

การเตรียมความพร้อมเพื่อการพัฒนาาระบบและกลไกรองรับสังคมสูงวัย  
อย่างมีศักยภาพในเขตสุขภาพที่ 1

Preparation for System and Mechanism Development in Responding  
to Ageing Society in Health Region 1

เดชา ทำดี<sup>1</sup> ภัทรพรรณ ทำดี<sup>2\*</sup> วิลาวณิชย์ เสนารัตน์<sup>1</sup> และจรัส สิงห์แก้ว<sup>3</sup>  
*Decha Tamdee<sup>1</sup>, Patrapan Tamdee<sup>2\*</sup>, Wilawan Senaratana<sup>1</sup>  
and Jaras Singkaew<sup>3</sup>*

<sup>1</sup>คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ อ.เมือง จ.เชียงใหม่ 50200

<sup>1</sup>Faculty of Nursing, Chiang Mai University, Chiang Mai 50200, Thailand

<sup>2</sup>คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ เขตจตุจักร กรุงเทพมหานคร 10900

<sup>2</sup>Faculty of Social Sciences, Kasetsart University, Chatuchak, Bangkok 10900, Thailand

<sup>3</sup>โรงพยาบาลสารภี อ.สารภี จ.เชียงใหม่ 50140

<sup>3</sup>Saraphi Hospital, Saraphi, Chiang Mai 50140, Thailand

\*Corresponding author: E-mail: fsocppl@ku.ac.th

(Received: May 21, 2021; Accepted: October 5, 2021)

**Abstract:** This participatory action research aims to develop systems and mechanisms to effectively support the aging society in Health Region 1 by studying the situation of the elderly in 8 provinces of the upper northern region, including Chiang Mai, Chiang Rai, Mae Hong Son, Phayao, Phrae, Nan, Lamphun and Lampang. Data collection dealt with both quantitative and qualitative method at provincial, subdistrict, and individual levels to determine guidelines for developing systems and mechanisms. The results showed that all the 8 provinces are moving towards being an aging society because there are more than 20 percent of ageing population. The action system for supporting of elderly care at family and community level in each province is still doing well, combination with the way of life in modern Lanna society. Therefore, most elderly people, more than 50% of them are able to take care of themselves. However, in terms of systems and mechanisms to promote a better quality of life of the elderly, it is very important to create an environment and support that is conducive to their life to achieve the readiness for the development of their potential and contributing to the self-sufficiency of the elderly in the long run.

**Keywords:** Ageing society, active ageing, Health Region 1

**บทคัดย่อ:** การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (participatory action research) ในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาาระบบและกลไกรองรับสังคมผู้สูงวัยอย่างมีศักยภาพในเขตสุขภาพที่ 1 โดยการสำรวจสถานการณ์ผู้สูงอายุในพื้นที่ 8 จังหวัดภาคเหนือตอนบน อันประกอบด้วย เชียงใหม่ เชียงราย แม่ฮ่องสอน พะเยา แพร่ น่าน ลำพูน และลำปาง ทั้งข้อมูลเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพในระดับจังหวัด ตำบล และบุคคล เพื่อนำมากำหนดแนวทางในการ

พัฒนาระบบและกลไก ซึ่งพบว่าทั้ง 8 จังหวัดมีแนวโน้มของการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์เนื่องจากมีผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 20 ทั้งนี้ ระบบการดำเนินการเพื่อเสริมหนุนการขับเคลื่อนการดูแลทั้งในระดับครอบครัวและชุมชนในแต่ละจังหวัดยังเป็นไปด้วยดี ประกอบกับวิถีชีวิตตามบริบทของสังคมล้านนาสมัยใหม่ จึงทำให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองได้มากกว่าร้อยละ 50 อย่างไรก็ตาม ระบบและกลไกในการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้นั้น จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีส่วนแวดล้อมและสิ่งสนับสนุนที่เอื้อต่อการดำรงชีวิต เพื่อให้เกิดความพร้อมในการพัฒนาศักยภาพ และเอื้อต่อการพึ่งตนเองของผู้สูงอายุในระยะยาวต่อไป

**คำสำคัญ:** สังคมสูงวัย สูงวัยอย่างมีศักยภาพ เขตสุขภาพที่ 1

## คำนำ

ปัจจุบันประเทศไทยมีอัตราการเกิดลดลง และมีแนวโน้มสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง จากสถานการณ์ดังกล่าว จะเห็นได้ว่า ทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐ เอกชน หน่วยงานองค์กรต่าง ๆ ได้ตระหนักถึงปัญหาการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุ ตลอดจนการดูแลระยะยาว (long term care) เพื่อการดูแลผู้สูงอายุ จึงมีนโยบายในการดำเนินการที่หลากหลาย โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งจำเป็นต้องมีนโยบายสาธารณะที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสม และเน้นการนำนวัตกรรมและเทคโนโลยีมาใช้ในการจัดระบบบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Sirikampeng and Phosing, 2017) ซึ่งในสังคมไทย ส่วนใหญ่ภาระในการดูแลเหล่านี้ล้วนตกอยู่กับสมาชิกในครอบครัวเป็นหลัก แต่ในอนาคตอาจไม่เพียงพอ เนื่องจากสัดส่วนของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ทั้งจากภาวะความพิการ ทูพพลภาพ ความเจ็บป่วยทางจิต และภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ดังนั้น การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในระบบสุขภาพชุมชนจึงต้องมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และมีการเชื่อมโยงข้ามมูลกัน (Kitreerawutiwong and Kitreerawutiwong, 2018) นอกจากนี้ ความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุยังเป็นอีกประเด็นหนึ่งที่ต้องเฝ้าระวัง ซึ่งมีความเชื่อมโยงกับเงื่อนไขหลายประการ เช่น บทบาททางสังคมของผู้สูงอายุ การรับรู้สภาวะสุขภาพของตนเอง และพฤติกรรมสุขภาพ เป็นต้น (Kantamoon and Wongsawat, 2016)

อย่างไรก็ตาม ในการดำเนินการเพื่อพัฒนาและแก้ไขปัญหาผู้สูงอายุ นั้น ยังมีดำเนินการแบบแยกส่วน ไม่ได้บูรณาการความร่วมมือตลอดจนกระบวนการในการขับเคลื่อน ซึ่งเป็นการดำเนินการภายใต้ศักยภาพของแต่ละพื้นที่ และไม่มีมีการพัฒนาขยายผลต่อยอดการดำเนินการไปสู่พื้นที่อื่น อีกทั้งยังเป็นการวางแผนระบบการดูแลเฉพาะผู้สูงอายุซึ่งเป็นผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปเท่านั้น และส่วนใหญ่เน้นผู้ที่มีปัญหาสุขภาพ หรือมีภาวะพึ่งพิง ตลอดจนการกำหนดนโยบายเพื่อการเตรียมการรองรับการดูแลสังคมผู้สูงอายุ ยังไม่มีความชัดเจนและมีการดำเนินการในระดับพื้นที่ค่อนข้างน้อย ส่งผลให้กระบวนการพัฒนาเข้าสู่การรองรับสังคมสูงวัยมีความล่าช้าและแยกส่วนอย่างชัดเจน ทั้งนี้ กระบวนการเตรียมความพร้อมรองรับสังคมสูงวัย จำเป็นที่จะต้องดำเนินการทั้งในระดับจุลภาคซึ่งเน้นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถรับมือกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งด้านร่างกายและจิตใจผ่านกิจกรรมทางสังคมต่าง ๆ และการเรียนรู้ตลอดชีวิตและระดับมหภาค คือ การวิจัยเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่มีความหลากหลายและเหมาะสมกับกลุ่มผู้สูงอายุเพื่อการพัฒนาไปสู่นโยบายที่มีความสอดคล้องต่อดำเนินชีวิตจริงในสังคมของผู้สูงอายุ (Saengtong, 2017) จึงจำเป็นต้องสร้างความตระหนักในคุณค่าของผู้สูงอายุ และสนับสนุนกิจกรรมหรือโครงการเสริมสร้างศักยภาพของผู้สูงอายุ เพื่อให้อี้อต่อการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในการพัฒนาท้องถิ่นด้วยเช่นกัน (Tawecheep and Chancharoen, 2017) ในขณะเดียวกัน ยังควรมีการเตรียมความพร้อมในด้านสภาพแวดล้อมความเป็นอยู่ที่ เป็นมิตรกับ

ผู้สูงอายุ ไม่ว่าจะเป็น ด้านสิ่งแวดล้อม ที่อยู่อาศัย ด้านสวัสดิการสังคมพื้นฐาน ซึ่งครอบคลุมสิทธิของผู้สูงอายุ ความต้องการด้านเศรษฐกิจโดยเฉพาะ อาชีพที่มั่นคง และการได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ครอบคลุม (Poonual *et al.*, 2014) นอกจากนี้ ยังจำเป็นต้องเสริมศักยภาพของชุมชนในการร่วมดูแลผู้สูงอายุ โดยอาศัยการใช้ประโยชน์จากฐานข้อมูลในระดับตำบล ร่วมกับกระบวนการศึกษาข้อมูลชุมชนแบบมีส่วนร่วม และกระบวนการประชาสัมพันธ์ (Puraya and Nuntaboot, 2019)

จากการทำงานร่วมกับพื้นที่ชุมชนต่างๆ ทำให้มีภาคีเครือข่าย มีพื้นที่ต้นแบบการพัฒนางานด้านผู้สูงอายุ มีบทเรียนจากการทำงานการขับเคลื่อนพัฒนาสุขภาพชุมชน มีกระบวนการและกระบวนการขับเคลื่อนงานด้านการพัฒนาสุขภาพชุมชน จึงมีความประสงค์ที่จะขยายผลและต่อยอดการพัฒนางานด้านการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อขับเคลื่อนให้เกิดการพัฒนาและกลไกรองรับสังคมสูงวัย เพื่อผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดี โดยเริ่มต้นจากการศึกษาระยะซึ่งเป็นการสำรวจเพื่อรวบรวมข้อมูลการดำเนินกิจกรรมเกี่ยวกับการจัดการด้านผู้สูงอายุของแต่พื้นที่ในเขตบริการสุขภาพที่ 1 ประกอบด้วย 8 จังหวัด ได้แก่ เชียงใหม่ เชียงราย แม่ฮ่องสอน พะเยา แพร่ น่าน ลำพูน และลำปาง โดยจะมีการรวบรวมข้อมูลการดำเนินการของแต่ละพื้นที่ ตลอดจนสถานการณ์ปัญหา และการพัฒนาของแต่ละพื้นที่ เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปพัฒนาระบบกลไกการจัดการเพื่อรองรับและพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุในการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุต่อไป

### อุปกรณ์และวิธีการ

กระบวนการดำเนินการในครั้งนี้อาศัยวิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (participatory action research: PAR) เป็นพื้นฐานในการขับเคลื่อน โดยทุกกลุ่มที่เกี่ยวข้องมองเห็นเป้าหมายเดียวกัน เข้าใจกระบวนการทำงานชัดเจน

ประสานงานเครือข่ายผู้สูงอายุโดยคณะทำงานระดับจังหวัด โดยใช้กลยุทธ์การดำเนินการแบบมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน และรวบรวมข้อมูลจัดทำร่างข้อสรุปแผนระดับเขตโดยคณะทำงานกลาง โดยทุกขั้นตอนใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นสำคัญ เพื่อจัดทำแผนรองรับสังคมผู้สูงวัยในระดับจังหวัดและระดับเขต โดยมีระยะเวลาดำเนินการในส่วนแรก คือ การสำรวจสถานการณ์เพื่อสรุปและเสนอประเด็นการขับเคลื่อนเป็นเวลา 1 ปี ตั้งแต่ เดือนกันยายน 2562 – สิงหาคม 2563

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การดำเนินการเก็บข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสถานการณ์ของผู้สูงอายุในพื้นที่ในครั้งนี้ ได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลใน 3 ระดับ ได้แก่ 1) ข้อมูลผู้สูงอายุในระดับจังหวัด 2) ข้อมูลผู้สูงอายุในระดับตำบล และ 3) ข้อมูลผู้สูงอายุระดับบุคคล โดยมีการกำหนดพื้นที่ในการดำเนินการ ได้แก่ พื้นที่ในความรับผิดชอบของเขตบริการสุขภาพที่ 1 ประกอบด้วย 8 จังหวัดภาคเหนือตอนบน ได้แก่ เชียงใหม่ เชียงราย แม่ฮ่องสอน พะเยา แพร่ น่าน ลำพูน และลำปาง โดยมีประชากรเป้าหมาย ได้แก่ ประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ดำเนินการศึกษาจากเขตบริการสุขภาพที่ 1 ประกอบด้วย 8 จังหวัด ได้แก่ เชียงใหม่ เชียงราย แม่ฮ่องสอน พะเยา แพร่ น่าน ลำพูน และลำปาง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป เข้าร่วมการวิจัยแบบเจาะจง ขนาดกลุ่มตัวอย่างคัดเลือกจาก 8 จังหวัดในเขตภาคเหนือ ได้แก่ จังหวัดเชียงราย เชียงใหม่ น่าน พะเยา แพร่ แม่ฮ่องสอน ลำปาง ลำพูน โดยมีตำบลเป้าหมายคิดเป็นร้อยละ 15 ของตำบลในจังหวัดนั้นๆ (รวมทั้งสิ้น 117 ตำบล) ซึ่งเป็นการเลือกพื้นที่แบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยเป็นพื้นที่ที่มีความพร้อมด้านศักยภาพผู้นำชุมชน บุคลากรด้านสุขภาพ และแกนนำชุมชนเห็นความสำคัญของการดูแลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในพื้นที่และสมัครใจยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยฯ และกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุ

คิดเป็นร้อยละ 17.32 ของจำนวนผู้สูงอายุในตำบล เป้าหมาย รวมจำนวนทั้งสิ้น 21,286 คน

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม และนำเข้าสู่ที่ประชุมตัวแทนภาคีเครือข่ายพื้นที่ทั้ง 8 จังหวัดในการพิจารณาและปรับปรุงจนได้แบบสอบถามที่มีความเห็นตรงกันและนำไปทดลองใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยแบบสอบถามสอดรับไปกับรูปแบบการวิจัยครั้งนี้เป็นการดำเนินงานในระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยรวบรวมข้อมูลผู้สูงอายุเชิงปริมาณ (quantitative research) และเชิงคุณภาพ (qualitative Research) ด้วยแบบสอบถามจำนวน 3 ฉบับ ได้แก่ 1) แบบสำรวจข้อมูลผู้สูงอายุระดับจังหวัด 2) แบบสำรวจข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ ทั่วโลกพื้นที่ แหล่งเรียนรู้ และข้อมูลอื่นที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาสถานการณ์ผู้สูงอายุระดับตำบล ซึ่งทำการรวบรวมโดยคณะทำงานในพื้นที่ ซึ่งเป็นข้อมูลทุติยภูมิ (secondary data) จาก 8 จังหวัดในเขตภาคเหนือ และ 3) แบบสอบถามข้อมูลผู้สูงอายุระดับบุคคล โดยใช้แนวคำถามถึงโครงสร้างสำหรับสัมภาษณ์และประชุมกลุ่มเป้าหมายที่พัฒนาโดยคณะผู้วิจัยตามกรอบแนวคิดสุข 5 มิติ ซึ่งเป็นมุมมองที่มีต่อความสุขในเชิงจิตวิทยาที่นำมาประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในผู้สูงอายุ ซึ่งกรมสุขภาพจิตได้ดำเนินการจัดทำเป็นคู่มือความสุข 5 มิติสำหรับผู้สูงอายุ สำหรับบุคลากรสาธารณสุขและบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุได้ใช้ในการจัดกิจกรรม (Jittiya, Nuchanat and Busarin, 2019)

ทั้งนี้ โดยมีการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาด้วยการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา (content validity) ซึ่งผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นเข้าสู่ที่ประชุมตัวแทนภาคีเครือข่ายพื้นที่ทั้ง 8 จังหวัดพิจารณาและปรับปรุงจนได้แบบสอบถามที่มีความเห็นตรงกันจากนั้นนำไป

ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ 3 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านพฤติกรรมและสังคมศาสตร์ 1 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลชุมชน 1 ท่าน จากนั้นนำไปหาค่า CVI ได้เท่ากับ 0.93 และการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของเครื่องมือ (reliability) โดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดสอบใช้กับประชากรกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้อยู่ในพื้นที่การศึกษา จำนวน 10 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในแบบสอบถาม และนำมาปรับภาษาให้สอดคล้องและเข้าใจตรงกันก่อนนำไปใช้จริง

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลเริ่มต้นจากการศึกษาสถานการณ์ด้านผู้สูงอายุของพื้นที่ 8 จังหวัดเป้าหมาย ทั้งในระดับจังหวัด ระดับตำบล และระดับบุคคล เพื่อนำมาวิเคราะห์ปัญหาการดำเนินการเกี่ยวกับผู้สูงอายุ เพื่อนำไปสู่การคัดเลือกประเด็นปัญหาด้านผู้สูงอายุทำให้เกิดการวางแผนการดำเนินการแก้ไข โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อศึกษาสถานการณ์คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและการเตรียมความพร้อมของครอบครัวในการรองรับการดูแลผู้สูงอายุ ในเขตสุขภาพที่ 1 ตลอดจนวิเคราะห์สถานการณ์ ประเด็นการพัฒนา ปัญหาการขับเคลื่อนงานผู้สูงอายุ ทูทางสังคมด้านการดูแลผู้สูงอายุ ตลอดจนกิจกรรมการดำเนินการในพื้นที่เพื่อจัดทำแผนที่ทูทางสังคมด้านผู้สูงอายุ ทั้งบุคคล สิ่งแวดล้อม และการสนับสนุนเครือข่ายด้านผู้สูงอายุในพื้นที่ นำไปสู่การวิเคราะห์ประเด็นปัญหาด้านผู้สูงอายุ การจัดลำดับความสำคัญและคัดเลือกประเด็นขับเคลื่อน เพื่อนำสู่การวางแผนการดำเนินการ

ทั้งนี้ หลังจากคณะดำเนินงานในระดับพื้นที่ได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในแต่ละส่วนเป็นที่เรียบร้อยแล้ว ได้มีการนำข้อมูลดังกล่าวมาสรุปและสังเคราะห์ข้อมูลให้กับพื้นที่เพื่อนำเสนอข้อมูลแก่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในระดับพื้นที่ทั้ง 8 จังหวัด จากนั้นจึงนำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์เพื่อร่างประเด็นการพัฒนาพื้นที่ในประเด็นการพัฒนากระบวนการดูแลและ

จัดการด้านผู้สูงอายุและการเตรียมการรองรับสังคมผู้สูงอายุ โดยมีการจัดเวทีประชุมคณะทำงานจาก 8 พื้นที่ จังหวัดเพื่อพิจารณาวางแผนการพัฒนากระบวนการขับเคลื่อนงานด้านการเตรียมการเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ พัฒนาระบบการจัดการและการดูแลผู้สูงอายุ การพัฒนาตัวชี้วัด เพื่อขยายผลสู่การพัฒนาพื้นที่อื่นต่อไป และนำไปสู่การสรุปประเด็นเพื่อพัฒนาระบบกลไกในการขับเคลื่อนการพัฒนากระบวนการรองรับสังคมผู้สูงอายุและติดตามประเมินผลกระบวนการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของสถานการณ์ด้านผู้สูงอายุระดับจังหวัด และระดับตำบล ทั้งในด้านลักษณะทางประชากรศาสตร์ สถานะความเป็นอยู่ด้านเศรษฐกิจ สังคม และการศึกษา และข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุทั้งหมด เป็นการวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และนำเสนอในรูปแบบตาราง และแผนภูมิตามความเหมาะสม ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการรวบรวมข้อมูลที่ได้จากข้อคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่าง และข้อมูลจากการจัดเวทีภาคีเครือข่ายการทำงานในระดับพื้นที่ ได้นำมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) เพื่อการจัดหมวดหมู่ประเด็นในการขับเคลื่อนต่อไป

### ผลการศึกษา

ในภาพรวมของผลการดำเนินงาน สามารถสรุปสถานการณ์ บทเรียน ตลอดจนข้อสังเกตอันเนื่องมาจากการดำเนินโครงการได้ ดังต่อไปนี้

#### 1. ความเข้าใจในสถานการณ์ผู้สูงอายุและความหลากหลายของบริบทในพื้นที่

จากการสำรวจสถานการณ์ผู้สูงอายุในแต่ละจังหวัดในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 1 ทำให้มองเห็นภาพรวมของสถานการณ์ผู้สูงอายุในเขตพื้นที่ภาคเหนือตอนบนทั้ง 8 จังหวัดได้อย่างชัดเจนมากขึ้น ซึ่งอาจมีความแตกต่างจากสถานการณ์ของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่อื่น โดยจะเห็นได้ว่า พื้นที่ทั้ง 8

จังหวัดมีแนวโน้มของการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์เนื่องจากมีผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ใกล้เคียงและมากกว่าร้อยละ 20 เกือบทุกจังหวัด ทั้งนี้ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่สามารถดูแลตนเองได้ โดยไม่ต้องการผู้ดูแลมากกว่าร้อยละ 70 ทั้งนี้ เมื่อพิจารณาถึงบริบทด้านโครงสร้างครอบครัวแล้ว จะเห็นได้ว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังคงใช้ชีวิตอยู่ภายใต้ครอบครัวขยาย โดยอยู่กับคู่สมรส ลูกหลาน และญาติพี่น้อง (ร้อยละ 71) รองลงมาคือผู้สูงอายุที่ใช้ชีวิตอยู่กับคู่สมรสเพียงสองคน (ประมาณร้อยละ 24) และเป็นที่น่าสังเกตว่า มีผู้สูงอายุจำนวนไม่น้อยที่ต้องอาศัยอยู่เพียงลำพัง (ร้อยละ 5) (Table 1) ปรากฏการณ์ดังกล่าว สะท้อนถึงการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างครอบครัว อันเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและเศรษฐกิจ ทำให้ครอบครัวมีแนวโน้มที่จะมีขนาดเล็กลง ผู้สูงอายุจึงมีความจำเป็นต้องอาศัยพึ่งพาผู้สูงอายุด้วยกันเองและพึ่งพาตนเองมากขึ้น ในขณะเดียวกันสิ่งที่ควรให้ความสำคัญอย่างยิ่งสำหรับประชากรสูงอายุ คือ ภาวะสุขภาพและการมีโรคประจำตัว ซึ่งจากผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 66) (Table 1)

ทั้งนี้ สาเหตุการเจ็บป่วยส่วนใหญ่ของผู้สูงอายุยังคงเป็น โรคเรื้อรังต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นเบาหวาน ความดันโลหิต โรคข้อและกล้ามเนื้อ เข่าเสื่อม ไตเสื่อม ปัญหาการมองเห็น มะเร็ง และโรคหอบหืด เป็นต้น และผู้สูงอายุบางส่วนยังมีความเจ็บป่วยในระดับที่รุนแรงมากขึ้น เช่น มีการติดเชื้อเฉียบพลัน ปัญหาระบบทางเดินหายใจส่วนบน/ส่วนล่าง และการติดเชื้อในลำไส้ ซึ่งทำให้พบว่าปัจจุบันมีผู้สูงอายุจำนวนไม่น้อยที่อยู่ในภาวะติดบ้าน ซึ่งพอจะช่วยตนเองได้ในบางเรื่อง โดยอาจมีโรคเรื้อรังและโรคที่มีผลต่อการเคลื่อนไหว ทำให้มีข้อจำกัดในการเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ และผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง ซึ่งเป็นผู้ที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้มีโรคประจำตัวหลายโรค มีโรคแทรกซ้อนหรือเจ็บป่วยระยะสุดท้าย จึงไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้ ซึ่งส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจาก

ภาวะแทรกซ้อนของโรคเรื้อรังที่เป็นอยู่ และสิ่งที่น่าวิตกกังวลไปกว่านั้น คือ มีผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านภาวะซึมเศร้า ภาวะหลงลืม และปัญหาโรคสมองเสื่อม ในขณะที่สาเหตุการเสียชีวิตของผู้สูงอายุส่วนใหญ่ เกิดจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโรคไต เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ อีกทั้งการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุยังมีการรายงานปรากฏเป็นระยะ ซึ่งปรากฏการณ์เหล่านี้ส่วนหนึ่ง

เป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงทางสังคมเศรษฐกิจตลอดจนรูปแบบการดำเนินชีวิตที่ส่งให้เกิดภาวะของโรคเรื้อรังต่าง ๆ ตลอดจนโครงสร้างครอบครัวและความสัมพันธ์ที่เปลี่ยนไปจนอาจมีผลทำให้เกิดผลกระทบต่อการใช้ชีวิตและสภาพจิตใจของผู้สูงอายุ และถือเป็นภาวะที่ต้องเฝ้าระวังและติดตามอย่างต่อเนื่อง

**Table 1** Percentage of the elderly divided by general information and province

Information	Chiang Mai	Chiang Rai	Phrae	Mae Hong Son	Nan	Phayao	Lampang	Lamphun	Total
<b>Need caring</b>									
Not need	77.32	74.85	85.20	74.74	69.94	75.35	72.98	85.18	74.64
Need	22.68	25.15	14.80	25.26	30.06	24.65	27.02	14.82	25.36
<b>Living</b>									
Living with spouse	23.17	34.88	16.67	27.94	21.77	28.03	21.89	16.70	24.06
Living with extended family	71.66	64.86	75.48	63.39	71.24	63.68	71.39	79.58	70.54
Living alone	4.56	0.27	7.85	3.12	6.98	8.29	5.96	3.72	4.87
Other	0.62	0.00	0.00	5.54	0.00	0.00	0.76	0.00	0.53
<b>Congenital disease</b>									
None	32.34	37.02	32.21	39.56	28.69	35.27	31.25	42.74	33.91
Having disease	67.66	62.98	67.79	60.44	71.31	64.73	68.75	57.26	66.09



**Figure 1** The situation analysis of the elderly in the community

## 2. การกำหนดแนวทางการพัฒนาระบบและกลไกจากการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในพื้นที่

จากการสำรวจสถานการณ์ผู้สูงอายุในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 1 ตลอดจนการศึกษาความเป็นได้ในการใช้ประโยชน์จากกลไกด้านทุนทางสังคมในพื้นที่กับการพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุในชุมชน ทั้งในรูปแบบของทุนเครือข่าย ทุนทางบุคคลและทรัพยากรมนุษย์ และทุนด้านงบประมาณ ตลอดจนการสำรวจเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมและสิ่งสนับสนุนคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในพื้นที่ ทั้ง พื้นที่การเรียนรู้ระดับตำบล ความเพียงพอและความปลอดภัยของพื้นที่และสิ่งอำนวยความสะดวก การเข้าถึงสวัสดิการต่าง ๆ ของผู้สูงอายุ การเข้าไปมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมชุมชน และ กลไกระดับพื้นที่ที่ดำเนินการเกี่ยวกับการพัฒนาระบบรองรับสังคมสูงวัย ซึ่งนอกจากกระบวนการดังกล่าวจะทำให้ทราบข้อมูลสำคัญเหล่านี้แล้ว ยังทำให้เกิดเครือข่ายและพลังขับเคลื่อนงานด้านผู้สูงอายุในพื้นที่อีกด้วย (Figure 1)

ทั้งนี้ สามารถสรุปประเด็นในการขับเคลื่อนโครงการเตรียมความพร้อมในการพัฒนาระบบและกลไกรองรับสังคมสูงวัยเพื่อผู้สูงอายุมีสุขภาวะที่ดี (active aging) ในเขตสุขภาพที่ 1 โดยมีข้อสังเกตตลอดจนข้อเสนอแนะจากผู้มีส่วนร่วมในการประชุม ซึ่งผู้ร่วมประชุมในเวทีทั้งหมดจำนวน 21 ท่าน ประกอบไปด้วย ภาศเครือข่ายระดับจังหวัดทั้ง 8 จังหวัดที่ทำงานในบทบาทกรรมการ กขป. ตัวแทนจากมูลนิธิพัฒนาผู้สูงอายุ กรรมการสมัชชาสุขภาพจังหวัด คณะทำงานขับเคลื่อนการพัฒนาผู้สูงอายุ และทีมนักวิชาการโครงการฯ โดยมีประเด็นสำคัญที่ควรนำไปสู่การพิจารณาและขับเคลื่อนการดำเนินงานต่อไป ดังนี้

### 1) การมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ

ควรเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้เข้าไปมีส่วนร่วมในกลไกการวางแผนต่างๆ ที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุในชุมชน เช่น กลไก พชอ. ที่กำหนดให้มีคนในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม ควรมีส่วนหนึ่งเป็นโควตาสำหรับ

ผู้สูงอายุเพื่อให้ได้ร่วมออกแบบและกำหนดกิจกรรมด้วยตนเอง เพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุ นอกจากนั้น ยังควรมีการยกระดับโรงเรียนผู้สูงอายุที่เริ่มเปิดกระจายในทุกพื้นที่ แต่ในแง่ของการจัดการหลักสูตรอาจจะยังไม่ได้ตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุได้อย่างแท้จริง เช่น การออกแบบหลักสูตร กิจกรรม ซึ่งควรเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วม

### 2) ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุและประชาชน (health literacy)

สิ่งที่น่ากังวลสำหรับผู้สูงอายุในปัจจุบัน คือ การรับข้อมูลข่าวสารเรื่องยาและอาหารเสริมเพื่อสุขภาพที่เข้าถึงผู้สูงอายุผ่านทางช่องทางการสื่อสารที่หลากหลาย ทั้งวิทยุ สื่อออนไลน์ การขายตรงในชุมชน จึงจำเป็นต้องมีการให้ความรู้และสร้างความตระหนักในประเด็นเหล่านี้ เพราะส่งผลกระทบต่อทั้งค่าใช้จ่าย และความปลอดภัยในการใช้ยาในผู้สูงอายุ ซึ่งอาจสอดแทรกประเด็นเหล่านี้เข้าไปในโรงเรียนผู้สูงอายุโดยจำเป็นต้องยกระดับมากขึ้น โดยใช้สื่อที่ผู้สูงอายุเข้าใจได้ง่ายนอกจากนั้นประเด็นเรื่องการปลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุจำเป็นต้องเน้นการปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมนอกเหนือไปจากการให้ความรู้เพียงอย่างเดียว ซึ่งเป็นอีกประเด็นหนึ่งใน health literacy ที่อาจสอดแทรกเข้าไปในโรงเรียนผู้สูงอายุได้เช่นกัน ดังนั้นการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ จึงควรดำเนินการควบคู่ไปกับการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้เรียนรู้เรื่องสิทธิและการเข้าถึงสิทธิของผู้สูงอายุในด้านต่าง ๆ ด้วย

### 3) การพัฒนาที่นำไปสู่ความเหลื่อมล้ำ

เป็นที่น่าสังเกตว่า ภายในชุมชนเดียวกันมีความเหลื่อมล้ำจากการพัฒนาที่เห็นได้ชัดเจน เช่น ชุมชนที่เป็นพื้นที่ต้นแบบจะได้รับการสนับสนุนทั้งจากหน่วยงานและได้รับความสนใจจากคนภายนอก ในขณะที่บ้านหรือชุมชนข้างเคียงตกอยู่ในภาวะชายขอบ ไม่มีคนสนใจ ยากจน ยากลำบาก จะเห็นได้ว่าชุมชนเติบโตไม่เท่ากัน คนบางกลุ่มตกหล่น และช่องว่างยิ่งเพิ่มมากขึ้น เช่น ในขณะที่ผู้สูงอายุที่เป็น

ประชากรไทยได้รับความสนใจและสนับสนุนมากขึ้น จะยิ่งทำให้ผู้สูงอายุในกลุ่มชาติพันธุ์ที่อยู่นอกเหนือ ขอบเขตสิทธิสวัสดิการต่าง ๆ ยิ่งถูกกีดกันจากสิทธิ ประโยชน์มากขึ้นเช่นกัน

นอกจากนั้น ประเด็นของผู้สูงอายุที่ควรได้รับความสนใจเพิ่มเติม คือ ประเด็นของกลุ่มเปราะบาง เช่น ความเป็นชนกลุ่มน้อย ความเป็นหญิงชาย ผู้สูงอายุที่ยากจน ความหลากหลายของผู้สูงอายุแต่ละกลุ่ม อีกทั้งประเด็นที่ขาดหายไป คือ ประเด็น เรื่องศาสนา และการดำเนินการภายใต้กรอบของ ศาสนา เช่น ผู้สูงอายุมุสลิม ซึ่งอาจจะตกหล่นและ ไม่ได้ครอบคลุมเท่าที่ควรในการสำรวจของหน่วยงาน ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง อีกทั้งความแตกต่างระหว่าง ผู้สูงอายุหญิงชายอันเนื่องมาจากวัฒนธรรมและ ค่านิยมสังคมซึ่งทำให้เกิดการแบ่งบทบาทหน้าที่ ระหว่างหญิงชายในสังคม ทำให้ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุ ผู้หญิงมักต้องรับภาระในการเป็นผู้ดูแล และรับภาระ งานในบ้าน ในขณะที่การเข้าร่วมกิจกรรมสังคมก็ยัง เป็นบทบาทของผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย ซึ่งบางส่วน เสี่ยงต่อการเป็นโรคซึมเศร้า จึงต้องคำนึงถึงประเด็น เรื่องเพศในแต่ละตัวชีวิตในการนำเสนอข้อมูลต่าง ๆ ด้วย

#### 4) การใช้ประโยชน์จากสื่อมวลชน และสื่อ สมัยใหม่

ควรมีการนำเสนอไปใช้ประโยชน์ในทุกรูปแบบ เช่น สื่อสังคมออนไลน์ โดยเน้นการใช้สื่ออย่างมีชั้นเชิง เช่น การส่งเสริมคนดีหรือคนที่มีความดีใน ชุมชนที่ไม่ได้รับการสนับสนุนผ่านระบบ หรือ ประเด็นเรื่องของการใช้สื่อกับการสร้างความขัดแย้ง (ทางการเมือง) นอกจากนี้ ยังควรให้ความสำคัญกับการใช้ประโยชน์จากเครือข่ายสื่อสารมวลชน เช่น สื่อมวลชน (TPBS) สถาบันอุดมศึกษาที่มีการเรียน การสอนด้านสื่อ ซึ่งสามารถสร้างความร่วมมือได้ อีกทั้งการใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยีสมัยใหม่ เช่น การ พัฒนา application ที่ต้องสอดคล้องกับข้อจำกัด ของผู้สูงอายุแต่ละกลุ่ม เช่น ผู้สูงอายุในกลุ่มชาติพันธุ์ เพื่อช่วยในการเข้าถึงระบบบริการต่าง ๆ

สิ่งที่สามารถดำเนินต่อเนื่องได้อีกประการ หนึ่ง คือ การต่อยอดจากกระบวนการสร้างนักข่าว พลเมือง โดยสนับสนุนให้มีสถานีสื่อในชุมชน ซึ่งอาจ ดำเนินการจัดการข้อมูลโดยผู้สูงอายุ โดยได้รับการ สนับสนุนทางเทคนิควิธีการจากองค์กรภายนอก ทำให้ชุมชนกลายเป็นสถานีส่งสัญญาณ เป็นการต่อยอด งานสื่อในพื้นที่เชิงรุก โดยชุมชนสามารถทำได้ด้วย ตนเองโดยอาศัยเทคโนโลยีการสื่อสารเป็นตัวช่วย แต่ จำเป็นต้องมีทีมวิชาการและเทคนิคเข้าไปช่วย สนับสนุน

อย่างไรก็ตาม digital literacy เป็นสิ่งสำคัญ ที่ต้องทำควบคู่ไปกับการใช้สื่อ เนื่องจากผลกระทบ จากการใช้สื่อดิจิทัลมีทั้งผลกระทบในเชิงบวกและเชิง ลบ ดังนั้น หากจำเป็นต้องมีการนำสื่อเหล่านี้มาใช้ใน กระบวนการพัฒนา โดยผู้สูงอายุและผู้เกี่ยวข้อง จำเป็นต้องมีส่วนในการใช้สื่อดังกล่าว จำเป็นอย่างยิ่ง ที่จะต้องเรียนรู้อย่างเท่าทันสื่อเหล่านี้ มิฉะนั้นจะยิ่ง เป็นการสร้างปัญหาในรูปแบบใหม่ในผู้สูงอายุ

#### 5) การสร้างความร่วมมือกับภาคธุรกิจ (CSR)

เนื่องจากในเขตสุขภาพที่ 1 ประกอบด้วย หลายจังหวัดที่มีระดับการพัฒนาและมีฐาน ทรัพยากรแตกต่างกัน เช่น จังหวัดใหญ่มีทรัพยากร จำนวนมาก มีแหล่งสนับสนุนจากภาคธุรกิจ (CSR) มากกว่า เช่น จังหวัดเชียงใหม่ ในขณะที่จังหวัดอื่น ๆ เช่น แม่ฮ่องสอน ไม่มีทรัพยากรและเครือข่ายใน ลักษณะเหล่านี้ ดังนั้น หากเป็นไปได้ควรมีการ share ทรัพยากรเหล่านี้ร่วมกันในระดับเขตสุขภาพ ให้จังหวัดที่มีแล้วหรือมีมากกว่า สามารถ share สิ่ง เหล่านี้ให้กับจังหวัดอื่น ๆ ที่ขาดแคลนได้ เช่น การใช้ ประโยชน์จากศูนย์ต่าง ๆ ดังนั้น การสร้างความ ร่วมมือกับภาคธุรกิจ (CSR) จึงสามารถประสานงาน โดยตรงไปที่ ภาคธุรกิจ โดยเชื่อมโยงกับ ลักษณะเฉพาะของชุมชนและกิจกรรมที่จะ ดำเนินการ โดยไม่จำเป็นต้องรอการขับเคลื่อนจาก ระดับจังหวัดหรือทรัพยากรภายในจังหวัด



## 6) การใช้ประโยชน์จากฐานข้อมูล

ปัจจุบันระบบฐานข้อมูลยังมีข้อจำกัด การหาข้อมูลในประเด็นเกี่ยวกับผู้สูงอายุบางประเด็นยังเข้าถึงได้ยาก เช่น ข้อมูลอุบัติเหตุของผู้สูงอายุ ซึ่งมีหน่วยงานรับผิดชอบเก็บข้อมูลหลายหน่วยงาน ทั้งทางตำรวจ สถานบริการสุขภาพ และอื่นๆ ทั้ง ๆ ที่มีการเก็บข้อมูลผู้สูงอายุเป็นจำนวนมาก แต่กระจายกระจาย และบางฐานข้อมูลไม่สามารถเข้าถึงได้ เช่น ข้อมูลจาก health data center (HDC) ซึ่งเก็บข้อมูลที่ในปัจจุบัน แต่ต้องเป็นเจ้าหน้าที่เท่านั้นที่จะเข้าถึงข้อมูลได้ หรือต้องอาศัยเครือข่ายจึงจะสามารถเข้าไปใช้ประโยชน์ได้เท่านั้น และข้อมูลจากฐานข้อมูลอื่น ๆ จากหลายภาคส่วนที่เก็บรวบรวมไว้ เช่น ข้อมูล จปฐ. ซึ่งคนในพื้นที่เป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูล แต่ต้องส่งให้ส่วนกลาง ทำให้พื้นที่เองไม่ได้ใช้ประโยชน์จากข้อมูลท้องถิ่นของตน ดังนั้น ควรจะมีเจ้าภาพหรือส่วนกลางในการรวบรวมฐานข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุทั้งหมดทั้งประเทศ เช่น สำนักงานสถิติแห่งชาติ ไม่ว่าจะเก็บข้อมูลด้วยหน่วยงานใดก็ตาม นำไปรวมไว้ในฐานข้อมูลเดียวกัน และไม่มีลิขสิทธิ์ความเป็นเจ้าของตกเป็นของหน่วยงานใดแต่เพียงผู้เดียว แต่เป็นการรวมข้อมูลไว้ส่วนกลางที่เปิดเผยได้ ให้สามารถเข้าไปใช้ประโยชน์

สืบเนื่องจากข้อจำกัดเรื่องฐานข้อมูลผู้สูงอายุและสุขภาพซึ่งมีการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลไว้เป็นจำนวนมาก จากหลากหลายหน่วยงาน แต่เป็นฐานข้อมูลที่เข้าถึงไม่ได้เนื่องจากผู้ดำเนินการเก็บฐานข้อมูลดังกล่าวไว้ ไม่ได้มีการนำมาแลกเปลี่ยนให้บุคคลภายนอกได้ใช้ประโยชน์ จึงไม่ได้นำไปใช้ประโยชน์สำหรับผู้ที่มีความจำเป็นต้องใช้ โดยเฉพาะท้องถิ่นซึ่งเป็นผู้มีส่วนร่วมในการเก็บข้อมูลเหล่านี้เอง เนื่องจากมีการจำกัดเฉพาะกลุ่มหรือบุคคลที่จะเข้าถึงและเข้าใช้ฐานข้อมูลเหล่านั้นได้ สำหรับข้อมูลจากการศึกษาครั้งนี้ก็เช่นกัน จึงควรพิจารณาต่อไปว่าจะมีการยกระดับขึ้นเป็นฐานข้อมูลที่สามารถเอาไปใช้ประโยชน์ในเชิงสาธารณะได้อย่างไร เช่นเดียวกับฐานข้อมูลอื่น ๆ ในแต่ละระดับที่จะทำ

อย่างไรที่จะเชื่อมโยงและรวบรวมฐานข้อมูลที่มีอยู่แล้วเหล่านั้นเพื่อให้สาธารณะได้นำไปใช้ประโยชน์

## 7) การบูรณาการกลไกการทำงาน

ปัจจุบันยังขาดนักวิชาการที่จะทำหน้าที่ชี้แนะหรือcoaching ในชุมชนซึ่งเป็นงานที่ยากขึ้น เพราะชุมชนมีความซับซ้อนมากขึ้น โดยยังขาดนักวิชาการที่มีประสบการณ์ทำงานกับชุมชน ส่วนคนรุ่นใหม่ที่เริ่มกลับมาในชุมชนกลับรู้สึกว่ามีช่องว่างระหว่างวัยระหว่างคนในชุมชนรุ่นก่อน จึงทำงานด้วยกันค่อนข้างยาก และยังขาดนักวิชาการที่จะช่วยสนับสนุนงานในชุมชนในเชิงวิชาการ ซึ่งปัจจุบันมีกองทุนที่จะสนับสนุนค่อนข้างมาก แต่คนในชุมชนไม่สามารถเขียนโครงการเสนอขอรับทุนเองได้ ต้องมีนักวิชาการช่วยชี้แนะแนวทางหรือช่วยดำเนินการในส่วนนี้ในทางกลับกัน ในส่วนของภาควิชาการซึ่งผลิตงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุเป็นจำนวนมาก จะทำอย่างไรที่จะเชื่อมโยงหรือสังเคราะห์ผลการวิจัยเหล่านั้น เพื่อนำไปสู่การใช้ประโยชน์ในเชิงกลไกได้อย่างแท้จริง อีกทั้งการทำงานร่วมกันเพื่อรองรับสังคมสูงวัยที่ไม่ได้มีเฉพาะคนสูงวัยทั้งหมด แต่ต้องมีส่วนร่วมจากกลุ่มคนต่างๆ ซึ่งเตรียมพร้อมจะเป็นผู้สูงวัยในอนาคตด้วย

นอกจากนั้น การสร้างกลไกการมีส่วนร่วมระดมทุนจากภาคเอกชนในรูปแบบมูลนิธิ ซึ่งรวบรวมแหล่งทุน สร้าง social enterprise อย่างเป็นระบบ เพื่อให้การช่วยเหลือเป็นไปอย่างทั่วถึง ไม่กระจุกตัวเฉพาะพื้นที่ใหญ่หรืออำเภอจังหวัดใหญ่ ซึ่งปัจจุบันกำลังขับเคลื่อนในพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่เป็นต้นแบบ อีกทั้งการเชื่อมโยงประเด็นด้านผู้สูงอายุและบูรณาการประเด็นต่าง ๆ เข้าด้วยกัน เช่น ความมั่นคงทางอาหารกับเรื่องแรงงาน ซึ่งถูกทำให้แยกจากกัน แต่จริง ๆ แล้วเป็นประเด็นที่เกี่ยวข้องกัน จึงควรพิจารณาความเชื่อมโยงของประเด็นการศึกษาเหล่านี้เพื่อนำไปสู่การใช้ประโยชน์ โดยมีกลุ่มผู้สนับสนุนการทำงานเชิงรุกในระดับตำบลและพื้นที่เป็นเงื่อนไขสำคัญในการขับเคลื่อน เช่น อปท. นอกเหนือจาก

ฝ่ายปฏิบัติการและทุนสนับสนุน แต่กลไกในการสนับสนุนการทำงานของคนเหล่านี้ยังปรากฏไม่มาก

### 8) ประเด็นและข้อสังเกตอื่นๆ

เป็นที่น่าสังเกตว่า ปัจจุบันปรากฏมีศูนย์บริการต่าง ๆ ซึ่งมีแต่โครงสร้างอาคารสถานที่ หรือชื่อหน่วยงาน แต่ไม่มีผู้ดูแล ไม่มีคนทำงานอยู่จำนวนไม่น้อยในแต่ละพื้นที่ เช่น ศูนย์บริการคนพิการ เป็นต้น จึงควรสำรวจว่ามีศูนย์ลักษณะนี้อยู่มากน้อยแค่ไหน อยู่ในส่วนใดบ้างที่ใช้งบประมาณไปแล้วกับโครงสร้างเหล่านี้ ควรนำมาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับผู้สูงอายุในชุมชน เช่นเดียวกับการให้ความสำคัญกับประเด็นการออมของผู้สูงอายุ ที่ไม่ใช่การออมเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ แต่เป็นการออมที่ผ่านมาเพื่อรองรับชีวิตในวัยสูงอายุที่จะทำให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้หลังจากที่ไม่สามารถมีรายได้แล้ว ซึ่งต้องวางแผนตั้งแต่ยังไม่เข้าสู่วัยสูงอายุ จึงต้องอาศัยการออมอย่างมีระบบ

นอกจากนั้น การให้ความสำคัญกับระบบและกลไกในการเข้าถึงการรักษาพยาบาลนับว่ามีความสำคัญ จะทำอย่างไรที่จะมีกลไกรองรับช่วยเหลือผู้สูงอายุเมื่อต้องเข้ามาใช้บริการสุขภาพไม่ว่าจะค่าเดินทาง ค่าที่พัก ซึ่งผู้สูงอายุต้องมีค่าใช้จ่ายในส่วนนี้มากกว่าค่ารักษาพยาบาลซึ่งส่วนใหญ่รัฐรองรับได้ และในขณะเดียวกัน ควรมีการดูแลอาสาสมัครที่มีความเสี่ยงในการดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วยในชุมชน ทั้งประเด็นเรื่องความปลอดภัย และการถูกคุกคาม ตลอดจนการพัฒนานวัตกรรมต่างๆ เพื่อเป็นตัวช่วยสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาระค่อนข้างหนัก และบางคนไม่ได้ผ่านการอบรมในเชิงเทคนิค เช่น ผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง

ทั้งนี้ จะเห็นได้ว่า การศึกษาประเด็นด้านผู้สูงอายุในปัจจุบันจำเป็นต้องอาศัยการศึกษาที่ใช้เทคนิคการศึกษาที่หลากหลายมากขึ้น เช่น อาศัยภาพถ่ายทางมานุษยวิทยา โดยอาศัยการเล่าเรื่องด้วยภาพ เสียง ดนตรี คลิปวิดีโอ การศึกษาประวัติศาสตร์หมู่บ้าน เรื่องเล่า และหลักฐานทางประวัติศาสตร์อื่นๆ เนื่องจากการเก็บข้อมูลไม่

จำเป็นต้องใช้การสำรวจและการสัมภาษณ์เท่านั้น ซึ่งจะช่วยทำให้เกิดความเข้าใจในบริบทสังคมและวัฒนธรรมที่ผู้สูงอายุดำรงชีวิตอยู่มากขึ้น และสามารถวางแผนการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุที่สอดคล้องเหมาะสมกับบริบทเหล่านั้น

### วิจารณ์

เป้าหมายหลักสำคัญของการเตรียมความพร้อมในการพัฒนาระบบและกลไกรองรับสังคมสูงวัยในครั้งนี้ คือ การส่งเสริมให้เกิดระบบและกลไกในพื้นที่ซึ่งสามารถส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุในพื้นที่ โดยเริ่มต้นจากในระดับชุมชนซึ่งเป็นบริบทที่ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุมากที่สุด ทั้งนี้ เพื่อให้ครอบคลุมกับผู้สูงอายุที่มีความหลากหลายทั้งในเงื่อนไขทางสังคมและวัฒนธรรม ตลอดจนคนผู้สูงอายุที่มีลักษณะเฉพาะ เช่น ผู้สูงอายุผู้พิการ หรือผู้สูงอายุในกลุ่มชาติพันธุ์ โดยใช้แนวคิดเรื่องของ active ageing เป็นกรอบแนวคิดที่องค์การอนามัยโลกกำหนดขึ้น เพื่อใช้เป็นกรอบในการดำเนินนโยบายส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งถูกนิยามว่าเป็นกระบวนการในการเพิ่มประสิทธิภาพและโอกาสในด้านสุขภาพ การมีส่วนร่วม และความมั่นคงเพื่อนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ ซึ่งคำว่า “active” ในที่นี้ ไม่เพียงแต่เป็นหมายรวมถึงความสามารถในการมีส่วนร่วมในส่วนของแรงงานและความสามารถในทางกายภาพเท่านั้น แต่ยังหมายถึงการมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่องในกิจกรรมทางสังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรม จิตวิญญาณ และประชาสังคมอีกด้วยดังนั้น ไม่ว่าจะเป็นผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดทางด้านร่างกายอย่างผู้สูงอายุที่มีความพิการ หรือผู้สูงอายุที่ไม่ได้ทำงานแล้วก็ตาม ยังคงสามารถที่จะมีส่วนร่วมในการสร้างคุณประโยชน์ให้แก่ชุมชนและสังคมได้เช่นกัน (WHO, 2002) ซึ่งจากผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นว่า ระบบการดำเนินการเพื่อเสริมหนุนการขับเคลื่อนการดูแลซึ่งกันและกันทั้งในระดับเครือข่าย ครอบครัวยุคใหม่ ชุมชนพื้นที่ในแต่ละจังหวัดยังเป็นไปด้วยความสัมพัทธ์ที่ดี ทำให้ผู้สูงอายุส่วน

ใหญ่ได้รับการดูแลที่ค่อนข้างดีระดับหนึ่ง โดยผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่จะมีวิถีชีวิตสอดคล้องกับแนวคิดสุข 5 มิติ (Jittiya, Nuchanvit and Busarin, 2019) เนื่องจากผู้สูงอายุในพื้นที่มีภาวะสุขภาพ อยู่ในระดับที่ช่วยเหลือและพึ่งพาตนเองได้เป็นส่วนใหญ่ ถึงแม้จะมีโรคประจำตัวตามวัยซึ่งยังคงเป็นโรคเรื้อรังต่าง ๆ (health) อีกทั้งเป็นผู้มีองค์ความรู้และภูมิปัญญาที่หลากหลายในพื้นที่ ไม่ว่าจะเป็นภูมิปัญญาด้านเกษตรกรรม หัตถกรรม/ศิลปกรรม การแพทย์แผนไทย ความเชื่อ และคหกรรม ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุในพื้นที่ที่มีความมั่นใจในตนเอง ได้รับการยอมรับจากผู้อื่น รู้สึกมีคุณค่า (integrity) สามารถเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน สามารถจัดการสิ่งต่าง ๆ และสื่อสารได้อย่างมีประสิทธิภาพ (cognition) อยู่ร่วมกับครอบครัวโดยมีผู้ดูแลใกล้ชิด และมีความสามารถในการดูแลผู้อื่นได้ ตลอดจนมีการจัดการกิจกรรมในชุมชนส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุอยู่อย่างต่อเนื่อง ทำให้ช่วยลดความซึมเศร้า ความเครียด และความวิตกกังวลในชีวิตของผู้สูงอายุลงได้ (recreation) และมีแนวโน้มที่จะมีชีวิตอยู่อย่างสุขสงบ (peacefulness) โดยมีความสุขกับสภาพการใช้ชีวิตที่เป็นจริงในปัจจุบันได้

อย่างไรก็ตาม การเปลี่ยนแปลงที่ยั่งยืนเหล่านี้จะเกิดขึ้นได้ จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีความมุ่งเน้นเพื่อการพัฒนากระบวนการขับเคลื่อนงานด้านผู้สูงอายุ โดยเฉพาะแนวทางการวางแผนการดำเนินการเพื่อให้เกิดการพัฒนาและกลไกในการขับเคลื่อนเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุได้อย่างเป็นรูปธรรมในระยะยาว เช่น การจัดเวทีสำหรับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เพื่อวิเคราะห์ประเด็นปัญหาการขับเคลื่อนงานผู้สูงอายุการส่งเสริมและกระตุ้นให้มีกระบวนการพัฒนาฐานข้อมูลด้านผู้สูงอายุในระดับพื้นที่ เพื่อให้มีฐานข้อมูลที่ครอบคลุมและสามารถนำไปใช้ในการวิเคราะห์สถานการณ์ที่ทันสมัยสามารถนำไปใช้ในการวางแผนการดำเนินการ และให้การจัดการปัญหาได้ ตลอดจน การสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมกับคณะทำงานระดับพื้นที่ทั้ง

เขตสุขภาพเพื่อร่วมกันจัดทำ mapping เครือข่ายทุนในการขับเคลื่อนงานด้านผู้สูงอายุ เนื่องจากทุนทางสังคม เป็นพลังสำคัญที่จะขับเคลื่อนชุมชนให้มีความสามารถในการเพิ่มมูลค่าให้กับชุมชนตนเองมากขึ้น มีความเท่าทันต่อปัญหา และมีความสามารถในการจัดการกับปัญหาได้มากขึ้น และท้ายที่สุดสามารถพึ่งพาตนเองได้จริงในระยะยาว (Kongkhum, 2018) โดยมีองค์ประกอบสำคัญ คือ เครือข่าย (networks) บรรทัดฐาน (norms) และความไว้วางใจกัน (trust) (Putnam, 1996) ซึ่งกระตุ้นให้เกิดการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนในการพัฒนาโดยทั่วไป ทุนทางสังคมสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ทั้งในบริบททางการเมือง เศรษฐกิจ และการจัดการสิ่งแวดล้อม (Kongkhum, 2018) ทั้งนี้ เนื่องจากคนในชุมชนล้วนมีองค์ความรู้ ภูมิปัญญา และมีศักยภาพที่สามารถนำมาใช้ในการพัฒนาตนเองและชุมชนของตนได้ โดยเฉพาะการพัฒนา นโยบายสาธารณะให้เข้มแข็งได้ด้วยทุนทางสังคม โดยเน้นการพัฒนาคนในชุมชนเป็นศูนย์กลาง (Promsuan, 2018)

ในกรณีของการพัฒนาระบบและกลไกรองรับสังคมสูงวัยในพื้นที่ภาคเหนือตอนบนนี้ จะเห็นได้ว่า บริบททางสังคมวัฒนธรรมในพื้นที่ที่เรียกได้ว่าเป็น “สังคมล้านนาร่วมสมัย” นั้น มีองค์ประกอบของทุนทางสังคมที่สามารถส่งเสริมศักยภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่ได้หากมีการวางแผนการใช้ทุนทางสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากทุนทางสังคมและทุนทางวัฒนธรรมมีความสัมพันธ์กับสุขภาพของผู้สูงอายุ ไม่ว่าจะเป็นทุนทางสังคมในรูปแบบของเครือข่าย และองค์กร ทุนทางวัฒนธรรมในรูปแบบของ ประเพณี บรรทัดฐานทางสังคม และ ทุนทางปัญญา (Klinsuwan, 2018) อีกทั้งยังหมายถึงรวมถึงวิถีคิดระบบความรู้ที่จะสามารถนำไปใช้ในการจัดการกับวิถีของความเป็นชุมชนได้ (Intrita, 2017) ทุนทางสังคมในที่นี้จึงเหมาะสมที่จะถูกนำมาประยุกต์ใช้เพื่อการดูแลสุขภาพชุมชน โดยมีสุขภาพของผู้สูงอายุใน

พื้นที่เป็นฐาน เนื่องจากการทำงานเพื่อการดูแลสุขภาพชุมชนจะประสบความสำเร็จหรือไม่นั้น ไม่ได้เกิดจากการทำงานของหน่วยบริการสุขภาพเพียงหน่วยเดียวแต่ต้องเกิดจากการร่วมคิดร่วมทำของหลายภาคส่วนที่เป็นเจ้าของเรื่องสุขภาพชุมชนทำหน้าที่ในการแก้ปัญหาและดูแลสุขภาพชุมชนร่วมกันไม่ว่าจะเป็นนั้น ประชาชน องค์กรชุมชนกลุ่มเครือข่ายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและหน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่ อาจต่างกันที่แต่ละส่วนจะเน้นเรื่องการดูแลสุขภาพตามบทบาท หน้าที่ตามความถนัดและความเชี่ยวชาญของตนเอง เพื่อให้เกิดชุมชนแห่งสุขภาพซึ่งจะเป็นฐานให้สังคมเข้มแข็งต่อไป (Khungtumneam, 2013) ตัวอย่างจากกรณีศึกษาในพื้นที่ เช่น การจัดประชุมคณะทำงานขับเคลื่อนงานด้านผู้สูงอายุ จากแต่ละพื้นที่และจากแต่ละเครือข่าย เพื่อรวบรวมกิจกรรม และการดำเนินการเกี่ยวกับการพัฒนางานผู้สูงอายุที่ผ่านมา รวมถึงการพัฒนาโครงการและกิจกรรมเพื่อส่งเสริมกระบวนการในการขับเคลื่อนงานด้านผู้สูงอายุ และการพัฒนาศักยภาพประชาชน บุคคลในพื้นที่ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนางานการขับเคลื่อนงานด้านผู้สูงอายุ เป็นต้น

### สรุป

การจะพัฒนาระบบและกลไกรองรับสังคมสูงวัยได้อย่างมีศักยภาพในพื้นที่ภาคเหนือตอนบน จำเป็นต้องอาศัยการขับเคลื่อนของภาคีเครือข่ายการทำงานรองรับสังคมสูงวัยใน 8 จังหวัดภาคเหนือตอนบนที่มีความเข้มแข็ง และการใช้ประโยชน์จากข้อมูลสถานการณ์ โดยมีแนวทางการพัฒนาระบบและกลไกที่สำคัญ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุและคนในชุมชน ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพไปพร้อมกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตในด้านอื่น โดยต้องคำนึงถึงมิติด้านความเหลื่อมล้ำในการพัฒนา ตลอดจนรู้จักการใช้ประโยชน์จากฐานข้อมูลและสื่อสมัยใหม่ และการสร้างความร่วมมือกับภาคธุรกิจ (CSR) รวมทั้งการบูร

ณาการกลไกการทำงานในทุกภาคส่วนเพื่อเป้าหมายในการพัฒนาศักยภาพของผู้สูงอายุในชุมชน

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ การสนับสนุนงบประมาณจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สำนัก 9 ที่ทำให้การศึกษาค้นคว้าสำเร็จด้วยดี และพร้อมดำเนินการพัฒนาต่อเนื่องต่อไป

### เอกสารอ้างอิง

- Intria M. 2017. Social Capital. Narkbhutparitat Journal Nakhon Si Thammarat Rajabhat University. 9(2): 14-25. (in Thai)
- Kantamoon., W. and P. Wongsawat. 2016. Factors influencing risk of depression among the elderly in the upper northern region. EAU Heritage Journal Science and Technology 10(3): 83-92. (in Thai)
- Khungtumneam, K. 2013. Utilization social capital for community health care. Journal of Phrapokklao Nursing College Chanthaburi 24(1): 66-72. (in Thai)
- Kitreerawutiwong, K. and N. Kitreerawutiwong. 2018. The development direction for long-term care giver in community. Journal of Nursing and Health Care 36(4): 15-24. (in Thai)
- Klinsuwan, P. 2018. Correlation between social capitals, cultural capitals and healthy aging promotion. Liberal Arts Review 13(25): 1-12. (in Thai)
- Kongkhum, S. 2018. Social Capital on Sustainable Community Management: A Case Study of Bannbonamsub Community, Moo 1, Khuntalae Sub-

- district, Lansaka District, Nakhon Si Thammarat Province. Veridian E-Journal, Silpakorn University. 11(2): 1727-1743. (in Thai)
- Poonual, D., P. Sirasoonthorn, S. Phongphit and S. Puanarunuthai. 2014. A development of healthy ageing city model. Journal of Health Education 37(126): 82-101. (in Thai)
- Promsuan, W. 2018. Social capital and public policy development, elderly care issues in health service provider zone 9. Journal of Health Science Boromarajonani College of Nursing Sunpasitthiprasong 2(2): 80-95. (in Thai)
- Puraya, A. and K. Nuntaboot. 2019. community capacity in elderly care. Journal of Nursing and Health Care 37(1): 22-31. (in Thai)
- Putnam, R. 1996. Who killed civic America? Prospect, March: 66-72.
- Saengtong, J. 2017. Aging society (complete aged): The elderly condition of good quality. Rusamilae Journal 38(1): 6-28. (in Thai)
- Sirikampeng, A. and P. Phosing. 2017. The long term care for the elderly dependency on thailand country 4.0 era. Dhammathas Academic Journal 17(3): 235-244. (in Thai)
- Taweecheep, N. and P. Chancharoen. 2017. The role of Thai senior citizens on local development participation. Academic Journal of Humanities and Social Sciences Burapha University 25(49): 167-187. (in Thai)
- World Health Organization (WHO). 2002. (2002) Active Ageing: A Policy Framework. The Aging Male 5(1): 1-37. (March 20, 2021).
-