

## บทที่ 2

### การทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแนวโน้มยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในทศวรรษหน้า พ.ศ.2555 โดยใช้เทคนิคเดลฟาย ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพอสรุปได้ดังนี้

1. แนวคิดยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ
  - 1.1. แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ
  - 1.2. ความสำคัญของยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในอนาคต
  - 1.3. แนวโน้มในอนาคตของตัวกำหนดสุขภาพผู้สูงอายุ
2. ยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของประเทศไทยและต่างประเทศ
  - 2.1. ยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของประเทศไทย
  - 2.2. ยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุต่างประเทศ
3. ยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในแผนผู้สูงอายุระยะยาว
4. การวิจัยอนาคตด้วยเทคนิคเดลฟาย

#### 1. แนวคิดยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

ยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เป็นทิศทางหลักในระบบใหญ่ทั้งหมดที่กลุ่มบุคคลจัดทำขึ้นเพื่อเป็นทิศทางของแผนในระดับใหญ่ ๆ (โกวิน วิวัฒนพงศ์พันธ์, 2542 ; สุภาพร พิศาลบุตร, 2543) ซึ่งมีความสำคัญอย่างยิ่งยวดและสำคัญอย่างต่อเนื่อง โดยกำหนดเป็นจุดหมายปลายทาง (พัคตร์ผอง วัฒนสินธุ์, 2542) และสิ่งที่ต้องการจะทำให้เกิดผลสำเร็จในอนาคตไว้ล่วงหน้า โดยผู้บริหารหรือผู้เชี่ยวชาญในระดับสูง (ทะนง ทองเต็ม, 2543) ซึ่งเป็นเรื่องที่ต้องใช้ผู้ที่มีความรอบรู้ รับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาและความต้องการในการพัฒนาตลอดจนมีประสบการณ์ในการบริหารและมีความเชี่ยวชาญในการปฏิบัติงาน และเข้าใจถึงการเปลี่ยนแปลงของสิ่งต่าง ๆ ในอนาคต (เสนาะ ดิยาวี, 2544)

## 1.1 แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเป็นกระบวนการเพิ่มความสามารถของผู้สูงอายุในการควบคุม ดูแลและพัฒนาสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้นเพื่อบรรลุสภาวะทั้งร่างกาย สังคม จิตใจ และจิตวิญญาณ การสร้างเสริมสุขภาพเป็นการสื่อความหมายของคำว่าสร้างกับเสริม “การสร้าง” คือ การทำขึ้นมาใหม่ และ “การเสริม” คือ การทำเพิ่มขึ้น ที่ทุกฝ่ายทำได้และช่วยกันทำได้ ในขณะที่บางส่วนบางเรื่องต้องรอการ “ส่งเสริม” จากคนอื่น (อำพล จินดาวัฒนะ, 2546) การสร้างเสริมสุขภาพจึงเป็นการสร้างเสริมปัจจัยทั้งปวงที่ทำให้มีสุขภาพดี ทั้งทางปัจเจกบุคคล ทางสังคม เศรษฐกิจ ทางสิ่งแวดล้อมและทางนโยบาย ซึ่งเป็นวิถีทางที่ยั่งยืนในการลงทุนด้านสุขภาพและมีความคุ้มค่าสูง (ประเวศ วะสี, 2540) ในอดีตการมองเรื่องสุขภาพเป็นเรื่องของโรคภัยไข้เจ็บ จึงมีความพยายามมุ่งแก้ไขเมื่อเกิดโรคภัยไข้เจ็บเพื่อให้กลับมาสู่สภาพเดิม ซึ่งเป็นกระบวนการที่สอดคล้องกับสถานการณ์ในขณะนั้นเพราะประเทศไทยกำลังอยู่ในช่วงของการพัฒนาทำให้อัตราป่วย อัตราตายจากโรคติดเชื้อลดลงอย่างมากแต่โรคที่เกิดจากพฤติกรรม สังคม อุบัติเหตุ สิ่งแวดล้อม สุขภาพจิต การใช้ยาเสพติดและความรุนแรงมีเพิ่มมากขึ้น จากสถานการณ์เหล่านี้ทำให้การใช้แนวคิดแบบเดิมมาปรับใช้ในการดำเนินงานจะไม่สามารถทำให้ประสบผลสำเร็จอีกต่อไป จำเป็นต้องมีการปรับกระบวนการทัศน์ใหม่

ในช่วงการเคลื่อนไหวเพื่อการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ มีการสร้างจินตนาการด้านสุขภาพดีแทนสุขภาพเสีย เป็น “การสร้างนำซ่อม” มีการเคลื่อนไหวเพื่อการปฏิรูปปรับเปลี่ยนแนวคิดเรื่องสุขภาพมาเน้นที่การร่วมกันสร้างเสริมสุขภาพควบคู่กับการพัฒนาระบบซ่อมสุขภาพให้ดียิ่งขึ้นกว่าเดิม ถึงวันนี้กระบวนการทัศน์ของการสร้างเสริมสุขภาพจึงเป็นมรรคาไปสู่การพัฒนาทั้งหมดเป็นเรื่องของทุกคน โดยทุกคนและเพื่อทุกคน (ประเวศ วะสี, 2546 ; อำพล จินดาวัฒนะ, 2546) สำหรับการสร้างเสริมสุขภาพในระดับนานาชาติที่สำคัญและมีส่วนในการปรับกระบวนการทัศน์ที่สำคัญ คือ Ottawa Charter (WHO, 1986) หากนำมากำหนดเป็นยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตามการสร้างเสริมสุขภาพแนวใหม่ มีหลักการดังนี้

1. การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อผู้สูงอายุ (built healthy public policy) โดยเน้นให้ทุกคนในชุมชน หรือสังคมมีข้อตกลงทางสังคมร่วมกัน รับหลักการเดียวกันในการที่จะปฏิบัติเพื่อให้ทุกคนในชุมชนหรือสังคมมีสุขภาพดี เช่น การกำหนดนโยบายไม่ให้มีการทอดทิ้งผู้สูงอายุในชุมชน นโยบายหมู่บ้านปลอดอุบัติเหตุ นโยบายครอบครัวอบอุ่น เป็นต้น

2. สร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพผู้สูงอายุ (create supportive environment for health) สิ่งแวดล้อมในที่นี้อาจจะเป็นสิ่งแวดล้อมที่เป็นรูปธรรม หรือนามธรรม สิ่งแวดล้อมที่เป็นรูปธรรมที่ใกล้ตัวผู้สูงอายุได้แก่ ครอบครัว ซึ่งจะต้องให้ความรักความเอาใจใส่ มีการเกื้อหนุนดูแล

ผู้สูงอายุ ขณะเดียวกันต้องมีปฏิสัมพันธ์ในเชิงรุก มีความเข้าใจกัน ชุมชนก็เป็นสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบ ๆ ตัวผู้สูงอายุซึ่งจะต้องมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุในทุก ๆ ด้าน การดูแลความเป็นระเบียบเรียบร้อยของบ้านและที่อยู่อาศัยรอบ ๆ บ้านจะทำให้ผู้อยู่อาศัยรวมถึงผู้สูงอายุมีความสุข มีสุขภาพดีและปลอดภัยจากอุบัติเหตุต่าง ๆ ส่วนสิ่งแวดล้อมที่เป็นนามธรรม เช่น ขนบธรรมเนียม ประเพณีวัฒนธรรมในสังคม ซึ่งสังคมไทยมีข้อดีมากกว่าประเทศอื่น ๆ ในหลาย ๆ ด้าน เช่น การให้ความเคารพคตินิยมแก่ผู้สูงอายุ มีประเพณีรดน้ำคำหัว รดน้ำสงกรานต์ เป็นต้น

3. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ (strengthen community action) ชุมชนจะต้องส่งเสริมการรวมตัวกันหรือรวมกลุ่มกันเพื่อที่จะดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยการรวบรวมปัญหาต่าง ๆ นำมาวิเคราะห์วางแผน ดำเนินการเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุให้เป็นผู้สูงอายุที่สามารถแสดงศักยภาพได้ตามความถนัด เพื่อให้เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง เช่น การจัดให้มีการรวมกลุ่มเพื่อให้เกิดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ กิจกรรมทางด้านประเพณี วัฒนธรรมต่าง ๆ เช่น การฟังกุญแจฟังธรรม เป็นต้น

4. พัฒนาทักษะผู้สูงอายุ ในการดูแลสร้างเสริมสุขภาพ (develop personal skills) โดยให้ความรู้ ความเข้าใจแก่ผู้สูงอายุ บุคคลในครอบครัวและชุมชน ในเรื่องการเปลี่ยนแปลงทางสรีระต่าง ๆ การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคมของผู้สูงอายุ ตลอดจนแนวทางการดูแลส่งเสริมสุขภาพโดยผ่านสื่อต่าง ๆ

5. ปรับเปลี่ยนบริการด้านสาธารณสุข (reorient health services) โดยเน้นทางด้านสุขภาพในเชิงรุกมากขึ้น เช่น มีการคัดกรองสุขภาพ ให้มีการดูแลให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ โดยให้บริการในลักษณะองค์รวม ให้ครอบคลุมทุก ๆ ด้าน

สรุป การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเป็นการเพิ่มความสามารถของผู้สูงอายุในการควบคุมและพัฒนาสุขภาพของตนเอง ซึ่งผู้สูงอายุมีลักษณะเฉพาะของประชากรที่ต้องให้การสร้างเสริมสุขภาพเพื่อนำไปสู่การพัฒนา การคงไว้และป้องกันการเสื่อมถอยของสถานะทางสุขภาพโดยอาศัยการดำเนินงานจากทุกภาคส่วน เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีและดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมยาวนานที่สุด ยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในแนวใหม่เป็นการสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ การมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพ การพัฒนาทักษะในการสร้างเสริมสุขภาพและการปรับเปลี่ยนนโยบายด้านสาธารณสุข

## 1.2 ความสำคัญของยุทธศาสตร์ต่อการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในทศวรรษหน้า

การปรับแนวคิดให้การสร้างเสริมสุขภาพมีความหมายกว้างขึ้น ทำให้เรื่องของยุทธศาสตร์ในการทำให้เกิดสุขภาพดีมีความหมายกว้างขึ้น ในอนาคตสถานการณ์ด้านสุขภาพจะมีความสลับซับซ้อนและยุ่งยากมากขึ้น จะมีการเปลี่ยนแปลงหลายๆ อย่างเกิดขึ้น เช่น การเปลี่ยนแปลงด้านประชากร ด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมือง วิทยาการเทคโนโลยี การสื่อสารและข้อมูลข่าวสาร นอกจากนี้ความเกี่ยวข้องกับหน่วยงานสากลที่มีผลต่อระบบสุขภาพ เช่น WTO ทำให้ความต้องการบริการสุขภาพเพิ่มขึ้น รูปแบบบริการเปลี่ยนไป ความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วยและญาติเปลี่ยนไป มีปัญหาสาธารณสุขใหม่และทวีความรุนแรงมากยิ่งขึ้นปัญหาเหล่านี้จะมีผลกระทบต่อกันมีความเชื่อมโยงเกี่ยวข้องกัน (จรัส สุวรรณเวลา, 2543) เกิดสถานการณ์ปัญหาที่เรียกว่า ทวิภาระของโรค (double burden of disease) คือเป็นทั้งโรคติดเชื่อและโรคไม่ติดเชื่อ (วันดี โภคกุล, 2546) ซึ่งส่งผลให้การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในอนาคตมีความยุ่งยากมากยิ่งขึ้น

นอกจากนี้สภาพปัญหาสาธารณสุขและสภาพแวดล้อมสาธารณสุขได้มีการเปลี่ยนแปลงทั้งภายในองค์กรและภายนอกองค์กร มีผลมาจากการเปลี่ยนแปลงทางการเมือง เศรษฐกิจ สังคมและเทคโนโลยีที่ก้าวหน้าอย่างรวดเร็วทำให้รูปแบบหรือยุทธศาสตร์ที่เคยนำมาใช้นั้น จำเป็นต้องปรับให้เหมาะสมกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น มิฉะนั้นแล้วการดำเนินงานก็จะไม่สามารถบรรลุวัตถุประสงค์หรือเป้าหมายที่กำหนดไว้อย่างมีประสิทธิภาพได้ (โกวิน วิวัฒนพงศ์พันธ์, 2542)

จากปรากฏการณ์ดังกล่าว ได้สะท้อนถึงสถานการณ์และความผันแปรของสิ่งแวดล้อมที่ท้าทายความรู้ความสามารถของผู้เชี่ยวชาญ ในการวางแผนและคาดการณ์ยุทธศาสตร์ในการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อพัฒนาระบบงานสาธารณสุขให้สามารถเปลี่ยนไปสู่ระดับที่มีสมรรถนะสูงขึ้น พร้อมทั้งจะตอบสนองความต้องการและบริการตามความจำเป็นเพื่อแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ของประชาชนให้มีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น ด้วยเหตุนี้จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องดำเนินการวิเคราะห์และปรับเปลี่ยนจุดอ่อนของการสร้างเสริมสุขภาพอย่างเร่งด่วนเพราะเชื่อมโยงเกี่ยวข้องและกระทบกับงานสาธารณสุขทั้งระบบในอนาคต การกำหนดยุทธศาสตร์จะผ่านกระบวนการในระดับกว้างและเจาะลึกบางประเด็นที่สำคัญของสภาพแวดล้อมภายในและภายนอกองค์กร เป็นการศึกษาทางเลือกและคาดการณ์ในระยะยาวที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานของความเป็นไปได้ของทรัพยากรงบประมาณ กำลังคน โครงสร้างและระบบงานขององค์กร การผลิตและเทคโนโลยีในอนาคตวัฒนธรรมของโลกและองค์กร แล้วกำหนดเป็นยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพในอนาคตที่ดีที่สุด (the best, the most and the greatest) ซึ่งมีความถูกต้องเหมาะสม รวดเร็วและยืดหยุ่นในการแก้ไขปัญหา สามารถใช้ประโยชน์จากทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดในการดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมายที่ได้กำหนดไว้อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด

การเตรียมยุทธศาสตร์ในการดำเนินงานเพื่อให้เห็นแนวโน้มในอนาคตเพื่อตอบสนองสถานการณ์ที่คาดไม่ถึง สถานการณ์ที่ไม่คิดว่าจะเป็นไปได้หรือสถานการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว ตั้งตัวไม่ทันได้เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว รวดเร็วและกว้างขวางในทุก ๆ ด้านในระบบสุขภาพ ดังนั้นการมองแนวโน้มการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในอีก 10 ปีข้างหน้า โดยการกำหนดเป็นยุทธศาสตร์เพื่อสร้างทิศทางและผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ให้เกิดในทศวรรษหน้านับว่าเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง ส่งผลให้การจัดการกับสิ่งต่าง ๆ ที่มองอนาคตและความสามารถในการปรับเปลี่ยนเพื่อรองรับ ตอบสนองและเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงที่เป็นปัจจัยสำคัญในการกำหนดอนาคต ภายใต้การเปลี่ยนแปลงรอบด้านทั้งที่เกิดภายในและภายนอกระบบสุขภาพ ทั้งที่เกิดแล้วและมีแนวโน้มที่จะสร้างผลกระทบมากขึ้นในอนาคต ทำให้ต้องมีการปรับแนวคิด นโยบายและยุทธศาสตร์ของระบบสุขภาพขนานใหญ่

### 1.3 แนวโน้มในอนาคตของตัวกำหนดสุขภาพผู้สูงอายุ

การสร้างเสริมสุขภาพเพื่อให้เป็นผู้สูงอายุที่เข้มแข็ง (active aging) เป็นเป้าหมายต้องการที่สำคัญที่ต้องไปให้ถึงในศตวรรษที่ 21 (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 254; WHO, 2002) ซึ่งตัวกำหนดสุขภาพผู้สูงอายุที่เข้มแข็ง คือ

1. วัฒนธรรม วัฒนธรรมไทยมีแบบแผนประเพณีที่บุตรหลานเลี้ยงดูบิดามารดาเมื่อสูงวัย เพื่อทดแทนบุญคุณผู้ให้กำเนิดมาตามวัฒนธรรมอันดีงามของคนไทยและเป็นตัวอย่างแก่บุตรหลาน ชีวมัชฌิมเรียนรู้ในการปรนนิบัติดูแลบิดามารดา เป็นแนวทางที่ประเสริฐ สมควรอนุรักษ์ไว้ให้ยืนยาว และหาทางสนับสนุนอย่างเต็มที่ รัฐควรมีมาตรการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุคงอยู่ในครอบครัว เช่น ให้เงินสนับสนุนครอบครัวที่เลี้ยงดูผู้สูงอายุหรือมีมาตรการลดหย่อนภาษีแก่ผู้เลี้ยงดูบิดามารดา (นภาพร ชโยวรรณ, 2542 ; บรรลุ ศิริพานิช, 2542) ผู้สูงอายุไทยร้อยละ 94.8 นับถือศาสนาพุทธ นับถือศาสนาอิสลามร้อยละ 4.7 นับถือคริสต์ร้อยละ 0.4 (บรรลุ ศิริพานิช, 2542) คนในภาคพื้นเอเชียให้ความสำคัญกับครอบครัวค่อนข้างสูง พยายามสร้างครอบครัวให้เป็นปึกแผ่นอยู่รวมกัน เป็นครอบครัวใหญ่ ให้ความสำคัญกับญาติพี่น้อง และเคารพญาติผู้ใหญ่หรือผู้สูงอายุเป็นพิเศษ โดยกำหนดให้วันที่ 13 เมษายนของทุกปีเป็นวันสงกรานต์และวันผู้สูงอายุ วันที่ 14 เมษายนเป็นวันครอบครัว เพื่อให้คนในครอบครัวได้มีโอกาสกลับไปทำบุญร่วมกันที่บ้านเกิด

ในปัจจุบันครอบครัวไทยเริ่มเปลี่ยนแปลงไปทั้งเศรษฐกิจและสังคม บางคนถึงกับกล่าวว่าครอบครัวในชนบทกำลังล่มสลาย อาชีพเกษตรกรรมซึ่งเป็นรายได้หลักในชนบทให้ผลผลิตไม่คุ้มทุนชาวไร่ชาวนาต้องละทิ้งไร่นามุ่งหน้าไปขายแรงงานในเมืองและต่างประเทศ เท่ากับละทิ้ง

ครอบครัวไป คงเหลือแต่ผู้สูงอายุกับเด็ก ๆ เท่านั้นที่อยู่เฝ้าบ้าน ในสภาพเช่นนี้ความผูกพัน และเอื้ออาทรต่อกันยังคงมีอยู่แต่ความอบอุ่นร่วมเย็นของสมาชิกในครอบครัวลดน้อยลงไป

แนวโน้มของครอบครัวในอนาคต มีการเปลี่ยนแปลงลักษณะครอบครัวจากครอบครัวขยายเป็นครอบครัวเดี่ยวเพิ่มขึ้น เด็กสมัยใหม่มีความเป็นอิสระทั้งด้านความคิดและพฤติกรรมจากการควบคุมของญาติพี่น้อง มีการต่อต้านประเพณีและความเชื่อดั้งเดิม มีความเป็นตัวของตัวเอง และมีความมั่นใจตัวเองสูงและสร้างวัฒนธรรมในกลุ่มของตนเอง สำหรับครอบครัวในเขตเมืองจะมีการต่อสู้ดิ้นรนเพื่อการอยู่รอดสมาชิกต้องออกไปทำงานนอกบ้านรวมทั้งผู้หญิงด้วย ทำให้หน้าที่ในการอบรมเลี้ยงดูบุตรเป็นหน้าที่ของโรงเรียน ส่งผลให้ความผูกพันระหว่างพ่อแม่ลูกลดน้อยลง เกิดความขัดแย้งระหว่างบิดา มารดา สามี ภรรยาและลูกเพิ่มมากขึ้น ทำให้มีการแยกกันอยู่มากขึ้น ทอดทิ้งกันมากขึ้น หย่าร้างมากขึ้น ผู้สูงอายุไม่มีความสำคัญไม่มีโอกาสทางสังคมและเศรษฐกิจ ความผูกพันน้อยลงลูกหลานไม่เอาใจใส่ดูแลและให้ความเคารพนับถือน้อย ทำให้ผู้สูงอายุถูกทอดทิ้งมากขึ้น (จันงค์ อติวัฒนสิทธิ์ และคณะ, 2543)

2. ตัวกำหนดเกี่ยวกับระบบบริการทางสุขภาพและสังคม (health and social service system) ซึ่งประกอบด้วยระบบบริการทางสุขภาพ เทคโนโลยีทางสุขภาพ การแพทย์ทางเลือก และสถาบันรับรองมาตรฐาน บทบาทขององค์กรในระบบสุขภาพในอนาคต องค์กรพัฒนาเอกชนด้านสุขภาพ องค์กรวิชาชีพในการกำหนดมาตรฐานการให้บริการและองค์กรตรวจสอบคุณภาพสถานพยาบาล

แนวโน้มระบบบริการทางสุขภาพที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จะมีระบบประกันสุขภาพต่าง ๆ รวมทั้งการพัฒนาประกันสุขภาพแห่งชาติจะทำให้สัดส่วนของค่าใช้จ่ายเพื่อสุขภาพที่จ่ายตรงจากรัฐเรือนลดลง มีระบบคู่สัญญาจัดซื้อบริการ (purchaser) เพื่อให้การใช้จ่ายเงินเพื่อสุขภาพมีประสิทธิภาพมากขึ้น สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้ทำให้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในปี พ.ศ.2553 น่าจะน้อยกว่าร้อยละ 8 ของ GDP (อารีย์ วัลยะเสวี และคณะ, 2544)

แนวโน้มเทคโนโลยีทางสุขภาพ (อารีย์ วัลยะเสวี และคณะ, 2544) 1) เทคโนโลยีในการประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพ (risk assessment technology) และการประเมินสภาวะสุขภาพด้วยตนเองจะได้รับการพัฒนาขึ้น ส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถใช้เป็นเครื่องมือในการดูแลสุขภาพตนเองและติดตามประเมินผลการดูแลสุขภาพตนเองได้ 2) เทคโนโลยีในการตรวจและวินิจฉัยโรคจะมีการพัฒนาไปในทิศทางที่มีการตรวจวินิจฉัยง่ายขึ้น มีความไว ความจำเพาะและความแม่นยำในการตรวจวินิจฉัยและมีการผลิตภายในประเทศได้มากขึ้น ส่งผลให้เทคโนโลยีการตรวจวินิจฉัยโรคผู้สูงอายุในอนาคตสามารถทำได้อย่างถูกต้อง รวดเร็วด้วยต้นทุนที่ต่ำลงและครอบคลุมโรคต่าง ๆ ที่กำลังเป็นปัญหาอยู่ในปัจจุบันมากขึ้นสามารถกระจายเทคโนโลยีไปยังสถานพยาบาลต่าง ๆ ได้อย่าง

ทั่วถึงโดยประชาชนสามารถใช้เทคโนโลยีดังกล่าวเพื่อการวินิจฉัยตนเองได้มากขึ้น 3) เทคโนโลยีในการส่งเสริมสุขภาพและความตื่นตัวของประชาชนในการส่งเสริมสุขภาพทำให้มีการพัฒนาอุปกรณ์เพื่อส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น เช่น อุปกรณ์การออกกำลังกาย มีสถานที่หรือศูนย์สำหรับการออกกำลังกายต่าง ๆ ทำให้การออกกำลังกายทำได้ง่ายและสะดวก นอกจากนี้อาหารเสริมสุขภาพจะได้รับความสนใจและมีการพัฒนามากขึ้นพร้อม ๆ กับอาหารหรืออุปกรณ์สำหรับเสริมความงาม 4) เทคโนโลยีในการรักษาโรค ในอนาคตการรักษาด้วยระบบแพทย์ทางเลือกจะได้รับการพัฒนาและมีการยอมรับเพิ่มมากขึ้นสามารถเป็นทางเลือกสำหรับประชาชนได้อย่างจริงจังในอนาคต

ในอนาคตสถาบันการแพทย์ทางเลือก และสถาบันรับรองมาตรฐานการแพทย์ทางเลือกต่าง ๆ จะมีการกำหนดมาตรฐานบริการของการแพทย์ทางเลือกสาขาต่าง ๆ การควบคุมกำกับให้มีการปฏิบัติตามมาตรฐานบริการ พัฒนาองค์ความรู้การแพทย์ทางเลือกต่าง ๆ ให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาปัจจุบัน ส่งเสริมการรวมกลุ่มของผู้สนใจการแพทย์ทางเลือกและส่งเสริมให้ประชาชนสนใจและใช้การแพทย์ทางเลือกมากขึ้น

การปรับบทบาทขององค์กรในระบบสุขภาพในอนาคต จะมีการปรับบทบาทโดยมีการบริหารงานที่เป็นอิสระมากขึ้น เน้นประสิทธิภาพในการบริหารงาน เน้นการใช้เทคโนโลยี และปรับการให้บริการแบบผู้ป่วยในมาเป็นการให้บริการแบบผู้ป่วยนอกมากขึ้น มีการพัฒนาการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมและการส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น มีการพัฒนามาตรฐานการดูแลสุขภาพที่เป็น evidence based medicine และระบบการส่งผู้ป่วยกลับที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น (อารีย์ วัลยะเสวี และคณะ, 2544) สถานพยาบาลระดับต้นจะให้บริการแบบผสมผสานและเป็นองค์รวมแก่ประชาชนกลุ่มเป้าหมายที่แน่นอนจำนวนหนึ่งและมีการกระจายอย่างครอบคลุมทุกพื้นที่ ทำหน้าที่เป็นจุดเชื่อมต่อ (interface) และ gate keeper ระหว่างประชาชนกับระบบบริการสาธารณสุข การให้บริการคัดกรองผู้ป่วยในระยะเริ่มต้น การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ทั้งในสถานพยาบาลและชุมชน มีการสนับสนุนการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชน เน้นให้เอกชนมีส่วนร่วมในการจัดบริการมากขึ้น มีระบบส่งต่อผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ มีการทำงานประสานในลักษณะเครือข่าย (network) กับสถานพยาบาลระดับอื่น ๆ (ทัศนา บุญทอง, 2543)

บทบาทขององค์กรพัฒนาเอกชนด้านสุขภาพในอนาคต องค์กรพัฒนาเอกชนจะมีบทบาทมากขึ้นในสังคมไทยและสามารถระดมทรัพยากรจากชุมชนเพื่อใช้ในงานสาธารณสุขเพิ่มมากขึ้น มีการจัดตั้งกองทุนสร้างเสริมสุขภาพขึ้น จะทำให้มีทรัพยากรและกำลังคนมาสนับสนุนงานส่งเสริมสุขภาพเพิ่มมากขึ้น (อารีย์ วัลยะเสวี และคณะ, 2544) ครอบครัวและชุมชนจะมีส่วนร่วมในการจัดบริการสาธารณสุขมากขึ้น มีเสรีภาพในการเลือกสถานพยาบาลระดับต้นเพื่อให้บริการแก่ครอบครัว รับรู้และปกป้องสิทธิในฐานะผู้ป่วย (patients' right) มีการพัฒนาศักยภาพในการดูแล

สุขภาพตนเองให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม กลุ่มประชาคม (civil society) จะมีการคุ้มครองสิทธิผู้บริโภคทางด้านสุขภาพมากขึ้น มีการรณรงค์และส่งเสริมให้เกิดสิ่งแวดล้อมที่ดีต่อสุขภาพในชุมชนและสถานที่ทำงาน

บทบาทขององค์กรวิชาชีพในอนาคต จะทำหน้าที่ในการกำหนดมาตรฐานการให้บริการและควบคุมดูแลให้บุคลากรปฏิบัติตามมาตรฐานวิชาชีพ ส่วนองค์กรตรวจสอบคุณภาพสถานพยาบาลจะมีบทบาทในการกำหนดมาตรฐานการให้บริการของสถานพยาบาลแต่ละระดับการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลที่ได้มาตรฐาน การส่งเสริมให้สถานพยาบาลพัฒนาให้เข้าสู่มาตรฐาน การให้ข้อมูลข่าวสารแก่ประชาชนเกี่ยวกับมาตรฐานของสถานพยาบาลต่าง ๆ ในอนาคตจะปรับการให้บริการสุขภาพไปเป็นคู่สัญญาจัดซื้อบริการสุขภาพ (purchaser) มีการวิเคราะห์ความจำเป็นด้านสุขภาพ (health needs) ของประชาชนในกลุ่มเป้าหมายที่รับผิดชอบ และดำเนินการจัดซื้อบริการสุขภาพให้กับประชาชนกลุ่มเป้าหมาย ควบคุมกำกับและดูแลให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายได้รับบริการที่มีคุณภาพตามความจำเป็นด้านสุขภาพ บริหารงบประมาณเพื่อจัดซื้อบริการสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ (สถาบันพระบรมราชชนก, 2542)

3. ตัวกำหนดเกี่ยวกับพฤติกรรม (behavioural determinants) พฤติกรรมสุขภาพเป็นตัวกำหนดสุขภาพที่สำคัญเนื่องจากเป็นผลจากการกระทำของบุคคลที่ส่งผลต่อสุขภาพ แนวโน้มปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุในอนาคตจะมีปัญหาด้านโรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง อัมพาตจากเส้นเลือดไปเลี้ยงสมองผิดปกติ กล้ามเนื้อหัวใจตายจากการขาดเลือด โรคติดเชื้อโรคมะเร็ง โรกระบบทางเดินอาหาร โรกระบบทางเดินหายใจ และโรคเบาหวานและมีปัญหาด้านจิตใจการขาดความอบอุ่นในครอบครัวจะมากขึ้น (บรรลุ ศิริพานิช, 2542 ; อารีย์ วัลยะเสวี และคณะ, 2544) แนวโน้มของพฤติกรรมด้านสุขภาพในอนาคต (อารีย์ วัลยะเสวี และคณะ, 2544) พบว่า 1) ผลจากการพัฒนาประเทศทำให้มีแนวโน้มที่จะเป็นลักษณะวัตถุนิยมมากขึ้นจากการกระตุ้นของสื่อสารมวลชนแขนงต่าง ๆ พฤติกรรมการบริโภคของประชาชนจะเน้นที่รูปแบบมากกว่าประโยชน์หรือคุณค่าจากการบริโภค มีประชาชนจำนวนมากที่ให้ความสนใจเรื่องสุขภาพและแสวงหาผลิตภัณฑ์ที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพเพื่อบริโภคมากขึ้น มีการรณรงค์เรื่องการสร้างเสริมสุขภาพอย่างจริงจังโดยเฉพาะอย่างยิ่งเรื่องการออกกำลังกาย 2) อัตราการสูบบุหรี่ของคนไทยยังลดลงซึ่งเป็นผลสำเร็จของการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ทำให้เกิดมาตรการทางสังคมเพื่อลดการสูบบุหรี่มีมากขึ้น ขณะที่การดื่มสุราและเบียร์รวมทั้งการใช้สารเสพติดประเภทต่าง ๆ ยังมีมากขึ้นเนื่องมาจากความกดดันของสังคมสมัยใหม่ 3) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยในอนาคตการซื้อยากินเองในผู้สูงอายุยังคงเป็นพฤติกรรมที่พบได้มากเช่นเดิม (พีระสิทธิ์ คำนวนศิลป์, 2542 ; อารีย์ วัลยะเสวี และคณะ, 2544) สัดส่วนของประชาชนที่ไปรับการรักษาพยาบาลในสถานบริการ



เอกชนจะเพิ่มมากขึ้น การใช้บริการของการแพทย์ทางเลือกจะมีผู้สนใจและไปใช้มากขึ้น 4) พฤติกรรมในการทำงาน และการประกอบอาชีพที่เสี่ยงต่อภาวะสุขภาพยังคงไม่ได้รับความสนใจเท่าที่ควร แรงงานในสถานประกอบการจำนวนมากไม่ได้ถูกฝึกให้ระมัดระวังหรือใช้เครื่องมือป้องกันอันตรายอย่างมีประสิทธิภาพทำให้อุบัติเหตุจากการทำงานยังสูงขึ้นส่งผลต่อชีวิตเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ในส่วนแรงงานภาคเกษตรกรรมจะได้รับผลกระทบจากการใช้สารเคมีเพื่อการเพิ่มผลผลิตทางเกษตรกรรมโดยเฉพาะผู้สูงอายุในภาคเกษตรกรรมที่ยังทำงานเพื่อหารายได้

แนวโน้มด้านการศึกษาและการอ่านออกเขียนได้ ผู้สูงอายุจะมีการศึกษาสูงขึ้น กระแสการปฏิรูปการศึกษาจะทำให้ระบบการศึกษาในอนาคตสามารถสร้างคนให้คิด ตัดสินใจได้ดีขึ้นและเรียนรู้ได้ด้วยตนเองมากขึ้นส่งผลให้ศักยภาพในการดูแลตนเองมีมากขึ้นและต้องการบริการสุขภาพที่มีคุณภาพมากขึ้น ต้องการตรวจสอบการให้บริการของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพมากขึ้น (นภาพร ชโยวรรณ, 2542 ; อารีย์ วัลยะเสวี และคณะ, 2544)

4. ตัวกำหนดที่เกี่ยวกับปัจเจกบุคคล (personal factors) ประกอบด้วยตัวกำหนดด้านชีววิทยาและพันธุกรรม (biological and genetics) รวมทั้งปัจจัยทางจิตวิทยา (psychological factors) โดยตัวกำหนดด้านชีววิทยาและพันธุกรรมจะมีอิทธิพลที่สำคัญต่อบุคคล การสูงอายุเป็นกระบวนการทางชีววิทยาที่เป็นตัวกำหนดพันธุกรรมกำหนดผลจากการดำเนินชีวิต ซึ่งปกติการเสื่อมหน้าที่ของอวัยวะเป็นผลมาจากการปรับตัวต่อความเครียดและความเสี่ยงต่อโรคต่าง ๆ ที่เพิ่มขึ้นตามอายุ (Kirkwood, 1996 อ้างใน WHO, 2002) นอกจากนี้ผู้สูงอายุจะมีความเจ็บป่วยบ่อยกว่าคนหนุ่มสาว เนื่องจากการมีชีวิตที่ยืนยาว การสัมผัสกับปัจจัยภายนอกต่าง ๆ พฤติกรรมและปัจจัยแวดล้อมซึ่งเป็นสาเหตุของการเกิดโรคและเวลาที่เป็นโรคนานกว่าคนในวัยหนุ่มสาว (Gray, 1996 อ้างใน WHO, 2002) ขณะที่พันธุกรรมเกี่ยวข้องกับสาเหตุการเกิดโรค แต่การเกิดโรคจำนวนมากสาเหตุมาจากสิ่งแวดล้อมและปัจจัยภายนอก ซึ่งเกิดได้มากกว่าปัจจัยด้านพันธุกรรมและปัจจัยภายใน จากหลักฐานการศึกษาของเคิร์กวูด (Kirkwood, 1996 อ้างถึงใน WHO, 2002) พบว่าเส้นทางสุขภาพและการเกิดโรคของแต่ละคนเป็นผลรวมของพันธุกรรม วิถีชีวิตและอาหาร นอกจากนี้อิทธิพลของพันธุกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปสู่ภาวะเรื้อรัง เช่น เบาหวาน หัวใจ โรคสมองเสื่อมและมะเร็งซึ่งแตกต่างกันในแต่ละคน มีผู้คนจำนวนมากที่มีพฤติกรรมที่ดีในวิถีชีวิต เช่น การไม่สูบบุหรี่ ทักษะการจัดการและการมีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับญาติและเพื่อน มีผลในการลดความรุนแรงและจุดเริ่มต้นของโรค

ปัจจัยทางจิตวิทยาประกอบด้วยสติปัญญาและความรู้ความเข้าใจ (เช่น ความสามารถในการแก้ไขปัญหา การปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงและการสูญเสีย) ซึ่งเป็นตัวทำนายที่สำคัญในการเป็นผู้สูงอายุที่เข้มแข็งและความยืนยาวของอายุ (Smite et al., 1999 อ้างใน WHO, 2002) ในคนปกติความรู้ความเข้าใจตามธรรมชาติ (เช่น ความรวดเร็วในการเรียนรู้และความจำ) จะลดลง

ตามอายุ ซึ่งสิ่งเหล่านี้สามารถชดเชยด้วยสติปัญญา ความรู้และประสบการณ์ บ่อยครั้งการลดลงตามหน้าที่ของความจำเกิดจากการไม่ได้ใช้ (ขาดการปฏิบัติ) การเจ็บป่วย (เช่น ภาวะซึมเศร้า) ปัจจัยเกี่ยวกับพฤติกรรม (เช่น การดื่มสุราและการใช้ยาเสพติด) ปัจจัยทางจิตวิทยา (เช่น ขาดการสนใจ ไม่มีความหวัง และขาดความเชื่อถือ) และปัจจัยทางสังคม (เช่น การอยู่โดดเดี่ยวและการถูกแบ่งแยก) ซึ่งค่อนข้างจะเกิดกับผู้สูงอายุโดยตรง ส่วนปัจจัยทางจิตวิทยาอื่น ๆ ที่เกิดขึ้นภายหลังซึ่งมีอิทธิพลต่อทิศทางของอายุในแต่ละคน ความสามารถแห่งตน (เชื่อว่าบุคคลมีความสามารถในการกระทำสิ่งต่าง ๆ มากกว่าที่เป็นอยู่) ซึ่งเกี่ยวข้องกับทางเลือกพฤติกรรมของคนและการเตรียมตัวเมื่อถึงวัยเกษียณ การกำหนดแบบแผนของบุคคลที่จะปรับตัวต่อจุดเปลี่ยนผ่าน (เช่น การเกษียณอายุ) และช่วงวิกฤติของอายุ (เช่น การเริ่มต้น หรือการสิ้นสุดการเจ็บป่วย) ได้ดีอย่างไร ผู้สูงอายุทั้งหญิงและชายที่มีการเตรียมตัวเพื่อวัยสูงอายุและปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงจะมีชีวิตความเป็นอยู่ที่ดีกว่าหลังจาก 60 ปีไปแล้วคนเกือบทั้งหมดยังคงปรับตัวได้ ซึ่งผู้สูงอายุไม่ได้มีการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญต่างจากคนในวัยหนุ่มสาว

5. ตัวกำหนดที่เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ (physical environment) แนวโน้มด้านสิ่งแวดล้อมในอนาคต สภาพแวดล้อมทั้งทรัพยากร ป่าไม้ แหล่งน้ำ อากาศ และสภาพแวดล้อมในการทำงานมีแนวโน้มที่เลวลงมากสร้างความขัดแย้งในเรื่องทรัพยากรธรรมชาติและสภาพแวดล้อม ขณะเดียวกันแนวโน้มความตื่นตัวและความเคลื่อนไหวโดยกลุ่มอนุรักษ์ และชุมชนเจ้าของพื้นที่ที่จะอนุรักษ์สภาพแวดล้อมให้ดีขึ้นนอกจากนี้กลไกของรัฐ รวมทั้งกฎหมายต่าง ๆ ที่จะดูแลสภาพแวดล้อมทางกายภาพก็เข้มแข็งขึ้น ดังนั้นในอนาคตจึงน่าจะคาดได้ว่า สภาพแวดล้อมทางกายภาพในประเทศไทยน่าจะไปในทิศทางที่ดีขึ้นโดยชุมชนมีส่วนร่วมในการอนุรักษ์ และใช้ประโยชน์มากขึ้น

ประชากรที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองจะเพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 50 โดยที่โครงสร้างต่าง ๆ ไม่พร้อมที่จะรองรับ ส่งผลให้เกิดสภาพความแออัดเกิดปัญหาด้านสิ่งแวดล้อม และคุณภาพชีวิตของประชากรลดลง (สรรเสริญ วงศ์ชะอุ่ม, 2544) ในด้านการพัฒนาอุตสาหกรรมที่ขาดการวางแผน และการควบคุมที่ดี ทำให้เกิดปัญหาด้านมลภาวะและการควบคุมที่ดี โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหามลภาวะด้านอากาศในเมืองใหญ่ การสูญเสียบรรยากาศชั้นโอโซน (ozone depletion) การเปลี่ยนแปลงของภูมิอากาศ (climate change) และการสูญเสียความหลากหลายทางชีวภาพ (biodiversity loss) ปัญหาสารพิษของเสียจากอุตสาหกรรม (hazardous product and waste) (อารีย์ วัลยะเสวี และคณะ, 2544) ปัญหาการจัดหาน้ำสะอาด (safe water) สำหรับบริโภคและอุปโภค จะกลายเป็นปัญหาสำคัญในอนาคต เนื่องจากการขาดแคลนแหล่งน้ำสะอาดที่พอเพียงและขาดการจัดการที่เหมาะสม ทำให้ประชากรจำนวนมากต้องเจ็บป่วยและติดเชื้อจากการขาดน้ำสะอาดที่พอเพียงมากขึ้น (อารีย์ วัลยะเสวี และคณะ, 2544)

6. ตัวกำหนดที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อมทางสังคม (social environment) แนวโน้มในอนาคตพบว่า ครอบครัวและขนาดของครอบครัวไทยเฉลี่ย (average family size) จะลดลงจาก 4.2 คนต่อครอบครัวในปี พ.ศ.2538 เป็นประมาณ 3.5 คนต่อครอบครัวในปี พ.ศ.2555 และจะมีลักษณะเป็นครอบครัวเดี่ยว (nuclear family) มากขึ้น (นภาพร ชโยวรรณ, 2542) ความสัมพันธ์ในครอบครัวจะเปลี่ยนไป การดูแลเกื้อกูลกันและกันจะลดลง แม้ว่าจะมีการพัฒนาเทคโนโลยีโทรคมนาคมที่จะทำให้เกิดการติดต่อสื่อสารระหว่างกันและกันดีขึ้น สภาพสังคมเมืองจะมีส่วนทำให้ผู้คนต่างช่วยตนเอง ความสัมพันธ์ในลักษณะของชุมชนจะเปลี่ยนไป โดยมีรูปแบบหลากหลายมากขึ้นซึ่งสัมพันธ์กับพัฒนาการของระบบสื่อสารและคมนาคม ลักษณะสังคมเมืองจะนำไปสู่ปัญหาสุขภาพจิต ยาเสพติดและความรุนแรง (violence) ในสังคมจะเพิ่มมากขึ้น อันเนื่องมาจากความผูกพันในสังคมลดลง ซึ่งอาจแสดงออกในรูปปัญหาความรุนแรงในครอบครัว (family violence) ความรุนแรงและการกระทำผิดต่อผู้สูงอายุ (violence and abuse) แนวโน้มเกี่ยวกับความรุนแรงและการกระทำผิดต่อผู้สูงอายุในอนาคตจะมีมากขึ้นเนื่องจากสังคมจะมีปัญหาความเครียดมากขึ้นและปัญหาการเสพติด (บรรลุ ศิริพานิช, 2542 ; วรรณภา ศรีชัยรัตน์, 2545) ความรุนแรงที่ปรากฏในสื่อต่าง ๆ การใช้สุราและสิ่งเสพติดจะเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดการใช้ความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น (อารีย์ วัลยะเสวี และคณะ, 2544)

กระแสการปฏิรูปการเมืองและการบริหารราชการ ซึ่งได้รับแรงหนุนมากขึ้นจากภาวะวิกฤติเศรษฐกิจ จะมีผลทำให้ประชาชนมีส่วนร่วมทางการเมืองมากขึ้น ระบบการเมืองจะถูกตรวจสอบมากขึ้น ทำให้มีธรรมาภิบาลมากขึ้น มีประสิทธิภาพมากขึ้น (สถาบันพระบรมราชชนก, 2542) เช่นเดียวกับระบบราชการและระบบบริการสุขภาพ ความสัมพันธ์ระหว่างรัฐและพลเมืองและความสัมพันธ์ระหว่างประชาชนผู้รับบริการกับผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ จะค่อยปรับจากระบบอุปถัมภ์ไปสู่ระบบพันธะสัญญา และระบบการมีส่วนร่วมโดยชุมชนมากขึ้น ในอนาคตจะมีการกระจายอำนาจ (decentralization) ไปสู่ส่วนภูมิภาคและท้องถิ่นมากขึ้น ระบบราชการจะมีการปรับตัวให้มีประสิทธิภาพและถูกตรวจสอบได้มากขึ้น (more accountable public service system) จะมีการปรับบทบาทโดยเน้นการกำหนดนโยบาย การควบคุมกำกับ การลดขนาดกำลังคนของภาครัฐ และเพิ่มประสิทธิภาพการทำงาน ระบบราชการส่วนกลางจะเล็กลง โรงพยาบาลและสถาบันการศึกษาจะเริ่มออกนอกระบบราชการเป็นองค์กรมหาชน ขึ้น (สถาบันพระบรมราชชนก, 2542) บางส่วนจะไปอยู่กับองค์กรปกครองท้องถิ่นหรืออาจแปรรูปไปสู่ภาคเอกชน มีการรวมกลุ่มของประชาคมต่าง ๆ (civil society) จะเพิ่มมากขึ้นและมีบทบาทมากขึ้น ทั้งในด้านการคุ้มครองและเรียกร้องสิทธิตนเอง รวมทั้งการเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจต่าง ๆ มากขึ้น ทำให้สังคมมีความเข้มแข็งมากขึ้น

นอกจากนี้บทบัญญัติในรัฐธรรมนูญฉบับปัจจุบัน ปี 2540 มาตราที่ 54 บัญญัติว่า บุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์และไม่มีรายได้เพียงพอแก่การยังชีพ มีสิทธิได้รับความช่วยเหลือจากรัฐ ทั้งนี้ตามที่กฎหมายกำหนด และมาตรา 80 บัญญัติว่า รัฐต้องคุ้มครองและพัฒนาเด็กและเยาวชน ส่งเสริมความเสมอภาคของหญิงและชาย ส่งเสริมและพัฒนาความเป็นปึกแผ่นของครอบครัว และความเข้มแข็งของชุมชน รัฐต้องสงเคราะห์คนชรา ผู้ยากไร้ ผู้พิการหรือทุพพลภาพ และผู้ด้อยโอกาส ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและพึ่งตนเองได้ และพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้สูงอายุ (พ.ศ. 2546) เป็นส่วนสำคัญที่จะทำให้มีการดำเนินการตามบทบัญญัติเหล่านี้

#### 7. ตัวกำหนดทางเศรษฐกิจ (economic determinants) ที่สำคัญ คือ

7.1. รายได้ (income) จากการศึกษาเกี่ยวกับสถานะทางเศรษฐกิจและรายได้ของผู้สูงอายุ พบว่าปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุเกี่ยวกับรายได้ ผู้สูงอายุที่มีรายได้ไม่แน่นอนร้อยละ 30.7 (นิตยา ชูโต, 2525) ผู้สูงอายुर้อยละ 26 ยังคงทำงานอยู่ รายได้ที่ได้รับไม่เพียงพอแก่การเลี้ยงชีพ แหล่งรายได้สำคัญที่ช่วยให้ผู้สูงอายุเลี้ยงชีพคือรายได้ที่มาจากบุตร ส่วนรายได้จากการสงเคราะห์ยังน้อยมาก และจำนวนผู้สูงอายุเพียงส่วนน้อยที่ได้รับเนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 50 มีอาชีพเกษตรกรรม อยู่ในชนบท ด้านรายได้และความเพียงพอของรายได้ โดยภาพรวมผู้สูงอายุมีรายได้เฉลี่ย 31,093 บาท/ปี รายได้เพียงพอร้อยละ 61.8 รายได้ไม่เพียงพอร้อยละ 35.4 (บรรลุ ศิริพานิช, 2542) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ทำงานเลี้ยงชีพแบบพึ่งพาตนเองและไม่นิยมเก็บออมทรัพย์สินทำให้มีปัญหาเกี่ยวกับการเงิน ซึ่งมีเพียงร้อยละ 11 เท่านั้นที่ไม่มีปัญหา (นภาพร ชโยวรรณ, 2542) นอกจากนี้ รายได้ของผู้สูงอายุจะลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีรายได้อยู่ระหว่าง 10,000 – 19,999 ต่อปี ส่วนกลุ่มที่ไม่มีรายได้อีกมีสัดส่วนร้อยละ 10.1 (นภาพร ชโยวรรณ และจอร์น โนเบล, 2539)

7.2. การทำงาน (Work) ผู้สูงอายุประมาณร้อยละ 34 อยู่ในกำลังแรงงาน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2541) เป็นการทำงานเพื่อหารายได้งานที่ส่วนใหญ่เป็นงานทางด้านเกษตรกรรม หรืองานส่วนตัวซึ่งมีรายได้ต่ำ ส่วนผู้ที่ไม่ได้ทำงานจะอาศัยเงินจากบุตรหลานหรือญาติพี่น้อง ผู้สูงอายุนอกเขตเทศบาลทำงานมากกว่าผู้สูงอายุในเขตเทศบาล ผู้สูงอายุชายมีสัดส่วนการทำงานมากกว่าผู้สูงอายุหญิง (บรรลุ ศิริพานิช, 2542) ด้านสภาพการทำงาน เนื่องจากผู้สูงอายุไม่สามารถแข่งขันกับแรงงานคนหนุ่มสาววัยทำงานได้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จึงประกอบอาชีพส่วนตัวมากที่สุด ถึงร้อยละ 66 รองลงมาเป็นธุรกิจของครัวเรือน ร้อยละ 18.5 เป็นลูกจ้างเอกชนเพียงร้อยละ 10.2 (บรรลุ ศิริพานิช, 2542) ด้านชั่วโมงของการทำงาน พบว่าผู้สูงอายุทำงานโดยเฉลี่ย 45 ชั่วโมง/สัปดาห์ (บรรลุ ศิริพานิช, 2542 ; สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2541) แนวโน้มทางด้านเศรษฐกิจตลอดช่วง 25 ปีข้างหน้า คาดว่าการขยายตัวทางเศรษฐกิจประมาณร้อยละ 3-5 ต่อปี (อารีย์ วัลยะเสวี

และคณะ, 2544) โดยมีรายได้จากภาคอุตสาหกรรมและการบริการเป็นหลัก ขณะที่รายได้จากภาคเกษตรกรรมลดลง ปัญหาช่องว่างการกระจายรายได้จะเพิ่มมากขึ้นในอีก 10 ปีข้างหน้า แต่หลังจากนั้นคาดว่าจะลดลงอันเนื่องมาจากผลการปฏิรูปการเมืองที่กำลังดำเนินการอยู่ (อารีย์ วัลยะเสวี และคณะ, 2544)

8. แนวโน้มการเคลื่อนไหวขององค์กรสากลด้านสุขภาพ เช่น องค์กรอนามัยโลก (World Health Organization) ยังคงมีบทบาทสำคัญในการเคลื่อนไหวด้านแนวคิดและนโยบายเพื่อให้เกิดการพัฒนาสุขภาพไปสู่ทิศทางที่ถูกต้องและมีประสิทธิภาพมากขึ้น องค์กรทางการเงินต่าง ๆ เช่น ธนาคารโลก (World Bank) กองทุนการเงินระหว่างประเทศ (International Monetary Fund) หรือธนาคารเพื่อการพัฒนาเอเชีย (Asian Development Bank) และองค์การการค้าโลก (World Trade Organization) จะมีส่วนในการกำหนดนโยบายและทิศทางการพัฒนาสุขภาพมากขึ้นและให้ความสำคัญกับการเพิ่มประสิทธิภาพมากกว่าการสร้างความสะดวก (อารีย์ วัลยะเสวี และคณะ, 2544) นอกจากนี้ในอนาคตการนำเรื่องสุขภาพเข้าไปเกี่ยวข้องกับสิทธิมนุษยชนมีมากขึ้น (จรัส สุวรรณเวลา, 2543)

## 2. ยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของประเทศไทยและต่างประเทศ

ประเทศไทยได้มีการจัดทำนโยบาย ยุทธศาสตร์ แผนงานและมาตรการต่าง ๆ ในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุทั้งในด้านสุขภาพ เศรษฐกิจและสังคม ซึ่งได้จัดทำในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติแต่ละฉบับจะให้ความสำคัญแตกต่างกันไป เป็นสิ่งจำเป็นที่ต้องศึกษา นอกจากนี้การศึกษานโยบายและยุทธศาสตร์ด้านผู้สูงอายุของต่างประเทศเพื่อนำมาศึกษา เปรียบเทียบและเป็นบทเรียนทั้งจากประเทศที่พัฒนาซึ่งเข้าสู่สังคมของผู้สูงอายุแล้ว และการเรียนรู้จากประเทศเพื่อนบ้านของเราซึ่งกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ เป็นวิธีการหนึ่งซึ่งเป็นประโยชน์ในการจัดทำยุทธศาสตร์ด้านผู้สูงอายุของประเทศไทย

### 2.1 ยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของประเทศไทย

ในการพัฒนาสุขภาพได้มีแผนพัฒนาการสาธารณสุขตั้งแต่ ฉบับที่ 1 – 9 ที่เกี่ยวข้องกับ การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยแต่ละแผนพัฒนาการสาธารณสุขมีรายละเอียด ดังนี้

แผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 1 – 4 (พ.ศ. 2504 – 2524) (ดำรงค์ บุญยสิน, 2542 ; วรรณภา ศรีชัยรัตน์, 2545)ให้ความสำคัญกับการผลิตบุคลากรทางการแพทย์เพื่อควบคุมและป้องกันโรคติดต่อ การดำเนินงานเน้นหนักในเรื่องการควบคุมและป้องกันโรคติดต่อการสร้างเสริมสุขภาพจะเน้นในแม่และเด็กเป็นส่วนใหญ่เพราะปัญหาการเสียชีวิตของแม่และเด็กในช่วงนั้น

สูงมากซึ่งรัฐบาลต้องแก้ปัญหาอย่างเร่งด่วน ทำให้ความสำคัญในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ น้อยมาก

แผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 5 (พ.ศ. 2525 – 2529) (ดำรงค์ บุญยืน, 2542) ที่เกี่ยวข้องกับสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุมากขึ้นมีการสงเคราะห์ผู้สูงอายุในการรักษาพยาบาลเป็นกรณีพิเศษตามเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดไว้ มีการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุเร่งรัดการดำเนินงานสาธารณสุขแบบผสมผสานให้เข้าถึงประชาชนในเขตเมืองและชนบทอย่างทั่วถึง โดยมุ่งขจัดโรคที่สามารถป้องกันได้ ให้ความสำคัญกับการสร้างเสริมสุขภาพของแม่และเด็ก แก้ไขและคุ้มครองสภาวะอนามัยสิ่งแวดล้อม ปรับปรุงงานคุ้มครองผู้บริโภคและพัฒนางานสุศึกษาประชาสัมพันธ์เพื่อให้ประชาชนได้รับข้อมูลสาธารณสุขที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิต

แผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 6 (พ.ศ. 2530 – 2534) (ดำรงค์ บุญยืน, 2542) ที่เกี่ยวข้องกับสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เน้นการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนอย่างจริงจังโดยมุ่งแก้ปัญหาตอบสนองความจำเป็นพื้นฐานของประชาชนจากความสำเร็จในการวางแผนครอบครัว ทำให้ประชากรวัยสูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น มีการดำเนินงานบริการผู้สูงอายุ โดยจัดให้มีบริการในชุมชนและเปิดโอกาสให้ชุมชนเข้าร่วมดำเนินการ มีการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุและจัดทำบัตรผู้สูงอายุ และก่อตั้งสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย

แผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535 – 2539) (คณะกรรมการวางแผนพัฒนาการสาธารณสุข, 2535) ที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุซึ่งอยู่บนแนวทางของความครอบคลุมและความเป็นธรรมด้านสุขภาพ มีการพัฒนาแบบบูรณาการให้สอดคล้องตามพื้นที่และเน้นการพึ่งตนเองของประชาชนและชุมชน สร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิต การกำหนดปัญหาความต้องการแก้ไขปัญหาโดยเจ้าหน้าที่ภาครัฐให้การสนับสนุนการถ่ายทอดความรู้และเทคโนโลยีในการดำเนินงานสาธารณสุข และสนับสนุนองค์กรพัฒนาเอกชนเข้ามามีส่วนร่วม เพิ่มประสิทธิภาพ และยกระดับคุณภาพการบริการสาธารณสุขทุกระดับ เน้นการยกระดับความสามารถในการให้บริการของสถานอนามัยด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ให้หลักประกันแก่ผู้สูงอายุในการรับบริการสาธารณสุข มีการปรับปรุงและพัฒนาขบวนการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านสาธารณสุขเพื่อให้เกิดการสร้างเสริมสุขภาพและมีการพัฒนารูปแบบการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารโดยการใช้สื่อและกรรมวิธีอื่น ๆ ซึ่งมีประสิทธิภาพทัดเทียมกับภาครัฐกิจเอกชน

แผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540 – 2544) (อภิรัชศักดิ์ รัชนิวงศ์, 2542) ที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดยุทธศาสตร์หลักในการพัฒนาไว้ 7 ยุทธศาสตร์ดังนี้ 1) ปฏิรูประบบบริหารจัดการด้านสาธารณสุข 2) พัฒนาการ

เพิ่มประสิทธิภาพและความสามารถในการเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุข 3) พัฒนาพฤติกรรมอนามัยเพื่อการควบคุมป้องกันโรคและสร้างเสริมสุขภาพ 4) พัฒนาการคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการและผลิตภัณฑ์สุขภาพ 5) ผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพเป็นระบบอย่างต่อเนื่องและทั่วถึง 6) เสริมสร้างและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอนามัยให้เหมาะสม 7) ศึกษาค้นคว้าวิจัยพัฒนาผลิตภัณฑ์สุขภาพและเทคโนโลยีสาธารณสุข

ในส่วนของการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ มีการพัฒนาคุณภาพบริการเพื่อส่งเสริมเฝ้าระวังป้องกันสุขภาพผู้สูงอายุ เผยแพร่ความรู้ให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง พัฒนาบุคลากรทุกระดับในการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ พัฒนาและส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีการดูแลประชากรผู้สูงอายุเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ ส่งเสริมการศึกษาวิจัยเพื่อหารูปแบบการดำเนินงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชนในการดูแลผู้สูงอายุ สนับสนุนให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ สนับสนุนการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุในชุมชนต่าง ๆ ทั่วประเทศ พัฒนาระบบสารสนเทศและการบริหารจัดการให้เอื้อต่องานสร้างเสริมสุขภาพตามกลุ่มเป้าหมาย

ยุทธศาสตร์การดำเนินงาน ในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (พ.ศ.2545 -2549) (คณะกรรมการจัดทำแผน 9 ของกระทรวงสาธารณสุข, 2544) กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดยุทธศาสตร์ในการพัฒนาไว้ 6 ยุทธศาสตร์ ดังนี้ 1) เร่งการสร้างสุขภาพเชิงรุกโดยมุ่งที่ปัจจัยพื้นฐานของการมีสุขภาพดี ควบคุมกับมาตรการและกลไกการสร้างเสริมสุขภาพอย่างเป็นระบบ 2) การสร้างหลักประกันการเข้าถึงบริการสุขภาพถ้วนหน้า มุ่งพัฒนาคุณภาพ มาตรฐาน ระบบและวิธีการบริหารจัดการของระบบบริการให้มีประสิทธิภาพและเป็นเอกภาพในการจัดการ 3) ปฏิรูประบบโครงสร้างและกลไกการบริหารจัดการระบบสุขภาพ ให้มีเอกภาพ ประสิทธิภาพ โปร่งใสตรวจสอบได้ และสามารถตอบสนองต่อความหลากหลายของพื้นที่ 4) การสร้างความเข้มแข็งของภาคประชาสังคมเพื่อสุขภาพ ทุกระดับให้มีศักยภาพและมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบสุขภาพของท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบาย การจัดสรรและบริหารทรัพยากรและการตรวจสอบการทำงานภาครัฐ 5) การบริหารจัดการความรู้และภูมิปัญญาเพื่อสุขภาพ มุ่งสร้างระบบบริหารจัดการข้อมูล องค์ความรู้ การวิจัยและภูมิปัญญาสุขภาพให้เกิดระบบสุขภาพแบบพึ่งตนเองและการสร้างเศรษฐกิจชุมชน 6) การพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงและระบบสุขภาพใหม่ ให้มีปริมาณและคุณภาพเหมาะสมกับสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงของระบบสุขภาพ พัฒนากิจกรรมการทำงานใหม่และการสร้างเสริมกลไกด้านคุณธรรมและจริยธรรม พัฒนาจิตความสามารถและภาวะผู้นำในผู้บริหารทุกระดับ

## 2.2 ยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุต่างประเทศ

การกำหนดยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของแต่ละประเทศจะมีการกำหนดยุทธศาสตร์ที่อยู่บนพื้นฐานของแนวคิด ปรัชญาเพื่อการกำหนดยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพให้สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุทั้งด้านสังคม เศรษฐกิจ การเมือง สิ่งแวดล้อม และระบบสุขภาพของแต่ละประเทศ รวมทั้งแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงและเงื่อนไขที่เกิดขึ้นซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุในอนาคต ในการศึกษายุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของต่างประเทศ จะศึกษาในประเด็นสำคัญของประชากรสูงอายุต่อประชากรทั้งประเทศ องค์การหลักในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายুরวมทั้งประเด็นอื่น ๆ ที่สำคัญซึ่งแต่ละประเทศมีจุดเด่นที่น่าสนใจ โดยศึกษายุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพของประเทศในแถบเอเชียที่พัฒนาแล้วและกำลังพัฒนาเปรียบเทียบกัน เนื่องจากมีประเพณี วัฒนธรรมและบริบทอื่น ๆ ใกล้เคียงกับประเทศไทย นอกจากนี้จะศึกษายุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพของมลรัฐอัลเบอร์ตาประเทศแคนาดาซึ่งเป็นผู้นำและประสบความสำเร็จในการสร้างเสริมสุขภาพ รวมทั้งศึกษายุทธศาสตร์นานาชาติเพื่อการปฏิบัติผู้สูงอายุขององค์การสหประชาชาติในการประชุมสมัชชาผู้สูงอายุโลก ครั้งที่ 2 เพื่อให้เห็นภาพของทิศทางหลักในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในอนาคต

**2.2.1. ยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพของประเทศในแถบเอเชียที่พัฒนาแล้ว** จากการศึกษานโยบายและงานวิจัยเกี่ยวกับยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของประเทศแถบเอเชียที่พัฒนาแล้ว ประกอบด้วยประเทศญี่ปุ่น สิงคโปร์ และฮ่องกง ซึ่งสรุปได้ดังนี้

**ยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของประเทศญี่ปุ่น** ประเทศญี่ปุ่นเป็นประเทศที่มีสัดส่วนประชากรสูงอายุมากที่สุดในโลก ผู้ชายอายุคาดเฉลี่ย 77.3 ปี ผู้หญิงอายุคาดเฉลี่ย 85.2 ปี ในปี ค.ศ.2000 ผู้มีอายุ 65 ปีขึ้นไป 22 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 17.3 ปี ค.ศ.2010 ผู้มีอายุ 65 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 22.5 เมื่อถึงปี ค.ศ.2050 ประชากรญี่ปุ่นผู้มีอายุ 65 ปีขึ้นไปคิดเป็นร้อยละ 35.7 ประมาณ 1 : 2.8 จะเป็นผู้สูงอายุ (Ohkoshi & Yamada, 2003) การเพิ่มมากขึ้นและรวดเร็วของประชากรในวัยสูงอายุทำให้รัฐบาลต้องมีนโยบายและแผนการรองรับผู้สูงอายุ

นโยบายด้านผู้สูงอายุของญี่ปุ่นจะเน้นการให้ครอบครัวรับภาระในการดูแลผู้สูงอายุโดยสร้างความเข้มแข็งให้ครอบครัว ส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ สร้างความเข้มแข็งในการให้บริการ โดยรัฐจัดสรรงบประมาณจำนวนมากเพื่อการรักษาพยาบาลผู้สูงอายุและส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมการจัดการเพื่อลดค่าใช้จ่าย จัดให้มีหลักประกันในการดูแลระยะยาว (Okada, 2003) การคงไว้ซึ่งความเข้มแข็ง (keeping active) (Yamada, 2003) นอกจากนี้ยังมีนโยบายให้บริษัทและภาคธุรกิจเอกชนมีการจ้างงานผู้สูงอายุตลอดชีวิตของเพื่อสร้างความ



มั่นคงในการทำงานของผู้สูงอายุที่มีความชำนาญและมีทักษะพิเศษ (นพวรรณ จงวัฒนา, 2542 ; Yamada, 2003)

แผนทองหรือแผนหลัก (gold plan) เป็นแผนบริการสุขภาพและสวัสดิการผู้สูงอายุโดยเฉพาะ แผนนี้กำหนดยุทธศาสตร์ 10 ปี เริ่มจาก ค.ศ. 1989-1999 (วรรณภา ศรีชัยรัตน์, 2545) เพื่อส่งเสริมการดูแลสุขภาพและสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ โดยเพิ่มจำนวนผู้ดูแลตามบ้านเน้นการให้บริการและพัฒนาาระบบบริการในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ซึ่งมีด้วยกัน 3 ด้านคือ การบริการที่บ้าน (in-home service) การบริการในสถาบัน (institutional service) และการพัฒนาบุคลากรที่เกี่ยวข้อง (วรรณภา ศรีชัยรัตน์, 2545) แผนทองหรือแผนหลักนี้ประกอบด้วยยุทธศาสตร์ส่งเสริมการดูแลสุขภาพและการจัดสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ ยุทธศาสตร์เพิ่มจำนวนผู้ดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ยุทธศาสตร์การสร้างหลักประกันการดูแลระยะยาว ยุทธศาสตร์การเรียนรู้และการมีส่วนร่วมของชุมชน

แผนทองใหม่ หรือแผนหลักใหม่ (new gold plan) เริ่มในปี ค.ศ.1994 (วรรณภา ศรีชัยรัตน์, 2545) เป็นการปรับจากแผนทองหรือแผนหลักเดิมเนื่องจากองค์กรบางส่วนไม่สามารถดำเนินการตามแผนได้ และเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น จึงนำแผนทองหรือแผนหลักเดิมมาปรับใหม่โดยมีขยายบริการให้มากขึ้น เน้นการดูแลระยะยาวให้มากขึ้น มีการเพิ่มจำนวนผู้ให้การดูแลให้มากขึ้น เพิ่มประเภทการดูแล แหล่งการดูแล ศูนย์การดูแลและสถาบันในการดูแลผู้สูงอายุให้มากขึ้น จัดให้มีศูนย์ดูแลผู้สูงอายุตามบ้าน ศูนย์บริการพยาบาลเยี่ยมบ้าน และพัฒนาผู้ดูแลที่บ้านให้มีความรู้ความสามารถและมีทักษะในการดูแลผู้สูงอายุ (วรรณภา ศรีชัยรัตน์, 2545) และแผนผู้สูงอายุที่สำคัญที่สุดของญี่ปุ่นในปัจจุบันคือ แผนทองหรือแผนหลักสำหรับผู้สูงอายุในศตวรรษที่ 21 (gold plan 21) เป็นแผนยุทธศาสตร์ 10 ปี เริ่มจาก พ.ศ.2543-2553 เพื่อรองรับจำนวนผู้สูงอายุที่จะเพิ่มขึ้นในศตวรรษที่ 21 ซึ่งการจัดบริการยังคงยึดหลักการเดิมแต่เพิ่มในเรื่องของปริมาณและคุณภาพให้เพียงพอ มีการเพิ่มจำนวนผู้ดูแลที่บ้าน ให้การพัฒนาศักยภาพของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ที่สำคัญคือ มีการเพิ่มการดูแลผู้สูงอายุที่สมองเสื่อมซึ่งคาดว่าจะเพิ่มมากขึ้นในศตวรรษที่ 21 (วรรณภา ศรีชัยรัตน์, 2545)

หลักประกันของผู้สูงอายุประเทศญี่ปุ่น (วรรณภา ศรีชัยรัตน์, 2545) ที่สำคัญคือ 1) หลักประกันสุขภาพ เริ่มใน พ.ศ.2504 เป็นหลักประกันเพื่อความมั่นคงทางสังคมของคนญี่ปุ่นทุกคน มี 2 ระบบ คือ ระบบประกันสุขภาพผู้ทำงานของภาครัฐและเอกชน และระบบประกันสุขภาพสำหรับผู้ที่มีอาชีพอิสระ 2) การช่วยเหลือจากรัฐ (public assistance) เป็นบริการทางสังคมและส่งเสริมการพึ่งพาตนเองของผู้สูงอายุ เน้นความครอบคลุมและบริการในชุมชน 3) หลักประกันการดูแลระยะยาว เริ่ม พ.ศ.2543 เป็นหลักประกันการดูแลระยะยาวของผู้ที่จะเข้าวัยสูงอายุ (40-64 ปี)

และผู้สูงอายุ (65 ปีขึ้นไป) บริการที่จัดให้มีการร่วมจ่าย ร้อยละ 10 สามารถใช้บริการได้ทั้งภาครัฐและเอกชน 4) บำนาญแห่งชาติ (public pension เป็นระบบบำนาญที่จัดขึ้นทั้งของรัฐและเอกชน มี 3 แบบ คือ บำนาญขั้นต้น (first tier) เป็นบำนาญพื้นฐานที่จ่ายในอัตราคงที่เพื่อกระจายรายได้ที่ทุกคนได้รับผลประโยชน์ภายใต้เงื่อนไขเดียวกันและเท่าเทียมกันและเป็นภาคบังคับที่ประชาชนทุกคนต้องจ่าย บำนาญขั้นที่สอง (second tier) เป็นระบบบำนาญของการทำงานซึ่งมีการจ่ายตามรายได้ บำนาญขั้นที่สาม (third tier) เป็นการเพิ่มบำนาญของตนเอง 5) การจ้างงานผู้สูงอายุ เป็นหลักประกันในการทำงานต่อของผู้สูงอายุโดยขยายการเกษียณอายุเป็น 65 ปี เพื่อให้ผู้สูงอายุมีรายได้ต่อเนื่องและทำประโยชน์เพื่อสังคม 6) การจ่ายเงินอุดหนุนครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุเป็นบริการเสริมที่จัดให้กับครอบครัวที่ต้องดูแลผู้สูงอายุ

องค์กรที่เกี่ยวข้องด้านสุขภาพของผู้สูงอายุญี่ปุ่น กระทรวงสุขภาพ แรงงานและสวัสดิการ (Ministry of Health, Labour and Welfare) เป็นกระทรวงที่รับผิดชอบบริการสุขภาพและสวัสดิการ โดยมีสำนักสุขภาพและสวัสดิการ (Health and Welfare Bureau for the Elderly) เป็นองค์กรหลักที่ให้การดูแลด้านผู้สูงอายุโดยตรง กองจ้างงานผู้สูงอายุและบำนาญผู้พิการ (Department of Employ Measures for the Elderly and Pensions with Disability) เป็นหน่วยงานที่ดูแลเกี่ยวกับการจ้างงานผู้สูงอายุ สำนักวิจัยและความมั่นคงทางสังคมแห่งชาติ (National and Social Security Research) เป็นหน่วยงานที่ศึกษาวิจัยเพื่อรวบรวมข้อมูลและติดตามการดำเนินงานในด้านต่าง ๆ

การเงินการคลัง ประเทศญี่ปุ่นประสบกับปัญหาจากค่าใช้จ่ายที่เพิ่มมากขึ้นเช่นกัน ทำให้ค่าใช้จ่ายที่ต้องจัดสรรในการประกันอาจเพิ่มขึ้นอีกประมาณ ร้อยละ 5 ในช่วงปี พ.ศ.2528-2538 ทำให้ญี่ปุ่นต้องมีการทบทวนนโยบายการประกันสุขภาพและการรักษาพยาบาล โดยจัดรูปแบบการประกันสุขภาพและสวัสดิการใหม่ เพื่อควบคุมค่าใช้จ่ายและลดปัญหาด้านการเงิน (ภัสสร ลิมานนท์, 2538)

**ยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของประเทศสิงคโปร์** ประเทศสิงคโปร์เป็นประเทศที่มีความเจริญทางด้านเทคโนโลยีและอุตสาหกรรมเป็นอันดับสองของโลก เป็นประเทศที่มีความมั่นคงทางด้านการเมือง มีการวางแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมระยะยาวอย่างต่อเนื่อง เป็นประเทศที่มีการจัดระเบียบสังคมที่ดีและมีความเข้มแข็งทางเศรษฐกิจ ในอนาคตปัญหาผู้สูงอายุของประเทศสิงคโปร์จะมีความสำคัญด้วยเช่นกัน เนื่องจากมีการคาดกันว่าในปี ค.ศ.2030 ประชากรสูงอายุจะเพิ่มเป็นร้อยละ 27 ซึ่งเป็นการเพิ่มที่รวดเร็วมาจาก ปี ค.ศ.2001 มีผู้สูงอายุอยู่ที่ร้อยละ 6 และอายุคาดเฉลี่ยของผู้ชายอยู่ที่ 76 ปี ผู้หญิง 80 ปี (วรรณภา ศรีชัยรัตน์, 2545)

ประเทศสิงคโปร์มีนโยบายและโครงการที่ชัดเจนเกี่ยวกับผู้สูงอายุและมุ่งเน้นให้ครอบครัวดูแลผู้สูงอายุ โครงการระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุเน้นมาตรการในการป้องกันเพื่อชดเชยและลดความเสี่ยงในการเจ็บป่วยและพิการ มีการสนับสนุนและสร้างเศรษฐกิจสังคมในขั้นพื้นฐานของประเทศให้เข้มแข็ง เพื่อผสมผสานและสอดแทรกให้ชุมชนรับภาระดูแลผู้สูงอายุได้ (นพวรรณ จงวัฒนา, 2542) ถึงแม้ว่าชาวสิงคโปร์ส่วนใหญ่จะมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีการศึกษา ความเป็นอยู่ และสภาพที่อยู่อาศัยดี มีบริการสุขภาพที่ดีและมีการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เข้มแข็ง แต่จากสถานการณ์ที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของผู้สูงอายุทำให้รัฐบาลได้ตระหนักถึงผลกระทบที่จะเกิดขึ้น จึงได้ตั้งคณะกรรมการร่วมระหว่างกระทรวง (Inter-Ministerial Population Committee) เพื่อดำเนินการร่างนโยบาย แผนงานและโปรแกรมต่าง ๆ สำหรับผู้สูงอายุ ได้มีการกำหนดมาตรการขยายเวลาการเกษียณอายุจาก 55 ปี เป็น 60 ปี เพื่อคงความมีคุณค่า เกียรติภูมิ และฐานะทางการเงินของผู้สูงอายุ มีการปรับระบบบำนาญผู้สูงอายุ อนุรักษ์สร้างทัศนคติที่ดีกับผู้สูงอายุ จัดสรรที่ดินและที่พักอาศัยลดภาษีแก่ครอบครัวที่ดูแลบิดามารดา

ประเทศสิงคโปร์เป็นประเทศที่มีการจัดระเบียบสังคมที่ดีมาก มีกฎหมายมากมายที่บังคับใช้เพื่อจัดระเบียบสังคมของประเทศ มีการใช้กฎหมายการดูแลบิดามารดา (Maintenance of Parent Act 1994) เพื่อป้องกันการทอดทิ้งบิดามารดาของบุตร มีการออกกฎหมายให้บิดามารดาฟ้องร้องบุตรที่ทำทารุณกรรมและไม่เลี้ยงดูบิดามารดาได้ และมีกฎหมายสิ้นสุดการดูแลเมื่อเจ็บป่วย (Advanced Medical Direct Act 1996) ที่ให้สิทธิผู้ป่วยและครอบครัวในการปฏิเสธการรักษาที่ซับซ้อนในผู้สูงอายุ (วรรณภา ศรีธีรรัตน์, 2545)

องค์กรที่เกี่ยวข้องด้านสุขภาพมีองค์กรมากมายที่ดำเนินการด้านสุขภาพจากหลายภาคส่วนที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ทั้งภาครัฐ เอกชน ชุมชนและอาสาสมัคร มีองค์กรศึกษานโยบายและความเป็นไปได้ของโครงการ แต่ละองค์กรจะมีการเชื่อมโยงกับคณะกรรมการร่วมระหว่างกระทรวง ทำให้ได้ข้อมูลที่ดีในการตัดใจทางนโยบายและแผนดำเนินการผู้สูงอายุ

วิสัยทัศน์การดำเนินการเพื่อผู้สูงอายุในปี ค.ศ.2001-2005 (วรรณภา ศรีธีรรัตน์, 2545)

1) บุคคลทุกคนต้องมีสุขภาพดี มั่นคงและมีส่วนร่วมในสังคม ประชาชนต้องเข้าสู่วัยสูงอายุด้วยความเคารพตนเอง มีเกียรติ พึ่งตนเองและเป็นสมาชิกของครอบครัวและชุมชน 2) ส่งเสริมให้ครอบครัวเข้มแข็งสามารถดูแลผู้สูงอายุได้ สร้างเครือข่ายที่เข้มแข็งในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน และส่งเสริมให้ครอบครัวเป็นด่านแรกในการดูแลผู้สูงอายุระดับชุมชน 3) มีการวางแผนระดับชาติในการดำเนินการร่วมกันของหน่วยงานต่างๆ โดยคำนึงถึงสถานะเศรษฐกิจและพื้นฐานทางสังคม

ยุทธศาสตร์การดูแลผู้สูงอายุของประเทศสิงคโปร์

ยุทธศาสตร์ที่ 1 การปรับโครงสร้างทางกายภาพให้เหมาะสมและสร้างระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุใหม่ใหม่ มีการสร้างศูนย์บริการเอนกประสงค์ในชุมชนเพื่อให้บริการที่หลากหลายและครบวงจร กำหนดชุดบริการผู้สูงอายุในลักษณะต่างๆ สร้างเครือข่ายผู้สูงอายุในชุมชน

ยุทธศาสตร์ที่ 2 การปรับปรุงระบบการเงินของภาครัฐในการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ สนับสนุนงบประมาณในการดำเนินการ ปรับวิธีการจ่าย จัดประมูลโครงการบริการผู้สูงอายุ และประเมินผลการดำเนินงานตามมาตรฐาน

ยุทธศาสตร์ที่ 3 จัดให้มีระบบการดูแลผู้สูงอายุและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง ส่งเสริมผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีให้เข้าร่วมกิจกรรมในสังคมเพื่อสร้างประโยชน์แก่สังคม ให้การดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้โดยจัดบริการกลางวันและจัดระบบ case management ให้การช่วยเหลือผู้ดูแลผู้สูงอายุในระดับพื้นที่โดยการฝึกอบรมและให้ข้อมูลการดูแลผู้สูงอายุ

ยุทธศาสตร์ที่ 4 สนับสนุนบทบาทของภาคประชาชน ประชาคมและองค์กรเอกชนในการดำเนินงานผู้สูงอายุ

ในส่วนของระบบบริการสุขภาพและสวัสดิการทางสังคมเพื่อผู้สูงอายุของประเทศสิงคโปร์ จะเน้นการส่งเสริมบทบาทของภาคเอกชน ชุมชนและครอบครัวให้เข้มแข็งในการดำเนินการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ลดบทบาทของรัฐในการดูแลผู้สูงอายุ บริการที่จัดให้ประกอบด้วยบริการในสถาบัน บริการนอกสถาบันและการสนับสนุนชุมชน 1) บริการในสถาบัน เป็นบริการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องจากโรงพยาบาล มีการฟื้นฟูสภาพ สถานดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง สถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยมีเป้าหมายเพื่อลดค่าใช้จ่ายในการรักษา ให้ผู้ป่วยได้อยู่ใกล้ชุมชนและครอบครัวของตนเอง และให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแล 2) บริการนอกสถาบัน มีการขยายสถานบริการกลางวันให้มากขึ้นเพื่อสนองความต้องการของครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุเมื่อออกไปทำงาน 3) การสนับสนุนชุมชน เพื่อส่งเสริมสุขภาพกาย จิตและสังคมแก่ผู้สูงอายุ ส่งเสริมการรวมกลุ่ม การทำกิจกรรมเพื่อสังคม สนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้ใช้ศักยภาพที่มีอยู่ จัดบริการอาหารแก่ผู้สูงอายุ (meal service) จัดตั้งสโมสรผู้สูงอายุซึ่งมีการจัดกิจกรรมนันทนาการ การพักผ่อนหย่อนใจ โปรแกรมการออกกำลังกาย การตรวจคัดกรองสุขภาพ การศึกษาต่อเนื่องและการบริการชุมชน

การสร้างความมั่นคงทางสังคม เป็นการสร้างค่านิยมทางสังคมต่อผู้สูงอายุและให้ผู้สูงอายุตระหนักในคุณค่าและศักยภาพของตนเองให้ได้รับผลประโยชน์ร่วมกัน ให้ครอบครัวและชุมชนตระหนักในคุณค่าของผู้สูงอายุ และมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ การสร้างสังคมเพื่อผู้สูงอายุและการจ้างงาน

การเงินด้านสุขภาพของผู้สูงอายุสิงคโปร์ ผู้สูงอายุของสิงคโปร์มีความมั่นคงด้านการเงินสูงเนื่องจากรัฐบาลต้องการให้ผู้สูงอายุมีความมั่นคงเมื่อถึงวัยเกษียณ โดยระบบการเงินของผู้สูงอายุมีระบบเงินออมหรือบำนาญซึ่งรัฐบาลต้องการให้ประชาชนมีการออมเงินไว้ใช้เมื่อสูงอายุ มีบ้านอยู่อาศัยของตนเอง มีค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวันและมีค่าใช้จ่ายเมื่อเข้ารับการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยโดยให้ผู้สูงอายุมีส่วนรับผิดชอบไม่เป็นการให้เปล่า ระบบเงินออมแห่งชาติสิงคโปร์มี 3 ประเภท (วรรณภา ศรีชัยรัตน์, 2545) คือ

1. เงินออมปกติ (ordinary account) เป็นการออมร้อยละ 30 ของรายได้ เพื่อใช้จ่ายสำหรับที่อยู่อาศัย การลงทุน การศึกษาบุตรเมื่อถึงวัยเกษียณ
2. เงินออมเพื่อการรักษาในโรงพยาบาล (medisave) เป็นการออมร้อยละ 6 ของรายได้ และร้อยละ 8 ผู้ที่มีอายุ 45 ปีขึ้นไป
3. เงินออมเมื่อถึงวัยสูงอายุ (eldersshield) เป็นการออมร้อยละ 4 ของรายได้

ยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของประเทศฮ่องกง ฮ่องกงมีประชากรสูงอายุในปี ค.ศ.2000 ร้อยละ 12 ของประชากรทั้งหมด คาดว่าในปี ค.ศ.2016 ประชากรสูงอายุจะมีร้อยละ 13 อายุขัยเฉลี่ยของชาวฮ่องกงในปี ค.ศ. 2001 ผู้ชาย 76.9 ปี ผู้หญิง 82.3 ปี ในปี ค.ศ. 2016 ผู้ชาย 78.1 ปี ผู้หญิง 83.4 ปี (วาทีนิ บุญชะลิกย์, 2545)

นโยบายผู้สูงอายุของฮ่องกงฉบับแรกจัดทำขึ้นในปี ค.ศ.1977 หลังจากนั้นได้มีการทบทวนนโยบายและแผนการดำเนินงานที่จัดทำขึ้นและได้มีการพัฒนาปรับปรุงเรื่อยมาเพื่อให้นโยบายมีความครอบคลุมตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุมากที่สุด ในปัจจุบันคือแผนปฏิบัติการผู้สูงอายุ ปี ค.ศ.2000 ในแผนปฏิบัติการผู้สูงอายุ ปี ค.ศ.2000 ประกอบด้วยนโยบาย 3 ด้าน คือนโยบายด้านการสร้างความปลอดภัย (sense of security) นโยบายด้านความผูกพันของครอบครัวและชุมชน (sense of belonging) นโยบายการสร้างคุณค่าและสุขภาพ (sense of health and worthiness)

นโยบายที่ 1 การสร้างความปลอดภัยให้กับผู้สูงอายุ เป็นการสร้างความปลอดภัยในด้านต่าง ๆ ให้กับผู้สูงอายุ เช่น การหาที่อยู่อาศัยที่ปลอดภัยให้กับผู้สูงอายุที่ไม่มีรายได้

นโยบายที่ 2 การสร้างความผูกพันของครอบครัวและชุมชน การอยู่อาศัย การให้ความสำคัญของครอบครัวที่อยู่ร่วมกับผู้สูงอายุ การจัดที่พักสำหรับผู้สูงอายุ จัดทำแผนงานเฉพาะในเรื่องบ้านเช่าผู้สูงอายุ สนับสนุนเอกชนเข้าร่วมดำเนินการสร้างและพัฒนาบ้านพักให้กับผู้สูงอายุสถานดูแลผู้สูงอายุ เพิ่มจำนวนสถานดูแลผู้สูงอายุเพื่อรองรับการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุใน ปี 2008 เน้นการดูแลที่ได้มาตรฐาน มีการจัดบริการเฉพาะผู้สูงอายุที่ต้องการจริง ลดระยะเวลาในการใช้บริการ

สถานดูแลจากเดิมที่ใช้เวลา 2 ปี ให้เหลือ 17 เดือน การสนับสนุนในชุมชน จัดให้มีการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน การพัฒนาบริการให้มีประสิทธิภาพคุ้มค่า จัดให้มีการดูแลแบบต่าง ๆ ที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ จัดมีการดูแลเฉพาะให้กับผู้สูงอายุที่มีปัญหาสมองเสื่อมและผู้สูงอายุที่คิดฆ่าตัวตาย และมีการพัฒนาผู้ดูแลผู้สูงอายุ

นโยบายที่ 3 การสร้างคุณค่าและคงไว้ของสุขภาพผู้สูงอายุ โดยยึดหลักการรักษาและคงไว้ของสุขภาพในผู้สูงอายุ มีการปรับปรุงระบบบริการสุขภาพ สนับสนุนงบประมาณ และจัดโครงการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน มีการจัดตั้งศูนย์สุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน จัดทีมดูแลผู้สูงอายุในชุมชน และจัดโครงการผู้สูงอายุสุขภาพดี (healthy ageing)

องค์กรหลักที่ดำเนินการเกี่ยวกับผู้สูงอายุประกอบด้วย 1) คณะกรรมการผู้สูงอายุ (Elderly Commission) 2) กองสวัสดิการทางสังคม (Social Welfare Department) 3) กองสุขภาพ (Department of Health) และ 4) กองโรงพยาบาล (Hospital Department)

ระบบการดูแลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ประเทศฮ่องกงมีระบบการดูแลผู้สูงอายุ 2 ระบบ คือ 1) การดูแลผู้สูงอายุในสถานบริการ ซึ่งสถานบริการที่ดูแลผู้สูงอายุมี 5 ประเภท คือ 1) สถานบริการที่จัดกิจกรรมให้กับผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้ 2) เป็นบริการด้านอาหารและกิจวัตรประจำวันสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องการบริการเพียงเล็กน้อย 3) เป็นบริการที่ให้กับผู้สูงอายุที่ป่วยและพิการ 4) เป็นบริการด้านการรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุที่ป่วยและพิการ และ 5) เป็นบริการรักษาพยาบาลทั้งทางกายและจิตในโรงพยาบาล ซึ่งบริการในส่วนนี้ทั้ง 5 ประเภทมากกว่าครึ่งเป็นบริการของเอกชน 2) การดูแลผู้สูงอายุที่บ้านและในชุมชน บริการส่วนนี้จะมีทั้งภาครัฐ เอกชนและองค์กรเอกชนเข้าร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ

ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ประเทศฮ่องกงได้มีการปรับเปลี่ยนการจ่ายจากรัฐเคยเป็นผู้ช่วยเหลือค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลแก่ผู้สูงอายุ มาเป็นการร่วมจ่ายด้วยวิธีการสมทบเงินเข้ากองทุนประมาณร้อยละ 1-2 ของรายได้ เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และร้อยละ 1-2 ของรายได้เพื่อเป็นสวัสดิการเมื่อยามเข้าสู่วัยสูงอายุ

การจัดบริการทางสังคม มี 3 รูปแบบ คือ 1) ศูนย์บริการทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ มีหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้ โดยจัดกิจกรรมทางสังคม สันทนาการและให้บริการเรียนรู้ตลอดชีวิต 2) ศูนย์บริการแบบบูรณาการสำหรับผู้สูงอายุ เป็นศูนย์รวมบริการที่หลากหลายเพื่อผู้สูงอายุ เช่น การให้คำปรึกษา การให้ความรู้เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ จัดให้มีอาสาสมัครในการดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วย การจับคู่ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีกับผู้สูงอายุที่สุขภาพอ่อนแอ 3) ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุกลางวัน เป็นศูนย์บริการที่จัดให้กับผู้สูงอายุที่มีสุขภาพอ่อนแอแต่สามารถอยู่ที่บ้านได้

ตาราง 1 สรุป ยุทธศาสตร์การดูแลผู้สูงอายุของประเทศญี่ปุ่น ประเทศสิงคโปร์และประเทศฮ่องกง

ยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุประเทศญี่ปุ่น	ยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุประเทศสิงคโปร์	ยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุประเทศฮ่องกง
<p>แผนทองใหม่เพื่อผู้สูงอายุในศตวรรษที่ 21 (gold plan 21) ประกอบด้วย</p> <p>ยุทธศาสตร์ที่ 1 ขยายการจัดบริการและส่งเสริมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุให้เพิ่มขึ้น</p> <p>ยุทธศาสตร์ที่ 2 การจัดสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ</p> <p>ยุทธศาสตร์ที่ 3 เพิ่มจำนวนผู้ดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน</p> <p>ยุทธศาสตร์ที่ 4 การสร้างหลักประกันการดูแลระยะยาว</p> <p>ยุทธศาสตร์ที่ 5 สร้างการเรียนรู้และการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ</p>	<p>ยุทธศาสตร์ที่ 1 การปรับโครงสร้างทางกายภาพให้เหมาะสมและสร้างระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุใหม่</p> <p>ยุทธศาสตร์ที่ 2 การปรับปรุงระบบการเงินของภาครัฐในการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ</p> <p>ยุทธศาสตร์ที่ 3 จัดให้มีระบบการดูแลผู้สูงอายุและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง</p> <p>ยุทธศาสตร์ที่ 4 สนับสนุนบทบาทของภาคประชาชน ประชาคมและองค์กรเอกชนในการดำเนินงานผู้สูงอายุ</p>	<p>ยุทธศาสตร์ที่ 1 การสร้างความปลอดภัยให้กับผู้สูงอายุ</p> <p>ยุทธศาสตร์ที่ 2 การสร้างความผูกพันของครอบครัวและชุมชน</p> <p>ยุทธศาสตร์ที่ 3 การสร้างคุณค่าและคงไว้ของสุขภาพผู้สูงอายุ</p>

สรุป หากเปรียบเทียบยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของประเทศญี่ปุ่น ประเทศสิงคโปร์และประเทศฮ่องกงที่เหมือนกัน คือ การสร้างความผูกพันของครอบครัวและชุมชน เน้นการอยู่ร่วมกันของผู้สูงอายุในครอบครัว ให้ครอบครัวร่วมดูแลผู้สูงอายุซึ่งยังคงเน้นวัฒนธรรมแบบเอเชีย รวมทั้งการให้ชุมชนร่วมดูแล สนับสนุนบทบาทของภาคประชาชน ประชาคมและองค์กรเอกชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุด้วย ประเทศญี่ปุ่นกับประเทศสิงคโปร์ จะมีหลักประกันการดูแลระยะยาว จัดให้มีระบบการดูแลผู้สูงอายุและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง ส่วนที่แตกต่างกัน คือประเทศญี่ปุ่น เน้นการเพิ่มจำนวนผู้ดูแลผู้สูงอายุและการจัดสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ ประเทศสิงคโปร์ จะเน้นที่การปรับโครงสร้างทางกายภาพให้เหมาะสม

**2.2.2 ยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพของประเทศในแถบเอเชียที่กำลังพัฒนาแล้ว** ในการศึกษาเอกสารและงานวิจัยเกี่ยวกับยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของประเทศแถบเอเชียที่กำลังพัฒนา ประกอบด้วยประเทศเกาหลีใต้และมาเลเซีย ซึ่งสรุปได้ดังนี้

**ยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของประเทศเกาหลีใต้** ประเทศเกาหลีใต้มีประชากรสูงอายุเมื่อปี ค.ศ.2000 ร้อยละ 7.1 ของประชากรทั้งหมด อายุขัยเฉลี่ยผู้ชาย 71 ปี ผู้หญิง 78.6 ปี คาดว่าในปี ค.ศ.2010 ประชากรสูงอายุมีร้อยละ 9.9 อายุขัยเฉลี่ยผู้ชาย 73.3 ปี ผู้หญิง 80.7 ปี ค.ศ.2020 ประชากรสูงอายุมีร้อยละ 13.2 อายุขัยเฉลี่ยผู้ชาย 74.5 ปี ผู้หญิง 81.1 ปี และปี ค.ศ.2030 จะมีประชากรสูงอายุมีร้อยละ 19.3 (วาทีนิ บุญชะลิกษ์, 2546)

ประเทศเกาหลีใต้มีปรัชญาในการกำหนดนโยบายและแผนผู้สูงอายุ โดยให้ความสำคัญกับความมั่นคงทางสังคมของผู้สูงอายุและส่งเสริมให้ครอบครัวเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ แผนผู้สูงอายุที่สำคัญมี 3 แผน (วาทีนิ บุญชะลิกษ์, 2546) ดังนี้

1. แผนระยะกลางและระยะยาวด้านสุขภาพและสวัสดิการทางสังคมผู้สูงอายุปี ค.ศ.1999 ของกระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการสังคม
2. แผนวิสัยทัศน์ด้านสวัสดิการสังคมแห่งสหประชาชาติใหม่ ปี ค.ศ.2010 เป็นแผนระยะยาวของนโยบายด้านสุขภาพและสวัสดิการสังคม
3. แผนผู้สูงอายุเกาหลีใต้ ค.ศ.1999-2003 เป็นแผนพัฒนาระยะ 5 ปีที่เน้นการพัฒนาผู้สูงอายุ นโยบายในการดำเนินงานตามแผนผู้สูงอายุของประเทศเกาหลีใต้ มีดังนี้

นโยบายที่ 1 นโยบายการจัดสวัสดิการทางสังคมและการดูแลผลประโยชน์ตอบแทน

- 1) โครงการบำนาญผู้สูงอายุ ประเทศเกาหลีใต้มีระบบประกันสังคมที่ให้บำนาญแก่ประชาชนผู้สูงอายุที่เป็นข้าราชการทั่วไป ข้าราชการทหาร ครูโรงเรียนเอกชนซึ่งเป็นกองทุนเฉพาะกลุ่มอาชีพ ส่วนผู้สูงอายุที่ไม่ได้อยู่ในกลุ่มนี้จะมีกองทุนสำหรับคนทำงานทุกคนรวมถึงเกษตรกรและประมง
- 2) โครงการผลประโยชน์เกษียณอายุ เป็นโครงการดูแลรายได้ให้กับผู้สูงอายุ คนทำงานทุกคนที่ทำงานมากกว่า 1 ปีมีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนซึ่งจะจ่ายให้ก่อนเมื่อครบเกษียณ โดยนายจ้างต้องส่งเงินค่าจ้างคนทำงาน 1 เดือนเข้ากองทุนเกษียณ
- 3) โครงการช่วยเหลือแก่ประชาชนทั่วไป โครงการนี้กำหนดให้จัดประโยชน์ตอบแทนแก่ผู้สูงอายุ เช่น มีมาตรฐานการดำเนินชีวิตขั้นพื้นฐาน การรักษาพยาบาล ที่อยู่อาศัย การพึ่งพาตนเองและการฉาบฉวยผู้สูงอายุจะได้รับประโยชน์และมีสิทธิ์เข้าโครงการนี้จะต้องมีฐานะต่ำกว่าเกณฑ์ยากจนและไม่มีผู้ใดสนับสนุนการเงินตามกฎหมาย
- 4) การลดหย่อนค่าเดินทางและค่าบริการต่าง ๆ จัดให้มีการลดราคาตั๋วในการเดินทางของรัฐและค่าตั๋วในการเข้าชมสวนสาธารณะหรือพิพิธภัณฑ์ และมีเบี้ยเลี้ยงการเดินทางโดยรัฐบาลท้องถิ่นเป็นผู้จัดสรรให้



นโยบายที่ 2 ส่งเสริมการทำงานและการหารายได้ของผู้สูงอายุ ประเทศเกาหลีใต้มีโครงการสนับสนุนการจ้างงานผู้สูงอายุ ซึ่งโครงการนี้มีกฎหมายสนับสนุนการจ้างงานผู้สูงอายุบังคับใช้ โดยรัฐบาลกำหนดเป็นลักษณะงานที่เหมาะสม สถานที่จ้างงานผู้สูงอายุและการกำหนดข้อบังคับให้นายจ้างมีการปฏิบัติตาม

นโยบายที่ 3 การจัดระบบการบริการสังคม เป็นบริการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน เช่น โครงการชมรมผู้สูงอายุ มีการรวมกลุ่มกันและมีการบริจาคเงินเพื่อช่วยเหลือชมรมผู้สูงอายุของคนในท้องถิ่น โครงการโรงเรียนสำหรับผู้สูงอายุจัดตั้งขึ้นโดยองค์กรอาสาสมัครและศูนย์สวัสดิการสังคมเพื่อชุมชนเพื่อส่งเสริมโครงการด้านวัฒนธรรม การศึกษาและสันทนาการ โครงการผู้นำอาสาสมัครชุมชนเป็นโครงการที่ผู้สูงอายุอาสาสมัครมาทำงานให้ชุมชน โครงการศูนย์ผู้สูงอายุเป็นศูนย์ที่จัดตั้งและสนับสนุนจากรัฐบาลท้องถิ่นจะมีบริการด้านสุขภาพ การศึกษาผู้ใหญ่ สันทนาการและการให้คำปรึกษา

นโยบายที่ 4 ส่งเสริมบริการสุขภาพผู้สูงอายุให้มีคุณภาพและจัดระบบการดูแลระยะยาว

- 1) ด้านการรักษาพยาบาล ประเทศเกาหลีใต้มีการกำหนดโครงการตรวจสุขภาพผู้สูงอายุ โครงการดูแลรักษาในสถานบริการ โรงพยาบาลผู้สูงอายุ และโครงการเยี่ยมบ้าน มีการเฝ้าระวังและป้องกันโรคในผู้สูงอายุ การให้ความรู้และการสร้างเสริมสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ การดูแลผู้สูงอายุที่ต้องการดูแลผู้สูงอายุที่อ่อนแอหรือเจ็บป่วย การติดตามและดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน
- 2) ด้านการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน เป็นการจัดบริการที่เน้นให้ผู้สูงอายุอยู่ในครอบครัวหรือชุมชนของตนเอง เช่น โครงการให้ความช่วยเหลือที่บ้าน โครงการดูแลและให้ที่พักระยะสั้นแก่ผู้สูงอายุ
- 3) ด้านที่พักอาศัย เป็นการสร้างที่พักให้กับผู้สูงอายุที่ยังไม่มีที่อาศัยหรือไม่สามารถอยู่กับลูกหลานได้ โดยการเพิ่มจำนวนบ้านพักสำหรับผู้สูงอายุและจำแนกตามฐานะของผู้สูงอายุที่จะเข้าอาศัย ซึ่งจำแนกเป็นบ้านพักผู้สูงอายุที่ไม่ต้องจ่ายเงิน บ้านพักที่จ่ายค่าบริการน้อยและบ้านพักที่จ่ายค่าบริการเต็ม

**ยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของประเทศไทย** ประเทศไทยประชากรอายุคาดเฉลี่ยในผู้ชาย 68.68 ปี ผู้หญิง 73.04 ปี การเกษียณอายุที่ 56 ปี ทั้งชายและหญิง ในปี ค.ศ.2000 ประเทศไทยมีประชากรสูงอายุร้อยละ 6.1 คาดว่าในปี 2010 ประชากรสูงอายุจะเพิ่มเป็นสองเท่าอยู่ที่ร้อยละ 7.3 และในปี ค.ศ.2020 จะเพิ่มเป็นสามเท่าอยู่ที่ร้อยละ 9.5 (Rahimah, 1999) มียุทธศาสตร์ในการดูแลผู้สูงอายุหลาย ๆ อย่าง โดยหน่วยงานสาธารณสุขของประเทศไทยจะปฏิบัติงานร่วมกับหน่วยงานภาครัฐอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพ องค์กรเอกชน (NGOs) และหน่วยงานภาคเอกชน ภายใต้วิสัยทัศน์ที่ว่าผู้สูงอายุประเทศไทยจะได้รับการดูแลด้านสุขภาพที่ดีที่สุดภายใต้ทรัพยากรที่มีอยู่ (Yasue, 1999)

ในวิสัยทัศน์ 2020 ซึ่ง ดร.มหาเธร์ มูฮาหมัด (Dr. Mahathir Mohamad) ได้กำหนดยุทธศาสตร์ที่จะทำให้มาเลเซียเป็นประเทศที่พัฒนาอย่างสมบูรณ์ในปี ค. ศ. 2020 (Yasue, 1999) ซึ่งได้ให้ความสำคัญและกำหนดเป็นยุทธศาสตร์เพื่อผู้สูงอายุในวิสัยทัศน์นี้เช่นกัน แผนปฏิบัติการผู้สูงอายุแห่งชาติมาเลเซีย ค.ศ.1996 ประกอบด้วยยุทธศาสตร์ด้านต่าง ๆ (วาทีณี บุญชะลิกยี, 2546) ดังนี้

ยุทธศาสตร์ที่ 1 ยุทธศาสตร์ด้านสังคมและนันทนาการ ประกอบด้วย 1) จัดให้มีวันผู้สูงอายุแห่งชาติ เพื่อให้สาธารณชนตระหนักถึงความสำคัญและบทบาทของผู้สูงอายุในครอบครัว ชุมชนและประเทศ 2) กำหนดแผนสนับสนุนช่วยเหลือผู้สูงอายุให้ได้รับสิ่งจำเป็นพื้นฐานในการดำรงชีวิต ช่วยเหลือผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวและผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือ 3) จัดให้มีที่นั่งเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุในหน่วยงานราชการ สถานีขนส่ง สวนสาธารณะ ศูนย์การค้า และลดหย่อนค่าโดยสารในการเดินทาง 4) จัดให้มีศูนย์ส่งเสริมผู้เกษียณจากงาน ศูนย์บริการสังคม ศูนย์ดูแลชั่วคราว ศูนย์ดูแลกลางวันและศูนย์รับเรื่องราวร้องทุกข์ผู้สูงอายุ 5) สร้างโอกาสในการทำงานของผู้สูงอายุ จัดหาตำแหน่งงานที่เหมาะสมและส่งเสริมงานจ้างที่จ้างงานผู้สูงอายุ 6) รวบรวมผู้สูงอายุที่มีศักยภาพส่งเสริมกิจกรรมการรวมกลุ่มและการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ เพื่อเปิดโอกาสผู้สูงอายุให้แสดงความรู้ความสามารถและความชำนาญเพื่อให้เกิดประโยชน์แก่สังคม 7) พัฒนาคุณภาพและยกระดับการบริการของสถาบันต่างๆ ที่ให้บริการผู้สูงอายุ 8) ลดหย่อนภาษีให้แก่ครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งรัฐบาลได้ให้การช่วยเหลือบุตรที่ดูแลผู้สูงอายุในรูปของการช่วยเหลือเรื่องภาษี (tax relief) โดยให้การช่วยเหลือ 1,000 ริงกิต ต่อปี 9) สนับสนุนองค์กรเอกชนในการดำเนินงานเพื่อสังคม 10) ส่งเสริมระบบความมั่นคงทางสังคม เพื่อเป็นหลักประกันแก่ผู้สูงอายุให้มีรายได้ที่มั่นคงในวัยเกษียณ โดยมีกองทุนสำรองเลี้ยงชีพเพื่อความคุ้มครองผู้ทำงานในภาคที่เป็นทางการ และแผนเงินบำนาญข้าราชการ เป็นแผนสร้างความมั่นคงให้กับผู้สูงอายุที่เป็นข้าราชการ ซึ่งมีประมาณร้อยละ 1 ของประชากร

ยุทธศาสตร์ที่ 2 ยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 1) ส่งเสริมครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ ขยายบริการที่บ้านและฝึกอบรมครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ โดยเน้นครอบครัวเป็นแหล่งหรือสถานที่สำคัญของการดูแลและปกป้องผู้สูงอายุในเรื่องอาหาร ที่อยู่อาศัย การเงิน การดูแลด้านสุขภาพและการสร้างเสริมสุขภาพจิต ซึ่งรัฐบาลให้ความสำคัญในการสนับสนุนครอบครัวในการดำเนินการรับผิดชอบ หรือการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง 2) จัดบริการสุขภาพแบบเบ็ดเสร็จโดยรัฐเป็นผู้จัดบริการด้านสุขภาพรายใหญ่ของประเทศ และเป็นผู้จัดสรรให้ประชาชนแต่ละกลุ่มตามสมควร ซึ่งอาศัยความร่วมมือจากหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชน โดยมีสถาบันสุขภาพผู้สูงอายุแห่งชาติ (National Council on Health of the Elderly) ทำหน้าที่ในการกำหนดนโยบายด้านสุขภาพเพื่อผู้สูงอายุ หน่วยงานสุขภาพและการแพทย์ (Medical and Health) มีบทบาทในการจัด

บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านและในสถานพยาบาล (nursing home) มาเลเซียยังไม่มียุทธศาสตร์ด้านบริการดูแลต่อเนื่องระยะยาวที่ชัดเจน แต่รัฐบาลได้ดำเนินการต่าง ๆ มากมายทั้งด้านบริการทางการแพทย์และการเตรียมพร้อมรองรับปัญหาในอนาคต ด้วยการอบรมเพิ่มศักยภาพของบุคลากร ให้การศึกษาแก่ผู้สูงอายุปัจจุบันและการเตรียมความพร้อมสำหรับผู้สูงอายุในอนาคต 3) บริหารจัดการเวชภัณฑ์ผู้สูงอายุให้เหมาะสม โดยจัดหาสิ่งอำนวยความสะดวกในการรักษาพยาบาลและจัดหาอุปกรณ์ช่วยฟัง แว่นตาและฟันปลอมเพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุ 4) จัดให้มีการประกันคุณภาพการบริการ เพื่อให้ได้รับการรักษาพยาบาลที่ปลอดภัย โดยมีกฎหมายควบคุมสถานพยาบาลเอกชน (The Care Center Act Private 1993) และกฎหมายควบคุมโรงพยาบาลเอกชน (Private Hospital Act 1971) ในการควบคุมกำกับ 5) ดำเนินเรื่องจริยธรรมและให้สิทธิแก่ผู้สูงอายุในด้านการแสดงความคิดเห็นและยินยอมการรักษาที่ปลอดภัย โดยมีกฎหมายควบคุมสถานดูแลด้านสุขภาพและบริการเอกชน (The Private Health Care Facilities and Services Act 1998) ในการควบคุมกำกับ 6) ลดหย่อนค่ารักษาพยาบาลแก่ผู้สูงอายุและควบคุมคลินิกเอกชนไม่ให้เก็บค่ารักษาพยาบาลที่แพง

ยุทธศาสตร์ที่ 3 ยุทธศาสตร์ด้านการศึกษา ศาสนาและการฝึกอบรม ประกอบด้วย

- 1) หนุนเสริมให้การศึกษาก่อรอบครัวและชุมชนให้ตระหนักถึงความสำคัญและปัญหาของผู้สูงอายุ
- 2) ให้ภาคการศึกษาจัดระบบการศึกษาในโรงเรียนเพื่อสร้างทักษะในการดำรงชีวิตแก่เยาวชน
- 3) ส่งเสริมผู้สูงอายุที่มีการศึกษามีความชำนาญเป็นที่ปรึกษาของชุมชน ให้การศึกษาและฝึกอบรมแก่ผู้อื่น
- 4) จัดให้มีหลักสูตรก่อนเกษียณเพื่อเตรียมรับการเปลี่ยนแปลงในวิถีชีวิต และฝึกอบรมการประกอบอาชีพแก่ผู้สูงอายุให้มีทักษะในการทำงาน
- 5) ส่งเสริมผู้สูงอายุด้านศาสนาให้มีการเตรียมพร้อมด้านจิตใจ

ยุทธศาสตร์ที่ 4 ยุทธศาสตร์ด้านที่อยู่อาศัย ประกอบด้วย 1) จัดหาสิ่งอำนวยความสะดวกในที่สาธารณะให้แก่ผู้สูงอายุ 2) ส่งเสริมและร่วมมือกับภาคเอกชนในการสร้างบ้านหรือจัดหาที่อยู่อาศัยราคาถูกลงแก่ผู้สูงอายุ โดยรัฐบาลได้ร่วมมือกับภาคเอกชนในการจัดโครงการที่พักอาศัยราคาถูกลงสำหรับผู้สูงอายุ ส่งเสริมเจ้าของโครงการเอกชนสร้างบ้านสำหรับผู้สูงอายุและบุตรหลานให้อยู่บริเวณเดียวกัน การให้สวัสดิการโดยสร้างที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุในชนบทโดยสถาบันสวัสดิการกลาง (The Central Welfare Council) ขณะนี้มีที่พัก (hut) 69 แห่งและกระท่อม (pondok) 63 หลัง และบ้านพักสำหรับผู้ป่วย (malasian hospice) ซึ่งเป็นการให้บริการและดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 3) กำหนดแผนการสร้างบ้านในอนาคต กำหนดโครงสร้างบ้านสำหรับผู้สูงอายุและจัดทำคู่มือในการซื้อหรือเช่าที่อยู่อาศัยแก่ผู้สูงอายุ 4) ใช้กฎระเบียบ ข้อบังคับในการสร้างบ้านสำหรับผู้สูงอายุ การจัดหาสิ่งอำนวยความสะดวกแก่ผู้สูงอายุและบังคับใช้กฎหมายเกี่ยวกับที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อย 5) จัดให้มีศูนย์กิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุ

ยุทธศาสตร์ที่ 5 ยุทธศาสตร์ด้านการศึกษาวิจัย ประกอบด้วย 1) จัดให้มีศูนย์รวบรวมข้อมูลผู้สูงอายุ 2) จัดให้มีการนำองค์ความรู้จากการศึกษาวิจัยมาใช้ประโยชน์ในการทำงาน 3) กำหนดลำดับความสำคัญในการศึกษาวิจัย

ยุทธศาสตร์ที่ 6 ยุทธศาสตร์ด้านการส่งเสริมและสร้างความตระหนักแก่สังคม โดยจัดให้มีการส่งเสริมและสร้างความตระหนักด้านผู้สูงอายุแก่สาธารณะชน

ตาราง 2 สรุป ยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของประเทศเกาหลีใต้และประเทศมาเลเซีย

ยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุประเทศเกาหลีใต้	ยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุประเทศมาเลเซีย
<p>ยุทธศาสตร์ที่ 1 ยุทธศาสตร์การจัดสวัสดิการสังคมและการดูแลผลประโยชน์ตอบแทน</p> <p>ยุทธศาสตร์ที่ 2 ส่งเสริมการทำงานและการหารายได้ของผู้สูงอายุ</p> <p>ยุทธศาสตร์ที่ 3 การจัดระบบการบริการสังคม</p> <p>ยุทธศาสตร์ที่ 4 ส่งเสริมบริการสุขภาพผู้สูงอายุให้มีคุณภาพและจัดระบบการดูแลระยะยาว</p>	<p>ยุทธศาสตร์ที่ 1 ยุทธศาสตร์ด้านสังคมและนันทนาการ</p> <p>ยุทธศาสตร์ที่ 2 ยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ</p> <p>ยุทธศาสตร์ที่ 3 ยุทธศาสตร์ด้านการศึกษา ศาสนาและการฝึกอบรม</p> <p>ยุทธศาสตร์ที่ 4 ยุทธศาสตร์ด้านที่อยู่อาศัย</p> <p>ยุทธศาสตร์ที่ 5 ยุทธศาสตร์ด้านการศึกษาวิจัย</p> <p>ยุทธศาสตร์ที่ 6 ยุทธศาสตร์ด้านการส่งเสริมและสร้างความตระหนักแก่สังคม</p>

หากเปรียบเทียบยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของประเทศเกาหลีใต้และประเทศมาเลเซีย ที่เหมือนกันคือการส่งเสริมครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ การส่งเสริมและสร้างความตระหนักแก่สังคมเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ส่วนที่ต่างกัน คือประเทศเกาหลีใต้ส่งเสริมการทำงานและการหารายได้ของผู้สูงอายุ การจัดระบบการดูแลระยะยาว โครงการโรงเรียนผู้สูงอายุในการจัดระบบการบริการสังคมและผู้สูงอายุทุกคนมีรายได้ ส่วนของประเทศมาเลเซียเน้นการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ด้านที่อยู่อาศัยให้ความสำคัญกับแผนการสร้างบ้านเพื่อผู้สูงอายุในอนาคตโดยกำหนดเป็นกฎระเบียบและบังคับใช้กฎหมายเกี่ยวกับการสร้างบ้านและที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุ รวมทั้งการลดหย่อนภาษีให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุ

**2.2.3 ยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพของประเทศทางตะวันตก** ในการศึกษาเอกสารและงานวิจัยเกี่ยวกับยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของประเทศที่พัฒนาแล้ว ประกอบด้วยประเทศออสเตรเลีย มลรัฐอัลเบอร์ตาประเทศแคนาดาซึ่งสรุปได้ดังนี้

**ยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของประเทศออสเตรเลีย** ออสเตรเลียประชากรสูงอายุเมื่อปี ค.ศ.2000 ร้อยละ 12 ของประชากรทั้งหมด คาดว่าในปี ค.ศ.2016 ประชากรสูงอายุมีร้อยละ 16 ปี ค.ศ.2021 ประชากรสูงอายุมีร้อยละ 18 ปี ค.ศ.2041 ประชากรสูงอายุมีร้อยละ 19 และปี ค.ศ.2050 ประชากรสูงอายุมีร้อยละ 25 อายุคาดเฉลี่ยผู้ชาย 76.9 ปี ผู้หญิง 82.7 ปี (วรรณภา ศรีชัยรัตน์, 2545) ทำให้รัฐบาลออสเตรเลียให้ความสนใจและตื่นตัวเตรียมการด้านผู้สูงอายุอย่างเร่งด่วน

ยุทธศาสตร์แห่งชาติในการดูแลผู้สูงอายุของออสเตรเลีย (National Strategy for Ageing Australia : 1999) เน้น 4 ด้าน (วรรณภา ศรีชัยรัตน์, 2545) ดังนี้

ยุทธศาสตร์ที่ 1 ส่งเสริมผู้สูงอายุให้พึ่งพาตนเอง ยืดอายุการทำงาน ให้มีการเรียนรู้ตลอดชีวิตและมีการเงินที่มั่นคง เนื่องจากข้อจำกัดในการทำกิจกรรมของผู้สูงอายุออสเตรเลียในทุกๆระดับ มีสูงถึงร้อยละ 45.5 และมีการคาดการณ์ว่าในปี ค.ศ.2021 จะมีผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมในระดับรุนแรงถึงร้อยละ 25 รัฐบาลจึงเน้นกลยุทธ์การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุพึ่งพาตนเองเป็นหลักการยืดอายุการทำงาน เป็นการทำให้ผู้สูงอายุมีรายได้มีผู้สูงอายุจำนวนมากได้ทำงานต่อตามทักษะและประสบการณ์ ให้มีการเรียนรู้ตลอดชีวิตและมีการเงินที่มั่นคง โดยมีการประกันรายได้ให้กับผู้สูงอายุทุกคน คือเมื่อผู้สูงอายุชายมีอายุ 65 ปีและผู้สูงอายุหญิงมีอายุ 60 ปีจะได้รับเงินช่วยเหลือแบบให้เปล่าจากรัฐซึ่งจ่ายในอัตราพื้นฐาน นอกจากนี้ยังช่วยเหลือค่าเช่า การให้บัตรผู้สูงอายุซึ่งเป็นบัตรใช้บริการสุขภาพ บัตรลดหย่อนผู้รับบำนาญใช้ในการขอลดการใช้บริการของรัฐ

ยุทธศาสตร์ที่ 2 จัดบริการดูแลผู้สูงอายุให้มีคุณภาพและสร้างการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในระบบบริการ ประเทศออสเตรเลียมีการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาลและสถานดูแลผู้สูงอายุ รัฐบาลเน้นการเพิ่มสถานดูแลผู้สูงอายุให้มากขึ้นตามความต้องการและมีการขยายบริการไปสู่ชุมชนให้มากขึ้น ระบบบริการสุขภาพของออสเตรเลียเป็นการผสมผสานร่วมกันระหว่างภาครัฐ เอกชนและแพทย์เวชปฏิบัติ เอกชนให้การดูแลระดับปฐมภูมิ การดูแลเฉพาะทางและการดูแลชุมชนโดยอยู่ในการควบคุมของรัฐบาลมลรัฐ รัฐบาลมลรัฐและรัฐบาลท้องถิ่นรับผิดชอบการบริการสุขภาพในชุมชน รัฐบาลกลางทำหน้าที่ในการพัฒนาและกำหนดนโยบายของชาติ การออกกฎหมายและมาตรฐานบริการ

ในส่วนของการประเมินและควบคุมคุณภาพสถานบริการผู้สูงอายุ จะมีองค์กรทำหน้าที่ประเมินคือ 1) ทีมประเมินเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ (aged care assessment team) เป็นทีมที่ประกอบด้วยแพทย์และพยาบาลทำหน้าที่ในการประเมินความต้องการด้านการรักษา ด้านร่างกาย

ด้านจิตใจและด้านสังคมของผู้สูงอายุ เพื่อพิจารณาเข้าสถานดูแลผู้สูงอายุ 2) หน่วยงานรับรองคุณภาพ (accredit agency) เป็นการประเมินคุณภาพสถานดูแลผู้สูงอายุ ในอนาคตผู้ดูแลอย่างไม่เป็นทางการจะมีบทบาทมากขึ้น ทำให้รัฐบาลได้ปรับการดูแลผู้สูงอายุโดยขยายให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแล เพราะแหล่งในการช่วยเหลือผู้สูงอายุจะได้จากครอบครัว เพื่อน และเพื่อนบ้าน ซึ่งบทบาทของกลุ่มนี้จะมีอิทธิพลต่อระบบการดูแลและเป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญในอนาคตจึงมีการให้บสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ให้การช่วยเหลือและยกย่องผู้ดูแลในสังคม ให้บช่วยเหลือผู้ดูแลเมื่อผู้สูงอายุอยู่โรงพยาบาล ให้ความรู้ผู้ดูแลและมีการจัดบริการหลากหลายรูปแบบในชุมชนเพื่อให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการได้ง่าย

ยุทธศาสตร์ที่ 3 สร้างทัศนคติที่ดีของสังคมต่อผู้สูงอายุ มีการปรับทัศนคติที่มีต่อผู้สูงอายุ และความชรา ปรับปรุงสิ่งที่เกี่ยวข้องกับชีวิต เช่น ความปลอดภัยของบุคคล การมีบ้าน การขนส่ง การพักผ่อนและให้การสนับสนุนชุมชน

ยุทธศาสตร์ที่ 4 สนับสนุนการสูงวัยอย่างมีคุณภาพ และการเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณค่า เนื่องจากรัฐบาลเห็นความสำคัญของการสูงวัยอย่างมีคุณภาพและเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณค่า จึงเน้นให้ผู้สูงอายุมีการพึ่งตนเองได้และมีส่วนร่วมในกิจกรรมของสังคม ซึ่งรัฐบาลมตรัฐร่วมกับสถาบันส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และองค์กรที่เกี่ยวข้อง ร่วมกันรณรงค์ส่งเสริมภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุ โดยเน้นกลยุทธการป้องกันโรคและความพิการร่วมกับการสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสม โดยตั้งอยู่บนฐานทางวัฒนธรรม เชื้อชาติ ศักยภาพและความต้องการของผู้สูงอายุ ชักจูงให้ผู้สูงอายุเห็นคุณค่าของการมีสุขภาพดี มีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตและเริ่มต้นสร้างเสริมสุขภาพตั้งแต่อายุน้อย ๆ

**ยุทธศาสตร์และกิจกรรมในอนาคตเพื่อการมีสุขภาพดีและการดูแลที่ต่อเนื่องของผู้สูงอายุของมตรัฐ Alberta ประเทศแคนาดา ค.ศ.1999** (Strategic Directions and Future Actions ; Healthy Aging and Continuing in Alberta) ประเทศแคนาดาเป็นประเทศที่เข้าสู่ภาวะประชากรสูงอายุเช่นกัน โดยประชากรสูงอายุเมื่อ ปี ค.ศ.2003 อยู่ที่ร้อยละ 17.25 จากการคาดการณ์ประชากรสูงอายุในปี ค.ศ.2006 ร้อยละ 18.25 ปี ค.ศ.2011 ร้อยละ 20.55 ปี ค.ศ.2016 ร้อยละ 23.11 ปี ค.ศ.2021 ร้อยละ 25.97 และปี ค.ศ.2026 ร้อยละ 28.59 (Statistic Canada, 2003) ซึ่งประเทศแคนาดาเป็นผู้นำและประสบความสำเร็จในการสร้างเสริมสุขภาพเป็นอย่างมาก การดำเนินงานด้านสุขภาพจะกระจายให้รัฐบาลท้องถิ่นเป็นผู้ดำเนินการ รัฐบาลกลางเป็นผู้กำหนดนโยบายของประเทศ มตรัฐ Alberta เป็นมตรัฐหนึ่งทีประสบความสำเร็จในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยมีการกำหนดวิสัยทัศน์ในการดำเนินงาน (Ministry of Health and Wellness, 2000) คือ ผู้สูงอายุของ Alberta ในศตวรรษที่ 21 ผู้สูงอายุจะได้รับการปฏิบัติด้วยความเคารพและมีเกียรติ คอบสนองทาง

เลือกของผู้สูงอายุในการเข้าถึงข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี ประสบความสำเร็จในชีวิตความเป็นอยู่ที่มีคุณภาพได้รับการสนับสนุนจากญาติ เพื่อนและเครือข่ายในชุมชน โดยการตอบสนองตามการจัดบริการและบริบท

เพื่อให้ระบบสุขภาพมีการตอบสนองผู้สูงอายุมากที่สุดจึงมีการกำหนดทิศทางหลักดังนี้

- 1) สร้างความเป็นอยู่ที่ดีและการป้องกันโรค (wellnes and prevention) สนับสนุนผู้สูงอายุทุกคนให้มีสุขภาพดี ให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค การบาดเจ็บและการเป็นโรค
- 2) ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (client centered) โดยสร้างความเข้าใจ การตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุและครอบครัว การเคารพสิทธิผู้ป่วย ลดการแบ่งแยกทางอายุและช่องว่างระหว่างวัย มีการจัดระบบเพื่อให้เกิดการตอบสนองด้านกาย สังคมและจิตใจ
- 3) การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร (information) โดยจัดให้ผู้สูงอายุเข้าถึงข้อมูลข่าวสารในการเลือกการตัดสินใจและการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง มีการปกปิดข้อมูลผู้ป่วย มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลกับญาติเพื่อให้บริการเกิดคุณภาพและผลลัพธ์สูงสุด รวมทั้งสร้างแนวทางการพึ่งพาอาศัยและอำนวยความสะดวกในการช่วยเหลือกันระหว่างภาครัฐและชุมชน
- 4) สร้างประสิทธิภาพและประสิทธิผล (effectiveness and efficiency) สร้างการตัดสินใจบนพื้นฐานที่เป็นไปได้ให้มากที่สุดตามคุณค่าของผู้ป่วย ตามหลักการวิจัย การประเมินผล การประเมินเทคโนโลยี และการใช้ประโยชน์จากทรัพยากร
- 5) มีการทำงานร่วมกันหลายภาคส่วน (intersectoral approach) จัดระบบการทำงานร่วมกันของชาวอัลเบอร์ตาทั้งรัฐบาลกลาง ข้าราชการระดับจังหวัดและองค์กรเอกชน อาสาสมัครและภาคเอกชนให้มีบทบาทในการดูแลสุขภาพของชาวอัลเบอร์ตาให้มากขึ้น

ยุทธศาสตร์และกิจกรรมในอนาคตเพื่อการมีสุขภาพดีและการดูแลที่ต่อเนื่องของผู้สูงอายุใน Alberta (Ministry of Health and Wellness, 2000) เป็นการพัฒนาเพื่อให้บรรลุวิสัยทัศน์ใหม่ โดยกำหนดแนวทางให้หน่วยงานด้านสุขภาพ และผู้เกี่ยวข้องด้านสุขภาพใช้เป็นแนวทางการดำเนินงาน มีการกำหนดพันธะสัญญาและกิจกรรมร่วมกันเพื่อวางแผนทางธุรกิจ วางแผนการจัดบริการและการกำหนดนโยบายในอนาคต โดยมียุทธศาสตร์ ดังนี้

ยุทธศาสตร์ที่ 1 การสร้างสุขภาพของผู้สูงอายุ (healthy aging) โดยส่งเสริมการมีสุขภาพดีของผู้สูงอายุเป็นเป้าหมายหลัก เพื่อเป็นหลักประกันว่าชาว Alberta จะมีสุขภาพดีและมีความสุขสมควรตามอัตภาพ หน่วยงานในระบบสุขภาพจะทำงานร่วมกับหน่วยงานภาครัฐอื่น ๆ สมาคมวิชาชีพ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง อาสาสมัคร เอกชน และหน่วยงานสาธารณะต่าง ๆ โดยกำหนดเป็นยุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และกำหนดแนวทางอื่น ๆ เพื่อส่งเสริมการมีสุขภาพดีของผู้สูงอายุ

ยุทธศาสตร์ที่ 2 การจัดให้มีการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง (continuing care service) โดยมีการขยายและเพิ่มการจัดบริการดูแลอย่างต่อเนื่องเพื่อตอบสนองผู้สูงอายุ ตามเป้าหมายที่จะให้ผู้สูงอายุอยู่กับบ้านในชุมชน (Lai, 2000)

ยุทธศาสตร์ที่ 3 สร้างการเข้าถึงบริการในระดับเดียวกันของผู้สูงอายุ (co - ordinated access) พัฒนากระบวนการเข้าถึงบริการที่เท่าเทียมกันให้เพิ่มขึ้นและเป็นหลักประกันว่าจะไม่มีอุปสรรคในการรับบริการดูแลอย่างต่อเนื่อง

ยุทธศาสตร์ที่ 4 การสนับสนุนที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุ (supportive housing) ขยายการจัดที่พักอาศัยเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุนรุ่นใหม่ (Ministry of Health and Wellness, 2002)

ยุทธศาสตร์ที่ 5 การจัดให้มีการดูแลที่บ้าน และการดูแลโดยชุมชน (home care and community care) ขยายการดูแลที่บ้านและการดูแลในชุมชน เพื่อตอบสนองความต้องการของการดูแลในชุมชน

ยุทธศาสตร์ที่ 6 ปรับปรุงศูนย์กลางการดูแลระยะยาวใหม่ (Re-generation of long term care centres) มีการปรับปรุงศูนย์กลางการดูแลระยะยาวใหม่ เพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของสถานดูแลผู้สูงอายุที่สูงขึ้นและมีความสลับซับซ้อนมากยิ่งขึ้น

ยุทธศาสตร์ที่ 7 ตอบสนองความต้องการบุคลากรเกี่ยวกับโรคสมองเสื่อม ภาวะจิตเสื่อม และความต้องการพิเศษอื่น ๆ (needs of persons with alzheimer's disease dementia and other special needs) พัฒนาหน่วยงานระดับจังหวัดและระดับศูนย์ในการตอบสนองความต้องการเฉพาะเกี่ยวกับโรคสมองเสื่อมและภาวะจิตเสื่อม

ยุทธศาสตร์ที่ 8 จัดให้มีระบบการดูแลผู้สูงอายุที่ครอบคลุมและเน้นการดูแลในระดับปฐมภูมิ (comprehensive care for the elderly and primary health care) พัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุให้กว้างขวางขึ้นโดยเข้าไปสู่ตามที่อาศัยของผู้สูงอายุ ซึ่งมีความต้องการบริการเฉพาะตามปัญหาด้านสุขภาพที่หลากหลายและสลับซับซ้อน

ยุทธศาสตร์ที่ 9 การพัฒนาทรัพยากรบุคคลด้านสุขภาพ (human resources) พัฒนาทักษะและตอบสนองความต้องการด้านกำลังคนด้านสุขภาพในระบบบริการสุขภาพที่ดูแลผู้สูงอายุ ผู้ทำงานด้านสุขภาพต้องมีความรู้และทักษะที่เหมาะสม มีการฝึกปฏิบัติขณะประจำการและจัดหาผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชนโดยมีการพัฒนาทักษะการดูแลผู้สูงอายุ



ตาราง 3 สรุป ยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของประเทศออสเตรเลีย และยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของมลรัฐอัลเบอร์ตา ประเทศแคนาดา

ยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุประเทศออสเตรเลีย	ยุทธศาสตร์การดูแลผู้สูงอายุของมลรัฐอัลเบอร์ตา
<p>ยุทธศาสตร์ที่ 1 ส่งเสริมผู้สูงอายุให้พึ่งพาตนเอง ยืดอายุการทำงาน มีการเรียนรู้ตลอดชีวิต และมีการเงินที่มั่นคง</p> <p>ยุทธศาสตร์ที่ 2 จัดให้มีการบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีคุณภาพและสร้างการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในบริการ</p> <p>ยุทธศาสตร์ที่ 3 สร้างทัศนคติที่ดีของสังคมต่อผู้สูงอายุ</p> <p>ยุทธศาสตร์ที่ 4 สนับสนุนการสูงวัยอย่างมีคุณภาพและเป็นผู้สูงอายุที่ทรงคุณค่า</p>	<p>ยุทธศาสตร์ที่ 1 การสร้างสุขภาวะของผู้สูงอายุ</p> <p>ยุทธศาสตร์ที่ 2 การจัดให้มีการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง</p> <p>ยุทธศาสตร์ที่ 3 สร้างการเข้าถึงบริการในระดับเดียวกันของผู้สูงอายุ</p> <p>ยุทธศาสตร์ที่ 4 การสนับสนุนที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุ</p> <p>ยุทธศาสตร์ที่ 5 การจัดให้มีดูแลที่บ้านและการดูแลโดยชุมชน</p> <p>ยุทธศาสตร์ที่ 6 ปรับปรุงศูนย์กลางการดูแลและชะยาว</p> <p>ยุทธศาสตร์ที่ 7 ตอบสนองความต้องการบุคลากรเกี่ยวกับโรคสมองเสื่อม ภาวะจิตเสื่อมและความต้องการพิเศษอื่น</p> <p>ยุทธศาสตร์ที่ 8 จัดให้มีระบบการดูแลผู้สูงอายุที่ครอบคลุมและเน้นการดูแลในระดับปฐมภูมิ</p> <p>ยุทธศาสตร์ที่ 9 การพัฒนาทรัพยากรบุคคลด้านสุขภาพ</p>

หากเปรียบเทียบยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของประเทศออสเตรเลียและมลรัฐอัลเบอร์ตาที่เหมือนกัน คือ สนับสนุนการสูงวัยอย่างมีคุณภาพและเป็นผู้สูงอายุที่มีค่า เน้นการพึ่งพาตนเองของผู้สูงอายุ สนับสนุนผู้สูงอายุครอบครัวและชุมชนร่วมดูแลผู้สูงอายุ การจัดบริการให้มีคุณภาพ มีการดูแลอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งจัดให้มีการดูแลที่บ้านและการดูแลโดยชุมชน ส่วนที่แตกต่างกัน คือ ประเทศออสเตรเลียเน้นการพึ่งพาตนเอง การยืดอายุการทำงาน และการเงินที่มั่นคงของผู้สูงอายุเป็นหลัก ส่วนมลรัฐอัลเบอร์ตาเน้นการสนับสนุนที่อยู่อาศัย การดูแลในระดับปฐมภูมิ การพัฒนาบุคลากรด้านสุขภาพ การเข้าถึงบริการในระดับเดียวกันของผู้สูงอายุ และการทำงานร่วมกันจากทุกภาคส่วน

**ยุทธศาสตร์นานาชาติเพื่อการปฏิบัติผู้สูงอายุ** (International Strategy for Action on Ageing) (คณะกรรมการจัดประชุมสมัชชาผู้สูงอายุโลก ครั้งที่ 2 องค์การสหประชาชาติ, 2002 อ้างถึงในเมืองทอง เขมมณี, 2545) ยุทธศาสตร์นานาชาติเพื่อการปฏิบัติผู้สูงอายุเพื่อสนองตอบโอกาสและสิ่งท้าทายเกี่ยวกับผู้สูงอายุในทศวรรษที่ 21 เพื่อให้การพัฒนาผู้สูงอายุเป็นอันหนึ่งอันเดียวกับ

การพัฒนาด้านอื่นๆ โดยมีจุดมุ่งหมายสุดท้ายเพื่อส่งเสริมการพัฒนาสังคมเพื่อคนทุกวัย การที่ประชากรโลกมีอายุคาดเฉลี่ยสูงขึ้นทำให้จำนวนผู้สูงอายุเพิ่มจาก 600 ล้านคน (ร้อยละ 10) ในปี ค.ศ.2000 เป็นเกือบ 2,000 ล้านคน (ร้อยละ 21) ในปี ค.ศ.2050 ซึ่งจำนวนที่เพิ่มขึ้นจะมีมากในประเทศกำลังพัฒนา และคาดว่าจะเพิ่มจากร้อยละ 8 เป็นร้อยละ 19 ในปี ค.ศ.2050 โดยเฉพาะทวีปเอเชียจะมีผู้สูงอายุร้อยละ 20-25 ในปี ค.ศ.2050 การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้จะมีผลต่อคุณภาพชีวิตของบุคคล ชุมชน ประเทศชาติ ซึ่งเกี่ยวข้องกับสังคม เศรษฐกิจ การเมือง วัฒนธรรม จิตวิทยา และจิตวิญญาณ

ข้อเรียกร้องของยุทธศาสตร์นานาชาติเพื่อการปฏิบัติผู้สูงอายุ เรียกร้องให้มีการเปลี่ยนแปลงด้านเจตคติ ด้านนโยบายในระดับชาติ ชุมชน บริษัท องค์กรต่างๆ เพื่อตอบสนองศักยภาพผู้สูงอายุ โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อเป็นหลักประกันว่าทุกคนจะเข้าสู่วัยสูงอายุด้วยความมั่นคงและมีศักดิ์ศรี มีส่วนร่วมในสังคมและมีสุขภาพดีสมบูรณ์งดงาม เป็นเครื่องมือให้ผู้กำหนดนโยบายนำไปกำหนดความสำคัญ การสูงอายุได้รับการยอมรับและนำไปปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับสภาพแวดล้อมที่แตกต่างกัน ประเด็นหลักในยุทธศาสตร์นานาชาติเพื่อการปฏิบัติผู้สูงอายุ เพื่อให้บรรลุถึงการสูงอายุที่มั่นคง การให้อำนาจแก่ผู้สูงอายุ การให้โอกาสการพัฒนาส่วนบุคคล การสร้างความมั่นคงด้านเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรมของผู้สูงอายุ รวมทั้งการกำจัดกีดกันทุกรูปแบบ เนื่องจากพื้นฐานด้านอายุ สร้างความเท่าเทียมกันทางเพศของผู้สูงอายุ สร้างความสำคัญของการพึ่งพาอาศัยระหว่างวัย การมีประโยชน์ร่วมกันและการแลกเปลี่ยนผลประโยชน์ระหว่างกันเพื่อการพัฒนาสังคม การจัดหาการดูแลและการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ สร้างพันธมิตรร่วมกันของภาครัฐ ประชาคม เอกชนและผู้สูงอายุในการแปลงยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติ และนำผลการวิจัยและความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์มาใช้ให้เกิดประโยชน์

ยุทธศาสตร์นานาชาติเพื่อการปฏิบัติผู้สูงอายุ มี 3 ยุทธศาสตร์ คือ 1) การพัฒนาเพื่อโลกของผู้สูงอายุ 2) การขยายขอบเขตด้านสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของชีวิตในวัยสูงอายุ 3) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อและสนับสนุนผู้สูงอายุ

ยุทธศาสตร์ที่ 1 การพัฒนาเพื่อโลกของผู้สูงอายุ จากหลักการของปฏิญญาสหประชาชาติให้สังคมทุกภาคส่วนได้รับการพัฒนา สังคมผู้สูงอายุต้องได้รับการพัฒนาและมีส่วนได้รับผลประโยชน์อย่างเท่าเทียมกัน การปฏิบัติจะต้องมีการกำหนดเป็นยุทธศาสตร์เพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าได้รับผลจากการพัฒนาในด้านเศรษฐกิจ สังคมและการเมืองในทุกประเทศโดยเฉพาะประเทศกำลังพัฒนาที่ประชาชนไม่ได้มีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายเมื่ออายุมากขึ้น ทำให้ได้รับผลกระทบจากความเจริญก้าวหน้า มีการเคลื่อนย้ายถิ่น การกลายเป็นชุมชนเมือง การเปลี่ยนแปลง

โครงสร้างของครอบครัว รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและเศรษฐกิจทำให้ผู้สูงอายุตกขอบจากกระแสการเปลี่ยนแปลงและการพัฒนา

1. สร้างการมีส่วนร่วมอย่างเข้มแข็งในสังคมและการพัฒนาเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาลดการกีดกันจากสังคม ยอมรับสิ่งที่ผู้สูงอายุให้ได้ทางเศรษฐกิจ สังคม และการเมือง เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจในทุกระดับเนื่องจากสิ่งที่ผู้สูงอายุให้กับสังคมมีมากมาย บทบาทของผู้สูงอายุทั้งในระดับครอบครัว ชุมชนและสิ่งที่มีค่าหลายอย่างไม่สามารถวัดออกมาในเชิงเศรษฐกิจได้

2. ส่งเสริมการทำงานและกำลังแรงงานของผู้สูงอายุ เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุทุกคนทำงานเพื่อสร้างรายได้ต่อไปตามความต้องการ

3. เพิ่มการพัฒนาชนบท เนื่องจากการอพยพย้ายถิ่นฐานและการกลายเป็นเขตเมืองในประเทศกำลังพัฒนาทำให้ผู้สูงอายุในชนบทจะถูกทอดทิ้งให้อยู่อย่างโดดเดี่ยว ไม่ได้ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว จากการพัฒนาเป็นเขตเมืองทำให้การอพยพย้ายถิ่นฐานจากชนบทสู่เมืองมากขึ้นทั้งในประเทศและระหว่างประเทศ ส่งผลให้ความเข้มแข็งของเครือข่ายครอบครัวอ่อนแอ สูญเสียเครือข่ายทางสังคมและการขาดโครงสร้างพื้นฐานในเมืองที่อพยพเข้าไปอยู่ทำให้เกิดชุมชนแออัด มีความยากจน มีความเป็นอยู่อย่างยากลำบากโดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเจ็บป่วยหรือพิการ นโยบายในส่วนนี้ควรทำให้สภาพความเป็นอยู่และโครงสร้างพื้นฐานในชุมชนดีขึ้น ส่งเสริมการเชื่อมโยงระหว่างเขตเมืองและเขตชนบท มีการค้ากับผู้สูงอายุในชนบทที่อยู่อย่างโดดเดี่ยวและตกขอบและรวมกลุ่มผู้สูงอายุที่อพยพย้ายถิ่นฐานเข้าไปในชุมชนใหม่

4. เพิ่มการเข้าถึงความรู้ การศึกษาและการฝึกอบรม เนื่องจากการศึกษาเป็นพื้นฐานสำคัญของชีวิต ในประเทศกำลังพัฒนาผู้สูงอายุที่สามารถอ่านออกเขียนได้มีน้อย ส่งผลต่อความสามารถในการประกอบอาชีพ การมีสุขภาพดีและความเป็นอยู่ที่ดี นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยีทำให้ผู้สูงอายุเป็นคนต่างลักษณะไปได้ ดังนั้นควรให้โอกาสและดูแลอย่างเท่าเทียมกันในเรื่องการศึกษาต่อเนื่อง การฝึกอบรมและการฝึกอบรมซ้ำ รวมทั้งการแนะแนวเกี่ยวกับอาชีพและบริการ การจัดหาตำแหน่งหน้าที่ในการทำงาน การนำเอาศักยภาพและความเชี่ยวชาญของคนทุกวัยมาใช้ให้เต็มที่โดยเห็นคุณค่าของประโยชน์ที่ได้รับจากประสบการณ์ที่เพิ่มขึ้นตามวัย

5. สร้างความร่วมมือเพื่อประโยชน์ระหว่างวัยร่วมกัน การสร้างความสัมพันธ์ของคนทุกวัยในทุกระดับทั้งในครอบครัว ชุมชน และระดับชาติเป็นสิ่งที่มีความสำคัญสำหรับทุกคนนำมาสู่ความสำเร็จของการเป็นสังคมของคนทุกวัย เป็นรากฐานของสวัสดิการภาครัฐและระบบการดูแลที่ไม่เป็นทางการจึงควรเสริมสร้างความร่วมมือกันแห่งประโยชน์ระหว่างวัยอย่างเสมอภาค มีการแลกเปลี่ยนประโยชน์ซึ่งกันและกัน มีการกระจายทรัพยากรระหว่างวัยอย่างเท่าเทียมกัน

6. การกำจัดความยากจนในผู้สูงอายุ การกำจัดความยากจนเป็นการปฏิบัติที่จัดการกับสาเหตุรากเหง้าของความยากจน โดยจัดหาความจำเป็นพื้นฐานให้กับทุกคนและจัดลำดับความสำคัญกับกลุ่มผู้สูงอายุและผู้ด้อยโอกาส ปัญหาความยากจนเป็นปัญหาเรื้อรังที่แต่ละประเทศต้องประสบ ถึงแม้ในระดับโลกจะมุ่งเน้นและมีนโยบายกำจัดความยากจนแต่ผู้สูงอายุมักถูกละเลยจากนโยบายเหล่านี้ เมื่ออายุมากขึ้นผู้สูงอายุจะเผชิญกับความยากจนมากขึ้น

7. สร้างความมั่นคงด้านรายได้และการคุ้มครองทางสังคม การสร้างความมั่นคงทางรายได้และการคุ้มครองทางสังคมเป็นมาตรการที่สำคัญตามความเจริญทางเศรษฐกิจและสังคม ส่งเสริมแผนงานที่ทำให้คนทำงานทุกคนทั้งผู้ที่ทำงานในส่วนตัวที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการได้รับความคุ้มครองพื้นฐานทางสังคม รวมทั้งมีบำนาญบำนาญเมื่อถึงวัยสูงอายุด้วย สร้างรายได้ขั้นต่ำที่พอเพียงกับผู้สูงอายุและให้ความสนใจกับกลุ่มผู้สูงอายุที่ด้อยโอกาส

8. ให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุเมื่อเกิดสถานการณ์ฉุกเฉิน ในสถานการณ์ฉุกเฉิน เช่น ภัยธรรมชาติ และภาวะความขัดแย้งสงคราม ผู้สูงอายุมักถูกแยกจากครอบครัวและเพื่อนทำให้ไม่สามารถหาอาหารและหาที่พักพิงได้ แหล่งที่มาหากินถูกทำลาย ปัญหาสุขภาพจะทวีความรุนแรงมากยิ่งขึ้นผู้สูงอายุจึงอยู่ในสถานการณ์ที่เสี่ยงเมื่ออยู่ในภาวะฉุกเฉิน บางครั้งอาจถูกทอดทิ้งเนื่องจากเป็นผู้ที่อ่อนแอ ในการช่วยเหลือด้านมนุษยธรรมจึงควรเอาใจใส่เป็นพิเศษโดยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้เข้าถึงอาหาร ที่พักอาศัยและการดูแลทางการแพทย์อย่างเท่าเทียมกันในสถานการณ์ฉุกเฉินเหล่านี้ เมื่อสถานการณ์สงบลงควรส่งเสริมผู้สูงอายุในการจัดตั้งและก่อสร้างชุมชนสังคมขึ้นมาใหม่

## ยุทธศาสตร์ที่ 2 การขยายขอบเขตด้านสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของชีวิตในวัยสูงอายุ

1. การสร้างเสริมสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีตลอดชีวิตของผู้สูงอายุ การสร้างเสริมสุขภาพเป็นการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุควบคุมสุขภาพและทำให้สุขภาพของตนเองดีขึ้น เพิ่มช่วงชีวิตที่มีสุขภาพดี ทำให้ทุกคนมีคุณภาพชีวิตที่ดี ลดอัตราการตายและป่วยและเพิ่มอายุคาดหวัง จุดมุ่งหมายเหล่านี้จะบรรลุได้ต้องสร้างความเท่าเทียมกันในการเข้าถึงการสร้างเสริมสุขภาพรวมถึงการป้องกันโรค ให้ผู้สูงอายุมองเห็นความสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพ รวมทั้งทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่พิการให้ดีขึ้น โดยมีมาตรการส่งเสริมและคุ้มครองสุขภาพความเป็นอยู่ที่ดีตลอดชีวิตและลดผลที่เกิดจากปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรคเมื่อถึงวัยสูงอายุ มีการพัฒนานโยบายป้องกันพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมของผู้สูงอายุ จัดให้มีการเข้าถึงอาหารที่เพียงพอและปลอดภัยกับผู้สูงอายุทุกคน

2. สร้างการเข้าถึงบริการสุขภาพที่หลากหลายและเท่าเทียมกันของผู้สูงอายุ โดยการกำจัดความไม่เท่าเทียมกันในการเข้าถึงบริการจากอายุเพราะการรักษาผู้สูงอายุอาจถูกมองว่ามีค่าน้อยกว่าการรักษาผู้ที่ยุ่่น้อยกว่า สร้างการเป็นหุ้นส่วนกันระหว่างรัฐ ประชาคม บริษัทเอกชน องค์กร

เอกชนและองค์กรชุมชนเพื่อเติมช่องว่างบริการ การพัฒนาและสร้างความเข้มแข็งให้กับบริการ สาธารณสุขมูลฐาน และการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ

3. ผู้สูงอายุกับเอชไอวีหรือเอดส์ (HIV/AIDS) จากระบบข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัย เอชไอวีหรือเอดส์ในผู้สูงอายุ การไม่ได้รับประโยชน์จากการณรงค์และป้องกันเพื่อการเป็นผู้ดูแล สมาชิกในครอบครัวที่ติดเชื่อ การดูแลเด็กที่ป่วยด้วยเอชไอวีหรือเอดส์และบทบาทของผู้สูงอายุ ในฐานะพ่อแม่ทดแทนทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อ

4. ขยายการฝึกอบรมผู้ดูแลรักษาผู้สูงอายุ ฝึกอบรมผู้มีอาชีพด้านสุขภาพที่ทำงานกับผู้สูงอายุ ให้ตระหนักและเข้าใจสุขภาพและปัญหาของผู้สูงอายุ และขยายโปรแกรมการศึกษาไปสู่ผู้ทำงานด้าน บริการสังคม ผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ

5. ขยายความต้องการด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ปัญหาสุขภาพจิตเป็นสาเหตุของความ พิกัดและคุณภาพชีวิต การเปลี่ยนแปลงในช่วงบั้นปลายชีวิตอาจนำไปสู่ภาวะจิตใจห่อเหี่ยวเกิดโรค อัลไซเมอร์และโรคอื่น ๆ จัดให้มีมาตรการในการจัดการกับความเจ็บป่วยทางจิตในวัยสูงอายุรวมทั้ง การวินิจฉัยโรค การให้ยา การฝึกอบรมด้านวิชาชีพและจิตบำบัดรวมทั้งการอบรมผู้ดูแลใน ครอบครัว พัฒนาโปรแกรมการตรวจทางจิต โปรแกรมการช่วยเหลือคนที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ โปรแกรมรักษาทางจิตสังคม

6. มีมาตรการป้องกันความพิการในผู้สูงอายุ โดยมีมาตรการป้องกันการเสื่อมของร่างกาย และความพิการที่เพิ่มขึ้นตามวัย และให้การส่งเสริมและสนับสนุนผู้สูงอายุที่พิการ

ยุทธศาสตร์ที่ 3 การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อและสนับสนุนผู้สูงอายุ การสร้างสิ่งแวดล้อม ให้เอื้อกับการสร้างเสริมสุขภาพเป็นจุดมุ่งหมายหนึ่งของการประชุมสุดยอดโลกเรื่องการพัฒนา สังคม ซึ่งเกี่ยวข้องกับถึงสภาพการทำงานที่จำเป็น ระบบการเมืองที่มีส่วนร่วม โปร่งใสและมีความ รับผิดชอบ สิทธิมนุษยชน รวมไปถึงนโยบายด้านสิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจและสังคม

1. บ้าน ที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมที่ดีแก่ผู้สูงอายุ ให้ผู้สูงอายุทุกคนเข้าถึงการมีบ้านที่อยู่ อาศัยและมีสิ่งแวดล้อมที่ดีปลอดภัย ในประเทศกำลังพัฒนาผู้สูงอายุที่อยู่ในเมืองจะขาดบ้านอยู่ อาศัยและบริการ ส่วนในชนบทมีผู้สูงอายุจำนวนมากถูกทอดทิ้งให้อยู่อย่างโดดเดี่ยวจึงควรส่งเสริม ให้ผู้สูงอายุอยู่กับบ้านในชุมชนที่เหมาะสมและทางเลือกในการจัดหาบ้านเพื่อผู้สูงอายุ มีการ กำหนดแบบบ้านและสิ่งแวดล้อมที่ดีเพื่อส่งเสริมการมีชีวิตอย่างอิสระตามความต้องการของ ผู้สูงอายุโดยเฉพาะผู้สูงอายุที่พิการ รวมทั้งจัดให้มีระบบขนส่งที่ผู้สูงอายุเข้าถึงได้และสามารถจ่ายได้

2. สนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน การดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะเป็นการดูแลแบบ ไม่เป็นทางการ โดยเฉพาะการดูแลจากครอบครัวซึ่งไม่มีค่าตอบแทนในการดูแล บางแห่งที่มีการ ระบาดของเอชไอวีหรือเอดส์ ทำให้ผู้สูงอายุต้องรับภาระในการดูแลหลาน รวมทั้งนโยบายของรัฐ

ที่ทำให้ชุมชนดูแลผู้สูงอายุ ทำให้ภาระต้องตกอยู่กับครอบครัวและชุมชนซึ่งบางครั้งไม่มีศักยภาพเพียงพอเนื่องจากมีทรัพยากรน้อยและการประสานงานไม่ดี จึงควรจัดให้มีการดูแลอย่างต่อเนื่องและสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุในด้านต่าง ๆ อย่างเหมาะสม

3. ปกป้องการกระทำทารุณและความรุนแรงกับผู้สูงอายุ ความรุนแรงที่มีต่อผู้สูงอายุมีในทุกถิ่นของสังคม ทุกสภาพเศรษฐกิจ ทุกเผ่าพันธุ์และทุกภูมิศาสตร์ โดยเฉพาะผู้สูงอายุหญิงมีโอกาสถูกกระทำทารุณมากกว่าผู้ชาย ความรุนแรงมีหลายรูปแบบตั้งแต่ทางร่างกาย ทางอารมณ์ทางการเงินและทางวัตถุ ผู้สูงอายุที่ตกเป็นเหยื่อของความรุนแรงบางครั้งอายและกลัวไม่กล้าขอความช่วยเหลือ จึงควรจัดให้มีมาตรการกำจัดการกระทำทารุณผู้สูงอายุทุกรูปแบบและสร้างระบบการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ถูกกระทำทารุณ

4. สร้างทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ โดยรณรงค์การมีทัศนคติเชิงบวกต่อผู้สูงอายุ การให้อำนาจ ขอมรับความฉลาดและประโยชน์ของผู้สูงอายุ

สรุป ยุทธศาสตร์นานาชาติเพื่อการปฏิบัติผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 3 ยุทธศาสตร์หลัก 18 ยุทธศาสตร์รอง ดังนี้

ยุทธศาสตร์ที่ 1 การพัฒนาเพื่อโลกของผู้สูงอายุ 1) สร้างการมีส่วนร่วมอย่างเข้มแข็งในสังคมและการพัฒนา 2) ส่งเสริมการทำงานและกำลังแรงงานของผู้สูงอายุ 3) เพิ่มการพัฒนาในชนบท 4) เพิ่มการเข้าถึงความรู้ การศึกษาและการฝึกอบรม 5) สร้างความร่วมมือระหว่างวัยเพื่อประโยชน์ร่วมกัน 6) กำจัดความยากจนในผู้สูงอายุ 7) การสร้างความมั่นคงด้านรายได้และการคุ้มครองทางสังคมแก่ผู้สูงอายุ 8) ให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุเมื่อเกิดสถานการณ์ฉุกเฉิน

ยุทธศาสตร์ที่ 2 การขยายขอบเขตด้านสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของชีวิตในวัยสูงอายุ 1) การสร้างเสริมสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีตลอดชีวิตของผู้สูงอายุ 2) สร้างการเข้าถึงบริการสุขภาพที่หลากหลายและเท่าเทียมกันของผู้สูงอายุ 3) ผู้สูงอายุกับเอชไอวีหรือเอดส์ 4) ฝึกอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ 5) ขยายความต้องการด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ 6) มีมาตรการป้องกันความพิการในผู้สูงอายุ

ยุทธศาสตร์ที่ 3 การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อและสนับสนุนผู้สูงอายุ 1) จัดให้มีบ้านที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมเป็นอยู่ที่ดีกับผู้สูงอายุ 2) สนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน 3) ปกป้องการกระทำทารุณและความรุนแรงกับผู้สูงอายุ 4) สร้างทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

### 3. ยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในแผนผู้สูงอายุระยะยาว

ในการดำเนินงานเพื่อสร้างเสริมสุขภาพในแผนผู้สูงอายุระยะยาวของไทย มีแผน นโยบาย และแนวทางที่ใช้เป็นกรอบในการดำเนินงานซึ่งเป็นแผนเฉพาะเกี่ยวกับผู้สูงอายุ โดยแต่ละแผนมีการกำหนดทิศทางหลักในการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ มีดังนี้

- 3.1. แผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2525 – 2544)
- 3.2. นโยบายและมาตรการสำหรับผู้สูงอายุระยะยาว (พ.ศ. 2535 – 2554)
- 3.3. แผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545 – 2564)

**3.1 แผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2525 – 2544)** คณะอนุกรรมการการศึกษาวิจัยและวางแผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ จำนวนทั้งหมด 7 คณะ ได้จัดทำแผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุแห่งชาติขึ้นเพื่อให้สังคมตระหนักถึงความรับผิดชอบที่พึงมีต่อผู้สูงอายุ ตระหนักถึงสภาพและแนวโน้มของปัญหาเกี่ยวกับผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับความเคารพสิทธิหน้าที่และบทบาทอย่างเหมาะสมได้รับความคุ้มครองทั้งกาย จิตใจและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ เพื่อเป็นหลักประกันในการจัดสรรทรัพยากรด้านสวัสดิการสังคม และเพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมในสังคม โดยมีประเด็นสำคัญเกี่ยวกับผู้สูงอายุด้านมนุษยธรรม ด้านการพัฒนาและด้านการศึกษาเป็นหลัก แผนนี้ประกอบด้วยนโยบาย 5 ด้าน (บรรลุ ศิริพานิช, 2542) คือ

นโยบายที่ 1 ด้านสุขภาพอนามัย ซึ่งกรรมการแพทย์รับผิดชอบดำเนินการ มี 3 นโยบาย ดังนี้ 1) สนับสนุนและส่งเสริมให้มีบริการสุขภาพทั้งทางกายและจิตสำหรับผู้สูงอายุ ทั้งในด้านการป้องกัน การสร้างเสริมสุขภาพ การวินิจฉัยโรคในระยะแรก รวมทั้งการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ 2) ให้ความสำคัญกับบริการสุขภาพผู้สูงอายุโดยถือเป็นส่วนหนึ่งของงานประจำในระบบบริการสาธารณสุขแบบผสมผสาน 3) เน้นการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคทั้งกายและจิต โดยเร่งเผยแพร่ความรู้ในงานสาธารณสุขมูลฐานทั้งในเมืองและชนบท

นโยบายที่ 2 ด้านการศึกษา กรรมการศึกษานอกโรงเรียนรับผิดชอบดำเนินการมี 3 นโยบาย ดังนี้ 1) เร่งรัดจัดการศึกษาต่อเนื่องตลอดชีวิตโดยเฉพาะศึกษานอกระบบ ให้มีรูปแบบและเนื้อหาสาระที่ผู้สูงอายุเข้าร่วมได้รับประโยชน์อย่างแท้จริง 2) เน้นความสำคัญด้านการศึกษาเพื่อชีวิตในครอบครัว ทั้งการศึกษาในระบบและนอกระบบเพื่อเตรียมตัวรับการเปลี่ยนแปลงในแต่ละช่วงชีวิต ด้วยการระดมความร่วมมือจากภาคเอกชน โดยเฉพาะจากสื่อมวลชนทุกรูปแบบ พร้อมทั้งสร้างความเข้าใจให้แก่ประชาชนในการเตรียมตัวตั้งแต่เยาว์วัย 3) สนับสนุนให้มีระบบและวิธีการถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์จากผู้สูงอายุ โดยเฉพาะจากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญในสาขาวิชาต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมบทบาทของผู้สูงอายุให้เป็นที่ยอมรับของสังคมมากขึ้น

นโยบายที่ 3 ด้านความมั่นคงของรายได้และการทำงาน กรมประชาสงเคราะห์รับผิดชอบดำเนินการ มี 6 นโยบาย ดังนี้ 1) เร่งรัดให้มีพระราชบัญญัติประกันสังคมที่ให้ความคุ้มครองแก่ผู้สูงอายุในด้านรายได้เพื่อการยังชีพในกรณีของผู้สูงอายุที่พึ่งพาตนเองไม่ได้และไม่มีที่พึ่ง 2) ส่งเสริมและสนับสนุนระบบและวิธีการที่จะทำให้ผู้สูงอายุยังคงมีบทบาทในการทำงานตามความถนัดและความสามารถของแต่ละบุคคล 3) ส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีรายได้จากการทำงานในระดับที่เป็นธรรมและเพียงพอแก่การยังชีพ 4) ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุใช้ความสามารถและศักยภาพที่มีอยู่ให้เป็นประโยชน์ต่อตนเอง ครอบครัวและสังคมได้ 5) ส่งเสริมให้สถาบันครอบครัวลดการพึ่งพาหรือผ่อนภาระผู้สูงอายุในเรื่องรายได้ที่ต้องมาจุนเจือครอบครัว 6) ส่งเสริมให้นำเทคโนโลยีที่เหมาะสมมาใช้เพื่อทุ่นแรงในการทำงานของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะภาคเกษตรกรรม

นโยบายที่ 4 ด้านสังคมและวัฒนธรรม กรมการศึกษานอกโรงเรียนรับผิดชอบดำเนินการ มี 4 นโยบาย ดังนี้ 1) ส่งเสริมโครงสร้างครอบครัวแบบขยาย เพื่อให้เอื้อต่อการดำรงชีวิตอย่างเป็นสุขของผู้สูงอายุ มีลูกหลานคอยดูแลและคอยดูแลลูกหลาน 2) มีความเคารพและกตัญญูต่อกตเวทิต่อผู้สูงอายุที่ประกอบคุณงามความดีต่อครอบครัวและสังคม 3) ส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุคงบทบาทการมีส่วนร่วมในครอบครัวและสังคม ตามความถนัดและความสามารถ 4) สนับสนุนให้สถาบันศาสนามีบทบาทในการเผยแพร่หลักธรรมโดยเน้นการปฏิบัติมากกว่า รูปแบบพิธีกรรม

นโยบายที่ 5 ด้านสวัสดิการสังคม กรมประชาสงเคราะห์รับผิดชอบดำเนินการ มี 2 นโยบาย ดังนี้ 1) เร่งรัดให้มีพระราชบัญญัติประกันสังคมที่ให้ความคุ้มครองแก่ผู้สูงอายุด้านสวัสดิการต่าง ๆ 2) ขยายบริการในรูปแบบศูนย์บริการและหน่วยสงเคราะห์ผู้สูงอายุเคลื่อนที่ที่ให้มากขึ้นจำกัดการสงเคราะห์ในรูปแบบสถานสงเคราะห์ให้น้อยที่สุด ระดมความร่วมมือจากเอกชนให้ช่วยจัดบริการสวัสดิการสังคมแก่ผู้สูงอายุในรูปแบบต่าง ๆ อย่างเพียงพอและทั่วถึง

สรุป ทิศทางหลักของแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 1 โดยใช้การกำหนดเป็น 5 ด้าน ซึ่งเป็นทิศทางหลักในการขับเคลื่อนเพื่อให้เกิดการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ คือ นโยบายด้านสุขภาพอนามัย นโยบายด้านการศึกษา นโยบายด้านความมั่นคงของรายได้และการทำงาน นโยบายด้านสังคมและวัฒนธรรมและนโยบายด้านสวัสดิการสังคม

**3.2 นโยบายและมาตรการสำหรับผู้สูงอายุระยะยาว (พ.ศ. 2535 – 2554)** คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติได้กำหนดนโยบาย แผนงาน และกิจกรรมเกี่ยวกับผู้สูงอายุในนโยบายและมาตรการสำหรับผู้สูงอายุระยะยาว (พ.ศ. 2535 – 2554) ขึ้น ในแผนนี้ได้กล่าวถึงปัญหาของผู้สูงอายุ กำหนดนโยบายมาตรการทางด้านสุขภาพ การสนับสนุนส่งเสริมให้มีการศึกษาเรื่องความมั่นคงของรายได้ สังคม วัฒนธรรม และสวัสดิการสังคมอย่างกว้าง ๆ เพื่อแก้ไขปัญหาและปรับปรุงคุณภาพชีวิตของ



ผู้สูงอายุ โดยมีนโยบายและหลักการดังนี้ (คณะทำงานพิจารณานโยบายและมาตรการหลักเพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุ, 2535)

นโยบายประกอบด้วย 1) ส่งเสริมและให้บริการการเรียนรู้ต่าง ๆ ที่จะให้ผู้สูงอายุรู้จักการปรับตัว การดูแลรักษาสุขภาพอนามัย การป้องกันโรคและการออกกำลังกายที่ถูกต้อง รวมทั้งให้มีความสามารถที่จะดำรงชีวิตในบั้นปลายอย่างมีคุณค่าและมีความสุข 2) ให้มีบริการพื้นฐานและสวัสดิการทางสังคม ตลอดจนการสงเคราะห์ด้านต่าง ๆ ตามความต้องการและจำเป็นอย่างเพียงพอแก่ผู้สูงอายุโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยและไม่มีผู้อุปการะ 3) สนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้ทำงานตามกำลัง ความถนัด ความสามารถและประสบการณ์ ได้ถ่ายทอดประสบการณ์และความชำนาญให้แก่ชนรุ่นหลัง รวมทั้งได้ทำประโยชน์อื่น ๆ แก่สังคม 4) ส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวแบบสังคมไทยดั้งเดิม รวมทั้งเสริมสร้างค่านิยมในการให้ความเคารพและกตัญญูต่อบุคคลแก่ผู้สูงอายุ 5) สนับสนุนให้สถาบันศาสนา มีบทบาทสำคัญในการเผยแพร่คุณธรรมและค่านิยมที่พึงประสงค์ ตลอดจนเป็นที่พึ่งทางใจโดยเฉพาะผู้สูงอายุได้ 6) ส่งเสริมและสนับสนุนให้ชุมชนและภาคเอกชน มีบทบาทสำคัญในการจัดสวัสดิการและบริการผู้สูงอายุและให้โอกาสผู้สูงอายุได้เข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ อย่างเหมาะสมและเกิดประโยชน์แก่ผู้สูงอายุและสังคม 7) สนับสนุนให้มีการผลิตและพัฒนาบุคลากรสำหรับการดูแล รักษา และการให้บริการผู้สูงอายุ 8) ให้มีการจัดเก็บข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับผู้สูงอายุ รวมทั้งส่งเสริม สนับสนุนให้มีการศึกษาวิจัย ติดตามและประเมินผลเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

มาตรการหลัก มีดังนี้ 1) เผยแพร่ความรู้เพื่อการปรับตัว การดูแลสุขภาพ การออกกำลังกาย ฯลฯ รวมทั้งให้มีบริเวณและอุปกรณ์สำหรับการพักผ่อน การออกกำลังกาย 2) ขยายบริการและสวัสดิการด้านสุขภาพอนามัย และอื่น ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับผู้สูงอายุที่ไม่มีรายได้น้อย หรือไม่มีผู้อุปการะ 3) ให้การศึกษาฝึกอบรม หรือแนะแนวอาชีพแก่ผู้สูงอายุที่ยังทำงานได้ และขอให้หน่วยงานทั้งภาครัฐ เอกชน รัฐวิสาหกิจเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้ทำงานตามความถนัดและศักยภาพ 4) จัดกิจกรรมให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วม ทั้งเพื่อการพักผ่อนหย่อนใจ การถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์แก่ชนรุ่นหลัง หรือการพัฒนาชุมชน 5) สร้างค่านิยมในการเคารพกตัญญูต่อบุพการี และผู้สูงอายุ 6) ขอความร่วมมือสถาบันศาสนาเผยแพร่คำสอนเพื่อเป็นที่พึ่งทางจิตใจ 7) ให้ชุมชน เอกชน ดำเนินการจัดสวัสดิการและบริการต่าง ๆ แก่ผู้สูงอายุ โดยรัฐให้การสนับสนุนการดำเนินงานด้วยมาตรการต่าง ๆ 8) ให้มีการประสานดำเนินงานของหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งรัฐและเอกชนอย่างใกล้ชิด และติดตามประเมินผลงาน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการและสวัสดิการ 9) ให้ความรู้และจัดฝึกอบรมแก่เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ และสาธารณสุข ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และให้มีการผลิตบุคลากร

ทางการแพทย์ และสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น 10) ให้มีศูนย์ข้อมูลกลาง และให้มีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ

สรุป ทิศทางหลักของนโยบายและมาตรการสำหรับผู้สูงอายุระยะยาว โดยการส่งเสริมและเรียนรู้เพื่อการปรับตัว การดูแลรักษาสุขภาพ การป้องกันโรค การออกกำลังกาย จัดบริการพื้นฐาน สวัสดิการทางสังคมและการสงเคราะห์อย่างเพียงพอ สนับสนุนให้ผู้สูงอายุทำงานและถ่ายทอดประสบการณ์ให้แก่ชนรุ่นหลัง ส่งเสริมความสัมพันธ์ในครอบครัวแบบสังคมไทยดั้งเดิม สนับสนุนให้ชุมชนและภาคเอกชนจัดสวัสดิการและบริการและให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรม สนับสนุนการผลิตและพัฒนาบุคลากรสำหรับผู้สูงอายุ มีระบบข้อมูลเกี่ยวกับผู้สูงอายุ และส่งเสริมการศึกษาวิจัยและประเมินผล

**3.3 แผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545 - 2564)** (คณะทำงานร่างแผนผู้สูงอายุผู้สูงอายุระยะยาว ฉบับที่ 2, คณะอนุกรรมการจัดทำแผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ ฉบับที่ 2 และคณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ, 2543) เป็นการกำหนดกรอบแนวทางการดำเนินงานเพื่อให้ประชาชน ชุมชน องค์กรภาครัฐและเอกชนมีส่วนร่วมในภารกิจด้านผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรี พึ่งตนเองได้ยืนยาว มีคุณภาพชีวิตและมีหลักประกัน โดยกำหนดยุทธศาสตร์ออกเป็น 5 หมวด ดังนี้

หมวดที่ 1 ยุทธศาสตร์ด้านการเตรียมความพร้อมของประชากรเพื่อวัยสูงอายุที่มีคุณภาพ ซึ่งมี 3 มาตรการ ดังนี้ 1) มาตรการหลักประกันด้านรายได้เพื่อวัยสูงอายุ 2) มาตรการการให้การศึกษาและการเรียนรู้ตลอดชีวิต 3) มาตรการการปลูกจิตสำนึกให้คนในสังคมตระหนักถึงคุณค่าและศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ

หมวดที่ 2 ยุทธศาสตร์ด้านการส่งเสริมผู้สูงอายุ มี 6 มาตรการ ดังนี้ 1) มาตรการส่งเสริมความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน ดูแลตนเองเบื้องต้น 2) มาตรการส่งเสริมการอยู่ร่วมกันและสร้างความเข้มแข็งขององค์กรผู้สูงอายุ 3) มาตรการส่งเสริมด้านการทำงานและการหารายได้ของผู้สูงอายุ 4) มาตรการสนับสนุนผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ 5) มาตรการส่งเสริมสนับสนุนสื่อ ทุกประเภทให้มีรายการเพื่อผู้สูงอายุและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้รับความรู้และสามารถเข้าถึงข่าวสารและสื่อ 6) มาตรการส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีที่อยู่อาศัย และสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมและปลอดภัย

หมวดที่ 3 ยุทธศาสตร์ด้านระบบคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ มี 4 มาตรการ ดังนี้ 1) มาตรการคุ้มครองด้านรายได้ 2) มาตรการหลักประกันด้านสุขภาพ 3) มาตรการด้านครอบครัว ผู้ดูแล และการคุ้มครอง 4) มาตรการระบบบริการและเครือข่ายการเกื้อหนุน

หมวดที่ 4 ยุทธศาสตร์การบริหารจัดการเพื่อการพัฒนาทางด้านผู้สูงอายุระดับชาติ และการพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ มี 2 มาตรการ ดังนี้ 1) มาตรการบริหารจัดการเพื่อการพัฒนาทางด้านผู้สูงอายุระดับชาติ 2) มาตรการส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ

หมวดที่ 5 ยุทธศาสตร์การประมวลและพัฒนาองค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุ และการติดตามประเมินผลการดำเนินการตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ มี 3 มาตรการ ดังนี้ 1) มาตรการสนับสนุนและส่งเสริมให้หน่วยงานวิจัย ดำเนินการประมวลและพัฒนาองค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุที่จำเป็นสำหรับการกำหนดนโยบาย และการพัฒนาการบริการหรือการดำเนินการที่เป็นประโยชน์แก่ผู้สูงอายุ 2) มาตรการสนับสนุนและส่งเสริมการศึกษาวิจัยด้านผู้สูงอายุโดยเฉพาะที่เป็นประโยชน์ต่อการกำหนดนโยบาย การพัฒนาบริการ และการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างเหมาะสม 3) มาตรการดำเนินการให้มีการติดตามประเมินผลการดำเนินการตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติที่มีมาตรฐานอย่างต่อเนื่อง

สรุป ทิศทางหลักในการดำเนินงานผู้สูงอายุตามแผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545-2554) โดยใช้ 5 ยุทธศาสตร์เป็นทิศทางหลักในการขับเคลื่อน คือ ยุทธศาสตร์ด้านการเตรียมความพร้อมของประชากรเพื่อวัยสูงอายุที่มีคุณภาพ ยุทธศาสตร์ด้านการส่งเสริมผู้สูงอายุ ยุทธศาสตร์ระบบการคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ ยุทธศาสตร์การบริหารจัดการเพื่อการพัฒนาทางด้านผู้สูงอายุระดับชาติ และการพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ ยุทธศาสตร์การประมวลและพัฒนาองค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุ และการติดตามประเมินผลการดำเนินการตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ

ตาราง 4 สรุปประเด็นที่สำคัญตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ.2525-2544) แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545-2554) และนโยบายและมาตรการผู้สูงอายุระยะยาว (พ.ศ.2535-2554)

ประเด็น	แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ.2525-2544)	แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545-2554)	นโยบายและมาตรการผู้สูงอายุระยะยาว (พ.ศ.2535-2554)
ระยะเวลา	20 ปี	20 ปี	20 ปี
ส่วนประกอบของแผน	นโยบาย มาตรการ และเป้าหมายหลักแต่ละด้าน	มีปรัชญา วิสัยทัศน์ วัตถุประสงค์ ยุทธศาสตร์ มาตรการและเป้าหมาย	นโยบาย มาตรการ กิจกรรม และหน่วยงานรับผิดชอบ
การใช้ข้อมูลทางวิชาการประกอบการจัดทำแผน	มีข้อมูลทางวิชาการด้านผู้สูงอายุประกอบการจัดทำแผน ไม่มากเท่าที่ควร	ใช้ข้อมูลทางวิชาการประกอบอย่างกว้างขวาง	จัดทำตามแถลงนโยบายของคณะรัฐมนตรีและใช้ข้อมูลประกอบแผนน้อย

ตาราง 4 (ต่อ)

ประเด็น	แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ.2525-2544)	แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545-2564)	นโยบายและมาตรการ ผู้สูงอายุระยะยาว (พ.ศ.2535-2554)
จุดเน้นในการจัดทำแผน	เน้นการจัดบริการ และการจัดสวัสดิการ	เน้นความสำคัญของวงจรชีวิตของผู้สูงอายุและการเกื้อหนุนของทุกคนในสังคมกับผู้สูงอายุ	เน้นการจัดบริการ และการจัดสวัสดิการ
วิสัยทัศน์	ผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่ทำประโยชน์ต่อสังคม ควรได้รับการตอบแทน	ผู้สูงอายุที่ทำประโยชน์ต่อสังคม ควรส่งเสริมให้คงคุณค่ามากที่สุด	-
ยุทธศาสตร์และนโยบายที่สำคัญ	จัดทำแบบแยกส่วน ประกอบด้วย 5 ด้าน 1 ด้านสุขภาพอนามัย 2 ด้านการศึกษา 3 ด้านความมั่นคงของรายได้และการทำงาน 4 ด้านสังคมและ วัฒนธรรม 5 ด้านสวัสดิการสังคม	จัดทำแบบบูรณาการ และแบ่งตามเป้าหมาย มี 5 ยุทธศาสตร์ 1 การเตรียมความพร้อมเพื่อวัยสูงอายุ 2 การส่งเสริมผู้สูงอายุ 3 สร้างระบบคุ้มครองทางสังคม 4 การบริหารจัดการเพื่อการพัฒนา และพัฒนาบุคลากร 5 การประมวลและพัฒนาองค์ความรู้ ด้านและการติดตามประเมินผลงาน	แบ่งนโยบายเป็น 5 ด้าน 1 ด้านสุขภาพอนามัย และโภชนาการ 2 ด้านสวัสดิการสังคม 3 ด้านการงานและรายได้ 4 ด้านสังคม การศึกษา วัฒนธรรมและจิตใจ 5 ด้านวิจัยและพัฒนา
การกำหนดผู้รับผิดชอบ และติดตามประเมินผล	กำหนดหน่วยงานรับผิดชอบชัดเจน แต่ไม่ได้มีการกำหนดการติดตามประเมินผล	กำหนดหน่วยงานรับผิดชอบชัดเจน มีการติดตามประเมินผลทุก 5 ปี	มีการกำหนดหน่วยงานรับผิดชอบชัดเจนแต่ไม่มี การกำหนดการติดตามประเมินผลที่ชัดเจน

#### 4. การวิจัยอนาคตโดยใช้เทคนิคเดลฟาย (Delphi Technique)

เดลฟายเป็นชื่อของวิหารที่เดลฟายของประเทศกรีก เป็นสถานที่สำคัญซึ่งคนกรีกโบราณไปขอคำทำนายเหตุการณ์ในอนาคต (William P.L. & Webb C., 1994) เทคนิคเดลฟายเกิดขึ้นในช่วงประมาณ พ.ศ.2503 โดยโอลาฟ เฮลเมอร์ และ นอร์แมน คัลคีย์ (Olaf Helmer และ Norman Dalkey) จากบริษัทแรนด์ (Rand Corporation) ของสหรัฐอเมริกา ตอนเริ่มแรกใช้เทคนิคนี้โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อเป็นการแสวงหาความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญอย่างมีระบบ การศึกษาวิจัยโดยใช้เทคนิคเดลฟายเป็นเทคนิคที่ซึ่งกองทัพอากาศอเมริกันใช้ในการศึกษาและวิจัยสิ่งต่าง ๆ ซึ่งถูกปกปิดเป็นความลับมาตลอดเพิ่งมาเปิดเผยเป็นครั้งแรกในปี ค.ศ. 1952 หลังจากกองทัพอากาศอเมริกันใช้มาแล้วถึง 10 ปี หลังจากนั้นได้มีการนำมาใช้ศึกษากันอย่างแพร่หลายในเวลาต่อมา เนื่องจากไม่สามารถหาข้อมูลจากการทดลองตามสภาพที่เป็นจริงหรือวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยวิธีอื่นได้ เมื่อต้องการที่จะทำนายสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคตในลักษณะของการประเมินผลจากสิ่งที่เกิดขึ้น เดลฟายจะเน้นระเบียบวิธีการที่สำคัญ เมื่อสาระที่ถูกต้องแน่นอนนั้นไม่มีหรือไม่อาจหามาได้หรือแพงเกินไปที่จะได้มาและต้องการได้รับความคิดเห็นจากบุคคลที่เชี่ยวชาญ

##### 4.1 ความสำคัญของการวิจัยแบบเดลฟาย

วิธีการวิจัยแบบเดลฟายเป็นการศึกษาอย่างมีระบบเพื่อให้ได้ข้อมูลจากความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญในสาขาที่ต้องการวิจัย ซึ่งผู้เชี่ยวชาญ (experts) หรือผู้มีประสบการณ์สูง หมายถึงผู้มีทักษะหรือผู้ที่เคยลงมือปฏิบัติงานใด ๆ จนได้ผลดีเป็นที่ประจักษ์ชัดหรือผู้ที่มีทักษะเชิงวิทยาศาสตร์ในวิชาชีพที่มีพยานประจักษ์ชัดว่าได้ปฏิบัติการในวิชาชีพจนได้รับผลสำเร็จดี หรือเป็นผู้ที่ได้รับการฝึกฝนจนมีความรู้ความชำนาญเป็นเลิศในสาขาวิชานั้น ๆ หรือเป็นผู้ที่มีความรู้เป็นพิเศษในสาขาที่เขาสนใจ ความสำคัญของเทคนิคนี้อยู่ที่การเลือกผู้เชี่ยวชาญที่เชื่อถือได้ การใช้ผู้เชี่ยวชาญหรือผู้มีประสบการณ์สูง เป็นผู้แสดงความคิดเห็นและมีจำนวนผู้เชี่ยวชาญที่เพียงพอที่จะให้ความมั่นใจได้ การกำหนดให้ผู้เชี่ยวชาญตัดสินใจและให้คำแนะนำนั้นถือเป็นการหาค่าความจริงตามเนื้อเรื่องหรือเป็นความจริงตามโครงสร้างจากการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญเพื่อให้ได้ความเห็นที่แน่นอนยิ่งขึ้น จึงต้องมีการนำเครื่องมือที่ใช้นั้นส่งไปให้ผู้เชี่ยวชาญในเรื่องนั้น ๆ ตอบซ้ำหลาย ๆ ครั้ง เป็นการข้ถามหลาย ๆ ครั้งให้เกิดความมั่นใจ (สมพร ไหมแก้ว, 2537) วิธีนี้ผู้เชี่ยวชาญแต่ละคนไม่มีโอกาสเผชิญหน้ากัน ซึ่งผู้เชี่ยวชาญจะทราบจากผู้วิจัยเท่านั้นว่าความเห็นของตนเป็นอย่างไรต่างจากผู้เชี่ยวชาญคนอื่น ๆ หรือไม่โดยพิจารณาจากคำมัชฐานและตำแหน่งที่ผู้เชี่ยวชาญให้คำแนะนำ

วิธีการของเดลฟายเป็นวิธีที่ใช้ทำงานในช่วงเวลายาวโดยอาศัยการตัดสินใจของผู้เชี่ยวชาญ ข้อความที่ให้ตอบอาจจะเป็นความคิดเห็น การประมาณการหรือการทำนายเหตุการณ์ในอนาคต

ตามหัวข้อเรื่องที่กำหนดขึ้น การส่งให้ผู้เชี่ยวชาญตอบถึง 3 รอบนั้นเพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นเอกฉันท์ มีความสอดคล้องกันหรือเป็นอย่างเดียวกันทั้งในด้านความคิดเห็น การทำนายและความเชื่อของผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด

#### 4.2 ปัจจัยที่ทำให้เทคนิคเดลฟายได้ผลสมบูรณ์

การวิจัยด้วยเทคนิคเดลฟายมีปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้เทคนิคนี้ใช้ได้ผลดีและประสบผลสำเร็จขึ้นอยู่กับผู้เชี่ยวชาญที่เข้าร่วมวิจัยการเพื่อตอบแบบสอบถาม ความชัดเจนของแบบสอบถามและผู้ออกแบบสอบถามเป็นประการสำคัญ (ประยูร ศรีประสาธน์, 2523)

ในด้านผู้เชี่ยวชาญที่เข้าร่วมวิจัย เนื่องจากเทคนิคเดลฟายอาศัยความคิดเห็นจากการตอบแบบสอบถามความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่ได้รับจะต้องขึ้นอยู่กับความน่าเชื่อถือของผู้ตอบว่ามีความรอบรู้ในเรื่องนั้นอย่างแท้จริงหรือไม่ และมีจำนวนมากพอที่จะใช้เป็นผู้แทนของผู้รอบรู้ในเรื่องนั้น ดังนั้นการคัดเลือกตัวผู้ร่วมโครงการจะต้องพิจารณาอย่างละเอียดรอบคอบเพื่อให้ได้ผู้ที่เหมาะสมจริง ๆ จำนวนผู้เข้าร่วมโครงการจะไม่มีกำหนดตายตัวลงไปว่าควรจะใช้จำนวนเท่าใด แต่จะเกี่ยวข้องกับจุดเน้นของปัญหาและความสะดวก (Hanson, Keeny & McKenna, 2000) ซึ่งจะต้องสะดวกทั้งด้านงบประมาณและเวลา (Powell, 2003) รวมทั้งลักษณะของกลุ่มตัวอย่างและประเด็นปัญหาที่ศึกษาซึ่งโทมัส ที แมคมิลแลน (1971 อ้างถึงใน เกษม บุญอ่อน, 2522) ได้เสนอผลวิจัยเกี่ยวกับจำนวนผู้เชี่ยวชาญในการวิจัยแบบเทคนิคเดลฟายว่าควรมีจำนวนเท่าใดจึงเหมาะในการประชุมประจำปีของ Californian Junior Colleges Association เมื่อปี พ.ศ. 2514 ผลการวิจัยพบว่าหากมีผู้เชี่ยวชาญ ตั้งแต่ 17 คนขึ้นไป อัตราการลดลงของความคลาดเคลื่อนจะน้อยมาก (ดังแสดงในตารางที่ 1) ดังนั้นจำนวนผู้เข้าร่วมวิจัยจึงควรมีไม่น้อยกว่า 17 คน นอกจากนี้การอุทิศเวลาของผู้ตอบแบบสอบถามมีส่วนสำคัญ ซึ่งการอุทิศตัวในการตอบข้อมูลที่ได้รับจะสร้างความน่าเชื่อถือและตรงกับความเป็นจริงมากยิ่งขึ้น ในทางตรงกันข้ามหากผู้ตอบไม่เห็นความสำคัญและให้คำตอบเพียงเพื่อให้เสร็จไปเท่านั้น โอกาสที่จะเกิดความผิดพลาดก็จะมีมากขึ้น

ในส่วนของแบบสอบถาม ข้อความในแบบสอบถามจะต้องชัดเจน ผู้ตอบแต่ละคนจะต้องเข้าใจตรงกันในคำถามหรือข้อความเดียวกัน เนื่องจากการวิจัยด้วยเทคนิคเดลฟายต้องส่งแบบสอบถามให้ผู้เข้าร่วมโครงการตอบหลายรอบ โดยทั่วไปจะให้ผู้เชี่ยวชาญตอบใน 2 สัปดาห์ (ประเทือง เพชรรัตน์, 2530) ดังนั้นการเว้นระยะเวลาตอบในแต่ละรอบก็มีความสำคัญมาก เพราะการเว้นระยะแต่ละรอบนานเกินไปจะทำให้ผู้ตอบลืมหือหายที่นึกเหตุผลในการเลือกตอบแบบสอบถามในครั้งก่อน ส่งผลให้เกิดความไม่แน่นอนในคำตอบแต่ละครั้ง

ตาราง 5 แสดงการลดลงของความคลาดเคลื่อนและจำนวนผู้เชี่ยวชาญ

จำนวนผู้เข้าร่วมโครงการ (panel size)	การลดลงของความคลาดเคลื่อน (error reduction)	ความคลาดเคลื่อนลดลง (net change)
1 – 5	1.20 – 0.70	0.50
5 – 9	0.70 – 0.58	0.12
9 – 13	0.58 – 0.54	0.04
13 – 17	0.54 – 0.50	0.04
17 – 21	0.50 – 0.48	0.02
21 – 25	0.48 – 0.46	0.02
25 - 29	0.46 – 0.44	0.02

ที่มา : Macmillan (1971 อ้างถึงใน เกษม บุญอ่อน, 2522)

ในด้านตัวผู้วิจัยหรือผู้ออกแบบสอบถาม ผู้วิจัยจะต้องออกแบบสอบถามที่ชัดเจนให้ความสำคัญในคำตอบที่ได้รับอย่างเสมอกันทุกข้อ ไม่ว่าผู้ตอบแต่ละคนจะตอบครบทุกข้อหรือไม่ก็ตาม ทั้งนี้เพื่อมิให้พลาดข้อความหรือคำตอบหรือเหตุผลที่แท้จริงไป

#### 4.3 ความหมายของความสอดคล้อง

เนื่องจากการศึกษาหลาย ๆ งานวิจัยที่ใช้เทคนิคเดลฟาย ความสอดคล้องมาจากระดับความเห็นของผู้เชี่ยวชาญซึ่งจะต้องใช้ด้วยความระมัดระวังเป็นอย่างยิ่ง (William P.L. & Webb C. 1994) การสรุปรวมของคะแนนจะต้องบอกให้ชัดเจน ความล้มเหลวในการอภิปรายความสอดคล้องซึ่งมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งในการศึกษาหลาย ๆ งานวิจัยได้หลงลืมไปทำให้ไม่มีความหนักแน่นพอ (Powell, 2003) นอกจากนี้ Murphy (1998) ได้แนะนำเพิ่มเติมว่าถึงแม้การศึกษาด้วยเทคนิคนี้จะใช้ความคิดเห็นส่วนใหญ่ของผู้เชี่ยวชาญแต่ควรให้ความสนใจเหตุผลและข้อคัดค้านนั้นด้วย (Powell, 2003, quoting Murphy, 1998) ในการศึกษางานวิจัยหลาย ๆ ชิ้น ความสอดคล้องได้ให้ความหมายหลายแนว เช่น กำหนดเป็นร้อยละของข้อความที่สอดคล้องทั้งหมด ซึ่งของวิลเลียม และ เว็บบ (Williams & Webb, 1994) กำหนดความเห็นที่ร้อยละ 100 ของข้อความที่ผู้เชี่ยวชาญเห็นด้วย ส่วนการศึกษาของ Beech (1997) กำหนดที่ระดับความเห็นน้อยที่สุดอยู่ที่ร้อยละ 55 นอกเหนือจากนี้ในงานวิจัยของ ดัฟฟีลด์ (Duffield, 1993) กิบสัน (Gibson, 1998) ฮาร์ทลีย์ (Hartley, 1995) และ พาวเวลล์ (Powell, 2003) กำหนดด้วยความคงเส้นคงวาของจำนวนผู้เชี่ยวชาญที่ตอบแบบสอบถาม

#### 4.4 จุดแข็งและข้อควรระวังของการวิจัยแบบเทคนิคเดลฟาย

การวิจัยแบบเดลฟายก็เช่นเดียวกับการวิจัยแบบอื่น ๆ ซึ่งย่อมมีลักษณะเด่นและข้อพึงระวังของเทคนิคนี้ด้วย หากผู้วิจัยทราบจะได้นำไปปรับปรุงให้เหมาะสมยิ่งขึ้น ประเด็นสำคัญเกี่ยวกับจุดแข็งและข้อพึงระวังสำหรับการวิจัยแบบเทคนิคเดลฟายในเชิงกระบวนการ (process) และผลผลิต (product) ของการวิจัย จุดแข็งของการวิจัยแบบเทคนิคเดลฟายที่สำคัญมี 4 ประการคือ

1. การวิจัยแบบเทคนิคเดลฟาย เป็นกระบวนการที่ทำให้ผู้วิจัยสามารถรวบรวมข้อมูลความคิดเห็นจากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญจำนวนมากได้โดยไม่ต้องเสียเวลาจัดประชุม ไม่มีข้อจำกัดเรื่องสภาพภูมิศาสตร์ในด้านการเดินทาง และกลไกในการใช้เทคนิคเนื่องจากเป็นเทคนิคที่ง่ายแก่การดำเนินงาน ผู้วิจัยจึงสามารถรวบรวมหาความสอดคล้องของแนวคิดได้อย่างกว้างขวางและรวดเร็ว

2. ลักษณะของเทคนิคเดลฟายเปิดโอกาสให้ผู้เชี่ยวชาญให้คำตอบได้อย่างอิสระ ไม่ถูกครอบงำความคิด นอกจากนี้ยังเป็นเทคนิคที่ป้องกันมิให้เกิดความขัดแย้งหากเผชิญหน้ากัน เนื่องจาก ผู้เชี่ยวชาญไม่ทราบว่าใครเข้าร่วมในการวิจัยบ้าง และผู้ใดให้คำตอบอย่างไร ผู้ตอบจะทราบแต่เพียงคำตอบของผู้เชี่ยวชาญทั้งหมดจากการแสดงค่าสถิติต่าง ๆ

3. ผู้เชี่ยวชาญที่เข้าร่วมการวิจัยมีโอกาสแสดงความคิดเห็นได้อย่างเท่าเทียมกัน ทั้งนี้เพราะทุกคนจะตอบแบบสอบถามฉบับเดียวกันทุกขั้นตอน นอกจากนี้ผู้เชี่ยวชาญทุกคนมีโอกาสรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่นเท่า ๆ กัน ทำให้มีโอกาสปรับเปลี่ยนหรือยืนยันความคิดเห็นของตนจนเกิดความมั่นใจ และช่วยให้มีการพิจารณาประเด็นปัญหาได้อย่างลึกซึ้งมากยิ่งขึ้น

4. ผลที่ได้จากการวิจัยแบบเทคนิคเดลฟายผ่านการพิจารณาใคร่ครวญหลายขั้นตอน ผู้เชี่ยวชาญจะต้องตอบประเด็นปัญหาซ้ำหลายรอบ ความสอดคล้องกันของความคิดเห็นจึงได้มาจากการพิจารณาร่วมกันอย่างละเอียดรอบคอบ ช่วยให้ความเชื่อมั่นของคำตอบที่ได้รับนั้นสูงยิ่งขึ้น

ข้อพึงระวังสำหรับการวิจัยแบบเทคนิคเดลฟายมี 7 ประการคือ

1. การคัดเลือกผู้เชี่ยวชาญ และเกณฑ์การพิจารณาเลือกผู้เชี่ยวชาญเพื่อให้ได้มาซึ่งผู้ที่มีความรอบรู้ ความเต็มใจและเห็นความสำคัญของการวิจัย เป็นส่วนสำคัญมากในด้านความน่าเชื่อถือของการวิจัย เพราะหากแม้เป็นผู้รอบรู้ในปัญหาที่ศึกษา แต่อาจไม่มีเวลาตอบแบบสอบถามทั้งสามรอบ หรือไม่เห็นความสำคัญของการวิจัย ซึ่งอาจทำให้ผลการวิจัยขาดความน่าเชื่อถือไปได้ นอกจากนี้หากเป็นการวิจัยเพื่อวางแผนหรือกำหนดนโยบาย ควรคัดเลือกผู้เชี่ยวชาญซึ่งเป็นผู้มีอำนาจหน้าที่โดยตรงเข้าร่วมในการวิจัยด้วย

2. ลักษณะของเทคนิคเดลฟายซึ่งกำหนดให้ตอบแบบสอบถามซ้ำหลายรอบ เพื่อความเชื่อมั่นของคำตอบแม้จะเป็นสิ่งดี แต่อาจทำให้ผู้เชี่ยวชาญเกิดความเบื่อหน่ายหรือเกิดความรู้สึกว่าคุณรบกวนมากเกินไป อาจจะไม่ร่วมมือตอบแบบถามรอบต่อไป



3. การวิจัยแบบเทคนิคเดลฟาย อาศัยข้อมูลจากการรวบรวมความสอดคล้องของความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ โดยเชื่อว่าผู้เชี่ยวชาญแต่ละคนจะให้ความคิดเห็นอย่างวัตถุวิสัย ไม่มีอคติ และจะต้องเข้าใจประเด็นปัญหาโดยส่วนรวมและข้อความในแบบถามแต่ละข้อตรงกัน ผู้วิจัยจะต้องแสวงหากลยุทธ์เพื่อสร้างความเข้าใจตรงกันในเรื่องดังกล่าวก่อน มิฉะนั้นผลของการวิจัยอาจไม่น่าเชื่อถือ เนื่องจากการแสดงความคิดเห็นอย่างจิตวิสัย ไม่มีเหตุผล เป็นการเดามากกว่าการพิจารณาไตร่ตรองอย่างรอบคอบ นอกจากนี้หากลักษณะของการวิจัยแบบเทคนิคเดลฟายนั้นมุ่งทำนายเหตุการณ์ในอนาคต ผู้วิจัยจะต้องพึงระวังมิให้คำตอบของผู้เชี่ยวชาญเป็นการแสดงความหวังหรืออคติของผู้ตอบเกี่ยวกับประเด็นนั้น ๆ มากกว่าเป็นการทำนายความเป็นไปได้ของเหตุการณ์ในอนาคต

4. การกำหนดระยะเวลาของการทำนายเหตุการณ์ในอนาคตเป็นสิ่งที่พึงระวัง หากกำหนดให้ผู้เชี่ยวชาญทำนายเหตุการณ์ในระยะเวลาใกล้หรือไกลเกินไปอาจทำให้ผู้เชี่ยวชาญทำนายได้ด้วยความลำบากและเกิดความคลาดเคลื่อนได้

5. ต้องใช้ค่าใช้จ่ายสูงในการวิจัย เนื่องจากต้องใช้การติดต่อและใช้การตอบแบบสอบถามหลายรอบ

6. ใช้เวลาในการรวบรวมข้อมูลนานซึ่งขึ้นอยู่กับความรวดเร็วในการตอบแบบถามของผู้เชี่ยวชาญ

7. ข้อมูลเกิดการสูญหาย เนื่องจากการส่งแบบถามหลายรอบอาจมีช่องทางในการสูญหายหรือไม่ได้รับคำตอบกลับมาได้ง่าย

สรุป การวิจัยแบบเดลฟายมีทั้งจุดแข็งและข้อพึงระวังในการใช้เทคนิคนี้วิจัยโดยมีจุดแข็งคือ ผู้วิจัยสามารถรวบรวมข้อมูลความคิดเห็นจากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญจำนวนมากได้โดยไม่ต้องเสียเวลาจัดประชุม ไม่มีข้อจำกัดเรื่องการเดินทาง ผู้เข้าร่วมวิจัยมีโอกาสแสดงความคิดเห็นได้อย่างเท่าเทียมกัน เปิดโอกาสให้ผู้เชี่ยวชาญให้คำตอบได้อย่างอิสระ ไม่ถูกครอบงำความคิด และคำตอบที่ได้รับมีความเชื่อมั่นสูง ส่วนข้อพึงระวังคือการคัดเลือกผู้เชี่ยวชาญและเกณฑ์การพิจารณาเลือกผู้เชี่ยวชาญเพื่อให้ได้มาซึ่งผู้ที่มีความรอบรู้ ผู้เชี่ยวชาญอาจเกิดความเบื่อหน่าย ระยะเวลาในการทำนายเหตุการณ์ในอนาคตไม่ไกลเกินไป มีค่าใช้จ่ายสูงในการวิจัย ใช้เวลาในการวิจัยนานและข้อมูลอาจเกิดการสูญหาย

#### 4.5 กระบวนการวิจัยแบบเทคนิคเดลฟาย ซึ่งมีกระบวนการที่สำคัญ ดังนี้

1. การกำหนดปัญหาที่จะศึกษา โรเบิร์ต ซี. จัคค์ (1971 อ้างถึงใน ประยูร ศรีประสาธน์, 2523) ได้กล่าวถึงการวิจัยแบบเทคนิคเดลฟายว่า เมื่อใดก็ตามที่ต้องการคาดการณ์สิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคต หรือเมื่อใดก็ตามที่เห็นว่าความสอดคล้องต่อเนื่องกันระหว่างเป้าหมาย (goals) และวัตถุประสงค์ (objectives) เป็นสิ่งที่มีความสำคัญแล้วเมื่อนั้นควรใช้การวิจัยแบบเทคนิคเดลฟาย

เทอร์ออฟฟ์ (Turoff, 1970 อ้างถึงใน Hasson, Keeney & McKenna, 2000) ได้กล่าวถึงประเภทของงานวิจัยที่ต้องใช้เทคนิคเดลฟาย 4 อย่าง คือ 1) เมื่อต้องการสำรวจหรือแสวงหาสาระที่สำคัญซึ่งต้องใช้ข้อมูลร่วมกัน 2) ข้อมูลนั้นไม่มีหรือไม่อาจหาได้ หรือแพงเกินไปที่จะได้มา 3) รูปแบบจำลองของการประเมินผลต้องการได้รับความคิดเห็นจากบุคคลหลายๆ กลุ่มจำนวนมาก 4) เพื่อศึกษาการตอบของคนกลุ่มใหญ่ซึ่งอยู่ในพื้นที่ต่างกันแต่มีลักษณะเกี่ยวพันกัน นอกจากนี้ในการพิจารณาเลือกเทคนิคเดลฟายในการวิจัยนั้น ลินสโตน และเทอร์ออฟฟ์ (Linstone and Turoff, 1975 อ้างถึงในกรรณิกา เจริญชัย, 2529) ได้เสนอหลัก 6 ประการ โดยพิจารณาจากข้อใดข้อหนึ่งหรือหลายข้อต่อไปนี้เป็นเครื่องตัดสินใจเลือกใช้เทคนิคเดลฟายในการวิจัย คือ 1) ปัญหาที่ไม่เอื้อต่อการใช้เทคนิคการวิเคราะห์ต่าง ๆ แก่ไข แต่เอื้อต่อการแก้ไขโดยการพิจารณาเฉพาะบุคคล (subjective judgement) 2) ผู้เกี่ยวข้องในการแก้ปัญหาที่กว้างและซับซ้อนนั้น ไม่มีระบบสื่อสารระหว่างกันที่ดีพอและแต่ละท่านมีความชำนาญแตกต่างกัน 3) มีจำนวนผู้เกี่ยวข้องต่อการเข้าใจปัญหามากเกินกว่าที่จะใช้วิธีการประชุมได้อย่างมีประสิทธิภาพ 4) การจัดประชุมไม่สามารถจัดได้บ่อยเพราะเสียเวลาและค่าใช้จ่ายมาก 5) การแก้ปัญหาที่คาดว่าจะประสบกับความขัดแย้งในกลุ่มผู้เชี่ยวชาญอย่างรุนแรงจนต้องหลีกเลี่ยงไปใช้การสื่อสารด้วยวิธีอื่น และใช้วิธีการปกปิดชื่อซึ่งกันและกัน 6) เมื่อต้องการความสมบูรณ์และความเที่ยงตรงของคำตอบจากผู้เชี่ยวชาญ โดยหลีกเลี่ยงการครอบงำทางความคิดจากผู้เชี่ยวชาญที่มีบุคลิกและการแสดงออกที่เหนือกว่า

ริชาร์ด วิเทอร์แมน และกาเร็น สเวนสัน (Richard Weatheman and Karen Swenson) (1974 อ้างถึงใน ประยูร ศรีประสาธน์, 2523) ได้สรุปประเภทของการวิจัยที่อาจใช้เทคนิคเดลฟายไว้ 4 ประการ คือ 1) การวิจัยเพื่อคาดการณ์สิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคต 2) การตรวจสอบกลวิธีในการปฏิบัติ ในการวิจัยที่มุ่งหวังผลเช่นนี้แบบสอบถามจะต้องเป็นแบบที่มีข้อเสนอให้เลือกหลาย ๆ ทางตลอดจนแนวทางที่จะทำให้โครงการนั้นประสบผลสำเร็จได้ โดยพิจารณาจากประสิทธิภาพของโครงการ ค่าใช้จ่าย และความเป็นไปได้ แบบสอบถามประเภทนี้จะต้องเปิดโอกาสให้ผู้เชี่ยวชาญแสดงเหตุผลในการตอบ 3) การตรวจสอบความนิยม (preference probe) ซึ่งกรณีนี้ผู้วิจัยจะต้องพยายามตั้งคำถามเพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญตอบในสิ่งที่เห็นว่าควรจะเป็นมากกว่าสิ่งที่จะเป็นจริง ๆ 4) การยอมรับสภาพที่เป็นอยู่ (perception of a current situation)

นาตยา บิลันธนานันท์ (2526) ได้กล่าวถึงเทคนิคเคลฟายว่ามีประโยชน์สำหรับการประมาณและวิเคราะห์ในเรื่องเกี่ยวกับการประมาณการหยั่งรู้ การตัดสินใจทางเลือกแห่งอนาคต การประมาณสัดส่วนของเวลาที่คาดหวังไว้สำหรับเหตุการณ์ในอนาคต ประดิษฐ์กรรมทางสังคมและเทคโนโลยีที่คาดหวังไว้ ปัญหา ความจำเป็น ความต้องการและการปฏิบัติในอนาคต ซึ่งข้อมูลที่เป็นประโยชน์เหล่านี้ไม่อาจหาข้อมูลหรือแนวโน้มในประวัติศาสตร์มาใช้ให้เป็นประโยชน์ได้

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าปัญหาที่จะศึกษาด้วยเทคนิคเคลฟายควรจะเป็นประเด็นปัญหาอันจะนำไปสู่การวางแผนนโยบายหรือคาดการณ์อนาคตรวมทั้งการกำหนดทางเลือกต่าง ๆ หรือเป็นประเด็นปัญหาที่มุ่งหาความเห็นสอดคล้องกันเพื่อแก้ปัญหาที่สลับซับซ้อนทั้งในเชิงโครงสร้างและการปฏิบัติงาน หรือเพื่อสรุปเป็นหลักการและแนวคิดร่วมกัน ปัญหาที่ศึกษาในการวิจัยแบบเคลฟายจึงเป็นปัญหาในเชิงคุณลักษณะซึ่งไม่อาจได้คำตอบโดยอาศัยด้วยวิธีการเชิงสถิติ

2. การเลือกจำนวนผู้เชี่ยวชาญและคุณสมบัติของผู้เชี่ยวชาญ หลังจากกำหนดประเด็นปัญหาที่จะศึกษาได้แล้วขั้นต่อไป คือ การเลือกกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ขั้นตอนนี้มีความสำคัญมากเนื่องจากคุณลักษณะเฉพาะของการวิจัยแบบเทคนิคเคลฟาย คือ การอาศัยข้อคิดเห็นจากการตอบของผู้เชี่ยวชาญ ดังนั้นผลการวิจัยจะน่าเชื่อถือหรือไม่จึงขึ้นอยู่กับกลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่เลือกสรรมานั้นสามารถให้ข้อมูลที่น่าเชื่อถือได้มากเพียงใด ผู้เชี่ยวชาญจึงควรเป็นผู้รอบรู้และรู้ลึกในประเด็นที่ศึกษาอย่างจริงจัง เป็นผู้รู้ (expert) ในเรื่องนั้น ๆ จริงซึ่งอาจเป็นผู้ที่ศึกษารื่องดังกล่าวมาเป็นเวลานาน หรือเป็นผู้มีตำแหน่งรับผิดชอบ หรือมีประสบการณ์โดยตรงกับประเด็นที่ศึกษานั้น

ดังนั้นผู้วิจัยควรกำหนดคุณสมบัติของผู้เชี่ยวชาญเพื่อจัดสรรกลุ่มคนที่เข้าร่วมในการวิจัย หรืออาจอาศัยการสอบถามจากผู้เชี่ยวชาญในวงการณ์นั้น ๆ ให้เสนอรายชื่อบุคคลซึ่งควรได้รับการเลือกสรรให้เป็นกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ การคัดเลือกนี้จำเป็นต้องพิจารณากันอย่างละเอียดรอบคอบเพื่อให้ได้มาซึ่งผู้ที่เหมาะสมจริง ๆ และเมื่อคัดเลือกกลุ่มผู้เชี่ยวชาญได้แล้ว ผู้วิจัยควรติดต่อขอความร่วมมือในการวิจัย การที่ผู้เชี่ยวชาญให้คำตอบอย่างเต็มที่ และให้ความสำคัญต่อการวิจัยโดยการอุทิศตัวต่อการตอบอย่างแท้จริง จะทำให้ข้อมูลที่ได้รับมีความน่าเชื่อถือเป็นอย่างยิ่ง

3. ลักษณะแบบสอบถามของการวิจัยแบบเคลฟาย หัวใจสำคัญของการวิจัยแบบเทคนิคเคลฟายอีกประการหนึ่ง คือ แบบสอบถามซึ่งจำเป็นต้องมีหลายชุดเนื่องจากต้องใช้ความคิดเห็นที่มั่นใจแน่นอนของผู้เชี่ยวชาญ จึงต้องมีการสอบถามซ้ำหลายครั้ง คือ

แบบสอบถามรอบที่ 1 ผู้วิจัยจะต้องกำหนดกรอบ (frame) ของการวิจัย เนื่องจากประเด็นปัญหาที่ศึกษาเป็นเชิงคุณลักษณะซึ่งมีขอบข่ายกว้างขวาง การกำหนดกรอบของการวิจัยจะทำให้เห็นภาพของการวิจัยได้ชัดเจนขึ้น กรอบของการวิจัยอาจได้มาจากการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้อง หรือจากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญบางท่าน เมื่อได้กรอบของการวิจัยแล้วจึงนำมาสร้างแบบสอบถามรอบ

แรก ซึ่งจะเป็นคำถามกว้าง ๆ เกี่ยวกับประเด็นปัญหาของการวิจัย คำถามในรอบแรกนี้มักจะเป็นคำถามปลายเปิดเพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญที่เข้าร่วมการวิจัยได้แสดงความคิดเห็นอย่างกว้างขวางภายในกรอบที่กำหนด แบบสอบถามรอบแรกจะเลือกใช้วิธีการตอบโต้โดยลักษณะสัมภาษณ์หรือส่งทางไปรษณีย์ก็ได้ การตอบของผู้เชี่ยวชาญอาจจะประกอบด้วยความคิดเห็นข้อวิจารณ์ข้อโต้แย้ง เป็นต้น ซึ่งข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามในรอบแรกผู้วิจัยจะรวบรวมเป็นข้อความในแบบสอบถามรอบที่ 2

แบบสอบถามรอบที่ 2 เป็นขั้นตอนที่สำคัญและยากที่สุดของการวิจัยแบบเทคนิคเดลฟาย ผู้วิจัยจะต้องนำข้อมูลที่ได้รับจากผู้เชี่ยวชาญทุกคนในแบบสอบถามปลายเปิดในรอบแรกเข้าด้วยกัน ตัดทอนความซ้ำซ้อนหรือตัดส่วนที่เกินไปจากกรอบของการวิจัยที่กำหนดไว้ออกไป ในการรวบรวมข้อความเข้าด้วยกันนี้ผู้วิจัยอาจหาถ้อยคำที่ครอบคลุมข้อความทั้งหมดได้ แต่ทั้งนี้จะต้องคงความหมายเดิมของผู้เชี่ยวชาญไว้ ข้อความที่รวบรวมมานี้จะถูกนำมาให้ค่าในลักษณะมาตราประมาณค่าซึ่งอาจเป็นสเกลตั้งแต่ 1 – 5 หรือ 1 – 6 หรือ 1 – 7 แล้วแต่ความเหมาะสม การประเมินค่าในแบบสอบถามรอบนี้จะเน้นการจัดลำดับความสำคัญหรือความเป็นไปได้ของเหตุการณ์ นอกจากนี้ข้อความที่กำหนดขึ้นในบางครั้งอาจให้กำหนดเวลาที่เหตุการณ์นั้น ๆ จะเกิดขึ้นในอนาคตด้วย ข้อความในแบบสอบถามรอบนี้จะต้องชัดเจนซึ่งจะทำให้ผู้ตอบแต่ละท่านเข้าใจตรงกันในคำถามหรือข้อความเดียวกัน

แบบสอบถามรอบที่ 3 ประกอบด้วยประโยคหรือข้อความเหมือนกับแบบสอบถามรอบที่ 2 แต่มีการเพิ่มเติมการรายงานให้ผู้เชี่ยวชาญที่เข้าร่วมการวิจัยได้ทราบความคิดเห็นของกลุ่มโดยแสดงตำแหน่งของฐานนิยม (mode) หรือมัธยฐาน (median) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (interquartile range) ของแต่ละข้อความ รวมทั้งตำแหน่งที่ผู้เชี่ยวชาญท่านนั้น ๆ ตอบในแบบสอบถามรอบที่ 2 ทั้งนี้เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้เชี่ยวชาญได้ทราบความคิดเห็นว่าเหมือนหรือแตกต่างไปจากคำตอบของตนเมื่อเทียบกับคำตอบของกลุ่ม เพื่อจะได้ทบทวนคำตอบของตนในรอบที่ 3 ซึ่งอาจเปลี่ยนแปลงคำตอบของตนเพื่อให้เข้ามาอยู่ในช่วงพิสัยระหว่างควอไทล์หรืออาจยืนยันคำตอบเดิมของตน หากคำตอบเดิมของผู้เชี่ยวชาญอยู่นอกพิสัยระหว่างควอไทล์ ผู้เชี่ยวชาญที่ให้คำตอบนั้นต้องแสดงผลประกอบด้วย

แบบสอบถามรอบที่ 4 มีลักษณะเช่นเดียวกับแบบสอบถามรอบที่ 3 จำนวนรอบของแบบสอบถามตามเทคนิคเดลฟายพบว่า การส่งแบบสอบถามตั้งแต่ 2 – 4 รอบก็เพียงพอที่จะหาความเห็นที่สอดคล้องกันที่จะนำมาพยากรณ์ได้ โดยทั่วไปนิยมใช้แบบสอบถามเพียง 2 – 3 รอบ และในบางกรณีผู้วิจัยอาจไม่เริ่มทำการวิจัยจากแบบสอบถามปลายเปิด แต่จะเริ่มด้วยการให้กลุ่มผู้เชี่ยวชาญให้ค่ากับความสำคัญของข้อความในลักษณะการประเมินค่าก็ได้ สำหรับการกำหนดว่าควรมีแบบสอบถามรอบที่ 3 หรือ 4 หรือไม่นั้น ควรพิจารณาค่าพิสัยระหว่างควอไทล์เป็นตัว

ประกอบด้วย หากพบว่าไม่มีการเปลี่ยนแปลงหรือมีการเปลี่ยนแปลงน้อยมาก คือ ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์แคบมากอาจยุติกระบวนการวิจัยลงได้ อย่างไรก็ตามเท่าที่ผ่านมามีความแตกต่างกันน้อยมากในความคิดเห็นที่ได้รับจากรอบที่ 3 และรอบที่ 4 นอกจากนี้ข้อมูลที่ได้เพิ่มเติมก็ไม่คุ้มค่ากับความพยายามในการดำเนินการ

4. การรวบรวมและการวิเคราะห์ข้อมูล การรวบรวมข้อมูลเริ่มตั้งแต่การติดต่อขอความร่วมมือจากผู้เชี่ยวชาญให้เข้าร่วมการวิจัยโดยขอความร่วมมือให้ตอบแบบสอบถามทุกรอบ เนื่องจาก การวิจัยแบบเดลฟายต้องอาศัยการตอบแบบสอบถามซ้ำหลายรอบ จึงมักเกิดปัญหาในการรวบรวมข้อมูลในแบบสอบถามรอบที่ 2 และรอบต่อไป ในบางครั้งจำนวนผู้เชี่ยวชาญที่ตอบแบบสอบถามในแต่ละรอบมีจำนวนลดลงตามลำดับ นอกจากนี้ยังมีข้อพึงระวังอีกประการหนึ่งสำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูลคือ การเว้นช่วงระยะเวลาการตอบแบบสอบถามแต่ละรอบ ซึ่งการเว้นระยะเวลาแต่ละรอบนานเกินไปก็มีความสำคัญมากเพราะอาจทำให้ขาดความต่อเนื่องในความคิด ผู้ตอบอาจลืมเหตุผลในการตอบแบบสอบถามรอบก่อนหน้านั้น หรืออาจเกิดเหตุการณ์บางอย่างที่ทำให้เกิดความไม่แน่ใจในคำตอบ หรืออาจทำให้ขาดความสนใจในการตอบแบบสอบถาม ดังนั้นผู้วิจัยจะต้องพยายามหาวิธีการที่จะได้รับความร่วมมือและความสนใจที่จะตอบแบบสอบถามให้ครบทุกรอบ การที่กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีจำนวนลดลงในการตอบแบบสอบถามแต่ละรอบ และการเว้นระยะเวลาในการตอบนานเกินไปจนเกิดความไม่แน่นอนในคำตอบแต่ละครั้ง อาจส่งผลกระทบต่อการใช้ข้อมูลได้ ทั้งนี้เนื่องจากสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลจากคำตอบรอบที่ 2 และรอบที่ 3 คือสถิติเกี่ยวกับการวัดแนวโน้มเข้าสู่ส่วนกลาง (central tendency) ได้แก่ มัชฌิม หรือฐานนิยมเพื่อแสดงตำแหน่งของความคิดเห็น (เกษม บุญอ่อน 2522 : 27) หากจำนวนผู้ตอบในแต่ละรอบลดลงเป็นจำนวนมาก อาจทำให้ผลการวิเคราะห์ข้อมูลมีความคลาดเคลื่อนไปได้

ข้อสังเกตสำหรับการกำหนดสถิติสำหรับการวิเคราะห์ข้อมูล คือ ผู้วิจัยจะต้องเลือกให้เหมาะสม หากเป็นกรณีที่เป็นการแสดงความคิดเห็นในเรื่องเวลาหรือปริมาณควรใช้ค่ามัชฌิม สำหรับกรณีที่ทำนายเวลา ปริมาณ หรือสถานการณ์ในอนาคตมักใช้ฐานนิยม (สมพร ใหม่แก้ว, 2537) นอกจากนี้สถิติเกี่ยวกับการวัดแนวโน้มเข้าสู่ส่วนกลางดังกล่าวแล้วการวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยแบบเทคนิคเดลฟายยังใช้ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ เพื่อพิจารณาการกระจายของความคิดเห็น หากข้อความใดที่มีค่าพิสัยระหว่างควอไทล์กว้างแสดงว่าผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นต่างกันมาก ข้อความใดที่มีค่าพิสัยระหว่างควอไทล์แคบแสดงถึงความสอดคล้องกันของความคิดเห็น ซึ่งอาจนำข้อความนั้นมาเป็นข้อสรุปของการวิจัยได้ อย่างไรก็ตามผู้วิจัยควรพิจารณาและให้ความสำคัญแก่ข้อความที่มีค่าพิสัยระหว่างควอไทล์กว้าง บางกรณีอาจเป็นข้อความที่เป็นประโยชน์หรือเป็นการเตือนล่วงหน้าถึงประเด็นความคิดเห็นที่ไม่สอดคล้องกัน ซึ่งการวิเคราะห์จะต้องพิจารณาถึง

เหตุผลของคำตอบที่ผู้เชี่ยวชาญได้ให้เหตุผลประกอบกันด้วย การวิเคราะห์ข้อมูลจึงควรแยกการวิเคราะห์ข้อมูลที่เป็นความเห็นที่สอดคล้องและไม่สอดคล้องกัน

กล่าวโดยสรุปสิ่งที่ผู้วิจัยจะต้องพิจารณาในการวิจัยแบบเทคนิคเดลฟายมี 6 ประการ คือ

- 1) เรื่องจำเป็นที่จะต้องศึกษาคืออะไร ระยะเวลาที่จะใช้ทำนานานกี่ปี
- 2) ความคิดเห็นที่ต้องการจะได้นั้นต้องการจะได้จากผู้ใดบ้าง จำนวนผู้เข้าร่วมวิจัยเท่าไร
- 3) คำถามอะไรบ้างที่จะนำมาใช้เพื่อให้ได้คำตอบที่กว้าง ๆ จำนวนคำถาม และจำนวนรอบที่จะใช้ในการวิจัย
- 4) คำตอบที่ได้จากแบบถามรอบแรก จะนำมาสร้างเป็นแบบสอบถามรอบที่ 2 ได้อย่างไร
- 5) สถิติที่จะนำมาใช้เป็นเครื่องแสดงความคิดเห็นส่วนรวมของคำตอบที่ได้รับ
- 6) ข้อมูลที่ได้รับมีลำดับความสำคัญ มีความสอดคล้องกันอย่างไร และสามารถนำมาใช้เป็นข้อมูลในการพิจารณาตัดสินใจได้อย่างไร