู้ป่วยใน ผู้สูงอายุในพื้นที่ใกล้โรงพยาบาล และเพื่อเป็นต้นแบบการจัดการให้เป็นแหล่งเรียนรู้การทำวิจัย และฝึกฝนทักษะบุคลากร ได้แก่ Fitness Center ร้านอาหารเพื่อสุขภาพ สถานฝึกจิต/สมาธิ สถานออกกำลังกายด้วยวิธีการพิเศษ: โยคะ ชี่กง ฤๅษีตัดตน เป็นต้น

3. การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องในชุมชนจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต

1) Home Health Care เป็นการติดตามดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน โดยทีมสุขภาพ ช่วยลดความแออัดในหอผู้ป่วยของโรงพยาบาล ทั้ง Acute Care, Intermediate Care และ Long Term Care

2) Family Care เป็นการจัดการให้มีผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver For The Elderly) ที่มีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน การสอนให้ดูแลตนเอง การสอนสมาชิกในครอบครัว การมีอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ และการจัดจ้างผู้ดูแลผู้สูงอายุมืออาชีพ

3) Day Care Center ในชุมชน เป็นการจัดการให้มีสถานที่ในชุมชนเป็น Day Care Center โดยประสานความร่วมมือภาคีดำเนินการ ได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น วัด โรงเรียน มูลนิธิ/สมาคม/ชมรม หรือบริการเอกชน

4) Intermediate Care ในชุมชน เป็นการจัดการให้มีสถานที่ในชุมชนเป็น Intermediate Care รวมถึง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น วัด โรงเรียน มูลนิธิ/สมาคม/ชมรม หรือบริการเอกชน

5) Long-Term Care ในชุมชน

4. การพัฒนาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

1) การจัดตั้งภาคีเครือข่ายการดูแลสุขภาพระดับอำเภอ: DHS (District Health Services) และภาคีเครือข่ายสุขภาพระดับจังหวัด เพื่อวางแผนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุร่วมกัน มีองค์ประกอบคือ โรงพยาบาล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยราชการต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ผู้นำศาสนาและโรงเรียน ราษฎรชาวบ้าน ฯลฯ

2) การประสานความร่วมมือกับภาคเอกชนที่จัดบริการดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ โรงพยาบาล เอกชน คลินิกผู้สูงอายุเอกชน หรือเอกชนผู้จัดบริการ Intermediate Care หรือ Long-Term Care เป็นต้น

อย่างไรก็ตาม ทศนะของ Swagerty, Takahashi and Evans (1999) สะท้อนให้เห็นว่า ปัญหาการดูแลผู้สูงอายุอย่างไม่เหมาะสม คือ การกระทำหรือการละเว้นกระทำที่ส่งผลให้เกิดอันตรายหรือความเสี่ยงต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ มีทั้งที่เกิดจากการจงใจหรือไม่จงใจ ส่วนใหญ่เกิดจากสมาชิกในครอบครัวที่เป็นคนใกล้ชิดของผู้สูงอายุ ซึ่งสามารถจำแนกประเภทการดูแลผู้สูงอายุที่ไม่เหมาะสม 5 ประการ ได้แก่

1) การทำร้ายร่างกาย (Physical Abuse) คือ การกระทำที่ก่อให้เกิดอันตรายแก่กาย เจ็บปวด บาดแผล ความพิการ เช่น ผลักให้ล้ม หยิก เขย่าตัว กระทบกระทั่ง

2) การเพิกเฉยละเลย ทอดทิ้ง (Physical Neglect) คือ ผู้ดูแลไม่ดูแลให้ผู้สูงอายุสามารถทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานได้ตามสมควร หรือสามารถป้องกันอันตรายที่อาจเกิดแก่ตนเองได้อย่างเหมาะสม หรือจัดหาข้าวของเครื่องใช้ที่เพียงพอต่อการดำรงชีวิตได้ ไม่พามาหาหมอเมื่อเจ็บป่วย

3) การทำร้ายจิตใจ (Psychological Abuse) คือ การกระทำที่ทารุณจิตใจ เช่น ประชดประชัน กระทบกระทั่งเบียดเบียนเปรยเปรย คำว่า ทำให้รู้สึกไร้ค่า พุดลับหลัง อาจเป็นการกระทำด้วยวาจา (Verbal Abuse) หรือ อัจฉริยะภาษาที่ใจ (Emotional Abuse) เช่น กิริยาปรายหางตา มองเหยียดหยาม ทำท่าเบื่อหน่ายรำคาญ เป็นต้น

4) การโกงเงินผู้สูงอายุ (Financial Exploitation) คือ การนำเงินผู้สูงอายุไปใช้อย่างไม่เหมาะสม เพื่อประโยชน์ของตนเองหรือผู้อื่น แทนที่จะใช้เพื่อประโยชน์ของผู้สูงอายุเอง เช่น ขอยืมเงินหรือขอเงินโดยไม่คืนการเอาทรัพย์สินของผู้สูงอายุไปจำหน่ายหรือขายโดยไม่ได้รับความยินยอมพร้อมใจ

5) การละเมิดสิทธิมนุษยชน (Violation of Rights) คือ การกระทำที่เพิกเฉย ไม่เคารพต่อศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ จำกัดอิสรภาพ ทำลายข้าวของทรัพย์สินของผู้สูงอายุ ประจานให้ได้ยิน

ในที่สาธารณะ การไม่ถามความสมัครใจของผู้สูงอายุเพราะถือว่าแก่แล้ว ไม่มีสิทธิ์ ไม่มีเสียงเพราะชราภาพ ป่วยหรือพิการแล้วจึงไม่ต้องออกความเห็นก็ได้ เป็นต้น

ทั้งนี้จากข้างต้นสรุปได้ว่า รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของต่างประเทศนั้นจัดแบ่งออกเป็น 3 ประเภทใหญ่ๆ ได้แก่

1) การจัดตั้งหน่วยงานของรัฐดูแลผู้สูงอายุที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้อย่างเต็มที่ หรือขาดครอบครัวในการดูแลอย่างใกล้ชิดได้ โดยใช้โรงพยาบาล หรือศูนย์จัดตั้งในรูปแบบต่างๆ เช่น บ้านพักคนชรา หรือสถานบริการแบบค้างคืนทั้งในระยะยาวและเวลาสั้นๆ ตามอาการเจ็บป่วย หน่วยงานของรัฐเหล่านี้จะทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ซึ่งรัฐจะใช้งบประมาณจำนวนมากในการให้การสนับสนุนหน่วยงานเหล่านี้

2) การอิงอาศัยหน่วยงานหรือองค์กรภาคเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินธุรกิจที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ โดยการให้บริการในหน่วยงานหรือองค์กรภาคเอกชนนี้จะมีค่าใช้จ่ายที่สูงสำหรับผู้รับบริการ ทั้งนี้รัฐจะให้ความช่วยเหลือบางเรื่องแก่ผู้ประกอบการเพื่อช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายของผู้รับบริการทางอ้อม

3) การสนับสนุนให้ครอบครัวและชุมชน รวมถึงองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามามีบทบาทในการร่วมดูแลผู้สูงอายุระยะยาว โดยเน้นให้ผู้สูงอายุพำนักและใช้ชีวิตอยู่กับครอบครัวและชุมชน แต่หากต้องการความช่วยเหลือด้านการรักษาพยาบาลก็ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรืออาสาสมัครในพื้นที่นำพาผู้สูงอายุเข้ารักษาในสถานพยาบาล

จากที่กล่าวมาข้างต้นย่อมเห็นว่า จากรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุข้างต้น ถือเป็นการสร้างหลักประกันที่ชี้ให้เห็นว่า ผู้สูงอายุได้รับหลักประกันถึงความมั่นคงความเป็นมนุษย์ที่ไม่ถูกทอดทิ้งโดยรัฐ เพื่อป้องกันการดูแลผู้สูงอายุอย่างไม่เหมาะสมและการล่วงละเมิดสิทธิของผู้สูงอายุ เช่น การทำร้ายจิตใจ การทำร้ายร่างกาย การทอดทิ้ง การโกงเงิน และการละเมิดสิทธิมนุษยชนในมิติอื่นๆ

2.4.3 ประสิทธิภาพของนโยบายการบริการผู้สูงอายุในระยะยาว

หากพิจารณาความหมายของ “ประสิทธิภาพ (Effectiveness)” นั้น นักวิชาการต่างให้นิยามไว้คล้ายคลึงกัน กล่าวคือ ประสิทธิภาพนั้นมุ่งเน้นถึงผลสำเร็จหรือผลที่เกิดขึ้น ซึ่งเป็นประโยชน์ที่พึงเกิดขึ้นจากสิ่งที่ได้ดำเนินไป (Drucker, 2006; Woolf, 2022) จึงพบว่า ประสิทธิภาพมีความแตกต่างจากประสิทธิภาพ (Efficiency) เนื่องจากประสิทธิภาพคือการดำเนินการภายใต้เงื่อนไขของความประหยัดทั้งต้นทุน เวลาที่จำกัด และเกณฑ์คุณภาพที่กำหนดไว้ ขณะที่ประสิทธิภาพเน้นการทำงานให้บรรลุเป้าหมาย ในคุณภาพและปริมาณที่ต้องการ ข้อแตกต่างหลักก็คือประสิทธิภาพคือการทำให้ถูกวิธี ประสิทธิภาพคือการทำให้ผลการดำเนินงานออกมาดี (Harper, 2011; Drucker, 2006)

เมื่อศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างประสิทธิผลกับการบริการย่อมพบว่า ทักษะของนักวิชาการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องต่างเห็นว่า มีประเด็นที่เกี่ยวข้องที่สำคัญ อาทิ

Friedlander & Pickle (1968) ได้พิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างองค์การกับสภาพแวดล้อมในรูปของระบบเปิด โดยองค์การจะต้องมีการเจริญเติบโตและการอยู่รอดซึ่งขึ้นกับปัจจัยภายนอกและปัจจัยภายในที่สนับสนุนกันและกัน ซึ่งแนวความคิดดังกล่าวได้สร้างเกณฑ์ในการพิจารณาประสิทธิผล ประกอบด้วย ผลกำไรด้านการเงิน ความพึงพอใจแก่พนักงาน และคุณค่าขององค์การที่มีต่อสังคมที่องค์การเป็นส่วนหนึ่งของสังคมนั้น

ทั้งนี้ อภิษฐ์ พรหมพิทักษ์กุล (2540) อธิบายถึง การวัดประสิทธิผลในการให้บริการสาธารณะที่นำไปสู่การสร้าง ความพึงพอใจของประชาชน ประกอบด้วย การให้บริการอย่างเท่าเทียม (Equitable Service) การให้บริการอย่างรวดเร็วทันต่อเวลา (Timely Service) การให้บริการอย่างเพียงพอ (Ample Service) การให้บริการอย่างต่อเนื่อง (Continuous Service) การให้บริการอย่างก้าวหน้า (Progressive Service)

ส่วนงานวิจัยของ ตูลย์ นิยะโต (2562) ศึกษาถึง ประสิทธิภาพในการให้บริการของเทศบาลเมืองลาดสวาย อำเภอลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี จำแนกออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการให้บริการอย่างเสมอภาค ด้านการให้บริการอย่างตรงทันเวลา ด้านการให้บริการอย่างเพียงพอ ด้านการให้บริการอย่างต่อเนื่อง ด้านการให้บริการที่มีความก้าวหน้า

นอกจากนี้ในงานวิจัยของ พระมหาเดชนิษฐ์ สิทธิรักษ์ (ผกา) (2554) ศึกษาเรื่อง ประสิทธิภาพการให้บริการของเทศบาลตำบลคงเข็น อำเภอเมือง จังหวัดมุกดาหาร จำแนกประสิทธิผลการให้บริการออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ด้านอาคารสถานที่ และด้านสิ่งอำนวยความสะดวก

เมื่อพิจารณางานวิจัยของ นกมล ชีรภัทรานุกร (2556) ศึกษาเชิงเปรียบเทียบประสิทธิผลการให้บริการงานประปาระหว่างชุมชนที่มีและไม่มีระบบกรองน้ำในขบวนการผลิตขององค์การบริหารส่วนตำบลลำเพ็ญ อำเภอครบุรี จังหวัดนครราชสีมา พบว่า จำแนกประสิทธิผลการให้บริการออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านคุณภาพพนักงานที่ให้บริการ ด้านความรวดเร็วของกระบวนการให้บริการ และด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร และการประชาสัมพันธ์

ทั้งนี้ในงานวิจัยของ ต้องตา เรืองฤทธิ์ และ สุดาภรณ์ อรุณดี (2559) ศึกษาถึง ประสิทธิภาพในการให้บริการขององค์การบริหารส่วนตำบลหัวโพธิ์ อำเภอสองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า จำแนกประสิทธิผลในการให้บริการ ออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ด้านพนักงานให้บริการ ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก ด้านกระบวนการให้บริการ ด้านอาคารหรือสถานที่ และด้านขั้นตอนการให้บริการ

ดังนั้นหากสังเคราะห์ตัวอย่างงานวิจัยข้างต้นในเชิงเปรียบเทียบย่อมเห็นว่า งานวิจัยของ ตูลย์ นิยะโต (2562) พระมหาเดชนันท์ สิทธิภาสิฏฐ (ผกา) (2554) และต้องตา เรืองฤทธิ์ และ สุดากรณ์ อรุณดี (2559) ต่างให้ความสำคัญกับ ประสิทธิภาพการให้บริการในด้านต่างๆ อาทิ บุคลากรผู้ให้บริการ กระบวนการหรือขั้นตอนการให้บริการ อาคารสถานที่ และสิ่งอำนวยความสะดวกที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการที่เกิดขึ้น ขณะที่งานวิจัยของ นกมล ธีรภัทรางกูร (2556) มีมุมมองที่แตกต่างในมิติของ ด้านความรวดเร็วของกระบวนการให้บริการ และด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร และการประชาสัมพันธ์ ขณะที่ อภิชัย พรหมพิทักษ์กุล (2540) อธิบายถึง การวัดประสิทธิผลในการให้บริการสาธารณะที่นำไปสู่การสร้างความพึงพอใจของประชาชน ประกอบด้วย การให้บริการอย่างเท่าเทียม การให้บริการอย่างรวดเร็วทันต่อเวลา การให้บริการอย่างเพียงพอ การให้บริการอย่างต่อเนื่อง และการให้บริการอย่างก้าวหน้า เป็นต้น

จากที่กล่าวมาข้างต้นย่อมเห็นว่า ประสิทธิภาพของนโยบายการบริการ ก็คือ การมุ่งเน้นถึงผลสำเร็จหรือผลที่เกิดขึ้นในการให้บริการเพื่อนำไปสู่ประโยชน์ที่พึงเกิดขึ้นจากสิ่งที่ได้ดำเนินไป ทั้งนี้หากพิจารณาถึงประสิทธิภาพของนโยบายการบริการผู้สูงอายุในระยะยาว ย่อมคำนึงถึงตัวชี้วัดที่สำคัญ ประกอบด้วย การให้บริการที่ดีของบุคลากรผู้ให้บริการ ความสะดวกของขั้นตอนดำเนินการ การให้บริการที่เท่าเทียม และความพร้อมของสิ่งอำนวยความสะดวกประกอบการให้บริการ

2.4.4 ความคาดหวังเชิงนโยบายการบริการผู้สูงอายุ

เมื่อศึกษาถึงประเด็นความคาดหวัง (Expectation) ย่อมพบว่า มีรากฐานของแนวคิดและทฤษฎีมาจากการศึกษาทางด้านจิตวิทยา กลุ่มปัญญานิยมที่เชื่อว่า มนุษย์เป็นสัตว์โลกที่เลือกใช้ปัญญาหรือความคิดในการตัดสินใจว่าจะกระทำพฤติกรรมอย่างไรอย่างหนึ่ง เพื่อจะนำไปสู่เป้าหมายที่จะสนองความต้องการของตนเอง จึงเกิดสมมติฐานดังนี้ (อุไรวรรณ เกิดผล, 2539)

1) พฤติกรรมของมนุษย์ถูกกำหนดขึ้น โดยผลรวมของแรงผลักดันภายในของเขาเองและแรงผลักดันจากสิ่งแวดล้อม

2) มนุษย์แต่ละคนมีความต้องการ ความปรารถนาและเป้าหมายที่แตกต่างกัน

3) บุคคลตัดสินใจที่จะทำพฤติกรรมโดยเลือกจากพฤติกรรมหลายอย่าง โดยสิ่งที่เป็นข้อมูลให้เลือก ได้แก่ ความคาดหวังในค่าของผลลัพธ์ที่จะได้ภายหลังจากการแสดงพฤติกรรมนั้นไปแล้ว อีกทั้งความคาดหวังยังเป็นความเชื่อหรือความคิดอย่างมีเหตุผลในแนวทางที่เป็นไปได้ (Possible to be) หรือเป็นความหวังที่คาดการณ์ว่าต้องการจะได้ในอนาคตของบุคคลหนึ่งๆ ด้วยเหตุนี้ความคาดหวังจึงเป็นสถานะทางจิตที่บุคคลคาดคะเนล่วงหน้าแต่บางสิ่งบางอย่างว่าควรจะมี ควรจะเป็นหรือควรเกิดขึ้นตามความเหมาะสมอย่างที่จิตใจปรารถนาให้เกิดขึ้นตามที่วาดหวังไว้

ทั้งนี้ในทัศนะของ สกาวเดือน ปธนสมิทธิ์ (2540) ได้ให้นิยามของความคาดหวังไว้ว่า เป็นแนวคิดที่บุคคลมีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง จากนั้นจึงแสดงออกมาผ่านการพูด การเขียน ซึ่งการแสดงออกดังกล่าวนี้ขึ้นอยู่กับภูมิหลังทางสังคม ประสบการณ์ และสิ่งแวดล้อมของบุคคลนั้นๆ ซึ่งบุคคลอื่นอาจไม่เห็นด้วยก็ได้ หรืออีกกล่าวอีกนัยหนึ่งได้ว่า ความคาดหวังนั้นเป็นการแสดงออกทางทัศนคติอย่างหนึ่ง จึงอาจมีอารมณ์เป็นส่วนประกอบและเป็นส่วนที่พร้อมจะมีปฏิริยาเฉพาะอย่างต่อสถานการณ์ภายนอก จนทำให้บุคคลพร้อมที่จะแสดงออกโต้ตอบสิ่งต่างๆ ในรูปของการยอมรับหรือปฏิเสธ จึงควรพิจารณาในด้านองค์ประกอบของทัศนคติควบคู่ไปด้วย ซึ่งสอดคล้องกับ เบญจนิลาบุตร (2540) อธิบายว่า ความคาดหวังเกิดขึ้นจากความรู้สึกนึกคิดในการคาดคะเนเหตุการณ์ล่วงหน้าว่าจะเกิดขึ้นอย่างไร อันเป็นความปรารถนาเพื่อที่จะให้ไปถึงเป้าหมายที่กำหนดไว้ก่อนหน้านั้น

นอกจากนี้ Bartal and Matin (อ้างถึงใน พิไลวรรณ จันทรสุกรี, 2540) ได้กล่าวถึงทฤษฎีความคาดหวังตามแนวคิดของ Vroom ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ

1) ความคาดหวังในความพยายามต่อการกระทำหรือการปฏิบัติงาน หมายถึง การที่บุคคลคาดหวังไว้ล่วงหน้าว่าตนเองพยายามต่อการกระทำพฤติกรรมได้ตามความสามารถแล้ว โอกาสที่จะกระทำสิ่งนั้นได้สำเร็จมีมากน้อยเพียงใด เป็นกรคิดก่อนจะทำสิ่งต่าง ๆ ว่าสามารถทำได้หรือไม่

2) ความคาดหวังในการกระทำต่อผลลัพธ์หรือผลของการปฏิบัติงาน หมายถึง การที่บุคคลคาดหวังไว้ล่วงหน้าก่อนกระทำพฤติกรรมว่าถ้าหากกระทำพฤติกรรมนั้นแล้วจะได้ผลลัพธ์แก่ตนเองในทางที่ดีหรือไม่

3) ความคาดหวังในคุณค่าของผลลัพธ์หรือรางวัล หมายถึง คุณค่าจากผลของการกระทำที่เกิดขึ้นแก่บุคคลที่แสดงพฤติกรรมนั้น

ดังนั้นทฤษฎีความคาดหวัง Vroom หรือ Expectation Theory บางทีเรียกว่า VET Theory และได้กำหนดเป็นสูตรไว้ดังนี้

การจูงใจ (หรือแรงจูงใจ) = คุณค่าของผลลัพธ์ x ความคาดหวัง x ความสัมพันธ์ระหว่างการกระทำกับผลลัพธ์

โดยจะเห็นว่า

1) คุณค่าของผลลัพธ์ แต่ละบุคคลจะขึ้นอยู่กับความปรารถนาหรือความต้องการ ถ้าต้องการมากจะมีค่าเป็นบวก แต่เลข ๆ ไม่รู้สึกยินดีร้าย จะมีค่าเป็นศูนย์ และถ้าไม่ชอบหรือไม่ต้องการจะมีค่าติดลบ

2) ความคาดหวัง คือความน่าจะเป็นที่การกระทำอย่างหนึ่งจะมีโอกาสที่ทำให้เกิดผลลัพธ์ในระดับแรกมากน้อยเพียงใด ถ้าคนเชื่อแน่ว่า หากทำงานเต็มที่จะสามารถทำให้ได้ผลผลิตสูงอย่าง

แน่นอน ความคาดหวังจะเท่ากับหนึ่ง ในทางตรงกันข้าม ถ้าเชื่อว่าจะถึงแม้จะพยายามทำงานหนักสักเพียงใดก็ไม่สามารถทำผลงานออกมาในปริมาณสูงได้เลย ความคาดหวังก็จะเท่ากับศูนย์

3) ความสัมพันธ์ระหว่างการกระทำกับผลลัพธ์ อธิบายได้ว่า แรงจูงใจของแต่ละคนจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับผลที่ได้รับ หรือที่คิดว่าสมควรจะได้รับเมื่อกระทำการนั้นสำเร็จตามเป้าหมายแล้ว ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่า ส่วนหนึ่งของแรงจูงใจที่บุคคลจะมีหรือไม่ หรือมีมากน้อยขึ้นอยู่กับความสัมพันธ์ระหว่างการกระทำกับผลลัพธ์

จากทฤษฎีข้างต้นย่อมเห็นว่า บุคคลจะทุ่มเทความพยายามในการทำงานหรือไม่ขึ้นอยู่กับ การพิจารณาองค์ประกอบทั้งสามภายใต้สถานการณ์ที่กำหนด โดยมนุษย์ทุกคนล้วนแต่มีความคาดหวังเสมอ ความคาดหวังจึงเปรียบเสมือนเป็นแรงผลักดันให้เกิดความต้องการซึ่งเป็นสิ่งจำเป็น ในการดำรงชีวิตของมนุษย์ แต่ละบุคคลก็มีความคาดหวังไม่เท่ากันในแต่ละช่วงเวลาหรือ สถานการณ์โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในสภาวะที่สิ่งแวดล้อมมีการเปลี่ยนแปลง

จากแนวคิดและทฤษฎีความคาดหวังข้างต้น ย่อมสรุปได้ว่า ความคาดหวัง หมายถึง ความ ต้องการให้สิ่งที่ตนเองมุ่งหมายไว้ก่อนหน้านั้นบรรลุขึ้นอย่างเป็นรูปธรรมหรือรับรู้ถึงความเป็นจริง ที่เกิดขึ้นจริงตามความต้องการนั้นได้

ทั้งนี้เมื่อพิจารณาความคาดหวังควบคู่กับความมุ่งหวังในเชิงนโยบายการบริการผู้สูงอายุ นั้นย่อมเห็นว่า ในงานวิจัยต่างๆ สะท้อนให้เห็นความต้องการของผู้สูงอายุในหลายด้าน อาทิ

งานวิจัยของ ปาริฉัตร พันธุ์ภักดี (2564) ศึกษาเกี่ยวกับ ความต้องการสวัสดิการสังคมของ ผู้สูงอายุที่มีภูมิลำเนาและอาศัยอยู่ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลตะคร้อ อำเภอกำมะกา จังหวัดกาญจนบุรี พบว่า มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความต้องการของผู้สูงอายุในด้านสวัสดิการ ได้แก่ ด้านการศึกษา ด้านสุขภาพอนามัย ด้านที่อยู่อาศัย ด้านการงานและการมีรายได้ ด้านนันทนาการ ด้านกระบวนการยุติธรรม และด้านบริการทางสังคมทั่วไป

ส่วนงานวิจัยของ นันทนา อยู่สบาย (2557) ศึกษาเรื่อง ความต้องการสวัสดิการสังคมของ ผู้สูงอายุ ในองค์การบริหารส่วนตำบลศิระจรเข้ร้อย อำเภอบางเสาธง จังหวัดสมุทรปราการ พบว่า ความต้องการสวัสดิการสังคมของผู้สูงอายุที่ต้องการให้มีระบบการจัดบริการสังคมทั้งจากภาครัฐ และเอกชนมุ่งตอบสนองความจำเป็นพื้นฐานหรือปรับปรุงความเป็นอยู่ที่ดีของผู้สูงอายุให้มี คุณภาพชีวิตที่ดี เป็นไปอย่างทั่วถึง เหมาะสม เป็นธรรม และให้เป็นไปตามมาตรฐาน ในด้านต่าง ๆ ได้แก่ ด้านสุขภาพอนามัย ด้านการศึกษา ด้านนันทนาการ ด้านที่อยู่อาศัย และ ด้านความปลอดภัย ในชีวิต

ขณะที่งานวิจัยของ สุทธิพงษ์ บุญผดุง (2554) ศึกษาเกี่ยวกับ การพัฒนาคุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุในท้องถิ่นโดยใช้โรงเรียนเป็นฐานตามหลักเศรษฐกิจพอเพียง พบว่า การพัฒนาคุณภาพ

ชีวิตผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นความคาดหวังที่ปรารถนาให้ผู้สูงอายุเกิดความพอใจในชีวิต มีความเป็นอยู่ที่ดี มีสุขภาพกายและใจที่ดี กระจ่างใญ่ กระจ่างใญ่ มีชีวิตชีวา สามารถควบคุมตนเองและตัดสินใจด้วยตนเองอย่างเหมาะสม

นอกจากนี้ในงานวิจัยของ กิตติวงศ์ สาสวด (2560) ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดภาคตะวันออก พบว่า ปัจจัยเชิงคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่พึงปรารถนา ได้แก่ ปัจจัยพื้นฐานด้านสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุ ปัจจัยด้านสุขภาพจิตที่ดีของผู้สูงอายุ และปัจจัยด้านความต้องการของผู้สูงอายุในด้านการปรับตัวด้านร่างกายถือเป็นความต้องการพื้นฐาน

ทั้งนี้ในงานวิจัยของ จักรแก้ว นามเมือง (2560) ศึกษาเรื่อง โรงเรียนผู้สูงอายุ: ต้นแบบการจัดการสุขภาวะและสวัสดิการผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุประสบปัญหาและความต้องการการจัดการสุขภาวะและสวัสดิการ โดยมีสภาพปัญหาและความต้องการการจัดการสุขภาวะและสวัสดิการด้านการร่างกาย ด้านสังคม ด้านจิตใจ และด้านสติปัญญา

อีกทั้งในงานวิจัยสุเทพ คำเมฆ และกฤติมา อินทะกุล (2564) การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเชิงบูรณาการในพื้นที่กิ่งเมืองกิ่งชนบทกรณีศึกษา เทศบาลตำบลพลายชุมพล อำเภอเมืองจังหวัดพิษณุโลก ซึ่งผลการศึกษา พบว่า การประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุซึ่งเป็นพื้นฐานของความคาดหวังของผู้สูงอายุ พบว่า คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพกายและจิตใจ ด้านเศรษฐกิจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสภาพสิ่งแวดล้อม

จากการสังเคราะห์งานวิจัยข้างต้นย่อมพบว่า ปาริฉัตร พันธุ์ภักดี (2564) นันทนา อยู่สบาย (2557) นันทนา อยู่สบาย (2557) สุทธิพงษ์ บุญผดุง (2554) กิตติวงศ์ สาสวด (2560) รวมทั้งจักรแก้ว นามเมือง (2560) ต่างมีทัศนะที่คล้ายคลึงกัน กล่าวคือ การจำแนกความคาดหวังในเชิงนโยบายการบริการผู้สูงอายุนั้นมุ่งเน้นการตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสิ่งแวดล้อม เป็นหลักเพราะเห็นว่า การมีคุณภาพชีวิตที่ดีคือความคาดหวังที่สำคัญของผู้สูงอายุ

ดังนั้นเมื่อพิจารณาถึงความคาดหวังเชิงนโยบายการบริการผู้สูงอายุนั้น ก็คือ ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุขที่ก่อให้เกิด ความเป็นธรรม การตอบสนองต่อความต้องการ การป้องกันความเสี่ยงทางสังคมและการเงิน รวมทั้งประสิทธิภาพการบริการแก่ผู้สูงอายุ หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งได้ว่า เป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุคาดหวังที่จะได้รับจากนโยบายของรัฐ เพราะถือเป็นการสร้างความมั่นคงของมนุษย์ (Human Security) ผ่านนโยบายที่เกี่ยวข้องกับ (1) การเข้าถึงโอกาสการรักษาพยาบาลในยามป่วยไข้ (2) การได้รับการดูแลด้านสุขภาพในภาวะปกติ (3) การเข้าถึงนวัตกรรมที่สนับสนุนการดำเนินชีวิตให้เกิดความสะดวกสบาย

2.4.5 การสังเคราะห์นโยบายการบริการผู้สูงอายุในระยะยาว

เมื่อพิจารณาถึงนโยบายการบริการผู้สูงอายุในระยะยาว ซึ่งหมายถึง แนวนโยบายของรัฐที่มีผลกระทบต่อวิถีการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุในระยะยาวตั้งแต่หลังเกษียณจวบจนสิ้นอายุขัยนั้น สัมพันธ์กับรูปแบบการบริการผู้สูงอายุระยะยาว ประสิทธิภาพของนโยบายการบริการผู้สูงอายุในระยะยาว และความคาดหวังเชิงนโยบายการบริการผู้สูงอายุ ซึ่งถือเป็นองค์ประกอบที่ชี้ให้เห็นถึงคุณลักษณะเชิงนโยบายที่ผู้สูงอายุจะได้ประโยชน์ ทั้งนี้หากพิจารณาถึงรายละเอียดตามองค์ประกอบดังกล่าวจะพบว่า

การศึกษาถึงรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุข้างต้น ย่อมสรุปได้ว่าเป็นการสร้างหลักประกันถึงความมั่นคงความเป็นมนุษย์ที่ผู้สูงอายุจะไม่ถูกทอดทิ้ง โดยรัฐตราบทจนสิ้นอายุขัย ซึ่งนำไปสู่การป้องกันการดูแลผู้สูงอายุไม่เหมาะสม รวมทั้งการล่วงละเมิดสิทธิของผู้สูงอายุ เช่น การทำร้ายจิตใจ การทำร้ายร่างกาย การทอดทิ้ง การโกงเงิน และการละเมิดสิทธิมนุษยชนในมิติอื่นๆ เนื่องจากผู้สูงอายุคือกลุ่มเปราะบางทางสังคม หากแต่ทรงคุณค่าด้วยประสบการณ์ ความรู้ และความสามารถ ถือเป็นพลเมืองที่มีเกียรติของรัฐ

ด้วยเหตุนี้ รูปแบบการดูแลของรัฐจึงต้องเข้าถึงความต้องการของผู้สูงอายุ โดยอิงอาศัยกลไกรัฐและกลไกภาคประชาสังคมให้เข้ามามีบทบาทร่วมในกิจกรรมที่รัฐกำหนดนโยบายและนำไปสู่การปฏิบัติผ่าน (1) การจัดตั้งหน่วยงานของรัฐดูแลผู้สูงอายุที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้อย่างเต็มที่ หรือขาดครอบครัวในการดูแลอย่างใกล้ชิดได้ โดยใช้โรงพยาบาล หรือศูนย์จัดตั้งในรูปแบบต่างๆ (2) การอิงอาศัยหน่วยงานหรือองค์กรภาคเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินธุรกิจที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ และ (3) การสนับสนุนให้ครอบครัวและชุมชน รวมถึงองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามามีบทบาทในการร่วมดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ซึ่งรูปแบบการดูแลข้างต้นจะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงการรับบริการทางการแพทย์ สวัสดิการของรัฐ และใช้สิทธิความเป็นพลเมืองรัฐได้จวบจนวาระสุดท้าย ซึ่งถือเป็นการดูแลของรัฐระยะยาว

ขณะที่ประสิทธิภาพของนโยบายการบริการผู้สูงอายุในระยะยาว ก็คือ การมุ่งเน้นถึงผลสำเร็จหรือผลที่เกิดขึ้นในการให้บริการเพื่อนำไปสู่ประโยชน์ที่พึงเกิดขึ้นจากสิ่งที่ได้ดำเนินไปถึง คำนึงถึงตัวชี้วัดที่สำคัญ ประกอบด้วย การให้บริการที่ดีของบุคลากรผู้ให้บริการ ความสะดวกของขั้นตอนดำเนินการ การให้บริการที่เท่าเทียม และความพร้อมของสิ่งอำนวยความสะดวกประกอบการให้บริการ

ส่วนประเด็นความคาดหวังเชิงนโยบายการบริการผู้สูงอายุนั้น ก็คือ ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุขที่ก่อให้เกิด ความเป็นธรรม การตอบสนองต่อความต้องการ การป้องกันความเสี่ยงทางสังคมและการเงิน รวมทั้งประสิทธิภาพการบริการแก่ผู้สูงอายุ หรือกล่าวอีกนัยหนึ่ง

ได้ว่า เป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุคาดหวังที่จะได้รับจากนโยบายของรัฐ เพราะถือเป็นการสร้างความมั่นคงของมนุษย์ (Human Security) ผ่านนโยบายที่เกี่ยวข้องกับ (1) การเข้าถึงโอกาสการรักษาพยาบาลในยามป่วยไข้ (2) การได้รับการดูแลด้านสุขภาพในภาวะปกติ (3) การเข้าถึงนวัตกรรมที่สนับสนุนการดำเนินชีวิตให้เกิดความสะดวกสบาย

ทั้งนี้ความคาดหวังที่ผู้สูงอายุย่อมปรารถนาให้ทั้งครอบครัว ชุมชน สังคม และรัฐตอบสนองความต้องการเพื่อสร้างหลักประกันความมั่นคงของมนุษย์ เนื่องจากผู้สูงอายุถือเป็นบุคลากรที่ทรงคุณค่าของรัฐ และเป็นพลเมืองที่เป็นกำลังในการเสียภาษีให้กับรัฐ การจัดสวัสดิการคืนกลับจึงเป็นความคาดหวังพื้นฐานที่ผู้สูงอายุต้องการตอบสนอง เพราะถือเป็นแรงจูงใจที่สำคัญให้ผู้สูงอายุเมื่อครั้งอยู่ในวัยทำงานพร้อมที่จะจ่ายภาษี และผูกพันตนเองในฐานะพลเมืองที่มีหน้าต่อรัฐ และตามพันธะสัญญาระหว่างรัฐกับพลเมืองนี้ เมื่อครบอายุสัญญาหลังการเกษียณอายุงานแล้ว ก็ถึงคราวที่รัฐจะต้องดูแลตนเองนั่นเอง

2.5 งานวิจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

ในการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ในช่วงพ.ศ.2555-2565 มีสาระโดยสรุปดังนี้

2.5.1 คุณลักษณะของผู้สูงอายุ

ภัทภูมิ ชี้อริชัย และพรพรหม สุชาทร (2564) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ส่งผลต่อความต้องการดูแลผู้สูงอายุ กรณีศึกษาจังหวัดชุมพร พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลที่แตกต่างกันมีความต้องการการดูแลผู้สูงอายุแตกต่างกัน ปัญหาทางด้านสุขภาพที่แตกต่างกันมีความต้องการการดูแลผู้สูงอายุแตกต่างกัน และความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันที่แตกต่างกันมีความต้องการการดูแลผู้สูงอายุแตกต่างกัน

ปริญญา สัตตะบุตร, รัชนิกร โชติชัยสถิตย์ และสุนิสา จุ้ยม่วงศรี (2564) ศึกษาเรื่อง การศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกับปัจจัยส่วนบุคคลและครอบครัวในจังหวัดเพชรบูรณ์ พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยรวมและด้านสภาพร่างกายที่ดีด้านการตัดสินใจด้วยตนเองด้านการรวมกลุ่มทางสังคม ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านสภาพอารมณ์ที่ดีอยู่ในระดับมาก ทั้งนี้ ผู้สูงอายุที่มีเพศแตกต่างกันมีคุณภาพชีวิตโดยรวมไม่แตกต่างกัน ขณะที่ ผู้สูงอายุที่มีอายุ การศึกษา รายได้และสถานภาพสมรสแตกต่างกัน มีคุณภาพชีวิตโดยรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 นอกจากนี้ แนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุใน 6 ด้าน ได้แก่ ด้านสภาพความเป็นอยู่ที่ดี ด้านสภาพร่างกายที่ดี ด้านการตัดสินใจด้วยตนเอง ด้านการรวมกลุ่มทางสังคม ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และด้านสภาพอารมณ์ที่ดี

เพ็ญศรี หงษ์พานิช (2564) ศึกษาเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและจิตวิทยาเชิงบวกต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุชาวมอญ พบว่า คะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพและคะแนนเฉลี่ยของจิตวิทยาเชิงบวกของผู้สูงอายุชาวมอญอยู่ในระดับมาก โดยปัจจัยด้านจิตวิทยาเชิงบวกมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุชาวมอญอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ต่อเดือน การมีโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุชาวมอญอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนอายุไม่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุชาวมอญ ทั้งนี้มีข้อเสนอแนะให้พัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุชาวมอญผ่านการส่งเสริมให้จิตวิทยาเชิงบวก โดยให้ผู้สูงอายุหญิงเป็นตัวแทนในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ความรู้ด้านสุขภาพ และส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดความตระหนักรู้ในความรอบรู้ด้านสุขภาพของตนเอง

อรรถพล เกิดอรุณสุขศรี และภุทธิทัต แสงทองพานิชกุล (2563) ศึกษาเรื่อง การศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลราชพิพัฒน์ บนพื้นฐานของปัจจัยส่วนบุคคลและแรงสนับสนุนทางสังคม พบว่า ปัจจัยที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล แรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ คือ การมีโรคประจำตัวซึ่งความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองทางบวกในระดับปานกลาง รวมทั้งแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ทิพย์รัตน์ ผลอินทร์, นารีรัตน์ จิตรมนตรี และวิราพรธณ วิโรจน์รัตน์ (2560) ศึกษาเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะสุขภาพ ความกลัวการหกล้ม และ พฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน พบว่า 1) ผู้สูงอายุในชุมชนที่ศึกษาส่วนใหญ่มีพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในระดับสูง และยังพบพฤติกรรมซึ่งอาจส่งผลให้ผู้สูงอายุหกล้มจากปัจจัยภายใน คือ ขาดการออกกำลังกาย จากปัจจัยภายนอก คือ ขาดการตรวจสอบความมั่นคงแข็งแรงของเครื่องเรือนเครื่องใช้ภายในบ้าน 2) อายุ และความกลัวการหกล้ม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตาม การศึกษา อาชีพ รายได้ และภาวะสุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม

2.5.2 ค่านิยมทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุ

นลินี เกิดประสงค์ และจันทิมา นวะมะวัฒน์ (2565) ศึกษาเรื่อง ระบบและกลไกเพื่อรองรับสังคมสูงวัยระดับตำบล พบว่า ความต้องการของประชาชนจำแนกเป็น 2 กลุ่มคือ ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป และกลุ่มแกนนำชุมชนที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุใน 4 มิติ ได้แก่ 1) มิติด้านสุขภาพให้ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพและการป้องกันโรค ดำรวจและดูแลผู้สูงอายุผู้ยากลำบาก ควรมีระบบเขียนแบบ

เพื่อนช่วยเพื่อน เสนอให้มีการจัดบริการเชิงรุก พัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยระยะยาวโดยเฉพาะการ
 คมนาคมขนส่งเดินทางรับการรักษา 2) มิติเศรษฐกิจ จัดระบบการออมในชุมชน สวัสดิการชุมชน
 และฌาปนกิจสงเคราะห์ให้ดียิ่งขึ้น สร้างอาชีพเสริมรายได้ผู้สูงอายุ ส่งเสริมภูมิปัญญา 3) มิติด้าน
 สังคม สร้างความเข้มแข็งและความอบอุ่นภายในครอบครัว คำนึงช่วยเหลือเกื้อกูล เพื่อนช่วยเพื่อ
 สืบสานงานบุญสร้างวัฒนธรรมการทำงานร่วมกันของภาครัฐท้องถิ่นและภาคประชาชน เคารพซึ่ง
 กันและกันส่งเสริมและสืบสานภูมิปัญญา มาตรการรักษาความปลอดภัยในชุมชน และ 4) มิติด้าน
 สภาพแวดล้อมเสนอให้มีการปรับปรุงบ้านให้เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ สถานที่สาธารณะให้เป็น
 มิตรกับผู้สูงอายุ สร้างให้เป็นชุมชนสีเขียวและสะอาด ส่วนระบบและกลไกรองรับสังคมสูงวัย
 ประกอบด้วย 1) ขับเคลื่อนให้เกิดระบบและกลไกรองรับสังคมสูงวัยระดับตำบล ระดับจังหวัด เช่น
 คณะทำงานพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะระดับพื้นที่ ระดับตำบล ระดับจังหวัด หนุน
 เสริมการทำงานและจัดให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างพื้นที่ และ 2) ระบบงานที่เหมาะสม
 รองรับสังคมสูงวัยรวม 23 ระบบและกระบวนการบริหารจัดการ 6 องค์ประกอบ คือ 1) การปรับ
 โครงสร้างการบริหารจัดการของกลุ่ม 2) การวางระบบการทำงานที่สอดคล้องกับบริบทชุมชนสู่การ
 ปฏิบัติ 3) สร้างบรรยากาศการสื่อสารแบบเปิดเป็นประชาธิปไตย 4) พัฒนาความรู้และทักษะใหม่ๆ
 ให้กับกลุ่มผู้ขับเคลื่อน 5) สร้างทีมงานในระดับกลุ่มปฏิบัติ และ 6) สร้างแรงจูงใจในการทำงาน

ปีนเรศ กาศอุดม และคณะ (2561) ศึกษาเรื่อง “บทบาทครอบครัวในการส่งเสริมคุณภาพ
 ชีวิตผู้สูงอายุในสถานการณ์การเปลี่ยนแปลง” สรุปให้เห็นว่า ครอบครัวมีความสำคัญในการดูแล
 เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยจะต้องมีบทบาทในการดูแล 4 ด้าน ได้แก่ การดูแลด้าน
 ร่างกาย การดูแลทางด้านจิตใจ การดูแลด้านสังคม และการดูแลด้านเศรษฐกิจ

2.5.3 บทบาทของรัฐต่อผู้สูงอายุ

วิชัย โสสุวรรณจินดา (2557) ศึกษาเรื่อง บทบาทขององค์การนายจ้างต่อปัญหาในสังคม
 ผู้สูงอายุ พบว่า จากการศึกษาในประเทศไทยมีประชากรผู้สูงอายุมีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้นต่อไป ได้ก่อให้เกิด
 ทั้งปัญหาทางเศรษฐกิจและทางสังคม แต่ผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ นอกจากครอบครัวของผู้สูงอายุ
 เองแล้ว ก็มักจะเป็นหน้าที่ของรัฐ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ช่วยตัวเองไม่ได้ ทั้งนี้ในส่วนของบทบาท
 ขององค์การนายจ้างเกี่ยวกับปัญหาสังคมผู้สูงอายุที่ผ่านมายังมีอยู่น้อยมาก โดยส่วนใหญ่จะเป็น
 บทบาทในการจัดตั้งกองทุนสำรองเลี้ยงชีพในสถานประกอบการ บางแห่งมีการจัดสวัสดิการด้าน
 การรักษาพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุ เหตุผลที่องค์การนายจ้างยังมีบทบาทในเรื่องนี้น้อย เนื่องจากการ
 ขาดแคลนเงินทุนและในการดำเนินการ ประกอบกับพระราชบัญญัติแรงงานรัฐวิสาหกิจสัมพันธ์
 และพระราชบัญญัติแรงงานสัมพันธ์ยังกำหนดให้องค์การนายจ้างมีหน้าที่ปกป้องคุ้มครองสิทธิ
 เฉพาะผู้ที่เป็สมาชิกเท่านั้น และนายจ้างที่เป็นผู้ว่าจ้างลูกจ้างก็ดูแลเฉพาะผู้ที่ยังเป็นลูกจ้าง ดังนั้นผู้

ที่พ้นจากการเป็นสมาชิกองค์กรหรือพ้นจากการเป็นลูกจ้าง เพราะเหตุเกษียณอายุจึงไม่ได้รับการคุ้มครองดูแลอีกต่อไป อย่างไรก็ตาม ในด้านของรัฐบาลนั้น ควรมีบทบาทในการส่งเสริมกิจกรรมขององค์กรนายจ้าง โดยกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ควรได้เพิ่มกองทุนสำหรับผู้สูงอายุให้เพียงพอ เพื่อให้องค์กรนายจ้างสามารถนำไปใช้ในกิจกรรมผู้สูงอายุ กระทรวงแรงงาน ควรปรับปรุงกฎหมายประกันสังคมเพื่อเพิ่มเงินสมทบกรณีประกันสุขภาพ และควรมีแนวทางการส่งเสริมการจ้างงานสำหรับผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้ที่ยังสามารถทำงานได้ กระทรวงสาธารณสุขควรจัดบริการรักษาพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุโดยเฉพาะ และกระทรวงมหาดไทยควรส่งเสริมให้องค์กรส่วนท้องถิ่นจัดให้มีกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องและให้ผู้สูงอายุในท้องถิ่นได้ถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์แก่คนรุ่นหลัง

เจริญชัย หมั่นห่อ และสุพรรณิ พูลผล (2559) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับบทบาทของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุจังหวัดนครพนม พบว่า 1) ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 41.36 ปี ระยะเวลาเฉลี่ยในการดูแลผู้สูงอายุ 11.65 ปี รายได้เฉลี่ยของครอบครัว 9,157 บาทต่อเดือนสถานภาพสมรส การศึกษาระดับมัธยมศึกษา รายได้มีพอใช้ ไม่มีโรคประจำตัว และเกี่ยวข้องกับบุตรของผู้สูงอายุมากที่สุด ปัจจัยด้านครอบครัวโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ด้านทรัพยากรของครอบครัวและด้านการเผชิญปัญหาในครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง ด้านความมั่นคงภายในครอบครัวอยู่ในระดับมาก ปัจจัยด้านสังคมโดยรวมอยู่ในระดับมาก ด้านการสนับสนุนจากบุคคลภายนอกครอบครัว และการสนับสนุนจากรัฐอยู่ในระดับมาก 2) บทบาทของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุจังหวัดนครพนม โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับมาก 3) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับบทบาทการดูแลผู้สูงอายุเป็นดังนี้ อายุมีความสัมพันธ์ทางลบ ระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวก ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับบทบาทการดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ ความเพียงพอของรายได้และความเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ส่วนปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับบทบาทการดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรสและภาวะสุขภาพ ปัจจัยด้านครอบครัวทั้งโดยรวมและรายด้าน ปัจจัยด้านสังคมโดยรวมและรายด้านมีความสัมพันธ์ทางบวกกับบทบาทของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

วรรณษา วงษ์เส็ง และวิโรจน์ เกษภูถักฤษณ์ (2559) ศึกษาเรื่อง บทบาทและการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุด้านประชาสังคมในการพัฒนาชุมชน เขตบางแค กรุงเทพมหานคร พบว่า ประเด็นผู้สูงอายุกับการเข้าร่วมดำเนินงานพัฒนาชุมชน มีข้อมูลคุณลักษณะทั่วไป ด้านสุขภาพ จิตใจ การศึกษา การประกอบอาชีพ อีกทั้งยังเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุกับลักษณะการจัดตั้งชุมชน เป้าหมาย และปัจจัยที่ผลต่อการเข้าร่วมพัฒนาชุมชน ทั้งนี้ การมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุด้านประชาสังคมส่งผลให้เกิดบทบาทและการมีส่วนร่วมในเรื่องหลักและวิธีการทำงาน บทบาทและหน้าที่ความ

รับผิดชอบ เทคนิคและวิธีการสร้างการมีส่วนร่วม นอกจากนี้ยังพบปัญหาและอุปสรรค รวมถึงประโยชน์จากการมีส่วนร่วม ขณะเดียวกันยังพบว่ามีการสนับสนุนและการสร้างเครือข่ายด้านประชาสังคม อันประกอบด้วยหน่วยงานภาครัฐ ภาครัฐวิสาหกิจ ภาคเอกชน และองค์กรอิสระ ที่ให้ความช่วยเหลือและแลกเปลี่ยนความรู้

2.5.4 นโยบายการบริการผู้สูงอายุในระยะยาว

ปิยพร เสาร์สาร และทรงยศ คำชัย (2560) ศึกษาเรื่อง ประสิทธิภาพการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุด้วยค่ากลาง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า การสร้างประสิทธิภาพในการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุประกอบด้วย 1) การทำงานจะสำเร็จต้องมีการปฏิบัติจริง และทำซ้ำๆ มีการทบทวน ติดตามผลการดำเนินงาน ใช้เครื่องมือ PDCA และปรับแผนให้เข้ากับบริบทของพื้นที่ 2) ไม่คาดหวังต่อผลสำเร็จ ผลลัพธ์มากเกินไป ทำไปทีละขั้นตอน 3) มีการสื่อสารมากขึ้น ใช้การสื่อสารสองทาง ทั้งแบบเป็นทางการคือการชี้แจงในที่ประชุม และไม่เป็นทางการคือพูดคุยในทุกโอกาส สร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างกัน 4) ใช้สื่อกลาง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และอดีตผู้นำชุมชนที่มีภาวะผู้นำเป็นที่ยอมรับของชุมชน 5) ปรับบทบาทเป็นผู้จัดการไม่ใช่ผู้ดำเนินงาน เป็นพี่เลี้ยงให้กับชุมชน/พื้นที่ กลุ่มที่เกี่ยวข้องเป็นผู้ขับเคลื่อนและดำเนินงาน 6) เจ้าหน้าที่ต้องมีความรู้ เกี่ยวกับตัวชี้วัด ทฤษฎี กฎหมาย ระเบียบข้อบังคับ เกี่ยวกับงานผู้สูงอายุ 7) ยกย่องให้ความสำคัญกับแกนนำผู้สูงอายุ 8) มีข้อมูลครอบคลุมทุกมิติของผู้สูงอายุ ใช้ข้อมูลร่วมกัน และคืนข้อมูลให้กับพื้นที่ 9) การมีและใช้ระเบียบข้อบังคับชมรมผู้สูงอายุขึ้นอยู่กับบริบทของชุมชน และ 10) การบริหารจัดการด้านบุคลากร งบประมาณ ของชมรมผู้สูงอายุมีความเข้มแข็ง

สมศักดิ์ อรรถศิลป์ (2560) ศึกษาเรื่อง แนวทางการจัดระบบบริการสุขภาพเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย พบว่า มีปัจจัยที่สำคัญอันเกี่ยวข้องกับความต้องการด้านสุขภาพผู้สูงอายุ ได้แก่ 1) ระบบการบริการ 2) อัตรากำลังบุคลากรด้านสุขภาพ 3) ระบบข้อมูลข่าวสาร 4) เทคโนโลยีทางการแพทย์ 5) อัตราค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ 6) ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล โดยปัจจัยข้างต้นนี้อาจนำไปสู่ระบบบริการสาธารณสุขที่ก่อให้เกิด ความเป็นธรรม การตอบสนองต่อความต้องการ การป้องกันความเสี่ยงทางสังคมและการเงิน รวมทั้งประสิทธิภาพการบริการแก่ผู้สูงอายุ

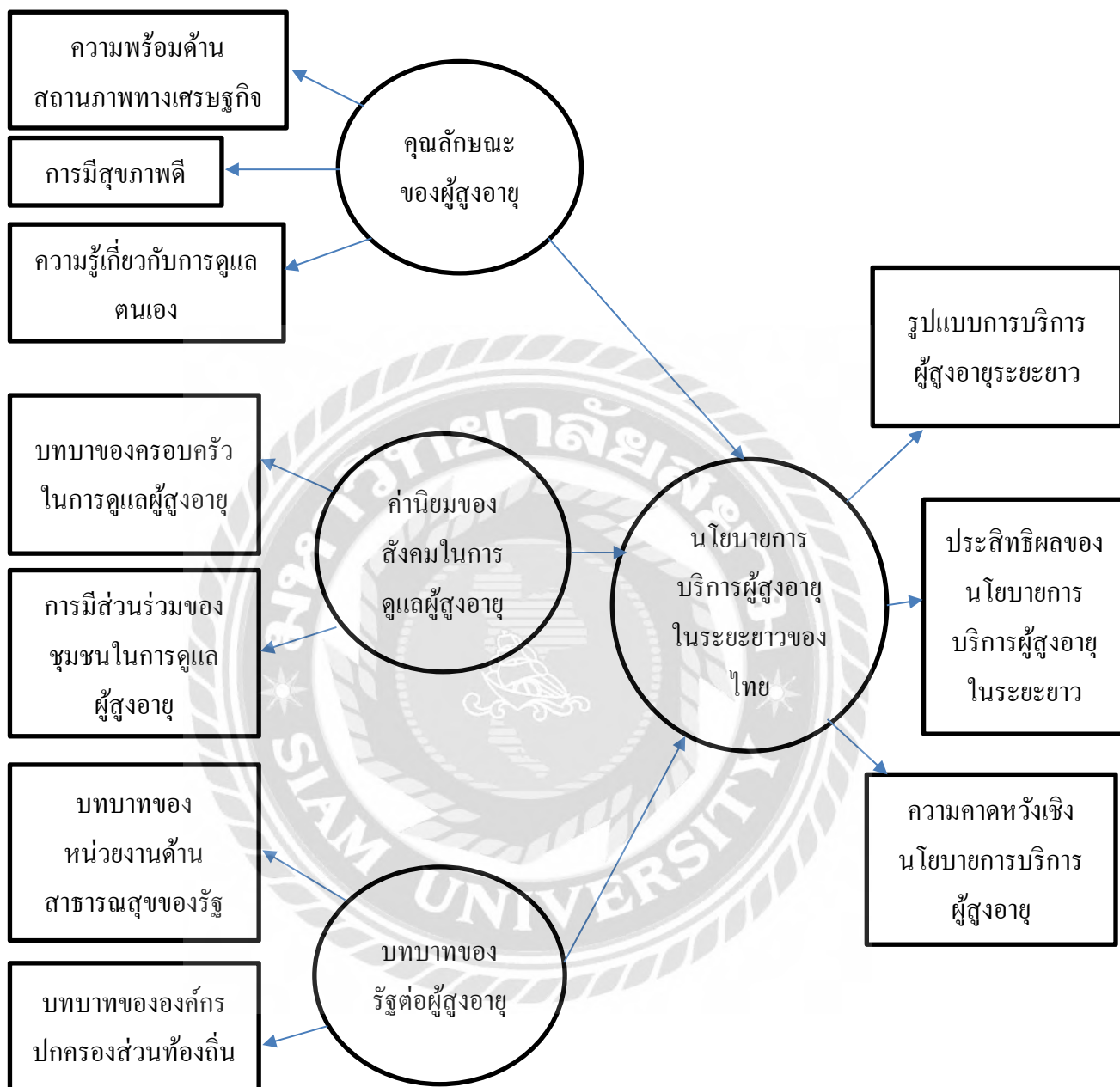
กาญจนา พิบูลย์ และคณะ (2557) ศึกษาเรื่อง รูปแบบการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุแบบไปกลับในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา พบว่า รูปแบบของศูนย์ดูแลแบบไปกลับหรือแบบกลางวันในประเทศสหรัฐอเมริกา นั้น มี 3 รูปแบบ ประกอบด้วย รูปแบบที่เน้นทางสังคม รูปแบบที่เน้นทางการแพทย์ และรูปแบบเฉพาะ 1) รูปแบบที่มีแนวคิดทางสังคมนั้นจะมุ่งเน้นการบริการที่มีอาหาร การจัดกิจกรรมสันทนาการ มีกิจกรรมสุขภาพบางกิจกรรม มีกิจกรรมสำหรับผู้ที่ปัญหาเรื่องการรับรู้ หรือมีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวัน กิจกรรมที่มีศูนย์ดูแลแบบไปกลับหรือแบบกลางวัน

อาทิเช่น เกมส์ งานฝีมือ งานศิลปะ กิจกรรมสนทนากลุ่ม 2) รูปแบบที่มีแนวคิดเน้นทางการแพทย์ หรือเน้นดูแลสุขภาพนั้นจะมีกิจกรรมคล้ายคลึงกับศูนย์ดูแลแบบไปกลับหรือแบบกลางวันในรูปแบบที่มีแนวคิดทางสังคม แต่จะมุ่งเน้นบริการเรื่องการบำบัดรักษา หรือฟื้นฟูอาทิเช่น การทำกายภาพบำบัด กิจกรรมบำบัด ซึ่งบางครั้งารูปแบบกิจกรรมก็จะประกอบไปด้วยทั้งกิจกรรมที่เน้นเรื่องสังคมและทางการรักษา และ 3) รูปแบบเฉพาะ จะมีบริการสำหรับกลุ่มที่มีปัญหาเฉพาะ เช่น กลุ่มผู้ป่วย HIV หรือ AIDS กลุ่มที่มีปัญหาจากการได้รับอุบัติเหตุทางสมอง หรือมีปัญหาด้านสุขภาพจิต

นภดล ชีรภัทรานุกร (2556) ศึกษาเชิงเปรียบเทียบประสิทธิผลการให้บริการงานประปา ระหว่างชุมชนที่มีและไม่มีระบบกรองน้ำในขบวนการผลิตขององค์การบริหารส่วนตำบล้าเพียกอ อำเภอศรีบุรี จังหวัดนครราชสีมา พบว่า จำแนกประสิทธิผลการให้บริการออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านคุณภาพพนักงานที่ให้บริการ ด้านความรวดเร็วของกระบวนการให้บริการ และด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร และการประชาสัมพันธ์



2.6 กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพที่ 2.1 กรอบการวิจัย

ที่มา: ผู้วิจัย

2.7 ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

คุณลักษณะของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 1) ความพร้อมด้านสถานภาพทางเศรษฐกิจส่วนบุคคล 2) การมีสุขภาพดี และ 3) ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง

ค่านิยมของสังคมในการดูแลผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 1) บทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ ความอบอุ่นของครอบครัว และ 2) การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ

บทบาทของรัฐต่อผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 1) บทบาทของหน่วยงานด้านสาธารณสุขของรัฐ และ 2) บทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

นโยบายการบริการผู้สูงอายุในระยะยาวของไทย ประกอบด้วย 1) รูปแบบการบริการผู้สูงอายุระยะยาว 2) ประสิทธิภาพของนโยบายการบริการผู้สูงอายุในระยะยาว และ 3) ความคาดหวังเชิงนโยบายการบริการผู้สูงอายุ

2.8 สมมติฐานการวิจัย

สมมติฐานที่ 1 คุณลักษณะของผู้สูงอายุมีอิทธิพลต่อนโยบายการบริการผู้สูงอายุในระยะยาวของไทย

สมมติฐานที่ 2 ค่านิยมของสังคมในการดูแลผู้สูงอายุมีอิทธิพลต่อนโยบายการบริการผู้สูงอายุในระยะยาวของไทย

สมมติฐานที่ 3 บทบาทของรัฐต่อผู้สูงอายุมีอิทธิพลต่อนโยบายการบริการผู้สูงอายุในระยะยาวของไทย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเรื่อง นโยบายการบริการผู้สูงอายุในระยะยาวของไทยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงผสมวิธี (Mixed Methods Research) โดยดำเนินการศึกษาค้นคว้าการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) พร้อมทั้งดำเนินการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) เพื่อสนับสนุนผลการศึกษาระบบบริการผู้สูงอายุและหาข้อสรุปที่เหมาะสมกับการศึกษาซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

3.1 ประชากร กลุ่มตัวอย่าง และ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ

1. กลุ่มตัวอย่างเชิงปริมาณ ประชากรที่ใช้ในการศึกษานี้ ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานครและเขตปริมณฑล ได้แก่ สมุทรปราการ ปทุมธานี และนนทบุรี โดยเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลต่างๆ ซึ่งไม่ทราบจำนวนที่แน่นอน เมื่อพิจารณาสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ห้วงค์ประกอบขนาดกลุ่มตัวอย่างต้องมีขนาดใหญ่ จึงใช้แนวทางการคำนวณกลุ่มตัวอย่างของ Hair, Anderson, Tatham, and Black (1998) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% สูงสุดเท่ากับ 400 ตัวอย่าง (วัลลภ รัฐฉัตรานนท์. 2562: 36)

ทั้งนี้ได้กำหนดโควตา (Quota sampling) จำแนกกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 4 กลุ่มๆ ละ 100 คน ร่วมกับวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi Stage Sampling) โดยมีลำดับขั้นตอน ดังนี้

1) จัดทำฉลากเลือกโรงพยาบาลในพื้นที่จังหวัดต่างๆ เพื่อทำการสุ่มตัวอย่างเป็นรายจังหวัด โดยเลือกมาจังหวัดละ 1 แห่ง โดยได้ผลการจับฉลาก ได้แก่

กรุงเทพมหานคร คือ โรงพยาบาลรามาริบัติ

จังหวัดสมุทรปราการ คือ โรงพยาบาลสมุทรปราการ

จังหวัดปทุมธานี คือ โรงพยาบาลแพทย์รังสิต

จังหวัดนนทบุรี คือ โรงพยาบาลนนทเวช

2) จากนั้นทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการแบบบังเอิญ (Accidental Sampling) เนื่องจากไม่สามารถคาดการณ์จำนวนกลุ่มประชากรที่แน่นอนได้ จึงกำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างของโรงพยาบาลในแต่ละพื้นที่แห่งละ 100 ตัวอย่าง โดยเก็บข้อมูลจากผู้สูงอายุที่เข้ามาใช้บริการในโรงพยาบาล

2. กลุ่มตัวอย่างเชิงคุณภาพ ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบอ้างอิงด้วยบุคคลและผู้เชี่ยวชาญ (Snowball Sampling) การสุ่มตัวอย่างแบบอ้างอิงด้วยบุคคลและผู้เชี่ยวชาญ (Snowball Sampling) คือ การสุ่มเลือกตัวอย่างมา 1 คน จากนั้นผู้ที่ได้รับการเลือกก็ทำการเสนอหรือคัดเลือกผู้คนที่

ลักษณะใกล้เคียงต่อไป ได้แก่ นักวิชาการ บุคลากรจากกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย กรมกิจการผู้สูงอายุ หรือสถานพยาบาลหรือธุรกิจดูแลผู้สูงอายุ โดยการสุ่มตัวอย่างแบบลูกโซ่ (Snowball sampling) ใช้วิธีแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 20 คน โดยไม่ระบุชื่อผู้ให้สัมภาษณ์เพื่อรักษาสิทธิส่วนบุคคล

3.2 เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือการวิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ

1) แบบสอบถาม (Questionnaires) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามนโยบายการบริการผู้สูงอายุในระยะยาวของไทยสร้างขึ้นโดยการศึกษาจากเอกสารทฤษฎี และการทบทวนรายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้อง กำหนดมาตราวัดแบบแบ่งช่วง (Interval Scale) มี 5 ระดับ เพื่อใช้สอบถามความคิดเห็นของผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานครและเขตปริมณฑล ได้แก่ สมุทรปราการ ปทุมธานี และนนทบุรี โดยเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลต่างๆ จำนวน 400 ตัวอย่าง

ทั้งนี้แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัยแบ่งออกเป็น 6 ตอน ได้แก่

- ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม
- ตอนที่ 2 คุณลักษณะของผู้สูงอายุ
- ตอนที่ 3 ค่านิยมทางสังคมกับการดูแลผู้สูงอายุ
- ตอนที่ 4 บทบาทของรัฐต่อผู้สูงอายุ
- ตอนที่ 5 นโยบายการบริการผู้สูงอายุในระยะยาว
- ตอนที่ 6 ข้อเสนอแนะอื่นๆ

โดยแต่ละคำถามกำหนดมาตราวัดแบบแบ่งช่วง (Interval Scale) มี 5 ระดับ โดยวัดเป็นระดับการปฏิบัติตามคะแนน กำหนดคะแนนไว้ในแต่ละระดับ (Likert, 1967) ดังนี้

| ระดับ | คะแนนเชิงบวก |
|--------------------|--------------|
| เห็นด้วยมากที่สุด | 5 |
| เห็นด้วยมาก | 4 |
| เห็นด้วยปานกลาง | 3 |
| เห็นด้วยน้อย | 2 |
| เห็นด้วยน้อยที่สุด | 1 |

ทั้งนี้เกณฑ์แปลความหมาย ดังนี้

4.21 – 5.00 หมายถึง มีทัศนคติในระดับมากที่สุด

3.41 – 4.20 หมายถึง มีทัศนคติในระดับมาก

2.61 – 3.40 หมายถึง มีทัศนคติในระดับปานกลาง

1.81 – 2.60 หมายถึง มีทัศนคติในระดับน้อย

1.00 – 1.80 หมายถึง มีทัศนคติในระดับน้อยที่สุด

2) แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง (Structured Interview) หรือการสัมภาษณ์แบบเป็นทางการ (Formal Interview) ลักษณะของการสัมภาษณ์เป็นการสัมภาษณ์ที่มีคำถามและข้อกำหนดแน่นอนตายตัว จะสัมภาษณ์ผู้ใดก็ใช้คำถามแบบเดียวกันทั้งหมด โดยสร้างขึ้นตามกรอบการศึกษานโยบายการบริการผู้สูงอายุในระยะยาวของไทย

3.3 การพัฒนาเครื่องมือการวิจัย

การดำเนินการวิจัยเรื่อง “นโยบายการบริการผู้สูงอายุในระยะยาวของไทย” มีรายละเอียดขั้นตอนการพัฒนาและทดสอบเครื่องมือการวิจัยดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดนโยบายการบริการผู้สูงอายุในระยะยาวของไทย

ขั้นตอนที่ 2 ร่างแบบสัมภาษณ์ แบบสอบถามตามกรอบแนวคิดวัตถุประสงค์ของ แบบสัมภาษณ์ และแบบสอบถาม

ขั้นตอนที่ 3 นำแบบสอบถามไปทดสอบหาค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's Alpha) กับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 40 คน โดยมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.976

ขั้นตอนที่ 4 นำแบบสอบถามไปสัมภาษณ์ และแจกแบบสอบถามกับกลุ่มตัวอย่างเชิงปริมาณ

ขั้นตอนที่ 5 ทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสังคมศาสตร์

ขั้นตอนที่ 6 อภิปรายผลและสรุปผลนโยบายการบริการผู้สูงอายุในระยะยาวของไทย

ขั้นตอนที่ 7 นำเสนอนโยบายการบริการผู้สูงอายุในระยะยาวของไทย

ทั้งนี้การตรวจสอบคุณภาพแบบสอบถาม ในการทดสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลวิจัยครั้งนี้ ได้นำเอาเครื่องมือที่ใช้ ในการวิจัยมาตรวจสอบความเที่ยงตรง (Validity) และความเชื่อมั่น (Reliability) ดังนี้

1) นำแบบสอบถามที่ได้ออกแบบให้ผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดการและสถิติจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงตรงของวัตถุประสงค์ เนื้อหาและภาษาที่ใช้ (Content Validity) โดยวัดความสอดคล้องข้อคำถามในแบบสอบถามกับวัตถุประสงค์แล้วรายงานเป็นค่าดัชนีความสอดคล้อง

(Index of item – Objective Congruence: IOC) ซึ่งผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด จำนวน 5 ท่าน โดยมีเกณฑ์ในการให้คะแนนในแต่ละข้อคำถาม ดังนี้

+1 หมายความว่า แน่ใจว่าข้อคำถามสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ในการวัด

0 หมายความว่า ไม่แน่ใจว่าข้อคำถามสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ในการวัด

-1 หมายความว่า แน่ใจว่าข้อคำถามไม่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ในการวัด

นำคะแนนที่ได้จากผู้เชี่ยวชาญทั้งหมดมาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ตามสูตร

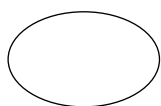
$IOC = \sum R/N$ เมื่อ $R =$ ผลรวมคะแนนความเห็นของผู้เชี่ยวชาญแต่ละท่าน และ

$N =$ จำนวนผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด

พิจารณาดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ถ้าค่า IOC มีค่าตั้งแต่ .50 ถึง 1.00 แสดงว่าข้อคำถามนั้นวัดหรือเป็นตัวแทนของวัตถุประสงค์ที่ต้องการวัด หากได้น้อยกว่า .50 แสดงว่าข้อคำถามนั้นไม่ใช่วัตถุประสงค์ที่ต้องการวัด (สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์, 2544, น. 240-247) ทั้งนี้ผลที่ได้มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) อยู่ที่ 1.00 หลังจากนั้นนำข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญมาปรับปรุงเนื้อหาของคำถามแต่ละข้อของแบบสอบถามให้มีความเหมาะสมตรงตามวัตถุประสงค์ของคำถามวิจัย

2. การทดสอบหาค่าความเชื่อมั่น โดยผู้วิจัยได้นำเอาแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจจากผู้เชี่ยวชาญไปทำการทดสอบกับกลุ่มที่ไม่ใช่ตัวอย่างจำนวน 30 ราย แล้วนำมาหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach) เพื่อดูความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นว่าอยู่ในระดับที่ยอมรับได้หรือไม่ โดยเกณฑ์สัมประสิทธิ์แอลฟาควรมากกว่าหรือเท่ากับ 0.70 (สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์, 2544, น.248-257) ซึ่งผลการทดสอบพบว่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach) ได้ค่าเท่ากับ 0.976 สรุปได้ว่าแบบสอบถามผ่านเกณฑ์การทดสอบคุณภาพ

ส่วนการกำหนดสัญลักษณ์ในโมเดลสมการ โครงสร้างนำเสนอ ดังนี้



แทน ตัวแปรแฝง (Latent Variable)



แทน ตัวแปรสังเกตได้ (Observed Variable)



แทน เส้นทางอิทธิพลเชิงสาเหตุและผลโดยตัวแปรที่ปลายลูกศร

ก่อให้เกิดความเปลี่ยนแปลงโดยตรงต่อตัวแปรที่หัวลูกศร



แทน ความสัมพันธ์หรือความแปรปรวนของตัวแปรที่ไม่ทราบ
ทิศทางความเป็นสาเหตุและผล

การให้ความหมายของตัวแปรที่ใช้ในการวิเคราะห์โมเดลสมการโครงสร้าง

1. ตัวแปรแฝง หมายถึง ตัวแปรอิสระในงานวิจัยนี้

2. ตัวแปรสังเกตได้ หมายถึง ตัวแปรที่เราสามารถสังเกตได้โดยตรง เป็นตัวชี้วัดความ

คิดเห็นหรือเป็นพฤติกรรมที่สังเกตหรือสิ่งที่ปรากฏภายนอก

โดยค่าที่แสดงความคลาดเคลื่อนของตัวชี้วัด ประกอบด้วย

1. e คือ ค่าที่แสดงความคลาดเคลื่อนตัวชี้วัดตัวแปรอิสระ

2. d คือ ค่าที่แสดงความคลาดเคลื่อนตัวชี้วัดตัวแปรตาม

3. r คือค่าที่แสดงความคลาดเคลื่อน ในการวัดที่เป็นเศษเหลือของตัวแปรตาม

นอกจากนี้การวิเคราะห์ด้วยโมเดลสมการ โครงสร้าง ยังผ่อนคลายข้อตกลงเบื้องต้นในเรื่อง การให้ความคลาดเคลื่อนสามารถสัมพันธ์กันได้ ซึ่งทำให้สามารถปรับตัวแบบของโมเดลให้ สอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ให้มากที่สุด ก่อนนำเสนอผลการวิเคราะห์ โดยก่อนที่จะนำเสนอ ผลการวิเคราะห์ผู้วิจัยขอแนะนำการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นที่สำคัญ

ทั้งนี้ การวิจัยเชิงคุณภาพเน้นการรวบรวมข้อมูลจาก เอกสาร งานวิจัย การสัมภาษณ์บุคคล ที่เกี่ยวข้อง การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการ การถอดบทเรียนจาก กรณีศึกษาที่ประสบความสำเร็จและล้มเหลว แล้วนำมาวิเคราะห์ตามประเด็นกรอบการศึกษาโดย การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) เพื่อสร้างข้อสรุปทั่วไปจากการวิจัย (Generalization) ทั้งนี้ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสัมภาษณ์ ซึ่งเป็นแบบสัมภาษณ์กึ่งมีโครงสร้าง (Semi-structure questionnaire) โดยไม่ระบุชื่อผู้ให้สัมภาษณ์เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึก

3.4 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1) การเก็บรวบรวมข้อมูลจากเอกสารจากข้อมูลเอกสาร (Documentary Research) โดย การศึกษาค้นคว้าจากเอกสารทางวิชาการ บทความ วารสาร วิทยานิพนธ์ คุชณินันท์ต่าง ๆ รวมทั้ง รายงานการวิจัย และข้อมูลจากอินเทอร์เน็ตที่เกี่ยวข้องกับนโยบายการบริการผู้สูงอายุในระยะยาว ของไทยโดยเป็นการรวบรวมทั้งข้อมูลระดับปฐมภูมิ ระดับทุติยภูมิ เพื่อพัฒนานำไปสู่กรอบแนวคิด ในการวิจัยออกแบบเครื่องมือแบบสอบถามเชิงปริมาณและแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง (Structured Interview) หรือการสัมภาษณ์แบบเป็นทางการ (Formal Interview)

2) การเก็บรวบรวมข้อมูลจากภาคสนามด้วยแบบสอบถาม (Questionnaires) จากผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานครและเขตปริมณฑล ได้แก่ สมุทรปราการ ปทุมธานี และนนทบุรี โดยเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลต่างๆ ซึ่งไม่ทราบจำนวนที่แน่นอน จากการกำหนดกลุ่มตัวอย่างได้คำนวณด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*Power จำนวน 400 ตัวอย่าง

3) การสัมภาษณ์รายบุคคล (Interview) แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) การสัมภาษณ์เป็นรายบุคคล ใช้เทคนิคการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกซึ่งเป็นเทคนิคทางการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกในทุกแง่มุม โดยการสัมภาษณ์แบบสองทาง (Two way communication) เป็นลักษณะของการสนทนาระหว่างผู้ให้ข้อมูลกับผู้ต้องการข้อมูล เป็นการตอบข้อซักถามแบบตรงไปตรงมา และชัดเจน ตามแบบสัมภาษณ์ มีความยืดหยุ่น เปิดกว้างไม่เป็นทางการ เป็นการถามแบบมีอิสระ และอาจปรับเปลี่ยนประเด็นคำถามให้เหมาะสมกับผู้ถูกสัมภาษณ์ และเป็นประเด็นคำถามที่เพิ่มเติมได้ เพื่อให้ได้ข้อมูลจนเป็นที่น่าพอใจ ซึ่งเป็นอิสระและเป็นส่วนตัวของผู้ที่ตอบแบบสัมภาษณ์ โดยการวิจัยนี้ขอสงวนนามของผู้ให้สัมภาษณ์หรือใช้นามแฝงแทนชื่อของผู้ให้สัมภาษณ์

3.5 การวิเคราะห์ข้อมูล

1) การวิจัยเชิงปริมาณ เน้นการรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถาม ตั้งแต่วันที่ 1 มิถุนายน – 30 กันยายน พ.ศ. 2565 ทั้งนี้สถิติที่ใช้ประกอบด้วยสถิติพรรณนาและสถิติอนุมาน เพื่อช่วยในการยืนยันข้อค้นพบจากการวิจัยเชิงคุณภาพ

การวิเคราะห์เชิงปริมาณได้ใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และโมเดลสมการ โครงสร้าง (Structural Equation Modeling) จากนั้นนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพและข้อมูลเชิงปริมาณมาสังเคราะห์ข้อมูลร่วมกันแล้วสร้างข้อสรุปถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อนโยบายการบริการผู้สูงอายุในระยะยาวของไทย

2) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากแบบสัมภาษณ์เชิงลึก นำข้อมูลจากการสัมภาษณ์มาวิเคราะห์ข้อมูล จัดทำการจัดหมวดหมู่ข้อมูล ความหลากหลายและความแตกต่างของข้อมูลจนมั่นใจว่าเป็นข้อค้นพบที่สามารถลงเป็นข้อสรุปนโยบายการบริการผู้สูงอายุในระยะยาวของไทยได้ ผู้วิจัยจึงดำเนินการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ตามกรอบและวัตถุประสงค์โดยใช้วิธีการการตีความข้อมูล (Interpretation) การเปรียบเทียบข้อมูล (Constant Comparison) การสังเคราะห์ข้อมูล (Data Synthesis) พร้อมทั้งการสร้างข้อสรุป (Generalization) เกี่ยวกับนโยบายการบริการผู้สูงอายุในระยะยาวของไทย



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์

ผลการศึกษาเรื่อง “นโยบายการบริการผู้สูงอายุในระยะยาวของไทย” ได้สังเคราะห์ข้อมูล ทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ดังต่อไปนี้

4.1 ผลการวิจัยเชิงปริมาณ

ผลการวิจัยเชิงปริมาณเรื่อง “นโยบายการบริการผู้สูงอายุในระยะยาวของไทย” แบ่งการ นำเสนอผลการวิเคราะห์ออกเป็น 6 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 2 คุณลักษณะของผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 3 ค่านิยมทางสังคมกับการดูแลผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 4 บทบาทของรัฐต่อผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 5 นโยบายการบริการผู้สูงอายุในระยะยาวของไทย

ส่วนที่ 6 ข้อเสนอแนะอื่นๆ

ส่วนที่ 7 ผลการวิเคราะห์นโยบายการบริการผู้สูงอายุในระยะยาวด้วยสมการ โครงสร้าง

ทั้งนี้ ส่วนที่ 2 คุณลักษณะของผู้สูงอายุ ส่วนที่ 3 ค่านิยมทางสังคมกับการดูแลผู้สูงอายุ ส่วน ที่ 4 บทบาทของรัฐต่อผู้สูงอายุ และส่วนที่ 5 นโยบายการบริการผู้สูงอายุในระยะยาว มีการวัดเป็น ระดับความคิดเห็นตามคะแนน 1 2 3 4 และ 5 5 ระดับความคิดเห็น (Likert, 1967) ทั้งนี้กำหนดให้ เกณฑ์แปลความหมาย ดังนี้

4.21 – 5.00 หมายถึง มีความคิดเห็นในระดับมากที่สุด

3.41 – 4.20 หมายถึง มีความคิดเห็นในระดับมาก

2.61 – 3.40 หมายถึง มีความคิดเห็นในระดับปานกลาง

1.81 – 2.60 หมายถึง มีความคิดเห็นในระดับน้อย

1.00 – 1.80 หมายถึง มีความคิดเห็นในระดับน้อยที่สุด

โดยจะนำเสนอเป็นลำดับๆ ต่อไป

4.1.1 ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ

ตารางที่ 4.1 แสดงจำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ

| เพศ | จำนวน | ร้อยละ |
|---------------------------------|-------|--------|
| ชาย | 188 | 47.0 |
| หญิง | 212 | 53.0 |
| ชาย | 188 | 47.0 |
| รวม | 400 | 100.0 |
| อายุ | จำนวน | ร้อยละ |
| 60-70 ปี | 252 | 63.0 |
| 71 ปีขึ้นไป | 148 | 37.0 |
| รวม | 400 | 100.0 |
| สถานภาพ | จำนวน | ร้อยละ |
| โสด | 96 | 24.0 |
| สมรส | 180 | 45.0 |
| หม้าย/หย่าร้าง | 124 | 31.0 |
| รวม | 400 | 100.0 |
| อาชีพก่อนอายุ 60 ปี | จำนวน | ร้อยละ |
| รับราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ | 148 | 37.0 |
| ธุรกิจส่วนตัวหรืออาชีพอิสระ | 152 | 38.0 |
| เกษตรกร | 32 | 8.0 |
| อาชีพอื่นๆ | 56 | 14.0 |
| ไม่ประกอบอาชีพ | 12 | 3.0 |
| รวม | 400 | 100.0 |

ตารางที่ 4.1 แสดงจำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ ได้แก่

| อาชีพหลังอายุ 60 ปี | จำนวน | ร้อยละ |
|-------------------------------------|-------|--------|
| ธุรกิจส่วนตัวหรืออาชีพอิสระ | 152 | 38.0 |
| เกษตรกร | 24 | 6.0 |
| อาชีพอื่นๆ | 40 | 10.0 |
| ไม่ประกอบอาชีพ | 184 | 46.0 |
| รวม | 400 | 100.0 |
| ที่มาของรายได้ปัจจุบัน | จำนวน | ร้อยละ |
| บำนาญหรือบำนาญ | 160 | 40.0 |
| ประกอบอาชีพ | 148 | 37.0 |
| บุตรหลาน หรือญาติสนับสนุนค่าใช้จ่าย | 56 | 14.0 |
| อื่นๆ | 36 | 9.0 |
| บำนาญหรือบำนาญ | 160 | 40.0 |
| รวม | 400 | 100.0 |
| จำนวนรายได้ต่อเดือน | จำนวน | ร้อยละ |
| ไม่เกิน 15,000 บาท | 172 | 43.0 |
| 15,001-30,000 บาท | 152 | 38.0 |
| 30,000 บาทขึ้นไป | 76 | 19.0 |
| รวม | 400 | 100.0 |
| สถานที่พักอาศัย | จำนวน | ร้อยละ |
| บ้านของตนเอง | 260 | 65.0 |
| บ้านของบุตรหลาน หรือญาติ | 80 | 20.0 |
| อื่นๆ | 60 | 15.0 |
| รวม | 400 | 100.0 |
| จำนวนสมาชิกที่พักอาศัยอยู่ในบ้าน | จำนวน | ร้อยละ |
| อาศัยอยู่ตัวคนเดียว | 72 | 18.0 |
| 2-4 คน | 260 | 65.0 |
| 5 คนขึ้นไป | 68 | 17.0 |
| รวม | 400 | 100.0 |

ตารางที่ 4.1 แสดงจำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ ได้แก่

| ความถี่ในการเข้ารักษาพยาบาลใน | จำนวน | ร้อยละ |
|---|-------|--------|
| สถานพยาบาล | | |
| ไม่เข้ารักษาหรือไม่เกินปีละ 2 ครั้ง | 60 | 15.0 |
| 1-2 ครั้งต่อเดือน | 260 | 65.0 |
| 3 ครั้งต่อเดือนขึ้นไป | 80 | 20.0 |
| รวม | 400 | 100.0 |
| โรคประจำตัว | | |
| ไม่มี | 24 | 6.0 |
| มี | 376 | 94.0 |
| รวม | 400 | 100.0 |
| การติดตามข้อมูลข่าวสารด้านนโยบายรัฐที่ เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ | | |
| ไม่สนใจ | 32 | 8.0 |
| สนใจติดตามบ้าง | 264 | 66.0 |
| สนใจติดตามประจำ | 104 | 26.0 |
| รวม | 400 | 100.0 |

จากตารางที่ 4.1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับนโยบายการบริการผู้สูงอายุในระยะยาวมีปัจจัยส่วนบุคคล ดังนี้

ด้านเพศ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 212 คน คิดเป็นร้อยละ 53 รองลงมา ได้แก่ เพศชาย จำนวน 188 คน คิดเป็นร้อยละ 47.0

ด้านอายุ ส่วนใหญ่เป็นกลุ่ม 60-70 ปี จำนวน 252 คน คิดเป็นร้อยละ 63.0 รองลงมา ได้แก่ กลุ่ม 71 ปีขึ้นไป จำนวน 148 คน คิดเป็นร้อยละ 37.0

ด้านสถานภาพ ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มสมรส จำนวน 180 คน คิดเป็นร้อยละ 45.0 รองลงมา ได้แก่ กลุ่มหม้าย/หย่าร้าง จำนวน 124 คน คิดเป็นร้อยละ 31.0 และ กลุ่มโสด จำนวน 96 คน คิดเป็นร้อยละ 24.0

ด้านอาชีพก่อนอายุ 60 ปี ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มธุรกิจส่วนตัวหรืออาชีพอิสระ จำนวน 152 คน คิดเป็นร้อยละ 38.0 รองลงมา ได้แก่ กลุ่มรับราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ จำนวน 148 คน คิด

เป็นร้อยละ 37.0 กลุ่มอื่นๆ จำนวน 56 คน คิดเป็นร้อยละ 14.0 กลุ่มเกษตรกร จำนวน 32 คน คิดเป็นร้อยละ 8.0 และกลุ่มไม่ประกอบอาชีพ 12 คน คิดร้อยละ 3.0

ด้านอาชีพหลังอายุ 60 ปี ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มไม่ประกอบอาชีพ จำนวน 184 คน คิดเป็นร้อยละ 46.0 รองลงมา ได้แก่ กลุ่มธุรกิจส่วนตัวหรืออาชีพอิสระ จำนวน 152 คน คิดเป็นร้อยละ 38.0 กลุ่มอาชีพอื่นๆ จำนวน 40 คน คิดเป็นร้อยละ 10.0 และกลุ่มเกษตรกร จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 6.0

ด้านที่มาของรายได้ปัจจุบัน ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มบำเหน็จหรือบำนาญ จำนวน 160 คน คิดเป็นร้อยละ 40.0 รองลงมา ได้แก่ กลุ่มประกอบอาชีพ จำนวน 148 คน คิดเป็นร้อยละ 37.0 กลุ่มบุตรหลาน หรือญาติสนับสนุนค่าใช้จ่าย จำนวน 56 คน คิดเป็นร้อยละ 14.0 และกลุ่มอื่นๆ จำนวน 36 คน คิดเป็นร้อยละ 9.0

ด้านจำนวนรายได้ต่อเดือน ส่วนใหญ่เป็น กลุ่มไม่เกิน 15,000 บาท จำนวน 172 คน คิดเป็นร้อยละ 43.0 รองลงมา ได้แก่ กลุ่ม 15,001-30,000 บาท จำนวน 152 คน คิดเป็นร้อยละ 38.0 และกลุ่ม 30,000 บาทขึ้นไป จำนวน 76 คน คิดเป็นร้อยละ 19.0

ด้านสถานที่พักอาศัย ส่วนใหญ่เป็น บ้านของตนเอง จำนวน 260 คน คิดเป็นร้อยละ 65.0 รองลงมา ได้แก่ บ้านของบุตรหลาน หรือญาติ จำนวน 80 คน คิดเป็นร้อยละ 20.0 และอื่นๆ จำนวน 60 คน คิดเป็นร้อยละ 15.0

ด้านจำนวนสมาชิกที่พักอาศัยอยู่ในบ้าน ส่วนใหญ่เป็นกลุ่ม 2-4 คน จำนวน 260 คน คิดเป็นร้อยละ 65.0 รองลงมา ได้แก่ กลุ่มอาศัยอยู่ตัวคนเดียว จำนวน 72 คน คิดเป็นร้อยละ 18.0 และกลุ่ม 5 คนขึ้นไป จำนวน 68 คน คิดเป็นร้อยละ 17.0

ด้านความถี่ในการเข้ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาล ส่วนใหญ่เป็นกลุ่ม 1-2 ครั้งต่อเดือน จำนวน 260 คน คิดเป็นร้อยละ 65.0 รองลงมา ได้แก่ กลุ่ม 3 ครั้งต่อเดือนขึ้นไป จำนวน 80 คน คิดเป็นร้อยละ 20.0 และกลุ่มไม่เข้ารักษาหรือไม่เกินปีละ 2 ครั้ง จำนวน 60 คน คิดเป็นร้อยละ 15.0

ด้านโรคประจำตัว ส่วนใหญ่เป็นมีโรคประจำตัว จำนวน 376 คน คิดเป็นร้อยละ 94.0 และไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 6.0

ด้านการติดตามข้อมูลข่าวสารด้านนโยบายรัฐที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มสนใจติดตามบ้าง จำนวน 264 คน คิดเป็นร้อยละ 66.0 รองลงมา ได้แก่ กลุ่มสนใจติดตามประจำ จำนวน 104 คน คิดเป็นร้อยละ 26.0 และกลุ่มไม่สนใจ 32 คน คิดเป็นร้อยละ 8.0

4.1.2 ส่วนที่ 2 คุณลักษณะของผู้สูงอายุ

ตารางที่ 4.2 แสดงค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างที่มีต่อคุณลักษณะของผู้สูงอายุ

| คุณลักษณะของผู้สูงอายุ | ระดับความคิดเห็น | | |
|---|------------------|-------------|------------|
| | \bar{X} | S.D. | แปลผล |
| ความพร้อมทางสถานภาพทางเศรษฐกิจส่วนบุคคล | | | |
| มีรายได้เพียงพอสำหรับตนเอง | 3.81 | 1.32 | มาก |
| ปราศจากภาระหรือหนี้สินที่ต้องรับผิดชอบโดยลำพัง | 3.89 | 1.27 | มาก |
| มีเทคโนโลยีที่เอื้ออำนวยความสะดวกในชีวิตประจำวัน | 4.43 | 0.90 | มากที่สุด |
| รวม | 4.04 | 0.79 | มาก |
| การมีสุขภาพดี | | | |
| มีร่างกายที่แข็งแรงเพียงพอต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน | 3.61 | 1.11 | มาก |
| มีจิตใจที่เข้มแข็งพร้อมเผชิญกับภาวะกดดันในบางโอกาส | 4.04 | 1.04 | มาก |
| มีการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างสม่ำเสมอ | 4.69 | 0.81 | มากที่สุด |
| รวม | 4.11 | 0.70 | มาก |
| ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง | | | |
| มีความรู้เกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุ | 3.93 | 0.97 | มาก |
| มีการวางแผนเป็นแบบอย่างที่ดีแก่สมาชิกในครอบครัว | 4.64 | 0.77 | มากที่สุด |
| มีความสุขเมื่ออยู่ร่วมกับสังคม | 3.71 | 1.15 | มาก |
| รวม | 4.09 | 0.74 | มาก |
| รวม | 4.08 | 0.49 | มาก |

จากตารางที่ 4.2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความคิดเห็นต่อปัจจัยคุณลักษณะของผู้สูงอายุ โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.08$, S.D.=0.49) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ส่วนใหญ่มีความเห็นว่า ด้านการมีสุขภาพดี ($\bar{X}=4.04$, S.D.=0.79) อยู่ในระดับมาก รองลงมา ได้แก่ ด้านความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ($\bar{X}=$, S.D.=0.74) และด้านความพร้อมทางสถานภาพทางเศรษฐกิจส่วนบุคคล ($\bar{X}=4.04$, S.D.=0.79)

ด้านความพร้อมทางสถานภาพทางเศรษฐกิจส่วนบุคคล โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.04$, S.D.=0.79) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ส่วนใหญ่มีความเห็นว่า มีเทคโนโลยีที่เอื้ออำนวยความสะดวกในชีวิตประจำวัน ($\bar{X}=4.43$, S.D.=0.90) อยู่ในระดับมากที่สุด รองลงมา ได้แก่ ปราศจากภาระหรือหนี้สินที่ต้องรับผิดชอบโดยลำพัง ($\bar{X}=3.89$, S.D.=1.27) และมีรายได้เพียงพอสำหรับตนเอง ($\bar{X}=3.81$, S.D.=1.32)

ด้านการมีสุขภาพดี โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.04$, S.D.=0.79) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ส่วนใหญ่มีความเห็นว่า มีการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างสม่ำเสมอ ($\bar{X}=4.69$, S.D.=0.81) อยู่ในระดับมากที่สุด รองลงมา ได้แก่ มีจิตใจที่เข้มแข็งพร้อมเผชิญกับภาวะกดดันในบางโอกาส ($\bar{X}=4.04$, S.D.=1.04) และมีร่างกายที่แข็งแรงเพียงพอต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ($\bar{X}=3.61$, S.D.=1.11)

ด้านความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.08$, S.D.=0.74) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ส่วนใหญ่มีความเห็นว่า มีการวางแผนเป็นแบบอย่างที่ดีแก่สมาชิกในครอบครัว ($\bar{X}=4.64$, S.D.=0.77) อยู่ในระดับมากที่สุด รองลงมา ได้แก่ มีความรู้เกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุ ($\bar{X}=3.93$, S.D.=0.97) และ มีความสุขเมื่ออยู่ร่วมกับสังคม ($\bar{X}=3.71$, S.D.=1.15)

4.1.3 ส่วนที่ 3 คำนิยมทางสังคมกับการดูแลผู้สูงอายุ

ตารางที่ 4.3 แสดงค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างที่มีต่อค่านิยมทางสังคมกับการดูแลผู้สูงอายุ

| ค่านิยมทางสังคมกับการดูแลผู้สูงอายุ | ระดับความถี่เห็น | | |
|--|------------------|------|-----------|
| | \bar{X} | S.D. | แปลผล |
| บทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ | | | |
| สมาชิกในครอบครัวให้ความเคารพรัก | 4.18 | 1.08 | มาก |
| สมาชิกในครอบครัวให้การดูแลอย่างใกล้ชิด | 4.36 | 1.09 | มากที่สุด |
| เข้าร่วมกิจกรรมในครอบครัวอย่างสม่ำเสมอ | 4.60 | 0.72 | มากที่สุด |
| รวม | 4.38 | 0.86 | มากที่สุด |

ตารางที่ 4.3 แสดงค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างที่มีต่อค่านิยมทางสังคมกับการดูแลผู้สูงอายุ

| ค่านิยมทางสังคมกับการดูแลผู้สูงอายุ | ระดับความคิดเห็น | | |
|---|------------------|------|---------|
| | \bar{X} | S.D. | แปลผล |
| การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ | | | |
| สมาชิกในชุมชนให้ความเคารพนับถือ | 3.61 | 1.06 | มาก |
| ได้รับความช่วยเหลือจากเพื่อนบ้านตามการร้องขอ | 3.35 | 1.11 | ปานกลาง |
| มีส่วนร่วมในกิจกรรมชุมชนตามวาระโอกาส | 3.64 | 0.99 | มาก |
| รวม | 3.53 | 0.80 | มาก |
| รวม | 3.96 | 0.65 | มาก |

จากตารางที่ 4.3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความคิดเห็นต่อปัจจัยค่านิยมทางสังคมกับการดูแลผู้สูงอายุ โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.96$, S.D.=0.65) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ส่วนใหญ่มีความเห็นว่า ด้านบทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}=4.38$, S.D.=0.86) รองลงมา ได้แก่ ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ ($\bar{X}=3.53$, S.D.=0.80)

ด้านบทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}=4.38$, S.D.=0.86) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ส่วนใหญ่มีความเห็นว่า เข้าร่วมกิจกรรมในครอบครัวอย่างสม่ำเสมอ ($\bar{X}=4.60$, S.D.=0.72) อยู่ในระดับมากที่สุด รองลงมา ได้แก่ สมาชิกในครอบครัวให้การดูแลอย่างใกล้ชิด ($\bar{X}=4.36$, S.D.=1.09) และ สมาชิกในครอบครัวให้ความเคารพ ($\bar{X}=4.18$, S.D.=1.08)

ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.53$, S.D.=0.80) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ส่วนใหญ่มีความเห็นว่า มีส่วนร่วมในกิจกรรมชุมชนตามวาระโอกาส ($\bar{X}=3.64$, S.D.=0.99) อยู่ในระดับมาก รองลงมา ได้แก่ สมาชิกในชุมชนให้ความเคารพนับถือ ($\bar{X}=3.61$, S.D.=1.06) และมีส่วนร่วมในกิจกรรมชุมชนตามวาระโอกาส ($\bar{X}=3.64$, S.D.=0.99)

4.1.4 ส่วนที่ 4 บทบาทของรัฐต่อผู้สูงอายุ

ตารางที่ 4.4 แสดงค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างที่มีต่อบทบาทของรัฐต่อผู้สูงอายุ

| บทบาทของรัฐต่อผู้สูงอายุ | ระดับความคิดเห็น | | |
|---|------------------|-------------|-------------|
| | \bar{X} | S.D. | แปลผล |
| บทบาทของหน่วยงานด้านสาธารณสุขของรัฐ | | | |
| มีความสะดวกสบายในการเข้าถึงบริการโรงพยาบาลชุมชน หรือโรงพยาบาลของรัฐ | 3.88 | 0.94 | มาก |
| นโยบายการบริการผู้สูงอายุผ่าน โรงพยาบาลของรัฐในระดับ ต่างๆ มีความเหมาะสม | 3.71 | 0.86 | มาก |
| รัฐบาลมีกฎระเบียบที่เอื้อสิทธิประโยชน์ในการเข้าถึงการ รักษาพยาบาลแก่ผู้สูงอายุจนถึงอายุขัย | 3.46 | 0.74 | มาก |
| รวม | 3.68 | 0.65 | มาก |
| บทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น | | | |
| องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นของท่านจัดตั้งหน่วยงานดูแล ผู้สูงอายุ | 3.22 | 0.50 | ปาน กลาง |
| องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นของท่านมีหน่วยแพทย์ฉุกเฉิน บริการผู้สูงอายุในการเข้ารักษาพยาบาล | 3.39 | 0.56 | ปาน กลาง |
| องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นของท่านมีการจัดกิจกรรมเพื่อ ส่งเสริมสุขภาพและนันทนาการแก่ผู้สูงอายุ | 3.98 | 0.83 | มาก |
| รวม | 3.53 | 0.48 | มาก |
| รวม | 3.61 | 0.44 | มาก |

จากตารางที่ 4.4 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความคิดเห็นต่อปัจจัยบทบาทของรัฐต่อผู้สูงอายุ โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.61$, S.D.=0.44) เมื่อพิจารณารายข้อด้าน พบว่าส่วนใหญ่พบว่า มีความเห็นว่าเป็นด้านบทบาทของหน่วยงานด้านสาธารณสุขของรัฐ อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.68$, S.D.=0.65) รองลงมา ได้แก่ ด้านบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ($\bar{X}=3.53$, S.D.=0.48)

ด้านบทบาทของหน่วยงานด้านสาธารณสุขของรัฐ อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.68$, S.D.=0.65) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ส่วนใหญ่มีความเห็นว่าเป็นด้านความสะดวกสบายในการเข้าถึงบริการ

โรงพยาบาลชุมชน หรือโรงพยาบาลของรัฐ อยู่ในระดับมาก (\bar{X} =3.88, S.D.=0.94) รองลงมา ได้แก่ นโยบายการบริการผู้สูงอายุผ่าน โรงพยาบาลของรัฐในระดับต่างๆ มีความเหมาะสม (\bar{X} =3.71, S.D.=0.86) และรัฐบาลมีกฎระเบียบที่เอื้อสิทธิประโยชน์ในการเข้าถึงการรักษาพยาบาลแก่ผู้สูงอายุ จนถึงอายุขัย (\bar{X} =3.46, S.D.=0.74)

ด้านบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยรวมอยู่ในระดับมาก (\bar{X} =3.53, S.D.=0.48) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ส่วนใหญ่มีความเห็นว่า องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นของท่านมีการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพและนันทนาการแก่ผู้สูงอายุ อยู่ในระดับมาก (\bar{X} =3.98, S.D.=0.83) รองลงมา ได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นของท่านมีหน่วยแพทย์ฉุกเฉินบริการผู้สูงอายุในการเข้ารักษาพยาบาล (\bar{X} =3.39, S.D.=0.56) และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นของท่าน จัดตั้งหน่วยงานดูแลผู้สูงอายุ (\bar{X} =3.22, S.D.=0.50)

4.1.5 ส่วนที่ 5 นโยบายการบริการผู้สูงอายุในระยะยาว

ตารางที่ 4.5 แสดงค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างที่มีต่อนโยบายการบริการผู้สูงอายุในระยะยาว

| นโยบายการบริการผู้สูงอายุในระยะยาว | ระดับความคิดเห็น | | |
|---|------------------|------|-----------|
| | \bar{X} | S.D. | แปลผล |
| รูปแบบการบริการผู้สูงอายุระยะยาว | | | |
| รัฐบาลมีนโยบายเชิงสวัสดิการหรือประชานิยมที่เอื้อประโยชน์ต่อผู้สูงอายุ | 3.95 | 0.78 | มาก |
| รัฐบาลมอบเงินในรูปแบบต่างๆ ผ่านนโยบายแก่ผู้สูงอายุ | 4.59 | 0.63 | มากที่สุด |
| รัฐบาลมีนโยบายให้ผู้สูงอายุเข้าถึงการรักษาพยาบาลได้จนถึงอายุขัย | 3.24 | 0.71 | ปานกลาง |
| รวม | 3.93 | 0.43 | มาก |
| ประสิทธิผลของนโยบายการบริการผู้สูงอายุในระยะยาว | | | |
| ผู้สูงอายุได้รับการดูแลจากหน่วยงานของรัฐอย่างเท่าเทียมกันจนเป็นที่พึงพอใจได้ | 2.99 | 0.69 | ปานกลาง |
| หน่วยงานภาครัฐให้บริการผู้สูงอายุด้วยความพร้อม ความสะดวกสบาย และการบริการที่ดีแก่ผู้สูงอายุเสมอ | 3.02 | 0.58 | ปานกลาง |

| นโยบายการบริการผู้สูงอายุในระยะยาว | ระดับความคิดเห็น | | |
|---|------------------|------|-----------|
| | \bar{X} | S.D. | แปลผล |
| การมอบเงินจากโครงการต่างๆ แก่ผู้สูงอายุช่วยทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น | 4.11 | 0.47 | มาก |
| รวม | 3.37 | 0.39 | ปานกลาง |
| ความคาดหวังเชิงนโยบายการบริการผู้สูงอายุ | | | |
| มีความมั่นใจได้ว่าจะได้รับการดูแลจากรัฐจนสิ้นอายุขัย | 4.73 | 0.53 | มากที่สุด |
| รัฐจะมอบบริการที่มีค่าใช้จ่ายต่ำหรือไม่เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล | 4.55 | 0.57 | มากที่สุด |
| รัฐจะมอบเงินที่เพียงพอต่อการดำรงชีพของผู้สูงอายุจนสิ้นอายุขัย | 4.85 | 0.46 | มากที่สุด |
| รวม | 4.71 | 0.47 | มากที่สุด |
| รวม | 4.00 | 0.26 | มาก |

จากตารางที่ 4.5 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความคิดเห็นต่อปัจจัยนโยบายการบริการผู้สูงอายุในระยะยาว โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.00$, S.D.=0.26) เมื่อพิจารณารายข้อด้านว่าส่วนใหญ่มีความเห็นว่า ด้านความคาดหวังเชิงนโยบายการบริการผู้สูงอายุ อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.71$, S.D.=0.47) รองลงมา ได้แก่ ด้านรูปแบบการบริการผู้สูงอายุระยะยาว ($\bar{X}=3.93$, S.D.=0.43) และ ประสิทธิภาพของนโยบายการบริการผู้สูงอายุในระยะยาว ($\bar{X}=3.37$, S.D.=0.39)

ด้านรูปแบบการบริการผู้สูงอายุระยะยาว โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.93$, S.D.=0.43) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ส่วนใหญ่มีความเห็นว่า รัฐบาลมอบเงินในรูปแบบต่างๆ ผ่านนโยบายแก่ผู้สูงอายุ อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.59$, S.D.=0.63) รองลงมา ได้แก่ รัฐบาลมีนโยบายเชิงสวัสดิการหรือประชานิยมที่เอื้อประโยชน์ต่อผู้สูงอายุ ($\bar{X}=3.95$, S.D.=0.78) และ รัฐบาลมีนโยบายให้ผู้สูงอายุเข้าถึงการรักษาพยาบาลได้จนสิ้นอายุขัย ($\bar{X}=3.24$, S.D.=0.71)

ด้านประสิทธิภาพของนโยบายการบริการผู้สูงอายุในระยะยาว โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.37$, S.D.=0.39) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ส่วนใหญ่มีความเห็นว่า การมอบเงินจากโครงการต่างๆ แก่ผู้สูงอายุช่วยทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.11$, S.D.=0.47) รองลงมา ได้แก่ หน่วยงานภาครัฐให้บริการผู้สูงอายุด้วยความพร้อม ความสะดวกสบาย และการ

บริการที่ดีแก่ผู้สูงอายุเสมอ ($\bar{X}=3.02$, S.D.=0.58) และ ผู้สูงอายุได้รับการดูแลจากหน่วยงานของรัฐ อย่างเท่าเทียมกันจนเป็นที่พึงพอใจได้ ($\bar{X}=2.99$, S.D.=0.69)

ด้านความคาดหวังเชิงนโยบายการบริการผู้สูงอายุ อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.71$, S.D.=0.47) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ส่วนใหญ่มีความเห็นว่า รัฐจะมอบเงินที่เพียงพอต่อการดำรงชีพของผู้สูงอายุจนถึงสิ้นอายุขัย อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}=4.85$, S.D.=0.46) รองลงมา ได้แก่ มีความมั่นใจได้ว่าจะได้รับการดูแลจากรัฐจนถึงสิ้นอายุขัย ($\bar{X}=4.73$, S.D.=0.53) และ รัฐจะมอบบริการที่มีค่าใช้จ่ายต่ำ หรือไม่เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ($\bar{X}=4.55$, S.D.=0.57)

4.1.6 ส่วนที่ 6 ข้อเสนอแนะอื่นๆ

เมื่อพิจารณาถึงข้อเสนอแนะจากแบบสอบถาม พบว่า มีผู้ตอบแบบสอบถามโดยระบุถึง ข้อเสนอแนะต่อนโยบายการบริการผู้สูงอายุในระยะยาว ไว้ 2 ประเด็น กล่าวคือ

ประการแรก ผู้สูงอายุต้องการความมั่นคงในการดำรงชีวิตตราบสิ้นอายุขัย เนื่องจาก ผู้สูงอายุตระหนักว่า การใช้ชีวิตหลังการเกษียณจากการทำงานประจำย่อมทำให้ขาดรายได้ที่มีจำนวนมากเท่ากับช่วงการทำงานในระยะเวลาก่อนหน้า และกลุ่มผู้สูงอายุที่ประกอบธุรกิจส่วนตัว ขนาดย่อมต่างจำเป็นต้องทำงานตลอดหลังอายุ 60 ปีขึ้นไป ต่างมีความวิตกว่า หากตนเองไม่สามารถทำงานได้แล้ว ตนเองจะตกเป็นภาระของครอบครัวหรือนุคคลรอบข้าง ปัญหาด้านรายได้จึงถือเป็น ปัญหาสำคัญสำหรับผู้สูงอายุที่มีเงินออมยังไม่มากพอ

ประการที่สอง ผู้สูงอายุต้องการเข้าถึงการรักษาพยาบาลที่สะดวก หรือเข้าถึงได้ง่าย มี ขั้นตอนในการติดต่อเข้ารับรักษาพยาบาลไม่ยุ่งยาก และสามารถเข้าถึงการรักษาพยาบาลด้วยค่าใช้จ่ายที่ต่ำหรือไม่มีค่าใช้จ่าย โดยมีรัฐเป็นผู้สนับสนุน รวมทั้งการมีบริการจากหน่วยงานที่อยู่ในชุมชน ท้องถิ่นเข้าช่วยเหลือในการเข้าถึงการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลใกล้บ้าน

4.1.7 ส่วนที่ 7 ผลการวิเคราะห์นโยบายการบริการผู้สูงอายุในระยะยาวของไทยด้วยสมการ โครงสร้าง

การทดสอบสมมติฐานใช้การวิเคราะห์อิทธิพลของตัวแปรอิสระที่มีต่อตัวแปรตาม โดยใช้ โปรแกรมคอมพิวเตอร์ในการวิเคราะห์ ซึ่งมีการกำหนดสัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิจัยดังนี้

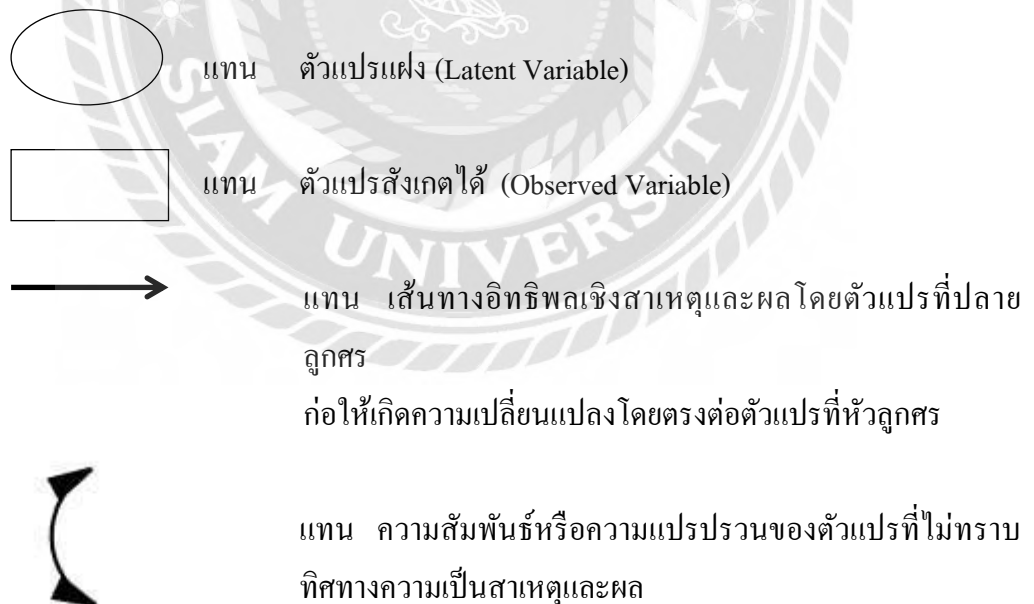
- | | | |
|---|---|-----------|
| 1. คุณลักษณะของผู้สูงอายุ | = | Character |
| 1) ความพร้อมด้านสถานภาพทางเศรษฐกิจส่วนบุคคล | = | Economy |
| 2) การมีสุขภาพดี | = | Healthy |
| 3) ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง | = | Knowledge |

- 2. ค่านิยมของสังคมในการดูแลผู้สูงอายุ = Value
 - 1) บทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ = Family
 - 2) การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ = Community
- 3. บทบาทของรัฐต่อผู้สูงอายุ = State
 - 1) บทบาทของหน่วยงานด้านสาธารณสุขของรัฐ = Bureaucracy
 - 2) บทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น =

Locality

- 4. นโยบายการบริการผู้สูงอายุในระยะยาว = Policy
 - 1) รูปแบบการบริการผู้สูงอายุระยะยาว = Pattern
 - 2) ประสิทธิภาพของนโยบายการบริการผู้สูงอายุในระยะยาว = Effectiveness
 - 3) ความคาดหวังเชิงนโยบายการบริการผู้สูงอายุ = Wish

การกำหนดสัญลักษณ์ในโมเดลสมการ โครงสร้างนำเสนอ ดังนี้



นอกจากนี้การวิเคราะห์นโยบายการบริการผู้สูงอายุในระยะยาวของไทยด้วยโมเดลสมการ โครงสร้าง ยังพออนุโลมข้อตกลงเบื้องต้นในเรื่องการให้ความคลาดเคลื่อนสามารถสัมพันธ์กันได้ ซึ่งทำให้สามารถปรับตัวแบบของโมเดลให้สอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ให้มากที่สุด ก่อน

นำเสนอผลการวิเคราะห์ โดยก่อนที่จะนำเสนอผลการวิเคราะห์ผู้วิจัยขอเสนอการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นที่สำคัญ กล่าวคือ ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระเพื่อศึกษาความสัมพันธ์กันเองของตัวแปร ซึ่งเรียกว่า Multicollinearity โดยใช้วิธีการ Correlation Analysis ระหว่างตัวแปรแฝงทั้ง 4 ตัวและตัวแปรสังเกตได้ทั้ง 10 ตัว ดังตารางที่ 4.6 และ 4.7



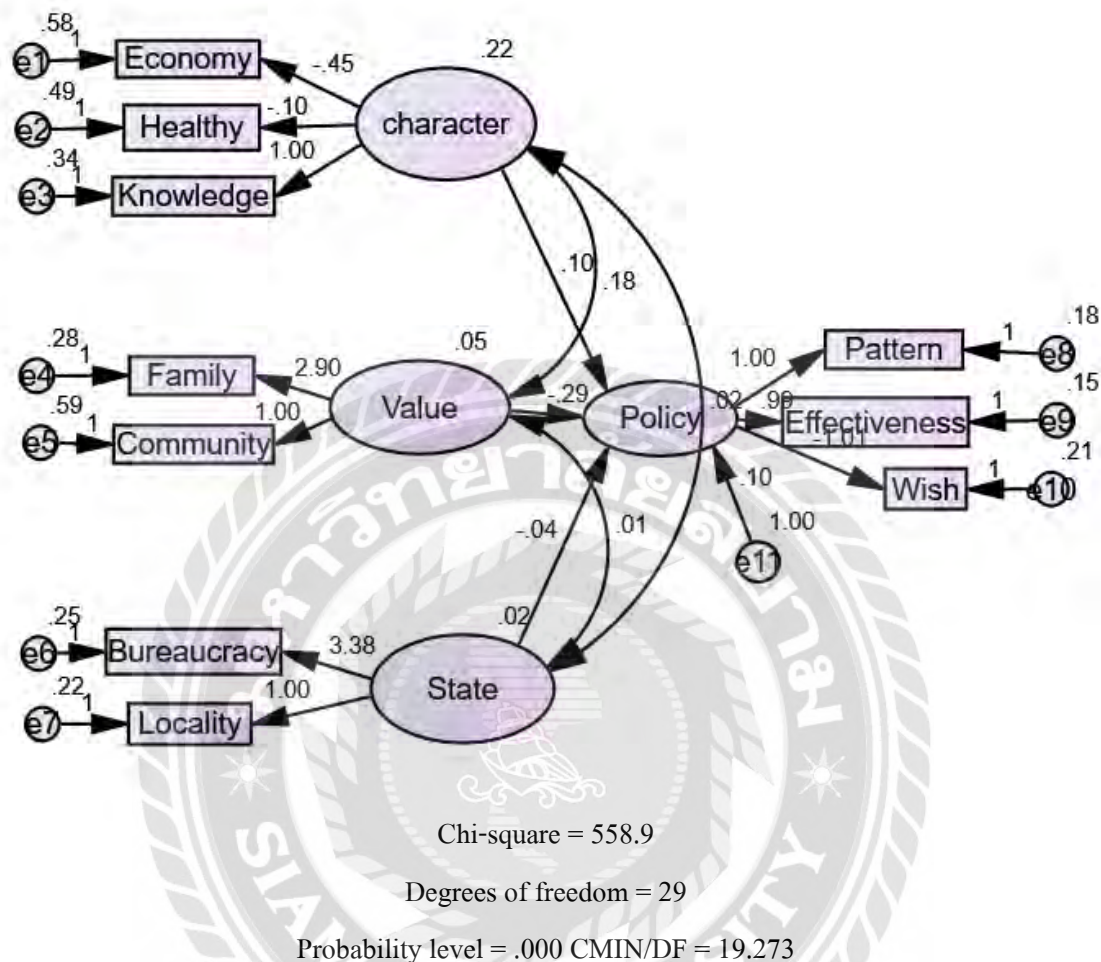
จากตารางที่ 4.6 ผลการวิจัย พบว่า ตัวแปรอิสระทั้งหมดส่วนใหญ่ไม่ปรากฏว่ามีความสัมพันธ์คู่ใดที่มีค่าความสัมพันธ์เกินกว่า 0.90 ซึ่งถือว่าตัวแปรอิสระทั้งหมดไม่มีปัญหาความสัมพันธ์กันเองหรือไม่มีปัญหาร่วมเส้นตรงพหุ (Multicollinearity) (Tabachnick and Fidell, 2001)

ตารางที่ 4.7 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ

| ปัจจัย | นโยบายการบริการผู้สูงอายุในระยะยาวของ ไทย |
|------------------------------------|--|
| คุณลักษณะของผู้สูงอายุ | -.145 |
| ค่านิยมของสังคมในการดูแลผู้สูงอายุ | .004 |
| บทบาทของรัฐต่อผู้สูงอายุ | -.001 |
| | .978 |
| | -.055 |
| | .276 |

หมายเหตุ ** ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($p < 0.01$)

จากตารางที่ 4.7 ผลการวิจัย พบว่า ตัวแปรอิสระทั้งหมดส่วนใหญ่ไม่ปรากฏว่ามีความสัมพันธ์คู่ใดที่มีค่าความสัมพันธ์เกินกว่า 0.90 ซึ่งถือว่าตัวแปรอิสระทั้งหมดไม่มีปัญหาความสัมพันธ์กันเองหรือไม่มีปัญหาร่วมเส้นตรงพหุ (Multicollinearity) (Tabachnick and Fidell, 2001) และพิจารณาร่วมกับสถิติ ค่าความทนทาน (tolerance) และค่า VIF (variance inflation factors) ของตัวแปรแฝงแต่ละตัว ปัญหาการร่วมเส้นตรงพหุจะไม่เกิดขึ้น ถ้าค่าความทนทานมากกว่า 0.1 (Hair et al. 1998: 127) และค่า VIF ไม่เกิน 10 (Belsley, 1991) จึงสามารถทดสอบสมมติฐานที่ตั้งไว้ของการวิจัยเพื่อศึกษาอิทธิพลของตัวแปรอิสระที่มีต่อตัวแปรตามได้ โดยการวิเคราะห์สมการโครงสร้างด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ ได้ดังภาพที่ 4.1



ภาพที่ 4.1 แสดงการวิเคราะห์โมเดลสมการ โครงสร้างตามสมมติฐาน
 แสดงตัวแปรนโยบายการบริการผู้สูงอายุในระยะยาวของไทย (ก่อนปรับโมเดล)

จากภาพที่ 4.1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ดัชนีที่ใช้ในการตรวจสอบความสอดคล้อง และความกลมกลืนของตัวแปรกับข้อมูลเชิงประจักษ์ของสมการ โครงสร้างตามสมมติฐานยังไม่ผ่านเกณฑ์ที่กำหนดให้ที่จะสามารถยอมรับโมเดลสมการ โครงสร้างได้ โดยผลการวิเคราะห์ข้อมูล มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ตารางที่ 4.8 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากดัชนีที่ใช้ในการตรวจสอบความสอดคล้องและความกลมกลืนของตัวแปรกับข้อมูลเชิงประจักษ์

| ลำดับที่ | ค่า | เกณฑ์ | ค่าก่อนปรับ | ผลการพิจารณา |
|----------|---------------|-----------------------------|-------------|--------------|
| 1 | $\chi^2 *$ | $p > .05$ | 0.00 | ไม่ผ่าน |
| 2 | χ^2 / df | $0.00 < \chi^2 / df \leq 3$ | 19.273 | ไม่ผ่าน |
| 3 | GFI | $0.90 < GFI \leq 1.00$ | 0.789 | ไม่ผ่าน |
| 4 | AGFI | $0.90 \leq AGFI \leq 1.00$ | 0.600 | ไม่ผ่าน |
| 5 | RMSEA | $0.00 \leq RMSEA \leq 0.08$ | 0.214 | ไม่ผ่าน |

หมายเหตุ *ไม่ใช้ในการทดสอบ

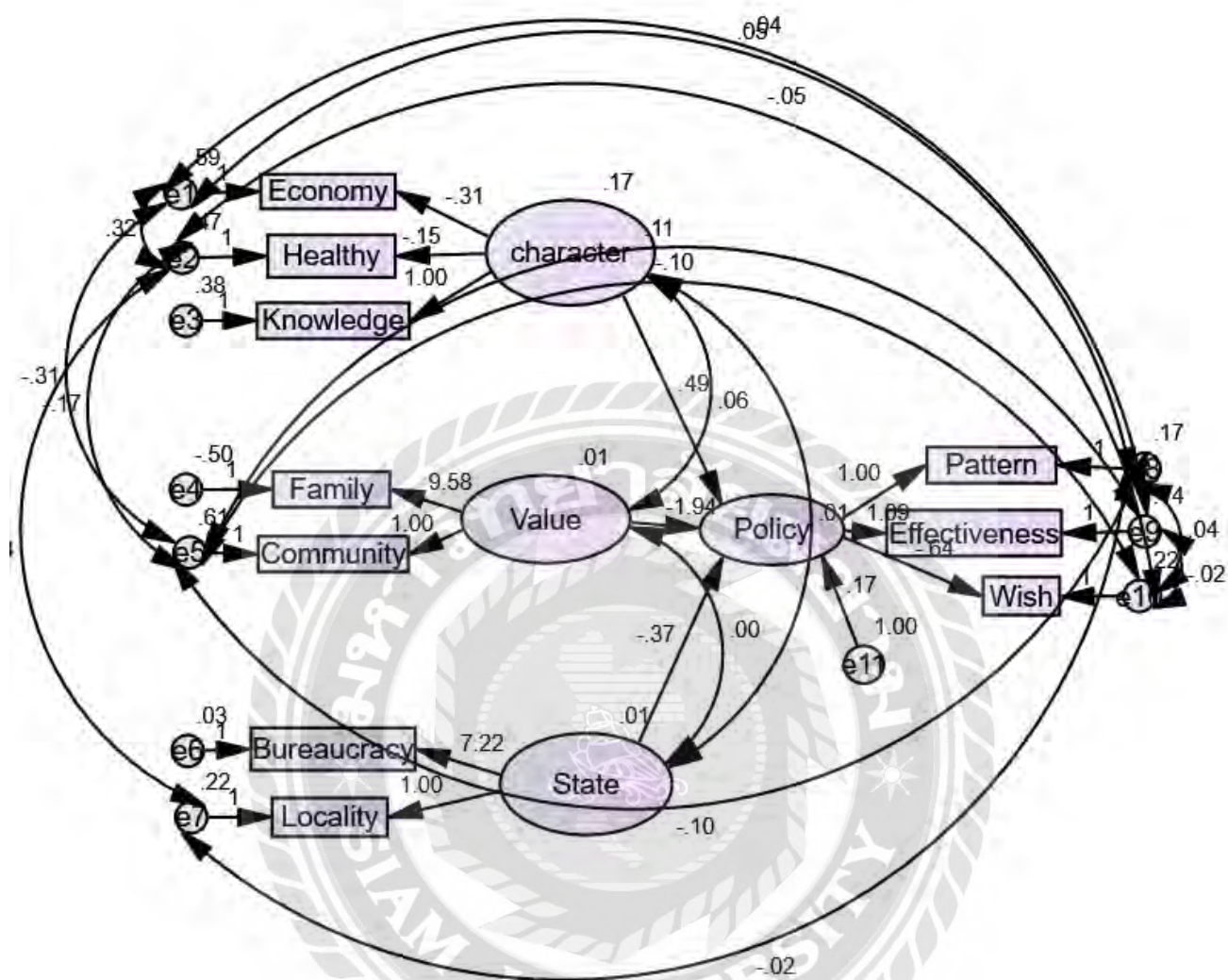
จากตารางที่ 4.8 พบว่า ค่าดัชนีชี้วัดที่ได้เป็นผลการวิเคราะห์สมการ โครงสร้างตามสมมติฐานค่าไม่สอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ตามเกณฑ์ที่กำหนด ยังไม่เป็นโมเดลสุดท้ายที่เหมาะสมจะนำไปใช้อธิบายสมมติฐานการวิจัย สำหรับงานวิจัยนี้จะไม่วิเคราะห์ความสอดคล้องของแบบจำลองกับ ข้อมูลเชิงประจักษ์ด้วยค่าไคสแควร์ (χ^2) แม้จะเป็นดัชนีวัดความกลมกลืนที่เป็นที่นิยม เนื่องจากการวิเคราะห์ด้วยค่าไคสแควร์ (χ^2) จะมีข้อจำกัดในกรณีที่ ตัวอย่าง (n) มีค่ามาก เพราะจะทำให้ค่าไคสแควร์สูงมากจนอาจทำให้สรุปผลได้ไม่ถูกต้องจึงควรไปใช้ค่า χ^2 / df แทน (สุภมาส อังศุโชติ สมถวิล วิจิตรวรรณ และรัชณีกุล ภิญ โยภานุวัฒน์. 2554: 25)

จากนั้นผู้วิจัยจึงทำการปรับสมการ โครงสร้างตามสมมติฐานเพื่อให้สอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ตามข้อเสนอแนะของ โปรแกรม (Modification indices) โดยการยอมรับให้มีการโยงเส้น ความสัมพันธ์ของความคลาดเคลื่อน (e) ระหว่างตัวแปรสังเกตได้ที่เกิดขึ้นจากการวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อให้โมเดลมีความเหมาะสมที่สุด (Model fit)

ตารางที่ 4.9 แสดงค่า Covariances: (Group number 1 - Default model) ใช้ปรับสมการโครงสร้างตามสมมติฐานเพื่อให้สอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ตามข้อเสนอแนะของโปรแกรม

| | | | M.I. | Par Change |
|----|------|-----------|---------|------------|
| e9 | <--> | e10 | 5.177 | -.020 |
| e8 | <--> | e10 | 13.650 | .035 |
| e7 | <--> | e8 | 4.842 | -.022 |
| e5 | <--> | e11 | 11.748 | .310 |
| e5 | <--> | e10 | 18.562 | -.074 |
| e5 | <--> | e9 | 49.186 | .100 |
| e5 | <--> | e8 | 29.799 | -.085 |
| e1 | <--> | State | 6.106 | .016 |
| e1 | <--> | e9 | 12.875 | -.047 |
| e1 | <--> | e8 | 4.970 | .032 |
| e1 | <--> | e6 | 9.134 | .068 |
| e1 | <--> | e5 | 73.720 | -.226 |
| e2 | <--> | character | 9.737 | -.035 |
| e2 | <--> | e10 | 11.304 | -.053 |
| e2 | <--> | e9 | 9.513 | -.040 |
| e2 | <--> | e6 | 7.817 | .062 |
| e2 | <--> | e7 | 8.655 | -.048 |
| e2 | <--> | e4 | 6.345 | .037 |
| e2 | <--> | e5 | 31.134 | -.146 |
| e2 | <--> | e1 | 140.739 | .290 |
| e3 | <--> | e5 | 5.232 | -.032 |

จากตารางที่ 4.9 ได้แสดงให้เห็นว่าองค์ประกอบของตัวแปร ควรพิจารณาความสัมพันธ์ของตัวแปร โดยต้องพิจารณาจากค่า MI ที่มากที่สุด ลำดับ คือ e2 กับ e1, e1 กับ e5, e5 กับ e9, e2 กับ e5 และ e8 กับ e5 ในตาราง Covariances แล้วเชื่อมเส้นโยงความสัมพันธ์ของกลุ่มตัวแปรนั้น และผลการวิเคราะห์โมเดลใหม่ได้ดังนี้



Chi-square = 38.113

Degrees of freedom = 16

Probability level = .001 CMIN/DF = 2.382

ภาพที่ 4.2 แสดงการวิเคราะห์โมเดลสมการโครงสร้างตามสมมติฐาน
แสดงตัวแปรนโยบายการบริการผู้สูงอายุในระยะยาวของไทย (หลังปรับโมเดลครั้งที่ 1)

จากภาพที่ 4.2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ดัชนีที่ใช้ในการตรวจสอบความสอดคล้อง
และความกลมกลืนของตัวแปรกับข้อมูลเชิงประจักษ์ของสมการ โครงสร้างตามสมมติฐานยังไม่

ผ่านเกณฑ์ที่กำหนดให้ที่จะสามารถยอมรับโมเดลสมการโครงสร้างได้ โดยผลการวิเคราะห์ข้อมูล มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ตารางที่ 4.10 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากดัชนีที่ใช้ในการตรวจสอบความสอดคล้องและความกลมกลืนของตัวแปรกับข้อมูลเชิงประจักษ์

| ลำดับที่ | ค่า | เกณฑ์ | ค่าก่อนปรับ | ผลการพิจารณา |
|----------|---------------|-----------------------------|-------------|--------------|
| 1 | $\chi^2 *$ | $p > .05$ | 0.01 | ไม่ผ่าน |
| 2 | χ^2 / df | $0.00 < \chi^2 / df \leq 3$ | 38.113 | ไม่ผ่าน |
| 3 | GFI | $0.90 < GFI \leq 1.00$ | 0.981 | ผ่าน |
| 4 | AGFI | $0.90 \leq AGFI \leq 1.00$ | 0.934 | ผ่าน |
| 5 | RMSEA | $0.00 \leq RMSEA \leq 0.08$ | 0.059 | ผ่าน |

หมายเหตุ *ไม่ใช้ในการทดสอบ

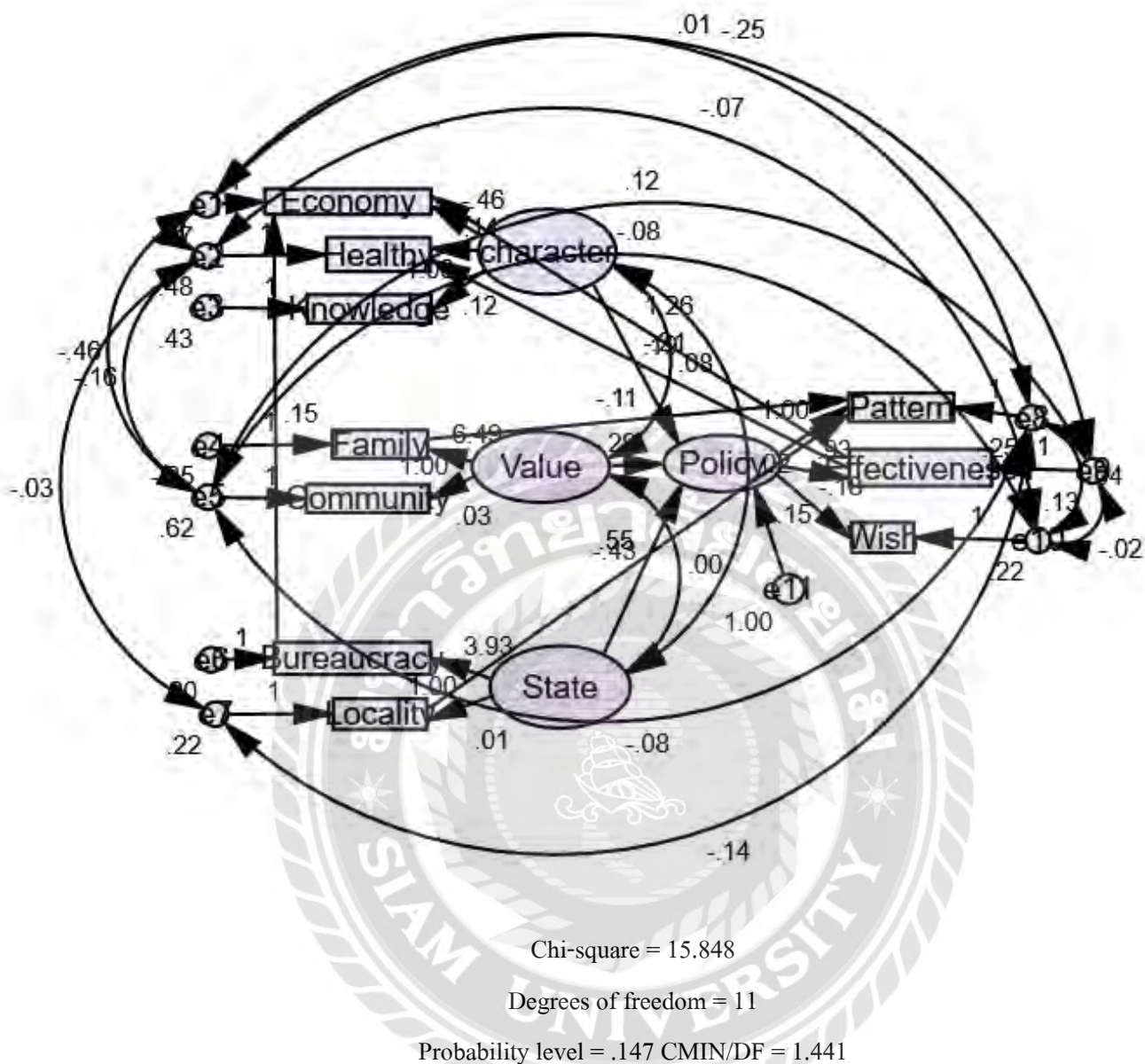
จากตารางที่ 4.10 พบว่า ค่าดัชนีชี้วัดที่ได้เป็นผลการวิเคราะห์สมการโครงสร้างตามสมมติฐานค่าไม่สอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ตามเกณฑ์ที่กำหนด ยังไม่เป็นโมเดลสุดท้ายที่เหมาะสมจะนำไปใช้อธิบายสมมติฐานการวิจัย สำหรับงานวิจัยนี้จะไม่วิเคราะห์ความสอดคล้องของแบบจำลองกับ ข้อมูลเชิงประจักษ์ด้วยค่าไคสแควร์ (χ^2) แม้จะเป็นดัชนีวัดความกลมกลืนที่เป็นที่นิยม เนื่องจากการวิเคราะห์ด้วยค่าไคสแควร์ (χ^2) จะมีข้อจำกัดในกรณีที่ ตัวอย่าง (n) มีค่ามาก เพราะจะทำให้ค่าไคสแควร์สูงมากจนอาจทำให้สรุปผลได้ไม่ถูกต้องจึงควรไปใช้ค่า χ^2 / df แทน (สุภมาส อังสุโชติ สมถวิล วิจิตรวรรณ และรัชนิกุล ภิญโญภาณุวัฒน์. 2554: 25)

จากนั้นผู้วิจัยจึงทำการปรับสมการโครงสร้างตามสมมติฐานเพื่อให้สอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ตามข้อเสนอแนะของโปรแกรม (Modification indices) โดยการยอมรับให้มีการโยกเส้นความสัมพันธ์ของความคลาดเคลื่อน (e) ระหว่างตัวแปรสังเกตได้ที่เกิดขึ้นจากการวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อให้โมเดลมีความเหมาะสมที่สุด (Model fit)

ตารางที่ 4.11 แสดงค่า Covariances: (Group number 1 - Default model) ใช้ปรับสมการโครงสร้างตามสมมติฐานเพื่อให้สอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ตามข้อเสนอแนะของโปรแกรม

| | | | M.I. | Par Change |
|----|------|-----------|--------|------------|
| e9 | <--> | e10 | 5.177 | -.020 |
| e8 | <--> | e10 | 13.650 | .035 |
| e7 | <--> | e8 | 4.842 | -.022 |
| e5 | <--> | e11 | 11.748 | .310 |
| e5 | <--> | e10 | 18.562 | -.074 |
| e1 | <--> | State | 6.106 | .016 |
| e1 | <--> | e9 | 12.875 | -.047 |
| e1 | <--> | e8 | 4.970 | .032 |
| e1 | <--> | e6 | 9.134 | .068 |
| e2 | <--> | character | 9.737 | -.035 |
| e2 | <--> | e10 | 11.304 | -.053 |
| e2 | <--> | e9 | 9.513 | -.040 |
| e2 | <--> | e6 | 7.817 | .062 |
| e2 | <--> | e7 | 8.655 | -.048 |
| e2 | <--> | e4 | 6.345 | .037 |
| e3 | <--> | e5 | 5.232 | -.032 |

จากตารางที่ 4.11 ได้แสดงให้เห็นว่าองค์ประกอบของตัวแปร ควรพิจารณาความสัมพันธ์ของตัวแปร โดยต้องพิจารณาจากค่า MI ที่มากที่สุด 5 ลำดับ คือ e5 กับ e10, e1 กับ e9, e8 กับ e10, e5 กับ e11 และ e2 กับ e10 ในตาราง Covariances แล้วเชื่อมเส้นโยงความสัมพันธ์ของกลุ่มตัวแปรนั้น และผลการวิเคราะห์โมเดลใหม่ได้ดังนี้



ภาพที่ 4.3 แสดงการวิเคราะห์โมเดลสมการ โครงสร้างตามสมมติฐาน แสดงตัวแปรนโยบายการบริการผู้สูงอายุในระยะยาวของไทย (หลังปรับโมเดล ครั้งที่ 2)

จากภาพที่ 4.3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ดัชนีที่ใช้ในการตรวจสอบความสอดคล้อง และความกลมกลืนของตัวแปรกับข้อมูลเชิงประจักษ์ของสมการ โครงสร้างตามสมมติฐานยังไม่ผ่านเกณฑ์ที่กำหนดคให้ที่จะสามารถยอมรับโมเดลสมการ โครงสร้างได้ โดยผลการวิเคราะห์ข้อมูล มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ตารางที่ 4.12 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากดัชนีที่ใช้ในการตรวจสอบความสอดคล้องและความกลมกลืนของตัวแปรกับข้อมูลเชิงประจักษ์

| ลำดับที่ | ค่า | เกณฑ์ | ค่าหลังปรับ | ผลการพิจารณา |
|----------|---------------|-----------------------------|-------------|--------------|
| 1 | $\chi^2 *$ | $p > .05$ | .147 | ผ่าน |
| 2 | χ^2 / df | $0.00 < \chi^2 / df \leq 3$ | 15.848 | ผ่าน |
| 3 | GFI | $0.90 < GFI \leq 1.00$ | 0.992 | ผ่าน |
| 4 | AGFI | $0.90 \leq AGFI \leq 1.00$ | 0.960 | ผ่าน |
| 5 | RMSEA | $0.00 \leq RMSEA \leq 0.08$ | 0.033 | ผ่าน |

หมายเหตุ *ไม่ใช้ในการทดสอบ

จากตารางที่ 4.12 พบว่า ค่าความสอดคล้องระหว่างสมการ โครงสร้างตามสมมติฐาน กับสมการโครงสร้างภายหลังการปรับ โมเดล ได้สมการมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์พิจารณาได้จากค่าดัชนีความสอดคล้องมีค่าตามเกณฑ์ทุกค่า โดยค่า Chi-Square = 15.848 Degrees of Freedom = 11 Probability Level = 0.147 CMIN/DF = 1.441 GFI = 0.992 และ RMSEA = 0.033 จะเห็นได้ว่า ค่า Probability Level มีค่ามากกว่า .05 และ CMIN/DF มีค่าน้อยกว่า 3 GFI มีค่าเท่ากับ .960 ซึ่งเข้าใกล้ 1.0 RMSEA มีค่าเท่ากับ .000 แสดงว่าโมเดลองค์ประกอบมีความเหมาะสมสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยเมื่อพิจารณาตัวแปรแฝงทั้ง 4 ตัวแปร พบว่า

- 1) คุณลักษณะของผู้สูงอายุ (Character) มีความสัมพันธ์กับนโยบายการบริการผู้สูงอายุในระยะยาวของไทย (Policy)
- 2) ค่านิยมของสังคมในการดูแลผู้สูงอายุ (Value) มีความสัมพันธ์กับนโยบายการบริการผู้สูงอายุในระยะยาวของไทย (Policy)
- 3) บทบาทของรัฐต่อผู้สูงอายุ (State) มีความสัมพันธ์กับนโยบายการบริการผู้สูงอายุในระยะยาวของไทย (Policy)
- 4) คุณลักษณะของผู้สูงอายุ (Character) มีความสัมพันธ์กับค่านิยมของสังคมในการดูแลผู้สูงอายุ (Value)
- 5) คุณลักษณะของผู้สูงอายุ (Character) มีความสัมพันธ์กับบทบาทของรัฐต่อผู้สูงอายุ (State)

6) ค่านิยมของสังคมในการดูแลผู้สูงอายุ (Value) มีความสัมพันธ์กับบทบาทของรัฐต่อผู้สูงอายุ (State)

ตารางที่ 4.13 ค่าอิทธิพลของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อนโยบายการบริการผู้สูงอายุในระยะยาวของไทย

| เส้นทางอิทธิพล | ค่าอิทธิพล |
|--|------------|
| คุณลักษณะของผู้สูงอายุ (Character) | .452 |
| ค่านิยมของสังคมในการดูแลผู้สูงอายุ (Value) | -.316 |
| บทบาทของรัฐต่อผู้สูงอายุ (State) | -.363 |

จากตารางที่ 4.13 แสดงค่าอิทธิพลของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อ นโยบายการบริการผู้สูงอายุในระยะยาวของไทย ผลการศึกษาพบว่า

คุณลักษณะของผู้สูงอายุ (Character) มีอิทธิพลต่อนโยบายการบริการผู้สูงอายุในระยะยาวของไทย (Policy) เท่ากับ .452

ค่านิยมของสังคมในการดูแลผู้สูงอายุ (Value) มีอิทธิพลต่อนโยบายการบริการผู้สูงอายุในระยะยาวของไทย (Policy) เท่ากับ -.316

บทบาทของรัฐต่อผู้สูงอายุ (State) มีอิทธิพลต่อนโยบายการบริการผู้สูงอายุในระยะยาวของไทย (Policy) เท่ากับ -.363

4.2 ผลการศึกษาเชิงคุณภาพ

เมื่อพิจารณาถึงสภาพปัญหาของผู้สูงอายุหลังเกษียณอายุในประเทศไทย และนโยบายการบริการผู้สูงอายุในระยะยาวของไทยจากข้อมูลทางการสืบค้นงานเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (Documentary Research) ตลอดจนการสัมภาษณ์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในกระบวนการนโยบาย (In-depth Interview) ย่อมพบปัจจัยที่มีผลต่อนโยบายการบริการผู้สูงอายุในระยะยาวของไทยในหลายประเด็น และสามารถนำไปสู่เสนอแนะแนวทางการส่งเสริมการบริการผู้สูงอายุในประเทศไทยได้ ทั้งนี้จะนำเสนอเป็นลำดับๆ ต่อไป

4.2.1 สภาพปัญหาของผู้สูงอายุหลังเกษียณอายุในประเทศไทย

การศึกษาถึงสภาพปัญหาของผู้สูงอายุหลังเกษียณอายุในประเทศไทย ย่อมพบว่า จำแนกสภาพปัญหาออกเป็น 2 ระดับ กล่าวคือ ปัญหาของผู้สูงอายุในเชิงโครงสร้าง และปัญหาของผู้สูงอายุในระดับปัจเจกบุคคล โดยแต่ละระดับปัญหามีลักษณะ ดังนี้

1) ปัญหาของผู้สูงอายุในเชิงโครงสร้าง

เมื่อศึกษาถึงบริบทโครงสร้างประชากรของกลุ่มผู้สูงอายุในประเทศไทย ผ่านการพิจารณาจำนวนประชากร จำแนกอายุแยกตามจำนวนประชากรที่มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านพื้นที่ทั่วประเทศของสำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทยประจำเดือน กันยายน 2564 (ส่วนบริหารและพัฒนาเทคโนโลยีการทะเบียน, 2564) มีรายละเอียดตามตารางที่ 4.14 และ 4.15 ดังต่อไปนี้

ตารางที่ 4.14 แสดงประชากรรายอายุแยกตามจำนวนประชากรที่มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านในพื้นที่ทั่วประเทศ (ข้อมูลเดือน กันยายน 2564)

| พื้นที่ | ชาย | หญิง | รวม |
|-------------------|------------|------------|------------|
| ยอดรวมทั้งหมด | 32,092,219 | 33,643,002 | 65,735,221 |
| อายุน้อยกว่า 1 ปี | 261,366 | 247,130 | 508,496 |
| อายุ 1 | 300,117 | 282,200 | 582,317 |
| อายุ 2 | 316,423 | 299,746 | 616,169 |
| อายุ 3 | 334,329 | 315,578 | 649,907 |
| อายุ 4 | 347,869 | 327,105 | 674,974 |
| อายุ 5 | 353,620 | 335,919 | 689,539 |
| อายุ 6 | 367,172 | 348,848 | 716,020 |

| พื้นที่ | ชาย | หญิง | รวม |
|---------|---------|---------|---------|
| อายุ 7 | 386,666 | 364,595 | 751,261 |
| อายุ 8 | 400,925 | 379,390 | 780,315 |
| อายุ 9 | 422,718 | 398,286 | 821,004 |
| อายุ 10 | 400,836 | 379,296 | 780,132 |
| อายุ 11 | 398,977 | 377,680 | 776,657 |
| อายุ 12 | 405,189 | 383,019 | 788,208 |
| อายุ 13 | 408,038 | 385,015 | 793,053 |
| อายุ 14 | 414,274 | 392,225 | 806,499 |
| อายุ 15 | 410,708 | 388,036 | 798,744 |
| อายุ 16 | 416,060 | 396,492 | 812,552 |
| อายุ 17 | 420,809 | 399,180 | 819,989 |
| อายุ 18 | 407,724 | 388,139 | 795,863 |
| อายุ 19 | 408,970 | 389,398 | 798,368 |
| อายุ 20 | 419,393 | 400,376 | 819,769 |
| อายุ 21 | 431,552 | 414,177 | 845,729 |
| อายุ 22 | 432,873 | 416,569 | 849,442 |
| อายุ 23 | 471,370 | 456,911 | 928,281 |
| อายุ 24 | 499,970 | 482,331 | 982,301 |
| อายุ 25 | 502,060 | 485,969 | 988,029 |
| อายุ 26 | 495,088 | 479,586 | 974,674 |
| อายุ 27 | 480,643 | 467,896 | 948,539 |
| อายุ 28 | 486,171 | 472,128 | 958,299 |
| อายุ 29 | 491,132 | 480,511 | 971,643 |
| อายุ 30 | 488,556 | 475,684 | 964,240 |
| อายุ 31 | 474,788 | 465,600 | 940,388 |
| อายุ 32 | 463,067 | 454,680 | 917,747 |
| อายุ 33 | 441,051 | 434,838 | 875,889 |
| อายุ 34 | 449,792 | 447,201 | 896,993 |

| พื้นที่ | ชาย | หญิง | รวม |
|---------|---------|---------|-----------|
| อายุ 35 | 464,580 | 461,961 | 926,541 |
| อายุ 36 | 478,342 | 478,265 | 956,607 |
| อายุ 37 | 481,698 | 482,576 | 964,274 |
| อายุ 38 | 495,563 | 499,747 | 995,310 |
| อายุ 39 | 507,441 | 512,887 | 1,020,328 |
| อายุ 40 | 505,754 | 511,908 | 1,017,662 |
| อายุ 41 | 514,614 | 522,840 | 1,037,454 |
| อายุ 42 | 512,643 | 524,685 | 1,037,328 |
| อายุ 43 | 496,182 | 511,429 | 1,007,611 |
| อายุ 44 | 522,566 | 542,890 | 1,065,456 |
| อายุ 45 | 497,904 | 519,792 | 1,017,696 |
| อายุ 46 | 500,152 | 526,800 | 1,026,952 |
| อายุ 47 | 507,035 | 537,260 | 1,044,295 |
| อายุ 48 | 483,118 | 516,687 | 999,805 |
| อายุ 49 | 507,423 | 547,962 | 1,055,385 |
| อายุ 50 | 516,112 | 561,194 | 1,077,306 |
| อายุ 51 | 486,069 | 531,633 | 1,017,702 |
| อายุ 52 | 487,022 | 540,204 | 1,027,226 |
| อายุ 53 | 497,620 | 549,434 | 1,047,054 |
| อายุ 54 | 467,381 | 520,091 | 987,472 |
| อายุ 55 | 467,085 | 525,751 | 992,836 |
| อายุ 56 | 461,951 | 522,810 | 984,761 |
| อายุ 57 | 451,473 | 515,392 | 966,865 |
| อายุ 58 | 424,302 | 478,881 | 903,183 |
| อายุ 59 | 416,184 | 472,580 | 888,764 |
| อายุ 60 | 390,527 | 447,223 | 837,750 |
| อายุ 61 | 389,716 | 453,101 | 842,817 |
| อายุ 62 | 366,688 | 427,385 | 794,073 |

| พื้นที่ | ชาย | หญิง | รวม |
|---------|---------|---------|---------|
| อายุ 63 | 330,089 | 390,293 | 720,382 |
| อายุ 64 | 319,035 | 378,791 | 697,826 |
| อายุ 65 | 310,836 | 370,092 | 680,928 |
| อายุ 66 | 295,958 | 359,359 | 655,317 |
| อายุ 67 | 262,451 | 318,340 | 580,791 |
| อายุ 68 | 254,572 | 311,198 | 565,770 |
| อายุ 69 | 239,349 | 293,748 | 533,097 |
| อายุ 70 | 218,664 | 272,967 | 491,631 |
| อายุ 71 | 210,602 | 262,937 | 473,539 |
| อายุ 72 | 190,628 | 240,503 | 431,131 |
| อายุ 73 | 166,976 | 210,361 | 377,337 |
| อายุ 74 | 152,174 | 195,900 | 348,074 |
| อายุ 75 | 133,086 | 173,591 | 306,677 |
| อายุ 76 | 117,223 | 154,066 | 271,289 |
| อายุ 77 | 115,906 | 152,044 | 267,950 |
| อายุ 78 | 97,711 | 133,274 | 230,985 |
| อายุ 79 | 101,475 | 140,617 | 242,092 |
| อายุ 80 | 87,039 | 122,971 | 210,010 |
| อายุ 81 | 78,117 | 114,015 | 192,132 |
| อายุ 82 | 76,343 | 111,109 | 187,452 |
| อายุ 83 | 67,768 | 102,941 | 170,709 |
| อายุ 84 | 57,816 | 89,517 | 147,333 |
| อายุ 85 | 52,140 | 82,968 | 135,108 |
| อายุ 86 | 42,663 | 68,293 | 110,956 |
| อายุ 87 | 38,349 | 62,166 | 100,515 |
| อายุ 88 | 31,353 | 52,959 | 84,312 |
| อายุ 89 | 27,746 | 45,982 | 73,728 |
| อายุ 90 | 20,665 | 36,777 | 57,442 |

| พื้นที่ | ชาย | หญิง | รวม |
|--------------------|--------|--------|--------|
| อายุ 91 | 17,904 | 30,810 | 48,714 |
| อายุ 92 | 13,815 | 23,945 | 37,760 |
| อายุ 93 | 12,453 | 21,229 | 33,682 |
| อายุ 94 | 8,562 | 14,902 | 23,464 |
| อายุ 95 | 7,116 | 11,989 | 19,105 |
| อายุ 96 | 5,129 | 8,093 | 13,222 |
| อายุ 97 | 4,137 | 6,235 | 10,372 |
| อายุ 98 | 3,621 | 5,066 | 8,687 |
| อายุ 99 | 2,945 | 3,811 | 6,756 |
| อายุ 100 | 2,914 | 3,797 | 6,711 |
| อายุมากกว่า 100 ปี | 9,432 | 10,227 | 19,659 |
| เกิดปีจันทร์คดิ | 16 | 17 | 33 |

ที่มา: ส่วนบริหารและพัฒนาเทคโนโลยีการทะเบียน (2564)

ตาราง 4.15 เปรียบเทียบช่วงอายุของจำนวนประชาชนสัญชาติไทย พ.ศ. 2564

| ช่วงอายุ | เพศชาย | เพศหญิง | รวม | คิดเป็นร้อยละ |
|-------------------|------------|------------|------------|---------------|
| อายุต่ำกว่า 20 ปี | 8,002,183 | 7,577,653 | 15,579,836 | 23.70 |
| อายุ 21-40 ปี | 9,541,491 | 9,381,425 | 18,922,916 | 28.79 |
| อายุ 41-60 ปี | 9,607,363 | 10,415,538 | 20,022,901 | 30.46 |
| มากกว่า 61 ปี | 4,941,182 | 6,268,386 | 11,209,568 | 17.05 |
| รวม | 32,092,219 | 33,643,002 | 65,735,221 | 100.00 |

ที่มา: ปรับปรุงจาก ส่วนบริหารและพัฒนาเทคโนโลยีการทะเบียน (2564)

จากตารางที่ 4.14 และ 4.15 พบว่า จำนวนประชากรในประเทศไทย ณ กันยายน 2564 มีจำนวนประชากรทั้งสิ้น 65,735,221 คน เมื่อพิจารณาช่วงอายุประชากรอยู่ในช่วงอายุ 41-60 ปี จำนวน

20,022,901 คน คิดเป็นร้อยละ 30.46 รองลงมา อายุ 21-40 ปี จำนวน 18,922,916 คน คิดเป็นร้อยละ 28.79 อายุต่ำกว่า 20 ปี จำนวน 15,579,836 คน คิดเป็นร้อยละ 23.70 และสุดท้ายคือมากกว่า 61 ปี จำนวน 11,209,568 คน คิดเป็นร้อยละ 17.05 บ่งชี้ให้เห็นว่า กลุ่มผู้สูงอายุกับอายุต่ำกว่า 20 ปี กับช่วงอายุมากกว่า 61 ปี มีจำนวนสัดส่วนใกล้เคียงกัน ทั้งนี้ จำนวนประชากรกลุ่มวัยทำงานในช่วงอายุ 21-40 ปีมีจำนวนร้อยละ 28.79 แต่ทว่ากลุ่มในช่วงอายุ 41-60 ปี ที่มีจำนวน 20,022,901 คน กำลังปรับเปลี่ยนเป็นประชากรผู้สูงอายุมากกว่า 61 ปี ทำให้จำนวนกลุ่มช่วงอายุผู้สูงอายุมีเพิ่มมากขึ้น

กล่าวโดยสรุปได้ว่า ผู้สูงอายุในสังคมไทยเป็นบุคคลที่มีอายุเกินกว่าหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไป และมีสัญชาติไทย ในปี พ.ศ. 2564 มีจำนวน 11,209,568 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 17.05 จากจำนวนประชากรทั้งหมด ซึ่งถือว่าเป็นสัดส่วนประชากรใกล้เคียงหนึ่งในห้าของประชากร โดยรวมทั้งหมด ซึ่งส่งผลกระทบต่อโครงสร้างการพัฒนาทางสังคมและเศรษฐกิจ

อย่างไรก็ตาม ถึงแม้กลุ่มผู้สูงอายุจำนวนมากยังคงมีความพร้อมในการใช้ชีวิตประจำวัน และยังสามารถประกอบกิจกรรมทางสังคมและทางเศรษฐกิจได้ก็ตาม จึงเห็นได้ว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่ประกอบอาชีพอิสระทั้งเป็นผู้ประกอบการทั้งขนาดเล็กและขนาดใหญ่ เกษตรกร และรับจ้างอิสระ เป็นต้น ยังคงมีวิถีการดำเนินชีวิตที่เหมือนปกติหลังเข้าสู่วัยชรา ดังมีผู้ให้สัมภาษณ์ อาทิ

“หลังอายุครบแซยิดหกสิบปีแล้ว ผมก็ยังขายของเหมือนเดิม ผมยังไหว ร่างกายไม่เหมือนตอนหนุ่ม แต่ก็ยังทำได้ งานขายโช้วห่วยมันไม่เห็น้อยอะไร มีลูกสาวคนโต ไม่ได้แต่งงานคอยดูแลอยู่ที่บ้าน อยู่ที่ร้าน ก็เลยไม่รู้สึกแก่อะไรมากมาย มันชินแล้ว” (ผู้สูงอายุท่านที่ 1, การสัมภาษณ์, 17 สิงหาคม 2565)

“ป้าก็ยังดูแลงานหลายๆ เรื่องเหมือนเดิมยังวางแผนไม่ได้ เพราะต้องคอยซัพพอร์ตลูกๆ คอยระแวงระวังหลัง เด็กหนุ่มยังไม่รอบคอบ อายุหกสิบห้าแล้วก็ยังเป็นห่วง แต่อีกหน่อยก็ต้องวางมือ เพราะมันถึงเวลาที่ต้องปล่อยให้ทำ ยิงนำเข้าเครื่องจักรขนาดใหญ่ การลงทุนนั้นสูงมาก ต้องรอบคอบให้มาก เรื่องเหล่านี้ต้องคอยช่วยลูกๆ อยู่ตลอด” (ผู้สูงอายุท่านที่ 2, สัมภาษณ์, 17 สิงหาคม 2565)

“ลูกก็ป่วยบ้างนะ แต่ก็เป็นเรื่องธรรมดาเนาะ เป็นโรคต่างๆ ไป เวลาป่วยก็หาหมอ ลูกๆ ทำงานอยู่ในกรุงเทพฯ ก็ไปรับพามาหาประจำเวลาไม่สบาย ปกติลูกกับป้าอยู่ต่างจังหวัด ส่วนใหญ่ก็ปลูกผัก ปลูกนุ่นนี้ขายไปเรื่อย มันก็ไม่รู้สึกว่าจะแก่อะไรนะ แคंप่วยง่ายขึ้นเท่านั้น” (ผู้สูงอายุท่านที่ 4, สัมภาษณ์, 18 สิงหาคม 2565)

“หมอว่า ผู้สูงอายุหลายคนก็ชอบทำงาน และมองว่าตนเองยังทำงานได้เหมือนก่อนเกษียณ เพียงแต่เหนื่อยง่ายขึ้น หรือสุขภาพไม่ดีเท่าเดิม เพราะอันที่จริงทุกคนสามารถใช้ชีวิตในการทำงาน

“ได้ตลอดหากสุขภาพและมีปัจจัยอื่นๆ เอื้ออำนวยค่ะ” (บุคลากรทางการแพทย์ท่านที่ 2, การสัมภาษณ์, 20 สิงหาคม 2565)

อย่างไรก็ตาม กลับพบว่าสมรรถนะการทำงานของผู้สูงอายุจำนวนไม่น้อยก็ขาดความพร้อมในการทำงานได้เท่าเทียมกับกลุ่มประชากรวัยทำงานโดยทั่วไป ดังที่ผู้ให้สัมภาษณ์หลายท่านอธิบายไว้ดังนี้

“ผมว่า ผู้สูงอายุหลายคนเมื่อพ้นวัยทำงาน หรือเกษียณจากงานออกมาแล้ว มีประเด็นที่น่าตั้งคำถามต่อว่า เขาพร้อมที่จะทำงานในระบบต่อได้ไหม และสามารถรับแรงกดดันในการทำงานได้เหมือนกับวัยทำงานที่ยังต้องการความท้าทายในงานได้เช่นเดิมอีกหรือไม่ รวมทั้งอีกหลายคนที่เคยทำงานประจำในภาครัฐหรือเอกชนก็ตาม หลายคนก็รู้สึกว่าตนเองประสบความสำเร็จในหน้าที่การงานแล้ว นี่ถือเป็นปัญหาในเชิงโครงสร้างที่น่าสนใจว่า รัฐบาล หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมองเรื่องนี้อย่างไร” หมอชาย หมอ (บุคลากรทางการแพทย์ท่านที่ 1, การสัมภาษณ์, 18 สิงหาคม 2565)

“กรมของเรามีหน้าที่วางแผนและกรอบแนวทางการให้การดูแลแก่ผู้สูงอายุโดยตรง เรามองว่าผู้สูงอายุไม่ได้เป็นคนแก่ที่รอการดูแลจากหน่วยงานรัฐหรือครอบครัวเท่านั้น แต่เรามองเห็นว่า หน่วยงานของเราตระหนักในคุณค่าทั้งในแง่ความรู้ ความสามารถ และศักยภาพของผู้สูงอายุทุกคน ประสพการณ์ของแต่ละท่านนั้นผ่านวันเวลาสะสมมานาน ถือเป็นสิ่งที่มีคุณค่าที่เป็นประโยชน์ต่อทุกคนในรุ่นต่อไป การที่หลายคนมีสุขภาพไม่แข็งแรง ซึ่งเป็นปัญหาในเบื้องต้นทางหน่วยงานเราก็มีหน้าที่เติมเต็มและเข้าช่วยแก้ไขปัญหามาให้ได้มากที่สุด อย่างน้อยเราก็พร้อมกระตุ้นสังคมให้มีการเตรียมความพร้อมแก่ผู้จะเกษียณอายุทั้งในหน่วยงานภาครัฐและเอกชนก่อนที่ทุกคนจะเกษียณอายุการทำงาน แต่ปัญหาสำคัญก็คือ ปัญหานี้ต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วนไปพร้อมกัน จึงเห็นว่า ผู้เกษียณอายุจากงานจำนวนไม่น้อยเกิดความรู้สึกกลายเป็นเหมือนผู้ไร้ค่าไปในสังคม เพราะเกิดการว่างงาน” (บุคลากรหน่วยงานภาครัฐท่านที่ 2, การสัมภาษณ์, 25 สิงหาคม 2565)

“ผมมองเห็นว่า ปัญหาผู้สูงอายุนี้นั้นเป็นปัญหาในเชิงโครงสร้างนะ เพราะวัยทำงานในสังคมไทยนั้นกำลังมีสัดส่วนไม่สมดุลกับวัยชรา หรือที่เราเรียกว่า กลุ่มเบบี้บูมเมอร์ (Baby Bloomer) ตอนนี้ยิ่งใกล้เลือกตั้ง ผมมองว่าหลายพรรคการเมืองกำลังมองปัญหานี้อยู่ด้วยเช่นกัน เพราะเป็นฐานคะแนนในการเลือกตั้งที่สำคัญไม่น้อยกว่าวัยเด็ก ผมเชื่อว่าน่าจะมีนโยบายดีๆ หลายเรื่องที่เป็นประโยชน์ต่อผู้สูงอายุครับ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องการรักษาพยาบาล รายได้ การจัดสวัสดิการต่างๆ ที่จำเป็นต่อการดำรงชีพ” (นักการเมืองท่านที่ 2, การสัมภาษณ์, 10 กันยายน 2565)

“ลุงว่า ลุงเหนื่อยนะ ยิ่งตอนนี้ไม่มีงานทำหลังเกษียณงานมา อาศัยกินบุญเก่า นโยบายรัฐที่ให้เงินคนแก่นี้ก็ช่วยได้พอสมควรนะ ถึงแม้ไม่เยอะ แต่ก็พอซื้อของกินของใช้ได้บ้าง ลูกสาวให้บ้าง

ลูงเองก็รู้สึกว่าคุณเองเป็นภาระของสังคมเหมือนกันนะ แต่คิดอีกทีก็ไม่น่าใช่ เพราะตอนทำงานก็เสียภาษีตลอด ไม่เคยเกี่ยง ไม่เคยเลียงนะ ถึงเวลารัฐก็ต้องดูแลเราบ้าง” (ผู้สูงอายุท่านที่ 5, การสัมภาษณ์, 19 สิงหาคม 2565)

จากผลการสัมภาษณ์เปรียบเทียบกับข้อมูลสัดส่วนประชากรข้างต้น ย่อมพบว่า ปัญหาผู้สูงอายุถือเป็นปัญหาในเชิงโครงสร้างที่ส่งผลกระทบต่อสังคมและเศรษฐกิจ กล่าวคือ รัฐจำเป็นต้องมีบทบาทสำคัญในการดูแลและแก้ไขปัญหาดังกล่าว โดยรวมแก่ผู้สูงอายุ เช่น การเข้ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาล การประกันรายได้ การจัดสวัสดิการต่างๆ ที่จำเป็นต่อการดำรงชีพ รวมทั้งการจัดกิจกรรมทางเศรษฐกิจที่ทำให้ผู้สูงอายุสามารถประกอบอาชีพอิสระต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ทั้งในการสร้างรายได้ และส่งเสริมสุขภาพจิตใจไปพร้อมกัน เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตได้จวบจนสิ้นอายุขัย

ปัญหาในเชิงโครงสร้างดังกล่าว รัฐจึงจำเป็นต้องพัฒนาระบบประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุเพื่อลดภาระค่าใช้จ่ายในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ ขณะเดียวกันจำเป็นต้องสร้างการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนในการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวบนรากฐานของระบบสาธารณสุขที่เข้มแข็ง ผ่านครอบครัว ชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานภาครัฐในทุกระดับ และผู้ประกอบการเอกชน

2) ปัญหาของผู้สูงอายุในระดับปัจเจกบุคคล

เมื่อศึกษาถึงปัญหาที่พบในผู้สูงอายุในสังคมไทย ซึ่ง กรมกิจการผู้สูงอายุ (2564) ได้สรุปให้เห็นว่า ผู้สูงอายุจะมีปัญหาในหลายๆ ด้าน อันเป็นจากความชราภาพ สภาพร่างกายและระบบการทำงานของระบบต่างๆ ในร่างกายจึงเสื่อมถอยลงไป กระทั่งมีผลให้ผู้สูงอายุต้องพึ่งพาคนอื่นและต้องการความช่วยเหลือดูแลมากขึ้น แต่ด้วยความก้าวหน้าทางการแพทย์ พยาบาลและสาธารณสุขก็พัฒนาไปมากทำให้อัตราการเสียชีวิตด้วยโรคร้ายต่างๆ จึงลดน้อยลงมาก และแม้อัตราการรอดชีวิตก็เพิ่มมากขึ้นและผู้ป่วยก็มีชีวิตที่ยืนยาวต่อไป แต่กลับปรากฏให้เห็นว่าผู้สูงอายุจำนวนไม่น้อยมักมีความพิการตามมาจากผลของการเจ็บป่วยก่อนหน้านี้ รวมถึงปัญหาในเชิงปัจเจกบุคคลอื่นๆ ได้แก่

ประการแรก ปัญหาอาการเจ็บป่วยเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง เบาหวาน ฯลฯ โดยไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ หรือทำได้แต่เพียงการควบคุมอาการ เท่านั้น จึงต้องประคับประคองอาการและดูแลสุขภาพให้อยู่กับโรคเหล่านี้ต่อไปได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีพอสมควร ซึ่งผู้สูงอายุจำเป็นต้องอาศัยการดูแลจากคนในครอบครัวหรือเป็นภาระพึ่งพิงตลอดไป

ประการที่สอง ปัญหาด้านจิตใจของผู้สูงอายุ เนื่องจากส่วนมากผู้สูงอายุจะรู้สึกว่าเหงาและมีความวิตกกังวลกลัวถูกทอดทิ้ง ไม่ได้ได้รับการดูแลความอบอุ่นจากลูกหลานและคนในครอบครัวทำ

ให้เกิดภาวะซึมเศร้า ซึ้น้อยใจ โหมโง่งายและเอาแต่ใจตัวเอง เนื่องจากสถานะที่เปลี่ยนแปลงไปจากที่เคยทำงานมีรายได้มีสถานะเป็นผู้นำของครอบครัวให้คนอื่นพึ่งพิงได้ต้องกลับมาเป็นผู้ที่ต้องรับความช่วยเหลือจากคนในครอบครัว ครอบครัวจึงมีบทบาทสำคัญในการแก้ไขปัญหาดังกล่าวนี้

ประการที่สาม ปัญหาทางด้านสังคมของผู้สูงอายุ กล่าวคือ ผู้สูงอายุกลุ่มที่เคยมีตำแหน่งหน้าที่ในการทำงานที่เคยรับผิดชอบในเรื่องสำคัญๆ กระทั่งเป็นที่ได้รับความนับหน้าถือตาที่ผู้สูงอายุเคยได้รับการยกย่องและนับถือเมื่อตอนที่ยังทำงานอยู่ เมื่อเกษียณหรือพ้นออกจากงานมาแล้วสิ่งที่เคยได้รับก็หายไปด้วยทั้ง อำนาจ ชื่อเสียง ความนับหน้าถือตา การยกย่อง ก็ทำให้รู้สึกเหมือนว่าตนเองไม่มีความสำคัญอีกต่อไป

ประการที่สี่ ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ โดยผู้สูงอายุที่มีสวัสดิการ เช่น บำเหน็จ บำนาญ ประกันสังคม ประกันชีวิต ฯลฯ สามารถนำเงินที่ได้มาใช้จ่ายประคับประคองชีวิตในวัยสูงอายุได้ จวบจนสิ้นอายุขัย อย่างไรก็ตาม ค่าใช้จ่ายของผู้สูงอายุจะมีค่าใช้จ่ายที่สูงมากสำหรับผู้สูงอายุที่ไม่ได้วางแผนการใช้จ่ายเงินไว้ล่วงหน้าอาจทำให้เกิดปัญหาทางเศรษฐกิจได้

จากปัญหาโดยรวมข้างต้น ย่อมเห็นว่า ผู้สูงอายุมีความต้องการการตอบสนองจากทั้งครอบครัว บุคคลรอบข้าง ชุมชน องค์กรภาครัฐและเอกชน ที่เกี่ยวข้องอยู่รายรอบตัวของผู้สูงอายุ เพื่อให้เข้ามามีส่วนร่วมในการสนับสนุน ส่งเสริม และ โดยเฉพาะแก้ไขปัญหาค่าใช้จ่ายของตนเองเผชิญอยู่ ดังพบว่า มีผู้ให้สัมภาษณ์ไว้ดังนี้

“ลูกก็มาหาหาหมอ มาตรวจสุขภาพประจำนะ ปกติจะไป โรงพยาบาลประจำตำบล (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือเดิมเรียก สถานีอนามัย) แถวๆ บ้านนะ สะดวกดี ถ้ามาโรงพยาบาลเอกชนนี่แพง ค่าใช้จ่ายสูง แต่ลูกสาวบิ๊งได้ ก็มาได้ ทุกวันนี้ไม่ได้ทำงานอาศัยลูกสาวเลี้ยงดู ลูกก็ไม่ค่อยขอรอะไรเขาหรอก พอมีเงินเก็บอยู่บ้าง ได้เงินคนแก่มาบ้าง ไม่มาก แต่ก็รวมๆ กันก็พอใช้อยู่” (ผู้สูงอายุท่านที่ 5, การสัมภาษณ์, 19 สิงหาคม 2565)

“ตอนแรกป้าว่าจะไม่มาหาหมอละ หาซื้อยากินแถวบ้านเองน่าจะง่ายกว่า ลูกก็มาหาโรงพยาบาล หากรวมาก็ลำบาก บ้านไม่ได้อยู่ในตัวจังหวัด มันเลยจะทุลักทุเลหน่อย แต่โชคดีที่ อบต. (องค์การบริหารส่วนตำบล) มีรพพยาบาลผู้ป่วยหนักแถวบ้านมาส่งที่นี้พอดี เลยดิตรดมมาด้วย ป้ามาตามหมอนัดรับยารักษาโรคเบาหวาน โรคคนแก่มีสารพัดนะ ต้องทำใจ ลูกๆ หลานๆ ต่างคนต่างมีภาระ เขาก็ไม่ว่างพามา แก่ขนาดนี้แล้วยังช่วยเหลือตัวเองทุกเรื่อง” (ผู้สูงอายุท่านที่ 3, การสัมภาษณ์, 18 สิงหาคม 2565)

“ป้ามาตรวจสุขภาพประจำ เพราะคิดว่าต้องใช้ร่างกายอีกนาน อยู่เป็นที่เลี้ยงลูกๆ บริหารงาน เป็นที่ปรึกษาเป็นที่พึ่งพิงให้เขา ลูกๆ เลยบอกให้ป้าต้องมาตรวจสุขภาพทุกปี ป้าก็รู้สึกดีนะ บางครั้งก็พาไปเที่ยวกับหลานๆ บ้าง อันที่จริง เงินทองก็มีอยู่นะ แต่สุขภาพมีความสำคัญ

มากกว่า อีกอย่างเวลาป่าไปที่ออฟฟิศ เด็กๆ ลูกน้องก็ยังทักทาย เคารพป่าดี ป่าก็โอเคนะ ถือว่าวัยเกือบเจ็ดสิบแล้ว ป่าได้ขนาดนี้ถือว่าดีทีเดียว” (ผู้สูงอายุท่านที่ 2, การสัมภาษณ์, 17 สิงหาคม 2565)

“หมอมว่า เรื่องปัญหาของผู้สูงอายุนี้ ส่วนใหญ่ก็เป็นเรื่องสุขภาพกายและใจนะคะ บางคนร่างกายไม่แข็งแรง ก็น้อยอกน้อยใจในครอบครัวที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้เต็มที่ ส่วนเรื่องอื่นๆ ก็คงเป็นเรื่องค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพ เพราะถึงแม้จะเป็นโรงพยาบาลของรัฐก็ยังมีค่าใช้จ่ายในหลายเรื่อง ทั้งค่าเดินทาง ค่ารักษาพยาบาลตามที่ได้รับบริการ ผู้สูงอายุหลายคนก็เลี้ยงที่จะมาโรงพยาบาลในตัวจังหวัด บางคนเลยอาศัยการเข้าตรวจสุขภาพหรือรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแทนค่ะ ซึ่งหมอมคิดว่า การส่งเสริมการทำงานและปรับปรุงด้านความพร้อมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจะช่วยแก้ไขปัญหาทั้งในเชิง โครงสร้างและระดับความต้องการของตัวบุคคลของผู้สูงอายุได้ดีขึ้นมากเลยคะ” (บุคลากรทางการแพทย์ท่านที่ 2, การสัมภาษณ์, 20 สิงหาคม 2565)

“ผมเห็นว่า ระบบสวัสดิการสังคมที่ดี ไม่ว่าจะเรียกประชานิยมหรืออะไรก็แล้วแต่ นั้นมีประโยชน์ต่อผู้สูงอายุนะครับ การให้เงินช่วยเหลือผู้สูงอายุในรูปแบบต่างๆ นั้นมีประโยชน์มาก โดยเฉพาะคนจนครับ เงินไม่มากแต่ก็มีค่าสำหรับผู้ที่ขาดครับ ยิ่งผู้สูงอายุที่ขาดรายได้ นั้นเงินเพียงพันหรือสองพันก็มีประโยชน์มากครับ ประกอบกับการมีระบบสาธารณสุขที่ดีก็จะช่วยทำให้หลักประกันสุขภาพแก่ประชาชนทุกเพศทุกวัยมีความมั่นคงมากขึ้นครับ” (บุคลากรหน่วยงานภาครัฐท่านที่ 1, การสัมภาษณ์, 25 สิงหาคม 2565)

ผลการสัมภาษณ์สรุปได้ว่า ปัญหาในเชิงปัจเจกบุคคลอื่นๆ ได้แก่

ปัญหาแรก ปัญหาอาการเจ็บป่วยเรื้อรัง โดยปัญหาเรื่องการรักษาในระยะยาวนั้นถือเป็นประเด็นที่ส่งผลต่อความมั่นคงในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุที่ต้องการการตอบสนองจากบุคคลที่เกี่ยวข้องทั้งครอบครัว สถานพยาบาล รวมทั้งหน่วยงานในการเอื้ออำนวยความสะดวกในการเข้าถึงการรักษาพยาบาล

ปัญหาที่สอง ปัญหาด้านจิตใจของผู้สูงอายุ ซึ่งผู้สูงอายุต่างต้องการความเชื่อมั่นทางด้านจิตใจ ถึงการยอมรับ ความเคารพ ความนับถือ ทั้งจากบุคคลภายในครอบครัว และบุคคลอื่นๆ ในสังคม ที่ตระหนักว่าตนเองเป็นคนที่มีความค่าและเป็นที่ยอมรับของทุกคน โดยทุกคนพร้อมให้ความช่วยเหลือดูแลเมื่อตนเองประสบปัญหาในหลายๆ ด้าน ทั้งด้านการรักษาพยาบาล การสันทนการ และการเงิน

ปัญหาที่สาม ปัญหาทางด้านสังคมของผู้สูงอายุ โดยทุกคนในชุมชนและท้องถิ่นที่ตนพำนักอยู่ หรือองค์กรที่ตนเคยทำงานต่างมองเห็นว่า ผู้สูงอายุไม่เป็นภาระของสังคม เป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถ และมีประสบการณ์ที่พร้อมถ่ายทอด ให้คำแนะนำ หรือช่วยเหลือตามโอกาสเป็นครั้งคราว

ปัญหาที่สี่ ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ ถือเป็นปัญหาสำคัญที่ผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยขอมพบว่ามีผู้สูงอายุที่มีความพร้อมทางการเงินผ่านระบบการออมที่เหมาะสม หรือได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวด้วยความพร้อมจะมีโอกาสประสบปัญหาในเรื่องค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวันและการเข้ารักษาพยาบาลน้อยกว่าผู้ขาดความพร้อม เนื่องจากต้องพึ่งพินโยบายของรัฐที่เกี่ยวข้องต่อผู้สูงอายุมากกว่า

3) การสังเคราะห์ปัญหาของผู้สูงอายุในระดับโครงสร้างและระดับปัจเจกบุคคล

เมื่อพิจารณาถึงปัญหาของผู้สูงอายุในระดับ โครงสร้าง และ ระดับปัจเจกบุคคลขอมสรุปได้ดังนี้

ปัญหาผู้สูงอายุถือเป็นปัญหาในเชิงโครงสร้างที่ส่งผลกระทบต่อสังคมและเศรษฐกิจ กล่าวคือ รัฐจำเป็นต้องมีบทบาทสำคัญในการดูแลและแก้ไขปัญหาโดยรวมแก่ผู้สูงอายุ เช่น การเข้ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาล การประกันรายได้ การจัดสวัสดิการต่างๆ ที่จำเป็นต่อการดำรงชีพรวมทั้งการจัดกิจกรรมทางเศรษฐกิจที่ทำให้ผู้สูงอายุสามารถประกอบอาชีพอิสระง่ายๆ ที่เป็นประโยชน์ทั้งในการสร้างรายได้ และส่งเสริมสุขภาพจิตใจไปพร้อมกัน เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตได้จวบจนสิ้นอายุขัย

ปัญหาในเชิงโครงสร้างดังกล่าว รัฐจึงจำเป็นต้องพัฒนาระบบประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุเพื่อลดภาระค่าใช้จ่ายในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ ขณะเดียวกันจำเป็นต้องสร้างการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนในการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวบนรากฐานของระบบสาธารณสุขที่เข้มแข็ง ผ่านครอบครัว ชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานภาครัฐในทุกระดับ และผู้ประกอบการเอกชน

ขณะที่สภาพปัญหาในเชิงปัจเจกบุคคล ประกอบด้วย

ปัญหาแรก ปัญหาอาการเจ็บป่วยเรื้อรัง โดยปัญหาเรื่องการรักษาในระยะยาวนั้นถือเป็นประเด็นที่ส่งผลกระทบต่อความมั่นคงในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุที่ต้องการการตอบสนองจากบุคคลที่เกี่ยวข้องทั้งครอบครัว สถานพยาบาล รวมทั้งหน่วยงานในการเอื้ออำนวยความสะดวกในการเข้าถึงการรักษาพยาบาล

ปัญหาที่สอง ปัญหาด้านจิตใจของผู้สูงอายุ ซึ่งผู้สูงอายุต่างต้องการความเชื่อมั่นทางด้านจิตใจถึงการยอมรับ ความเคารพ ความนับถือ ทั้งจากบุคคลภายในครอบครัว และบุคคลอื่นๆ ในสังคม ที่ตระหนักว่าตนเองเป็นคนที่มีความค่าและเป็นที่รักของทุกคน โดยทุกคนพร้อมให้ความช่วยเหลือดูแลเมื่อตนเองประสบปัญหาในหลายๆ ด้าน ทั้งด้านการรักษาพยาบาล การสนับสนุน และการเงิน

ปัญหาที่สาม ปัญหาทางด้านสังคมของผู้สูงอายุ โดยทุกคนในชุมชนและท้องถิ่นที่ตนพำนักอยู่ หรือองค์กรที่ตนเคยทำงานต่างมองเห็นว่า ผู้สูงอายุไม่เป็นการของสังคม เป็นผู้ที่มีความรู้

ความสามารถ และมีประสบการณ์ที่พร้อมถ่ายทอด ให้คำแนะนำ หรือช่วยเหลือตามโอกาสเป็นครั้งคราว

ปัญหาที่สี่ ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ ถือเป็นปัญหาสำคัญที่ผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยขอมพบว่ามีผู้สูงอายุที่มีความพร้อมทางการเงินผ่านระบบการออมที่เหมาะสม หรือได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวด้วยความพร้อมจะมีโอกาสประสบปัญหาในเรื่องค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวันและการเข้ารักษาพยาบาลน้อยกว่าผู้ขาดความพร้อม เนื่องจากต้องพึ่งพิงนโยบายของรัฐที่เกี่ยวข้องต่อผู้สูงอายุมากกว่า

เมื่อพิจารณาปัญหาโดยรวมขอมพบว่ามีปัญหาของผู้สูงอายุในเชิงโครงสร้างมีความสัมพันธ์กับปัญหาในเชิงปัจเจกบุคคล กล่าวคือ ผู้สูงอายุมีความต้องการทั้งในด้านจิตใจและร่างกาย ซึ่งต้องการเข้าถึงนโยบายเชิงสวัสดิการของรัฐในด้านต่างๆ ได้แก่ การเงินเพื่อเข้าถึงปัจจัยในการดำรงชีพจวบจนสิ้นอายุขัย การรักษาพยาบาลเพื่อให้ดำรงชีพได้ยาวนานที่สุด และระบบที่เอื้ออำนวยต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งประเด็นปัญหาเหล่านี้ถือเป็นปัจจัยพื้นฐานในการสร้างความมั่นคงของมนุษย์หรือการบริการผู้สูงอายุในระยะยาว

4.2.2 นโยบายการบริการผู้สูงอายุในระยะยาวของไทย

หน่วยงานภาครัฐของไทยในปัจจุบันที่สังกัดในกระทรวงต่างๆ ของไทย ได้แก่ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงแรงงาน กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงวัฒนธรรม กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย กระทรวงคมนาคม กระทรวงการท่องเที่ยวและการกีฬา รวมทั้งสำนักนายกรัฐมนตรี ต่างก็มีหน่วยงานที่จัดตั้งในการดำเนินนโยบายที่เกี่ยวข้องกับนโยบายการบริการผู้สูงอายุในระยะยาวของไทยตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ยุทธศาสตร์ชาติ พ.ศ.2561-2580 รวมถึงนโยบายและแผนยุทธศาสตร์อื่นๆ ของรัฐบาลแต่ละสมัย

ทั้งนี้หากพิจารณาถึงนโยบายโดยรวมของกระทรวงต่างๆ ข้างต้น ตามกรมหรือหน่วยงานภาครัฐที่จัดตั้งขึ้นต่างมีภารกิจที่นำไปสู่การกำหนดและการดำเนินนโยบายการบริการผู้สูงอายุในระยะยาวของไทย (งานพัฒนาและจัดการสารสนเทศ ฝ่ายเทคโนโลยีสารสนเทศห้องสมุด, 2565) อาทิ

กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จัดตั้งกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ และหน่วยงานบริการสังคมที่สำคัญๆ อาทิ สถานสงเคราะห์คนชรา ศูนย์บริการทางสังคมผู้สูงอายุ บริการหน่วยเคลื่อนที่ ศูนย์บริการผู้สูงอายุในวัด โดยชุมชน โดยมีภารกิจและหน้าที่ เกี่ยวกับการให้บริการสวัสดิการสังคมการสังคมสงเคราะห์ แก่ผู้สูงอายุ และกลุ่มผู้ด้อยโอกาสต่างๆ ผ่านการจัดสวัสดิการเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ การสงเคราะห์เครื่องอุปโภค บริโภค เครื่องช่วยความพิการ และอื่น ๆ

รวมทั้งการจัดอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ เป็นต้น โดยมีสำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ เป็นหน่วยงานสำคัญในการส่งเสริม และพัฒนาผู้สูงอายุให้ได้รับการคุ้มครองสวัสดิภาพ พิทักษ์สิทธิ และใช้ศักยภาพอย่างมีคุณภาพ ได้มาตรฐาน เพื่อศักดิ์ศรี และความมั่นคงในการดำรงชีวิต โดยมีเครือข่ายเข้ามีส่วนร่วมในการดำเนินนโยบาย

กระทรวงแรงงาน มีการจัดตั้งสำนักงานประกันสังคม กรมการจัดหางาน กรมพัฒนาฝีมือแรงงาน ที่มีอำนาจหน้าที่ด้านหนึ่งเกี่ยวกับการบริการผู้สูงอายุระยะยาว การจ่ายเงินบำเหน็จชราภาพ ทั้งนี้ผู้ประกันตน การเป็นศูนย์กลางติดต่อประสานให้แก่ผู้สูงอายุที่ต้องการทำงาน และบริษัทต่าง ๆ ที่ต้องการรับผู้สูงอายุเข้าทำงาน ซึ่งกรมการจัดหางานมีหน่วยงานจัดตั้งดำเนินการในทุกจังหวัด รวมทั้งหน่วยงานฝึกอบรมเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้สูงอายุทำงานทั้งภายในและภายนอกประเทศ รวมทั้ง เปิดฝึกอบรมทักษะ อาชีพต่าง ๆ ให้แก่ผู้สูงอายุที่สนใจ

กระทรวงศึกษาธิการ ได้มอบหมายภารกิจให้สำนักบริหารการศึกษานอกโรงเรียน (กศน.) ทำหน้าที่บริการการศึกษานอกโรงเรียนสำหรับผู้สูงอายุ คือ กิจกรรมการศึกษานอกโรงเรียน และกิจกรรมการศึกษาตามอัธยาศัย ในหลาย ๆ รูปแบบ ทั้งในการศึกษาแบบเบ็ดเสร็จขั้นพื้นฐาน และการให้การศึกษเพื่อช่วยพัฒนาอาชีพของผู้สูงอายุ โดยให้บริการทั้งใน โรงเรียนประจำและโรงเรียนฝึกอชีพเคลื่อนที่ รวมทั้งสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาเอกชน (ส.ช.) ซึ่งเป็นหน่วยงานจัดทำหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุ รวมทั้งติดตามและควบคุมการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐและเอกชน เป็นต้น

กระทรวงวัฒนธรรม โดยสำนักงานคณะกรรมการวัฒนธรรมแห่งชาติ (สวช.) เป็นหน่วยงานที่ทำหน้าที่รวบรวมและคัดเลือกศิลปินแห่งชาติส่วนใหญ่ ซึ่งเป็นผู้สูงอายุที่มีประสบการณ์ ความรู้ ความสามารถ ความชำนาญ ทรงคุณค่าภูมิปัญญาไทยที่มีความสามารถในด้านต่างๆ เพื่อเผยแพร่ศิลปวัฒนธรรมที่งดงามและคงเอกลักษณ์ในสังคมไทย

กระทรวงสาธารณสุข จัดตั้งกรมอนามัย โดยมีหน่วยงานพัฒนาส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อเฝ้าระวังป้องกันรักษาฟื้นฟูสุขภาพอนามัยผู้สูงอายุ รวมทั้งการศึกษาวิจัย เพื่อหารูปแบบการดำเนินงาน เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ตลอดจนจนถึงการปรับเปลี่ยนบทบาทของสถานีนามัยเดิมเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลในการให้บริการแก่ผู้สูงอายุ นอกจากนี้มีการจัดตั้ง สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ เป็นหน่วยงานส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาองค์ความรู้ทางการแพทย์ พัฒนาคุณภาพ การบริการให้ได้มาตรฐานครอบคลุม โดยมุ่งเน้นการบริการเชิงรุกสู่ชุมชน ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเอง ผ่านทางระบบสาธารณสุขมูลฐาน รวมทั้งการเผยแพร่ความรู้ เกี่ยวกับผู้สูงอายุผ่านสื่อต่าง ๆ รวมทั้งมีการมอบหมายให้กรมสุขภาพจิตเป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุ จัดทำโครงการ

รณรงค์ต่าง ๆ เผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุ โดยผ่านสื่อต่าง ๆ ตลอดจนถึงสำนักงานประกันสุขภาพให้เป็นหน่วยงานที่บทบาทและความรับผิดชอบในการดำเนินการให้สวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลแก่กลุ่มผู้สูงอายุ อีกด้วย

กระทรวงมหาดไทย ได้มอบหมายให้ กรมการพัฒนาชุมชน เป็นหน่วยงานที่มีอำนาจหน้าที่ในการพัฒนาส่งเสริมกลุ่มต่างๆ ในชุมชนให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้อย่างมีศักยภาพ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยกลุ่มผู้สูงอายุที่กรมการพัฒนาชุมชนให้ความสนใจในการดำเนินงาน สนับสนุน ส่งเสริมการรวมกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความชำนาญเฉพาะด้านในสาขาวิชาชีพต่างๆ เพื่อถ่ายทอดความรู้ ประสบการณ์ และช่วยเหลือสังคม รวมทั้งจัดกิจกรรมฟื้นฟูขนบธรรมเนียมประเพณีเกี่ยวกับการยกย่องผู้สูงอายุและบุพการี เช่น วันสงกรานต์ วันแม่แห่งชาติ เป็นต้น ขณะที่กรมส่งเสริมการค้าระหว่างประเทศ เป็นหน่วยงานสำคัญที่มีบทบาทในการรับผิดชอบงานเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ หรือเงินอื่นๆ ที่มอบให้กับผู้สูงอายุตามนโยบายต่างๆ ของรัฐบาล ซึ่งเริ่มตั้งแต่สมัยรัฐบาล นายอานันท์ ปันยารชุน เป็นนายกรัฐมนตรี โดยได้จัดให้มีการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพขึ้นในปี พ.ศ. 2536 เพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุในชนบทที่ยากจนไม่มีรายได้เพียงพอแก่การยังชีพ หรือถูกทอดทิ้ง หรือขาดผู้อุปการะเลี้ยงดู และไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้โดยมอบเป็นเงินคนละ 200 บาทต่อเดือน และช่วยจนตลอดชีวิต ซึ่งปีแรกได้รับงบประมาณเพียง 20,000 คนทั่วประเทศ โครงการนี้เป็นโครงการที่รัฐบาลให้ความสนใจมาก และผลักดันให้มีการเพิ่มจำนวนเงินเป็นเดือนละ 300 บาท/คน โดยนโยบายดังกล่าวได้มีการปรับปรุงมาโดยตลอดจวบจนถึงปัจจุบัน และจัดกิจกรรมในชุมชนที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุอันเป็นการจัดสวัสดิการเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตอีกด้านหนึ่งของผู้สูงอายุ ขณะที่องค์การบริหารส่วนจังหวัดที่มีความพร้อม ก็ได้ดำเนินการจัดตั้งสถานสงเคราะห์คนชราขึ้นในหลายหลายจังหวัด

กระทรวงคมนาคม มีนโยบายส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการสาธารณะด้วยค่าใช้จ่ายในราคาถูกลง โดยจัดให้มีบริการลดค่าโดยสารรถไฟครั้งราคา และการจัดที่นั่งสำหรับผู้สูงอายุในรถประจำทาง และรณรงค์ให้ประชาชนเอื้อเฟื้อที่นั่งแก่ผู้สูงอายุ เป็นต้น

กระทรวงการท่องเที่ยวและการกีฬา มอบหมายให้การกีฬาแห่งประเทศไทยเป็นหน่วยงานของรัฐที่มีหน้าที่หลักในการส่งเสริมสุขภาพแก่ประชาชน โดยใช้กีฬาเป็นสื่อ โดยในส่วนผู้สูงอายุได้จัดทำโครงการและกิจกรรม เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้ดีขึ้น เช่น โครงการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โครงการค่ายพักแรม การออกกำลังกาย เพื่อสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ โครงการส่งเสริมกีฬาและสุขภาพมวลชน เป็นต้น

สำนักนายกรัฐมนตรี ได้มอบหมายให้กรมประชาสัมพันธ์ เป็นหน่วยงานกลางในการเผยแพร่สื่อเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ตลอดจนรณรงค์ให้ประชาชนและ สื่อมวลชนให้เห็นความสำคัญของผู้สูงอายุในรูปแบบต่าง ๆ

กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม (จิเรมช ประเสริฐสุข, 2565) ได้จัดมีนโยบายส่งเสริมผู้สูงอายุเข้าถึงการไร้เทคโนโลยีเพื่อให้สามารถอยู่อย่างลำพังได้อย่างเป็นสุข อันเนื่องมาจากแนวโน้มการเป็นโสด การย้ายถิ่นทำงาน รวมไปถึงการแยกครอบครัวจากพ่อแม่ ทำให้ผู้สูงอายุ ออกจากครอบครัวมากขึ้น การใช้เทคโนโลยีเพื่อให้ใกล้ชิดกับครอบครัวมากยิ่งขึ้น ซึ่งเป็นหนึ่งในยุทธศาสตร์ของกรมกิจการผู้สูงอายุ ทั้งในแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545 - 2564) มียุทธศาสตร์ที่บูรณาการการใช้ดิจิทัลเพื่ออำนวยความสะดวกแก่ผู้สูงอายุแบบนโยบายผู้สูงอายุในแง่ของข้อมูล โดยให้มีการจัดเก็บฐานข้อมูลให้ทันสมัย ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงและสืบค้นได้ง่าย ในขณะเดียวกัน กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคมกับ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข และกรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และ สมาคมเฮลท์เทคโนโลยี ได้ร่วมกันจัดทำ e-Health Open Data Platform หรือ ศูนย์รวมข้อมูลสุขภาพจากสถานพยาบาลและผู้ป่วย เพื่อให้ข้อมูลมีความเชื่อมโยงกัน ในฐานข้อมูลของการให้บริการทางการแพทย์ให้เป็นไปในทางเดียวกัน มีมาตรฐานความปลอดภัยของข้อมูล เป็นต้น รวมทั้งยังมีการจัดตั้งศูนย์ต่อต้านข่าวปลอม (Anti-Fake News Center Thailand) ที่ประสานและตรวจสอบข่าวปลอม ข่าวลวง วาทกรรมต่าง ๆ ที่กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคมร่วมมือกับหน่วยงานของรัฐตรวจสอบข่าวที่อยู่ในโลกออนไลน์ รวมไปถึงเรื่องราวที่ประชาชนต้องการหาความเป็นจริงเกี่ยวกับข้อมูลที่ได้รับรู้นั้นก่อนที่จะเชื่อ เมื่อข่าวนั้นเข้าสู่กระบวนการของศูนย์ฯ จะประสานไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับเรื่องนั้นเพื่อสอบถามความจริงและประกาศบนหน้าเว็บให้เป็นที่เข้าใจร่วมกันในสังคมถึงความถูกต้องของข่าว เพื่อไม่ให้คนที่เข้าใจผิดยังคงเข้าใจผิดต่อไป

เมื่อพิจารณาการดำเนินนโยบายของหน่วยงานภาครัฐของไทยในปัจจุบันที่สังกัดในกระทรวงต่างๆ ของไทย ต่างก็มีหน่วยงานที่จัดตั้งในการดำเนินนโยบายที่เกี่ยวข้องกับนโยบายการบริการผู้สูงอายุในระยะยาวของไทยตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ยุทธศาสตร์ชาติ พ.ศ.2561-2580 รวมถึงนโยบายและแผนยุทธศาสตร์อื่นๆ ของรัฐบาลแต่ละสมัย โดยสามารถจำแนกประเภทของนโยบายของรัฐที่เกี่ยวข้องกับการบริการผู้สูงอายุระยะยาวของไทย ออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ นโยบายด้านการสาธารณสุข นโยบายด้านการส่งเสริมความพร้อมทางเศรษฐกิจ และนโยบายด้านการส่งเสริมคุณภาพชีวิตและสวัสดิการอื่นๆ โดยแต่ละด้านมีลักษณะ ดังนี้

ด้านแรก นโยบายด้านการสาธารณสุข เพื่อสร้างการเข้าถึงการดูแลรักษาพยาบาลได้อย่างทั่วถึงของผู้สูงอายุ ซึ่งมุ่งหวังผลในการดำเนินการให้ผู้สูงอายุสามารถเข้ารับรักษาพยาบาลผ่าน

หน่วยงานทั้งในระดับท้องถิ่นทั่วทุกพื้นที่เขตจังหวัด โดยมีบุคลากรทางการแพทย์ และผู้สนับสนุนทางการแพทย์ทั้งจากภายในชุมชน เช่น อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และแพทย์ประจำตำบล หรือจากภายในจังหวัด โดยเฉพาะแพทย์และพยาบาลในโรงพยาบาลของรัฐ ทำหน้าที่ในการให้บริการรักษาพยาบาลผ่านหน่วยงานที่จัดตั้งขึ้นของกระทรวงต่างๆ ร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีอยู่เต็มพื้นที่ทั่วทั้งประเทศ ซึ่งผลการสัมภาษณ์ช่วยสะท้อนภาพของนโยบายด้านการสาธารณสุข ไว้ดังนี้

“เมื่อก่อนลุงเคยไปสถานพยาบาลหลายที่ เพราะแต่ละโรงพยาบาลคุณหมอเก่งไม่เหมือนกัน แต่เดี๋ยวนี้มาที่นี้ที่เดียว มาที่โรงพยาบาลนี้บ่อยสุด เพราะรักษาหลายโรคพร้อมๆ กัน สะดวกดี เปลี่ยนโรงพยาบาลที่หนึ่ง เจาะเลือดที่หนึ่ง แต่ถ้ามาที่นี้ที่เดียวเจาะครั้งเดียวหาได้หลายหมอเลยครับ แล้วก็ พวก อสม. แถวบ้านก็ดี ช่วยประสานอะไรได้เยอะ ลุงว่าสะดวกขึ้นมาก” (ผู้สูงอายุท่านที่ 1, การสัมภาษณ์, 17 สิงหาคม 2565)

“ป้าเป็นชาวไร่ชาวนา ก็เลยชอบอยู่บ้าน เจ็บเล็กๆ น้อยๆ ก็ไปโรงพยาบาลแถวบ้านเป็นหลัก สะดวกดี เดือนๆ หนึ่ง หมอใหญ่จากโรงพยาบาลในเมืองก็จะนัดคนรุ่นๆ ป้าไปตรวจสุขภาพเป็นระยะ อดบ. ก็สนับสนุนหลายเรื่อง เลยทำให้เรื่องรักษาพยาบาลคนแก่ไม่วุ่นวายเหมือนยี่สิบสามสิบปีก่อน อีกอย่างมีพวก อสม. ก็ช่วยได้มากเลย” (ผู้สูงอายุท่านที่ 3, การสัมภาษณ์, 18 สิงหาคม 2565)

“ป้าว่า เดี่ยวนี้ดีนะ ไม่เหมือนสมัยสักยี่สิบกว่าปีก่อน ทำอะไรก็วุ่นวายเวลามาหาหมอ เดี่ยวนี้พยาบาลก็ดีขึ้น เดินทางก็สะดวกดี ขั้นตอนก็ไม่ยุ่งยากมากนัก แต่ต้องรอคิวหน่อย เพราะคนป่วย คนแก่เยอะ” (ผู้สูงอายุท่านที่ 6, การสัมภาษณ์, 20 สิงหาคม 2565)

ด้านที่ต่อมา นโยบายด้านการส่งเสริมความพร้อมทางเศรษฐกิจ เพื่อสร้างความพร้อมทางเศรษฐกิจในการดำรงชีพ โดยหลายกระทรวงได้มอบหมายให้หน่วยงานในสังกัดจัดทำแผนยุทธศาสตร์และโครงการที่เอื้ออำนวยให้ผู้สูงอายุสามารถสร้างรายได้ เช่น การจัดฝึกอบรมในงานหัตถกรรม การส่งเสริมการรวมกลุ่มวิสาหกิจชุมชนที่สนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการประกอบการ นอกจากนี้ยังมีการมอบเงินผ่านนโยบายต่างๆ เช่น เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ หรือเบี้ยยังชีพคนชรา หรือเงินผู้สูงอายุ รวมทั้งเงินสวัสดิการแห่งรัฐ เป็นต้น ซึ่งถือเป็นการสร้างความพร้อมทางด้านรายได้แก่ผู้สูงอายุทางตรง นอกเหนือไปจากเงินบำเหน็จบำนาญของผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งที่ได้รับเงินหลังการเกษียณอายุงานทั้งจากหน่วยงานภาครัฐและเอกชน ซึ่งจากผลการสัมภาษณ์สะท้อนให้เห็นถึงความสำเร็จในเชิงนโยบายพอสมควร อาทิ

“รายได้จากบำเหน็จของลุงก็ต้องกันเอาไว้เพื่อเป็นเดือนๆ ลูกๆ ก็มีให้ลุงใช้บ้าง แต่ก็ไม่อยากจะไปรบกวนอะไรกับลูกๆ เพราะเขาก็กำลังสร้างครอบครัวกัน รายได้จากเบี้ยยังชีพ เงินคนแก่นี้

ก็มีประโยชน์อยู่นะ จับต้องได้อยู่ถึงแม้ไม่มาก แต่สำหรับลุงก็เอามาซื้อของใช้ในชีวิตประจำวันในแต่ละเดือนได้สบาย” (ผู้สูงอายุท่านที่ 7, การสัมภาษณ์, 20 สิงหาคม 2565)

“เห็นป้าอย่างนี้ ป้าก็ได้เงินพวกเบี้ยยังชีพกับเขาเหมือนกันนะ แต่ป้าเอาไปทำบุญหมดเลย สารพัดแหล่งทั้งวัดทั้งคนยากไร้ แบ่งปันกันได้อะไรก็ทำ ทำให้ลูกหลานดูเป็นตัวอย่าง เงินพินิจมันมีค่ากับคนหลายคนทีเดียวนะ” (ผู้สูงอายุท่านที่ 2, การสัมภาษณ์, 17 สิงหาคม 2565)

“ป้าเคยรับราชการมานาน มีเงินบำนาญก็พอใช้อยู่ โชคดีที่ไม่มีหนี้สินอะไร ก็เลยมีเงินพอใช้ อีกอย่างได้เงินคนแก่มาก็เอาไว้ทำบุญทำทานบ้าง บางครั้งก็มีไว้แจกลูกหลานเวลามาหาที่บ้าน ก็ถือว่าดีนะ ป้าสนับสนุนให้รัฐบาลทำอย่างนี้ตลอดไป เพราะคนที่ไม่มีเงินจะได้มีเงินเล็กน้อยไว้จับจ่ายใช้สอยบ้าง มันเป็นเรื่องประโยชน์มากนะ” (ผู้สูงอายุท่านที่ 6, การสัมภาษณ์, 20 สิงหาคม 2565)

“ผมมั่นใจว่า นโยบายเกี่ยวกับเบี้ยผู้สูงอายุสำหรับประเทศไทยจะยังคงมีต่อไป เพราะมันก่อให้เกิดประโยชน์กับทุกคนที่ได้รับ ซึ่งก็คือเป็นการตอบแทนผู้สูงอายุที่เคยเสียภาษีมาก่อน หรือสำหรับกลุ่มที่เคยมีรายได้น้อยในช่วงวัยทำงาน พอชราภาพก็ถือว่าได้รับการดูแลที่ดีจากรัฐ เพราะเท่ากับรัฐไม่ทอดทิ้งชาวบ้านที่เป็นพลเมืองของรัฐครับ” (นักการเมืองท่านที่ 1, การสัมภาษณ์, 10 กันยายน 2565)

ด้านสุดท้าย นโยบายด้านการส่งเสริมคุณภาพชีวิตและสวัสดิการอื่นๆ เพื่อให้เกิดการเข้าถึงบริการสาธารณะของรัฐ และกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ โดยนโยบายด้านนี้มีหลากหลายรูปแบบ ทั้งที่อยู่ในรูปของการให้บริการ การสร้างความเชื่อมั่นในการยอมรับจากสังคม และการนันทนาการ

ทั้งนี้รูปแบบของการให้บริการจะมุ่งเน้นถึงการเข้ารับบริการในราคาถูกลง รวดเร็ว และเข้าถึงได้ง่าย เช่น ส่วนลดอัตราค่าโดยสาร อาทิ แอร์พอร์ต เรล ลิงค์ ผู้สูงอายุได้รับการลดค่าโดยสารให้ผู้สูงอายุครึ่งราคา โดยใช้บัตรผู้สูงอายุ (Senior card) รถไฟฟ้าใต้ดิน (MRT) ผู้สูงอายุได้รับการลดค่าโดยสารครึ่งราคา รวมทั้งการไม่เสียค่าใช้จ่ายในสถานบริการของรัฐในบางกรณี การจัดช่องทางพิเศษเฉพาะเพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการบริการที่สะดวกและรวดเร็วในสถานพยาบาล หรือบริการอื่นๆ ของรัฐ อาทิ รถไฟฟ้า (BTS) ผู้สูงอายุได้รับลิฟต์บริการที่สถานีหมอชิต สยาม อโศก อ่อนนุช และช่องนนทรี และท่าอากาศยาน ผู้สูงอายุได้รับการจัดสิ่งอำนวยความสะดวก ได้แก่ ลิฟต์ โทรศัพท์ ทางลาด ห้องสุขา มุมพักผ่อน พื้นที่จอดรถรับ – ส่งผู้สูงอายุที่มาใช้บริการ และดำเนินการตามมาตรการกำหนดให้สายการบินถือปฏิบัติการใช้ผู้โดยสารสูงอายุขึ้นเครื่องบินลำดับแรก เป็นต้น ดังที่มีผู้ให้สัมภาษณ์ว่า

“เราเป็นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุโดยตรง สิ่งใดที่ทางหน่วยงานเราจะประสานได้ เพื่อทำให้ผู้สูงอายุได้สิทธิประโยชน์ เราก็แจ้งไปยังหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชนเสมอเพื่อขอความอนุเคราะห์สิ่งเหล่านี้เสมอค่ะ” (บุคลากรหน่วยงานภาครัฐท่านที่ 2, การสัมภาษณ์, 25 สิงหาคม 2565)

“ผมคิดว่า หลายหน่วยงานพร้อมสร้างงานบริการที่ดีให้แก่ผู้สูงอายุเสมอ นะครับ เพราะสังคมไทยเป็นสังคมที่ให้ความเคารพผู้ใหญ่มาโดยตลอด อย่างเช่น เรื่องการใช้บริการสาธารณะของยานพาหนะต่างๆ ผมคิดว่าทุกรัฐบาลทำได้ดีครับ ส่วนเรื่องถึงขั้นสร้างความประทับใจในบริการหรือไม่ นั่นผมถือว่าเป็นอีกเรื่องหนึ่ง แต่ที่สำคัญผมมองว่า รัฐทำเรื่องนี้ได้ดีพอสมควร” (นักการเมืองท่านที่ 2, การสัมภาษณ์, 10 กันยายน 2565)

ขณะเดียวกันรัฐบาลและกลไกโดยรวมต่างก็สร้างการสร้างความเชื่อมั่นในการยอมรับจากสังคมแก่ผู้สูงอายุ โดยรวมถึงการจัดกิจกรรมเชิงนันทนาการผ่านรูปแบบนโยบายที่หลากหลายของแต่ละกระทรวง อาทิ กรณีผู้สูงอายุที่เดือดร้อนจะได้รับการช่วยเหลือตามประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคม และความมั่นคงของมนุษย์ เรื่อง กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการคุ้มครอง การส่งเสริม และการสนับสนุน การจัดที่พักอาศัย อาหาร เครื่องนุ่งห่มให้ผู้สูงอายุตามความจำเป็นอย่างทั่วถึง หรือกรณีผู้สูงอายุที่ถูกทารุณกรรม แสวงหาประโยชน์โดยมิชอบด้วยกฎหมาย และถูกทอดทิ้ง จะได้รับการช่วยเหลือตามประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคม และความมั่นคงของมนุษย์ เรื่อง กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการคุ้มครอง การส่งเสริม และสนับสนุนการช่วยเหลือผู้สูงอายุซึ่งได้รับอันตรายจากการถูกทารุณกรรม หรือถูกแสวงหาประโยชน์โดยมิชอบด้วยกฎหมาย หรือถูกทอดทิ้ง และการให้คำแนะนำ ปรีกษา ข้อมูลข่าวสาร และการดำเนินการอื่นที่เกี่ยวข้องในทางการแก้ไขปัญหาครอบครัว เป็นต้น ตลอดจนจัดการกิจกรรมยกย่องผู้ที่มีความรู้ ความสามารถ ทางด้านศิลปวัฒนธรรมไทยให้เป็นศิลปินแห่งชาติ ของกระทรวงวัฒนธรรม เป็นต้น นอกจากนี้ใน ด้านกิจกรรมนันทนาการนั้น ย่อมพบว่าผู้สูงอายุยังได้รับการยกเว้นค่าชมสถานที่ของรัฐ เช่น พิพิธภัณฑ์สถานแห่งชาติ อุทยานแห่งชาติ อุทยานประวัติศาสตร์ สถานที่ท่องเที่ยวในความ รับผิดชอบขององค์การอุตสาหกรรมป่าไม้ และองค์การสวนพฤกษศาสตร์ เป็นต้น โดยจากการ สัมภาษณ์สะท้อนให้เห็นว่า

“ในฐานะที่ผมเป็นข้าราชการกระทรวงนี้ ผมคิดว่าไม่มีใครหนีความแก่ชราภาพไปได้ เมื่อถึงวันนั้นทุกคนต่างก็ต้องการการดูแลจากทุกคนรอบข้าง และรวมถึงบทบาทของรัฐในการเข้ามาดูแลคนทุกคน การยกย่องให้เกียรติผู้สูงอายุถือเป็นเรื่องที่เป็นอัตลักษณ์ที่สำคัญของสังคมไทย กระทรวงนี้ กรมนี้ก็ยึดเรื่องนี้เสมอมาครับ หากมีเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานของเราทราบเรื่องของผู้สูงอายุ

คนใดคนหนึ่งเดือดร้อน ทางเราก็พร้อมส่งเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องเข้าไปช่วยดำเนินการในทันทีครับ” (บุคลากรหน่วยงานภาครัฐท่านที่ 1, การสัมภาษณ์, 25 สิงหาคม 2565)

“เรื่องของเพื่อนบ้านนั้น มันมีอยู่ว่า ลูกหลานทำตัวไม่ดีกับพ่อแม่ที่แก่แล้ว เจ้าหน้าที่ของราชการการรัฐเข้าก็รีบเข้าไปช่วยเหลือหลายเรื่อง กลายเป็นประเด็นคุยกันทั้งหมดบ้านเลขที่เดียว ว่า ลูกหลานบ้านนี้ชอบทำร้าย ขโมยเงินแม่เอาไปซื้อยาเสพติด ลูกยังคุยกับป้าเลยว่า ลูกเรานั้นดีก็ว่า มาก เรียนไม่เก่ง ทำงานพอหาเงินได้บ้าง แต่ก็ไม่ได้คิดทำเรื่องไม่ดีกับพ่อกับแม่ ไม่อย่างนั้น เจ้าหน้าที่ของกรมคงต้องเข้ามาช่วยเหลือพร้อมตำรวจเหมือนบ้านนั้น” (ผู้สูงอายุท่านที่ 4, การสัมภาษณ์, 18 สิงหาคม 2565)

“ลูกๆ หลานๆ มักพาป้าไปเที่ยวด้วยเสมอ เพราะเขาบอกว่า อามาไปด้วยแล้วสนุก ค่าใช้จ่ายก็ไม่ต้องเสียเพราะเป็นผู้สูงอายุ ขนาดไปดริมเวิร์ด ผู้สูงอายุก็ยังเข้าฟรีเลย พอเข้าไปก็นั่งรอพวก ลูกหลานไปเล่นเครื่องเล่นกัน ป้าก็ดูแลเจ้าตัวเล็กที่ยังไปเที่ยวเล่นกับเด็กโตไม่ได้ มันก็มีความสุขดีนะ บางครั้งก็ไปตามพิพิธภัณฑ์เพลินตาดี เข้าแต่ละแห่งก็ได้รับการยกเว้นค่าตัว เลยสบายกระเป๋า ลูกหลานเลย” (ผู้สูงอายุท่านที่ 2, การสัมภาษณ์, 17 สิงหาคม 2565)

จากที่กล่าวมาทั้งหมดข้างต้น ย่อมเห็นว่า ทุกนโยบายข้างต้นต่างถือเป็นรากฐานที่สำคัญของการสร้างความมั่นคงในมนุษย์ (Human Security) เนื่องจากนโยบายทั้ง 3 ด้าน กล่าวคือ นโยบายด้านการสาธารณสุขเน้นการสร้างการเข้าถึงการดูแลรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุตลอดชีวิต ในขณะที่นโยบายด้านการส่งเสริมความพร้อมทางเศรษฐกิจเน้นการสร้างความพร้อมทางเศรษฐกิจในการดำรงชีพเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถอยู่รอดตราบจนถึงอายุขัย ส่วนนโยบายด้านการส่งเสริมคุณภาพชีวิตและสวัสดิการอื่นๆ มุ่งเน้นให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการสาธารณะของรัฐให้ได้มากที่สุด ซึ่งถือเป็นการสร้างกิจกรรมนันทนาการตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุให้เกิดความรู้สึกถึงการดูแลจากรัฐทั้งในทางตรงและทางอ้อมอยู่ตลอดเวลา

4.2.3 ปัจจัยที่มีผลต่อนโยบายการบริการผู้สูงอายุในระยะยาวของไทย

เมื่อพิจารณาถึงปัจจัยที่มีผลต่อนโยบายการบริการผู้สูงอายุในระยะยาวของไทย พบว่า จำแนกออกเป็น 3 ประเด็น ได้แก่ คุณลักษณะของผู้สูงอายุ ค่านิยมของสังคมในการดูแลผู้สูงอายุ และบทบาทของรัฐต่อผู้สูงอายุ ซึ่งแต่ละประเด็นข้างต้นย่อมเห็นว่ามีประเด็นที่เกี่ยวข้องหรือสัมพันธ์กัน กล่าวคือ ประเด็นคุณลักษณะของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ความพร้อมด้านสถานภาพทางเศรษฐกิจส่วนบุคคล การมีสุขภาพดี และความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ส่วนประเด็นค่านิยมของสังคมในการดูแลผู้สูงอายุ ประกอบด้วย บทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ ความอบอุ่นของครอบครัว และการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ รวมทั้งประเด็นบทบาทของรัฐต่อ

ผู้สูงอายุ ประกอบด้วย บทบาทของหน่วยงานด้านสาธารณสุขของรัฐ และบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อีกทั้งในประเด็นนโยบายการบริการผู้สูงอายุในระยะยาวของไทย ประกอบด้วย รูปแบบการบริการผู้สูงอายุระยะยาว ประสิทธิภาพของนโยบายการบริการผู้สูงอายุในระยะยาว และความคาดหวังเชิงนโยบายการบริการผู้สูงอายุ ซึ่งแต่ละประเด็นดังกล่าว สามารถนำเสนอผลการสัมภาษณ์ ได้ตามลำดับดังนี้

1) คุณลักษณะของผู้สูงอายุ

ประเด็นคุณลักษณะของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ความพร้อมด้านสถานภาพทางเศรษฐกิจส่วนบุคคล การมีสุขภาพดี และความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง โดยผลการสัมภาษณ์ พบว่า

(1.1) ความพร้อมด้านสถานภาพทางเศรษฐกิจส่วนบุคคล

ผู้ให้สัมภาษณ์แสดงทัศนคติให้เห็นว่า ความพร้อมด้านสถานภาพทางเศรษฐกิจส่วนบุคคล ถือเป็นพื้นฐานของการดูแลตนเองในระยะยาว โดยเป็นขีดความสามารถส่วนบุคคล ซึ่งรวมถึงบทบาทการสนับสนุนทางการเงินของครอบครัวในการดูแลและการเข้ารับบริการในระยะยาวของผู้สูงอายุ อาทิ

“ลุงพอมีรายได้จากค่าขายมาตลอดชีวิต ส่วนหนึ่งก็ส่งลูกๆ เรียนจนจบปริญญา อีกส่วนก็เก็บไว้ใช้ตอนแก่บ้าง พอเจ็บไข้ได้ป่วยก็ไม่ลำบาก ยิ่งเข้าโรงพยาบาลของรัฐก็ถูกกว่าโรงพยาบาลของเอกชนมาก” (ผู้สูงอายุท่านที่ 1, การสัมภาษณ์, 17 สิงหาคม 2565)

“ป้าเลือกมาที่โรงพยาบาลรัฐ แต่เลือกแผนกฟรีเหมี่ยม เพราะได้รักษากับอาจารย์หมอที่มีความชำนาญ อีกอย่างถึงจะมีค่ารักษาแพงกว่าปกติอยู่บ้างก็ไม่เป็นไร เพราะคุณภาพการบริการที่ได้รับก็ไว้ใจได้ สบายใจดี” (ผู้สูงอายุท่านที่ 2, การสัมภาษณ์, 17 สิงหาคม 2565)

“ผมเลือกสิ่งที่สอดคล้องกับความพร้อมของตัวเอง ผมมีเงินสะสมจำนวนหนึ่ง การเลือกมาโรงพยาบาลรัฐก็ดีกว่า เพราะลูกสาวผมเบิกค่ารักษาพยาบาลได้ มันช่วยทุนค่าใช้จ่ายได้เยอะครับ” (ผู้สูงอายุท่านที่ 7, การสัมภาษณ์, 20 สิงหาคม 2565)

(1.2) การมีสุขภาพดี

ผู้ให้สัมภาษณ์แสดงทัศนคติให้เห็นว่า สุขภาพของผู้สูงอายุเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญของการมีอายุยืน ซึ่งความแข็งแรงของสุขภาพในแต่ละบุคคลนั้นต่างกันขึ้นอยู่กับหลายปัจจัยทั้งการดูแลตนเองในเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การเจ็บป่วยเรื้อรัง สุขภาพจิต วิถีชีวิต ในช่วงวัยทำงาน ตลอดจนโอกาสและความใส่ใจในการตรวจสุขภาพประจำปีของผู้สูงอายุแต่ละคน อาทิ

“อย่างที่ป้าบอก ป้าเป็นเกษตรกรรมมาตลอดชีวิต ซึ่งชีวิตคนต่างจังหวัดนั้นจะอยู่ในสภาพแวดล้อมที่สะอาดบริสุทธิ์กว่าอยู่ในเมืองมาก ทุกครั้งที่ป้ามาโรงพยาบาลในจังหวัดนี้ ป้าแทบ

หายใจไม่ออกเลย อีกอย่างป่าเลือกกินผักมากกว่าเนื้อสัตว์ คุณหมอก็ยังชมป่าเลยจะ ว่าดูแลสุขภาพดีมาก” ป้าหญิง (ผู้สูงอายุท่านที่ 3, การสัมภาษณ์, 18 สิงหาคม 2565)

“อยู่บ้านก็ชอบเดินลีลาสกับเพื่อนๆ ในแถวหมู่บ้าน มันออกกำลังกายเบาๆ ดี ไม่เหนื่อยจนเกินไป แลมได้เจอเพื่อนรุ่นๆ เดียวกันเยอะดี ไม่เหงาเลย” (ผู้สูงอายุท่านที่ 6, การสัมภาษณ์, 20 สิงหาคม 2565)

“สมัยตอนทำงานรัฐวิสาหกิจ ผมค่อนข้างบ้ำงานนะ ซ่อมนั่นนี่กันหามรุ่งหามค่ำ นอนพักผ่อนไม่ค่อยเพียงพอ พอเกษียณก็เลยรู้สึกว่าร่างกายไม่ดีเหมือนตอนหนุ่มๆ” (ผู้สูงอายุท่านที่ 7, การสัมภาษณ์, 20 สิงหาคม 2565)

(1.3) ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง

ผู้ให้สัมภาษณ์แสดงทัศนคติให้เห็นว่า ผู้สูงอายุจำเป็นต้องเข้าใจและมีความรู้ในการดูแลและรักษาสุขภาพของตนเอง โดยมีครอบครัวเป็นผู้สนับสนุนในการปฏิบัติตนของผู้สูงอายุ ซึ่งย่อมทำให้เกิดการประยุกต์ใช้องค์ความรู้ในการดูแลสุขภาพอย่างเหมาะสมต่อผู้สูงอายุให้มีอายุยืนยาวตามมา อาทิ

“ผมคิดว่า ผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุต้องรู้จักโรคที่ตนเองเป็นอย่างมากครับ เพราะจะทำให้คุณลุงคุณป้าสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม รวมไปถึงการป้องกันโรคไม่ให้รุกรามมากขึ้นไปอีกครับ ซึ่งหลายกรณีช่วยทำให้ผู้ป่วยมีสุขภาพแข็งแรงมากขึ้นครับ” (บุคลากรทางการแพทย์ท่านที่ 1, การสัมภาษณ์, 18 สิงหาคม 2565)

“ผมอยากให้ผู้สูงอายุเรียนรู้ที่จะอยู่กับโรคประจำตัวนะค่ะ เพราะจะช่วยให้การรักษาพยาบาลประสบความสำเร็จอย่างจริงจัง บางครั้งผู้ป่วยจำเป็นต้องเลิกสูบบุหรี่ที่ติดมาตลอดสี่สิบปีก็ต้องยอมหมอบเชื่อหมอนะค่ะ เพราะมันส่งผลต่อโรคหลายๆ โรค นี่ก็เป็นตัวอย่างหนึ่งที่บอกได้ว่า ผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุจำเป็นต้องรู้จักวิธีป้องกันตนเองจากโรคประจำตัวอย่างไรคะ” (บุคลากรทางการแพทย์ท่านที่ 2, การสัมภาษณ์, 20 สิงหาคม 2565)

“ลุงค่อนข้างเชื่อหมอนะครับ เพราะการที่หมอสั่งอะไรแล้วไม่ทำตาม ลุงว่าคงจะไม่ดี ลูกๆ ลุงก็มักกำชับให้ลุงกินยาตามหมอสั่งตลอดเวลา” (ผู้สูงอายุท่านที่ 5, การสัมภาษณ์, 19 สิงหาคม 2565)

(1.4) ข้อสรุปคุณลักษณะของผู้สูงอายุตอนโยบายการบริการผู้สูงอายุในระยะยาวของไทย จากข้างต้นสรุปได้ว่า คุณลักษณะของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ความพร้อมด้านสถานภาพทางเศรษฐกิจส่วนบุคคล การมีสุขภาพดี และความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ล้วนมีผลต่อนโยบายการบริการผู้สูงอายุในระยะยาวของไทย ดังพบว่า

ความพร้อมด้านสภาพทางเศรษฐกิจส่วนบุคคลถือเป็นพื้นฐานของการดูแลตนเองในระยะยาว โดยเป็นขีดความสามารถส่วนบุคคล ซึ่งรวมถึงบทบาทการสนับสนุนทางการเงินของครอบครัวในการดูแลและการเข้ารับบริการในระยะเวลาของผู้สูงอายุ ดังพบว่า ผู้สูงอายุที่มีความพร้อมทางการเงินสูงย่อมมีโอกาสเข้ารับบริการจากสถานพยาบาลเอกชนที่มีความสะดวกและรวดเร็ว รวมถึงการได้รับการรักษาด้วยวิธีการและยาที่มีคุณภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่ขาดความพร้อม ซึ่งต้องพึ่งพิงสถานพยาบาลของรัฐทั้งในระดับท้องถิ่นและจังหวัดมากกว่า

ขณะเดียวกันย่อมพบว่า การดูแลสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุแต่ละคน ถือเป็นองค์ประกอบที่ช่วยให้ผู้สูงอายุมีชีวิตรยาวนานขึ้น กล่าวคือ สุขภาพของผู้สูงอายุเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญของการมีอายุยืน เนื่องจากความแข็งแรงของสุขภาพในแต่ละบุคคลนั้นต่างกันขึ้นอยู่กับหลายปัจจัยทั้งการดูแลตนเองในเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การเจ็บป่วยเรื้อรัง สุขภาพจิต วิถีชีวิตในช่วงวัยทำงาน ตลอดจนโอกาสและความใส่ใจในการตรวจสุขภาพประจำปีของผู้สูงอายุแต่ละคน

จากข้างต้น จึงเห็นได้ว่าผู้สูงอายุจำเป็นต้องเข้าใจและมีความรู้ในการดูแลและรักษาสุขภาพของตนเอง โดยมีครอบครัวเป็นผู้สนับสนุนในการปฏิบัติตนของผู้สูงอายุ ซึ่งย่อมทำให้เกิดการประยุกต์ใช้องค์ความรู้ในการดูแลสุขภาพอย่างเหมาะสมต่อผู้สูงอายุให้มีอายุยืนยาวตามมา กล่าวคือผู้สูงอายุจำเป็นต้องทราบถึงปัญหาด้านสุขภาพของตนเอง รวมทั้งต้นตอของมูลเหตุปัญหาไปพร้อมกับการป้องกันและวิธีการรักษาที่ถูกต้องของตนเอง โดยมีครอบครัวเป็นผู้สนับสนุนและให้กำลังใจในการดูแลตนเอง ดังนั้นจึงเห็นได้ว่า คุณลักษณะของผู้สูงอายุตอนโยบายการบริการผู้สูงอายุในระยะยาวของไทย

2) ค่านิยมของสังคมในการดูแลผู้สูงอายุ

ประเด็นค่านิยมของสังคมในการดูแลผู้สูงอายุ ประกอบด้วย บทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ ความอบอุ่นของครอบครัว และการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ โดยผลการสัมภาษณ์ พบว่า

(2.1) บทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ ความอบอุ่นของครอบครัว

ผู้ให้สัมภาษณ์แสดงทัศนะชี้ให้เห็นว่า ครอบครัวเป็นสถาบันทางสังคมที่มีความใกล้ชิดกับผู้สูงอายุมากกว่ากลุ่มอื่นๆ ทางสังคม ความสัมพันธ์อันดีภายในครอบครัวถือเป็นเครื่องมือสำคัญในการดูแลหรือให้บริการแก่ผู้สูงอายุให้เกิดความสุขและความพึงพอใจได้มากที่สุด เนื่องจากความรักความห่วงหาอาทร ความปรารถนาดี บนรากฐานความกตัญญูกตเวทีต่อบุพการีหรือญาติผู้ใหญ่ของสมาชิกในครอบครัว ล้วนเป็นการแสดงบทบาทและทำหน้าที่ที่สำคัญต่อการดูแลผู้สูงอายุ เนื่องจากบุคคลในครอบครัวคือคนสำคัญที่ผู้สูงอายุต่างเชื่อมั่นและไว้วางใจมากพอที่ผู้สูงอายุสามารถร้องขอความช่วยเหลือในหลายๆ ได้เสมอ อาทิ

“ลูกๆ ของป้าจะคอยกำชับให้ป้าทานยาเสมอ เพราะกลัวป้าป่วย ป้าไม่เคยรู้สึกรำคาญเลยนะ แต่กลับรู้สึกดีใจมากกว่าด้วยซ้ำไป เพราะรู้ว่าลูกๆ นั้นห่วงใยป้า อีกอย่างพวกเขาก็ชอบพาป้าไปทานอาหารอร่อยๆ ที่ถูกปาก ยิ่งรู้สึกดีไปใหญ่” (ผู้สูงอายุท่านที่ 2, การสัมภาษณ์, 17 สิงหาคม 2565)

“เวลาลูกๆ ของลุงคอยเตือนเรื่องกินยา ห้ามกินเหล้านี้ ลุงรู้สึกดีอย่างมากว่า เราโชคดีที่มีลูกหลานคอยห่วงใยนะ” (ผู้สูงอายุท่านที่ 5, การสัมภาษณ์, 19 สิงหาคม 2565)

“ผมว่าครอบครัวเป็นกำลังที่สำคัญสำหรับผมนะ เวลาที่นึกถึงพวกเขา มันทำให้ผมมีกำลังใจที่ดีมาตลอดชีวิต คงเป็นเพราะผมรักเขา และพวกเขาก็รักผม ผมเลยไว้ใจลูกผมมาก” (ผู้สูงอายุท่านที่ 7, การสัมภาษณ์, 20 สิงหาคม 2565)

(2.2) การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ

ผู้ให้สัมภาษณ์แสดงทัศนคติให้เห็นว่า ชุมชนคือสังคมภายนอกครอบครัวของผู้สูงอายุ ดังพบว่า แม้ผู้สูงอายุทั้งในเขตเมืองและในชนบทต่างก็อาศัยอยู่ในชุมชนที่ต่างขนาดหรือรูปแบบกัน แต่ก็มิอาจปฏิเสธได้ว่า ผู้สูงอายุที่ยังคงมีสุขภาพที่แข็งแรง และสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติ ต่างก็พร้อมมีปฏิสัมพันธ์กับคนในสังคมเสมอ ซึ่งความสัมพันธ์กับบุคคลภายนอกครอบครัวอาจมากขึ้นขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพส่วนบุคคล และการให้เกียรติและการยอมรับของสังคม ซึ่งรวมถึงการร้องขอความช่วยเหลือจากชุมชนก็ย่อมแตกต่างกันตามไปด้วยเช่นกัน โดยพบข้อสังเกตว่า ชุมชนชนบทจะมีความใกล้ชิดกับผู้สูงอายุที่พำนักอยู่ในชุมชนสูงกว่าในชุมชนเมืองซึ่งมีความสัมพันธ์ที่ห่างเหินกันมากกว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุจึงต่างกันอย่างเห็นได้ชัด

“ลุงไม่ค่อยให้เพื่อนบ้านมาส่งที่โรงพยาบาลเท่าไร รู้จักกันมาหลายสิบปีก็จริง แต่ให้ลูกพามาจะสบายใจกว่า นานๆ ทีจะมากับเขา” (ผู้สูงอายุท่านที่ 1, การสัมภาษณ์, 17 สิงหาคม 2565)

“ป้ามากับรถคนข้างบ้านประจำ สนทนกัน ไม่ค่อยเกรงใจกันเท่าไร มีอะไรก็แบ่งกันกินกันใช้ตลอด” (ผู้สูงอายุท่านที่ 3, การสัมภาษณ์, 18 สิงหาคม 2565)

“ป้ามาโรงพยาบาลเองกับรถของบริษัทตลอดค่ะ ลูกๆ ส่งคนขับรถมาคอยดูแลทุกครั้งพร้อมกับแม่บ้านหนึ่งคน” (ผู้สูงอายุท่านที่ 2, การสัมภาษณ์, 17 สิงหาคม 2565)

(2.3) ข้อสรุปค่านิยมของสังคมในการดูแลผู้สูงอายุต่อนโยบายการบริการผู้สูงอายุในระยะยาวของไทย

จากข้างต้นสรุปได้ว่า ค่านิยมของสังคมในการดูแลผู้สูงอายุ ประกอบด้วย บทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ ความอบอุ่นของครอบครัว และการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ ล้วนมีผลต่อนโยบายการบริการผู้สูงอายุในระยะยาวของไทย ดังพบว่า ทั้งครอบครัวและชุมชนต่างมีบทบาทในการดูแลและให้บริการผู้สูงอายุ กล่าวคือ ครอบครัวเป็นสถาบันทางสังคมที่มีความใกล้ชิดกับผู้สูงอายุมากกว่ากลุ่มอื่นๆ ทางสังคม ความสัมพันธ์อันดีภายในครอบครัวถือเป็น

เครื่องมือสำคัญในการดูแลหรือให้บริการแก่ผู้สูงอายุให้เกิดความสุขและความพึงพอใจได้มากที่สุด เนื่องจากความรัก ความห่วงหาอาทร ความปรารถนาดี บนรากฐานความกตัญญูทศกวีที่ต่อบุพการี หรือญาติผู้ใหญ่ของสมาชิกในครอบครัว ล้วนเป็นการแสดงบทบาทและทำหน้าที่ที่สำคัญต่อการดูแลผู้สูงอายุ เนื่องจากบุคคลในครอบครัวคือคนสำคัญที่ผู้สูงอายุต่างเชื่อมั่นและไว้วางใจมากที่สุด ผู้สูงอายุสามารถร้องขอความช่วยเหลือในหลายเรื่องๆ ได้เสมอ ซึ่งแตกต่างจากบทบาทของชุมชนในการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ เนื่องจากชุมชนคือสังคมภายนอกครอบครัวของผู้สูงอายุ ดังพบว่า แม้ผู้สูงอายุทั้งในเขตเมืองและในชนบทต่างก็อาศัยอยู่ในชุมชนที่ต่างขนาดหรือรูปแบบกัน แต่ก็มีอาจปฏิเสธได้ว่า ผู้สูงอายุที่ยังคงมีสุขภาพที่แข็งแรง และสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติ ต่างก็พร้อมมีปฏิสัมพันธ์กับคนในสังคมเสมอ ซึ่งความสัมพันธ์กับบุคคลภายนอกครอบครัวอาจมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพส่วนบุคคล และการให้เกียรติและการยอมรับของสังคม ซึ่งรวมถึงการร้องขอความช่วยเหลือจากชุมชนก็ย่อมแตกต่างกันตามไปด้วยเช่นกัน โดยพบข้อสังเกตว่า ชุมชนชนบทจะมีความใกล้ชิดกับผู้สูงอายุที่พำนักอยู่ในชุมชนสูงกว่าในชุมชนเมืองซึ่งมีความสัมพันธ์ที่ห่างเหินกันมากกว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุจึงต่างกันอย่งเห็นได้ชัด ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่าแม้ชุมชนจะเป็นสังคมที่อยู่รายรอบตัวผู้สูงอายุก็ตาม แต่บทบาทที่สำคัญในการดูแลและให้บริการเบื้องต้นที่สำคัญแก่ผู้สูงอายุก็คือครอบครัว

3) บทบาทของรัฐต่อผู้สูงอายุ

ประเด็นบทบาทของรัฐต่อผู้สูงอายุ ประกอบด้วย บทบาทของหน่วยงานด้านสาธารณสุขของรัฐ และบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยผลการสัมภาษณ์ พบว่า

(3.1) บทบาทของหน่วยงานด้านสาธารณสุขของรัฐ

ผู้ให้สัมภาษณ์แสดงทัศนะชี้ให้เห็นว่า หน่วยงานสาธารณสุขของรัฐไทยนั้นประกอบไปด้วยหน่วยงานทั้งในระดับท้องถิ่นและครอบคลุมพื้นที่ภายในจังหวัด กล่าวคือ ระดับท้องที่จะมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล และเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุข ทำงานร่วมกับโรงพยาบาลประจำอำเภอและโรงพยาบาลประจำจังหวัด โดยมีสถานพยาบาลเอกชนทั้งคลินิก และโรงพยาบาลเอกชนทำหน้าที่เติมเต็มการให้บริการแก่ผู้สูงอายุ ซึ่งผู้สูงอายุสามารถเลือกเข้าถึงการรับบริการด้านสุขภาพของสถานพยาบาลของรัฐด้วยค่าใช้จ่ายที่ต่ำ หรือปราศจากค่าใช้จ่าย หากแต่ต้องเผชิญกับปัญหาความไม่สะดวก ค่าเช่า และคุณภาพของยาที่อาจแตกต่างจากการเข้ารับรักษาในสถานพยาบาลของเอกชน อาทิ

“ลุงว่า ประเทศไทยนี้ดีในระดับหนึ่งนะ รัฐบาลช่วงหลังๆ ให้การดูแลคนไทยดีพอสมควร ไม่เหมือนยุคโบราณ เจ็บ ป่วย ไปโรงพยาบาล แล้วก็ตาย แต่ปัจจุบันมีโรงพยาบาลเต็มประเทศไป

หมด หมอ พยาบาลก็เยอะขึ้น อาจจะไม่สะดวกมากมาย แต่ก็ไม่ลำบากมาก พอมีเงินอยู่บ้างก็พอไปได้” (ผู้สูงอายุท่านที่ 5, การสัมภาษณ์, 19 สิงหาคม 2565)

“ป้า เข้าโรงพยาบาลนี้ เพราะเป็นโรงพยาบาลของหลวง ไม่แพง” (ผู้สูงอายุท่านที่ 6, การสัมภาษณ์, 20 สิงหาคม 2565)

“ผมว่าบริการที่นี่ก็พอใช้ได้นะ ช้าหน่อยแต่หมอก็เก่ง ถึงแม้เป็น โรงพยาบาลของรัฐก็ตาม” (ผู้สูงอายุท่านที่ 7, การสัมภาษณ์, 20 สิงหาคม 2565)

(3.2) บทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ผู้ให้สัมภาษณ์แสดงทัศนคติให้เห็นว่า องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นของไทยทั้งในรูปแบบปกติ ได้แก่ องค์กรการบริหารส่วนจังหวัด องค์กรการบริหารส่วนตำบล และเทศบาล ตลอดจนรูปแบบพิเศษ ได้แก่ กรุงเทพมหานคร และเมืองพัทยา นั้น ย่อมพบว่า องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทั้งหมดต่างมีการจัดทำงบประมาณในด้านการดูแลผู้สูงอายุ ทั้งได้จากการสนับสนุนจากรัฐบาลกลางผ่านงบประมาณตามโครงการ และงบประมาณที่ได้จากเงินภาษีในท้องถิ่น ในการดำเนินโครงการหรือกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุในโอกาสต่างๆ อาทิ งานเทศกาลรดน้ำคำหัว งานวันพ่อ และงานวันแม่ในแต่ละปี เป็นต้น เพื่อเป็นการยกย่องผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูบุตรหลานจนประสบความสำเร็จในชีวิต รวมทั้งในบางองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นก็มีการจัดรถส่วนกลางไว้สนับสนุนงานด้านสาธารณสุขของผู้สูงอายุ เช่น รถพยาบาลเคลื่อนที่เร็ว ไว้รับส่งผู้สูงอายุ การจัดรถตรวจสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ การเยี่ยมเยียนผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยหรือทุพพลภาพ เป็นต้น นอกจากนี้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นยังมีบทบาทสำคัญในการมอบเบี้ยยังชีพให้แก่ผู้สูงอายุทุกคน จึงเห็นได้ว่าการดำเนินการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจึงมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

“ป้าอยู่บ้าน ก็จะมีพวก อสม. มาเยี่ยมบ้านเสมอ บางครั้งพวก อบต. ก็เอาของใช้จำเป็นในชีวิตประจำวันมาให้ เจ็บป่วยก็มีรถ อบต. พาไปส่งโรงพยาบาลแถวบ้าน” (ผู้สูงอายุท่านที่ 3, การสัมภาษณ์, 18 สิงหาคม 2565)

“ลุงมักพาป้าไปหาหมอที่อนามัยนะ สะดวกดี ไม่มีค่าใช้จ่ายด้วย ตรวจฟรีประจำ มีคนใน อบต. คอยรับส่งถึงบ้านเลย” (ผู้สูงอายุท่านที่ 4, การสัมภาษณ์, 18 สิงหาคม 2565)

“ลุงไม่มีรายได้อะไรมากนัก เบี้ยผู้สูงอายุนี้ช่วยลุงได้เยอะทีเดียว” (ผู้สูงอายุท่านที่ 5, การสัมภาษณ์, 19 สิงหาคม 2565)

(3.3) ข้อเสนอแนะของรัฐบาลต่อผู้สูงอายุต่อนโยบายการบริการผู้สูงอายุในระยะยาวของประเทศไทย

จากข้างต้นสรุปได้ว่า บทบาทของรัฐบาลต่อผู้สูงอายุ ประกอบด้วย บทบาทของหน่วยงานด้านสาธารณสุขของรัฐบาล และบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ล้วนมีผลต่อนโยบายการบริการ

ผู้สูงอายุในระยะยาวของไทย ดังพบว่า หน่วยงานด้านสาธารณสุขของรัฐบาลกลางถือเป็นบทบาทนำในการให้บริการแก่ผู้สูงอายุเป็นหลัก ดังเห็นว่า หน่วยงานสาธารณสุขของรัฐบาลไทยนั้นประกอบไปด้วยหน่วยงานทั้งในระดับท้องถิ่นและครอบคลุมพื้นที่ภายในจังหวัด กล่าวคือ ระดับท้องถิ่นจะมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล และเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุข ทำงานร่วมกับโรงพยาบาลประจำอำเภอและโรงพยาบาลประจำจังหวัด โดยมีสถานพยาบาลเอกชนทั้งคลินิก และโรงพยาบาลเอกชนทำหน้าที่เติมเต็มการให้บริการแก่ผู้สูงอายุ ซึ่งผู้สูงอายุสามารถเลือกเข้าถึงการรับบริการด้านสุขภาพของสถานพยาบาลของรัฐด้วยค่าใช้จ่ายที่ต่ำ หรือปราศจากค่าใช้จ่าย หากแต่ต้องเผชิญกับปัญหาความไม่สะดวก ค่าเช่า และคุณภาพของยาที่อาจแตกต่างจากการเข้ารับรักษาในสถานพยาบาลของเอกชน ขณะเดียวกัน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นของไทยต่างก็มีบทบาทสำคัญในการเติมเต็มการทำงานของหน่วยงานด้านสาธารณสุขของรัฐบาลกลาง กล่าวคือ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นของไทยทั้งในรูปแบบปกติ ได้แก่ องค์การบริหารส่วนจังหวัด องค์การบริหารส่วนตำบล และเทศบาล ตลอดจนรูปแบบพิเศษ ได้แก่ กรุงเทพมหานคร และเมืองพัทยา นั้น ย่อมพบว่า องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทั้งหมดต่างมีการจัดทำงบประมาณในด้านการดูแลผู้สูงอายุ ทั้งได้จากการสนับสนุนจากรัฐบาลกลางผ่านงบประมาณตามโครงการ และงบประมาณที่ได้จากเงินภาษีในท้องถิ่น ในการดำเนินโครงการหรือกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุในโอกาสต่างๆ อาทิ งานเทศกาลรดน้ำดำหัว งานวันพ่อ และงานวันแม่ในแต่ละปี เป็นต้น เพื่อเป็นการยกย่องผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูบุตรหลานจนประสบความสำเร็จในชีวิต รวมทั้งในบางองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นก็มีการจัดรถส่วนกลางไว้สนับสนุนงานด้านสาธารณสุขของผู้สูงอายุ เช่น รถพยาบาลเคลื่อนที่เร็วไว้รับส่งผู้สูงอายุ การจัดรถตรวจสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ การเยี่ยมเยียนผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยหรือทุพพลภาพ เป็นต้น นอกจากนี้ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นยังมีบทบาทสำคัญในการมอบเบี้ยยังชีพให้แก่ผู้สูงอายุทุกคน จึงเห็นได้ว่าการดำเนินการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจึงมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

4. นโยบายการบริการผู้สูงอายุในระยะยาวของไทย

ประเด็นนโยบายการบริการผู้สูงอายุในระยะยาวของไทย ประกอบด้วย รูปแบบการบริการผู้สูงอายุระยะยาว ประสิทธิภาพของนโยบายการบริการผู้สูงอายุในระยะยาว และความคาดหวังเชิงนโยบายการบริการผู้สูงอายุ โดยผลการสัมภาษณ์ พบว่า

(4.1) รูปแบบการบริการผู้สูงอายุระยะยาว

ผู้ให้สัมภาษณ์แสดงทัศนะชี้ให้เห็นว่า รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวนั้นมุ่งเน้นการสร้างหลักประกันถึงความมั่นคงความเป็นมนุษย์ ซึ่งผู้สูงอายุจะได้รับการดูแลจวบจนสิ้นอายุขัยจาก

รัฐ โดยตั้งอยู่บนบันทัดฐานการปกป้องสิทธิของผู้สูงอายุ รวมทั้งการดูแลผู้สูงอายุที่ไม่เหมาะสม ซึ่ง การสร้างความเชื่อมั่นต่อรูปแบบการบริการผู้สูงอายุที่ตระหนักถึงการพิทักษ์สิทธิภายใต้การดูแล ผู้สูงอายุจวบจนวาระสุดท้ายถือเป็นสิ่งสำคัญที่ชี้วัดเชิงความสำเร็จในกระบวนการนโยบาย อาทิ

“หมอคิดว่า จรรยาบรรณแพทย์มีความสำคัญมากในการรักษาผู้สูงอายุ ซึ่งรวมถึงคนอื่นๆ ที่ ต้องดูแล รักษา และพยาบาลผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุก็ต้องตระหนักถึงเรื่องนี้ด้วย” (บุคลากรทาง การแพทย์ท่านที่ 2, การสัมภาษณ์, 20 สิงหาคม 2565)

“ผมมีหน้าที่คอยรับเรื่องราวร้องทุกข์จากผู้สูงอายุที่ติดต่อมา หน้าที่ของผมก็คือต้องรีบส่ง เจ้าหน้าที่ของเราเข้าไปแก้ปัญหา ปัญหาหนึ่งที่พบบ่อยมากก็เป็นเรื่องเกี่ยวกับการ ที่ลูกหลานมี พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ” (บุคลากรหน่วยงานภาครัฐท่านที่ 1, การสัมภาษณ์, 25 สิงหาคม 2565)

“หน่วยงานของเราตระหนักถึงความสำคัญในการพิทักษ์สิทธิภายใต้การดูแลผู้สูงอายุจวบ จนวาระสุดท้ายถือเป็นสิ่งสำคัญที่ชี้วัดเชิงความสำเร็จในกระบวนการนโยบาย” (บุคลากรหน่วยงาน ภาครัฐท่านที่ 2, การสัมภาษณ์, 25 สิงหาคม 2565)

(4.2) ประสิทธิภาพของนโยบายการบริการผู้สูงอายุในระยะยาว

ผู้ให้สัมภาษณ์แสดงทัศนะชี้ให้เห็นว่า ประสิทธิภาพของนโยบายการบริการผู้สูงอายุในระยะ ยาวนั้นมุ่งเน้นถึงความสำเร็จหรือจากการให้บริการในมิติต่างๆ ของนโยบายภาครัฐแก่ผู้สูงอายุ โดยเฉพาะการให้บริการที่ดีของบุคลากรผู้ให้บริการ อาทิ การให้บริการทางการแพทย์ที่ประทับใจ แก่ผู้สูงอายุ การอำนวยความสะดวกของขั้นตอนดำเนินการติดต่อประสานงานในหน่วยงานของ ภาครัฐที่ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการ โดยดำเนินการได้ด้วยตนเองง่ายขึ้น นอกจากนี้ยัง รวมถึงการให้บริการที่เท่าเทียมกัน โดยไม่มีการแบ่งแยกสถานภาพทางเศรษฐกิจหรือสถานภาพ ทางสังคม รวมทั้งความพร้อมของสิ่งอำนวยความสะดวกในการให้บริการ จนนำไปสู่ความรู้สึกพึง พอใจแก่ผู้สูงอายุ

“ผมคิดว่า ผู้สูงอายุทุกคนไม่ว่ายากดีมีจนทุกคนก็คือคนไข้ของผมเหมือนกัน ต้องได้รับการ รักษาอย่างดีที่สุดเหมือนกันครับ” (บุคลากรทางการแพทย์ท่านที่ 1, การสัมภาษณ์, 18 สิงหาคม 2565)

“หมอคิดว่า ระบบการให้บริการผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุต้องสะดวก และรวดเร็ว เพราะกว่าแต่ ละคนจะมาโรงพยาบาลได้ ไม่ใช่เรื่องง่ายๆ แทบต้องนั่งรถเข็นมาก็มี โรงพยาบาลควรมีระบบที่ลด ขั้นตอนที่ไม่จำเป็นออกไป” (บุคลากรทางการแพทย์ท่านที่ 2, การสัมภาษณ์, 20 สิงหาคม 2565)

“ผมคิดว่า หน่วยงานภาครัฐที่ให้บริการแก่ประชาชนนั้น ผู้สูงอายุควรได้รับโอกาสในการเข้าถึงบริการก่อน เนื่องจากมีข้อจำกัดทางด้านสุขภาพหรือความพร้อมทางด้านร่างกายมากกว่าวัยอื่นๆ” (บุคลากรหน่วยงานภาครัฐท่านที่ 1, การสัมภาษณ์, 25 สิงหาคม 2565)

(4.3) ความคาดหวังเชิงนโยบายการบริการผู้สูงอายุ

ผู้ให้สัมภาษณ์แสดงทัศนะชี้ให้เห็นว่า ความคาดหวังเชิงนโยบายการบริการผู้สูงอายุนั้น ก็คือ การที่ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุขที่ก่อให้เกิดความเป็นธรรมและเชื่อมั่นได้ว่ารัฐมีความพร้อมในการตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุในเรื่องของหลักประกันทางด้านสุขภาพ การดูแลเรื่องความพร้อมทางการเงินเพื่อใช้เป็นหลักประกันสำคัญในการดำเนินชีวิต ครอบคลุมสิ้นอายุขัย

“ลุงหวังว่า รัฐบาลจะมีนโยบายดูแลคนแก่ไปจนตาย” (ผู้สูงอายุท่านที่ 1, การสัมภาษณ์, 17 สิงหาคม 2565)

“ป้าคิดว่า รัฐบาลในช่วงหลังๆ ใส่ใจผู้สูงอายุมากขึ้น มีนโยบายใหม่ๆ มาเอาใจตลอด ป้าคิดในมุมมองธุรกิจก็คือ ผู้สูงอายุคือฐานคะแนนสำคัญทางการเมืองนะ” (ผู้สูงอายุท่านที่ 2, การสัมภาษณ์, 17 สิงหาคม 2565)

“ป้าว่า การที่รัฐบาลแจกเบี้ยยังชีพแก่ผู้สูงอายุนี้นคงไม่สามารถยกเลิกได้อีกต่อไป เพราะมันมีค่ากับคนจนอย่างมาก เรื่องของการรักษาพยาบาลก็สำคัญสำหรับคนจนอย่างมาก เพราะถ้ารัฐบาลไม่จริงจัง ความหวังของคนแก่จำนวนมากก็คงพังทลาย” (ผู้สูงอายุท่านที่ 3, การสัมภาษณ์, 18 สิงหาคม 2565)

“ลุงกับป้าวาดหวังไว้เสมอ อยากให้รัฐบาลดูแลคนทุกคนจนจบจนตาย” (ผู้สูงอายุท่านที่ 4, การสัมภาษณ์, 18 สิงหาคม 2565)

“สำหรับคนที่ไม่มีงานทำ นโยบายของรัฐบาลนี้สำคัญมากกับทุกคน รวมทั้งคนอย่างลุงด้วย ลุงอยากให้รัฐบาลประกันคุณภาพชีวิตของทุกคนตั้งแต่เกิดจนตายนะ” (ผู้สูงอายุท่านที่ 5, การสัมภาษณ์, เมื่อวันที่ 19 สิงหาคม 2565)

“ป้าเคยรับราชการ เคยเสียภาษีให้รัฐ ป้าคิดว่าทุกคนควรได้รับการดูแลจากรัฐอย่างดีที่สุดเท่าที่รัฐบาลจะทำได้” (ผู้สูงอายุท่านที่ 6, การสัมภาษณ์, 20 สิงหาคม 2565)

“ลุงกลัวว่าจะไม่มีเงินรักษาพยาบาลนะ แต่โชคดีที่ถูกเบิกได้ มันทำให้คุณภาพชีวิตลุงดีขึ้น มีความมั่นใจในการใช้ชีวิตที่เหลือนมากขึ้น” (ผู้สูงอายุท่านที่ 7, การสัมภาษณ์, 20 สิงหาคม 2565)

(4.4) ข้อเสนอแนะนโยบายการบริการผู้สูงอายุในระยะยาวของไทย

จากข้างต้นสรุปได้ว่า การศึกษาถึงนโยบายการบริการผู้สูงอายุในระยะยาวของไทย จำเป็นต้องพิจารณาถึงองค์ประกอบต่างๆ ได้แก่ รูปแบบการบริการผู้สูงอายุระยะยาว ประสิทธิภาพ

ของนโยบายการบริการผู้สูงอายุในระยะยาว และความคาดหวังเชิงนโยบายการบริการผู้สูงอายุ เพราะล้วนสะท้อนถึงนโยบายการบริการผู้สูงอายุในระยะยาวของไทย ดังพบว่า รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวนั้นมุ่งเน้นการสร้างหลักประกันถึงความมั่นคงความเป็นมนุษย์ ซึ่งผู้สูงอายุจะได้รับการดูแลจวบจนสิ้นอายุขัยจากรัฐ โดยตั้งอยู่บนบันทัดฐานการปกป้องสิทธิของผู้สูงอายุ รวมทั้งการดูแลผู้สูงอายุที่ไม่เหมาะสม ซึ่งการสร้างเชื่อมั่นต่อรูปแบบการบริการผู้สูงอายุที่ตระหนักถึงการพิทักษ์สิทธิภายใต้การดูแลผู้สูงอายุจวบจนวาระสุดท้ายถือเป็นสิ่งสำคัญที่ชี้วัดเชิงความสำเร็จในกระบวนการนโยบาย ทั้งจึงเห็นได้ว่า ประสิทธิภาพของนโยบายการบริการผู้สูงอายุในระยะยาวนั้นมุ่งเน้นถึงความสำเร็จหรือจากการให้บริการในมิติต่างๆ ของนโยบายภาครัฐแก่ผู้สูงอายุ โดยเฉพาะการให้บริการที่ดีของบุคลากรผู้ให้บริการจนเกิดความประทับใจแก่ผู้สูงอายุ การอำนวยความสะดวกของขั้นตอนดำเนินการติดต่อประสานงานในหน่วยงานของภาครัฐที่ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการโดยดำเนินการได้ด้วยตนเองง่ายขึ้น นอกจากนี้ยังรวมถึงการให้บริการที่เท่าเทียมกัน โดยไม่มีการแบ่งแยกสถานภาพทางเศรษฐกิจหรือสถานภาพทางสังคม รวมทั้งความพร้อมของสิ่งอำนวยความสะดวกในการให้บริการ จนนำไปสู่ความรู้สึกพึงพอใจแก่ผู้สูงอายุ หรือกล่าวได้ว่าเป็นการบรรลุถึงความคาดหวังเชิงนโยบายการบริการผู้สูงอายุนั้น ซึ่งก็คือผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุขที่ก่อให้เกิดความเป็นธรรมและเชื่อมั่นได้ว่า รัฐบาลมีความพร้อมในการตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุในเรื่องของหลักประกันทางด้านสุขภาพ การดูแลเรื่องความพร้อมทางการเงินเพื่อใช้เป็นหลักประกันสำคัญในการดำเนินชีวิตตราจบนสิ้นอายุขัย

4.2.4 แนวทางการส่งเสริมนโยบายการบริการผู้สูงอายุในประเทศไทย

เมื่อพิจารณาผลการสัมภาษณ์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในกระบวนการนโยบายการบริการผู้สูงอายุระยะยาวของไทย พบว่า ผู้ให้สัมภาษณ์แสดงทัศนะออกเป็น 2 ด้าน ได้แก่ ด้านการกำหนดนโยบาย และด้านการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ ดังมีรายละเอียด ดังนี้

1. ด้านการกำหนดนโยบาย

(1.1) ประชาชนควรมีส่วนร่วมในกระบวนการกำหนดนโยบายการบริการผู้สูงอายุระยะยาวของไทย เพื่อก่อให้เกิดผลในทางปฏิบัติที่สอดคล้องกับความต้องการและความคาดหวังของผู้สูงอายุที่แท้จริง เช่น การรักษาพยาบาล การดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง การมีหลักประกันด้านรายได้ อาทิ

“ป่าคิดว่ รัฐบาลนำมถาถามบ้างว่ คนแก่ คนสูงอายุต้องการอะไรบ้างนะ จะได้มีนโยบายที่ถูกต้อง” (ผู้สูงอายุท่านที่ 2, การสัมภาษณ์, 17 สิงหาคม 2565)

“ที่ผ่านมามีหลายเรื่องที่ทำพลาดทำ รัฐบาลทำก็ดีนะ แต่บางเรื่องก็ยังขัดใจ มันน่าจะดีกว่านี้ อย่างเรื่องขั้นตอนให้บริการ นำมาถามบ้างว่าแบบไหนดี” (ผู้สูงอายุท่านที่ 3, การสัมภาษณ์, 18 สิงหาคม 2565)

“ผมว่า หลายเรื่องที่เกี่ยวข้องกับคนรับบริการ รัฐบาลน่าจะไปถามเขาจะครับ เปิดโอกาสให้เขาพูดบ้าง จะได้รับรู้แล้วทำให้ตรงใจเขา” (บุคลากรทางการแพทย์ท่านที่ 1, การสัมภาษณ์, 18 สิงหาคม 2565)

(1.2) พรรคการเมืองควรผลักดันให้นโยบายการบริการผู้สูงอายุระยะยาวของไทยเป็นวาระแห่งชาติเพื่อช่วยเหลือพลเมืองวัยสูงอายุที่มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น อาทิ

“ผมว่า เรื่องนี้เป็นเรื่องระดับชาติ จะให้โรงพยาบาลรับผิดชอบอย่างเดียวคงไม่ไหว เพราะผู้สูงอายุมีจำนวนไม่ได้สัดส่วนระหว่างหมอเลย นักการเมืองควรเอาเรื่องนี้มาทำนโยบายแก้ไข ปัญหาทั้งในปัจจุบันและในอนาคตเลยละ” (บุคลากรทางการแพทย์ท่านที่ 2, การสัมภาษณ์, 20 สิงหาคม 2565)

“ผมว่าหน่วยงานภาครัฐทำได้แต่เพียงการรับคำสั่งเท่านั้น นักการเมืองที่ต้องการฐานคะแนนเสียง ต้องไม่ลืมว่าจำนวนผู้สูงอายุนี้นี้มีไม่น้อยกว่าฐานเสียงของเยาวชนคนรุ่นใหม่ นักการเมือง พรรคการเมืองนำออกนโยบายดีๆ มาช่วยผู้สูงอายุครับ” (บุคลากรหน่วยงานภาครัฐท่านที่ 1, การสัมภาษณ์, 25 สิงหาคม 2565)

“เราเห็นด้วยที่นักการเมือง หรือพรรคการเมืองทั้งหลายทั้งเล็กทั้งใหญ่จะเอาเรื่องผู้สูงอายุมาเป็นประเด็นในการทำงานนโยบายเพื่อพวกเขา” (บุคลากรหน่วยงานภาครัฐท่านที่ 2, การสัมภาษณ์, 25 สิงหาคม 2565)

2. ด้านการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ

(2.1) การดำเนินนโยบายต้องเปิดโอกาสให้ทุกภาคส่วนทางสังคมมีส่วนร่วมในการดำเนินการให้มากที่สุดภายใต้ระบบการทำงานที่เป็นเอกภาพ อาทิ

“เวลามีคนสนใจเรื่องคนแก่ คนชรา บ้างก็ดีใจนะจะว่า ผู้สูงอายุยังได้รับการดูแลอยู่ แต่ขอบ่นนิดหนึ่งว่า เวลาทำงานกัน ก็น่าจะคุยกันบ้าง ไม่ใช่คนนั้นทำอย่าง คนนี้ทำอย่าง คนรับบริการก็เลยได้รับการหลายๆ อย่างที่ไปคนละทิศละทาง เพราะพวก อสม. ก็จะมีแบบหนึ่ง หมอ ก็จะมีแบบหนึ่ง อะไรทำนองนี้ละละ” (ผู้สูงอายุท่านที่ 6, การสัมภาษณ์, 20 สิงหาคม 2565)

“หลายหน่วยงานในพื้นที่นำมาพูดคุยกันบ้างครับ จะได้ทำงานไปในทิศทางเดียวกัน เช่น หน่วยงานไหนใครจะรับจะส่งผู้ป่วยยังงี้ ใช้เวลานานแค่ไหนในการรักษาพยาบาล อะไรพวกนี้ละ

ถือว่าเป็นตัวอย่างเล็กๆ น้อยๆ ครับ” (บุคลากรทางการแพทย์ท่านที่ 1, การสัมภาษณ์, 18 สิงหาคม 2565)

“บางเรื่องเรารู้ทีหลัง หลายเคสเราไม่รู้เรื่องเลยก็มี เลยดูเหมือนหน่วยงานเราไม่ใส่ใจ เพราะคนที่รู้เรื่องไม่มาแจ้งเรา คนรับบริการก็จะเสียโอกาสไป” (บุคลากรหน่วยงานภาครัฐท่านที่ 2, การสัมภาษณ์, 25 สิงหาคม 2565)

(2.2) ควรมีการประเมินผลการดำเนินแบบรายพื้นที่เพื่อให้เกิดการแก้ไขปัญหาและการพัฒนาที่สอดคล้องกับความต้องการและความคาดหวังของผู้สูงอายุ อาทิ

“ลุงไม่รู้ว่า โรงพยาบาลของหลวงนี้เป็นเหมือนกันไหม เพราะมารอตรวจที่หนึ่งนานมาก น่าปรับปรุงบ้าง” (ผู้สูงอายุท่านที่ 5, การสัมภาษณ์, 19 สิงหาคม 2565)

“แต่ละพื้นที่ ลุงๆ ป้าๆ แต่ละคนมีความต้องการไม่เหมือนกัน จังหวัดเดียวกันก็ไม่เหมือนกันในทุกพื้นที่ เพราะบางพื้นที่ชาวบ้านโดยรวมมีความพร้อมดูแลกันเอง แต่บางพื้นที่นี้ขาดมาก แค่นำรถพาสู้ป่วยมาโรงพยาบาลยังยากเลย” (บุคลากรหน่วยงานภาครัฐท่านที่ 1, การสัมภาษณ์, 25 สิงหาคม 2565)

“หมออยู่ตรงแผนกนี้มานาน น่าประเมินบ้างว่า ผู้ป่วยสูงอายุต้องการอะไรบ้าง” (บุคลากรทางการแพทย์ท่านที่ 2, การสัมภาษณ์, 20 สิงหาคม 2565)

4.3 การสังเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ

เมื่อพิจารณาผลการศึกษาดตามวัตถุประสงค์ โดยจำแนกประเภทข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพย่อสรุปได้ ดังนี้

4.3.1 สภาพปัญหาของผู้สูงอายุหลังเกษียณอายุในประเทศไทย

(1) ผลการศึกษาเชิงปริมาณ สรุปได้ว่า เมื่อศึกษาผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับนโยบายการบริการผู้สูงอายุในระยะยาวมีปัจจัยส่วนบุคคล โดยรวมคือ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 212 คน คิดเป็นร้อยละ 53 อยู่ในกลุ่ม 60-70 ปี จำนวน 252 คน คิดเป็นร้อยละ 63.0 มีสถานภาพสมรส จำนวน 180 คน คิดเป็นร้อยละ 45.0

ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีการประกอบอาชีพก่อนอายุ 60 ปี อยู่ในกลุ่มธุรกิจส่วนตัวหรืออาชีพอิสระ จำนวน 152 คน คิดเป็นร้อยละ 38.0 รองลงมา ได้แก่ กลุ่มรับราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ จำนวน 148 คน คิดเป็นร้อยละ 37.0 อย่างไรก็ตาม ปัจจุบันพบว่า การประกอบอาชีพหลังอายุ 60 ปีแล้ว ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มไม่ประกอบอาชีพ จำนวน 184 คน คิดเป็นร้อยละ 46.0 รองลงมา ได้แก่ กลุ่มธุรกิจส่วนตัวหรืออาชีพอิสระ จำนวน 152 คน คิดเป็นร้อยละ 38.0 อีกทั้งยังพบว่า ด้านที่มาของ

รายได้ปัจจุบัน ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มบำเหน็จหรือบำนาญ จำนวน 160 คน คิดเป็นร้อยละ 40.0 รองลงมา ได้แก่ กลุ่มประกอบอาชีพ จำนวน 148 คน คิดเป็นร้อยละ 37.0 กลุ่มบุตรหลาน หรือญาติ สนับสนุนค่าใช้จ่าย จำนวน 56 คน คิดเป็นร้อยละ 14.0 และกลุ่มอื่นๆ จำนวน 36 คน คิดเป็นร้อยละ 9.0 ซึ่งเมื่อพิจารณาจำนวนรายได้ต่อเดือน ส่วนใหญ่เป็น กลุ่มไม่เกิน 15,000 บาท จำนวน 172 คน คิดเป็นร้อยละ 43.0 รองลงมา ได้แก่ กลุ่ม 15,001-30,000 บาท จำนวน 152 คน คิดเป็นร้อยละ 38.0 และกลุ่ม 30,000 บาทขึ้นไป จำนวน 76 คน คิดเป็นร้อยละ 19.0

ขณะเดียวกันขอมเห็นว่า ด้านสถานที่พักอาศัย ส่วนใหญ่เป็น บ้านของตนเอง จำนวน 260 คน คิดเป็นร้อยละ 65.0 รองลงมา ได้แก่ บ้านของบุตรหลาน หรือญาติ จำนวน 80 คน คิดเป็นร้อยละ 20.0 โดยมีจำนวนสมาชิกที่พักอาศัยอยู่ในบ้าน ส่วนใหญ่เป็นกลุ่ม 2-4 คน จำนวน 260 คน คิดเป็นร้อยละ 65.0 รองลงมา ได้แก่ กลุ่มอาศัยอยู่ตัวคนเดียว จำนวน 72 คน คิดเป็นร้อยละ 18.0

นอกจากข้างต้น เมื่อพิจารณาด้านความถี่ในการเข้ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาล ส่วนใหญ่เป็นกลุ่ม 1-2 ครั้งต่อเดือน จำนวน 260 คน คิดเป็นร้อยละ 65.0 รองลงมา ได้แก่ กลุ่ม 3 ครั้งต่อเดือนขึ้นไป จำนวน 80 คน คิดเป็นร้อยละ 20.0 และกลุ่มไม่เข้ารักษาหรือไม่เกินปีละ 2 ครั้ง จำนวน 60 คน คิดเป็นร้อยละ 15.0 โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นมีโรคประจำตัว จำนวน 376 คน คิดเป็นร้อยละ 94.0 และไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 6.0

อย่างไรก็ตาม พบข้อสังเกตว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการติดตามข้อมูลข่าวสารด้านนโยบาย รัฐที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุจัดเป็นกลุ่มสนใจติดตามบ้าง จำนวน 264 คน คิดเป็นร้อยละ 66.0 รองลงมา ได้แก่ กลุ่มสนใจติดตามประจำ จำนวน 104 คน คิดเป็นร้อยละ 26.0 และกลุ่มไม่สนใจ 32 คน คิดเป็นร้อยละ 8.0

จากข้อมูลข้างต้น กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีปัญหาที่สำคัญ 2 ประการ ได้แก่ ปัญหาด้านสุขภาพเป็นประเด็นที่สำคัญจึงต้องเข้ารักษาพยาบาลอยู่เสมอ และปัญหาทางการเงิน ดังพิจารณาได้จากมีกลุ่มผู้สูงอายุที่ยังจำเป็นต้องประกอบอาชีพอยู่ไม่น้อยกว่าหนึ่งในสามของจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด อีกทั้งยังต้องมีกลุ่มที่ต้องพึ่งพิงบุตรหลานในเรื่องค่าใช้จ่าย

(2) ผลการศึกษาเชิงคุณภาพ สรุปได้ว่า ปัญหาของผู้สูงอายุในระดับโครงสร้างและระดับปัจเจกบุคคล โดยมีลักษณะที่สำคัญ ดังนี้

ปัญหาผู้สูงอายุถือเป็นปัญหาในเชิงโครงสร้างที่ส่งผลกระทบต่อสังคมและเศรษฐกิจ กล่าวคือ รัฐจำเป็นต้องมีบทบาทสำคัญในการดูแลและแก้ไขปัญหาโดยรวมแก่ผู้สูงอายุ เช่น การเข้ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาล การประกันรายได้ การจัดสวัสดิการต่างๆ ที่จำเป็นต่อการดำรงชีพ รวมทั้งการจัดกิจกรรมทางเศรษฐกิจที่ทำให้ผู้สูงอายุสามารถประกอบอาชีพอิสระง่ายๆ ที่เป็น

ประโยชน์ทั้งในการสร้างรายได้ และส่งเสริมสุขภาพจิตใจไปพร้อมกัน เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตได้จวบจนสิ้นอายุขัย

ปัญหาในเชิงโครงสร้างดังกล่าว รัฐจึงจำเป็นต้องพัฒนาระบบประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุเพื่อลดภาระค่าใช้จ่ายในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ ขณะเดียวกันจำเป็นต้องสร้างการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนในการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวบนรากฐานของระบบสาธารณสุขที่เข้มแข็ง ผ่านครอบครัว ชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานภาครัฐในทุกกระดับ และผู้ประกอบการเอกชน

ขณะที่สภาพปัญหาในเชิงปัจเจกบุคคล ประกอบด้วย

ปัญหาแรก ปัญหาอาการเจ็บป่วยเรื้อรัง โดยปัญหาเรื่องการรักษาในระยะยาวนั้นถือเป็นประเด็นที่ส่งผลต่อความมั่นคงในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุที่ต้องการการตอบสนองจากบุคคลที่เกี่ยวข้องทั้งครอบครัว สถานพยาบาล รวมทั้งหน่วยงานในการเฝ้าอำนวยความสะดวกในการเข้าถึงการรักษาพยาบาล

ปัญหาที่สอง ปัญหาด้านจิตใจของผู้สูงอายุ ซึ่งผู้สูงอายุต่างต้องการความเชื่อมั่นทางด้านจิตใจถึงการยอมรับ ความเคารพ ความนับถือ ทั้งจากบุคคลภายในครอบครัว และบุคคลอื่นๆ ในสังคม ที่ตระหนักว่าตนเองเป็นคนที่มีความค่าและเป็นที่รักของทุกคน โดยทุกคนพร้อมให้ความช่วยเหลือดูแลเมื่อตนเองประสบปัญหาในหลายๆ ด้าน ทั้งด้านการรักษาพยาบาล การสันตนาการ และการเงิน

ปัญหาที่สาม ปัญหาทางด้านสังคมของผู้สูงอายุ โดยทุกคนในชุมชนและท้องถิ่นที่ตนพำนักอยู่ หรือองค์กรที่ตนเคยทำงานต่างมองเห็นว่า ผู้สูงอายุไม่เป็นภาระของสังคม เป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถ และมีประสบการณ์ที่พร้อมถ่ายทอด ให้คำแนะนำ หรือช่วยเหลือตามโอกาสเป็นครั้งคราว

ปัญหาที่สี่ ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ ถือเป็นปัญหาสำคัญที่ผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยขอมอบว่า ผู้สูงอายุที่มีความพร้อมทางการเงินผ่านระบบการออมที่เหมาะสม หรือได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวด้วยความพร้อมจะมีโอกาสประสบปัญหาในเรื่องค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวันและการเข้ารักษาพยาบาลน้อยกว่าผู้ขาดความพร้อม เนื่องจากต้องพึ่งพิงนโยบายของรัฐที่เกี่ยวข้องต่อผู้สูงอายุมากกว่า

เมื่อพิจารณาปัญหาโดยรวมขอมอบพบว่า ปัญหาของผู้สูงอายุในเชิงโครงสร้างมีความสัมพันธ์กับปัญหาในเชิงปัจเจกบุคคล กล่าวคือ ผู้สูงอายุมีความต้องการทั้งในด้านจิตใจและร่างกาย ซึ่งต้องการเข้าถึงนโยบายเชิงสวัสดิการของรัฐในด้านต่างๆ ได้แก่ การเงินเพื่อเข้าถึงปัจจัยในการดำรงชีพจวบจนสิ้นอายุขัย การรักษาพยาบาลเพื่อให้ดำรงชีพได้ยาวนานที่สุด และระบบที่เฝ้าอำนวยความสะดวก

การดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งประเด็นปัญหาเหล่านี้ถือเป็นปัจจัยพื้นฐานในการสร้างความมั่นคงของมนุษย์หรือการบริการผู้สูงอายุในระยะยาว

(3) ผลการสังเคราะห์ข้อมูล

เมื่อเปรียบเทียบถึงผลการวิเคราะห์ระหว่างข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ สรุปได้ว่าผู้สูงอายุเผชิญกับปัญหาที่สำคัญอย่างสอดคล้องกันในสองมิติ กล่าวคือ

มิติแรก ปัญหาระดับปัจเจกบุคคล ประกอบด้วย

ปัญหาด้านสุขภาพเป็นประเด็นที่สำคัญจึงต้องเข้ารับรักษาพยาบาลอยู่เสมอ เนื่องจากปัญหาอาการเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นเรื่องของการรักษาในระยะยาวที่ส่งผลต่อความมั่นคงในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุที่ต้องการการตอบสนองจากบุคคลที่เกี่ยวข้องทั้งครอบครัว สถานพยาบาล รวมทั้งหน่วยงานในการเอื้ออำนวยความสะดวกในการเข้าถึงการรักษาพยาบาล

ปัญหาทางการเงิน ดังพิจารณาได้จากมีกลุ่มผู้สูงอายุที่ยังจำเป็นต้องประกอบอาชีพอยู่ไม่น้อยกว่าหนึ่งในสามของจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด อีกทั้งยังต้องมีกลุ่มที่ต้องพึ่งพิงบุตรหลานในเรื่องค่าใช้จ่าย โดยถือเป็นปัญหาสำคัญที่ผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยข้อมพบว่าผู้สูงอายุที่มีความพร้อมทางการเงินผ่านระบบการออมที่เหมาะสม หรือได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวด้วยความพร้อมจะมีโอกาสประสบปัญหาในเรื่องค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวันและการเข้ารับรักษาพยาบาลน้อยกว่าผู้ขาดความพร้อม เนื่องจากต้องพึ่งพิงนโยบายของรัฐที่เกี่ยวข้องต่อผู้สูงอายุมากกว่า

ปัญหาด้านจิตใจของผู้สูงอายุ ซึ่งผู้สูงอายุต่างต้องการความเชื่อมั่นทางด้านจิตใจถึงการยอมรับความเคารพ ความนับถือ ทั้งจากบุคคลภายในครอบครัว และบุคคลอื่นๆ ในสังคม ที่ตระหนักว่าตนเองเป็นคนที่มีความค่าและเป็นที่รักของทุกคน โดยทุกคนพร้อมให้ความช่วยเหลือดูแลเมื่อตนเองประสบปัญหาในหลายๆ ด้าน ทั้งด้านการรักษาพยาบาล การสันทนการ และการเงิน

ปัญหาทางด้านสังคมของผู้สูงอายุ โดยทุกคนในชุมชนและท้องถิ่นที่ตนพำนักอยู่ หรือองค์กรที่ตนเคยทำงานต่างมองเห็นว่า ผู้สูงอายุไม่เป็นภาระของสังคม เป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถ และมีประสบการณ์ที่พร้อมถ่ายทอด ให้คำแนะนำ หรือช่วยเหลือตามโอกาสเป็นครั้งคราว

มิติที่สอง ปัญหาระดับโครงสร้าง

ปัญหาผู้สูงอายุถือเป็นปัญหาในเชิงโครงสร้างที่ส่งผลกระทบต่อสังคมและเศรษฐกิจ กล่าวคือ รัฐจำเป็นต้องมีบทบาทสำคัญในการดูแลและแก้ไขปัญหาโดยรวมแก่ผู้สูงอายุ เช่น การเข้ารับรักษาพยาบาลในสถานพยาบาล การประกันรายได้ การจัดสวัสดิการต่างๆ ที่จำเป็นต่อการดำรงชีพ รวมทั้งการจัดกิจกรรมทางเศรษฐกิจที่ทำให้ผู้สูงอายุสามารถประกอบอาชีพอิสระง่ายๆ ที่เป็น

ประโยชน์ทั้งในการสร้างรายได้ และส่งเสริมสุขภาพจิตใจไปพร้อมกัน เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตได้จบจนสิ้นอายุขัย

4.3.2 นโยบายการบริการผู้สูงอายุในระยะยาวของไทย

(1) ผลการศึกษาเชิงปริมาณ สรุปได้ว่า นโยบายการบริการผู้สูงอายุในระยะยาวของไทยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษา 3 ประเด็น ได้แก่ รูปแบบการบริการผู้สูงอายุระยะยาว ประสิทธิภาพของนโยบายการบริการผู้สูงอายุในระยะยาว และ ความคาดหวังเชิงนโยบายการบริการผู้สูงอายุ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความคิดเห็นต่อปัจจัยนโยบายการบริการผู้สูงอายุในระยะยาว โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.00$, S.D.=0.26) เมื่อพิจารณารายข้อด้านว่าส่วนใหญ่มีความเห็นในด้านความคาดหวังเชิงนโยบายการบริการผู้สูงอายุ อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.71$, S.D.=0.47) รองลงมา ได้แก่ ด้านรูปแบบการบริการผู้สูงอายุระยะยาว ($\bar{X}=3.93$, S.D.=0.43) และประสิทธิภาพของนโยบายการบริการผู้สูงอายุในระยะยาว ($\bar{X}=3.37$, S.D.=0.39)

ด้านรูปแบบการบริการผู้สูงอายุระยะยาว โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.93$, S.D.=0.43) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ส่วนใหญ่มีความเห็นว่าเป็นนโยบายที่รัฐบาลมอบเงินในรูปแบบต่างๆ ผ่านนโยบายแก่ผู้สูงอายุ อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.59$, S.D.=0.63) รองลงมา ได้แก่ รัฐบาลมีนโยบายเชิงสวัสดิการหรือประชานิยมที่เอื้อประโยชน์ต่อผู้สูงอายุ ($\bar{X}=3.95$, S.D.=0.78) และ รัฐบาลมีนโยบายให้ผู้สูงอายุเข้าถึงการรักษาพยาบาลได้จนสิ้นอายุขัย ($\bar{X}=3.24$, S.D.=0.71)

ด้านประสิทธิภาพของนโยบายการบริการผู้สูงอายุในระยะยาว โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.37$, S.D.=0.39) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ส่วนใหญ่มีความเห็นว่าการมอบเงินจากโครงการต่างๆ แก่ผู้สูงอายุช่วยทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.11$, S.D.=0.47) รองลงมา ได้แก่ หน่วยงานภาครัฐให้บริการผู้สูงอายุด้วยความพร้อม ความสะดวกสบาย และการบริการที่ดีแก่ผู้สูงอายุเสมอ ($\bar{X}=3.02$, S.D.=0.58) และ ผู้สูงอายุได้รับการดูแลจากหน่วยงานของรัฐอย่างเท่าเทียมกันจนเป็นที่พึงพอใจได้ ($\bar{X}=2.99$, S.D.=0.69)

ด้านความคาดหวังเชิงนโยบายการบริการผู้สูงอายุ อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.71$, S.D.=0.47) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ส่วนใหญ่มีความเห็นที่พึงพอใจต่อการดำรงชีพของผู้สูงอายุจนสิ้นอายุขัย อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}=4.85$, S.D.=0.46) รองลงมา ได้แก่ มีความมั่นใจได้ว่าจะได้รับการดูแลจากรัฐจนสิ้นอายุขัย ($\bar{X}=4.73$, S.D.=0.53) และ รัฐจะมอบบริการที่มีค่าใช้จ่ายต่ำหรือไม่เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ($\bar{X}=4.55$, S.D.=0.57)

(2) ผลการศึกษาเชิงคุณภาพ สรุปได้ว่า หน่วยงานภาครัฐของไทยในปัจจุบันที่สังกัดในกระทรวงต่างๆ ของไทย ได้แก่ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงแรงงาน กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงวัฒนธรรม กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย กระทรวงคมนาคม กระทรวงการท่องเที่ยวและการกีฬา รวมทั้งสำนักงานรัฐมนตรี ต่างก็มีหน่วยงานที่จัดตั้งในการดำเนินนโยบายที่เกี่ยวข้องกับนโยบายการบริการผู้สูงอายุในระยะยาวของไทยตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ยุทธศาสตร์ชาติ พ.ศ.2561-2580 รวมถึงนโยบายและแผนยุทธศาสตร์อื่นๆ ของรัฐบาลแต่ละสมัย

ทั้งนี้หากพิจารณาถึงนโยบายโดยรวมของกระทรวงต่างๆ ข้างต้น ตามกรมหรือหน่วยงานภาครัฐที่จัดตั้งขึ้นต่างมีภารกิจที่นำไปสู่การกำหนดและการดำเนินนโยบายการบริการผู้สูงอายุในระยะยาวของไทย ย่อมเห็นว่า ทุกนโยบายข้างต้นต่างถือเป็นรากฐานที่สำคัญของการสร้างความมั่นคงในมนุษย์ (Human Security) เนื่องจากนโยบายทั้ง 3 ด้าน กล่าวคือ นโยบายด้านการสาธารณสุขเน้นการสร้างการเข้าถึงการดูแลสุขภาพพยาบาลของผู้สูงอายุตลอดชีวิต ในขณะที่นโยบายด้านการส่งเสริมความพร้อมทางเศรษฐกิจเน้นการสร้างความพร้อมทางเศรษฐกิจในการดำรงชีพเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถอยู่รอดตราบจนสิ้นอายุขัย ส่วนนโยบายด้านการส่งเสริมคุณภาพชีวิตและสวัสดิการอื่นๆ มุ่งเน้นให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการสาธารณะของรัฐให้ได้มากที่สุด ซึ่งถือเป็นการสร้างกิจกรรมนันทนาการตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุให้เกิดความรู้สึกถึงการดูแลจากรัฐทั้งในทางตรงและทางอ้อมอยู่ตลอดเวลา

(3) ผลการสังเคราะห์ข้อมูล

เมื่อเปรียบเทียบถึงผลการวิเคราะห์ระหว่างข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ สรุปได้ว่าผู้สูงอายุมองเห็นนโยบายการบริการผู้สูงอายุในระยะยาวของไทยอย่างสอดคล้องกันในสามมิติ ผ่านนโยบายทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ (1) นโยบายด้านการสาธารณสุขเน้นการสร้างการเข้าถึงการดูแลสุขภาพพยาบาลของผู้สูงอายุตลอดชีวิต (2) นโยบายด้านการส่งเสริมความพร้อมทางเศรษฐกิจเน้นการสร้างความพร้อมทางเศรษฐกิจในการดำรงชีพเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถอยู่รอดตราบจนสิ้นอายุขัย และ (3) นโยบายด้านการส่งเสริมคุณภาพชีวิตและสวัสดิการอื่นๆ มุ่งเน้นให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการสาธารณะของรัฐให้ได้มากที่สุด ซึ่งถือเป็นการสร้างกิจกรรมนันทนาการตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุให้เกิดความรู้สึกถึงการดูแลจากรัฐทั้งในทางตรงและทางอ้อมอยู่ตลอดเวลา โดยเห็นได้ว่า ผลการวิเคราะห์ข้อมูลมีความสอดคล้องกันในประเด็นต่างๆ ได้แก่ ด้านความคาดหวังเชิงนโยบายการบริการผู้สูงอายุ อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.71$, S.D.=0.47) รองลงมา ได้แก่ ด้านรูปแบบการบริการผู้สูงอายุระยะยาว ($\bar{X}=3.93$, S.D.=0.43) และประสิทธิผลของนโยบายการบริการผู้สูงอายุในระยะยาว ($\bar{X}=3.37$, S.D.=0.39)

4.3.3 ปัจจัยที่มีผลต่อนโยบายการบริการผู้สูงอายุในระยะยาวของไทย

(1) ผลการศึกษาเชิงปริมาณ เมื่อพิจารณาถึงปัจจัยที่มีผลต่อนโยบายการบริการผู้สูงอายุในระยะยาวของไทย สรุปได้ว่า

ความคิดเห็นต่อปัจจัยคุณลักษณะของผู้สูงอายุ โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.08$, S.D.=0.49) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ส่วนใหญ่มีความเห็นว่า ด้านการมีสุขภาพดี ($\bar{X}=4.04$, S.D.=0.79) อยู่ในระดับมาก รองลงมา ได้แก่ ด้านความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ($\bar{X}=$, S.D.=0.74) และด้านความพร้อมทางสถานภาพทางเศรษฐกิจส่วนบุคคล ($\bar{X}=4.04$, S.D.=0.79)

ความคิดเห็นต่อปัจจัยค่านิยมทางสังคมกับการดูแลผู้สูงอายุ โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.96$, S.D.=0.65) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ส่วนใหญ่มีความเห็นว่า ด้านบทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}=4.38$, S.D.=0.86) รองลงมา ได้แก่ ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ ($\bar{X}=3.53$, S.D.=0.80)

ความคิดเห็นต่อปัจจัยบทบาทของรัฐต่อผู้สูงอายุ โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.61$, S.D.=0.44) เมื่อพิจารณารายข้อด้าน พบว่าส่วนใหญ่ พบว่า มีความเห็นว่า ด้านบทบาทของหน่วยงานด้านสาธารณสุขของรัฐ อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.68$, S.D.=0.65) รองลงมา ได้แก่ ด้านบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ($\bar{X}=3.53$, S.D.=0.48)

ความคิดเห็นต่อปัจจัยนโยบายการบริการผู้สูงอายุในระยะยาว โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.00$, S.D.=0.26) เมื่อพิจารณารายข้อด้านว่าส่วนใหญ่มีความเห็นว่า ด้านความคาดหวังเชิงนโยบายการบริการผู้สูงอายุ อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.71$, S.D.=0.47) รองลงมา ได้แก่ ด้านรูปแบบการบริการผู้สูงอายุระยะยาว ($\bar{X}=3.93$, S.D.=0.43) และประสิทธิผลของนโยบายการบริการผู้สูงอายุในระยะยาว ($\bar{X}=3.37$, S.D.=0.39)

นอกจากนี้ เมื่อพิจารณาถึงค่าความสอดคล้องระหว่างสมการ โครงสร้างตามสมมติฐาน กับสมการ โครงสร้างภายหลังการปรับโมเดล ได้สมการมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ พิจารณาได้จากค่าดัชนีความสอดคล้องมีค่าตามเกณฑ์ทุกค่า โดยค่า Chi-Square = 15.848 Degrees of Freedom = 11 Probability Level = 0.147 CMIN/DF = 1.441 GFI = 0.992 และ RMSEA = 0.033 จะเห็นได้ว่า ค่า Probability Level มีค่ามากกว่า .05 และ CMIN/DF มีค่าน้อยกว่า 3 GFI มีค่าเท่ากับ .960 ซึ่งเข้าใกล้ 1.0 RMSEA มีค่าเท่ากับ .000 แสดงว่าโมเดลองค์ประกอบมีความเหมาะสมสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยเมื่อพิจารณาตัวแปรแฝงทั้ง 4 ตัวแปร พบว่า

1) คุณลักษณะของผู้สูงอายุ (Character) มีความสัมพันธ์กับนโยบายการบริการผู้สูงอายุในระยะยาวของไทย (Policy)

2) ค่านิยมของสังคมในการดูแลผู้สูงอายุ (Value) มีความสัมพันธ์กับนโยบายการบริการผู้สูงอายุในระยะยาวของไทย (Policy)

3) บทบาทของรัฐต่อผู้สูงอายุ (State) มีความสัมพันธ์กับนโยบายการบริการผู้สูงอายุในระยะยาวของไทย (Policy)

4) คุณลักษณะของผู้สูงอายุ (Character) มีความสัมพันธ์กับค่านิยมของสังคมในการดูแลผู้สูงอายุ (Value)

5) คุณลักษณะของผู้สูงอายุ (Character) มีความสัมพันธ์กับบทบาทของรัฐต่อผู้สูงอายุ (State)

6) ค่านิยมของสังคมในการดูแลผู้สูงอายุ (Value) มีความสัมพันธ์กับบทบาทของรัฐต่อผู้สูงอายุ (State)

รวมทั้งยังเห็นได้ว่าค่าอิทธิพลของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อนโยบายการบริการผู้สูงอายุในระยะยาวของไทย ผลการศึกษาพบว่า

คุณลักษณะของผู้สูงอายุ (Character) มีอิทธิพลต่อนโยบายการบริการผู้สูงอายุในระยะยาวของไทย (Policy) เท่ากับ .452

ค่านิยมของสังคมในการดูแลผู้สูงอายุ (Value) มีอิทธิพลต่อนโยบายการบริการผู้สูงอายุในระยะยาวของไทย (Policy) เท่ากับ -.316

บทบาทของรัฐต่อผู้สูงอายุ (State) มีอิทธิพลต่อนโยบายการบริการผู้สูงอายุในระยะยาวของไทย (Policy) เท่ากับ -.363

(2) ผลการศึกษาเชิงคุณภาพ สรุปได้ว่า

เมื่อพิจารณาถึงปัจจัยที่มีผลต่อนโยบายการบริการผู้สูงอายุในระยะยาวของไทย พบว่าจำแนกออกเป็น 3 ประเด็น ได้แก่ คุณลักษณะของผู้สูงอายุ ค่านิยมของสังคมในการดูแลผู้สูงอายุ และบทบาทของรัฐต่อผู้สูงอายุ ซึ่งแต่ละด้านมีผลการวิเคราะห์ ดังนี้

คุณลักษณะของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ความพร้อมด้านสถานภาพทางเศรษฐกิจส่วนบุคคล การมีสุขภาพดี และความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ล้วนมีผลต่อนโยบายการบริการผู้สูงอายุในระยะยาวของไทย ดังพบว่า

ประเด็นแรก ความพร้อมด้านสถานภาพทางเศรษฐกิจส่วนบุคคลถือเป็นพื้นฐานของการดูแลตนเองในระยะยาว โดยเป็นขีดความสามารถส่วนบุคคล ซึ่งรวมถึงบทบาทการสนับสนุนทางการเงินของครอบครัวในการดูแลและการเข้ารับบริการในระยะยาวของผู้สูงอายุ ดังพบว่า ผู้สูงอายุที่มีความพร้อมทางการเงินสูงย่อมมีโอกาสเข้ารับบริการจากสถานพยาบาลเอกชนที่มีความสะดวกและรวดเร็ว รวมถึงการได้รับการรักษาด้วยวิธีการและยาที่มีคุณภาพดี

มากกว่าผู้สูงอายุที่ขาดความพร้อม ซึ่งต้องพึ่งพิงสถานพยาบาลของรัฐทั้งในระดับท้องถิ่นและจังหวัดมากกว่า ขณะเดียวกันย่อมพบว่า การดูแลสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุแต่ละคน ถือเป็นองค์ประกอบที่ช่วยให้ผู้สูงอายุมีชีวิตรยาวนานขึ้น กล่าวคือ สุขภาพของผู้สูงอายุเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญของการมีอายุยืน เนื่องจากความแข็งแรงของสุขภาพในแต่ละบุคคลนั้นต่างกันขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย ทั้งการดูแลตนเองในเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การเจ็บป่วยเรื้อรัง สุขภาพจิต วิถีชีวิตในช่วงวัยทำงาน ตลอดจนโอกาสและความใส่ใจในการตรวจสุขภาพประจำปีของผู้สูงอายุแต่ละคน

จากข้างต้น จึงเห็นได้ว่าผู้สูงอายุจำเป็นต้องเข้าใจและมีความรู้ในการดูแลและรักษาสุขภาพของตนเอง โดยมีครอบครัวเป็นผู้สนับสนุนในการปฏิบัติตนของผู้สูงอายุ ซึ่งย่อมทำให้เกิดการประยุกต์ใช้องค์ความรู้ในการดูแลสุขภาพอย่างเหมาะสมต่อผู้สูงอายุให้มีอายุยืนยาวตามมา กล่าวคือ ผู้สูงอายุจำเป็นต้องทราบถึงปัญหาด้านสุขภาพของตนเอง รวมทั้งต้นตอของมูลเหตุปัญหาไปพร้อมกับการป้องกันและวิธีการรักษาที่ถูกต้องของตนเอง โดยมีครอบครัวเป็นผู้สนับสนุนและให้กำลังใจในการดูแลตนเอง ดังนั้นจึงเห็นได้ว่า คุณลักษณะของผู้สูงอายุต่อนโยบายการบริการผู้สูงอายุในระยะยาวของไทย

ประเด็นต่อมา ค่านิยมของสังคมในการดูแลผู้สูงอายุ ประกอบด้วย บทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ ความอบอุ่นของครอบครัว และการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ ล้วนมีผลต่อนโยบายการบริการผู้สูงอายุในระยะยาวของไทย ดังพบว่า ทั้งครอบครัวและชุมชนต่างมีบทบาทในการดูแลและให้บริการผู้สูงอายุ กล่าวคือ ครอบครัวเป็นสถาบันทางสังคมที่มีความใกล้ชิดกับผู้สูงอายุมากกว่ากลุ่มอื่นๆ ทางสังคม ความสัมพันธ์อันดีภายในครอบครัวถือเป็นเครื่องมือสำคัญในการดูแลหรือให้บริการแก่ผู้สูงอายุให้เกิดความสุขและความพึงพอใจได้มากที่สุด เนื่องจากความรัก ความห่วงหาอาทร ความปรารถนาดี บนรากฐานความกตัญญูกตเวทีต่อบุพการีหรือญาติผู้ใหญ่ของสมาชิกในครอบครัว ล้วนเป็นการแสดงบทบาทและทำหน้าที่ที่สำคัญต่อการดูแลผู้สูงอายุ เนื่องจากบุคคลในครอบครัวคือคนสำคัญที่ผู้สูงอายุต่างเชื่อมั่นและไว้วางใจมากที่สุด ผู้สูงอายุสามารถร้องขอความช่วยเหลือในหลายเรื่องๆ ได้เสมอ ซึ่งแตกต่างจากบทบาทของชุมชนในการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ เนื่องจากชุมชนคือสังคมภายนอกครอบครัวของผู้สูงอายุ ดังพบว่า แม้ผู้สูงอายุทั้งในเขตเมืองและในชนบทต่างก็อาศัยอยู่ในชุมชนที่ต่างขนาดหรือรูปแบบกัน แต่ก็มีโอกาสพิเศษได้ว่า ผู้สูงอายุที่ยังคงมีสุขภาพที่แข็งแรง และสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติ ต่างก็พร้อมมีปฏิสัมพันธ์กับคนในสังคมเสมอ ซึ่งความสัมพันธ์กับบุคคลภายนอกครอบครัวอาจมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพส่วนบุคคล และการให้เกียรติและการยอมรับของสังคม ซึ่งรวมถึงการร้องขอความช่วยเหลือจากชุมชนก็ย่อมแตกต่างกันตามไปด้วยเช่นกัน โดยพบ

ข้อสังเกตว่า ชุมชนชนบทจะมีความใกล้ชิดกับผู้สูงอายุที่พำนักอยู่ในชุมชนสูงกว่าในชุมชนเมืองซึ่งมีความสัมพันธ์ที่ห่างเหินกันมากกว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุจึงต่างกันอย่างเห็นได้ชัด ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่าแม้ชุมชนจะเป็นสังคมที่อยู่รอบตัวผู้สูงอายุก็ตาม แต่บทบาทที่สำคัญในการดูแลและให้บริการเบื้องต้นที่สำคัญแก่ผู้สูงอายุก็คือครอบครัว

ประเด็นสุดท้าย บทบาทของรัฐต่อผู้สูงอายุ ประกอบด้วย บทบาทของหน่วยงานด้านสาธารณสุขของรัฐ และบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ล้วนมีผลต่อนโยบายการบริการผู้สูงอายุในระยะยาวของไทย ดังพบว่า หน่วยงานด้านสาธารณสุขของรัฐบาลกลางถือเป็นบทบาทนำในการให้บริการแก่ผู้สูงอายุเป็นหลัก ดังเห็นว่า หน่วยงานสาธารณสุขของรัฐไทยนั้นประกอบไปด้วยหน่วยงานทั้งในระดับท้องถิ่นและครอบคลุมพื้นที่ภายในจังหวัด กล่าวคือ ระดับท้องถิ่นจะมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล และเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุข ทำงานร่วมกับโรงพยาบาลประจำอำเภอและโรงพยาบาลประจำจังหวัด โดยมีสถานพยาบาลเอกชนทั้งคลินิก และโรงพยาบาลเอกชนทำหน้าที่เติมเต็มการให้บริการแก่ผู้สูงอายุ ซึ่งผู้สูงอายุสามารถเลือกเข้าถึงการรับบริการด้านสุขภาพของสถานพยาบาลของรัฐด้วยค่าใช้จ่ายที่ต่ำ หรือปราศจากค่าใช้จ่าย หากแต่ต้องเผชิญกับปัญหาความไม่สะดวก ค่าเช่า และคุณภาพของยาที่อาจแตกต่างจากการเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลของเอกชน ขณะเดียวกัน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นของไทยต่างก็มีบทบาทสำคัญในการเติมเต็มการทำงานของหน่วยงานด้านสาธารณสุขของรัฐบาลกลาง กล่าวคือ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นของไทยทั้งในรูปแบบปกติ ได้แก่ องค์การบริหารส่วนจังหวัด องค์การบริหารส่วนตำบล และเทศบาล ตลอดจนรูปแบบพิเศษ ได้แก่ กรุงเทพมหานคร และเมืองพัทยา นั้น ย่อมพบว่า องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทั้งหมดต่างมีการจัดทำงบประมาณในด้านการดูแลผู้สูงอายุ ทั้งได้จากการสนับสนุนจากรัฐบาลกลางผ่านงบประมาณตามโครงการ และงบประมาณที่ได้จากเงินภาษีในท้องถิ่น ในการดำเนินโครงการหรือกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุในโอกาสต่างๆ อาทิ งานเทศกาลรดน้ำดำหัว งานวันพ่อ และงานวันแม่ในแต่ละปี เป็นต้น เพื่อเป็นการยกย่องผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูบุตรหลานจนประสบความสำเร็จในชีวิต รวมทั้งในบางองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นก็มีการจัดรถส่วนกลางไว้สนับสนุนงานด้านสาธารณสุขของผู้สูงอายุ เช่น รถพยาบาลเคลื่อนที่เร็วไว้รับส่งผู้สูงอายุ การจัดรถตรวจสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ การเยี่ยมเยียนผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยหรือทุพพลภาพ เป็นต้น นอกจากนี้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นยังมีบทบาทสำคัญในการมอบเบี้ยยังชีพให้แก่ผู้สูงอายุทุกคน จึงเห็นได้ว่าการดำเนินการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจึงมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

(3) ผลการสังเคราะห์ข้อมูล

เมื่อเปรียบเทียบถึงผลการวิเคราะห์ระหว่างข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ สรุปได้ว่า ปัจจัยที่มีผลต่อนโยบายการบริการผู้สูงอายุในระยะยาวของไทยมีความสอดคล้องกันในสามมิติ กล่าวคือ

1) คุณลักษณะของผู้สูงอายุ (Character) มีความสัมพันธ์กับนโยบายการบริการผู้สูงอายุในระยะยาวของไทย (Policy)

2) ค่านิยมของสังคมในการดูแลผู้สูงอายุ (Value) มีความสัมพันธ์กับนโยบายการบริการผู้สูงอายุในระยะยาวของไทย (Policy)

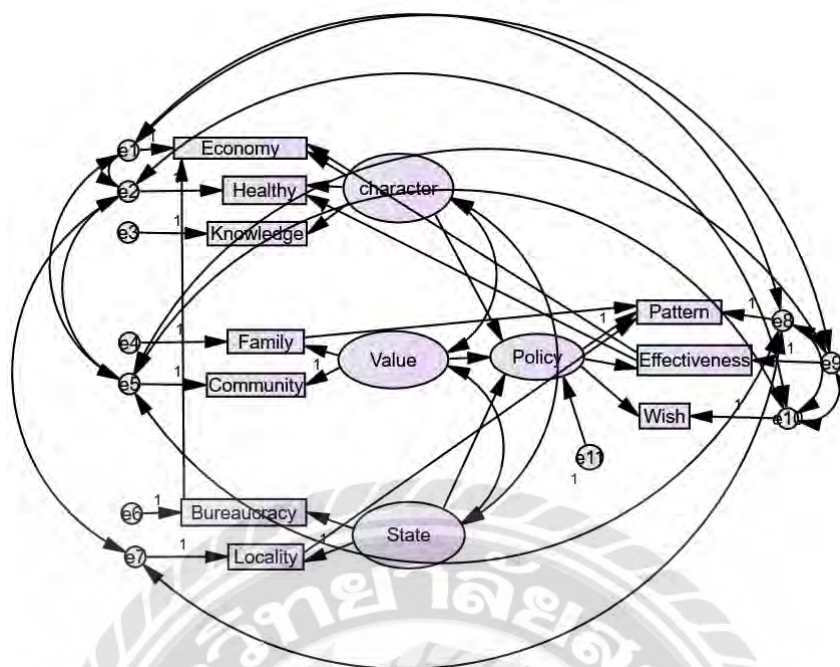
3) บทบาทของรัฐต่อผู้สูงอายุ (State) มีความสัมพันธ์กับนโยบายการบริการผู้สูงอายุในระยะยาวของไทย (Policy)

รวมทั้งยังเห็นได้ว่าค่าอิทธิพลของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อนโยบายการบริการผู้สูงอายุในระยะยาวของไทย ผลการศึกษาพบว่า

1) คุณลักษณะของผู้สูงอายุ (Character) มีอิทธิพลต่อนโยบายการบริการผู้สูงอายุในระยะยาวของไทย (Policy)

2) ค่านิยมของสังคมในการดูแลผู้สูงอายุ (Value) มีอิทธิพลต่อนโยบายการบริการผู้สูงอายุในระยะยาวของไทย (Policy)

3) บทบาทของรัฐต่อผู้สูงอายุ (State) มีอิทธิพลต่อนโยบายการบริการผู้สูงอายุในระยะยาวของไทย (Policy)



Chi-square = 15.848

Degrees of freedom = 11

Probability level = .147 CMIN/DF = 1.441

ภาพที่ 4.4 แสดงการวิเคราะห์โมเดลสมการ โครงสร้างตามสมมติฐาน แสดงตัวแปรนโยบายการบริการผู้สูงอายุในระยะยาวของไทย

4.3.4 ข้อเสนอแนะแนวทางการส่งเสริมนโยบายการบริการผู้สูงอายุในประเทศไทย

(1) ผลการศึกษาเชิงปริมาณ สรุปได้ว่า

เมื่อพิจารณาถึงข้อเสนอแนะจากแบบสอบถาม พบว่า มีผู้ตอบแบบสอบถามโดยระบุถึงข้อเสนอแนะต่อนโยบายการบริการผู้สูงอายุในระยะยาว ไว้ 2 ประเด็น กล่าวคือ

ประการแรก ผู้สูงอายุต้องการความมั่นคงในการดำรงชีวิตตราบสิ้นอายุขัย เนื่องจากผู้สูงอายุตระหนักว่า การใช้ชีวิตหลังการเกษียณจากการทำงานประจำยอมทำให้ขาดรายได้ที่มีจำนวนมากเท่ากับช่วงการทำงานในระยะเวลาก่อนหน้านี้ และกลุ่มผู้สูงอายุที่ประกอบธุรกิจส่วนตัวขนาดย่อมต่างจำเป็นต้องทำงานตลอดหลังอายุ 60 ปีขึ้นไป ต่างมีความวิตกว่า หากตนเองไม่สามารถทำงานได้แล้ว ตนเองจะตกเป็นภาระของครอบครัวหรือนุคคลรอบข้าง ปัญหาด้านรายได้จึงถือเป็นปัญหาสำคัญสำหรับผู้สูงอายุที่มีเงินออมยังไม่มากพอ

ประการที่สอง ผู้สูงอายุต้องการเข้าถึงการรักษาพยาบาลที่สะดวก หรือเข้าถึงได้ง่าย มีขั้นตอนในการติดต่อเข้ารับรักษาพยาบาลไม่ยุ่งยาก และสามารถเข้าถึงการรักษาพยาบาลด้วยค่าใช้จ่ายที่ต่ำหรือไม่มีค่าใช้จ่าย โดยมีรัฐเป็นผู้สนับสนุน รวมทั้งการมีบริการจากหน่วยงานที่อยู่ในชุมชนท้องถิ่นเข้าช่วยเหลือในการเข้าถึงการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลใกล้บ้าน

(2) ผลการศึกษาเชิงคุณภาพ สรุปได้ว่า

เมื่อพิจารณาผลการสัมภาษณ์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในกระบวนการนโยบายการบริการผู้สูงอายุระยะยาวของไทย พบว่า ผู้ให้สัมภาษณ์แสดงทัศนะออกเป็น 2 ด้าน ได้แก่ ด้านการกำหนดนโยบาย และด้านการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ ดังมีรายละเอียด ดังนี้

1) ด้านการกำหนดนโยบาย

(1.1) ประชาชนควรมีส่วนร่วมในกระบวนการกำหนดนโยบายการบริการผู้สูงอายุระยะยาวของไทย เพื่อก่อให้เกิดผลในทางปฏิบัติที่สอดคล้องกับความต้องการและความคาดหวังของผู้สูงอายุที่แท้จริง เช่น การรักษาพยาบาล การดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง การมีหลักประกันด้านรายได้

(1.2) พรรคการเมืองควรผลักดันให้นโยบายการบริการผู้สูงอายุระยะยาวของไทยเป็นวาระแห่งชาติเพื่อช่วยเหลือพลเมืองวัยสูงอายุที่มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น

2) ด้านการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ

(2.1) การดำเนินนโยบายต้องเปิดโอกาสให้ทุกภาคส่วนทางสังคมมีส่วนร่วมในการดำเนินการให้มากที่สุดภายใต้ระบบการทำงานที่เป็นเอกภาพ

(2.2) ควรมีการประเมินผลการดำเนินแบบรายพื้นที่เพื่อให้เกิดการแก้ไขปัญหาและการพัฒนาที่สอดคล้องกับความต้องการและความคาดหวังของผู้สูงอายุ

(3) ผลการสังเคราะห์ข้อมูล

เมื่อเปรียบเทียบถึงผลการวิเคราะห์ระหว่างข้อมูลจากแบบสอบถามของการวิจัยเชิงปริมาณ และข้อมูลเชิงคุณภาพ สรุปได้ว่าผู้สูงอายุได้นำเสนอข้อเสนอแนะแนวทางการส่งเสริมนโยบายการบริการผู้สูงอายุในประเทศไทยอย่างสอดคล้องกัน ดังนี้

1) ประชาชนควรมีส่วนร่วมในกระบวนการกำหนดนโยบายการบริการผู้สูงอายุระยะยาวของไทย เพื่อก่อให้เกิดผลในทางปฏิบัติที่สอดคล้องกับความต้องการและความคาดหวังของผู้สูงอายุที่แท้จริง เช่น การรักษาพยาบาล การดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง การมีหลักประกันด้านรายได้

2) พรรคการเมืองควรผลักดันให้นโยบายการบริการผู้สูงอายุระยะยาวของไทยเป็นวาระแห่งชาติเพื่อช่วยเหลือพลเมืองวัยสูงอายุที่มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น

3) การดำเนินนโยบายต้องเปิดโอกาสให้ทุกภาคส่วนทางสังคมมีส่วนร่วมในการดำเนินการให้มากที่สุดภายใต้ระบบการทำงานที่เป็นเอกภาพ

4) ควรมีการประเมินผลการดำเนินแบบรายพื้นที่เพื่อให้เกิดการแก้ไขปัญหาและการพัฒนาที่สอดคล้องกับความต้องการและความคาดหวังของผู้สูงอายุ



บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยเรื่อง นโยบายการบริการผู้สูงอายุในระยะยาวของไทยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงผสมวิธี (Mixed Methods Research) โดยดำเนินการศึกษาค้นคว้าการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) พร้อมทั้งดำเนินการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) เพื่อสนับสนุนผลการศึกษาระบบบริการผู้สูงอายุและความสะดวกที่เหมาะสมกับการศึกษาซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

5.1 สรุปผลการวิจัย

5.1.1 วัตถุประสงค์ และวิธีการศึกษา

วัตถุประสงค์ของการวิจัย ประกอบด้วย

- 1) เพื่อศึกษาสภาพปัญหาของผู้สูงอายุหลังเกษียณอายุในประเทศไทย
- 2) เพื่อศึกษานโยบายการบริการผู้สูงอายุในระยะยาวของไทย
- 3) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อนโยบายการบริการผู้สูงอายุในระยะยาวของไทย
- 4) เพื่อเสนอแนะแนวทางการส่งเสริมนโยบายการบริการผู้สูงอายุในประเทศไทย

โดยการวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงผสมวิธี (Mixed Methods Research) โดยมุ่งเน้นการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) พร้อมทั้งดำเนินการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) เน้นการสัมภาษณ์เชิงลึกกับกลุ่มตัวอย่างระดับหน่วยภาครัฐ ภาคเอกชน และผู้สูงอายุหลังเกษียณอายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นต้น ทั้งนี้มุ่งศึกษาเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุหลังเกษียณอายุของส่วนราชการที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปในประเทศไทย ทั้งนี้พิจารณารูปแบบของนโยบายการบริการเพื่อผู้สูงอายุในประเทศไทย เฉพาะหน่วยงานราชการในส่วนกลาง เช่น กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย กรมกิจการผู้สูงอายุ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น มูลนิธิบ้านบางแค และประชาชนผู้สูงอายุหลังเกษียณอายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นต้น โดยกลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร และปริมณฑล

กลุ่มตัวอย่างเชิงปริมาณ ประชากรที่ใช้ในการศึกษานี้ ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานครและเขตปริมณฑล ได้แก่ สมุทรปราการ ปทุมธานี และนนทบุรี โดยเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลต่างๆ ซึ่งไม่ทราบจำนวนที่แน่นอน เมื่อพิจารณาสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์องค์ประกอบขนาดกลุ่มตัวอย่างต้องมีขนาดใหญ่ จึงใช้แนวทางการคำนวณกลุ่มตัวอย่างของ Hair, Anderson, Tatham, and Black (1998) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% สูงสุดเท่ากับ 400 ตัวอย่าง ทั้งนี้ได้

กำหนดโควตา (Quota sampling) จำแนกกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 4 กลุ่มๆ ละ 100 คน ร่วมกับวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi Stage Sampling) โดยมีลำดับขั้นตอน ดังนี้

1) จัดทำฉลากเลือกโรงพยาบาลในพื้นที่จังหวัดต่างๆ เพื่อทำการสุ่มตัวอย่างเป็นรายจังหวัด โดยเลือกมาจังหวัดละ 1 แห่ง โดยได้ผลการจับฉลาก ได้แก่ กรุงเทพมหานคร คือ โรงพยาบาลรามาธิบดี จังหวัดสมุทรปราการ คือ โรงพยาบาลสมุทรปราการ จังหวัดปทุมธานี คือ โรงพยาบาลแพทย์รังสิต และจังหวัดนนทบุรี คือ โรงพยาบาลนนทเวช

2) จากนั้นทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการแบบบังเอิญ (Accidental Sampling) เนื่องจากไม่สามารถคาดการณ์จำนวนกลุ่มประชากรที่แน่นอนได้ จึงกำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างของโรงพยาบาลในแต่ละพื้นที่แห่งละ 100 ตัวอย่าง

5.1.2 สรุปผลการศึกษาตามวัตถุประสงค์

เมื่อพิจารณาผลการศึกษาตามวัตถุประสงค์ โดยจำแนกประเภทข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพสรุปได้ ดังนี้

5.1.2.1 สภาพปัญหาของผู้สูงอายุหลังเกษียณอายุในประเทศไทย

ผู้สูงอายุเผชิญกับปัญหาที่สำคัญอย่างสอดคล้องกันในสองมิติ กล่าวคือ มิติแรก ปัญหาระดับปัจเจกบุคคล ประกอบด้วย

ปัญหาด้านสุขภาพเป็นประเด็นที่สำคัญจึงต้องเข้ารับรักษาพยาบาลอยู่เสมอ เนื่องจากปัญหาอาการเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นเรื่องของการรักษาในระยะยาวที่ส่งผลต่อความมั่นคงในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุที่ต้องการการตอบสนองจากบุคคลที่เกี่ยวข้องทั้งครอบครัว สถานพยาบาล รวมทั้งหน่วยงานในการเอื้ออำนวยความสะดวกในการเข้าถึงการรักษาพยาบาล

ปัญหาทางการเงิน ดังพิจารณาได้จากมีกลุ่มผู้สูงอายุที่ยังจำเป็นต้องประกอบอาชีพอยู่ไม่น้อยกว่าหนึ่งในสามของจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด อีกทั้งยังต้องมีกลุ่มที่ต้องพึ่งพิงบุตรหลานในเรื่องค่าใช้จ่าย โดยถือเป็นปัญหาสำคัญที่ผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยขอยอมรับว่าผู้สูงอายุที่มีความพร้อมทางการเงินผ่านระบบการออมที่เหมาะสม หรือได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวด้วยความพร้อมจะมีโอกาสประสบปัญหาในเรื่องค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวันและการเข้ารับรักษาพยาบาลน้อยกว่าผู้ขาดความพร้อม เนื่องจากต้องพึ่งพิงนโยบายของรัฐที่เกี่ยวข้องต่อผู้สูงอายุมากกว่า

ปัญหาด้านจิตใจของผู้สูงอายุ ซึ่งผู้สูงอายุต่างต้องการความเชื่อมั่นทางด้านจิตใจถึงการยอมรับความเคารพ ความนับถือ ทั้งจากบุคคลภายในครอบครัว และบุคคลอื่นๆ ในสังคม ที่ตระหนักว่า

ตนเองเป็นคนที่มีความรู้และเป็นที่ยอมรับของทุกคน โดยทุกคนพร้อมให้ความช่วยเหลือดูแลเมื่อตนเองประสบปัญหาในหลายๆ ด้าน ทั้งด้านการรักษาพยาบาล การเงิน และการเงิน

ปัญหาทางด้านสังคมของผู้สูงอายุ โดยทุกคนในชุมชนและท้องถิ่นที่ตนพำนักอยู่ หรือองค์กรที่ตนเคยทำงานต่างมองเห็นว่า ผู้สูงอายุไม่เป็นภาระของสังคม เป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถ และมีประสบการณ์ที่พร้อมถ่ายทอด ให้คำแนะนำ หรือช่วยเหลือตามโอกาสเป็นครั้งคราว

มิติที่สอง ปัญหาระดับโครงสร้าง

ปัญหาผู้สูงอายุถือเป็นปัญหาในเชิงโครงสร้างที่ส่งผลกระทบต่อสังคมและเศรษฐกิจ กล่าวคือ รัฐจำเป็นต้องมีบทบาทสำคัญในการดูแลและแก้ไขปัญหาโดยรวมแก่ผู้สูงอายุ เช่น การเข้ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาล การประกันรายได้ การจัดสวัสดิการต่างๆ ที่จำเป็นต่อการดำรงชีพ รวมทั้งการจัดกิจกรรมทางเศรษฐกิจที่ทำให้ผู้สูงอายุสามารถประกอบอาชีพอิสระง่ายๆ ที่เป็นประโยชน์ทั้งในการสร้างรายได้ และส่งเสริมสุขภาพจิตใจไปพร้อมกัน เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตได้ยาวนานขึ้น

5.1.2.2 นโยบายการบริการผู้สูงอายุในระยะยาวของไทย

เมื่อเปรียบเทียบถึงผลการวิเคราะห์ระหว่างข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ สรุปได้ว่าผู้สูงอายุมองเห็นนโยบายการบริการผู้สูงอายุในระยะยาวของไทยอย่างสอดคล้องกันในสามมิติ ผ่านนโยบายทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ (1) นโยบายด้านการสาธารณสุขเน้นการสร้างการเข้าถึงการดูแลรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุตลอดชีวิต (2) นโยบายด้านการส่งเสริมความพร้อมทางเศรษฐกิจเน้นการสร้างความพร้อมทางเศรษฐกิจในการดำรงชีพเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถอยู่รอดตราบนานแสนนาน และ (3) นโยบายด้านการส่งเสริมคุณภาพชีวิตและสวัสดิการอื่นๆ มุ่งเน้นให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการสาธารณะของรัฐให้ได้มากที่สุด ซึ่งถือเป็นการสร้างกิจกรรมนันทนาการตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุให้เกิดความรู้สึกถึงการดูแลจากรัฐทั้งในทางตรงและทางอ้อมอยู่ตลอดเวลา โดยเห็นได้ว่า ผลการวิเคราะห์ข้อมูลมีความสอดคล้องกันในประเด็นต่างๆ ได้แก่ ด้านความคาดหวังเชิงนโยบายการบริการผู้สูงอายุ อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.71$, S.D.=0.47) รองลงมา ได้แก่ ด้านรูปแบบการบริการผู้สูงอายุระยะยาว ($\bar{X}=3.93$, S.D.=0.43) และประสิทธิผลของนโยบายการบริการผู้สูงอายุในระยะยาว ($\bar{X}=3.37$, S.D.=0.39)

5.1.2.3 ปัจจัยที่มีผลต่อนโยบายการบริการผู้สูงอายุในระยะยาวของไทย

เมื่อเปรียบเทียบถึงผลการวิเคราะห์ระหว่างข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ สรุปได้ว่า ปัจจัยที่มีผลต่อนโยบายการบริการผู้สูงอายุในระยะยาวของไทยมีความสอดคล้องกันในสามมิติ กล่าวคือ

1) คุณลักษณะของผู้สูงอายุ (Character) มีความสัมพันธ์กับนโยบายการบริการผู้สูงอายุในระยะยาวของไทย (Policy)

2) ค่านิยมของสังคมในการดูแลผู้สูงอายุ (Value) มีความสัมพันธ์กับนโยบายการบริการผู้สูงอายุในระยะยาวของไทย (Policy)

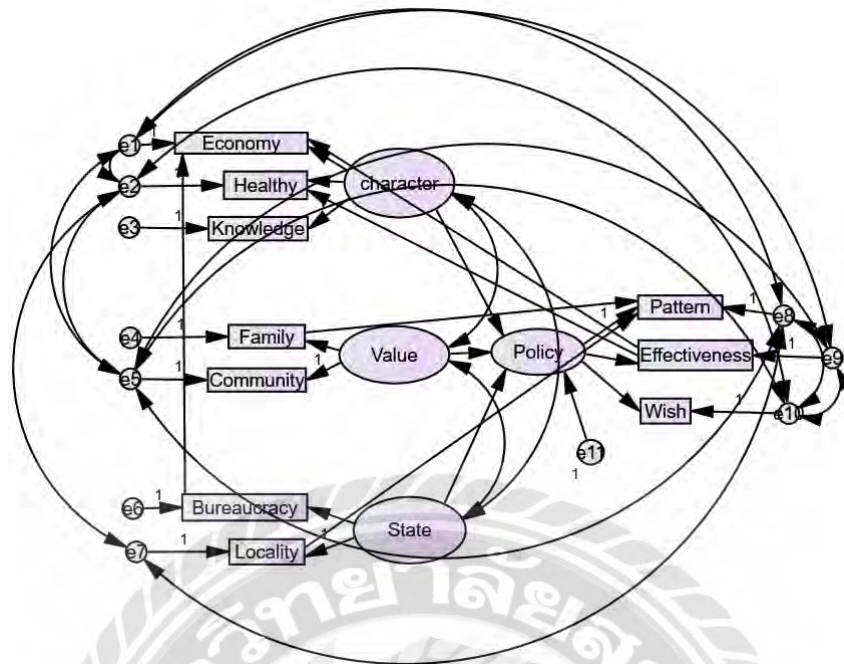
3) บทบาทของรัฐต่อผู้สูงอายุ (State) มีความสัมพันธ์กับนโยบายการบริการผู้สูงอายุในระยะยาวของไทย (Policy)

รวมทั้งยังเห็นได้ว่าค่าอิทธิพลของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อนโยบายการบริการผู้สูงอายุในระยะยาวของไทย โดยผลการทดสอบสมมติฐาน พบว่า

1) คุณลักษณะของผู้สูงอายุ (Character) มีอิทธิพลต่อนโยบายการบริการผู้สูงอายุในระยะยาวของไทย (Policy) !

2) ค่านิยมของสังคมในการดูแลผู้สูงอายุ (Value) มีอิทธิพลต่อนโยบายการบริการผู้สูงอายุในระยะยาวของไทย (Policy)

3) บทบาทของรัฐต่อผู้สูงอายุ (State) มีอิทธิพลต่อนโยบายการบริการผู้สูงอายุในระยะยาวของไทย (Policy)



Probability level = .147 CMIN/DF = 1.441

ภาพที่ 5.1 แสดงการวิเคราะห์โมเดลสมการ โครงสร้างตามสมมติฐาน แสดงตัวแปรนโยบายการบริการผู้สูงอายุในระยะยาวของไทย

5.1.2.4 ข้อเสนอแนะแนวทางการส่งเสริมนโยบายการบริการผู้สูงอายุในประเทศไทย

เมื่อเปรียบเทียบถึงผลการวิเคราะห์ระหว่างข้อมูลจากแบบสอบถามของการวิจัยเชิงปริมาณ และข้อมูลเชิงคุณภาพ สรุปได้ว่าผู้สูงอายุได้นำเสนอข้อเสนอแนะแนวทางการส่งเสริมนโยบายการบริการผู้สูงอายุในประเทศไทยอย่างสอดคล้องกัน ดังนี้

- 1) ประชาชนควรมีส่วนร่วมในกระบวนการกำหนดนโยบายการบริการผู้สูงอายุระยะยาวของประเทศไทย เพื่อก่อให้เกิดผลในทางปฏิบัติที่สอดคล้องกับความต้องการและความคาดหวังของผู้สูงอายุที่แท้จริง เช่น การรักษาพยาบาล การดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง การมีหลักประกันด้านรายได้
- 2) พรรคการเมืองควรผลักดันให้นโยบายการบริการผู้สูงอายุระยะยาวของประเทศไทยเป็นวาระแห่งชาติเพื่อช่วยเหลือพลเมืองวัยสูงอายุที่มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น
- 3) การดำเนินนโยบายต้องเปิดโอกาสให้ทุกภาคส่วนทางสังคมมีส่วนร่วมในการดำเนินการให้มากที่สุดภายใต้ระบบการทำงานที่เป็นเอกภาพ
- 4) ควรมีการประเมินผลการดำเนินแบบรายพื้นที่เพื่อให้เกิดการแก้ไขปัญหาและการพัฒนาที่สอดคล้องกับความต้องการและความคาดหวังของผู้สูงอายุ

5.2 อภิปรายผลการวิจัย

1) คุณลักษณะของผู้สูงอายุ (Character) มีความสัมพันธ์กับนโยบายการบริการผู้สูงอายุในระยะยาวของไทย (Policy) สอดคล้องกับแนวคิดของ Dupuis, Kousaie, Wittich, & Spadafora (2007) ที่สะท้อนให้เห็นว่า รัฐจำเป็นต้องมีบทบาทนำในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในด้านต่าง ๆ ที่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุ โดยต้องสร้างความร่วมมือกับหน่วยงานหรือองค์กรเอกชนต่างๆ ไปพร้อมๆ กัน ทั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ นันทนา อยู่สบาย (2557) ที่พบว่า ความต้องการสวัสดิการสังคมของผู้สูงอายุที่ต้องการให้มีระบบการจัดบริการสังคมทั้งจากภาครัฐและเอกชนมุ่งตอบสนองความจำเป็นพื้นฐานหรือปรับปรุงความเป็นอยู่ที่ดีของผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี เป็นไปอย่างทั่วถึง เหมาะสม เป็นธรรม และให้เป็นไปตามมาตรฐาน ในด้านต่าง ๆ ได้แก่ ด้านสุขภาพอนามัย ด้านการศึกษา ด้านนันทนาการ ด้านที่อยู่อาศัย และ ด้านความปลอดภัยในชีวิต และสอดคล้องกับงานวิจัยของ ปาริฉัตร พันธุ์ภักดี (2564) ที่พบว่า มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความต้องการของผู้สูงอายุในด้านสวัสดิการ ได้แก่ ด้านการศึกษา ด้านสุขภาพอนามัย ด้านที่อยู่อาศัย ด้านการทำงานและการมีรายได้ ด้านนันทนาการ ด้านกระบวนการยุติธรรม และด้านบริการทางสังคมทั่วไป

2) ค่านิยมของสังคมในการดูแลผู้สูงอายุ (Value) มีความสัมพันธ์กับนโยบายการบริการผู้สูงอายุในระยะยาวของไทย (Policy) สอดคล้องกับแนวคิดของ Hooyman and Kiyak (2009, p. 539) อธิบายให้เห็นว่า การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ซึ่งเป็นการให้การสนับสนุนและการช่วยเหลือแก่กลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวันได้อย่างอิสระนั้น จำเป็นต้องอิงอาศัยบทบาทการสร้างการยอมรับจากครอบครัวให้เข้ามามีบทบาทดังกล่าว เพราะเป็นกลุ่มที่มีความใกล้ชิดกับผู้สูงอายุที่มักได้รับความไว้วางใจจากผู้สูงอายุมากกว่าบุคคลภายนอกครอบครัว ค่านิยมที่เน้นถึงการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวจึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ ทั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ ปิ่นนเรศ กาศอุดม และคณะ (2561) ที่พบว่าครอบครัวมีความสำคัญในการดูแลเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

3) บทบาทของรัฐต่อผู้สูงอายุ (State) มีความสัมพันธ์กับนโยบายการบริการผู้สูงอายุในระยะยาวของไทย (Policy) สอดคล้องกับแนวทางของ World Health Organization (2002) ที่เน้นถึงการวางแผนปฏิบัติการระหว่างประเทศมาดริดว่าด้วยผู้สูงอายุ (The Madrid International Plan of Action on Ageing : MIPAA) ในการจัดทำนโยบาย วางแผน รวมทั้งกำหนดวิธีการปฏิบัติเกี่ยวกับผู้สูงอายุของประเทศทั่วโลกที่ได้รับรองโดยสมาชิกที่เข้าร่วมประชุมและพิจารณาร่วมกัน ซึ่งได้สร้างความชัดเจนเพื่อให้บรรดาประเทศสมาชิกได้นำไปวางกรอบในการกำหนดนโยบายพร้อมกับประยุกต์ให้เข้ากับสถานการณ์ผู้สูงอายุและบริบทของประเทศต่างๆ ในประเด็นหลักด้านผู้สูงอายุ

กับการพัฒนา โดยได้ระบุข้อเสนอแนะเพื่อนำแผนดังกล่าวไปสู่การปฏิบัติ (Recommendations for Action) ของรัฐบาลที่เป็นสมาชิกให้ตระหนักถึงการปรับระบบบำนาญ (Pension) ประกันสังคม (Social Security) สุขภาพ และระบบการดูแลระยะยาว (Health and Long-Term Care Systems) แก่ผู้สูงอายุ ทั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ กนิษฐา บุญธรรมเจริญ และศิริพันธุ์ สาสัตย์ (2550) พบว่าบทบาทของรัฐต่อผู้สูงอายุ เป็นการมีปฏิสัมพันธ์ของรัฐต่อการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวผ่านการแสดงบทบาทของหน่วยงานด้านสาธารณสุขของรัฐและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ร่วมกับภาคส่วนประชาสังคมอื่นๆ ทั้งภาครัฐกิจเอกชนและภาคประชาชนในชุมชนท้องถิ่นต่างๆ โดยบทบาทของหน่วยงานด้านสาธารณสุขของรัฐและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีรูปแบบการให้บริการใน 2 ลักษณะ ได้แก่ (1) การบริการดูแลในสถานบริการ (Institutional-Based Care) เป็นบริการดูแลผู้สูงอายุในสถานที่พักอาศัย และ (2) การบริการดูแลโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (Community-Based Care) เป็นบริการในบ้านหรือชุมชนตามที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุ

4) คุณลักษณะของผู้สูงอายุ (Character) มีความสัมพันธ์กับค่านิยมของสังคมในการดูแลผู้สูงอายุ (Value) สอดคล้องกับงานวิจัยของ Counsell (2007) ได้ศึกษาถึงการบูรณาการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยภายใต้ระบบการจัดการดูแล (Care Management) ในการประเมินความต้องการบริการสุขภาพและสังคมแล้วนั้น ซึ่งมีพยาบาลผู้จัดการและนักสังคมสงเคราะห์เป็นผู้รับผิดชอบร่วมกัน เพื่อแบ่งกลุ่มความต้องการทางสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยพบว่าผู้สูงอายุที่ได้รับบริการรูปแบบนี้มีภาวะสุขภาพที่ดีกว่ารูปแบบการดูแลปกติ กล่าวคือ มีภาวะพึ่งพิงน้อยกว่า และสามารถลดอัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคเฉียบพลันได้มากขึ้น ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่ารูปแบบการจัดการระยะยาวนั้นกระบวนการจัดกลุ่มความต้องการทางด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุนั้นมีประโยชน์ไม่น้อยต่อการให้บริการที่เหมาะสม

5) คุณลักษณะของผู้สูงอายุ (Character) มีความสัมพันธ์กับบทบาทของรัฐต่อผู้สูงอายุ (State) สอดคล้องกับแนวคิดของ Koff (1982) ซึ่งอธิบายว่า รัฐมีบทบาทสำคัญร่วมกับหน่วยงานของเอกชนในการสร้างความร่วมมือระหว่างนโยบายสาธารณะ งบประมาณ การจัดการรายบุคคล เพื่อการจัดเตรียมทางเลือกที่เหมาะสมให้แก่ผู้สูงอายุเพื่อให้มีทางเลือกหลากหลายในการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างอิสระ ทั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ สุเทพ คำเมฆ และกฤติมา อินทะกุล (2564) ที่พบว่า การประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุซึ่งเป็นพื้นฐานของความคาดหวังของผู้สูงอายุ พบว่า คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพกายและจิตใจ ด้านเศรษฐกิจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสภาพสิ่งแวดล้อม และงานวิจัยของภักฎิณี ชีเจริญ และพรพรหม สุชาทร(2564)ที่พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลที่แตกต่างกันมีความต้องการการดูแลผู้สูงอายุ

แตกต่างกัน ปัญหาทางด้านสุขภาพที่แตกต่างกันมีความต้องการการดูแลผู้สูงอายุแตกต่างกัน และความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันที่แตกต่างกันมีความต้องการการดูแลผู้สูงอายุแตกต่างกัน

6) ค่านิยมของสังคมในการดูแลผู้สูงอายุ (Value) มีความสัมพันธ์กับบทบาทของรัฐต่อผู้สูงอายุ (State) สอดคล้องกับแนวคิดของ Counsell (2007) ได้ชี้ให้เห็นว่า การบูรณาการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยภายใต้ระบบการจัดการดูแล (Care Management) ในการประเมินความต้องการบริการสุขภาพและสังคมแล้วนั้น ครอบครัวและสังคมที่อยู่รอบตัวของผู้สูงอายุนั้นมีบทบาทร่วมกับบุคลากรของรัฐและเอกชนมีบทบาทและอิทธิพลต่อการให้บริการตามความต้องการทางสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมาก ทั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ (2550) ที่พบว่า ครอบครัวยังคงมีบทบาทหลักในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ และทิพย์รัตน์ ผลอินทร์, นารีรัตน์ จิตรมนตรี และวิราพรรณ วิโรจน์รัตน์ (2560) ที่พบว่า 1) ผู้สูงอายุในชุมชนที่ศึกษาส่วนใหญ่มีพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในระดับสูง และยังพบพฤติกรรมซึ่งอาจส่งผลให้ผู้สูงอายุหกล้มจากปัจจัยภายใน คือ ขาดการออกกำลังกาย จากปัจจัยภายนอก คือ ขาดการตรวจสอบความมั่นคงแข็งแรงของเครื่องเรือน เครื่องใช้ภายในบ้าน 2) อายุ และความถี่การหกล้ม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตาม การศึกษา อาชีพ รายได้ และภาวะสุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม

7) คุณลักษณะของผู้สูงอายุ (Character) มีอิทธิพลต่อนโยบายการบริการผู้สูงอายุในระยะยาวของไทย (Policy) สอดคล้องกับแนวคิดของ Fairholm (2001) สรุปให้เห็นว่าการบริการในสถานบริการรูปแบบต่างๆ นั้นต้องมีความหลากหลายเหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุที่มีปัญหาและความต้องการตามสุขภาพกาย จิต และสังคม ที่แตกต่างกันไป รวมทั้งยังต้องเป็นสถานที่ ที่เป็นที่พักผ่อน ออกกำลังกาย หรือสถานที่ ที่ผู้ป่วยในวัยสูงอายุสามารถมาพบปะ พูดคุย และอาจรวมถึงการสนับสนุนบริการอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกัน การส่งเสริม และการดูแลผู้สูงอายุในช่วงเวลาทำงานปกติอีกด้วย ทั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของปริญญา สัตตะบุตร, รัชนิกร โชติชัยสถิตย์ และสุนิสา จุ้ยม่วงศรี (2564) ที่พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยรวมและด้านสภาพร่างกายที่ดีด้านการตัดสินใจด้วยตนเองด้านการรวมกลุ่มทางสังคม ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านสภาพอารมณ์ที่ดีอยู่ในระดับมาก ทั้งนี้ ผู้สูงอายุที่มีเพศแตกต่างกันมีคุณภาพชีวิตโดยรวมไม่แตกต่างกัน ขณะที่ ผู้สูงอายุที่มีอายุ การศึกษา รายได้และสถานภาพสมรสแตกต่างกัน มีคุณภาพชีวิตโดยรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 นอกจากนี้ แนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุใน 6 ด้าน ได้แก่ ด้านสภาพความเป็นอยู่ที่ดี ด้านสภาพร่างกายที่ดี ด้านการตัดสินใจด้วยตนเอง ด้านการรวมกลุ่มทางสังคม ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และด้านสภาพอารมณ์ที่ดี

8) ค่านิยมของสังคมในการดูแลผู้สูงอายุ (Value) มีอิทธิพลต่อนโยบายการบริการผู้สูงอายุ ในระยะยาวของไทย (Policy) สอดคล้องกับแนวคิดของ Swagerty, Takahashi and Evans (1999) สะท้อนให้เห็นว่า ปัญหาการดูแลผู้สูงอายุอย่างไม่เหมาะสม คือ การกระทำหรือการละเว้นกระทำที่ ส่งผลให้เกิดอันตรายหรือความเสี่ยงต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ มีทั้งที่เกิดจากการจงใจหรือไม่จงใจ ส่วนใหญ่เกิดจากสมาชิกในครอบครัวที่เป็นคนใกล้ชิดของผู้สูงอายุ โดยสังคมจำเป็นต้องตระหนัก ถึงการดูแลผู้สูงอายุอย่างใกล้ชิดด้วยความระมัดระวังไม่ให้เกิดอันตรายใดๆ แก่ผู้สูงอายุ ทั้งนี้ สอดคล้องกับงานวิจัยของปีนเรศ กาศอุดม และคณะ (2561) ที่พบว่า ครอบครัวมีความสำคัญใน การดูแลเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยจะต้องมีบทบาทในการดูแล 4 ด้าน ได้แก่ การ ดูแลด้านร่างกาย การดูแลทางด้านจิตใจ การดูแลด้านสังคม และการดูแลด้านเศรษฐกิจ และนลินี เกิดประสงค์ และจันทิมา นวมะวัตน์ (2565) ที่พบว่า ความต้องการของประชาชนจำแนกเป็น 2 กลุ่มคือ ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป และกลุ่มแกนนำชุมชนที่เกี่ยวข้องผู้สูงอายุใน 4 มิติ ได้แก่ 1) มิติด้าน สุขภาพให้ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพและการป้องกันโรค สืบสวนและดูแลผู้สูงอายุผู้ยากลำบาก ควรมีระบบเยี่ยมเยียนแบบเพื่อนช่วยเพื่อน เสนอให้มีการจัดบริการเชิงรุก พัฒนาระบบดูแลผู้ปวย ระยะยาวโดยเฉพาะการคมนาคมขนส่งเดินทางรับการรักษา 2) มิติเศรษฐกิจ จัดระบบการออมใน ชุมชน สวัสดิการชุมชนและฅาปนกิจสงเคราะห์ให้ดียิ่งขึ้น สร้างอาชีพเสริมรายได้ผู้สูงอายุ ส่งเสริม ภูมิปัญญา 3) มิติด้านสังคม สร้างความเข้มแข็งและความอบอุ่นภายในครอบครัว ค่านิยมช่วยเหลือ เกื้อกูล เพื่อนช่วยเพื่อน สืบสานงานบุญสร้างวัฒนธรรมการทำงานร่วมกันของภาครัฐท้องถิ่นและภาค ประชาชน เคารพซึ่งกันและกันส่งเสริมและสืบสานภูมิปัญญา มาตรการรักษาความปลอดภัยใน ชุมชน และ 4) มิติด้านสภาพแวดล้อมเสนอให้มีการปรับปรุงบ้านให้เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ สถานที่สาธารณะให้เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ สร้างให้เป็นชุมชนสีเขียวและสะอาด ส่วนระบบและ กลไกรองรับสังคมสูงวัย ประกอบด้วย 1) ขับเคลื่อนให้เกิดระบบและกลไกรองรับสังคมสูงวัย ระดับตำบล ระดับจังหวัด เช่น คณะทำงานพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะระดับพื้นที่ ระดับตำบล ระดับจังหวัด หนุนเสริมการทำงานและจัดให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างพื้นที่ และ 2) ระบบงานที่เหมาะสมรองรับสังคมสูงวัยรวม 23 ระบบและกระบวนการบริหารจัดการ 6 องค์ประกอบ คือ 1) การปรับโครงสร้างการบริหารจัดการของกลุ่ม 2) การวางระบบการทำงานที่ สอดคล้องกับบริบทชุมชนสู่การปฏิบัติ 3) สร้างบรรยากาศการสื่อสารแบบเปิดเป็นประชาธิปไตย 4) พัฒนาความรู้และทักษะใหม่ๆ ให้กับกลุ่มผู้ขับเคลื่อน 5) สร้างทีมงานในระดับกลุ่มปฏิบัติ และ 6) สร้างแรงจูงใจในการทำงาน

9) บทบาทของรัฐต่อผู้สูงอายุ (State) มีอิทธิพลต่อนโยบายการบริการผู้สูงอายุในระยะยาว ของไทย (Policy) สอดคล้องกับแนวคิดของ Hooyman and Kiyak (2009) อธิบายให้เห็นว่า การดูแล

ผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) เป็นเรื่องของการสร้างความร่วมมือของทุกภาคส่วนทางสังคม โดยมีรัฐจะแสดงบทบาทนำในการดำเนินการดังกล่าว และถึงแม้ว่ากลุ่มผู้สูงอายุต่างก็มีความต้องการที่หลากหลายขึ้นอยู่กับปัญหาส่วนตัวของแต่ละคน นโยบายสาธารณะก็จำเป็นต้องได้รับการกำหนดขึ้นให้สอดคล้องกับความต้องการที่มีอยู่หลากหลายนั้นด้วย โดยมีหน่วยงานหรือองค์กรเอกชนเข้ามาทำหน้าที่ในการให้บริการผู้สูงอายุร่วมกันด้วย ทั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ สมศักดิ์ อรรถศิลป์ (2560) ที่พบว่าปัจจัยที่สำคัญอันเกี่ยวข้องกับความต้องการด้านสุขภาพผู้สูงอายุ ได้แก่ (1) ระบบการบริการ (2) อัตราค่าสิ่งบุคลากรด้านสุขภาพ (3) ระบบข้อมูลข่าวสาร (4) เทคโนโลยีทางการแพทย์ (5) อัตราค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ และ (6) ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล และวิชัย โสสุวรรณจินดา (2556) ที่พบว่า รัฐนั้นควรมีบทบาทในการส่งเสริมกิจกรรมขององค์การนายจ้าง โดยกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ควรได้เพิ่มกองทุนสำหรับผู้สูงอายุให้เพียงพอเพื่อให้องค์การนายจ้างสามารถนำไปใช้ในกิจกรรมผู้สูงอายุ กระทรวงแรงงาน ควรปรับปรุงกฎหมายประกันสังคมเพื่อเพิ่มเงินสมทบกรณีประกันสุขภาพ และควรมีแนวทางการส่งเสริมการจ้างงานสำหรับผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้ที่ยังสามารถทำงานได้ กระทรวงสาธารณสุขควรจัดบริการรักษาพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุ โดยเฉพาะ และกระทรวงมหาดไทยควรส่งเสริมให้องค์การส่วนท้องถิ่นจัดให้มีกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องและให้ผู้สูงอายุในท้องถิ่นได้ถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์แก่คนรุ่นหลังด้วย

5.3 ข้อเสนอแนะ

5.3.1 ข้อเสนอแนะแนวทางการส่งเสริมนโยบายการบริการผู้สูงอายุในประเทศไทย

1) รัฐควรเปิดกว้างให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการนโยบายการบริการผู้สูงอายุในประเทศไทย เพื่อก่อให้เกิดผลในทางปฏิบัติที่สอดคล้องกับความต้องการและความคาดหวังของผู้สูงอายุที่แท้จริง เช่น การรักษาพยาบาล การดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง การมีหลักประกันด้านรายได้

2) พรรคการเมืองควรผลักดันให้นโยบายการบริการผู้สูงอายุระยะยาวของไทยเป็นวาระแห่งชาติเพื่อช่วยเหลือพลเมืองวัยสูงอายุที่มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น โดยสามารถแปลงไปสู่การปฏิบัติทั้งในด้านการเพิ่มรายได้ การดูแลรักษาพยาบาล และการให้บริการแก่ผู้สูงอายุที่ยากจนให้เข้าถึงบริการสาธารณะ

3) การดำเนินนโยบายของรัฐต้องเปิดโอกาสให้ทุกภาคส่วนทางสังคมมีส่วนร่วมในการดำเนินการให้มากที่สุดภายใต้ระบบการทำงานที่เป็นเอกภาพ ผ่านการสร้างสหการร่วมของภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคมในการบริการผู้สูงอายุในประเทศไทย

4) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและหน่วยงานภาครัฐควรมีการประเมินผลการดำเนินแบบรายพื้นที่เพื่อให้เกิดการแก้ไขปัญหาและการพัฒนาที่สอดคล้องกับความต้องการและความคาดหวังของผู้สูงอายุเพื่อให้โครงการต่างๆ บรรลุถึงประสิทธิผลในการดำเนินการ

5.3.2 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรศึกษาตัวแปรอื่นๆ ที่อาจมีอิทธิพลต่อการบริการผู้สูงอายุในประเทศไทย ได้แก่ บทบาทของพรรคการเมืองและกลุ่มผลประโยชน์ ความแตกต่างของระบอบการเมือง สถานภาพทางเศรษฐกิจของประเทศ และการมีส่วนร่วมทางการเมืองของประชาชน เป็นต้น

2) ควรศึกษาถึงประเด็นต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ได้แก่ แนวทางการส่งเสริมการสร้างรายได้ของผู้สูงอายุเพื่อเสริมสร้างศักยภาพทางเศรษฐกิจในการดำรงชีพอย่างมั่นคงแก่ผู้สูงอายุ แนวทางการสร้างการมีส่วนร่วมของสถานพยาบาลเอกชนในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ทิศทางการพัฒนารูปแบบการให้บริการผู้สูงอายุระยะยาว และบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการดูแลผู้สูงอายุ เป็นต้น

3) ควรศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลการดำเนินนโยบายการบริการผู้สูงอายุในประเทศไทยเป็นรายภาค และรายกระทรวง เพื่อประเมินผลถึงความสำเร็จในการดำเนินนโยบาย รวมถึงการศึกษาประสิทธิผลการบริการผู้สูงอายุระยะยาวของไทยและต่างประเทศ

บรรณานุกรม

- กนิษฐา บุญธรรมเจริญ และ ศิริพันธุ์ สาส์ตย์. (2551). ระบบการดูแลระยะยาว: การวิเคราะห์เปรียบเทียบ เพื่อเสนอแนะเชิงนโยบาย. *รามาศิษย์พยาบาลสาร*, 14 (3), 358-439.
- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2557). *การพัฒนารูปแบบระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุแบบ บูรณาการ*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการ โรงพิมพ์ องค์สภาระยะที่ทหารผ่านศึกในพระบรม ราชูปถัมภ์.
- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2564). *นโยบายกฎหมาย*. เข้าถึงได้จาก <http://www.dop.go.th/th/laws>
- กรม กิจ การ ผู้ สูง อายุ . (2 5 6 4) . *ป้ ญ ห า ข อ ง ผู้ สูง อ ยู่ มี อ ะ ไ ร บ้ า ง* . เข้าถึงได้จาก <https://www.dop.go.th/th/know/15/461>
- กัญญารัตน์ กั้นชะกาญจน์, ลูติมา โกศลวิตร และนฤมล บุญญนิवारวัฒน์. (2562). รูปแบบการดูแลระยะ ยาวแบบบูรณาการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลคงบัง อำเภอมือง จังหวัดอุบลราชธานี. *มนุษยสังคมสาร (มสส.)*, 17(1), 1-19.
- กาญจนา ปัญญาธร, รจนา วรวิทย์สร่างกูร และปิยนุช ภิญโย. (2559). การดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ตำบล หนองไผ่ อำเภอมือง จังหวัดอุดรธานี. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*, 9(3), 77-85.
- กาญจนา พิบูลย์ และคณะ. (2557). *รูปแบบการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุแบบไปกลับในโรงพยาบาล มหาวิทยาลัยบูรพา*. (รายงานวิจัยทุนสนับสนุนจากสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ). กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ.
- กิตติวงศ์ สาสด. (2560). ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดภาคตะวันออกเฉียง. *วารสาร ชุมชนวิจัย*, 11(2), 21-38.
- เกวลี เชียรวิชัย. (2560). *บทบาทพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน*. (วิทยานิพนธ์ หลักระดับพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.
- งานพัฒนาและจัดการสารสนเทศ ฝ่ายเทคโนโลยีสารสนเทศห้องสมุด. (2565). *หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับ งานผู้สูงอายุ*. เข้าถึงได้จาก https://www.lib.ru.ac.th/journal/apr/apr13_op_organization.html

- จักรแก้ว นามเมือง. (2560). *โรงเรียนผู้สูงอายุ: ต้นแบบการจัดการสุขภาพและสวัสดิการผู้สูงอายุ*. (รายงานวิจัยทุนอุดหนุนการวิจัยจากมหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย). ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย.
- จินตนา อาจสันเทียะ และพรนภา คำพราว. (2557). รูปแบบการดูแลสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 15(3), 123-127.
- จิรเมธ ประเสริฐสุข. (2565). *Digital Literacy กับ สังคมผู้สูงอายุ*. เข้าถึงได้จาก <https://www.depa.or.th/th/article-view/digital-literacy>
- ชวลิต สวัสดิ์ผล และคณะ. (2560). *การดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือของไทย*. (รายงานการวิจัย คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยสวนดุสิต.
- ณรงค์ เส็งประชา. (2544). *วิถีไทย*. กรุงเทพฯ: โอเดียนสโตร์.
- ต้องตา เรืองฤทธิ์ และ สุดาภรณ์ อรุณดี. (2559). ประสิทธิผลในการให้บริการขององค์การบริหารส่วนตำบลหัวโพธิ์ อำเภอสองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี. *รายงานการประชุมวิชาการเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ และนานาชาติ ครั้งที่ 8 “Research 4.0 Innovation and Development SSRU’s 80th Anniversary”*, หน้า 873-886. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา.
- ดิฉนวนวรรณ สิริทรัพย์ทวี. (2557). *ค่านิยมทางสังคมและรูปแบบการดำเนินชีวิตส่งผลต่อการตัดสินใจซื้อสตีกเกอร์ในแอปพลิเคชันไลน์ของกลุ่มคนวัยทำงานและกลุ่มนักศึกษา*. (รายงานวิจัยปริญญาบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยกรุงเทพ.
- ตุลย์ นิยะโต. (2562). ประสิทธิผลในการให้บริการของเทศบาลเมืองลาดสวาย อำเภอลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยปทุมธานี*, 11(2), 142-152.
- นงเยาว์ โชคเลิศ. (2557). *การศึกษาการดำเนินงานตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 พ.ศ. 2545-2564 ขององค์การบริหารส่วนตำบลในเขตอำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี*. (วิทยานิพนธ์หลักสูตรรัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพัฒนาท้องถิ่น). อุบลราชธานี: มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี.
- นภคล ชีรภัทรางกูร. (2556). *เปรียบเทียบประสิทธิผลการให้บริการงานประปาระหว่างชุมชนที่มีและไม่มีระบบกรองน้ำในขบวนการผลิตขององค์การบริหารส่วนตำบลลำเพือก อำเภอบรบือ*

- จังหวัดนครราชสีมา. (วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาวิศวกรรมศาสตรมหาบัณฑิต).
นครราชสีมา: มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี.
- นวลศิริ เปาโรหิต. (2545). *จิตวิทยาสังคมเบื้องต้น*. กรุงเทพฯ: รุ่งศิลป์การพิมพ์.
- นันทนา อยู่สบาย. (2557). *ความต้องการสวัสดิการสังคมของผู้สูงอายุ ในองค์การบริหารส่วนตำบล
ศิระจรเขื่อน้อย อำเภอบางเสาธง จังหวัดสมุทรปราการ*. (รายงานวิจัยประกอบการศึกษารัฐ
ประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต). ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.
- เบญจพร สุธรรมชัย, จิราพร เกศพิชญวัฒนา และ นภัส แก้ววิเชียร. (2558). การสังเคราะห์รูปแบบ
บริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการ. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 24(6), 1017-1029.
- เบญจา นิลบุตร. (2540). *ความคาดหวังของข้าราชการตำรวจต่อรูปแบบภาวะผู้นำของผู้บังคับบัญชา
ศึกษากรณีศึกษากองบัญชาการการศึกษา*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- ประกาศเรื่อง ยุทธศาสตร์ชาติ (พ.ศ. 2561 - 2580) เล่ม 135 ตอนที่ 82 ก ราชกิจจานุเบกษา 13 ตุลาคม
2561.
- ประดิษฐ์ เจริญไทยทวี. (2544). *พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการสิทธิ
มนุษยชนแห่งชาติ.
- ประทุมมาดี ถาวรบุญ. (2559). *ประสิทธิผลการให้บริการสาธารณะตามหลักการบริหารจัดการที่ดีของ
องค์การบริหารส่วนตำบลหนองสังข์ อำเภออรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว*. (งานนิพนธ์
หลักสูตรบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต). ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ประเวศ วะสี. (2541). *ยุทธศาสตร์ชาติเพื่อความเข้มแข็งทางเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรม ปาฐกถา
พิเศษ ป่วย อังภากรณ*. กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน.
- ปาริฉัตร พันธุ์กักดี. (2564). *ความต้องการสวัสดิการสังคมของผู้สูงอายุที่มีภูมิลำเนาและอาศัยอยู่ในเขต
องค์การบริหารส่วนตำบลตะครี้น้อย อำเภอนาทม จังหวัดน่าน*. (วิทยานิพนธ์ตาม
หลักสูตรบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- ปิ่นนเรศ กาศอุดม และคณะ. (2561). บทบาทครอบครัวในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุใน
สถานการณ์การเปลี่ยนแปลง. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 5
(3), 300-310.
- พระมหาเตชินท์ สิทธิภาทิฐ (ผกา). (2554). *ประสิทธิผลการให้บริการของเทศบาลตำบลคงเย็น อำเภอ
เมือง จังหวัดมุกดาหาร*. (วิทยานิพนธ์พุทธศาสตรมหาบัณฑิต สาขารัฐประศาสนศาสตร์).
ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย.

- พิไลวรรณ จันทรสุกรี. (2540). ความคาดหวังในงานของนักศึกษาพยาบาลปีที่สี่ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนในเขตภาคเหนือ. เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เพ็ญแข ชิวยะพันธ์. (2545). คุณภาพการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา : กรณีศึกษาในเขตอำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี. (วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ยศ สันตสมบัติ. (2556). มนุษย์กับวัฒนธรรม. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ยุวดี รอดจากภัย, กุลวดี โรจน์ไพศาลกิจ และไพบุลย์ พงษ์แสงพันธ์. (2557). รูปแบบการพัฒนาชุมชนและครอบครัวต้นแบบเพื่อดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ. (รายงานวิจัยทุนสนับสนุนจากสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ). กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ.
- รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560. (2560, 6 เมษายน). ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 134 ตอนที่ 40 ก, หน้า 1-90.
- วิชัย โสสุวรรณจินดา. (2556). บทบาทขององค์การนายจ้างต่อปัญหาในสังคมผู้สูงอายุ. วารสารเกษมบัณฑิต, 14(1), 75-84.
- ฤกษ์ชัย คุณูปการ. (2539). หลักการและทฤษฎีการปลูกฝังจริยธรรม. พิษณุโลก: คณะครุศาสตร์ สถาบันราชภัฏ พิษณุตสงคราม.
- ศรีเรือน แก้วกังวาล. (2549). จิตวิทยาพัฒนาการชีวิตทุกช่วงวัย วัยรุ่น-วัยสูงอายุ เล่ม 2. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ. (2552). รูปแบบการดูแลระยะยาวในชุมชนและครอบครัว. ใน ชื่นตา วิชชาวุธ, และสถิตพงศ ชนวิริยะกุล (บรรณาธิการ), ระบบการดูแลระยะยาวและกำลังคนในการดูแลผู้สูงอายุ: ทิศทางประเทศไทย, หน้า 18-24. กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2552). บูรณาการระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพฯ: เจพรีน.
- ศิริพันธุ์ สาสัตย์ และคณะ. (2552). การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในสถานบริการ. ใน ชื่นตา วิชชาวุธ, และสถิตพงศ ชนวิริยะกุล (บรรณาธิการ), ระบบการดูแลระยะยาวและกำลังคนในการดูแลผู้สูงอายุ: ทิศทางประเทศไทย, 13-17. กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.
- ศุทธิดา ชวนวัน, กาญจนา เทียนลาย และปิ่นฉวีวัฒน์ เกื้อนกลิ่น. (2563). รูปแบบการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุไทยในเขตเมืองเพื่อสนับสนุนการมีที่อยู่อาศัยและการดูแลที่เหมาะสม. (รายงานการ

- วิจัยสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ศูนย์คุณธรรมการวิจัยจากสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ). กรุงเทพฯ:สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ.
- สกวเดือน ปชตสมมติ. (2540). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการยอมรับการรื้อปรับระบบของพนักงานธนาคาร*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- สมศักดิ์ อรรถศิลป์. (2560). *แนวทางการจัดระบบบริการสุขภาพเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย*. (รายงานวิจัยหลักสูตรการป้องกันราชอาณาจักร). กรุงเทพฯ: วิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร.
- ส่วนบริหารและพัฒนาเทคโนโลยีการทะเบียน. (2564). *ประชากรรายอายุ*. เข้าถึงได้จาก www.stat.bora.dopa.go.th/stat/staw/statMONTH/statmonth/#/displayData
- สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, กนิษฐา บุญธรรมเจริญ, ศิริพันธ์ สาตย์, และ ขวัญใจ อานาจสัตย์เชื้อ. (2550). *รูปแบบการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในระยะยาวโดยชุมชน*. นนทบุรี: มูลนิธิเพื่อการพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
- สาคร อินโทโล. (2551). *การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนจังหวัดมหาสารคาม*. (รายงานวิจัย). มหาสารคาม: วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม สถาบันพระบรมราชชนก.
- สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการลงทุน. (2565). *ข้อมูลทั่วไปด้านประชากรประมาณการปี พ.ศ. 2563*. เข้าถึงได้จาก <https://www.boi.go.th/index.php?page=demographic&language=th>
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2563). *สถิติประชากรศาสตร์ ประชากรและเคหะ*. เข้าถึงได้จาก <http://statbbi.nso.go.th/staticreport/page/sector/th/01.aspx>
- สิริลักษณ์ เทียงธรรม. (2554). *แนวทางการบริหารจัดการสวัสดิการผู้สูงอายุในชุมชนเขตพื้นที่จังหวัดชัยภูมิ*. (วิทยานิพนธ์ปริญญารัฐประศาสนศาสตรดุษฎีบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต.
- สุดารัตน์ สุดสมบูรณ์ และคณะ. (2559). *บทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไทย*. *วารสารเทคโนโลยีภาคใต้*, 9(1), 121-127.
- สุทธิพงศ์ บุญผดุง. (2554). *การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในท้องถิ่น โดยใช้โรงเรียนเป็นฐานตามหลักเศรษฐกิจพอเพียง (ระยะที่ 1)*. (รายงานการวิจัยได้รับทุนอุดหนุนจากมหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา.

- สุเทพ คำเมฆ และกฤติมา อินทะภูด. (2564). การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเชิงบูรณาการในพื้นที่กิ่งเมืองกิ่งชนบทกรณีศึกษา เทศบาลตำบลพลายชุมพล อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก. *วารสารวิทยาลัยสงฆ์นครลำปาง*, 10(1), 74-88.
- อภิญา ธรรมแสง, เบญญาภา กาลเขว่า และประทีป กาลเขว่า. (2553). *การดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวและการเกื้อหนุนจากชุมชน ในชุมชนเมืองและชุมชนชนบท จังหวัดขอนแก่น*. (รายงานวิจัยทุนสนับสนุนจากกลุ่มวิจัย). กรุงเทพฯ: สถาบันพระบรมราชชนก สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.
- อุไรวรรณ เกิดผล. (2539). *ปัจจัยที่มีผลต่อความคาดหวังของหัวหน้าสถานีนายแพทย์ต่อระบบการนิเทศงานสาธารณสุข ผสมผสานในจังหวัดลพบุรี*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- Counsell, S. R., Callahan, C. M., Clark, D.O., Tu, W., Buttar, A. B., Stump, T. E., and Ricketts G.D. (2007). Geriatric care management for low-income seniors a randomized controlled trial. *JAMA*, 298(22), 2623-2633.
- Drucker, P. F. (2006). *The effective executive: The definitive guide to getting the right things done*. New York: Collins.
- Dupuis, K., Kousaie, S., Wittich, W., & Spadafora, P. (2007). Aging research across disciplines: A student-mentor partnership using the United Nation principles for older person. *Educational Gerontology*, 33, 273-292.
- Eldercarenow. (2564). *ผู้สูงอายุต้องการอะไร*. เข้าถึงได้จาก <https://eldercarenow.net>
- Fairholm, C. (2001). *Design for development an innovative adult day center program in the Metro Salt Lake City area*. (M.Sc. Thesis). Utah: The University of Utah, Salt Lake.
- Friedlander, F., & Pickle, H. (1968). Components of effectiveness in small organizations. *Administrative Science Quarterly*, 13(2), 289-304.
- Hair, J., Anderson, R., Tatham, R. and Black, W. (1998). *Multivariate data analysis*. (5th ed.). New Jersey: Prentice Hall.
- Harper, Douglas. (2022). *Etymology online*. Retrieved from <http://www.etymonline.com/>
- Hooyman, N. R. & Kiyak, H. A. (2009). *Social gerontology a multidisciplinary perspective*. Boston: Pearson.

- Koff, T. H. (1982). *Long – term care: An approach to serving the frail elderly*. Canada: Little, Brown and Company.
- O’Keeffe, J., & Siebenaler, K. (2006). *Adult day services: A key community services for older adults*. Retrieved from <http://aspe.hhs.gov/daltcp/reports/2006/keyADS.pdf>
- Swagerty DLJ, Takahashi PY, Evans JM. (1999). Elder mistreatment. *American Family Physician*, 59 (10),2804-2808.
- United Nations ESCAP. (2017 a). *World population ageing 2017 – Highlights*. Retrieved from https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2017_Highlights.pdf
- United Nations ESCAP. (2017 b). *Ageing in Asia and the Pacific overview*. Retrieved from <https://www.unescap.org/resources/ageing-asia-andpacific-overview>
- Wooll, Maggie. (2022). *Still chasing efficiency? Find out why effectiveness is a better goal*. Retrieved from <https://www.betterup.com/blog/efficiency-vs-effectiveness>
- World Health Organization. (2000). *Home-based long-term care: Report of a WHO study group*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. (2002). *Active ageing: A policy framework*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. (2007). *Global age-friendly cities: A guide*. Geneva: WHO.

ภาคผนวก



ภาคผนวก ก
เครื่องมือการวิจัย



แบบสอบถาม
นโยบายการบริการผู้สูงอายุในระยะยาวของไทย

คำแนะนำ

1. โปรดทำเครื่องหมาย (✓) ลงใน ที่สอดคล้องกับความคิดเห็นของท่าน
2. แบบสอบถามนี้แบ่งออกเป็น 6 ตอน ประกอบด้วย
 - ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม
 - ตอนที่ 2 คุณลักษณะของผู้สูงอายุ
 - ตอนที่ 3 ค่านิยมทางสังคมกับการดูแลผู้สูงอายุ
 - ตอนที่ 4 บทบาทของรัฐต่อผู้สูงอายุ
 - ตอนที่ 5 นโยบายการบริการผู้สูงอายุในระยะยาว
 - ตอนที่ 6 ข้อเสนอแนะอื่นๆ

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

1. เพศ ชาย หญิง
2. อายุ 60-70 ปี 70 ปีขึ้นไป
3. สถานภาพ
 - โสด สมรส หม้าย/หย่าร้าง
4. อาชีพก่อนอายุ 60 ปี
 - รับราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ ธุรกิจส่วนตัวหรืออาชีพอิสระ
 - เกษตรกร อาชีพอื่นๆ ไม่ประกอบอาชีพ
5. อาชีพหลังอายุ 60 ปี
 - รับราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ ธุรกิจส่วนตัวหรืออาชีพอิสระ
 - เกษตรกร อาชีพอื่นๆ ไม่ประกอบอาชีพ
6. ที่มรายได้ในปัจจุบัน
 - บำเหน็จหรือบำนาญ ประกอบอาชีพ
 - บุตรหลาน หรือญาติสนับสนุนค่าใช้จ่าย อื่นๆ
7. จำนวนรายได้ต่อเดือน
 - ไม่เกิน 15,000 บาท 15,001-30,000 บาท 30,000 บาทขึ้นไป

8. สถานที่พักอาศัย

บ้านของตนเอง บ้านของบุตรหลาน หรือญาติ อื่นๆ

9. จำนวนสมาชิกที่พักอาศัยอยู่ในบ้าน (รวมผู้ตอบแบบสอบถาม)

อาศัยอยู่ตัวคนเดียว 2-4 คน 5 คนขึ้นไป

10. ความถี่ในการเข้ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาล (โรงพยาบาล คลินิก)

ไม่เข้ารักษาหรือไม่เกินปีละ 2 ครั้ง 1-2 ครั้งต่อเดือน

3 ครั้งต่อเดือนขึ้นไป

11. โรคประจำตัว

ไม่มี มี

12. การติดตามข้อมูลข่าวสารด้านนโยบายรัฐที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ

ไม่สนใจ สนใจติดตามบ้าง สนใจติดตามประจำ

ตอนที่ 2 คุณลักษณะของผู้สูงอายุ

| ข้อ | คำถาม คุณลักษณะของผู้สูงอายุ | ระดับความคิดเห็น | | | | | ลง รหัส |
|--|---|------------------|------------|--------------------|-------------|-----------------------|------------|
| | | มากที่สุด (5) | มาก (4) | ปาน กลาง (3) | น้อย (2) | น้อย ที่สุด (1) | |
| ความพร้อมทางสถานภาพทางเศรษฐกิจส่วนบุคคล | | | | | | | |
| 1 | มีรายได้เพียงพอสำหรับตนเอง | | | | | | |
| 2 | ปราศจากภาระหรือหนี้สินที่ต้อง รับผิดชอบโดยลำพัง | | | | | | |
| 3 | มีเทคโนโลยีที่เอื้ออำนวยความสะดวก ในชีวิตประจำวัน | | | | | | |
| การมีสุขภาพดี | | | | | | | |
| 4 | มีร่างกายที่แข็งแรงเพียงพอต่อการ ดำเนินชีวิตประจำวัน | | | | | | |
| 5 | มีจิตใจที่เข้มแข็งพร้อมเผชิญกับภาวะ กดดันในบางโอกาส | | | | | | |

| ข้อ | คำถาม คุณลักษณะของผู้สูงอายุ | ระดับความคิดเห็น | | | | | ลง รหัส |
|-------------------------------------|---|------------------|------------|----------------|-------------|-------------------|------------|
| | | มากที่สุด (5) | มาก (4) | ปานกลาง (3) | น้อย (2) | น้อยที่สุด (1) | |
| 6 | มีการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างสม่ำเสมอ | | | | | | |
| ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง | | | | | | | |
| 7 | มีความรู้เกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุ | | | | | | |
| 8 | มีการวางแผนเป็นแบบอย่างที่ดีแก่สมาชิกในครอบครัว | | | | | | |
| 9 | มีความสุขเมื่ออยู่ร่วมกับสังคม | | | | | | |

ตอนที่ 3 ค่านิยมทางสังคมกับการดูแลผู้สูงอายุ

| ข้อ | คำถาม ค่านิยมทางสังคมกับการดูแลผู้สูงอายุ | ระดับความคิดเห็น | | | | | ลง รหัส |
|--|--|------------------|------------|----------------|-------------|-------------------|------------|
| | | มากที่สุด (5) | มาก (4) | ปานกลาง (3) | น้อย (2) | น้อยที่สุด (1) | |
| บทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ | | | | | | | |
| 10 | สมาชิกในครอบครัวให้ความเคารพรัก | | | | | | |
| 11 | สมาชิกในครอบครัวให้การดูแลอย่างใกล้ชิด | | | | | | |
| 12 | เข้าร่วมกิจกรรมในครอบครัวอย่างสม่ำเสมอ | | | | | | |
| บทบาทของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ | | | | | | | |
| 13 | สมาชิกในชุมชนให้ความเคารพนับถือ | | | | | | |
| 14 | ได้รับความช่วยเหลือจากเพื่อนบ้านตามการร้องขอ | | | | | | |
| 15 | มีส่วนร่วมในกิจกรรมชุมชนตามวาระโอกาส | | | | | | |

ตอนที่ 4 บทบาทของรัฐต่อผู้สูงอายุ

| ข้อ | คำถาม บทบาทของรัฐต่อผู้สูงอายุ | ระดับความคิดเห็น | | | | | ลง รหัส |
|--|--|------------------|------------|--------------------|-------------|-----------------------|------------|
| | | มากที่สุด (5) | มาก (4) | ปาน กลาง (3) | น้อย (2) | น้อย ที่สุด (1) | |
| บทบาทของหน่วยงานด้านสาธารณสุขของรัฐ | | | | | | | |
| 16 | มีความสะดวกสบายในการเข้าถึง บริการโรงพยาบาลชุมชน หรือ โรงพยาบาลของรัฐ | | | | | | |
| 17 | นโยบายการบริการผู้สูงอายุผ่าน โรงพยาบาลของรัฐในระดับต่างๆ มี ความเหมาะสม | | | | | | |
| 18 | รัฐบาลมีกฎระเบียบที่เอื้อสิทธิ ประโยชน์ในการเข้าถึงการ รักษาพยาบาลแก่ผู้สูงอายุจนสิ้นอายุขัย | | | | | | |
| บทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น | | | | | | | |
| 19 | องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นของท่าน จัดตั้งหน่วยงานดูแลผู้สูงอายุ | | | | | | |
| 20 | องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นของท่านมี หน่วยแพทย์ฉุกเฉินบริการผู้สูงอายุใน การเข้ารักษาพยาบาล | | | | | | |
| 21 | องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นของท่านมี การจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพและ นันทนาการแก่ผู้สูงอายุ | | | | | | |

ตอนที่ 5 นโยบายการบริการผู้สูงอายุในระยะยาว

| ข้อ | คำถาม นโยบายการบริการผู้สูงอายุในระยะยาว | ระดับความคิดเห็น | | | | | ลง รหัส |
|---|---|------------------|------------|--------------------|-------------|-----------------------|------------|
| | | มากที่สุด (5) | มาก (4) | ปาน กลาง (3) | น้อย (2) | น้อย ที่สุด (1) | |
| รูปแบบการบริการผู้สูงอายุระยะยาว | | | | | | | |
| 22 | รัฐบาลมีนโยบายเชิงสวัสดิการหรือ ประชานิยมที่เอื้อประโยชน์ต่อผู้สูงอายุ | | | | | | |
| 23 | รัฐบาลมอบเงินในรูปแบบต่างๆ ผ่าน นโยบายแก่ผู้สูงอายุ | | | | | | |
| 24 | รัฐบาลมีนโยบายให้ผู้สูงอายุเข้าถึงการ รักษาพยาบาลได้จนถึงสิ้นอายุขัย | | | | | | |
| ประสิทธิผลของนโยบายการบริการ ผู้สูงอายุในระยะยาว | | | | | | | |
| 25 | ผู้สูงอายุได้รับการดูแลจากหน่วยงาน ของรัฐอย่างเท่าเทียมกันจนเป็นที่พึง พอใจได้ | | | | | | |
| 26 | หน่วยงานภาครัฐให้บริการผู้สูงอายุด้วย ความพร้อม ความสะดวกสบาย และ การบริการที่ดีแก่ผู้สูงอายุเสมอ | | | | | | |
| 27 | การมอบเงินจากโครงการต่างๆ แก่ ผู้สูงอายุช่วยทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น | | | | | | |
| ความคาดหวังเชิงนโยบายการบริการผู้สูงอายุ | | | | | | | |
| 28 | มีความมั่นใจได้ว่าจะได้รับการดูแลจาก รัฐจนถึงสิ้นอายุขัย | | | | | | |
| 29 | รัฐจะมอบบริการที่มีค่าใช้จ่ายต่ำ หรือไม่เสียค่าใช้จ่ายในการ รักษาพยาบาล | | | | | | |
| 30 | รัฐจะมอบเงินที่เพียงพอต่อการดำรงชีพ ของผู้สูงอายุจนถึงสิ้นอายุขัย | | | | | | |

ตอนที่ 6 ข้อเสนอแนะอื่นๆ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ขอขอบคุณที่ท่านใช้เวลาช่วยกรุณาตอบแบบสอบถาม



แบบสัมภาษณ์

นโยบายการบริการผู้สูงอายุในระยะยาวของไทย

คำแนะนำ

1. แบบสอบถามนี้แบ่งออกเป็น 6 ตอน ประกอบด้วย
 - ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม
 - ตอนที่ 2 คุณลักษณะของผู้สูงอายุ
 - ตอนที่ 3 ค่านิยมทางสังคมกับการดูแลผู้สูงอายุ
 - ตอนที่ 4 บทบาทของรัฐต่อผู้สูงอายุ
 - ตอนที่ 5 นโยบายการบริการผู้สูงอายุในระยะยาว
 - ตอนที่ 6 ข้อเสนอแนะอื่นๆ
2. การสัมภาษณ์นี้เป็นการสอบถามโดยความสมัครใจ โดยผู้สัมภาษณ์ได้แจ้งต่อผู้ถูกสัมภาษณ์แล้ว ซึ่งผู้ให้สัมภาษณ์สามารถละเว้นการตอบคำถามได้ในทุกประเด็น

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

1. เพศ ชาย หญิง
2. อายุ 60-70 ปี 70 ปีขึ้นไป
3. สถานภาพ
 - โสด สมรส หม้าย/หย่าร้าง
4. อาชีพในปัจจุบัน

.....

ตอนที่ 2 คุณลักษณะของผู้สูงอายุ

- 1) ความพร้อมด้านสถานภาพทางเศรษฐกิจส่วนบุคคล เช่น การมีรายได้เพียงพอที่การปลดภาระทางการเงิน ความพร้อมของเทคโนโลยีและสิ่งอำนวยความสะดวก ส่งผลกระทบต่อนโยบายการบริการผู้สูงอายุในระยะยาวของไทย

.....

.....

.....

2) การมีสุขภาพดี เช่น สุขภาพจิตดี สุขภาพร่างกายแข็งแรง ส่งผลกระทบต่อ
นโยบายการบริการผู้สูงอายุในระยะยาวของไทย

.....

.....

.....

3) ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองส่งผลกระทบต่อนโยบายการบริการผู้สูงอายุใน
ระยะยาวของไทย

.....

.....

.....

ตอนที่ 3 ค่านิยมของสังคมในการดูแลผู้สูงอายุ

1) การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ ความอบอุ่นของครอบครัว เช่น การ
อาศัยอยู่กับสมาชิกในครอบครัว หรือมีผู้ดูแล การได้รับความรักความเข้าใจ และ การมีโอกาสร่วม
กิจกรรมของครอบครัวส่งผลกระทบต่อนโยบายการบริการผู้สูงอายุในระยะยาวของไทย

.....

.....

.....

2) การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุส่งผลกระทบต่อนโยบายการ
บริการผู้สูงอายุในระยะยาวของไทย

.....

.....

.....

ตอนที่ 4 บทบาทของรัฐต่อผู้สูงอายุ

1) บทบาทของหน่วยงานด้านสาธารณสุขของรัฐส่งผลกระทบต่อนโยบายการ
บริการผู้สูงอายุในระยะยาวของไทย

.....

.....

.....

2) บทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นส่งผลกระทบต่ออย่างไรต่อนโยบายการบริการผู้สูงอายุในระยะยาวของไทย

.....

.....

.....

ตอนที่ 5 นโยบายการบริการผู้สูงอายุในระยะยาว

1) รูปแบบการบริการผู้สูงอายุระยะยาวส่งผลกระทบต่ออย่างไรต่อนโยบายการบริการผู้สูงอายุในระยะยาวของไทย

.....

.....

.....

2) ประสิทธิภาพของนโยบายการบริการผู้สูงอายุในระยะยาวส่งผลกระทบต่ออย่างไรต่อนโยบายการบริการผู้สูงอายุในระยะยาวของไทย

.....

.....

.....

3) ความคาดหวังเงินนโยบายการบริการผู้สูงอายุส่งผลกระทบต่ออย่างไรต่อนโยบายการบริการผู้สูงอายุในระยะยาวของไทย

.....

.....

.....

ตอนที่ 6 ข้อเสนอแนะอื่นๆ

.....

.....

.....

ค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's Alpha)

Item-Total Statistics

| | Scale Mean if Item Deleted | Scale Variance if Item Deleted | Corrected Item-Total Correlation | Cronbach's Alpha if Item Deleted |
|-----|----------------------------|--------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| a1 | 104.88 | 519.394 | .851 | .974 |
| a2 | 104.63 | 518.856 | .920 | .974 |
| a3 | 104.80 | 519.908 | .844 | .974 |
| b4 | 105.52 | 527.743 | .950 | .974 |
| b5 | 105.23 | 522.179 | .831 | .974 |
| b6 | 104.70 | 518.164 | .864 | .974 |
| c7 | 105.73 | 526.666 | .804 | .975 |
| c8 | 105.20 | 516.779 | .752 | .975 |
| c9 | 105.25 | 524.500 | .834 | .974 |
| d10 | 105.73 | 526.666 | .804 | .975 |
| d11 | 105.25 | 517.474 | .755 | .975 |
| d12 | 105.15 | 522.746 | .786 | .975 |
| e13 | 106.45 | 550.100 | .371 | .977 |
| e14 | 106.52 | 544.051 | .625 | .976 |
| e15 | 106.30 | 550.933 | .294 | .977 |
| f16 | 105.52 | 526.563 | .668 | .975 |
| f17 | 105.80 | 529.651 | .592 | .976 |
| f18 | 105.80 | 533.292 | .781 | .975 |
| g19 | 105.90 | 536.400 | .798 | .975 |
| g20 | 105.83 | 534.969 | .806 | .975 |
| g21 | 105.33 | 534.687 | .618 | .976 |
| h22 | 104.88 | 521.907 | .898 | .974 |
| h23 | 104.75 | 518.808 | .936 | .974 |
| h24 | 105.98 | 539.461 | .657 | .975 |
| i25 | 106.48 | 548.307 | .415 | .976 |
| i26 | 106.27 | 543.999 | .557 | .976 |
| i27 | 105.18 | 528.199 | .899 | .974 |
| J28 | 104.40 | 519.067 | .923 | .974 |
| J29 | 104.63 | 523.728 | .817 | .974 |
| J30 | 104.40 | 519.067 | .923 | .974 |

Reliability Statistics

| Cronbach's Alpha | N of Items |
|------------------|------------|
| .976 | 30 |

ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of item – Objective Congruence: IOC)

| ข้อ | คำถาม | A | B | C | D | E | เฉลี่ย |
|--|---|---|---|----|---|---|--------|
| ความพร้อมทางสถานภาพทางเศรษฐกิจส่วนบุคคล | | | | | | | |
| 1 | มีรายได้เพียงพอสำหรับตนเอง | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 2 | ปราศจากภาระหรือหนี้สินที่ต้องรับผิดชอบโดย ลำพัง | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 3 | มีเทคโนโลยีที่เอื้ออำนวยความสะดวกใน ชีวิตประจำวัน | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0.6 |
| การมีสุขภาพดี | | | | | | | |
| 4 | มีร่างกายที่แข็งแรงเพียงพอต่อการดำเนิน ชีวิตประจำวัน | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 5 | มีจิตใจที่เข้มแข็งพร้อมเผชิญกับภาวะกดดันในบาง โอกาส | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 6 | มีการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างสม่ำเสมอ | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง | | | | | | | |
| 7 | มีความรู้เกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุ | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 8 | มีการวางแผนเป็นแบบอย่างที่ดีแก่สมาชิกใน ครอบครัว | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0.8 |
| 9 | มีความสุขเมื่ออยู่ร่วมกับสังคม บทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0.6 |
| 10 | สมาชิกในครอบครัวให้ความเคารพรัก | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 11 | สมาชิกในครอบครัวให้การดูแลอย่างใกล้ชิด | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 12 | เข้าร่วมกิจกรรมในครอบครัวอย่างสม่ำเสมอ | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| บทบาทของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ | | | | | | | |
| 13 | สมาชิกในชุมชนให้ความเคารพนับถือ | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 14 | ได้รับความช่วยเหลือจากเพื่อนบ้านตามการร้องขอ | 1 | 1 | -1 | 1 | 1 | 0.8 |
| 15 | มีส่วนร่วมในกิจกรรมชุมชนตามวาระโอกาส | 1 | 1 | -1 | 1 | 1 | 0.8 |
| บทบาทของหน่วยงานด้านสาธารณสุขของรัฐ | | | | | | | |

| ข้อ | คำถาม | A | B | C | D | E | เฉลี่ย |
|--|--|---|---|---|---|---|--------|
| 16 | มีความสะดวกสบายในการเข้าถึงบริการ โรงพยาบาลชุมชน หรือโรงพยาบาลของรัฐ | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 17 | นโยบายการบริการผู้สูงอายุผ่าน โรงพยาบาลของรัฐ ในระดับต่างๆ มีความเหมาะสม | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 18 | รัฐบาลมีกฎระเบียบที่เอื้อสิทธิประโยชน์ในการ เข้าถึงการรักษาพยาบาลแก่ผู้สูงอายุจนถึง บทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 19 | องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นของท่านจัดตั้ง หน่วยงานดูแลผู้สูงอายุ | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 20 | องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นของท่านมีหน่วยแพทย์ ฉุกเฉินบริการผู้สูงอายุในการเข้ารับรักษาพยาบาล | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 21 | องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นของท่านมีการจัด กิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพและนันทนาการแก่ ผู้สูงอายุ | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| รูปแบบการบริการผู้สูงอายุระยะยาว | | | | | | | |
| 22 | รัฐบาลมีนโยบายเชิงสวัสดิการหรือประชานิยมที่เอื้อ ประโยชน์ต่อผู้สูงอายุ | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 23 | รัฐบาลมอบเงินในรูปแบบต่างๆ ผ่านนโยบายแก่ ผู้สูงอายุ | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 24 | รัฐบาลมีนโยบายให้ผู้สูงอายุเข้าถึงการรักษาพยาบาล ได้จนถึงสิ้นอายุขัย | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| ประสิทธิผลของนโยบายการบริการผู้สูงอายุในระยะยาว | | | | | | | |
| 25 | ผู้สูงอายุได้รับการดูแลจากหน่วยงานของรัฐอย่างเท่า เทียมกันจนเป็นที่พึงพอใจได้ | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 26 | หน่วยงานภาครัฐให้บริการผู้สูงอายุด้วยความพร้อม ความสะดวกสบาย และการบริการที่ดีแก่ผู้สูงอายุ เสมอ | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 27 | การมอบเงินจากโครงการต่างๆ แก่ผู้สูงอายุช่วยทำ ให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |

| ข้อ | คำถาม | A | B | C | D | E | เฉลี่ย |
|---|---|---|---|---|---|---|--------|
| ความคาดหวังเชิงนโยบายการบริการผู้สูงอายุ | | | | | | | |
| 28 | มีความมั่นใจได้ว่าจะได้รับการดูแลจากรัฐจนสิ้นอายุขัย | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 29 | รัฐจะมอบบริการที่มีค่าใช้จ่ายต่ำหรือไม่เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 30 | รัฐจะมอบเงินที่เพียงพอต่อการดำรงชีพของผู้สูงอายุจนสิ้นอายุขัย | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |

หมายเหตุ

1. รายชื่อผู้ประเมิน แทนสัญลักษณ์ด้วย A B C D E
2. เกณฑ์ในการให้คะแนนในแต่ละข้อคำถาม ดังนี้
 - +1 หมายความว่า แน่ใจว่าข้อคำถามสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ในการวัด
 - 0 หมายความว่า ไม่แน่ใจว่าข้อคำถามสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ในการวัด
 - 1 หมายความว่า แน่ใจว่าข้อคำถามไม่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ในการวัด

ประวัติผู้วิจัย

- ชื่อ-สกุล** ชัชชษา บุญเนียมแดง
- วัน/เดือน/ปีเกิด** 24 มีนาคม 2504
- สถานที่เกิด** กรุงเทพมหานคร
- ที่อยู่** 29/29 ซอยบรมราชชนนี 54 ตำบลศาลาธรรมสพน์ อำเภอทวีวัฒนา จังหวัดกรุงเทพฯ 10170
- การศึกษา** ศศ.บ. (อังกฤษธุรกิจ) มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา, 2550
 บธ.ม. (การจัดการโรงแรมและการท่องเที่ยว) มหาวิทยาลัยสแตมฟอร์ด, 2553
 ร.ด. (การปกครอง) มหาวิทยาลัยสยาม, 2565
- ตำแหน่ง** นักวิชาการ และ ที่ปรึกษา
- สถานที่ทำงาน** บริษัท ทูลส์ แมกเกอร์ จำกัด
- การเผยแพร่งานวิจัย**
 ชัชชษา บุญเนียมแดง, ชาญชัย จิตรเหล่าอาพร และ จิตภา ธีรศิริกุล. (2566). ปัจจัยที่มีผลต่อนโยบายการบริการผู้สูงอายุในระยะยาวของไทย. *วารสารร้อยแก่นสาร*, 8(10), XX- XX.