

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษารายละเอียดของแนวคิด ทฤษฎี รวมทั้งทบทวนจากผล การศึกษาอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องในการวิจัย และนำเสนอด้วยรายละเอียดต่อไปนี้

1. มาตรฐานและตัวชี้วัดทางสังคม
2. ความมั่นคงของมนุษย์ด้านสุขภาพ
3. สุขภาพของผู้สูงอายุ
4. สังคมวิทยาผู้สูงอายุ
5. พัฒนาการความเป็นชุมชนเมือง
- 6 บทสรุปองค์ความรู้ในการพัฒนามาตรฐานและตัวชี้วัดทางสังคมในความมั่นคงด้าน สุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง

#### 1.มาตรฐานและตัวชี้วัดทางสังคม

##### 1.1 ความหมายของมาตรฐานทางสังคม (Social Standard)

มาตรฐานหมายถึงข้อกำหนดที่จัดทำขึ้นตามวัตถุประสงค์ที่แตกต่างเพื่อใช้เป็นหลัก สำหรับเทียบกำหนด เพื่อให้บรรลุถึงความสำเร็จอย่างสมบูรณ์ตามข้อกำหนดนั้น ข้อกำหนดควร ผ่านกระบวนการจัดทำเป็นเอกสารอย่างมีระบบ มีเนื้อหาเกี่ยวกับข้อกำหนดทางเทคนิค หรือตัวชี้วัด(indicators) ที่มีรายละเอียดชัดเจน เพื่อใช้เป็นกฎ แนวทาง หรือเป็นคำจำกัดความ ของคุณลักษณะต่าง ๆ ซึ่งมาตรฐานที่ดีต้องมีลักษณะที่สำคัญคือ 1) สะท้อนถึงการให้คุณค่า และความสำคัญของวิชาชีพ 2) ให้ทิศทางในการปฏิบัติงาน 3) ให้กรอบแนวทางในการติดตาม ประเมินผลการปฏิบัติงาน 4) ชี้ให้สาธารณชนทราบถึงสิ่งที่ปฏิบัติ โดยมาตรฐานสามารถแบ่งออก ตามที่มาได้เป็น 2 ลักษณะคือ

1.1.1 มาตรฐานที่เกิดขึ้นเอง (Natural Standard) ซึ่งวิวัฒนาการมาจากความเคยชิน วิถีชีวิต ขนบธรรมเนียม ประเพณีต่าง ๆ

1.1.2 มาตรฐานที่กำหนดขึ้น (Original Standard) ซึ่งเป็นผลข้อตกลงร่วมกันของ กลุ่มชนหรือผู้แทนของกลุ่มชนที่เกี่ยวข้องเพื่อวัตถุประสงค์ต่าง ๆ

(สमान สุวรรณโชติ, 2528; สมจิต หนูเจริญกุล, 2542; บรรจง จันทมาศ, 2540; ราชบัณฑิตยสถาน, 2545)

การจัดมาตรฐาน (Standardization) หมายถึงกิจกรรมในการวางข้อกำหนดที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสำคัญที่มีอยู่หรือที่จะเกิดขึ้นเพื่อให้เป็นหลักเกณฑ์ใช้กันทั่วไปจนเป็นปกติวิสัย โดยมุ่งให้บรรลุถึงความสำเร็จสูงสุดตามข้อกำหนดที่วางไว้ มาตรฐานจึงควรมีการเปลี่ยนแปลงและมีพัฒนาการไปตามความเหมาะสม โดยอาจจะใช้ภาวะวิสัย (Objective) เป็นแนวทางการกำหนด หรืออาจมีเรื่องของค่านิยมและปทัสถาน (Normative) มาพิจารณาประกอบด้วย กระบวนการสร้างและพัฒนามาตรฐานจึงเป็นเรื่องที่ซับซ้อนและมีการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง ตามบริบททางสังคมของมาตรฐานนั้น จึงควรพิจารณาในประเด็นหลักรวมทั้งวิธีการสร้างและพัฒนา มาตรฐาน ตามหลักการเบื้องต้นของการจัดมาตรฐานดังนี้

- 1) การจัดมาตรฐานเป็นความพยายามทำสิ่งต่าง ๆ ให้ง่ายขึ้น อันเป็นผลมาจากการพยายามอย่างมีเหตุผลของสังคม การจัดมาตรฐานนั้นเป็นผลของความพยายามลดความซ้ำซ้อนยุ่งยากและป้องกันความยุ่งยากซับซ้อนที่จะเกิดขึ้นในอนาคตด้วย
- 2) การจัดมาตรฐานเป็นทั้งสังคมศาสตร์และเศรษฐศาสตร์ รวมทั้งการที่ได้รับการสนับสนุนส่งเสริมจากการประสานงานร่วมกันของกลุ่มต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องในการกำหนดมาตรฐานนั้นควรต้องมีพื้นฐานมาจากการประชุมตกลงกันของกลุ่มต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องและจะต้องมีการลงมติเป็นเอกฉันท์
- 3) การจัดทำมาตรฐานจะไม่มีประโยชน์เลย หากขาดการสนับสนุนให้มีการนำมาใช้อย่างกว้างขวาง โดยคำนึงถึงประโยชน์ต่อส่วนร่วมเป็นสำคัญ
- 4) วิธีการปฏิบัติในการกำหนดมาตรฐานแต่ละประเภทนั้นจะต้องมีการพิจารณา มาตรฐานที่จะกำหนดอย่างรอบคอบอีกครั้ง
- 5) มาตรฐานควรจะต้องมีการแก้ไขในระยะเวลาที่เหมาะสมในส่วนที่จำเป็น ระยะเวลาที่จะกำหนดให้มีการแก้ไขปรับปรุงมาตรฐานนั้น ขึ้นอยู่กับกรณีหรือสิ่งแวดล้อมเฉพาะตัว กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เสนอว่ามาตรฐานจะต้องมีการตรวจสอบทุก ๆ 5 ปี และปรับปรุงแก้ไขภายใน 10 ปี
- 6) ในการกำหนดมาตรฐาน จะต้องมีการกำหนดสมรรถนะหรือคุณลักษณะต่าง ๆ ของผลิตภัณฑ์ และจะต้องครอบคลุมในรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการทดสอบเพื่อจะได้ทราบว่าผลิตภัณฑ์นั้นเป็นไปตามเกณฑ์กำหนดหรือไม่
- 7) การกำหนดมาตรฐานในระดับมหภาค จะต้องมีความหมายบังคับและในการนำมาตรฐานไปใช้นั้น จะต้องพิจารณาถึงธรรมชาติของมาตรฐาน กฎหมาย ระดับที่ใช้ตลอดจนเงื่อนไขต่าง ๆ ของบุคคลในสังคม

ขอบเขตในการกำหนดมาตรฐานจะต้องครอบคลุมถึงระดับสาขา และข้อกำหนดดังนี้

1. ระดับของการจัดมาตรฐาน (Level of Standardization) สามารถกำหนดได้เป็น 6 ระดับคือ 1) มาตรฐานระดับบุคคล (Individual Standards) 2) มาตรฐานระดับบริษัท (Company Standards) 3) มาตรฐานระดับสมาคม (Association Standards) 4) มาตรฐานระดับประเทศ (National Standards) 5) มาตรฐานระดับภูมิภาค (Regional Standards) 6) มาตรฐานระดับนานาชาติ (International Standards)

2. สาขาของการจัดมาตรฐาน (Standardization Subject) หมายถึงสิ่งของนามธรรม รูปแบบ และ/หรือ สัญลักษณ์ซึ่งมีความเหมาะสมที่จะนำมาทำให้เป็นมาตรฐาน เช่น 1) มาตรฐานทางสังคม 2) มาตรฐานทางสุขภาพ 3) มาตรฐานทางพาณิชย์กรรม 4) มาตรฐานทางวิทยาศาสตร์ 5) มาตรฐานทางการศึกษา 6) มาตรฐานทางวิศวกรรม และ 7) อื่น ๆ

3. ข้อกำหนดของการจัดมาตรฐาน (Standardization Aspect) หมายถึงรายละเอียดภายใต้ข้อกำหนดแต่ละข้อในมาตรฐานเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ตัวอย่างเช่น 1) ความหมายของคำต่าง ๆ ที่ใช้มาตรฐาน 2) ข้อกำหนดเกี่ยวกับขนาด รูปร่าง ชั้นคุณภาพหรือ Parameter ที่ออกแบบเพื่อสนองความต้องการของผู้ใช้ 3) โครงสร้างหรือรายละเอียดของการดำเนินงาน 4) คุณลักษณะที่ต้องการด้านคุณภาพ 5) วิธีการทดสอบหรือวิเคราะห์เพื่อประเมินคุณลักษณะตามรายการทดสอบ 6) วิธีการกำหนดชั้นคุณภาพและการให้คำจำกัดความของแต่ละชั้นคุณภาพ

4. ประเภทของมาตรฐาน (Kind of Standardization) แบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ 1) มาตรฐานสัมบูรณ์ (Absolute Standard) เป็นมาตรฐานที่ได้จากทฤษฎีการวิจัยและหลักการต่าง ๆ 2) มาตรฐานสัมพัทธ์ (Relative Standard) เป็นมาตรฐานที่ได้จากการเปรียบเทียบกับผลงานในกลุ่มต่าง ๆ (กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2546; International Organization for Standardization: ISO, 1998 )

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้มาตรฐานทางสังคม (Social Standards) เป็นแนวทางในการศึกษาข้อความที่อธิบายแนวทางการปฏิบัติ หรือวิธีดำเนินการที่ครอบคลุมขอบเขตของข้อกำหนดที่จัดทำขึ้นตามวัตถุประสงค์เพื่อใช้เป็นหลักสำหรับเทียบกำหนดเพื่อให้บรรลุถึงความสำเร็จในการพัฒนาสังคมอย่างสมบูรณ์ โดยข้อกำหนดนั้นต้องผ่านกระบวนการจัดทำเป็นเอกสารอย่างมีระบบ มีเนื้อหาเกี่ยวกับข้อกำหนดทางเทคนิค ตัวชี้วัด (indicators) และเกณฑ์การประเมินผล (criteria) ที่มีรายละเอียดชัดเจน เพื่อใช้เป็นกฎ แนวทาง หรือเป็นคำจำกัดความของคุณลักษณะ ที่เศษเพื่อการพัฒนาสังคม โดยมาตรฐานทางสังคมนั้นมีลักษณะที่ผสมผสานของมาตรฐานทั้ง 2 ประเภท คือมาตรฐานสัมบูรณ์ (Absolute Standard) และมาตรฐานสัมพัทธ์ (Relative Standard) โดยมี

ลักษณะที่สำคัญ 4 ประการคือ 1) สะท้อนถึงการให้คุณค่าและความสำคัญของสังคม 2) ให้ทิศทางในการปฏิบัติงานพัฒนาสังคม 3) ให้กรอบแนวทางในการติดตามประเมินผลการปฏิบัติงานในสังคม 4) ชี้ให้สาธารณชนทราบถึงสิ่งที่ปฏิบัติ

โดยที่มาตรฐานทางสังคมสามารถเปลี่ยนแปลงได้จากกระบวนการปรับปรุงและพัฒนาได้ตามความเหมาะสม โดยใช้ทั้งภาวะวิสัย (Objective ค่านิยมและปทัสถาน (Normative) เป็นแนวทางการกำหนด ดังนั้นมาตรฐานทางสังคมใด ๆ ก็ตามจะคงสภาพความเป็นจริงเพียงระยะเวลา (time) และสถานที่ (place) ที่กำหนดเท่านั้น ไม่มีมาตรฐานทางสังคมใด ๆ ที่สามารถคงสภาพในการนำไปใช้โดยไม่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดไป จึงต้องมีกระบวนการในการพัฒนามาตรฐานทางสังคมอย่างต่อเนื่อง

## 1.2 ความหมายของตัวชี้วัด (Indicators)

ตัวชี้วัด ตัวบ่งชี้ หรือ ดัชนี (Indicators) หมายถึงสารสนเทศ ซึ่งใช้บ่งบอกสถานะหรือสะท้อนลักษณะของสิ่งที่มุ่งวัด มีความชัดเจนเพียงพอที่จะใช้ในการเปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่กำหนดไว้เพื่อประเมินสภาพที่ต้องการศึกษาได้ มีการบูรณาการในรายละเอียดครบทุกมิติในประเด็นที่ศึกษาและใช้ในการเปรียบเทียบระหว่างจุดเวลา/ช่วงเวลา สามารถเปลี่ยนแปลงได้โดยผ่านกระบวนการศึกษาและพัฒนาอย่างเป็นระบบ ซึ่งมีผู้ให้ความหมายของตัวชี้วัด (Indicators) ไว้ต่างกัน เช่น หมายถึงสิ่งที่แสดงให้เห็นถึงสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ได้อย่างแม่นยำไม่มากก็น้อย (something which points out or points to with more or less exactness) หรือ สิ่งที่บ่งชี้หรือบอกทิศทางไปยังสิ่งใดสิ่งหนึ่ง (indicators as that which points out or points to directs attention to something) หรือกลุ่มของตัวแปรต่าง ๆ ที่จะวัดสถานะอย่างหนึ่งออกมาเป็นปริมาณและเปรียบเทียบกับเกณฑ์หรือมาตรฐานอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อให้ทราบถึง ระดับ ขนาด และความรุนแรงของปัญหา รวมทั้งสภาพที่ต้องการวัด หรือหมายถึงตัวประกอบ ตัวแปร หรือค่าที่สังเกตได้ซึ่งใช้บ่งบอกสถานภาพ หรือสะท้อนลักษณะการดำเนินงาน หรือผลการดำเนินงานของสิ่งใดสิ่งหนึ่งในช่วงเวลาใด เวลาหนึ่ง โดยที่ตัวชี้วัดใด ๆ นั้น ต้องไม่ได้เป็นตัวชี้วัดที่คิดขึ้นเอง แต่ต้องตั้งอยู่บนหลักการและแนวทางที่เป็นตัวชี้วัดสะท้อนศักยภาพและจิตสำนึกของชุมชน ไม่ใช่สะท้อนตัวชี้วัดที่ผู้วัดอยากจะได้ อยากจะรู้ เพื่อสนองความพอใจตามวิชาชีพ (Webster's Dictionary, 1983; Oxford's Dictionary, 1989; พรพันธ์ บุญรัตพันธุ์ และ บุญเลิศ เลี้ยวประไพ, 2531) นอกจากนี้ยังมีผู้ให้ความหมายไว้ในลักษณะอื่น เช่น หมายถึงตัวแปรประกอบหรือองค์ประกอบ ที่มีค่าแสดงถึงลักษณะหรือปริมาณของสภาพที่ต้องการศึกษา ณ จุดเวลาหรือช่วงเวลาหนึ่ง ค่าของตัวบ่งชี้แสดง / ระบุ / บ่งบอกถึงสภาพที่ต้องการศึกษาเป็นองค์รวมอย่างกว้าง ๆ แต่มีความชัดเจนเพียง

พอที่จะใช้ในการเปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่กำหนดไว้เพื่อประเมินสภาพที่ต้องการศึกษาได้ และใช้ในการเปรียบเทียบระหว่างจุดเวลา / ช่วงเวลาที่ต่างกันเพื่อให้ทราบถึงความเปลี่ยนแปลงของสภาพที่ต้องการศึกษาได้ หรือสารสนเทศหรือค่าที่สังเกตได้ทั้งเชิงปริมาณ และคุณภาพซึ่งใช้บ่งบอกสถานะของสิ่งที่มีงูวัด หรือสะท้อนลักษณะรวมทั้งปัญหาอุปสรรคของการดำเนินงาน ในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง (นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2541; วรณี แกมเกตุ, 2545) ในต่างประเทศนั้น ได้มีผู้ให้ความหมายไว้อย่างหลากหลาย เช่น หมายถึงข้อมูลที่บ่งบอกปริมาณเชิงสัมพันธ์หรือสถานะของสิ่งที่มีงูวัดในเวลาใดเวลาหนึ่งโดยไม่จำเป็น ต้องบ่งบอกสถานะที่เจาะจงหรือชัดเจน แต่บ่งบอกหรือสะท้อนภาพของสถานการณ์ที่เราสนใจเข้าไปตรวจสอบอย่างกว้าง ๆ หรือให้ภาพเชิงสรุปโดยทั่วไป ซึ่งอาจมีการเปลี่ยนแปลงได้ในอนาคต (James N Jonstone, 1981, pp. 78-80) หรือการให้ข้อสังเกตว่าตัวชี้วัดทางสังคมได้ใช้เป็นเครื่องชี้วัดสาระทางสังคม ซึ่งยากจะกำหนดในเชิงปริมาณ เช่น ระดับของการดำเนินชีวิต สภาพของสิ่งแวดล้อมและคุณภาพชีวิต จึงเสนอว่าสิ่งเหล่านี้ควรได้ประยุกต์เข้ามาในเรื่องของคุณภาพของสังคม ซึ่งคุณภาพของสังคมก็คือผลผลิตของการพัฒนาสังคม (Jan Drewnowski, 1986, pp. 44-45) ดังนั้นจึงอาจมองในลักษณะของความเจริญหรือความเป็นอารยะของแต่ละสังคม จากระดับป่าเถื่อนที่สุดถึงเจริญสูงสุด โดยใช้ตัวเลขเป็นมาตรวัด (scale) ความเจริญทางสังคมเป็น 5 ระดับ และแบ่งแต่ละเรื่องเป็นข้อตรงกันข้ามดังนี้ :

- 1) ความรับผิดชอบ - การละเลยหน้าที่
- 2) ความสุภาพอ่อนโยน - ความรุนแรง
- 3) ความซื่อสัตย์ - การลักขโมย
- 4) ความเป็นธรรม - การเอาเปรียบ
- 5) ความเสมอภาค - การถูกกีดกัน

ตัวชี้วัดไม่ได้เป็นเป้าหมายของการพัฒนา เป็นแต่เพียงเครื่องมือที่ใช้ในการตรวจสอบความสำเร็จว่าผลเป็นอย่างไร โดยแบ่งออกได้เป็น 7 กลุ่มคือ 1) แสดงปัจจัยนำเข้า (Input Indicator) ใช้วัดเมื่อจะดำเนินการพัฒนา 2) แสดงการกระทำที่เกิดขึ้น (Process or Performance Indicator) ใช้วัดจำนวนกิจกรรมที่ดำเนินการ 3) แสดงผลที่ได้รับ (Output Indicator) ใช้วัดผลงานเมื่อโครงการและกิจกรรมต่าง ๆ ได้ดำเนินการเสร็จสิ้นแล้ว โดยเทียบกับวัตถุประสงค์ เป้าหมายและความครอบคลุม 4) แสดงผลสำเร็จ (Outcome Indicator) ใช้วัดความสำเร็จเมื่อแผนงานหรือโครงการดังกล่าวสิ้นสุด โดยเทียบกับจุดมุ่งหมายระยะยาวของโครงการ หรือผลกระทบด้านต่าง ๆ ของโครงการที่นอกเหนือไปจากเป้าหมาย 5) ประสิทธิภาพ (Effectiveness) ใช้วัดผลผลิตตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายที่ต้องการ 6) ประสิทธิภาพ

(Efficiency) ใช้วัดค่าใช้จ่ายที่ลงทุนเปรียบเทียบกับผลผลิตที่เกิดขึ้น 7) ผลกระทบ (Impact) ใช้วัดผลที่เกิดขึ้นจากนโยบาย แผนงาน และโครงการที่จัดทำขึ้นนั้น (James N Johnstone,1981; Jan Drewnowski,1986; กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2546; ศิริชัย กาญจนวาสี, 2537; เสน่ห์ จามริก, 2537; สุภางค์ จันทวานิช และ วิศนี ศีลตระกูล, 2539; เมธิ ครองแก้ว, 2540)

ตาราง 1 แสดงการเปรียบเทียบความหมายของตัวชี้วัด (Indicators)

ผู้ให้ความหมาย	รายการ/ประเภทของ	ผลลัพธ์	กระบวนการ	ผลตอบรับ	MLA/แบบจำลอง	ระบบ/แบบจำลอง	การประเมินผล	การประเมินผล	การประเมินผล	การประเมินผล	การประเมินผล	การประเมินผล	การประเมินผล
Webster's Dictionary	✓					✓							
Oxford's Dictionary	✓					✓							
พรพันธ์ บุณยรัตพันธ์	✓	✓	✓			✓							
เมธิ ครองแก้ว	✓	✓				✓			✓				
ศิริชัย กาญจนวาสี	✓					✓			✓	✓			
เสน่ห์ จามริก	✓	✓	✓	✓		✓	✓		✓				
สุภางค์ จันทวานิช	✓								✓				✓
นงลักษณ์ วิรัชชัย	✓	✓	✓			✓			✓	✓	✓	✓	✓
วรรณิ์ แกมเกตุ	✓	✓	✓	✓		✓			✓				✓
James N Jonstone	✓	✓	✓			✓				✓	✓		
Jan Drewnowski	✓	✓	✓	✓		✓			✓				✓

สำหรับในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยสามารถสรุปความหมายได้ว่าตัวชี้วัด (Indicator) หมายถึงสารสนเทศ ซึ่งใช้บ่งบอกสถานะของสิ่งที่มุ่งวัด หรือสะท้อนลักษณะรวมทั้งปัญหาอุปสรรคของการดำเนินงาน มีความชัดเจนเพียงพอที่จะใช้ในการเปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่กำหนดไว้เพื่อประเมินสภาพที่ต้องการศึกษาได้ มีการบูรณาการในรายละเอียดครบทุกมิติในประเด็นที่ศึกษา และใช้ในการเปรียบเทียบระหว่างจุดเวลา / ช่วงเวลา สามารถปรับปรุง และเปลี่ยนแปลงได้ โดยผ่านกระบวนการศึกษาและพัฒนาอย่างเป็นระบบ

### 1.3 ตัวชี้วัดทางสังคม (Social Indicators)

ตัวชี้วัดทางสังคม(Social Indicators) หมายถึงตัวชี้วัดสาระทางสังคม ซึ่งต้องมีการกำหนดในเชิงปริมาณและคุณภาพ เช่นระดับของการดำเนินชีวิต สภาพของสิ่งแวดล้อมและคุณภาพชีวิต ซึ่งควรได้มีการประยุกต์ใช้ในการพัฒนาคุณภาพของสังคมซึ่งส่งผลต่อผลผลิตของการพัฒนาสังคมในทุกระดับคือระดับกายภาพ(Physical) ระดับสังคม(social) ระดับจิตใจ (Mental) ระดับสติปัญญา (wisdom) (กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2546; ศิริชัย กาญจนวาสี ,2537 ; สุภาวงศ์ จันทวานิช และ วิศนี ศีลตระกูล ,2539 ; David E Christian (1984); Jan Drewnowski. (1986); Lan Miles (1985); Office of Management and Budget, The Statistical Policy Division (1973).) โดยสามารถจำแนกรายละเอียดของตัวชี้วัดทางสังคมได้ดังนี้

#### 1.3.1 การใช้ตัวชี้วัดทางสังคม

ตัวชี้วัดทางสังคมสามารถนำไปใช้ในกรณีต่าง ๆ คือ :

- 1) การใช้เพื่อการวางแผนระดับมหภาค ตัวชี้วัดทางเศรษฐกิจและสังคม ได้นำมาใช้ในการวิเคราะห์การพัฒนาและการวางแผนโครงสร้างประชากร นิยามเป้าหมายเพื่อลดความยากจน การออกแบบและดำเนินการโครงการทางสังคมอย่างกว้างขวางการวิเคราะห์ความล้ำหลังของภูมิภาคและเขตต่าง ๆ การสร้าง รูปจำลอง การพัฒนาทางเศรษฐกิจสังคมในระดับเขต การวางแผนหรือผสมผสานในเรื่องรูปแบบหรือวิธีการวางแผนระดับต่าง ๆ
- 2) การใช้ตัวชี้วัดในการวางแผนระดับหน่วยงานและโครงการ งานพัฒนาจำนวนมากใช้ตัวชี้วัดทางสังคม ช่วยในการดำเนินนโยบายด้านต่าง ๆ ดังนั้น ตัวชี้วัดจึงอาจสนองตอบการดำเนินงานของหน่วยงานต่าง ๆ เช่นหน่วยงานด้านสุขภาพและที่อยู่อาศัย หรือการบริหารที่หลายฝ่ายเข้ามาเกี่ยวข้อง เช่น นโยบายประชากรและการวางแผนครอบครัว หรือปัญหา กลุ่มพิเศษ ตัวชี้วัดจำนวนมากที่ปรากฏในด้านต่าง ๆ รวมทั้งตัวชี้วัดที่เป็นตัวบ่อน (ทรัพยากรและสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ) เช่นเกี่ยวกับผลผลิต (outputs) ในลักษณะของพฤติกรรมและผลที่เกิดขึ้น (results) แผนงานจำนวนมากจึงรวมเอาตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับหน่วยงานต่าง ๆ ทางสังคม และ โครงการทางสังคมจำนวนมากไว้ด้วย
- 3) การใช้ตัวชี้วัดในระดับภาคและท้องถิ่น มีสองลักษณะคือการใช้ตัวชี้วัดเศรษฐกิจ สังคม เพื่อวัดความแตกต่างระหว่างชนบท / เมืองของระดับภาคและใช้เครื่องชี้วัดเศรษฐกิจสังคม เพื่อวิเคราะห์และก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง และใช้ในการพัฒนาโครงการต่าง ๆ ในระดับท้องถิ่น เช่น ในเรื่องการพัฒนาชนบทหรือการพัฒนาโครงการสำหรับกลุ่มต่าง ๆ เช่น

โครงการโภชนาการสำหรับเด็กบางพื้นที่ หรือโครงการสร้างงานในชนบทบางแห่ง เป็นต้น (อนุชาติ พวงสำลี และ อรทัย อาจอำ, 2539; สุภาวงศ์ จันทวานิช และ วิศนี ศीलตระกูล, 2539)

### 1.3.2 ชนิดของตัวชี้วัดทางสังคม

ตัวชี้วัดทางสังคมได้มีการจำแนกหรือจัดหมวดหมู่แตกต่างกันออกไป ซึ่งความแตกต่างของตัวชี้วัดอยู่ที่ความพอใจที่จะนำไปประยุกต์ใช้เพื่อจุดประสงค์อื่น ๆ ซึ่งได้แบ่งตัวชี้วัดออกเป็น 4 ชนิดคือ

1) Direct and By-product Data เป็นข้อมูลเชิงสถิติ หรือรายงานทางสังคม ที่สำนักงานต่าง ๆ เก็บรวบรวมเอาไว้ แม้จะต้องเพิ่มเติมแต่ข้อมูลที่มีอยู่ก็เป็นเสมือนผลพลอยได้ ขณะเดียวกันข้อมูลเหล่านี้ก็สามารถใช้เป็นตัวชี้วัดโดยตรง เพราะบางอย่างเป็นผลจากการสำรวจสภาพสังคม ซึ่งได้วางแผนในการเก็บรวบรวมไว้แล้ว

2) Input and Output Indicators เป็นข้อมูลเชิงสถิติที่สำนักงานนำไปประยุกต์เพื่อวัดประเด็นทางด้านสวัสดิการ ข้อมูลเหล่านี้กลายเป็นตัวชี้วัดที่เป็นตัวบ่งชี้สำหรับผลผลิตนั้นเกี่ยวข้องกับเรื่องการพัฒนามนุษย์ ซึ่งกิจกรรมสังคมเกือบทุกอย่างต้องการตัวบ่งชี้ต่าง ๆ เพื่อจะทำให้เกิดผลผลิตด้วย

3) Objective and Subjective Indicators ข้อมูลตัวชี้วัดทางสังคมส่วนมากเป็นการวัดเชิงวัดวิสัยรวมถึงรายงานพฤติกรรมต่าง ๆ สภาพสิ่งแวดล้อม รายละเอียดทางสถิติ ซึ่งได้จากผู้สังเกตที่ผ่านการอบรมอย่างดีและเชื่อถือได้ ส่วนการวัดเชิงจิตวิสัยนั้นขึ้นอยู่กับรายงานในสาระต่าง ๆ การประเมินผล การบอกเล่าตามความรู้สึก อารมณ์ ความตั้งใจของปัจเจกบุคคล ซึ่งเป็นข้อมูลจากการสำรวจ การสัมภาษณ์ และ อื่น ๆ

4) System and Aggregated Indicators เป็นตัวชี้วัดที่เป็นระดับสากล ในลักษณะรายงานเกี่ยวกับมนุษยชาติหรือสิ่งแวดล้อมโดยรวมมากกว่าสถิติข้อมูล หรือสภาพของกลุ่มหรือปัจเจกบุคคล คือเป็นข้อมูลเกี่ยวกับสาระต่าง ๆ ทางสังคม (Lan Miles, 1985; Miller Delbert C, 1985)

การจำแนกตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตและสังคมโดยสภาเศรษฐกิจและสังคมแห่งเอเชีย และแปซิฟิก (Economic and Social Commission for Asia and the Pacific: ESCAP, 1993) ได้ให้รายละเอียดของตัวชี้วัดแต่ละชนิด โดยได้เสนอแนะว่าตัวชี้วัดมี 3 กลุ่มคือ

1. ตัวชี้วัดทางด้านเศรษฐกิจ ประกอบด้วย GNP and GDP
2. ตัวชี้วัดทางสังคมที่เป็นวัดวิสัย (Objective social indicators) ประกอบด้วย สุขภาพ/ โภชนาการ, การศึกษา/ การเรียนรู้, ที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมทางกายภาพ, ชีวิตการ



ทำงาน, หลักประกันทางสังคม, ความปลอดภัยส่วนบุคคลและความยุติธรรม, การใช้เวลารว่าง และการใช้เวลา, การมีส่วนร่วมทางสังคม, เสรีภาพของมนุษย์

3. ตัวชี้วัดทางสังคมที่เป็นจิตวิสัย (Subjective social indicators) ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับปฏิภยาของบุคคลและการรับรู้ ซึ่งถือว่าเป็นคุณภาพชีวิต ระดับการรับรู้เกี่ยวกับความสุข ความพึงพอใจในชีวิตเกี่ยวกับการทำงาน, สุขภาพ, ชีวิตครอบครัว, สิ่งแวดล้อม, รายได้, การใช้เวลารว่าง และที่อยู่อาศัย (Office of Management and Budget, The Statistical Policy Division, 1973 pp. 76 -77)

### 1.3.3 ลักษณะของตัวชี้วัดทางสังคม

โดยทั่วไปลักษณะของตัวชี้วัดที่ดีจะต้องประกอบด้วยคุณสมบัติดังนี้

- 1) มีความตรง สามารถวัดในสิ่งที่ต้องการวัดได้
- 2) มีความไว สามารถแสดงความแตกต่างได้ แม้สถานการณ์ที่วัดจะเปลี่ยนแปลงไปเพียงเล็กน้อย
- 3) มีความเฉพาะเจาะจง จะเปลี่ยนแปลงแต่เฉพาะสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับตัวแปรนั้น โดยตรงเท่านั้น
- 4) มีความเชื่อถือได้ ค่าที่ได้ทั้งปริมาณและคุณภาพควรจะเท่ากัน ถ้าวัดในสิ่งเดียวกันไม่ว่าผู้วัดจะเป็นกลุ่มใดก็ตาม (พรพันธ์ บุญยรัตพันธ์ และ บุญเลิศ เลียวประไพ, 2531.หน้า 9)

นอกจากนี้ลักษณะของตัวชี้วัดที่ดีจะต้องประกอบด้วยองค์ประกอบต่าง ๆ ได้แก่ มีความถูกต้อง (Plausible) เป็นอิสระ (Independent) สามารถตรวจสอบได้ (Verifiable) ตรงประเด็น(Targeted) สามารถเข้าถึงได้ (Accessible) และมีความครอบคลุม (Comprehensive) (ชูเกียรติ ลีสุวรรณ, 2541 .หน้า 16)

### 1.3.4 การพัฒนาตัวชี้วัดทางสังคม

การพัฒนาตัวชี้วัดทางสังคมมีอยู่หลายวิธี และในแต่ละวิธีการส่วนใหญ่จะเน้นการดำเนินการใน 4 ประเด็นหลัก คือ 1) การกำหนดนิยามเครื่องชี้วัด 2) การคัดเลือกตัวแปรที่เป็นองค์ประกอบของสิ่งที่มุ่งศึกษา 3) การกำหนดวิธีการรวมตัวแปร 4) การกำหนดน้ำหนักความสำคัญของตัวแปร ซึ่งสาระสำคัญที่ต้องพิจารณาในการพัฒนาตัวชี้วัดมี 3 ประการคือ

- 1) จำนวนตัวชี้วัด จะต้องกำหนดและเลือกกว่าแต่ละแนวคิดนั้นจะใช้ตัวชี้วัดกี่ตัว แนวความคิดหรือตัวแปรหนึ่ง ๆ นั้น อาจใช้ตัวชี้วัดตัวเดียวหรือหลายตัวชี้วัดก็ได้

2) การพัฒนาตัวชี้วัด ตัวชี้วัดจะพัฒนาขึ้นได้ โดยวิเคราะห์จากผลงานวิจัยของคนอื่นที่ทำได้แล้ว หรือวิเคราะห์จากหนังสือตำรา หรืออาจจะสำรวจอย่างไม่เป็นทางการกับตัวอย่างจำนวนน้อย ๆ เพื่อนำคำตอบมาใช้กำหนดตัวชี้วัดต่อไปได้

3) จำนวนและรูปแบบคำถาม การพัฒนาเครื่องชี้วัดจะต้องคำนึงด้วยว่าจะใช้จำนวนคำถามเท่าใด และจะใช้คำถามในรูปแบบอย่างไรจึงจะทำให้สามารถวัดแนวความคิดในการวิจัยนั้นได้อย่างครบถ้วน และถูกต้องมากที่สุด (James N Jonstone, 1981. p 36; บุญธรรมกิจปริดาปริสุทธิ, 2535. หน้า 210)

### 1.3.5 การพัฒนาตัวชี้วัดทางสังคมในระดับสากล

การพัฒนาตัวชี้วัดทางสังคมในระดับสากลนั้น มีจุดเริ่มจากการใช้ตัวชี้วัดทางเศรษฐกิจคือ GNP per capita เป็นตัวชี้วัดการพัฒนา ซึ่งต่อมาได้เกิดคำถามและความรู้สึกว่าการวัดการพัฒนาเพียงด้านเศรษฐกิจด้านเดียวคงไม่เพียงพอ ตั้งแต่ทศวรรษ 1960 จึงเป็นทศวรรษที่มองการพัฒนาในระดับกว้างขึ้นคือมุ่งที่ "ความเป็นอยู่ที่ดีของสังคม" โดยมองที่ปัจเจกบุคคลและสังคม โดยส่วนรวม องค์การระหว่างประเทศคือองค์การสหประชาชาติมีบทบาทสำคัญในเรื่องนี้ โดยช่วงกลางทศวรรษ 1970 ได้จัดตั้งมหาวิทยาลัยแห่งสหประชาชาติ (UNU) และจัดโปรแกรมที่เน้น "การพัฒนามนุษย์และสังคม" และริเริ่มโครงการที่ทำให้เกิดการพัฒนาเครื่องชี้วัดทางสังคมในระดับนานาชาติที่เป็นระบบมากขึ้น โดยที่นิยามของเครื่องชี้วัดทางสังคม ก็คือ "ความพยายามในการจัดการและการวัดองค์ประกอบของมิติต่าง ๆ ด้านสวัสดิการสังคม" อย่างไรก็ตามเครื่องชี้วัดดังกล่าว ก็มีผู้วิจารณ์ว่าเป็นเพียงรายงานสถานะทางสังคมเท่านั้น ต่อมาองค์การความร่วมมือทางด้านเศรษฐกิจและการพัฒนา (OECD) ได้พยายามพัฒนาตัวชี้วัด "ความเป็นอยู่ที่ดี" ขึ้นมา ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญของการพัฒนาตัวชี้วัดทางสังคมของประเทศต่าง ๆ

ประเด็นทางสังคมที่จัดไว้ในเครื่องชี้วัด คือ เน้นที่ประชากร การศึกษา การจ้างงาน รายได้ สุขภาพ ที่อยู่อาศัย ความปลอดภัยทางด้านสาธารณะ และกิจกรรมนันทนาการ ต่อมาได้เพิ่มความสนใจในประเด็นทางการเมือง การมีส่วนร่วมในการลงคะแนนเลือกตั้ง บรรยากาศทางธุรกิจนิเวศวิทยา แนวโน้มด้านแรงงาน ความพึงพอใจในงานที่ทำ เยาวชน ศาสนา และประชากรในปลายทศวรรษที่ 1970 ต่อเนื่องถึงทศวรรษที่ 1980 ประเด็นความสนใจอยู่ที่การมีสุขภาพดี ชีวิตครอบครัว ความสงบของจิตใจ การใช้เวลาว่าง ระดับความเป็นอยู่ ชนชั้นและการเลื่อนชั้นทางสังคม ก้าวที่สำคัญของการพัฒนาตัวชี้วัดคืองานของ UNDP ที่ได้จัดทำ "ดัชนีพัฒนามนุษย์" (Human Development Index) เริ่มในปี ค.ศ.1989 และรายงานประจำปีฉบับแรก 1990 ได้รายงานและจัดอันดับประเทศต่าง ๆ ตามองค์การพื้นฐาน 3 ประการของดัชนีพัฒนามนุษย์

คือ การมีชีวิตที่ยืนยาว ความรู้ และมาตรฐานความเป็นอยู่โดยวันจากช่วงชีวิต อัตราการรู้หนังสือของผู้ใหญ่ และ GDP per capita อย่างไรก็ตาม ข้อวิจารณ์ดัชนีพัฒนามนุษย์ คือนิยามของประเทศต่าง ๆ ไม่ตรงกัน (เช่น นิยามการรู้หนังสือ) ปัญหาการวัดที่เป็นจิตวิสัยและการตรวจสอบดัชนีพัฒนามนุษย์ก่อนที่จะให้อย่างเป็นทางการเช่นปัจจุบัน

ในการพัฒนาตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตและสังคม เป็นสิ่งที่ต้องสอดคล้องกับการพัฒนาในปัจจุบันและแนวโน้มในอนาคต แนวคิดที่สะท้อนให้เห็นถึงการพัฒนาและแนวโน้มที่สำคัญ ซึ่งสามารถนำมาเป็นฐานในการพัฒนาคือแนวคิดเรื่องการพัฒนาคุณภาพชีวิต การพัฒนาสังคม การพัฒนามนุษย์และแนวคิดเรื่องความมั่นคงของชีวิตมนุษย์

แนวคิดเรื่อง “การพัฒนาคุณภาพชีวิต” เป็นเรื่องของระดับการมีชีวิตที่ดีมีความสุข ความพึงพอใจในชีวิตเกี่ยวข้องกับสภาพความเป็นอยู่ การดำเนินชีวิตของปัจเจกบุคคลและเกี่ยวข้องกับมาตรฐานความเป็นอยู่ที่ดีของสังคมโดยรวมสำหรับแนวคิดเรื่อง “การพัฒนาสังคม” นั้นพบแนวโน้มที่สำคัญ คือการประชุมระดับโลกเพื่อการพัฒนาสังคม (World Summit for Social Development :1995) ที่กรุงโคเปนเฮเกน ซึ่งกล่าวถึงการพัฒนาสังคมจนถึง ค.ศ.2000 และหลังจากนั้นจึงเป็นการพัฒนาที่ยึดคนเป็นศูนย์กลาง จุดมุ่งหมายของการพัฒนาคือขจัดความยากจนที่แท้จริง กระจายความยุติธรรมและสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชน เรื่องที่ต้องดำเนินการคือประชากร สุขภาพอนามัย การศึกษา การจ้างงาน ที่อยู่อาศัย สิ่งแวดล้อม ภัยพิบัติต่าง ๆ อาชญากรรม และความมั่นคงของชีวิต

แนวคิดเรื่อง “การพัฒนามนุษย์” จุดเน้นคือการพัฒนาปัจเจกบุคคลตลอดช่วงชีวิตให้เกิดความกลมกลืนกับสังคมและธรรมชาติ เสริมสร้างศักยภาพของคนอย่างเต็มที่โดยไม่เบียดเบียนหรือทำลายสังคมและสิ่งแวดล้อม และในกระบวนการพัฒนาที่ยึดคนเป็นศูนย์กลางนั้น จะต้องสร้างความเป็นธรรมทางสังคม ไม่กดขี่ กีดกันคนออกจากสังคม เนื่องด้วยความแตกต่างทางวัฒนธรรม เชื้อชาติ หรือศาสนา ยอมรับในเรื่องสิทธิและการใช้สิทธิ เพื่อสร้างความรับผิดชอบในกิจกรรมต่าง ๆ ของสังคม

แนวคิดเรื่อง “ความมั่นคงของชีวิตมนุษย์” หมายถึงการที่คนสามารถดำรงชีวิตและการประกอบอาชีพได้โดยปราศจากความหวาดกลัวภัยที่อาจคุกคามการอยู่รอด สุขภาพอนามัย การทำมาหากิน มีความสุขสบาย ปลอดภัยจากปัญหาที่ยุ่งเหยิง เช่น ความยากจน ความอดอยาก หิวโหย การไม่รู้หนังสือ ความขัดแย้งต่อสูระหว่างกลุ่ม การก่อการร้าย การถูกละเมิดสิทธิมนุษยชน การกดขี่ การเอาเปรียบ การฉ้อราษฎร์ อาชญากรรม และการย้ายถิ่น เป็นต้น รัฐควรต้องพลิกผันทรัพยากร มาเพื่อสร้างสรรค์ความผาสุกของชีวิตสามัญชน

อย่างไรก็ตามการกำหนดมาตรฐานและตัวชี้วัดทางสังคมที่ได้สำรวจมาส่วนใหญ่เป็นเพียงมิติทางวิทยาศาสตร์ และ กระบวนการทางสถิติ เป็นส่วนใหญ่ ยังขาดมิติทางสังคมและจิตวิญญาณค่อนข้างมาก ในขณะที่สังคมสมัยใหม่บริโภควัตถุมากขึ้น มีความรู้สึกว่าตนเองเป็นนายของวัตถุมากขึ้น แต่ก็ขาดความมั่นคงทางจิตใจและห่างไกลธรรมชาติมากขึ้นเช่นกัน ผลที่เกิดขึ้นก็คือการแสวงหาความอบอุ่นทางใจ ด้วยนิยายความเชื่อใหม่ ๆ ทั้งที่เกี่ยวข้องและไม่เกี่ยวข้องกับศาสนา ในอนาคตอันใกล้อาจต้องมีการเพิ่มมิตินี้เข้าไปในเครื่องชี้วัดทางสังคมก็ได้ สำหรับปัจจุบันความวิตกของสังคมยังคงอยู่กับเรื่องสิ่งแวดล้อมจนเกิดบทบัญญัติข้อที่ 11 ขึ้นในโลกตะวันตก ซึ่งสามารถสรุปสาระสำคัญได้ว่า มนุษย์ควรมีส่วนในการพิทักษ์รักษาและปกป้องสภาพแวดล้อมทั้งป่าไม้ น้ำ ดิน และสภาพแวดล้อมอื่น ๆ เพื่อการดำรงชีพอย่างมีคุณภาพของมนุษย์รุ่นต่อไป

### 1.3.6 วิธีการสร้างตัวชี้วัดทางสังคม ในระดับสากล

สามารถจำแนกวิธีการสร้างตัวชี้วัดทางสังคมได้เป็น 3 วิธีหลัก ซึ่งแต่ละวิธีล้วนสะท้อนขอบข่ายและนิยามของคำว่าตัวชี้วัดที่ชัดเจนดังนี้

1) วิธีการแบบสถิติ (The statistical approach) เป็นวิธีการพัฒนาตัวชี้วัดที่องค์กรสหประชาชาติจัดทำไว้เป็น “แนวทาง” (The United Nations “Guidelines”) ขอบข่ายและลักษณะของ “แนวทาง” นี้ทำให้เห็นหมวดหมู่และประเด็นซึ่งเป็นความสนใจทางสังคม และได้นำมาจัดทำเป็นตัวอย่างของตัวชี้วัดทางสังคมสำหรับประเทศต่าง ๆ ตัวชี้วัดชุดนี้ สำนักงานสถิติแห่งสหประชาชาติ (United Nations Statistical Office-UNSO) ร่วมกับสำนักงานสถิติแห่งชาติของประเทศต่าง ๆ ร่วมกันสร้างกรอบงานเพื่อการพัฒนาและการผสมผสานสถิติต่าง ๆ ทางสังคมและประชากร นับเป็นการเริ่มต้นการพัฒนาตัวชี้วัด สาระที่เป็น “แนวทาง” ครอบคลุมประเด็นต่าง ๆ ทางสังคม รวมทั้งโครงสร้างสวัสดิการต่าง ๆ เช่น โครงสร้างประชากรและแนวโน้ม ข้อมูลด้านครอบครัวและครัวเรือน ตัวชี้วัดจัดไว้เป็นหมวดหมู่ ซึ่งรวมตัวชี้วัดที่เป็นปัจจัยนำเข้า (inputs) เช่น สวัสดิการ บริการทางสังคม และตัวชี้วัดที่เป็นผลผลิต (output) ซึ่งสะท้อนหลักการและเป้าหมายของ “แนวทาง” ตัวชี้วัดนี้ครอบคลุมสาระ และสภาพต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับความเป็นอยู่ที่ดี และให้รัฐบาลประเทศต่าง ๆ ให้ความสนใจ โดยการปรับตัวชี้วัดไปสู่เรื่องอื่น ๆ นอกเหนือจากที่จัดทำไว้แล้ว ซึ่งจะช่วยให้มองสวัสดิการได้กว้างขวางขึ้น ช่วยให้เกิดการใช้ตัวชี้วัดเพื่อสืบหาปัญหาสังคม ตัวชี้วัดชุดนี้ช่วยให้เห็นความพอเพียงและการใช้ตัวป้อนของบริการทางสังคมด้วยสิ่งที่อธิบายไว้ใน “แนวทาง” คือตัวชี้วัดชุดนี้มีสาระที่เป็นมาตรฐานผ่านการยอมรับของหลายประเทศ แต่ผู้ที่นำไปใช้อาจเพิ่มเติมปรับปรุงหรือจัดลำดับของหัวข้อได้ใหม่



2) วิธีการแบบวิเคราะห์ (An analytical approach) วิธีนี้ครอบคลุมข้อมูลด้านการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างสังคม พฤติกรรม และกระบวนการด้านตัวชี้วัดทางสังคม ซึ่งวิธีนี้เป็นเสมือนกุญแจ กลยุทธ์ หรือเครื่องวัดโดยรวมของข้อมูลที่ต้องการมากกว่าการสร้างและนำเสนอเครื่องชี้วัดเป็นเครื่องชี้วัดที่มีขอบข่ายกว้างที่สุด มีแนวคิดที่เป็นทฤษฎีและการวิเคราะห์ และยังมีมุ่งใช้ข้อมูลเพื่อการศึกษาสาเหตุ การทำนายและการสร้างรูปจำลองสังคมความยากก็คือการวิเคราะห์ให้มีเพียงวิธีเดียวหากแต่มีหลายวิธีขึ้นอยู่กับกรอบความคิดและวิธีการ ขอบข่าย และความซับซ้อนของปัญหา สิ่งจำเป็นของวิธีการนี้คือ การสำรวจความสัมพันธ์ระหว่างนโยบายด้านต่าง ๆ และระหว่างนโยบายเหล่านี้กับโครงสร้างเศรษฐกิจสังคมโดยรวม ทั้งนี้การพัฒนาตัวชี้วัดแบบนี้อาจใช้การวิเคราะห์ระบบมาช่วย และใช้เทคนิคทางคณิตศาสตร์ แต่สมมติฐานขั้นต้นคือความสัมพันธ์เชิงเหตุและผล โดยอาศัยทฤษฎีและประสบการณ์จากการปฏิบัติ

3) วิธีการแบบคุณภาพชีวิต (The quality of life approach) เป็นการพัฒนาตัวชี้วัดโดยการเลือกประเด็นและตัวชี้วัดที่สะท้อนความเป็นอยู่ที่ดีของปัจเจกบุคคล (สุภาวงศ์ จันทวานิช และ วิศนี ศीलตระกูล, 2539. หน้า 80-82)

นอกจากการพัฒนาตัวชี้วัดทั้ง 3 วิธีดังกล่าวแล้วยังมีเทคนิคเชิงวิชาการที่เป็นรายละเอียดตัวอย่างเช่น การพัฒนาตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตของ Hovik (1991) ได้ใช้การสำรวจ Delphi 3 รอบเพื่อถามนักวางแผนและผู้ทรงคุณวุฒิต่าง ๆ ในการนิยาม กำหนดลักษณะและบรรยายถึงการมีคุณภาพชีวิตแล้วนำมาจัดกรอบความคิด ต่อมาได้ใช้ survey panel เพื่อกำหนดตัวแปรเครื่องชี้วัดที่คาดว่าจะมีประโยชน์และเกี่ยวข้อง จากนั้นได้นำเสนอนิยามของคุณภาพชีวิต ซึ่งทั้งหมดเมื่อรวมกันจะบรรยายคุณภาพชีวิตได้ในภาพรวม

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสามารถสรุปความหมายของตัวชี้วัดทางสังคม (Social Indicators) ได้ว่า หมายถึงชุดของสารสนเทศที่เป็นผลมาจากความพยายามในการจัดวางและวัดองค์ประกอบในมิติต่าง ๆ โดยสาระของตัวชี้วัดนั้นครอบคลุมประเด็นทางด้านสังคมวิทยา เศรษฐกิจ จิตวิทยา และอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งบอกทิศทางการพัฒนาหรือการดำเนินกิจกรรมที่เป็นนโยบายสาธารณะของรัฐในแต่ละเรื่องว่าได้ไปถึงจุดใด บรรลุตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายแค่ไหน ซึ่งเป็นเรื่องของการดูสัมฤทธิ์ผลของงานหรือระบุมูลสำเร็จของงาน โดยผู้วิจัยสามารถสรุปประมวลลำดับเหตุการณ์ของการพัฒนาตัวชี้วัดทางสังคม ได้ดังนี้

## ลำดับเหตุการณ์เกี่ยวข้องกับการพัฒนาตัวชี้วัดทางสังคม

ทศวรรษ: 1950–1960	แนวคิดการพัฒนาเน้นที่การเพิ่มรายได้ ดังนั้นตัวชี้วัดการพัฒนา ก็คือ GNP per capita ต่อมาแนวคิดนี้ขยายกว้างขึ้นถึงเรื่องความเป็นอยู่ที่ดีของประชาชน
ทศวรรษ 1970	เกิดความเคลื่อนไหวในการพัฒนาตัวชี้วัดทางสังคมขึ้นมาโดยหน่วยงานขององค์การสหประชาชาติเป็นองค์กรนำที่สำคัญ มหาวิทยาลัยสหประชาชาติ (UNU)ริเริ่มโปรแกรมการพัฒนามนุษย์และสังคมและดำเนินโครงการชื่อ “เป้าหมาย กระบวนการและตัวชี้วัดการพัฒนา” ทำให้เกิดการพัฒนาคตัวชี้วัดทางสังคมในระดับนานาชาติอย่างเป็นระบบ องค์กรความร่วมมือทางด้านเศรษฐกิจ และการพัฒนา(OECD) ได้ทำการพัฒนาเครื่องชี้วัด“ความเป็นอยู่ที่ดี”กลายเป็นข้อตกลงในระดับนานาชาติ สำนักงานสถิติแห่งองค์การสหประชาชาติ UNSO) ร่วมกับสำนักงานสถิติแห่งชาติของประเทศต่าง ๆ ช่วยกันสร้างกรอบงานเพื่อกำหนด“แนวทาง” Guidelines) ของการพัฒนาและผสมผสานสถิติต่าง ๆ ทางสังคม และประชากรเข้าได้ด้วยกัน
1972	จัด UN Conference on the Human Environment ที่สต็อกโฮล์ม มี Declaration กล่าวถึงคุณภาพของสิ่งแวดล้อมที่ทำให้ชีวิตมีความสุขสบาย และมีศักดิ์ศรี และความจำเป็นที่จะต้องรักษาสิ่งแวดล้อมไว้เพื่ออนาคต
1975	ประกาศ International Women's Year and the UN Decade for Women.
1979	Takahashi ศึกษา.คุณภาพชีวิตในประเทศไทยจากการวิเคราะห์ทางด้านเศรษฐกิจและสังคม” (Quality of Life in Thailand: A Socio-Economic-Analysis) โดยวิเคราะห์ตามปัจจัยต่าง ๆ เช่น การบริการชุมชน ศาสนา เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม อุบัติเหตุทางการจราจร ภาวะเจริญพันธุ์ การใช้แรงงานเด็ก การอุตสาหกรรม การศึกษาขั้นพื้นฐาน อาชญากรรม การเคลื่อนย้ายประชากร ผู้สูงอายุ และสุขภาพอนามัย โดยได้นำปัจจัยเหล่านี้มาหาค่าบ่งชี้ พบว่าจังหวัดที่มีดัชนีคุณภาพสูง ๆ นั้นมักจะมีรายได้ประชากรสูง เป็นเมืองที่เจริญหรือเป็นเมืองตากอากาศ ส่วนจังหวัดที่มีดัชนีคุณภาพชีวิตต่ำ มักจะเป็นจังหวัดที่มีสภาพแวดล้อมไม่ดี มีภาวะเจริญพันธุ์สูง และมี การศึกษาต่ำ

### ลำดับเหตุการณ์เกี่ยวข้องกับการพัฒนาตัวชี้วัดทางสังคม

- 1979 : ประกาศใช้อนุสัญญา ว่าด้วยการขจัดการเลือกปฏิบัติต่อสตรีในทุกรูปแบบ (Conference on the Elimination of All Forces of Discrimination against Women) หรือที่เรียกสั้น ๆ ว่า อนุสัญญาเรื่องผู้หญิง (The Women's Convention) หรือ CEDAW
- 1983 ศิริผ่อง จันภรณ์กิจศิลป์ ทำวิจัยเรื่อง "การรับรู้เรื่องคุณภาพชีวิตของผู้อาศัยอยู่ในอาคารสงเคราะห์ของคณะแห่งชาติโดยศึกษาปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดคุณภาพชีวิต และสิ่งที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและเปรียบเทียบการรับรู้ดังกล่าว พบว่ากลุ่มตัวอย่าง รับรู้ปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดคุณภาพชีวิตขึ้นอยู่กับการมีปัจจัยสี่ที่เหมาะสมการมีรายได้เพียงพอสำหรับใช้จ่ายในสิ่งที่จำเป็น คุณภาพชีวิตนั้นพบว่าความไม่ปลอดภัยจากโจรผู้ร้าย และภาวะค่าครองชีพสูง กระทบกระเทือนต่อคุณภาพชีวิตเป็นอันดับแรก รองลงมา ได้แก่ การติดยาเสพติด สิ่งแวดล้อมเป็นพิษ การว่างงาน การไร้ที่อยู่อาศัย
- 1984 ประเทศภูฏานได้กำหนดตัวชี้วัดความสุขมวลรวมประชาชาติ (Gross National Happiness) ซึ่งได้แก่ 1) การพัฒนาเศรษฐกิจสังคมอย่าง ยั่งยืน เท่าเทียม และพึ่งพาตนเองได้ 2) การอนุรักษ์ดูแลทรัพยากรธรรมชาติและ สิ่งแวดล้อม 3) การรักษาส่งเสริมคุณค่าทางวัฒนธรรม และ 4) การส่งเสริมหลักธรรมาภิบาล หรือการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี
- 1984 นาดฤดี ผลโภค ได้ทำวิจัยเรื่องความคิดเห็นของผู้ปกครองเกี่ยวกับการศึกษา เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของนักเรียนในโรงเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย พบว่า ผู้ปกครองส่วนใหญ่มีความเห็นว่า "คุณภาพชีวิต" หมายถึง สภาวะความเป็นอยู่ของบุคคลที่ตอบสนองความต้องการพื้นฐาน 5 ประการ ได้แก่ ด้านร่างกาย จิตใจ สติปัญญา สังคมและคุณธรรม
- 1985 อุทุมพร จามรมาน ศึกษาองค์ประกอบคุณภาพชีวิตของคนกรุงเทพมหานคร โดยข้อมูลที่รวบรวม พบว่าได้องค์ประกอบ 10 ด้าน มีดังนี้ 1)ทัศนคติต่อการมี ชีวิตในชุมชนเมือง 2)ลักษณะความเป็นอยู่ 3) การเป็นเจ้าของ 4) อาชีพหลัก 5) นันทนาการ 6) บริการจากรัฐ 7)การถือครองบ้านและที่ดิน 8) อาชีพรอง 9) การแสวงหาความรู้ 10)สุขภาพอนามัย

### ลำดับเหตุการณ์เกี่ยวข้องกับการพัฒนาตัวชี้วัดทางสังคม

- 1987 มีการจัดตั้ง World Commission on Environment and Development โดยรายงาน Brundtland Report ซึ่งเริ่มใช้คำว่า Sustainable Development
- 1987 ได้ศึกษาการรับรู้เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตโดยได้ศึกษากับประชาชน ผลการศึกษาทำให้ได้ปัจจัยที่ประชาชนรับรู้ที่สำคัญต่อคุณภาพชีวิตเรียงตามลำดับ งานวิจัยฉบับนี้ได้ทำการศึกษาในประเด็นคุณภาพชีวิตของประชาชนโดยผสมผสานมิติทางสังคมเข้ากับมิติด้านอื่น
- 1989 มีการประชุมระดับโลกว่าด้วยเด็ก (The World Summit for Children, the Well-being of Child) ที่ประชุมได้รับหลักการของปฏิญญาว่าด้วยความอยู่รอด การคุ้มครอง และการพัฒนาเด็ก (World Declaration on Survival, Protection and Development of Children)
- 1990 เดือนมกราคม 1990 จัดการประชุมสมัชชาโลกครั้งที่ 4 ว่าด้วยเรื่องการศึกษา ผู้ใหญ่ขึ้นในประเทศไทย (Fourth World Assembly on Adult Education) โดยเพื่อเป็นการเริ่มต้นปีการรู้หนังสือสากล (International Literacy Year)
- 1990 คณะกรรมาธิการเศรษฐกิจและสังคมแห่งเอเชียและแปซิฟิก (Economic and Social Commission for Asia and the Pacific) ซึ่งเป็นองค์การของสหประชาชาติ ประกอบด้วยสมาชิก 51 ประเทศ ได้จัดทำดัชนีชี้วัดคุณภาพชีวิตขึ้น ซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบด้าน สุขภาพ ระดับการศึกษา การทำงาน สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ สภาพครอบครัว ความเป็นอยู่ สภาพความเป็นผู้นำ ชุมชน และวัฒนธรรม/จิตวิญญาณ/ความเชื่อ/งานอดิเรก/สันทนาการ
- 1990 การประชุมโลกว่าด้วยการจัดการศึกษาเพื่อปวงชน (World Conference on Education for All) ซึ่งจัดขึ้นที่ประเทศไทยและทุกประเทศได้รับหลักการของ “ปฏิญญาโลกว่าด้วยการศึกษาเพื่อปวงชน” (World Declaration on Education for All) ซึ่งมุ่งเน้นการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ด้อยโอกาสในสังคม
- 1992 จัด The Earth Summit on Environment and Development ที่ริโอเดอจาไนโร และเกิด UNCED(United Nations Conference on Environment and Development) เริ่มมี “Agenda 21” เป็นแนวทางการดำเนินงาน



### ลำดับเหตุการณ์เกี่ยวข้องกับการพัฒนาตัวชี้วัดทางสังคม

- 1994 จัด International Conference on Population and Development ที่กรุงไคโรได้รับการประกาศให้เป็น“ปีครอบครัวสากล”(International Year of Family) จุดมุ่งหมาย คือเร่งรื้อให้ท้องถิ่นประเทศชาติและนานาชาติได้ดำเนินการต่าง ๆ เพื่อเพิ่มความตระหนักในความสำคัญของครอบครัว เสริมสร้างความเข้าใจและแก้ไขปัญหาครอบครัวร่วมกัน เน้นเรื่องสิทธิ และความรับผิดชอบของสมาชิก
- 1994: การประชุมสมัชชาโลกว่าด้วย เรื่อง การศึกษาผู้ใหญ่ สตรี การรู้หนังสือและการพัฒนา ที่กรุงไคโร ประเทศอียิปต์ (the Fifth World Assembly of the International Council for Adult Education – Women, Literacy and Development : Challenges for the 21<sup>st</sup> Century)
- ตุลาคม 1944 มีการจัดประชุมระดับโลกในเรื่องการรู้หนังสือของ ครอบครัว (The World Symposium on Family Literacy) โดย UNESCO ที่ Paris
- 1995: การประชุม World Summit for Social Development ที่โคเปนเฮเกน เน้น ความสำคัญของคน สิ่งแวดล้อม ประเด็นหลักคือการลดและขจัดความยากจน การจ้างงานและลดการว่างงานและการสร้างความกลมกลืนทางสังคม
- 1995 United Nations Commission on Sustainable Development (UNCSD) ได้จัดทำดัชนีชี้วัดการพัฒนาที่ยั่งยืนเพื่อให้ประเทศสมาชิกใช้เป็นกรอบในการวัดความก้าวหน้าการพัฒนาที่ยั่งยืนของประเทศ จำนวน 134 ตัวชี้วัด โดยแบ่งออกเป็น 4 หมวดคือ 1)หมวดสังคม 2)หมวดเศรษฐกิจ 3)หมวด สิ่งแวดล้อมและ 4)หมวดสถาบัน /องค์กร
- 1997 นายแพทย์ยงยุทธ ขจรธรรม และนายแพทย์อภิสิทธิ์ อังรวงรรุ่งได้พัฒนา ตัวชี้วัดความสุขของประชาชนชาวไทยโดยการประเมินความสุขของมนุษย์เป็น ความรู้สึกของแต่ละปัจเจกเชิงอัตวิสัย โดยใช้วิธีการทางสถิติแล้วแบ่งออกเป็น 8 หมวดคือ 1)การมีหลักประกันในชีวิต 2)การมีร่างกายและจิตใจที่แข็งแรง 3)การมีครอบครัวที่อบอุ่น 4)การมีชุมชนที่เข้มแข็ง 5)การมีสิ่งแวดล้อมที่ดี 6) การมีอิสรภาพ 7) การมีความภาคภูมิใจ 8)การเข้าถึงธรรมะว่าด้วยการอยู่ร่วมกัน

### ลำดับเหตุการณ์เกี่ยวข้องกับการพัฒนาตัวชี้วัดทางสังคม

- 2002 สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ได้มีการปรับปรุงและพัฒนาชุดตัวชี้วัดความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) เพื่อใช้ในการเก็บข้อมูลในแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 9 ได้แบ่งตัวชี้วัดออกเป็น 6 หมวด คือ 1)หมวดสุขภาพดี 2)หมวดมีบ้านอาศัย 3)หมวดฝึกฝนการศึกษา 4)หมวดรายได้ก้าวหน้า 5)หมวดปลูกฝังค่านิยมไทย และ 6)หมวดร่วมใจพัฒนา
- 2002 วรรณิ แกมเกตุ ได้ศึกษาการพัฒนาตัวบ่งชี้ความสามารถในการพึ่งตนเอง ของครอบครัวและชุมชนชนบท พบว่าสภาพการพึ่งตนเองของครอบครัวทางด้านสุขภาพ ประชาชนทั่วไปมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคอยู่ในระดับดี ส่วนความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการบำบัดรักษาโรคและความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการฟื้นฟูสุขภาพอนามัยอยู่ในระดับปานกลาง แต่มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฐมพยาบาลอยู่ในระดับต่ำ ในด้านการมีทรัพยากรเพื่อการสาธารณสุขเบื้องต้น พบว่าครอบครัวส่วนใหญ่ มีการเตรียมยาสำหรับการปฐมพยาบาลเบื้องต้นไว้ใช้ งานวิจัยฉบับนี้เป็นการจัดทำเกณฑ์ชี้วัดเพื่อประเมินความสามารถในการพึ่งตนเองของประชาชนใน 5 มิติ โดยสุขภาพเป็นหนึ่งในมิติที่ต้องทำการ ศึกษาจึงส่งผลให้เครื่องมือที่ได้รับมีความสอดคล้องกับบริบทของสังคมและสามารถนำไปปรับใช้ได้จริง
- 2003 สำนักงานโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ (UNDP) ได้จัดทำดัชนีความก้าวหน้าของมนุษย์ 8 ประการ ประกอบด้วย 1)ดัชนีสุขภาพ 2)ดัชนีการศึกษา 3)ดัชนีการมีงานทำ 4)ดัชนีรายได้ 5)ดัชนีที่พักอาศัยและสภาพแวดล้อม 6) ดัชนีชีวิตครอบครัวและชุมชน 7) ดัชนีคมนาคมและการสื่อสาร 8) ดัชนีการมีส่วนร่วม
- 2003 สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ได้จัดทำดัชนีความความอยู่ดีมีสุขของคนไทย 7 ประการ ประกอบด้วย 1) ดัชนีสุขภาพอนามัย 2) ดัชนีความรู้ 3) ดัชนีชีวิตการทำงาน 4) ดัชนีรายได้และการกระจายรายได้ 5) ดัชนีชีวิตครอบครัว 6) ดัชนีสภาพแวดล้อมในการดำรงชีวิต และ 7) ดัชนีการจัดการที่ดีของรัฐ

## ลำดับเหตุการณ์เกี่ยวข้องกับการพัฒนาตัวชี้วัดทางสังคม

- 2003 คณะรัฐมนตรีสมัยพันตำรวจตรีทักษิณ ชินวัตรมีมติเห็นชอบเกณฑ์พื้นฐานในการดำรงชีวิตคนไทย 10 ประการ ซึ่งประกอบด้วย ด้านการศึกษา ด้านหลัก ประกันสุขภาพ ด้านการได้รับอาหารที่เพียงพอ ด้านหลักประกันความมั่นคงของผู้สูงอายุ ด้านความมั่นคงในที่พักพิง ด้านน้ำสะอาดเพื่อการอุปโภคบริโภค การมีกระแสไฟฟ้าใช้ในครัวเรือน ด้านความปลอดภัยจากยาเสพติด ด้านการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร และการเข้าถึงแหล่งทุนทรัพยากรเพื่อการประกอบอาชีพ
- 2004 สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ได้จัดทำตัวชี้วัดการพัฒนาที่ยั่งยืนของประเทศไทย โดยแบ่งออกเป็น 3 มิติคือ มิติทางสังคม มิติทางเศรษฐกิจ และ มิติทางสิ่งแวดล้อม โดยมิติทางสังคมนั้น กำหนดประเภทของตัวชี้วัดออกเป็นจำนวน 4 ประเด็นหลัก คือ 1) การพัฒนาศักยภาพและการปรับตัวบนสังคมฐานความรู้ 2) การพัฒนาคุณภาพชีวิตและความมั่นคงในการดำรงชีวิต หมายถึง การพัฒนาให้คนไทยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น มีสภาพแวดล้อมในการดำรงชีวิตที่ดี มีความมั่นคงปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน มีสุขภาพอนามัยแข็งแรงสามารถเข้าถึงระบบการคุ้มครองทางสังคมได้อย่างเท่าเทียมกัน 3) การสร้างค่านิยม ภูมิปัญญา และวัฒนธรรมไทย ให้เป็นภูมิคุ้มกันของสังคม การใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า ไม่ส่งผลกระทบต่อพัฒนาเศรษฐกิจและฐานทรัพยากรของชาติในระยะยาว อาศัยภูมิปัญญาท้องถิ่นมาประยุกต์ใช้อย่างกลมกลืน มีการดำรงวัฒนธรรม วิถีชีวิต ขนบธรรมเนียมประเพณี และศิลปวัฒนธรรมอันเป็นเอกลักษณ์ของชาติไว้ได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน 4) การสร้างความเสมอภาคและการมีส่วนร่วม หมายถึง ประชากรไทยต้องได้รับความเท่าเทียมกันทางเพศ การศึกษา อาชีพ การงาน สวัสดิการ สภาพแวดล้อม และสิทธิเสรีภาพ ภายใต้ขอบเขตแห่งกฎหมาย หลักมนุษยธรรม และมีโอกาสร่วมในกิจกรรมของสังคมโดยรวม เช่น การเมือง การปกครอง โดยมีสิทธิในการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร การร่วมในกระบวนการตัดสินใจต่อนโยบายสาธารณะใดๆ ที่อาจส่งผลกระทบต่อสังคม โดยยึดหลักการบริหารจัดการที่ดี

## ลำดับเหตุการณ์เกี่ยวข้องกับการพัฒนาตัวชี้วัดทางสังคม

- 2005 กระทรวงสาธารณสุข ไทยได้จัดทำดัชนีการประเมินเมืองไทยแข็งแรง (Healthy Thailand) จำนวน 17 ประการ ประกอบด้วย 1) ดัชนีสุขภาพจิตทางสติปัญญา และอารมณ์ 2) ดัชนีการออกกำลังกาย 3) ดัชนีชีวิตการศึกษาเพื่อสุขภาพและการดำเนินชีวิตอย่างเหมาะสม 4) ดัชนีครอบครัวอบอุ่น 5) ดัชนีอายุขัยเฉลี่ย 6) ดัชนีหลักประกันทางสุขภาพ 7) ดัชนีอาหารปลอดภัย 8) ดัชนีลดการบริโภค แอลกอฮอล์และบุหรี่ 9) การลดอุบัติเหตุจากการจราจร 10) ดัชนีโรคจิต/โรคประสาท และการฆ่าตัวตาย 11) ดัชนีความปลอดภัยจากอาชญากรรมและความรุนแรง 12) การประกอบอาชีพและรายได้ที่เพียงพอต่อการดำรงชีพ 13) การมีที่อยู่อาศัยที่ถูกลงลักษณะ 14) การลด ละ เลิก อบายมุขและสิ่งเสพติด 15) การมีความรัก/สามัคคี/อาหารเกื้อกูลกัน 16) การแก้ไขความขัดแย้งด้วยสันติวิธี 7) การยึดมั่นในหลักศาสนาและวัฒนธรรม
- 2005 พรพันธ์ บุญยรัตพันธ์ และคณะ ได้ทำการศึกษาเครื่องชี้วัดคนไทยสุขภาพดี (The Study of Healthy Thai Indicators) โดยเริ่มจากการศึกษาปัญหาสุขภาพที่สำคัญในแต่ละกลุ่มอายุของคนไทย ปัจจัยเสี่ยงหรือสาเหตุของปัญหา และปัจจัยคุ้มครองซึ่งได้สร้างเป็นเกณฑ์และเครื่องชี้วัดคนไทยสุขภาพดีตามอายุและเพศ รวมทั้งสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนสภาวะสุขภาพด้วย นำมารวบรวมเป็นเกณฑ์และเครื่องชี้วัดคนไทยสุขภาพดีในกลุ่มอายุตั้งแต่ วัยทารกและก่อนวัยเรียน วัยเรียน วัยรุ่น วัยทำงาน และวัยสูงอายุ รวมทั้งสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนการมีสุขภาพดี

### 1.4 การสังเคราะห์มาตรฐานและตัวชี้วัดทางสังคมที่ใช้ในการวิจัย

โดยสรุปจากรายละเอียดของมาตรฐานและตัวชี้วัดดังกล่าวพบว่า หน่วยงานต่าง ๆ ได้ดำเนินการจัดทำมาตรฐานและตัวชี้วัดทางสังคม และให้ความสำคัญในประเด็นที่ศึกษามาโดยลำดับอย่างต่อเนื่อง โดยมีลักษณะที่สอดคล้องกันคือมีการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงโดยพิจารณาตามความเหมาะสมของบริบทองค์กร ชุมชน และหน่วยงาน กระบวนการที่จัดทำเครื่องมือผ่านวิธีการหลากหลายรูปแบบทั้งวิธีการทางวิทยาศาสตร์และกระบวนการทางสังคมศาสตร์

ส่วนมาตรฐานและตัวชี้วัดทางสังคมที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ หมายถึง ชุดของสารสนเทศที่ใช้ในการอธิบายปรากฏการณ์ทางสังคม ที่เป็นรูปธรรม โดยใช้กระบวนการจัดเก็บที่เป็นวิทยาศาสตร์ ตาม วัตถุประสงค์เพื่อสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง

ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาการไปตามความเหมาะสม โดยใช้วิธีการสร้างแบบผสมผสานของ 3 วิธีการคือ 1) วิธีการแบบสถิติ (Statistic Approach) 2) วิธีการเชิงวิเคราะห์ (Analytical Approach) 3) วิธีการแบบคุณภาพชีวิต (Quality of Life Approach) โดยมาตรฐานและตัวชี้วัดทางสังคม ที่จัดขึ้นจากงานวิจัยในครั้งนี้ จัดอยู่ในชนิดเครื่องมือที่ใช้ประเมินความเป็นจริงในสถานการณ์ของปรากฏการณ์ทางสังคม (Direct and By product Data)

### 1.5 แนวทางการให้คะแนนแบบ Rubric Score

แนวทางการให้คะแนนแบบ Rubric Score คือ แนวทางการให้คะแนน (Scoring guide) หรือมาตรการให้คะแนน ซึ่งจะต้องเป็นมาตรวัด (Scale) และรายการของคุณลักษณะที่บรรยายถึงความ สามารถในการแสดงออกของแต่ละจุดในมาตรวัดไว้อย่างชัดเจน การที่ Rubric หมายถึง ระดับของการประเมินความสามารถ หรือการแสดงออกของกลุ่มที่ศึกษาในแต่ละพื้นที่ จึงเป็นข้อมูลที่สำคัญสำหรับผู้ประเมินได้ทราบว่ามีระดับความเป็นไป หรือระดับความสามารถมากน้อยแค่ไหน การให้คะแนนของ Rubric มีการให้คะแนนภาพรวม (Holistic Score) คือ การให้คะแนนสิ่งใดสิ่งหนึ่ง โดยดูภาพรวมของสิ่งที่ประเมินว่า มีการสื่อความหมาย กระบวนการที่ใช้ และผลเป็นอย่างไร แล้วเขียนอธิบายคุณภาพของสิ่งที่ประเมินหรือความสำเร็จของสิ่งที่ประเมิน โดยอาจจะแบ่งระดับคุณภาพตั้งแต่ 0-4 หรือ 0-6 มาตรการให้คะแนนอาจกำหนดเป็นคำพูด หรือข้อความที่แสดงระดับของเกณฑ์ตัดสินคุณภาพ หรือกระบวนการปฏิบัติเพื่อใช้เป็นแนวทางในการตัดสินคุณภาพของสิ่งที่ประเมินหรือกระบวนการในการปฏิบัติของสิ่งที่ประเมินนั้น (สมศักดิ์ ภูวิภาดาบรรณ, 2545 หน้า 137; สุวิมล ตั้งสัจพจน์ และกุลยา ตันติผลาชีวะ, 2542 หน้า 203; กรมวิชาการ กระทรวงศึกษาธิการ, 2542 หน้า 55 - 59)

**เหตุผลและความจำเป็นในการใช้แนวทางการให้คะแนนแบบ Rubric Score**  
การใช้แนวทางการให้คะแนนแบบ Rubric Score เป็นการพัฒนาหรือปรับปรุงแนวทางการปฏิบัติของสิ่งที่ประเมิน ผู้รับการประเมินจะรู้ข้อผิดพลาดของตนเอง และเกิดความรับผิดชอบในงานของตน รวมทั้งมีเหตุผลในการยอมรับข้อผิดพลาดนั้น ๆ ซึ่งสามารถนำมาใช้ในการประเมินความมั่นคงทางสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมืองได้อย่างเหมาะสม เนื่องจากจะช่วยให้ผู้รับการประเมินได้ข้อมูลย้อนกลับ เกี่ยวกับข้อดี และ สิ่งที่ต้องดำเนินการแก้ไขในการปรับปรุงงานของตนเองได้

### ประโยชน์ในการใช้แนวทางการให้คะแนนแบบ Rubric Score

1. ช่วยให้การคาดหวังของผู้ประเมินที่มีต่อผลงานของผู้รับการประเมินบรรลุผลสำเร็จได้โดยผู้รับการประเมินจะเกิดความเข้าใจและสามารถใช้แนวทางการประเมินนั้นมาพัฒนาตนเองต่อไป

2. ช่วยให้เกิดความชัดเจนต่อผู้ประเมินว่า ต้องการให้ผู้รับการประเมินเรียนรู้หรือพัฒนาการอะไร

3. ช่วยให้ผู้รับการประเมินสามารถระบุคุณลักษณะของงานได้ โดยใช้มาตราการให้คะแนนตรวจสอบ

4. ช่วยให้ผู้รับการประเมินสามารถควบคุมตนเองในการปฏิบัติงานเพื่อนำไปสู่ความสำเร็จได้

5. เป็นเครื่องมือในการเชื่อมโยงความสัมพันธ์ ระหว่างกิจกรรมการปฏิบัติงานต่าง ๆ ของผู้รับการประเมินได้เป็นอย่างดี

6. ช่วยเพิ่มคุณภาพผลงานของผู้รับการประเมินได้

### แนวทางการให้คะแนนแบบ Rubric Score

แนวทางการให้คะแนนแบบ Rubric Score เป็นการวัดและประเมินผลตามสภาพความเป็นจริงซึ่งอิงจากการปฏิบัติงาน ผู้รับการประเมินจึงควรมีส่วนร่วมดังนี้

1. ควรเห็นรูปแบบ (Look at Model) เป็นขั้นตอนที่ผู้รับการประเมินเห็นตัวอย่างของรูปแบบที่ดี และ รูปแบบที่ไม่ดี เพื่อความเข้าใจอย่างชัดเจนในการระบุนรายละเอียดของสิ่งที่จะประเมินนั้น

2. ควรมีการระบุนรายการที่เป็นเกณฑ์ (List Criteria) เป็นการอภิปรายชิ้นงาน แล้วนำความเห็นมาสรุปเป็นเกณฑ์ที่บอกว่าลักษณะของสิ่งที่รับการประเมินที่ดีนั้นมีลักษณะอย่างไร

3. ควรมีการระบุระดับของคุณภาพ (Articulate Gradations of Quality) เพื่อบรรยายลักษณะของสิ่งที่จะประเมินที่ถือว่ามีคุณภาพดีที่สุด ปานกลาง และต่ำที่สุด

4. ควรฝึกใช้เกณฑ์ในแนวทางการให้คะแนนที่สร้างขึ้นในการประเมินสิ่งที่น่าสนใจเป็นตัวอย่าง (Practice on Models)

5. ประเมินตนเองและผู้อื่น (Use Self and Peer Assessment)

6. แก้ไข ปรับปรุง (Revise) สิ่งที่รับการประเมินของตนจากข้อเสนอแนะนั้น

7. ผู้ประเมินใช้แนวทางการให้คะแนนที่ผู้เรียนพัฒนาขึ้นในการประเมินตางรายการที่กำหนดแนวทางในการให้คะแนนนั้นมี 2 รูปแบบที่สำคัญคือ

**แบบที่ 1 การให้คะแนนภาพรวม (Holistic Score)** คือ การให้คะแนนสิ่งใดสิ่งหนึ่ง โดยดูภาพรวมของสิ่งที่ประเมินว่า มี การสื่อความหมาย กระบวนการที่ใช้ และผลเป็นอย่างไร แล้วเขียนอธิบายคุณภาพของสิ่งที่ประเมินหรือความสำเร็จของสิ่งที่ประเมินโดยอาจจะแบ่งระดับคุณภาพตั้งแต่ 0-4 หรือ 0-6 สำหรับในขั้นต้น การให้คะแนนแบบรูปรีด แบ่งวิธีการให้คะแนนหลายวิธี ดังนี้

วิธีที่ 1 แบ่งงานตามคุณภาพ เป็น 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ได้แก่งานที่มีคุณภาพเป็นพิเศษ และเขียนบรรยายลักษณะของงานที่มีคุณภาพเป็นพิเศษ จะให้คะแนน 6 หรือ 5

ส่วนที่ 2 ได้แก่ งานที่ยอมรับได้ และเขียนลักษณะของงานที่ยอมรับได้จะให้คะแนน 4 หรือ 3

ส่วนที่ 3 ได้แก่ งานที่ยอมรับได้น้อย หรือยอมรับไม่ได้ และเขียนอธิบายลักษณะของงานที่ยอมรับได้น้อย จะให้คะแนน 2 หรือ 1

สำหรับงานที่แสดงว่า ไม่ได้ใช้ความพยายามเลย ให้คะแนนเป็น 0

วิธีที่ 2 กำหนดระดับความผิดพลาด โดยพิจารณาจากความบกพร่องของคำตอบว่ามีมากน้อยเพียงใด แล้วหักจากระดับคะแนนสูงสุดมาทีละระดับ ดังนี้

4 หมายถึง คำตอบถูก การแสดงเหตุผลถูกต้อง แนวคิดชัดเจน

3 หมายถึง คำตอบถูก เหตุผลถูกต้อง อาจมีข้อผิดพลาดเล็กน้อย

2 หมายถึง เหตุผล หรือการคำนวณที่ผิดพลาด แต่มีแนวทางที่จะนำไปสู่คำตอบ

1 หมายถึง แสดงวิธีคิดเล็กน้อยแต่ไม่ได้คำตอบ

0 หมายถึง ไม่ตอบ หรือตอบไม่ถูกเลย

วิธีที่ 3 กำหนดระดับและคำอธิบาย ที่สามารถบอกความเข้าใจในเนื้อหาสาระ แบ่งเป็น 4 ระดับ ดังนี้

4 หมายถึง การแสดงออกให้เห็นถึงความเข้าใจที่สมบูรณ์ครบถ้วน ถูกต้องแม่นยำ ในหลักการความคิดรวบยอด ข้อเท็จจริงของงาน หรือสถานการณ์ที่กำหนด รวมทั้งเสนอแนวคิดใหม่ que แสดงถึงความเข้าใจอย่างลึกซึ้งถึงกฎเกณฑ์ หรือลักษณะของข้อมูล

3 หมายถึง การแสดงออกให้เห็นถึงความเข้าใจที่สมบูรณ์ครบถ้วนถูกต้องตาม หลักการความคิดรวบยอด ข้อเท็จจริงของงานหรือสถานการณ์ที่กำหนด

2 หมายถึง การแสดงออกให้เห็นถึง ความเข้าใจไม่สมบูรณ์ครบถ้วนถูกต้องใน หลักการความคิดรวบยอด ข้อเท็จจริงของงาน หรือสถานการณ์ที่กำหนดในบางส่วน

1 หมายถึง การแสดงออกให้เห็นถึงความเข้าใจในหลักการความคิดรวบยอด  
ข้อเท็จจริงของงาน หรือสถานการณ์ที่กำหนด น้อยมาก และเข้าใจไม่ถูกต้องบางส่วน

0 หมายถึง ไม่แสดงความคิดเห็นใด ๆ

**แบบที่ 2 การให้คะแนนแยกองค์ประกอบ (Analytic Score)** เพื่อให้การมองคุณภาพ  
ของงานหรือระดับความสามารถของผู้รับการประเมินได้อย่างชัดเจน จึงได้มีการแยกองค์ประกอบ  
ของการให้คะแนนและอธิบายคุณภาพของงานในแต่ละองค์ประกอบเป็นระดับ ใน 4 ด้านคือ

1. ความเข้าใจในความคิดรวบยอด ข้อเท็จจริง เป็นการแสดงให้เห็นว่า ผู้รับการประเมิน  
เข้าใจในความคิดรวบยอด และหลักการในปัญหาที่ถามกระจ่างชัด
2. การสื่อความหมาย สื่อสาร คือความสามารถในการอธิบาย นำเสนอ การบรรยาย  
เหตุผลแนวคิดให้ผู้อื่นเข้าใจได้ดี
3. การใช้กระบวนการและยุทธวิธี สามารถเลือกใช้ยุทธวิธี และกระบวนการที่นำไปสู่  
ความสำเร็จได้อย่างมีประสิทธิภาพ
4. ผลสำเร็จของงาน ความถูกต้องแม่นยำในผลงาน หรืออธิบายที่มาและตรวจสอบ  
ผลงาน

## 2. ความมั่นคงของมนุษย์ด้านสุขภาพ (Health Security)

### 2.1 แนวคิดและทฤษฎีเรื่องความมั่นคงของมนุษย์ (Human security)

แนวคิด ความมั่นคงของมนุษย์ มีความเกี่ยวข้องกับการพัฒนาทางเศรษฐกิจมาตั้งแต่ยุค  
คริสต์ศตวรรษที่ 1970 โดยองค์การระหว่างประเทศ กลุ่มศึกษาความมั่นคง และโครงการ World  
Order Models Project ( โครงการทดลองจัดระเบียบโลก ) มีความพยายามอย่างยิ่งที่จะสร้าง  
ความเป็นระเบียบและมั่นคงให้กับโลก โดยส่วนหนึ่งมุ่งความสนใจไปที่ปัญหาด้านความสุขและ  
ความปลอดภัยของมนุษย์ ในฐานะบุคคลในสังคม จุดเริ่มต้นของความคิด ความมั่นคงของมนุษย์  
เกิดขึ้นจากกลุ่มคณะบุคคลจากหลายชาติ หลาย ๆ อาชีพ ผู้นำทางความคิด และนักวิชาการ  
จำนวนหนึ่ง ซึ่งรวมตัวกันในนามของ "Club of Rome" โดยในต้นทศวรรษ 1970 "Club of Rome"  
ได้ผลิตเอกสารประจำชุดหนึ่ง ชื่อว่า "World Problematique" (สภาวะปัญหาของโลก) ซึ่งนำเสนอ  
ความคิดเรื่อง "ความซับซ้อนของปัญหาที่นำความทุกข์มาสู่มวลมนุษย์ทุก ๆ ชาติ" ซึ่งได้แก่ ความ  
ยากจน การทำลายสิ่งแวดล้อม การสูญเสียด้านสุขภาพในสถาบัน การขยายของเขตเมืองที่ปราศจาก  
การควบคุม ความไม่มั่นคงของการจ้างงาน การแปลกแยกของเยาวชน การปฏิเสธค่านิยมดั้งเดิม  
ภาวะเงินเฟ้อ การผูกขาด และปัญหาเศรษฐกิจ รายงานชุดนี้ได้ให้ข้อสังเกตไว้ว่า "ทุก ๆ คนบนโลก



นี่ กำลังเผชิญกับปัญหาและความกดดัน มากมายซึ่งทุกคนจะต้องร่วมกันให้ความสนใจและร่วมกันทำสิ่งหนึ่งสิ่งใด" ปัญหาต่าง ๆ เหล่านี้จะกระทบแต่ละบุคคลรุนแรงต่างกันไป บางคนต้องใช้เวลาสวนใหญ่ทั้งวันเพื่อที่จะหาอาหารให้พอยังชีพ บางคนอาจจะมุ่งสนใจอยู่กับอำนาจต่าง ๆ ที่มีอยู่หรืออำนาจของชาติตัวเอง บางคนอาจจะกังวลใจเกี่ยวกับสงครามโลก หรืออื่น ๆ ปัญหาและความสนใจต่าง ๆ นี้สามารถเข้าใจได้ดีในมุมมองที่ศึกษาถึงแนวโน้มจากระดับของโลก และมีผลกระทบมาสู่ระดับบุคคล โดยเฉพาะอย่างยิ่ง 1) การเร่งรัดพัฒนาอุตสาหกรรม 2) การเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของประชากร 3) การขาดอาหารที่กระจายไปทั่ว 4) การลดลงของทรัพยากรที่มีจำกัด และการเสื่อมโทรมของสภาพแวดล้อม จากรายงานเรื่อง Limit To Growth การเชื่อมโยงกันของตัวแปรระดับโลก (ระดับมหภาค) เช่นนี้ทำให้ทราบว่ามีขีดจำกัดอย่างยิ่งต่อการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจของโลก และจะนำมาซึ่งความหายนะต่อสังคมของมนุษย์ ดังนั้น จำเป็นต้องมีการคิดเรื่องการพัฒนาใหม่เพื่อทำให้เกิดความสมดุลของสิ่งต่าง ๆ ขึ้นให้ได้โดยมุ่งเน้นไปที่ความจำเป็นขั้นพื้นฐานของมนุษย์ทุกคนจะถูกทำให้บรรลุและมนุษย์แต่ละคนจะต้องได้รับโอกาสที่เท่าเทียมกันที่จะเข้าใจศักยภาพส่วนตัวของเขา ในระยะสั้น กลุ่ม "Club of Rome" ได้นำเสนอว่าจะต้องมีระบบที่คอยเฝ้าระวังผลกระทบที่จะเกิดขึ้นแก่ชีวิตบุคคล และค้นหาแนวทางการพัฒนาโลกด้วยวิถีทางอื่น ๆ เพื่อผลลัพธ์ขั้นสุดท้ายคือความมั่นคงของโลกที่จะพัฒนาให้ชีวิตมนุษย์ดีขึ้นได้อย่างยั่งยืน ในช่วงทศวรรษ 1980 มีคณะกรรมการหลายคณะที่ถูกจัดตั้งเพื่อการเปลี่ยนแปลงความคิดเกี่ยวกับการพัฒนาความมั่นคงของมนุษย์ เช่น

1) Independent Commission on International Development Issues มีประธาน คือ นาย Willy Brandt คณะกรรมการชุดนี้ได้นำเสนอแนวทางในปี ค.ศ. 1980 ที่มีชื่อเรียกกันว่า "North – South Report" (รายงานจากโลกเหนือและโลกใต้) ซึ่งสามารถสรุปได้ว่า ความมั่นคงของมนุษย์ตั้งอยู่บนพื้นฐานจากความสนใจร่วมกันในเรื่องธรรมชาติที่สุด นั่นคือ มนุษยชาติต่างต้องการที่จะมีชีวิตอยู่และแต่ละชีวิตต้องได้รับการดูแลให้มีชีวิตอยู่อย่างชอบธรรม การเอาชนะความหิวโหยของพลเมืองโลก และการแสดงให้เห็นถึงความแตกต่างกันอย่างมากมายของคุณภาพชีวิตระหว่างประเทศที่ ร่ำรวยกับประเทศที่ยากจน รายงานนี้ได้นำเสนอว่ามีความจำเป็นอย่างเร่งด่วนที่ประเทศที่มีโอกาสและประเทศด้อยโอกาสจะต้องประสานความร่วมมือกันเพื่อการพัฒนา "เพื่อที่จะเอาชนะความขัดแย้งระหว่างประเทศ สร้างผลประโยชน์ร่วมกันแก่ประเทศและภูมิภาค และที่สำคัญที่สุด คือ เพื่อประโยชน์สุขของมวลมนุษยชาติในทุกส่วนของโลกนี้" (Sadako Ogata and Amartya Sen, 2003 p 1-52; UNDP, 2003 p. 11-17 )

2) Independent Commission on Disarmament and Security Issues มีประธานคือ Olof Palme คณะกรรมการชุดนี้ได้นำเสนอแนวทางที่มีชื่อเรียกว่า “Common Security Report” (รายงานเรื่องความมั่นคงพื้นฐาน) ซึ่งได้นำเสนอให้สนใจกับวิถีคิดใหม่ๆ เกี่ยวกับสันติภาพและความมั่นคง โดยเขียนให้เห็นว่าประเทศในโลกที่สามคิดถึงเรื่องความมั่นคงโดยใช้การทหารเพื่อความมั่นคงของชาติ ในขณะที่ความเป็นจริงประเทศกำลังถูกคุกคามอยู่ด้วยความยากจน แร้นแค้น อันเกิดจากความไม่เท่าเทียมกันทางเศรษฐกิจ ดังนั้น “ความมั่นคงพื้นฐาน” คือการทำให้ประชาชนมีชีวิตอยู่อย่างมีเกียรติและมีสันติภาพ ซึ่งหมายถึง ประชาชนจะต้องมีอาหารบริโภคอย่างเพียงพอ มีงานทำและมีชีวิตอยู่บนโลกที่ปราศจากความยากจนและการขาดแคลน (Watson Douglas. 1996. pp. 392-394.)

3) Stockholm Initiative on Global Security and Governance. ได้มีการประชุมเพื่อสรุปและทบทวนประเด็นความมั่นคงของมนุษย์ ในปี 1991 ที่ประเทศสวีเดน และในปี 1994 ได้เสนอรายงาน เรื่อง “Our Global Neighborhood” (เพื่อนบ้านร่วมโลก) ซึ่งมีการพูดถึงความมั่นคงของมนุษย์ว่าความมั่นคงของโลกจะต้องกว้างขวาง โดยขยายตัวจากแนวความคิดเดิมที่เน้นเรื่องความมั่นคงของชาติให้ครอบคลุมถึงความมั่นคงของมนุษย์และความมั่นคงของโลก (LeenBoer and Ad Koekkoek. 1994. pp. 519-522)

4) โครงการพัฒนาสหประชาชาติ (United Nations Development Program) หรือ UNDP ได้นำเสนอข้อคิดเห็นครั้งแรกโดย นาย Mahbub ul Haq ในเอกสาร ชื่อ “New Imperatives of Human Security” ในปี ค.ศ. 1994 เขาเป็นนักเศรษฐศาสตร์ด้านการพัฒนาและเป็นที่ปรึกษาของ UNDP ผู้นำดัชนีชี้วัดการพัฒนามนุษย์ (Human Development Index) มาใช้เป็นคนแรก และต่อมา UNDP ได้ออกเอกสาร ชื่อ “Redefining Security : The Human Dimension” ในปี ค.ศ. 1995 (Sadako Ogata and Amartya Sen , 2003 p 1-52 ; UNDP, 2003 p 11-17)

5) รัฐบาลแคนาดาและกลุ่มประเทศเป็นกลาง ได้นำเสนอข้อคิดเห็นเป็นครั้งแรก ในปี 1997 โดยนาย Lloyd Axworthy รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการต่างประเทศของแคนาดา ชื่อ “Canada and Human Security: The Need for Leadership” ในการศึกษาเพื่อทำความเข้าใจว่าแนวความคิดเกี่ยวกับความมั่นคงของมนุษย์ (Canada Department of Foreign Affairs and International Trade, 2003 p. 24-29)

จากการทำงานของคณะทำงานชุดต่าง ๆ นั้นสามารถสรุปสาระสำคัญที่มีการให้ความหมายของความมั่นคงของมนุษย์ได้ดังนี้

### 2.1.1 ความมั่นคงของมนุษย์ตามนิยามของ โครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ

โครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ (UNDP) ได้จัดทำเอกสาร UNDP 's Human Development Report ประจำปี 1994 ซึ่งมีอยู่บทหนึ่งปรากฏเรื่องของความมั่นคงของมนุษย์เป็นครั้งแรก ในบทที่มีชื่อว่า "Redefining Security :The Human Dimension" ซึ่งให้ความเห็นไว้ว่าจะต้องมีทางเลือกใหม่ในการพัฒนามนุษย์แนวทางของ UNDP โดยต้องตอบคำถามทั้ง 4 ข้อ ดังนี้

#### 1) ความมั่นคงเพื่อใคร ? ( Security for whom )

รายงานของ UNDP วิจารย์ แนวความคิดแบบเก่าที่มุ่งสนใจแต่เพียงความมั่นคงของชายแดนจากการรุกรานของศัตรู ภายนอกประเทศ หรือการปกป้องรัฐด้วยนโยบายต่างประเทศ หรือความมั่นคงของโลกจากการคุกคามด้วยอาวุธนิวเคลียร์ ทั้งหมดล้วนแต่สนใจเพียงความมั่นคงของรัฐมากกว่าที่จะสนใจในมนุษย์ซึ่งเป็นประชาชนของประเทศ สิ่งที่แนวความคิดแบบเก้ามองข้ามไปก็คือ สิทธิตามกฎหมายของคนในชาติซึ่งต้องได้รับความมั่นคงในชีวิตประจำวันของพวกเขา รายงานของ UNDP ฉบับนี้ จึงยืนยันว่า ความมั่นคงจะต้องมีมนุษย์เป็นจุดศูนย์กลาง มนุษย์ในที่นี้หมายถึง ชีวิตของแต่ละคนบนประเทศนี้จะต้อง ปลอดภัยจากความหวาดกลัว (freedom from fear) ปลอดภัยจากความขาดแคลน (freedom from want) และต้องให้น้ำหนักเท่า ๆ กัน ระหว่างความมั่นคงของรัฐกับความมั่นคงของมนุษย์

#### 2) คุณค่าของความมั่นคง (Values of Security)

รายงานของ UNDP เน้นคุณค่าของความมั่นคงไปที่ความปลอดภัย (Safety) ความเป็นอยู่ที่ดี (well-being) และศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ (Dignity of human-being) ในการดำรงอยู่ในชีวิตประจำวัน "ความมั่นคงของมนุษย์คือ การที่เด็กมีชีวิตอยู่รอด, การที่โรคไม่แพร่กระจาย, การที่ไม่ถูกออกจากงาน, การที่ความขัดแย้งของชนเผ่าไม่ต้องใช้ความรุนแรง, การที่ผู้ไม่เห็นด้วยไม่ถูกล้างให้เจียบ ความมั่นคงของมนุษย์ จึงเกี่ยวข้องกับวิถีที่ประชาชนมีชีวิตอยู่ในสังคม วิถีแห่งความเป็นอิสระที่หาทางเลือกของตน, โอกาสต่าง ๆ ในสังคม และการดำเนินชีวิตอยู่ภายใต้ความสงบสุขหรือความขัดแย้ง "ความมั่นคงของมนุษย์ จึงรวมเอาทางเลือกส่วนตัวของบุคคลและการประกันเกี่ยวกับโอกาสและอนาคตของมนุษย์ ความแตกต่างระหว่างความมั่นคงของมนุษย์ กับการพัฒนามนุษย์ (Human security and Human Development ). UNDP อธิบายว่า การพัฒนามนุษย์เป็นแนวคิดที่กว้างกว่าและหมายถึงกระบวนการสร้างหรือขยายทางเลือกต่าง ๆ ของมนุษย์ ในขณะที่ ความมั่นคงของมนุษย์ หมายถึงการที่ประชาชนสามารถแสดงออกในทางเลือกอย่างปลอดภัยและเป็นอิสระ ประชาชนยังคงมีความแน่ใจได้ว่า โอกาสที่มีอยู่ในวันนี้ จะยังคงอยู่ในวันพรุ่งนี้ ประชาชนควรจะมีศักยภาพและได้รับอำนาจมากพอที่จะดูแลรับผิดชอบตัวเอง มีโอกาสที่จะแสวงหาความต้องการของตนเอง และรายได้ที่พอเพียงในการดำรงชีวิตภายใต้

หลักการทั่วไปเหล่านี้ UNDP ได้ประกาศองค์ประกอบของความมั่นคงของมนุษย์ จำนวน 7 องค์ประกอบ ดังนี้

1. economic security (ความมั่นคงทางเศรษฐกิจ) หมายถึง ประชาชนมีรายได้พอเพียง แก่การ ยังชีพและมีหลักประกันการมีงานทำหรือการประกันสังคม

2. food security (ความมั่นคงทางอาหาร) หมายถึง ประชาชนสามารถหาอาหารมาเลี้ยงชีพได้ได้อย่างเพียงพอ โดยแยกจากรายได้ที่เกิดขึ้นหรือทรัพย์สินที่มีอยู่

3. health security (ความมั่นคงทางสุขภาพ) หมายถึง ประชาชนมีสุขภาพดี ปลอดภัยจากโรคติดต่อต่าง ๆ และความเจ็บไข้ได้ป่วยอื่น ๆ รวมถึงการเข้าถึงบริการด้านการรักษาพยาบาล ทุก ๆ คน

4. environmental security (ความมั่นคงด้านสิ่งแวดล้อม) หมายถึง ความสมบูรณ์ของทรัพยากรบนแผ่นดิน ในอากาศและในแหล่งน้ำ ซึ่งทำให้มนุษย์สามารถสร้างถิ่นฐานอยู่ได้

5. personal security (ความมั่นคงส่วนบุคคล) หมายถึง ประชาชนมีความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินปลอดภัยจากอาชญากรรมและความรุนแรงต่าง ๆ

6. communities security (ความมั่นคงของชุมชน) หมายถึง ความมีเกียรติและศักดิ์ศรี ในวัฒนธรรมของชุมชนที่ประชาชนอาศัยอยู่มีสันติภาพ สงบสุข ภายในชุมชนและระหว่างชุมชน

7. political security (ความมั่นคงทางการเมือง) หมายถึง การมีสิทธิและความเสมอภาค ตลอดจนได้รับการคุ้มครองสิทธิทางการเมือง

### 3) คำถามที่ 3 ความมั่นคงถูกคุกคามจากเรื่องใด

UNDP กล่าวถึง ความมั่นคงของมนุษย์ว่าถูกคุกคามจากภัย 2 ระดับ คือภัยจากการคุกคามภายในประเทศ ซึ่งแตกต่างกันไปแต่ละประเทศ และ ภัยจากสภาวะระดับโลก

#### 3.1 ภัยจากภายในประเทศ

(1) การคุกคามต่อความมั่นคงทางเศรษฐกิจ เช่น ขาดการจ้างงานที่มีค่าตอบแทนที่เหมาะสม, การจ้างงานที่ไม่แน่นอน, ขาดระบบประกันการว่างงาน

(2) การคุกคามต่อความมั่นคงทางอาหาร เช่น ขาดการผลิตอาหารที่มีราคาถูกลง และกระจายอย่างทั่วถึง มีรายได้ไม่เพียงพอแลกเปลี่ยนอาหาร

(3) การคุกคามต่อความมั่นคงทางสุขภาพ เช่น โรคติดต่อ โรคติดเชื้อ โรคเรื้อรังต่าง ๆ เช่น มะเร็ง ความดันโลหิตสูง เบาหวาน, ขาดน้ำดื่มที่สะอาดและปลอดภัย, อากาศเป็นพิษ, การระบบบริการสุขภาพสำหรับประชาชนโดยเฉพาะผู้ด้อยโอกาส

(4) การคุกคามต่อความมั่นคงของสิ่งแวดล้อม เช่นภัยจากความแห้งแล้ง , มลภาวะของแม่น้ำลำคลองต่าง ๆ, การเสื่อมโทรมของที่ดินเกษตรกรรม,การทำลายป่าไม้, ภัยธรรมชาติต่าง ๆ

(5) การคุกคามต่อความมั่นคงส่วนบุคคล เช่น อาชญากรรม, ยาเสพติดต่าง ๆ, การใช้ความรุนแรงและเอาเปรียบต่อเด็กและสตรี

(6) การคุกคามต่อความมั่นคงของชุมชน เช่น ครอบครัวแตกแยก, การล่มสลายของวัฒนธรรมพื้นบ้าน, การแตกแยกทางศาสนาและเชื้อชาติ

(7) การคุกคามต่อความมั่นคงทางการเมือง เช่น การเสื่อมถอยของรัฐบาล, การลิดรอนสิทธิมนุษยชน, การใช้อำนาจทางการเมือง

### 3.2 ภัยจากสภาวะระดับโลก

เป็นภัยที่คุกคามเพิ่มเติมจากภัยภายในประเทศที่กล่าวมาแล้ว มีการแพร่กระจายไปทั่ว มีผลกระทบต่อประเทศต่าง ๆ โดยไม่มีพรมแดนที่เจาะจง แบ่งออกเป็น 6 กลุ่ม คือ

(1) ปัญหาการเพิ่มขึ้นของประชากร ซึ่งทำให้เกิดการต้องแสวงหาทรัพยากรอาหารและอื่น ๆ มากขึ้น ทำให้เกิดภาวะความยากจนไปหลายประเทศ เกิดความเสื่อมโทรมและทำลายสิ่งแวดล้อมเพิ่มขึ้น และเกิดการอพยพข้ามประเทศเพื่อหลีกเลี่ยงความอดอยาก

(2) ความแตกต่างมากขึ้นระหว่างประเทศร่ำรวยและประเทศยากจน ซึ่งนำไปสู่การบริโภคนิยม มากขึ้นในประเทศอุตสาหกรรม แต่เกิดความยากจนและการทำลายทรัพยากรในประเทศกำลังพัฒนา

(3) มีการย้ายถิ่นฐานหรืออพยพข้ามประเทศในรูปแบบต่าง ๆ มากขึ้น

(4) ภัยจากการทำลายสิ่งแวดล้อม เช่น ฝนกรด ภาวะเรือนกระจก และการลดลงของความหลากหลายทางชีวภาพ การทำลาย และการลดลงของพื้นที่ป่าไม้

(5) ปัญหายาเสพติด เป็นปัญหาที่ขยายวงกว้างไปทั่วโลก

(6) การก่อการร้ายข้ามชาติ ได้แพร่ขยายจากแถบลาตินอเมริกาในปี 1980 จนเป็นการก่อการร้ายทั่วทุกภูมิภาค

4) คำถามข้อที่ 4 จะสร้างความมั่นคงให้เกิดขึ้นได้ด้วยวิธีใด?

ภัยจากการคุกคามความมั่นคงของมนุษย์ที่สำคัญ ๆ ภายในประเทศ 7 ด้าน และระดับโลก 6 ด้าน ทำให้ ต้องมีการทบทวนว่าจะจัดการกับปัญหาเหล่านี้ด้วยเครื่องมือและวิธีการใด UNDP เสนอให้สังคมโลกทุก ๆ ประเทศร่วมมือกันให้มากขึ้น เพื่อค้นหาเครื่องมือใหม่ ๆ ความร่วมมือใหม่ ๆ และแนวทางใหม่ ๆ เพื่อต่อสู้กับแนวคิดเรื่องความมั่นคงใหม่นี้ โดยเปลี่ยนแปลงจากการสมดุทาง

อำนาจการทหารมาเป็นแนวนโยบายเรื่อง ความจำเป็นพื้นฐานของมนุษย์การทำงานที่มั่นคง  
 สม่่าเสมอ สิทธิมนุษยชน การทูตและการพัฒนาเชิงป้องกัน และการปฏิรูปสถาบันระดับโลก  
 (UNDP, 2004. p. 8-22)

### 2.1.2 ความมั่นคงของมนุษย์ตามแนวความคิดของแคนาดา

แคนาดาร่วมกับกลุ่มประเทศเป็นกลางจำนวนหนึ่ง นำเสนอแนวความคิดเรื่อง  
 ความมั่นคงของมนุษย์คล้าย ๆ กับแนวคิดของ UNDP ในช่วงเริ่มต้น แต่เมื่อเวลาผ่านไปหลายปีมี  
 บางส่วนของแนวความคิดเริ่มแตกต่างออกไป แคนาดาได้จัดพิมพ์เอกสารเกี่ยวกับความมั่นคงของ  
 มนุษย์ 2 รายการ ในปี 1997 และ 1999 ตามลำดับ และได้ร่วมกับประเทศนอร์เวย์จัดประชุมระดับ  
 รัฐมนตรีต่างประเทศขึ้นครั้งแรกที่เกาะ Lysoen เมือง Bergen ประเทศนอร์เวย์ และได้จัดตั้ง  
 เครือข่ายความมั่นคงของมนุษย์ ( Human Security Network ) ขึ้น โดยมีผู้ก่อตั้ง 13 ประเทศจาก  
 ทุกภูมิภาค และประเทศไทยเป็นสมาชิกในผู้ก่อตั้งนี้ด้วย แนวทางของแคนาดาจะตอบคำถามทั้ง  
 4 ข้อ ของ David Baldwin ได้ดังนี้

#### 1) คำถามที่ 1 ความมั่นคงเพื่อใคร ? (Security for whom)

แคนาดามีความเห็นเช่นเดียวกับ UNDP ว่า ความมั่นคงเป็นเรื่องของมนุษย์แต่ละ  
 คน เพื่อความมั่นคงจะต้องต่อสู้กับความขัดสนทางเศรษฐกิจ, เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี และรับประกัน  
 สิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐาน โดยในปี 1999 ได้เพิ่มข้อสังเกตว่า ความมั่นคงของปัจเจกชน (ความ  
 มั่นคงของมนุษย์) จะเป็นเกณฑ์ใหม่ของสังคมโลก อย่างไรก็ตาม ก็ยอมรับว่าความมั่นคงระหว่าง  
 รัฐก็ยังคงเป็นเงื่อนไขที่สำคัญสำหรับความมั่นคงของประชาชน

#### 2) คำถามที่ 2 อะไรคือคุณค่าของความมั่นคง ? (Values of Security)

แคนาดาได้ให้คุณค่าของความมั่นคง ได้แก่ คุณภาพชีวิตที่เหมาะสมกับสังคม และ  
 การได้รับประกันสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐาน ซึ่งหมายถึง ความจำเป็นพื้นฐานต่าง ๆ การพัฒนา  
 เศรษฐกิจ สิทธิและเสรีภาพส่วนบุคคล นิติรัฐ ธรรมาภิบาล ความเสมอภาคทางสังคม และการ  
 พัฒนาอย่างยั่งยืน

ในคำลงนามร่วมที่เกาะ Lysoen ได้ให้คำจำกัดความเพิ่มเติมว่า คุณค่าพื้นฐาน  
 ของความมั่นคงมนุษย์ 3 เรื่อง คือ 1) freedom from fear: การปราศจากความหวาดกลัว  
 2) freedom from want: การเป็นอิสระจากความขาดแคลน 3) equal opportunities: การได้รับ  
 โอกาสเท่าเทียมกัน

สรุปว่ากลุ่มของแคนาดามีแนวคิดว่าคุณค่าของความมั่นคงมนุษย์ก็คือ การ  
 ปลอดภัยสิ่งที่คุกคามต่อสิทธิเสรีภาพประชาชนต่อความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน

### 3) คำถามที่ 3 ความมั่นคงถูกคุกคามจากเรื่องใด ?

แคนาดานำเสนอภัยหลัก ที่คุกคามความมั่นคงของมนุษย์ไว้เพียงเล็กน้อย และไม่  
เป็นระบบเหมือนกับ UNDP ซึ่งสรุปจากรายงาน ปี 1997 ได้หลายประการเช่น ช่องว่างทาง  
เศรษฐกิจระหว่างประเทศที่ร่ำรวยกับประเทศที่ยากจน ความขัดแย้งระหว่างประเทศ  
อาชญากรรมข้ามชาติ การผลิตอาวุธทำลายล้างสูง ความขัดแย้งทางศาสนาและกลุ่มชน  
ภายในประเทศ การทำลายสิ่งแวดล้อม การเพิ่มขึ้นของประชากร การอพยพย้ายถิ่นฐาน การ  
กระจายของการใช้กับระเบิด และการละเมิดสิทธิเด็ก และจากรายงาน ปี 1999 ได้เพิ่มเติมภัย  
คุกคามอีก 2 ประการคือความขัดแย้งของกลุ่มชนและการทำลายล้างเผ่าพันธุ์ ซึ่งเป็นด้านลบของ  
โลกาภิวัตน์ ที่ก่อให้เกิดอาชญากรรมที่ใช้ความรุนแรง การค้ายาเสพติด การก่อการร้ายข้ามชาติ  
การเสื่อมโทรมของสิ่งแวดล้อม และโรคใหม่ ๆ

### 4) คำถามข้อที่ 4 จะสร้างความมั่นคงให้เกิดขึ้นได้ด้วยวิธีใด ?

ในรายงาน ปี 1997 แคนาดาเสนอแนะไว้ถึงการสร้างความมั่นคงจะเกิดขึ้นได้  
จาก การสร้างสันติภาพการรักษาสันติภาพ การปลดอาวุธ การพิทักษ์สิทธิของเด็ก การพัฒนาทาง  
เศรษฐกิจแบบสมดุล การสร้างอาวุธใหม่คือ การใช้ข้อมูลข่าวสารเพื่อมุ่งผลลัพธ์ด้วยการชักชวน  
แทนการใช้กำลังบังคับ การรวมกลุ่มสร้างเครือข่ายเพื่อความมั่นคงของมนุษย์ โดยมีรัฐบาล NGO  
สถาบันวิชาการ ธุรกิจ และประชาคมร่วมประสานกัน (Canada Department of Foreign  
Affairs and International Trade , 2003 p 24-29)

### 2.1.3 ลักษณะใหม่ของความมั่นคงของมนุษย์ (New Dimension of Human Security)

ความมั่นคงของมนุษย์ (Human Security) เป็นแนวคิดใหม่ ซึ่งได้มีการเสนอ  
เป็นระเบียบวาระโลก ในรายงานการพัฒนามนุษย์ ค.ศ.1994 ของสำนักงานโครงการพัฒนาแห่ง  
สหประชาชาติ (United Nations Development Program - UNDP) รายงานนี้ได้เสนอแนวคิด  
สำคัญเกี่ยวกับการพัฒนาที่กำหนดให้ประชาชนเป็นศูนย์กลาง (People Centered) โดยมี  
เป้าหมายเบื้องต้นของมนุษย์ 3 ประการ คือ

- 1) มนุษย์ทุกคนจะต้องปราศจากความกลัว (Freedom from fear)
- 2) อิสระจากความขาดแคลน หรือความต้องการ (Freedom from want)
- 3) มนุษย์ทุกคนต้องได้รับโอกาสที่เท่าเทียม (Equal Opportunity)

ซึ่งเป็นการปรับเปลี่ยนคำจำกัดความของความมั่นคงเดิมที่มักหมายถึงความ  
มั่นคงของชาติ อันประกอบด้วยรัฐและดินแดนมาเป็นความมั่นคงของประชาชนในฐานะเป็นองค์

ประกอบพื้นฐานของชาติ และจากความมั่นคงทางแสนยานุภาพสู่ความมั่นคงทางการพัฒนา ต่อมาในปี ค.ศ.1999 หลังจากเกิดวิกฤตเศรษฐกิจที่ส่งผลกระทบไปทั่วโลก รายงาน “การพัฒนา มนุษย์ ค.ศ.1999” ได้กล่าวถึงความมั่นคงของมนุษย์อีกครั้งหนึ่ง ซึ่งเป็นการพิจารณาในทิศทางด้ านลบ โดยชี้ ว่ามนุษย์ทั้งในประเทศพัฒนาแล้วและกำลังพัฒนา ได้เผชิญกับความไม่มั่นคง ะไรบ้าง ในกระแสโลกาภิวัตน์ ซึ่งได้จำแนกออกเป็น 7 ด้าน ได้แก่ ความไม่มั่นคงทางเศรษฐกิจ ความไม่มั่นคงทางอาชีพและรายได้ ความไม่มั่นคงทางสุขภาพ ความไม่มั่นคงทางวัฒนธรรม ความไม่มั่นคงส่วนบุคคล ความไม่มั่นคงทางสิ่งแวดล้อม ความไม่มั่นคงทางการเมืองและชุมชน อันก่อผลกระทบ ต่อเสถียรภาพและความเป็นปึกแผ่นของชุมชน

ต่อมาในรายงาน “การพัฒนา มนุษย์ ค.ศ.2000” ใช้ชื่อว่า “สิทธิมนุษยชนกับการพัฒนา มนุษย์เพื่อเสรีภาพและความเป็นปึกแผ่น” ได้อธิบายความสัมพันธ์ระหว่างสิทธิมนุษยชน การพัฒนา มนุษย์ และความมั่นคงของมนุษย์เข้าด้วยกัน โดยชี้ให้เห็นว่าสิทธิมนุษยชนและการ พัฒนา มนุษย์มีวิสัยทัศน์และจุดประสงค์ร่วมกัน ได้แก่ การสร้างความมั่นคงให้กับเสรีภาพ และศักดิ์ศรีของมนุษย์ทุกคนทั่วโลก

จากการศึกษาภัยคุกคามต่อความมั่นคงของมนุษย์ พบว่ามีทางปฏิบัติได้ 2 ทางคือการ คุ้มครอง (Protection) และการเสริมพลัง (Empowerment) โดยเฉพาะแก่ประชาชนฐานราก ซึ่ง ประชาชาติทั้งหลายควรจะได้ยึดมั่นในคำขวัญ “การปลอดจากความขาดแคลนและ การปลอดจาก ความหวาดกลัว” เพื่อที่ว่าจะได้สามารถแก้ไขปัญหาความทุกข์ยากและความไม่มั่นคงของมนุษย์ที่ เพิ่มขึ้นได้

ดร.ซาบิना อัลไคร์ (Sabina Alkire: 2002) นักวิจัยในโครงการความเป็นธรรมของมนุษย์ ณ มหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด ได้ให้ความหมายเชิงปฏิบัติการไว้ว่า “วัตถุประสงค์ของความมั่นคงของ มนุษย์ คือการป้องกันภัย (Safeguard) ต่อเรื่องสำคัญ (Vital core) ของมนุษย์ทุกคน จากภัย คุกคามที่ล่อแหลมในด้านต่าง ๆ (Critical pervasive threats) โดยเกิดผลอย่างครบถ้วนแก่มนุษย์ ในระยะยาว (Long-term human fulfillment) ความหมายนี้จึงต้องมีการขยายความคำที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1) การปกป้อง (Safeguard) มีความหมาย 2 ส่วน คือ

1.1) การจัดหา (Provide) ซึ่งการจัดหาและส่งเสริมความมั่นคงของมนุษย์มีกิจกรรม สำคัญคือ การที่ภัยคุกคามที่ล่อแหลมและกว้างขวาง การป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้น การ บรรเทาอันตรายจากความเสียหายนั้น และการปฏิบัติอย่างมีศักดิ์ศรี

1.2) การยอมรับว่ากิจกรรมดังกล่าว สามารถคาดการณ์ได้ ไม่ว่าจะเริ่มต้นมาอย่างไร



2) แก่นสาระสำคัญของชีวิต (Vital Core) เป็นการเจาะประเด็นความมั่นคงของมนุษย์ ให้แคบสู่เรื่องที่สำคัญและจำเป็นที่สุด เพื่อให้สามารถปฏิบัติได้อย่างบังเกิดผล มีกิจกรรมที่ต้องทำ คือการทำให้เป็นพื้นฐานแต่หลวมมิติในชุดของสิทธิมนุษยชน และเสรีภาพของมนุษย์บนพื้นฐานของการปฏิบัติ อย่างมีเหตุผล การเชื่อมโยงระหว่างการปลอดจากความกลัวและความขาดแคลน ในเรื่องสำคัญของความมั่นคงของมนุษย์มีความเหมาะสม

3) มนุษย์ทุกคน (All Human Lives) คือการถือว่าประชาชนเป็นศูนย์กลาง โดยเน้นทั้งด้านปัจเจกบุคคลและชุมชน การเป็นสากลและไม่กีดกัน ถือว่ามนุษย์ไม่ใช่เพียงเครื่องมือของการพัฒนาแต่เป็นเป้าประสงค์สุดท้ายของการพัฒนา

4) ภัยคุกคามที่วิกฤตในด้านต่าง ๆ (Critical Pervasive Threats) ภัยคุกคามอาจเป็นโดยตรง เช่นการฆ่าล้างเผ่าพันธุ์หรือสงครามกลางเมือง หรือเป็นโดยอ้อม เช่น วิกฤตการเงิน ภัยคุกคามที่ล่อแหลมอาจกว้างขวางเกิดขึ้นกระจัดกระจายเป็นวงกว้างหรือเกิดขึ้นบ่อย

5) ความครบถ้วนแก่มนุษย์ในระยะยาว (Long-term Human Fulfillment) กระบวนการสร้างความมั่นคงของมนุษย์ต้องสอดคล้องกับการพัฒนามนุษย์ โดยการสนับสนุนการมีส่วนร่วม เสรีภาพ ความเหมาะสมทางสถาบัน และความหลากหลาย อันหมายความว่าให้ความสำคัญต่อ "กระบวนการ" เช่น ธรรมนูญสากล การเสริมสร้างศักยภาพ (Capacity building) การเสริมสร้างความเข้มแข็งเชิงสถาบัน (Institution building) มากกว่าการปกป้องเฉพาะหน้าจากภัยคุกคาม

ภายใต้หลักการทั่วไปเหล่านี้ UNDP ได้ประกาศองค์ประกอบของความมั่นคงของมนุษย์ จำนวน 7 องค์ประกอบ ดังนี้คือ 1) economic security 2) food security 3) health security 4) environmental security 5) personal security 6) communities security 7) political security

แนวคิดของ Economic and Social Commission for Asia and the Pacific : ESCAP ได้ชี้ให้เห็นถึงการขาดแคลนคุณภาพชีวิตที่ด้อยกว่าทำให้มนุษย์อยู่ในสภาพที่ขาดความมั่นคง ทั้งนี้ได้แสดงถึงองค์ประกอบที่ต้องพิจารณา 7 ด้านด้วยกันคือ 1) ด้านสุขภาพ 2) ด้านการศึกษา 3) ด้านการทำงาน 4) ด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ 5) ภาพครอบครัวและความเป็นอยู่ 6) สภาพความเป็นชุมชน 7) วัฒนธรรมจิตวิญญาณความเชื่อ (Economic and Social Commission for Asia and the Pacific, 1990 p)

ประเทศมองโกเลีย (1998) ได้กำหนดโครงสร้างความมั่นคงของมนุษย์ที่สอดคล้องกับประเทศ โดยกำหนดเป็น 9 องค์ประกอบได้แก่ 1) ความมั่นคงของประเทศ 2) ความมั่นคงต่อ

ระเบียบในสังคม 3) ความมั่นคงต่อสิทธิเสรีภาพประชาชน 4) ความมั่นคงด้านเศรษฐกิจ 5) ความมั่นคงทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี 6) ความมั่นคงทางสารสนเทศ 7) ความมั่นคงต่อการเจริญก้าวหน้าของประเทศ 8) ความมั่นคงต่อประชากรและลักษณะทางพันธุกรรม 9) ความมั่นคงทางระบบนิเวศวิทยา

ประเทศแคนาดา (2000) ซึ่งถือเป็นประเทศหนึ่งที่ทำให้ความสำคัญในประเด็นความมั่นคงของมนุษย์ได้น้อยกว่า UNDP คือ แบ่งเป็น 5 องค์ประกอบได้แก่ 1) ความมั่นคงด้านเศรษฐกิจ 2) ความมั่นคง ด้านสิ่งแวดล้อม 3) ความมั่นคงส่วนบุคคล 4) ความมั่นคงด้านชุมชน 5) ความมั่นคงจากการคุกคามของโลกาภิวัตน์

ประเทศญี่ปุ่น (2001) ซึ่งมีบทบาทในด้านความมั่นคงของมนุษย์ แม้โดยความร่วมมือกับสหประชาชาติในการสนับสนุนงบประมาณให้องค์กรเอกชน (NGOs) และหน่วยงานของรัฐบาลได้ทำการศึกษาความมั่นคงของมนุษย์ของแต่ละประเทศ แต่ไม่ได้กำหนดองค์ประกอบไว้อย่างชัดเจน เพียงแต่ได้อธิบายถึงภัยคุกคามความมั่นคงของมนุษย์ 5 ด้านหลักคือ 1) ความอยู่รอดของมนุษย์ (Human Survival) ที่พูดถึงเรื่องรายได้การมีงานทำ 2) การลดระดับคุณภาพสิ่งแวดล้อม (Environment Degradation) ที่พูดถึงมลพิษและผลกระทบจากอุตสาหกรรมที่ทำให้เป็นอันตรายต่อมนุษย์ 3) ความรุนแรงด้านสิทธิมนุษยชน (Violation of human rights) คือการละเมิดสิทธิเสรีภาพต่าง ๆ ของมนุษย์ รวมถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ 4) ขบวนการอาชญากรรม (Organized Crime) ได้แก่ ขบวนการที่ใช้อำนาจ ช่มชู้ ผู้ประกอบอาชีพสุจริตทั้งหลาย และ 5) ด้านอื่น ๆ เช่น ความยากจน(poverty) ผู้อพยพ(Refugees) สิ่งเสพติด(Drug) เชื้อโรค ซึ่งเป็นผลให้มนุษย์ถูกรบกวนการใช้ชีวิตอย่างปกติสุข

เครือข่ายความมั่นคงของมนุษย์ (Human Security Network : 2001) ซึ่งมี 13 ประเทศสมาชิกได้แก่ออสเตรเลีย แคนาดา ชิลี ฮอลแลนด์ กรีซ ไอร์แลนด์ จอร์แดน เม็กซิโก นอร์เวย์ เนเธอร์แลนด์ แอฟริกา สวิตเซอร์แลนด์ และประเทศไทย ได้จำแนกองค์ประกอบเป็น 5 ด้านด้วยกันคือ 1) นิเวศวิทยา 2) เศรษฐกิจ 3) สังคม 4) การเมือง 5) วัฒนธรรม

จากการประเมินการกำหนดองค์ประกอบของแต่ละหน่วยงาน และแต่ละประเทศที่เลือกยกมาเปรียบเทียบ พบว่า หน่วยในการวิเคราะห์ (Unit of analysis) มีความแตกต่างกัน กล่าวคือ ของ UNDP แคนาดา และญี่ปุ่น มีหน่วยวิเคราะห์ในระดับบุคคล ในขณะที่ ESCAP เครือข่ายความมั่นคงของมนุษย์ และมองโกเลียมีหน่วยวิเคราะห์ระดับรัฐ / ประเทศ ดังนั้นเมื่อนำองค์ประกอบดังกล่าวมาพิจารณาพบว่ามีทั้งความเหมือนและความแตกต่างกันไป

นอกจากที่กล่าวมาทั้งหมดแล้วยังพบว่ามีความทำงานและบุคคลต่าง ๆ จำนวนมาก พยายามที่จะให้คำจำกัดความและความหมายของความมั่นคงของมนุษย์ จากการทบทวนเอกสาร รายงานต่าง ๆ ในเรื่องนี้ สามารถสรุปได้ว่า ความหมายของความมั่นคงของมนุษย์มีการกำหนดไว้ อย่าง กว้างขวางและหลากหลาย ประกอบกับสามารถพิจารณาได้ในมิติต่าง ๆ หลายมิติ การจะ นำความหมายเรื่องนี้ไปใช้จึงขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ และการเลือกกำหนดขอบข่ายในประเด็นที่สอดคล้องต้องการกับการใช้งานหรือการนำเสนอ สำหรับการนำไปใช้ประโยชน์ในการกำหนด และพัฒนามาตรฐานตัวชี้วัด ผู้วิจัยมีข้อเสนอ ดังนี้

1) หน่วยวิเคราะห์ (Unit of analysis) เป็นระดับตัวบุคคล (Individual) ไม่ใช่ระดับสังคม หรือประเทศ

2) กลุ่มเป้าหมาย (Target group) ของความมั่นคง หมายถึงรวมถึง มนุษย์ทุกคนใน สังคมไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งคนไทย โดยไม่แยกกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง เช่น ผู้ถูกคุกคามหรือผู้ด้อย โอกาส เป็นต้น

3) ประเด็นของความไม่มั่นคง(Insecurity issues) พิจารณา 3 ประเด็น คือการหลุดพ้น จากความขาดแคลน การปลอดภัยจากความกลัว และการมีโอกาสที่เท่าเทียมกัน

4) ทิศทางและระดับความรุนแรง (Direction and level) พิจารณาในทิศทางที่ก่อให้เกิด ความไม่มั่นคงแก่มนุษย์ซึ่งเป็นทิศทางที่ตรงข้ามกับการพัฒนา และคุณภาพชีวิต

5) ความครอบคลุม (Coverage) พิจารณาขอบข่ายในองค์ประกอบด้านใดบ้าง เช่นด้าน สุขภาพ การศึกษา ครอบครัวย เป็นต้น

6) แหล่งปัจจัยเหตุของความไม่มั่นคง (Insecurity factors) จากการทบทวนเอกสาร ทั้งหมดเป็นการพิจารณาตามแนวตะวันตก กล่าวคือมองปัจจัยเหตุของความไม่มั่นคงทั้งหลายทั้ง ปวง จากปัจจัยภายนอกด้านเดียว ในการศึกษาจะพิจารณาทั้งปัจจัยภายนอก หรือภาวะปัจจัย และปัจจัยภายในตนเอง หรืออดีตปัจจัย ควบคู่กันไป

จากการทบทวนเอกสาร รายงานการวิจัย จึงสามารถสรุปองค์ประกอบของความมั่นคงของ มนุษย์ที่เสนอโดยองค์กรและบุคคลต่าง ๆ ได้ดังตาราง 2 และ ตาราง 3

ตาราง 2 แสดงองค์ประกอบของความมั่นคงของมนุษย์ที่เสนอโดยองค์กรและบุคคลต่างๆ

Agenda 21 1992	UNDP 1994	Buttedahl 1994	Nef 1999	Sen 2000 (Obuchi)	Canada 2000	Leaning/ Arie 2000	Thomas 2000	Nussbaum 2000	Hampson 2002
- ความมั่นคงขั้นพื้นฐาน - เศรษฐกิจใน ฐานะกลไก ความก้าวหน้า - สภาพแวดล้อม ในฐานะความเป็น พื้นฐานของความ การพัฒนาอย่าง ยั่งยืน - ความเป็นธรรม ในฐานะประเด็น หลัก ที่สำคัญของสังคม ประชาธิปไตย มีธรรมภิบาล	- ความมั่นคง ส่วนบุคคลและ กายภาพ - ความมั่นคง ด้านเศรษฐกิจ - ความมั่นคง ด้านสังคม - ความมั่นคง ด้านการเมือง - ความมั่นคง ด้านเชื้อชาติ และวัฒนธรรม	- ความมั่นคง ด้านสิ่งแวดล้อม - ความมั่นคง ส่วนบุคคล - ความมั่นคง ด้านกายภาพ - ความมั่นคง ด้านเศรษฐกิจ - ความมั่นคง ด้านสังคม - ความมั่นคง ด้านการเมือง - ความมั่นคง ด้านชาติ และวัฒนธรรม	- ความมั่นคง ด้านสิ่งแวดล้อม - ความมั่นคง ส่วนบุคคล - ความมั่นคง ด้านกายภาพ - ความมั่นคง ด้านเศรษฐกิจ - ความมั่นคง ด้านสังคม - ความมั่นคง ด้านการเมือง - ความมั่นคง ด้านวัฒนธรรม	- การดำรงอยู่ใน อดีตประจำวัน - ศักดิ์ศรีแห่ง มนุษย์	- การคุ้มครอง พลเมือง - กระบวนการ สนับสนุน สันติภาพ - การหลีกเลี่ยง ความขัดแย้ง - การปกครอง และการ รับผิดชอบต่อ - ความ ปลอดภัย สาธารณะ	- ความรู้สึกถึง ความเป็นบ้าน อย่างยั่งยืน - เครื่องช่วยสังคม และครอบครัวที่ สร้างสรรค์ - การยอมรับ อดีต และการมอง อนาคต อย่างมี ความหวัง	- ความ ต้องการ พื้นฐาน - ศักดิ์ศรี ความเป็น มนุษย์ - ประชา ธิปไตย	- ชีวิต - สุขภาพกาย - มรดกทาง กายภาพ - ความคิด จินตนาการ - ธรรมเนียม - เหตุผล รากฐานของ การปฏิบัติ - การมี ความสัมพันธ์กับ บุคคลอื่น ๆ - ความเชื่อมโยง กับสัตว์โลกอื่น ๆ - การหย่อนใจ - การควบคุม สภาพแวดล้อม ของตน	- อิสรภาพจาก ความกลัว/ความ ปลอดภัยในชีวิต - สิทธิเสรีภาพ และความมีกฎ ระเบียบของ บ้านเมือง - อิสรภาพจาก ความเท็จและความ ความเข้มแข็ง ความเป็นธรรม ทางสังคม

ตาราง 3 แสดงการเปรียบเทียบองค์ประกอบความมั่นคงของมนุษย์

รายละเอียดของ นิยาม / ความหมาย	ประเทศ / องค์การ / บุคคล										ไพลย์ วัฒนธรรม	
	UNDP (1994)	Canada (2000)	Japan (2001)	ESCAP (1990)	Mongolia (1998)	HmSN (2001)	Thai (2004)	Cofi Annan	Louis Frechette	Sadako Ogata		Kanti Bejpai
การกำหนดระดับของเป้าหมาย (Referent Object)												
- ปัจเจกบุคคล								✓		✓		✓
- ชุมชน/กลุ่มบุคคล	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓		✓	
- รัฐ					✓					✓		✓
องค์ประกอบ												
- เศรษฐกิจ	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓
- สุขภาพ	✓						✓	✓	✓	✓	✓	✓
- อาหาร	✓						✓					
- สิ่งแวดล้อม	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
- ส่วนบุคคล	✓	✓	✓	✓			✓					
- ชุมชน	✓	✓		✓			✓					✓
- การเมือง	✓					✓			✓	✓		
- ครอบครัว				✓							✓	
- การศึกษา				✓			✓					
- วัฒนธรรม				✓			✓					

ตาราง 3 (ต่อ)

รายละเอียดของ นิยาม / ความหมาย	ประเทศ / องค์การ/บุคคล											
	UNDP (1994)	Canada (2000)	Japan (2001)	ESCAP (1990)	Mongolia (1998)	HmSN (2001)	Thai (2004)	Cofi Annan	Louis Frechette	Sadako Ogata	Kanti Bajpai	ไพบูลย์ วัฒนศิริธรรม
องค์ประกอบ												
ที่อยู่อาศัย						✓	✓					
ภัยจากโลกาภิวัตน์		✓			✓							
ระเบียบสังคม					✓	✓						
อาชีพและการงาน				✓								
ความยากจน			✓									✓
อาชญากรรม			✓									✓
พันธุกรรมประชาชน					✓							
วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี					✓							
สิทธิ /เสรีภาพ					✓			✓			✓	✓
องค์ประกอบ												
ประเทศและรัฐ					✓					✓		
สารสนเทศ					✓							
รวม	7	5	5	7	9	5	11	5	5	7	6	9

โดยสรุปความมั่นคงของมนุษย์ ( Human security ) ได้มีการปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์ใหม่ (New Paradigm) จากการที่มุ่งสร้างความปลอดภัยจากการรุกรานจากศัตรู หรือความปลอดภัยในการปกครองประเทศ มาเป็นการที่ประชาชนสามารถแสดงออกในทางเลือกของตนเองอย่างปลอดภัยและเป็นอิสระ ส่งผลให้ประชาชนมีความมั่นใจว่า โอกาสที่มีอยู่ทั้งในปัจจุบันและอนาคต ประชาชนควรมีศักยภาพและได้รับอำนาจมากพอที่จะดูแลรับผิดชอบตัวเอง มีโอกาสที่จะแสวงหาความต้องการของตนเอง และรายได้ที่พอเพียงในการดำรงชีวิต ซึ่งหมายรวมถึงการที่ประชาชนได้รับหลักประกันด้านสิทธิ ความปลอดภัย การสนองต่อความจำเป็นขั้นพื้นฐาน สามารถดำรงตนอยู่ในสังคมได้อย่างมีศักดิ์ศรี และได้รับโอกาสในการพัฒนาศักยภาพตนเองอย่างเท่าเทียมกัน โดยรายละเอียดนั้นผู้วิจัยสามารถสรุป ได้ดังตารางที่ 2 (Baldwin, David A., 1997. pp. 5-26.; Boer, Leen and Ad Koekkoek, 1994. pp. 519-522.; Lloyd Axworthy, 1997. pp. 183 -196; Stanford University Press, 1999; Watson Douglas , 1996. pp. 392-394.)

#### 2.1.4 การสังเคราะห์แนวคิดความหมายของความมั่นคงของมนุษย์

แนวคิดเรื่องความมั่นคงเป็นสิ่งที่มีการตีความอย่างแคบ ๆ มาเป็นเวลานาน จากการมองว่าเป็นความมั่นคงของรัฐบาล หรือเป็นการปกป้องผลประโยชน์ของชาติ ในนโยบายต่างประเทศ หรือจะเป็นเรื่องความมั่นคงปลอดภัยจากภัยคุกคามของอาวุธนิวเคลียร์ที่มีอำนาจทำลายล้าง ซึ่งความมั่นคงปลอดภัยในของรัฐ มากกว่าที่จะเกี่ยวข้องกับประชาชน ซึ่งเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการได้รับการป้องกันจากโรคภัย ความหิวโหย ภาวะการว่างงาน อาชญากรรม ความขัดแย้งทางสังคม การกดขี่ทางการเมืองรวมทั้งภัยธรรมชาติ แต่ในท้ายที่สุดแล้ว ความมั่นคงของมนุษย์นั้นไม่ได้เป็นเพียงความพร้อมของกองทัพ อาวุธ หรือการสู้รบ แต่เป็นเรื่องของชีวิตความเป็นอยู่และศักดิ์ศรีในความเป็นมนุษย์

แนวคิดพื้นฐานเกี่ยวกับความมั่นคงของมนุษย์นั้น มีลักษณะสำคัญ 4 ประการดังนี้

- 1) ความมั่นคงของมนุษย์เป็นปัญหาสากล เกี่ยวข้องกับมนุษย์ในทุกแห่ง แม้ว่าความรุนแรงของสิ่งคุกคามเหล่านี้จะแตกต่างกันไปในแต่ละพื้นที่หรือชุมชน แต่สิ่งคุกคามความมั่นคงของมนุษย์เหล่านี้มีอยู่จริง และกำลังมีเพิ่มมากขึ้นตลอดเวลา
- 2) องค์ประกอบของความมั่นคงของมนุษย์นั้นเกี่ยวพันกัน เมื่อประชากรในบางพื้นที่ต้องประสบภัยต่อความมั่นคง พื้นที่อื่น ๆ ก็จะมีส่วนเกี่ยวข้องหรือได้รับผลกระทบร่วมกันไปด้วย
- 3) ความมั่นคงของมนุษย์เป็นสิ่งที่ทำให้เกิดขึ้นได้ง่ายหากมีการป้องกันล่วงหน้า ดีกว่าที่จะมาตามแก้ไขในภายหลัง การจัดการกับภัยเหล่านี้ตั้งแต่ต้นจะมีการสูญเสียน้อยกว่า แต่ความมั่นคงของมนุษย์ไม่ได้เป็นเพียงเรื่องแนวคิดเกี่ยวกับการป้องกันเท่านั้นแต่เป็นแนวคิดเชิงบูรณาการ

ที่จะต้องคำนึงถึงประเด็นทั้งในระดับประชาชนและระดับพื้นที่ ระดับชุมชน และประเทศชาติมีการประสานประโยชน์และความร่วมมือจากฝ่ายต่าง ๆ ที่ต้องมีความเห็นชอบร่วมกันว่าเรื่องนี้มีความเกี่ยวข้องกับทุก ๆ คน เพื่อที่จะสร้างความมั่นคงของมนุษย์ได้เกิดขึ้น

4) ความมั่นคงของมนุษย์เป็นเรื่องที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง ซึ่งเป็นเรื่องเกี่ยวกับว่า มนุษย์ดำรงชีวิตและหายใจอยู่ในสังคมได้อย่างไร พวกเขามีสิทธิเสรีภาพที่จะเลือกกระทำ การที่ต้องให้ความสนใจมนุษย์ในการดำเนินชีวิตในสังคม การมีสิทธิเสรีภาพที่จะเลือกทำสิ่งต่าง ๆ ที่สามารถกระทำได้ การให้โอกาสทางสังคม และความสามารถที่จะเลือกที่จะใช้ชีวิตอยู่ท่ามกลางความขัดแย้งหรือสันติภาพ

ดังนั้น นิยามที่ชัดเจนเกี่ยวกับความมั่นคงของมนุษย์นั้น แบ่งออกได้เป็น 3 ประการ ได้แก่

- 1) ความปลอดภัยจากความกลัว (freedom from fear)
- 2) ความปลอดภัยจากความขาดแคลน (freedom from want)
- 3) การได้รับโอกาสที่เท่าเทียม (equal opportunity)

ซึ่งทั้งสามสิ่งนี้เป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่องค์การสหประชาชาติกำหนด โดยมีประเด็นหลัก ๆ มี 7 ประการ คือ 1) ความมั่นคงทางเศรษฐกิจ (economic security) 2) ความมั่นคงด้านอาหาร (food security) 3) ความมั่นคงด้านสุขภาพ (health security) 4) ความมั่นคงด้านสิ่งแวดล้อม (environmental security) 5) ความมั่นคงของบุคคล (personal security) 6) ความมั่นคงของชุมชน (communities security) 7) ความมั่นคงทางการเมือง (political security)

## 2.1.5 ความมั่นคงของมนุษย์ในบริบทสังคมไทย

### 2.1.5.1 แนวความคิดเดิมเรื่องความมั่นคงของมนุษย์ในประเทศไทย

แนวความคิดเดิมเรื่องความมั่นคงของมนุษย์ในประเทศไทย เริ่มมีการศึกษาโดยกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ซึ่งได้กำหนดกรอบปรัชญาและนิยามความหมายว่าหมายถึงการที่ประชาชนได้รับหลักประกันด้านสิทธิ ปลอดภัย การสนองตอบต่อความจำเป็นขั้นพื้นฐาน สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีศักดิ์ศรี ตลอดจนได้รับโอกาสอย่างเท่าเทียมกันในการพัฒนาศักยภาพตนเอง โดยได้ให้ความสำคัญกับหลักประกันในด้านต่าง ๆ คือ สิทธิ, ปลอดภัย, ความจำเป็นขั้นพื้นฐาน, การดำรงชีวิตในสังคมอย่างมีศักดิ์ศรี, การได้รับโอกาสที่เท่าเทียมกันในการพัฒนาศักยภาพ (หนังสือที่ พม.0208/ว15856 ลงวันที่ 5 มิถุนายน 2546) ซึ่งสามารถวิเคราะห์เรื่องความมั่นคงของมนุษย์ สำหรับประเทศไทยในรายละเอียดได้ดังนี้

- 1) ความมั่นคงเพื่อใคร (Security Referent)



ประเทศไทยให้ความสำคัญเรื่องความมั่นคงของมนุษย์ โดยมุ่งที่ปัจเจกชน กล่าวคือ ความมั่นคงของมนุษย์คือความมั่นคงของประชาชนแต่ละคน ซึ่งประชาชนในที่นี้ หมายถึง สมาชิกทุกคนในสังคมไทย ไม่มีข้อยกเว้นว่าคน ๆ นั้นจะเป็นคนไทยโดยกำเนิดหรือไม่ รวมถึงชาวต่างชาติที่มาพักอาศัยประกอบอาชีพในประเทศไทย และนักท่องเที่ยวที่เดินทางมาท่องเที่ยวในประเทศไทยอย่างถูกกฎหมาย ซึ่งคนกลุ่มนี้เมื่อรวมกันอยู่ในสังคมเมืองแล้วส่วนใหญ่จะเกิดการแก่งแย่งแข่งขัน เอาตัวรอด และดำรงชีวิตอยู่ด้วยการบริโภคอย่างสิ้นเปลือง อย่างไรก็ดี ทุกคนในสังคมไม่ว่าจะเป็นกลุ่มใดก็ตามจำเป็นต้องได้รับ “การจัดการจากภาครัฐ” ประกอบกับ “การจัดการกับชีวิตตนเอง” เพื่อให้เกิดความมั่นคง

## 2) คุณค่าของความมั่นคง ( Security Values )

คุณค่าของความมั่นคงพิจารณาจากความสามารถในการพึ่งพาตนเองได้ของคนไทย ซึ่งการพึ่งพาในที่นี้หมายถึง

- คุณค่าของความมั่นคงทางด้านสุขภาพ คือการมีร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรง การมีจิตใจมีอารมณ์ที่ดี มีความสุข มีความพร้อมที่จะปรับตัวอยู่ในสังคมร่วมกับผู้อื่น
- คุณค่าของความมั่นคงด้านการมีปัญญา คือการคิดอย่างเป็นระบบและเป็นเหตุเป็นผล
- คุณค่าของความมั่นคงการมีสำนึกที่เป็นสาธารณะ มีความเป็นประชาสังคม มีการรวมตัวของสมาชิกในสังคม เพื่อเชื่อมประสานผลประโยชน์ จากทรัพยากรหรืออำนาจระหว่างปัจเจกชนกับรัฐ โดยเป้าหมายของประชาสังคมคือ การเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีของสมาชิกทุกคนในสังคม

## 3) การคุกคามความมั่นคง ( Security Threats )

สำหรับแนวคิดเดิม การคุกคามความปลอดภัยเกี่ยวข้องโดยตรงกับการรุกรานโดยรัฐอื่นแต่แนวความคิดใหม่เรื่องความมั่นคงของมนุษย์นั้น การคุกคามมิได้ทั้งโดยทางตรงและทางอ้อมจากแหล่งต่าง ๆ ซึ่งเกี่ยวพันกับอำนาจในระดับต่าง ๆ การคุกคามทางตรงได้แก่ ปัญหายาเสพติด การใช้ความรุนแรง การล่องละเมิดทางเพศ การลดคุณค่าความเป็นมนุษย์ ความมีอคติและการใช้อำนาจบังคับ เป็นต้น ส่วนการคุกคามทางอ้อมนั้นหมายถึง การเจ็บป่วยหรือเกิดโรค การขาดแคลนสิ่งจำเป็น ภัยธรรมชาติ และอุบัติเหตุที่มนุษย์ก่อให้เกิดขึ้น ความด้อยพัฒนา การอพยพของประชากร และการเปลี่ยนแปลงทางด้านสิ่งแวดล้อม การคุกคามอาจเกิดขึ้นในหลายรูปแบบและไม่อาจตามสืบค้นได้ง่าย อาจเกิดขึ้นจากผลของการกระทำที่ไม่ได้ตั้งใจให้เกิดขึ้นจากปฏิบัติการต่าง ๆ

#### 4) วิธีการที่ทำให้เกิดความมั่นคง ( Security Instruments / Means )

แนวความคิดในเรื่องการใช้เครื่องมือที่เหมาะสม เพื่อสร้างความมั่นคงของมนุษย์ก็นับว่าแตกต่างจากแนวความคิดเดิม สำหรับกรณีศึกษา: สำหรับประเทศไทยมีประเด็นใหญ่ ที่สำคัญ 4 ประการดังนี้

- การจัดการเรื่องความมั่นคงของมนุษย์ วิธีการใช้กำลังเป็นเครื่องมือระดับทุติยภูมิ ในขณะที่การพัฒนามนุษย์และการปกครองแบบธรรมาภิบาลเป็นเครื่องมือที่สำคัญลำดับแรก
- ความร่วมมือกันในระยะยาวของหน่วยงานระหว่างประเทศทั้งราชการและเอกชน
- แนวความคิดเกี่ยวกับความมั่นคงดั้งเดิม เห็นว่าความเข้มแข็งหรือกำลังทหารเป็นศูนย์กลางของความมั่นคง แต่แนวคิดเกี่ยวกับความมั่นคงของมนุษย์ถือเอา “พลังแห่งความนุ่มนวล พลังแห่งปัญญา ( Soft Power )” หรือ “ศิลปะการชักจูง” เป็นเครื่องมือสำคัญในการแก้ไข ปัญหาความขัดแย้ง ด้วยการเผยแพร่ข้อมูล ข่าวสาร แนวความคิดในการดำเนินงาน เพื่อสร้างความเข้าใจให้เกิดขึ้นอย่างสันติ

- รัฐ องค์การระดับภูมิภาค และองค์การระหว่างประเทศ รวมทั้งองค์กรพัฒนาเอกชนต่าง ๆ ควรร่วมมือกันกำหนดแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับความมั่นคงของมนุษย์แนวความคิดในเรื่องวิธีการสร้างความมั่นคงทั้ง 4 ประการ สามารถนำไปประยุกต์โดยใช้แนวทางปฏิบัติที่แตกต่างกันในบริบทของสังคมไทยก็เช่นเดียวกัน สถานการณ์และปัญหาพื้นฐานของคนในแต่ละพื้นที่ ท้องถิ่นหรือภูมิภาค ย่อมมีความแตกต่างกัน วิธีการที่รัฐจะสร้างความมั่นคงให้กับปัจเจกบุคคลหรือชุมชน จะต้องพิจารณาจากพื้นฐาน สถานการณ์สิ่งแวดล้อมในแต่ละพื้นที่ด้วย

#### การนำแนวคิดเรื่องความมั่นคงของมนุษย์ไปใช้ประโยชน์

ในการกำหนดเป็นนโยบายและยุทธศาสตร์ในการดำเนินการเกี่ยวกับ การพัฒนาสังคม และความมั่นคงของมนุษย์ในประเทศไทยมี 5 ประการ คือ

ประการที่หนึ่ง คือ ประชาชนเป็นศูนย์กลางของความคิด และการจัดการเรื่องความมั่นคง ส่วนภาครัฐเป็นผู้ที่จัดการลงทุนและจัดระบบ โดยการสร้างนโยบายและยุทธศาสตร์ต่าง ๆ ให้สอดคล้องกับปัญหาที่มีอยู่ และเป็นผู้สนับสนุนให้คนไทยมองเห็นปัญหาของตนเองและจัดการกับปัญหาของตนเอง

ประการที่สอง คือ ความมั่นคงของมนุษย์ในประเทศไทย ซึ่งมีเอกลักษณ์ ความดีงาม เฉพาะตัว มีจารีตประเพณี ศาสนา และวัฒนธรรมที่แตกต่างกันไปแต่ละท้องถิ่นและบุคคล

ประการที่สาม คือ การเตรียมการในเรื่องการสร้างความเข้มแข็งให้ชุมชน ซึ่งต้องทำให้เกิดกลไกของการสร้างการมีส่วนร่วมต่าง ๆ เป็นการมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจในเรื่อง

สาธารณะต่าง ๆ กระบวนการได้มาซึ่งฉันทามติในการดำเนินการใด ๆ ในชุมชนการรวมกลุ่มกันพัฒนาต่าง ๆ รวมถึงการใช้ความรู้ภูมิปัญญาท้องถิ่นในการพัฒนาชุมชน

ประการที่สี่ คือ การสนับสนุนการดำเนินงานขององค์กรเอกชน องค์กรท้องถิ่นและอาสาสมัคร ให้มีบทบาทสำคัญในการจัดการสิ่งคุกคามความมั่นคงของมนุษย์ทั้ง 8 องค์ประกอบ คือ ความมั่นคงทางเศรษฐกิจ ความมั่นคงด้านอาหาร ความมั่นคงด้านสุขอนามัย ความมั่นคงด้านสิ่งแวดล้อม ความมั่นคงของบุคคล ความมั่นคงของชุมชน ความมั่นคงทางการเมือง และความมั่นคงทางจิตใจ โดยให้ครอบคลุมทั้งมิติของความรุนแรงและมิติของพื้นที่(ชุมชน) ตลอดจนสร้างความสัมพันธ์ของทุกองค์กรเป็นเครือข่าย

ประการที่ห้า คือ รัฐมีหน้าที่ในการจัดการให้ประชาชนทุกคนมีหลักประกันทางสังคมต่าง ๆ เช่น หลักประกันสุขภาพ สวัสดิการสังคม จัดการให้ทุกคนมีโอกาสใช้ทรัพยากรสาธารณะอย่างเท่าเทียมกัน รวมถึงส่งเสริมให้เจ้าของกิจการหรือองค์กรสาธารณะต่าง ๆ มีระบบประกันคุณภาพเพื่อให้มั่นใจว่าบริการต่าง ๆ ที่ประชาชนได้รับเป็นบริการที่มีคุณภาพและคุ้มค่า

การประมวลความคิด เรื่อง “ความมั่นคงของมนุษย์ในบริบทของสังคมไทย” เป็นผลลัพธ์อันพึงปรารถนาของการพัฒนาประเทศ โดยรัฐควรพิจารณาถึงความมั่นคงของคนไทยในประเด็นเกี่ยวกับความมั่นคงของชีวิตและสังคม ซึ่งความมั่นคงของชีวิตคือความมั่นคงของปัจเจกบุคคลในความสามารถพึ่งพาตนเองได้ ความเป็นอยู่ที่ดีเหมาะสมกับอัตภาพ ส่วนความมั่นคงในสังคม คือ การที่มนุษย์อยู่ร่วมกันด้วยความเอื้ออาทรไม่ทำร้ายเบียดเบียนซึ่งกันและกัน ได้รับจัดสรรสวัสดิการต่าง ๆ อันพึงมีพึงได้โดยเท่าเทียมกัน ความมั่นคงของมนุษย์ เกี่ยวพันกับการปกป้องความปลอดภัยและสิทธิเสรีภาพของบุคคล จากการคุกคามทั้งโดยทางตรงและทางอ้อม การส่งเสริมการพัฒนามนุษย์ การปกครองระบบธรรมาภิบาลและในกรณีที่น่าจะเป็น การใช้กำลัง (รวมถึงการลงโทษ) คือวิธีการหนึ่งในการจัดการเรื่องความมั่นคงของมนุษย์ การร่วมมือกันระหว่างรัฐองค์กรระหว่างประเทศ หน่วยงานภาคเอกชน และกลุ่มอื่น ๆ ในสังคมเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการพัฒนาความมั่นคงของมนุษย์ให้เกิดขึ้นอย่างมั่นคงในประเทศไทยนี้ โดยมีรายละเอียดของความแตกต่างระหว่างความมั่นคงของประเทศกับความมั่นคงของมนุษย์ดังแสดงไว้ในตาราง 4

ตาราง 4 แสดงความแตกต่างระหว่างความมั่นคงของประเทศ กับ ความมั่นคงของมนุษย์

ประเด็นที่พิจารณา	ความมั่นคงของประเทศ	ความมั่นคงของมนุษย์
เป้าหมายความมั่นคง	- รัฐ	- ปัจเจกชน ชุมชน
คุณค่าความมั่นคง	- ความเป็นปึกแผ่นของแผ่นดินและความเป็นเอกราชของชาติ	- ความปลอดภัยของบุคคลและสิทธิเสรีภาพส่วนบุคคล ความเสมอภาคของบุคคลในการเข้าถึงโอกาสทางสังคม ความสามารถในการพึ่งตนเอง
การคุกคามความมั่นคง	- การคุกคามโดยตรงจากรัฐอื่น	- การคุกคามโดยตรงและโดยอ้อมทางด้านกายภาพจากรัฐและผู้อื่น การถูกรวบงำด้านวัฒนธรรม ค่านิยม ช่องทางในการคุกคาม ส่งตรงถึงบ้าน
วิธีการทำให้เกิดความมั่นคง	- การใช้กำลังเป็นเครื่องมือเพื่อปกป้องความปลอดภัยของรัฐ - ความสมดุลแห่งอำนาจมีความสำคัญอำนาจขึ้นอยู่กับแสนยานุภาพทางทหาร - การร่วมมือกันระหว่างรัฐเป็นไป ในรูปแบบของการเป็นพันธมิตรที่เปราะบางยิ่ง - ปทัสถานและสถาบันมีความสำคัญโดยเฉพาะอย่างยิ่งในการดำเนินการทางทหาร	- การพัฒนามนุษย์และการปกครองแบบธรรมาภิบาลเป็นเครื่องมือสำคัญในการส่งเสริมความมั่นคงของมนุษย์ - ความสมดุลแห่งอำนาจมีการใช้อย่างจำกัด พลังแห่งความนุ่มนวลหรือศิลปะการชักจูงมีความสำคัญยิ่งกว่า - การร่วมมือระหว่างรัฐ องค์การระหว่างประเทศ และองค์กรพัฒนาเอกชน เกิดประสิทธิภาพและความยั่งยืน - ปทัสถานและสถาบันมีความสำคัญมาก การเป็นประชาธิปไตยและการมีตัวแทนในสถาบันต่าง ๆ จะช่วยให้การดำเนินงานเกิดประสิทธิผลยิ่งขึ้น - ความตระหนักของภาครัฐในการจัดการให้เกิดความมั่นคง

ในกรณีของประเทศไทยนั้นได้มีความพยายามในการกำหนดองค์ประกอบของความมั่นคงของมนุษย์ภายใต้บริบทของสังคมไทย โดยกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ได้แบ่งความ มั่นคงของมนุษย์ในบริบทของสังคมไทยออกเป็น 11 องค์ประกอบ คือ

1. ความมั่นคงของมนุษย์ด้านสุขภาพ (Human Security in Health Aspect)
2. ความมั่นคงของมนุษย์ด้านอาหาร (Human Security in Food Aspect)
3. ความมั่นคงของมนุษย์ด้านการศึกษา (Human Security in Education Aspect)
4. ความมั่นคงของมนุษย์ด้านศาสนาและความเชื่อ (Human Security in Religion and Belief Aspect)
5. ความมั่นคงของมนุษย์ด้านที่อยู่อาศัย (Human Security in Housing Aspect)
6. ความมั่นคงของมนุษย์ด้านสิ่งแวดล้อม (Human Security in Environment Aspect)
7. ความมั่นคงของมนุษย์ด้านบุคคล (Human Security in Personal Aspect)
8. ความมั่นคงของมนุษย์ด้านครอบครัว (Human Security in Family Aspect)
9. ความมั่นคงของมนุษย์ด้านชุมชน (Human Security in Community Aspect)
10. ความมั่นคงของมนุษย์ด้านเศรษฐกิจ (Human Security in Economic Aspect)
11. ความมั่นคงของมนุษย์ด้านการเมืองการปกครอง (Politic and Administration Security)

ซึ่งจากการศึกษาเปรียบเทียบความสอดคล้องกับบริบทของสากลและรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2540 พบว่าองค์ประกอบทั้งสิ้น 11 ประการดังกล่าวมีความสอดคล้องขององค์ประกอบสากล และ รัฐธรรมนูญฉบับดังกล่าวอย่างสูงโดยสามารถสรุปรายละเอียดได้ดังตาราง 5

ตาราง 5 แสดงความสอดคล้องของความมั่นคงของมนุษย์ในบริบทสังคมไทยกับสากล

องค์ประกอบ	ความสอดคล้องกับสากล	ความสอดคล้องกับรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย
ความมั่นคงของมนุษย์ด้านสุขภาพ	UNDP	รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2540 มาตรา 82 ระบุว่า "รัฐต้องจัดและส่งเสริมการสาธารณสุขให้ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพ อย่างทั่วถึง"

ตาราง 5 (ต่อ)

องค์ประกอบ	ความสอดคล้องกับสากล	ความสอดคล้องกับรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย
ความมั่นคงของมนุษย์ด้านครอบครัว	ESCAP UNDP	ไม่พบในรัฐธรรมนูญอย่างชัดเจน แต่มีการให้ความสำคัญต่อองค์ประกอบนี้ คือมี หน่วยงานรับผิดชอบโดยตรง คือ สำนักงานกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
ความมั่นคงของมนุษย์ด้านเศรษฐกิจ	UNDP แคนาดา มองโกเลีย ญี่ปุ่น	รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2540 มาตรา 84 ระบุว่า “รัฐต้องจัดระบบการถือครองที่ดินและการใช้ที่ดินอย่างเหมาะสม จัดหาแหล่งน้ำเพื่อเกษตรกรรมให้เกษตรกร อย่างทั่วถึง และรักษาผลประโยชน์ของเกษตรกรในการผลิตและการตลาดสินค้าเกษตรให้ได้ผลตอบแทนสูงสุด รวมทั้งส่งเสริม การรวมตัวของเกษตรกรเพื่อวางแผนการเกษตรและรักษาผลประโยชน์ร่วมกันของเกษตรกร”
ความมั่นคงทางการเมือง	UNDP	รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย 2540 หมวด 3 สิทธิและเสรีภาพของชนชาวไทย มาตรา 26-65
ความมั่นคงของมนุษย์ด้านการศึกษา	ESCAP	รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2540 มาตรา 81 ระบุว่า “รัฐต้องจัดการศึกษาอบรมและสนับสนุนให้เอกชนจัดการ ศึกษาอบรมให้เกิดความรู้คู่คุณธรรม จัดให้มีกฎหมายเกี่ยวกับการศึกษาแห่งชาติ สร้างเสริมความรู้และปลูกฝังจิตสำนึกที่ถูกต้องเกี่ยวกับการเมืองการปกครอง ในระบอบประชาธิปไตย อันมีพระมหากษัตริย์ทรงเป็นประมุข สนับสนุนการค้นคว้า วิจัยในศิลปะวิทยาการต่าง ๆ เร่งรัดพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีเพื่อการพัฒนาประเทศ พัฒนาวิชาชีพครู และส่งเสริมภูมิปัญญาท้องถิ่น ศิลปะและวัฒนธรรมของชาติ”

ตาราง 5 (ต่อ)

องค์ประกอบ	ความสอดคล้องกับสากล	ความสอดคล้องกับรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย
ความมั่นคงของมนุษย์ด้านศาสนาและความเชื่อ	ESCAP	รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2540 มาตรา 38 ระบุว่า “บุคคลย่อมมีเสรีภาพบริบูรณ์ ในการถือศาสนา นิกาย ของศาสนา หรือลัทธินิยมในทางศาสนา และย่อมมีเสรีภาพในการปฏิบัติตามศาสนบัญญัติหรือปฏิบัติพิธีกรรมตามความเชื่อถือของตนเมื่อไม่เป็นปฏิปักษ์ต่อหน้าที่ของพลเมืองและไม่เป็นการขัดต่อความสงบเรียบร้อยหรือศีลธรรมอันดีของประชาชน”
ความมั่นคงของมนุษย์ด้านที่อยู่อาศัย	-	ไม่พบในรัฐธรรมนูญแต่มีการให้ความสำคัญต่อองค์ประกอบนี้ คือมี หน่วยงานรับผิดชอบโดยตรง คือ การเคหะแห่งชาติ ซึ่งเป็นรัฐวิสาหกิจในกำกับของกระทรวงการพัฒนาลังคมและความมั่นคงของมนุษย์
ความมั่นคงของมนุษย์ส่วนบุคคล	ESCAP UNDP แคนาดา ญี่ปุ่น	รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2540 มาตรา 86 ระบุว่า “รัฐต้องส่งเสริมให้ประชากรวัยทำงานมี งานทำ ค้ำครองแรงงานโดย จัดระบบแรงงานสัมพันธ์ การประกันสังคมรวมทั้ง ค่าตอบแทนแรงงานให้เป็นธรรม” มาตรา 80 ระบุว่า “รัฐต้องส่งเสริมความเสมอภาคของหญิงและชาย เสริมสร้างและพัฒนาความเป็นปึกแผ่นของครอบครัว และความเข้มแข็งของชุมชน” มาตรา 36 ระบุว่า “บุคคลย่อมมี เสรีภาพในการเดินทาง และมีเสรีภาพในการเลือกถิ่นที่อยู่ภายในราชอาณาจักร” มาตรา 31 ระบุว่า “บุคคลย่อมมีสิทธิและเสรีภาพในชีวิตและร่างกาย (วรรคหนึ่ง) การทรมาน ทารุณกรรม หรือการลงโทษด้วยวิธีการโหดร้ายหรือ ไร้มนุษยธรรม จะกระทำมิได้ แต่การลงโทษประหารชีวิตตามที่กฎหมายบัญญัติ ไม่ถือว่าเป็นการลงโทษด้วยวิธีการโหดร้ายหรือไร้มนุษยธรรม”

ตาราง 5 (ต่อ)

องค์ประกอบ	ความสอดคล้องกับสากล	ความสอดคล้องกับรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย
ความมั่นคงของมนุษย์ด้านสิ่งแวดล้อม	ESCAP UNDP แคนาดา มองโกเลีย ญี่ปุ่น	รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2540 มาตรา 79 ระบุว่า“รัฐต้องส่งเสริมและสนับสนุนให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการสงวน บำรุงรักษา และใช้ประโยชน์จากทรัพยากรธรรมชาติ และความหลากหลายทางชีวภาพอย่างสมดุลรวมทั้งมีส่วนร่วมในการ ส่งเสริม บำรุงรักษา และคุ้มครองคุณภาพสิ่งแวดล้อมตามหลักการการพัฒนาที่ยั่งยืน ตลอดจนควบคุมและกำจัดมลพิษที่มีผลต่อสุขภาพอนามัย สวัสดิภาพ และคุณภาพชีวิตของประชาชน”
ความมั่นคงของมนุษย์ด้านชุมชน	ESCAP UNDP แคนาดา	รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2540 มาตรา 56 ระบุว่า“สิทธิ ของบุคคลที่ จะมีส่วนร่วมกับรัฐและชุมชนในการบำรุงรักษา และการได้ประโยชน์จากทรัพยากรธรรมชาติและความหลากหลายทางชีวภาพ และในการคุ้มครอง ส่งเสริม และรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อม เพื่อให้ดำรงชีพอยู่ได้อย่างปกติและต่อเนื่องในสิ่งแวดล้อม ที่จะไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพอนามัย สวัสดิภาพ หรือคุณภาพชีวิตของตนย่อมได้รับความคุ้มครอง ทั้งนี้ตามที่กฎหมายบัญญัติ”
ความมั่นคงของมนุษย์ด้านอาหาร	UNDP	ไม่พบในรัฐธรรมนูญ

**บทสังเคราะห์ความมั่นคงทางสุขภาพที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้**

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยเฉพาะประเด็นความมั่นคงของมนุษย์ด้านสุขภาพ (Health Security) ของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมืองเท่านั้น โดยการกำหนดประเด็นสำคัญเพื่อประกอบการศึกษาดังนี้



### 1) เป้าหมายความมั่นคง ( Security Referent )

การวิจัยครั้งนี้มีเป้าหมายที่ความมั่นคงด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง ที่จำเป็นต้องได้รับ “การจัดการจากภาครัฐ” ประกอบกับ “การจัดการกับชีวิตตนเอง” เพื่อให้เกิดความมั่นคงของปัจเจกบุคคล

### 2) คุณค่าของความมั่นคง ( Security Values )

การวิจัยครั้งนี้กำหนดคุณค่าความมั่นคงของผู้สูงอายุหมายถึงความสมดุลระหว่าง

1)ความปลอดพ้นจากความกลัว: Freedom from Fear 2)ความอิสระจากความต้องการ: Freedom from Want 3) การได้รับโอกาสที่เท่าเทียม: Equal Opportunity

### 3) การคุกคามความมั่นคง ( Security Threats )

ในการวิจัยครั้งนี้หมายถึงการที่ผู้สูงอายุจะพ้นจากการถูกคุกคามทั้งทางตรงและทางอ้อม ซึ่งประกอบด้วย (1) การมีหลักประกันทางสังคมของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง เช่น การเข้าถึงหลักประกันด้านสุขภาพ การมีสภาพแวดล้อมในการดำรงชีวิตที่ดี การได้รับความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน การประกอบอาชีพและรายได้ที่เหมาะสม การเข้าถึงโครงสร้างพื้นฐานทางกายภาพที่เหมาะสม (2) การได้รับการคุ้มครองและพิทักษ์สิทธิของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง เช่น การมีเสรีภาพทางความคิด การได้รับสิทธิในการแสดงออกทางการเมือง เศรษฐกิจและสังคม การได้รับสิทธิในการศึกษาเรียนรู้ต่อเนื่อง การได้รับสิทธิการใช้ชีวิตทางวัฒนธรรมอย่างเสรี การได้รับสิทธิที่จะทำงานและเลือกงานอย่างเสรี การมีกฎหมาย ระเบียบ แนวทางปฏิบัติในการคุ้มครองผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง การเข้าถึงความคุ้มครองทางสังคมอย่างเท่าเทียม (3) การได้รับการดูแลและเกื้อหนุนทางสังคมต่อ ผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง เช่น การมีระบบการดูแลผู้สูงอายุในชีวิตประจำวัน การมีบทบาทในสังคมที่เหมาะสมของผู้สูงอายุ การมีมาตรฐานการครองชีพที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ การมีสถานะทางสังคมที่เหมาะสม (4) การเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของชุมชนเมือง เช่น การสร้างค่านิยมร่วมที่ดีต่อผู้สูงอายุ การส่งเสริมวัฒนธรรมการให้เกียรติผู้สูงอายุ การมีนโยบายสนับสนุนการเรียนรู้และพัฒนาผู้สูงอายุ การส่งเสริมการดำเนินงานเพื่อสร้างวิถีสุขภาพที่ดี (5) การพึ่งตนเองทางสังคมและวัฒนธรรม(Socio-Cultural Self – reliance) ของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง เช่นการพัฒนาความรู้ความสามารถอย่างต่อเนื่อง การปรับตัวเข้ากับสังคม ภาวะความเป็นผู้นำ การสร้างเครือข่ายความสัมพันธ์ทางสังคม การบริหารจัดการเครือข่ายผู้สูงอายุ ความสามารถในการติดต่อสื่อสารกับผู้อื่น การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน การมีส่วนร่วมในการอนุรักษ์ศิลปวัฒนธรรม (6) การมีโอกาสที่แสดงออกถึงสำนักสาธารณะของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง เช่นการสร้างข้อตกลงร่วมของผู้สูงอายุ การสร้าง

กระบวนการเรียนรู้ การพัฒนาศักยภาพเครือข่ายผู้สูงอายุ การรักษาผลประโยชน์และแก้ไขปัญหาของส่วนรวม การดำเนินกิจกรรมร่วมกับผู้แสดงทางสังคมอื่น ๆ

#### 4) วิธีการดำเนินงานที่ทำให้เกิดความมั่นคง ( Security Instruments / Means )

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดสาระสำคัญของวิธีดำเนินการเพื่อให้เกิดความมั่นคงด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมืองดังนี้ (1) การให้ผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมืองเป็นศูนย์กลางของความคิดและการจัดการเรื่องความมั่นคง ส่วนภาครัฐเป็นผู้ที่จัดการลงทุนและจัดระบบ โดยการสร้างนโยบายและยุทธศาสตร์ต่าง ๆ ให้สอดคล้องกับปัญหาที่มีอยู่ (2) การเตรียมการให้เกิดกลไกของการสร้างการมีส่วนร่วมต่าง ๆ ของคนในชุมชน เป็นการมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจในเรื่องสาธารณะต่าง ๆ กระบวนการได้มาซึ่งฉันทามติในการดำเนินการใด ๆ ในชุมชน การรวมกลุ่มกันพัฒนาต่าง ๆ รวมถึงการใช้ความรู้ ภูมิปัญญาท้องถิ่นในการพัฒนาชุมชน ให้คนในชุมชนมีความภาคภูมิใจในท้องถิ่นและผลิตภัณฑ์ต่าง ๆ ที่สร้างขึ้นในท้องถิ่นของตนเอง (3) การสนับสนุนการดำเนินงานขององค์กรเอกชน องค์กรท้องถิ่นและอาสาสมัคร (4) การที่รัฐมีหน้าที่ในการจัดการให้ประชาชนทุกคนมีหลักประกันทางสังคมต่าง ๆ เช่น หลักประกันสุขภาพ สวัสดิการสังคม จัดการให้ทุกคนมีโอกาสใช้ทรัพยากรสาธารณะอย่างเท่าเทียมกัน รวมถึงส่งเสริมให้เจ้าขององค์การสาธารณะต่าง ๆ มีระบบประกันคุณภาพเพื่อให้มั่นใจว่าบริการต่าง ๆ ที่ประชาชนได้รับเป็นบริการที่มีคุณภาพและคุ้มค่า

โดยสรุปความมั่นคงด้านสุขภาพของผู้สูงอายุหมายถึง การที่ผู้สูงอายุสามารถแสดงออกในทางเลือกของตนอย่างปลอดภัยและเป็นอิสระ ส่งผลให้มีความมั่นใจว่าโอกาสที่มีอยู่ทั้งในปัจจุบันและอนาคต ผู้สูงควรจะมีศักยภาพและได้รับอำนาจมากพอที่จะดูแลรับผิดชอบตัวเอง มีโอกาสที่จะแสวงหาความต้องการของตนเอง และรายได้ที่พอเพียงในการดำรงชีวิต ซึ่งหมายรวมถึงการที่ผู้สูงอายุจะได้รับหลักประกันด้านสิทธิ ความปลอดภัย การสนองต่อความจำเป็นขั้นพื้นฐาน สามารถดำรงตนอยู่ในสังคมได้อย่างมีศักดิ์ศรี และได้รับโอกาสในการพัฒนาศักยภาพตนเองอย่างเท่าเทียมกัน

### 2.3 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับสุขภาพ

#### 2.3.1 ความหมายของสุขภาพ (Health)

สุขภาพ หมายถึง สุขภาวะที่สมบูรณ์และเชื่อมโยงกันเป็นองค์รวม อย่างสมดุล ทั้งทางกาย ทางจิต ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ หรืออีกนัยหนึ่งสุขภาพหมายถึงภาวะที่ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ หรือสภาพแห่งความสุข อันเกิดจากความสมดุลระหว่างร่างกายกับจิตใจ และความสามารถที่จะปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกร่างกายของตน (ราชบัณฑิต

สถาน, 2542 หน้า 843; สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ, 2545 หน้า 2; อัมพล จินดาวัฒน์, 2547 หน้า 18, World Health Organization, 2490 pp. 4; World Health Organization, 2002 pp. 4)

### 2.3.2 แนวคิดเกี่ยวกับการนิยามสุขภาพ

องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ให้คำนิยามเกี่ยวกับสุขภาพ (Health) ว่าหมายถึง ภาวะที่มีความผาสุกทั้งหมด (total well-being) ซึ่งมีไม่เพียงปราศจากโรคเท่านั้น ต่อมาได้ให้ ความหมายเพิ่มว่าเป็นสุขภาพที่สมบูรณ์ (Complete Well-being) คือมีสุขภาพะ ทั้งทางด้าน ร่างกาย (Physical) ทางจิตใจ (Mental) ทางสังคม (Social) และทางจิตวิญญาณ (Spiritual) พร้อมทั้งขยายความว่าสุขภาพะทางด้านร่างกายได้แก่ ร่างกายที่สมบูรณ์ คล่องแคล่ว มีกำลัง ไม่ เป็นโรค การมีเศรษฐกิจที่ดี มีอาหารอย่างเพียงพอและเหมาะสม มีสภาพแวดล้อมที่ดี และไม่ได้ รับบาดเจ็บ ไม่พิการ สุขภาพะทางจิตใจหมายถึง มีความคิดที่เป็นอิสระ ผ่อนคลาย ไม่มีภาวะ เครียด สุขภาพะทางสังคมบ่งชี้ถึงการอยู่ร่วมกันที่ดีในระดับต่าง ๆ ทั้งในระดับครอบครัว ชุมชน ใน เมือง สถานที่ทำงาน รวมทั้งบริการที่มีในสังคม ความสงบสุข นโยบายสังคมที่ดี สุขภาพะทางจิต วิญญาณครอบคลุมถึงความรู้สึกรู้สึกเห็นอก เห็นใจ (Compassion) มีจิตสำนึกของความเอื้ออาทรต่อ กัน (Caring new consciousness) รวมถึงการปฏิรูปทางจิตวิญญาณ (spiritual revolution) ปัจจุบันองค์การอนามัยโลก (WHO) ได้เสริมแนวคิดของการสร้างเสริมสุขภาพเข้าไว้ในแนวคิด เกี่ยวกับสุขภาพ โดยเน้นที่การสนับสนุนให้บุคคลมีความ สามารถที่จะดูแลและสร้างเสริมสุขภาพ ของตนเอง และมีเป้าหมายทั้งสุขภาพะทางสังคมและทางด้านร่างกาย จิตใจ (World Health Organization, 2490 pp. 4 ; World Health Organization, 2002 pp. 4)

นอกจากนั้นนิยามสุขภาพยังได้ถูกกล่าวถึงไว้ในศาสตร์สาขาต่าง ๆ เช่น สุขภาพจาก มุมมองทางสังคมในยุคก่อนทฤษฎีการแพทย์แบบวิทยาศาสตร์มีจุดเน้นร่วมกันประการหนึ่งคือ สิ่งแวดล้อม (Environment) มีอิทธิพลต่อการเกิดโรค และความเจ็บป่วยของคน เริ่มต้นจาก ฮิปโปเครติส Hippocrates 460 – 367 B.C) ได้กำหนดทฤษฎีการแพทย์ไว้ว่า สุขภาพคือภาวะ สมดุลอันบอบบางของของเหลว 4 อย่างในร่างกาย คือเลือด น้ำเหลือง น้ำดี และเสมหะ สมดุลนี้ จะเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อมีสมดุลระหว่างร่างกายกับสิ่งแวดล้อม เช่น ฤดูกาล ทิศทางของลม และ อาหาร เป็นต้น ในปี ค.ศ.1985 Rebe Dubos เชื่อว่ามนุษย์ไม่สามารถเอาชนะโรคต่าง ๆ ได้ทั้งหมด การเป็นอิสระจากโรคและไม่ต้องต่อสู้กับโรคนั้นเป็นสิ่งที่เป็นไปได้ในสิ่งมีชีวิต เขาคิดว่ามนุษย์ พยายามปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อม ดังนั้นสาเหตุของความเจ็บป่วยมิใช่มีสาเหตุมาจากเชื้อโรค แต่เพียงอย่างเดียวปัจจัยอื่น เช่น อาหาร ลักษณะทางพันธุกรรม และสิ่งแวดล้อมล้วนเกี่ยวข้องด้วย ทั้งสิ้น ต่อมา Heiss & Walden ได้นิยามสุขภาพโดยชี้ให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่าง Health

และ Wellness โดยอธิบายว่าสุขภาพ (Health) จะเป็นภาวะที่อยู่หนึ่งในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง แต่สุขภาพ (Wellness) เป็นกระบวนการที่เคลื่อนไหวต่อเนื่องจากการทำหน้าที่ปกติสู่การการเพิ่มศักยภาพสูงสุดของคน และหมายความถึงความสามารถในการปรับตัวเพื่อให้มีศักยภาพสูงสุดหรือเกือบสูงสุด ซึ่งจะรวมถึงความรับผิดชอบต่อตนเอง การตระหนักรู้เกี่ยวกับคุณค่าของอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับภาวะเครียด ความไวต่อสภาพแวดล้อม การแสดงออกทางอารมณ์ ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ การดูแลตนเอง และความปลอดภัยในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์, 2528. หน้า 13; เพ็ญญา ทรัพย์เจริญ, 2539 หน้า 23; Rebe Dubos, 1965 pp. 9; Tumer, 1987 p 134; Heiss & Walden, 2000 pp. 8-11; Weiss and Lonquist, 2000 pp. 38; Wolinsky, 1988 pp. 24; Derek Yach, 2002 pp. 127; Pender, 1996 pp. 89)

ความหมายของสุขภาพเดิมถูกมองเพียงแค่การปราศจากโรคหรือปราศจากความพิการใด ๆ นิยามสุขภาพในระยนี้ได้รับอิทธิพลส่วนใหญ่จากแนวคิดทางชีวเวชศาสตร์ การมองสุขภาพจึงมิได้เชื่อมโยงไปถึงปัจจัยด้านอื่น ๆ การมองสุขภาพแบบแยกส่วนเช่นนี้ทำให้เกิดปัญหาในระบบสุขภาพตามมา การรักษาโรคเป็นเพียงการแก้ปัญหาที่ปลายเหตุเท่านั้น ในขณะที่สาเหตุที่แท้จริงยังไม่ได้รับการแก้ไข เพราะปัจจัยที่ส่งผลให้สุขภาพของมนุษย์ดีขึ้นนั้นมิใช่เป็นผลจากการจัดบริการทางการแพทย์และ สาธารณสุขเท่านั้น แต่ยังมีองค์ประกอบอื่น ๆ ที่มีความสำคัญมากกว่า ต่อมาสุขภาพหรือสุขภาพะของคนจึงถูกมองว่ามีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับคุณภาพชีวิตของคนในสังคม สภาพแวดล้อม สังคม วัฒนธรรม ความเชื่อและปรัชญาทางศาสนา ในสังคม ดังนั้นการนิยามคำว่าสุขภาพ จึงครอบคลุมกว้างขวางขึ้น ซึ่งแนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพของคนในสังคมนี้ นอกจากฐานคิดของศาสนา วัฒนธรรม และสภาพแวดล้อมของสังคมแล้ว ศาสตร์ความรู้หลายสาขาและเทคโนโลยีก็มีผลต่อแนวคิดเรื่องสุขภาพด้วย การปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์ (Paradigm) เกี่ยวกับสุขภาพใหม่ในสังคมโดยทั่วไป ทำให้การมองสุขภาพว่าการมีสุขภาพดีไม่ได้มีความหมายเพียงความเป็นอยู่อย่างปราศจากโรคเท่านั้น แต่สุขภาพนั้นประกอบด้วยหลายมิติ ซึ่งรวมความถึงการมีความเป็นอยู่ที่ดีทั้งทางร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ ในสภาพแวดล้อมทางสังคม เศรษฐกิจ และวัฒนธรรมที่มีความสมดุล มีวิถีชีวิตและพฤติกรรมที่เหมาะสม องค์ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพแนวใหม่ก็ได้ปรับเปลี่ยนเป็นโรคเกือบทุกโรคสามารถป้องกันได้ แนวคิดต่อปัญหาสุขภาพไม่ถูกแยกส่วนออกมาจากวิถีชีวิตและสิ่งแวดล้อม การเข้าใจถึงปฏิสัมพันธ์ระหว่างคน วิถีชีวิตของคน การดำเนินชีวิตตลอดจนสภาพแวดล้อม จะมีผลทำให้มองสุขภาพ แบบองค์รวมชัดเจนมากขึ้น สุขภาพจึงมิใช่เรื่องของบุคคลใดบุคคลหนึ่ง แต่เป็นเรื่องที่ทุก

ฝ่ายต้องร่วมมือกันเพื่อให้สุขภาพของบุคคล ครอบครัว และชุมชนดีขึ้นซึ่งต้องทำไปพร้อมกับการพัฒนาสุขภาพของปัจเจกบุคคล

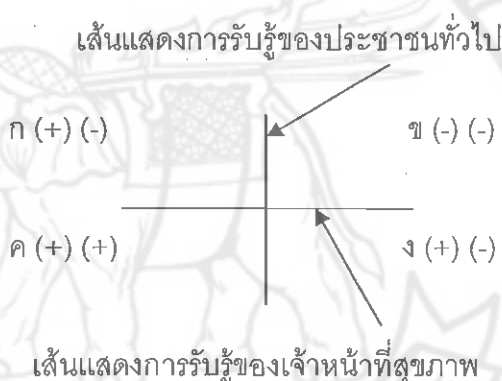
### 1) การนิยามสุขภาพตามแนวคิดของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข

การให้ความหมายของสุขภาพมักจะมาจากบุคลากรทางสุขภาพ (Health Personal) ซึ่งเน้นไปที่การทำหน้าที่อย่างสมบูรณ์และสมดุลของร่างกาย จิตใจ การปราศจากโรคและความพิการ โดยที่ความหมายของสุขภาพหรือนิยามสุขภาพเหล่านี้อาจจะไม่สอดคล้องกับมุมมองของประชาชนทั่วไป แนวคิดด้านสุขภาพของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข มีทั้งส่วนที่เป็นนามธรรม เป็นการรับรู้จากความรู้สึกของบุคคลและส่วนที่เป็นความรู้สึกนี้เป็นสิ่งสำคัญที่บุคคลใช้ในการประเมินสภาวะสุขภาพดังเช่นบุคคลใช้การรับรู้ถึงความแข็งแรงหรือความอ่อนแอ การรับรู้ถึงความสมดุลของกาย ใจ สังคมในการแสดงสุขภาพที่ดี ในขณะที่แนวคิดทางการแพทย์ปฏิเสธการใช้ความรู้สึกแต่เพียงอย่างเดียว หากแต่ต้องอาศัยการวัดที่เป็นมาตรฐานที่พิสูจน์ได้ และจำเป็นต้องได้ทางวิทยาศาสตร์ สภาวะสุขภาพที่ดีจึงรู้ได้จากกรตรวจการทำงานของอวัยวะและระบบต่าง ๆ ของร่างกายด้วยวิธีทางการแพทย์เป็นสำคัญ นอกจากนี้ในขณะที่แนวคิดทางการแพทย์เน้นดำเนินการจัดการกับความเจ็บป่วย สุขภาพในความหมายของบุคคลเป็นทั้งเรื่องที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วย ร่างกาย อารมณ์ สังคม การดำเนินชีวิต แม้กระทั่งในส่วนของความเจ็บป่วย บุคคลก็มีแนวคิดและการจำแนกความเจ็บป่วยที่ต่างไปจากแนวคิดทางการแพทย์

การนำเสนอแนวคิดสุขภาพในความหมายของสภาวะและจิตวิญญาณ เป็นการพยายามที่ทำให้แนวคิดสุขภาพของบุคคลที่มีหน้าที่จัดการดูแลสุขภาพมีความหมายที่ใกล้เคียงกับแนวคิดของบุคคลมากขึ้น สภาวะทั้งทางกาย ใจ สังคมและจิตวิญญาณ ที่ได้นำเสนอในฐานะเป็นมิติทั้ง 4 ของสุขภาพนั้นมีความใกล้เคียงกับทัศนะของบุคคลในการนิยามสุขภาพ ว่าเป็นความสมดุล แม้ว่ามิติทางความสมดุลและจิตวิญญาณนั้นจะมีความแตกต่างกัน สภาวะทางจิตวิญญาณที่เป็นความสุขที่อาศัยหรือตั้งอยู่บนพื้นฐานของหลักพุทธศาสนา เป็นประสบการณ์ความรู้สึกของบุคคลที่ได้ดำเนินชีวิตและปฏิบัติตนตามหลักศาสนา ในขณะที่แนวคิดของบุคคลสุขภาพจะเกี่ยวข้องกับคุณธรรม และหลักความเชื่อพื้นฐานของสังคม มิติของจิตวิญญาณที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจึงอาจหมายถึงการปฏิบัติตามหลักศาสนาปรัชญาหรือทัศนะที่มีต่อชีวิต กรอบคิดพื้นฐานของบุคคลที่ใช้ในการดำเนินชีวิตและการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ซึ่งกรอบคิดนี้อาจแยกออกมาได้จากหลักศาสนา ในความหมายของบุคคลสุขภาพจึงเป็นเรื่องของความถูกต้องตามกฎหมายของสังคมและกฎทางศีลธรรม (Medows et al ,2001;Daaleman et al ,2001; โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์,2545 ; พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ.ปยุตโต) ,2548 )

## 2) การนิยามสุขภาพของปัจเจกบุคคล

การนิยามสุขภาพตามมุมมองของปัจเจกบุคคลมีความแตกต่างจากบุคลากรสาธารณสุข เนื่องจากการรับรู้ของบุคคลได้รับอิทธิพลจากวัฒนธรรม ขนบธรรมเนียมประเพณี และความเชื่อที่สืบทอดกันมา ซึ่งมีความจำเพาะเจาะจงเฉพาะกลุ่มอีกด้วย ส่วนการรับรู้ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เกี่ยวกับสุขภาพและความเจ็บป่วยจะเป็นหลักทางวิทยาศาสตร์ ในส่วน ก ประชาชนรับรู้ว่าคุณภาพตนดี แต่เจ้าหน้าที่สุขภาพตรวจพบว่ามีโรค ในส่วน ข ประชาชนรับรู้ว่าคุณภาพดี และเจ้าหน้าที่สุขภาพตรวจว่าไม่มีโรค ในส่วน ค ประชาชนรับรู้ว่าคุณเจ็บป่วย และเจ้าหน้าที่สุขภาพตรวจพบว่ามีโรค ในส่วน ง ประชาชนรับรู้ว่าคุณเจ็บป่วย แต่เจ้าหน้าที่สุขภาพตรวจพบว่าคุณไม่มีโรค ดังแสดงรายละเอียดของแนวคิดไว้ดังภาพ 1



ภาพ 1 แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพของปัจเจกบุคคล

จากรายงานวิจัย Health and Lifestyle Survey ขององค์การอนามัยโลก พบว่า ประชาชนชายและหญิงที่อาศัยอยู่ในอังกฤษ เวลส์ และสกอตแลนด์ ให้นิยามสุขภาพแตกต่างกันไปตามอายุ เพศ และการรับรู้ต่อระดับภาวะสุขภาพ ที่แตกต่างกัน เช่น ผู้ชายวัยรุ่นให้แนวคิดว่าคุณภาพเป็นความแข็งแรงทางร่างกาย ในขณะที่ผู้หญิง วัยรุ่นจะเน้นที่พลังงาน ความมีชีวิตชีวา และความสามารถในการปรับตัว ผู้ชายและผู้หญิงสูงวัยเห็นว่าสุขภาพเป็นเรื่องของการทำหน้าที่ และเป็นภาวะที่พึงพอใจและมีความสุข ผู้หญิงทุกวัยส่วนใหญ่รวมความสัมพันธ์ทางสังคมในนิยามสุขภาพของตนในขณะที่ผู้ชายไม่มีความคิดเห็นนี้

จากการรวบรวมความเห็นของบุคคลต่าง ๆ เกี่ยวกับนิยามสุขภาพพบว่าสุขภาพดีของปัจเจกบุคคลนอกจากปราศจากโรคแล้วยังเปรียบเสมือนการได้รับรางวัลจากการประพฤติดี และการเจ็บป่วยเปรียบเสมือนการถูกลงโทษจากการประพฤติไม่ดี ดังนั้นจึงมีข้อห้ามว่าไม่ควรทำสิ่ง

นั่นสิ่งนี้เพื่อป้องกันไม่ให้เจ็บป่วยสุขภาพดียังถูกมองอีกด้านว่าเป็นการปราศจากสิ่งชั่วร้าย (Spector , 1991. pp. 45)

การนิยามสุขภาพของปัจเจกบุคคล มีแนวคิดที่หลากหลายและพัฒนามาตามลำดับ ในด้านการวิจัยก็พบว่านักวิจัยได้นิยามสุขภาพไว้ในงานวิจัยของตนแตกต่างกันไป ซึ่งผู้วิจัยสามารถแบ่งนิยามต่าง ๆ ของสุขภาพจากปัจเจกบุคคลออกเป็นกลุ่มได้ดังนี้

1. Physical functioning นิยามนี้จะเน้นที่ความจำกัดทางร่างกาย ความสามารถในการดูแลตนเอง การเคลื่อนไหว การเข้าร่วมในการออกกำลังกาย ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และจำนวนวันที่ต้องนอนพักบนเตียง
  2. Mental health นิยามนี้เน้นที่ความรู้สึก ความเครียด ภาวะซึมเศร้า สุขภาวะทางด้านจิตใจและการควบคุมอารมณ์และพฤติกรรม
  3. Social well – being นิยามในแนวนี้จะให้ความสำคัญกับการไปเยี่ยมเยียน การโทรศัพท์พูดคุยกับเพื่อน ครอบครัว และจำนวนของเพื่อนสนิท
  4. Role – functioning เน้นที่ความปราศจากข้อจำกัดของการปฏิบัติหน้าที่ตามปกติ เช่น หน้าที่ในที่ทำงาน โรงเรียน
  5. General health perceptions จะเน้นที่การประเมินภาวะสุขภาพปัจจุบันของตนเอง และประสบการณ์การเจ็บป่วยที่ผ่านมา
  6. Symptom จะเน้นที่รายงานของอาการ อาการแสดงทางร่างกายและจิตใจ
- สุขภาพเป็นเรื่องที่สัมพันธ์กับทั้งประสบการณ์ความรู้สึกของบุคคล ความสัมพันธ์ทางสังคม การให้คุณค่าและบรรทัดฐานทางสังคม ในลักษณะที่ต่างกันดังนี้

1) สุขภาพดีคือการไม่มีความเจ็บป่วย

แม้บุคคลจะรับรู้สุขภาพเป็นสิ่งสำคัญแต่บุคคลจะให้ความสนใจในสุขภาพเพิ่มขึ้นเมื่อมีอาการความเจ็บป่วยลักษณะเช่นนี้จึงทำให้การไม่มีความเจ็บป่วยดูเหมือนจะเป็นสิ่งที่แสดงถึงภาวะการมีสุขภาพดีในความคิดของบุคคลทั่วไป

2) สุขภาพคือความแข็งแรง

ความแข็งแรงนี้สามารถแสดงออกใน 2 ลักษณะคือ ลักษณะที่หนึ่ง ความแข็งแรงในเชิงโครงสร้างร่างกาย (physical strength) คือการที่บุคคลสามารถทำงานที่ต้องใช้พลังกำลัง หรืองานที่ต้องการทำอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานาน ๆ ความแข็งแรงนี้บุคคลอาจพิจารณาจากโครงสร้างร่างกายก็ได้ เช่น การมีรูปร่างที่สมส่วน ไม่อ้วนหรือ ผอมเกินไป หรือการที่บุคคลสามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้แม้จะอยู่ในสถานการณ์ที่ทุกข์อย่างมาก ในลักษณะที่สอง ความแข็งแรงจะหมายถึง



การที่บุคคลสามารถต่อสู้กับความเจ็บป่วย ทั้งการที่บุคคลนั้นไม่เจ็บป่วยบ่อย หรือการที่บุคคลนั้นเมื่อเจ็บป่วยแล้วจะไม่มีอาการรุนแรง และสามารถหายจากความเจ็บป่วยได้เร็ว บุคคลจะรับรู้ความแข็งแรงนี้ในลักษณะของการเปรียบเทียบภาวะความแข็งแรงของตนเองในช่วงเวลาที่ผ่านมากับช่วงเวลาในปัจจุบัน และการเปรียบเทียบกับบุคคลอื่นในช่วงวัยและเพศเดียวกัน นอกจากนี้บุคคลอาจเปรียบเทียบภาวะความแข็งแรงของตนเองกับบุคคลอื่นเมื่อผ่านประสบการณ์ยากลำบากของชีวิตเหมือนกันหรือมีความเจ็บป่วยแบบเดียวกัน บุคคลที่มีความแข็งแรงมากกว่าจะสามารถฟื้นหรือหายจากความเจ็บป่วยได้เร็วกว่า

การให้คำนิยามสุขภาพว่าหมายถึงความแข็งแรงนี้ บุคคลจะให้ความหมายสุขภาพในลักษณะของการมีอยู่ สุขภาพเป็นสิ่งที่บุคคลสามารถสะสม เพิ่ม เก็บไว้ และเอามาใช้ทั้งในสถานการณ์การดำเนินชีวิตและการต่อสู้กับความเจ็บป่วย ซึ่งแตกต่างจากการนิยามสุขภาพว่าเป็นการไม่มีความเจ็บป่วยซึ่งมองสุขภาพในลักษณะที่เป็นสภาวะ (state) ของสุขภาพในช่วงเวลาหนึ่ง ๆ นอกจากนี้จากการพิจารณานิยามสุขภาพว่าคือความแข็งแรงนี้ ยังเป็นการแสดงให้เห็นถึง “พื้นที่” ของสุขภาพที่รวมไปถึงลักษณะการดำเนินชีวิตของบุคคล เป็นการให้สุขภาพเพื่อผ่านสถานการณ์ทุกข์ยากลำบากของชีวิต ในขณะที่ความเจ็บป่วยเป็นเพียงส่วนหนึ่งในพื้นที่สุขภาพ และโดยที่ภาวะความแข็งแรงที่ลดระดับลงหรือความอ่อนแอนี้สามารถเกิดขึ้นได้แม้จะไม่มีอาการผิดปกติเกิดขึ้น ภาวะสุขภาพไม่ดีจึงสามารถเกิดขึ้นได้แม้จะไม่มีอาการเจ็บป่วย และที่สำคัญบุคคลจะใช้การรับรู้ความอ่อนแอเป็นเกณฑ์ในการประเมินสภาวะสุขภาพของตนมิใช่การมี หรือ ไม่มี ความเจ็บป่วย ด้วยการให้คำนิยามสุขภาพในลักษณะนี้บุคคลที่แม้จะมีความเจ็บป่วยก็สามารถประเมินว่าตนเองมีสุขภาพดีได้เช่นกัน

### 3. สุขภาพคือความสามารถในการกระทำตามบทบาทหน้าที่

ความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกายและการกระทำกิจกรรมทั่วไปในการดำเนินชีวิตเป็นการอธิบายภาวะความมีสุขภาพดี ลักษณะกิจกรรมที่เป็นเกณฑ์ในการประเมินความมีสุขภาพดีแตกต่างกัน แต่ละสังคม และกลุ่มบุคคล ผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่มักอธิบายความมีสุขภาพดีในลักษณะที่ให้ความสำคัญถึงความสามารถในการกระทำกิจกรรมที่จำเป็นในการดำเนินชีวิตด้วยตนเอง เช่นการเตรียมอาหาร การทำความสะอาด ร่างกาย ในขณะที่บางคนกล่าวถึงการช่วยเหลือยุงดูบุตรหลาน การดูแลบ้านพักให้บุตรหลาน ในขณะที่ผู้ให้ข้อมูลที่อยู่ในวัยทำงานมักให้ความสำคัญกับความสามารถของตนในการประกอบอาชีพได้อย่างต่อเนื่อง ไม่มีอุปสรรคอันเนื่องมาจากสภาวะทางร่างกาย



การให้ความสำคัญต่อลักษณะกิจกรรมต่าง ๆ กันนี้เนื่องมาจากความแตกต่างของวัยและบริบททางสังคมวัฒนธรรมที่ทำให้บุคคลมีการรับรู้ถึงบทบาททางสังคมต่างกัน นอกจากนั้นการแสดงบทบาทของบุคคลยังสัมพันธ์กับระบบการให้คุณค่าของสังคม ค่านิยมในสังคมอุตสาหกรรมที่เน้นคุณค่าของบุคคลกับการทำงาน ทำให้บุคคลในวัยทำงานให้ค่านิยมสุขภาพในลักษณะของบทบาทการประกอบอาชีพของตนเป็นสำคัญ ในขณะที่ในกลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ในบริบทสังคมเกษตรกรรมจะให้ความสำคัญต่องานในบ้าน (domestic work) รวมทั้งการพยายามมิให้ตนเองเป็นภาระแก่บุตรหลาน นอกจากนั้นการนิยามภาวะสุขภาพดีจากความสามารถในการทำหน้าที่นี้ยังมีความแตกต่างไปตามสถานะทางร่างกาย อย่างไรก็ตามความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการกระทำหน้าที่ตามบทบาท ความเจ็บป่วย และสภาวะความแข็งแรง / อ่อนแอ มีความซับซ้อนในการประเมินสภาวะสุขภาพของบุคคล บุคคลแม้มีความเจ็บป่วยแต่ยังคงสามารถกระทำหน้าที่ตามบทบาทของตนได้นั้นจะประเมินว่าตนเองมีสภาวะสุขภาพ บุคคลที่รับรู้สภาวะความอ่อนแอในร่างกายของตน หากยังคงกระทำตามบทบาทได้ก็จะประเมินว่าตนเองมีสภาวะสุขภาพดี ดังนั้นความสามารถในการกระทำหน้าที่ตามปกติจึงเป็นเกณฑ์ที่บุคคลใช้ในการประเมินสภาวะสุขภาพของตนไม่ใช้ความเจ็บป่วย และไม่ใช้สภาวะความแข็งแรง / อ่อนแอ ดังนั้นการตัดสินใจที่จะกระทำหรือไม่กระทำหน้าที่นั้น ไม่ได้เป็นการตัดสินใจโดยอิสระของบุคคล หากจะถูกกำหนดโดยอ้อมจากการเห็นชอบของบุคคลอื่นซึ่งมักจะสอดคล้องกับบรรทัดฐานทางสังคม กล่าวคือบุคคลจะรับรู้ / เรียนรู้ว่าเป็นสภาวะเช่นนี้ของตน และ / หรือในลักษณะความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น และ / หรือในระดับสภาวะความอ่อนแอ นั้น ตนจะยังคงต้องกระทำหน้าที่ของตนต่อไป หรือสามารถงดการกระทำหน้าที่ตามปกติ อิทธิพลทางสังคมที่มีต่อการตัดสินใจกระทำหรือไม่กระทำหน้าที่นี้ส่งผลต่อสภาวะสุขภาพของบุคคลทั้งทางบวกและลบ กล่าวคือ ในขณะที่บุคคลไม่สามารถกระทำตามความต้องการส่วนตัวในการงดกระทำหน้าที่นั้น ในอีกด้านหนึ่งกลุ่มบุคคลบางกลุ่มแม้จะมีสภาวะสุขภาพที่ไม่ดี แต่ยังคงต้องกระทำตามหน้าที่ของตนเพื่อให้สอดคล้องกับบรรทัดฐานทางสังคม เช่นสตรีที่มีฐานะทางเศรษฐกิจค่อนข้างต่ำจะยังคงทำงานบ้านตามปกติเพื่อคงไว้ซึ่งการกระทำตามบทบาทของการเป็นภรรยาและแม่ แม้จะรู้ว่าตนอยู่ในสภาวะอ่อนแอ สุขภาพไม่ดี

#### 4) สุขภาพดีคือความรู้สึกเป็นสุข ความสมดุล

การให้ค่านิยมภาวะการมีสุขภาพดีโดยดูจากความรู้สึกและทำที่ที่บุคคลมีต่อสิ่งแวดล้อมนี้เป็นการประเมินสุขภาพจากประสบการณ์เฉพาะของแต่ละบุคคล เป็นความรู้สึกถึงความสุข ความผ่อนคลาย ความราบรื่นปลอดภัยพอใจพอใจในการทำงาน การดำเนินชีวิตเป็นไปอย่างถูกต้องตามครรลอง ไม่รู้สึกถึงความกดดันในตัวเองหรือรู้สึกว่าตัวเองถูกกดดันจากสังคมแวดล้อม ซึ่งอาจ

กล่าวได้ว่าเป็นการให้คำนิยามสุขภาพในลักษณะของความรู้สึกถึงความสมดุลทางใจที่มีในการดำเนินชีวิต เป็นการให้ความหมายสุขภาพที่แตกต่างจากการนิยามสุขภาพว่าเป็นความแข็งแรง กล่าวคือ ในขณะที่สุขภาพในความหมายของความแข็งแรงนั้นมีลักษณะที่สามารถสะสมให้เพิ่มขึ้นได้ หรืออาจจะลดน้อยลงได้ตามการใช้ "ทุนสำรองสุขภาพ" เพื่อต่อสู้กับความเจ็บป่วยหรือความยากลำบากในการดำเนินชีวิตบุคคลจึงอาจกล่าวถึงภาวะสุขภาพในลักษณะของความมากน้อย แต่ภาวะสุขภาพดีในความหมายของความสมดุลนี้จะเป็นในลักษณะที่ "มี" หรือ "ไม่มี" นั่นคือบุคคลจะรู้สึกว่า "มี" ความสมดุลเกิดขึ้น หรือ "ไม่มี" เลย ลักษณะนี้จะเป็นเช่นเดียวกับการนิยามสุขภาพว่าเป็นการไม่มีความเจ็บป่วย นอกจากนั้นการให้ความหมายสุขภาพในลักษณะความสมดุลนี้บุคคลจะรับรู้ภาวะการมี "มี" หรือ "ไม่มี" ความสมดุลด้วยตนเองโดยมีต้องนำไปเปรียบเทียบกับสิ่งอื่นหรือบุคคลอื่นดัง สุขภาพในความหมายของความสมดุลนี้เป็นสุขภาพขั้นสูงสุด คือเป็นเรื่องที่เกี่ยวกับทั้งสภาวะสุขภาพของบุคคล ทั้งขณะต่อชีวิตที่สัมพันธ์สอดคล้องกับบรรทัดฐานทางสังคม กฎเกณฑ์ทางศีลธรรม และสิ่งแวดล้อม และที่สำคัญสุขภาพตามความหมายนี้จึงเป็นเรื่องที่เกี่ยวกับบรรทัดฐานของการใช้ชีวิต เช่นเดียวกับบรรทัดฐานทางด้านร่างกาย บุคคลแม้จะมีความเจ็บป่วยหากแต่ทว่ามีการดำเนินชีวิตที่ประสานสัมพันธ์อันดีกับสิ่งแวดล้อมบุคคลก็สามารถรับรู้ว่าคุณภาพสุขภาพดีได้ เนื่องด้วยตนเองรับรู้ถึงความสมดุลที่เกิดขึ้น ดังนั้นสุขภาพในลักษณะความสมดุลจึงไม่ใช่หมายถึงเฉพาะการมีสภาวะสุขภาพทางร่างกายที่แข็งแรงสมบูรณ์ หากความสมดุลเกิดขึ้นได้แม้ในบุคคลที่มีความเจ็บป่วย หรือความพิการ ตัวอย่างที่เป็นรูปธรรมอย่างเช่น บุคคลผู้พิการหรือผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ ภูมิแพ้ หรือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี แต่ใช้ชีวิตอย่างสมดุล รับรู้ถึงคุณค่าของตน สามารถกระทำในสิ่งที่ตนเองต้องการ พอใจได้ตามความเหมาะสมแห่งบรรทัดฐานของสังคม ไม่มีอารมณ์โกรธเคียดแค้น กัดค้น ในสภาวะที่ตนเองเป็นอยู่ รวมทั้งดำเนินชีวิตที่สัมพันธ์อันดีต่อสิ่งแวดล้อม บุคคลก็สามารถรับรู้ว่าคุณภาพสุขภาพดี บรรทัดฐานทางสังคมมีอิทธิพลในการนิยามภาวะความสมดุลภาวะสมดุลจึงมีการเปลี่ยนแปลงได้เมื่อสังคมกำหนดกฎเกณฑ์ใหม่ หรือมีการให้คุณค่ากับทัศนคติและวิถีการดำเนินชีวิตแบบใหม่และกลุ่มคนต่างกันจะนิยามภาวะสมดุลที่แตกต่างกันตามบรรทัดฐานของกลุ่มสังคมนั้น ๆ ยิ่งไปกว่านั้นการที่ภาวะสมดุลเป็นประสบการณ์ส่วนบุคคลเป็นการประเมินของบุคคล การกระทำที่รับรู้ว่าจะก่อให้เกิดหรือแสดงถึงความสมดุลของบุคคลหนึ่งจึงอาจเป็นไปในทิศทางตรงข้ามในบุคคลอื่น

##### 5) สุขภาพดีคือการมีความสัมพันธ์ทางสังคมที่ดี

นิยามสุขภาพในลักษณะของความสัมพันธ์ทางสังคมนี้มีบางส่วนที่ซ้อนทับกับการนิยามสุขภาพว่าเป็นความสุข เช่น บุคคลกล่าวถึง ความสมดุลในการดำเนินชีวิต ความสมดุลในความสัมพันธ์ในครอบครัว ซึ่งยากที่จะแยกได้ว่าบุคคลให้คำนิยามสุขภาพในมิติของการรับรู้ภาวะสมดุลหรือเป็นการนิยามตามมิติความสัมพันธ์ทางสังคม นอกจากนี้การมีความสัมพันธ์ทางสังคมที่ดีก็เป็นส่วนหนึ่งที่มีผลทำให้เกิดและการรับรู้ภาวะความสมดุลด้วย

นอกจากนั้นคำนิยามสุขภาพในลักษณะต่าง ๆ ทั้ง 5 ลักษณะนั้นมีบางส่วนที่สัมพันธ์ทับซ้อนกัน เช่น การให้นิยามสุขภาพว่าหมายถึงความแข็งแรงทางกายนั้นก็อาจมีบางส่วนที่ไปสัมพันธ์กับความ สามารถในการดำเนินชีวิตและกระทำตามบทบาทได้ และการนิยามสุขภาพในลักษณะความสมดุลทางใจที่สัมพันธ์ซ้อนทับกับความสัมพันธ์ทางสังคมได้ดังที่ได้กล่าวข้างต้นและที่สำคัญการศึกษาทุกชิ้นที่ได้ ทบทวนมานั้นพบว่า ไม่มีบุคคลใดเลยที่ให้คำนิยามสุขภาพโดยใช้เพียงลักษณะใดลักษณะหนึ่ง หากบุคคลจะมีการให้คำนิยามสุขภาพในหลาย ๆ ลักษณะรวมกัน และมีบุคคลจำนวนหนึ่งใช้อธิบายสภาวะสุขภาพดีโดยใช้นิยามทั้ง 5 ลักษณะ สุขภาพตามแนวคิดของบุคคลจึงประกอบด้วยทั้งส่วนที่เป็นกายภาพ ความรู้สึกจิตใจและความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น การรับรู้สภาวะสุขภาพจึงเป็นประสบการณ์ส่วนบุคคล ที่รับรู้และประเมินโดยบุคคล สภาวะสุขภาพที่ดีของแต่ละบุคคลจึงแตกต่างกัน นอกจากนี้บุคคลต่างวัย ต่างฐานะทางสังคมเศรษฐกิจและต่างเพศมีการรับรู้และนิยามสุขภาพที่ต่างกัน ความต่างในการนิยามนั้นสะท้อนให้เห็นถึงอิทธิพลทางสังคมวัฒนธรรมต่อแนวคิดสุขภาพ

จากนิยามสุขภาพทั้ง 5 ลักษณะที่กล่าวข้างต้น สุขภาพจึงมิได้จำกัดขอบเขตเฉพาะร่างกายของบุคคลและภาวะสุขภาพดีมีความหมายที่มากไปกว่าความปกติทางกายภาพ ยิ่งไปกว่านั้นสุขภาพจึงไม่ใช่เรื่องของบุคคลเท่านั้น หากแต่เป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสังคมด้วยเช่นกัน โดยที่สังคมมีส่วนในการกำหนดแนวคิดของบุคคลทั้งในเรื่องทั่วไปและในเรื่องที่เกี่ยวกับสุขภาพ รวมทั้งกำหนดลำดับความสำคัญของสุขภาพท่ามกลางสิ่งอื่น ๆ ในบริบทของชีวิต

### 2.3.3 ระบบสุขภาพกับสภาวะของสังคมไทย

ระบบสุขภาพเป็นระบบใหญ่ที่เรียกว่าระบบโครงสร้างมีอิทธิพลกำหนดทิศทางการกิจกรรมตลอดจนความหมายของสภาวะของสังคม ระบบสุขภาพของไทยเป็นระบบความเป็นวิชาชีพด้านการแพทย์และสาธารณสุข (Health professionalization) และเป็นระบบความชำนาญเฉพาะทาง (Specialization) ซึ่งส่งผลต่อสภาวะของสังคมไทย ผู้เชี่ยวชาญและผู้อยู่ในวิชาชีพยังกำหนดการวัดสถานะสุขภาพของสังคมจากการเจ็บป่วย และพยาธิสภาพซึ่งทำให้บุคคลไม่สามารถปฏิบัติงานตามปกติ สถานะสุขภาพดังกล่าวจะต้องให้ผู้เชี่ยวชาญ และผู้อยู่ในวิชาชีพดูแล

และช่วยเหลือนบุคคลสามารถคืนสู่สภาพปกติ สุขภาวะของสังคมในปัจจุบันมีความหมายถึง ความอยู่ดีกินดี ความสงบสุข และความเสมอภาค ตลอดจนสังคมมีจิตวิญญาณ การเปลี่ยนแปลง ดังกล่าวช่วยให้การกำหนดทิศทางและกิจกรรมตลอดจนความหมายของสุขภาวะ และยังทำให้เกิด การทำงานร่วมมือ ระหว่างสาขาวิชาและระหว่างผู้อยู่ในกับผู้นอกระบบวิชาชีพด้านการแพทย์ และสาธารณสุข

ระบบสุขภาพในที่นี้หมายถึงระบบบริการทางสาธารณสุขและการแพทย์ ระบบสุขภาพของ ไทยมีลักษณะที่สำคัญ 6 ประการ คือ

- เป็นระบบที่มีระบบย่อยหลายระบบภายในระบบใหญ่ และแต่ละระบบย่อยก็มีความแตกต่างกัน ซึ่งตรงกับคำภาษาอังกฤษ คือ Variegated medical system (Riley & Sermsri, 1974)

- ระบบสุขภาพไทยถือเป็นระบบพหุนิยม (Pluralistic system) ลักษณะสำคัญประการที่ สองคือ ระบบของนักวิชาชีพด้านการรักษาโรคเป็นสำคัญ หรือเป็นระบบของความเป็นการแพทย์ (Medicalization) และความเป็นผู้เชี่ยวชาญกิจกรรมและทิศทางของระบบจึงขึ้นอยู่กับผู้มีวิชาชีพ ด้านการรักษาโรคโดยเฉพาะผู้เชี่ยวชาญเป็นผู้กำหนด

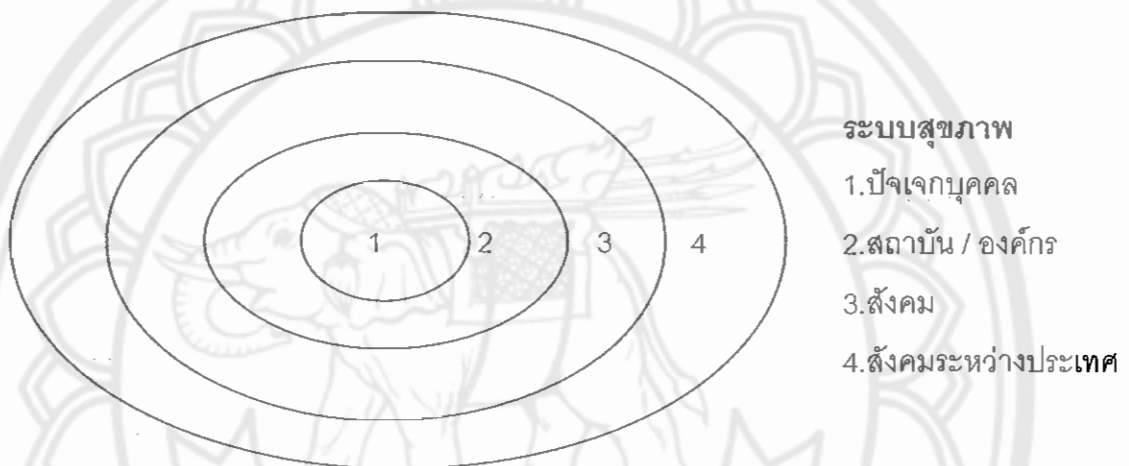
- ระบบสุขภาพยังเป็นระบบการอุปถัมภ์ของรัฐบาลและเป็นระบบราชการ (Bureaucratic system) การพัฒนาของระบบจึงขึ้นอยู่ความตั้งใจ และการทุ่มเทของรัฐบาลเป็นสำคัญ และปัญหา ของระบบจึงขึ้นอยู่กับประสิทธิภาพการบริหารจัดการของข้าราชการเป็นหลัก

- ระบบสุขภาพไทยเป็นระบบของการแพทย์ตะวันตกหรือระบบการแพทย์สมัยใหม่โดยใช้ วิทยาศาสตร์เป็นกลไกที่ความถูกต้องของการรักษาและคุณภาพการบริการจึงขึ้นอยู่กับความ เป็นวิทยาศาสตร์มากเพียงใด และวิธีการรักษาส่วนใหญ่มาจากความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์ของ ประเทศตะวันตก การบริการหรือการรักษาที่อิงวิทยาศาสตร์ (สมัยใหม่) ถือว่ามีความถูกต้อง มากกว่า ในขณะที่การรักษาที่พื้นบ้าน หรือการแพทย์โบราณจะถูกจัดว่ามีความถูกต้องน้อยกว่า

- ระบบสุขภาพไทยเน้นการรักษาโรคมกกว่าป้องกันและการส่งเสริมสุขภาพ

- ระบบสุขภาพเป็นระบบสังคม ที่ประกอบด้วยระบบย่อยหลายระบบและในแต่ละระบบ จะประกอบด้วย (ภาพ 2) ตัวบุคคล(ปัจเจกบุคคลสถาบันทางสังคม เช่นสถาบันศาสนา สถาบัน ครอบครัว สถาบันเศรษฐกิจ สถาบันการเมือง และสถาบันที่เป็นรูปธรรมเช่นสหกรณ์ สถาบันวิจัย มหาวิทยาลัยและรูปของบริษัฯ ตลอดจนรูปขององค์กรเช่นโรงพยาบาลเป็นต้น ระบบยังอยู่ภายใต้ บริบทของสังคมหนึ่ง แต่ก็ยังเกี่ยวพันกับระบบโลกเช่นอิทธิพลของการติดต่อระหว่างประเทศหรือ ความเป็นโลกาภิวัตน์ (Globalization) ในแต่ละสังคมจะมีระบบหลายระบบ ในแต่ละระบบมี ความเกี่ยวพันและแยกจากกันบางส่วน เช่นระบบของบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขก็

เกี่ยวข้องกับระบบองค์กรของนักวิชาชีพด้านการแพทย์พยาบาลและสาธารณสุข ในขณะที่เดียวกันก็มีระบบของผู้ให้บริการ ระบบของคนไข้ ซึ่งแยกจากระบบของผู้ให้การรักษา แต่ทั้งสองระบบก็เกี่ยวข้องกันในบริบทของประเพณี วัฒนธรรม และค่านิยมของสังคมไทยร่วมกันระบบสุขภาพในฐานะระบบใหญ่จะประกอบด้วยระบบการแพทย์พื้นบ้าน ระบบการแพทย์ตะวันตก และระบบการแพทย์สมัยใหม่ ตลอดจนระบบการแพทย์ทางเลือก ซึ่งในแต่ละระบบก็มีกลไกและองค์ประกอบของแต่ละระบบทั้งในด้านบุคลากร เครื่องมือ เทคโนโลยีและปรัชญาในบริบทของแต่ละระบบ



ภาพ 2 แสดงระบบสุขภาพกับระบบย่อยภายใน

ระบบสุขภาพของไทยที่ผ่านมา ให้ความสำคัญในด้านการรักษามากกว่าการป้องกัน และการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งในขณะนั้นมีความเหมาะสมในช่วงเวลานั้น เพราะโรคระบาดมีความเจ็บป่วยและการตายเป็นผลจากการติดเชื้อ ดังนั้นการสร้างความปลอดภัย (Survival) จึงเป็นสิ่งที่เหมาะสม การรักษาโรคจึงเป็นสิ่งสำคัญ แต่เมื่อสภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมเปลี่ยนแปลงไป เช่น โรคระบาดหลายโรคถูกจำกัด มาตรการควบคุมการแพร่กระจายโรคให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น และความปราศจากความทุกข์ ความตายที่ไม่ได้มาจากพยาธิสภาพอย่างเดียว แต่การตายเป็นผลจากพฤติกรรมของบุคคล และสภาพแวดล้อมของสังคม

การวัดภาวะสุขภาพของสังคมไทยอาศัยประวัติความเป็นมาและบริบทของระบบสุขภาพไทย ตามที่กล่าวในเบื้องต้น การวัดสถานะสุขภาพของคนไทย ตลอดเวลา 40 ปีของการพัฒนาประเทศ (ตั้งแต่ปี 2503-2533) มักอาศัยดัชนีที่แสดงให้เห็นความตื่นตัวและความเสื่อมถอยของ

ร่างกายเช่น การตาย และการเจ็บป่วย ตลอดจนพยาธิสภาพในร่างกายซึ่งดัชนีวัดสถานะสุขภาพดังกล่าวเป็นการอาศัยกรอบแนวคิดของผู้อยู่ในวิชาชีพด้านการรักษาโรคและผู้เชี่ยวชาญด้านการรักษา (สันทัด เสริมศรี, 2545 หน้า 11-15) หรือกล่าวได้ว่าการวัดสถานะสุขภาพในอดีตเป็นการวัดด้านลบและเป็นการวัดเมื่อภาวะทางร่างกายเสื่อมถอย หรือไม่สามารถปฏิบัติภารกิจประจำวัน ซึ่งบุคคลผู้มีสุขภาพดังกล่าวจำเป็นต้องให้ผู้อยู่ในวิชาชีพด้านการรักษาโรคเป็นผู้ดูแล สุขภาวะของ คนมีความหมายถึงความรู้สึกนึกคิดทั้งในด้านจิตใจและอารมณ์ สุขภาพไม่ได้หมายถึงสภาวะของการเจ็บป่วยและตาย การเจ็บป่วยซึ่งเดิมเคยพิจารณาจากการมีเชื้อโรคและต้องรักษากับผู้มีความรู้ในวิชาชีพด้านการรักษาโรคเท่านั้นการเจ็บป่วยหลายครั้งที่ไม่ต้องมีเชื้อโรคแต่เป็นภาวะทางสังคมของบุคคล (Harper, et.al, 1994) ทำให้เกิดความรู้สึกเจ็บป่วย เช่น การสูญเสียงานและการตกงานก็ทำให้เกิดความเจ็บป่วย การสูญเสียความรักก็ทำให้เกิดความเจ็บป่วย การย้ายถิ่นไปอยู่ในที่ซึ่งมีสิ่งแวดล้อมใหม่ การสูญเสียสิ่งที่รัก หรือสภาวะการณ์ที่ทำให้การดำเนินชีวิตปกติต้องหยุดชะงักงก็ทำให้เกิดความเจ็บป่วยได้ แม้แต่ภาวะการเข้าสู่สิ่งทีหลายคนเรียกว่าความสุข ก็ส่งผลต่อภาวะสุขภาพได้เช่นกัน สุขภาวะของสังคมจึงรวมถึงความอยู่ดีกินดี ความสงบสุข ความเป็นระเบียบเรียบร้อยความเสมอภาค และความมีจิตวิญญาณ ที่ส่งเสริมให้เกิดภาวะของความสุข (ประเวศ วะสี, 2545. หน้า 4) เช่น การตายของเด็กและทารกที่สูงนั้นไม่ใช่เกิดจากระบบสุขภาพ หรือปัญหาสาธารณสุข แต่เป็นเพราะระบบสังคมที่มีความยากจน ประเพณีการปฏิบัติ ค่านิยมและความรู้ความเข้าใจของมารดาของเด็ก การแก้ปัญหาการตายของเด็กและทารกจะต้องแก้ที่ระบบสังคม

ระบบสุขภาพเป็นระบบสังคม เพราะการปฏิบัติ ค่านิยม ความคิด ความเชื่อ ประเพณี และความยากจน เป็นสิ่งที่สังคมสร้างขึ้น (Social construction) ตัวอย่างที่เด่นชัด คือ ความไม่เท่าเทียมระหว่างหญิงและชาย การที่หญิงต้องมีหน้าที่เลี้ยงลูก ผู้หญิงต้องอยู่กับเหย้าเฝ้ากับเรือน ผู้หญิงได้รับค่าน้อยกว่า และผู้หญิงต้องมีสถานะภาพทางสังคมต่ำกว่าชาย หรือแนวคิดที่ว่า "ชายเป็นใหญ่" สิ่งเหล่านี้สังคมกำหนด ไม่ใช่เกิดขึ้นเองโดยธรรมชาติ สุขภาวะของสังคมจึงเป็นเรื่องสภาวะการณ์ในแต่ละช่วงเวลา (Circumstance) ในอดีตการมองสุขภาพมักมองข้ามโอกาสเข้าถึงแหล่งบริการความเสมอภาค และสิทธิของบุคคลแต่ปัจจุบัน สุขภาวะเป็นสิทธิมนุษยชน (Human right) ซึ่งรัฐธรรมนูญฉบับปัจจุบันกล่าวถึงการมีสุขภาพที่ดีเป็นสิทธิของคนไทยทุกคน รัฐบาลต้องสร้างมาตรการเพื่อให้คนไทยเข้าถึงการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข กิจกรรม 30 บาทรักษาทุกโรคเป็นส่วนหนึ่งของการประกันสุขภาพกับคนไทย และพระราชบัญญัติการประกันสุขภาพก็เป็นส่วนหนึ่งของการสร้างสิทธิทางสุขภาพกับคนไทยนอกจากกิจกรรมสร้างสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย พฤติกรรมการบริโภคและแม้แต่การละเลิกสารเสพติด ก็เป็นการ

สร้างสุขภาวะของสังคม จึงสามารถสรุปถึงสุขภาวะของสังคมไทยในปัจจุบันว่ามีความหมายมากกว่า การเจ็บ การตาย และความยืนยาวของชีวิตแต่สุขภาพเป็นเรื่องของสังคมเป็นเรื่องทั้งด้านจิตใจ และความสัมพันธ์ทางสังคม ซึ่งปัจจัยทั้งสามคือ ร่างกาย จิตและสังคม ยังสร้างภาวะที่ผูกพันระหว่างกันเกิดสภาวะความสุข ความสงบ ความเป็นระเบียบเรียบร้อย และความเสียสละประโยชน์ส่วนตน มองเห็นประโยชน์ส่วนรวม การวัด สุขภาวะทางสังคมจึงเป็นเรื่องของจิตวิญญาณ โอกาสความเท่าเทียม ความยุติธรรม ความเสมอภาคและความสุข การมองสุขภาวะทางสังคมลักษณะนี้ทำให้เกิดความร่วมมือระหว่างสาขาวิชาในการกำหนดทิศทาง กำหนดกิจกรรมและการวัดสุขภาพ

#### 2.3.4 วิถีวิทยาระหว่างศาสตร์สุขภาพกับศาสตร์สาขาต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง

ความร่วมมือระหว่างสาขาวิชาในการเข้าใจทิศทาง กิจกรรมและการวัดสุขภาพทางสังคมจึงเป็นการทำงานระหว่างวิชาชีพด้านการแพทย์และสาธารณสุข และวิชาชีพด้านสังคมศาสตร์ รูปแบบของความร่วมมือปรากฏขึ้นในลักษณะของการประยุกต์(Applied science) เพื่อทำความเข้าใจเนื้อหาของอีกสาขาวิชา จึงประกอบด้วยวิชาทางสังคมศาสตร์ เช่น จิตวิทยา ประชากรศาสตร์ รัฐศาสตร์ มานุษยวิทยา สังคมวิทยา และเศรษฐศาสตร์ และผลการทำงานระหว่างสังคมศาสตร์กับศาสตร์สุขภาพ ทำให้เกิดสาขาวิชาใหม่ มนุษยวิทยาการแพทย์ สังคมวิทยาสุขภาพ จิตวิทยาสุขภาพ เศรษฐศาสตร์สุขภาพ รัฐศาสตร์สุขภาพและประชากรกับสุขภาพ

รูปแบบการทำงานระหว่างสาขาวิชาก็มีหลากหลาย เริ่มตั้งแต่การทำงานระหว่างสาขาวิชา (Inter disciplinary) การทำงานหลายสาขาวิชา(Multidisciplinary) และการทำงานที่มีมีการยึดติดกับสาขาวิชาของตน (Transdisciplinary) การบูรณาการ (Integration) ระหว่างสาขาวิชาเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้การประยุกต์สาขาวิชาให้เกิดประโยชน์ และมีกระบวนการที่ควรพิจารณาคือ ความคิดริเริ่มในการประยุกต์สาขาวิชา คณะวิชาที่เกี่ยวข้อง องค์การที่สนับสนุน และข้อจำกัดของกรอบการประยุกต์สาขาวิชาความคิดริเริ่มในการสร้างแนวคิดการประยุกต์สาขาวิชา เป็นไปได้ใน 2 ลักษณะ คือความคิดริเริ่มมาจากระบบสุขภาพเอง ที่เห็นว่าระบบสุขภาพไม่เป็นระบบอิสระจากระบบสังคม ดังนั้นการแก้ปัญหาหรือการกำหนดทิศทาง ตลอดจนการวัดระบบสุขภาพ ต้องอาศัยความร่วมมือจากสาขาวิชาสังคมศาสตร์ ความคิดริเริ่มมาจากระบบสังคม ที่เห็นปัญหาในระบบสุขภาพ ตัวอย่างที่ชี้ชัดชัดเจน ตัวอย่างหนึ่งคือ ปัญหาที่คนชนบทมักไม่นิยมมาใช้บริการของรัฐ (สันทัด เสริมศรี, 2545 .หน้า 11) ซึ่งเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นทั่วไปในช่วงปี 2513 ที่สถานที่ราชการซึ่งมีระบบราชการเป็นอุปสรรคทำให้คนชนบทไม่ยอมมาใช้บริการ ขณะเดียวกันที่ระบบสุขภาพก็เห็นปัญหาเดียวกันนายแพทย์อมร นนทสูต (2525) จึงเสนอแนวคิดการสร้างอาสาสมัครและการมีส่วนร่วมของชุมชนในการแก้ปัญหาในระบบราชการ และในส่วนของสังคมมีสมาคมพัฒนา



ประชากร ก็ทำการศึกษาเรื่องปัญหาการบริการโดยข้าราชการ เช่นศาสตราจารย์คลาก คันนิงแฮม และดร.เจมส์ เอ็น ไรลีย์ ก็เห็นว่าอาสาสมัคร เป็นทางเลือกในการแก้ ปัญหาการบริการโดย ข้าราชการ โดยอาสาสมัครเป็นผู้ที่ไม่ใช่ข้าราชการจะช่วยเชื่อมสถานที่ข้าราชการกับประชาชนใน ชนบทได้ดีกว่า(ประเวศ วะสี , 2545. หน้า 8) เมื่อเกิดความคิดริเริ่มในการประยุกต์สาขาวิชา กระบวนการต่อไปก็คือ จะประยุกต์สาขาวิชาใดบ้าง ซึ่งต้องอาศัยความรู้พื้นฐานและการประยุกต์ ลักษณะใดในการใช้กรอบคณะวิชาที่เกี่ยวข้องเป็นไปได้อย่างดีทั้งคณะวิชาด้านพฤติกรรมศาสตร์ และคณะสาขาวิชาด้านสังคมศาสตร์และทั้งสองกรอบก็มีความเกี่ยวข้องกันมาก จนไม่สามารถ แยกโดยอิสระ เช่น สาขาวิชาพฤติกรรมศาสตร์มักจะประกอบด้วย จิตวิทยา มนุษยวิทยาและ สังคมวิทยา ในขณะที่กรอบวิชาทางสังคมศาสตร์ประกอบด้วย มานุษยวิทยา สังคมวิทยา จิตวิทยา ประชากรศาสตร์ และรัฐศาสตร์ กรอบวิชาทางสังคมศาสตร์เองก็ยังมีแนวคิดที่ไม่สมบูรณ์ คณะ สาขาวิชาบางแห่งจัดวิชาเศรษฐศาสตร์ เป็นสาขาวิชากลุ่มสังคมศาสตร์ แต่บางแห่งถือเป็นศาสตร์ อิสระจากสังคมศาสตร์ จิตวิทยาก็เช่นกันมีการจัดไว้ในสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ องค์การ ที่สนับสนุนการประยุกต์สังคมศาสตร์ในงานด้านสุขภาพมีอยู่หลายแห่ง โดยเฉพาะสำหรับประเทศ ไทยมีกิจกรรมลักษณะดังกล่าว หลายคณะวิชาและมหาวิทยาลัย (Sermsri,1998) ซึ่งยังคงมี ข้อจำกัดของแต่ละแห่งที่จำทำการบูรณาการ ให้เกิดผลสมบูรณ์สูงสุด แต่ละสภาวะภูมิสุขภาพ ส่งผลต่อการประยุกต์ในระดับต่าง ๆ เช่น ในฐานะแหล่งความรู้หรือเป็นหน่วยของการสร้าง นโยบาย หรือสร้างมาตรการแก้ไขปัญหา ซึ่งข้อสรุปที่น่าจะทำให้การทำงานระหว่างสาขาวิชาเกิด ผลประโยชน์ต่อสังคมและสาธารณะ คือความพยายามแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นและหาทางการสร้าง พื้นฐานความรู้ของแต่ละสาขาที่ร่วมกัน (Barzelato,2002) หรือทับกันได้ (Overlapping consensus) แม้ว่าจะมีข้อเสนอที่ว่าวิธีวิทยา ดังกล่าวซึ่งน่าจะมีส่วนที่ร่วมกันได้นั้นจะทำให้เกิด ลักษณะความรู้พื้นๆ (Common sense) ก็ตาม แต่การแลกเปลี่ยน การสนทนา และยืมใช้วิธีการ ของแต่ละสาขาน่าจะสร้างประโยชน์ในชุมชนและคนส่วนใหญ่ให้มีความสุขและสุขภาพของ สังคมในทางที่ดีขึ้นได้ (Phatcharanuruk, 2001; Van Dalen etal, 1994; Pierret,1993; Murphy,1992; Blaxter,1990; Calnan and Johnson, 1985; Houtaud & Field, 1984; Williams,1983; Herzlich, 1973; Baumann, 1961)

### 2.3.5 บทสังเคราะห์ของ “สุขภาพ” ที่ใช้ในการวิจัย

การพยายามทำให้แนวคิดทางการแพทย์มีความใกล้เคียงกันแนวคิดบุคคลในส่วนที่เกี่ยวข้องกับ นิยามสุขภาพนั้นแม้จะเป็นสิ่งที่มีประโยชน์ต่อสภาวะสุขภาพของประชาชนและการจัดการระบบ ดูแลสุขภาพ แต่ก็ยังเป็นสิ่งที่ไม่ง่ายนัก เนื่องด้วยแนวคิดสุขภาพของประชาชนและการแพทย์นั้น ตั้งอยู่บนพื้นฐานวิธีคิดที่แตกต่างกัน ศาสตร์ทางการแพทย์พัฒนามาจากแนวคิดที่นิยาม “ความ



จริง” และการรับรู้ความจริงที่ต่างจากการเรียนรู้ความจริงและสุขภาพของบุคคล การเสนอคำ  
 นิยามใหม่ของสุขภาพจะจึงเป็นการขัดแย้งกับระบบหรือรากฐานการเรียนรู้เดิมทางการแพทย์ ดังนั้น  
 การพยายามเปลี่ยนกรอบคิดเกี่ยวกับสุขภาพจึงมีความจำเป็นที่จะต้องเปลี่ยนระบบวิธีคิดใน  
 ศาสตร์ทางการแพทย์และสาธารณสุข ซึ่งอาจจะเป็นไปได้เลยเนื่องจากศาสตร์แต่ละสาขาก็มี  
 การสะสมระเบียบ วิธีคิดของตนเองมาเป็นลักษณะเฉพาะของแต่ละสาขาและโดยเฉพาะอย่างยิ่ง  
 ถึงความ เป็นลักษณะเฉพาะนี้เองที่เป็นสิ่งที่แบ่งแยกศาสตร์สาขาต่าง ๆ

แม้ว่าการเปลี่ยนแนวคิดสุขภาพทางการแพทย์นั้นทำได้ยาก หากการจัดการดูแลสุขภาพที่  
 ก่อให้เกิดสภาวะสุขภาพที่ดีแก่ประชาชน เป็นความมีสุขภาพที่ดีตามแนวคิดของประชาชนนั้น  
 สามารถกระทำได้หากมีกระบวนการการรับรู้ถึงแนวคิดสุขภาพของบุคคล รวมทั้งความแตกต่าง  
 ของแนวคิดสุขภาพ ระหว่างผู้ให้บริการและประชาชน ความต่างของแนวคิดสุขภาพนี้ไม่ใช่เป็นเรื่อง  
 ของความไม่ถูกต้องในแนวคิด หรือความด้อยกว่าในเชิงคุณค่าของฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง หากแต่เป็น  
 เรื่องของทัศนคติและระเบียบวิธีคิดที่ต่างกันในการรับรู้ความหมายของสุขภาพ ผู้วิจัยสามารถ  
 จำแนกการนิยามสุขภาพ ได้ตามแนวคิดใหญ่ ๆ ได้ดังนี้

1) แนวคิดชีวกลไกทางการแพทย์ (Biomedical Approach) นิยามสุขภาพเป็นสภาวะทาง  
 ร่างกาย ของบุคคลหมายถึงการปราศจากโรค หรือการทำหน้าที่ผิดปกติของร่างกาย สภาวะสุขภาพ  
 ไม่ใช่เพียงสภาวะที่เป็นบวก แต่เป็นสภาวะที่ไม่มีสิ่งที่เป็นลบ

2) แนวคิดด้านสังคมวิทยา (Sociological Approach) เน้นสุขภาพและความเจ็บป่วยใน  
 แง่มุมของสังคมและวัฒนธรรม แนวคิดนี้อธิบายสุขภาพตามความสามารถของบุคคลในการปฏิบัติ  
 หน้าที่และกิจการงานในชีวิตประจำวันตามที่สังคมคาดหวัง เป็นความรู้สึกเชิงบวกที่ประกอบด้วย  
 มิติทุกด้านของบุคคล นอกจากนี้ยังบ่งชี้ว่าความแตกต่างทางด้านสังคมจะทำให้การนิยามสุขภาพ  
 แตกต่างกันไป ดังนั้นการนิยามสุขภาพเน้นให้เป็นนิยามของแต่ละบุคคลมากกว่านิยามจาก  
 บุคลากรทางการแพทย์

3) แนวคิดด้านจิตวิทยา (Psychological Approach) การประเมินสุขภาพในแนวจิตวิทยา  
 สะท้อนความรู้สึก ทั้งมวลของบุคคลต่อสภาวะของตน ซึ่งจะรวมถึงความรู้สึกที่ดีในการดำรงชีวิต  
 ประจำวัน การประสบความสำเร็จความรู้สึกพอใจในชีวิต ในการทำงานมีความรู้สึกทางบวก ไม่มี  
 ผลกระทบทางลบจากการไม่มีความสุข ความรู้สึกเปล่าเปลี่ยว หรือการวิพากษ์จากคนอื่น

4) แนวคิดนิเวศวิทยาการแพทย์ (Medical Ecology) ให้ความหมายสุขภาพว่าเป็น  
 ประสิทธิภาพของกลุ่มบุคคลที่สามารถเชื่อมระหว่างชีวิตวิทยากับปัจจัยเอื้อทางวัฒนธรรมและการ  
 ปรับตัวให้เหมาะสมกับสิ่งแวดล้อม

5) แนวคิดมนุษยวิทยาการแพทย์เชิงวิพากษ์ (Critical Medical Anthropology) มองสุขภาพในแง่การเข้าถึงและการมีความสามารถควบคุมสิ่งจำเป็นพื้นฐาน (Basic material) และแหล่งประโยชน์อื่น ๆ เพื่อให้มีการดำรงชีวิตอยู่ได้และส่งเสริมให้เกิดความพึงพอใจในชีวิต

6) ในระบบนิเวศน์ทางสุขภาพ (Ecosystem Health) เห็นว่าทุกส่วนประกอบของระบบนิเวศเป็นสิ่งจำเป็นต่อการดำรงอยู่และการมีสุขภาพของมนุษย์ การจัดการระบบนิเวศจึงเชื่อมต่อกับสุขภาพ

นอกจากการแบ่งออกเป็นกลุ่มแนวคิดดังกล่าวแล้วผู้วิจัยสามารถให้นิยามของสุขภาพจากแนวคิดเชิงกว้างไปจนถึงแนวคิดเชิงแคบไว้ 4 แนวคิดดังนี้

1) Eudaimonistic perspective แนวคิดนี้ได้นิยามสุขภาพว่าเป็นการตระหนักให้ศักยภาพของคนในการพัฒนาตนเอง เป็นภาวะที่บรรลุถึงซึ่งความสำเร็จสูงสุดในชีวิต ในแนวคิดนี้ การเจ็บป่วยถูกมองเหมือนกับอุปสรรคของการมีความสุขหรือการมีโชคดี ในขณะที่สุขภาพหมายถึงการพัฒนาในบรรลุถึงความไฝ่ฝัน ซึ่งในทางการพยาบาลได้ยอมรับแนวคิดนี้มาใช้ในการนิยามสุขภาพเพิ่มมากขึ้น

2) Adaptive model แนวคิดนี้นิยามสุขภาพว่าเป็นความสามารถที่จะมีปฏิสัมพันธ์อย่างมีประสิทธิภาพระหว่างร่างกายและสิ่งแวดล้อมโดยเชื่อว่ามนุษย์มีการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมอย่างต่อเนื่องตลอดเวลาเพื่อรักษาดุลยภาพกับสิ่งแวดล้อม การมีโรคหมายถึงความล้มเหลวในการปรับตัวหรือมีปฏิสัมพันธ์ที่ไม่ดีกับสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลง แนวคิดนี้ทำให้การมองสุขภาพต้องมองให้ครอบคลุมปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อสุขภาพด้วย

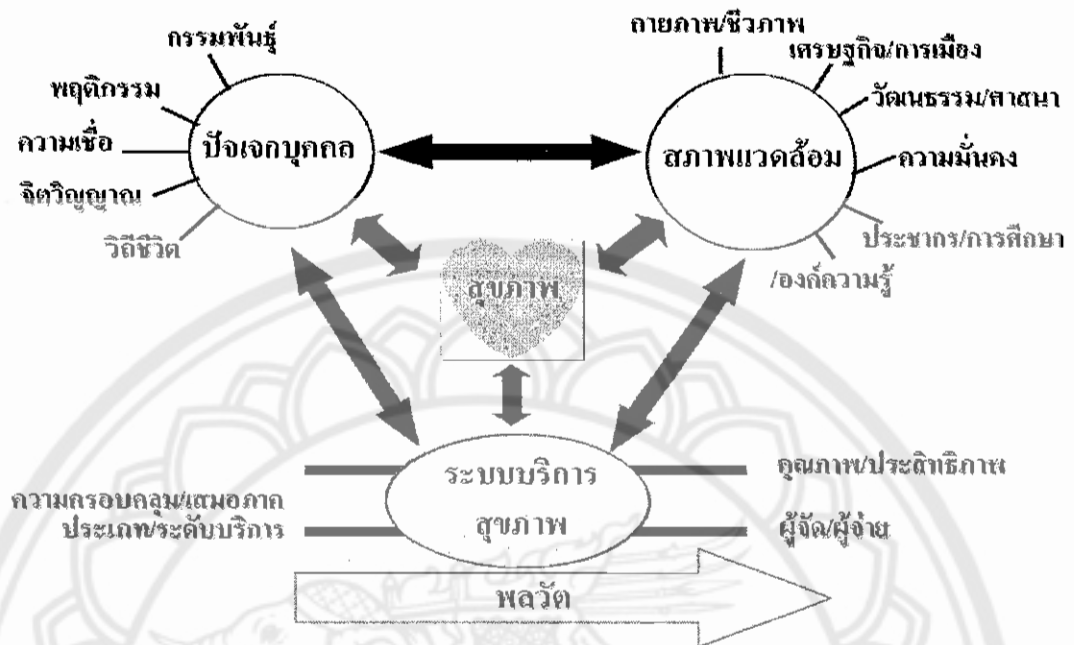
3) Role performance model ในแนวคิดนี้สุขภาพถูกมองว่าเป็นความสามารถที่จะปฏิบัติหน้าที่ทางสังคม เช่น ความสามารถในการทำงาน การเจ็บป่วยถูกกำหนดด้วยความสามารถที่จะทำหน้าที่และทำกิจวัตรประจำวัน

4) Clinical model มองสุขภาพว่าเป็นการปราศจากโรค หรือการขาดสมดุล คนที่มีโรคคือคนที่สุขภาพไม่ดีในแนวคิดนี้สุขภาพจึงไม่ได้มีความหมายเพียงในแง่ของการรักษาเสถียรภาพ (Stability) ซึ่งจะเน้นที่การปรับตัวของสิ่งแวดล้อมให้มีความสมดุลทั้งภายในและภายนอกร่างกายเท่านั้นแต่สุขภาพยังมีความหมายในแง่ของการบรรลุเป้าหมายสูงสุดของชีวิต (Actualization) ที่เน้นการพัฒนาการของมนุษย์ให้บรรลุถึงความสำเร็จของชีวิต ความหมายสุขภาพในแง่นี้จะสอดคล้องกับสุขภาพ (wellness)

การมีสภาวะสุขภาพดีจึงมีความหมายถึงการมีสภาวะความเป็นอยู่ที่ดี (Well-being) เป็นการที่บุคคลมีความสุข ความพอใจกับชีวิตของตน เป็นความสมดุลทั้งทางด้านอารมณ์ จิต

วิญญาณและร่างกาย เป็นภาวะที่บุคคลรู้สึกถึงความราบรื่นในการดำเนินชีวิต การทำงาน และการมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อบุคคลอื่น ๆ ในสังคม สุขภาพดีจึงหมายความว่ามีการมีชีวิตที่ดี ดังนั้นสิ่งที่คุกคามสุขภาพ ก็คือการคุกคามชีวิต ความเจ็บป่วยเป็นสิ่งที่คุกคามสุขภาพและชีวิต ความเจ็บป่วยส่งผลให้บุคคลรับรู้ถึงความเสี่ยงต่อสถานะของการมีชีวิตและความเป็นอยู่ที่ดี เพราะความเจ็บป่วยได้ก่อให้เกิดภาวะขาดสมดุลของการดำเนินชีวิต ทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์ จิตและสังคม แต่การจัดการกับความเจ็บป่วยเพียงอย่างเดียวไม่สามารถนำไปสู่การมีชีวิตและความเป็นอยู่ที่ดีได้ หากแต่เป็นเรื่องของการจัดการกับชีวิตความเป็นอยู่เป็นศิลปะของบุคคลในการจัดการกับความทุกข์ ความลำบากที่เกิดขึ้น และเป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกับทักษะที่มีต่อชีวิต คุณธรรมกฎศีลธรรมของสังคม โดยนัยนี้สุขภาพจึงถูกให้ค่าอย่างมีความหมายที่กว้างและไกลกว่าตัวมันเอง อย่างไรก็ตาม ความเป็นอยู่ที่ดีในเชิงคุณค่าของสุขภาพก็มีการเปลี่ยนแปลงได้ขึ้นอยู่กับทักษะของสังคม และแนวคิดทางการแพทย์ก็มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงความหมายในเชิงคุณค่าของสุขภาพอย่างมาก

สุขภาพเป็นเรื่องของชีวิต การมองสุขภาพจึงต้องมองให้ครบวงจร และครอบคลุมทุกกระบวนการ ที่เกี่ยวข้อง ดังนั้นจึงต้องพิจารณาสภาพในภาพรวม ไม่แยกคิดเป็นส่วน ๆ โดยเชื่อมโยงปัจจัยทางสุขภาพ เข้ากับองค์ประกอบด้านปัจเจกบุคคล และทางด้านเศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อมและสังคม องค์ประกอบทั้งหมดนี้ยังสัมพันธ์เชื่อมโยงกัน ปัจจัยแรกที่มีผลต่อสุขภาพคือปัจจัยด้านปัจเจกบุคคล สุขภาพหรือสุขภาพภาวะของคนในสังคมใด ๆ มักเกิดขึ้นอยู่กับการให้นิยามคุณค่าและคุณภาพชีวิตของคนในสังคม ซึ่งได้รับอิทธิพลจากวัฒนธรรม ความเชื่อที่คนในสังคมนั้น ๆ ยอมรับอยู่ ก่อให้เกิดเป็นพฤติกรรมที่มีผลต่อสุขภาพ โดยมีปัจจัยด้านกรรมพันธุ์เป็นปัจจัยพื้นฐาน ปัจจัยต่อมาที่ปัจจุบันนี้ได้รับการยอมรับว่ามีอิทธิพลอย่างมากต่อสุขภาพคือปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ สังคม การเมือง เศรษฐกิจ วัฒนธรรม การศึกษา การสื่อสารคมนาคมและเทคโนโลยี นอกจากนี้มนุษย์ไม่เพียงแต่ได้รับอิทธิพลจากสิ่งแวดล้อมเท่านั้น แต่มนุษย์ยังมีผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมด้วย ปัจจัยอีกด้านหนึ่งได้แก่ระบบบริการสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วยความครอบคลุมและเข้าถึงได้โดยประชาชนทุกคน บริการที่รัฐจัดให้ควรมีความหลากหลาย (พหุลักษณะ) และเป็นบริการที่มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ โดยมีบริการด้านส่งเสริมป้องกันควบคู่ไปด้วย โดยรายละเอียดของ ความเชื่อมโยงและพลวัตเกี่ยวกับสุขภาพ ได้แสดงไว้ดังภาพ 3



ภาพ 3 ความเชื่อมโยงและพลวัตเกี่ยวกับสุขภาพ

โดยสรุปการปรับเปลี่ยนกระบวนการเกี่ยวกับสุขภาพที่ผ่านมาให้ครอบคลุมทุกมิติ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยคำนึงถึงศักยภาพของมนุษย์ที่จะร่วมกำหนดภาวะสุขภาพของตนเองได้ก่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนโครงสร้างและกลไกของระบบสุขภาพใหม่ของคนไทย และแนวคิดเกี่ยวกับการประเมินสภาวะสุขภาพก็ถูกปรับเปลี่ยนให้ครอบคลุมมิติต่าง ๆ มากขึ้นสอดคล้องกับแนวคิดทางสุขภาพ ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ให้ความหมายของสุขภาพไว้ว่าหมายถึงสภาวะที่สมบูรณ์และเชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล ทั้งทางกาย ทางจิต ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ

ตาราง 6 แสดงการนิยามสุขภาพในลักษณะต่าง ๆ จากการประมวลโดยผู้วิจัย

Biomedical Approach	Sociological Approach	Psychological Approach	Medical Ecology Approach	Critical Medical Anthropology
<p>- โรคคือกลไกของร่างกายที่ผิดปกติ</p> <p>- ความผิดปกติของมนุษย์เกิดจากสาเหตุของพยาธิสภาพที่ชัดเจน</p> <p>- กีดกันการรักษาทางเลือกอื่น ๆ ออกไป</p> <p>- สันนิษฐานว่าร่างกายและจิตใจแยกออกจากกันอย่างชัดเจน</p> <p>- สิ่งที่ทำให้เกิดการเจ็บป่วยอยู่ในร่างกายคนหรือในสิ่งแวดล้อม</p>	<p>- โรคคือการตีความหมายทางการแพทย์เกี่ยวกับความจริง</p> <p>- ความเจ็บป่วยมีหลายสาเหตุและการรักษาที่ดีที่สุดต้องใช้หลากหลายวิธี</p> <p>- ไม่เชื่อว่าร่างกายและจิตใจแยกออกจากกัน มีความเชื่อว่าสองส่วนนี้เกี่ยวพันกัน</p> <p>- ความไม่สบายของมนุษย์เป็นส่วนหนึ่งของสังคมความเป็นมาในอดีต และบริบททางวัฒนธรรม</p>	<p>- การมีโรคเป็นการสะท้อนความรู้สึกทั้งหมดของบุคคลต่อสุขภาพของตนเอง</p> <p>- ความรู้สึกที่ดีในการดำรงชีวิตประจำวัน การประสบความสำเร็จ ความรู้สึกพอใจในชีวิตในการทำงาน มีผลต่อสุขภาพ</p> <p>- ความรู้สึกทางบวก และผลกระทบทางลบมีผลต่อสุขภาพ</p>	<p>สุขภาพเป็นประสิทธิภาพของกลุ่มบุคคลที่สามารถเชื่อมระหว่างชีววิทยากับปัจจัยอื่นทางวัฒนธรรมและการปรับตัวให้เหมาะสมกับสิ่งแวดล้อม</p>	<p>การเข้าถึงและการมีความสามารถควบคุมสิ่งจำเป็นพื้นฐาน (Basic material) และแหล่งประโยชน์อื่น ๆ เพื่อให้มีการดำรงชีวิตอยู่ได้และส่งเสริมให้เกิดความพึงพอใจในชีวิต</p>

ตาราง 6 (ต่อ)

Biomedical Approach	Sociological Approach	Psychological Approach	Medical Ecology Approach	Critical Medical Anthropology
	-ความเจ็บป่วยเป็นตัวแปรกลางที่มีผลกระทบต่อความสัมพันธ์ทางสังคม	-การไม่มีความสุข ความรู้สึกเปล่าเปลี่ยว มีผลกระทบต่อสุขภาพ		



### 2.3 แนวคิดและทฤษฎีเรื่องความมั่นคงของมนุษย์ด้านสุขภาพ(Health Security)

ความมั่นคงทางสุขภาพรวมถึงสุขภาพะทุกสิ่งที่เป็นสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพทั้งหมด นั่นคือ “การให้หลักประกัน” ที่ให้มีการบริการสุขภาพอย่างทั่วถึงและประชาชนเข้าถึงได้ โดยที่หลักการสำคัญจะต้องตั้งอยู่บนความเป็นธรรม (equity) ทางเลือก (choice) และการร่วมมือกัน (partnership) การกระจายอำนาจ (decentralization) การบริหารและกฎระเบียบต่าง ๆ ของการบริหารสาธารณสุข เพื่อให้เกิดหลักประกันความมั่นคงทางสุขภาพแก่คนในประเทศ โดยที่มีการประชุมระดับชาติเพื่อปรึกษาเรื่องความมั่นคงทางสุขภาพขึ้นในเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2544 (The National Consultation on Health Security) ซึ่งได้รับการสนับสนุนจากองค์การสหประชาชาติเพื่อการพัฒนา (United Nations Development Program-UNDP) และสถาบันพัฒนามนุษย์ ในการประชุมนี้มีข้อเสนอให้มี ระบบตรวจสอบจากภาคประชาชน (surveillance systems) ในระดับอำเภอและหมู่บ้าน ที่จะช่วยในการจัดการทรัพยากรว่ามีการจัดสรรอย่างเหมาะสม โรงเรียน/มหาวิทยาลัย/สถาบันการศึกษา ทางการแพทย์ต่างๆ ควรจะเชื่อมโยงกับการบริการในศูนย์บริการระดับปฐมภูมิ (primary health centers) มากกว่า ในโรงพยาบาลใหญ่ที่ให้การดูแลในขั้นตติยภูมิ (tertiary care) โดยมองว่าเนื่องจากปัจจุบันความไม่เป็นธรรมในสุขภาพ ต่อคนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำกว่ากลุ่มอื่นๆ ในสังคม เป็นเหตุให้ไม่มีความมั่นคงในสุขภาพ

ในประเทศไทยเองเรื่องความมั่นคงทางสุขภาพ (health security) ก็มีการนิยามและให้ความหมายไปในเรื่องของหลักประกันสุขภาพ การประกันสังคม อนามัยสิ่งแวดล้อม นโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ ความสัมพันธ์ทางอำนาจระหว่างรัฐกับการให้หลักประกันทางสุขภาพ การให้การสนับสนุนทางสังคม ซึ่งในนโยบาย health security จึงครอบคลุมถึงความมั่นคงปลอดภัยในหลายๆ เรื่องที่รัฐมีหน้าที่ทำให้มีขึ้น ส่วนการวางหลักประกันสุขภาพ (health insurance) เป็นเรื่องที่กระทำโดยทั้งภาครัฐและเอกชน โดยอาศัยความร่วมมือกับสถาบันใหญ่ ๆ ที่เกี่ยวข้อง (corporate alliance) เพราะฉะนั้น คำนิยามเรื่องความมั่นคงทางสุขภาพ มีความหมายลึกซึ้งและครอบคลุมกว้างขวางอีกทั้งมีนัยยะที่หลากหลายเมื่อนำไปพิจารณาในประเด็นเฉพาะด้านสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ (สปรส.) ได้กำหนด โดยคณะอนุกรรมการร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ได้กำหนดคำจำกัดความของความมั่นคงด้านสุขภาพไว้อย่างกว้าง ๆ ดังปรากฏตาม มาตรา 32 ที่กำหนดว่า รัฐ ราชการส่วนท้องถิ่น ชุมชน ครอบครัวและบุคคล มีหน้าที่ร่วมกันในการส่งเสริม สนับสนุน ปกป้อง พิทักษ์รักษาเพื่อคุ้มครองความมั่นคงด้านสุขภาพ รวมทั้งการแก้ไขลด

และขจัดเงื่อนไข ที่มีผลเสียต่อความมั่นคงด้านสุขภาพด้วยมาตรา 33 ความมั่นคงด้านสุขภาพ จะต้องครอบคลุมในเรื่องต่าง ๆ อย่างน้อย ดังนี้

- (1) ความมั่นคงทางสังคม หมายถึงถึงการที่ประชาชนดำรงชีวิตอย่างมีความสุข มีชีวิตที่ยืนยาวอย่างมีคุณภาพ มีครอบครัวอบอุ่น ชุมชนเข้มแข็ง สังคมสงบสุข มีความปลอดภัยในชีวิต และทรัพย์สิน มีความเอื้ออาทร ช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน โดยไม่มีการกีดกัน
- (2) ความมั่นคงทางเศรษฐกิจ หมายถึงถึงการที่ประชาชนมีอาชีพที่มั่นคง มีรายได้เพียงพอในการดำรงชีวิต โดยมีปัจจัยพื้นฐานที่เพียงพอในการพึ่งตนเอง ลดช่องว่างระหว่าง
- (3) ความมั่นคงทางโครงสร้างพื้นฐาน หมายถึงถึงการมีระบบการศึกษา ระบบบริการด้านสุขภาพ ระบบการคมนาคมขนส่ง ระบบสาธารณสุขมูลฐาน ระบบสื่อสารโทรคมนาคมเพื่อมวลชน ระบบผังเมือง ระบบพลังงาน และอื่น ๆ ที่เหมาะสม
- (4) ความมั่นคงทางทรัพยากรและสิ่งแวดล้อม หมายถึงถึงการที่มีการอนุรักษ์ พัฒนา คุ้มครอง บำรุงรักษาทรัพยากรธรรมชาติ และสิ่งแวดล้อมเพื่อการใช้ประโยชน์ร่วมกัน
- (5) ความมั่นคงทางสุขภาพในการเข้าถึงและได้รับบริการสาธารณสุขที่จำเป็นต่อสุขภาพ และการสาธารณสุข
- (6) ความมั่นคงทางการเมือง หมายถึงถึงการใช้อำนาจอธิปไตย การกำหนดนโยบาย การบริหารประเทศมีความชอบธรรม สุจริต โปร่งใสและตรวจสอบได้ โดยให้ประชาชนมีส่วนร่วมรวมทั้งการมีนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ
- (7) ความมั่นคงที่เกี่ยวกับความยุติธรรม หมายถึงถึงการมีระบบยุติธรรมที่มีประสิทธิภาพ รวดเร็ว เพื่อสร้างความเป็นธรรมโดยเสมอภาคกัน
- (8) ความมั่นคงที่เกี่ยวกับการวิจัยและประยุกต์ใช้องค์ความรู้ และเทคโนโลยีด้านสุขภาพ หมายถึงถึงการดำเนินการที่ไม่กระทบกับสุขภาพของประชาชน ชุมชนและสังคม มีจริยธรรมและเป็นไปเพื่อประโยชน์สาธารณะ
- (9) ความมั่นคงที่เกี่ยวกับความเชื่อ ศาสนา ประเพณีและวัฒนธรรม หมายถึงถึงการเคารพในความแตกต่างด้านสิทธิเสรีภาพของบุคคลและชุมชนท้องถิ่นที่เกี่ยวกับความเชื่อศาสนา ประเพณี และวัฒนธรรมต่าง ๆ

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยสามารถสรุปความหมายของความมั่นคงด้านสุขภาพได้ว่าหมายถึง การที่มนุษย์มีสุขภาพะที่สมบูรณ์ทั้งด้านร่างกาย (Physical) จิตใจ (Mental) สังคม (Social) และจิตวิญญาณ (Spiritual) ร่วมกับการมีหลักประกันทางสังคมที่ดีในการดำเนินชีวิตอย่างเป็นปกติสุข



ตามวัย โดยพิจารณาจากการมีหลักประกันและคุ้มครองประชาชนให้สามารถแสดงออกในทางเลือกของตนเองอย่างเป็นอิสระ

## 2.4. สังคมวิทยาของผู้สูงอายุ

### 2.4.1 ความหมายของผู้สูงอายุ

เกณฑ์อายุที่นิยมใช้เพื่อการให้ความหมายของผู้สูงอายุนั้น มี 2 เกณฑ์หลัก คือ อายุ 60 ปีขึ้นไป และอายุ 65 ปีขึ้นไปซึ่งที่ประชุมสมัชชาโลกว่าด้วยผู้สูงอายุ ได้ประชุมในปี พ.ศ. 2546 ได้กำหนดอายุ 60 ปี ขึ้นไปให้เป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วโลก โดยศาสตราจารย์อัลเฟรด คาห์น(Alfred Kahn) พร้อมทั้งได้แบ่งกลุ่มผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่มด้วยกันคือ (WHO, 2003 . p 11)

- 1) ผู้สูงอายุวัยต้น (The young elderly) คือผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60 ถึงต่ำกว่า 75 ปี
- 2) ผู้สูงอายุวัยกลาง (The middle-age elderly) คือผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 75 - 85 ปี
- 3) ผู้สูงอายุวัยปลาย(The old elderly) คือผู้สูงอายุที่มีอายุ 85 ปี ขึ้นไป อย่างไรก็ตาม เกณฑ์ในเรื่องอายุไม่ได้เป็นตัวกำหนดที่ถูกต้องของการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่วัยสูงอายุเสมอไป ยังมีเกณฑ์ในการพิจารณาความเป็นผู้สูงอายุอีกหลายลักษณะเช่น

- 1) พิจารณาจากร่างกายที่เปลี่ยนแปลง (Physiological Aging) หรือ (Biological Aging) โดยพิจารณาจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่เกิดขึ้น ตามอายุขัย
- 2) พิจารณาจากการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ (Psychological Aging) เป็นการพิจารณาจากกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ สติปัญญา การรับรู้และการเรียนรู้ที่ถอยลง
- 3) พิจารณาจากบทบาททางสังคมที่เปลี่ยนแปลง (Sociological Aging) เป็นการพิจารณาจากบทบาทหน้าที่ทางสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป การมีปฏิสัมพันธ์กับกับกลุ่มบุคคลอื่น ๆ ตลอดจนความรับผิดชอบในการทำงานด้วย

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ให้ความหมายของผู้สูงอายุไว้ว่าหมายถึงผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไปเป็นเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเพื่อศึกษาถึงการเปลี่ยนแปลงด้านต่าง ๆ ที่ส่งผลต่อความมั่นคงทางสุขภาพตามมาตรฐานและตัวชี้วัดทางสังคมต่อไป

#### 2.4.2 สัดส่วนและสถานการณ์ทางประชากรของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง

ประเทศไทยกำลังเข้าสู่วิกฤตการณ์ประชากรสูงอายุ โดยมีดัชนีชี้วัดที่สำคัญคือ การมีสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป สูงกว่าร้อยละ 7 ของประชากรทั้งหมด และความเร็วหรือ เวลาที่ใช้ในการเพิ่มของประชากรสูงขึ้นไปเป็นสองเท่าตัว จากร้อยละ 7 เป็นร้อยละ 14 ซึ่งใกล้เคียง กับประเทศที่พัฒนาแล้วเช่น อังกฤษ สหรัฐอเมริกา ออสเตรเลียและญี่ปุ่น โดยคาดว่าประเทศไทย จะเข้าสู่วิกฤตนี้ในปี พ.ศ.2568 (นภาพร ขโยวรรณ ,2548 หน้า 14) การเพิ่มขึ้นของสัดส่วน ประชากรสูงอายุ (อายุ 60 ปี ขึ้นไป)เพิ่มจากร้อยละ 7 เป็นร้อยละ 14 หรือใช้เวลาต่ำกว่า 30 ปี ในการเพิ่มเป็นสองเท่า เมื่อเทียบกับระยะเวลาในการเพิ่มประชากรสูงอายุของประเทศไทยกับ ต่างประเทศที่ใช้ฐานข้อมูลประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป วิกฤตสถานการณ์ผู้สูงอายุไทยจะรุนแรง มากกว่า ซึ่งหมายถึงว่าประเทศไทยไม่เพียงแต่จะเข้าสู่ภาวะวิกฤตในไม่ช้านี้ แต่ยังมีเวลาที่สั้นมาก ในการเตรียมรับมือการขยายตัวอย่างมากของวิกฤตการณ์ผู้สูงอายุด้วย

สถานการณ์ที่ประเทศไทยกำลังจะเผชิญนี้คล้ายคลึงกับประเทศญี่ปุ่น ที่มี ระยะเวลาการเพิ่มของประชากรสูงอายุ (อายุ 65 ปี ขึ้นไป) จากร้อยละ 7 เป็นร้อยละ 14 ค่อนข้าง เร็ว คือประมาณ 26 ปีเท่านั้น ประเทศสิงคโปร์เร็วกว่าเล็กน้อย คือประมาณ 17 ปี (Ministry of Singapore: 2543) ในขณะที่ประเทศอังกฤษ สหรัฐอเมริกาและ ออสเตรเลียนานกว่า คือ ประมาณ 100,72 และ 60 ปี ตามลำดับ (นภาพร ขโยวรรณ, 2548 หน้า 65) ซึ่งเป็นภาพที่ แสดงให้เห็นว่า ประเทศในแถบเอเชีย อัตราการเพิ่มของประชากรสูงอายุจะเป็นไปอย่างรวดเร็ว มาก ในราวปี พ.ศ. 2573 จะเป็นปีที่เข้าสู่วิกฤตการณ์ผู้สูงอายุของทุกประเทศ โดยประเทศญี่ปุ่น จะมีสัดส่วนผู้สูงอายุ (อายุ 65 ปี ขึ้นไป)สูงที่สุด และใกล้เคียงกับประเทศอังกฤษ แม้จะเข้าสู่ภาวะ ประชากรสูงอายุหลังประเทศอังกฤษถึงกว่าร้อยปี คือมีสัดส่วนของประชากรสูงอายุต่อประชากร ทั้งหมดเท่ากับ 1 ต่อ 3 รองลงไปคือประเทศสิงคโปร์ ออสเตรเลีย และสหรัฐอเมริกา(สัดส่วน 1 ต่อ 5 คน) โดยที่สิงคโปร์เข้าหลังอเมริกาถึงประมาณ 50 ปี และประเทศไทย สัดส่วนจะอยู่ที่ประมาณ 1 ต่อ 8-10 คน (วรรณภา ศิริอรุณรัตน์ และคณะ, 2545. หน้า 44) การที่สัดส่วนประชากรสูงอายุ เพิ่มเร็วและต่อเนื่อง หมายถึงจำนวนผู้สูงอายุมีขนาดใหญ่ขึ้นตลอดเวลา และรวดเร็ว เมื่อดูตัวเลข ของสัดส่วนอาจทำให้ปัญหาดูไม่รุนแรง แต่เมื่อคิดเป็นจำนวนคน อีก 10, 20 และ 50 ปี ข้างหน้า ประเทศไทยจะมีจำนวนผู้สูงอายุประมาณ 7, 11 และ 22 ล้านคนตามลำดับ ประเทศไทยจึงต้อง มีการเตรียมความพร้อมทั้งด้านนโยบายและการปฏิบัติงานให้พร้อมรับกับสถานการณ์ ภายใต้ บริบทของสังคมไทยให้ดีที่สุดเพราะแม้ว่าประเทศไทยจะเผชิญกับภาวะประชากรสูงอายุนี้อันที่สุด แต่ก็เป็นไปในอัตราที่รวดเร็วมาก และคาดว่าวิกฤตจะรุนแรงมากกว่าประเทศอื่น ๆ เพราะประเทศ เฝิงจะเริ่มดำเนินการปฏิรูประบบบริการสุขภาพและสร้างหลักประกันสุขภาพที่มีความจำเพาะ

สำหรับผู้สูงอายุแต่สถานการณ์ของปัญหาได้ล่วงหน้าไปมากแล้ว ซึ่งหากพิจารณาโดยใช้บทเรียน  
เดิมที่งานผู้สูงอายุไทยมีพัฒนาการอย่างเชื่องช้า ใช้เวลานานกว่า 50 ปี ซึ่งอาจไม่เพียงพอต่อการ  
แก้ไขปัญหาคั้งนี้



ตาราง 7 แสดงการเปรียบเทียบประชากรและแนวโน้มประชากรสูงอายุประเทศไทยและต่างประเทศ

ข้อมูล	อังกฤษ	อเมริกา (65)	ออสเตรเลีย (65)	ญี่ปุ่น (65)	สิงคโปร์ (65)	ไทย (65)
ภาวะประชากรสูงอายุ (ความริ่การเพิ่มประชากรสูงอายุ)	7%-14% (1930) ปี 1835-1942 (107ปี)	7%-14% ปี 1941-2023 (72ปี)	4%-12% (ปี 1901-1999)	7%-14% ปี 1969-1994 (26ปี)	7%-14% ปี 2000-2017 (17ปี)	7%-14% ปี 2007-2029 (22ปี) ปี 1987-2017 (32ปี)
ประชากรรวมปี 2000/2001	60 ล้านคน	284.5 ล้านคน	19.4 ล้านคน	127.1 ล้านคน	4.1 ล้านคน	62.4 ล้านคน
ประชากรอายุ (65ปี) (60ปี) ปี 2000-01	16% 10 ล้านคน (0.71:1)	13% 36.9 ล้านคน (1:1.4)	12% 2.3 ล้านคน (0.78:1)	17% 21.6 คน	(6%) 246,000 คน	6% /9.04 3.7 ล้านคน /5.6 ล้านคน
จำนวน (ชายต่อหญิง)	NA	13.2% (39.7 ล้านคน)	16% (ปี 2016)	22% (1 ใน 5)	NA	11%
ปี 2010/ 2011 (10 ปี ต่อไป)	( 12 ล้านคน)	16.5% (53.7 ล้านคน)	18-19%	25% (1 ใน 4)	13.1% 529,000 คน	15% (11 ล้านคน)
ปี 2020-21 (20-21ปีต่อไป)	NA ( 1 : 3 )	20% (70.3 ล้านคน)(1:5)	20% (1:5)	28% (32.7 ล้านคน) (1:3)	20% 796,000(1:5)	NA (1:8-10)
ปี 2030 (30 ปีต่อไป)						
อายุคาดเฉลี่ยแรกเกิด (ปี 2000-01)						
รวม	77	77	79	81	78	72
ชาย	75	75	76	77	76	70
หญิง	80	80	82	84	80	75

\* ข้อมูลจากฐานอายุประชากรที่ 60 ปี ขึ้นไป

ผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง เป็นกลุ่มคนอีกกลุ่มหนึ่งที่มีบทบาทเป็นผู้แสดงทางสังคม (Social Actors) ที่สำคัญ ซึ่งนับวันจะเพิ่มสัดส่วนขึ้นอย่างมีนัยยะ ปัจจุบันสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุประเทศไทย อยู่ที่ร้อยละ 10.17 (วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย: 2548) ในจำนวนนี้อาศัยอยู่ในเขตชุมชนเมืองถึงร้อยละ 31.02 ชุมชนเมืองจึงเป็นภาพสะท้อนถึงโลกทัศน์ของผู้สูงอายุได้ ความเป็นชุมชนเมืองมีพัฒนาการไปไกลเกินกว่าที่จะเป็นเพียงภาพสะท้อนแห่งจิตสำนึกของมนุษย์เท่านั้น แต่ยังเป็นตัวกำหนดวิถีชีวิตของผู้คนอย่างลึกซึ้งและกว้างไกล ของเขตและอิทธิพลของชุมชนเมือง นับวันจะขยายออกไปไกลกว่าบริเวณของเมืองอย่างยากที่จะกำหนดขอบเขตได้จึงมีอิทธิพลต่อชีวิตของผู้คนทั้งในชุมชนเมืองเองและพื้นที่ที่เกี่ยวข้องอย่างไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ ผู้สูงอายุจะเป็นทั้งผู้ที่สร้างสรรค์สังคมด้วยประสบการณ์และฐานะทางสังคมที่ได้รับการยอมรับ ในขณะที่เดียวกันก็เป็นกลุ่มชนสำคัญที่ได้รับผลกระทบ ในทางลบจากกระบวนการวิวัฒนาการเป็นชุมชนเมืองด้วย การศึกษาภาวะสูงอายุ ได้มีนักทฤษฎีต่าง ๆ เสนอแนวความคิดและทฤษฎีที่อธิบายปรากฏการณ์ของภาวะสูงอายุในลักษณะของเนื้อหาสาระที่แตกต่างกันไป ทั้งในระดับจุลภาคและมหภาค อย่างไรก็ตามทฤษฎีต่าง ๆ นั้นไม่มีทฤษฎีหนึ่งทฤษฎีใดโดยเฉพาะที่สามารถอธิบายภาวะสูงอายุและการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุได้อย่างสมบูรณ์ ทั้งทางด้านสรีระจิตใจ และสังคม โดยมีรายละเอียดในแต่ละทฤษฎีที่สำคัญดังนี้

#### 2.4.3 ทฤษฎีสังคมวิทยาผู้สูงอายุ

##### 1) ทฤษฎีทางด้านชีววิทยา

ทฤษฎีภาวะสูงอายุทางด้านชีววิทยา เป็นทฤษฎีที่พยายามอธิบายสาเหตุของความเป็นผู้สูงอายุเชิงชีววิทยา (McPherson, 1983) ดังนี้

1.1) ทฤษฎีพันธุศาสตร์ (Genetic Theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าผู้สูงอายุเกิดขึ้นตามพันธุกรรม มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้าง อย่วะะบางส่วนของร่างกายคล้ายคลึงกันหลายชั่วอายุ และลักษณะนั้นแสดงออกเมื่ออายุมากขึ้น เช่น ผมหงอก ศีรษะล้าน และเดินหลังค่อม

1.2) ทฤษฎีเนื้อเยื่อ (Collagen Theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า สารที่เป็นส่วนประกอบของเนื้อเยื่อกระดูกเพิ่มมากขึ้น และมีการจับตัวกันมากขึ้นทำให้ Collagen fiber หดสั้นเข้าเมื่อถึงวัยสูงอายุ ทำให้ปรากฏรอยย่นมากขึ้น และตั้งอยู่ตรงบริเวณกระดูก ข้อต่อซึ่งจะมองเห็นปมกระดูกชัดเจน

1.3) ทฤษฎีทำลายตนเอง (Auto Immune Theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าความผู้สูงอายุเกิดจากร่างกายสร้างภูมิคุ้มกันปกติน้อยลงพร้อม ๆ กับการสร้างภูมิคุ้มกันทำลายตนเอง

มากขึ้น ดังนั้นการสร้างภูมิคุ้มกันปกติน้อยลงจะทำให้ร่างกายต่อสู้เชื้อโรคและสิ่งแปลกปลอมได้ไม่ดี ทำให้เกิดความเจ็บป่วยได้ง่าย และเมื่อเกิดขึ้นแล้วก็จะรุนแรงเป็นอันตรายต่อชีวิตได้

1.4) ทฤษฎีความผิดพลาด(Error Catastrophe Theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าเมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้น จะค่อย ๆ เกิดความผิดพลาด และความผิดพลาดนี้จะเพิ่มมากขึ้นจนถึงทำให้เซลล์ต่าง ๆ ของร่างกายเสื่อมและหมดอายุลง

1.5) ทฤษฎีเรดิคัลอย่างอิสระ (Free Radical Theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าภายในร่างกายมนุษย์และสิ่งมีชีวิตทั้งหลาย โดยเฉพาะผู้สูงอายุประกอบด้วยสิ่งแวดล้อมที่มีเรดิคัลอย่างอิสระอยู่มากมายตลอดเวลา เรดิคัลเหล่านี้จะทำให้ยีนเกิดความผิดปกติ และทำให้คอลลาเจนและอีลาสตินซึ่งเป็นโปรตีนองค์ประกอบของเนื้อเยื่อยึดเหนี่ยวเกิดขึ้นมาก จนทำให้เสียความยืดหยุ่นไป

## 2) ทฤษฎีทางด้านจิตวิทยาสังคม

ทฤษฎีภาวะสูงอายุทางด้านจิตวิทยาสังคม เป็นทฤษฎีที่กล่าวถึงจิตวิทยาสังคมของผู้สูงอายุ ซึ่งได้มีนักสังคมวิทยาผู้สูงอายุได้เสนอเป็นแนวคิดและทฤษฎีหลายทฤษฎี (McPherson, 1983) ดังนี้

2.1) ทฤษฎีการถดถอย (Disengagement Theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ค่อย ๆ ถดถอยออกจากสังคม เพื่อเป็นการลดภาวะกดดันทางสังคมบางประการ

2.2) ทฤษฎีการทำกิจกรรม (Activity Theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า ผู้สูงอายุจะมีความสุขทั้งร่างกายและจิตใจ ซึ่งได้จากการมีกิจกรรมและการเคลื่อนไหวอยู่ตลอดเวลา ทำให้สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข และมีความรู้สึกว่าเป็นประโยชน์ต่อสังคม

2.3) ทฤษฎีความต่อเนื่อง (Continuity Theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า ผู้สูงอายุจะมีความสุขได้ก็เมื่อได้กระทำกิจกรรมหรือปฏิบัติตัวเช่นที่เคยกระทำตัวมาก่อน บุคคลใดคุ้นเคยกับการอยู่ร่วมกับคนหมู่มากก็กระทำต่อไป บุคคลใดพอใจชีวิตที่อยู่อย่างสงบ สันโดษ ก็อาจแยกตนเองออกตามลำพัง ทฤษฎีนี้ได้กล่าวถึงพฤติกรรมของผู้สูงอายุอย่างกว้าง ๆ ว่าจะต้องปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงมากมายที่เกิดขึ้นในสังคม เช่น การตายของสามีหรือภรรยา การเกษียณอายุ และรายได้ที่ลดลง เป็นต้น

2.4) ทฤษฎีจิตวิทยาสังคมของอีริกสัน (Erikson's Theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าการพัฒนาด้านจิตวิทยาสังคมของผู้สูงอายุนั้น เป็นช่วยชีวิตที่ผู้สูงอายุจะรู้สึกว่าชีวิตมีคุณค่า มั่นคง หรือห่อเหี่ยวหมดหวัง สำหรับบุคคลที่มีความรู้สึกว่าชีวิตนั้นมีคุณค่าถ้ามีความมั่นคง ก็จะมีความรู้สึกพึงพอใจในผลของความสำเร็จจากช่วงชีวิตที่ผ่านมา และเกิดความรู้สึกสุขสงบทางใจและสามารถยอมรับได้ในเรื่องความตายว่าเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต ในทางตรงกันข้ามผู้สูงอายุที่ไม่ยอมรับ ก็มี

ความรู้สึกว่าตนนั้นมีโอกาสเลือกได้น้อยและไม่ต้องการให้ชีวิตยืดยาวต่อไปอีก เกิดความท้อถอยสิ้นหวัง คับข้องใจ รู้สึกว่าตนนั้นไม่มีคุณค่า และความสามารถที่จะเผชิญและภาวะสูงอายุลดน้อยลงด้วย

2.5) ทฤษฎีพัฒนาของเพค (Peck's Developmental Theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าผู้สูงอายุวัยต้น (55 – 57 ปี) และผู้สูงอายุปลาย (75 ปีขึ้นไป) มีความแตกต่างกันทั้งลักษณะนิสัย และการปฏิสัมพันธ์ทางด้านจิตวิทยาสังคม ซึ่งเชื่อว่าผู้สูงอายุมีการพัฒนา 3 ประการ คือ

- ความสามารถในการแยกความแตกต่างของตนกับบทบาทในช่วงชีวิตที่ผ่านมา ความรู้สึกที่ตนเองมีคุณค่าขึ้นอยู่กับบทบาทของหน้าที่การงาน ในทางตรงกันข้ามเมื่อเกษียณอายุ บางคนจะมีความรู้สึกที่ไร้คุณค่า แต่ถ้าความรู้สึกภาคภูมิใจและความมีคุณค่าของงานไม่ได้มาจากตำแหน่งหน้าที่ที่เคยทำหลังเกษียณอายุ ความรู้สึกนั้นก็ยังคงมีอยู่ เช่น ผู้สูงอายุที่ชอบปลูกต้นไม้จะพึงพอใจหลักเกษียณอายุที่จะได้ทำสิ่งที่ต้องการแทนงานอาชีพที่เคยทำเป็นประจำ

- ความสามารถทางร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงไปตามธรรมชาติ ถ้าผู้สูงอายุนึกถึงสภาพร่างกายยังมีความแข็งแรง จะทำให้ผู้สูงอายุยอมรับความสามารถทางร่างกายที่ลดลง และพยายามปรับให้เหมาะสม ชีวิตก็มีความสุข แต่ถ้าผู้สูงอายุนึกถึงความถดถอยของร่างกาย ก็จะทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขและความพอใจลดน้อยลง

- การยอมรับว่าร่างกายของตนเปลี่ยนแปลงไปตามธรรมชาติกับสภาพร่างกายก่อนสูงอายุ การยอมรับร่างกายตามธรรมชาตินี้ทำให้ผู้สูงอายุยอมรับความตายโดยไม่รู้สึกหวาดกลัว การยอมรับนี้ รวมไปถึงกิจกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับความตายด้วย ในทางตรงกันข้ามคนที่ยึดติดกับสภาพร่างกายขณะที่อยู่ในวัยที่อายุน้อยกว่า ก็พยายามยืดชีวิตไว้ให้ยาวนานที่สุด โดยไม่พึงพอใจสภาพที่เป็นอยู่ มีความหวาดกลัวกับความตาย

### 3) ทฤษฎีการจัดระเบียบทางสังคม

ทฤษฎีการจัดระเบียบทางสังคม (Social Organization Theory) เป็นทฤษฎีที่อธิบายเกี่ยวกับสมาชิกของสังคม โดย เด็ก ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่อยู่ในสังคมอยู่กันอย่างมีระเบียบตามที่สังคมคาดหวังไว้ นักสังคมวิทยา มักจะสนใจการจัดระเบียบทางสังคมและจะสงสัยว่ามีปัจจัยอะไรที่มนุษย์มารวมกันและอยู่ในสังคมได้ ตลอดจนสามารถปรับตัวกับสังคมได้อย่างไร โดยแนวความคิดและทฤษฎีการจัดระเบียบทางสังคมที่จะอธิบายผู้สูงอายุในฐานะเป็นสมาชิกคนหนึ่งในสังคม ที่สำคัญมีดังต่อไปนี้

### (1) แนวความคิดที่สำคัญเกี่ยวกับการจัดระเบียบทางสังคม

นักสังคมวิทยามักจะศึกษาเรื่องการจัดระเบียบ(orders) ของสังคมที่มีวิธีการจัดการเพื่อให้สมาชิกรวมกัน และให้ปฏิบัติกันเป็นระยะเวลาาน จนทำให้สมาชิกรวมกันเป็นกลุ่มและเป็นสังคมขึ้นได้ นอกจากนั้นยังต้องศึกษาองค์ประกอบต่าง ๆ (elements) ซึ่งมีประโยชน์หรือภาระหน้าที่ต่าง ๆ (functions) ที่สำคัญที่สุดให้สมาชิกในสังคมยอมรับและปฏิบัติเป็นระยะเวลาาน จนทำให้อยู่ร่วมกันเป็นกลุ่มและเป็นสังคมขึ้น (สมศักดิ์ ศรีสันติสุข, 2536 หน้า 67)

### (2) สถานภาพและบทบาท

สถานภาพ หมายถึง ตำแหน่ง (position) ที่บุคคลครองอยู่ ตำแหน่งต่าง ๆ ที่แต่ละบุคคลครองอยู่ ถือได้ว่าเป็นชุดของสถานภาพ (status set) เช่น ผู้สูงอายุ ก. มีชุดของสถานภาพที่ประกอบด้วยการมีสามี ตา พ่อ เกษตรกรผู้อาวุโส ฯลฯ ส่วนบทบาทหมายถึงหน้าที่ที่บุคคลได้แสดงออกมาตามสถานภาพของตน บทบาทแยกได้เป็นบทบาทคาดหวังจากสังคม และบทบาทที่แสดงจริง

ทั้งสถานภาพและบทบาทมีความสำคัญต่อการจัดระเบียบทางสังคมก็เพราะสังคมได้กำหนดว่าบุคคลใดในสังคมควรมีบทบาทอย่างไรบ้าง อันเป็นแนวทางหนึ่งในการจัดระเบียบทางสังคม เช่น ปู่ ย่า ตา ยาย พ่อ แม่ ครู ผู้ใหญ่บ้าน นายอำเภอ ผู้ว่าราชการจังหวัด ฯลฯ ที่สังคมคาดหวังบทบาทของบุคคลเหล่านี้ สถานภาพบางอย่างก็ได้มาโดยการใช้ความสามารถ (achieved status) เช่น ตำแหน่งทางการศึกษา ทางสังคม ทางเศรษฐกิจ และทางการเมือง เป็นต้น อย่างไรก็ตามสถานภาพและบทบาทก็อาจจะมีการขัดแย้งได้เช่นกัน เพราะแต่ละบุคคลมีชุดของสถานภาพและชุดของบทบาทมากน้อยแตกต่างกันไป บางครั้งก็อาจจะเกิดการขัดแย้งภายในสถานภาพหรือบทบาทที่ตนครองอยู่

### (3) ค่านิยมทางสังคม (social values)

ค่านิยมมีความสำคัญต่อการจัดระเบียบทางสังคมในด้านที่สมาชิกในสังคมประพฤติปฏิบัติ ตามปรารถนา เป็นตัวชี้วัดและแสดงลักษณะความประพฤติของคนในสังคม ค่านิยมเป็นเกณฑ์ในการเลือกพฤติกรรมที่จะทำเป็นเกณฑ์ในใจที่จะใช้ตัดสินในการเลือกกำหนดการกระทำ และเป็นความเชื่ออย่างหนึ่งที่เป็นสิ่งที่ปรารถนาหรือสิ่งที่ดี เช่น ค่านิยมที่มีต่อผู้สูงอายุ ได้แก่ ค่านิยมความกตัญญู และค่านิยมเคารพผู้อาวุโส เป็นต้น ดังนั้นค่านิยมทางสังคมอาจจะหมายถึงสิ่งที่สมาชิกในสังคมส่วนใหญ่เห็นว่าเป็นสิ่งที่มีค่าควรแก่การกระทำและเป็นสิ่งที่คอยควบคุมพฤติกรรม ซึ่งเป็นการจัดระเบียบทางสังคมตามที่สังคมยกย่องว่าเป็นสิ่งที่ถูกต้องในภาวะการณ์ต่างๆ



#### (4) บรรทัดฐานทางสังคม (social norm)

บรรทัดฐานทางสังคมมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อสมาชิกในสังคมเพื่อให้สังคมได้มีการจัดระเบียบ และมีมาตรการที่สังคมยอมรับเป็นหลักในการพิจารณาลงโทษบุคคลที่ฝ่าฝืน บรรทัดฐานทางสังคมนั้นเป็นลักษณะของวัฒนธรรมที่มนุษย์สร้างขึ้น เพื่อเป็นแนวทางในการกำหนดว่าบุคคลควรจะมีพฤติกรรมที่แตกต่างกันไป เช่นผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่ประพฤติปฏิบัติดี เป็นที่ยอมรับของสังคม สังคมจึงได้กำหนดบรรทัดฐานหรือแนวทางที่สมาชิกในสังคมได้ประพฤติปฏิบัติต่อผู้สูงอายุ สังคมได้สร้างบรรทัดฐานไว้ 3 ประการ คือ

- *วิถีประชา (folkways)* เป็นลักษณะของพฤติกรรมมนุษย์ที่ได้รับการอบรมขัดเกลาจากสมาชิกรุ่นก่อน ๆ นำมาปฏิบัติจนเคยชินเป็นนิสัย เช่นการยกมือไหว้ทำอย่างอัตโนมัติต่อผู้สูงอายุ
- *จารีต (mores)* มีลักษณะคล้ายกับวิถีประชา ที่บุคคลมีความประพฤติมาหลายชั่วรุ่นอายุตลอดจนมีความสลับซับซ้อน มีขั้นตอน มีพิธีต้องมากขึ้นตลอดจนมีข้อห้ามต่าง ๆ ด้วย เช่นการเลี้ยงดูผู้สูงอายุ และทำบุญอุทิศส่วนกุศลเมื่อถึงแก่กรรม

- *กฎหมาย (laws)* เป็นแนวทางในการกำหนดพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งได้กำหนดเป็นลายลักษณ์อักษร เช่น กฎหมายมรดกที่ผู้สูงอายุจะมอบให้แก่บุตรธิดาที่เลี้ยงดูตน

การจัดระเบียบทางสังคมจึงจำเป็นต้องมีบรรทัดฐานในระดับต่าง ๆ กัน ใช้เป็นเครื่องพิจารณาผู้ที่ฝ่าฝืนระเบียบทางสังคม เพราะฉะนั้นบรรทัดฐานจึงเป็นกฎหมายทางสังคมซึ่งมีระดับดีกรีของการบังคับหรือลงโทษแตกต่างกัน

#### (5) การจัดลำดับช่วงชั้นทางสังคม (Social Stratification)

สังคมได้มีการจัดลำดับช่วงชั้นทางสังคมให้สมาชิกได้ยึดถือปฏิบัติกับสืบมา สิ่งที่เห็นความแตกต่างของการจัดลำดับช่วงชั้นก็คือ สถานภาพที่สูงและที่ต่ำกว่ากัน ซึ่งมีอยู่ 3 ประเภทด้วยกันคือระบบวรรณะ (caste system) ระบบฐานันดร (estate system) ระบบชนชั้น (class system) บุคคลเมื่ออยู่ชนชั้นหรือระบบวรรณะใดก็ตาม บุคคลเหล่านั้นจะมีบทบาทและสถานภาพตามที่สังคมกำหนด ทำให้สังคมมีความเป็นระเบียบขึ้น การจัดลำดับช่วงชั้นทางสังคมนี้ จึงเป็นตัวกำหนดแบบอย่างพฤติกรรม ทำให้สังคมมีการจัดระเบียบ เพราะบุคคลในสังคมได้ประพฤติหรือมีแบบอย่างพฤติกรรมตามที่สังคมคาดหวังไว้

#### (6) สถาบันทางสังคม (social institutions)

สถาบันทางสังคมคือแบบของกลุ่มหรือการปฏิบัติทางสังคม เป็น"ผลรวมของแบบแผนความสัมพันธ์ กระบวนการ และเครื่องมือที่ได้รับสร้างขึ้นมาจากความสนใจของสังคม

สถาบันเฉพาะสถาบันใดสถาบันหนึ่ง อาจหมายรวมถึง ประเพณี จารีต กฎหมาย หน้าที่ ธรรมเนียมรวมทั้งเครื่องมือที่เป็นลักษณะทางกายภาพ เช่น อาคารบ้านเรือน เครื่องจักร เครื่องมือติดต่อ สื่อสาร ฯลฯ สถาบันทางสังคมที่สำคัญและเป็นที่ยอมรับได้แก่ ครอบครัว ศาสนา การศึกษา การปกครอง และเศรษฐกิจ ส่วนสถาบันทางสังคมเล็ก ๆ ก็คือ การพักผ่อน ศิลปวัฒนธรรม ฯลฯ สถาบันทางสังคมถือเป็นองค์ ประกอบสำคัญของวัฒนธรรมด้วย (Broom และ Selznick, 1977 หน้า 232; Fairchild, 1977 หน้า 284)

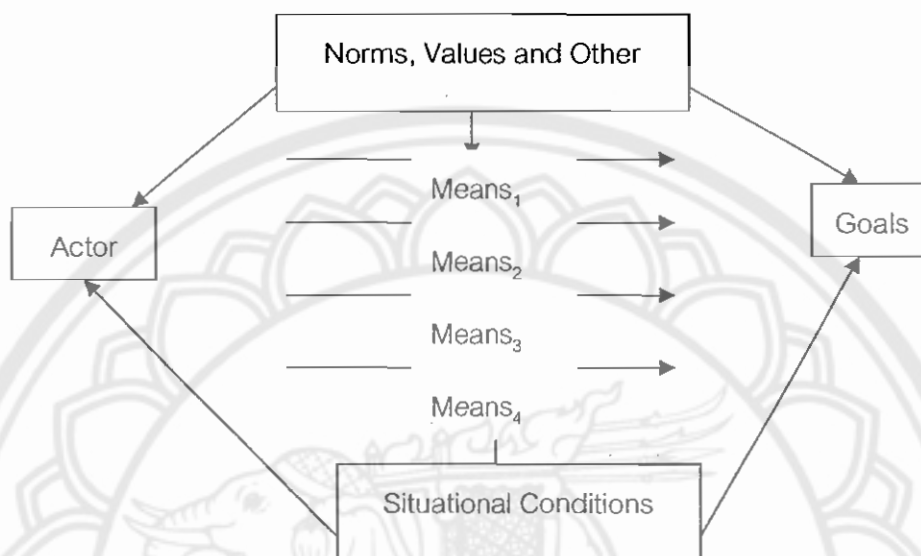
สถาบันทางสังคมมีความจำเป็นสำหรับสังคมเพื่อทำหน้าที่ตอบสนองความต้องการของสมาชิกในสังคม ตลอดจนควบคุมพฤติกรรมของสมาชิกด้วย เพื่อให้สังคมมีระเบียบและดำเนินต่อไปได้ ซึ่งสามารถพิจารณาองค์ประกอบได้ 4 ประการ คือ 1) การกำหนดหน้าที่ของสถาบันนั้นอย่างชัดเจน เช่น สถาบันครอบครัวได้ทำหน้าที่ในการอบรมขัดเกลาสมาชิก ผลิตอาหาร และการปฏิบัติต่อผู้สูงอายุ เป็นต้น 2) สถาบันทางสังคมจะต้องกำหนดแบบแผนพฤติกรรมที่สมาชิกในสถาบันนั้นได้ปฏิบัติ เช่น สถาบันครอบครัวก็มีแบบแผนพฤติกรรมใน ระบบเครือญาติ และความกตัญญู เป็นต้น 3) สถาบันของสังคมจะมีบุคคลต่าง ๆ เป็นคนดำเนินงานของสถาบันนั้น เช่น สถาบันครอบครัว จะมีตา ยาย พ่อ แม่ และบุตร 4) สถาบันทางสังคมจะต้องมีศูนย์ดำเนินการในลักษณะของวัตถุ เช่นสถาบันครอบครัว ได้แก่ บ้าน เป็นต้น

ดังนั้นแนวความคิดการจัดระเบียบทางสังคมดังกล่าว เมื่อนำมาศึกษาภาวะสูงอายุ จะต้องพิจารณาถึงผู้สูงอายุมีสถานภาพ บทบาท ค่านิยม บรรทัดฐาน การจัดลำดับช่วงชั้น และการเป็นสถาบันในปัจจุบัน

#### 4) ทฤษฎีโครงสร้างและการหน้าที่

ทฤษฎีโครงสร้างและการหน้าที่ (Structural and Functional Theory) มีข้อสมมติเกี่ยวกับสังคมว่า การที่มนุษย์เข้าไปอยู่ในสังคม และสังคมมีการจัดระเบียบขึ้นนั้น เนื่องจากสมาชิกในสังคมมีความสมัครใจที่จะเข้าไปทำกิจกรรมต่าง ๆ ในสังคมนั้น กล่าวคือ บุคคลในสังคมมีคติ ความสมัครใจ (voluntarism) การกระทำ(action) จึงมีความสำคัญอย่างมากในการอธิบายและศึกษาระบบสังคม การกระทำ คือ การกระทำระหว่างกัน(interaction) ระหว่างผู้กระทำ (actor) สถานการณ์ (situation) จุดมุ่งหมายหรือจุดประสงค์ (goals) วิธีการ (means) และแนวคิดของผู้กระทำ(actor's orientation) เมื่อขยายความให้กระจ่างแก่ผู้กระทำ หมายถึง บุคคลที่มีประสบการณ์ ต่าง ๆ และรู้จักควบคุมสถานการณ์ มีวิธีการต่าง ๆ เพื่อไปสู่จุดมุ่งหมายต่าง ๆ ที่ตั้งไว้ สถานการณ์ หมายถึงเงื่อนไขต่าง ๆ ที่ผู้กระทำรู้จักและมีอิทธิพลต่อการเลือกจุดมุ่งหมาย และจะดำเนินการต่าง ๆ ไปสู่จุดมุ่งหมายนั้น ๆ และแนวคิดของผู้กระทำหมายถึงค่านิยม บรรทัด

ฐาน และความคิดอื่น ๆ ที่ผู้กระทำได้รับอิทธิพล ซึ่งเป็นแนวทางที่ผู้กระทำดำเนินการต่าง ๆ ไปสู่ จุดมุ่งหมายภายใต้สถานการณ์นั้น ซึ่งสามารถจะแสดงออกในรูปของภาพ 4



ภาพ 4 แสดงแนวความคิดว่า การกระทำ (action) ภายใต้สถานการณ์  
 ที่มา : Jonathon H. Turner, 1986, *The Structure of Sociological  
 Theory*,  
 (Fourth Edition), Chicago, Illinois: The Dorsey Press, P. 61.

จากแนวคิดตามแผนผังพบว่า การกระทำระหว่างกัน (interaction) มีส่วนสำคัญในการ กำหนดบทบาท โครงสร้างหน้าที่ของครอบครัว กล่าวคือ เวลาที่บุตร (actor) จะประพฤติปฏิบัติ อย่างใดอย่างหนึ่งต่อผู้สูงอายุ (goals) บุตรจะเข้าใจสถานการณ์และบทบาท ทัศนคติความเชื่อของ ตนเองที่จะปฏิบัติต่อผู้สูงอายุ (actor's orientation) ในสถานการณ์ที่เกี่ยวกับการเลี้ยงดูผู้สูงอายุ (situational conditions) ดังนั้นบุตรจะมีวิธีการต่าง ๆ (means) ที่จะทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขกาย และสบายใจ เช่น มีความประพฤติเรียบร้อย ความเคารพและความกตัญญูต่อผู้สูงอายุ ใน ทำนองเดียวกันผู้สูงอายุจะปฏิบัติต่อบุตรโดยมีลักษณะความคิดและมีแนวทางในการกระทำใน ลักษณะเดียวกันเช่น การให้ความรู้ การให้คำปรึกษาแนะนำ ฯลฯ เป็นวิธีการหนึ่งที่ทำให้บุตรมี ความเคารพเลื่อมใสเกิดความสัมพันธ์ที่เหมาะสมระหว่างผู้สูงอายุกับบุตร การกระทำระหว่าง ผู้กระทำดังกล่าว หรือความสัมพันธ์ที่สมาชิกมีต่อกันนี้ สามารถวิเคราะห์บุคคลต่าง ๆ ในสังคมได้ และจะเกิดเป็นระบบสังคมขึ้น การที่จะเกิดเป็นระบบสังคมขึ้นได้นั้นจะต้องมีเงื่อนไขใหญ่ ๆ อยู่ 2 ข้อดังนี้

(1) ผู้กระทำจะต้องมีแรงจูงใจที่จะกระทำตามสถานภาพและบทบาทของตน

(2) ระบบสังคมต้องพยายามหลีกเลี่ยงความขัดแย้งหรือพฤติกรรมที่เบี่ยงเบนไปจากสังคม ในระบบสังคมนั้นมีกระบวนการที่สำคัญที่ทำให้ระบบสังคมเกิดขึ้นอย่างมีระเบียบ คือ “สภาวะการเปลี่ยนเป็นสถาบัน (institutionalization)” ซึ่งหมายถึงการที่บุคคลมีบทบาทต่าง ๆ เนื่องจากบรรทัดฐานทางสังคมซึ่งแสดงให้เห็นว่าค่านิยมและความเชื่อของวัฒนธรรม วัฒนธรรมเหล่านั้นได้แทรกซึมอยู่ภายในระบบ บุคลิกภาพของบุคคลได้เกิดขึ้นอย่างสม่ำเสมอและเป็นระยะเวลาานตลอดจนมีบทลงโทษและการให้รางวัล ซึ่งช่วยสนับสนุนสภาวะการเปลี่ยนแปลงเป็นสถาบันขึ้น สิ่งสำคัญคือระบบสังคมที่สามารถรักษาระบบไว้ได้นั้นจะต้องทำหน้าที่ที่สำคัญ 4 ประการ คือ

(1) ระบบสังคมจะต้องมีวัตถุประสงค์และดำเนินไปเพื่อบรรลุตามวัตถุประสงค์ (goal attainment) วัตถุประสงค์ของสังคมมีความจำเป็นเพื่อความอยู่รอดแห่งสังคม สมาชิกในสังคมจะอยู่ได้อย่างสงบสุข ทำอย่างไรที่จะถ่ายทอดวัตถุประสงค์ของสังคมนี้ไปสู่สมาชิกในสังคม มีการดำเนินการไปสู่เป้าหมาย และมีการควบคุมอย่างไรที่จะทำให้สมาชิกได้ปฏิบัติไปสู่วัตถุประสงค์หรือเป้าหมายของสังคม สถาบันทางสังคมที่ทำหน้าที่นี้ได้แก่ สถาบันครอบครัวและเครือญาติ และสถาบันการศึกษา (2) ระบบสังคมจะต้องมีการปรับตัว (adaptation) การปรับตัวมีความจำเป็นและสำคัญมากต่อการมีความสัมพันธ์ระหว่างกัน การที่สมาชิกในสังคมมีความสัมพันธ์และกระทำระหว่างกันนั้น จำเป็นต้องคิดหาเทคนิควิธีการต่าง ๆ ที่จะบรรลุวัตถุประสงค์ของสังคม และเสริมสร้างพลังต่าง ๆ ภายในระบบให้ดีขึ้น สถาบันในทางสังคมที่ช่วยทำหน้าที่นี้อย่างมาก ได้แก่ สถาบันเศรษฐกิจ (3) ระบบสังคมจะต้องมีการบูรณาการรวมหน่วย หรือการประสานส่วนต่าง ๆ (integration) การบูรณาการรวมหน่วยมีความสำคัญต่อระบบ ก็เพราะเพื่อสร้างความเข้าใจภายในระบบ เพื่อช่วยการทำงานร่วมกันอย่างต่อเนื่อง เพื่อนำไปสู่จุดหมายของสังคม และเพื่อป้องกันภาวะความตึงเครียดที่อาจจะเกิดขึ้นได้ในระบบ สถาบันทางสังคมที่ทำหน้าที่นี้ได้แก่ สถาบันการเมือง การปกครอง สถาบันพระมหากษัตริย์ เป็นต้น (4) ระบบสังคมจะต้องมีการจัดการกับความตึงเครียด (tension management or latency) ภายในระบบสังคมย่อมจะมีความขัดแย้งหรือความตึงเครียดอยู่เป็นธรรมดา จากบุคคล กลุ่มคน สถาบัน หรือชุมชน ระบบสังคมจะต้องมีหน้าที่แก้ไขหรือจัดการกับสิ่งเหล่านั้น เพื่อก่อให้เกิดความสมดุลในสังคม สถาบันทางสังคมที่ทำหน้าที่ดังกล่าวได้แก่ สถาบันศาสนา เป็นต้น

กล่าวโดยสรุปก็คือ ทฤษฎีโครงสร้างและการหน้าที่มีข้อสมมติสมมติเกี่ยวกับสังคมว่า ภายในสังคมจะมีส่วนหรือหน่วยหรือระบบย่อย ๆ ทำหน้าที่ต่าง ๆ (functions) อย่างเป็นระเบียบ ระบบเพื่อให้สังคมดำรงอยู่ได้อย่างมีระเบียบ ซึ่งเชื่อว่าเป็นจุดหมายของสังคม เมื่อพิจารณา

ภาวะสูงอายุโดยการอธิบายจากทฤษฎีโครงสร้างและการหน้าที่นั้น จะกล่าวถึงอิทธิพลของโครงสร้างทางสังคมหรือระบบสังคม ซึ่งผู้สูงอายุอยู่ในสังคมในฐานะเป็นสมาชิกคนหนึ่ง ย่อมได้รับผลกระทบจากสังคมไม่มากนักน้อย ระบบต่าง ๆ ในสังคมได้ทำหน้าที่อย่างเหมาะสม เช่น การกำหนดนโยบายของรัฐหรือบทบาทของรัฐที่มีต่อแผนการพัฒนาผู้สูงอายุ โครงสร้างสังคมและวัฒนธรรมในสังคมไทยมีระบบความกตัญญู การเคารพผู้สูงอายุ และการอ่อนน้อมต่อผู้ใหญ่ อย่างไรก็ตามถ้าหากภายในสังคมมีส่วนหรือหน่วยย่อยต่าง ๆ ไม่ได้ทำหน้าที่อย่างเข้มแข็ง สังคมก็จะพยายามหามาตรการที่จะทำให้สมาชิกในหน่วยต่าง ๆ เหล่านั้นปรับเปลี่ยน และให้สังคมเกิดความเป็นระเบียบขึ้น เพื่อให้สังคมดำรงอยู่ได้อย่างมีระเบียบเช่นเดิม

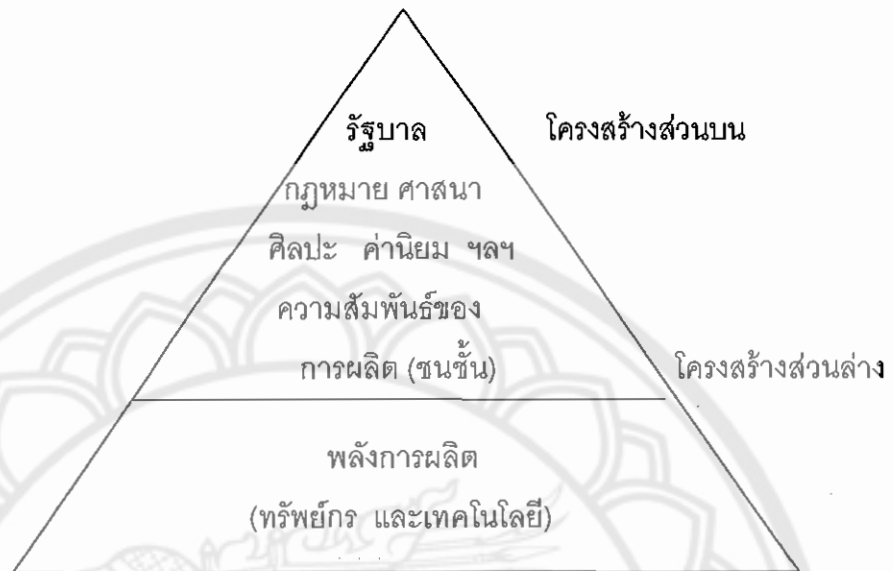
#### 5) ทฤษฎีการขัดแย้ง (conflict theory)

ความขัดแย้งจากการจัดระเบียบทางเศรษฐกิจ กำหนดการจัดระเบียบทางสังคม โครงสร้างชนชั้น และการจัดระเบียบทางสถาบันต่าง ๆ ค่านิยมทางวัฒนธรรม ความเชื่อศาสนา และระบบความคิด เป็นผลสะท้อนอย่างสูงสุดของพื้นฐานทางเศรษฐกิจของสังคม การจัดระเบียบทางเศรษฐกิจเป็นพลังที่ก่อให้เกิดการปฏิวัติหรือขัดแย้งทางชนชั้น มาร์กซ์เชื่อว่าสภาพความเป็นอยู่ของสังคม ซึ่งหมายถึงระบบเศรษฐกิจเป็นรากฐานสำคัญที่กำหนดโครงสร้างของสังคมแต่ละสังคม (สมศักดิ์ ศรีสันติสุข, 2537)

มาร์กซ์ได้แบ่งโครงสร้างของสังคมเป็น 2 ส่วน

(1) โครงสร้างส่วนบน (superstructure) ได้แก่ สถาบันทางสังคมต่าง ๆ เช่น กฎหมาย ศาสนา ปรัชญา ฯลฯ ซึ่งทำหน้าที่อยู่ 2 ประการ คือ 1) สร้างความชอบธรรมในกฎหมาย จริยธรรม ซึ่งชนชั้นนำบัญญัติไว้ เพื่อผลประโยชน์กลุ่มของตน 2) เป็นเครื่องมือของชนชั้นผู้ปกครองเพื่อการรักษาสถานภาพที่เหนือกว่าไว้

(2) โครงสร้างส่วนล่าง (substructure) เป็นรากฐานทางเศรษฐกิจ ได้แก่ พลังการผลิตทรัพยากร เทคโนโลยี ฯลฯ มาร์กซ์เชื่อว่าโครงสร้างส่วนล่างนี้จะเป็นตัวกำหนดโครงสร้างส่วนบนซึ่งสามารถแสดงเป็นรูปดังภาพ 5 (Baradat, 1975: 155)



ภาพ 5 แสดงโครงสร้างของสังคม

เมื่อพิจารณาถึงภาวะสูงอายุในสังคม อาจกล่าวถึงผู้สูงอายุเป็นเสมือนเป็นอีกชนชั้นหนึ่งบางสังคมอาจจะปฏิบัติต่อผู้สูงอายุที่ไม่เท่าเทียม หรือเสมอภาคกันกับชนชั้นของผู้ใหญ่หรือเด็ก และ เยาวชน เช่น การให้สวัสดิการและการบริการแก่ผู้สูงอายุ เป็นต้น หากพิจารณาถึงผู้สูงอายุที่อยู่ในชนชั้นต่ำ จะเห็นถึงความเสียเปรียบทางเศรษฐกิจที่ทำให้ผู้สูงอายุถูกเอารัดเอาเปรียบจากสังคม เช่น ผู้สูงอายุบางรายต้องเลี้ยงตัวเอง ปราศจากความช่วยเหลือจากลูกหลานหรือรัฐ เป็นต้น

#### 6) ทฤษฎีสัญลักษณ์สัมพันธ์

ทฤษฎีสัญลักษณ์สัมพันธ์อธิบายการจัดระเบียบทางสังคมในเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสังคม ซึ่งเน้นในเรื่องการกระทำระหว่างกัน เจอร์จ เฮร์เบิร์ต มีดด์ (George Herbert Mead) กล่าวว่า การกระทำต่อกันจะต้องมีความตั้งใจด้วย ในบุคคลหนึ่ง ๆ จะประกอบด้วย ส่วนประกอบ 1 กับ Me เพื่อแก้ไขปัญหาหรือกระทำต่อคนอื่น หรือการตัดสินใจเรื่องใด ๆ เป็นความต้องการเฉพาะตัว เป็นส่วนของตนที่ฝังรากอยู่ในลักษณะทางชีวภาพของแต่ละคน ส่วน Me นั้นบุคคลคิดว่าตนเองจะมีพฤติกรรมอย่างไร ? และประกอบด้วยทัศนคติของบุคคลซึ่งตัวเองเข้าใจหรือคาดหวังคนอื่นในสังคมมีอยู่ต่อตัวเอง เจอร์จ เฮร์เบิร์ต มีดด์ (George Herbert Mead) กล่าวถึง 1 ว่าค่อนข้างจะมีอิสระ ส่วน Me ประกอบด้วยทัศนคติของบุคคลอื่นซึ่งตัวเองเข้าใจโดยทั่ว ๆ ไปเรารู้จัก 1 ในนามของเสรีภาพ การสร้างสรรค์ความรู้สึกภายใน ก่อให้เกิดพฤติกรรม

ซึ่งอาจขัดแย้งกับธรรมเนียมประเพณีของสังคม อาจทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้นได้ในสังคม ส่วน Me นั้นได้แก่ทัศนคติที่ปกป้อง บทบาท ความกดดันจากสังคม ค่านิยม ซึ่งสังคมได้ถ่ายทอดและรับไว้ในตัวเอง เพราะฉะนั้นในบุคคลหนึ่ง ๆ จะมี I กับ Me ประกอบกันเรียกว่าตน (self) จะเห็นได้ว่าบุคคลจะตัดสินใจแก้ปัญหาอย่างไรนั้น ขึ้นอยู่กับ I กับ Me ฝ่ายใดจะมากกว่ากัน จนเราอาจจะเรียกว่าเป็นการแสดงออกในด้านบุคลิกภาพ

การรวมกลุ่มทางสังคมมิได้เกิดขึ้นจากการร่วมกันโดยปกติ แต่มาจากความตั้งใจ การกระทำที่แสดงด้วยความตั้งใจ ท่าทางที่แสดงออกจะเป็นไปตามภาษา สัญลักษณ์จะเป็นเครื่องกระตุ้นให้อีกบุคคลหนึ่งแสดงได้ต่อความหมายนั้น ๆ จนเกิดความสัมพันธ์กันขึ้น จึงมองเป็นการจัดระเบียบทางสังคมอย่างหนึ่ง นักจัดระเบียบทางสังคมมองว่าความสัมพันธ์ทางสังคมของกลุ่มต่าง ๆ เกิดจากผลของการที่บุคคลแปล หรือกำหนดความหมายของการกระทำต่อกัน การมีปฏิริยาโต้ตอบมิได้มีโดยตรงต่อการกระทำของบุคคล แต่เพราะปฏิริยาต่อความหมายของการกระทำหรือแสดงออก เพราะฉะนั้นความสัมพันธ์จึงเป็นการใช้สัญลักษณ์ การตีความ และการแสวงหาความหมายที่แท้จริงของการกระทำต่าง ๆ การแสดงออกในลักษณะกระทำต่อกันหรือปฏิริยาต่อกัน ต้องอยู่ในรูปของกระบวนการที่บุคคลทั้งหลายเข้าใจในเหตุการณ์ สามารถประเมินเหตุการณ์ ให้ความหมายและตัดสินใจที่จะมีการกระทำโต้ตอบ แนวความคิดของบลูเมอร์ จึงเป็นการอธิบายที่เน้นถึงการตีความเพื่อให้รู้ความหมายที่แท้จริง โดยการจัดระเบียบทางสังคมสามารถอธิบายในรูปของความสัมพันธ์ที่มนุษย์แสดงละครต่อกัน (Dramatic Approach) ทุกคนต้องแสดงบทบาทอย่างไม่จริงใจ ต้องสวมหน้ากากเข้าหากัน กอฟฟ์แมนอธิบายความสัมพันธ์ของบุคคลในด้านที่แสดงละครต่อกันว่าบุคคลจะมีแนวโน้มที่จะสร้างความประทับใจเป็นสำคัญ (impression management) โดยมีรายละเอียดที่เกี่ยวกับการจัดระเบียบทางสังคมดังต่อไปนี้

6.1) เนื่องจากพฤติกรรมเป็นการตอบโต้ หรือปฏิริยาของกระบวนการที่บุคคลต่าง ๆ ได้แปลความหมาย ประเมินผล ให้ความหมายตามเนื้อหาสาระที่บุคคลได้กระทำต่อกัน การจัดระเบียบทางสังคมจึงมีลักษณะเป็นกระบวนการมากกว่าที่จะเป็นโครงสร้าง

6.2) โครงสร้างทางสังคมจึงเป็นปรากฏการณ์หนึ่ง ๆ ที่เกิดขึ้นทันที โดยไม่ทำให้การกระทำของปัจเจกบุคคลหยุดชะงัก การที่จะเข้าใจแบบแผนของการจัดระเบียบทางสังคมจะต้องยอมรับว่าแบบแผนต่าง ๆ เหล่านั้นเป็นพฤติกรรมปฏิกิริยาของปัจเจกบุคคล

6.3) ขณะที่การกระทำมีลักษณะเป็นการกระทำที่ซ้ำ ๆ และมีโครงสร้างในเรื่องการกระทำนั้น ๆ โดยการนิยามสถานการณ์และการคาดหวังที่เห็นอย่างเด่นชัด ธรรมชาติของสัญลักษณ์แสดงให้ทราบถึงความสามารถสำหรับการใช้สัญลักษณ์ใหม่ ๆ ผลก็คือทำให้มีการแปล

ความหมายใหม่ การประเมินผลใหม่ การนิยามใหม่ และการกำหนดพฤติกรรมใหม่ ๆ เกิดขึ้นได้เสมอ โครงสร้างสังคมที่มีอยู่เดิมจึงมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ด้วยเสมอ

6.4) ดังนั้นแบบแผนของการจัดระเบียบทางสังคม จึงเป็นตัวแทนปรากฏการณ์หนึ่ง ๆ ที่เกิดขึ้นทันทีทันใด ซึ่งสามารถรักษาไว้เสมือนเป็นเรื่องราวต่าง ๆ ที่นิยามสถานการณ์ต่าง ๆ ของผู้กระทำ อย่างไรก็ตามกระบวนการสัญลักษณ์ต่าง ๆ ซึ่งก่อให้เกิดและสนับสนุนแบบแผนเหล่านี้ สามารถดำเนินการเปลี่ยนแปลง ตลอดจนจนสามารถเปลี่ยนแปลงแบบแผนนั้น ๆ ด้วย

เมื่ออธิบายทฤษฎีสัญลักษณ์สัมพันธ์กับผู้สูงอายุ สรุปได้ว่าความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุ กับสมาชิกในสังคมมีความเกี่ยวพันกับการสื่อสาร การพูดคุยติดต่อกันทางภาษา การตีความ ทำให้เกิดความเข้าใจที่ลึกซึ้งซึ่งระหว่างผู้สูงอายุกับสมาชิกอื่น ๆ ในสังคมได้เป็นอย่างดี

### 7) ทฤษฎีการแลกเปลี่ยน

ทฤษฎีการแลกเปลี่ยน (Exchange Theory) ได้อธิบายการจัดระเบียบทางสังคมที่แตกต่างกับทฤษฎีอื่น ๆ (Turner, 1986) กล่าวคือ

- 7.1) ในสถานการณ์ใด ๆ ที่ถูกกำหนดขึ้น ระบบหรือองค์การใด ๆ จะแสดงพฤติกรรมต่าง ๆ ซึ่งจะเป็นผลจากการที่ได้รับรางวัลมากที่สุดและการลงโทษน้อยที่สุด
- 7.2) บุคคลในระบบสังคมจะกระทำซ้ำสำหรับพฤติกรรม ซึ่งพิสูจน์แล้วว่าได้รับรางวัลในอดีต
- 7.3) บุคคลในระบบสังคมจะกระทำซ้ำสำหรับพฤติกรรมในสถานการณ์ ซึ่งคล้ายคลึงกันกับพฤติกรรมที่ได้รับรางวัล
- 7.4) การเสนอสิ่งเร้าที่เกิดขึ้นในอดีตเกี่ยวกับรางวัล จะเป็นที่ยอมรับในระบบสังคม
- 7.5) การกระทำซ้ำของพฤติกรรมจะเกิดขึ้นเพียงเท่าที่เขายังคงได้รับรางวัลอยู่
- 7.6) บุคคลในระบบสังคมจะแสดงอารมณ์ออกมา ถ้าพฤติกรรมซึ่งครั้งก่อนได้รับรางวัล หรือไม่ทำเมื่อพฤติกรรมในอดีตไม่เคยได้รับรางวัล
- 7.7) บุคคลยิ่งแสดงพฤติกรรมมากขึ้นได้รับรางวัลจากการแสดงพฤติกรรมที่เฉพาะเจาะจง แต่กลับน้อยลงเมื่อพฤติกรรมไม่ได้รางวัล และยังทำให้บุคคลแสวงหาการแสดงพฤติกรรมอื่นเพื่อหารางวัลอื่น ๆ ต่อไป

แนวความคิดดังกล่าวเป็นแนวความคิดที่นำไปอธิบายการแลกเปลี่ยนทางสังคมที่สามารถจัดระเบียบทางสังคมได้แนวคิดหนึ่ง ตัวอย่าง เช่นการติดต่อบetweenบุคคลต่าง ๆ อาจเป็นเพราะการแลกเปลี่ยน เพราะฉะนั้นการติดต่อสัมพันธ์จึงมองในรูปของการเปลี่ยนกิจกรรมซึ่งกันและกัน



ทฤษฎีการแลกเปลี่ยนนี้สามารถนำไปวิเคราะห์ห้วงศักราชต่าง ๆ ได้เป็นอย่างดีเมื่อกล่าวถึงผู้สูงอายุกับทฤษฎีการแลกเปลี่ยน อาจพิจารณาในเรื่องของการแลกเปลี่ยนทางสังคม เช่น ความรัก ความห่วงใย การช่วยเหลือ การให้คำแนะนำ และการที่เป็นที่ปรึกษา เป็นเรื่องของการเกิดความสัมพันธ์ของการแลกเปลี่ยนดังกล่าวของผู้สูงอายุที่มีต่อบุตรหลาน ซึ่งเป็นลักษณะของการพึ่งพาอาศัยและแลกเปลี่ยนระหว่างกัน จากทฤษฎีต่างๆ ที่ได้กล่าวมาข้างต้น แสดงให้เห็นได้ว่าผู้สูงอายุซึ่งเป็นสมาชิกคนหนึ่งของสังคม ได้มีการกระทำระหว่างกันจนมีความสัมพันธ์กันในระบบสังคม มีความพึงพอใจ มีความขัดแย้ง มีการพึ่งพาทางสัญลักษณ์สัมพันธ์ และมีการแลกเปลี่ยนที่อาจเกิดขึ้นได้กับผู้สูงอายุทุก ๆ คน

## 8) ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงทางสังคม

### 8.1) แนวความคิดเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางสังคม

การที่มนุษย์อยู่รวมกันเป็นสังคม แม้ว่าจะมีการจัดระเบียบทางสังคมและควบคุมทางสังคม ก็จำเป็นต้องมีการเปลี่ยนแปลง การเปลี่ยนแปลงเป็นเรื่องธรรมดาของโลก ระเบียบกฎเกณฑ์บางอย่างอาจจะเหมาะสมกับสมาชิกกลุ่มปัจจุบัน แต่บางอย่างอาจไม่เหมาะสมบางอย่างเป็นที่ยอมรับของผู้สูงอายุ และบางอย่างผู้สูงอายุไม่ยอมรับ ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นตลอดเวลา ในปัจจุบันสังคมต่าง ๆ ได้มีการติดต่อสื่อสารถึงกัน เพราะความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีและวิทยาศาสตร์ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในด้านความสัมพันธ์และการกระทำระหว่างกันทั่วโลก นอกจากนี้ผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงทางสังคม ย่อมจะมีอิทธิพลต่อวิถีชีวิตของผู้สูงอายุ และการปรับตัวของผู้สูงอายุในสังคมที่กำลังเปลี่ยนแปลงในปัจจุบันและอนาคตด้วย การเปลี่ยนแปลงทางสังคมนั้นย่อมจะเกิดขึ้นได้ทุกยุค ทุกสมัยและทุกสังคม ในสมัยโบราณนั้นการเปลี่ยนแปลงทางสังคมเป็นไปอย่างเชื่องช้า ทั้งนี้เพราะว่าสิ่งประดิษฐ์คิดค้นในสังคมมีน้อย การสื่อสารยังไม่เจริญเหมือนปัจจุบัน ตลอดจนการแพร่กระจายทางวัฒนธรรม (cultural diffusion) ก็เป็นไปได้อย่างช้า ส่วนการเปลี่ยนแปลงทางสังคมในปัจจุบันเป็นไปอย่างรวดเร็วและสม่ำเสมอ สืบเนื่องมาจาก ความเจริญของระบบสื่อสารโทรคมนาคม แสดงให้เห็นถึงความเติบโตหรือความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีและวิทยาศาสตร์ ตลอดจนการแพร่กระจายทางวัฒนธรรมก็เป็นไปได้สะดวกขึ้น

การเปลี่ยนแปลงทางสังคม คือ “กระบวนการซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นในโครงสร้างและหน้าที่ของระบบสังคม” การเปลี่ยนแปลงนั้นต้องเปรียบเทียบความแตกต่างจากระยะเวลาหนึ่ง เปลี่ยนแปลงไปอีกระยะเวลาหนึ่ง (over some periods of time) ฉะนั้นการเปลี่ยนแปลงทางสังคมก็คือการเปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์ทางสังคม ถ้าความสัมพันธ์ทางสังคมไม่เปลี่ยนก็ไม่ถือว่า

เป็นการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เช่น พฤติกรรมด้านความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุกับบุตรหลาน เปลี่ยนแปลงไปในบางครัวเรือน การเปลี่ยนแปลงทางสังคมจะมีลักษณะที่เป็นการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างและการหน้าที่ในระบบสังคม หรือการเปลี่ยนแปลงที่ทำให้กระบวนการของความสัมพันธ์และการกระทำระหว่างกันเปลี่ยนไป (Rogers ,1969 : 3)

## 8.2) ประเภทของทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงทางสังคม

ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่จะกล่าวพอสังเขป (สมศักดิ์ ศรีสันติสุข, 2536) มีดังต่อไปนี้

8.2.1) ทฤษฎีที่ว่าด้วยสาเหตุ (Theories of Causation) ลักษณะข้อสมมติของทฤษฎีนี้เป็นการอธิบายปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งว่า เป็นตัวกำหนดของการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เช่น ปัจจัยทางภูมิศาสตร์ ปัจจัยทางชีววิทยา ปัจจัยทางเศรษฐศาสตร์ ปัจจัยทางวัฒนธรรม ทฤษฎีต่าง ๆ เหล่านี้มีประโยชน์ที่จะนำปัจจัยต่าง ๆ ไปศึกษาและแปลความหมายของการเปลี่ยนแปลงทางสังคม

8.2.2) ทฤษฎีที่ว่าด้วยกระบวนการ (Theories of Process) เป็นทฤษฎีที่ว่าด้วยกระบวนการวิวัฒนาการ มีข้อสมมติว่าสังคมนั้นต้องมีความมั่นคง การเปลี่ยนแปลงเป็นไปตามธรรมชาติและอย่างราบรื่น ทฤษฎีเหล่านี้แบ่งเป็นดังนี้

ก. ทฤษฎีเส้นตรง (Linear Theories) คือ ทฤษฎีที่อธิบายการเปลี่ยนแปลงทางสังคมแบบเป็นเส้นตรง เป็นแนวความคิดของการวิวัฒนาการ ทุกสังคมหรือทุกประเทศจะมีลักษณะการเปลี่ยนแปลงทางสังคมในแบบเดียวกันหมด จากสังคมแบบดั้งเดิมไปสู่สังคมที่พัฒนา

ข. ทฤษฎีวงกลม (Cyclical Theories) คือ ทฤษฎีที่กล่าวถึงการไม่สม่ำเสมอของกระบวนการทางสังคม หรือการเปลี่ยนแปลงทางสังคมแต่ละขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงจะมีลักษณะจากไม่ราบรื่นเสมอเปรียบเสมือนว่าแต่ละขั้นตอน เช่น การเปลี่ยนแปลงต้องผ่านจากเด็กเป็นผู้ใหญ่และผู้ใหญ่เป็นผู้สูงอายุ เป็นต้น การเปลี่ยนแปลงจากขั้นแรกซึ่งเป็นขั้นของความสมดุล เปลี่ยนไปสู่ขั้นที่สองซึ่งเป็นขั้นที่ไม่สมดุล จากนั้นจะเปลี่ยนไปสู่อีกขั้นซึ่งเป็นขั้นใหม่ที่มีความสมดุลเกิดขึ้น

ค. ทฤษฎีแนวโน้ม (Trend Theories) เป็นทฤษฎีที่อธิบายการเปลี่ยนแปลงทางสังคมในรูปของแนวโน้ม เช่น การเปลี่ยนแปลงทางสังคมของประเทศไทยจะมีแนวโน้มเปลี่ยนแปลงจากสังคมชนบทไปสู่สังคมเมือง

### 9) ทฤษฎีว่าด้วยหน้าที่ (Functional Theory)

ทฤษฎีนี้มีข้อสมมติว่า สังคมนั้นต้องมีความมั่นคง ไม่ค่อยมีความสนใจการเปลี่ยนแปลงเพราะเชื่อว่าถ้าส่วนหนึ่งส่วนใดของสังคมเปลี่ยนไป ส่วนอื่นจะปรับปรุงเปลี่ยนแปลงไปด้วย เพื่อที่จะนำไปสู่สังคมที่มั่นคงข้อสมมติดังนี้คือ

9.1) ทุก ๆ สังคมเป็นการบูรณาการรวมหน่วยของหน่วยงานหรือส่วนต่าง ๆ ทางสังคม

9.2) ทุก ๆ องค์ประกอบของสังคมแต่ละส่วนจะทำประโยชน์ให้แก่สังคม เพื่อความสมบูรณ์ และความอยู่รอด

9.3) ทุก ๆ สังคมมีแนวโน้มที่จะรักษาความสมดุลภาพ

9.4) ทุก ๆ สังคมจะมีความมั่นคงก็เพราะสมาชิกในสังคมมีความสอดคล้องเข้าใจในสถานภาพ บทบาท ค่านิยม ฯลฯ ซึ่งกันและกัน

### 10) ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงต่างวัฒนธรรม

ปรากฏการณ์ทางสังคมที่เกี่ยวกับภาวะสูงอายุ อาจผันแปรไปตามแต่ละสังคมหรือชุมชน แตกต่างกันไป ท่ามกลางการเปลี่ยนไปสู่ความทันสมัย ดังนี้

10.1) ในสังคมดั้งเดิม (primitive societies) ผู้สูงอายุมีอายุน้อยกว่าผู้สูงอายุในสังคมสมัยใหม่ (modern societies)

10.2) สังคมสมัยใหม่ การเป็นผู้สูงอายุถูกกำหนดจากอายุเป็นประการสำคัญ แต่ในสังคมดั้งเดิมและสังคมอื่น ๆ ถูกกำหนดโดยปัจจัยอื่น ๆ เช่นการเป็น ปู่ ย่า ตา ยาย เป็นต้น

10.3) การมีชีวิตยืนยาว (longevity) มีความสัมพันธ์โดยตรงและอย่างมีนัยสำคัญกับระดับของการเปลี่ยนไปสู่ความทันสมัย

10.4) สังคมสมัยใหม่จะมีสัดส่วนของประชากรสูงอายุมากกว่าสังคมแบบอื่น ๆ

10.5) สัดส่วนของประชากรสูงอายุสตรี โดยเฉพาะอย่างยิ่งสตรีหม้ายจะมีมากขึ้น

10.6) สังคมสมัยใหม่จะมีสัดส่วนของประชากร ผู้เป็น ปู่ ย่า ตา ยาย มากขึ้น

10.7) ผู้สูงอายุมีสถานภาพสูงในสังคมดั้งเดิม แต่มีสถานภาพต่ำกว่าในสังคมสมัยใหม่

10.8) ในสังคมดั้งเดิมผู้สูงอายุมักจะดำรงตำแหน่งสำคัญทางการเมืองและเศรษฐกิจ แต่ในสังคมสมัยใหม่ผู้สูงอายุส่วนน้อยเท่านั้นที่ได้ดำรงตำแหน่งดังกล่าว

10.9) ในสังคมดั้งเดิมที่มีการเคารพนับถือหรือบูชาบรรพบุรุษ ผู้สูงอายุจะมีสถานภาพสูง

10.10) หากประชากรผู้สูงอายุมีสัดส่วนน้อยเมื่อเทียบกับประชากรทั้งหมดแล้ว ผู้สูงอายุจะมีสถานภาพสูง และ สถานภาพจะลดต่ำลงเมื่อจำนวนและสัดส่วนเพิ่มขึ้น

10.11) เมื่อสังคมมีอัตราการเปลี่ยนแปลงสูงขึ้น สถานภาพของผู้สูงอายุจะเปลี่ยนแปลงในระดับต่ำ ซึ่งจะเป็นแนวโน้มที่สูงขึ้น

10.12) ความมีเสถียรภาพในที่อยู่อาศัยทำให้ผู้สูงอายุมีสถานภาพสูงขึ้น แต่การไม่มีเสถียรภาพในที่อยู่อาศัย หรือการย้ายถิ่น มักจะทำให้สถานภาพของผู้สูงอายุลดต่ำลง

10.13) ในสังคมชนบทผู้สูงอายุมีสถานภาพสูงกว่าในสังคมเมือง

10.14) ในสังคมเดิมที่การศึกษาไม่สูงนัก (preliterate societies) ผู้สูงอายุมักจะมีสถานภาพสูง แต่เมื่อเริ่มมีการศึกษาสูงขึ้น สถานภาพของผู้สูงอายุมีแนวโน้ม ต่ำลง

10.15) ในสังคมที่ผู้สูงอายุสามารถทำหน้าที่ ที่เป็นประโยชน์และมีคุณค่าต่อสังคมผู้สูงอายุมักจะมีสถานภาพสูง แต่ทั้งนี้ยังขึ้นอยู่กับค่านิยม และกิจกรรมของผู้สูงอายุด้วย

10.16) ผู้สูงอายุมีสถานภาพสูงในสังคมซึ่งมีครอบครัวแบบขยาย (extended family) และมีแนวโน้มของการมีสถานภาพต่อลงในสังคม ซึ่งนิยมการมีครอบครัวเดี่ยว (nuclear family) และการแต่งงานแบบแยกอยู่ต่างหาก (neolocal marriage)

10.17) เมื่อสังคมทันสมัยขึ้นความรับผิดชอบในการจัดบริการด้านความมั่นคงทางเศรษฐกิจแก่ผู้สูงอายุซึ่งเป็นความต้องการพึ่งพา บริการดังกล่าวจะเปลี่ยนแปลงจากหน้าที่ของครอบครัวมาเป็นหน้าที่ของรัฐ

10.18) ในสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปสู่ความทันสมัย ผู้สูงอายุมีภาวะความเป็นผู้นำลดน้อยลง

10.19) ค่านิยมแบบปัจเจกบุคคลนิยม (individualistic value system) ตามแบบแผนของสังคมตะวันตก มักจะให้สถานภาพและเสถียรภาพของผู้สูงอายุลดน้อยลง

10.20) ในสังคมชนบท การถดถอยจากสังคมหรือการแยกตัวอยู่ตามลำพัง (disengagement) มิใช่ลักษณะสำคัญของผู้สูงอายุ แต่เมื่อสังคมมีระดับของการเป็นสังคมสมัยใหม่ขึ้น การแยกตัวอยู่ตามลำพังของผู้สูงอายุมักสูงขึ้น (Cowgill, 1972: 321 – 323)

ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงต่างวัฒนธรรม สามารถนำไปวิเคราะห์ปรากฏการณ์ทางสังคมเกี่ยวกับภาวะสูงอายุในประเทศไทย ซึ่งอาจจะกล่าวได้ว่าสถานภาพของผู้สูงอายุมีลักษณะคล้ายคลึงกับผู้สูงอายุในสังคมดั้งเดิม อย่างไรก็ตามในปัจจุบันสังคมไทยกำลังไปสู่ยุคของโลกาภิวัตน์ ตัวแปรต่าง ๆ อาจเปลี่ยนแปลงไปได้ จึงจำเป็นที่จะต้องพิสูจน์ เช่น การศึกษา

เปรียบเทียบความแตกต่างของผู้สูงอายุในสังคมชนบทและสังคมเมือง เพื่อที่จะได้ทราบความเป็นจริงในการพัฒนาองค์ความรู้ที่แท้จริงของสังคมไทยต่อไป

#### 2.4.4 กระบวนการภาวะสูงอายุ

กระบวนการของภาวะสูงอายุ หมายถึง ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นของบุคคลที่อยู่ในภาวะสูงอายุ ซึ่งเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นอย่างสม่ำเสมอ การศึกษากระบวนการของการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุนี้อาจศึกษาได้หลาย ๆ ด้าน ซึ่งเป็นมิติการมองต่าง ๆ ทั้งในด้าน สรีรวิทยา และสังคมวิทยา (McPherson, 1983; Atchley, 1991)

การเปลี่ยนแปลงทั่วไปของผู้สูงอายุ คือ ภาวะสูงอายุ เป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตใจ และสังคม ที่มนุษย์มีอาจหลีกเลี่ยงได้ และความชราเป็นสภาวะการมีอายุสูงขึ้น ซึ่งอาจมีความอ่อนแอของร่างกาย จิตใจ ตลอดจนมีความเจ็บป่วยหรือความพิการร่วมด้วย นักสังคมวิทยายอมรับว่าภาวะสูงอายุเป็นการก้าวเข้าสู่สภาพการเปลี่ยนแปลง หรือบทบาทใหม่ในสังคม นอกจากนั้นภาวะสูงอายุยังเป็นผลจากการสูญเสียอย่างค่อยเป็นค่อยไปของความสามารถในการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกาย จิตใจ และสังคม ดังนั้นการรักษาสุขภาพเพื่อให้สมบูรณ์อย่างมีประสิทธิภาพนั้น จึงเป็นสิ่งจำเป็นมากสำหรับผู้สูงอายุทุก ๆ คน

##### 1) กระบวนการภาวะสูงอายุทางสรีรวิทยา

###### 1.1) การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายของผู้สูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายของผู้สูงอายุ จะมีการเปลี่ยนแปลงอยู่เรื่อย ๆ และค่อย ๆ เปลี่ยนแปลงไปตลอดเวลา ตั้งแต่เกิดจนถึงตายและการเปลี่ยนแปลงนี้แตกต่างกันในระยะเวลาเร็วหรือช้าในแต่ละบุคคล (McGaugh and Kiesler, 1981) ดังนี้

1.1.1) ผิวหนัง ผู้สูงอายุจะมีผิวหนังแห้ง เหี่ยวย่น และตกกระเป็นแห่ง ๆ จากการเสื่อมของต่อมไขมันและจำนวนเนื้อเยื่อ (collagen) ลดลงชั้นต่าง ๆ ของผิวหนังจะบางลง ทำให้เกิดบาดแผลได้ง่าย ไขมันใต้ผิวหนังจะลดจำนวนลง ต่อมเหงื่อจะลดการทำงาน หลังเหงื่อแห้งลง มีผลทำให้การระบายความร้อนของร่างกายในผู้สูงอายุลดลง และบางแตกเปราะง่าย

1.1.2) กล้ามเนื้อชนิดลาย (striated muscle) ลดจำนวนลงและมีเซลล์ไขมันเข้าไปแทรกในเซลล์กล้ามเนื้อมากขึ้น มีความแข็งแรงของกล้ามเนื้อลดลง

1.1.3) กระดูก มักจะเปราะบางจากการสูญเสียของแคลเซียมการดูดซึมลดลง หรือภาวะสูญเสียแคลเซียมของกระดูกซึ่งเกิดจากฮอร์โมนเอสโตรเจน ซึ่งหลังออกมาน้อย เป็นผลทำให้กระดูก บางลง ทำให้โอกาสแตกหักได้ง่าย

1.1.4) เส้นเลือด โดยทั่วไปผนังเส้นเลือดจะแข็งตัวและหนาขึ้นทำให้รูเส้นเลือดแคบลง การไหลเวียนไม่ดี มักจะเกิดเส้นเลือดดำโป่งพองด้วย

1.1.5) การเปลี่ยนแปลงด้านกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง มีผลทำให้ผู้สูงอายุอาจจะมีคามผิดปกติ เช่น กระดูกข้ออักเสบ รูมาตอยด์ เกาต์ และกระดูกผุ เป็นต้น

## 1.2) การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา

เมื่อมนุษย์อายุมากขึ้นจะมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของอวัยวะต่าง ๆ อวัยวะบางอย่างอาจมีการเปลี่ยนแปลงน้อยแต่อวัยวะบางอย่างมีการเปลี่ยนแปลงมาก ระยะเวลาที่อวัยวะต่าง ๆ ทำหน้าที่ได้สูงสุดนั้นอยู่ในช่วงอายุ 20-30 ปี หลังจากนั้นจะเริ่มลดน้อยลงด้วยอัตราที่ค่อนข้างช้าดังต่อไปนี้

1.2.1) อวัยวะรับรสและกลิ่น มีความสามารถในการรับรสและกลิ่นลดลง

1.2.2) ตา มีความเปลี่ยนแปลงในการปรับตาต่อความมืดและสว่างลดลง สายตาสายยาว ผู้สูงอายุที่อายุมาก ๆ จะมีการเปลี่ยนแปลงกลายเป็นต้อกระจก

1.2.3) หู ความสามารถได้ยินเสียงลดลง ผู้ชายจะเสียการได้ยินมากกว่าผู้หญิง บางครั้งจะเสียงอื้อในหู

1.2.4) สมอ เซลล์สมองจะตายไป และจำนวนเซลล์สมองลดลง ทำให้ขนาดสมองเล็กลง ปลายประสาทลดลง จำนวนรับความรู้สึกลดลงและใยประสาทนำส่งลดลง ความเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ เหล่านี้ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงระบบประสาทและสมอง กล่าวคือผู้สูงอายุมีความจำเสื่อมหลงลืม อารมณ์แปรปรวน บางรายมีความสับสน ซึมเศร้า จำเรื่องราวในอดีตได้ดีกว่าปัจจุบัน

1.2.5) หัวใจ เนื่องจากกล้ามเนื้อหัวใจจะมีเนื้อพังคืดและมีไขมันสะสมมากขึ้นทำให้การยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อหัวใจลดลง

1.2.6) หลอดเลือดหัวใจ ตีบ ภาวะผนังเส้นเลือดแข็งและหนาขึ้น ทำให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลง

1.2.7) ลิ้นหัวใจ แข็ง ตีบ ปิดไม่สนิท มีแคลเซียมเกาะติ ทำให้ลิ้นหัวใจทำงานลดลง

1.2.8) ความดันโลหิต การที่เส้นเลือดมีผนังหนาตึบ ทำให้เลือดไหลผ่านลำบาก จึงเกิดภาวะแรงดันโลหิตสูง

สำหรับระบบต่าง ๆ ภายในร่างกาย มีการเปลี่ยนแปลง ดังนี้

(1) ระบบทางเดินหายใจ

หลอดลมจะอักเสบและมีการไออยู่เสมอ มีเสมหะมาก กล้ามเนื้อที่ใช้ในการหายใจ หย่อนสมรรถภาพลง ทำให้ทรงออกขยายตัวได้น้อยมีผลทำให้ถุงลมโป่งพองได้ง่าย เป็นไข้หวัดเล็กน้อยก็จะมีอาการปอดบวมและปอดอักเสบด้วย

(2) ระบบทางเดินอาหาร

การย่อยและการดูดซึมอาหารและการหลั่งน้ำย่อยต่าง ๆ ลดลงตบจะมีขนาดและน้ำหนักลดลง เพราะมีการเก็บคอเลสเตอรอลและวิตามินลดลง ระบบการทำงานของเอนไซม์ลดลง มีผลทำให้ระดับสมรรถภาพในการทำลายพิษต่าง ๆ ที่เข้าสู่ร่างกายลดลง

(3) ระบบทางเดินปัสสาวะ

นับตั้งแต่ไตลงมาทำให้เกิดนิ่วในไต ไตอักเสบ และกระเพาะปัสสาวะอักเสบ ผู้สูงอายุ ชายบางรายต่อมลูกหมากมีขนาดโตขึ้น ทำให้มีการขัดขวางทางเดินปัสสาวะ ทำให้ปัสสาวะลำบาก สำหรับผู้สูงอายุหญิงอาจจะมีอาการคันอวัยวะเพศ ทำให้ผิวหนังแห้งเพราะฮอร์โมนลดลง

(4) ระบบต่อมไร้ท่อ

มีการลดลงของฮอร์โมนต่าง ๆ ทำให้กล้ามเนื้อลีบ กระดูกผุเปราะ อ่อนเพลีย ซึมเศร้าและซีพจรช้า ได้พบว่าอาการเบาหวานมากขึ้นในผู้สูงอายุ

(5) ระบบอวัยวะสืบพันธุ์

ผู้สูงอายุชายจะมีต่อมลูกหมากโตมากขึ้น อาจจะทำให้ขัดขวางทางเดินของปัสสาวะ ส่วนผู้สูงอายุหญิงเยื่อบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกจะผอมเหี่ยวลง นอกจากนั้นมดลูก ปีกมดลูก และรังไข่จะผอมเหี่ยวได้ เนื้อเยื่อของช่องทางอวัยวะสืบพันธุ์จะค่อย ๆ หนาขึ้น แห้ง และมีความยืดหยุ่นน้อยลงทำให้ฉีกขาดได้ง่ายขึ้น เลือดที่ไหลเวียนบริเวณนี้ก็ลดน้อยลงกว่าเดิม การเปลี่ยนแปลงของระบบอวัยวะสืบพันธุ์ของผู้สูงอายุอาจจะทำให้เกิดความผิดปกติ กล่าวคือการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ การกลั้นปัสสาวะไม่ได้ การปวดถ่ายปัสสาวะทันทีและบ่อยครั้ง การคั่งค้างของปัสสาวะและต่อมลูกหมากโต

#### 2.4.4 กระบวนการภาวะสูงอายุทางจิตวิทยา

1) การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจและอารมณ์

ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและสังคม เช่นการมีกำลังถดถอย การหยุดจากงานประจำ การเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตหลังจากเคยทำมาในระยะเวลา 20-30 ปี การลดกิจกรรมที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ ลง วงสังคมแคบ ทำให้เกิดความรู้สึกสูญเสียบทบาท ซึ่งอาจกระทบ

กระเทือนทางเศรษฐกิจ ทำให้ความมั่นใจในความสามารถและคุณค่าของตนเองลดลง และหากเกิดการสูญเสียสามีหรือภรรยาหรือบุตรซึ่งเป็นบุคคลใกล้ชิดหรือเพื่อนสนิท ก็จะทำให้เกิดการกระทบกระเทือนใจเพิ่มขึ้น และถ้าสุขภาพทางกายขาดผู้ใกล้ชิดดูแล จะทำให้เกิดความรู้สึกหม่นหวัง ท้อแท้เป็นทวีคูณ ความรู้สึกสูญเสียบทบาทในวัยสูงอายุ มักจะเกิดขึ้นในผู้สูงอายุชาย มากกว่าผู้สูงอายุหญิง เพราะผู้สูงอายุหญิงนั้นได้ผ่านการสูญเสียบทบาทและการปรับตัวมาก่อน ผู้สูงอายุชาย กล่าวคือ ในช่วงหมดประจำเดือนราวอายุ 45-50 ปี ความสามารถทางสติปัญญา โดยทั่วไป ได้ลดลง เนื่องจากโรคภัยบางอย่าง หรือความเสื่อมของเนื้อเยื่อในสมอง ส่วนด้านการปรับตัวทางด้านจิตใจและอารมณ์ของแต่ละบุคคล ย่อมจะแตกต่างกันไปตามความสามารถของแต่ละบุคคลและสิ่งแวดล้อม ระดับการศึกษา และฐานะทางเศรษฐกิจ รวมทั้งการปรับตัวเข้าสู่วัยสูงอายุ รวมทั้งสิ่งแวดล้อมทางวัฒนธรรมของสังคมนั้น ๆ ด้วย

## 2) ความเครียดของผู้สูงอายุ

ความเครียดของผู้สูงอายุมีเช่นเดียวกับบุคคลวัยอื่น ๆ ต่างกันในเรื่องการปรับตัวต่อภาวะเครียดไม่เท่ากัน สาเหตุของความเครียดอาจแตกต่างกัน ในผู้สูงอายุจะเกิดจากหลายสิ่งเช่น ความบกพร่องของร่างกายที่ทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่น ความรู้สึกว่าตนเองมีความสามารถลดลง การมีโรคประจำตัว หรือการออกจากงานเป็นความรู้สึกว่างเปล่าเมื่อออกจากงานที่เคยทำประจำ สาเหตุดังกล่าวทำให้ผู้สูงอายุมีทุกข์ แต่ก็อาจป้องกันโดยให้ผู้สูงอายุมีการเตรียมงานรอไว้ก่อนเกษียณอายุ มีการตรวจสุขภาพร่างกายอย่างสม่ำเสมอ มีงานอดิเรกทำตลอด ผู้ที่อยู่ใกล้ชิดต้องให้กำลังใจให้อิสระเสรีแก่ผู้สูงอายุ ซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวต่อความเครียดได้ (พิชญ์ประเสริฐสินธุ์, 2523: 40)

## 3) ความต้องการของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุจะมีลักษณะเฉพาะตัว ความเป็นปัจเจกของตนจะยิ่งเพิ่มมากขึ้นจนกลายเป็นคุณสมบัติที่มีลักษณะที่เป็นเอกลักษณ์หรือเฉพาะของผู้สูงอายุ ซึ่งจะพบในผู้สูงอายุแต่ละคนแตกต่างกันไป ทำให้การจัดบริการใด ๆ สำหรับผู้สูงอายุไม่อาจทำได้เหมาะสมกับลักษณะที่กำหนดเป็นแบบตายตัว (stereotype) ของคนสูงอายุแต่ละคนได้การศึกษาเพื่อสนองความต้องการของคนสูงอายุจึงเป็นเรื่องทำได้ยาก เพราะต้องคำนึงถึงความแตกต่างในลักษณะสังคม และทั้งลักษณะเฉพาะของผู้สูงอายุแต่ละคนดังกล่าวด้วย สุพัตรา สุภาพ (2526) ได้กล่าวถึงความต้องการของผู้สูงอายุมีอยู่ 2 ประการ คือ

3.1) ความต้องการด้านเศรษฐกิจ คือ ความต้องการได้รับความช่วยเหลือทางด้านการเงินจากบุตรหลานหรือญาติพี่น้อง อาจจะทำให้การเลี้ยงดูตามสมควรแก่อัตภาพ แต่ถ้า



กล่าวถึงความมั่นคงทางสังคม ก็ต้องเป็นหน้าที่ของรัฐที่จะต้องมีโครงการและสวัสดิการแก่ผู้สูงอายุ เช่น การให้บำเหน็จบำนาญ การสงเคราะห์คนชรา หรือการประกันคนชรา เพื่อให้ทุกคนมีรายได้เมื่อถึงภาวะสูงอายุ

3.2) ความต้องการด้านที่อยู่อาศัย โดยให้ผู้สูงอายุมีที่อยู่อาศัย เช่น ผู้สูงอายุอาจจะอยู่ในบ้านของตนเองหรือบุตรหลาน ญาติพี่น้อง หรือในสถานสงเคราะห์ของรัฐหรือเอกชน อย่างไรก็ตาม พันธุทิพย์ รามสูต (2545 : 32 - 35) ได้กล่าวถึงแนวทางที่ใช้ในการศึกษาความต้องการของผู้สูงอายุ ซึ่งสามารถจำแนกความต้องการของผู้สูงอายุออกเป็น 2 ประเภท ดังนี้

3.2.1) ความต้องการพื้นฐาน คือความต้องการสากลที่ผู้สูงอายุในโลกต้องแสวงหาให้ได้มาเท่ากับ เป็นเส้นเลือดใหญ่ที่หล่อเลี้ยงชีวิตของคนสูงอายุ ไม่ว่าจะอยู่ในสังคมวัฒนธรรมใด ๆ ก็ตาม จากการสำรวจความต้องการพื้นฐานในวัฒนธรรมต่าง ๆ กัน อาจจะสรุปได้ว่าคนสูงอายุในโลกต่างมีความต้องการตรงกันจิตใจ กล่าวคือ

(1) ผู้สูงอายุพยายามมีชีวิตอยู่นานเท่านานเท่าที่จะเป็นได้ หรืออย่างน้อยก็อยู่ไปจนกว่าความพึงพอใจในสิ่งรอบตัวนั้นไม่มีความหมายหรือเมื่อถึงแก่ความตาย

(2) ผู้สูงอายุพยายามรักษาพลังและศักยภาพทางร่างกายและทางสมองให้คงอยู่มากที่สุด และใช้ประโยชน์จากพลังและศักยภาพดังกล่าวอย่างสูงสุด

(3) ผู้สูงอายุพยายามป้องกันและดำรงไว้ซึ่งสิทธิพิเศษที่เคยเป็นในชีวิตวัยต้น เช่น ความรู้ ความชำนาญ ทรัพย์สินสมบัติ เกียรติคุณ และอำนาจ

3.2.2) ความต้องการขั้นสูง คือ ความต้องการซึ่งมีลักษณะเปลี่ยนแปลงง่าย อาจเป็นความต้องการเฉพาะหน้าที่หรือระยะยาว หรือเป็นจุดหมายปลายทางของผู้สูงอายุ เป็นความต้องการที่สอดคล้องกับลักษณะสังคมและวัฒนธรรมของผู้สูงอายุ และจะถูกปรุงแต่งโดยวัฒนธรรมนั้น ๆ ด้วยเป็นลักษณะที่เข้ากับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นผลจากการขัดเกลาของแบบแผนและบรรทัดฐานของสังคม ตัวอย่างในสังคมตะวันตกเช่นสังคมสหรัฐอเมริกา ความต้องการขั้นสูงของผู้สูงอายุคือการมีงานที่เหมาะสมกับวัย มีรายได้เพียงพอใช้จ่าย มีบริการทางสุขภาพที่รัฐจัดให้ มีบ้านพักอาศัย ฯลฯ ในขณะที่สังคมตะวันออกเช่น สังคมไทยความต้องการเหล่านี้อาจจะไม่ใช่สิ่งสำคัญเท่ากับการได้รับความดูแลเอาใจใส่จากบุตรหลานและครอบครัว ดังนั้น ความต้องการชนิดนี้จึงเท่ากับเป็นผลของวัฒนธรรมที่มีการปรับปรุงให้เข้ากับวิถีชีวิตของแต่ละคน แต่ละกลุ่มตามลักษณะโครงสร้างทางสังคมและวัฒนธรรมของแต่ละสังคม

ดังนั้น การที่ผู้สูงอายุได้รับการสนองความต้องการขั้นสูง เช่น ได้มีโอกาสและสิทธิที่จะศึกษาและค้นพบคุณค่าของชีวิตในผู้สูงอายุ ได้ใช้ชีวิตที่เหลืออยู่อย่างมีความหมาย จะทำให้เกิดความพอใจในชีวิตผู้สูงอายุ เมื่อความตายมาถึงก็จะเป็นความตายที่น่ายินดีและเหมาะสมกับรูปแบบชีวิตของเขา

จากที่กล่าวมาแล้วข้างต้น จะเห็นว่าการเข้าสู่วัยผู้สูงอายุที่มีคุณค่านั้น ต้องอาศัยความร่วมมือจากสังคมและตัวบุคคลร่วมกัน เพราะบุคคลจะไม่สามารถบรรลุถึงวัยผู้สูงอายุที่มีความสุขและมีความหมายได้โดยลำพังตนเอง เมื่อวัยผู้สูงอายุมาถึงบุคคลใด ก็หมายความว่า ต้องมีการปรับตัวเข้าหากันระหว่างบุคคลนั้นกับสังคมของเขา แทนที่จะแยกตัวออกจากกัน แต่ความเป็นจริงในสังคมปัจจุบันนี้คนวัยหนุ่มสาวสามารถจะจัดการกับปัญหาและภารกิจของตนเองได้โดยไม่ต้องอาศัยผู้สูงอายุ จึงทำให้เกิดช่องว่างระหว่างวัย ซึ่งมีแนวโน้มจะกว้างออกทุกที โดยเฉพาะระหว่างผู้สูงอายุมาก ๆ กับสภาพของสังคม นอกจากนั้นสิ่งที่น่าเป็นห่วงก็คือ สภาพสังคม เช่น ปัจจุบันนี้ยังไม่มีอะไรที่ประกันว่าคุณค่าและความหวังที่สังคมให้แก่ผู้สูงอายุจะไม่ลดน้อยถอยลงหรือสูญหายได้ในอนาคต เพราะความเกือหนุนซึ่งกันและกันระหว่างผู้สูงอายุกับผู้เยาว์ (คนหนุ่มสาว) ของสังคมในปัจจุบัน ตั้งอยู่บนความดุลยภาพที่เปราะบางอย่างผิวเผิน ความต้องการซึ่งกันและกันของทั้งสองฝ่าย โดยเฉพาะจากคนหนุ่มสาวกับผู้สูงอายุนั้นได้ลดความสัมพันธ์เรื่อย ๆ จนแทนที่จะไม่มีความจำเป็นอีกต่อไป ภาวะการเปลี่ยนแปลงของบรรทัดฐานในสังคมที่เกิดขึ้นในปัจจุบันและที่จะมีต่อไปในอนาคตนั้น อาจทำให้ความต้องการทั้งขั้นพื้นฐานและขั้นสูงซึ่งเป็นสิทธิพิเศษของคนสูงอายุถูกลบล้างซึ่งจะเป็นภาวะที่จะคุกคามต่อความรู้สึกของผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก เพราะในแง่สังคมนั้นที่พึงที่สำคัญสำหรับผู้สูงอายุก็คือบุตรหลาน ไม่ว่าจะโดยหน้าที่ทางสังคม บังคับหรือโดยแรงจูงใจใด ๆ หรือบรรทัดฐานทางสังคมก็ตาม ผู้สูงอายุมีความคาดหวังว่าลูกหลานยังมีความเต็มใจในการรับภาระการเลี้ยงดูผู้สูงอายุเมื่อถึงวัยผู้สูงอายุ เชื่อกันว่าผู้เยาว์กับผู้สูงอายุต่างได้รับประโยชน์จากกันและกันในสังคม ดังนั้นการเข้าสู่กระบวนการด้านจิตวิทยาของผู้สูงอายุจึงมีความสำคัญอย่างมากในด้านการสนองความต้องการของผู้สูงอายุ ทั้งด้านเศรษฐกิจและที่อยู่อาศัย ตลอดจนสนองความต้องการขั้นพื้นฐานและความต้องการขั้นสูง

#### 2.4.5 กระบวนการภาวะสูงอายุทางสังคมวิทยา

การเปลี่ยนแปลงทางสังคม นอกจากจะเกี่ยวข้องกับเปลี่ยนแปลงทางกายและจิตใจแล้ว ยังเกี่ยวข้องกับคนอื่น ๆ ทั่วไปในสังคมนั้น ๆ ที่มองบทบาทหรือแบ่งแยกกลุ่มผู้สูงอายุในสภาพต่าง ๆ สังคมที่เน้นความสำคัญและความสำเร็จของคนกลุ่มหนุ่มสาวมากกว่าสิ่งอื่นใด กลุ่มผู้สูงอายุก็จะรู้สึกว่าตนเองไร้ประโยชน์และเป็นภาระสังคม แต่สังคมที่ยกย่องผู้สูงอายุว่ามีคุณค่า มีประสบการณ์ มีความเฉลียวฉลาด ให้ประโยชน์แก่สังคม ตั้งแต่ระดับครอบครัว ชุมชน และ

ประเทศชาติ เป็นต้น กลุ่มผู้สูงอายุก็จะผ่านไปสู่วัยชราทันทัน ๆ ได้โดยไม่รู้สึกลึบยากและกระทบกระเทือนสูญเสียบทบาทอย่างรวดเร็ว นัก อาชีพบางประเภทที่ต้องอาศัยการสะสมของประสบการณ์ และความยาวนานที่อยู่ในอาชีพเพื่อการเชื่อถือยอมรับของสังคม ผู้สูงอายุย่อมจะได้เปรียบ และประสบความสำเร็จได้ดีกว่า เช่น ผู้สูงอายุที่เคยมีอาชีพผู้นำทางการเมือง ผู้บริหารประเทศ หรือที่ปรึกษาทางกฎหมาย ผู้นำทางศาสนา และผู้นำทางธุรกิจขนาดใหญ่ เป็นต้น แต่ถ้าผู้สูงอายุที่เคยมีอาชีพที่ต้องใช้กำลังกายหรือน้ำตารูปร่าง เช่น อาชีพนักแสดงหรือกรรมการ การอยู่ในอาชีพก็เป็นช่วงสั้น

เราอาจจะสรุปได้จากกระบวนการของภาวะสูงอายุ สามารถศึกษากระบวนการได้หลายทาง คือ กระบวนการทางสรีรวิทยา กระบวนการทางจิตวิทยา และกระบวนการทางสังคม ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างธรรมชาติในชีวิตที่มีวุฒิภาวะแล้ว และจะเปลี่ยนแปลงมากขึ้นตามอายุ กล่าวคือ

(1) ภาวะสูงอายุทางร่างกาย (biological aging) เป็นการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย เนื่องจากประสิทธิภาพการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายลดน้อยลง เป็นผลจากความเสื่อมตามกระบวนการสูงอายุ ซึ่งเป็นไปตามอายุขัย (life span) ของแต่ละบุคคล

(2) ภาวะสูงอายุทางจิตใจ (psychological aging) หมายถึง ความสามารถ ในการปรับตัวตามสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปได้มากยิ่งขึ้น ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการเรียนรู้ การรับรู้ การแก้ปัญหา ทักษะสติ ตลอดจนบุคลิกภาพ สิ่งเหล่านี้มีการพัฒนามากขึ้น

(3) ภาวะสูงอายุทางสังคม (sociological aging) หมายถึง บทบาทสถานภาพในครอบครัวและการทำงาน รวมทั้งความคาดหวังของสังคมต่อบุคคลนั้น ๆ ซึ่งเกี่ยวกับอายุ การแสดงออกตามคุณค่า และความต้องการของสังคม

กระบวนการภาวะสูงอายุนี้ได้อธิบายขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงภาวะสูงอายุ ที่เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นสม่ำเสมอ ทั้งในทางชีววิทยาจิตวิทยา และสังคมวิทยา โดยได้อธิบายกระบวนการภาวะสูงอายุทางสรีรวิทยา จิตวิทยา และสังคมวิทยา ทั้งนี้เพื่อที่จะให้ผู้อ่านได้มีมติการมองการเปลี่ยนแปลงภาวะสูงอายุในแง่มุมต่าง ๆ กันไป

จากการศึกษากระบวนการของภาวะสูงอายุ ทำให้ตั้งข้อสังเกตและเป็นข้อเสนอแนะก็คือ จัดสัมมนาทางวิชาการหรืออภิปรายเรื่องการเปลี่ยนไปสู่ภาวะสูงอายุมีกระบวนการของภาวะสูงอายุในสังคมไทยเป็นอย่างไร โดยการนำผลงานวิจัยที่ได้ค้นคว้าศึกษา เพื่อประกอบความรู้และความเข้าใจธรรมชาติของกระบวนการภาวะสูงอายุในสังคมไทยดียิ่งขึ้น

#### 2.4.6 ความสมดุระหว่างสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคมผู้สูงอายุ

การที่จะเข้าใจสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม ของผู้สูงอายุในสังคมไทย จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องทราบข้อมูลและผลงานวิจัยต่าง ๆ ในด้านดังกล่าว ซึ่งเป็นปรากฏการณ์ทางสังคมของผู้สูงอายุตามความเป็นจริงในสังคมไทย ถึงแม้ว่าผลงานวิจัยต่าง ๆ ในปัจจุบันจะมีอยู่ในวงจำกัด แต่ในอนาคตองค์ความรู้ต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับภาวะสูงอายุและผู้สูงอายุในสังคมไทยคงจะพัฒนามากขึ้นต่อไป

##### 1) สุขภาพผู้สูงอายุ

###### 1.1) ปัญหาภาวะสุขภาพ

ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยภาพรวมอาจกล่าวได้ว่าอายุมีความสัมพันธ์เป็นปฏิภาคกับระดับสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยสามารถสรุปปัญหาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทยได้ดังนี้

- การวัดปัญหาสุขภาพของคนไทยโดยใช้การสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability Adjusted Life Year: DALY) เป็นตัวบ่งชี้พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ร้อยละ 85.2 มีสาเหตุการสูญเสีย ปีสุขภาวะเนื่องจากโรคไม่ติดต่อ ดังนั้นจึงควรมีการควบคุม ป้องกัน คัดกรอง และฟื้นฟูโรคไม่ติดต่อในกลุ่มผู้สูงอายุซึ่งมีความจำเป็นต้องดำเนินการ เพื่อลดความสูญเสีย เพื่อให้ผู้สูงอายุ มีคุณภาพชีวิตที่ดี (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข , 2542 )

- ภาวะทันตสุขภาพของกลุ่มผู้สูงอายุพบว่าแนวโน้มฟันผุมากขึ้นจากร้อยละ 95.2 ในปี 2527 เป็นร้อยละ 95.6 ในปี 2544 แต่การได้รับการรักษาฟันผุ ถอน อุด มีแนวโน้มลดลงจากร้อยละ 16.3 ในปี 2527 เป็นร้อยละ 14.4 ในปี 2544 (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2545)

- โรคและอาการของโรคที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ปวดเมื่อยตามร่างกาย ปวดหลัง รองลงมาปวดข้อ ( ข้อเสื่อม) และนอนไม่หลับ เมื่อเปรียบเทียบโรค หรืออาการที่พบบ่อยในปี 2537 และปี 2545 พบว่ามีแนวโน้มลดลง นอกจากความจำเสื่อมเพิ่มจากร้อยละ 27.2 ในปี 2537 เป็นร้อยละ 29.8 ในปี 2545 และยังพบว่าสัดส่วนผู้สูงอายุ ที่มีความจำเสื่อมเพิ่มขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2537 และ 2545)

- กลุ่มอาการสมองเสื่อม เป็นปัญหาที่มีความสำคัญมากขึ้น เนื่องจากส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตแก่ทั้งผู้ป่วย ผู้ดูแลและสังคมอย่างมาก ซึ่งจากการศึกษาความชุกของกลุ่มอาการสมองเสื่อม ในประชากรสูงอายุไทยพบว่า ปัจจุบันมีความชุกประมาณ ร้อยละ 3.04 และคาดว่าในอนาคต พ.ศ.2573 จะมีผู้สูงอายุที่มีปัญหาจากกลุ่มอาการสมองเสื่อม ร้อยละ 3.4 ในจำนวนนี้จะเป็นผู้สูงอายุเพศหญิงมากกว่าชายประมาณ 2 เท่า นอกจากนี้ยังพบว่าความชุกของ

โรคสมองเสื่อม จะเพิ่มขึ้นตามอายุที่สูงขึ้น (สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ, และสำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2541)

## 1.2) คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจะแตกต่างกันตามสภาวะเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรมของผู้สูงอายุที่อาจแตกต่างกันตามสภาวะเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรมของผู้สูงอายุในสังคม การที่คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุดีขึ้น ก็สืบเนื่องจากกรามีอายุยืนนั่นเอง ปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดความยืนยาวของชีวิต ได้แก่ พันธุกรรม พฤติกรรมการบริโภค สิ่งสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมสุขภาพ ภาวะสุขภาพจิต ภาวะสุขภาพกาย และการออกกำลังกาย

สุขภาพผู้สูงอายุเป็นปัญหาที่สำคัญของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นไปตามกฎของธรรมชาติ ยิ่งมีอายุมากขึ้นปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุก็จะมากขึ้น เช่น การเป็นโรคต่าง ๆ และสิ่งสำคัญก็คือปัญหาสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุจากการสำรวจที่ผ่านมายังเป็นปัญหาที่ต้องวางแผนและแก้ไขโดยการร่วมมือระหว่างหน่วยงาน ของรัฐและเอกชนต่อไป อย่างไรก็ตามนักวิชาการและนักสาธารณสุขทั้งหลายต่างก็ตระหนักถึงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเหล่านั้นน่าจะมีความยืนยาวและพึงตนเองให้มากที่สุด และเป็นที่ยอมรับของสังคม ซึ่งปรากฏว่าการมีอายุยืนยาวนั้นเป็นเรื่องที่บุคคลที่กำลังจะอยู่ในภาวะสูงอายุน่าจะกระทำได้หรือปฏิบัติตามได้ ดังนั้นเรื่องของความยืนยาวของผู้สูงอายุจึงยังเป็นเรื่องของอุดมคติในอนาคตต่อไป

## 2) เศรษฐกิจผู้สูงอายุ

### 2.1) การประกอบอาชีพ

สังคมไทยกำหนดอายุการทำงานของคนทั่วไปไว้ที่อายุ 60 ปี แต่จากการสำรวจภาวะการทำงานของประชากรของสำนักงานสถิติแห่งชาติชี้ให้เห็นว่า ยังมีผู้สูงอายุ ที่ทำงานอยู่เป็นจำนวนมาก โดยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 36.9 ของประชากรสูงอายุทั้งหมดในปี 2544 เป็นร้อยละ 40.7 ในปี 2547 โดยเป็นผู้สูงอายุที่อยู่นอกเขตเทศบาล (ร้อยละ 44.9) มากกว่า ผู้สูงอายุ ที่อยู่ในเขตเทศบาล (ร้อยละ 31.5) เมื่อพิจารณา สถานภาพการทำงานของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ประกอบธุรกิจส่วนตัว โดยไม่มีลูกจ้างและช่วยธุรกิจของครัวเรือนโดยไม่มีค่าจ้างถึงร้อยละ 80.4 รองลงมา เป็นลูกจ้างในภาครัฐ รัฐวิสาหกิจและเอกชนประมาณร้อยละ 14.9 ขณะที่การรวมกลุ่มประกอบอาชีพของผู้สูงอายุยังมีสัดส่วนน้อยมาก แต่ก็มีทิศทางที่ดีขึ้น โดยเพิ่มจากร้อยละ 0.03 ในปี 2544 เป็นร้อยละ 0.1 ในปี 2547 ทั้งนี้เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบระหว่าง ในเขตเทศบาล กับนอกเขตเทศบาล พบว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตเทศบาลมีการทำงานเป็นลูกจ้าง ในสัดส่วนที่สูงกว่า (ร้อยละ 18.9) เมื่อเทียบกับนอกเขตเทศบาล (ร้อยละ 13.8) (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2544 และ 2547)

ผู้สูงอายุที่ยังคงทำงานอยู่ มีชั่วโมงการทำงานโดยเฉลี่ย 43 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ โดยผู้สูงอายุในเขตเทศบาล มีชั่วโมงการทำงานเฉลี่ย 49 ชั่วโมง/สัปดาห์ มากกว่าผู้สูงอายุ นอกเขตเทศบาล ที่มีชั่วโมงการทำงาน 41 ชั่วโมง/สัปดาห์ โดยที่ผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครมีชั่วโมงการทำงานเฉลี่ยมากที่สุดคือ 56 ชั่วโมง/สัปดาห์ และผู้สูงอายุในภาคใต้มีชั่วโมงการทำงาน เฉลี่ยน้อยที่สุดคือ 37 ชั่วโมง/สัปดาห์ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2544 และ 2547)

## 2.2) รายได้

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 98.2 เป็นผู้ที่มีรายได้ ซึ่งรวมถึงผู้สูงอายุที่มีงานทำ และไม่มีงานทำโดยมีรายได้เฉลี่ยปีละ 41,179 บาท ผู้สูงอายุชายมีรายได้เฉลี่ยต่อปีสูงกว่าหญิง (ชาย 50,207 บาท หญิง 33,500 บาท) ผู้สูงอายุในเขตเทศบาลมีรายได้ เฉลี่ยต่อปีสูงกว่าผู้สูงอายุ ที่อยู่นอกเขตเทศบาลประมาณ 2.5 เท่า (ในเขตเทศบาล 70,139 บาท และนอกเขตเทศบาล 28,279 บาท) สำหรับแหล่งรายได้ที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้รับมาจากบุตรหญิงที่สมรสแล้ว มีมากที่สุด ถึงร้อยละ 53.5 รองลงมาได้รับจากบุตรชายที่สมรสแล้วร้อยละ 44.8 จากบุตรชาย และบุตรหญิงที่ยังเป็นโสดประมาณร้อยละ 15.0 และร้อยละ 37.7 ได้จากการทำงานเมื่อพิจารณารายได้เฉลี่ยของผู้สูงอายุจำแนกเป็นรายภาค พบว่าผู้สูงอายุใน กรุงเทพมหานคร มีรายได้เฉลี่ยต่อปีสูงกว่าทุกภาค คือ 99,314 บาท รองลงมาได้แก่ ภาคกลาง ภาคใต้และภาคเหนือ ขณะที่ ผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีรายได้เฉลี่ยน้อยที่สุด คือประมาณ 26,583 บาท โดยที่ความเพียงพอ ของรายได้นั้นสอดคล้องกับรายได้เฉลี่ยต่อปี ผู้สูงอายุ ร้อยละ 63.4 ตอบว่ามีรายได้เพียงพอต่อการดำรงชีพ ร้อยละ 35.8 คิดว่ารายได้ไม่เพียงพอ ขณะที่ร้อยละ 0.7 เท่านั้นที่เห็นว่ามีรายได้มากเกินความจำเป็น (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2545)

## 3) สังคมผู้สูงอายุ

### 3.1) การศึกษาและการเรียนรู้

การศึกษาและการเรียนรู้ของผู้สูงอายุไทย เป็นเรื่องที่ละเอียดอ่อน เนื่องจากการเรียนรู้เป็นกระบวนการที่มองไม่เห็นได้โดยตรง แต่ควรสังเกตจากพฤติกรรมของผู้สูงอายุ ที่มีผลต่อสถานะการเรียนรู้ ได้แก่ทัศนคติ แรงจูงใจ ความเหนื่อยล้า ความเชื่อถือ ฯลฯ ดังนั้น หน่วยงานต่างๆ ต้องเข้าไปมีส่วนร่วมในการส่งเสริม สนับสนุนให้ผู้สูงอายุเกิดการเรียนรู้ด้วยตนเองจากแหล่งความรู้ และสภาพแวดล้อมต่าง ๆ ที่สัมพันธ์กับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุ ทั้งที่มีอยู่เอง และที่มนุษย์จงใจสร้างขึ้น เพื่อกระตุ้นการเรียนรู้ หรือเป็นบริการและให้โอกาสทางการศึกษาเพื่อเสริมสร้างให้ผู้สูงอายุมีความรู้พื้นฐานในการดำรงชีวิต มีความรู้ ทักษะ ในการประกอบอาชีพทราบข่าวสารข้อมูลที่ทันต่อเหตุการณ์ มีเครื่องมือ และรู้จักแสวงหาข้อมูลมาประกอบการตัดสินใจเพื่อที่จะดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุขตามควรแก่อัตภาพจากการสำรวจพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่จบการศึกษา

ระดับประถมศึกษาปีที่ 4 ร้อยละ 61.5 มีผู้สูงอายุเพียงร้อยละ 10 ที่จบการศึกษาสูงกว่า ประถมศึกษาปีที่ 4 และเกือบร้อยละ 20 ไม่มีการศึกษาหรือไม่เคยได้รับการ ศึกษาในระบบโรงเรียน เลย เมื่อพิจารณาการศึกษา ของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาลพบว่าผู้สูงอายุส่วน ใหญ่ ไม่ว่าจะอยู่ในเขตเทศบาล หรือนอกเขตเทศบาล ก็จบการศึกษาระดับประถม ศึกษาปีที่ 4 โดยผู้สูงอายุนอกเขตเทศบาล จะมีสัดส่วนการจบประถมศึกษาปีที่ 4 สูงกว่าผู้สูงอายุในเขต เทศบาล แต่ผู้สูงอายุในเขตเทศบาล จบการศึกษาสูงกว่าระดับประถมศึกษาปีที่ 4 สูงกว่าผู้สูงอายุ นอกเขตเทศบาล มากกว่า 4 เท่าเมื่อเปรียบเทียบผู้สูงอายุเพศชาย และเพศหญิง พบว่าผู้สูงอายุ ชายที่จบการศึกษาสูงกว่าระดับประถมศึกษาปีที่ 4 ในสัดส่วนที่มากกว่าเพศหญิงสองเท่า แต่ ผู้สูงอายุหญิงที่ไม่มีการศึกษา มีสัดส่วนมากกว่าเพศชายมากกว่าสองเท่า (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2547 หน้า 122-123)

### 3.2) ที่อยู่อาศัย

ลักษณะที่อยู่อาศัยด้านกายภาพและของบ้านที่อยู่อาศัยสะท้อนคุณภาพชีวิตของประชากร นับเป็นความต้องการขั้นพื้นฐานที่ควรได้รับการสนอง จากข้อมูลพบว่าผู้สูงอายุ ต้องการสภาพ ที่อยู่อาศัยที่แตกต่างจากประชากรทั่วไปเนื่องจากความจำกัดการเคลื่อนไหวของร่างกายเมื่อมีอายุ มากขึ้น ผู้สูงอายุไทยไม่น้อยมีสภาพการอยู่อาศัยที่ยังไม่เหมาะสม แม้ว่าผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่ (86%) อยู่บ้านเดี่ยว ตามด้วยเรือนแถว และทาวน์เฮาส์ แต่เกือบครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุที่อยู่บ้าน เดี่ยวเป็นบ้านเดี่ยวที่ยกพื้นสูง โดยในชนบทมีร้อยละของผู้สูงอายุที่อยู่บ้านเดี่ยวยกพื้นสูงสูงกว่าใน เมืองมาก ส่วนการอยู่เรือนทาว์นเฮาส์ และเรือนแถว พบในเมืองมากกว่าในชนบท ที่น่าสังเกต คือ ส่วนใหญ่หรือร้อยละ 76 ของผู้สูงอายุที่อยู่บ้าน ยกพื้นสูง นอนอยู่ชั้นบน ซึ่งน่าจะมีโอกาสเสี่ยงสูง ต่อการเกิดอุบัติเหตุ (กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2548 หน้า 65)

### 3.3) ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว

ผู้ที่มีบทบาทในครอบครัวคือหัวหน้าครัวเรือน ซึ่งเป็นบุตรหลานของผู้สูงอายุ ทำให้การ เป็นเจ้าของบ้านและการชี้แนะสมาชิกภายในครอบครัวของผู้สูงอายุจะลดน้อยลง ผู้สูงอายุจะทำ หน้าที่ถ่ายทอดบทบาทไปสู่สมาชิกในครอบครัว เราอาจจะกล่าวได้ว่าบทบาทและอิทธิพลของ ผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวลดน้อยลง ซึ่งทำให้บทบาทของผู้สูงอายุมี ข้อจำกัด และมีการปรับเปลี่ยนบทบาทในด้านอื่น เช่น การทำสวน การทำอาหารเล็ก ๆ น้อย การ ทำความสะอาด การซื้ออาหาร และการดูแลเด็ก เป็นต้น (กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคง ของมนุษย์, 2548 หน้า 79)



### 3.4) ระบบอุปถัมภ์

ลักษณะสังคมและวัฒนธรรมไทยได้รับอิทธิพลจากพุทธศาสนาเป็นอย่างมาก และมีความสำคัญต่อผู้สูงอายุในสังคมไทยก็คือ ระบบอุปถัมภ์ การพึ่งพาอาศัย รวมไปถึงความกตัญญู รั้งบุญคุณของบุตรหลานที่มีต่อผู้สูงอายุ ระบบครอบครัวอุปถัมภ์เกื้อหนุนผู้สูงอายุยังคงมีอยู่แพร่หลายในสังคมไทย การอาศัยอยู่กับบุตรอย่างน้อย 1 คน เป็นลักษณะที่สำคัญที่สุดของระบบการเกื้อหนุนที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน สำหรับกรณีประเทศไทยผลกระทบของการลดภาวะเจริญพันธุ์คือ ระบบการเกื้อหนุนอุปถัมภ์มักเป็นไปในรูปของการเกื้อหนุนด้านวัตถุแก่ผู้สูงอายุจากบุตรหลานที่ไม่ได้อยู่ด้วยมากกว่า แบบของการอุปถัมภ์เกื้อหนุนผู้สูงอายุ เป็นการแสดงถึงความสัมพันธ์ของระบบเครือญาติที่มีความสนิทสนมเกื้อหนุน มีหลายอย่าง เช่น การอยู่กันด้วยกัน การเยี่ยมเยียน การให้อาหารหรือเสื้อผ้า การให้เงินจ่ายค่ารักษาพยาบาล การดูแลยามเจ็บป่วยและช่วยทำงานให้ (จอห์น โนเดล, นภาพร ชโยวรรณ, ปรียา มิตรานนท์, ปัทมา อมรสิริสมบุญณ์ และสุภาพร อรุณรักษ์สมบัติ, 2548.; สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2545)

### 3.5) ทศนคติต่อผู้สูงอายุ

#### 3.5.1) การเลี้ยงดูและดูแลบิดามารดาที่สูงอายุ

ผู้สูงอายุไทยเกือบทั้งหมดอยู่ในครัวเรือน ผู้ที่เป็นบุตรยังคงมีบทบาทสำคัญในการเกื้อหนุน และดูแลผู้สูงอายุ แต่การสำรวจประชากรสูงอายุไทย พ.ศ. 2545 พบว่าอาจมีการเปลี่ยนแปลงบางอย่างเกิดขึ้นในระยะหลัง กล่าวคือ การเปรียบเทียบกับผลการสำรวจปี พ.ศ. 2545 กับการสำรวจปี พ.ศ. 2537 ซึ่งเป็นการสำรวจประชากรสูงอายุไทยครั้งแรกของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ซึ่งในช่วง 8 ปี ของการสำรวจสองครั้ง มีการเพิ่มขึ้นของการอยู่ตามลำพังในประชากรสูงอายุ (อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป) จากร้อยละ 4 เป็นร้อยละ 7 และการอยู่ลำพังกับคู่สมรสก็เพิ่มขึ้นเช่นกันจากร้อยละ 12 เป็นร้อยละ 14 ส่วนการอยู่กับบุตรอย่างน้อยหนึ่งคนแม้ว่าจะยังเป็นแบบการอยู่อาศัยหลักของผู้สูงอายุไทย แต่สัดส่วนได้ลดลงจากร้อยละ 74 เป็นร้อยละ 66 ที่น่าสังเกตคือ ผู้สูงอายุมีแนวโน้มจะอยู่กับบุตรโสดมากกว่าบุตรที่สมรส(ร้อยละ 45 เปรียบเทียบกับร้อยละ 21)

#### 3.5.2) การเลี้ยงดูและดูแลผู้สูงอายุที่ใกล้ชิด

การเลี้ยงดูผู้สูงอายุที่ใกล้ชิดถือว่าเป็นญาติผู้ใหญ่ที่สำคัญอย่างหนึ่ง ศิริวรรณ ศิริบุญ (2535) กล่าวว่า หนุ่มสาว ส่วนใหญ่เคยให้การดูแลผู้สูงอายุจำนวน 1 คนขึ้นไปและคนหนุ่มสาวที่มีอายุมากมีแนวโน้มที่จะให้การดูแลเลี้ยงดูผู้สูงอายุสูงสุด นอกจากนี้ได้พบว่าคนหนุ่มสาวที่พักในเขตชนบท และมีการศึกษาต่ำ จะให้การดูแลเลี้ยงดูผู้สูงอายุที่ใกล้ชิดมากกว่ากลุ่มอื่น



และได้พบว่าผู้สูงอายุเพศหญิงจะเป็นกลุ่มที่ได้รับการดูแลมากที่สุด แสดงให้เห็นว่าทัศนคติของหนุ่มสาวในเขตที่อยู่อาศัยและการศึกษาที่ต่างกัน ย่อมจะส่งผลให้การดูแลและเลี้ยงดูผู้สูงอายุที่ใกล้ชิดแตกต่างกันด้วย

### 3.5.3) การรับรู้และเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมช่วยเหลือผู้สูงอายุ

ในเรื่องนี้คนหนุ่มสาวส่วนใหญ่เคยได้ยินและทราบเกี่ยวกับสวัสดิการต่าง ๆ เช่น เรื่องบ้านพัก คนชรา สวัสดิการด้านอาหาร เสื้อผ้าและเครื่องนุ่งห่ม คนหนุ่มสาวที่อยู่อาศัยในเมืองจะไม่มีความรู้เรื่องสวัสดิการต่าง ๆ ส่วนคนหนุ่มสาวที่อยู่อาศัยในเขตชนบทจะมีความรู้เรื่องดังกล่าวมากกว่า ทำให้เห็นได้ว่าทัศนคติของคนหนุ่มสาวได้เห็นความสำคัญของผู้สูงอายุเป็นอย่างมากที่จะต้องเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมช่วยเหลือผู้สูงอายุ และเราอาจจะกล่าวได้ว่าคนหนุ่มสาวที่อยู่ในเขตชนบทมีความห่วงใยและสนใจที่จะรับรู้และเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมช่วยเหลือผู้สูงอายุมากกว่าคนหนุ่มสาวที่อยู่ในเขตเมือง

### 3.6) ชาติพันธุ์กับผู้สูงอายุ

ความเป็นชาติพันธุ์ในแต่ละกลุ่มโดยเฉพาะในสังคมเมืองเช่น คนไทยเชื้อสายจีน กลุ่มคนชนบทที่อพยพมาอยู่ในเมือง ยังคงรักษาขนบธรรมเนียมประเพณีและวัฒนธรรมเป็นอย่างมาก ทำให้การถูกกลมกลืนทางวัฒนธรรมยังไม่ได้เป็นไปทั้งหมด ทั้งนี้เนื่องจากความดำรงอยู่ของชาติพันธุ์ยังมีลักษณะที่แน่นแฟ้น ซึ่งสืบเนื่องมาจากการเคารพและการปฏิบัติตามผู้สูงอายุที่ได้เสนอแนะหรือขอคำปรึกษาเป็นอย่างดี ผู้สูงอายุในแต่ละชาติพันธุ์มีบทบาทอย่างมาก จนทำให้ทัศนคติที่มีต่อผู้สูงอายุมีระดับที่สูง ซึ่งเป็นเอกลักษณ์ทางชาติพันธุ์ที่สำคัญอย่างหนึ่งที่จะต้องเคารพเชื่อฟังผู้สูงอายุหรือผู้อาวุโสในชุมชน ทำให้สามารถดำรงความเป็นชาติพันธุ์ของตนได้ท่ามกลางกระแสของการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและวัฒนธรรมในปัจจุบัน

### 3.7) การเตรียมความพร้อมเข้าสู่ภาวะผู้สูงอายุ

การเตรียมความพร้อมในการเข้าสู่วัยสูงอายุนับเป็นกระบวนการสำคัญ ในการเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ หรือผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จ (successful aging) เป็น พหุทธพลัง (Active aging) การเตรียมพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุ เป็นเรื่องที่ต้องทำตั้งแต่ก่อน เข้าสู่วัยสูงอายุ และทำต่อเนื่อง แม้เมื่ออยู่ในวัยสูงอายุแล้ว จากการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2545 พบว่า ผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่ไม่ได้มีการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ โดยเฉพาะด้าน เศรษฐกิจ และสุขภาพ การที่พบว่าร้อยละ 88 ของผู้สูงอายุ รายงานว่า ได้มีการเตรียมความพร้อมด้านที่อยู่อาศัย น่าจะไม่ได้ หมายถึงการเตรียมสภาพที่อยู่อาศัย หรือเตรียมว่าจะอยู่อย่างไรกับใคร แต่เป็นการเตรียมว่ามีที่อยู่อาศัย ของตนเองมากกว่า เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่ (ร้อยละ 82) เป็น

เจ้าของบ้านที่ตนอาศัยอยู่ โดยสัดส่วนของการเป็นเจ้าของบ้านของผู้สูงอายุ ในชนบทสูงกว่าในเมือง (ร้อยละ 86 เปรียบเทียบกับร้อยละ 72) สัดส่วนการเป็นเจ้าของบ้าน และความแตกต่างระหว่างเขตเมือง และชนบท ในสัดส่วนการเป็นเจ้าของบ้านดังกล่าว สอดคล้องกับร้อยละที่รายงานว่าได้มีการเตรียมพร้อมด้านที่อยู่อาศัยในวัยสูงอายุ ซึ่งพบว่าในเขตชนบทมีร้อยละที่เตรียมด้านที่อยู่อาศัยมากกว่าในเขตเมือง ขณะที่การเตรียมการด้านการเงินและสุขภาพ ผู้สูงอายุในเขตเมืองมีร้อยละที่เตรียมสูงกว่าในเขตชนบท (นภาพร ชโยวรรณ, 2548.)

### 3.8) วัฒนธรรมผู้สูงอายุ

วัฒนธรรมผู้สูงอายุ สามารถสรุปประเด็นสำคัญพอสังเขปเพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาค้นคว้าและวิจัยต่อไปได้ดังนี้

#### 3.8.1) แนวความคิดเกี่ยวกับวัฒนธรรมผู้สูงอายุ

ความหมายของวัฒนธรรมสามารถกำหนดได้ใน 2 ประการ คือ “ประการแรก วัฒนธรรมหมายถึงมรดกทางสังคม เป็นลักษณะพฤติกรรมของมนุษย์ที่ได้สะสมไว้ในอดีต และได้สืบทอดมาเป็นสมบัติที่มนุษย์ปัจจุบันนำเอามาใช้ในการดำเนินชีวิต ประการที่ 2 วัฒนธรรมหมายถึง แบบแผนแห่งการครองชีวิต” ซึ่งอาจจะแยกความหมายของวัฒนธรรมได้ 2 ประเภท คือ ประเภทที่ 1 นิยามวัฒนธรรมว่าหมายถึงทุกสิ่งทุกอย่างที่รวมเอาความรู้ ความเชื่อ ศิลปะ ศิลธรรม กฎหมาย ประเพณี ความสามารถ และอื่น ๆ ที่มนุษย์ได้มาในฐานะเป็นสมาชิกของสังคม ประเภทที่ 2 พิจารณาความหมายของวัฒนธรรมในฐานะที่เป็นระบบความคิด ระบบความรู้หรือความเชื่อที่คนในสังคมได้รับรู้ เพื่อนำมากำหนดรูปแบบพฤติกรรมต่าง ๆ (Tylor, 1871. pp. 1; Rogers, 1976. pp. 38; Linton, 1973, pp. 41; Green, 1972. pp. 75; ไพฑูรย์ เครือแก้ว ณ ลำพูน ,2525. หน้า 58-59; พัทยา สายหู 2514: หน้า 13 )

โดยสรุปผู้วิจัยให้ความหมายของวัฒนธรรม หมายถึงวิถีแห่งการดำรงที่มนุษย์สร้างขึ้น ตามที่มนุษย์มีความสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์กับมนุษย์ มนุษย์กับสังคม และมนุษย์กับสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นทั้งระบบความรู้ ความคิด หรือความเชื่อ จนมีการยอมรับปฏิบัติกันมาเป็นวิธีการหรือแบบแผน และมีการ อบรมและถ่ายทอดไปสู่สมาชิกรุ่นต่อๆมา มีการเปลี่ยนแปลงให้เข้ากับสภาพสิ่งแวดล้อมของมนุษย์ ดังนั้น วัฒนธรรมผู้สูงอายุ จึงควรหมายถึง วิถีการดำรงชีวิตหรือแบบแผนชีวิตผู้สูงอายุที่มีความสัมพันธ์ระหว่างกัน ทั้งด้านครอบครัว ชุมชน และสังคมตลอดจนสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ โดยผู้สูงอายุได้พัฒนาระบบความรู้ ความคิดและความเชื่อ จนยอมรับนำมาปฏิบัติกันเป็นระยะเวลาอันยาวนานจนเป็นแบบแผนของชีวิตนั่นเอง

### 3.8.2) วัฒนธรรมผู้สูงอายุในสังคมเมือง

สังคมเมืองมีลักษณะที่ต่างคนต่างอยู่ มีอิสระในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ไม่ค่อยพึ่งพาบุตรหลานมากนัก และลักษณะการพึ่งพามักจะมีเฉพาะบางกลุ่ม บางชาติพันธุ์ ดังจะกล่าวถึงวัฒนธรรมผู้สูงอายุในสังคมเมือง ดังนี้

#### (1) ค่านิยมของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุทั้งเพศชายและเพศหญิงมักจะนิยมอยู่กับบ้านเรือนของตน อาจจะอ่านหนังสือ ฟังข่าว ดูโทรทัศน์ การเลี้ยงหลานอาจจะมีส่วนในครอบครัวชั้นกลาง และครอบครัวชั้นล่าง นอกจากนี้ผู้สูงอายุนิยมการเป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุ หรือชมรมผู้นำเพื่อประโยชน์อื่น ๆ เพื่อทำกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อส่วนรวมของสังคม บางครั้งได้รับเชิญไปบรรยาย ถ่ายทอดความรู้ต่าง ๆ ไปสู่ประชาชนทั่วไป การพักผ่อนของผู้สูงอายุ มักนิยมไปตามสวนสาธารณะบุตรหลานจะเป็นผู้นำไป ซึ่งเป็นการออกกำลังกายและพักผ่อนหย่อนใจอีกด้วย

#### (2) บรรทัดฐานทางสังคม

บรรทัดฐานทางสังคมในสังคมเมืองมักจะใช้กฎหมายเป็นเครื่องมือในการควบคุมความประพฤติ บรรทัดฐานที่มีต่อผู้สูงอายุเป็นเรื่องของขนบธรรมเนียมประเพณีของสังคมไทย ได้กำหนดให้บุตรต้องเลี้ยงดูผู้สูงอายุ เนื่องจากค่านิยมของความกตัญญูและค่านิยมการเคารพผู้อาวุโสที่ได้เลี้ยงดู

#### (3) ความเชื่อของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุในสังคมเมืองมีความเชื่อเหตุและผล มีความเชื่อในทางพุทธศาสนาเรื่องนิพพานและพรหมลิขิตอยู่บ้าง ซึ่งเป็นลักษณะทั่วไปของผู้สูงอายุในสังคมเมือง เพื่อต้องการที่พึ่งทางจิตใจ การเชื่อเรื่องกรรมดีในทางพุทธศาสนาหรือความเชื่อทางศาสนาอื่น ๆ

#### (4) ประเพณีของผู้สูงอายุ

ประเพณีต่าง ๆ ที่มีต่อผู้สูงอายุในสังคมเมืองคล้ายกับที่มีในสังคมชนบท ต่างกันในด้านพิธีกรรมที่ค่อนข้างเป็นทางการ มีการจัดงานสงกรานต์อย่างเป็นทางการที่รัฐบาลได้จัดให้ เช่น วันสูงอายุแห่งชาติ เป็นต้น

#### (5) เศรษฐกิจของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุที่อยู่ในสังคมเมืองมีฐานะความเป็นอยู่ที่แตกต่างกันไปตามฐานะเศรษฐกิจของครัวเรือนของตน ผู้สูงอายุที่เคยทำงานในหน่วยงานของรัฐและเอกชน ทำให้มีเงินรายได้เพียงพอที่จะใช้จ่ายเมื่อต้องออกจากงานหรือเกษียณ อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุก็ได้รับเงินช่วยเหลือจากบุตรหลานของตนด้วย สำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในสลัมก็จะมีงานที่หารายได้เล็ก ๆ น้อย ๆ

#### (6) ครอบครัวของผู้สูงอายุ

แบบแผนครอบครัวของผู้สูงอายุจะเป็นครอบครัวขยาย ผู้สูงอายุบางครอบครัวจะอยู่เป็นอิสระ เมื่อบุตรชายและบุตรหญิงแต่งงานก็ต้องย้ายครอบครัวไปตามสถานที่ทำงานต่าง ๆ ทำให้โอกาสที่บุตรเมื่อแต่งงานมาอยู่กับบิดามารดาจึงเป็นไปได้ไม่ค่อยได้ บางรายเมื่อผู้สูงอายุฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งเสียชีวิตอาจจะไปอยู่กับครอบครัวของบุตร และจะมีบทบาทในการเลี้ยงดูหลานด้วย นอกจากนี้ผู้สูงอายุบางรายต้องไปอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราของรัฐบาลหรือบางรายมีความต้องการอิสระ และมีฐานะดี จึงได้ไปอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราของเอกชน

โดยสรุป วัฒนธรรมผู้สูงอายุในบริบททางสังคมศาสตร์ นั้นเป็นวัฒนธรรมหรือแบบแผนวิถีชีวิตที่ผู้สูงอายุได้ปฏิบัติมาช้านาน จนเป็นเอกลักษณ์เฉพาะของวัฒนธรรมผู้สูงอายุจึงได้กล่าวถึงแนว ความคิดเกี่ยวกับวัฒนธรรมผู้สูงอายุ ลักษณะประชากรผู้สูงอายุ วัฒนธรรมผู้สูงอายุในสังคมชนบท และวัฒนธรรมผู้สูงอายุในสังคมเมือง นอกจากนี้วัฒนธรรมผู้สูงอายุมีลักษณะที่แตกต่างกันระหว่างหมู่บ้าน และเมืองต่าง ๆ ดังนั้นการเข้าใจวัฒนธรรมผู้สูงอายุระหว่างหมู่บ้าน และเมืองต่าง ๆ การเข้าใจวัฒนธรรม ผู้สูงอายุโดยปราศจากความลำเอียง จึงจะเข้าใจวัฒนธรรมผู้สูงอายุอย่างลึกซึ้ง

#### 2.4.7 ลักษณะประชากรผู้สูงอายุ

ลักษณะทางประชากรผู้สูงอายุสามารถที่จะพิจารณาได้หลายประการ ดังนี้

##### 1) จำนวนผู้สูงอายุ

ปัจจุบันสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุประเทศไทย อยู่ที่ร้อยละ 10.33 ในจำนวนนี้อาศัยอยู่ในเขตชุมชนเมืองถึงร้อยละ 31.02 (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล : 2549) สัดส่วนประชากรสูงอายุนี้ กล่าวได้ว่าประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่การเป็น "สังคมผู้สูงอายุ" (Ageing Society) ซึ่งอัตราการเป็นสังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย จะเร็วกว่าของประเทศที่พัฒนาแล้วอย่างมาก เนื่องจากความสำเร็จของการลดภาวะเจริญพันธุ์อย่างรวดเร็วภายในระยะเวลาที่สั้น ประเทศไทยจึงมีเวลาเตรียมรองรับการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของประชากรสูงอายุนี้น้อยกว่าประเทศที่พัฒนาแล้วมากในอนาคต อีกประมาณ 20 ปีข้างหน้า ทั้งจำนวนและสัดส่วนประชากรสูงอายุของประเทศไทย จะเพิ่มขึ้นเท่าตัวคือจากประมาณ 6.5 ล้านในปัจจุบัน เป็น 14 ล้านในอีก 30 ปีข้างหน้า สัดส่วนประชากรสูงอายุก็เพิ่มเท่าตัวเช่นกันจากประมาณร้อยละ 10 ในปัจจุบันเป็นร้อยละ 20 ข้อมูลนี้แสดงถึงอัตราความเร็วของการสูงอายุของประชากรไทยที่เร็วที่สุดในโลกประเทศหนึ่ง (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2548)

## 2) อัตราส่วนการเป็นภาระ

อัตราส่วนการเป็นภาระในสังคมของผู้สูงอายุในปี พ.ศ. 2545 เท่ากับร้อยละ 14.33 จากตาราง 8 ทำให้เห็นว่าภาคเหนือมีสัดส่วนของประชากรในวัยผู้สูงอายุสูง ทำให้เป็นอัตราส่วนการเป็นภาระต่อผู้อยู่ในวัยทำงานของภาคเหนือสูงที่สุดคือ เท่ากับร้อยละ 16.75 ภาคกลาง รองลงมา และกรุงเทพมหานครมีอัตราส่วนการเป็นภาระต่อผู้อยู่ในวัยแรงงานต่ำที่สุด

ตาราง 8 แสดงจำนวนร้อยละของประชากร จำแนกตามหมวดอายุ อัตราส่วนการเป็นภาระ และภาคในปี พ.ศ. 2545

กลุ่มอายุ	รวม	ทั่วราชอาณาจักร		กรุงเทพ มหา นคร	ภาค			
		ในเขต เทศบาล	นอกเขต เทศบาล		กลาง	เหนือ	ตะวันออกเฉียงเหนือ	ใต้
รวม	63,393.4 (100.0)	20,675.0 (100.0)	42,718.4 (100.0)	7,892.7 (100.0)	14,383.3 (100.0)	11,317.6 (100.0)	21,305.9 (100.0)	8,493.9 (100.0)
วัยเด็ก 0-14 ปี	15,795.9 (24.9)	4,625.0 (22.4)	11,170.9 (26.2)	1,444.7 (18.3)	3,274.1 (22.8)	2,557.5 (22.6)	5,913.4 (27.7)	2,606.2 (30.7)
วัยแรงงาน 15-59 ปี	41,628.5 (65.7)	14,198.1 (68.7)	27,430.4 (64.2)	5,828.6 (73.9)	9,577.5 (66.6)	7,503.1 (66.3)	13,567.9 (63.7)	5,151.4 (60.6)
วัยสูงอายุ 60 ปีขึ้นไป	5,969.0 (9.4)	1,851.9 (8.9)	4,117.1 (9.6)	619.4 (7.8)	1,531.7 (10.6)	1,257.0 (11.1)	1,824.6 (8.6)	736.3 (8.7)

ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2545. รายงานการศึกษาประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย.

### 2.4.8 หลักประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ

แนวคิดของหลักประกันสุขภาพไทย พัฒนามาสู่หลักประกันความมั่นคงทางสังคม โดยมีการปรับจาก ระบบสงเคราะห์ สู่ระบบความมั่นคงทางสังคม นโยบายทางสายกลาง คือระบบ กึ่งสวัสดิการ (โดยให้พึ่งตนเองและร่วมจ่าย) มียุทธศาสตร์การเงินการคลังแบบกองทุนรวมหรือ กองทุนหลักประกันต่าง ๆ มี สัดส่วนร่วมรับผิดชอบของผู้ที่เกี่ยวข้องแตกต่างกัน เช่น วิธีการออก หรือจ่ายเงินเข้าบัญชีกองทุน และจากภาษีโดยรัฐสนับสนุน มีการประกันความมั่นคงโดยการให้ ผลประโยชน์ตอบแทนเป็นบริการ (in kind) หรือเป็นรายได้ (in cash)

แม้ผู้สูงอายุจะมีหลักประกันด้านสุขภาพดี แต่ยังคงขาดหลักประกันเฉพาะทางที่จำเป็น สำหรับผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในยามที่สูงอายุมากและต้องพึ่งพาผู้อื่น หรืออีกนัยหนึ่งขาด

หลักประกันด้านการดูแลระยะยาว เนื่องจากหลักประกันด้านรายได้ไม่ครอบคลุมผู้สูงอายุ และไม่เพียงพอต่อการดำรงชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรี อีกทั้งยังไม่มีเตรียมพร้อมตั้งแต่วัยต้น หลักประกันด้านการทำงาน เพิ่งเริ่มมีการให้ความสนใจการสร้างอาชีพสำหรับผู้สูงอายุและการทำงานต่อเนื่องโดยการยืดอายุเกษียณหรือการขยายการทำงานออกไปในบางกลุ่ม ขณะที่นโยบายเกษียณก่อนกำหนดด้วยแต่ก็เป็นสัดส่วนที่น้อยมาก หลักประกันด้านที่อยู่อาศัย และสิ่งแวดล้อม ยังไม่เพียงพอเหมาะสมและไม่ตอบสนองของความต้องการที่แท้จริง หลักประกันด้านความปลอดภัยและสิทธิมนุษยชน ความปลอดภัยและสวัสดิภาพในการดำรงอยู่ในสังคม หลักประกันด้านการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร การขาดข้อมูลและเข้าถึงข้อมูลด้านบริการต่าง ๆ ที่จำเป็นทำให้ขาดโอกาสในการได้รับบริการตามสิทธิหรือการพัฒนา หลักประกันด้านผู้ดูแลและการสนับสนุนครอบครัว แม้จะมีการขยายตัวด้านการผลิตบุคลากรผู้ดูแลตามความจำเป็นของครอบครัวและสังคม แต่ยังไม่ตรงตามความต้องการของผู้สูงอายุที่ต้องการอยู่ที่บ้านและในชุมชนของตน นอกจากนี้การขาดแคลนบุคลากรเฉพาะทางด้านผู้สูงอายุ ทำให้บุคลากรที่ต้องรับภาระนี้เกิดภาวะเครียด

#### 2.4.9 คุณภาพชีวิตและสุขภาพ

จุดร่วม ของแนวคิดการมองผู้สูงอายุของต่างประเทศ คือ มิติของคุณภาพชีวิต (quality of life) ความผาสุก (well-being) สถานะสุขภาพหรือสุขภาพ (health) ทำให้เห็นว่ามี การปรับเปลี่ยนแนวคิดเดิม จากความเจ็บป่วย (illness Model) ไปสู่แนวคิดสุขภาพโดยรวม (Health Model) แม้มิติที่ทุกประเทศมองผู้สูงอายุจะเหมือนกันแต่องค์ประกอบและดัชนีชี้วัดของแต่ละประเทศยังหลากหลายแตกต่างกันไปตามบริบทของแต่ละประเทศ แต่มีจุดร่วมหลักในสองด้าน คือ

1) ด้านประชากรผู้สูงอายุ เศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรม วิถีชีวิตผู้สูงอายุ และการเกื้อหนุนของครอบครัวและชุมชน รวมถึงการเตรียมพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุ และ active and productive aging

2) ด้านภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ รวมถึงการใช้บริการสุขภาพ

- ประเทศอังกฤษ ให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุในมิติด้านสังคมและด้านสุขภาพ ในประเด็นการได้รับการยอมรับ การเข้าถึงบริการ และปัญหาเฉพาะโรคค่อนข้างมาก มีโครงการสำรวจภาวะสุขภาพ (health survey) เกี่ยวกับสุขภาพทั่วไป การใช้บริการสุขภาพ ภาวะทุพพลภาพ จิตสังคมของผู้สูงอายุ ลักษณะของ care home, residential, social capital and health ในทุกปี และระยะยาว 10 ปี

- สหรัฐอเมริกา เน้นภาวะคุณภาพชีวิตและความผาสุกของผู้สูงอายุ โดยใช้ key indicators 31 ตัวชี้วัด แบ่งเป็น 5 กลุ่ม ได้แก่ 1) ลักษณะประชากรสูงอายุ มี 5 ตัวชี้วัด คือ จำนวน เชื้อชาติและเผ่าพันธุ์ สถานภาพสมรส การศึกษา และการอยู่อาศัย 2) ภาวะเศรษฐกิจ มี 6 ตัวชี้วัด คือ ความยากจน การกระจายรายได้ แหล่งรายได้ ทรัพย์สิน การมีส่วนร่วมในภาคแรงงาน(การทำงาน) การใช้จ่ายค่าบ้าน(ที่อยู่อาศัย) 3) สถานะสุขภาพมี 7 ตัวชี้วัดคืออายุคาดเฉลี่ย, อัตราการตาย, การดูแลสุขภาพภาวะเรื้อรัง, ภาวะความจำเสื่อม, การซึมเศร้า และภาวะทุพพลภาพ 4) พฤติกรรมสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยง มี 6 ตัวชี้วัด คือกิจกรรมสังคม, การใช้ชีวิตยามว่าง, การฉีดวัคซีน, การตรวจเต้านม, การควบคุมอาหารและเหยื่ออาชญากรรม ซึ่งเป็นตัวชี้วัดที่แตกต่างจากประเทศอื่น ๆ 5) การดูแลสุขภาพ มี 7 ตัวชี้วัด คือค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ องค์ประกอบค่าใช้จ่าย, การเข้าถึงบริการสุขภาพ, การใช้บริการสุขภาพ, การใช้บริการ nursing home และการดูแลที่บ้าน

- ประเทศออสเตรเลีย ขยายแนวคิดเกี่ยวกับ well-being และ productive aging ดัชนีที่ศึกษา คือ 1) ลักษณะประชากร ได้แก่ ภาวะเศรษฐกิจ ที่พักอาศัย และการเกษียณอายุ 2) ความผาสุกและการยังประโยชน์ ได้แก่ การเป็นอาสาสมัคร การมีส่วนร่วมในกลุ่มหรือองค์การต่าง ๆ 3) ภาวะสุขภาพ รวมถึง อายุคาดเฉลี่ย ความเจ็บป่วย ภาวะสมองเสื่อม การรับรู้สุขภาพ และภาวะพึ่งพา 4) ครอบครัวและการดูแล ได้แก่ ผู้ดูแลแบบทางการและไม่เป็นทางการ และ 5) การใช้บริการสุขภาพ

- ประเทศสิงคโปร์ มีกรอบการศึกษาที่เน้นภาวะสุขภาพด้านความเจ็บป่วย บริการ และทรัพยากรด้านสุขภาพ เป็นสำคัญ

- ประเทศญี่ปุ่น ประเมิน population, health & welfare และความต้องการของผู้สูงอายุในมิติต่าง ๆ คือ ลักษณะประชากร การเปลี่ยนแปลงของวัฒนธรรมครอบครัว ภาวะสุขภาพ(ภาวะพึ่งพา)การดูแลตนเอง ความต้องการของผู้สูงอายุที่ยัง active และยังประโยชน์ (productive aging)

- ประเทศไทย สำนักงานสถิติแห่งชาติ ทำการสำรวจข้อมูลประชากร โดยภาพรวมทุกปี ต่อมามีการสำรวจที่เฉพาะผู้สูงอายุ เช่น SECATP (ค.ศ.1987) SWET(ค.ศ.1955) NHES 2(ค.ศ.1997-98) และได้ขยายแนวคิด ครอบคลุมด้านสถานะสุขภาพผู้สูงอายุไทย ทั้งด้านภาวะสุขภาพและสังคมโดยทั่วไป สรุปมิติที่ศึกษาประกอบด้วย 1) ลักษณะประชากร 2) การเกื้อหนุนโดยครอบครัวและสังคม 3) ภาวะสุขภาพ 4) พฤติกรรมสุขภาพ เป็นต้น

แนวคิดการศึกษาเพื่อฉายภาพผู้สูงอายุของแต่ละประเทศ มีการขยายขอบเขต  
ครอบคลุมมิติด้าน active และ productive aging และมิติด้านเศรษฐกิจสังคม ควบคู่กับการเน้น  
การเจ็บป่วยและคุณภาพชีวิต โดยมีรายละเอียดดังแสดงไว้ในตาราง 9





ตาราง 9 แสดงแนวคิดหลักของสุขภาพของผู้สูงอายุไทยและต่างประเทศ

อังกฤษ	สหรัฐอเมริกา	ออสเตรเลีย	สิงคโปร์	ญี่ปุ่น	ไทย
National Health Service Framework (NSF) for Older People Health Survey for England NSF 8 standard: -การดูแลระยะก่อนการพักฟื้น -การดูแลทั่วไปในโรงพยาบาล, โรคหลอดเลือดสมอง, การหกล้ม, สุขภาพจิตของผู้สูงอายุ, -การส่งเสริมสุขภาพ และ active life Health survey: -general health & health care utilization -disability -psychosocial well-being -care home & residential -social capital & health	Profile of Older Americans: Quality of Life & Well-being Key indicators: 31 ตัวชี้วัด แบ่งเป็น 5 กลุ่ม - ประชากร - สถานะสุขภาพ - พฤติกรรมสุขภาพ/ พฤติกรรมการเลี้ยง -ภาวะเศรษฐกิจ - การดูแลสุขภาพ	Older Australians: Health & Well-being มิติต่าง ๆ -ประชากร -Health & Well-being -Productive aging -Retirement/ income/ housing -Use of health/ aged care services	การสำรวจประชากรผู้สูงอายุ (Health & Aging) กลุ่ม 55 ปีขึ้นไป มิติต่าง ๆ -ภาวะสุขภาพ (การป่วย การตาย ทุพพลภาพ) -การดูแลสุขภาพ ตนเอง -การทำงาน	Population, Health & Welfare และ Active aging กลุ่ม 40 ปีขึ้นไป มิติต่าง ๆ -ประชากร -การเปลี่ยนแปลงของวัฒนธรรม ครอบครัว -ภาวะสุขภาพ(ภาวะพึ่งพา) -การดูแลตนเอง -ความต้องการของผู้สูงอายุที่ยัง active)	-สถานะผู้สูงอายุ -ปัญหาผู้สูงอายุ -สถานะสุขภาพ -คุณภาพชีวิต -สุขภาพกลุ่ม 50 ปีขึ้นไป มิติต่าง ๆ -ประชากรเศรษฐกิจ สังคม -การเกิดเหตุชนโดยครอบครัวและสังคม -ภาวะสุขภาพ -ภาวะทุพพลภาพ/ ภาวะพึ่งพา -พฤติกรรมสุขภาพ -การเตรียมการ เข้าสู่วัยสูงอายุ

ดัชนีชี้วัดภาวะสุขภาพ มีจุดเด่นคล้ายคลึงกันในทุกประเทศ คือศึกษาความเจ็บป่วย โรคเรื้อรัง ภาวะทุพพลภาพ ภาวะพึ่งพา ภาวะสมองเสื่อม ซึ่งเป็นมิติด้านร่างกายที่ต้องเผชิญอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ แต่ข้อมูลที่ยังน้อยอยู่ เช่น สุขภาพในมุมมองของความจำเพาะของเพศชายและหญิง (gender) ความต้องการของผู้สูงอายุสุขภาพจิตผู้สูงอายุและครอบครัว สวัสดิภาพและความมั่นคงของผู้สูงอายุ เช่นการเกิดอุบัติเหตุ การตายผิดธรรมชาติ การถูกทารุณกรรม การเป็นเหยื่ออาชญากรรมและความรุนแรงต่าง ๆ เป็นต้น นอกจากนี้ยังไม่ครอบคลุมมิติด้านจิต สังคม และจิตวิญญาณ โดยเฉพาะในระยะสุดท้ายของอายุขัย เช่น ความเชื่อและสิทธิเกี่ยวกับชีวิตและการตาย การเตรียมพร้อมในระยะท้ายของชีวิตยังไม่มีการศึกษาชัดเจนว่าเป็นอย่างไร

ภาพของผู้สูงอายุของแต่ละประเทศ สะท้อนบริบทและการวิวัฒนาการของวิถีชีวิตผู้สูงอายุของประเทศนั้น การสังเคราะห์ วิเคราะห์ เปรียบเทียบประเด็น สภาพปัญหาผู้สูงอายุ ระบบครอบครัวและสังคมของผู้สูงอายุไทย และต่างประเทศที่คัดสรร รวมถึงนันทนาการจากผู้ทรงคุณวุฒิในการศึกษานี้ ได้ภาพผู้สูงอายุของไทยที่เหมือนและแตกต่างกับต่างประเทศในหลายประเด็น ที่น่าสนใจคือ

#### 1) อายุยืนยาวขึ้นและเพศหญิงเด่น

อายุคาดหวังเฉลี่ยของประชากรทุกประเทศเพิ่มขึ้น ญี่ปุ่นเป็นประเทศที่ประชาชนอายุยืนที่สุด คือประมาณ 81 ปี ประเทศไทยประมาณ 72 ปี ประเทศอื่น ๆ อยู่ประมาณ 77 – 79 ปี ทุกประเทศผู้สูงอายุหญิงอายุยืนยาวมากกว่าชาย ดังนั้นสัดส่วนผู้สูงอายุหญิงจึงมากกว่าชาย และชัดเจนเด่นชัดในกลุ่มที่อายุสูงขึ้นไปได้ว่าสังคมผู้สูงอายุเพศหญิงเด่นกว่าชายในทุกประเทศ ประเทศออสเตรเลียให้ความสำคัญต่างของอายุและเพศนี้ให้เกิดประโยชน์ในการเตรียมการบริการ โดยสรุปว่าประเทศมีผู้สูงอายุหญิงเพิ่มมากขึ้น และมากขึ้นตามอายุที่สูงขึ้น โสดและหม้ายจะเพิ่มขึ้นและผู้สูงอายุหญิงต้องการความช่วยเหลือ residential care หรือ nursing home มากกว่าชาย ดังนั้นจึงต้องมีการปฏิรูประบบให้รองรับปัญหาได้ ซึ่งประเทศไทยยังไม่ปรากฏการตระหนักในประเด็นความต่างระหว่างเพศชัดเจน

การมีอายุยืนยาวทำให้ความหลากหลายของผู้สูงอายุมากขึ้น คนกลุ่มสูงอายุน้อยย่อมมีปัญหาและความต้องการต่างจากคนสูงอายุมาก ดังนั้นประเทศต่าง ๆ จึงพยายามจัดกลุ่มผู้สูงอายุตามแนวคิดหลักของ ตนเอง เช่น ประเทศอังกฤษ ผู้สูงอายุแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ตามแนวคิดที่เน้นการบริการควบคู่กับปัญหาตามอายุ คือ กลุ่มเริ่มเข้าสู่วัยสูงอายุ (50-70 ปี) กลุ่มระยะเปลี่ยนผ่าน (70-80 ปี) และกลุ่มที่อ่อนแอ(มากกว่า 80 ปี) ซึ่งเป็นที่แน่นอนว่าเป้าหมายของการบริการแต่ละกลุ่มย่อมต่างกัน ประเทศออสเตรเลียจัดแบ่งผู้สูงอายุเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มสูงอายุ (65-85

ปี) และกลุ่มสูงอายุที่สุด (85 ปี ขึ้นไป) การแบ่งดูไม่มีความหมาย แต่เมื่อพิจารณาประกอบแนวคิดการบริการผู้สูงอายุของประเทศ ที่เน้นให้บริการตามระดับความสามารถในการดูแลตนเองของไทยแบ่งประชากรสูงอายุเป็น 3 กลุ่ม โดยจัดให้กลุ่มอายุ 60 – 69 ปี เป็นผู้สูงอายุอ่อน (young old) กลุ่มอายุ 70 – 79 ปี เป็นผู้สูงอายุปานกลาง (medium old) และกลุ่มอายุ 80 ปี หรือมากกว่าเป็นผู้สูงอายุมาก (old old, หรือ oldest old) และมีความพยายามแบ่งผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่ช่วยตนเองไม่ได้ ผู้สูงอายุช่วยตนเองได้แต่ช่วยผู้อื่นไม่ได้ และผู้สูงอายุที่ช่วยตนเองได้และช่วยผู้อื่นได้ และอีกกลุ่มร่วมด้วยคือ ผู้ที่อยู่วัยก่อนสูงอายุ เพื่อเป็นฐานจัดระบบบริการสุขภาพและระบบหลักประกันสุขภาพในทศวรรษนี้

## 2) ความแตกต่างของบริบททางสังคมเขตเมืองและเขตชนบท

ประเทศที่มีลักษณะเมืองเต็มขั้น เช่นประเทศสิงคโปร์และอังกฤษ (เขตเมืองร้อยละ 100 และ 90) ประเทศที่มีลักษณะเมืองสูง คือ ออสเตรเลีย สหรัฐอเมริกา และญี่ปุ่น(เขตเมืองร้อยละ 85, 78 และ 78) ส่วนประเทศไทยมีลักษณะเป็นเขตชนบทมากกว่าเมือง(เขตชนบทร้อยละ 70) ความต้องการของผู้สูงอายุของเขตเมืองและชนบทมีความแตกต่างกัน ประเทศอังกฤษ ออสเตรเลีย และสหรัฐอเมริกา มีลักษณะเขตเมืองสูง ผู้สูงอายุนอกจากมีวัฒนธรรมการอยู่อาศัยที่เน้นความเป็นอิสระสูงแล้ว เศรษฐกิจและเทคโนโลยีที่เจริญก้าวหน้าในเขตเมืองทำให้ความต้องการบริการมากและซับซ้อนขึ้น (วรรณภา ศรีธัญญรัตน์ และผ่องพรรณ อรุณแสง, 2547 หน้า 13-15) ญี่ปุ่นและสิงคโปร์ มีความเป็นสังคมเมืองสูง ได้รับอิทธิพลของกระแสสากล ทำให้ความเป็นวัฒนธรรมเอเชียเริ่มแปรปรวน และผู้สูงอายุเองก็เปลี่ยนแปลงทัศนคติไปมาก เช่น มีรสนิยมตามตะวันตก ต้องการทำงาน ทำประโยชน์ให้สังคม นิยมเป็นอาสาสมัคร ชอบความเป็นอิสระและการท่องเที่ยว ในโลกยุคโลกาภิวัตน์นี้ความเป็นเขตเมืองจะเพิ่มขึ้นส่งผลต่อการเตรียมรับการขยายปัญหาของผู้สูงอายุในเมือง พร้อมกับปัญหาเดิมในเขตชนบท

## 3) ที่อยู่ของผู้สูงอายุที่เปลี่ยนแปลงไป

แหล่งที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุเป็นตัวชี้ลักษณะบริการที่ควรจัดให้กับผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุประเทศไทยเกือบทั้งหมดอยู่ในชุมชนและอยู่ในครัวเรือน มีเพียงร้อยละ 2 เท่านั้น ที่อยู่ในสถาบัน เช่น วัดและสถานเคราะห์และมีไม่ถึงร้อยละ 0.5 ที่อยู่ในสถานสงเคราะห์ ผู้สูงอายุไทยที่อยู่ในชุมชน ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ครัวเรือนทั้งขนาดใหญ่และขนาดเล็ก ส่วนน้อยเพียงร้อยละ 4 เท่านั้นที่อยู่ตามลำพัง ตัวเลขนี้ถือว่าน้อยมากเมื่อเทียบกับประเทศออสเตรเลีย อังกฤษและสหรัฐอเมริกา ซึ่งผู้สูงอายุอาศัยอยู่ตามลำพัง ถึงร้อยละ 30 แม้แต่ประเทศเอเชีย เช่น ประเทศญี่ปุ่นประมาณว่าผู้สูงอายุอยู่ตามลำพังถึงร้อยละ 20

#### 4) ความยากจนยังเป็นปัญหาหลัก

ความมีอิสระและความมั่นคงทางการเงินเป็นตัวบ่งชี้หนึ่งของการมีคุณภาพชีวิต ประเทศญี่ปุ่นและสิงคโปร์ผู้สูงอายุมีรายได้ความเป็นอยู่ที่ดีตามมาตรฐานชาติ และจัดว่าเป็นประเทศที่ประชาชนมีสถานะเศรษฐกิจดี ประเทศออสเตรเลีย อังกฤษและสหรัฐอเมริกา ที่ฐานะเศรษฐกิจของประเทศอยู่ในเกณฑ์ดี แต่ก็มีข้อมูลที่สะท้อนความยากจนและความไม่พอของรายได้ อยู่ เช่น ประเทศสหรัฐอเมริกาผู้สูงอายุประมาณ 3.4 ล้านคน มีภาวะยากจนต่ำกว่าระดับรายได้ที่กำหนด และอีก 2.2 ล้านคนอยู่ในระดับเกือบยากจน ประเทศอังกฤษมีเสียงเรียกร้องจากประชาชนให้เพิ่มเบี้ยบำนาญเนื่องจากมีผู้รับบำนาญอย่างน้อย 1 ใน 4 มีรายได้ต่ำกว่ามาตรฐาน ที่ยอมรับได้

ประเทศไทย ในปัจจุบันมีผู้สูงอายุไทยยากจนถึง 1 ใน 5 ของผู้สูงอายุทั้งหมด และ 1 ใน 3 มีรายได้ต่ำ ไม่มากพอที่จะจุนเจือตนเองและครอบครัว ผู้สูงอายุเกินกว่าครึ่งไม่มีเงินออม ความจนนั้นคงต่อเนื่องไปอีกในอนาคต และอาจรุนแรงมากขึ้นจากภาวะเศรษฐกิจที่ยังไม่ฟื้นนี้ ผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่ได้รับการเกื้อหนุนด้านการเงินหรือวัตถุจากบุตร(ร้อยละ 87) และ 1 ใน 3 ของผู้สูงอายุยังคงทำงาน ผู้สูงอายุในเขตชนบททั้งเพศชายและหญิง มีสัดส่วนการทำงานมากกว่าผู้สูงอายุในเขตเมือง

ประเทศญี่ปุ่นมีนโยบายให้ผู้สูงอายุคงอยู่ในอาชีพเดิมที่มีความถนัดทั้งภาครัฐและเอกชน เพื่อให้ผู้สูงอายุมีหลักประกันด้านรายได้ที่ต่อเนื่อง และยังคงเป็นประโยชน์กับสังคม ประเทศออสเตรเลีย และประเทศอังกฤษมีแนวทางการจ้างงานผู้สูงอายุตามความต้องการทำงาน และทั้งสามประเทศขยายอายุที่ต้องเกษียณขึ้นไปอีก การเกษียณราชการก่อนกำหนดของประเทศไทย โดยไม่มีการเตรียมการระยะยาวที่มั่นคงในขณะที่ผู้สูงอายุมีอายุยืนยาวมากขึ้น น่าจะสวนทางกับการต้องการให้ผู้สูงอายุมีความมั่นคงทางการเงินและก่อให้เกิดช่วงเวลาที่ไม่ได้สร้างผลผลิตให้กับสังคม และจะเป็นภาระของชาติในอนาคต การพัฒนานโยบายการทำงานสำหรับผู้สูงอายุที่ยังคงสามารถทำงานได้ และตามความต้องการทำงานอย่างเหมาะสม หรือหารูปแบบให้ผู้สูงอายุอยู่ได้อย่างไม่ขัดสน พออยู่พอกิน

#### 5) การรับรู้สุขภาพและการดูแลตนเอง ที่ยังขาดความสมดุล

ผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่ประเมินว่าตนเองมีสุขภาพดีและดีมาประมาณร้อยละ 35 เพศชายมีสัดส่วนของการประเมินตนเองว่าสุขภาพดีสูงกว่าเพศหญิงผู้สูงอายุในเขตเมืองประเมินว่าตนเองแข็งแรงกว่าผู้สูงอายุในชนบท (วรรณภา ศรีธัญญรัตน์ และผ่องพรรณ อรุณแสง, 2547 หน้า 13-15) พฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพต่าง ๆ แม้จะลดลงแต่อัตราที่สูง 1 ใน 5 ของผู้สูงอายุยัง

การดื่มสุรา 1 ใน 4 ยังคงสูบบุหรี่ การดูแลตนเองในเรื่องการออกกำลังกาย การพักผ่อนยังไม่ดีนัก มีการตรวจสุขภาพในสวนที่จำเพาะต่อผู้สูงอายุ น้อยมากและประมาณร้อยละ 50 ต้องซื้อยา รับประทานเองเมื่อเจ็บป่วย

- เจ็บป่วยเรื้อรังและสาเหตุการตาย

โรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุไทยมีลักษณะไม่แตกต่างไปจากประเทศ ที่ศึกษา คือ โรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคระบบ กล้ามเนื้อและกระดูก (ข้อเสื่อม) โรคเบาหวาน มะเร็ง หกล้ม และอุบัติเหตุ แต่ประเทศไทยความ ชุกของโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุ (คิดที่อายุ 60 ปี) สูงกว่าประเทศอื่น คือ มีโรคเรื้อรังมากกว่าร้อยละ 50 ในขณะที่ประเทศสหรัฐอเมริกา ประเทศอังกฤษ ประเทศสิงคโปร์มีไม่เกิน ร้อยละ 50 (30-50) ประเทศญี่ปุ่นประมาณ ร้อยละ 10 ความชุกของโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุไทยมากขึ้นในกลุ่มอายุที่ เพิ่มขึ้นเช่นเดียวกับประเทศอื่น แต่ผู้สูงอายุไทยมีอายุมากกว่า 90 ปี มีหลายโรครวมกันในคน เดียว ถึงร้อยละ 70 โรคเรื้อรังของผู้สูงอายุที่ประเทศอังกฤษให้ความสำคัญมาก คือ สโตรค โรคจิต และการหกล้ม ซึ่งถือว่าคุกคามคุณภาพชีวิต ทั้งที่เป็นโรคที่สามารถชะลอ ป้องกัน และเมื่อเกิด แล้วลดภาวะแทรกซ้อนได้ และปรากฏเป็นมาตรฐานการดูแลหนึ่งในกรอบการบริการแห่งชาติ สำหรับผู้สูงอายุ (National Service Framework for Older People) กลุ่มอาการสมองเสื่อม (Dementia) เป็นปัญหาที่พบในทุกประเทศที่ศึกษา และเป็นเหตุให้ผู้สูงอายุต้องพึ่งพา สำหรับ ประเทศไทยมีความชุก ร้อยละ 3 ในทุกประเทศภาพกลุ่มอาการสมองเสื่อมจะพบบ่อยตามอายุที่ มากขึ้น และผู้สูงอายุหญิงมีความชุกมากกว่าผู้สูงอายุชาย ประเทศไทยให้ความสำคัญปัญหา ทูพโภชนาการของผู้สูงอายุทั้งชายและหญิง ที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นตามอายุ แต่ยังคงการ การศึกษาให้ชัดเจนขึ้น และขณะที่ศึกษาประเทศต่าง ๆ ไม่มีรายงานภาวะทุพโภชนาการใน ผู้สูงอายุชัดเจน มีเพียงประเทศสหรัฐอเมริกาที่รายงานว่า ผู้สูงอายุมีคุณภาพการกินอยู่ในระดับดี ร้อยละ 21 ผู้สูงอายุไทย 1 ใน 3 ถูกคุกคามด้วยโรคเฉียบพลัน ความชุกของอุบัติเหตุและการหกล้มที่เพิ่มขึ้นเป็นสัญญาณที่ไม่ดี การหกล้มพบมากในผู้สูงอายุหญิงและเพิ่มมากขึ้นตามอายุ และมีความสัมพันธ์กับการพัฒนาประเทศและตัวเมือง ซึ่งหากไม่มีการเฝ้าระวังและจัดหามาตรการ ป้องกันที่ดีแล้ว การหกล้มในผู้สูงอายุจะพัฒนาเป็นปัญหาสุขภาพระดับชาติเช่นเดียวกับประเทศ อังกฤษ ซึ่งมีอุบัติการณ์สูงและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตสำคัญของผู้สูงอายุ จนประเทศต้อง กำหนดให้เป็นมาตรฐานการดูแล 1 ใน 8 มาตรฐาน ของกรอบการบริการแห่งชาติสำหรับ ผู้สูงอายุ ส่วนสาเหตุการเสียชีวิตร่วมในผู้สูงอายุ คือ โรคระบบไหลเวียน โรคมะเร็ง โรคหลอดเลือด สมอง และโรคมะเร็ง (วรรณภา ศรีธีบุญรัตน์ และผ่องพรรณ อรุณแสง, 2547 หน้า 19-22)

- ภาวะทุพพลภาพ

อุบัติการณ์ภาวะทุพพลภาพในประเทศไทยพบถึง 1 ใน 4 ของผู้สูงอายุ และ 1 ใน 5 เป็นทุพพลภาพระยะยาวที่ต้องการดูแล สาเหตุสำคัญของภาวะทุพพลภาพคือโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 7 ของผู้สูงอายุไทยต้องพึ่งพาในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แม้ว่าสัดส่วนภาวะพึ่งพาจะไม่สูงเท่าประเทศอังกฤษ และออสเตรเลีย (เกือบร้อยละ 40 และร้อยละ 25 ตามลำดับ) แต่เมื่อเป็นจำนวนของผู้สูงอายุแล้วน่าเป็นห่วง ด้วยมีการพยากรณ์ว่า ปี พ.ศ. 2553, 2563 และ 2573 ประเทศไทยจะมีผู้สูงอายุที่ต้องการการพึ่งพาจำนวนถึง 499,897 คน, 741,766 คน และ 1,100,754 คนตามลำดับ จำนวนนี้อาจเปลี่ยนแปลงได้อีกหากการเตรียมรับสถานการณ์ผู้สูงอายุไม่ทันการณ์ และที่สำคัญคือ ตัวเลขเหล่านี้บอกว่า อนาคตข้างหน้าประเทศไทยต้องให้ความสนใจ “ผู้ดูแล” และ “การดูแลระยะยาว” เพื่อรองรับสถานการณ์นี้ และที่น่าสนใจอีกอย่างคือ ในปี ค.ศ. 2573 หลายประเทศจะมีอัตราสัดส่วนประชากรพึ่งพา (dependency ratio) สูงถึงระดับวิกฤต ซึ่งหมายถึงภาระหนักของรัฐทุกประเทศที่ต้องเผชิญ

- ทุกข์ทางใจ

การสำรวจผู้สูงอายุไทยพบว่า ส่วนใหญ่มีสุขภาพจิตดี เมื่อเทียบกับประเทศอังกฤษ และญี่ปุ่นที่มีปัญหาสุขภาพจิตสูง ประเทศอังกฤษกำหนด “สุขภาพจิต” เป็นมาตรฐานหนึ่งในการดูแลความเหงา และซึมเศร้าเป็นปัญหาที่สำคัญของผู้สูงอายุไทยและประเทศที่ศึกษา และพบมากขึ้นตามอายุที่สูงขึ้น พบในผู้สูงอายุที่พึ่งพาสถาบันการดูแลมากกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชน สำหรับประเทศไทยสัดส่วนปัญหานี้จะเพิ่มขึ้นในอนาคตเช่นประเทศอื่น ๆ ที่ศึกษา ผู้ทรงคุณวุฒิที่เกี่ยวข้องกับงานผู้สูงอายุไทยมานาน ให้ข้อสรุปว่า ผู้สูงอายุไทยทุกข์ใจ เพราะลูกหลานทอดทิ้ง ไม่มีลูกหลานดูแล สังคมทอดทิ้งไม่เห็นคุณค่า ผู้ที่อยู่ในชนบททุกข์ใจที่ต้องทุกข์กายจากโรค จากความยากจน จากการต้องดูแลหลานที่ลูกพามาให้เลี้ยง ขาดผู้ดูแล และขาดเครื่องอุปโภคที่ควรมี

- การมีครอบครัวเกื้อหนุน

ประเทศที่มีวัฒนธรรมครอบครัวคล้ายประเทศไทย เช่น ญี่ปุ่น สิงคโปร์ ต่างเผชิญปัญหาการเปลี่ยนแปลงทางสังคม โดยเฉพาะในเรื่องของสถาบันครอบครัว ประเทศไทยและญี่ปุ่นในอดีตมีสังคมแบบเกษตรกรรม ซึ่งอาศัยแรงงานเป็นสำคัญ ลักษณะครอบครัวจึงเป็นครอบครัวขยาย ที่พ่อ แม่ ลูก พี่น้อง ปู่ย่าตายาย จะอยู่รวมกัน การอยู่ร่วมกันนี้เองทำให้สมาชิกในครอบครัวผูกพัน และพึ่งพากันมีปัญญาที่สั่งสมมาตลอดชีวิตของผู้สูงอายุ ที่เป็นปัจจัยสำคัญที่นำลูกหลานให้สามารถดำเนินกิจกรรมภาคเกษตรกรรมนั้นสำเร็จ ในประเทศญี่ปุ่นไม่เพียงแต่มีความผูกพันเท่านั้น แต่เป็นการให้ความสำคัญ เคารพ และเชื่อฟังอย่างไม่มีข้อโต้แย้งในฐานะต้นตระกูล

ที่สร้างครอบครัวหรือสร้างชาติมาก่อน สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุมีพลังและได้รับการเกื้อกูลในภาพของความกตัญญูต่อบรรพบุรุษที่สมาชิกทุกคนต้องมีให้

เมื่อสังคมเปลี่ยนไปเป็นภาคอุตสาหกรรม ร่วมกับปัจจัยอื่น เช่น การชะลอการแต่งงาน และการมีบุตรน้อย ทำให้ครอบครัวเดี่ยวมีจำนวนมากขึ้น ความผูกพันเริ่มแปรเปลี่ยน ประกอบกับมีการย้ายถิ่นของบุตรหลานตามลักษณะงานรูปแบบใหม่ ครอบครัวจึงเหลือแต่ผู้สูงอายุ ความห่างไกลทำให้ความสัมพันธ์ของครอบครัวเริ่มเฉื่อยชา การเห็นความสำคัญของผู้สูงอายุลดลง แม้แต่ภูมิปัญญาของผู้สูงอายุซึ่งครั้งหนึ่งเคยจำเป็นสำหรับการทำมาหากิน แต่ในภาคอุตสาหกรรมหรือในยุคเทคโนโลยีนี้ อาจถูกมองว่าล้าหลังและไม่มีประโยชน์ ปรากฏหลักฐานเช่นนี้ทั้งในประเทศญี่ปุ่นและไทย การเกื้อหนุน ผู้สูงอายุโดยธรรมชาติจากบุตรหลานในครอบครัวจึงลดลง ประเทศที่มีวัฒนธรรมแบบตะวันตก เช่นออสเตรเลีย พบว่าครอบครัวเป็นแหล่งใหญ่ที่ให้การเกื้อหนุนทางด้านอารมณ์ การดูแล และการเงิน นอกจากนั้นยังได้รับจากเพื่อนและเพื่อนบ้านอย่างสมัครใจ ซึ่งเป็นการดูแลอย่างไม่เป็นทางการโดยผู้ดูแล (informal care) ตามธรรมชาติ รัฐบาลออสเตรเลีย และญี่ปุ่นเห็นคุณค่าของการเกื้อกูลที่ได้รับจากคนกลุ่มนี้ และถือว่า “ผู้ดูแล” เป็นปัจจัยสำคัญยิ่งในการขับเคลื่อนการดูแลในสถาบันให้ไปอยู่ในชุมชนหรือบ้าน และมีการวางแผนพัฒนาคนกลุ่มนี้ให้เป็นตัวจักรสำคัญในการบริการผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุประเทศไทย ญี่ปุ่น และสิงคโปร์ บุตรจะเป็นหลักในการดูแลหรือเกื้อหนุน วัฒนธรรมดั้งเดิมเป็นหน้าที่ของบุตรชาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งบุตรชายคนแรก แต่ในปัจจุบันบุตรสาวรับหน้าที่หลักนี้เป็นส่วนใหญ่ สิ่งที่จะละเลยการพิจารณาไม่ได้ คือ ประเด็นที่ผู้สูงอายุในอนาคตมีจำนวนบุตรลดลง เป็นโศกมากขึ้น เป็นหม้ายมากขึ้น (ผู้สูงอายุชายอายุยืนน้อยกว่าผู้หญิง) เพราะเมื่อประมวลสิ่งเหล่านี้กับภาพอื่น จะมีคำถามว่าระบบการดูแลผู้สูงอายุในอนาคตจะเป็นอย่างไร

#### - อคติของสังคม

อคติของสังคมเป็นปรากฏการณ์ร่วมในหลายประเทศ ประเทศในเอเชียเช่นญี่ปุ่น การระลึกถึงบุญคุณผู้สูงอายุและเห็นเป็นความดีที่ต้องตอบแทนเริ่มอ่อนด้อย จนต้องมีกลยุทธ์จรรโลงให้คงอยู่ โดยมีวันแสดงความเคารพผู้สูงอายุและให้เป็นวันหยุดประจำชาติเพื่อจะได้ทำกิจกรรมเพื่อผู้สูงอายุแม้แต่ประเทศออสเตรเลีย คนหนุ่มสาวก็ไม่ยอมรับ “คุณค่า” ของผู้สูงอายุ รัฐบาลจึงต้องมโนบายรณรงค์ระดับชาติ เพื่อปรับเปลี่ยนทัศนคติของประชาชนต่อผู้สูงอายุและให้ผู้สูงอายุครอบครัวและชุมชนอยู่ร่วมกันได้อย่างสร้างสรรค์ ความรุนแรงของปรากฏการณ์ต่อเนื่องถึงระบบบริการในประเทศอังกฤษที่มีการกีดกันเรื่องอายุ ทั้งในการจ้างงานและการบริการ ผู้สูงอายุได้รับผลกระทบนี้รุนแรงจนเป็นปัญหาชาติ และเป็นที่มีของการกำหนดมาตรฐานการ

บริการว่าด้วย “รัฐต้องให้บริการโดยไม่แบ่งแยกอายุ” ในกรอบการบริการแห่งชาติสำหรับผู้สูงอายุ และดำเนินการในทางปฏิบัติอย่างจริงจัง ประเทศญี่ปุ่น ออสเตรเลีย และอังกฤษเข้าภาวะประชากรสูงอายุมาช้านาน ในปัจจุบันมีประชากรผู้สูงอายุมากกว่า ร้อยละ 17, 12 และ 16 ตามลำดับ และได้ชื่อว่าการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุ แต่ทำไมผู้สูงอายุยังต้องเผชิญกับอคติของสังคม ที่ไม่คำนึงถึงสิทธิและคุณค่าของผู้สูงอายุเช่นนี้

สังคมไทยมีอคติต่อผู้สูงอายุทั้งในลักษณะแอบแฝงและเปิดเผย ที่แอบแฝง เช่น นโยบายและบริการต่าง ๆ สำหรับผู้สูงอายุได้รับความสนใจและดูแลน้อยทั้งภาครัฐและเอกชน มีความสำคัญเป็นอันดับรองเมื่อเทียบกับประชากรกลุ่มอื่น หรือที่แอบแฝงในเรื่องการถูกเอาเปรียบ หรือการที่ “ผู้ให้การดูแล” มีอคติคิดว่าผู้สูงอายุตกอยู่ในสภาวะพึ่งพา การได้รับการดูแลที่ให้นับว่าดีแล้ว สิ่งที่พบเห็นบ่อยครั้ง คือ การที่ให้ความรู้สึกไร้คุณค่า หรือถูกตราว่า มีศักยภาพเสื่อมถอยไม่มีประโยชน์และเป็นภาระต่อครอบครัวสังคม และถูกแยกออกจากสังคม ที่รุนแรงและเป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุทุกข์ คือการทารุณกรรมผู้สูงอายุ

ประเทศไทยปรากฏภาพการทารุณกรรมผู้สูงอายุเป็นระยะ แต่ขาดการตระหนักในปัญหาจากทุกฝ่าย มีการพูดถึงประเด็นนี้น้อยมาก อาจเพราะอคติที่คิดว่าเป็นเรื่องของคนแก่จึงไม่สำคัญ หรือเพราะไม่เชื่อว่าจะมีการเกิดขึ้นจริง หรือเกิดจากการนิยาม “การทารุณกรรม” ได้ไม่ชัดเจนว่าคืออะไร การกระทำอะไรที่เข้าข่ายบ้าง หรือใครเป็นผู้กระทำ มีหลักฐานการวิจัยว่าผู้สูงอายุได้รับการทำร้ายทางด้านจิตใจค่อนข้างสูงมีการทำให้ผู้สูงอายุถูกทอดทิ้ง การทารุณกรรมด้านร่างกาย และเอาประโยชน์ผู้สูงอายุด้านทรัพย์สิน แต่ความรุนแรงของการทารุณกรรมไม่ปรากฏให้สังคมเห็น ส่วนหนึ่งเกิดจากความกลัวของผู้สูงอายุที่จะบอกกล่าวให้สังคมรับรู้ซึ่งจะส่งผลต่อตนเองภายหลัง หรือไม่สะท้อนว่าเกิดกับผู้สูงอายุเพราะเป็นข่าวรวมกับข่าวอาชญากรรมอื่น ๆ ซึ่งแท้จริงการฉกชิงทรัพย์สิน เกิดจากความจำกัดของความสูงอายุที่มีสามารถช่วยเหลือตนเองได้ดี และคงเป็นทุกข์ของผู้สูงอายุต่อไปหากไม่มีมาตรการแก้ไขที่เหมาะสม

ค่านิยมที่เห็นว่าผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่มีค่าในสังคม ลูกหลานต้องกตัญญูรู้คุณ ทำให้คนในบางครอบครัวปฏิบัติต่อผู้สูงอายุในลักษณะการทะนุถนอมดูแลอย่างดี หรือมีความคิดว่าผู้สูงอายุควรอยู่เฉย ๆ ไม่ต้องทำอะไร เพราะเป็นวัยพักผ่อนหลังจากทำงานมาเกือบตลอดชีวิต ส่งผลให้อายุคิดว่าตนเองไม่มีคุณค่า หรือคิดว่าอยู่ในวัยแห่งการพักผ่อนและเรียนรู้ที่จะเป็นผู้รอรับรอคอยการช่วยเหลือเกื้อกูล ซึ่งหากได้รับตามที่คาดหวังก็มีความสุข แต่หากไม่ได้รับตั้งใจ จะก่อทุกข์ผู้สูงอายุเองและครอบครัวที่ดูแล แม้ค่านิยมการให้คุณค่าผู้สูงอายุจะจำเป็น แต่ต้อง



การเตรียมการเพื่อการจัดจ้างหรือสร้างงานที่เหมาะสมให้กับผู้สูงอายุ นอกจากจะเป็นประโยชน์ในการเสริมรายได้ให้ตนเองและชาติ ยังเป็นการลดภาระที่ประชากรวัยทำงานต้องแบกเพื่อเลี้ยงดูบุคคลต้องพึ่งพาของประเทศ เสมือนการสร้างสุขให้กับคนทั้งชาติ และโดยเฉพาะในสถานการณ์ที่มีภาพว่าประชากรวัยแรงงานจะลดลงและต้องการแรงงานเสริมจากผู้สูงอายุเพื่อสร้างผลผลิตให้ประเทศชาติคงอยู่ได้ จากการสำรวจผู้สูงอายุไทยอย่างน้อยสองครั้งยืนยันว่าผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่ต้องการทำงาน แต่รัฐหิบบินโอกาสและสร้างบรรยากาศให้ผู้สูงอายุเข้ามามีส่วนร่วมและได้สร้างประโยชน์ให้กับสังคม นอกเหนือจากการเป็นผู้ทำงานแล้วผู้สูงอายุอาจมีส่วนร่วมยังประโยชน์กับครอบครัวทางอ้อม เช่น การช่วยงานบ้าน การเลี้ยงดูลูกหลานเื้อให้บุตรให้ไปทำงานนอกบ้านได้และยังเป็นเจ้าของบ้านให้ที่อยู่อาศัยแก่ลูกหลานด้วย ลักษณะเช่นนี้จะปรากฏในสังคมตะวันตกที่มีพื้นฐานสำคัญอยู่ที่ครอบครัว เช่น ไทย ญี่ปุ่น และสิงคโปร์ ที่ลักษณะครอบครัวยังเป็นครอบครัวขยายมากพอสมควรประเทศออสเตรเลียวัดภาวะ well-being และ productive aging ของผู้สูงอายุ ด้วยการเป็นอาสาสมัครการมีส่วนร่วมในองค์กรต่าง ๆ และภาวะสุขภาพที่ดี ผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 50 มีการช่วยเหลือสังคมทั้งอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ และมีการรวมกลุ่มทำกิจกรรมค่อนข้างมาก ภาพของการเป็นอาสาสมัครหรือการรวมกลุ่มกันทำประโยชน์ของผู้สูงอายุไทยไม่เด่น ด้วยเหตุผลลักษณะทางสังคมที่แตกต่างและการสำรวจอาจจะไม่ถึง การช่วยเหลืออย่างไม่เป็นทางการที่ผู้สูงอายุทำอยู่ การจะดำเนินการให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี มีส่วนร่วมสร้างสรรค์สังคมนั้น ผู้สูงอายุจะต้องได้รับการส่งเสริมสุขภาพ ชักจูงให้เห็นคุณค่าของการมีวิถีสุขภาพที่ดี รวมทั้งจัดหารปัจจัยที่เอื้อให้มีสุขภาพดี รวมไปถึงการขจัดความเชื่อหรือทัศนคติที่เป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาของผู้สูงอายุ ที่เป็นอุปสรรคต่อการสร้างพลังพลังของสังคมผู้สูงอายุไทย

#### 2.4.10 กลไกขับเคลื่อนในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

การดำเนินการปฏิรูประบบบริการสุขภาพและประกันสุขภาพของผู้สูงอายุต้องการกลไกขับเคลื่อนที่ประสิทธิภาพ ต้องมีกลไกขับเคลื่อน 3 ด้าน คือ ด้านการเมือง ด้านวิชาการ ด้านสังคมหรือสาธารณะ กลไกเหล่านี้ต้องขับเคลื่อนอย่างมีหลักวิชาการ มีทิศทางที่สอดคล้องผสมผสาน ด้วยความร่วมมือของทุกฝ่าย และเพื่อประโยชน์ของมนุษยชาติ การวิเคราะห์ปัจจัยต่าง ๆ ที่มีอิทธิพลต่อการขับเคลื่อนระบบบริการสุขภาพจะช่วยให้ภาพการขับเคลื่อนงานผู้สูงอายุของประเทศไทยกระจ่างขึ้น

##### 1) กลไกการเมือง

ประเทศต่าง ๆ มีนโยบายและกฎหมาย เป็นเครื่องมือทางการเมืองเพื่อขี้นำยุทธศาสตร์และ มาตรการการปฏิบัติ ประเทศอังกฤษ และสหรัฐอเมริกาเข้าสู่ภาวะประชากร

สูงอายุก่อนประเทศอื่น ๆ แต่พัฒนาการด้านนโยบายและกฎหมายสำหรับผู้สูงอายุอย่างจำเพาะเจาะจง นับว่าเชื่องช้ากว่าประเทศออสเตรเลีย ญี่ปุ่น และสิงคโปร์ ซึ่งมีพัฒนาการด้านนโยบายและกฎหมาย ที่ปรับเปลี่ยนทันการณ์และเกิดผลในทางปฏิบัติอย่างรวดเร็วประเทศไทยพัฒนาการด้านนโยบายและกฎหมายเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุมิ่จุดเริ่มในเวลาใกล้เคียงกับ ญี่ปุ่นและสิงคโปร์ คือ ประมาณ 25 ปี แต่การขับเคลื่อนกระบวนการทางกฎหมายมีความเชื่องช้ากว่ามาก ตัวอย่างเช่น พ.ร.บ. ผู้สูงอายุฯ ซึ่งร่างมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2537 แต่ผ่านการพิจารณาจากรัฐสภาและประเทศให้ในปี 2546 ซึ่งล่าช้าและส่งผลกระทบต่อกรปฏิบัติและคุ้มครองสิทธิผู้สูงอายุ ที่ครอบคลุมคุณภาพชีวิตทุกด้าน อีกทั้งในแนวคิดในการกำหนดนโยบายและกฎหมายเกี่ยวกับผู้สูงอายุไทยยังเป็นแบบรวมอำนาจ (centralization) เน้นการสร้างคความนิยมจากประชาชนและความมั่นคงของรัฐเป็นหลักทำให้นโยบายเป็นการช่วยเหลือเฉพาะหน้าแบบสงเคราะห์หรือให้ทานการกุศล ตัวอย่างเช่น รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2534 ที่บัญญัติว่า "รัฐพึงช่วยเหลือสงเคราะห์ผู้สูงอายุและผู้พิการให้มีสุขภาพ กำลังใจ และความหวังในชีวิตเพื่อให้สามารถดำรงตนอยู่ได้ตามสมควร" นอกจากนี้การบริหารจัดการงานผู้สูงอายุยังเป็นระบบสั่งการจากบนลงล่าง (top-down) ที่สำคัญคือ เป็นแนวคิดแบบราชการที่ขาดประสิทธิภาพ และยังขาดการมีส่วนร่วมจากสังคมประชาชน แนวคิดดังกล่าวมีความเหมาะสมกับยุคสมัยหนึ่ง แต่ในยุคแห่งการปฏิรูประบบบริการสุขภาพและการสร้างหลักประกันสำหรับผู้สูงอายุ แนวคิดเหล่านี้ต้องปรับเปลี่ยนใหม่เพื่อให้กลไกการเมืองสามารถขับเคลื่อนได้อย่างมีพลัง

ประเทศที่ศึกษามีกลไกการเมืองที่ขับเคลื่อนตามบริบทของแต่ละประเทศ มีทั้งที่แตกต่างและคล้ายคลึงมีทั้งจุดเด่นและจุดด้อยที่ควรที่ควรศึกษา ประเทศออสเตรเลีย มี National health Act (1953) ที่เป็นกฎหมายเพื่อสวัสดิการค่าใช้จ่ายแก่ผู้อาศัยใน nursing home มาประมาณกว่า 40 ปี ซึ่งอนุมานได้ว่าแนวคิดเริ่มต้นระบบบริการผู้สูงอายุ เริ่มจากผู้สูงอายุเป็นปัจเจกชนและเน้นที่สถาบันบริการ ต่อมาเห็นว่าความมั่นคงทางด้านรายได้เป็นเรื่องสำคัญในระบบความมั่นคงของผู้สูงอายุ จึงหันมาพัฒนาการประกันความยากจน ด้วยการออกกฎหมายจัดการสวัสดิการการเงินหลังเกษียณ เพื่อขจัดความยากจนเมื่อถึงวัยสูงอายุ (aged pension:1990)

การปฏิรูประบบบริการสุขภาพเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุ มีข้อมูลปรากฏอีกครั้ง ในปี ค.ศ. 1977 มี Aged Care Act เกิดขึ้น ซึ่งเน้นบริการต่าง ๆ ที่จัดให้กับผู้สูงอายุ แต่ยังเป็นบริการในสถาบัน และในรูปแบบสวัสดิการ การสวัสดิการนี้ก่อให้เกิดปัญหาด้านการเงินอย่างมากมายและไม่สามารถตอบสนองประชาชนสูงอายุส่วนใหญ่ของประเทศ จึงมีความพยายามปฏิรูประบบบริการสุขภาพที่จัดให้กับผู้สูงอายุ กระบวนการปฏิรูปขับเคลื่อนรวดเร็วและเข้มข้นมากในช่วงปี

ค.ศ. 1997 – 99 ซึ่งต้องถือว่าส่วนหนึ่งเกิดจากเหตุการณ์สำคัญของโลก คือ การที่ประเทศได้เป็นเจ้าภาพจัดประชุม World Gerontology Congress ในปี ค.ศ. 1997 และ กระแสการตื่นตัวของประชาคมโลกต่อปัญหาของผู้สูงอายุ จนองค์การสหประชาชาติกำหนดให้ปี ค.ศ. 1999 เป็นปีสากลว่าด้วยผู้สูงอายุ (IYOP) และให้นโยบายสากล เพื่อให้ประเทศต่าง ๆ เตรียมการรองรับสถานการณ์ผู้สูงอายุของแต่ละประเทศ ประเทศออสเตรเลียได้โอกาสศึกษาปัญหาของผู้สูงอายุในประเทศ และปฏิรูประบบบริการสำหรับผู้สูงอายุครั้งใหญ่ มีการกำหนดยุทธศาสตร์แห่งชาติปรับระบบ Australian residential care system ของ nursing home และ hostel ให้เป็นระบบเดียวกัน เพื่อความเหมาะสมในการจ่ายค่าตอบแทนแก่สถานบริการ มีการพัฒนาเครื่องมือประเมิน (จากรายได้และทรัพย์สิน) เพื่อให้เป็นเกณฑ์การจ่ายค่าตอบแทนให้กับสถานบริการ และมีระบบการร่วมจ่ายครอบคลุมบริการด้านที่พักอาศัย การดูแลขยายจากการดูแลแบบสถาบันสู่การดูแลในครอบครัวและในชุมชนมากขึ้น จากรัฐบริการเป็นเอกชนมีส่วนร่วมมากขึ้น รูปแบบการบริการผู้สูงอายุในชุมชนผลุดขึ้นมากมายหลากหลายรูปแบบจวบจนปัจจุบันประเด็นที่ไม่ควรละเลยของประเทศนี้คือ การที่รัฐบาลตระหนักรู้ว่า การให้บริการและเกื้อหนุนผู้สูงอายุโดยธรรมชาติมีอยู่แล้ว โดยเกิดจากครอบครัวและเพื่อนบ้าน การสนับสนุนระบบเกื้อหนุนโดยธรรมชาติในรูปแบบ ต่าง ๆ ทั้งด้านความรู้ และสวัสดิการจะเป็นการช่วยให้ผู้สูงอายุอยู่บ้านอยู่กับชุมชนได้อันเป็นการส่งเสริมนโยบาย aging in place ของรัฐบาลนั่นเอง และจุดเด่นของประเทศนี้คือ นับตั้งแต่มี Aged Care Act แล้ว ประเทศมีการพัฒนาด้านนโยบายและกฎหมายอย่างต่อเนื่อง มีนโยบายการปฏิรูประบบบริการการดูแลผู้สูงอายุ (aged care reform policy) ที่มีการบูรณาการการบริการสุขภาพและสวัสดิการสังคม ครอบคลุมระบบการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องในสถาบันบริการระยะยาว (residential care) ถึงบ้านและชุมชน รวมทั้งการมีนโยบายการสนับสนุนครอบครัวที่ชัดเจนด้วย พัฒนาการของกฎหมายและนโยบายผู้สูงอายุประเทศญี่ปุ่นมีความชัดเจนคล้ายคลึงกับประเทศออสเตรเลีย และเริ่มในระยะเวลาใกล้เคียงกัน แต่ต่างที่ประเทศญี่ปุ่นเริ่มต้น เน้นที่การพัฒนาทางด้านความมั่นคงและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ประชาชนรวมทั้งผู้สูงอายุมีหลักประกันว่าจะมีชีวิตอยู่ได้สุขสบายตามมาตรฐานขั้นต่ำ มาตรการความมั่นคงที่ชัดเจนสำหรับผู้สูงอายุ เริ่มปรากฏในปี ค.ศ. 1971 คือการมีมาตรการการจ้างงานสำหรับวัยกลางคนและวัยสูงอายุ แม้จะมี pension และ health insurance system ที่ครอบคลุมประชาชนทุกคน ในปี ค.ศ.1961 แต่ยังไม่เอื้อประโยชน์ให้ผู้สูงอายุมากนัก ประเทศญี่ปุ่นเข้าสู่ภาวะประชากรชราใน ปี ค.ศ.1969-70 และผู้สูงอายุได้รับสิทธิการรักษาพยาบาลฟรี ในปี ค.ศ. 1973 อันเป็นปีแรกแห่งยุคสวัสดิการสงเคราะห์ของประเทศ แต่ด้วยการตระหนักภาระที่ต้อง

ให้การดูแลผู้สูงอายุในระยะยาว ในขณะที่ประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ประกอบกับประเด็นค่าใช้จ่ายในระบบสวัสดิการฟรีสูงชัน จึงมีการพัฒนากฎหมายว่าด้วยการดูแลระยะยาว และกฎหมายว่าด้วยการบริการสุขภาพและการรักษาสำหรับผู้สูงอายุ (Health and Medical Service Law for the Elderly) และกำหนดให้ประชาชนมีส่วนร่วมจ่ายเพื่อลดภาระรัฐบาล ระหว่างปี ค.ศ. 1977-82 ผลที่ตามมาคือการมี สวัสดิการสังคมเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เช่น short stay, day care service เพื่อรองรับการย้ายการดูแลผู้สูงอายุจากสถานพยาบาลไปอยู่ที่บ้าน โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลระยะยาว ปี ค.ศ. 1985 รัฐบาลทบทวนนโยบายเกี่ยวกับระบบความมั่นคงของผู้สูงอายุ มีการจัดตั้งระบบความมั่นคงทางสังคม ระบบบำนาญ ออกกฎหมายขยายอายุการประกันบำนาญ (65 ปี) และอายุเกษียณ (60 ปี) พร้อมก่อตั้ง Organization of Silver Human Resource Center เพื่อเป็นองค์กรทำหน้าที่เฉพาะของผู้สูงอายุ และปี ค.ศ. 1988 ออกกฎหมาย “Welfare Vision” เพื่อให้การดำเนินการด้านสวัสดิการผู้สูงอายุ เป็นไปได้จริง มีการระบุเป้าหมาย ตัวชี้วัดในการจัดสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุ แผนนี้เน้นที่การจัดให้มีสถานบริการหรือสถานพยาบาลจำนวนเพียงพอ ผู้ดูแลตามบ้านให้เพียงพอ และจัดให้มีศูนย์บริการกลางวันเพิ่มขึ้นนโยบายแผนทอง (Gold Plan) เป็นแผนยุทธศาสตร์ 10 ปี (1989-99) สำหรับส่งเสริมการดูแลสุขภาพและสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุเกิดขึ้นในปี ค.ศ.1989 นโยบายนี้เน้นประกันการดูแลที่บ้านและการดูแลระยะยาวแต่เมื่อดำเนินไปได้ระยะหนึ่งพบว่าผู้สูงอายุมีความต้องการที่จะได้รับบริการสูงกว่าที่ตั้งไว้ ด้วยขณะนั้นจำนวนประชากรสูงอายุขยายเพิ่มเป็นสองเท่าจากปี ค.ศ.1970 แล้ว จึงจำเป็นต้องขยายการให้บริการมากขึ้นในปี ค.ศ.1994 จึงจัดทำแผนทองใหม่ (New Gold Plan) ขึ้น ที่เน้นทั้งปริมาณและประสิทธิภาพของการดูแลระยะยาว ควบคู่ไปกับการออกกฎหมายประกันสุขภาพและคุณภาพการบริการเพื่อรองรับการปฏิบัติตามนโยบาย ปี ค.ศ.1995 มีนโยบายการฟื้นฟูสภาพ และการมีชีวิตอย่างปกติสุขในชุมชนสำหรับผู้สูงอายุ จึงเกิดบริการบ้านกลุ่มและบริการรักษาสวัสดิภาพความปลอดภัยที่บ้านขึ้น ปลายแผนทอง คือ ปี ค.ศ.1999 มีนโยบายแผนทอง 21 (Gold Plan 21) เตรียมรับการเพิ่มจำนวนผู้สูงอายุในศตวรรษที่ 21 โดยตั้งเป้าหมายขยายการให้บริการมากขึ้นกว่าแผนทองใหม่ และ จัดบริการ group home for senior with dementia ขึ้นเพื่อรองรับผู้สูงอายุที่มีปัญหานี้โดยเฉพาะ และปี ค.ศ.2000 มีกฎหมาย Public Long Term Care Insurance Law ขยายประกันครอบคลุมไปยังประชาชนอายุ 40 ปี ให้เสียภาษีเพิ่มเพื่อเข้าสู่ระบบประกันระยะยาว โดยจะได้รับสวัสดิการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตั้งแต่อายุ 40 ปี ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่ารัฐต้องการเตรียมสุขภาพที่ดีให้กับผู้ที่เข้าสู่วัยสูงอายุแต่เนิ่น ๆ

กลไกการเมืองของประเทศญี่ปุ่นมีจุดเด่นที่มีความฉับไว และพร้อมจะปรับเปลี่ยนตามบริบทที่คุกคามการออกนโยบายและมาตรการต่าง ๆ คำนี้ถึงระบบการคลังที่จะรองรับ ดังจะเห็นว่าเมื่อรัฐตระหนักว่าการให้สวัสดิการรักษายาบาลฟรีแก่ผู้สูงอายุจะก่อให้เกิดปัญหากระทบความมั่นคงของชาติ จึงปรับเปลี่ยนให้เป็นแบบร่วมจ่ายตามความสามารถและความต้องการ โดยมีกฎเกณฑ์ด้านกฎหมายกำหนด การดำเนินงานมีทั้งนโยบายและออกกฎหมายกำกับให้เกิดการปฏิบัติที่น่าสนใจคือ การมีแนวคิดว่าจะบบบริการด้านสุขภาพและด้านสังคมเป็นเรื่องเดียวกัน และเกี่ยวข้องโดยตรงกับการจ้างงาน การจัดหลักประกันเพื่อให้มีความมั่นคงในแต่ละระบบยากที่จะสามารถจัดแยกได้เบ็ดเสร็จ ด้วยมีความคาบเกี่ยวและโยงใยซึ่งกันและกัน และทั้งหมดถือเป็นระบบหนึ่งในระบบความมั่นคงของประเทศ แนวคิดนี้ทำให้มีการปฏิรูปหน่วยงานโดยยุบกระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการสังคมเข้ากับกระทรวง แรงงาน เข้าเป็นกระทรวงสาธารณสุข แรงงาน และสวัสดิการสังคมในปี ค.ศ. 2001 เพื่อให้การบริหารจัดการและการให้บริการต่าง ๆ คล่องตัวขึ้น และจัดตั้งหน่วยงานที่รับผิดชอบผู้สูงอายุโดยตรง คือ Health and Welfare Bureau for the Elderly มีหน้าที่ดำเนินการด้านต่าง ๆ ให้ผู้สูงอายุมีวิถีชีวิตที่มีความสุข มีสันติสุขและอย่างมีความภาคภูมิใจ สหรัฐอเมริกา มีแนวคิดด้านประกันความมั่นคงให้กับประชาชน จึงมี Social Security Amendment ใน ปี ค.ศ. 1935 ให้สวัสดิการแก่ผู้เกษียณอายุ และให้บริการสุขภาพระยะยาว ในปี ค.ศ. 1965 เกิด Older Americans Act ที่เป็นกฎหมายเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุ และเป็นผลพวงจาก White House Conference On Aging ที่ได้สปอนเซอร์จาก The American Association of Retired Persons (AARP) กฎหมายนี้มีแนวคิดให้การช่วยเหลือและสงเคราะห์ โดยให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุด้านบริการ ชุมชน การจ้างงาน การวิจัย และด้านโภชนาการ และมีการออกประกาศสิทธิของผู้สูงอายุ แต่ยังไม่ใช้การพัฒนาคุณภาพของผู้สูงอายุ

การประกันสุขภาพของสหรัฐอเมริกามีกองทุน Medicare และ Medicaid ในปี ค.ศ. 1966 ซึ่งบริหารจัดการโดย The Health Care Financing Administration (HCFA) ของ Department of Health and Human Service, ในปี ค.ศ. 1966 Medicare เป็นการประกันสุขภาพสำหรับการรักษาในโรงพยาบาล nursing home, skill facilities, และ nursing home หรือ home health care ซึ่งได้เงินสนับสนุนจาก social security ส่วน Medicaid จะได้รับการสนับสนุนจากมลรัฐ ปี ค.ศ. 1978 มีการจัดตั้ง senior centers และ Administration on Aging (AOA) รับผิดชอบเฉพาะด้านผู้สูงอายุในทุกรัฐ และในปีเดียวกันนี้ มีการผ่านกฎหมายสนับสนุน Long-term Care Advocacy Program ประเทศสหรัฐอเมริกามีความพยายามจะปฏิรูปสุขภาพตั้งแต่ ปี ค.ศ. 1980 เนื่องจากรายจ่ายด้านสุขภาพสูงมาก ประชาชนส่วน

ใหญ่ไม่พอใจระบบสุขภาพและต้องการเปลี่ยนแปลง ปี ค.ศ.1992 คลินตันเสนอนโยบายปฏิรูประบบสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งในนโยบายเพื่อหาเสียงเลือกตั้งประธานาธิบดี หลังได้รับเลือกตั้งได้พยายามเสนอนโยบายปฏิรูประบบสุขภาพเข้ารัฐสภา (1993-94) แต่กระบวนการในความสำเร็จของปฏิรูปนี้ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงธุรกิจบริการสุขภาพและประกันสุขภาพพัฒนาในทางที่ดีขึ้น มีการเพิ่มบุคลากรด้านสุขภาพด้านต่าง ๆ มากขึ้น

ค่าใช้จ่ายในด้านสุขภาพยังมีปัญหาความไม่สมดุล ดังนั้นในปี ค.ศ. 1997 มี The Balance Budget Act ควบคุมการใช้จ่ายสุขภาพ รวมทั้งผู้สูงอายุโดยกำหนดให้สำเร็จภายในปี ค.ศ. 2002 ปี ค.ศ.1998 มี The Minimum Data Set (MDS) ซึ่งเป็น comprehensive resident assessment tool ใช้ประเมินผู้สูงอายุแรกรับเข้ารักษาในโรงพยาบาลและเมื่อมีการเจ็บป่วย เป็นการประเมินความสามารถผู้สูงอายุก่อนเข้าสู่ภาวะทุพพลภาพและภาวะเสื่อม เพื่อการให้บริการให้ผู้สูงอายุ ปัจจุบันประเทศสหรัฐอเมริกาเป็นนโยบาย จะทำให้ประเทศเป็นสังคมของคนทุกวัยและกำหนดให้เดือนพฤษภาคม ปี ค.ศ. 2002 เป็นเดือนของผู้สูงอายุ ความที่สหรัฐอเมริกาเมืองคิรทางด้านเอกชนที่เข้มแข็ง การดำเนินงานที่สำคัญจึงเกิดจากการผลักดันของภาคเอกชนและการที่ต่างรัฐต่างจัดการบริหารของตนเองนโยบายหลักที่ได้รับจากรัฐบาลกลางจึงถูกประยุกต์ตามกฎหมายของแต่ละรัฐ ดังนั้นจึงมีความหลากหลายในกลไกขับเคลื่อน การที่ประเทศมีการพัฒนาระบบประกันสังคมมาก่อน ทำให้ระบบนี้เข้มแข็ง และมีครอบคลุมการประกันในทุกด้าน ประกอบกับมีแนวคิดที่ถือเป็นความรับผิดชอบของบุคคลที่จะต้องประกันความมั่นคงของตนเอง ระบบบริการสำหรับผู้สูงอายุจึงผูกพันกับระบบประกันซึ่งประชาชนเข้าถึงง่าย

ประเทศอังกฤษ ประเทศนี้เข้าภาวะประชากรสูงอายุมาตั้งแต่ ศตวรรษที่ 19 นโยบายและกฎหมายสำหรับผู้สูงอายุมาจากแนวคิดความมั่นคงด้านการเงิน จึงเริ่มด้วยระบบประกันรายได้ โดยมี Old Age Pension Act ในปี ค.ศ. 1908<sup>6</sup> ทำให้มีระบบบำนาญของรัฐเกิดขึ้นแต่ไม่ครอบคลุมประชากรทั้งหมด หลังจากนั้นในปี ค.ศ. 1911 มี National Insurance Act เพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และใช้เวลาต่อมาอีก 35 ปีในการพัฒนาให้ครอบคลุมประชากรทั้งหมดซึ่งรวมผู้สูงอายุด้วย โดยมี National Health Service เป็นองค์กรหลักของรัฐรับผิดชอบให้บริการทางสุขภาพและสังคม โดยการร่วมรับผิดชอบของ Department of Health (DOH) และ Department of Social Service (DSS)

ช่วงปี ค.ศ.1989 - 93 มีนโยบายขยายบริการไปยังชุมชน และเพื่อให้เกิดผลการปฏิบัติมี Community Care Act ออกมาควบคุม มีผลให้เกิดการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ มีการปรับระบบบริการสุขภาพแห่งชาติให้เอกชนมีส่วนร่วมมากขึ้น แยกผู้ซื้อและผู้ให้บริการ ปี ค.ศ. 1999-2000

การปฏิรูประบบสุขภาพและสังคมดำเนินอย่างกว้างขวาง โดยความร่วมมือจากทุกภาคส่วน มีการใช้ข้อมูลทางวิชาการสนับสนุนการกำหนดแผนต่าง ๆ ที่สำคัญคือมี Principle of NHS Plan เป็นหลักการสำคัญของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ซึ่งเป็นผลให้เกิดกรอบการบริการแห่งชาติสำหรับผู้สูงอายุ (National Service Framework for Older People) ในปี ค.ศ. 2001 นับว่าเป็นนโยบายเฉพาะผู้สูงอายุที่ชัดเจนแม้จะภายหลังประเทศอื่นมาก

กรอบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุแห่งชาติ มีมาตรฐานการดูแล 8 มาตรฐาน แต่ละมาตรฐานได้มาจากการศึกษา การให้ข้อคิดเห็นเสนอแนะของบุคคลที่มีความเชี่ยวชาญ และเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุโดยตรงมาตรฐานจึงมีจุดเด่นในเรื่องการตอบสนองความต้องการหรือปัญหาที่แท้จริง และครอบคลุมทั้งด้านกาย จิตใจสังคมและจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ จุดเด่นของมาตรฐานอีกประการหนึ่งคือ ในแต่ละมาตรฐานจะมีการกำหนดรูปแบบบริการที่จะจัดให้มีแนวทางการนำไปปฏิบัติ มีการกำหนดงบประมาณที่จะใช้ และเกณฑ์ในการประเมินผลอย่างชัดเจน กำหนดระยะเวลาการดำเนินการตามแผนไว้อย่างชัดเจน ประเด็นที่น่าสนใจของกลไกการเมืองของประเทศนี้คือ การกำหนดนโยบายหรือมาตรฐานเพื่อใช้เป็นเข็มทิศนี้ มีการฟังเสียงประชาชน มีการใช้หลักวิชาการ และมีการให้ผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดทำมาตรฐาน เพื่อให้เป็นมาตรฐานที่สมบูรณ์และเกิดผลดีกับทุกฝ่าย นอกจากนี้ มาตรฐานยังเป็นการผสมผสานงานบริการ สุขภาพและบริการสังคมเข้าด้วยกัน โดยมีหัวเรือใหญ่ คือ NHS รับผิดชอบ ซึ่งเท่ากับว่ารัฐมีแนวคิดว่าจะบบบริการทั้งสองนี้ต้องควบคู่ประสานกันจึงเกิดประสิทธิผล และกลไกอย่างหนึ่งที่น่าเรียนรู้คือ รัฐสนับสนุนการศึกษานำร่องในบางโครงการเพื่อให้ได้แนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจน ก่อนขยายการดำเนินการไปครอบคลุมทั้งหมด ประเทศสิงคโปร์ ก่อนปี ค.ศ.1970 รัฐมีแนวคิดให้สวัสดิการโดยยังไม่มีการพัฒนาผู้สูงอายุ แนวคิดการพัฒนาเริ่มตั้งแต่ปี ค.ศ.1970 โดยผนวกแนวคิดการทำให้สังคมเห็นคุณค่าผู้สูงอายุ รวมไปถึงให้ผู้สูงอายุเห็นคุณค่าของตนเอง ปี ค.ศ.1980 ประเทศสิงคโปร์เริ่มตระหนักถึงปัญหาผู้สูงอายุที่จะเกิดขึ้น แม้ในขณะนั้นประเทศยังไม่เข้าสู่ภาวะประชากรผู้สูงอายุ มีการสำรวจปัญหาของผู้สูงอายุที่จะเกิดขึ้นในทุกด้าน ผลพวงที่ตามมาคือมี Inter-Ministerial Committee (IMC) on the Aging Population มีการจัดทำนโยบาย แผนงาน มาตรการและโปรแกรมต่าง ๆ สำหรับผู้สูงอายุ ครอบคลุมเรื่องการขยายอายุเกษียณ (จาก 55 ปี เป็น 60 ปี) การจ้างงานและค่าจ้างผู้สูงอายุ การสร้างทัศนคติที่ดีต่อการเป็นผู้สูงอายุ การจัดเตรียมที่พักและสิ่งแวดล้อม ศึกษาการจัดบริการด้านสุขภาพให้กับผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ และการลดภาษีให้แก่ครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งจะเห็นว่ามีแนวคิดในเรื่องการประกันรายได้ การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีอาชีพมีรายได้และมีคุณค่า รวมถึงเริ่มคิดถึงการดูแลระยะ



ยาวตลอดจนการเตรียมผู้ให้การดูแลด้วย การดำเนินงานเหล่านี้ขึ้นอยู่กับความรับผิดชอบของ National Council on Family and Aged (NACFA) ภายใต้ Ministry of Community Development and Sport (MCDS) และมีองค์กรเอกชนที่สำคัญคือ Voluntary Welfare Organization หรือ VWOs ร่วมมือประชาชนในประเทศมีความกังวลในปัญหาสุขภาพและสังคมของประชากรสูงอายุที่จะเพิ่มขึ้นจึงมีการเคลื่อนไหวให้มีกฎหมาย Maintenance of Parent Act เพื่อป้องกันการทอดทิ้งบิดามารดา และให้สิทธิดำเนินการลงโทษบุตรที่ทำทารุณกรรมบิดามารดาตนเอง ในปี ค.ศ.1996 และมี Advanced Medical Direct Act ที่ย้ำสิทธิมนุษยชนของผู้สูงอายุ โดยให้สามารถแสดงเจตจำนงล่วงหน้าในการเลือกรับหรือปฏิเสธการรักษาได้ (ระยะสุดท้าย) สำหรับแผนการดำเนินงานผู้สูงอายุใน ค.ศ. 2000-05 ซึ่งจัดทำโดย IMC on the Aging Population เป็นการดำเนินงานที่เน้นให้สังคมมีส่วนร่วม โดยเฉพาะครอบครัว และเน้นการยังประโยชน์ของผู้สูงอายุมากขึ้น โดยการพัฒนางานมีแนวคิดหลัก คือ *Heart ware* เน้นการปรับบทบาทผู้สูงอายุในสังคม โดยทำให้สังคมและผู้สูงอายุมีทัศนคติต่อการเป็นผู้สูงอายุในทางที่ดี และก่อประโยชน์ *Soft Ware* เป็นการปรับโครงสร้างภายในที่เอื้อต่อการบริการที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ เช่นมี multi-service center มีกิจกรรมการสนับสนุนครอบครัวในสามารถดูแลผู้สูงอายุได้ *Hard ware* เป็นการปรับโครงสร้างวัตถุด้านสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัยขนส่งสาธารณต่าง ๆ ให้ความสะดวกและเอื้อให้ผู้สูงอายุสามารถอยู่ในชุมชนได้จะเห็นได้ว่านอกจากแนวคิดเรื่องการประกันรายได้แล้ว ประเทศสิงคโปร์เน้นการพัฒนาผู้สูงอายุให้สามารถดูแลตัวเองได้เป็นหลัก เสริมด้วยการดูแลโดยครอบครัวและชุมชน โดยรัฐจะอำนวยความสะดวกและให้การดูแลโดยผู้สูงอายุ ครอบครัวและชุมชนเกิดประสิทธิผลมากที่สุด กลไกการเมืองของประเทศพัฒนานโยบายจากการตระหนักในปัญหา โดยการมีส่วนร่วมของประชาชนและองค์กรอาสาสมัคร เช่น VWOs และการมีหน่วยงานรัฐที่เข้มแข็งดำเนินการโดยเฉพาะเช่น NACFA ภายใต้ MCDS ที่นำแผนงานสู่ปฏิบัติ

ประเทศไทย มีนโยบายให้บริการและสวัสดิการสังคมแก่ผู้สูงอายุมานานกว่า 40 ปี โดยมีการจัดตั้งสถานสงเคราะห์คนชรา ครั้งแรกในปี พ.ศ.2496 แนวคิดของนโยบายของผู้สูงอายุไทยระยะแรก เป็นการสร้าง *ความนิยม* ให้ผู้นำ และเห็นผู้สูงอายุเป็น *กลุ่มบุคคลผู้พึงสงเคราะห์* แม้ต่อมากำหนดนโยบายและแผนพัฒนาประเทศจะถูกจัดทำโดยสภาเศรษฐกิจแห่งชาติ หรือสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติในปัจจุบัน สาระในแผนพัฒนาฉบับที่ 1 ถึง 4 (พ.ศ.2504-2524) นอกจากไม่มีแผนการให้บริการเฉพาะผู้สูงอายุชัดเจนแล้ว ผู้สูงอายุก็ยังเป็น *บุคคลด้อยโอกาสที่รัฐต้องให้การสงเคราะห์คุ้มครอง* หรือไม่ก็เป็น *กลุ่มผู้มีปัญหา*



ทางสังคมและกลุ่มเป้าหมายพิเศษ (ในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 4) ซึ่งหมายถึงรัฐต้องให้การสงเคราะห์ตามปัญหา แต่รัฐเองไม่สามารถจัดบริการได้ครอบคลุม จึงเริ่มมีนโยบายให้เอกชนเข้ามาร่วมจัดบริการในช่วงของแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 4 ประเทศไทยเริ่มให้ความสนใจผู้สูงอายุมากขึ้น และการได้เข้าร่วมประชุมใน World Assembly on Aging (ค.ศ 1982) โดยเริ่มที่ปี พ.ศ. 2532 กระทรวงสาธารณสุขได้จัดตั้งคณะกรรมการเฉพาะกิจเรื่องผู้สูงอายุขึ้น เพื่อขานรับข้อเรียกร้องขององค์การสหประชาชาติ ปี ค.ศ. 1990 มีคณะทำงานและคณะกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุขึ้น โดยมีหน้าที่ดำเนินกิจกรรมด้านส่งเสริมสนับสนุนหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ให้ดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ เกี่ยวกับผู้สูงอายุ และในปี พ.ศ. 2535 ได้จัดตั้งคณะอนุกรรมการประสานงานบริการสุขภาพผู้สูงอายุขึ้น เพื่อทำหน้าที่รับผิดชอบประสานโครงการในการบริการสุขภาพของผู้สูงอายุทั้งภาครัฐและเอกชน มีการดำเนินงานที่สำคัญ คือ มีการวางแผนสำรวจและกำหนดเป้าหมายจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาล-สถานพยาบาลทั่วประเทศ มีการจัดทำแผนงานโครงการโรคไม่ติดต่อในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 6 และทำให้มีการจัดทำแผนผู้สูงอายุระยะยาวขึ้น (พ.ศ. 2525-2544) แผนนี้ล่วงมาจนสิ้นแผน ยังไม่สามารถทำให้เกิดผลในทางปฏิบัติได้ แต่ผลพลอยได้คือ ในการจัดทำแผนพัฒนาฯ ตั้งแต่ฉบับที่ 5 ผู้สูงอายุได้รับความสนใจ และมีคุณค่ามากขึ้น แต่ในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 5-6 (พ.ศ.2525-2534) ก็ยังไม่ปรากฏนโยบายและแผนงานสำหรับผู้สูงอายุชัดเจน ผู้สูงอายุถูกจัดเป็นส่วนในครอบครัว ถ้าหากครอบครัวมีคุณภาพดีผู้สูงอายุจะได้ผลพวงตามไปด้วย

แผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 7 มีนโยบายให้ครอบครัวช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ มีการให้ความรู้และความเข้าใจผู้สูงอายุและผู้ที่จะเข้าวัยสูงอายุ ในการจัดทำแผนของกระทรวงสาธารณสุขที่บรรจุไว้ในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 7 (พ.ศ.2535-2539) ได้กำหนดนโยบายด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในแผนงานที่สำคัญ 4 แผนงาน คือแผนงานการบริการสาธารณสุข แผนงานส่งเสริมสุขภาพ แผนงานพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ และแผนงานสวัสดิการสาธารณสุขและประกันสุขภาพ และแผนงานนี้ปรากฏต่อเนื่องมาในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 8 และฉบับที่ 9 ด้วย แต่มีข้อจำกัดหลายประการทำให้ไม่บรรลุตามแผน ซึ่งรัฐเห็นว่าแผนผู้สูงอายุระยะยาวนั้นไม่เกิดผล จึงขับเคลื่อนงานผู้สูงอายุด้วยการจัดทำนโยบายและมาตรการผู้สูงอายุระยะยาว (ปี พ.ศ. 2535-2554) ผู้สูงอายุจึงได้สวัสดิการรักษาพยาบาลฟรี ภายใต้ระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการสงเคราะห์ผู้สูงอายุ ด้านการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2535 และผู้สูงอายุที่ยากจนและไม่มีญาติ มีสวัสดิการเบี้ยยังชีพ ภายใต้ระเบียบกรมประชาสงเคราะห์ว่าด้วยการจ่ายเงินอุดหนุนกองทุนส่งเสริมสวัสดิการผู้สูงอายุ และครอบครัวในชุมชน พ.ศ. 2539 และผู้สูงอายุที่เป็นลูกจ้างและผู้ประกันตนตามพระราชบัญญัติ

ประกันสังคม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2537 ได้ผลประโยชน์จากการประกันสุขภาพ จากแผนพัฒนาฯ 1 ถึง 7 หรือ 35 ปี ประเทศไทยกำหนดนโยบายและแผนตามปัญหาและสถานการณ์ และเน้นที่การสงเคราะห์มาโดยตลอด ภาพผู้สูงอายุที่มีศักยภาพมีความสามารถและมีความสำเร็จในชีวิตมีน้อย แผนผู้สูงอายุแห่งชาติเป็นเพียงนโยบายและแผนที่เขียนไว้ ขาดกลไกขับเคลื่อนแผนไปสู่การปฏิบัติ แม้จะแก้ไขด้วยการออกนโยบายและแผนงานสำหรับผู้สูงอายุมาช้บงานของผู้สูงอายุก็ยังขับเคลื่อนได้ช้า

ในพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 เป็นช่วงที่มีการเตรียมแผนผู้สูงอายุระยะยาว มีการระดมแนวคิดจากทุกภาคส่วน มีการใช้วิชาการเป็นฐานมีแผนยุทธศาสตร์ มีการกำหนดแนวคิดพื้นฐานทั้งปรัชญา วิสัยทัศน์ วัตถุประสงค์ มาตรการ ผู้รับผิดชอบดัชนีชี้วัด และเป้าหมายที่ชัดเจน รวมทั้งยังมีมาตรการในการติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง มีกำหนดการประเมินและปรับปรุงแผนทุก 5 ปี จัดเป็นนโยบายและแผนที่เสนอแนวคิดที่ชี้้นำการดำเนินงานที่ทันการณ์ กับสถานการณ์ผู้สูงอายุที่เปลี่ยนแปลงและถือว่าเป็นแผนที่สมบูรณ์พร้อมจะประกาศใช้ต่อจากแผน 1 แทบจะกล่าวได้ว่างานด้านผู้สูงอายุเริ่มเดินหน้าจริงจัง ตั้งแต่ปีสากลว่าด้วยผู้สูงอายุหรือ 4-5 ปีหลังนี้โดยมีกลไกทางด้านวิชาการที่เข้มแข็ง เป็นตัวกระตุ้นให้กลไกสังคม และกลไกการเมืองร่วมขับเคลื่อน

ปัจจุบันประเทศไทยยังไม่มีกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับสวัสดิการผู้สูงอายุเป็นการเฉพาะ แม้จะถูกระบุไว้ให้จัดทำในปฏิญญาผู้สูงอายุไทย กฎหมายที่มีอยู่เช่นประมวลกฎหมายอาญา หมวดที่ว่าด้วยความผิดฐานทอดทิ้งคนชรา ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ หมวดที่ว่าด้วยสิทธิและหน้าที่ของบิดามารดาและบุตรพระราชบัญญัติบำเหน็จบำนาญข้าราชการ พระราชบัญญัติประกันสังคม ที่มีกรณีประกันสุขภาพ เป็นเพียงแทรกอยู่ตามกฎหมายอื่นเท่านั้น จึงไม่เอื้อประโยชน์แก่ผู้สูงอายุเท่าที่ควร

การเห็นความสำคัญของการมีกฎหมายสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุของรัฐสะท้อนได้จากการมีบทบัญญัติส่วนที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ในรัฐธรรมนูญมาตราที่ 54 ที่ให้ความหมายว่า รัฐหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จะต้องดำเนินการบัญญัติกฎหมายและกำหนดมาตรการทางกฎหมายเกี่ยวกับผู้สูงอายุให้ สอดคล้องกับมาตรา 54 ในรัฐธรรมนูญ จนในปัจจุบันได้มีพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ เพื่อรวบรวมกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุให้ครบถ้วนไว้ในฉบับเดียว ชื่อว่าพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ ปี 2546

เมื่อพิจารณาจะเห็นว่ารัฐมีเจตจำนงจะทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพ แต่ด้วยแนวคิดที่เห็นผู้สูงอายุเป็นบุคคลด้อยโอกาส นโยบายและแผนงานในช่วงต้นจึงออกมาในเชิงให้การสงเคราะห์

เพื่อการกุศล ขาดแนวคิดการพัฒนาและความเป็นธรรมในสังคม ระบบบริการและหลักประกันด้านสุขภาพจะดำเนินการไปได้ดี ด้วยแผ่รวมไปกับระบบบริการสุขภาพของประชาชนทุกกลุ่ม โดยกระทรวงสาธารณสุข ในขณะที่บริการด้านสังคมยังจำกัดขาดการมององค์รวมในการพัฒนา

ระบบบริการสุขภาพที่ถือว่าค่อนข้างดีมีปรากฏ ก็ยังไม่มี ความเข้มแข็งและจำเพาะต่อผู้สูงอายุ ถึงจะอ้างว่ามีคลินิกผู้สูงอายุ ตั้งแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 1 แต่บริการสุขภาพของผู้สูงอายุก็คืบคลานมาอย่างเชื่องช้าระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุถูกขับเคลื่อนอีกครั้งในช่วงปลายแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7 หรือในปี พ.ศ.2534 โดยมีการจัดสรรงบประมาณ สำหรับบริการทางการแพทย์และผู้สูงอายุอย่างเหมาะสม มีการจัดตั้งศูนย์ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จัดทำบัตรประจำตัวผู้สูงอายุ มีนโยบายจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ และชมรมผู้สูงอายุในทุกโรงพยาบาล แต่จนถึงปัจจุบันก็ยังไม่ครบถ้วนในทุกโรงพยาบาล และในปี พ.ศ.2535 มีการจัดตั้งสถาบันพัฒนาสุขภาพและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุขึ้นในกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ทำหน้าที่เป็นหน่วยงานหลักในการกำหนดแนวทางปฏิบัติงานและประสานงานการดำเนินงานในกระทรวงสาธารณสุข ผลของการเคลื่อนไหวของสถาบันทำให้รัฐบาลประกาศนโยบาย ให้มีการส่งเสริมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยให้ได้รับบัตรส่งเสริมสุขภาพในการรักษาพยาบาลอย่างทั่วถึง

การขยายมโนทัศน์ด้านสุขภาพ ทำให้ต้องมองสุขภาพควบคู่กับสังคม การบริการและสวัสดิการด้านสังคม ซึ่งกรมประชาสงเคราะห์เป็นผู้รับผิดชอบหลัก มีกระทรวงศึกษาธิการรับผิดชอบด้านการศึกษาของผู้สูงอายุ ดูจะเป็นปัญหาหนักเพราะขอบข่ายงานกว้างขวาง ด้วยเป็นระบบบริการที่สนับสนุนให้ผู้สูงอายุดำรงอยู่ได้อย่างมีศักดิ์ศรี บริการทางสังคมแม้จะอ้างว่ามีมาแล้วกว่า 40 ปี และแม้กรมประชาสงเคราะห์จะได้จัดบริการในระดับชุมชน ในปี พ.ศ.2521 ที่เรียกว่า ศูนย์บริการผู้สูงอายุ อันเป็นบริการทางสังคมในระดับชุมชนประเภทแรก แต่ก็เป็นแนวคิดสงเคราะห์ และน้ำหนักส่วนใหญ่เน้นบริการในสถาบัน และเนื่องจากระบบการเงินคลังไม่อำนวยแหล่งที่ตั้งศูนย์ไม่อำนวยการดำเนินงานประสบปัญหาทั้งทางด้านงบประมาณ บุคลากร การบริหารจัดการ และความซับซ้อนรุนแรงของปัญหาสังคม การบริการสังคมระดับส่งผลให้ ยังไม่สามารถตอบสนองได้ทั้งหมด ทำให้ปริมาณและแหล่งที่ตั้งสถานสงเคราะห์ไม่สอดคล้องกับบริบทและจุดมุ่งหมายที่ต้องการ การจัดบริการทางสังคมขยายจากสถาบันเข้าสู่ชุมชนมากขึ้น ในปัจจุบันเริ่มมีเชิงรุกเข้าสู่ชุมชนจริงจัง นอกจากศูนย์บริการผู้สูงอายุเดิมแล้ว มีการตั้งศูนย์บริการทางสังคมในรูปแบบการให้บริการอิสระที่แยกจากสถานสงเคราะห์ ให้บริการดูแลกลางวัน และที่พักรั่วคราว รวมทั้งขยายบริการเคลื่อนที่ของสถานสงเคราะห์ออกไปในชุมชนต่าง ๆ มากขึ้น

รัฐบาลโดยความร่วมมือของสมาคมสภาผู้สูงอายุฯ มีความพยายามใช้ชมรมผู้สูงอายุเป็น ศูนย์จัดกิจกรรมส่งเสริมและพัฒนาผู้สูงอายุ แต่การปฏิบัติไม่เกิดผลตามเป้า เพราะความไม่เข้าใจ แนวคิดของผู้จัดตั้งและของผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุไม่รู้สึกรู้สึกเป็นเจ้าของชมรมอย่างแท้จริง จึงขาดความร่วมมือกัน ซึ่งสืบเนื่องจากกลไกบริการแบบสั่งการ และขาดการสร้างทัศนคติที่ดีให้ผู้สูงอายุ นั้นเอง ผู้ทรงคุณวุฒิถึงกับกล่าวว่าชมรมผู้สูงอายุล้มเหลวเพราะ ผู้สูงอายุยังมีทัศนคติต่อความ ชราในทางที่ไม่เกิดประโยชน์ยังขาดความคิดริเริ่ม รอรับการชี้แนะ หรือรอการช่วยเหลือหรือพึ่งพา หน่วยงานที่ก่อตั้ง

รัฐมีนโยบายดำเนินระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าใน ปี พ.ศ. 2544 ซึ่งก็คล้ายกับรัฐบาล ของทุกประเทศที่ใช้การปฏิรูประบบบริการสุขภาพ เป็นกลไกหนึ่งในการเพิ่มประสิทธิภาพและ คุณภาพบริการ สุขภาพและละค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่มีราคาแพงโดยไม่จำเป็น หลักของการ ปฏิรูประบบบริการสุขภาพของประเทศต่าง ๆ คือ

- 1) ขยายความหมายของ “สุขภาพ” ให้มีขอบเขตที่กว้างขึ้นให้ครอบคลุมมิติต่าง ๆ ด้าน สุขภาพ
- 2) ปรับแนวคิดเป็นการสร้างนำซ่อมสุขภาพ
- 3) เน้นการดูแลในครอบครัวและชุมชน มากกว่าในสถาบันบริการ
- 4) ให้ผู้ใช้บริการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ เกี่ยวกับทางเลือกและนโยบายสุขภาพมากขึ้น
- 5) กระจายอำนาจ จากส่วนกลางสู่องค์กรท้องถิ่นมากขึ้น
- 6) วางแผนพัฒนาบุคลากรในวิชาชีพที่ขาดแคลน
- 7) ส่งเสริมให้มีระบบ และองค์กรบริหารจัดการ
- 8) เพิ่มงบประมาณการวิจัย ระบบบริการสุขภาพ โดยเฉพาะในการให้บริการเทคโนโลยีการ ประเมินโครงการและแผนงาน และระบบสารสนเทศ

การปฏิรูประบบสุขภาพของไทยคาดว่าจะทำให้มีกระจายการบริการ รวมถึงการดูแล ผู้สูงอายุให้ถึงชุมชนและใกล้บ้านมากขึ้น ผ่านระบบการดูแลสุขภาพโดยทั่วไปและการดูแลที่ จำเพาะสำหรับผู้สูงอายุ ส่งเสริมระบบการดูแลแบบปฐมภูมิ และเน้นการดูแลโดยครอบครัวและ ชุมชน มีระบบส่งต่อในระดับทุติยภูมิและตติยภูมิแต่การปฏิรูปต้องพิจารณาผลกระทบอย่างอื่น ด้วย เช่นที่ Chappell วิจัยการปฏิรูปของสหรัฐอเมริกาว่าการปฏิรูปนั้นเป็นเพียงทำให้มีการ เปลี่ยนแปลงระบบบริการ แต่ไม่ได้สะท้อนว่าจะเป็นบริการที่เหมาะสมและผู้สูงอายุจะสามารถ เข้าถึงบริการได้มากขึ้น เพราะนอกจากจะไม่มีมีการกระจายกองทุนด้านสุขภาพและ social care ไปยังชุมชน (community care) แล้ว กลับมีผลทำให้เกิดการขยายตัวของ medical care ใน

ระดับปฐมภูมิและเกิดระบบการรักษาในสถาบันแบบใหม่เพิ่มขึ้นคือ post-acute care ซึ่งได้งบประมาณส่วนนี้ไป เกิดภาพการจำหน่ายผู้ป่วยที่เร็วแต่อาการหนัก (quicker but sicker) มากกว่าจะเป็นการกระจายบริการที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ คือ บริการสุขภาพและบริการสังคม และกระจายงบประมาณสู่การดูแลที่บ้านและชุมชนเพิ่มขึ้น

ในการปฏิรูประบบสุขภาพจำเป็นต้องมีการกระจายอำนาจจากส่วนกลางสู่ท้องถิ่น รัฐบาลจึงดำเนินการจัดทำพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และให้หน่วยงานในส่วนท้องถิ่นเป็นผู้ให้การส่งเสริมและพัฒนาคูณภาพผู้สูงอายุ ซึ่งอาจเกิดปัญหาเรื่องความชัดเจนของการบริหารงาน โดยเฉพาะงานสวัสดิการว่าหน่วยงานใดจะรับผิดชอบ ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิที่มีประสบการณ์ด้านการสวัสดิการมานาน แสดงความวิตกกังวลทั้งปัญหาความไม่ชัดเจนในความรับผิดชอบและประสิทธิภาพของกลไกการเมืองระดับท้องถิ่นในการจะสนองนโยบายด้านสวัสดิการผู้สูงอายุ และเสนอว่าต้องมีระบบพี่เลี้ยงในการดำเนินงานระยะแรก นอกจากนี้ในอนาคตตามหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า รัฐจะต้องรับภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมาก โดยเฉพาะในการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลระยะยาว ภาระนี้จะสร้างความกังวลและอาจมีนโยบายลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ลดการใช้เทคโนโลยีการแพทย์ และลดค่าใช้จ่ายการรักษาในสถาบันลง คำถามคือการปฏิรูประบบบริการสุขภาพนี้มีผลกระทบต่อผู้สูงอายุหรือไม่ ด้านความสะดวกในการใช้บริการ คุณภาพและ ประสิทธิภาพ และการเข้าถึงบริการ โดยไม่ขึ้นกับข้อจำกัดของความสูงอายุ ฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม

การดำเนินการของกลไกการเมืองตลอดเวลาที่ผ่านมา สรุปได้ว่าหลักประกันของผู้สูงอายุที่มั่นคงคือหลักประกันด้านสุขภาพที่ให้การรักษายาบาลฟรี และภายใต้การปฏิรูปสุขภาพก็ไม่มีผลกระทบ กลับมีการกำหนดสิทธิไว้ชัดเจนกว่าเดิม แต่การรวมกองทุนข้าราชการเข้ากับกองทุนประกันสุขภาพถ้วนหน้า อาจทำให้สิทธิของผู้สูงอายุที่ได้สิทธิข้าราชการถูกลดให้ได้สิทธิประโยชน์ขั้นพื้นฐานเท่านั้น สำหรับหลักประกันมั่นคงด้านอื่นเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศต่าง ๆ จะเห็นว่าอ่อนด้อยมากในเรื่องหลักประกันด้านการเงิน รัฐมีสวัสดิการเบี้ยยังชีพให้กับผู้สูงอายุที่ยากจนเพียงแค่ประทังชีวิตและยังไม่ถึงผู้ยากจนที่แท้จริง และแม้จะมีการเริ่มดำเนินการในเรื่องประกันสุขภาพแต่ใช้เวลานานกว่าจะออกผล และยังไม่ประกันความพอเพียงของรายได้หลังเกษียณหรือเมื่อสูงอายุ อีกทั้งยังไม่ครอบคลุมประชากรสูงอายุทั้งหมด เพราะส่วนใหญ่ผู้สูงอายุอยู่ในชนบทและอยู่ในภาคเกษตรกรรมที่ปีกของระบบประกันยังขยายไปไม่ถึง หลักประกันด้านที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อม ด้านความปลอดภัยและสิทธิมนุษยชน ด้านผู้ดูแล และด้านการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร ปรากฏเป็นนโยบายและแผน และรอกกลไกการจัดการให้เกิดผลทางปฏิบัติ

## 2) กลไกความรู้

นักวิชาการสาขาวิชาต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ได้เข้ามามีส่วนร่วมที่สำคัญในการศึกษาสถานการณ์ปัญหาพื้นฐานของผู้สูงอายุ ระบบบริการสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ รวมทั้งศึกษาทางเลือกที่ฟังจะเป็นไปได้ โดยร่วมกับกลไกทางการเมืองและกลไกสังคม การขับเคลื่อนกลไกนี้จะช่วยประสานความเข้าใจผู้สูงอายุและประสานความร่วมมือให้กับทุกฝ่าย ทุกประเทศที่ศึกษาให้ความสำคัญกับการศึกษาวิจัย และสารสนเทศ ด้านผู้สูงอายุ ว่ามีความจำเป็นต่อการกำหนดนโยบาย ซึ่งมีการดำเนินการวางแผนอย่างเป็นระบบและมีความเป็นเอกภาพ แตกต่างกันตามลักษณะโครงสร้างของแต่ละประเทศ นอกจากนี้ความเจริญก้าวหน้าทางด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ ยังช่วยให้การสื่อสาร แลกเปลี่ยนข้อมูลทั้งภายในประเทศและกับนานาชาติ มีความรวดเร็วยิ่งขึ้นช่วยให้การปรับเปลี่ยนแผนทำได้รวดเร็วและเป็นรูปธรรมที่ชัดเจน ในที่นี้จะนำเสนอในบางประเด็น

ประเทศไทยการขับเคลื่อนกลไกความรู้ด้านผู้สูงอายุในระยะแรก เป็นรูปแบบการศึกษาร่วมกันเพื่อพัฒนาวิธีการรักษาโรค รวมทั้งการให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุและบุคคลทั่วไป โดยหลังจากการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ สมาชิกมีการประชุมครั้งแรกเรื่องสุขภาพผู้สูงอายุ และดำเนินต่อเนื่องในลักษณะให้ความรู้ด้านสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจแก่ผู้สูงอายุและบุคคลทั่วไป และมีการฝึกอบรมความรู้เกี่ยวกับการทำงานกับผู้สูงอายุให้แก่บุคลากรที่เกี่ยวข้อง กลไกความรู้ด้านผู้สูงอายุเริ่มอีกครั้งอย่างเข้มแข็ง ใน ปี พ.ศ. 2524 จากการสัมมนาระดับชาติ ครั้งที่ 1 เรื่อง การบริการสุขภาพผู้สูงอายุ โดยกรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข ที่เป็นการประชุมวิชาการที่ได้รวบรวมความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับผู้สูงอายุ การจัดบริการปัญหาอุสรรคต่าง ๆ จากผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย และใช้เป็นแนวทางในการวางแผนระยะยาวผู้สูงอายุแห่งชาติ และเป็นแผนแม่บทในการทำแผนปฏิบัติการของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และในปีเดียวกันนี้มีการจัดสัมมนาวิชาการเรื่อง บทบาทขององค์กรต่าง ๆ ในการวางแผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุแห่งชาติ ซึ่งถือว่าการขับเคลื่อนกลไกความรู้ได้รับอิทธิพลเสริมจากกระแสโลก คือ การประชุม World Assemble on Aging ครั้งที่ 1 ที่กรุงเวียนนา ที่ชี้ให้เห็นความสำคัญของผู้สูงอายุและปัญหาของผู้สูงอายุในอนาคตและให้แผนปฏิบัติการนานาชาติเกี่ยวกับผู้สูงอายุให้ประเทศต่าง ๆ นำไปสานต่อในประเทศของตน นักวิชาการของประเทศไทยหลายคนเข้าร่วมประชุม ได้แนวคิดหลักการจากการประชุม มาเป็นผู้นำในการดำเนินการขับเคลื่อนงานด้านวิชาการและบริการ ผลพวงที่ได้ คือ มีคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ (พ.ศ. 2525) ที่จัดทำแผนผู้สูงอายุแห่งชาติระยะยาวฉบับแรก (พ.ศ.2525-2544) แต่ผลงานส่วนใหญ่ออกมาเป็นนโยบาย และไม่สามารถผลักดันให้เกิดเป็นรูปธรรม ความที่กลไกด้านความรู้ของประเทศยังขาดพลังข้อมูลด้านประชากรผู้สูงอายุ และองค์

ความรู้ในการจัดทำแผนฯ การประสานพลังอื่นจึงไม่สมบูรณ์แต่ก็เป็นจุดเริ่มให้มีการศึกษาด้านผู้สูงอายุอย่างจริงจัง การจัดประชุมวิชาการเป็นการขยายความรู้และระดมข้อมูลจากผู้ที่เกี่ยวข้องและสนใจ หลังการสัมมนาวิชาการระดับชาติครั้งที่ 1 และว่างเว้นถึง 9 ปี ในปี พ.ศ. 2533 มีการสัมมนาระดับชาติครั้งที่ 2 เรื่อง การบริการสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อติดตามผลความก้าวหน้าในการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ ผลจากการประชุมทำให้มีงานด้านผู้สูงอายุหลายอย่างเกิดขึ้น อาทิ การรณรงค์สัปดาห์ผู้สูงอายุปีละครั้ง มีการพัฒนาบุคลากรด้านการสาธารณสุขให้มีความสามารถในการจัดบริการแก่ผู้สูงอายุ โดยมีมติให้บรรจุหลักสูตรการดูแลรักษาผู้สูงอายุไว้ในหลักสูตรทุกระดับ มีการจัดสรรงบประมาณเกี่ยวกับการบริการผู้สูงอายุอย่างเพียงพอ ให้มีการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุให้ครอบคลุมทุกสถานบริการทั้งภาครัฐและเอกชน มีการจัดตั้งสถาบันผู้สูงอายุเป็นสถาบันอิสระและมีคณะกรรมการด้านผู้สูงอายุในระดับกระทรวง เพื่อทำหน้าที่เป็นหน่วยประสานงานให้เกิดการปฏิบัติทั้งในระดับนโยบาย แผน และรับปฏิบัติทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค มีจัดตั้งองค์การผู้สูงอายุทั้งในชุมชนเมืองและในชนบท และให้ผสมผสานกิจกรรมผู้สูงอายุเข้ากับกิจกรรมของกลุ่มเป้าหมายอื่นของชุมชนหลังการจัดตั้งสถาบันพัฒนาสุขภาพและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ให้เป็นสถาบันประสานงานด้านวิชาการและการจัดบริการสุขภาพอนามัยแก่ผู้สูงอายุทั่วประเทศ แล้ว มีการสัมมนาระดับชาติครั้งที่ 3 เรื่องการประสานแผนการบริการสุขภาพผู้สูงอายุ ในปี พ.ศ. 2536 ผลตามมามีมติและข้อเสนอการจัดทำบัตรประจำตัวผู้สูงอายุเป็นแบบเดียวทั่วประเทศ การกำหนดอัตราส่วนเตียงของผู้สูงอายุในโรงพยาบาลที่แน่ชัด มีการพัฒนาความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุและการเตรียมพร้อมเข้าวัยสูงอายุ และกำหนดให้วันที่ 13 เมษายนของทุกปี เป็นวันผู้สูงอายุแห่งชาติ

พัฒนาการกลไกด้านความรู้ ด้านการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ดำเนินการทั้งโดยสถาบันในประเทศ เช่น สถาบันประชากรศาสตร์ และโดยการร่วมกันกับองค์กรต่างประเทศ โครงการวิจัยระดับชาติระยะแรกที่ศึกษาองค์ความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุที่สำคัญ เช่น โครงการวิจัยผลกระทบทางเศรษฐกิจ สังคม และประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย ผลงานที่ได้จากโครงการนี้ถูกนำไปใช้อย่างกว้างขวางทั้งด้านนโยบายและวิชาการ การที่องค์การสหประชาชาติกำหนดให้ปี พ.ศ. 2542 เป็นปีสากลว่าด้วยผู้สูงอายุ ทำให้มีแรงผลักดันวิชาการให้ขับเคลื่อนอย่างแข็งแกร่ง การสำรวจที่สำคัญ เช่น โครงการสำรวจสภาวะผู้สูงอายุในประเทศไทยของสถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย (พ.ศ.2540-2541) ของสถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ การศึกษาด้านผู้สูงอายุต่างทยอยตามกันออกมาที่น่าสนใจคือการก่อตั้งสมาคมพฤฒาวิทยาและเวชศาสตร์เพื่อให้เป็นศูนย์รวมของ



นักวิชาการและผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุทุกสาขา ได้แลกเปลี่ยนความรู้ แนวคิดด้านวิชาการเกี่ยวกับผู้สูงอายุนับว่าเป็นการรวมพล สหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุที่สำคัญ

การจัดประชุมวิชาการเป็นการสร้างฐานความรู้ความเข้าใจเพื่อความร่วมมือในงานผู้สูงอายุเฉพาะปี พ.ศ.2542 มีการประชุมวิชาการระดับชาติที่สำคัญอย่างน้อย 2 ครั้ง คือ โดยกรมประชาสัมพันธ์ร่วมกับ สมาคมพุดชาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย และสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย ในชื่อเรื่อง สู้วัยสูงอายุด้วยคุณภาพ และโดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และคณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติเร็ว บทบาทรัฐ เอกชน องค์กรชุมชนและผู้สูงอายุไทย ในสถานการณ์ปัจจุบันและทิศทางในอนาคต ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2542 เป็นต้นมา สมาคมพุดชาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทยนับว่ามีบทบาทสำคัญในการจัดประชุมวิชาการด้านผู้สูงอายุและยังได้ออกวารสารพุดชาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย เพื่อเป็นแหล่งรวมงานวิชาการด้านผู้สูงอายุไทยและเป็นแหล่งสื่อสารการเคลื่อนไหวของงานผู้สูงอายุ

กลไกด้านความรู้พัฒนาเรื่อยมา โดยได้รับการสนับสนุนการศึกษาหลายด้าน อาทิ ด้านนโยบาย วิชาการ การวิจัย การบริการสุขภาพและบริการสังคม ด้านประชากรศาสตร์ ด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านสังคมศาสตร์ องค์กรที่สำคัญเช่น สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ, สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, สถาบันวิจัยสังคม มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, กองส่งเสริมการวิจัย สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ, คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ, สมาคมพุดชาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทยและวิทยาลัยประชากรศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (สถาบันประชากรศาสตร์) การสนับสนุนการศึกษาระดับปริญญาโทและปริญญาเอกจำนวนมาก โดยเฉพาะระบบสวัสดิการและบริการเพื่อผู้สูงอายุไทยในอนาคต ศ.นพ.สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล สรุปจากงานวิชาการที่สำคัญและน่าเชื่อถือ 33 รายการ ได้ 3 กลุ่ม คือ 1) รายงานการวิจัยอนาคตศึกษาด้านระบบบริการสวัสดิการ 2) รายงานความคิดเห็นด้านระบบของบุคคลและคณะบุคคล 3) รายงานการวิจัยรูปแบบบริการด้านผู้สูงอายุหรือที่เกี่ยวข้องกับประเทศไทย รายงานการศึกษาระดับปริญญาโทและปริญญาเอกต่าง ๆ ถูกนำมาใช้ในการจัดทำแผนระยะยาวฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545 - 2564) ซึ่งกำหนดให้การประมวลและพัฒนาองค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุ และการติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ เป็นยุทธศาสตร์สำคัญ 1 ใน 5 ยุทธศาสตร์ ของแผนฉบับที่สองด้วย แม้แผนนี้จะมีการกำหนดหน่วยงานและผู้รับผิดชอบ และระยะเวลาการประเมินการบรรลุตามเป้าหมายทุก 5 ปี แต่ก็ไม่พบว่ามีการกลไกที่เป็นรูปธรรมที่ชัดเจน ด้านงบประมาณ การบริหารจัดการให้เกิดการวิจัยครบวงจร การจัดทำแผนการวิจัย



ทั้งระบบและเป็นภาพรวมทั้งประเทศที่มีเอกภาพ นอกจากนี้ยังไม่มีองค์กรที่ทำหน้าที่เป็นเวทีกลาง ทั้งในระดับรวมของประเทศ ระดับภูมิภาค และระดับท้องถิ่น ในการประมวลข้อมูลประเด็นสำคัญ เพื่อการเผยแพร่และการนำไปใช้ประโยชน์ ในการพัฒนางานด้านผู้สูงอายุจึงควรเร่งรัดให้มีองค์กรเฉพาะหรือองค์กรที่เป็นศูนย์กลางเชื่อมโยงงานด้านวิจัยผู้สูงอายุทั้งในระดับประเทศ ภูมิภาค และระดับท้องถิ่น เพื่อเชื่อมโยงเครือข่ายข้อมูลและสารสนเทศอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง

### 3) กลไกสังคม

ผู้สูงอายุที่มีจำนวนมากขึ้น ต้องรวมพลังให้มีความเข้มแข็งและเข้ามามีส่วนในการริเริ่มผลักดันให้เกิดการขับเคลื่อน การเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพและหลักประกัน ต้องมีส่วนร่วมในกลไกการเมืองทั้งระดับท้องถิ่นและระดับชาติ กลไกการเมืองจะรวมกลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มผู้สนใจ กลุ่มผลประโยชน์ องค์กรวิชาชีพของทั้งภาครัฐเอกชน และประชาชนและประชาชน ลักษณะกลไกทางสังคมของประเทศที่ศึกษามีดังนี้

#### (1) องค์กรภาครัฐ

โครงสร้างหน่วยงานหลักของรัฐ ที่จัดบริการสุขภาพของแต่ละประเทศ มีโครงสร้างหน่วยงาน แตกต่างกันไปเป็น 3 กลุ่ม ตามลักษณะการแยกส่วนหรือการบูรณาการ โครงสร้างหน่วยงานหลักด้านบริการสุขภาพและด้านสวัสดิการและบริการสังคม เพื่อความเป็นเอกภาพและประสิทธิภาพของการดูแลผู้สูงอายุ คือ

- กลุ่มที่มีการแยกส่วน ของหน่วยงานหลักได้แก่ ประเทศไทย อังกฤษ และสิงคโปร์
- กลุ่มที่มีการบูรณาการปานกลาง เป็นกลุ่มที่รวมงานทั้งสองด้านเข้าด้วยกัน ได้แก่ ประเทศออสเตรเลีย และสหรัฐอเมริกา
- กลุ่มที่มีการบูรณาการมากที่สุด เป็นกลุ่มที่รวมงานทั้งสองด้านเข้าด้วยกัน ร่วมกับหน่วยงานด้านแรงงานและประกันสังคม ได้แก่ ประเทศญี่ปุ่น

ประเทศไทย การดูแลผู้สูงอายุในภาครัฐ ไม่มีหน่วยงานรับผิดชอบเบ็ดเสร็จ แต่ถือได้ว่างานทางการแพทย์มีสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขรับผิดชอบงานด้านสวัสดิการสังคมมีสำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ (สทส.) สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส คนพิการ และผู้สูงอายุ (สท.) กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เป็นหน่วยงานหลัก ซึ่งเป็นการดำเนินการสวนทางกับประเทศญี่ปุ่นที่มีนโยบายบูรณาการงานสามด้านนี้อยู่ในกระทรวงเดียวกัน การจะสร้างหลักประกันความมั่นคงให้กับผู้สูงอายุ หรือแม้ประชาชนทั่วไป ย่อมต้องมีการดำเนินงานที่สัมพันธ์กันของงานด้าน

สุขภาพ ด้านสังคมและเศรษฐกิจ การทำงานแต่ละด้านแยกส่วนรับผิดชอบในแต่ละกระทรวง อาจทำให้การประสานการทำงานติดขัด นำไปสู่การขาดเอกภาพในการทำงาน อันเป็น ปรากฎการณ์ที่เด่นชัดและนำไปสู่ความล้มเหลวในงานด้านผู้สูงอายุในยุคสมัยที่ผ่านมา และหากมี การรวบรัดและไม่รอบคอบในการจัดแบ่งงานความรับผิดชอบในกระทรวงใหม่อีก ย่อมก่อให้เกิด ปัญหาในการบูรณาการระบบบริการสุขภาพและสังคมให้เป็นระบบงานที่ทำให้ประชาชนที่คุณภาพ ชีวิตตามนิยามของคำว่าสุขภาพอย่างแท้จริง ประเทศสิงคโปร์ มีการแยกหน่วยงานหลัก คือ Ministry of Health (MOH) กับ Ministry of Community Development and Sport (MCDS) โดย MOH รับผิดชอบในการส่งเสริม ป้องกัน และฟื้นฟูสุขภาพ จัดทำนโยบายด้านสุขภาพระดับชาติ ที่ครอบคลุมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน และควบคุม มาตรฐานการดูแล ร่วมกับ MCDS ซึ่งเป็นหน่วยงานด้านการพัฒนาผู้สูงอายุที่สำคัญและมีบทบาทมาก ส่วนงานด้านประกันสังคม จะสังกัด Ministry of Labor มีการประกันการรักษายาบาลสำหรับคนวัยทำงาน และมีการ ประกันยามชราภาพ Ministry of Manpower (MOM) รับผิดชอบเกี่ยวกับอาชีพอนามัยของผู้ใช้ แรงงาน และMinistry of Communication & IT ดูแลในเรื่องสวัสดิการสังคม ด้านการโทรคมนาคม ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องการดูแลผู้สูงอายุ และ Ministry of Housing and Land ร่วมดูแลในด้านที่พักอาศัย (housing) แม้จะมีการแยกหน่วยงานรัฐ แต่มี Inter-Ministerial Committee on Health Care for the Elderly เป็นคณะกรรมการระดับชาติในการวางนโยบายด้านผู้สูงอายุแบบบูรณาการที่สำคัญ และมี Voluntary Welfare Organization (VOWs) เป็นองค์กรในการจัดบริการแบบบูรณาการแก่ ผู้สูงอายุ

ประเทศอังกฤษ แยก Department of Health (DOH) และ Department of Social Service (DSS) ออกจากกัน จึงมีการแยกงานทั้งสองด้านคือบริการสุขภาพ และบริการสังคม แม้จะ สังกัดภายใต้หน่วยงานเดียวกันคือ National Health Service (NHS)

ประเทศออสเตรเลีย รวมงานด้านบริการสุขภาพและบริการสวัสดิการสังคมอยู่ใน หน่วยงานเดียวกัน คือ Australia Institute of Health and Welfare (AIHW) โดยมี The Office for Older Australians in the Commonwealth, Department of Health and Aged Care เป็นผู้ดูแล งานด้านผู้สูงอายุที่สำคัญของประเทศ และนำนโยบายสู่การปฏิบัติจัดชุดบริการผู้สูงอายุที่บูรณา การบริการสุขภาพและบริการสังคมรวมอยู่ด้วยกัน

สหรัฐอเมริกา มี Department of Health and Human Service (HHS) เป็นหน่วยงาน ประกันสุขภาพของชาวอเมริกัน และมีหน่วย Administration on Aging (AOA) เป็นหน่วย

ปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุที่สำคัญ นำนโยบายสู่การปฏิบัติ โดยการสนับสนุนงบประมาณแก่ภาครัฐ และเอกชนในการจัดบริการที่หลากหลายทั้งบริการสุขภาพและสังคมในทุกด้านเพื่อผู้สูงอายุ

ประเทศญี่ปุ่น ปี ค.ศ.2001 มีการยุบรวม 2 กระทรวงที่รับผิดชอบงานสามด้านเข้าด้วยกัน เหลือเพียงกระทรวงเดียว คือ กระทรวงสาธารณสุขแรงงาน และสวัสดิการสังคม (Ministry of Health, Labor and Welfare) นับว่าเป็นประเทศที่มีการบูรณาการมากที่สุด ด้วยความเชื่อว่าจะทำให้มีเอกภาพของงานทั้งสามด้านที่เกี่ยวข้อง และเป็นการลดขนาดโครงสร้างองค์กรให้เล็กลงและมีความคล่องตัวมากขึ้น

ประเด็นการแยกส่วนหรือบูรณาการหน่วยงานหลักภาครัฐ มีจุดร่วมของความเชื่อเดียวกันคือเพื่อความคล่องตัว เพื่อประสิทธิภาพของการขับเคลื่อนงานด้านผู้สูงอายุ และเพื่อความเป็นเอกภาพในการวางนโยบายและสนับสนุนงบประมาณหน่วยงานแบบบูรณาการ ช่วยลดความซ้ำซ้อนของงานและทำให้สามารถวางแผนการใช้งบประมาณอย่างคุ้มค่า แม้การแยกงานอาจมีข้อเด่นด้านให้ความสำคัญในการจัดสรรงบประมาณเฉพาะ แต่ไม่เป็นผลดีต่องบประมาณรัฐบาลและต่อผู้สูงอายุที่ควรจะได้รับบริการแบบเบ็ดเสร็จ ณ จุดบริการเดียวเนื่องจากข้อจำกัดของความชรา

ประสบการณ์ที่ผ่านมาของประเทศไทย มีกลไกขับเคลื่อนงานผู้สูงอายุที่ขาดเอกภาพ การโยกย้ายกรมประชาสงเคราะห์ที่มีการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ ไปสังกัดกระทรวงต่าง ๆ ถึง 4 ครั้ง ได้แก่ สังกัดกระทรวงมหาดไทย สำนักนายกรัฐมนตรี กระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม เป็นบทเรียนว่าทำให้งานด้านผู้สูงอายุกลายเป็นงานฝากหรืองานแฝง จึงควรแก้ไขจุดอ่อนโครงสร้างแบบแยกส่วนนี้ โดยจัดให้มีองค์กรเฉพาะที่ทำหน้าที่เป็นจุดเชื่อมต่อที่มีประสิทธิภาพทั้งในระดับนโยบาย และในระดับการนำนโยบายสู่การปฏิบัติ และแม้ปัจจุบันจะมีคณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ (กสม.) เป็นระดับนโยบาย แต่ยังขาดการบริหารจัดการที่คล่องตัวและขาดหน่วยปฏิบัติการเฉพาะด้านผู้สูงอายุที่มีประสิทธิภาพในการนำนโยบายสู่ปฏิบัติ

## (2) องค์กรภาคเอกชนและประชาชน

การจัดระบบบริการสุขภาพและการสร้างหลักประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในประเทศต่าง ๆ ที่ศึกษายังเป็นบทบาทสำคัญของภาครัฐ แต่มีแนวโน้มการกระจายอำนาจสู่ภาคเอกชน และภาคประชาชนมากขึ้น เพื่อให้มีส่วนร่วมในการรับผิดชอบการจัดบริการ โดยภาครัฐจะเป็นผู้กำหนดนโยบาย กำกับติดตามการดำเนินงาน และให้การสนับสนุนงบประมาณแก่องค์กรท้องถิ่น และภาคเอกชน

องค์กรภาคเอกชน มีทั้งแบบที่เป็นองค์กรการกุศลและเชิงธุรกิจ สหรัฐอเมริกา เป็นประเทศที่มีความก้าวหน้ามากที่สุดนโยบายนี้ Administration on Aging (AOA) เป็นหน่วยปฏิบัติการที่ประสานกับองค์กรภาคเอกชนและธุรกิจเอกชนและภาคประชาชนที่มีบทบาทสูงในการจัดบริการแก่ผู้สูงอายุ ซึ่งมีมากมายหลากหลายในแต่ละมลรัฐ สิงคโปร์ มีองค์กรที่สำคัญที่สุดในการดำเนินงานผู้สูงอายุเกือบทุกด้าน คือ VWOs ในการให้บริการ หรือสวัสดิการทางสังคม โดยมี National Council of Social Service เป็นตัวแกนในการประสานงานของ VWOs ประเทศออสเตรเลีย มีองค์กรที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุที่สำคัญ เช่น Council on the Ageing (COTA) ทำหน้าที่เสนอนโยบายต่าง ๆ เกี่ยวกับผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังมีองค์กรอื่น ๆ ที่ทำงานด้านผู้สูงอายุ เช่น The National Senior Association, The Association of Independent Retirees, Australian Pensioners' and Superannuants' Federation (AP&SF's) และ Australian Coliation'99 ประเทศอังกฤษ มี Age Concern และ Carers National Association เป็นองค์กรทำหน้าที่ให้ข้อเสนอแนะ และเป็นตัวแทนเรียกร้องสิทธิ เป็นปากเป็นเสียง เป็นเวทีสำหรับผู้สูงอายุและผู้ดูแล ประเทศญี่ปุ่น สิงคโปร์ส่วนใหญ่หน่วยงานภาครัฐยังมีบทบาทสำคัญ ภาคเอกชนจะมีบทบาทมากในการบริการบางอย่าง และมีแนวโน้มในการมีส่วนร่วมรับผิดชอบของภาคธุรกิจและภาคประชาชนมากขึ้นจากนโยบายการปฏิรูประบบสุขภาพ

ประเทศไทย องค์กรภาคเอกชนของไทยเริ่มด้วยคนจีนที่มีบริการช่วยเหลือผู้สูงอายุ โดยชุมชนชาวจีนใหญ่ทุกแห่งดำเนินการกุศลโดยใช้ศาลเจ้าและโรงเจ แลพัฒนามาเป็นองค์กรและมูลนิธิเอกชน จนปัจจุบันมีมูลนิธิมากมาย อาทิ มูลนิธิธารนุเคราะห์บ้านพักคนชราบางเขน สถานสงเคราะห์คนชราจังหวัดสมุทรปราการ จากการดำเนินการแบบการกุศล ต่อมาเมื่อธุรกิจเอกชนที่แสวงหากำไร การเกิดองค์กรเอกชนนอกจากจะเป็นการช่วยเหลือตามศาสนาแล้ว ยังช่วยลดความไม่เพียงพอของการบริการในภาครัฐ และช่วยเสริมโอกาสการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุอีกด้วย องค์กรธุรกิจเอกชนมีแนวโน้มในการจัดบริการดูแลระยะยาวในสถาบันบริการ การบริการผู้ดูแลตามบ้าน และธุรกิจพักอาศัยระยะยาว (long stay) มากขึ้น ซึ่งยังเป็นการขยายตัวที่ยังขาดการสนับสนุนและขาดการรับรองด้านคุณภาพและมาตรฐาน

ในภาคประชาชน การที่ผู้สูงอายุสนใจด้านศาสนา การพบปะเป็นประจำที่วัด ทำให้เกิดการรวมกลุ่มตามธรรมชาติ และเป็นแหล่งที่ผู้สูงอายุใช้แลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารกัน ต่อมาภาครัฐทั้งกระทรวงสาธารณสุขและกรมประชาสงเคราะห์ ได้ส่งเสริมการจัดตั้งเป็นชมรมผู้สูงอายุอย่างเป็นรูปธรรมทั้งในวัดและในโรงพยาบาล เพื่อให้มีการดำเนินงานที่เป็นประโยชน์กับตัวผู้สูงอายุ มีการสัมมนาชมรมผู้สูงอายุ รวมทั้งสนับสนุนการจัดตั้งสมาคมคลังปัญญาอาวุโสแห่งประเทศไทย

เพื่อเป็นศูนย์รวมผู้สูงอายุที่มีความรู้ความสามารถด้านต่าง ๆ มารวมกันเพื่อให้กิจกรรมเพื่อสังคม  
 เพิ่มพูนความรู้ ถ่ายทอดจรรยาบรรณความรู้และประสบการณ์ต่าง ๆ แก่เยาวชนโดยประสานงานกับ  
 สมาคมสภาผู้สูงอายุ และองค์กรด้านผู้สูงอายุทั้งของไทยและต่างประเทศ เช่น มูลนิธิพัฒนา  
 งานผู้สูงอายุ (FOPDEV) ซึ่งได้รับการสนับสนุนจาก Help Age International แต่การดำเนินงาน  
 ยังคิดขัดไม่บรรลุเป้าหมายที่จะทำให้องค์กรประชาชนเข้มแข็ง ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีประสบการณ์  
 เกี่ยวกับองค์กรภาคเอกชนเห็นว่าการจัดทัศนคติที่ไม่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาของผู้สูงอายุ  
 เช่น แก่แล้วต้องพักผ่อน แก่แล้วทำไปไม่ประโยชน์ และจัดอคติของสังคมที่มีต่อผู้สูงอายุ เช่น  
 ผู้สูงอายุสุขภาพไม่ดี ไม่คุณค่า ลงทุนไม่คุ้มต่าง ๆ เป็นสิ่งสำคัญที่จะให้มีการขับเคลื่อนกลไกด้าน  
 สังคมนี้นี้ ขณะเดียวกันผู้ทรงคุณวุฒิเห็นว่า การสร้างงานให้ผู้สูงอายุและสังคมไทย ต้องมีการ  
 ร่วมมือจากองค์กรศาสนา

การจัดประชุมวิชาการและการรับฟังความคิดเห็นเปรียบเสมือนเวทีของวงการและเวที  
 ชาวบ้านที่เป็นกลไกเชื่อมโยงการมีส่วนร่วมและความตระหนักของนักวิชาการ นักปฏิบัติการ  
 ตลอดจนประชาชนในประเทศ แม้ในประเทศไทยจะมีการจัดประชุมวิชาการที่สำคัญมาตั้งแต่ปี  
 พ.ศ.2524 แต่ระยะแรกเป็นการดำเนินการโดย กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข จึงยังม  
 ความจำกัดอยู่ในวงการและในส่วนกลาง การดำเนินการในระยะต่อมามีการร่วมมือของ  
 องค์กรต่าง ๆ มากขึ้น และล่าสุดการประชุมมีสมาคมพุดมานาวิทยาฯ จัดอย่างต่อเนื่องประจำ  
 ทุกปีตั้งแต่ปี พ.ศ.2542 แต่ก็ยังมีความจำกัดเฉพาะนักวิชาการและผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับ  
 ผู้สูงอายุ และยังไม่มเวทีวิชาการระดับภูมิภาค ที่สำคัญคือในปัจจุบันยังไม่มีเวทีสำหรับประชาชน  
 และผู้สูงอายุที่เป็นที่ยอมรับและเข้าถึง ที่จะเข้ามามีส่วนร่วมเสวนาระดมสมองและแสดงความ  
 คิดเห็นในประเด็นนโยบายต่าง ๆ และสะท้อนปัญหาและความต้องการของตนต่อรัฐบาลและต่อ  
 สังคมอย่างต่อเนื่องดังเช่น ในออสเตรเลีย อังกฤษ และสหรัฐอเมริกา สำหรับประเทศสิงคโปร์  
 และญี่ปุ่น แม้จะไม่ปรากฏหลักฐานการมีเวทีชาวบ้าน แต่ในการจัดทำนโยบายของรัฐบาลมีการ  
 ดำเนินการที่สะท้อนให้เห็นว่าได้มีการรับฟังความคิดเห็นประชาชนและผู้สูงอายุและมีการ  
 สนองตอบประเด็นที่เป็นความกังวลของประชาชนที่ชัดเจนเช่นกันการจัดประชุมวิชาการ การ  
 ฝึกอบรมบุคลากร และการเสวนาระดมสมองด้านผู้สูงอายุ จึงนับเป็นกลไกการสร้างการมีส่วนร่วม  
 เพื่อขับเคลื่อนงานด้านผู้สูงอายุที่สำคัญต่อไป

การรวมพลังขับเคลื่อน การจะทำให้กลไกสังคมขับเคลื่อน ต้องเริ่มที่การสร้างทัศนคติที่  
 ดีของทั้งผู้สูงอายุและสังคม ทุกประเทศมียุทธศาสตร์สร้างการตระหนักในคุณค่าและยกย่อง  
 ผู้สูงอายุ การกำหนดวันสำคัญด้านผู้สูงอายุ เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้สังคมตระหนักถึงคุณค่าและ

ศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ รวมทั้งเป็นการปรับทัศนคติและสร้างทัศนคติที่ดีต่อผู้สูงอายุด้วย ในระดับโลก องค์การสหประชาชาติกำหนดให้วันที่ 1 ตุลาคมของทุกปี เป็นวันผู้สูงอายุสากล และให้ใช้ต้นไทร (Evergreen Tree) เป็นสัญลักษณ์งานผู้สูงอายุสากลส่วนสัญลักษณ์ของผู้สูงอายุของไทย คือ ดอกลำดวน ซึ่งมีความหมายถึงการมีคุณความดีเป็นประโยชน์ต่อสังคม ประเทศไทยกำหนดให้ วันที่ 13 เมษายน และวันที่ 14 เมษายนของทุกปี ซึ่งเป็นวันผู้สูงอายุ และวันครอบครัว ตามลำดับ และตรงกับช่วงวันสงกรานต์หรือปีใหม่ของไทย ถือเป็นวาระที่ให้สมาชิกมีโอกาสกลับบ้านเกิดและอยู่ร่วมกันกับครอบครัว แสดงออกถึงวัฒนธรรมการเคารพและเอื้ออาทรผู้สูงอายุในครอบครัว ประเทศญี่ปุ่น กำหนดให้วันที่ 15 เดือนกันยายนของทุกปีเป็นวัน Respect for the Aged Day และเป็นวันหยุดประจำชาติด้วย ในประเทศสิงคโปร์ แม้จะไม่ปรากฏว่ามีวันเฉพาะ แต่ก็มีกฎหมายที่ต้องดูแลบิดามารดา และบิดามารดาสามารถฟ้องบุตรที่ทำทารุณกรรมได้ นับว่าประเทศในแถบเอเชียยังมีค่านิยมในการให้บุตรปฏิบัติต่อบิดามารดาด้วยความกตัญญูและเคารพ

ประเทศออสเตรเลีย มี world class care และ The National Australia Day Council's Family Aware ดำเนินการให้รางวัล ยกย่องผู้สูงอายุที่ทำประโยชน์ต่อสังคม มีการสร้างความตระหนักในคุณค่าผู้สูงอายุนับเป็นตัวอย่างประเทศที่ให้ความสำคัญการยังประโยชน์ของผู้สูงอายุ ในขณะที่ สหรัฐอเมริกา มีการเฉลิมฉลองด้านผู้สูงอายุ ในปี ค.ศ. 2002 โดยกำหนดให้เดือน พฤษภาคม เป็นเดือนสำหรับผู้สูงอายุอเมริกา (older American month) และให้ประเทศ สหรัฐอเมริกาเป็นสังคมสำหรับคนทุกวัย (America: A community for all ages) ประเทศไทยและประเทศต่าง ๆ ได้มีการรณรงค์ตามนโยบายขององค์การสหประชาชาติ ที่กำหนดให้ ปี ค.ศ. 1999 นี้เป็นปีสากลว่าด้วยผู้สูงอายุ “มุ่งสู่สังคมเพื่อคนทุกวัย (Towards a society for all ages)” ซึ่งเน้นการให้ผู้สูงอายุมีความเป็นอิสระ มีส่วนร่วมในสังคม ได้รับการดูแลเอาใจใส่ มีความพึงพอใจในตนเอง และมีศักดิ์ศรี

วันสำคัญและการเฉลิมฉลองเกี่ยวกับผู้สูงอายุของประเทศต่าง ๆ เป็นกลไกสร้างการตระหนัก และใช้เป็นโอกาสในการเคลื่อนไหวของกลุ่มที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ เป็นเวทีเรียกร้องเสนอแนะแก่รัฐบาลและสังคมให้หันมาให้ความสนใจในประเด็นปัญหาสำคัญด้านผู้สูงอายุของประเทศนั้น ๆ ดังปรากฏในหนังสือพิมพ์ไทยว่าจะมีข่าวในช่วงวันสำคัญนี้เป็นพิเศษกว่าช่วงอื่น ๆ ซึ่งถ้ากระทำเพียงเป็นแฟชั่นก็อาจไม่บังเกิดผลเท่าที่ควรจึงควรพิจารณาใช้เป็นมาตรการสำคัญในการดำเนินการรณรงค์ และขยายงานด้านผู้สูงอายุอย่างจริงจังและต่อเนื่อง ซึ่งควรมีการกำหนดประเด็นสำคัญแต่ละปี เพื่อการเฉลิมฉลองให้บังเกิดผลตามวิสัยทัศน์ที่พึงประสงค์อย่างเป็น

รูปธรรมตลอดปี และต้องตระหนักว่าการกำหนดวันสำคัญเป็นเพียงกลวิธีหนึ่งในหลาย ๆ วิธีเท่านั้นต้องหากวิธีอื่นมาช่วยให้กลไกสังคมขับเคลื่อนด้วย

การขับเคลื่อนของทั้ง 3 กลไก คือ กลไกการเมือง กลไกความรู้ และกลไกสังคม เป็นสิ่งสำคัญในการปฏิรูประบบสุขภาพและประกันสุขภาพของประเทศไทย กลไกการเมืองที่มีความสำคัญด้านการกำหนดนโยบายและแผนของผู้สูงอายุ ตลอดจนยุทธศาสตร์ในการดำเนินงานรวมทั้งเป็นผู้กำหนดระบบการเงินการคลังในการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุด้วย แต่การกำหนดนโยบายจำเป็นต้องอาศัยกลไกความรู้ เพื่อให้การให้ข้อมูลผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบ กลไกความรู้หรือด้านวิชาการเองต้องสร้างเครือข่ายความร่วมมือจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ เพื่อร่วมศึกษาวิจัย ค้นหาภาพผู้สูงอายุอย่างครบองค์รวม และเป็นกลไกสำคัญที่จะศึกษา ค้นหา ทดลองหาวิธีการเพื่อให้การบริการผู้สูงอายุเกิดประสิทธิภาพเหมาะสมกับบริบทของประเทศมากที่สุด

ในปัจจุบันกลไกความรู้ในประเทศไทยมีความเข้มแข็งและพร้อมมูลทางด้านวิชาการ เป็นกลไกที่ออกแรงขับเคลื่อนระบบงานผู้สูงอายุ สามารถให้ข้อมูลกับกลไกด้านการเมืองอย่างดี และชักนำให้กลไกการเมืองขับเคลื่อนตาม แต่ด้วยความไม่ต่อเนื่องของรัฐบาล ประกอบกับการปฏิรูประบบราชการที่กำลังเกิดขึ้นอาจทำให้กลไกเกิดการชะงักงันและล่าช้าไป กลไกสังคมที่เป็นการร่วมประสานของภาครัฐเอกชน และประชาชนเพื่อแปลงนโยบายและแผนที่สรรสร้างอย่างมีหลักวิชาการไปสู่การปฏิบัติของประเทศไทยนั้น ยังไม่เข้มแข็งและไม่สอดคล้องประสานทุกฝ่าย ซึ่งกลไกความรู้จะต้องเป็นหัวเรือใหญ่โดยความร่วมมือจากทุกฝ่าย ผลักดัน เชื่อมประสาน และหาวิธีการให้เกิดการขับเคลื่อนในทิศทางที่ไปสู่ระบบของผู้สูงอายุที่พึงประสงค์ โดยการให้ข้อมูลการรณรงค์การให้โอกาส เพื่อการมีส่วนร่วมและรับรู้ตรงกันว่า การจัดระบบบริการสุขภาพและการสร้างหลักประกันสำหรับผู้สูงอายุ เป็นการสร้างหลักประกันความมั่นคงของประเทศ เป็นหน้าที่ของทุกคนในสังคม เพราะเมื่อถึงวันหนึ่งไม่มีใครที่จะหนีวัฏจักรความจริงนี้ได้ และหากทุกฝ่ายได้ร่วมกันขับเคลื่อนงานผู้สูงอายุแล้ว เชื่อว่าคงไม่นานเกินรอที่จะมีระบบบริการสุขภาพและหลักประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่พึงประสงค์เกิดขึ้น

**บทสังเคราะห์องค์ความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุ**

ประเทศไทยจะเข้าสู่ภาวะวิกฤตประชากรสูงอายุอย่างรวดเร็วในปี พ.ศ. 2573 ประเทศจะมีวิกฤตประชากรสูงอายุมากขึ้นโดยประเทศไทยคาดว่าวิกฤตจะรุนแรงมากกว่าประเทศอื่น ๆ เพราะประเทศเพิ่งจะเริ่มดำเนินการปฏิรูประบบบริการสุขภาพและสร้างหลักประกันสุขภาพที่มีความจำเพาะสำหรับผู้สูงอายุล่วงหน้าไปมากแล้ว ก็นับว่ามีการเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับสถานการณ์ดังกล่าวจึงมีความสำคัญโดยมีสาระสำคัญดังนี้



### 1) สุขภาพและความทุกข์ของผู้สูงอายุไทย

ผู้สูงอายุ ครอบครัวยุ และสังคมมีทุกข์จากอคติต่อผู้สูงอายุ (ageism) ทั้งแบบแอบแฝงและเปิดเผย ความมีอคติทำให้ไม่ตระหนักถึงศักยภาพหรือพลังภูมิปัญญาของผู้สูงอายุที่มีอยู่ และไม่นำมาใช้ให้ประโยชน์อย่างจริงจังจึ่งปรากฏหลักฐานการให้ความสนใจพหุทพหลัง (active aging) ผู้สูงอายุไทยเพียงไม่นานนี้ แต่ก็ล่าช้ากว่าประเทศอื่น

### 2) ลักษณะทางประชากรของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุมีอายุยืนยาวขึ้นและเพศหญิงมีความสำคัญในการแสดงบทบาททางเพศมากขึ้น ปัจจุบันสูงอายุไทยส่วนใหญ่อยู่กับครอบครัวทั้งครอบครัวขนาดใหญ่และเล็ก แต่ในอนาคตการอยู่กับครอบครัวจะลดลง การอยู่ลำพังและในสถาบันจะเพิ่มขึ้น และแม้ว่าผู้สูงอายุไทยจะได้รับการเกื้อหนุนด้านต่าง ๆ จากครอบครัว แต่ก็ยังมีฐานะยากจนมากและต้องทำงานเพื่อหารายได้ ภาพของผู้สูงอายุเช่นนี้ จึงมีความจำเป็นต้องนำมาใช้พิจารณาในการจัดระบบบริการสุขภาพและหลักประกันสำหรับผู้สูงอายุ

### 3) สุขภาวะหรือคุณภาพชีวิต

ความทุกข์กาย ทุกข์ใจ ทุกจากสังคมและวัฒนธรรมที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างชัดเจน เมื่อภาวะประชากรสูงอายุของประเทศทวีจำนวนขึ้น ดัชนีชี้วัดภาวะสุขภาพที่มีอยู่ในปัจจุบันเน้นการศึกษาความทุกข์กาย คือ ความเจ็บป่วย โรคเรื้อรัง ภาวะทุพพลภาพ ภาวะพึ่งพา ภาวะสมองเสื่อมแต่ก่อนด้อยด้าน ความต้องการ สวัสดิภาพ ความปลอดภัยและความมั่นคงของผู้สูงอายุ สุขภาพจิตของผู้สูงอายุและครอบครัว มิติจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยเฉพาะระยะสุดท้ายของชีวิต และไม่ปรากฏการศึกษาสุขภาพในมุมมองความเป็นเพศชายและหญิง (gender)

ผู้สูงอายุไทยมีทุกข์ คือ เหงาและซึมเศร้าจากการถูกทอดทิ้ง รู้สึกไร้ค่า มีความยากไร้ ภาวะครอบครัว (ปัญหาการทารุณกรรมที่แฝงอยู่) และการขาดหลักประกันความมั่นคงทางสังคม ด้านต่าง ๆ ในยามสูงอายุ แต่ยังมีครอบครัวเกื้อหนุนโดยเฉพาะคู่สมรสและบุตรหลาน การสร้างเสริมสุขภาพให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากภาวะวิกฤตประชากรสูงอายุและความรวดเร็วของการผันแปรทางสังคมวัฒนธรรม ไม่ให้กระทบความผาสุกของสังคม จึงเป็นสิ่งที่ควรให้ความสำคัญในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

### 4) กลไกขับเคลื่อนไทยยังขาดประสิทธิภาพ

กลไกการเมือง กลไกวิชาการ และกลไกสังคม ซึ่งเป็นกลไกขับเคลื่อนระบบบริการสุขภาพและการสร้างหลักประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุไทย ยังขาดเอกภาพขาดพลังในการขับเคลื่อน และขาดการเชื่อมโยงงานที่มีประสิทธิภาพ กลไกวิชาการอาจเป็นจุดแข็ง ที่ก่อให้เกิด



ความสำเร็จในงานด้านผู้สูงอายุหลาย ๆ ด้าน เช่น การมีแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ และการสร้างความรู้มากมาย แต่พลังไม่เข้มแข็งพอที่จะเขยื้อนภูเขาได้ กลไกการเมือง การขับเคลื่อนยังขาดการตระหนักความสำคัญของผู้สูงอายุอย่างแท้จริง แม้มีความสำเร็จในการดิงนักรการเมืองเข้ามาร่วมรับรองปฏิญญาผู้สูงอายุไทย แต่จากบทเรียนทำให้รู้ว่าความสำเร็จในงานต้องใช้เวลาที่ยาวนาน เช่น การผ่านร่าง พ.ร.บ.ผู้สูงอายุ ผู้นำด้านผู้สูงอายุไทยพยายามผลักดันอย่างต่อเนื่องมานานกว่า 8 ปี (ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2537) จนมาสำเร็จในปี พ.ศ.2546 (กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ : 2547) ส่วนการขับเคลื่อนกฎหมายและนโยบายสำคัญด้านอื่น ๆ แม้จะมีความสำเร็จในระดับที่น่าพอใจโดยเฉพาะในช่วง 10-20 ปีหลังนี้ แต่ยังคงงักงันในการนำไปสู่ปฏิบัติ กลไกสังคม โดยองค์กรหลักของรัฐ ร่วมกับเอกชน และประชาชน หลักฐานที่มี ชี้ว่ากลไกนี้ยังขับเคลื่อนได้อย่างเที่ยงช้าและขาดประสิทธิภาพ อีกทั้งยังทำงานแบบแยกส่วนและใช้แนวคิดสังเคราะห์เป็นหลัก ขาดแนวคิดพัฒนาผู้สูงอายุ ทำไปแล้วผู้สูงอายุกลับตกอยู่ในภาวะรอคอยการพึ่งพาจากครอบครัว ชุมชน และรัฐ

กลไกหลักทั้งสามไม่สามารถเขยื้อนภูเขาได้เพราะขับเคลื่อนไม่พร้อมเพรียงกันขาดการเชื่อมโยงประสานและรวมพลังทำให้ระบบบริการสุขภาพที่มีอยู่ไม่สามารถแก้ทุกข์และสร้างสุขให้กับผู้สูงอายุได้อย่างแท้จริงผู้สูงอายุยังคงไร้หลักประกันความมั่นคงในการดำรงอยู่อย่างมีสุขภาพภาวะทั้งในปัจจุบันและในอนาคตการผ่านทางตันนี้คือต้องมีกลไกกลางที่มีพลังเร่งให้งานด้านผู้สูงอายุเกิดเป็นรูปธรรมยิ่งขึ้น ซึ่งต้องฝากความหวังที่รัฐมนตรีที่รับผิดชอบ คณะกรรมการสตรีเยาวชนและผู้สูงอายุ และคณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ(กส.ผ) ที่ต้องพิสูจน์ตนเองว่าจะเป็นศูนย์ประสาน กลไกขับเคลื่อนทั้งสาม ให้เกิดพลังที่เข้มแข็งได้เพียงใด

#### 5) บทเรียนจากต่างประเทศ

จากประเทศออสเตรเลีย อังกฤษ และสหรัฐอเมริกา ชี้ให้เห็นว่าต้องมีการขับเคลื่อนสามเหลี่ยม ทุกด้าน โดยมีกลไกการเมือง(รัฐบาล) เป็นแรงผลักดันที่สำคัญ ประเทศญี่ปุ่นมีกลไกของหน่วยงานภาครัฐที่เข้มแข็งและมีระบบเชื่อมต่อครบวงจรเป็นกลไกหลักที่สำคัญทำให้เกิดการขับเคลื่อนได้รวดเร็วทันการณ์ ประเทศสิงคโปร์มีกลไกกลางคือ Inter-Ministerial Committee (IMC) on the aging population เป็นกลไกหลักที่สำคัญ โดยร่วมกับกลไกอื่นที่เข้มแข็งทำงานด้านผู้สูงอายุขับเคลื่อนได้เร็ว สำหรับประเทศไทย ผู้ทรงคุณวุฒิเห็นตรงกันว่าต้องการ กลไกกลางทำให้นโยบายและแผนงานที่มีอยู่ นำสู่การปฏิบัติได้จริง

## 6) ระบบบริการสุขภาพ (เฉพาะทาง) สำหรับผู้สูงอายุ

6.1) แนวคิดหลัก การจัดระบบบริการสุขภาพและการสร้างหลักประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุของทุกประเทศที่ศึกษา ล้วนได้รับอิทธิพลจากกระแสการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ และหลักประกันสุขภาพ ด้วยแนวคิดที่ว่า “สุขภาพเป็นสิทธิของประชาชนทุกคน” ประกอบกับกลุ่มผู้สูงอายุมักจะถูกจัดไว้ในกลุ่มด้อยโอกาสทำให้รัฐมีนโยบายด้านบริการสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ แบบรัฐอุปถัมภ์หรือแบบสวัสดิการสูง (Welfare state) ก่อให้เกิดจุดอ่อนด้านการเงินการคลัง รัฐมีภาระด้าน ค่าใช้จ่ายเพื่อการสวัสดิการสูงเกราะหนัก และจะกลายเป็นภาระหนักแห่งชาติในอนาคต นอกจากนี้แนวคิดการสงเคราะห์ยังสร้างทัศนคติการพึ่งพา โดยทำให้ประชาชนเรียนรู้ที่จะพึ่งพารัฐมากกว่าพึ่งตนเอง การปฏิรูประบบบริการสุขภาพที่เน้นว่าสุขภาพนอกจากจะเป็นสิทธิแล้วประชาชนยังมีหน้าที่รับผิดชอบต่อสุขภาพตนเอง ครอบครัวและสังคมด้วย โดยมีรัฐเป็นผู้เกื้อหนุน ทำให้มีการปรับนโยบายรัฐเป็นแบบ รัฐสวัสดิการปานกลาง (Welfare mixed) มีระบบการเงินการคลังแบบกองทุนที่มีหลักการร่วมจ่ายด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น ร่วมกับมีนโยบายปรับบทบาทรัฐแบบอำนาจนิยม – สู้ – พหุนิยมมากขึ้นมีการกระจายอำนาจและบทบาทด้านสุขภาพสู่ภาคประชาชนมากขึ้น เพื่อให้สามารถพึ่งพาตนเองได้

6.2) ระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายรรวมอยู่กับระบบบริการสุขภาพทั่วไปที่กำลังอยู่ระหว่างการปฏิรูป ยังไม่มีระบบบริการหรือกรอบบริการเฉพาะทางสำหรับผู้สูงอายุ ด้วยยังไม่ตระหนักถึงภาวะวิกฤตประชากรสูงอายุมากเท่าที่ควร

6.3) ระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุและความจำเป็นของระบบบริการ ประเทศไทยยังไม่เผชิญภาวะวิกฤตผู้สูงอายุเช่นประเทศอื่น ๆ จึงยังไม่มีตัวเร่งเพื่อการจัดระบบสุขภาพเฉพาะทาง ที่รองรับปัญหาและความต้องการเฉพาะของผู้สูงอายุ แม้บริการเฉพาะทางสูงอายุนี้จะมีความจำเป็นทั้งในปัจจุบันและในอนาคตแต่รัฐจำเป็นต้องเร่งสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้กับบุคคลทุกวันก่อน ด้วยประชาชนไทยยังคงขาดหลักประกันด้านสุขภาพและการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและมาตรฐาน แม้ว่าการมีระบบบริการเฉพาะทางสำหรับผู้สูงอายุจะยังไม่ใช่ความ สำคัญในระดับต่าง ๆ ในขณะนี้ แต่ควรต้องเริ่มเตรียมการต่าง ๆ ตั้งแต่วันนี้ เพราะในอนาคตอันใกล้ 20-30 ปี จะมีความจำเป็นต้องการระบบบริการเฉพาะทางหรือบริการที่มีความจำเป็นสูงขึ้นอย่างแน่นอน

6.4) บริการสุขภาพ (เฉพาะทาง) สำหรับผู้สูงอายุของไทยที่มีอยู่ ยังไม่เข้มข้น แม้จะเป็นบริการแบบให้เปล่า ประชาชนก็ยังเข้าไม่ถึงด้วยมีข้อจำกัดด้านต่าง ๆ บริการยังแยกส่วนเป็นบริการสุขภาพและบริการสังคมตามหน่วยงานที่สังกัด

6.5) บริการสุขภาพของรัฐในประเทศไทย ยังเน้นการดูแลในสถาบันมากกว่าชุมชนเน้นการรักษาพยาบาลการส่งเสริมสุขภาพ และบริการแบบเฉียบพลัน ยังขาดบริการการดูแลระยะยาวและเรื้อรัง บริการฟื้นฟูสภาพตลอดจนการดูแลระยะสุดท้ายที่มีความจำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ บริการสุขภาพของเอกชน มีการขยายตัวด้านการดูแลระยะยาวในสถาบัน การผลิตและให้บริการผู้ดูแลที่บ้านเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการเฉพาะกลุ่มที่มีเพิ่มขึ้น

6.6) บริการสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้านและในชุมชน จากการปฏิรูประบบสุขภาพ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในนโยบายการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ และโครงการดูแลสุขภาพที่บ้านในสถาบันของรัฐและเอกชน ทำให้มีการขยายการดูแลที่บ้าน และในชุมชนครอบคลุมประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ปัจจุบันกำลังมีการพัฒนาชุดบริการสุขภาพหลักทั้งในสถาบัน ที่บ้านและในชุมชน ของระบบบริการสุขภาพทุกระดับให้มีความชัดเจนยิ่งขึ้น

6.7) บริการผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ แม้จะใช้งบประมาณสูง แต่ยังไม่เพียงพอ และยังไม่ถึงผู้จำเป็นอย่างแท้จริง ด้วยขาดงบประมาณ ขาดระบบการประเมินและเครื่องมือการคัดกรองที่เหมาะสม ไม่สามารถให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพระดับมากได้ ด้วยเกินขีดความสามารถบุคลากรทางสังคมทำให้คุณภาพการบริการอ่อนด้อยลง แม้ว่าบริการสังคมภาคเอกชนทั้งแบบสงเคราะห์และเชิงธุรกิจจะช่วยลดความไม่เพียงพอของภาครัฐ โดยขยายตัวมากขึ้น แต่ยังขาดการสนับสนุนและจัดระบบคุณภาพและมาตรฐานที่ควบคู่ไปด้วยซึ่งเป็นปัญหาของทั้งภาครัฐและเอกชน

6.8) ด้านการพัฒนาผู้สูงอายุ การรวมกลุ่มและจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ แม้จะมีกิจกรรมเด่นด้านการสร้างเสริมสุขภาพ แต่กิจกรรมการพัฒนาศักยภาพให้เข้มแข็งยังมีน้อยเพราะยังมีแนวคิดพึ่งพาสูงองค์กรด้านผู้สูงอายุกำลังอยู่ระหว่างการพัฒนาให้เข้มแข็ง ซึ่งต้องปรับแนวคิดและพัฒนาทักษะให้เหมาะสมและเป็นประโยชน์ต่อสังคมยิ่งขึ้น

6.9) บุคลากรผู้ดูแลสังคมไทยสมาชิกในครอบครัว เพื่อนบ้าน และเครือญาติ ยังเป็นหลักในการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว แต่สังคมต้องการการพลิกฟื้นค่านิยมการให้ความเคารพผู้อาวุโสพร้อม ๆ ไปกับสร้างจิตสำนึกให้ผู้อาวุโส ทำตัวให้มีประโยชน์และดำรงความเป็นบุคคลที่พึ่งยกย่อง ต้องส่งเสริมการอยู่ร่วมกันระหว่างวัยและการเกื้อหนุนผู้สูงอายุในครอบครัวและให้การสนับสนุนเพื่อการคงอยู่ของการดูแลโดยครอบครัวเครือญาติ

6.10) บทเรียนการปฏิรูประบบบริการผู้สูงอายุในประเทศที่มีวิกฤตของประชากรสูงอายุ โดยปรับเปลี่ยนระบบการดูแลจากสถาบันสู่บ้านและในชุมชนมากขึ้นมีการปฏิรูปการดูแลในสถาบันจากที่แยกส่วนและมีข้อควรหาด้านคุณภาพและการเข้าถึงให้เป็นระบบเดียวกัน มีการ

เชื่อมต่อและจัดแบ่งระดับและขีดความสามารถในการบริการ พร้อมสร้างระบบประเมิน ระบบมาตรฐานและคุณภาพ ที่เหมาะสม ควบคู่กับนโยบายสร้างพลังของผู้สูงอายุ ซึ่งประเทศไทยแนวคิดเช่นนี้บางส่วนปรากฏในแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ

## 2.5. พัฒนาการความเป็นชุมชนเมือง

เมือง เป็นผลผลิตที่มีความสลับซับซ้อนมากที่สุดสิ่งหนึ่งของมนุษย์ ชุมชนเมืองมีความหมายมากกว่าโครงสร้างพื้นฐานที่มีความทันสมัย มีการใช้เทคโนโลยีที่มีความสลับซับซ้อน รวมทั้งการที่มีความหนาแน่นของประชากรที่สูงกว่าชนบท แต่เมืองยังเป็นแผนที่ ที่สะท้อนให้เห็นถึงลักษณะทางจิตใจของผู้คนที่อาศัยอยู่ในเมืองนั้นด้วย ซึ่งลักษณะทางจิตใจของปัจเจกชนนี้มีส่วนช่วยในการหล่อเลี้ยงอารยธรรมของความเป็นชุมชนเมืองขึ้นได้ ประเทศไทยถือเอาเขตเทศบาลทั้งหมดเป็นเขตเมือง (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2547 หน้า 120 ;

Herbert Girardet, 1992 pp. 14-17; William G. Flanagan, 2002 pp. 252-289)

ชุมชนเมืองอาจเป็นสถานที่ที่น่าอยู่และมีค่ายิ่งของผู้อาศัยหากมีพัฒนาการที่เป็นไปอย่างเหมาะสม เกื้อกูลกัน และมีความยั่งยืนในพัฒนาการของแต่ละสิ่งนั้น ๆ แต่พัฒนาการของชุมชนเมืองโดยทั่วไปมีพัฒนาการที่ยากจะคาดเดา การขยายตัวของเมืองในสมัยใหม่ได้ส่งผลให้เกิดการแบ่งแยกทางสังคมอย่างสลับซับซ้อน ส่งผลให้มนุษย์ต้องสูญเสียความริเริ่มสร้างสรรค์ที่สะสมมาอย่างมหาศาลไปอย่างเปล่าประโยชน์ ความเป็นเมืองได้ส่งผลให้เกิดปฏิสัมพันธ์ระหว่างบริบทเชิงโครงสร้าง (Structure) ที่บีบรัดและจำกัดทางเลือก กับ การเป็นผู้กระทำ (Agency) ที่ยอมหรือไม่ยอมจำนนต่อเงื่อนไขเชิงโครงสร้างเพื่อแสดงให้เห็นให้เห็นถึงศักยภาพของแต่ละคนที่ได้แสดงบทบาทเป็นตัวของตัวเองโดยมีเมืองเป็นเสมือนเวทีกลาง

ในปี ค.ศ.1925 น้อยกว่าร้อยละ 10 ของประชากรในประเทศกำลังพัฒนาอาศัยอยู่ในเขตเมือง ระหว่างปี ค.ศ.1950 ถึง ค.ศ.1975 พื้นที่ในเขตเมืองในประเทศเหล่านี้ดึงดูดคนเข้าไปถึง 400 ล้านคน ในช่วงต้นของ ค.ศ.2000 ร้อยละ 14 ของพลเมืองโลกอาศัยอยู่ในเมือง แต่เมื่อสิ้นสุดศตวรรษนี้ผู้คนส่วนใหญ่จะหันมาอาศัยอยู่ในเมืองกลายเป็นเผ่าพันธุ์คนเมืองกลุ่มใหญ่ การที่ผู้คนย้ายที่อยู่จากชนบทเข้าสู่ชุมชนเมืองมากขึ้นนั้น Herbert Girardet กล่าวว่าสาเหตุหลักมาจากสองปัจจัยที่สำคัญคือ “ปัจจัยหลัก” และ “ปัจจัยดึงดูด” ดังนี้

### 1) ปัจจัยหลักที่สำคัญคือ

- ความเสื่อมโทรมของที่ทำกิน
- การขาดแคลนพื้นที่เกษตรกรรม
- การกระจายที่ดินอย่างไม่เท่าเทียม
- ภัยธรรมชาติ เช่น ความแห้งแล้ง พายุและน้ำท่วม

- การขาดแคลนไม้ฟืน
- การขาดแคลนน้ำสะอาด
- การขาดแคลนแหล่งทรัพยากรสมัยใหม่
- ความกดดันเนื่องจากจำนวนประชากรในเขตชนบท
- ความรับผิดชอบต่อน้ำที่สืบทอดกันมา
- ความขัดแย้งทางศาสนา
- เศรษฐกิจในท้องถิ่นที่ตกต่ำ
- ใจรักการร้ายและสงครามกลางเมือง

## 2) ปัจจัยดึงดูด

- โอกาสในการจ้างงาน
- รายได้ที่ดีกว่า
- อนาคตที่สดใส
- การเดินทางที่สะดวกสบายกว่าจากการก้าวเข้าสู่สังคมเมือง
- การมีอิสรภาพจากวิถีชีวิตที่มีข้อจำกัด
- การสาธารณสุขที่ดีกว่า
- โอกาสทางการศึกษาที่ดีกว่า

(Herbert Girardet, 1992 p 68)

ผู้คนจำนวนไม่น้อยที่ก้าวเข้าสู่สังคมเมืองเพราะ "ปัจจัยหลัก" และ "ปัจจัยดึงดูด" ผสมผสานกัน โดยธนาคารโลก (World Bank) ได้คาดการณ์ไว้ว่า ตั้งแต่ ค.ศ. 2000 เป็นต้นไป ประชากรในเขตเมืองของประเทศกำลังพัฒนาจะเพิ่มจำนวนขึ้นไปอีก 1,000 ล้านคน ประมาณร้อยละ 50 ของการขยายตัวนี้เป็นผลเนื่องมาจากอัตราการคลอดบุตรที่เพิ่มขึ้นอย่างมากของผู้คนที่อาศัยอยู่ในเมืองอยู่แล้ว

การเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของชุมชนเมืองในปัจจุบันได้ก่อให้เกิดปัญหาสังคมชั้นหลายประการและส่งผลกระทบต่อวิถีชุมชนโดยตรงอย่างกว้างขวางเช่น

- ปัญหาความหนาแน่นของประชากร
- ปัญหาด้านที่อยู่อาศัยที่ไม่ถูกสุขลักษณะ และการสาธารณสุขที่ไม่ดีพอ
- ทัศนียภาพที่ไม่ดีจากที่อยู่อาศัยที่แออัด
- ปัญหาทุพโภชนาการในเด็ก

- ปัญหาอาชญากรรม
- ปัญหาความเครียดที่แฝงเร้น
- การทำลายชีวิตชุมชนที่เชื่อเพื่อเชื่อมกัน
- ปัญหาขยะและการจัดการสิ่งแวดล้อม
- ปัญหาการว่างงาน
- ภาวะพึ่งพิงของเมือง

-สุขภาวะของผู้สูงอายุ และผู้ด้อยโอกาสในสังคมเมือง

หัวใจของชุมชนเมืองทั่วโลก ไม่ได้อยู่เพียงการที่ผู้นำเช่น ผู้ว่าราชการจังหวัดบูรณาการ หรือนายกเทศมนตรี ที่ซื่อสัตย์และเก่งกล้าสามารถ แต่ปัจจัยที่ขาดคือพลเมืองหรือประชาชนที่มีคุณภาพ ซึ่งพร้อมที่จะร่วมรับผิดชอบในการสร้างสรรค์เมืองให้น่าอยู่

นอกจากความสำคัญต่อการพัฒนาทางเศรษฐกิจแล้ว กระบวนการเป็นเมืองยังมีความสำคัญต่อการเปลี่ยนแปลงทางสังคมในแง่ที่ว่า มันจะสร้างความทันสมัยให้แก่คนในชนบท โดยผ่านทาง การกระจายนวัตกรรม (Innovation Diffusion) และสร้างความทันสมัยให้แก่คนในเมืองโดยผ่านทางสภาพแวดล้อมแบบเมือง (Friedman : 1973)

ปัจจุบันปริมาณพลแห่งเมืองอันซับซ้อน ไม่ได้ครอบคลุมเฉพาะในแต่ละเมืองเท่านั้น หากแต่ยังได้ก่อให้เกิดปริมาณพลแห่งเมืองอันซับซ้อนเกิดขึ้นตามไปด้วย เครือข่ายของปริมาณพลแห่งเมืองเหล่านี้มีส่วนช่วยให้คนที่อยู่ห่างไกลกันสามารถติดต่อกันได้ทั้งในด้านการค้า การแลกเปลี่ยนความคิด การแลกเปลี่ยนทางวัฒนธรรม ประเพณี และวิถีชุมชน ได้อย่างไม่สิ้นสุด

ชุมชนเมืองในปัจจุบันนี้ไปไกลเกินกว่าที่จะเป็นเพียงภาพสะท้อนแห่งจิตสำนึกของมนุษย์เท่านั้น หากแต่ยังเป็นตัวกำหนดวิถีชีวิตของผู้คนอย่างลึกซึ้งและกว้างไกล ขอบเขตและอิทธิพลของเมืองนับวันจะขยายออกไปไกลกว่าปริมาณพลของตัวเองมาก เมืองใหญ่เช่น กรุงเทพมหานคร นครสวรรค์ นครราชสีมา เชียงใหม่ สงขลา พิษณุโลก แม้จะมีเนื้อที่รวมกันเพียง 1/200 ของพื้นที่ประเทศไทยทั้งหมด(สำนักสถิติแห่งชาติ, 2548) แต่กลับมีอิทธิพลต่อวิถีชีวิตของผู้คนในปริมาณพลแห่งเมืองอย่างสูงยิ่ง

วิถีแห่งชุมชนเมืองต้องมีพัฒนาการไปอย่างไม่มีที่สิ้นสุด แต่อย่างไรก็ตามในประเด็นด้านสังคมจำเป็นต้องมีการเปลี่ยนแปลงเนื่องจากกำลังมุ่งหน้าเข้าสู่วิกฤติการณ์ในขณะที่สุขภาวะของชีวิต สังคม และสิ่งแวดล้อมกำลังถูกกรัดกร่อนทำลายลงไปอย่างรวดเร็ว เมืองได้กลายเป็นสิ่งที่ท้าทายเจตจำนงของมนุษย์อย่างสำคัญยิ่ง บัจเจกชนทุกคนในเมืองเป็นผู้ที่มีส่วนทำให้ชุมชนเมืองกลายเป็นเช่นทุกวันนี้แต่ทว่ากลับมีความรู้สึกที่ตนไร้พลังที่จะแก้ไขมัน ประชาชนทั่วไปอาจมี

ความอึกเขมที่จะเปลี่ยนสังคมสร้างประเทศแต่เวลาพูดถึงการปรับปรุงเมืองหรือการแก้ไขปัญหาสังคมขายของเมืองเช่นปัญหาผู้สูงอายุ เด็กเร่ร่อนหรือผู้ด้อยโอกาสต่าง ๆ ในสังคม กลับหมดแรงและสิ้นหวัง สังคมและประเทศนั้น แม้จะใหญ่แต่ก็เป็นนามธรรม แต่เมืองนั้นเป็นรูปธรรมที่ตระหนักรู้เรื่องรอบข้างปัจเจกชนจนเล็ก ไร้พลังในที่สุด

ในขณะที่เมืองได้กลายเป็นถิ่นอาศัยที่สำคัญของมนุษยชาติไปแล้วสิ่งที่ท้าทายในอนาคตต่อไปก็คือ การทำให้ชาวชุมชนเมืองมั่นใจในความอยู่รอดต่อไปได้ เมืองจะต้องมีความยั่งยืนทั้งในด้านสังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม รวมทั้งสามารถตอบสนองความต้องการพื้นฐานของมนุษย์เรื่องที่อยู่อาศัย ปัจจัยที่จำเป็นต่อการอยู่รอด ความกลมเกลียวของสังคมเพื่อจะบรรลುವัตถุประสงค์ดังกล่าว ประชาชนต้องมีส่วนร่วมอย่างจริงจังในการพัฒนาสิ่งแวดล้อมของพวกเขา แต่ในปัจจุบันสิ่งที่ท้าทายแนวคิด ดังกล่าวคือ การทำให้ชาวชุมชนเมืองได้เข้าใจถึงผลกระทบจากแบบแผนการดำรงชีวิตของชาวเมืองที่มีต่อประเทศและท้องถิ่น การสร้างความตระหนักให้ชาวชุมชนเมืองต้องร่วมกันรับภาระในการสร้างสรรค์วิถีชีวิตแบบชาวเมืองที่มุ่งส่งเสริมให้ทุกคนดำรงอยู่ได้อย่างมีความมั่นคงในศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์

ชาวชุมชนเมืองทั้งมวลล้วนต้องการสถานที่ที่พร้อมไปด้วยชีวิตชีวา ส่งเสริมจินตนาการ และมีความมั่นคงสำหรับการอยู่อาศัย ทำงานและพักผ่อน เพื่อจะสร้างเมืองให้เข้มแข็งและรุ่งเรืองขึ้น ชาวชุมชนเมืองต้องตระหนักว่าพวกเขากำลังก้าวเข้าสู่การเป็นศูนย์กลางของความ เป็นเลิศ อารยธรรม มากกว่าจะเป็นเพียงค่ายพักชั่วคราวสำหรับมนุษย์ การฟื้นฟูในจุดยุทธศาสตร์ที่สำคัญโดยเฉพาะในย่านใจกลางเมืองและชุมชนข้างเคียงซึ่งเป็นแกนกลางทางวัฒนธรรม และสังคมที่มักถูกปล่อยให้เสื่อมสลายไป มีความสำคัญยิ่งต่อความพยายามที่จะสร้างให้เมืองมีชีวิตชีวาขึ้นมา รูปแบบที่ดีที่สุดของชีวิตชาวเมืองจะต้องเป็นสิ่งที่สามารถสะท้อนถึงพลังแห่งความคิดของมนุษย์ที่จะส่งเสริมให้เกิดความคิดสร้างสรรค์ที่ดีและความพึงพอใจกับชีวิตในเมือง

ผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง เป็นกลุ่มคนอีกกลุ่มหนึ่งที่มิบทบาทเป็นผู้แสดงทางสังคม (Social Actors) ที่สำคัญ ซึ่งนับวันจะเพิ่มสัดส่วนขึ้นอย่างมีนัยยะ ปัจจุบันสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุประเทศไทย อยู่ที่ร้อยละ 10.17 (วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย: 2548) ในจำนวนนี้อาศัยอยู่ในเขตชุมชนเมืองถึงร้อยละ 31.02 ชุมชนเมืองจึงเป็นภาพสะท้อนถึงโลกทัศน์ของผู้สูงอายุได้ ความเป็นชุมชนเมืองมีพัฒนาการไปไกลเกินกว่าที่จะเป็นเพียงภาพสะท้อนแห่งจิตสำนึกของมนุษย์เท่านั้น แต่ยังเป็นตัวกำหนดวิถีชีวิตของผู้คนอย่างลึกซึ้งและกว้างไกล ของเขตและอิทธิพลของชุมชนเมือง นับวันจะขยายออกไปไกลกว่าปริมาตรของเมืองอย่างยากที่จะกำหนดขอบเขตได้จึงมีอิทธิพลต่อชีวิตของผู้คนทั้งในชุมชนเมืองเองและพื้นที่

ที่เกี่ยวข้องอย่างไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ ผู้สูงอายุจะเป็นทั้งผู้ที่สร้างสรรค์สังคมด้วยประสบการณ์และฐานะทางสังคมที่ได้รับการยอมรับ ในขณะที่เดียวกันก็เป็นกลุ่มชนสำคัญที่ได้รับผล กระทบในทางลบจากกระบวนการวิวัฒนาการเป็นชุมชนเมืองด้วย ผู้วิจัยจึงได้เลือกศึกษากลุ่มผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมืองเพื่อการพัฒนามาตรฐานและตัวชี้วัดทางสังคมในความมั่นคงด้านสุขภาพในการวิจัยครั้งนี้บทสรุปองค์ความรู้ในการพัฒนามาตรฐานและตัวชี้วัดทางสังคมในความมั่นคงด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับผู้วิจัยสามารถสังเคราะห์ประเด็นสำคัญเพื่อใช้ในการวิจัยว่า ความมั่นคงทางสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเมืองหมายถึงผู้สูงอายุสามารถแสดงออกในทางเลือกของตนอย่างปลอดภัยและเป็นอิสระ ส่งผลให้มีความมั่นใจว่าโอกาสที่มีอยู่ทั้งในปัจจุบันและอนาคต ผู้สูงควรจะมีศักยภาพและได้รับอำนาจมากพอที่จะดูแลรับผิดชอบตัวเอง มีโอกาสที่จะแสวงหาความต้องการของตนเอง และรายได้ที่พอเพียงในการดำรงชีวิต ซึ่งหมายถึงรวมถึงการที่ผู้สูงอายุจะได้รับหลักประกันด้านสิทธิ ความปลอดภัย การสนองต่อความจำเป็นขั้นพื้นฐาน สามารถดำรงตนอยู่ในสังคมได้อย่างมีศักดิ์ศรี และได้รับโอกาสในการพัฒนาศักยภาพตนเองอย่างเท่าเทียมกัน ซึ่งสามารถสรุปได้เป็น 3 ประการคือ 1) ปราศจากความกลัว (Freedom from fear) 2) อิสระจากความต้องการ (Freedom from want) และ 3) การได้รับโอกาสที่เท่าเทียม (Equal Opportunity) ในการนี้สามารถจัดแบ่งมาตรฐานของความมั่นคงทางสุขภาพของผู้สูงอายุแ่งได้เป็น 9 ประการคือ 1) มาตรฐานด้านสุขภาวะทางกาย 2) มาตรฐานด้านสุขภาวะทางจิต 3) มาตรฐานด้านสุขภาวะทางสังคม 4) มาตรฐานด้านสุขภาวะทางจิตวิญญาณ 5) มาตรฐานด้านหลักประกันทางสังคม 6) มาตรฐานด้านการคุ้มครองและพิทักษ์สิทธิผู้สูงอายุ 7) มาตรฐานด้านการดูแลและเกื้อหนุนทางสังคมต่อผู้สูงอายุ 8) มาตรฐานด้านการเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ และ 9) มาตรฐานด้านการพึ่งตนเองทางสังคม โดยทั้ง 9 มาตรฐานนั้นประกอบด้วยตัวชี้วัดทางสังคมต่าง ๆ อีกจำนวน 55 ตัวชี้วัด โดยมีรายละเอียดดังแสดงไว้ใน ตาราง 10



ตาราง 10 แสดงบทสรุปประเด็นและแหล่งอ้างอิงในการจัดทำมาตรฐานและตัวชี้วัดทางสังคม  
ด้าน ความมั่นคงทางสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง

ประเด็น	แหล่งอ้างอิง	หมายเหตุ
1.ความมั่นคงของมนุษย์ (Human Security)		
ความหมายความมั่นคงของมนุษย์		
1.ปราศจากความกลัว (Freedom from fear)	1, 2, 3, 4, 5, 6	รายละเอียดของแหล่ง อ้างอิงผู้วิจัยระบุไว้ใน ตอนท้ายของตาราง
2.อิสระจากความต้องการ (Freedom from want)	1, 2, 4, 5, 6	
3.การได้รับโอกาสที่เท่าเทียม (Equal Opportunity)	2, 4, 5, 6	
องค์ประกอบของความมั่นคงของมนุษย์ ในบริบทของสังคมไทย		
(1) ความมั่นคงของมนุษย์ด้านสุขภาพ (Human Security in Health Aspect)	1, 6, 7	
(2) ความมั่นคงของมนุษย์ด้านอาหาร (Human Security in Food Aspect)	1, 6	
(3) ความมั่นคงของมนุษย์ด้านการศึกษา (Human Security in Education Aspect)	6, 8, 9	
(4) ความมั่นคงของมนุษย์ด้านศาสนาและความเชื่อ (Human Security in Religion and Belief Aspect)	6, 9, 10	
(5) ความมั่นคงของมนุษย์ด้านที่อยู่อาศัย (Human Security in Housing Aspect)	6	
(6) ความมั่นคงของมนุษย์ด้านสิ่งแวดล้อม (Human Security in Environment Aspect)	1, 6, 9, 11, 12, 13, 14	
(7) ความมั่นคงของมนุษย์ด้านบุคคล (Human Security in Personal Aspect)	1, 6, 9, 12, 14, 15, 16, 17, 18	

## ตาราง 10 (ต่อ)

ประเด็น	แหล่งอ้างอิง	หมายเหตุ
(8)ความมั่นคงของมนุษย์ด้านครอบครัว (Human Security in Family Aspect)	1 , 6 , 9	
(9)ความมั่นคงของมนุษย์ด้านชุมชน (Human Security in Community Aspect)	1 , 6 , 9 , 12 , 19	
(10)ความมั่นคงของมนุษย์ด้านเศรษฐกิจ (Human Security in Economic Aspect)	1 , 6 , 12 , 13 , 14 , 20	
(11) ความมั่นคงของมนุษย์ด้านการเมืองการปกครอง (Politic and Administration Security )	1, 6 , 12 , 21 , 22	
<b>เป้าหมายของความมั่นคงของมนุษย์ตามแนวทางของ UNDP ดังนี้</b>		
(1)เป้าหมายของความมั่นคง ( Security Referent ) -เพื่อผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง	23 , 24 , 25 , 26 , 27 , 28 , 29 , 30 , 31 , 32 , 33 , 34 , 35 , 36	
(2) คุณค่าของความมั่นคง ( Security Values ) -ความมั่นคงของมนุษย์ด้านสุขภาพ (Human Security in Health Aspect) ซึ่งประกอบด้วย การมีสุขภาวะองค์ รวม การมีความมั่นคงทางสังคม และการมีพฤกษพลัง (Active ageing)ทางสังคมของผู้สูงอายุ	1 , 23 , 24 , 25 , 26 , 27 , 28 , 29 , 37 , 38, 39	
(3) การคุกคามความมั่นคง(Security Threats) -ปลอดภัยจากภาวะคุกคามของสังคมชุมชนเมืองที่มีต่อ ผู้สูงอายุ	32 , 33 , 35 , 40 , 41 , 42	
(4) วิธีการที่ทำให้เกิดความมั่นคง ( Security Instruments / Means ) -สร้างมาตรฐานและตัวชี้วัดเพื่อเป็นเครื่องมือในการ ประเมินสำหรับให้ผู้แสดงทางสังคม (Social Actors) ที่ เกี่ยวข้อง	23 , 24 , 30 , 43 , 45	

ตาราง 10 (ต่อ)

กลุ่ม มาตรฐาน	มาตรฐาน	ตัวชี้วัด	มิติความมั่นคงทางสุขภาพที่ เกี่ยวข้อง			แหล่ง อ้างอิง
			ปราศจาก ความ กลัว (Freedom from fear)	อิสระจาก ความ ต้องการ (Freedom from want)	การได้รับ โอกาส ที่เท่าเทียม (Equal Opportunity)	
กลุ่ม มาตรฐาน ด้านสุข ภาวะองค์ รวม	1.มาตรฐาน ด้าน สุขภาวะ ทางกาย	1.มีดัชนีมวลกายที่ เหมาะสม		✓		23 , 24 , 36 , 46
		2.ความสามารถใน การปฏิบัติกิจวัตร ประจำวันได้		✓		23 , 24 , 25 , 26 , 27
		3.ความสามารถใน การเข้าร่วมกิจกรรม ทางสังคมได้			✓	24 , 27, 28 , 29
		4.ความสามารถใน การจดจำสิ่งที่เกิดขึ้น		✓		23 , 24 , 48
		5. การปลอดพ้นจาก โรคประจำตัวในกลุ่ม โรคอาการทางกาย	✓			23 , 24, 26 , 31 , 43, 44
		6. การมีทันตสุขภาพ ที่ดีตามวัย	✓			50 , 51 ,83
		7.การมีพฤติกรรม สุขภาพที่เหมาะสม ตามวัย		✓		23 , 24 , 25 , 48 ,83
	2 มาตรฐาน ด้านสุข ภาวะทาง จิต	8. การปลอดพ้นจาก โรคประจำตัวในกลุ่ม โรคอาการทางจิต	✓			23 , 24 , 26 , 27, 43
		9. การมีสัมพันธภาพ ที่ดีกับครอบครัวและ ชุมชน		✓		23 , 24 , 25 , 26, 28 , 29

ตาราง 10 (ต่อ)

กลุ่ม มาตรฐาน	มาตรฐาน	ตัวชี้วัด	มิติความมั่นคงทางสุขภาพที่เกี่ยวข้อง			แหล่งอ้างอิง
			ปราศจาก ความ กลัว (Freedom from fear)	อิสระจาก ความ ต้องการ (Freedom from want)	การได้รับ โอกาส ที่เท่าเทียม (Equal Opportunity)	
กลุ่ม มาตรฐาน ด้าน สุขภาวะ องค์รวม (ต่อ)	2 มาตรฐาน ด้าน สุขภาวะทาง จิต (ต่อ)	10. ความสามารถใน การวินิจฉัยผลการ กระทำของตนได้		✓		43 , 47
		11. ความเข้มแข็งใน การแก้ไขปัญหา		✓		29 , 43
		12. แรงจูงใจใฝ่ สัมฤทธิ์		✓		43 , 50 , 52
		13. การรู้จัก ประมาณตน		✓		43 , 47
		14. ความมั่นใจใน ตนเอง		✓		43 , 47
	3 มาตรฐาน ด้าน สุขภาวะทาง สังคม	15. การปลอดพ้น จากภาวะความ รุนแรง	✓			1 , 32 , 33 , 53
			✓			1 , 26 , 32 , 33
		17. การมีครอบครัว ที่อบอุ่น		✓		25 , 26 , 28 , 34 , 47 , 54
		18.การมีเครือข่าย ทางสังคม		✓		25 , 26 , 28 , 29 , 43, 54

ตาราง 10 (ต่อ)

กลุ่ม มาตรฐาน	มาตรฐาน	ตัวชี้วัด	มิติความมั่นคงทางสุขภาพที่ เกี่ยวข้อง			แหล่ง อ้างอิง
			ปราศจาก ความ กลัว (Freedom from fear)	อิสระจาก ความ ต้องการ (Freedom from want)	การได้รับ โอกาส ที่เท่าเทียม (Equal Opportunity)	
กลุ่ม มาตรฐาน ด้านสุข ภาวะองค์ รวม(ต่อ)	4.มาตรฐาน ด้าน สุขภาวะ ทางจิต วิญญาณ	19. การประสบ ความสำเร็จในชีวิต		✓		23 , 24 , 28 , 36 , 37 , 52
		20. ความพึงพอใจใน บทบาทของตน		✓		28 , 37 , 43 , 47
		21. การเคารพสิทธิทาง สังคม			✓	25 , 26 , 36 , 39
		22. ความรับผิดชอบต่อ สังคม		✓		37 , 38 , 47 , 55
		23. ความเสมอภาคทาง เพศ			✓	23 , 24 , 26 , 44 , 56 , 57
กลุ่ม มาตรฐาน ด้านความ มั่นคงทาง สังคมของ ผู้สูงอายุ ในชุมชน เมือง	5.มาตรฐาน ด้าน หลักประกัน ทางสังคม	24. การเข้าถึงหลักประกัน ด้านสุขภาพ			✓	26 , 28 , 31 , 47 , 49 , 58 , 59 , 60 , 61 , 83
		25. การมีสภาพแวดล้อม ในการดำรงชีวิตที่ดี	✓			1 , 27 , 32 , 33 , 42 , 49
		26. ความปลอดภัยในชีวิต และทรัพย์สิน		✓		1 , 32 , 33 , 42 , 44

## ตาราง 10 (ต่อ)

กลุ่ม มาตรฐาน	มาตรฐาน	ตัวชี้วัด	มิติความมั่นคงทางสุขภาพที่เกี่ยวข้อง			แหล่งอ้างอิง
			ปราศจาก ความ กลัว (Freedom from fear)	อิสระจาก ความ ต้องการ (Freedom from want)	การได้รับ โอกาส ที่เท่าเทียม (Equal Opportunity)	
กลุ่ม มาตรฐาน ด้านความ มั่นคงทาง สังคมของ ผู้สูงอายุใน ชุมชนเมือง (ต่อ)	6. มาตรฐาน ด้านการ คุ้มครอง และพิทักษ์ สิทธิ ผู้สูงอายุ	27. การประกอบอาชีพ และรายได้ที่เหมาะสม	✓			1 , 26 , 34 ,49 , 62
		28. การเข้าถึงโครงสร้าง พื้นฐานทางกายภาพที่ เหมาะสม			✓	28 , 32 , 33 , 42
		29. การมีเสรีภาพทาง ความคิด			✓	26 , 27 , 34
		30. การได้รับสิทธิใน การแสดงออกทาง การเมือง เศรษฐกิจ และ สังคม			✓	1 , 25 , 27, 28
		31.การได้รับสิทธิใน การศึกษาเรียนรู้ต่อเนื่อง		✓		1 , 23 , 28 , 36
		32. การได้รับสิทธิการใช้ ชีวิตทางวัฒนธรรม อย่างเสรี			✓	26 , 34 , 43 ,44 , 63 , 64 , 65 , 66 , 67 , 68
		33. การได้รับสิทธิที่จะ ทำงานและเลือกงาน อย่างเสรี			✓	1 , 28 , 42 , 43 , 49
		34. มีกฎหมาย ระเบียบ แนวทางปฏิบัติในการ คุ้มครองผู้สูงอายุในเขต ชุมชนเมือง			✓	1 , 32 , 33 , 42 , 44 , 54 , 69

ตาราง 10 (ต่อ)

กลุ่ม มาตรฐาน	มาตรฐาน	ตัวชี้วัด	มิติความมั่นคงทางสุขภาพที่เกี่ยวข้อง			แหล่งอ้างอิง
			ปราศจาก ความ กลัว (Freedom from fear)	อิสระจาก ความ ต้องการ (Freedom from want)	การได้รับ โอกาส ที่เท่าเทียม (Equal Opportunity)	
กลุ่ม มาตรฐาน ด้านความ มั่นคงทาง สังคมของ ผู้สูงอายุใน ชุมชนเมือง (ต่อ)	7. มาตรฐาน ด้านการ ดูแลและ เกื้อหนุน ทางสังคม ต่อ ผู้สูงอายุ	35. การเข้าถึงความ คุ้มครองทางสังคมอย่าง เท่าเทียม			✓	25, 26, 28, 31, 42
		36. ระบบการดูแล ผู้สูงอายุใน ชีวิตประจำวัน	✓			28, 44, 70, 71, 72, 73, 74
		37. การแสดงบทบาทใน สังคมที่เหมาะสม		✓		28, 34, 47, 54
		38. มาตรฐานการครอง ชีพที่เหมาะสมสำหรับ ผู้สูงอายุ		✓		28, 34, 42, 44
		39. การมีสถานะทาง สังคมที่เหมาะสม		✓		28, 34, 43, 47, 75, 76, 77
	8. มาตรฐาน ด้านการ เตรียม ความพร้อมเข้าสู่ สังคม ผู้สูงอายุ	40. การสร้างค่านิยม ร่วมที่ดีต่อผู้สูงอายุ			✓	28, 43
			41. การส่งเสริม วัฒนธรรมการ ยก ย่องให้เกียรติผู้สูงอายุ			✓
		42. นโยบายสนับสนุน การเรียนรู้และพัฒนา ผู้สูงอายุ			✓	43, 47, 83

ตาราง 10 (ต่อ)

กลุ่ม มาตรฐาน	มาตรฐาน	ตัวชี้วัด	มิติความมั่นคงทางสุขภาพที่ เกี่ยวข้อง			แหล่งอ้างอิง
			ปราศจาก ความกลัว (Freedom from fear)	อิสระจาก ความ ต้องการ (Freedom from want)	การได้รับ โอกาส ที่เท่าเทียม (Equal Opportunity)	
กลุ่ม มาตรฐาน ด้านพฤติกรรม พลังทาง สังคมของ ผู้สูงอายุ	9. มาตรฐาน ด้านการ พึ่งตนเอง ทางสังคม	43. การดำเนินงานเพื่อ สร้างวิถีสุขภาพที่ดี	✓			26 , 27 , 28 , 56 ,83
		44. การพัฒนาความรู้ ความสามารถอย่าง ต่อเนื่อง		✓		1 , 43 , 47 , 78
		45. ความสามารถในการปรับตัวเข้ากับสังคม		✓		1, 26 , 27 , 47 , 60
		46. ภาวะความเป็นผู้นำ		✓		1 , 43 , 47
		47. การสร้างเครือข่าย ความสัมพันธ์ทางสังคม		✓		28 , 43 , 44 , 79
		48. การบริหารจัดการ เครือข่ายผู้สูงอายุ		✓		43 , 44 , 79 , 80 ,83
		49. ความสามารถในการติดต่อสื่อสารกับ ผู้อื่น			✓	29 , 37 , 38 , 44 , 60 , 81
		50. การมีส่วนร่วมใน กิจกรรมของชุมชน			✓	28 , 39 , 43 , 47
		51. การสร้างข้อตกลง ร่วมของผู้สูงอายุ			✓	26 , 27 , 47 , 55, 82



ตาราง 10 (ต่อ)

กลุ่ม มาตรฐาน	มาตรฐาน	ตัวชี้วัด	มิติความมั่นคงทางสุขภาพที่ เกี่ยวข้อง			แหล่งอ้างอิง	
			ปราศจาก ความกลัว (Freedom from fear)	อิสระจาก ความ ต้องการ (Freedom from want)	การได้รับ โอกาส ที่เท่าเทียม (Equal Opportunity)		
กลุ่ม มาตรฐาน ด้านพฤติกรรม พลังทาง สังคมของ ผู้สูงอายุ (ต่อ)	9: มาตรฐาน ด้านการ พึ่งตนเอง ทางสังคม (ต่อ)	52.การสร้าง กระบวนการเรียนรู้		✓		1, 26, 27, 37, 38	
		53.การพัฒนา ศักยภาพเครือข่าย ของผู้สูงอายุ		✓		28, 43, 55, 79, 83	
		54.การรักษา ผลประโยชน์และ แก้ไขปัญหาของ ส่วนรวม			✓		1, 26, 27, 32, 38, 42
		55.การทำกิจกรรม ร่วมกับผู้แสดงทาง สังคมอื่น ๆ			✓		1, 28, 37, 43, 49, 54, 55
3	9	55	9	30	16		

### แหล่งอ้างอิง

- 1) UNDP
- 2) Human Security network
- 3) David Balvin
- 4) Canada Department of Foreign Affairs and Internationan Tread
- 5) Sabina Alkire
- 6) กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
- 7) รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2540 มาตรา 82
- 8) รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2540 มาตรา 81
- 9) ESCAP
- 10) รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2540 มาตรา 38
- 11) รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2540 มาตรา 79
- 12) ประเทศแคนาดา (Human Security Network)
- 13) ประเทศมองโกเลีย (Human Security Network)
- 14) ประเทศญี่ปุ่น (Human Security Network)
- 15) รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2540 มาตรา 86
- 16) รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2540 มาตรา 80
- 17) รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2540 มาตรา 36
- 18) รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2540 มาตรา 31
- 19) รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2540 มาตรา 56
- 20) รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2540 มาตรา 84
- 21) รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2540 มาตรา 26
- 22) รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2540 มาตรา 65
- 23) พรพันธ์ บุณยรัตพันธ์และคณะ
- 24) สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ
- 25) สุภาภรณ์ เตโชวานิชย์
- 26) ร่าง พรบ.สุขภาพแห่งชาติ
- 27) สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ
- 28) วรณภา ศรีธีบุญรัตน์ และคณะ
- 29) ชื่นฤทัย กาญจนะจิตตราและ วาสนา อิมเอม
- 30) โกวิทย์ พวงงาม และคณะ
- 31) เสาวคนธ์ รัตนวิจิตราศิลป์
- 32) ปรีชา คูวินทร์พันธ์
- 33) ดารณี ถวิลพิพัฒน์กุล

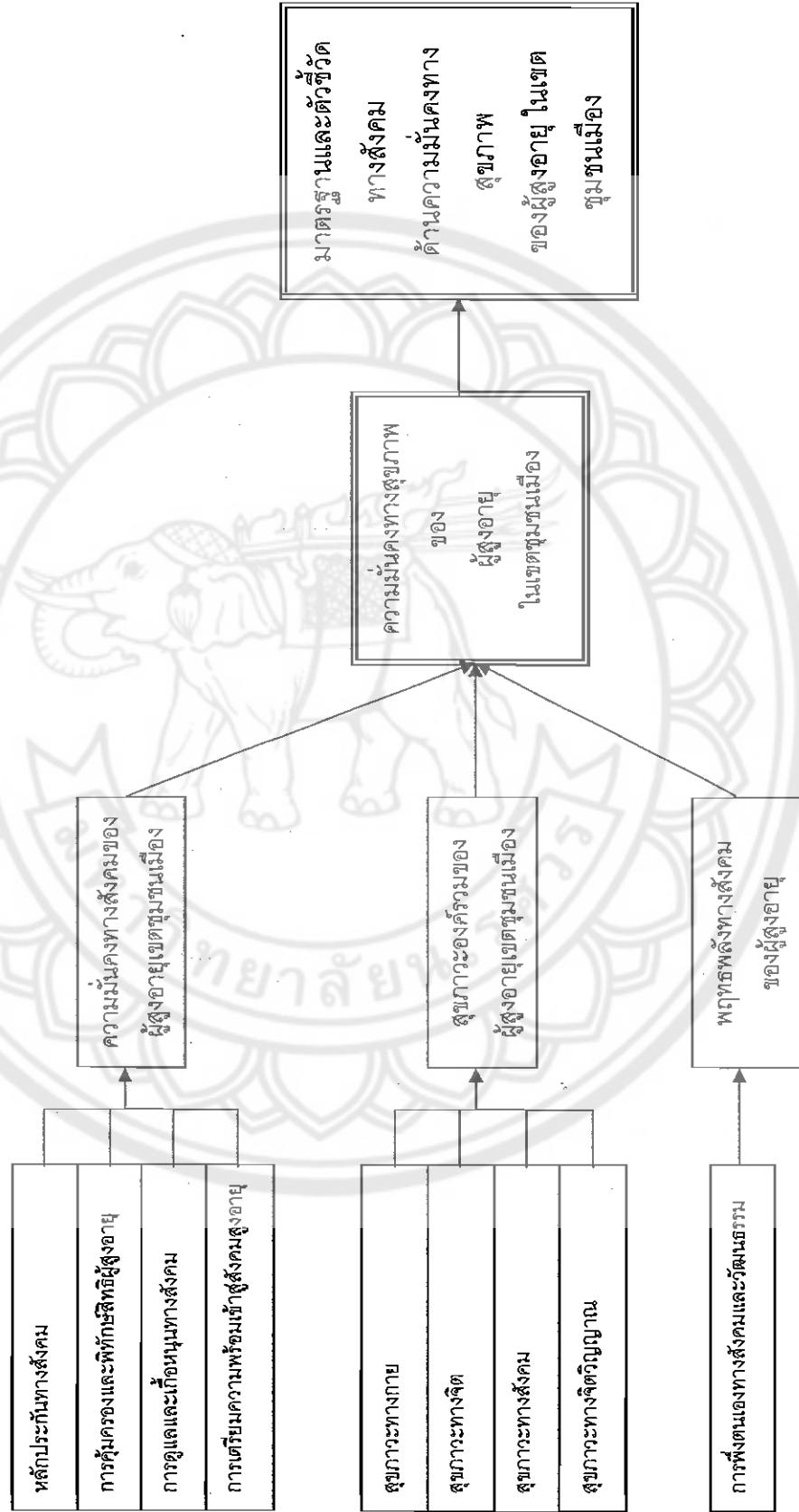
### แหล่งอ้างอิง

- 34) ศศิพัฒน์ ยอดเพชร
- 35) วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- 36) สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล
- 37) ประเวศ วะสี
- 38) พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ.ปยุตโต)
- 39) เสน่ห์ จามริก
- 40) Herbert Girardet
- 41) โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์
- 42) กิตติพัฒน์ นนทปัทมดุภัย
- 43) วรณี แกมเกตุ
- 44) UNCSO (United Nations Commission on Sustainable Development)
- 45) สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ
- 46) กองโภชนาการ กระทรวงสาธารณสุข
- 47) ยงยุทธ ขจรธรรม และ อภิสิทธิ์ อึ้งวรากร
- 48) สมศักดิ์ ศรีสันติสุข
- 49) เกณฑ์พื้นฐานในการดำรงชีพของคนไทย 10 ประการ
- 50) คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ
- 51) กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
- 52) พันธุ์ทิพย์ รามสูตร
- 53) Conflict Theory
- 54) Social Organization Theory
- 55) ภาณุวัฒน์ ภัคดีวงศ์
- 56) สันทัต เสริมศรี
- 57) ปฐมภรณ์ บุษป้อ่าง
- 58) ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย
- 59) จันทรเพ็ญ ชูประภาวรรณ
- 60) บรรลุ ศิริพานิช
- 61) พีรสิทธิ์ คำนวนศิลป์และคณะ
- 62) อารยะ ปรีชาเมตตา
- 63) Tylor
- 64) Rogers
- 65) Linton

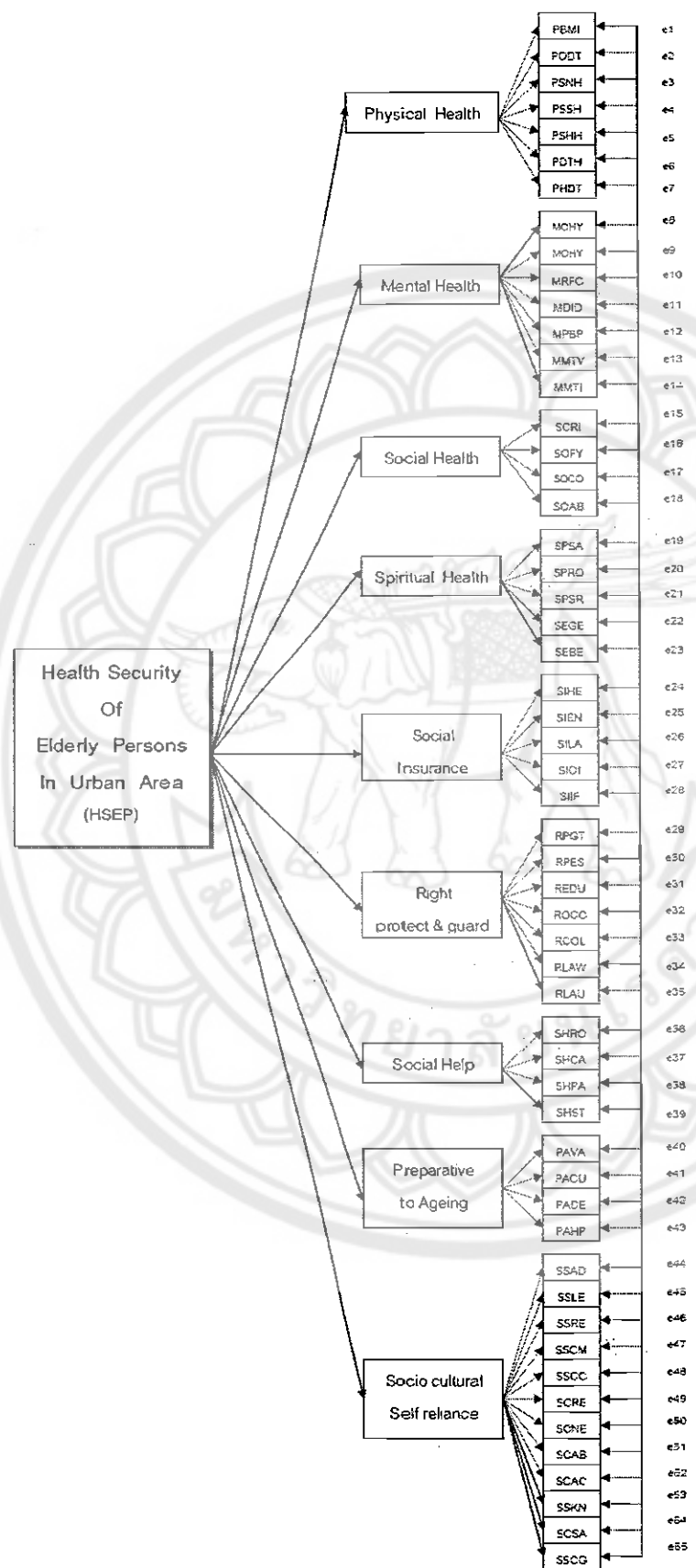
**แหล่งอ้างอิง**

- 66) Green
- 67) ไพฑูรย์ เครือแก้ว ณ ลำพูน
- 68) พัทยา สายหนู
- 69) George Herbert Mead
- 70) ศิริวรรณ ศิริบุญ
- 71) นภาพร ชโยวรรณ
- 72) ปรียา มิตรานนท์
- 73) ปัทมา อมรศิริสมบุรณ์
- 74) สุภาภรณ์ อรุณรักษ์สมบัติ
- 75) Broom
- 76) Selznick
- 77) Fairchild
- 78) จิภาวณิ พานิช
- 79) ประสิทธิ์ สิริพันธ์และเพ็ญประภา ศิวโรจน์
- 80) Structural and Functional Theory
- 81) กาญจนา แก้วเทพ
- 82) Exchange Theory
- 83) เกณฑ์เมืองไทยแข็งแรง (Healthy Thailand)

กรอบแนวคิด



ภาพ 6 แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพ 7 แสดงโมเดลมาตรฐานและตัวชี้วัดในการวิจัย