

ส่วนที่ ๑ บทนำว่าด้วยการบริหารจัดการเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุในสังคมไทย

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ที่มาของปัญหา

สืบเนื่องจากการที่ประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุมาเกือบหนึ่งทศวรรษแล้วโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2550) ระบุว่าประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุปีแรกเมื่อพ.ศ. 2548 ทำให้ปัจจุบันหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ตระหนักในความสำคัญในเรื่องนี้โดยเห็นว่าต้องเร่งกำหนดนโยบาย แผนงาน ปรับเปลี่ยนระบบสวัสดิการและการจัดบริการอย่างเร่งด่วน เพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์ของประชากรดังกล่าว (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร 2554) ในเชิงข้อมูลสถิติผู้สูงอายุของไทยสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.) (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ 2550) ได้มีการคาดประมาณประชากรของประเทศไทยระหว่าง พ.ศ. 2543-2573 ว่าในปี 2555 ประเทศไทยจะมีผู้สูงอายุประมาณ 8,591,000 คน เป็นชาย ร้อยละ 43.84 หญิงร้อยละ 56.16 เมื่อเทียบกับปี 2550 มีผู้สูงอายุ 7,020,959 คนเป็นชายร้อยละ 44.60 หญิงร้อยละ 51.14 อย่างไรก็ตามจำนวนประชากรในประเทศไทย ณ วันสามเือนครั้งล่าสุด (1 กันยายน 2553) มี 65.9 ล้านคน เป็นหญิง 33.6 ล้านคนหรือร้อยละ 51.0 และชาย 32.3 ล้านคนหรือร้อยละ 49.0 คิดเป็นอัตราส่วนเพศชาย 96.1 ต่อ หญิง 100 คน และวัยผู้สูงอายุหรือคนอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปมีจำนวน 8.57 ล้านคนหรือคิดเป็นร้อยละ 13.0 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ 2555) ซึ่งใกล้เคียงกับข้อมูลที่ สศช.ได้คาดการณ์

ในปัจจุบันทั่วโลกได้ตระหนักในความจำเป็นที่สังคมจะต้องปรับเปลี่ยนเพื่อรองรับกับสิ่งที่ท้าทายหนึ่งที่สำคัญแห่งศตวรรษที่ 21 นั่นคือภาวะโลกแห่งผู้สูงอายุ (Global Aging) ซึ่งส่งผลให้การศึกษาสังคมผู้สูงอายุ (Aging Society Study) เป็นประเด็นที่ร่วมสมัย ซึ่งไม่เฉพาะนักวิชาการด้านประชากรศาสตร์ที่ชี้ให้เห็นถึงปัญหาโครงสร้างของประชากรที่เปลี่ยนแปลงไป ปัจจุบันมีกว่า 30 สาขาวิชาการที่ได้ให้ความสนใจศึกษาวิจัยในเรื่องนี้ซึ่งส่งผลให้ในช่วงระยะที่ผ่านมา มีผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว (เพื่อนแก้ว ทองอำไพ, 2554) ความสนใจในปรากฏการณ์ของสังคมผู้สูงอายุ (Aging Society; Geriatrics Society) หรือภาวะประชากรสูงอายุ (Population Aging) ¹ ดังกล่าวนำมาสู่กรอบแนวคิดในการมองปัญหาสังคมผู้สูงอายุในเชิงบูรณาการ หรือการมี

¹ เป็นศัพท์ทางด้านประชากรศาสตร์ซึ่งอาจใช้คำว่าภาวะประชากรสูงอายุ (Population Aging) ได้เช่นกัน หมายถึงสังคมที่มีสัดส่วนของกลุ่มคนผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นกว่าสัดส่วนของกลุ่มเด็กและเยาวชน ส่งผลให้มีฐานของอายุ (median age) ของประชากรของประเทศนั้นเพิ่มสูงขึ้น (Tsuno and Homma 2009) ทั้งนี้เป็นผลมาจากอัตรา

มุมมองแบบสหวิชาในการสร้างกรอบความคิดทฤษฎีหรือเพื่อการค้นหาหลักการในการจัดการต่อปรากฏการณ์สังคมผู้สูงอายุ ทั้งนี้ประเด็นที่ทำให้เกิดความสนใจปัญหาสังคมผู้สูงอายุที่หลายประเทศกำลังเผชิญอยู่คือนโยบายของรัฐในระดับมหภาคหรือนโยบายการจัดสวัสดิการซึ่งจำเป็นต้องเกี่ยวข้องกับการตัดสินใจในทางการเมืองเพื่อจัดสรรทรัพยากร หรือในระดับจุลภาคในเชิงการกำหนดแนวทางการจัดการตลอดจนวิธีการเชิงปฏิบัติต่อประเด็นปัญหาของผู้สูงอายุ ซึ่งงานวิชาการโดยส่วนใหญ่ที่ปรากฏจะเป็นงานด้านการบริการสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพ การให้การศึกษาตลอดชีวิต การเสริมทักษะความรู้แก่ผู้สูงอายุ (เพื่อนแก้ว ทองอำไพ 2554) ดังนั้นการศึกษาวิจัยในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ (The Age) สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) ในมุมมองที่หลากหลายจึงเป็นสิ่งร่วมสมัยอันสะท้อนถึงความสนใจของนักวิชาการต่อปัญหาหรือสิ่งท้าทายที่จะเกิดขึ้น อย่างไรก็ตามความสนใจดังกล่าวอยู่บนพื้นฐานของจุดเน้นของแต่ละแขนงหรือสาขาวิชา รวมทั้งบางมุมมองที่ได้บูรณาการในเชิงสหสาขาวิชา ซึ่งคณะผู้วิจัยมีความสนใจในประเด็นแนวทางและวิธีการของเมืองในการจัดการสังคมผู้สูงอายุด้วยเหตุผลต่างๆเช่น

1. การตระหนักถึงการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของไทยเป็นสิ่งที่สำคัญและจำเป็น โดยเฉพาะการวิเคราะห์จากการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างประชากรซึ่งจำแนกเป็น 3 ประเภทคือ ประชากรวัยเด็ก วัยแรงงาน และวัยสูงอายุ ซึ่ง 2 กลุ่มแรกกำลังมีแนวโน้มลดลง แต่วัยสูงอายุกลับมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งสังคมไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในปี 2548 และจะเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มตัวในปี 2573 (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ 2549 หน้า 1-4) ซึ่งสอดคล้องกับรายงานแนวโน้มการเพิ่มจำนวนประชากรผู้สูงอายุจากหลายองค์การ เช่น WHO รายงานว่าในปี ค.ศ. 2000 ประชากรโลกที่มีอายุ 60 ขึ้นไปมีจำนวน 600 ล้านคน แต่จะเพิ่มขึ้นเป็น 1,200 ล้านคนในปี 2025 และในราวปี ค.ศ. 2050 ผู้สูงอายุทั่วโลกจะมีจำนวนถึงราว 2,000 ล้านคน เท่ากับว่าสัดส่วนของประชากรโลกที่มีอายุ 60 ขึ้นไปจะเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่า เทียบได้กับจากร้อยละ 11 ของประชากรโลกในปี 2006 เป็นร้อยละ 22 ในปี 2050 ทั้งนี้สังคมไทยก็ตกอยู่ภายใต้แนวโน้มที่จะเกิดสถานการณ์ดังกล่าวเช่นกัน กล่าวคือจากการสำรวจภาวะประชากรผู้สูงอายุประจำปี 2550 ขององค์การสหประชาชาติพบว่าประเทศไทยมีจำนวนผู้สูงอายุ 7,187,000 คน คิดเป็นร้อยละ 11 ของ

การเกิดของประชากรที่ลดลงในขณะที่ประชากรมีอายุยืนยาวมากยิ่งขึ้น ตัวอย่างเช่นเมื่อเริ่มศตวรรษที่ 20 ยังไม่พบว่ามีประเทศใดที่มีมีมาตรฐานอายุของประชากรเกินกว่า 30 และในปี 1950 ยังไม่มีประเทศใดในโลกที่มีมีมาตรฐานของอายุประชากรมากกว่า 36 ปี แต่ในปัจจุบัน 8 ใน 16 ประเทศในยุโรปตะวันตกมีมีมาตรฐานอายุของประชากรทะลุ 40 ปีหรือมากกว่า คาดการณ์ว่าในปี 2550 จะมีไม่ต่ำกว่า 6 ประเทศที่มีมีมาตรฐานอายุของประชากรทะลุ 50 ปีหรือมากกว่า (Jackson and Howe 2008) สังคมผู้สูงอายุที่ประเทศไทยใช้นิยามเป็นไปตามเกณฑ์องค์การสหประชาชาติ ซึ่งหมายถึงการที่มีประชากรที่อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด

ประชากรทั้งหมดและคาดว่าในปี 2568 จะมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็นจำนวน 13,958,000 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 19.2 ของประชากรทั้งหมด และในปี 2593 จะมีจำนวน 20,702,000 คน หรือร้อยละ 27.8 ของประชากร ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในราว 15 ปีที่จะมาถึงอย่างเต็มตัว

2. สถิติประชากรผู้สูงอายุจากสำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย ในปี 2552 ซึ่งนิยามตามกฎหมายผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 คือผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปมีจำนวน ร้อยละ 11.30 ของจำนวนประชากรทั้งหมด นอกจากนี้หากจำแนกผู้สูงอายุเป็นกลุ่มตามลำดับช่วงอายุมากขึ้นไปเรื่อยๆจะพบว่าจำนวนผู้สูงอายุในแต่ละกลุ่มจะลดน้อยลงตามลำดับ ในขณะที่สัดส่วนประชากรชายหญิงของไทยโดยรวมทุกวัยคิดเป็นสัดส่วน ร้อยละ 49 : 51 แต่เมื่อกลายเป็นผู้สูงกลับมีสัดส่วนเป็น ร้อยละ 44.64 : 55.36 ซึ่งชี้ให้เห็นว่าสตรีมีอายุยืนยาวกว่าบุรุษอันสะท้อนว่าสังคมไทยนอกจากจะก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้วยังเป็นสังคมผู้สูงอายุที่ขาดความสมดุลระหว่างเพศชายกับเพศหญิง ซึ่งควรที่จะอยู่ดูแลซึ่งกันและกันไปอย่างยาวนานทำนอง “ถือไม้เท้ายอดทอง ครอบงายอดเพชร”
3. ทิศทางการเปลี่ยนแปลงของประชากรโลกดังกล่าวอาจส่งผลกระทบต่อที่สำคัญได้แก่
 - 3.1 เมื่อโครงสร้างครอบครัวเปลี่ยน คนมีอายุยืนยาวขึ้น เด็กมีน้อยลง ผู้ใหญ่ออกไปทำงานนอกบ้าน ทำให้ผู้สูงอายุต้องอยู่โดดเดี่ยวมากขึ้น
 - 3.2 รูปแบบของงานและการเกษียณอายุจะเปลี่ยนไป อัตราส่วนที่ลดต่ำลงของคนวัยทำงานเมื่อเทียบกับคนวัยเกษียณ ทำให้ต้องมีภาระค่าใช้จ่ายสำหรับคนในวัยเกษียณมากขึ้นซึ่งกระทบต่อระบบบำนาญและการประกันด้านสุขภาพในปัจจุบันอย่างมาก
 - 3.3 จำเป็นต้องมีการปรับระบบประกันสังคม เนื่องจากงบประมาณค่าใช้จ่ายด้านการประกันสังคมของประเทศจะบานปลายมากขึ้น ซึ่งจำเป็นต้องมีการประเมินหรือทบทวนเพื่อความยั่งยืนของระบบเหล่านี้
 - 3.4 จะเกิดความท้าทายทางเศรษฐกิจใหม่ที่เกิดขึ้น สภาวะประชากรสูงอายุจะมีผลกระทบต่อเกณฑ์การพิจารณาผู้มีสิทธิเข้าร่วมโครงการทางสังคม อุปทานแรงงาน การค้า และการออมทั่วโลก ซึ่งอาจจำเป็นต้องมีการใช้ระบบการเงินการคลังสาธารณะแนวใหม่เพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงของโลกนี้
4. ประเด็นที่สำคัญสำหรับการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุคือการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุทั้งนี้การมีชีวิตที่ยืนยาวและสุขภาพดีจำเป็นต้องมีการดูแลเอาใจใส่ ซึ่งมีติดกล่าวเป็นตัวบ่งชี้การพัฒนาประเทศ เช่นตัวบ่งชี้ในรายงานการพัฒนาของธนาคารโลก (World Development Report) หรือในรายงานการพัฒนามนุษย์ (Human Development Report) ขององค์การสหประชาชาติ ตลอดจนรายงานการจัดอันดับการพัฒนาของสำนักต่างๆ ในปัจจุบัน

ประชากรโลกที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นมีประมาณ 650 ล้านคน องค์การอนามัยโลก (WHO, 2112) ประมาณการว่าในปี 2050 จะมีถึง 2 พันล้านคน จากแนวโน้มในศตวรรษที่ 21 ดังกล่าวนำมาสู่การเตรียมพร้อมในเรื่องบุคลากรผู้ให้คำแนะนำตลอดจนสังคมเพื่อให้เข้าใจในความต้องการของผู้สูงอายุซึ่งจำเป็นต้องฝึกอบรมการดูแลผู้สูงอายุ การป้องกันโรค และการบริหารจัดการโรคเรื้อรัง การสร้างนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่ยั่งยืน รวมถึงการพัฒนาาระบบที่อำนวยความสะดวกต่างๆ ซึ่งเข้าใจว่าการจัดการเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุก็เป็นหนึ่งในแนวทางต่างๆขององค์การอนามัยโลก มีข้อเท็จจริงบางประการที่เกี่ยวข้องกับประชากรและสังคมผู้สูงอายุของโลกซึ่งจำเป็นต้องตระหนักและหาทางรับมือสถานการณ์ต่อไปนี้

- 4.1 ข้อเท็จจริงที่ 1 ภาวะประชากรสูงอายุ (population aging) เป็นปรากฏการณ์ที่มีทั่วโลก และผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไปจะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยประมาณการณ์ว่าปี ค.ศ. 2050 ผู้สูงอายุกว่า 80% จะอาศัยอยู่ในประเทศที่พัฒนาแล้ว ในขณะที่ผู้สูงอายุในชนบทก็เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วเช่นกัน พบว่าในปี ค.ศ. 2007 ผู้สูงอายุมากกว่าครึ่งอาศัยอยู่ในเมืองใหญ่ และในปี ค.ศ. 2030 คาดว่าจะเพิ่มขึ้นมากกว่า 60%
- 4.2 ข้อเท็จจริงที่ 2 ในศตวรรษที่ 21 ผู้สูงอายุในสังคมยุคใหม่ทั้งประเทศที่พัฒนาแล้ว และประเทศกำลังพัฒนาจะใส่ใจในเรื่องสุขภาพกันทั่วโลก ซึ่งในปี ค.ศ.2005 ในญี่ปุ่น และฝรั่งเศส อายุเฉลี่ยประชากรมีมากกว่า 80 ปี และเพิ่มขึ้นในประเทศที่พัฒนา เช่น ซิลิโนอเมริกาใต้, คอสตาริกา, จาเมกา, เลบานอน, ศรีลังกา หรือประเทศไทยอายุเฉลี่ยประชากรประมาณ 70 ปี
- 4.3 ข้อเท็จจริงที่ 3 ยังมีความแตกต่างกันอย่างมากของอายุเฉลี่ยประชากร เช่น ญี่ปุ่นมีอายุเฉลี่ยประชากรสูงที่สุดในโลก 82.2 ปี ในขณะที่หลายประเทศในแอฟริกา มีอายุเฉลี่ยประชากรต่ำกว่า 40 ปี
- 4.4 ข้อเท็จจริงที่ 4 แม้กระทั่งภายในประเทศเดียวกันก็มีความแตกต่างของอายุเฉลี่ยประชากรอย่างมีนัยสำคัญ เป็นต้นว่าในสหรัฐอเมริกา ประชากรกลุ่มที่มีฐานะดีจะมีอายุเฉลี่ยประชากรสูงกว่าประชากรกลุ่มที่มีฐานะไม่ดีถึง 20 ปี
- 4.5 ข้อเท็จจริงที่ 5 ภายในปี ค.ศ.2050 ผู้ที่เสียชีวิตกว่า 80% จะเป็นประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป แต่ด้านงบประมาณในการดูแลเรื่องดังกล่าวจะน้อยลง การที่ประชาชนมีอายุที่ยืนยาวขึ้นจำเป็นต้องอาศัยนโยบายในการดูแลผู้สูงอายุที่เหมาะสม เช่น การมีนโยบายกองทุนประกันสุขภาพผู้สูงอายุ เป็นต้น
- 4.6 ข้อเท็จจริงที่ 6 ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีต้องได้รับการใส่ใจจากครอบครัว ชุมชน และระบบเศรษฐกิจ การลงทุนในสุขภาพต้องเกิดขึ้นทุกๆภาคส่วนในสังคม เป็นการ

ยากลำบากที่จะใช้เพียงการประชาสัมพันธ์เพื่อปรับเปลี่ยนประพฤติกรรมของบุคคล เป็นต้นว่า ความเสี่ยงจากการเสียชีวิตก่อนเวลาอันควรจะลดลงประมาณ 50% ถ้าหากบุคคลที่มีอายุระหว่าง 60-75 ปี เลิกสูบบุหรี่ทั้งหมด

- 4.7 ข้อเท็จจริงที่ 7 การใช้ศูนย์สุขภาพชุมชนในการดูแลประชาสัมพันธ์ด้านสุขภาพเป็นแนวทางที่ได้ผลในการป้องกันโรคตลอดจนการจัดการโรคเรื้อรังในคนไข้ที่รักษาไม่ต่อเนื่อง ซึ่งจำเป็นต้องฝึกอบรมบุคลากรให้มีความเชี่ยวชาญในการให้คำแนะนำ การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตั้งแต่เมื่อมีอาการเล็กน้อย ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้มีแนวทางการให้คำปรึกษาโดยการจัดฝึกอบรมเกี่ยวกับประเด็นผู้สูงอายุมาโดยตลอด
- 4.8 ข้อเท็จจริงที่ 8 ผลกระทบอย่างรุนแรงจากสาธารณภัยและอุบัติเหตุต่อผู้สูงอายุ เช่น ในปี ค.ศ.2004 การเกิดคลื่นยักษ์ tsunami เป็นสาเหตุการตายของผู้สูงอายุจำนวนมากในอินโดนีเซีย และ ในปี ค.ศ.2003 ผู้ที่เสียชีวิตจากเหตุการณ์คลื่นความร้อนในยุโรปคือผู้สูงอายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไป ปี 2010 แผ่นดินไหวที่เฮติ ตายเกือบ 2 แสนคนก็ยังคงความสูญเสียแก่ผู้สูงอายุอย่างมาก ดังนั้นจึงควรมีนโยบายเร่งด่วนที่จะปกป้องผู้สูงอายุระหว่างที่เกิดภาวะฉุกเฉิน
- 4.9 ข้อเท็จจริงที่ 9 ความเสี่ยงจากการหกล้มในผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น และ เกิดผลเสียจากการบาดเจ็บดังกล่าวมากมาย และทำให้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น เช่น ในออสเตรเลียค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุที่บาดเจ็บจากการหกล้มในกลุ่มอายุตั้งแต่ 65 ปี ขึ้นไปในปี ค.ศ.2001 ถึง 2002 ประมาณ 3,611 เหรียญสหรัฐต่อคน
- 4.10 ข้อเท็จจริงที่ 10 ผู้สูงอายุที่ถูกทารุณกรรมมีจำนวนเพิ่มขึ้นในขณะที่สังคมเกิดการเปลี่ยนแปลง องค์การอนามัยโลกประมาณการไว้ว่าผู้สูงอายุในโลกประมาณ 4% ถึง 6% ได้รับความทุกข์ทรมานจากการถูกทารุณกรรม ไม่ได้รับการดูแล ทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ เศรษฐกิจ หรือจากการไม่สนใจ ซึ่งการทารุณกรรมผู้สูงอายุเป็นการละเมิดสิทธิมนุษยชน

- 5 ในปัจจุบันการพัฒนาชุมชนเมือง (Urbanization Development) หรือการสร้างบ้านแปลงเมือง เป็นทิศทางที่สำคัญของทุกชุมชนในโลก ซึ่งประชากรโลกกว่าครึ่งหนึ่งของประชากรโลกที่มีทั้งหมด 7,000 ล้านคนได้เข้ามาอาศัยในชุมชนเมือง ที่สำคัญคือเมืองเป็นตัวจักรสำคัญของการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ(engines of growth) กล่าวคือเมืองสามารถสร้างผลิตภัณฑ์มวลรวมภายใน(gross domestic product) กว่าร้อยละ 70 (The World Bank Group 2009) ในชุมชนเมืองของไทยก็มีทิศทางเช่นเดียวกันกับแนวโน้มสากล กล่าวคือจากข้อมูลสถิติพบว่า มีผู้อยู่อาศัยเพิ่มมากขึ้นจากร้อยละ 18.7 ของประชากรทั้งประเทศในปี 2533 เป็นร้อยละ 31.1 ในปี 2543 และคาดว่าในปี 2568 จะมีผู้อยู่อาศัยอยู่ในเมืองประมาณร้อยละ 60 (สำนักงาน

คณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ 2549, หน้า 6-9) เมืองนอกจากจะเป็น ศูนย์กลางการพัฒนาความเจริญของงานต่างๆแล้วเมืองยังเป็นที่รวมของปัญหาที่หลากหลายด้วย เช่นกัน

- 6 องค์การอนามัยโลกได้ตระหนักในปรากฏการณ์การพัฒนาชุมชนเมืองโดยเฉพาะเมืองในสังคมที่กำลังพัฒนากับสังคมผู้สูงอายุจึงได้ศึกษาและเสนอแนวทางการสร้างเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ และเผยแพร่ไปทั่วโลก โดยเฉพาะในปัจจุบันเมืองชั้นนำหลายเมือง เช่น มหานครนิวยอร์ก มหานครลอนดอน มหานครโตเกียว ได้รับเอาแนวคิดดังกล่าวไปปฏิบัติอย่างเป็นทางการเป็นรูปธรรมแล้ว (Finkelstein; Garcia; Netherland; and Walker 2008) ด้วยเหตุนี้ท่ามกลางจำนวนและขนาด ตลอดจนเนื้อหาสาระภายในชุมชนเมืองที่เข้มข้นมากยิ่งขึ้นทั่วโลก ทุกประเทศก็ตกอยู่ในสภาวะการก้าวเข้าไปสู่สังคมผู้สูงอายุในขณะเดียวกัน ดังนั้นการพัฒนาหรือส่งเสริมให้เมืองสามารถรองรับสถานการณ์ดังกล่าว หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งคือการสร้างเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ (Age-Friendly City) จึงเป็นสิ่งจำเป็นและหลีกเลี่ยงไม่ได้ อีกทั้งควรเป็นหนึ่งในแนวทางหรือนโยบายที่สำคัญสำหรับองค์กรปกครองท้องถิ่น โดยเฉพาะเทศบาลหรือเมืองต่างๆที่จะสนองตอบต่อปัญหาหรือสถานการณ์ที่จะเกิดขึ้น เพื่อความอยู่รอดของเมืองหรือเทศบาลในระดับต่างๆ ของประเทศไทยต่อไป

สภาพปัญหา

ปัญหาทั่วไปของชุมชนเมืองในสังคมที่กำลังพัฒนาและปรากฏการณ์สังคมผู้สูงอายุ

1. ประเด็นปัญหาโดยทั่วไปของชุมชนเมืองได้แก่ในเขตเมืองประชาชนจำนวนมากยังคงต้องเผชิญกับความยากจนเป็นครั้งคราว เนื่องจากความไม่มั่นคงด้านรายได้และการว่างงาน แม้ว่าการริเริ่มโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเมื่อหลายปีก่อนก็ได้เพิ่มความมั่นคงทางเศรษฐกิจให้กับผู้คนโดยทั่วไปก็ตาม แต่คนส่วนใหญ่ที่อยู่ในภาคเศรษฐกิจนอกระบบยังคงไม่ได้รับการคุ้มครองจากปัจจัยเสี่ยงอื่นๆในการเผชิญกับวิกฤตเศรษฐกิจโลกที่เกิดขึ้นเป็นระยะๆ วิกฤตราคาน้ำมันที่ส่งผลต่ออัตราค่าครองชีพและราคาสินค้าที่เพิ่มสูงขึ้นและไม่สอดคล้องกับรายได้ที่เพิ่มขึ้น คนจนในเมืองจึงได้รับผลกระทบค่อนข้างมากโดยเฉพาะครัวเรือนที่มีผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลเป็นพิเศษจะได้ได้รับความเดือดร้อนอย่างมาก แม้ว่าความพยายามของรัฐบาลในการปรับเพิ่มค่าแรงขั้นต่ำ เพิ่มเบี้ยผู้สูงอายุ สร้างความมั่นคงด้านที่อยู่อาศัยแก่คนจนในเมืองให้กว้างขวางมากขึ้น เพิ่มการเข้าถึงสินเชื่อสำหรับคนยากจน โดยเฉพาะคนจนในเมือง ขยายระบบประกันสังคมให้ครอบคลุมแรงงานในเศรษฐกิจนอกระบบ เป็นต้น

2. จากผลการศึกษาหลายชิ้นในประเด็นสวัสดิการและการดูแลผู้สูงอายุ (Welfare for Elderly) ที่บ่งชี้ถึงปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุในประเทศไทย เช่น ในปี 2550 พบว่าร้อยละ 11 ของผู้สูงอายุไทย อยู่ในภาวะต้องการผู้ดูแลแต่กลับไม่มีผู้ดูแล ร้อยละ 10.9 ต้องมีผู้ดูแลในการทำกิจวัตรประจำวัน ขณะที่ร้อยละ 2.2 ของผู้ดูแลกลับเป็นผู้สูงอายุด้วยตนเองที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป และต้องทุกข์ทรมานและเจ็บป่วยตามมาจากการเป็นผู้ดูแล ส่งผลให้ผู้สูงอายุประมาณ 6-8 หมื่นคน ต้องเผชิญปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ภาวะทุพพลภาพหรือพิการต้องพึ่งพิงผู้อื่นในการใช้ชีวิตประจำวัน ร้อยละ 4.8 มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังและรุนแรง จำเป็นต้องได้รับการดูแลจากบุคลากรทางการแพทย์ ในขณะที่เครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุ อาทิ ลูกหลานวัยแรงงาน ที่ดูแลผู้สูงอายุมีจำนวนลดลงมาก และยังพบว่ามีผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คนเดียว สูงถึงร้อยละ 7.5 อยู่ลำพังกับสามีภรรยา ร้อยละ 17 และอยู่กับหลานในลักษณะครอบครัว ร้อยละ 3.1 ขณะที่อัตราส่วนวัยแรงงานที่มีศักยภาพดูแลมีแนวโน้มลดลงจากเดิมประมาณการไว้ว่า 6 คนดูแลผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป 1 คน จะลดเหลือ 2 คน ต่อผู้สูงอายุ 1 คน ในปี 2573 หรือในอีก 20 ปี ข้างหน้า
3. ในด้านเศรษฐกิจ ด้านภาวะและการพึ่งพิงของผู้สูงอายุต่อสังคมพบว่าอัตราส่วนการพึ่งพิง (จำนวนผู้สูงอายุ (60 บริบูรณ์ปีขึ้นไป) ไปต่อผู้ที่อยู่ในวัยทำงาน (15 - 59 ปี) 100 คน) ของผู้สูงอายุของไทยเพิ่มจาก 10.7 ในปี 2537 เป็น 14.3 ในปี 2545 และเป็น 16.0 ในปี 2550 และเป็น 32.4 ในปี 2553 จากนั้นจะเพิ่มเป็น 38.6 ในปี พ.ศ. 2573 หรือเท่ากับ ในปี พ.ศ. 2573 จะมีผู้สูงอายุ(ที่ไม่ได้ทำงาน) ต่อประชากรวัยทำงาน ในสัดส่วน 1:4 คน ขณะที่ปัจจุบันมีสัดส่วน 1:10 ซึ่งสอดคล้องกับดัชนีผู้สูงอายุ (อัตราส่วนของจำนวนประชากรสูงอายุต่อจำนวนประชากรวัยเด็ก(อายุต่ำกว่า 15 ปี) 100 คน) ที่เพิ่มจาก 22.6 ในปี 2537 เป็น 37.8 ในปี 2545 และเป็น 47.7 ในปี 2550 ในทำนองเดียวกันสังคมจึงจำเป็นต้องแบกภาระผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นเมื่อพิจารณาจากอัตราส่วนเกื้อหนุน (จำนวนคนในวัยทำงานเทียบกับจำนวนผู้สูงอายุ) ที่ลดลงจาก 9.3 ในปี 2537 เป็น 7.0 ในปี 2545 และเป็น 6.3 ในปี 2550 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ 2551) นอกจากนี้อีก 10 ปีข้างหน้าประเทศไทยจะมีเด็กกับผู้สูงอายุในสัดส่วนเท่ากันประมาณ 12 ล้านคน และในระยะยาวจำนวนผู้สูงอายุจะมากกว่าจำนวนเด็ก ส่วนคนที่อยู่ในวัยแรงงานจะมีปริมาณลดลงซึ่งโครงสร้างการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวที่จะเกิดในอีกไม่กี่ปีข้างหน้า ประเทศไทยต้องเตรียมรับมือเช่นกระตุ้นให้เกิดการออมในวัยแรงงาน เพื่อสร้างหลักประกันในช่วงสูงวัย
4. ในด้านสุขภาพพบว่าผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร 6 ใน 10 คนมีความบกพร่องด้านความจำ และในจำนวนนี้ 3 คนเป็นโรคสมองเสื่อมหรืออัลไซเมอร์ เช่นงานวิจัยของ ศ.พญ.นันทิกา ทวิชาชาติ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ดำเนินการ

วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการคัดกรองกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป จำนวน 2,685 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างดังกล่าวเป็นโรคสมองเสื่อม (Dementia) ถึงร้อยละ 31.2 และมีอาการบกพร่องทางพุทธิปัญญาในระดับน้อย (Mild Cognitive Impairment) ที่สามารถพัฒนาต่อไปเป็นโรคสมองเสื่อมได้ถึงร้อยละ 34 และร้อยละ 34.8 เป็นกลุ่มปกติ "ยกตัวอย่างคือ ถ้าผู้สูงอายุเดินมา 10 คน ประมาณ 6 คน น่าจะมีความบกพร่องทางด้านความจำ โดยใน 3 คนเป็นโรคสมองเสื่อมแล้ว" นอกจากนี้ในด้านความรุนแรงต่อผู้สูงอายุพบว่าสังคมไทยรับรู้เรื่องปัญหาการถูกระงับความรุนแรงในกลุ่มเด็กและสตรีมากกว่าความรุนแรงในผู้สูงอายุ ซึ่งความรุนแรงที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุมักเกิดจากคนในครอบครัว ส่วนใหญ่เป็นการกระทำด้านจิตใจและอารมณ์ เช่น ใช้อำนาจ คำพูด กิริยาท่าทางที่แสดงถึงความไม่เคารพ รังเกียจ ไม่เห็นคุณค่าของผู้สูงอายุ รองลงมาเป็นเรื่องการทอดทิ้งไม่ดูแล ไม่ให้การดูแลที่เหมาะสม ซึ่งปัญหาดังกล่าวมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ("และที่เป็นปัญหาคือประชาชนส่วนใหญ่ก็ไม่ได้คิดว่าจะมีการกระทำรุนแรงเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุจริง เพราะคิดว่าสังคมไทยให้ความสำคัญกับความกตัญญู กตเวทิต์ ในขณะที่ผู้สูงอายุเองก็ไม่กล้าบอกหรือเล่าให้ผู้อื่นฟังว่าตนเองถูกระงับความรุนแรง" : ดร.มล.สมจินดา ชมพูนุช จากวิทยาลัยพยาบาล สภากาชาดไทย) แม้สังคมไทยจะมีสถานบริการดูแลผู้สูงอายุของภาคเอกชนรองรับ แต่ยังไม่มีการกำหนดมาตรฐานดูแลคุณภาพ และมีค่าใช้จ่ายสูงประมาณคนละ 15,000-52,500 บาท ทำให้ครอบครัวฐานะปานกลางหรือยากจนไม่สามารถแบกรับค่าใช้จ่ายได้ ขณะที่สถานสงเคราะห์คนชรา ที่รัฐจัดให้ก็ไม่ได้มีไว้เพื่อรองรับผู้สูงอายุที่พิการหรือดูแลตัวเองไม่ได้ เพราะยังขาดแคลนบุคลากรเฉพาะด้าน เช่น พยาบาล นักกายภาพบำบัดดูแลโดยตรง

1. เมื่อพิจารณาในเชิงคุณค่าของทรัพยากรมนุษย์ พบว่าผู้สูงอายุยังคงมีบทบาทสำคัญในชุมชน ทั้งในแง่การทำงานโดยได้รับค่าจ้างหรือการทำงานในเชิงอาสาสมัคร ในแง่นี้ผู้สูงอายุจึงสามารถถ่ายทอดประสบการณ์และความรู้หรือให้ความช่วยเหลือในด้านต่างๆแก่ครอบครัว สังคม หรือชุมชนได้ ดังนั้นจึงเป็นสิ่งจำเป็นที่จะต้องทำให้ผู้สูงอายุเป็นผู้ที่กระฉับกระเฉงและมีคุณภาพ (active & quality aging) จากการมีสุขภาพอนามัยที่ดีตลอดจนการที่สังคมได้สนองความต้องการของพวกเขา อย่างไรก็ตามแม้ว่าประเทศไทยมี "แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2" (พ.ศ. 2545-2564) ที่มีวิสัยทัศน์ต่อผู้สูงอายุในฐานะ "บุคคลที่ได้ทำคุณประโยชน์ต่อสังคมและสมควรได้รับการตอบแทน" แต่ในความเป็นจริงผู้สูงอายุยังคงประสบกับปัญหาต่างๆดังกล่าว

การเตรียมการรองรับสังคมผู้สูงอายุของไทย

ภายหลังจากที่องค์การสหประชาชาติได้จัดประชุมสมัชชาโลกว่าด้วยผู้สูงอายุขึ้น ณ กรุงเวียนนา ประเทศออสเตรีย ในปี พ.ศ. 2525 โดยได้กำหนดแผนปฏิบัติการระยะยาวระหว่างประเทศเกี่ยวกับผู้สูงอายุ พร้อมทั้งได้เชิญชวนให้ประเทศสมาชิกจัดกิจกรรมเพื่อผู้สูงอายุในปี พ.ศ.2534 สำหรับประเทศไทยในปี 2542 คณะรัฐมนตรีได้เห็นชอบในปฏิญญาผู้สูงอายุไทย * ซึ่งเป็นการยอมรับในข้อพึงปฏิบัติสำหรับผู้สูงอายุซึ่งมิใช่เป็นกฎหมายหรือข้อบังคับจึงเป็นเรื่องที่ยังห่างไกลความเป็นจริง อย่างไรก็ตามในช่วง 3 ทศวรรษที่ผ่านมาประเทศไทยได้เริ่มเตรียมการเพื่อรับมือกับสภาพปัญหาที่จะเกิดจากการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ เช่น ในปี พ.ศ. 2525 มีการจัดตั้งคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ และจัดทำแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2525-2544) อีกทั้งมีการให้ความสำคัญแก่ผู้สูงอายุ โดยที่ประชุมคณะรัฐมนตรีมีมติเมื่อ 14 ธ.ค. 2525 กำหนดให้วันที่ 13 เมษายนของทุกปีเป็นวันผู้สูงอายุแห่งชาติ ต่อมารัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยพุทธศักราช 2540 มาตรา 54 และ 80 ได้กำหนดภารกิจของรัฐต่อประชาชนผู้สูงอายุไว้เป็นครั้งแรกโดยให้การรับรองการส่งเสริมสวัสดิการแก่

* ข้อ 1 ผู้สูงอายุต้องได้รับปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่าและศักดิ์ศรี ได้รับการพิทักษ์และคุ้มครองให้พ้นจากการถูกทอดทิ้ง และละเมิดสิทธิ โดยปราศจากการเลือกปฏิบัติ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ไม่สามารถพึ่งตนเองหรือครอบครัวได้ และผู้พิการที่สูงอายุ

ข้อ 2 ผู้สูงอายุควรอยู่กับครอบครัวโดยได้รับความเคารพ รัก ความเข้าใจ ความเอื้ออาทร การดูแลเอาใจใส่ การยอมรับบทบาทของกันและกันระหว่างสมาชิกในครอบครัวเพื่อให้เกิดความสัมพันธ์อันดีในการอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข

ข้อ 3 ผู้สูงอายุควรได้รับโอกาสในการศึกษา เรียนรู้ และพัฒนาศักยภาพของตนเองอย่างต่อเนื่อง เข้าถึงข้อมูลข่าวสารและบริการทางสังคมอันเป็นประโยชน์ในการดำรงชีวิต เข้าถึงความเปลี่ยนแปลงของสังคมรอบด้าน เพื่อสามารถปรับบทบาทของตนเองให้สมวัย

ข้อ 4 ผู้สูงอายุควรได้ถ่ายทอดความรู้ และประสบการณ์ให้สังคม มีโอกาสได้ทำงานที่เหมาะสมกับวัยตามความสมัครใจ โดยได้รับค่าตอบแทนที่เป็นธรรม เพื่อให้เกิดความภาคภูมิใจและเห็นชีวิตมีคุณค่า

ข้อ 5 ผู้สูงอายุควรได้เรียนรู้ในการดูแลสุขภาพอนามัยของตนเอง ต้องมีหลักประกันและสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพอนามัยอย่างครบวงจร โดยเท่าเทียมกัน รวมทั้งได้รับการดูแลจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิตอย่างสงบตามคตินิยม

ข้อ 6 ผู้สูงอายุควรมีบทบาท และส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัว ชุมชน สังคม โดยเฉพาะการรวมกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยน เรียนรู้ และเข้าใจอันดีระหว่างผู้สูงอายุด้วยกัน และกับบุคคลทุกวัย

ข้อ 7 รัฐโดยการมีส่วนร่วมขององค์กรภาคเอกชน ประชาชน สถาบันสังคมต้องกำหนดนโยบายและแผนหลักด้านผู้สูงอายุ ส่งเสริมและประสานให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการอย่างต่อเนื่องให้บรรลุตามเป้าหมาย

ข้อ 8 รัฐโดยการมีส่วนร่วมขององค์กรภาคเอกชน ประชาชน สถาบันสังคมต้องตรากฎหมายว่าด้วยผู้สูงอายุ เพื่อเป็นหลักประกันและการบังคับใช้ในการพิทักษ์สิทธิ คุ้มครอง และจัดสวัสดิการแก่ผู้สูงอายุ

ข้อ 9 รัฐโดยการมีส่วนร่วมขององค์กรภาคเอกชน ประชาชน สถาบันสังคมต้องรณรงค์ปลูกฝังค่านิยมให้สังคมตระหนักคุณค่าของผู้สูงอายุตามวัฒนธรรมไทยที่เน้นความกตัญญูต่อบุคคลที่และความเอื้ออาทรต่อกัน

ผู้สูงอายุ ในปี 2542 มีการประกาศปฏิญญาผู้สูงอายุไทย และในปี 2545 มีการจัดทำแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) ต่อมาในปี พ.ศ. 2546 มีการออกพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 ภายใต้กฎหมายนี้ผู้สูงอายุจะได้รับบริการทางการแพทย์โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายได้รับการลดหย่อนค่ารถโดยสารสาธารณะ ได้รับคำแนะนำในการประกอบอาชีพและคำปรึกษาทางกฎหมายจากรัฐรวมทั้งสิทธิประโยชน์อื่นๆ บุตรที่เลี้ยงดูบิดามารดาจะได้รับการลดหย่อนภาษี เมื่อพิจารณาถึงแผนพัฒนาผู้สูงอายุฉบับที่ 2 ที่ครอบคลุมถึงปี พ.ศ. 2564 เนื่องจากเพื่อเตรียมการรองรับการเปลี่ยนผ่านไปสู่สังคมผู้สูงอายุโดยที่แผนพัฒนาผู้สูงอายุฉบับนี้จัดทำขึ้นบนพื้นฐานความคิดที่ว่า การดูแลผู้สูงอายุเป็นความรับผิดชอบของครอบครัวที่ปฏิบัติกันมาช้านานแล้ว จึงควรรักษาธรรมเนียมปฏิบัตินี้ให้ดำรงอยู่ต่อไปให้นานที่สุด ความรับผิดชอบนี้มีคุณค่าในตัวเองเพราะช่วยเสริมสร้างศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้สูงอายุ การรักษาสถาบันทางสังคมนี้ให้ดำรงอยู่ต่อไปไม่เพียงแต่จะช่วยบรรเทาแรงกดดันต่อทรัพยากรสาธารณะ แต่ยังจะช่วยมิให้ผู้สูงอายุต้องไปใช้ชีวิตอย่างโดดเดี่ยวในสถานสงเคราะห์ แนวคิดของแผนฯ นี้ก็คือครอบครัวและชุมชนจะเป็นสถาบันหลักในการดูแลผู้สูงอายุ โดยรัฐบาลมีบทบาทในการจัดหาบริการสนับสนุน ซึ่งในปัจจุบันบทบาทนี้ของภาครัฐได้ถ่ายโอนไปให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการ โดยได้มีแผนงานโครงการต่างๆ เพื่อส่งเสริมเครือข่ายชุมชน แผนการออมในชุมชนและกิจกรรมเรียนรู้สำหรับผู้สูงอายุในชุมชน นอกจากนี้ในปี 2550 รัฐธรรมนูญ พ.ศ.2550 ยังคงบทบัญญัติเกี่ยวกับภารกิจของรัฐต่อประชากรสูงอายุไว้ในมาตรา 53 และ 80 (1) ในลักษณะที่คล้ายกันกับฉบับปี พ.ศ. 2540 *

สภาพปัญหาในการจัดการสังคมผู้สูงอายุของไทย

1. ปัจจุบันสังคมไทยโดยรวมยังคงดูแลผู้สูงอายุดังที่เคยปฏิบัติกันมา โดยที่ลูกหลานถือเป็นหน้าที่ที่จะต้องดูแลผู้สูงอายุและคนส่วนใหญ่ก็คาดหวังให้ลูกหลานดูแลเมื่อยามชรา แต่ในปัจจุบันอาจเป็นการยากที่จะปฏิบัติตามประเพณีนี้เพราะสังคมมีความเป็นเมืองมากขึ้น ครอบครัวใหญ่แยกเป็นครอบครัวเดี่ยว ผู้หญิงจำนวนมากต้องทำงานที่ไม่สามารถดูแลผู้สูงอายุได้ ความตึงเครียดในเรื่องนี้จะเพิ่มขึ้นเพราะอัตราการพึ่งพิงของผู้สูงอายุต่อประชากรวัยทำงานจะเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วในปัจจุบัน

* ความว่า บุคคลซึ่งมีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ และรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพ มีสิทธิได้รับสวัสดิการ สิ่งอำนวยความสะดวก อันเป็นสาธารณะอย่างสมศักดิ์ศรี และความช่วยเหลือที่เหมาะสมจากรัฐ และในมาตรา 80 ความว่า รัฐต้องดำเนินการตามแนวนโยบายด้านสังคม การสาธารณสุขการศึกษา และวัฒนธรรม คุ้มครองและพัฒนาเด็กและเยาวชน สนับสนุนการอบรมเลี้ยงดูและให้การศึกษาปฐมวัยส่งเสริมความเสมอภาคของหญิงและชาย เสริมสร้างและพัฒนาความเป็นปึกแผ่นของสถาบันครอบครัวและชุมชน รวมทั้งต้องสงเคราะห์และจัดสวัสดิการให้แก่ผู้สูงอายุผู้ยากไร้ ผู้พิการหรือทุพพลภาพและผู้อยู่ในสภาวะยากลำบาก ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและพึ่งพาตนเองได้

2. ในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมาสัดส่วนของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับลูกลดลงจากร้อยละ 77 เหลือร้อยละ 59 ในขณะที่ผู้สูงอายุอีกร้อยละ 11 มีครอบครัวที่อาศัยอยู่ใกล้เคียง ร้อยละ 8 ของผู้สูงอายุอยู่คนเดียว และร้อยละ 16 อยู่กับคู่สมรส ในจำนวนนี้ครึ่งหนึ่งมีลูกอาศัยอยู่ในบริเวณใกล้เคียง ถึงแม้ว่าจำนวนผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวตามลำพังจะยังน้อยอยู่แต่ก็มีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ เห็นได้จากสัดส่วนที่เพิ่มขึ้นเป็นสองเท่าจากร้อยละ 3.6 ในปี พ.ศ. 2537 เป็นร้อยละ 7.5 ในปี พ.ศ. 2549 มีเพียงร้อยละ 3 ของผู้สูงอายุที่ไม่ได้ติดต่อกับครอบครัวอย่างน้อยเดือนละครั้ง ในปี พ.ศ. 2550 ผู้สูงอายุร้อยละ 87 ได้รับการสนับสนุนทางการเงินจากครอบครัวในปี 2551 1 ใน 3 ของผู้สูงอายุที่ไม่ได้อยู่กับครอบครัวได้รับอาหารที่ครอบครัวนำมาให้ทุกสัปดาห์แต่ครอบครัวจะสนับสนุนผู้สูงอายุได้ยากขึ้นอันเนื่องมาจากการย้ายถิ่นและการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต
3. ในปี พ.ศ. 2550 ผู้สูงอายุร้อยละ 88 บอกว่าดูแลตัวเองในการดำรงชีวิตประจำวัน ในขณะที่ 1 ใน 4 ขาดผู้ดูแลยามเจ็บป่วยมีผู้สูงอายุจำนวนมากต้องหาเลี้ยงชีพเอง กว่า 1 ใน 3 ยังทำงานอยู่ โดยครึ่งหนึ่งทำงานเพราะความจำเป็นเพื่อให้มีค่าใช้จ่ายในการยังชีพ ประมาณ 3 ใน 5 ของผู้สูงอายุที่ทำงานอยู่ในภาคการเกษตร และในจำนวนนี้ร้อยละ 70 มีรายได้ต่ำกว่า 50,000 บาทต่อปี ดังนั้นผู้สูงอายุจำนวนมากยังต้องการความช่วยเหลือจากครอบครัว สำหรับผู้สูงอายุที่ไม่ได้ทำงาน จำเป็นต้องพึ่งพารายได้จากลูกถึง 3 ใน 4 ส่วนของรายได้ นอกจากนี้ก็ได้รับการดูแลด้านอื่น (เช่นอาหารและเสื้อผ้า) ในปี พ.ศ. 2550 มีผู้สูงอายุที่อยู่ใต้เส้นความยากจนถึงร้อยละ 13.2 สูงกว่าสัดส่วนคนจนเฉลี่ยทั่วประเทศซึ่งอยู่ที่ร้อยละ 8.5 (สำนักงานโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติประจำประเทศไทย 2552)
4. เมือง หรือเขตการปกครองตามกฎหมายเทศบาล พ.ศ. 2496 ได้กำหนดให้เทศบาลทุกเทศบาลได้มีบทบาทหรือทำหน้าที่ 2 ประเภก็คือคือหน้าที่ที่ต้องทำ ตาม ม. 50, 53, 56 กับหน้าที่ที่เทศบาลอาจทำตามมาตรา 51, 54, และ 57 ของเทศบาลตำบล เทศบาลเมือง และเทศบาลนครตามลำดับโดยสาระสำคัญกำหนดเพียงแค่ว่า ส่งเสริมการพัฒนาสตรี เด็ก เยาวชน ผู้สูงอายุ และผู้พิการ เป็นหลักใหญ่ นอกจากนี้เทศบาลยังมีอำนาจหน้าที่ในการจัดระบบการบริการสาธารณะตามพระราชบัญญัติแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจ พ.ศ. 2542 ซึ่งกำหนดเพียงคร่าวๆในข้อ 10 คือ การสังคมสงเคราะห์ และการพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็ก สตรี คนชรา และผู้ด้อยโอกาส ถึงแม้ว่าโดยภาพรวมยังมีบทบาทที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมชีวิตความเป็นอยู่ของผู้คนในเขตเทศบาลอยู่ก็ตาม แต่บทบาทดังกล่าวยังไม่ชัดเจนหรือสอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ และที่สำคัญคือบางเมืองยังขาดการตระหนักในการที่เมืองกำลังก้าวเข้าไปสู่สังคมผู้สูงอายุ จึงยังขาดนโยบาย แผนงาน โครงการที่ริเริ่มโดยเทศบาลอันมีความสอดคล้องกับสภาพสังคมเมืองในแต่ละแห่ง

5. อาจกล่าวโดยรวมได้ว่าการบริหารในระบบราชการไทยในปัจจุบันยังคงวนเวียนอยู่กับปัญหาในอดีต เป็นต้นว่าส่วนราชการหรือหน่วยงานต่างๆทำงานในลักษณะบนลงล่าง การประสานงานไม่ดีพอต่างคนต่างทำ การไม่มุ่งสนองความต้องการของประชาชนผู้ใช้บริการเท่าที่ควร ทำให้การแก้ไขปัญหาไม่ตรงจุดหรือมีความพยายามที่จะแก้ไขปัญหาที่ตรงจุดแต่ก็ขาดจุดเน้นและรากฐานของปัญหาที่แท้จริงตลอดจนการมองปัญหาแบบแยกส่วนหรือไม่ครอบคลุมโดยเฉพาะแม้ว่าในระดับเทศบาลตลอดจนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นซึ่งโดยเจตนาารมณ์ของการกระจายอำนาจและโดยลักษณะของการบริหารจะพยายามให้เกิดความตรงประเด็น มีจุดเน้น และมุ่งสู่การบริการที่ครอบคลุมความเป็นอยู่ในชีวิตประจำวันโดยอาศัยชุมชนเป็นรากฐาน (community-based approach) ในการจัดการ โดยเฉพาะการจัดการสังคมผู้สูงอายุเมื่อพิจารณาจากแผนงบประมาณ* จะเห็นได้ว่าเทศบาลผู้ตั้งงบประมาณ

* เช่นตัวอย่างกรอบเทศบาลผู้ตั้งงบประมาณรายจ่ายประจำปีของเทศบาล (เทศบาลนครเชียงใหม่ 2553) ซึ่งเป็นกรอบของแผนงานที่เทศบาลจะดำเนินการจะเป็นการจัดทำงบประมาณแบบโครงสร้างแผนงาน ซึ่งประกอบไปด้วย ด้าน, แผนงาน, งาน(ซึ่งบางงานอาจประกอบด้วยโครงการ, และกิจกรรม) ซึ่งมีดังนี้

ก. งบประมาณรายจ่ายทั่วไป

1. ด้านบริหารทั่วไป

1.1 แผนงานบริหารงานทั่วไป จะมีงานงานบริหารทั่วไป, งานวางแผนสถิติและวิชาการ, และ งาน

2. บริหารงานคลัง

1.2 แผนงานการรักษาความสงบภายใน จะมีงานเทศกิจ, งานป้องกันภัยฝ่ายพลเรือนและระงับอัคคีภัย

2. ด้านบริการชุมชนและสังคม

2.1 แผนงานการศึกษา จะมีงานบริหารทั่วไปเกี่ยวกับการศึกษา, งานระดับก่อนวัยเรียน

และประถมศึกษา, งานศึกษาไม่กำหนดระดับ

2.2 แผนงานสาธารณสุข จะมีงานงานบริหารเกี่ยวกับสาธารณสุข, งานโรงพยาบาล, งานบริการสาธารณสุขและงานสาธารณสุขอื่น

2.3 แผนงานสังคมสงเคราะห์ จะมีงานงานบริหารทั่วไปเกี่ยวกับสังคมสงเคราะห์, และงานสวัสดิการสังคมและสังคมสงเคราะห์

2.4 แผนงานเคหะและชุมชน จะมีงานบริหารทั่วไปเกี่ยวกับเคหะและชุมชน, งานฟ้าถนน, งานสวนสาธารณะ, งานกำจัดขยะมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล, งานบำบัดน้ำเสีย

2.5 แผนงานสร้างความเข้มแข็งของชุมชน งานส่งเสริมและสนับสนุนความเข้มแข็ง

2.6 แผนงานการศาสนาวัฒนธรรม และนันทนาการ จะมีงาน งานทั่วไปเกี่ยวกับศาสนา วัฒนธรรมและนันทนาการ, งานวิชาการวางแผนและส่งเสริมการท่องเที่ยว

3. ด้านเศรษฐกิจ

3.1 แผนงานอุตสาหกรรมและการโยธา จะมีงาน งานบริหารทั่วไปเกี่ยวกับอุตสาหกรรมและการโยธางานก่อสร้างโครงสร้างพื้นฐาน

รายจ่ายของเทศบาลที่ยกมา ถึงแม้ว่าจะเป็นเทศบาลขนาดใหญ่หรือเป็นระดับนคร แต่ยังคงมีระบบการจัดทำงบประมาณรายจ่ายโดยจัดสรรให้กับแผนงานการพัฒนาเมืองโดยภาพรวมซึ่งหลายส่วนก็เกี่ยวข้องกับความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตามแนวทางดังกล่าวยังขาดจุดเน้นในการจัดการสังคมผู้สูงอายุ เช่นมิได้มีแผน หรืองานที่ชัดเจนเกี่ยวกับผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในด้านสวัสดิการสังคมก็ยังคงเป็นสวัสดิการแก่คนโดยทั่วไปโดยรวม ยังไม่แยกอย่างชัดเจนตามความจำเป็นในการรองรับสังคมผู้สูงอายุ ดังนั้นผลที่เกิดขึ้นจากการบริหารงานในท้องถิ่นยังคงมีปัญหาใกล้ตัวหรือสิ่งจำเป็นในชีวิตประจำวันอื่นๆ เช่น ที่อยู่อาศัยไม่เอื้อต่อผู้สูงอายุ ทางเดินเท้าในเขตเทศบาลรวมทั้งที่สาธารณะต่างๆถูกบุกรุกใช้ประโยชน์ส่วนบุคคล การเดินทางสำหรับผู้สูงอายุเป็นไปด้วยความยากลำบาก ชุมชนและความสัมพันธ์ที่สร้างเสริมความเป็นมิตรและจิตใจที่เบิกบานมีความสุขของผู้สูงอายุเหลืออยู่น้อย ฯลฯ ปัญหาเหล่านี้กลับมิได้ให้ความสำคัญเท่าที่ควร ที่เป็นอยู่ได้แก่การมุ่งสร้างสังคมเมืองที่มุ่งเน้นการใช้ยานยนต์ สังคมที่มีการแข่งขัน เช่น ผู้บริโภคนิยม (consumerism) สังคมที่ถูกเหนี่ยวนำโดยธุรกิจการแข่งขันอันทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถทานกระแสเหล่านั้นได้ จึงเปรียบเสมือนไม่ได้รับการเหลียวแลเท่าที่ควร ดังนั้นการสร้างเทศบาล หรือ เมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ โดยอาศัยการศึกษาถึงความคาดหวัง ความต้องการ ความปรารถนา หรือ ปัญหาที่ผู้สูงอายุกำลังเผชิญและต้องการให้มีการจัดการแก้ไขหรือดำเนินการเพื่อรองรับ ฯลฯ จึงเป็นความจำเป็นอย่างยิ่ง

6. ปัจจุบันมีกลไกการดำเนินงานที่เกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมสู่สังคมผู้สูงอายุ (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ 2549 หน้า 10-12) เช่น การมี พ.ร.บ.ผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546, แผนผู้สูงอายุฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564), นโยบายของรัฐบาล, แผนบริหารราชการแผ่นดินระยะ 4 ปี ซึ่งในระยะหลังมักบรรจุสาระที่เกี่ยวข้องกับเรื่องสังคมผู้สูงอายุเข้าไว้มากยิ่งขึ้น, นโยบายอื่นที่เกี่ยวข้องตลอดจนกรอบของรัฐธรรมนูญ เช่น ยุทธศาสตร์ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ตลอดจนการทำยุทธศาสตร์การบริหารราชการของส่วนราชการทั้งในระยะ 4 ปี และแผนประจำปี, แผนพัฒนาองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น, ตลอดจนการมีหน่วยงานกลางในการดำเนินการผู้สูงอายุคือ คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ (กสผ.) ซึ่งเป็นไปตามพ.ร.บ.ผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 โดยมีกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์เป็นหน่วยงานกลาง ทั้งนี้ไม่รวมถึงการที่

ข. งบประมาณรายจ่ายเฉพาะการ

1. แผนงานงบกลาง จะมีงบประมาณรายจ่ายเฉพาะการ เช่นงานสถานธนาถุนบาล, งานกิจการเดินรถประจำทาง, งานสถานีขนส่งผู้โดยสาร (เทศบาลนครเชียงใหม่ 2553)

รัฐบาลในระยะหลังได้จัดสรรเงินงบประมาณเพื่อเพิ่มให้กับผู้สูงอายุในลักษณะต่างๆ ซึ่งเป็นไปในทิศทางที่เป็นประโยชน์ต่อผู้สูงอายุในปัจจุบัน

อย่างไรก็ตามหากมีการศึกษาในชุมชนเมืองในประเด็นดังกล่าวก็สามารถสร้างเสริมให้ยุทธศาสตร์ในการจัดการปัญหาและสังคมผู้สูงอายุมีความครอบคลุมและชัดเจนมากยิ่งขึ้นทั้งนี้เมื่อพิจารณาถึงแนวโน้ม 2 ประการที่จะเกิดขึ้นคือการพัฒนาความเป็นเมือง(Urbanization) กับภาวะประชากรสูงอายุ (Population Aging) ซึ่งจำเป็นต้องมีแนวทางที่เหมาะสมขึ้นมา รองรับในลักษณะ การสร้างเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ

7. ผลงานทางวิชาการที่น่าเสนอตัวแบบวิธีการดูแลผู้สูงอายุที่ดีจะสะท้อนวิธีการดูแลครอบครัวและชุมชนในชนบทไทยมากกว่า เช่น กรณีศึกษา 4 กรณีที่ศึกษาผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาซึ่งจะอาศัยผู้ดูแลในครอบครัวซึ่งมีความรักและผูกพันกับผู้สูงอายุเป็นอันดับแรกและเป็นปัจจัยที่สำคัญ (คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2554 : 21-22)
- นอกจากนี้งานวิจัยรวมทั้งผลการศึกษาของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่มุ่งตอบโจทย์ด้านสังคมผู้สูงอายุโดยส่วนใหญ่ที่มุ่งชี้ให้เห็นถึงผลกระทบถึงปรากฏการณ์ของสังคมผู้สูงอายุ อาทิ ในเชิงโครงสร้างหรือสัดส่วนด้านประชากร เช่น รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุ 2537-2545 โดย สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2545) การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย 2543-2573 ของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2550) หรือโครงการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การพัฒนาในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10 ไปสู่การปฏิบัติ เรื่องแนวทางและมาตรการส่งเสริมการมีงานทำในผู้สูงอายุ ของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2551) หรือในด้านครอบครัวและความอยู่ดีมีสุข เช่นนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบครอบครัว พ.ศ. 2547-2556 โดยกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (2547) หรือ แผนปฏิบัติการส่งเสริมสถาบันครอบครัว พ.ศ. 2551-2556 โดยกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (2550) หรือ รายงานตัวชี้วัดที่สำคัญทางด้านประชากรและที่อยู่อาศัย สำนักงานสถิติแห่งชาติ, (2545) การพัฒนาดัชนีความอยู่ดีมีสุขด้านชีวิตครอบครัวสำหรับประเทศไทยของสถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล (2546) หรือ รายงานการประชุมประจำปีเรื่องความอยู่เย็นเป็นสุขในสังคมไทย ของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2550) รายงานการสำรวจภาวะการทำงาน of ประชากร ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร, (2550) หรือนโยบายในเชิงการเตรียมความพร้อม เช่น กรอบยุทธศาสตร์การเตรียมความพร้อมสังคมไทยสู่สังคมผู้สูงอายุของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2548) ฯลฯ ซึ่งจะเห็นได้ว่างานเชิงวิชาการดังกล่าวมุ่งให้ข้อมูลพื้นฐาน

ตลอดจนกำหนดแนวทางกว้างๆในการ รองรับสังคมผู้สูงอายุโดยยังขาดความชัดเจนในเชิงปฏิบัติในชุมชนเมือง โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อพิจารณาจากข้อเท็จจริงที่ว่าสังคมในอนาคตจะมีความเปลี่ยนแปลงที่ควบคู่กันระหว่างการพัฒนาเมืองกับสังคมผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาจากแผนยุทธศาสตร์รวมทั้งแผนปฏิบัตินโยบายของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมองค์การในการบริหารชุมชนเมืองโดยตรงคือกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่นก็ยังคงเป็นแนวทางที่ชี้ให้เห็นว่าหน่วยงานมีความตระหนักในอนาคตที่จะก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแต่ยังขาดแนวทางที่เป็นระบบ หรือชุดของการจัดการเฉพาะ (module) ที่กำหนดหรือเป็นแนวทางในเชิงส่งเสริมให้เทศบาลหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถนำไปดำเนินการได้ไม่ว่าจะเป็นการปรับโครงสร้างองค์กรเทศบาล ตลอดจนการวางแนวทางการปฏิบัติเพื่อการจัดการสังคมผู้สูงอายุที่ครอบคลุม และเป็นรูปธรรมจับต้องได้

ดังนั้นแม้ว่าสังคมไทยเริ่มตระหนักในการก้าวเข้าไปสู่สังคมผู้สูงอายุซึ่งปรากฏในเอกสารของส่วนราชการต่างๆ เช่น วิสัยทัศน์และกรอบยุทธศาสตร์การเตรียมความพร้อมสังคมไทยสู่สังคมผู้สูงอายุ ของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2549) รวมทั้งการมีนโยบายและแผน ผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545 –2564) แล้วตลอดจนบทบาทหน้าที่ของเทศบาลตามกฎหมายเทศบาลและกฎหมายว่าด้วยการกระจายอำนาจไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแล้วก็ตาม แต่ในระดับเมืองหรือเทศบาลซึ่งจะกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุหรือเป็นเวทีสำคัญในการรองรับผู้สูงอายุในอนาคตอันใกล้ นั้น ยังมิได้มีการรอบแนวคิดในการปฏิบัติในเชิงการสร้างเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุอย่างครอบคลุม ประการสำคัญการวิจัยนี้คาดการณ์ว่าจะส่งผลกระทบต่อในเชิงการค้นพบองค์ความรู้ในการจัดการสังคมผู้สูงอายุที่มีลักษณะเฉพาะสำหรับชุมชนเมือง หรือในระดับเทศบาล

หลักการและเหตุผล

กรอบแนวคิด “เมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ” (Age-friendly City) เป็นความพยายามที่จะเผยแพร่แนวความคิดในการจัดการสังคมผู้สูงอายุที่อยู่ในเมืองภายใต้โครงการ “global Age-friendly Cities project” ซึ่งเป็นความคิดริเริ่มขององค์การอนามัยโลกซึ่งได้ให้นิยามหมายถึงเมืองที่มีการจัดสถานะแวดล้อมที่ง่ายและสะดวกในการเข้าถึงและอยู่อาศัยรวมกันโดยที่สามารถสร้างเสริมให้เกิดผู้สูงอายุที่กระฉับกระเฉง (“An Age-friendly City is an inclusive and accessible urban environment that promotes active ageing”) (WHO 2007) ภายใต้แนวคิดนี้จะมีรายละเอียดของการปฏิบัติ 8 ด้านโดยมี 84 ตัวชี้วัด กรอบแนวคิดดังกล่าวสังเคราะห์จากการศึกษาขององค์การอนามัยโลกด้วยระเบียบวิธีการวิจัยที่เน้นการเข้าไปประชุมปรึกษาหารือ(group discussion) กลุ่มผู้สูงอายุ ใน 33 เมือง ใน 22 ประเทศ ซึ่งพบว่าประเด็นที่เมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุพึงจะมีได้แก่

เมืองนั้นต้องมีการบำรุงรักษาทางเดินเท้าตลอดจนการมีแสงสว่างเป็นอย่างดี, ที่ทำการหรืออาคารสาธารณะควรมีการจัดระบบในการรองรับการเข้าถึงของคนพิการ, การที่คนขับรถประจำทางในเมืองจะต้องรองคนกว่าผู้สูงอายุจะเข้าไปนั่งให้เรียบร้อยเสียก่อนจึงจะออกรถ ตลอดจนการที่รถประจำทางจะต้องมีที่สำรองไว้สำหรับคนแก่ สตรีมีครรภ์ คนพิการ, การมีจุดจอดรถรองรับผู้พิการอย่างเพียงพอ, การมีบ้านที่สอดคล้องกับชุมชนและสามารถสนองต่อความต้องการที่เปลี่ยนแปลงไปตามวัยของผู้สูงอายุ, การมีการบริการและข้อมูลข่าวสารอย่างเป็นมิตรด้วยผู้ให้บริการที่สามารถสนองตอบตามความต้องการในเชิงปัจเจกของผู้สูงอายุแทนที่จะตอบโดยเครื่องตอบรับอัตโนมัติ, ป้ายข้อมูลที่สามารถอ่านหรือเข้าใจได้ด้วยภาษาพื้นๆที่ง่าย, สถานที่สาธารณะ ย่านที่ให้บริการเชิงพาณิชย์กรรมและร้านค้าต้องอยู่ใกล้ชุมชนระแวกบ้าน (neighborhood) ที่อยู่อาศัย มากกว่าอยู่รวมศูนย์นอกเมือง, และ เมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุจะต้องมีวัฒนธรรมพลเมืองที่ให้ความเคารพและยอมรับผู้สูงอายุ เป็นต้น (WHO 2007) ความพยายามขององค์การอนามัยโลกในการวิจัยและสร้างกรอบแนวคิดนี้เพื่อให้เมืองต่างๆทั่วโลกสามารถนำไปใช้ในการพัฒนายุทธศาสตร์การสร้างความเป็นมิตรต่อผู้สูงอายุในระดับท้องถิ่นในการปรับปรุงชีวิตความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุ ซึ่งในหลายประเทศได้ประยุกต์กรอบแนวคิดดังกล่าวขององค์การอนามัยโลกไปใช้ตามความเหมาะสมเพื่อให้สอดคล้องในแต่ละเมือง เช่น นิวยอร์ก ลอนดอน โตเกียว ด้วยเหตุผลดังกล่าวจึงมีความจำเป็นที่จะต้องศึกษาเพื่อหาแนวทางที่เหมาะสมสำหรับสังคมไทยในเชิงการสร้างชุมชนเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุขึ้น

นอกจากนี้ยังมีความจำเป็นเร่งด่วนในการที่จะหาแนวทางเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุในระดับเมือง ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุของไทยมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นในอัตราเร่ง ข้อมูลจากสำนักงานสถิติแห่งชาติที่ผ่านมาพบว่าประเทศไทยมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี 2537 มีจำนวนผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 6.8 ของประชากรทั้งประเทศ ปี 2545 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 9.4 ปี 2550 พบว่าผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 10.7 และจากผลการทำสำมะโนประชากรครั้งล่าสุด(ปี 2553) ผู้สูงอายุเพิ่มเป็นร้อยละ 13 นอกจากนี้เมื่อพิจารณาในเชิงโครงสร้างประชากร จำแนกตามเพศและอายุ ของปี 2553 เทียบกับ 2543 พบว่า ประเทศไทยมีโครงสร้างประชากรเปลี่ยนไป เป็นโครงสร้างแบบผู้สูงอายุอย่างเห็นได้ชัด กล่าวคือ ฐานของปิรามิด (ประชากร วัยเด็ก) มีขนาดแคบลง ขณะที่ส่วนบนของปิรามิด (ประชากร สูงอายุ)มีขนาดกว้างขึ้น หรือกล่าวได้ว่าประชากรวัยเด็ก อายุ 0-14 ปี มีจำนวนลดลง ขณะที่กลุ่มผู้สูงอายุ (60 ปี ขึ้นไป) กลับเพิ่มขึ้น เนื่องจากอัตราการเกิดลดต่ำลงอย่างต่อเนื่อง และคนไทยมีอายุยืนยาวขึ้นจากข้อมูลดังกล่าวซึ่งหมายถึงศักยภาพหรืออัตราส่วนเกื้อหนุนผู้สูงอายุที่ลดลงอย่างต่อเนื่อง จะส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุในอนาคตอันใกล้และส่งผลกระทบต่อความมั่นคงของสังคมโดยรวม กล่าวคือผู้อยู่ในวัยแรงงานจะต้องรับภาระผู้สูงวัยเพิ่มมากขึ้น และในที่สุดทั้งผู้ที่อยู่ในวัยแรงงานและผู้สูงวัยจะอยู่ในสภาพอ่อนแอทั้ง 2 ฝ่ายไม่สามารถเกื้อหนุนกัน

นอกจากนี้เมื่อพิจารณาการกระจายตัวของประชากรแม้จะพบว่าประเทศไทยมีประชากรในเขตเทศบาลน้อยกว่านอกเขตเทศบาลกล่าวคือร้อยละ 44.1 และ 55.9 ตามลำดับก็ตาม แต่ก็พบว่า สัดส่วนของประชากรในเขตเทศบาลมีแนวโน้มสูงขึ้นกล่าวคือปี 2533 และ 2543 มีร้อยละ 29.4 และ 31.1 ตามลำดับ

เมื่อพิจารณานโยบายการวิจัยของประเทศไทยเพื่อเตรียมความพร้อมสู่สังคมผู้สูงอายุนั้น สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ ได้จัดทำกรอบงานวิจัย 15 กลุ่มเร่งด่วนที่สอดคล้องกับนโยบาย ยุทธศาสตร์การวิจัยของชาติฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2555-2559) เพื่อแก้ไขปัญหาสำคัญเร่งด่วนของประเทศ อย่างสมดุลและยั่งยืน โดยหัวข้อ “สังคมผู้สูงอายุ” เป็นหัวข้อหนึ่งใน 15 กลุ่มวิจัยดังกล่าว และ กำหนดกรอบการวิจัย 2 ด้าน คือ 1. ด้านผลิตภัณฑ์และบริการสำหรับผู้สูงอายุ ที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุในบริบทของสังคมไทย ในมิติสภาพแวดล้อม เทคโนโลยีสุขภาพ อาหาร ระบบ การเฝ้าระวัง ระบบบริการและผลกระทบการเปิดการค้าเสรีต่อผลิตภัณฑ์ การบริการและดูแล ผู้สูงอายุ 2. ด้านการเพิ่มโอกาส/ศักยภาพทางสังคมให้ผู้สูงอายุ ในกลุ่มผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้ กลุ่มผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือ และผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ เพื่อให้มีสุขภาพ/คุณภาพ ชีวิตที่ดี และมีโอกาสทำงานตามศักยภาพและความต้องการในประเด็นต่างๆ เช่น การบริการสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพ (ทั้งกายและใจ) และการดูแลระยะยาวในสังคมผู้สูงอายุ, การให้การศึกษาตลอดชีวิต การเสริมทักษะความรู้, การจัดการและการเข้าถึงทรัพยากร, การดำรงซึ่ง ความเป็นไทย, กลไกการจัดสวัสดิการในสังคม, การขยายโอกาสการทำงานให้ผู้สูงอายุ ซึ่งโจทย์การ วิจัยมีความเกี่ยวข้องกับโครงการวิจัยนี้เช่นกัน

ปัจจุบันประเทศไทยได้เข้าสู่ทศวรรษที่สองของการเตรียมการรับสังคมผู้สูงอายุ หน่วยงาน ภาครัฐได้มีการเก็บรวบรวมข้อมูลจำนวนมาก จัดทำนโยบาย ออกกฎหมาย ร่างแผนและกำหนด กรอบแนวทางการทำงานร่วมกับภาคประชาสังคม อย่างไรก็ตามการเปลี่ยนแปลงที่รวดเร็วจะทำให้ เกิดความท้าทายหลายประการ แนวคิดที่จะพึ่งครอบครัวและชุมชนถือเป็นแนวทางหลักและเป็น ประโยชน์ต่อทุกฝ่าย แต่จำเป็นต้องมีการปรับบทบาทของรัฐบาล ชุมชน และครอบครัว เพื่อให้แน่ใจ ว่าผู้สูงอายุจะได้รับการดูแลที่เหมาะสม โดยเฉพาะในประเด็นรูปธรรมของการจัดการของเมืองต่อ สังคมผู้สูงอายุ ด้วยเหตุผลดังกล่าวจึงจำเป็นต้องศึกษาเพื่อให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการเตรียม ความพร้อมที่จะรองรับสถานการณ์นี้อย่างจริงจังในระดับเมือง

จากหลักการและเหตุผลและตรรกะของสภาพปัญหาดังกล่าวจึงเกิดคำถามในการวิจัย 4 ข้อดังนี้

1. ผู้สูงอายุในเมืองอยู่ในสภาวะแวดล้อมที่เหมาะสมต่อตัวเขามากน้อยเพียงใด
2. ในสภาวะปัจจุบันเมืองมีความสามารถในการจัดการเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุมากน้อยเพียงใด
3. ผู้สูงอายุในสังคมเมืองอยู่ภายใต้สภาวะแวดล้อมที่เหมาะสมมากน้อยเพียงไรเมื่อพิจารณา

เปรียบเทียบในแต่ละภูมิภาค

4. เมืองในอุดมคติที่ “เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ” หรือเมืองในเชิงที่ผู้สูงอายุคาดหวังควรเป็นเช่นไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยด้านสภาวะแวดล้อมของเมืองที่รองรับสังคมผู้สูงอายุ
2. เพื่อศึกษาความสามารถของเมืองในการบริหารจัดการเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ
3. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบปัจจัยด้านสภาวะแวดล้อมของเมืองในแต่ละภูมิภาคภายใต้กรอบแนวคิด “เมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ”
4. เพื่อสร้างกรอบแนวคิดในการบริหารจัดการ “เมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ” ที่มีความสอดคล้องและเอื้อต่อชีวิตที่ดีมีคุณภาพของผู้สูงอายุในสังคมไทย

นิยามศัพท์

1. เมือง

เมืองหรือชุมชนเมืองในการศึกษานี้หมายถึงชุมชนที่มีความเจริญทางเศรษฐกิจและเป็นศูนย์กลางการบริหารราชการของจังหวัด ได้แก่ เมืองในระดับเทศบาลนครและเทศบาลเมือง

2. เมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ

เมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ (Age-friendly City) คือเมืองที่มีการจัดสภาวะแวดล้อมที่ง่ายและสะดวกในการเข้าถึงตลอดจนการอยู่อาศัยร่วมกันของผู้สูงอายุ โดยที่สามารถสร้างเสริมให้เกิดผู้สูงอายุที่แข็งแรง ในการศึกษานี้จึงหมายถึงการจัดสภาวะแวดล้อมทางกายภาพ เช่น สิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆและในเชิงนามธรรม เช่น จัดเวทีการมีส่วนร่วม การสร้างเสริมให้ผู้สูงอายุได้รับการยอมรับนับถือหรือสังคมนี้รวบรวมเข้ามาในความคิดคำนึง การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้ทำประโยชน์เพื่อสังคมและตนเองอันจะส่งผลเกื้อกูลให้เป็นผู้สูงอายุที่กระฉับกระเฉงและมีคุณภาพ (active and quality aging) อันชี้ให้เห็นว่าเมืองดังกล่าวมีพื้นที่ทางสังคม (public sphere) รองรับผู้สูงอายุ ซึ่งอันที่จริงหมายถึงการสร้างถิ่นฐานหรือสถานที่ที่ดีที่สุดสำหรับที่จะใช้ชีวิตเกษียณ (best places to retire) หรือสถานที่ที่พึงปรารถนาที่จะใช้ชีวิตในยามชรา (desirable place to grow older) อย่างมีคุณภาพนั่นเอง

3. สังคมผู้สูงอายุ

ในการวิจัยนี้สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society; Geriatrics Society) หรืออาจใช้คำว่าภาวะประชากรสูงอายุ (Population Aging) หมายถึงสังคมที่มีสัดส่วนของกลุ่มคนผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นกว่าสัดส่วนของกลุ่มเด็กและเยาวชน ส่งผลให้มัธยฐานของอายุ (median age) ของประชากรของประเทศนั้นเพิ่มสูงขึ้นอันเนื่องมาจากอัตราการเกิดของประชากรที่ลดลงในขณะที่ประชากรมีอายุยืน

ยาวมากยิ่งขึ้น ในการศึกษานี้จะนิยามตามเกณฑ์องค์การสหประชาชาติ ซึ่งหมายถึงการที่มีประชากรอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 10 ของจำนวนประชากรโดยรวม

4. ผู้สูงอายุที่กระฉับกระเฉงและมีคุณภาพ (Active and Quality Aging)

ผู้สูงอายุที่กระฉับกระเฉงและมีคุณภาพในการวิจัยนี้คือผู้สูงอายุที่มีกระบวนการในการสร้างโอกาสในการดูแลรักษาสุขภาพให้เป็นผู้ที่มีคุณภาพชีวิตในวัยชรา โดยที่ทำให้ผู้อื่นเข้าใจในศักยภาพด้านร่างกาย สังคม และจิตใจที่มีสุขภาวะของเขา ในแง่นี้จึงเป็นผู้ที่มีระบบการป้องกันหรือดูแลรักษาสุขภาพของตนตามความจำเป็น คำว่ากระฉับกระเฉงหรือกระตือรือร้นหมายถึงการมีส่วนร่วมทางด้านเศรษฐกิจสังคม วัฒนธรรม จิตวิญญาณ และกิจการบ้านเมือง ซึ่งมีได้หมายถึงความสามารถด้านร่างกายที่จะใช้แรงใช้กำลัง แต่สำหรับผู้สูงอายุที่เกษียณ ผู้ที่เจ็บป่วยตลอดจนผู้ที่มีความพิการก็สามารถเป็นผู้สูงอายุที่กระฉับกระเฉงได้หากสามารถให้ประโยชน์แก่ครอบครัว เพื่อนฝูง ชุมชน และประเทศชาติ ในแง่นี้เป้าหมายของผู้สูงอายุที่กระฉับกระเฉงคือการมีชีวิตที่ยืนยาวอย่างมีสุขภาวะและมีคุณภาพชีวิตเพื่อทุกคน

ในการวิจัยนี้จะหมายรวมถึงผู้สูงอายุที่มีชีวิต (Vital Aging) ซึ่งหมายถึงผู้ที่มีคุณภาพ มีชีวิตความสามารถและโอกาสในการใช้ขีดความสามารถของตนเองในขั้นสูงสุดได้อย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต กล่าวคือต้องมีทั้งสุขภาพดี มีความคิดริเริ่ม และมีผลงาน และหมายรวมถึงผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จ (successful aging) คือผู้สูงอายุที่บรรลุความสำเร็จทั้งด้านการมีสุขภาพดี, ฐานะมั่นคงพอมีพอใช้ มีผลงานหรือมีงานทำ เป็นอิสระหรือช่วยตัวเองได้ มีบุคลิกภาพที่น่านับถือ และเป็นผู้ที่เกี่ยวข้องกับสังคมในเชิงกิจกรรมที่เป็นประโยชน์, และ ผู้สูงอายุที่มีผลิตภาพ (productive aging) ซึ่งหมายถึงผู้สูงอายุที่สามารถสร้างประโยชน์ต่อตนเองหรือสังคมได้

5. การบริหารจัดการเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ

คือการจัดการของเมืองหรือเทศบาลเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุตามมาตรฐานหรือเกณฑ์ “เมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ” ขององค์การอนามัยโลก กล่าวคือเมืองดังกล่าวจะมีองค์ประกอบทางสังคม 8 ด้าน และมี 84 ตัวชี้วัด ในการศึกษาเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุในสังคมไทยหมายถึงเมืองที่มีการจัดการในเชิงความร่วมมือจากภาคีต่างๆที่อยู่ในชุมชนเมืองหรือเทศบาลเพื่อที่จะได้มาตรฐานอิงหลักเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลกดังกล่าวแต่อาจมีองค์ประกอบหรือตัวชี้วัดที่มีความสอดคล้องกับบริบทสังคมเมืองของไทยมากยิ่งขึ้น ซึ่งจะมาจากผลการศึกษา

6. ปัจจัยด้านสภาวะแวดล้อมของเมืองที่รองรับสังคมผู้สูงอายุ

หมายถึงองค์ประกอบของสภาวะแวดล้อมที่สามารถรองรับสังคมผู้สูงอายุอันเป็นผลมาจากการจัดการในชุมชนเมืองได้แก่การจัดสภาวะแวดล้อมเพื่อให้เกิดความเหมาะสมหรือรองรับสังคมผู้สูงอายุทั้ง 8 ด้านภายใต้กรอบความคิดเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุขององค์การอนามัยโลก

7. ความสามารถของเมืองในการบริหารจัดการเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ

หมายถึงขีดความสามารถในการบริหารหรือการจัดการเมืองโดยเทศบาลรวมทั้งการสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เริ่มตั้งแต่ แนวความคิด, การตระหนักหรือเห็นความสำคัญ, ความพร้อมในการบริหาร, ตลอดจนศักยภาพในการรองรับสังคมผู้สูงอายุและในการวิจัยนี้จะครอบคลุมความสามารถในการจัดการทั้ง 8 ด้านภายใต้กรอบความคิดเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ

8. การยอมรับนับถือและการมีศักดิ์ในสังคม

เป็น 1 ใน 8 ปัจจัยของเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ ในการวิจัยนี้หมายถึงการตระหนักและยอมรับนับถือในผู้สูงอายุไม่เฉพาะความเป็นผู้มีพระคุณหรือผู้อาวุโส แต่บุคคลในสังคมโดยทั่วไปที่ไม่ใช่ญาติของผู้สูงอายุต้องตระหนักในความเป็นหนึ่งเดียวของคนทั้งหมดในสังคม ในแง่นี้คนในสังคมจำเป็นต้องดำเนินการด้วยวิธีการต่างๆ ในการขจัดสิ่งที่เป็นอุปสรรคขวางกั้นหรือสิ่งกีดกัน (exclusion) ผู้สูงอายุในทางสังคม² อีกทั้งต้องให้การสนับสนุนอย่างเป็นระบบเพื่อที่จะให้ผู้สูงอายุเข้ามาอยู่ในสังคมเดียวกัน (Inclusion) ซึ่งถือเป็นความรับผิดชอบของพลเมือง

9. การมีส่วนร่วมในฐานะพลเมืองและการมีงานทำ

เป็น 1 ใน 8 ปัจจัยของเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ ในการวิจัยนี้หมายถึงด้วยประสบการณ์ที่ผ่านมาทำให้ผู้สูงอายุมีทักษะความรู้ที่หลากหลายและมีเวลาพอที่จะสร้างสรรค์ประโยชน์ให้กับสังคมอย่างกว้างขวางทั้งในเชิงการเข้าไปมีส่วนร่วมในฐานะพลเมืองในวงการต่างๆ ตลอดจนการเป็นอาสาสมัคร รวมกลุ่มทำกิจกรรม หรือทำงานที่อาจมีค่าตอบแทนไม่มากนัก ทั้งนี้เนื่องจากการมีส่วนร่วมดังกล่าวมิได้หวังความร่ำรวยเงินทอง แต่มุ่งเน้นในเรื่องร่างกายและจิตใจจากการทำงานในเชิงอาสาสมัครตลอดจนการเชื่อมโยงทางสังคมของผู้สูงอายุซึ่งเป็นประโยชน์ที่มหาศาลมากกว่า อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุจำเป็นต้องมีโอกาสในการสร้างเสริมทักษะความรู้ในงานด้านนั้นๆตามที่ตนต้องการด้วย

ขอบเขตของการวิจัย

ขอบเขตการศึกษาในเชิงทฤษฎีจะศึกษาโดยมุ่งเน้นไปที่การจัดการใน 8 ด้านของเทศบาลต่อสังคมผู้สูงอายุซึ่งนำมาจากการอบความคิดเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ (Age-friendly City) ขององค์การอนามัยโลก โดยเป็นการนำกรอบความคิดดังกล่าวมาเป็นตัวแบบเริ่มต้น (tentative model) เพื่อที่จะศึกษาเมืองในสังคมไทยใน 9 จังหวัดซึ่งกระจายตัวไปใน 5 ภูมิภาคของประเทศไทยโดยได้ข้อมูลจากบุคคลในภาคีที่เกี่ยวข้องกับการจัดการสังคมผู้สูงอายุ เพื่อสืบสาวไปสู่การสร้างกรอบแนวคิด

² ซึ่งหมายถึงรวมถึงข้อจำกัดต่างๆที่กีดกันหรือเป็นอุปสรรคต่อการเข้ามามีส่วนร่วมทางสังคมได้โดยสะดวก ไม่ว่าจะเป็นข้อจำกัดด้านการศึกษา, การจ้างงาน, การเข้าถึงการบริการต่างๆ หรือการกีดกันด้านการจราจรและการขนส่งสำหรับผู้ที่ไม่สามารถมียานยนต์ส่วนตัว ผู้พิการ ผู้ยากจน รวมทั้งผู้สูงอายุซึ่งโดยรวมเรียกว่า ผู้เสียเปรียบ (the Disadvantage) (Litman 2003) ซึ่งจำเป็นที่เมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุจะจัดบริการสิ่งเหล่านี้

เมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุที่มีความสอดคล้องกับเมืองในสังคมไทย โดยการศึกษาต่อเนื่องระหว่างปี 2554-2555

ขอบเขตเนื้อหาของการศึกษาเป็นการศึกษาในเชิงพฤติกรรมศาสตร์และปรากฏการณ์วิทยา ถึงจากผู้ที่เกี่ยวข้องในการจัดการสังคมผู้สูงอายุในชุมชนเมืองต่อประเด็นภายในกรอบความคิดฯ ดังกล่าวโดยมิได้ศึกษากระบวนการของการจัดการในสำนักงานเทศบาล หรือการจัดการเมืองเฉพาะ มุมมองของสาขาวิชาใด

ประโยชน์ที่จะได้รับ

1. ทำให้ทราบและเข้าใจปัญหา อุปสรรค ที่กระทบความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุในเมืองในสังคมไทย
2. สามารถนำไปสู่การสร้างกรอบแนวคิด “เมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ” ที่มีความสอดคล้องกับชุมชนเมืองหรือเทศบาลของไทย
3. ทำให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถเตรียมการรองรับสังคมผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสมดังนี้
 - 3.1 เมืองหรือเทศบาลสามารถเตรียมการรองรับสังคมผู้สูงอายุ หากได้มีการนำเอาผลการวิจัย ไปประยุกต์ใช้ในการบริหารงาน
 - 3.2 หน่วยงานในระดับต่างๆ อาทิ สำนักงานสภาพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เทศบาล ตลอดจนองค์กรทางสังคมในชุมชนเมือง สามารถใช้งานวิจัยเพื่อกำหนดเป็นแนวทางในการกำหนดยุทธศาสตร์หรือแนวทางในการจัดการของเมือง เพื่อสร้างเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุต่อไป
4. สามารถสร้างผลกระทบในเชิงบวกดังนี้
 - 4.1 ในด้านการจัดการ ได้แก่การบริหารชุมชนเมืองซึ่งเป็นการจัดการที่เกี่ยวข้องกับประชาชน ตั้งแต่เกิดจนตายจะมีประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น
 - 4.2 ในด้านผู้สูงอายุทั้งในเชิงปัจเจกหรือกลุ่มจะได้รับผลกระทบในเชิงบวกการจัดการที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการตลอดจนการพัฒนาศักยภาพให้เป็นผู้ที่กระฉับกระเฉง
 - 4.3 สามารถสร้างความก้าวหน้าทางวิชาการของสาขาที่ทำการวิจัย

บทที่ 2

กรอบความคิดทฤษฎีและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

กรอบความคิดทฤษฎี

การบริหารจัดการเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุในสังคมไทยเป็นการศึกษาวิเคราะห์ระบบการจัดการของเมืองและระบบทางสังคมที่สอดคล้องและสนองกับสังคมผู้สูงอายุของประเทศไทยอาศัยกรอบแนวคิด “เมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ” (Age-friendly City) ขององค์การอนามัยโลกซึ่งเป็นกรอบแนวคิดที่ครอบคลุมระบบและรูปแบบสังคมที่เอื้อต่อการใช้ชีวิตในเมืองของผู้สูงอายุ ซึ่งการวิจัยนี้จะใช้แนวคิดดังกล่าวเป็นแบบจำลอง (tentative model) เพื่อที่จะนำไปสู่ความเข้าใจในระบบการจัดการเมืองให้เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุในสังคมผู้สูงอายุในสากล โดยมุ่งสร้างหรือวางระบบโครงสร้างการบริหารเมืองและระบบทางสังคมที่สอดคล้องหรือสนองกับสังคมผู้สูงอายุในประเทศไทยในที่สุด องค์การอนามัยโลกได้อธิบายแนวคิดเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุนี้น่าหมายถึงเมืองที่มีสถานะแวดล้อมที่เอื้อต่อการอยู่อาศัยหรือการเข้าถึงของผู้สูงอายุอันเป็นการเสริมสร้างความเข้มแข็งและมีคุณภาพให้กับผู้สูงอายุ (WHO 2007) โดยกรอบแนวคิดดังกล่าวขององค์การอนามัยโลกได้ศึกษาเชิงสังเคราะห์และเข้าไปประชุมปรึกษาหารือโดยใช้การประชุมกลุ่มย่อย (focus group discussion) ผู้สูงอายุใน 33 เมืองใน 22 ประเทศเช่นเมือง Istanbul, London, Melbourne, Mexico City, Moscow, Nairobi, New Delhi, New York, Rio de Janeiro, Shanghai, และ Tokyo เพื่อที่จะทราบจากผู้สูงอายุถึงคุณลักษณะที่สำคัญทางสังคมและการบริการที่ผู้สูงอายุต้องการจะได้รับ ซึ่งพบว่าประเด็นที่เมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุพึงจะมี อาทิเช่น เมืองนั้นต้องมีการบำรุงรักษาทางเดินเท้าตลอดจนการมีแสงสว่างเป็นอย่างดี, ที่ทำการหรืออาคารสถานที่สาธารณะควรมีการจัดระบบในการรองรับการเข้าถึงของคนพิการ, การที่คนขับรถประจำทางในเมืองจะต้องรองคนกว่าผู้สูงอายุจะเข้าไปนั่งให้เรียบร้อยเสียก่อนจึงจะออกรถ ตลอดจนการที่รถประจำทางจะต้องมีที่สำรองไว้สำหรับคนแก่ สตรีมีครรภ์ คนพิการ, การมีจุดจอดรถรองรับผู้พิการและผู้สูงอายุอย่างเพียงพอ, การมีที่อยู่อาศัยอยู่ใกล้เคียงกับกาบริการในชุมชนโดยที่ชุมชนสามารถสนองต่อความต้องการที่เปลี่ยนแปลงไปตามวัยของผู้สูงอายุ, การมีบริการและข้อมูลข่าวสารอย่างเป็นมิตรด้วยผู้ให้บริการที่สามารถสนองตอบตามความต้องการในเชิงปัจเจกของผู้สูงอายุแทนที่จะตอบโดยเครื่องตอบรับอัตโนมัติ, ป้ายข้อมูลที่สามารถอ่านหรือเข้าใจได้ด้วยภาษาพื้นๆที่ง่าย, สถานที่สาธารณะย่านที่ให้บริการพาณิชยกรรมและร้านค้าต้องอยู่ใกล้ชุมชนระแวกบ้านที่อยู่อาศัย มากกว่าอยู่รวมศูนย์อยู่นอกเมือง, และ เมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุจะต้องมีวัฒนธรรมพลเมืองที่ให้ความเคารพและยอมรับผู้สูงอายุ เป็นต้น (WHO 2007)

ภาพรวมของงานวิชาการที่เกี่ยวข้องกับการจัดการผู้สูงอายุส่วนใหญ่มุ่งที่จะให้แนวทางหรือเสนอแนะในหลักการว่าควรจะจัดการอย่างไรเพื่อที่จะให้ผู้สูงอายุซึ่งจะอยู่กับโลกในยุคใหม่ (old age in a new world) รวมทั้งผู้คนในสังคมผู้สูงอายุอยู่ในสังคมผู้สูงอายุที่อุดมสมบูรณ์ (Eldertopia) (Thomas, 2009 p. 533) หรือเป็นสังคมที่อยู่กันอย่างเป็นปกติสุขซึ่งโดยภาพรวมมีความสอดคล้องกับกรอบแนวคิดของ WHO ในเรื่องการส่งเสริมให้เกิดเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ (Age-Friendly City) ดังแผนภาพตัวแทนกรอบแนวคิดเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุดังต่อไปนี้

ภาพที่ 1 กรอบความคิดเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุขององค์การอนามัยโลก



ที่มา: Age-friendly City Guide, World Health Organization 2007

จากแผนภาพที่ปรากฏเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุจะมีการจัดสถานะแวดล้อมทางกายภาพ และมีการจัดการทางสังคมและสุขภาวะต่างๆกล่าวคือ มีการจัดการด้านอาคารและพื้นที่สาธารณะ (outdoor spaces and buildings), การเดินทางและการขนส่ง (traffic & transportation), ที่อยู่อาศัย (housing), การมีส่วนร่วมทางสังคม (social participation), การยอมรับนับถือและการมี

สังกัดในสังคม (respect and social inclusion), การมีส่วนร่วมในฐานะพลเมืองและการจ้างงาน (civic participation and employment), สารสนเทศและการติดต่อสื่อสาร (communication and information), และ ชุมชนและการบริการด้านสุขภาพ (community and health services) ทั้งนี้โดยมีเป้าหมายเพื่อที่จะเอื้อให้ผู้สูงอายุมีความกระฉับกระเฉงและมีคุณภาพ

การประยุกต์ตัวแบบการจัดการสังคมผู้สูงอายุขององค์การอนามัยโลกในระดับสากล

การอยู่อาศัยในเมืองโดยเฉพาะในสังคมยุคใหม่มักสร้างความกดดันต่อผู้อยู่อาศัยโดยเฉพาะหากขาดความพร้อมและเรียนรู้ที่จะใช้ชีวิตในสังคมผู้สูงอายุในเมืองที่มีแต่ความหลากหลาย (diverse Aging Society) กลุ่มที่มักได้รับผลกระทบคือผู้ที่เสียเปรียบในสังคม โดยเฉพาะผู้สูงอายุ ผลกระทบที่เกิดขึ้นได้แก่การถูกทอดทิ้ง ความหว้าเหว เป็นประเด็นวิกฤตที่ส่งผลกระทบต่อชีวิตและความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุในเมือง จากการศึกษาวิจัยตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา (longitudinal study) พบข้อเท็จจริงสองประการเช่น คุณภาพของการเชื่อมโยงทางสังคมรวมถึงการมี “เพื่อนคู่คิด-มิตรคู่เรือน-เพื่อนคู่ตัว” จะนำมาสู่การมีชีวิตที่ยืนยาว หากขาดความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดดังกล่าวจะส่งผลให้เกิดความเหงาซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญต่อการดำรงอยู่ของชีวิต, เรื่องทางเพศของผู้สูงอายุก็เป็นส่วนสำคัญที่จะเสริมสร้างคุณภาพชีวิต ซึ่งข้อเท็จจริงดังกล่าวมีอาจทดแทนด้วยเงิน สิ่งของหรือสร้างโครงสร้างทางกายภาพได้และเป็นกรอบความคิดที่ได้รับการยอมรับในการจัดการสังคมผู้สูงอายุมาช้านาน

ในเมืองชั้นนำ เช่น มหานครนิวยอร์ก ซึ่งถือว่าเป็นศูนย์กลางอารยธรรมในยุคร่วมสมัยได้จัดการสังคมผู้สูงอายุ โดยที่เทศบาลนครนิวยอร์กได้ รับเอาแนวคิดการสร้างเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุขององค์การอนามัยโลกในปี 2007 มาดำเนินการตั้งแต่ 2010 จนเป็นรูปธรรมในแง่การมีศูนย์สุขภาพ (Wellness Center)³ ผู้สูงอายุของเมืองมีประมาณร้อยละ และในปี 2012 มี ศูนย์

³ ความสุขสบาย (Wellness) Halbert L. Dunn, MD. ใช้เป็นคนแรกจากวลีที่ว่า “ความสุขสบายระดับที่มาก” (high level wellness) ในราวทศวรรษ 1950s ซึ่งหมายถึงมีสุขภาพที่สมดุลทั้งร่างกาย ความคิด และจิตวิญญาณซึ่งก็คือความเป็นอยู่ดี (well-being) Wellness จึงนิยมใช้อย่างแพร่หลายตั้งแต่ทศวรรษที่ 1970 โดยเฉพาะในบริบทการแพทย์ทางเลือก (alternative medicine) ต่อมา National Wellness Institute ใน Wisconsin ได้ให้นิยามของ Wellness ชัดเจนขึ้นว่าเป็นกระบวนการดำเนินการในเชิงรุกในการตระหนักรู้ต่อทางเลือกที่จะบรรลุไปสู่การดำรงชีวิตที่ประสบความสำเร็จที่มากยิ่งขึ้น (an active process of becoming aware of and making choices toward a more successful existence) ดังนั้น Wellness จึงครอบคลุมทั้งมิติในเชิง ความคิด (mental) กายภาพ (physical), จิตวิญญาณ (spiritual) สังคม (social) เจือปนด้านอาชีวอนามัยและสภาวะแวดล้อม ที่มีสุขภาพ (occupational and environmental health conditions) สภาวะที่มีความเป็นอยู่ที่ดีอันเป็นผลมาจากความคิดริเริ่มส่วนบุคคล, การแสวงหาความสมดุลโดยองค์รวมที่ดีที่สุดของของสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีในมิติที่หลากหลาย

สุขอนามัยถึง 55 แห่งในเขตเทศบาล ซึ่งการดำเนินการของศูนย์ดังกล่าวมีลักษณะ 4 ประการได้แก่

1. ดำเนินการบนหลักการขององค์การอนามัยโลก คือการสร้างเสริมให้เมืองน่าอยู่สำหรับผู้สูงอายุในแง่ที่ว่าทำให้ผู้สูงอายุมีความเป็นอยู่ที่ดีแข็งแรงขึ้น มีความสุขและมีชีวิตชีวา
2. ดำเนินการบนกรอบแนวคิดที่แตกต่างออกไป (New Paradigm) เป็นการสร้างความแตกต่างจากการจัดการสังคมผู้สูงอายุของเมืองที่เดิมมองไปที่ผู้สูงอายุว่าจะมีสาเหตุหรือได้รับความเดือดร้อนจากปัญหาอะไร เป็นการเปลี่ยนไปสู่แนวคิดใหม่ที่ว่าผู้สูงอายุในเมืองนี้สามารถมีส่วนร่วมอะไรในสังคมได้บ้าง อันเป็นการสร้างเสริมให้เกิดผู้สูงอายุที่แข็งแรง (active ageing) ตามแนวคิดขององค์การอนามัยโลก
3. การดำเนินการสอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุ ซึ่งทั้งนี้ผู้รับผิดชอบได้ทำการศึกษาวิจัยและสอบถามผู้สูงอายุที่อยู่ในเมืองนี้โดยตรง เพื่อดำเนินการได้อย่างตรงประเด็น และ
4. ดำเนินโดยการโดยอาศัยความร่วมมือของภาคีต่างๆ โดยการสนับสนุนของเทศบาลทำให้ใน Wellness Center มีการดำเนินกิจกรรมที่หลากหลายเพื่อผู้สูงอายุ

นอกจากนี้เมื่อพิจารณาจากประเด็นของผู้สูงอายุโดยตรวจสอบจากเว็บไซต์ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุในสหรัฐอเมริกาที่ปรากฏสาระที่เกี่ยวข้องและมีความสอดคล้องกับประเด็นในตัวแบบขององค์การอนามัยโลกด้วยเช่นกัน เช่น แนวทางอยู่อาศัยในชุมชนของผู้สูงอายุ (Aging in Community) ความสัมพันธ์ของธุรกิจกับผู้สูงอายุ (Business & Aging) แนวทางการดูแลผู้สูงอายุ (Caregiving) การสร้างสรรค์และการเรียนรู้ตลอดชีวิตของผู้สูงอายุ (Creativity and Lifelong Learning) สุขภาวะและความเป็นอยู่ที่ดี (Health & Wellness) การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ (Healthcare & Aging) การสร้างภาวะผู้นำ (Leadership in Aging) ประเด็นจริยธรรมและกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ (Legal & Ethical Issues) ความชราภาพกับสุขภาพทางจิต (Mental Health & Aging) ผู้สูงอายุกับความหลากหลายทางวัฒนธรรม (Multicultural Aging) นโยบายและขบวนการพิทักษ์สิทธิของผู้สูงอายุ (Policy and Advocacy) ศาสนาและจิตวิญญาณ (Spirituality & Religion) วิทยาการยุคใหม่ การเข้าถึง และการขนส่งสำหรับผู้สูงอายุ (Technology, Accessibility & Transportation) รวมไปถึงจนกระทั่งการให้ความสำคัญกับประเด็นความหลากหลายตลอดจนสิทธิของผู้สูงอายุโดยการเปิดพื้นที่ทางสังคมหรือให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุที่เป็น เลสเบียน เกย์ ไบเซ็กชวล แพลงเพศ และลักเพศ (lesbian, gay, bisexual, transgender, and queer - LGBTQ Aging) ให้ได้เรียนรู้หรืออยู่ในสังคมตลอดจนการปรับเปลี่ยนกฎหมายเพื่อให้ท่านผู้สูงอายุเหล่านั้นได้มีความเป็นอยู่อย่างเป็นปกติสุขในสังคม นอกจากนี้กิจกรรมที่ปรากฏเป็นจริงก็ได้ดำเนินการอย่างแข็งแรงและมีชีวิตชีวาซึ่งสามารถพิจารณาได้ทั้งจากสาระที่ปรากฏและปฏิสัมพันธ์ไม่ว่าจะเป็น ภาพนิ่ง ภาพเคลื่อนไหว หรือตลอดจนช่องทางสนทนาเว็บไซต์ (Blog) ต่างๆ

การทบทวนวรรณกรรม

คณะผู้วิจัยขอเสนอเฉพาะบางประเด็นด้วยเงื่อนไขข้อจำกัดต่างๆ ซึ่งในที่นี้มีอยู่ 5 ประเด็น คือ เมืองและสังคมผู้สูงอายุในมุมมองจากศาสตร์ต่างๆ, ความสัมพันธ์ทางสังคมของผู้สูงอายุในเมือง, ผู้สูงอายุกับการทำงาน, สิ่งอำนวยความสะดวก อาคาร สถานที่สาธารณะในเมือง, คุณภาพชีวิตสุขภาพของผู้สูงอายุในเมือง และ ซึ่งมีรายละเอียดต่อไปนี้

1. เมืองในมุมมองจากศาสตร์ต่างๆ

1.1 เมืองกับการจัดการเพื่อผู้สูงอายุ

ประเด็นที่นักวิชาการสาขาต่างๆ ได้ให้ความสนใจในการจัดการชุมชนเมืองมากยิ่งขึ้น เนื่องจากเมืองเป็นทิศทางเชิงเป้าหมายของการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญของทุกสังคมในปัจจุบันนี้อาจพิจารณาจากงานเขียนที่เกี่ยวข้องกับการอธิบายเมืองและสังคมผู้สูงอายุ ตั้งแต่ปรัชญาของเมือง (Philosophy of City) ซึ่งอธิบายว่าเป็นระบบทางสังคมที่สร้างขึ้นเพื่อสนองตอบต่อชาวเมืองตั้งนั้นจึงจำเป็นต้องมีการจัดการด้านต่างๆ ให้ลงตัว เช่น ประเด็นความหลากหลายที่มีในเมืองอันจำเป็นต้องมีปัจจัยทรัพยากรต่างๆ ทั้งในด้านเศรษฐกิจ การเมือง และสังคมอย่างเหมาะสม นอกจากนี้ความน่าอยู่อาศัยของเมืองก็เป็นสิ่งที่พึงตระหนักร่วมกันทั้งนี้เนื่องจากปรัชญาของการมีชุมชนเมืองก็การสร้างถิ่นฐานที่เอื้อต่อชีวิตผู้คนได้ดีกว่าเมื่อเทียบกับการอยู่อาศัยตามธรรมชาติ แต่ปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นมักจะเป็นไปในทางตรงข้ามโดยเฉพาะในเรื่องความเครียดของผู้คนอันเป็นผลจากแรงกดดันอย่างมหาศาลในด้านเศรษฐกิจและความเป็นอยู่ในเมืองโดยเฉพาะในเมืองใหญ่ เช่นแนวคิดของ Goerge Simmel; Walter Benjamin; Henri Lefebvre ที่ได้อธิบายสภาวะแรงกดดันดังกล่าวที่เกิดขึ้นในมหานครที่มีอาจทดแทนหรือชดเชยด้วยสิ่งใดได้ (Parker 2004, pp. 25-26) เมื่อพิจารณาถึงชีวิตความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุในสังคมเมือง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสังคมที่กำลังพัฒนาซึ่งตกอยู่ในกระแสของการพัฒนาชุมชนเมืองด้วยเช่นกันหากแต่ประเทศเหล่านั้นยังขาดระบบการจัดการเมืองที่ดีและมีประสิทธิภาพ เช่นสิ่งความสะดวก ระบบความปลอดภัยสาธารณะ โดยเฉพาะระบบสวัสดิการเชิงการดูแลในระยะยาว (Long-term care system) ที่จำเป็นสำหรับชาวเมือง (Tsuno and Homma 2009) ซึ่งหลายประเทศที่กำลังพัฒนาเริ่มให้ความสำคัญควบคู่ไปกับการพัฒนาชุมชนเมืองในด้านกายภาพ โดยมีเป้าหมายที่ผู้อยู่อาศัยในเมือง ดังนั้นเมืองจำเป็นต้องมีการจัดการในด้านต่างๆ โดยเฉพาะการจัดการทรัพยากร ความเท่าเทียมกันทางการเมืองและโอกาสทางสังคม หรือการจัดระบบโครงสร้างให้เกิดความเป็นธรรมระหว่างกลุ่มต่างๆ ในเมืองดังเช่น ปราชญ์เมธีโบราณเช่น Plato; Aristotle ได้ให้หลักคิดว่า ในท้ายที่สุดโครงสร้างทางสังคมและการเมืองของ “เมือง” จำเป็นที่จะต้องสร้างหรือทำให้เกิดความปรองดอง (Harmony) ระหว่างภาคีที่มีอยู่อย่างหลากหลายในชุมชนเมือง (Light 2008, p. 289) เช่นการคำนึงถึงประเด็นพื้นที่ทางสังคม (Public Sphere) ของคนกลุ่มต่างๆอย่างเท่าเทียมกัน เช่นแนวคิดของ ฮาเบอร์มาส (Jurgen Habermas) เห็นว่าผู้สูงอายุเป็นหนึ่งในสังคมยุคใหม่ซึ่งมักจะ

ถูกเบียดถูกขับด้วยสาเหตุหลายประการ ดังนั้นเพื่อการอยู่ร่วมกันอย่างเป็นมิตรจึงเป็นสิ่งจำเป็นในการสร้างเวทีของการมีส่วนร่วมให้กับผู้สูงอายุหรือการให้ความสำคัญกับพื้นที่ทางสังคมของผู้สูงอายุซึ่งแฝงไปด้วยนัยยะในเชิงการเมืองหรือการให้ความหมายต่อผู้สูงอายุในฐานะที่เป็นพลเมือง (Citizenship) (Gavin 2008, p. 143) ประเด็นนี้การมีพื้นที่ทางสังคมจึงมิได้หมายถึงเฉพาะพื้นที่ทางกายภาพ แต่จะรวมถึงพื้นที่เชิงนามธรรมเช่นผู้สูงอายุจำเป็นต้องมีสมาคมหรือองค์กรที่จะเข้าสังกัด ทั้งที่เป็นทางการหรือไม่เป็นทางการ (Tsuji 2009, p. 488) ในภาคธุรกิจก็ถือว่าต้องให้ความสำคัญในผู้สูงอายุโดยคำนึงถึงแรงงานที่สูงวัยหรือที่สูงอายุซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ประเด็นที่เป็นปัญหาได้แก่การที่กำลังแรงงานดังกล่าวถูกกีดกันมากขึ้นทั้งในเชิงเป็นกลุ่มเป้าหมายที่นายจ้างมักจะขับออกจากงานเป็นกลุ่มแรกในกรณีที่ต้องมีการปรับโครงสร้างองค์กร ตลอดจนเป็นประเด็นที่ถูกหยิบยกขึ้นมาพิจารณาในหน่วยงานมากยิ่งขึ้นอันทำให้เห็นว่ากำลังแรงงานผู้สูงอายุนั้นก่อให้เกิดปัญหาต่างๆที่ตามมา เป็นต้น (The Eng Choo 2009)

โดยหลักแล้วการจัดการของเทศบาลในภาพกว้างจะครอบคลุมการจัดการ 3 ประการคือ ประการแรกเป็นการจัดการในมิติที่เกี่ยวข้องกับการการวางแผน (The planning dimension) ซึ่งเกี่ยวข้องกับขีดความสามารถของเทศบาลที่จะมองไปในอนาคตและกำกับดูแลทิศทางการพัฒนาของตนเอง อันเป็นเรื่องที่จะต้องอาศัยระบบสารสนเทศ ระบบการตรวจสอบติดตามและการประเมินผล (Monitoring and evaluation-M&E) การผังเมืองและวิธีการในการลงทุน ประการที่สองได้แก่จัดการในมิติที่เกี่ยวข้องกับการเงินการคลัง (The finance dimension) ซึ่งเกี่ยวข้องกับคำถามที่ว่าผู้บริหารเมืองจะจัดการทรัพยากรที่จำเป็นในการจัดบริการต่อประชาชนในเขตเทศบาลได้อย่างไรซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับการระดมทรัพยากร การเข้าถึงแหล่งเงินกู้ ตลอดจนการระดมทุนจากเอกชน เป็นต้น ประการสุดท้ายคือการจัดการในมิติที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการ (The service provision dimension) ซึ่งเกี่ยวข้องความสามารถในการจัดการของเทศบาลในการสนองต่อความต้องการของชาวเมือง ทั้งผู้อยู่อาศัย ภาคธุรกิจเอกชนด้วยวิธีการจัดลำดับความสำคัญก่อนหลังในการดำเนินงานและการลงทุนของเทศบาล นอกจากนี้ยังเป็นเรื่องของการจัดการเพื่อนำมาสร้างความมั่นคงในการให้บริการผ่านการดำเนินงานและการบำรุงรักษา (Operations and maintenance-O&M) อีกด้วย (The World Bank Group 2009) ซึ่งจากหลักการดังกล่าวประกอบกับการพิจารณาถึงความจำเป็นและขนาดของปัญหาในสังคมไทย เทศบาลจึงจำเป็นต้องมีการจัดการทั้งในด้านการวางแผน การจัดหาทรัพยากรที่จำเป็น และการจัดโปรแกรมการบริการ เพื่อรองรับกับสังคมผู้สูงอายุที่ทวีความเข้มข้นในสังคมไทย

1.2 สังคมเมืองและผู้สูงอายุในความหมายใหม่

ในส่วนนี้จะไม่เน้นผลกระทบที่ผ่านมาจากการพัฒนาเมือง การพัฒนาสังคมประเทศชาติตามแนวทางกระแสหลักแม้ว่าปัจจุบันการพัฒนาเมืองยังคงเดินตามแนวทางดังกล่าวก็ตาม แต่จะพิจารณา

ว่าเมืองเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุอย่างไร หากพิจารณาโดยเอาผู้สูงอายุเป็นตัวตั้งอาจทำความเข้าใจได้ง่ายขึ้นหากจะมองในประเด็นผู้สูงอายุกับบริบทของผู้สูงอายุ (textual and contextual of the age) ในประเด็นตัวผู้สูงอายุจำเป็นต้องได้รับการส่งเสริมสุขภาพให้เป็นผู้ที่มีชีวิตยืนยาว (longevity) ด้วยความก้าวหน้าทางด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์และวิชาการต่างๆสามารถช่วยส่งเสริมได้ค่อนข้างมาก ในขณะที่บริบทของผู้สูงอายุในที่นี้คือสังคมหรือสภาวะแวดล้อมก็จำเป็นต้องส่งเสริมให้เป็นสังคมที่ดี (well-being society) อย่างไรก็ตามในปัจจุบันโดยเฉพาะในสังคมประเทศที่พัฒนาแล้วเริ่มสลดความคิดที่ว่าผู้สูงอายุคือปัญหาสังคมโดยรับเอาแนวคิดในเชิงวิพากษ์ที่ว่า “ความเป็นผู้สูงอายุคือโอกาส” ทั้งโอกาสของตัวผู้สูงอายุเองและโอกาสของสังคมที่สังคมจะได้รับประโยชน์จากผู้สูงอายุ ในขณะที่ผู้สูงอายุก็ได้รับประโยชน์จากสังคม กรอบความคิดดังกล่าวมุ่งให้พิเคราะห์ความชราอย่างมีสำนึกโดยการไม่ยึดถือความเชื่อตลอดจนการปฏิบัติที่สืบทอดกันมา (stereotype) ในบางเรื่องเช่น มักจะมีการเปรียบเทียบว่า ความชราคือความป่วย (ill-derly) เป็นความชราที่ยังอยู่ดี (well-derly) ดังนั้นแนวคิดที่เข้าเสริมการสร้างสุขภาพทั้งผู้สูงอายุและสังคมคือการยอมรับแนวคิดในเชิงการกระตุ้นผู้สูงอายุให้มีอายุต่อไปและอยู่อย่างมีความสุข, ชีวิตของผู้สูงอายุที่เหลือไม่ใช่หยุดแต่คือการเดินต่อไปและสร้างประโยชน์แก่สังคมทั้งจากการใช้โอกาสที่หน่วยงานขยายอายุการทำงานออกไปหรือจากที่ปลอดจากงานประจำเพื่อที่จะได้มาเริ่มต้นการทำงานในเชิงอาสาสมัครตลอดจนการแสดงบทบาทอื่นๆ ดังนั้นสิ่งที่สังคมเมืองจะต้องให้ความสำคัญไม่เฉพาะการดูแลด้านสุขภาพอนามัยอันทำให้ผู้สูงอายุมีชีวิตที่ยืนนานกับบริบททางสังคม ทั้งในเชิงกายภาพเช่น การจัดสภาวะแวดล้อมของเมือง และการสร้างเวทีทางสังคมให้ผู้สูงอายุแล้ว ในเชิงนามธรรมอันได้แก่ความคิด วัฒนธรรม ความเชื่อต่างๆก็จำเป็นต้องปรับเปลี่ยน ในแง่นี้แนวความคิดดังกล่าวจึงมุ่งเป้าหมายในอนาคตในการสร้างสังคมผู้สูงอายุที่มีผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จ ซึ่งบางครั้งอาจใช้คำว่า ผู้สูงอายุที่กระฉับกระเฉง (active aging), ผู้สูงอายุที่เต็มไปด้วยศักยภาพ (successful aging), ผู้สูงอายุที่มีผลิตภาพ (productive aging) แทนกันซึ่งสอดคล้องกับเป้าหมายของกรอบแนวคิดเมืองที่เป็นมิตรคือความต้องการสร้างเสริมผู้สูงอายุที่กระฉับกระเฉงและมีคุณภาพ (active & quality aging)

สรุป การพัฒนาเมืองอย่างที่เราควรจะเป็นคือการบรรลุไปสู่ดุลยภาพในการพัฒนาในแต่ละด้าน, การคำนึงในเชิงนิเวศน์, และการปลูกฝังความเป็นมนุษย์ ซึ่งหมายถึงในฐานะของมนุษย์ที่เป็นอยู่ในสังคมปัจจุบันและการวางรากฐานสำหรับมนุษย์ในอนาคตในแง่ของผู้สูงอายุจึงต้องส่งเสริมให้มีผู้สูงอายุที่กระฉับกระเฉง เป็นผู้ที่มีผลิตภาพที่จะสร้างประโยชน์ทั้งปัจจุบันและอนาคต (Moody, 2009)

1.3 แนวคิดการสร้างเมืองไปสู่ความยั่งยืนในเชิงนิเวศน์

จากความตระหนักในเชิงทฤษฎีเรื่องภาวะโลกร้อนและการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศของโลก (Global Warming & Climate Change) ที่นำมาสู่ผลกระทบในเชิงการ

เปลี่ยนแปลงในภูมิภาคต่างๆทั่วโลก ความตื่นตัวกับกระแสอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม นำมาสู่โมทัศน์ต่างๆ ในสังคม เช่น “สะอาด” (clean) “สีเขียว” (Green) “ยั่งยืน” (Sustainability) “เชิงนิเวศ” (Eco-) ตลอดจน “เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม” (Environmental friendly) หรือมีการปลูกฝังจริยธรรมใหม่อย่างหนึ่งในโลกปัจจุบันคือ จริยธรรมในการอยู่อย่างเป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม (Living Green Ethics) ซึ่งรวมความแล้วทุกคำล้วนเป็นคำกล่าวในความหมายที่มุ่งให้เรื่องที่ถูกกล่าวถึงนั้น เป็นเรื่องที่ส่งเสริมการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อมและสภาวะของมนุษย์ทั้งสิ้น รวมถึงแนวคิดเมืองที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม (Eco-city) “และการสร้าง “เมืองยั่งยืน” (Sustainable City) ซึ่งในท้ออาจมีใช้เรื่องใหม่เพราะในช่วงปลายศตวรรษที่ 19 เกิดความเสื่อมโทรมของสิ่งแวดล้อมในเมืองจากผลของการปฏิวัติอุตสาหกรรมซึ่งได้ก่อให้เกิดกระแสความห่วงใยในสิ่งแวดล้อมและความตื่นตัวที่จะยกระดับคุณภาพชีวิตของคนในเมือง จนกระทั่ง โฮเวิร์ด (Ebenezer Howard) ชาวอังกฤษได้นำเสนอแนวคิดอุทยานนคร (Garden City) ในปี 1965 ซึ่งใช้หลักการเมืองพอเพียง (self-sufficiency-town) โดยเน้นความสมดุลของการใช้ที่ดินเป็นที่อยู่อาศัย โรงงาน ย่านการค้า วัฒนธรรม และพื้นที่สีเขียว การมีส่วนร่วมในกรรมสิทธิ์ที่ดิน การปกครองตนเอง รวมทั้งการเชื่อมโยงระหว่างเมืองพอเพียงต่างๆ ด้วยระบบขนส่งมวลชน โดยเมืองพอเพียงจะได้รับการปกป้องจากการขยายตัวล้นของเมืองอื่นด้วยแถบสีเขียว (green-belts) ซึ่งอาจเป็นแนวต้นไม้หรือพื้นที่เกษตรกรรม ซึ่งใช้พื้นที่เพียง 1,000 เอเคอร์ มีผู้อยู่อาศัยราว 30,000 คน โดยเมืองจะมีพื้นที่สีเขียวประมาณ 5,000 เอเคอร์ล้อมรอบ

แนวคิดดังกล่าวถูกนำไปเป็นต้นแบบในการสร้างเมืองที่น่าอยู่และสมดุลทั้งระหว่าง เศรษฐกิจ และสังคม, ความหลากหลายทางชีวภาพ, การคำนึงถึงผลกระทบต่อระบบนิเวศ (ecological footprint) การสร้างเสริมพลังและการมีส่วนร่วมของชาวเมือง, การจัดการในเชิงพันธมิตร, การผลิตและการบริโภคที่ยั่งยืนในเมือง ตลอดจนการจัดการในเชิงธรรมาภิบาลบนความร่วมมือของภาคีต่างๆ เป็นต้น (Newman and Jennings 2008)

แนวคิดการพัฒนาเมืองในทิศทางเดียวกันในปัจจุบันหรือความพยายามที่จะสร้างเสริมได้แก่แนวคิดเมืองที่กระชับรัด (Compact City) ที่เน้นการเติบโตและการใช้พื้นที่อย่างผสมผสาน เน้นคุณภาพชีวิต การประหยัดเวลาในการเดินทาง ส่งเสริมการเดินเท้า จักรยาน และระบบขนส่งสาธารณะที่สอดคล้องกับเมืองที่พึ่งรถยนต์ส่วนตัวน้อย เมืองไม่จำเป็นต้องมีโครงสร้างพื้นฐานที่ใหญ่โตผลที่เกิดขึ้นคือการประหยัดการใช้พลังงาน ผู้คนมีสุขภาพดี มีปฏิสัมพันธ์กันดี ผู้ผู้อยู่มีความรู้สึกปลอดภัยสูง เพราะเป็นเมืองเล็กจะไปไหนมาไหนก็รู้จักกันเป็นหูเป็นตาแทนกันได้หรืออยู่ในสายตากันตลอด, แนวคิดลัทธิชุมชนเมืองนิยมยุคใหม่ (New Urbanism) ที่เน้นการวางแผนการพัฒนาเมืองโดยการตัดสินใจที่มาจากความเห็นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกฝ่ายในเมืองโดยที่มีการลงทุนในการพัฒนาชุมชนอย่างรอบคอบโดยมุ่งไปที่เป้าหมายส่งเสริมให้มีการตั้งถิ่นฐานของมนุษย์ที่ยั่งยืน มีที่อยู่อาศัยที่เหมาะสม มีการปรับปรุงการจัดการเมืองทั้งการใช้ประโยชน์ที่ดิน โครงสร้างพื้นฐาน การใช้พลังงาน

และการขนส่งตลอดจนการส่งเสริมการก่อสร้างที่ยั่งยืน, แนวคิดเมืองแห่งสุขภาพ (Healthy City) ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้ส่งเสริมให้มีขึ้นคือมีสิ่งแวดล้อมสะอาดปลอดภัย ตอบสนองความต้องการพื้นฐานของประชาชน มีระบบนิเวศที่สมดุล ระบบเศรษฐกิจหลากหลาย ชุมชนเข้มแข็งและเกื้อกูลกัน ประชาชนมีส่วนร่วมในโครงการต่างๆ มีการสาธารณสุขทั่วถึงและอัตราเจ็บป่วยต่ำ, เมืองเชิงนิเวศน์ (Eco-city) ซึ่งเป็นแนวคิดที่เป็นผลมาจากปัญหาสภาพแวดล้อมของเมืองที่ส่งผลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตของผู้ที่อาศัยอยู่ในเมืองนั้นๆ รวมไปถึงคุณภาพสิ่งแวดล้อมส่งผลกระทบต่อในวงกว้าง ประเด็นสำคัญคือเมืองมักถูกใช้เป็นฐานการพัฒนาทุกด้าน โดยเฉพาะหากมีการพัฒนาเศรษฐกิจที่เน้นตัวเลขการเจริญเติบโตของ GDP ซึ่งเกิดขึ้นโดยทั่วไปโดยเฉพาะในโลกยุคใหม่ ซึ่งแนวทางดังกล่าวส่งผลกระทบต่อทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ตลอดจนความเป็นธรรมในสังคมจึงเป็นผลให้เกิดแนวคิดการพัฒนาที่จะทำให้การพัฒนาเศรษฐกิจ มนุษย์ และธรรมชาติอยู่ร่วมกันได้ ซึ่งแนวคิดต่างๆ ที่กล่าวมาพัฒนาโดยมีรากฐานมาจากแนวคิดอุทยานนครซึ่งมีเป้าหมายเพื่อสร้างชุมชนเมืองที่น่าอยู่เป็นถิ่นฐานที่มีการพัฒนาบนความสมดุล

2. ความสัมพันธ์ทางสังคมของผู้สูงอายุในเมือง

2.1 การมีส่วนร่วมทางสังคมในชุมชนเมือง

ในประเด็นการมีส่วนร่วมทางสังคมซึ่งเป็นพื้นฐานของการอยู่ในสังคมมนุษย์และการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีตลอดจนการเสริมสร้างทุนทางสังคม หรือปฏิสัมพันธ์ในเชิงสร้างสรรค์ของมวลสมาชิกในสังคมนั้นจากการติดต่อเชื่อมโยงเข้าหากันในปัจจุบันเป็นแนวทางที่ได้รับการยอมรับอย่างมีต้องสงสัยแต่วิธีการอาจปรับเปลี่ยนไปจากอดีตที่ปฏิสัมพันธ์ในสังคมนั้นสามารถกระทำได้ทั้งในความเป็นจริงและเสมือนจริง (virtual reality) แต่แท้จริงแล้วมิใช่เป็นแนวความคิดที่ผิดแผกไปจากเดิม เนื่องจากรากฐานที่มาคือการอยู่ร่วมกันแบบชาวบ้านชาวเมืองหรือการมีวัฒนธรรมแบบพลเมือง (civic culture) หรือที่เรียกว่าการมี “ทุนทางสังคม” ซึ่งก็คือการมีคุณค่าในเชิงบวกในสังคมเช่นการมีสายใย การสร้างสายใยเชื่อมโยงเข้าหากันโดยการติดต่อ พบปะ แลกเปลี่ยน แบ่งปัน หรือสร้างความคุ้นเคย การสร้างความสามัคคีกลมเกลียว ทุนทางสังคมในทัศนะของพุทนาม (Putnam 1995) จำแนกเป็นทุนในเชิงพันธะ (bonding capital) และทุนในเชิงการเชื่อมโยง (bridging capital) ทุนที่เกิดจากพันธะคือทุนทางสังคมที่เกิดขึ้นโดยอัตโนมัติจากการสมาคมกับคนที่มิอะไรคล้ายๆ กันเช่นในด้านอายุ, ชาติพันธุ์, ศาสนา ฯลฯ ตรงจุดนี้อาจเรียกว่าเป็นทุนทางสังคมที่เชื่อมโยงภายใน แต่ในขณะที่สังคมนั้นกว้างยังต้องการอะไรที่มากกว่านั้นเช่น ความสงบสันติ (ในที่ที่ไม่สงบ) หรือมีความแตกแยกในสังคมอันเกิดจากสาเหตุต่างๆซึ่งจำเป็นต้องอาศัยทุนทางสังคมในเชิงการเชื่อมโยง (bridging capital) เช่นในลักษณะการเข้าไปเชื่อมสัมพันธ์พบปะพูดคุย กราบขอพร(ในกรณีแบบไทยๆ) การเปิดใจกว้างรับฟังเหตุผลของกันและกัน หรือเข้าไปสนับสนุนช่วยเหลือหากมีข้อขัดข้อง

อะไร ดังเช่นวิธีการการแก้ไขปัญหาความขัดแย้งในประเทศต่างๆเพื่อนำไปสู่การปรองดอง ประเด็นสำคัญในทัศนะของพุนั้นคือ เขามองว่าทุนทางสังคมทั้งสองประเภทมีส่วนเกื้อกูลหรือสร้างความแข็งแกร่งในแก่กัน ถ้าหากขาดทุนในเชิงพันธะผูกพันกันแล้ว ก็ยากที่จะสร้างทุนทางสังคมในเชิงเชื่อมโยงและก็จะนำไปสู่ความตึงเครียดระหว่างกลุ่มที่แตกต่างทางวัฒนธรรม เช่น กลุ่มชาติพันธุ์หรือเชื้อชาติ กลุ่มที่ถูกปลุกฝังค่านิยมหรือชุดความคิดหนึ่งๆซึ่งนำไปสู่คุณค่า วิธีคิด หรือจิตสำนึกที่แตกต่างกัน

ในเชิงประโยชน์ของการมีทุนทางสังคม อันเกิดจากการที่คนในสังคมหันหน้ามาทำกิจกรรมก็จะเกิดผลดีต่อสมาชิกทั้งในด้านการช่วยให้งานต่างๆสำเร็จอีกทั้งยังนำมาซึ่งการตัดสินใจปัญหาต่างๆอย่างรอบครอบ หรือสามารถช่วยเหลือกันได้เพราะสมาชิกจะเรียนรู้ถึงคุณค่าในเชิงการต่างตอบแทน (reciprocity) ไม่ว่าจะเรื่องอะไร เช่นในระแวกบ้าน หากแต่ละคนรู้จักชื่อเสียงเรียงนาม รู้จักหน้าค่าตา รู้จักที่ทำงานซึ่งกันและกัน จะนำไปสู่คุณค่าที่ฝังงอกในอีกหลายๆเรื่อง เช่น ความสัมพันธ์ในชุมชนนั้นก็จะแน่นเหนียว ซึ่งเป็นเกราะคุ้มครองป้องกันอันตรายต่างๆได้ ด้วยเหตุนี้ในหลายๆสังคมซึ่งเมื่อมีความเปลี่ยนแปลงไปสู่ความเป็นเมืองมากยิ่งขึ้นผู้คนต่างไม่รู้จักกันและไม่สนใจกันแม้ว่าจะมีบ้านอยู่ใกล้กัน ช่องว่างจากการไม่มีความสัมพันธ์ในเชิงทุนทางสังคมดังกล่าวจึงอาจนำมาซึ่งปัญหาต่างๆ เช่น ปัญหาอาชญากรรม ปัญหาสังคม เศรษฐกิจ ฯลฯ อย่างไรก็ตามทุนทางสังคมในชุมชนเมืองมักจะเป็นในเชิงการเชื่อมโยงภายนอก (bridging capital) อันได้แก่การเชื่อมโยงในทางธุรกิจที่กว้างไกลออกไป ในขณะที่พันธะภายใน (bonding capital) อันได้แก่ความสัมพันธ์กับเพื่อนบ้านกลับลดน้อยลงซึ่งเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในสังคมเมืองโดยเฉพาะเมืองใหญ่

2.2 ปัญหาของผู้สูงอายุในสังคมเมืองของไทย

มีการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับความต้องการของผู้สูงอายุในสังคมไทยซึ่งไม่เฉพาะในเขตเมืองซึ่งพบว่าในขณะที่แนวทางของหน่วยงานต่างๆมุ่งสนับสนุนการที่สมาชิกครอบครัวดูแลซึ่งกันและกันแต่กลับมีแนวโน้มที่ผู้สูงอายุจะมีจำนวนมากขึ้นจะต้องอยู่ตามลำพังหรืออยู่กับครอบครัวที่ไม่สามารถให้การดูแลอย่างใกล้ชิด เจตจำนงของการถ่ายโอนความรับผิดชอบไปสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ทำให้การให้บริการที่เข้าถึงหรือสอดคล้องกับผู้สูงอายุในชุมชนท้องถิ่นได้มากขึ้น แต่ในทางปฏิบัติยังมีความแตกต่างในด้านคุณภาพของการบริหารงานของอปท. เพราะบางแห่งยังขาดแคลนบุคลากรหรือขาดความสนใจในภารกิจนี้ อีกทั้งแนวทางโดยภาครัฐที่มุ่งหวังจะทำให้ผู้สูงอายุพึ่งตนเองได้มากขึ้นนั้น แต่ในทางปฏิบัติมักไม่ค่อยบรรลุเป้าหมาย

ในรายละเอียดของปัญหาจากการสำรวจความคิดเห็นเกี่ยวกับระบบการให้ความช่วยเหลือในปัจจุบัน พบว่าผู้สูงอายุมีข้อกังวลหลัก 2 ประการคือเรื่องที่อยู่อาศัย และ เรื่องสุขภาพอนามัย ในประเด็นที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัวระบบปัจจุบันยังไม่สามารถให้หลักประกันได้ว่าผู้สูงอายุจะมีที่อยู่อาศัยที่เหมาะสม ส่วนผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับครอบครัวก็ไม่ได้รับ

การสนับสนุนในการดัดแปลงที่พักอาศัยตามความจำเป็น และมักพบปัญหาอุปสรรคจากกฎระเบียบเกี่ยวกับการก่อสร้างในขณะที่ระบบจะผลักดันไปสู่สวัสดิการสังคมในเชิงพาณิชย์ (commercial social welfare) มากยิ่งขึ้น เช่นปัจจุบันเริ่มมีบริการที่พักและบริการดูแลสูงอายุที่บ้านที่ดำเนินการในเชิงพาณิชย์โดยมีค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูง ซึ่งการบริการเหล่านี้มีแนวโน้มที่จะขยายตัวในขณะที่กลไกการกำกับของภาครัฐในปัจจุบันยังจำเป็นต้องปรับปรุง หรือเช่นศูนย์ดูแลผู้สูงอายุของเอกชนบางแห่งขึ้นทะเบียนกับกรมสนับสนุนบริการสุขภาพแต่บางแห่งก็ละเลยที่จะดำเนินการให้ถูกต้อง

สำหรับประเด็นสุขภาพนั้นโดยรวมแล้วผู้สูงอายุในเมืองยังพึงพอใจกับการบริการในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพราะสามารถเข้าถึงบริการได้ง่ายขึ้นและเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลน้อยลง แต่ก็ยังมีปัญหาบางประการ เนื่องจากยังไม่มีบริการที่บ้านสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่ออกจากบ้านไม่ได้ และขั้นตอนการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินเพื่อให้ได้รับการรักษาโดยเร่งด่วนหรือการย้ายผู้ป่วยไปโรงพยาบาลที่มีเครื่องมือดีกว่ายังขาดประสิทธิภาพ ทำให้เกิดข้อกั้วงลในขีดความสามารถในด้านนี้เพราะการเปลี่ยนแปลงไปสู่สังคมผู้สูงอายุจะเพิ่มภาระให้กับการจัดบริการสุขภาพ เนื่องจากประชากรจะมีอัตราป่วยด้วยโรคเรื้อรังทุพพลภาพ และมีโอกาสเกิดอุบัติเหตุสูงขึ้นเมื่ออายุ 60 ปีขึ้นไป (สำนักงานโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติประจำประเทศไทย, 2552)

3. ผู้สูงอายุกับการทำงาน

3.1 การเตรียมความพร้อมสำหรับสังคมผู้สูงอายุในด้านการทำงานและการมีรายได้

ในเรื่องการเตรียมความพร้อมทางด้านเศรษฐกิจเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของไทย จากการศึกษาของสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (Paitoonpong 2012) พบข้อเท็จจริงที่น่าสนใจเกี่ยวกับผู้สูงอายุคือผู้สูงอายุไทยมีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสูงกว่าประเทศอื่นๆในเอเชีย (จีน อินเดีย ฟิลิปปินส์ และเวียดนาม) เมื่อเทียบกับสัดส่วนของรายได้จากการทำงานหรือเท่ากับว่าค่าใช้จ่ายสุขภาพเท่ากันแต่รายได้ของคนไทยต่ำกว่า ดังนั้นเงินที่ได้มาจึงเป็นค่าใช้จ่ายเพื่อสุขภาพในช่วงสูงวัยมากกว่า

อย่างไรก็ตามในช่วง 20 ปีที่ผ่านมาที่ประเทศไทยเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรซึ่งส่งผลต่อผลิตภาพของแรงงานในแต่ละวัย โดยเฉพาะภาคการผลิตที่เริ่มขยายฐานออกไปสู่ส่วนภูมิภาคหรือชนบทไทยมากยิ่งขึ้นอันอาจส่งผลต่อการจ้างงานต่อสตรี และผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้น ในแง่การทำงานของผู้สูงอายุพบว่าปัจจุบันมีผู้สูงอายุที่ยังทำงานหลังวัยเกษียณหรืออายุ 60 ปี ประมาณ 8.1 ล้านคนเป็นผู้สูงอายุในชนบทมากกว่าในเมือง โดยที่ผู้สูงอายุไทยร้อยละ 37.8 มีรายได้จากการทำงาน แต่รายได้รวมต่ำกว่ารายจ่ายเพื่อการบริโภคโดยเฉลี่ยมีรายจ่ายบริโภคสูงกว่ารายได้จากร่างงานประมาณ 30,600 บาทต่อคนต่อปี นอกจากนี้ยังพบว่ารายได้จริงๆของผู้สูงอายุในเมืองของไทยมาจากการทำงาน สินทรัพย์ และการเงินจากครอบครัว ส่วนผู้สูงอายุในชนบท พึ่งพารายได้

จากการทำงานและสินทรัพย์มากกว่าการจุนเจือจากครอบครัว ดังนั้น ความเชื่อที่ว่าผู้สูงอายุในชนบทได้รับการเกื้อหนุนจากครอบครัวเป็นหลักนั้นไม่เป็นจริงผู้สูงอายุในชนบทยังต้องดิ้นรน แต่ในความเป็นจริงถึงแม้บุตรยังคงให้การเกื้อหนุนผู้สูงอายุอยู่แต่ก็ไม่พอต่อรายจ่ายหรือให้น้อยเพราะมีข้อจำกัดด้านรายได้เงินที่เกื้อหนุนผู้สูงอายุจึงค่อนข้างต่ำและไม่เพียงพอ นอกจากนี้ยังพบว่าทั้งคนในเมืองและชนบทมีช่วงวัยที่พึ่งตนเองทางเศรษฐกิจค่อนข้างสั้น คือคนเมืองจะอยู่ในระหว่างช่วงอายุ 26-62 ปี และคนชนบทจะอยู่ในช่วงอายุระหว่าง 31-55 ปี โดยช่วงก่อนและหลังอายุดังกล่าว ต้องอาศัยการจุนเจือจากผู้อื่นมาเพิ่มเติมรายได้ ในแง่การออมพบว่าผู้สูงอายุไทยร้อยละ 68.7 มีการออม แต่ในจำนวนนี้ประมาณครึ่งหนึ่งมีมูลค่าการออมต่ำกว่า 50,000 บาท ดังนั้นจึงมีข้อเสนอแนะว่ารัฐควรส่งเสริมการออมมากขึ้น โดยพัฒนารูปแบบการออมให้เหมาะกับสังคมไทย โดยต้องคำนึงถึงความเป็นไปได้ ความยั่งยืน เพื่อเป็นหลักประกันให้ผู้สูงอายุ โดยภาพรวมจากการวิจัยจึงเสนอแนะในเชิงการเตรียมความพร้อมเมื่อประเทศจะก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มตัวโดยควรเตรียมการทั้งด้านการบริโภค การทำงาน รายได้ การออม และการลงทุน เช่น ให้มีการบริโภคอย่างฉลาดและลดค่าใช้จ่ายที่ไม่จำเป็น, ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีรายได้จากการทำงานในระบบมากขึ้นและได้รับการคุ้มครองแรงงาน, ส่งเสริมการเข้าถึงแหล่งทุนต่างๆ เพิ่มขึ้นในกรณีที่ต้องลงทุนในวัยสูงอายุ, และส่งเสริมการออมเพื่อสุขภาพมากขึ้น โดยให้มีเงินออมเพียงพอต่อการดำรงชีพ เมื่อไม่ได้ทำงาน หรือทำงานไม่ได้

3.2 แนวคิดในการเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุในระดับสากล

กรอบแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับวัดการเตรียมความพร้อมในการรองรับสังคมผู้สูงอายุ (Jackson, ; Howe and Nakashima 2010) อันเกี่ยวข้องกับการจ้างงาน รายได้ รายจ่าย การเงินการคลัง ภาครัฐ ในเชิงหลักการคือการชี้ให้เห็นภาพที่ทั่วโลกต่างหวนวิตกต่อปรากฏการณ์สังคมผู้สูงอายุ (Global Aging) หรือปัญหาที่จะเกิดขึ้นจากโครงสร้างของประชากรที่เปลี่ยนไปอันได้แก่วัยแรงงาน ขาดแคลน การแบกรับภาระที่เพิ่มขึ้นของวัยแรงงาน ผลกระทบต่อการออมของชาติ ภาคการผลิตมีต้นทุนที่สูงขึ้น ตลอดจนการที่ภาครัฐมีภาระด้านการสาธารณสุขเพิ่มมากขึ้น ซึ่งแนวคิดนี้ได้เสนอให้ภาครัฐจะมีการจัดการเพื่อเตรียมความพร้อมสำหรับอนาคต โดยที่แนวคิดดังกล่าวพัฒนาขึ้นโดยศูนย์ศึกษาเชิงยุทธศาสตร์ระหว่างประเทศ (Center for Strategic and International Studies) ในสหรัฐอเมริกา เครื่องชี้วัดการเตรียมความพร้อมในการรองรับสังคมผู้สูงอายุ (Global Aging Preparedness Index - GAP Index) ที่พัฒนาขึ้นจะมีลักษณะของข้อเสนอในเชิงการปรับหรือปฏิรูปภาครัฐ (public sector transformation) ในการรองรับสังคมผู้สูงอายุโดยเฉพาะนโยบายต่อผู้เกษียณ ซึ่งในที่สุดก็จะนำไปสู่การจัดอันดับ (Ranking) ความพร้อมดังกล่าวเพื่อใช้ในการตัดสินใจในเชิงนโยบายของหน่วยงานต่างๆ ตัวชี้วัดความพร้อมใน GAP Index มี 7 ตัวคือ 1. การลดรายจ่ายบำนาญในภาครัฐสาธารณะ (reduce public pension benefits) 2. การลดรายจ่ายด้านการดูแลสุขภาพ (reduce health-care cost growth) 3. การขยายอายุการทำงาน (extend work lives) 4.

การเพิ่มเงินออมเข้ากองทุนบำนาญ (Increase funded pension savings) 5. การสร้างความเข้มแข็งและโอกาสให้กับผู้ยากไร้ (strengthen poverty floors) 6. การเพิ่มอัตราการภาวะการเจริญพันธุ์ (Increase fertility rates) และ 7. การส่งเสริมการอพยพโยกย้าย (Increase immigration) แนวคิดในการเตรียมการดังกล่าวสอดคล้องกับการวิจัยนี้ทั้งนี้เนื่องจากเมืองถือว่าเป็นฐานทางเศรษฐกิจที่สำคัญของประเทศ ดังนั้นในระดับเมืองหรือเทศบาลในสังคมไทยจึงควรวางรากฐานไปสู่อนาคตด้วยนโยบายที่ดีกว่า ในที่นี้คือจะต้องมีการจัดการทั้งด้านเศรษฐกิจการจ้างงาน รวมทั้งการจัดการสถานะแวดล้อมให้เอื้อต่อผู้สูงอายุเพื่อเป็นการรองรับแนวทางการปฏิรูปด้านต่างๆดังกล่าว

3.3 ศักยภาพของผู้สูงอายุในการทำงานและสร้างรายได้

การวิเคราะห์ศักยภาพผู้สูงอายุในการทำงานโดยศึกษาจากโครงการด้านอาชีพที่ผู้สูงอายุทั้งรายชมรมรายกลุ่มและรายบุคคลเสนอเข้ามาขอรับการสนับสนุนด้านเงินกู้ยืมจากกองทุนผู้สูงอายุและได้รับการอนุมัติในปี 2552 (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ 2554) ซึ่งศักยภาพผู้สูงอายุมีลักษณะที่ค่อนข้างหลากหลายแต่อาจจำแนกได้เป็น 6 ด้านได้แก่

1. กิจกรรมส่งเสริมความรู้และฝึกอบรมผู้สูงอายุด้านต่างๆ เช่นด้านการปลูกพืชสมุนไพร การจัดสวัสดิการชุมชน การส่งเสริมอาชีพทำดอกไม้จันทน์พวกหรือดอกไม้แห้ง น้ำมันเหลือง หน่อไม้ดองเปรี้ยว น้ำยาเอนกประสงค์ จักสาน ทำเฟอร์นิเจอร์ไม้ไฟหรือแปรรูปอาหารสมุนไพร
2. กิจกรรมดูแลสุขภาพ เช่นนวดแผนไทย การฝึกสมาธิ ปาฐกถาธรรมบวชชีพราหมณ์ การอบรมพิธีกรรมทางศาสนา
3. กิจกรรมอนุรักษ์วัฒนธรรมและภูมิปัญญา เช่นถ่ายทอดดนตรีไทยการร้องเพลงพื้นบ้าน การผลิตเครื่องดนตรีพื้นบ้าน การแสดงพื้นถิ่น ศิลปะการต่อสู้แบบโบราณ การจักสาน การทอผ้า การเล่านิทานหรือตำนานพื้นบ้าน (folklore) สมุนไพร การทำบายศรีสู่ขวัญ หมอลำสู่ขวัญ
4. กิจกรรมสร้างความเข้มแข็งของผู้เฒ่าอจ๋ารและเครือข่าย เช่นกิจกรรมเชื่อมสามัคคีครอบครัวสัมพันธ์ หรือเครือข่ายการสัมมนา
5. กิจกรรมการปรับสภาพแวดล้อมให้เป็นมิตรกับผู้สูงอายุในพื้นที่สาธารณะ
6. กิจกรรมอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้านหรือชุมชน

อย่างไรก็ตามกิจกรรมของโครงการที่ผู้สูงอายุรายกลุ่มและรายบุคคลได้รับการอนุมัติส่วนใหญ่เป็นกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับภาคเกษตร รวมถึงปศุสัตว์และประมง ค้าขาย รับจ้าง บริการและหัตถกรรม เมื่อพิจารณาศักยภาพของผู้สูงอายุของไทยแม้ว่าจะหลากหลายในการสร้างรายได้แต่อาจจำเป็นต้องพัฒนาในเชิงพาณิชย์เพื่อสร้างมูลค่าซึ่งจำเป็นต้องเชื่อมโยงเข้ากับระบบการตลาดสมัยใหม่อีกหลายขั้นตอนซึ่งต้องการการส่งเสริมสนับสนุนจากราชการหรือภาคธุรกิจอย่างจริงจัง

3.4 ข้อเสนอในการสร้างหลักประกันด้านรายได้แก่ผู้สูงอายุ

ประเด็นการสร้างหลักประกันในด้านรายได้สำหรับผู้สูงอายุอาจพิจารณาได้สองส่วนคือ สถานภาพปัจจุบันและข้อเสนอในอนาคต โดยที่ในปัจจุบันเงินที่ผู้สูงอายุในสังคมไทยได้รับในแต่ละเดือนอาจจำแนกได้เป็น 2 ประเภทหลักๆ คือประเภทแรกรับจากระบบบำนาญภาครัฐของข้าราชการทุกประเภท (แบบสมทบหรือไม่สมทบ) กองทุนประกันสังคม ตลอดจนกองทุนต่างๆที่ได้รับจากการทำงาน กับอีกประเภทหนึ่งคือผู้สูงอายุที่ได้รับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพ (เบี้ยผู้สูงอายุ) ซึ่งจากการศึกษาพบว่าประเภทหลังนี้รัฐบาลได้ใช้จ่ายอย่างมหาศาล โดยครั้งแรกระบบนี้จ่ายให้กับผู้สูงอายุ 20,000 คนด้วยเงิน 12 ล้านบาท ในปี 2536 ในแต่ปี 2550 รัฐบาลจ่ายเพิ่มจากเดิมในปี 2536 ถึง 87 เท่าคิดเป็นเงิน 10,532 ล้านบาทโดยมีผู้สูงอายุกว่า 1.75 ล้านคนเข้าร่วมโครงการ แต่ในปัจจุบันมีผู้สูงอายุไทยกว่าร้อยละ 31.6 หรือราว 1 ใน 3 ของประชากรผู้สูงอายุที่มีราว 8 ล้านคนรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุจากรัฐ อย่างไรก็ตามประเด็นที่น่าสังเกตคือวิธีการจ่ายโดยไม่เป็นไปตามปรัชญาของการมีเงินสงเคราะห์นี้ตั้งไว้แต่แรกในปี 2536 ที่จัดสรรให้กับผู้สูงอายุที่มีอายุเกินกว่า 60 ปีขึ้นไป และไม่มีรายได้เพียงพอแก่การยังชีพ ถูกทอดทิ้ง ขาดผู้อุปการะเลี้ยงดูและ/หรือไม่สามารถเลี้ยงตนเองได้ กล่าวคือระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2548 ข้อ 6⁴ ที่เป็นระเบียบที่ใช้ในปัจจุบันเปิดโอกาสการมีส่วนร่วมของประชาชนในการคัดเลือกผู้สูงอายุผู้ที่จะมีสิทธิได้รับเงินนี้ซึ่งแต่ละแห่งจะใช้การประชุมประชาคมโดยมีวิธีการปฏิบัติที่แตกต่างกัน และโดยรวมแล้วในที่สุดจะเลือกที่จะขยายขอบเขตหรือจำนวนผู้สูงอายุออกไปจนมีจำนวนเงินและความต้องการมากขึ้นโดยอิงฐานคะแนนเสียงและไม่เป็นไปตามเจตนารมณ์ที่ควร จะจัดสรรเงินนี้เพื่อผู้สูงอายุที่ด้อยโอกาสที่แท้จริงซึ่งในที่สุดแล้วในปี 2552 รัฐบาลก็ได้มีนโยบายที่จะจ่ายให้ผู้สูงอายุทุกคนที่ไม่มีหลักประกันในระบบตามที่ได้กล่าว ส่วนข้อเสนอในอนาคตในเชิงสวัสดิการยามชราโดยการมีระบบบำนาญแห่งชาติได้แก่การจัดตั้งกองทุนบำนาญแห่งชาติขึ้นมาเพื่อประชาชนที่ยังไม่มีหลักประกันที่มีอายุ 20-59 ปี ซึ่งกองทุนบำนาญแห่งชาติที่ตั้งขึ้นใหม่นั้นมีลักษณะเป็นแบบประชาชนมีส่วนร่วมในการออม และรัฐบาลมีบทบาทในการอุดหนุนทางการเงินบางส่วนเท่านั้น ซึ่งโดยรวมก็จะมีหลักประกันในอนาคตหรือยามชราให้กับคนทั้ง 3 กลุ่มคือกลุ่มที่เข้าระบบบำนาญจากราชการหรือกองทุนต่างๆเช่นในปัจจุบัน, กลุ่มที่เข้าระบบกองทุนบำนาญแห่งชาติ, และ

⁴ (1) มีสัญชาติไทย (2) มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามทะเบียนบ้าน (3) มีอายุหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไป ซึ่งได้ลงทะเบียน และยื่นคำขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (4) ไม่เป็นผู้ได้รับสวัสดิการหรือสิทธิประโยชน์อื่นใดจากหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ ผู้รับเงินบำนาญ เบี้ยหวัด บำนาญพิเศษ หรือเงินอื่นใด ในลักษณะเดียวกัน ผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานสงเคราะห์ของรัฐหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นผู้ได้รับเงินเดือน ค่าตอบแทน รายได้ประจำ หรือผลประโยชน์ตอบแทนอื่นที่รัฐหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดให้เป็นประจำ ยกเว้นผู้พิการและผู้ป่วยเอดส์ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2548

กลุ่มที่เข้าระบบเบี่ยยังชีพผู้สูงอายุเช่นในปัจจุบัน (วรเวศม์ สุวรรณระดา, และ วรวรรณ ชาญด้วยวิทย์ 2553)

4. สิ่งอำนวยความสะดวก อาคาร สถานที่สาธารณะในเมือง

4.1 การจัดการสภาพทางกายภาพในเมืองเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ

การจัดการสภาวะแวดล้อมเชิงกายภาพในชุมชนเมืองจำเป็นต้องเอื้อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้สูงอายุในด้านต่างๆ ทั้งในด้านพื้นที่ทางกายภาพที่เอื้อต่อผู้สูงอายุ (Space of the Age) อันได้แก่ บริเวณโดยรอบหรืออาคารสถานที่ตลอดจนสิ่งอำนวยความสะดวกในการสัญจรไปมา (Katz 2009, p. 463) อีกทั้งจำเป็นต้องมีการดูแลผู้สูงอายุให้อยู่ในสภาวะแวดล้อมที่ดี (Stafford 2009, p. 441) ในที่นี้หมายถึงการมีพื้นที่สีเขียวที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ (Sokokovsky, 2009 p. 453) นอกจากนี้ยังเกี่ยวข้องกับการออกแบบสิ่งแวดล้อม อาคารสถานที่เพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ ทั้งในสถานที่ทำงานซึ่งจะมีความหลากหลายของคนทำงาน เป็นต้นว่าจะมีผู้สูงอายุหรือผู้พิการเข้ามาสู่องค์กรมากยิ่งขึ้น เช่นเดียวกับสิ่งแวดล้อมอาคาร สถานที่ราชการและสาธารณะสถานรวมทั้งเครื่องมือเครื่องใช้ต่างๆ ก็จำเป็นต้องออกแบบให้ผู้ที่ไม่เสียเปรียบในสังคมคือผู้สูงอายุหรือผู้พิการสามารถเข้าถึงและใช้ได้ (universal and accessible design) ถึงแม้ว่าวัตถุประสงค์จะเป็นการออกแบบมาเพื่อให้ทุกคนสามารถใช้ประโยชน์ได้อย่างเท่าเทียมกันก็ตาม ทั้งนี้ด้วยเหตุผลที่ว่าผู้สูงอายุหรือผู้พิการจะมีความสามารถในเชิงกายภาพที่น้อยกว่าเมื่อเทียบกับคนทั่วไป ในขณะที่สังคมมีอัตราผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นนั้น เมื่อเวลาผ่านไปยิ่งมีอัตราของความเปราะบางและความพิการ (frailty and disability) เพิ่มมากขึ้นเป็นเงาตามตัวเช่นจากการศึกษาในสหรัฐอเมริกาใน ปี 1987 พบว่าความสามารถของผู้ที่อายุระหว่าง 65-69 ปี ในการทำกิจกรรมประจำวันอย่างน้อยหนึ่งอย่างไม่สำเร็จเพิ่มขึ้นจากประมาณร้อยละ 5-7 เป็นร้อยละ 28-36 สำหรับผู้ที่มีอายุ 85 ปี (Crews and Zavotka 2006) ดังนั้นเมื่อเข้าสู่ภาวะประชากรสูงอายุมากขึ้นจึงเกิดความวิตกจากทั้งครอบครัว ชุมชน สังคมว่าคนเหล่านั้นจะสามารถใช้ชีวิตได้อย่างเป็นปกติสุขทั้งด้านสุขภาพอนามัย การดูแลในบ้าน บริเวณที่อยู่อาศัยได้อย่างไรภายใต้ความเปราะบางและความพิการดังกล่าว

อย่างไรก็ตามนอกจากเพื่อให้เกิดความง่ายและสะดวกต่อผู้สูงอายุแล้วในเรื่องความปลอดภัยของผู้สูงอายุก็เป็นหลักเกณฑ์สำคัญในการออกแบบและจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมและปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ การใช้หลัก Universal Design สำหรับผู้สูงอายุจึงครอบคลุมบริบทของผู้สูงอายุ ประมาณ 18 รายการคือ การออกแบบสภาวะแวดล้อมและที่พักอาศัยของผู้สูงอายุ, การออกแบบป้ายและสัญลักษณ์, การออกแบบทางสัญจร ทางเท้า, การออกแบบทางลาดขอบถนน ทางลาดตัดขอบคันหิน, การออกแบบทางข้ามถนน, การออกแบบที่จอดรถ, การออกแบบป้ายทางลาดภายนอกอาคาร, การออกแบบสวนและพื้นที่ภายนอก, การออกแบบทางลาดเข้าสู่อาคาร ภายในอาคาร, การ

ออกแบบลิฟท์โดยสาร, การออกแบบบันได, การออกแบบราวจับ, การออกแบบประตูห้องพัก, การออกแบบทางสัญจร ทางเชื่อมระหว่างอาคาร, การออกแบบห้องนอน, การออกแบบห้องนั่งเล่นและพื้นที่รับประทานอาหาร, การออกแบบห้องน้ำ, และ การออกแบบอุปกรณ์ไฟฟ้าและงานระบบอื่นๆ (ไตรรัตน์ จารุทัศน์ 2553)

4.2 การจัดการด้านการเดินทางและการขนส่งผู้สูงอายุ

ในส่วนนี้จะนำเสนอข้อเท็จจริงจากการยอมรับในกรอบความคิดการออกแบบและจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมและปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุตามหลัก Universal Design จากส่วนราชการที่มีหน้าที่ในด้านการจัดการสิ่งอำนวยความสะดวกในการเดินทาง การจราจร และการขนส่งเพื่อรองรับผู้สูงอายุที่ยังถือว่าค่อนข้างช้าในสังคมไทยเนื่องจากยังเริ่มมีการพัฒนาทั้งในกรณีของการออกแบบอาคารสถานที่โดยทั่วไป ก็กับการออกแบบสิ่งอำนวยความสะดวกในระบบการเชื่อมต่อการเดินทางและการขนส่ง (terminal facilities) เช่นจากการให้สัมภาษณ์ของรองผู้อำนวยการสำนักงานนโยบายและแผนการขนส่งและจราจร (สนข.) “จากอดีตการออกแบบระบบขนส่งต่างๆ ไม่ได้คิดออกแบบไว้สำหรับผู้สูงอายุ หรือคนพิการมากนัก เพราะเกรงว่าจะเป็นการจัดระเบียบให้ผู้สูงอายุ และคนพิการเป็นกลุ่มบุคคลประเภท 2 เพื่อความเสมอภาคซึ่งตรงนี้ได้เปลี่ยนแนวคิดแล้วโดยสนข. ได้มีการสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับหลักแนวคิด Universal Design ที่มีความสำคัญยิ่งในการประยุกต์ใช้ในการออกแบบสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุ และคนพิการ ซึ่งสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์กระทรวงคมนาคมปี 2555-2558 โดยสนข.จะดำเนินการขับเคลื่อนต่อไป”(มูลนิธิพัฒนาคนพิการไทย 2555) เช่นเดียวกันกับการออกแบบอาคารสถานที่ทั่วไปก็อยู่ในระหว่างการพัฒนา ระบบเช่นกัน

5. คุณภาพชีวิตและสุขภาวะของผู้สูงอายุในเมือง

5.1 แนวคิดใหม่ในการบริการต่อผู้สูงอายุ

เมื่อพิจารณาในเชิงแนวคิดในการบริการต่อผู้สูงอายุในปัจจุบันมีปัจจัยสนับสนุนให้เกิดการตื่นตัวในเรื่องของสิทธิ เสรีภาพ การใช้อำนาจภาคพลเมือง เช่น เรียนร้องและพิทักษ์สิทธิพลเมือง สิทธิชุมชนและเสริมความเป็นผู้มีสิทธิของพลเมืองเป็นผู้มีสิทธิชุมชน ในด้านการบริการผู้สูงอายุก็ตกอยู่ภายใต้อิทธิพลของกระแสการปรับเปลี่ยนดังกล่าวด้วยเช่นกัน ดังการเปรียบเทียบแนวความคิดของการบริการผู้สูงอายุแนวเก่า กับแนวใหม่ดังต่อไปนี้

ตารางที่ 1 กรอบแนวคิดในการให้บริการต่อผู้สูงอายุ

มิติ	กรอบแนวคิดเดิม	กรอบแนวคิดใหม่
การระบุสถานภาพของผู้สูงอายุ	ผู้ที่เจ็บป่วย ผู้บกพร่องในการทำ หน้าที่ เป็นผู้ที่อยู่ในข่ายการรักษา	เป็นผู้อายุ, เป็นผู้อยู่อาศัย
มุมมองในฐานะที่เป็นผู้รับบริการ บทบาทในฐานะที่เป็นผู้รับบริการ	เน้นไปในส่วนที่ขาด มองผู้สูงอายุในเชิง passive ว่าเป็น ผู้รับ	เน้นให้เกิดความเข้มแข็ง เป็นผู้ที่มีส่วนร่วมในหลายบทบาท (พลเมือง ผู้มีสิทธิ์ ผู้นำ ผู้อสา ผู้บริโภค ผู้ใช้บริการ)
การเข้ามาสู่ระบบ	เพื่อสนองต่อต่อวิกฤตหรือปัญหา ที่เกิดขึ้น	ผูกพันเพื่อการป้องกันก่อนเกิดวิกฤต, เข้ามามีส่วนร่วมแต่แรกในฐานะที่มีใช้ ผู้รับบริการ
ความสัมพันธ์ในการบริการ ระหว่างผู้ให้และผู้รับ	มุ่งไปการแก้ไขปัญหาเป็นครั้งคราว	ผูกพันหมั่นหมายอย่างต่อเนื่อง
สถานที่ในการให้บริการ	นอกพื้นที่, บริการในสำนักงาน ที่ ห่างไกลจากชุมชน	ในพื้นที่ บริการถึงบ้านและชุมชนใน พื้นที่
ความสัมพันธ์ของการบริการ ระหว่างผู้ให้บริการและชุมชน ผู้ให้บริการ	เป็นไปตามสูตรสำเร็จในการบริการ “แผนงาน”ของทางการ	เป็นไปในเชิงพันธมิตรโดยที่ผู้ให้บริการ จะคำนึงถึงชุมชน เปิดกว้างสำหรับการบริการหรือชุมชน รวมทั้งผู้ใช้บริการแต่ละราย
ความสัมพันธ์กับเคหะสถาน	ไม่มี	บูรณาการความสัมพันธ์โดยคำนึงถึง สถานที่ ธรรมชาติสภาพการเงินการคลัง
ธรรมาภิบาล การเงินการคลัง	แบบระบบราชการ รัฐเป็นผู้จัดสรรค่าใช้จ่ายและ กำหนดค่าใช้จ่ายบริการ	แบบผสมผสานไปกับชุมชน รัฐสนับสนุนงบประมาณส่วนหนึ่งสมทบ กับท้องถิ่นหรือภาคีอื่น และส่วนหนึ่ง เก็บจากค่าใช้จ่ายบริการ

ที่มา: Vladeck 2004

5.2 กรอบแนวคิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุของไทย

มีงานชิ้นสำคัญในเชิงข้อเสนอในการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุโดยมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.) ซึ่งใช้ระยะเวลาศึกษาถึง 5 ปี ใช้ชื่อว่า “4 มิติ สู่อุบัติภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน” โดยงานวิจัยนี้นำเสนอสภาพปัญหาสังคมผู้สูงอายุที่ประเทศไทยกำลังเผชิญอยู่ในปัจจุบันและจะเผชิญในเชิง “วิกฤต” ในอนาคตจากจำนวนผู้สูงอายุซึ่งเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ซึ่งคาดว่าจะพุ่งไปแตะ ร้อยละ 25 ในปี 2573 ดังนี้

ด้านสุขภาพ ปัจจุบัน ผู้สูงอายุ 1 ใน 7 (ร้อยละ 13.5) รู้สึกว่าตนมีสุขภาพไม่ดีถึงไม่ดีมาก ผลสำรวจสุขภาพประชาชนไทยในช่วงปี 2551-2552 พบว่า “เกินครึ่งมีปัญหาในการมองเห็น 1 ใน 5 เป็นต้อกระจก ราว 1 ใน 3 มีปัญหาในการได้ยิน มากกว่าครึ่งมีฟันไม่ครบ 20 ซึ่งทำให้มีเคี้ยวอาหารไม่ละเอียดและเกิดปัญหาต่อระบบทางเดินอาหารตามมา” “ร้อยละ 30 มีปัญหาในการกลืนปัสสาวะ ร้อยละ 23 มีปัญหาในการกลืนอุจจาระ กว่าร้อยละ 7 มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมพื้นฐานประจำวัน 1-2 อย่าง และเกินครึ่ง (ร้อยละ 54.9) มีโรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัว”

ความจำเป็นอีกประการหนึ่งได้แก่การให้การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในแง่ต่างๆ โดยเฉพาะโรคที่มักเกิดกับผู้สูงอายุมารวมทั้งคนในเมืองในปัจจุบัน เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคข้อและกล้ามเนื้อส่วนต่างๆ (Henderson 2009, p. 550) ฯลฯ ซึ่งประเด็นเหล่านี้เกี่ยวข้องกับ การสร้างสังคมเมืองที่ดีและเป็นสังคมที่เป็นมิตรต่อพลเมือง ซึ่งผู้สูงอายุจัดเป็นคนกลุ่มใหญ่ที่มีความเสียเปรียบเมื่อเทียบกับพลเมืองกลุ่มอื่นซึ่งก็ควรได้รับการบริการจากเมืองในฐานะความเป็นพลเมืองด้วยเช่นกัน

ด้านเศรษฐกิจ ปัจจุบัน ผู้สูงวัยราว 3 ใน 5 คนไม่ได้ทำงาน (ร้อยละ 62.8) ซึ่งหมายถึงการไม่มีรายได้ประจำผู้สูงอายุจำนวนมากมีรายได้หลักจากเบี้ยยังชีพเดือนละ 500 บาทต่อเดือนซึ่งไม่พอต่อการยังชีพ ในขณะที่ ในปี 2552 หลังรัฐบาลประกาศให้เบี้ยยังชีพทุกคนถ้วนหน้าแล้ว มีผู้สูงวัยเพียง 5.6 ล้านคน (จากทั้งหมดราว 7 ล้านคน) ที่เข้าถึงและได้รับเบี้ยยังชีพจริง

ด้านที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อม ปัจจุบัน สภาพบ้าน บริเวณ นอกบ้าน อาคารสาธารณะ พื้นที่สาธารณะ ตลอดจนถนนหนทาง และยานพาหนะ ส่วนใหญ่ยังไม่เหมาะสมกับการใช้ชีวิตของผู้สูงวัยซึ่งมีข้อจำกัดโดยเฉพาะด้านกายภาพมาก ก่อปัญหาการพลัดตกหกล้มซึ่งเป็นปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุเนื่องจากโอกาสนำไปสู่การบาดเจ็บรุนแรงและเสียชีวิตจะมากกว่าคนวัยอื่นอย่างมีนัยสำคัญ “ร้อยละ 18.5 หรือเกือบ 1 ใน 5 หกล้มในช่วง 6 เดือนก่อนการสำรวจ” ผลสำรวจระบุ “โดยผู้หญิงหกล้มมากกว่าผู้ชายเกือบเท่าตัว (ชายร้อยละ 14.4 หญิงร้อยละ 21.9) เป็นการหกล้มทั้งในบ้าน นอกบ้านรวมถึงที่สาธารณะโดยมีสาเหตุสำคัญ 3 อันดับแรกคือ ลื่น สะดุดสิ่งกีดขวางและเสียการทรงตัว”

จากผู้สูงอายุประมาณ 8 ล้านคนมีกว่าครึ่ง (ร้อยละ 55) เป็นผู้สูงอายุวัยต้น อายุระหว่าง 60-69 ปี ที่เหลือราวร้อยละ 33 เป็นผู้สูงอายุวัยกลางอายุ 70-79 และเพียงร้อยละ 12 เป็นผู้สูงอายุวัยปลาย อายุเกิน 80 ซึ่งผู้วิจัยนำเสนอว่าการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างครอบคลุมจะอยู่ข้อเสนอของงานวิจัยที่เรียนว่า 4 มิติ นั่นคือ มิติการดูแลระยะยาวผู้สูงวัยกลุ่มพึ่งพิง มิติการสร้างงาน อาชีพและรายได้แก่ผู้สูงวัย มิติการปรับสภาพแวดล้อมให้เป็นมิตรกับผู้สูงวัย และมิติการเตรียมความพร้อมผู้สูงวัยสูงอายุ (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ 2554) ซึ่งแต่ละมิติยังประกอบด้วยรายละเอียดที่ครอบคลุมความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุ

5.3 คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

เมื่อมองถึงผู้สูงอายุในโลกยุคใหม่ (old age in the new frontier) มีงานวิจัยที่น่าสนใจที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งเมื่อพิจารณาในเชิงเป้าหมายของการจัดการสังคมผู้สูงอายุ อาจกล่าวได้ว่ามีเป้าหมายทั้งเพื่อผู้สูงอายุและสังคมโดยรวมซึ่งเรียนว่าสุขภาวะซึ่งหมายถึง “สภาวะที่มนุษย์มีความสุขทั้งในฐานะปัจเจกบุคคล และกลุ่ม เพราะเพียง แต่ความสุขของคนๆ เดียวนั้น ไม่ได้ก่อให้เกิดสุขภาวะ แต่ต้องเชื่อมต่อเป็นความสุขของ ครอบครัว ของชุมชนเป็นความสุขของคนในที่ทำงานของกลุ่ม สุขภาพของสังคม สุขภาพเหล่านี้ประกอบด้วย สุขภาพพื้นฐานจากปัจจัยสี่ที่เป็นวัตถุดิบจนถึงสุขภาพทางใจ รวมทั้งการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีในชุมชน คนในชุมชนได้ดูแลซึ่งกันและกัน และพัฒนาทางจิตวิญญาณ ไปสู่ความสงบ สุขภาวะเป็นเรื่องที่ซับซ้อน และมีองค์ประกอบมากแต่ท้ายสุดจะพบว่า สุขภาวะจะต้องประกอบไปด้วยความสุขทางกาย และความสุขทางจิตใจ โดยเป้าหมายของการสุขทางกายและสุขทางจิตใจคือการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของมนุษย์ ผู้สูงอายุก็นั้นกัน ต้องการสุขภาวะ ในแง่ของคุณลักษณะของผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีหรือผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ หมายถึงผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จ (successful aging) เป็นผู้ที่ดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับความพึงพอใจและความปรารถนาของตนเองและการมีคุณภาพชีวิตที่ดี หมายถึงการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพและความสามารถ (productive aging) เป็นความสามารถในการพึ่งพาตนเองเท่าที่จะทำได้ของผู้สูงอายุการใช้ความสามารถได้ถูกพัฒนาขึ้นเพื่อตอบสนองและแก้ไขทัศนคติทางลบต่างๆ ที่มีต่อผู้สูงอายุโดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อลดอุปสรรคต่างๆที่มีต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ ดังนั้นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพจึงหมายถึงผู้ที่ดูแลตนเองได้ (self-care) พึ่งตนเองได้ (self-reliance) ทำในสิ่งที่ปรารถนาได้ตามศักยภาพของตน ทำประโยชน์ต่อผู้อื่นและสังคม มีความพึงพอใจในชีวิตความเป็นอยู่ในปัจจุบัน อย่างไรก็ตามผู้เขียนงานดังกล่าวได้มีข้อเสนอบางประการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะทางเพศของผู้สูงอายุว่าการศึกษารื่องสุขภาวะทางเพศในผู้สูงอายุ เป็นเรื่องที่น่าสนใจใหม่ในสังคมไทย และเป็นเรื่องที่จะเอื้อต่อความรู้สึกรู้สึก และความเข้าใจของประชาชนทั่วไป ทั้งนี้ เนื่องจากอิทธิพลของความคิดความเชื่อซึ่งมีอิทธิพลต่อวิถีการดำเนินชีวิตของคนไทยมาช้านาน แต่จากการเปลี่ยนแปลงของสังคมโลกและการพัฒนาทางด้านวิทยาการ ทั้งด้านการแพทย์และจิตวิทยาสังคมต่างส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงและการปรับสภาพพฤติกรรมในกลุ่มผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก โดยผู้สูงอายุต่างพร้อมที่จะรับการเปลี่ยนแปลงที่นำไปสู่สิ่งที่ดีกว่า และสร้างความพึงพอใจในชีวิตที่มากกว่าที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน ดังนั้นจึงเป็นหน้าที่ของทั้งนักวิชาการที่จะต้องร่วมมือกันในลักษณะของ สหวิชาชีพเพื่อแสวงหาองค์ความรู้เกี่ยวกับสุขภาวะทางเพศของผู้สูงอายุที่ถูกต้อง ทั้งด้านวิทยาศาสตร์และสังคมศาสตร์ รวมทั้งผู้ปฏิบัติงานควรสนับสนุน และส่งเสริมให้เกิดการจัดบริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะทางเพศในผู้สูงอายุต่อไป เพื่อให้ผู้สูงอายุไทยได้ใช้ชีวิตในวัยชราอย่างมีคุณภาพและมีความสุข (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร 2549)

แม้ว่าในปัจจุบันประเด็นในด้านสุขภาพทางเพศของผู้สูงอายุในสังคมไทยจะไม่ใช่ที่ยอมรับอย่างเปิดเผยซึ่งจะด้วยสาเหตุใดก็ตาม แต่ในอนาคตอิทธิพลภายนอกอาจเข้ามามีส่วนในการปรับเปลี่ยนทัศนคติตลอดจนวิธีการในการสร้างเสริม(หรืออาจทำลาย) สุขภาวะด้านนี้แก่ผู้สูงอายุได้ในสังคมที่พัฒนาแล้วถือว่าประเด็นดังกล่าวเป็นที่ยอมรับอย่างเปิดเผยเนื่องจากถือว่าเป็นความสุขอย่างหนึ่งของผู้สูงอายุ ตัวอย่างผู้สูงอายุในสังคมที่ก้าวเข้าไปสู่สังคมผู้สูงวัยอย่างเต็มตัวเช่นประเทศญี่ปุ่นที่ในปัจจุบันมีผู้ที่มีอายุเกินกว่า 65 ปีมากที่สุดในโลกเช่น โทกูตะ (Shigeo Tokuda) ปัจจุบันอายุ 78 ปีซึ่งใช้ชีวิตหลังเกษียณอายุ 60 ปีเริ่มอาชีพดารารายภาพยนตร์ (ในแนว Erotic) และแสดงภาพยนตร์ในแนวดังกล่าวมากกว่า 200 เรื่องจนกระทั่งเป็นดาราในระดับซูเปอร์สตาร์และเป็นผู้สร้างแรงบันดาลใจของผู้สูงอายুরวมทั้งดารานักแสดงคนอื่นในประเทศญี่ปุ่น(ที่สนใจในประเด็นนี้) อย่างกว้างขวางเคยปรากฏในรายงานของโทรทัศน์ CNN ในปี 2008 จนกระทั่งเป็นที่รู้จักในสังคมตะวันตก ได้ให้ทัศนะในเชิงกระตุ้นผู้สูงอายุว่า “ผู้สูงอายุก็สามารถทำให้ชีวิตหลังวัยเกษียณของตน กระฉับกระเฉงและมีชีวิตชีวา (active and vibrant) ขึ้นมาได้” (Kyung Lah 2008) ซึ่งอาจวิเคราะห์ได้ว่าสังคมเมืองในประเทศที่พัฒนาอุตสาหกรรมจะมีภาวะความเครียดสูง สิ่งเหล่านี้อาจจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและจำเป็นต้องมีทางออกสำหรับผู้สูงอายุ ปรากฏการณ์ดังกล่าวจึงนำมาสู่การคิดค้นหาวิธีการต่างๆ เพื่อสร้างความบันเทิงเริงรมย์ให้กับผู้สูงอายุ

5.4 การเข้าถึงการบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ

เมื่อพิจารณาในด้านการเข้าถึงการบริการสุขภาพ มีงานวิจัยชิ้นหนึ่งแล้วเสร็จเมื่อปี 2554 รายงานว่าผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงการบริการสุขภาพได้มากขึ้น เป็นต้นว่า ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการตรวจร่างกายประจำปีสูงกว่าประชากรกลุ่มอายุอื่น, มีอัตราการใช้บริการรักษาพยาบาลสูงชันกว่าปีงบประมาณก่อนโดยอัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกเท่ากับ 6.3 ครั้งต่อคนต่อปี ผู้ป่วยใน 0.23 ครั้งต่อคนต่อปี, ผู้สูงอายุช่วง 60-70 ปีจะมีอัตราการใช้บริการสูงสุดเมื่อเทียบกับทุกอายุ แต่จะลดลงหลังจากอายุ 75 ปี, มีความแตกต่างระหว่างประเภทสิทธิหลักประกันสุขภาพและพื้นที่ เช่น มีผู้สูงอายุที่มีสัดส่วนการนอนโรงพยาบาลนานไม่น้อยกว่า 2 เดือนเกือบร้อยละ 40 โดยสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการมีสัดส่วนผู้ป่วยในที่เป็นผู้สูงอายุถึงร้อยละ 72 ของผู้ป่วยในที่นอนโรงพยาบาลนาน 2 เดือนขึ้นไป, ค่าใช้จ่ายในการบริการสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุของกองทุนหลักประกันสุขภาพภาครัฐในปีงบประมาณ 2553 คิดเป็นร้อยละ 0.64 ของ GDP คาดการณ์ ค่าใช้จ่ายสำหรับผู้สูงอายุในช่วง พ.ศ. 2554-2565 อาจเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 1.1 ของ GDP โดยอาจสูงได้ถึงร้อยละ 1.5 ของ GDP (ถาวร สกุลพาณิชย์ 2554) ในทำนองเดียวกันงานวิจัยหลายๆชิ้นบ่งชี้ในเชิงกระตุ้นให้สังคมได้เตรียมการเพื่อรับมือกับปัญหาค่าใช้จ่ายในด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้น เช่น งานวิจัยหลักประกันสุขภาพไทย พบว่า ผู้สูงอายุมีอัตราการใช้บริการรักษาพยาบาลสูงสุดเมื่อเทียบกับทุกกลุ่มอายุทั้งการให้บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ซึ่งบ่งชี้ว่าผู้สูงอายุมีความต้องการระบบบริการ

ฟื้นฟูสุขภาพ และการดูแลระยะยาวมากขึ้น ส่งผลให้สังคมต้องมีการเตรียมพร้อมเพื่อรองรับปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุที่เกิดขึ้น (อุทุมพร วงศ์ศิลป์ 2553)

5.5 เกณฑ์วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (Skevington; Lotfy; and Connell 2003)

แม้ว่าคุณภาพชีวิตที่องค์การอนามัยโลกได้ให้นิยามจะหมายถึง “การรับรู้ส่วนบุคคลถึงสถานภาพของชีวิตในบริบทของวัฒนธรรมและระบบคุณค่าที่บุคคลผู้นั้นอาศัยอยู่ซึ่งขึ้นอยู่กับเป้าหมาย ความคาดหวัง และมาตรฐานที่เขาคำนึง” ซึ่งค่อนข้างที่จะอิงความรู้สึกในเชิงปัจเจกหรือความพึงพอใจส่วนบุคคล อย่างไรก็ตามองค์การอนามัยโลกได้พยายามสร้างเกณฑ์ในการวัดคุณภาพชีวิตที่สามารถนำไปใช้วัดในสังคมต่างวัฒนธรรมเพื่อที่จะสามารถทราบระดับของความเป็นอยู่ดี (well-being) ซึ่งมีความตรงประเด็น (valid) ในการวัดคุณภาพชีวิต ซึ่งก็ยังเป็นการวัดการรับรู้ส่วนบุคคลโดยเรียกเครื่องชี้วัดนี้ว่า WHOQOL-100 อันประกอบไปด้วย 100 ตัวชี้วัด ใน 24 องค์ประกอบ ซึ่งรวมอยู่ใน 6 ด้าน อย่างไรก็ตามภายใต้ข้อจำกัดต่างๆขององค์การอนามัยโลกจึงได้พัฒนาเครื่องชี้วัดอีกตัวหนึ่งออกมาใช้ชื่อว่า WHOQOL-BREF ซึ่งย่อมากกว่าแบบแรกมากกว่าโดยมีแค่ 4 ด้าน คือด้านร่างกาย (physical) มี 7 ตัวชี้วัด, ด้านจิตใจ (psychological) มี 6 ตัวชี้วัด, ด้านสังคม (social) มี 3 ตัวชี้วัด, และด้านสภาวะแวดล้อม (environment) มี 8 ตัวชี้วัดซึ่งโดยรวมมีเพียง 26 ตัวชี้วัดซึ่งมาจาก 24 องค์ประกอบของ WHOQOL-100 และอีก 2 ตัวคือภาวะคุณภาพชีวิตโดยรวม (General QOL) กับสุขภาพโดยรวม (General health) ซึ่งไม่นับคะแนนแต่ตัวอื่นวัดเป็นระดับ 1-5 ดังตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 2 ภาวะคุณภาพชีวิตโดยรวมกับสุขภาพโดยรวม

ร่างกาย (physical)	จิตใจ (psychological)	สังคม (social)	สภาวะแวดล้อม (environment)
1. ความเจ็บปวด	1. ความรู้สึกที่ดีจากผู้อื่น	1. ความสัมพันธ์ส่วนบุคคล	1. มีความมั่นคงปลอดภัย
2. พละกำลัง	2. การตระหนักรู้ในตน	2. การสนับสนุนจากสังคม	2. สิ่งแวดล้อมบ้านดี
3. การนอนหลับ	3. ความจำ	3. การจัดการด้านเพศ	3. มีเงินใช้
4. การเคลื่อนไหว	4. ความภูมิใจ มั่นใจ	3. การจัดการด้าน	4. มีบริการทางสังคมและสภาวะ
5. การดำเนินกิจวัตร	5. ความสามารถจัดการ	เพศ	5. มีการไหลวนของข้อมูล
6. การพึ่งยา	ความรู้สึกในเชิงลบ		6. มีสุนทรีย์ภาพ
7. การทำงาน	6. จิตใจ สมานใจ กำลังใจ		7. สภาวะทางกายภาพดี
			8. มีระบบการขนส่งที่ดี

5.6 กรอบแนวคิดในเชิงมาตรฐานตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุไทย

แม้ว่าจะมีหลายหน่วยงานที่มีส่วนรับผิดชอบในงานผู้สูงอายุแต่หน่วยงานที่ดูแลด้านสวัสดิการผู้สูงอายุคือกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ซึ่งการดำเนินการในด้าน

ผู้สูงอายุของไทยในเชิงการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ใช้แนวทางการปฏิบัติตามมาตรฐานของสำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส คนพิการ และผู้สูงอายุ สังกัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ซึ่งประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ 1. ด้านความมั่นคงในชีวิต มี 3 องค์กรประกอบ 4 ตัวชี้วัด 2. ด้านการศึกษามี 2 องค์กรประกอบ 2 ตัวชี้วัด 3. ด้านเศรษฐกิจมี 2 องค์กรประกอบ 3 ตัวชี้วัด และ 4. ด้านสังคมมี 3 องค์กรประกอบ 3 ตัวชี้วัด (4 ด้าน 10 องค์กรประกอบ 12 ตัวชี้วัด) ดังนี้

ตารางที่ 3 แนวทางการปฏิบัติตามมาตรฐานของผู้สูงอายุ

ด้าน	องค์กรประกอบ	ตัวชี้วัด
1. ด้านความมั่นคงในชีวิต	1.สุขภาพ	1. ร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับการตรวจสุขภาพทั่วไปประจำปี
	2.ครอบครัวและการอยู่อาศัย	2. ร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลและรักษาโรคเมื่อเจ็บป่วย
	3.ความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน	3. ร้อยละของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ร่วมกับครอบครัวหรืออยู่ในบริเวณเดียวกัน
2. ด้านการศึกษา	4.การศึกษาและการเรียนรู้	4. ร้อยละของผู้สูงอายุที่ไม่ถูกเอารัดเอาเปรียบหรือถูกทำร้ายร่างกายและจิตใจ
	5.การเข้าถึงบริการข้อมูลข่าวสาร	5. ร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับการศึกษา อบรม เรียนรู้ตามความสนใจ ความถนัดหรือความต้องการ
3. ด้านเศรษฐกิจ	6.การมีงานทำกับรายได้	6. ร้อยละของผู้สูงอายุที่รับทราบข้อมูลข่าวสารผ่านสื่อต่างๆ
	7.การมีหลักประกันด้านการออม	7. ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีรายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่ายของตนเอง
4. ด้านสังคม	8.การปฏิบัติศาสนกิจ	8. ร้อยละของผู้สูงอายุที่ต้องการทำงานและมีงานทำ
	9.การมีส่วนร่วมกิจกรรมทางสังคม	9. ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีเงินออม
	10.การเป็นที่พึ่งทางใจให้กับวัยอื่น	10.ร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้ปฏิบัติศาสนกิจตามที่ตนนับถือ
		11.ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง
		12.ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีการถ่ายทอดภูมิปัญญา/องค์ความรู้หรือทักษะชีวิตให้กับลูกหลานหรือชุมชน
รวม	4	10
		12

5.7 แนวคิดเชิงจิตวิทยาในการสนองตอบความต้องการของผู้สูงอายุ

แท้จริงแล้วมนุษย์ให้ความสำคัญต่อการจัดการผู้สูงอายุโดยประยุกต์ใช้ความรู้หรือวิทยาการต่างๆมาโดยตลอดก่อนที่จะเริ่มมีการจัดการต่อปัญหาของผู้สูงอายุในราวศตวรรษที่ผ่านมา และมีการจัดการอย่างเป็นระบบที่เรียกว่าการจัดการสังคมผู้สูงซึ่งเกิดขึ้นในยุคปัจจุบัน เป็นต้นว่า ในปี ค.ศ. 1289 มีการบันทึกโดย Sandra di Popozo ชาวอิตาลีว่าเริ่มมีการใช้แว่นขยายช่วยให้ผู้สูงอายุอ่าน

หนังสือได้ซึ่งต่อมาจึงเรียกว่าแวนตา ในปี 1595 กษัตริย์สเปน (King Phillip II) ทรงมีรถเข็น (wheelchair) ซึ่งมีล้อหมุนและมีที่พักเท้าเป็นรุ่นแรก หรือเครื่องช่วยการได้ยินที่จดสิทธิบัตรในปี 1892 ก็ค่อยๆพัฒนามาจากภูมิปัญญาของคนสมัยก่อนที่ใช้เปลือกหอยหรือเขาสัตว์ที่มาทำเป็นแตร แล้วจึงมีผู้พัฒนาต่อยอดเป็นอุปกรณ์ที่ทันสมัยในปัจจุบัน ซึ่งสิ่งที่พัฒนาขึ้นก็เพื่อตอบสนองความจำเป็นและความต้องการของผู้สูงอายุนั่นเอง อย่างไรก็ตามความต้องการของผู้สูงอายุก็ได้ผิดแผกแตกต่างไปจากคนที่อยู่ในวัยอื่นๆซึ่งอาจประยุกต์จากทฤษฎีลำดับขั้นความต้องการของมนุษย์ของมาสโลว์ (Maslow's hierarchy of needs) เพื่อที่จะอธิบายไปสู่ลำดับขั้นความต้องการของผู้สูงอายุที่มีคุณภาพเพื่อที่จะนำไปสู่ข้อเสนอเชิงนโยบายในการจัดการสังคมผู้สูงอายุ ดังต่อไปนี้ (Coughlin & Lau 2006)



ภาพที่ 2 แสดงลำดับขั้นความต้องการของผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ (A hierarchy of quality aging needs)

ที่มา: Coughlin & Lau 2006

จากแผนภาพสามารถอธิบายลำดับขั้นความต้องการของผู้สูงอายุที่มีคุณภาพโดยอาศัยเทคโนโลยีเข้ามาช่วยสนองความต้องการได้ดังนี้

1. สุขภาพ (Health) ความต้องการขั้นพื้นฐานของผู้สูงอายุคือด้านสุขภาพร่างกาย ซึ่งหมายถึงการมีสภาพทางร่างกายที่ดี มีภาวะเจริญพันธ์ดี การมีเสื้อผ้าเครื่องนุ่งห่ม สิ่งสำคัญซึ่งเป็นการพยายามของมนุษย์ในการจัดการด้านนี้คือการใช้นวัตกรรมที่จะเอาชนะความพิการและความชราเพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีนั่นเอง ซึ่งปัจจุบันจะมีระบบการดูแลรักษาทางไกลที่แพทย์สามารถ

เข้าถึงการให้บริการหรือการรักษาเสมือนจริง (Telemedicine) ตลอดจนเครื่องมืออุปกรณ์ต่างๆ เพื่อช่วยอำนวยความสะดวกและสร้างเสริมการดูแลสุขภาพอย่างมากมาย

2. ความปลอดภัย (Safety) เป็นความต้องการขั้นพื้นฐานและสำคัญสำหรับผู้สูงอายุรวมทั้งผู้ดูแลผู้สูงอายุในสถานการณ์ต่างๆ ตัวอย่างเฉพาะที่ต้องอาศัยเทคโนโลยี เช่นในกรณีที่ผู้สูงอายุเป็นโรคสมองเสื่อมหรืออัลไซเมอร์ ซึ่งผู้ป่วยมีความเสี่ยงที่จะหลงลืมเมื่อออกจากบ้านไปไหนๆ ดังนั้นการจัดการเพื่อให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้สูงอายุโดยเครื่องมือหรือเทคโนโลยีติดตามตัวในกรณีผู้สูงอายุอยู่คนเดียว จึงต้องพิจารณาอย่างรอบคอบระหว่างการเคารพในเกียรติภูมิกับความเป็นส่วนตัวของผู้สูงอายุ ปัจจุบันอุปกรณ์เพื่อความปลอดภัยในบ้านมีหลากหลายเพื่อช่วยผู้สูงอายุทั้งในยามปกติและฉุกเฉิน

3. การติดต่อ (Connectivity) การที่ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีและมีความปลอดภัยยังไม่เพียงพอเนื่องจากผู้สูงอายุยังต้องการการติดต่อกับครอบครัว เพื่อนฝูง หรือต้องการมีสังคม นวัตกรรมในการติดต่อสื่อสารและการเดินทางสามารถช่วยผู้สูงอายุได้ให้ไปในที่ต่างๆ ได้อย่างอิสระ เสรีหรือสามารถติดต่อกับโลกภายนอกได้ ปัจจุบันอินเทอร์เน็ตสามารถช่วยผู้สูงอายุได้มากและมีใช้เป็นเพียงแค่สนองความจำเป็นในการติดต่อเท่านั้น

4. การให้ (Contribution) เป็นขั้นความต้องการรองจากขั้นสูงสุดซึ่งสะท้อนความปรารถนาของผู้สูงอายุที่มีความมั่นใจและเชื่อมั่นในคุณค่าของตนเองว่าสามารถที่จะสร้างประโยชน์แก่ผู้อื่นได้ ซึ่งต้องประกอบทั้งสองสิ่งที่สำคัญพอกันคือความสามารถที่จะทำและวิธีการที่จะกระทำ ในแง่นี้เทคโนโลยีหรือวิทยาการสมัยใหม่สามารถช่วยผู้สูงอายุให้เกิดความมั่นใจในความสามารถด้านร่างกายและสมองของตนเองได้โดยจะช่วยในการปรับปรุง ความรู้ ความคิด ความทรงจำ ซึ่งจำเป็นสำหรับผู้สูงอายุในการคงความเป็นสมาชิกที่มีความกระตือรือร้นของครอบครัว ชุมชน และสังคมต่อไป

5. มรดกตกทอด (Legacy) เป็นขั้นความต้องการที่สูงสุด คือการใช้ขีดความสามารถของผู้สูงอายุที่ติดตัวมาหรือใช้พรสวรรค์ในการพัฒนาไปตลอดชั่วชีวิต ซึ่งหมายถึงความปรารถนาของผู้สูงอายุในการที่จะทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดให้สำเร็จด้วยศักยภาพของตนเอง สิ่งดังกล่าวเป็นสิ่งท้าทายความสามารถของผู้สูงอายุอย่างมาก ในปัจจุบันเทคโนโลยีสามารถช่วยให้ผู้สูงอายุในการสร้างกรอบความคิดในการถ่ายทอดภูมิปัญญาความสามารถเหล่านั้นไปสู่คนรุ่นต่อไปในอนาคต ซึ่งจะช่วยเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและทำให้ลูกหลานมีชีวิตชีวา โดยอาศัยสื่อสร้างสรรค์และการเรียนรู้จากรุ่นสู่รุ่นดังกล่าว

5.8 กรอบแนวคิดในการสร้างเสริมแรงจูงใจและการกระตุ้นผู้สูงอายุ

การจัดการสังคมผู้สูงอายุในเชิงการสร้างความรู้ความเข้าใจ ปลูกจิตสำนึก เสริมสร้างแรงบันดาลใจ การเพิ่มพูนทักษะตลอดจนการปรับเปลี่ยนทัศนคติ เป็นกระบวนการเรียนรู้ที่ไม่ควรหยุดนิ่ง ทั้งนี้เพื่อกระตุ้นให้ผู้สูงอายุเห็นคุณค่าของตนเองเพื่อที่จะได้มีกำลังใจในการใช้ชีวิต การออกมาสู่สังคม

ในฐานะผู้สูงอายุที่กระตือรือร้นต่อไป ในแง่นี้อาจจำเป็นต้องทำลายกรอบ (deconstruct) หรืออุปสรรคบางประการในสังคม เช่นความคิดความเชื่อ ประเพณี ค่านิยมบางประการ ที่คิด เชื่อ หรือทำตามๆกันมา (stereotype) อย่างไม่ลืมหูลืมตาโดยอาจไม่เป็นคุณแก่การสร้างเสริมผู้สูงอายุให้แข็งแรงและมีคุณภาพ ซึ่งมายาคติ (Myth) ในเชิงที่ปิดกั้นศักยภาพผู้สูงอายุมีหลายประการเช่น (Moody, 2008)

1. “ความแก่ก็คือความเจ็บป่วย” ซึ่งอาจเป็นจริงในแง่หนึ่งที่ว่าความชรามักจะมากับโรคภัยไข้เจ็บ แต่นั่นก็ได้หมายถึงความมีโรคจะต้องทำให้บุคคลนั้นหยุดกิจกรรมในเรื่องต่างๆโดยสิ้นเชิง เพราะบางสิ่งบางอย่างเหล่านี้คือชีวิต คือความสุขของเขา ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุสามารถมีสิ่งชดเชย หรือตัวช่วยต่างๆ มากมายในปัจจุบัน เช่น รถเข็น เครื่องช่วยเดิน เครื่องช่วยการได้ยิน ฯลฯ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีชีวิตอย่างเป็นปกติสุขต่อไปได้ ดังนั้นไม่ควรตกอยู่ในมายาคตินี้

2. “คนแก่ไม่สามารถเรียนรู้สิ่งใหม่ๆได้” คนจำนวนไม่น้อยเข้าใจว่าผู้สูงอายุจะสูญเสียเซลล์สมองไปเป็นจำนวนมาก แต่ในความเป็นจริงเซลล์สมองที่มีอยู่เป็นล้านๆเซลล์ของผู้สูงอายุสามารถที่จะเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ หรือเปลี่ยนแปลงสิ่งที่เคยทำมาแต่ก่อนไปสู่สิ่งที่ดีกว่าได้ เช่น ผู้ใหญ่หลายคนสามารถเลิกสูบบุหรี่ หรือลด ละ เลิกพฤติกรรมที่ขัดต่อสุขภาวะบางอย่างซึ่งช่วยลดความพิการหรือปัญหา ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุได้ ซึ่งการให้ความรู้ที่ถูกต้องแก่ผู้สูงอายุจะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบางอย่างที่จะช่วยให้ชีวิตที่เหลืออยู่มีความสุขได้

3. “ผู้สูงอายุจะประสบความสำเร็จขึ้นอยู่กับกรรมพันธุ์” ซึ่งเป็นทฤษฎีที่ให้ความสำคัญต่อพันธุกรรมว่าจะมีอิทธิพลต่อสุขภาวะของมนุษย์ อย่างไรก็ตามมีแนวความคิดใหม่ที่มองว่าปัจจัยทางพันธุกรรมมีผลต่อผู้สูงอายุน้อยกว่าสิ่งที่ผู้สูงอายุปฏิบัติมาก่อนหน้านั้น นั่นคือปัจจัยทางสังคมและพฤติกรรมศาสตร์จะมีบทบาทในการกำหนดสุขภาวะหรือความเป็นอยู่ที่ดีมากกว่า ดังนั้นวิธีการที่ให้ผู้สูงอายุได้เรียนรู้ไปตลอดชีวิตในการสร้างพฤติกรรมเชิงการมีสุขภาวะจึงเป็นเรื่องสำคัญ

4. “ทุกอย่างค่อนข้างจะสายสำหรับผู้สูงอายุ” ซึ่งวิธีคิดในเชิงลบดังกล่าวจะคอยบั่นทอนหรือเป็นอุปสรรคในการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไปตลอด เช่น คนเข้าใจว่าผู้สูงอายุที่หยุดสูบบุหรี่ก็ไม่มีประโยชน์อะไรมากเพราะปอดเขาได้พังไปหมดแล้ว แต่ในความเป็นจริงพบว่าสภาพของปอดของผู้ติดบุหรี่แต่เลิกได้จะฟื้นกลับคืนมาในระยะแค่ 2-3 ปี แม้ว่าจะเลิกสูบบุหรี่ในราวอายุ 50-60 ปี เช่นเดียวกันเรื่องอื่นๆ เช่นการออมเงิน หากผู้สูงอายุตั้งใจจะออมเงินก็สามารถเริ่มได้ทันทีไม่ว่าจะมีอายุเท่าไร เพราะประเด็นสำคัญเมื่อเริ่มเก็บเริ่มออมก็จะเกิดแรงจูงใจในการรู้จักประหยัดและเก็บออมไว้ใช้ในยามจำเป็นมากยิ่งขึ้น

5. “ถึงวัยเกษียณแล้วก็ต้องหยุดหรือเลิก” มายาคติดังกล่าวเป็นการไม่ส่งเสริมหรือสร้างกำลังใจในการอยู่อย่างแข็งแรงและมีคุณภาพของผู้สูงอายุ เพราะอายุเกษียณเป็นเพียงข้อกำหนดของการทำงานหนึ่ง หลังจากนั้นผู้สูงอายุยังสามารถทำงานหรือสามารถมีผลิตภาพตลอดจนสร้างสรรค์สิ่งต่างๆ ได้ต่อไปไม่ว่าจะเพื่อครอบครัว ชุมชน หรือสังคม โดยประเด็นนี้อาจใช้โอกาสของความเจริญก้าวหน้า

ทางการแพทย์และการรักษาสุขภาพและการศึกษาที่เพิ่มมากขึ้นอีกทั้งในขณะที่สังคมเริ่มมีข้อจำกัดและความผันผวนทางเศรษฐกิจอันอาจจะกระทบต่อระบบการประกันความมั่นคงทางสังคมไม่ว่าจะเป็นระบบบำนาญหรือระบบอื่นๆ ผู้สูงอายุจึงควรที่จะใช้ความรู้หรือประสบการณ์ในการทำงานต่อไปให้เป็นผู้สูงอายุที่มีผลิตภาพ มีงานมีรายได้โดยไม่คำนึงถึงว่าจะมีอายุพันวัยเกษียณหรือไม่

5.9 การนำกรอบความคิดเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุสู่การปฏิบัติ

ดังที่ได้กล่าวไว้ในกรอบความคิดทฤษฎีแล้ว แต่ในส่วนนี้ขอนำเสนอตัวแบบการปฏิบัติรวมทั้งผลจากการประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุขององค์การอนามัยโลก ซึ่งในปัจจุบันเมืองใหญ่หลายเมืองได้รับเอาแนวคิดดังกล่าวไปปฏิบัติอย่างได้ผลโดยเฉพาะเมืองในประเทศที่พัฒนาแล้ว ดังนี้

5.9.1 มหานครนิวยอร์ก ซึ่งในปัจจุบันมีการจัดตั้งศูนย์ผู้สูงอายุจำนวน 50 ศูนย์กระจายไปในย่านต่างๆเช่นเดียวกับศูนย์ดูแลเด็ก ซึ่งศูนย์ดังกล่าวทางเทศบาลได้พัฒนาให้เป็นศูนย์ต้นแบบ (model center of wellness) ในการจัดการก็จะให้ความเป็นอิสระกับผู้บริหารในแต่ละศูนย์ได้ดำเนินการร่วมกับผู้สูงอายุในแต่ละชุมชนท้องถิ่น โดยเฉพาะศูนย์ดังกล่าวจะเป็นจุดดึงดูดให้ภาคีต่างๆรวมทั้งภาคธุรกิจเอกชนหรือผู้ประกอบการต่างๆสนใจเข้ามาร่วมกิจกรรม ทำนองว่าเป็นศูนย์ผู้สูงอายุที่มีชีวิตชีวา มีโครงการที่ครอบคลุมและไม่น่าเบื่อสำหรับผู้สูงอายุ (vibrant program) ในทำนองเดียวกันก็จะเป็นการเสริมสร้างให้เกิดนวัตกรรมในการจัดการสังคมที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ เป้าหมายสูงสุดของเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุของมหานครนิวยอร์กคือเป็นเมืองที่ดีในการรองรับผู้สูงอายุ (the good place to grow old) ที่เน้นใน 3 ด้านได้แก่ คุณภาพของระบบการขนส่งสาธารณะ คุณภาพของสิ่งอำนวยความสะดวกในด้านสุขภาพอนามัย และเป็นเมืองที่เน้นจิตสำนึกในความเป็นชุมชนหรือการมีส่วนร่วมของผู้อยู่อาศัย โดยมี 6 กลยุทธ์ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางขององค์การอนามัยโลกได้แก่ การวางแผนพัฒนาใดๆ จำเป็นต้องมีเรื่องของผู้สูงอายุเข้าไปเกี่ยวข้อง, การสร้างความมั่นใจให้เกิดแก่ผู้สูงอายุในเชิงโอกาสและทรัพยากรที่มีอยู่, การเชื่อมโยงเครือข่ายต่างสาขาอาชีพเข้าหากัน, การช่วยให้ภาคธุรกิจบริการให้ดีขึ้น และดึงดูดผู้สูงอายุ, การปรับเปลี่ยนทรัพยากรที่มีอยู่เพื่อริเริ่มสร้างแนวทางใหม่, การระดมทรัพยากรในท้องถิ่นในการสร้างชุมชนที่มีความเป็นพี่เป็นน้องเพื่อผู้สูงอายุ

5.9.2 มหานครลอนดอน ซึ่งเป็น 1 ใน 33 เมืองที่เข้าร่วมโครงการศึกษาวิจัยเพื่อนำไปสู่การสร้างกรอบแนวคิดเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุที่องค์การอนามัยโลกได้นำเสนอในเดือนตุลาคม 2007 ในส่วนของมหานครลอนดอนได้ให้ King's College มหาวิทยาลัยลอนดอนเป็นผู้ศึกษาซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการสร้างกรอบเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ และเพื่อสร้างกรอบแนวคิดที่จะนำไปใช้ในส่วนของเมืองนี้ในรายงานการวิจัยนี้มองว่ากรอบ ๆ ขององค์การอนามัยโลกเป็นนวัตกรรมที่มีความสอดคล้องกับบริบทของสังคมผู้สูงอายุที่เกิดขึ้นทั่วโลกเนื่องจากเป็นกรอบแนวคิดที่ได้ศึกษาโดยสังเกตจากสภาพความเป็นจริงแล้วจึงนำไปสู่แนวทางการจัดการเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุที่ครอบคลุมละเอียดพิสดาร โดยที่

ผลการศึกษามีวัตถุประสงค์ที่จะมีส่วนร่วมกับเมืองในการเพิ่มความตระหนักต่อความต้องการของคนในท้องถิ่น (เมือง) ตลอดจนการกระตุ้นให้เมืองได้พัฒนาหรือวางระบบต่างๆที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุจากกรอบแนวความคิดดังกล่าว การศึกษาพบว่าสิ่งที่เอื้อต่อผู้สูงอายุอยู่แล้วได้แก่ ศูนย์ผู้สูงอายุที่มีอยู่ตามชุมชน, ระบบการขนส่งสาธารณะที่ดี, ระบบการดูแลบ้านและที่อยู่อาศัย, และความปลอดภัยสาธารณะ แต่ที่เป็นอุปสรรคต่อผู้สูงอายุได้แก่พฤติกรรมของคนทั่วไปที่เป็นปฏิบัติ (เช่น กิริยามรรยาทของผู้คน การจอดรถเข้าไปในที่จอดรถเช่นผู้สูงอายุ คำพูดที่ไม่เหมาะสม, การขับขี้อันตราย การไม่เอื้อเพื่อต่อผู้สูงอายุ เป็นต้น), ความหวาดกลัวในอาชญากรรม, การขาดข้อมูลด้านการส่งเสริมสุขภาพ และ ชีวิตชีวา, การขาดความช่วยเหลือตามบ้าน ซึ่งในรายงานการศึกษาได้มีข้อเสนอแนะในการปรับปรุง เช่น การส่งเสริมระบบการขนส่งถึงบ้าน (door-to-door), การมีระบบสนับสนุนที่เหมาะสมตามบ้านผู้สูงอายุ, การให้มีห้องน้ำสาธารณะที่สะดวกและสะอาดสำหรับผู้พิการให้มากขึ้นและทั่วถึง, การตระหนักในศูนย์ผู้สูงอายุตามชุมชน, การให้ปรับปรุงการให้คำปรึกษาแนะนำแก่ผู้สูงอายุ, การให้ข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์แก่ผู้สูงอายุอย่างสม่ำเสมอ, และ มีการบริการเชื่อมโยงกับผู้สูงอายุให้มากยิ่งขึ้น (more 'joined-up' council service) (Biggs and Tinker 2007)

5.9.3 มหานครโตเกียว กรณีมหานครโตเกียวซึ่งข้อมูลจากการทำสำมะโนประชากรเมื่อ 1 ตุลาคม ในปี 2010 มีประชากรกว่า 13 ล้านคนโดยที่มีผู้สูงอายุกว่าร้อยละ 20 ได้จัดการสังคมผู้สูงอายุโดยอาศัยกรอบความคิดขององค์การอนามัยโลกเป็นแนวทางเช่นเดียวกับเมืองชั้นนำ เช่น นิวยอร์ก และลอนดอน ในวิสัยทัศน์ 2020 ของเมืองโดยนายกเทศมนตรีคนปัจจุบันคือ Mr. Shintaro Ishihara มี 8 เป้าหมาย โดยที่เป้าหมายที่ 6 คือการสร้างเมืองในระดับสากลเพื่อเป็นต้นแบบของเมืองที่มีอัตราการเกิดน้อยและเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยเน้นการสร้างระบบทางสังคมที่สนองตอบความต้องการที่หลากหลายของพลเมืองที่อาวุโส เช่น การตระหนักในความสำคัญของผู้สูงอายุว่าเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการมีส่วนร่วมในสังคมที่มีความหลากหลายของมหานครโตเกียว, การสร้างสภาวะแวดล้อมที่เอื้อและเป็นที่ต้องการตลอดจนให้เกิดความมั่นใจต่อผู้สูงอายุ โดยมาตรการที่ออกมาได้แก่การส่งเสริมให้รุ่นปู่ย่าตายายได้มีโอกาสสอยใกล้เคียงกับรุ่นหลาน, การส่งเสริมระบบการดูแลและประกันสุขภาพ ศูนย์สุขภาพ และเครือข่ายดูแลผู้สูงอายุ, การบูรณาการนโยบายด้านการเคหะเข้ากับนโยบายด้านสวัสดิการเพื่อเพิ่มจำนวนที่อยู่อาศัยที่เหมาะสมและมั่นใจแก่ผู้สูงอายุ, ริเริ่มตั้งศูนย์เพื่อการจ้างงานผู้สูงอายุ, การส่งเสริมและพัฒนาระบบโครงสร้างพื้นฐานสำหรับผู้พิการ และผู้สูงอายุ เป็นต้น (Tokyo Metropolitan Government 2112)

ซึ่งเมื่อพิจารณาในแง่ของโครงสร้างการจัดการจะเห็นได้ว่าองค์การบริหารมหานครโตเกียว (Tokyo Metropolitan Government-TMG) ได้แยกกองจัดการสังคมผู้สูงอายุออกจากกองจัดการผู้พิการ ซึ่งอยู่ภายในสำนักสวัสดิการสังคมและสุขภาพ นอกจากนี้เมื่อพิจารณาจากเมืองอะกิตะอันเป็นเมืองที่มีประชากรผู้สูงอายุมากที่สุดในประเทศญี่ปุ่นซึ่งมีถึงร้อยละ 30 ซึ่งในการจัดการสังคมผู้สูงอายุ

เทศบาลเมืองอะกิตะได้มีกองจัดการสังคมผู้สูงอายุเพื่อดูแลเรื่องนี้โดยเฉพาะนอกเหนือจากการเป็นเมืองที่เป็นเป้าหมายของการจัดการสังคมผู้สูงอายุที่มีเครือข่ายต่างๆให้การสนับสนุน เช่น เป็นที่ตั้งของสำนักงาน Friends of IFA Japan (FOIFA) และการจัดประชุมอย่างต่อเนื่องของสหพันธ์ผู้สูงอายุนานาชาติ (International Federation on Aging- IFA) ในเชิงกรอบแนวคิดการจัดการเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุก็ได้รับเอาแนวทางดังกล่าวมาปฏิบัติ เช่น การส่งเสริมการมีงานทำของผู้สูงอายุตั้งแต่ 65-75 ปีตามแต่บริบททางวัฒนธรรม, สุขภาพและสวัสดิการโดยเน้นการตรวจเช็คสุขภาพผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 40-74 ปี, การส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิต, และการส่งเสริมการมีส่วนร่วมทางสังคม เป็นต้น

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในส่วนนี้ขอเสนองานวิจัยที่เกี่ยวข้องเฉพาะในด้านคุณภาพชีวิตและชีวิตความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุในสังคมไทยจากการนำเสนอในที่ประชุมวิชาการประชากรศาสตร์แห่งชาติ 2555 ซึ่งจัดโดยสมาคมนักประชากรไทย (สมาคมนักประชากรไทย 2555) ดังนี้

ในด้านการทำงานของผู้สูงอายุ วิชาญ ชูรินทร์ ได้ศึกษาอิทธิพลของปัจจัยด้านประชากร ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ และสังคมที่มีคุณค่าต่อภาวะการณในการทำงานของผู้สูงอายุไทย พบว่าผู้สูงอายุที่ทำงานโดยส่วนใหญ่จะเป็นชายคือประมาณร้อยละ 60, เกือบ 1 ใน 3 มาจากภาคอีสานรองลงมาคือภาคกลาง ภาคเหนือ ภาคใต้ และกรุงเทพมหานครและปริมณฑล, ผู้สูงอายุที่ทำงานกว่า 3 ใน 4 อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล โดยที่ประมาณร้อยละ 80 ของผู้สูงอายุที่ทำงานจะมีอายุระหว่าง 60-69 ปีและมีการศึกษาระดับประถมศึกษา โดยที่ผู้สูงอายุกว่าร้อยละ 70 เป็นหัวหน้าครอบครัว และ เกือบร้อยละ 70 อาศัยอยู่ในครอบครัวใหญ่, กว่าครึ่งหนึ่งทำงานในภาคเกษตรกรรม และโดยส่วนใหญ่ของผู้สูงอายุที่ทำงานมีรายได้เพียงเดือนละ 1,001-2,500 บาท (เมืองต้องจัดระบบรองรับผู้สูงอายุ เช่น ด้านการเดินทางเข้ามาทำงาน, สวัสดิการความปลอดภัยของผู้สูงอายุ)

ในด้านการออมของผู้สูงอายุไทย ชาตชาย สุภาวรรณ ได้ศึกษาภาวะการออมของผู้สูงอายุพบว่าเกือบครึ่งหนึ่งได้เตรียมความพร้อมในการออมเพื่อวัยสูงอายุ โดยคนที่อยู่ตัวคนเดียว, ไม่ได้นับถือพุทธ ไม่มีหรือไม่แน่ใจว่าจะมีที่พึ่งทางเศรษฐกิจยามขัดสนหรือไม่ มีแนวโน้มการออมน้อยกว่า ผู้ที่สมรส, นับถือพุทธ, และมีที่พึ่งๆ

ในด้านหนี้สิน จากการศึกษา “หนี้สินนอกระบบของผู้สูงอายุชาวอีสาน” ของ ทักษิณาร์ ไกรราช และคณะพบว่าหนี้สินของผู้สูงอายุวัยต้นคือตั้งแต่ 60-69 ซึ่งอาศัยอยู่กับลูกหลาน ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพอิสระ เช่นรับจ้างทั่วไป ถีบสามล้อ, ขับรถรับจ้างสกายแล็ป, รับจ้างล้างจานในร้านอาหาร, ทำอาหารหรือขนมเร่ขายตามในเมือง เช่น สถานีขนส่ง ฯ บางรายเคยมีอาชีพที่ดีและมั่นคงมาก่อนแต่ต้องออกจากงานเมื่ออายุเกษียณ 60 ปีทำให้รายได้ไม่พอใช้จ่ายจึงมาหางานทำ และสำหรับเหตุผลที่ต้องเป็นหนี้เป็นสินนอกระบบของผู้สูงอายุเหล่านี้ก็เพื่อนำเงินที่กู้ได้ไปลงทุนค้าขาย, นำไปซ่อม

บ้าน, หรือเป็นค่าเช่าบ้าน หากกัณฑ์นอกระบบจากคนที่รู้จักหรือเพื่อบ้านจะถูกคิดดอกเบี้ยในอัตราร้อยละ 10 หากกู้จากแขกขายผ้าก็จะถูกคิดดอกเบี้ยร้อยละ 20 ต่อเดือน ผู้วิจัยมีข้อเสนอให้รัฐช่วยให้สินเชื่อ และส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเหล่านี้ได้มีโอกาสทำงานและมีรายได้ที่เหมาะสม อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุมักจะมองตัวเองที่ไม่สามารถกู้เงินในระบบเพราะไม่มีเครดิตว่า “แก่แล้ว อายุมากแล้ว” จึงขาดการเข้าถึงสินเชื่อ ในทำนองเดียวกันกับการศึกษาของธารทิพย์ พวงเชียง เรื่องความต้องการทำงานของผู้สูงอายุ โดยศึกษาในเขตจังหวัดน่านพบว่า ผู้สูงอายุอายุระหว่าง 60-69, ระดับการศึกษาประถมศึกษา, เป็นหัวหน้าครอบครัว, มีหนี้สิน 50,000 บาทขึ้นไป, ได้รับการช่วยเหลือค่าใช้จ่ายต่ำกว่าเดือนละ 1,000 บาท, มีบุตรรวมสมาชิกในครัวเรือน 3-4 คนขึ้นไป, ได้รับเบี้ยยังชีพเดือนละ 500 บาท จะเป็นผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่ต้องการทำงานและมีรายได้

งานอีกชิ้นหนึ่งของ ธัชไท กิริติพงษ์ โปญลย์ที่ศึกษาเรื่องประเทศไทยกับผู้สูงอายุในระดับภาค ซึ่งเป็นการศึกษาเชิงอนาคตเกี่ยวกับผู้สูงอายุโดยวิเคราะห์เชิงเศรษฐมิติ พบว่าประเทศไทยแม้ว่าจะก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุคือมีผู้สูงอายุสูงกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมดตั้งแต่ทศวรรษที่แล้ว แต่ก็มีได้เป็นสังคมผู้สูงอายุทุกจังหวัดในทุกภาคเพราะในปี 2553 มีถึง 15 จังหวัดที่มีผู้สูงอายุต่ำกว่าร้อยละ 10 อย่างไรก็ตามในปี 2563 สัดส่วนผู้สูงอายุสูงของไทยจะมีร้อยละ 17.51 โดยมีอัตราพึ่งพิงของผู้สูงอายุสูงถึงร้อยละ 26.58 โดย 16 จังหวัดจะกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged Society) คือมีผู้สูงอายุสูงกว่าร้อยละ 20 ส่วนอีก 60 จังหวัดในปี 2563 จะเป็นสังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) ทั้งหมด และพบว่าจังหวัดสิงห์บุรีมีอัตราพึ่งพิงของผู้สูงอายุในปี 2543-2563 สูงที่สุด ในขณะที่จังหวัดสมุทรปราการ ในช่วงปี 2543-2553 จะมีอัตราพึ่งพิงของผู้สูงอายุต่ำที่สุด และสำหรับจังหวัดนราธิวาสจะมีอัตราพึ่งพิงของผู้สูงอายุต่ำที่สุดในประเทศไทยในปี 2563 ขณะที่สังคมในอนาคตผู้ที่อยู่ในวัยแรงงานจะอพยพย้ายถิ่นเข้าสู่เมืองใหญ่มากยิ่งขึ้นทำให้เกิดปรากฏการณ์ผู้สูงอายุย้ายกลับถิ่นไปเลี้ยงหลานอย่างกว้างขวางทั่วประเทศ โดยเฉพาะภาคเหนือและอีสาน และพบว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในครัวเรือนรุ่นกระโดดหรือครัวเรือนรุ่นอายุเดียวมีแนวโน้มที่จะต้องทำงานสูงกว่าผู้ที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนสองรุ่นขึ้นไป

จากการวิจัยดังกล่าวทำให้มีข้อสังเกตว่าหากเมืองต่างๆไม่เตรียมการเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในด้านเศรษฐกิจและการจ้างงาน ตลอดจนสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆรองรับสังคมผู้สูงอายุแล้ว จะเกิดปัญหาที่ตามมาค่อนข้างมาก

ในแง่สุขภาพของผู้สูงอายุจากการศึกษาของ ชลธิชา อัครนิรันดร์ เรื่องความแตกต่างระหว่างเพศและอายุของสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทย พบว่าทั้งจากการประเมินตนเองและสภาวะที่เป็นจริงที่วัดได้จากความสามารถในการทำกิจวัตรและดูจากการไม่เป็นโรคเรื้อรังพบว่า ถ้าให้เพศหญิงประเมินสุขภาพตนเองจะประเมินสุขภาพตนเองแย่กว่าผู้ชาย แต่จากการประเมินทั้ง 3 วิธีพบว่าผู้ชายมีสภาวะสุขภาพ ความสามารถในการทำกิจวัตรและไม่เป็นโรคเรื้อรังสูงกว่าหญิงจริง

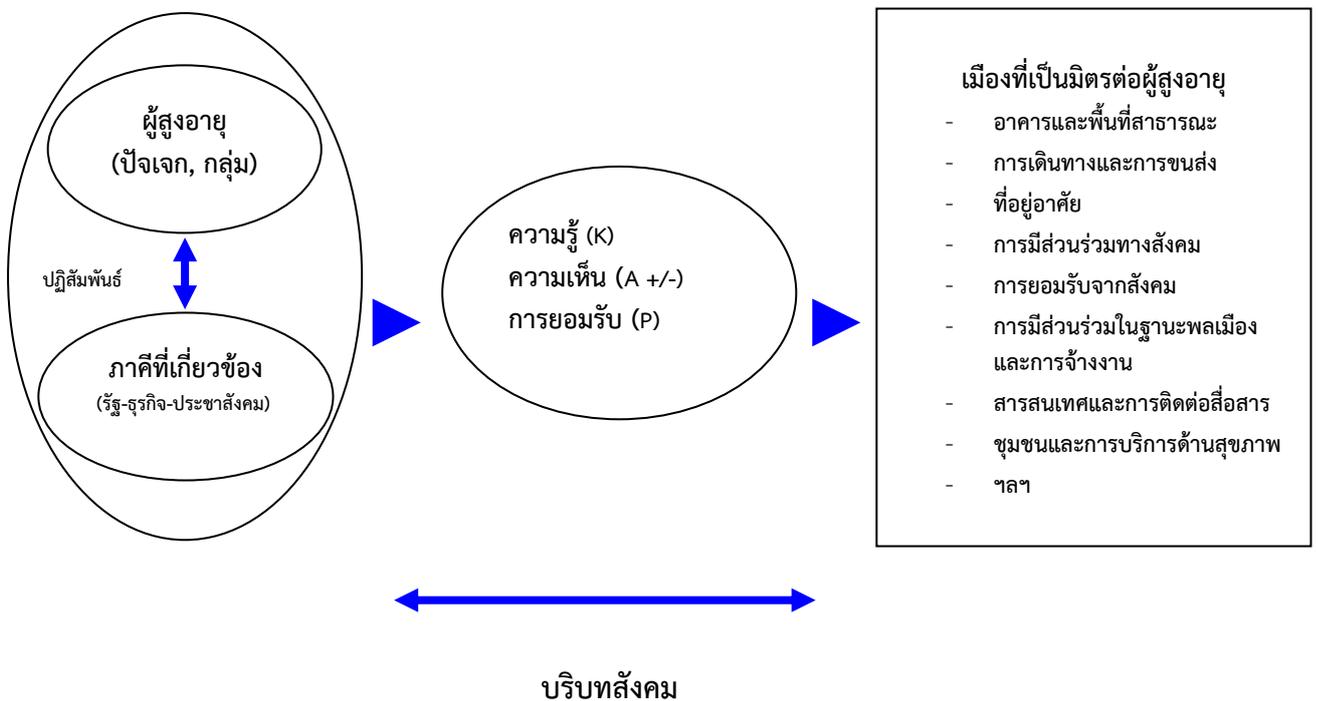
ในแง่สุขภาพจิตผู้สูงอายุ จากการศึกษาของวิชาญ ชูรัตน์ และคณะ โดยใช้ข้อมูลจากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติในปี 2551-2553 พบว่าชายจะมีคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตสูงกว่าหญิง, แต่เมื่ออายุสูงขึ้นทั้งคู่ต่างก็มีโอกาสสุขภาพจิตเสื่อม, กลุ่มเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตเสื่อมจะลดลงเมื่อการศึกษาสูงขึ้น, ผู้สูงอายุที่เป็นหัวหน้าครัวเรือน และผู้สูงอายุที่พิการในภายหลัง ผู้สูงอายุที่มีสวัสดิการจากรัฐ ผู้สูงอายุที่มีได้ทำงานมีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะปัญหาสุขภาพจิตสูงกว่า ในทำนองเดียวกันจากการศึกษาของสุดตมา สุวรรณมณีและคณะในปี 2554 เรื่องสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในจังหวัดสงขลาพบว่าผู้สูงอายุที่สงขลามีสุขภาพจิตดีเกือบร้อยละ 80 และพบว่า อายุ, ภาวะสุขภาพทางกาย, โรคประจำตัวเรื้อรัง, ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง, สัมพันธภาพในครอบครัว, แรงสนับสนุนทางสังคม, และการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม จะมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตที่ดีของผู้สูงอายุตามลำดับ ในทำนองเดียวกันกับงานวิจัยของ รักษาพล สนิทยา และคณะได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในจังหวัดน่าน พบว่าสุขภาพกายมีความสัมพันธ์อย่างมากกับสุขภาพจิต หากมีการเสื่อมถอยของระบบต่างๆในร่างกาย, การเจ็บป่วย, การรักษาพยาบาลเช่นเข้ารับการผ่าตัดที่ทำให้รู้สึกกลัววิตกกังวลและเครียด, ภาวะความสูญเสีย, ความขัดแย้งกับคนรอบข้าง ล้วนแล้วแต่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ เมื่อมีการควบคุมตัวแปรพบว่าเฉพาะ อายุ, จำนวนโรคเรื้อรัง, ความสามารถทำกิจวัตร, จำนวนครั้งของการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม, รายได้และความเพียงพอของรายได้ เท่านั้นที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตโดยผู้ที่ยังมีอายุมากยิ่งมีสุขภาพจิตลดลงเพราะปัจจัยดังกล่าวเริ่มเสื่อมถอย

การศึกษาในอีกแง่มุมหนึ่งของ นราศักดิ์ มงทรงทรัพย์ และคณะ เรื่องความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในครอบครัวสามวัยจังหวัดชัยนาท โดยศึกษาผู้ที่มีอายุในช่วง 60-80 ปีจำนวน 410 คนที่อยู่ในครอบครัวสามวัย (กับหลานกับลูก) พบว่าร้อยละ 61 มีความสุขในระดับที่สูง เกือบร้อยละ 40 อยู่ในระดับปานกลาง แต่ปัจจัยที่มีส่วนสัมพันธ์กับความสุขในครอบครัวสามวัยได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ภาวะสุขภาพ ความรู้สึกมีคุณค่าในตน สัมพันธภาพในครอบครัว แรงสนับสนุนทางสังคม การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม การรับรู้สภาวะแวดล้อมทางสังคม สำหรับปัจจัยที่ไม่มีผลคือ เพศ สถานะภาพสมรส ความเพียงพอของรายได้ต่อเดือน

จากการวิจัยทั้ง 4 ชิ้นในด้านความสุขและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจะเห็นได้ว่าความสุขของผู้สูงอายุคือการมีสุขภาพดี คงความหนุ่ม (อายุ) การมีความรู้สึกที่ตัวเองมีคุณค่า ครอบครัวที่สามัคคีกัน ส่วนภายนอกบ้าน เช่น การมีส่วนร่วมทางสังคมหรือแรงสนับสนุน ตลอดจนข่าวสารบ้านเมืองภายนอก ผู้สูงอายุไทยไม่สู้จะสนใจหรือนำมาเป็นทุกข์เป็นร้อนเท่าใดนักเรียกว่าไม่ค่อยจะอินังเท่าไรกับเรื่องนอกบ้าน เรื่องในบ้านเป็นสิ่งที่สำคัญมากที่สุดสำหรับผู้สูงอายุในปัจจุบัน อย่างไรก็ตามในอนาคตเมื่อท่วงทำนองชีวิต (lifestyle) ของผู้คนตลอดจนสภาพครอบครัว สังคม เศรษฐกิจเริ่มปรับเปลี่ยนไปเป็นชีวิตแบบสังคมเมืองอาจส่งผลกระทบต่อเป็นตัวกำหนดวิถีชีวิตของผู้สูงอายุให้กลายเป็นแบบคนในเมืองที่ทันสมัย (metro life) ก็เป็นไปได้

สรุป

ในส่วนนี้ประกอบด้วยกรอบแนวคิดเชิงทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้สนับสนุนงานวิจัย โดยทฤษฎีหรือกรอบแนวคิดต่างๆทำให้คณะผู้วิจัยทราบประเด็น (issue) หรือมุมมองในเชิงวิชาการใน ลักษณะที่ชัดเจนและมุ่งเน้น (focus) กับการวิจัยตลอดจนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องอันทำให้ทราบถึงพรมแดน ของความสนใจของนักวิชาการที่ศึกษาเรื่องนี้ในปัจจุบัน (locus) เพื่อที่จะเชื่อมโยงไปสู่คำตอบหรือเป็น แนวทางในการดำเนินงานวิจัยในทางปฏิบัติต่อไป



ภาพที่ 3 กรอบความคิดในการวิจัย

กรอบความคิดในการวิจัยที่ศึกษาที่มีเป้าหมายในเชิงการบริหารจัดการเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุอาจสรุปเป็นแบบจำลองที่อธิบายว่าปรากฏการณ์ของเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุจะมีเงื่อนไขขึ้นอยู่กับผู้สูงอายุทั้งในเชิงปัจเจกบุคคลหรือกลุ่มที่มีปฏิสัมพันธ์กับภาคต่างๆอันได้แก่ภาครัฐ ภาคเอกชนที่แสวงกำไร และภาคประชาสังคม โดยเฉพาะหน่วยงานภาครัฐซึ่งเป็นผู้ที่กำหนดนโยบายและวิธีการในการบริหารจัดการเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ ซึ่งศึกษาได้จากผู้สูงอายุโดยครอบคลุมประเด็นความรู้ความเข้าใจ ความเห็น และการยอมรับต่อปรากฏการณ์ในชุมชนเมืองที่ผู้สูงอายุเกี่ยวข้องในชีวิตประจำวัน ภายใต้เงื่อนไขบริบทสังคม

บทที่ 3 ระเบียบวิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเพื่อสร้างกรอบแนวความคิดการจัดการเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุในสังคมไทยนี้ นอกจากการค้นคว้าจากเอกสารอันได้แก่ตำรา บทความ เอกสาร สิ่งตีพิมพ์ และสื่ออิเล็กทรอนิกส์เชิงวิชาการด้านผู้สูงอายุอันเป็นการทบทวนกรอบแนวคิดเชิงทฤษฎีและงานวิจัยที่สำคัญๆ เพื่อสร้างกรอบการวิจัยแล้ว ในการนี้ได้วางรูปแบบการวิจัย (research design) หรือมีกระบวนการวิจัย 2 แบบ เพื่อให้สับสนุนซึ่งกันและกันในการตอบโจทย์การวิจัย ได้แก่การวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อเก็บรายละเอียดถึงข้อมูลในเชิงลึกในด้านปัญหา การดำเนินชีวิต ตลอดจนมิติต่างๆที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ซึ่งจะได้ข้อมูลทั้งจากผู้สูงอายุ ผู้บริหารชุมชนเมือง หรือผู้รู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อตอบวัตถุประสงค์ และการวิจัยเชิงปริมาณ เพื่อประมวลภาพรวมในเชิงพฤติกรรมศาสตร์ของผู้สูงอายุ ผลจากการวิเคราะห์ข้อมูลในเชิงปริมาณจะทำให้ทราบและนำมาจัดหมวดหมู่ของตัวแปรของการจัดการเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ และนำมายืนยันหรืออธิบายรายละเอียดของการวิจัยเชิงคุณภาพ และในขณะเดียวกันทั้งสองแบบก็จะนำไปสู่คำตอบที่เป็นองค์ความรู้ของการวิจัยนี้

ก. การวิจัยเชิงคุณภาพ

การวางรูปแบบการวิจัย (Research Design) อาศัยรูปแบบการวิจัยนี้เข้าไปมีส่วนร่วมกับผู้สูงอายุทั้งเชิงปัจเจกและกลุ่ม ตลอดจนผู้ที่เกี่ยวข้องในการจัดการเมืองในแต่ละเมืองเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกในการอธิบายถึงสภาพปัญหา พฤติกรรมการใช้ชีวิตในเมืองของผู้สูงอายุ ตลอดจนการเข้าไปสังเกตการณ์สิ่งอำนวยความสะดวก หรือแนวทางวิธีการของเมืองอันเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ

การเก็บรวบรวมข้อมูล นอกจากข้อมูลด้านเอกสารจากการเก็บรวบรวมข้อมูลวิชาการและวิจัยจากห้องสมุดแล้วยังได้ข้อมูลภาคสนาม โดยการสัมภาษณ์เจาะลึก (In-depth interview) ผู้บริหารเทศบาล, การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ผู้มีส่วนได้เสียในการจัดการสังคมผู้สูงอายุในชุมชนเมือง, การสังเกตการณ์สิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆในชุมชนเมือง

การได้มาซึ่งข้อมูล การได้มาซึ่งข้อมูลมีเหตุผล 3 ข้อดังนี้

1. ได้กำหนดแหล่งที่มาของข้อมูลโดยอิงเป้าประสงค์ในการศึกษา (purposive sampling) กล่าวคือผู้ศึกษาได้เลือกจังหวัดที่มีสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุสูงสุดในแต่ละภูมิภาค⁵ ซึ่งเป็นข้อมูลของกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทยในปี 2548 โดยอ้างอิงผลการศึกษาวิจัย “แนวทางและ

⁵ แม้ว่าจะเป็นข้อมูลที่บ่งชี้สัดส่วนประชากรผู้สูงอายุของทั้งจังหวัด ซึ่งมีสัดส่วนเกินกว่าร้อยละ 10 ของประชากรโดยรวมของแต่ละจังหวัดและสอดคล้องตามนิยาม “สังคมผู้สูงอายุ” ขององค์การสหประชาชาติ แต่ก็บ่งชี้ถึงสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุในเขตเมืองด้วยเช่นกันเมื่อพิจารณาถึงการกระจายตัวของประชากรตลอดจนแนวโน้มของการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุซึ่งมักจะเข้ามาอาศัยในเขตเมืองด้วยเหตุผลด้านความและการรักษาสุขภาพอนามัย

มาตรการส่งเสริมการมีงานทำในผู้สูงอายุ: โครงการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การพัฒนาในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 ไปสู่การปฏิบัติ” (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2551) ซึ่งแบ่งเป็น 9 ภูมิภาคได้แก่ กรุงเทพมหานครและปริมณฑล, ภาคกลาง, ภาคตะวันออก, ภาคเหนือตอนบน, ภาคเหนือตอนล่าง, ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน, ภาคต่อ.เฉียงเหนือตอนล่าง, ภาคใต้ตอนบน, และภาคใต้ตอนล่าง

2. การกำหนดแหล่งที่มาโดยคำนึงถึงสัดส่วนประชากรสูงอายุสูงสุด เนื่องจากสอดคล้องกับโจทย์การวิจัยเร่งด่วนในปีงบประมาณ พ.ศ. 2554 ของวช. ซึ่งมีเหตุผลความจำเป็นในการศึกษาหาข้อเท็จจริงสำหรับจังหวัดที่อยู่ในข่ายได้รับผลกระทบหรือมีปัญหาความรุนแรง (severity) อันเกิดมาจากจากผู้สูงอายุมากเป็นลำดับต้นๆจากสัดส่วนดังกล่าว

3. ในเชิงของความเป็นตัวแทนของเมืองซึ่งหมายถึงชุมชนที่มีความหนาแน่นของประชากรตลอดจนความทันสมัยและการพัฒนาหรืออาจพิจารณาถึงลำดับชั้นของเทศบาลในระดับต่างๆ ทางผู้ศึกษาก็ได้คำนึงถึงเช่นกัน ดังนี้

3.1 เป็นเมืองหรือเทศบาลอันเป็นที่ตั้งของศาลากลางจังหวัดซึ่งโดยลักษณะทางกายภาพจะเป็นชุมชนที่มีโครงสร้างพื้นฐานที่บ่งชี้ความเป็นเมือง นอกเหนือจากความหนาแน่นของประชากรและวิถีชีวิตของคนในชุมชนที่มีเป็นเมืองสูงอันสอดคล้องกับกรอบแนวคิดของการวิจัย

3.2 เป็นเมืองหรือเทศบาล 2 ประเภทอันได้แก่ “เทศบาลนคร” ซึ่งมีความเจริญทางเศรษฐกิจและความหนาแน่นของประชากรสูงจำนวน 3 แห่ง และ “เทศบาลเมือง” ซึ่งเป็นเทศบาลที่มีความหนาแน่นของประชากรรวมทั้งระดับความเจริญทางเศรษฐกิจที่รองลงไปอีก 6 แห่ง

คณะผู้วิจัยมิได้ศึกษาเทศบาลตำบลเพราะว่ามีเทศบาลตำบลจำนวนมากเพียงจะเปลี่ยนแปลงสถานทางกฎหมายโดยได้รับการยกระดับจากองค์การบริหารส่วนตำบลมาเป็นเทศบาลตำบลเมื่อนานมานี้ อีกทั้งโดยสภาพข้อเท็จจริงแล้วพื้นที่ของเทศบาลตำบลโดยส่วนใหญ่ยังมีความเป็นชนบทอยู่มากจึงไม่สอดคล้องกับหลักการและเหตุผลของโครงการวิจัยนี้โดยสรุปศึกษา 9 เมืองใน 9 จังหวัดใน 5 ภูมิภาคซึ่งมีประชากรผู้สูงอายุสูงสุดในแต่ละภูมิภาค ดังที่ปรากฏในตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 4 แสดงข้อมูล 9 เมืองใน 5 ภูมิภาคซึ่งมีประชากรผู้สูงอายุสูงสุดในแต่ละภูมิภาค

ภาค/จังหวัด	ร้อยละของผู้ที่อาศัย ในเขตเมือง*	ความหนาแน่น (คน/ตร.กม.)*	ประชากรสูงอายุ		
			ประชากรรวม(คน)	จำนวน(คน)	ร้อยละ
1. กทม.และปริมณฑล:					
นนทบุรี (เทศบาลนคร)	62.01	1,770	958,940	102,731	10.8
2. ภาคกลาง:					
สิงห์บุรี (เทศบาลเมือง)	43.66	261	216,131	32,211	15.0
3. ภาคกลาง:					
ตราด (เทศบาลเมือง)	57.82	78	207,896	22,953	11.1
4. ภาคเหนือตอนบน:					
ลำพูน (เทศบาลเมือง)	57.96	90	๔๐๒,๓๘๑	๔๓,๑๐๒	๑๓.๕
5. ภาคเหนือตอนล่าง:					
อุทัยธานี (เทศบาลเมือง)	29.06	49	๓๒๔,๗๖๙	๔๗,๖๐๓	๑๒.๕
6. ภาคต่อ./เหนือตอนบน:					
ชัยภูมิ (เทศบาลเมือง)	25.70	88	๑,๑๐๙,๖๓๔	๑๑๘,๓๕๓	๑๐.๗
7. ภาคต่อ./เหนือตอนล่าง:					
นครราชสีมา (ทศ.นคร)	33.10	126	๒,๕๒๒,๕๑๑	๒๕๙,๐๒๓	๑๐.๓
8. ภาคใต้ตอนบน:					
นครศรีธรรมราช(ทศ.นคร)	28.95	153	๑,๔๙๔,๑๒๕	๑๗๔,๕๕๗	๑๑.๘
9. ภาคใต้ตอนล่าง:					
พัทลุง (เทศบาลเมือง)	39.26	149	๔๙๘,๐๗๐	๕๘,๑๒๐	๑๑.๘

ที่มา: กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย 2548; * ข้อมูลเมื่อ ธันวาคม 2553

เครื่องมือการวิจัยเชิงคุณภาพ

ในที่นี้มี 3 ลักษณะคือแนวคำถาม(Interview Guide) ที่ใช้ในการสัมภาษณ์เจาะลึก ผู้บริหารเมืองเป็นผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informant) ลักษณะที่สองคือแนวการสัมภาษณ์(Discussion Issue Guide) ในการสนทนากลุ่ม (focus group discussion) รวมทั้งแบบการสังเกตการณ์ (Observation Guide) ที่ใช้สังเกตการณ์ต่อสถานที่คือพื้นที่ทางสังคม (public spaces) ในชุมชนเมืองอันเป็นที่ใช้ชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุซึ่งจะพบเห็นทั้งสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆในชุมชนเมือง (Urban Facilities) ตลอดจนมิติที่เกี่ยวข้องในด้านผู้ใช้คือผู้สูงอายุ ซึ่งเทคนิควิธีการทั้ง 3 วิธีจะอาศัยประเด็น (issue) หรือ มโนทัศน์ (concepts) จากกรอบแนวคิดเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุเป็นแนวทางในการสร้างแนวคำถามและแนวการสังเกตการณ์ในการเก็บข้อมูลซึ่งได้แก่

1. ประเด็นที่ผู้สูงอายุเกี่ยวข้องในด้านอาคารและพื้นที่สาธารณะ
2. ประเด็นที่ผู้สูงอายุเกี่ยวข้องในด้านการเดินทางและการขนส่ง

3. ประเด็นที่ผู้สูงอายุเกี่ยวข้องในด้านที่อยู่อาศัย
4. ประเด็นที่ผู้สูงอายุเกี่ยวข้องในด้านการมีส่วนร่วมทางสังคม
5. ประเด็นที่ผู้สูงอายุเกี่ยวข้องในด้านการยอมรับนับถือและการมีศักดิ์ในสังคม
6. ประเด็นที่ผู้สูงอายุเกี่ยวข้องในด้านการมีส่วนร่วมในฐานะพลเมืองและการจ้างงาน
7. ประเด็นที่ผู้สูงอายุเกี่ยวข้องในด้านสารสนเทศและการติดต่อสื่อสาร และ
8. ประเด็นที่ผู้สูงอายุเกี่ยวข้องในด้านความเป็นชุมชนและการบริการด้านสุขภาพ

โดยภาพรวมของการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพดำเนินการโดยใช้ 3 เทคนิควิธีคือ

1. การสัมภาษณ์เจาะลึกผู้ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารเมืองและการจัดการสังคมผู้สูงอายุของเมืองๆละ 3 รายใน 9 เมืองรวมทั้งสิ้น 27 คน
2. การสนทนากลุ่มผู้สูงอายุทั้ง 9 เมืองๆกลุ่มละประมาณ 7-12 คน (รวมทั้งสิ้นประมาณ 84-108 คน) อันประกอบไปด้วย
 - 2.1 ผู้บริหารเทศบาล
 - 2.2 ตัวแทนจากหน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้อง เช่น จากพัฒนาสังคมฯ จังหวัด, สาธารณสุขจังหวัด, พัฒนาชุมชนจังหวัด
 - 2.3 ตัวแทนผู้สูงอายุ ได้แก่ ประธานหรือผู้นำชมรมผู้สูงอายุ
 - 2.4 ตัวแทนภาคประชาสังคมเช่น NGOs ที่เคลื่อนไหวด้านผู้สูงอายุในชุมชน
 - 2.5 ตัวแทนภาคธุรกิจเอกชนและมีส่วนเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุในฐานะผู้ให้บริการ
3. การสังเกตการณ์สภาพเมืองหรือกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุในเมือง 9 เมือง ซึ่งปรากฏดังรายละเอียดตามเทคนิคที่ใช้ในการเก็บข้อมูลดังนี้

ตารางที่ 5 ประเด็นในการเก็บข้อมูล

ประเด็น	คำถามการสัมภาษณ์ แบบเจาะลึก	ประเด็นการ สนทนากลุ่ม	สิ่งที่ต้องเข้าไป สังเกตการณ์
1. อาคารและพื้นที่สาธารณะ	/	/	/
2. การเดินทางและการขนส่ง	/	/	/
3. ด้านที่อยู่อาศัย	/	/	/
4. การมีส่วนร่วมทางสังคม	/	/	/
5. การยอมรับนับถือจากคนในสังคม	/	/	/
6. การมีส่วนร่วมในฐานะพลเมืองและการจ้างงาน	/	/	/
7. สารสนเทศและการติดต่อสื่อสาร	/	/	/
8. ความเป็นชุมชนและการบริการด้านสุขภาพ	/	/	/

หมายเหตุ: แต่ละประเด็นประกอบไปด้วยประเด็นรองหรือประเด็นย่อย ซึ่งจะสอดคล้องกับตัวแปรในเชิงปริมาณ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยนี้มี 2 ขั้นตอนคือ กระบวนการข้อมูล การวิเคราะห์และการแปลผลข้อมูล ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

1. กระบวนการข้อมูล (Data Processing) ดำเนินการด้วยวิธีการรวบรวมข้อมูลข้อเท็จจริงจากการสัมภาษณ์และจากการสังเกตการณ์ โดยอาศัยมโนทัศน์และวัตถุประสงค์เป็นกรอบไปสู่แนวคำถามซึ่งเป็นเครื่องมือการเก็บข้อมูลเพื่อให้ได้คำตอบที่เป็นรูปธรรม โดยผู้ศึกษาได้จัดประเภทของมโนทัศน์ (Typologizing) ตลอดจนการจัดระบบความหมายให้เป็นหมวดหมู่ (Categorization) ของข้อมูลเพื่อใช้ในการพิสูจน์และสืบสาวไปสู่คำตอบตามวัตถุประสงค์
2. การวิเคราะห์และแปลผลข้อมูล ดำเนินการจำแนกแยกแยะข้อมูลที่ได้แจกแจงไปตามชุดของมโนทัศน์ในกระบวนการข้อมูลและดำเนินการสืบสาวไปสู่คำตอบ ความสัมพันธ์ หรือในเชิงข้อเสนอแนะซึ่งสามารถนำไปสู่ข้อสรุปตามวัตถุประสงค์ที่วางไว้ โดยผู้ศึกษาได้เน้นการสรุปโยงความสัมพันธ์ระหว่างมโนทัศน์จากประเด็นเนื้อหาหรือสาระสำคัญในสถานการณ์ที่ศึกษาเป็นหลัก

ตัวแบบในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

- 1.. กรอบความคิดหรือตัวแบบในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

กรอบความคิดในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพอาศัยการวิเคราะห์ผ่านมโนทัศน์ (concepts) ของการวิจัยซึ่งจำแนกออกเป็น 8 มโนทัศน์ เพื่อที่จะสามารถตอบวัตถุประสงค์ของการวิจัยโดยเฉพาะวัตถุประสงค์ใน 1 และข้อ 2 อย่างก็ตามข้อมูลเชิงคุณภาพในส่วนข้อเท็จจริงและข้อเสนอแนะสามารถนำไปวิเคราะห์เสริมข้อมูลเชิงปริมาณในการตอบวัตถุประสงค์ที่ 3 และนำไปสู่การสร้างกรอบแนวคิดในการจัดการ “เมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ” ที่มีความสอดคล้องและเอื้อต่อชีวิตที่ดีมีคุณภาพของผู้สูงอายุในสังคมตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 4 ได้เช่นกัน มโนทัศน์ที่จะเป็นเครื่องมือในการวิเคราะห์ข้อมูลในเชิงคุณภาพของการวิจัยนี้ได้แก่

- 1.1 มโนทัศน์ในเรื่องอาคารและพื้นที่สาธารณะของผู้สูงอายุในชุมชนเมือง
- 1.2 มโนทัศน์ในเรื่องการเดินทางและการขนส่งของผู้สูงอายุในชุมชนเมือง
- 1.3 มโนทัศน์ในเรื่องที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุในชุมชนเมือง
- 1.4 มโนทัศน์ในเรื่องการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุในชุมชนเมือง
- 1.5 มโนทัศน์ในเรื่องการยอมรับนับถือและการมีสังกัดในสังคมของผู้สูงอายุในชุมชนเมือง
- 1.6 มโนทัศน์ในเรื่องการมีส่วนร่วมในฐานะพลเมืองและการจ้างงานของผู้สูงอายุ
- 1.7 มโนทัศน์ในเรื่องสารสนเทศและการติดต่อสื่อสารของผู้สูงอายุในชุมชนเมือง
- 1.8 มโนทัศน์ในเรื่องชุมชนและการบริการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเมือง

2. ในแต่ละมโนทัศน์ (หรือเทียบได้กับตัวแปรในการวิจัยเชิงเชิงปริมาณ) จะมีประเด็นย่อยๆ ในส่วนรายละเอียดซึ่งเป็นแนวทางในการนำไปสร้างเครื่องมือหรือแนวคำถามในการสนทนากลุ่มย่อยทั้ง 9

เมืองใน 9 ภูมิภาคเพื่อที่จะได้ข้อมูลในเชิงคุณภาพกลับมาวิเคราะห์ในรายมนโทัศน์ดังกล่าว ผู้วิจัยใช้ เป็นกรอบในการวิเคราะห์ข้อมูลเชื่อมโยงไปสู่คำตอบตามวัตถุประสงค์ ในทำนองเดียวกันจะเป็น แนวทางในการนำเสนอรายงานการวิจัยในลักษณะที่มีความสอดคล้องและอยู่ในประเด็นเดียวกัน

โดยสรุปการสร้างกรอบความคิดในการวิเคราะห์ในเชิงคุณภาพจะอาศัย มโนทัศน์ (concepts) ทั้ง 8 มโนทัศน์ (รวมทั้งประเด็นในรายละเอียดหรือมโนทัศน์ย่อย (sub-concepts)) ที่ ได้จากการทบทวนวรรณกรรมซึ่งจะเป็นแนวทางการวิเคราะห์และการนำเสนอเป็นรายงานการวิจัย 2.3 เครื่องมือการวิจัยเชิงคุณภาพ ในที่นี้มี 3 ลักษณะคือแนวคำถาม (Interview Guide) ที่ใช้ในการ สัมภาษณ์เจาะลึก ผู้บริหารเมืองเป็นผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informant) ลักษณะที่สองคือแนวการ สัมภาษณ์ (Discussion Issue Guide) ในการสนทนากลุ่ม (focus group discussion) รวมทั้งแบบ การสังเกตการณ์ (Observation Guide) ที่ใช้สังเกตการณ์ต่อสถานที่คือพื้นที่ทางสังคม (public spaces) ในชุมชนเมืองอันเป็นที่ใช้ชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุซึ่งจะพบเห็นทั้งสิ่งอำนวยความสะดวก ต่างๆในชุมชนเมือง (Urban Facilities) ตลอดจนมิติที่เกี่ยวข้องในด้านผู้ใช้คือผู้สูงอายุ ซึ่งเทคนิค วิธีการทั้ง 3 วิธีจะอาศัยประเด็น (issue) หรือ มโนทัศน์ (concepts) จากกรอบแนวคิดเมืองที่เป็น มิตรต่อผู้สูงอายุเป็นแนวทางในการสร้างแนวคำถามและแนวการสังเกตการณ์ในการเก็บข้อมูลซึ่งผลที่ ได้ในเชิงจำนวนงานที่ได้ดำเนินการไปเป็นดังนี้

ตารางที่ 6 จำนวนผู้เข้าประชุมกลุ่มและผู้ถูกสัมภาษณ์ในจังหวัดเป้าหมาย

จังหวัด	จ.น.ผู้เข้าประชุมฯ	จ.น.ผู้สัมภาษณ์ฯ	การสังเกตการณ์ฯ	ช่วงเวลาในพื้นที่
ลำพูน	9	3	/	20-24 ก.ย. 54
ตราด	24	3	/	2-4 ต.ค. 54
นนทบุรี	14	3	/	6-8 ต.ค. 54
นครศรีธรรมราช	9	3	/	17-19 ต.ค. 54
พัทลุง	9	3	/	20-22 ต.ค. 54
นครราชสีมา	8	3	/	23-24 ต.ค. 54
ชัยภูมิ	11	3	/	25-27 ต.ค. 54
สิงห์บุรี	10	3	/	30 พ.ย.-1 ธ.ค.54
อุทัยธานี	9	3	/	2-4 ธ.ค. 54

จากการลงพื้นที่เก็บข้อมูลการวิจัยเชิงคุณภาพเรียงตามลำดับเวลามีผู้ให้ข้อมูลดังนี้

ตารางที่ 7 รายละเอียดผู้ให้ข้อมูล

จังหวัด	ชื่อ	บทบาทที่เกี่ยวข้องกับการจัดการผู้สูงอายุ
ลำพูน 20-24 ก.ย. 54		
ผู้ให้สัมภาษณ์แบบเจาะลึก	1. นางอำพัน กาศุริยะ	- ประธานชมรมผู้สูงอายุวัดไถ่แก้ว เทศบาลเมืองลำพูน, คลังปัญญาพมจ.ลำพูน, ผู้สูงอายุดีเด่นปี 2550 จากกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ โดยคัดเลือกจากทั่วประเทศ
	2. นายเอนก มหาเกียรติคุณ	- นายกเทศมนตรีเทศบาลตำบลริมปิง อ.เมือง
	3. นายพงศ์เทพ มนัสตรง	- ศึกษาพิเศษ อ.เมือง จ.ลำพูน, ปราชญ์ทางวัฒนธรรม
ผู้เข้าร่วมประชุมกลุ่มย่อย	1. นายประสิทธิ์ ไชยयोग	- ประธานชมรมผู้สูงอายุเทศบาลเมืองลำพูน
	2. นายเมืองใจ เสภาชี	- ผู้เคลื่อนไหวภาคประชาสังคม
	3. นายสมศักดิ์ แสนสิงห์ชัย	- ประธานชมรมผู้สูงอายุ ต.ประตูป่า อ.เมือง
	4. นายสุวิทย์ ยศชัย	- ประธานสาขาสมาคมสภาผู้สูงอายุจังหวัด
	5. นางต้นติกา สามแสน	- สมาชิกเทศบาลตำบลเมืองจ๋อ อ.เมือง
	6. นางปาณิสรา ศศิธร	- ผู้แทนขนส่งจังหวัด
	7. นายกำพล ไชยลังกา	- อาสาสมัครพัฒนาสังคมจังหวัด
	8. นางธัญชนก พเมใจ	- นักพัฒนาสังคม พมจ.ลำพูน
	9. นายนัน ชัยศักดิ์	- ฝ่ายโยธาธิการสำนักงานเทศบาลนครลำพูน
ตราด 2-4 ต.ค. 2554		
ผู้ให้สัมภาษณ์แบบเจาะลึก	1. นายนิมิตร สมุทรศิริ	- รองนายกเทศมนตรี ฝ่ายสาธารณสุขเทศบาลเมืองตราด
ผู้เข้าร่วมประชุมกลุ่มย่อย	2. น.ส.รุ่งทิพย์ เอี่ยมจ้อย	- หัวหน้ากลุ่มสวัสดิการสังคมและพิทักษ์คุ้มครองสิทธิ พม.จ.ตราด
	3. นางวิไลวรรณ ดำรงพาณิชย์	- ประธานชุมชนท่าเรือจ้าง
	1. นางสาวราตรี คุ่มญาติ	- ผู้อำนวยการกองการศึกษา เทศบาลเมืองตราด
	2. นายเกษม เปลี้นเดชา	- ผู้อำนวยการกองสวัสดิการสังคม เทศบาลเมืองตราด
	3. นายวันชัย กุลกาญจนารธา	- ตัวแทนภาคธุรกิจเอกชน
	4. นายจรัส ดวงแก้ว	- วิศวกรโยธา อบจ.ตราด
	5. นายจรัส อุทิศ	- ประธานชุมชนโคกไพร
	6. นางวิชชาภา สุริยงค์	- รองประธานชมรมผู้สูงอายุ อ.เมือง
	7. นางลัดดา แสงจันทร์	- ประธานชุมชนรักษ์คลองบางพระ
	8. นายวินิต นิรันท์พานิช	- รองประธานชุมชนรักษ์คลองบางพระ
	9. นางยุวดี สงวนหงษ์	- นักพัฒนาสังคม พมจ.ตราด
	10. นางสาวลี คล้ายมี	- เภรัญญ์ชุมชนท่าเรือจ้าง

- | | |
|-----------------------------|--------------------------------------|
| 11. นางอรอนงค์ คล่องค่าง | - สมาชิกชุมชนท่าเรือจ้าง |
| 12. นางวิไลวรรณ ดำรงพาณิชย์ | - ประธานชุมชนท่าเรือจ้าง |
| 13. นายสมศักดิ์ ทีทาญ | - ชุมชนบ้านล่าง |
| 14. นางสุนันทา หงษ์รอบ | - อสม.ชุมชนบ้านล่าง |
| 15. นางบุญจ่าง แซ่ตัน | - ตัวแทนจากชุมชนวัดโบสถ์ |
| 16. นางวิไล ชัชวาลย์ | - ตัวแทนจากชุมชนวัดโบสถ์ |
| 17. นางสาวนฤมล ใจมีธรรม | - ตัวแทนจากชุมชนกิจสวัสดิ์ |
| 18. นางอังคณา พาทีทิน | - อาสาสมัครผู้สูงอายุ |
| 19. นางวรรณภา บุญล้อม | - ประธานชมรมไผ่ล้อมรักษ์สุขภาพ |
| 20. นางฉวีวรรณ แดงพนา | - สภาวัฒนธรรมจังหวัด |
| 21. นางสาวลักษ์ รักความ | - ประธานชมรมอภิบาลสุขภาพ |
| 22. นายสำราญ ย้ำสม | - กรรมการประสานงานการข่าวชุมชนโคกไทร |
| 23. นางรัศมี บุญลม | - ตัวแทนชุมชนกิจสวัสดิ์ อ.เมือง |
| 24. พ.ท.สนาม ชนะกุลธร | - รองประธานสภาผู้สูงอายุจังหวัดตราด |

นนทบุรี 6-8 ต.ค. 2554

ผู้ให้สัมภาษณ์แบบเจาะลึก

- | | |
|-------------------------------------|--|
| 1. นางสุกัญญา นาคใหญ่ | - หัวหน้ากลุ่มสวัสดิการและพิทักษ์คุ้มครองสิทธิ
สำนักงาน พมจ.นนทบุรี |
| 2. น.ส.คุณสุภาภรณ์ วิบูลย์ลักษณะกุล | - พยาบาลวิชาชีพ 7 วช. หัวหน้างานสุขภาพภาค
ประชาชน สนง.สาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมเทศบาล
นครนนทบุรี (แทนนายกเทศมนตรี) |
| 3. นายเสวียน ภูเกิดพิมพ์ | - รองประธานศูนย์ประสานงานผู้สูงอายุ,
กรรมการบริหารศูนย์ประสานงานผู้สูงอายุจ.นนทบุรี |

ผู้เข้าร่วมประชุมกลุ่มย่อย

- | | |
|------------------------------|---|
| 1. นางบุญเมือง รุ่งสว่าง | - ชมรมผู้สูงอายุบางนายไกร |
| 2. นางสาวเนียง สุพรรณมี | - ชมรมผู้สูงอายุบางนายไกร |
| 3. นายสนอง จุลกะทัตพะ | - ชมรมผู้สูงอายุพระนั่งเกล้า |
| 4. นายยอดศักดิ์ สุขโรจน์ | - รองนายกอบต. |
| 5. นางมาลี สัตยพาณิชย์ | - ชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลศรีธัญญา |
| 6. นายสมศักดิ์ กุลประดิษฐ์ | - ประธานศูนย์ อ.ปากเกร็ด |
| 7. นายศิริ เกตุมี | - ประธานชมรมผู้สูงอายุบางนายไกร |
| 8. นางสาวปรีชาติ ชูแก้ว | - นักพัฒนาสังคม ศูนย์ผู้สูงอายุบ้านบางแค |
| 9. นางสาวบุญมา จีนแผ้ว | - นักพัฒนาสังคม ศูนย์ผู้สูงอายุบ้านบางแค |
| 10. นางสุนตรา ภาคเจริญ | - อนุกรรมการสถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน |
| 11. นายศุภกรณ์ วงศ์คีลี | - นักวิชาการพัฒนาชุมชนชำนาญการพิเศษ |
| 12. นายประกอบ สังข์โต | - ประธานสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย |
| 13. นางพัชร์พิชา พิชิตอรพ่าย | - หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ เทศบาลนนทบุรี |

14. นายปรีชา วงศ์อรุณ

- ประธานคณะกรรมการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ภาครัฐ

นครศรีธรรมราช

17-19 ต.ค. 2554

ผู้ให้สัมภาษณ์แบบเจาะลึก

1. นางฉลวย ศิริพรหม
2. นางวาสนา ไตรวาริน
3. นางรัชณี พวงมาลี

- ประธานชุมชนบ้านต้นหว้า อายุ 63 ปี
- ผู้สูงอายุดีเด่น อดีตข้าราชการเกษียณ
- หัวหน้าบ้านผู้สูงอายุมิตรไมตรี

ผู้เข้าร่วมประชุมกลุ่มย่อย

1. นายสวัสดิ์ กฤตรัชตนันท์
2. นางละออ ฤกษ์มงคล
3. นายวิฑูรย์ ไร่ไพฑูรย์
4. นางจตุพร เลิศมนัสชัย
5. นายเมษา โชติพันธ์
6. นางอุบล นิลเพชร
7. นางสาวสุภาภรณ์ ณ นคร
8. นายวีระศักดิ์ ไกรสิทธิ์
9. นางสาวณิชกานต์ ใบขาว

- ประธานสภาวัฒนธรรมจังหวัด,อดีตผวจ.นครศรีฯ
- ภาคธุรกิจ(ผู้ประกอบการร้านอาหารสมุนไพโร)
- เทศบาลนครนครศรีธรรมราช
- เทศบาลนครนครศรีธรรมราช
- ศูนย์ผู้สูงอายุเทศบาลนคร
- อาสาสมัครผู้สูงอายุ
- พมจ.นครศรีธรรมราช
- พมจ.นครศรีธรรมราช
- ฝ่ายการแพทย์โรงพยาบาลมหาราช นครศรีฯ

พัทลุง 20-22 ต.ค. 2554

ผู้ให้สัมภาษณ์แบบเจาะลึก

1. นายโกสินทร์ ไพศาลสินทร์
2. นางดุขฎิ พุ่มจันทร์
3. นายปลื้ม ดวงสุวรรณ

- นายกเทศมนตรีเทศบาลเมืองพัทลุง
- ผู้อำนวยการกองแผนและงบประมาณ อบจ. พัทลุง
- พมจ.พัทลุง

ผู้เข้าร่วมประชุมกลุ่มย่อย

1. นายนพ สุวรรณเนตร
2. นางประเวศ จริตสกุล
3. นายสุเมธัม คงลิป
4. นางอุบล ทองสลับล้วน
5. นางสาวศิริวัลย์ ภูเกิด
6. นางจุฑารัตน์ มณีโชติ
7. นายประดิษฐ์ ทิพย์สุมาลัย
8. ดร.ทวีเกียรติ เลหาหวลีสันต์
9. นายสาทิพย์ เพชรภาพ

- เทศบาลเมืองพัทลุง
- ผู้ประกอบการธุรกิจ(ร้านเมืองทองการแว่น)
- สาขาสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย
- นักพัฒนาสังคมชำนาญการพิเศษ
- นักพัฒนาสังคมชำนาญการ
- นักพัฒนาสังคมชำนาญการ
- ปลัดจังหวัด
- รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด
- สภาวัฒนธรรมจังหวัด

นครราชสีมา

23-24 ต.ค. 2554

ผู้ให้สัมภาษณ์แบบเจาะลึก

1. น.ส.จรรยาธิษัฏ บุนยานุเคราะห์
2. นางเจริญศรี เนียมวัฒนะ
3. นายวิรัตน์ ตันจินดาประทีป

- นักสังคมสงเคราะห์ พมจ.นครราชสีมา
- ประธานกลุ่มออมทรัพย์ผู้สูงอายุเทศบาลนครฯ
- ประธานชมรมมิตร'31 โคโรจ อ.เมือง จ.
นครราชสีมา ผู้สร้างโรงสีข้าว 30 กว่าแห่งทุกเกล้า

ผู้เข้าร่วมประชุมกลุ่มย่อย	<ol style="list-style-type: none"> 1. นางนิตยา เบ็ญจมาศ 2. นายประชา ฉัตรวงศ์วาท 3. นายวรพงษ์ วิชาติพร 4. นายมา อินทรศร 5. นางสาวสุรีย์วัลย์ เท็กขุนทด 6. นางชนิดดา ชาทิอนุลักษณ์ 7. นายบุญมี เตชาวุธ 	<p>ถวายในหลวง</p> <ul style="list-style-type: none"> - กองสวัสดิการสังคม สำนักงานเทศบาลนครราชสีมา - สาขาสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย - ผู้สูงอายุ อ.เมือง - ชมรมผู้สูงอายุวัดพยัพ - วัฒนธรรมจังหวัด - สำนักการสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมเทศบาลนครราชสีมา - ประชาสัมพันธ์ เทศบาลนครราชสีมา
ชัยภูมิ 25-27 ต.ค. 2554		
ผู้ให้สัมภาษณ์แบบเจาะลึก	<ol style="list-style-type: none"> 1. นายสมศักดิ์ พรสัจจะ 2. นายปรีชา เทพแก้ว 3. นายสมโภชน์ หมู่หมื่นศรี 	<ul style="list-style-type: none"> - พมจ.ชัยภูมิ - วัฒนธรรมจังหวัดชัยภูมิ - ตัวแทนชมรมผู้สูงอายุ อ.เมือง จ.ชัยภูมิ
ผู้เข้าร่วมประชุมกลุ่มย่อย	<ol style="list-style-type: none"> 1. นายถนอม ลุนทา 2. นางนภัสสร ปราบคเชนทร์ 3. นายธนฤต แบ่งฤทธิ์ 4. นายพิชัย พรหมผุย 5. นางสาวประไพ คาบวุฒิ 6. นางทิวาภรณ์ เจริญผล 7. นางจันทร์ทิพ วงศ์ฮาด 8. นางศรีประภา ภูนิการนนท์ 9. นางพิชญามณฑท์ วรรณโก 10. นางอนุสรฯ หวังสุดดี 11. นางทัศนีย์ บุขปวัต 	<ul style="list-style-type: none"> - สาขาสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย - เจ้าหน้าที่กองทุนกสง. - เทศบาลเมืองชัยภูมิ - พมจ.ชัยภูมิ - พมจ.ชัยภูมิ - วัฒนธรรมจังหวัด - อบจ.ชัยภูมิ - สสจ.ชัยภูมิ - โรงพยาบาลชัยภูมิ - โรงพยาบาลชัยภูมิ - ประธานศูนย์ประสานงานองค์กรเอกชน
สิงห์บุรี		
30 พ.ย.-1 ธ.ค.2554		
ผู้ให้สัมภาษณ์แบบเจาะลึก	<ol style="list-style-type: none"> 1. พ.ท. สุนทรี นพกุลสถิตย์ 2. นางพัชรา จันทอุปถิ 3. นางวลัยวรรณ สุทธิโพธิ์ 	<ul style="list-style-type: none"> - ประธานสภาผู้สูงอายุ จังหวัดสิงห์บุรี - ประธานกองทุนสวัสดิการชุมชนอำเภอพรหมบุรี - ประธานกรรมการและที่ปรึกษาเครือข่ายสตรี จ.สิงห์บุรี
ผู้เข้าร่วมประชุมกลุ่มย่อย	<ol style="list-style-type: none"> 1. พ.ท.พยนต์ สำริด 2. นายชาติชาย โชติมา 3. นายทรงวุฒิ นาคประสิทธิ์ 	<ul style="list-style-type: none"> - เลขาธิการชมรมผู้สูงอายุ, ประธานศูนย์การเรียนรู้ชุมชนเทศบาลเมือง จังหวัดสิงห์บุรี - ขนส่งจังหวัด - ประธานศูนย์ประสานงานภาคเอกชนจังหวัด

- | | |
|---------------------------|--|
| 4. นายมานะ ยนต์พิณีจ | - ผู้ประกอบการ หจก.ไทยฮั่วรุ่งเรืองธุรกิจ |
| 5. นายธิดิภัทร นาบุญพัฒนา | - นักพัฒนาสังคมชำนาญการ |
| 6. นายถาวร มั่นคง | - ผู้อำนวยการกองช่าง เทศบาลเมืองสิงห์บุรี |
| 7. นางนิตยา วันกรท | - รักษาการผู้อำนวยการกองสวัสดิการสังคมเทศบาลเมืองสิงห์บุรี |
| 8. นางสาวณิชาภา ก้อนแสง | - พมจ.สิงห์บุรี |
| 9. นายสาม นัทธี | - ปลัดเทศบาลเมืองสิงห์บุรี |
| 10. นายจำเนียร วังซากร | - ประธานสภาวัฒนธรรมจังหวัด |

อุทัยธานี 2-4 ธ.ค. 2554

- | | | |
|----------------------------|-----------------------------------|---|
| ผู้ให้สัมภาษณ์เจาะลึก | 1. พ.อ. อำนาจ เทียงงาม | - ประธานสาขา สภาผู้สูงอายุ จังหวัดอุทัยธานี |
| | 2. นายสกล บุญสมุทร | - ประธานชมรมผู้สูงอายุจังหวัดอุทัยธานี |
| | 3. นางสาวจินตนา เสือพวง | - พมจ.อุทัยธานี |
| ผู้เข้าร่วมประชุมกลุ่มย่อย | 1. นางสาวเบญจวรรณ พัวเจริญเกียรติ | - เทศบาลเมืองอุทัยธานี |
| | 2. นายอนุชา พัศถาน | - เจ้าหน้าที่อบจ. |
| | 3. นางสาววันเพ็ญ วงษ์พิส | - ขนส่งจังหวัด |
| | 4. นางพิศมัย ตามะทะ | - วัฒนธรรมจังหวัด |
| | 5. นางสาวศิราภรณ์ สุขศีลลำเสม | - พมจ.อุทัยธานี |
| | 6. นางสาวสำออง จันทบาล | - พมจ.อุทัยธานี |
| | 7. นางสาวคัทลียา เจริญสุข | - พมจ.อุทัยธานี |
| | 8. นายสินสมุทร คำหอม | - มูลนิธิพิทักษ์ก่อสร้างสรรค์ |
| | 9. นายแก้ว ภูริผล | - ประธานชมรมผู้สูงอายุจังหวัด |

ข. การวิจัยเชิงปริมาณ

การวิจัยเชิงปริมาณแบ่งออกเป็น 2 ส่วนคือการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่ทำให้ทราบถึงสภาพความเป็นอยู่ วิถีชีวิต ตลอดจนปัญหาอุปสรรคต่างๆ กับการใช้กรอบแนวคิดเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุขององค์การอนามัยโลกมาทดสอบ เพื่อสำรวจตัวแปรและตัวชี้วัดเหล่านั้นอันจะนำมาซึ่งกรอบแนวคิดการสร้างเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุในสังคมไทย ได้อย่างชัดเจนยิ่งขึ้นโดยมีรายละเอียดการวิจัยดังนี้

การวางรูปแบบการวิจัย(Research Design) แบบการวิจัยเชิงปริมาณโดยอาศัยรูปแบบการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research Design)

การเก็บรวบรวมข้อมูล นอกเหนือจากข้อมูลการวิจัยเชิงคุณภาพในเชิงพฤติกรรมเชิงลึกของผู้สูงอายุและข้อมูลด้านการจัดการเมืองต่อสังคมผู้สูงอายุแล้วยังจะเก็บข้อมูลในเชิงปริมาณในสนามอีกด้วยโดยกลุ่มตัวอย่างมาจากการสุ่มอย่างง่ายโดยอาศัยตารางเลขสุ่มเพื่อให้ได้ตัวอย่างจาก

บัญชีครัวเรือนของผู้สูงอายุใน 9 จังหวัดที่เป็นจังหวัดที่มีอัตราผู้สูงอายุสูงสุดของ 9 ภูมิภาคอันได้แก่ จังหวัดในแต่ละภูมิภาคที่เป็นพื้นที่เก็บข้อมูลทั้งในเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณด้วยเช่นกัน คือ

1. กรุงเทพมหานครและปริมณฑลได้แก่ จังหวัดนนทบุรี
2. ภาคกลาง ได้แก่ จังหวัดสิงห์บุรี
3. ภาคตะวันออก ได้แก่ จังหวัดตราด
4. ภาคเหนือตอนบนได้แก่ จังหวัดลำพูน
5. ภาคเหนือตอนล่างได้แก่ จังหวัดอุทัยธานี
6. ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน ได้แก่ จังหวัดชัยภูมิ
7. ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง ได้แก่ จังหวัดนครราชสีมา
8. ภาคใต้ตอนบน ได้แก่ จังหวัดนครศรีธรรมราช
9. ภาคใต้ตอนล่าง ได้แก่ จังหวัดพัทลุง

เครื่องมือการวิจัย ในแบบสอบถามจะประกอบไปด้วยคำถาม 2 หมวดกล่าวคือหมวดแรกว่าด้วยคุณลักษณะทางประชากร (population attribute) ของผู้สูงอายุที่ตอบ กับหมวดที่ 2 เป็นตัวแปรด้านเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ⁶ ซึ่งอาศัยกรอบขององค์การอนามัยโลกจำนวน 8 ตัวแปร และโดยมี 84 ตัวชี้วัด (WHO 2007) ซึ่งตัวแปร(variables) ในการวิจัยเชิงปริมาณได้แก่

- ตัวแปรอาคารและพื้นที่สาธารณะ ซึ่งมี 12 ตัวชี้วัด
- ตัวแปรการเดินทางและการขนส่ง ซึ่งมี 17 ตัวชี้วัด
- ตัวแปรอยู่อาศัย ซึ่งมี 7 ตัวชี้วัด
- ตัวแปรการมีส่วนร่วมทางสังคม ซึ่งมี 8 ตัวชี้วัด
- ตัวแปรการยอมรับและการมีสังกัดในสังคม ซึ่งมี 9 ตัวชี้วัด
- ตัวแปรการมีส่วนร่วมในฐานะพลเมืองและการจ้างงาน ซึ่งมี 8 ตัวชี้วัด
- ตัวแปรสารสนเทศและการติดต่อสื่อสาร ซึ่งมี 11 ตัวชี้วัด
- ตัวแปรความเป็นชุมชนและการบริการด้านสุขภาพ ซึ่งมี 12 ตัวชี้วัด

(รายละเอียดตัวชี้วัดปรากฏในแบบสอบถามในภาคผนวก)

การคัดเลือกตัวอย่าง (sampling) ในการวิจัยเชิงปริมาณในส่วนนี้คือกลุ่มคนหรือผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเมืองที่ถูกคัดเลือกให้ศึกษา ได้แก่ 9 จังหวัดดังกล่าว(โดยอิงจำนวนผู้สูงอายุที่มากเป็นลำดับต้นของแต่ละภูมิภาคอันจำเป็นต้องให้ความสำคัญเป็นลำดับแรกเมื่อพิจารณาในเชิงขนาดของ

⁶ ได้แก่กรอบแนวคิดที่ใช้ในการตรวจสอบคุณสมบัติสำคัญของเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุโดยองค์การอนามัยโลกได้ปรึกษาและศึกษาจาก 33 เมืองใน 22 ประเทศ เพื่อกำหนดเป็นแนวทางสำหรับผู้ที่จะนำไปประยุกต์ใช้ (WHO Global Age-Friendly Cities Guide)

ผู้สูงอายุของทั้ง 9 จังหวัด) อย่างไรก็ตามการสุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุในเมืองทั้ง 9 จะเป็นการสุ่มอย่างง่าย เพื่อให้ได้ความเป็นตัวแทนที่เป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเมืองหรือเทศบาลในแต่ละที่โดยจำนวนตัวอย่างเป็นไปตามสัดส่วนตามหลักการวิจัยกล่าวคือการคำนวณหาขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่จะเป็นตัวแทนของประชากร จากสูตรของ Taro Yamane (Yamane, 1967: 580) และกำหนดค่าความคลาดเคลื่อนขนาดกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 5

การวัดน่าเชื่อถือในข้อมูล (reliability) โดยได้จากค่าความเชื่อมั่นในข้อมูลจากแบบสอบถามที่ได้นำไปทดลองจะมีการคำนวณจากค่า α ซึ่งเป็นค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของมาตรวัดโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช จากแบบสอบถามที่ได้รับตอบกลับมาจากประชาชนที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง 150 คน นำมาทดสอบความน่าเชื่อถือของมาตรวัด โดยมีค่าความน่าเชื่อถือ 0.978 รายละเอียดการทดสอบความน่าเชื่อถือ ดังนี้

ตารางที่ 8 ค่าความน่าเชื่อถือของข้อคำถาม

ชุดที่	รายละเอียด	จำนวนข้อ	ความน่าเชื่อถือ
1	ประเด็นพื้นที่โล่งแจ้ง และอาคารสถานที่ต่าง ๆ ในเขตเมือง (Outdoor Spaces And Buildings)	12	0.830
	1. ความสะอาดและความสวยงามของพื้นที่สาธารณะ		0.885
	2. ความเพียงพอ-ปลอดภัยของพื้นที่สีเขียวและที่นั่งกลางแจ้ง		0.885
	3. ความปลอดภัยของทางเดินเท้าหรือฟุตบอล		0.840
	4. ความกว้างและสะดวกของทางเดินเท้า		0.847
	5. ความสะดวกของทางม้าลาย		0.968
	6. ความเอื้อเฟื้อของพนักงานขับรถประจำทาง		0.850
	7. ความปลอดภัยกรณีมีวงเวียน		0.836
	8. การสร้างเสริมความปลอดภัยในที่โล่งแจ้ง		0.812
	9. ความสะดวกของการบริการสาธารณะต่างๆ		0.833
	10. มีการจัดบริการเฉพาะสำหรับผู้พิการ		0.874
	11. ความสะดวกในการเข้าถึงอาคารสถานที่		0.945
	12. ความเพียงพอ เหมาะสมของห้องน้ำหรือสุขาสาธารณะทั้งภายนอกและภายในอาคาร		0.823
2	ประเด็นการจราจร การเดินทาง และขนส่ง (Traffic and Transportation)	17	0.841

	13. ความแน่นอน/เหมาะสมของคาร์ดโดยสารสาธารณะ		0.821
	14. ความต่อเนื่องของการบริการ		0.821
	15. ความครอบคลุมของการให้บริการ		0.971
	16. ความปลอดภัยของรถโดยสาร รวมทั้งความสะอาด มีการบำรุงรักษา มีที่นั่งพิเศษสำหรับผู้สูงอายุ		0.813
	17. มีระบบการขนส่งสำหรับผู้พิการเป็นการเฉพาะ		0.852
	18. ความเอื้อเฟื้อของพนักงานขับรถ		0.827
	19. มีจุดจอดรถที่ปลอดภัย สะดวก สะอาด มีแสงสว่าง และเครื่องหมาย มีที่นั่งพักเพียงพอ		0.866
	20. มีตารางกำหนดเวลาการเดินทางที่แน่นอน		0.815
	21. มีระบบให้บริการเสริม		0.819
	22. ระดับการบริการโดยรถแท็กซี่หรือรถรับจ้างประเภทอื่น		0.815
	23. การบำรุงรักษาสภาพถนน		0.826
	24. การจัดระบบการจราจร		0.927
	25. ถนนหนทางปราศจากอุปสรรคต่อการมองเห็นของ พนักงานขับรถ		0.841
	26. ไฟสัญญาณจราจรและทางแยกสามารถเห็นได้อย่างชัดเจน และเหมาะสม		0.877
	27. ความรู้ความชำนาญของพนักงานขับรถ		0.885
	28. ความสะดวก ปลอดภัย และเพียงพอของที่จอดรถและพื้นที่สำหรับรับส่งผู้โดยสารที่สูงอายุ		0.801
	29. ความสะดวก ปลอดภัย และเพียงพอของที่จอดรถและพื้นที่สำหรับรับส่งผู้พิการ ทุพพลภาพ		0.827
3	ประเด็นที่อยู่อาศัยในชุมชนเมือง (Housing)	7	0.833
	30. มีบ้านหรือที่อยู่อาศัยในราคาที่เหมาะสม และพอเพียงอยู่ในที่ที่ปลอดภัย และใกล้กับการบริการชุมชน		0.877
	31. มีการให้บริการซ่อมแซมบ้านอย่างเพียงพอ ในราคาที่เหมาะสม		0.840
	32. สภาพบ้านมีความมั่นคงปลอดภัย สามารถป้องกันภัยพิบัติต่างๆ หรือจากสภาพฝนฟ้าอากาศได้		0.862
	33. ภายในบ้าน มีความกว้างพอ หรือเอื้อให้ผู้สูงอายุสามารถเคลื่อนไหวเข้าออกห้องต่าง ๆ ได้อย่างสะดวก		0.827
	34. มีการบริการซ่อมแซมบ้านให้กับผู้สูงอายุมีความปลอดภัยในราคาที่เหมาะสม		0.866
	35. บ้านเช่ามีความสะอาด ปลอดภัย และมีการบำรุงรักษาอย่างดี		0.866

	36. มีบ้านให้ผู้พิการ ทูพพลภาพ ได้อยู่อาศัยในราคาที่เหมาะสม		0.877
4	ประเด็นการมีส่วนร่วมทางสังคม (Social Participation)	8	0.825
	37. สถานที่จัดกิจกรรมต่างๆ สามารถเดินทางไปถึงได้ด้วยระบบขนส่งสาธารณะ โดยสะดวก		0.800
	38. กิจกรรมต่าง ๆ จัดในช่วงเวลาที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ		0.864
	39. กิจกรรมต่าง ๆ จัดให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมได้โดยง่าย ทั้งแบบส่วนตัวและแบบเป็น หมู่คณะ		0.805
	40. กิจกรรมต่างๆ ไม่มีค่าใช้จ่ายอื่น หรือมีภาระค่าใช้จ่ายที่ตามมา		0.959
	41. มีการแจ้งข้อมูลข่าวสาร หรือสื่อสารประชาสัมพันธ์ในการเข้าร่วมกิจกรรม โดยชัดเจน		0.840
	42. มีการจัดกิจกรรมที่หลากหลาย หรือเหมาะสมกับผู้สูงอายุ		0.826
	43. มีสถานที่ในการจัดกิจกรรมอย่างหลากหลาย		0.902
	44. มีเวทีหรือสถานที่รองรับผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงในการถูกทอดทิ้ง		0.849
5	ประเด็นการยอมรับนับถือและการมีศักดิ์ในสังคม (Respect And Social Inclusion)	13	0.887
	45. ผู้สูงอายุได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ อาสาสมัคร ตลอดจนผู้ให้บริการใน ภาคธุรกิจอย่างสม่ำเสมอ		0.864
	46. ผู้สูงอายุได้รับการบริการที่สอดคล้องกับความต้องการ จากเจ้าหน้าที่ของรัฐ และภาคธุรกิจ		0.806
	47. เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการมีความเอื้อเฟื้อและมีน้ำใจต่อผู้สูงอายุ		0.880
	48. สื่อสารมวลชน เช่นหนังสือพิมพ์ วิทยุ ในท้องถิ่นให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุอยู่ เสมอ		0.831
	49. ชุมชนมีการจัดกิจกรรมที่เอื้อให้คนทุกวัยเข้าร่วมโดยคำนึงถึงความต้องการ ของผู้สูงอายุเป็นการเฉพาะ		0.847
	50. เวลาที่มีการจัดกิจกรรมของครอบครัวลูกหลานจะให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุ มากที่สุด		0.958
	51. โรงเรียนต่างๆในเขตเมืองจะเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมของ โรงเรียนเสมอ		0.853
	52. ชุมชนตระหนักในคุณค่าของผู้สูงอายุทั้งจากประสบการณ์ในอดีตและใน ปัจจุบัน		0.813
	53. ผู้สูงอายุที่สุขภาพไม่ดียังคงได้รับความสะดวกในการใช้บริการจากทั้งภาครัฐ		0.884

	และภาคธุรกิจ		
	54. มีการแนะนำฝึกอบรม หรือการยอมรับอย่างกว้างขวางให้มีอาสาสมัครผู้สูงอายุ แบบมีค่าตอบแทนให้		0.891
	55. มีการส่งเสริมโอกาสให้ผู้สูงอายุสามารถทำงานได้		0.979
	56. มีค่าจ้างที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุที่ทำงาน		0.871
	57. ไม่มีการรังเกียจหรือสร้างเงื่อนไขข้อจำกัดเพื่อกีดกันผู้สูงอายุจากการจ้างงาน		0.821
6	ประเด็นการมีส่วนร่วมในฐานะพลเมืองและการมีงานทำ (Civic Participation And Employment)	4	0.892
	58. สถานที่ทำงานมีการปรับสภาพเพื่อให้สามารถรองรับผู้พิการ ทุพพลภาพ		0.835
	59. มีการส่งเสริม หรือสร้างโอกาสให้ผู้สูงอายุสามารถหาเลี้ยงตัวเอง		
	60. มีการฝึกอบรมให้แก่ผู้เกษียณอายุเพื่อสร้างทักษะในการทำงาน		0.959
	61. มีการกระตุ้นให้องค์กรทั้งภาครัฐ ภาคธุรกิจเอกชน รวมทั้งภาคประชาชนให้รับสมาชิกที่เป็นผู้สูงอายุ		0.869
			0.896
7	ประเด็นสารสนเทศและการติดต่อสื่อสาร (Communication And Information)	11	0.806
	62. มีระบบการติดต่อสื่อสารขั้นพื้นฐานที่มีประสิทธิภาพแก่ผู้สูงอายุ		0.820
	63. มีการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารอย่างกว้างขวางและสม่ำเสมอแก่ผู้สูงอายุ		0.883
	64. มีการกระจายเสียง หรือออกกระจายข่าว เพื่อแจ้งข่าวที่เป็นประโยชน์สำหรับผู้สูงอายุ		0.804
	65. มีการติดต่อสื่อสารแบบปากต่อปากไปยังผู้สูงอายุด้วยเช่นกัน		0.874
	66. ผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงในการถูกทอดทิ้งก็ได้รับข้อมูลข่าวสารจากผู้ที่สามารถไว้วางใจได้		0.842
	67. มีการให้บริการอย่างเอื้อเฟื้อ หรืออย่างเป็นทางการกับผู้สูงอายุ ทั้งจากภาครัฐและภาคธุรกิจเอกชน		0.804
	68. มีการนำเสนอข่าวสารทางสิ่งพิมพ์ โทรทัศน์จากภาครัฐ โดยมีข้อความและตัวหนังสือที่ชัดเจนแก่ผู้สูงอายุ		0.829
	69. สิ่งพิมพ์และข้อความมีภาษาที่เข้าใจง่าย กระชับ ตรงไปตรงมา ให้ผู้สูงอายุได้เข้าใจได้โดยง่าย		0.873
	70. การบริการโทรศัพท์แบบตอบรับจากส่วนราชการหรือภาคเอกชน จะพูดช้า ๆ ชัดเจน ฟังเข้าใจโดยสะดวก		0.868
	71. ตัววิ่งหรือตัวหนังสือตามป้ายในที่สาธารณะต่างๆ มีความใหญ่ ชัดเจน		0.804

	สามารถเข้าใจได้โดยง่าย		
	72. มีบริการคอมพิวเตอร์ อินเทอร์เน็ตที่ราคาถูกโดยทั่วไป		0.898
8	ประเด็นการสนับสนุนจากชุมชนและการบริการสุขภาพ (Community Support and Health Services)	12	0.838
	73. มีระบบการให้บริการสาธารณสุข ทั้งในด้านป้องกันและการรักษา		0.961
	74. มีบ้านพักที่ให้บริการด้านสุขภาพ ซึ่งมีแม่บ้านและผู้ดูแลอย่างเหมาะสม		0.809
	75. มีสถานบริการสุขภาพและการบริการทางสังคมที่เดินทางไปได้โดยสะดวกด้วยรถสาธารณะ		0.857
	76. มีสิ่งอำนวยความสะดวกที่ออกแบบมาสำหรับผู้สูงอายุโดยเฉพาะในชุมชน		0.891
	77. สิ่งอำนวยความสะดวกด้านการสาธารณสุขและการบริการชุมชนที่มีความปลอดภัย และเข้าถึงได้ง่าย		0.836
	78. มีการแจ้งข้อมูลข่าวสารที่ชัดเจนแก่ผู้สูงอายุ เพื่อให้เข้าถึงการบริการสาธารณสุขและบริการชุมชนได้		0.801
	79. ภายในชุมชนมีการจัดการการบริการสุขภาพที่ดี และมีประสิทธิภาพ		0.888
	80. เจ้าหน้าที่ที่ให้บริการผู้สูงอายุมีความสุภาพ เอื้อเฟื้อ และได้รับการฝึกฝนมาเป็นอย่างดี		0.843
	81. การให้บริการสุขภาพในชุมชนไม่มีการเรียกรับเงิน เป็นการบริการฟรี		0.818
	82. มีการส่งเสริมหรือสนับสนุนให้มีอาสาสมัครทุกเพศ ทุกวัย เป็นผู้ให้บริการด้านสุขภาพอนามัย		0.831
	83. มี สุสาน หรือ ฌาปนสถาน (หรือที่เผาศพ ที่ฝังศพ) อย่างเพียงพอ และเหมาะสมในเมืองนี้		0.855
	84. ชุมชนมีการวางแผนรองรับสภาวะฉุกเฉิน โดยคำนึงถึงผู้สูงอายุ ผู้พิการ หรือผู้ที่ยากจน เป็นลำดับแรก		0.882

ตัวแบบในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

ใช้การวางรูปแบบการวิจัยในเชิงสำรวจ (survey research design) แบบวัดครั้งเดียว (one shot study) และเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม (questionnaire) โดยจำแนกเป็น 2 ประเด็นหลักในการตอบวัตถุประสงค์การวิจัยทั้ง 4 ข้อคือคือในส่วนของการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่ทำให้ทราบถึงสภาพความเป็นอยู่ วิถีชีวิต ตลอดจนปัญหาอุปสรรคต่างๆ กับส่วนการใช้กรอบแนวคิดเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุขององค์การอนามัยโลกมาทดสอบ เพื่อสำรวจตัวแปรและตัวชี้วัดเหล่านั้น เป็นต้นว่า ลำดับความสำคัญก่อนหลังของประเด็นปัญหาตลอดจนความต้องการของผู้สูงอายุต่อประเด็นขององค์การอนามัยโลก รวมทั้งประเด็นที่ผู้สูงอายุของไทยต้องการ

อันจะนำไปสู่การสร้างกรอบแนวคิดการสร้างเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุในสังคมไทยได้อย่างชัดเจน ยิ่งขึ้นจากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ โดยคณะผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอนตั้งแต่ การกำหนดกลุ่มประชากร และการเลือกกลุ่มตัวอย่าง, ขอบเขตด้านเนื้อหาและตัวแปร, การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย, ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ, การเก็บรวบรวมข้อมูล, การประมวลและวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

3.1 การกำหนดกลุ่มประชากรและการเลือกตัวอย่าง นอกเหนือจากข้อมูลการวิจัยเชิงคุณภาพในเชิงพฤติกรรมเชิงลึกของผู้สูงอายุและข้อมูลด้านการจัดการเมืองต่อสังคมผู้สูงอายุแล้วยังจะเก็บข้อมูลในเชิงปริมาณในสนามอีกด้วยโดยกลุ่มตัวอย่างมาจากการสุ่มอย่างง่ายจากบัญชีครัวเรือนของผู้สูงอายุใน 9 จังหวัดที่เป็นจังหวัดที่มีอัตราผู้สูงอายุสูงสุดของ 9 ภูมิภาคอันได้แก่กรุงเทพมหานครและปริมณฑล ได้แก่ จังหวัดนนทบุรี, ภาคกลาง ได้แก่ จังหวัดสิงห์บุรี, ภาคตะวันออก ได้แก่ จังหวัดตราด, ภาคเหนือตอนบนได้แก่ จังหวัดลำพูน, ภาคเหนือตอนล่างได้แก่จังหวัดอุทัยธานี, ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบนได้แก่ จังหวัดชัยภูมิ, ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่างได้แก่ จังหวัดนครราชสีมา, ภาคใต้ตอนบนได้แก่ จ. นครศรีธรรมราช, และภาคใต้ตอนล่าง ได้แก่ จังหวัดพัทลุง

สำหรับการคัดเลือกตัวอย่าง (sampling) ในการวิจัยเชิงปริมาณในส่วนนี้คือกลุ่มคนหรือผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเมืองที่ถูกคัดเลือกให้ศึกษา ได้แก่ 9 จังหวัดดังกล่าว (โดยอิงจำนวนผู้สูงอายุที่มากเป็นลำดับต้นของแต่ละภูมิภาคอันจำเป็นต้องให้ความสำคัญเป็นลำดับแรกเมื่อพิจารณาในเชิงขนาดของผู้สูงอายุของทั้ง 9 จังหวัด) อย่างไรก็ตามการสุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุในเมืองทั้ง 9 จะเป็นการสุ่มอย่างง่ายเพื่อให้ได้ความเป็นตัวแทนที่เป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเมืองหรือเทศบาลในแต่ละที่โดยจำนวนตัวอย่างเป็นไปตามสัดส่วนตามหลักการวิจัยกล่าวคือการคำนวณหาขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่จะเป็นตัวแทนของประชากร จากสูตรของ Taro Yamane (Yamane, 1967: 580) และกำหนดค่าความคลาดเคลื่อนขนาดกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 5 โดยจำนวนตัวอย่างเป็นดังนี้

ตารางที่ 9 ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

จังหวัด	จำนวนประชากร		รวม	ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง
	ชาย	หญิง		
นนทบุรี	2,396	3,252	5,648	374
สิงห์บุรี	2,261	3,243	5,504	373
ตราด	4,187	4,865	9,052	384
ลำพูน	3,620	4,244	7,864	381
อุทัยธานี	2,360	3,011	5,371	373
ชัยภูมิ	8,717	10,620	19,337	392
นครราชสีมา	8,878	11,504	20,382	393
นครศรีธรรมราช	8,257	10,851	19,108	392
พัทลุง	5,773	8,042	13,815	389
รวม				3,451

3.2 ขอบเขตด้านเนื้อหาและตัวแปร ผู้วิจัยได้กำหนดตัวแปรในการวิเคราะห์ ดังนี้

3.2.1 ตัวแปรอิสระ ได้แก่ ตัวแปรอาคารและพื้นที่สาธารณะ (outdoor spaces and buildings) ตัวแปรการเดินทางและการขนส่ง (transportation) ตัวแปรอยู่อาศัย (housing) ตัวแปรการมีส่วนร่วมทางสังคม (social participation) ตัวแปรการยอมรับนับถือจากคนในสังคม (respect and social inclusion) ตัวแปรการมีส่วนร่วมในฐานะพลเมืองและการจ้างงาน (civic participation and employment) ตัวแปรสารสนเทศและการติดต่อสื่อสาร (communication and information) ตัวแปรความเป็นชุมชนและการบริการด้านสุขภาพ (community support and health services)

3.2.2 ตัวแปรตาม ได้แก่ เมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ ใน 8 มิติข้างต้น จากการตรวจสอบคุณสมบัติสำคัญของเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุโดยองค์การอนามัยโลกได้ปรึกษาและศึกษาจาก 33 เมืองใน 22 ประเทศ

3.3 การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การสร้างเครื่องมือการวิจัย ในแบบสอบถามจะประกอบไปด้วยคำถาม 2 หมวด กล่าวคือหมวดแรกว่าด้วยคุณลักษณะทางประชากร (population attribute) ของผู้สูงอายุที่ตอบ กับหมวดที่ 2 เป็นตัวแปรด้านเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ⁷ ซึ่งอาศัยกรอบขององค์การอนามัยโลกจำนวน 8 ตัวแปรและโดยมี 84 ตัวชี้วัด (WHO 2007) ซึ่งตัวแปร(variables) ในการวิจัยเชิงปริมาณได้แก่

3.3.1 ตัวแปรอาคารและพื้นที่สาธารณะ ซึ่งมี 12 ตัวชี้วัด

3.3.2 ตัวแปรการเดินทางและการขนส่ง ซึ่งมี 17 ตัวชี้วัด

3.3.3 ตัวแปรที่อยู่อาศัย ซึ่งมี 7 ตัวชี้วัด

3.3.4 ตัวแปรการมีส่วนร่วมทางสังคม ซึ่งมี 8 ตัวชี้วัด

3.3.5 ตัวแปรการยอมรับนับถือจากคนในสังคม ซึ่งมี 9 ตัวชี้วัด

3.3.6 ตัวแปรการมีส่วนร่วมในฐานะพลเมืองและการจ้างงาน ซึ่งมี 8 ตัวชี้วัด

3.3.7 ตัวแปรสารสนเทศและการติดต่อสื่อสาร ซึ่งมี 11 ตัวชี้วัด

3.3.8 ตัวแปรความเป็นชุมชนและการบริการด้านสุขภาพ ซึ่งมี 12 ตัวชี้วัด

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมสำหรับการวิจัยครั้งนี้ใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล โดยแบ่งออกเป็น 3 ตอน คือ

ตอนที่ 1 เป็นแบบสอบถามตรวจสอบรายการ (check list) วัดข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม

⁷ ได้แก่กรอบแนวคิดที่ใช้ในการตรวจสอบคุณสมบัติสำคัญของเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุโดยองค์การอนามัยโลกได้ปรึกษาและศึกษาจาก 33 เมืองใน 22 ประเทศ เพื่อกำหนดเป็นแนวทางสำหรับผู้ที่จะนำไปประยุกต์ใช้ (WHO Global Age-Friendly Cities Guide)

ตอนที่ 2 เป็นแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) ใช้เก็บข้อมูลเชิงปริมาณ เพื่อวัดระดับพึงพอใจในการจัดการเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ โดยให้เลือกตอบตามลำดับการตัดสินใจของผู้ตอบแบบสอบถาม โดยแบบสอบถามจะมีลักษณะการให้คะแนนมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ เกณฑ์การให้คะแนนในแบบสอบถามมีดังนี้

ระดับความ พึงพอใจมากที่สุด	=	5	คะแนน
ระดับความ พึงพอใจมาก	=	4	คะแนน
ระดับความ พึงพอใจปานกลาง	=	3	คะแนน
ระดับความ พึงพอใจน้อย	=	2	คะแนน
ระดับความ พึงพอใจน้อยที่สุด	=	1	คะแนน

เมื่อรวบรวมข้อมูลและแจกแจงความถี่แล้ว จะใช้คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างมาพิจารณา ระดับพึงพอใจ ซึ่งมีการกำหนดเกณฑ์ตามแนวทางของ (Best, 1981, p. 257) ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{ความกว้างของอันตรภาคชั้น} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} \\ &= \frac{5 - 1}{5} = 0.8 \end{aligned}$$

ค่าเฉลี่ย 4.21-5.00 หมายถึง มีความพึงพอใจมากที่สุด

ค่าเฉลี่ย 3.41-4.20 หมายถึง มีความพึงพอใจมาก

ค่าเฉลี่ย 2.61-3.40 หมายถึง มีความพึงพอใจปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.81-2.60 หมายถึง มีความพึงพอใจน้อย

ค่าเฉลี่ย 1.00-1.80 หมายถึง มีความพึงพอใจน้อยที่สุด

ตอนที่ 3 เป็นแบบสอบถามชนิดปลายเปิด (open-ended questionnaires) เพื่อให้ผู้ตอบแบบสอบถามแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหา และอุปสรรคเป็นการเพิ่มเติม

3.4 ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ คณะผู้วิจัยดำเนินการสร้างดังนี้

3.4.1 ศึกษาข้อมูลจากตำรา เอกสาร แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการเมือง เพื่อนำมาใช้เป็นแนวทาง รวมถึงการกำหนดของเขตในการสร้างแบบสอบถามให้ครอบคลุมตามความมุ่งหมายของงานวิจัย

3.4.2 ศึกษาวิธีการสร้างแบบสอบถาม เพื่อกำหนดขอบเขต และเนื้อหาแบบทดสอบจะส่งผล
 ให้ได้ความชัดเจนตามความมุ่งหมายของการวิจัยยิ่งขึ้น

3.4.3 นำแบบสอบถามที่แก้ไขตามคำแนะนำ มาดำเนินการทดสอบ (pre-test) กับ
 ประชาชนที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ด้วย
 วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา (alpha coefficient) ของครอนบาช หลังขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ
 ข้างต้น ทำให้ผู้วิจัยได้แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ซึ่งสามารถสรุปเป็นประเด็น ตัวแปร และข้อ
 คำถาม ของตัวแปรต่าง ๆ โดยสรุปเป็นตาราง ดังนี้

ตารางที่ 10 ตัวแปรและข้อคำถาม

ตัวแปร	ข้อคำถาม
1. อาคารและพื้นที่ สาธารณสุข	1. พื้นที่สาธารณะสะอาดและสวยงาม 2. พื้นที่สีเขียวและที่นั่งกลางแจ้งมีจำนวนเพียงพอ มีการบำรุงรักษาเป็นอย่างดีและปลอดภัย 3. ทางเท้ามีสภาพดีไม่มีอุปสรรคและสงวนไว้สำหรับคนเดินเท้าโดยเฉพาะ 4. ทางเท้าไม่ลื่นและมีกวางพอสําหรับรถเข็นและมีการลาดมุมเพื่อโค้งให้ได้ระดับถนน 5. ทางเดินคนข้ามถนน มีในจำนวนที่เพียงพอและปลอดภัย มีเครื่องหมายพื้นทางเดิน ที่กันลื่น มีทั้ง เสียงและการสังเกตเห็นได้อย่างชัดเจน และมีเวลาข้ามอย่างเพียงพอ 6. พนักงานขับรถประจำทางมีการหยุดให้คนข้ามหรือหยุดบริเวณทางแยก 7. วงเวียนแยกจากทางเท้าและทางเดินอื่นๆ 12. ห้องน้ำสาธารณะทั้งภายนอกและภายในอาคารมีเพียงพอและสะอาด 9. การบริการสาธารณะต่างๆ อยู่ในที่เดียวกันและสามารถเข้าถึงได้โดยสะดวก 10. มีการบริการ เช่น กั้นคิว หรือเคาน์เตอร์บริการสำหรับผู้สูงอายุ 11. อาคารสถานที่มีป้ายบอกทั้งภายใน-ภายนอก ภายในมีที่นั่งและห้องสุขา เพียงพอ มีลิฟต์หรือ ทางเลื่อนให้บริการและขึ้นบันไดไม่ลื่น 12. มีการสร้างเสริมความปลอดภัยในที่โล่งแจ้ง (เช่น มีแสงสว่าง มีตำรวจคอยตรวจตราและมีการให้ การศึกษาแก่ชุมชน)
2. การเดินทางและ การขนส่ง	13. ราคาค่ารถขนส่งสาธารณะมีความแน่นอนระบุไว้ชัดเจน และไม่แพง 14. การบริการขนส่งสาธารณะมีความถี่และความน่าเชื่อถือมี บริการทั้งในเวลา กลางคืน และ วันหยุดสุดสัปดาห์ และวันหยุด 15. มีการขนส่งสาธารณะที่สามารถเข้าถึงทุกพื้นที่ มีถนนที่เชื่อมต่อกัน ยานพาหนะมีสภาพดี มี เครื่องหมายที่ชัดเจน 16. ยานพาหนะที่สะอาดบำรุงรักษาอย่างดี ไม่แออัด และมีที่นั่งพิเศษสำหรับผู้สูงอายุ 17. มีระบบการขนส่งสำหรับผู้พิการ 18. พนักงานขับรถหยุดในที่หยุดรถเพื่ออำนวยความสะดวกให้ กับผู้โดยสารและรองจนกว่าผู้โดยสารนั่ง ประจำที่จึงจะออกรถ 19. มีจุดจอดรถที่ปลอดภัย สะดวก สะอาด มีแสงสว่าง และเครื่องหมาย มีที่นั่งพักเพียงพอ

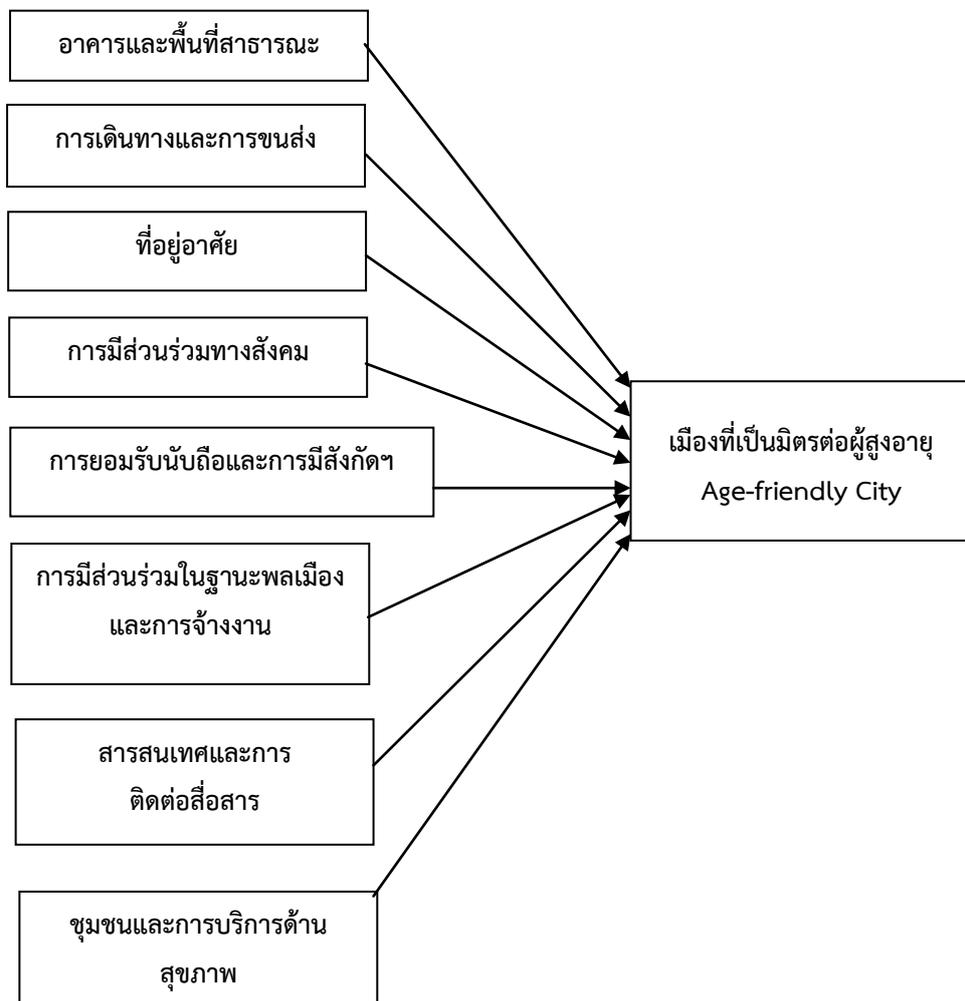
20. มีตารางกำหนดเวลาเดินทางที่แน่นอน
 21. หากรถสาธารณะไม่เพียงพอ มีอาสาสมัครให้บริการรถสาธารณะ
 22. รถแท็กซี่สามารถเข้าถึงได้และราคาไม่แพง คนขับสุภาพ และเป็นผู้ที่เอื้อเฟื้อ
 23. ถนนมีการบำรุงรักษาอย่างดี มีแสงสว่างที่พอเพียง
 24. การจราจรในพื้นที่ไหลลื่น
 25. ถนนหนทางปราศจากอุปสรรคต่อการมองเห็นของ พนักงานขับรถ
 26. ไฟสัญญาณจราจรและทางแยกสามารถเห็นได้อย่างชัดเจน และเหมาะสม
 27. มีหลักสูตรการศึกษาและเสริมสร้างการทำงานให้กับพนักงานขับรถ
 28. ที่จอดรถและพื้นที่ส่งผู้โดยสารมีความปลอดภัยมีจำนวน เพียงพอและตั้งอยู่ในที่สะดวก
 29. มีที่จอดและจุดจอดเฉพาะที่ปลอดภัยสำหรับคนพิการ
- 3. ที่อยู่อาศัย**
30. มีบ้านราคาเหมาะสม และพอเพียงอยู่ในที่ที่ปลอดภัย และใกล้กับบริการชุมชน
 31. มีการให้บริการซ่อมแซมบ้านที่เพียงพอ ราคาเหมาะสม
 32. ตัวบ้านสามารถป้องกันภัยพิบัติต่าง ๆ จากสภาพอากาศได้
 33. พื้นที่ภายในบ้านเอื้อให้ผู้อยู่อาศัยเคลื่อนไหวเข้าออกห้องต่าง ๆ ได้อย่างสะดวก
 34. มีการซ่อมแซมบ้านที่เอื้อต่อผู้สูงอายุ และเหมาะสมกับราคา
 35. บ้านเช่ามีความสะอาด ปลอดภัย และมีการบำรุงรักษาอย่างดี
 36. มีบ้านให้ผู้พิการอยู่อาศัยในราคาที่เหมาะสม
- 4. การมีส่วนร่วมทางสังคม**
37. สถานที่จัดกิจกรรมต่าง ๆ สามารถเดินทางไปถึงได้ด้วยระบบขนส่งสาธารณะ
 38. กิจกรรมต่าง ๆ จัดในช่วงเวลาที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ
 39. กิจกรรมต่าง ๆ จัดให้เข้าร่วมได้ง่ายมีทั้งแบบส่วนตัวและแบบเป็นหมู่คณะ
 40. กิจกรรมต่าง ๆ ไม่มีค่าใช้จ่ายอื่นตามมา
 41. มีการแจ้งข้อมูลข่าวสารในการเข้าร่วมกิจกรรมโดยชัดเจน
 42. มีการจัดกิจกรรมที่หลากหลาย เหมาะสมกับผู้สูงอายุ
 43. มีสถานที่ในการจัดกิจกรรมในท้องถิ่น เช่น สถานที่พักผ่อนหย่อนใจ โรงเรียน ห้องสมุดประชาชน ศูนย์ชุมชน
 44. มีเวทีหรือสถานที่รองรับผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงในการถูกทอดทิ้ง
- 5. การยอมรับนับถือและการมีศักดิ์ในสังคม**
45. ผู้สูงอายุได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ อาสาสมัคร ตลอดจนผู้ให้บริการธุรกิจอย่างสม่ำเสมอเพื่อการบริการที่ดีที่สุด
 46. ผู้สูงอายุได้รับการบริการที่สอดคล้องกับความต้องการจากจหนท.รัฐและภาคธุรกิจ
 47. เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการมีความเอื้อเฟื้อและมีน้ำใจ
 48. สื่อให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุอยู่เสมอ
 49. ชุมชนมีการจัดกิจกรรมที่เอื้อให้คนทุกวัยเข้ามาร่วมโดยคำนึงถึงความต้องการของผู้สูงอายุ ๆ
 50. ให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุมากที่สุดในการจัดกิจกรรมครอบครัว
 51. โรงเรียนเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมของโรงเรียน
 52. ชุมชนตระหนักในคุณค่าของผู้สูงอายุทั้งจากประสบการณ์ในอดีตและปัจจุบัน
 53. ผู้สูงอายุที่สุขภาพไม่ดีได้รับความสะดวกในการเข้ารับบริการจากทั้งภาครัฐและภาคธุรกิจ

54. เปิดโอกาสอย่างกว้างขวางสำหรับผู้สูงอายุอาสาสมัคร ทั้งในการฝึกอบรม การยอมรับคำแนะนำ ตลอดจนมีการจ่ายค่าตอบแทน
- 6. การมีส่วนร่วมใน
ฐานะพลเมืองและการ
มีงานทำ**
55. ส่งเสริมโอกาสให้ผู้สูงอายุสามารถทำงานได้
56. เปิดโอกาส และมีค่าจ้างที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุที่ทำงาน
57. ไม่มีการรังเกียจ จำกัดผู้สูงอายุจากการจ้างงาน การฝึกอบรม
58. สถานที่ทำงานมีการปรับสภาพรองรับผู้พิการ
59. ส่งเสริม สร้างโอกาสให้ผู้สูงอายุสามารถหาเลี้ยงตัวเองได้
60. มีการฝึกอบรมให้แก่ผู้เกษียณอายุเพื่อการทำงาน
61. มีการกระตุ้นให้ทั้งภาครัฐและเอกชน รวมทั้งภาคประชาชนให้มีสมาชิกเป็นผู้สูงอายุ
- 7. สารสนเทศและการ
ติดต่อสื่อสาร**
62. มีระบบการติดต่อสื่อสารขั้นพื้นฐานที่มีประสิทธิภาพแก่ผู้สูงอายุ
63. มีการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารอย่างกว้างขวางและสม่ำเสมอ
64. มีการกระจายเสียงเพื่อประโยชน์ของผู้สูงอายุ
65. มีการติดต่อสื่อสารแบบปากต่อปากไปยังผู้สูงอายุ
66. ผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงในการถูกทอดทิ้งได้รับข้อมูลข่าวสารจากผู้ที่เกี่ยวข้องได้
67. มีการให้บริการอย่างเป็นมิตรจากภาครัฐและภาคธุรกิจ
69. สิ่งพิมพ์และข้อความมีภาษาที่เข้าใจง่าย กระชับ ตรงไปตรงมา
70. การบริการโทรศัพท์ตอบรับ พูดซ้ำ ๆ ชัดเจน ฟังเข้าใจ
71. อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์มีตัวหนังสือใหญ่ชัดเจน
72. มีการให้บริการคอมพิวเตอร์และอินเทอร์เน็ตที่ราคาถูกในสถานที่สาธารณะ เช่น สถานที่ราชการ ศูนย์ชุมชน ห้องสมุด
- 8. การสนับสนุนจาก
ชุมชนและการบริการ
สุขภาพ**
73. มีระบบการสนับสนุนและการให้บริการสาธารณสุขเพื่อป้องกันและรักษาสุขภาพ
74. มีบ้านพักที่ให้บริการด้านสุขภาพ มีแม่บ้านและผู้ดูแล
75. มีสถานบริการสุขภาพและบริการทางสังคมที่สามารถเดินทางไปด้วยการขนส่งสาธารณะ
76. มีสิ่งอำนวยความสะดวกที่ถูกต้องแบบสำหรับผู้อยู่อาศัยที่สูงอายุ
77. สิ่งอำนวยความสะดวกด้านการสาธารณสุขและการบริการชุมชนมีความปลอดภัย และเข้าถึงง่าย
78. มีการแจ้งข้อมูลข่าวสารที่ชัดเจนแก่ผู้สูงอายุ เพื่อให้เข้าถึงการบริการสาธารณสุขและบริการชุมชนได้
79. มีการจัดการการบริการที่ดี
80. เจ้าหน้าที่ที่ให้บริการผู้สูงอายุมีความสุข เอื้อเฟื้อ และได้รับการฝึกมาอย่างดี
81. การให้บริการสุขภาพในชุมชนไม่มีการเรียกรับเงิน
82. มีการสนับสนุนให้มีการบริการโดยอาสาสมัครทุกวัย
83. มีสุสานหรือฌาปนสถานเพียงพอ
84. มีการวางแผนฉุกเฉินของชุมชนโดยคำนึงถึงผู้ที่อ่อนแอและสมรรถภาพของผู้สูงอายุ

3.4.4 การเก็บรวบรวมข้อมูลนอกจากข้อมูลจากเอกสาร เช่น ศึกษาจากตำรา เอกสาร บทความ ทฤษฎี หลักการ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ แล้ว คณะผู้วิจัยยังลงสนามวิจัยเพื่อจัดเก็บข้อมูลทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยในเชิงปริมาณด้วย เครื่องมือแบบสอบถามทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยได้รับความร่วมมือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น กรมพัฒนาและส่งเสริมสวัสดิการ กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น โดยได้รับความร่วมมือจาก สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด เทศบาล ตลอดจน ผู้นำชมรมหรือองค์กร สูงอายุ ๆ และชุมชนท้องถิ่นในการรวบรวมข้อมูลแบบสอบถามรวมทั้งสนับสนุนข้อมูลที่เป็นประโยชน์ ต่อการวิจัย

3.4.5 การประมวลและวิเคราะห์ข้อมูล

ในส่วนนี้คือกรอบหรือตัวแบบในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ซึ่งมีสมมติฐานของการศึกษา ว่า “ปัจจัยด้านอาคารและพื้นที่สาธารณะ การเดินทางและการขนส่ง ที่อยู่อาศัย การมีส่วนร่วมทาง สังคม การยอมรับนับถือจากคนในสังคม การมีส่วนร่วมในฐานะพลเมืองและการจ้างงาน สารสนเทศ และการติดต่อสื่อสาร ความเป็นชุมชนและการบริการด้านสุขภาพ เป็นปัจจัยสนับสนุนให้เกิดเมืองที่ เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ”



จากกรอบดังกล่าวรายละเอียดขั้นตอนและแนวคิดวิธีการต่อข้อมูลเชิงปริมาณที่จะนำมาวิเคราะห์ตามกรอบความคิดความสัมพันธ์ดังกล่าวดังนี้

3.3.5.1 การประมวลข้อมูล มีขั้นได้แก่การตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูลแบบสอบถาม การลงรหัสกำกับแบบสอบถาม การบันทึกข้อมูลเข้าเครื่องเพื่อให้เป็นระบบดิจิทัล ตลอดจนการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลที่ได้ประมวล

3.3.5.2 ข้อมูลเชิงปริมาณที่ได้จากการประมวลจะนำมาวิเคราะห์ด้วยแบบจำลองทางสถิติ (Statistical Model) แบบต่างๆที่เอื้อต่อลักษณะของข้อมูลและคำตอบตามวัตถุประสงค์ในแต่ละข้อตามกรอบความคิดในการวิเคราะห์ ดังนี้

วัตถุประสงค์ที่ 1 เพื่อศึกษาปัจจัยด้านสภาวะแวดล้อมของเมืองที่รองรับสังคมผู้สูงอายุ จะใช้ผลจากการวิเคราะห์ข้อมูลในเชิงปริมาณจากแบบสอบถามเป็นหลัก

วัตถุประสงค์ที่ 2 เพื่อศึกษาความสามารถของเมืองในการบริหารจัดการเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุจะใช้ผลจากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์เจาะลึก จากการสัมภาษณ์เชิงกลุ่ม หรือการประชุมกลุ่มย่อย และจากการสังเกตการณ์ในชุมชนเมืองเป็นหลัก โดยอาศัยข้อมูลที่ได้รับจากคำถามปลายเปิดในแบบสอบถามประกอบการวิเคราะห์

วัตถุประสงค์ที่ 3 เพื่อศึกษาเปรียบเทียบปัจจัยด้านสภาวะแวดล้อมของเมืองในแต่ละภูมิภาคภายใต้กรอบแนวคิด “เมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ” จะใช้ข้อมูลเชิงปริมาณเป็นหลักและเสริมในเชิงความหมายที่ลุ่มลึกด้วยการวิจัยเชิงคุณภาพ

วัตถุประสงค์ที่ 4 เพื่อสร้างกรอบแนวคิดในการบริหารจัดการ “เมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ” ที่มีความสอดคล้องและเอื้อต่อชีวิตที่ดีมีคุณภาพของผู้สูงอายุในสังคมไทย โดยจะใช้ข้อมูลเชิงปริมาณเพื่อนำมาวิเคราะห์ด้วยเทคนิคการวิเคราะห์จำแนกกลุ่ม (Discriminant Analysis) โดยการวิเคราะห์ตัวแปรอิสระหรือด้านปัจจัยที่ร่วมกันพยากรณ์ตัวแปรตาม (ตัวแปรอิสระทั้ง 8 นำไปสู่ตัวแปรตามคือการสร้างเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ) เพื่อที่จะหาสาเหตุหรือปัจจัยที่ควรใช้ในการแบ่งกลุ่มของแต่ละภูมิภาค โดยจะนำไปสู่การสร้างตัวแบบหรือสร้างสมการจำแนกกลุ่มที่มีความสอดคล้องกับในแต่ละภูมิภาค นอกจากนี้เทคนิคการวิเคราะห์จำแนกกลุ่มยังสามารถนำสมการจำแนกกลุ่มที่ได้มาใช้พยากรณ์หน่วยวิเคราะห์ใหม่ว่าสมควรจัดให้อยู่ในกลุ่มใดอีกด้วย

สรุปแล้วตัวแบบทางสถิติที่ผู้วิจัยได้นำมาใช้ในสมมติฐานนี้เป็นการศึกษาว่ามีตัวแปรทำนายตัวใดบ้างที่สามารถใช้ในการจำแนกกลุ่มของตัวแปรเกณฑ์ได้ (เมื่อพิจารณาจากแผนภูมิความสัมพันธ์เชิงสาเหตุและผลกระทบในข้อ 3.3.6) เพื่อนำไปสู่การจำแนกกลุ่มของผู้สูงอายุในแต่ละภูมิภาค หรือสามารถสร้างกรอบความคิดหรือโมเดลในลักษณะสมการของแต่ละภูมิภาคในการจัดการเพื่อนำไปสู่ “เมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ” ที่มีความสอดคล้องกับสังคมไทยในแต่ละภูมิภาคต่อไป

ข้อมูลจากการสังเกตการณ์ในเมืองจะนำมาประกอบในกาวิเคราะห์และอภิปรายในบทวิเคราะห์อย่างกว้างขวาง

การสรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูล

แม้ว่าข้อมูลจะแบ่งกลุ่มการจัดเก็บออกเป็น 9 ภูมิภาค แต่ในขั้นการวิเคราะห์เพื่อสรุปให้เป็นข้อสรุปของภูมิภาคจะวิเคราะห์เป็นกลุ่มออกเป็น 5 กลุ่ม คือ 1. กรุงเทพมหานครและปริมณฑล, 2. ภาคกลาง (โดยวิเคราะห์ข้อมูลของจังหวัดสิงห์บุรีและจังหวัดตราดเข้าด้วยกัน) 3. ภาคเหนือ (โดยรวมเอาภาคเหนือตอนบนคือจังหวัดลำพูนกับภาคเหนือตอนล่างคือจังหวัดอุทัยธานีเข้าด้วยกัน) 4. ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (โดยรวมเอาภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบนคือจังหวัดชัยภูมิกับภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่างคือจังหวัดนครราชสีมาเข้าด้วยกัน) และ 5. ภาคใต้ (โดยรวมเอาภาคใต้ตอนบนคือจังหวัดนครศรีธรรมราชกับภาคใต้ตอนล่างคือจังหวัดพัทลุงเข้าด้วยกัน) เพื่อความเป็นเอกภาพในการวิเคราะห์และการรายงานผลอีกทั้งจะได้ข้อสรุปที่สามารถสื่อสารไปยังวงกว้างได้ง่ายและเป็นสากลยิ่งขึ้น

แผนการดำเนินการวิจัย

แผนงานวิจัยเริ่มตั้งแต่ 16 สิงหาคม 2554 จนถึง 15 สิงหาคม 2555 รวม 12 เดือน ดังนี้

ตารางที่ 11 แผนการดำเนินการวิจัย

ลำดับขั้น	ระยะเวลา	กิจกรรม
1	16 ส.ค.-15 ก.ย. 54	ศึกษาเงื่อนไขโครงการ การทบทวนกรอบแนวทางการวิจัย ประชุมเครือข่าย วางแผนงานสนาม
2	16 ก.ย. – 15 ต.ค. 54	ประสานงานภายใน ภายนอกเพื่อลงสนามวิจัยทั่วประเทศ
3	16 ต.ค. 54 – 15 ม.ค. 55	ลงพื้นที่เก็บข้อมูลทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพ
4	16 พ.ย. 54 – 15 มี.ค. 55	การประมวลและวิเคราะห์ข้อมูล
5	16 มี.ค.55 – 15 มิ.ย. 55	การจัดทำรายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ (ร่าง)
6	16 มิ.ย.55 - 15 ส.ค. 55	การจัดทำรายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์

การนำเสนอรายงานการวิจัย

นอกจากบทสรุปสำหรับผู้บริหารแล้ว รายงานการวิจัยประกอบไปด้วยเนื้อหา 8 ส่วน ดังนี้

- ส่วนที่ 1 เป็นส่วนที่ว่าด้วยบทนำ กรอบความคิดเชิงทฤษฎีและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง
ระเบียบวิธีการศึกษา
- ส่วนที่ 2-6 เป็นส่วนที่ว่าด้วยการวิเคราะห์ปัจจัยและความสามารถในการบริหารจัดการ
การเมืองเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุทั้ง 5 ภูมิภาค โดยวิธีการในการนำเสนอผลการวิเคราะห์ตามราย

บทในส่วนนี้โดยจะนำเสนอการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งในเชิงคุณภาพและในเชิงปริมาณโดยการตอบ
วัตถุประสงค์ข้อที่ 1 และ 2 รวมกันไปในแต่ละบท

3. ส่วนที่ 7 เป็นการวิเคราะห์เชิงเปรียบเทียบปัจจัยด้านสภาวะแวดล้อมของเมืองในแต่ละ
ภูมิภาคภายใต้กรอบแนวคิด “เมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ” ซึ่งจะตอบวัตถุประสงค์ข้อที่ 3

4. ส่วนที่ 8 เป็นบทสรุป การบริหารจัดการเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุในสังคมไทย ที่จะมี
ข้อสรุป หรือภาพรวมของการวิจัยสำหรับการตอบวัตถุประสงค์ในข้อที่ 4 ทั้งนี้จะเป็นผลโดยรวมของ
ข้อมูลจากการวิเคราะห์โดยใช้ Discriminant Analysis จะมีทั้งข้อสังเกตบางประการ การอภิปราย
ผล และข้อเสนอแนะ

คณะผู้วิจัย

1. รองศาสตราจารย์ ดร. ดำรงค์ดี จันทโททัย (หัวหน้าโครงการวิจัย) คณะรัฐศาสตร์
มหาวิทยาลัยรามคำแหง หมายเลขโทรศัพท์ 02-310-8483-7 โทรศัพท์เคลื่อนที่ 081-720-
5455 email: drs2542@hotmail.com
 2. ดร. กฤษณ์ รักษาติเจริญ (นักวิจัย) คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
หมายเลขโทรศัพท์ โทร.02-8002840-78 ต่อ 1260 โทรสาร.02-4419324
โทรศัพท์เคลื่อนที่ 081-242-4243 email: Krishphd@live.com
 3. ดร. เมธิณี แสงกระจ่าง (นักวิจัย) วิทยาการและนักวิจัยอิสระ โทรศัพท์เคลื่อนที่ 086-016-
7666 email: my_whitechristmas@hotmail.com
-